

インフュージョンクリニック マニュアル

# オートドージャーの使用マニュアル

## スキリージ®皮下注射の投与



このマニュアルは当院における生物学的製剤・オートドージャー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致します。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良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

宜しくお願い致します。

ご意見お問い合わせは

[office@kic-clinic.jp](mailto:office@kic-clinic.jp) までお願い致します。

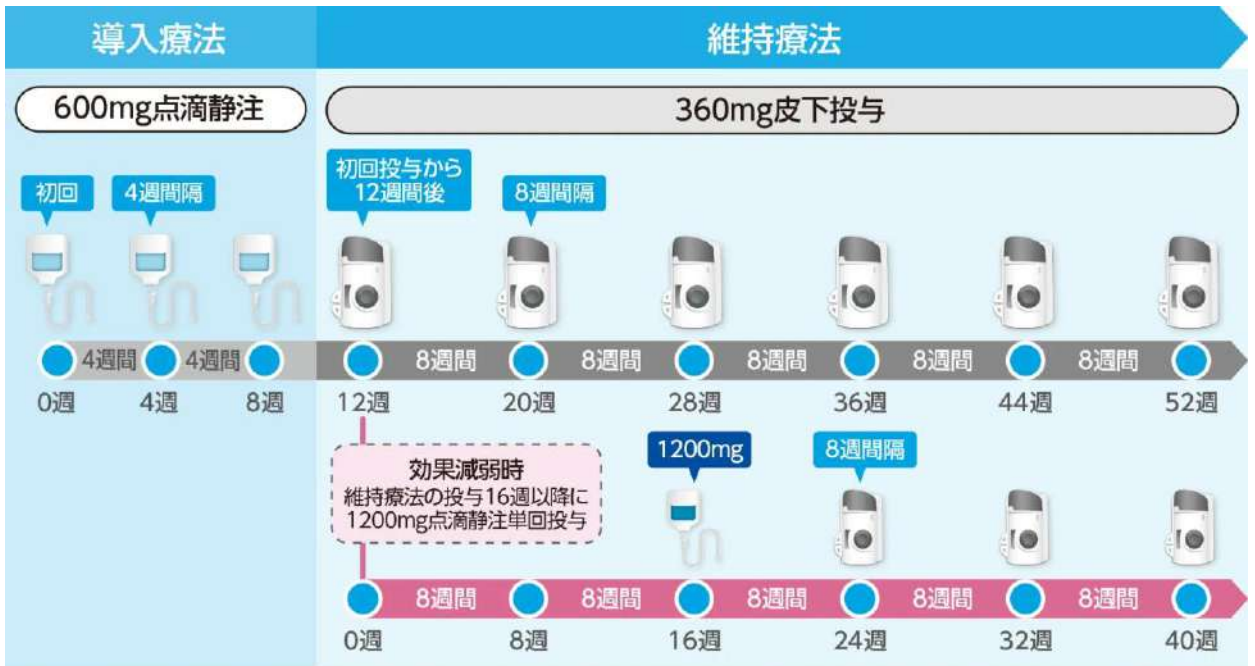
医療法人 錦秀会

インフュージョンクリニック

2023.8月改定

## スキリージ®の治療スケジュール 〈クローン病〉

スキリージ®は、医療機関で投与する薬剤です。  
はじめの3回は点滴による導入療法、それ以降は「オートドージャー」を使った皮下注射による維持療法を行います。  
導入療法は4週間隔、維持療法は8週間隔で投与をします。なお、効果が弱くなった場合は、維持療法の16週以降に再度点滴をおこない、8週間隔でオートドージャーによる注射を継続することがあります。



医療機関で投与

スキリージ®点滴静注600mg、皮下注360mgオートドージャー電子化された添付文書(電子添文)  
(第1版、2022年9月作成)より作図

## オートドージャーの使用について

維持療法では、オートドージャー製剤を皮膚に貼り付け見守りのもと自動的に投与します。  
必ず、医療機関で医師又は看護師が投与します。



# スキリージ®の治療導入手順 〈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、ご家族に対してインフュージョンセンターでプライバシーを考慮し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、点滴・皮下注射の日程を説明する。
- ②バイオ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スキリージ®導入資料を用い患者指導を行う。

