

国内第Ⅱ相試験 (NM-K2002/NivoCUP試験)



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトPD-1モノクローナル抗体

オプジーボ[®] 点滴静注

20mg, 100mg, 120mg, 240mg

ニボルマブ(遺伝子組換え)製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注)}注) 注意-医師等の処方箋により使用すること**OPDIVO[®]**
(nivolumab)

1. 警告

- 1.1 本剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される症例についてのみ投与すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。
- 1.2 間質性肺疾患があらわれ、死亡に至った症例も報告されているので、初期症状(息切れ、呼吸困難、咳嗽、疲労等)の確認及び胸部X線検査の実施等、観察を十分に行うこと。また、異常が認められた場合には本剤の投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.2、9.1.2、11.1.1参照]

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

製造販売

小野薬品工業株式会社

プロモーション提携

ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社

国内第Ⅱ相試験 (NM-K2002/NivoCUP試験)⁶¹⁾

目的

腫瘍が転移巣であることが組織学的検査で確認され、かつ胸部腹部骨盤CT、FDG-PET、上下部消化管内視鏡検査等の画像検索及び必要に応じた専門的な診察(乳腺科、婦人科、泌尿器科及び耳鼻科)により、十分な全身検索を実施した上でも原発巣が特定されなかった上皮性悪性腫瘍(原発不明癌)(悪性黒色腫、悪性リンパ腫及び肉腫は除く)患者^{*1}におけるオプジーボの有効性及び安全性を検討する。化学療法既治療の原発不明癌患者に対する奏効率を主要評価項目として検討するとともに、化学療法未治療の原発不明癌患者に対する有効性を探索的に検討する。

注:化学療法は原発不明癌に対して本邦未承認

試験デザイン

多施設共同非盲検非対照第Ⅱ相試験(医師主導試験)

対象

腫瘍が転移巣であることが組織学的検査で確認され、かつ胸部腹部骨盤CT、FDG-PET、上下部消化管内視鏡検査等の画像検索及び必要に応じた専門的な診察(乳腺科、婦人科、泌尿器科及び耳鼻科)により、十分な全身検索を実施した上でも原発巣が特定されなかった上皮性悪性腫瘍(悪性黒色腫、悪性リンパ腫及び肉腫は除く)患者^{*1} 56例[化学療法既治療例:45例、化学療法未治療例:11例]

※1:以下のいずれかに該当する患者は除外とした

- ・腋窩リンパ節腫大のみを有する女性の腺癌患者
- ・腹膜播種(腹水)のみを有する女性の腺癌患者
- ・頸部リンパ節腫大のみを有する扁平上皮癌患者
- ・鼠径部リンパ節腫大のみを有する扁平上皮癌患者
- ・胚細胞腫瘍又は神経内分泌腫瘍の特徴を有する患者
- ・骨硬化性の骨転移のみを有し、血清又は腫瘍内の前立腺特異抗原(PSA)が高値を示す男性患者

投与方法

オプジーボ240mgを1日1回、2週間間隔で点滴静注した。

評価項目

有効性 主要評価項目:化学療法既治療例における奏効率(ORR) [RECISTガイドライン1.1版に基づく独立した中央判定によるCR又はPRの割合]

副次的評価項目:化学療法既治療例における奏効率(ORR) [RECISTガイドライン1.1版に基づく実施医療機関の医師判定によるCR又はPRの割合]

全体集団における奏効率(ORR)^{*2}

全体集団及び化学療法既治療例における最良総合効果(BOR)^{*2}、病勢制御率(DCR)^{*2}、奏効に至るまでの期間(TTR)^{*2}、奏効期間(DOR)^{*2}、標的病変の腫瘍径和の変化^{*2}、無増悪生存期間(PFS)^{*2}、全生存期間(OS)、6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月、24ヵ月時点での無増悪生存率^{*2}及び全生存率

探索的評価項目:化学療法未治療例における奏効率(ORR)^{*2}、最良総合効果(BOR)^{*2}、病勢制御率(DCR)^{*2}、奏効に至るまでの期間(TTR)^{*2}、奏効期間(DOR)^{*2}、標的病変の腫瘍径和の変化^{*2}、無増悪生存期間(PFS)^{*2}、全生存期間(OS)、6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月、24ヵ月時点での無増悪生存率^{*2}及び全生存率

安全性 有害事象、臨床検査値異常

※2:RECISTガイドライン1.1版に基づく中央判定及び実施医療機関の医師判定

解析計画

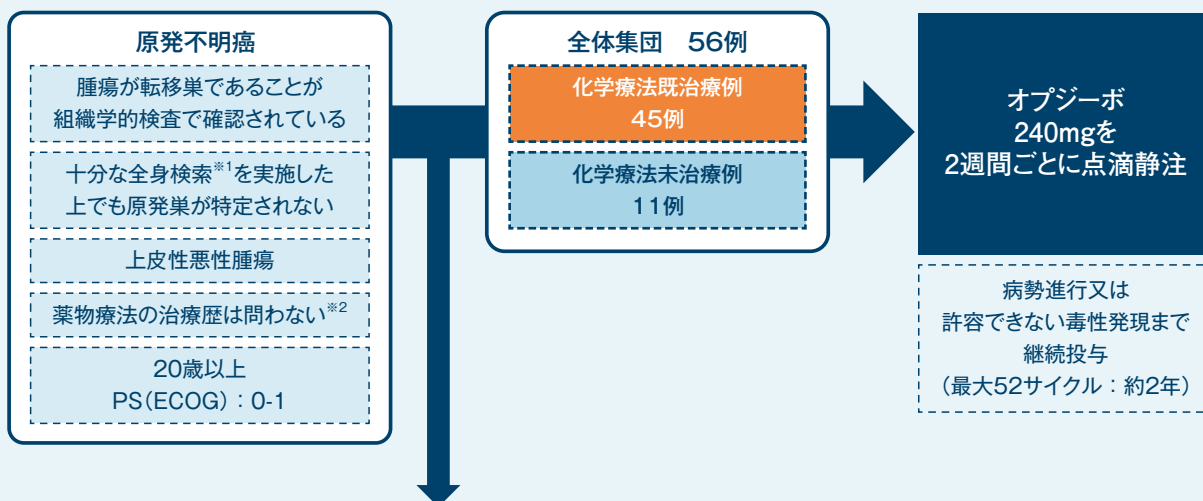
有効性

- ・抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に基づき評価した。
- ・奏効率(ORR)、病勢制御率(DCR:CR+PR+SD):各解析項目の割合及びその両側95%信頼区間(二項分布に基づく正確な方法)を算出した。化学療法既治療例における閾値奏効率を5.0%と設定した。
- ・最良総合効果(BOR):CR、PR、SD、PD及びNEの例数及び割合を算出した。
- ・標的病変の腫瘍径和の変化:被験者ごとの推移図を作成し、最大変化率のwaterfall plotを作成した。
- ・奏効に至るまでの期間(TTR):最良総合効果(BOR)がCR又はPRの被験者を対象にKaplan-Meier法を用いて要約統計量を算出した。
- ・奏効期間(DOR)、無増悪生存期間(PFS)、全生存期間(OS):Kaplan-Meier法を用いて各解析項目の中央値を算出し、その両側95%信頼区間はBrookmeyer-Crowley法を用いて算出した。
- ・無増悪生存率、全生存率:追跡期間に応じて、6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月、24ヵ月時点での無増悪生存率及び全生存率をKaplan-Meier法を用いて算出し、その両側95%信頼区間はGreenwood法を用いて算出した。

サブグループ解析:

- ・化学療法既治療例及び化学療法未治療例における有効性を上記評価項目に基づき評価した。
- ・全体集団において、TPS(Tumor Proportion Score)及びCPS(Combined Positive Score)に基づくPD-L1発現状況別(カットオフ値:TPS 1%、10%、50%、CPS 1、10、50)の奏効率(ORR)、最良総合効果(BOR)のサブグループ解析を行った。

試験デザイン



主な除外基準

- ・悪性黒色腫、悪性リンパ腫、肉腫
- ・腋窩リンパ節腫大のみを有する女性の腺癌患者
- ・腹膜播種(腹水)のみを有する女性の腺癌患者
- ・頸部リンパ節腫大のみを有する扁平上皮癌患者
- ・鼠径部リンパ節腫大のみを有する扁平上皮癌患者
- ・胚細胞腫瘍又は神経内分泌腫瘍の特徴を有する患者
- ・骨硬化性の骨転移のみを有し、血清又は腫瘍内の前立腺特異抗原 (PSA) が高値を示す男性患者

