

維持 ECT 適応基準

RegularECT において、以下の問題をクリアしている

- ① 当院での入院電気痙攣療法の経験がある事
- ② ECT 終了後のリカバリーに問題が無い。(意識障害の遷延や指示動作可能になるまでの時間が遷延しない)
- ③ ECT 後の急激な精神症状の変動が無い (せん妄の意味とは異なり、急激な躁転や精神病性症状の出現などが無いという意味)
- ④ 身体疾患合併例において、その身体疾患が安定している。新たな身体疾患の出現がない。

麻酔科医及び主治医が、外来通院維持 ECT 可能と判断している

保護者及び本人が入院 ECT 療法と異なる以下の点を十分理解し、同意している。

- ① ECT 治療による影響 (後せん妄やけいれん、全身状態の変化などが、帰宅後おこりうる可能性がある)
- ② 保護者は電気痙攣療法中を含めて少なくとも 2～3 時間待機していただかなくてはならない事
- ③ 身体状況の変化や、新たな身体疾患の出現によって身体治療が変更されている事、当日の確認で ECT の準備が出来ていない

場合など、諸々の事情によって、当日 ECT を施行しない可能性
がある事

- ④ 当日施行する ECT 前後の精神状態・身体状態によっては、緊急入院の適応となりうること。(そのためにも保護者の同伴が必須)

□ 外来通院において、保護者（医療保護入院における保護者）の同伴が必須であり、それについて理解し同意している。

□ ECT 同意書・麻酔同意書は、保護者が変わった場合、身体治療が大幅に変わった場合、新たな身体疾患の出現が出た場合などには新たにそのリスクを含めた説明を行い、同意を取り直さなければならぬ。

□ 入院 ECT よりも、通院維持療法を行うことのメリットが上回っており、なおかつ患者・患者家族が強く希望し、そのリスクを理解している。

維持 ECT 帰宅基準

患者氏名・ID _____

- 下記全て、ECT 終了後 30 分以上経過して確認していること。
- 呼吸：自発呼吸良好で SpO₂ は酸素投与なしで保たれている。
- 心臓：モニターを確認し、心電図波形の異常変化はなく、血圧も術前と比較し、
10%以内の変化
- 尿・便失禁の有無（あれば処置し、再度失禁がないことを確認）
- 体温の正常の確認
- 意識：指示動作（舌、両手、両足）
- 意識：見当識（氏名、年齢、場所など）
- 精神症状：幻覚・妄想・興奮・多幸性が無い事
- 神経症状：後けいれんが無い事
- 神経症状：指示動作で左右差がない。瞳孔の左右差がない。呂律障害がないこと。
- 神経症状：異常不随意運動が無い事。
- 上記を、医師 1 名を含む医療従事者 2 名以上で確認

確認者

- ① 医師・看護師 _____
- ② 医師・看護師 _____
- ③ 医師・看護師 _____

ID. () 患者氏名 () 血液感染症 () 年齢 () 身長 () cm 合併症等 ()

月/日	月 日から	月 日から	月 日から	月 日から	月 日から
経過(クロザリル投与開始後)	1日目	2日目	3日目	4日目	
アウトカム (目標)	OPMS規定に沿った検査及び処方 重篤な副作用発現時の迅速かつ適切な対応	OPMS規定に沿った検査及び処方 重篤な副作用発現時の迅速かつ適切な対応	OPMS規定に沿った検査及び処方 重篤な副作用発現時の迅速かつ適切な対応	OPMS規定に沿った検査及び処方 重篤な副作用発現時の迅速かつ適切な対応	
タスク (作業)	<input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 採血の実施(火曜日) <input type="checkbox"/> 精神症状、身体症状の確認(診察時) <input type="checkbox"/> eOPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方(火曜日)【水曜飲み始め、7日以内】 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査依頼書記載(火曜日) ※検査依頼票のコメントには「クロザリル」と必ず記載 <input type="checkbox"/> 朝服薬の処方(不眠時、不調時、不安時など)	<input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 採血の実施(火曜日) <input type="checkbox"/> 精神症状、身体症状の確認(診察時) <input type="checkbox"/> 血液検査結果判定(火曜日) <input type="checkbox"/> eOPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方(火曜日)【水曜飲み始め、7日以内】 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査依頼書記載(火曜日) ※検査依頼票のコメントには「クロザリル」と必ず記載	<input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 採血の実施(火曜日) <input type="checkbox"/> 精神症状、身体症状の確認(診察時) <input type="checkbox"/> 血液検査結果判定(火曜日) <input type="checkbox"/> eOPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方(火曜日)【水曜飲み始め、7日以内】 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査依頼書記載(火曜日) ※検査依頼票のコメントには「クロザリル」と必ず記載	<input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 採血の実施(火曜日) <input type="checkbox"/> 精神症状、身体症状の確認(診察時) <input type="checkbox"/> 血液検査結果判定(火曜日) <input type="checkbox"/> eOPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方(火曜日)【水曜飲み始め、7日以内】 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査依頼書記載(火曜日) ※検査依頼票のコメントには「クロザリル」と必ず記載	
クロザリル投与 (1日量)	1日1回 12.5mg 25mg 25mg 50mg 50mg 50mg	1日2回 75mg 75mg 100mg 100mg 125mg 125mg	1日2回 150mg 150mg 175mg 175mg 200mg 200mg	1日2回 150mg 150mg 175mg 175mg 200mg 200mg	
検査日	維持量は1日200~400mg。最高用量は1日600mgまで。※1回の増量は4日以上の間隔をあげ、増量は1日100mgを越えないこと。(添付文書抜粋)				
判定基準					
白血球	4000以上				
好中球	2000以上				
HbA1c	5.6未満				
血糖値	110未満(空腹時) 140未満(随時)				
体重					
観察項目	① 発熱	-	+	-	+
	② のどの痛み	-	+	-	+
	③ さびけ	-	+	-	+
	④ 口渇	-	+	-	+
	⑤ 多飲・多尿	-	+	-	+
	⑥ 胸痛	-	+	-	+
	⑦ 頻脈(動悸)	-	+	-	+
	⑧ 呼吸困難	-	+	-	+
	⑨ 浮腫	-	+	-	+
	パリアス(強粉)	(無・有)	(無・有)	(無・有)	(無・有)
サイン(副作用観察者)					
外泊	不可	不可	不可	不可	可能(条件あり)
入院	不可	不可	不可	不可	原則不可
備考 (パリアス(有)の場合、 その詳細を受けた指示内容)					
精神状態評価					

※ 白血球数3000~4000又は好中球数2000~1500の場合には血液検査を週に2回する必要があるります。
 ※ 白血球数3000未満又は好中球数1500未満となった場合には、直ちにクロザリルの投与を中止し、医療連携マニュアルに沿って対応します。
 ※ クロザリルは原則として他の抗精神病薬と併用しないこととなっております。当直医に朝服薬を依頼する場合には、クロザリルを服用している旨を必ず伝えて下さい。

ID.() 患者氏名() 血液感染症() 年齢() 身長() cm 合併症等()

