

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年11月15日告示・16日適用)

内 用 薬

先	エザルミア錠 50mg (第一三共)	50mg1錠 劇	6,267.70
		4291079F1026/622926701	
先	錠 100mg	100mg1錠 劇	12,017.00
		4291079F2022/622926801	

4291 抗悪性腫瘍剤 バレトスタットトシル酸塩

適応 再発又は難治性の成人 T 細胞白血病リンパ腫。

用法 1日1回200mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 4.11.16, 投与: 14日まで)

先	コセルゴカプセル 10mg (アレクシオン)	10mg1カプセル 劇	12,622.80
		4299004M1025/622918801	
先	カプセル 25mg	25mg1カプセル 劇	30,257.80
		4299004M2021/622918901	

4299i 神経線維腫症1型治療剤 セルメチニブ硫酸塩

適応 神経線維腫症1型における叢状神経線維腫。

用法 小児1回25mg/m²(体表面積),1日2回空腹時経口投与。状態により適宜減量。1回量は50mgまで。

注) ①中等度の肝機能障害患者(Child-Pugh分類B)には,本剤1回20mg/m²,1日2回投与とする。②強い又は中程度のCYP3A阻害剤もしくはフルコナゾールとの併用は可能な限り避ける。やむを得ず併用する場合,1回20mg/m²,1日2回投与とする。③10mgカプセルと25mgカプセルの生物学的同等性は示されていないため,1回50mgを投与する際には10mgカプセルを使用しない。

保険 ※ (掲示事項等告示) 当品目は新医薬品の処方日数制限対象外(1回の投薬量が28日以内である場合に限る)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性③重度の肝機能障害(Child-Pugh分類C)
(薬価基準収載日: 令 4.11.16, 投与: 28日まで)

先	ソーティクツ錠 6mg (BMS)	6mg1錠 劇	2,770.90
		3999057F1021/622926001	

3999i TYK2 阻害剤 デュークラバシチニブ

適応 既存治療で効果不十分な次の疾患/尋常性乾癬,膿疱性乾癬,乾癬性紅皮症。

用法 1日1回6mg,経口投与。

禁忌 ①重篤な感染症②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 4.11.16, 投与: 14日まで)

先	フィンテブラ内用液 2.2mg/mL (UCB=日本新薬)	0.22%1mL 劇	1,407.60
		1139016S1020/622926401	

1139i 抗てんかん剤 フェンフルラミン塩酸塩

適応 他の抗てんかん薬で十分な効果が認められない Dravet 症候群患者におけるてんかん発作に対する抗てんかん薬との併用療法。

用法 [スチリペントール併用] 成人・2歳以上の小児1日0.2mg/kg,1日2回分割経口投与。症状により1日0.4mg/kgを超えない範囲で適宜増減。増量は1週間以上の間隔をあけて行う。1日量として17mgを超えない。[スチリペントール非併用] 成人・2歳以上の小児1日0.2mg/kg,1日2回分割経口投与。症状により1日0.7mg/kgを超えない範囲で適宜増減。増量は1週間以上の間隔をあけて行う。1日量として26mgを超えない。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②モノアミン酸化酵素阻害剤を投与中又は投与中止後14日以内 **併禁** モノアミン酸化酵素阻害剤

(薬価基準収載日: 令 4.11.16, 投与: 14日まで)

先	リバゼブ配合錠 LD (興和)	1錠	87.80
		2189103F1029/622927801	
先	配合錠 HD	1錠	116.00
		2189103F2025/622927901	

2189J HMG-CoA還元酵素阻害剤/小腸コレステロールトランスポーター阻害剤配合剤 ビタバスタチンカルシウム水和物・エゼチミブ配合剤

適応 高コレステロール血症,家族性高コレステロール血症。
注) 本剤は高コレステロール血症,家族性高コレステロール血症治療の第一選択薬としての使用不可。

用法 1日1回1錠,食後経口投与。

注) 肝障害患者: ビタバスタチンカルシウムとして1日2mgまで。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重篤な肝機能障害又は胆道閉塞③シクロスポリンを投与中④妊婦・妊娠の可能性,授乳婦

