

薬効・薬価リスト令和7年版 追補  
(令和8年2月19日告示・20日適用)

注 射 薬

先[エレビジス点滴静注 (中外)]	1患者当たり 304,972,042 4900411X1020/629701201
----------------------	--

4900 ウイルスベクター製品 デランジストロゲン モキセバルボベク

**適応** デュシエンヌ型筋ジストロフィー（ただし、次のいずれも満たす場合に限る／抗 AAVrh74 抗体が陰性の患者、歩行可能な患者、3～8 歳未満の患者）。

**用法** 体重 10～70kg 未満は  $1.33 \times 10^{14}$  ベクターゲノム (vg) /kg, 70kg 以上は  $9.31 \times 10^{15}$  ベクターゲノム (vg) , 60～120 分かけて単回静注。再投与不可。投与量は次に基づき算出。  
体重 10.0～10.4kg : 100mL, 10.5～11.4kg : 110mL, 11.5～12.4kg : 120mL, 12.5～13.4kg : 130mL, 13.5～14.4kg : 140mL, 14.5～15.4kg : 150mL, 15.5～16.4kg : 160mL, 16.5～17.4kg : 170mL, 17.5～18.4kg : 180mL, 18.5～19.4kg : 190mL, 19.5～20.4kg : 200mL, 20.5～21.4kg : 210mL, 21.5～22.4kg : 220mL, 22.5～23.4kg : 230mL, 23.5～24.4kg : 240mL, 24.5～25.4kg : 250mL, 25.5～26.4kg : 260mL, 26.5～27.4kg : 270mL, 27.5～28.4kg : 280mL, 28.5～29.4kg : 290mL, 29.5～30.4kg : 300mL, 30.5～31.4kg : 310mL, 31.5～32.4kg : 320mL, 32.5～33.4kg : 330mL, 33.5～34.4kg : 340mL, 34.5～35.4kg : 350mL, 35.5～36.4kg : 360mL, 36.5～37.4kg : 370mL, 37.5～38.4kg : 380mL, 38.5～39.4kg : 390mL, 39.5～40.4kg : 400mL, 40.5～41.4kg : 410mL, 41.5～42.4kg : 420mL, 42.5～43.4kg : 430mL, 43.5～44.4kg : 440mL, 44.5～45.4kg : 450mL, 45.5～46.4kg : 460mL, 46.5～47.4kg : 470mL, 47.5～48.4kg : 480mL, 48.5～49.4kg : 490mL, 49.5～50.4kg : 500mL, 50.5～51.4kg : 510mL, 51.5～52.4kg : 520mL, 52.5～53.4kg : 530mL, 53.5～54.4kg : 540mL, 54.5～55.4kg : 550mL, 55.5～56.4kg : 560mL, 56.5～57.4kg : 570mL, 57.5～58.4kg : 580mL, 58.5～59.4kg : 590mL, 59.5～60.4kg : 600mL, 60.5～61.4kg : 610mL, 61.5～62.4kg : 620mL, 62.5～63.4kg : 630mL, 63.5～64.4kg : 640mL, 64.5～65.4kg : 650mL, 65.5～66.4kg : 660mL, 66.5～67.4kg : 670mL, 67.5～68.4kg : 680mL, 68.5～69.4kg : 690mL, 69.5kg 以上 : 700mL。

注) 投与により AAVrh74 に対する免疫反応が発現することがあることから、次を参考にプレドニゾロンの投与を行う／(1) ベースラインとしてコルチコステロイドを 1 日 1 回又は間欠で投与している患者・ベースラインとして高用量コルチコステロイドを週 2 日投与している患者: 投与前日からプレドニゾロン 1mg/kg/日を追加投与。1 日最大量 60mg。投与後 60 日間は追加のプレドニゾロン 1mg/kg/日で継続後、2 週間かけてベースライン用量への漸減を検討。(2) ベースラインとしてコルチコステロイドを投与していない患者: 投与 1 週間前からプレドニゾロン 1.5mg/kg/日、投与開始。1 日最大量 60mg。投与後 60 日間はプレドニゾロン 1.5mg/kg/日で継続後、4 週間かけてステロイドを離脱するまで漸減を検討。

**保険** 次を診療報酬明細書の摘要欄に記載／抗 AAVrh74 抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日、歩行の可否、本製品の投与日における年齢（令 8.2.19 保医発 0219 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ジストロフィン遺伝子のエクソン 8 及び/又はエクソン 9 の一部又は全体が欠失している者