月/日	月 日	月 日	月 日	月 日
経過	クロザリン使用患者の円滑な外来への移行	初回通院	円滑なクロザリン使用患者の外来への移行	通院3回目
アウトカム (目標)	外来への移行 重篤な副作用のモニタリング CPMS規程の遵守	円滑なクロザリン使用患者の外来への移行 重篤な副作用のモニタリング CPMS規程の遵守	円滑なクロザリン使用患者の外来への移行 重篤な副作用のモニタリング CPMS規程の遵守	円滑なクロザリン使用患者の外来への移行 重篤な副作用のモニタリング CPMS規程の遵守
タスク (作業)	<input type="checkbox"/> 薬局へ連絡(薬局から外来及び検査へ連絡) <input type="checkbox"/> 患者さんへ外来移行について説明(Dr用の資料あり) <input type="checkbox"/> 患者さんにカード及び配布資料を渡す。 <input type="checkbox"/> 次回診察日予約(直近の採血から2週間以内) <input type="checkbox"/> 血液検査の指示書を作成し、 記載した検査依頼票をカルテに挟む(外来Nsに分かる場所) ※検査依頼票のコメントには「クロザリン、至急」と必ず記載 ※血糖値及びHbA1cについては、要確認。	<input type="checkbox"/> 検温(外来Ns) <input type="checkbox"/> 採血(外来Ns) ※ 至急のコメント(検査票)の確認 <input type="checkbox"/> 体重測定(外来Ns) <input type="checkbox"/> 検査結果確認 <input type="checkbox"/> 診察(副作用などチェック) <input type="checkbox"/> お薬の処方(2週間以内) <input type="checkbox"/> eCPMSへの入力 <input type="checkbox"/> 次回、診察日予約(2週間以内) <input type="checkbox"/> 予約の際に「診察前の採血、検温、体重測定あり」のコメント <input type="checkbox"/> 血液検査の指示書の作成し、 記載した検査依頼票をカルテに挟む(外来Nsに分かる場所) ※検査依頼票のコメントには「クロザリン、至急」と必ず記載 ※血糖値及びHbA1cについては、要確認。	<input type="checkbox"/> 検温(外来Ns) <input type="checkbox"/> 採血(外来Ns) ※ 至急のコメント(検査票)の確認 <input type="checkbox"/> 体重測定(外来Ns) <input type="checkbox"/> 検査結果確認 <input type="checkbox"/> 診察(副作用などチェック) <input type="checkbox"/> お薬の処方(2週間以内) <input type="checkbox"/> eCPMSへの入力 <input type="checkbox"/> 次回、診察日予約(2週間以内) <input type="checkbox"/> 予約の際に「診察前の採血、検温、体重測定あり」のコメント <input type="checkbox"/> 血液検査の指示書の作成し、 記載した検査依頼票をカルテに挟む(外来Nsに分かる場所) ※検査依頼票のコメントには「クロザリン、至急」と必ず記載 ※血糖値及びHbA1cについては、要確認。	<input type="checkbox"/> 検温(外来Ns) <input type="checkbox"/> 採血(外来Ns) ※ 至急のコメント(検査票)の確認 <input type="checkbox"/> 体重測定(外来Ns) <input type="checkbox"/> 検査結果確認 <input type="checkbox"/> 診察(副作用などチェック) <input type="checkbox"/> お薬の処方(2週間以内) <input type="checkbox"/> eCPMSへの入力 <input type="checkbox"/> 次回、診察日予約(2週間以内) <input type="checkbox"/> 予約の際に「診察前の採血、検温、体重測定あり」のコメント <input type="checkbox"/> 血液検査の指示書の作成し、 記載した検査依頼票をカルテに挟む(外来Nsに分かる場所) ※検査依頼票のコメントには「クロザリン、至急」と必ず記載 ※血糖値及びHbA1cについては、要確認。
判定基準	4000以上			
白血球	2000以上			
好中球	5.6未満			
HbA1c	110未満(空腹時)			
血糖値	140未満(随時)			
体重				
① 発熱	-・+			
② のどの痛み	-・+			
③ せき	-・+			
④ 口渇	-・+			
⑤ 多飲・多尿	-・+			
⑥ 頻脈	-・+			
⑦ 頻脈(動悸)	-・+			
⑧ 呼吸困難	-・+			
⑨ 浮腫	-・+			
ハリアランス (過剰)	(無・有)	(無・有)	(無・有)	(無・有)
備考 (ハリアランス(有)の場合、 その詳細に付けた指示内容)				

精神症状評価

※ 白血球数3000~4000又は好中球数2000~1500の場合には血液検査を週に2回する必要がある。
 ※ 白血球数3000未満又は好中球数1500未満となった場合には、直ちにクロザリンの投与を中止し、医療連携マニュアルに沿って対応します。
 ※ クロザリンは原則として他の抗精神病薬と併用しないこととなっています。当医に頓服薬を依頼する場合には、クロザリンを服用している旨を必ず伝えて下さい。

ID.() 患者氏名()さん 血液感染症() 年齢()歳 身長()cm 合併症等()

重篤な副作用のモニタリング CPMS採測の遵守		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
アウトカム (目標)																
月/日																
タスク (作業)	<input type="checkbox"/> 検温(外来Na) <input type="checkbox"/> 採血(外来Na) ※ 至急のコメント(検査票)の確認 <input type="checkbox"/> 体重測定(外来Na) <input type="checkbox"/> 検査結果確認 <input type="checkbox"/> 診察(副作用などチェック) <input type="checkbox"/> お薬の処方(2週間以内) <input type="checkbox"/> eCPMSへの入力 <input type="checkbox"/> 次回、診察日予約(2週間以内) <input type="checkbox"/> 予約の際に『診察前の採血、体温・体重測定あり』のコメント <input type="checkbox"/> 血液検査の指示書の作成し、 記載した検査依頼書をカルテに挟む(外来Naに分かる場所) ※検査依頼票のコメントには「クロザリル、至急」と必ず記載 ※血糖値及びHbA1cについては、要確認。 <input type="checkbox"/> 次回予約の検温、採血、体重測定があるか確認(外来Na)	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認	<input type="checkbox"/> 体温 <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> 体重 <input type="checkbox"/> 検査確認 <input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 処方 <input type="checkbox"/> CPMS <input type="checkbox"/> 予約 <input type="checkbox"/> コメント <input type="checkbox"/> 検査指示 <input type="checkbox"/> 外来確認
判定基準	4000以上															
白血球	2000以上															
好中球	5.0未満															
HbA1c	110未満(空腹時)															
血糖値	140未満(随時)															
体重																
① 発熱																
② のどの痛み																
③ まひけ																
④ 口渇																
⑤ 多飲・多尿																
⑥ 胸膈																
⑦ 頻脈(動悸)																
⑧ 呼吸困難																
⑨ 浮腫																
ハリアンス (便秘)																
備考 (ハリアンス(有)の場合、 その詳細と変り(治療内容)																

精神症状評価面

※ 白血球数3000~4000又は好中球数2000~1500の場合には血液検査を週に2回するの必要があります。
 ※ 白血球数3000未満又は好中球数1500未満となった場合には、直ちにクロザリルの投与を中止し、医師連携マニュアルに沿って対応します。
 ※ クロザリルは原則として他の抗精神病薬と併用しないこととなっています。当直に頓服薬を依頼する場合には、クロザリルを服用している旨を必ず伝えて下さい。



外来診療の流れ



当院まで来院していただきます



診察の前に採血・体重測定・体温測定を行います



医師による診察が行います



次回の予約をお取りします



院内でお薬をお渡しします



会計を終えれば全て終了です。
お疲れ様でした！



<ECT医薬品

請求・返品票>

請求医師名

請求医師名

実施予定日 平成 年 月 日 ()

	No.1 () 病棟 様	No.2 () 病棟 様	No.3 () 病棟 様	No.4 () 病棟 様	No.5 () 病棟 様	No.6 () 病棟 様	小計	返品数
1%プロポフォール注								
請求数	A	A	A	A	A	A	A	
使用数	A	A	A	A	A	A	A	A
プリディオン静注200mg								
請求数	A	A	A	A	A	A	A	
使用数	A	A	A	A	A	A	A	A
エスラックス静注25mg								
請求数	A	A	A	A	A	A	A	
使用数	A	A	A	A	A	A	A	A
アトロピン硫酸塩注0.5mg								
請求数	A	A	A	A	A	A	A	
使用数	A	A	A	A	A	A	A	A
セボフレソ吸入麻酔液								
請求数	1 ピン						1ピン	1
使用数	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ピン
ヴィーンF(500ml)								
請求数	本	本	本	本	本	本	本	
使用数	本	本	本	本	本	本	本	本
生食(20ml)								
請求数	本	本	本	本	本	本	本	
使用数	本	本	本	本	本	本	本	本
セシネース注5mg								
請求数	本	本	本	本	本	本	本	
使用数	本	本	本	本	本	本	本	本

出庫確認 : 看護師

薬剤師

返却確認 : 看護師

薬剤師

E C T 記 録

年月日 年 月 日 ()

カルテ
番号 _____

氏名 _____

生年 _____
月日 _____ 年 月 日

年齢 歳 性別 M・F 身長 cm 体重 kg

病棟 _____ ASA 1 2 3 4 5 E

主治医 _____ 施行医 _____ 麻酔医 _____

診断名										前投薬									
施行術式 m-ECT(第 _____ クール 回目)										施行前合併症									
施行時間 時 分 ~ 時 分 (時間 分)					麻酔時間 時 分 ~ 時 分 (時間 分)														

O ₂	L/M																	使用薬剤名(量)			
N ₂ O	L/M																				
AIR	L/M																				
	(%)																	□O ₂	L/分 ×	時間	分
																		□N ₂ O	L/分 ×	時間	分
																		□セボフレン	ml/時 ×	時間	分
プロポフォール (mg)																		プロポフォール	(mg)		
マスキュラックス (mg)																		マスキュラックス	(mg)		
アトロピン (mg)																		アトロピン	(mg)		
ワゴスチグミン (mg)																		ワゴスチグミン	(mg)		

・心拍数 × 血 圧 ▲ 体 温 × 麻酔開始 終了 ◎ 手術開始 終了 T 挿管・抜管	Time										麻 酔 法																					
	200																				150											
																						100										
	50																															

SpO ₂ (%)																			
輸 液	ブイーン									ブイーン									(ml)

施 行 結 果										施 行 中 特 記 事 項									
□パルス波治療器 インピーダンス (Ω) 通電 (%)			□パルス波治療器 インピーダンス (Ω) 通電 (%)			□パルス波治療器 インピーダンス (Ω) 通電 (%)													
□サイン波治療器 電圧 (V) 通電時間 (秒)			□サイン波治療器 電圧 (V) 通電時間 (秒)			□サイン波治療器 電圧 (V) 通電時間 (秒)													
痙攣 (秒)			痙攣 (秒)			痙攣 (秒)													
脳波上発作波 (秒)			脳波上発作波 (秒)			脳波上発作波 (秒)													

m-ECT記録

年 月 日

ID _____

年齢 歳 性別 身長 cm 体重 kg

氏名 _____ 病棟 中2 中3 西2 西3 西4 東

生年月日 年 月 日 主治医 施行医 麻酔医

診断名 m-ECT 第 _____ クール _____ 回目 _____	合併症 (ASA 1 2 3 4 5)
--	-------------------------------------

