

日医工医療行政情報

<https://stu-ge.nichiiko.co.jp/>

DPC/PDPS包括評価対象外薬剤一覧 (2020年5月20日適用版)

作成：日医工株式会社

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第6345 寺坂裕美

監修：日医工株式会社

(公社) 日本医業経営コンサルタント協会認定 登録番号第4828 長岡俊広

資料No.20200520-1058

本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

資料概要

診療報酬改定に伴い、DPC/PDPS包括評価対象外薬剤の見直し・整理が行われました。一部の薬剤については対象コードの変更・削除・追加があります。削除された薬剤は、定義テーブルへの追加等の措置が取られています。これらについては令和2年4月1日から適用されています。また、令和2年4月21日の告示及び令和2年5月19日の告示で追加された薬剤も掲載しました。4月21日の告示で追加された薬剤は4月22日から、5月19日の告示で追加された薬剤は5月20日から適用されます。

現行のいわゆる「高額薬剤判定」の運用方法について（平成25年12月25日中医協総会資料抜粋）

- 新たに保険収載・効能追加となった高額薬剤については、医療の技術革新の導入が阻害されないよう、一定の基準に該当する薬剤を使用した患者については、当該薬剤の十分な使用実績データが収集されDPC包括評価が可能となるまでの期間、包括評価の対象外としている（以下、当該対応を「高額薬剤判定」という。）。
- 「高額薬剤判定」は、包括評価の対象外となる薬剤および当該薬剤が使用される診断群分類を告示するいわゆる「高額薬剤告示」への追加および診断群分類の定義（傷病名・手術・処置等）を定める「定義告示」への追加の2つの作業からなり、新薬の薬価収載に合わせ、年4回実施している（なお、緊急に薬価収載された新薬については、必要に応じて追加的な判定作業を実施する）。
- 高額薬剤判定の具体的な作業は次の通り。

【高額薬剤告示への追加】

- 新たに保険適用される以下の医薬品について、その効能・効果から当該医薬品を使用する可能性のある診断群分類（14桁コード）を抽出する。
 - ① 新薬
 - ② 効能効果・用法用量の一部変更（薬事・食品衛生審議会で審査・報告されたもの）
 - ③ 事前評価済告知申請
- 各診断群分類について、該当医薬品を入院初日から退院まで添付文書に記載された用法・用量に従って投与した場合の投与回数（仮想投与回数）から、当該医薬品の1入院あたり薬剤費を算出する。
- 当該1入院あたりの薬剤費が、各診断群分類で使用されている1入院あたり薬剤費の84%tile値を超えている場合、当該医薬品を高額薬剤として指定する。

【定義告示への追加】

- 類似薬効比較方式で算定された新薬であり、当該算定の際の比較薬が該当する診断群分類の定義テーブルにおいて分岐として定義されている場合は、当該新薬を定義テーブルに追加する。

【注意事項】

本資料は厚生労働省ホームページにより公表されたデータを基に細心の注意を払って作成しましたが、漏れ・転記ミスの可能性や追加・削除による更新もありますので、算定の際には元資料等と照合チェックをお願いいたします。

《後発医薬品について》

本資料は先発品名をベースにリストを作成しておりますが、実際の**告示は成分名(一般名)で指定されています**。よって、後発医薬品であっても包括評価対象外薬剤となりますが、表中に記載された効能・効果、用法・用量の承認を取得できていない期間は適用とはなりませんので、添付文書等で効能・効果、用法・用量をご確認いただきますようお願いいたします。

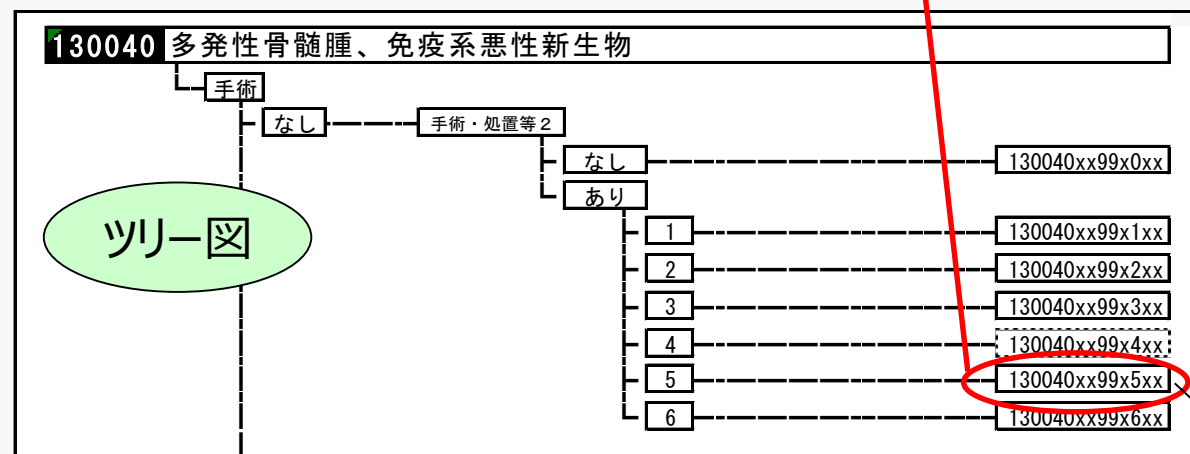
資料の解説①(DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤一覧)

- 「130040xx99x5xx (多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物 手術・処置等 2 : 5あり)」はDPC包括対象コードである。
- ポマリストカプセルを表中の効能・効果、用法・用量で投与した患者が「130040xx99x5xx」に該当する場合、その患者は包括評価の対象外となり請求は全て出来高で行う。

製品名 [一般名]			14桁のDPCコードと告示番号を併記
効能・効果『用法・用量』			
6桁コード疾患名	包括評価対象外となる診断群分類番号(14桁DPCコード)【告示番号】		
ポマリストカプセル1mg、2mg、3mg、4mg [ポマリドミド]	2019/5/22用法用量追加	別表番号8	
再発又は難治性の多発性骨髄腫 『ボルテゾミブ及びデキサメタゾン併用の場合 : 通常、成人にはポマリドミドとして1日1回4mgを14日間連日経口投与した後、7日間休薬する。これを1サイクルとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』			
130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx99x5xx 【3567】	130040xx97x5xx 【3574】	

告示・通知リストの別表番号を記載

リスト追加理由を記載
(新規収載以外は承認日等を記載)



実線で囲まれたDPCコードは包括評価対象

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

資料の解説①(効能・効果、用法・用量について)

- 効能・効果、用法・用量は基本的に添付文書を参照している。
- 効能・効果、用法・用量の追加等によりDPC包括評価対象外となった薬剤は告示に「**〇年〇月〇日に、(略)、既に承認された用法又は用量の変更について承認されたものに限る。**」と記載されている。
- 本資料の表中「効能・効果『用法・用量』」欄には該当する効能・効果、用法・用量のみを添付文書等から確認し記載している。

8	ポマリドミド（当該薬剤の添付文書において記載された効能又は効果及び用法又は用量（令和元年5月22日に、医薬品医療機器等法第14条第9項の規定により、既に承認された用法又は用量の変更について承認されたものに限る。）に係るものに限る。）	3567及び3574
---	--	------------

令和2年3月23日「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一号第五号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者の一部を改正する件（告示）」より抜粋

製品名【一般名】			
効能・効果『用法・用量』			
6桁コード疾患名		包括評価対象となる診断群分類番号(14桁DPCコード)【告示番号】	
ポマリドミド1mg、2mg、3mg、4mg【ポマリドミド】		2019/5/22用法用量追加	別表番号8
再発又は難治性の多発性骨髄腫 『ボルテゾミブ及びデキサメタゾン併用の場合： 通常、成人にはポマリドミドとして1日1回4mgを14日間連日経口投与した後、7日間休薬する。これを1サイクルとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』			
130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx99x5xx【3567】	130040xx97x5xx【3574】	

「効能・効果『用法・用量』」欄には
該当する効能・効果、用法・用量のみ記載

資料の解説②

(新規収載医薬品で既存の分岐に反映される薬剤一覧)

- DPCコードの選択に関わる薬剤名(一般名)は定義テーブルで規定されている。
- 「新規収載医薬品で既存の分岐に反映される薬剤一覧」は新薬が定義テーブルに追加されることを示している。
- 「DPC/PDPS包括評価対象外薬剤一覧」に記載がなければ、選択されたDPCコードに従って請求する。

リンヴォック錠7.5mg、15mg [ウパダチニブ水和物]

4/22 適用

既存治療で効果不十分な関節リウマチ（関節の構造的損傷の防止を含む）
『通常、成人にはウパダチニブとして15mgを1日1回経口投与する。なお、患者の状態に応じて7.5mgを1日1回投与することができる。』

類似薬が「バリシチニブ」であったことから、070470 関節リウマチの「バリシチニブ」による分岐に反映させる。

070470 関節リウマチ

リンヴォックの薬価は類似薬であるバリシチニブの薬価を元に算定されたため、バリシチニブと同じ対応コードが設定される

通知発出前の中医協資料を基にした表現であるが、実際は告示により新薬の一般名が定義テーブルに追加されるため、実務上は新薬の一般名を選択することとなる。

定義テーブル
2020年4月1日適用版

分類名		対応コード	フラグ	処置等名称	区分番号等
07	0470	関節リウマチ	5	10	インフリキシマブ
			4	9	トシリズマブ
			4	9	アバタセプト
			4	9	サリルマブ
			3	8	アダリムマブ
			3	8	ゴリムマブ
			3	8	セルトリズマブベゴル
			3	8	トファシチニブクエン酸塩
			3	8	バリシチニブ
			3	8	ペフィシチニブ臭化水素酸塩
			3	8	エタネルセプト

