

○医薬品の臨床薬物動態試験について

(平成一三年六月一日)

(医薬審発第七九六号)

(各都道府県衛生主管部(局)長あて厚生労働省医薬局審査管理課長通知)

医薬品の製造(輸入)承認申請に際し添付すべき資料のうち、臨床試験(治験)に関する資料については、平成4年6月29日薬新薬第43号通知別添「新医薬品の臨床評価に関する一般指針について」及び平成10年4月21日医薬審第380号通知別添「臨床試験(治験)の一般指針について」等により取り扱っているところであるが、今般、別添のとおり、参考とすべき資料として「医薬品の臨床薬物動態試験について」をとりまとめたので、貴管下医薬品製造(輸入販売)業者に対する周知方よろしく願いたい。

(別添)

医薬品の臨床薬物動態試験

平成13年6月

目次

1. はじめに
 - 1.1. 本文書の適用範囲
 - 1.2. 他の指針およびガイドラインとの関係
2. 薬物の定量分析法
3. 被験薬および被験薬剤
4. GCPの遵守
5. 臨床薬物動態データ(註1)
 - 5.1. 吸収
 - 5.2. 分布
 - 5.3. 代謝
 - 5.4. 排泄
6. 試験方法
 - 6.1. 被験者
 - 6.1.1. 初期段階試験における被験者
 - 6.1.2. 開発が進んだ段階での患者における試験
 - 6.1.3. 承認申請後あるいは承認後試験における被験者
 - 6.2. 試験の種類
 - 6.2.1. 標準的な薬物動態試験法
 - 6.2.1.1. 単回投与試験
 - 6.2.1.2. 反復投与試験
 - 6.2.2. 母集団薬物動態試験法(註4)
 - 6.3. PHARMACOKINETICS/PHARMACODYNAMICS試験(PK/PD試験)
 - 6.4. 外国臨床試験データの受け入れを検討する際の薬物動態試験
7. 解析方法
 - 7.1. 薬物動態解析法
 - 7.2. 統計解析方法
8. 薬物動態情報の評価と報告
 - 8.1. 解析結果の評価
 - 8.2. 解析結果の報告と情報提供
9. その他、市販後の情報収集
10. 用語一覧
11. 関連するガイドラインおよびガイダンス一覧
 - 11.1. 薬物動態試験関連ICHガイドライン
 - 11.2. 日本におけるガイドライン
 - 11.3. 海外におけるガイダンス
 - 11.3.1. FDAのガイダンス
 - 11.3.2. EUのガイダンス
12. 註
13. 質疑応答集

1. はじめに

本文書は、新医薬品の開発および医薬品の適正使用に必要なヒトにおける薬物動態情報を得ることを目的に、医薬品の承認申請時に添付する資料または既承認医薬品の再審査に際して提出する資料を作成するために行われる臨床薬物動態試験について、その項目と実施にあたっての基本的考え方を示している。

臨床薬物動態試験は被験薬（治験薬または医薬品）を志願した健康者または患者に投与し、その吸収、分布、代謝および排泄を検討する試験である。得られた結果は新医薬品の開発における臨床試験において、または必要に応じて行われる承認後の臨床試験においても、その計画と実施、得られた有効性あるいは安全性に関する結果の解析および評価に有用である。また、効力を裏付ける試験や毒性試験で得られた成果を非臨床および臨床薬物動態試験で得られた結果と関連づけて評価することは、その後の臨床試験を適切かつ安全に実施する上で有用な情報を与えると共にヒトにおける被験薬の作用機序の推定にも活かされる。

臨床薬物動態試験で得られた結果は薬物代謝酵素の遺伝子型などの患者特性や病態に応じて医薬品を適正に使用するため、また、薬物動態学的な薬物相互作用の影響の評価にも有用である。さらに、治療薬物モニタリング(therapeutic drug monitoring: TDM)にも有用な情報を与える。なお、本目的のためには個々の被験者（志願した健康者または患者）から得られた被験薬の体内動態の結果は、被験者ごとに現れた薬効や副作用と密接に関連づけて検討することが特に重要である。

一方、被験薬の物理的・化学的性質、薬理作用、薬物動態、毒性、臨床における使用方法は個々の薬物で異なる。従って、被験薬ごとに最も適切な開発計画を立てる必要があり、本文書の全ての内容がどの被験薬にも一律に適用されるものではない。なお、遺伝子操作によって作られた被験薬においてはICHガイドライン「バイオテクノロジー応用医薬品の非臨床試験における安全性評価」（2000）で示された考え方に留意する。

臨床薬物動態試験を実施するに当たっては、以下に述べる事項に留意して、事前に得られている非臨床試験および臨床試験の情報を活用して、被験薬の性質に応じた適切な項目および方法を取捨選択する。また、必要に応じて適切な試験を追加することが望ましい。この結果、不必要な試験を省略し、開発の効率化を図ることができるであろう。

1.1. 本文書の適用範囲

本文書の適用範囲は、主として医薬品の開発を目的として行われる一連の臨床における薬物動態試験であり、多くが「臨床試験のための一般指針」（1998）でいう「臨床薬理試験」のカテゴリーに含まれる。即ち、本文書は臨床第Ⅰ相、臨床第Ⅱ相（前期、後期）、臨床第Ⅲ相にわたって行われる臨床薬物動態試験に有用である。

なお、承認申請までに行われるべき臨床薬物動態試験が、特別な理由により充分に行われなかった場合、または、市販後に特別な必要性が認識された場合には、申請後あるいは市販後においても臨床薬物動態試験が行われることがある。この場合にも本文書は有用である。

1.2. 他の指針およびガイドラインとの関係

本文書には臨床薬物動態試験を行うに当たっての基本的な考え方を示す。すでに公表されているガイドラインや指針などにも、臨床薬物動態試験に関する記述が含まれているが、記載された項目やその内容には文書により差がある。本文書は、これらに記載された薬物動態に関する内容を統合・補完し、新しい知見と臨床上の必要性を考慮して作成したものであり、臨床における薬物動態評価において参考とされるべきものである。

2. 薬物の定量分析法

ヒト試料中に含まれる被験薬および代謝物（被験薬等）の濃度を測定するために用いる分析法は、バリデーションによりその真度、精度、特異性、定量限界などが明確にされ、妥当性が確認されたものでなくてはならない。バリデーションに際しては、試料採取時から、輸送、保管および分析に至るまでの過程における測定対象物質の安定性についても、十分留意する。なお、分析はGLP基準に準じて行うことが望ましい。