O ₂	(L/min)							O ₂	L/min × 分
プロポフォール	(mg)							プロポフォール	(mg)
エスラックス	(mg)							エスラックス	(mg)
プリディオン	(mg)							プリディオン	(mg)
セレネース	(mg)							セレネース	(mg)

	time (:) (:) (:) (:) (:)		
・心拍数 ×血圧 ×麻酔開始 終了 ◎m-ECT施行	200 150 100 50		施行中特記事項
SpO ₂ (%)			
輸液	ヴァーンF		ヴァーンF (ml)

施行結果

<input type="checkbox"/> パルス波治療器 インピーダンス (Ω) 通電 (%)	<input type="checkbox"/> パルス波治療器 インピーダンス (Ω) 通電 (%)	<input type="checkbox"/> パルス波治療器 インピーダンス (Ω) 通電 (%)
<input type="checkbox"/> サイン波治療器 電圧 (V) 通電時間 (秒)	<input type="checkbox"/> サイン波治療器 電圧 (V) 通電時間 (秒)	<input type="checkbox"/> サイン波治療器 電圧 (V) 通電時間 (秒)
痙攣 (秒) 脳波上発作波 (秒) sup. (+ ・ -)	痙攣 (秒) 脳波上発作波 (秒) sup. (+ ・ -)	痙攣 (秒) 脳波上発作波 (秒) sup. (+ ・ -)

通電療法（mECT）についての説明および同意文書

私は、患者_____様の治療法である通電療法（mECT）について、口頭および文書にて次のとおり説明しました。

1) 診断名と現在の病状について

2) 通電療法（mECT）の必要性について

3) 通電療法（mECT）の内容と効果について

治療は医師2名（うち1名は麻酔科標榜医資格を有する）にて行います。まず全身麻酔薬の注射により眠っていただきます。次に、通電にともなう筋肉の痙攣を抑える薬を投与し、呼吸管理を行います。その後、額表面より数秒間の通電を行います。

治療に要する時間は約30分です。終了後は回復室で全身状態の観察を行い、病室に戻っていただきます。

以上の治療を週2～3回行い、8回を1クールとします。1クール施行後、十分な効果を得るためさらに1～2クールの施行が必要な場合もあります。

この治療は現在のあなたの病状を改善することに有効と考えられますが、100%有効であるとは断言できません。またその効果を半永久的に維持できるわけではなく、治療終了後には薬物療法などを再び続けていく必要があります。

4) 予測される合併症とその危険性について

主な合併症として、施行直後にぼんやりしたり、頭痛を感じるものが時々あります。これらは数時間から数日程度でおさまります。治療直前の記憶が失われたり、物覚えが悪くなるものが稀にありますが、通常は数週間程度で回復します。

心臓に対する影響として、稀に不整脈が出現することがあります。また、全身麻酔を用いない場合とは異なり、骨折が起こることはきわめて稀です。

5) その他、予期せぬ合併症について

死亡事故が起こることはきわめて稀であり、数万回に1回とされています。尚、治療中に不測の事態が起こった場合、あなたの安全を第一に考えた緊急処置を治療者の判断で行うことをご了承下さい。

平成_____年_____月_____日

説明医師（署名）_____

承諾書

岡山県精神科医療センター病院長殿

私は、現在の病状および通電療法（mECT）の必要性とその内容、実施に際しての危険性について十分な説明を受け、理解しましたので、その実施を承諾します。

平成____年____月____日

患者 住所_____

氏名（署名）_____

同意者 住所_____

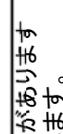
（保護者）氏名（署名）_____

（患者との続柄 _____）

()様へご案内します。

主治医()

受け持ち看護師()

治療日(予定)	△()月()日(曜日)	△()月()日(曜日)	△()月()日(曜日)	△()月()日(曜日)	△()月()日(曜日)	
	治療決定日		治療前日		治療当日	
食事について		<ul style="list-style-type: none"> 安全に治療を行うため夜9時から食べることは出来ません。 お手持ちの飲食物についてはご説明の上、詰め所にてお預かりします。 	<ul style="list-style-type: none"> 朝のご飯は食べることができません。 喫煙はできません。 	<ul style="list-style-type: none"> 治療が終わったら、食べたり飲んだりしてよい時間を看護師よりお伝えします。 	治療後	
お部屋について		<ul style="list-style-type: none"> ご説明の上、夜9時よりお部屋入口の施錠を行います。 ご協力下さい。 夜9時から水道の水はご使用になれません。 ご用の際はナースコールにてお呼び出し下さい。 		<ul style="list-style-type: none"> 治療が終わったら水道の水をご使用いただけます。 		
清潔について				<ul style="list-style-type: none"> 朝の洗面を看護師と行います。 トイレを済ませておいてください。 	<ul style="list-style-type: none"> お昼から入浴できますので、看護師から声をかけてさせていただきます。 	
薬について		<ul style="list-style-type: none"> 寝る前のお薬は通常通りです。(主治医の指示で変更になることもあります) 		<ul style="list-style-type: none"> 朝の薬は主治医の指示で中止、または昼にまわすことがあります。 		
検査について		<ul style="list-style-type: none"> 採血・心電図などの検査がありますので看護師よりご説明します。 				
処置について				<ul style="list-style-type: none"> メガネ、腕時計、ヘアピンなど装飾品をお取り外しください。 ベルト、ブラジャーなどをはずし、楽な服装になってください。 		
説明について		<ul style="list-style-type: none"> 主治医より治療についての説明があります。 				

*ご不明な点はそのつどスタッフにお尋ねください

岡山県精神科医療センター

平成

年

月

日

クロザリル

琉球病院 院内マニュアル 目次

- P2 登録スタッフ・クロザリル運営委員会
- P3～6 全体の流れ
- P7 CBCモニタリング
- P8～13 血糖モニタリング
- P14～18 発熱時の対応(平日/夜間休日)
- P19 感染予防対策
- P20 高血糖時の対応
- P21 情報の集約および共有について

1

CPMS登録スタッフ・クロザリル運営委員会

H25年4月現在

事務局: 木田、狩俣、松原

CPMS登録スタッフ

医師: 村上、福治、大鶴、尾野、中井、木田

コーディネーター: 狩俣(統括)、各病棟・外来看護師

PSW

薬剤師: 宮崎、上原、松原、益崎

クロザリル運営委員会

委員長: 福治

委員: (医局)木田 (看護部)副看護部長、狩俣、各病棟CPMS登録看護師、該当病棟師長

(薬剤科)松原 (医療安全室)室長・係長 (検査科)科長

(事務部)事務部長、企画室長

2

全体の流れ

適格性の確認

主治医

- ・薬歴・既往歴・過去の血液検査データの確認（詳細は使用ガイダンス3章・5章を参照）
- ・可能な限り、GAF尺度およびPANSSによる評価を行う
- ・新規導入患者申込書作成（規定）
- ・CPMS統括看護師（事務局スタッフ）に連絡→運営委員会で情報共有→承認

同意取得

主治医・CPMS病棟看護師・クロザリル管理薬剤師

患者または代諾者

同意文書（規定） 2部コピーし、患者・カルテ・事務局がそれぞれ保管

主治医・CPMS病棟看護師

- ・同意書の確認
- ・eCPMSに患者の登録を行う（血液型が必要。本人申告や過去のデータでなく、必ず検査すること）
- ・承認されると登録番号を交付される

主治医・CPMS病棟看護師

- ・投与開始日の決定
- ・CPMS統括看護師（事務局スタッフ）に連絡

3

主治医

投与開始前10日以内に血液検査を行う（①は外注なので早めに。②③は開始前日でも可）

- ①血液型
 - ②WBC・NEUT
WBC \geq 4000、NEUT \geq 2000 を満たさない場合は投与開始不可
 - ③血糖検査（空腹時または随時）及びHbA1c
 - ④可能であれば、頭部CTまたはMRI、脳波検査
 - ⑤プロラクチン・インスリン・体重
- ②③の結果に基づき、血液検査実施頻度を決定。
③で糖尿病・糖尿病を強く疑う型に該当する場合は、糖尿病内科にコンサルト。

初回処方

主治医（／登録医） 主治医代行の場合は登録医に確認を依頼。

- ・eCPMS報告書入力（糖尿病内科にコンサルトした場合、その内容も）
※入力者は登録医であることが必要。※当日中
- ・初回投与～次回検査までの薬剤を処方（最大8日分、投与量や増量法については使用ガイダンス7章参照）
- ・初回処方箋、検査データ用紙をCPMS病棟看護師に提出

CPMS病棟看護師

- ・確認表を使用し、検査値・処方内容などを確認
- ・eCPMS報告書入力 ※当日中
- ・クロザリル管理薬剤師に連絡

クロザリル管理薬剤師

- ・確認表を使用し、検査値・処方内容などをeCPMS上で再確認
- ・薬剤の払い出し
- ・不明な点があれば、CPMS病棟看護師（連絡がとれなければCPMS統括看護師）に問い合わせる。

