

インフュージョンクリニック マニュアル

# インジェクションマニュアル ＜生物学的製剤の投与＞

このマニュアルは当院における生物学的製剤・インジェクションの手順を具体的に示し、安全に実践できることを目的に作成しました。従って、他の医療機関の実情には合わない場合がありますので、適応される場合はそれぞれの現場での十分なお検討をお願いいたします。本マニュアルの改変は固くお断りいたします。当クリニックでは更なる改定を重ねより良いマニュアルにしてゆきたいと存じますので何卒よろしくお願いいたします。ご意見お問い合わせは [office@kic-clinic.jp](mailto:office@kic-clinic.jp) までお願いいたします。

医療法人錦秀会  
インフュージョンクリニック  
2014.11月改訂



# 皮下注射の導入の手順

## 〈オリエンテーション〉

生物学的製剤の投与を行うにあたって、準備段階から帰宅後に至るまで安全に不安なく治療を受けて頂くために、患者、家族に対してインフュージョンセンター又は指導室の利用に関するオリエンテーションを行う。

- ①投与予定表を利用し、検査の予約確認、皮下注射の日程を説明する。
- ②皮下注射開始前のチェックシートを利用し、投与前の検査を確認する。
- ③患者基礎情報用紙の記入を行う。疾患や治療についての認識度の確認、不安の確認を行う。
- ④導入資料を用い患者指導を行う。

### 〈①生物学的製剤投与予定表〉

### 〈②開始前チェックリスト〉

**皮下注射投与を受ける患者様の予定表**  
KIC インフュージョンクリニック

\_\_\_\_様 のスケジュールをご案内します。( 月 日 )

<皮下注射投与までに行う検査>

- ★血液検査 採血日( 月 日 )
- ★クオンティフェロン 採血日( 月 日 )
- ★ツベルクリン反応 ( 月 日 時間 : 判定日 月 日 )
- ★胸部レントゲン ( 月 日 )
- ★生ワクチン接種の確認及び罹患の確認

|        | 予防接種済 | 罹患済 | わからない |
|--------|-------|-----|-------|
| 風疹     |       |     |       |
| はしか    |       |     |       |
| おたふく風邪 |       |     |       |

<注射の日程> <注射本数>

|                  |     |    |
|------------------|-----|----|
| ☆ヒュミラ初回投与日       | 月 日 | 4本 |
| ☆ヒュミラ2回目投与日(2週後) | 月 日 | 2本 |
| ☆ヒュミラ3回目投与日(4週後) | 月 日 | 1本 |
| ☆ヒュミラ4回目投与日(6週後) | 月 日 | 1本 |

2週おきの注射です。  
<注意事項>  
注射後は30分安静にして様子をみます。

お問い合わせ・ご相談は インフュージョンクリニック  
TEL 06-6359-2123

当院は錦秀会阪和住吉総合病院のサテライト施設です。  
夜間・緊急時は阪和住吉総合病院 TEL 06-6692-1001にご連絡ください。

担当 NS



レミケード 他 生物学的製剤 開始前チェックシート

患者ID: \_\_\_\_\_  
患者氏名: \_\_\_\_\_ 男性 生年月日: \_\_\_\_\_ 31歳

胸部X-P 撮影日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

胸部CT 撮影日 \_\_\_\_\_ 年 月 日

T スポット ( ) \_\_\_\_\_ 年 月 日

尿酸 判定:  陰性・ 陽性・ 強陽性 ( ) 判定日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
発赤 ( x mm) 硬結 ( 無・ 有) 水疱 ( 無・ 有)

抗抗酸菌抗体

HBS抗原 (  陰性  陽性 )

HCV抗原 (  陰性  陽性 )

血液検査

CRP

血沈

WBC リンパ球

RBC

Hb

血中  $\beta$ -D-ガラクトシダーゼ

T<sub>b</sub>感染歴 (  無・ 有 )

MTX投与 ( mg/w )

生ワクチン接種の確認及び罹患の確認

|        | 予防接種済                    | 罹患済                      | 分からない                    |
|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 風疹     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| はしか    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| おたふく風邪 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 水痘     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

# 皮下注射導入の手順

## <③看護基礎情報用紙>

リウマチ患者さんの看護基礎情報【初診用】 年 月 日

カルテ№: 《患者番号》 診療時間 記入者

患者氏名 《患者氏名》 /緊急連絡先 年齢: 性別:

**看護情報**

|    |  |          |        |
|----|--|----------|--------|
| 身長 | 《 》 cm   | 体重       | 《 》 kg |
| 前記 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(医療機関名・担当名) | 薬剤投与時の体重 | 《 》 kg |

家族構成

家族内発症

リウマチ  なし  あり(続柄)

リウマチ以外の自己免疫疾患  なし  あり(続柄)

生活状況

社会生活

職労  就学  家事労働

在宅療養  入院  その他( )

日常生活

通常  やや不自由であるが自力で可能

制限あり(部分介助)  完全介助

学習希望  なし  あり

介護希望  なし  あり( )

身体障害者手帳  なし  あり( )

**治療情報**

内科的治療 最近1年以内の状況  なし  あり

外科治療  なし  あり(最近: 年 月)

現在リウマチで服用している薬剤はありますか?

生物学的製剤  レキゾド  エンブレ  オレンシア  アダムス  ヒュミラ  シムヘイ  シムラ

痛み止め  コシリン  セレコクスなど  その他( )

既往歴

あり(糖尿病  高血圧  腎臓病  胃十二指腸潰瘍  糖尿病  心疾患  その他(患者: )

なし

これまでの治療経過

## <④看護記録>

インジェクション投与 患者さま氏名 (《患者氏名》) 主治医 (《医師名印なし》)

初回投与

日時 年 月 日 ( )

説明/指導

インジェクション投与についての説明

自己注射について説明

治療スケジュール記入法

治療する患部・部位の把握

治療後は必ず確認

注射

注射部位確認  注射部位確認  両目確認

注射量  本薬  最大量  禁止量

管理薬にリウマチ薬(50mg)

自己注射指導

DVD視聴

薬剤師による指導

必要物品の確認

注射を助けて下さい、練習

観察情報

注射部位の確認  注射部位確認  両目確認

投与確認  投与確認  投与確認

副作用(頭痛、悪心、倦怠感、ほてり、腫れなど)

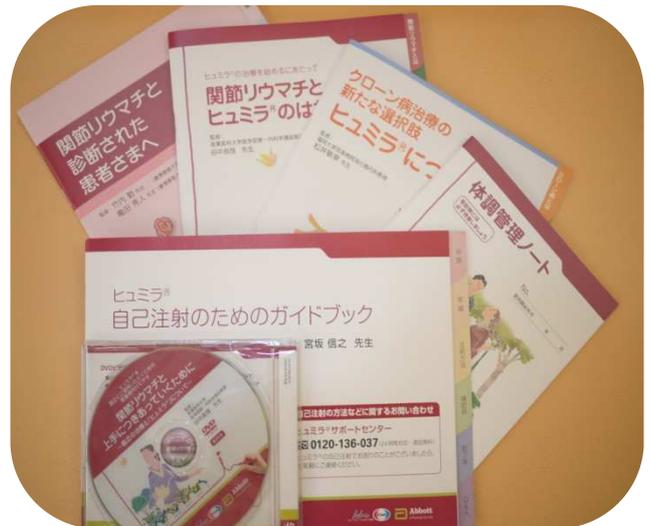
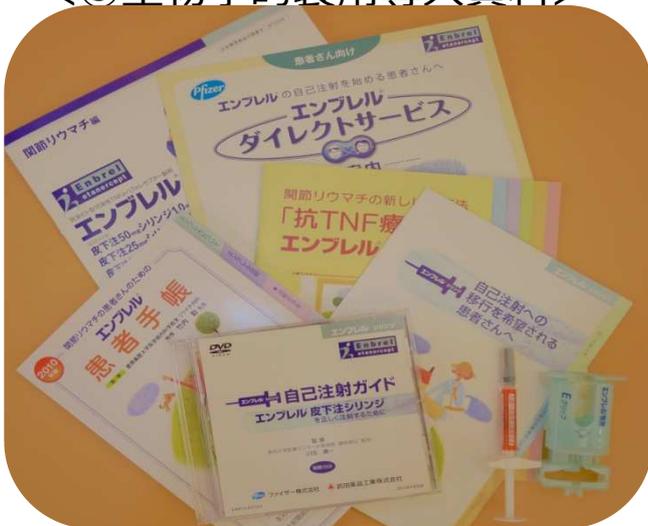
評価

