

薬価基準追補収載（新薬）のお知らせ

平成27年2月24日
公益社団法人 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27年2月23日に告示した。24日より適用する。

〔内用薬〕

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	オーファディンカプセル2mg " 5mg " 10mg (アステラス)	2mg, 1 C 5mg, 1 C 10mg, 1 C	3,960.60 8,649.00 15,768.20	劇 処	<p>ニチシノン 適応は、高チロシン血症I型。 1日1mg/kgを2回に分割投与。患者の状態に応じて適宜増減するが、1日2mg/kgを上限とする。投与開始1ヶ月後でも尿中サクシニルアセトンが検出される場合は、1日量を1.5mg/kgへの増量を検討する。 有効性・安全性は小児で検討されており、小児及び成人の推奨用量（mg/kg）は同一。 定期的に尿中サクシニルアセトン濃度、肝機能検査値、血中α-フェトプロテイン濃度等を測定する（投与開始1年間は毎月）。</p> <p>【血漿中チロシン濃度の管理】 チロシン及びフェニルアラニンを制限した食事療法を行う。上昇により眼障害（結膜炎、角膜混濁等）、肝障害等が発生する。定期的に血漿中チロシン濃度を測定し、500μmol/L未満に保つ。500μmol/Lを超えた場合、投与中止又は減量は避け、より厳しい食事制限療法で血漿中チロシン濃度の調整を行う。 妊娠又は妊娠している可能性のある婦人には有益性投与（ウサギで、ヒトの臨床用量を下回る用量で催奇形性が報告）。 授乳は中止する（ラットで母乳を介した角膜混濁及び体重減少）。 CYP3A4により代謝されるので（in vitro）、CYP3A4の阻害剤または誘導剤との併用は用量調節が必要となる可能性がある。 遺伝性高チロシン血症I型はチロシン分解経路の最終段階にあるフマリルアセト酢酸ヒドロラーゼ（FAH）の遺伝子変異による常染色体劣性遺伝疾患である。FAH活性低下により、チロシン分解経路の中間代謝物であるフマリルアセト酢酸（FAA）及びマレイルアセト酢酸（MAA）、これらの代謝物のサクシニルアセトン（SA）及びサクシニルアセト酢酸（SAA）が肝及び腎に蓄積し、臓器障害が生じる。ニチシノンは、チロシン分解経路においてFAHよりも上流に位置する4-ヒドロキシフェニルピルビン酸ジオキシゲナーゼを阻害することにより、FAA、MAA、SA及びSAAの産生及び蓄積を抑制する。 凍結を避け2～8℃に保存。ボトルから取り出した後は速やかに服用する。 全症例を対象に使用成績調査を実施する。</p>
396	ジャディアンス錠10mg " 25mg (日本ベーリンガーインゲルハイム～日本イーライリリー)	10mg, 1 T 25mg, 1 T	205.50 351.20	処	<p>エンパグリフロジン SGLT2阻害薬。 適応は、2型糖尿病。 成人は1回10mgを1日1回朝食前又は朝食後に投与。 効果不十分な場合は、経過を十分に観察しながら1回25mgを1日1回に増量可能。</p>

					<p>高度腎機能障害者又は透析中の末期腎不全患者には投与しない。中等度腎機能障害者は投与の必要性を慎重に判断する。</p> <p>脱水を起こしやすい患者は慎重投与。</p> <p>高度肝機能障害者の安全性は未確立（使用経験がない）。</p> <p>特にインスリン製剤、SU 剤と併用する場合は、低血糖のリスクが増加するので、これらの薬剤の減量を検討する。</p> <p>インスリン製剤又は GLP-1 受容体作動薬との併用の有効性・安全性は未検討。</p> <p>3 ヶ月投与しても効果不十分な場合は治療法の変更を考慮する。</p> <p>尿路感染及び性器感染を起こすことがある。</p> <p>利尿作用による体液量の減少に注意し、脱水、糖尿病性ケトアシドーシス、血栓・塞栓症の発現に注意。</p> <p>本剤の作用機序により、尿糖陽性、血清 1,5-AG 低値を示すが、これらの検査結果は血糖コントロールの参考とはならない。</p> <p>血漿中には主に未変化体として存在するが、一部は UGT2B7、UGT1A3、UGT1A8 及び UGT1A9 によるグルクロン酸抱合により代謝される。P-gp、BCRP の基質である。</p> <p>腎近位尿細管のNa⁺/グルコース共輸送担体 (SGLT : sodium glucose co-transporter) 2を阻害してグルコースの再吸収を阻害することにより、血液中の過剰なグルコースを体外に排出して血糖降下作用を示す。</p>
