



PPST ニュースレター 第 24 号

Feb 2023

発行: 一般社団法人 社会復帰・社会参加のための薬物・心理社会的治療(PPST)研究会
事務局: (株)コンベンションリンケージ内 PPST 研究会事務局 ppst@c-lincage.co.jp Fax 03-3263-8687

<今回の記事の内容>

- I. ごあいさつ 2023年を迎えて・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
会長 丹羽 真一、 副会長 林 道夫、 常務理事 安西 信雄
- II. PPST全国セミナー「統合失調症の再発再燃をどう防ぐのか? –クライシス・プランと個別化医療–」(2022年10月15日オンライン開催)の3つの講演のポイントとキースライドご紹介
 - 講演1 統合失調症の再発再燃を防ぐために、クライシス・プランが担う役割とは・・・ 4
大鶴 卓 先生 (琉球こころのクリニック 院長)
 - 講演2 クライシス・プラン (CP-J) で実臨床がどう変わる? – 活用事例について・・・ 8
野村 照幸 先生 (さいがた医療センター 主任心理療法士)
 - 講演3 抗精神病薬の薬物動態 (ADME) から考える個別化医療とは・・・・・・・・ 13
深澤 隆 先生 (青南病院 院長)
- III. あとがき/賛助会員のご案内・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 18

I. ごあいさつ

2023 を迎えて

会長 丹羽 真一
副会長 林 道夫
常務理事 安西 信雄

2022 年は PPST 研究会の事業が新しい形で始まった年でした。すなわち、ブロックセミナーが東日本、西日本でそれぞれ年 1 回ずつ大塚製薬様との共催で開催、全国セミナーが住友ファーマ様との共催で開催となりました。東日本については北海道ブロック幹事の先生方の、西日本については北陸ブロックの幹事の先生方の御尽力により、それぞれ 2022 年 4 月 15 日と 7 月 22 日にブロックセミナーが開催されました。全国セミナーは 10 月 15 日に開催されました。いずれもオンライン開催でしたが、ブロックセミナーとは言えブロック内にとどまらず全国から参加いただける形で、また全国セミナーは文字とおり全国からご参加いただき、成功裏に開催できました。また、日本精神科病院協会精神科医学会におきましてスポンサードシンポジウムの形で大塚製薬様と共催のシンポジウムが行われました。新しい形での PPST 研究会の事業を順調にスタートできたと考えております。統合失調症学会における PPST 研究会は学会主催者の開催ポリシーにより企業との共催のプログラムは行わないということでした。また、ニュースレターの定期発行と、賛助会員への PPST

Bulletin の刊行も行われました。これらの事業にご理解とご協力を頂いております参加者の皆様、全国ブロック幹事の先生方に御礼を申し上げます。

本 PPST 研究会ニューズレター第 24 号では、2022 年 10 月に行われました全国セミナーでの講演のポイントをご紹介する記事を掲載いたします。その内容を以下に簡単にご紹介いたします。

テーマ「統合失調症の再発再燃をどう防ぐのか？—クライシス・プランと個別化医療」

講演 1 「統合失調症の再発再燃を防ぐために、クライシス・プランが担う役割とは」

座長：安西 信雄 先生（帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 教授）

演者：大鶴 卓 先生（琉球こころのクリニック 院長）

統合失調症の再発再燃を防ぐために、クライシス・プランが注目されている。当事者と支援者が協働して作成するクライシス・プランは、安定状態の維持や、悪化した場合の早期対処を目指しており、措置入院の退院支援ガイドラインなどでも再発予防対策として示されている。クライシス・プランは再発再燃だけでなく、当事者のリカバリーを促進し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの支援ツールになりうるものである。

講演 2 「クライシス・プラン（CP-J）で実臨床がどう変わる？—活用事例について」

座長：後藤 雅博 先生（こころのクリニック ウィズ 所長）

演者：野村 照幸 先生（さいがた医療センター 主任心理療法士）

クライシス・プラン（CP-J）は当事者と支援者（医療スタッフ、福祉支援者など）が協力して安定した状態を維持し、病状悪化に早めに気づいて対処、対応するために、共に話し合いながら作成し、活用するツールです。しかし、病状悪化を防ぐことだけが目的ではなく、当事者のリカバリーのための手段として作成、活用していくことが重要です。事例を通じて、クライシス・プランの効果的な作成、活用方法について紹介します。

講演 3 「抗精神病薬の薬物動態（ADME）から考える個別化医療とは」

座長：森 隆夫 先生（あいせい紀年病院 理事長）

演者：深澤 隆 先生（青南病院 病院長）

統合失調症の治療選択肢も増え、今まで以上に多様な治療ニーズに包括的に応えていくことが求められる時代が到来しつつある。薬物療法の治療効果を活かすためにも、患者中心のケアを推進するためにも適切な評価や治療計画を用意する必要がある。さらに薬剤の特徴を考慮した「最適化」と常に個々の患者の特徴を考慮した「個別化」が重要である。治療効果や有害事象に影響する患者要因と薬剤要因につき薬物動態の視点を交えてお話しする。それを通じてこれからの精神科医療の在り方についても考えたい。

2023年以降もブロックセミナーと日本精神科病院協会精神科医学会におけるスポンサードセミナー（シンポジウム）を大塚製薬様と共催で開催し、全国セミナーと日本統合失調症学会の中でのPPST研究会と全国セミナーを住友ファーマ様と共催で開催することになります。

複数の企業との共催の形でセミナー開催ができましたので、2022年11月にPPST研究会を日本精神神経学会の生涯教育ポイント取得対象団体として認定頂けるように申請いたしました。その結果、2022年12月14日付けにてポイント取得団体（C群）として認定頂くことができましたので、ご報告申し上げます。

ブロックセミナーにつきましては、東日本につきましては北海道⇒東北⇒関東⇒甲信越⇒東海の順で、西日本につきましては北陸⇒近畿⇒中国⇒四国⇒九州・沖縄の順で企画を頂くことになる予定ですので、2023年には東日本セミナーを東北ブロック幹事の先生方に企画頂き、西日本セミナーを近畿ブロック幹事の先生方に企画頂きます。東日本、西日本と分けてはおりますが、いずれもオンライン開催ですので、全国どこからでも参加可能です。ぜひ、多くの先生方のご視聴をお願い申し上げます。2023年度（2022年8月～2023年7月末）のブロックセミナー開催予定は決まりしだいご連絡申し上げます。

同様に、全国セミナー、日本精神科病院協会精神科医学会につきましても予定が決まりしだいご連絡を申し上げます。日本統合失調症学会における共催セミナーは2023年度も主催者の開催ポリシーにより企業との共催のプログラムは行わないということですので開催を見合わせる事となります。

PPST研究会は賛助会員の会費により成り立っており、大塚製薬様、住友ファーマ様と共催する各種セミナーの開催費用とは別会計とさせていただいております。ですので、ニュースレターやPPST Bulletinの刊行を維持する費用は賛助会員が増えることで安定する仕組みとなっております。

2022年もPPST研究会の意義あるところをご理解いただき、多くの個人、団体が賛助会員となっただけですようお願い申し上げます。

末尾ではございますが、PPST研究会の活動理念を掲載いたします。

PPST 研究会 活動の理念

当事者ならびに家族の希望に添い、さらには国の新しい精神障害者施策と協調して

- 1) 適切な薬物療法の使用とともに、世界的にも開発推奨されているもののみならず、適切と思われる心理社会的治療の発展をはかる
- 2) 当今、必要かつ効果があるといわれる当事者との治療上の合意（共同意志決定SDM）にもとづく診療の普及につとめる
- 3) これまでのわが国の精神科医療で必ずしも円滑であったとは云えない、必要かつ不可欠な多職種チーム医療のあり方の学習とその実現をはかる

