

未承認薬・適応外薬の要望（募集対象（1）（2））

1. 要望内容に関連する事項

要望者 (該当するものにチェックする。)	<input checked="" type="checkbox"/> 学会 (学会名； 日本リウマチ学会、日本呼吸器学会) <input type="checkbox"/> 患者団体 (患者団体名；) <input type="checkbox"/> 個人 (氏名；)	
要望する薬品	成分名 (一般名)	トシリズマブ (遺伝子組換え)
	販売名	アクテムラ皮下注 162mg シリンジ アクテムラ皮下注 162mg オートインジェクター
	会社名	中外製薬株式会社
	国内関連学会	日本皮膚科学会 (選定理由) 基礎疾患である全身性強皮症を診療対象とするため
未承認薬・適応外薬の分類 (必ずいずれかをチェックする。)	<input type="checkbox"/> 未承認薬 <input checked="" type="checkbox"/> 適応外薬	
要望内容	効能・効果 (要望する効能・効果について記載する。)	全身性強皮症に伴う間質性肺疾患の進行抑制
	用法・用量 (要望する用法・用量について記載する。)	アクテムラ皮下注、1回 162mg を週一回皮下注射
	備考	(特記事項等)
	<input type="checkbox"/> 小児に関する要望 (該当する場合はチェックする。)	
希少疾病	約 <u>15,000</u> 人 <推定方法>	

<p>用医薬品の該当性（推定対象患者数、推定方法についても記載する。）</p>	<p>平成 27 年度末時点で厚生労働省が公開している全身性強皮症（SSc）としての指定難病受給者数は 30,786 人であり（文献 1）、軽症例や未診断例を含めると 3.5 万人以上と推測される。また、厚生労働省研究班で作成した「全身性強皮症 診断基準・重症度分類・診療ガイドライン」によると、間質性肺疾患（ILD）の頻度は 50~60%と記載されている（文献 2）。したがって、わが国における ILD を有する SSc 患者数は、少なく見積もっても 15,000 人となる。</p>
<p>国内の承認内容（適応外薬のみ）</p>	<p>（効能・効果及び用法・用量を記載する）</p> <p>既存治療で効果不十分な下記疾患</p> <p>関節リウマチ（関節の構造的損傷の防止を含む）</p> <p>高安動脈炎、巨細胞性動脈炎</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 関節リウマチ <p>通常、成人には、トシリズマブ（遺伝子組換え）として 1 回 162mg を 2 週間隔で皮下注射する。なお、効果不十分な場合には、1 週間まで投与間隔を短縮できる。</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 高安動脈炎、巨細胞性動脈炎 <p>通常、トシリズマブ（遺伝子組換え）として 1 回 162mg を 1 週間隔で皮下注射する。</p>
<p>「医療上の必要性に係る基準」への該当性（該当するものにチェックし、該当すると考えた根拠について</p>	<p>1. 適応疾病の重篤性</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ア 生命に重大な影響がある疾患（致命的な疾患）</p> <p><input type="checkbox"/> イ 病気の進行が不可逆的で、日常生活に著しい影響を及ぼす疾患</p> <p><input type="checkbox"/> ウ その他日常生活に著しい影響を及ぼす疾患</p> <p>（上記の基準に該当すると考えた根拠）</p> <p>過去の疫学研究から、SSc の死因として ILD が最も多く、死因に占めるその割合は増加傾向にあり（文献 3）、生命に重大な影響を及ぼす疾患である。日本人を対象とした研究では、ILD を有する SSc 患者のうち、約 1/3 が酸素療法を必要とする呼吸不全まで進行し、ほぼ全員が死亡している（文献 4）。一方、SSc に伴う ILD（SSc-ILD）の病態は組織の過剰な線維化による不可逆的な肺構造の破壊であるため、死に至らなくても呼吸困難による制限などにより日常生活に著しい悪影響を及ぼす。</p> <p>2. 医療上の有用性</p>

て記載する。複数の項目に該当する場合は、最も適切な1つにチェックする。）

- ア 既存の療法が国内にない
- イ 欧米等の臨床試験において有効性・安全性等が既存の療法と比べて明らかに優れている
- ウ 欧米等において標準的療法に位置づけられており、国内外の医療環境の違い等を踏まえても国内における有用性が期待できると考えられる
- エ

(上記の基準に該当すると考えた根拠)

SSc-ILD の治療薬としては、国内外のガイドラインに共通してシクロホスファミド(CYC)(文献5)、ミコフェノール酸モフェチル(MMF)(文献6)、ニンテダニブ(NTD)(文献7)、リツキシマブ(RTX)、トシリズマブ(TCZ)が推奨されている。この中で、日本では TCZ が唯一未承認であり、保険診療で使用できない。本要望品目である TCZ はこれら既存の治療薬に比べて、ILD の進行をほぼ完全に抑制する高い有効性に加え、重篤な有害事象、薬剤中止に至る有害事象ともに少なく、高い安全性を有することがプラセボ対照ランダム化比較試験(RCT)で示されている(NTD と TCZ の RCT には日本人も含まれる)。SSc-ILD の治療薬として使用されている CYC、MMF、NTD、RTX に加えて、TCZ を用いた RCT の ILD に対する有効性、安全性の詳細を以下に示す。

・ CYC

経口 CYC はプラセボ対照 RCT で SSc-ILD に対する有効性が証明されている。2006年に報告された SLS-1 試験では、息切れを有し、平均%努力性肺活量(FVC)68.1%の進行した SSc-ILD を対象に、経口 CYC (2mg/kg) またはプラセボを1年間投与し、経口 CYC がプラセボ群に比べて調整%FVC の低下を1年間で 2.53%抑制した(文献5)。しかし、CYC は蓄積毒性による発癌リスクがあり、1年間の継続使用(総投与量 36g 以上)で造血器腫瘍のリスクを 59 倍高める(文献8)。そのため、その使用は一年以内に限定すべきとされる。SLS-1 では、CYC 投与中止1年後には、1年間の投与により得られた%FVC の改善効果は消失した(文献9)。SLS-I 登録例の最大12年間の長期追跡研究では、1年間の CYC 投与は累積生存率を改善する効果が示されなかった(文献10)。

・ MMF

CYC の重篤な副作用と、それに伴う投与期間制限による効果の維持困難が問題となり、国外では CYC の代わりに安全性の高い MMF が SSc-ILD 治療に用いられるようになった。MMF を2年間投与した群と、SLS-I 同様に CYC を1年間投与、2年目は投与中止した群で有効

性および安全性を比較した RCT (SLS-II) が施行された (文献 6)。MMF を 24 ヶ月投与した群 (69 例)、CYC 12 ヶ月、その後プラセボ 12 ヶ月投与した群 (73 例) において %FVC を比較した。MMF の最大投与量は 3g とした。24 ヶ月時点の %FVC の変化は、MMF 群で +2.19%、CYC 群で +2.88% で、MMF は CYC に比較し非劣性であった。MMF は CYC よりも重篤な副作用、副作用による投与中止が少なく、安全性が高かった。MMF については同様の有効性、安全性を示すエビデンスの蓄積から欧米、南米、アジア各国では SSc-ILD の第 1 選択薬として広く用いられている。2017 年 11 月に日本リウマチ学会と日本呼吸器学会が共同で未承認薬・適応外薬の要望書を提出し、6 年以上を経て 2024 年 3 月によりやく「全身性強皮症に伴う間質性肺疾患」の効能が追加された。以後、日本において国際的な標準治療が可能となり、保険データベース研究では毒性の強い CYC の使用が減少し、MMF の使用頻度は年々増加傾向でることが示され、SSc-ILD の第 1 選択薬として広く用いられるようになっている (追加 2-1)。

・ NTD

特発性肺線維症に伴う呼吸機能低下の抑制効果のある抗線維化薬 NTD の SSc-ILD に対する有効性がプラセボ対照 RCT で示された (SENSCIS)。HRCT での線維化病変が 10%以上の SSc-ILD 576 例を対象とした。組み入れ患者は dcSSc が約半数、平均 FVC は約 2500ml (%FVC は 73%)、HRCT 上の病変の広がり 36%であった。NTD 治療群の 1 年後の FVC 変化は平均 -52.4ml でプラセボ群 (-93.3ml) に比べ有意に少なかった (両群間で 41.0ml、%FVC では 1.2%の差) が、NTD 群でも FVC は徐々に低下した (文献 7)。SENSCIS 試験の日本人患者 70 例のサブグループ解析では、全体集団と同様の有効性、安全性が示された (追加 2-2)。SENSCIS 試験の結果に基づき、2019 年 12 月に「全身性強皮症に伴う間質性肺疾患」の効能が追加された。わが国における使用頻度は徐々に増加し、保険データベース研究では 2023 年時点で SSc-ILD 患者の 30-40%で処方されているが、使用頻度の増加は頭打ちになっている (追加 2-3)。抗線維化剤である NTD の効果は進行の遅延であり、病態の最下流に位置する線維化を抑制する作用機序からも呼吸機能の改善を望むことは難しい。また、NTD では FVC の低下抑制効果を有するものの、短期的に HRCT での画像所見や自覚症状の改善を示すデータはなく、さらに長期に呼吸不全や死亡を減らす効果に関する知見は乏しい。また、臨床試験でも NTD 群では有害事象として下痢が 60%以上、悪心・嘔吐が 25%以上にみられ、30%程度で NTD の減量、中止が必要であった (文献 7、追加 2-4)。これら有効性の限界、忍容性の課題が SSc-ILD 治療薬としての普及を妨げている。国内外のガイドラインでは、NTD は MMF などの免疫抑制薬を使用し