※1:胸腹部骨盤CT、FDG-PET、上下部消化管内視鏡検査等の画像検索及び必要に応じた専門的な診察(乳腺科、婦人科、泌尿器科及び耳鼻科)

※2:化学療法既治療例は原則としてプラチナ製剤を含む1レジメン以上の化学療法歴を有し、それらに不応又は不耐であること

4. 効能又は効果(一部抜粋)

原発不明癌

5. 効能又は効果に関連する注意(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

5.21 「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検索及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

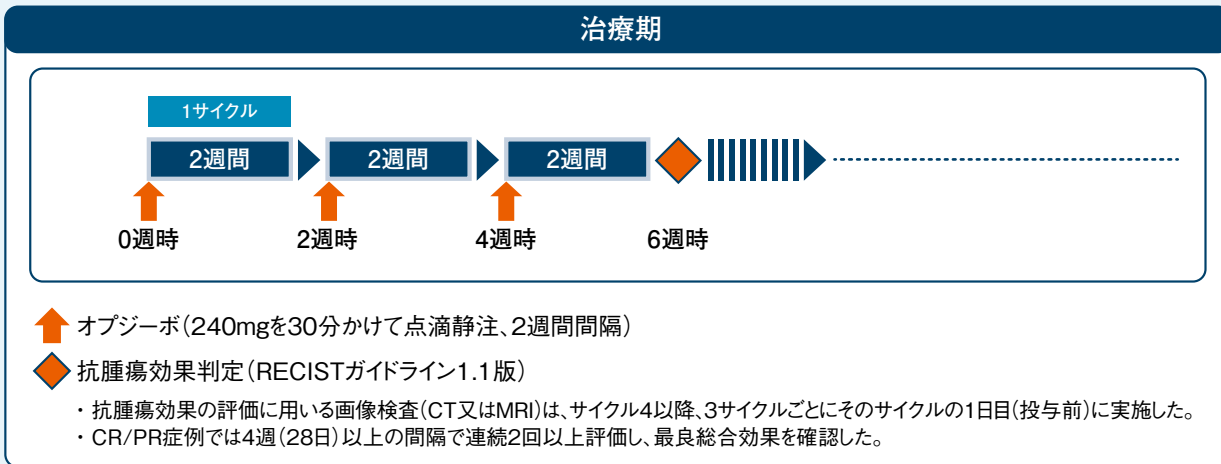
通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

投与方法



臨床成績
原発不明癌

4. 効能又は効果(一部抜粋)

原発不明癌

5. 効能又は効果に関連する注意(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

5.21 「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検索及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

患者背景

		化学療法既治療例 (45例)	化学療法未治療例 (11例)	全体集団 (56例)
性別	男性	17(37.8%)	5(45.5%)	22(39.3%)
	女性	28(62.2%)	6(54.5%)	34(60.7%)
年齢	中央値(範囲)	66.0歳(39-80)	64.0歳(52-80)	65.5歳(39-80)
	74歳以下	37(82.2%)	10(90.9%)	47(83.9%)
	75歳以上	8(17.8%)	1(9.1%)	9(16.1%)
PS(ECOG)	0	10(22.2%)	6(54.5%)	16(28.6%)
	1	35(77.8%)	5(45.5%)	40(71.4%)
病理診断(組織型)	腺癌(分化度不明)	12(26.7%)	3(27.3%)	15(26.8%)
	腺癌(低分化)	11(24.4%)	2(18.2%)	13(23.2%)
	腺癌(高・中分化)	6(13.3%)	2(18.2%)	8(14.3%)
	扁平上皮癌	6(13.3%)	1(9.1%)	7(12.5%)
	未分化癌	5(11.1%)	0	5(8.9%)
	その他	5(11.1%)	3(27.3%)	8(14.3%)
転移臓器数	1	20(44.4%)	6(54.5%)	26(46.4%)
	2	8(17.8%)	4(36.4%)	12(21.4%)
	3以上	17(37.8%)	1(9.1%)	18(32.1%)
転移臓器	リンパ節のみ	14(31.1%)	5(45.5%)	19(33.9%)
	リンパ節外転移あり	31(68.9%)	6(54.5%)	37(66.1%)
転移臓器(詳細)	リンパ節	33(73.3%)	9(81.8%)	42(75.0%)
	肺	14(31.1%)	4(36.4%)	18(32.1%)
	肝臓	12(26.7%)	0	12(21.4%)
	腹膜	10(22.2%)	1(9.1%)	11(19.6%)
	骨	9(20.0%)	0	9(16.1%)
	胸膜	5(11.1%)	1(9.1%)	6(10.7%)
	副腎	4(8.9%)	0	4(7.1%)
	脳	3(6.7%)	0	3(5.4%)
	皮膚	1(2.2%)	1(9.1%)	2(3.6%)
	その他	11(24.4%)	2(18.2%)	13(23.2%)
リンパ節転移部位	腹腔内	23(51.1%)	6(54.5%)	29(51.8%)
	縦隔	12(26.7%)	6(54.5%)	18(32.1%)
	鎖骨上	9(20.0%)	6(54.5%)	15(26.8%)
	鼠径部	7(15.6%)	2(18.2%)	9(16.1%)
	頸部	4(8.9%)	5(45.5%)	9(16.1%)
	腋窩	5(11.1%)	1(9.1%)	6(10.7%)
	後腹膜	4(8.9%)	0	4(7.1%)
	その他	3(6.7%)	0	3(5.4%)

有効性

●奏効率 (ORR) [中央判定]

- ・化学療法既治療例 [主要評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]
- ・全体集団 [副次的評価項目]

奏効率 (ORR) は、化学療法既治療例で22.2% (10/45例、95%信頼区間 [11.2, 37.1] ^{*}) であり、95%信頼区間の下限は事前に設定した閾値奏効率の5.0%を上回りました。また、化学療法未治療例では18.2% (2/11例、95%信頼区間 [2.3, 51.8] ^{*})、全体集団では21.4% (12/56例、95%信頼区間 [11.6, 34.4] ^{*}) でした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

※:二項分布に基づく正確な方法

●病勢制御率 (DCR) [中央判定]

- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]
- ・全体集団 [副次的評価項目]

病勢制御率 (DCR:CR+PR+SD) は、化学療法既治療例で53.3% (24/45例、95%信頼区間 [37.9, 68.3] ^{*})、化学療法未治療例で54.5% (6/11例、95%信頼区間 [23.4, 83.3] ^{*})、全体集団で53.6% (30/56例、95%信頼区間 [39.7, 67.0] ^{*}) でした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

※:二項分布に基づく正確な方法

●最良総合効果 (BOR) [中央判定]

- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]
- ・全体集団 [副次的評価項目]

最良総合効果 (BOR) は下表の通りでした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

奏効率 (ORR)、病勢制御率 (DCR)、最良総合効果 (BOR) [中央判定]

	化学療法既治療例 (45例)	化学療法未治療例 (11例)	全体集団 (56例)
奏効率 (ORR)	主要評価項目・サブグループ解析	探索的評価項目・サブグループ解析	副次的評価項目
例数 (%)	10 (22.2)	2 (18.2)	12 (21.4)
[95%信頼区間] [*]	[11.2, 37.1]	[2.3, 51.8]	[11.6, 34.4]
病勢制御率 (DCR)	副次的評価項目・サブグループ解析	探索的評価項目・サブグループ解析	副次的評価項目
例数 (%)	24 (53.3)	6 (54.5)	30 (53.6)
[95%信頼区間] [*]	[37.9, 68.3]	[23.4, 83.3]	[39.7, 67.0]
最良総合効果 (BOR)、例数 (%)	副次的評価項目・サブグループ解析	探索的評価項目・サブグループ解析	副次的評価項目
CR	2 (4.4)	1 (9.1)	3 (5.4)
PR	8 (17.8)	1 (9.1)	9 (16.1)
SD	14 (31.1)	4 (36.4)	18 (32.1)
PD	18 (40.0)	4 (36.4)	22 (39.3)
NE	3 (6.7)	1 (9.1)	4 (7.1)

※:二項分布に基づく正確な方法

4. 効能又は効果 (一部抜粋)

原発不明癌

5. 効能又は効果に関連する注意 (一部抜粋)

〈原発不明癌〉

5.21 「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検索及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。

●奏効率(ORR) [実施医療機関の医師判定]

- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]
- ・全体集団 [副次的評価項目]

奏効率(ORR)は、化学療法既治療例で24.4%(11/45例、95%信頼区間[12.9, 39.5]^{*})、化学療法未治療例で9.1%(1/11例、95%信頼区間[0.2, 41.3]^{*})、全体集団で21.4%(12/56例、95%信頼区間[11.6, 34.4]^{*})でした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

