薬効・薬価リスト令和８年版　追補
（令和８年８月12日告示・13日適用）

内　用　薬

先イソトレックスカプセル 8mg　8mg1 ｶﾌﾟｾﾙ　劇 507.90
（サンファーマ）　4291101M1021／623011301
先イソトレックスカプセル 16mg　16mg1 ｶﾌﾟｾﾙ　劇 984.00
4291101M2028／623011401

4291　抗悪性腫瘍剤　イソトレチノイン

適応　大量化学療法後の神経芽腫。

用法　次の量を１日２回,14日間連日経口投与後,14日間休薬。これを１サイクルとし繰り返す。状態により適宜減量。〔**体重 12kg 未満**〕体重 3.7kg 以下は１回 8mg,3.8～7.5kg は１回 16mg,7.6～11.2kg は１回 24mg,11.3～11.9kg は１回 32mg。〔**12kg 以上**〕体表面積 0.38～0.50m²は１回 32mg,0.51～0.62m²は１回 40mg,0.63～0.75m²は１回 48mg,0.76～0.87m²は１回 56mg,0.88～1.00m²は１回 64mg,1.01～1.12m²は１回 72mg,1.13～1.25m²は１回 80mg,1.26～1.37m²は１回 88mg,1.38～1.50m²は１回 96mg,1.51～1.62m²は１回 104mg,1.63～1.75m²は１回 112mg,1.76～1.87m²は１回 120mg,1.88～2.00m²は１回 128mg。

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ビタミンＡ過剰症　併禁　ビタミンＡ製剤〈チョコラＡ等〉

（薬価基準収載日：令 8.8.13，投与：14日まで）

先ウェイリズ錠 400mg　400mg1 錠　劇 6,168.30
（サノフィ）　3999072F1026／623020601

3999i　ブルトン型チロシンキナーゼ阻害剤　リルザブルチニブ

適応　持続性及び慢性免疫性血小板減少症。

注）次の場合で,本剤の投与が適切と判断される者に使用／①他の治療で効果不十分又は忍容性に問題があると考えられる場合,②血小板数・臨床症状からみて出血リスクが高いと考えられる場合。

用法　１回 400mg,１日２回経口投与。

注）投与開始後,血小板数が安定するまで血小板数を週１回を目安に測定。その後は血小板反応・臨床症状に応じ定期的に測定。

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 8.8.13，投与：14日まで）

先サデルガカプセル 25mg　25mg1 ｶﾌﾟｾﾙ　劇 25,023.10
（サノフィ）　3999037M2020／623020701

3999i　グルコシルセラミド合成酵素阻害剤　エリグルスタット酒石酸塩

適応　ゴーシェ病の諸症状（貧血,血小板減少症,肝脾腫及び骨症状）の改善。

用法　CYP2D6 Extensive Metabolizer 及び Intermediate Metabolizer の成人１回 100mg,１日２回経口投与。CYP2D6 Extensive Metabolizer 及び Intermediate Metabolizer の６歳以上の小児,体重 15～25kg 未満は１回 50mg,25kg 以上は１回 100mg,１日２回経口投与。以上,状態により適宜減量。

注）①投与開始前に CYP2D6 遺伝子型,肝機能,併用薬剤を確認。②CYP2D6 の活性が通常の患者（EM）は次の通り用法用量調整／（1）肝機能が正常な患者：成人,中程度以上の CYP2D6 阻害作用を有する薬剤を併用,中程度以上の CYP2D6 阻害作用を有する薬剤と弱い CYP3A 阻害作用を有する薬剤を併用,弱い CYP2D6 阻害作用を有する薬剤と中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤を併用,中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤を併用する場合は各々１日１回 100mg。小児は CYP2D6 阻害作用を有する薬剤又は CYP3A 阻害作用を有する薬剤との併用が避けられない場合,１回量を体重に応じた投与量（100mg 又は 50mg）として成人例を参考に調整。（2）軽度肝機能障害（Child-pugh 分類 A）：成人,弱い CYP2D6 阻害作用を有する薬剤を併用,弱い CYP2D6 阻害作用を有する薬剤と弱い CYP3A 阻害作用を有する薬剤を併用,弱い又は中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤を併用する場合は各々１日１回 100mg。小児は本剤の投与は推奨されない。③CYP2D6 の活性が低い患者（IM）は次の通り用法用量調整／成人,肝機能が正常な患者で中程度以上の CYP2D6 阻害作用を有する薬剤を併用,中程度以上の CYP2D6 阻害作用を有する薬剤と弱い CYP3A 阻害作用を有する薬剤を併用する場合は各々１日１回 100mg。小児は CYP2D6 阻害作用を有する薬剤又は CYP3A 阻害作用を有する薬剤との併用が避けられない場合,１回量を体重に応じた投与量（100mg 又は 50mg）として成人例を参考に調整。④CYP2D6 の活性が欠損している患者（PM）に投与する場合,成人は１日１回 100mg,６歳以上の小児は体重 15～25kg 未満１日１回 25mg,25～50kg 未満１日１回 50mg,50kg 以上１日１回 100mg を目安とする。