医師  医師  CD4 ( )

患者に渡す物

| 投与前       | 30分後   | 患者教育                              | 備考  |
|-----------|--------|-----------------------------------|-----|
| 体重 kg     | kg     | <input type="checkbox"/> 療育後の患者教育 |     |
| 血圧 / mmHg | / mmHg |                                   |     |
| 脈拍 回/分    | 回/分    |                                   |     |
| 体温 ℃      | ℃      |                                   |     |
| SPO2      |        |                                   |     |
| HISキー     |        |                                   |     |
| 時間        | 記録     |                                   | サイン |

## <⑤生物学的製剤導入資料>



# 皮下注射投与に必要な物品の準備

## ＜皮下注射に必要な物品＞

- ・ 生物学的製剤
- ・ アルコール綿 ・ 各専用補助具 ・ 廃棄容器
- ・ 自己注射指導キット ・ 体調管理ノート ・ 投与記録



## ＜採血時＞

- ・ クレーブコネクター
- ・ 生食シリンジ10mL (ロック用)
- ・ 静脈留置針 (インサイト)
- ・ 採血ホルダー

## ＜救急カートに必要な物品＞

### 【薬剤】

- ・ アドレナリン注 (プレフィルド シリンジ) ・ ステロイド剤注
- ・ 抗ヒスタミン剤注 ・ 硫酸アトロピン注
- ・ 酸素

### 【器具】

- ・ A E D ・ アンビューバック
- ・ 吸引器 ・ 注射器 ・ 挿管セット
- ・ 採血管 ・ アダプター



# 皮下注射までの流れ

## <情報収集>

- ・電子カルテから患者の基礎情報・投与記録・検査データ  
CDAI・DAS・VAS・HAQの確認を行い、前回までの投与経過から情報収集を行う。
- ・他の生物学的製剤からのスイッチの場合、前製剤投与時の状況経過の情報収集を行う。
- ・看護スタッフ間の情報交換を行う。
- ・Drとの情報交換を行う

### 【ポイント】

情報収集を行うことで患者の把握ができ、診察後の生物学的製剤投与までの時間短縮につながる。

## <CDAI・DAS・VAS・HAQ データ>

| 投与日       | 投与間隔 | 身長    | 体重   | 投与量(V) | フェジジン | 前投薬の有無 | 前投与の有無 | ステロイド | ボララミン | INF有無 | CRP | ヘマトクリット | アルブミン | IOIBD |
|-----------|------|-------|------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-----|---------|-------|-------|
| *10/04/09 |      | 168   | 53.4 | 3      |       |        |        |       |       |       | 0   | 41.1    | 4.3   |       |
| *10/06/04 | 56   | 168   | 54   | 3      |       |        |        |       |       |       | 0   | 38.9    | 4.3   | 0     |
| *10/07/28 | 54   | 168   | 54.1 | 3      |       |        |        |       |       |       | 0   | 41.8    | 4.4   | 0     |
| *10/09/29 | 63   | 168   | 54.5 | 3      |       |        |        |       |       |       | 0   | 42.4    | 4.3   | 0     |
| *10/04/24 |      | 171   | 63.5 | 4      |       |        |        |       |       |       | 0   | 45.4    | 4.5   |       |
| *10/06/05 | 42   | 171   | 64.5 | 4      |       |        |        |       |       |       | 0   | 49.5    | 4.8   | 1     |
| *10/07/17 | 42   | 171   | 64   | 4      |       |        |        |       |       |       | 0   | 49.3    | 4.4   | 0     |
| *10/08/28 | 42   | 171   | 64   | 4      |       |        |        |       |       |       | 0.1 | 48      | 4.5   | 0     |
| *10/04/01 |      | 164.5 | 70.4 | 4      |       |        |        |       |       |       | 0.1 | 36.6    | 4.3   |       |
| *10/05/25 | 54   | 164.5 | 70   | 4      |       |        |        |       |       |       | 0   | 35      | 4.1   | 1     |
| *10/07/21 | 57   | 164.5 | 68.9 | 4      |       |        |        |       |       |       | 0.9 | 32.9    | 3.9   | 0     |
| *10/09/15 | 56   | 164.5 | 67   | 4      | 有     |        |        |       |       |       | 0.4 | 35.6    | 3.9   | 0     |
| *10/05/12 |      | 163   | 51   | 3      |       | 有      | 有      |       | 有     | ●発疹   | 0.4 | 34.1    | 4.2   | 1     |
| *10/07/07 | 56   | 163   | 48   | 3      | 有     |        | 有      | 有     | 有     | ●発疹   | 0.1 | 33      | 4.2   | 1     |
| *10/09/01 | 56   |       |      |        |       |        |        |       |       |       |     | 28.1    | 3.9   | 1     |
| *10/04/10 |      |       |      |        |       |        |        |       |       |       |     | 34      | 4.3   |       |
| *10/05/14 | 34   |       |      |        |       |        |        |       |       |       |     | 33.6    | 4.3   | 0     |
| *10/06/26 | 43   |       |      |        |       |        |        |       |       |       |     | 32.5    | 4.1   | 0     |
| *10/08/06 | 41   |       |      |        |       |        |        |       |       |       |     | 34      | 4.2   | 1     |

