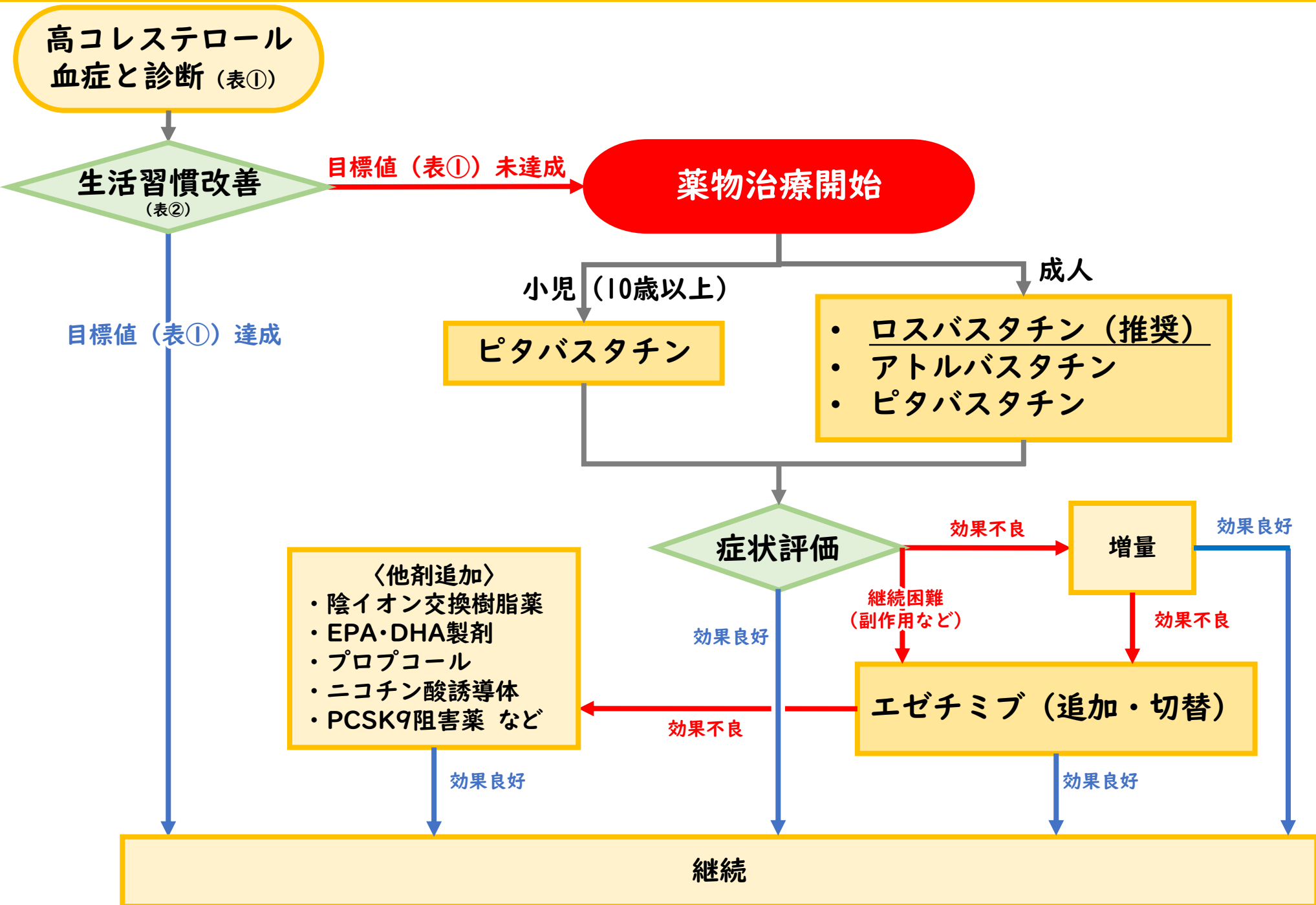


HMG-CoA還元酵素阻害薬フローチャート

薬事委員会(2025年1月)承認



表① 脂質管理目標値の設定

薬事委員会(2025年1月)承認

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※1を伴うその他の脳梗塞も含む)

あり

なし

高リスク

あり

糖尿病(耐糖能異常は含まない)
慢性腎臓病(CKD)
末梢動脈疾患(PAD)

