HMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン) 院内フォーミュラリ

監修:循環器内科 添田 恒有
2025年4月初版作成:薬剤部 医薬品情報管理 尾崎 智規
2026年4月第2版改訂

脂質異常症診断
※生活習慣の改善でも脂質管理が不十分な場合

シクロスポリンの併用あり

ストロングスタチン		薬価	開始用量	最高用量	分類
第一推奨薬	ロスバスタチン錠2.5mg (クレストール)	10.8円	2.5-5mg	20mg (CCr＜30:5mg)	水溶性
	・承認用量の幅が最も広く、用量調節がしやすい。 ・最も安価。 ・相互作用が少ない。代謝酵素はほとんど関与なし。(わずかにCYP2C9、CYP2C19) ・酸化マグネシウムとの同時併用で本剤の血中濃度50%低下。 ・イトラコナゾール、シクロスポリンと**併用禁忌**。				
第二推奨薬	アトルバスタチンOD錠10mg (リピトール)	11.5円	10mg	20mg (家族性:40mg)	脂溶性
	・糸球体濾過量保持作用が示唆されている。 ・CYP3A4で代謝され、相互作用が多い。 ・イトラコナゾール、シクロスポリン、マクロライド系抗菌薬、グレープフルーツジュース等注意。 ・マヴィレット配合錠と併用禁忌。				
	ピタバスタチンOD錠2mg (リバロ)	14.2円	1-2mg	4mg	脂溶性
	・「10歳以上の小児における家族性高コレステロール血症」の適応がある。 ・ロスバスタチン、アトルバスタチンに比べ、耐糖能リスクが低い。 ・代謝酵素はほとんど関与なし。(わずかにCYP2C9) ・シクロスポリンと**併用禁忌**。				

スタンダードスタチン		薬価	開始用量	最高用量	分類
第一推奨薬	【患者】フルバスタチン錠20mg (ローコール)	19.9円	20mg	60mg	脂溶性
	・シクロスポリンとの相互作用が少ない。※他剤は禁忌、又は血中濃度10倍程度上昇するためNG。 ・LDL-コレステロール値低下作用は推奨薬に比べて劣る。				

※院内未採用のシンバスタチン、プラバスタチンからの切替は以下の換算表を参考にして下さい。(換算量はあくまで目安であり、個人により反応性は異なります。)
切り替え時には、適応症、相互作用、腎機能を確認し、切り換え前後には肝機能をモニターして下さい。

薬品名			LDL-C低下作用比較(1日量)					
ロスバスタチン	ストロングスタチン	水溶性			2.5mg	5mg	10mg	20mg
アトルバスタチン	ストロングスタチン	脂溶性	10mg			20mg	40mg	
ピタバスタチン	ストロングスタチン	脂溶性	1mg		2mg	4mg		
【患者限定】フルバスタチン	スタンダードスタチン	脂溶性	20mg	40-60mg				
(院内未採用)シンバスタチン	スタンダードスタチン	脂溶性	5mg		10-20mg			
(院内未採用)プラバスタチン	スタンダードスタチン	水溶性	10mg	20mg				

※色付きは院内採用規格

参考:各薬剤添付文書、動脈硬化症疾患予防ガイドライン2022年版、動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症ガイドライン2018年版、AHA/ACCガイドライン(2018)
日本フォーミュラリ学会 モデルフォーミュラリ委員会 HMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン)フォーミュラリ(Ver.3.0)解説書、同効薬比較ガイド1第2版

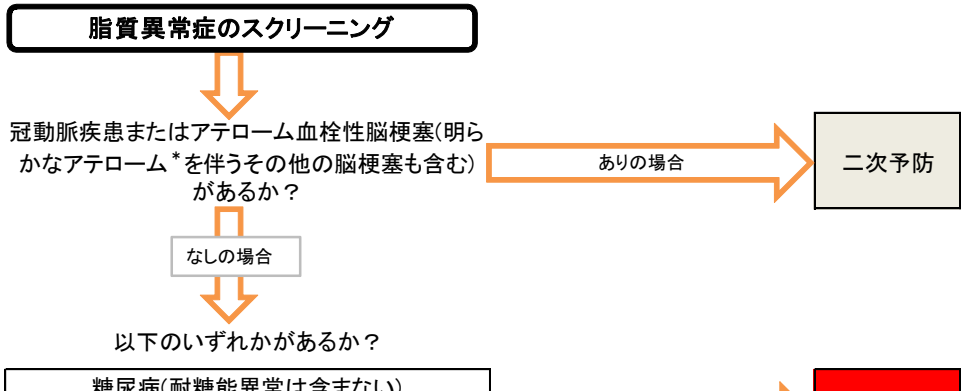
2025.4.14 奈良県総合医療センター 薬事委員会

HMG-CoA還元酵素阻害剤(スタチン)院内フォーミュラリ(参考資料)

