

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年4月14日告示・15日適用)

内 用 薬

先 アクイプタ錠 10mg (アツヴィ)	10mg1錠	339.90
	1190036F1021/622994201	
先 アクイプタ錠 30mg	30mg1錠	831.30
	1190036F2028/622994301	
先 アクイプタ錠 60mg	60mg1錠	1,461.60
	1190036F3024/622994401	

1190 経口 CGRP 受容体拮抗薬 アトゲバント水和物

適応 片頭痛発作の発症抑制。

用法 1日1回60mg,経口投与。

注) ①重度の腎機能障害・末期腎不全患者(クレアチニンクリアランス30mL/分未満),強いCYP3A阻害剤と併用する場合:1日1回10mg,経口投与。②OATP阻害剤と併用する場合:1日1回30mg,経口投与。

保険 ①投与開始前の月間片頭痛日数の平均を診療報酬明細書の摘要欄に記載。②投与開始後3ヶ月を目安に治療上の有益性を評価した際の診療報酬明細書の摘要欄に,症状の改善が認められた旨を記載(令8.4.14保医発0414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8.4.15,投与:14日まで)

先 イドピソ配合錠 (MSD)	1錠	6,610.50
	6250121F1026/623011501	

6250J 抗ウイルス化学療法剤 ドラビリン・イスラトラビル水和物

適応 HIV-1 感染症。

注) ウイルス学的失敗の経験がなく,切り替え前3ヶ月間以上ウイルス学的抑制(HIV-1 RNA量50copies/mL未満)が得られており,ドラビリン又はイスラトラビルに対する耐性関連変異を持たず,本剤への切り替えが適切であると判断される抗HIV薬既治療成人患者に使用。

用法 1日1回1錠,経口投与。食事の有無にかかわらず投与可。

注) リファブチンと併用する場合,本剤服用後約12時間の間隔を空けてドラビリン単剤100mgを服用。

保険 診療報酬明細書等の取扱いにおいては,当該患者の秘密の保護に十分配慮する(令8.4.14保医発0414第1号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴 **併禁** ①カルバマゼピン(テグレトール),フェノバルビタール(フェノバル),フェニトイン(アレビアチン),ホスフェニトイン(ホストイン),エンザルタミド(イクスタンジ),アバルタミド(アーリーダ),リファンピシン(リファジン),ミトタン(オベプリム),セイヨウオトギリソウ(セント・ジョーンズ・ワート)含有食品②ラミブジン(エビビル),エムトリシタビン(デシコピ)

(薬価基準収載日:令8.4.15)

※(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。

先 ツカイザ錠 50mg (ファイザー)	50mg1錠劇	2,818.40
	4291098F1029/623010701	
先 ツカイザ錠 150mg	150mg1錠劇	7,317.00
	4291098F2025/623010801	

4291 抗悪性腫瘍剤/HER2 チロシンキナーゼ阻害剤 ツカチニブ エタノール付加物

適応 化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌。

用法 トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びカペシタビンと併用で1回300mg,1日2回経口投与。状態により適宜減量。

注) ①重度の肝機能障害患者(Child-Pugh分類C):開始量1回200mg,1日2回。②強いCYP2C8阻害剤と併用する場合:開始量1回100mg,1日2回。③トラスツズマブ(遺伝子組換え)及びカペシタビンと併用する際のカペシタビンの用法・用量は次のとおりとする/体表面積1.36m²未満は1回1,200mg,1.36~1.66m²未満は1回1,500mg,1.66~1.96m²未満は1回1,800mg,1.96m²以上は1回2,100mg,朝・夕食後30分以内に1日2回,14日間連日経口投与し,その後7日間休薬。これを1コースとし繰り返す。状態により適宜減量。

保険 国内外の最新の診療ガイドライン等を参考に,過去に実施した化学療法歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載(令8.4.14保医発0414第1号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②肝臓又は腎臓に障害のある者で,コルヒチンを服用中 **併禁** ①ベネトクラクス(慢性リンパ性白血病(小リンパ球性リンパ腫を含む),再発又は難治性のマンツル細胞リンパ腫の用量漸増期)〈ベネクレクタ〉②アナモレリン塩酸塩〈エドルミズ〉,ボクロスボリン〈ルプキネス〉,イバブラジン塩酸塩〈コララン〉,キニジン硫酸塩水和物,チカグレロル〈ブリリクタ〉,マバカムテン〈カムザイオス〉,アゼルニジピン〈カルブロック〉,オルメサルタン メドキシミル・アゼルニジピン〈レザルタス配合錠〉,エプレレノン〈セララ〉,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〉,シンバスタチン〈リボパス〉,タダラフィル〈アドシルカ〉,マンテンタン・タダラフィル〈ユバンシ配合錠〉,フィネレノン〈ケレンディア〉,ロミタピドメシル酸塩〈ジャクスタピッド〉,スボレキサント〈ベルソムラ〉,ダリドレキサント塩酸塩〈クービック〉,トリアゾラム〈ハルシオン〉,プロナンセリン〈ロナセン〉,ボルノレキサント水和物〈ボルズイ〉,ルラシドン塩酸塩〈ラツェダ〉,バルデナフィル塩酸塩水和物,メチルエルゴメトリンマレイン酸塩〈バルタンM〉,ロナファルニブ〈ゾキンヴィ〉,イブルチニブ〈イムブルピカ〉③リパーロキサパン〈イグザレルト〉

