

医薬品リスク管理計画
(RMP)

本資料は医薬品リスク管理計画に
基づき作成された資料です

ファイアスプ®注の 投与のタイミングにおける 適正使用のお願い



「フィアスプ®注の投与のタイミング」におけるポイント

- 通常は、
毎**食事開始時（食事開始前の2分以内）**に皮下投与します。
- 必要な場合は、
食事開始後（食事開始から20分以内）の投与とすることもできます。

食事開始後の投与については、血糖コントロールや低血糖の発現に関する臨床試験成績を踏まえた上で、患者さんの状況*に応じて判断する必要があります。

- *・食事開始時に投与が難しい場合
- ・食事量の予測が難しい場合 など。

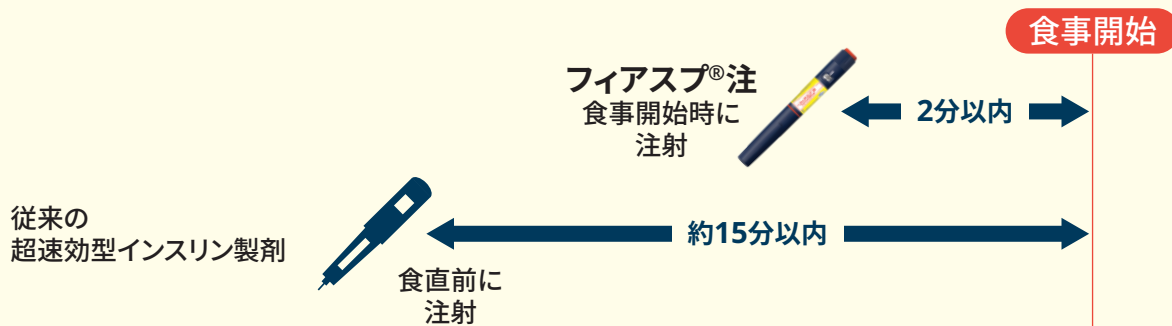
食事開始時の投与について、ご指導いただく際のポイント

<フィアスプ®注を投与する時間について>

フィアスプ®注は、従来の超速効型インスリンより速く効き目があらわれます。低血糖を回避するため、投与するタイミングに注意が必要です。

食事 開始時

食事開始時(食事開始前の2分以内)に投与する必要があります。
投与後、速やかに食事を始めるようご指導ください。



●従来の超速効型インスリン製剤とは投与時間が異なりますので、切り替え時には特に投与するタイミングをご指導ください。

フィアスプ®注の薬物動態・薬力学の詳細はP6、P7をご参照ください

食事開始後の投与について、ご指導いただく際のポイント

<フィアスプ®注を投与する時間について>

食事開始後に投与することもできますが、その場合、期待する血糖コントロールが得られない可能性があります。臨床試験成績を踏まえ、患者さんの状況（生活習慣、食事の種類など）に応じてご検討いただき、投与するタイミングについて指導をお願いいたします。

食事
開始後

食事開始から20分以内に投与します。

食事開始

フィアスプ®注



食事開始から20分以内

食事開始後
20分

食事終了

食事終了

フィアスプ®注の臨床試験成績はP8、P9をご参照ください

小児患者さんへの投与について

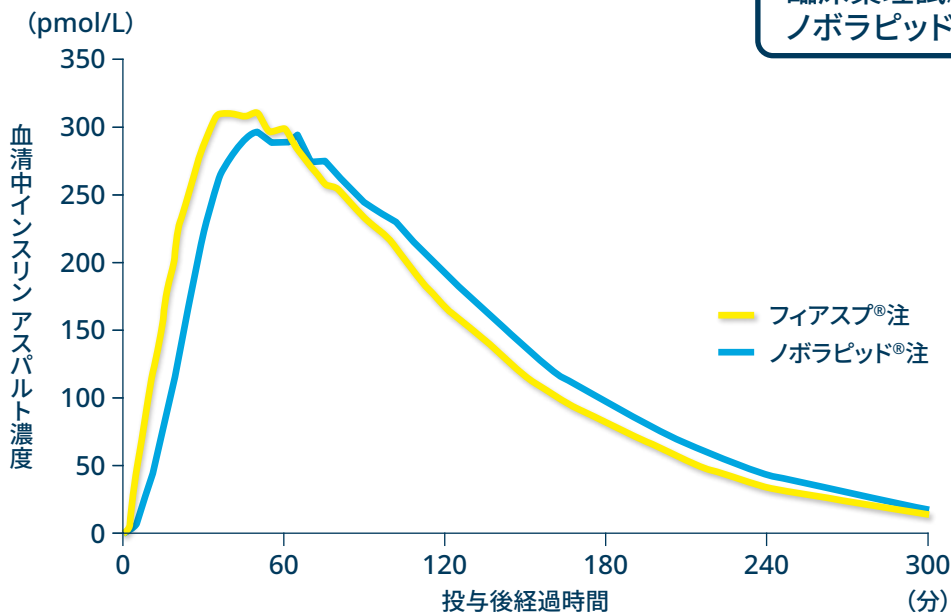
夕食開始後に投与する場合は、夜間低血糖の発現に注意するようにご指導ください。

夜間低血糖の患者あたりの年間発現件数は、フィアスプ®注食前投与群で3.08件/人・年、フィアスプ®注食後投与群で3.74件/人・年、ノボラピッド®注食前投与群で2.45件/人・年であった。全般的な低血糖、有害事象及びその他の安全性評価項目に群間で明らかな違いは認められなかった。