429	<p>ゼルボラフ錠 240mg</p> <p>(中外)</p>	240mg, 1 T	4, 935. 50	劇 処	<p>ベムラフェニブ</p> <p>抗悪性腫瘍薬。BRAF阻害薬。</p> <p>適応は、BRAF遺伝子変異を有する根治切除不能な悪性黒色腫。</p> <p>成人は、1 回960mgを1日2回投与。食事の1時間前から食後2時間までの間の服用は避けることが望ましい（食後投与でCmax及びAUCが増加）。</p> <p>術後補助化学療法における有効性・安全性は未確立。</p> <p>他の抗悪性腫瘍薬との併用の有効性・安全性は未確立。</p> <p>副作用発現時は、Grade等により減量・休薬する（有棘細胞癌や新たな原発性悪性黒色腫発現の場合は、外科的切除等を行った上で、減量・休薬なく治療の継続が可能）。</p> <p>定期的に皮膚の状態を確認する（有棘細胞癌があらわれることがある）。</p> <p>投与開始前・投与期間中は心電図検査及び電解質測定を行う（QT間隔延長があらわれることがある）。</p> <p>光線過敏症があらわれることがある。</p> <p>定期的に眼の異常の有無を確認する（ブドウ膜炎等が報告）。</p> <p>CYP3A4を誘導し、CYP1A2及びCYP2C9を阻害する。</p> <p>BRAF V600変異（V600E、V600D、V600R、V600K、V600G、V600M）を含む活性化変異型のBRAFキナーゼ活性を阻害することにより、BRAF活性化によるMEK及びERKのリン酸化を阻害し、BRAF V600変異を有する腫瘍の増殖を抑制する。</p> <p>専門の医師・医療機関が投与し、インフォームド・コンセントを取得する。</p> <p>全症例を対象に使用成績調査を実施する。</p>
232	タケキャブ錠 10mg	10mg, 1 T	160. 10	処	<p>ボノプラザンフマル酸塩</p> <p>カリウムイオン競合型アシッドブロッカー（P-CAB）。</p>

232	<p>タケキャブ錠 20mg (武田)</p>	<p>20mg, 1 T (ボノプラザンとして)</p>	240.20	処	<p>プロトンポンプ阻害薬 (PPI)。 【適応と用法・用量】</p> <table border="1" data-bbox="959 143 1506 1435"> <thead> <tr> <th data-bbox="959 143 1235 176">適応</th> <th data-bbox="1235 143 1506 176">用法・用量</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="959 176 1235 304">胃潰瘍、十二指腸潰瘍</td> <td data-bbox="1235 176 1506 304">成人は1回20mgを1日1回投与。胃潰瘍は8週間まで、十二指腸潰瘍は6週間まで。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="959 304 1235 584">逆流性食道炎</td> <td data-bbox="1235 304 1506 584">成人は1回20mgを1日1回投与。4週間までの投与とし、効果不十分時は8週間まで投与可能。再発・再燃を繰り返す場合の維持療法は1回10mg、効果不十分時は1回20mgを1日1回投与。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="959 584 1235 752">低用量アスピリン投与時、及び非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制</td> <td data-bbox="1235 584 1506 752">成人は1回10mgを1日1回投与。