

## 簡易版・備北地区地域フォーミュラリ Ver.3

- フォーミュラリを導入する範囲については特に決められたものではなく、作成主体が地域の医療事情等に応じて、作成・運用が可能な範囲で作成され運用できるものです。
- 「地域フォーミュラリ」（以下、フォーミュラリ）とは、「地域の医師、薬剤師などの医療従事者とその関係団体の協働により、有効性、安全性に加えて、経済性なども含めて総合的な観点から最適であると判断された医薬品が収載されている地域における医薬品集及びその使用方針」です。
- フォーミュラリは、患者に良質な薬物療法を提供することを目的として、最新の科学的なエビデンスに基づき、医学的・薬学的な観点のほか経済性なども踏まえて、地域における関係者の協働の下で作成・運用されるものです。
- フォーミュラリでは疾患領域等に応じて使用される医薬品を示すことになるが、これにより医薬品の使用（処方）が制限されるものではなく、医学・薬学的な理由により必要と判断される場合には、**これ以外の医薬品を使用することは可能です。**
- 患者に薬物療法を提供する際には、各疾患領域において学会等が策定する診療ガイドラインを参照しつつ、フォーミュラリも適宜活用することで、それぞれの患者に最適な薬物療法を提供することが可能となるものです。
- このたび、備北地区地域フォーミュラリに、歯科・口腔領域小手術後の抗菌薬、経口ビスホスネート製剤、ヘルペス治療薬（成人）の3剤を追加して登録しました。今後も、順次採用薬を増やしながらかフォーミュラリを改訂していく予定です。

2024年6月10日

備北地区・地域フォーミュラリ作成委員会  
（委員長 中西敏夫 三次地区医師会長）  
地域医療連携推進法人備北メディカルネットワーク  
三次地区医師会・庄原市医師会  
三次薬剤師会  
三次歯科医師会

## No.7 抜歯時・口腔領域小手術後の経口抗菌薬 フォーミュラリ

## 1. 推奨薬一覧

推奨薬	アモキシシリン
	125mg、250mg(カプセル)、10%、20%(細粒)
オプション	クリンダマイシン
	(先発) 75mg、150mg(カプセル)
	クラリスロマイシン
	200mg(錠)、小児用 50mg(錠)、小児用 10%(DS)

- ◆ オプション:クリンダマイシン(先発医薬品)、クラリスロマイシン(後発医薬品)  
 推奨薬であるアモキシシリンにアレルギーがある場合、別系統の抗菌薬を代替として選択することが必要となる。なお、クリンダマイシンは、歯性領域の適応症を有さないことに留意したい。

## 2. 薬価比較

一般名	アモキシシリン	クリンダマイシン	クラリスロマイシン
代表的な製品名	GE	ダラシンカプセル	GE
JAID ガイドライン 用法に従った 1日薬価	30.3~40.4円 (250mgCap ×3-4回/日)	95.2円/日 (150mgCap ×4回/日)	38.4~45.6円/日 (200mg錠 ×2回/日)

## 3. 有効性・安全性・経済性

- ・歯科の抜歯処置の創分類はクラス II とされ、心内膜炎や SSI のリスク因子の無い症例に対して予防抗菌薬の使用は推奨されていない
- ・感染性心内膜炎の高リスク患者(人工弁置換患者、IE の既往患者、先天性心疾患等)に対し抜歯を行う際には、予防的抗菌薬の投与を行うことが強く推奨されており、その際は処置前1時間前に アモキシシリン 2g の単回投与(アレルギーがある際はクリンダマイシン 600mg の単回投与)が推奨されている。

## No.8 経口ビスホスホネート製剤 フォーミュラリ

### 1. 推奨薬一覧

推奨薬	アレンドロン酸ナトリウム水和物 (後発) 5mg(1日1回製剤)、35mg(週1回製剤) *ゼリー剤(先発)は除く
	リセドロン酸ナトリウム水和物 (後発) 2.5mg(1日1回製剤)、17.5mg(週1回製剤)、75mg(月1回製剤)
オプション	ミノドロン酸水和物 (後発) 1mg(1日1回製剤)、50mg(4週1回製剤)