開発の初期段階から臨床試験まで同一の分析法を用いることが望ましいが、開発の段階に応じて変更される場合や試験により異なった分析法が用いられることがある。これらの場合には、必要に応じて各分析法間の関係を明らかにするためのバリデーション(クロスバリデーション)を実施する。

被験薬が内因性物質である場合や内因性物質による測定妨害が予想される場合のように、プラセボ投与時や被験薬投与前に採取した試料の測定値と比較することが必要な場合もある。

なお、分析法の感度を高める努力を行っても、試料中の被験薬等を検出・定量できない場合は、その理由を説明する。特定の臓器・組織における薬物動態の検討は、通常ヒトでは実施できないが、その検討が必要な場合には薬効や副作用に関する情報から推定することも考えられる。

3. 被験薬および被験薬剤

開発の初期段階から、最終製剤を用いて薬物動態が検討されることは少ないが、申請前段階までには最終製剤を用いて薬物動態試験を実施し、薬物動態パラメータを求める。

なお、被験薬を安定同位元素や放射性同位元素で標識して使用する場合は、標識により被験物質の薬物動態的な性質が変わらないよう留意する。

4. GCPの遵守

臨床薬物動態試験の実施に際しては、被験者の安全を確保し、人権を保護するとともに、治験の科学的な質と成績の信頼性を保持するために、厚生省令第28号「医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令」(1997)を遵守する。

5. 臨床薬物動態データ(註1)

被験薬の体内動態を明らかにするために、その吸収、分布、代謝、排泄に関する情報を志願した健康者および患者から得る。これらをもとに「7.1. 薬物動態解析法」に示した薬物動態パラメータを計算する。

適切に計画された試験デザインに基づいて、正確な情報を得るように努める。試験に当たっては、個人差を考慮に入れ、適切な例数を設定する。また、頻回採血が被験者に与える影響についても配慮する。

さらに、臨床での使用状況および被験薬の特性を考慮して、必要な場合には被験薬の薬物動態パラメータが標準的な集団と異なる分布を示す可能性のある集団、例えば、高齢者や小児、肝臓や腎臓に障害を有する患者、さらには遺伝多型により代謝酵素活性が低下している被験者などについても検討する。

なお、臨床投与経路が静脈内投与以外の被験薬においても、その性質を考慮して、必要でかつ可能であれば被験者の安全性に配慮しつつ、静脈内投与により薬物動態パラメータを得る。

非臨床試験結果から臨床で問題となる薬物相互作用が疑われる場合には、被験者の安全に十分留意しつつ、必要な相互作用の検討を行う。

5.1. 吸収

臨床投与経路に従って吸収試験を行う。この場合、投与経路にかかわらず血中濃度(全血中濃度、血漿中濃度、あるいは血清中濃度)推移についての情報が必要である。

全身循環を介しての作用を期待する被験薬については、被験薬の吸収率、生物学的利用性(bioavailability)、吸収速度に関連する薬物動態パラメータを推定する。なお、臨床投与経路が経口の場合、その結果を静脈内投与の結果と比較することは、吸収率や生物学的利用性の推定、初回通過効果の有無およびその程度について明らかにする上で有用である。

薬物の消化管からの吸収は食事の有無やその内容により影響を受けることが多いことから、臨床投与経路が経口の被験薬については消化管吸収に及ぼす食事の影響についても検討する。この場合最終製剤を用いた検討が必要である。

局所作用を期待する被験薬においても、最終製剤を用いて局所からの吸収性について検討する。

5.2. 分布

ヒトにおける血中濃度の推移から分布容積を計算する。また、血漿蛋白非結合率、血球移行率などのパラメータを明らかにする。非結合率が低い時には結合蛋白質の種類を明らかにする。

被験薬のヒトにおける臓器・組織分布については、非臨床薬物動態試験の成績から推定することも有用である。ある種の被験薬においては、組織内濃度を直接確認することが必要な場合もある。

5.3. 代謝

血液、尿、および、必要な場合には糞便中の被験薬並びにその代謝物を測定・解析する事により被験薬の代謝経路と代謝の割合を推定する。この結果を非臨床試験結果、特にヒト組織由来試料やヒト代謝酵素発現系を用いた試験結果と併せて検討し、被験薬の代謝に関与する主たる酵素およびその分子種を明らかにする。

臨床的に反復使用されることが予想される被験薬で、全身クリアランスに対して代謝クリアランスの占める割合が大きい場合には、反復投与時の代謝酵素の誘導や阻害も考慮して、代謝の変化を検討する。

臨床での薬効や副作用発現に重要と考えられる活性代謝物を生ずる場合には、その代謝物の血中濃度推移を検討する。

薬物代謝酵素は、遺伝多型により個体における活性が大きく低下していることがある。このような酵素により被験薬の主たる代謝経路が担われており、臨床試験による検討が可能な場合には、体内動態が酵素の遺伝多型によりどの程度影響を受けるかを示す定量的な結果を得ておくことは重要である。

なお、小腸にも多く存在するチトクロムP450分子種(CYP3A4など)で代謝される被験薬が経口投与される場合には、小腸における代謝の性質とその程度にも留意する。

5.4. 排泄

被験薬および代謝物について、尿中排泄の速度と程度を求める。また、必要な場合には糞便中排泄も測定する。クリアランスの情報も併せ、被験薬が肝クリアランス依存性であるか、腎クリアランス依存性であるかを明らかにする。

なお、糞便中排泄を検討する際には未吸収分が糞便中に含まれる可能性に留意する。

6. 試験方法

6.1. 被験者

6.1.1. 初期段階試験における被験者

通常、志願した健康者の薬物動態の特徴を把握するのに適切な被験者数について、良く管理された条件下で実施する。志願した健康者に大きなリスクをもたらす可能性のある被験者の場合は、被験者の予想される適応疾患を有する患者で実施する。

経口投与薬を単回投与する場合、基本的には10時間以上の絶食後に行う。

薬物動態の線形性、クリアランス経路、食事の影響は、通常この初期段階において検討する。

反復投与の場合は臨床で用いられる投与方法に準じて行う。

必要に応じて、体重、年齢、性別、遺伝因子、飲酒および喫煙の習慣などの影響を検討する。

被験者の体内動態に、遺伝多型に起因する著しい個人差の存在が予想される場合には、遺伝子検査などによる明確な基準に基づき、特定の遺伝因子を有する被験者を選択あるいは排除した試験を行うことが望ましい。