※:二項分布に基づく正確な方法

●病勢制御率(DCR) [実施医療機関の医師判定]

- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]
- ・全体集団 [副次的評価項目]

病勢制御率(DCR:CR+PR+SD)は、化学療法既治療例で55.6%(25/45例、95%信頼区間[40.0, 70.4]^{*})、化学療法未治療例で63.6%(7/11例、95%信頼区間[30.8, 89.1]^{*})、全体集団で57.1%(32/56例、95%信頼区間[43.2, 70.3]^{*})でした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

※:二項分布に基づく正確な方法

●最良総合効果(BOR) [実施医療機関の医師判定]

- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]
- ・全体集団 [副次的評価項目]

最良総合効果(BOR)は下表の通りでした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

奏効率(ORR)、病勢制御率(DCR)、最良総合効果(BOR) [実施医療機関の医師判定]

	化学療法既治療例 (45例)	化学療法未治療例 (11例)	全体集団 (56例)
奏効率(ORR)	副次的評価項目・サブグループ解析	探索的評価項目・サブグループ解析	副次的評価項目
例数(%)	11(24.4)	1(9.1)	12(21.4)
[95%信頼区間] [*]	[12.9, 39.5]	[0.2, 41.3]	[11.6, 34.4]
病勢制御率(DCR)	副次的評価項目・サブグループ解析	探索的評価項目・サブグループ解析	副次的評価項目
例数(%)	25(55.6)	7(63.6)	32(57.1)
[95%信頼区間] [*]	[40.0, 70.4]	[30.8, 89.1]	[43.2, 70.3]
最良総合効果(BOR)、例数(%)	副次的評価項目・サブグループ解析	探索的評価項目・サブグループ解析	副次的評価項目
CR	2(4.4)	0	2(3.6)
PR	9(20.0)	1(9.1)	10(17.9)
SD	14(31.1)	6(54.5)	20(35.7)
PD	17(37.8)	3(27.3)	20(35.7)
NE	3(6.7)	1(9.1)	4(7.1)

※:二項分布に基づく正確な方法

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

●奏効に至るまでの期間 (TTR) [中央判定]

- ・全体集団 [副次的評価項目]
- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]

奏効に至るまでの期間 (TTR) の中央値は、全体集団 (奏効例:12例) で1.53ヵ月 (範囲:1.3~9.2)、化学療法既治療例 (奏効例:10例) で1.53ヵ月 (範囲:1.3~9.2)、化学療法未治療例 (奏効例:2例) で2.07ヵ月 (各1.4、2.8) でした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

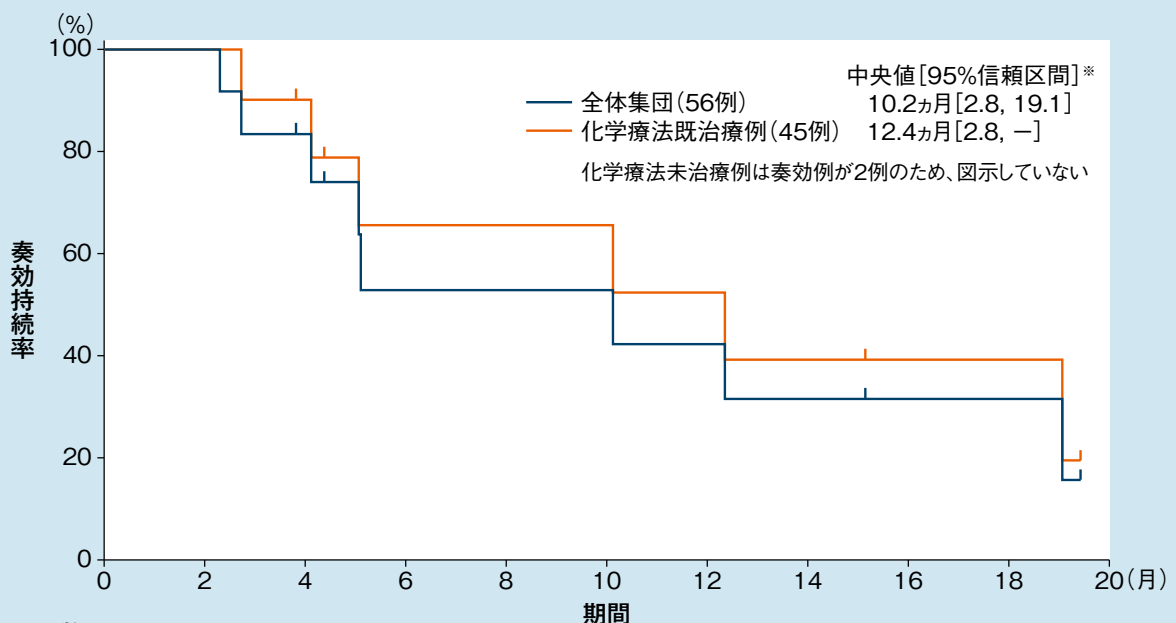
●奏効期間 (DOR) [中央判定]

- ・全体集団 [副次的評価項目]
- ・化学療法既治療例 [副次的評価項目・サブグループ解析]
- ・化学療法未治療例 [探索的評価項目・サブグループ解析]

奏効期間 (DOR) の中央値は、全体集団 (奏効例:12例) で10.2ヵ月 (95%信頼区間 [2.8, 19.1]^{*})、化学療法既治療例 (奏効例:10例) で12.4ヵ月 (95%信頼区間 [2.8, -]^{*})、化学療法未治療例 (奏効例:2例) で3.7ヵ月 (95%信頼区間 [2.3, 5.1]^{*}) でした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

※:Brookmeyer-Crowley法

● DORのKaplan-Meier曲線



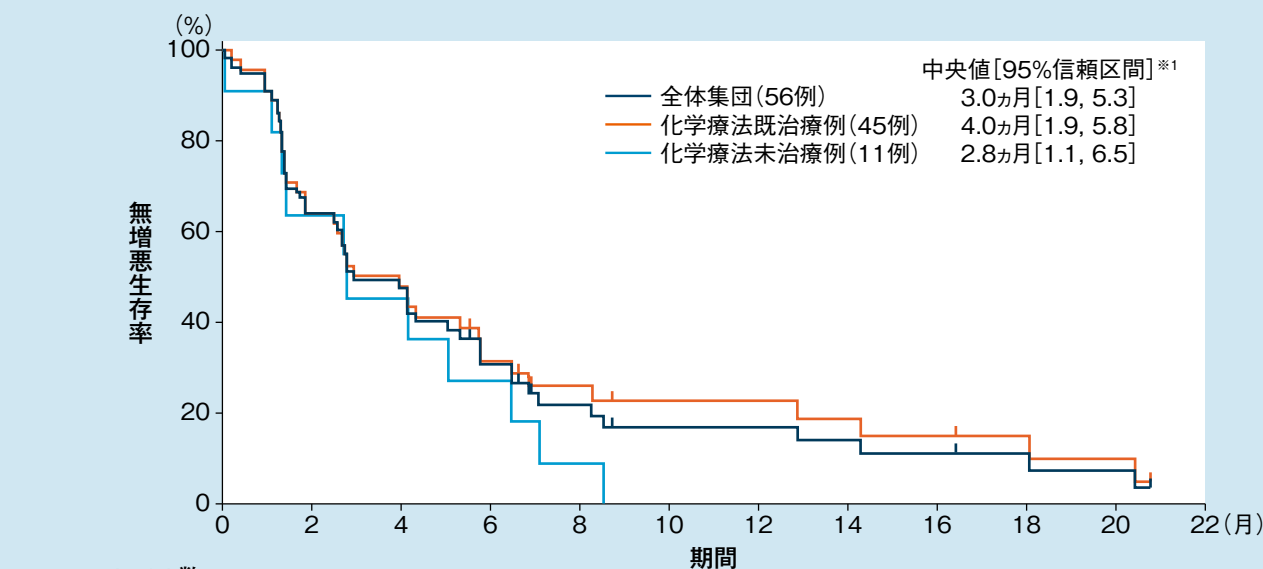
At risk数	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20 (月)
全体集団	12	12	9	5	5	5	4	3	2	2	0
化学療法既治療例	10	10	8	5	5	5	4	3	2	2	0
化学療法未治療例	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0