併禁 シクロスポリン(サンディミュン,ネオーラル)

(薬価基準収載日: 令 4.11.16)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年11月15日告示・16日適用)

先リンヴォオク錠 45mg (アツヴィ)	45mg1錠 劇 9,677.60 3999048G4027/622920101
-------------------------	---

3999i ヤヌスキナーゼ (JAK) 阻害剤 ウパダシチニブ水和物

適応 既存治療で効果不十分な次の疾患／関節リウマチ (関節の構造的損傷の防止を含む)、関節症性乾癬、強直性脊椎炎、アトピー性皮膚炎。中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入及び維持療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る)。

注) アトピー性皮膚炎: ①原則として病変部位の状態に応じた抗炎症外用剤を併用。②本剤投与時も保湿外用剤を継続使用。

用法 [関節リウマチ] 成人 1日1回 15mg, 経口投与。状態により 1日1回 7.5mg, 投与可。[関節症性乾癬, 強直性脊椎炎] 成人 1日1回 15mg, 経口投与。[アトピー性皮膚炎] 成人・12歳以上かつ体重 30kg 以上の小児 1日1回 15mg, 経口投与。成人は状態により 1日1回 30mg, 投与可。[潰瘍性大腸炎] 導入療法 成人 1日1回 45mg, 8週間経口投与。効果不十分な場合はさらに8週間投与可。維持療法 成人 1日1回 15mg, 経口投与。状態により 1日1回 30mg, 投与可。

注) ①アトピー性皮膚炎: 強い CYP3A4 阻害剤を継続的に投与中の患者・高度の腎機能障害患者は 1日1回 15mg。②潰瘍性大腸炎: 強い CYP3A4 阻害剤と併用する場合又は高度の腎機能障害患者は, 導入療法では 1日1回 30mg。維持療法では 30mg は投与しない。

保険料 (1) (7.5, 15, 30mg のみ) (1) 最適使用推進ガイドラインに従い, 有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間, 本剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに, 副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意する。(2) (アトピー性皮膚炎) 投与開始に当たっては, 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載。なお, 継続投与に当たっては, 投与開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載: 1) 次に掲げる医師の要件のうち, 本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの (「医師要件A」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載/ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって, 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に, 5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって, 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し, そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって, 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に, 3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。2) 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況 (「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) /ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって, アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬 (ストロングクラス以上) やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6ヶ月以上行っていること。イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって, ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症, 顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により, これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。3) 疾患活動性の状況として, 次に掲げるすべての項目の数値/ア IGAスコア。イ 全身又は頭頸部の EASI スコア。ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合 (%)。4) 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は, 体重 (令 3.8.25 保医発

0825 第4号, 令 3.11.24 保医発 1124 第4号)。(2) (45mg 錠のみ) 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり, 今般, 既収載品において中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入及び維持療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る) に係る効能・効果及び用法・用量が追加されたことに伴い, 当該用法・用量に必要となる製剤として承認された剤形追加医薬品であることから, 新医薬品に係る14日間の投薬期間制限は適用されない (令 4.11.15 保医発 1115 第9号)。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②重篤な感染症 (敗血症等) ③活動性結核④重度の肝機能障害⑤好中球数が 1000/mm³ 未満⑥リンパ球数が 500/mm³ 未満⑦ヘモグロビン値が 8g/dL 未満⑧妊婦・妊娠の可能性

(薬価基準収載日: 令 4.11.16)

外用薬

先グラアルファ配合点眼液 (興和)	1mL 515.00 1319826Q1020/622927701
----------------------	--------------------------------------

1319J 緑内障・高眼圧症治療剤 リバズシル塩酸塩水和物・プリモニジン酒石酸塩

適応 次の疾患で, 他の緑内障治療薬が効果不十分な場合/緑内障, 高眼圧症。

用法 1回1滴, 1日2回点眼。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②低出生体重児, 新生児, 乳児又は2歳未満の幼児

(薬価基準収載日: 令 4.11.16)

