

『小児気管支喘息治療・管理ガイドライン 2023』（第1版）

表 5-3 の一部改訂について

ヒト抗 TSLP モノクローナル抗体「テゼスパイア®皮下注 210mg ペン」及び「テゼスパイア®皮下注 210mg シリンジ」が在宅自己注射指導管理料の対象薬剤となりました。2023 年 12 月 1 日より同薬剤の在宅自己注射が保険適用となったことに伴い、表 5-3（P.78）の一部を以下の通り改訂（赤丸部分）いたします。

表 5-3 生物学的製剤の対象年齢、用量・用法（2023 年 10 月時点）

	抗 IgE 抗体 (オマリズマブ)	抗 IL-5 抗体 (メボリズマブ)	抗 IL-4/IL-13 受容体抗体 (デュピルマブ)	抗 TSLP 抗体 (テゼベルマブ)
商品名	ゾレア	ヌーカラ	デュピクセント	テゼスパイア
対象年齢	6 歳以上	6 歳以上	12 歳以上	12 歳以上
用量・用法	体重、血清総 IgE 濃度に応じて変化（1 回 75～600 mg） 2～4 週間毎に皮下注射	6 歳以上 12 歳未満： 1 回 40 mg 12 歳以上：1 回 100 mg 4 週間毎に皮下注射	初回 600 mg、 2 回目以降 300 mg を 2 週間毎に皮下注射	1 回 210 mg 4 週毎に 皮下注射
在宅自己注射	可 (プレフィルドシリンジ)	可 (プレフィルドシリンジ、 オートインジェクター)	可 (プレフィルドシリンジ、 オートインジェクター)	可 (プレフィルドシリンジ、 オートインジェクター)
他の適応疾患	季節性 アレルギー性鼻炎*1 特発性の慢性蕁麻疹*1	好酸球性多発 血管炎性肉芽腫症*2	アトピー性皮膚炎*3 鼻茸を伴う 慢性副鼻腔炎*2 結節性痒疹*2	なし

* 1：適応は 12 歳以上 * 2：適応は成人（15 歳以上） * 3：生後 6 か月以上

尚、厚生労働省より発出された【テゼベルマブ（遺伝子組換え）製剤の最適使用推進ガイドライン（気管支喘息）の一部改正について】は以下 URL よりご確認いただけます。

<https://www.jspaci.jp/news/member/20231206-4528/>

気管支喘息委員会
2024 年 2 月 29 日