リウマチ:DAS28, VAS, HAQ  
クローン病:IOIBD, CDAI

| X1: 軟下回回数 | X2: 腹痛の程度 | X3: 一般状態 | グロブリン | γG 体重      | 標準体重 | CDAI | 備考  |
|-----------|-----------|----------|-------|------------|------|------|-----|
| 0         | 0         | 0        | 35.4  | 13.9996908 |      | 49   |     |
| 0         | 0         | 0        | 48.6  | 13.0333952 |      | 62   |     |
| 0         | 0         | 0        | 31.2  | 12.8723459 |      | 44   |     |
| 0         | 0         | 0        | 27.6  | 12.2281488 |      | 40   |     |
| 0         | 0         | 0        | 9.6   | 1.29052918 |      | 11   |     |
| 49        | 0         | 7        | -15   | -0.2639507 |      | 162  |     |
| 35        | 0         | 4        | -13.8 | 0.51328925 |      | 85   |     |
| 33        | 0         | 4        | -6    | 0.51328925 |      | 119  |     |
| 0         | 0         | 0        | 62.4  | -18.254635 |      | 44   | ストマ |
| 21        | 0         | 0        | 72    | -17.582734 |      | 146  | ストマ |
| 0         | 0         | 0        | 84.6  | -15.735005 |      | 119  | ストマ |
| 0         | 0         | 0        | 68.4  | -12.543474 |      | 86   | ストマ |
| 0         | 0         | 0        | 47.4  | 12.7486237 |      | 110  |     |
| 24        | 0         | 5        | 54    | 17.8810576 |      | 205  |     |
| 6         | 0         | 0        | 83.4  | 16.1702463 |      | 162  |     |
| 0         | 0         | 0        | 48    | 9.64044272 |      | 58   |     |
| 0         | 0         | 0        | 50.4  | 9.64044272 |      | 60   |     |
| 1         | 0         | 0        | 57    | 9.64044272 |      | 69   |     |
| 1         | 0         | 1        | 48    | 10.1936645 |      | 67   |     |

# 皮下注射までの流れ

## <受付から診察>

- ・ 体重測定・血圧・体温測定を行う。
- ・ 風邪などの感染症状の確認と体調確認を含む生物学的製剤投与前の問診を行う。
- ・ 診察の介助を行い患者の状態を把握しサポートする。
- ・ 指導の環境を整え、プライバシーが確保されるよう個室へ案内する。

