

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
<b>ピモジド</b>	オーラップ	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
統合失調症 小児の自閉性障害、精神遅滞に伴う下記の症状 動き、情動、意欲、対人関係等にみられる異常行動 睡眠、食事、排泄、言語等にみられる病的症状 常同症等がみられる精神症状	統合失調症： 次の量を1日1回、必要に応じ2～3回に分割し、経口投与する。 初期量は1～3mg、症状に応じ4～6mgに漸増する。最高量は9mgまでとする。維持量は通常6mg以下である。症状に応じ適宜増減。1日1回の投与の場合は朝の投与が望ましい。  小児の自閉性障害等： 小児には1日1回1日量1～3mgを経口投与する。年齢・症状により適宜増減し、1日量6mgまで増量可。場合により1日2回に分割投与することもできる。 なお、本剤投与により安定した状態が得られた場合、適当な休薬期間を設け、その後の投薬継続の可否を決めること。	錐体外路症状等の副作用が起こりやすい。	患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。	

#### 薬物動態

統合失調症患者にピモジド6mgを24時間間隔で4回投与した場合、各回投与8時間後の血漿中濃度は徐々に上昇したが、3回目の投与8時間後の血漿中濃度と4回目のそれとは差がみられなかった。  
(注)本剤の承認された1日最高量は「統合失調症」の場合は9mgである。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
24mg：約8 hr (統合失調症患者(外国人))	-	24mg：約53 hr (統合失調症患者(外国人))	-

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	HIVプロテアーゼ阻害剤(リトナビル(ノービア)等、)	QT延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、本剤の血中濃度↑
禁忌	アゾール系抗真菌剤(外用剤を除く)(イトラコナゾール(イトリゾール)等)	QT延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、本剤の血中濃度↑
禁忌	クラリスロマイシン(クラリス、クラリシッド)	QT延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、本剤の血中濃度↑
禁忌	エリスロマイシン(アイロタイシン、アイロゾン、エリスロシン等)	QT延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、本剤の血中濃度↑
禁忌	パロクセチン(パキシル)	QT延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、本剤の血中濃度↑
禁忌	フルボキサミン(ルボックス、デプロメール)	QT延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、本剤の血中濃度↑
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体、麻酔剤等)	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	メトクロプラミド	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ドンペリドン	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ドパミン作動薬(レボドパ等)	相互に作用↓	拮抗作用
注意	アルコール((飲酒))	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	グレープフルーツジュース	QT延長、心室性不整脈等 グレープフルーツジュースとの同時服用をしないように注意する。	CYP3A4阻害により、本剤の血中濃度↑

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
プロクロルペラジン	ノバミン	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
統合失調症、術前・術後等の悪心・嘔吐	1日5～20mgを分割経口投与する。精神科領域において用いる場合には、通常、成人1日15～45mgを分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減。		起立性低血圧、錐体外路症状、脱力感、運動失調、排泄障害等が起こりやすい。	患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。
薬物動態	-			
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
-	-	-	-	

併用禁忌	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	アドレナリン(ボスミン)	血圧降下	本剤の $\alpha$ 受容体遮断作用により、 $\beta$ 受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体、麻酔剤等)	中枢神経抑制作用↑ 減量するなど慎重に投与する。なお、バルビツール酸誘導体等の抗痙攣作用は、フェノチアジン系薬剤との併用によっても増強されることはないため、この場合抗痙攣剤は減量してはならない。	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	降圧剤	血圧↓ 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	抗コリン作用を有する薬剤(原文:「アトロピン様作用を有する薬剤」)	抗コリン作用↑ 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	リチウム	心電図変化、重症の錐体外路症状、持続性のジスキネジア、突発性の悪性症候群、非可逆性の脳障害 観察を十分に行い、慎重に投与する。なお、このような症状があらわれた場合には投与を中止す	機序は不明
注意	ドンペリドン	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状 観察を十分に行い、慎重に投与する。	相加作用
注意	メトクロプラミド	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状 観察を十分に行い、慎重に投与する。	相加作用
注意	ドパミン作動薬(レボドパ製剤、プロモクリプチンメシル酸塩)	相互に作用↓ 投与量を調節するなど慎重に投与する。	拮抗作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
<b>プロベリシアジン</b>	ニューレプチル、イリヤキン	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
統合失調症	1日10～60mgを分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減。		起立性低血圧、錐体外路症状、脱力感、運動失調、排泄障害等が起こりやすい。	患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
-	-	-	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	アドレナリン(ボスミン)	血圧降下	本剤の $\alpha$ 受容体遮断作用により、 $\beta$ 受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体、麻酔剤等)	中枢神経抑制作用↑ 減量するなど慎重に投与する。なお、バルビツール酸誘導体等の抗痙攣作用は、フェノチアジン系薬剤との併用によっても増強されることはないため、この場合抗痙攣剤は減量してはならない。	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	降圧剤	血圧↓ 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	抗コリン作用を有する薬剤(原文:「アトロピン様作用を有する薬剤」)	抗コリン作用↑ 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	リチウム	心電図変化、重症の錐体外路症状、持続性のジスキネジア、突発性の悪性症候群、非可逆性の脳障害	機序は不明
注意	ドンペリドン	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状 観察を十分に行い、慎重に投与する。	相加作用
注意	メクロプラミド	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状 観察を十分に行い、慎重に投与する。	相加作用
注意	ドパミン作動薬(レボドパ製剤、プロモクリプチンメシル酸塩)	相互に作用↓ 投与量を調節するなど慎重に投与する。	拮抗作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
クエチアピン	セロクエル	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
統合失調症	1回25mg、1日2又は3回より投与を開始し、患者の状態に応じて徐々に増量する。通常、1日投与量は150～600mgとし、2又は3回に分けて経口投与する。年齢・症状により適宜増減。ただし、1日量として750mgを超えないこと。		非高齢者に比べてクエチアピンの経口クリアランスが30～50%低く、AUCは約1.5倍であり、高い血中濃度が持続する傾向が認められている。また、海外臨床試験において非高齢者と比較し、起立性低血圧の発現頻度が増加する傾向が認められている。	少量(例えば1回25mg1日1回)から投与を開始し、1日増量幅を25～50mgにするなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

