

薬効・薬価リスト令和7年版 追補
(令和7年5月20日告示・21日適用)

内 用 薬

先カムザイオスカプセル 1mg (BMS)	1mg1カプセル 劇 7,204.00 2190047M1023/622987501
先カムザイオスカプセル 2.5mg	2.5mg1カプセル 劇 7,264.80 2190047M2020/622987601
先カムザイオスカプセル 5mg	5mg1カプセル 劇 7,410.50 2190047M3026/622987701

2190i 肥大型心筋症治療剤/選択的心筋ミオシン阻害剤
マバカムテン

適応 閉塞性肥大型心筋症。

注) 症候性の閉塞性肥大型心筋症患者に投与。

用法 1日1回2.5mg,経口投与から開始。状態により適宜増減。最大量1回15mg。

注) 開始前に心エコー検査により左室駆出率(LVEF)を評価し,LVEFが55%未満の患者には投与を開始しない。

保険料 投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載(他の医療機関で測定した場合は、当該測定結果及び医療機関名を記載可)(令7.5.20保医発0520第1号)。

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イトラコナゾール、クラリスロマイシン含有製剤、ポリコナゾール、ボサコナゾール、リトナビル含有製剤、コピシタット含有製剤、セリチニブ、エンシトレルビルフル酸、ロナファルニブ、ジョサマイシン、ミフェプリストン・ミソプロストールを投与中④重度の肝機能障害(Child-Pugh分類C) **併禁** イトラコナゾール(イトリゾール)、クラリスロマイシン含有製剤(クラリス、クラリシッド、ボノサップ、ラベキュア)、ポリコナゾール(ブイフェンド)、ボサコナゾール(ノクサフィル)、リトナビル含有製剤(カレトラ、ノービア、パキロビッド)、コピシタット含有製剤(シムツェザ、ゲンボイヤ、プレジコピックス)、セリチニブ(ジカディア)、エンシトレルビルフル酸(ゾコーバ)、ロナファルニブ(ゾキンヴィ)、ジョサマイシン(ジョサマイ)、ミフェプリストン・ミソプロストール(メフィーゴ)
(薬価基準収載日:令7.5.21,投与:14日まで)

先ティブソ錠 250mg (日本セルヴィエ)	250mg1錠 劇 30,007.60 4291090F1022/622988901
---------------------------	---

4291 抗悪性腫瘍剤/IDH1阻害剤 イボシデニブ

適応 IDH1遺伝子変異陽性の急性骨髄性白血病。

用法 アザシチジンと併用で1日1回500mg,経口投与。状態により適宜減量。

注) 強いCYP3A阻害剤と併用する場合,1回量250mgに減量。

保険料 IDH1遺伝子変異陽性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7.5.20保医発0520第1号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令7.5.21,投与:14日まで)

先ビヨントラ錠 400mg (アレクシオン)	400mg1錠 8,995.90 2190048F1029/622967301
---------------------------	--

2190i トランスサイレチン型心アミロイドーシス治療薬
アコロミジス塩酸塩

適応 トランスサイレチン型心アミロイドーシス(野生型及び変異型)。

用法 1回800mg,1日2回経口投与。

保険料 ①投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載/ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること。イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること。ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと。②初回投与に当たっては,NYHA心機能分類I~III度の患者を対象とする(令7.5.20保医発0520第1号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令7.5.21,投与:14日まで)

先プレバイミス顆粒分包 20mg (MSD)	20mg1包 劇 3,025.60 6250048D1026/622988201
先プレバイミス顆粒分包 120mg	120mg1包 劇 10,006.20 6250048D2022/622988301

6250i 抗サイトメガロウイルス化学療法剤 レテルモビル

適応 次におけるサイトメガロウイルス感染症の発症抑制/同種造血幹細胞移植,臓器移植。

用法 [成人]1日1回480mg,経口投与。シクロスポリンと併用する場合,1日1回240mg,経口投与。[小児]シクロスポリンの併用なし1日1回,体重30kg以上は480mg,15~30kg未満は240mg,7.5~15kg未満は120mg,5~7.5kg未満は80mg,経口投与。シクロスポリンの併用あり1日1回,体重30kg以上は240mg,15~30kg未満は120mg,7.5~15kg未満は60mg,5~7.5kg未満は40mg,経口投与。