フィアスプ®注添付文書 第2版 17.1.2 より抜粋

フィアスプ®注の投与後0~5時間の平均インスリン アスパルト濃度推移プロファイル(日本人データ)

臨床薬理試験により、フィアスプ®注のonset of appearanceは、ノボラピッド®注のおよそ半分であることが示されました。



	onset of appearance (min)	t _{50%C_{max}} (min)	t _{max} (min)
フィアスプ®注 (41例)	2.98 ± 1.13	19.12 ± 5.74	53.41 ± 18.66
ノボラピッド®注 (41例)	7.05 ± 3.22	29.27 ± 7.66	68.54 ± 27.46
差 (フィアスプ®注 - ノボラピッド®注) [95%信頼区間]	-4.08 [-4.99; -3.18]	-10.15 [-12.33; -7.98]	-15.37 [-24.13; -6.61]

平均値 ± SD, onset of appearance: 投与から血清中インスリン アスパルト濃度が定量下限値に最初に達するまでの時間、t_{50%C_{max}}: 血清中インスリン アスパルト濃度がC_{max}の50%を超えた最初の時点までの時間

	AUC _{0-15min} (pmol*h/L)	AUC _{0-30min} (pmol*h/L)	AUC _{0-1h} (pmol*h/L)
フィアスプ®注 (41例)	15.80	65.82	201.11
ノボラピッド®注 (41例)	4.83	33.95	154.04
比 (フィアスプ®注 / ノボラピッド®注) [95%信頼区間]	3.26 [2.65; 4.02]	1.94 [1.68; 2.25]	1.31 [1.17; 1.47]

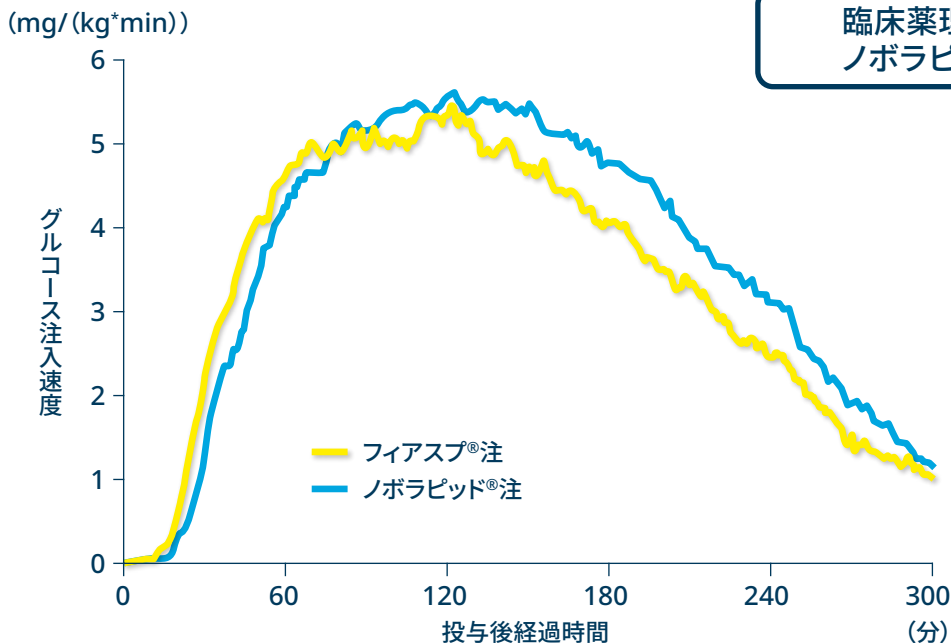
	AUC _{0-12h} (pmol*h/L)	C _{max} (pmol/L)
フィアスプ®注 (41例)	641.13	318.97
ノボラピッド®注 (41例)	644.41	298.93
比 (フィアスプ®注 / ノボラピッド®注) [95%信頼区間]	0.99 [0.96; 1.02]	1.07 [0.96; 1.19]

幾何平均値、AUC_{0-12h}は90%信頼区間

対象: 日本人1型糖尿病患者 43例
 方法: 血糖クランプ施行下で0.2単位/kgのフィアスプ®注、ノボラピッド®注それぞれを別の日に単回投与し、血清中のインスリン アスパルト濃度の推移について検討した。
 onset of appearance: 投与から血清中インスリン アスパルト濃度が定量下限値に最初に達するまでの時間

フィアスプ®注添付文書 第2版; Shiramoto M et al.: J Diabetes Investig 9 (2): 303-310, 2018

フィアスプ®注の投与後0～5時間の平均グルコース注入速度推移プロファイル(日本人データ)



臨床薬理試験により、フィアスプ®注のonset of actionはノボラピッド®注に比べ、約5分速いことが示されました。

	onset of action (min)	t _{50%GIRmax} (min)	t _{GIRmax} (min)
フィアスプ®注 (43例)	20.19±6.93	37.49±7.57	119.42±30.62
ノボラピッド®注 (42例)	25.45±8.04	47.31±12.20	137.98±40.95
差 (フィアスプ®注-ノボラピッド®注) [95%信頼区間]	-5.29 [-8.42; -2.16]	-9.97 [-12.78; -7.15]	-18.54 [-32.88; -4.20]