※:Brookmeyer-Crowley法

- 無増悪生存期間(PFS)、無増悪生存率[中央判定]
- ・全体集団〔副次的評価項目〕
- ・化学療法既治療例〔副次的評価項目・サブグループ解析〕
- ・化学療法未治療例〔探索的評価項目・サブグループ解析〕

無増悪生存期間(PFS)の中央値は、全体集団で3.0ヵ月(95%信頼区間[1.9, 5.3]^{※1})、化学療法既治療例で4.0ヵ月(95%信頼区間[1.9, 5.8]^{※1})、化学療法未治療例で2.8ヵ月(95%信頼区間[1.1, 6.5]^{※1})でした。また、無増悪生存率(6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月時点)は下表の通りでした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

● PFSのKaplan-Meier曲線



At risk数	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22
全体集団 56	56	35	26	15	9	6	6	5	4	3	2	0
化学療法既治療例 45	45	28	21	12	8	6	6	5	4	3	2	0
化学療法未治療例 11	11	7	5	3	1	0	0	0	0	0	0	0

	無増悪生存率 [95%信頼区間] ^{※2}		
	化学療法既治療例 (45例)	化学療法未治療例 (11例)	全体集団 (56例)
6ヵ月	31.6% [18.5, 45.5]	27.3% [6.5, 53.9]	30.8% [19.1, 43.2]
12ヵ月	22.8% [11.3, 36.8]	—	17.1% [8.1, 29.0]
18ヵ月	15.2% [5.5, 29.3]	—	11.4% [4.1, 23.0]

※1:Brookmeyer-Crowley法
※2:Greenwood法

4. 効能又は効果(一部抜粋)

原発不明癌

5. 効能又は効果に関連する注意(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

5.21 「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検索及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

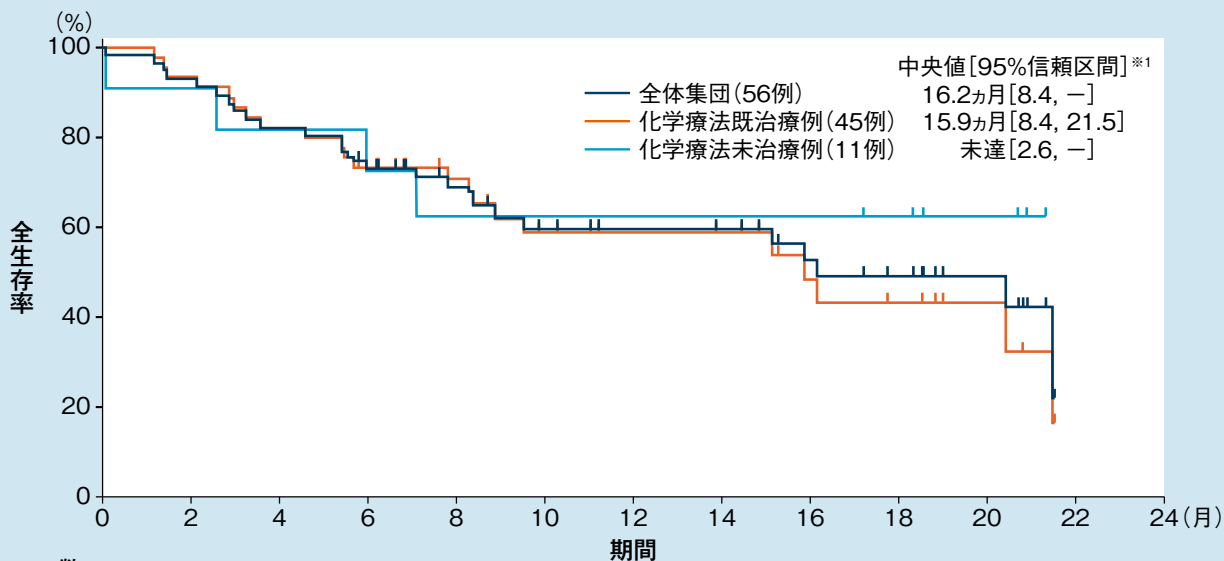
7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

●全生存期間(OS)、全生存率

- ・全体集団〔副次的評価項目〕
- ・化学療法既治療例〔副次的評価項目・サブグループ解析〕
- ・化学療法未治療例〔探索的評価項目・サブグループ解析〕

全生存期間(OS)の中央値は、全体集団で16.2ヵ月(95%信頼区間[8.4, -]^{※1})、化学療法既治療例で15.9ヵ月(95%信頼区間[8.4, 21.5]^{※1})、化学療法未治療例で未達(95%信頼区間[2.6, -]^{※1})でした。また、全生存率(6ヵ月、12ヵ月、18ヵ月時点)は下表の通りでした。

OSのKaplan-Meier曲線



At risk数	0	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
全体集団 (56例)	56	52	46	40	31	24	21	20	15	12	7	0	0
化学療法既治療例 (45例)	45	42	37	32	25	18	15	14	9	7	4	0	0
化学療法未治療例 (11例)	11	10	9	8	6	6	6	6	6	5	3	0	0

	全生存率 [95%信頼区間] ^{※2}		
	化学療法既治療例 (45例)	化学療法未治療例 (11例)	全体集団 (56例)
6ヵ月	73.3% [57.8, 83.9]	72.7% [37.1, 90.3]	73.2% [59.5, 82.9]
12ヵ月	58.8% [41.8, 72.3]	62.3% [27.7, 84.0]	59.7% [44.8, 71.8]
18ヵ月	43.1% [24.2, 60.7]	62.3% [27.7, 84.0]	49.3% [33.2, 63.6]

※1:Brookmeyer-Crowley法

※2:Greenwood法

●全体集団におけるPD-L1発現状況別の奏効率(ORR)、最良総合効果(BOR)[中央判定]

[副次的評価項目][サブグループ解析]

TPS^{*1}及びCPS^{*2}に基づくPD-L1発現状況別(カットオフ値:TPS 1%、10%、50%、CPS 1、10、50)の奏効率(ORR)、最良総合効果(BOR)は下表の通りでした。なお、抗腫瘍効果はRECISTガイドライン1.1版に従い判定しました。

TPS^{*1}に基づくPD-L1発現状況別の奏効率、最良総合効果

		PD-L1 (TPS ^{*1})					
		<1% (38例)	≥1% (17例)	<10% (40例)	≥10% (15例)	<50% (48例)	≥50% (7例)
奏効率	例数(%)	5(13.2)	7(41.2)	5(12.5)	7(46.7)	8(16.7)	4
	[95%信頼区間] ^{*3}	[4.4, 28.1]	[18.4, 67.1]	[4.2, 26.8]	[21.3, 73.4]	[7.5, 30.2]	—
最良総合効果	CR	0	3(17.6)	0	3(20.0)	3(6.3)	0
	PR	5(13.2)	4(23.5)	5(12.5)	4(26.7)	5(10.4)	4
	SD	11(28.9)	6(35.3)	13(32.5)	4(26.7)	15(31.3)	2
	PD	18(47.4)	4(23.5)	18(45.0)	4(26.7)	21(43.8)	1
	NE	4(10.5)	0	4(10.0)	0	4(8.3)	0

CPS^{*2}に基づくPD-L1発現状況別の奏効率、最良総合効果

		PD-L1 (CPS ^{*2})					
		<1 (12例)	≥1 (43例)	<10 (23例)	≥10 (32例)	<50 (40例)	≥50 (15例)
奏効率	例数(%)	0	12(27.9)	2(8.7)	10(31.3)	6(15.0)	6(40.0)
	[95%信頼区間] ^{*3}	[0.0, 26.5]	[15.3, 43.7]	[1.1, 28.0]	[16.1, 50.0]	[5.7, 29.8]	[16.3, 67.7]
最良総合効果	CR	0	3(7.0)	0	3(9.4)	2(5.0)	1(6.7)
	PR	0	9(20.9)	2(8.7)	7(21.9)	4(10.0)	5(33.3)
	SD	2(16.7)	15(34.9)	7(30.4)	10(31.3)	12(30.0)	5(33.3)
	PD	9(75.0)	13(30.2)	11(47.8)	11(34.4)	18(45.0)	4(26.7)
	NE	1(8.3)	3(7.0)	3(13.0)	1(3.1)	4(10.0)	0

※1:腫瘍組織におけるPD-L1を発現した腫瘍細胞が占める割合

※2:腫瘍組織におけるPD-L1を発現した細胞数(腫瘍細胞、マクロファージ及びリンパ球)を総腫瘍細胞数で除し、100を乗じた値

※3:二項分布に基づく正確な方法

4. 効能又は効果(一部抜粋)

原発不明癌

5. 効能又は効果に関連する注意(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

5.21 「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検索及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。