なし

久山町スコア算出ツール

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	ポイント
なし	0
あり	1

※③糖尿病は含まない

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

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

⑥喫煙	ポイント
なし	0
あり	2

※⑥過去喫煙者は「なし」とする。

①~⑥のポイント合計

点

こちらでも
算出可能



動脈硬化性疾患発症予測ツール
これりすくん(アプリ)
※ページ下部にweb版もあります。

一次予防
年齢別の点数でリスク評価・目標値を設定

二次予防

治療方針	管理区分	久山町スコア(年齢別)				動脈硬化性疾患 発症予測リスク(10年間)	脂質管理目標値(mg/dL)			
		40~49歳	50~59歳	60~69歳	70~79歳		LDL-C	Non-HDL-C	TG	HDL-C
一次予防	低リスク	0点~12点	0点~7点	0点~1点	-	2%未満	<160	<190	<150	≧40
	中リスク	13点以上	8点~18点	2点~12点	0点~7点	2~10%未満	<140	<170	<175	
	高リスク	-	19点以上	13点以上	8点以上	10%以上	<120 <100(糖尿病)	<150 <130(糖尿病)	<175 (随時)	
二次予防		冠動脈疾患またはアテローム血栓性脳梗塞の既往 (明らかなアテローム※1を伴うその他の脳梗塞を含む)					<100 <70※2	<130 <100※2	<150 (空腹時) <175 (随時)	≧40

※1: 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)

※2: 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。

注) 家族性高コレステロール血症および家族性Ⅲ型高脂血症の場合は、「動脈硬化予防ガイドライン(2022年版)」の第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」をそれぞれ参照。

注) 上記に該当しない高齢者については「動脈硬化予防ガイドライン(2022年版)」の第7章を参照。

表② 動脈硬化予防のための生活習慣改善項目

禁煙	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙者には禁煙を推奨し、全ての人において受動喫煙の回避が必要である ・喫煙介入はニコチン依存症の治療であり、禁煙成功率を上げるために禁煙補助薬を使用した治療を推奨する
体重管理	<ul style="list-style-type: none"> ・望ましいBMIは22～25であるが、年齢・病態・体組成・代謝状態などを考慮し、固体化を図る ・特に高齢者では、現体重に基づき、フレイル・ADL低下・併発症・体組成・身長短縮・摂食状況や代謝状態の評価を踏まえ、適宜判断する
食事管理	<ol style="list-style-type: none"> ① 過食に注意し、適正な体重を維持する <ul style="list-style-type: none"> ・総エネルギー摂取量 (kcal/日) は、目標体重 (kg) ※1×身体活動量※2を目指す ② 肉の脂身、動物脂、加工肉、鶏卵の大量摂取を控える ③ 魚の摂取を増やし、低脂肪乳製品を摂取する <ul style="list-style-type: none"> ・脂肪エネルギー比率を20～25%、飽和脂肪酸エネルギー比率を7%未満、コレステロール摂取量を200mg/日未満に抑える ・n-3系多価不飽和脂肪酸の摂取を増やす ・トランス脂肪酸（脂質の多い菓子類など）の摂取を控える ④ 未精製穀類、緑黄色野菜を含めた野菜、海藻、大豆、ナッツ類の摂取量を増やす <ul style="list-style-type: none"> ・炭水化物エネルギー比率を50～60%、たんぱく質20%以下とし、残りを脂質とするが、脂質が25%を超える場合は、多価不飽和脂肪酸を増やすなど脂肪酸の構成に配慮する ・食物繊維は25g/日の摂取を目標とする ⑤ 糖質含有量の少ない果物を適度に摂取し、果糖を含む加工食品の大量摂取を控える ⑥ アルコールの過剰摂取を控え、25g※3/日以下に抑える ⑦ 食塩摂取量は6g未満/日を目標とする
身体活動・運動	<ul style="list-style-type: none"> ・中等度以上※4の有酸素運動を中心に、習慣的に行う（毎日合計30分以上を目標） ・日常生活の中で、座位行動※5を減らし、活動的な生活を送るように注意を促す ・有酸素運動の他にレジスタンス運動や柔軟運動も実施することが望ましい

※1：18歳から49歳：[身長(m)]²×18.5～24.9kg/m²
 50歳から64歳：[身長(m)]²×20.0～24.9kg/m²
 65歳以上：[身長(m)]²×21.5～24.9kg/m²

