



薬局通信 第135号



大阪母子医療センター

新規試用または採用、採用区分が変更になった医薬品一覧

新規試用医薬品	新規院外専用医薬品
① ゼオメイン筋注用 50 単位 【医師は e-ラーニングを受講して施注医師登録が必要（受講修了証を薬局に提出する）また患者の使用症例の登録も必要】 ② エレビジス点滴静注	① スピジア点鼻液 5 mg・7.5 mg・10 mg ② レンビマカプセル 4 mg・10 mg ③ ウェリレグ錠 40mg ④ アモバン錠 10 ⑤ ヒューマリン R 注ミリオペン ⑥ プリピナ液 0.05%（点鼻用） ⑦ リンヴォック錠 45 mg ⑧ マグミット錠 100mg ⑨ マルファ懸濁用配合顆粒 ⑩ レバミピド懸濁性点眼液 2%「参天」 ⑪ ロナセンテープ 2 0mg
新規採用医薬品	
① グロブリン筋注 450 mg/3mL「JB」 ② リシノプリル錠 5mg「トワ」	
試用医薬品の延長	
①ピリヴィジェン 10%静注（2.5g、5g、10g、20g）	
新規患者限定医薬品	
① デュロキセチン OD 錠 20 mg「ニプロ」 ② エホチール注 10 mg ③ サムスカ OD 錠 15 mg【医師限定】	

切替となった医薬品

No	削除薬品名	理由	代替薬名
院内			
1	プロナック点眼液 0.1%	院内採用薬の先発薬から後発品への切替え	ブロムフェナク Na 点眼液 0.1%「日点」
2	ファモチジン散 10%「サワイ」	販売中止のため	ファモチジン細粒 2%「サワイ」
3	エトポシド点滴静注液 100 mg「サド」	販売中止のため	ラステット注 100mg/5mL
4	ブドウ糖「フソー」	販売中止のため	ブドウ糖「ヤマゼン」
5	アレルゲンスクラッチエキス「トリエイ」卵黄	販売中止のため	代替薬なし
6	塩酸メトロプロラミド注射液 10 mg「タカタ」	販売中止のため	メトロプロラミド注 10mg「NIG」
8	MS冷シップ「タイホウ」 (20g*5枚/袋)	販売中止のため	同一成分の代替薬なし 同効薬：スチックゼノール A (40g/本)

7	ノバミン筋注 5mg	販売中止のため	同一成分の注射薬の代替薬なし。 (制吐薬適正使用ガイドライン改訂ワーキンググループとして代替療法は推奨しない、ガイドラインからの記載削除のみ)
9	トランドラプリル錠 0.5mg「サワイ」	右記薬剤採用に伴う削除のため	リシノプリル錠 5mg「トワ」
10	ガンマグロブリン筋注 450 mg/3mL「タガ」	右記薬剤採用に伴う削除のため	グロブリン筋注 450 mg/3mL「JB」

患者限定薬の販売中止について

No	院内採用削除薬品名	理由	代替薬名
1	ペルジピン散 10%	諸般の事情により 販売中止	同一成分の代替薬なし 同効薬：セパミット細粒 1%

切替えに伴う疑義照会の簡素化について

院内の採用薬切替え(先発薬⇔後発薬、後発薬のメーカー変更等)^{*1}が発生した場合は、その処方への代行修正に関して下記の内容で運用する(注射オーダの修正は、薬剤師は権限がないため、医師による対応が必要)

- ① 疑義照会なしで薬剤師が実施する。
- ② 代行修正した際は電子カルテに記録し、Todo で処方医に変更内容の報告と代行修正の承認をするように依頼をする。

※同一成分、同一剤型のものに限る

ただし院内採用薬への切り替えが難しい患者の場合は個別対応を検討する。

新規試用医薬品

- ① **ゼオマイン筋注用 50 単位** 処方箋医薬品/毒薬
(帝人ファーマ) A 型ボツリヌス毒素製剤
一般名：インコボツリヌストキシン A

採用理由

15 歳以上の慢性流涎を呈する神経筋疾患の症例に使用することで誤嚥性肺炎の減少や QOL の向上などが期待できるため。添付文書では 100 単位だが副作用を考慮して少量から開始する可能性があるため、50 単位を採用とした。