保険ﾒﾓ　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 8.8.12 保医発 0812 第１号）。

禁忌　①本剤（成分）に過敏症の既往歴②本剤の血中濃度が大幅に上昇するおそれがある次の者：1)チトクロム P450（CYP）2D6 の活性が通常（Extensive Metabolizer,EM）で,次に該当する者：中等度以上の肝機能障害（Child-pugh 分類 B 又は C）2)CYP2D6 の活性が低い者（Intermediate Metabolizer,IM）で,次に該当する者：肝機能障害（Child-pugh 分類 A,B 又は C）3)CYP2D6 の活性が欠損している者（Poor Metabolizer,PM）で,次に該当する者：肝機能障害（Child-pugh 分類 A,B 又は C）③QT 延長（先天性 QT 延長症候群等）④妊婦・妊娠の可能性　併禁　［CYP2D6 の活性が通常（EM）で軽度肝機能障害（Child-pugh 分類 A）がある者］①中程度以上の CYP2D6 阻害作用を有する薬剤②弱い CYP2D6 阻害作用を有する薬剤と中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤の両方を併用③クラスⅠa 抗不整脈薬（キニジン,プロカインアミド等）,クラスⅢ抗不整脈薬（アミオダロン,ソタロール等）,ベプリジル塩酸塩　［CYP2D6 の活性が通常（EM）で肝機能が正常な者］①中程度以上の CYP2D6 阻害作用を有する薬剤と中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤の両方を併用②クラスⅠa 抗不整脈薬（キニジン,プロカインアミド等）,クラスⅢ抗不整脈薬（アミオダロン,ソタロール等）,ベプリジル塩酸塩　［CYP2D6 の活性が低い者（IM）］①中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤②クラスⅠa 抗不整脈薬（キニジン,プロカインアミド等）,クラスⅢ抗不整脈薬（アミオダロン,ソタロール等）,ベプリジル塩酸塩　［CYP2D6 の活性が欠損している者（PM）］①中程度以上の CYP3A 阻害作用を有する薬剤②クラスⅠa 抗不整脈薬（キニジン,プロカインアミド等）,クラスⅢ抗不整脈薬（アミオダロン,ソタロール等）,ベプリジル塩酸塩

（薬価基準収載日：令 8.8.13）

（※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８年版　追補
（令和８年８月12日告示・13日適用）

先ジャクスタピッドカプセル　2mg1カプセル　劇　72,127.50
小児用 2mg（レコルダティ）　2189020M4022／623015501

2189i　高脂血症治療剤　ロミタピドメシル酸塩

適応　ホモ接合体家族性高コレステロール血症。
注）他の経口脂質低下薬で効果不十分又は忍容性が不良な場合に投与の要否を検討。

用法　〔2～18歳未満〕2～11歳未満　1日1回2mg,夕食後2時間以上あけて経口投与。忍容性に問題がなく効果不十分な場合,投与9～12週に5mg,13～16週に10mg,17週以降20mgと4週間（初回は8週間）以上の間隔をあけて段階的に増量可。最大量20mg。11～16歳未満　1日1回2mg,夕食後2時間以上あけて経口投与。忍容性に問題がなく効果不十分な場合,投与5～8週に5mg,9～12週に10mg,13～16週に20mg,17週以降40mgと4週間以上の間隔をあけて段階的に増量可。最大量40mg。16～18歳未満　1日1回5mg,夕食後2時間以上あけて経口投与。忍容性に問題がなく効果不十分な場合,投与5～8週に10mg,9～12週に20mg,13週以降40mgと4週間以上の間隔をあけて段階的に増量可。最大量40mg。
注）①軽度の肝機能障害患者・末期腎不全患者：2～11歳未満1日10mg,11歳以上1日20mgまで。②他の含量の製剤との生物学的同等性は示されていないため,2mg製剤は2mgを投与するときのみ使用。

