令和8年　10月発行　第2巻　第1号

日本フォーミュラリ学会誌

Journal of Japanese Society of Formulary

Vol. 2　No. 1

解　説

広島県備北地区における地域フォーミュラリ　中西 敏夫　他

沖縄県北部地区における地域フォーミュラリ
～医療過疎地域における学会のモデル・フォーミュラリを活用した地域フォーミュラリ作成、運用事例報告～　浅沼　健一

災害時医療と地域フォーミュラリ　小池　博文

最優秀ポスター発表賞を受賞して

南薩薬剤師会における災害時フォーミュラリ　赤池 剛

優秀ポスター発表賞を受賞して

横須賀地域フォーミュラリの合意形成と普及に向けた取り組み
～SWOT分析による課題抽出と対応策～　山崎 勇輝　他

地域連携を見据えた共通フォーミュラリ作成
～岡山大学病院と岡山市立市民病院の取り組み～　佐田 光　他

酒田地区におけるバイオシミラー製剤のフォーミュラリ導入のためのシェア分析と薬剤選考　佐藤 遼　他

一般社団法人 日本フォーミュラリ学会
JAPANESE SOCIETY OF FORMULARY

編集委員会

投稿論文をお待ちしています！

（一社）日本フォーミュラリ学会編集委員会

日本フォーミュラリ学会では、機関誌として「日本フォーミュラリ学会誌」を定期発行しています。

本学会は設立5周年を迎えました。これまで本学会はフォーミュラリに関する事例を幅広く策定し、情報を共有することで、国民の医療の質および健康の向上を図ってきました。学会設立時には数えるほどしかなかった地域フォーミュラリの取り組みも、徐々に全国各地に広がり、地域フォーミュラリに対する社会的認知度も高まっています。

医療事情は地域や医療機関によって様々であり、処方の動向や医療の担い手側の事情も様々です。地域フォーミュラリは地域の医療事情に応じて作成・運営されることから、一つ一つの取り組みが重要なエビデンスとなります。今後、地域フォーミュラリが全国で普及し、社会に定着するには、先行的な取り組みとその成果をエビデンスとして広く社会で共有することが重要です。

日本フォーミュラリ学会誌は、会員による「フォーミュラリに関する内容およびこれらに関連する領域の投稿論文」を広く受け付けています。投稿論文は、1）原著、2）資料、3）総説、4）依頼原稿（編集委員会からの依頼による）、の4つのカテゴリーに分けられ、専門家による査読を経て編集委員会において採否が決定されます。採択論文は、日本フォーミュラリ学会誌に掲載されるほか、速やかにオンラインで公開されどなたでも閲覧が可能です。

フォーミュラリに関する研究で、独創性や新規性を有する論文の投稿を心からお待ちしています。

日本フォーミュラリ学会誌の論文種類（詳細は投稿規程参照）

（1） **原著：**フォーミュラリに関連する研究で、十分な独創性や新規性を有し、科学的に価値ある事実あるいは結論を含むもの。

（2） **資料：**フォーミュラリに関連する活動で、一定の成果を挙げ、学会員が共有する価値のあるもの。

（3） **総説：**フォーミュラリに関連する事項についての総括あるいは包括的な解説を内容とするもの。

（4） **依頼原稿：**フォーミュラリに関連する有用な報告および活動について掲載するもので、編集委員会からの依頼とする。

目次

巻頭言…… 1

解説

広島県備北地区における地域フォーミュラリ…… 2
中西 敏夫　他

沖縄県北部地区における地域フォーミュラリ
～医療過疎地域における学会のモデル・フォーミュラリを活用した地域フォーミュラリ作成、運用事例報告～ ……30
浅沼 健一

災害時医療と地域フォーミュラリ……46
小池 博文

最優秀ポスター発表賞を受賞して

南薩薬剤師会における災害時フォーミュラリ…… 56
赤池 剛

優秀ポスター発表賞を受賞して

横須賀地域フォーミュラリの合意形成と普及に向けた取り組み
～SWOT分析による課題抽出と対応策～ …… 62
山崎 勇輝　他

地域連携を見据えた共通フォーミュラリ作成
～岡山大学病院と岡山市立市民病院の取り組み～…… 70
佐田 光　他

酒田地区におけるバイオシミラー製剤の
フォーミュラリ導入のためのシェア分析と薬剤選考…… 76
佐藤 遼　他

総会、理事会報告…… 88

日本フォーミュラリ学会の歩み…… 94

賛助会員名簿…… 95

フォーミュラリ学会定款…… 96

投稿規定・執筆要綱……106

入会案内……113

編集後記……114

巻頭言

地域フォーミュラリの方法論開発
～三十年以上の時間と情熱の結晶～



日本フォーミュラリ学会　理事長
今井 博久

「正直、分かりません」と答えている。学会設立に何かきっかけはありましたか、と尋ねられたときの、私の嘘のない回答である。しかし、いま振り返れば、まるで何かが憑依し、突き動かされるかのような感覚で学会を設立したと言ってもよい。元々、私は学会活動を好む方ではなかった。研究を殆どせずに学会のお祭り事に奔走し、虚栄心を満たす研究者を目にしてきたからだ。昨今の似たような学会の乱立にも疑問を抱いていた。そのような背景がある中での「日本フォーミュラリ学会」の設立であった。わが国の地域医療を良くしたいという、あの切実な使命感こそが本当のきっかけだったのかもしれない。

アカデミアの世界に入り、米国留学を契機としてビアーズ基準、疾病管理、多剤併用対策などの研究分野を最先端で牽引してきた。一連の研究テーマである『医薬品の適正使用』に携わって以来、三十年以上一貫して取り組んできた。やはり、ひとつの研究テーマにおいて独自性と創造性を有し、新機軸を打ち出した成果を得るには、長い年月と絶え間ない熱意を要する。これまでの険しい道程を乗り越えて、ようやく「地域フォーミュラリの実施」への努力が結実しつつあり、実に感慨深い。

しかし、設立当時の私は、わが国における地域フォーミュラリ実施の方法論に関して、まだ理路整然とした体系を構築できていなかった。講演の質疑応答では、「各学会ガイドラインの推奨薬と地域フォーミュラリの推奨薬の違いは何か」「ホクナリンテープの場合はどうなのか」といった鋭い質問をいただいた。いまでこそ完全に説明できるが、当時は明瞭に回答することができなかった。地域フォーミュラリの方法論の開発は、三十年以上の時間と情熱の結晶である。とりわけこの五年間は、文字通り四六時中頭の中で考え抜き、海外の研究者への問い合わせや国際誌の文献渉猟を重ね、確実に理論武装を行ってきた。私自身、この「わが国における地域フォーミュラリ実施の方法論」を誰よりも深く理解していると自負している。

本年度、札幌市で開催された第5回総会は、過去最大の参加者数を記録した。厚生労働省からも地域フォーミュラリ普及の施策が次々と打ち出され、実施・準備地区の数は急速に増加している。当学会としては、地域フォーミュラリの方法論の完成度をより一層高め、全国の地域医療へ円滑に導入していただけるよう、今後も全力を尽くしていく所存である。

解説

広島県備北地区における地域フォーミュラリ

なかにし としお , ながさわ あきら
中西 敏夫 , 永澤 昌
地域医療連携推進法人・備北メディカルネットワーク

The Regional Formulary in Bihoku district, Hiroshima Prefecture

Toshio Nakanishi, Akira Nagasawa
regional medical coordination promotion corporation・Bihoku Medical Network

抄録：広島県備北地区は無医地区が多く、医療資源が乏しい地域である。この課題に対応するため、2017年に地域医療連携推進法人・備北メディカルネットワーク（備北MN）が設立され、医師確保や地域医療維持を目的に活動してきた。

備北MNでは、2023年に、県のモデル事業と連動して地域フォーミュラリ推進プロジェクトを開始した。備北MNを実施主体とし、三師会と連携しながら13薬効群のフォーミュラリを策定・公開している。運営上の特徴は、外部アドバイザーの配置、県との密な情報共有、利益相反（COI）管理の明確化、作成・評価を繰り返す改善体制である。日本フォーミュラリ学会のモデルフォーミュラリを活用し、効率的かつ質の高い策定を実現した。

導入前後1年間の検証では、ARB・PPI/P-CAB・スタチンを対象に、三次市約4,000万円、庄原市約4,300万円の薬剤費削減効果を確認。特にARBで顕著な削減がみられた。地域フォーミュラリ委員会の運用に際しては、利益相反（COI）管理と透明性の確保が信頼性を支える。セミナーや説明会による周知活動により理解度・活用度が向上し、地域全体への波及効果が示された。

Summary：The Bihoku district of Hiroshima Prefecture has a large number of medically underserved areas and limited healthcare resources. To address these challenges, the Regional Medical Coordination Promotion Corporation, Bihoku Medical Network (Bihoku MN), was established in 2017 to secure physicians and sustain regional healthcare delivery.

In 2023, in alignment with a prefectural model project, the Regional Formulary Promotion Project was launched. With Bihoku MN serving as the implementing body, 13 therapeutic classes of a regional formulary have been developed and published in collaboration with the local medical, dental, and pharmaceutical associations. Key features of the initiative include the appointment of external advisors, close coordination and information sharing with the prefectural government, clear conflict-of-interest (COI) management, and a continuous cycle of development and evaluation. By utilizing the model formulary developed by the Japan Formulary Society, efficient and high-quality formulation was achieved.

A one-year before-and-after analysis following implementation demonstrated substantial reductions in drug expenditures for ARBs, PPIs/P-CABs, and statins: approximately 40 million yen in Miyoshi City and 43 million yen in Shobara City, with the largest impact observed in ARBs. In the operation of a regional formulary committee, proper management of conflicts of interest (COI) and the assurance of transparency underpin its credibility and trustworthiness. Educational seminars and explanatory meetings improved understanding and utilization of the regional formulary, suggesting a positive spillover effect throughout the region.

キーワード：無医地区、地域医療連携推進法人、備北メディカルネットワーク、地域フォーミュラリ、利益相反（COI）、電子カルテ
Key words：medically underserved area,regional medical coordination promotion corporation,Bihoku Medical Network, regional formulary,conflict-of-interest (COI),electronic medical record

中西 敏夫(t.nakanishi3672@city.miyoshi.hiroshima.jp)
市立三次中央病院
〒728-0023　広島県三次市東酒屋町10531番地

Toshio Nakanishi(t.nakanishi3672@city.miyoshi.hiroshima.jp)
Miyoshi　Central Hospital
10531 Higashisakeya-cho, Miyoshi city, Hiroshima 728-0023, Japan

1.はじめに

地域フォーミュラリの策定のためには、地区のステークホルダーの意見をまとめることが重要である。地域フォーミュラリを推進するリーダーは地域により異なっているが、地域フォーミュラリの円滑な運用には、最終的に、医師会、薬剤師会、歯科医師会の三師会が地域フォーミュラリの意義を熟知した上で、密な連携がとれることが必要である。

実施主体の違いにより、地域フォーミュラリは大きく三つのタイプに分類される[1]。これについては、後述する。広島県の東北部に位置する三次市と庄原市で構成される備北地区においては、地域医療連携推進法人・備北メディカルネットワーク（以下、備北MN）が、地域フォーミュラリ推進の実施主体である。もともと強固な地域医療連携体制が基盤にあってこその地域フォーミュラリ推進であり、まず簡単ではあるが、備北MNの紹介を行っておく。 その後、われわれの実際の運用の実際について紹介する。

2.広島県備北地区と備北MNについて

令和4年度調査において、広島県の無医地区数は、北海道の無医地区数60についで，二番目に多い53である[2]。なかでも所轄保健所別の無医地区数は、備北地区を所轄とする広島県北部保健所において31地区と、全国の中で最も多い（図1、表1）[2]。

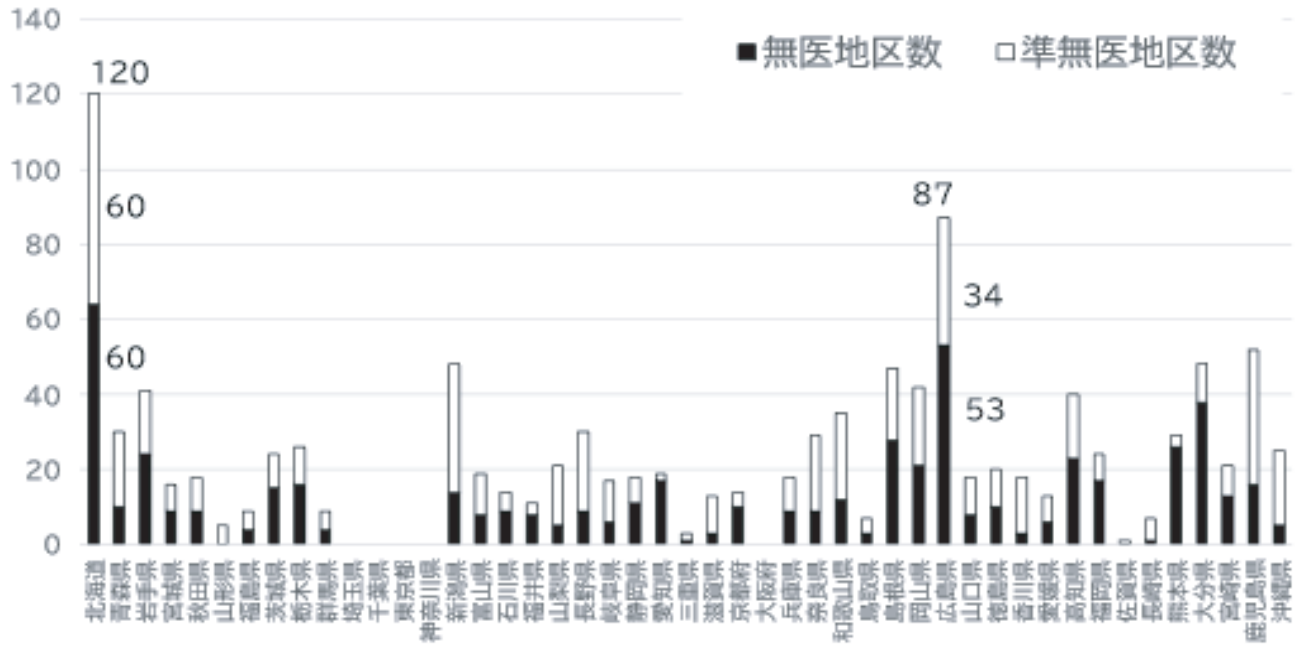


図1：都道府県別無地区数、準無医地区数

図中の数字は、無医地区数、準無医地区数とそれらの合計数を表す

政府統計の総合窓口 e-stat 令和4年度無医地区等調査 データより著者作成

表1: 所轄する地区で、無医地区の多い保健所

都道府県	所轄保健所	無医地区数
広島県	北部保健所	31
北海道	釧路保健所	21
広島県	東部保健所	15
大分県	東部保健所	12
栃木県	県北保健所	11
高知県	中央西保健所	11
北海道	帯広保健所	10
愛知県	豊田市保健所	10

政府統計の総合窓口 e-stat 令和4年度無医地区等調査　データより著者作成

医療資源の乏しい広島県備北地区の地域医療を堅持する目的で、2017年4月に立ち上がったのが備北MNである。

設立時での参加法人は、三次市の市立三次中央病院、三次地区医師会の三次地区医療センター、そして庄原市の庄原市立西城市民病院の3病院で活動が始まった。翌年の2018年には、日本赤十字社の庄原赤十字病院が加わった。

さらに、2025年には、府中市の府中北市民病院、三次市内の個人立有床診療所である岡崎医院、鳴戸医院も参加していて、徐々に活動範囲を拡げてきている(図2)。

医療資源が乏しい、この地域医療事情から、備北MNは、当初から「医師確保」を大命題として活動を展開してきた。また、地域医療を充実させるための統一的な医療連携推進方針を、毎年明確にして事業を進めているが、近年では、人口減少、高齢化社会における地域医療継続のための仕組み作りが備北MNの議論の中心となっている。2026年4月1日現在の事業について、まとめを図2に示した。

本稿では詳細を割愛するが、それぞれの展開の詳細は既報[3]を参考とされたい。

展開中の事業の中に、今回での本題である地域フォーミュラリ推進プロジェクトがある。備北MNが地域フォーミュラリを開始したのが、2023年6月である。

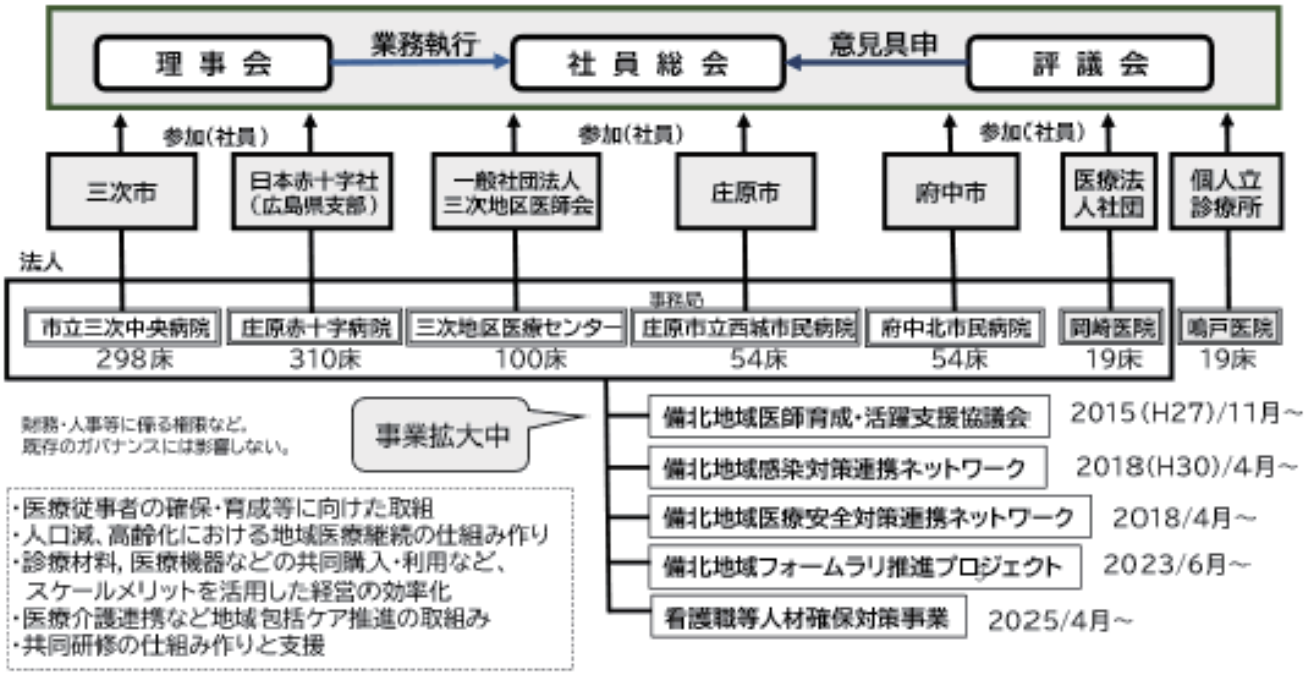


図2: 備北メディカルネットワークの構成と事業展開
2017／4／2広島県知事認定、2026/4/1現在

3.地域フォーミュラリ導入の経緯

備北地区における近年の課題は、「地域の人口減、少子高齢化へ対応した地域医療の堅持」である。そのため、備北MNでは、2022年度からの取組みとして、高齢者医療におけるポリファーマシー対策、地域フォーミュラリ作成、独居高齢者の診療、救急医療や透析医療における高齢者の交通不便対応などを取り上げ議論していた。その中で、地域フォーミュラリ推進事業について、2023年度より薬剤ワーキンググループの立ちあげを検討しようとしていた。

一方、広島県の事業として「地域フォーミュラリ推進モデル事業」を2023年度に実施すべく、2023年3月の県議会でこの事業の予算だてが行われた。同年5月早々に、広島県医療介護保険課より、この「地域フォーミュラリ推進モデル事業」に参加しないかと、備北MNに打診があった。県としては、備北地区の医療機関間の良好な連携に着目して、モデル事業として取りかかりやすいとの判断である。

こうして、備北MNと県の思惑が時期的にも一致したことから、速やかに「備北地区・地域フォーミュラリ推進プロジェクト」がスタートすることとなった。

4.広島県備北地区の地域フォーミュラリ運用の実際

本項では、我々が取り組んできた地域フォーミュラリ推進事業の実際を紹介し、今後地域フォーミュラリの立ち上げを検討している各地区にとっての参考となる情報を提供したい。

なお、作成マニュアルなど、各種のツールについては、日本フォーミュラリ学会が作成した「地域フォーミュラリの実施ガイドライン」[4]に加えて、徳島県ホームページ[5]、大阪府八尾市薬剤師会[6]、つくば薬剤師会[7]などにおいて、わかりやすい資料や実際の地域フォーミュラリが公開されている。

(1) 広島県備北メディカルネットワークにおける地域フォーミュラリ事業の運用・推進体制

地域フォーミュラリは、実施主体の違いにより、大きく三つのタイプに分類される。一つ目は、地域医療連携推進法人が主体となって実施するタイプであり、山形県日本海ヘルスネット、広島県備北メディカルネットワーク、北海道上川北部医療連携推進機構、ならびに秋田県潟上市・三種町「AFSS」がその例である。二つ目は、地域の三師会が連携し、主導して実施するタイプであり、大阪府八尾市、茨城県つくば市、北海道札幌市手稲区などが挙げられる。三つ目は、地域の中核病院が主導し、地域の医師会及び薬剤師会と連携して実施するタイプであり、埼玉県朝霞市（新座病院）、北海道上川北部（名寄市立病院）などがその例である[1)]。

広島県備北地区においては、備北MNが実施主体となり、2026年4月現在、13薬効群の地域フォーミュラリが運用されている。これらはすべて、備北MNを構成する主要4病院のホームページ上で公開されており、自由にダウンロードすることが可能である。備北地区・地域フォーミュラリ推進プロジェクトの運用・推進体制を図3に示す。本事業の特徴はアドバイザーを配置している点と、県との連携および情報共有を重視している点にある。また、常に改善を進めていく意図を表現するために、図の右領域にあるように作成・評価を繰り返す意思を明示している（図3）。

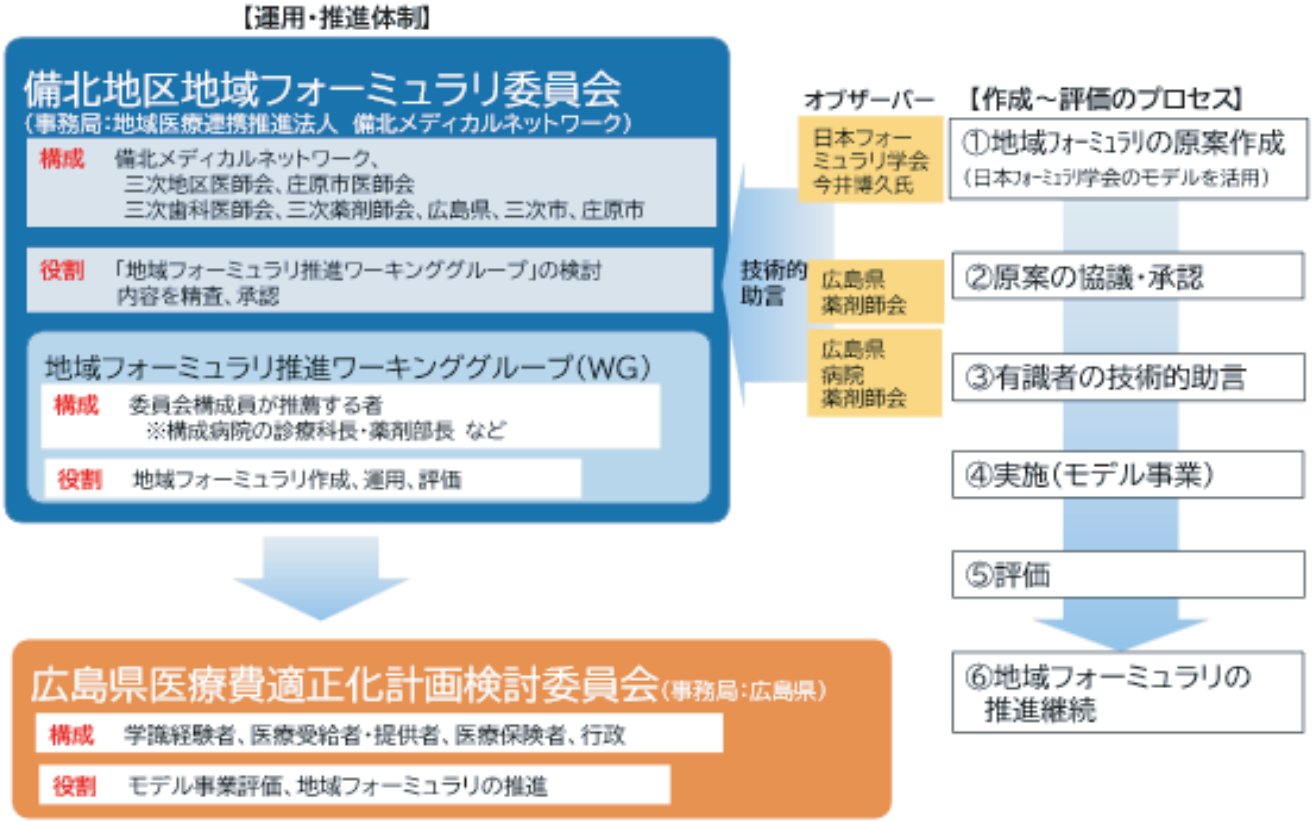


図3: 広島県備北地区・地域フォーミュラリ運用推進体制 と評価のプロセス

(2) 運用体制における、オブザーバー配置の重要性

地域フォーミュラリ委員会の立ちあげおよび地域フォーミュラリ作成にあたっては、日本フォーミュラリ学会理事長である今井博久氏、ならびに広島県薬剤師会、広島県病院薬剤師会をオブザーバーとして配置した。オブザーバーの配置にあたっては、広島県医療保険課および広島県薬務課の推薦をいただいた。事業開始以降、オブザーバーの皆様から継続的に助言を受けている。つまり、運営および地域フォーミュラリ作成の過程においては、関連資料の提供やエビデンス検証に関する助言など随時受けることができている。その結果、へき地医療圏に位置する地域であっても、迅速かつ質の高いフォーミュラリの策定が可能となっている。さらに、今後、県によるフォーミュラリ推進事業を県内の病院に広く展開していくために、広島県病院薬剤師会の参加は意義深いものである。

(3) 県との連携・情報共有が運用を円滑にする

2023年3月、県議会の承認を得たうえで、事業開始当初から県との連携・情報共有を行い、県の事業として開始したことが、本プロジェクトを円滑に推進できている最大の要因である。

プロジェクト立ちあげ時に実施した説明会をキックオフ大会として位置づけた際には、講師招聘に必要な費用の確保についても特段の問題なく対応することができた。

今後、地域フォーミュラリの推進のためには、各都道府県がモデル事業として立ち上げ、より広く展開されていくことが期待されるものである。

(4) 地域フォーミュラリの運営にとって重要な利益相反 (COI) 管理

地域フォーミュラリに関連する利益相反 (COI) の視点から、作成および運用における中立性が担保されているか否か、また外部から疑念を抱かれる可能性がないかについて、作成・運用組織の責任者らが十分検討したうえで、適切な人物を選出する必要がある。日本フォーミュラリ学会の倫理規定、利益相反 (COI) に関する指針およびその細則については、学会ホームページを参照されたい[8]。

以下に、備北地区・地域フォーミュラリ委員会規定のうち、利益相反に関する条項について、抜粋し示した。地域の特性に応じて、あらかじめ規定を整備しておくことが重要であろう。

■備北地区地域フォーミュラリ委員会　規約 (抜粋)

(構成員)

第4条　本会は、備北メディカルネットワーク、地区医師会、地区歯科医師会、地区薬剤師会から選出された者 (以下、「構成員」と言う) により組織される。

2　本会は、利益相反にあたる場合を除き、日本フォーミュラリ学会、広島県医師会, 広島県歯科医師会, 広島県薬剤師会, 広島県病院薬剤師会、広島県、三次市、庄原市等の関係者の参画及び助言を求めることができる。

3　構成員は、「役員などの利益相反 (COI) 自己申告書」を本会に提出しなくてはならない。

(利益相反 (COI) の管理)

第5条　審議・議決からの除外:　検討対象の医薬品に関連する利益相反 (COI) を有する委員は、当該医薬品の審議と議決から除外される (傍聴のみを許可する)。

2　情報提供の制限:　利益相反 (COI) を有する委員は、関連する議題に関して積極的に情報提供や発言を行わないよう制限する。ただし、専門的な知見が必要な場合は、会議の進行役の判断で助言を求めることができる。

3　議事録の公開:　議事録には利益相反 (COI) の開示状況とそれに対する措置を記載し、公開する。

(5) 地域フォーミュラリとその簡易版の公開

我々の地域フォーミュラリ運用における特徴は、薬効群ごとの地域フォーミュラリに簡易版を付録的に作成し、地域の医師・歯科医師全員に提供していることである。実際の診療場面で、手許においてもらい診療現場で活用しやすいようにしている。他地区では、薬剤選択フロー図の提供が行われて、この役割を担っていると理解している。

地域フォーミュラリの全容は、備北ネットワーク(備北NW)を構成する主要4病院、すなわち市立三次中央病院、三次地区医療センター、庄原赤十字病院、庄原市立西城市民病院の各ホームページにて公開している。

13薬効群地域フォーミュラリの簡易版(Ver.4)を、本文末尾に掲載しているので参考とされたい。

(6) 地域フォーミュラリの初期運用時点における有形効果(薬剤費削減効果)の検証

人口約8万人の広島県備北地区において、2023年8月より地域フォーミュラリの運用を開始し、2年あまりが経過した時点で、地域フォーミュラリ運用開始前1年間と、運用開始後1年間における薬剤費の削減効果について検証を行った。その概要を示す。

検証対象は、運用開始から1年以上が経過した、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、経口分泌抑制剤(PPI、P-CAB)、HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン)の3薬効群とした。今回の検証では、国民健康保険および後期高齢者医療制度におけるレセプト電子データ(医科、DPC、調剤)を用い、個人情報に該当する項目を除外したうえで、国保データベースシステムを活用してデータベースを構築し、分析を行った。結果を表2および表3に示す。

地域フォーミュラリ導入後12か月間において、三次市では約4,000万円、庄原市では約4,300万円の薬剤費削減効果が確認された。これは、23.8%の薬剤費削減効果になる(表2)。さらに被保険者別に分析したところ、三次市(人口約5万人)では1人あたり2,051円、庄原市(人口約3万人)では1人あたり約2,811円の薬剤費削減が認められた。

表2:備北地区(三次市、庄原市)における
地域フォーミュラリ導入前後の薬剤費削減効果(金額)

(単位:万円)

処方所在地	導入前	導入後	差　額	削減率
三次市	17,157	13,098	-4,059	23.7%
庄原市	17,941	13,639	-4,301	24.0%
合　計	35,098	26,737	-8,360	23.8%

備北地区の人口　三次市　約5万人、庄原市　約3万人

削減率:導入前を100%とした場合の導入後における薬剤費の削減率

表2は、処方薬局が備北圏域外であった場合があるため、表2と表3の合計金額とで違いがある。

薬効群別では、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬（ARB）において5,460万円と最も大きな削減効果が認められた（表3）。主要4病院におけるフォーミュラリ導入により、院外処方箋においてもジェネリック医薬品名称や一般名処方への切り替えが進み、調剤薬局や地域診療所にまでフォーミュラリの影響が波及したことが示唆された。

(7) 地域フォーミュラリ作成手順について

図4は、広島県備北地区における地域フォーミュラリ策定手順である。八尾市薬剤師会のそれを参考に作成した[6]。薬効群の選定にあたっては、地域および主要病院における処方数の状況や、地域医療従事者へのアンケートおよび聞き取り調査の結果をもとに決定し、地域フォーミュラリ委員会の承認を得ることとしている。

表3：備北地区（三次市、庄原市）における
地域フォーミュラリ導入前後の薬剤費削減効果　薬効群別（金額）

（単位：万円）

薬効群	導入前	導入後	差　額	削減率
ARB	12,610	7,150	-5,460	43.3%
PPI,P-CAB	18,374	16,000	-2,374	12.9%
スタチン	6,566	5,407	-1,159	17.6%
合　計	37,550	28,557	-8,993	23.9%

備北地区の人口　三次市　約5万人、庄原市　約3万人

削減率：導入前を100%とした場合の導入後における薬剤費の削減率

表2は、処方薬局が備北圏域外であった場合があるため、表2と表3の合計金額とで違いがある。

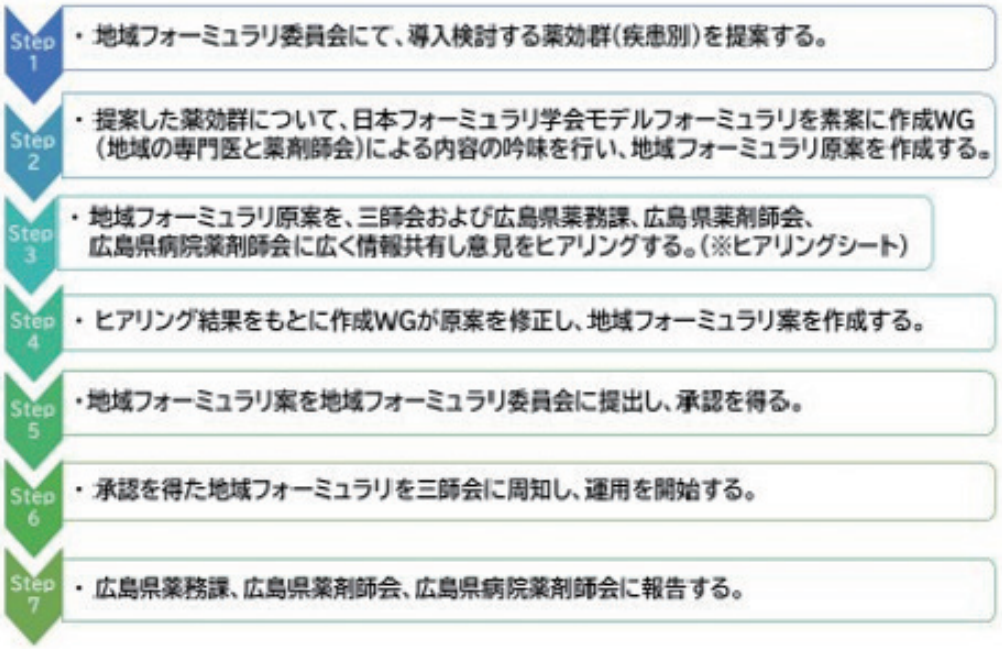
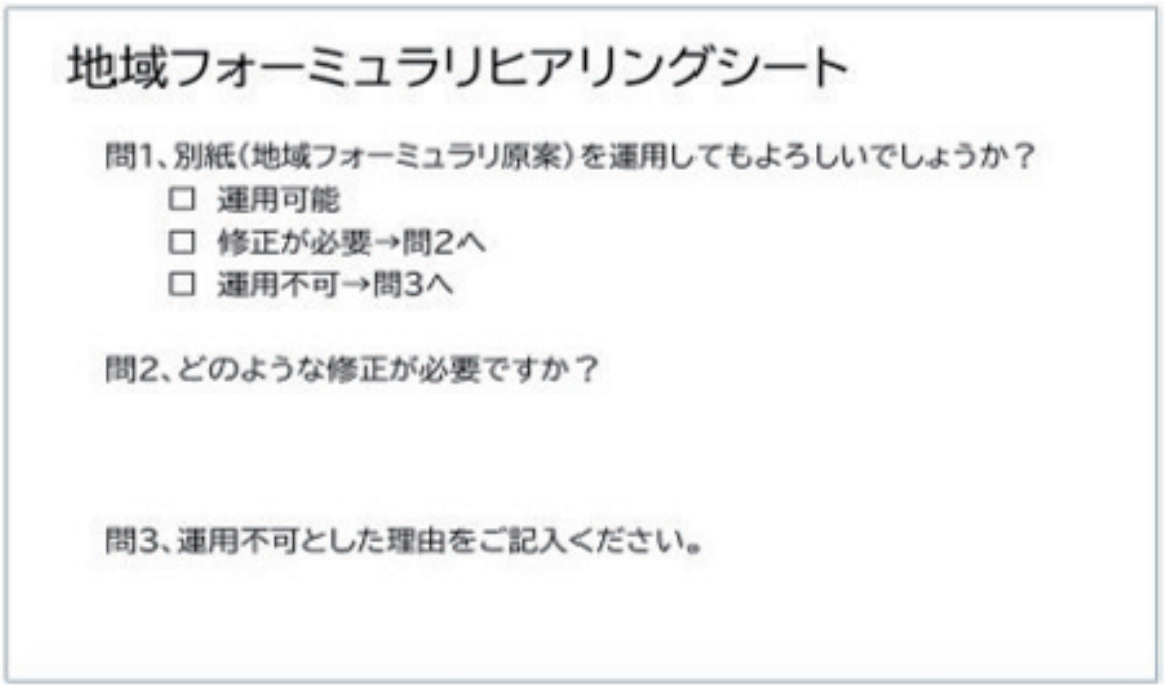


