

クロザリル

南光病院 院内運用マニュアル

岩手県立南光病院 特殊薬剤療法部会

平成 24 年 7 月 24 日作成

クロザリル 南光病院 院内運用マニュアル 目次

| | |
|-------------------|------|
| クロザリル運用手順 | P 3 |
| 発熱時の対応(平日・日中) | P 6 |
| 発熱時の対応(夜間・休日) | P 7 |
| 高血糖時の対応 | P 7 |
| 血液モニタリングフロー | P 8 |
| 血糖モニタリング(プロトコールA) | P 9 |
| 血糖モニタリング(プロトコールB) | P 10 |
| 血糖モニタリング(プロトコールC) | P 11 |
| チェックリスト① 患者登録 | P 12 |
| チェックリスト② 投与開始 | P 13 |

《資料》

- ① クロザリル使用開始までの手順 (フロー)
- ② クロザリル患者登録から初回使用登録までの流れ
- ③ 採用抗菌剤一覧
- ④ クロザリル配薬者名札
- ⑤ 特殊薬剤 (クロザリル) 使用時の検査セット項目
- ⑥ コーディネータ看護師 (休日・夜間休日の対応)
- ⑦ コーディネータ看護師連絡網

I. 運用手順

1. 適格性の確認

主治医(登録医)

- ・薬歴・既往歴・過去の血液検査データの確認。
※詳細は使用ガイドンス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。
- ・特殊薬物療法部会委員長または、CPMS統括看護師に連絡
→特殊薬物療法部会を開催し情報共有→承認

2. 同意取得

主治医(登録医)から患者または代諾者の同意

同意文書(規定)※1→患者※2・電子カルテ(スキャン)・医事課で保管する。

※1 患者または代諾者にはコピーを渡す。

※2 説明文・同意文章は、南光ファイルサーバー→特殊薬剤療法部会→説明文・同意書をプリントアウトして使用

3. 患者登録(主治医・CPMS看護師)

- ・同意書の確認
- ・eCPMSに患者の登録を行う。
登録4週間前までに血液検査を行う(登録4週間前までのデータが有効)
 - ① 血液型
 - ② WBC・NEUT
※WBC \geq 4000、NEUT \geq 2000 を満たさない場合は投与開始不可
 - ③ 血糖値(空腹時または随時)およびHbA1c(NGSP値)
 - ④ 総コレステロール、HDLコレステロール、中性脂肪
 - ⑤ 肝機能(ALP・AST・ γ -GTP・ALP)※血液型が必要であり本人申告や過去データでなく必ず検査すること。
※心電図検査を必ず行う。可能であれば頭部CTも行う。
→患者登録チェック用紙①を活用する
南光病院ファイルサーバー→特殊薬剤療法部会→患者登録・投与開始
チェックリスト①を参照
- ・承認されると患者登録番号が交付される。

4. 初回登録（主治医・C PMS 病棟看護師）

- ・投与開始 10 日以内に血液検査を行う。
 - ① WBC・NEUT
 - ※WBC \geq 4000、NEUT \geq 2000 を満たさない場合は投与開始不可
 - ②血糖値(空腹時または随時)および HbA1c(NG S P 値)
- ・①の結果に基づき血液検査実施頻度を決定する
 - ※血液モニタリングフロー（P 7）を参照
- ・②で糖尿病・糖尿病を強く疑う型に該当する場合は〇〇Dr にコンサルト
 - ※血糖モニタリング（プロトコールA～C：P 8～10）参照
- ・投与開始日を決定する。
 - ※与薬開始日は、基本的に火曜日とする
- ・C PMS 統括看護師に連絡する。

5. 処方（初回処方～2回目以降）

1) 初回処方

①主治医(登録医)

- ・ e C PMS 報告書入力(血糖値が高く〇〇Dr にコンサルトした場合その内容も)
 - ※当日中に入力のこと。
- ・初回投与から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
 - 処方日数は、1日分から8日分まで医師の指示により変更できる
- ・初回処方、検査データ入力をC PMS 病棟看護師に報告

②C PMS 病棟看護師

- ・検査値・処方内容などを確認
- ・ e C PMS 報告書入力
 - ※当日中に入力（二次承認）
 - ※二次承認は、当該病棟コーディネータ看護師が行うが不在時は他のコーディネータ看護師が入力する
- ・クロザリル管理薬剤師に報告

③クロザリル管理薬剤師

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

2) 2回目以降の処方

①主治医(登録医)

- ・ 基準に沿って血液検査を実施
 - ※検査オーダー（クロザリル用の南光セットから選択・至急）
 - ※検査日が祝祭日にかかる場合は事前に特殊薬物療法部会で検討
- ・ eC PMS 報告書入力：当日中に入力
 - ※結果確認および投与継続可否・次回検査日の決定

②C PMS 病棟看護師

- ・ 検査値・処方内容などを確認
- ・ e C PMS 報告書入力
 - ※当日中に入力（二次承認）
 - ※二次承認は、可能であれば当該病棟コーディネータ看護師が行うが不在時は他のコーディネータ看護師が入力する
- ・ クロザリル管理薬剤師に報告

③クロザリル管理薬剤師

- ・ 検査値・処方内容などを e C PMS 上で再確認
- ・ 薬剤の払い出し

II. 緊急時対応

1. 38℃以上の発熱時の対応（平日日中）

①主治医(登録医)コール

②採血オーダー

③結果を確認する

※血球減少がなければ通常の感染・発熱の対応をする。

※個室管理を検討する。

※投薬中止であればC PMS病棟看護師へ連絡（不在時はC PMS統括看護師）

④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/mm³未満 または NEUT 1500/mm³未満

→クロザリル投与中止。岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト

・ NEUT 500/mm³以上、1000/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

※抗生剤投与が必要（使用抗生剤=別紙一覧を参照）

・ NEUT 500/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

・ 結果に応じ、以後の血液検査間隔を決定する。

③の血液検査結果、投薬中止での登録スタッフの役割

C PMS登録医

・ C PMS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)

※必ず当日中に行う。

・ 報告書に入力した旨をC PMS病棟看護師に連絡する

・ WBC 3000/mm³未満 または NEUT 1500/mm³未満の場合、有害事象報告書をノバルティスに提出する。(後日担当MRより連絡がある)

