

薬効・薬価リスト令和5年版 追補  
(令和5年8月29日告示・30日適用)

内 用 薬

**先**コレチメント錠 9mg 9mg1錠 607.80  
(フェリング=持田) 2399016G1020/622946001

2399i 潰瘍性大腸炎治療剤 プデソニド

**適応** 活動期潰瘍性大腸炎（重症を除く）。

**用法** 1日1回9mg,朝経口投与。

**禁忌** ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②デスマプレシン酢酸塩水和物（男性における夜間多尿による夜間頻尿）を投与中 **併禁** デスマプレシン酢酸塩水和物（ミニリンメルト）（男性における夜間多尿による夜間頻尿）

（薬価基準収載日：令 5.8.30,投与：14日まで）

**先**リットフォーロカプセル 50mg 50mg1カプセル 劇 5,802.40  
(ファイザー) 3999060M1022/622945701

3999i JAK3/TEC ファミリーキナーゼ阻害剤 リトレンチニブトシル酸塩

**適応** 円形脱毛症（ただし,脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る）。

注）投与開始時、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヶ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与。

**用法** 成人・12歳以上の小児1日1回50mg,経口投与。

**保険性** 投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載（令 5.8.29 保医発 0829 第6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（Child Pugh 分類 C）⑤好中球数が 1,000/mm<sup>3</sup> 未満⑥リンパ球数が 500/mm<sup>3</sup> 未満⑦ヘモグロビン値が 8.0g/dL 未満⑧血小板数が 100,000/mm<sup>3</sup> 未満⑨妊婦・妊娠の可能性

（薬価基準収載日：令 5.8.30,投与：14日まで）

**先**リトゴビ錠 4mg 4mg1錠 劇 10,252.50  
(大鵬薬品) 4291080F1029/622944801

4291 抗悪性腫瘍剤 フチバチニブ

**適応** がん化学療法後に増悪した FGFR2 融合遺伝子陽性の治療切除不能な胆道癌。

**用法** 1日1回20mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

**保険性** FGFR2 融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載（当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載）（令 5.8.29 保医発 0829 第6号）。

**禁忌** 本剤（成分）に過敏症の既往歴

（薬価基準収載日：令 5.8.30,投与：14日まで）

注 射 薬

**先**アクトヒブ 10μg1瓶（溶解液付） 劇生 4,941  
(サノフィ) 6311403D1029/628206302

6311 細菌ワクチン類 乾燥ヘモフィルス b 型ワクチン（破傷風トキソイド結合体）

**適応** インフルエンザ菌 b 型による感染症の予防。

**用法** 添付溶剤 0.5mL で溶解,その全量を 1 回分とする。初回免疫 3 回,4~8 週間間隔で皮下注。医師が必要と認めた場合は 3 週間間隔での接種可。追加免疫 初回免疫後約 1 年の間隔をおいて,1 回皮下注。

注）①接種対象者・接種時期：通常、本剤の接種は 2 ヶ月齢以上 5 歳未満の間にある者に行うが、標準として 2 ヶ月齢以上 7 ヶ月齢未満で接種を開始する。また、接種もれ者に対しては次のように接種回数を減らすことができる。(1) 接種開始年齢が 7 ヶ月齢以上 12 ヶ月齢未満の場合/初回免疫：通常、2 回、4~8 週間の間隔で皮下に注射する。ただし、医師が必要と認めた場合には 3 週間の間隔で接種することができる。追加免疫：通常、初回免疫後おおむね 1 年の間隔をおいて、1 回皮下に注射する。(2) 接種開始年齢が 1 歳以上 5 歳未満の場合：通常、1 回皮下に注射する。②同時接種：医師が必要と認めた場合には、他のワクチンと同時に接種することができる。

**保険性** 本剤は、ペグセタコبران投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。ペグセタコبران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（同一の診療報酬明細書においてペグセタコبرانの投与が確認できる場合を除く）（令 5.8.29 保医発 0829 第6号）。

**禁忌** （接種不適当者）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）・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