6. 用法及び用量(一部抜粋)

〈原発不明癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意(一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

安全性 (全体集団)

臨床検査値異常変動を含む副作用は62.5% (35/56例)に認められました。

主な副作用(5%以上)は、甲状腺機能低下症及び発疹が各16.1% (9例)、そう痒症10.7% (6例)、下痢8.9% (5例)、アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加7.1% (4例)、好中球減少症、甲状腺機能亢進症、肺臓炎、斑状丘疹状皮疹及びアラニンアミノトランスフェラーゼ増加が各5.4% (3例)でした。

重篤な副作用は16.1% (9例)に認められ、主な副作用(2例以上に発現)は肺臓炎3.6% (2例)でした。投与中止に至った副作用は8.9% (5例)に認められ、食欲減退、高クレアチニン血症、下痢、関節炎、急性腎障害及び尿細管間質性腎炎が各1.8% (1例、下痢と尿細管間質性腎炎は同一症例で発現)でした。

なお、本試験において死亡に至った副作用は認められませんでした。

5%以上に発現した副作用

	発現例数 (%)	
	全Grade	Grade 3-4
皮膚および皮下組織障害		
発疹	9 (16.1)	0
そう痒症	6 (10.7)	0
斑状丘疹状皮疹	3 (5.4)	0
内分泌障害		
甲状腺機能低下症	9 (16.1)	0
甲状腺機能亢進症	3 (5.4)	0
胃腸障害		
下痢	5 (8.9)	0
臨床検査		
アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ増加	4 (7.1)	0
アラニンアミノトランスフェラーゼ増加	3 (5.4)	0
血液およびリンパ系障害		
好中球減少症	3 (5.4)	2 (3.6)
呼吸器、胸郭および縦隔障害		
肺臓炎	3 (5.4)	0

医師から報告された有害事象名は、CTCAE v4.0日本語訳JCOG版を用いて評価し、MedDRA ver22.1Jを用いて読み替えました。因果関係は、「否定できる」、「否定できない」の2段階で判定され、「否定できない」と判定された場合に、副作用として集計しました。有害事象の集計は、電子症例報告書によって収集された全ての有害事象が対象とされました。

4. 効能又は効果 (一部抜粋)

原発不明癌

5. 効能又は効果に関連する注意 (一部抜粋)

〈原発不明癌〉

5.21 「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検索及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。

6. 用法及び用量 (一部抜粋)

〈原発不明癌〉

通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

7. 用法及び用量に関連する注意 (一部抜粋)

〈効能共通〉

7.1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注1)}

薬価基準記載

オプジーボ[®] 点滴静注 20mg・100mg・120mg・240mg

OPDIVO[®] I.V. Infusion

貯法：2～8℃で保存

有効期間：36 箇月

最適用推進ガイドライン対象品目

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

	承認番号	販売開始	薬価収載
20mg	22600AMX00768000	2014年9月	2014年9月
100mg	22600AMX00769000		
120mg	30200AMX00925000	2020年11月	2020年11月
240mg	23000AMX00812000	2018年11月	2018年11月

1. 警告

1. 1 本剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される症例についてのみ投与すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。
1. 2 間質性肺疾患があらわれ、死亡に至った症例も報告されているので、初期症状(息切れ、呼吸困難、咳嗽、疲労等)の確認及び胸部X線検査の実施等、観察を十分に行うこと。また、異常が認められた場合には本剤の投与を中止し、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.2、9.1.2、11.1.1参照]

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

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

販売名	オプジーボ 点滴静注 20mg	オプジーボ 点滴静注 100mg	オプジーボ 点滴静注 120mg	オプジーボ 点滴静注 240mg
有効成分	ニボルマブ(遺伝子組換え) ^{注1)}			
含量/容量 ^{注2)} (1バイアル中)	20mg/2mL	100mg/10mL	120mg/12mL	240mg/24mL
添加剤	D-マンニトール クエン酸ナトリウム水和物 塩化ナトリウム ジェチレントリアミン五酢酸 ポリソルベート80 pH調節剤 2成分	60mg 11.76mg 5.84mg 0.01576mg 0.4mg 適量	300mg 58.8mg 29.2mg 0.0788mg 2mg 適量	360mg 70.6mg 35.0mg 0.0946mg 2.4mg 適量

注1) 本剤は遺伝子組換え技術により、チャイニーズハムスター卵巣細胞を用いて製造される。
 注2) 本品は注射液吸引時の損失を考慮して、過量充填されているので、実充填量は各々22mg/2.2mL、105mg/10.5mL、126mg/12.6mL、246mg/24.6mLである。

3.2 製剤の性状

販売名	オプジーボ 点滴静注20mg	オプジーボ 点滴静注100mg	オプジーボ 点滴静注120mg	オプジーボ 点滴静注240mg
剤形	注射剤(バイアル)			
pH	5.5～6.5			
浸透圧比	約1.2(生理食塩液対比)			
性状	無色～微黄色の澄明又は乳白光を呈する液。微粒子をわずかに認めることがある。			

4. 効能又は効果

- 悪性黒色腫
- 切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌
- 根治切除不能又は転移性の腎細胞癌
- 再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫
- 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌
- 治癒切除不能な進行・再発の胃癌
- 切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫
- がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌
- 根治切除不能な進行・再発の食道癌
- 食道癌における術後補助療法
- 原発不明癌
- 尿路上皮癌における術後補助療法

5. 効能又は効果に関連する注意

- (悪性黒色腫)
- 1 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.1-17.1.7参照]
(切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌)
 - 2 臨床試験に組み入れられた患者のEGFR遺伝子変異又はALK融合遺伝子の有無等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.9-17.1.11参照]
 - 3 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
(根治切除不能又は転移性の腎細胞癌)
 - 4 化学療法未治療患者に対してイビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合、IMDC^{注1)}リスク分類がintermediate又はpoorリスクの患者を対象とすること。
 - 5 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
 - 6 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.12-17.1.14参照]
(再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫)
 - 7 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.15-17.1.17参照]
(再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌)
 - 8 プラチナ製剤を含む化学療法による治療歴のない患者に対する本剤の有効性及び安全性は確立していない。
 - 9 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
 - 10 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.18参照]
(治癒切除不能な進行・再発の胃癌)
 - 11 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
(切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫)
 - 12 本剤の手術の補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
(がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌)
 - 13 フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水

和物による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。

- 14 十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MSI-Highが確認された患者に投与すること。検査にあたっては、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いること。なお、承認された体外診断用医薬品又は医療機器に関する情報については、以下のウェブサイトから入手可能である：
https://www.pmda.go.jp/review-services/drug-reviews/review-information/cd/0001.html
- 15 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤以外の治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。[17.1.24参照]
- 16 本剤の術後補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
(根治切除不能な進行・再発の食道癌)
- 17 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.25、17.1.26参照]
(食道癌における術後補助療法)
- 18 術前補助療法により病理学的完全奏効(pCR)が認められなかった患者に投与すること。
- 19 本剤の術前補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
- 20 臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴、pCRの定義等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.27参照]
(原発不明癌)
- 21 [「原発不明がん診療ガイドライン」(日本臨床腫瘍学会)等の最新の情報を参考に、適切な全身検査及び病理学的検査を実施した上で、原発臓器が不明な上皮性悪性腫瘍と診断され、かつ、腫瘍の局在・組織型等に基づいて推奨される治療法のない患者であることを確認すること。
- 22 [「17.臨床成績」]の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.28参照]
(尿路上皮癌における術後補助療法)
- 23 シスプラチン等のプラチナ製剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。
- 24 本剤の有効性は、原発部位により異なる傾向が示唆されている。原発部位ごとの結果について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、腎盂・尿管癌においては、術前補助療法も踏まえ、本剤以外の治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。[17.1.29参照]
- 25 臨床試験に組み入れられた患者の病期等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。[17.1.29参照]
- 26 本剤の術前補助療法における有効性及び安全性は確立していない。
注) International Metastatic RCC Database Consortium

6. 用法及び用量

- (悪性黒色腫) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。ただし、悪性黒色腫における術後補助療法の場合は、投与期間は12ヵ月間までとする。
根治切除不能な悪性黒色腫に対してイビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回80mgを3週間間隔で4回点滴静注する。その後、ニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
(切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。
(根治切除不能又は転移性の腎細胞癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
カボザンチニブと併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対してイビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを3週間間隔で4回点滴静注する。その後、ニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
(再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
通常、小児にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回3mg/kg(体重)を2週間間隔で点滴静注する。なお、体重40kg以上の小児には、ニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注することもできる。
(再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、原発不明癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
(切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
イビリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回360mgを3週間間隔で点滴静注する。
(がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
(根治切除不能な進行・再発の食道癌) 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。
他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合は、通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔、1回360mgを3週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。