でも肺線維化が進行する場合に追加併用する二次治療薬の位置付けとなっている。

・ RTX

RTX は 2021 年 10 月に SSc に対する効能を取得している。SSc-ILD に対してもこれまで多くの後ろ向き研究や前向き非盲検試験が実施されているが、有効性に関して一貫性がない。罹病期間 3 年以内の dcSSc 患者 60 例が組み入れた RTX の有効性を IVCY と比較した非盲検 RCT では、6 ヶ月での FVC の変化量は RTX 群 (30 例) で 1.51 L から 1.65 L に改善、IVCY 群 (30 例) は 1.42 L から不変であったことが報告されているが (追加 2-5)、同論文では疾患定義やデータの誤りなどの問題が指摘されている (追加 2-6)。一方、重症または進行性 CTD-ILD 例を対象とした別の RCT では、RTX 群 (51 例, うち 18 例が SSc-ILD) と IVCY 群 (50 例, うち 19 例が SSc-ILD) との間に 24 週での FVC 変化率に差は認めなかった (追加 2-7)。重篤臓器病変のある患者を除外 (ILD は %VC が 60%未満もしくは %DLCO が 40%未満の患者を除外) した、mRSS が 10 以上の SSc 患者 56 例を対象とした RTX の RCT が本邦で実施され、24 週後に RTX 群で皮膚硬化の改善 (主要評価項目)、%FVC の低下抑制効果 (副次評価項目) が報告された (追加 2-8)。ただし、本研究の登録症例の患者背景が他の研究と大きく異なるためエビデンスとして採用することは困難で、国際共同試験による検証が必要と指摘されている (追加 2-9)。RCT のみを解析対象とした 2024 年のメタ解析では、RTX は 24~48 週における %FVC と mRSS へのベネフィットが示唆されたが、%DLCO への効能は示されなかった (追加 2-10)。なお、組み入れ基準に ILD の有無が規定されていない事後解析、ILD を有する割合が不明、集団の異質性などの理由から GRADE システムによるエビデンスレベルは very low とされた。以上よりメタ解析で SSc-ILD に対する RTX の有効性を結論付けることはできない。また、RTX 使用時には B 型肝炎ウイルス再活性化に対する適切なモニタリングが必須である他、RTX 使用下における COVID-19 の重症化や持続ウイルス感染が国内外から報告されている。

国内データベース研究では、SSc に対して承認後、RTX の使用は増加しているが、使用目的が ILD か他の SSc 病変に対してかを区別することは困難である (追加 2-1、追加 2-11)。

・ TCZ

TCZ の有効性・安全性を検討した faSScinate 試験 (第 II 相) (文献 12) (文献 13)、focuSSced 試験 (第 III 相) (文献 14) (追加 1) (追加 2) では、発症 5 年以内の早期、活動性のびまん皮膚硬化型 SSc

(dcSSc) が対象とされた。faSScinate 試験 (第Ⅱ相) (文献 1 2) (文献 1 3) では、24 週間の FVC の変化は TCZ 群で-34ml、プラセボ群で-171ml であり、統計学的に 2 群間で有意差を認めた(両群間の差 136ml, 4.5%、 $P = 0.0368$)。このことから、TCZ は早期 dcSSc に伴う比較的早期の ILD の自然歴を修飾し、進行を抑制することが示された。TCZ 群では、プラセボ群に比べてむしろ重篤な有害事象は少なく、高い安全性が示された。

さらに、第Ⅲ相試験 (focuSSced) (追加 1) では、日本人患者 20 名を含めた早期活動性 dcSSc 症例 210 例が組み入れられた。そのうち 136 例が登録時に ILD を合併していた。全体集団では、%FVC はプラセボ群の 4.6%の低下に対して TCZ 群ではわずか 0.4%の低下で、TCZ 群では統計学的に有意に低下を抑制した ($P = 0.002$)。さらに、ベースラインで ILD を有していた SSc-ILD136 例に限定すると、プラセボ群と TCZ 群の%FVC 変化の差はさらに広がり、プラセボ群で-6.4%、TCZ 群では+0.1%であった ($P < 0.0001$)。FVC の絶対値でもプラセボ群で-255mL、TCZ 群では-14mL と統計学的に有意な差が得られ ($P < 0.0001$)、集団レベルではほぼ完全に ILD 進行を抑制した。さらに事後解析として ILD を有する例で 48 週間での HRCT における全肺野での ILD 病変、線維化病変の広がりを検討すると、プラセボ群では +1.5%、+0.7%と悪化したのに対して、TCZ 群では-2.1%、-0.6%と HRCT 所見も改善していた (両比較ともに $P = 0.008$)。また、ILD の進行イベント、FVC や患者報告アウトカムなどの変化を包括した dcSSc の統合指標 ACR-CRISS(ACR composite response index in dcSSc)でも、プラセボ群に比べて TCZ 群で有意な改善効果が得られた ($P = 0.02$)。他疾患で報告されている有害事象以外の新たな事象は観察されず、重篤な有害事象、有害事象による中止もむしろ TCZ 群で少ない傾向がみられた。

ILD を有する例の事後解析では、ベースラインの HRCT での病変範囲から mild (5-10%)、moderate (10-20%)、severe (>20%) の 3 群に分けて 48 週後の%FVC の変化を検討したところ、プラセボ群の -10.0%、-5.7%、-6.7%に対して、TCZ 群では-4.1%、0.7%、2.1%とベースラインの呼吸機能に関係なく ILD の進行を抑え、特に病変範囲の広い例では改善することが示された (追加 2)。第Ⅲ相試験 (focuSSced)の二重盲検期間終了後の実薬による延長試験の結果も報告され、プラセボから実薬に切り替えた例では、%FVC がプラセボ期の-4.1%から実薬期には+0.6%と改善していた。一方、二重盲検期から実薬を投与された例では二重盲検期の-0.2%に対して延長期でも-0.3%と呼吸機能低下はほぼ完全に抑えられていた (追加 3)。これらの結果

は、TCZ が長期に渡って ILD 進行を抑制するとともに、治療介入が遅れた例でも ILD 進行抑制効果が得られることを示す。TCZ の SSc に対する効能は米国 FDA により優先審査指定を受けていたが、これら臨床試験結果を受けて 2021 年 3 月 5 日に TCZ 皮下注製剤の SSc-ILD の進行抑制の効能を承認した（追加 4）（追加 5）。

第Ⅲ相試験（focuSSced）に組み入れられた日本人症例 20 例のサブグループ解析も実施された（文献 16）。有効性に関しては全体集団と一致していたが、特にプラセボ群では 48 週時点で FVC が 73ml 低下したのに対し、TCZ 群で 90ml 増加しており（群間差 164ml）、日本人集団では呼吸機能の低下の阻止のみならず改善効果が得られる可能性が示唆された。さらに、ACR-CRISS はプラセボ群（中央値 0.04）に比べ TCZ 群（中央値 0.90）で全体集団に比べて日本人集団で差が大きかった。TCZ 投与の安全性における新たな懸念は認められなかった。少数例の解析ではあるものの、日本人では非日本人に比べて TCZ のより高い効果が得られる可能性がある。

国内で SSc-ILD に対して効能を有する既存治療 CYC、NTD、RTX と TCZ のプラセボ対照 RCT で得られた有効性、安全性に関するデータを表にまとめた。患者背景は異なるものの、プラセボ群との比較では、%FVC の低下阻止効果は TCZ で 6.5%と、CYC の 2.53%、NTD の 1.2%、RTX の 2.87%（24 週）に比べて大きい。CYC、NTD とともに治療群で %FVC が低下するのに対し、TCZ 群では RTX とともに集団レベルで %FVC 低下は完全に抑止できており、HRCT では CYC とともに病変の広がり改善が確認された治療薬である。また、重篤な有害事象は CYC、NTD に比べて少なく、有害事象による中止も NTD より少ない。RTX 試験では重篤有害自体が少なく比較が困難である。特筆すべきは、TCZ 群ではプラセボ群に比べて重篤な有害事象、有害事象による中止ともに少ない傾向にあり、高い安全性が示されている。さらに、CYC、NTD、RTX ではプラセボ対照 RCT は 1 試験しか実施されていないのに対して、TCZ では第Ⅱ相試験（faSScinate）、第Ⅲ相試験（focuSSced）の 2 つのプラセボ対照 RCT で SSc-ILD に対する一貫した有効性、安全性が示されている点も強みである。したがって、国内で SSc-ILD に効能を有する既存治療薬 CYC、NTD に比べて、TCZ は有効性、安全性の両面では明らかに優れており、比較は困難であるが RTX に比べて同等以上である。