**先**エムパペリ皮下注 1080mg 1080mg20mL1瓶 劇 488,121  
(Sobi=旭化成ファーマ) 3999470A1022/622946801

3999i 補体（C3）阻害剤 ペグセタコبران

**適応** 発作性夜間ヘモグロビン尿症。

注）①補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても効果不十分な場合に投与。②髄膜炎菌,肺炎球菌及びインフルエンザ菌 b 型に対するワクチンの接種歴を確認し,未接種又は追加接種が必要な場合は,原則,本剤投与開始の少なくとも 2 週間前までにそれらのワクチンを接種する。

**用法** 1 回 1080mg,週 2 回皮下注。効果不十分な場合,1 回 1080mg を 3 日に 1 回の間隔で皮下注可。

注）補体（C5）阻害剤から本剤に切り替える際は,補体（C5）阻害剤中止による溶血を抑えるため,投与開始後 4 週間は補体（C5）阻害剤を併用。

**保険性** 投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載（令 5.8.29 保医発 0829 第6号）。

**禁忌** ①髄膜炎菌感染症に罹患している者②肺炎球菌,インフルエンザ菌等の莢膜形成細菌による重篤な感染症に罹患している者③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5年版 追補  
(令和5年8月29日告示・30日適用)

**先** オンキヤスパー 3,750 国際単位 1 瓶 劇 230, 637  
点滴静注用 3750 4291468D1020/622945601  
(日本セルヴィエ)

4291 抗悪性腫瘍酵素製剤 ベグアスバルガーゼ

**適応** 急性リンパ性白血病,悪性リンパ腫。

**用法** 他の抗悪性腫瘍剤と併用。〔21 歳以下の患者〕体表面積 0.6m<sup>2</sup> 以上は 1 回 2500 国際単位/m<sup>2</sup>,0.6m<sup>2</sup> 未満は 1 回 82.5 国際単位/kg,2 週間間隔で点滴静注。〔22 歳以上の患者〕1 回 2000 国際単位/m<sup>2</sup>,2 週間間隔で点滴静注。

**禁忌** ①本剤(成分)に重篤な過敏症の既往歴②重度の肝機能障害(ビリルビン基準値上限(ULN)3 倍超,トランスアミナーゼ ULN10 倍超)③L-アスパラギナーゼによる重篤な血栓症の既往歴④肺炎の既往歴(L-アスパラギナーゼによる肺炎を含む)⑤L-アスパラギナーゼによる重篤な出血性イベントの既往歴

**先** ルクスターナ注 0.5mL1 瓶(希釈液 2 本付) 49, 600, 226  
(ノバルティス) 4900410X1025/629701101

4900 ウイルスベクター製品 ボレチゲン ネバルボベク

**適応** 両アレル性 RPE65 遺伝子変異による遺伝性網膜ジストロフィー。

**用法** 1.5×10<sup>11</sup> ベクターゲノム (vg) /0.3mL,各眼の網膜下に単回投与。各眼への網膜下投与は,短い投与間隔で実施するが,6 日以上あける。同一眼への本品の再投与はしない。

注) ①プレドニゾン(又は同等用量の副腎皮質ステロイド)の投与開始前及び本品の投与前に,感染症の有無を確認し,感染症が認められた場合は投与を中止し,回復してからプレドニゾン及び本品の投与を行う。②本品を 1 眼目に投与する 3 日前から,次を参考にプレドニゾンの投与を行う/本品投与 3 日前から 3 日間,プレドニゾン 1mg/kg/日(最大 40mg/日)投与。本品投与後 4 日間(本品投与日を含む),プレドニゾン 1mg/kg/日(最大 40mg/日)投与。その後 5 日間,プレドニゾン 0.5mg/kg/日(最大 20mg/日)投与。その後 1 日おきに 5 日間(1,3,5 日目),プレドニゾン 0.5mg/kg/隔日(最大 20mg/日)投与。2 眼目のプレドニゾンの投与開始は 1 眼目と同じスケジュールに従い,1 眼目が終了していない場合は 2 眼目を優先。

**保険** 次を診療報酬明細書の摘要欄に記載/RPE65 遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日,生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日(令 5.8.29 保医発 0829 第 6 号)。

**禁忌** ①再使用禁止②本品(成分)に過敏症の既往歴③眼又は眼周囲に感染,あるいは感染の疑い④活動性の眼内炎症