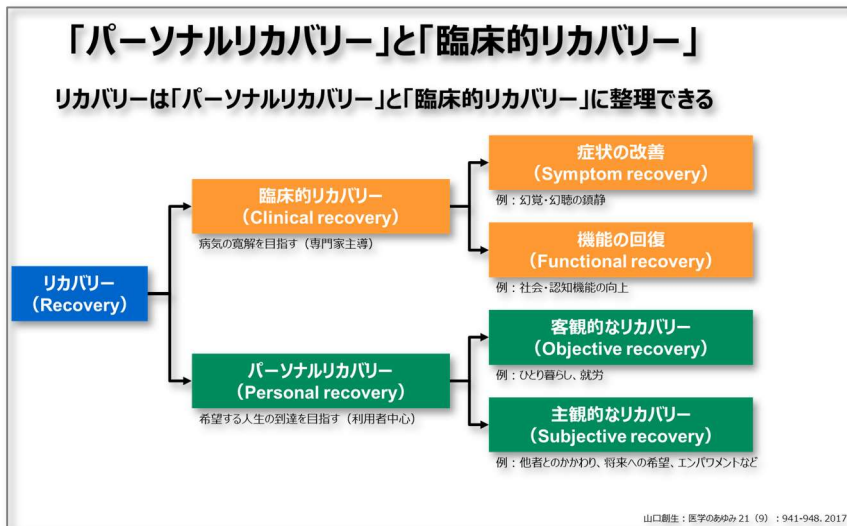
II. PPST 全国セミナー「統合失調症の再発再燃をどう防ぐのか? –クライシス・プランと個別化医療–」（2022年10月15日オンライン開催）の3つの講演のポイントとキースライドご紹介

講演 1

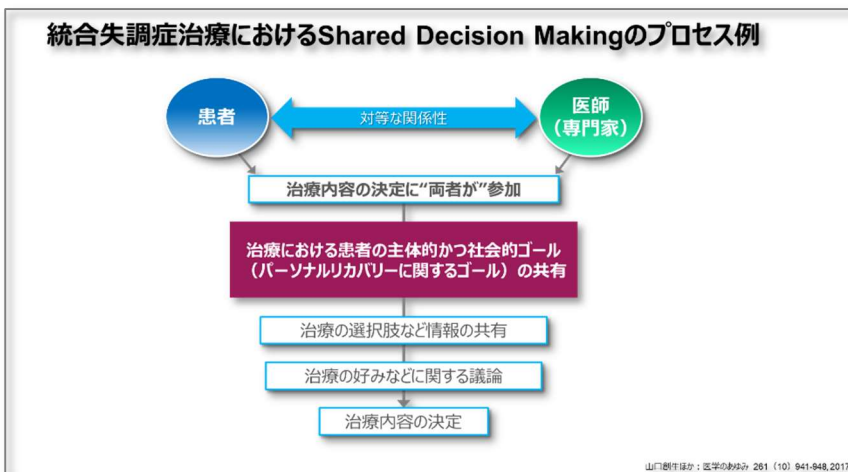
統合失調症の再発再燃を防ぐために、クライシス・プランが担う役割とは

大鶴 卓（琉球こころのクリニック 院長）

統合失調症の再発再燃を防ぐために、クライシス・プランが注目されている。当事者と支援者が協働して作成するクライシス・プランは、安定状態の維持や、悪化した場合の早期対処を目指しており、措置入院の退院支援ガイドラインなどでも再発予防対策として示されている。クライシス・プランは再発再燃だけでなく、当事者のリカバリーを促進し、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの支援ツールになりうるものである。

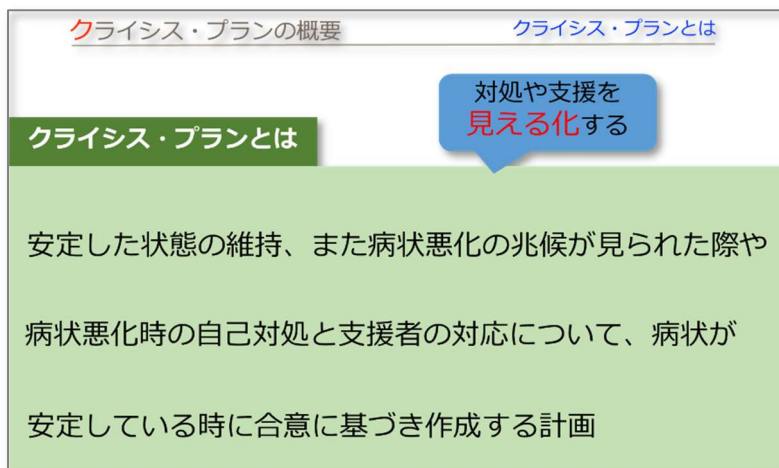


ユーザーのリカバリーは重要であり、支援者はその実現を支援する必要がある。リカバリーは臨床的リカバリー、パーソナルリカバリーに整理できる。症状の改善や機能の回復などの臨床的リカバリーは重要だが、近年は客観的、主観的リカバリーなどのパーソナルリカバリーがより重視されている。



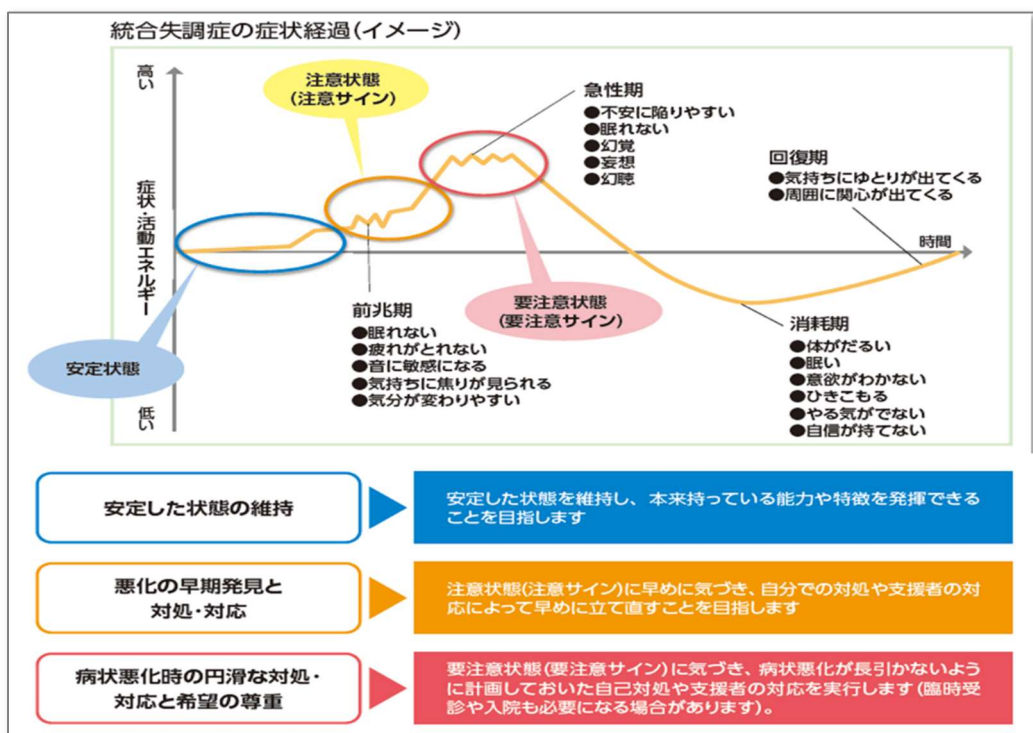
リカバリー実現のためには、ユーザーと支援者が対等な関係性にあり、ユーザーのパーソナルリカバリーのゴールを共有し、治療方針を協働して決めていく共同意思決定 (Shared Decision Making : SDM) が重視されている。SDMを行うことでアドヒアランスが向上し、統合失調症者の再