表. SSc-ILD または SSc を対象としたプラセボ対照 RCT で得られた CYC、NTD、RTX、TCZ の有効性、安全性に関する主なデータ

	CYC	NTD	RTX	TCZ
SSc に対する国内の効能	治療抵抗性の SSc	SSc-ILD	SSc	-
プラセボ対象 RCT	SLS-I	SENSCIS	DESIRES	focuSSced
文献	文献 5	文献 7	追加文献	追加資料 1
対象	SSc-ILD	SSc-ILD	SSc	早期びまん皮膚硬化型 SSc
組み入れ症例数 (実薬群：プラセボ群)	158 (79:79)	576(288:288)	56 (28:28)	全体集団 210 (104:106) SSc-ILD サブグループ 136 (68:68)
%FVC の 1 年間の変化 (実薬群：プラセボ群) と群間差 (95%信頼区間)	-1.0% vs -2.6% 群間差 2.53% (0.28-4.79) (背景因子で調整後) P < 0.03	-1.4% vs -2.6% 群間差 1.2% (0.1-2.2) P = 0.04	0.09% vs -2.87% 群間差 2.96% (24 週) P = 0.044	+0.1% vs -6.4% 群間差 6.5% (3.4-9.5) P < 0.0001
HRCT での全肺線維化の変化 (実薬群：プラセボ群) [平均値]	-1.5 ± 9.5 vs +3.1 ± 5.7 平均±標準偏差 P = 0.019	データなし	データなし	-0.6 (-1.4+0.2) vs +0.7 (+0.3+1.2) 平均(95%信頼区間) P = 0.0008
重篤有害事象 (実薬群：プラセボ群)	25% vs 20%	24.0% vs 21.5%	3.6% vs 3.6%	13% vs 17%
有害事象による中止 (実薬群：プラセボ群)	データなし	16.0% vs 8.7%	3.6% vs 3.6%	2% vs 3%

	セボ群)				
追加のエビデンス（使用実態調査を含む）収集への協力	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 （必ずいずれかをチェックする。）				
備考	中外製薬は当初第Ⅲ相試験（focuSSced）の結果をもとにSScに対する承認申請予定であったが、医薬品医療機器総合機構との協議の上で一次エンドポイント（mRSS）未達のため申請を断念した経緯がある。第Ⅱ相試験、第Ⅲ相試験、日本人集団のサブグループ解析の詳細な承認申請資料は中外製薬より提供可能と考えられる。				

2. 要望内容に係る欧米での承認等の状況

欧米等6か国での承認状況 （該当国にチェックし、該当国の承認内容を記載する。）	<input checked="" type="checkbox"/> 米国 <input type="checkbox"/> 英国 <input type="checkbox"/> 独国 <input type="checkbox"/> 仏国 <input type="checkbox"/> 加州 <input type="checkbox"/> 豪州 [欧米等6か国での承認内容]		
		欧米各国での承認内容（要望内容に関連する箇所を下線）	
	米国	販売名（企業名）	<u>Actemra/RoActemra（Roche/Genentech）</u>
		効能・効果	全身性強皮症に伴う間質性肺疾患の進行抑制
		用法・用量	1回162mg、週一回皮下注射
		備考	2021年3月5日に承認
	英国	販売名（企業名）	
		効能・効果	
		用法・用量	
		備考	
	独国	販売名（企業名）	
		効能・効果	
		用法・用量	
備考			

	仏国	販売名（企業名）	
		効能・効果	
		用法・用量	
		備考	
	加国	販売名（企業名）	
		効能・効果	
		用法・用量	
		備考	
	豪州	販売名（企業名）	
		効能・効果	
		用法・用量	
		備考	
<p>欧米等6か国での標準的使用状況 <u>（欧米等6か国で要望内容に関する承認がない適応外薬についてのみ、該当国にチェックし、該当国の標準的使用内容を記載する。）</u></p>	<input type="checkbox"/> 米国 <input checked="" type="checkbox"/> 英国 <input checked="" type="checkbox"/> 独国 <input checked="" type="checkbox"/> 仏国 <input type="checkbox"/> 加州 <input checked="" type="checkbox"/> 豪州 〔欧米等6か国での標準的使用内容〕		
		欧米各国での標準的使用内容（要望内容に関連する箇所を下線）	
	米国	ガイドライン名	2023 American College of Rheumatology (ACR) / American College of Chest Physicians (CHEST) Guideline for the Treatment of Interstitial Lung Disease in People with Systemic Autoimmune Rheumatic Diseases（追加2-12）
		効能・効果 （または効能・効果に関連のある記載箇所）	SSc-ILD および MCTD-ILD に対し、トシリズマブを first-line ILD 治療選択肢として条件付きで推奨する。
		用法・用量 （または用法・用量に関連のある記載箇所）	1回 162mg、週一回皮下注射
		ガイドラインの根拠論文	Khanna D, et al. Lancet Respir Med. 2020;8:963-974 (focuSSced) Khanna D, et al. Lancet. 2016;387:2630-2640 (faSScinate)
		備考	
	英国	ガイドライン名	The 2024 British Society for Rheumatology guideline for management of systemic sclerosis—executive summary（追加2-13）
		効能・効果 （または効能・効果に関連のある記載箇所）	炎症反応高値かつ ATA 陽性の早期びまん皮膚硬化型 SSc では、CT 上の ILD 範囲にかかわらずトシリズマブを第一選択として考慮する。
		用法・用量	1回 162mg、週一回皮下注射

		(または用法・用量に関連のある記載箇所)	
		ガイドラインの根拠論文	Khanna D, et al. Lancet Respir Med. 2020;8:963-974 (focuSSced) Khanna D, et al. Lancet. 2016;387:2630-2640 (faSScinate)
		備考	
	独国	ガイドライン名	(1) EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: 2023 update (追加 2-1 4) (2) ERS/EULAR clinical practice guidelines for connective tissue disease-associated interstitial lung disease (追加 2-1 5)
		効能・効果 (または効能・効果に関連のある記載箇所)	(1) トシリズマブは SSc-ILD の治療として考慮すべきである (2) 早期びまん皮膚硬化型 SSc で、炎症マーカー高値または最近の皮膚線維化進行を伴う SSc-ILD 患者では、トシリズマブ使用を推奨。
		用法・用量 (または用法・用量に関連のある記載箇所)	1 回 162mg、週一回皮下注射
		ガイドラインの根拠論文	Khanna D, et al. Lancet Respir Med. 2020;8:963-974 (focuSSced) Khanna D, et al. Lancet. 2016;387:2630-2640 (faSScinate)
		備考	
	仏国	ガイドライン名	(1) EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: 2023 update (追加 2-1 4) (2) ERS/EULAR clinical practice guidelines for connective tissue disease-associated interstitial lung disease (追加 2-1 5)
		効能・効果 (または効能・効果に関連のある記載箇所)	(1) トシリズマブは SSc-ILD の治療として考慮すべきである (2) 早期びまん皮膚硬化型 SSc で、炎症マーカー高値または最近の皮膚線維化進行を伴う SSc-ILD 患者では、トシリズマブ使用を推奨。
		用法・用量 (または用法・用量に関連のある記載箇所)	1 回 162mg、週一回皮下注射

		る記載箇所)	
		ガイドラインの根拠論文	Khanna D, et al. Lancet Respir Med. 2020;8:963-974 (focuSSced) Khanna D, et al. Lancet. 2016;387:2630-2640 (faSScinate)
		備考	
	加国	ガイドライン名	
		効能・効果 (または効能・効果に関連のある記載箇所)	
		用法・用量 (または効能・効果に関連のある記載箇所)	
		ガイドラインの根拠論文	
		備考	
	豪州	ガイドライン名	Diagnosis and management of connective tissue disease-associated interstitial lung disease in Australia and New Zealand: A position statement from the Thoracic Society of Australia and New Zealand. (追加2-16)
		効能・効果 (または効能・効果に関連のある記載箇所)	TCZは有望な治療候補として紹介されているが、SSc-ILDに対する formal recommendation は示されていない。
		用法・用量 (または用法・用量に関連のある記載箇所)	
		ガイドラインの根拠論文	
		備考	

3. 要望内容に係る国内外の公表文献・成書等について

(1) 無作為化比較試験、薬物動態試験等に係る公表文献としての報告状況

<文献の検索方法(検索式や検索時期等)、検索結果、文献・成書等の選定理由の概略等>

1) 国外

PubMedを用いて、以下のキーワードで検索を行った(2026年3月31日): (systemic sclerosis OR scleroderma) AND tocilizumab。得

られた 236 件の文献のうち、群間比較を行っている文献を 4 件抽出した。

2) 日本

医中誌で検索を試みたが、無作為化比較試験、薬物動態試験等に係る公表文献は認められなかった (2026 年 3 月 31 日)。サブグループ解析として群間比較を行っている文献を 1 件抽出した。

<海外における臨床試験等>

- Khanna D, et al, Lancet, 2016; 387: 2630 (文献 1 2)