2020年4月21日
通知

対応コード	フラグ	処置等
5	10	インフリキシマブ
4	9	トシリズマブ
4	9	アバタセプト
4	9	サリルマブ
3	8	アダリムマブ
3	8	ゴリムマブ
3	8	セルトリズマブベゴル
3	8	トファシチニブクエン酸塩
3	8	バリシチニブ
3	8	ペフィシチニブ臭化水素酸塩
3	8	エタネルセプト
3	8	ウパダチニブ

「手術・処置等2対応コード」：DPCコードの12桁目を示している

関節リウマチ患者にリンヴォック錠を投与した場合は、手術・処置等2として「3あり」を選択する

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

製品名 [一般名]		別表番号
アイリーア硝子体内注射液40mg/mL [アフリベルセプト (遺伝子組換え)] 2020/3/25 効能追加 別表番号48		
5/20 適用	効能・効果『用法・用量』 6桁コード疾患名	包括評価対象外となる診断群分類番号 (14桁DPCコード) 【告示番号】
	血管新生緑内障 『アフリベルセプト (遺伝子組換え) として1回、2mg (0.05mL) を硝子体内投与する。なお、必要な場合は再投与できるが、1ヵ月以上の間隔をあけること。』	020220 緑内障 020220xx99xxxx 【1807】 020220xx97xxx0 【1808】 020220xx97xxx1 【1809】 020220xx01xxx0 【1810】 020220xx01xxx1 【1811】
アドセトリス点滴静注用50mg [プレツキシマブ ベドチン (遺伝子組換え)] 2019/12/20 効能追加 別表番号39		
4/22 適用	CD30陽性の下記疾患： ○ホジキンリンパ腫 ○末梢性T細胞リンパ腫 『〈未治療のCD30陽性の末梢性T細胞リンパ腫〉シクロホスファミド水和物、ドキソルピシン塩酸塩及びプレドニゾンとの併用において、通常、成人には、プレツキシマブ ベドチン (遺伝子組換え) として3週間に1回1.8mg/kg (体重) を最大8回点滴静注する。なお、患者の状態に応じて適宜減量する。 〈再発又は難治性のCD30陽性のホジキンリンパ腫及び末梢性T細胞リンパ腫(※DPC包括評価対象外は小児のみ)〉通常、プレツキシマブ ベドチン (遺伝子組換え) として3週間に1回1.8mg/kg (体重) を点滴静注する。なお、患者の状態に応じて適宜減量する。』 ※DPC包括評価対象外となるのは2019年12月に追加された成人に対する〈未治療のCD30陽性の末梢性T細胞リンパ腫〉と小児に対する〈再発又は難治性のCD30陽性のホジキンリンパ腫及び末梢性T細胞リンパ腫〉のみ	130030 非ホジキンリンパ腫 130030xx97x8xx 【3561】
	アービタックス注射液100mg [セツキシマブ (遺伝子組換え)] (※) 2019/9/20 効能追加 別表番号21	
4/1 適用	RAS遺伝子野生型の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌 『通常、成人には週1回、セツキシマブ (遺伝子組換え) として、初回は400mg/m ² (体表面積) を2時間かけて、2回目以降は250mg/m ² (体表面積) を1時間かけて点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。』	060035 結腸 (虫垂を含む。) の悪性腫瘍 060035xx97x70x 【2536】 060040 直腸肛門 (直腸S状部から肛門) の悪性腫瘍 060040xx9707xx 【2570】 060040xx9717xx 【2577】
	アフィニートール錠2.5mg、5mg、分散錠2mg、分散錠3mg [エベロリムス] 2019/8/22 効能追加、用法用量変更 別表番号18	
4/1 適用	結節性硬化症 『成人の結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫の場合：通常、エベロリムスとして1日1回10mgを経口投与する。なお、患者の状態やトラフ濃度により適宜増減する。 上記以外の場合：通常、エベロリムスとして3.0mg/m ² を1日1回経口投与する。なお、患者の状態やトラフ濃度により適宜増減する。』	080180 母斑、母斑症 080180xx99xxxx 【3077】 080180xx970xxx 【3078】 080180xx971xxx 【3079】

(※)アービタックス注射液は2018-2019年度のDPC/PDPS包括評価対象外薬剤ではなかったが、診療報酬改定に伴う見直しにより追加

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

アブラキサン点滴静注用100mg【パクリタキセル】		2019//9/20用法用量追加 別表番号22			
4/1 適用	乳癌（包括評価対象外となるのは2019年8月に追加されたE法での投与のみ。） 『E法：アテゾリズマブ（遺伝子組換え）との併用において、通常、成人にはパクリタキセルとして、1日1回100mg/m ² （体表面積）を30分かけて点滴静注し、少なくとも6日間休薬する。週1回投与を3週間連続し、4週目は休薬する。これを1コースとして、投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	090010 乳房の悪性腫瘍	090010xx99x6xx 【3102】 090010xx01x6xx 【3290】			
アレセンサカプセル150mg【アレクチニブ塩酸塩】		2020/2/21効能追加 別表番号44			
4/22 適用	再発又は難治性のALK融合遺伝子陽性の未分化大細胞リンパ腫 『通常、アレクチニブとして1回300mgを1日2回経口投与する。ただし、体重35kg未満の場合の1回投与量は150mgとする。』				
	130030 非ホジキンリンパ腫	130030xx99x2xx 【3539】	130030xx99x3xx 【3540】	130030xx99x4xx 【3541】	130030xx99x5xx 【3542】
		130030xx97x2xx 【3551】	130030xx97x3xx 【3552】	130030xx97x40x 【3553】	130030xx97x41x 【3554】
		130030xx97x50x 【3555】			
エムプリシディ点滴静注用300mg、400mg【エロツズマブ（遺伝子組換え）】		2019/11/22用法用量追加 別表番号30			
4/22 適用	再発又は難治性の多発性骨髄腫 『（ボマリドミド及びデキサメタゾン併用）通常、成人にはエロツズマブ（遺伝子組換え）として、28日間を1サイクルとし、最初の2サイクルは1回10mg/kgを1週間間隔で4回（1、8、15、22日目）、3サイクル以降は1回20mg/kgを4週間間隔（1日目）で点滴静注する。』				
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx99x6xx 【3568】	130040xx97x6xx 【3575】		
エンタビオ点滴静注用300mg【ベドリスマブ（遺伝子組換え）】		2019/5/22効能追加 別表番号6			
4/1 適用	中等症から重症の活動期クローン病の治療及び維持療法（既存治療で効果不十分な場合に限る） 『通常、成人にはベドリスマブ（遺伝子組換え）として1回300mgを点滴静注する。初回投与後、2週、6週に投与し、以降8週間隔で点滴静注する。』				
	060180 クローン病等	060180xx99x2xx 【2706】 060180xx97x2xx 【2709】 060180xx0102xx 【2858】			
オニバイド点滴静注43mg【イリノテカン塩酸塩水和物】		新規収載 別表番号53			
5/20 適用	がん化学療法後に増悪した治療切除不能な膵癌 『フルオロウラシル及びレボホリナートとの併用において、通常、成人にはイリノテカンとして1回70mg/m ² （体表面積）を90分かけて2週間間隔で点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	06007x 膵臓、脾臓の腫瘍	06007xxx9903xx 【2631】	06007xxx9904xx 【2632】	06007xxx9914xx 【2637】	06007xxx97x3xx 【2643】
		06007xxx97x4xx 【2644】			
オフエブカプセル100mg、150mg【ニンテダニブエタンサルホン酸塩】		2019/12/20効能追加 別表番号38			
4/22 適用	全身性強皮症に伴う間質性肺疾患 『通常、成人にはニンテダニブとして1回150mgを1日2回、朝・夕食後に経口投与する。なお、患者の状態によりニンテダニブとして1回100mgの1日2回投与へ減量する。』				
	070560 重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患	070560xx99x00x 【3012】	070560xx99x01x 【3013】	070560xx99x1xx 【3014】	

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

オプジーボ点滴静注20mg、100mg、240mg【ニボルマブ（遺伝子組換え）】		2020/2/21効能追加 別表番号45			
4/22 適用	○がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌 ○がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌 『通常、成人にはニボルマブ（遺伝子組換え）として、1回240mgを2週間間隔で点滴静注する。』				
	060035 結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	060035xx99x2xx【2519】 060035xx97x31x【2530】	060035xx99x3xx【2520】	060035xx97x2xx【2528】	060035xx97x30x【2529】
カボメティクス錠20mg、60mg【カボザンチニプリング酸塩】		新規収載 別表番号50			
5/20 適用	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌 『通常、成人にはカボザンチニブとして1日1回60mgを空腹時に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	11001x 腎腫瘍	11001xxx99x20x【3225】	11001xxx99x21x【3226】	11001xxx97x2xx【3230】	

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

キムリア点滴静注 [チサゲンレクルーセル]

新規収載 別表番号4

- 再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病。ただし、以下のいずれかの場合に限る。
 - 初発の患者では標準的な化学療法を2回以上施行したが寛解が得られない場合
 - 再発の患者では化学療法を1回以上施行したが寛解が得られない場合
 - 同種造血幹細胞移植の適応とならない又は同種造血幹細胞移植後に再発した場合
- 再発又は難治性のCD19陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫。ただし、以下のいずれかの場合に限る。
 - 初発の患者では標準的な化学療法を2回以上施行したが寛解が得られない場合
 - 再発の患者では化学療法を1回以上施行したが寛解が得られない場合
 - 同種造血幹細胞移植の適応とならない又は同種造血幹細胞移植後に再発した場合
 - 濾胞性リンパ腫が形質転換した患者では通算2回以上の化学療法を施行し、形質転換後には化学療法を1回以上施行したが、形質転換後の化学療法により完全奏効が得られなかった又は完全奏効が得られたが再発した場合

