

最適使用推進ガイドラインについて

○既に最適使用推進ガイドラインの対象となっている品目に係る最適使用推進ガイドラインの改訂等

	品目	製造販売業者	対象効能・効果 (今回の効能・効果の変更箇所は、下線部追加、取消線部削除)	最適使用推進ガイドライン及び 保険適用上の留意事項の 通知発出日及び適用日*
1	ブレヤンジ静注	ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	<p>以下の再発又は難治性の大細胞型 B 細胞リンパ腫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫、原発性縦隔大細胞型 B 細胞リンパ腫、形質転換低悪性度非ホジキンリンパ腫、高悪性度 B 細胞リンパ腫 <p>再発又は難治性の濾胞性リンパ腫</p> <p><u>再発又は難治性のマントル細胞リンパ腫</u></p> <p><u>再発又は難治性の辺縁帯リンパ腫</u></p> <p>ただし、CD19 抗原を標的としたキメラ抗原受容体発現 T 細胞輸注療法の治療歴がない患者に限る。</p>	<p>(最適使用推進ガイドライン)</p> <p>「大細胞型 B 細胞リンパ腫及び濾胞性リンパ腫」に係るガイドラインの改訂</p> <p>(留意事項通知)</p> <p>変更なし</p> <p>(通知発出日・適用日)</p> <p>令和 8 年 4 月 3 日</p>

	品目	製造販売業者	対象効能・効果 (今回の効能・効果の変更箇所は、下線部追加、取消線部削除)	最適使用推進ガイドライン及び 保険適用上の留意事項の 通知発出日及び適用日*
2	ゼップバウンド皮下注 2.5mg アテオス、同皮下注 5mg アテオス、 同皮下注 7.5mg アテオス、 同皮下注 10mg アテオス、同皮下注 12.5mg アテオス及び同皮下注 15mg アテオス	日本イーライリリー株式会社	○肥満症 ただし、高血圧、脂質異常症又は耐糖能障害（2型糖尿病、耐糖能異常等）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に限る。 ・BMI が 27kg/m ² 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 ² 以上 <u>○中等症以上の閉塞性睡眠時無呼吸症候群</u> <u>ただし、BMI が 27kg/m² 以上に該当する場合に限る。</u>	(最適使用推進ガイドライン) 「閉塞性睡眠時無呼吸症候群」に係るガイドラインの作成 (留意事項通知) 医療施設要件、治療責任者要件等の追加 (通知発出日・適用日) 令和8年5月18日
3	テビムブラ点滴静注 100mg	ビーワン・メディシンズ合同会社	○根治切除不能な進行・再発の食道癌 <u>○治療切除不能な進行・再発の胃癌</u>	(最適使用推進ガイドライン) 「胃癌」に係るガイドラインの作成 (留意事項通知) 医療施設要件、治療責任者要件等の追加 (通知発出日・適用日) 令和8年6月19日

	品目	製造販売業者	対象効能・効果 (今回の効能・効果の変更箇所は、下線部追加、取消線部削除)	最適使用推進ガイドライン及び 保険適用上の留意事項の 通知発出日及び適用日*
4	イミフィンジ点滴静注 120mg 及び同点滴静注 500mg	アストラゼ ネカ株式会 社	<p>○切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法</p> <p>○切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌</p> <p>○非小細胞肺癌における術前・術後補助療法</p> <p>○進展型小細胞肺癌</p> <p>○限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法</p> <p>○切除不能な肝細胞癌</p> <p>○治癒切除不能な胆道癌</p> <p>○進行・再発の子宮体癌</p> <p>○膀胱癌における術前・術後補助療法</p> <p><u>○胃癌における術前・術後補助療法</u></p>	<p>(最適使用推進ガイドライン) 「胃癌」に係るガイドラインの作成</p> <p>(留意事項通知) 医療施設要件、治療責任者要件等の追加</p> <p>(通知発出日・適用日) 令和8年6月19日</p>
5	ウゴービ皮下注 0.25mg SD、同皮下注 0.5mg SD、同皮下注 1.0mg SD、同皮下注 1.7mg SD、同皮下注 2.4mg SD、同皮下注 0.25mg ペン 1.0MD、同皮下注 0.5mg ペン 2.0MD、同皮下注 1.0mg ペン 4.0MD、同皮下注ウゴービ皮下注 1.7mg ペン 6.8MD 及び同皮下注 2.4mg ペン 9.6MD	ノボ ノル ディスク ファーマ株 式会社	<p>○肥満症</p> <p>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に限る。</p> <p>・BMI が 27kg/m² 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</p> <p>・BMI が 35kg/m² 以上</p> <p><u>○肝硬変を伴わない代謝機能障害関連脂肪肝炎</u></p> <p><u>ただし、中等度又は高度の線維化を有する場合に限る。</u></p>	<p>(最適使用推進ガイドライン) 「代謝機能障害関連脂肪肝炎」に係るガイドラインの作成</p> <p>(留意事項通知) 医療施設要件、治療責任者要件等の追加</p> <p>(通知発出日・適用日) 令和8年6月19日</p>

※製造販売承認事項一部変更承認日と同日付