



地域医療連携推進法人  
日本海ヘルスケアネット

# 日本海ヘルスケアネット 地域フォーミュラリ 一覧 (1/2)

| 項 目                                    | 薬 剤 名          |         |       | 備 考                                              | 開始時期      |
|----------------------------------------|----------------|---------|-------|--------------------------------------------------|-----------|
| 胃酸の分泌を抑える薬<br>プロトンポンプ阻害薬<br>PPI        | ランソプラゾール       |         | 推奨薬   | ジェネリック薬                                          | 平成30年11月～ |
|                                        | ラベプラゾール        |         |       |                                                  |           |
|                                        | エソメプラゾール       |         |       |                                                  | オプション     |
|                                        | ボノブラザン         |         |       |                                                  |           |
| 食後過血糖を抑える薬<br>α-グルコシダーゼ阻害薬<br>α-GI     | ボグリボース         |         |       | ジェネリック薬                                          | 平成30年11月～ |
|                                        | ミグリトール         |         |       |                                                  |           |
| 高血圧治療薬<br>アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬<br>ARB       | テルミサルタン        |         |       | 選考理由<br>★作用時間が長い<br>★相互作用が少ない                    | 平成31年2月～  |
|                                        | オルメサルタン        |         |       |                                                  |           |
| コレステロールを下げる薬<br>HMG-CoA還元酵素阻害薬<br>スタチン | ロスバスタチン        |         |       | 選考理由<br>★作用が強い<br>★相互作用が少ない                      | 平成31年2月～  |
|                                        | ピタバスタチン        |         |       |                                                  |           |
| 骨粗鬆症治療薬<br>ビスホスホネート製剤                  | アレンドロン酸Na35mg  |         |       | 週1回内服                                            | 令和元年6月～   |
|                                        | リセドロン酸Na17.5mg |         |       | 週1回内服                                            |           |
|                                        | リセドロン酸Na75mg   |         |       | 月1回内服                                            |           |
| 抗ヒスタミン薬<br>(アレルギー性鼻炎に限る)               | ロラタジン          |         |       | 選考理由<br>★眠くなりにくい(安全性)                            | 令和元年12月～  |
|                                        | フェキソフェナジン      |         |       |                                                  |           |
| 抗インフルエンザ薬<br>(成人の治療に限る)                | 内服             | オセルタミビル | 推奨薬   | 1日2回5日間内服                                        | 令和元年12月～  |
|                                        |                | ゾフルーザ   | オプション | 1回内服                                             |           |
|                                        | 吸入             | イナビル    | 推奨薬   | 単回吸入                                             |           |
|                                        |                | リレンザ    |       | 1日2回5日間吸入                                        |           |
|                                        | 注射             | ラビアクタ   |       |                                                  |           |
| 神経障害性疼痛緩和薬                             | プレガバリン         |         |       | ジェネリック薬                                          | 令和3年4月～   |
| 抗ヘルペスウイルス薬                             | バラシクロビル        |         | 推奨薬   | 腎機能やアドヒアランスに問題がある場合はアメナリーフを推奨<br>それ以外はバラシクロビルを推奨 | 令和3年4月～   |
|                                        | アメナリーフ         |         | オプション |                                                  |           |
| 高血圧治療薬配合剤<br>ARB+Ca拮抗薬                 | テラムロ           |         |       | テルミサルタン+アムロジピン                                   | 令和3年4月～   |
|                                        | カムシア           |         |       | カンデサルタン+アムロジピン                                   |           |