〈食道癌における術後補助療法、尿路上皮癌における術後補助療法〉 通常、成人にはニボルマブ(遺伝子組換え)として、1回240mgを2週間間隔又は1回480mgを4週間間隔で点滴静注する。ただし、投与期間は12ヵ月間までとする。

7. 用法及び用量に関連する注意

〈効能共通〉

- 1 本剤は、30分以上かけて点滴静注すること。
- 〈悪性黒色腫〉
- 2 根治切除不能な悪性黒色腫に対して、イピリムマブ(遺伝子組換え)と併用する場合は、臨床試験に組み入れられた患者の前治療歴等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、併用の必要性について慎重に判断すること。また、イピリムマブ(遺伝子組換え)の上乗せによる延命効果が示唆されている。イピリムマブ(遺伝子組換え)との併用投与に際してPD-L1発現率の測定結果が得られ、PD-L1発現率が高いことが確認された患者においては、本剤単独投与の実施についても十分検討した上で、慎重に判断すること。[17.1.6参照]
- 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉
- 3 化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
 - 4 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験において検討された患者のPD-L1発現率を考慮した上で選択すること。[17.1.10参照]
- 〈根治切除不能又は転移性の腎細胞癌〉
- 5 化学療法未治療患者及びサイトカイン製剤のみの治療歴を有する患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
- 〈再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫〉
- 6 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌〉
- 7 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈治癒切除不能な進行・再発の胃癌〉
- 8 本剤単独投与の一次治療及び二次治療における有効性及び安全性は確立していない。
 - 9 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合には、HER2陰性の患者に投与すること。
 - 10 他の抗悪性腫瘍剤との併用投与の有効性は、PD-L1発現率(CPS)により異なる傾向が示唆されている。CPSについて、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤を併用する必要性について慎重に判断すること。[17.1.20参照]
 - 11 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は「17.臨床成績」の項の内容を熟知し選択すること。[17.1.20、17.1.21参照]
- 〈切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫〉
- 12 化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
- 〈根治切除不能な進行・再発の食道癌〉
- 13 化学療法未治療患者に対する本剤単独投与の有効性及び安全性は確立していない。
 - 14 他の抗悪性腫瘍剤との併用投与の有効性は、PD-L1発現率(TPS)により異なる傾向が示唆されている。TPSについて、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、本剤を含む併用療法の必要性について慎重に判断すること。[17.1.26参照]
 - 15 他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、併用する他の抗悪性腫瘍剤は「17.臨床成績」の項の内容を熟知した上で、選択すること。[17.1.26参照]
- 〈食道癌における術後補助療法〉
- 16 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈原発不明癌〉
- 17 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
- 〈尿路上皮癌における術後補助療法〉
- 18 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。

8. 重要な基本的注意

〈効能共通〉

- 1 本剤のT細胞活性化作用により、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な疾患や病態があらわれることがある。観察を十分に行い、異常が認められた場合には、過度の免疫反応による副作用の発現を考慮し、適切な鑑別診断を行うこと。過度の免疫反応による副作用が疑われる場合には、副腎皮質ホルモン剤の投与等を考慮すること。また、本剤投与終了後に重篤な副作用があらわれることがあるので、本剤投与終了後も観察を十分に行うこと。
 - 2 間質性肺炎疾患があらわれることがあるので、本剤の投与にあたっては、臨床症状(呼吸困難、咳嗽、発熱、肺音の異常(捻髪音)等)の確認及び胸部X線検査の実施等、観察を十分に行うこと。また、必要に応じて胸部CT、血清マーカー等の検査を実施すること。[1.2、9.1.2、11.1.1参照]
 - 3 重症筋無力症、心筋炎、筋炎、横紋筋融解症があらわれることがあるので、筋力低下、眼瞼下垂、呼吸困難、嚥下障害、CK上昇、心電図異常、血中及び尿中ミオグロビン上昇等の観察を十分に行うこと。[11.1.2参照]
 - 4 1型糖尿病があらわれることがあるので、口渴、悪心、嘔吐等の症状の発現や血糖値の上昇に十分注意すること。[11.1.4参照]
 - 5 劇症肝炎、肝不全、肝機能障害、肝炎、硬化性胆管炎があらわれることがあるので、定期的に肝機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.6参照]
 - 6 甲状腺機能障害、下垂体機能障害及び副腎障害があらわれることがあるので、本剤の投与開始前及び投与期間中は定期的に内分泌機能検査(TSH、遊離T3、遊離T4、ACTH、血中コルチゾール等の測定)を実施すること。また、必要に応じて画像検査等の実施も考慮すること。[11.1.7、11.1.8、11.1.11参照]
 - 7 腎障害があらわれることがあるので、定期的に腎機能検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.10参照]
 - 8 Infusion reactionがあらわれることがあるので、本剤の投与は重度のInfusion reactionに備えて緊急時に十分な対応のできる準備を行った上で開始すること。また、2回目以降の本剤投与時にInfusion reactionがあらわれることもあるので、本剤投与中及び本剤投与終了後はバイタルサインを測定するなど、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.15参照]
- * 9 ぶどう膜炎があらわれることがあるので、眼の異常の有無を定期的に確認すること。また、眼の異常が認められた場合には、速やかに医療機関を受診するよう患者を指導すること。[11.1.20参照]
- 〈切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌〉
- 10 本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を併用投与する際には、発熱性好中球減少症があらわれることがあるので、必要に応じて血液検査を行う等、患者の状態を十分に観察すること。[11.1.5参照]

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 自己免疫疾患の合併又は慢性的若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者 自己免疫疾患が増悪するおそれがある。
 - 9.1.2 間質性肺炎疾患のある患者又はその既往歴のある患者 間質性肺炎疾患が増悪するおそれがある。[1.2、8.2、11.1.1参照]
- 9.1.3 臓器移植歴(造血幹細胞移植を含む)のある患者 本剤の投与により移植臓器に対する拒絶反応又は移植片対宿主病が発現するおそれがある。
 - 9.1.4 結核の感染又は既往を有する患者 結核を発症するおそれがある。[11.1.17参照]
- 9.4 生殖能を有する者 妊娠する可能性のある女性には、本剤投与中及び投与終了後一定期間は適切な避妊法を用いるよう指導すること。[9.5参照]
- 9.5 妊婦 妊婦又は妊娠している可能性のある女性には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。妊娠サルを用いた出生前及び出生後の発生に関する試験において、10mg/kgの週2回投与(AUC比較で臨床曝露量の約6倍に相当する)が妊婦末期における胎・胎児死亡率あるいは出生児死亡率の増加が認められたが、催奇形性は認められなかった。また、出生児の成長及び発達に影響は認められなかった。なお、本剤は出生児の血清中で認められている。[9.4参照]
- 9.6 授乳婦 治療上の有益性及び母乳栄養の有益性を考慮し、授乳の継続又は中止を検討すること。本剤のヒト乳汁中への移行は検討されていないが、ヒトIgGは乳汁中に移行するので、本剤も移行する可能性がある。
- 9.7 小児等
〈悪性黒色腫、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌、切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫、がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌、根治切除不能な進行・再発の食道癌、食道癌における術後補助療法、原発不明癌、尿路上皮癌における術後補助療法〉
小児等を対象とした臨床試験は実施していない。
〈再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫〉
低出生体重児、新生児又は乳児を対象とした臨床試験は実施していない。
- 9.8 高齢者 患者の状態を十分に観察しながら慎重に投与すること。一般に生理機能が低下している。

10. 相互作用

10.2 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等	臨床症状・措置方法	機序・危険因子
生ワクチン	接種したワクチンに対する過度な免疫応答に基づく症状が発現した場合には適切な処置を行うこと。	本剤のT細胞活性化作用による過度の免疫反応が起こるおそれがある。
弱毒生ワクチン		
不活化ワクチン		

