薬効・薬価リスト令和７年版　追補
（令和７年 11 月 11 日告示・12 日適用）

内　用　薬

先 **イブトロジーカプセル 200mg**　200mg1 カプセル 劇 9,711.20
（日本化薬）　4291095M1024／622995801

4291　抗悪性腫瘍剤／チロシンキナーゼ阻害剤　タレトレクチニブアジピン酸塩

適応 ROS1 融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌。

用法 1 日 1 回 600mg,空腹時経口投与。状態により適宜減量。

保険メモ ROS1 融合遺伝子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 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ゾフルーザ顆粒 2%分包**　2%500mg1 包　1,666.20
（塩野義）　6250047D1021／622992801

6250i　抗インフルエンザウイルス剤　バロキサビル　マルボキシル

適応 A 型又は B 型インフルエンザウイルス感染症の治療及びその予防。

注）予防：原則としてインフルエンザウイルス感染症を発症している患者の同居家族又は共同生活者のうち,インフルエンザウイルス感染症罹患時に重症化のリスクが高いと判断される高齢者（65 歳以上）,慢性呼吸器疾患・慢性心疾患患者,代謝性疾患患者（糖尿病等）等を対象。

用法 〔**治療**〕**成人・12 歳以上の小児** 体重 80kg 以上は 80mg，80kg 未満は 40mg，単回経口投与。**12 歳未満の小児** 体重 40kg 以上は 40mg，20~40kg 未満は 20mg，10~20kg 未満は 10mg，10kg 未満は 1mg（顆粒：50mg）/kg，単回経口投与。〔**予防**〕**成人・12 歳以上の小児** 体重 80kg 以上は 80mg，80kg 未満は 40mg，単回経口投与。**12 歳未満の小児** 体重 40kg 以上は 40mg，20~40kg 未満は 20mg，単回経口投与。

保険メモ A 型又は B 型インフルエンザウイルス感染症の発症後の治療を目的として使用した場合に限り算定可（令 2.11.27 保医発 1127 第 3 号，令 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ドルミカムシロップ 2mg/mL**　0.2%1mL 向　1,117.80
（丸石）　1124031Q1024／622996501

1124　催眠鎮静剤　ミダゾラム

適応 麻酔前投薬。

用法 小児 1 回 0.25～1.0mg/kg（最大 20mg），麻酔開始前に経口投与。

注）肥満患者は標準体重に基づいて投与量を算出。

禁忌 ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②急性閉塞隅角緑内障③重症筋無力症④HIV プロテアーゼ阻害剤,コビシスタットを含有する薬剤,ニルマトレルビル・リトナビル及びロナファルニブを投与中⑤ショック,昏睡,バイタルサインの抑制がみられる急性アルコール中毒

併禁 HIV プロテアーゼ阻害剤（リトナビルを含有する薬剤〈ノービア,カレトラ〉,ホスアンプレナビル〈レクシヴァ〉,ダルナビルを含有する薬剤〈プリジスタ,プレジコビックス,シムツーザ〉）,コビシスタットを含有する薬剤〈ゲンボイヤ,プレジコビックス,シムツーザ〉,ニルマトレルビル・リトナビル〈パキロビッドパック〉,ロナファルニブ〈ゾキンヴィ〉

（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ナルティーク OD 錠 75 mg**　75mg1 錠　2,923.20
（ファイザー）　1190035F1027／622995601

1190　経口 CGRP 受容体拮抗薬　リメゲパント硫酸塩水和物

適応 片頭痛発作の急性期治療及び発症抑制。

用法 **急性期治療** 1 回 75mg,片頭痛発作時に経口投与。**発症抑制** 75mg を隔日経口投与。

注）1 日総量 75mg を超えない。

保険メモ 発症抑制：①投与開始前の 4 週間あたりの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 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ネクセトール錠 180mg**　180mg1 錠　371.50
（大塚製薬）　2189022F1023／622996101

2189i　ATP クエン酸リアーゼ阻害剤　ベムペド酸

適応 高コレステロール血症,家族性高コレステロール血症。

注）HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分,又は次の HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない患者に使用／（1）副作用の既往等により HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が困難な患者,（2）HMG-CoA 還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者。

用法 1 日 1 回 180mg,経口投与。

注）HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない場合を除き,HMG-CoA 還元酵素阻害剤と併用。