6.1.2. 開発が進んだ段階での患者における試験

被験者の使用が予想される適応疾患を有する患者について、必要に応じて患者の背景因子を考慮し、薬物動態を検討する。用量と血中濃度および血中濃度と治療効果との関連を検討しておくことが望ましい。

その結果、患者の薬物動態が志願した健康者と異なることが示唆される場合には、その理由について検討するとともに、それを確認するために適切な数の患者を用いて薬物動態試験を実施することを考慮する。

なお、臨床試験が第Ⅱ相あるいは第Ⅲ相に進んでから新たに生じた問題、例えば安全性の確認されていない高用量を用いる場合、あるいは剤形や結晶型の変更などに対処するために、再び志願した健康者を用いた試験が必要とされる場合も想定される。

6.1.3. 承認申請後あるいは承認後試験における被験者

年齢、性別、体重、遺伝因子、疾病の重症度、合併疾患、食事内容、飲酒および喫煙の習慣、併用薬物、その他の内因性および外因性因子などが薬物動態に及ぼす影響について、申請前に十分な情報が得られていない場合がある。このような場合においては、必要に応じて承認申請後または市販後に志願した患者あるいは健康者を被験者として検討する。

6.2. 試験の種類

臨床薬物動態を評価する方法には従来の「標準的な薬物動態試験法(standard pharmacokinetic study)」と、「母集団薬物動態試験法(population pharmacokinetic approach)」の2種類がある。前者は薬物動態を試験の主目的とし、確定された試験計画に基づき、厳密に管理された単回投与試験と反復投与試験による方法である。後者は有効性および安全性評価を主目的とする臨床試験において血中薬物濃度を測定し、そのデータを活用して薬物動態を評価する試験方法である。いずれの方法を採用するかは、試験目的、被験者の開発段階に応じて決定されるが、通常は「標準的な薬物動態試験法」により薬物動態が検討される。

6.2.1. 標準的な薬物動態試験法

標準的な薬物動態試験法は、ヒトにおける薬物動態を評価するために行われる通常の方法である。被験者に被験薬を単回あるいは反復投与し、あらかじめ決められたスケジュールに従って、血液および尿を採取する。必要に応じて糞便を採取する。試料中の被験薬および代謝物濃度を測定し、薬物動態を評価する。

事前に得られた情報に基づいて、被験薬の吸収速度および消失速度を予想し、それに基づいて最適な試料採取時点を決定する。

6.2.1.1. 単回投与試験

単回投与試験においては、志願した健康者あるいは患者に単回投与したときの被験薬および代謝物の血中濃度推移を検討する。さらに、尿および必要に応じて糞便中における被験薬量並びに代謝物組成とその量を測定し、物質収支を検討する。また、血漿蛋白非結合率(必要に応じて結合蛋白質の種類)や生物学的利用性の評価、薬物動態の線形性、食事の影響も通常単回投与試験で検討する。

初回投与量は、毒性試験、トキシコキネティクス、非臨床薬物動態試験等のデータ、ヒト組織等を用いた代謝試験結果、薬理作用の特性、および海外で臨床試験が先行している場合においては、その成績などを参考に決定する。

試験は少数の被験者について、通常、低用量から開始し、毒性兆候の出現に留意しながら段階的に増量する。

用量と薬物動態パラメータとの関係を検討するために、推定臨床用量および臨床で使用が予想される最高用量を越える用量を含む数段階の投与量を用いる。患者を対象とする試験では用量と血中濃度の関係のみならず血中濃度と薬理効果との関係を検討することは有意義である。

また、個体間変動を把握するために適切な例数を用いる。

薬物血中濃度推移を推定するためには十分な数の試料を適切な時点で採取するべきであるが、被験者の負担も考慮に入れる必要がある。「後発品の生物学的同等性試験ガイドライン(1997)」の考え方が参考となる。尿は、未変化体と代謝物が試料中に検出されなくなるまで収集するように努める。糞便中排泄が当該薬物の動態に大きな影響を与える場合においては糞便中の排泄量についても検討する。

6.2.1.2. 反復投与試験

反復投与試験は、臨床で予想される投与方法と投与スケジュールを考慮して行い、薬物動態パラメータの変化や定常状態の確認、蓄積性の有無について検討する(註2、註3)。この際、単回投与試験により得られた薬物動態パラメータから予測される血中濃度推移と比較する。また、投与量や投与回数に関連した薬物動態パラメータの変化の程度を、臨床で用いられる用法・用量を考慮して評価する。

被験者数は単回投与の結果を考慮し、適切な数とする。

採血時点数は、初回投与時には被験者の薬物動態プロフィールを評価できるサンプリング数とする。中間投与時には、トラフ濃度(C_{trough})あるいはピーク濃度(C_{peak})に相当する時点で何回かサンプリングする。最終投与時あるいは定常状態においては、消失速度・蓄積性・線形性を評価できるだけの時点数とする。なお、被験者の負担にも考慮する必要がある。

6.2.2. 母集団薬物動態試験法(註4)

母集団薬物動態試験法は、多数の被験者を対象とするが、個々の被験者からの試料採取回数は少なくてもよい。この方法では被験者に対する束縛や侵襲がより少ないという利点がある。高齢者、小児のような特殊な集団に適した方法と考えられる。

母集団薬物動態解析を前提とした試験デザインは薬物動態スクリーニング法を採用することが多く、シングル・トラフ・スクリーン、マルチプル・トラフ・スクリーン、フル・スクリーンなどの方法が用いられる。いずれの方法を用いるべきかを、被験薬剤の投与形態、実施可能性、解析によって得られる情報が試験目的に適合するものであるか等を考慮して決定する。

適切に計画され、実施された母集団解析から、対象集団での薬物動態パラメータの分布の代表値(例えば平均)、薬物動態に影響を及ぼす要因とその要因効果の大きさ、個体間変動および個体内変動を求める。承認後に当該医薬品が使用される患者数に比べれば限られた数の患者についての、母集団薬物動態試験法により得られる情報量を最大限に高めるためには、採血時期、採血時点数、検体の取り扱い、解析の手順などの試験方法を適切に計画しなければならない。症例数は、解析の目的、対象集団の特性、投与形態、実施可能性を考慮して適切かつ妥当な数とする。薬物投与時間と採血時間については正確に記録することが重要である。治験における有効性や安全性に関するエンドポイントと同時に薬物血中濃度が得られた場合、薬物濃度—反応関係の理解に役立つ。さらに、母集団薬物動態パラメータは、少ない採血点数からでも各被験者の薬物動態値を推定するベイズ推定法に利用することができる。

