

薬効・薬価リスト令和6年版 追補  
(令和7年3月18日告示・19日適用)

内 用 薬

|                                     |          |        |
|-------------------------------------|----------|--------|
| <b>先</b> ウプトラビ錠小児用 0.05mg<br>(日本新薬) | 0.05mg1錠 | 443.50 |
| 2190037F3023/622980201              |          |        |

2190i 選択的 PGI<sub>2</sub> 受容体作動薬 セレキシパグ

**適応** 肺動脈性肺高血圧症。

**用法** 2歳以上の幼児・小児の開始量、体重 9～25kg 未満は 1 回 0.1mg、25～50kg 未満は 1 回 0.15mg、50kg 以上は 1 回 0.2mg、1 日 2 回食後経口投与。忍容性をみながら 7 日以上の間隔で体重 9～25kg 未満は 1 回 0.1mg、25～50kg 未満は 1 回 0.15mg、50kg 以上は 1 回 0.2mg の増量幅で最大耐用量まで増量し、維持量決定。1 回最高量、体重 9～25kg 未満は 0.8mg、25～50kg 未満は 1.2mg、50kg 以上は 1.6mg。以上、いずれの用量も 1 日 2 回食後経口投与。

注) ①中等度の肝障害患者：1 日 1 回に減量して開始。②体重 50kg 未満の小児：維持量に到達するまでは小児用 0.05mg 錠を使用。維持量が 0.2mg 錠・0.4mg 錠を用いて調整可能な場合、0.2mg 錠・0.4mg 錠に切り替えて投与可。

**保険性** 本製剤は既収載品と有効成分が同一であり、今般、既収載品において小児における用法・用量が追加されたことに伴い、当該用法・用量に必要となる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 7.3.18 保医発 0318 第 4 号）。

**禁忌** ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②重度の肝障害③肺静脈閉塞性疾患を有する肺高血圧症

(薬価基準収載日：令 7.3.19)

|                                   |             |             |
|-----------------------------------|-------------|-------------|
| <b>先</b> ゼボジアカプセル 0.92mg<br>(BMS) | 0.92mg1カプセル | 劇 4,792.80  |
| 2399019M1028/622980401            |             |             |
| <b>先</b> ゼボジアカプセル                 | 1シート        | 劇 12,313.30 |
| スターターパック 2399019X1024/622980301   |             |             |

2399i 潰瘍性大腸炎治療剤 オザニモド塩酸塩

**適応** 中等症から重症の潰瘍性大腸炎の治療（既存治療で効果不十分な場合に限る）。

**用法** 1 日 1 回、1～4 日目は 0.23mg、5～7 日目は 0.46mg、8 日目以降は 0.92mg、経口投与。

注) 軽度又は中等度の肝機能障害（Child-Pugh 分類 A 又は B）患者にやむを得ず投与する場合、1～4 日目は 0.23mg、5～7 日目は 0.46mg を 1 日 1 回、8 日目以降は 1 回 0.92mg を 2 日に 1 回経口投与。

**保険性** 1～7 日目までの分を 1 包装としたゼボジアカプセルスターターパックについては、原則、パックの形態で 1 回で処方されるものであるため、0.23mg カプセル及び 0.46mg カプセルの区別なく、本製剤（スターターパック 1 包装分）の薬価を 1 日分の額に換算して、次に示す例を参考に請求を行う／例：ゼボジアカプセルスターターパック 1 カプセル、1 日 1 回 7 日分（令 7.3.18 保医発 0318 第 4 号）。

**禁忌** ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②活動性の感染症を有する者③本剤の投与開始前 6 ヶ月以内に心筋梗塞、不安定狭心症、脳卒中、一過性脳虚血発作、入院を要する非代償性心不全、NYHA 分類Ⅲ度又はⅣ度の心不全を発症④モビッツⅡ型第 2 度房室ブロック、第 3 度房室ブロック又は洞不全症候群の既往歴又は合併症（ペースメーカー使用を除く）⑤重度かつ未治療の睡眠時無呼吸⑥重度の肝機能障害（Child-Pugh 分類 C）⑦妊婦・妊娠の可能性⑧生ワクチンを接種しない**併禁** 生ワクチン（乾燥弱毒生麻しんワクチン、乾燥弱毒生風しんワクチン、乾燥 BCG 等）

(薬価基準収載日：令 7.3.19、投与：14 日まで)

|                                      |           |            |
|--------------------------------------|-----------|------------|
| <b>先</b> ブルキンザカプセル 80mg<br>(BeiGene) | 80mg1カプセル | 劇 6,636.10 |
| 4291089M1029/622979901               |           |            |

