

広島県収受	
第	号
- 5. 3. 14	
処理期限	月 日
分類記号	保存年限

薬生薬審発 0314 第 1 号
令和 5 年 3 月 14 日

各 (都 道 府 県)
保健所設置市 衛生主管部 (局) 長 殿
特 別 区

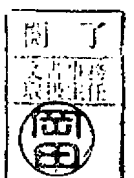
厚生労働省医薬・生活衛生局医薬品審査管理課長
(公 印 省 略)

トラロキヌマブ (遺伝子組換え) 製剤の最適使用推進ガイドライン (既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎) について

経済財政運営と改革の基本方針 2016 (平成 28 年 6 月 2 日閣議決定) において、革新的医薬品の使用の最適化推進を図ることが盛り込まれたことを受けて、革新的医薬品を真に必要な患者に提供するために最適使用推進ガイドラインを作成することとしています。

今般、トラロキヌマブ (遺伝子組換え) 製剤 (販売名 : アドトラザーザ皮下注 150 mg シリンジ) について、既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎に対して使用する際の留意事項を別添のとおり最適使用推進ガイドラインとして取りまとめましたので、その使用に当たっては、本ガイドラインについて留意されるよう、貴管内の医療機関及び薬局に対する周知をお願いします。

なお、本通知の写しについて、別記の関係団体宛てに事務連絡するので、念のため申し添えます。



別記

公益社団法人日本医師会

日本医学会

公益社団法人日本皮膚科学会

一般社団法人日本アレルギー学会

日本臨床皮膚科医会

公益社団法人日本薬剤師会

一般社団法人日本病院薬剤師会

レオファーマ株式会社

独立行政法人医薬品医療機器総合機構

各地方厚生局