

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年10月13日告示・14日適用)

内 用 薬

先 イムルリオ錠 200mg (リリー)	200mg1錠 劇 27,551.80 4291102F1027/623002101
--------------------------------	---

4291 抗悪性腫瘍剤/抗エストロゲン剤 イムルネストラントトシル酸塩

適応 内分泌療法後に増悪した ESR1 遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌。

用法 1日1回 400mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

注) ①閉経前乳癌及び男性に対しては, LH-RH アゴニスト投与下で使用。②中等度又は重度の肝機能障害 (Child-Pugh 分類 B 又は C) 患者・強い CYP3A 阻害剤と併用が避けられない場合: 1 回 200mg に減量。

保険性 ホルモン受容体陽性,HER2 陰性及び ESR1 遺伝子変異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 8.10.13 保医発 1013 第 1 号)。

禁忌 ①本剤 (成分) に重篤な過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性

(薬価基準収載日: 令 8.10.14, 投与: 14 日まで)

先 オーゼイフル錠 0.5mg (武田)	0.5mg1錠 22,773.30 1190037F1026/623022101
先 オーゼイフル錠 1mg	1mg1錠 22,792.50 1190037F2022/623022201
先 オーゼイフル錠 2mg	2mg1錠 22,838.80 1190037F3029/623022301

1190 オレキシシン 2 受容体選択的作動薬 オバボレクストン

適応 ナルコレプシータイプ 1。

用法 1回 1mg,1日2回経口投与。起床時に1回目投与し,3〜5時間後に2回目投与。忍容性に問題がなく十分な効果が認められない場合に限り,1回 2mg,1日2回に増量可。

注) 中程度の CYP3A 阻害作用を有する薬剤と併用: 1回 0.5mg, 1日2回。

禁忌 ①重度の肝機能障害 (Child-Pugh 分類 C) ②本剤 (成分) に過敏症の既往歴 **併禁** 強い CYP3A 阻害剤 (クラリスロマイシン含有製剤〈クラリス, クラリシッド, ボノサップ〉, イトラコナゾール〈イトリゾール〉, ポリコナゾール〈ブイフェンド〉, ポサコナゾール〈ノクサフィル〉, 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ルマ酸〈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 8.10.14, 投与: 14 日まで)

先 ヒアニューオ錠 10mg (バイエル)	10mg1錠 劇 6,941.00 4291103F1021/623022001
---------------------------------	---

4291 抗悪性腫瘍剤/HER2 チロシンキナーゼ阻害剤 セバベルチニブ水和物

適応 HER2 (ERBB2) 遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 1回 20mg,1日2回食後経口投与。状態により適宜減量。

注) 強い CYP3A 阻害作用を有する薬剤との併用が避けられない場合: 用量調節前に1回 20mg, 1日2回の場合は1回 10mg, 1日2回に, 用量調節前に1回 10mg, 1日2回の場合は1日1回 10mg に減量, 又は減量した用量で開始。用量調節前に1日1回 10mg の場合は併用しない。

保険性 HER2 (ERBB2) 遺伝子変異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 8.10.13 保医発 1013 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 8.10.14, 投与: 14 日まで)

先 ブメリティカプセル 231mg (バイオジェン)	231mg1カプセル 劇 2,066.00 1190038M1020/623020301
--------------------------------------	---

1190 多発性硬化症治療剤 ジロキシメルフマラート

適応 再発寛解型多発性硬化症の再発予防及び身体的障害の進行抑制。

用法 1回 231mg,1日2回から開始。1週間後に1回 462mg,1日2回に増量。

注) 潮紅・消化器副作用等が認められた場合, 状態を慎重に観察しながら1ヶ月程度の期間1回 231mg, 1日2回に減量可。1回 462mg, 1日2回への再増量に忍容性が認められない場合は中止。

禁忌 ①本剤 (成分) ・フマル酸ジメチル (成分) に過敏症の既往歴②妊婦・妊娠の可能性

(薬価基準収載日: 令 8.10.14, 投与: 14 日まで)

先 ブリヌスプリ錠 25mg (インスメッド)	25mg1錠 24,695.70 2290002F1022/623024101
-----------------------------------	--

2290i 選択的可逆的 DPP1 阻害薬/好中球性炎症抑制薬 プレンソカチブ水和物

適応 非嚢胞性線維症性気管支拡張症。

用法 成人・12歳以上の小児1日1回 25mg,経口投与。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 8.10.14, 投与: 14 日まで)

先 ラプシド錠 25mg (ノバルティス)	25mg1錠 劇 929.00 4490039F1025/623019101
---------------------------------	---