4291 抗悪性腫瘍剤/ブルトン型チロシンキナーゼ阻害剤  
ザヌブルチニブ

**適応** 慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）。  
原発性マクログロブリン血症及びリンパ形質細胞リンパ腫。

**用法** 1 回 160mg、1 日 2 回経口投与。状態により適宜減量。  
注) 強い CYP3A 阻害剤を併用時は 1 日 1 回 80mg、中程度の CYP3A 阻害剤を併用時は 1 回 80mg を 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 7.3.19、投与：14 日まで)

注 射 薬

|                                     |             |             |
|-------------------------------------|-------------|-------------|
| <b>先</b> クアルソディ髄注 100mg<br>(バイオジェン) | 100mg15mL1瓶 | 劇 2,788,883 |
| 1190411A1027/622979801              |             |             |

1190 SOD1-ALS（筋萎縮性側索硬化症）治療剤 トフェルセン

**適応** SOD1 遺伝子変異を有する筋萎縮性側索硬化症における機能障害の進行抑制。

**用法** 1 回 100mg、1～3 分かけて髄腔内注。初回、2 週後、4 週後に投与し、以降 4 週間間隔で投与。

**禁忌** 本剤（成分）に過敏症の既往歴

|                                             |                 |          |
|---------------------------------------------|-----------------|----------|
| <b>先</b> ゼップバウンド皮下注 2.5mg<br>アテオス（リリー＝田辺三菱） | 2.5mg0.5mL1キット  | 劇 3,067  |
| 2499422G7022/622986001                      |                 |          |
| <b>先</b> ゼップバウンド皮下注 5mg<br>アテオス             | 5mg0.5mL1キット    | 劇 5,797  |
| 2499422G8029/622986101                      |                 |          |
| <b>先</b> ゼップバウンド皮下注 7.5mg<br>アテオス           | 7.5mg0.5mL1キット  | 劇 7,721  |
| 2499422G9025/622986201                      |                 |          |
| <b>先</b> ゼップバウンド皮下注 10mg<br>アテオス            | 10mg0.5mL1キット   | 劇 8,999  |
| 2499422P1024/622986301                      |                 |          |
| <b>先</b> ゼップバウンド皮下注 12.5mg<br>アテオス          | 12.5mg0.5mL1キット | 劇 10,180 |
| 2499422P2020/622986401                      |                 |          |
| <b>先</b> ゼップバウンド皮下注 15mg<br>アテオス            | 15mg0.5mL1キット   | 劇 11,242 |
| 2499422P3027/622986501                      |                 |          |

2499i 肥満症治療剤 チルゼパチド

**適応** 肥満症（ただし、高血圧、脂質異常症又は 2 型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、次に該当する場合に限る／BMI が 27kg/m<sup>2</sup> 以上であり 2 つ以上の肥満に関連する健康障害を有する、BMI が 35kg/m<sup>2</sup> 以上）。

**用法** 週 1 回 2.5mg、皮下注から開始。4 週間の間隔で 2.5mg ずつ増量し、週 1 回 10mg、皮下注。状態により適宜増減。週 1 回 5mg まで減量、又は 4 週間以上の間隔で 2.5mg ずつ週 1 回 15mg まで増量可。

**禁忌** ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②糖尿病性ケトアシドーシス、糖尿病性昏睡又は前昏睡、1 型糖尿病③2 型糖尿病を有する者における重症感染症、手術等の緊急の場合

**保険性** 〈1〉（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するよう十分留意する。（2）本剤の効能又は効果は「肥満症 ただし、高血圧、脂質異常症又は 2 型糖尿病のいずれかを有し、食事療法・運動療法を行っても十分な効果が得られず、以下に該当する場合（※次頁に続く）

## 薬効・薬価リスト令和6年版 追補 (令和7年3月18日告示・19日適用)

合に限る。・BMI が 27kg/m<sup>2</sup>以上であり、2 つ以上の肥満に関連する健康障害を有する。・BMI が 35kg/m<sup>2</sup>以上」とされているので、使用にあたっては十分留意する。(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次に掲げる標榜診療科名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すべて記載）／ア 内科。イ 循環器内科。ウ 内分泌内科。エ 代謝内科。オ 糖尿病内科。②次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地／カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本剤による治療に携わる。③次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載）／シ 日本循環器学会の教育研修施設。ス 日本糖尿病学会の教育研修施設。セ 日本内分泌学会の教育研修施設。④常勤の管理栄養士の免許証番号。⑤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、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。⑥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（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載）／ウ 日本循環器学会の専門医。エ 日本糖尿病学会の専門医。オ 日本内分泌学会の専門医。⑦次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載）／ア 高血圧。イ 脂質異常症。ウ 2型糖尿病。⑧次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）／エ BMI が 27kg/m<sup>2</sup>以上であり、2 つ以上の肥満に関連する健康障害を有する。オ BMI が 35kg/m<sup>2</sup>以上。⑨(3) ⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載）／カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など）。キ 脂質異常症。ク 高血圧。ケ 高尿酸血症・痛風。コ 冠動脈疾患。サ 脳梗塞。シ 非アルコール性脂肪性肝疾患。ス 月経異常・不妊。セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群。ソ 運動器疾患。タ 肥満関連腎臓病。⑩療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日。⑪(3) ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6ヶ月以上受けたことがわかるすべての年月日。⑫合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名。⑬本剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日。