**薬物動態**

統合失調症患者にクエチアピンを1回用量25～100mgの範囲で漸増して1日2回反復経口投与した。非高齢者では、投与約2.6時間後に最高血漿中濃度(平均397ng/mL)に達した。血漿中からのクエチアピンの消失は速やかであり、半減期は3.5時間であった。また、高齢者における血漿中濃度は非高齢者よりも高く推移し、高齢者のAUC<sub>0-12h</sub>(平均2.59 μg・h/mL)は非高齢者(平均1.69 μg・h/mL)の約1.5倍であった。(錠剤投与時のデータ)

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
統合失調症患者 100mg(非高齢者): 2.6±0.7hr 100mg(高齢者): 2.9±0.3hr  外国人統合失調症患者 75mg(男): 1.0(0.5-3.0)hr 75mg(女): 1.0(0.5-3.0)hr 150mg(男): 1.0(0.5-4.0)hr 150mg(女): 1.5(0.5-4.0)hr 250mg(男): 1.5(0.5-4.0)hr 250mg(女): 1.5(1.0-3.0)hr  健康成人男子 25mg: 0.72±0.19hr  外国人 25mg(肝障害患者): 1.0(0.5-1.5)hr 25mg(健康成人): 1.25(0.6-3.0)hr	統合失調症患者 100mg(非高齢者): 397±57ng/mL 100mg(高齢者): 483±96ng/mL  外国人統合失調症患者 75mg(男): 277±54ng/mL 75mg(女): 294±41ng/mL 150mg(男): 625±121ng/mL 150mg(女): 572±63ng/mL 250mg(男): 778±108ng/mL 250mg(女): 879±72ng/mL  健康成人男子 25mg: 5.29±31.43ng/mL  外国人 25mg(肝障害患者): 78.5±14.4ng/mL 25mg(健康成人): 53.0±3.5ng/mL	統合失調症患者 100mg(非高齢者): 3.5±0.2hr 100mg(高齢者): 3.6±0.3hr  外国人統合失調症患者 75mg(男):(投与後3～8hrのt1/2) 2.7±0.1hr 75mg(女):(投与後3～8hrのt1/2) 3.4±0.3hr 150mg(男):(投与後3～8hrのt1/2) 3.0±0.3hr 150mg(女):(投与後3～8hrのt1/2) 4.4±0.8hr 250mg(男):(終末相のt1/2) 5.8±0.3hr 250mg(女):(終末相のt1/2) 6.6±0.8hr  健康成人男子 25mg: 2.88±0.59hr  外国人 25mg(肝障害患者): 5.5±1.0hr 25mg(健康成人): 3.1±0.2hr	統合失調症患者(AUC <sub>0-12</sub> ) 100mg(非高齢者): 1.69±0.19 μg・h/mL 100mg(高齢者): 2.59±0.54 μg・h/mL  外国人統合失調症患者(AUC <sub>0-8</sub> ) 75mg(男): 1.07±0.19 μg・h/mL 75mg(女): 1.20±0.17 μg・h/mL 150mg(男): 2.30±0.33 μg・h/mL 150mg(女): 2.41±0.34 μg・h/mL 250mg(男): 3.38±0.46 μg・h/mL 250mg(女): 4.08±0.53 μg・h/mL  健康成人男子 25mg:(AUC <sub>0-24</sub> ) 72.0±77.1 μg・h/mL  外国人 25mg(肝障害患者):(AUC <sub>0-∞</sub> ) 0.386±0.077 μg・h/mL 25mg(健康成人)(AUC <sub>0-∞</sub> ): 0.248±0.020 μg・h/mL