発再燃の防止が期待できる。

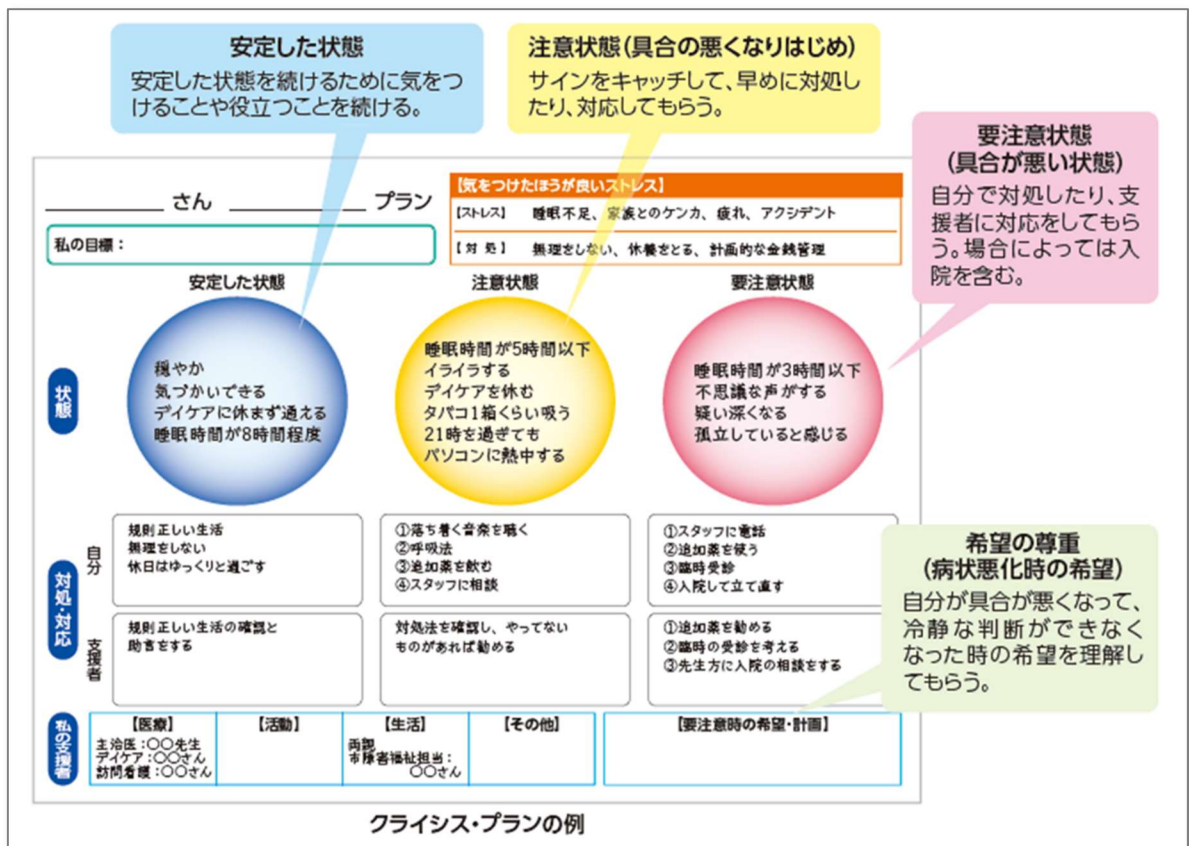


SDM は薬物療法で紹介されることが多いが、クライシス・プラン (Crisis Plan Japanese version : CP-J) などの心理教育でも有効である。

クライシス・プランは安定した状態の維持を重視しながら、病状悪化の兆候が見られた際や病状悪化時の自己対処と支援者の対応について、病状が安定している時に合意に基づき作成する計画である。それを作成することで対処や支援を見える化し、ユーザーの安定維持と悪化時の対処を支援者と協働して取り組むことができる。



クライシス・プランは安定した状態の維持を安定状態 (青色)、悪化時の早期発見と対処・対応を注意状態 (黄色)、病状悪化時の円滑な対処・対応を要注意状態 (赤色) に分け、それぞれに自分と支援者の対応・対処を記載する形式が一般的である。



また、ユーザーの目標や夢を記載し、クライシス・プランはそれを叶えるための共同計画書であることを確認することは、とても重要である。

クライシス・プラン → セルフモニタリング

状態	項目	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	○月○日	つけ方
安定しているとき	穏やか	✓							当てるはまるもの…… 当てはまらないもの……空欄
	気遣いができる	✓	✓						
	デイケアに休まず通える	✓							
注意状態	睡眠時間が5時間以下		✓						
	デイケアを休む		✓						
	イライラしやすい	✓	✓						
	タバコの本数が増える(1箱)								
要注意状態	21時を過ぎてもパソコンに熱中する	✓							
	睡眠が4時間以下		✓						
	不思議な声が聞こえる		✓						
	疎外されている感じが出てくる								
	不眠時薬の使用			23:30				時間を記入	
	不穏持薬の使用			14:00					
	睡眠時間	22→5	24→6					時間→時間	
	総合評価	青	黄					状態の色	

クライシス・プランの青、黄、赤の状態を表に転記したセルフモニタリング表は、次の面接までの状態を共有するために効果的であり、それを定期的にチェックすることは自分の状態を客観的に見る能力（メタ認知）の向上にも繋がる。



クライシス・プランは作成より活用することが重要であり、ユーザーと支援者が一緒に日常的に使うこと、ケア会議や支援者間の情報共有時に積極的に用いることで重要性が高まる。クライシス・プランが病状や支援体制が合っているかを確認し、本人が使いやすいものに加筆・修正を続けることが重要である。入院中に作成されたクライシス・プランはリスク項目が中心になりやすいため、リスク項目で本人が必要と思わないものを削り、良い状態の維持、ストレングスの項目を増やしていく必要がある。

クライシス・プランとは 8

研究結果

非同意入院を防ぐ上で最も有望な介入方法の1つである
 Bone, J. K., McCloud, T., Scott, H. R. et al. : Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis. *EClinicalMedicine*, 10, 58-67, 2019.

CP作成者の強制入院が非作成者の1/2であった
 Henderson, C., Flood, C., Leese, M. et al. : Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMj*, 329(7458), 136, 2004.

医療費が減少する可能性が78%
 Flood, C., Byford, S., Henderson, C. et al. : Joint crisis plans for people with psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333(7571), 729, 2006.

治療関係が向上する
 Thornicroft, G., Farrelly, S., Szukler, G. et al. : Clinical outcomes of Joint Crisis Plans to reduce compulsory treatment for people with psychosis: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 381(9878), 1634-1641, 2013.