「推 奨 薬」 : 後発医薬品（AGを含む）でエビデンスに則り、有効性、安全性、経済性に優れている。  
後発品以外は推奨薬にならない。

「オプション」 : ある特定の状況では使用が推奨される医薬品であり、先発医薬品、後発医薬品のいずれでも可。



地域医療連携推進法人  
日本海ヘルスケアネット

# 日本海ヘルスケアネット 地域フォーミュラリー一覧 (2/2)

| 項 目                                                                                                                                                                             | 薬 剤 名                                        |               | 備 考                                                            | 開始時期     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|---------------|----------------------------------------------------------------|----------|
| 便秘薬                                                                                                                                                                             | 酸化マグネシウム                                     | 推奨薬           | 習慣性が少なく長期間の投与も可能                                               | 令和4年11月～ |
|                                                                                                                                                                                 | ルビプロストン                                      | オプション         | 腸液の分泌促進                                                        |          |
|                                                                                                                                                                                 | エロピキシバット                                     |               | 胆汁酸の再吸収を抑制                                                     |          |
|                                                                                                                                                                                 | リナクロチド                                       |               | 腸管内への水分分泌を促進                                                   |          |
|                                                                                                                                                                                 | センノシド                                        | オプション<br>(屯用) | 大腸刺激性下剤は短期間使用を原則とする                                            |          |
|                                                                                                                                                                                 | ピコスルファート                                     |               |                                                                |          |
|                                                                                                                                                                                 | センナ・センナ実                                     |               |                                                                |          |
| 睡眠薬                                                                                                                                                                             | エスゾピクロン                                      | 推奨薬           | 高齢者は副作用リスクを評価し、オレキシン受容体拮抗薬の使用を考慮すること<br>高齢者に投与する場合は1mgから開始すること | 令和5年12月～ |
| <div>・推奨される患者は、睡眠薬治療を受けておらず、投薬が必要と判断した患者とする<br/>・睡眠薬の適正使用ガイドライン等を参考に、睡眠衛生指導を十分に行ったうえで薬物治療を検討すること<br/>・永続的な服用の発生など不適正使用が予想されるため、睡眠薬の導入はあくまで一時的な治療であることを念頭におき、適宜処方の見直しを行うこと</div> | レンボレキサント                                     | オプション         | 副作用リスクが高いと判断された場合に使用を考慮すること                                    |          |
|                                                                                                                                                                                 | スボレキサント(併用禁忌薬注意)                             |               |                                                                |          |
| DPP-4阻害薬                                                                                                                                                                        | ビルダグリプチン                                     | 推奨薬           | ジェネリック薬                                                        | 令和7年6月～  |
|                                                                                                                                                                                 | リナグリプチン（トラゼンタ）                               | オプション         | 先発医薬品                                                          |          |
| DOAC<br>(非弁膜症性心房細動)                                                                                                                                                             | リバーロキサバン                                     | 推奨薬           | 出血リスクの高い症例は避ける                                                 | 令和7年6月～  |
|                                                                                                                                                                                 | アピキサバン（エリキュース）                               | オプション         | 先発医薬品                                                          |          |
|                                                                                                                                                                                 | エドキサバン（リクシアナ）                                |               |                                                                |          |
| 関節リウマチに対する<br>TNFα抗体製剤                                                                                                                                                          | エタネルセプトBS製剤                                  | 推奨薬           | 後続【バイオシミラー】                                                    | 令和7年6月～  |
|                                                                                                                                                                                 | アダリムマブBS製剤                                   |               |                                                                |          |
|                                                                                                                                                                                 | インフリキシマブBS製剤                                 | オプション         |                                                                |          |
| インスリン製剤（超速効型）                                                                                                                                                                   | インスリン リスプロBS<br>(遺伝子組み換え)                    | 推奨薬           | 後続【バイオシミラー】                                                    | 令和7年6月～  |
|                                                                                                                                                                                 | インスリン リスプロ<br>(遺伝子組み換え)<br>(ルムジェブ注ミリオペン)     | オプション         | 先行                                                             |          |
| インスリン製剤（持効型）                                                                                                                                                                    | インスリン グラルギンBS<br>(遺伝子組み換え)                   | 推奨薬           | 後続【バイオシミラー】                                                    | 令和7年6月～  |
|                                                                                                                                                                                 | インスリン デグルデク<br>(遺伝子組み換え)<br>(トレシーバ注フレックスタッチ) | オプション         | 先行                                                             |          |
| テリバラチド                                                                                                                                                                          | テリバラチドBS製剤<br>(600μg皮下注)                     | 推奨薬           | 後続【バイオシミラー】<br>連日投与                                            | 令和7年6月～  |
|                                                                                                                                                                                 | テリバラチド酢酸塩<br>(28.2μg皮下注)                     | オプション         | 先行<br>週2回投与                                                    |          |

「推 奨 薬」 : 後発医薬品 (AGを含む) でエビデンスに則り、有効性、安全性、経済性に優れている。  
後発品以外は推奨薬にならない。

「オプション」 : ある特定の状況では使用が推奨される医薬品であり、先発医薬品、後発医薬品のいずれでも可。