</td> </tr> <tr> <td data-bbox="959 752 1235 1435">下記疾患におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃MALTリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎</td> <td data-bbox="1235 752 1506 1435">成人は1回20mg、アモキシシリン水和物1回750mg及びクラリスロマイシン1回200mgの3剤を同時に1日2回、7日間投与。クラリスロマイシンは、適宜増量可能だが、1回400mg、1日2回を上限。 PPI、アモキシシリン水和物及びクラリスロマイシンの3剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合は、代替治療として、成人は1回20mg、アモキシシリン水和物1回750mg及びメトロニダゾール1回250mgの3剤を同時に1日2回、7日間投与。</td> </tr> </tbody> </table> <p>主にCYP3A4で代謝され、一部CYP2B6、CYP2C19、及びCYP2D6で代謝される。 本剤の胃酸分泌抑制作用により、アタザナビル硫酸塩の溶解性の低下、及びリルピピリン塩酸塩の吸収低下により、血中濃度低下し作用減弱のおそれがあるので併用禁忌。 酸による活性化を必要とせず、可逆的でカリウムイオンに競合的な様式でH⁺、K⁺-ATPaseを阻害する。塩基性が強く胃壁細胞の酸生成部位に長時間残存して胃酸生成を抑制する。消化管上部の粘膜損傷形成に対して、強い抑制作用を示す。抗ヘリコバクター・ピロリ活性及びヘリコバクター・ピロリウレアーゼ阻害活性は示さない。</p>	適応	用法・用量	胃潰瘍、十二指腸潰瘍	成人は1回20mgを1日1回投与。胃潰瘍は8週間まで、十二指腸潰瘍は6週間まで。	逆流性食道炎	成人は1回20mgを1日1回投与。4週間までの投与とし、効果不十分時は8週間まで投与可能。再発・再燃を繰り返す場合の維持療法は1回10mg、効果不十分時は1回20mgを1日1回投与。	低用量アスピリン投与時、及び非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制	成人は1回10mgを1日1回投与。	下記疾患におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃MALTリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎	成人は1回20mg、アモキシシリン水和物1回750mg及びクラリスロマイシン1回200mgの3剤を同時に1日2回、7日間投与。クラリスロマイシンは、適宜増量可能だが、1回400mg、1日2回を上限。 PPI、アモキシシリン水和物及びクラリスロマイシンの3剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合は、代替治療として、成人は1回20mg、アモキシシリン水和物1回750mg及びメトロニダゾール1回250mgの3剤を同時に1日2回、7日間投与。
適応	用法・用量														
胃潰瘍、十二指腸潰瘍	成人は1回20mgを1日1回投与。胃潰瘍は8週間まで、十二指腸潰瘍は6週間まで。														
逆流性食道炎	成人は1回20mgを1日1回投与。4週間までの投与とし、効果不十分時は8週間まで投与可能。再発・再燃を繰り返す場合の維持療法は1回10mg、効果不十分時は1回20mgを1日1回投与。														
低用量アスピリン投与時、及び非ステロイド性抗炎症薬投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制	成人は1回10mgを1日1回投与。														