当事者との関係性と関係機関の連携状況がよくなる
 狩野俊介・野村照幸：精神障害者支援のためにクライシス・プランを用いた事例の類型化とその効果。 *精神医学* 63 (4), 515-526, 2021. 8

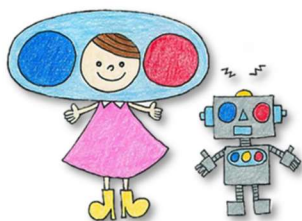
クライシス・プランを活用することで非同意入院や医療費の減少、当事者との関係性や関係機関の連携が向上することが報告されている。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムでは、ユーザーと多機関、多職種との連携が求められており、クライシス・プランの活用はその共通コアツールの1つになりうると思う。

クライシス・プラン（CP-J）で実臨床がどう変わる？ - 活用事例について

野村 照幸 （さいがた医療センター 主任心理療法士）

クライシス・プラン（CP-J）は当事者と支援者（医療スタッフ、福祉支援者など）が協力して安定した状態を維持し、病状悪化に早めに気づいて対処、対応するために、共に話し合いながら作成し、活用するツールです。しかし、病状悪化を防ぐことだけが目的ではなく、当事者のリカバリーのための手段として作成、活用していくことが重要です。今回は実例を通じて、クライシス・プランの効果的な作成、活用方法について紹介します。

2022.10.15 PPST研究会 全国セミナー



クライシス・プラン（CP-J）で 実臨床がどう変わる？ - 活用事例について

独立行政法人 国立病院機構 さいがた医療センター
主任心理療法士 野村 照幸

海外における非自発的入院をアウトカムとした介入研究についてのメタアナリシスではクライシス・プランは非自発的入院を減少させる有望な介入方法の1つであるという結果が出ている¹⁾。ただし、海外におけるクライシス・プランについては病状悪化時に焦点を当てすぎてしまい、いざ病状悪化したときにうまく活用できないケースもあり、課題となっている。

クライシス・プランのとは

クライシス・プランの定義

クライシス・プラン(CP-J)とは

対処や支援を
「見える化」する

安定した状態の維持、また病状悪化の兆候が見られた際や

病状悪化時の自己対処と支援者の対応について

病状が安定している時に合意に基づき作成する計画

CP-J=Crisis Plan Japanese versionの略です

そこで、筆者が立ち上げたクライシス・プラン研究会では我が国におけるクライシス・プランについて“安定した状態の維持”も含むものとして展開していく必要があると考え、そのようなクライシス・プランをCrisis Plan-Japanese version（CP-J）と表記し、研究や実践、普及を進めている。

クライシス・プランとは		クライシス・プランとWRAP
	WRAP (クライシス・プランの部分)	クライシス・プラン
主体	当事者	患者さん・ユーザーと支援者
連携	当事者とサポートしてくれる人 (専門的支援者は選択肢の一つ)	患者さん・ユーザーと支援者、支援者同士
中心となる作成者	当事者、ファシリテーター	患者さん・ユーザーと支援者(どの職種でもOK)

ところで、WRAPにも“クライシス・プラン”というパートが含まれているが、CP-Jと最も異なっているのはWRAPのクライシス・プランはセルフケアのためのツールであり、必ずしも医療や福祉などの専門的支援者と共有する必要はないということである。一方、CP-Jは医療や福祉などの支援者と協働して作成し、共有する。つまり、WRAPが当事者の「I (私)」のプランであるのに対して、CP-Jは当事者と支援者の「We (私たち)」のプランと位置