平均値±SD, onset of action: 投与から血糖値がベースラインより5 mg/dL以上低下するまでの時間、t_{50%GIRmax}: グルコース注入速度 (GIR) が最大値 (GIR_{max}) の50%を超えた最初の時点までの時間、t_{GIRmax}: GIR_{max}到達時間

	AUC _{GIR 0-30min} (mg/kg)	AUC _{GIR 0-1h} (mg/kg)	AUC _{GIR 0-12h} (mg/kg)	GIR _{max} (mg/kg/min)
フィアスプ®注 (43例)	15.45±11.88	117.19	1026.23	5.34
ノボラピッド®注 (42例)	7.37±10.64	85.84	1093.73	5.57
比 (フィアスプ®注/ノボラピッド®注) [95%信頼区間]	2.10 [1.32; 4.08]	1.36 [1.20; 1.54]	0.93 [0.87; 0.99]	0.95 [0.89; 1.02]

幾何平均値、AUC_{GIR 0-30min}は平均値±SD、GIR_{max}: グルコース注入速度の最大値

対象: 日本人1型糖尿病患者 43例
 方法: 血糖クランプ施行下で0.2単位/kgのフィアスプ®注、ノボラピッド®注それぞれを別の日に単回投与し、グルコース注入速度の推移について検討した。
 onset of action: 投与から血糖値がベースラインより5 mg/dL以上低下するまでの時間

フィアスプ®注添付文書 第2版; Shiramoto M et al.: J Diabetes Investig 9 (2): 303-310, 2018

フィアスプ®注の臨床試験成績 (成人1型糖尿病患者)

17.1.1 成人1型糖尿病患者における試験：Basal-Bolus療法 (国際共同第III相試験)

Basal-Bolus療法実施中の成人1型糖尿病患者1025例〔フィアスプ®注食前投与群：342例 (日本人：73例)、フィアスプ®注食後投与群：341例 (日本人：89例)、ノボラピッド®注食前投与群：342例 (日本人：83例)〕を対象とし、26週間試験を実施した (治験薬の投与開始前に基礎インスリンの投与量を調整する8週間のrun-in期間を設定)。盲検下でフィアスプ®注もしくはノボラピッド®注を1日3回食前 (食事開始前0～2分前)、又は非盲検下でフィアスプ®注を1日3回食後 (食事終了時又は食事が20分で終了しない場合は食事開始後20分) に皮下投与し、投与量は食前もしくは就寝前の自己血糖測定値又はカーボカウントに基づいて調節した。また、基礎インスリンとしてインスリン デグルデクを1日1回皮下投与した。主要評価項目であるHbA1cのベースラインから26週の変化量について、フィアスプ®注の食前投与及び食後投与いずれについてもノボラピッド®注に対する非劣性が検証された (非劣性マージン：0.4%)。低血糖、有害事象及びその他の安全性評価項目に群間で明らかな違いは認められなかった。

		フィアスプ®注 食前投与群		フィアスプ®注 食後投与群		ノボラピッド®注 食前投与群	
N		342		341		342	
HbA1c (%)							
ベースライン (平均値±SD)	試験終了時 (平均値±SD)	7.46 ±0.68	7.33 ±0.79	7.40 ±0.60	7.41 ±0.75	7.41 ±0.79	7.31 ±0.81
変化量 (平均値±SD)		-0.12±0.64		0.002±0.64		-0.10±0.66	
差 (フィアスプ®注-ノボラピッド®注) [95%信頼区間] ^a		-0.02 [-0.11; 0.07]		0.10 [0.004; 0.19]		-	
食後1時間の血糖増加量 (食事負荷試験) (mg/dL)							
ベースライン (平均値±SD)	試験終了時 (平均値±SD)	94.16 ±64.29	74.57 ±53.22	88.38 ±61.26	107.05 ±62.95	93.21 ±65.21	90.52 ±56.61
変化量 (平均値±SD)		-20.30±72.86		18.75±63.67		-2.74±68.18	
差 (フィアスプ®注-ノボラピッド®注) [95%信頼区間] ^a		-16.24 [-24.42; -8.05]		18.26 [10.08; 26.45]		-	
重大な又は血糖値確定低血糖 ^b							
患者あたりの年間発現件数 (件/人・年) 及び低血糖を 発現した被験者の割合 (%)		34.09 (88.9)		39.40 (86.5)		40.08 (88.3)	
比 (フィアスプ®注/ノボラピッド®注) [95%信頼区間] ^c		0.84 [0.70; 1.01]		0.97 [0.81; 1.16]		-	

a: 共分散分析 (HbA1cは多重補完法により欠測値を補完。投与の中止又は補助的治療の有無に関わらず、得られた観測値に基づく)。b: 米国糖尿病学会の低血糖の分類における重大な低血糖又は低血糖症状の有無に関わらず血糖値が56 mg/dL未満と確認された低血糖。c: 負の二項分布帰帰モデル。

フィアスプ®注の臨床試験成績 (小児1型糖尿病患者)

17.1.2 小児1型糖尿病患者における試験：Basal-Bolus療法 (国際共同第III相試験)

