

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年5月19日告示・20日適用)

内 用 薬

先	インレビックカプセル 100mg (レコルダティ)	100mg1カプセル 劇 4291099M1022/623015401	11,137.40
---	------------------------------	--	-----------

4291 抗悪性腫瘍剤/ヤヌスキナーゼ (JAK) 阻害剤 フェドラチニブ塩酸塩水和物

適応 骨髄線維症。

用法 1日1回400mg,経口投与。状態により適宜減量。

注) ①本剤投与によるウェルニッケ脳症を予防するため,必要量(1日100mg以上を目安)のビタミンB₁経口剤を併用。②重度の腎機能障害(クレアチニンクリアランス15~30mL/分未満)患者:1回量を200mgに減量。③強いCYP3A阻害剤と併用する場合,1回量を200mgに減量。併用投与終了後には本剤を300mgに増量し,一定期間投与後400mgに増量。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 8.5.20, 投与: 14日まで)

先	ソホノスカプセル 1mg (IPSEN)	1mg1カプセル 劇 3999069M1023/623018101	46,062.10
---	-------------------------	--------------------------------------	-----------

先	ソホノスカプセル 1.5mg	1.5mg1カプセル 劇 3999069M2020/623018201	57,114.90
---	----------------	--	-----------

先	ソホノスカプセル 2.5mg	2.5mg1カプセル 劇 3999069M3026/623018301	95,190.70
---	----------------	--	-----------

先	ソホノスカプセル 5mg	5mg1カプセル 劇 3999069M4022/623018401	190,381.30
---	--------------	--------------------------------------	------------

先	ソホノスカプセル 10mg	10mg1カプセル 劇 3999069M5029/623018501	355,689.50
---	---------------	---------------------------------------	------------

3999i レチノイン酸受容体γ作動薬 パロバロテン

適応 進行性骨化性線維異形成症。

用法 成人・8歳以上の女兒・10歳以上の男児,次の量を経口投与。〔連続投与〕1日1回,成人及び骨格が成熟した小児は5mg,骨格が未成熟の小児は体重10~20kg未満2.5mg,20~40kg未満3mg,40~60kg未満4mg,60kg以上5mg,食事中又は食直後経口投与。〔フレアアップ発現時〕1~4週目1日1回,成人及び骨格が成熟した小児は20mg,骨格が未成熟の小児は体重10~20kg未満10mg,20~40kg未満12.5mg,40~60kg未満15mg,60kg以上20mg,4週間,食事中又は食直後経口投与。5週目以降1日1回,成人及び骨格が成熟した小児は10mg,骨格が未成熟の小児は体重10~20kg未満5mg,20~40kg未満6mg,40~60kg未満7.5mg,60kg以上10mg,8週間,食事中又は食直後経口投与。8週間経過時点でフレアアップが持続している場合は,フレアアップが消失するまで4週間単位で延長。以上,状態により適宜減量。

注) ①手,手関節等のX線検査に基づく骨年齢が12歳未満(女性)又は14歳未満(男性)の場合に,骨格が未成熟とみなし投与量を決定。②10mgカプセルとその他の含量のカプセルとの間で生物学的同等性は示されていないため,20mgを投与する際は10mgカプセル剤2カプセルを使用。また,10mg,12.5mg及び15mgを投与する際は10mgカプセル剤1カプセルとその他の含量のカプセルを組み合わせて投与。③減量を行っても連続投与に対する忍容性が認められない場合,フレアアップ発現時の用法・用量に従い,フレアアップ時にのみ投与可。④中程度のCYP3A阻害剤との併用が避けられない場合は次を参考に減量/連続投与:成人及び骨格が成熟した小児は2.5mg,骨格が未成熟の小児は体重10~20kg未満1mg,20~40kg未満1.5mg,40~60kg未満2mg,60kg以上2.5mg。フレアアップ発現時:1~4週目,成人及び骨格が成熟した小児は10mg,骨格が未成熟の小児は体重10~20kg未満5mg,20~40kg未満6mg,40~60kg未満7.5mg,60kg以上10mg。5週目以降,成人及び骨格が成熟した小児は5mg,骨格が未成熟の小児は体重10~20kg未満2.5mg,20~40kg未満3mg,40~60kg未満4mg,60kg以上5mg。

禁忌 ①妊婦・妊娠の可能性②本剤(成分)に過敏症の既往歴③重度の肝機能障害(Child-Pugh分類C)④ビタミンA過剰症 **併禁** ①①ビタミンA製剤(チョコラA等)②強いCYP3A阻害剤:イトラ