保険メモ　本剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから,次のいずれかを診療報酬明細書の摘要欄に記載／ア　本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けていること。イ　本疾患の診断根拠（遺伝子解析,コレステロール値,重度の高コレステロール血症の徴候等）(平28.11.17保医発1117第4号,令8.8.12保医発0812第1号)。

禁忌　①妊婦・妊娠の可能性②中等度又は重度の肝機能障害及び血清中トランスアミナーゼ高値が持続している者③本剤（成分）に過敏症の既往歴　併禁　①強いCYP3A阻害剤：クラリスロマイシン〈クラリス〉,インジナビル〈クリキシバン〉,イトラコナゾール〈イトリゾール〉,ネルフィナビル〈ビラセプト〉,サキナビル〈インビラーゼ〉,テラプレビル〈テラビック〉,ボリコナゾール〈ブイフェンド〉,リトナビル含有製剤〈ノービア,カレトラ,ヴィキラックス〉,コビシスタット含有製剤〈スタリビルド〉,セリチニブ〈ジカディア〉②中程度のCYP3A阻害剤：アプレピタント〈イメンド〉,アタザナビル〈レイアタッツ〉,シプロフロキサシン〈シプロキサン〉,クリゾチニブ〈ザーコリ〉,ジルチアゼム〈ヘルベッサー〉,エリスロマイシン〈エリスロシン〉,フルコナゾール〈ジフルカン〉,ホスアンプレナビル〈レクシヴァ〉,イマチニブ〈グリベック〉,ベラパミル〈ワソラン〉,ミコナゾール（ゲル剤・注射剤）〈フロリードゲル経口用,フロリードF注〉,トフィソパム〈グランダキシン〉

（薬価基準収載日：令8.8.13，投与：14日まで）

先ジョエンジャ錠 10mg　10mg1錠　劇　27,077.90
（オーファンパシフィック）　3999073F1020／623013101
先ジョエンジャ錠 30mg　30mg1錠　劇　102,115.70
3999073F2027／623013001
先ジョエンジャ錠 70mg　70mg1錠　劇　133,176.50
3999073F3023／623012901

3999i　活性化PI3Kδ症候群治療剤　レニオリシブリン酸塩

適応　活性化PI3Kδ症候群。

用法　成人・4歳以上の小児,体重13～19kg未満は1回20mg,19～27kg未満は1回30mg,27～38kg未満は1回40mg,38～45kg未満は1回50mg,45kg以上は1回70mg,1日2回12時間ごとを目安に経口投与。

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8.8.13，投与：14日まで）

先ゾコーバ錠 25mg　25mg1錠　劇　2,575.40
（塩野義）　6250052F2020／623020101

6250i　抗SARS-CoV-2剤　エンシトレルビル　フマル酸

適応　SARS-CoV-2による感染症の治療及びその予防。
注）予防：原則としてSARS-CoV-2による感染症患者の同居家族又は共同生活者のうち,重症化リスク因子を有する者に投与。

用法　〔治療〕成人・12歳以上の小児　1日目375mg,2～5日目125mg,1日1回経口投与。6～12歳未満の小児　体重20～30kg未満は1日目150mg,2～5日目75mg,1日1回経口投与。30～40kg未満は1日目250mg,2～5日目125mg,1日1回経口投与。40kg以上は1日目375mg,2～5日目125mg,1日1回経口投与。〔予防〕成人・12歳以上の小児,1日目375mg,2～5日目125mg,1日1回経口投与。
注）①治療：SARS-CoV-2による感染症の症状が発現してから72時間以内に投与開始。②予防：SARS-CoV-2による感染症患者に接触後72時間以内に投与開始。

保険メモ　①SARS-CoV-2による感染症の発症後の治療を目的とした場合に限り算定可。②これまで本剤は,製造販売業者から厚生労働省が提供を受け,各医療機関・薬局に配分していたところであり,厚生労働省より配分された本剤の費用は請求できない（令5.3.14保医発0314第4号,最終改正：令8.8.12保医発0812第1号）。