『(添付文書の【用法及び用量または使用方法】「6.本品の投与」のみ抜粋)

投与直前に本品を解凍し、適応症に応じて下記のとおり単回静脈内投与する。

(1) 再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病に用いる場合
通常、25歳以下(投与時)の患者には、体重に応じて以下の投与量を単回静脈内投与する。

- 体重50kg以下の場合には、CAR発現生T細胞として $0.2 \times 10^6 \sim 5.0 \times 10^6$ 個/kg
- 体重50kg超の場合には、CAR発現生T細胞として $0.1 \times 10^8 \sim 2.5 \times 10^8$ 個(体重問わず)

(2) 再発又は難治性のCD19陽性のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫に用いる場合
通常、成人には、CAR発現生T細胞として $0.6 \times 10^8 \sim 6.0 \times 10^8$ 個(体重問わず)を単回静脈内投与する。』

4/1
適用

130010 急性白血病	130010xx99x2xx	[3513]	130010xx99x3xx	[3514]	130010xx99x4xx	[3515]	130010xx99x5xx	[3516]
	130010xx99x6xx	[3517]	130010xx99x7xx	[3518]	130010xx99x8xx	[3519]	130010xx99x9xx	[3520]
	130010xx97x2xx	[3523]	130010xx97x3xx	[3524]	130010xx97x4xx	[3525]	130010xx97x5xx	[3526]
	130010xx97x6xx	[3527]	130010xx97x7xx	[3528]	130010xx97x8xx	[3529]	130010xx97x9xx	[3530]
130030 非ホジキンリンパ腫	130030xx99x2xx	[3539]	130030xx99x3xx	[3540]	130030xx99x4xx	[3541]	130030xx99x5xx	[3542]
	130030xx99x6xx	[3543]	130030xx99x7xx	[3544]	130030xx99x8xx	[3545]	130030xx99x9xx	[3546]
	130030xx99xAxx	[3547]	130030xx97x2xx	[3551]	130030xx97x3xx	[3552]	130030xx97x40x	[3553]
	130030xx97x41x	[3554]	130030xx97x50x	[3555]	130030xx97x51x	[3556]	130030xx97x60x	[3557]
	130030xx97x61x	[3558]	130030xx97x70x	[3559]	130030xx97x71x	[3560]	130030xx97x8xx	[3561]
	130030xx97x9xx	[3562]						
	130030xx99x30x	[3853]	130030xx99x31x	[3854]	130030xx99x40x	[3855]	130030xx99x41x	[3856]
	130030xx99x50x	[3857]	130030xx99x51x	[3858]	130030xx97x6xx	[3871]	130030xx97x7xx	[3872]

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工(株)が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

クリスピータ皮下注10mg、20mg、30mg [プロスマブ (遺伝子組換え)]		新規収載 別表番号26			
4/1 適用	FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症 『(FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症 (腫瘍性骨軟化症を除く)) 通常、成人には、プロスマブ (遺伝子組換え) として4週に1回1mg/kgを皮下投与する。ただし、1回投与量は90mgを超えないこと。血清リン濃度、症状等に応じて適宜減量する。 通常、小児には、プロスマブ (遺伝子組換え) として2週に1回0.8mg/kgを皮下投与する。血清リン濃度、症状等に応じて適宜増減するが、最高用量は1回2mg/kgとする。ただし、1回投与量は90mgを超えないこと。 (腫瘍性骨軟化症) 通常、成人には、プロスマブ (遺伝子組換え) として4週に1回0.3mg/kgを皮下投与する。血清リン濃度、症状等に応じて適宜増減するが、最高用量は1回2mg/kgとする。』				
	071030 その他の筋骨格系・結合組織の疾患	071030xx99xx0x 【3038】	071030xx99xx1x 【3039】	071030xx97xxxx 【3040】	071030xx99xxxx 【3207】
献血ヴェノグロブリンIH5%静注0.5g/10mL、1g/20mL、2.5g/50mL、5g/100mL、10g/200mL、 献血ヴェノグロブリンIH10%静注0.5g/5mL、2.5g/25mL、5g/50mL、10g/100mL、20g/200mL [ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン]		2019/12/20効能追加 別表番号36			
4/22 適用	抗ドナー抗体陽性腎移植における術前脱感作 『通常、人免疫グロブリンGとして、1日あたり1,000mg (20mL) /kg体重を点滴静注する。ただし、患者の年齢及び状態に応じて適宜減量する。なお、総投与量は4,000mg (80mL) /kg体重を超えないこと。』				
	110280 慢性腎炎症候群・慢性間質性腎炎・慢性腎不全	110280xx9900xx 【3330】	110280xx9901xx 【3331】	110280xx9902xx 【3332】	110280xx9903xx 【3333】
		110280xx991xxx 【3334】	110280xx97x00x 【3335】	110280xx97x01x 【3336】	110280xx97x1xx 【3337】
		110280xx97x20x 【3338】	110280xx97x21x 【3339】	110280xx97x3xx 【3340】	110280xx03x0xx 【3341】
	110280xx03x10x 【3342】	110280xx03x11x 【3343】	110280xx02x00x 【3344】	110280xx02x01x 【3345】	
	110280xx02x1xx 【3346】	110280xx02x20x 【3347】	110280xx02x21x 【3348】	110280xx02x3xx 【3349】	
	110280xx01x0xx 【3350】	110280xx01x20x 【3351】	110280xx01x21x 【3352】		
	110290 急性腎不全	110290xx99x0xx 【3353】	110290xx99x1xx 【3354】	110290xx99x3xx 【3355】	110290xx97x0xx 【3356】
		110290xx97x1xx 【3357】	110290xx97x3xx 【3358】	110290xx01x0xx 【3359】	110290xx01x1xx 【3360】
	110320 腎、泌尿器の疾患 (その他)	110320xx99xxxx 【3364】	110320xx97xx0x 【3365】	110320xx97xx1x 【3366】	110320xx02xxxx 【3367】
		110320xx01xx0x 【3368】	110320xx01xx1x 【3369】		
献血ベニロンー I 静注用500mg、1000mg、2500mg、5000mg [乾燥スルホ化人免疫グロブリン]		2019/12/20効能追加 別表番号37			
4/22 適用	視神経炎の急性期 (ステロイド剤が効果不十分な場合) 『通常、1日にスルホ化人免疫グロブリンG400mg (8mL) /kg体重を5日間点滴静注する。』				
	020370 視神経の疾患	020370xx99xxxx 【1834】	020370xx97xxxx 【1835】		

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

コラテジエン筋注用4mg [ヘベルミノゲンペルプラスミド]		新規収載 別表番号5				
標準的な薬物治療の効果が不十分で血行再建術の施行が困難な慢性動脈閉塞症（閉塞性動脈硬化症及びバージャー病）における潰瘍の改善 『通常、成人には、投与対象肢の虚血部位に対して1カ所あたり本品0.5mgを8カ所に4週間間隔で2回筋肉内投与する（1回総計4mg）。なお、臨床症状が残存する場合には、2回目投与の4週後に3回目の投与を行うこともできる。また、投与に際しては、日局生理食塩液で希釈し、希釈後の1カ所あたりの薬液量は3mLとし、投与対象筋が小さい場合には2mLまで減じてよい。』						
4/1 適用	050170 閉塞性動脈疾患	050170xx99000x [2406]	050170xx99001x [2407]	050170xx99011x [2408]	050170xx99100x [2409]	
		050170xx99101x [2410]	050170xx97000x [2411]	050170xx97001x [2412]	050170xx97010x [2413]	
		050170xx97011x [2414]	050170xx9720xx [2415]	050170xx9721xx [2416]	050170xx03000x [2417]	
		050170xx03001x [2418]	050170xx03010x [2419]	050170xx03011x [2420]	050170xx0320xx [2421]	
		050170xx0321xx [2422]	050170xx02000x [2423]	050170xx02001x [2424]	050170xx02010x [2425]	
		050170xx02011x [2426]	050170xx0220xx [2427]	050170xx0221xx [2428]	050170xx01xxxx [2429]	
コララン錠2.5 mg、5mg、7.5 mg [イブラジン塩酸塩] (※)		新規収載 別表番号25				
洞調律かつ投与開始時の安静時心拍数が75回/分以上の慢性心不全。ただし、β遮断薬を含む慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る。 『通常、成人にはイブラジンとして、1回2.5mgを1日2回食後経口投与から開始する。開始後は忍容性をみながら、目標とする安静時心拍数が維持できるように、必要に応じ、2週間以上の間隔で段階的に用量を増減する。1回投与量は2.5、5又は7.5mgのいずれかとし、いずれの投与量においても、1日2回食後経口投与とする。なお、患者の状態により適宜減量する。』						
4/1 適用	050130 心不全	050130xx97020x [2360]	050130xx97021x [2361]			
サイラムザ点滴静注液100mg、500mg [ラムシルマブ（遺伝子組換え）]		2019/6/18効能追加 別表番号10				
がん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌 『通常、成人には2週間に1回、ラムシルマブ（遺伝子組換え）として1回8mg/kg（体重）をおよそ60分かけて点滴静注する。なお、患者の状態により適宜減量する。』						
4/1 適用	060050 肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	060050xx9903xx [2596]	060050xx99040x [2597]	060050xx99041x [2598]	060050xx97x3xx [2603]	
		060050xx97x4xx [2604]				
		060050xx99x3xx [2701]	060050xx99x40x [2702]	060050xx99x41x [2703]	060050xx97x40x [2709]	
		060050xx97x41x [2710]	060050xx0304xx [2713]	060050xx0314xx [2715]	060050xx02x4xx [2720]	
						060050xx02x4xx [2720]
ザバクサ配合点滴静注用 [セフトロザン硫酸塩/タゾバクタムナトリウム]		2019/12/20効能追加 別表番号35				
〈適応菌種〉セラチア属、インフルエンザ菌 〈適応症〉敗血症、肺炎 『通常、成人には1回3g（タゾバクタムとして1g/セフトロザンとして2g）を1日3回60分かけて点滴静注する。』						
4/22 適用	040080 肺炎等	0400800299x00x [1979]	0400800299x01x [1980]	0400800299x10x [1981]	0400800299x11x [1982]	
		0400800297x00x [1983]	0400800297x01x [1984]	0400800399x00x [1987]	0400800399x01x [1988]	
		0400800399x10x [1989]	0400800399x11x [1990]	0400800397x00x [1991]	0400800397x01x [1992]	
		0400800499x00x [1995]	0400800499x01x [1996]	0400800499x10x [1997]	0400800499x11x [1998]	
		0400800497x00x [1999]	0400800497x01x [2000]	0400801099x00x [2003]	0400801099x01x [2004]	
		0400801099x10x [2005]	0400801099x11x [2006]	0400801097x00x [2007]	0400801097x01x [2008]	
						0400801097x01x [2008]

