

薬効・薬価リスト令和6年度版 追補
(令和6年4月16日告示・17日適用)

内 用 薬

先	ゾキンヴィカプセル 50mg	50mg1カプセル 劇 91,796.40 (アンジェス)	3999061M1027/622964601
先	ゾキンヴィカプセル 75mg	75mg1カプセル 劇 136,544.00	3999061M2023/622964701

3999i 早老症治療剤 ロナファルニブ

適応 ハッチンソン・ギルフォード・プロジェリア症候群及びプロセシング不全性のプロジェロイド・ラミノバチー。

用法 開始量1回115mg/m²、1日2回、朝夕の食事中又は食直後経口投与。4ヶ月後に維持量1回150mg/m²、1日2回、朝夕の食事中又は食直後経口投与。状態により適宜減量。

注) 次を参考に投与量・投与方法を決定し投与/開始量、体表面積0.30~0.38m²:1日量75mg(朝夕75mgカプセル半量ずつ)、0.39~0.48m²:1日量100mg(朝夕50mgカプセル×1)、0.49~0.59m²:1日量125mg(朝夕75mgカプセル×1・夕50mgカプセル×1)、0.6~0.7m²:1日量150mg(朝夕75mgカプセル×1)、0.71~0.81m²:1日量175mg(朝夕50mgカプセル×2・夕75mgカプセル×1)、0.82~0.92m²:1日量200mg(朝夕50mgカプセル×2)、0.93~1m²:1日量225mg(朝夕50mgカプセル×1、75mgカプセル×1・夕50mgカプセル×2)。維持量、体表面積0.30~0.37m²:1日量100mg(朝夕50mg×1)、0.38~0.45m²:1日量125mg(朝夕75mgカプセル×1・夕50mgカプセル×1)、0.46~0.54m²:1日量150mg(朝夕75mgカプセル×1)、0.55~0.62m²:1日量175mg(朝夕50mgカプセル×2・夕75mgカプセル×1)、0.63~0.7m²:1日量200mg(朝夕50mgカプセル×2)、0.71~0.79m²:1日量225mg(朝夕50mgカプセル×1、75mgカプセル×1・夕50mgカプセル×2)、0.8~0.87m²:1日量250mg(朝夕50mgカプセル×1、75mgカプセル×1)、0.88~0.95m²:1日量275mg(朝夕75mgカプセル×2・夕50mgカプセル×1、75mgカプセル×1)、0.96~1m²:1日量300mg(朝夕75mgカプセル×2)。

保険料 ※(揭示事項等告示) 当品目は新医薬品の処方日数制限対象外。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②強いCYP3A阻害剤を投与中③次の薬剤を投与中: キニジン硫酸塩水和物、ペブリジル塩酸塩水和物、チカグレロル、エブレレノン、エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩、トリアゾラム、アナモレリン塩酸塩、イバブラジン塩酸塩、ベネトクラクス(再発又は難治性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)の用量漸増期)、イブルチニブ、プロナンセリン、ルラシドン塩酸塩、アゼルニジピン含有製剤、スボレキサント、タダラフィル(アドシルカ)、バルデナフィル塩酸塩水和物、ロミタピドメシル酸塩、リファブチン、フィネレノン、リバーロキサパン、リオシグアト、アパルタミド、カルバマゼピン、ミダゾラム、アトルバスタチンカルシウム水和物含有製剤、シンバスタチン④腎機能又は肝機能障害のある者で、コルヒチンを投与中 **併禁** ①強いCYP3A阻害剤(イトラコナゾール(イトリゾール)、ボリコナゾール(ブイフェンド)、ボサコナゾール(ノクサフィル)、クラリスロマイシン含有製剤(クラリシッド、クラリス、ボノサップ、ラベキア)、リトナビル含有製剤(ノービア、パキロビッド、カレトラ)、アタザナビル硫酸塩(レイアタツ)、ダルナビル エタノール付加物(プリジスタ、プリジスタナイブ)、ホスアンブレナビルカルシウム水和物(レクシヴァ)、コピシスタット含有製剤(ゲンボイヤ、シムツーザ、プレジコビックス)、セリチニブ(ジカディア)、エンシトレルビル フマル酸(ゾコーバ)②ミダゾラム(ドルミカム、プロラム、ミダフレッサ)③アトルバスタチンカルシウム水和物含有製剤(リピトール、アトーゼット、カデュエット)、シンバスタチン(リポバス)④キニジン硫酸塩水和物、ペブリジル塩酸塩水和物(ペブリコール)⑤チカグレロル(プリリント)⑥エブレレノン(セララ)⑦エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン(クリアミン)、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩(パルタンM)⑧トリアゾラム(ハルシオン)⑨アナモレリン塩酸塩(エドルミズ)⑩イバブラジン塩酸塩(コララン)⑪ベネトクラクス(再発又は難治性の慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む)の用量漸増期)(ベネクレクタ)⑫イブルチニブ(イムブルピカ)⑬プロナンセリン(ロナセン)、ルラシドン塩酸塩(ラツータ)⑭アゼルニジピン含有製剤(カルブロック、レザルタス)⑮スボレキサント(ベルソムラ)⑯タダラフィル(アドシルカ)、バルデナフィル塩酸塩水和物⑰ロミタピドメ