注射薬

先アムヴトラ皮下注 25mg シリンジ (Alnylam)	25mg0.5mL1筒 7,810,923 1290401G1021/622929101
-------------------------------------	---

1290i トランスサイレチン型アミロイドーシス治療剤 ブトリシランナトリウム

適応 トランスサイレチン型家族性アミロイドポリニューロパチー。

用法 25mg を3ヶ月に1回, 皮下注。

禁忌 本剤 (成分) に重篤な過敏症の既往歴

先オスタバロ皮下注 カートリッジ 1.5mg (帝人ファーマ)	1.5mg0.75mL1筒 16,128 2439403A1020/622923201
---------------------------------------	--

2439i 骨粗鬆症治療剤 アバロバラチド酢酸塩

適応 骨折の危険性の高い骨粗鬆症。

用法 1日1回 80µg, 皮下注。投与は18ヶ月間まで。

注) 再投与の場合も合計18ヶ月まで。また, 18ヶ月の投与終了後に再度繰り返さない。

禁忌 ①高カルシウム血症②次に掲げる骨肉腫発生のリスクが高いと考えられる者: 1) 骨ページェット病 2) 原因不明のアルカリホスファターゼ高値を示す者 3) 小児等及び若年者で骨端線が閉じていない者 4) 過去に骨への影響が考えられる放射線治療を受けた者③原発性の悪性骨腫瘍もしくは転移性骨腫瘍④骨粗鬆症以外の代謝性骨疾患 (副甲状腺機能亢進症等) ⑤妊婦・妊娠の可能性⑥本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年11月15日告示・16日適用)

先カプリビ注射用 10mg 10mg1瓶(溶解液付) 515, 532
(サノフィ) 3399415D1027/629921501

3399i 微小血栓形成阻害剤 カブラシズマブ(遺伝子組換え)
適応 後天性血栓性血小板減少性紫斑病。
用法 成人・12歳以上かつ体重40kg以上の小児,初日は血漿交換前に10mgを静注,血漿交換終了後に10mgを皮下注。その後の血漿交換期間中は,血漿交換終了後に1日1回10mg,皮下注。血漿交換期間後は,1日1回10mgを30日間皮下注。状態に応じて血漿交換期間後30日間を超えて投与を継続可。
保険料 針及び注入器付の製品であるため,在宅自己注射指導管理料を算定する場合,注入器加算及び注入器用注射針加算は算定できない(令4.11.15保医発1115第9号)。
禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②臨時的に重大な活動性の出血を呈する者

先スキリージ点滴静注 600mg10mL1瓶 劇 192, 321
600mg 3999450A1025/629921701
(アッヴィ)

3999i ヒト化抗ヒト IL-23p19 モノクローナル抗体製剤
微小血栓形成阻害剤 リサンキズマブ(遺伝子組換え)
適応 中等症から重症の活動期クローン病の寛解導入療法(既存治療で効果不十分な場合に限り)。
用法 600mgを4週間隔で3回(初回,4週,8週),点滴静注。リサンキズマブ(遺伝子組換え)の皮下投与用製剤による維持療法開始16週以降に効果が減弱した場合,1200mgを単回点滴静注可。
禁忌 ①重篤な感染症②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴

先スキリージ皮下注 360mg2.4mL1キット 劇 508, 169
360mg オートドーズー 3999450G4027/629921601
(アッヴィ)

3999i ヒト化抗ヒト IL-23p19 モノクローナル抗体製剤
リサンキズマブ(遺伝子組換え)
適応 中等症から重症の活動期クローン病の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限り)。
用法 リサンキズマブ(遺伝子組換え)の点滴静注製剤による導入療法終了4週後から,360mgを8週間隔で皮下注。
注)維持療法において効果減弱時にリサンキズマブ(遺伝子組換え)の点滴静注製剤を単回投与した場合,8週後から皮下投与を再開する。
禁忌 ①重篤な感染症②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴

先スペビゴ点滴静注 450mg7.5mL1瓶 劇 963, 821
450mg 3999466A1026/629920901
(日本ベーリンガー)