図4：広島県備北地区・地域フォーミュラリ策定手順

地域フォーミュラリ作成ワーキンググループ（WG）における作成作業では、薬効比較表や処方選択フローチャートを白紙の状態から手作業で作成することは避け、日本フォーミュラリ学会が作成したモデル・フォーミュラリを活用している。まず、その内容について専門医および薬剤師会による吟味を行うことから作業を開始している。医療資源の乏しい地域においては、文献検索、同種同効薬の比較表作成、添付文書の確認などを白紙の状態から行い、地域フォーミュラリの原案を作成するには、高度な専門知識と多大な労力を要する。そのため、日本フォーミュラリ学会のモデル・フォーミュラリを原案とし活用することが望ましいと考える[1]。

作成された原案は、現場の医療機関、三師会（医師会、歯科医師会、薬剤師会）およびオブザーバーに提供し、ヒアリングシート（図5）を用いて意見を収集する。その後、これらの意見を反映して修正を行い、最終案を作成している。なお、ヒアリングシートは八尾市薬剤師会のものを引用し作成した[6]。


地域フォーミュラリヒアリングシート

問1、別紙（地域フォーミュラリ原案）を運用してもよろしいでしょうか？

□ 運用可能
□ 修正が必要→問2へ
□ 運用不可→問3へ

問2、どのような修正が必要ですか？

問3、運用不可とした理由をご記入ください。

図5:地域フォーミュラリ　ヒアリングシート

(8) 地域フォーミュラリ運用前の周知と丁寧な説明

地域フォーミュラリ推進事業の開始当初においては、現場に対する丁寧な説明が不可欠である。本事業では、県と連携し、説明会を現地とオンラインのハイブリッド形式で開催した。さらに、研修会のオンデマンド配信を行い、広く周知を図った。

これらの取り組みにより、研修会参加者における地域フォーミュラリへの理解度が向上したことが、市立三次中央病院薬剤師の山下により報告されている[9]。山下論文では、

『備北MNでは，2023年7月の広島県薬剤師会主催の広島県後発医薬品使用促進セミナーの実施に加え，備北圏域内の診療所他医療関係者を対象に地域フォーミュラリセミナーを2023年6月と9月に開催したうえで、地域フォーミュラリの運用を開始した。その後も啓発・広報活動を継続する中で、運用開始時と運用開始4ヵ月後において、医師，歯科医師，薬剤師への意識調査アンケートを実施し，それぞれ85名と91名から回答を得た。その結果、地域フォーミュラリが必要との回答の割合が、運用開始時の14.1％から運用開始後では26.4％に増加した（図6）。さらに運用開始後のアンケート群をセミナー参加群38名と不参加群52名（91名中1名は参加・不参加の回答なし）で層別したうえで比較すると，有意差を持ってセミナー参加群で「必要と思う」とする回答が多かった（図7）。また，運用開始後のアンケートにおける地域フォーミュラリ活用状況では，セミナー参加群で「とても参考・活用している」「やや参考・活用している」と答えた割合がそれぞれ16％，39％の合計55％であったのに対し、セミナー不参加群では，その割合がそれぞれ6％，6％の合計12％で，有意差を持ってセミナー参加群で活用している割合が多かった（図8）。この結果から，地域フォーミュラリの推進では啓発・広報活動が重要であると言える。』と述べている。

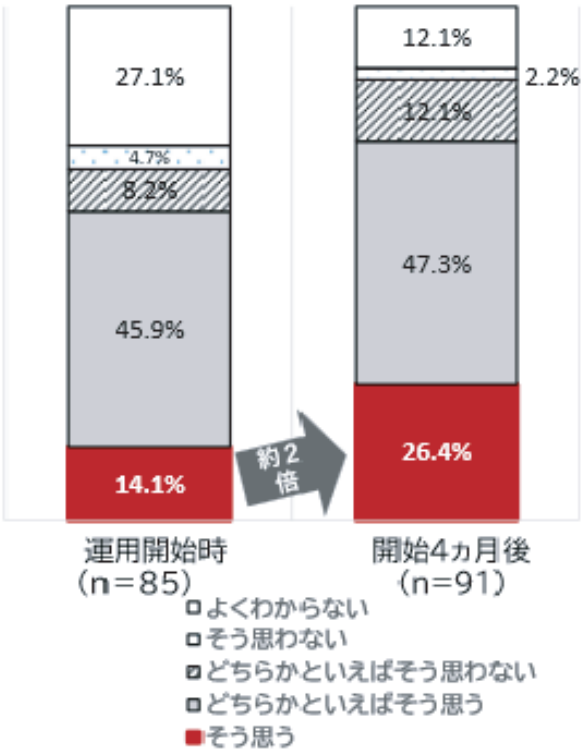


図6: 地域F運用開始時と開始4ヵ月後の地域Fの必要性に関するアンケート（全体）
（ F:フォーミュラリ ）

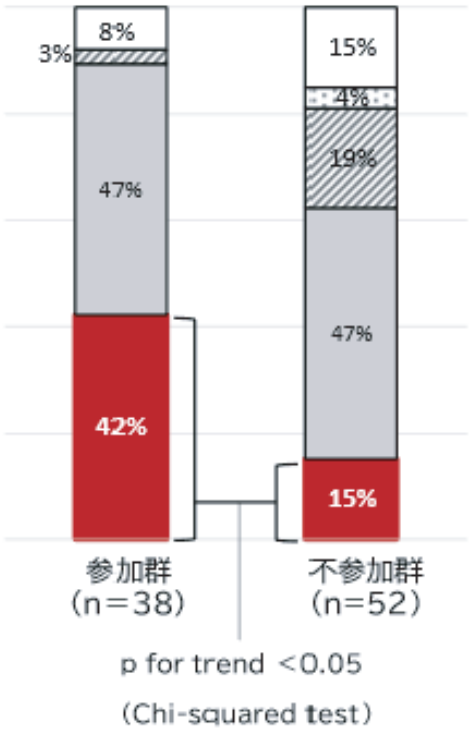


図7: 地域F開始4ヵ月後のアンケートでのセミナー参加群と不参加群の比較

（日本病院薬剤師会雑誌山下論文より）

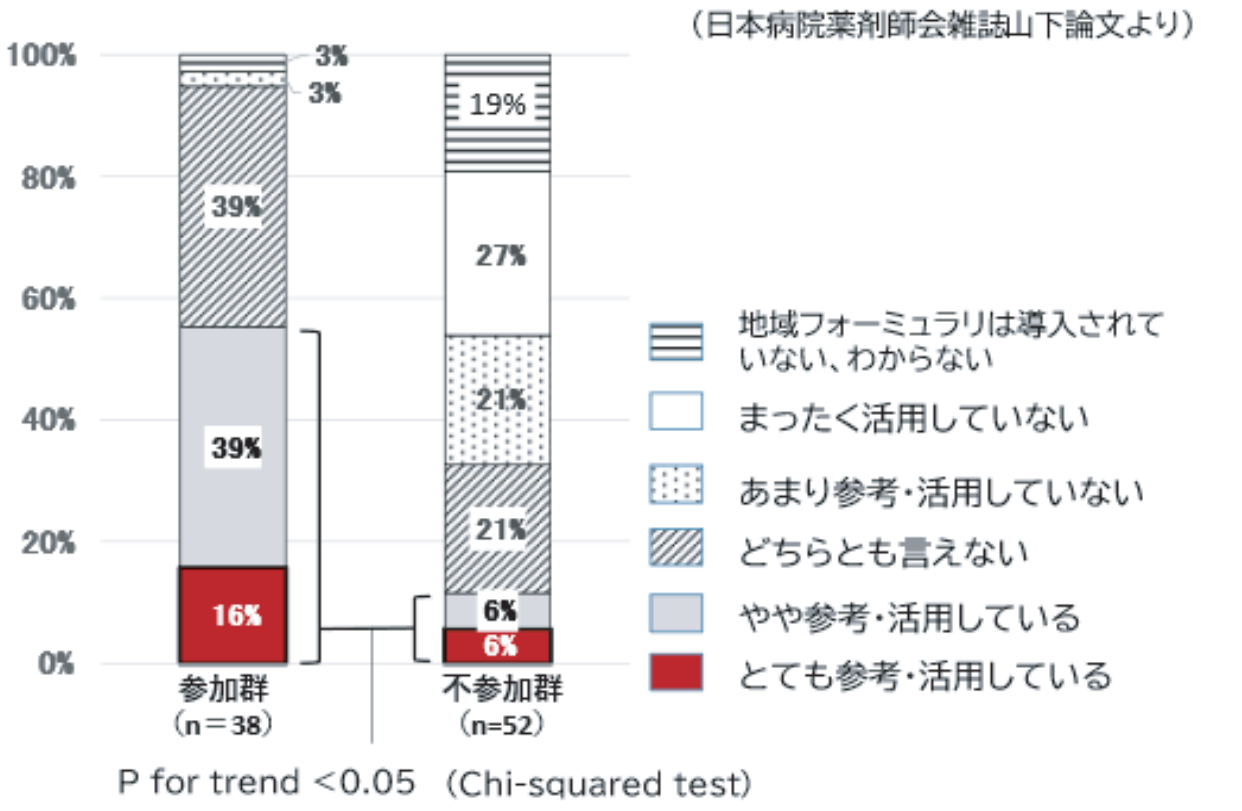


図8: 地域F開始4ヵ月後の地域F使用状況に関するアンケート
セミナー参加群と不参加群の地域F活用状況　（ F: フォーミュラリ ）

なお、備北地域において地域フォーミュラリへの理解が十分に浸透した現在では、ファクシミリ、電子メール、県および病院のホームページなど、通常の周知手段による運用へと移行している。

(9) 電子カルテでの工夫

地域フォーミュラリの内容を、院内で周知浸透させる目的で市立三次中央病院の電子カルテでの処方時の工夫をふたつ記入しておく。

ひとつには、推奨薬以外の処方では、ワーニングがでることで推奨薬へ誘導するものである。図9は例であるが、PPI処方でボノプラザンフマル酸塩（タケキャブ）を処方しようとすると推奨薬のランソプラゾールへ誘導が働くようにしている。

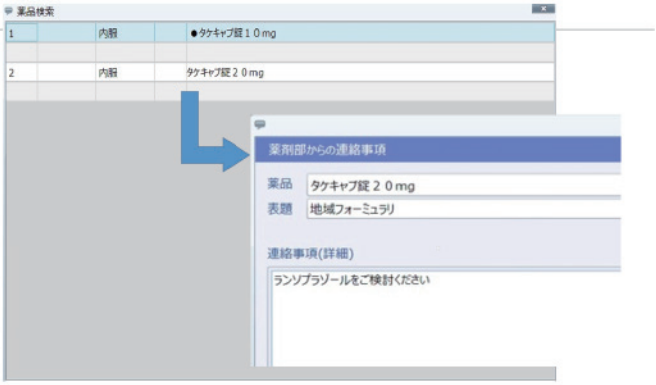


図9: 電子カルテでの、処方時ワーニング

もう一つの工夫は、頻用薬一覧の中に、地域フォーミュラリ一覧を入れておくものである（図10）。これは、専門領域でない処方を必要とする場合に、参考としてもらう意図で作成した。この仕組みがあることで、患者にとっても安心安全な処方を専門外医師でも実施できることとなる。



図10: 電子カルテでの備北地区・地域フォーミュラリ薬効群一覧提示

5.さいごに

広島県備北地区は旧来からの強固な地域医療連携を基礎に、地域フォーミュラリ推進に取り組んできた。その実施主体は、備北MNである。県行政、日本フォーミュラリ学会、他の支援を事業開始当初から受けることで、なし得た事業であると実感している。改めて、関係各位に深謝する次第である。

地域フォーミュラリ推進事業をすすめていくためには、まず地域における強固なアライアンスを三師会で形作ることが大前提であることを強調し、この稿を締めたい。

6.簡易版・備北地区地域フォーミュラリ　Ver.4 [10)]

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

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	ブロプレス（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)フォーミュラリ簡易版

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（レイアタッツ®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）フォーミュラリ簡易版

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）
	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）α-グルコシダーゼ阻害薬フォーミュラリ簡易版

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簡易版

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・OD錠、60mg錠・OD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・OD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・OD錠・フィルム、5mg錠・OD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・OD錠、5mg錠・OD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・OD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	
製品名	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（10㎎/日）	57.2円（10㎎/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）フォーミュラリ簡易版

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
	ロキソプロフェンナトリウム
	（後発）　60mg（錠）、細粒、内用液
第２推奨	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 管系血栓塞栓性事象の発現率は、0.1%である
	（後発）　100mg・200mg（錠）
オプション	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）
	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 200㎎錠、300㎎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（600㎎/日）	20.7円（600㎎/日）	なし	17.7～35.4円（300～600mg/日）	17.1円(錠) 11.8円(ｶﾌﾟｾﾙ) （75mg/日）	25.8円（錠） 20.8～23.8円（ｶﾌﾟｾﾙ） （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	アセトアミノフェン 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	イブプロフェン 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、錠剤を粉砕し乳糖を加え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	ｶﾛﾅｰﾙ	ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ ｶﾛﾅｰﾙ	GE	（先発） ｱﾙﾋﾟﾆｰ ｱﾝﾋﾊﾞ ｶﾛﾅｰﾙ	ｱｾﾄｱﾐﾉﾌｪﾝ ｶﾛﾅｰﾙ
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			

No.7　抜歯時・口腔領域小手術後の経口抗菌薬　フォーミュラリ簡易版

1.推奨薬一覧

推奨薬	アモキシシリン
	（後発）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
	（後発）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 フォーミュラリ簡易版

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）、17.5m（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（ｾﾞﾘｰ剤：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ことが大切である。

No.9 成人におけるヘルペス治療薬 フォーミュラリ簡易版

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.10 (高血圧症)ジヒドロピリジン(DHP)系カルシウム拮抗薬フォーミュラリ簡易版

1.推奨薬、オプション薬

推奨薬	**アムロジピンベシル酸塩**
	(後発) 2.5mg・5mg、10mg(錠、OD 錠)　＊ARB、スタチンとの配合剤もあり
	ニフェジピン (徐放 CR)
	(後発) 10mg、20mg、40mg (CR 錠)
オプション	**アゼルニジピン**
	(後発)8mg、16mg(錠剤) ・脈拍数を抑えるため、頻脈傾向の患者への使用を推奨 ・CYP3A4 の影響が大きく、併用禁忌(アゾール系抗真菌薬など)がある
	シルニジピン
	(後発)5mg、10mg、20mg(錠剤) ・腎保護作用が示唆されている
	ベニジピン塩酸塩
	(後発) 2mg、4mg、8mg (錠剤) ・反射性頻脈が起こりにくい、尿蛋白抑制効果が示唆されている

＊ニフェジピンは「妊婦又は妊娠している可能性のある婦人に投与する場合には、治療上の有益性が危険性を上回ると判断される場合にのみ投与すること。(抜粋)」に添付文書の記載が変更になった。(2023 年 2 月追記)

＊短時間作用型のニフェジピンは血圧が動揺しやすく、虚血性心疾患を増悪させる可能性が示唆されているため、長時間作用型徐放錠であるCR錠の使用が推奨される。

2.1日薬価比較

一般名	アムロジピンベシル酸塩		ニフェジピン(CR 錠)	
代表的な製品名	GE	アムロジン ノルバスク (先発)	GE	アダラート CR (先発)
1 日薬価 (標準投与量)	10.4円 (5mg/日)	13.1~13.7円 (5mg/日)	6.9~9.1円 (20mg/日)	13.2円 (20mg/日)

一般名	アゼルニジピン		シルニジピン		ベニジピン塩酸塩	
代表的な製品名	GE	カルブロック (先発)	GE	アテレック (先発)	GE	コニール (先発)
1 日薬価 (標準投与量)	10.4円 (8mg/日)	13.4円 (8mg/日)	13.8円 (10mg/日)	23.7円 (10mg/日)	10.4円 (4mg/日)	17.2円 (4mg/日)

No.11　グリニド系糖尿病用薬フォーミュラリ簡易版

1.推奨薬・オプション薬

推 奨 薬	レパグリニド
	(後発) 0.25mg・0.5mg(錠)
オ プ シ ョン	ミチグリニドカルシウム水和物
	(後発) 5mg・10mg(OD 錠) ＊後発品に普通錠は販売されていない

✧ その他の薬剤:ナテグリニド について

ナテグリニドは、透析を必要とするような重篤な腎機能障害のある患者に禁忌(他剤では慎重投与)となっており、実臨床においては使いにくい。

2.1日薬価比較

一般名	レパグリニド		ミチグリニドカルシウム水和物	
代表的な製品名	GE	（先発）	GE	グルファスト（先発）
1日薬価（標準投与量）	22.2円（0.25mg×3錠）	（販売中止）	24.9～38.4円（10mg×3錠）	61.8円（10mg×3錠）

上表は標準用量の1日薬価である。ミチグリニドのGEは 5 銘柄、レパグリニドのGEは1銘柄のみ となっている。なお、レパグリニドの先発品は販売中止となった。

3.適応症

適応はいずれも「2型糖尿病」となっている。

4.安全性

・レパグリニドは重度の肝機能障害のある患者では低血糖を起こす恐れがある。したがって、低用量(0.125mg)から投与を開始するなど、慎重な投与が必要である。

5.利便性

・いずれの薬剤も食後投与では速やかな吸収がされず効果が減弱することから、食事の直前に服用する。添付文書上の記載ではレパグリニドは10分以内、ミチグリニドでは5分以内となっている。

・ミチグリニドにはα-GI のボグリボースとの配合剤が発売されており、1錠中にミチグリニド 10mgおよびボグリボース0.2mgを含有する。グリニド系薬は食直前に服用する必要があるので、食直前服用のα-GIと配合剤とすることでアドヒアランスの向上が期待できるが、2成分の用量が固定されていて調節できない点に注意が必要である。また、配合剤のGEは発売されていない。

No12　多価不飽和脂肪酸製剤フォーミュラリ簡易版

1.推奨薬・オプション薬

推奨薬	イコサペント酸エチル
	（後発）　300mg・600mg・900mg（粒状カプセル）、300mg（カプセル）
オプション	オメガ-3 脂肪酸エチル
	（後発）　2g（粒状カプセル）

2.1日薬価比較

一般名	イコサペント酸エチル		オメガ-3 脂肪酸エチル	
代表的な製品名	GE	エパデール（先発）	GE	ロトリガ（先発）
1日薬価（標準投与量）	82.4円（1800mg/日）	S:92.4円（1800mg/日）EM:112.6円（2g/日）	71.0～76.4円（2g/日）	144.0円（2g/日）

・イコサペント酸エチルは血小板膜リン脂質に取り込まれ、血小板凝集を抑制する。このため中リスク以上の手術を行う場合には休薬期間として 7～10 日が望ましいとされており周術期においては術前の休薬に注意が必要である。

No.13　尿酸生成抑制薬フォーミュラリ簡易版

1.推奨薬・オプション薬

推奨薬	アロプリノール
	（後発）50mg・100mg（錠）
	フェブキソスタット
	（後発）10mg・20mg・40mg（錠、OD 錠）
オプション	トピロキソスタット
	（先発）20mg・40mg・60mg（錠）　※GE 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:アロプリノール＞ なし

＜併用禁忌:フェブキソスタット、トピロキソスタット＞

メルカプトプリン水和物（ロイケリン）

アザチオプリン（イムラン、アザニン）

2.1日薬価比較

一般名	アロプリノール		フェブキソスタット		トピロキソスタット	
代表的な製品名	GE	ザイロリック（先発）	GE	フェブリク（先発）	GE	トピロリック ウリアデック（先発）
1日薬価（標準投与量）	24.0～31.2円（300mg/日）	35.4円（300mg/日）	17.3円（40mg/日）	48.8円（40mg/日）	（なし）	82.4～82.6円（120mg/日）

フェブキソスタット（GE）の薬価はフェブリク錠（先発品）の薬価の 1/3 程度であり、流通状況が 安定していることを確認した上で、なるべく薬価の低いフェブキソスタット（GE）を選択したい。

引用文献

1）今井博久. 地域フォーミュラリの実施と普及　地域医療における医薬品の適正使用. 総合診療 2025;35(10):1139.

2）e-stat 令和4年度無医地区等調査 https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450122&tstat=000001166266&cycle=0&tclass1val=0 (2026年6月1日確認)

3）中西敏夫、永澤昌：特集　地域医療連携推進法人の成功事例.　備北メディカルネットワーク；過疎地域における医療提供体制、医療従事者の確保育成の仕組みづくり.　病院　83(4):300-306, 2024

4）日本フォームラリ学会　地域フォーミュラリの実施ガイドライン　Version 1.2 https://formulary.or.jp/official/wp-content/uploads/2024/03/guidelines20240305.pdf?ver1.2 (2026年6月1日確認)

5）徳島県. 地域フォーミュラリ作成マニュアル（2026年2月更新あり） https://www.pref.tokushima.lg.jp/ippannokata/kenko/iryo/7301227/ (2026年6月1日確認)

6）（一社）八尾市薬剤師会. 八尾市地域フォーミュラリ. https://www.ypa21.or.jp/formulary.html (2026年6月1日確認)

7）つくば薬剤師会.つくば地域フォーミュラリについて https://tsukubayakuzaishikai.jp/ (2026年6月1日確認)

8）一般社団法人日本フォーミュラリ学会利益相反（COI）に関する指針 https://formulary.or.jp/about/coi/ (2026年6月1日確認)

9）山下秀之. シリーズ地域フォーミュラリの実例③　広島県備北地区～地域医療連携推進法人を活用した事業の推進～.　日本病院薬剤師会雑誌 2025;61(7):711-714.

10）簡易版・備北地区地域フォーミュラリ　Ver.4 https://www.miyoshi-central-hospital.jp/upload/save/page/bcc290986452d3b572eade923250cae4.pdf (2026年6月1日確認)

解説

沖縄県北部地区における地域フォーミュラリ
～医療過疎地域における学会のモデル・フォーミュラリを活用した地域フォーミュラリ作成、運用事例報告～

あさぬま けんいち
浅沼 健一
一般社団法人北部地区薬剤師会

Regional Formulary in the Northern District of Okinawa Prefecture
～Case Report on the Development and Implementation of a Regional Formulary Utilizing an Academic Society's Model Formulary in a Medically Underserved Area～

Kenichi Asanuma
Northern District Pharmacists Association, General Incorporated Association.

抄録：沖縄県北部地区は、以前から医薬品の安定供給と医療従事者不足という課題を抱えている。離島を抱える広大な面積のため災害対策についても大変重要な問題である。このような難題に対し地域フォーミュラリの導入が解決に寄与すると考え取り組んだ。医師会・歯科医師会・薬剤師会が中心となり地域の基幹病院、行政、保険者で委員会を設置した。フォーミュラリの策定は作業部会で原案を作成し、委員会が承認する手順とした。エビデンスの精査には学会のモデル・フォーミュラリを活用し、そこに当地域の使用数量実績と専門医の知見を加味することで、地域実態との乖離を防いでいる。やんばる地域フォーミュラリは2024年12月より運用を開始し、現在10領域公開している。今後は、さらなる領域拡大を図るとともに、レセプトデータを活用した銘柄指定や、薬剤費削減・供給安定化への寄与度に関する客観的な効果検証を行っていく。

Summary：The northern region of Okinawa Prefecture has long faced challenges related to the stable supply of pharmaceuticals and a shortage of healthcare professionals. Given its vast territory, which includes remote islands, disaster preparedness is also a critical issue. We undertook this initiative with the belief that the introduction of a Regional Formulary would contribute to resolving these challenges.
Led by the Medical Association, Dental Association, and Pharmaceutical Association, a committee was established comprising regional core hospitals, local government, and health insurance providers. The process for formulary development involved a working group drafting a proposal, which was then approved by the committee. To ensure evidence-based decision-making, we utilized model formularies from academic societies and incorporated actual usage data from the region along with insights from medical specialists, thereby preventing discrepancies with local clinical realities. The Yanbaru Regional Formulary began operations in December 2024 and is currently open to the public in 10 therapeutic areas. Moving forward, we plan to expand into additional therapeutic areas while utilizing health insurance data(receipt data) to specify specific drug brand-names and conducting objective evaluations of the formulary's effectiveness in reducing drug costs and stabilizing supply.

キーワード：医薬品の安定供給、医療従事者不足、災害対策、医師会・歯科医師会・薬剤師会、やんばる地域フォーミュラリ
Key words：yanbaru regional formulary,disaster preparedness,stable supply of pharmaceuticals,shortage of healthcare professionals,medical association, dental association, and pharmaceutical association

浅沼 健一(byouinmae1775@hyper.ocn.ne.jp)
一般社団法人北部地区薬剤師会
〒905-0006　沖縄県名護市宇茂佐1712－17

kenichi Asanuma(byouinmae1775@hyper.ocn.ne.jp)
Northern District Pharmaceutical Association, General Incorporated Association
1712-17 Umusa, Nago City, Okinawa, Japan 905-0006

1.背景

沖縄県北部二次医療圏(名護市、本部町、国頭村、大宜味村、東村、今帰仁村、伊江村、伊平屋村、伊是名村の9市町村)(以下、北部医療圏)の人口は約10万人で、沖縄本島の約半分の面積を占める広大な圏域である[1]。北部医療圏の将来推計人口は、全体として緩やかな減少が続くと予測されている。2020年比で2050年には約14%減少(約8.6万人)する見通しである。高齢者人口は2050年にかけて増加し続け、高齢化率は2040年に34.3%に達すると予測されている[2]。市町村別にみると、名護市は2030年頃まで増加し、その後減少に転じる予測(2045年に約6.1万人)とされている。その他周辺町村・離島では多くの町村ですでに減少傾向にあり、特に離島(伊江村など)では生産年齢人口の減少が顕著である。

このような人口構造の変化に対し、医療提供体制の維持は極めて深刻な課題となっている。沖縄県北部医療圏における医師数210人、歯科医師数47人、薬剤師数123人(令和4年12月31日時点)[3]どの職種も全国に比べ少ない状況である。中でも薬剤師数は深刻で人口10万人当たりに換算すると沖縄県は165.9人で2012年以降全国最下位が続いている。北部地区は121.8人で全国平均の約47%になる。限られたマンパワーの中で質の高い医療を継続するためには、業務の効率化と多職種間の緊密な連携が不可欠な状況にある。

2.目的

後発医薬品の使用割合が全国トップの沖縄県において、当地域が地域フォーミュラリの導入に取り組んだ理由として、1番はこの地域が以前から抱えている医薬品の安定供給に対する課題の解決の一助となるのではと考えたからである。これまでも限られた医療資源の中で医薬品供給を安定させるべく、独自の取り組みを継続してきた。その象徴的な事例が、薬剤師会による医薬品備蓄センター(以下、備蓄センター)の運営である。沖縄県内において県立病院の院外処方が最初に発行されたのが県立北部病院であった。当時からこの北部地域には医薬品卸の営業所が存在せず、薬剤師会が独自で備蓄センターを立ち上げ、運営を開始した。県立北部病院の院外処方箋発行当初から面分業を掲げ、病院内にかかりつけ薬局案内所を開設し、患者様が希望する自宅近くの薬局を案内し、かかりつけ薬局として利用することを推奨し、地域全体で処方箋を応需する体制を構築してきた。しかし、2020年末から続く全国的な医薬品の供給不安定は、離島・僻地を抱える当地域における医薬品確保を一層困難なものとした。これに伴い、備蓄センターの需要は更に高まり、業務内容の見直しを余儀なくされた。また、備蓄センターには災害時の医薬品の供給拠点としての役割の一面もある。そのための自家発電機も設置するなど対策を講じているが、未だ十分な対応が出来ていない現状である。

このような状況で医療資源が限られた地域ではあるが、地域の住民に対しては他の地域に比べ遜色のない医療の提供を目標とし、医師会・歯科医師会・薬剤師会(以下、三師会)が密に連携し地域医療を支えてきた。三師会の繋がりも古く、毎年三師会合同で新年会やゴルフコンペを幹事持ち回りで開催しており、この土壌がなんでも気軽に相談できる関係性を育み、お互い協力体制を構築しやすく何事にも挑戦、取り組みやすい地域となっていると考える。

3.方法

地域フォーミュラリを沖縄北部地区での導入を進めるにあたり、最初に当時の北部地区医師会の会長に相談を行った。筆者は、地域

フォーミュラリが、この地域が長年抱えている医薬品供給問題の解決の一助になるのではないかと考えるが、これについて見解を求めたところ、医師会長からは、開業医として専門以外の領域も診る中でEBMに則り、有効性、安全性に加え経済性を加味した推奨医薬品集を作成することは賛成する。県立北部病院と北部地区医師会病院の統合を控えた時期であったことから、新病院(公立沖縄北部医療センター)の採用医薬品の選定にも有用になると期待され、賛同が得られた。次に北部地区歯科医師会の会長にも同様に相談に行き、地域フォーミュラリを作成したいと考えるが、これについて見解を求めたところ、歯科医師会長からは、歯科はあまり院外処方箋を発行していない現状があるので、関係ないのではとの意見であったが、先進地区のつくば地域フォーミュラリ[4]など、歯科領域の地域フォーミュラリを作成している事例を挙げて理解を求めた。また、医薬品の供給不安定により抗生剤等の入手が困難になっている現状を伺ったので、地域フォーミュラリを導入して、院外処方箋を発行すれば解決できる旨を説明し賛同を得られた。その後、この地域の基幹病院である北部地区医師会病院、県立北部病院の両院長にも同様に相談に行き、地域フォーミュラリをこの地域に導入したい旨説明し、賛同を得られた。

次に取り組んだのが、地域フォーミュラリの作成は薬剤師が主体的に関わらなければいけないと考え、北部地区薬剤師会の会員向けに2023年12月(一社)八尾市薬剤師会の中野道雄会長を講師にお招きし「地域フォーミュラリの実現　～何故地域フォーミュラリを行うべきなのか～」と題し研修会を開催し地域の薬剤師に対し、地域フォーミュラリの理解を深める取り組みを行った。その後、2024年5月に北部地区医師会の理事会開催前に時間を頂き、医師会の理事に対し、地域フォーミュラリについて、厚生労働省から令和5年7月7日に発出された「フォーミュラリの運用について」[5]と(一社)日本フォーミュラリ学会が公開している「地域フォーミュラリの実施ガイドライン」[6]を用いて説明する機会を頂き、質疑応答、ディスカッションを行い、理解を求めた。2024年8月には「北部地区医師会・北部地区薬剤師会 合同研修会」を(一社)日本フォーミュラリ学会 理事長/帝京大学大学院 教授 今井博久 先生と(一社)日本フォーミュラリ学会 副理事長/近藤医院 院長 近藤太郎 先生をお招きした。今井先生からは地域フォーミュラリの全般、最新の動向などについて、近藤先生からは日常診療での地域フォーミュラリの活用方法についてご講演頂き、地域の医師、歯科医師、薬剤師に対して地域フォーミュラリの理解を深める取り組みを行った。同月には「地域フォーミュラリ準備委員会」を医師会、歯科医師会、薬剤師会の会長と事務局、北部地区医師会病院の薬局長のメンバーで開催し、委員会の構成メンバーについて話し合った。その後、委員候補者に対し受諾依頼書を送付し、すべての候補者から了承を得ることが出来た。2024年9月に第1回の委員会を開催し、名称を「やんばる地域フォーミュラリ委員会」とし、設置要綱、作業部会の設置、委員長、副委員長を決定し発足した。(図1)その後、2024年10月に北部地区歯科医師会の理事会開催前に時間を頂き、歯科医師会の理事に対して地域フォーミュラリについて、医師会の理事に対して説明した時と同様に地域フォーミュラリについて説明を行い、質疑応答、ディスカッションを行い、理解を求めた。

やんばる地域フォーミュラリ委員会　構成員

委嘱期間　：　令和6年9月1日～令和9年3月31日

所　属	役　職	備　考
北部地区医師会	会　長	※副委員長
	副会長	
北部地区歯科医師会	会　長	※副委員長
	専務理事	
北部地区薬剤師会	会　長	※委員長
	副会長	
沖縄県立北部病院	院　長	
	薬局長	
北部地区医師会病院	院　長	
	薬局長	
沖縄県北部保健所	所　長	
全国健康保険協会 沖縄支部	企画総務部長	令和7年9月29日より

日本フォーミュラリ学会	理事長	オブザーバー
沖縄県国民健康保険団体連合会	事務局次長 / 係長	オブザーバー

事務局	北部地区医師会　/　北部地区薬剤師会

やんばる地域フォーミュラリ作業部会　構成員

所　属	役　職	備　考
北部地区医師会	副会長	
北部地区歯科医師会	会　長	
北部地区薬剤師会	会　長	
	副会長	※部会長
	理　事	
	理　事	
	理　事	
沖縄県立北部病院	DI担当	※副部会長
	主　任	
北部地区医師会病院	薬局長	※副部会長
	フォーミュラリ担当	

事務局	北部地区医師会　/　北部地区薬剤師会

図1：やんばる地域フォーミュラリ委員会構成員／やんばる地域フォーミュラリ作業部会構成員

4.作成手順

やんばる地域フォーミュラリの公開までの手順としては、まず、委員会、作業部会の構成員を中心に検討領域の提案を受ける。次に、検討領域の候補について、作業部会構成員の所属施設に於いての当該医薬品の使用数量の提出を受ける。併せて専門医の意見を聞くために作業部会への招集もしくは意見書の提出を依頼する。その集計資料と(一社)日本フォーミュラリ学会が公開しているモデル・フォーミュラリ[7]を活用し、原案の作成作業を行う。作業部会で作成された原案は委員会に上申する。委員会においては原案について確認し協議を行い、問題なければ承認を行う。問題がある場合は作業部会に差し戻し、修正もしくは再作成となる。委員会で承認された地域フォーミュラリについては、地域の医療機関あてに郵送等にて新領域のお知らせを行うと同時に、北部地区薬剤師会のホームページ内にある「やんばる地域フォーミュラリ」の特設ページで公開され、医療関係者のみならず一般の方も閲覧できる体制を整えている。

まず初めに取り組んだ領域としては、使用される医薬品の成分が複数あり、多くの医療機関から処方されることの多いHMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン)、歯科領域の鎮痛剤(内服剤)、そして時期的に流行を控えていたインフルエンザ治療薬の3領域を選定した。