C PMS病棟看護師

・ 以下に連絡する

C PMS統括看護師

C PMS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する。

・ C PMS報告書確認・入力

※必ず当日中に行う。

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・破棄を行う。

2. 38℃以上の発熱時の対応（夜間・休日）

①当直医・当直師長コール

②採血オーダー

※検査、その他必要な指示については当直医が対応する。検査オーダーは至急で。

③病棟夜勤リーダーは検査科に連絡する。

④結果を確認する

※血球減少がなければ、通常の感染・発熱の対応をする。

※個室管理を検討する。

⑤採血結果に応じ、薬剤中止や岩手医大病院のコンサルト行う。

・WBC 3000/mm³未満 または NEUT 1500/mm³未満

→クロザリル投与中止。岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト

・NEUT 500/mm³以上、1000/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

※抗生剤投与が必要。（使用抗生剤=別紙一覧を参照）

・NEUT 500/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

※検査結果→クロザリル中止登録は登録医でなければ待機医へコール

※当日1回でも服用していればクロザリル中止登録は翌日中に入力。

※岩手医大病院搬送の際は病棟看護師が同乗、可能な限り医師が同乗し搬送する。

⑥eCPMS入力は、原則的に当日行う（当日1回でも服用していれば翌日）

・夜勤リーダーはCPMS病棟看護師が不在であればCPMS統括看護師をコールする。（連絡網を参照）

⑦CPMS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、報告書入力など行う

3. 高血糖時の対応

1)意識障害 → 簡易血糖測定にて高血糖あり

2)主治医コール

①採血実施指示（CBC／生化学／血漿浸透圧）南光セット（高血糖時）

・250mg/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

②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

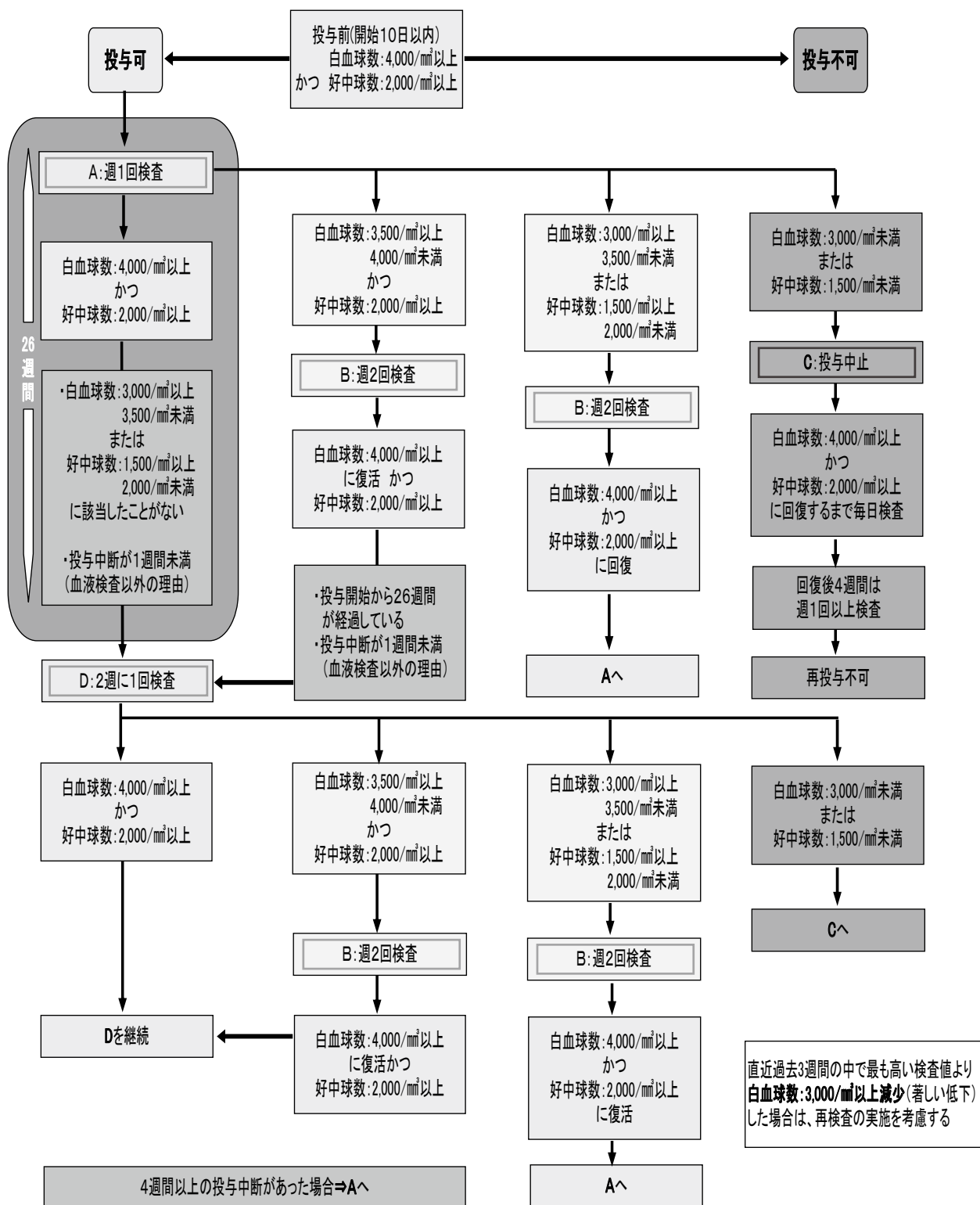
・直ちに生理食塩水でルートを確保し、500ml/hrを目安に補液開始

・野村Drもしくは県立磐井病院へコンサルト行う。

3)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。

血液モニタリング

血液モニタリングの実施基準の概略



血糖モニタリング

糖尿病 【プロトコールA】 「正常型」

空腹時血糖値
随時血糖値
ヘモグロビンA1c



110mg/dl未満
140mg/dl未満
6.0%未満



- プロトコールAに従い検査を実施する。
- 服薬継続中に「境界型」「糖尿型・糖尿病を強く疑う」と判断された場合は各々プロトコールB、プロトコールCに移行する。
- 臨床症状に変動があった場合や感染などを契機に急激に血糖値が変動した場合には、糖尿病内科医に相談する。

【プロトコールA】「正常型」でのモニタリング方法

| 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 | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ |
| ヘモグロビンA1c(原則) | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ |
| 血清脂質値* ² | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |
| 身長 | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 臨床症状* ³ | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病の既往・家族歴 | ○ | | | | | | | | | | | | ○ |

*1: 可能な限り空腹時に測定

*2: 総コレステロール、高比重リポ蛋白(HDL)コレステロール、中性脂肪

*3: 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

注) 血糖値、ヘモグロビンA1c以外は、CPMSセンターに報告する必要はありません。

注) eCPMSによる検査報告は規定の検査毎であり、イレギュラーに行った検査報告は必要では

糖尿病 【プロトコールB】 「境界型」

空腹時血糖値
随時血糖値
ヘモグロビンA1c



110~125mg/dl
140~179mg/dl
6.0~6.4%



- プロトコールBに従い検査を継続し、慎重に投与を継続する。
- 服薬継続中に「糖尿病・糖尿病を強く疑う」と診断された場合は、プロトコールCに移行する。
- 本人、家族への注意喚起、食事指導、運動療法を行う。
- 臨床症状に変動があった場合や感染などを契機に急激に血糖値が変動した場合には、速やかに糖尿病内科医に相談

【プロトコールB】「境界型」でのモニタリング方法

| 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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ヘモグロビンA1c(原則) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 血清脂質値* ² | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ |
| 身長 | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 臨床症状* ³ | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病の既往・家族歴 | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |

*1: 可能な限り空腹時に測定

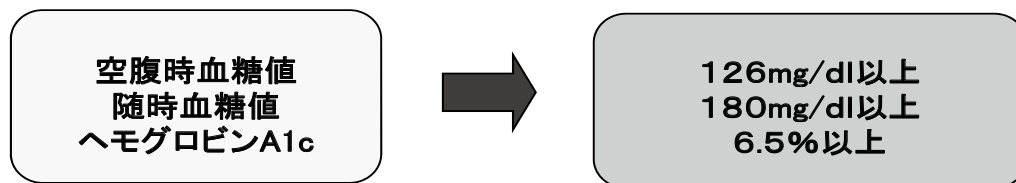
*2: 総コレステロール、高比重リポ蛋白(HDL)コレステロール、中性脂肪

*3: 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

注) 血糖値、ヘモグロビンA1c以外は、CPMSセンターに報告する必要はありません。

注) eCPMSによる検査報告は規定の検査毎であり、イレギュラーに行った検査報告は必要ではありません。

糖尿病 【プロトコールC】 「糖尿病・糖尿病を強く疑う」



- あらかじめ施設で決めた糖尿病内科医に相談することを必須とする。
- プロトコールCに従い、検査を継続し、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もとに行う。
- 最終的に、服薬を継続するか、中止するかは、リスクと

【プロトコールC】「糖尿病・糖尿病を強く疑う」でのモニタリング方法

| 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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ヘモグロビンA1c(原則) | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ |
| 血清脂質値*2 | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |
| 身長 | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 臨床症状*3 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病の既往・家族歴 | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |

*1: 可能な限り空腹時に測定

*2: 総コレステロール、高比重リポ蛋白(HDL)コレステロール、中性脂肪

*3: 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

注) 血糖値、ヘモグロビンA1c以外は、CPMSセンターに報告する必要はありません。

注) eCPMSによる検査報告は規定の検査毎であり、イレギュラーに行った検査報告は必要ではありません。

チェックリスト② 投与開始

注意

投与を開始する場合は、初回報告書を投与開始日の当日または前日に送る必要があります。

| 投与開始(初回報告)に必要な項目 | | 入力内容 | チェック | |
|---|--|--|------|--|
| 準備 | eCPMSで患者登録が完了している | | | |
| | クロザリルの納入が完了している | | | |
| eCPMS 入力項目 | 投与開始前10日以内の検査実施日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 投与開始前10日以内の白血球数(4,000/mm ³ 以上) | /mm ³ | | |
| | 投与開始前10日以内の好中球数(2,000/mm ³ 以上) | % or /mm ³ | | |
| | 投与開始前10日以内の血糖値 | mg/dL | | |
| | 投与開始前10日以内のヘモグロビンA1c | % | | |
| | 糖尿病内科医との相談(プロトコールCは必須、プロトコールBは必要に応じて) | <input type="checkbox"/> Cだが継続 <input type="checkbox"/> Bの間隔に変更し継続 <input type="checkbox"/> Aの間隔に変更し継続 | | |
| | 【クロザリル処方】は継続または投与開始にチェックを入れる | | | |
| | 【次回検査予定日】は、次回検査期限を超えない | 西暦 年 月 日 | | |
| | 【今回の処方日】は、投与開始日を入力する…投与開始日は本日(初回報告書送信日)または翌日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 今回の処方の初日の【用量】は12.5mg/日である | mg/日 | | |
| 【投与日数】は、次回検査日(投与開始日の7日後以内)までの日数である(最大8日分) | 日分 | | | |

クロザリル

南光病院 院内運用マニュアル
(外来用)

暫定版

岩手県立南光病院 特殊薬剤療法部会

平成 25 年 10 月 24 日作成

クロザリル 南光病院 院内運用マニュアル 目次

| | |
|----------------------------|------|
| 外来通院への移行手順・・・・・・・・・・・・・・・・ | P 3 |
| 発熱時の対応(平日・日中)・・・・・・・・ | P 7 |
| 発熱時の対応(夜間・休日)・・・・・・・・ | P 8 |
| 高血糖時の対応・・・・・・・・ | P 8 |
| 血液モニタリングフロー・・・・・・・・ | P 9 |
| 血糖モニタリング(プロトコールA)・・・・・・・・ | P 10 |
| 血糖モニタリング(プロトコールB)・・・・・・・・ | P 11 |
| 血糖モニタリング(プロトコールC)・・・・・・・・ | P 12 |
| チェックリスト① 患者登録・・・・・・・・ | P 13 |
| チェックリスト② 投与開始・・・・・・・・ | P 14 |

《資料》

- ① クロザリル使用開始までの手順 (フロー)
- ② クロザリル患者登録から初回使用登録までの流れ
- ③ 採用抗菌剤一覧
- ④ クロザリル配薬者名札
- ⑤ 特殊薬剤 (クロザリル) 使用時の検査セット項目
- ⑥ コーディネータ看護師 (休日・夜間休日の対応)
- ⑦ コーディネータ看護師連絡網

I. 外来治療への移行について

1. 外来治療への移行手順

本剤は、原則として投与開始 18 週間は入院管理下で投与を行うが、本剤の有効性及び安全性が十分に確認され、以下の基準をすべて満たした場合には必要に応じて外来での治療に移行する事ができる。