(薬価基準収載日:令8.4.15,投与:14日まで)

先 ラヴィクティ内用液 1.1g/mL (オーファンバシフィック)	27.5g25mL1瓶	41,455.40
	3999068S1028/623002701	

3999i 尿素サイクル異常症用薬 フェニル酪酸グリセロール

適応 尿素サイクル異常症。

用法 開始量1日4.5mL/m²,3~6回分割,食事・栄養補給とともに又は食直後経口投与。その後は状態により適宜増減。1日量11.2mL/m²を超えない。

注) ①フェニル酪酸ナトリウム製剤から切り替える場合,フェニル酪酸としての投与量が同等となるよう,次の換算式に従い本剤の開始量(1日量)を決定/フェニル酪酸ナトリウム錠の投与量(g)×0.86=本剤の1日量(mL),フェニル酪酸ナトリウム顆粒の投与量(g)×0.81=本剤の1日量(mL)。②1回量が2mL未満の場合は0.1mL単位,2mL以上の場合は0.5mL単位で切り上げる。

禁忌 本剤(成分)・フェニル酪酸ナトリウムに過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令8.4.15,投与:14日まで)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年4月14日告示・15日適用)

注 射 薬

先	エキシデンサー皮下注 100mg シリンジ (GSK)	100mg1mL1筒 劇 1, 143, 284 2290404G1020/629939001
先	エキシデンサー皮下注 100mg ペン	100mg1mL1キット 劇 1, 143, 284 2290404G2026/629938901

2290i ヒト化抗IL-5モノクローナル抗体 デベモキマブ(遺伝子組換え)

適応 気管支喘息(既存治療によっても喘息症状をコントロールできない重症又は難治の患者に限る)。鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(既存治療で効果不十分な患者に限る)。

用法 気管支喘息 成人・12歳以上の小児 1回 100mg,26週間ごとに皮下注。鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎 成人 1回 100mg,26週間ごとに皮下注。

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しよう十分留意する。

(2) 〈気管支喘息〉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、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。2) 本剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」及び「患者要件ウ」又は「患者要件イ」及び「患者要件ウ」と記載)／ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性 β_2 刺激薬,長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ),ロイコトリエン受容体拮抗薬,テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。イ 中用量ICSとその他の長期管理薬(長時間作用性 β_2 刺激薬,長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ),ロイコトリエン受容体拮抗薬,テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。ウ 投与開始時に血中好酸球数が $150/\mu\text{L}$ 以上又は過去12ヶ月以内に血中好酸球数が $300/\mu\text{L}$ 以上。3) 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、長時間作用性 β_2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(小児のみ)又はICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由。(3) 〈鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎〉①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) 本剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア」と記載)／ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。2) 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨／ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術に

よる治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」。ウ 既存の治療によっても次のすべての症状が認められる。・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上・医師による臨床評価に基づく鼻閉VRS症状(鼻づまり/鼻閉塞感/鼻閉)スコアが2以上(4週間以上持続していること)・「鼻づまり/鼻閉塞感/鼻閉」又は「鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)」のいずれかを有する(12週間以上持続していること)・「顔面痛/顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」のいずれかを有する(12週間以上持続していること)。3) 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由。4) 本剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア,鼻閉VRS症状スコア並びに「鼻づまり/鼻閉塞感/鼻閉」又は「鼻汁(前鼻漏/後鼻漏)」及び「顔面痛/顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間。②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) 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」又は「医師要件イ」と記載)／ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床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、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨。3) 26週間を超えて本剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由(令8.4.14保医発0414第2号)。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先	サフネロー皮下注 120mg オートインジェクター	120mg0.8mL1キット 劇 24, 932 3999462G1020/629936501
(アストラゼネカ)		

3999i ヒト抗I型インターフェロン受容体1モノクローナル抗体 アニフロルマブ(遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分な全身性エリテマトーデス。

用法 1回 120mg,1週間ごとに皮下注。

注) アニフロルマブ(遺伝子組換え)点滴静注製剤から切り替える場合、点滴静注の最終投与から約2週間後に投与開始。

保険性 針付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、注入器加算及び注入器用注射針加算は算定できない(令8.4.14保医発0414第1号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②重篤な感染症③活動性結核