づけることができ、クライシス・プランを当事者自身、あるいは家族や支援者と一緒に確認し、状態に応じた対処や対応を行っていく。

クライシス・プランによる臨床現場の変化 現場経験より

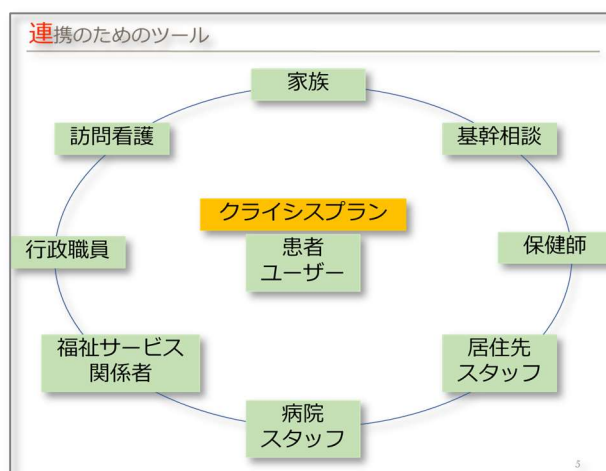
多職種・多機関連携

患者さんとの向き合い方の変化

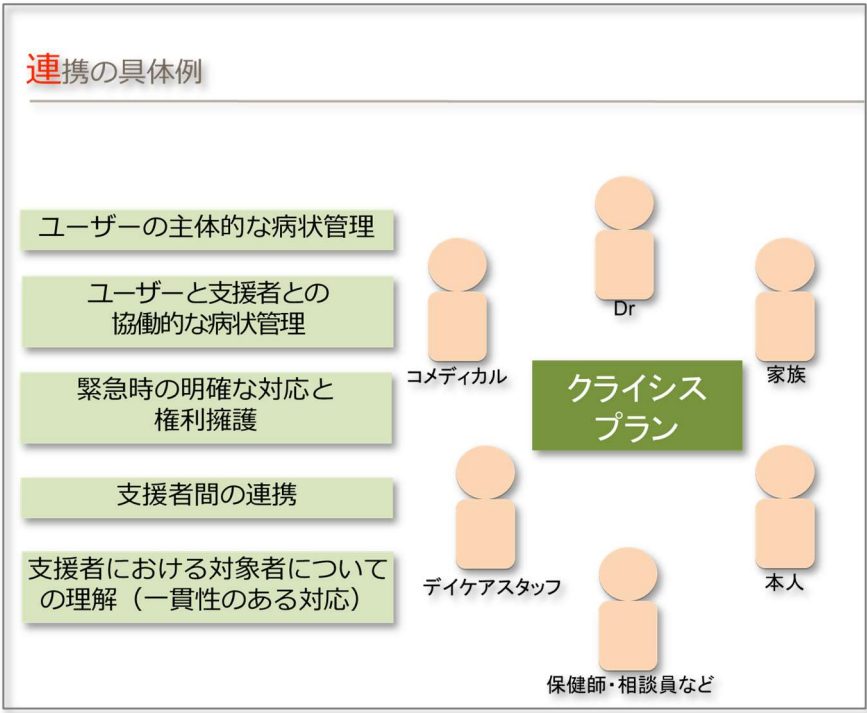
クライシス・プランによる多職種連携

支援についてのSDM

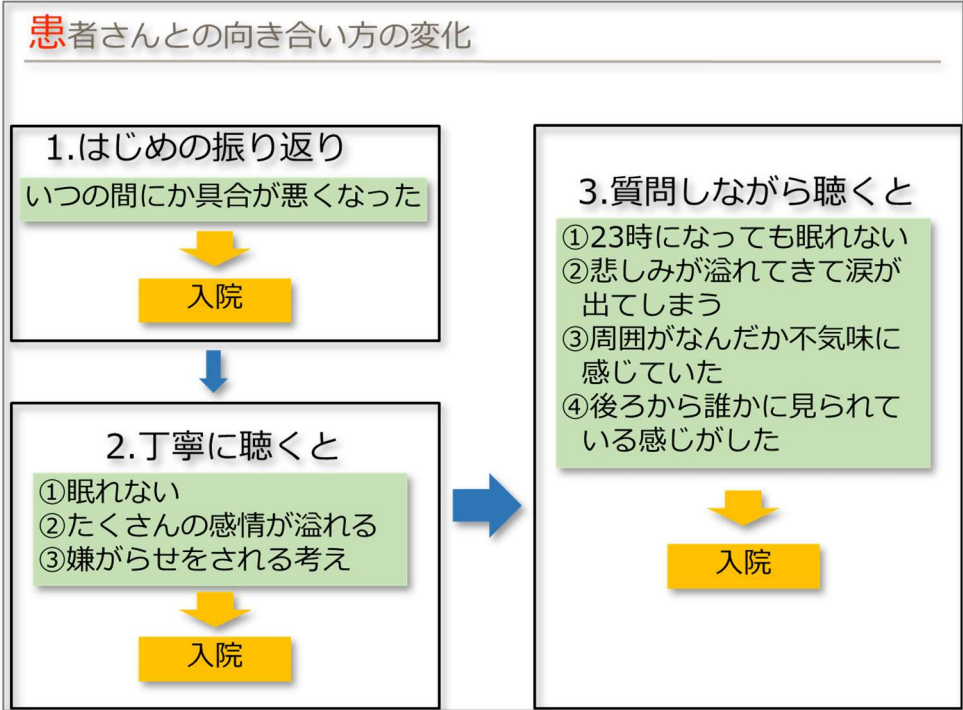
このように当事者と支援者が協働して作成し、活用していくツールであることから、当事者を中心とした多職種、多機関連携のツールとして活用しやすいこと、また作成プロセスが共同意思決定 (SDM) であり、支援関係が向上すること、病状悪化時の権利擁護につながることなど、多くの機能を有している。



今回の発表では事例を通じて作成から活用までのプロセスを報告したが、重要なことはクライシス・プランをどのような文脈で導入し、どのように共同意思決定していくかということである。



当事者は病状悪化を防ぐために生活しているわけではなく、希望や目標といったリカバリーに向けて生活していると考えます。つまり、病状悪化を防ぐことが目的ではなく、当事者のリカバリーのための手段として作成、活用していくことが何より重要である。



病状管理を目的にすると支援者は当事者にプランを“守らせよう”としてしまう可能性がある。CP-Jはリカバリーのために病状と付き合っていくためのコミュニケーションのツールとして活用されることでその機能を発揮しやすい。

クライシス・プランの有用性

多数の有効な臨床例

- 20代で発症し、2年に1度は医療保護入院をしていた方が、クライシス・プラン作成後には5年間も入院になることなく外来通院を続けることができ、その後の入院も任意入院の形態であり、現在は就労に向けて取り組んでいる
- 産後うつで医療保護入院となった方が、クライシス・プランを作成し、その後は安定的な生活、子育てを行っている
- 病識がなく、支援を拒否する方がクライシス・プランを用いて自分の納得できる状態変化を記載したプランを作成。その後、病状悪化をしては振り返る中で徐々に病識を獲得し、有効なクライシス・プランに。そのプロセスが支援者との協力関係の向上に役立った。
- 発達障害の方で、措置入院となった方がクライシス・プランを用いて家族との関係が良くなり、頻回だった頓服使用と病院への電話、夜間・休日受診がほぼ無くなった。

8

クライシス・プランの有用性

さいがた医療センターにおけるCP作成患者へのアンケート

- 前向きの気持ちで進んでやる気を起こさせる気持ちになる
- 調子を落とした時に自分がCPのどこにいるかを支援者にわかりやすく伝えることができた
- ギャンブルしようと思った時（パチンコ）、CPにのっているのでよく考えるようになった
- とても役立った
- 入院中にCPを自発的に作った経験が身について毎日のモニタリングに役立っている
- 病状が悪化する前に対応できる
- 自殺するしか手がなくなる寸前に入院させてもらえた
- 色でわかるのが良い
- 夏に調子を崩すことが多いとCPに記載があったため、夏にケア会議を毎月行ってもらえた（関係者に支援の必要性を理解してもらえた）

9

CP＝クライシス・プラン

まとめ

クライシス・プランによる協働的な病状管理

-患者・ユーザーのリカバリーに向かうための手段として用いることで、協働的に支援や治療を行うことができる

患者・ユーザー中心の支援（支援全般のSDM）

-病状のどの段階でどのような対処をし、支援者はどう支援するのかを事前に話し合い、折り合いをつけるプロセスはSDMのプロセスそのもの

多職種・多機関の連携

-それぞれの職種が取り組んだことが反映され、退院後の支援者とも協働で作成、加筆修正することで、退院後の支援を検討しやすい

効果的に使用するには関係者の理解が重要

-クライシス・プランを共通理解すること、リカバリーに向けた手段であることを共有することが重要

クライシス・プラン研究会



<https://www.crisis-plan-japan.page/>

クライシス・プラン研究会に
ぜひご参加ください

10

最後に「クライシス」とは重大な分岐点という意味がある。病状悪化という状況を乗り越えることでその体験から学び、より賢く病状と付き合っている当事者が多くいる。CP-Jはそれを支え、後押しするツールでもある。多くの臨床場面での実践を期待したい。

文献

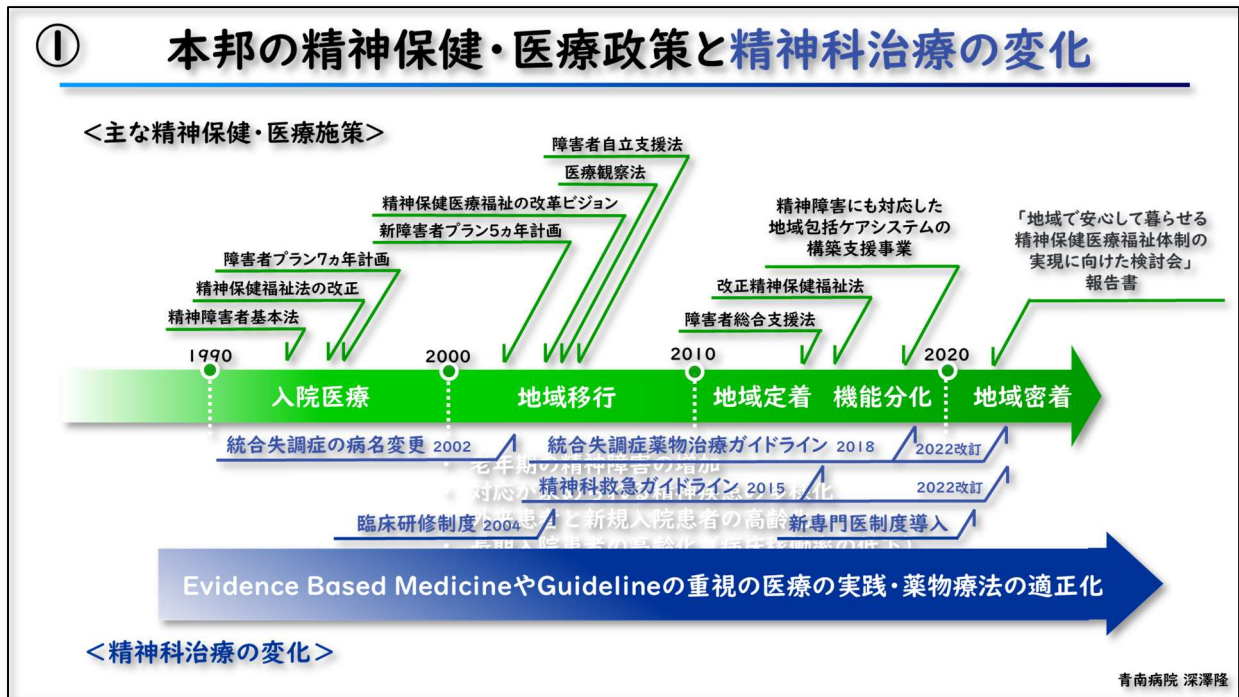
- 1) JK Bone, T McCloud, HR Scott, et al. Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis. E clinical Medicine, 10 , 58-67, 2019.