3999i ヒト化抗ヒト IL-36 レセプターモノクローナル抗体製剤
スペソリマブ(遺伝子組換え)
適応 膿疱性乾癬における急性症状の改善。
用法 1回900mg,点滴静注。急性症状が持続する場合,初回投与の1週間後に900mgを追加投与可。
禁忌 ①重篤な感染症②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴

先テゼスパイア皮下注 210mg1.91mL1筒 劇 176, 253
210mg シリンジ 2290403G1025/629919001
(アストロゼネカ)

2290i ヒト抗TSLPモノクローナル抗体 テゼバルマブ(遺伝子組換え)
適応 気管支喘息(既存治療によっても喘息症状をコントロールできない重症又は難治の患者に限る)。
用法 成人・12歳以上の小児1回210mg,4週間隔で皮下注。
保険料 (1)最適使用推進ガイドラインに従い,有効性及び安全性に関する情報が十分蓄積するまでの間,本剤の恩恵を強く受けることが期待される患者に対して使用するとともに,副作用が発現した際に必要な対応をとることが可能な一定の要件を満たす医療機関で使用するよう十分留意する。
(2)〈気管支喘息〉投与開始に当たっては,次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載:1)次に掲げる医師の要件のうち,本剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)／ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に,3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に,3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に,3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。2)本剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載)／ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬,長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ),ロイコトリエン受容体拮抗薬,テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で,かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。イ 中用量ICSとその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬,長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ),ロイコトリエン受容体拮抗薬,テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で,かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。3)2)で「患者要件イ」に該当する場合は,ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由(R4.11.15保医発1115第10号)。
禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先ナノゾラ皮下注 30mg0.375mL1筒 劇 112, 476
30mg シリンジ 3999467G1023/629920601
(大正製薬)

3999i 一本鎖ヒト化抗ヒト TNFαモノクローナル抗体製剤
オゾラリズマブ(遺伝子組換え)
適応 既存治療で効果不十分な関節リウマチ。
用法 1回30mg,4週間隔で皮下注。
禁忌 ①重篤な感染症(敗血症等)②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴④脱髄疾患(多発性硬化症等)及びその既往歴⑤うつ血性心不全

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和4年版 追補
(令和4年11月15日告示・16日適用)

先	ベリナート皮下注用 2000 (CSL ベーリング)	2,000 国際単位 1 瓶 (溶解液付)	214,788	6343426D1023/622926301
---	-------------------------------	--------------------------	---------	------------------------

6343 血漿分画製剤 乾燥濃縮人C1-インアクチベーター

適応 遺伝性血管性浮腫の急性発作の発症抑制。

用法 添付の溶解液全量で溶解。1回60国際単位/kgを週2回、皮下注。

保険性 針及び注入器付の製品であるため、在宅自己注射指導管理料を算定する場合、注入器加算及び注入器用注射針加算は算定できない（令4.11.15保医発1115第9号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

先	メンクアッドフィ筋注 (サノフィ)	0.5mL1 瓶 劇	20,194	6311402A1028/628212101
---	----------------------	------------	--------	------------------------

6311 細菌ワクチン類 4価髄膜炎菌ワクチン（破傷風トキソイド結合体）

適応 髄膜炎菌（血清群A,C,W及びY）による侵襲性髄膜炎菌感染症の予防。

用法 1回0.5mL、筋肉内接種。

注）医師が必要と認めた場合は他のワクチンと同時に接種できる。

保険性 本剤はエクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）又はスチムリマブ（遺伝子組換え）投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるため、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）又はスチムリマブ（遺伝子組換え）の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する（同一の診療報酬明細書においてエクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）又はスチムリマブ（遺伝子組換え）の投与が確認できる場合を除く）（令4.11.15保医発1115第9号）。

禁忌 （接種不相当者）①明らかな発熱を呈している者②重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな者③本剤（成分）又は破傷風トキソイドによってアナフィラキシーを呈したことがあることが明らかな者④前記に掲げる者のほか、予防接種を行うことが不適当な状態にある者