次ページへ続く

(※)コララン錠は2018-2019年度のDPC/PDPS包括評価対象外薬剤ではなかったが、診療報酬改定に伴う見直しにより追加

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

前ページ続き

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

4/22 適用	040080 肺炎等	0400801097x10x [2009]	0400801097x11x [2010]	0400801199x00x [2011]	0400801199x01x [2012]
		0400801199x10x [2013]	0400801199x11x [2014]	0400801197x00x [2015]	0400801197x01x [2016]
		0400801197x10x [2017]	0400801197x11x [2018]	0400801299x000 [2019]	0400801299x001 [2020]
		0400801299x002 [2021]	0400801299x003 [2022]	0400801299x004 [2023]	0400801299x010 [2024]
		0400801299x011 [2025]	0400801299x012 [2026]	0400801299x013 [2027]	0400801299x014 [2028]
		0400801299x100 [2029]	0400801299x101 [2030]	0400801299x102 [2031]	0400801299x103 [2032]
		0400801299x104 [2033]	0400801299x110 [2034]	0400801299x111 [2035]	0400801299x112 [2036]
		0400801299x113 [2037]	0400801299x114 [2038]	0400801297x000 [2039]	0400801297x001 [2040]
		0400801297x002 [2041]	0400801297x003 [2042]	0400801297x004 [2043]	0400801297x010 [2044]
		0400801297x011 [2045]	0400801297x012 [2046]	0400801297x013 [2047]	0400801297x014 [2048]
		0400801399x000 [2059]	0400801399x001 [2060]	0400801399x002 [2061]	0400801399x003 [2062]
		0400801399x004 [2063]	0400801399x005 [2064]	0400801399x010 [2065]	0400801399x011 [2066]
		0400801399x012 [2067]	0400801399x013 [2068]	0400801399x014 [2069]	0400801399x015 [2070]
		0400801399x100 [2071]	0400801399x101 [2072]	0400801399x102 [2073]	0400801399x103 [2074]
		0400801399x104 [2075]	0400801399x105 [2076]	0400801399x110 [2077]	0400801399x111 [2078]
		0400801399x112 [2079]	0400801399x113 [2080]	0400801399x114 [2081]	0400801399x115 [2082]
		0400801397x000 [2083]	0400801397x001 [2084]	0400801397x002 [2085]	0400801397x003 [2086]
		0400801397x004 [2087]	0400801397x005 [2088]	0400801397x010 [2089]	0400801397x011 [2090]
		0400801397x012 [2091]	0400801397x013 [2092]	0400801397x014 [2093]	0400801397x015 [2094]
		0400801499x001 [2107]	0400801499x002 [2108]	0400801499x003 [2109]	0400801499x004 [2110]
		0400801499x005 [2111]	0400801499x011 [2112]	0400801499x012 [2113]	0400801499x013 [2114]
		0400801499x014 [2115]	0400801499x015 [2116]	0400801499x101 [2117]	0400801499x102 [2118]
		0400801499x103 [2119]	0400801499x104 [2120]	0400801499x105 [2121]	0400801499x111 [2122]
		0400801499x112 [2123]	0400801499x113 [2124]	0400801499x114 [2125]	0400801499x115 [2126]
		0400801497x001 [2127]	0400801497x002 [2128]	0400801497x003 [2129]	0400801497x004 [2130]
		0400801497x005 [2131]	0400801497x011 [2132]	0400801497x012 [2133]	0400801497x013 [2134]
		0400801497x014 [2135]	0400801497x015 [2136]	0400801497x101 [2137]	0400801497x102 [2138]
0400801497x103 [2139]	0400801497x104 [2140]	0400801497x105 [2141]	0400801497x111 [2142]		
0400801497x112 [2143]	0400801497x113 [2144]	0400801497x114 [2145]	0400801497x115 [2146]		
040081 誤嚥性肺炎	040081xx99x0xx [2147]	040081xx99x1xx [2148]	040081xx97x0xx [2149]	040081xx97x1xx [2150]	
180010 敗血症	180010x0xxx0xx [3973]	180010x0xxx1xx [3974]	180010x0xxx2xx [3975]	180010x1xxx0xx [3977]	
シムジア皮下注200mgシリンジ、皮下注200mgオートクリックス【セルトリズムマブ ベゴル（遺伝子組換え）】 2019/12/20効能追加 別表番号32					
4/22 適用	既存治療で効果不十分な下記疾患 尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症 『通常、成人にはセルトリズムマブ ベゴル（遺伝子組換え）として、1回400mgを2週間の間隔で皮下注射する。症状安定後には、1回200mgを2週間の間隔、又は1回400mgを4週間の間隔で皮下注射できる。』				
	080140 炎症性角化症	080140xxxxx0xx [3072]			

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ステボロン点滴静注バッグ9000mg/300mL [ポロファン (10B)]		新規収載 別表番号54			
5/20 適用	切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌 『通常、成人にはポロファン (10B) として、1時間あたり200mg/kgの速度で2時間点滴静注する。その後、病巣部位への中性子線の照射を開始し、照射中は1時間あたり100mg/kgの速度でポロファン (10B) を点滴静注する。』				
	03001x 頭頸部悪性腫瘍	03001xxx99x30x 【1842】	03001xxx99x31x 【1843】	03001xxx99x5xx 【1846】	03001xxx99x60x 【1847】
		03001xxx99x61x 【1848】	03001xxx97x3xx 【1852】	03001xxx97x5xx 【1854】	03001xxx97x6xx 【1855】
		03001xxx0103xx 【1859】	03001xxx0113xx 【1864】		
ステミラック注 [ヒト (自己) 骨髄由来間葉系幹細胞]		新規収載 別表番号1			
4/1 適用	脊髄損傷に伴う神経症候及び機能障害の改善。ただし、外傷性脊髄損傷で、ASIA機能障害尺度がA、B又はCの患者に限る。 『骨髄液の採取は、患者の全身状態等を考慮した上で、脊髄損傷受傷後31日以内を目安に実施する。また、製品が製造され次第、可能な限り速やかに投与する。 1. 本品の原料採取時に行う事項 (1) 患者から末梢血を採取する。採取した末梢血は採血キットの構成体である容器 (ニプロセルトリー 血清用) に入れ密封する。末梢血の入った容器は製造販売業者の指定する施設へ運搬する。 (2) 患者から骨髄液を採取する。採取した骨髄液は、骨髄採取キットの構成体である骨髄希釈液DMEMとともに容器 (ニプロセルトリー 骨髄用) に入れ、混合して密封する。骨髄液の入った容器は製造販売業者の指定する施設へ運搬する。 2. 本品を患者に適用する際に行う事項 自己骨髄間葉系幹細胞として1回0.5×10 ⁸ ~2.0×10 ⁸ 個 (最大投与量は体重1kgあたり3.34×10 ⁶ 個) を、生理食塩液で3倍以上に希釈しながら、本品の流量0.7~1.0mL/分を目安に点滴静注する。』				
	160990 多部位外傷	160990xx99x0xx 【3941】	160990xx97x0xx 【3942】	160990xx97x1xx 【3943】	
	161040 損傷の続発性、後遺症	161040xxxxxxxxx 【3959】			
	161060 詳細不明の損傷等	161060xx99x0xx 【3960】	161060xx99x1xx 【3961】	161060xx97x0xx 【3962】	161060xx97x1xx 【3963】
ステラ-ラ点滴静注130mg [ウステキヌマブ (遺伝子組換え)]		2020/3/25効能追加 別表番号46上			
5/20 適用	中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入療法 (既存治療で効果不十分な場合に限る) 『通常、成人にはウステキヌマブ (遺伝子組換え) として、導入療法の初回に、以下に示す用量を単回点滴静注する。 ≪患者体重>投与量>55kg以下: 260mg、55kgを超える85kg以下: 390mg、85kgを超える: 520mg』				
	060185 潰瘍性大腸炎	060185xx99x0xx 【2715】	060185xx99x1xx 【2716】	060185xx99x2xx 【2717】	060185xx97x0xx 【2720】
		060185xx97x1xx 【2721】	060185xx0100xx 【2724】	060185xx0101xx 【2725】	060185xx0110xx 【2726】
ステラ-ラ皮下注45mgシリンジ [ウステキヌマブ (遺伝子組換え)]		2020/3/25効能追加 別表番号46下			
5/20 適用	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) 『ウステキヌマブ (遺伝子組換え) の点滴静注製剤を投与8週間後に、通常、成人にはウステキヌマブ (遺伝子組換え) として90mgを皮下投与し、以降は12週間隔で90mgを皮下投与する。なお、効果が減弱した場合には、投与間隔を8週間に短縮できる。』				
	060185 潰瘍性大腸炎	060185xx99x0xx 【2715】	060185xx99x1xx 【2716】	060185xx99x2xx 【2717】	060185xx99x4xx 【2719】
		060185xx97x0xx 【2720】	060185xx97x1xx 【2721】	060185xx97x4xx 【2722】	060185xx0100xx 【2724】
		060185xx0101xx 【2725】	060185xx0110xx 【2726】	060185xx0111xx 【2727】	