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 間質性肺炎疾患 肺臓炎、肺浸潤、肺障害等の間質性肺炎疾患(3.6%、6.2%)があらわれることがあるので、異常が認められた場合には、速やかに胸部X線、胸部CT、血清マーカー等の検査を実施すること。[1.2、8.2、9.1.2参照]
- 11.1.2 重症筋無力症(0.1%未満、0.1%未満)、心筋炎(0.2%、0.2%)、筋炎(0.1%未満、0.3%)、横紋筋融解症(頻度不明、0.1%未満) これらを合併したと考えられる症例も報告されている。また、重症筋無力症によるクレーゼのため急速に呼吸不全が進行することがあるので、呼吸状態の悪化に十分注意すること。[8.3参照]
- 11.1.3 大腸炎(1.2%、3.2%)、小腸炎(0.1%未満、0.2%)、重度の下痢(0.8%、3.6%) 腸炎から穿孔、イレウスに至る例が報告されている。持続する下痢、腹痛、血便等の症状があらわれた場合には、投与を中止するなど、適切な処置を行うこと。
- 11.1.4 1型糖尿病 1型糖尿病(劇症1型糖尿病を含む)(0.2%、0.5%)があらわれ、糖尿病性ケトアシドーシスに至ることがある。1型糖尿病が疑われた場合には投与を中止し、インスリン製剤の投与等の適切な処置を行うこと。[8.4参照]
- 11.1.5 重篤な血液障害 免疫性血小板減少性紫斑病(頻度不明、0.1%未満)、溶血性貧血(頻度不明、0.1%未満)、無顆粒球症(頻度不明、頻度不明)、発熱性好中球減少症(0.1%未満、1.8%)等の重篤な血液障害があらわれることがある。また、本剤とカルボプラチン、パクリタキセル及びペバシズマブ(遺伝子組換え)との併用において、発熱性好中球減少症(15.8%^{注1})があらわれることがある。[8.10参照]
注1) 発現頻度はONO-4538-52試験から集計した。
- 11.1.6 劇症肝炎、肝不全、肝機能障害、肝炎、硬化性胆管炎 劇症肝炎(頻度不明、頻度不明)、肝不全(0.1%未満、0.1%未満)、AST増加、ALT増加、γ-GTP増加、ALP増加、ビリルビン増加等を伴う肝機能障害(0.9%、4.3%)、肝炎(0.3%、1.6%)、硬化性胆管炎(頻度不明、頻度不明)があらわれることがある。[8.5参照]
- 11.1.7 甲状腺機能障害 甲状腺機能低下症(7.6%、12.8%)、甲状腺機能亢進症(3.8%、6.4%)、甲状腺炎(0.9%、1.4%)等の甲状腺機能障害があらわれることがある。[8.6参照]
- 11.1.8 下垂体機能障害 下垂体炎(0.3%、2.0%)、下垂体機能低下症(0.2%、1.0%)、副腎皮質刺激ホルモン欠損症(0.1%未満、0.1%)等の下垂体機能障害があらわれることがある。[8.6参照]
- 11.1.9 神経障害 末梢性ニューロパチー(1.3%、18.8%)、多発ニューロパチー(0.1%未満、0.3%)、自己免疫性ニューロパチー(0.1%未満、頻度不明)、ギラン・バレー症候群(0.1%未満、0.1%未満)、脱髄(0.1%未満、頻度不明)等の神経障害があらわれることがある。
- 11.1.10 腎障害 腎不全(0.6%、2.0%)、尿細管間質性腎炎(0.1%、0.1%)、糸球体腎炎(頻度不明、0.1%未満)等の腎障害があらわれることがある。[8.7参照]
- 11.1.11 副腎障害 副腎機能不全(0.6%、3.1%)等の副腎障害があらわれることがある。[8.6参照]
- 11.1.12 肺炎(0.1%未満、0.2%)
- 11.1.13 重度の皮膚障害 中毒性表皮壊死融解症(Toxic Epidermal Necrolysis: TEN)(頻度不明、0.1%未満)、皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群)(0.1%未満、0.1%未満)、類天疱瘡(0.1%未満、0.1%未満)、多形紅斑(0.2%、0.4%)等の重度の皮膚障害があらわれることがある。
- 11.1.14 静脈血栓塞栓症 深部静脈血栓症(0.1%未満、0.4%)、肺塞栓症(0.1%未満、0.4%)等の静脈血栓塞栓症があらわれることがある。
- 11.1.15 Infusion reaction アナフィラキシー、発熱、悪寒、そう痒症、発疹、高血圧、低血圧、呼吸困難、過敏症等を含むInfusion reaction(3.2%、7.0%)があらわれることがある。重度のInfusion reactionがあらわれた場合には直ちに投与を中止して適切な処置を行うとともに、全ての徴候及び症状が完全に回復するまで患者の状態を十分に観察すること。[8.8参照]
- 11.1.16 血球貪食症候群(頻度不明、頻度不明)
- 11.1.17 結核(頻度不明、頻度不明) [9.1.4参照]

11. 1. 18 肺炎 (0.3%、0.7%)

11. 1. 19 重度の胃炎 免疫反応に起因すると考えられる重度の胃炎(頻度不明、頻度不明)があらわれることがある。異常が認められた場合には、副腎皮質ホルモン剤の投与等の適切な処置を行うこと。

* 11. 1. 20 ぶどう膜炎 (0.3%、0.3%) [8.9参照]

注「重大な副作用」の発現頻度は、単独投与時、併用投与時の順に記載した。

11. 2 その他の副作用

11. 2. 1 単独投与

	5%以上	1~5%未満	1%未満	頻度不明
血液及びリンパ系障害		貧血、リンパ球減少症、白血球減少症、血小板減少症、好中球減少症	リンパ節症、赤白血球減少、ヘマトクリット減少、白血球増加症、好中球増加、単球増加、好酸球増加症、ヘモグロビン減少	単球数減少、好酸球数減少
* 心臓障害			徐脈、心房細動、心室性期外収縮、頻脈、動悸、伝導障害、不整脈、心電図QT延長	心肥大、急性心不全、慢性心不全、心膜炎
耳及び迷路障害			回転性めまい、耳不快感、難聴	
内分泌障害		高リパーゼ血症	尿中ブドウ糖陽性、抗甲状腺抗体陽性	
* 眼障害			眼乾燥、硝子体浮遊物、流涙増加、霧視、視力障害、複視、角膜障害	フォークト・小柳・原田病
胃腸障害	下痢、悪心	腹痛、口内乾燥、口内炎、嘔吐、便秘	消化不良、腹部不快感、腹部膨満、腹水、胃潰瘍、胃炎、十二指腸潰瘍、口内炎、胃食道逆流性疾患、放屁、口腔障害、歯肉出血、嚥下障害、流涎過多、胃腸障害、口腔知覚不全、消化管出血	
全身障害	疲労 (19.7%)、無力症	倦怠感、悪寒、浮腫、粘膜炎、発熱、インフルエンザ様疾患	口渇、顔面浮腫、注射部位反応、腫脹、胸部不快感、全身健康状態低下、疼痛、胸痛	
免疫系障害			リウマチ因子増加、抗核抗体増加、補体因子増加、抗リン脂質抗体陽性、サルコイドーシス	リウマチ因子陽性、インターロイキン濃度増加
感染症			癰、気管支炎、気道感染、蜂巣炎、爪感染、外耳炎、中耳炎、歯周炎、歯肉炎、鼻咽頭炎、膿疱性皮膚疹、帯状疱疹、尿路感染、肺感染	
代謝及び栄養障害	食欲減退	高血糖、低ナトリウム血症、高アラジー血症	糖尿病、脱水、高尿酸血症、高カルシウム血症、低カルシウム血症、高ナトリウム血症、低マグネシウム血症、低リン酸血症、低アルブミン血症、高コレステロール血症、高トリグリセリド血症、脂質異常症、血中リン増加、低クロール血症、高マグネシウム血症	代謝性アシドーシス、総蛋白減少
筋骨格系及び結合組織障害	関節痛	筋肉痛	四肢痛、背部痛、筋縮、筋力低下、側腹部痛、筋骨格硬直、リウマチ性多発筋痛、関節炎、筋骨格痛、関節腫脹、開口障害、筋縮、シェーグレン症候群、頸部痛、腱炎、関節硬直	
精神・神経系障害	味覚異常、浮動性めまい、頭痛	不眠症、傾眠、記憶障害、感覚鈍麻、不安、感情障害、リビドー減退、うつ病、錯覚	不眠症、傾眠、記憶障害、感覚鈍麻、不安、感情障害、リビドー減退、うつ病、錯覚	
腎及び尿路障害	高クレアチニン血症	頻尿、蛋白尿、血尿、血中尿素増加、尿沈渣異常、膀胱炎		
呼吸器、胸部及び縦隔障害	呼吸困難、咳嗽	呼吸困難、咳嗽	口腔咽頭痛、肺出血、胸水、しゃっくり、喉頭痛、鼻出血、アレルギー性鼻炎、喘鳴、鼻漏、鼻閉、咯血、サーファクタントタンパク質増加、低酸素症、気道の炎症、喉頭浮腫、発声障害	
皮膚及び皮下組織障害	そう痒症、発疹	皮膚乾燥、紅斑、さび瘡様皮膚炎、丘疹性皮膚疹、湿疹、尋常性白斑、脱毛症、皮膚炎	蕁麻疹、中毒性皮膚疹、乾癬、紫斑、多汗症、寝汗、苔癬様角化症、爪の障害、手足皸症候群、皮膚色素過剰、毛髪変色、皮膚色素減少、皮膚腫瘍、皮膚病変、白斑、酒さ	酒さ
血管障害			潮紅、ほてり、高血圧、低血圧、血管炎	
その他		体重減少	硬膜下血腫、真珠腫、気管出血、乳頭腫、細胞マーカー増加、血中CK減少、血中LDH増加、CRP増加、体重増加、血中CK増加、組織球形壊死性リンパ節炎	血中CK減少、硬膜下血腫、真珠腫、気管出血、組織球形壊死性リンパ節炎