2024年10月に開催された第1回やんばる地域フォーミュラリ委員会作業部会では、まずメンバーの紹介、続いて部会長、副部会長の選任、部会長は薬剤師会の副会長、副部会長は県立北部病院DI担当と北部地区医師会病院の薬局長が選任された。その後、2024年9月に開催されたやんばる地域フォーミュラリ委員会で挙がった5つの候補、インフルエンザ治療薬、HMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン)経口酸分泌抑制剤(PPI・P-CAB)、歯科領域の鎮痛剤(内服剤)、抜歯時の経口抗菌薬の中から、経口酸分泌抑制剤(PPI・P-CAB)と抜歯時の抗菌薬は資料不足のため次回以降に検討となり、それ以外の3領域について検討を行った。

当初は、先進地区である(一社)八尾市薬剤師会[8]を参考に、銘柄指定を視野に資料の準備を行った。資料としては、対象医薬品について各メーカーのホームページ等で公開されている情報(製造販売業者、品名、規格、製造形態、原薬の製造国、原薬の複数購買品目、製剤製造業者、共同開発情報、出荷状況、薬価)に、作業部会参加メンバーの所属施設での採用状況(2024年4月～2024年9月)を追加した資料(図2)を薬剤師会事務局が作成したもの、(一社)日本フォーミュラリ学会が公開しているモデル・フォーミュラリ、先進地区で公開している地域フォーミュラリ等を資料とした。最初に検討したのは、多くの地域で作成されている①HMG-CoA還元酵素阻害(スタチン)とした。初めてなので、議論の進め方を確認しながら資料を基に検討したところ、学会のモデル・フォーミュラリでは推奨薬がロスバスタチンカルシウム(ロスバスタチン)、オプションとしてアトルバスタチンカルシウム水和物(アトルバスタチン)とピタバスタチンカルシウム水和物(ピタバスタチン)となっていたが、当地域の使用数量を見比べたところ、アトルバスタチンの使用量が1番多く、次にロスバスタチン、ピタバスタチンの順となっていた。医師会代表の先生の意見としても、ストロングスタチンを主に使用して、それ以外は個々の状況で使用しているのが一般的との意見を頂き、それらを踏まえて、やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬に学会のモデル・フォーミュラリで推奨になっているロスバスタチンと当地区での使用量が最も多いアトルバスタチンとし、オプションとしてピタバスタチンという形で原案を作業部会としては決定し、委員会に上申することとした。解説書については、薬剤師会のメンバーで学会のモデル・フォーミュラリを参考に作成することとした。(図3)

各社公表データ：HMG-CoA還元酵素阻害剤（スタチン）

製造販売業者	品名	規格	製造形態（委受託）	原薬の製造国	原薬の複数購買品目	製剤製造業者	共同開発情報	出荷状況（2024.10月時点）	薬価	会員薬局取扱件数
大原薬品工業	ロスバスタチン錠2．5mg「オーハラ」	2.5mg1錠	①全て自社	中国/日本	○	大原薬品工業	大原薬品工業株式会社（親）、共創未来ファーマ株式会社、エルメッド株式会社	○	10.10	
キョーリンリメディオ株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「杏林」	2.5mg1錠	②全て委託	日本/日本	○	キョーリン製薬グループ工場、日本ジェネリック	日本ジェネリック（親）	○	10.10	
沢井製薬株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「サワイ」	2.5mg1錠	①全て自社	日本		沢井製薬	単独開発	○	10.10	4
サンド株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「サンド」	2.5mg1錠	委託（篠山包装）	日本		Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC		○	10.10	
三和化学研究所	ロスバスタチン錠2．5mg「三和」	2.5mg1錠	④包装等のみ委託	大韓民国/日本	○	自社工場	単独開発	販売中止	10.10	
辰巳化学株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「TCK」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/中国	○	辰巳化学（株）	辰巳化学（親）、ダイト	○	10.10	
日医工株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「日医工」	2.5mg1錠	①全て自社	日本		日医工	単独開発	供給停止	10.10	
日新製薬	ロスバスタチン錠2．5mg「日新」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/日本	○	日新製薬	単独開発	○	10.10	
ニプロ株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「ニプロ」	2.5mg1錠						限定出荷	10.10	
株式会社陽進堂	ロスバスタチン錠2．5mg「YD」	2.5mg1錠						○	10.10	1
鶴原製薬	ロスバスタチン錠2．5mg「ツルハラ」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/中華人民共和国	○	鶴原製薬		○	10.10	
フェルゼンファーマ	ロスバスタチン錠2．5mg「フェルゼン」	2.5mg1錠	②全て委託	日本/日本	○	辰巳化学（株）	辰巳化学（小分け元）、ダイト	供給停止	10.10	
日医工株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「NIG」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/イスラエル	○	日医工岐阜工場	単独開発	○	10.10	
第一三共エスファ	ロスバスタチン錠2．5mg「DSEP」	2.5mg1錠	②全て委託	非公表		非公表	アストラゼネカ（小分け元）	○	11.40	7
ダイト株式会社	ロスバスタチン錠2．5mg「科研」	2.5mg1錠	②全て委託	日本		辰巳化学株式会社	辰巳化学（親）、日本ケミファ、ダイト	供給停止	11.40	
日本ケミファ	ロスバスタチン錠2．5mg「ケミファ」	2.5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/大韓民国/日本	○	日本薬品工業株式会社	日本ケミファ株式会社（親）、日本薬品工業株式会社	○	11.40	
日本ジェネリック	ロスバスタチン錠2．5mg「JG」	2.5mg1錠	①全て自社		○	日本ジェネリック株式会社 つくば工場、日本ジェネリック株式会社 つくば第二工場	日本ジェネリック株式会社（親）、キョーリンリメディオ株式会社（子）	○	10.10	
高田製薬	ロスバスタチン錠2．5mg「タカタ」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/日本		高田製薬	単独開発	販売中止	11.40	
東和薬品	ロスバスタチン錠2．5mg「トーワ」	2.5mg1錠	①全て自社	大韓民国		東和薬品	単独開発	○	11.40	
共創未来ファーマ	ロスバスタチン錠2．5mg「KMP」	2.5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/日本	○	大原薬品工業	大原薬品工業（親）、エルメッド、共創未来ファーマ	○	11.40	

製造販売業者	品名	規格	製造形態（委受託）	原薬の製造国	原薬の複数購買品目	製剤製造業者	共同開発情報	出荷状況（2024.10月時点）	薬価	会員薬局取扱件数
大原薬品工業	ロスバスタチン錠5mg「オーハラ」	5mg1錠	①全て自社	中国/日本	○	大原薬品工業	大原薬品工業株式会社（親）、共創未来ファーマ株式会社、エルメッド株式会社	○	10.10	
キョーリンリメディオ株式会社	ロスバスタチン錠5mg「杏林」	5mg1錠	②全て委託	日本/日本	○	キョーリン製薬グループ工場、日本ジェネリック	日本ジェネリック（親）	販売中止	10.10	
沢井製薬株式会社	ロスバスタチン錠5mg「サワイ」	5mg1錠	①全て自社	日本		沢井製薬	単独開発	○	10.10	4
サンド株式会社	ロスバスタチン錠5mg「サンド」	5mg1錠	委託（篠山包装）	スロベニア		Novartis Pharmaceutical Manufacturing LLC		販売中止	10.10	
三和化学研究所	ロスバスタチン錠5mg「三和」	5mg1錠	④包装等のみ委託	大韓民国/日本	○	自社工場	単独開発	販売中止	10.10	
辰巳化学株式会社	ロスバスタチン錠5mg「TCK」	5mg1錠	①全て自社	日本/中華人民共和国	○	辰巳化学（株）	辰巳化学（親）、ダイト	○	20.60	
日医工株式会社	ロスバスタチン錠5mg「日医工」	5mg1錠	①全て自社	日本		日医工	単独開発	供給停止	10.10	
日新製薬	ロスバスタチン錠5mg「日新」	5mg1錠	①全て自社	日本/日本	○	日新製薬	単独開発	○	10.10	
ニプロ株式会社	ロスバスタチン錠5mg「ニプロ」	5mg1錠						限定出荷	10.10	
株式会社陽進堂	ロスバスタチン錠5mg「YD」	5mg1錠						○	10.10	
鶴原製薬	ロスバスタチン錠5mg「ツルハラ」	5mg1錠	①全て自社	日本/中華人民共和国	○	鶴原製薬		－	10.10	
フェルゼンファーマ	ロスバスタチン錠5mg「フェルゼン」	5mg1錠	②全て委託	日本	○	辰巳化学（株）	辰巳化学（小分け元）、ダイト	供給停止	10.10	
日医工株式会社	ロスバスタチン錠5mg「NIG」	5mg1錠	①全て自社	日本/イスラエル	○	日医工岐阜工場	単独開発	○	10.10	
第一三共エスファ	ロスバスタチン錠5mg「DSEP」	5mg1錠	②全て委託	非公表		非公表	アストラゼネカ（小分け元）	○	20.60	6
ダイト株式会社	ロスバスタチン錠5mg「科研」	5mg1錠	②全て委託	日本		辰巳化学株式会社	辰巳化学（親）、日本ケミファ、ダイト	供給停止	20.60	
日本ケミファ	ロスバスタチン錠5mg「ケミファ」	5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/大韓民国/日本	○	日本薬品工業株式会社	日本ケミファ株式会社（親）、日本薬品工業株式会社	○	20.60	
日本ジェネリック	ロスバスタチン錠5mg「JG」	5mg1錠	①全て自社	日本/日本	○	日本ジェネリック株式会社 つくば工場、日本ジェネリック株式会社 つくば第二工場	日本ジェネリック株式会社（親）、キョーリンリメディオ株式会社（子）	○	20.60	
高田製薬	ロスバスタチン錠5mg「タカタ」	5mg1錠	①全て自社	日本		高田製薬	単独開発	販売中止	20.60	
東和薬品	ロスバスタチン錠5mg「トーワ」	5mg1錠	①全て自社	大韓民国		東和薬品	単独開発	○	10.10	
共創未来ファーマ	ロスバスタチン錠5mg「KMP」	5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/日本	○	大原薬品工業	大原薬品工業（親）、エルメッド、共創未来ファーマ	－	20.60	

製造販売業者	品名	規格	製造形態（委受託）	原薬の製造国	原薬の複数購買品目	製剤製造業者	共同開発情報	出荷状況（2024.10月時点）	薬価	会員薬局取扱件数
共和薬品工業	ロスバスタチンOD錠2．5mg「アメル」	2.5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト株式会社	非公表	供給停止	10,10	
大原薬品工業	ロスバスタチンOD錠2．5mg「オーハラ」	2.5mg1錠	①全て自社	中華人民共和国/日本	○	大原薬品工業	大原薬品工業株式会社（親）、共創未来ファーマ株式会	○	10,10	
沢井製薬株式会社	ロスバスタチンOD錠2．5mg「サワイ」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/大韓民国	○	沢井製薬沢井製薬	単独開発	限定出荷	10,10	
三和化学研究所	ロスバスタチンOD錠2．5mg「三和」	2.5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト（株）	ダイト（親）	○	10,10	
辰巳化学株式会社	ロスバスタチンOD錠2．5mg「TCK」	2.5mg1錠	②全て委託	中国（日本）		ダイト（株）	ダイト（親）、三和化学研究所、フェルゼンファーマ、日医工、日本ケミファ、日本ジェネリック、陽進堂	○	10,10	
日医工株式会社	ロスバスタチンOD錠2．5mg「日医工」	2.5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト	ダイト（親）、日医工	○	10,10	
ニプロ株式会社	ロスバスタチンOD錠2．5mg「ニプロ」	2.5mg1錠						限定出荷	10,10	
株式会社陽進堂	ロスバスタチンOD錠2．5mg「YD」	2.5mg1錠						○	10,10	
Meiji Seika ファルマ	ロスバスタチンOD錠2．5mg「明治」	2.5mg1錠	②全て委託	日本/大韓民国	○	MEDREICH−Meiji Seika ファルマテック	なし（親）	○	10,10	
フェルゼンファーマ	ロスバスタチンOD錠2．5mg「フェルゼン」	2.5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト	ダイト（親）、日本ケミファ、三和化学、日医工、陽進堂、辰巳化学	○	10,10	
ダイト株式会社	ロスバスタチンOD錠2．5mg「科研」	2.5mg1錠	①全て自社	日本		ダイト	ダイト（親）、共和薬品工業、三和化学研究所、辰巳化学、日医工、日本ケミファ、日本ジェネリック、陽進堂	○	11,40	
日本ケミファ	ロスバスタチンOD錠2．5mg「ケミファ」	2.5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/大韓民国		ダイト	ダイト株式会社（親）、日本ケミファ株式会社	○	11,40	
日本ジェネリック	ロスバスタチンOD錠2．5mg「JG」	2.5mg1錠	①全て自社	日本/日本	○	日本ジェネリック株式会社 つくば工場、日本ジェネリック株式会社 つくば第二工場	日本ジェネリック株式会社（親）、キョーリンリメディオ株式会社（子）	○	11,40	
高田製薬	ロスバスタチンOD錠2．5mg「タカタ」	2.5mg1錠	④包装等のみ委託	日本		高田製薬	単独開発	販売中止	10,10	
第一三共エスファ	ロスバスタチンOD錠2．5mg「DSEP」	2.5mg1錠	②全て委託	非公表		非公表	アストラゼネカ（小分け元）	限定出荷	11,40	5
東和薬品	ロスバスタチンOD錠2．5mg「トーワ」	2.5mg1錠	①全て自社	大韓民国		東和薬品	単独開発	○	11,40	
共創未来ファー	ロスバスタチンOD錠2．5mg「KMP」	2.5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/日本	○	大原薬品工	大原薬品工業（親）、共創未来ファーマ	−	11,40	

製造販売業者	品名	規格	製造形態（委受託）	原薬の製造国	原薬の複数購買品目	製剤製造業者	共同開発情報	出荷状況（2024.10月時点）	薬価	会員薬局取扱件数
共和薬品工業	ロスバスタチンOD錠5mg「アメル」	5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト株式会社	非公表	供給停止	10,10	
大原薬品工業	ロスバスタチンOD錠5mg「オーハラ」	5mg1錠	①全て自社	中華人民共和国/日本	○	大原薬品工業	大原薬品工業株式会社（親）、共創未来ファーマ株式会	○	10,10	
沢井製薬株式会社	ロスバスタチンOD錠5mg「サワイ」	5mg1錠	①全て自社	日本/大韓民国	○	沢井製薬沢井製薬	単独開発	限定出荷	10,10	
三和化学研究所	ロスバスタチンOD錠5mg「三和」	5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト（株）	ダイト（親）	○	10,10	
辰巳化学株式会社	ロスバスタチンOD錠5mg「TCK」	5mg1錠	②全て委託	中国（日本）		ダイト（株）	ダイト（親）、三和化学研究所、フェルゼンファーマ、日医工、日本ケミファ、日本ジェネリック、陽進堂	○	20,60	
日医工株式会社	ロスバスタチンOD錠5mg「日医工」	5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト	ダイト（親）、日医工	○	10,10	
ニプロ株式会社	ロスバスタチンOD錠5mg「ニプロ」	5mg1錠						限定出荷	10,10	
株式会社陽進堂	ロスバスタチンOD錠5mg「YD」	5mg1錠						○	20,60	
Meiji Seika ファルマ	ロスバスタチンOD錠5mg「明治」	5mg1錠	②全て委託	日本/大韓民国	○	MEDREICH−Meiji Seika ファルマテック	なし（親）	○	10,10	
フェルゼンファーマ	ロスバスタチンOD錠5mg「フェルゼン」	5mg1錠	②全て委託	日本		ダイト	ダイト（親）、日本ケミファ、三和化学、日医工、陽進堂、辰巳化学	○	10,10	
ダイト株式会社	ロスバスタチンOD錠5mg「科研」	5mg1錠	①全て自社	日本		ダイト	ダイト（親）、共和薬品工業、三和化学研究所、辰巳化学、日医工、日本ケミファ、日本ジェネリック、陽進堂	○	20,60	
日本ケミファ	ロスバスタチンOD錠5mg「ケミファ」	5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/日本		ダイト	ダイト株式会社（親）、日本ケミファ株式会社	○	20,60	
日本ジェネリック	ロスバスタチンOD錠5mg「JG」	5mg1錠	①全て自社	日本/日本	○	日本ジェネリック株式会社 つくば工場、日本ジェネリック株式会社 つくば第二工場	日本ジェネリック株式会社（親）、キョーリンリメディオ株式会社（子）	○	20,60	
高田製薬	ロスバスタチンOD錠5mg「タカタ」	5mg1錠	④包装等のみ委託	日本		高田製薬	単独開発	販売中止	20,60	
第一三共エスファ	ロスバスタチンOD錠5mg「DSEP」	5mg1錠	②全て委託	非公表		非公表	アストラゼネカ（小分け元）	限定出荷	20,60	3
東和薬品	ロスバスタチンOD錠5mg「トーワ」	5mg1錠	①全て自社	大韓民国		東和薬品	単独開発	○	20,60	
共創未来ファー	ロスバスタチンOD錠5mg「KMP」	5mg1錠	②全て委託	中華人民共和国/日本	○	大原薬品工	大原薬品工業（親）、共創未来ファーマ	−	10,10	

製造販売業者	品名	規格	製造形態（委受託）	原薬の製造国	原薬の複数購買品目	製剤製造業者	共同開発情報	出荷状況（2024.10月時点）	薬価	会員薬局取扱件数
高田製薬	ロスバスタチン錠10mg「タカタ」	10mg1錠	①全て自社	日本		高田製薬	単独開発	限定出荷	18,00	
東和薬品	ロスバスタチン錠10mg「トーワ」	10mg1錠	①全て自社	大韓民国		東和薬品	単独開発	○	18,00	2

製造販売業者	品名	規格	製造形態（委受託）	原薬の製造国	原薬の複数購買品目	製剤製造業者	共同開発情報	出荷状況（2024.10月時点）	薬価	会員薬局取扱件数
東和薬品	ロスバスタチンOD錠10mg「トーワ」	10mg1錠	①全て自社	大韓民国		東和薬品	単独開発	○	18,00	1

図2：作業部会資料　各社公表データ：HMG−CoA還元酵素阻害剤(スタチン)

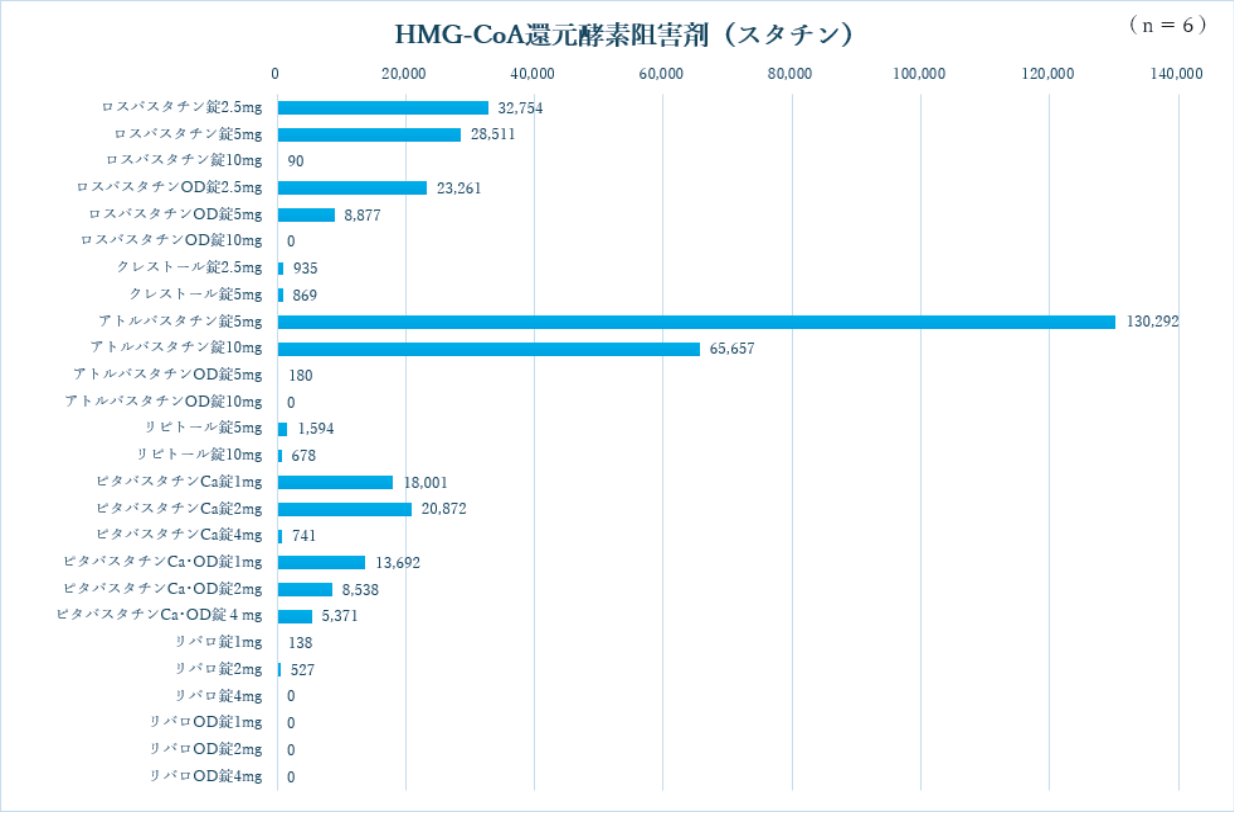


図3：HMG−CoA還元酵素阻害剤(スタチン) 6ヶ月払出数量(2024.4～2024.9)合計

次に②歯科領域の鎮痛剤(内服)について検討を行った。鎮痛剤においては歯科領域以外でも多岐にわたり使用されているため、歯科領域に限定して使用数量を算出することが困難であった。そのため、学会のモデル・フォーミュラリを基に歯科医師会の代表委員の意見を参考にして議論を行い、学会のモデル・フォーミュラリは推奨薬としてアセトアミノフェン、セレコキシブ、ロキソプロフェンナトリウム水和物(ロキソプロフェンナトリウム)、オプションとしてイブプロフェン、ナプロキセン、ジクロフェナクナトリウムとなっているが、歯科医師会委員の先生の意見として、他の歯科医師等に聞き取りした結果、セレコキシブ、イブプロフェン、ナプロキセンはほぼ使用していないことが判明した。また、医師会委員の先生からは、モデル・フォーミュラリには載っていないが、漢方薬の立効散も使用しているとの意見もあったが、歯科の先生が実際にまだ使用していないので見送りとなった。やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬としてアセトアミノフェン、ロキソプロフェンナトリウム、オプションとしてジクロフェナクナトリウムを原案として決定した。

続いて、③インフルエンザ治療薬について検討を行った。時期的にも流行を前にしたタイミングなので最適と考えた。インフルエンザ治療薬については、投与回数を重視するのか投与方法を重視するかで意見が分かれた。学会のモデル・フォーミュラリでは、推奨薬がオセルタミビルリン酸塩(オセルタミビル)、オプションとしてザナミビル水和物(ザナミビル)、ペラミビル水和物(ペラミビル)となっているが、当地域においてザナミビルの処方実績が極めて低いことが推測され、コンプライアンスの面で1日1回投与のラニナミビルオクタン酸エステル水和物(ラニナミビル)、バロキサビルマルボキシル(パロキサビル)の使用頻度が高いことが推測された。県立北部病院、北部地区医師会病院の両院でも使用していると報告があり、医師会委員からも単回投与で治療が完結するのは有用との意見があった。ペラミビルの使用頻度は少ないが重症例での使用が推奨されているため残して、やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬はオセルタミビル、オプションとしてラニナミビル、パロキサビル、ペラミビルを原案とし決定した。以上の3領域の原案を次回の委員会に上申した。また、今後の課題として銘柄指定を行うには、医薬品の使用数量を正確に把握する必要があり、レセプトデータは必要不可欠との意見を受け、2024年12月から2025年2月にかけて全国健康保険協会沖縄支部と沖縄県国民健康団体連合会に対し、レセプトデータの提供依頼を事務局が行った。

2024年11月に第2回やんばる地域フォーミュラリ委員会を開催し、作業部会から上がってきた3領域について委員会で内容確認を行い、推奨薬、オプションについては作業部会作成の原案通りで決定したが、レイアウトについて文字サイズの修正があった。その後、公開予定日や周知方法についての議論を行い、公開日は12月1日とし、公開方法としては、薬剤師会のホームページに掲載と三師会連名の案内文を添えて地域の医療機関に郵送、お薬手帳サイズのチラシ(図4)作成を決定した。

お薬手帳用チラシ

沖縄県北部地区では、医師会歯科医師会・薬剤師会が中心になり患者様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等も踏まえ【地域フォーミュラリ】を推進しております。

“地域フォーミュラリ”とは

こちらから ⇨

やんばる地域フォーミュラリ委員会

沖縄県北部地区では、医師会歯科医師会・薬剤師会が中心になり患者様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等も踏まえ【地域フォーミュラリ】を推進しております。

“地域フォーミュラリ”とは

こちらから ⇨

やんばる地域フォーミュラリ委員会

沖縄県北部地区では、医師会歯科医師会・薬剤師会が中心になり患者様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等も踏まえ【地域フォーミュラリ】を推進しております。

“地域フォーミュラリ”とは

こちらから ⇨

やんばる地域フォーミュラリ委員会

沖縄県北部地区では、医師会歯科医師会・薬剤師会が中心になり患者様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等も踏まえ【地域フォーミュラリ】を推進しております。

“地域フォーミュラリ”とは

こちらから ⇨

やんばる地域フォーミュラリ委員会

図4:お薬手帳チラシ

2025年2月に第2回のやんばる地域フォーミュラリ作業部会を開催した。前回、資料不足のため保留していた④経口酸分泌抑制剤(PPI・P-CAB)と⑤抜歯時抗菌薬(内用剤)に、専門医が不足している中、広く処方されている⑥前立腺肥大症治療薬(α1遮断薬)を加えた3領域について検討を行った。今回は経口酸分泌抑制剤(PPI・P-CAB)と抜歯時抗菌薬(内用剤)それぞれの専門医、歯科医師を招聘して検討を行った。今回もレセプトデータの提供が得られなく、前回同様、委員の所属施設における半年間(2024年8月～2025年1月)の使用量の集計データを資料とした。

④経口酸分泌抑制剤(PPI・P-CAB)について、学会のモデル・フォーミュラリは推奨薬としてエソメプラゾールマグネシウム水和物(カプセル)(エソメプラゾール)、ラベプラゾールナトリウム(ラベプラゾール)、ランソプラゾール、オプションとしてエソメプラゾールマグネシウム水和物(顆粒)、ボノプラザンフマル酸塩(ボノプラザン)となっている。当地域での使用数量を見比べたところ、ラベプラゾール、ボノプラザン、エソメプラゾール、ランソプラゾールの順となっている。(図5)専門医からランソプラゾール継続服用中に下痢が継続する場合、collagenous colitis等が発現している可能性があるため北部地区医師会病院では採用していないとの意見があったが、フォーミュラリから削除するのではなく、OD錠が発売されており、嚥下機能が低下した患者、胃瘻患者、水分制限を有する患者において使用しやすいためオプションとした。また、ボノプラザンは効果もよく使用数量も多いが、後発医薬品の発売がないためこちらもオプションとした。やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬にエソメプラゾール、ラベプラゾール、オプションとして、ランソプラゾール、エソメプラゾールマグネシウム水和物(顆粒)、ボノプラザンとした。

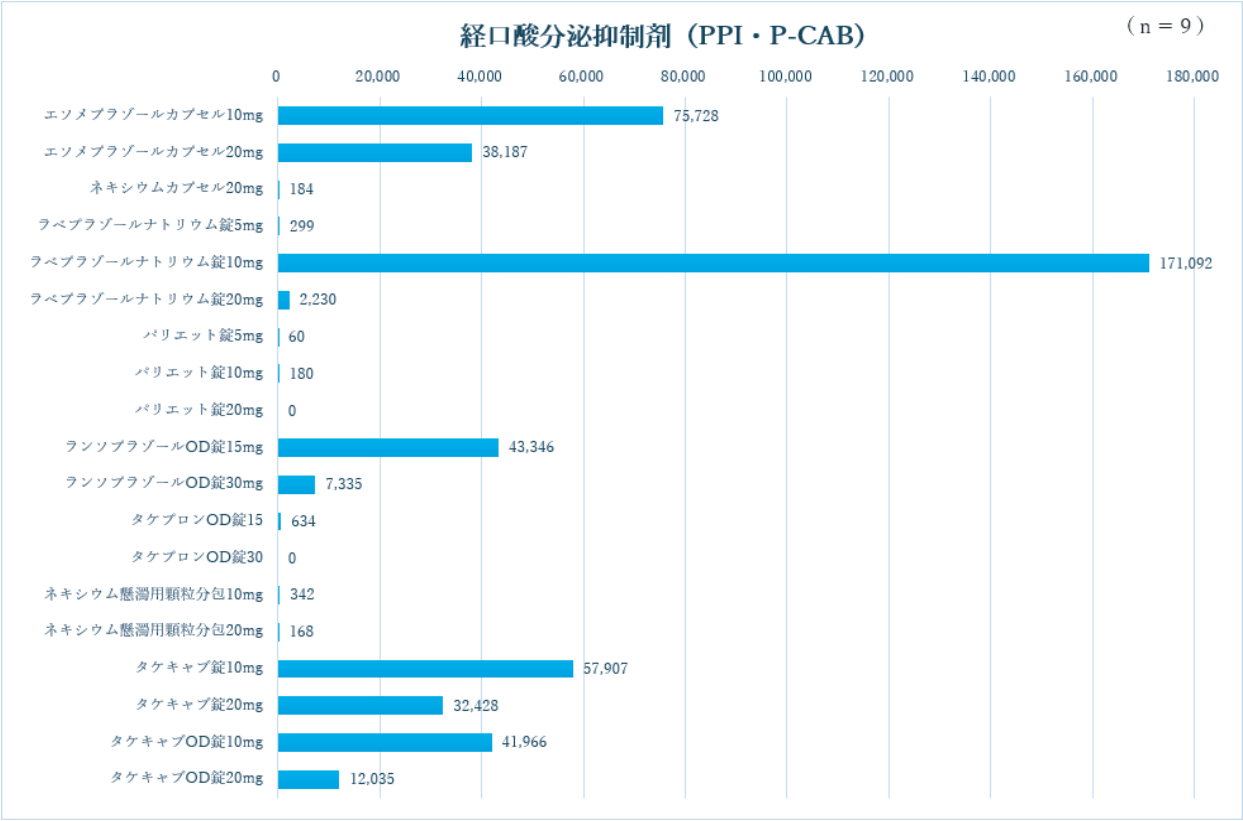


図5:経口酸分泌抑制剤(PPI・P-CAB) 6ヶ月払出数量(2024.8～2025.1) 合計

⑤抜歯時抗菌薬(内用剤)については県立北部病院の口腔外科の歯科医師を招聘し、学会のモデル・フォーミュラリについて意見を伺った。その結果、60%以上はアモキシシリン水和物(アモキシシリン)を使用している。アモキシシリンにアレルギーがある場合はクラリスロマイシンやクリンダマイシン塩酸塩(クリンダマイシン)を使用していること、また、医薬品の供給不安定でアモキシシリンが入荷しない場合も同様の対応を行っているので、学会のモデル・フォーミュラリ通りで問題ないとの意見であった。以上のことを踏まえ、やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬にアモキシシリン、オプションとしてクリンダマイシン、クラリスロマイシンとした。

⑥前立腺肥大症治療薬(α1遮断薬)について検討を行った。当地域には泌尿器科を標榜しているクリニックが2か所あるため、その門前の薬局にも使用数量の提供を依頼した。専門医の作業部会への招聘は都合が合わず叶わなかったが、事前に学会のモデル・フォーミュラリへの見解を諮問した。学会のモデル・フォーミュラリでは推奨薬がタムスロシン塩酸塩(タムスロシン)、オプションとしてシロドシン、ナフトピジルとなっている。当地域での使用数量は圧倒的にシロドシンが多く、専門医からも第1選択としてシロドシンを使用しているとの意見があり、やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬として、シロドシン、タムスロシン、オプションとして、ナフトピジルとした。(図6)以上3領域をやんばる地域フォーミュラリ委員会に原案として上申することを決定した。

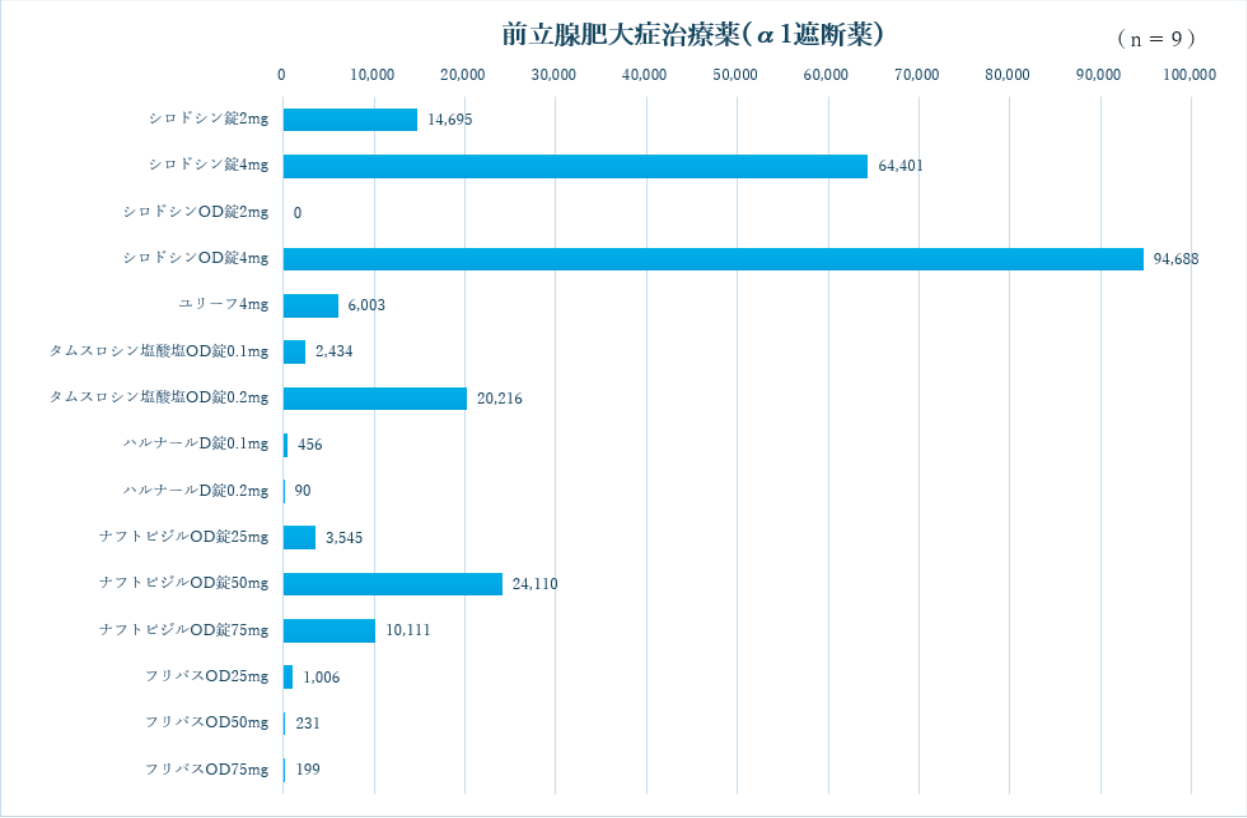


図6:前立腺肥大症治療薬(α1遮断薬) 6ヶ月払出数量(2024.8～2025.1)合計

これを受け、2025年3月に第3回やんばる地域フォーミュラリ委員会を開催した。今回からオブザーバーとして、全国健康保険協会沖縄支部と沖縄県国民健康保険団体連合会もzoomで参加した。作業部会より上がってきた3領域の原案について審議を行い、原案通り決定した。次回の検討領域について高血圧や糖尿病の候補が提案された。