※ICH-GCP 準拠の臨床試験

過去の基礎研究から、血中の IL-6 濃度が SSc 患者、特に dcSSc で上昇しており、血中の IL-6 濃度は ILD 重症度や生命予後との関連がみられることが示された。本試験では SSc 病態に関係する IL-6 を阻害する TCZ の有効性を無作為化二重盲検比較試験で検討した (faSScinate 試験、第 II 相)。非 Raynaud 現象から罹病期間 5 年以内の早期 dcSSc で、皮膚硬化悪化を認め、皮膚硬化の程度を示す modified Rodnan's skin score (mRSS) が 15-40 で、CRP など炎症マーカー上昇を伴う dcSSc を対象とした。ILD 重症例は除外され ILD は無いか軽症例のみ含まれた (平均%FVC は TCZ 群 80%、プラセボ群 82%)。カナダ、フランス、ドイツ、イギリス、アメリカ合衆国の 35 施設から患者を組み入れた。1 : 1 で、TCZ 群とプラセボ群に群分けされた。組み込まれた 87 例は 43 例が TCZ 群、44 例がプラセボ群に振り分けられた。24 週後の FVC の低下は TCZ 群で 34ml、プラセボ群で 171ml であった (両群間の差 136ml, P = 0.0368)。24 週、48 週両時点において %FVC が低下した例は、TCZ 群でプラセボ群に比べ有意に少なかった (24 週、P = 0.009、48 週、P = 0.037)。%FVC が 10%以上増悪した症例は 24 週時点では TCZ 群の 1/30 (3%)で、プラセボ群 7/36 (19%)、48 週では TCZ 群が 3/30 (10%)、プラセボ群 7/23 (23%)といずれも TCZ 群はプラセボ群よりも ILD 進行例が少なかった。%FVC の 24 週時点でのベースラインからの変化は TCZ 群で -0.7% (95%CI -3.2, 1.8)、プラセボ群は -4.5% (-7.0, -1.9)であった。48 週後は -2.6% (-5.2, -0.1)、-6.3% (-8.9, 3.8)であった。TCZ 群 42/43 (98%)、プラセボ群、40/44 (90%)で有害事象を認めた。このうち、重篤な有害事象は TCZ 群で 14 例 (33%)、プラセボ群で 15 例 (35%)でプラセボ群のほうが多くみられた。ただし、重篤な感染症はプラセボ群 (2/44, 5%)に比べ TCZ 群で多く (7/43, 16%) みられた。患者の 1 人は TCZ 治療中に死亡した。

<補足>

faSScinate 試験の主要評価項目は皮膚硬化の指標 mRSS であった。ベースラインから 24 週までの mRSS の変化は TCZ 群で -3.92、プラセボ

群で-1.22 と 2 群間で統計学的に有意差を認めたが(群間差 -2.70, P = 0.0195)、48 週では有意差は消失した (P = 0.0579)。

- Khanna D, et al, Ann Rheum Dis, 2018, 77: 212 (文献 1 3)

※ICH-GCP 準拠の臨床試験

TCZ の dcSSc に対する有効性を検討する第Ⅱ相試験(faSScinate)に登録された例の 48 週から 96 週の実薬投与によるオープンラベル延長試験の結果である。二重盲検期間の対象症例のうち、プラセボ群から 24/44 (55%)、TCZ 群から 27/43 (63%)が TCZ 全例投与期間 96 週を終了した。96 週まで投与継続した患者における%FVC 減少は、プラセボから TCZ 切り替え群では 10/24 [42% (95%CI 22%, 63%)], TCZ 継続群で 12/26 [46% (95%CI 27%, 67%)]で観察された。48 週までの二重盲検期にはプラセボ群の 83%で%FVC 減少を認めたことから、TCZ 切り替えによって%FVC 低下が抑制された。また、この間に 10%を超える%FVC 低下をきたした例は 1 例もみられなかった。延長期間で新たな有害事象シグナルはみられなかった。重篤な感染症は二重盲検期、プラセボ群で 100 人年あたり 10.9 (95%CI 3.0, 27.9)、TCZ 群で 34.8 (18.0, 60.8)であった、オープンラベル期間ではプラセボ TCZ 切り替え群で 19.6 (7.2, 42.7)、TCZ 継続群で 0.0 (0.0, 12.2)であった。

<補足>

mRSS の平均変化量は 48 週の時点でプラセボ群は-3.1、TCZ 群で-5.6 であったが、48 週から 96 週のオープンラベル期間では、プラセボから TCZ 切り替え群は-9.4 [5.6 (-8.9, -2.4)], TCZ 継続投与群は-9.1 [8.7 (-12.5, -5.6)]と改善が促進していた。

- Khanna D, et al, Lancet Respir Med, 2020, 8: 963 (追加資料 1)

※ICH-GCP 準拠の臨床試験

第Ⅲ相試験 (focuSSced)では、日本人患者 20 名を含めた早期活動性 dcSSc 症例 210 例が組み入れられた。そのうち 136 例が登録時に ILD を合併していた。全体集団では、%FVC はプラセボ群の 4.6%の低下に対して TCZ 群ではわずか 0.4%の低下で、TCZ 群では統計学的に有意に低下を抑制した (P = 0.002)。さらに、ベースラインで ILD を有していた 136 例に限定すると、プラセボ群と TCZ 群の差はさらに広がり、プラセボ群で-6.4%、TCZ 群では+0.1%であった (P < 0.0001)。FVC の絶対値でもプラセボ群で-255mL、TCZ 群では-14mL と統計学的に有意な差が得られた (P < 0.0001)。さらに事後解析として ILD を有する例で 48 週間での HRCT における全肺野での ILD 病変、線維化病変の広がりを検討すると、プラセボ群では+1.5%、+0.7%と悪化したのに対して、TCZ 群では-2.1%、-0.6%と改善していた (両比較ともに P = 0.008)。ま

た、ILD の進行イベント、FVC や患者報告アウトカムなどの変化を包括した dcSSc の統合指標 ACR-CRISS(ACR composite response index in dcSSc)でもプラセボ群に比べて TCZ 群で有意に改善効果が得られた (P = 0.02)。有害事象は全て既知事象であり、重篤な感染症はプラセボ群で 7%、TCZ 群で 2%と、むしろプラセボ群が多かった。

<補足>

第Ⅱ相試験(faSScinate)と同様の傾向が得られ、48 週間後の mRSS の変化は TCZ 群でプラセボ群比べて改善傾向にあったが、統計学的有意差はなかった (P = 0.10)。

- Roofeh D, et al (追加 2 アップデート)

※ICH-GCP 準拠の臨床試験

第Ⅲ相試験 (focuSSced)に組み入れられた ILD を有する 136 例の事後解析では、ベースラインの HRCT での病変範囲から mild (5-10%)、moderate (10-20%)、severe (>20%) の 3 群に分けて 48 週後の %FVC の変化を検討したところ、プラセボ群の-10.0%、-5.7%、-6.7%に対して、TCZ 群では-4.1%、0.7%、2.1%と呼吸機能に関係なく ILD の進行を抑えることが示された。

- Khanna D, et al (追加 3 アップデート)

※ICH-GCP 準拠の臨床試験

第Ⅲ相試験 (focuSSced)の二重盲検期間終了後の実薬によるオープンラベル延長試験の結果である。プラセボから実薬に切り替えられた例では、%FVC がプラセボ期の-4.1%から実薬期には+0.6%と改善していた。一方、二重盲検期から実薬を投与された例では二重盲検期の-0.2%に対して延長期でも-0.3%と FVC 低下はほぼ完全に抑えられていた。TCZ の 2 年間継続により新たな安全性の懸念はみられなかった。

<日本における臨床試験等※>

- Kuwana M, et al. (文献 1 6 アップデート)

※ICH-GCP 準拠の臨床試験

第Ⅲ相試験 (focuSSced)に組み入れられた日本人症例 20 例のサブグループ解析である。TCZ 群 (n = 12) はプラセボ群 (n = 8) の患者背景は全体集団とほぼ変わりなく、SSc の平均罹病期間は 21 ヶ月、TCZ 群の平均 mRSS は 20、プラセボ群は 24、TCZ 群の平均 %FVC は 81.7%、プラセボ群は 84.8%であった。プラセボ群では 48 週時点で FVC が 73ml 低下したのに対して、TCZ 群で 90ml 増加しており (群間差 164ml)、呼吸機能の低下阻止のみならず改善効果が示唆された。ACR-CRISS はプラセボ群 (中央値 0.04) に比べ TCZ 群 (中央値 0.90) で、より多く

の症例で改善されたとみなされる 0.6 以上を達成した (TCZ 群 58% vs. プラセボ群 38%)。また、TCZ 投与の安全性における新たな懸念は認められなかった。

<補足>

主要評価項目である mRSS において TCZ 群で-7.89, プラセボ群-4.63 で群間差は-3.26 と TCZ 群で改善傾向がみられた。

※ICH-GCP 準拠の臨床試験については、その旨記載すること。

(2) Peer-reviewed journal の総説、メタ・アナリシス等の報告状況

1) PubMed を用いて、以下のキーワードで検索を行った(2026年3月31日): (systemic sclerosis OR scleroderma) AND tocilizumab、(systemic sclerosis OR scleroderma) AND interstitial lung disease。

総説

Castelino FV, et al, Curr Opin Rheumatol, 2018 ; 30 : 570 (文献 1 7)

