

質問(原文まま)

質問①

<p>心理教育による再発防止効果が評価しにくい、何を指標とすることがよいか？ また実際効果が上がっているのか</p>		
回答	<p>再入院率を調べるのが有効かと思いますが、実際のデータを出していないので、今後の課題とさせていただきます。</p>	太田先生
	<p>心理教育を評価することは確かに難しいが、例えばSSTを実施した患者様としていない患者様では再発率に有意な差が出ていることはわかっています。当院でも心理教育によって患者様が病気と向き合う時間ができることが有用と考えています。効果のデータは取っていませんが、行った方が再発防止につながる印象は持っています。</p>	濱田先生
	<p>統合失調症患者さんの再入院率 心理教育が直接的に効果を上げているか調査はしていない。 心理教育ごとに受講者の再入院率をとっている。病院全体としての再入院率も低い。</p>	横森先生

質問②

<p>日本精神薬学会ではDIEPSSの講習会など開催しておりますが、LAI導入している精神科病院が地域の薬局や訪問看護ステーションなどに対してDIEPSSの勉強会を開催したりはしていますでしょうか。LAIはお薬手帳にのらないので、見落とされる副作用もあるのかとよく考えます。</p>		
回答	<p>DIEPSSに関して、地域で勉強会などの実施はしておりません。 LAIはお薬手帳にないが、シールなどの貼付、もしくはそういったツールを病院側が用意することで解決可能。周囲の調剤薬局と、病院とどういう風に情報共有を行っていくのか話合っている最中です。</p>	太田先生
	<p>地域でのDIEPSS講習は行っていません。要望があれば実施してもいいと考えています。当院ではLAIを導入している患者にはアフターフォローとして話を聞くようにしています。ただ院内処方だからこそできるのかもしれない。</p>	濱田先生
	<p>地域向けにDIEPSS講習会はしていない。 当院ではLAIの外来セット時に施注シールも出力しお薬手帳に必ずのせている。 また患者本人への副作用の知識提供を心掛けているほか、外来でLAIされている方の関わりを通して副作用評価も行っている。</p>	横森先生

質問③

<p>FGAデボ剤で安定している患者さんをSGAに切り替える必要はあるでしょうか。</p>		
回答	<p>安定している場合はSGAへあえて切り替える必要は無いと考えます。FGAで入院に至るケースなどのイベントがあればSGAへの移行も考慮できます。</p>	太田先生
	<p>将来的なことを考えるとSGAに切り替えた方がより症状の安定や改善につながる可能性はありますが、患者さん本人がどういう治療を希望するか聞く必要があると思います。個人的にはFGAデボ剤で安定している患者を急いでSGAに切り替える必要はないと思います。</p>	濱田先生
	<p>外来で本人の生活、症状ともに安定している場合や、本人の同意が得られない場合など切り替えることはしていない。ただし切り替えるタイミングがある場合は一つの選択肢として検討する必要があると考える。</p>	横森先生

質問(原文まま)

質問④

<p>LAIに関して</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師からLAIの導入、説明が主だと思います ・LAIという選択について医師以外から提案されることはあるのでしょうか。濱田先生は医師に提案したりもするようですが、医師、薬剤師以外からの提案はあるのでしょうか。 		
回答	<p>薬剤師個人の意見でLAI導入の意図を医師に伝えることはあまりなく、カンファレンスなど他職種(退院先の施設を含む)で話し合いに出るケースはあります。それで実際に導入に至るケースがあります。</p>	太田先生
	<p>看護師に対するLAIの説明会は何度か行っていますが、今のところ医師、薬剤師以外からの提案はないのが現状です。今後、看護師や他のメディカルスタッフからの提案が出ることを期待しています。</p>	濱田先生
	<p>もちろん最終的には医師と患者さんの間で治療が行われるが、LAI導入の説明に関して必ずこうでなければならないというものはない。医師の説明もあったり、薬剤師からの説明もあったり、看護師からの説明もある。患者本人へのLAI提案は医師からの依頼がない場合はLAIの剤型紹介というのが現状だと思う。ただし薬剤師、看護師から提案されるケースももちろんあり、なかでも多職種カンファレンス(Dr.NS,Pha OT CP PSW)を通してLAIの提案が主治医や患者さんに対して出ることある。</p>	横森先生

質問⑤

<p>受診を拒む患者に訪問看護がデポ剤を持参して施行してくることは現実的ですか？</p>		
回答	<p>病院の方針によるとと思いますが、駒木野病院では実施しておりません。 理由: 医療者側との信頼関係に基づいてLAIは導入されるので。</p>	太田先生
	<p>デポ剤は患者さんの承認が得られないうちは導入するべきではないと思います。将来的には訪問看護でLAIを導入していることは大賛成ですが受診を拒んだり服薬を拒む患者さんには強制的に導入するのは現実的ではないと思います。</p>	濱田先生
	<p>当日、診察を行った上、施注を行うため訪問看護がデポ剤を持参することはない。在宅として患家へ医師、看護師で往診しデポ剤を施行することは可能かもしれないが、当院ではLAI治療はあくまで本人の通院を通して行っている。受診を拒むケースに対して外来看護師や訪問看護師は受診を促す関わりを行っている。</p>	横森先生

質問⑥

<p>心理教育プログラムを実施するさい、集団指導だと患者さんの理解度に差がありすぎてスムーズに進行できないことがあります。集団指導の際、そういった経験がおありであれば、どんな工夫をされていますか。</p>		
回答	<p>駒木野病院では、なるべく認知機能に合わせて勉強会のプログラムを組んでいる。レベルから外れる場合、場を崩す方は中止にしたりしています。</p>	太田先生

質問(原文まま)

質問⑦

死亡例のリスクを説明しないとの話がランチョンでありましたが、すべきではないでしょうか？		
回答	XEPのブルーレターの件を聞かれた経験があります。 駒木野病院ではXEPに関してはブルーレターが出ていることは伝えることになっております。(医師から伝えることになっている)	太田先生
	死亡のリスクは錠剤とLAIで有意差はありません。エビデンス的にも証明されています。例えばエビリファイやリスパダールの錠剤の説明をする時に死亡のリスクの可能性の説明をしますでしょうか？もし説明するにしても錠剤からLAIにすることによって死亡リスクが上がることはありませんと説明しても良いと考えます。	濱田先生
	LAIに限らず抗精神病薬を使用すること、その他精神科医療のなかで様々な死亡のリスクがあることは当然のことながら説明を行った上、治療をしている。	横森先生

質問⑧

心理教育は精神科の治療では欠かせないものだとして認識しております。 本人用の心理教育プログラム「あゆみ」「てくてく」の開催スケジュール(例えば毎週月曜とか)、プログラムを行っている時間はどのくらいか教えてください。		
回答	あゆみ:毎週土曜日1時間、その後、スタッフミーティングで30分 てくてく:週1回、1時間、その後、ミーティング30分	太田先生

質問⑨

LAI導入時にお金の問題が度々浮上します。本人がよくてもご家族が断ってくる場合もあります。うまい説明方法があれば教えてください。		
回答	自立支援医療などの制度が使えれば一番良いのですがそれを拒む場合は長期的な視野で病気の特徴や服薬の持続の必要性を説明し、再発した場合の金銭的なデメリットを説明する必要があります。今だけでなくこれからのトータルバランスで考えてもらえると思えば受け入れてもらえる可能性も上がると思います。	濱田先生