### 2. 薬価比較 (2024年5月現在)

一般名	アレンドロン酸 ナトリウム水和物		リセドロン酸 ナトリウム水和物		ミノドロン酸 水和物	
代表的な 製品名	GE	ボナロン フォサマック (先発)	GE	アクトネル ベネット (先発)	GE	ボノテオ リカルボン (先発)
規格	1日1回製剤 5mg 錠 週1回製剤 35mg 錠 ゼリー剤 35mg(先発のみ)		1日1回製剤 2.5mg 週1回製剤 17.5mg 月1回製剤 75mg		1日1回製剤 1mg 4週1回製剤 50mg	
1ヶ月 あたりの 薬価	428.4~ 916.8円 *週1回 製剤の場合	950.0~ 1020.0円 (ゼリー剤: 2675.6円) *週1回 製剤の場合	410.0~ 560.0円 *週1回 製剤の場合	1032.4円 *週1回 製剤の場合	417.0~ 552.9円 *4週1回 製剤の場合	1557.7~ 1,644.5円 *4週1回 製剤の場合

3. 禁忌事項 リセドロン酸は妊婦、妊娠している可能性のある婦人、及び高度の腎障害のある患者には禁忌である

### 4. 専門医(歯科、整形外科)に紹介すべきケース

- 処方前に、歯科、口腔外科医への紹介を行い、可能な侵襲的歯科治療を受けること、さらに以後の定期スクリーニングを受けるように担当医は配慮することが大切である。
- 内服中のかたが歯科で侵襲的処置を受ける前には、医師と歯科医師が適切に連携を図ることが求められる。
- 高齢者の脆弱性骨折の場合、原発性骨粗鬆症の治療効果が不十分の場合は整形外科に紹介する
- 続発性骨粗鬆症の場合  
関連する病態、病因を担当する科との連携を行いながら診療にあたる大切である。

## No.9 成人におけるヘルペス治療薬 フォーミュラリ

### 1. 推奨薬一覧

推奨薬	バラシクロビル
	(後発)錠(500mg)、顆粒(50%)
オプション	アメナメビル
	(先発)錠(200mg)
	ファムシクロビル
	(後発)錠(250mg) (500mg) (先発)錠(250mg)

### 2. 1日薬価比較(2024年5月現在) \*1:「再発性の単純疱疹」にのみ適応を有する。

一般名	バラシクロビル		アメナメビル	ファムシクロビル	
代表的な製品名	GE	バルトレックス(先発)	アメナリーフ錠(先発)	GE	ファムビル(先発)
単純疱疹 1日薬価	88.6~ 329.4円 (1000mg/日)	340.4円 (1000mg/日)	*1	206.7 ~248.4円 (750mg/日)	758.7円 (750mg/日)
帯状疱疹 1日薬価	265.8~ 988.2円 (3000mg/日)	1,021.2円 (3000mg/日)	2355.0円 (400mg/日)	397.8~ 496.8円 (1500mg/日)	1,517.4円 (1500mg/日)

### 3. 適応症

一般名(錠剤)	バラシクロビル	アメナメビル	ファムシクロビル
単純疱疹	○	×	○(250mg錠)
造血幹細胞移植における単純疱疹の発症抑制	○	×	×
帯状疱疹	○	○	○※
水痘	○	×	×
性器ヘルペスの再発抑制	○	×	×

※単純疱疹の再発を繰り返す患者に、次回の再発分を処方可能(1回の再発分に限る)

- ・アメナメビルは、腎機能により用量調整が困難な症例においては選択肢となる。
- ・ファムシクロビルの500mg錠は帯状疱疹にのみに適応があることに注意を要する。
- ・ファムシクロビルは、特に耳鼻科領域で、感染細胞内での半減期がアシクロビルより長く、結果ウイルス排泄や痛みの消失が早いという報告がある。

## No.1 (高血圧症) アンギオテンシンII受容体拮抗薬 (ARB) フォーミュラリ

### 1. 推奨薬一覧

推奨薬	テルミサルタン
	(後発) 20mg・40mg(錠、OD錠)、80mg錠
	オルメサルタン
	(後発) 5mg・10mg・20mg・40mg(錠、OD錠)
	アジルサルタン
	(後発) 10mg・20mg・40mg(錠、OD錠)
オプション	カンデサルタン (心不全治療が主目的時)
	(後発) 2mg・4mg・8mg・12mg(錠、OD錠)
	ロサルタン (降圧<腎保護が優先される場合)
	(後発) 25mg・50mg・100mg(錠)