4

2回目以降

主治医

- ・基準に沿って血液検査を実施、結果確認及び投与継続可否・次回検査日の決定。
毎回、検査指示箋の上部に、クロザリルと明記。
検査日が祝祭日にかかる場合は、事前に運営委員会で検討し、院内で検査日を統一。
- ・eCPMS報告書入力 ※当日中
- ・次回検査日までの薬剤を処方
- ・処方箋、検査データ用紙をCPMS病棟看護師に提出

CPMS病棟看護師

- ・確認表を使用し、検査値・処方内容などを確認
- ・eCPMS報告書入力 ※当日中
- ・クロザリル管理薬剤師に連絡

クロザリル管理薬剤師

- ・確認表を使用し、検査値・処方内容などをeCPMS上で再確認
- ・薬剤の払い出し

主治医

毎月1回、月末までに定期病状報告書(規定)を事務局に提出。
必要時、事務局スタッフとの合同カンファレンスを行う。
市販後全例調査(開始後2年間)。

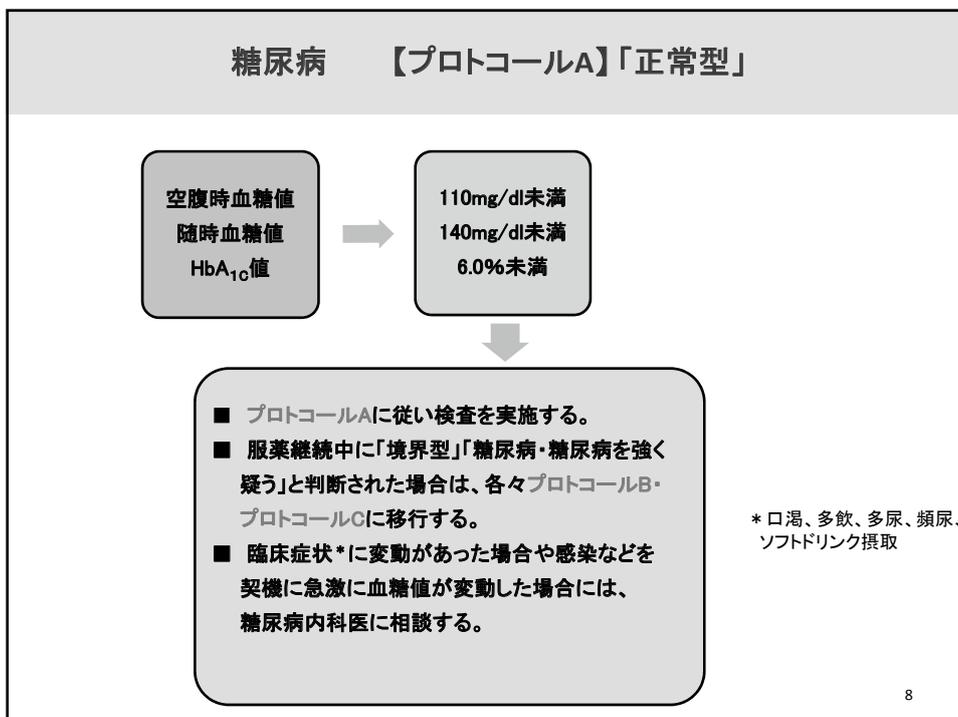
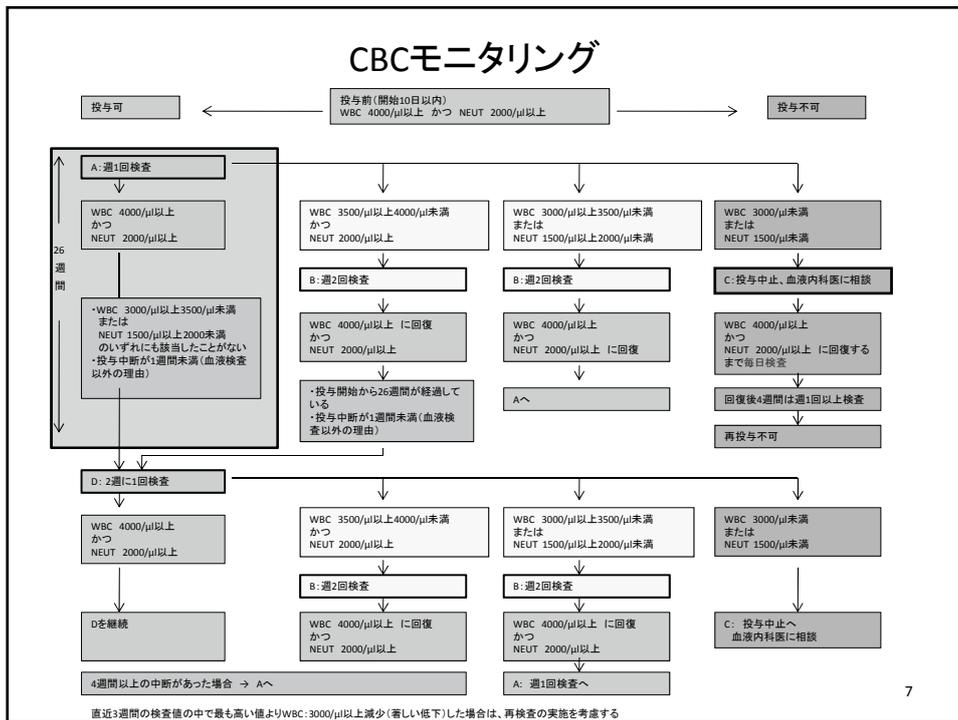
5

主治医

必須検査について

- ・eCPMS規定に沿ったCBC・血糖検査
- ・市販後調査：定期的にインスリン(空腹時)、プロラクチン、尿糖、体重、BPRS
- ・開始前及び投与量が300mg/日に達した時点、以後六ヵ月毎に脳波検査
- ・開始前及び開始2W・4W・8W、以後六ヵ月毎 にトロポニンTを採血
- ・開始前及び開始4W・8W、以後六ヵ月毎に心エコー

6



【プロトコールA】「正常型」患者でのモニタリング法

項目	調査・測定時期(調査開始後の週数)												
	投与前	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48
血糖値*1	○	○		○			○			○			○
HbA _{1c}	○	○		○			○			○			○
血清脂質値*2	○						○						○
身長	○												
体重	来院毎に測定する												
臨床症状*3	来院毎に確認する												
糖尿病の既往・家族歴	○												○

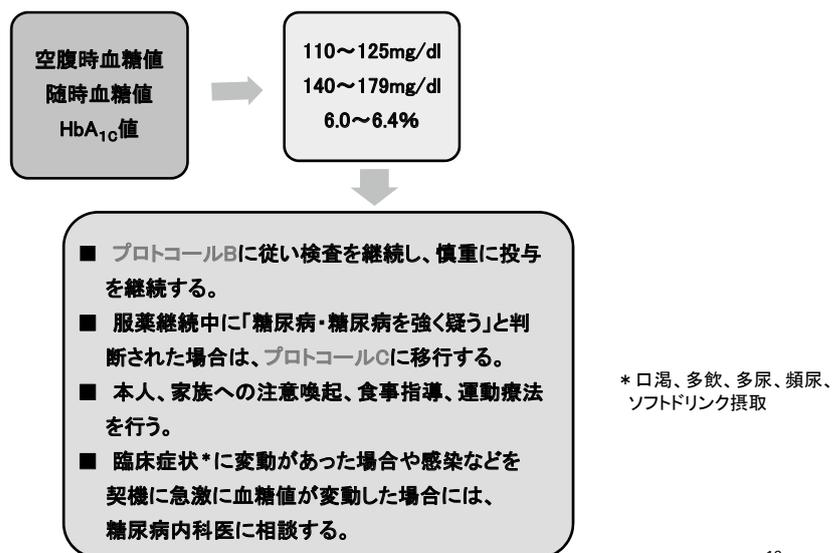
* 1 可能な限り空腹時に測定

* 2 TC、HDL-C、TG

* 3 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

9

【プロトコールB】「境界型」



10

【プロトコールB】「境界型」でのモニタリング法

項目	調査・測定時期(調査開始後の週数)												
	投与前	4	8	12	16	20	24	28	32	36	40	44	48
血糖値*1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
HbA _{1c}	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
血清脂質値*2	○			○			○			○			○
身長	○												
体重	来院毎に測定する												
臨床症状*3	来院毎に確認する												
糖尿病の既往・家族歴	○						○						○

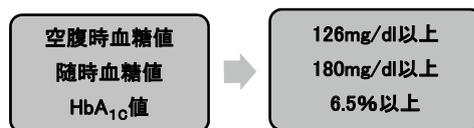
* 1 可能な限り空腹時に測定

* 2 TC、HDL-C、TG

* 3 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

11

【プロトコールC】「糖尿病・糖尿病を強く疑う」



- 投与前に糖尿病内科医へのコンサルト必須。以後も適切な頻度で服薬継続の可否を糖尿病内科医と確認しながら、慎重に投与を継続する。
- 本人、家族への注意喚起、食事指導、運動療法を行う。
- プロトコールC→B、Aへの変更は、糖尿病内科医の指示の下に行う。
- 最終的に、服薬を継続するか、中止するかは、リスク&ベネフィットを総合的に勘案して、精神科医と糖尿病内科医の合議の下に決定する。