効能効果

上肢痙縮、下肢痙縮、慢性流涎

用法用量又は使用方法

<上肢痙縮>

通常、成人にはインコボツリヌストキシン A として複数の緊張筋^{註 1)}に合計 400 単位を分割して筋肉内注射する。1 回あたりの最大投与量は 400 単位であるが、対象となる緊張筋の種類や数により、投与量は必要最小限となるよう適宜減量する。また、再投与は前回の効果が減弱した場合に可能であるが、投与間隔は 12 週以上とすること。

なお、症状に応じて投与間隔は 10 週まで短縮できる。

注 1) 緊張筋

橈側手根屈筋、尺側手根屈筋、浅指屈筋、深指屈筋、腕橈骨筋、上腕二頭筋、上腕筋、方形回内筋、円回内筋、長母指屈筋、母指内転筋、短母指屈筋／母指対立筋等

<下肢痙縮>

通常、成人にはインコボツリヌストキシン A として複数の緊張筋^{注2)}に合計 400 単位を分割して筋肉内注射する。1 回あたりの最大投与量は 400 単位であるが、対象となる緊張筋の種類や数により、投与量は必要最小限となるよう適宜減量する。また、再投与は前回の効果が減弱した場合に可能であるが、投与間隔は 12 週以上とすること。なお、症状に応じて投与間隔は 10 週まで短縮できる。

注 2) 緊張筋

腓腹筋（内側頭、外側頭）、ヒラメ筋、後脛骨筋、長趾屈筋、長母趾屈筋等

<慢性流涎>

通常、成人にはインコボツリヌストキシン A として合計 100 単位を分割して両側の耳下腺（片側につき 30 単位）及び顎下腺（片側につき 20 単位）に注射するが、患者の状態により適宜減量する。また、再投与は前回の効果が減弱した場合に可能であるが、投与間隔は 16 週以上とすること。なお、患者の状態により投与間隔は 14 週まで短縮できる。

処方区分：院内処方可

【医師は e-ラーニングを受講して施注医師登録が必要（受講修了証を薬局に提出する）

また患者の使用症例の登録も必要】

長期投与の可否：対象外

薬価：17.130 円/瓶

② エレビジス点滴静注 処方箋医薬品

（中外製薬）ウイルスベクター製剤

一般名：デランジストロゲン モキセパルボベク

採用理由

デュシェンヌ型筋ジストロフィー（以下、DMD）治療薬である本剤を用いて治療を行う場合、小児神経学会の施設認定が必要であるが、当院は施設認定を得ている。当院では DMD 患者が複数例おり、国内で本剤を使用し治療可能な施設であるため採用された。

申請時点で 2026 年 4 月上旬で適応上限の 8 歳になる 2 症例に対して 3 月中での投与を検討している。

効能効果

デュシェンヌ型筋ジストロフィー

ただし、以下のいずれも満たす場合に限る

- ・抗 AAVrh74 抗体が陰性の患者
- ・歩行可能な患者
- ・3 歳以上 8 歳未満の患者

用法用量又は使用方法

通常、体重 10kg 以上 70kg 未満の患者には 1.33×10¹⁴ ベクターゲノム (vg) /kg を、体重 70kg 以上の患者には

9.31×10¹⁵vg を、60 分から 120 分かけて静脈内に単回投与する。本品の再投与はしないこと

処方区分：院内処方可

長期投与の可否：対象外

薬価：3 億 497 万 2042 円

(1 患者あたり)

採用薬品の処方開始は、原則として**2026年3月11日(水)**からになります。

ただし、採用中止薬、切り替え等は院内在庫薬がなくなり次第実施となりますので開始日が異なる場合があります。