Basal-Bolus療法実施中の小児 (1～18歳未満) 1型糖尿病患者777例 (フィアスプ®注食前投与群：260例 (日本人：24例)、フィアスプ®注食後投与群：259例 (日本人：19例)、ノボラピッド®注食前投与群：258例 (日本人：23例)) を対象とし、26週間試験を実施した (治験薬の投与開始前に基礎インスリンの投与量を調整する12週間のrun-in期間を設定)。盲検下でフィアスプ®注もしくはノボラピッド®注を1日3回食前 (食事開始前0～2分前)、又は非盲検下でフィアスプ®注を1日3回食後 (食事開始後20分) に皮下投与し、投与量は食前もしくは就寝前の自己血糖測定値又はカーボカウントに基づいて調節した。また、基礎インスリンとしてインスリン デグルデクを1日1回皮下投与した。

主要評価項目であるHbA1cのベースラインから26週の変化量について、フィアスプ®注の食前投与及び食後投与いずれについてもノボラピッド®注に対する非劣性が検証された (非劣性マージン：0.4%)。

夜間低血糖の患者あたりの年間発現件数は、フィアスプ®注食前投与群で3.08件/人・年、フィアスプ®注食後投与群で3.74件/人・年、ノボラピッド®注食前投与群で2.45件/人・年であった。全般的な低血糖、有害事象及びその他の安全性評価項目に群間で明らかな違いは認められなかった。

		フィアスプ®注 食前投与群		フィアスプ®注 食後投与群		ノボラピッド®注 食前投与群	
N		260		259		258	
HbA1c (%)							
ベースライン (平均値±SD)	試験終了時 (平均値±SD)	7.57 ±0.80	7.63 ±0.89	7.58 ±0.84	7.93 ±0.97	7.53 ±0.83	7.77 ±1.05
変化量 (平均値±SD)		0.05±0.80		0.35±0.83		0.23±0.82	
差 (フィアスプ®注-ノボラピッド®注) [95%信頼区間] ^a		-0.17 [-0.30; -0.03]		0.13 [-0.01; 0.26]		-	
食後1時間の血糖増加量 (8点血糖自己測定) (mg/dL)							
ベースライン (平均値±SD)	試験終了時 (平均値±SD)	21.64 ±48.70	6.91 ±35.64	18.14 ±44.73	29.14 ±40.97	17.40 ±45.91	21.93 ±41.56
変化量 (平均値±SD)		-16.24±52.30		10.47±52.23		3.88±48.82	
差 (フィアスプ®注-ノボラピッド®注) [95%信頼区間] ^a		-16.79 [-24.27; -9.30]		7.84 [0.29; 15.38]		-	
重大な又は血糖値確定低血糖 ^b							
患者あたりの年間発現件数 (件/人・年) 及び低血糖を 発現した被験者の割合 (%)		27.91 (87.4)		28.15 (88.0)		25.66 (84.1)	
比 (フィアスプ®注/ノボラピッド®注) [95%信頼区間] ^c		1.11 [0.90; 1.37]		1.11 [0.90; 1.37]		-	

a: 共分散分析 (多重補完法により欠測値を補完。投与の中止又は補助的治療の有無に関わらず、得られた観測値に基づく)。
b: 国際小児・若年者糖尿病学会 (2014) の低血糖の分類における重大な低血糖又は低血糖症状の有無に関わらず血糖値が56 mg/dL未満と確認された低血糖。c: 負の二項分布回帰モデル。

劇薬 処方箋医薬品[※] 超速効型インスリンアナログ注射液 インスリン アスパルト(遺伝子組換え)

フィアスプ®注 フレックスタッチ® フィアスプ®注 ペンフィル® フィアスプ®注 100単位/mL

貯法:凍結を避け、2～8℃に保存 有効期間:製造後30ヵ月 注)注意—医師等の処方箋により使用すること

販売名(洋名)	フィアスプ®注 フレックスタッチ® (Fiasp Injection FlexTouch®)	フィアスプ®注 ペンフィル® (Fiasp Injection Penfill®)	フィアスプ®注 100単位/mL (Fiasp Injection 100 U/mL)
承認番号	30100AMX00234000	30100AMX00235000	30100AMX00294000
薬価基準収載年月	2019年11月	2019年11月	2019年11月
販売開始	2020年2月	2020年2月	2020年2月

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 2.1 低血糖症状を呈している患者 [11.1.1参照]
- 2.2 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

3. 組成・性状

3.1 組成【製剤】フィアスプ®注 フレックスタッチ®(1筒(3mL))・フィアスプ®注 ペンフィル®(1カートリッジ(3mL)) <有効成分>日局インスリン アスパルト(遺伝子組換え)[※]:300単位 <添加剤>フェノール:4.5mg、m-クレゾール:5.16mg、濃グリセリン:9.9mg、酢酸亜鉛(亜鉛含量として):58.8μg、リン酸水素ナトリウム二水和物:1.59mg、L-アルギニン塩酸塩(L-アルギニン含量として):10.44mg、ニコチン酸アミド:62.28mg、塩酸・適量、水酸化ナトリウム:適量 【製剤】フィアスプ®注 100単位/mL(1バイアル(10mL)) <有効成分>日局インスリン アスパルト(遺伝子組換え)[※]:1000単位 <添加剤>フェノール:15mg、m-クレゾール:17.2mg、濃グリセリン:33mg、酢酸亜鉛(亜鉛含量として):196μg、リン酸水素ナトリウム二水和物:5.3mg、L-アルギニン塩酸塩(L-アルギニン含量として):34.8mg、ニコチン酸アミド:207.6mg、塩酸・適量、水酸化ナトリウム:適量 注)1単位は6nmolに相当。本剤の単位はインスリン アスパルト単位であるが、インスリン アスパルト1単位は、インスリンヒト(遺伝子組換え)の1国際単位と同等である。本剤は出芽酵母を用いて製造される。