抗精神病薬の薬物動態（ADME）から考える個別化医療とは

深澤 隆 （青南病院 院長）

統合失調症の治療選択肢も増え、今まで以上に多様な治療ニーズに包括的に応えていくことが求められる時代が到来しつつある。薬物療法の治療効果を活かすためにも、患者中心のケアを推進するためにも適切な評価や治療計画を用意する必要がある。さらに薬剤の特徴を考慮した「最適化」と常に個々の患者の特徴を考慮した「個別化」が重要である。治療効果や有害事象に影響する患者要因と薬剤要因につき薬物動態の視点を交えてお話したい。それを通じてこれからの精神科医療の在り方についても考えていきたい。

抗精神病薬の治療効果を最大化するためには、適切な評価と治療計画、薬物療法の個別化が重要である。今回は、抗精神病薬の特徴や薬物動態の個人差に与える要因などを考慮した統合失調症の薬物療法の個別化について考える。



本邦の精神保健・医療政策の変遷と精神科治療の変化について①にまとめた。現在統合失調症治療は、EBM (Evidence-Based Medicine) やガイドラインを重視した医療の実践や薬物療法の適正化が強調されている。

②

統合失調症の治療課題

・リカバリーと進行予防、再発予防には、下記の治療課題やメディカルニーズへの多職種での対応が重要である。

- ✓ 服薬アドヒアランスが不良となりやすい。 → 服薬アドヒアランス
- ✓ 約80%が再発を経験する。
- ✓ 完全寛解が4分の1以下である。
- ✓ 不安症状や抑うつ症状が併存する。 → 有効性(未寛解)
- ✓ 自殺率が高い。
- ✓ 身体疾患の合併率が高い。 → 有害事象(身体疾患)
- ✓ 健康維持が困難で寿命が短い。
- ✓ 就労継続率や雇用率が低い。 → 就労・雇用
- ✓ 精神科治療へアクセスが不良である。 → 医療提供体制
- ✓ 職業的および経済的負担が大きい。 → 医療・福祉・保健

青南病院 深澤隆

一方では未だにアドヒアランス不良や身体合併症などの臨床的な問題以外にも②に示すような多くの統合失調症の治療課題が挙げられ、それぞれへの適切な対応が求められている。

③

薬物治療における個別化医療の目的

・薬物治療における個別化医療の目的は個々の患者に対する治療効果の最大化と副作用の最小化により最適化する。

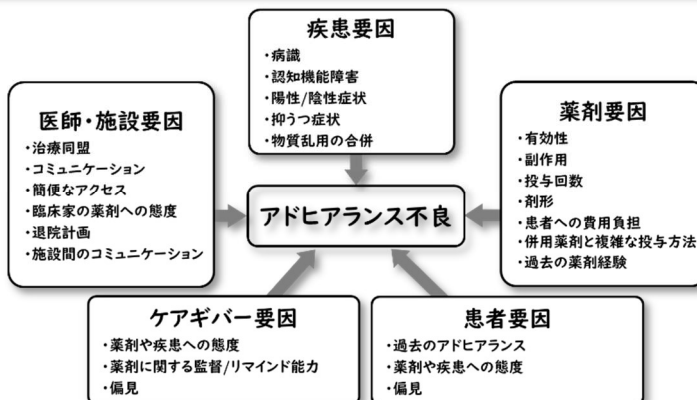
- 適切な患者に
- 適切な薬剤を
- 適切な用量で
- 適切な方法(剤型)で
- 適切なタイミングで
- 適切な期間を

南雲 明 医薬産業政策研究所 リサーチペーパー・シリーズ No. 56より引用・改変

薬物治療における個別化とは、個々の患者に対する治療効果の最大化と副作用の最小化を図ることである(③)。

④

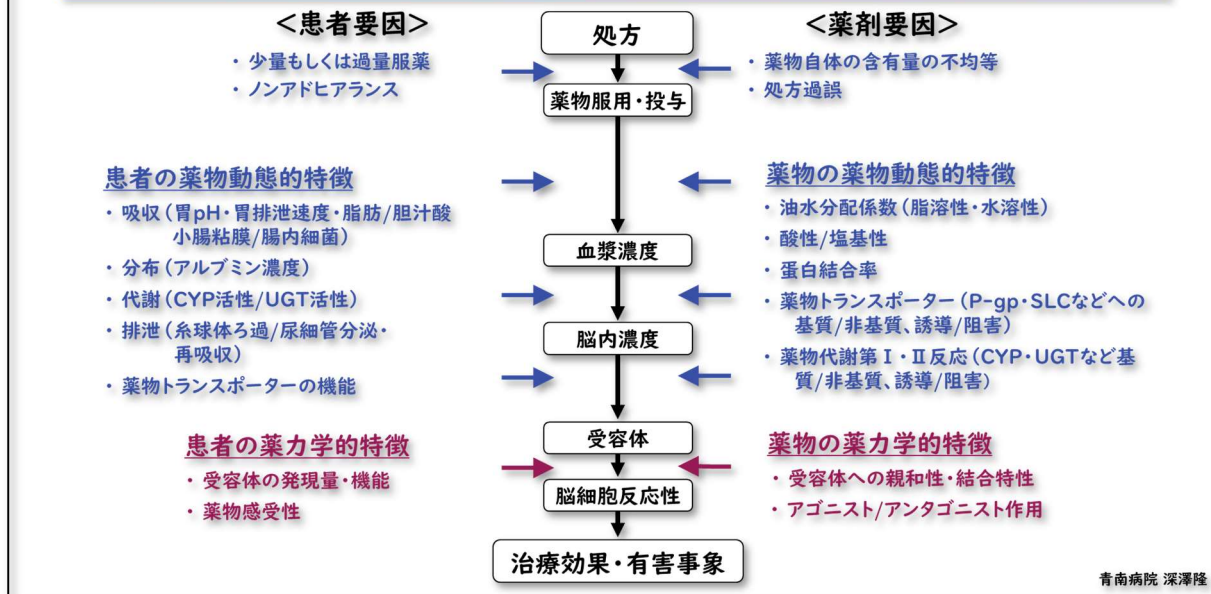
アドヒアランス不良の要因



Haddad et al. Patient Relat Outcome Meas. 2014

統合失調症患者のアドヒアランスが不良となる要因には様々な要因が考えられ(④)、特に薬剤の有効性や副作用、投与回数、剤形などを考慮した薬物療法がアドヒアランスの向上に寄与する。

⑤ 治療効果や有害事象に影響する患者要因と薬剤要因



そのため、薬剤の薬理的特徴や患者の精神症状やメディカルニーズ、生活習慣・リズムなどを把握した上で、治療効果や有害事象に影響する患者要因と薬剤要因、さらに両者の薬力学的要因と薬物動態的要因などを考慮した薬物療法を実践することが重要である (⑤)。

⑥ 抗精神病薬の受容体結合親和性 (in vitro)