- ・投与後 3 週間を経過し、かつ至適用量設定後 1 週間以上経過した患者が退院を希望している。
- ・CPMS 登録医は、本剤の臨床的有効性を認め、かつ、それまでの入院期間中に安全性に特に問題がないことを確認し、通院治療が可能と判断し、退院を許可した。
- ・退院後、患者と同居して患者の症状を確認し、規定量の服薬及び CPMS 規定どおりの通院を支援できる者がいる場合。
例：親(家族)が同居している場合や、夜間もスタッフが常駐している援護寮などからの通院で、緊急事態に常に対応できる体制下にある場合など。
- ・緊急時に患者及び家族などに連絡できるよう、患者及び家族などの連絡先を医療機関で管理すること。

2. 患者及び家族などへの説明。

1) 重篤な事項の説明

本剤の副作用に関連すると思われる症状がみられた場合、直ちに主治医に相談するよう、退院の際に患者または家族などの代諾者あるいは支援者に十分説明する。

- ・感染症の徴候など、好中球減少症・無顆粒球症に関連すると思われる症状：突然の高熱、寒気、のどの痛みなど
- ・糖尿病に関連すると思われる症状：激しいのどの渇き、水やジュースをたくさん飲む、急に体重が減ってきたなど。

突発的・偶発的な事故(例：交通事故)などにより、本剤が処方された医療機関以外の病院に入院することが想定され、その際に、患者または家族などの代諾者あるいは支援者は入院先の医療機関に本剤を服用していること及び本剤を処方している医療機関(処方元の医療機関)への連絡が必要なことを説明する。

2) 患者及び家族など提供用資料の説明

患者及び家族などの代諾者あるいは支援者に『クロザリル患者用薬のしおり』及び『患者携帯用連絡カード』を提供し、患者は『患者携帯用連絡カード』を必ず携帯するよう説明する。

退院後、事故などで他の病院に入院する場合は、入院先の病院の医師にクロザリルを服用していることを必ず伝え、さらに入院したことをクロザリルを処方している病院の医師へ必ず連絡してもらうことを伝えるとともに患者が『患者携帯用連絡カード』を必ず携帯するよう説明する。また、他院に入院する場合は、必ずこのカードを入院する病院に提示するよう伝える。

① クロザリル患者用薬のしおり 小冊子

主な記載事項

- ・本剤の副作用(好中球減少・無顆粒球症、糖尿病など)と関連する症状、服用方法など
- ・退院後、事故などで他の病院に入院する場合は、入院する病院の医師に、クロザリルを服用していることを必ず伝え、さらに入院したことを、クロザリルを処方している病院の医師へ必ず連絡してもらうこと。

② 患者携帯用連絡カード 『CLO CARD』

主な記載事項

- ・患者氏名、連絡先、治療を受けている医療機関・医師及び連絡先
- ・メッセージ「私は、限られた医療機関から処方され、定期的な血液モニタリングが必要なお薬を飲んでいきます。下記以外の医療機関に搬送された場合は、下記の医療機関及び裏面の緊急連絡先に必ず連絡してください」

3. 当院以外の医療機関に入院した場合の連絡手順

- 1)患者が当院以外の医療機関に入院した場合、患者または家族などの代諾者あるいは支援者は、患者が携帯している『患者携帯用連絡カード』を入院先の医療機関に提示し、本剤を服用中であることを伝える。また、当該医療機関に入院したことを当院に連絡するよう依頼する。
- 2)CPMS 規定どおりの通院日に患者が当院に来院しなかった場合、CPMS コーディネート業務担当者は、患者または家族などの代諾者あるいは支援者に連絡し、来院しない理由を確認する。
- 3)『クロザリル患者用薬のしおり』及び『患者携帯用連絡カード』により、当院のCPMS コーディネート業務担当者が、当該患者が他院に入院していることを確認した場合、かつ当該患者が保険薬局で本剤を受け取っている場合には、当該保険薬局に当院以外の病院に入院し、規定どおりの通院日に来院していないことを連絡する。

5. 外来での処方

- 1) 受診受付をする。
- 2) 診察前に血液検査を実施する。
- 3) 診察、処方

①主治医(登録医)

- ・ 基準に沿って血液検査を実施
 - ※検査オーダー（クロザリル用の南光セットから選択・至急）
 - ※検査日が祝祭日にかかる場合は事前に特殊薬物療法部会で検討
- ・ eC PMS 報告書入力
 - ※結果確認および投与継続可否・次回受診日、検査の予約をする。

②C PMS 病棟看護師

- ・ 検査値・処方内容などを確認
- ・ e C PMS 報告書入力
 - ※二次承認
 - ※二次承認は、可能であれば当該病棟コーディネータ看護師が行うが不在時は他のコーディネータ看護師が入力する
- ・ クロザリル管理薬剤師に報告

③クロザリル管理薬剤師

- ・ 検査値・処方内容などを e C PMS 上で再確認
- ・ 薬剤の払い出し

6. 患者が来院しない場合

- 1) 患者の緊急連絡先へ連絡し来院しない理由を確認する。
- 2) 確認した理由を主治医へ報告する。
- 3) CPMS センターに報告する。

※eCPMS「報告書入力」画面の「来院せずのため休薬」にチェックし、「理由」の欄に〇〇のため来院せずと記入し、CPMS センターに eCPMS にて連絡する。

※休薬して4週間以上経過した場合または患者が来院する可能性がない場合は、eCPMS「報告書入力」画面を「来院せずのため終了」としてCPMS センターに eCPMS にて報告する。

4) 休薬・中止の報告

クロザリルを服用しない期間が4週間以上経過した場合は中止として取り扱う。

休薬期間が4週間以上になったら、eCPMS「報告書入力」画面の「休薬4週間経過のため終了」にチェックする。

※該当患者にクロザリルの再投与を希望する場合は改めて患者登録が必要。

II. 緊急時対応

1. 38℃以上の発熱時の対応（平日日中）

①主治医(登録医)コール

②採血オーダー

③結果を確認する

※血球減少がなければ通常の感染・発熱の対応をする。

※投薬中止であればC PMS登録看護師へ連絡（不在時はC PMS統括看護師）

④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/mm³未満 または NEUT 1500/mm³未満

→クロザリル投与中止。岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト

・NEUT 500/mm³以上、1000/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

※抗生剤投与が必要（使用抗生剤=別紙一覧を参照）

・NEUT 500/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

・結果に応じ、以後の血液検査間隔を決定する。

③の血液検査結果、投薬中止での登録スタッフの役割

C PMS登録医

・C PMS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)

※必ず当日中に行う。

・報告書に入力した旨をC PMS登録看護師に連絡する

・WBC 3000/mm³未満 または NEUT 1500/mm³未満の場合、有害事象報告書をノバルティスに提出する。(後日担当MRより連絡がある)

C PMS登録看護師

・以下に連絡する

C PMS統括看護師

C PMS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する。

・C PMS報告書確認・入力

※必ず当日中に行う。

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・破棄を行う。

2. 38℃以上の発熱時の対応（夜間・休日）

①当直医・当直師長コール

②採血オーダー

※検査、その他必要な指示については当直医が対応する。検査オーダーは至急で。

③当直師長は検査科に連絡する。

④結果を確認する

※血球減少がなければ、通常の感染・発熱の対応をする。

⑤採血結果に応じ、薬剤中止や岩手医大病院のコンサルト行う。

・ WBC 3000/mm³未満 または NEUT 1500/mm³未満

→クロザリル投与中止。岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト

・ NEUT 500/mm³以上、1000/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

※抗生剤投与が必要。（使用抗生剤=別紙一覧を参照）

・ NEUT 500/mm³未満

→速やかに岩手医大病院精神科を通じて血液内科にコンサルト。

※検査結果→クロザリル中止登録は登録医でなければ待機医へコール

※当日1回でも服用していればクロザリル中止登録は翌日中に入力。

※岩手医大病院搬送の際は病棟看護師が同乗、可能な限り医師が同乗し搬送する。

⑥ e C PMS 入力は、原則的に当日行う（当日1回でも服用していれば翌日）

・ 夜勤リーダーはC PMS 登録看護師が不在であればC PMS 統括看護師をコールする。（連絡網を参照）

⑦ C PMS 登録医・C PMS 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、報告書入力など行う

3. 高血糖時の対応

1)意識障害 → 簡易血糖測定にて高血糖あり

2)主治医コール

①採血実施指示（CBC／生化学／血漿浸透圧）南光セット(高血糖時)