Tocilizumab の項に

<TCZ は IL-6 受容体に対するモノクローナル抗体である。関節リウマチに対する治療薬として承認され、広く用いられており、SSc でもその有用性が検討中である。ある研究では血中の IL-6 レベルが肺拡散能や FVC 低下と相関することが示された。そして第 II 相試験において SSc 患者では血中 IL-6 濃度が上昇していた。この試験では、TCZ 群でプラセボ群に比べて FVC の進行抑制効果が見られた。また、オープンラベル期間では、プラセボ期での TCZ 非投与群は TCZ 開始後、FVC の安定化がみられた。第 III 相試験での有効性と安全性評価が進行中である。>

と記されている。

Fabian A, et al, Expert Opin Orphan Drugs, 2016 ; 4 : 31 (文献 1 8)

Tocilizumab (TCZ)の項目に

<線維芽細胞の活性化は in vitro では IL-6 を介する。また、SSc に伴う線維化における IL-6 の重要な関与が指摘されている。さらに、IL-6 阻害は SSc モデルマウスで肺の線維化を含めた病変改善が示された。>

と記載されている。

Volkman ER, et al, Ann Am Thorac Soc, 2016; 13: 2045 (文献 1 9)

IL-6 blockade の項目に

<血中の IL-6 濃度は SSc 患者、特に dcSSc で上昇している。血中の IL-6 濃度は生命予後との関連がみられる。TCZ の dcSSc への第 II 相試験では、TCZ 群では %FVC の低下を認めた症例はプラセボ群よりも低かった。第 III 相試験が開

始され、SSc-ILD の進行抑制効果に関し、さらなる見識が得られる見込みである。 >
と記載されている。

Sakkas L, Drug Des Devel Ther, 2016; 10: 2723 (文献 2 0)

TCZ in SSc の項目に

<最近、TCZ の有効性を検討した第Ⅱ相試験の RCT が行われ、結果が報告された (TCZ は 162mg/w 皮下注射)。87 例の早期 dcSSc (非 Raynaud 現象からの罹病期間が 5 年以内) を対象に施行された。TCZ 群はプラセボ群に比べ >10% の %FVC 低下を認める症例は少なかった。重篤な感染症は TCZ 群 (16%) がプラセボ群 (5%) より多かった。2 年間にわたる第 3 相試験が進行中である (NCT0245326)。 >

と記載されている。

Sierra-Sepulveda A, et al, Biomed Res Int, 2019 ; 2019 : 4569826 (文献 2 1)

Tocilizumab の項に、

<最近施行された第Ⅲ相試験では肺機能低下の抑制効果が証明された。 >
と記載されている。

Cottin V, et al, Respir Res, 2019 ; 20 : 13 (文献 2 2)

Investigational therapies の項に

<IL-6 のモノクローナル抗体である TCZ の SSc に対する有効性、安全性を検討した試験は 2 つある。第Ⅱ相試験 (faSScinatate 試験) では 87 名の SSc 患者を対象に行われ、TCZ 群はプラセボ群と比べ 24 週時点での FVC 改善効果が示された。210 例の SSc 患者を対象とした第Ⅲ相試験 (focuSSced) が行われた。48 週時点での FVC の変化は TCZ 群で -0.4%、プラセボ群で -4.6% であり、10% 以上の FVC 減少は TCZ 群 5.4%、プラセボ群 16.5% と、TCZ 群は FVC 低下を抑制した。 >

と記載されている。

Schonefeld SR, et al, Ther Adv Respir Dis, 2017; 11: 327 (文献 2 3)

Tocilizumab の項に

<IL-6 受容体に対するモノクローナル抗体である TCZ は現在、関節リウマチで承認されている。これまでに IL-6 濃度が肺拡散能や FVC 低下、SSc-ILD による死亡と相関していることが示された。これらの結果より、現在、第Ⅱ相試験が行われ終了した。本研究は ILD に対する治療効果を検討するデザインではなかったが、FVC 低下の抑制作用が TCZ でみられた。現在、TCZ の SSc ならびに SSc-ILD を含む治療効果を検討するため、第Ⅲ相試験が進行中である。 >
と記載されている。

Zacay G, Levy Y. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018; 32: 563 (追加資料 6)

TCZ で治療された SSc16 例の治療経過として以下の記載がある

＜平均投与期間は 18.5 ヶ月で、3 例は 4 年以上継続しており、有害事象での中止例はなかった。12 例が自覚的な改善を認め、FVC の改善は 46% で得られた。早期に治療開始した例ほど効果が高かった。＞

Narváez J, et al. Ann Rheum Dis. 2019; 78: e123 (追加資料 7)

CYC、MMF、リツキシマブに対して治療抵抗性の進行性 SSc-ILD に対して TCZ で治療された 9 例の治療経過として以下の記載がある

＜SSc-ILD 難治例のうち 44% で呼吸機能の安定化または改善が得られた。有害事象として 1 例で繰り返す感染症がみられた。他の治療に抵抗性の例に対して有効なだけでなく、安全性も高いことから難治例でのレスキュー治療として有用な可能性が示された。＞

Wijsenbeek M, Cottin V. N Engl J Med. 2020; 383: 958-68 (追加資料 8)

Spectrum of Fibrotic Lung Diseases

Management の項目で以下の記載がある。

＜IPF を除く線維化を伴う ILD では免疫修飾療法が適応となり、通常はファーストライン治療となる。しかしながら、SSc-ILD とサルコイドーシス以外はこのアプローチを支持するエビデンスが乏しい」との記載がある。一方、図 3 の中で SSc-ILD では免疫修飾療法として CYC、MMF、TCZ が並列で記載されている。＞

Ghazipura M, et al. Ann Am Thorac Soc. 2024; 21:328-37 (追加 2-1 7)

SSc-ILD に対する TCZ 使用のメタ解析。文献レビューの結果、5 件の研究が対象。TCZ 投与群の FVC のベースラインからの絶対減少量は、24 週、48 週、96 週でそれぞれプラセボ投与群より 118ml、241ml、129ml 少なく、TCZ の方が優れていた。48 週における FVC% の平均減少量は TCZ 投与群で 6.50% 少なく、10% を超える減少のリスクは 66% 少なく、一方、延長試験でプラセボを TCZ にスイッチした患者は、FVC% の増加する確率が 1.97 倍高くなった。プラセボ投与群に 48 週から 96 週まで TCZ を投与した場合、絶対 FVC の平均低下量は 54.90ml 少なく、FVC% の平均低下量は 1.30% 少なくなった。48 週時点の HRCT における定量的 ILD スコアおよび定量的肺線維症スコア、ならびに 72 週時点の mRSS はいずれも TCZ 群で良好な結果を示し、重篤な有害事象を含むいくつかの有害事象パラメータも同様であった (平均差: -27.40、95% 信頼区間: -30.10~-24.70)。エビデンスの質は非常に低いものの、SSc-ILD 患者における TCZ の使用は、プラセボと比較して疾患進行の抑制と毒性プロフ

アイルの改善に関連していた。

(3) 教科書等への標準的治療としての記載状況

<海外における教科書等>

Up-to-date (文献24アップデート)

ILD の治療開始を決定した場合、CYC ではなく MMF を初期治療薬として使用することを推奨する。これは、MMF の有効性が CYC と同等であり、副作用プロファイルが MMF の方が優れているというエビデンスに基づいている。TCZ は、米国食品医薬品局 (FDA) により、SSc-ILD 患者の肺機能低下を遅らせる薬として承認されており、比較的良好な安全性プロファイルを有している。TCZ は、初期治療薬として MMF の代替薬として検討することができる。

Scleroderma: From Pathogenesis to Comprehensive Management, Third Edition (文献25アップデート)

Treatment of Interstitial Lung Disease in Systemic Sclerosis の項目に以下の記載がある。

活動性皮膚疾患の場合、TCZ が第一選択薬となる。一方、抗トポイソメラーゼ 1 抗体陽性で全身性炎症の所見が認められる早期疾患の場合、TCZ が第一選択薬となる。RCT は実施されていないが、活動性関節炎を合併している患者では TCZ が推奨される。一次治療に反応しない患者には、免疫抑制剤の切り替えに加えて、MMF と TCZ の併用を推奨する。広範囲の線維化病変、運動誘発による血中酸素飽和度低下を有する患者には、TCZ と NTB の併用を検討する。

<日本における教科書等>

内科学, 第12版, 朝倉書店; 2022/3/1 (文献26アップデート)

「基礎研究の成果から病態と関連する細胞や分子を標的とした治療薬の開発が進められている。治療標的として B 細胞 (リツキシマブ)、T 細胞 (アバタセプト)、IL-6 (トシリズマブ) の有効性が期待されている」と記載されている。

(4) 学会又は組織等の診療ガイドラインへの記載状況

<海外におけるガイドライン等>

トシリズマブ (TCZ) は、複数の海外および本邦の診療ガイドライン等において、SSc-ILD に対する治療選択肢として明示されている。主要なガイドラインにおける記載状況を以下に示す。

1) 英国 British Society for Rheumatology (BSR) ガイドライン (2024年)
(追加文献2-13)

早期びまん皮膚硬化型全身性強皮症 (dcSSc) で炎症マーカー高値かつ抗ト

ポイズメラゼ I 抗体 (ATA) 陽性の症例に対し、CT 上の ILD の範囲にかかわらず、一次治療として考慮することが推奨されている (推奨度 1A、合意率 92%)。また、ミコフェノール酸モフェチル (MMF) 等の背景治療への追加救済療法としても考慮することが記載されている (推奨度 2C、合意率 96%)。