推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

<併用禁忌：すべてのARB> アリスキレンフマル酸塩 (ラジレス®錠)

### 2. 薬価比較

一般名	テルミサルタン		オルメサルタン		アジルサルタン		カンデサルタン		ロサルタン	
製品名	GE	ミカル ディス (先発)	GE	オルメ テック (先発)	GE	アジ ルバ (先発)	GE	プロプ レス (先発)	GE	ニュー ロタン (先発)
1日薬価 (標準投与量)	10.2～ 21.1円 (40mg)	65.5円 (40mg)	11.2～ 28.7円 (20mg)	52.3円 (20mg)	37.0円 (20mg)	140.1 円 (20mg)	13.0～ 35.0円 (8mg)	69.4円 (8mg)	16.6～ 26.1円 (50mg)	71.7円 (50mg)

上表は成人の高血圧症を治療目的としたときの標準用量の1日薬価である。

### 3. 適応症

推奨薬において、いずれも成人の高血圧症の適応を有する。また、それ以外の適応について以下のとおりである。

- ・アジルサルタンは小児(6歳以上)の高血圧症に対する適応を有する。
- ・カンデサルタンは、「ACE阻害薬の投与が適切でない場合の軽症～中等症の慢性心不全」、及び小児(1歳以上)の高血圧症の適応を有する。
- ・ロサルタンは、「高血圧及び蛋白尿を伴う2型糖尿病における糖尿病性腎症」の適応を有する。

## No.2 経口酸分泌抑制剤（PPI・P-CAB）フォーミュラリ

## 1. 推奨薬一覧

推奨薬	ランソプラゾール
	(後発) 15mg、30mg (OD錠、カプセル)
	ラベプラゾール
	(後発) 5mg、10mg、20mg (錠)
	エソメプラゾール
	(後発) 10mg、20mg (カプセル)
オプション	エソメプラゾール
	(先発) 10mg、20mg (顆粒分包) *後発品なし
	ボノプラザン
	(先発) 10mg、20mg (錠) *後発品なし

推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

<併用禁忌：すべてのPPI・P-CAB>

アタザナビル硫酸塩（レイアタツツ®カプセル）

リルピビリン塩酸塩（エジュラント®錠）

## 2. 薬価比較

一般名	ランソプラゾール		ラベプラゾール		エソメプラゾール		ボノプラザン
製品名	GE	タケプロン (先発)	GE	パリエット (先発)	GE	ネキシウム (先発)	タケキャブ (先発)
1日薬価 (標準投与量)	24.0円 (30mg)	56.5円 (30mg)	21.5~ 34.4円 (10mg)	52.4円 (10mg)	46.6円 (20mg)	CAP:90.0円 顆粒:105.1円 (20mg)	150.5円 (20mg)

上表は成人の胃潰瘍治療に処方される標準用量の1日薬価である。

### No.3 HMG-CoA還元酵素阻害剤（スタチン）フォーミュラリ

#### 1. 推奨薬一覧

推奨薬	ロスバスタチン
	(後発) 2.5mg・5mg・10mg(錠、OD錠)
	ピタバスタチン
	(後発) 1mg・2mg・4mg(錠、OD錠)
オプション	アトルバスタチン
	(後発) 5mg・10mg(錠、OD錠)、アムロジピンとの合剤(後発品あり)
オプション	プラバスタチン
	(後発) 5mg・10mg(錠)
	(先発) 5mg・10mg(錠)、細粒剤(0.5%・1%)

推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

<併用禁忌：ロスバスタチン>

シクロスポリン（ネオーラル®、サンディミュン®）

<併用禁忌：アトルバスタチン>

グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル(マヴィレット®配合錠)