下記疾患におけるヘリコバクター・ピロリの除菌の補助 胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃MALTリンパ腫、特発性血小板減少性紫斑病、早期胃癌に対する内視鏡的治療後胃、ヘリコバクター・ピロリ感染胃炎	成人は1回20mg、アモキシシリン水和物1回750mg及びクラリスロマイシン1回200mgの3剤を同時に1日2回、7日間投与。クラリスロマイシンは、適宜増量可能だが、1回400mg、1日2回を上限。 PPI、アモキシシリン水和物及びクラリスロマイシンの3剤投与によるヘリコバクター・ピロリの除菌治療が不成功の場合は、代替治療として、成人は1回20mg、アモキシシリン水和物1回750mg及びメトロニダゾール1回250mgの3剤を同時に1日2回、7日間投与。														
232	<p>パリエット錠 5mg (エーザイ)</p>	<p>5mg, 1 T</p>	70.50	処	<p>ラベプラゾールナトリウム プロトンポンプ阻害薬 (PPI)。 5mg の規格追加 (規発売品は錠 10mg・20mg)。 「低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制」の効能追加 (5mg・10mgのみ)。血栓・塞栓の形成抑制のために低用量アスピリンを継続投与している患者を投与対象とし、</p>										

					投与開始に胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の既往を確認する。 【適応追加の用法・用量】 成人は1回5mgを1日1回投与。効果不十分時は1回10mgを1日1回投与可能。
--	--	--	--	--	---

〔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)
634	イロクテイト静注用 250 // 500 // 750 // 1000 // 1500 // 2000 // 3000 (バイオジェン・アイデック・ジャパン)	250IU, 1瓶 500IU, 1瓶 750IU, 1瓶 1,000IU, 1瓶 1,500IU, 1瓶 2,000IU, 1瓶 3,000IU, 1瓶 (いずれの規格も溶解液付)	26,766 49,637 71,236 92,050 132,105 170,702 244,983	処 生	エフラロクトコグ アルファ (遺伝子組換え) 血液凝固第Ⅷ因子欠乏患者における出血傾向の抑制。添付の溶解液全量で溶解し、数分かけて緩徐に静脈内投与する。 1回10～30IU/kgを投与するが、患者の状態に応じて適宜増減する。3～5日間隔での投与を原則とするが、患者の状態により週1回投与も可能。 定期的に投与する場合、1日目に25IU/kg、4日目に50IU/kgから開始し、以降は患者の状態に応じて、1回25～65IU/kg、3～5日の投与間隔で適宜調節。週1回投与の場合は、65IU/kgを投与。 溶解した液は、室温(30℃まで)で6時間保存可能。内在性血液凝固第Ⅷ因子と類似の機能的特性を有し、第Ⅷ因子欠乏を一時的に補正し出血傾向を補正する。また、本剤に含まれるヒト免疫グロブリンG1のFc領域は、血液中の免疫グロブリンの再循環に関与するNeonatal Fc受容体と結合し、血液凝固第Ⅷ因子活性を長時間維持するため、少ない投与回数での治療が期待できる。 医師が妥当性を慎重に検討し、患者等が適切に使用可能と判断した場合のみ在宅自己注射が可能。 特定生物由来製品ではないが、血液製剤代替医薬品なので、投与(処方)した場合は医薬品名及びその製造番号、投与(処方)した日、使用患者名、住所等を記録し、少なくとも20年間保管する。 溶解液3mL添付のプレフィルドシリンジ。