6.3. Pharmacokinetics/Pharmacodynamics試験(PK/PD試験)

被験薬による薬理反応の強度を生体内における薬物の濃度と関連づけて解析するPK/PD試験を実施することは、用量反応関係を明確にとらえ、用法・用量と薬物濃度、薬効強度または有害反応の間に存在する法則性を見いだす上で有用である。PK/PD試験を実施するには、有効性・安全性の評価対象症例において薬物濃度とともに臨床的指標(真のエンドポイント、その代替エンドポイントもしくは臨床効能や副作用との関係が確認された臨床薬理学的指標)を評価する。この際、プラセボ群との比較が有用なこともある。なお、代替エンドポイントと真のエンドポイントとの相関性について慎重に考察する。

薬物が血中から消失した後も作用部位(レセプターなど)に継続して存在して薬効を現す場合や、作用部位に到達してから薬効発現までに時間のかかる場合などのように、血中濃度推移と薬効が平行して変化しないと考えられる被験薬についてはPK/PD試験が特に重要である。

6.4. 外国臨床試験データの受け入れを検討する際の薬物動態試験

臨床薬物動態試験のデータは完全な臨床データパッケージに必須のものである。この試験は通常日本居住の日本人で実施されるが、日本居住の日本人と同じと見なし得る海外在住の日本人で行っても良い。薬物動態は主として内因性要因によって決定されるが、外因性要因によっても影響を受けるので、日本居住の日本人の薬物動態が十分に推定できるデータを得るためには、影響する可能性が考えられる外因性要因(例えば、食事など)につ

いても良く検討しなくてはならない。日本居住または海外在住の日本人について行われるべき臨床薬物動態試験の範囲は、その薬物の物理的・化学的性質、それまでに得られている薬物動態学的特性、その薬物が使用される臨床の実態などを考慮して、薬物ごとに適切に検討し、判断されなければならない。日本居住または海外在住の日本人について適切な臨床薬物動態試験を行い、その成績を外国人についての臨床薬物動態試験の成績と比較し、外国データの外挿の可能性を比較方法と結果の両面から考察する。その際試験デザイン、試験方法、測定方法などが比較できるように十分に配慮することが大切である。

7. 解析方法

薬物動態解析とともに統計解析を行う。薬物動態解析にあたっては、薬物動態モデルを用いない解析と共に、モデルを用いた解析を実施することは有意義である。統計解析の計画および実施にあたっては、「臨床試験のための統計的原則(1998)」の精神に則り、統計的側面からの妥当性が必要である。少なくとも主要な解析の計画は治験実施計画書に記載する。詳細な解析計画は解析計画書に記載するとしても良い。

7.1. 薬物動態解析法

標準的な薬物動態試験法では、十分な測定時点数を確保し、モデルに依存しない解析法により、血中濃度—時間曲線下面積(AUC)、クリアランス、最高血中濃度(C_{max})、最低血中濃度(C_{min})、最高血中濃度到達時間(t_{max})、定常状態分布容積(V_{dss})、平均滞留時間(MRT)、半減期(t_{1/2})等を求める。さらに、コンパートメントモデル等に基づくモデル解析を利用すると、上記薬物動態パラメータに加え、速度定数、分布容積(V₁, V_{dβ}, V_{dss})に関する情報が得られる。観測された血中濃度—時間推移を記述しうるモデルを構築することは、用量や投与法の違いによる血中濃度の変化を予測し、併せて個別投与設計に活用する上で、また、PK/PD解析へ発展させる上で有意義である。

7.2. 統計解析方法

薬物濃度の経時的推移をグラフ表示などを用いて示す。個人別のデータを分析し、薬物濃度および薬物動態パラメータの変動を検討し、適切に要約する。十分なデータがある試験では、試験デザインを考慮した適切な統計解析法を事前に示し、これを用いて薬物濃度および薬物動態パラメータの平均、分散(可能な場合は個体間および個体内分散を各々算出する)、信頼区間を推定する。また、薬物濃度および薬物動態パラメータなどの主要な変数についてはその分布を考慮し、必要に応じて対数変換などの変数変換を行い、解析する。なお、これら解析の根拠とした薬物動態モデル、薬物動態パラメータなどの推定方法、解析に用いたソフトウェア(パッケージ)、はずれ値や定量下限未満の濃度データの取り扱いについて明記する。

8. 薬物動態情報の評価と報告

8.1. 解析結果の評価

臨床薬物動態試験の結果から被験薬の臨床効果を裏付けるために、まず、薬効を示す被験薬や代謝物が作用部位に適切な濃度推移で存在することを確認あるいは推定することが必要である。また、効力を裏付ける試験や一般薬理試験(副次的薬理試験及び安全性薬理試験)での作用発現濃度や毒性試験における毒性症状とトキシコキネティクスデータとの関係と比較し、薬効や副作用発現との関係についても考察する。

投与量や投与期間との関係で被験薬の体内動態が非線形である場合には、その機序を考察する。薬物動態モデルを用いたシミュレーションの結果と実測値とが食い違う場合には、その理由についての考察が必要である。

初期臨床薬物動態試験で得られた被験薬のクリアランス、分布容積を考慮し、引き続いて行われる臨床試験における患者での薬物投与計画を設計する。また、既に行われた臨床試験における投与計画および結果の妥当性を確認する。患者での体内動態について、他の同種の医薬品との違いを考察し、特徴を把握する。

薬物動態において性差や遺伝多型等の影響がある場合には、投与量および投与方法をそれらの要因に応じて変更する必要性の有無について検討する。また、非臨床薬物動態試験結果と併せ、他薬との薬物相互作用発現の可能性とその臨床的意義を考察し、必要に応じて添付文書に「併用注意」あるいは「併用禁忌」として記載する。

外国臨床データの受け入れに際しては、薬物動態における民族間の違いの考察を行う。

8.2. 解析結果の報告と情報提供

臨床薬物動態試験の結果は報告書にまとめる。また、科学的根拠に基づいた標準的な投与方法と特殊患者集団への用量調節については、根拠となるデータとともに添付文書に記載すること等により、適正な情報提供を行う。