3.2 製剤の性状【製剤】フィアスプ®注 フレックスタッチ®・フィアスプ®注 ペンフィル®・フィアスプ®注 100単位/mL <剤形・性状>注射剤 無色澄明の液である。<pH>7.1 <浸透圧比(生理食塩液に対する比)>約1 <識別>フィアスプ®注 フレックスタッチ®:注ボタン(生色コ랄レッド、フィアスプ®注 ペンフィル®:カラー帯の色 コーラルレッド、イエロー

4. 効能又は効果

インスリン療法が適応となる糖尿病

5. 効能又は効果に関連する注意

2型糖尿病患者においては、急を要する場合以外は、あらかじめ糖尿病治療の基本である食事療法、運動療法を十分行ったうえで適用を考慮すること。

6. 用法及び用量

<フィアスプ®注 フレックスタッチ®・フィアスプ®注 ペンフィル®>本剤は持続型インスリン製剤と併用する超速効型インスリンアナログ製剤である。通常、成人では、初期は1回2～20単位を毎食開始時に皮下投与するが、必要な場合は食事開始後の投与とすることもできる。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が、持続型インスリン製剤の投与量を含めた維持量は通常1日4～100単位である。通常、小児では、毎食開始時に皮下投与するが、必要な場合は食事開始後の投与とすることもできる。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が、持続型インスリン製剤の投与量を含めた維持量は通常1日0.5～1.5単位/kgである。<フィア

スプ®注 100単位/mL>通常、成人では、初期は1回2～20単位を毎食開始時に皮下投与するが、必要な場合は食事開始後の投与とすることもできる。また、持続型インスリン製剤と併用することもある。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が、持続型インスリン製剤の投与量を含めた維持量は通常1日4～100単位である。通常、小児では、毎食開始時に皮下投与するが、必要な場合は食事開始後の投与とすることもできる。また、持続型インスリン製剤と併用することもある。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が、持続型インスリン製剤の投与量を含めた維持量は通常1日0.5～1.5単位/kgである。必要に応じポータルインスリン用輸液ポンプを用いて投与する。また、必要に応じ静脈内注射を行う。

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 本剤は、ノボラピッド®注より作用発現が速いため、食事開始時(食事開始前の2分以内)に投与すること。また、食事開始後の投与の場合は、食事開始から20分以内に投与すること。なお、食事開始後の投与については、血糖コントロールや低血糖の発現に関する臨床試験成績を踏まえた上で、患者の状況に応じて判断すること。[16.1、16.8.1、17.1.1、17.1.2 参照] **7.2** 他の追加インスリン製剤から本剤へ切り替える場合、前治療で使用していた製剤と同じ単位数を目安として投与を開始し、本剤への切替え時及びその後の数週間は血糖コントロールのモニタリングを十分に行うこと。**7.3** 小児では、インスリン治療開始時の初期投与量は、患者の状態により個別に決定すること。<フィアスプ®注 100単位/mL> **7.4** 静脈内注射は、自己注射では行わず、医師等の管理下で行うこと。

8. 重要な基本的注意

<製剤共通>**8.1** 低血糖に関する注意について、その対処法も含め患者及びその家族に十分徹底させること。本剤は、作用発現が速いため、ノボラピッド®注と比べて低血糖が速く発現する可能性がある。[9.1.2、11.1.1、16.1、16.8.1 参照] **8.2** 低血糖症状を起こすことがあるので、高所作業、自動車の運転等に従事している患者に投与するときには注意すること。[11.1.1 参照] **8.3** 肝機能障害があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合はインスリン製剤を変更することなど適切な処置を行うこと。**8.4** 急激な血糖コントロールに伴い、糖尿病網膜症の顕在化又は増悪、眼の屈折異常、末梢浮腫、治療後神経障害(主として有痛性)があらわれることがあるので注意すること。**8.5**<フィアスプ®注 フレックスタッチ®>本剤の自己注射にあたっては、以下の点に留意すること。•投与法について十分な教育訓練を実施したのち、患者自ら確実に投与とすることができることを確認した上で、医師の管理指導の下で実施すること。•全ての器具の安全な廃棄方法について指導を徹底すること。•添付されている取扱説明書を必ず読むよう指導すること。<フィアスプ®注 ペンフィル®>本剤の自己注射にあたっては、以下の点に留意すること。•投与法について十分な教育訓練を実施したのち、患者自ら確実に投与とすることができることを確認した上で、医師の管理指導の下で実施すること。•全ての器具の安全な廃棄方法について指導を徹底すること。•専用のインスリンペン型注入器の取扱説明書を必ず読むよう指導すること。<フィア