399	コセンティクス 皮下注用 150mg (ノバルティスファーマ～マルホ)	150mg, 1瓶 (吸引時の損失を考慮し、過量充填。日局注射用水1.0mLで溶解後の濃度は150mg/mL)	73,123	劇 処 生	セクキヌマブ(遺伝子組換え) ヒト型抗ヒトインターロイキン17A(IL-17A)モノクローナル抗体。 適応は、既存治療で効果不十分な尋常性乾癬、関節症性乾癬。 以下のいずれかを満たす患者に投与すること。 ① 紫外線療法を含む既存の全身療法(生物製剤を除く)で十分な効果が得られず、皮疹が体表面積の10%以上に及ぶ患者。 ② 難治性の皮疹又は関節症状を有する患者。 成人は、1回300mgを、初回、1週後、2週後、3週後、4週後に皮下投与し、以降、4週間の間隔で皮下投与。体重により、1回150mgを投与可能。 体重60kg以下の患者では1回150mgの投与を考慮する。 重篤な感染症が報告されている。 結核感染リスクの増大等が報告され、関連性は不明だが悪性腫瘍の発現が報告されている。 大腿部、腹部又は上腕部への投与が望ましい。同一箇所への繰り返し注射は避ける。皮膚が敏感な部位、皮膚に異常のある部位、乾癬の部位には注射しない。治療反応は、通常投与開始から16週以内に得られる。16週以内に治療反応が得られない場合は、本剤の治療計画の継続を慎重に再考する。 免疫抑制薬又は光線療法との併用、他の生物製剤との併用の有効性・安全性は未確立。 炎症性サイトカインであるIL-17Aと結合し、IL-17Aの
	コセンティクス 皮下注 150mg シリンジ (ノバルティスファーマ～マルホ)	150mg, 1mL 1筒	73,132		

					IL-17受容体への結合を阻害することにより、その活性を中和する。 専門の医師・医療機関が投与し、インフォームド・コンセントを取得する。
729	スクラッチダニアレルゲン エキス「トリイ」 100,000JAU/mL (鳥居)	1mL, 1瓶	7,966	処	なし (コナヒョウヒダニエキス・ヤケヒョウヒダニエキス) 適応は、アレルギー性疾患のアレルゲンの確認(診断)。通常、乱刺(プリック)又は切皮(スクラッチ)法により皮膚面に出血しない程度に傷をつけ、本品1滴を滴下し、15~30分後に腫疹径が対照の2倍以上又は5mm以上を陽性とする。対照液はアレルゲンスクラッチエキス対照液「トリイ」を用いる。 皮膚反応テスト検査前日から抗ヒスタミン薬やメディアエータ遊離抑制薬等の投与を中止する。 非選択的β遮断薬服用の患者は、本剤によるアレルギー反応が強く発現することがある。また、本剤によるアレルギー反応処置のアドレナリンの効果が、通常用量では十分発現しないことがある。 三環系抗うつ薬及びMAO阻害薬服用の患者は、本剤によるアレルギー反応処置のアドレナリンの効果が増強されることがある。
449	治療用ダニアレルゲンエキス皮下注「トリイ」 10,000JAU/mL 〃 100,000JAU/mL (鳥居)	2mL, 1瓶 2mL, 1瓶	4,320 4,320	処	なし (コナヒョウヒダニエキス・ヤケヒョウヒダニエキス) 適応は、ダニ抗原によるアレルギー性鼻炎、気管支喘息の減感作療法。 減感作療法の実施に際し、ダニアレルゲンに陽性の患者に皮内反応テストを行い、皮内反応閾値を求める。その閾値及びその時々患者の症状に応じ、初回投与濃度及び量、初回後の投与濃度又は量、投与回数、投与間隔並びに維持量は適宜定める。重症の気管支喘息患者は禁忌。 1. 閾値の求め方 本剤を診断用アレルゲン皮内エキス対照液「トリイ」で、1,000、100、10、1、0.1及び0.01JAU/mLに用時希釈し、患者の症状に応じて低濃度に順次希釈する。最も低濃度の液から0.02mLずつ皮内に注射し、その反応を皮内反応判定基準に従って判定する。陽性反応を呈した最低濃度(最大希釈度)をその患者のアレルゲンに対する閾値とする。 2. 初回投与濃度 患者のアレルゲンに対する閾値の濃度、若しくは患者の症状の程度によって、さらにこの濃度の1/10又は1/100の濃度を初回投与濃度とする。 3. 投与方法 初回投与量として0.02~0.05mLを皮下に注射する。初回後の投与量は1週1~2回約50%ずつ増量し、0.5mLに至れば10倍濃度の液0.05mLにかえて同様に増量しながら投与を続け次第に高濃度の液に移り、維持量に達したら2週に1回の注射を数回行い、その後は1ヶ月に1回とする。 4. 増量及び投与回数 各回の投与後の患者の状態を問診し、その結果に応じて次回投与量を増減する。 例えば、前回の注射により、喘息発作、全身性蕁麻疹及び鼻症状・眼症状を主とした臨床症状の増悪を起し、また過大な局所反応を生じた時には増量を見合わせる。また、増量期間中の投与間隔は通常1週1~2回だが、間隔が長引いた場合には増量せずに直前の投与濃度の1/10又は1/100の