<併用禁忌：ピタバスタチン>

シクロスポリン（ネオーラル®、サンディミュン®）

#### 2. 薬価比較

一般名	ロスバスタチン		ピタバスタチン		アトルバスタチン		プラバスタチン	
製品名	GE	クレストール(先発)	GE	リバロ(先発)	GE	リピートール(先発)	GE	メバロチン(先発)
1日薬価 (標準投与量)	8.6~ 16.8円 (2.5mg)	28.4円 (2.5mg)	15.0~ 22.6円 (2mg)	60.7円 (2mg)	12.7~ 26.6円 (10mg)	43.0円 (10mg)	12.1~ 19.3円 (10mg)	錠:32.3円 細粒:55.2円 (10mg)

上表は高コレステロール血症を治療目的としたときの標準用量の1日薬価である。

No.4 (2型糖尿病用)  $\alpha$ -グルコシダーゼ阻害薬フォーミュラリ

## 1. 推奨薬一覧

推奨薬1	ボグリボース
	(後発) 0.2mg・0.3mg(錠、OD錠、ODフィルム)
推奨薬2	ミグリトール
	(後発) 25mg・50mg・75mg(錠、OD錠)

推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

## 2. 薬価比較

一般名	ボグリボース		ミグリトール	
代表的な製品名	GE	ベイスン (先発)	GE	セイブル (先発)
薬価	30.3円 (0.6mg/日)	57.0円 (0.6mg/日)	30.3円 (150mg/日)	77.4円 (150mg/日)

上表は成人の2型糖尿病を治療目的としたときの標準用量の1日薬価である。

## 3. 適応症

- ・適応は「糖尿病の食後過血糖の改善」である。

## ◆推奨薬1：ボグリボース

「耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制」の適応を唯一取得している(0.2mg)。後発品で普通錠、OD錠の他に唯一ODフィルム製剤が発売されている。

## ◆推奨薬2：ミグリトール

- ・ミグリトールは、前治療の経口血糖降下剤は“SU剤及びビグアナイド系薬剤”に限られている。
- ・ミグリトールは小腸上部より吸収され、腎排泄となるため慎重投与となっている。ただし、添付文書に透析患者に対する注意を促す記載はなく、臨床上問題なく使用される。
- ・適応外ではあるが、食直前の服用タイミングを逃し、食後内服でも食直前内服と変わらない有効性があるとの報告があり、利便性が高い。



## No.5 第2世代抗ヒスタミン薬フォーミュラリ

1. 推奨薬一覧 推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

推奨薬1	フェキソフェナジン塩酸塩 ※添付文書上には自動車運転等の注意喚起の記載が無い (後発) 30mg錠・0D錠、60mg錠・0D錠、DS5%
	ロラタジン ※添付文書上には自動車運転等の注意喚起の記載が無い ※肝代謝のため、腎機能による用量調節の必要がない (後発) 10mg錠・0D錠、DS1%
推奨薬2	オロパタジン塩酸塩 ※小児から成人、妊婦、授乳婦での有効性・安全性が高い (後発) 2.5mg錠・0D錠・フィルム、5mg錠・0D錠・フィルム、顆粒0.5%、DS1%
	レボセチリジン塩酸塩 ※生後6ヶ月以上の小児に適応があり、シロップがある (後発) 2.5mg錠・0D錠、5mg錠・0D錠、DS0.5%、シロップ0.05%
オプション	ビラスチン ※1日1回経口 空腹時投与である。
	(先発) 20mg錠・0D錠

2. 薬価比較 成人の第2世代抗ヒスタミン剤の標準用量の1日薬価(錠剤)

一般名	フェキソフェナジン		ロラタジン		オロパタジン		レボセチリジン		ビラスチン	
	GE	アレグラ (先発)	GE	クラリチン (先発)	GE	アレロック (先発)	GE	ザイザル (先発)	GE	ビラノア (先発)
1日薬価 (標準投与量)	20.6~ 47.0円 (120mg/ 日)	72.6円 (120mg/ 日)	16.8~ 28.5円 (10mg/ 日)	44.6円 (10mg/日)	20.2~ 21.0円 (10mg/ 日)	57.2円 (10mg/日)	15.0~ 18.8円 (5mg/ 日)	57.2円 (5mg/日)	なし	57.0~ 57.2円 (20mg/ 日)