禁忌　①本剤（成分）に過敏症の既往歴②腎機能又は肝機能障害のある者で,コルヒチンを投与中③妊婦・妊娠の可能性　併禁　①ピモジド〈オーラップ〉,キニジン硫酸塩水和物,ベプリジル塩酸塩水和物〈ベプリコール〉②チカグレロル〈ブリリンタ〉③エプレレノン〈セララ〉④エルゴタミン酒石酸塩・無水カフェイン・イソプロピルアンチピリン〈クリアミン〉,エルゴメトリンマレイン酸塩,メチルエルゴメトリンマレイン酸塩〈パルタンM〉,ジヒドロエルゴタミンメシル酸塩⑤シンバスタチン〈リポバス〉⑥トリアゾラム〈ハルシオン〉⑦アナモレリン塩酸塩〈エドルミズ〉⑧イバブラジン塩酸塩〈コララン〉⑨ベネトクラクス（再発又は難治性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）の用量漸増期）〈ベネクレクスタ〉⑩イブルチニブ〈イムブルビカ〉⑪ブロナンセリン〈ロナセン〉,ルラシドン塩酸塩〈ラツーダ〉⑫アゼルニジピン〈カルブロック〉,アゼルニジピン・オルメサルタン　メドキソミル〈レザルタス配合錠〉⑬スボレキサント〈ベルソムラ〉,ダリドレキサント塩酸塩〈クービビック〉,ボルノレキサント水和物〈ボルズィ〉⑭タダラフィル〈アドシルカ〉,マシテンタン・タダラフィル〈ユバンシ配合錠〉,バルデナフィル塩酸塩水和物〈レビトラ〉⑮ロミタピドメシル酸塩〈ジャクスタピッド〉⑯リファブチン〈ミコブティン〉⑰フィネレノン〈ケレンディア〉⑱ボクロスポリン〈ルプキネス〉⑲ロナファルニブ〈ゾキンヴィ〉⑳マバカムテン〈カムザイオス〉㉑パロバロテン〈ソホノス〉㉒リバーロキサバン〈イグザレルト〉㉓アパルタミド〈アーリーダ〉,カルバマゼピン〈テグレトール〉㉔エンザルタミド〈イクスタンジ〉,ミトタン〈オペプリム〉,フェニトイン〈ヒダントール,アレビアチン〉,ホスフェニトインナトリウム水和物〈ホストイン〉,リファンピシン〈リファジン〉,セイヨウオトギリソウ（セント・ジョーンズ・ワート）含有食品

（薬価基準収載日：令8.8.13，投与：14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 8 年版　追補
（令和 8 年 8 月 12 日告示・13 日適用）

先 **マルシロン配合錠**　1 錠　276.90
（オルガノン）　2482014F1024／623020501

2482　月経困難症治療剤　デソゲストレル・エチニルエストラジオール

適応 月経困難症。

用法 1 日 1 錠,24～80 日間連続経口投与。その後 4 日間休薬。以後連続投与と休薬を繰り返す。

保険メモ 本製剤の効能・効果に係る疾患の特性や治験の成績を勘案し,特例的に新医薬品に係る投薬期間制限を 14 日間ではなく 20 日間として取り扱う（令 8.8.12 保医発 0812 第 1 号）。

禁忌 ①本剤（成分）に過敏症素因の既往歴②エストロゲン依存性悪性腫瘍（例えば乳癌, 子宮内膜癌）, 子宮頸癌及びその疑い③診断の確定していない異常性器出血④血栓性静脈炎, 肺塞栓症, 脳血管障害, 冠動脈疾患又はその既往歴⑤35 歳以上で 1 日 15 本以上の喫煙者⑥前兆（閃輝暗点, 星型閃光等）を伴う片頭痛⑦肺高血圧症又は心房細動を合併する心臓弁膜症, 亜急性細菌性心内膜炎の既往歴のある心臓弁膜症⑧血管病変を伴う糖尿病（糖尿病性腎症, 糖尿病網膜症等）⑨血栓性素因⑩抗リン脂質抗体症候群⑪手術前 4 週以内, 術後 2 週以内, 産後 4 週以内及び長期間安静状態⑫重篤な肝障害⑬肝腫瘍⑭脂質代謝異常⑮高血圧（軽度の高血圧を除く）⑯妊娠中に黄疸, 持続性掻痒症又は妊娠ヘルペスの既往歴⑰妊婦・妊娠の可能性⑱骨成長が終了していない可能性がある者

