

保険適用上の留意事項の改正内容

- オルミエント錠 1mg、同錠 2mg 及び同錠 4mg（「既存治療で効果不十分なアトピー性皮膚炎」に対する小児の用法・用量の追加に関する追加事項）

<診療報酬明細書の摘要欄に記載を求める事項>

- ① 治療の責任者の要件のいずれに該当するか。

（下線部追加）

（参考）最適使用推進ガイドライン パリシチニブ～アトピー性皮膚炎～（抄）

① 施設について

- 本剤の投与対象は IGA スコアや EASI スコア等の基準で一定以上の疾患活動性を有するアトピー性皮膚炎患者となることから、アトピー性皮膚炎に関する適正な自覚的、他覚的重症度評価ができることが重要であり、アトピー性皮膚炎の病態、経過と予後、診断、治療（参考：アトピー性皮膚炎診療ガイドライン）を熟知し、本剤についての十分な知識を有し、アトピー性皮膚炎の診断及び治療に精通する医師（以下表の<医師要件>参照）が当該診療科の本剤に関する治療の責任者として配置されていること。

<医師要件>

以下のいずれかの基準を満たすこと。

【成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合】

- （ア）医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、5 年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。
（イ）医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、6 年以上の臨床経験を有していること。うち、3 年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。

【小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合】

- （ア）医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、5 年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。
（イ）医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、以下の研修を含む 6 年以上の臨床経験を有していること。
・3 年以上の小児科診療の臨床研修
かつ
・3 年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修