【参照】眠気の少ない順 ビラスチン20mg、フェキソフェナジン60mg・120mg、  
デスロラタジン5mg、レボセチリジン5mg、エピナスチン20mg、エバスチン  
10mg、セチリジン10mg、ロラタジン10mg、オロパタジン5mg他、と眠気の少ない  
順に並べられる。(ルパタジン10mg記載なし不明)

【参照】妊婦・授乳婦への投与

	妊婦	授乳婦
◆フェキソフェナジン	: 有益投与	有益投与 (乳汁中移行報告有り)
◆ロラタジン	: 投与しないことが望ましい	有益投与 (乳汁中移行報告有り)
◆オロパタジン	: 有益投与	有益投与 (乳汁中移行報告有り)
◆レボセチリジン	: 有益投与	有益投与 (乳汁中移行報告有り)
◆ビラスチン	: 有益投与	有益投与 (乳汁中移行報告有り)

\*妊娠と薬情報センターホームページでは、授乳中に安全に使用できると考えられる薬として、  
フェキソフェナジン、ロラタジンが掲載されている。

## No.6 消炎・鎮痛剤（内用剤）フォーミュラリ

1. 推奨薬一覧 推奨薬の順位付けは、有効性・安全性、経済性を踏まえて決定した。

第1推奨	アセトアミノフェン
	(後発) 200mg・300mg・500mg (錠)、シロップ、細粒、ドライシロップ、坐剤
第2推奨	ロキソプロフェンナトリウム
	(後発) 60mg (錠)、細粒、内用液
オープン	セレコキシブ ※添付文書に「警告」の記載はあるが、重篤な心血管系血栓性事象の発現率は、0.1%である
	(後発) 100mg・200mg (錠)
オープン	イブプロフェン ※唯一小児適応(5歳以上)を有するNSAIDsである
	(後発) 100mg・200mg (錠)、顆粒
	ナプロキセン ※適応外であるが半減期が長く腫瘍熱に適しており使用される
	(先発) 100mg (錠)
オープン	ジクロフェナクナトリウム ※消化器系の副作用、心血管系有害事象に注意が必要である
	1回37.5mgを1日2回食後に経口投与する (後発) 25mg (錠)、37.5mg (徐放カプセル)

## 2. 1日薬価比較

一般名	アセトアミノフェン	ロキソプロフェン		セレコキシブ	
製品名	GE・カロナール (先発なし)	GE	ロキソニン (先発)	GE	セレコックス (先発)
1日薬価 (標準投与量)	21.0~ 30.6円 (1500mg/日) 鎮痛として1日総 量4000mgまで可能 200mg錠、300mg錠 では薬価差なし	17.1~ 29.4円 (180mg/日)	30.3円 (180mg/日)	22.0~ 35.6円 (400mg/ 日)	101.4円 (400mg/日)

一般名	イブプロフェン		ナプロキセン		ジクロフェナクナトリウム	
製品名	GE	ブルフェン (先発)	GE	ナイキサン (先発)	GE	ボルタレン・ナボール (先発)
1日薬価 (標準投与量)	17.7円 (600mg/ 日)	20.7円 (600mg/ 日)	なし	17.7~ 35.4円 (300~600mg/ 日)	17.1円(錠) 11.8円(カプセル) (75mg/日)	25.8円(錠) 20.8~23.8円 (カプセル) (75mg/日)

上表は消炎・鎮痛を治療目的としたときの標準用量の1日薬価である。

### 3. 適応症

推奨薬において、適応はいずれも症状に若干の違いはあるものの鎮痛である。セレコキシブを除き、解熱にも適応がある。セレコキシブは適応によって負荷投与が必要である。

※手術後、外傷後並びに抜歯後の消炎・鎮痛：

通常、成人にはセレコキシブとして初回のみ400mg、2回目以降は1回200mgとして1日2回経口投与する。なお、投与間隔は6時間以上あけること。

頓用の場合は、初回のみ400mg、必要に応じて以降は200mgを6時間以上あけて経口投与する。ただし、1日2回までとする。

### 4. 小児における消炎鎮痛剤

#### 4-1 推奨薬

第1 推奨薬	<b>アセトアミノフェン</b> 10~15mg/kg、4~6時間あけて 1日3回程度までである (最大60mg/kg/日、成人量を越えない) ※3ヶ月未満の乳児に対する安全性は未確立である。 (後発) 200mg(錠)、シロップ、細粒、ドライシロップ、 50mg・100mg・200mg坐剤
第2 推奨薬	<b>イブプロフェン</b> 3~6mg/kg、6~8時間あけて 1日2回まで (最大600mg/日、成人量を越えない) ※4歳以下の乳幼児に対する安全性は未確立である。 (後発) 100mg・200mg(錠)、顆粒