## <投与前の問診票>

クローン病

| 維秀会インフュージョンクリニック<br>体調確認シート                         |        | 医療機関記入部分  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--------|---|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 氏名 _____ 年 月 日                                      |        | X1 過去1週間の下痢・泥状便の回数  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 患者様へ 体調を把握するために下記の質問にお答えください。<br>あてはまる回答に○をつけてください。 |        | <table border="1"> <tr> <th>数日</th> <th>2日前</th> <th>3日前</th> <th>4日前</th> <th>5日前</th> <th>6日前</th> <th>7日前</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |     | 数日  | 2日前 | 3日前 | 4日前 | 5日前 | 6日前 | 7日前 | 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 数日  | 2日前    | 3日前   | 4日前 | 5日前 | 6日前 | 7日前 | 合計  |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |        |   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 身長 cm   | 体重 kg  | X2 過去1週間の腹痛の程度  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 血圧 / mmHg   | 体温 °C  | 0=なし、1=軽度、2=中程度、3=重症  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 心拍数 拍/分   | 脈拍 拍/分 | <table border="1"> <tr> <th>数日</th> <th>2日前</th> <th>3日前</th> <th>4日前</th> <th>5日前</th> <th>6日前</th> <th>7日前</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |     | 数日  | 2日前 | 3日前 | 4日前 | 5日前 | 6日前 | 7日前 | 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 数日  | 2日前    | 3日前   | 4日前 | 5日前 | 6日前 | 7日前 | 合計  |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |        |   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●腹痛はありますか (はい・いいえ)                                  |        | X3 過去1週間の主観的な一般状態   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●1日6回以上の下痢あるいは粘血便はありますか (はい・いいえ)                    |        | 0=良好、1=軽度不良、2=不良、3=重症、4=重症  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●肛門部の悪化症状はありますか (はい・いいえ)                            |        | <table border="1"> <tr> <th>数日</th> <th>2日前</th> <th>3日前</th> <th>4日前</th> <th>5日前</th> <th>6日前</th> <th>7日前</th> <th>合計</th> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |     | 数日  | 2日前 | 3日前 | 4日前 | 5日前 | 6日前 | 7日前 | 合計 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 数日  | 2日前    | 3日前   | 4日前 | 5日前 | 6日前 | 7日前 | 合計  |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   |        |   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●口内炎はありますか (はい・いいえ)                                 |        | X4 1)関節炎/関節痛 2)虹彩炎/ブドウ膜炎  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●関節炎/関節痛はありますか (はい/部位: _____)                       |        | 3)結核性虹彩/鎌状性膜炎症/アブタ性口内炎  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●虹彩炎/ブドウ膜炎はありますか (はい・いいえ)                           |        | 4)瘻孔/痔瘻または肛門周囲膿瘍  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●結核性虹彩/鎌状性膜炎症はありますか (はい・いいえ)                        |        | 5)その他の瘻孔 6)過去1週間に100T(37.8℃)以上の発熱   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●過去1週間に37.8℃以上の発熱はありましたか (はい・いいえ)                   |        | X5 下痢に対してIleval(ilecepin)またはIspalesの服用 (0=なし、1=あり)  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 安全に治療を受けていただくための質問です。<br>あてはまるものに○をつけてください。         |        | X6 数値異常   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●発熱・咳・息苦しさの症状が (ある・なし)                              |        | X7 ヘマトクリット(Ht)  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●腹痛はありますか (ある・なし)                                   |        | X8 体重   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●腹痛はありますか (ある・なし)                                   |        | Ht _____ % Hb _____ g/dL WBC _____ /μL CRP _____ mg/dL  |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ●腹痛はありますか (ある・なし)                                   |        | CDAI _____ 点 (前回) _____ 点   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| IOIBD _____ 点                                       |        |   |     |     |     |     |     |     |     |     |    |  |  |  |  |  |  |  |  |

## 潰瘍性大腸炎

| 体調管理シート<br>(Partial Mayo score)       |      | 医療機関記入部分   |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------------------------------------|------|--|--|------|------|------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| この3日間の症状についてお答えください                   |      | 3. 全般的評価(PGA)  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 月 日 氏名 ( )                            |      | ①正常  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. 2の質問に○でお答えください。                    |      | ②軽症  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1. 排便回数について                           |      | ③中等症   |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ①正常回数                                 |      | ④重症  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ②正常回数より1~2回/多い                        |      | <table border="1"> <tr> <th>1スコア</th> <th>2スコア</th> <th>3スコア</th> </tr> <tr> <td>0</td> <td>0</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>1</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>2</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> </tr> </table> |  | 1スコア | 2スコア | 3スコア | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 3 | 3 | 3 |
| 1スコア                                  | 2スコア | 3スコア   |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 0                                     | 0    | 0  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 1                                     | 1    | 1  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2                                     | 2    | 2  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 3                                     | 3    | 3  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ③正常回数より3~4回/多い                        |      | Partial Mayo score 合計 _____ 点  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ④正常回数より5回以上/多い                        |      | Ht ( _____ %) Hb ( _____ g/dl)   |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 2. 血便について                             |      | WBC ( _____ /μl) CRP ( _____ mg/dl)  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ①血便なし                                 |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ②排便時の半数以下でわずかに血液が付着する                 |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ③ほとんどの排便時に明らかな血液の混入が見られる              |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ④大部分が血液である                            |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| この1週間の症状についてお答えください                   |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ☆ 口内炎、関節炎、皮膚など消化器以外の合併症はありますか (ある・なし) |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ☆ 発熱・咳・息苦しさの症状はありますか (ある・なし)          |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ☆ 腹痛はありますか (ある・なし)                    |      |  |  |      |      |      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

