

最適使用推進GLが策定された医薬品の規格追加に伴う  
保険適用上の留意事項について  
(案)

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、最適使用推進GLが策定されているレパース皮下注について、新たな規格が薬価収載されたので、レパース皮下注に係る保険適用上の留意事項を検討したい。

2 対象品目の概要

品目	企業	効能・効果
レパース皮下注 140mg シリンジ レパース皮下注 140mg ペン <u>レパース皮下注 420mg オートミニド ーザー</u>	アステラス・ア ムジェン・バイ オフーマ	家族性高コレステロール血症、高コレステロー ル血症 ただし、心血管イベントの発現リスクが高く、 HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分な場合に 限る。

下線部：新たに追加となった医薬品

3 留意事項の改正内容

- レパース皮下注 140mg シリンジ及び同 140mg ペンの用法・用量について、家族性高コレステロール血症ヘテロ接合体及び高コレステロール血症に対しては、140mg を2週間に1回又は420mg を4週間に1回投与することとされている。
- 4週間1回投与は、140mg 製剤を3本投与する必要があり、2週間1回投与と比較して、1日当たりの薬価が1.5倍となっていたため、2週間1回投与を原則としていた。
- 今般、レパース皮下注 420mg オートミニドーザーが薬価収載され、1日薬価は140mg 製剤の2週間1回投与時を下回ることから、140mg 製剤の2週間1回投与に加え、レパース皮下注 420mg オートミニドーザーによる4週間1回投与の保険適用を認めることとする。

(参考)

品目	薬価収載日	薬価
レパース皮下注 140mg シリンジ	H28. 4. 20	22,948 円
レパース皮下注 140mg ペン	H28. 4. 20	22,948 円
レパース皮下注 420mg オートミニドーザー	H29. 11. 29	44,481 円