監修:循環器内科 添田 恒有
2025年4月初版作成:薬剤部 医薬品情報管理 尾崎 智規
2026年4月第2版改訂

動脈硬化性疾患のリスク別脂質管理目標

①リスク分類を久山町スコアに基づき計算する



久山町研究によるスコア				予測される10年間の動脈硬化性疾患発症リスク	分類
40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳		
0～12	0～7	0～1	－	2%未満	低リスク
13以上	8～18	2～12	0～7	2%～10%未満	中リスク
－	19以上	13以上	8以上	10%以上	高リスク

久山町研究によるスコア(図3-2)に基づいて計算する。

*頭蓋内外動脈に50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫(最大肥厚4mm以上)

注: 家族性高コレステロール血症および家族性Ⅲ型高脂血症と診断された場合はこのチャートを用いずに第4章「家族性高コレステロール血症」、第5章「原発性脂質異常症」の章をそれぞれ参照すること。

図3-1 動脈硬化性疾患予防から見た脂質管理目標値設定のためのフローチャート

①性別	ポイント
女性	0
男性	7

②収縮期血圧	ポイント
＜120mmHg	0
120～129mmHg	1
130～139mmHg	2
140～159mmHg	3
160mmHg～	4

③糖代謝異常(糖尿病は含まない)	ポイント
なし	0
あり	1

④血清LDL-C	ポイント
＜120mg/dL	0
120～139mg/dL	1
140～159mg/dL	2
160mg/dL～	3

⑤血清HDL-C	ポイント
60mg/dL～	0
40～59mg/dL	1
＜40mg/dL	2

⑥喫煙	ポイント
なし	0
あり	2

注1:過去喫煙者は⑥喫煙はなしとする。

①～⑥のポイント合計	点

右表のポイント合計より年齢階級別の絶対リスクを推計する。

ポイント合計	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳
0	＜1.0%	＜1.0%	1.7%	3.4%
1	＜1.0%	＜1.0%	1.9%	3.9%
2	＜1.0%	＜1.0%	2.2%	4.5%
3	＜1.0%	1.1%	2.6%	5.2%
4	＜1.0%	1.3%	3.0%	6.0%
5	＜1.0%	1.4%	3.4%	6.9%
6	＜1.0%	1.7%	3.9%	7.9%
7	＜1.0%	1.9%	4.5%	9.1%
8	1.1%	2.2%	5.2%	10.4%
9	1.3%	2.6%	6.0%	11.9%
10	1.4%	3.0%	6.9%	13.6%
11	1.7%	3.4%	7.9%	15.5%
12	1.9%	3.9%	9.1%	17.7%
13	2.2%	4.5%	10.4%	20.2%
14	2.6%	5.2%	11.9%	22.9%
15	3.0%	6.0%	13.6%	25.9%
16	3.4%	6.9%	15.5%	29.3%
17	3.9%	7.9%	17.7%	33.0%
18	4.5%	9.1%	20.2%	37.0%
19	5.2%	10.4%	22.9%	41.1%

図3-2 久山町スコアによる動脈硬化性疾患発症予測モデル

②リスク区分別の脂質管理目標値を決定する

治療方針の原則	管理区分	脂質管理目標値(mg/dL)			
		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後薬物療法の適用を考慮する	低リスク	＜160	＜190	＜150(空腹時)** ＜175(随時)	≧40
	中リスク	＜140	＜170		
	高リスク	＜120 ＜100*	＜150 ＜130*		
二次予防 生活習慣の是正とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテローム****を伴うその他の脳梗塞を含む)の既往	＜100 ＜70**	＜130 ＜100**		

・*糖尿病において、PAD、細小血管症(網膜症、腎症、神経障害)合併時、または喫煙ありの場合に考慮する。(第3章5.2参照)
・**「急性冠症候群」、「家族性高コレステロール血症」、「糖尿病」、「冠動脈疾患とアテローム血栓性脳梗塞(明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞を含む)」の4病態のいずれかを合併する場合に考慮する。
・一次予防における管理目標達成の手段は非薬物療法が基本であるが、いずれの管理区分においてもLDL-Cが180mg/dL以上の場合は薬物治療を考慮する。家族性高コレステロール血症の可能性も念頭に置いておく。(第4章参照)
・まずLDL-Cの管理目標値を達成し、次にnon-HDL-Cの達成を目指す。LDL-Cの管理目標を達成してもnon-HDL-Cが高い場合は高TG血症を伴うことが多く、その管理が重要となる。低HDL-Cについては基本的には生活習慣の改善で対処すべきである。
・これらの値はあくまでも到達努力目標であり、一次予防(低・中リスク)においてはLDL-C低下率20～30%も目標値としてなり得る。
・***10時間以上の絶食を「空腹時」とする。ただし水やお茶などカロリーのない水分の摂取は可とする。それ以外の条件を「随時」とする。
・****頭蓋内外動脈の50%以上の狭窄、または弓部大動脈粥腫(最大肥厚4mm以上)
・高齢者については第7章を参照。

表3-2 リスク区分別脂質管理目標値

参考:動脈硬化症疾患予防ガイドライン2022年版

2025.4.14 奈良県総合医療センター 薬事委員会