

効能・効果の追加等に係る最適使用推進GLに基づく
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、「非小細胞肺癌」における本剤の
単独投与の追加に係る最適使用推進GLの策定が行われたので、それらに
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	非小細胞肺癌

3 留意事項の内容

- (1) 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
本製剤を単独で投与する場合には、EGFR 遺伝子変異陰性、ALK 融合遺伝子
陰性及びPD-L1 陽性 (TC3 又は IC3) を確認した検査の実施年月日。

4 留意事項通知の発出日及び適用日

発出日：令和2年12月25日

適用日：発出日