禁忌 ①本剤（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 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ビルベイ顆粒 200μg**　200μg1 個 劇 29,705.10
（IPSEN）　3919009D1020／622999201
先 **ビルベイ顆粒 600μg**　600μg1 個 劇 89,114.70
3919009D2027／622999301

3919i　回腸胆汁酸トランスポーター阻害剤　オデビキシバット水和物

適応 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症に伴うそう痒。

用法 1 日 1 回 40μg/kg,朝食時経口投与。効果不十分な場合,1 日 1 回 120μg/kg に増量可。1 日最高 7200μg。

注）増量の判断は投与開始 3 ヶ月以降とし,忍容性に問題がない場合に行う。

保険メモ ①新医薬品に係る投薬期間制限の適用に当たっては，本剤の効能・効果に係る疾患の特性や治験の成績を勘案し，特例的に 14 日分ではなく 30 日分として取り扱う。なお本剤は基本的に小分けせずにボトル単位で処方・管理することが望ましい。②令和 7 年 12 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（令 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

禁忌 ①本剤（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 7.11.12，投与：30 日まで）

（※次頁に続く）

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます

薬効・薬価リスト令和７年版　追補
（令和７年 11 月 11 日告示・12 日適用）

先 **フジケノン粒状錠 125**　125mg1 包　22,043.00
（藤本）　3999066F1020／622996801

3999i　脳腱黄色腫症治療剤　ケノデオキシコール酸
適応 脳腱黄色腫症。
用法 **成人** 1 日 250mg より開始し,250mg ずつ増量後,維持量 1 日 750mg,1 日 3 回分割連日経口投与。1 日量 1000mg,1 回量 375mg を超えない。**小児** 1 日 5mg/kg より開始し,5mg/kg ずつ増量後,維持量 1 日 15mg/kg,1 日 3 回分割連日経口投与。1 日量 15mg/kg 及び 750mg のいずれも超えない。また,1 回量 250mg を超えない。以上,状態により適宜増減。
注）①維持量への漸増は 2 週間ごとを目安に行う。②小児：漸増時,1 日量 5mg/kg の場合は 250mg,10mg/kg の場合は 500mg,15mg/kg の場合は 750mg を超えない。
禁忌 ①胆道閉塞②本剤（成分）に過敏症の既往歴
（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ヘルネクシオス錠 60mg**　60mg1 錠　劇 13,881.90
（日本ベーリンガー）　4291096F1020／622995701

4291　抗悪性腫瘍剤／HER2 阻害剤　ゾンゲルチニブ
適応 がん化学療法後に増悪した 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 日 1 回 120mg,経口投与。状態により適宜減量。
保険メモ 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 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。
禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴
（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

外　用　薬

先 **ネフィー点鼻液 1 mg**　1mg0.1mL1 瓶　劇 22,975.30
（アルフレッサファーマ）　2451700R1020／622996301
先 **ネフィー点鼻液 2mg**　2mg0.1mL1 瓶　劇 24,672.10
2451700R2026／622996401

2451　アナフィラキシー補助治療剤　アドレナリン
適応 蜂毒,食物及び薬物等に起因するアナフィラキシー反応に対する補助治療（アナフィラキシーの既往のある人又はアナフィラキシーを発現する危険性の高い人に限る）。
用法 体重 30kg 未満は 1 回 1mg,30kg 以上は 1 回 2mg,鼻腔内投与。
注）①原則として 1mg 製剤は体重 15kg 以上の患者に対し使用。②効果不十分な場合,1 回目から 10 分以降を目安に 2 回目の投与可。
禁忌 カテコールアミン製剤,アドレナリン作動薬を投与中（ただし,蘇生等の緊急時はこの限りでない）　併禁 カテコールアミン製剤〈イソプレナリン,ノルアドレナリン等〉,アドレナリン作動薬〈プロタノール等〉
（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

先 **ワイキャンス外用液 0.71%**　0.71%0.45mL1 管　劇 14,995.60
（鳥居）　2649736Q1025／622996901

2649i　ウイルス性疣贅治療剤　カンタリジン
適応 伝染性軟属腫。
用法 成人・2 歳以上の小児,3 週間に 1 回,患部に適量を塗布。塗布 16～24 時間後に石鹸を用いて水で洗い流す。
禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴
（薬価基準収載日：令 7.11.12，投与：14 日まで）