12

【プロトコールc】「糖尿病・糖尿病を強く疑う」でのモニタリング法

項目	調査・測定時期(調査開始後の週数)												
	投与前	2	4	6	8	10	12	14	16	18	20	22	24
血糖値*1	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
HbA _{1c}	○		○		○		○		○		○		○
血清脂質値*2	○						○						○
身長	○												
体重	来院毎に測定する												
臨床症状*3	来院毎に確認する												
糖尿病の既往・家族歴	○						○						○

* 1 可能な限り空腹時に測定

* 2 TC、HDL-C、TG

* 3 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

13

38度以上の発熱時の対応(平日日中)①

主治医コール

主治医

- ・採血実施指示
- ・結果を確認し、以下に連絡
- ※血球減少がなければ、以下の手順は不要。通常の感染・発熱の対応を。

CPMS登録医

CPMS統括看護師

医療安全室長

- ・採血結果に応じ、薬剤中止や血液内科へのコンサルトを行う。
- WBC 3000/ μ l未満 または NEUT 1500/ μ l未満
- クロザリル投与中止。中部病院血液内科にコンサルト
- NEUT 500/ μ l以上、1000/ μ l未満
- 速やかに中部病院血液内科にコンサルト。※必要時、血液内科医指示で、
- 抗生剤(MEPM)院内:メロペン、G-CSF製剤:グラン投与。

NEUT 500/ μ l未満

- 速やかに中部病院血液内科にコンサルト。個室管理を検討する。
- NEUT 500/ μ l未満かつ発熱>38度では、中部病院に搬送し、血液内科が治療する。

- ・結果に応じ、以後の血液検査間隔を決定

14

38度以上の発熱時の対応(平日日中)②

CPMS登録医

- ・CPMS報告書入力(血液検査結果、検査値異常による中止項目チェック)(当日中)
- ・報告書に入力した旨をCPMS病棟看護師に連絡
- ・WBC 3000/ μ l未満 または NEUT 1500/ μ l未満の場合、有害事象報告書をノバルティスに提出(後日担当MRより連絡がある)

CPMS病棟看護師

- ・以下に連絡
医療安全係長
統括看護師
CPMS管理薬剤師(クロザリル投与中止の場合)
- ・クロザリル投与中止の場合、残薬を回収し、薬剤科に返納
- ・CPMS報告書確認・入力(当日中)

クロザリル管理薬剤師

- ・クロザリル中止の場合、残薬の回収・廃棄を行う

15

38度以上の発熱時の対応(夜間休日)①

当直医・当直師長コール

当直師長
検査科オンコールに連絡

当直医

- ・採血実施指示
- ・採血結果に応じ、薬剤中止や中部病院へのコンサルトを行う
※血球減少がなければ、以下の手順は不要。通常の感染・発熱の対応を。
WBC 3000/ μ l未満 または NEUT 1500/ μ l未満
クロザリル投与中止。平日日中に中部病院血液内科にコンサルト。
NEUT 500/ μ l以上、1000/ μ l未満
速やかに中部病院救急部にコンサルト。必要に応じ、血液内科による指示を仰ぐ。 ※必要時、血液内科医指示で、抗生剤(MEPM)院内:メロペン、G-CSF製剤:グラン投与。
NEUT 500/ μ l未満
速やかに中部病院救急部にコンサルト。個室管理を検討する。
NEUT 500/ μ l未満かつ発熱>38度では、中部病院に搬送し、血液内科が治療する。
- ・eCPMS入力は、原則的に当日行う(緊急時についての明確な記載はない)。
- ・主治医にて代行入力し、登録医にその旨を連絡。登録医は入力内容の確認を行う。
登録医に連絡が取れない場合、Dr.〇〇→Dr.××→Dr.△△→Dr.□□の順。
- ・CPMSコーディネーターに関しては、当日病棟CPMS看護師が不在であれば、他病棟のCPMS看護師で対応。

16

38度以上の発熱時の対応(夜間休日)②

(翌日)

CPMS登録医・CPMS病棟看護師・クロザリル管理薬剤師

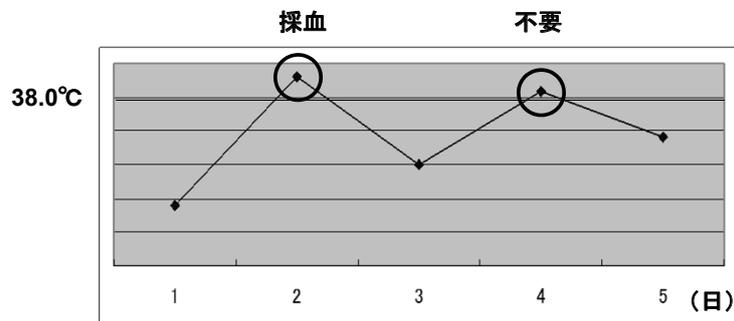
平日日中の対応に準じて、各部署への連絡や報告書入力などを行う

17

発熱時の対応(補足)

『38.0℃以上の発熱で採血』

熱が上がりが下がりする場合、明らかに一連の発熱と考えられる場合には、初回38.0℃を超えた日に血液検査をして血球減少がなければあとは通常の感染・発熱に準じたフォローでよいが、発熱が持続する間は可能であれば週2回は血液検査による確認が望ましい。



18

血球減少時の対応

主治医

・結果を確認し、以下に連絡

CPMS 登録医(〇〇)

CPMS 統括看護師(△△)

・採血結果に応じ、薬剤中止や中部病院へのコンサルトを行う

WBC 3000/ μ l未満 または NEUT 1500/ μ l未満

クロザリル投与中止。平日日中に中部病院血液内科にコンサルト。

NEUT 500/ μ l以上、1000/ μ l未満

速やかに中部病院血液内科にコンサルト。 ※必要時、血液内科医指示で、

抗生剤(MEPM)院内:メロペン、G-CSF製剤:グラン投与。

NEUT 500/ μ l未満

速やかに中部病院血液内科にコンサルト。個室管理を検討する。

NEUT 500/ μ l未満かつ発熱 >38 度では、中部病院に搬送し、血液内科

が治療する。

・eCPMS入力は、原則的に当日行う(緊急時についての明確な記載はない)。

・主治医にて代行入力し、登録医にその旨を連絡。登録医は入力内容の確認を行う。

登録医に連絡が取れない場合、Dr.〇〇→Dr.××→Dr.△△→Dr.□□の順。

・CPMSコーディネーターに関しては、当日病棟CPMS看護師が不在であれば、他病棟のCPMS看護師で対応。

19

感染予防対策

感染予防(WBC 1000~3000/ μ l、NEUT500~1500/ μ l)

感染予防(WBC 1000/ μ l未満、NEUT500/ μ l未満)

医療従事者・面会者	手洗い消毒 マスク着用
患者	環境 手洗い消毒 マスク着用 口腔・咽頭・会陰・肛門周囲を清潔に保つ 部屋から植物などをなくす
	食事 以下を除去。食品は加熱が望ましい 果物、サラダ、生肉、生魚、生・半熟卵など

医療従事者	手洗い消毒 インフルエンザワクチンの接種が望ましい 呼吸器感染症のあるスタッフは入室しない 日常的な清潔を保つ マスク着用
面会者	手洗い消毒 感染症のある人は入室しない 個人の所持品はなるべく持ち込まない 清潔な着衣を着用し、長い髪は束ねる 飲食禁止 患者ベッドには座らない 室内のものにはなるべく触らない 患児の場合には特に注意する
患者	環境 個室管理を検討する 部屋を清潔に保ち、埃をなくす 衣類を清潔に保つ クロルヘキシジンによるうがい 室内のものに触れた時の手洗い 部屋から出る時はマスク着用 人込みは避け、待合室などに長時間滞在しない 口腔・咽頭・会陰・肛門周囲を清潔に保つ 部屋から植物などをなくす
	食事 食肉類・魚介類・卵の生食は避ける 食品は加熱が望ましい

20

高血糖時の対応

意識障害

簡易血糖測定にて、高血糖あり

主治医コール

主治医

・採血実施指示(CBC/生化学/血漿浸透圧)

・300mg/dl以上の高血糖、脱水、尿ケトン(+)など

…ケトアシドーシスの疑い

600mg/dl以上の高血糖、脱水、高齢者、感染など

…高浸透圧高血糖症候群の疑い

上記所見あれば、血液検査結果を待たずに、以下の手順で治療開始

直ちに生理食塩水でルートを確認し、500ml/hrを目安に補液開始

中部病院 糖尿病内科または救急部に連絡し、搬送などの指示を仰ぐ

※当院には持続点滴静注が可能なインスリン製剤はない

その他の連絡体制・報告書入力などは、発熱時の対応に準じて行う

21

情報の集約および共有について

○合同カンファレンス :主治医、CPMS病棟看護師、事務局スタッフ

導入時

その他、有害事象発現時や投与継続の可否を検討する必要性が生じた時などに、適宜開催

○事務局で管理する情報

患者:同意書コピー、定期病状報告書

○クロザリル運営委員会

毎月第2水曜日

22

琉球病院 外来対応マニュアル 治療抵抗性統合失調症(クロザリル)