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ソリス点滴静注300mg [エクリズマブ (遺伝子組換え)]		2019/11/22効能追加 別表番号29	
4/22 適用	視神経脊髄炎スペクトラム障害（視神経脊髄炎を含む）の再発予防 『通常、成人には、エクリズマブ（遺伝子組換え）として、1回900mgから投与を開始する。初回投与後、週1回の間隔で初回投与を含め合計4回点滴静注し、その1週間後（初回投与から4週間後）から1回1200mgを2週に1回の間隔で点滴静注する。』		
	010090 多発性硬化症	010090xxxxx0xx【1703】	010090xxxxx2xx【1704】 010090xxxxx3xx【1705】 010090xxxxx4xx【1706】
ゾレア皮下注用75mg、150mg、皮下注75mgシリンジ、皮下注150mgシリンジ [オマリズマブ (遺伝子組換え)]		2019/12/11効能追加 別表番号31	
4/22 適用	季節性アレルギー性鼻炎（既存治療で効果不十分な重症又は最重症患者に限る） 『通常、成人及び12歳以上の小児にはオマリズマブ（遺伝子組換え）として1回75～600mgを2又は4週間毎に皮下に注射する。1回あたりの投与量並びに投与間隔は、初回投与前血清中総IgE濃度及び体重に基づき、下記の投与量換算表により設定する。』※投与量換算表は省略		
	030340 血管運動性鼻炎、アレルギー性鼻炎<鼻アレルギー>	030340xxxxxxxx【1891】	
ダラザレックス点滴静注100mg、400mg [ダラツマブ (遺伝子組換え)]		2019/12/20用法用量追加 別表番号19	
4/1 適用	未治療の多発性骨髄腫（添付文書上の効能効果は「多発性骨髄腫」だが、2019年8月に追加されたのは未治療の多発性骨髄腫に係る効能効果及び用法用量） 『通常、成人にはダラツマブ（遺伝子組換え）として、1回16mg/kgを以下の投与間隔で点滴静注する。 ボルテゾミブ、メルファラン及びブレドニゾロン併用の場合：1週間間隔（1～6週目）、3週間間隔（7～54週目）及び4週間間隔（55週目以降）』		
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx97x6xx【3575】 130040xx99x5xx【3877】 130040xx97x50x【3885】 130040xx97x51x【3886】	
4/22 適用	未治療の多発性骨髄腫（添付文書上の効能効果は「多発性骨髄腫」だが、2019年12月に追加されたのは未治療の多発性骨髄腫に係るレナリドミド及びデキサメタゾン併用療法） 『他の抗悪性腫瘍剤との併用において、通常、成人にはダラツマブ（遺伝子組換え）として、1回16mg/kgを、併用する抗悪性腫瘍剤の投与サイクルを考慮して、以下のA法又はB法の投与間隔で点滴静注する。 A法：1週間間隔、2週間間隔及び4週間間隔の順で投与する。 B法：1週間間隔、3週間間隔及び4週間間隔の順で投与する。』		
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx97x6xx【3575】	
チラーチンS静注液200μg [レボチロキシナトリウム水和物]		新規収載 別表番号41	
4/22 適用	粘液水腫性昏睡 『本剤を日局生理食塩液で希釈し、通常、成人には、レボチロキシナトリウムとして、1日目は50～400μgを緩徐に静脈内投与し、2日目以降は50～100μgを1日1回、緩徐に静脈内投与する。なお、患者の状態に応じて適宜増減する。』 甲状腺機能低下症（ただし、レボチロキシナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限る） 『本剤を日局生理食塩液で希釈し、通常、成人には、レボチロキシナトリウムとして、25μgから投与を開始し、50～150μgを維持用量として、1日1回、緩徐に静脈内投与する。なお、患者の状態に応じて適宜増減する。』		
	100160 甲状腺機能低下症	100160xxxxxxxx【3161】	
テセントリク点滴静注840mg [アテゾリズマブ (遺伝子組換え)]		2019/9/20効能効果・用法用量追加、新規格追加 別表番号27	
4/1 適用	PD-L1陽性のホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌 『パクリタキセル（アルブミン懸濁型）との併用において、通常、成人にはアテゾリズマブ（遺伝子組換え）として1回840mgを60分かけて2週間間隔で点滴静注する。なお、初回投与の忍容性が良好であれば、2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。』		
	090010 乳房の悪性腫瘍	090010xx99x6xx【3102】 090010xx01x6xx【3290】	

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

デファイテリオ静注200mg [デフィロチドナトリウム]		新規収載 別表番号15			
4/1 適用	肝類洞閉塞症候群（肝中心静脈閉塞症） 『通常、デフィロチドナトリウムとして1回6.25mg/kgを1日4回、2時間かけて静脈内投与する。』				
	060320 肝嚢胞	060320xx99xxxx	【2779】	060320xx97xxxx	【2780】
デブミトコ錠250mg [テボチニブ塩酸塩水和物]		新規収載 別表番号51			
5/20 適用	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 『通常、成人にはテボチニブ塩酸塩水和物として1回500mgを1日1回食後に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	040040 肺の悪性腫瘍	040040xx99060x	【1940】	040040xx99061x	【1941】 040040xx9916xx 【1953】 040040xx97x6xx 【1964】
テルリジー100エリプタ14吸入用、30吸入用 [フルチカゾンフランカルボン酸エステル/ウメクリジニウム臭化物/ビランテロールトリフェニル酢酸塩]（※）		新規収載 別表番号3			
4/1 適用	慢性閉塞性肺疾患（慢性気管支炎・肺気腫）の諸症状の緩解（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β2刺激剤の併用が必要な場合） 『通常、成人にはテルリジー100エリプタ1吸入（フルチカゾンフランカルボン酸エステルとして100μg、ウメクリジニウムとして62.5μg及びビランテロールとして25μg）を1日1回吸入投与する。』				
	040090 急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症（その他）	040090xxxxxx0x	【2151】	040090xxxxxx1x	【2152】
	040120 慢性閉塞性肺疾患	040120xx99000x	【2162】	040120xx99001x	【2163】 040120xx99010x 【2164】 040120xx99011x 【2165】 040120xx9910xx 【2166】 040120xx97x0xx 【2167】 040120xx97x1xx 【2168】 040120xx01x0xx 【2169】
デュピクセント皮下注300mgシリンジ [デュビルマブ(遺伝子組換え)]		2020/3/25効能追加 別表番号47			
5/20 適用	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎（既存治療で効果不十分な患者に限る） 『通常、成人にはデュビルマブ（遺伝子組換え）として1回300mgを2週間隔で皮下投与する。なお、症状安定後には、1回300mgを4週間隔で皮下投与できる。』				
	030350 慢性副鼻腔炎	030350xxxxxxxx	【1892】		
トリンテリックス錠10mg、20mg [ボルチオキセチン臭化水素酸塩]（※）		新規収載 別表番号24			
4/1 適用	うつ病・うつ状態 『通常、成人にはボルチオキセチンとして10mgを1日1回経口投与する。なお、患者の状態により1日20mgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて行うこと。』				
	170040 気分 [感情] 障害	170040xxxxxxxx	【3972】		
トルツ皮下注80mgシリンジ、皮下注80mgオートインジェクター [イクセズマブ(遺伝子組換え)]		2019/11/22効能追加 別表番号28			
4/22 適用	既存治療で効果不十分な下記疾患 強直性脊椎炎 『通常、成人にはイクセズマブ（遺伝子組換え）として1回80mgを4週間隔で皮下投与する。』				
	070480 脊椎関節炎	070480xxxxx0xx	【3005】		

