

薬効・薬価リスト令和7年版 追補
(令和7年10月21日告示・22日適用)

内 用 薬

先 バルズィ錠 2.5mg	2.5mg1錠	47.80
(大正製薬=MeijiSeika) 1190034F1022/622993701		
先 バルズィ錠 5mg	5mg1錠	71.30
1190034F2029/622993801		
先 バルズィ錠 10mg	10mg1錠	106.40
1190034F3025/622993901		

1190 不眠症治療剤 ボルノレキサント水和物

適応 不眠症。

用法 1日1回5mg, 就寝直前経口投与。1日1回10mgを超えない。症状により適宜増減。

注) 中程度の CYP3A 阻害作用を有する薬剤と併用する場合・中等度肝機能障害患者 (Child-Pugh 分類 B) : 1日1回2.5mg。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②重度の肝機能障害 (Child-Pugh 分類 C) ③イトラコナゾール, ボサコナゾール, ポリコナゾール, クラリスロマイシン, リトナビル含有製剤, エンシトレルビル フマル酸, コピシスタット含有製剤, セリチニブを投与中 **併禁** イトラコナゾール (イトリゾール), ボサコナゾール (ノクサフィル), ポリコナゾール (ブイフェンド), クラリスロマイシン (クラリス, クラリシッド), リトナビル含有製剤 (ノービア, カレトラ, パキロビッド), エンシトレルビル フマル酸 (ゾコーバ), 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)

(薬価基準収載日: 令 7.10.22, 投与: 14日まで)

先 マグミット錠 100mg	100mg1錠	12.70
(マグミット製薬=シオエ= 2344009F7025/622991301 日本新薬=丸石=フェルゼン)		

2344 制酸・緩下剤 酸化マグネシウム

適応 次の疾患における制酸作用と症状の改善/胃・十二指腸潰瘍, 胃炎 (急・慢性胃炎, 薬剤性胃炎を含む), 上部消化管機能異常 (神経性食思不振, いわゆる胃下垂症, 胃酸過多症を含む)。便秘症。尿路シュウ酸カルシウム結石の発生予防。

用法 【成人】制酸 1日 0.5~1g, 数回分割経口投与。緩下 1日 2g, 3回分割食前又は食後経口投与。あるいは就寝前1回経口投与。尿路結石の発生予防 1日 0.2~0.6g, 多量の水とともに経口投与。以上, 年齢・症状により適宜増減。【小児】緩下 1歳以上 1日 20~80mg/kg, 2回分割食後経口投与。

注) 緩下: 小児は 1日 40mg/kg を開始量の目安とし, 状態により適宜増減。

保険 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり, 今般, 既収載品において便秘症に係る 1歳以上の小児における用法・用量が追加されたことに伴い, 当該用法・用量に必要な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 7.10.21 保医発 1021 第 9 号)。

(薬価基準収載日: 令 7.10.22)

外 用 薬

先 スピジア点鼻液 5mg	5mg0.1mL1瓶 向	8,336.50
(アキュリス) 1139701R1029/622990101		
先 スピジア点鼻液 7.5mg	7.5mg0.1mL1瓶 向	9,337.60
1139701R2025/622990201		
先 スピジア点鼻液 10mg	10mg0.1mL1瓶 向	10,120.00
1139701R3021/622990301		

1139i 抗けいれん剤 ジアゼパム

適応 てんかん重積状態。

用法 成人・2歳以上の小児, 年齢・体重を考慮し, 1回5~20mg を鼻腔内投与。効果不十分な場合, 4時間以上あけて2回目の投与可。6歳未満の小児は 1回15mg を超えない。

注) 1回量は次を参考にする/2~6歳未満: 体重 6~12kg 未満は 5mg, 12~23kg 未満は 10mg, 23kg 以上は 15mg。6~12歳未満: 体重 10~19kg 未満は 5mg, 19~38kg 未満は 10mg, 38~56kg 未満は 15mg, 56kg 以上は 20mg。12歳以上: 体重 14~28kg 未満は 5mg, 28~51kg 未満は 10mg, 51~76kg 未満は 15mg, 76kg 以上は 20mg。

禁忌 ①本剤 (成分) に過敏症の既往歴②急性閉塞隅角緑内障③重症筋無力症④リトナビル, ニルマトレルビル・リトナビルを投与中 **併禁** リトナビル (ノービア), ニルマトレルビル・リトナビル (パキロビッド)

(薬価基準収載日: 令 7.10.22, 投与: 14日まで)

先 セタネオ点眼液 0.002%	0.002%1mL	800.00
(参天) 1319766Q1026/622996201		

1319i 緑内障・高眼圧症治療剤 セバタプロスト

適応 緑内障, 高眼圧症。

用法 1日1回1滴, 点眼。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 7.10.22, 投与: 14日まで)

先 バイジュベックゲル	2瓶1組	2,955,232.70
(Krystal) 4900700X1026/629701301		

4900 ウイルスベクター製品 ベレマゲン ゲベルパベク

適応 栄養障害型表皮水疱症。

用法 週1回, 本品の液滴を約 1cm×1cm の格子状になるように皮膚創傷部に滴下塗布。創傷面積 1cm²あたりの投与量目安は 2×10⁷PFU (10μL)。1週あたりの最大量, 3歳未満は 2×10⁹ PFU, 3歳以上は 4×10⁹PFU。

保険 (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十分留意する。(2) 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本品を用いた治療の責任者として, 次に掲げる要件をすべて満たす医師が配置されている施設である旨 (「施設要件ア~エ」と記載) / ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有すること。イ 表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得していること。ウ 製造販売業者による本品の適正使用に関する講習を受講していること。エ 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」(カルタヘナ法) を十分に理解し, 施設内における第一種使用規定に従った取扱いが行えること。②患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は, 投与者が

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和7年版 追補
(令和7年10月21日告示・22日適用)

カルタヘナ法遵守に関する説明及び本品の投与に関するトレーニングを受け、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日。(3) 継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載／①本品による治療効果を確認した直近の年月日。②患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者が在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日(令7.10.21保医発1021第12号)。

禁忌 ①再使用禁止②本品(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令7.10.22, 投与: 14日まで)

注 射 薬

先ヨビパス皮下注 168μg ペン (帝人ファーマ)	168μg0.56mL1キット 571,509 2439404G1028/622991501
先ヨビパス皮下注 294μg ペン	294μg0.98mL1キット 584,139 2439404G2024/622991601
先ヨビパス皮下注 420μg ペン	420μg1.4mL1キット 596,310 2439404G3020/622991701

2439i 副甲状腺機能低下症治療剤 パロペグテリパラチド

適応 副甲状腺機能低下症。

用法 開始量1日1回18μg,皮下注。以後,血清カルシウム濃度の十分な管理のもとに,1日1回6~60μgの範囲で適宜増減。増量・減量は3μgずつ行う。

注)①活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療により血清カルシウム濃度が基準範囲内又はわずかに下回る状態(目安として7.8~10.6mg/dL)となっていることを確認した上で投与。②初回投与後及び本剤,活性型ビタミンD製剤又はカルシウム剤の投与量変更後は,7~14日後を目安に血清カルシウム濃度を測定。

保険性 ①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。②注入器一体型のキットであるので,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7.10.21保医発1021第9号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