- ・坐薬以外は先発品なしの扱いである。
- ・コロナ禍後で、細粒は市場で不足しているおりには、錠剤を粉碎し乳糖を加え200mg/gとして運用してよい。
- ・小児の解熱薬としてイブプロフェン以外のNSAIDsは、その使用を避ける。  
(ロキソプロフェン、ジクロフェナクナトリウム、アスピリンなど)  
インフルエンザ・水痘などのウイルス感染症時の内服でライ症候群を発症する可能性があるためである。
- ・3ヶ月未満児の発熱は約10%が重症感染症であるため、原則入院が必要である。  
解熱剤で経過をみることはせず、病院小児科に紹介を行う。
- ・熱性痙攣時にアセトアミノフェン坐剤とジアゼパム坐剤を処方する場合は、  
ジアゼパム坐剤使用後30分以上あけてアセトアミノフェン坐剤を使用するよう指導されたい。同時使用するとジアゼパムの吸収が阻害されてしまうためである。
- ・市販の小児用総合感冒薬にもアセトアミノフェンが含有されている場合があるため、  
処方量には注意が必要である。

4-2 薬価比較 小児における消炎鎮痛剤

一般名	アセトアミノフェン					
剤型	細粒 20% (200mg/g) (先発なし)		シロップ 2% (200mg/mL) (先発なし)	坐 剤		錠 (先発なし)
製品名	アセトアミノフェン	加ナール	アセトアミノフェン 加ナール	GE	(先発) アルピニー アンバ 加ナール	アセトアミノフェン 加ナール
単位 薬価	6.6~7.1 円/g DS : 7.6~11.3 円/g	9.9 円/g	4.7 円/mL	50mg 19.7 円 100 mg 19.7 円 200 mg 20.3 円	50mg 19.7~27.6 円 100 mg 19.7~27.6 円 200 mg 20.3~32.1 円	200 mg錠 : 5.9 円/錠
小児 用量	1 回 10~15 mg/kg (最大 1 日 60 mg/kg) 1 回最大 500 mg, 1 日最大 1500 mg					

一般名	イブプロフェン			
剤型	顆粒 20% (200mg/g)		錠	
製品名	GE	(先発) ブルフェン	GE	(先発) ブルフェン
単位薬価	6.3 円/g	7.8 円/g	100 mg錠 5.1 円/錠 200 mg錠 5.9 円/錠	100 mg錠 5.9 円/錠 200 mg錠 6.9 円/錠
小児用量	以下の用量を 1 日 3 回分服 5~7 歳 : 200~300mg, 8~10 歳 : 300~400 mg, 11~15 歳 : 400~600 mg			

さいごに

令和4年度厚生労働科学特別研究事業において、「フォーミュラリの運用について」がとりまとめられています。作成手順と運用の考え方を参考にしつつ、日本フォーミュラリ学会で作成されたフォーミュラリを雛形に、備北地域の特性に合わせて修正を加えたものが、今回提供します備北地区地域フォーミュラリになります。

医療関係者のご意見を取り入れつつ、よりよいものにするよう改訂を重ねていきたいので、積極的にご意見をいただければ幸いです。

(日本病院会HP)

令和4年度厚生労働科学特別研究事業において、「フォーミュラリの運用について」

<https://www.hospital.or.jp/site/news/file/1688712783.pdf>



(問い合わせ先)

備北地区・地域フォーミュラリ作成 WG

委員長 永澤 昌 (市立三次中央病院)

事務局 山崎硬治 (三次地区医療センター)

〒728-0013

広島県三次市十日市東三丁目 16-1

三次地区医療センター

TEL 0824-62-6318

FAX 0824-62-1900

[yamasaki@miyoshi.hiroshima.med.or.jp](mailto:yamasaki@miyoshi.hiroshima.med.or.jp)