9. その他、市販後の情報収集

開発段階で得られる情報は、限られた対象集団での情報であるため、市販後の情報収集は重要である。例えば、薬物動態の変動が薬物治療上重大な影響を与える可能性があるのに、治験段階では十分な結果を集積できなかった医薬品については、TDM等を通じて体内動態の変動に関する情報を市販後も継続的に収集する。

10. 用語一覧

F—経口投与された薬物が全身循環に入る割合

GCP(Good Clinical Practice)—医薬品の臨床試験の実施の基準

GLP(Good Laboratory Practice)—医薬品の安全性に関する非臨床試験の実施の基準

ICH(International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use)—日米EU医薬品規制調和国際会議：ヒト用医薬品の承認申請資料のハーモニゼーションの促進をはかるために日米EU三極の医薬品承認審査機関および製薬団体により組織された国際会議

PK(Pharmacokinetics)—「薬物動態学」。薬物の吸収、分布、代謝、排泄とこれに関与する酵素、トランスポーター等を研究し、生体内における動態を解明する学問で、ヒトにおいては主として薬物投与後の血中濃度の推移、半減期、排泄速度などが研究されている。

PD(Pharmacodynamics)—「薬力学」。組織に分布して作用部位に到達した薬物が生体の機能を修飾し薬理作用を発現する過程を研究する。

TDM(Therapeutic drug monitoring)—薬物治療の際に血中濃度を測定することにより適切な投与量を決定すること。血中濃度を薬効や副作用と対比させることにより、治療成績の向上を計ること。およびコンプライアンスの確認をおこなうこと等に用いられる。治療薬物モニタリングとも言う。

(全身)クリアランス—薬物の体内から消失する速度を、単位時間あたりに体内から消去される量の薬物を含んだ体液(一般に血液)の容積で表した概念。もしくは、消失速度=CL×体液中濃度として表したときの比例定数(CL)。肝臓、腎臓および代謝による部分はそれぞれ肝クリアランス、腎クリアランス、および代謝クリアランスと呼ばれる。

線形性(Linearity)—薬物動態に関する速度(例えば、吸収速度、代謝速度など)が投与量に比例する場合に線形性があるという。また、広義には全ての薬物動態に関する速度過程が線形である場合、体内動態に線形性があるという。このとき、血中濃度、AUC、Cmaxなどは投与量に比例する。即ち、横軸に投与量、縦軸にこれらの薬物動態パラメータ値をとり、これらの関係をプロットしたとき、回帰線は原点を通る直線となる。また、速度に関する薬物動態パラメータ(例えば、クリアランス、半減期、MRTなど)は投与量によらず一定となる。

尿中排泄率—投与された被験薬量に対する尿に排泄された未変化体の割合。なお、被験薬量に対する尿に排泄された未変化体とその全代謝物の総量の割合を示すこともあり、両者を区別して表現することが必要である。

半減期—薬物濃度が半分に減少するのに要する時間

標準的な薬物動態試験—同一の被験者に対して計画に従ってサンプリングを複数回行う従来の薬物動態試験。個々の被験者の薬物動態パラメータが求められる。

分布容積—生体内での薬物の分布の程度を示す仮想上の容積。

体内薬物量=分布容積×血中濃度の関係がある。

V_1 、 $V_d\beta$ 、 V_{dss} はそれぞれ中心コンパートメントの分布容積、 β 相から求めた分布容積、定常状態(総)分布容積を表す。

糞便中排泄率—糞便に排泄された被験物質および代謝物量の投与された被験薬量に対する割合

ベイズ推定法—統計学のベイズ定理を応用した薬物動態パラメータの推定法。母集団薬物動態パラメータの事前分布を仮定し、個々の被験者から得られた血中濃度値を加味して、当該被験者における薬物動態パラメータ値を推定する。この方法を用いると、個々の被験者から数少ない測定点しか得られない場合においても各被験者の薬物動態パラメータおよび血中濃度—時間推移を推定することができるため、特に臨床における患者データを解析する際に有用である。TDM領域において、血中濃度測定に基づく個別投与設計法に臨床応用されている。

母集団薬物動態試験法—被験者における各種背景因子を薬物動態パラメータの変動因子として薬物濃度の時間的推移をモデル化することにより、集団の代表値の推定値と要因ごとの変動部分を数学的に分析する非線形混合効果モデルに基づいたアプローチ

シングル・トラフ・スクリーン—反復投与の定常状態において、個々の被験者からトラフ濃度(投与直前の最低血中濃度)を1回ずつ測定する。被験者数が多く、採血誤差・分析誤差が小さく、かつ個体内変動が小さいとき、与えられた用量における血中濃度の分布を調べることができる。治療効果や有害事象発生のデータと併せて考察することにより、有効治療濃度範囲を推定できる場合がある。しかし、被験者の服用コンプライアンスが遵守されていることが前提条件であり、被験薬の半減期にも依存するが、少なくとも採血前2回の連続服用を確認する必要がある。このような1点測定法はトラフ濃度測定に限定すべきで、静脈投与時以外はピーク濃度の測定に用

いるべきではない。本法は最も容易に適用できる手法であるが、データ解析上の限界があり、ばらつきも大きくなることから、原則的には推奨できない。実際には試験実施上の制約が大きく、本法でなければ血中濃度測定を実施できない場合のみに、採用される試験デザインである。

マルチプル・トラフ・スクリーン—反復投与の定常状態において、個々の被験者からトラフ濃度を複数回(2回以上)測定する。シングル・トラフ・スクリーンに比べ、本法では一個人内における血中濃度の再現性が確認でき、測定の信頼性を高めることができる。全体のばらつきを個体間変動と個体内変動とに分けて評価でき、血中濃度値と患者背景との関連性を解析することが可能である。治療効果や有害事象発生のデータと併せて考察することにより、有効治療濃度範囲を推定できる場合がある。得られる薬物動態パラメータは、クリアランスであり、個体間変動の評価には非線形混合効果モデルを用いる。解析には多くの症例数を必要とし、治験に参加する全てもしくはほとんどの被験者からトラフ濃度を測定することを原則とする。採血に際しては、被験者の服用コンプライアンスを確認する。