・ 250mg/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

②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

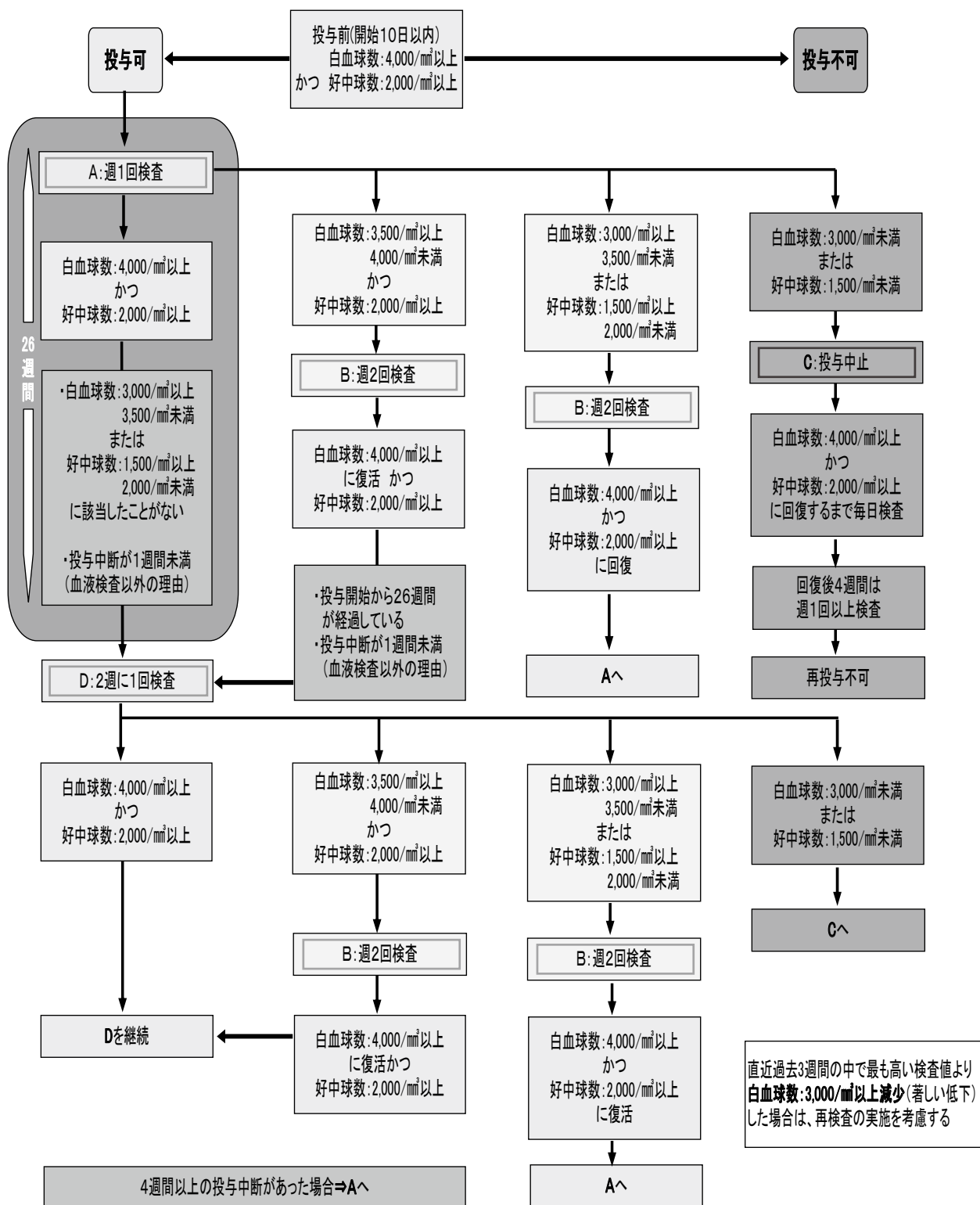
・ 直ちに生理食塩水でルートを確保し、500ml/hr を目安に補液開始

・ 野村 Dr もしくは県立磐井病院へコンサルト行う。

3)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。

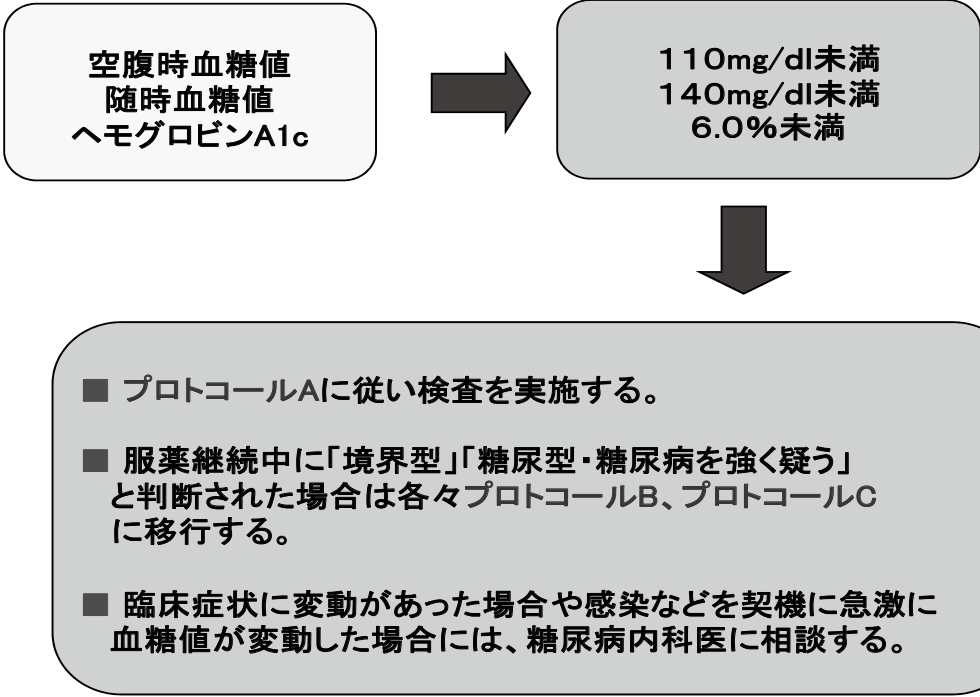
血液モニタリング

血液モニタリングの実施基準の概略



血糖モニタリング

糖尿病 【プロトコールA】 「正常型」



【プロトコールA】「正常型」でのモニタリング方法

| 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 | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ | |
| ヘモグロビンA1c(原則) | ○ | ○ | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ | |
| 血清脂質値* ² | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ | |
| 身長 | ○ | | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | | |
| 臨床症状* ³ | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病の既往・家族歴 | ○ | | | | | | | | | | | | ○ | |

*1: 可能な限り空腹時に測定

*2: 総コレステロール、高比重リポ蛋白(HDL)コレステロール、中性脂肪

*3: 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

注) 血糖値、ヘモグロビンA1c以外は、CPMSセンターに報告する必要はありません。

注) eCPMSによる検査報告は規定の検査毎であり、イレギュラーに行った検査報告は必要では

糖尿病 【プロトコールB】 「境界型」

空腹時血糖値
随時血糖値
ヘモグロビンA1c



110~125mg/dl
140~179mg/dl
6.0~6.4%



- プロトコールBに従い検査を継続し、慎重に投与を継続する。
- 服薬継続中に「糖尿病・糖尿病を強く疑う」と診断された場合は、プロトコールCに移行する。
- 本人、家族への注意喚起、食事指導、運動療法を行う。
- 臨床症状に変動があった場合や感染などを契機に急激に血糖値が変動した場合には、速やかに糖尿病内科医に相談

【プロトコールB】「境界型」でのモニタリング方法

| 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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ヘモグロビンA1c(原則) | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| 血清脂質値*2 | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ | | | ○ |
| 身長 | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 臨床症状*3 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病の既往・家族歴 | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |

*1: 可能な限り空腹時に測定

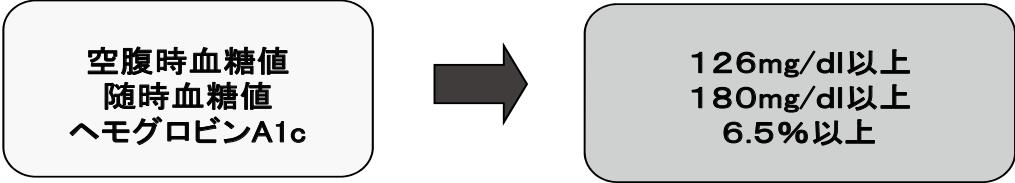
*2: 総コレステロール、高比重リポ蛋白(HDL)コレステロール、中性脂肪

*3: 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

注) 血糖値、ヘモグロビンA1c以外は、CPMSセンターに報告する必要はありません。

注) eCPMSによる検査報告は規定の検査毎であり、イレギュラーに行った検査報告は必要ではありません。

糖尿病 【プロトコールC】 「糖尿病・糖尿病を強く疑う」



- あらかじめ施設で決めた糖尿病内科医に相談することを必須とする。
- プロトコールCに従い、検査を継続し、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もとに行う。
- 最終的に、服薬を継続するか、中止するかは、リスクとベネフィットを総合的に勘案して、精神科医と糖尿病内

【プロトコールC】「糖尿病・糖尿病を強く疑う」でのモニタリング方法

| 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 | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○ |
| ヘモグロビンA1c(原則) | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ | | ○ |
| 血清脂質値*2 | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |
| 身長 | ○ | | | | | | | | | | | | |
| 体重 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 臨床症状*3 | 来院毎に測定する | | | | | | | | | | | | |
| 糖尿病の既往・家族歴 | ○ | | | | | | ○ | | | | | | ○ |

*1: 可能な限り空腹時に測定
 *2: 総コレステロール、高比重リポ蛋白(HDL)コレステロール、中性脂肪
 *3: 口渇、多飲、多尿、頻尿、ソフトドリンク摂取

注) 血糖値、ヘモグロビンA1c以外は、CPMSセンターに報告する必要はありません。
 注) eCPMSによる検査報告は規定の検査毎であり、イレギュラーに行った検査報告は必要ではありません。

