

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年7月14日告示・15日適用)

内 用 薬

先	ジャスケイド錠 9mg (日本ペーリンガー)	9mg1錠 劇 4,190.10 3999071F1021/623018901
先	ジャスケイド錠 18mg	18mg1錠 劇 8,363.00 3999071F2028/623019001

3999i PDE4B 阻害剤/線維化・免疫調整剤 ネランドミラスト

適応 特発性肺線維症。進行性肺線維症。

用法 1回18mg,1日2回経口投与。忍容性に応じ1回9mg,1日2回に減量可。

注) ①ビルフェニドン又は強いもしくは中程度の CYP3A 誘導剤と併用する場合は減量しない。②強い CYP3A 阻害剤と併用する場合は1回9mg,1日2回に減量。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴
(薬価基準収載日: 令 8.7.15, 投与: 14日まで)

先	ハイツエキシン錠 10mg (海和＝大鵬薬品)	10mg1錠 劇 7,313.40 4291100F1028/623012801
---	----------------------------	---

4291 抗悪性腫瘍剤/PI3Kα 阻害剤 リソバリシブメシル酸塩水和物

適応 がん化学療法後に増悪した PIK3CA 遺伝子変異を有する卵巣明細胞癌。

注) 白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法歴のある患者を対象。

用法 1日1回40mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

保険性 PIK3CA 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の摘要欄に記載(当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載)(令 8.7.14 保医発 0714 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 8.7.15, 投与: 14日まで)

外 用 薬

先	アロステムシート (イシンファーマ)	5cm×5cm1枚 182,096.00 4900701X1020/629701401
---	-----------------------	--

4900 ヒト体性幹細胞加工製品 ニバドストロセル

適応 栄養障害型,接合部型及び単純型(重症汎発型に限る)表皮水疱症。

注) 既存の創傷治療で効果不十分であり,継続的に皮膚潰瘍が認められる難治性又は再発性の病変に対して適用。

用法 週1回,皮膚潰瘍の面積に応じて貼付枚数を定め,皮膚潰瘍をその辺縁を含めて本品同士が重なり合わない様に覆い,貼付。

注) 最大12週貼付しても改善しない場合は中止。

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～ウ」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。②既存の創傷治療で効果不十分であり,継続的に皮膚潰瘍が認められる難治性又は再発性の病変であると判断した理由。(3) 12週以降も継続して貼付する場合はその必要性を慎重に判断する。(4) 最適使用推進ガイドラインにおいて,「臨床試験において,1回あたり16枚を超える貼付の経験はないため,有効性及び安全性については評価されていない。医師が疾患の特性等により必要性があると判断し,やむを得ず1回あたり16枚を超える病変を治療対象とする場合は,有益性と危険性を慎重に評価した上で貼付すること。」とされているので,使用に当たっては十分留意する(令 8.7.14 保医発 0714 第2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 8.7.15, 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7月14日告示・15日適用)

先	エドスチラドリン 膀胱内注入液 (フェリング＝日本化薬)	20mL1 瓶 2,327,036.90 4900702X1025/629701501
----------	--	--

4900 ウイルスベクター製品 ナドファラゲン フィラデノベク

適応 BCG 膀胱内注入療法後に残存・再発した上皮内癌を有する高リスク筋層非浸潤性膀胱癌（ただし、BCG 膀胱内注入療法の再導入の適応とならない患者に限る）。

用法 1回 75mL (3×10¹¹vp/mL), 3ヶ月間隔で膀胱内投与。

注) 投与後,原則として1時間膀胱内に保持。

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,本品を用いた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」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,4 年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち,2 年以上は,膀胱癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。③本品を用いた治療の責任者として配置されている者が,次に掲げる医師の要件をすべて満たす旨(「医師要件ウ及びエ」と記載) / 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,資料の内容を十分理解していること。エ 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程に従った取扱いが行えること。④BCG 膀胱内注入療法を受けた直近の年月日。(3) BCG-unresponsive 以外の患者に投与する場合は,その必要性を慎重に判断する。

(4) 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尿細胞診及び膀胱鏡検査(臨床的に必要な場合は生検も)により,高グレード病変の再発の有無を確認した直近の年月日(令 8.7.14 保医発 0714 第 3 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 8.7.15, 投与: 14 日まで)