2025年8月にやんばる地域フォーミュラリ作業部会を開催し、⑦(高血圧症)アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)、⑧ジヒドロピリジン(DHP)系カルシウム拮抗薬(高血圧症)、⑨アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)/ジヒドロピリジン(DHP)系カルシウム拮抗薬、⑩第2世代抗ヒスタミン薬の4領域について検討を行った。今回も委員の所属施設における半年間(2025年1月～2025年6月)の使用量の集計データを資料とした。

⑧ジヒドロピリジン(DHP)系カルシウム拮抗薬(高血圧症)について、学会のモデル・フォーミュラリは推奨薬にアムロジピンベシル酸塩(アムロジピン)、ニフェジピン持続性錠(ニフェジピンCR)、オプションとして、アゼルニジピン、シルニジピン、ベニジピン塩酸塩(ベニジピン)となっている。当地域での使用数量を確認すると圧倒的にアムロジピンが多く、次いでニフェジピンとなり、シルニジピンとベニジピンはほぼ同量、アゼルニジピンは出荷制限の影響もあり、あまり使用されていなかった。これを踏まえて、やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬として、アムロジピン、ニフェジピンCR、オプションとして、シルニジピン、ベニジピンとし、あまり使用されていないアゼルニジピンは削除した。(図7)

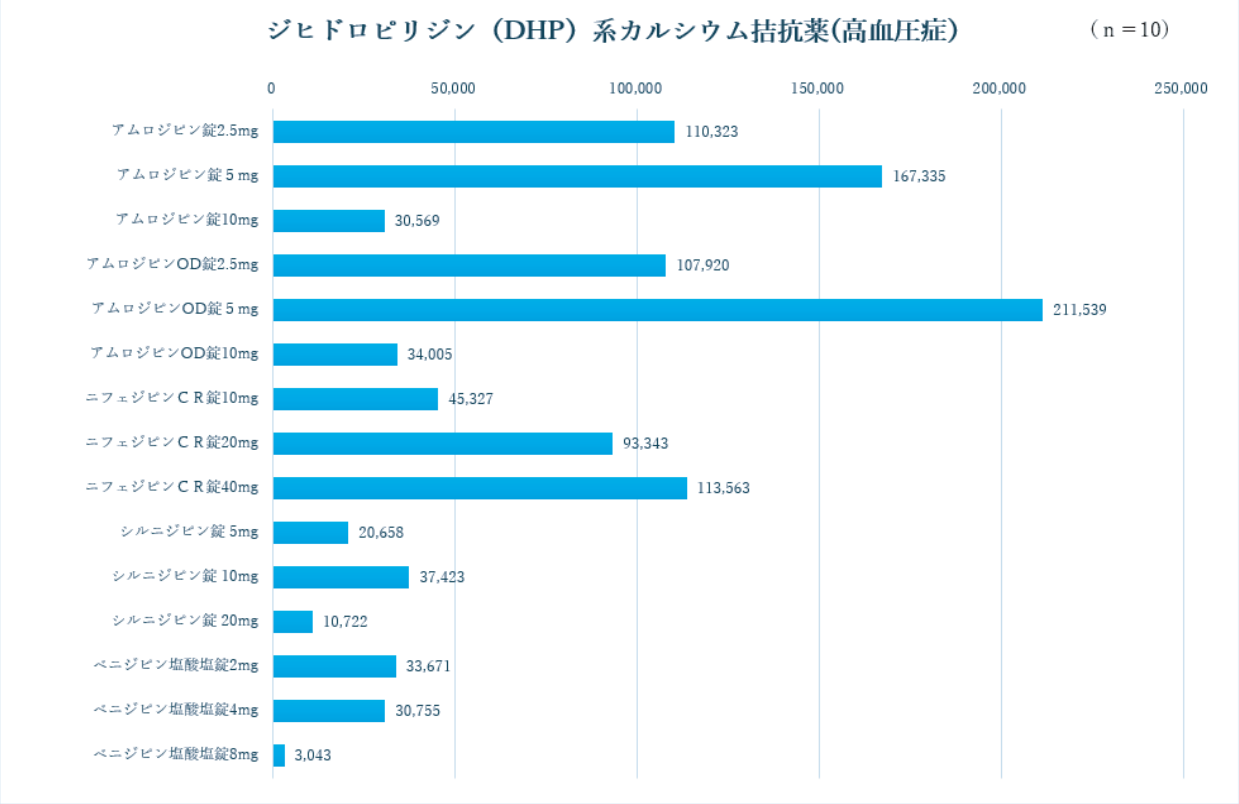


図7:ジヒドロピリジン(DHP)系カルシウム拮抗薬(高血圧症) 6ヶ月払出数量(2025.1～2025.6) 合計

⑦(高血圧症)アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)について、学会のモデル・フォーミュラリは推奨薬としてアジルサルタン、カンデサルタンシレキセチル(カンデサルタン)、テルミサルタン、オプションとして、ロサルタンカリウム(ロサルタン)となっている。当地域の使用数量順として、カンデサルタン、アジルサルタン、テルミサルタン、ロサルタンの順であった。医師会委員からの意見としてもロサルタンは降圧よりも腎保護目的での使用が多いのでオプションでいいのではとの意見を踏まえ、やんばる地域フォーミュラリとしては、学会のモデル・フォーミュラリに準じ、推奨薬にアジルサルタン、カンデサルタン、テルミサルタン、オプションとして、ロサルタンとした。(図8)

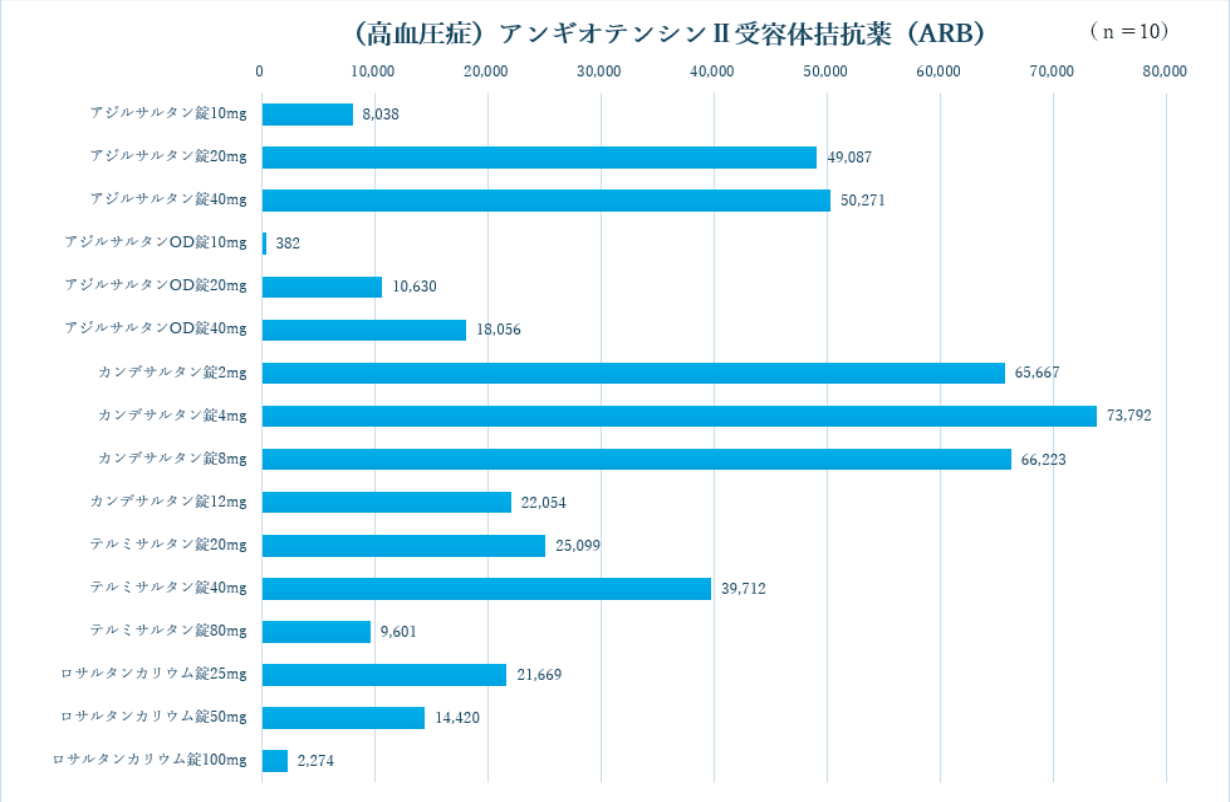


図8:(高血圧症)アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB) 6ヶ月払出数量(2025.1～2025.6) 合計

⑨アンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)/ジヒドロピリジン(DHP)系カルシウム拮抗薬の合剤については、上の2つの推奨薬の組み合わせとし、学会のモデル・フォーミュラリどおりに決定した。

⑩第2世代抗ヒスタミン薬は学会のモデル・フォーミュラリは推奨薬にオロパタジン塩酸塩(オロパタジン)、フェキソフェナジン塩酸塩(フェキソフェナジン)、レボセチリジン塩酸塩(レボセチリジン)、ロラタジン、オプションにビラスチンとなっている。当地域の使用数量は圧倒的にフェキソフェナジンが多く、次いでオロパタジン、ビラスチン、レボセチリジン、ロラタジンの順になっているが、ロラタジンの使用数量は極端に少なかった。これらを踏まえて、やんばる地域フォーミュラリとしては、推奨薬にフェキソフェナジン、オロパタジン、レボセチリジン、オプションとして、ビラスチンとした。使用数量の少ないロラタジンは削除し、ビラスチンは使用数量としてはあるものの、ジェネリックが発売されていないためオプションとした。(図9)

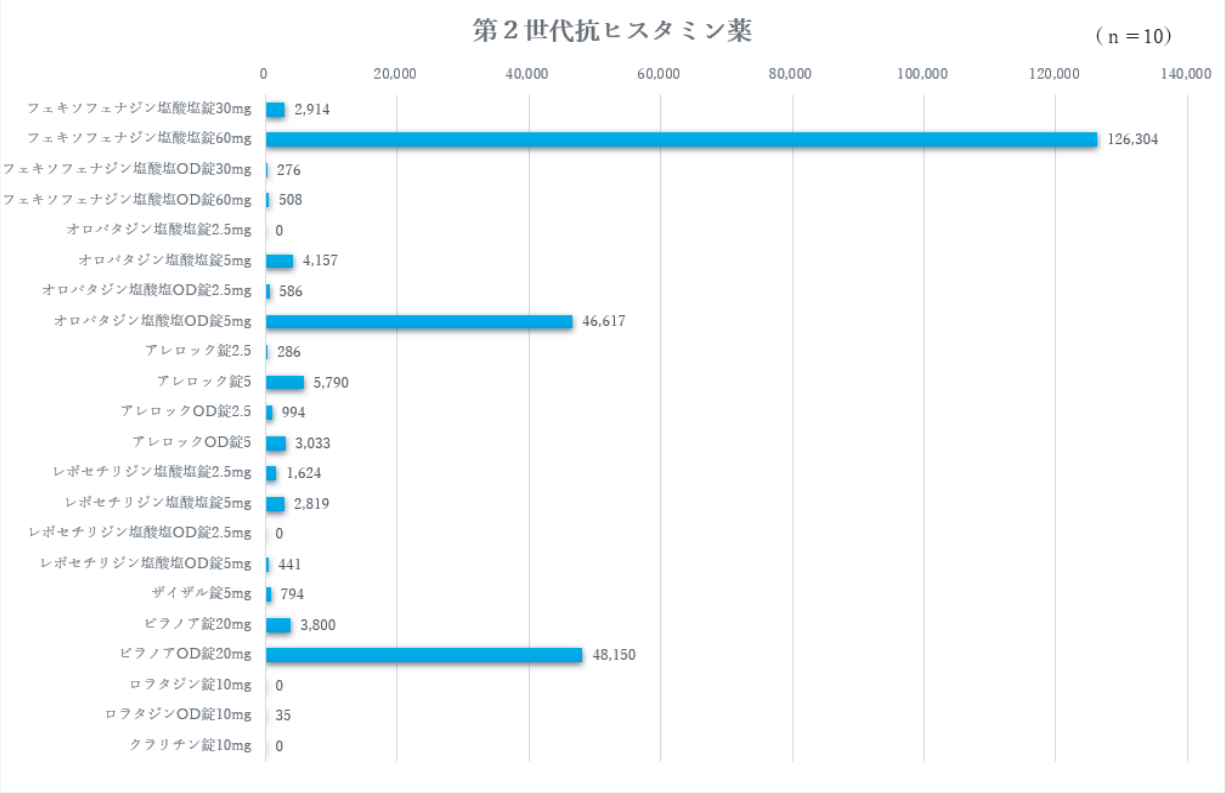


図9：第2世代抗ヒスタミン薬 6ヶ月払出数量(2025.1～2025.6) 合計

以上4領域の原案を委員会に上申するが、多くの医療機関で使用される領域のため、地域の医療機関に対し、原案を配布し、アンケートを実施することとした。併せて「高血圧管理・治療ガイドライン2025」作成委員長の大屋祐輔先生へ意見を伺うこととした。

2025年9月にやんばる地域フォーミュラリ委員会を開催し、今回から全国健康保険協会沖縄支部の企画総務部長が委員に就任した。また、県立北部病院の院長も変更があり、今回から参加となった。作業部会からの4領域の原案とアンケート結果(回答6施設)、大屋先生の意見を踏まえ審議した。アンケートの結果は原案通り賛成と自施設で使用されている成分を回答されているところがあった。審議の結果、原案通り決定した。次回の検討領域について、糖尿病や経口ビスホスホネート製剤、慢性便秘症治療薬が選定され、更なる領域拡大の方針を決定した。

5.今後の課題

現在、当委員会では10領域の地域フォーミュラリを策定・公開している。しかし、地域医療における標準的な薬物療法のさらなる普及を目指すためには、対象領域の段階的な追加が不可欠である。加えて、現在のフォーミュラリは成分名(一般名)による推奨に留まっているが、今後はレセプトデータ等の客観的指標を詳細に分析し、供給の安定性や経済性を再評価した上で、具体的な製造販売業者(メーカー名)まで踏み込んだ選定を行う予定である。また、臨床現場での利便性を高めるため、具体的な「使用手順書」の整備を並行して進めていく。

地域フォーミュラリの定着と質保証のためには、導入によるアウトカムの検証が極めて重要である。今後は、NDB(ナショナルレセプトデータベース)や地域内での処方実績データを活用し、後発医薬品の使用割合の変化、薬剤費の削減効果、および医薬品供給の安定化への寄与度について、定量的かつ多角的な検証を行う計画である。

本取り組みは開始から日が浅く、医療従事者間での連携は進んでいるものの、地域住民に対する認知度の向上は依然として十分ではない。医薬品の適正使用や経済性に関する住民の理解は、地域フォーミュラリの円滑な運用の支えとなる。

今後は、市民公開講座の開催や、自治体の広報誌、SNS等の多角的なメディアを通じた情報発信を強化し、地域住民が安心して良質な医療を受けられる体制の周知に努めていく所存である。

6.まとめ

地域フォーミュラリを導入するには三師会をはじめとする医療関係者のみならず、行政等の関係機関との連携は必要不可欠であると考える。当地区において、これほど速やかに、且つスムーズに地域フォーミュラリを導入することが出来た最大の要因は、三師会の繋がりだと考える。三師会の関係性が希薄な地域においては、地域の共通の課題を見つけ議論するところから始めてみてはどうだろうか。当地区は医薬品の安定供給に対する課題を従前から三師会の共通理解として持っていたことが大きい。地域における医薬品に関する課題の中心は薬剤師である。そのため、課題解決策を模索していく中で地域フォーミュラリの存在を知り、導入に向けて取り組みを開始した。まずは医師会長、歯科医師会長、両病院長の合意形成を行い、次に三師会の各理事、地域の医療従事者の順に理解の浸透を図った。地域フォーミュラリの正しい認知、及び理解の向上を目指し、研修会等での情報発信にも努めた。地域フォーミュラリの導入がもたらす効果に

ついて、医師会には日常診療において専門外の薬を処方する際にEBMに則り、有効性、安全に加え経済性も考慮されたリストを活用することの有用性、入退院時に発生する薬の変更によるリスク軽減、新病院の採用医薬品の選定に対しての有用性について説明を行った。歯科医師会には院内処方で医薬品の確保が困難な状況になってきているが、先進地区の事例を示し、地域フォーミュラリを策定した状態で院外処方箋の発行を行えば、備蓄センターを活用する形で対応が可能となることの説明を行った。その結果、課題解決の一つに地域フォーミュラリの導入が有効だと皆が考えることが出来たと推察する。次に学会が提供しているモデル・フォーミュラリの存在も大きいと考える。マンパワー不足の当地区において、学会が提供しているモデル・フォーミュラリは、EBMをはじめとする各種資料の精査裏付けを客観的な立場で作成されており、資料作成の時間を大幅に削減することが出来た。モデル・フォーミュラリをベースとし、地域の使用実態、地域の専門家の意見を踏まえて合意形成を行うことで、より地域になじむ形の地域フォーミュラリの作成が可能となり、地域からも受け入れやすいものとなったと考える。また、地域フォーミュラリは災害時においても、とても有用なことが証明されていることも一つの要因と考える。北部地域は沖縄本島で繋がってはいるが、中南部からのアクセスは高速道路と主要幹線道路が東側と西側の海沿いに一つずつしかなく、災害等で分断されてしまうと陸の孤島となり易い地域である。そのため、平時から地域フォーミュラリを運用していることが災害対策に繋がり、安心に繋がるため受け入れられたと考える。

当地区での取り組み事例を報告することで、日本全国の同じような環境にある地域での地域フォーミュラリの導入に向けた一助となれば幸いである。

謝辞

やんばる地域フォーミュラリの作成に当たり貴重な御助言を賜りました「高血圧管理・治療ガイドライン2025」作成委員長の大屋祐輔先生に、深甚なる謝意を表します。

また、やんばる地域フォーミュラリ委員会の立ち上げ当初より、終始温かいご指導を頂いております日本フォーミュラリ学会理事長の今井博久先生、ならびに本稿の執筆という貴重な機会をくださいました同会編集委員会委員長の奥田真弘先生に、心より深く感謝申し上げます。

利益相反(COI)

本論文に関連する開示すべき利益相反はない。

引用文献

1)令和2年国勢調査
https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003445263
アクセス日：2026年4月20日

2)日本医師会地域医療情報システム
https://jmap.jp/cities/detail/medical_area/4701
アクセス日：2026年4月20日

3)沖縄県令和4年医師・歯科医師・薬剤師調査（2年周期調査）
https://www.pref.okinawa.lg.jp/kensei/tokei/1016416/1016421/1022665/1036128/1036139.html
アクセス日：2026年4月20日

4)つくば薬剤師会　つくば地域フォーミュラリについて
https://tsukubayakuzaishikai.jp/
アクセス日：2026年4月20日

5)厚生労働省通知 「フォーミュラリの運用について」保医発0707第7号 保連発0707第1号 医政産情企発0707第1号 薬生安発0707第1号 令和5年7月7日
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00005.html
アクセス日：2026年4月20日

6)今井博久（監修・編集）地域フォーミュラリの実施ガイドライン　－地域フォーミュラリの作成・運営・評価などに関する指針－（Version1.0）
一般社団法人日本フォーミュラリ学会
発行年月日2023年11月1日

7)一般社団法人日本フォーミュラリ学会　会員向けモデル・フォーミュラリ
一般社団法人日本フォーミュラリ学会
https://formulary.or.jp/modelformulary/
アクセス日：2026年4月20日
8)一般社団法人八尾市薬剤師会　八尾市地域フォーミュラリ「標準的な薬物治療の推進」
https://www.ypa21.or.jp/
アクセス日：2026年4月20日

解説

災害時医療と地域フォーミュラリ

こいけ ひろふみ
小池 博文
横浜市立大学附属病院薬剤部

Disaster Medicine and the Role of Local Formularies

Hirofumi Koike
Department of Pharmacy, Yokohama City University Hospital

抄録：我が国は災害多発国であり、阪神・淡路大震災以降、DMATやJMATの整備を通じて災害時医療体制の充実が図られてきた。一方、医薬分業の進展やモバイルファーマシーの導入により、被災地における医薬品供給および薬物療法の運用は従来とは異なる課題に直面している。災害時には医薬品流通の制約や搭載医薬品数の限界が生じるとともに、同種同効薬が多数流通する我が国の医薬品事情は、迅速かつ継続的な薬物療法の提供を困難にする要因となっている。

本稿では、災害時医療体制の変遷およびモバイルファーマシーでの活動経験を踏まえ、災害時医療における医薬品運用の課題を整理した。その対応策として、「地域フォーミュラリ」を災害時にも活用可能な共通基盤として位置づけ、限られた医療資源下における迅速性、連続性および医療の質の確保に寄与することを示した。

Summary：Japan is prone to natural disasters, and since the Great Hanshin-Awaji Earthquake, its disaster medical system has been progressively strengthened through the establishment of organized structures such as Disaster Medical Assistance Teams (DMAT) and Japan Medical Association Teams (JMAT). Meanwhile, changes in healthcare delivery, including the widespread separation of prescribing and dispensing and the introduction of mobile pharmacies, have created new challenges in pharmaceutical supply and the management of pharmacotherapy in disaster-affected areas. During disasters, disruptions in drug distribution and limitations on the range of available medicines, together with Japan's pharmaceutical environment characterized by a large number of therapeutically equivalent drugs, hinder the timely and continuous provision of pharmacotherapy.

This review examines the evolution of disaster medical systems and identifies challenges in medication management in disaster settings, drawing on operational experiences with mobile pharmacies. As a potential solution, local formularies, developed through consensus-building within communities during routine practice, are positioned as a common foundation applicable to disaster situations. The utilization of local formularies may contribute to ensuring timeliness, continuity, and quality of medical care under conditions of limited healthcare resources.

キーワード：日本フォーミュラリ学会、災害時医療、モバイルファーマシー、フォーミュラリの有用性、医薬品の集約化
Key words：japanese society of formulary, disaster medicine, mobile pharmacy, usefulness of local formularies, consolidation of pharmaceuticals

小池 博文(hi00_k@yokohama-cu.ac.jp)
横浜市立大学附属病院薬剤部
〒236-0004 神奈川県横浜市金沢区福浦3-9

Hirofumi Koike(hi00_k@yokohama-cu.ac.jp)
Department of Pharmacy, Yokohama City University Hospital
3-9 Fukuura, Kanazawa-ku, Yokohama city, Kanagawa 236-0004, Japan

1. 災害大国として過去の教訓を活かした制度設計

我が国は4つの地殻プレート（太平洋・フィリピン海・北米・ユーラシア）がぶつかり合う場所に位置しており、世界でも有数の地震多発地域である。また、四方を海に囲まれていることから地震による津波災害が起こりやすい地理的な状況を抱えている。加えて、近年の温暖化によって集中豪雨や台風被害も深刻になっているが、防災・減災技術と経験が蓄積している国でもある。

1995年に発生した阪神・淡路大震災は我が国において初めての都市直下型地震であり、死者6,400余名、負傷者4万3,700余名に上る甚大な人的被害をもたらした[1)]。医療提供体制においては、多くの病院や診療所が倒壊・損壊し、壊滅的な状況となった。同時に、トリアージ体制が未整備だったため、軽傷者も重傷者も同じ病院に搬送されるなど負傷者の適切な搬送や治療が困難であった。また、建物倒壊を免れた医療機関においても、断水や停電などのライフラインの寸断、医療機器の破損・転倒により機能が著しく低下した。この経験から、災害時医療においては人的・医療資源の確保のみならず、医療施設そのものの耐震性および機能継続性が極めて重要であることが強く認識されるようになった。

これを契機として、1996年には災害時に多発する重篤な救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有し、被災地からのとりあえずの重症傷病者の受入れ機能を有する「災害拠点病院」制度が創設された[2)]。

また、阪神・淡路大震災では、発災直後の初動医療体制が十分に機能せず、救命可能であった傷病者が適切な医療に結びつかなかった事例が多数報告された。特に、震災発生から数十時間の超急性期～急性期医療において、被災地内の医療機関が人員・資機材ともに大きな制約を受け、外部からの医療支援も体系的に投入されなかったことが、医療対応上の課題として指摘された。

この反省を踏まえ、災害発生直後の超急性期から機動的に活動し、現地の医療機関機能を補完・代替できる医療支援体制の必要性が強く認識されるようになった。従来の医療救護班は、到着までに時間を要することや、活動内容が必ずしも急性期医療に特化していなかったことから、迅速かつ専門的に対応可能な新たな医療チームの整備が求められた。

こうした背景のもと、災害発生直後から活動する医療チームとして、2006年に災害派遣医療チーム：DMAT（Disaster Medical Assistance Team）が創設された[3)]。DMATは、自己完結型で行動できる点を特徴としており、重症者への医療提供や医療機関支援、広域医療搬送などを担うことを主な役割としている。医師、看護師および業務調整員等で構成され、薬剤師が業務調整員として参加することはあるものの必須とはされていない。

DMATの整備は、災害拠点病院制度と連動して進められ、訓練体制や指揮命令系統、情報共有の標準化が図られたことで、我が国の災害時医療は組織的かつ迅速な対応が可能な体制へと大きく進展した。このように、阪神・淡路大震災を契機として明らかとなった初動医療の課題は、DMATの創設を通じて制度的に克服され、現在の災害時医療体制の基盤を形成したと言える。

2. 災害時医療体制の変遷と薬剤師の役割拡大

DMATの整備が進む一方で、2011年に発生した東日本大震災を受けて日本医師会は同年に日本医師会災害医療チーム（JMAT：Japan Medical Association Team）を結成した。JMATは、主に亜急性期から慢性期にかけての地域医療支援を担う体制として整備され、診療所な

ど地域医療を担う医師が中心となって、避難所診療や被災地における継続的な医療提供、地域医療機能の再建支援を目的として活動する点に特徴がある。短期間の集中的活動を基本とするDMATとは異なり、比較的長期間にわたり被災地域に関与する役割を担っている。

これらの医療チームは、それぞれ独立した制度として整備されてきたが、現在では災害時における医療活動を一体的に調整する枠組みのもとで運用されている。すなわち、災害発生直後の超急性期にはDMATが中心となって救命医療および医療機関支援を行い、状況の推移に応じてJMATやDPAT(Disaster Psychiatric Assistance Team:災害派遣精神医療チーム、2013年制度化)、DDAT(Disaster Dental Assistance Team:災害派遣歯科医療チーム、2022年発足)をはじめとする各種医療・保健活動チームが段階的に参画することで、被災地の医療ニーズに対応する体制が構築されている。

このような多層的なチーム編成は、単一の医療チームでは対応困難な大規模・長期災害において医療機能を継続的に維持するための重要な基盤となり、相互に補完し合う関係として位置づけられ、我が国の災害時医療体制として発展してきたといえる。

その中で発災時における薬剤師の役割と位置づけも、時代とともに大きく変化している。特に、我が国における医薬分業の進展は、災害時医療における薬剤師の関与の在り方に質的な転換をもたらしている。1995年当時は医薬分業率が約20%にとどまっており、多くの医療機関において院内調剤となっていた。そのため、災害時においても医薬品の管理・調剤は主として病院内で行われ、薬剤師の活動範囲は医療機関内に限定される傾向が強かった。一方で、病院自体が被災し機能不全に陥った場合には、医薬品供給が途絶するという脆弱性も露呈し、医薬品支援の重要性が強く認識される契機となった。

現在では外来診療における処方箋調剤の多くが保険薬局で担われる体制が定着し、2024年には医薬分業率は82.1%となっている[4]。すなわち、被災地域の病院や診療所のみならず、生活習慣病などの慢性疾患に使用する医薬品については地域の保険薬局が医療提供体制の一翼を担う存在として不可欠であると言える。

このような背景のもと、薬剤師は医薬品供給の調整、薬剤選択の合理化、有害事象の防止といった観点から、災害医療チームを支える重要な専門職として位置づけられるようになった。特に、患者の服薬継続支援や、限られた医薬品資源の中での代替薬提案などは、特に専門性が発揮される場面である。災害医療体制の実効性を高めるためには、DMAT等の医療チームと速やかに連携ができるよう、地域における医薬品供給や薬物療法に関する共通基盤を構築しておくことが不可欠である。

3.モバイルファーマシーの登場と薬剤師の活動拡張

災害時医療における薬剤師の活動範囲は、モバイルファーマシー(写真1)の登場によってさらに拡大した。モバイルファーマシーは、調剤設備や必要な医薬品を搭載した移動型薬局として被災地に直接展開し、災害処方箋に基づく調剤や服薬支援を行うことを目的としている。



写真1:モバイルファーマシー(2号車)
横浜薬科大学では横浜市薬剤会および横浜市と連携して2台のモバイルファーマシーを所有している

東日本大震災以降、避難所や仮設住宅における慢性疾患患者の薬物療法継続の困難さが課題として顕在化した。従来の医療チームによる診療支援のみでは、災害処方箋の調剤や患者への服薬指導まで十分に対応できない場面が多く、薬剤師が主体的に関与できる現場拠点の必要性が指摘された。モバイルファーマシーは、こうした経験を踏まえて導入が進められ、2012年に宮城県薬剤師会によって「災害対策医薬品供給車両」が我が国で初めて完成した[5]。これによって医師・看護師による診療活動と並行して、調剤および服薬支援を行う体制を現地で完結させる役割を果たせるようになったことから、薬剤師の活動は「支援物資として届けられた医薬品の仕分け」や「最前線への医薬品供給」にとどまらず、被災地において薬物療法をマネジメントする方向へと拡張したと言えるだろう。なお、初めて本格運用されたのは、2016年4月に発生した熊本地震であるが、その後も西日本豪雨(2018年)や各地での台風被害時にも活躍したほか、2024年1月の能登半島地震では延べ4,000人を超える支援薬剤師に加えて13台のモバイルファーマシーが出動したと報告されている[6]。

また、モバイルファーマシーは、多職種連携を促進する拠点としての側面も有している。被災地では、複数の医療チームが時期や役割を異にして活動するが、薬剤師が継続的に関与することで、医薬品に関する情報の一元化や、チーム間での治療方針の継続性を担保することも可能となる。このことは、医療チームの交代や支援フェーズの移行が頻繁に起こる災害時において、医療の質を維持する上で重要であると考えられる。

今後の災害時医療においては、DMAT等の医療チームと並ぶ不可欠な構成要素として捉え、災害訓練への参加などを通じて行政との連携体制と相互理解を構築しておくことが重要である。

4.モバイルファーマシーにおける搭載医薬品

発災時には外傷や感染症、慢性疾患の急性増悪など、多様な医療ニーズが同時並行的に発生するが、モバイルファーマシーの任務は災害処方箋の調剤と被災者の服薬継続支援を行うことであり、超急性期における医療チームへの医薬品供給は主たる任務ではない。また、その活動期間は地域の復興を妨げない範囲で実施すべきであり、2024年の能登半島地震における活動期間は約7週間であったと報告されているが[7]、実際には最初の1ヶ月に集中している。また、車内に搭載可能な医薬品数は限られており、すべての処方ニーズに迅速に対応することは現実的ではないことから、効率的な支援を行うためには医薬品の集約化や標準化の必要性が浮き彫りとなった。

なお、モバイルファーマシーは薬機法や薬局等構造設備規則の関連法規で薬局として認められないため、保険診療としての調剤はできず、災害時にしか利用することが出来ない制約がある。したがって、被災地へ向かう場合は医療用医薬品を搭載せず、現地で災害時処方箋を応需してから当該医薬品を取り寄せて調剤する運用となっている。

横浜薬科大学、横浜市薬剤師会、横浜市の3者で共同運用しているモバイルファーマシーでは300種類以上の医薬品を搭載可能であるが、地域連携薬局では約1,500種類の医薬品を在庫しているとの報告もあり[8]、医薬品使用の標準化が進んでいない地域では効率的な運用ができない可能性がある。

災害時におけるモバイルファーマシーの価値が評価され、事前に医薬品を搭載できるようになれば「どの医薬品を優先的に搭載すべきか」という判断が、災害支援を行う薬剤師にとって重要な実務課題となるだろう。

このような制約下では、治療上の同等性が確保されている医薬品を集約し、少数の薬剤で



写真2：モバイルファーマシー内部
300種類以上の医薬品が収納できる調剤棚や分包機、
薬剤師が宿泊できるベッドなどを装備している

最大限の治療ニーズに対応できる体制を構築することが望ましい。言い換えれば、医薬品選択の自由度が高い通常の保険診療とは異なり、薬物療法の標準化や合理化が強く求められる医療提供環境でその能力を発揮できると考えている。

この構造的な制約は、災害時医療における医薬品の標準化、すなわち地域フォーミュラリの導入・運用の必要性を明確に示していると言えるだろう。

5.モバイルファーマシーでの活動報告

2024年1月11日、石川県薬剤師会の要請に基づく日本薬剤師会からの依頼により横浜市からモバイルファーマシーを石川県能登町に派遣した。横浜市薬剤師会および神奈川県薬剤師会の会員が交代で任務に就き、筆者も1月18日～21日に現地入りし支援活動を行った。

災害処方箋はすべて手書きで、多くは7日分の処方となっていた。(写真3)　DMATなどの医療チームが巡回診療から戻ってくる夕方に処方箋が持ち込まれることが多く、モバイルファーマシーでの調剤はそれ以降に実施された。

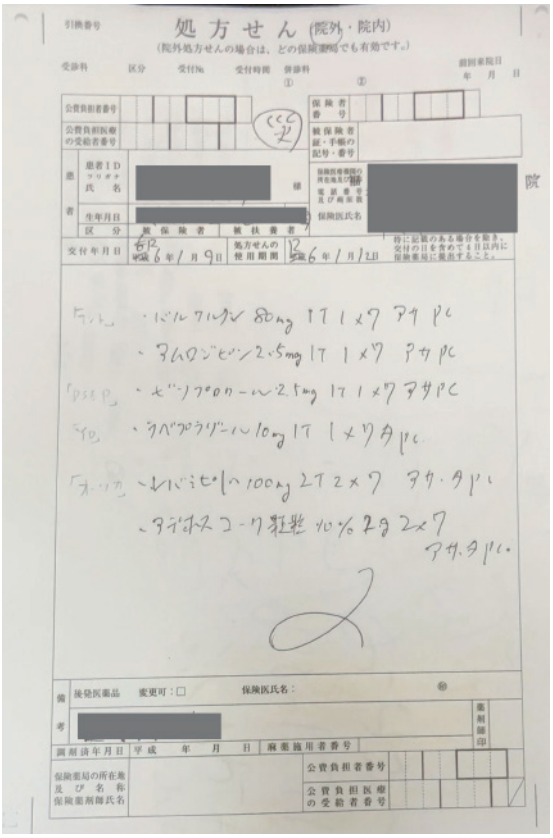


写真3：災害処方箋の一例

そうした状況下では、処方箋に疑義が生じた場合でも処方医が仮眠中だったり、任務を終えて帰宅していたりして照会できないことが頻繁に発生した。代替可能な同種同効薬の在庫があるのに薬剤師の判断で変更できず、結果として被災者への医薬品の供給が遅くなった事例を度々経験した。

今回の任務で横浜市のモバイルファーマシーが応需した災害処方箋は全52枚、199剤であったが、うち血圧降下剤が39剤、高脂血症用剤が19剤、消化性潰瘍用剤が15剤、糖尿病用剤が14剤であり、いわゆる生活習慣病に使用する医薬品が多くを占めた。さらに、アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)は20回処方されたが、実際に記載された医薬品名は12銘

柄、主成分でも6種類であった。国内で承認されているのは7成分であるから、そのほとんどが処方されていることとなる。同様にHMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン)は16回処方され、医薬品名は8銘柄、主成分では5種類であった。国内で承認されているのは6成分であるが、処方がなかったフルバスタチンはその後先発品が販売中止になるなど流通量が少ない成分であることから、事実上はすべてのスタチンがこの地区で使用されていたことになる。