2) 米国 American College of Rheumatology (ACR) / American College of Chest Physicians (CHEST) ガイドライン (2023 年) (追加文献 2-1 2)

SSc-ILD に対する first-line ILD treatment option として条件付きで推奨されている。特に炎症性 phenotype (CRP 高値、進行性皮膚硬化) を有する早期 diffuse disease では preferred first-line treatment と解説されている。また、一次治療後の進行例に対しても治療選択肢として条件付きで推奨されている。

3) 米国 American Thoracic Society (ATS) 診療ガイドライン (2024 年) (追加文献 2-1 8)

SSc-ILD に対する TCZ 使用について条件付き推奨 (conditional recommendation) が示されている (エビデンスの質: very low)。治療順位づけは行われていないが、疾患進行の有意な抑制を根拠に治療選択肢として推奨されている。

4) 欧州 European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) 推奨 (2023 年 update) (追加文献 2-1 4)

TCZ は SSc-ILD に対して「should be considered」と記載されている (LoE 1b、SoR B、LoA 7.8)。治療選択肢として明確に採用されているが、first-line/second-line の明示的序列化はされていない。

5) 欧州 European Respiratory Society (ERS) / EULAR CTD-ILD ガイドライン (2026 年) (追加文献 2-1 5)

早期びまん皮膚硬化型で炎症マーカー高値または最近の皮膚硬化の進行を有する SSc-ILD に対し、強い推奨が示された唯一の治療薬である (strong recommendation、moderate certainty of evidence)。本ガイドラインは、検討した 10 文献中で最も明確に対象集団を限定した上で最も強い推奨を示している。

6) 本邦『膠原病に伴う間質性肺疾患 診断・治療指針 2025』(日本呼吸器学会・日本リウマチ学会合同) (追加文献 2-1 9)

治療アルゴリズム (図 2) では、TCZ は MMF、CYC→AZA/MMF、RTX、ニンテダニブと並び、一次治療候補薬の一つとして掲載されている。本文の正式な推奨では、SSc-ILD の一次治療として MMF 単剤療法を推奨しつつ、「進行性の皮膚硬化を認め、かつ炎症マーカー上昇を伴う罹病期間の短い SSc-ILD

患者に対しては、TCZ が一次治療の代替案になりうる」と明記されている。また、膠原病・リウマチ科の視点として、「TCZ は早期、進行性かつ炎症マーカー上昇のある ILD を有する dcSSc に対しては、他の治療薬より効果・安全性で優れている可能性がある」と記載されている。なお、同指針では TCZ は本邦において 2025 年 3 月時点で SSc-ILD に対して未承認であるが、『医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議』で必要性の高い治療薬と判断され検討中であることが明示されている。

7) ブラジル Brazilian Society of Rheumatology ガイドライン (2023 年) (追加文献 2-20)

TCZ は SSc-ILD に対して条件付き推奨とされている (エビデンスの質: moderate、合意率 91)。CYC/MMF を first-line とし、TCZ はリツキシマブ (RTX)、ニンテダニブ (NTD) とともに second-line option として位置づけられている。

8) 韓国 Korean Interstitial Lung Diseases Study Group ガイドライン (2025 年) (追加文献 2-21)

TCZ は SSc-ILD に対する primary therapeutic option として条件付きで推奨されている (エビデンスの質: moderate)。

<参考: ガイドラインに含まれないもの>

・豪州・ニュージーランド—Thoracic Society of Australia and New Zealand (TSANZ) の position statement (2021 年) では、TCZ は有望な治療候補として紹介されているが、SSc-ILD に対する formal recommendation は示されていない。(追加文献 2-16)

・フランス—EULAR レコメンデーションが策定される前に提案された national recommendations (2021 年) では、TCZ は established SSc-ILD の標準治療としては扱われておらず、multidisciplinary coordination meeting (MCM) 承認後の off-label consideration にとどめられている。

(追加文献 2-22)

【小括】

以上より、検討した 10 文献のうち 8 件 (英国 BSR、米国 ACR/CHEST、米国 ATS、EULAR、ERS/EULAR、本邦指針、ブラジル、韓国) が TCZ を SSc-ILD の治療選択肢として明示している。特に、早期・炎症性・びまん皮膚硬化型 SSc-ILD という選択集団に対しては、BSR、ACR/CHEST、ERS/EULAR、本邦 2025 指針が TCZ を一次治療候補ないし一次治療代替案として推奨しており (ERS/EULAR では強い推奨)、国際的にも本邦においても TCZ の SSc-ILD に対する有用性が広く認識されている。

(5) 要望内容に係る本邦での臨床試験成績及び臨床使用実態(上記(1)以外)について

1) Shima Y, et al, *Rheumatology*, 2010; 49: 2408 (文献28)

dcSSc患者2例にTCZ 8mg/kg/月点滴静にて投与、治療効果を検討した。2例のうち、1例はILDを合併していた。治療経過中にILDの悪化はみられなかった。

4) Wakabayashi H, et al, *BMC Rheumatol*, 2019; 3: 15 (文献29)

関節リウマチとSSc合併の2例に対してトシリズマブ(162mg 2週毎)を18ヶ月投与した報告。2例ともCTで軽微なILDを呈していたが、経過中悪化はなかった。

5) Shima Y, et al. *Mod Rheumatol*. 2019; 29: 134 (文献30)

dcSSc患者を対象とし、TCZ 上乗せ治療群(8 mg/kg/month)と通常治療群を比較したランダム化非盲検試験。TCZ治療群7例中4例で%FVC80%以下のILDを有していたが、6ヶ月後のFVC、肺拡散能は治療前と不変であった。

6) Kono M, et al. *Scand J Rheumatol*. 2018; 47: 248 (追加資料11)

関節リウマチを併発したdcSSc患者2例で、TCZ投与後の自己抗体の抗体価を検討した報告。そのうち1例(25歳女性)はILDを有していたが、経過中にILDの悪化はなかった。有害事象の記載はない。

7) Isomura Y, et al. *Rheumatology (Oxford)*. 2022; 61: 4491 (追加文献2-23)

dcSScに対しTCZによる治療を受けた15名を、単一施設コホートデータベースから選択し、TCZ投与開始後の臨床症状悪化イベントの発生について評価した。TCZ開始後12ヶ月間で、mRSSは 20.4 ± 10.7 から 12.3 ± 8.5 に減少($P = 0.003$)、FVCは $84.3 \pm 13.7\%$ から $88.5 \pm 16.4\%$ に増加($P = 0.04$)した。皮膚効果の改善が認められ、ILDを含めた臓器病変の発現または進行が認められなかったため、7例でTCZを漸減、3名の中止した。TCZの漸減投与を受けた7例中1例(14%)で皮膚硬化の悪化が認められた。TCZを中止した3例すべてで皮膚硬化の悪化がみられ、ILD悪化または心膜炎、関節炎、肺動脈性高血圧症の新規発症を伴っていた。有害事象のためTCZを中止した1例は、皮膚、肺、下部消化管、腎臓を含む多臓器症状の進行を経て死亡に至った。この結果はdcSSc患者におけるTCZの長期使用の潜在的な利点を示唆し、TCZの中止は、皮膚および臓器病変の進行につながる可能性がある。著しい臨床的改善が認められるdcSSc患者においては、トシリズマブの中止ではなく漸減投与が有効な選択肢となる。

8) Narita Y, et al. Mod Rheumatol. 2023; 33: 525 (追加文献 2-1 1)
メディカルデータビジョン社が提供する日本の病院診療報酬請求データベース (2008~2021年) を用いて SSc、SSc-ILD 患者における生物学的製剤の使用実態を調査した。SSc 患者 34,207 例中 1,186 例 (3.5%)、SSc-ILD 患者 12,303 例中 620 例 (5.0%) が抗 IL-6 製剤、抗 TNF 製剤、アバタセプト、またはリツキシマブのいずれかの投与を受けていた。最も多く使用されたのは抗 IL-6 薬 (SSc 患者の 35.5%、SSc-ILD 患者の 38.5% に使用 (トシリズマブはそれぞれ 34.5% と 36.6%)) で、次いで抗 TNF 薬 (31.3% と 26.5%)、アバタセプト (17.5% と 20.6%)、リツキシマブ (15.7% と 14.4%) であった。抗 IL-6 薬、抗 TNF 薬、またはアバタセプトで治療を受けた SSc および SSc-ILD 患者において、生物学的製剤投与開始前に最も多く使用されていた免疫抑制剤はメトトレキサートとタクロリムスであった。抗 IL-6 薬、抗 TNF 薬、またはアバタセプトを投与された患者の約半数が 1 年以上治療を継続していた。日本において一定数の SSc または SSc-ILD 患者に適応外の生物学的製剤が使用されており、その中でもトシリズマブが最も一般的であった。