スプ®注 100単位/mL>本剤の自己注射にあたっては、以下の点に留意すること。•投与法について十分な教育訓練を実施したのち、患者自ら確実に投与とすることができることを確認した上で、医師の管理指導の下で実施すること。•全ての器具の安全な廃棄方法について指導を徹底すること。**8.6** 本剤と他のインスリン製剤を取り違えないよう、毎回注射する前に本剤のラベル等を確認するよう患者に十分指導すること。<フィアスプ®注 フレックスタッチ®・フィアスプ®注 ペンフィル®・フィアスプ®注 100単位/mL> ***8.7** 同一箇所への繰り返し投与により、注射箇所皮膚アミロイドーシス又はリポジストロフィーがあらわれることがあるので、定期的に注射箇所を観察するとともに、以下の点を患者に指導すること。•本剤の注射箇所は、少なくとも前回の注射箇所から2～3cm離すこと。[14.1.2参照(フィアスプ®注 フレックスタッチ®・フィアスプ®注 ペンフィル®)、14.1.3参照(フィアスプ®注 100単位/mL)]•注射箇所の腫瘍や硬結が認められた場合には、当該箇所への投与を避けること。***8.8** 皮膚アミロイドーシス又はリポジストロフィーがあらわれた箇所本剤を投与した場合、本剤の吸収が妨げられ十分な血糖コントロールが得られなくなることがある。血糖コントロールの不良が認められた場合には、注射箇所の腫瘍や硬結の有無を確認し、注射箇所の変更とともに投与量の調整を行うなどの適切な処置を行うこと。血糖コントロールの不良に伴い、過度に増量されたインスリン製剤が正常な箇所へ投与されたことにより、低血糖に至った例が報告されている。<フィアスプ®注 100単位/mL> ***8.9** インスリン含有単位(UNITS)と液量の単位(mL)を混同することにより、誤ったインスリン量を投与する可能性がある。本剤を調製又は投与する場合は、「単位」もしくは「UNITS」の目盛が表示されているインスリンバイアル専用の注射器を用いること。ただし、持続皮下インスリン注入療法(CSII療法)を用いる場合は、ポータルインスリン用輸液ポンプの取扱説明書に記載された器具を用いること。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者 **9.1.1 手術、外傷、感染症等の患者** インスリン需要の変動が激しい。**9.1.2 低血糖を起こすおそれがある以下の患者又は状態**•脳下垂体機能不全又は副腎機能不全 •下痢、嘔吐等の胃腸障害 •飢餓状態、不規則な食事摂取 •激しい筋肉運動 •過度のアルコール摂取者[8.1、11.1.1 参照] **9.1.3 食物の吸収遅延が予測される疾患を有する患者又は食物の吸収を遅延させる薬剤を服用中の患者** 本剤は作用発現が速いことから、低血糖を起こすおそれがある。[11.1.1 参照] **9.2 腎機能障害患者** **9.2.1 重度の腎機能障害患者** 低血糖を起こすおそれがある。[11.1.1 参照] **9.3 肝機能障害患者** **9.3.1 重度の肝機能障害患者** 低血糖を起こすおそれがある。[11.1.1 参照] **9.5 妊婦** 妊娠した場合、あるいは妊娠が予測される場合には医師に知らせるよう指導すること。妊娠中、産前産後等にはインスリンの需要量が変化しやすいため、用量に留意し、定期的に検査を行い投与量を調整すること。通常インスリン需要量は、妊娠初期は減少し、中期及び後期は増加する。**9.6 授乳婦** 用量に留意し、定期的に検査を行い投与量を調整すること。インスリンの需要量が変化しやすい。**9.7 小児等** **9.7.1** 定期的に検査を行い投与量を調整すること。成長、

思春期及び活動性によりインスリンの需要量が変化します。**9.7.2** 夕食開始後に投与する場合は、夜間低血糖の発現に注意するよう指導すること。[17.1.2 参照] **9.8 高齢者** 患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。生理機能が低下していることが多く、低血糖が発現しやすい。[11.1.1 参照]