また、任務にあたった時期は地区全体で断水しておりトイレが衛生的ではないことから、水分摂取を控えている方を多く見かけた[A10.1][A10.2]。血栓症の予防のため水分補給を促すとともに、処方頻度が高い生活習慣病用薬については、水なしもしくは少量の水でも服用しやすい口腔内崩壊錠(OD錠やODフィルム錠)があれば望ましいと考えられた。

6.同種同効薬が多数存在する日本の医薬品事情と地域フォーミュラリの必要性

我が国の医薬品供給体制の特徴として、同一成分あるいは類似薬効を有する医薬品が、剤形や規格、製造販売業者の違いによって多様に流通している点が挙げられる。このことは、医療機関や患者に幅広い選択肢を提供し、治療効果の最大化やアドヒアランスの向上に寄与する一方で、災害時医療という特殊環境においては流通の複雑化を招く要因となっている。また、同一成分の後発医薬品が数多く承認されていることがこれに拍車をかけている。

各領域における診療ガイドラインでも推奨すべき薬効群までの記載に止まることが多く、選択の幅が広いことが多い。例えば、高血圧管理・治療ガイドライン2025では低・中等リスクⅠ度高血圧症に対し、第一段階の薬物治療として「長時間作用型ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬、ARB/ACE阻害薬、少量のサイアザイド系利尿薬、β遮断薬のいずれかを単独投与することとしており[9]、有効成分だけでも数十種類にも及ぶ。

また、医療機関ごとに採用薬が異なることや医薬分業の進展により当該医療機関で採用されていない医薬品を処方できるようになったが、このことが災害時には流通の途絶や在庫偏在が生じやすく、供給の障壁となっていると言える。

同種同効薬の選択基準が事前に共有されていなければ、現場での意思決定に時間を要し、医療の効率性や安全性に影響を及ぼす可能性がある。特に災害初期の混乱した環境では、薬剤ごとの微細な違いを個別に判断することは現実的ではなく、使用可能な医薬品をある程度集約した上で運用する考え方が求められる。

これに対応するためには、治療上の有効性・安全性・供給安定性を踏まえて使用薬(推奨薬)を選定し、医療従事者間で共有する枠組みが必要となる。すなわち、日本特有の医薬品事情こそが、災害時医療において地域フォーミュラリの考え方を導入・活用する意義を明確にしているといえる。地域フォーミュラリとは、当該地区の医師会や歯科医師会と薬剤師会が協議し、治療上の有効性、安全性、供給安定性等を踏まえて使用を推奨する医薬品を選定・共有する、いわば「地域の医薬品集」である。群市医師会が組織される医療圏単位で運用されることが多いが、災害時医療においては都道府県単位で対策にあたることから関係部署との連携が重要である。

医薬品使用の標準化を行うことで、発災時にも限られた医薬品で多くの被災者に対応する体制を構築することが可能となり、薬剤師による代替提案や医師との協議も円滑に進むことが期待される。地域フォーミュラリ導入に先立ち、まずは災害時フォーミュラリを策定し運用している地域も報告されており[10]、地域フォーミュ

ラリ導入のための足がかりとして有用な方法である。ただし、他の地域から参集した医療チームの医師がこれを参考にしながら処方をすることは現実として難しく、多くはお薬手帳等を参照しそのまま転記していると思われる。対策本部が設置される行政と連携し、定期的な災害訓練を通じて理解を深めてもらう活動や、災害時フォーミュラリにしたがって処方変更する場合があることについて、包括的な同意を得ておくことなども考えられる。地域フォーミュラリ推奨薬を医療チーム内で共有することができれば、医療従事者の交代や複数チームの参画があっても、薬物療法の一貫性を保つことが可能となる。これは、DMAT、JMAT、DPATなど、異なるチームが時期を分けて関与する災害対応において、医療の連続性を確保する上で重要な意義を有する。

このように、災害時医療におけるフォーミュラリの導入は、医薬品の物理的制約への対応策であると同時に、医療の質を維持し、多職種連携を円滑にするための制度的基盤でもある。平時から地域フォーミュラリを整備・共有し、災害時にも活用可能な形で運用しておくことは、災害対応能力の向上に直結する取り組みであるといえる。

7.地域フォーミュラリを平時・災害時の共通基盤としてどう位置づけるか

地域フォーミュラリは、単一の医療機関で実施する病院フォーミュラリとは異なり、地域の医療機関や診療所、保険薬局、さらには医療支援チームが共通して使用可能な医薬品供給体系を構築するものである。本来は地域医療連携の促進や医薬品適正使用の推進、在庫負担軽減など物流改善を目的として運用されるが、災害時には迅速な医薬品供給体制の拠り所として活用できる点に大きな意義がある。すなわち、地域フォーミュラリは、平時と災害時を分断することなく、医療提供体制の連続性を確保する役割を担う社会的な共通基盤として位置づけることが可能である。

災害時には複数の医療チームが全国から段階的に参集する。このような状況下では、医師の専門分野や所属、バックグラウンドの違いによって薬剤選択の考え方が異なる可能性が高く、治療方針の統一が困難となる。地域フォーミュラリが浸透していれば、参集した医療チームにとっても「地域で共通に使用されている医薬品」という前提のもとで処方を行うことが可能となり、災害対応の初動段階から一貫した薬物療法を実施しやすくなることが期待される。

地域フォーミュラリを整備・運用することは、そのまま災害時医療への備えにつながる。災害時に求められる「迅速性」「標準化」「連続性」は、平時からの合意形成と運用の積み重ねによってのみ実現可能であると考えている。

8.海外における災害時医療とフォーミュラリの取組事例

災害時医療における医薬品使用の標準化は、我が国特有の課題ではなく、海外においても共通のテーマとして取り組まれてきた。特に、災害対応を国家レベルで体系化している国々では、平時から医薬品の選定や備蓄を標準化し、災害時に迅速に展開できる仕組みが構築されている。

米国では、連邦政府主導の災害医療体制であるNational Disaster Medical System（NDMS）が整備されており、DMATや患者搬送システム、受入病院ネットワークを含む包括的な枠組みが運用されている。NDMSでは、災害時に使用される医薬品や資機材があらかじめ標準化されており、派遣チームは共通の薬剤体系を前提として活動する[11]。これにより、地域や所属する医療機関が異なる医療従事者であっても、共通の薬物療法戦略のもとで診療を行うこ

とが可能となっている。また、連邦政府や退役軍人省により全国規模のフォーミュラリが整備されており、緊急時・災害時にはこれに準拠した医薬品運用が行われる。こうした全国共通の医薬品リストの存在は、災害対応における即応性と医療の一貫性を確保する基盤となっている[12]。

英国においては、NHS（国民保健サービス）がEmergency Preparedness, Resilience and Response（EPRR）という枠組みのもとで災害医療に取り組んでいる。EPRRでは、医療機関単位ではなく地域単位での備えが重視されており、医薬品供給や代替対応についても地域全体で共有された方針に基づいて運用される[13]。特に、British National Formulary（BNF）が全国の医療従事者にとって共通の参照基盤として機能しており、災害時にもこれを基にした医薬品選択が可能である点が特徴である[14]。

オーストラリアでは、国家的な備蓄制度としてNational Medical Stockpileが整備され、災害やパンデミック時に使用される医薬品やワクチン、解毒剤が戦略的に管理されている[15]。この備蓄制度では、使用目的を災害医療に特化した医薬品群が選定されており、通常流通に依存しない医薬品供給が可能となっている。また、災害時には薬剤師が中心となり、州政府と連携して医薬品の適正配分と運用が行われる体制が構築されている[16]。

これらの海外事例に共通しているのは、災害時に初めて医薬品運用を考えるのではなく、平時から標準化された医薬品体系を整備し、それを災害時にもそのまま活用するという発想である。ナショナルフォーミュラリや国家備蓄、共通参照体系の存在は、医療従事者間の迅速な合意形成を可能とし、限られた医薬品資源を有効に活用するための基盤となっている。

これらの取組は、日本における地域フォーミュラリの位置づけを考える上でも重要な示唆を与える。海外とは医療保険制度などが異なるため、直ちにナショナルフォーミュラリを導入することは現実的ではないものの、地域単位で医薬品使用の合意形成を行い、それを災害時にも活用するという考え方は、海外の災害医療体制とも整合的である。すなわち、地域フォーミュラリは、日本版の現実的な標準化手法としてのその役割を果たし得ると考えている。

9.薬剤師が担うべき今後の役割と地域フォーミュラリの展望

災害時医療において薬剤師に求められる役割は、医薬品供給の実務的担い手という従来の位置づけを超え、医療体制全体の持続性を支える専門職へと拡張している。特に、医薬分業の進展、モバイルファーマシーの導入、同種同効薬が多数存在する我が国の医薬品事情を踏まえると、薬剤師は医薬品運用の中核を担う存在として再定義される必要がある。

災害時には、医薬品の流通制約やモバイルファーマシーへの搭載数量の限界といった構造的問題が生じるため、薬剤師には在庫管理や調剤業務にとどまらず、医薬品の優先順位付け、代替可能性の判断、使用量の見通しを含めた医薬品マネジメント能力が求められる。さらに、医療チームの交代や医療提供フェーズの移行が頻繁に生じる状況下では、薬剤師が医薬品情報を集約・共有し、薬物療法の一貫性と安全性を担保する役割を果たすことも重要となるだろう。

モバイルファーマシーの運用においても、地域フォーミュラリは重要な指針となる。限られた医薬品数で最大限の医療ニーズに対応できる体制が構築され、被災前からの薬物療法の連続性を確保しやすくなる。この点において、薬剤師はフォーミュラリの構築・維持・運用を主導する専門職として中心的な役割を担うことが期待されている。

海外の災害医療体制に見られるように、標準

化された医薬品供給体系を整備し、それを災害時にも活用するという考え方は、即応性と合理性の両立に寄与する。地域フォーミュラリという形で現実的な標準化を進めることは、災害時医療の強靭化に直結する取り組みである。

今後の災害時医療における地域フォーミュラリの整備と活用は、薬剤師の専門性を最大限に発揮するために重要であり、その意義はますます高まっていくものと考えられる。単なる経済的な政策ではなく、社会基盤として価値を高めていくことが我々医療従事者に求められているのだろう。

謝辞

本稿の執筆にあたり、災害支援派遣の機会を賜りました横浜市薬剤師会　会長　坂本悟先生に深く感謝申し上げます。また、派遣に際しご理解とご配慮を賜りました横浜市立大学附属病院の関係各位に厚く御礼申し上げます。

利益相反(COI)

該当無し

引用文献

1)阪神・淡路大震災復興誌　第1章　阪神・淡路大震災の概要と被害状況，内閣府ホームページ
https://www.bousai.go.jp/kyoiku/kyokun/pdf/101.pdf,
(アクセス日：2026年4月20日)

2)災害時における初期救急医療体制の充実強化について．厚生省健康政策局長通知，1996年5月10日知健政発第451号

3)日本DMAT活動要領について．厚生労働省医政局地域医療計画課長通知，2006年4月7 日医政指発第0407001号

4)日本薬剤師会．医薬分業進捗状況（保険調剤の動向）令和6年度．2025.

5)モバイルファーマシー．宮城県薬剤師会ホームページ
https://www.mypha.or.jp/prefecture/useful/mobile-pharmacy/
(アクセス日：2026年4月20日)

6)令和6年能登半島地震関連．日本薬剤師会ホームページ
https://www.nichiyaku.or.jp/noto_earthquake_20240101
(アクセス日：2026年4月20日)

7)令和6年能登半島地震における支援活動報告．「令和6年能登半島地震を踏まえた災害対応検討ワーキンググループ」（第3回）令和6年8月7日，内閣府ホームページ
https://www.bousai.go.jp/jishin/noto/taisaku_wg_02/pdf/siryo3_2_9.pdf
(アクセス日：2026年4月28日)

8)保険薬局における医薬品安定供給に係る実態調査調査報告書．一般社団法人 日本保険薬局協会 薬局機能創造委員会 2025年8月
https://secure.nippon-pa.org/pdf/report_2025_08_2.pdf
(アクセス日：2026年4月28日)

9)高血圧管理・治療ガイドライン2025．日本高血圧学会高血圧管理・治療ガイドライン委員会，ライフサイエンス出版

10)枕崎市 災害時フォーミュラリ．南薩薬剤師会ホームページ
https://nan.synapse.kagoshima.jp/renkei/202412formularymakurazaki.pdf
(アクセス日：2026年4月30日)

11)U.S. Department of Health and Human Services. National Disaster Medical System (NDMS).
https://aspr.hhs.gov/NDMS/Pages/default.aspx
(アクセス日：2026年4月25日)

12)U.S. Department of Veterans Affairs, Pharmacy Benefits Management Services. VA National Formulary.
https://www.pbm.va.gov/nationalformulary.asp
(アクセス日：2026年4月25日)

13)NHS England. Emergency Preparedness, Resilience and Response (EPRR).
https://www.england.nhs.uk/ourwork/eprr/
(アクセス日：2026年4月25日)

14)National Institute for Health and Care Excellence (NICE). British National Formulary: Emergency supply of medicines.
https://bnf.nice.org.uk/medicines-guidance/emergency-supply-of-medicines/
（アクセス日：2026年4月25日）
15)Australian Government, Department of Health and Aged Care. National Medical Stockpile.
https://www.health.gov.au/our-work/national-medical-stockpile
（アクセス日：2026年4月25日）
16)Queensland Health. Access National Medical Stockpile (NMS) medicinal products.
https://www.health.qld.gov.au/clinical-practice/guidelines-procedures/clinical-resources/nms-request-process
（アクセス日：2026年4月25日）

南薩薬剤師会における災害時フォーミュラリ

赤池 剛
鹿児島県南薩薬剤師会　べっぷ薬局

抄録：鹿児島県南薩薬剤師会は、枕崎市、南さつま市、南九州市の3市を対象としている。県の中心市街地から離れた山間部や海に面した地域で、その一つである枕崎市においては、地域の状況を勘案し、地域薬局主導で医師会、歯科医師会、訪問看護事業所と協力し、地域フォーミュラリより先に災害時フォーミュラリの導入を図った。作成にあたり、地域薬局の備蓄状況の把握を行い、選定に関しては日本フォーミュラリ学会モデルフォーミュラリ及び先進地域のフォーミュラリを参考にさせていただいた。また地域全体に周知を図るため、市内の多職種、行政内の関連部署そして市内5地域の住民代表含めた計34名にて、災害時における地域の現状把握と課題の共有を目的とした会を開催し、その中で災害時フォーミュラリを紹介した。

翌年度は、状況が類似している同薬剤師会内の他の2市においても災害時フォーミュラリを作成した。その作成プロセス、地域への周知方法、付随した取り組みも含めた全体の流れについて紹介する。

このたびは第4回日本フォーミュラリ学会学術大会におきまして、拙い発表にもかかわらず最優秀ポスター発表賞という身に余る賞を賜り、誠にありがとうございました。

「災害時フォーミュラリ」は「地域フォーミュラリ」の概念を災害時に応用したものであり、災害時に地域内で供給可能性の高い医薬品を予め整理、共有し、処方、調剤、物資支援の選定を円滑にすることを目的とした推奨薬リストになります。安全性、有効性、経済性の3要素と地域の備蓄医薬品を元に選定し、地域全体で共有を図る点においては地域フォーミュラリと共通するものになります。現在地域フォーミュラリが地域医療の質の向上、標準的な薬物治療の推進、経済性の向上等の面で全国的に注目、期待されている中、今後は本賞を励みとして、地域の関係者と共に当地域の地域フォーミュラリ導入に努めてまいりたいと存じます。ご選考いただきました先生方ならびに学会関係各位に、謹んで御礼申し上げます。

1.はじめに

昨今、医薬品選択にあたり、その有効性、安全性、経済性の3つの観点から地域の実情に応じた推奨薬リストである「地域フォーミュラリ」の策定が注目されている。

「経済財政運営と改革の基本方針2025」(令和7年6月13日閣議決定)において地域フォーミュラリの全国展開が盛り込まれた。それを受け「第4期医療費適正化計画基本方針　追記」(令和8年3月30日保連発0330第1号・保医発

0330第2号・医政産情企発0330第4号・医薬安発0330第1号厚生労働省保険局医療介護連携政策課長・保険局医療課長・医政局医薬産業振興・医療情報企画課長・医薬局医薬安全対策課長通知　別添1)にて、各都道府県において医療関係者と調整・連携をはかり、地域で協働して作成する推奨薬リスト（地域フォーミュラリ）策定に向けて検討する場を令和8年度中に設けるよう追加の関連通知が出された。これにより一層「地域フォーミュラリ」の注目度が高まっている。通知の内容にある「地域フォーミュラリ」策定に向けての検討並びにその策定は、今後の地域医療体制整備及び診療報酬にも関わる重要な事項として各地域にて推進されるものと考える。

既に地域フォーミュラリは全国の随所にて導入されているが、筆者が所属する3つの市からなる鹿児島県南薩薬剤師会においては、地域の情勢を鑑み、まずは「災害時フォーミュラリ」の作成に着手した。

2.災害時フォーミュラリの背景と経緯

全国各地にて地域フォーミュラリが作成されてきているが、当地域においては、作成の前段階においては地域医師、歯科医師共に「地域フォーミュラリ」に対する関心は薄かった。しかしながら地域の特性から特に災害時における医薬品供給の安定化は地域医療継続の観点から喫緊の課題であることをご理解いただき、導入する運びとなった。

筆者は災害時における医薬品供給上の課題として以下の5点に整理した。

・物流の寸断による医薬品不足
・医療スタッフの欠員
・医療機関間の情報共有不足
・備蓄医薬品の偏り
・通常利用と異なる医薬品の処方による混乱

上記の課題の方策の一つとして「災害時フォーミュラリ」を作成した。

地域で使用薬を集約できるという考え方はフォーミュラリの基本であり、この考え方は特に災害時に有用と考えられる。地域で使用される医薬品の中からフォーミュラリの3要素（有効性、安全性、経済性）に基づき選定された薬剤を地域全体で共有し、災害時の患者への医薬品供給円滑化を目指したものが本地域の「災害時フォーミュラリ」であり、3市のひとつである枕崎市では令和6年12月に第1版を作成した。

枕崎市は薩摩半島の南端に位置し、平時においても物流が限られている。さらに市外在住の医師や薬剤師が多く、災害時には交通遮断により医療機関や薬局の機能が著しく制限されると予想される。このような状況においては、医薬品供給の停滞に加え、通常とは異なる医療機関(開院している医療機関)を受診する患者が増加し、非採用薬への対応などによる医療現場の混乱が想定される。そのため地域に存在する医薬品を把握し、多くの薬局が備蓄している医薬品に処方を集約することで、混乱の軽減と円滑な供給が可能になると考えた。同様の観点、状況にて令和7年10月に残りの2市、南さつま市、南九州市においても各市の「災害時フォーミュラリ」を作成した。

3.作成プロセス

(1)枕崎市災害時フォーミュラリの概要と展開

「枕崎市災害時フォーミュラリ」は、令和6年12月に第1版が完成した。内服薬と外用薬合わせて35薬効群が選定され、備蓄医療材料や市販薬、緊急避妊薬の備蓄薬局の情報も含まれている。掲載医薬品においては、専門外や自医院等で処方されない薬を処方する場合を考慮し、処方の目安となるよう医薬品の規格、用法は必ず掲載した。また今回腎機能の評価も掲載したが、今後は禁忌、相互作用、重要な注意事項を中心に、より実用的な情報へ整理

する必要があると考えられた。

(2)作成プロセス

作成においては薬剤師会が主導し、まずは原案作成を行った。先行地域の作成プロセスにおいては、大まかに以下の3つの形態で検討が行われると思われる。

・地域の三師会（医師会・歯科医師会・薬剤師会）が主導

・中核病院が主導し医師会・薬剤師会と連携

・地域医療連携推進法人が担う

本地域においては、原案作成段階で想定していた薬効群が多かったこと、医師、歯科医師薬剤師が頻繁に集まることが困難なこと（通勤時間が片道1時間以上のケースも多々ある）もあり、スピード重視の観点からも薬剤師会が主導する形となった。

(3)アンケート調査

作成においては、まず地域の実情を把握するためにアンケート調査を実施した。

対象：市内全歯科医師、訪問看護実施事業所

歯科医師へは、普段処方されている抗生剤、鎮痛薬、その処方日数、頓服の回数、避難所で必要と思われる口腔衛生材料等

訪問看護実施事業所においては、医療的ケアが必要な寝たきり、在宅療養中の患者の有無、災害時に必要と思われる医療材料等

(4)地域資源の検討と原案作成

南薩薬剤師会がアンケート結果も踏まえ原案を作成し、災害時支援薬局の備蓄及び地域薬局の備蓄状況（地域資源）を基に市内全薬局の意見を聴取、内容を検討し、仮フォーミュラリを作成した。〈図1〉



図1：地域資源検討の様子

(5)地域医師会、歯科医師会からの意見聴取

仮フォーミュラリを各医師、歯科医師に配布し、意見を収集し、それらを反映させ「枕崎市災害時フォーミュラリ」を完成させた。

医師や歯科医師からの意見としてリストへの掲載希望医薬品が挙げられたが、そのいくつかは地域内薬局での備蓄が限定され、掲載(採用)に至らないものもあった。

しかし全体的には多くの薬局が調剤できるものを予め仮フォーミュラリとして提示していることを伝えていたため特に対応で困ることはなかった。

(6)地域、関係機関(枕崎市福祉課危機管理対策係)と共有

作成をした「枕崎市災害時フォーミュラリ」は市の担当部署と共有をした。

市危機管理対策係係長に災害時の地域の医薬品供給を円滑に行うため医師会、歯科医師会等と協議を図り作成した旨を伝えたところご理解いただき大変快く受け取っていただいた。同時に市全体にて災害に関する意見交換会の申し出も行ったところ、関係部署にも声掛けしていただき「枕崎市災害に関する意見交換会」を開催するに至った。

本意見交換会は令和7年2月に地域多職種、行政内の関連部署そして市内5地域の住民代表(地域民生委員の地区代表)5名を交えた、計34名の参加をもって開催され、その中で「枕崎市災害フォーミュラリ」の紹介も行い、市全体での共有を図った。〈図2〉

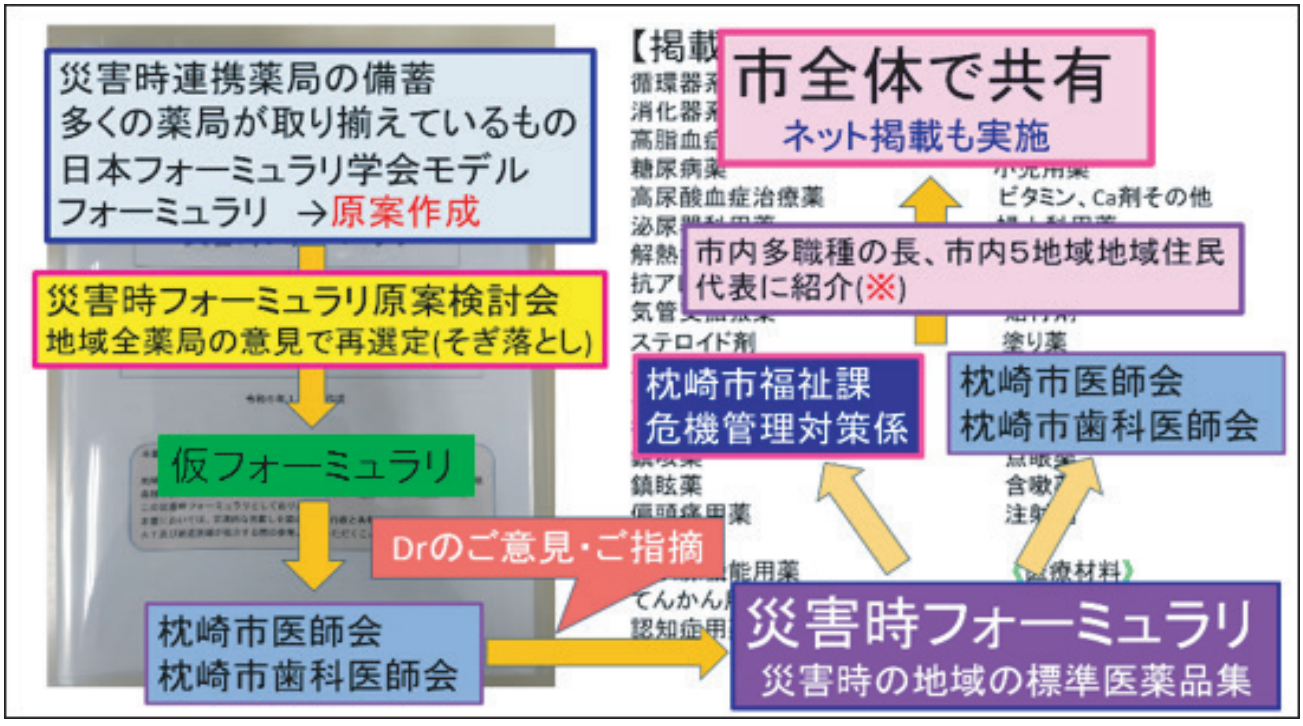


図2：災害時フォーミュラリ作成の流れ

同様の手法にて、令和7年10月に南さつま市、南九州市においても「災害時フォーミュラリ」が作成され、各市の担当部署と共有されている。これらのフォーミュラリは南薩薬剤師会のウェブサイトで公開されている。

4.災害時フォーミュラリの意義

災害時フォーミュラリは、災害時に多くの薬局が備蓄している医薬品に処方を集約することで、医療現場での混乱の軽減と円滑な供給が可能になると考えている。またあるDMATの方の講演にて支援物資として届けられた医薬品の廃棄が課題となり得ることが紹介されたが、地域の災害時フォーミュラリに沿った支援であれば不適切な医薬品の廃棄削減に繋がる可能性やまた災害時においてDMATやJMAT派遣医師が持参する医薬品の目安となることも期待している。この旨は各市の災害時フォーミュラリの表紙に記載している。

また実際、災害時にどこの医療機関、薬局が開院、開局しているかの確認は重要なことであり、当薬剤師会においては情報共有手段として地域医師会、歯科医師会、行政、多職種の代表より構成される「災害時ライングループ」を構築した。このライングループで得られた情報をグループ参加している各職種の代表は自職種にも伝達共有することにしており、このラングループの活用により地域の災害時対応及び災害時フォーミュラリの有効活用に結び付けていきたいと考えている。

5.今後の展望

今後は地域の医薬品備蓄状況や処方医の意見なども反映させ、定期的な見直しを行う予定である。そして本年5月に3市の一つ南さつま市にて市町村や防災関係機関、地域住民等の参加・協力のもと、災害対策基本法及び県地域防災計画に基づく県総合防災訓練が開催される。実際の災害時での運用ではないが、地域医療関係者、災害派遣医療チーム（DMAT）、地域拠点病院（薩南病院）、避難所内の救護室での災害医療支援の中で「南さつま市災害時フォーミュラリ」を用いた訓練を実施することになり、市の各部署また参加するDMAT、災害拠点病院、地域医療関係者にも本災害時フォーミュラリを事前にお渡しした。また「南さつま市災害時ライングループ」の活用にて情報共有を図ることとしており、先に述べた課題の整理及び今後の新たな課題抽出の機会としたい。

また災害時フォーミュラリにおいても安全性、有効性、経済効果そして地域で使用されている薬を考慮しての選定になるため、これをベースに早期の地域フォーミュラリ導入を目指している。

6.最後に

鹿児島県南薩医師会3市にて「災害時フォーミュラリ」を作成したが、その以前より地域においては「地域フォーミュラリ」に関する研修会が行われていた。

医師会、歯科医師会、薬剤師会合同では2回実施されたが、各回とも質問や意見もなく薬剤師も含めた多くの参加者は関心を示さなかった印象であった。

筆者が勤務している枕崎市では毎年のように台風の被害があり、停電も頻発する地域であり、前述した地域の状況も踏まえ、まずは「災害時フォーミュラリ」の導入が必要と考えた。

後日枕崎市医師会長との面談にて、「地域フォーミュラリ」にあたっては会長をはじめ地域の医師は慎重姿勢であるが、「災害時」という目的であればということで了承いただいた。

今回薬剤師会が主導する形で進めていったが、これは地域の実情や医師会、歯科医師会

との関係性においてそれぞれの形がとられるのだと思う。

また南薩薬剤師会は3市から構成されるが、医師会、歯科医師会はそれぞれ枕崎市、南さつま市と南九州市の計4団体ある。事業等をはじめる場合には、4団体と様々折衝を持たなくてはならない。枕崎市に続き、南さつま市と南九州市で「災害時フォーミュラリ」を作成するときも同様であったが、ここでも「災害時」という目的であればということで了承していただいた。

そして医薬品の選定については、地域内すべての薬局が備蓄しているという医薬品はほぼないため多くの薬局が提供できる薬剤を選定することが基本となる。当地域においては、災害時に駆け付けられる薬局の備蓄を優先的に選定し、それから地域の多くの薬局が備蓄しているものを比較、検討を諮り選定するという流れをとった。

また、備蓄次第で薬剤の変更の申し出、同効薬での代替薬提示を行うという旨も予め地域医師会、歯科医師会へ説明しておくことも重要である。

現在3市にて「災害時フォーミュラリ」を作成しているが、国が進める政策の中でも「地域フォーミュラリ」が謳われる中、全国的にその重要性の認識が高まってきていると感じている。こうした政策動向を関係者と共有しながら、地域フォーミュラリ導入に向けた議論を進める必要がある。地域でのコンセンサスが得られ導入に至る際には、「災害時フォーミュラリ」がその基盤になればと思っている。

利益相反(COI)

なし

引用文献

日本フォーミュラリ学会モデルフォーミュラリ

横須賀地域フォーミュラリの合意形成と普及に向けた取り組み ～SWOT分析による課題抽出と対応策～

山崎 勇輝[1,2]，小林 路子[1,3]，安田 礼子[1,4]，鈴木 貴之[1,5]，
森山 傑[1,4]，春田 晃良[1,6]，吉川 幸介[1,7]，荒木 稔[1,8]
1）横須賀市薬剤師会　2）神奈川歯科大学歯学部臨床系医科学講座薬剤学分野
3）横須賀共済病院 薬剤科　4）横須賀市立総合医療センター 薬剤部
5）クリタ調剤薬局　6）シーガル調剤薬局横須賀池上店
7）薬樹薬局横須賀　8）インテルみかさ薬局

抄録：横須賀地域では、高齢化の進行、多重受診、重複処方、ポリファーマシー、医薬品供給困難を背景に、地域全体で標準的な薬物治療方針を共有する地域フォーミュラリの必要性が高まっていた。本研究では、地域フォーミュラリ普及の実装過程を実装科学の視点から整理し、SWOT分析により内部・外部要因を抽出し、TOWS分析を用いて戦略的対応策を検討した。強みとして病院薬剤師と保険薬局薬剤師の協働体制、地域内の信頼関係、三師会および行政との連携が抽出され、弱みとして理解不足、ICT活用の遅れ、評価指標未整備が明らかとなった。さらに、厚生労働省通知や選定療養制度が普及促進要因として作用した。合意形成は医師会理事会説明、地域医療連携諮問委員会、ワーキンググループ設置を経て段階的に進展した。地域フォーミュラリ普及には医師の主体的関与と多職種協働が重要であり、SWOTおよびTOWS分析は地域特性に応じた実装戦略の設計に有用であった。

1.はじめに

このたび、第4回日本フォーミュラリ学会学術総会において、筆者らの発表「横須賀地域フォーミュラリの合意形成と普及に向けた取り組み～SWOT分析による課題抽出と対応策～」に対し、優秀ポスター発表賞を賜りました。大変名誉ある賞をいただき、共同演者一同、身に余る光栄と感じております。ご評価くださいました審査員の先生方、学会関係者の皆様、ならびに本取り組みにご協力いただいた横須賀市医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政関係者の皆様に、心より御礼申し上げます。

今回受賞の対象となった発表は、横須賀地域における地域フォーミュラリの合意形成と普及に向けた実践を報告したものである。地域フォーミュラリの導入には、薬剤の有効性、安全性、経済性に関する評価に加え、医師、歯科医師、薬剤師、行政など多様なステークホルダーの理解と協働が欠かせない。特に地域単位での普及を図るためには、各職種・各施設の立場や地域特性を踏まえながら、合意形成の過程を丁寧に進める必要がある。

横須賀地域では、高齢化の進行、残薬、ポリファーマシー、医薬品供給困難などを背景に、地域全体で標準的な薬物治療方針を共有する必要性が高まっていた。そこで筆者らは、地域フォーミュラリの普及に影響する要因をSWOT分析により整理し、さらにTOWS分析を

用いて、地域の強みを活かしつつ課題に対応するための戦略を検討した。

本稿では、受賞演題の内容を中心に、横須賀地域における地域フォーミュラリ導入の経緯、合意形成のプロセス、SWOT分析およびTOWS分析から得られた知見を紹介する。

2.背景

日本の医療政策は、急速な高齢化と医療需要の増大という構造的課題に直面しており、地域包括ケアシステムの深化と医療資源の最適配分が求められている[1)]。特に薬剤費は国民医療費の約2割を占め、高額薬剤の登場やポリファーマシーによる医療安全上のリスク、および経済的圧迫が深刻な課題となっている[2,3)]。これに対し厚生労働省は従来の「点（個別の医療機関）」での薬剤管理から、「面（地域全体）」での標準化へとシフトした。

神奈川県横須賀市は65歳以上の人口が3割を超える高齢化地域であり、人口減少や疾病構造の変化を背景に、多重受診、重複処方、ポリファーマシー、服薬アドヒアランス低下など薬物療法に関する複合的課題が顕在化している。さらに急性期病院、精神科病院、ホスピス、歯科病院など多様な医療機能が集積し、病院間の転院や在宅医療への移行が頻繁に生じる地域特性から、患者がこれらの施設間を移行する際、施設ごとに採用薬が異なると、薬剤の切り替えによる混乱や薬物治療の不連続性、薬剤情報の伝達ミスが生じる。そのためには各医療機関の採用薬や薬剤情報のシームレスな連携が不可欠であった。

このような状況下において、医薬品の有効性、安全性、経済性を総合的に評価し、地域全体で標準的な薬物治療方針を共有する地域フォーミュラリは、医療の質向上と薬剤費適正化の両立を図る手段として、その導入が求められていた[4,5)]。

横須賀市では2019年より薬剤師会を中心に地域フォーミュラリ導入の検討が開始され、病院薬剤師と保険薬局薬剤師が協働する体制が構築された。一部の医療機関では院内フォーミュラリの作成が進み、地域版への展開に向けた基盤が形成されつつあった。しかし、2019年末以降の新型コロナウイルス感染症の流行により、対面での協議や説明活動が制限され、普及活動は一時的に停滞した。

2023年以降、医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政の連携が再び強化され、地域フォーミュラリの策定と普及に向けた取り組みが本格化した。特に医師の理解と主体的関与は、地域フォーミュラリの受容性及び実効性を左右する重要な要素であり、医師会との協働プロセスの構築は不可欠であった。

政策面では2023年7月に厚生労働省が発出した「地域フォーミュラリの推進について」[6)]、いわゆる「七夕通知」により、地域フォーミュラリの制度的枠組みと運用指針が示された。また「経済財政運営と改革の基本方針2025」[7)]、いわゆる骨太方針2025における地域フォーミュラリの全国展開の明記により、各地で地域フォーミュラリ導入検討に向けた取り組みを後押しする転機となった。

さらに後発医薬品を含む医薬品供給困難が全国的に深刻化する中、地域として代替薬情報を整理、共有する体制の必要性が高まり、地域フォーミュラリの社会的意義は一層増大している。