注　射　薬

先 **アイザベイ硝子体内注射液 20mg/mL**　2mg0.1mL1 瓶　劇 142,522
（アステラス）　1319409A1025／622995901

1319i　眼科用補体第 5 成分阻害剤／ポリエチレングリコール共役 RNA アプタマー　アバシンカプタド　ペゴルナトリウム
適応 萎縮型加齢黄斑変性における地図状萎縮の進行抑制。
用法 2mg（0.1mL）,初回から 12 ヶ月までは 1 ヶ月に 1 回,硝子体内投与。以降は 2 ヶ月に 1 回,硝子体内投与。
保険メモ 地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に，当該評価の結果を記載（令 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。
禁忌 ①本剤（成分）に過敏症の既往歴②眼又は眼周囲に感染のある者,あるいは感染の疑い③活動性の眼内炎症

先 **アイマービー点滴静注 300mg**　300mg1.62mL1 瓶　劇 491,823
（ヤンセン）　6399434A1027／629937201
先 **アイマービー点滴静注 1200mg**　1,200mg6.5mL1 瓶　劇 1,967,291
6399434A2023／629937101

6399i　抗 FcRn モノクローナル抗体製剤　ニポカリマブ（遺伝子組換え）
適応 全身型重症筋無力症（ステロイド剤又はステロイド剤以外の免疫抑制剤が十分に奏効しない場合に限る）。
用法 成人・12 歳以上の小児,初回 30mg/kg,点滴静注。以降は 1 回 15mg/kg,2 週間隔で点滴静注。
禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

先 **ガリアファーム ^{68}Ge/^{68}Ga ジェネレータ**　1 患者当たり　劇 315,161
（ノバルティス）　4300457X1029／622994001

4300　放射性医薬品　ガリウム（^{68}Ga）ジェネレータ
適応 陽電子放出断層撮影（PET）イメージングのために承認された被標識用製剤のガリウム（^{68}Ga）標識。
用法 適量の溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液により塩化ガリウム（^{68}Ga）溶液の必要量を溶出し,担体分子の in vitro 標識に使用。
保険メモ 塩化ガリウム（^{68}Ga）溶液の溶出を行う際，構成品の溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液とは別に，ガリアファーム ^{68}Ge/^{68}Ga ジェネレータ専用の溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液を用いて溶出を行った場合に限り，「ガリアファーム溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液」として算定可。算定にあたっては，事前溶出が必要な場合は 15mL，必要ない場合は 5mL を算定可（令 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

（※次頁に続く）

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます

薬効・薬価リスト令和 7 年版　追補
（令和 7 年 11 月 11 日告示・12 日適用）

先 **ガリアファーム溶出用** 0.1mol/L　1mL　劇　152
塩酸溶液（ノバルティス）　4300458A1020／622998201

4300　放射性医薬品　ガリウム（^{68}Ga）ジェネレータ専用溶出液

適応 ガリアファーム ^{68}Ge／^{68}Ga ジェネレータの溶出に使用。

保険メモ 塩化ガリウム（^{68}Ga）溶液の溶出を行う際，構成品の溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液とは別に，ガリアファーム ^{68}Ge/^{68}Ga ジェネレータ専用の溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液を用いて溶出を行った場合に限り，「ガリアファーム溶出用 0.1mol/L 塩酸溶液」として算定可。算定にあたっては，事前溶出が必要な場合は 15mL，必要ない場合は 5mL を算定可（令 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

先 **プルヴィクト静注**　7.4GBq1 瓶　劇　3,389,878
（ノバルティス）　4291481A1029／622996001

4291　放射性医薬品・抗悪性腫瘍剤　ルテチウムビピボチドテトラキセタン（^{177}Lu）

適応 PSMA 陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌。

用法 1 回 7.4GBq,6 週間間隔で最大 6 回静注。状態により適宜減量。

保険メモ ①PSMA 陽性病変を有すること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）。②投与開始に当たっては，本剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載（令 7.11.11 保医発 1111 第 6 号）。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

先 **ロカメッツキット**　1 回分　185,947
（ノバルティス）　7290418D1028／622996701

7290i　PSMA 放射性リガンド診断薬　ゴゼトチド

適応 PSMA 標的療法の前立腺癌患者への適応判定の補助。

用法 111～259MBq を静注し,投与 50～100 分後に陽電子放出断層撮影（PET）法により撮像開始。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます