

薬価基準追補収載（新薬）のお知らせ

平成25年2月22日

社団法人 福岡県薬剤師会薬事情報センター

厚労省は新薬の薬価基準追補収載を平成25年2月22日に告示、即日実施した。

〔内用薬〕

毒：毒薬、劇：劇薬、処：処方せん医薬品、生：生物由来製品

分類	医薬品名（会社名）	規格・単位	薬価（円）	規制	備考（成分、薬効）
399	アクトネル錠 75mg （味の素～エーザイ） ベネット錠 75mg （武田）	75mg, 1 T （リセドロン酸 ナトリウムと して）	2,945.50	劇 処	リセドロン酸ナトリウム水和物 ビスフォスフォネート系薬。 適応は、骨粗鬆症。 成人は、75mgを月1回。起床時に十分量（約180mL）の水とともに投与。服用後少なくとも30分は横にならず、水以外の飲食並びに薬剤の経口摂取も避ける。原則として毎月同じ日に服用。服用を忘れた場合、翌日に1錠服用し、その後はあらかじめ定めた日に服用。口腔咽頭刺激の可能性があるため、嚥んだりなめたりしない。月1回投与により、1日1回2.5mg投与に劣らない治療効果が確認されている。 男性患者での安全性・有効性は未確立。 抜歯等の歯科処置や局所感染に関連して発現する可能性がある顎骨壊死や顎骨骨髓炎に注意する。
429	アフィニトール分散錠 2mg // 3mg （ノバルティス ファーマ）	2mg, 1 T 3mg, 1 T	5,376.30 7,867.70	劇 処	エベロリムス 抗悪性腫瘍薬。分子標的治療薬。 シロリムス（マクロライド系免疫抑制剤）誘導体。mTOR（Mammalian Target of Rapamycin：哺乳類ラパマイシン標的タンパク質）阻害薬。 適応は、結節性硬化症に伴う上衣下巨細胞性星細胞腫。 1日1回3mg/m ² を、用時水に分散して、食後又は空腹時のいずれか一定の条件で投与（食後投与でCmax、AUCが低下）。全血中濃度を測定し、患者の状態やトラフ濃度が5～15ng/mLとなるよう適宜増減。 原則として、アフィニトール TM 錠が服用できない場合に使用する。 アフィニトール錠との生物学的同等性は示されていないので、切り換えから2週間を目安にトラフ濃度を測定する。 コップ等を使用の場合は、約25mLの水に分散し、シリンジを使用の場合は、シリンジ内で約5mLの水に分散して服用し、本剤が残った場合はそれぞれ再度同量の水で分散して服用する。かみ砕いたり、丸ごと飲み込まない。 間質性肺炎による死亡例があり、投与前および投与中は定期的に胸部CT検査を実施し、症状が発現した場合は、症状、重症度等に応じて、減量、休薬または中止する。 肝炎ウイルスキャリアの患者でアフィニトールの治療期間中の肝炎ウイルス再活性化により肝不全に至り、死亡例が報告されている。定期的に肝機能検査を行う等、肝炎ウイルスの再活性化の徴候や症状の発現に注意する。 CYP3A4で代謝され、P-糖蛋白の基質となるので、相互作用に注意し、影響を及ぼす薬剤の併用や中止時はトラフ濃度を測定し、投与量を調節する。 がんの増殖、成長および血管新生の調節因子であるmTORタンパクの選択的阻害を介して、腫瘍細胞の増殖抑制作用と血管新生阻害作用により、抗腫瘍効果を示す。

					<p>小児患者でも服用しやすい分散錠。 既発売品アフィニートールTM錠2.5mg・5mg錠は「根治切除不能または転移性の腎細胞癌」等の適応。 適正使用のため、施設要件および医師要件が設定されている。また患者等へのインフォームド・コンセントを取得する。</p>
641	<p>アメパロモカプセル250mg (ファイザー)</p>	250mg, 1 C	431.90	処	<p>パロモマイシン硫酸塩 アミノグリコシド系薬。抗原虫薬。 適応は、腸管アメーバ症。 成人は、1,500mgを1日3回に分けて10日間、食後投与。腸内原虫およびシスト(嚢子)にのみ活性を有するので、腸管外アメーバー症の治療に使用しない。 本剤は消化管からほとんど吸収されないが、アミノグリコシド系薬による難聴等の第8脳神経障害が現れることがあるので慎重に投与する。腎機能障害患者等は聴力検査の実施が望ましい。 投与中または治療後に重篤な下痢が持続する場合、偽膜性大腸炎の可能性があるので、投与中止など適切な処置を行う。 原虫細胞内のリボソームの30Sユニットに非可逆的に結合し、タンパク質合成を阻害して抗原虫作用を示す。 腸管から吸収されにくく、腸管腔内の原虫に高濃度で作用する。</p>
333	<p>エリキユース錠2.5mg " 5mg (ブリストル・マイヤーズ、 ファイザー)</p>	2.5mg, 1 T 5mg, 1 T	144.90 265.20	処	<p>アピキサバン 血液凝固阻止薬。直接トロンビン阻害薬。 適応は、非弁膜症性心房細動患者における虚血性脳卒中および全身性塞栓症の発症抑制。 成人は、1回5mgを1日2回投与。年齢、体重、腎機能に応じて、1回2.5mgを1日2回へ減量。 次の基準の2つ以上に該当する患者は、出血のリスクが高く、本剤の血中濃度が上昇するおそれがあるため、1回2.5mg、1日2回投与。 ・80歳以上 ・体重60kg以下 ・血清クレアチニン1.5mg/dL以上。 腎不全(クレアチニンクリアランス15mL/min未満)には禁忌。 本剤による出血で重篤な場合は死亡に至る恐れがあるので、投与適否を慎重に判断する。 本剤の抗凝固作用を中和する薬剤はなく、PT、INR、aPTTは本剤の抗凝固能のモニタリングの指標にはならないので、血液凝固検査値や出血、貧血等の徴候を十分に観察する。 主にCYP3A4/5によって代謝され、P-糖蛋白および乳癌耐性蛋白(BCRP)の基質となるので、相互作用に注意する。 血液凝固活性化第X因子(FXa)を阻害して、プロトロンビンからトロンビンへの変換を抑制し、直接的な抗血液凝固作用および間接的な抗血小板作用により抗血栓作用を発現する。</p>
399	<p>エルカルチンFF内用液 10% (大塚)</p>	10%, 1mL	70.40	処	<p>レボカルニチン 適応は、カルニチン欠乏症。 成人は、1日1.5~3g(15~30mL)を、小児は、1日体重1kgあたり25~100mg(0.25~1mL)を3回に分割投与。いずれも患者の状態に応じて適宜増減。低用量から開始し、症状の改善と副作用の発現等を考慮し、投与量を総合的に判断する。 小児は原則として成人量を超えない。血液透析患</p>

					<p>者には高用量の長期使用を避け、漫然と投与しない。透析日は終了後に投与。重篤な腎機能障害者への有効性・安全性は未確立。</p> <p>組織内における慢性的なカルニチン欠乏状態を是正するとともに、組織内で過剰に蓄積した有害なプロピオニル基をプロピオニルカルニチンとして体外（尿中）へ排泄する。</p> <p>フリー体のレボカルニチン製剤で、レボカルニチン塩化物（エルカルチンTM錠100mg・300mg）とは用法・用量が異なる。エルカルチンTM錠1,200mgが本剤1,000mgにほぼ相当。エルカルチンTM錠が服用困難な小児・乳幼児および高齢者にも投与可能。</p>
119	<p>コレアジン錠 12.5mg (アルフレッサ ファーマ)</p>	12.5mg, 1 T	385.40	劇 処	<p>テトラベナジン モノアミン小胞トランスポーターtype 2（VMA T 2）阻害薬。</p> <p>適応は、ハンチントン病に伴う舞踏運動。</p> <p>成人は、1日量12.5mg（12.5mgの1日1回投与）から開始し、以後症状を観察しながら1週毎に1日量として12.5mgずつ増量し、維持量を定める。その後は、症状により適宜増減するが、1日最高投与量は100mg。1日量が25mgの場合は1日2回、1日量が37.5 mg以上の場合には1日3回に分けて投与し、1回最高投与量は37.5mgとする。</p> <p>低用量から開始し、抑うつ症状、アカシジア、パーキンソニズム等の発現を観察し、忍容性をみながら慎重に増量し、維持量を定める。</p> <p>うつ病・うつ状態、自殺念慮、自殺企図等が発現または悪化することがあるので、患者の状態および病態の変化を十分に観察し、関連症状の発現時には、減量または中止する。</p> <p>鎮静、傾眠等が現れることがあるので、自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に従事させない。</p> <p>CYP2D6で代謝される。</p> <p>中枢神経系の前シナプスのモノアミン小胞トランスポーター2（VMAT2）に選択的に結合して、モノアミンとセロトニンのシナプス前小胞体への移送を阻害し、神経終末のモノアミンとセロトニンを枯渇させることにより、効果を発現する。</p> <p>全症例を対象とした使用成績調査を実施。</p>
449	<p>ディレグラ配合錠 (サノフィ)</p>	1 T	62.00	劇 処	<p>フェキソフェナジン塩酸塩 30mg・塩酸プソイドエフェドリン 60mg 抗ヒスタミン薬・α交感神経刺激薬。</p> <p>適応は、アレルギー性鼻炎。鼻閉症状が中等症以上の場合に使用を検討する。</p> <p>成人および12歳以上の小児は、1回2錠（フェキソフェナジン塩酸塩60mg/塩酸プソイドエフェドリン120mg）を1日2回、朝および夕の空腹時に投与。腎機能障害者は適宜減量。</p> <p>鼻閉症状が強い期間のみの最小限にとどめ、鼻閉症状の緩解が認められた場合には速やかに抗ヒスタミン剤単剤療法等への切り替えを考慮する。</p> <p>2週間を超えて投与した時の有効性・安全性は未確立。12歳未満の小児に対する有効性・安全性は未確立。</p> <p>徐放層を含む錠剤のため、噛んだり、砕いたりしない。糞便中に有効成分放出後の殻錠は排泄されることがある。</p> <p>フェキソフェナジンは、選択的ヒスタミンH₁受容体拮抗作用を有し、さらに炎症性サイトカイン産生抑制作用、抗酸球遊走抑制作用等を有する。</p>

					<p>ブソイドエフェドリンは、交感神経α受容体を刺激し、鼻粘膜の血管平滑筋を収縮させ、鼻粘膜の充血や腫脹を軽減し、鼻閉改善作用を有する。</p>								
259	<p>トピエース錠 4mg // 8mg (ファイザー)</p>	<p>4mg, 1 T 8mg, 1 T</p>	<p>190.90 286.40</p>	<p>処</p>	<p>フェソテロジンフマル酸塩 ムスカリン受容体拮抗薬（抗コリン薬）。 適応は、過活動膀胱における尿意切迫感、頻尿および切迫性尿失禁。 成人は、4mgを1日1回投与。症状に応じて1日1回8mgまで増量可能。 重度の腎機能障害者（クレアチニンクリアランス30mL/min未満）、中等度の肝障害者（Child-Pugh分類B）、強力なCYP3A4阻害薬投与中の患者は、活性代謝物の血中濃度が上昇する可能性があるため、1日8mgへの増量はしない。 割ったり、砕いたりしないで、そのまま噛まずに服用する。 膀胱選択性が高い。 フェソテロジンの活性代謝物トルテロジン5-ヒドロキシメチル体（5-HMT）の膀胱平滑筋ムスカリン受容体拮抗作用により、膀胱収縮を抑制して過緊張状態を緩和する。 徐放性製剤。 トルテロジン（デトルシールTMカプセル）の活性代謝物（5-HMT）のプロドラッグ。</p>								
322	<p>ホスリボン配合顆粒 (ゼリア新薬)</p>	<p>100mg, 1包 (リンとして)</p>	<p>68.70</p>	<p>処</p>	<p>リン酸二水素ナトリウム一水和物 330mg・無水リン酸水素二ナトリウム 119mg 適応は、低リン血症。 通常、リンとして1日あたり20～40mg/kgを目安とし、数回に分割投与。以後は患者の状態に応じて適宜増減するが、上限は1日あたり3,000mg。 くる病や骨軟化症をきたす低リン血症の患者に投与する。腎不全、リン酸腎症が起こる可能性があるため、重度の腎機能障害者には有益性投与。 本剤と同一成分の腸管洗浄剤（ビジクリアTM配合錠）で急性腎不全等が報告されており、用法・用量は本剤と異なるが腎不全等の発現に注意する。 血清リン濃度は服用1～2時間後最高に達し、その後急速に低下するので、血清リン濃度を保つには1日当たりの投与回数を増やすことが望ましい。胃腸障害が出現した場合は、1回あたりの投与量を減量し、投与回数を増やす。 腎臓に石灰化は生じる可能性があるため、腎機能障害者には慎重投与。1包中にナトリウムを94mg含有するので、ナトリウム摂取制限者には慎重投与。 全症例を対象に使用成績調査を実施。</p>								
641	<p>マラロン配合錠 (グラクソ・スミスクライン)</p>	<p>1 T</p>	<p>484.30</p>	<p>劇 処</p>	<p>アトバコン 250mg・プログアニル塩酸塩 100mg 抗マラリア薬。抗原虫薬。 適応は、マラリア。 【治療】 成人は、1日1回4錠（アトバコン/プログアニル塩酸塩として1,000mg/400mg）を3日間、食後に投与。小児は、体重に応じてアトバコン/プログアニル塩酸塩として250mg/100mg（1錠）～1,000mg/400mg（4錠）を1日1回3日間、食後に投与。体重別の投与量は、表のとおり。</p> <table border="1"> <tr> <td>11～20kg</td> <td>250mg/100mg（1錠）</td> </tr> <tr> <td>21～30kg</td> <td>500mg/200mg（2錠）</td> </tr> <tr> <td>31～40kg</td> <td>750mg/300mg（3錠）</td> </tr> <tr> <td>>40kg</td> <td>1,000mg/400mg（4錠）</td> </tr> </table>	11～20kg	250mg/100mg（1錠）	21～30kg	500mg/200mg（2錠）	31～40kg	750mg/300mg（3錠）	>40kg	1,000mg/400mg（4錠）
11～20kg	250mg/100mg（1錠）												
21～30kg	500mg/200mg（2錠）												
31～40kg	750mg/300mg（3錠）												
>40kg	1,000mg/400mg（4錠）												

				<p>【予防】 成人および体重40kgを超える小児は、1日1回1錠（アトバコン/プログアニル塩酸塩として250mg/100mg）を、マラリア流行地域到着24～48時間前より開始し、流行地域滞在中および流行地域を離れた後7日間、毎日食後に投与。 アトバコンは絶食下では吸収量が低下するため、食後又は乳飲料とともに1日1回毎日定められた時刻に投与。下痢又は嘔吐の患者はアトバコンの吸収が低下する可能性があるため、本剤投与後1時間以内に嘔吐した場合は再投与する。 ヒプノゾイト（マラリア原虫の休眠体）には効果がないため、三日熱マラリアおよび卵形マラリアの治療に用いる場合は再発に注意し、ヒプノゾイトに対する活性を示す薬剤を考慮する。 重度の腎機能障害者への予防投与は禁忌。治療の場合は有益性投与（プログアニルの排泄遅延により血中濃度が上昇し副作用発現の危険性が高い）。 体重5kg未満の小児等に対する安全性は未確立。 アトバコンはミトコンドリア内膜のcomplex III（チトクロームbc1複合体）に作用し、電子伝達系の機能を阻害する結果、電子伝達系とリンクしているジヒドロオロト酸デヒドロゲナーゼ（DHOD）を阻害し、ピリミジンのde novo合成を阻害して抗マラリア原虫活性を示す。 プログアニルは活性代謝物のシクログアニルがジヒドロ葉酸レダクターゼ（DHFR）を阻害し、チミジル酸合成を阻害して、マラリア原虫のDNA合成を低下させる。</p>
241	ミニリンメルトOD錠60μg (フェリング・ファーマ)	60μg, 1T (デスマプレシンとして)	117.30	<p>劇 処 デスマプレシン酢酸塩水和物 適応は、中枢性尿崩症。 通常、1回60～120μgを1日1～3回投与。患者の飲水量、尿量、尿比重、尿浸透圧により適宜増減するが、1回投与量は240μgまでとし、1日投与量は720μgを超えない。低用量から開始し、増量は慎重に行う。 小児の治療で過量投与が懸念される場合は経鼻製剤の使用を考慮する。 空腹時と比較して食後で血中濃度の低下が認められ、食直後投与では目的とする有効性が得られない可能性がある。食後投与から食前投与に変更する場合、有害事象の発現リスク増加の可能性があるため、患者ごとに投与と食事のタイミングを検討する。 治療における水分摂取管理の重要性を考慮し、本剤は水なしで服用する。 夜尿症への使用で（本剤は適応なし）、重篤な低ナトリウム血症による痙攣が報告されているので、患者・家族に水中毒（低ナトリウム血症）の発現および水分摂取管理の重要性を説明・指導する。 腎尿細管のバゾプレシンV₂受容体に選択的に作用し、抗利尿作用を示す。口腔内崩壊錠。経鼻製剤より正確な投与量と服薬コンプライアンスの向上が期待できる。 既発売品はOD錠120μg・240μgで、適応は、尿浸透圧あるいは尿比重の低下に伴う夜尿症、中枢性尿崩症。</p>

〔外用薬〕

分類	医薬品名(会社名)	規格・単位	薬価(円)	規制	備考(成分, 薬効)															
116	ニュープロパッチ 2.25mg	2.25mg, 1枚	270.30	劇 処	ロチゴチン ドパミン受容体作動薬（非麦角系）。 【適応】 ①パーキンソン病 ②中等度から高度の特発性レストレスレッグス症候群（下肢静止不能症候群）															
119	〃 4.5mg	4.5mg, 1枚	416.50																	
116	ニュープロパッチ 9mg 〃 13.5mg (大塚)	9mg, 1枚 13.5mg, 1枚	641.80 826.50																	
					<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2.25mg</th> <th>4.5mg</th> <th>9mg</th> <th>13.5mg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>①</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>○</td> </tr> <tr> <td>②</td> <td>○</td> <td>○</td> <td>—</td> <td>—</td> </tr> </tbody> </table>		2.25mg	4.5mg	9mg	13.5mg	①	○	○	○	○	②	○	○	—	—
	2.25mg	4.5mg	9mg	13.5mg																
①	○	○	○	○																
②	○	○	—	—																
					【パーキンソン病】 成人は、1日1回4.5mg/日からはじめ、以後経過を観察しながら1週間毎に1日量として4.5mgずつ増量し維持量（標準1日量9mg～36mg）を定める。年齢、症状により適宜増減できるが、1日量は36mgを超えない。少量から開始し、幻覚、妄想等の精神症状、消化器症状、血圧等の観察を行い、慎重に維持量まで増量する。中止する場合は、徐々に減量する。漸減の目安は原則として1日おきに1日量として4.5mgずつ減量する。 【中等度から高度の特発性レストレスレッグス症候群（下肢静止不能症候群）】 成人は、1日1回2.25mg/日からはじめ、以後経過を観察しながら1週間以上の間隔をあけて1日量として2.25mgずつ増量し維持量（標準1日量4.5mg～6.75mg）を定める。年齢、症状により適宜増減できるが、1日量は6.75mgを超えない。中止する場合は、徐々に減量する。漸減の目安は原則として1日おきに1日量として2.25mgずつ減量する。Augmentation（症状の増悪や発現時間の2時間以上の早まり等）が認められた場合、減量または中止する。 【全効能共通注意事項】 肩、上腕部、腹部、側腹部、臀部、大腿部のいずれかの正常な皮膚（創傷面を避け、貼付箇所は毎回変更）に貼付し、24時間毎に貼り替える。貼付後、20～30秒間手のひらでしっかり押し付けて皮膚面に完全に接着させる。貼付部位の温度が上昇すると本剤の血中濃度が上昇するので、過度の直射日光、あんか、サウナ等に曝露させない。貼付24時間後も本剤の成分が残っているため、使用済みの製剤は接着面を内側にして折りたたみ、小児の手および目の届かないところに安全に廃棄する。有効成分が析出し血中濃度低下の恐れがあるので、ハサミ等で切って使用しない。支持体にアルミニウム含有のため、AED、MRI等を行う時は前もって除去する。前兆のない突発的睡眠および傾眠等がみられ自動車事故を起こした例が報告されているので、患者によく説明し、貼付中は自動車の運転等危険を伴う作業に従事させない。すべてのドパミン受容体サブタイプ(D ₁ ～D ₅)に対し高い親和性を有し、ドパミン受容体刺激により症状を改善する。 1日1回貼付で24時間持続。															

