



TMG

フォーミュラリ構築手順書

改訂第 6 版 2026 年 9 月 10 日

(初版 2017 年 4 月 8 日)

戸田中央メディカルケアグループ 薬剤部
フォーミュラリワーキンググループ

内容

フォーミュラリとは.....	3
目的.....	3
定義.....	3
戸田中央メディカルケアグループのフォーミュラリの特徴.....	3
期待される活動と成果.....	3
組織;フォーミュラリワーキンググループ.....	4
構築方法.....	6
概要.....	7
新規作成.....	8
1. 評価対象疾患・薬効・薬剤の決定.....	8
2. 評価項目の設定.....	8
3. 論文抽出.....	9
4. 臨床論文の評価.....	10
5. 同程度量の設定.....	12
6. その他の評価.....	13
7. 優先順位付け.....	14
8. 要約シート(A4 サイズ 1 枚)の作成.....	15
9. 要約スライド・エビデンス集の作成.....	15
更新作業.....	17
導入・運用方法.....	18
地域連携.....	19
地域フォーミュラリ.....	19
参考資料.....	20

フォーミュラリとは

目的

重症例・難治症例・稀少疾患症例には高価でも有用な治療を提供できる環境を維持するために、有効性と安全性が同等な既存治療にて疾患のコントロールが可能な症例には、費用を考慮して薬剤を選択することを目的とする。

定義

疾患の診断、予防、治療や健康増進に対して、医師を始めとする薬剤師・他の医療従事者による臨床的な判断を表す為に必要な、継続的にアップデートされる薬のリストと関連情報のことである^{1,2)}。

関連情報には医薬品を適正使用するための戦略(コスト削減も含む)、病院内の第一選択薬、同効薬比較、同等量換算、ガイドライン情報などが含まれる。処方に対して絶対的な拘束力があるわけではなく、必要かつ正当な理由があれば、フォーミュラリ収載医薬品以外を使用することができる²⁾。

戸田中央メディカルケアグループのフォーミュラリの特徴

臨床論文を基に客観的な医薬品評価を行うことで、患者背景の確認と医薬品の適応、同等量の設定、優先順位付けが可能となっている。本構築方法は、継続的にフォーミュラリを更新する為に有用な方法のひとつであり、先発医薬品・後発医薬品を含めて客観的に医薬品の選択順位を付ける事ができる。共通の構築方法を用いるため、戸田中央メディカルケアグループ(以下、TMG)所属病院や地域の各施設におけるフォーミュラリ導入のための参考情報として用いることができる。

期待される活動と成果

- ・患者の生活の質向上
- ・客観的な根拠に経済性を含めた医薬品の適正使用の推進
- ・地域連携による地域の医療安全向上と医療資源適正化
- ・フォーミュラリ策定を通じた薬剤師の医薬品・薬物治療評価能力の向上

組織;フォーミュリワーキンググループ

フォーミュラリの新規領域の拡大と維持の為には継続的に医薬品・薬物治療を評価する体制を構築する必要がある。TMG では薬剤部内にフォーミュリ推進のためのフォーミュリワーキンググループ(以下、WG)を設置する。更なる活躍の場と能力向上の機会を提供する目的で、加入を希望する薬剤師を主メンバーとして選定する(図1)。



図1 フォーミュリワーキンググループ メンバー模式図

・WG 業務内容

メンバーの業務内容はフォーミュラリの更新に必要な次の内容とした。

主担当

1) フォーミュリ更新

目的:TMG フォーミュラリの更新に必要な業務を実施する。

活動内容:

- フォーミュリ作成後に発表された文献調査
- 定期的なフォーミュラリの見直し・更新

2) 文献評価

目的:フォーミュリ更新に必要な情報評価スキルを身に付ける

活動内容:

- 文献の批判的吟味・評価の方法を学ぶ
- 評価結果をレターとして発行、文献の周知

副担当

3) EF 解析

目的:TMG 施設におけるフォーミュラリ策定領域の使用実績を集計し評価する

活動内容:

- フォーミュラリ該当医薬品のマスタ更新
- EF 解析結果の集計

4) TMG 薬剤部内の情報共有

目的:TMG 薬剤部員へフォーミュラリ WG の活動を紹介する

活動内容:

- グループ内情報共有ツールを用いて、薬剤部員へ1)更新班2)文献評価班の成果物を案内する
- 活動報告を実施する

フォーミュラリの作成は、フォーミュラリの内容を A4 サイズにまとめた「要約シート」と「エビデンス集」の作成とする。各病院はフォーミュラリの要約シートとエビデンス集を参考にし、各地域・病院の患者層に適した薬剤を選択する。後発医薬品のメーカー選定は各病院の採用可能品の中から各病院が選定する。