## 〈生物学的製剤投与予定表〉

スキリージを受ける患者様の予定表  
インフュージョンセンター  
 様のスケジュールに案内します。(月 日)

〈スキリージ投与前に行う検査〉

- 血液検査 採血日 (月 日)
- アレルギート 採血日 (月 日 時 分)
- 腎臓・心臓機能 (採血日)
- 生化学的検査(尿酸値)検査(採血日)

項目	予備検査済	報告済	わからない
風疹			
比しん(梅毒)			
おたふくかぜ			
水痘			

〈点滴の日程〉

全例薬2回目 月 日 時 分

2回目投与日 (4週間) 月 日 時 分

3回目投与日 (4週間) 月 日 時 分

4回目投与日 (4週間) 月 日 時 分

5回目投与日 (4週間) 月 日 時 分

3週間までは点滴で投与し、4回目以降は皮下注射(点滴期間)で投与します。  
 ※4回目以降は病状に応じて点滴で投与します

〈注意事項〉

治療中はご来院ください。  
 治療中、治療後の経過観察は、医師の指示に従って経過観察をお願いします。

お問い合わせ先：インフュージョンクリニック  
 電話：03-5559-2123  
 夜間・緊急時は救急センターへ  
 03-6396-5599に連絡ください。

## 〈開始前チェックリスト〉

インフュージョンセンター 生物学的製剤 開始前チェックシート

患者氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 生年月日: \_\_\_\_\_ 科: \_\_\_\_\_

治療日: \_\_\_\_\_

① 薬剤情報

② 検査情報

③ 既往歴

④ アレルギー

⑤ 治療経過

⑥ 医師の指示事項

⑦ 患者の理解と同意

項目	確認済	未確認
薬剤情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
検査情報	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
既往歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
アレルギー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
治療経過	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
医師の指示事項	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
患者の理解と同意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 〈看護基礎情報用紙〉

1日のお客さんの看護基礎情報【初診日】 2023年09月16日

氏名: \_\_\_\_\_ 性別: \_\_\_\_\_ 年齢: \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

職業: \_\_\_\_\_

既往歴

アレルギー

治療経過

医師の指示事項

患者の理解と同意

## 〈看護記録〉

インフュージョンセンター 看護記録表【オトドナー】 患者氏名: \_\_\_\_\_

2023年09月16日 薬剤名: \_\_\_\_\_

投与時間: \_\_\_\_\_

投与量: \_\_\_\_\_

副作用

経過観察

医師の指示事項

患者の理解と同意

項目	投与前	投与後	経過観察	備考
体温	36.5	36.8		
血圧	110/70	115/75		
脈拍	60	65		
呼吸	12	13		
SpO2	98	98		
観察				

## 〈生物学的製剤導入資料〉 〈医療者向けオトドナー資料参照〉



# オートドーズに必要な物品準備

## 〈必要な物品〉

- ・オートドーズ製剤・アルコール綿 ・廃棄容器
- ・投与記録・体調管理ノート

## 〈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】

- ・AED ・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



## 〈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。）
- ②薬剤（スキリージ皮下注360mg）は、箱に入れたまま 使用45分～90分前に冷蔵庫から取り出し室温に戻す。
- ③薬剤の使用期限や異物混入、破損が無いかを確認する。

