

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年12月19日告示・20日適用)

注 射 薬

先	フェトロージャ点滴静注用1g (塩野義)	1g1瓶 6129401D1023/622949601	20, 203
---	-------------------------	--------------------------------	---------

6129i シデロフォアセファロsporin系抗生物質製剤 セ
フィデロコルトシル酸塩硫酸塩水和物

適応 <適応菌種>セフィデロコル感性の大腸菌,シトロバク
クター属,肺炎桿菌,クレブシエラ属,エンテロバクター属,セラ
チア・マルセスセンス,プロテウス属,モルガネラ・モルガ
ニー,緑膿菌,バークホルデリア属,ステノトロホモナス・マル
トフィリア,アシネトバクター属。ただし,カルバペネム系抗
菌薬に耐性を示す菌株に限る。<適応症>各種感染症。

用法 1回2g,8時間ごとに3時間かけて点滴静注。腎機能に
応じ適宜増減。

注) ①腎機能障害患者は次を目安に用量調節/30≤Ccr<60は1
回1.5g,15≤Ccr<30は1回1g,8時間ごとに3時間かけて投与。
Ccr<15・血液透析患者は1回0.75g,12時間ごとに3時間かけて
投与。②腎クリアランス亢進患者は次を目安に用量調節/120≤
Ccrは1回2g,6時間ごとに3時間かけて投与。

禁忌 ①本剤(成分)に重篤な過敏症の既往歴②他のβ-ラクタム
系抗生物質に重篤な過敏症(アナフィラキシー等の重度の全身性ア
レルギー反応)の既往歴

先	レケンビ点滴静注 200mg (エーザイ)	200mg2mL1瓶 劇 1190408A1025/629924601	45, 777
先	レケンビ点滴静注 500mg	500mg5mL1瓶 劇 1190408A2021/629924701	114, 443

1190 ヒト化抗ヒト可溶性アミロイドβ凝集体モノクロー
ナル抗体 レカネマブ(遺伝子組換え)

適応 アルツハイマー病による軽度認知障害及び軽度の認
知症の進行抑制。

用法 1回10mg/kg,2週間に1回,約1時間かけて点滴静注。

保険性 (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に十分留意する。(2)
本剤を最初に投与した際には,次の事項を診療報酬明細書の
摘要欄に記載:①次に掲げる患者の要件のうち,該当するもの
(「患者要件ア」~「患者要件ウ」までのうち該当するもの
を記載) /ア 患者本人及び家族・介護者の,安全性に関
する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者。
イ 次に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者。
・本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者
・本剤投与開始前に血管原性脳浮腫,5個以上の脳
微小出血,脳表へモジゲリン沈着症又は1cmを超える脳出血
が認められる患者。ウ MRI 検査(1.5Tesla以上)が実施
可能であることが確認された患者。②認知機能の低下及び
臨床症状の重症度範囲について,次に掲げるすべての項目の
スコア及び実施年月日/ア 認知機能評価 MMSE スコア。
イ 臨床認知症尺度 CDR 全般スコア。③次に掲げる検査の
うち,当該患者の診断に用いた検査に該当するもの(「患者要
件エ」又は「患者要件オ」と記載),実施年月日及び検査実
施施設名/エ アミロイドPET。オ 脳脊髄液(CSF) 検
査。④次に掲げる医師の要件のうち,当該患者の本剤に関す
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「医師要件エ」までのうち該当するもの
を記載) /ア 日本神経学会の専門医。イ 日本老年医
学会の専門医。ウ 日本精神神経学会の専門医。エ 日本