シル酸塩(ジャクスタビッド)⑱リファブチン(ミコプティン)⑲フィネレノン(ケレンディア)⑳リバーロキサパン(イグザレト)㉑リオシグアト(アデムバス)㉒アパルタミド(アーリーダ)、カルバマゼピン(テグレートール)

(薬価基準収載日: 令 6.4.17)

先	ターゼナカプセル 0.1mg	0.1mg1カプセル 劇 3,920.70 (ファイザー)	4291081M1022/622954401
先	ターゼナカプセル 0.25mg	0.25mg1カプセル 劇 9,576.00	4291081M2029/622954501
先	ターゼナカプセル 1mg	1mg1カプセル 劇 21,547.10	4291081M3025/622954601

4291 抗悪性腫瘍剤 タラゾバリプトシル酸塩

適応 [0.1mg・0.25mg] BRCA 遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌。[0.25mg・1mg] がん化学療法歴のある BRCA 遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌。

注) 手術不能又は再発乳癌: 次のいずれかに該当する患者を対象とする/アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤及びタキサン系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法歴のある患者、アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤のいずれかを含む化学療法歴があり、他方に適応のない患者。

用法 [去勢抵抗性前立腺癌] エンザルタミドと併用で1日1回0.5mg、経口投与。[手術不能又は再発乳癌] 1日1回1mg、経口投与。以上、状態により適宜減量。

注) 中等度の腎機能障害患者(eGFR30~60mL/分/1.73m²未満): 1日1回、去勢抵抗性前立腺癌は0.35mg、手術不能又は再発乳癌は0.75mgを開始量とする。

保険料 BRCA 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載(当該検査を実施した月のみ)。ただし初回は必ず記載(令 6.4.16 保医発 0416 第 21号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 6.4.17, 投与: 14日まで)

先	ボイデヤ錠 50mg	50mg1錠 劇 2,259.20 (アレクシオン)	3999062F1022/622930701
---	------------	-------------------------------	------------------------

3999i 補体 D 因子阻害剤 ダニコバン

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補体(C5)阻害剤と併用で投与。②髄膜炎菌に対するワクチンの接種歴を確認し、接種が確認できない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週間前までにワクチンを接種する。

用法 補体(C5)阻害剤と併用で1回150mg、1日3回食後経口投与。効果不十分な場合、1回200mgまで増量可。

保険料 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る薬剤の品名及び使用期間を記載(令 6.4.16 保医発 0416 第 21号)。

禁忌 ①髄膜炎菌感染症に罹患している者②本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 6.4.17, 投与: 14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和6年度版 追補
(令和6年4月16日告示・17日適用)

先ラパリムス顆粒 0.2% 0.2%1g 劇 3,010,20
(ノーベル) 4291035D1022/622965601

4291 mTOR 阻害剤 シロリムス

適応 次の難治性脈管腫瘍及び難治性脈管奇形/リンパ管腫(リンパ管奇形),リンパ管腫症,ゴーム病,リンパ管拡張症,血管内皮腫,房状血管腫,静脈奇形,青色ゴムまり様母斑症候群,混合型脈管奇形,クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群。