# スキリージ®皮下360mg オートドーズの概要 〈オートドーズ〉



！オートドーズは水などの液体で濡らさないでください。

## 〈カートリッジ〉



# スキリージ®皮下360mg オートドーズーの使用法

## ステップ1

### 〈注射の前の準備と点検〉



室温に戻す。

- ①投与前に箱に入れたまま、45分～90分置き、室温に戻す。
- ②ラベルに時間を記載する。



スタートボタンを押さない事



針カバーや針を触らない事

## ステップ2

### 〈カートリッジをオートドーズーへ挿入〉

①オートドーズーのふたを完全に開ける。

・ふたを右に動かして開ける。

※開かない場合は、側面のギザギザ部分を強く押しながら歯止めを外す。

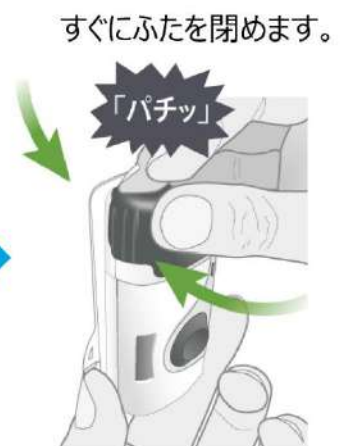
②カートリッジの底部をアルコール綿で消毒する。

③カートリッジ底部からオートドーズーに挿入し「カチッ」と音がするまでしっかり押し込み直ぐにふたをしっかり閉める。（ふたはロックされる）

時間がたつと薬液が乾き、注射できないことがあるので、直ぐに次のステップへすすむこと。



まっすぐ  
差し込みます。



直ぐにふたを閉めます。

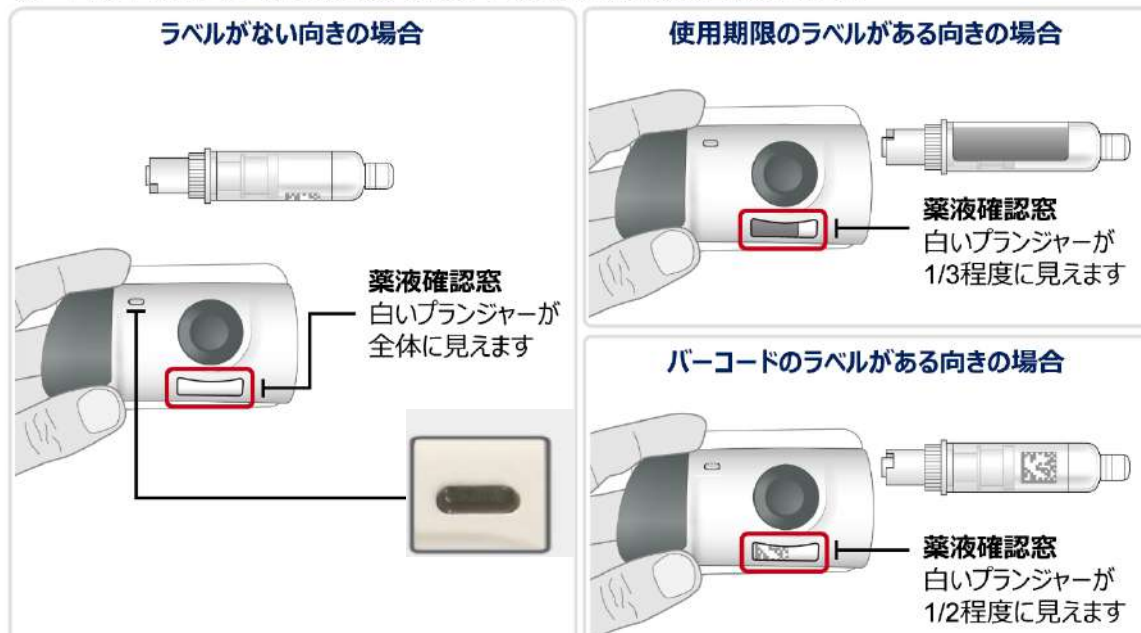
※ゆっくりと押し込んだ場合は、「カチッ」という音が聞こえにくい場合があります。

### オートドーズーの正常作動条件

- ・温度：18～28℃
- ・相対湿度：25～75%
- ・水などの液体で濡らさないでください。

## カートリッジを挿入する向きと注射完了後の薬液確認窓の見え方の違い

カートリッジを挿入する向きによっては以下のように見える場合があります。

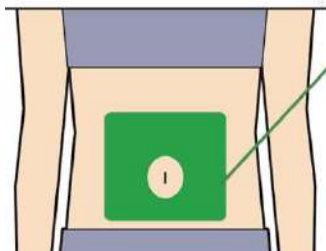


### ステップ 3

#### 〈オートドーズの貼り方及びポジショニング〉

##### 投与について

投与部位：腹部 大腿部（当院では腹部での投与を実施。）



##### ポイント

###### 注射を避ける場所

- ・へそまわりの 5 cm は避ける
- ・痛み・挫傷・発赤・硬結・傷跡・妊娠線
- ・ほくろ又はあざ・体毛が多いところは避ける

投与体位：リクライニングチェアでファーラー位又は仰臥位



##### ポイント

坐位でなくファーラー位や仰臥位にすることで、腹部皮膚面が伸びオートドーズの接着面が皮膚に密着し、投与エラーを防ぐ。

##### ポイント

- 患者さんの不安の軽減・安楽を考慮しプライバシーを守るためカーテンを閉めブランケットを使用する。
- 患者さんの希望に合わせて、痛みの緩和目的に投与部位のホットパックやクーリングを実施する。
- 注射中に歩くこと、体動は可能だが安全を考慮し施行前にトイレの確認を行う。

## ステップ4

### 〈オートドージャーの貼り方〉

- ①オートドージャーの裏面の左右プルタブをつまんで、シートをはがすとスイッチが入る。
- ②ピーッと音がしたら表示ランプを確認する。  
表示ランプが青く点滅していれば次に進む。
- ③注射前に注射部位をアルコール綿で消毒する。