11. 2. 2 併用投与

	5%以上	1~5%未満	1%未満	頻度不明
血液及びリンパ系障害	好中球減少症 (19.5%)、貧血 (15.2%)、血小板減少症、白血球減少症	リンパ球減少症	リンパ節症、白血球増加症、好酸球増加症、ヘマトクリット減少、単球増加症、好酸球減少症、好中球増加症、ヘモグロビン減少、赤白血球減少症	単球数減少
心臓障害			頻脈、不整脈、心不全、心房細動、徐脈、動悸、心電図QT延長	心肥大、急性心不全、心室性期外収縮、伝導障害
耳及び迷路障害			回転性めまい、難聴、耳鳴、耳不快感	
内分泌障害			性腺機能低下、副甲状腺機能低下症、尿中ブドウ糖陽性	抗甲状腺抗体陽性
* 眼障害		眼乾燥	霧視、視力障害、硝子体浮遊物、複視、角膜障害、上強膜炎、流涙増加、フォークト・小柳・原田病	
胃腸障害	悪心 (27.4%)、下痢 (26.9%)、嘔吐、便秘、口内炎、腹痛	消化不良、口内乾燥	腹部膨満、腹部不快感、胃炎、放屁、胃腸障害、口腔知覚不全、口腔障害、腹水、腸管穿孔、口唇炎、嚥下障害、十二指腸炎、十二指腸潰瘍、消化管出血、歯肉出血、口腔内痛、舌痛、痔核、胃食道逆流性疾患、流涎過多、口内感覚鈍麻	胃潰瘍

全身障害	疲労 (21.8%)、発熱、無力症、倦怠感	浮腫、粘膜炎、炎症、悪寒、インフルエンザ様疾患	顔面浮腫、口渇、疼痛、注射部位反応、腫脹、胸部不快感、全身健康状態低下、胸痛	
免疫系障害			リウマチ因子増加、抗核抗体増加、補体因子増加、抗リン脂質抗体陽性、インターロイキン濃度増加	
感染症		肺感染	気管支炎、気道感染、蜂巣炎、歯肉炎、帯状疱疹、尿路感染、膿疱性皮膚疹、鼻咽頭炎、歯周炎、爪感染、結膜炎、中耳炎	癰、外耳炎
代謝及び栄養障害	食欲減退 (20.9%)、高リパーゼ血症、高アラジー血症	高血糖、低ナトリウム血症、脱水、低カルシウム血症、低アルブミン血症、低マグネシウム血症、低リン酸血症、低カルシウム血症	糖尿病、高カルシウム血症、高コレステロール血症、高ナトリウム血症、高トリグリセリド血症、高尿酸血症、脂質異常症、低クロール血症、代謝性アシドーシス、高カルシウム血症、総蛋白減少	高マグネシウム血症、血中リン増加
筋骨格系及び結合組織障害	関節痛	関節炎、背部痛、四肢痛、筋縮、筋肉痛	筋骨格痛、筋骨格硬直、関節腫脹、頸部痛、脊椎関節障害、側腹部痛、筋縮、関節硬直、リウマチ性多発筋痛、腱炎、頸骨壊死、開口障害、筋力低下	シェーグレン症候群
精神・神経系障害	味覚異常	浮動性めまい、錯覚、不眠症、頭痛、感覚鈍麻	失神、不安、うつ病、傾眠、嗜眠、記憶障害、感情障害、リビドー減退、神経炎、錯乱状態、腓骨神経麻痺	
腎及び尿路障害		血中クレアチニン増加、蛋白尿	頻尿、血尿、血中尿素増加、膀胱炎	尿沈渣異常
呼吸器、胸部及び縦隔障害		咳嗽、呼吸困難、しゃっくり、鼻出血、発声障害	肺出血、気道の炎症、胸水、喉頭痛、アレルギー性鼻炎、喘鳴、鼻漏、鼻閉、咯血、サーファクタントタンパク質増加、口腔咽頭痛	喉頭浮腫
皮膚及び皮下組織障害	発疹 (18.1%)、そう痒症 (17.1%)、丘疹性皮膚疹、脱毛症、手足皸症候群	皮膚炎、皮膚病変、紅斑、さび瘡様皮膚炎、蕁麻疹、皮膚乾燥、脱毛症、皮膚色素過剰	白斑、中毒性皮膚疹、乾癬、皮膚色素減少、毛髪変色、苔癬様角化症、爪の障害、皮膚腫瘍、紫斑、湿疹、寝汗、多汗症、尋常性白斑	酒さ
血管障害		高血圧	潮紅、ほてり、血管炎、血栓症、低血圧	
その他		体重減少	血中LDH増加、CRP増加、血中CK増加、体重増加、細胞マーカー増加、瘰癧、乳頭腫	血中CK減少、硬膜下血腫、真珠腫、気管出血、組織球形壊死性リンパ節炎

14. 適用上の注意

14. 1 薬剤調製時の注意

1. 1 バイアルは振盪せず、激しく攪拌しないこと。
1. 2 本剤は日生理食塩液又は5%ブドウ糖注射液に希釈する。なお、1回240mg、360mg又は480mg投与時の総液量は体重30kg以上の患者には150mL以下、体重30kg未満の患者には100mL以下とする。3mg/kg投与時は最終濃度が0.35mg/mL以上となるように希釈する。
1. 3 添加後は静かに混和し、急激な振盪は避けること。
1. 4 希釈後の液は速やかに使用すること。また、使用後も残液は、細菌汚染のおそれがあるので使用しないこと。
1. 5 希釈後の最終濃度0.35mg/mL未満では、本剤の点滴溶液中の安定性が確認されていない。
1. 6 他剤との混注はしないこと。
- 2 薬剤投与時の注意 本剤の投与にあたっては、インラインフィルター (0.2又は0.22µm) を使用すること。

15. その他の注意

15. 1 臨床使用に基づく情報

1. 1 国内外において本剤に対する抗体の産生が報告されている。
1. 2 海外臨床試験において、本剤による治療後に同種造血幹細胞移植が実施された症例で、重篤な移植片対宿主病等の移植関連合併症が認められた。
- 2 非臨床試験に基づく情報 サルに本剤50mg/kgを週1回、4週間反復投与した結果、脈絡叢へのリンパ球及び形質細胞浸潤が認められたとの報告がある。

20. 取扱い上の注意 外箱開封後は遮光して保存すること。

21. 承認条件

- (悪性黒色腫、切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌、再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫、再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、治癒切除不能な進行・再発の胃癌、切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫、がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する結腸・直腸癌、がん化学療法後に増悪した根治切除不能な進行・再発の食道癌、食道癌における術後補助療法、原発不明癌)
- 1 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。
(再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫)
 - 2 国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

22. 包装

(オブジーボ点滴静注20mg)	2mL [バイアル]
(オブジーボ点滴静注100mg)	10mL [バイアル]
(オブジーボ点滴静注120mg)	12mL [バイアル]
(オブジーボ点滴静注240mg)	24mL [バイアル]

●その他、詳細は電子添文をご参照ください。

●電子添文の改訂に十分ご留意ください。

製造販売

小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1-8-2

文献請求及び当社製品情報に関するお問い合わせ先
販売情報提供活動に関するお問い合わせ先

プロモーション提携

ブリistol・マイヤーズ スクイブ 株式会社

〒100-0004 東京都千代田区大手町1-2-1

文献請求及び当社製品情報に関するお問い合わせ先
販売情報提供活動に関するお問い合わせ先

* 2022年10月改訂

電話 0120-093-507
電話 0120-487-200