〔注射薬〕

分類	医薬品名(会社名)	規格・単位	薬価(円)	規制	備考(成分, 薬効)
399	エルカルチンFF 静注1000mg	1,000mg, 5mL 1管	934	処	レボカルニチン 適応は、カルニチン欠乏症。

	(大塚)				<p>1 回体重 1 kgあたり 50mg を 3～6 時間ごとに、緩徐に静注（2～3 分）又は点滴静注。患者の状態に応じて適宜増減。1 日の最大投与量は体重 1 kg あたり 300mg。</p> <p>血液透析に伴うカルニチン欠乏症には、通常、体重 1 kg あたり 10～20mg を透析終了時に、透析回路静脈側に注入（静注）。患者の状態に応じ適宜増減。</p> <p>重篤な腎機能障害者への有効性・安全性は未確立で、透析患者を含め漫然と投与しない。</p> <p>急性期の脳症・高アンモニア血症や経口摂取ができない患者、嚥下困難者へも投与可能。</p>
399	シムジア皮下注 200mg シリンジ (ユーシービージャパン～アステラス)	200mg, 1 mL, 1 筒	71, 297	劇 処	<p>セルトリズマブ ペゴル (遺伝子組換え) ペグヒト化抗ヒト TNF αモノクローナル抗体。TNF α阻害薬。</p> <p>適応は、既存治療で効果不十分な関節リウマチ（関節の構造的損傷の防止を含む）。</p> <p>成人は、1 回 400mg を初回、2 週後、4 週後に皮下注射し、以後 1 回 200mg を 2 週間の間隔で皮下注射。症状安定後には、1 回 400mg を 4 週間の間隔で皮下注射も可能。過去に少なくとも 1 剤の抗リウマチ薬（生物製剤を除く）等による治療を行っても、疾患起因の症状が残る場合に投与する。12 週以内に治療反応が得られない場合は、治療計画を再考する。</p> <p>注射部位は上腕部、腹部、大腿部とし（皮膚の圧痛、挫傷、発赤、硬化がある部位は避け、毎回注射部位を変更）、同一箇所への 2 本の注射は避ける。</p> <p>アバタセプト（遺伝子組換え）と併用しない（海外臨床試験で併用による効果増強は未確認で、感染症の発現率が上昇）。</p> <p>国内では 52 週間、海外では 4 年間を超えた長期投与時の安全性は未確立。小児等に対する安全性は未確立。</p> <p>重篤な感染症（結核、肺炎、敗血症を含む）および脱髄疾患（多発性硬化症等）の新たな発生もしくは悪化等の報告があり、また因果関係は不明だが、悪性腫瘍の発現の報告もある。</p> <p>ヒト TNF α（腫瘍壊死因子 α）に親和性を有し、TNF α の受容体への結合阻害等により、その生理活性を抑制するとともに、炎症性サイトカインの産生を抑制する。</p> <p>専門の医療機関・医師が投与し、インフォームド・コンセントを取得する。</p> <p>医師により適用が妥当と判断されたら、自己投与も可能となるように設計されたプレフィルドシリンジ製剤。承認条件に長期投与時での有効性と安全性を検討。</p>
249	トレシーバ注 ペンフィル II フレックスタッチ (ノボ ノルディスク ファーマ)	300U, 1 筒 300U, 1 キット	1, 796 2, 546	劇 処	<p>インスリン デグルデク (遺伝子組換え) 持効型溶解インスリンアナログ注射液。</p> <p>適応は、インスリン療法が適応となる糖尿病。</p> <p>成人は、初期は 1 日 1 回 4～20 単位を皮下注射する。注射時刻は毎日一定とする。投与量は患者の症状及び検査所見に応じて適宜増減する。他のインスリン製剤を併用することがあるが、他のインスリン製剤の投与量を含めた維持量は、通常 1 日 4～80 単位。ただし必要により上記用量を超えて使用することがある。投与を忘れた場合、気づいた時点で直ちに投与できるが、次の投与は 8 時間以上あけてから行い、その後は通常の時刻に投与する。</p> <p>小児における有効性・安全性は未確立。</p> <p>投与後、皮下組織において可溶性で安定したマルチヘキサマーとして一時的に留まり、モノマーはマルチヘ</p>