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	エピネフリン(ボスミン)	重篤な血圧降下	本剤のα受容体遮断作用により、β受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤	中枢神経抑制作用↑ 個々の患者の症状及び忍容性に注意し、慎重に投与する。	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑ 個々の患者の症状及び忍容性に注意し、慎重に投与する。	相加作用
注意	CYP3A4誘導作用を有する薬剤注(フェニトイン、カルバマゼピン、バルビツール酸誘導体、リファンピシン等)	本剤の作用↓	CYP3A4の誘導により、本剤のクリアランス↑(外国人でクリアランスが約5倍↑、Cmaxが66%↓、AUCが80%↓)
注意	チオリダジン	本剤の作用↓ これらの薬剤を投与中止する場合には、本剤の減量を要することがある。	外国人で本剤のクリアランスが1.7倍↑Cmax及びAUCが40～50%↓
注意	CYP3A4阻害作用を有する薬剤(エリスロマイシン、イトラコナゾール等)	本剤の作用↑ 個々の患者の症状及び忍容性に注意し、慎重に投与する。	CYP3A4の非競合的に阻害により、本剤のクリアランス↓(外国人におけるケトコナゾール併用例において、本剤の血漿中濃度↑)

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
リスベリドン	リスパダール、リスベリドン	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
統合失調症	1回1mg1日2回より始め、徐々に増量する。維持量は通常1日2～6mgを原則として1日2回に分けて経口投与する。年齢・症状により適宜増減。但し、1日量は12mgをこえないこと。		錐体外路症状等の副作用があらわれやすく、また、腎機能障害を有する患者では最高血漿中濃度が上昇し、半減期が延長することがある。	少量(1回0.5mg)から投与するなど、患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。

薬物動態

(外国人での成績)

健康成人、高齢者、肝機能障害患者及び腎機能障害患者にリスベリドン1mg錠を経口投与した場合、健康成人に比べ、腎機能障害患者では未変化体及び9-ヒドロキシリスベリドンの、高齢者では9-ヒドロキシリスベリドンの消失半減期の延長とAUCの増大が認められた。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
内用液1gm未変化体： 0.81±0.22 hr 内用液1gm主代謝物： 2.67±2.45 hr 錠1mg未変化体： 1.13±0.36 hr 錠1mg主代謝物： 3.27±2.54 hr (Maan±SD, n=21, 健康成人) (経口単回投与)(日本人)	内用液1gm未変化体： 7.26±4.09 ng/mL 内用液1gm主代謝物： 5.39±2.00 ng/mL 錠1mg未変化体： 7.01±3.82 ng/mL 錠1mg主代謝物： 5.19±1.87 ng/mL (Maan±SD, n=21, 健康成人) (経口単回投与)(日本人)	内用液1gm未変化体： 3.57±2.16 hr 内用液1gm主代謝物： 20.91±3.72 hr 錠1mg未変化体： 3.91±3.25 hr 錠1mg主代謝物： 21.69±4.21 hr (Maan±SD, n=21, 健康成人) (経口単回投与)(日本人)	内用液1gm未変化体： 34.84±35.81 ng·hr/mL 内用液1gm主代謝物： 116.54±32.04 ng·hr/mL 錠1mg未変化体： 35.50±35.67 ng·hr/mL 錠1mg主代謝物： 115.54±30.08 ng·hr/mL (Maan±SD, n=21, 健康成人) (経口単回投与)(日本人)

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	アドレナリン(ボスミン)	血圧降下	本剤のα受容体遮断作用により、β受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	中枢神経抑制作用↑ 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	ドパミン作動薬	相互に作用↓	拮抗作用
注意	降圧薬	血圧↓	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	カルバマゼピン	本剤の作用↓	カルバマゼピンの薬物代謝酵素誘導により、本剤のよび活性代謝物の代謝↑により血中濃度↓

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
スピペロン	スピロピタン	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
統合失調症	1日0.5～1.5、以後漸増しスピペロンとして1日1.5～4.5を経口投与する。年齢・症状に応じて適宜増減。		錐体外路症状が起こりやすい。	少量から投与を開始するなど慎重に投与すること。
薬物動態				
-				
T <sub>max</sub>	C <sub>max</sub>	T <sub>1/2</sub>	AUC	
-	-	-	-	