※2：軽い労作で25～30、普通の労作で30～35、重い労作で35～

※3：およそ日本酒1合、ビール中瓶1本、焼酎半合、ウイスキー・ブランデーダブル1杯、ワイン2杯に相当する。

※4：3METs以上の強度を意味する。METsは安静時代謝の何倍に相当するかを示す活動強度の単位。

※5：座位行動とは座位及び臥位におけるエネルギー消費量が1.5METs以下のすべての各性行動。



薬事委員会(2025年1月)承認

動脈硬化性疾患予防ガイドライン2022を一部改変

e健康づくりネット(厚生労働省)もご参照下さい♪

表③ HMG-CoA還元酵素阻害薬一覧（院内採用薬）

分類	薬品名	薬価/錠	用量 (mg/day)	併用禁忌薬	LDL-C低下率	備考
ストロングスタチン	ロスバスタチン	¥11	2.5~20 重度腎障害：2.5~5 (CCr<30mL/min/1.73m ²)	シクロスポリン (サンディミュン [®] 、 ネオーラル [®])	2.5mg：44.99% 5mg：52.49%	<ul style="list-style-type: none"> LDL-C値の低下作用が最も強い 水溶性（胆汁排泄+尿中）
	アトルバスタチン	¥16	10~20 (40*) *家族性高コレステロール血症	グレカプレビル・ ピブレンタスビル (マヴィレット [®])	5mg：32.0% 10mg：39.6%	<ul style="list-style-type: none"> LDL-C値の低下作用が2番目に強い 糖尿病発症に注意が必要 脂溶性（胆汁排泄）
	ピタバスタチン	¥18	成人：1~4 小児：1~2 (10歳以上)	シクロスポリン (サンディミュン [®] 、 ネオーラル [®])	1mg：33.6% 2mg：41.8% 4mg：47.0%	<ul style="list-style-type: none"> 小児の家族性高コレステロール血症に適応症を有する 脂溶性（胆汁排泄）
スタンダードスタチン	プラバスタチン	¥10	10~20	なし	5mg：17.0% 10mg：23.9% 20mg：29.8%	<ul style="list-style-type: none"> CYPの影響を受けにくい 夕食後投与が基本 水溶性（胆汁排泄+尿中）

- 医薬品添付文書 第一三共エスファ株式会社：ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」(第5版)
医薬品添付文書 Meiji Seikaファルマ株式会社：アトルバスタチン錠10mg「Me」(第3版)
医薬品添付文書 興和AGファーマ株式会社：ピタバスタチンカルシウムOD錠2mg「KOG」(第6版)
医薬品添付文書 日本ケミファ株式会社：プラバスタチンNa錠5mg「ケミファ」(第1版)
インタビューフォーム 第一三共エスファ株式会社：ロスバスタチン錠2.5mg「DSEP」(第11版)
インタビューフォーム Meiji Seikaファルマ株式会社：アトルバスタチン錠10mg「Me」(第5版)
インタビューフォーム 興和AGファーマ株式会社：ピタバスタチンカルシウムOD錠2mg「KOG」(第12版)
インタビューフォーム 日本ケミファ株式会社：プラバスタチンNa錠5mg「ケミファ」(第8版)
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：動脈硬化性疾患予防のための脂質異常症診療ガイド2023年版
日本動脈硬化学会：成人家族性高コレステロール血症診療ガイドライン2022
日本動脈硬化学会：小児家族性高コレステロール血症診療ガイドライン2022
日本動脈硬化学会：スタチン不耐に関する診療指針2018
日本老年医学会：高齢者脂質異常症診療ガイドライン2017
日本循環器学会：急性冠症候群ガイドライン2018年改訂版
FINDAT, 標準フォーミュラリー「HMG-CoA還元酵素阻害薬(スタチン系薬)」
Zhou S, Chen R, Liu J, Guo Z, Su L, Li Y, Zhang X, Luo F, Gao Q, Lin Y, Pang M, Cao L, Xu X, Nie S. Comparative Effectiveness and Safety of Atorvastatin Versus Rosuvastatin : A Multi-database Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2024 Oct 29. doi: 10.7326/M24-0178. Epub ahead of print. PMID: 39467290.
Nicholls SJ, Ballantyne CM, Barter PJ, Chapman MJ, Erbel RM, Libby P, Raichlen JS, Uno K, Borgman M, Wolski K, Nissen SE. Effect of two intensive statin regimens on progression of coronary disease. *N Engl J Med.* 2011 Dec 1;365(22):2078-87. doi: 10.1056/NEJMoa1110874. Epub 2011 Nov 15. PMID: 22085316.
Lee YJ, Hong SJ, Kang WC, Hong BK, Lee JY, Lee JB, Cho HJ, Yoon J, Lee SJ, Ahn CM, Kim JS, Kim BK, Ko YG, Choi D, Jang Y, Hong MK; LODESTAR investigators. Rosuvastatin versus atorvastatin treatment in adults with coronary artery disease: secondary analysis of the randomised LODESTAR trial. *BMJ.* 2023 Oct 18;383:e075837. doi: 10.1136/bmj-2023-075837. PMID: 37852649; PMCID: PMC10583134.
厚生労働省, 2024, 「e健康づくりネット」(2024年12月12日閲覧, <https://e-kennet.mhlw.go.jp>)