チェックリスト① 患者登録

| 患者登録に必要な項目 | | 入力内容 | チェック | |
|---------------|---|---------------------------------|--|--|
| 準備 | 本人または代諾者からの文書による同意の取得 …同意書はクロザリル適正使用委員会のウェブサイトから | | | |
| | 血液検査を行う(白血球数・好中球数・血糖値・ヘモグロビンA1c) | | | |
| | 血液型を調べる | | | |
| | eCPMSを操作する(インターネットに接続できる)パソコン | | | |
| | eCPMS(PostMaNetモニタリング)のURL …医療従事者のCPMS登録後、メールで送付 | | | |
| | eCPMSのログインID、パスワード …医療従事者のCPMS登録後、郵送で送付(登録完了通知書に記載) | | | |
| eCPMS 入力項目 | 患者イニシャル(姓・名) | 姓: 名: | | |
| | (患者名等…患者氏名やカルテ番号など)未記入可 | | | |
| | 性別 | 男 女 | | |
| | 血液型 | A B O AB | | |
| | 生年月日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 【クロザリル治療歴】は新規にチェックを入れる | | | |
| | 登録前4週間以内の検査実施日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 登録前4週間以内の白血球数 (4000/mm ³ 以上) | /mm ³ | | |
| | 登録前4週間以内の好中球数 (2000/mm ³ 以上) | % or /mm ³ | | |
| | 登録前4週間以内の血糖値 | mg/dL | | |
| | 登録前4週間以内のヘモグロビンA1c | % | | |
| | 内科医との相談(プロトコールCの場合) | 有 無 | | |
| | 同意取得日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 治療抵抗性を示した 前治療薬2種類以上 …反応性不良と耐用性不良のどちらか 一方または両方 <input type="checkbox"/> 反応性不良の場合 ・薬剤名(1種類以上非定型) ・投与量 ・CPZ換算量 <input type="checkbox"/> 耐用性不良の場合 ・薬剤名(非定型) ・副作用の内容 ※治療抵抗性の定義については、添付文書 またはクロザリル適正使用ガイダンスをご参 照ください | 反応性不良 抗精神病薬1 | 薬剤名 投与量 mg/日 CPZ換算量 mg/日 | |
| | | 反応性不良 抗精神病薬2 | 薬剤名 投与量 mg/日 CPZ換算量 mg/日 | |
| | | 耐用性不良 非定型 抗精神病薬1 | 薬剤名 副作用 | |
| | | 耐用性不良 非定型 抗精神病薬2 | 薬剤名 副作用 | |

チェックリスト② 投与開始

注意 投与を開始する場合は、初回報告書を投与開始日の当日または前日に送る必要があります。

| 投与開始(初回報告)に必要な項目 | | 入力内容 | チェック | |
|---|--|--|------|--|
| 準備 | eCPMSで患者登録が完了している | | | |
| | クロザリルの納入が完了している | | | |
| eCPMS 入力項目 | 投与開始前10日以内の検査実施日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 投与開始前10日以内の白血球数(4,000/mm ³ 以上) | /mm ³ | | |
| | 投与開始前10日以内の好中球数(2,000/mm ³ 以上) | % or /mm ³ | | |
| | 投与開始前10日以内の血糖値 | mg/dL | | |
| | 投与開始前10日以内のヘモグロビンA1c | % | | |
| | 糖尿病内科医との相談(プロトコールCは必須、プロトコールBは必要に応じて) | <input type="checkbox"/> Cだが継続 <input type="checkbox"/> Bの間隔に変更し継続 <input type="checkbox"/> Aの間隔に変更し継続 | | |
| | 【クロザリル処方】は継続または投与開始にチェックを入れる | | | |
| | 【次回検査予定日】は、次回検査期限を超えない | 西暦 年 月 日 | | |
| | 【今回の処方日】は、投与開始日を入力する…投与開始日は本日(初回報告書送信日)または翌日 | 西暦 年 月 日 | | |
| | 今回の処方の初日の【用量】は12.5mg/日である | mg/日 | | |
| 【投与日数】は、次回検査日(投与開始日の7日後以内)までの日数である(最大8日分) | 日分 | | | |

| | |
|------------------------------|---------------|
| ID.() | 患者氏名()様 |
| 年齢()歳 身長() 体重()kg 合併症等() | |
| CPMS登録医名() | 担当看護師名() |
| 担当医名 () | CPMS病棟看護師名() |

| 経過(病日) | クロザリル投与開始前① (CPMSセンターへの患者の登録前) | クロザリル投与開始前② (CPMSセンターへの患者の登録後) |
|-----------------------|--|--|
| アウトカム (目標) | クロザリル使用の可否の判断(メリットとデメリットを総合) 本人又及び代諾者の同意 CPMSセンターへの患者の登録 各種検査の実施(副作用発現時に対応するため) | クロザリルを投与するための体制を整える 重篤な副作用が発現した際の体制を整える |
| タスク (作業) | <input type="checkbox"/> 患者の適格性の確認 <input type="checkbox"/> 血液検査、血糖測定(登録4週間前までのデータが有効) (検査項目は白血球、好中球、HbA1c、血糖値、 血液型を含む) <input type="checkbox"/> 糖尿病内科医との相談(患者が糖尿病の場合) <input type="checkbox"/> クロザリル適正使用会議での承認 <input type="checkbox"/> 患者及び家族(代諾者)へのクロザリルの説明 <input type="checkbox"/> 患者及び家族(代諾者)からの同意書の取得 <input type="checkbox"/> 糖尿病の既往・家族歴調査 <input type="checkbox"/> 身長、体重測定 <input type="checkbox"/> 心電図検査 <input type="checkbox"/> eCPMSへの入力(患者登録) | <input type="checkbox"/> 血液検査、血糖値測定(処方日10日前までデータが有効) (検査項目は白血球数、好中球数、HbA1c、総コレステロール HDL、中性脂肪を含む) <input type="checkbox"/> 無顆粒球症・好中球減少症発現時の対応確認 <input type="checkbox"/> 抗精神病薬の漸減 |
| 検査日 | 月 日 | 月 日 |
| 判定基準 | | |
| 白血球 | 4000以上 | |
| 好中球 | 2000以上 | |
| HbA1c | 5.6未満 | |
| 血糖値 | 10未満(空腹時) | |
| | 140未満(随時) | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| 看護師サイン | | |
| 医師サイン | | |
| 備考 | | |

クロザピン内服治療チェックシート (投与開始後 ~ 4週間)

| | | | | | | | | | | | | |
|--------------|-------------------|------|----------------|-------|--|---------|----------------|----------|-------------------|-----------------|--|--|
| 項目 | ID No. | | 入院月日 | | 入院形態 | | 退院予定日 | | 退院月日 | | 医療者用 | |
| | (男・女) | | 担当 | | 担当OT | | 担当PSW | | 注意事項 | | 禁忌情報 | |
| 達成目標 | 患者氏名 | | 主治医 | | 薬剤師 | | CPMS看護師 | | 禁煙情報 | | 医療者用 | |
| | 1週目 | | 2週目 | | 3週目 | | 4週目 | | | | | |
| 検査・処置 | 採血実施(火曜日)(月 日) | | 副作用チェック(毎日) | | 採血実施(月 日) | | 副作用チェック(毎日) | | 採血実施(月 日) | | 副作用チェック(毎日) | |
| | 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | eCPMSへの入力(火曜日) | | 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | eCPMSへの入力(火曜日) | | 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | eCPMSへの入力(火曜日) | |
| 血液モニタリング | 判定基準 | | 4000以上 | | 2000以上 | | プロトコル A・B・C | | プロトコル A・B・C | | プロトコル A・B・C | |
| | 110未満(空腹時) | | 140未満(随時) | | 5.6未満 | | 投与量 | | 用法 | | 維持量は1日200~400mg。最高用量は1日600mgまで。※1回の用量は4日以上の間隔をあげ、増量としては1日100mgを超えないこと。(添付文書抜粋) | |
| クロザピリン投与量・用法 | HbA1c | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | |
| | 投与量 | | 用法 | | 維持量は1日200~400mg。最高用量は1日600mgまで。※1回の用量は4日以上の間隔をあげ、増量としては1日100mgを超えないこと。(添付文書抜粋) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | | 1日 回 (朝・昼・夕・就) | |
| 観察・症状評価 | ① 発熱 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ② 倦怠感 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ③ 腫脹 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ④ リンパ腺の腫れ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ⑤ 咽頭不快感 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ⑥ 流涎 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ⑦ 多飲・多尿 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ⑧ 口渇 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ⑨ 胸痛 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| | ⑩ 頭暈(動悸) | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑪ 呼吸困難 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | |
| ⑫ 浮腫 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | |
| 精神症状評価 | | GAF | | PANSS | | PANSS | | 活動・安静度 | | 採薬(食事) | | |
| 心理・社会的介入 | | 採薬指導 | | 採薬指導 | | カンファレンス | | 記録 | | 医師署名 | | |
| 深夜 | | 日勤 | | 準夜 | | 医師署名 | | 岩手県立南光病院 | | 2012年 6月 27日 作成 | | |

