

クロザピン導入を検討されている医療関係者様へ

紹介手順

1. クロザピンを導入したい患者様がいらっしゃいましたら、まずはすずのき病院の地域連携室(0480-23-6848)へご連絡ください。
2. 「クロザピン導入のためのチェックリスト(院外用)」などの必要書類を当院の地域連携室から FAX させていただきます。
3. チェックシートと診療情報提供書を地域連携室まで fax(0480 - 23 - 6671)してください。
4. 医師がクロザピン導入の可否について検討し、折り返し当院のケースワーカーから貴院へご連絡させていただきます。糖尿病の状況や、家族の受け入れに問題がありそうなケースでは、導入ができないケースがありますのでご了承ください。
5. また、クロザピンを導入したいが、一度家族が詳しく話を聞いてから判断したいというご要望もあるかと思えます。その場合にも、気軽に地域連携室(0480 -23 -6848)までご連絡ください。当院の外来にて、クロザピン治療の概要についてご家族に説明させていただき、その上で改めてクロザピン導入についてご検討いただくことも可能でございます。

約束事項

❶ クロザピンについての説明を希望されるご家族の方は、医療相談を承っておりますので、ご家族のみでの来院も問題ありません。

ただし、当院入院時には、必ず保護者となるご家族と一緒に来院してください。

❷ 当院入院後にクロザピンを導入し、退院となる場合、

↓

紹介元医療機関が CPMS 登録通院医療機関である場合には、貴院へ通院していただくようにいたします。紹介元医療機関が CPMS 登録通院医療機関でない場合には、当院外来へ通院していただくこととなります。

❸ 当院入院後にクロザピンを導入したが、副作用にて導入がうまくいかなかった場合、

↓

クロザピンが導入できなかった場合には、原則的に紹介元医療機関に患者様をお戻しすることとなります。当院ケースワーカーより、転院及び退院のご相談を最適な時期にさせていただきます。

❹ クロザピンを導入する際には、最初の 18 週間は入院加療が必要になります。

18 週以後は退院が可能ですが、26 週までは週に 1 回の通院が必要です。

❺ クロザピンの導入については、退院後の頻回な通院にご家族が協力していただけるかどうかは鍵となってきます。ご家族の協力が得られない場合は、今後の方向性に

ついでご家族と一度ご相談させていただき、クロザピン導入について当院で検討させていただきます。

約束事項について確認いただけましたら、下記にチェックお願いいたします。

確認いたしました。

クロザリル導入のためのチェックリスト (院外用) 1 枚目

久喜すずのき病院

病院名 () 氏名 () 性別 (男・女) 年齢 (歳) 状態 (入院・外来)

- (反応性不良の場合) 2種類以上の十分量の抗精神病薬 (CP 換算 600 mg/日以上) を十分な期間 (4 週間) 投与して反応がみられない。
 a.非定型抗精神病薬が併用されている場合は、CP 換算で最も投与量が多い薬剤を対象
 b.定型抗精神病薬に関しては1年以上の治療期間があること。

使用薬剤	CP 換算	投与期間
mg/日	mg/日	
mg/日	mg/日	

- GAF (Global Assessment of functioning) 評点が 41 点以上に相当する状態になったことがない。

- (耐容性不良の場合) 非定型抗精神病薬のうち、2種類以上による単体治療を試みたが、以下のいずれかの理由により十分に増量できず、十分な治療効果が得られない。

- ・中等度以上の遅発性ジスキネジア※1)、遅発性ジストニア※2)、またはその他の遅発性錐体外路症状の出現か悪化

※1) DIEPSS の「ジスキネジア」の評点が3点以上の状態

※2) DIEPSS の「ジストニア」の評点が3点以上の遅発性錐体外路症状がみられる状態

- ・常用量上限の抗パーキンソン薬投与を行ったが、コントロール不良のパーキンソン症状※3)、アカシジア※4)、あるいは急性ジストニア※5) の出現

※3) DIEPSS の「歩行」「動作緩慢」「筋強剛」「振戦」の4項目のうち、3点以上が1項目 or 2点以上が2項目以上存在する状態

※4) DIEPSS の「アカシジア」が3点以上である状態

※5) DIEPSS の「ジストニア」の評点が3点に相当する急性ジストニアが頻発し患者自身の苦痛が大きい

使用薬剤	副作用

- 直近の検査で、WBC4000/mm³ 以上、かつ好中球数 2000/mm³ 以上である。

採血日 年 月 日 <WBC> mm³ <好中球数> mm³

- 無顆粒球症 or 重度の好中球減少の既往歴はない。

- 直近の血糖検査で問題がない

(空腹時血糖値 110 mg/dl 未満、随時血糖値 140 mg/dl 未満、HbA1c6%未満は正常型)

(空腹時血糖値 110~125 mg/dl 以上、随時血糖値 140~179 mg/dl 以上、HbA1c6%~6.4%は境界型)

(空腹時血糖値 126 mg/dl 以上、随時血糖値 180 mg/dl 以上、HbA1c6.5%以上は糖尿病、糖尿病を強く疑う)

採血日 年 月 日 <空腹時血糖値> mg/dl <随時血糖値> mg/dl <HbA1c> %

- 持効製剤を投与していない。投与している場合は、投与中止予定である。

- 合併症について問題がない (重度の心疾患、 腎機能障害、 肝機能障害、 麻痺性イレウス)

- 骨髄抑制を起こす可能性のある薬剤 (抗がん剤等) を投与中 又は放射線療法、化学療法などの治療中でない

- 以前に CPMS の中止基準により、本剤を投与中止したことがない

- クロザリルを導入して退院後に、家族の協力が得られること (協力者: 患者との関係:)