構築方法

フォーミュラリ構築のポイントは以下の3点である³⁾。

- 1) 自施設の患者集団(対象集団)を把握する
- 2) 情報は自ら収集し評価する
- 3) 医師の同意を得る

1) 自施設の患者集団の把握

臨床試験の結果は内的妥当性、外的妥当性を評価した後に、目の前の患者(集団)に当てはめる事ができる。フォーミュラリ構築の際は、抽出された論文の患者背景(実際に投与された患者・組み入れられた患者)が自施設の患者の背景と類似しているかを評価する(図2)。

評価の際は、自施設・地域の患者集団の年齢・基礎疾患・検査値等の外挿性の判断に必要な基礎データを参照する。外的妥当性の判断に必要な基礎データはフォーミュラリ構築領域により異なる。論文の組入・除外基準や患者特徴の項目に記載される。抽出した論文で組み入れられていない患者(例えば、超高齢、腎機能障害、肝機能障害患者)は、血中濃度が同一であれば、有効性・安全性は同一であるという薬物動態学的な考えのもと医薬品の評価を行い、患者の外的妥当性を評価する。

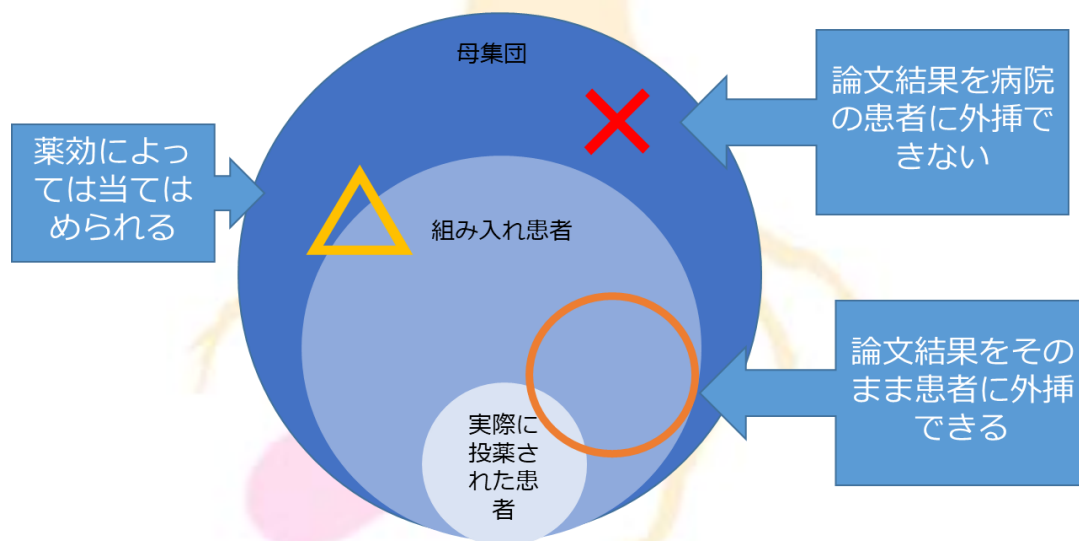


図2 外的妥当性の考え方模式図

2)情報収集

医薬品評価の際に使用する情報源には、添付文書、インタビューフォーム、医薬品リスク管理計画、審査報告書、臨床ガイドライン、臨床論文がある。フォーミュラリ構築に関して、承認時の情報のみでの評価では、医療の発展を正しく反映する事ができない為、臨床ガイドラインや臨床論文を評価していく必要がある。

3)医師の同意取得

フォーミュラリが正しく理解され、使用されるためには、他の医療従事者、特に医師の同意が必要となる。要約シートとエビデンス集を作成し、医薬品評価内容の説明の際に用いる。要約シートとエビデンス集は、米国において医師の処方行動の変化を起こすことが示された、Academic Detailing(National Resource Center for Academic Detailing;NaRCAD)を参考とする⁴⁾。