併用禁忌	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
	エピネフリン(ボスミン)	重篤な血圧低下	本剤の $\alpha$ 受容体遮断作用により、 $\beta$ 受容体刺激作用が優位となり、血圧低下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体等)	中枢神経抑制作用↑ 減量するなど注意する。	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑ 用量を調節するなど注意する。	相加作用
注意	タンドスピロン	錐体外路症状↑	相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
スルピリド	ドグマチール、ミラドール、アピリット、スルピリド、マーゲノール、ベタマック、クールスパン、ケイチール、シーグロ、マカノ、ボン、マカール	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
胃・十二指腸潰瘍、統合失調症、うつ病・うつ状態	<p>胃・十二指腸潰瘍： 1日150mgを3回に分割経口投与する。症状により適宜増減。</p> <p>統合失調症： 1日300～600mgを分割経口投与する。なお年齢、症状により適宜増減し、1日1,200mgまで増量可。</p> <p>うつ病・うつ状態： 1日150～300mgを分割経口投与する。年齢、症状により適宜増減し、1日600mgまで増量可。</p>	本剤は、主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多く、高い血中濃度が持続するおそれがあるので、副作用（錐体外路症状等）の発現に注意する。	用量並びに投与間隔に留意するなど慎重に投与すること。	
薬物動態				
スルピリド錠100mg「アメル」と標準製剤を、クロスオーバー法によりそれぞれ1錠（スルピリドとして100mg）を絶食単回経口投与して血漿中未変化体濃度を測定し、得られた薬物動態パラメータ（AUC、Cmax）について統計解析を行った結果、両剤の生物学的同等性が確認された。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
スルピリド錠50mg：約2 hr	スルピリド錠50mg：0.16 μg/mL	スルピリド錠50mg：6.1 hrで消失した	スルピリド錠100mg「アメル」：2601.80	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	QT延長を起こすことが知られている薬剤（チジギタリス剤（ジゴキシン、ジギトキシン等）	QT延長、心室性不整脈等	相加作用（本剤もQT間隔を延長させるおそれ
注意	ベンザミド系薬剤（メクロプラミド、チアプリド	ジギタリス剤飽和時の指標となる悪心・嘔吐、食	本剤の制吐作用による。
注意	フェノチアジン系薬剤（クロルプロマジン等）	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ブチロフェン系薬剤（ハロペリドール等）	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	中枢神経抑制剤（バルビツール酸誘導体、	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	ドパミン作動薬（レボドパ等）	相互に作用↓	拮抗作用
注意	アルコール（飲酒）	中枢神経抑制作用↑	相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
<b>スルトプリド</b>	バルネチール、パチール、スタドルフ	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
躁病、統合失調症の興奮及び幻覚・妄想状態	1日300～600mgを分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減し、1日1,800mgまで増量可。	副作用(過利鎮静、錐体外路症状等)の発現に注意する。本剤は主として腎臓から排泄されるが、高齢者では腎機能が低下していることが多いため、高い血中濃度が持続するおそれがある。	少量から投与を開始するなど慎重に投与すること。	

**薬物動態**

反復経口投与時の血中濃度の推移は、単回経口投与時と比較して変化はみられず、蓄積性は認められなかった。

Tmax	Cmax	T1/2	AUC
100mg(錠) : 1.0±0.4 hr 100mg(細粒) : 1.1±0.4 hr (mean±SD, 健康成人)	100mg(錠) : 0.4±0.1 μg/mL 100mg(細粒) : 0.4±0.1 μg/mL (mean±SD, 健康成人)	50mg(錠) : 約3 hr 50mg(細粒) : 約3 hr (mean±SD, n=6, 健康成人)	100mg(錠) : 2.0±0.5 μg·hr/mL 100mg(細粒) : 1.9±0.4 μg·hr/mL (mean±SD, 健康成人)
スタドルフ細粒100mg(50%) : 0.9±0.4 hr (mean±SD, n=12, 健康成人男子)	スタドルフ細粒100mg(50%) : 0.33±0.07 μg/mL (n=12, 健康成人)	スタドルフ細粒100mg(50%) : 3.1±0.4 hr	スタドルフ細粒100mg(50%) : 1.54±0.39 μg·hr/mL

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	QT延長を起こすことが知られている薬剤(チオリダジン(メレルル)、イミプラミン(トフラニール)、ピモジド(オーラップ)等)	QT延長、心室性不整脈等	相加作用(本剤もQT間隔を延長させるおそれがある)
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体、麻酔剤等)	中枢神経抑制作用↑ 減量するなど注意する。	相加作用
注意	アルコール(飲酒)	中枢神経抑制作用↑ 減量するなど注意する。	相加作用
注意	エピネフリン	重篤な血圧低下	本剤のα受容体遮断作用により、β受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	ドパミン作動薬(レボドパ等)	相互に作用↓	拮抗作用



一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
チオリダジン	メレル	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
-	-		-	-
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2		AUC
-	-	-		-
併用 注意	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子	
			0	

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
チミペロン	トロペロン、セルマニル	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
統合失調症	1日0.5～3mgよりはじめ徐々に増量し、通常成人1日3～12mgを分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減。	錐体外路症状等の副作用があらわれやすい。	少量から投与を開始するなど患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。	
薬物動態				
本剤の血中からの消失には大きな個人差が認められた。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
統合失調症患者 6mg : 3.286±0.561 hr	統合失調症患者 6mg : 5.947±1.873 ng/mL	統合失調症患者 6mg : 5.906±2.664 hr	-	