用法 体表面積 1.0m²以上は1日1回 2mg,0.6~1.0m²未満は1日1回 1mgを開始量とし,経口投与。以後,血中トラフ濃度・状態により投与量を調節。1日1回 4mgまで。体表面積 0.6m²未満は月齢に応じ,3ヶ月未満1日1回 0.02mg/kg,3~6ヶ月未満1日1回 0.04mg/kg,6~12ヶ月未満1日1回 0.06mg/kg,12ヶ月以上1日1回 0.08mg/kgを開始量とし,経口投与(いずれも最大 1mg)。以後,血中トラフ濃度・状態により投与量を調節。1日最大量,3ヶ月未満 0.08mg/kg,3~6ヶ月未満 0.16mg/kg,6~12ヶ月未満 0.24mg/kg,12ヶ月以上 0.32mg/kg(いずれも最大 4mg)まで。

注)①中等度から重度の肝機能障害患者は半量から開始。②投与開始から1~2週間後に血中トラフ濃度を測定し,15ng/mL以内を目安として投与量を調節。

保険性 本製剤は既取載品と有効成分が同一であり,今般,既取載品において難治性脈管腫瘍及び難治性脈管奇形に係る効能・効果及び用法・用量が追加されたことに合わせ,当該用法・用量に必要な製剤として承認された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 6.4.16 保医発 0416 第 21 号)。

禁忌 ①本剤(成分)・シロリムス誘導体に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性③生ワクチンを接種しない **併禁** 生ワクチン(乾燥弱毒生麻しんワクチン,乾燥弱毒生風しんワクチン,経口生ポリオワクチン,乾燥 BCG 等)

(薬価基準収載日: 令 6.4.17)

注 射 薬

先アイリーア 8mg 8mg0.07mL1瓶 劇 181,763
硝子体内注射液 114.3mg/mL 1319405A2023/629928401
(バイエル=参天)

1319i 眼科用 VEGF 阻害剤 アフリベルセプト(遺伝子組換え)

適応 中心窩下脈絡膜新生血管を伴う加齢黄斑変性。糖尿病黄斑浮腫。

用法 8mg(0.07mL)を4週ごとに1回,連続3回(導入期)硝子体内投与。症状により投与回数を適宜減じる。その後の維持期には16週ごとに1回,硝子体内投与。症状により投与間隔を適宜調節するが,8週以上あける。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②眼・眼周囲に感染のある者,あるいは感染の疑いのある者③眼内に重度の炎症のある者④妊婦・妊娠の可能性

先イブグリース皮下注 250mg 250mg2mL1筒 劇 61,520
シリンジ(リリー) 4490410G1025/629928701

先イブグリース皮下注 250mg 250mg2mL1キット 劇 61,520
オートインジェクター 4490410G2021/629928601

4490 抗ヒト IL-13 モノクローナル抗体製剤 レプリキスマブ(遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎。

注)①原則として抗炎症外用剤を併用。②投与時も保湿外用剤を継続使用する。

用法 成人・12歳以上かつ体重 40kg 以上の小児,初回及び2週後に1回 500mg,4週以降1回 250mg,2週間隔で皮下注。状態により,4週以降1回 250mg,4週間隔で皮下注可。

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。継続投与に当たっては,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施設(「施設要件ア」から「施設要件ウ」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年の初期研修を終了した後に,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年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。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。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,次に掲げる数値／ア 体重(kg)(令 6.4.16 保医発 0426 第 22 号)。

禁忌 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6年度版 追補
(令和6年4月16日告示・17日適用)

先[Eヴキーズ点滴静注 345mg 345mg2.3mL1瓶 1,409,928
(Ultragenyx) 2189404A1020/629929101

2189i ヒト化抗 ANGPTL3 モノクローナル抗体 エピナクマブ (遺伝子組換え)

適応 ホモ接合体家族性高コレステロール血症。

注) HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分又は忍容性が不良な場合に投与の要否を検討。

用法 1回 15mg/kg,4週に1回,60分以上かけて点滴静注。

注) HMG-CoA 還元酵素阻害剤等による治療が適さない場合を除き,他の脂質低下療法と併用。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先[Hフデュラ配合皮下注 5.6mL1瓶 劇 604,569
(アルジェニクス) 6399501A1020/629927801