概要

フォーミュラリの構築・運用の概要を以下に示す(図 3, 4)⁵⁾。

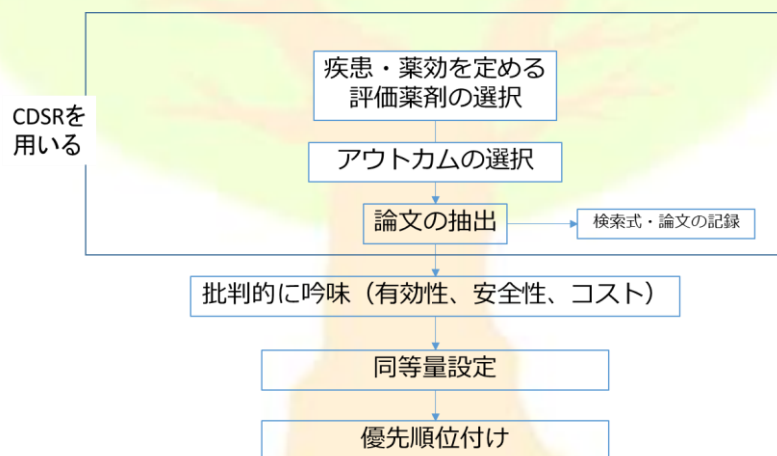


図3 フォーミュラリ構築手順概要

CDSR:コクランデータベースシステムティックレビュー

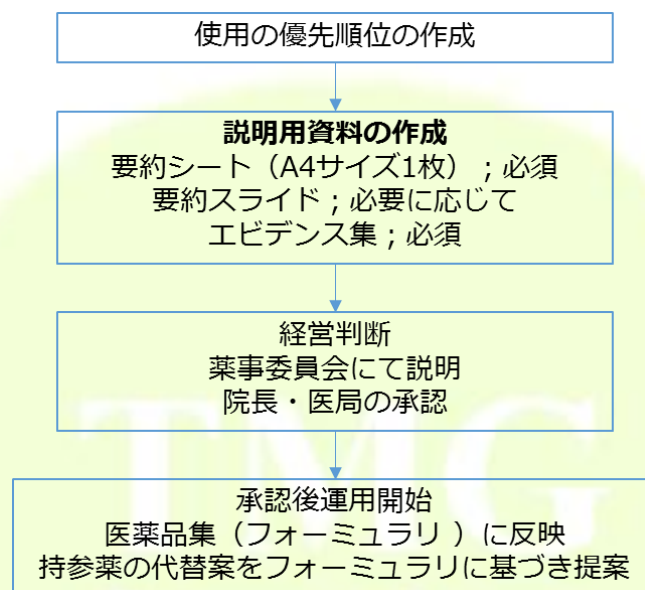


図4 フォーミュラリ導入手順概要

新規作成

フォーミュラリの新規作成の際の手順を示す。

1. 評価対象疾患・薬効・薬剤の決定

- フォーミュラリを作成する疾患・薬効・薬剤を定める。
- 初めて導入する病院は、現在の採用医薬品の中からの選定が容易である。
- フォーミュラリの導入が行われている場合は、市場の薬剤を対象にして、更なる適正使用を促すことが望ましい。

2. 評価項目の設定

- 臨床ガイドラインやコクランデータベースシステマティックレビューCochrane Database Syst Rev.(以下、CDSR とする。)を参考にして、評価項目を設定する⁶⁾。
- 临床上の重要アウトカムを選択する(例; 血圧、重篤な副作用、空咳等)。
- 疾患によっては患者報告アウトカムや患者・医療従事者による利便性を考慮しても良い。(優先順位付けの項参照)

3. 論文抽出

3-1. 論文抽出 その1

原則、CDSR を用いる

- CDSR にて、評価対象患者が一致するか確認する。
- 「1.」で定めた医薬品を評価対象とするが、一部の医薬品の種類が一致しない場合がある。CDSR の検索式に含まれていない医薬品は、必要に応じて PubMed を用いて論文抽出を行う。
- 評価項目が該当しているか確認する。

<CDSR がない場合>

- 該当する評価項目に関する CDSR がない場合は「3-2 論文抽出 その2」に進む。

3-2. 論文抽出 その2

- i. 検索式を構築する;類似した CDSR が存在する場合は CDSR の検索式を修正し、使用する。
- ii. PubMed を用いて論文検索する。検索式を My NCBI 等に記憶させる。保存した検索式は次回更新時に使用する。
- iii. 該当論文の抽出;定めた医薬品・アウトカムに関する臨床論文をタイトル・要旨から抽出する。

評価対象論文

- デザイン;無作為化比較試験、プロペンシティスコアなどにより患者背景を調整した観察研究
※観察研究を入れた理由は、一般外挿性を高めるためである。
- 薬剤;定めた医薬品
- 評価項目;定めた評価項目