（※）テルリジー吸入用、トリンテリックス錠は2018-2019年度のDPC/PDPS包括評価対象外薬剤ではなかったが、診療報酬改定に伴う見直しにより追加

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ノクサフィル錠100mg【ボサコナゾール】		新規収載 別表番号40上			
<p>○造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防</p> <p>○下記の真菌症の治療</p> <p>フザリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモプラストミコーシス、菌腫</p> <p>『通常、成人にはボサコナゾールとして初日は1回300mgを1日2回、2日目以降は300mgを1日1回経口投与する。』</p>					
4/22 適用	010080 脳脊髄の感染を伴う炎症	010080xx99x0x0【1692】	010080xx99x0x1【1693】	010080xx99x1x0【1694】	010080xx97x0xx【1698】
	130010 急性白血病	130010xx99x0xx【3512】	130010xx97x0xx【3521】		
	130020 ホジキン病	130020xx99x0xx【3531】	130020xx97x0xx【3534】		
	130030 非ホジキンリンパ腫	130030xx99x0xx【3537】	130030xx99x1xx【3538】	130030xx99x2xx【3539】	130030xx97x00x【3548】
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx99x0xx【3563】	130040xx99x1xx【3564】	130040xx99x2xx【3565】	130040xx99x3xx【3566】
		130040xx97x00x【3569】	130040xx97x2xx【3572】		
	130050 骨髄増殖性腫瘍	130050xx99x0xx【3576】	130050xx99x3xx【3578】	130050xx97x0xx【3580】	
	130060 骨髄異形成症候群	130060xx99x0xx【3584】	130060xx97x00x【3586】		
180010 敗血症	180010x0xxx0xx【3973】	180010x1xxx0xx【3977】			
ノクサフィル点滴静注300mg【ボサコナゾール】		新規収載 別表番号40下			
<p>○造血幹細胞移植患者又は好中球減少が予測される血液悪性腫瘍患者における深在性真菌症の予防</p> <p>○下記の真菌症の治療</p> <p>フザリウム症、ムーコル症、コクシジオイデス症、クロモプラストミコーシス、菌腫</p> <p>『通常、成人にはボサコナゾールとして初日は1回300mgを1日2回、2日目以降は300mgを1日1回、中心静脈ラインから約90分間かけて緩徐に点滴静注する。』</p>					
4/22 適用	010080 脳脊髄の感染を伴う炎症	010080xx99x1x0【1694】	010080xx99x1x1【1695】	010080xx99x4x0【1696】	010080xx97x1xx【1699】
	130010 急性白血病	010080xx97x4xx【1700】			
		130010xx99x2xx【3513】	130010xx99x3xx【3514】	130010xx99x6xx【3517】	130010xx97x1xx【3522】
	130020 ホジキン病	130010xx97x2xx【3523】	130010xx97x3xx【3524】		
		130020xx99x3xx【3532】	130020xx97x3xx【3535】		
	130030 非ホジキンリンパ腫	130030xx99x1xx【3538】	130030xx99x2xx【3539】	130030xx99x3xx【3540】	130030xx99x4xx【3541】
		130030xx99x5xx【3542】	130030xx97x1xx【3550】	130030xx97x2xx【3551】	130030xx97x3xx【3552】
		130030xx97x40x【3553】	130030xx97x41x【3554】	130030xx97x50x【3555】	
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx99x1xx【3564】	130040xx99x2xx【3565】	130040xx99x3xx【3566】	130040xx97x1xx【3571】
		130040xx97x2xx【3572】	130040xx97x3xx【3573】		
130050 骨髄増殖性腫瘍	130050xx99x2xx【3577】	130050xx99x3xx【3578】	130050xx99x4xx【3579】	130050xx97x1xx【3581】	
	130050xx97x2xx【3582】	130050xx97x4xx【3583】			
130060 骨髄異形成症候群	130060xx97x1xx【3588】	130060xx97x3xx【3589】	130060xx97x40x【3590】		
180010 敗血症	180010x0xxx2xx【3975】				
180035 その他の真菌感染症	180035xxxxxxx【3981】				

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

バベンチオ点滴静注200mg [アベルマブ (遺伝子組換え)] 2019/12/20 効能追加 別表番号33	
4/22 適用	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌 『アキシチニブとの併用において、通常、成人にはアベルマブ (遺伝子組換え) として、1回10mg/kg (体重) を2週間間隔で1時間以上かけて点滴静注する。』
	11001x 腎腫瘍 11001xxx99x20x [3225] 11001xxx99x21x [3226] 11001xxx97x2xx [3230]
ビクトーザ皮下注18mg [リラグルチド (遺伝子組換え)] 2019/5/22 用法用量追加 別表番号7	
4/1 適用	2型糖尿病(包括評価対象外となるのは、 1日0.9mgで効果不十分な場合で増量した場合のみ) 『通常、成人には、リラグルチド (遺伝子組換え) として、0.9mgを維持用量とし、1日1回朝又は夕に皮下注射する。ただし、1日1回0.3mgから開始し、1週間以上の間隔で0.3mgずつ増量する。なお、患者の状態に応じて適宜増減し、 1日0.9mgで効果不十分な場合には、1週間以上の間隔で0.3mgずつ最高1.8mgまで増量できる。 』(2019年5月に追加された用法用量は太字下線部分)
	10007xθ 2型糖尿病 (糖尿病性ケトアシドーシスを除く。) 10007xxxxxx0xx [3141] (未梢循環不全なし。) ±00070xx99x000 [3351] ±00070xx99x00± [3352] ±00070xx99x010 [3353] ±00070xx99x01± [3354] ±00070xx97x000 [3363] ±00070xx97x00± [3364] ±00070xx97x010 [3365] ±00070xx97x01± [3366]
ピリヴィジェン10%静注5g/50mL、10g/100mL、20g/200mL [pH4処理酸性人免疫グロブリン] 2020/2/21 効能追加 別表番号43	
4/22 適用	無又は低ガンマグロブリン血症 『通常、1回人免疫グロブリンGとして200～600mg (～6 mL) /kg体重を3～4週間隔で点滴静注又は緩徐に静注する。患者の状態によって適宜増減する。』
	130030 非ホジキンリンパ腫 130030xx99x2xx [3539]
	130080 再生不良性貧血 130080xx99xxxx [3596]
ビルテブソ点滴静注250mg [ビルトラルセン] 新規収載 別表番号52	
5/20 適用	エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失が確認されているデュシェンヌ型筋ジストロフィー 『通常、ビルトラルセンとして80mg/kgを週1回、1時間かけて静脈内投与する。』
	010140 筋疾患 (その他) 010140xxxxxx0xx [1720]
ビレーズトリエアロスフィア56吸入 [ブデソニド/グリコピロニウム臭化物/ホルモテロールフルマル酸塩水和物] (※) 新規収載 別表番号13	
4/1 適用	慢性閉塞性肺疾患 (慢性気管支炎、肺気腫) の諸症状の緩解 (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β2刺激剤の併用が必要な場合) 『通常、成人には、1回2吸入 (ブデソニドとして320μg、グリコピロニウムとして14.4μg、ホルモテロールフルマル酸塩として9.6μg) を1日2回吸入投与する。』
	040090 急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症 (その他) 040090xxxxxx0x [2151] 040090xxxxxx1x [2152]
	040120 慢性閉塞性肺疾患 040120xx99000x [2162] 040120xx99001x [2163] 040120xx99010x [2164] 040120xx99011x [2165] 040120xx9910xx [2166] 040120xx97x0xx [2167] 040120xx97x1xx [2168] 040120xx01x0xx [2169]
	040310 その他の呼吸器の障害 040310xxxxxxx [2233]

(※)ビレーズトリエアロスフィア56吸入は2018-2019年度のDPC/PDPS包括評価対象外薬剤ではなかったが、診療報酬改定に伴う見直しにより追加

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工 (株) が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ベルケイド注射用3mg [ボルテゾミブ]		2019/8/22用法用量追加 別表番号20			
4/1 適用	多発性骨髄腫（包括評価対象外となるのは2019年8月に追加されたA法での投与のみ。） 『通常、成人に1日1回、ボルテゾミブとして1.3mg/m ² （体表面積）を以下のA法又はB法で静脈内投与又は皮下投与する。本剤は最低72時間空けて投与すること。 A法：他の抗悪性腫瘍剤との併用において、週2回、2週間（1、4、8、11日目）投与した後、10日間休薬（12～21日目）する。この3週間を1サイクルとし、2又は8サイクルまで投与を繰り返す。3又は9サイクル以降は、週1回、2週間（1、8日目）投与し、13日間休薬（9～21日目）する。この3週間を1サイクルとし、18サイクルまで投与を繰り返す。週1回投与への移行時期は併用する抗悪性腫瘍剤を考慮して選択すること。』				
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx97x6xx 【3575】	130040xx99x5xx 【3877】	130040xx97x50x 【3885】	130040xx97x51x 【3886】
ボトックス注用50単位、100単位 [A型ボツリヌス毒素]（※）		2019/12/20効能追加 別表番号34			
4/22 適用	既存治療で効果不十分又は既存治療が適さない神経因性膀胱による尿失禁 『通常、成人にはA型ボツリヌス毒素として200単位を排尿筋に分割して注射する。再投与は前回の効果が減弱した場合に可能であるが、投与間隔は12週以上とすること。』 既存治療で効果不十分又は既存治療が適さない過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿及び切迫性尿失禁 『通常、成人にはA型ボツリヌス毒素として100単位を排尿筋に分割して注射する。再投与は前回の効果が減弱した場合に可能であるが、投与間隔は12週以上とすること。』				
	11013x 下部尿路疾患	11013xxx99xxxx 【3305】 11013xxx02xxxx 【3309】	11013xxx97xxxx 【3306】 11013xxx01xxxx 【3310】	11013xxx04xxxx 【3307】	11013xxx03xxxx 【3308】
	110320 腎、泌尿器の疾患（その他）	110320xx99xxxx 【3364】 110320xx01xx1x 【3369】	110320xx97xx0x 【3365】	110320xx02xxxx 【3367】	110320xx01xx0x 【3368】
ポートルーザ点滴静注液800mg [ネシツムマブ（遺伝子組換え）]		新規収載 別表番号12			
4/1 適用	切除不能な進行・再発の扁平上皮非小細胞肺癌 『ゲムシタピン及びシスプラチンとの併用において、通常、成人にはネシツムマブ（遺伝子組換え）として1回800mgをおよそ60分かけて点滴静注し、週1回投与を2週連続し、3週目は休薬する。これを1コースとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	040040 肺の悪性腫瘍	040040xx9903xx 【1936】 040040xx99060x 【1940】 040040xx9913xx 【1949】 040040xx9916xx 【1953】 040040xx97x5xx 【1963】 040040xx9918xx 【1982】	040040xx99040x 【1937】 040040xx99061x 【1941】 040040xx9914xx 【1950】 040040xx9917xx 【1954】 040040xx97x6xx 【1964】 040040xx97x70x 【1991】	040040xx99041x 【1938】 040040xx99070x 【1942】 040040xx99150x 【1951】 040040xx97x3xx 【1961】 040040xx97x7xx 【1965】 040040xx97x71x 【1992】	040040xx9905xx 【1939】 040040xx99071x 【1943】 040040xx99151x 【1952】 040040xx97x4xx 【1962】 040040xx97x8xx 【1966】
ポマリストカプセル1mg、2mg、3mg、4mg [ボマリドミド]		2019/5/22用法用量追加 別表番号8			
4/1 適用	再発又は難治性の多発性骨髄腫 『ボルテゾミブ及びデキサメタゾン併用の場合： 通常、成人にはボマリドミドとして1日1回4mgを14日間連日経口投与した後、7日間休薬する。これを1サイクルとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	130040 多発性骨髄腫、免疫系悪性新生物	130040xx99x5xx 【3567】	130040xx97x5xx 【3574】	130040xx97x50x 【3885】	130040xx97x51x 【3886】