併用禁忌	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
	アドレナリン(ボスミン)	重篤な血圧降下	本剤の $\alpha$ 受容体遮断作用により、 $\beta$ 受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制薬((バルビツール酸誘導体等))	中枢神経抑制作用↑ 用量を調節する。	相加作用
注意	アルコール	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	リチウム	心電図変化、重症の錐体外路症状、持続性のジスキネジア、突発性の悪性症候群、非可逆性の脳障害 観察を十分に行う。	機序は明らかでないが、ブチロフェノン系薬剤は脳内ドパミン受容体とアデニルシクラーゼ活性を遮断し、リチウムもアデニルシクラーゼ活性を抑制して、相互に中枢神経抑制作用を増強すると考えられている。
注意	メクロプラミド	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ドンペリドン	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	タンドスピロン	錐体外路症状↑	相加作用
注意	ドパミン作動薬(レボドパ等))	相互に作用↓	拮抗作用
注意	カルバマゼピン	類似化合物(ハロペリドール)で作用が減弱し、運動性興奮や譫妄状態を起こすとの報告がある。 観察を十分に行う。	カルバマゼピンの代謝酵素誘導作用により、類似化合物(ハロペリドール)の代謝↑、血中濃度↓(平均60%)の報告がある。

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
トリフロペラジン	トリフロペラジン	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量		高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法
統合失調症	1日5～30mg(散として0.5～3g)を分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減。		起立性低血圧、錐体外路症状、脱力感、運動失調、排泄障害等が起こりやすい。	患者の状態を観察しながら慎重に投与すること。
薬物動態				
-				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
-	-	-	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	アドレナリン(ボスミン)	重篤な血圧降下	本剤の $\alpha$ 受容体遮断作用により、 $\beta$ 受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体・麻酔剤等)	睡眠(催眠)・精神機能抑制作用 $\uparrow$ 麻酔効果 $\uparrow$ 、血圧 $\downarrow$ 等 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	降圧剤	起立性低血圧等 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	抗コリン作用を有する薬剤(原文:「アトロピン様作用を有する薬剤」)	抗コリン作用 $\uparrow$ (口渇、眼圧上昇、排尿障害、頻脈、腸管麻痺等) 減量するなど慎重に投与する。	相加作用
注意	アルコール(飲酒)	眠気、精神運動機能 $\downarrow$	相加作用
注意	ドンペリドン	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	メクロプラミド	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	リチウム	心電図変化、重症の錐体外路症状、持続性のジスキネジア、突発性の悪性症候群、非可逆性の脳障害 観察を十分に行い、慎重に投与する。なお、このような症状があらわれた場合には投与を中止する。	機序は不明
注意	ドパミン作動薬(レボドパ製剤、プロモクリプチンメシル酸塩)	相互に作用 $\downarrow$	拮抗作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
ゾテピン	ロドピン、ロシノピロン、メジャピン、セトウス	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
統合失調症	1日75～150mgを分割経口投与する。年齢・症状により適宜増減し、1日450mgまで増量可。	錐体外路症状等の副作用が起こりやすい。	患者の状態を観察しながら、慎重に投与すること。	
薬物動態				
投与24時間後には最高血清中濃度のおよそ1/10の血中濃度となる。 統合失調症患者に連続投与した場合、投与量が多くと血中濃度が高いとはいえず、個人差がみられる。また、投与1週間以内に血清中濃度は定常状態に達すると考えられる。				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
100mg : 1～4 hr (n=5, 統合失調症患者)	100mg : 0.03～0.24 μg/mL (平均 0.129 μg/mL) (n=5, 統合失調症患者)	100mg : 約8 hr (n=5, 統合失調症患者)	-	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	エピネフリン(ボスミン)	重篤な血圧降下	本剤のα受容体遮断作用により、β受容体刺激作用が優位となり、血圧降下作用が増強される。
注意	中枢神経抑制剤(バルビツール酸誘導体、麻酔剤等)	中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	降圧剤	血圧↓	相加作用
注意	抗コリン作用を有する薬剤(抗コリン性抗パーキンソン剤、三環系抗うつ剤等)	抗コリン作用↑	相加作用
注意	メトクロプラミド	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ドンペリドン	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ドパミン作動薬(レボドパ等)	相互に作用↓	拮抗作用
注意	アルコール((飲酒))	相互に中枢神経抑制作用↑	相加作用