					<p>濃度の液を投与する。</p> <p>5. 維持量 投与可能な最高用量を維持量とするが、患者のその時々症状に応じて減量する等適宜投与量を定める。</p> <p>常に、ショック、アナフィラキシーの発現時に救急処置のとれる準備をしておく。</p> <p>投与後少なくとも30分間は患者を安静の状態に保たせ、十分な観察を行う。投与後数時間又は1～2日間に強い反応があらわれることがあるので、その旨を患者に伝えショック、アナフィラキシーを早期に認識しうる症状があらわれた場合には速やかに医師に連絡する等の対応を説明した上、適切な処置がとれる準備をしておく。</p> <p>注射前後2時間程度は、激しい運動、アルコール摂取、入浴等は避ける。</p> <p>免疫反応として、Th2細胞増加の抑制及びTh1細胞の増加、制御性T細胞の誘導、抗原特異的IgG等の増加が報告され、その結果としてアレルギー症状の発現を抑制する。</p> <p>専門の医師・医療機関が投与する。</p>
395	<p>ビミジム点滴静注液 5mg (BioMarin Pharmaceutical Japan)</p>	5mg, 5mL 1瓶	129,908	劇 処 生	<p>エロスルファーズ アルファ (遺伝子組換え) 適応は、ムコ多糖症IV A型。 1回2mg/kgを週1回、点滴静注。投与速度は患者の状態を確認しながら徐々に上げ、注入ポンプを用いて約4時間以上かけて投与する。</p> <p>Infusion associated reactionが発現することがあるので、抗ヒスタミン剤を単独又は解熱鎮痛剤と併用し、投与開始30～60分前に前投与する。</p> <p>急性熱性又は呼吸器疾患がある患者で、過敏反応により症状の急性増悪が起こる可能性があるため、患者の状態を十分に観察し、必要に応じて適切な処置を行う。</p> <p>グリコサミノグリカンを分解するライソゾーム酵素のGALNS (N-アセチルガラクトサミン-6-スルファターゼ) に、高マンノース型糖鎖及びリン酸化高マンノース型糖鎖を付加させた糖タンパク質で、カチオン非依存性マンノース-6-リン酸受容体を介して標的細胞に取り込まれライソゾームに移行し、ライソゾーム内に蓄積したケラタン硫酸及びコンドロイチン-6-硫酸等のグリコサミノグリカンの異化を亢進し、蓄積を減少させる。</p> <p>全症例を対象に使用成績調査を実施する。</p>
392	<p>メチレンブルー静注 50mg 「第一三共」 (第一三共)</p>	50mg, 10mL 1管	120,382	劇 処	<p>メチルチオニウム塩化物水和物 適応は、中毒性メトヘモグロビン血症。</p> <p>【生後3ヶ月を過ぎた乳幼児、小児及び成人】 1回1～2mg/kgを、5分以上かけて静脈内投与。投与1時間以内に症状が改善しない場合は、必要に応じ、同量を繰り返し投与できるが、累積投与量は最大7mg/kgまで。アニリン又はジアフェニルスルホンによる場合の累積投与量は最大4mg/kgまで(溶血を起こしやすすい)。</p> <p>【新生児及び生後3ヶ月以下の乳児】 1回0.3～0.5mg/kgを5分以上かけて静脈内投与。投与1時間以内に症状が改善しない場合は、必要に応じ、同量を繰り返し投与できる。</p> <p>最大累積投与量に関する情報は限られている。増悪や溶血を起こしやすいため繰り返し投与する場合は慎重投与。</p> <p>1アンプルを5%ブドウ糖注射液50mLで希釈する。生理食塩液と混合しない(塩化ナトリウムにより溶解度</p>

					<p>が低下する)。 SSRI、SNRI、三環系抗うつ薬、NaSSAとの併用でセロトニン症候群が現れるおそれがあるので、併用時は低用量からの投与開始を考慮する。 CYP1A2、CYP2B6、CYP2C9、CYP2C19を阻害する。 赤血球において、NADPH還元酵素存在下でメチルチオニウム塩化物(メチレンブルー)より生成したロイコメチレンブルーが、メトヘモグロビンをヘモグロビンに還元して、メトヘモグロビン血症を改善する。 全症例を対象に使用成績調査を実施する。</p>