# リウマチ

**リウマチ症状評価シート < DAS28 >**

20 年 月 日

患者様のお名前: \_\_\_\_\_ 様

|    |      |    |     |    |   |
|----|------|----|-----|----|---|
| 身長 | cm   | 体重 | kg  | 体温 | ℃ |
| 血圧 | mmHg | 脈拍 | 拍/分 |    |   |

下図中の口の中に「×」をご記入下さい。

下図中の口の中に「○」をご記入下さい。

<医療機関記入欄>

|                    |            |                    |            |
|--------------------|------------|--------------------|------------|
| 疼痛関節数<br>(評価対象関節数) | 関節<br>(関節) | 腫脹関節数<br>(評価対象関節数) | 関節<br>(関節) |
| Hb                 | g/dl       | WBC                | ut         |
| SpO2               | %          | VAS                | HAQ        |
|                    |            |                    | PLT        |
|                    |            |                    | CRP        |
|                    |            |                    | DAS28-CRP  |

<この一週間の症状についてお答えください>

★ 発熱・咳・息苦しさの症状がありますか (ある・なし)

あなたの現在の様子を知り、治療の参考にしたいと思っておりますので以下の質問について教えて下さい

**【日常生活動作】** この一週間を振り返ってみて、あてはまる所に○印をつけて下さい

|   | 何の困難もない<br>(0点) | 少し困難<br>(1点) | かなり困難<br>(2点) | できない<br>(3点) |
|---|-----------------|--------------|---------------|--------------|
| 1 |                 |              |               |              |
| 2 |                 |              |               |              |
| 3 |                 |              |               |              |
| 4 |                 |              |               |              |
| 5 |                 |              |               |              |
| 6 |                 |              |               |              |
| 7 |                 |              |               |              |
| 8 |                 |              |               |              |

**【関節の痛み】**

あなたのリウマチによる関節の痛みの程度について教えて下さい。下の横線は痛みの程度を測るためのスケールで、左端は「痛みなし」を、右端は「最大の痛み」を示します。この1週間を振り返り、あなたの関節の痛みの程度を下の横線のスケール上に「×」をつけて示して下さい。

痛みなし  最大の痛み

0 10

**【病気全般の印象】**

あなたの病気(リウマチ)の重症度について教えて下さい。下の横線はリウマチの重症度を測るためのスケールで、左端は「極めて良い」を、右端は「極めて悪い」を示します。この1週間を振り返り、あなたの病気(リウマチ)があなたの生活にどの程度影響しましたか、その程度を下の横線のスケール上に「×」をつけて示して下さい。

極めて良い  極めて悪い

0 10

**【朝のこわばりの持続時間】**

朝、起床後の手や身体のコわばりがありますか? 持続時間はどのくらいですか?  
あてはまる番号に○をつけて下さい。

1. なし 2. 15分以内 3. 約30分 4. 約1時間 5. 約2時間 6. それ以上

**【疲労感の程度】**

日常生活で、疲労感が強いために、昼間に横になり睡眠を取ることがありますか?  
あてはまる番号に○をつけて下さい。

1. なし 2. 午前中から 3. 午後になってから 4. 夕方になってから

## <指導室>



# 皮下注射の準備

## <薬剤準備>

- ①指示箋を確認し薬剤を準備する。（薬剤師・看護師でダブルチェックする）  
薬剤は、使用15分～30分前には冷蔵庫から取り出し室温に置く。
- ②シリンジの使用期限や異物混入、破損が無いかを確認する。
- ③補助具、皮下注シリンジ、アルコール綿、廃棄容器を準備する。