（薬価基準収載日：令 8.8.13,　投与：20 日まで）

外　用　薬

先 **ロープレッサ点眼液 0.02%**　0.02%1mL　987.80
（参天）　1319768Q1025／623020201

1319i　緑内障・高眼圧症治療剤　ネタルスジルメシル酸塩

適応 次の疾患で他の緑内障治療薬が効果不十分又は使用できない場合／緑内障,高眼圧症。

用法 1 日 1 回 1 滴,点眼。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

（薬価基準収載日：令 8.8.13,　投与：14 日まで）

注　射　薬

先 **キネレット皮下注**　100mg0.67mL1 筒　劇　23,702
100mg シリンジ（Sobi）　3999479G1026／629941301

3999i　IL-1 受容体拮抗薬　アナキンラ（遺伝子組換え）

適応 全身型若年性特発性関節炎,成人発症スチル病。

用法 成人・生後 8 ヶ月以上かつ体重 10kg 以上の小児,次の量を皮下注。**体重 50kg 以上** 1 日 1 回 100mg。**体重 50kg 未満** 1 日 1 回 2mg/kg。16 歳未満の患者は効果不十分な場合 1 回最大 4mg/kg まで増量可。

保険メモ 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 8.8.12 保医発 0812 第 1 号）。

禁忌 ①本剤（成分）・大腸菌由来の蛋白質に過敏症の既往歴②重篤な感染症③活動性結核

先 **サークリサ皮下注**　1,400mg10mL1 瓶　劇　270,495
1400mg（サノフィ）　4291454A3024／629941201

4291　抗 CD38 モノクローナル抗体　イサツキシマブ（遺伝子組換え）

適応 多発性骨髄腫。

用法 他の抗悪性腫瘍剤と併用で 1 回 1400mg,併用する抗悪性腫瘍剤の投与サイクルを考慮して次の A 法又は B 法の投与間隔で皮下注。**A 法** 1 週間間隔,2 週間間隔の順で投与。B 法 1 週間間隔,2 週間間隔及び 4 週間間隔の順で投与。

注）本剤投与による infusion reaction を軽減させるため, 開始 15～60 分前に本剤と併用するデキサメタゾン, 抗ヒスタミン剤, 解熱鎮痛剤及びロイコトリエン受容体拮抗剤を投与。

禁忌 本剤（成分）に過敏症の既往歴

先 **テロメライシン注**　2mL1 瓶　3,102,489
（オンコリス＝富士フイルム富山化学）　4900414X1023／629701901

4900　遺伝子発現治療製品　スラタデノツレブ

適応 根治切除及び化学放射線療法の適応とならない食道癌。

用法 放射線療法と併用で 1 回 1mL（1×10^{12}vp）,概ね 2 週間間隔で計 3 回,上部消化管内視鏡下で腫瘍内投与。腫瘍の大きさ・数により 1 回 2mL（2×10^{12}vp）まで増量可。

保険メモ 〈1〉本品を上部消化管内視鏡下で腫瘍内投与した場合,内視鏡的消化管止血術を準用して算定可（令 8.8.12 保医発 0812 第 1 号）。〈2〉（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」から「医師要件ウ」まで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,消化器癌のがん薬物療法を含む 5 年以上の消化器外科学の修練を行っていること。ウ　医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 4 年以上の臨床経験を有していること。うち,3 年以上は,消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学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（「医師要件エ～カ」と記載）／エ　食道癌の治療及び上部消化管内視鏡診療に必要な学識・技術を習得していること。オ　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,資材の内容を十分理解していること。カ　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。④本品の投与回数。（3）cStage Ⅱ及びⅢ以外の cStage の患者に投与する場合は,その必要性を慎重に判断する（令 8.8.12 保医発 0812 第 2 号）。

禁忌 ①再使用禁止②本品（成分）に過敏症の既往歴

※「薬効・薬価リスト」追補の無断複製・転載を禁じます