4490 慢性蕁麻疹治療剤 (プルトン型チロシンキナーゼ阻害剤) レミブルチニブ

適応 特発性の慢性蕁麻疹 (既存治療で効果不十分な患者に限る)。

用法 1回 25mg,1日2回経口投与。

禁忌 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日: 令 8.10.14, 投与: 14 日まで)

先 リンヴォック内用液 0.1% (1mg/mL) (アッヴィ)	180mg180mL1瓶 劇 343,101.60 3999048S1020/622994501
--	---

3999i ヤススキナーゼ (JAK) 阻害剤 ウバダシチニブ水和物

適応 既存治療で効果不十分な次の疾患/多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎。

用法 2歳以上の患者,体重 10〜20kg 未満は1回 3mg (液: 3mL), 20〜30kg 未満は1回 4mg (同 4mL), 30kg 以上は1回 6mg (同 6mL), 1日2回,経口投与。

注) 錠剤と内用液の mg 換算に基づく互換使用は行わない。

保険性 ①本製剤は既収載品と有効成分が同一であり, 今般, 既収載品において多関節に活動性を有する若年性特発性関節炎に係る効能・効果及び用法・用量が追加されたことに伴い, 小児等が服用しやすい内用液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。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 8.10.13 保医発 1013 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 (敗血症等) ③活動性結核④重度の肝機能障害⑤好中球数が 1000/mm³ 未満⑥リンパ球数が 500/mm³ 未満⑦ヘモグロビン値が 8g/dL 未満⑧妊婦・妊娠の可能性

(薬価基準収載日: 令 8.10.14)

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和8年版 追補
(令和8年10月13日告示・14日適用)

外用薬

先ピレズトリ 14.4 エアロスフィア 56 吸入 (アストラゼネカ)	56 吸入 1 キット 4,936.40 2290805G3020/623018701
先ピレズトリ 14.4 エアロスフィア 120 吸入	120 吸入 1 キット 10,505.00 2290805G4026/623018801

2290J 喘息治療配合剤 プデソニド・グリコビロニウム臭化物・ホルモテロールフマル酸塩水和物

適応 気管支喘息(吸入ステロイド剤,長時間作用性吸入抗コリン剤及び長時間作用性吸入 β_2 刺激剤の併用が必要な場合)。

用法 成人・12歳以上の小児 1回2吸入,1日2回。

保険性 本製剤は慢性閉塞性肺疾患に係る効能・効果を有する既収載品と同一の有効成分の組み合わせからなる製剤であり,同じ疾患領域である気管支喘息に係る効能・効果及び用法・用量に必要な製剤として承認された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8.10.13保医発1013第1号)。

禁忌 ①閉塞隅角緑内障②前立腺肥大等による排尿障害③有効な抗菌剤の存在しない感染症,深在性真菌症④本剤(成分)に過敏症の既往歴

(薬価基準収載日:令8.10.14)

注射薬

先イムシブリー皮下注 10mg (リズム)	10mg1mL1 瓶 349,863 2499423A1026/623022501
--------------------------	--

2499i メラノコルチン 4 型受容体 (MC4R) 作動薬 セトメラノチド酢酸塩

適応 後天性視床下部性肥満。

用法 成人・4歳以上の小児,1日1回0.5mg,皮下注から開始。1週間ごとに年齢・体重に応じ0.5mg又は1mgずつ,次の量まで漸増。〔6歳未満〕体重20kg未満は1回1.5mg,20~25kg未満は1回2mg,25~30kg未満は1回2.5mg,30kg以上は1回3mg。〔6歳以上〕1回3mg。以上,状態により1回量を超えない範囲で適宜増減。