除外論文

- 著者や要旨の記載がないもの、会議録
- 基礎研究;PK/PD,
- 動物対象試験、細胞対象試験

- デザインの違い;無作為化比較試験や患者背景を調節した観察研究以外、研究計画、対象薬が異なるなど
- 定めた評価項目以外
- 観察期間が定めた日数に達しない。例えば生活習慣病領域であれば12週間未満など。

iv. 「iii.」にて絞り込んだ論文の本文を読み、さらに、評価対象論文を絞り込む。

4. 臨床論文の評価

- i. 効果に関する評価項目ごとに結果を抽出する。
 - 主要評価項目、ハードエンドポイント、薬剤の主作用の効果に着目し抽出する。安全性に関しては、症例報告を含めて確認する。
 - 複数の薬剤比較の際、主作用が同程度である場合は他の指標を評価してもよいが、「2.」で設定した評価項目に絞り評価する。
 - 統計学的な結果も並列記載するが、 P 値の高低で薬剤の優越は判断しないこと。
 - 統計学的な評価は非劣性試験か、優越性試験かを記述すること。
 - 統計学的な評価のみではなく、臨床的有用性に関しても評価すること。臨床的有用性の判断は、各評価項目を主要評価項目として設定した臨床試験の非劣性マージンや症例数設定の際に用いた症例数の設定の根拠を指標として用いること。
 - 評価内容は表1のように Excel でまとめること。
- ii. 安全性
 - 副作用についてまとめる。
 - 知られている副作用が、コントロール可能な副作用か、コントロール不能な副作用かを評価する。
 コントロール可能な副作用とは、適切な治療方法が存在する、または、副作用発症の危険因子が明らかにされており副作用の予防が可能な場合とする。コントロール不可能な副作用とは治療方法が存在しない場合とする。
 - 知られている副作用以外にも、危険性が指摘されている副作用については記述する。危険性が指摘されている副作用について評価論文中に記載がない場合は、該当副作用について追加で評価する。

表1 論文評価内容のまとめ方例(エナラプリル、カプトプリルの比較;実際は領域全体の薬剤を記載していく)

評価項目;心血管イベント						
評価論文	デザイン	対象患者(※)	人数	ベースライン時	結果	統計値
論文1	RCT	年齢 既往歴	○人	-	エナラプリル ○人/□人 カプトプリル ○人/□人	P<〇〇(優越性)
論文2	RCT	年齢 既往歴	○人	-	エナラプリル ○人/□人 カプトプリル ○人/□人	P<〇〇(非劣性)
最終収縮期血圧						
論文1	RCT	年齢 既往歴	○人	血圧 平均〇〇	エナラプリル ○±△ カプトプリル ○±△	P<〇〇(優越性)
論文3	コホート	年齢 既往歴	○人	血圧 平均〇〇	エナラプリル ○±△ カプトプリル ○±△	P<〇〇(非劣性)
空咳						
論文3	コホート	年齢 既往歴	○人	血圧 平均〇〇	エナラプリル ○人/□人 カプトプリル ○人/□人	-
論文4	ケースコントロール	年齢 既往歴	○人	血圧 平均〇〇	エナラプリル ○人/□人 カプトプリル ○人/□人	-

5. 同程度量の設定

- 非劣性比較試験の各薬剤の対応用量を同程度量とする。
- 優越性試験の時は、同程度の効果を示している時点の用量を同程度量とする。
- 用量依存性が確認されている場合は単一試験の用量設定を代用しても良い。
- 同程度の効果とは、非劣性試験において設定される非劣性マージンや症例数設定の効果量の絶対値以内であることとする(図5)。
- 薬物動態的な特徴(腎機能に応じた用量調節)を考慮する。

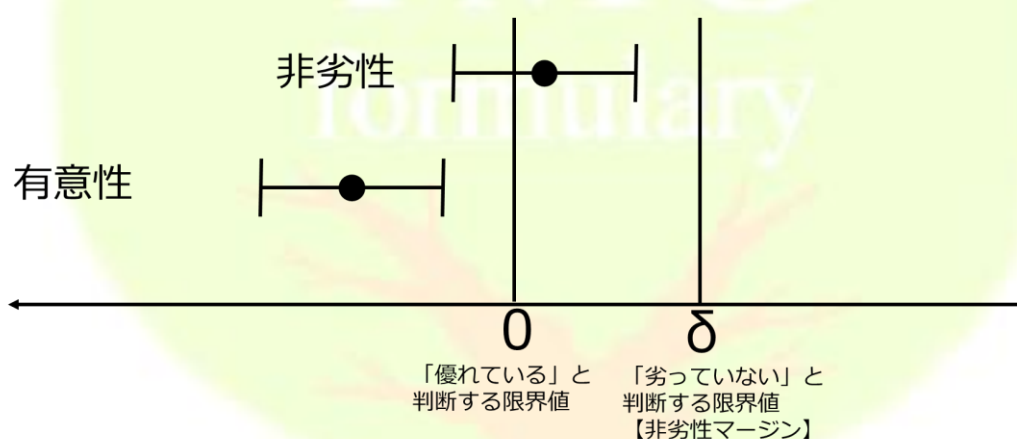


図5 非劣性マージンの概念図

同程度量の範囲例

- 心血管イベント ハザード比 1.3
- 発生率 各領域のイベント発生率^{1.3}
- 検査値 尿酸値低下効果 10%(ソフト指標の為、対象患者により異なる場合がある) Hb 値 1.0g/dL
- QOL スコア 皮膚掻痒感 20%

