

医療関係者各位

イラリス皮下注射液 150mg を使用される先生方へ
～ DPC 算定病院の入院患者における本剤の位置づけについて ～

イラリス皮下注射液 150mg（以下、本剤）は、2025年3月に「既存治療で効果不十分な成人発症スチル病」の効能効果の追加承認を得ました。

なお、現時点で上記適応においては、本剤の「高額薬剤判定」はなされておられません。「高額薬剤判定」がなされるまでの期間、入院患者さんへ以下の診断群分類で使用した場合には、包括算定になると考えられます。ご施設の医療事務課等へご確認頂けますようお願い申し上げます。

分類名称	ICD 名称	診断群分類番号
重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患	成人発症スチル< S t i l l >病 多部位	070560xxxxx00x、
	成人発症スチル< S t i l l >病 肩甲帯	070560xxxxx01x、
	成人発症スチル< S t i l l >病 上腕	070560xxxxx1xx、
	成人発症スチル< S t i l l >病 前腕	070560xxxxx2xx、
	成人発症スチル< S t i l l >病 手	070560xxxxx3xx、
	成人発症スチル< S t i l l >病 骨盤部及び大腿	070560xxxxx4xx、
	成人発症スチル< S t i l l >病 下腿	070560xxxxx5xx、
	成人発症スチル< S t i l l >病 足関節部及び足	070560xxxxx8xx、
	成人発症スチル< S t i l l >病 その他	070560xxxxx90x、
	成人発症スチル< S t i l l >病 部位不明	070560xxxxx91x

以上

*** 高額薬剤判定 (中央社会保険医療協議会 総会資料より引用) [001330925.pdf](https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001330925.pdf)**

<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001330925.pdf>

- 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）。