

最適使用推進ガイドライン（簡略版）について

- 再審査期間を終え、有効性及び安全性に関する情報が十分に蓄積された品目/効能・効果に関しては、事務的な手続きの簡略化を目的とし、最適使用推進ガイドラインの簡略化（以下、簡略化した GL を「簡略版 GL」という。）を行うこととしている（令和 4 年 9 月 14 日中医協了承）。
- 今般、レパーサ皮下注について、再審査が終了したため、最適使用推進ガイドラインは簡略版 GL に改訂することとしたい（令和 8 年 8 月 26 日の薬事審議会了承）。

	品目	製造販売業者	効能効果	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	レパーサ皮下注 140mg ペン	アムジェン (株)	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、以下のいずれも満たす場合に限る。 ・心血管イベントの発現リスクが高い ・HMG-CoA 還元酵素阻害剤で効果不十分、 又は HMG-CoA 還元酵素阻害剤による治療が適さない	(通知発出日・適用日) 令和 8 年 10 月上旬 (予定) ※

※ 保険適用上の留意事項については記載整備のみ。