また2026年度診療報酬改定[8)]における地域での医薬品供給を通じた適切な医療提供体制の構築を促進する観点からの地域支援体制加算の見直しや、後発医薬品の使用促進に向けた長期収載品の選定療養制度の導入は、各地域において地域フォーミュラリの導入・運用を検討するうえでの後押しとなった。

一方で地域フォーミュラリの普及には地域特性に応じた課題の整理と、多職種が参画する

合意形成プロセスの構造化が不可欠である。しかし地域レベルでの実装過程を医療政策や実装科学の視点から体系的に分析した研究は少ない。

3.目的

地域フォーミュラリの普及には、医師、歯科医師、薬剤師、行政など多様なステークホルダーの理解、合意、協働が不可欠である。しかし地域特性や制度環境、専門職間の地域フォーミュラリに対しての認識の差異により、合意形成のプロセスは複雑化しやすい。本研究では、横須賀地域における地域フォーミュラリ普及の実装過程を対象に、SWOT分析により課題と強みを体系的に抽出し、TOWS分析を用いて戦略的対応策を構築するとともに、実装科学の視点から医師会を中心とした多職種協働による合意形成プロセスを時系列で可視化し、その成立要因を明らかにすることを目的とした。

4.方法

2023年以降の横須賀地域で実施された医師会、歯科医師会、薬剤師会、行政などとの地域フォーミュラリ普及活動記録や協働記録、説明会資料、会議経過をもとに、地域フォーミュラリ普及に影響する内部要因（強み、弱み）および外部要因（機会、脅威）を抽出し、SWOT分析を実施した。分析には病院薬剤師、保険薬局薬剤師が参加し、両者の視点を反映した。次にSWOT分析の結果を基にTOWS分析を行い、普及に向けた戦略オプションを整理した。さらに2023年2月の医師会理事会での説明会から2025年6月の正式承認にいたるまでの協働プロセスを時系列で整理し、合意形成に寄与した要因を抽出した。加えて、2024年11月に設置された地域フォーミュラリワーキンググループの議論内容を分析し、多職種協働の特徴と実装上の課題を検討した。

5.結果

1.SWOT分析の結果（表1）

強み（S）には、薬剤師会を中心とした病院薬剤師、保険薬局薬剤師の協働体制、地域内の信頼関係、三師会及び行政との顔の見える関係、一部病院での院内フォーミュラリの作成実績が挙げられた。弱み（W）にはステークホルダーの理解不足、教育、情報共有体制の不足、ICT活用の遅れ、採用薬の相違、導入プロセスの不透明さ、活動資金不足、評価指標の未整備、医薬品供給困難などが抽出された。機会（O）には厚生労働省「七夕通知」、選定療養制度、日本フォーミュラリ学会のガイドライン、高齢化による医療費抑制ニーズの高まり、在宅医療の増加、地域医療連携ネットワーク（さくらネット）の導入が挙げられた。脅威（T）には、医薬品供給困難、医療従事者の業務負担増加、コロナ禍による対面制限、製薬企業の影響力などが示された。

分類	要素	内容
Strength（強み）	薬剤師会で病院薬剤師・調剤薬局薬剤師が委員会で協働	地域内の信頼関係と既存の協働体制が普及の土台に
	地域病院の薬剤部長の理解と連携	
	三師会・行政との顔の見える関係	
	一部病院で院内フォーミュラリ作成開始	
Weakness（弱み）	ステークホルダーの理解不足・誤解	教育・情報共有・資源整備が必要。ICT は改善余地あり
	診療所・病院間の採用薬の相違	
	導入プロセスの不透明さ	
	導入前例の少なさ	
	医薬品供給困難	
	活動資金の不足	
	評価方法の不確立	
	ICT の活用不足	
Opportunity（機会）	厚労省「七夕通知」による政策的後押し	制度・技術・社会的ニーズが追い風に。行政連携が鍵
	日本フォーミュラリ学会のガイドライン、モデル・フォーミュラリ	
	選定療養制度の導入	
	高齢化による医療費抑制ニーズ	
	在宅医療増加による薬剤のシームレス化ニーズ	
	医薬品供給困難への対応ニーズ	
	さくらネット導入による情報連携	
Threat（脅威）	医薬品供給困難（O にも該当）	業務設計・透明性・非対面型合意形成の工夫が必要
	医療従事者の業務負担増	
	コロナ禍による対面交渉の制限	
	製薬企業の影響力	

表1：SWOT分析

2.TOWS分析の結果（表2）

SO戦略では、協働体制と政策的後押しを活かした普及推進が導かれた。WO戦略では、説明会、研修会の開催やICT活用による弱みの補完が示された。ST戦略では、透明性の高い選定プロセスの確立や非対面型合意形成の推進が挙げられた。WT戦略では、導入プロセスのマニュアル化、評価指標の整備、資金確保、医薬品供給困難への対応体制の構築が必要とされた。

分類	戦略タイプ	内容
SO 戦略（強み × 機会）	強みを活かして機会を最大化	顔の見える関係と薬剤師会の協働体制を活かし、厚労省通知や学会ガイドラインを地域に展開
		院内フォーミュラリの実績をモデルとして、選定療養制度や在宅医療ニーズに対応した地域版を構築
		地域病院薬剤部長の理解を軸に、さくらネット等 ICT 連携を推進
WO 戦略（弱み × 機会）	弱みを機会で補う	ステークホルダー向けの説明会・研修を厚労省通知や学会資料を活用して実施
		採用薬の相違をモデルフォーミュラリで調整し、共通薬リストの合意形成を図る
		ICT 活用不足をさくらネット導入で補完し、情報共有の効率化を促進
ST 戦略（強み × 脅威）	強みで脅威に対抗	顔の見える関係を活かし,製薬企業の影響力に対して透明性ある選定プロセスを確立
		委員会活動を通じて医療従事者の業務負担を分散・合理化
		院内フォーミュラリの事例を活用し、コロナ禍でも非対面型合意形成（オンライン会議・文書共有）を推進
WT 戦略（弱み × 脅威）	弱みと脅威を最小化	導入プロセスの不透明さをマニュアル化し、評価方法の確立を学会と連携して進める
		活動資金の確保に向けて行政・医師会との協働で補助金申請や予算化を検討
		医薬品供給困難に対して、代替薬リストや供給状況の共有体制を整備

表2：TOWS分析

3.合意形成プロセス（表3）

2023年2月の医師会理事会説明を契機に、2023年9月の地域医療連携諮問委員会での議論、2024年11月のワーキンググループの設置（表4）、2025年6月の正式承認へと段階的に進展した。2025年11月には三師会、行政合同講演会が開催され、地域全体への周知機会が設けられた。

団体・会議名	実施時期	内容・活動概要
医師会	2023 年 2 月	理事会にて地域フォーミュラリの説明
	2023 年 9 月 11 日	地域医療連携諮問委員会にてプレゼンテーション
	2024 年 11 月	「地域フォーミュラリワーキンググループ」立ち上げ
	2025 年 6 月 10 日	理事会にて地域フォーミュラリ作成の正式承認
ワーキンググループ会議	2024 年 12 月～2025 年 7 月	スタチン、ARB、ACE、尿酸生成抑制薬などの薬剤群について議論
歯科医師会	2024 年 2 月	鎮痛薬・抗菌薬のフォーミュラリ案作成
	2024 年 10 月	歯科領域での導入
	2025 年 6 月 12 日	学術研修会にて講演
行政	2023 年 6 月～2025 年 7 月	健康総務課、政党、デジタルガバメント推進室との意見交換・データ抽出協議
薬剤師会	2019 年～2025 年	導入効果報告、研修会、アンケート、メディア取材、講演会開催
三師会・行政合同講演会	2025 年 11 月 27 日	地域フォーミュラリの普及に向けた合同講演会を開催

表3：合意形成プロセスと普及活動

項目	内容	備考
構成員	医師、歯科医師、薬剤師、行政職員	多職種連携による専門性と実効性を確保
開催方式	対面＋オンラインによるハイブリッド形式	柔軟な参加で、継続的な議論と連携を実現
主な役割	・薬効群の選定 ・運用方針の決定・実施（原案作成：薬剤師会） ・表記方法の検討 ・評価・改訂 ・研修会の企画・運営・広報	医療現場の実情と制度設計を踏まえた、継続的な改善サイクルを推進

表4：ワーキンググループの構成と役割

5. 考察

横須賀地域における地域フォーミュラリの普及の実装過程を分析し、普及に寄与する要因として、医師の主体的関与、多職種協働体制、政策的後押し、ICT基盤の整備が挙げられた。ステークホルダーの中でも特に医師の理解と関与が重要であり、地域フォーミュラリは処方行動に関わる取り組みであるため、処方主体である医師の理解と関与は、合意形成および実装を進めるうえで重要な要素であると考えられた。選定療養制度や七夕通知、骨太方針への明記は、医師会が地域フォーミュラリを制度的に求められる取り組みと認識する契機となり、行動変容における外的動機づけとして機能したと考える。多職種協働体制については、横須賀地域の大きな強みであった。ワーキンググループでは、医師、薬剤師、行政職員が議論し、薬効群選定、表記方法、評価指標、研修会企画などを共同で検討した。この協働体制は、透明性の高い選定プロセスを実現し、製薬企業の影響力に対する仕組みとして機能したと考える。政策的動向は、地域フォーミュラリの必要性を説明し、合意形成を進めるうえでの外部環境要因として重要であった。七夕通知や選定療養制度は、薬剤選定の標準化を制度的に支えるものであり、地域フォーミュラリの必要性を明確にした。一方で、ICT活用の不足や評価指標の未整備は今後の課題として残った。さくらネットの導入は情報共有の効率化に寄与する可能性が高いが、実装には継続的な協議が必要である。また医薬品供給困難への対応は、地域フォーミュラリの重要な役割の一つであり、代替薬リストや供給状況の共有体制を整備する必要があったが、その後公表された日本薬剤師会のアクションリスト[9]は、当該体制構築を補完する役割を果たしたと考える。

横須賀地域の取り組みは、地域特性を踏まえた段階的な合意形成と、多職種協働による戦略的普及が導入・普及を進めるうえで重要な要素であると考えられた。SWOT分析およびTOWS分析は地域の状況を体系的に整理し、限られたリソースを最適に配分するために有用な手法であり、今後も継続的な評価と戦略再設計に活用できると考えられる。

6. 結論

横須賀地域における地域フォーミュラリの普及は、SWOT分析およびTOWS分析を活用した戦略設計により、多職種連携型で進展している。特に医師会の協力は臨床実装に不可欠であり、今後は運用の効率化と評価体制の確立を通じて、さらなる定着と展開が期待される。地域フォーミュラリは継続的な評価と改善が求められる取り組みであり、SWOT分析およびTOWS分析を用いた手法は地域特性に応じた課題抽出と実装戦略の設計に有用であり、地域フォーミュラリの継続的な改善に資する手法と考えられた。

利益相反(COI)

本研究に関して開示すべき利益相反はない。

引用文献

1) 厚生労働省：地域包括ケアシステムの構築について. 厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000061863.pdf, アクセス日2026年4月7日.
2) 厚生労働省：令和5年度 国民医療費の概況. 厚生労働省. https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/index.html, アクセス日2026年4月7日.
3) 日本老年医学会, 多職種協働委員会, 他：高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2025, メジカルビュー社, 2025.
4) 万代隆, 西沢寛俊, 中村智徳, 他：フォーミュラリと医薬品適正使用. 医療薬学. 2020;46:123-130.
5) 日本フォーミュラリ学会：地域フォーミュラリ運用指針, 第1版, 日本フォーミュラリ学会, 2023.

6）厚生労働省：地域フォーミュラリについて（令和5年7月7日付通知）．厚生労働省．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00005.html，アクセス日2026年4月7日．
7）内閣府：経済財政運営と改革の基本方針2025．内閣府．
https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/honebuto/2025/decision0613.html，アクセス日2026年4月7日．
8）厚生労働省：令和8年度診療報酬改定説明資料等について．厚生労働省．
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000196352_00012.html，アクセス日2026年4月7日．
9）日本薬剤師会：地域医薬品提供体制強化のためのアクションリスト．日本薬剤師会．
https://www.nichiyaku.or.jp/files/co/pharmacy-info/20250717_01_%E3%82%A2%E3%82%AF%E3%82%B7%E3%83%A7%E3%83%B3%E3%83%AA%E3%82%B9%E3%83%88.pdf，アクセス日2026年4月7日．

地域連携を見据えた共通フォーミュラリ作成 ～岡山大学病院と岡山市立市民病院の取り組み～

佐田 光[1)]，竹松 龍人[1)]，槇田 崇志[1)]，田中 雄太[1)]，横井 尋和[2)]
鍛治園 誠[2)]，松山 哲史[2)]，座間味 義人[1)]
1）岡山大学病院 薬剤部　2）岡山市立市民病院 薬剤部

抄録：岡山大学病院では2024年2月にフォーミュラリ委員会を設立し、薬剤適正使用と医療経済効果の両立を目的にフォーミュラリの策定に取り組んだ。院内フォーミュラリの策定プロセスと岡山市立市民病院との共通フォーミュラリ作成・施設間調整の実際を報告する。DI室担当薬剤師主導のもとモデル・フォーミュラリや医薬品情報WEBプラットフォームを活用して素案を作成し、専門医を含む委員会の審議・承認を経て策定した。2024年3月にPPI・P-CABを策定後ARBおよびスタチンと拡大し、現在3薬効群で両施設の共通フォーミュラリを運用する。PPI・P-CABでは第一推奨薬の処方割合が28.6%から57.2%に上昇し、1年7か月の差額累積額は約160万円であった。スタチンでは第二推奨薬が施設間で異なったが、DI室担当薬剤師が連携して調整・統一した。本取り組みが各地のフォーミュラリ導入・地域連携の参考となれば幸いである。

このたび、第4回日本フォーミュラリ学会学術総会において優秀ポスター発表賞を賜り、大変光栄である。共同演者の皆さまおよびご指導いただいた座間味義人先生をはじめとする岡山大学病院薬剤部の諸先生方、また多大なるご協力をいただいた岡山市立市民病院薬剤部の皆さまに、心より御礼申し上げる。本稿では、受賞演題「地域連携を見据えた共通フォーミュラリ作成　―岡山大学病院と岡山市立市民病院の取り組み―」の内容を紹介するとともに、取り組みを通じて得られた経験や今後の展望について述べる。各施設でのフォーミュラリ導入・地域連携の参考となれば幸いである。

1.背景

フォーミュラリとは、医療施設において薬物療法のエビデンスや経済性を考慮した上で推奨薬を定めた医薬品リストであり、標準的薬物療法の推進と医療経済効率の向上を同時に実現するための重要なツールとして注目されている[1,2)]。近年、医薬品費の高騰や後発医薬品の安定供給問題が社会的な課題となっている中、フォーミュラリの積極的な活用はより一層求められている[1)]。

岡山大学病院（以下、当院）においても、薬剤の適正使用と医療経済効果の両立を目的として、2024年2月に薬事委員会の下部組織としてフォーミュラリ委員会を設立した。委員会設

立にあたっては、日本フォーミュラリ学会の活動やモデル・フォーミュラリ[3]を参考とし、自施設の診療実態に即した運用体制の構築に努めた。

さらに当院では、院内フォーミュラリの策定にとどまらず、地域医療連携の基盤形成を見据えた取り組みとして、近隣の岡山市立市民病院（以下、市民病院）との間で共通フォーミュラリを作成・運用する方針を早期から掲げた。病院間を超えた薬剤選択の統一は、患者が複数の医療機関を受診する際の薬物療法の継続性向上や、地域全体での薬剤適正使用推進に寄与するものと考えたためである[4]。本稿では、当院フォーミュラリの策定プロセスと、2施設間における共通フォーミュラリ作成に向けた調整の実際について報告する。

2.方法

当院フォーミュラリの策定は、医薬品情報（DI）室担当薬剤師主導のもと行った。具体的には、日本フォーミュラリ学会が公開するモデル・フォーミュラリ[3]、国内外の各種診療ガイドライン、および医薬品情報WEBプラットフォーム（FINDAT）[5]などを参考資料として活用し、各薬効群の推奨薬に関する素案を作成した。FINDATは、薬剤の有効性・安全性・経済性に関するエビデンスを体系的に整理した情報源であり、客観的な推奨薬選択の根拠として有用であった。

作成した素案は、各薬効群の専門医を含むフォーミュラリ委員会にて審議し、臨床的妥当性の観点から意見を取り入れながら内容を精査した。その後、薬事委員会での審議・承認を経て、院内フォーミュラリとして正式に策定するプロセスを確立した。

共通フォーミュラリの作成にあたっては、各施設のDI室担当薬剤師が連携の中心的役割を担った。両施設で同一薬効群のフォーミュラリが既に存在する場合は内容を比較し、推奨薬が一致している場合はそのまま共通フォーミュラリとして運用した。一方、推奨薬が異なる場合は、各施設のDI室担当薬剤師主導のもと調整案を作成し、各施設の委員会（フォーミュラリ委員会・薬事委員会）で協議・承認を得た上で、共通フォーミュラリとして運用を開始する流れを整備した（図1）。

なお、第一推奨薬の処方割合は、該当薬効群における全処方数量に占める第一推奨薬の処方数量の割合として算出した。また、PPI・P-CABフォーミュラリにおける医療経済効果は、各年度の薬価を基に、フォーミュラリ導入前3カ月間の平均購入額との差額を累積して算出した。

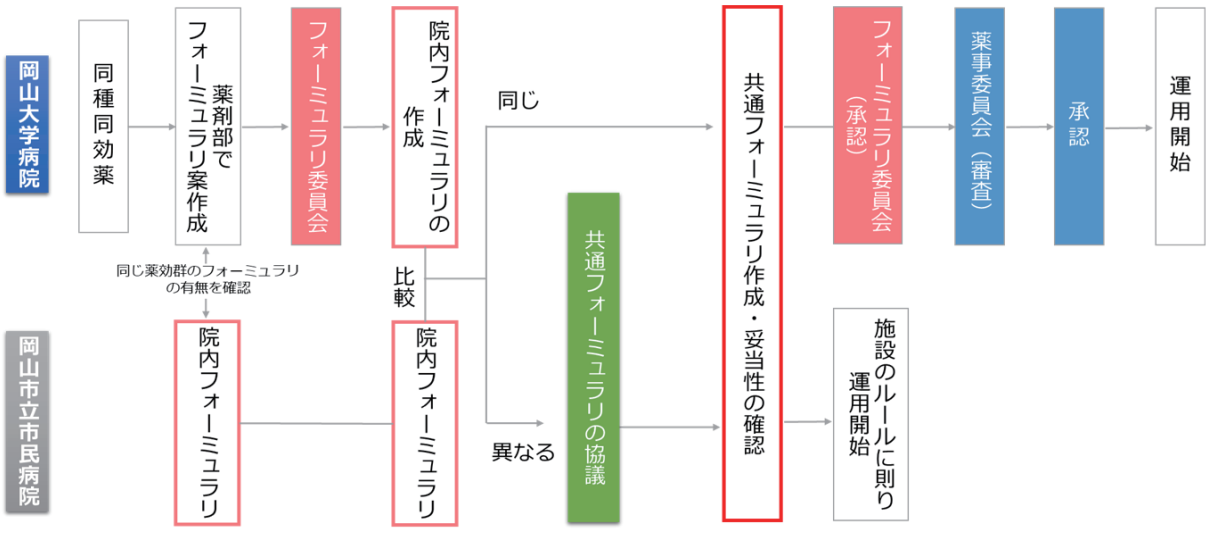


図1：共通フォーミュラリ運用の体制整備

3.結果

(1)策定した薬効群と運用状況

2024年3月にPPI(プロトンポンプ阻害薬)・P-CAB(カリウムイオン競合型アシッドブロッカー)を最初のフォーミュラリとして策定した。その後、ARB(アンジオテンシンII受容体拮抗薬)、スタチン(HMG-CoA還元酵素阻害薬)を順次策定し、現在は3薬効群において両施設共通のフォーミュラリを運用している(図2)。

(2)PPI・P-CABフォーミュラリ導入後の成果

PPI・P-CABフォーミュラリでは、導入前の第一推奨薬の処方割合が28.6%であったのに対し、フォーミュラリ導入後には57.2%に上昇した(図3)。フォーミュラリ開始から1年7か月における薬価ベースでの開始前からの差額累積額は約160万円(1,587,363円)に達し、医療経済的な効果も確認された(図3)。これらの成果は、フォーミュラリ導入による処方行動の変容と経費削減の双方が具体的な数値として示された点で重要と考える[2,6]。

PPI・P-CABフォーミュラリ	第一推奨薬	第二推奨薬
吻合部潰瘍	ランソプラゾールOD錠 ラベプラゾール錠	
Zollinger-Ellison症候群		
非びらん性胃食道逆流症		
胃潰瘍		タケキャブOD錠
十二指腸潰瘍		
逆流性食道炎		
低用量アスピリン投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制		
NSAIDs投与時における胃潰瘍又は十二指腸潰瘍の再発抑制	ランソプラゾールOD錠	
ヘリコバクター・ピロリの除菌の補助	タケキャブOD錠	

ARBフォーミュラリ	第一推奨薬	第二推奨薬
高血圧症	カンデサルタンOD錠 テルミサルタン錠	アジルサルタンOD錠
腎実質性高血圧症	カンデサルタンOD錠	
慢性心不全(軽症～中等症)で、ACE阻害剤の投与が適切でない場合		
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	ロサルタンK錠	

スタチンフォーミュラリ	第一推奨薬	第二推奨薬
高コレステロール血症	ロスバスタチン錠	アトルバスタチンOD錠 ピタバスタチンカルシウムOD錠
家族性高コレステロール血症		

図2:3薬効群の共通フォーミュラリ

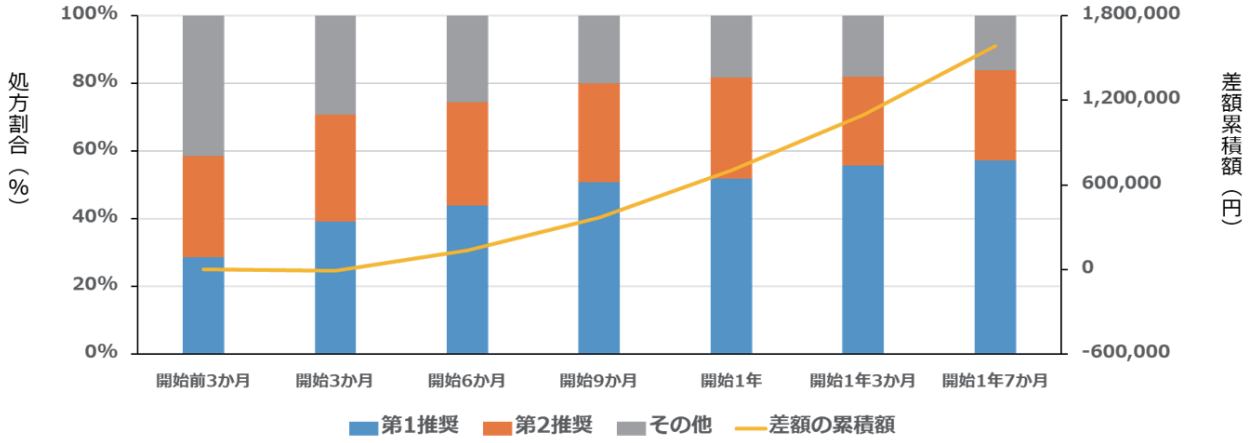


図3：当院におけるPPI・P-CABフォーミュラリ導入後の処方割合と差額累積額の推移

(3) スタチンにおける第二推奨薬の調整事例

スタチンのフォーミュラリ策定において、両施設間で第二推奨薬の選択が異なる状況が生じた。当院はアトルバスタチンカルシウム水和物（以下、アトルバスタチン）とピタバスタチンカルシウム水和物（以下、ピタバスタチン）を第二推奨薬として設定していたのに対し、市民病院ではアトルバスタチンとプラバスタチンナトリウム（以下、プラバスタチン）を採用していた。

この相違を解消するため、当院から市民病院に対して第二推奨薬の変更を提案した。

この提案にあたっては、プラバスタチンは日本人における有効性・安全性は十分示されており[7]、脂質異常症治療における選択肢の一つであるものの、ストロングスタチンには分類されないことを説明した。動脈硬化性疾患予防ガイドラインではリスク区分に応じてLDLコレステロール値の管理目標値が設定されており[8]、フォーミュラリの標準薬選定にあたってはこの点も考慮する必要があることから、プラバスタチンをピタバスタチンなどのストロングスタチンよりも優先すべきとする強い根拠はないことを伝えた。一方で、ピタバスタチンは日本人を対象とした大規模臨床試験によりストロングスタチンとしての有効性・安全性のエビデンスが蓄積されており[9,10]、日本人におけるエビデンスも豊富であることを説明した。その後、両施設のDI室担当薬剤師が協力して共通フォーミュラリ案を作成し、市民病院の各委員会における協議・承認を経て、市民病院がプラバスタチンからピタバスタチンに変更することで合意が得られた。この一連の調整を経て、スタチンについても両施設共通のフォーミュラリとして運用を開始した。

4.考察

今回の取り組みを通じて、いくつかの重要な知見が得られた。

第一に、フォーミュラリ策定における方法論の有効性についてである。モデル・フォーミュラリ[3]やFINDAT[5]などの既存の情報基盤を活用し、DI室担当薬剤師主導のもと素案を作成し専門医の意見を取り入れる体制は、効率的かつ実践的であった。薬剤師が情報収集・整理の核となることで、フォーミュラリ委員会での議論をエビデンスに基づいた形で進めることができ、専門医との合意形成もスムーズに行えた。フォーミュラリ導入を検討している施設にとって、一つのモデルとして参考になれば幸いである。

第二に、施設間連携のプロセスについてである。スタチンにおける第二推奨薬の調整は、共通フォーミュラリ作成における最初の大きな

課題であった。各施設が独自にフォーミュラリを策定している場合、薬剤選択の根拠や委員会承認のプロセスが異なるため、統一に向けた調整には一定の時間と丁寧な議論が必要となる。今回の経験から、共通フォーミュラリ作成にあたっては、薬剤師がコーディネーターとしての役割を果たし、情報を整理・提案しながら相手施設の委員会を通じた正式なプロセスを尊重することが、円滑な合意形成につながると考える[4]。

また、共通フォーミュラリを通じた施設間連携の意義についても強調したい。医療圏内で複数の病院が共通の推奨薬リストを運用することは、患者が転院・紹介受診する際に継続した薬物療法を受けやすい環境を整えることにつながる[2]。さらに長期的には、地域全体での薬剤適正使用の文化醸成や、後発医薬品・バイオシミラーの普及促進にも貢献し得ると期待している。

5.今後の展望

現在3薬効群（PPI・P-CAB、ARB、スタチン）での運用を進めているが、今後は対象薬効群を順次拡大していく予定である。拡大にあたっては、今回構築した策定プロセスを活用しつつ、調整に要する時間や労力の効率化を図ることも重要な課題と認識している。

また、2施設間の共通フォーミュラリから、さらに広域の地域フォーミュラリへと発展させることを中長期的な目標として掲げている。地域内の複数医療機関が参加する形での連携は、より大きな医療経済効果と薬物療法の質向上をもたらすものと考えており、本取り組みがその第一歩となることを目指している。

加えて、フォーミュラリの効果を継続的に評価・検証するサイクルを確立することも今後の課題である。処方割合の推移や薬剤費への影響を定期的にモニタリングし、委員会にフィードバックすることで、フォーミュラリの内容を適宜見直し、より実態に即した運用を維持していきたい。

6.おわりに

今回の受賞は、共同演者の皆さまをはじめ、フォーミュラリ委員会・薬事委員会の委員の先生方、そして市民病院薬剤部の皆さまのご支援とご協力の賜物である。改めて深く感謝申し上げる。

本取り組みが全国各地でフォーミュラリの導入や施設間連携を検討されている方々の一助となれば幸いである。引き続き、薬物療法の質向上と医療経済の合理化に貢献できるよう、取り組みを継続・発展させていく所存である。

末筆ながら、本発表の場を設けてくださった日本フォーミュラリ学会の関係者の皆さまに、心より感謝申し上げる。

利益相反(COI)

本稿の内容に関連して、開示すべきCOI関係にある企業などはない。

引用文献

1）厚生労働省保険局医療課長，他：フォーミュラリの運用について（保医発0707第7号）．2023年7月7日．https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/001561816.pdf, アクセス日2026年5月24日．
2）今井博久：地域フォーミュラリ実施ガイドライン―地域フォーミュラリの作成・運営・評価などに関する指針― Version 1.1．一般社団法人日本フォーミュラリ学会，2023．
3）一般社団法人日本フォーミュラリ学会．"モデル・フォーミュラリ"．一般社団法人日本フォーミュラリ学会．https://formulary.or.jp/model/, アクセス日2026年5月24日．

4) Kanai N, Ando M, Shimodate M, et al.: Influence of Hospital Formularies on Outpatient Prescribing Practices: Analysis of the Introduction of a Local Formulary: A Single-Center, 2-Year Follow-Up, Retrospective Cohort Study of a Local Formulary in Japan. INQUIRY. 2022;59:469580221087876. doi:10.1177/00469580221087876.
5) 医薬品情報WEBプラットフォームFINDAT運営事務局. "医薬品情報WEBプラットフォームFINDAT". 医薬品情報WEBプラットフォームFINDAT. https://info.findat.jp/, アクセス日2026年5月24日.
6) Ishida R, Yamada N, Sato K, et al.: Effectiveness of a formulary system on prophylactic oral proton pump inhibitors for drug-induced peptic ulcer in a Japanese tertiary hospital: an interrupted time series analysis. J Pharm Health Care Sci. 2025;11:51. doi:10.1186/s40780-025-00459-w.
7) Nakamura H, Arakawa K, Itakura H, et al.: Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan (MEGA Study): a prospective randomized controlled trial. Lancet. 2006;368:1155-1163.
8) 日本動脈硬化学会:動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022年版. 日本動脈硬化学会, 東京, 66-73, 2022
9) Taguchi I, Iimuro S, Iwata H, et al.: High-dose versus low-dose pitavastatin in Japanese patients with stable coronary artery disease (REAL-CAD): a randomized superiority trial. Circulation. 2018;137:1997-2009.
10) Yokote K, Shimano H, Urashima M, et al.: Efficacy and safety of pitavastatin in Japanese patients with hypercholesterolemia: LIVES study and subanalysis. Expert Rev Cardiovasc Ther. 2011;9:555-562.

酒田地区におけるバイオシミラー製剤のフォーミュラリ導入のためのシェア分析と薬剤選考

佐藤遼[1)]，阿部桂子[1)]，佐藤義朗[2)]
1)日本海総合病院薬剤部 2)酒田地区薬剤師会

抄録：山形県酒田地区では2018年より地域フォーミュラリを運用している。調剤情報共有システムを活用したバイオシミラー製剤(以下BS製剤)のシェア分析に基づくフォーミュラリ策定の経緯と導入後の動向について報告する。調剤情報共有システムを用い、2020～2024年におけるTNFα抗体製剤、超速効型・持効型インスリン、副甲状腺ホルモン製剤について年間単純数量および年間薬剤費用を先行品・BS製剤別に算出した。TNFα抗体製剤は使用量が5年間で40.2%増加した一方、薬剤費増加は9.5%にとどまりBS製剤の費用抑制効果が示された。インスリングラルギンは観察開始時点でBSシェアが81.1%と高く、インスリンリスプロも2024年に47.0%へ上昇した。副甲状腺ホルモン製剤ではテリパラチド連日製剤の先行品使用がゼロとなった一方、週2回製剤が費用の大部分を占める構造的特性によりBS製剤の普及は限定的であった。これらの結果を踏まえ2025年6月にエタネルセプト・アダリムマブ・インスリンリスプロ・インスリングラルギン・テリパラチドのBS製剤計5品目を地域フォーミュラリに収載した。導入後の数量変化は観察期間が短く現時点では限定的であるが、切り替えには経済・心理・流通面での障壁が存在しており、医療機関との連携強化と患者への情報提供体制の整備によりフォーミュラリの実効性を高めることが今後の課題である。

このたびは、優秀ポスター賞に選出していただき誠にありがとうございます。

本賞の選考に携わってくださった学会関係者の皆様、ならびに、本発表にあたり多大なるご助力をいただきました皆様に、心より厚く御礼申し上げます。

以下に、受賞の対象となりましたポスター発表の内容についてご紹介させていただきます。

1.背景

山形県酒田地区は人口約12～13万人の地方医療圏であり、地域の全体最適化のため日本海総合病院を中核病院とした日本海ヘルスケアネットが設立された。その中で地区薬剤師会の提案で2018年11月より地域フォーミュラリを立ち上げ現在に至る。

我が国の医療用医薬品売上高を見ると、直接経口抗凝固薬（DOAC）やナトリウム・グルコース共輸送体2阻害薬(SGLT2阻害薬)など、日常診療で頻用される薬剤が上位を占めている[1)]。こうした状況下において、有効性・安全性・経済性を考慮した地域フォーミュラリを策定する価値は大きいと考えられる。また、医療用医薬品売上高の上位10品目のうち半数以上がバイオ医薬品で占められている。わが国においてバイオ後続品は、関節リウマチや糖尿病、骨粗鬆症をはじめとする多くの疾患領域でその有効性が確立され、現在23成分において承認されている[2)]。バイオ医薬品は遺伝子組換え技術や細胞培養技術を用いて製造されるタンパク質製剤であり、分子量が大きく構造が複雑であるため、その薬価は従来の低分子化合物と比較して高額となる場合が多く、使用される薬剤数は年々増加していることからバイオ医薬品が医療費に与える影響は今後さらに大きくなることが予想される。

このような背景から、政府はバイオシミラー製剤(以下BS製剤)の使用促進を重要な医療費適正化策と位置づけており、2029年度末まで

にBS製剤が80%以上を占める成分数を全成分数の60%以上とすることを目標として掲げている[3]。診療報酬上においても、2026年度よりバイオ後続品使用体制加算が新設されるなど、BS製剤の普及に向けた制度的な後押しがなされている。第4期医療費適正化計画においては、後発医薬品の使用促進策としてフォーミュラリの策定・活用が都道府県の取り組むべき施策の一つとして位置づけられており、バイオ後続品の数値目標も新たに設定されたことから、地域フォーミュラリをBSの使用促進に活用していく意義は高まっていると考えられる。また、2026年度診療報酬改定においてはバイオ後続品の一般名処方が可能となるなど、普及促進に向けた環境整備が進められている。しかしながら、2024年薬価調査におけるBS製剤への置き換え率は金額ベースで33.7%にとどまっており、2024年度時点でBS製剤が80%以上に置き換わった成分数は全成分数の22.2%(18成分中4成分)と、目標達成には依然として大きな乖離がある。成分によって置き換え状況に大きな差があることも課題として指摘されており、さらなる普及促進が求められている。

当地区ではかねてよりBS製剤の使用状況について注視しており、地域フォーミュラリの検討を進めてきた。2025年6月にバイオ後続品5品目を地域フォーミュラリに収載したため、その選考経緯と導入後の状況について報告する。

2.方法

山形県酒田地区では2018年11月から重複投薬・併用禁忌防止を目的として調剤情報共有システムを導入しており、約8割にあたる47薬局が参加している。調剤情報共有システム(メディカルアイ株式会社:一歩ippo)を用いて山形県酒田地区における2020年から2024年までの各薬剤の「年間単純数量」および「年間薬剤費用」を算出した。「年間単純数量」とは規格・銘柄を合算した数量とし、「年間薬剤費用」は「年間単純数量」にその時点の薬価をかけて算出した。関節リウマチに対するTNFα抗体製剤についてはエタネルセプト、アダリムマブ、ゴリムマブ、セルトリズマブ ペゴル、オゾラリズマブについて各薬剤の年間薬剤費用、年間単純数量を先行品とBS製剤に分けて比較した。また、別途先行品とBS製剤を合算し、かつ全薬剤を合計したものを算出した。また、超速効型インスリン製剤のインスリンリスプロおよびインスリンアスパルト、持効型インスリン製剤のインスリングラルギン、副甲状腺ホルモン製剤のテリパラチド、テリパラチド酢酸塩およびアバロパラチドについて先行品とBS製剤の年間単純数量および年間薬剤費用を算出した。