フル・スクリーン—Full population PK sampling designまたはfull pharmacokinetic screenとも呼ばれる。本法では、トラフなど特定の時期に限定せず、投与後のさまざまな時間帯に採血を行う。採血は、個々の被験者から複数回(通常、2~6回程度)実施するが、1回採血の被験者をも解析に含めることができる。多くの被験者から異なった時間帯に得られた複数の薬物血中濃度データを全て併せて解析することにより、対象集団における当該被験薬の母集団薬物動態情報が得られる。本法で得られたデータを非線形混合効果モデルで解析すると、クリアランスのみならず多くの薬物動態パラメータが得られる。被験者間の個人差を引き起こす患者背景、個体間および個体内変動を評価できる。被験薬の適用対象である患者集団における薬物動態の評価やPK/PD試験を実施する上で適した試験デザインである。本法でも、治験に参加する全てもしくはほとんどの被験者を対象とすることが原則である。採血に際しては、被験者の服用コンプライアンスの確認と、服用時刻および採血時刻の正確な記録が必要である。

11. 関連するガイドラインおよびガイダンス一覧

11.1. 薬物動態試験関連ICHガイドライン

E3: 治験の総括報告書の構成と内容に関するガイドライン(1996)

E4: 新医薬品の承認に必要な用量—反応関係の検討のための指針(1994)

E5: 外国臨床データを受け入れる際に考慮すべき民族的要因について(1998)

E6: 医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令(1997)

E7: 高齢者に使用される医薬品の臨床評価法に関するガイドライン(1993)

E8: 臨床試験の一般指針(1998)

E9: 臨床試験のための統計的原則(1998)

E10: 臨床試験における対照群の選定に関するガイドライン(1999)

E11: 小児集団における医薬品の臨床試験に関するガイドライン(2000)

M3: 医薬品の臨床試験のための非臨床試験安全性試験の実施時期についてのガイドライン(1999)

S3A: トキシコキネティクス(毒性試験における全身的暴露の評価)に関するガイダンスについて(1998)

11.2. 日本におけるガイドライン

小児医薬品開発のためのガイドライン(1982)

徐放性製剤(経口投与製剤)の設計および評価に関するガイドライン(1988)

新医薬品の臨床評価に関する一般指針(1992)

後発医薬品の生物学的同等性試験ガイドライン(1997)

非臨床薬物動態試験ガイドライン(1998)

経口固形製剤の処方変更の生物学的同等性試験ガイドライン(2000)

含量が異なる経口固形製剤の生物学的同等性試験ガイドライン(2000)

各種対象疾患別の臨床評価ガイドライン

抗不整脈剤の臨床評価方法に関するガイドライン(1984)

抗狭心症薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1985)

鎮痛消炎剤の臨床評価方法に関するガイドライン(1985)

経口避妊薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1987)

脳血管障害に対する脳循環・代謝改善薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1987)

抗高脂血症薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1988)

抗不安薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1988)

睡眠薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1988)
抗心不全薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1988)
降圧薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1989)
抗悪性腫瘍薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1991)
抗痲呆薬の臨床評価ガイドライン(案)(1997)
抗菌薬臨床評価方法のガイドライン(1998)
脳血管障害治療薬の臨床評価方法に関するガイドライン(案)(1998)
抗悪性腫瘍薬の第I相試験のガイドライン(案)(1998)
骨粗しょう症薬の臨床評価方法に関するガイドライン(1999)

11.3. 海外におけるガイダンス

11.3.1. FDAのガイダンス

Guidance for industry, Studies in support of special populations:Geriatrics (1994)
Guidance for industry, Content and format of investigational new drug applications (INDs)for phase I studies of drugs, including well characterized, therapeutic, biotechnology derived products(1995)
Guidance for industry, Drug metabolism/drug interaction studies in the drug development process:Studies in vitro(1997)
Guidance for industry, In vivo bioequivalence studies based on population and individual bioequivalence approaches(1997)
Guidance for industry, Food—effect bioavailability and bioequivalence studies(1997)
Guidance for industry, Pharmacokinetic in patients with impaired renal function—Study design, data analysis, and impact on dosing and labeling (1998)
Guidance for industry, General considerations for pediatric pharmacokinetic studies for drugs and biological products(1998)
Guidance for industry, In vivo drug metabolism/drug interaction studies— Study design, data analysis, and recommendations for dosing and labeling (1999)
Statistical procedures for bioequivalence studies using standard two treatment crossover design(Issued 1992, Posted 1998)
Bioanalytical methods validation for human studies. Draft guidance(1999)
BA and BE studies for orally administered drug products. General consideration. Draft guidance(Issued 1999, Posted 1999)
Average, population, and individual approaches to establishing bioequivalence. (2000)
Guidance for industry, Population pharmacokinetics(1999)

11.3.2. EUのガイダンス

Note for guidance on the investigation of drug interactions(1997)
Pharmacokinetic studies in man(1987)

12. 註

註1：被験薬に関する吸収、分布、代謝及び排泄の結果として観測される血中薬物濃度(血漿中濃度、血清中濃度、全血中濃度)は、薬物動態を明らかにする上で重要なデータである。このデータから求められる血中濃度—時間曲線下面積(AUC)、分布容積(Vd, Vd/F)、クリアランス(CL, CL/F)、消失半減期($t_{1/2}$)、平均滞留時間(MRT)、最高血中濃度到達時間(t_{max})、平均血中濃度(C_{av})、最高血中濃度(C_{max})もしくはピーク濃度(C_{peak})および最低血中濃度(C_{min})もしくはトラフ濃度(C_{trough})などは薬物動態を表現するために有用なパラメータとなる。AUC, C_{av} , C_{max} , および C_{min} などが投与量に比例する場合には、被験薬の体内動態は線形であると言える。体内動態が線形である場合には、投与量を変化させた場合の血中濃度、ひいては体内動態の予測は容易であるので、臨床投与量付近で薬物動態が線形であるか否かを知ることは薬物療法上有用である。多くの場合、被験薬の投与量を変化させた単回投与データから線形性の検討が行なわれる。一方、単回投与試験では、終末相の半減期を正確に評価できないことから蓄積性の予測が不十分となることがある。このような場合には反復投与試験を活用する。

註2：投与間隔に比し半減期の長い薬物を反復投与した場合には体内の薬物は累積して、単回投与時に比べてその血中濃度は上昇し、やがて、さらに投与を継続しても同じような血中濃度推移を示すようになる。この時、血中濃度は定常状態に達したといわれる。定常状態および単回投与時におけるAUC, C_{max} , C_{min} および C_{av} のそれぞれについて比(累積係数と呼び、単回投与時の薬物動態パラメータから計算された累積係数をR, 実際に薬