P2-3 外来移行への準備

P4-7 外来対応について

受診曜日

週2回の受診が必要な場合

火曜日が公休日にかかる場合

受診予定日に来院しない場合

受診予定日に用事があり来れないと連絡があった場合

薬を飲み忘れたと相談があった場合

他の病院を受診するとき、他の病院に入院するとき

体調不良の連絡があった場合

1

外来移行への準備①

主治医・CPMS病棟コーディネーター・担当看護師

帰住先の決定

同居者がいることが必要、但し18週を過ぎての退院には、家族や支援者がいなくても可能です。

自宅・施設・グループホーム(常駐の管理人がおり、協力が得られること)

通院先の決定

患者・家族・支援者への説明・教育

『外来移行説明文書』を用いて、患者・家族・地域支援者に説明を行い、同意を得る。文書のコピーをカルテに保管する。

特に施設やグループホームに退院する場合は、施設スタッフやグループホーム管理人にも説明を行い、了解を得ること。

訪問看護・デイケア

原則的に、全員訪問看護を導入する。定期的に訪問看護を行わない場合にも、同意書はとっておく(予定日に受診しない場合には訪問を行えるように)。

可能であれば、デイケアも検討する。

退院までに、外来移行説明文書原本・CLOカード・薬のしおりの3つを患者または同居家族に渡す(後者2つは薬局に保管しています)

2

外来移行への準備②

CPMS病棟コーディネーター

退院日・初回受診日が決定したら、クロザリル運営委員会(統括コーディネーター・狩俣看護師)に連絡する。

3

外来対応について①

受診曜日

受診曜日は火曜日で統一する。家族の送迎の都合など、どうしても別の曜日に設定せざるを得ない場合は、クロザリル運営委員会にて検討する。

週2回の受診が必要な場合

原則として、受診曜日は火曜日と金曜日とする。

火曜日が公休日にかかる場合

2週間に1回の受診の場合は、1週早い火曜日に受診してもらう。

1週間に1回の受診の場合は、原則として、金曜日受診を2回入れて調整(下表参照)するが、事前にクロザリル運営委員会と相談すること。

日	月	火	水	木	金	土
		○			○	
		祝			○	
		○				

4

外来対応について②

受診予定日に来院しない場合

午前中に来院しない場合、外来から電話連絡を入れる。
連絡がつかない・病状の悪化が疑われる場合などには、同日または翌日のうちに訪問できるよう、主治医・統括コーディネーター・訪問看護と相談を行う。

受診予定日に用事があり来れないと連絡があった場合

血液検査が必須のため、家族のみの代理受診はできない。
可能な限り予定日より前に受診できるよう調整する。この場合は 曜日を問わないが、必ず統括コーディネーター（不在の場合は外来師長）に受診日を連絡すること。
受診時は残っている薬を必ず持参してもらう。

受診予定日当日に連絡があった場合は、翌日に必ず受診してもらう。

5

外来対応について③

薬を飲み忘れたと相談があった場合

（外来移行説明文書に記載してあります）
2日以内の休薬であれば、薬を飲み忘れた場合は、気づいた時点ですぐに1回分を服用する。ただし、2回分を一緒に服用することはしない。
2日以上以上の休薬があった場合は、早急に来院してもらったうえで、主治医と相談する。

他の病院を受診するとき、他の病院に入院するとき

CLOCARDを普段から必ず携帯してもらう。
身体の病気で他の病院から薬の処方を受ける場合、一般的な薬であれば併用禁忌となるものはほとんどないが、処方箋薬局でお薬手帳を提示し、飲み合わせを確認してもらうよう伝える。

他の病院に入院する場合は、予定入院であれば、あらかじめ主治医と相談する。
緊急の入院の場合、担当医師に「定期的に血液検査が必要な特殊な薬を服用中であること」を伝えてCLOカードを提示し、その病院から当院へ連絡をいただくようにしてもらう。

6

外来対応について④

体調不良の連絡があった場合

- ①38℃以上の発熱 ②けいれん ③意識障害 ④胸の痛み、動悸、息苦しさ
- ⑤身体のコわばり ⑥5日以上続く便秘、腹痛、吐き気
- ⑦全身の強い疲労感、急激な体重減少、飲水量の急な増加、おしっこの量や回数の急な増加

上記の症状が出現した場合、いったんクロザリルの内服を止め、日勤帯であればただちに当院を受診してもらう。

夜間・休日の場合は、いったん一般病院の救急外来を受診してもらう。その際、CLOカードを必ず持参し、診察医にクロザリル内服中であることを説明するよう伝える。また、受診結果について、再度連絡してもらうよう依頼する。

①において、 $WBC < 3000$ または $NEUT < 1500/\mu l$ の減少の場合は、ただちにクロザリル中止 ②における全身けいれんや③の意識障害の場合は、クロザリルの減量・中止が必要となるため、当日(夜間の場合は翌日)受診してもらう。休日であっても日直が対応する。CPMS登録医と相談し、院内マニュアルに準じて対応すること。

④～⑦の場合は、症状に応じて適宜判断となるため、いったん主治医・CPMS登録医と相談すること。

琉球病院 訪問看護対応マニュアル 治療抵抗性統合失調症(クロザリル)

P2-3 外来移行への準備

P4-9 外来・訪問看護対応について

受診曜日

週2回の受診が必要な場合

火曜日が公休日にかかる場合

受診予定日に来院しない場合

受診予定日に用事があり来られないと連絡があった場合

薬を飲み忘れたと相談があった場合

他の病院を受診するとき、他の病院に入院するとき

体調不良の連絡があった場合

訪問看護での確認事項

1

外来・訪問看護移行への準備①

主治医・CPMS病棟コーディネーター・担当看護師

帰住先の決定

同居者がいることが必要、但し18週を過ぎての退院には、家族や支援者がいなくても可能です。

自宅・施設・グループホーム(常駐の管理人がおり、協力が得られること)

通院先の決定

患者・家族・支援者への説明・教育

『外来移行説明文書』を用いて、患者・家族・地域支援者に説明を行い、同意を得る。文書のコピーをカルテに保管する。

特に施設やグループホームに退院する場合は、施設スタッフやグループホーム管理人にも説明を行い、了解を得ること。

訪問看護・デイケア

原則的に、全員訪問看護を導入する。定期的に訪問看護を行わない場合にも、同意書はとっておく(予定日に受診しない場合には訪問を行えるように)可能であれば、デイケアも検討する。

2

外来移行への準備②

- 定期的なケース会議へ訪問看護師の参加を依頼する。(関係性作り・対象者の病状把握のため)
 - ・訪問看護の訪問区域は原則問わない。(本島内)
 - ・中部・北部はクロザリルを使用できる病院が限定されるので、当院の訪問看護を導入する。
 - ・南部区域(那覇市・浦添市等)は、退院直後は当院で訪問看護を行い、病状や体制等が安定したら、所在地に近い医療機関へ転院を想定して対応を考える。

CPMS病棟コーディネーター

退院日・初回受診日が決定したら、クロザリル運営委員会(統括コーディネーター・狩俣看護師)に連絡する。

3

外来対応について①

受診曜日

受診曜日は火曜日で統一する。家族の送迎の都合など、どうしても別の曜日に設定せざるを得ない場合は、クロザリル運営委員会にて検討する。

週2回の受診が必要な場合

原則として、受診曜日は火曜日と金曜日とする。

火曜日が公休日にかかる場合

2週間に1回の受診の場合は、1週早い火曜日に受診してもらう。

1週間に1回の受診の場合は、原則として、金曜日受診を2回入れて調整

(下表参照)するが、事前にクロザリル運営委員会と相談すること。

日	月	火	水	木	金	土
		○			○	
		祝			○	
		○				

4

外来対応について②

受診予定日に来院しない場合

午前中に来院しない場合、外来から電話連絡を入れる。
連絡がつかない・病状の悪化が疑われる場合などには、同日または翌日のうちに訪問できるよう、主治医・統括コーディネーター・訪問看護と相談を行う。

※訪問看護は訪問予定日でない場合にも、必要時に訪問看護を実施する。

受診予定日に用事があり来られないと連絡があった場合

血液検査が必須のため、家族のみの代理受診はできない。
可能な限り予定日より前に受診できるよう調整する。この場合は 曜日を問わないが、必ず統括コーディネーター（不在の場合は外来師長）に受診日を連絡すること。
受診時は残っている薬を必ず持参してもらう。

受診予定日当日に連絡があった場合は、翌日に必ず受診してもらう。

5

外来対応について③

薬を飲み忘れたと相談があった場合

（外来移行説明文書に記載してあります）
2日以内の休薬であれば、薬を飲み忘れた場合は、気づいた時点ですぐに1回分を服用する。ただし、2回分を一緒に服用することはしない。

2日以上休薬があった場合は、早急に来院してもらい、主治医と相談する。

※訪問看護者で判断が出来ない時は統括コーディネーター、主治医へ相談をする。

他の病院を受診するとき、他の病院に入院するとき

CLOCARDを普段から必ず携帯してもらう。
身体の病気で他の病院から薬の処方を受ける場合、一般的な薬であれば併用禁忌となるものはほとんどないが、処方箋薬局でお薬手帳を提示し、飲み合わせを確認してもらうよう伝える。