631	メナクトラ筋注 (サノフィ)	0.5mL, 1瓶	19,827	劇 処 生	<p>4価髄膜炎菌ワクチン(ジフテリアトキソイド結合体) 適応は、髄膜炎菌(血清型A、C、Y及びW-135)による侵襲性髄膜炎菌感染症の予防。 1回、0.5mLを筋肉内接種。 血清型Bに起因する侵襲性髄膜炎菌感染症の予防はできない。発症している髄膜炎菌感染症の治療はできない。 小児等に対する有効性・安全性は未確立(国内で低出生体重児、新生児、乳児、2歳未満の幼児に対する使用経験はなく、2歳以上の幼児、小児への使用経験は少ない)。 保険適用の対象は、エクリズマブ(遺伝子組換え)〔ソリリス™点滴静注(抗補体C5)モノクローナル抗体製剤)〕投与対象患者に限る。</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)
269	ベピオゲル2.5% (マルホ)	2.5%, 1g	120.90	処	<p>過酸化ベンゾイル 適応は、尋常性ざ瘡。 1日1回、洗顔後、患部に適量を塗布する。 結節及び囊腫には、他の適切な処置を行う。 全身性の過敏反応や重度の皮膚刺激症状が認められた場合は使用を中止する。皮膚剥脱(鱗屑・落屑)、紅斑、刺激感等があらわれることがあるので、必要に応じて休薬等を行う。 使用中は日光への曝露を最小限にとどめ、日焼けランプの使用、紫外線療法は避ける。 他の外用剤との併用で、皮膚刺激症状が増すおそれがある。漂白作用があるので、髪、衣料等に付着しないように注意する。 過酸化ベンゾイルは、塗布後、生体内(皮膚中及び血漿中)で速やかに安息香酸に変換される。安息香酸は、更に馬尿酸へ代謝され、ほぼすべてが尿中に排泄される。 分解により生成したフリーラジカルにより、アクネ菌、表皮ブドウ球菌及び黄色ブドウ球菌の膜構造、DNA、代謝などを直接障害して抗菌活性を示す(in vitro)。また、フリーラジカルが角質細胞同士の結合を弛め、角層剥離を促進し毛漏斗部の角層肥厚を改善する。</p>
269	ロゼックスゲル0.75% (ガルデルマ)	0.75%, 1g	101.40	処	<p>メトロニダゾール 適応は、がん性皮膚潰瘍部位の殺菌・臭気の軽減。 症状及び病巣の広さに応じて適量を使用。潰瘍面を清拭後、1日1~2回ガーゼ等のにぼして貼付するか、患部に直接塗布しその上をガーゼ等で保護する。 脳、脊髄に器質的疾患のある患者(脳・脊髄腫瘍の患者を除く)、妊娠3ヶ月以内の婦人は禁忌。 皮膚潰瘍部位への塗布により全身吸収が認められるため、広範囲の場合等には、経口用又は点滴</p>

				<p>静注用製剤の投与の副作用（末梢神経障害、中枢神経障害、白血球減少、好中球減少等）が、血中濃度の上昇により発現するおそれがある。異常が認められた場合には投与を中止するなど、適切な処置を行う。</p> <p>患部の刺激により、潰瘍部位の血管が損傷し、出血を招くことがあるので、ガーゼの交換等の処置は十分注意して行う（浸潤させるなど乾燥に注意する）。刺激感を伴う皮膚症状が認められた場合は、使用回数を減らすか、一時的に本剤の使用を中止し、必要に応じ医師の指示を受けるよう患者に指導する。</p> <p>使用中は、日光又は日焼けランプ等による紫外線曝露を避ける（紫外線照射により不活性体に転換され、効果が減弱する）。</p> <p>皮膚潰瘍部位において臭気物質（プトレシン、カダベリン）を産生する数種類のグラム陽性及びグラム陰性嫌気性菌に対して抗菌作用を発揮し、がん性皮膚潰瘍の臭気を軽減する。メトロニダゾールは嫌気性条件下で原虫又は菌体内の酸化還元系によって還元を受け、ニトロソ化合物に変化し、ニトロソ化合物がDNAと結合してDNA合成を阻害し、抗原虫作用及び抗菌作用を示す。また、反応の途中で生成したヒドロキシルアミン付加体がDNA損傷を惹起する。</p> <p>新投与経路（規発売品は内服錠、嚥錠、注射剤）。</p>
--	--	--	--	--