		結合親和性 (Ki値:nM)							
		D ₂	5-HT _{2A}	5-HT _{1A}	5-HT ₇	5-HT _{2C}	H ₁	α ₁	M ₁
SDA	プロナンセリン ^{a)}	0.142	0.812	804	183	26.4	765	26.7*	100
	ルラシドン ^{b)}	0.994	0.47	6.38	0.495	415***	>1000##	47.9*	>1000##
	リスベリドン ^{a)}	2.2	0.29	210	3	10	19	1.4	2800
	パリエリドン ^{a)}	6.6	0.83	1030	6.8	19	34	11#	>10000
MARTA	オランザピン ^{a)}	11*	2.5	>1000*	104*	28.6	7*	19*	1.9*
	クエチアピン ^{a)}	180	220	230	1800	1400	8.7	15	100
DSS	アリピプラゾール ^{a)}	0.3	0.47	0.12	3.7	34	19	3.8#	>1000
	ブレクスピプラゾール ^{a)}	0.34	3.4	1.7	39	15	61	57*	>1000**
	ハロペリドール ^{a)}	1.4	120	3600	1100	4700	440	4.7	1600

Ki:阻害定数 IC₅₀:50%阻害濃度 *:ラット由来 **:ウシ由来 ***:ブタ由来 #:α_{1A}受容体 ##:モルモット由来 (IC₅₀)
 その他は組換え型ヒト受容体発現細胞膜標品を使用 a)鈴木幹生ほか:日薬理誌,154:275,2019 b)ラッザグ医薬品インタビューフォーム

多田羅納加ほか:臨床精神薬理,24:327,2021を一部改変

薬剤の薬力学的特徴を活かした薬剤選択には、ドパミン D2 受容体やセロトニン 2A 受容体を始めとした受容体結合親和性が重要な指標となる。また副作用に関連する受容体への結合親和性が弱い薬剤を選択することは、急性期のみならず維持期においても有害事象や副作用を回避することにつながる (⑥)。

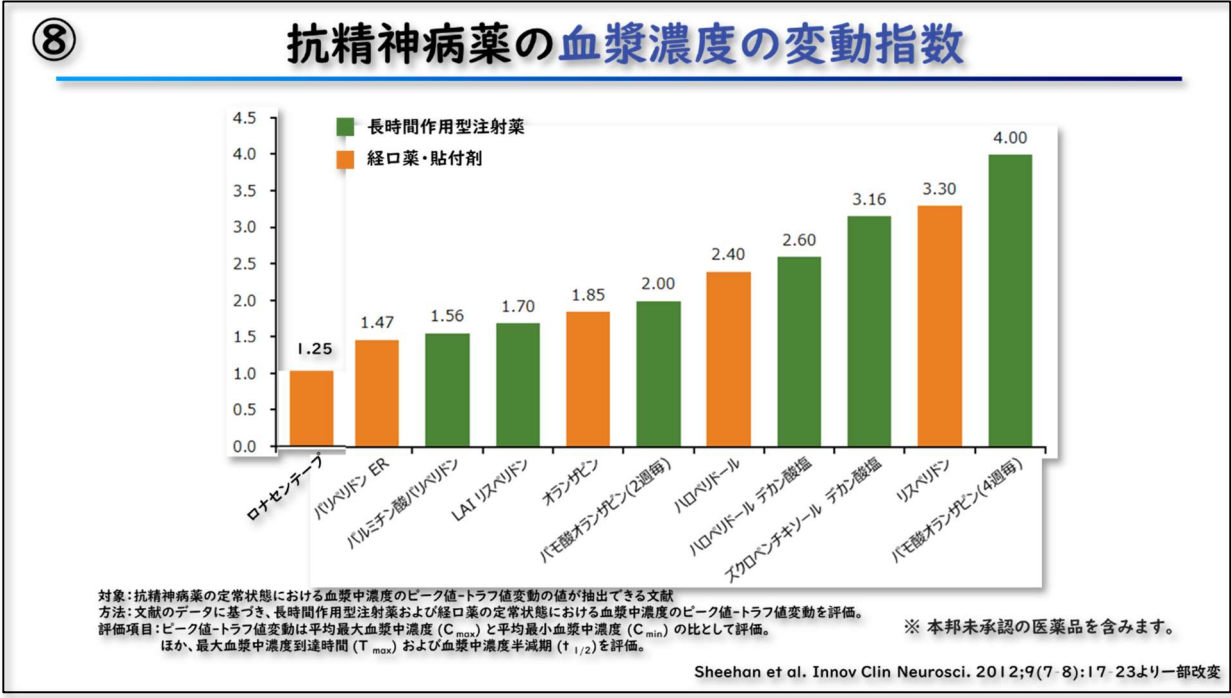
⑦ **薬物動態における個人差の要因**

・ 向精神薬の良好な治療応答を得るためには、下記の患者の薬物動態に影響を与える要因を考慮した薬物療法を実践することが重要である。

- ・ 薬物動態に関する遺伝子の変異
- ・ 性別
- ・ 年齢
- ・ 併用薬・嗜好品・食事
- ・ 体格
- ・ 身体疾患・身体の状態
(肝機能・腎機能・腸管運動・嚥下機能を含む)

「臨床精神神経薬理学テキスト」日本臨床精神神経薬理学学会専門委員会編纂より改定・引用

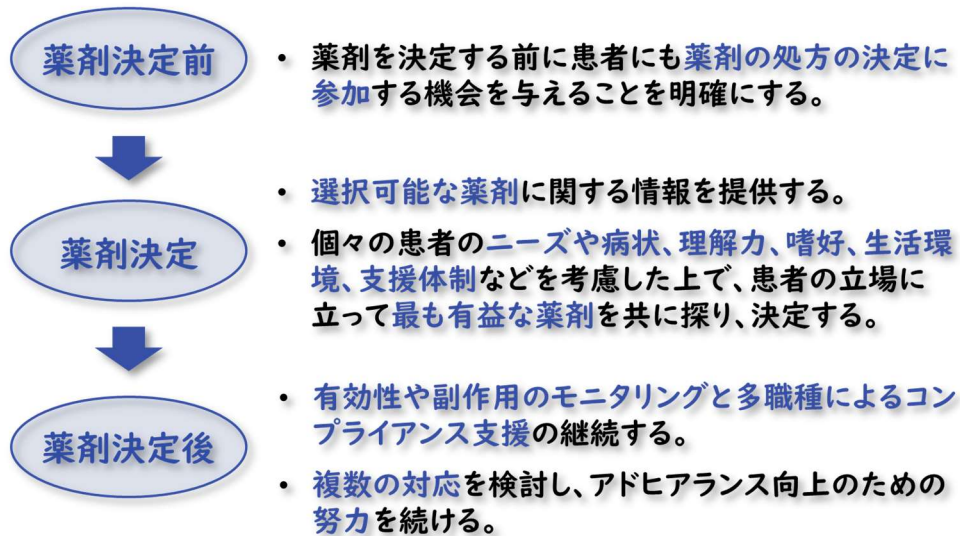
作用部位での薬物の濃度や体内での薬物動態を規定する四つの過程である Absorption (吸収)、Distribution (分布)、Metabolism (代謝)、Excretion (排泄)の頭文字として ADME と呼ばれている。抗精神病薬の薬物動態は、性別や年齢、併用薬・食事、嗜好品など多くの患者要因が ADME へ影響し、個人差が大きいことが知られている (⑦)。