他の病院に入院する場合は、予定入院であれば、あらかじめ主治医と相談する。

緊急の入院の場合、担当医師に「定期的に血液検査が必要な特殊な薬を服用中であること」を伝えてCLOCARDを提示し、入院先の病院から当院へ連絡をいただくようにしてもらう。

6

外来対応について④

体調不良の連絡があった場合

- ①38℃以上の発熱 ②けいれん ③意識障害 ④胸の痛み、動悸、息苦しさ
- ⑤身体のこわばり ⑥5日以上続く便秘、腹痛、吐き気
- ⑦全身の強い疲労感、急激な体重減少、飲水量の急な増加、尿量や回数の急な増加

上記の症状が出現した場合、いったんクロザリルの内服を止める。

※日勤帯対応時

速やかに当院を受診を促す。

※夜間・休日の場合

- ①当院の日・当直看護師長へ連絡する。
- ②あらかじめ、退院時に緊急「電話相談フローチャート」が作成されているので、緊急受診先になっている一般病院の外来(救急外来)へ受診をする。
- ②CLOカードを必ず持参する。(健康保健証も忘れずに)
- ③退院時に持参した診療情報提供書も忘れずに持参する。
(なければ、当院へ請求する)
- ④診察医にクロザリル内服中であることを説明するよう伝える。
- ⑤受診結果(血液検査等)について、再度連絡してもらうよう依頼する。

7

外来対応について④

①において、 $WBC < 3000$ または $NEUT < 1500/\mu l$ の減少の場合は、ただちにクロザリル中止

②における全身けいれんや③の意識障害の場合は、クロザリルの減量・中止が必要となるため、当日(夜間の場合は翌日)受診してもらう。

休日であっても日直が対応する。CPMS登録医と相談し、院内マニュアルに準じて対応すること。

④～⑦の場合は、症状に応じて適宜判断となるため、いったん主治医・CPMS登録医と相談すること。

8

訪問看護での確認事項

退院までに担当看護師を選定する。

退院までに、①訪問看護指示箋・同意書

②緊急時フローチャート

③クロザリル外来移行同意書

④専用体温表が揃っているか確認する

訪問看護が開始したら

・病状観察(内服確認。副作用のチェック)

・外来受診日の確認

・クロザリル対応の確認

・緊急時の対応確認

等を定期の訪問看護で確認をする

※各対象者により、個別のフローチャートがあるので確認を忘れずに。(医療観察法通院対象者も含む)

9

CLZ投与・検査予定表

ID [] 氏名 [] 病棟 []

日付	前	第1週	第2週	第3週	第4週
薬剤名					
①					
②					
③					
クロザリル					
検査					
採血	○	○	○	○	○
トロポニンT	○	○			○
心エコー	○				○
胸写	○				○
心電図	○				○
脳波	○				○
日付					
クロザリル					
検査					
採血	○	○	○	○	○
トロポニンT	○	○			○
心エコー	○				○
胸写	○				○
心電図	○				○
脳波	○				○

クロザリル病棟マニュアル

保管方法について

- ・ クロザリルは処方変更に関わらず、ピンクの袋に日付けも記入されて薬局が準備する。
- ・ 麻薬と同程度の扱いとみなし、定期薬とは別に鍵のかかる場所に保管する。深夜Nsによるセッティングは行わず、その都度鍵を開けて準備する。

与薬方法について

- ・ クロザリル内服患者の与薬は、必ず他の与薬とは分けて行う。
- ・ クロザリルは与薬回数や用量が変わる事が多い。必ずNs2名のダブルチェックで処方箋の確認→薬の取り出し→与薬まで徹底する。
- ・ 与薬後は、フロシートのチェック欄に与薬したNsがサインをし、カルテの2号用紙に記録をする。

拒薬時の対応について

- ・ 必ず開口確認を行う。
- ・ 拒薬した分はその日のうちに内服を試みる。
- ・ 当日の内服しなかった分は準夜Nsがチェックし、クロザリル専用の残薬容器に保管する。

残薬処理について

- ・ 準夜Nsから引き継いだクロザリルの残薬は、翌日の朝に深夜Nsが直接薬剤師に手渡す。

誤薬時の報告について

- ・ 間違っ他患者へクロザリルを服用させた場合は、ただちに主治医である〇〇・△△Drへ報告し対応の指示を受ける。薬局へも報告する。

副作用発生時の対応について

- ・ 副作用と考えられる症状が見られる場合は速やかに主治医に連絡し指示を受ける。特に急な発熱や粘膜の炎症などの免疫低下状態、口渇や多飲などはただちに報告する。
- ・ 日曜、祭日、夜間の主治医不在時の報告については、主治医である〇〇・△△Drのそれぞれの携帯へTELして指示を受けて下さい。主治医に繋がらなければどちらかに連絡して下さい。その際、臨時に検査指示がでる場合もあります。『日曜、祭日、夜間の緊急検査のしおり』を参照して医師会病院へ依頼して下さい。

クロザリル服用患者の定期検査について

- ・ 検査日は Dr の指示のもと決定する。定期採血は曜日固定とし、入院患者は水曜日、外来患者は○
○Dr は月曜日と木曜日、△△Dr は火曜日と金曜日とする。予定日が祝日の場合は変更があります。
- ・ 検査日の日程確認については他患者とは別に、薬局がプロトコールに従って作成した『クロザリル血液検査予定一覧表』を使用する。他患者の検査一覧表と同じ場所に保管する。
- ・ Dr より検査の日程、内容の指示変更があった場合は必ず薬局へ報告する。薬局がその度『クロザリル血液検査予定一覧表』を新しく作成し、病棟、検査室へ配布します。
- ・ 検査を組む Ns は、依頼伝票のその他の欄に必ず『クロザリル服用中』と記入する。クロザリルが服用中止になった場合は記入しない。
- ・ 検査は至急で依頼し、院内で検査するか外注に出す。外注した分の結果はファックスで届くことになる。検査室がコピーし薬局、外来 (Dr) へ報告する。Dr チェック後のファックスは外来が病棟のボックスへ入れる。
- ・ 病棟側の採血忘れがないよう検査室、薬局もチェックしています。その場合には連絡があります。
- ・ クロザリル服用患者の検査データは、カルテ内に『臨床宮崎の白い用紙』に貼る。

検査項目

- ① 末血・一般 (白血球数)
- ② 白血球分画 (好中球数)
- ③ 血糖値
- ④ ヘモグロビン A1c、CPK
- ⑤ 血清脂質値 (総コレステロール、HDL、中性脂肪)
 - ・ 初回登録時には血液型も必要。 投与前に C P K, E K G を施行
 - ・ 検査項目①と②は毎回必須の項目。基本的に週 1 回検査する。ただし、検査結果や服用状況に応じて検査日が早まることもある。
 - ・ 検査項目③④⑤はプロトコールに従い、Dr から指示がある。(別紙資料 1, 2)

プロトコール A : 空腹時血糖 110mg/dl

随時血糖値 140mg/dl

ヘモグロビン A1c5,6%未満

プロトコール B : 空腹時血糖 110~125mg/dl

随時血糖値 140~179mg/dl

ヘモグロビン A1c5,6~6,0%

プロトコール C : 空腹時血糖 126mg/dl%以上

随時血糖値 180mg/dl 以上

ヘモグロビン A1c6,1%以上

クロザリル適性使用に関する医療従事者手順書

作成担当部門：国府台クロザリル委員会

作成日：2009年9月11日

改定日：

目 次

目 次.....	2
1. 医療従事者の CPMS 登録.....	3
2. CPMS 登録医、CPMS コーディネート業務担当者、クロザリル管理薬剤師について.....	3
3. 患者登録の手続き.....	5
4. 血液モニタリング.....	6
5. 血糖モニタリング.....	9
6. 治療の中止.....	11
7. 投与中止後の患者における再投与、再登録.....	12
8. 患者の転院.....	13
9. 院内・院外連携先連絡一覧.....	14
10. CPMS センターへの連絡.....	15
11. 資料 1 CPMS 確認表(CPMS コーディネート業務担当者用).....	16
12. 資料 2 CPMS 確認表(クロザリル管理薬剤師用).....	17

《1.医療従事者の CPMS 登録》

1. クロザリルに係わる医療従事者は、ノバルティスファーマ株式会社が主催するクロザリル講習会または説明会(ノバルティスファーマ職員が医療機関に出向いて行う説明会)に出席し、理解度テストを受講した上で、クロザリル適性使用委員会事務局に登録申請する。
2. クロザリル適性使用委員会事務局は、要請のあった医療従事者が要件を満たしていることを確認した場合、当該希望者の CPMS 登録を承認する。
3. クロザリル適性使用委員会事務局は、CPMS 登録を承認した医療従事者の氏名、所属、連絡先などを CPMS センターに送付する。
4. CPMS センターは承認された希望者を CPMS に登録し、当該希望者に登録が完了されたことを通知する。
 ※別の医療機関への異動など、登録内容に変更があった場合は、速やかに CPMS センターに連絡する。