結果をもとに酒田地区薬剤師会で構成される地域フォーミュラリ検討委員会で審議し、フォーミュラリ作成運営委員会にてフォーミュラリ導入を決定した。

また、2025年からは調剤情報の共有をファルモクラウドのシステムへ移行したため、導入前後の解析はファルモクラウドのシステムを用いて2025年1月から9月までのデータを解析した。

3.結果

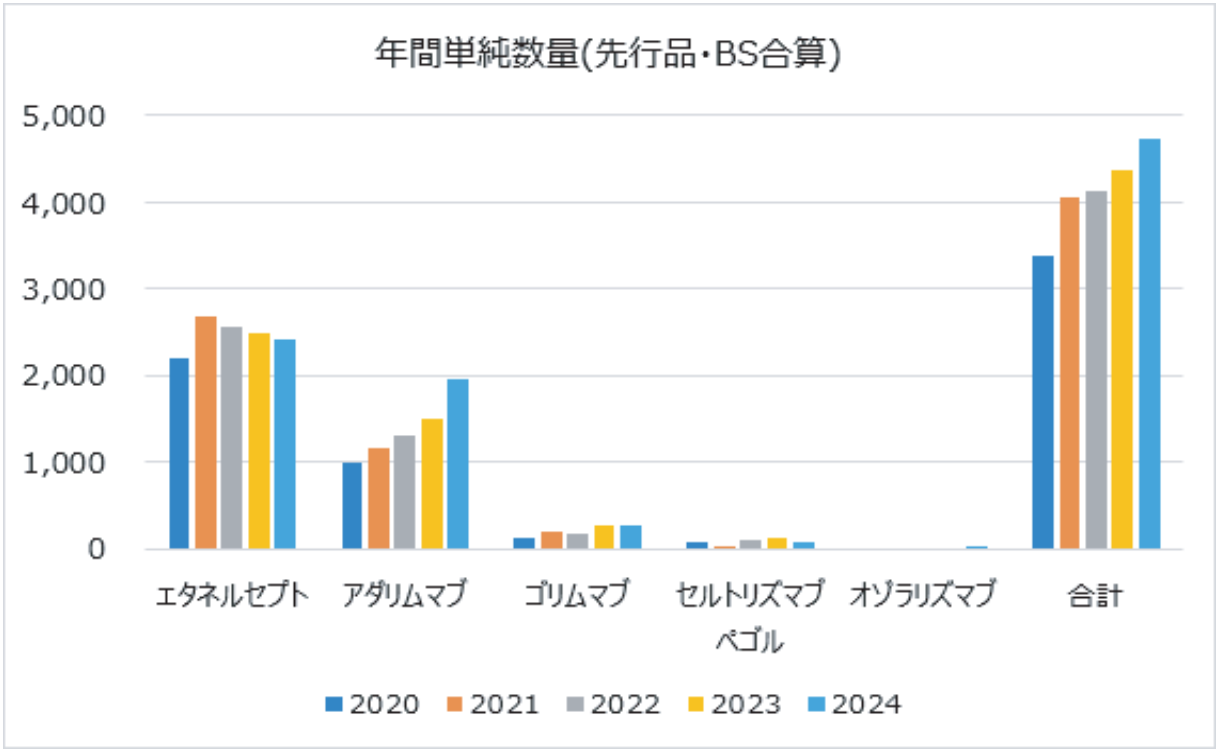
TNFα抗体製剤

関節リウマチに対するTNFα抗体製剤の年間単純数量は、エタネルセプト・アダリムマブともに増加傾向を示した(図1)。TNFα抗体製剤全体では年間単純数量は2020年の3,384から2024年の4,743へと5年間で40.2%増加した。一方、年間薬剤費用の増加は同期間で9.5%にとどまった。これはBS製剤への切り替えが進んだことによる薬剤費抑制効果を示唆しており、使用量が大幅に増加したにもかかわらず費用増加が最小限に抑えられたといえる。

エタネルセプト処方のうちBS製剤が占める割合は2020年の20.7%から2024年には63.4%へと

大幅に上昇した(図2)。アダリムマブについては2020年時点ではBS製剤が存在しなかったが、2024年にはBS製剤シェアが57.2%に達した。一方、ゴリムマブ・セルトリズマブペゴル・オゾラリズマブについては解析時点でBS製剤が存在せず、使用量も限定的であった。

なお、本解析における年間単純数量および年間薬剤費用は適応症別の集計ではなく、関節リウマチ以外の適応症での使用分が含まれていることに留意が必要である。



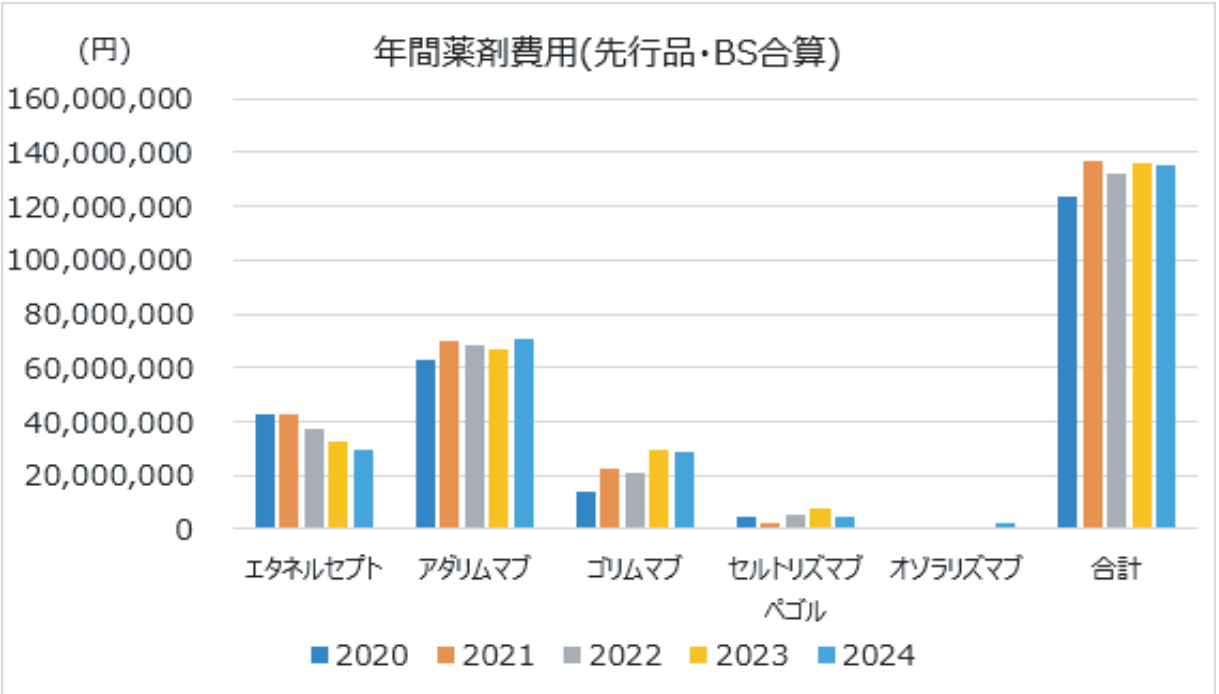
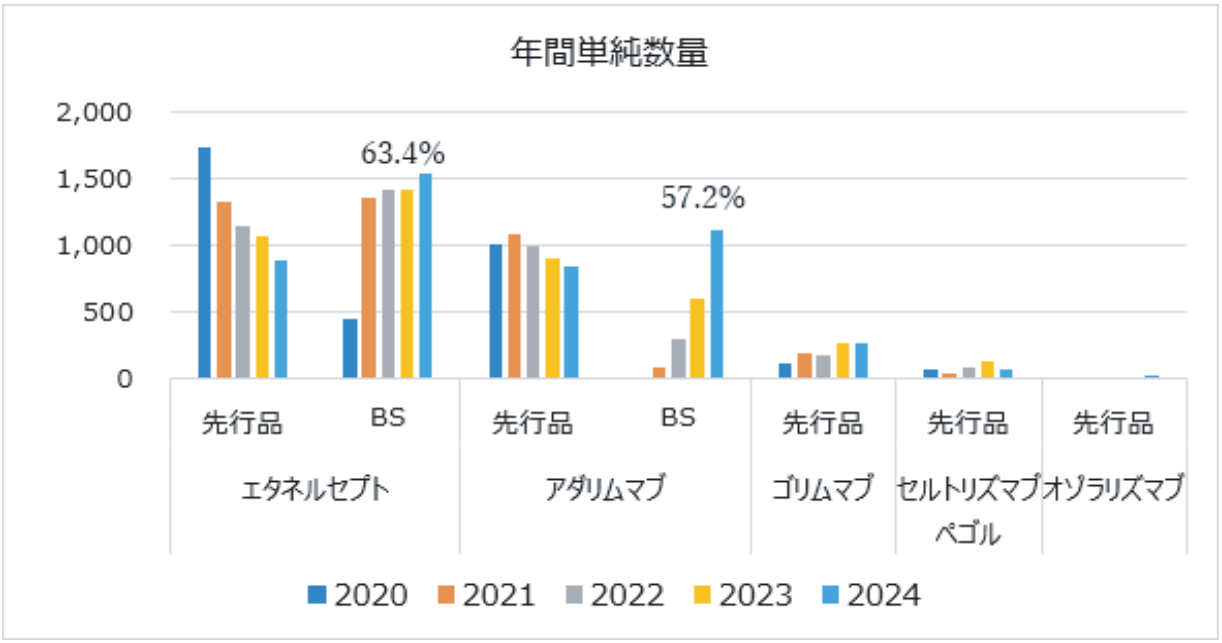


図1：TNFα抗体製剤全体（先行品・BS製剤合算）の年間単純数量および年間薬剤費用



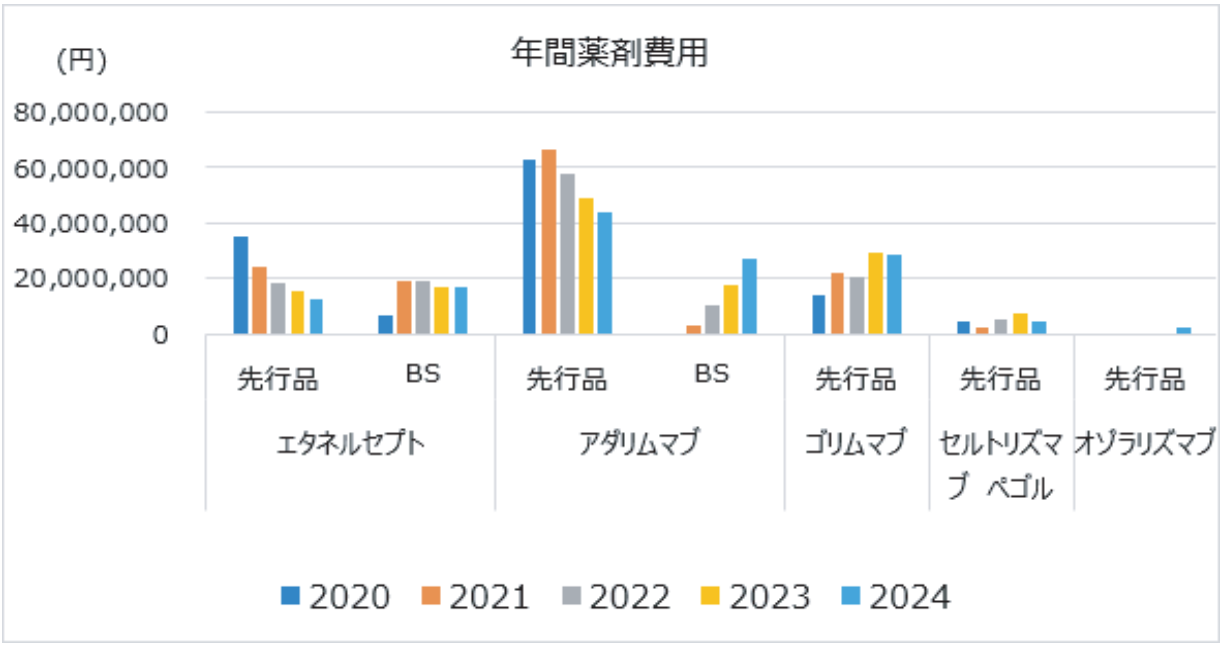


図2：TNFα抗体製剤の年間単純数量および年間薬剤費用

超速効型インスリン

超速効型インスリン製剤においては、インスリンリスプロとインスリンアスパルトを対象に解析した。インスリンリスプロのBS製剤（インスリンリスプロBS注）の年間単純数量は2024年に前年比193.7%増加し、2024年におけるBS製剤シェアは47.0%に達し、先行品（ヒューマログ注）と同程度の数量となった(図3)。一方、インスリンアスパルトのBS製剤については観察期間を通じて使用量は限定的であり、2024年時点でのBS製剤シェアは3.0%にとどまった。

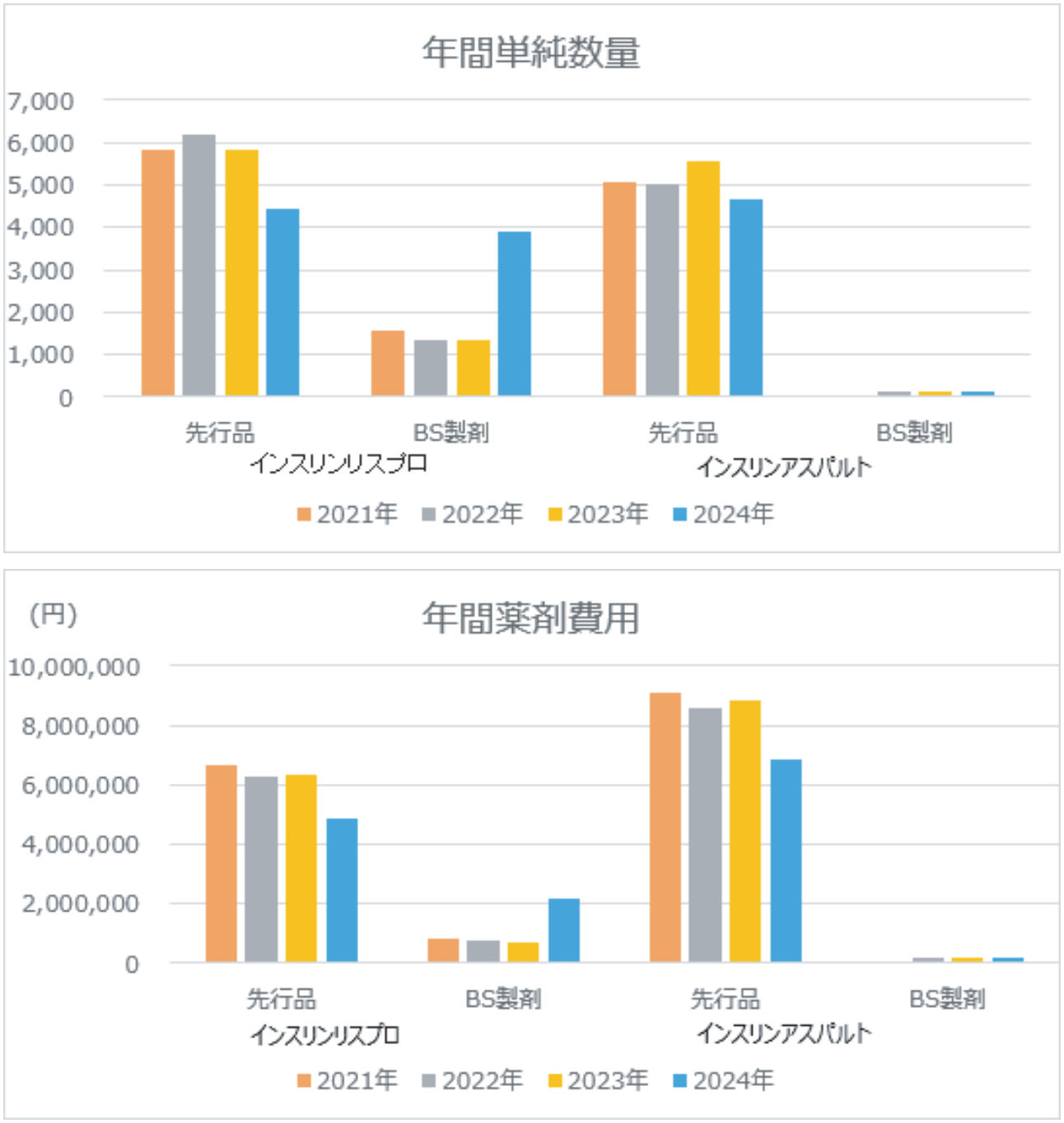


図3:超速効型インスリン製剤の年間単純数量および年間薬剤費用

持効型インスリン

持効型インスリン製剤については、インスリングラルギンを対象に解析した。インスリングラルギンのBS製剤は観察開始時点(2021年)からすでに広く普及しており、2021年の年間単純数量は先行品(ランタス)1,503に対しBS製剤6,436と、BS製剤シェアはすでに81.1%に達していた(図4)。その後も増加傾向が継続し、2024年には先行品1,388に対しBS製剤7,618、BS製剤シェアは84.6%となった。持効型インスリンにおいては、地域フォーミュラリ制定以前からすでにBS製剤へ移行しつつある状況であった。

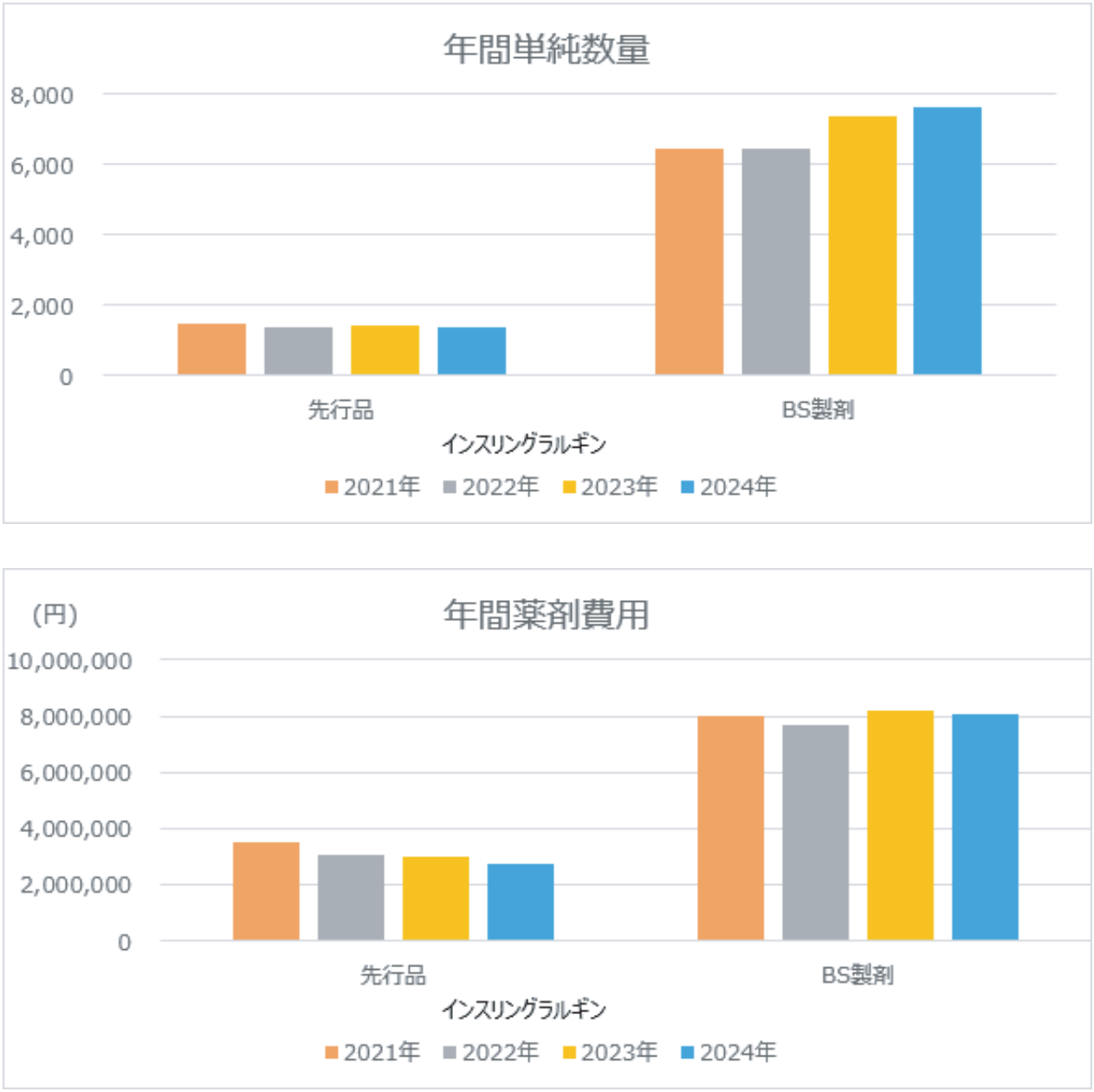


図4:持効型インスリン製剤の年間単純数量および年間薬剤費用

副甲状腺ホルモン製剤

副甲状腺ホルモン製剤については、テリパラチド、テリパラチド酢酸塩およびアバロパラチドを対象とした。連日投与製剤においてはテリパラチドの先行品の使用が2024年時点でゼロとなっており、テリパラチドのBS製剤へと置き換わっていた(図5)。一方、副甲状腺ホルモン製剤全体の年間薬剤費用に占めるBS製剤の割合は費用ベースで4.6%にとどまった。これは本地区においてテリパラチド酢酸塩の週2回皮下注製剤が費用全体の93.3%を占めていることによるものであり、週2回製剤が主体である限りBS製剤の普及は構造的に限定される状況にある。

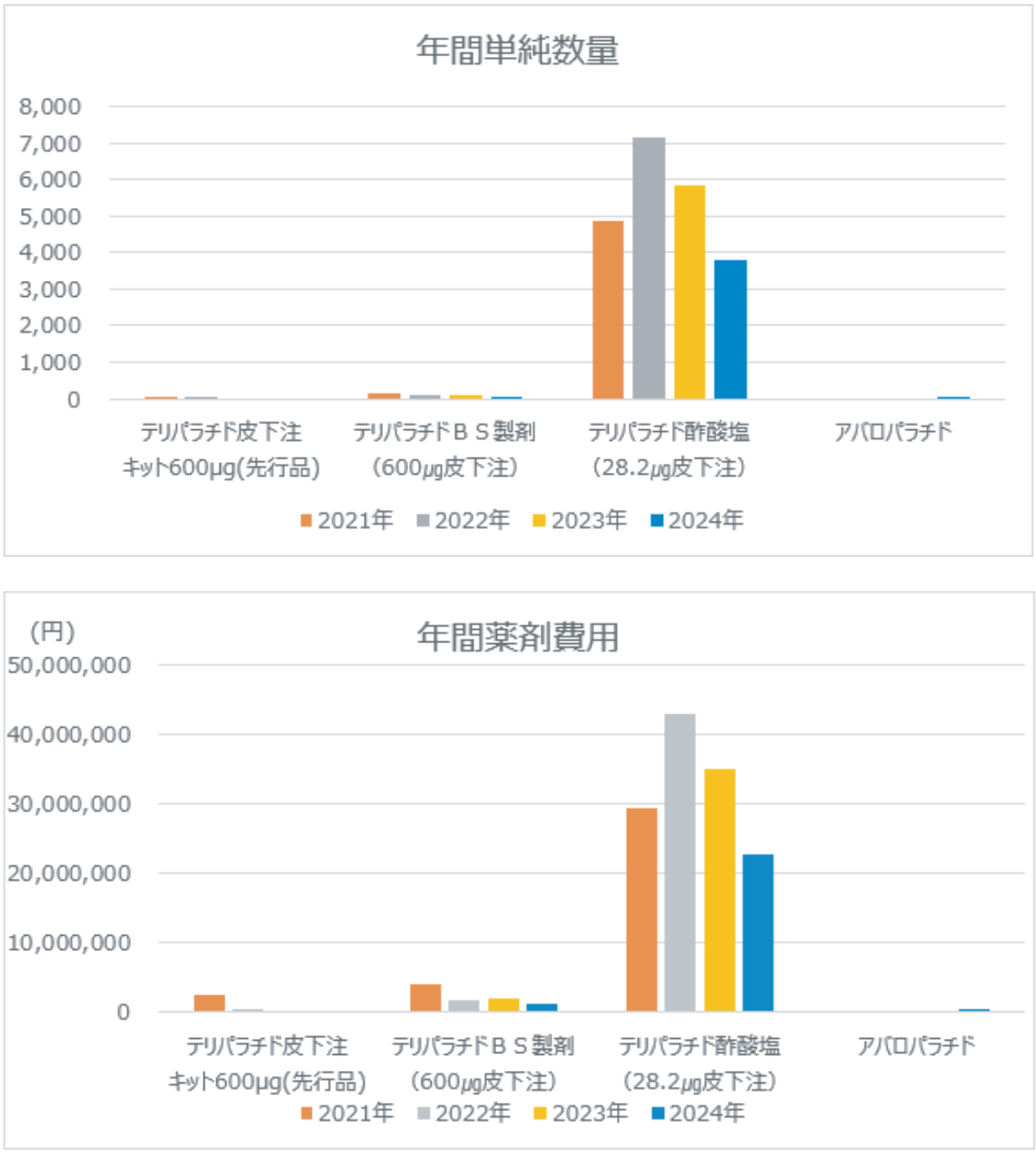


図5：副甲状腺ホルモン製剤の年間単純数量および年間薬剤費用

上記結果より、BS製剤の使用量の増加傾向がみられたこと、また、BS製剤の使用促進は医療費抑制に有効と考えられたため、日本海ヘルスケアネットでは2025年6月より酒田地区フォーミュラリにおいて関節リウマチに対するTNFα抗体製剤としてのエタネルセプトおよびアダリムマブのBS製剤、インスリン製剤は超速効型のインスリンリスプロおよび持効型のインスリングラルギンのBS製剤、副甲状腺ホルモン製剤であるテリパラチドのBS製剤の計5品目を推奨薬として制定した(図6)。策定にあたってはモデル・フォーミュラリ[4]を参考に作成した。

関節リウマチに対するTNFα製剤	エタネルセプトBS製剤	推奨薬	後続（バイオシミラー）
	アダリムマブBS製剤	推奨薬	後続（バイオシミラー）
	インフリキシマブBS製剤	オプション	後続（バイオシミラー）
インスリン製剤（超速効型）	インスリンリスプロBS製剤	推奨薬	後続（バイオシミラー）
	インスリンリスプロ(ルムジェブ注ミリオペン)	オプション	先行品
インスリン製剤（持効型）	インスリングラルギンBS製剤	推奨薬	後続（バイオシミラー）
	インスリンデグルデク(トレシーバ注フレックスタッチ)	オプション	先行品
テリパラチド	テリパラチドBS製剤（600μg皮下注）	推奨薬	後続（バイオシミラー）連日投与
	テリパラチド酢酸塩（28.2μg皮下注）	オプション	先行品　週2回投与

図6：酒田地区でのBS製剤のフォーミュラリ導入状況(2025年6月～)

地域フォーミュラリ導入前後の月毎の単純数量及びBS製剤の使用割合(2025年1月～9月)

地域フォーミュラリ導入前後のTNFα抗体製剤(アダリムマブ、エタネルセプト)およびインスリン製剤(インスリンリスプロ、インスリングラルギン)の単純数量の推移を図に示す。2025年6月より地域フォーミュラリに収載されたが、月毎のばらつきが大きく現在のところ導入後の薬剤数量に大きな変化はまだみられていない。インスリンリスプロにおいては若干の増加傾向が伺えた。(図7)(図8)

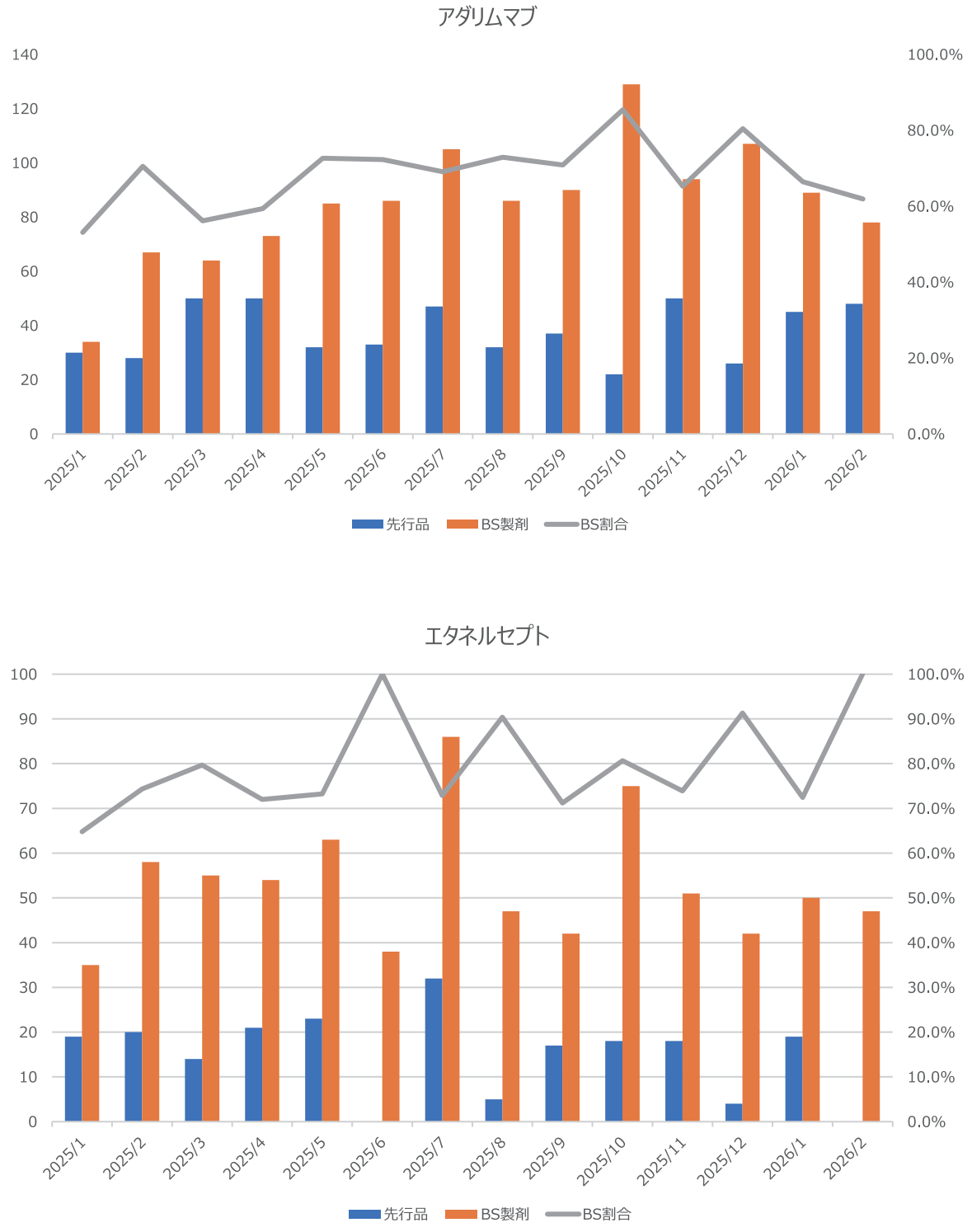


図7：地域フォーミュラリ導入後のTNFα抗体製剤の単純数量及びBS製剤使用割合



図8：地域フォーミュラリ導入後のインスリン製剤の単純数量及びBS製剤使用割合

4.考察

バイオ後続品への切り替えが進まない要因は多岐にわたる。バイオ医薬品は高額であることから高額療養費制度が適用されることが多く、患者自己負担額がバイオ先行品と後続品とで変わらないことがあり、患者・処方医ともに積極的に後続品を選択する経済的インセンティブが生じにくく、切り替えを促進する上での大きな障壁となっている。次に処方医側の要因として、すでに長期にわたりバイオ先行品で病状が安定している場合、後続品への切り替えをためらわれるケースも経験する。分子サイズが大きく構造が複雑なため、製造業者が異なることによる製造工程の違いの影響を受けやすくわずかな分子構造の差異が生じうることから、臨床的同等性への懸念が払拭されていない医師も存在する。患者側にも同様に心理的障壁が存在すると考えられる。長期間病状が安定している患者にとって薬剤の切り替えは心理的ハードルが高く、とりわけ自己注射製剤においては、デバイスの形状や操作性の変更が治療継続に対する不安や不信感を招く要因となり得る。

地域フォーミュラリ制定後のBS製剤の使用割合について現在のところ大きな変化はみられていない。観察期間が短いこと以外の要因としては、処方にあたり銘柄を指定する必要があることが挙げられる。銘柄指定については2026年度の診療報酬改定により、バイオ後続品においても一般名処方が可能となった。しかし、剤形や濃度の違いにより複数のマスタが存在している。アダリムマブ40mgを例にとるとシリンジ（0.4mL/0.8mL）、ペン型キット（0.4mL/0.8mL）と1つの投与量に対し計4規格が存在することとなる。これらは保険薬局や卸における過剰在庫や欠品による治療開始の遅れにつながりかねない。

バイオ医薬品は複数の適応症を有する薬剤も多く、またBS製剤の発売時点ではすべての適応症を取得していない場合も多い。そのため、BS製剤が発売された後も先行品を並行して在庫する必要が生じることがある。さらにバイオ医薬品の多くは冷所保管品であり、返品対応が制限されるため、先行品・BS製剤双方の在庫管理は薬局・卸にとって大きな負担となりうる。ただでさえ高額な医薬品であることから、地域における流通の効率化が強く求められる。また、説明を受ける医療機関と薬局間で製品の形状・外観が異なる場合、患者の混乱・コンプライアンス不良につながると考えられる。地域内で取り扱う製品を絞り込むことができれば在庫管理の効率化と一貫性のある患者説明が期待できる。そのため、地域フォーミュラリにおいて規格やメーカーの指定を行うことも今後検討の余地があると考えられる。

加えて、承認後も適応症が随時追加されていくことから、一度制定したフォーミュラリを定期的に見直し・更新していく体制の構築が不可欠である。また、バイオ製剤は専門性が高く自己注射指導が必要なことが多いことから処方医が限定されると推察される。今後さらなる普及を目指すにあたり、処方医が限られた専門領域に集中しているという特性を踏まえた上で、対象医師への重点的なアプローチ・周知活動の展開についても検討していきたい。

これらの課題解決のために、BS製剤の品質・安全性・有効性に関する知見を地域で共有し、地域フォーミュラリの実効性をさらに高めていくことが重要と考える。患者に対しては地域フォーミュラリにのっとり病院・薬局双方で適切な情報提供が行われることでアドヒアランスの向上が期待できる。そのためには、病院と保険薬局が科学的根拠に基づいた適正な情報を共有することが必要である。規格・銘柄の選定根拠を含めたフォーミュラリの表記・解説の充実も、当地域における今後の重要な取り組みと考えている。

5. 結語

本報告では、調剤情報共有システムを活用した地域単位のシェア分析により、BS製剤の使用促進が医療費適正化に寄与することを示した。第4期医療費適正化計画においてフォーミュラリが後発医薬品の使用促進策として国に明示された中、地域薬剤師会が主体となって取り組んだ本事例は、地域フォーミュラリをBS製剤使用促進に活用した先行事例となる。今後は医師会・医療機関との連携強化および患者向け情報提供体制の整備を通じて、フォーミュラリの実効性をさらに高めていきたい。

利益相反(COI)