一般名	商品名	本剤の代謝酵素	阻害する酵素	誘導する酵素
<b>チアプリド</b>	グラマリール、グリノラート、チアプリム、チアラリド、チアリアル、ノリラーク、フルジサル、ボインリール、クックール	-	-	-
分類				
抗精神病薬				
効能・効果	用法・用量	高齢者へ投与時の影響	高齢者への投与方法	
脳梗塞後遺症に伴う攻撃的 行為、精神興奮、徘徊、せん 妄の改善 特発性ジスキネジア及び パーキンソニズムに伴うジス キネジア	1日75mg～150mgを3回に分割経口投与する。年齢・症状により 適宜増減。 パーキンソニズムに伴うジスキネジアの患者では、1日1回、 25mgから投与を開始することが望ましい。 脳梗塞後遺症：本剤の投与期間は、臨床効果及び副作用の 程度を考慮しながら慎重に決定するが、投与6週で効果が認 められない場合には投与を中止すること。	本剤は、主として腎臓から排 泄されるが、高齢者では腎 機能が低下していることが 多く、高い血中濃度が持続 するおそれがあるので、副 作用（錐体外路症状等）の 発現に注意する。	低用量（例えば1回25mg、1 日1～2回）から投与を開始 するなど慎重に投与するこ と。	
薬物動態				
<p>老年患者 老年患者（60～79歳、平均67歳）にチアプリド錠100mgを経口投与した場合、健康成人に比べ消失半減期が約1.5倍遅延したが、経口投与後の吸収は健康成人と同様に速やかであり、かつ良好であった。また、1日3回ずつの連続経口投与でも血清中濃度は投与1週間以内に定常状態に達し、蓄積傾向は認められなかった。</p> <p>腎機能障害患者 腎機能障害患者にチアプリド錠100mgを経口投与した場合、Ccrの低下に伴って消失半減期は遅延し、中等度以上の腎機能障害患者（Ccr 60mL/min以下）では健康成人に比べて半減期は2倍以上になった。</p>				
Tmax	Cmax	T1/2	AUC	
100mg：約2hr (n=6, 健康成人) 100mg：1.8±0.2hr (mean±SE, n=6, 老年患者)	100mg：720ng/mL (n=6, 健康成人) 100mg：0.876±0.127 μg/mL (mean±SE, n=6, 老年患者)	100mg：3.91hr (n=6, 健康成人) 100mg：5.75±0.59hr (mean±SE, n=6, 老年患者)  100mg：21.6hr (n=5, 高度の腎機能障害) (Ccr 0～10、平均Ccr 2.9) 100mg：8.63hr (n=1, やや高度の腎機能障害) (Ccr 11～30、Ccr 16.0) 100mg：7.54hr (n=3, 中等度の腎機能障害) (Ccr 31～60、平均Ccr 55.3) 100mg：4.24hr (n=4, 軽度の腎機能障害) (Ccr 61～90、平均Ccr 69.6)	100mg：5.89±8.85 μg/mL・hr (mean±SE, n=6, 老年患者)	

併用	併用薬剤名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	QT延長を起こすことが知られている薬剤（ハロペリドール等）	QT延長、心室性不整脈等	相加作用（本剤もQT間隔を延長させるおそれがある）
注意	ベンザミド系薬剤（メクロプラミド、スルピリド等）	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	フェノチアジン系薬剤（クロルプロマジン等）	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ブチロフェノン系薬剤（ハロペリドール等）	内分泌機能調節異常又は錐体外路症状	相加作用
注意	ドパミン作動薬（レボドパ等）	相互に作用↓	拮抗作用
注意	中枢神経抑制剤（バルビツール酸誘導体、麻酔剤等）	相互に中枢神経抑制作用↑	相加作用
注意	アルコール（飲酒）	相互に中枢神経抑制作用↑	相加作用

## 補足資料2

### 併用注意薬剤による逆引きシート

#### 1) 本文書の使用に当たっての注意事項

ある時期に1人の患者が複数の疾患の治療を同時に受けることはごく普通に起こりえることであり、1人の患者に複数の薬剤が同時に処方されることもまた普通に起こることである。このとき、薬剤の併用によって起こる有害事象のリスクを十分検討することは、患者の利益のために必須である。薬剤を処方する際、医師は添付文書に記載されている併用禁忌薬剤情報・併用注意薬剤情報を参考にする。ところが、いくつかの添付文書を読み比べてみると、薬剤Aの併用注意薬に薬剤Bが挙げられているのに、薬剤Bの併用注意薬には薬剤Aが挙げられていないことがある。そのため、併用注意薬を避けて処方したはずなのに、実は併用注意薬であった、ということが起こりえるのである。この背景には、新薬が日々開発・承認・発売され、また既存の薬剤についても日々添付文書情報が更新されていく中で、その都度事実を検証しながら既存の全薬剤の添付文書を改訂する作業が十分に追いつかないという現実的な限界もあろう。そこで我々は、「ある薬剤を併用禁忌薬または併用注意薬として挙げている薬剤は何か」という逆方向からの検索情報をまとめ、既存の添付文書の併用情報に加えて参照すれば、この問題の一部を補うことができると考えた。併用禁忌薬剤・併用注意薬剤に挙げられている薬剤をキーワードとした検索は、じほう医薬品DB(株式会社じほう)などで可能だが、ここには1つの問題がある。それは添付文書に記載されている薬剤表記が統一されていないことによって起こる。例えば「抗コリン作用を有する薬剤」と「アトロピン様作用を有する薬剤」は同じ作用を指しているが、「抗コリン作用を有する薬剤」というキーワードで検索すると、「抗コリン作用を有する薬剤」を併用注意として挙げている薬剤は抽出できても、「アトロピン様作用を有する薬剤」を併用注意としてあげている薬剤を抽出することはできない。複数のキーワードを用いて論理和(OR)で検索するとしても、このような複数の表記の仕方があることをあらかじめ知っていなければやはり抽出できない。本文書はそのような表記を統一して漏れのないキーワード検索ができるようになっている。今回対象としたのは向精神薬の添付文書である。それらに記載されている併用禁忌薬剤および併用注意薬剤の表記を統一した上でリスト化し、その上で「ある薬剤を併用禁忌薬または併用注意薬として挙げている薬剤は何か」という逆方向からの検索ができるように配列している。いわば向精神薬の添付文書の追補というべき内容の情報である。したがって、本文書は決して単独で使用するものではなく、添付文書と併せて利用することにより、薬剤の併用に関する情報をより広く得られるようになることが期待されるものである。