6. その他の評価

i. 適応確認

- 後発医薬品の場合は先発医薬品で認められている適応が承認されていない場合がある。先発医薬品のみの適応がある場合は、採用選択の際は特に注意する。

ii. 薬物動態的特徴の確認

- PK パラメータの収集と評価を行う。
- 外部妥当性の判断に使用する。
- 特に治験の場合は臓器障害患者や高齢者等は対象から除かれることが多い。臓器障害患者や高齢者への外部妥当性は、臨床試験が行われた患者群と同一の血中濃度推移をたどる用量であれば、同一薬効を発現するものとして評価する。なお、観察研究において臓器障害患者や高齢者への外挿性を評価している場合は、観察研究の結果を優先する。

iii. アドヒアランス・医療安全・労働力の確認

- 有効性・安全性が同等である場合はアドヒアランス・医療安全・労働力を考慮する。
- 投与薬剤の効果を最大限発揮させるために投与間隔の調整(服薬回数の増加)が必要な場合がある。服用回数の増加により患者のアドヒアランスの低下を招く場合や医療者の労働負荷を上昇させ医療安全上問題となる場合は、服薬回数が少なくても最大効果を発揮させる事のできる他の薬剤を優先的に採用する。

例)投与間隔の調整が必要な場合

ロスバスタチン – 酸化マグネシウム ;ロスバスタチンの効果が 50%減

iv. 同程度量の 1 日薬剤費の確認

- 注射薬等の場合は溶解液(粉末薬と液体の医薬品を比較する場合)やシリンジ(シリンジタイプの医薬品の場合)やルート(別ルートが必要な場合)も考慮する。
- 費用対効果の試験がある場合は評価内容を参考にするが、他国と日本の

医療・保険体制が異なること、治療方針が異なること等について注意を払うこと。薬剤の投与目的や評価期間によって結果が異なる事を留意すること。

7. 優先順位付け

優先順位付けは以下の指標により定められる。

- 試験の種類
 - 無作為化比較試験＞後ろ向き観察試験
 - ※薬理作用から推察される臨床効果は考慮しない。
- アウトカムの種類
 - ハード＞ソフト＞サロゲート
- 外挿性
 - 実際に投与された患者＞組み入れ基準＞薬物動態からの推定
- 試験結果
 - 臨床的に価値のある差＞統計的有意差
- 安全性
 - コントロール可能な副作用の場合は注意喚起や注意してモニタリングをするのみで、優先順位には影響しない。
 - コントロールが不可能な副作用がある場合で、他の同効薬で類似の副作用報告が無い場合は、優先順位を低くする。
 - 新薬の場合は副作用がないのではなく、報告例が少ないだけである事に注意する。新薬の評価において、重要な潜在的なリスクや重要な不足情報としてあがっている副作用は副作用が生じるものとして評価する。
 - 医薬品リスク管理計画の不足情報としてあがっていない場合でも、他の同効薬において同様の副作用が生じている場合は、不足情報として評価する。
 - 不足していた情報が長期安全性試験や多くの臨床試験の結果、医薬品と副作用の関連性が明らかになった場合は、再度優先順位を評価する。
- 効果・安全性が同等でない場合は費用対効果に関する論文(可能であれば

日本における費用対効果の論文、無い場合は欧米でもよいが、保険体制が異なるため、評価は慎重に行うこと)や、臨床試験の効果と安全性のバランスを考慮し定める。

8. 要約シート(A4 サイズ 1 枚)の作成

推奨薬の設定、成分名、商品名、規格、用法、同等量換算表、臨床試験データの要約、その他各領域で必要と考えられる項目を A4 サイズ 1 枚にまとめる(図 6)⁵⁾。

