

浦河赤十字病院 フォーマュラリー（医薬品使用推奨基準）

浦河赤十字病院では、医薬品の使用指針となる「フォーマュラリー」を作成し、医薬品使用推奨基準を設けております。既存の同種同効薬の採用がある場合は、原則として後発医薬品など安価な薬剤を第一選択薬とし優先して推奨しています。「フォーマュラリー」は、患者様に対して最も有効で経済的な医薬品の使用における指針になります。

2019年10月30日

浦河赤十字病院フォーミュラリー（医薬品使用推奨基準）

1. インフルエンザ治療領域

1-1) 抗インフルエンザ薬 経口剤（2019. 10. 30 承認）

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	オセルタミビルリン酸塩 (後発医薬品)	カプセル 75mg, ドライシロップ 3%	
第二推奨薬	バロキサビルマルボキシル	錠 20mg	

1-2) 抗インフルエンザ薬 吸入剤（2019. 10. 30 承認）

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ラニナミビルオクタン酸エステル水和物	吸入粉末剤 20mg	

1-3) 抗インフルエンザ薬 注射剤（2019. 10. 30 承認）

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ペラミビル水和物	注 300mg ハブ	

2. アレルギー性疾患治療領域

2-1) H1 受容体拮抗薬 経口剤（2019. 10. 30 承認）

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	フェキソフェナジン塩酸塩 (後発医薬品)	OD錠 30mg, 60mg, ドライシロップ 5%	
第二推奨薬	レボセチリジン塩酸塩	錠 5mg, シロップ 0.05%	

3. 糖尿病治療領域

3-1) スルホニル尿素 (SU) 薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	グリメピリド (後発医薬品)	OD錠0.5mg	

3-2) 速効型インスリン分泌促進 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	レパグリニド	錠0.25mg	

3-3) α -グルコシダーゼ阻害 (α -GI) 薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ボグリボース (後発医薬品)	OD錠0.3mg	

3-4) SGLT2阻害薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	エンパグリフロジン	錠10mg, 25mg	EMPA-REGOUTCOME 試験結果報告
第二推奨薬	カナグリフロジン水和物	錠100mg	CREDENNCE 試験結果報告

3-5) DPP-4阻害薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	テネリグリプチン臭化水素酸塩水和物	錠20mg	腎機能低下時の用量調節不要
第二推奨薬	シタグリプチンリン酸塩水和物	錠25mg	

3-6) GLP-1アナログ製剤 注射剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	デュラグルチド	注0.75mgキット	週1回製剤
第二推奨薬	リラグルチド	注18mgキット	1日1回製剤

3-7) インスリン製剤 注射剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	インスリン デグルデク	注300単位キット	持効型
第二推奨薬	インスリン アスパルト	注300単位キット	超速効型
特定条件下推奨薬	インスリン ヒト	注100単位/mLパイル	速効型(静注、持続静注、筋注可)

4. 脂質異常症治療領域

4-1) スタチン系薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ロスバスタチン (後発医薬品)	OD錠2.5mg	
第二推奨薬	アトルバスタチン (後発医薬品)	錠5mg	

4-2) フィブラート系薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	フェノフィブラート (後発医薬品)	錠53.3mg	
第二推奨薬	ペマフィブラート	錠0.1mg	

5. 痛風・高尿酸血症治療領域

5-1) 痛風・高尿酸血症薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	アロプリノール (後発医薬品)	錠 100mg	
第二推奨薬	フェブキソスタット	錠 10mg, 20mg	

6. 骨粗鬆症治療領域

6-1) ビスホスホネート(BP)薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	アレンドロン酸ナトリウム (後発医薬品)	錠 35mg	週1回製剤
第二推奨薬	リセドロン酸ナトリウム水和物	錠 75mg	月1回製剤

6-2) ビスホスホネート(BP)薬 注射剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	イバンドロン酸ナトリウム水和物	注 1mg	月1回製剤
第二推奨薬	ゾレドロン酸水和物	注 5mg	年1回製剤

7. 高血圧治療領域

7-1) カルシウム拮抗薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	アムロジピンベシル酸塩 (後発医薬品)	OD錠 2.5mg, 5mg	
第二推奨薬	ニフェジピン (後発医薬品)	徐放錠 10mg, 20mg	

7-2) カルシウム拮抗薬 注射剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ニカルジピン塩酸塩 (後発医薬品)	注2mg, 10mg	
第二推奨薬	ベラパミル塩酸塩	注5mg	

7-3) アンギオテンシン変換酵素阻害薬 (ACE-I) 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	エナラプリルマレイン酸塩 (後発医薬品)	錠5mg	
第二推奨薬	ペリンドプリルエルブミン	錠2mg	

7-4) アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬 (ARB) 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	オルメサルタンメドキシミル (後発医薬品)	OD錠20mg	
第二推奨薬	アジルサルタン	錠20mg	
特定条件下推奨薬	イルベサルタン (後発医薬品)	OD錠100mg	胆汁排泄型

8. 消化性潰瘍治療領域

8-1) プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ランソプラゾール腸溶 (後発医薬品)	OD錠15mg	
第二推奨薬	ボノプラザンフマル酸塩	錠10mg, 20mg	カリウムイオン競合型アシッドブロッカー (P-Cab)

8-2) プロトンポンプ阻害薬 (PPI) 注射剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	オメプラゾールナトリウム (後発医薬品)	注用20mg	

8-3) H₂受容体拮抗薬 経口剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ファモチジン (後発医薬品)	OD錠 10mg, 20mg	
第二推奨薬	ラフチジン	OD錠 10mg	

8-4) H₂受容体拮抗薬 注射剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ファモチジン (後発医薬品)	注用 20mg	

9. 緑内障治療領域

9-1) 緑内障治療薬 点眼剤 (2019. 10. 30 承認)

推奨優先度	医薬品名	規格・剤形	備考
第一推奨薬	ラタノプロスト (後発医薬品)	点眼液 0.005%	PG (プロstagランジン) 関連薬 β遮断薬 炭酸脱水素阻害薬
	カルテオロール塩酸塩 (後発医薬品)	LA点眼液 2%	
	プリンゾラミド (後発医薬品)	懸濁性点眼液 1%	
第二推奨薬	ビマトプロスト (後発医薬品)	点眼塩 0.03%	PG (プロstagランジン) 関連薬 β遮断薬 炭酸脱水素阻害薬
	チモロールマレイン酸塩 (後発医薬品)	XE点眼液 0.5%	
	ドルゾラミド塩酸塩	点眼液 1%	
特定条件下推奨薬	リパスジル塩酸塩水和物	点眼液 0.4%	ROCKキナーゼ阻害薬(他薬で効果不十分)