2) 薬理的な特徴や薬効で記された併用薬剤名に例として付記した薬剤について

併用薬剤名が薬理的な作用または効能を示したものである場合(「CYP3A4を誘導する薬剤」など)は、それに該当する薬剤名を添付文書で例示されているものの範囲で列挙した。本文書で例として挙げた薬剤意外にも、それに該当する薬剤は存在するので、注意すること。

3) 販売中止になっている薬剤はリストから削除した。

4) 「アトロピン様作用を有する薬剤」「抗コリン作動薬」は、「抗コリン薬、抗コリン作用を有する薬剤」に統一した。

5) 「リチウム」「リチウム製剤」は「炭酸リチウム」としてまとめた。

6) 「塩酸トラマドール」は「トラマドール」へ、「塩酸マプロチリン」は「マプロチリン」へ、というように「～酸」は省いた。

7) 「～剤」はST合剤を除いて「～薬」で統一した。

8) 「スルファメキサゾール・トリメプリム」は「ST合剤」とした。

9) 「モノアミン酸化酵素阻害剤」は「MAO阻害薬」という記載に統合した。

10) 「バルプロ酸ナトリウム」は「バルプロ酸」とした。

11) 「選択的セロトニン再取り込み阻害薬」は「SSRI」という記載に統合した。

12) 「～ことがある」「～と予測される」「～と考えられている」「～と報告されている」「～の可能性はある」「～のおそれがある」などの語尾は省いた。ただし「他の同系統薬剤で～～～の報告がある」という文章であった場合はそのままの記載とした。

13) 本稿の作成を通して

添付文書は日々改訂されている。本文書の発行後にも添付文書は改訂されていくだろう。その都度今回のような形で逆引き文書を作っていくことは非常に効率が悪い。一定のルールに従って添付文書上の用語が記載されるようになれば、データベース化された添付文書情報から併用薬剤に関する情報を日々の臨床の中で効率よく入手できるようになり、医療の質の向上にもつながるものと考えられる。

## 併用薬剤名

**5-HT1B/1D 受容体作動薬**

例)

スマトリプタン  
 ソルミトリプタン  
 エレトリプタン など

関連キーワード：  
 セロトニン作用薬

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	セルトラリン	脱力、反射亢進、協調運動障害、錯乱、不安、焦燥、興奮があらわれることがある。	相加作用
注意	ミアンセリン	他の抗うつ剤で併用により高血圧、冠動脈収縮の報告あり。	セロトニン作用の相加作用

## 併用薬剤名

**5-ヒドロキシトリプトファン**

関連キーワード：  
 セロトニン前駆物質含有製剤または食品

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	パロキセチン	セロトニン症候群等のセロトニン作用による症状があらわれることがある。これらの薬物を併用する際には観察を十分に行うこと。	相加作用

## 併用薬剤名

**CYP2D6 阻害作用を有する薬剤**

例)

SSRI(フルボキサミン、パロキセチン)  
 抗不整脈薬(キニジン、プロパフェノン、フレカイニド)  
 シメチジン  
 フェノチアジン系薬剤 など



併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	アミトリプチリン	アミトリプチリンの作用↑	CYP2D6 阻害作用によりアミトリプチリンの代謝↓により血中濃度↑

#### 併用薬剤名

### CYP3A4 によって代謝される薬剤

例)

シサプリド  
トリアゾラム など

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	ペロスピロン	ペロスピロンおよび CYP3A4 によって代謝される薬剤の作用↑	CYP3A4 による代謝が競合的に阻害され、ペロスピロンおよび CYP3A4 によって代謝される薬剤の血中濃度↑

#### 併用薬剤名

### CYP3A4 の選択的阻害剤

例)

マクロライド系抗生物質

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	ペロスピロン	ペロスピロンの作用↑ 観察を十分に行い、慎重に投与する。	代謝阻害により、ペロスピロンの血中濃度↑

