

地方厚生（支）局医療指導課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長 } 殿

厚生労働省保険局医療課長

ベイスンOD錠 0.2 及びベイスン錠 0.2 並びにレベトールカプセル 200 mg の
薬事法上の効能・効果等の変更に伴う留意事項の一部改正について

ベイスンOD錠 0.2 及びベイスン錠 0.2 については平成 16 年 7 月 9 日保医発第 0709001 号当職通知において、また、レベトールカプセル 200 mg については平成 16 年 12 月 8 日保医発第 1208001 号当職通知において、保険適用上の取扱いに係る留意事項を通知しているところですが、今般、各製剤の薬事法上の効能・効果等が変更されたことに伴い、各製剤に係る留意事項の一部を下記のとおり改正しますので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底をお願いします。

記

- 1 ベイスンOD錠 0.2 及びベイスン錠 0.2 に係る留意事項について
「使用薬剤の薬価（薬価基準）等の一部改正について」（平成 16 年 7 月 9 日保医発第 0709001 号）の 2 の（4）に次のように加える。
 - ④ ベイスンOD錠 0.2 について、耐糖能異常における 2 型糖尿病の発症抑制（ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。）を目的に使用する場合、保険適用上の取扱いを以下のとおりとすること。
 - ア 耐糖能異常（空腹時血糖が 126 mg/dL 未満かつ 75 g 経口ブドウ糖負荷試験の血糖 2 時間値が 140 ～ 199 mg/dL）と判断され、糖尿病発症抑制の基本である食事療法及び運動療法を 3 ～ 6 ヶ月間行っても改善されず、かつ高血圧症、脂質異常症（高トリグリセリド血症、低 HDL コレステロール血症等）のいずれかを基礎疾患として有する患者を対象とする場合に限り、保険適用されるものとする。
 - イ 診療報酬明細書の摘要欄には、耐糖能異常と判断した根拠（判断した年月日とその結果）、食事療法及び運動療法を 3 ～ 6 ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。
 - ⑤ 既収載のベイスン錠 0.2 についても、④と同様の取扱いとする。
- 2 レベトールカプセル 200 mg に係る留意事項について
「使用薬剤の薬価（薬価基準）の一部改正について」（平成 16 年 12 月 8 日保医発

第 1208001 号) の 2 の (3) を次のように改める。

(3) レベトールカプセル 200 mg

本製剤の用法・用量は、「インターフェロン アルファ-2b (遺伝子組換え)、
ペグインターフェロン アルファ-2b (遺伝子組換え) 又はインターフェロン ベ
ータと併用すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。