10. 相互作用

10.2 併用注意(併用に注意すること) <臨床症状・措置方法>血糖降下作用の増強による低血糖症状があらわれることがある。併用する場合は血糖値その他患者の状態を十分観察しながら投与すること[11.1.1 参照]。<薬剤名等/機序・危険因子>●糖尿病用薬(ビグアナイド薬、スルホニルウレア薬、速効型インスリン分泌促進薬、α-グルコシダーゼ阻害薬、チアゾリジン薬、DPP-4阻害薬、GLP-1受容体作動薬、SGLT2阻害薬等)/血糖降下作用が増強される。●モノアミン酸化酵素(MAO)阻害剤/インスリン分泌促進、糖新生抑制作用による血糖降下作用を有する。●三環系抗うつ剤(ノルトリプチン塩酸塩等)/機序は不明であるが、インスリン感受性を増強するなどの報告がある。●サリチル酸誘導体(アスピリン、エテンザミド)/糖に対するβ細胞の感受性の亢進やインスリン利用率の増加等による血糖降下作用を有する。また、末梢で弱いインスリン様作用を有する。●抗腫瘍剤(シクロホスファミド水和物)/インスリンが結合する抗体の生成を抑制し、その結合部位からインスリンを遊離させる可能性がある。●β-遮断剤(プロプラノロール塩酸塩、アテノロール、ピンドロール)/アドレナリンによる低血糖からの回復反応を抑制する。また、低血糖に対する交感神経系の症状(振戦、動悸等)をマスクし、低血糖を遷延させる可能性がある。●クマリン系薬剤(ワルファリンカリウム)/機序不明●クロラムフェニコール/機序不明●ベザフィブラート/インスリン感受性増強等の作用により、本剤の作用を増強する。●サルファ剤/膵臓でのインスリン分泌を増加させることにより、低血糖を起こすと考えられている。腎機能低下、空腹状態の遷延、栄養不良、過量投与が危険因子となる。●シベンソリンコハク酸塩、ジソピラミド、ピルメノール塩酸塩水和物/インスリン分泌作用を認めたとの報告がある。<臨床症状・措置方法>血糖降下作用の減弱による高血糖症状があらわれることがある。併用する場合は血糖値その他患者の状態を十分観察しながら投与すること。<薬剤名等/機序・危険因子>●チアジド系利尿剤(トリクロルメチアジド)/カリウム喪失が関与すると考えられている。カリウム欠乏時には、血糖上昇反応に対するβ細胞のインスリン分泌能が低下する可能性がある。●副腎皮質ステロイド(プレドニゾン、トリアムシノン)/糖新生亢進、筋肉組織・脂肪組織からのアミノ酸や脂肪酸の遊離促進、末梢組織でのインスリン感受性低下等による血糖上昇作用を有する。●ACTH(テトラコサチド酢酸塩)/副腎皮質刺激作用により糖質コルチコイドの分泌が増加する。糖質コルチコイドは、糖新生亢進、筋肉組織・脂肪組織からのアミノ酸や脂肪酸の遊離促進、末梢組織でのインスリン感受性低下等による血糖上昇作用を有する。●アドレナリン/糖新生亢進、末梢での糖利用抑制、インスリン分泌抑制による血糖上昇作用を有する。●グルカゴン/糖新生亢進、肝グリコーゲン分解促進による血糖上昇作用を有する。●甲状腺ホルモン(レボチロキシンナトリウム水和物)/糖新生亢進、肝グリコーゲン分解促進による血糖上昇作用を有する。●成長ホルモン(ソマトロピン)/抗インスリン様作用による血糖上昇作用を有する。●卵胞ホルモン(エチノールエストラジオール、結合型エストロゲン)、経口避妊薬/末梢組織でインスリンの作用に拮抗する。●ニコチン酸/末梢組織でのインスリン感受性を低下させるため耐糖能障害を起こす。●濃グリ

セリン/代謝されて糖になるため、血糖値が上昇する。●イソニアジド/炭水化物代謝を阻害することによる血糖上昇作用を有する。●ダナゾール/インスリン抵抗性を増強するおそれがある。●フェニトイン/インスリン分泌抑制作用を有する。<臨床症状・措置方法>血糖降下作用の増強による低血糖症状[11.1.1 参照]、又は減弱による高血糖症状があらわれることがある。併用する場合は血糖値その他患者の状態を十分観察しながら投与すること。<薬剤名等/機序・危険因子>●蛋白同化ステロイド(メテロロン)/機序不明●ソマトスタチンアナログ製剤(オクトレオチド酢酸塩、ランレオチド酢酸塩)/インスリン、グルカゴン及び成長ホルモン等互いに拮抗的に調節作用をもつホルモン間のバランスが変化することがある。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、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こと。**11.1 重大な副作用 11.1.1 低血糖**(頻度不明) 脱力感、倦怠感、高度の空腹感、冷汗、顔面蒼白、動悸、振戦、頭痛、めまい、嘔気、視覚異常、不安、興奮、神経過敏、集中力低下、精神障害、痙攣、意識障害(意識混濁、昏睡)等があらわれることがある。無処置の状態が続くと低血糖昏睡等を起こし、重篤な転帰(中枢神経系の不可逆的障害、死亡等)をとおそれがある。長期にわたる糖尿病、糖尿病性神経障害、β-遮断剤投与あるいは強化インスリン療法が行われている場合では、低血糖の初期の自覚症状(冷汗、振戦等)が通常と異なる場合や、自覚症状があらわれないまま、低血糖あるいは低血糖性昏睡に陥ることがある。症状が認められた場合には糖質を含む食品を摂取する等、適切な処置を行うこと。α-グルコシダーゼ阻害薬との併用時にはブドウ糖を投与すること。経口摂取が不可能な場合は、ブドウ糖の静脈内投与やグルカゴンの筋肉内投与等、適切な処置を行うこと。低血糖は臨床的に回復した場合には再発することがあるため継続的に観察すること。[2.1、8.1、8.2、9.1.2、9.1.3、9.2.1、9.3.1、9.8、10.2 参照] **11.1.2 アナフィラキシーショック**(頻度不明) 呼吸困難、血圧低下、頻脈、発汗、全身の発疹、血管神経性浮腫等の症状が認められた場合は投与を中止すること。

*11.2 その他の副作用

免疫系障害	0.2~3%未満	頻度不明
眼障害	糖尿病網膜症の顕在化又は増悪	過敏症
皮膚及び皮下組織障害	リポジストロフィー(皮下脂肪の萎縮・肥厚等)、アレルギー性皮膚疾患(発疹、じん麻疹、そう痒等)	皮膚アミロイドーシス
全身障害及び投与部位状態	注射部位/注入部位反応	