クロザピリン内服治療シート（投与開始 5週～8週間）

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|---------------------------|--|
| ID No. | | (男・女) | | 入院月日 | | 入院形態 | | 退院予定日 | | 退院月日 | | 医療者用 | |
| 患者氏名 | | 担当 | | 主治医 | | 担当OT | | 薬剤師 | | 注意事項 | | 禁忌情報 | |
| 5週目 | | 6週目 | | 7週目 | | 8週目 | | | | | | | |
| <p>達成目標</p> <ul style="list-style-type: none"> CPMS規定に合った検査及び処方 重篤な副作用発現時の迅速かつ適切な対応 至適用量の構築 臨床症状観察(効果判定) | | | | | | | | | | | | | |
| 検査・処置 | | 副作用チェック(毎日) | | 副作用チェック(毎日) | | 副作用チェック(毎日) | | 副作用チェック(毎日) | | 副作用チェック(毎日) | | 副作用チェック(毎日) | |
| | | □ 体重測定(月 日) | | □ 体重測定(月 日) | | □ 体重測定(月 日) | | □ 体重測定(月 日) | | □ 体重測定(月 日) | | □ 体重測定(月 日) | |
| | | □ 採血実施(月 日) | | □ 採血実施(月 日) | | □ 採血実施(月 日) | | □ 採血実施(月 日) | | □ 採血実施(月 日) | | □ 採血実施(月 日) | |
| | | □ 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | □ 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | □ 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | □ 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | □ 精神症状・身体症状の確認(診察時) | | □ 精神症状・身体症状の確認(診察時) | |
| | | □ 血液検査結果判定(火曜日) | | □ 血液検査結果判定(火曜日) | | □ 血液検査結果判定(火曜日) | | □ 血液検査結果判定(火曜日) | | □ 血液検査結果判定(火曜日) | | □ 血液検査結果判定(火曜日) | |
| | | □ eCPMSへの入力(火曜日) | | □ eCPMSへの入力(火曜日) | | □ eCPMSへの入力(火曜日) | | □ eCPMSへの入力(火曜日) | | □ eCPMSへの入力(火曜日) | | □ eCPMSへの入力(火曜日) | |
| | | □ クロザピリン処方 | | □ クロザピリン処方 | | □ クロザピリン処方 | | □ クロザピリン処方 | | □ クロザピリン処方 | | □ クロザピリン処方 | |
| | | □ 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) | | □ 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) | | □ 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) | | □ 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) | | □ 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) | | □ 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) | |
| | | □ 追加の血液検査オーダー(週 回) | | □ 追加の血液検査オーダー(週 回) | | □ 追加の血液検査オーダー(週 回) | | □ 追加の血液検査オーダー(週 回) | | □ 追加の血液検査オーダー(週 回) | | □ 追加の血液検査オーダー(週 回) | |
| 血液モニタリング | | | | | | | | | | | | | |
| 判定基準 | | | | | | | | | | | | | |
| 白血球 | | 4000以上 | | | | | | | | | | | |
| 好中球 | | 2000以上 | | | | | | | | | | | |
| 血糖値 | | 110未満(空腹時) | | | | | | | | | | | |
| HbA1c | | 5.6未満 | | | | | | | | | | | |
| 投与量 | | | | | | | | | | | | | |
| 用法 | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | |
| 与薬 | | 維持量は1日200~400mg。最高用量は1日600mgまで。※1回の用量は4日以上の間隔をあげ、増量としては1日100mgを超えないこと。(添付文書抜粋) | | | | | | | | | | | |
| ① 発熱 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ② 悪寒 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ③ 倦怠感 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ④ 腫脹 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑤ リンパ腺の腫れ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑥ 咽頭不快感 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑦ 流涎 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑧ 多飲・多尿 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑨ 胸痛 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑩ 頭暈(動悸) | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑪ 呼吸困難 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| ⑫ 浮腫 | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | | -/+ | |
| 精神症状評価 | | | | | | | | | | | | | |
| GAF | | | | | | | | | | | | | |
| PANSS | | | | | | | | | | | | | |
| 活動・安穏度 | | | | | | | | | | | | | |
| 採薬(食事) | | | | | | | | | | | | | |
| 清潔 | | | | | | | | | | | | | |
| 心理・社会的介入 | | | | | | | | | | | | | |
| 服薬指導 | | | | | | | | | | | | | |
| 採薬指導 | | | | | | | | | | | | | |
| 記録 | | □ | | □ | | □ | | □ | | □ | | □ | |
| カンファレンス | | □ | | □ | | □ | | □ | | □ | | □ | |
| 記事 | | □ | | □ | | □ | | □ | | □ | | □ | |
| 深夜 | | | | | | | | | | | | | |
| 日勤 | | | | | | | | | | | | | |
| 深夜 | | | | | | | | | | | | | |
| 医師署名 | | | | | | | | | | | | | |

| クロザピレン内服治療チェックシート (投与開始 9週 ~ 12週間) | | | | 入院形態 | | | | 入院予定日 | | | | 退院月日 | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| ID No. | | | | 主治医 | | | | 担当OT | | | | 注意事項 | | | | | | | |
| (男・女) | | | | 担当Nurse | | | | PSW | | | | 禁忌情報 | | | | | | | |
| 患者氏名 | | | | 9週目 | | | | 10週目 | | | | 11週目 | | | | 12週目 | | | |
| 月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 達成目標 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> CPMS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 至適用量の構築 臨床症状観察(効果判定) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 検査・処置 | | | | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザピレン処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) | | | | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザピレン処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) | | | | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザピレン処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) | | | | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザピレン処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) | | | |
| 血液モニタリング | | | | 判定基準 | | | | プロトコル A・B・C | | | | プロトコル A・B・C | | | | | | | |
| 白血球 | | | | 4000以上 | | | | プロトコル A・B・C | | | | プロトコル A・B・C | | | | | | | |
| 好中球 | | | | 2000以上 | | | | プロトコル A・B・C | | | | プロトコル A・B・C | | | | | | | |
| 血糖値 | | | | 110未満(空腹時) | | | | プロトコル A・B・C | | | | プロトコル A・B・C | | | | | | | |
| HbA1c | | | | 140未満(随時) | | | | プロトコル A・B・C | | | | プロトコル A・B・C | | | | | | | |
| 投与量 | | | | 5.6未満 | | | | プロトコル A・B・C | | | | プロトコル A・B・C | | | | | | | |
| クロザピレン投与量・用法 | | | | 用法 | | | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | | | 1日()回(朝・昼・夕・就) | | | | | | | |
| 与薬 | | | | 維持量は1日200~400mg。最高用量は1日600mgまで。※1回の用量は4日以上の間隔をあげ、増量としては1日100mgを超えないこと。(添付文書抜粋) | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ① 発熱 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ② 悪寒 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ③ 倦怠感 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ④ 腫脹 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑤ リンパ腺の腫れ | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑥ 咽頭不快感 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑦ 流涎 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑧ 多飲・多尿 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑨ 胸痛 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑩ 頭暈(動悸) | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑪ 呼吸困難 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| ⑫ 浮腫 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | 有無 | | | | | | | |
| 精神症状評価 | | | | GAF | | | | GAF | | | | GAF | | | | | | | |
| 活動・安穏度 | | | | PANSS | | | | PANSS | | | | PANSS | | | | | | | |
| 採薬(食事) | | | | 清潔 | | | | 清潔 | | | | 清潔 | | | | | | | |
| 心理・社会的介入 | | | | 服薬指導 | | | | 服薬指導 | | | | 服薬指導 | | | | | | | |
| 採薬指導 | | | | カンファレンス | | | | カンファレンス | | | | カンファレンス | | | | | | | |
| 記録 | | | | 記事 | | | | 記事 | | | | 記事 | | | | | | | |
| 看護師署名 | | | | 深夜 | | | | 深夜 | | | | 深夜 | | | | | | | |
| 医師署名 | | | | 準夜 | | | | 準夜 | | | | 準夜 | | | | | | | |

クロザピン内服治療チェックシート (投与開始 12週間以降)

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|------|-------|-------|------|-----|------|------|-------|-----|------|------|------|------|------|------|------|
| ID No. | 患者氏名 | (男・女) | 担当Dr. | 入院月日 | 主治医 | 入院形態 | 担当OT | 退院予定日 | 薬剤師 | 退院月日 | 注意事項 | 13週目 | 14週目 | 15週目 | 16週目 | 医師者用 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

達成目標

- CPMS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
- 至適用量の構築
- 臨床症状観察(効果判定)

| | | | |
|-------|--|--|--|
| 検査・処置 | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) (週 回) | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) (週 回) | <input type="checkbox"/> 副作用チェック(毎日) <input type="checkbox"/> 体重測定(月 日) <input type="checkbox"/> 採血実施(月 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"/> eCPMSへの入力(火曜日) <input type="checkbox"/> クロザリル処方 <input type="checkbox"/> 7日後の血液検査オーダー(火曜日)(月 日) <input type="checkbox"/> 追加の血液検査オーダー(月 日) (週 回) |
|-------|--|--|--|

血液モニタリング

判定基準

白血球 4000以上

好中球 2000以上

血糖値 110未満(空腹時)

HbA1c 5.6未満

クロザリル投与量・用法

投与量

用法

1日()回(朝・昼・夕・就)

維持量は1日200~400mg。最高用量は1日600mgまで。※1回の用量は4日以上の間隔をあげ、増量としては1日100mgを超えないこと。(添付文書抜粋)

与薬

拒薬の有無

① 発熱

② 悪寒

③ 倦怠感

④ 腫脹

⑤ リンパ腺の腫れ

⑥ 咽頭不快感

⑦ 流涎

⑧ 多飲・多尿

⑨ 胸痛

⑩ 呼吸困難

⑪ 浮腫

精神症状評価

GAF

PANSS

活動・安静度

採薬(食事)

清潔

心理・社会的介入

服薬指導

採薬指導

記録

カンファレンス

カンファレンス

採薬指導

採薬指導

看護師署名

医師署名

修正型電気痙攣療法（m-ECT）

目的：精神症状の改善

〔必要物品〕

1. ECT室準備

サイマトロン機器、モニター（心電図・血圧・SPO₂）、トニケ、救急カート
麻酔機、電極、マウスガード、酸素マスク、経鼻エアウェイ

TOFウォッチ（エスラックス注やマスキュレート注など回復薬を必要とする筋弛緩剤を使用時）尺骨神経に2ヶ所電極を貼付し、電気刺激を送って手指の動きをみる
ことにより、筋弛緩からの回復が判定できる。15秒に1回 計4回計測しピクピクが弱くなることで筋弛緩が効いていることを確認