Funatogawa T, et al. Mod Rheumatol. 2025; 36: 39 (追加文献 2-1)
日本の病院診療報酬請求データベース (2020~2023 年) のデータを用いて、SSc、SSc-ILD 患者における EULAR の SSc 治療レコメンデーションで推奨されている ILD に対する治療薬の使用実態を調査した。SSc 患者 14,522 例のうち、2,080 例 (14.3%) が低分子医薬品を、618 例 (4.3%) が生物学的製剤を投与されていた。SSc では、最初に投与された一般的な低分子薬はメトトレキサート (24.2%)、NTB (19.5%)、タクロリムス (17.9%)、MMF (16.8%) で、最初に投与された生物学的製剤は RTX (44.2%) と TCZ (29.1%) であった。4890 人の SSc-ILD 患者のうち、1081 人 (22.1%) が低分子薬を、282 人 (5.8%) が生物学的製剤を投与された。SSc-ILD では、最初に投与された低分子薬は NTB (30.8%)、タクロリムス (20.9%)、MMF (18.3%) で、最初に投与された生物学的製剤は RTX (51.8%) と TCZ (25.2%) であった。2020 年から 2023 年にかけて、SSc および SSc-ILD の両方において RTX の使用が最も増加し CYC の使用頻度が減っていた。一方、TCZ 使用は RTX 承認後も漸増していた。

(6) 上記の (1) から (5) を踏まえた要望の妥当性について

< 要望効能・効果について >

全身性強皮症に伴う間質性肺疾患の進行抑制

上述の記載の通り、日本を含めた国際共同臨床試験の結果から、dcSSc を対象とした第 II 相試験 (faSScinate)、第 III 相試験 (focuSSced) とともに FVC 減少はプラセボ群に比べて TCZ 群で統計学的に有意に少なく、呼吸機能低下の抑制

効果が再現性を持って示された（文献 1 2）（追加資料 1）。さらに、第Ⅲ相試験では、治療前後の HRCT 所見の変化も解析され、TCZ 群ではプラセボ群に比べて統計学的に有意に病変の拡大を抑制する効果が示され、TCZ 群では画像所見はむしろ改善していた（追加資料 1）（追加資料 2）。第Ⅲ相試験 (focuSSced) では日本人に限定したサブグループ解析が行われ、全体集団と一貫した効果が示されただけでなく、FVC や ACR-CRISS では数字的により高い効果がみられた（文献 1 6）。これら FVC、HRCT 所見の悪化を阻止するエビデンスから、TCZ の効能を「SSc-ILD の進行抑制」とすることは妥当と考えられる。患者背景は異なるものの、プラセボ群と比較した RCT において TCZ で得られた %FVC の低下阻止効果は、SSc-ILD に対する効能が承認済の既存治療薬 CYC、NTD、RTX に比べて顕著で、かつ安全性プロファイルも優れていること、第Ⅱ相試験 (faSScinate)、第Ⅲ相試験 (focuSSced) の 2 つの独立したプラセボ対照 RCT で SSc-ILD に対する一貫した有効性、安全性が示されている点も TCZ の効能・効果を「SSc-ILD の進行抑制」とすることを支持する。

dcSSc 早期は臨床的に限局皮膚硬化型 SSc (lcSSc) との鑑別は困難であること、病変が不可逆的になる前の早期から治療開始することの重要性から、対象は広く SSc とすることが望ましい。

以上より、効能・効果は「全身性強皮症に伴う間質性肺疾患の進行抑制」とすることが適切と考える。

<要望用法・用量について>

アクテムラ皮下注、1 回 162mg、週一回皮下注射

これまで実施されてきた無作為プラセボ対照比較試験で用いられてきた TCZ の使用法は、すでにわが国で高安動脈炎、巨細胞性動脈炎の効能に対して承認されている用法・用量、ならびに関節リウマチにおける効果不十分な場合の用法・用量と基本的に同じである。

そのため、「アクテムラ皮下注、1 回 162mg、週一回皮下注射」は投与量として適切と考える。

<臨床的位置づけについて>

1) 上記の記載の通り、TCZ は日本人を含む 2 本のグローバル治験（文献 1 2）（文献 1 3）（追加資料 1）（追加資料 2）（追加資料 3）により、SSc-ILD に対して呼吸機能や HRCT 所見の進行抑制効果が示されている。SSc-ILD に対する有効性は 2 試験で再現され、日本人集団のサブグループ解析でも一貫した効果が示されている（文献 1 6）。

前述の通り、これまでの報告された SSc-ILD に対して薬剤効果を検討した、SLS-I (CYC vs プラセボ)（文献 5）、SLS-II trial (CYC vs MMF)（文献 6）、SENSCIS (NTD vs プラセボ)（文献 7）、DESIRE (RTX vs プラ

セボ) (追加2-8) の4つの無作為化盲検試験と比べると、TCZのRCT (文献12) (追加資料1) の患者背景に差がある。

1. 上述の4つのRCTではdcSScの割合が、59%、59%、51.9%、83%に対して、TCZの2つのRCT [faSScinate試験 (文献12)、focuSSced試験 (追加資料1)] は全例がdcSScである。
2. 罹病期間が、平均3.2±2.1年、平均2.6±1.8年、中央値3.4年、平均56ヶ月に対して、平均17.6ヶ月 (faSScinateのTCZ群)、平均22.2ヶ月 (focuSSced試験TCZ群)と短い (文献12) (追加資料1)。
3. %FVCがSLS-I、SLS-II、SENSCISの平均68.1±12.1%、平均66.5±9.1%、中央値72.4±16.8%と比して、80%±14%(faSScinateのTCZ群)、80.3%±14.4%(focuSScedのTCZ群)と早期、軽症である (文献12) (追加資料1)。

また、プラセボ群における進行例 (1年間に%FVC10%以上の低下) の割合が約13% (SLS-I) (文献5)、8.3% (SENSCIS) (文献7) に対して、TCZの2つのRCTは23% (faSScinate) (文献12)、25% (focuSSced) (追加資料1) と高い。

上記より、TCZは将来拘束性換気障害が進行するリスクの高いSSc-ILD早期例を対象として有効性が証明された唯一の薬剤であり、これまでのSSc-ILDに対してエビデンスのあるCYC、MMF、NTD、RTXとは対象患者が異なる。TCZは一方ですでに拘束性換気障害を有する例における有効性に関する知見は乏しい。これらを鑑みると、TCZは早期SSc-ILD、特にdcSSc例に対する第一選択薬として十分な妥当性を有する。実際に海外および国内のガイドラインでも、早期SSc-ILD、特にdcSSc例に対する第一選択薬として位置づけが記載されている。TCZの臨床試験ではCYC、MMF、NTDと異なり拘束性換気障害が出現する前の早期SSc-ILDに対して治療介入しているため、長期的な肺機能維持に寄与する可能性がある。

- 2) TCZの2つのRCTでは有意差は認めなかったものの皮膚硬化の改善を促進する傾向が示された。faSScinate (文献12) では、48週時点でMCID(≥4.7) を超える-6.33のmRSSの改善を呈し (プラセボ群 -2.77)、focuSSced (追加資料1) では-6.14の改善を呈した (プラセボ群 -4.41)。2つのRCT共に統計学的有意差は認めていないが (P<0.1)、再現性が得られており、これまで実施されてきた履歴的研究とあわせても、TCZがdcSScにおける皮膚硬化進行抑制を示す可能性は残されており、ILDを有する早期dcSScに対して付加的なベネフィットが期待できる可能性がある。ただし、皮膚硬化に対する有効性を検証するためには新たな臨床試験の実施が不可欠である。
- 3) アメリカリウマチ学会がdcSScの治療効果判定指標として提唱したACR-CRISSは肺を含め他臓器不全イベント発生および、皮膚硬化

(mRSS)、%FVC、患者および医師による全般評価(VAS)、機能障害評価(HAQ-DI)の変化を盛り込んだ複合指標である。ACR-CRISSは0-1の範囲で計算され、これまで実施されたプラセボ対照RCTのデータをもとに、0.6以上を治療効果ありと判断する。focuSSced（追加資料1）では、ACR-CRISSの中央値が、プラセボ群で0.3、TCZ群で0.9とTCZ群で統計学的に有意に優れた結果であった(P=0.02)。この結果はTCZの効果がILDだけでなく、SScの病態をトータルに抑制する疾患修飾薬の位置付けを担うことを示唆しており、ILDを有する早期dcSScに対して付加的なベネフィットが期待できる可能性がある。