(※) ボトックス注用は告示・通知では一つの枠にまとめて掲載されているが、2020年4月8日の中医協総会資料では効能とコードが分けて記載されていた。
 (「過活動膀胱における～⇒110320」、「神経因性膀胱による～⇒11013x」)

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ボンベンディ静注用1300【ボニコグ アルファ（遺伝子組換え）】		新規収載 別表番号55			
5/20 適用	von Willebrand病患者における出血傾向の抑制 『本剤を添付の溶解液10mLで溶解し、4mL/分を超えない速度で緩徐に静脈内に注射する。通常、18歳以上の患者には、体重1 kg当たり40～80国際単位を投与するが、患者の状態に応じて適宜増減する。』				
	130130 凝固異常（その他）	130130xxxxx0xx【3625】	130130xxxxx1xx【3626】		
ユルトミス点滴静注300mg【ラブリズマブ（遺伝子組換え）】		新規収載 別表番号14			
4/1 適用	発作性夜間ヘモグロビン尿症 『通常、成人には、ラブリズマブ（遺伝子組換え）として、患者の体重を考慮し、1回2、400～3、000mgを開始用量とし、初回投与2週後に1回3、000～3、600mg、以降8週ごとに1回3、000～3、600mgを点滴静注する。』				
	130090 貧血（その他）	130090xx97x2xx【3606】			
ラビピュール筋注用【乾燥組織培養不活化狂犬病ワクチン】		新規収載 別表番号2			
4/1 適用	狂犬病の予防及び発病阻止 『本剤を添付の溶剤（日本薬局方注射用水）の全量で溶解し、次のとおり使用する。 1. 曝露前免疫：1.0mLを1回量として、適切な間隔を置いて3回筋肉内に接種する。 2. 曝露後免疫：1.0mLを1回量として、適切な間隔を置いて4～6回筋肉内に接種する。』				
	161060 詳細不明の損傷等	161060xx99x0xx【3960】	161060xx97x0xx【3962】		
リティンバ耳科用250μgセット【トラフェルミン（遺伝子組換え）】		新規収載 別表番号23			
4/1 適用	鼓膜穿孔 『鼓膜用ゼラチンスポンジに100μg/mLトラフェルミン（遺伝子組換え）溶液全量を浸潤させて成形し、鼓膜穿孔縁の新鮮創化後、鼓膜穿孔部を隙間なく塞ぐように留置する。』				
	030440 慢性化膿性中耳炎・中耳真珠腫	030440xx99xxxx【1907】	030440xx97xxxx【1908】	030440xx02xxxx【1909】	030440xx01xxxx【1910】
	030460 中耳・乳様突起の障害	030460xx99xxxx【1913】	030460xx97xxxx【1914】	030460xx01xxxx【1915】	
	160440 外耳・中耳損傷（異物を含む。）	160440xxxxxxxx【3823】			
リムバーザ錠100mg、150mg【オラバリブ】		2019/6/18効能追加 別表番号11			
4/1 適用	BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法 『通常、成人にはオラバリブとして300mgを1日2回、経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	120010 卵巣・子宮附属器の悪性腫瘍	120010xx99x40x【3381】	120010xx99x41x【3382】	120010xx97x40x【3391】	120010xx97x41x【3392】
レブラミドカプセル2.5mg、5mg【レナリドミド水和物】		2020/2/21効能追加 別表番号42			
4/22 適用	再発又は難治性の濾胞性リンパ腫及び辺縁帯リンパ腫 『リツキシマブ（遺伝子組換え）との併用において、通常、成人にはレナリドミドとして1日1回20mgを21日間連日経口投与した後、7日間休薬する。これを1サイクルとして最大12サイクルまで投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』				
	130030 非ホジキンリンパ腫	130030xx99x4xx【3541】	130030xx99x5xx【3542】	130030xx97x40x【3553】	130030xx97x41x【3554】
		130030xx97x50x【3555】	130030xx97x51x【3556】		

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したのですが、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ロケルマ懸濁用散分包5g、分包10g [ジルコニウムシクロケイ酸ナトリウム水和物] 新規収載 別表番号49

5/20 適用	高カリウム血症 『通常、成人には、開始用量として1回10gを水で懸濁して1日3回、2日間経口投与する。なお、血清カリウム値や患者の状態に応じて、最長3日間まで経口投与できる。以後は、1回5gを水で懸濁して1日1回経口投与する。なお、血清カリウム値や患者の状態に応じて適宜増減するが、最高用量は1日1回15gまでとする。血液透析施行中の場合には、通常、1回5gを水で懸濁して非透析日に1日1回経口投与する。なお、最大透析間隔後の透析前の血清カリウム値や患者の状態に応じて適宜増減するが、最高用量は1日1回15gまでとする。』	
	100393 その他の体液・電解質・酸塩基平衡障害	100393xx99xxxx【3219】

ロズリートレカブセル100mg、200mg [エヌトレクチニブ] 2020/2/21効能追加 別表番号16

4/1 適用	NTRK融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌 『通常、成人にはエヌトレクチニブとして1日1回600mgを経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』 『通常、小児にはエヌトレクチニブとして1日1回300mg/m ² （体表面積）を経口投与する。ただし、600mgを超えないこと。なお、患者の状態により適宜減量する。』 小児患者の用量（300mg/m ² 1日1回経口投与）					
	体表面積	投与量（1日1回）	体表面積	投与量（1日1回）	体表面積	投与量（1日1回）
	0.43~0.50	100mg	0.81~1.10	300mg	≥1.51	600mg
	0.51~0.80	200mg	1.11~1.50	400mg		
	010010 脳腫瘍	010010xx9904xx [5]	010010xx9906xx [6]	010010xx9905xx [9]		
	02001x 角膜・眼及び付属器の悪性腫瘍	02001xxx99x1xx [1769]				
	03001x 頭頸部悪性腫瘍	03001xxx99x30x [1842]	03001xxx99x31x [1843]	03001xxx99x40x [1844]	03001xxx99x41x [1845]	
		03001xxx99x3xx [1871]	03001xxx99x4xx [1872]			
	040010 縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍	040010xx99x2xx [1920]	040010xx99x30x [1921]	040010xx99x31x [1922]		
	040040 肺の悪性腫瘍	040040xx99060x [1940]	040040xx99061x [1941]	040040xx9916xx [1953]	040040xx9906xx [1969]	
	040050 胸壁腫瘍、胸膜腫瘍	040050xx99x2xx [1969]	040050xx99x3xx [1970]			
	050010 心臓の悪性腫瘍	050010xxxxxxx [2234]				
	060010 食道の悪性腫瘍（頸部を含む。）	060010xx99x30x [2463]	060010xx99x31x [2464]	060010xx99x40x [2465]	060010xx99x41x [2466]	
	060020 胃の悪性腫瘍	060020xx99x2xx [2480]	060020xx99x3xx [2481]	060020xx99x30x [2547]	060020xx99x31x [2548]	
	060030 小腸の悪性腫瘍、腹膜の悪性腫瘍	060030xx99x2xx [2500] 060030xx99x31x [2502]				
	060035 結腸（虫垂を含む。）の悪性腫瘍	060035xx99x2xx [2519]	060035xx99x3xx [2520]	060035xx99x30x [2608]	060035xx99x31x [2609]	
	060040 直腸肛門（直腸S状部から肛門）の悪性腫瘍	060040xx99x2xx [2552]	060040xx99x30x [2553]	060040xx99x31x [2554]		
	060050 肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）	060050xx9903xx [2596]	060050xx99040x [2597]	060050xx99041x [2598]		
	060050xx99x3xx [2701]	060050xx99x41x [2703]	060050xx99x40x [2702]			
060060 胆嚢、肝外胆管の悪性腫瘍	060060xx99030x [2612]	060060xx99031x [2613]	060060xx99x30x [2729]	060060xx99x31x [2730]		
06007x 膵臓、脾臓の腫瘍	06007xxx9903xx [2631]	06007xxx9904xx [2632]	06007xxx9914xx [2637]			
	06007xxx99040x [2756]	06007xxx99041x [2757]				

