

受付番号 公 25 - 01

未承認新規医薬品等評価部門にて承認された医療提供に関する情報公開

本院の未承認新規医薬品等評価部門にて、下記の医療提供が承認されました。

対象となる方から個別に同意をいただくことに代えて、病院ホームページにて情報を公開することにより、医療提供を行います。なお、本件について同意できない場合においても、あなた自身の診療において不利益を被ることはありません。

内容に関して拒否される場合やご質問がある場合は、下記の問い合わせ先までご連絡ください。

記

| | |
|--------------|--|
| 実施内容 | 皮膚腫瘍（転移性皮膚腫瘍、内臓悪性腫瘍の皮膚浸潤を含む）に対する Mohs 軟膏【院内製剤】の使用 |
| 実施責任者 | 名古屋市立大学病院 病院長 松川 則之 |
| 承認日 | 2025年5月1日 |
| 対象期間 | 承認日から永続的に ただし、内容の見直しの必要性が生じた際はこの限りではない |
| 対象者 | 皮膚腫瘍（転移性皮膚腫瘍、内臓悪性腫瘍の皮膚浸潤を含む）による浸出液、出血、臭いなどを主訴とし、本薬剤の使用について同意いただいた方。 |
| 目的・意義 | 皮膚表面の腫瘍の縮小・止血・悪臭防止 |
| 使用条件 実施条件 | 皮膚腫瘍周囲の健常な皮膚を保護のため白色ワセリンなどの外用剤を厚めに塗ったガーゼで保護します。ワセリンでの保護で不十分である場合、周囲をフィルムドレッシングで保護を追加します。1週間に1-3回程度、Mohs軟膏を腫瘍表面に貼付し、2時間-24時間後に固定されたことを確認し、必要に応じて洗い流します。腫瘍を縮小させることを目的とする場合は、1週間に1-3回程度Mohs軟膏ごと腫瘍をメスで削り取ります。切除した組織は必要に応じて病理検査で腫瘍の有無を確認します。出血が持続している腫瘍の場合は出血が改善されるまで、巨大腫瘍の場合は腫瘍が目的の大きさまで縮小するまで施術を繰り返します。 治療効果がある場合、反復してMohs軟膏による治療を行います。臨床的に止血が得られた場合や腫瘍が縮小した場合、重篤な副作用等が発現した場合、あなたとの話し合いの中で本試験の中止が適当と判断された場合には使用を |

| | |
|-------------------|--|
| | 終了します。 |
| 想定される不利益 および対策 | 皮膚腫瘍を削る際の出血、疼痛 皮膚炎・健常組織や神経の損傷 局所の感染症 |
| 本項の実施を 拒否される場合 | 本項の実施内容を拒否される場合は、「医療拒否（オプトアウト）通知書」を記載先までご提出ください。 なお、本件について同意できない場合においても、あなた自身の診療において不利益を被ることはありません。 |
| お問い合わせ先 | 名古屋市立大学病院 未承認新規医薬品等評価部門（医療の質管理課内） 〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄1番地 電話 052-851-5511（代表） |

令和7年4月28日作成