14. 適用上の注意

14.1 薬剤投与時の注意 <フィアスプ®注 フレックスタッチ®・フィアスプ®注 ペンフィル®> **14.1.1 投与時** <製剤共通> (1) 本剤とA型専用注射針との装着時に液漏れ等の不具合が認められた場合には、新しい注射針に取り替える等の処置方法を十分患者に指導すること。(2) 1本の本剤を複数の患者に使用しないこと。<フィアスプ®注 フレックスタッチ®> 本剤はJIS T 3226-2に準拠したA型専用注射針を用いて使用すること。本剤はA型専用注射針との適合性の確認をペンニードル®で行っている。<フィアスプ®注 ペンフィル®> 本剤は専用のインスリンペン型注入器、またJIS T 3226-2に

準拠したA型専用注射針を用いて使用すること。本剤はA型専用注射針との適合性の確認をペンニードル®で行っている。**14.1.2 投与部位** 皮下注射は、腹部、上腕、大腿に行う。同じ部位に注射を行う場合は、その中で注射箇所を毎回変えること。前回注射箇所より2~3cm離して注射すること。[8.7参照] **14.1.3 投与経路** 静脈内及び筋肉内に投与しないこと。皮下注射したとき、まれに注射針が血管内に入り、注射後直ちに低血糖があらわれることがあるので注意すること。**14.1.4 その他** (1) 本剤と他の薬剤を混合しないこと。他の薬剤との混合に関するデータはない。(2) 注射後、注射針は廃棄すること。注射針は毎回新しいものを、必ず注射直前に取り付けること。(3) インスリンカートリッジにインスリン製剤を補充してはならない。(4) インスリンカートリッジにひびが入っている場合は使用しないこと。(5) インスリンカートリッジの内壁に付着物がみられたり、液中に塊や薄片がみられることがある。また、使用中に液が変色することがある。このような場合は使用しないこと。<フィアスプ®注 100単位/mL> **14.1.1 調製時・調製方法** (1) 本剤を0.9%生理食塩水又は5%ブドウ糖溶液に混合し、0.5単位/mLから1.0単位/mLの範囲の濃度に調製し、ポリエチレン製の容器中で放置したとき、24時間後までは安定である。インスリン製剤は混合した直後に容器への吸着が起きるので、持続静脈内注入は血糖値を観察しながら行うこと。(2) 本剤と他の薬剤を混合しないこと。他の薬剤との混合に関するデータはない。**14.1.2 投与时** (1) ポータブルインスリン輸液ポンプを用いて投与する際は、本剤を希釈液や他のインスリン製剤と混合しないこと。(2) ポータブルインスリン輸液ポンプを用いて投与する際は、注入器具(シリンジやチューブ等)の取扱説明書に従って、注入器具の交換を行うこと。**14.1.3 投与部位** 皮下注射は、腹部、上腕、大腿に行う。同じ部位に注射を行う場合は、その中で注射箇所を毎回変えること。前回注射箇所より2~3cm離して注射すること。[8.7参照] ***14.1.4 投与経路** 本剤の投与を皮下注射に行う場合、まれに注射針が血管内に入り、注射後直ちに低血糖があらわれることがあるので注意すること。**14.1.5 その他** 皮下注射の底や壁に付着物がみられたり、液中に塊や薄片がみられることがある。また、使用中に液が変色することがある。このような場合は使用しないこと。

15. その他の注意

15.1 臨床使用に基づく情報 15.1.1 インスリン又は経口糖尿病薬の投与中にアンジオテンシン変換酵素阻害剤を投与することにより、低血糖が起こりやすいとの報告がある。**15.1.2** ビオグリタゾンと併用した場合、浮腫が多く報告されている。併用する場合には、浮腫及び心不全の徴候を十分観察しながら投与すること。

20. 取扱上の注意

<フィアスプ®注 フレックスタッチ®> 使用中は室温にキャップ等により遮光して保管し、4週間以内を使用すること。冷蔵庫保管(2~8°C)も可能であるが、凍結を避けること。残った場合は廃棄すること。<フィアスプ®注 ペンフィル®> 使用中は冷蔵庫に入れず、室温にキャップ等により遮光して保管し、4週間以内を使用すること。残った場合は廃棄すること。<フィアスプ®注 100単位/mL> 使用中は室温に遮光して保管し、4週間以内を使用すること。冷蔵庫保管(2~8°C)も可能であるが、凍結を避けること。残った場合は廃棄すること。

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

22. 包装 <フィアスプ®注 フレックスタッチ®> 1筒 3mL(100単位/mL) : 2本 <フィアスプ®注 ペンフィル®> 1カートリッジ 3mL(100単位/mL) : 2本 <フィアスプ®注 100単位/mL> 1バイアル 10mL(100単位/mL) : 1本

24. 文献請求先及び問い合わせ先 ノボ ノルディスク ファーマ株式会社/ノボケア相談室 〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1 Tel 0120-180363(フリーダイヤル)

上記のD.I.は印刷日現在の製品添付文書に基づいたものです。詳細は添付文書をご参照ください。

フィアスプ®、Fiasp®、ノボラピッド®、フレックスタッチ®、FlexTouch®、ペンフィル®、Penfill®、ペンニードル®はNovo Nordisk A/Sの登録商標です。

JP20FSP00023
(2020年11月作成)

製造販売元(文献請求先)

ノボ ノルディスク ファーマ株式会社
〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1
www.novonordisk.co.jp