#### 併用薬剤名

### CYP3A4 阻害作用を有する薬剤

例)

エリスロマイシン  
イトラコナゾール  
リトナビル  
ホスアンプレナビル など

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	アミトリプチリン	アミトリプチリンの作用↑	CYP3A4 阻害作用によりアミトリプチリンの代謝↓、血中濃度↑
注意	クエチアピン	クエチアピンの作用↑ 個々の患者の症状及び忍容性に注意し、慎重に投与する。	CYP3A4 の非競合的に阻害により、クエチアピンのクリアランス↓(外国人におけるケトコナゾール併用例において、クエチアピンの血中濃度↑)
注意	ゾピクロン	ゾピクロンの作用↑	CPY3A4 阻害により、ゾピクロンの代謝↓

併用薬剤名

## CYP3A4 誘導作用を有する薬剤

例)

リファンピシン  
カルバマゼピン  
フェニトイン  
バルビツール酸誘導体  
セイヨウオトギリソウ(St. John's Wort)含有食品 など

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	アミトリプチリン	アミトリプチリンの作用↓	CYP3A4 誘導作用によりアミトリプチリンの代謝↑血中濃度↓
注意	クエチアピン	クエチアピンの作用↓	CYP3A4 の誘導により、クエチアピンのクリアランス↑(外国人でクリアランスが約5倍↑、Cmax が66%↓、AUCが80%↓)
注意	ゾピクロン	ゾピクロンの作用↓	CPY3A4 誘導により、ゾピクロンの代謝↑

併用薬剤名

## H2 受容体遮断薬

例)

シメチジン など

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	ペロスピロン	胃液分泌↓ 観察を十分に行い、慎重に投与する。	相加作用

## 併用薬剤名

## HIV プロテアーゼ阻害薬

例)

インジナビル  
 リトナビル  
 クリキシバン  
 サキナビル  
 アンプレナビル など

関連キーワード:

HIV 逆転写酵素阻害薬  
 抗 HIV 薬

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	アルプラゾラム	過度の鎮静や呼吸抑制等	チトクローム P450 に対する競合的阻害により、アルプラゾラムの血中濃度が大幅に上昇することが予測されている。
禁忌	トリアゾラム	トリアゾラムの作用↑及び作用時間↑	どちらも CYP3A4 で代謝されるため、トリアゾラムの代謝↓血中濃度↑
禁忌	ピモジド	QT 延長、心室性不整脈等	代謝阻害により、ピモジドの血中濃度↑
禁忌	ミダゾラム	過度の鎮静や呼吸抑制	CYP3A4 阻害により、ミダゾラムの血中濃度↑

## 併用薬剤名

## HIV 逆転写酵素阻害薬

例)

エファビレンツ など

関連キーワード:

CYP3A4 阻害作用を有する薬剤  
 HIV プロテアーゼ阻害薬  
 抗 HIV 薬

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	ミダゾラム	不整脈、持続的な鎮静や呼吸抑制	CYP3A4 阻害により、ミダゾラムの血中濃度↑

**併用薬剤名****L-トリプトファン または L-トリプトファンを含有する製剤**

例)

アミノ酸製剤  
 経腸成分栄養剤 など

関連キーワード:

セロトニン前駆物質含有製剤または食品

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
注意	セルトラリン	セロトニン作用が増強されるおそれがある。	L-トリプトファンはセロトニンの前駆物質であるため、脳内セロトニン濃度が高まるおそれがある。
注意	パロキセチン	セロトニン症候群等のセロトニン作用による症状があらわれることがある。これらの薬物を併用する際には観察を十分に行うこと。	相加作用
注意	フルボキサミン	セロトニン症候群	L-トリプトファンはセロトニンの前駆物質であるため、脳内セロトニン濃度が高まるおそれがある。

**併用薬剤名****MAO 阻害薬**

例)

セレギリン など

関連キーワード:

中枢神経抑制薬

併用情報	一般名	臨床症状・対処	機序・危険因子
禁忌	アミトリプチリン	発汗、不穏、全身痙攣、異常高熱、昏睡等があらわれることがある。MAO 阻害薬の投与を受けた患者にアミトリプチリンを投与する場合には、少なくとも2 週間の間隔をおき、またアミトリプチリンから MAO 阻害剤に切りかえるときには、2～3 日間の間隔をおくことが望ましい。	アミトリプチリンの代謝↓また、アミトリプチリンが活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害。
禁忌	アモキサピン	MAO 阻害薬の投与を受けた患者にアモキサピンを投与する場合には、少なくとも2 週間の間隔をおき、またアモキサピンからモノアミン酸化酵素阻害剤に切りかえるときには、2～3 日間の間隔をおくことが望ましい。	MAO 阻害薬によってアモキサピンの代謝↓ アモキサピンが活性アミンのシナプス内への取り込みを阻害し、受容体の感受性↑