《2.CPMS 登録医、CPMS コーディネート業務担当者、クロザリル管理薬剤師について》

- ▶ クロザリルに関わる医師、薬剤師、看護師は、クロザリル講習会を受講し、認定資格を申請できる。
- ▶ 講習会もしくは説明会を受講したものがクロザリル認定の登録医、CPMS コーディネート業務担当者、管理薬剤師の資格を持つことができる。

1 CPMS 登録医の役割

- 1) クロザリル講習会を受講し、クロザリルを適正に使用するように知識を取得する。
- 2) クロザリルの使用を希望する患者・家族に安全性、有効性、及び血液検査の必要性を十分に説明し、文書にて同意を得る。
- 3) 「CPMS 運用手順」を遵守する。
- 4) CPMS 規定に従いクロザリル使用患者の血液検査を実施し、規定された検査結果の基準に従いクロザリルを処方する。
- 5) 血液検査結果及び処方量を CPMS コーディネート業務担当者に連絡する。
- 6) クロザリルを使用する患者・家族及び看護師などの医療従事者に顆粒球減少によって起こる症状について説明し、もし症状が認められたら主治医に連絡するよう指示する。
- 7) また、その他の副作用についても十分に説明し、同様の指示をする。

2. クロザリル管理薬剤師の役割

- 1) クロザリル講習会を受講し、クロザリルを適正に使用するように知識を取得する。
- 2) CPMS 規定に従った血液検査が実施されたことを eCPMS 上で確認してからクロザリルを調剤する。
- 3) クロザリルを CPMS 規定の検査間隔以上に払い出ししないように管理する。
- 4) クロザリルを登録患者以外に調剤されないように管理する。

- 5) クロザリルを中止した患者の残薬は、コーディネート業務担当者が薬剤部へ薬袋と共に返納し、それを管理薬剤師が確認・破棄する。

3. CPMS コーディネート業務担当者の役割

- 1) クロザリル講習会を受講し、クロザリルを適正に使用するように知識を取得する。
- 2) 「CPMS 運用手順」を遵守し、クロザリルが適正使用されていることを管理する。
- 3) CPMS 規定に従った血液検査の実施を管理する。(検査スケジュールの作成など)
- 4) CPMS の医療従事者、医療機関、患者などの登録業務の窓口となる。
- 5) 血液検査結果を確認し、CPMS 規定に従いクロザリルが処方されていることを確認する。
- 6) 医療機関から CPMS センターへ血液検査結果を採血日当日中に連絡する。
- 7) クロザリル管理薬剤師へ CPMS 規定に従い血液検査が行われたことを連絡する。
- 8) 投薬中止の連絡を登録医師より受けた場合、患者の残薬を薬袋と共に速やかに回収し、薬剤部へ返納する。
- 9) CPMS センターからの通知・警告は CPMS コーディネート業務担当者を通じて行われるため、CPMS センターからのすべての通知・警告に関与し、登録された医療従事者へ必要な連絡を行う。
- 10) 有害事象発現に関する対応や患者の転院に関する事など、他科や他医療機関への CPMS コーディネート業務を行う。

《3.患者登録の手続き》

1. CPMS 登録医は、クロザリル使用患者として登録するため、eCPMS「患者登録画面」に以下を入力し、CPMS コーディネート業務担当者に連絡する。

2.

eCPMS「患者登録」画面への入力事項

- ▶ 患者のイニシャル
- ▶ 性別
- ▶ 血液型
- ▶ 生年月日
- ▶ クロザピン治療歴（新規／継続）
- ▶ 要請日から4週間以内の白血球数及び好中球数
- ▶ 要請日から4週間以内の空腹時または随時血糖値及びヘモグロビン A1c
- ▶ 同意の取得（はい／いいえ）
- ▶ 治療抵抗性統合失調症と判断した根拠となる抗精神病薬名など

3. CPMS コーディネート業務担当者は上記内容に不備がないことを確認の上、eCPMSにてCPMS センターに送信する。

4. CPMS によって、以前、好中球数減少または無顆粒球症により、クロザリル治療が中止された既往がないかが確認される。このような既往を持つ患者はリスクが高いため、クロザピンの再投与を防ぐために実施する必要がある。また、重複して登録されていないかも確認される。問題がない場合は、患者登録番号が交付され、CPMS に登録される。登録が完了次第、CPMS センターより通知がくる。以後、この患者登録番号は CPMS センターとのすべての連絡に使われる。

5. 登録内容に変更が生じた場合は速やかに CPMS センターに連絡する。CPMS センターにより eCPMS「再調査依頼」が CPMS 登録医及び CPMS コーディネート業務担当者に送信されるので、変更箇所を入力の上、返信する。

《4.血液モニタリング》

1. 初回投与

CPMS 登録医は、患者登録終了後、投与開始前 10 日以内に血液学的一般検査を実施し（登録前の血液検査が投与開始前 10 日以内であれば代用できる）、白血球数 4000/mm³以上かつ好中球数 2000/mm³以上であることを確認する。確認後、eCPMS「報告書入力」画面に入力し、次回検査日までの処方箋（薬引換券）と検査結果のコピー（検査伝票）を基本票ファイルにはさみ、CPMS コーディネート業務担当者に提出する。

CPMS コーディネート業務担当者は、「CPMS 確認表（CPMS コーディネート業務担当者用）」（※資料 1）を使用し、本報告書の画面の下記事項を確認し、直ちに CPMS センターに eCPMS にて報告する。

- 患者登録番号に間違いはない
- 血液検査実施日は、処方日前 10 日以内であり、検査伝票の日付と一致している
- 白血球数及び好中球数の数値は検査伝票とあっている。並び白血球数 4000/mm³以上かつ好中球数 2000/mm³以上である
- 血液検査結果判定は「継続可」であり、クロザリル処方は「投与開始」にチェックされている
- 「今回の処方日」は「血液検査結果報告日」と同日または翌日である
- 「今回の処方の初日の用量」は 12.5mg/日である
- 投与日数は 8 日分以内である
- 「次回検査日」は「今回の処方日」の 7 日後以内である

CPMS センターに報告後、CPMS コーディネート業務担当者は、クロザリル管理薬剤師に連絡する。

クロザリル管理薬剤師への報告終了後、患者へ薬の引換券と検査結果を基本票ファイルにはさんで渡し、会計終了後、薬局へ薬剤を受け取りに行くよう説明する。

クロザリル管理薬剤師は、「CPMS 確認表（クロザリル管理薬剤師用）」（※資料 2）を使用し、血液検査結果に基づいて処方可能と判断されていること、処方量・処方日数に問題がないことを eCPMS 上で再度確認した上で、処方に従って当該患者にクロザリルを払い出す。

※原則として、インターネット接続の状況が困難な場合は《10.CPMS センターへの連絡》を参照し CPMS センターへ電話連絡を行う。以後はセンターの指示に従う。

※インターネット接続可能な状態になったら、同日中に通常の手順で eCPMS にて CPMS センターへ連絡する。なお、17:45 までに入力できない場合は、再度 CPMS センターへ電話連絡を行う。

2. 2回目以降の処方

CPMS 登録医は、CPMS 規定に従い血液学的一般検査を実施し、クロザリル投与の可否を判定する。確認後、eCPMS「報告書入力」画面に入力し、次回検査日までの処方箋（薬引換券）と検査結果のコピー（検査伝票）を基本票ファイルにはさみ、CPMS コーディネート業務担当者に提出する。

CPMS コーディネート業務担当者は、「CPMS 確認表（CPMS コーディネート業務担当者用）」（※資料1）を使用し、本報告書の画面の下記事項を確認し、直ちに CPMS センターに eCPMS にて報告する。

- ▶ 患者登録番号に間違いはない
- ▶ 血液検査実施日は、本日であり、検査伝票の日付と一致している
- ▶ 白血球数及び好中球数の数値は検査伝票と一致している
- ▶ 血液検査結果判定は的確に判定されている
- ▶ クロザリル処方と血液検査結果に不整合はない
- ▶ 「今回の処方日」は「血液検査実施日」以降、「次回検査日」以内である
- ▶ 「今回の処方の初日の用量」は 600mg/日を超えていない
- ▶ 投与日数は「次回検査日」－「血液検査実施日」以内である
- ▶ 「次回検査日」は CPMS に規定されている検査間隔以内である

CPMS センターに報告後、CPMS コーディネート業務担当者は、クロザリル管理薬剤師に連絡する。

クロザリル管理薬剤師への報告終了後、患者へ薬の引換券と検査結果を基本票ファイルにはさんで渡し、会計終了後、薬局へ薬剤を受け取りに行くよう説明する。

クロザリル管理薬剤師は、「CPMS 確認表（クロザリル管理薬剤師用）」（※資料2）を使用し、血液検査結果に基づいて処方可能と判断されていること、処方量・処方日数に問題がないことを eCPMS 上で再度確認した上で、処方に従って当該患者にクロザリルを払いだす。

※原則として、インターネット接続の状況が困難な場合は《10.CPMS センターへの連絡》を参照し CPMS センターへ電話連絡を行う。以後はセンターの指示に従う。

※インターネット接続可能な状態になったら、同日中に通常の手順で eCPMS にて CPMS センターへ連絡する。なお、17:45 までに入力できない場合は、再度 CPMS センターへ電話連絡を行う。

3. 血液検査結果の基準