					キサマーから徐々に解離するため、投与部位から緩徐かつ持続的に血中に移行する。 ペンフィルは専用のインスリンペン型注入器を用いて皮下注射。
122	ナーブブロック筋注 2500 単位 (エーザイ)	2500 単位, 0.5mL 1 瓶	28, 902	毒 処 生	<p>B型ボツリヌス毒素 筋弛緩薬。 適応は、痙性斜頸。 成人は、初回投与の場合、合計で2,500～5,000単位を緊張筋（胸鎖乳突筋、斜角筋、僧帽筋、肩甲挙筋、頭板状筋、頭半棘筋等）に筋肉内注射。複数ある場合は分割投与。効果不十分または症状再発の場合には、合計で10,000単位を上限として再投与可能。ただし、2ヶ月以内の再投与は避ける。できるだけ少量（承認用量の下限）からの投与開始が望ましい。 A型ボツリヌス毒素との同時投与および投与後3ヶ月以内の本剤投与の有効性・安全性は未確立。 対症療法であり、効果は通常3～4ヶ月で消失し、投与を繰り返す必要がある。 長期間繰り返し投与により、中和抗体の産生により耐性が生じる恐れがある。 A型ボツリヌス毒素に比べ、口渇・口内乾燥および嚥下障害が現れる場合が高く、嚥下障害から嚥下性肺炎を引き起こし、また、投与部位近位への拡散により呼吸機能低下がおこることがあるので、投与後1～2週間は、嚥下障害、声質の変化、息苦しい等の発現に留意する。 男性および妊娠の可能性のある婦人は投与中避妊を考慮する。 本剤は液剤なので、希釈調製が容易。 シナプス小胞のシナプス前膜の膜結合蛋白（VAMP）を特異的に切断し、末梢のコリン作動性神経終末からのアセチルコリン放出抑制により、神経筋伝達を阻害し、筋弛緩作用を示す。 講習を受け、安全性・有効性を十分理解し、施注手技の知識・経験のある医師のみがインフォームド・コンセントを取得して使用し、使用後の安全・確実な失活・廃棄、その記録等、適切な薬剤管理を行う。 全症例を対象に使用成績調査を実施。</p>
249	ビデュリオン皮下注用 2mg (アストラゼネカ)	2mg, 1キット (懸濁用液付)	3, 486	劇 処	<p>エキセナチド GLP-1（Glucagon-Like Peptide 1）受容体作動薬。 適応は2型糖尿病（ただし、食事療法・運動療法に加えてスルホニルウレア系薬剤、ビグアナイド系薬剤およびチアゾリジン系薬剤（各薬剤単独療法又は併用療法を含む）による治療で十分な効果が得られない場合に限る）。成人は、1回2mgを週に1回皮下注射。 用時懸濁して用いる注射剤で、持続してエキセナチドを放出するように設計されたため、週1回投与が可能。 ヒトGLP-1アナログ製剤で、血糖依存的にインスリン分泌促進および過剰のグルカゴン分泌抑制に働き、さらに胃内容物排出遅延作用、体重減少作用等を有し、HbA_{1c}を低下させて血糖コントロールを改善する。 既発売品のバイエッタTM皮下注の適応は、「2型糖尿病（食事療法・運動療法に加えてスルホニルウレア剤（ビグアナイド系薬剤又はチアゾリジン系薬剤との併用を含む）を使用しても十分な効果が得られない場合に限る」で、1日2回皮下注射。</p>