本論文に関連して開示すべきCOIはありません。

引用文献

1)IQVIA 医薬品市場統計　売上データ
(https://www.iqvia.com/-/media/iqvia/pdfs/japan/topline-market-data/2025/toplinedata_fy_2024.pdf
アクセス日　2025/5/7)
2)日本バイオシミラー協議会HP
(https://www.biosimilar.jp/biosimilar_list.html
アクセス日　2025/5/7)
3)厚生労働省　医政局医薬産業振興・医療情報企画課　バイオシミラー使用促進に向けた政策動向
(https://www.mhlw.go.jp/content/001653009.pdf
アクセス日　2025/5/7)
4)日本フォーミュラリ学会モデル・フォーミュラリ
(持効型インスリンフォーミュラリ 超速効型インスリンフォーミュラリ 関節リウマチに対するTNFα抗体製剤フォーミュラリ　副甲状腺ホルモン(PTH)製剤フォーミュラリ)
(https://formulary.or.jp/modelformulary/
アクセス日　2025/5/7)

令和 7 年度一般社団法人日本フォーミュラリ学会

定時総会　報告

日時：令和 8 年 5 月 26 日（火）19 時 30 分～
会場：WEB 開催（ZOOM）

■開会のことば

１．今井理事長挨拶

今井博久理事長より挨拶が行われた。

２．議長選任

総正会員数 490 名、出席正会員数 30 名、委任状 286 名、合計 316 名となり、定足数満たし有効に成立した旨を告げ、定款の規定により、今井博久理事長は、議長につき、本定時総会は適法に成立したので、開会する旨を宣し、直ちに議事に入った。

３．議案審議

第 1 号議案：事業活動報告及び、事業収支報告の件

（1） 第 5 期事業活動報告

(令和 7 年 4 月 1 日～令和 8 年 3 月 31 日まで)

1.事業の目的

患者に対して有効性、安全性、経済性などの観点から選択されるべき医薬品集および使用指針であるフォーミュラリの事例を幅広く策定し情報共有することで、国民の医療の質および健康の向上に寄与することを目的とする。

2.事業内容

（1）最新の合理的で明確な根拠から使用が推奨される医薬品集とその関連情報の研究の推進及び策定。

（2）内外の関連学術諸団体との学術交流および関連事業の実施

（3）研修会、学術大会、学会誌の作成、モデルフォーミュラリ公開、修正(製薬企業評価含)を通してフォーミュラリ学会独自の Japanese national　Formulary を作成していく。

（4）研修会や医薬品産業ビジョンフォーラムなど正会員、賛助会員へフォーミュラリや学会の施策に関する、情報共有の場を設ける。

■定例理事会開催
2025 年 5 月：定例理事会
2025 年 9 月：定例理事会
2025 年 1 月：定例理事会

3. 委員会活動報告
・総務委員会
・広報委員会
・倫理委員会
・モデル・フォーミュラリ委員会
・編集委員会
・研修委員会

（2） 第 5 期事業収支報告
・2025 年度の事業収支について、貸借対照表・損益計算書を元に報告が行われた。

第 2 号議案：第 6 期　事業活動計画及び事業収支計画の件

（1） 第 6 期事業活動計画
(令和 8 年 4 月 1 日～令和 9 年 3 月 31 日まで)
1.事業の目的
患者に対して有効性、安全性、経済性などの観点から選択されるべき医薬品集および使用指針であるフォーミュラリの事例を幅広く策定し情報共有することで、国民の医療の質および健康の向上に寄与することを目的とする。

2.事業内容
（1）最新の合理的で明確な根拠から使用が推奨される医薬品集とその関連情報の研究の推進及び策定。
（2）内外の関連学術諸団体との学術交流および関連事業の実施
（3）研修会、学術大会等の開催及びモデルフォーミュラリ公開、修正(製薬企業評価含)を通してフォーミュラリ学会独自の Japanese national　Formulary を作成していく。
（4）研修会や医薬品産業ビジョンフォーラムなど正会員、賛助会員へフォーミュラリや学会の施策に関する、情報共有の場を設ける。
■開催予定事業
2026 年 5 月：社員総会　理事会

2026 年 6 月：研修委員会主催 WEB セミナー
2026 年 7 月：医薬品産業ビジョンフォーラム
2026 年 8 月：第 5 回日本フォーミュラリ学会学術総会
2026 年 9 月：定例理事会
2026 年 10 月：研修委員会主催 WEB セミナー(仮)
2026 年 12 月：定例理事会
2027 年 1 月：医薬品産業ビジョンフォーラム
2027 年 3 月：医薬品産業ビジョンフォーラム
2027 年 3 月：定例理事会
※その他、オープンセミナー及び会員限定の実践セミナーも実施予定

■委員活動
総務委員会
・日本フォーミュラリ学会の総務全般、事務局の管掌
・定時総会、定例理事会の運営
・会員の入会基準の策定及び入退会の管理
・学術大会などの企画・運営
・年数回、学会員にむけてフォーミュラリ策定手順の研修会の企画・運営

広報委員会
・日本フォーミュラリ学会の広報業務全般
・ホームページを通じての情報発信
・プレスリリース等の発信
・内外の関連学術団体との連携

編集委員会
・学会誌の企画、発行
・学会論文の受付、審査

モデル・フォーミュラリ委員会
・フォーミュラリに関する学術研究
・フォーミュラリに関する調査・研究の実施、研究の奨励

倫理委員会
・利益相反の確認

研修委員会
・会員への研修セミナーの企画および運営
・フォーミュラリに関する教育・研修の奨励

（2） 第 6 期事業収支計画
・2026 年度の事業収支計画について、予算書を元に報告が行われた。

第 3 号議案：理事の選出

※敬称略

【新規就任理事】

理事　　沼田　真由美　　鹿児島県薬剤師会・常務理事/有限会社福元薬局

報告事項

1. 2026 年 8 月 8 日（土）開催「第 5 回日本フォーミュラリ学会学術総会」の件
2. 2026 年 8 月 9 日（日）開催「日本フォーミュラリ学会　市民公開講座」の件

■閉会のことば

今井博久理事長より、閉会の挨拶が行われた。

令和 7 年度　一般社団法人日本フォーミュラリ学会

理事会報告

1. 2025 年 5 月 29 日開催　定例理事会

協議事項

① 代表理事選定の件

今井博久代表理事が理事の任期満了により代表理事の資格喪失となるため、改めて当法人の代表理事を選定したい旨を述べ、慎重協議した結果、全員一致をもって、今井博久代表理事の重任となった。

報告事項

① 財務状況について

② 会員数報告

2.2025 年 9 月 24 日開催　定例理事会

協議事項

① 理事選任について

2025 年度になり一部理事の任期満了に伴い、新理事の選任が議論された。

② 地域フォーミュラリの導入要件について

地域フォーミュラリの導入要件について説明が行われ、学会理事・評議員内で意見を募り導入要件を調整することが協議された。

③ 第 4 回学術総会について

第 4 回学術総会開催についての状況が報告された。

学術総会内で表彰となるマーク・ビアーズ賞の受賞者について協議が行われた。

総会の開催にあたり、旅費規程の見直しが検討された。

④ 委員会活動報告

各委員会の活動報告が行われた。

⑤ 出版について

カイ書林様より地域フォーミュラリに関する書籍の出版依頼があったことが報告された。

近藤太郎副理事長と出版社にて、書籍の詳細は今後相談予定であることが共有された。

報告事項

① 財務状況について

② 会員数報告

3. 2026 年 1 月 21 日開催　定例理事会

協議事項

① 理事の追加について

新理事の選任について、候補者の議論が行われた。

② 地域フォーミュラリの導入要件について

学会理事・評議員内よりいただいた地域フォーミュラリの導入要件に関する意見の共有が行われた。

③ 旅費規程の見直しについて

旅費規程の見直しが行われ、2026 年度の開始より、改定された旅費規定が適応されることとなった。

④ 第 5 回学術総会について

2026 年 8 月 8 日に開催を予定している第 5 回学術集会について報告が行われた。今回は市民公開講座の開催も検討していることが共有された

⑤ 委員会活動について

各委員会の活動報告が行われた。

⑥ 本の出版について

近藤太郎副理事長より、カイ書林様より出版となる地域フォーミュラリに関する書籍について報告が行われた。また、各理事への依頼事項について協議された。

⑦ 次年度予算について

次年度の予算について協議が行われた。

⑧ 次年度社員総会について

次年度の社員総会開催に向けて協議事項の確認が行われた。

報告事項

① 財務状況について

② 会員数報告

日本フォーミュラリ学会の歩み

2021	6月2日	一般社団法人日本フォーミュラリ学会設立
	6月20日	一般社団法人日本フォーミュラリ学会　臨時社員総会開催
	9月17日	モデル・フォーミュラリの公開（計20種）
	10月23日	日本フォーミュラリ学会設立記念　特別オンラインセミナー開催
2022	5月21日	令和4年度　一般社団法人日本フォーミュラリ学会定時社員総会開催
	10月30日	第1回日本フォーミュラリ学会学術総会開催（伊藤謝恩ホール，東京都）
2023	5月16日	新規モデル・フォーミュラリの公開（計21種）
	5月24日	令和5年度　一般社団法人日本フォーミュラリ学会定時社員総会開催
	10月17日	新規モデル・フォーミュラリの公開（計25種）
	10月22日	第2回日本フォーミュラリ学会学術総会開催（伊藤謝恩ホール，東京都）
	11月1日	地域フォーミュラリ実施ガイドライン（地域フォーミュラリの作成・運営・評価などに関する指針）公開
2024	5月16日	令和6年度　一般社団法人日本フォーミュラリ学会定時社員総会開催
	10月20日	第3回日本フォーミュラリ学会学術総会開催（千里ライフサイエンスセンター，豊中市）
	11月18日	新規モデル・フォーミュラリの公開（計30種）
2025	5月29日	令和7年度　一般社団法人日本フォーミュラリ学会定時社員総会開催
	11月9日	第4回日本フォーミュラリ学会学術総会開催予定（パシフィコ横浜，横浜市）
2026	5月26日	令和8年度　一般社団法人日本フォーミュラリ学会定時社員総会開催
	8月8日	第5回日本フォーミュラリ学会学術総会開催（札幌市医師会館）

賛助会員名簿

●特別賛助会員

アルフレッサ株式会社
アンドファーマ株式会社
沢井製薬株式会社
サンド株式会社
第一三共エスファ株式会社
T’ s ファーマ株式会社
東邦薬品株式会社
東和薬品株式会社
ニプロ株式会社
日本アイ・ビー・エム株式会社
株式会社バイタルケーエスケー・ホールディングス
株式会社ファルモ
ホワイトヘルスケア株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社
メディカルシステムネットワーク株式会社
株式会社メディパルホールディングス

●一般賛助会員

株式会社インテージリアルワールド
ヴィアトリス製薬合同会社
協栄薬品株式会社
小林製薬株式会社
塩野義製薬株式会社
株式会社データホライゾン
日本ベーリンガーインゲルハイム株式会社

※五十音順・敬称略

定　款

一般社団法人日本フォーミュラリ学会

一般社団法人日本フォーミュラリ学会定款

第１章　総　則

（名称）

第１条　当法人は、一般社団法人日本フォーミュラリ学会と称する。

２　英文では Japanese Society of Formulary と表示し、その略称を JSF とする。

（主たる事務所）

第２条　当法人は、主たる事務所を東京都中央区に置く。

（目的）

第３条　当法人は、患者に対して有効性、安全性、経済性などの観点から選択されるべき医薬品集および使用指針であるフォーミュラリの事例を幅広く策定し情報を共有することで、国民の医療の質および健康の向上に寄与することを目的とする。

（事業）

第４条　当法人は、前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

（１）最新の合理的で明確な根拠から使用が推奨される医薬品集とその関連情報の研究の推進及び策定

（２）研修会、学術大会等の開催

（３）学会誌、ニュースレター等の情報誌の発行

（４）内外の関連学術諸団体との学術交流および関連事業の実施

（５）前各号に掲げる事業に付帯又は関連する事業

（公告）

第５条　当法人の公告は、官報に掲載する方法とする。

第２章　会　員

（種別）

第６条　当法人の会員は、次の３種とし、正会員をもって一般社団法人及び一般財団法人に関する法律（以下「一般法人法」という。）上の社員とする。

（１）正会員　　当法人の目的に賛同し、関連する領域において専門の学識、技術ならびに経験を有する個人

（２）学生会員　当法人の目的に賛同し、関連する領域において活動する学生個人

（３）賛助会員　当法人の目的に賛同する法人または団体

（入会）

第７条　正会員、学生会員または賛助会員として入会しようとする者は、理事会が別に定める入会申込書により申し込み、理事会の承認があったときに正会員、学生会員または賛助会員となる。

（入会金及び会費）

第８条　正会員は、総会において別に定める入会金及び会費を納入しなければならない。

２　学生会員は、総会において別に定める入会金及び会費を納入しなければならない。

３　賛助会員は、総会において別に定める賛助会費を納入しなければならない。

４　既納付の経費については、その理由の如何を問わず、これを返還しないものとする。

（任意退会）

第９条　会員は、理事会において別に定める退会届を提出することにより、任意にいつでも退会することができる。

（除名）

第 10 条 会員が次のいずれかに該当するに至ったときは、社員総会の特別決議によって当該会員を除名することができる。

（１）この定款その他の規則に違反したとき。

（２）当法人の名誉を傷つけ、又は目的に反する行為をしたとき。

（３）その他の除名すべき正当な事由があるとき。

（会員資格の喪失）

第 11 条　前２条の場合のほか、会員は次のいずれかに該当するときは、その資格を喪失する。

（1）第８条の支払い義務を２年以上履行しなかったとき。

（2）当該会員が死亡し、又は会員である団体が解散したとき。

（3）成年被後見人または被保佐人とする審判を受け、または破産手続き開始の決定を受けたとき。

（会員名簿）

第 12 条 当法人は、会員の氏名または名称および住所を記載した名簿を作成する。

第３章　社員総会

（社員総会）

第 13 条 当法人の社員総会は、定時社員総会及び臨時社員総会とし、定時社員総会は、毎事業年度の終了後３か月以内に開催し、臨時社員総会は必要に応じて開催する。

（開催地）

第 14 条 社員総会は、主たる事務所の所在地において開催する。

（招集）

第 15 条 総会は、法令に別段の定めがある場合を除き、理事会の決議に基づき理事長がこれを招集する。ただし、すべての社員の同意がある場合には、書面又は電磁的方法による議決権の行使を認める場合を除き、その招集手続を省略することができる。

２　総会を招集するには、会日の２週間前までに、社員に対して書面又は電磁的方法によりその通知を発するものとする。

３　総社員の議決権の５分の１以上の議決権を有する社員は、理事長に対し、総会の目的である事項及び招集の理由を示して、社員総会の招集を請求することができる。

（決議の方法）

第 16 条 社員総会の決議は、法令に別段の定めがある場合を除き、総社員の議決権の過半数を有する社員が出席し、出席社員の議決権の過半数をもってこれを行う。

２　社員総会の決議の目的たる事項について、理事又は社員から提案があった場合において、その

提案に社員の全員が書面または電磁的記録によって同意の意思表示をしたときは、その提案を可決する旨の総会の決議あったものとみなす。

（議決権）

第 17 条 各社員は、各 1 個の議決権を有する。

（議長）

第 18 条 総会の議長は、理事長がこれに当たる。ただし、理事長に支障があるときは、理事会においてあらかじめ定められた順序に従い、他の理事がこれに代わるものとする。

（議事録）

第 19 条 社員総会の議事については、法令の定めるところにより議事録を作成し、社員総会の日から１０年間主たる事務所に備え置く。

第 4 章　役員等

（員数）

第 20 条 当法人に次の役員を置く。

（1）理事 3 名以上

（2）監事 1 名以上

2　理事のうち、1 名を代表理事とする。

3　理事のうち代表理事を理事長とする。理事長以外の理事のうち副理事長を定めることができる。

（選任等）

第 21 条 理事及び監事は、社員総会の決議によって社員の中から選任する。ただし、必要があるときは、社員以外の者から選任することを妨げない。

（任期）

第 22 条 理事の任期は、選任後 2 年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。

2　補欠により選任された理事の任期は、前任者の残存期間と同一とする。

3　監事の任期は、選任後２年以内に終了する事業年度のうち最終のものに関する定時社員総会の終結の時までとする。

4　補欠により選任された監事の任期は、前任者の残存期間と同一とする。

5　理事及び監事は、辞任又は任期満了後において、定員を欠くに至った場合には、新たに選任された者が就任するまでは、その職務を行う権利義務を有する。

（理事長等の職務権限）

第 23 条 理事長は法令及びこの定款の定めるところにより、当法人を代表し、その業務を執行する。

2　副理事長は会長を補佐し、当法人の業務を執行する。

（監事の職務権限）

第 24 条 監事は、理事の職務の執行を監査し、法令で定めるところにより、監査報告を作成する。

2　監事は、いつでも、理事及び使用人に対して事業の報告を求め、当法人の業務及び財産の状況の調査をすることができる。

（責任の一部免除等）

第 25 条 当法人は、法人法第 114 条第１項の規定により、理事又は監事が任務を怠ったことによる損害賠償責任を、法令に規定する額を限度として、理事会の決議により、免除することができる。

第５章　理事会

（構成）

第 26 条 この法人に理事会を置く。

2　理事会は、すべての理事をもって構成する。

（権限）

第 27 条 理事会は、次の職務を行う。

（１）当法人の業務執行の決定

（２）理事の職務の執行の監督

（３）理事長の選定

（招集）

第 28 条 理事会は、理事長が招集する。

2　理事長が欠けたときは、副理事長が理事会を招集することができる。

（決議）

第 29 条 理事会の決議は､決議について特別の利害関係を有する理事を除く理事の過半数が出席し、その過半数をもって行う。

2　前項の規定にかかわらず、理事が理事会の決議の目的である事項について提案をした場合において、当該提案につき議決に加わることができる理事の全員が書面又は電磁的記録により同意の意思表示をしたときは、当該提案を可決する旨の理事会の決議があったものとみなす。

（議事録）

第 30 条 理事会の議事については、法令で定めるところにより議事録を作成する。

2　出席した理事及び監事は、前項の議事録に記名押印する。

（理事会規則）

第 31 条 理事会に関する事項は、法令又はこの定款に定めるもののほか、理事会において定める理事会規則による。

第６章　解　散

（解散の事由）

第 32 条 当法人は、次に掲げる事由によって解散する。

（１）社員総会の決議。

（２）存続期間の満了。

（３）法人の合併。

（４）社員が欠けたとき。

（５）法人の破産手続開始決定。

（６）解散を命ずる裁判。

第７章　計　算

（事業年度）

第 33 条 この法人の事業年度は、毎年４月１日から翌年３月３１日までの年１期とする。

（事業計画及び収支予算）

第 34 条 当法人の事業計画及び収支予算については、毎事業年度開始日の前日までに作成し、理事会の承認を経て社員総会の承認を受けなければならない。これを変更する場合も同様とする。

２　前項の規定にかかわらず、やむを得ない理由により予算が成立しないときは、社員総会の決議に基づき、予算成立の日まで前年度の予算に準じ収入を得又は支出することができる。

３　前項の収入支出は、新たに成立した予算の収入支出とみなす。

（事業報告及び決算）

第 35 条 当法人の事業報告及び決算については、毎事業年度終了後、理事長が次の書類を作成し、監事の監査を受け、第１号、第３号及び第４号の書類については、理事会の承認を経て、定時社員総会に報告しなければならない。

（１）事業報告

（２）事業報告の附属明細書

（３）貸借対照表

（４）損益計算書（正味財産増減計算書）

（５）貸借対照表及び損益計算書（正味財産増減計算書）の附属明細書

２　前項第３号及び第４号の書類については、一般法人法施行規則第４８条に定める要件に該当しない場合には、定時社員総会への報告に代えて、定時社員総会の承認を受けなければならない。

３　第１項の書類のほか、次の書類を主たる事務所に５年間備え置くとともに、定款及び社員名簿を主たる事務所に備え置くものとする。

（１）監査報告

第８章　附　則

（最初の事業年度）

第 36 条 当法人の最初の事業年度は、当法人の成立の日から令和４年３月３１日までとする。

（設立時の役員）

第 37 条 当法人の設立時の理事及び監事は、次のとおりである。

設立時理事　　今井博久

設立時理事　　島貫隆夫

設立時理事　　近藤太郎

設立時理事　　小池博文

設立時監事　　栗谷義樹

（設立時代表理事）

第 38 条 当法人の設立時代表理事は、次のとおりである。

（抄）

設立時代表理事　　今井博久

（設立時社員の氏名又は名称及び住所）

第 39 条 当法人の設立時の社員の氏名又は名称及び住所は、次のとおりである。

（抄）

今井博久

（抄）

島貫隆夫

（抄）

近藤太郎

（抄）

小池博文

（抄）

栗谷義樹

（法令の準拠）

第 40 条 本定款に定めのない事項は、すべて一般法人法その他の法令に従う。

以上のとおり、一般社団法人日本フォーミュラリ学会設立のため、設立時社員の定款作成代理人である司法書士藤原香奈は、電磁的記録である本定款を作成し、これに電子署名をする。

令和 3 年 5 月 6 日

（抄）

今井博久

（抄）

島貫隆夫

（抄）

近藤太郎

（抄）

小池博文

（抄）

栗谷義樹

上記設立時社員 5 名の定款作成代理人

（抄）

司法書士　藤原　香奈

投稿規定・執筆要綱

「日本フォーミュラリ学会誌（Journal of Japanese Society of Formulary）」の投稿原稿は、フォーミュラリに関する内容およびこれらに関連する領域の投稿論文で、他の雑誌等に未発表であり、また、投稿中でないものに限る。（学会発表は可。）

1.論文の種類

本誌では、以下の種類の論文を掲載する。

（1）原著：フォーミュラリに関連する研究で、十分な独創性や新規性を有し、科学的に価値ある事実あるいは結論を含むもの。論文の長さは，和文論文は 18,000 字以内，英語論文は 5,000 語以内とし，図・表・写真の点数は合計 8 点以内とし、通常の図・表・写真は 1 点につき 400 字として換算する。

（2）資料：フォーミュラリに関連する活動で、一定の成果を挙げ、学会員が共有する価値のあるもの。論文の長さは，原著と同様とする

（3）総説：フォーミュラリに関連する事項についての総括あるいは包括的な解説を内容とするもの。長さは刷り上がり 15 頁以内（文字換算で和文論文は 25,000 字以内，英語論文は 7,500 語以内） を目安とし，文字と図・表・写真の配分は問わない

（4）依頼原稿：フォーミュラリに関連する有用な報告および活動について掲載するもので、編集委員会からの依頼とする。

2.投稿者

本誌への投稿論文の筆頭著者は本学会会員に限る。非会員は投稿時に入会手続きを行うこと。ただし、本学会会員以外の共著者を含むことは差し支えない。なお、論文投稿に際して、指定した「投稿フォーム（様式１）」に共著者および連絡先著者(Corresponding author)の連絡先情報を記載し、併せて提出すること。

3.論文の採否

依頼原稿を除き、投稿論文の採否は編集委員会で以下のプロセスを経て決定する。

1）査読者の選定は、編集委員会が行う。

2）原稿は、複数の査読者および編集委員会による審査の上、掲載の採否を決定する。掲載にあたっては原稿の一部修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに再投稿すること。掲載は、採択順を原則とするが、編集の都合等により変更となることがある。

3）編集委員会が修正を求めた原稿は、通知日から 3 ヶ月以内に限って再提出を受付ける。3 ヵ月を経過しても連絡がない場合には、投稿取り下げとみなす。ただし、正当な理由がある場合はこの限りではない。

4）投稿論文の採択日は、編集委員会の審議後、最終的に当誌への掲載を許可された日付とする。

5）投稿論文の内容に盗用、捏造、二重投稿が認められた場合は、審査を行わない。例え採択後であっても、上記が確認された論文は採択を取り消し、掲載論文の取り下げ等の対応を図る。

4.論文の著作権

掲載論文の著作権は、日本フォーミュラリ学会に帰属する。著作権の譲渡に当たって著者全員の署名を必要とするため、「著者および共著者の同意書（様式２）」に署名して、投稿時に提出すること。

5.倫理的配慮

論文執筆にあたっては、倫理的側面と個人情報・プライバシーの保護に十分配慮すること。研究についてはヘルシンキ宣言および文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針」などの該当する倫理指針や法規に則り、必要な場合には事前に自施設の倫理審査委員会などの承認を得て、その旨を明記すること。

6.利益相反（conflict of interest：COI）

日本フォーミュラリ学会の COI 管理ガイドラインに則り、著者全員について、投稿時点の前の年から過去 3 年間および受理時点までの期間を対象に、当該論文の内容と関連する企業、団体等との COI の有無について、論文中に記載するとともに、「日本フォーミュラリ学会誌：自己申告によるＣＯＩ報告書」（様式 4　※下記添付）に記載し、論文受理時に提出すること。

日本フォーミュラリ学会利益相反（COI）：https://formulary.or.jp/about/coi/

7.執筆要綱

１）和文または英文とする。

２）投稿時には、「論文投稿チェックリスト（様式３）」に沿って不備がないか確認すること。

３）投稿原稿には、以下の①から④の順に揃えて投稿すること

①表紙（論文の種類、和文タイトル、所属、著者名（フリガナ）、英文タイトル、英文著者名、英文所属、Corresponding author の連絡先（氏名、住所、E-mail address）を記載すること。

②和文抄録（400 字以内）・和文キーワード（原則、５ワード以内）、英文抄録（250 語句以内）・英文キーワード（原則、５ワード以内）

③本文（原則、「背景・目的」、「方法」、「結果」、「考察」、「結論」、「謝辞」、「COI」、「文献」「図・表・写真のタイトル」の構成）。

ただし、「総説」「資料」「依頼原稿」の構成形式はこの限りでない。

④図・写真・表は白黒でもカラーでも可。１頁に１点の図・表・写真として作成し、本文中に挿入箇所を提示すること。また、図・写真は下、表は上にタイトルを付記すること。

４）論文に含まれるすべての図・表・写真について、必要に応じて論文掲載許可を得ること。

５）英文投稿、英文抄録については投稿前にネイティブスピーカーによる校閲を受けること。

６）数字はアラビア数字を用い，度量衡の単位を表す記号は JIS 制定のものを用いること。

７）引用・参考文献は、引用・参考箇所の後に、1)、2）のように番号を付け、論文末尾の引用・参考文献リストの番号と対応させること。要約せずに引用する場合には、引用箇所を 「・・」内に示し、「・・」[1)]と引用箇所のすぐ後に文献番号を付けること。

８）引用・参考文献リスト

①著者が 4 名以上の場合は 3 名のみ記載し，著者名の後に、和文文献は「，他」，欧文文献は、「, et al.」と記載すること

②雑誌

著者名：論文題名．雑誌名．西暦年号;巻：頁（最初－最終）．

＊）“Epub ahead of print”として、オンラインで発表されている文献は，DOI（Digital Object Identifier）を併記すること．ただし，巻・頁が決定している場合は，雑誌として記載すること。DOI がない場合は，文献の URL とアクセス日を記載すること。

③単行本

a.編者無の場合

著者名：書名（版），発行所，頁，発行年（西暦）．

ｂ.編者有の場合

著者名：表題名，編者名，書名（版），発行所，頁，発行年（西暦）．

④ Web サイト

著者名．“Web ページのタイトル”. Web サイトの名称. 更新日付. URL, アクセス日

8. 投稿原稿の送付先・問い合わせ先

原稿は学会事務局宛に、E メールにて送付する。原稿には「投稿フォーム(様式１)※下記添付」「著者および共著者の同意書（様式２，原本を PDF ファイルにしたもの)」、「論文投稿チェックリスト（様式３）」を添付すること。投稿原稿は、①本文・図表の説明は Word ファイル、②図表は Word ファイル，Excel ファイルまたは Powerpoint ファイル、③写真画像は JPEG 形式、GIF 形式または BMP 形式とする。ファイルにはパスワードをかけ、パスワードは別メールで事務局に連絡すること。

送付先 E メール　：　jimukyoku@formulary.or.jp
担当　：　投稿原稿　受付係
電話番号　：　03-6905-7661

様式１　日本フォーミュラリ学会誌：**投稿フォーム**

投稿論文の種類	原著・総説 資料・依頼原稿	＊受付番号	＊受付日	＊採択日
題名 （和文）				
題名 （英文）				
原稿枚数	本文：　　字 図表：　　枚 写真　モノクロ　　枚 　　カラー　　枚			

著者名	所属施設・部署

Corresponding author 連絡先住所 所属機関 氏名・E-mail TEL・FAX	

様式２　日本フォーミュラリ学会誌：**著者および共著者の同意書**

著者全員が、①この論文が他の雑誌等に未発表であり、投稿中でないことを確認しており、②この論文の著作権（抄録あるいは本文を，本学会のホームページならびに本学会が契約したホームページへ転載する権利，複製権，翻訳権，翻案権，引用権等すべての権利）が日本フォーミュラリ学会に帰属することを許諾する。

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（年月日）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（署 名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式３　日本フォーミュラリ学会誌：**論文投稿チェックリスト**

執筆要領に則って原稿の内容・書式を確認し、投稿時に提出してください

１．字数	□規定された字数内である
２．表紙	□論文の種類、和文タイトル、所属、著者名（フリガナ）、英文タイトル、英文著者名、英文所属、Corresponding author の連絡先（氏名、住所、E-mail address）が記載されている
３．要約	□和文抄録は 400 字以内、英文抄録は 250 語句以内である。 □和文キーワード（原則、５ワード以内）、英文キーワード（原則、５ワード以内）を付している
４．図表	□用紙１枚に、１図・表・写真が描かれている □図・表は下、表は上にタイトルを付している
５．文献	□引用・参考文献は、本文中に順番に沿って番号を付している □引用・参考文献の記載は、投稿規定に則っている
６．研究倫理委員会の承認	□研究倫理委員会の承認を得ている。 □研究倫理委員会の承認を得ていない。 （得ていない理由　　）
７．投稿資格	□筆頭著者は、会員である。 （会員番号　　）
８．英文校閲	□英文は事前にネイティブチェックを受けている

様式４　日本フォーミュラリ学会誌：自己申告によるCOI報告書

著者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

論文題名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（著者全員について、投稿時点の前の年から**過去 3 年間および出版受理時点までの期間を対象に、**
発表内容に関係する企業・組織または団体との COI 状態を著者ごとに自己申告記載）

項目	該当の状況	有であれば、著者名：企業名などの記載
① 報酬額 1 つの企業・団体から年間 100 万円以上	有 ・ 無	
② 株式の利益 1 つの企業から年間 100 万円以上，あるいは当該株式の 5%以上保有	有 ・ 無	
③ 特許使用料 1 つにつき年間 100 万円以上	有 ・ 無	
④ 講演料 1 つの企業・団体からの年間合計 50 万円以上	有 ・ 無	
⑤ 原稿料 1 つの企業・団体から年間合計 50 万円以上	有 ・ 無	
⑥ 研究費・助成金などの総額 1 つの企業・団体から、医学系研究（共同研究、受託研究、治験など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた 100 万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑦ 奨学（奨励）寄附金などの総額 1 つの企業・団体からの奨学寄附金を共有する所属部局（講座、分野あるいは研究室など）に対して、申告者が実質的に使途を決定し得る研究契約金で実際に割り当てられた 100 万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑧企業などが提供する寄附講座 実質的に使途を決定し得る寄附金で実際に割り当てられた 100 万円以上のものを記載	有 ・ 無	
⑨旅費，贈答品などの受領 1 つの企業・団体から年間 5 万円以上	有 ・ 無	

（本 COI 申告書は論文掲載後所定の期間保管されます）

（申告日）　　年　　月　　日

Corresponding author（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

一般社団法人 日本フォーミュラリ学会
JAPANESE SOCIETY OF FORMULARY

学会概要

科学的根拠（エビデンス）と経済性に基づく医薬品選択の指針フォーミュラリを地域で策定するフォーミュラリ。この取組は全国規模で注目され少しずつ動き始めています。
本会はフォーミュラリの学術研究、情報発信、普及啓発、交流などを中心に、地域医療の寄与へ向けて活動していきます。

会員特典

正会員には、「モデル・フォーミュラリ解説書」「フォーミュラリ作成手順」を公開しております。
フォーミュラリ導入の経緯や活用事例など、日本のフォーミュラリについて幅広く紹介する会報誌を正会員限定で閲覧頂けます。
学術総会へ正会員価格でご参加頂けます。

入会

正会員はWebフォームでご入会

入会希望・お問い合わせフォームより、
必要事項を記載してお申し込みください。

https://formulary.or.jp/guide/

賛助会員

賛助会員のお申込み

賛助会員のお申込みは、日本フォーミュラリ学会 事務局まで
お問い合わせください。

〒104-0032　東京都中央区八丁堀3-14-4　直平ビル2階
日本フォーミュラリ学会　事務局
MAIL：jimukyoku@formulary.or.jp　TEL ：03-6905-7661

金額

会員種別 金額（年間）

正 会 員	5,000円	一般賛助会員	1口：100,000円
学生会員	1,000円	特別賛助会員	3口：300,000円

お問い合わせ
日本フォーミュラリ学会　事務局　セミナー事務局
TEL: 03-6905-7661

編集後記

今年の夏も全国的に厳しい暑さが続きました。そのような中、8月には第5回学術総会が札幌で開催され、「地域フォーミュラリの新展開」をテーマに活発な議論が行われました。全国の事例報告や診療報酬との関係など、地域フォーミュラリの今後を左右する重要なテーマが多く取り上げられ、参加者の関心の高さを改めて感じる機会となりました。

地域フォーミュラリの実施地域は、予定も含めて約70地区へと急増しています。国の政策として全国展開が明確に位置づけられ、2026年度中には全都道府県で検討の場が設置される見通しです。また、診療報酬改定においても地域フォーミュラリへの参画が評価要件化される可能性が高まっており、地域医療の中でフォーミュラリが果たす役割はますます大きくなっています。

本号では、今井理事長による巻頭言をはじめ、3編の解説記事、そしてポスター賞を受賞した4つの演題を紹介しています。解説では、災害時医療や医療資源が限られた地域でのフォーミュラリ活用事例を取り上げました。限られた医療資源の中でも、地域フォーミュラリが医療の質を確保するために有用であることが示されており、地域特性に応じたモデル事例として多くの示唆を与えてくれます。

また、ポスター賞の4演題はいずれも科学的な手法を用いて取り組まれた先進的な事例であり、地域フォーミュラリの可能性をさらに広げる内容となっています。医療事情は地域や医療機関によって大きく異なり、処方の傾向や医療提供体制も様々です。そのため、一つひとつの取り組みが貴重なエビデンスとなり、全国の実践を支える基盤となります。本学会誌が、こうした先行的な取り組みと成果を共有する場として、会員の皆様の研究や業務の発展に少しでも役立つことを願っています。

次号に向けては、フォーミュラリに関する独創性や新規性のある原著論文の投稿も歓迎しております。地域フォーミュラリの発展には、現場からの知見と研究の積み重ねが欠かせません。ぜひ多くのご投稿をお待ちしております。

最後になりましたが、本号の発刊にあたりご寄稿いただいた皆様に心より御礼申し上げます。今後も会員の皆様にとって有益な情報をお届けできるよう、編集委員の一人として努めてまいります。(T.S.)

日本フォーミュラリ学会誌　第2巻　第1号(2026)

2026年10月　初版発行

編集　編集委員会

委員長　奥田 真弘
副委員長　千堂 年昭
委員　前田 真一郎
村阪 敏規
槇田 崇志

発行　一般社団法人日本フォーミュラリ学会
〒104-0032
東京都中央区八丁堀三丁目14番4号　直平ビル2F
TEL　03-6905-7661
FAX　03-6905-7662



一般社団法人 日本フォーミュラリ学会
JAPANESE SOCIETY OF FORMULARY