2. 病棟から準備するもの

カルテ、注射指示箋、記録用紙、ECT室の戸棚の鍵、指示薬剤

輸液セット、延長チューブ、サーフロー針、フィルフィックス、固定テープ

パルスオキシメーター

本人用（マウスガード・酸素マスク・経鼻カニューレ・ワセリン・キシロカインゼリー）

3. 患者移送準備

ストレッチャー、バスタオル、点滴台、酸素ボンベ

4. 使用薬品

* 静脈麻酔薬 チトゾール（0.3g）1A 12ml

* 筋弛緩薬 エスラックス（50mg）5ml → 3分で発現20～30分持続
（アンプル、残を薬局に返却）

* 筋弛緩回復薬 ブリディオン（200mg）2ml 〈緊急使用の可能性あり〉

★緊急薬品（処置室 戸棚に設置）

☆痙攣が止まらないとき→ホリゾン（10）2ml/Aを1/2A（5mg）ずつ静注

☆不整脈（PVC）の出現→リドカイン静注2%シリンジ5mlを1/2Aずつ静注

☆徐脈、分泌物が多い場合→アトロピン硫酸塩（0.5）1mlを1A静注

☆血圧上昇時 →ペルジピン（2）2mlを0.5～1mlずつ静注

〔方法・注意事項〕

◎事前準備

主治医が患者・家族に処置の必要性を「同意説明文書」に沿って説明し、同意を得る。

1. 指示受け

①医師は指示簿に施行予定日を記載、注射箋の記載、ワセリンを処方する。

②延食箋を給食へ提出する。

③看護師は指示簿の施行予定日に注射箋・食事箋提出した分のチェックする。

1, 前日まで

- 1、当日朝食禁食の確認、食事箋の記載、給食へ連絡
- 2、ECT指示確認（朝食後薬、注射箋）
- 3、患者へのオリエンテーション

当日

- 1、同意書の確認
- 2、起床時のバイタルサインチェック、一般状態の確認
- 3、6時以降の絶飲食の確認を行う（コップを預かるなど）

4、注射の準備

- ① 指示の薬剤をシリンジに詰め準備する
- ② 指示の輸液に輸液セット、延長チューブをつけセットする

* 病棟でルート確保してきて可

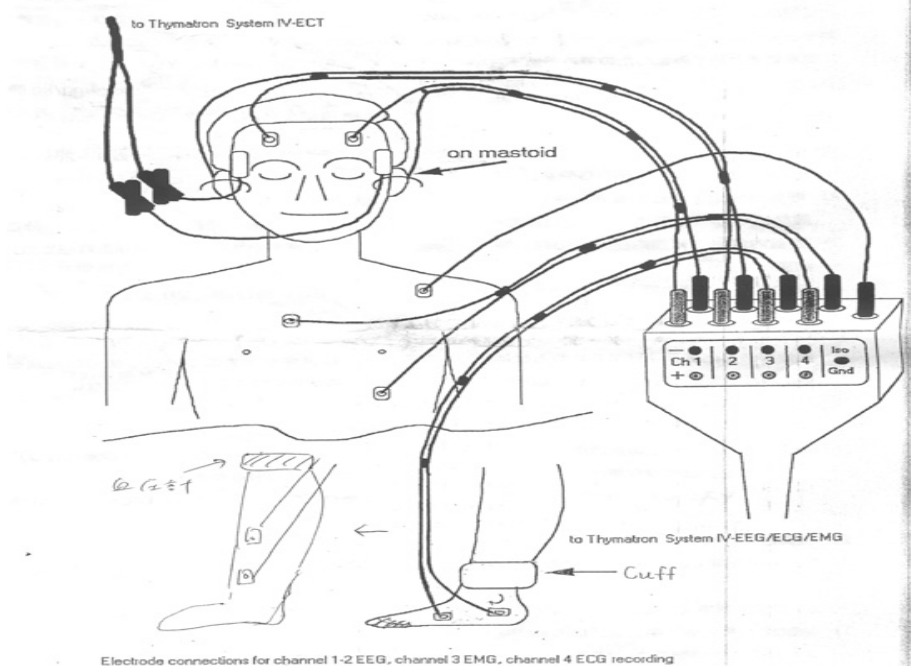
5、患者移送

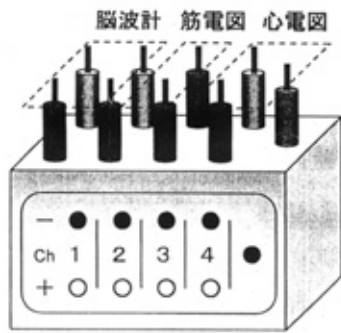
- ① 排尿を確認し義歯、眼鏡、補聴器、アクセサリ、ヘアピン、コンタクトレンズ、ブラジャーなど着けていないか確認する。
- ② ストレッチャーで移送する。（酸素ボンベが換気の邪魔にならないよう注意）

6、ECT室移送後（●は医師が実施）

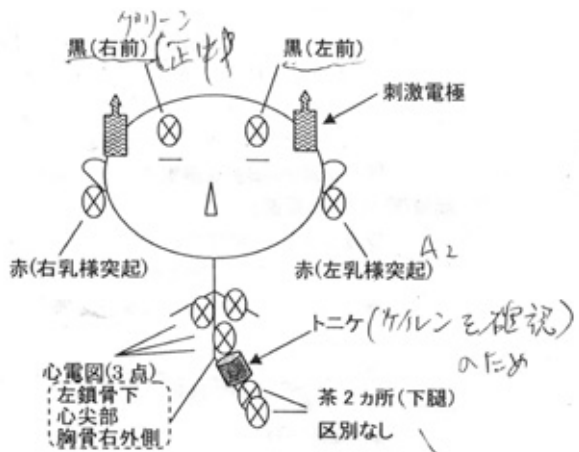
- ① ルート確保
- ② 心電図の電極、SpO2 モニター、血圧計、サイマトロン電極設置（頭部は医師、心電・下肢は看護師）、下肢トニケ装着（膝下～足首）、TOF ウォッチ電極を装着（手首尺側に2個、拇指に1個）。
- ③ サイマトロンの電極・モニターの装着・接続法
● 接着部位をアルコール綿で拭き、刺激電極を左右のこめかみにつける（左右の区別はない）。モニターの Ch 1, 2 は脳波計、黒電極2つを額に、赤電極2つを耳の後ろにつける。Ch 3 は筋電図、茶色電極2つを足につける。Ch 4 は心電図、3つの電極を心尖部・胸骨右側・左鎖骨下につける。

<電極設置図>





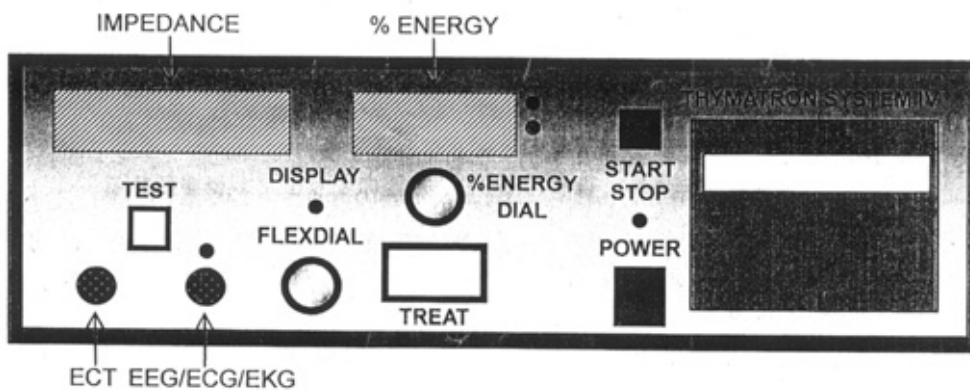
【端子側】



【患者側】

前時音

⑥ THYMATRON™ SYSTEM IV のスイッチ (POWER) を入れる



- サイマトロンの「POWER」スイッチを入れる。
- 接続を確認。IMPEDANCE の表示が「SELF TEST」から「NO BASE」に変わる。
- 「TEST」ボタンを押して、インピーダンステストを行う (100~3000 なら OK。3000 以上なら熱傷の危険が高いため、アルコール綿で皮膚をよく拭き、付属の伝導改善液 1~2 滴をたらし、電極をできるだけ密着させる [通電中手で押さえる]。頭髪で浮き上がる場合は心電図電極用のクリームを塗ってもよい。100 未満ならショートの可能性があり、ケーブルの接続を確認する)。IMPEDANCE に「READY」と表示されることを確認。
- 「% ENERGY DIAL」を回して投与電氣量を設定。まず (年齢の半分) %、あるいは 15~25%から始める。確実な効果を期待する場合は 80~100%から始めることも可能。2クール目以降は電氣量を増やすことが多い。
- 「START STOP」ボタンを押して、脳波・筋電図・心電図が正常にプリントされることを確認。もう一度「START STOP」ボタンを押すと止まる。