次ページへ続く

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

前ページ続き

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

4/1 適用	070030 脊椎・脊髄腫瘍	070030xx9901xx	【2860】			
	070040 骨の悪性腫瘍（脊椎を除く。）	070040xx99x2xx	【2868】	070040xx99x4xx	【2869】	
	070041 軟部の悪性腫瘍（脊髄を除く。）	070041xx99x2xx	【2879】	070041xx99x3xx	【2880】	
	080006 皮膚の悪性腫瘍（黒色腫以外）	080006xx99x2xx	【3046】	080006xx99x3xx	【3047】	
	090010 乳房の悪性腫瘍	090010xx99x2xx	【3098】	090010xx99x30x	【3099】	090010xx99x31x 【3100】
	100020 甲状腺の悪性腫瘍	100020xx99x1xx	【3121】			
	100030 内分泌腺および関連組織の腫瘍	100030xx99x1xx	【3131】			
	11001x 腎腫瘍	11001xxx99x10x	【3223】	11001xxx99x11x	【3224】	11001xxx99x1xx 【3514】
	11002x 性器の悪性腫瘍	11002xxx99x1xx	【3234】			
	110070 膀胱腫瘍	110070xx99x20x	【3258】	110070xx99x21x	【3259】	
	110080 前立腺の悪性腫瘍	110080xx9903xx	【3275】			
	110100 精巣腫瘍	110100xx99x10x	【3290】	110100xx99x11x	【3291】	
	120010 卵巣・子宮付属器の悪性腫瘍	120010xx99x40x	【3381】	120010xx99x41x	【3382】	
	12002x 子宮頸・体部の悪性腫瘍	12002xxx99x40x	【3404】	12002xxx99x41x	【3405】	12002xxx99x30x 【3719】 12002xxx99x31x 【3720】
	130010 急性白血病	130010xx99x2xx	【3513】			
130030 非ホジキンリンパ腫	130030xx99x2xx	【3539】	130030xx99x3xx	【3540】	130030xx99x30x 【3853】 130030xx99x31x 【3854】	
4/22 適用	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 『通常、成人にはエムトレクチニブとして1日1回600mgを経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』					
	040040 肺の悪性腫瘍	040040xx99060x	【1940】	040040xx99061x	【1941】	040040xx9916xx 【1953】 040040xx97x6xx 【1964】
ロミプレート皮下注250μg調製用【ロミプロスチム（遺伝子組換え）】						2019/6/18効能追加 別表番号9
4/1 適用	既存治療で効果不十分な再生不良性貧血 『通常、成人には、ロミプロスチム（遺伝子組換え）として初回投与量10μg/kgを皮下投与する。投与開始後、患者の状態に応じて投与量を適宜増減し、週1回皮下投与する。また、最高投与量は週1回20μg/kgとする。』					
	130080 再生不良性貧血	130080xx99xxxx	【3596】	130080xx97x00x	【3597】	130080xx97x01x 【3598】 130080xx97x1xx 【3599】 130080xx99x0xx 【3913】 130080xx99x1xx 【3914】 130080xx97x10x 【3917】 130080xx97x11x 【3918】

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

DPC/PDPS包括評価対象外となる薬剤

診療報酬改定に伴う変更箇所は赤字・見え消し

ロンサーフ配合錠T15、T20【トリフルリジン/チピラシル塩酸塩】		2019/8/22効能追加		別表番号17		
4/1 適用	<p>がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の胃癌 『通常、成人には初回投与量（1回量）を体表面積に合わせて次の基準量とし（トリフルリジンとして約35mg/m²/回）、朝食後及び夕食後の1日2回、5日間連続経口投与したのち2日間休薬する。これを2回繰り返したのち14日間休薬する。これを1コースとして投与を繰り返す。なお、患者の状態により適宜減量する。』</p>					
	体表面積（m ² ）	初回基準量 （トリフルリジン相当量）	体表面積（m ² ）	初回基準量 （トリフルリジン相当量）	体表面積（m ² ）	初回基準量 （トリフルリジン相当量）
	1.07未満	35mg/回（70mg/日）	1.38以上～1.53未満	50mg/回（100mg/日）	1.84以上～1.99未満	65mg/回（130mg/日）
	1.07以上～1.23未満	40mg/回（80mg/日）	1.53以上～1.69未満	55mg/回（110mg/日）	1.99以上～2.15未満	70mg/回（140mg/日）
1.23以上～1.38未満	45mg/回（90mg/日）	1.69以上～1.84未満	60mg/回（120mg/日）	2.15以上	75mg/回（150mg/日）	
060020 胃の悪性腫瘍		060020xx99x2xx 【2480】	060020xx99x3xx 【2481】	060020xx97x2xx 【2488】	060020xx97x3xx 【2489】	
		060020xx99x30x 【2547】	060020xx99x31x 【2548】	060020xx97x30x 【2560】	060020xx04x3xx 【2571】	
		060020xx03x3xx 【2574】	060020xx02x3xx 【2581】	060020xx01x3xx 【2584】		

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものです。その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。

新規収載医薬品で既存の分岐に反映(定義テーブルに追加)される薬剤

(※)本リストは告示前に示された中医協総会資料を基に作成。告示日以降は定義テーブルに新規収載品の一般名が追加されるため、実際には新規収載された薬剤の一般名を選択する。

エンハーツ点滴静注用100mg [トラスツズマブ デルクステカン (遺伝子組換え)]		
5/20 適用	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌（標準的な治療が困難な場合に限る） 『通常、成人にはトラスツズマブデルクステカン（遺伝子組換え）として1回5.4mg/kg（体重）を90分かけて3週間間隔で点滴静注する。なお、初回投与の忍容性が良好であれば2回目以降の投与時間は30分間まで短縮できる。』	類似薬が「トラスツズマブ エムタンシン（遺伝子組換え）」であったことから、090010 乳房の悪性腫瘍の「トラスツズマブ エムタンシン」による分岐に反映させる。 090010 乳房の悪性腫瘍
カボメティクス錠20mg、60mg [カボザンチニプリング酸塩]		
5/20 適用	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌 『通常、成人にはカボザンチニブとして1日1回60mgを空腹時に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』	類似薬が「スニチニプリング酸塩」であったことから、11001x 腎腫瘍の「スニチニプリング酸塩」による分岐に反映させる。 11001x 腎腫瘍
ゾルゲンスマ点滴静注【オナセムノゲン アパバルボク】		
5/20 適用	脊髄性筋萎縮症（臨床所見は発現していないが、遺伝子検査により脊髄性筋萎縮症の発症が予測されるものも含む）ただし、抗AAV9抗体が陰性の患者に限る 『通常、体重2.6kg以上の患者（2歳未満）には、1.1×10 ¹⁴ ベクターゲノム（vg）/kgを60分かけて静脈内に単回投与する。本品の再投与はしないこと。』	類似薬が「ヌシネルセンナトリウム」であったことから、010155 運動ニューロン疾患等の「ヌシネルセンナトリウム」による分岐に反映させる。 010155 運動ニューロン疾患等
テブミトコ錠250mg [テボチニブ塩酸塩水和物]		
5/20 適用	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 『通常、成人にはテボチニブ塩酸塩水和物として1回500mgを1日1回食後に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』	類似薬が「クリゾチニブ」であったことから、040040 肺の悪性腫瘍の「クリゾチニブ」による分岐に反映させる。 040040 肺の悪性腫瘍
ニューベクオ錠300mg [ダロルタミド]		
4/22 適用	遠隔転移を有しない去勢抵抗性前立腺癌 『通常、成人にはダロルタミドとして1回600mgを1日2回、食後に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』	類似薬が「アパバルタミド」であったことから、110080 前立腺の悪性腫瘍の「アパバルタミド」による分岐に反映させる。 110080 前立腺の悪性腫瘍
ハオビュ硝子体内注射用キット120mg/mL [プロルシズマブ (遺伝子組換え)]		
5/20 適用	中心窩下脈絡膜新生血管を伴う加齢黄斑変性 『プロルシズマブ（遺伝子組換え）として6mg（0.05mL）を4週ごとに1回、連続3回（導入期）硝子体内投与する。その後の維持期においては、通常、12週ごとに1回、硝子体内投与する。なお、症状により投与間隔を適宜調節するが、8週以上あけること。』	類似薬が「アフリベルセプト（遺伝子組換え）」であったことから、020200 黄斑、後極変性の「アフリベルセプト」による分岐に反映させる。 020200 黄斑、後極変性
ベレキシブル錠80mg [チラブルチニブ塩酸塩]		
5/20 適用	再発又は難治性の中中枢神経系原発リンパ腫 『通常、成人にはチラブルチニブとして1日1回480mgを空腹時に経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。』	類似薬が「イブルチニブ」であったことから、130030 非ホジキンリンパ腫の「イブルチニブ」による分岐に反映させる。 130030 非ホジキンリンパ腫
リンゾック錠7.5mg、15mg [ウバダシチニブ水和物]		
4/22 適用	既存治療で効果不十分な関節リウマチ（関節の構造的損傷の防止を含む） 『通常、成人にはウバダシチニブとして15mgを1日1回経口投与する。なお、患者の状態に応じて7.5mgを1日1回投与することができる。』	類似薬が「バリシチニブ」であったことから、070470 関節リウマチの「バリシチニブ」による分岐に反映させる。 070470 関節リウマチ

※本資料は、2020年5月20日迄の情報に基づき、日医工（株）が編集したものであり、その正確性等について保証するものではありません。本資料のご利用により、直接または間接に損害が発生したとしても、一切の責任は負いかねます。