## <自己注射に向けての指導>

- ①自己注射指導の環境を整備する。  
（明るく静かな部屋、平らなテーブルがあるところ）
- ②時間があれば各製品のDVDを鑑賞してもらう。
- ③手洗いの必要性を説明し、実施してもらう。
- ④自己注射に必要な物品の説明を行う。

### 【ポイント】

自己注射確認チェックシートを用いて手順が抜けないように指導する。

- ⑤キットを用いてデモンストレーションを行い皮下注射の練習を行う。
- ⑥次回注射の日時、注射部位を確認する。注射を忘れてたり前回と同じ部位への注射  
を避けるよう説明する
- ⑦薬剤は箱のまま冷蔵庫に保管するよう説明。凍結に注意し、保管場所としては冷蔵  
庫のポケットが適していることを伝える。
- ⑧使用済みの注射器（注射針）は、取扱いに注意し廃棄容器に入れ、次回受診  
日に  
持参してもらうよう説明する。

## <採血時準備>

- ①初回、2回目投与前は採血を行いクレープコネクターを接続し生食ロックする。
- ②皮下注射30分後異常がなければ抜針する。



# 皮下注射の実施（自己注射指導手順を含む）

## 1.皮下注射する部位を選択する。

①腹部・大腿部を選択する。上腕部を選択するときは看護師・家族が施行とする。

### 【ポイント】

- ・注射部位は毎回変更し前回注射した部位から3 cm離すことを説明する。
- ・皮膚に発赤、傷、硬結ができているところは避ける。

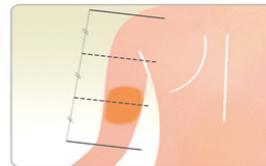
<注射する部位>



おなか



太もも



二の腕

## 2. 自己注射の実際

①注射時の痛みについて十分な説明を行う。

②シリンジ・薬液の確認をし、シリンジ内の気泡（エアー）を抜く。

### 【ポイント】

エアー抜きに不安を感じる時は、少量のエアーは脂肪層に吸収されるので問題ないことを説明する。

③補助具に皮下注シリンジを正しくセットする。



④注射部位を消毒する。

⑤皮膚を軽くつまみ、注射針をまっすぐ90度に穿刺し、補助具を皮膚に密着させる

⑥補助具をしっかり固定させ、ゆっくり注入する。

⑦抜針後はアルコール綿で5秒間押える。

⑧注射後は揉まないように説明する。

### 【ポイント】

注射部位をもむと腫脹の原因になることがあるので、もまないように指導する。

⑨院内で30分の安静をとってもらう。

⑩30分後バイタルサイン測定を行う。





## ペンタイプの投与の実際

### 【ポイント】

問題なく実施できることを確認し、自己注射に移行する。  
ペン製剤のトラブルを発生させないよう何度も実践していただく。

## 終了後の看護

### <皮下注射終了>

- ① 30分後バイタルサインを測定し、気分不良の有無や注射部位反応の有無を確認する。
- ② 確保しているルートは30分の安静後、異常がないことを確認した上で抜針する。
- ③ 注射部位や注射の日付など気になることを体調管理ノートに記載するよう指導する。

### <生物学的製剤投与後のご案内について>

#### <<目的>>

- ・ 帰宅後の不安の軽減
- ・ 投与部位反応などの早期発見
- ・ 次回投与の安全投与
- ・ 緊急連絡先の確認
- ・ 遠方の患者・若い独り暮らしの患者への不安の軽減

### 【ポイント】

遅延性の投与部位反応や感染兆候などを早期発見するために患者指導を行い、連絡をいただくことで、次回の安全投与へつながる。

**Information**

**Biologics投与後の患者様へ**  
(生物学的製剤)

◆Biologicsの副作用は防ぐことができます。  
◆つぎのような症状が出たら、必ずご連絡ください。

Biologics投与後から1週間以内に

- 38.0℃以上の発熱
- 発疹や荨麻疹
- 頭痛
- 筋肉痛
- 関節痛
- 注射をした場所の痛み、腫れがひどい時

このような症状があれば、すぐに インフュージョンクリニック にご連絡ください。

\*連絡先：インフュージョン クリニック  
9:00 ~ 17:00  
Tel (06) 6360-1107

