

最適使用推進GLが策定された医薬品の保険適用上の留意事項について

1 概要

- 最適使用推進GLが策定された医薬品については、平成28年11月16日中医協総会において、最適使用推進GLの内容を踏まえた保険適用上の留意事項を通知することとされた。
- 今般、テセントリク点滴静注について、「進展型小細胞肺癌」の効能・効果の追加に係る最適使用推進GLが策定されたので、これに係る保険適用上の留意事項を改正した。

2 対象品目の概要

品目	企業	GLが策定された効能・効果
テセントリク点滴静注 1200mg	中外製薬	進展型小細胞肺癌

3 留意事項の内容

(1) 全適応共通

基本的考え方として、対象品目について、最適使用推進GLに従って使用する旨を明記。(今回の改正で変更なし)

(2) 診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める事項

1) 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌

今回の改正で変更なし

2) 進展型小細胞肺癌

① 医療施設の要件のいずれに該当するか。

**最適使用推進ガイドライン アテゾリズマブ(遺伝子組換え)～小細胞肺癌～(抄)**

① 施設について

①-1 下記の(1)～(5)のいずれかに該当する施設であること。

(1) 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)(平成31年7月1日時点:436施設)

(2) 特定機能病院(平成31年4月1日時点:86施設)

(3) 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)

- (4) 外来化学療法室を設置し、外来化学療法加算1又は外来化学療法加算2の施設基準に係る届出を行っている施設（平成29年7月1日時点：2531施設）
- (5) 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（平成29年7月1日時点：1287施設）

② 治療の責任者の要件のいずれに該当するか。

**最適使用推進ガイドライン アテゾリズマブ（遺伝子組換え）～小細胞肺癌～（抄）**

①-2 肺癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師（下表のいずれかに該当する医師）が、当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

表

・ 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なっていること。
・ 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、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。

4 留意事項通知の発出日及び適用日

発出日：令和元年8月22日

適用日：発出日