6399J 抗 FcRn 抗体フラグメント・ヒアルロン酸分解酵素配合製剤 エフガルチギモド アルファ (遺伝子組換え)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ (遺伝子組換え)

適応 全身型重症筋無力症(ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る)。

用法 1回 5.6mL,1週間間隔で4回皮下注。これを1サイクルとし繰り返す。

保険料 在宅自己注射指導管理料を算定する場合,注入器加算は算定できない(令 6.4.16 保医発 0416 第 21 号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先[Fアイコンパ点滴静注 2mg 2mg1瓶 1,962
(エーザイ) 1139405D1025/622955101

1139i 抗てんかん剤 ペランパネル水和物

適応 一時的に経口投与ができない患者における,次の治療に対するペランパネル経口製剤の代替療法/てんかん患者の部分発作(二次性全般化発作を含む),他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかん患者の強直間代発作に対する抗てんかん薬との併用療法。

用法 [ペランパネル経口投与から本剤に切り替え] 部分発作(単剤療法・併用療法) 成人・4歳以上の小児,経口投与と同じ1日量を1日1回30分以上(4~12歳未満の小児は90分)かけて点滴静注。強直間代発作(併用療法) 成人・12歳以上の小児,経口投与と同じ1日量を1日1回30分以上かけて点滴静注。[ペランパネル経口投与に先立ち本剤を投与] 部分発作(単剤療法) 成人・4歳以上の小児1日1回2mgより開始し,その後2週間以上の間隔をあけ2mgずつ漸増。維持量1日1回4~8mg,30分以上(4~12歳未満の小児は90分)かけて点滴静注。部分発作(併用療法) 成人・12歳以上の小児1日1回2mgより開始し,その後1週間以上の間隔をあけ2mgずつ漸増。4~12歳未満の小児1日1回2mgより開始し,その後2週間以上の間隔をあけ2mgずつ漸増。いずれも本剤の代謝を促進する抗てんかん薬を併用しない場合は維持量1日1回4~8mg,併用する場合は維持量1日1回8~12mg,30分以上(4~12歳未満の小児は90分)かけて点滴静注。強直間代発作(併用療法) 成人・12歳以上の小児1日1回2mgより開始し,その後1週間以上の間隔をあけ2mgずつ漸増。本剤の代謝を促進する抗てんかん薬を併用しない場合は維持量1日1回8mg,併用する場合は維持量1日1回8~12mg,30分以上かけて点滴静注。以上,いずれも症状により適宜増減できるが,1日最高量・増減方法は次のとおりとする。部分発作(単剤療法) 成人・4歳以上の小児,2週間以上の間隔をあけ2mg以下ずつ適宜増減。1日最高8mg。部分発作(併用療法) 成人・12歳以上の小児,1週間以上の間隔をあけ2mg以下ずつ適宜増減。1日最高12mg。4~12歳未満の小児,2週間以上の間隔をあけて2mg以下ずつ適宜増減。1日最高12mg。強直間代発作(併用療法) 成人・12歳以上の小児,1週間以上の間隔をあけ2mg以下ずつ適宜増減。1日最高12mg。

注) ①本剤の投与開始時,投与中又は本剤からペランパネル経口製剤に切り替える時に,本剤の代謝を促進する抗てんかん薬(カルバマゼピン,フェニトイン,ホスフェニトイン)を開始又は中止する際は,必要に応じて1日最高量12mgまでの範囲で適切に用量変更を行う。②軽度・中等度の肝機能障害患者は1日1回2mgより開始し,その後2週間以上の間隔をあけ2mgずつ漸増。1日最高量,軽度の肝機能障害患者は8mg,中等度の肝機能障害患者は4mg。③強直間代発作に対し使用する場合は他の抗てんかん薬と併用。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重度の肝機能障害

先[レプロジル皮下注用 25mg 25mg1瓶 劇 184,552
(BMS) 3399417D1026/629928201

先[レプロジル皮下注用 75mg 75mg1瓶 劇 551,000
3399417D2022/629928301

3399i 赤血球成熟促進薬 ルスパレルセプト (遺伝子組換え)

適応 骨髄異形成症候群に伴う貧血。

用法 1回 1mg/kg,3週間間隔で皮下注。状態により適宜増減。1回 1.75mg/kgを超えない。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