注) ①経口剤と注射剤は医師の判断で切り替えて使用可。②同種造血幹細胞移植は移植の当日から移植後28日目までを目安として投与開始,臓器移植は移植後早期より投与開始し,投与期間は患者のサイトメガロウイルス感染症の発症リスクを考慮しながら移植後200日目までを目安とする。

保険料 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり,今般,既収載品において小児における用法・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7.5.20保医発0520第1号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②次の薬剤を投与中:ピモジド,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,ジヒドロエルゴタミン,メチルエルゴメトリン,エルゴメトリン **併禁** ①ピモジド(オーラップ)②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(クリアミン配合錠),ジヒドロエルゴタミン,メチルエルゴメトリン(バルタンM),エルゴメトリン

(薬価基準収載日:令7.5.21)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和7年版 追補
(令和7年5月20日告示・21日適用)

注 射 薬

先ラズクルーズ錠 80mg (ヤンセン)	80mg1錠 劇 4,403.30 4291091F1027/622986701
先ラズクルーズ錠 240mg	240mg1錠 劇 12,354.70 4291091F2023/622986801

4291 抗悪性腫瘍剤/チロシンキナーゼ阻害剤 ラゼルチニブメシル酸塩水和物

適応 EGFR 遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 アミバンタマブ（遺伝子組換え）と併用で1日1回240mg、経口投与。状態により適宜減量。

注) アミバンタマブ（遺伝子組換え）との併用による静脈血栓塞栓症の発症を抑制するため、当該併用投与開始後4ヶ月間はアピキサパン1回2.5mg、1日2回経口投与。

保険料 EGFR 遺伝子変異陽性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7.5.20保医発0520第1号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日：令7.5.21、投与：14日まで)

先リプマーリ内用液 10mg/mL (武田)	1%30mL1瓶 3,888,640.70 3919008S1025/622987101
---------------------------	---

3919i 回腸胆汁酸トランスポーター阻害剤 マラリキシバット塩化物

適応 次の疾患における胆汁うっ滞に伴うそう痒/アレルギー症候群、進行性家族性肝内胆汁うっ滞症。

用法 [アレルギー症候群] 1日1回200μg/kg、食前経口投与。1週間後、1日1回400μg/kgに増量。[進行性家族性肝内胆汁うっ滞症] 1日1回300μg/kg、食前経口投与。1週間後、1回300μg/kg、1日2回に増量。さらに1週間後、1回600μg/kg、1日2回に増量。

保険料 ①（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。②本剤は新医薬品に係る投与期間制限の例外とされたことを踏まえ、令和7年6月1日から起算して1年を経過していない間は、概ね1ヶ月に1回の頻度で診察を行うとともに、概ね2週間に1回の頻度で電話等を用いて、患者の状態や服薬の状況等を確認する。また、その間、当該診察時には前回処方時以降の当該診察及び確認の実施年月日を、本剤処方時には体重をそれぞれ診療報酬明細書の摘要欄に記載。③本剤は製剤の特性上、遮光保存であり原則患者には小分けせずに瓶のまま渡すものであることから、不要な残液が生じないよう留意し、次に示す例を参考に薬剤料は瓶単位で算定する/例：リプマーリ内用液 10mg/mL 1%30mL1瓶、1日1回0.15mL 7日分、1日1回0.30mL 96日分（令7.5.20保医発0520第1号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日：令7.5.21)

先テビムブラ点滴静注 100mg (BeiGene)	100mg10mL1瓶 劇 214,498 4291478A1027/629934701
-------------------------------	---

4291 抗悪性腫瘍剤/ヒト化抗ヒトPD-1モノクローナル抗体 チスレリズマブ（遺伝子組換え）

適応 根治切除不能な進行・再発の食道癌。

用法 フルオロウラシル及びシスプラチンと併用で1回200mg、3週間間隔で60分かけて点滴静注。がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌に対しては単独投与も可。初回の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分まで短縮可。