(4) 本剤の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本剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。②本剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。③次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨／ア 体重。イ 血糖。ウ 血圧。エ 脂質。(5) 本剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても本剤の再投与が必要と判断された場合は、再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載。また、再投与後の継続投与に当たっては(4)に対応する／①本剤の投与を中止した年月日。②本剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日。③(5) ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6ヶ月以上受けたことがわかるすべての年月日。④(5) ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6ヶ月間行う前に、やむを得ず投与を再開する場合はその理由。⑤改めて本剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（令7.3.18保医発0318第3号）。(2) 注入器一体型のキットであるため、在宅自己注射指導管理料を算定する場合、注入器加算は算定できない（令7.3.18保医発0318第4号）。

**先**ダトロウェイ点滴静注用 100mg 100mg/1 瓶 劇 311,990  
(第一三共) 4291474D1025/629933801

4291 抗悪性腫瘍剤/抗 TROP-2 抗体トポイソメラーゼ I 阻害剤複合体 ダトボタマブ デルクステカン（遺伝子組換え）

**適応** 化学療法歴のあ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。

注) アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象。

**用法** 1回 6mg/kg、90分かけて3週間間隔で点滴静注。初回の忍容性が良好であれば2回目以降の投与時間は30分間まで短縮可。状態により適宜減量。

注) 投与による infusion reaction を軽減させるため、投与前に抗ヒスタミン剤及び解熱鎮痛剤を投与。また、必要に応じ副腎皮質ホルモン剤の前投与を考慮。

**保険料** ①ホルモン受容体陽性及び HER2 陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載（当該検査を実施した月のみ。ただし初回は必ず記載）。②過去に実施したアントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載（令7.3.18保医発0318第4号）。

**禁忌** 本剤（成分）に過敏症の既往歴

(※次頁に続く)

薬効・薬価リスト令和6年版 追補  
(令和7年3月18日告示・19日適用)

|   |                         |                                                     |
|---|-------------------------|-----------------------------------------------------|
| 先 | テクベイリ皮下注 30mg<br>(ヤンセン) | 30mg3mL1 瓶 劇 216,930<br>4291475A1023/629933301      |
| 先 | テクベイリ皮下注 153mg          | 153mg1.7mL1 瓶 劇 1,081,023<br>4291475A2020/629933401 |

4291 抗悪性腫瘍剤/二重特異性抗体製剤 テクリスタマブ (遺伝子組換え)

**適応** 再発又は難治性の多発性骨髄腫 (標準的な治療が困難な場合に限る)。

注) 本剤による治療は、免疫調節薬、プロテアソーム阻害剤及び抗 CD38 モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも 3 つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象とする。

**用法** 漸増期 1 日目 0.06mg/kg、その後は 2～4 日の間隔で 0.3mg/kg、1.5mg/kg の順に皮下注。継続投与期 1.5mg/kg、1 週間間隔で皮下注。部分奏効以上の奏効が 24 週間以上持続している場合、投与間隔を 2 週間間隔とできる。

注) 投与によるサイトカイン放出症候群を軽減させるため、漸増期は投与開始 1～3 時間前に副腎皮質ホルモン剤、抗ヒスタミン剤及び解熱鎮痛剤を投与。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

|   |                             |                                                 |
|---|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 先 | ヒムペジ皮下注 150mg<br>ベン (ファイザー) | 150mg1mL1 キット 883,108<br>6343462G1026/629933101 |
|---|-----------------------------|-------------------------------------------------|

6343/6349 抗 TFPI モノクローナル抗体 マルスタシマブ (遺伝子組換え)

**適応** 血液凝固第Ⅷ又は第Ⅸ因子に対するインヒビターを保有しない先天性血友病患者における出血傾向の抑制。

**用法** 12 歳以上かつ体重 35kg 以上の患者、初回 300mg、皮下注。以降、1 週間隔で 1 回 150mg、皮下注。体重 50kg 以上で効果不十分な場合、1 週間隔で 1 回 300mg に増量可。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