コナゾール(イトリゾール),リトナビル含有製剤(ノービア,カレトラ,パキロビット),クラリスロマイシン含有製剤(クラリシッド,クラリス,ボノサブ,ラベキュア),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),エンシトレルビル fumarate (ゾコーバ),コビスタット含有製剤(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),ダルナビル エタノール付加物含有製剤(ブリジスタ,シムツーザ,プレジコビックス),ロナファルニブ(ゾキンヴィ)

(薬価基準収載日: 令 8.5.20, 投与: 14日まで)

先	ドジョルビ内用液 100% (Ultragenyx)	100%500mL1瓶 3999070S1025/623015901	734,770.00
---	-------------------------------	---------------------------------------	------------

3999i 長鎖脂肪酸代謝異常症治療薬 トリヘプタノイン

適応 長鎖脂肪酸代謝異常症。

用法 次式を用いて算出した本剤の1日総投与量を4回分割経口又は経管投与:1日総投与量(mL)=1日あたりのカロリー摂取量(DCI)(kcal)×DCIに対する本剤の割合÷8.3(kcal/mL)。「DCIに対する本剤の割合」は,10%から開始し,2~3日ごとに約5%ずつ増加させる。目標値は25~35%とするが,状態により適宜増減。

保険料 ①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8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,本剤処方時には前回処方時以降の当該診察又は電話等による確認の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載。②本剤は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,薬剤料は瓶単位で算定(令 8.5.19 保医発 0519 第4号)。

(薬価基準収載日: 令 8.5.20)

※(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。

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年5月19日告示・20日適用)

注 射 薬

先アクーゴ脳内移植用注 (サンバイオ)	1回分 4900412X1024/629701801	72,716,528
------------------------	-------------------------------	------------

4900 ヒト体性幹細胞加工製品 バンデフィテムセル

適応 外傷性脳損傷に伴う慢性期の運動麻痺の改善。

注) ①受傷後6ヶ月以上が経過し運動機能障害が固定した患者で、GOS-Eスコアが3~6である中等度又は重度の患者に使用。②運動麻痺の責任病変としての局所病変をMRI等で確認できる脳損傷患者に使用。

用法 ヒト(同種)骨髄由来間葉系幹細胞として生細胞5×10⁶個(300μL)の細胞調製液を、専用投与機器セットを用いた定位脳手術により、損傷した組織の周辺部に移植する。頭蓋骨の小孔1箇所を通り損傷周辺部に至る3つの移植経路から、1移植経路あたり細胞懸濁液100μLを最深部から5~6mm間隔で5箇所、1箇所あたり20μL移植。注入速度は約10μL/分。

保険料 (1) (1) 条件及び期限付承認を受けた再生医療等製品であり、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、最適使用推進ガイドラインに従い、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) 本品を投与した患者に対するリハビリテーションについては、最適使用推進ガイドラインで示されている要件を満たす医療機関において適切なリハビリテーションを実施するように十分留意する。(3) 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「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載)／ア 特定機能病院。イ 大学附属病院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。)。ウ 日本脳神経外科学会の基幹施設又は連携施設、日本脳神経外傷学会の認定研修施設、若しくは日本定位・機能神経外科学会の認定施設。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すべて該当する旨(「医師要件ア及びイ」と記載)／ア 医師免許取得後4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。ただし、医師免許取得後2年の初期研修期間を除く。イ 日本定位・機能神経外科学会が定める機能的定位脳手術技術認定相当の経験(5例以上)を有していること。③運動機能障害の重症度として、GOS-Eのスコアの数値(令8.5.19保医発0519第1号)。(2) ①本品の投与前の調製等を投与施設において当該施設の医療従事者が実施した場合、自己生体組織接着剤作成術の所定点数を準用して算定可。②定位脳手術装置を用いて穿頭手術を実施した後に本品を移植した場合、機能的定位脳手術の「2」その他の場合の「イ」片側の場合を算定可(令8.5.19保医発0519第4号)。

禁忌 ①本品(成分)に過敏症の既往歴②再使用禁止③再滅菌禁止(専用投与機器)

先アムシェプリ (住友ファーマ)	18瓶1組 4900413X1029/629701601	55,306,737
---------------------	---------------------------------	------------

4900 ヒト人工多能性幹細胞加工製品 ラグネプロセル

適応 レボドパ含有製剤を含む既存の薬物療法で十分な効果が得られないパーキンソン病患者の運動症状の改善。

用法 [移植] 非自己iPS細胞由来ドパミン神経前駆細胞として片側あたり5.4×10⁶個を目標として、定位脳手術により両側の被殻に移植する。頭蓋骨の小孔1箇所を通る3つの投与経路から、1投与経路あたり約1.8×10⁶個を1~2mm間隔で6~9箇所に分けて移植。注入速度は約0.1μL/秒。[免疫反応の抑制を目的とした本品移植前後のタクロリムス水和物の投与方法] 初期にはタクロリムスとして1回0.03~0.15mg/kg、1日2回、移植日の朝から経口投与。以後、目標血中トラフ濃度を5~10ng/mLとし、血中トラフ濃度をモニタリングしながら投与量を調節。拒絶反応が認められた場合、目標血中トラフ濃度を10~20ng/mLとする。投与開始後1年を目安に、以後12週間かけて漸減し中止するが、必要に応じて投与期間を延長。