- ④ バイタルサインをチェックする。
☆必要なら血圧をみてニカルジピン 0.5~1mg 静注 (ECT 処置後でもよい)
- ⑤ 酸素を 8L 開始。麻酔薬を静注。(およそ深呼吸 7 回で SpO₂ は 100%になる。)
- ⑥ 麻酔薬チトゾールを 4~10ml (通常 6ml) より静注、状況により追加
☆逆血を必ず確認する。漏れると壊死を起こすため注意！！
☆エスラックスで混濁する恐れあり、補液でフラッシュする。
- ⑦ ●バックマスクで換気し換気困難なら経鼻エアウェイを挿入する。
必要時 Seal Easy マスク使用する。(枝先生用マスク)
バッグマスクで十分に換気できることを確認。
- ⑧ チトゾール施行後、バイタルサインチェックする。
- ⑨ 下肢(膝下~足首)のトニケを加圧する(300mmHg 目安)。
- ⑩ 筋弛緩薬 エスラックス 3~4ml (通常 3ml) 静注を静注する。
- ⑪ ●約 2 分後、マスク換気しながら(約 5 分間)、TOF ウォッチで筋弛緩薬の効果を確認する。
☆マスク換気困難ならブリディオ 2~4mg/kg またはそれ以上(1~5A=200~1000mg) でリバースをかけ、処置は中止。
- ⑫ マウスガードにワセリン塗布(口角亀裂防止)し大臼歯にしっかり噛ませる
- ⑬ ●「TEST」ボタンを押して再度インピーダンステストを行い、100~3000 の間にあることを確認。
- ⑭ ●「TREAT」ボタンをブザーが消えるまで押して通電。痙攣を確認する。
☆発作脳波と下肢の痙攣が 30 秒以上あれば有効。15 秒未満であれば、30 秒後に 10~25%上げて再刺激。それでも無効なら 30 秒後に 25~40%上げて再々刺激。3 回の刺激でも適切な発作が生じなければセッションを中止する。100%でもダメなら従来型 ECT を考慮する。
- ⑮ サイマトロン機器の記録終了後、指示にてブリディオ 1A 静注でリバース。
トニケのデフレートボタンを押し、除圧する。
- ⑯ バックマスクで換気しながら、自発呼吸の回復を確認。
- ⑰ バイタルサインチェック、呼吸状態、通電部位異常の有無の観察する。
- ⑱ サイマトロンの電極を除去
- ⑲ 次の施行者がいる場合は病棟に搬送の依頼をする。
- ⑳ 5 分ほどパス記録に沿って経過観察する。
- ㉑ 自力で十分に換気できることを確認してからストレッチャーの酸素 6 L 送与し再度バイタルチェックし異常なければ帰棟する。

7. 帰棟後

- ① 30 分、1 時間後バイタルサインチェック、呼吸状態、麻酔覚醒状況、合併症(頭痛、嘔気、関節痛、異常痙攣)の有無を観察する。

☆胸郭の動きはあるが気道閉塞の恐れあり、口元で呼吸を確認する。

枕は使用せず、覚醒状況により首を横に向けるなど気道を確保する。

② 1時間後バイタルサインが安定していたら酸素を中止し点滴を抜針する。

③ 飲水開始、誤飲がないことを確認する。

④ 記録、入院伝票に記載

*パス用紙は看護記録に綴じる。

*入院伝票は 21 ECT(電気痙攣療法) I 閉鎖式循環式全身麻酔に○
7・8 使用した酸素量 8 L～、6 Lポンベ～、3 L～
9 SPO₂ を記載

10 呼吸心拍監視は病棟で使用時 コストがとれる。

*注射箋は実施者のサインをしパス記録に使用指示量を指示として
医師が記載しサインする。

⑤ 筋弛緩薬はアンプル、残を注射器のまま速やかに返却する。

8、物品補充、消毒について

① 使用した物品を補充する。

☆臨時で施行した薬剤は注射箋に記載してもらい「ECT中」と記載すれば
薬局が補充する。

② マウスガード・経鼻カニューラは病棟で消毒、酸素マスクはアルコール清拭し
患者個人用で保管

③ ECT室の各種電源、酸素が止まっているか確認し施錠する。

④ コード類はショードックで清掃する。

ECT記録パス

処置日（平成 年 月 日）

実施医師名 _____ / _____

| | 当日 | | | | | | |
|----------------|--|--|--|---|-----------|------------|------------------------------|
| | 処置前日まで | 処置前 | 施行中 | 帰室後 | | | |
| 行動 | <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> 隔離室 | | ■1時間安静 | | | |
| 食事 | 21時以降絶食 ■当日延食連絡・伝票 | | | ■安静解除後 飲水、問題なければ食事可 (:) | | | |
| 服薬 | | ■遅れて与薬 | | | | | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 胸部X-P | | | | | | |
| 指示 確認 事項 | 患者説明 <input type="checkbox"/> m-ECTと説明 <input type="checkbox"/> 注射と説明 <input type="checkbox"/> 検査と説明 <input type="checkbox"/> 同意書確認 | 準備薬剤 サイン <input type="checkbox"/> ソルラクトD 500ml 1本 <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> チトゾール A _____ ml (:) <input type="checkbox"/> _____ A _____ ml (:) <input type="checkbox"/> _____ A _____ ml (:) <input type="checkbox"/> エスラックス A _____ ml (:) <input type="checkbox"/> _____ ml <input type="checkbox"/> プリディオン V _____ ml (:) <input type="checkbox"/> ベルジピン <input type="checkbox"/> ホリゾン <input type="checkbox"/> アトロピン <input type="checkbox"/> 装飾品確認 眼鏡・義歯・時計・指輪 () | 使用薬剤 医師サイン 施行時間 (:) _____ ml (:) _____ ml (:) _____ ml (:) <input type="checkbox"/> ベルジピン (:) <input type="checkbox"/> ホリゾン (:) <input type="checkbox"/> アトロピン (:) <input type="checkbox"/> 酸素吸入(ボンベ) _____ ℓ _____ 分 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(パイピング) _____ ℓ _____ : | ■帰室後 3L酸素吸入 (:) ~ ■60分後 酸素中止 点滴抜針 (:) | | | |
| 看護記録 | | 起床時 | 入室時 (:) | 直後 (:) | 帰室時 (:) | 30分後 (:) | |
| | | 体温 | ℃ | | | ℃ | ℃ |
| | | 血压 | / | / | / | / | / |
| | | 脈拍 | /分 | /分 | /分 | /分 | /分 |
| | | SpO2 | % | % | % | % | % |
| | | | 呼吸状態異常 | 有・無 | 有・無 | 有・無 | 有・無 |
| | | | | 通電部位異常 | 有・無 | 有・無 | 覚醒状況(良・不良) |
| | | | | 通電後下肢痙攣 | 有・無 | | 合併症(有・無) (頭痛・嘔気・関節痛・異常痙攣) |
| | | | | | | | 60分後 (:) |
| | | | | | | | /分 |
| | | | | | | % | |
| サイン | | | | | | | |

記録記載基準

青は医師が記載（看護が確認し記載でも可）

赤は看護が記載

看護記録として綴じる

| | 当日 | | | | | | |
|----------------|--|--|--|---|-----------------|-----------------|--|
| | 処置前日まで | 処置前 | 施行中 | 帰室後 | | | |
| 行動 | <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> フリー <input type="checkbox"/> 隔離室 | | ■ 1時間安静 | | | |
| 食事 | 21時以降絶食 ■ 当日延食連絡・伝票 | | | ■ 安静解除後、 飲水、問題なければ 食事可 (10:20) | | | |
| 服薬 | | ■ 遅れて与薬 | | | | | |
| 検査 | <input type="checkbox"/> 採血 <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 胸部X-P | | | | | | |
| 指示 確認 事項 | 患者説明 <input type="checkbox"/> m-ECTと説明 <input checked="" type="checkbox"/> 注射と説明 <input type="checkbox"/> 検査と説明 <input checked="" type="checkbox"/> 同意書確認 | 準備薬剤 施行時間 / サイン <input checked="" type="checkbox"/> ソルラクト D 500ml 1本 <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> チトゾール 1 A <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A <input checked="" type="checkbox"/> エスラックス 1 A <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> プリディオン 1 V <input type="checkbox"/> ベルジピン <input type="checkbox"/> ホリゾン | 使用薬剤 医師サイン 枝 指示した量を看護師が記載 施行した時間記載 6 ml (9:05) ml (:) 3 ml (9:08) ml (:) 2 ml (9:15) ml (:) <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (ポンベ) 6 l 40分 <input type="checkbox"/> 酸素吸入 (パイピング) 10 l 20分 : 使用した量を記載 | ■ 帰室後 3L 酸素吸入 (9:40) ~ ■ 60分後 酸素中止 点滴抜針 (10:30) | | | |
| 看護記録 | | 起床時(6:00) | 入室時(9:00) | 直後(9:15) | 帰室時(9:20) | 30分後(10:30) | |
| | | 体温 | 36.8 °C | | | | 35.6 °C |
| | | 血压 | 107/86 | 108/72 | 197/124 | 136/94 | 134/72 |
| | | 脈拍 | 109/分 | 79 /分 | 118/分 | 102/分 | 84 /分 |
| | | SpO2 | 90 % | 91 % | 100 % | 98% | 96% |
| | | 観察項目有無を○で囲む | 呼吸状態異常 | 有・ 無 | 有・ 無 | 有・ 無 | 有・ 無 |
| | | 8:30 自床で休んでいる 飲食していないこと確認 | 通電部位異常 通電後下肢痙攣 | 有・無 有・無 | 有・無 | 有・無 | 覚醒状況(良・不良) 合併症(有・無) (頭痛・嘔気・関節痛・異常痙攣) |
| | | 左上腕にルート確保 | 8:55 独歩で処置室移動。 9:00 麻酔後 経鼻エアウェイ挿入 9:08 通電後 全身痙攣あり。 リバース、咳そう・唾液あり。SC施行 | | | | 60分後(10:30) 124/66 ○ 2止め後も 93% Dr 確認○ 2止め 多床室へ |
| サイン | | ○井 | | | | | |

厚生労働省 平成25年度 障害者総合福祉推進事業
「精神病床に入院している難治性患者の地域移行の推進に向けた支援の在り方
に関する実態調査について」報告書

発行日 平成26年3月31日

発行者 事業責任者 中島豊爾

発行所 公益社団法人 全国自治体病院協議会

〒102-8556 東京都千代田区紀尾井町5-27 剛堂会館6階

TEL 03-3261-8567 FAX 03-3261-1845