脳神経外科学会の専門医。⑤次に掲げる医師の要件のうち,
当該患者の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(「医師要件オ」から「医師要件ク」ま
でのうち該当するものを記載) /オ 医師免許取得後2年
の初期研修を修了した後に,10年以上の軽度認知障害の診
断,認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした
臨床経験を有していること。カ 画像所見からARIAの有
無を判断した上で,臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続,
中断又は中止を判断し,かつ必要な対応ができる医師である
こと。キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI 読
影の研修を受講していること。ク 日本認知症学会又は日本
老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態,診断,
本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講してい
ること。⑥次に掲げる項目のうち,該当するもの(「施設要件ア」
又は「施設要件イ」と記載) /ア 以下のIからVIIIをすべ
て満たす施設である。イ 以下のIからVIIIをすべて満たす
施設でない。(項目) I MRI 検査(1.5Tesla以上)が実施
可能な医療機関であり,かつ,ARIA が認められた場合に,画
像所見や症状の有無から,本剤の投与継続,中断又は中止を
判断し,かつ,施設内で必要な対応ができる体制が整ってい
ること。II 認知機能のスコア評価(MMSEスコア)及び
臨床認知症尺度(CDR 全般スコア)が実施可能な者が配置
されていること。III 同一施設内又は連携がとれる施設に
おいてPET 検査又はCSF 検査が実施可能であること。IV
上記の④及び⑤に該当する,常勤医師が複数名配置されてい
ること。V CDR 全般スコア評価に精通し,一定以上の評価
経験を有する医療従事者がいること。VI ARIA のリスク管
理に必要な知識を有し,かつ,MRI 読影に関する医療従事者
向け研修を受講した,ARIA の鑑別を含むMRI 読影が適切に
行える常勤医が1名以上いること。VII 認知症疾患医療セ
ンター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設で
あること。VIII 製造販売業者に課せられている全例調査を
確実に実施できる施設であること。(3) 本剤の投与開始後6
ヶ月以降の投与の際には,次の事項を診療報酬明細書の摘要
欄に記載:①本剤の投与施設(「施設要件ウ」又は「施設要
件エ」と記載)及び「施設要件エ」に該当する場合は,連携
施設名及び所在地/ウ 初回投与施設((2)の初回投与施設
と同一の施設)。エ 連携施設((2)の初回投与施設と連
携している施設)。②次に掲げる施設要件のうち,本剤の投与
施設に該当するもの(「施設要件オ」と記載) /オ 製造販
売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること。
③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(「医師要件ケ」か
ら「医師要件シ」までのうち該当するものを記載) /ケ 日
本神経学会の専門医。コ 日本老年医学会の専門医。サ 日
本精神神経学会の専門医。シ 日本脳神経外科学会の専門
医。④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
ス」~「医師要件タ」までのうち該当するものを記載) /
ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に,10年以
上の軽度認知障害の診断,認知症疾患の鑑別診断等の専門医
療を主たる業務とした臨床経験を有していること。セ 画
像所見からARIAの有無を判断した上で,臨床症状の有無と
併せて本剤の投与継続,中断又は中止を判断し,かつ必要な
対応ができる医師であること。ソ 製造販売業者が提供す

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和5年版 追補
(令和5年12月19日告示・20日適用)

るARIAに関するMRI読影の研修を受講していること。タ日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること。(4)本剤の継続投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載。なお本剤は、初回投与後6ヶ月までは初回投与施設で投与する／①本剤の初回投与から起算して何週目の投与であるか。②本剤投与中、CDR 全般スコア推移、MMSE スコア推移、患者及び家族・介護者から自覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日。③本剤投与中、MRI 検査を受けた直近の年月日。(5)本剤の初回投与から起算して18ヶ月を超える投与の際には、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載／①本剤投与の継続が必要と判断した理由(CDR 全般スコア推移、MMSE スコア推移、患者及び家族・介護者から自覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること)。②中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として(2)の①～②及び投与継続を判断した理由(上記①と同様に具体的に記載すること)(令5.12.19保医発1219第4号)。

禁忌 ①本剤(成分)に重篤な過敏症の既往歴②本剤投与開始前に血管原性脳浮腫が確認された者③本剤投与開始前に5個以上の脳微小出血、脳表へモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が確認された者