高尿酸血症治療剤										
回リハ 推奨	成分名	規格	薬価 (1錠あたり)	用法 用量（日）	相互作用	上段：同等量換算表（mg） [下段]：1日最低薬価（円）※1				臨床試験データ
◎	アロプリノール	100mg	7.70	200-300mg	慎重投与 メルカプトプリン アザチオプリン	50-200（※2）		200（※2）/300		・尿酸値低下作用：痛風患者または尿酸値8mg/dL以上の高尿酸血症患者を対象とした試験であり、主要評価項目とされた尿酸値6mg/dL未満への達成率はアロプリノールに比べて有意にフェブキソスタットが低下させていた。 ・痛風関節炎の予防：報告なし ・臓器障害の予防：アロプリノール、フェブキソスタットともに腎機能の悪化は認められなかった。アロプリノールは腎機能に応じて適切な用量を投与することで、副作用（腎機能低下）はコントロール可能であると思われる。心血管イベント抑制効果は明確に示されていない。 ・副作用：筋骨格系はフェブキソスタットに多く示された。心血管イベントは上昇させる可能性がフェブキソスタットに示されたが、有意な上昇は見られなかった。重篤な副作用については両薬剤ともに違いは見られなかった。
						C L c r（※2）				
						<30	30-50	50<		
						50 [3.85]	50-100 [3.85-7.7]	100-300 [7.7-23.1]		
	フェブキソスタット	10mg 20mg 40mg	31.7 57.7 108.7	10mgから開始 維持量40mg 最大60mg	禁忌 メルカプトプリン アザチオプリン	10 [31.7]	20 [57.7]	40 [108.7]	60 [166.4]	
※1 初値があるもの、最低規格以下は半錠で計算、※2腎機能で調整 2018.3.15改訂（2018年度薬価）										

※1 割線があるもの、最低規格以下は半錠で計算、※2腎機能で調整
2018.3.15改訂 (2018年度薬価)

図 6 フォーミュラリ要約シート(A4 サイズ)

9. 要約スライド・エビデンス集の作成

要約スライド(説明用資料)⁵⁾

- 他の医療職種へ説明する用の要約スライドを作成してもよい(図 7)。

高尿酸血症治療薬

薬剤費抑制の観点から、
フェブキソスタットよりもアロプリノールを先に
使用してください。

※フェブキソスタット40mg以下でコントロール中の患者では、
アロプリノールへの代替を提案させていただきます。

痛風発作既往患者と血清尿酸値9.0以上の患者においては
アロプリノール200/300mgとフェブキソスタット40mg
は同等の効果を示しました。

薬剤	年齢 (歳)	ベースライン の尿酸値 (mg/dL)	投与後 尿酸値 (mg/dL)
A200/300	30-70	8-10	5~7
F40			5~7
F80			3~5
F120			3~5

Hyun Ah Kim, 2014より
F: フェブキソスタット, A: アロプリノール, 数字: 1日投与量 (mg)

TOPIC

有効性

- フェブキソスタット40mg以下の投与量においての尿酸値の低下作用はアロプリノールと同等である。

安全性

- アロプリノールの重症薬疹は適量投与が原因の一つである。
- フェブキソスタットは冠動脈閉塞イベント上昇の可能性が示唆されている。

費用対効果

- 効果が見られる場合はアロプリノールのほうが費用を抑える事ができる。

投与に当たって

- アロプリノールは腎排泄なので、投与量を調整する事で、安全性をコントロールすることが出来る。
- フェブキソスタットは肝代謝型なので、多剤併用している患者の場合は相互作用により影響を受ける可能性がある。
- 腎機能に応じたアロプリノールの投与量の提案は薬剤科にお任せ下さい。

フェブキソスタットが心血管イベントの発症率を上げる可能性が指摘されている。
フェブキソスタットの強力な尿酸生成抑制作用により関節炎症状を発症すると考えられ、漸増が必要である。

研究	薬剤	年齢	ベースライン尿酸値	投与量	投与期間	心血管イベント
Huang et al, 2008	F	52	134	11	11	11 (<1%)
	F40	51	267	11	11	5 (7%)
	F120	51	269	11	11	5 (7%)
	F240	54	134	11	11	1 (<1%)
Salazar et al, 2012	A300/500	52	208	11	11	1 (<1%)
	A300/500	52	208	11	11	1 (<1%)
	F40,80,120,240	62	139	139	139	2 (18.2%)
	A	76	506.6%			
Salazar et al, 2012	F	52	139	139	139	2 (18.2%)
	F40,80,120,240	62	139	139	139	2 (18.2%)
	A	76	506.6%			
	F	52	139	139	139	2 (18.2%)
Salazar et al, 2012	F	52	139	139	139	2 (18.2%)
	F40,80,120,240	62	139	139	139	2 (18.2%)
	A	76	506.6%			
	F	52	139	139	139	2 (18.2%)

F: フェブキソスタット, A: アロプリノール, 数字: 1日投与量 (mg)