**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 7.3.18 保医発 0318 第 4 号)。

|   |                               |                                                   |
|---|-------------------------------|---------------------------------------------------|
| 先 | ファセンラ皮下注 30mg<br>ペン (アストラゼネカ) | 300mg1mL1 キット 劇 351,731<br>2290402G3023/629931701 |
|---|-------------------------------|---------------------------------------------------|

2290i ヒト化抗 IL-5 受容体 α モノクローナル抗体製剤 ベンラリズマブ (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難治の患者に限る)。既存治療で効果不十分な好酸球性多発血管炎性肉芽腫症。

**用法** 気管支喘息 成人・12 歳以上の小児・体重 35kg 以上の 6～12 歳未満の小児 1 回 30mg、初回、4 週後、8 週後に皮下注。以降 8 週間隔で皮下注。好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 成人 1 回 30mg、4 週間隔で皮下注。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴

**保険性** ①本剤の自己注射は 4 週間を超える間隔で投与する場合は認められない。②本剤の自己注射を行っている患者に対して指導管理を行った場合、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の患者に対して用いた場合に限り、在宅自己注射指導管理料を算定可。③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。④本剤は既収載品と有効成分が同一であり、今般、既収載品において好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に係る効能・効果及び用法・用量が追加されたことに合わせ、当該用法・用量に必要な製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 (令 7.3.18 保医発 0318 第 4 号)。

|   |                         |                                                 |
|---|-------------------------|-------------------------------------------------|
| 先 | ブリービアクト静注 25mg<br>(UCB) | 25mg2.5mL 1 瓶 静 2,450<br>1139406A1023/622955201 |
|---|-------------------------|-------------------------------------------------|

1139i 抗てんかん剤 ブリーバラセタム

**適応** 一時的に経口投与ができない患者における、次の治療に対するブリーバラセタム経口製剤の代替療法/てんかん患者の部分発作 (二次性全般化発作を含む)。

**用法** [ブリーバラセタム経口投与から本剤に切り替え] 経口投与と同じ 1 日量・投与回数で 1 回量を 2～15 分かけて静注。[ブリーバラセタム経口投与に先立ち本剤を投与] 1 日 50mg、2 回分割し、1 回量を 2～15 分かけて静注。以上、症状により適宜増減。1 日最高量 200mg。

**禁忌** 本剤 (成分)・ピロリドン誘導体に過敏症の既往歴

|   |                       |                                              |
|---|-----------------------|----------------------------------------------|
| 先 | ルンスミオ点滴静注 1mg<br>(中外) | 1mg1mL1 瓶 劇 83,717<br>4291476A1028/629932201 |
|---|-----------------------|----------------------------------------------|

|   |                |                                                   |
|---|----------------|---------------------------------------------------|
| 先 | ルンスミオ点滴静注 30mg | 30mg30mL1 瓶 劇 2,393,055<br>4291476A2024/629932301 |
|---|----------------|---------------------------------------------------|

4291 抗悪性腫瘍剤/抗 CD20/CD3 ヒト化二重特異性モノクローナル抗体 モスネツズマブ (遺伝子組換え)

**適応** 再発又は難治性の濾胞性リンパ腫。

注) ①本剤による治療は、抗 CD20 モノクローナル抗体製剤を含む少なくとも 2 つの標準的な治療が無効又は治療後に再発した患者を対象。②十分な経験を有する病理医により Grade1～3A と診断された患者に投与。

**用法** 21 日間を 1 サイクルとし、1 サイクル目は 1 日目に 1mg、8 日目に 2mg、15 日目に 60mg、点滴静注。2 サイクル目は 1 日目に 60mg、3 サイクル目以降は 1 日目に 30mg、8 サイクルまで点滴静注。8 サイクル終了時、完全奏効が得られた患者は投与終了し、病勢安定又は部分奏効が得られた患者は計 17 サイクルまで投与継続。

注) 投与によるサイトカイン放出症候群があらわれることがあるので、1 サイクル目 (1,8 及び 15 日目)・2 サイクル目は投与 60 分前に副腎皮質ホルモン剤を前投与。3 サイクル目以降は、前回投与後にサイトカイン放出症候群があらわれた患者にはサイトカイン放出症候群があらわれなくなるまで副腎皮質ホルモン剤を前投与。サイクルによらず、投与 30～60 分前に必要に応じ解熱鎮痛剤や抗ヒスタミン剤を前投与。

**禁忌** 本剤 (成分) に過敏症の既往歴