特に代謝に関与する肝酵素である CYP (Cytochrome P450) や吸収・分布・排泄に関与する薬物トランスポーターの1つである P-gp (P-glycoprotein) に関する薬剤の特徴を考慮し、薬剤や剤形の選択や用量の調整、薬物相互作用の予防を検討すべきである。また薬剤の剤型ごとの薬物動態的特徴を考慮することも重要である。経皮吸収製剤は、皮膚から直接全身血行へ移行するため消化管や肝臓での代謝の影響を受けず、薬剤の血中濃度の変動が少ない (⑧) などの特徴を有する。血中濃度の変動が少ない薬剤は、精神症状の安定や副作用の低減などに寄与する可能性が考えられるため経皮吸収製剤は貴重な選択肢の1つである。

⑨

抗精神病薬の選択と薬剤決定の流れ



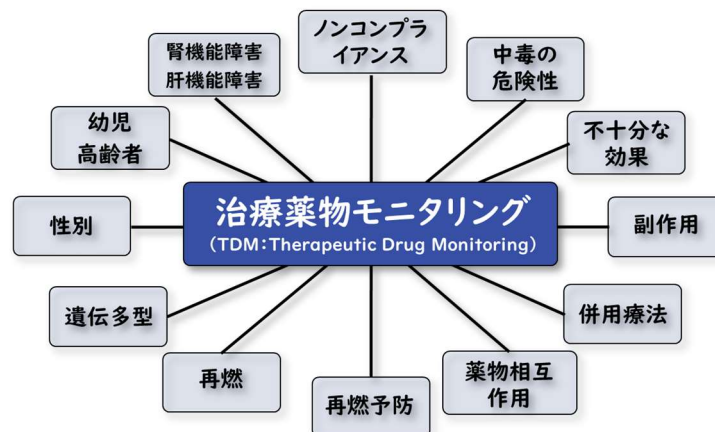
Keepers GA, et al., Am J Psychiatry. 2020 Sep 1;177(9):868-872.を演者訳

さらに薬剤決定前、薬剤決定、薬剤決定後と長期に渡り、患者さん視点で薬剤選択と用量調整を行うことも重要である。最新の American Psychiatric Association のガイドラインでも、患者さんの治療に関連した好みや治療反応に関する情報を収集したうえで、他の薬剤との比較をしつつ薬物療法のベネフィットとリスクについて話し合うことを推奨している (⑨)。

⑩

課題解決のための治療薬物モニタリング

- ・ 患者中心の薬物療法の個別化を实践するためには、治療薬物モニタリング (TDM) と適切な情報共有、多職種チーム医療の实践が必要不可欠である。



上記のTDMの図は、Hiemke et al. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008.を参照し、演者が訳したものである。

抗精神病薬の治療効果を最大化するためには、治療薬物モニタリング (TDM: Therapeutic Drug Monitoring) の考えた方に基づいた患者さん中心の薬物療法実践し、可能な限り個別化することが重要である (⑩)。患者さんが地域で安心して生活できるように精神科多職種チームで TDM を実践し、アドヒアランス支援を継続することが患者さんの真のリカバリーにつながると考える。

Ⅲ. あとがき／賛助会員のご案内

PPST研究会ニューズレター第24号をお届けします。

今回は2022年10月15日にオンライン形式で開催されたPPST全国セミナーの3つの講演をコンパクトにまとめてご紹介しました。ニューズレター23号でも申しあげましたが、読者各位もオンライン形式に大分慣れてきたことと推察いたしますものの、あらためて紙面でご確認いただく意義は変わらないと考えています。

大鶴卓先生は統合失調症の患者さんのリカバリー実現のために共同意思決定（SDM）が重要であり、クライシス・プランを共同で作成・活用することによって、セルフモニタリングにもつながり、メタ認知の向上にも寄与することを説明され、さらにそれにより再発を予防する、治療関係が向上するなどの研究結果も紹介されました。

野村照幸先生は、クライシス・プランの活用事例やご自身が立ち上げられたクライシス・プラン研究会を紹介され、連携や患者さんへの向き合い方の変化などについて説明されています。

深澤隆先生は「抗精神病薬の薬物動態（ADME）から考えた個別化医療とは」というタイトルで、治療効果や有害事象に影響する患者・薬剤要因に言及されながら、薬剤プロファイルや血漿濃度の変動指数などを勘案しながら薬剤を決定し、治療薬物モニタリングをしていくことの重要性を強調されました。

どれも基盤にあるのは患者さんとの話し合いの上での決定であり、パターン化しないオーダーメイドの関わりであることを勉強させていただきました。

なお、今回お届けする内容の詳細版を、PPST研究会賛助会員にPPST Bulletinとしてお届けします。これは講演内容をテープ起こしして、ほぼ全部のスライドを掲載するものです。当日参加できなかった方にも内容が生き生きと伝わると思います。賛助会員（法人）には、このPPST Bulletinの無料配布のほか、PPST研究会が開催するセミナーに5人まで参加費免除でご参加いただける特典もございます。下記の賛助会員制度のご紹介をご参照ください。

次のページに賛助会員の申し込み用紙がございます。

研究会ホームページのURLは <http://www.secretariat.ne.jp/ppst/> です。

(PPST編集委員会 加瀬昭彦 安西信雄 丹羽真一)

PPST 研究会 賛助会員制度のご紹介

1. 目的

PPST研究会活動の理念に賛同する全国の精神科病院・クリニック・大学等の先生方にご加入いただいて、ご一緒にPPST研究会の活動を進めること、そして当協会のブロック幹事になっていただいて地域のセミナーの企画・実施にご協力いただくことが目的です。

2. 賛助会員にお願いする役割と特典

ブロック幹事として地域のセミナーの企画・実施にご協力いただく
ホームページやニューズレター等に病院紹介などの記事をご紹介いただく
PPSTニューズレター（各地のセミナー内容、新情報、病院訪問など）を受取る
貴施設に所属される職員は5人までPPST研究会セミナーへの参加費免除と致します

3. 賛助会員会費

賛助会員（法人） 一口 年2万円

賛助会員（個人） 年1万円

☆お申込は別紙の「賛助会員（法人）」または「賛助会員（個人）」の申込書にご記入の上、
（株）コンベンションリンケージ内 PPST研究会事務局代行 Tel. 03-3263-8697, e-mail:
PPST@c-linkage.co.jp にお送りください。

申込書が届き次第、振込先等を事務局代行からご連絡させていただきます。

PPST研究会 賛助会員申込書

☆下記の「法人」または「個人」の該当する方にご記入ください。

賛助会員(法人)申込書

入会申込日_____年_____月_____日

※貴施設名 : _____

※代表者お名前 : _____

※ご担当者お名前 : _____ フリガナ : _____

※ご担当者お役職 : _____

※貴施設ご住所 : (〒_____ - _____) _____

※TEL : _____ ※FAX : _____

※ご担当者E-mail : _____

年会費 **賛助会員(法人)** 一口 20,000円 申込み口数【 _____ 口】

※当研究会ホームページの賛助会員名簿への貴法人名の掲載【希望する 希望しない】

賛助会員(個人)申込書

入会申込日_____年_____月_____日

※お名前 : _____

※フリガナ : _____

※ご所属施設 : _____

※お役職 : _____

※貴施設ご住所 : (〒_____ - _____) _____

※TEL : _____ ※FAX : _____

※E-mail : _____

年会費 **賛助会員(個人)** 10,000円

※当研究会ホームページ内の賛助会員名簿へのお名前の掲載【希望する 希望しない】

申込書
送付先

〒102-0075 東京都千代田区三番町2 三番町KSビル
株式会社コンベンションリンクージ内 PPST研究会事務局 行

E-mail : ppst@c-linkage.co.jp

Fax : 03-3263-8687