- ④粘着シートがしっかり貼りつくようにシート部分を指で押さえて貼り付ける。
- ⑤患者に穿刺されることを伝える。

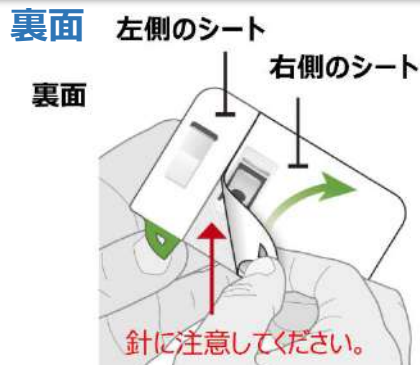
#### ポイント

- シートをはがしたら、**30分以内**にオートドージャーを皮膚に貼り付け注射を開始すること。
- 皮膚に張り付けた後はオートドージャーを動かさないこと。

## ※注意事項



表示ランプが赤く点滅した場合は、使用中止してください



## ステップ5

### 〈オートドージャー注射開始から完了〉



- ①スタートボタンを押す。  
スタートボタンが「カチッ」という音がするまでしっかり押し込む。  
注射が始まると、表示ランプが緑に点滅し続け、オートドージャーが薬液を吸い上げる音がある。
- ②注射中から完了まで最大5分かかる。  
注射が終わるとピーッと音がしオートドージャーは自動的に停止する。  
表示ランプは点滅が止まり、緑の点灯に変わる。
- ③注射完了後オートドージャーをはがす。  
粘着シートの角をつかんで、ゆっくりとオートドージャーを皮膚から剥がす。  
剥がすと、ピーッと何回か音がして表示ランプが消える。
- ④注射部位はアルコール綿で軽く押さえる。  
投与前後のバイタルサイン測定。投与部位の皮膚観察。
- ⑤カートリッジはオートドージャーに挿入したまま廃棄する。



#### ポイント

- 注射開始から5分は患者の傍から離れず観察を行う。
- オートドージャーを張り付けた時に針が入ることを伝え痛みの感覚があったか確認する。
- 注射中に患者の問診を行いCDAIや日常生活について体調を確認する。

## 表示ランプの状態



ランプ（青）点滅  
オン/準備完了



点灯なし  
オフ/終了



ランプ（緑）点滅  
注射開始



ランプ（赤）点滅  
使用中止



ランプ（緑）点灯  
注射完了

## 終了後の看護

### 〈オートドーズ終了〉

- ①30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 INFORMATION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とFamilyのかかわり

#### 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。

#### 生物学的製剤投与後の患者様へ

H K I C インフュージョンクリニック

★生物学的製剤の副作用は防ぐことが出来ず、  
次のような症状が出たら、必ずご連絡下さい。

生物学的製剤投与後から1週間以内に・・・

- 38.0℃以上の発熱
- 発疹や蕁麻疹
- 頭痛
- 筋肉痛
- 関節痛
- 注射した部位の痛みや腫れがひどい時

上記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。



インフュージョンクリニック  
9:00～17:00  
☎06-6359-2123

夜間・緊急時は阪和記念病院  
☎06-6696-5591にご連絡ください。