物を反復投与した結果として得られた累積係数をRobsで示す)を求め、それらが単回投与試験結果からの予測値と異なる場合には、次のことが示唆される。なお、予測値はコンパートメントモデルに基づく数式、もしくは重ね合わせ法により求めることができる。

Robs>Rの場合：定常状態付近での薬物動態の非線形性、被験薬もしくはその代謝物による酵素やトランスポーターの阻害やダウンレギュレーション、被験薬による肝、腎などへの障害などが考えられる。このような場合、蓄積性があると言う。

Robs<Rの場合：定常状態付近での薬物動態の非線形性、被験薬もしくはその代謝物による酵素やトランスポーターの誘導、被験薬の投与部位での溶解性の不足などが考えられる。

投与を繰り返しても単回投与での結果から予想される定常状態のレベルまで達したと認められないときには代謝酵素の誘導が、また、予想以上の蓄積が認められた場合には代謝酵素の阻害やクリアランス臓器への毒性が考えられるので、このような場合には十分原因を明らかにすることが必要となる。

なお単回投与において被験薬の動態が線形性とは認め得ないときの反復投与データの解釈はその原因を念頭において解釈する必要がある。

註3：薬物動態における線形性が成立しない場合には、未変化体に対する代謝物の比率も変化し、時には新たな代謝物が無視できなくなる場合もある。それ故、線形性の成立しない可能性が示唆された場合には第I相試験において、投与量を臨床予想最高投与量よりも上げること、また、反復投与して検討することも有用である。

註4：母集団薬物動態試験法における検討要因の記述・モデル組み込みへの妥当性を判断するためには、以下の考慮が必要である。

- 1 対象集団、標本サイズは被験薬が将来使用されると予想される対象についての十分な情報を得るために、適切であるか。
- 2 被験薬の体内動態に及ぼす薬物併用療法や他の疾患の存在などの因子の影響を検討する場合には、それらの因子のそれぞれについて、陽性患者および陰性患者の数が、解析に十分か。
- 3 各被験者から少数のデータで十分な情報を得るようにサンプリングの枠組みが注意深く設定されているか。
- 4 既に得られている試験における薬物動態の知見からみて、サンプリング計画が妥当であるか。

医薬品の臨床薬物動態試験について(Q&A)

Q1. 局所適用薬剤、バイオテクノロジー応用医薬品等についても適用対象となるのか。

本文書は臨床における薬物動態評価に際して参考とすべき考え方を示したものであるが、全ての薬物に一律に適用すべきものではない。特殊性を有する薬物については本文書の基本的な考えを理解した上で検討すべき項目や方法を選択する。なお、関係するガイドラインがあるものでは、それも参考にする。なお、取捨選択した場合はその科学的妥当性を示す。

Q2. 薬物の定量分析に関し、本文書ではGLP基準に準じて行うことが望ましいとしているが、定量法の設定から濃度測定に至るすべての過程において、GLP精神に準じて、十分な信頼性確保に努めるべきであるとの理解でよいのか。

臨床薬物動態試験は「医薬品の臨床試験の実施の基準」(GCP)に従って実施されるが、この省令には試験施設、測定機器、測定者等に関する規定はない。この部分に関しては「医薬品の安全性に関する非臨床試験の実施の基準」(GLP)に従って行うことが望ましいとしている。

「GLP精神に準じて、十分な信頼性確保に努めるべきである」との表現は具体性に欠け、解釈に齟齬を来すと考えられるので、好ましくない。

質問の薬物の定量分析に関しては、現在すでに、GLPに従って実施している施設もあり、その範囲および内容に関する判断は実施者により適切に行われていると思われる。GLPは臨床薬物動態試験に適用されないが、試料中の被験薬及び代謝物を定量する場合、留意すべき基準の例としてGLPを引用して示すとすれば、基本的なものとしては、第5条(職員)、第9条(試験施設)、第10条(機器)、第11条(標準操作手順書)の4項および5項、第14条(試薬および溶液)、第15条(試験計画書)の第1項第7号及び8号、第16条(試験の実施)が考えられる。

なお、行われた試験は原則として承認申請時に添付資料として提出され、医薬品機構のGCP基準及び信頼性基準の調査対象となるので、試験の計画、実施、解析、報告、内部調査、保存等に関して十分な配慮が必要である。

Q3. クロスバリデーションについて、必要とされる状況、具体的な方法並びに把握しておくべき情報を提示されたい。

臨床薬物動態試験における定量分析法はバリデーションにより真度、精度、特異性、定量限界などの特性が明らかにされ、目的とする分析に適切であると判定されたものでなくてはならない。従って、通常は同一の試料を異なる方法で測定するとしても、それらの間の特性を比較するためのクロスバリデーションは必要としない。但し、上記特性が不十分であり、両者の間で実質的に異なる値が得られる可能性がある場合にはクロスバリデーションを行う。個々の事例において、データの一貫性が確保されるよう、また、得られたデータが使用目的に充分適用しうるようケースバイケースの対応をされたい。なお、原理が異なる分析法間(HPLC分析とRIA分析等)では、通常、分析法間の一致性を確認するためのクロスバリデーションが必要である。

Q4. 最終製剤の定義を明確にされたい。

最終製剤とは市販製剤と同一処方で実生産ロットの1/10以上のスケールで同一の方法で製造された製剤とする。なお、軽微な処方変更で薬物動態学的な変動を起こさないと考えられる場合については、薬物動態試験を新たに行う必要はないと考えても差し支えない。徐放製剤については、「徐放性製剤(経口投与製剤)の設計および評価に関するガイドライン(1988)」に示された点にも留意する。

Q5. 食事の影響について最終製剤を用いた検討が必要という記載は、承認申請される投与方法を踏まえた薬物動態データを得ておくべきであるという解釈でよいか。

原則として、臨床での用法に関わらず経口投与薬剤の場合は最終製剤で食事の影響を検討する。

Q6. 臨床投与経路が静脈内投与以外の薬物について、どのような場合に静脈内投与を実施して薬物動態パラメータを得るべきなのか具体的に示して頂きたい。また、静脈内投与するにあたって必要とされる非臨床試験(安全性試験等)の方法と範囲を明らかにされたい。