図 7 医師への情報提供(要約スライド)例 一部掲載

エビデンス集

- 各病院の薬剤師がフォーミュラリに関して理解・説明できるように、更新時に過去のエビデンスを確認できるように、エビデンス集を作成する。
- エビデンス集の項目
 1. 緒言;治療の必要性・薬物治療
 2. 評価項目(論文抽出)
 3. 評価論文の患者背景
 4. 効果
 5. 同等量設定
 6. 安全性
 7. その他の評価項目;適応・薬物動態的特徴・医療安全
 8. 優先順位付け
 9. 特別な患者への投与;フォーミュラリ対象外患者
 10. まとめ
 11. 参考文献

更新作業

1.論文抽出;過去の検索式を再利用し、抽出する。

- 概ね 1 年に 1 回 CDSR の更新有無を確認する。
- CDSR が更新された際に再評価を実施する。CDSR 評価対象外薬剤の場合は、CDSR の検索式を用いて、論文の抽出を行う。

2.臨床論文の評価

- 新規作成時と同様に行う。

3.院内でのフォーミュラリの導入・維持⁷⁾

- 新規処方・持参薬鑑別時に院内フォーミュラリに則って同等量を提案する。
- 持参薬からの切り替え処方時の対応例(図 8)
 - フォーミュラリ通りになっているか確認する。
 - フォーミュラリ通りになっていない場合は、フォーミュラリ外であることと、変更不可の理由を確認する。
 - 変更不可の場合は病態変更までは再度の問い合わせはしない。

入院時から退院時まで、複数回薬剤師が情報提供
+ 導入後の効果と安全性のモニタリング

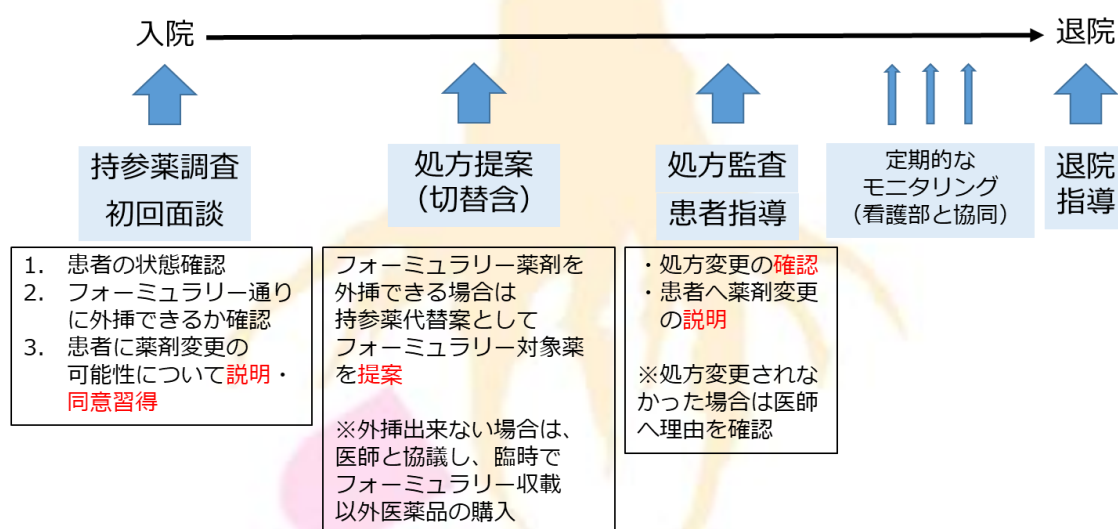


図 8 薬剤師による院内でのフォーミュラリ導入・維持活動

導入・運用方法

- フォーマリを経営者、薬事委員会、医局、医師へ説明する。必要に応じて他の医療従事者に説明する(図9)。
- 薬事委員会等にて導入が決定したフォーマリを採用医薬品集に反映させる。採用医薬品集には、同等量換算を簡潔に記載する。