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、本品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) 根治切除不能な進行・再発の食道癌の治療に用いる場合、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載：1) 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）/ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など）。イ 特定機能病院。ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など）。エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設。オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設。2) 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5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること（令7.5.20保医発0520第2号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

先テブダック点滴静注用 40mg (ジェンマブ)	40mg1瓶 劇 252,241 4291479D1028/629934401
-----------------------------	--

4291 抗悪性腫瘍剤/組織因子標的抗体微小管阻害薬複合体 チソツマブ ベドチン（遺伝子組換え）

適応 がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌。

用法 1回2mg/kg、30分以上かけて3週間間隔で点滴静注。1回200mgを超えない。状態により適宜減量。

注) 本剤投与に伴う眼障害軽減のため、副腎皮質ステロイド点眼剤を本剤投与24時間前から4日間、血管収縮点眼剤を本剤投与前に1回、ドライアイ治療用点眼剤を本剤投与開始日～終了後30日目まで投与する。使用する血管収縮点眼剤はプリモニジン酒石酸塩点眼液0.1%とし、本剤投与直前に1～3滴点眼。

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7年版 追補
(令和7年5月20日告示・21日適用)

先 トレムフィア点滴静注 200mg (ヤンセン)	200mg20mL1 瓶 劇 253, 045 3999446A1029/629934001
------------------------------	---

3999i ヒト型抗ヒト IL-23p19 モノクローナル抗体製剤
グセルクマブ (遺伝子組換え)

適応 中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る)。

用法 1回 200mg,初回,4 週後,8 週後に点滴静注。

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 トレムフィア皮下注 200mg シリンジ (ヤンセン)	200mg2mL1 筒 劇 339, 733 3999446G2028/629934101
----------------------------------	--

先 トレムフィア皮下注 200mg ペン	200mg2mL1 キット 劇 339, 733 3999446G3024/629934201
-------------------------	--

3999i ヒト型抗ヒト IL-23p19 モノクローナル抗体製剤
グセルクマブ (遺伝子組換え)

適応 中等症から重症の潰瘍性大腸炎の維持療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る)。

用法 点滴静注製剤による導入療法終了 8 週後から 1 回 100mg,8 週間隔で皮下注。状態により,点滴静注製剤による導入療法終了 4 週後以降に 1 回 200mg,4 週間隔で皮下注も可。

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 ハイキュービア 10%皮下注セット 5g/50mL (武田)	1 セット 56, 816 6343501A1025/629932701
-------------------------------------	---

先 ハイキュービア 10%皮下注セット 10g/100mL	1 セット 112, 154 6343501A2021/629932501
----------------------------------	--

先 ハイキュービア 10%皮下注セット 20g/200mL	1 セット 221, 382 6343501A3028/629932601
----------------------------------	--

6343 血漿分画製剤 pH4 処理酸性人免疫グロブリン (皮下注射)・ボルヒアルロニダーゼ アルファ (遺伝子組換え)

適応 無又は低ガンマグロブリン血症。

用法 ボルヒアルロニダーゼ アルファ (遺伝子組換え) を皮下注後,約 10 分以内に同じ部位へ人免疫グロブリン G を皮下注。人免疫グロブリン G 及びボルヒアルロニダーゼ アルファ (遺伝子組換え) の投与は,次の用量の 1/3 又は 1/4 から開始し,漸増する。また,投与間隔は投与量に併せて延長。

[人免疫グロブリン G] 150~600mg (1.5~6mL) /kg を 3 週間に 1 回,又は 200~800mg (2~8mL) /kg を 4 週間に 1 回投与。[ボルヒアルロニダーゼ アルファ (遺伝子組換え)]人免疫グロブリン G1g あたり 80 単位 (0.5mL),投与。以上,状態により 3 週又は 4 週あたりの投与量・回数は適宜増減。

注) 人免疫グロブリン注射液の 1 日最大量: 1 部位に投与する場合は体重 40kg 以上 600mL・40kg 未満 300mL,複数部位に投与する場合は体重 40kg 以上 1200mL・40kg 未満 600mL。

禁忌 本剤 (成分) にショックの既往歴