注) ①次を参考に1週間ごとに漸増。忍容性に応じ増量間隔を延長可/6歳未満:体重20kg未満は1週目1回0.5mg,2週目1回1mg,3週目以降1回1.5mg。20~25kg未満は1週目1回0.5mg,2週目1回1mg,3週目以降1回1.5mg,4週目以降2mg。25~30kg未満は1週目1回0.5mg,2週目1回1mg,3週目以降1回1.5mg,4週目2mg,5週目以降2.5mg。30kg以上は1週目1回0.5mg,2週目1回1mg,3週目1回2mg,4週目以降3mg。6歳以上:1週目1回0.5mg,2週目1回1mg,3週目1回2mg,4週目以降3mg。②増量後忍容性が認められない場合,増量前の用量に減量。状態に応じ0.25mgまで減量可。0.25mgで忍容性が認められない場合は中止。③中等度(eGFR30~59mL/分/1.73m²)又は高度(eGFR15~29mL/分/1.73m²)腎機能障害患者は次を参考に漸増。6歳未満を除き,3週目以降は増量前の用量で忍容性が認められた場合に増量し,増量間隔(6~12歳未満は5週目以降)は1週間以上とする/12歳以上:1~2週目1回0.5mg,3週目以降1回1mg,2mg,2.5mg,3mg。6~12歳未満:1~2週目1回0.25mg,3~4週目以降1回0.5mg,5週目以降1mg,2mg。6歳未満(状態を十分に観察し状態に応じ適宜増減):体重20kg未満は1週目以降1回0.25mg。20~30kg未満は1~2週目1回0.25mg,3週目以降1回0.5mg。30~40kg未満は1~2週目1回0.25mg,3~4週目1回0.5mg,5週目以降1mg。40kg以上は1~2週目1回0.25mg,3~4週目1回0.5mg,5~6週目1mg,7週目以降1.5mg。

禁忌 本剤(成分)に過敏症の既往歴

先ステララ皮下注 45mg バイアル (ヤンセン)	45mg0.5mL1 瓶 劇 211,919 3999431A2029/629941601
------------------------------	--

3999i ヒト型抗ヒトIL-12/23p40モノクローナル抗体製剤 ウステキヌマブ(遺伝子組換え)

適応 既存治療で効果不十分な次の疾患/尋常性乾癬,乾癬性関節炎。中等症から重症の活動期クローン病の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)。中等症から重症の潰瘍性大腸炎の維持療法(既存治療で効果不十分な場合に限る)。

用法 〔乾癬〕成人 1回45mg,初回及び4週後に皮下注。以降12週間隔で投与。効果不十分な場合は1回90mg,投与可。

〔クローン病〕成人 ウステキヌマブ(遺伝子組換え)点滴静注製剤を投与8週後に90mg,皮下注。以降,1回90mg,12週間隔で皮下注。効果減弱の場合は投与間隔を8週間に短縮可。2歳以上の小児 ウステキヌマブ(遺伝子組換え)点滴静注製剤を投与8週後に体重40kg未満は60mg/m²,40kg以上は90mg,皮下注。以降,体重40kg未満は1回60mg/m²,40kg以上は1回90mg,12週間隔で皮下注。効果減弱の場合は投与間隔を8週間に短縮可。〔潰瘍性大腸炎〕成人,ウステキヌマブ(遺伝子組換え)点滴静注製剤を投与8週後に90mg,皮下注。以降,1回90mg,12週間隔で皮下注。効果減弱の場合は投与間隔を8週間に短縮可。

禁忌 ①重篤な感染症の患者②活動性結核③本剤(成分)に過敏症の既往歴

先ヒブサーゴ皮下注 150mg シリンジ (GSK)	150mg1mL1 筒 劇 183,015 6250412G1027/623020401
-------------------------------	---

6250i B型肝炎治療用アンチセンス核酸医薬 ベピロビルセナトリウム

適応 B型肝炎ウイルス持続感染における機能的治癒。

注) 開始前6ヶ月間以上にわたって核酸アナログ治療を受けており,開始時のHBs抗原量が3000IU/mL以下かつHBV DNA量が90IU/mL(1.95logIU/mL)未満のB型肝炎ウイルス(HBV)持続感染者に使用。

用法 1回300mg,投与1・2週目は3~4日ごとに週2回,3週目以降は24週目まで週1回,皮下注。必ず核酸アナログと併用。

注) ①本剤の24週間投与完了後も核酸アナログの投与をさらに24週間継続。その後,HBs抗原が陰性であり,HBV DNA量が定量下限未満(20IU/mL未満)かつHBs抗原が不検出(0.05IU/mL未満),及びALT値が基準値上限の2倍以下を示す患者は核酸アナログの投与中止を検討可。②投与中,血液学的検査及び尿検査で次の異常が認められた場合は永続的に投与中止/ (1) ALT値が基準値上限の3倍以上かつ総ビリルビン値が基準値上限の2倍以上,又はALT値が基準値上限の10倍以上のまま4週間以上継続, (2) 血小板数50,000/ μ L未満, (3) UACR2000mg/g以上で休業し別の原因が特定されなかった場合。

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8.10.13保医発1013第1号)。

禁忌 ①本剤(成分)に過敏症の既往歴②肝硬変(Child-Pugh分類A,B又はC)③本剤の投与開始前の血小板数が100,000/ μ L未満