静脈内投与は薬物動態に関する基本的なパラメータ、すなわちクリアランスと分布容積を把握し、生物学的利用性さらに初回通過における肝と小腸の役割を明らかにする上で有用である。従って、治療域の狭い被験薬や臨床上問題となる副作用の多い薬物、生物学的利用性が低い薬物、また、全身的曝露の個人差や変動が問題となる非静脈内投与薬物では原則として実施する。しかし、このような場合であっても、適切な溶解補助剤が無い不溶性物質の場合や静脈内投与の安全性に問題がある場合においては実施すべきではない。また、尿中回収率が90%以上である場合には静脈内投与試験を実施する意義が小さい。個々の薬物に応じて判断すべきであるが、実施しない場合にはその理由を示す。

静脈内投与での臨床試験は意図する臨床適用経路での臨床試験結果に基づいて安全性の確認された血中濃度を越えないように計画されなくてはならない。ヒトで静脈内投与を行う前にそれと同じ薬剤を用いて単回或いは点滴による静脈内投与毒性試験を行う。その際、投与局所の血管収縮などの薬理作用や血管壁への刺激性、また、溶血性なども検討しておく必要がある。また、投与した薬剤や析出物が腎や肺、また、肝臓などの毛細血管に捕捉されることがないかについても検討しておく。

静脈内投与は臨床適用方法でヒトでの安全性の確認された血中濃度や総体内曝露量を越えないように留意しながら、点滴投与する方法が考えられる。

Q7. 遺伝多型を考慮した薬物動態試験を行うに際して、プライバシー保護などの課題についての対処方法をどのように考えるか。

開発初期段階、特に健康な志願者には既に遺伝多型の情報が分かっているものも多い。被験者に新たに遺伝子検査を実施する場合には、関連する最新の指針あるいは報告書、現時点では文部科学省、厚生労働省及び経済産業省が作成した「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(平成13年3月29日)及び厚生科学審議会先端医療技術評価部会の「遺伝子解析研究に付随する倫理問題等に対応するための指針」(平成12年4月28日付)及び科学技術会議生命倫理委員会の「ヒトゲノム研究に関する基本原則について」(平成12年6月14日付)を参考に、被験者の倫理的側面に配慮し、十分な説明を行って慎重に同意を得る。

なお、遺伝多型の検討についてはgenotype/phenotypeのいずれでもよいが、前者の場合においては代謝能との関係が明瞭なgenotypeで識別する。

Q8. 日本人でのpoormetabolizer(pM)の頻度が極めて低い酵素があることから、遺伝多型によりどの程度薬物動態が影響を受けるのかを示す臨床試験成績として、外国人での成績を用いてもよいか。

ヒト肝ミクロゾーム等を用いたinvitroでの検討により、遺伝子欠損による薬物動態への影響が大きいと想定された薬物においては、ヒトにおける遺伝多型の影響をあきらかにするための臨床試験の実施を検討する。この場合、日本において欠損者の割合が非常に少ない遺伝多型の場合においては、海外での臨床試験成績が有益な情報になると考えられる。

但し、十分に信頼しうる文献等を示して、日本における試験が不可能な状況を科学的に説明する。

Q9. 初期段階における試験に女性を組み込む時期については、治験薬ごとに判断するという解釈でよいか。

女性に多い症状又は女性特有の疾患に対する医薬品については初期段階から女性集団で臨床試験がなされる場合が考えられる。その他については治験薬毎に判断することとなるが、女性を試験に組み込む場合は、「医薬品の臨床試験のための非臨床試験安全性試験の実施時期についてのガイドライン」で指摘された安全性試験の成績を検討しておかなくてはならない。

Q10. 糞便中代謝物の検索を行い、糞便中の被験薬や代謝物の測定を行うことが有用な場合とはどのような状況か。

非臨床試験結果から尿中回収率が高い化合物であると考えられるにも関わらず、ヒトでは尿中回収率が低い場合、すなわち胆汁中への排泄量が高いと推定され、尿中回収率が極めて低く、かつ非臨床試験成績がヒトでの物質収支予測に利用できない場合には、糞便中の被験薬や代謝物濃度の測定がヒトでの薬物動態を把握する上で有用であろう。逆に、尿中回収率が低くとも非臨床試験成績と整合し、非臨床試験成績からヒトへの予測が可能と判断される場合の測定意義は相対的に低くなるとも考えられる。化合物の薬物動態特性に応じて個々に必要性を判断されたい。

Q11. 用語一覧によれば線形性について、例えば、投与量対AUCの関係をグラフで示すと原点を通る直線になるとの記載があるが、現実的な評価に際して使用すべき方法と判定基準も示すべきではないか。

「線形性を示す」という表現を用いる場合は、用語一覧で示す条件を満たす必要がある。用量依存性の薬物動態パラメータについて用量との間に、線形性が示されるならば、用量に比例した変化が起こり、薬物動態の解析や臨床における予測を容易に行うことが出来る。従って、実際問題として線形性の有無に感心が集まり、より広範囲な解釈が行われている場合が見受けられるが、定義の決まった言葉を用いる場合はそれを裏付ける十分な根拠が必要と考える。

一方、被験薬の薬物動態に関して、臨床の場合における必要性を考えると(予想)臨床使用量を含む臨床的に意味のある範囲でCmax及びAUC等の薬物動態パラメータが用量に比例するか否かを明らかにすることがまず重要である。そこでは、試験結果を用量との関係でプロットしてその状態を十分観察することからはじめて、回帰直線設定の妥当性、更には線形性の検討へと進めるべきである。用量との間に線形性が認められれば、それによって種々の薬物動態学的解析が容易に行い得るであろう。例えば、AUCが用量に対して(予想)臨床使用量を含む試験範囲内で比例することを調べる方法として幾つか異なるものが試みられているが、被験薬の薬物動態の違い、試験の規模、精度の相違、更には適応等から見ても原点への外挿を含めて線形性を示す方法論についての普遍的なコンセンサスは得られていないのが現状であろう。従って、まずは被験薬毎にもっとも適切な方法を選択し、妥当な基準を設定して行うべきである。その結果、その薬物動態パラメータが用量に対して実際的に線形性を示すとみなし得れば、それ以降の線形性を前提とした解析に進み得ると考える。なお、線形性とみなし得ない場合に重要なことは、臨床で用いられる用量の範囲においてどの程度の非線形性がみられるかであり、この臨床的意味について検討する必要があると考える。更に、用量の変化に伴った薬物動態パラメータの変化を十分に推定できれば、臨床における薬物動態を考える上で有益な情報となるであろう。