- 4) focuSSced（追加資料1）では、TCZ群ではプラセボ群と比較して、重篤な有害事象(13% vs 17%)、重篤な感染症(2% vs 7%)及び中止に至った有害事象の発現した割合(3% vs 4%)がいずれも低い傾向があり、TCZの高い安全性が示された。また、本試験ではSScに特有な安全性シグナルは見出されていない。TCZは本邦で開発され、2005年に承認された薬剤である。これまで関節リウマチをはじめとした多くの疾患で使用され、長期使用における安全性プロファイルが明らかで、安全性マネージメントも確立されている。内科医、特に膠原病内科医にとって使い慣れた薬剤で、SScに対するRCTの結果と合わせても安全性に大きな懸念が生じる可能性はきわめて低い。
- 5) 第Ⅲ相試験（focuSSced）のサブグループ解析（文献16）では全体集団データと日本人集団データに一貫性があり、日本人でも同等の効果と有効性が期待できる。
- 6) 日本のデータベース研究では、TCZの第Ⅱ相試験の結果が公表された2015年以降、SSc-ILDに対する効能を持たないにもかかわらずTCZの使用は緩徐に増加しており、NTD、MMF、RTXの承認後も、増加傾向は最近まで継続している。SScの10-20%は関節リウマチを併発していることから、保険診療下で関節リウマチに対してTCZを使用した可能性も否定できないが、それだけで経時的な増加傾向を説明できない。RCTでの有効性と安全性が示され、FDAで承認されていることも専門医にとってTCZ使用のモチベーションとなっている可能性がある。このことは、日本においても、SSc-ILD治療におけるTCZの必要性の高さを示している。
- 7) 上述のように、SSc-ILDに対するTCZの有用性は明確である。本邦で承認されれば、SSc-ILD、特にILDを伴う早期dcSScに対する第一選択肢として使用され、本疾患患者の生命予後と生活の質の改善に大きく寄与するだけでなく、末期肺病変/呼吸不全に進展する例を減らすことで医療費の削減、労働生産性の損失を回避につながることを期待できる。

4. 実施すべき試験の種類とその方法案

1) すでにロッシュ/中外製薬が実施した 2 本の「医薬品の臨床試験の実施の基準」に遵守した無作為化プラセボ対照比較試験の結果があり、薬事申請に必要な資料は充足していると考ええる。

2) 日本人集団のサブグループ解析データはあるが、治験登録症例は 20 例と少ない（文献 1 4）。日本人におけるさらなる有効性および安全性情報の収集が必要であれば、承認後に厚生労働省、製薬会社、学会（日本呼吸器学会、日本リウマチ学会）が共同で市販後調査を実施することで対応可能と考えられる。ただし、必要であれば日本呼吸器学会、日本リウマチ学会が主導して、学会員への SSc-ILD に対するわが国における TCZ 使用実態調査の実施は可能である。SSc の 10-20%は関節リウマチを併発していることから、保険診療下で関節リウマチに対して TCZ を使用した SSc-ILD 併発例の使用経験は豊富に存在することが推測される。症例集積は短期間に実施できる可能性が高い。日本リウマチ学会では MMF、RTX の公知申請につなげた実績がある。

5. 備考

<担当者氏名及び連絡先>

★日本リウマチ学会

桑名正隆

日本医科大学大学院アレルギー膠原病内科学分野

〒113-8603 東京都文京区千駄木 1-1-5

03-3822-2131（代表） 内線 7606

kuwanam@nms.ac.jp

★日本呼吸器学会

近藤康博

愛知医科大学呼吸器・アレルギー内科

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又 1 番地 1

0561- 62-3311

yshr.kondoh@gmail.com

山野泰彦

愛知医科大学呼吸器・アレルギー内科

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又 1 番地 1

0561- 62-3311（代表）

yaya0630g@gmail.com

6. 参考文献一覧

- 1) www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai.../0000145655.pdf
 - 2) 全身性強皮症 診断基準・重症度分類・診療ガイドライン委員会. 日本皮膚科学会雑誌 2016; 126: 1831-96.
 - 3) Steen VD et al. Ann Rheum Dis. 2007; 66: 940-4
 - 4) Kuwana M et al. J Rheumatol. 2016; 43: 1825-31
 - 5) Tashkin DP, et al. N Eng J Med, 2006; 354: 2655
 - 6) Tashkin DP, et al. Lancet Respir Med, 2016; 4: 708
 - 7) Distler O, et al. N Eng J Med, 2019; 380: 2518
 - 8) Faurischou M, et al. J Rheumatol, 2008; 35: 100
 - 9) Tashkin DP, et al. J Respir Care Med, 2007; 17: 1026
 - 1 0) Volkmann ER, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:122
 - 1 1) Tashkin DP, et al. Lancet Respir Med, 2016; 4: 708
 - 1 2) Khanna D, et al. Lancet, 2016; 387: 2630
 - 1 3) Khanna D, et al. Ann Rheum Dis, 2018, 77: 212
 - 1 4) Khanna D, et al. American College of Rheumatology, 2018, Abstract 898
 - 1 5) Khanna D, et al. American Thoracic Society, 2019, Abstract A2627
 - 1 6) Kuwana M, et al. Mod Rheumatol. 2024; 34: 530
 - 1 7) Castelino FV, et al. Curr Opin Rheumatol, 2018 ; 30 : 570
 - 1 8) Fabian A, et al. Expert Opin Orphan Drugs, 2016 ; 4 : 31
 - 1 9) Volkmann ER, et al. Ann Am Torac Soc, 2016; 13: 2045
 - 2 0) Sakkas L. Drug Des Devel Ther, 2016; 10: 2723
 - 2 1) Sierra-Sepulveda A, et al. Biomed Res Int, 2019 ; 2019 : 4569826
 - 2 2) Cottin V, et al. Respir Res, 2019 ; 20 : 13
 - 2 3) Schonefeld SR, et al. Ther Adv Respir Dis, 2017; 11: 327
 - 2 4) Up-to-date, Varga J & Mckntesi S, Wolters Kluwer, 2026/1/13
 - 2 5) Allanore Y, Denton CP, Kuwana M, Chung L, Shah A, and Varga J. “Scleroderma -From Pathogenesis to Comprehensive Management”. 3rd edition. Springer, New York, USA. 2024.
 - 2 6) 内科学, 第 12 版、朝倉書店; III-391、2022/3/1
 - 2 7) Goh NS et al. Am Respir Crit Care Med, 2008; 177: 1248.
 - 2 8) Shima Y, et al. Rheumatology, 2010; 49: 2408
 - 2 9) Wakabayashi H, et al. BMC Rheumatol, 2019; 3: 15
 - 3 0) Shima Y, et al. Mod Rheumatol. 2019;29:134
- 追加 1) Khanna D, et al. Lancet Respir. Med. 2020; 8: 963

- 追加 2) Roofeh D, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2021;73:1301
- 追加 3) Khanna D, et al. *Am J Respir Crit Care Med.* 2022;205:674
- 追加 4) Roche プレスリリース 2021.3.5
- 追加 5) 中外製薬プレスリリース 2021.3.5
- 追加 6) Zacay G, Levy Y. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2018; 32: 563
- 追加 7) Narváez J, et al. *Ann Rheum Dis.* 2019; 78: e123
- 追加 8) Wijisenbeek M, Cottin V. *N Engl J Med.* 2020; 383: 958
- 追加 9) Roofeh D A et al. *J Scleroderma Relat Disord.* 2020; 5(2S): 61
- 追加 1 0) 膠原病に伴う間質性肺疾患 診断と治療指針 2020 日本呼吸器学会・日本リウマチ学会. メディカルレビュー社 2020
- 追加 1 1) Kono M, et al. *Scand J Rheumatol.* 2018; 47: 248
-
- 追加 2-1) Funatogawa T, et al. *Mod Rheumatol.* 2025; 36: 39
- 追加 2-2) Kuwana M, et al. *Mod Rheumatol* 2021; 31: 141
- 追加 2-3) Kondoh Y, et al. *BMC Pulm Med.* 2025; 25: 253
- 追加 2-4) Matteson EL et al. *Arthritis Rheumatol* 2022; 74: 1039
- 追加 2-5) Sircar G, et al. *Rheumatology.* 2018; 57: 2106
- 追加 2-6) Oral F, et al. *Rheumatology.* 2019; 58: 925
- 追加 2-7) Maher TM, et al. *Lancet Respir Med.* 2023; 11: 45
- 追加 2-8) Ebata S, et al. *Lancet Rheumatol.* 2021; 3: e489
- 追加 2-9) Hughes M, et al. *Lancet Rheumatol, V2021; 3: e463-e465*
- 追加 2-1 0) Macrea M, et al. *Ann Am Thorac Soc.* 2024; 21: 317
- 追加 2-1 1) Narita Y, et al. *Mod Rheumatol.* 2023; 33: 525
- 追加 2-1 2) Johnson SR, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2024;7 6: 1182
- 追加 2-1 3) Denton CP, et al. *Rheumatology.* 2024; 63: 2948
- 追加 2-1 4) Del Galdo F, et al. *Ann Rheum Dis.* 2025; 84: 29
- 追加 2-1 5) Antoniou KM, et al. *Eur Respir J.* 2026; 67: 2402533
- 追加 2-1 6) Jee AS, et al. *Respirology.* 2021; 26: 23
- 追加 2-1 7) Ghazipura M, et al. *Ann Am Thorac Soc.* 2024; 21: 328
- 追加 2-1 8) Raghu G, et al. *Am J Respir Crit Care Med.* 2024; 209: 137
- 追加 2-1 9) 膠原病に伴う間質性肺疾患 診断と治療指針 2025 日本呼吸器学会・日本リウマチ学会. メディカルレビュー社 2025
- 追加 2-2 0) Kayser C, et al. *Adv Rheumatol.* 2024; 64: 52
- 追加 2-2 1) Oh JH, et al. *Tuberc Respir Dis (Seoul).* 2025; 88: 247
- 追加 2-2 2) Hachulla E, et al. *Orphanet J Rare Dis.* 2021; 16(Suppl 2): 322
- 追加 2-2 3) Isomura Y, et al. *Rheumatology.* 2022; 61: 4491