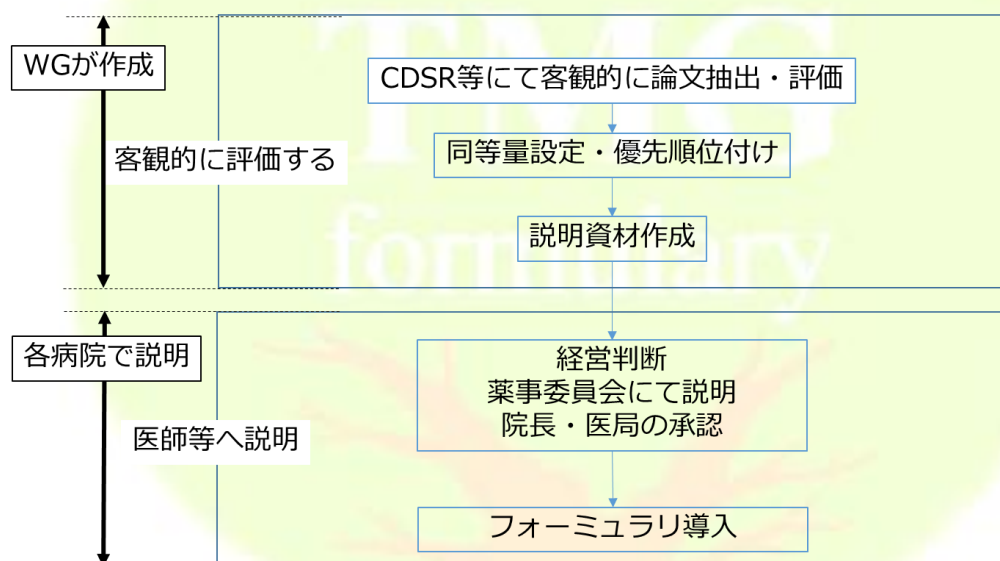


図9 フォーマリ導入方法概念図

地域連携

地域フォーミュラリが導入されている事により、地域の医療安全を向上することができると考える。また、地域内病院・施設間の患者の移動が容易になり、患者の薬剤変更に伴う医療リスクを減らすことも期待される。以上のことから、各病院でフォーミュラリを導入している場合や新規に導入する場合、いずれにおいても地域フォーミュラリが導入されている地区においては、地域フォーミュラリを参照する。

地域フォーミュラリ

- 地域フォーミュラリの導入において、地区医師会・歯科医師会・薬剤師会等の方針も鑑みながら進めること。フォーミュラリ構築のための勉強会等を通して、良好な関係の構築し、地域フォーミュラリ導入について協力していく。
- 地域薬局との連携は薬剤師会、地域診療所との連携は医師会との連携が不可欠である。
- 地域の病院（特に中小病院）には薬剤師の人員の関係で、フォーミュラリを新規に構築していくことが困難な施設もある。そのような病院でも導入できるように、TMG ではフォーミュラリ WG にて地域でも活用できる DI 情報を同等量換算表やエビデンス集という形で公開する。
- 地域フォーミュラリの導入に当たっては、フォーミュラリ学会の地域フォーミュラリガイドラインを参考として進めること⁸⁾。
- 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運用している実施主体（埼玉県朝霞市、新座病院）等を参考事例として進める⁸⁾。
- 地域フォーミュラリの情報は厚生労働省がまとめている専用ページも参照する⁹⁾。

参考資料

1. 厚生労働省、フォーミュラリの運用について令和 5 年 7 月 7 日、
[001561816.pdf](#)(2026 年 9 月 1 日アクセス)
2. Linda S. Tyler, Sabrina W. Cole, J. Russell May, Mirta Millares, Michael A. Valentino, Lee C. Vermeulen and Andrew L. Wilson Developed by an ASHP Expert Panel on Formulary Management, ASHP Guidelines on the Pharmacy and Therapeutics Committee and the Formulary System, American Journal of Health-System Pharmacy July 2008, 65 (13) 1272-1283.
3. フォーミュラリ編集委員会、薬事日報社、フォーミュラリマネジメント-院内フォーミュラリから地域フォーミュラリへ-、2019 年 9 月 1 日、pp184-196.
4. Blood Pressure Control in Primary Care, NaRCAD & Healthy Hearts for Oklahoma (H2O) ; NaRCAD, (http://www.narcad.org/uploads/5/7/9/5/57955981/blood_pressure_evidence_review.pdf (2026 年 9 月 1 日アクセス))
5. 金井紀仁、鈴木義人、系統的論文調査による回復期患者における尿酸生成抑制薬に関するフォーミュラリの構築、アプライド・セラピューティクス、2018、26-46.
6. Cochrane、[Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions \(current version\)、Version 6.5、2024](#) (2026 年 9 月 1 日アクセス)
7. 金井紀仁、松田沙樹子、大野智裕、鈴木義人、Formulary system を基に処方提案する事による薬剤費抑制効果-レニン-アンジオテンシン系阻害薬を対象として-、日本病院薬剤師会雑誌、2017、443-447.
8. 日本フォーミュラリ学会、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 Version1.1、[guidelines20231207.pdf](#)(2026 年 9 月 1 日アクセス)
9. 厚生労働省、[地域フォーミュラリについて](#)(2026 年 9 月 1 日アクセス)