保険料 (1) (1) 条件及び期限付承認を受けた再生医療等製品であり、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、最適使用推進ガイドラインに従い、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) 本品を移植した患者に対する経過観察については、最適使用推進ガイドラインで示されている要件を満たす医療機関において適切に実施するように十分留意する。(3) 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「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載)／ア 特定機能病院。イ 大学附属病院(脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。)。ウ 日本脳神経外科学会の基幹施設又は連携施設、若しくは日本定位・機能神経外科学会の認定施設。②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(「医師要件ア及びイ」と記載)／ア 医師免許取得後4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。ただし、医師免許取得後2年の初期研修期間を除く。イ 日本定位・機能神経外科学会が定める機能的定位脳手術技術認定相当の経験(5例以上)を有していること。③パーキンソン病の罹病期間。④レボドパ含有製剤を含む既存の薬物療法で運動症状のコントロールが十分に得られていないと判断した理由。

⑤オンとオフの状態があることを確認した根拠(ア及びイのうち判断に使用したものを記載)／ア MDS-UPDRS Part3。イ 症状日誌。⑥オフ時のH&Y重症度分類。⑦オン時のH&Y重症度分類。⑧抗パーキンソン病薬休薬時のレボドパ反応性の値(令8.5.19保医発0519第2号)。(2) ①本品の投与前の調製等を投与施設において当該施設の医療従事者が実施した場合、自己生体組織接着剤作成術の所定点数を準用して算定可。②定位脳手術装置を用いて穿頭手術を実施した後に本品を移植した場合、機能的定位脳手術の「2」その他の場合の「ロ」両側の場合を算定可(令8.5.19保医発0519第4号)。

禁忌 ①再使用禁止②本品(成分)に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年5月19日告示・20日適用)

先]アムベルピスト静注 2mL (バイエル)	25.79%/2mL1瓶	2,261
	7290419A1026/623012401	
先]アムベルピスト静注 シリンジ 5mL	25.79%/5mL1筒	4,930
	7290419G1029/623012501	
先]アムベルピスト静注 シリンジ 7.5mL	25.79%/7.5mL1筒	7,098
	7290419G2025/623012601	
先]アムベルピスト静注 シリンジ 10mL	25.79%/10mL1筒	9,193
	7290419G3021/623012701	

7290i 環状型非イオン性 MRI 用造影剤 ガドクアトラン水和物

適応 磁気共鳴コンピューター断層撮影における次の造影／脳・脊髄造影, 軀幹部・四肢造影。

用法 成人・小児 0.1mL/kg, 静注。

禁忌 本剤 (成分)・ガドリニウム造影剤に過敏症の既往歴

先]ゾルゲンスマ髄注 (ノバルティス)	1患者当たり	167,077,222
	4900404X2026/629701701	

4900 ウイルスベクター製品 オナセムノゲン アベバルボベク

適応 脊髄性筋萎縮症 (ただし, 抗 AAV9 抗体が陰性の患者に限る)。

注) SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者, 2歳以上の患者に投与。

用法 1.2×10^{14} ベクターゲノム (vg), 約 1~2 分かけて髄腔内に単回投与。オナセムノゲン アベバルボベクの投与歴 (投与経路は問わない) がある患者には投与不可。

注) 投与により肝機能障害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 (原則として経口投与) / プレドニゾロンを本品投与 24 時間前に 1mg/kg/日 で投与し, 投与後 30 日間は 1mg/kg/日 で継続 (いずれも最大 60mg/日)。30 日間継続した時点で AST 及び ALT が基準値上限の 2 倍以下である場合, 4 週間以上かけて漸減し中止。30 日間継続した時点で AST 及び ALT が基準値上限の 2 倍を超えていた場合, AST 及び ALT が基準値上限の 2 倍以下, その他の肝機能検査値が正常範囲内に回復するまで 1mg/kg/日 (最大 60mg/日) で継続し, 4 週間以上かけて漸減し中止。

保険料 次を診療報酬明細書の摘要欄に記載 / SMN1 遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日, 本品の投与日齢, 抗 AAV9 抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日 (令 8.5.19 保医発 0519 第 4 号)。

禁忌 ①再使用禁止②本品 (成分) に過敏症の既往歴