

第六部

参考資料

1. 3 文字検索で特に注意を要する薬剤

| | 商 品 名(令和 6 年 12 月現在) | 採否 | 区分 |
|----|------------------------|---------|----|
| 1 | アクトシン軟膏 3% | | 外用 |
| 2 | アクトス錠 15 | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 3 | アクトス錠 30 | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 4 | アクトネル錠 17.5mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 5 | アクトネル錠 2.5mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 6 | アクトネル錠 75mg | | 内用 |
| 7 | アスパラ-CA 錠 200 | | 内用 |
| 8 | アスパラカリウム散 50% | | 内用 |
| 9 | アスパラカリウム錠 300mg | | 内用 |
| 10 | エストラーナテープ 0.72mg | 院外又は仮採用 | 外用 |
| 11 | エストラーナテープ 0.09mg | 院外又は仮採用 | 外用 |
| 12 | エストラーナテープ 0.18mg | 院外又は仮採用 | 外用 |
| 13 | エストラーナテープ 0.36mg | 院外又は仮採用 | 外用 |
| 14 | エストラサイトカプセル 156.7mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 15 | ノボラピッド 30 ミックス注フレックスペン | | 注射 |
| 16 | ノボラピッド 30 ミックス注ベンフィル | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 17 | ノボラピッド 50 ミックス注フレックスペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 18 | ノボラピッド注 100 単位/mL 10mL | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 19 | ノボラピッド注イノレット | | 注射 |
| 20 | ノボラピッド注フレックスペン | | 注射 |
| 21 | ノボラピッド注ベンフィル | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 22 | ノボリン 30R 注フレックスペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 23 | ノボリン N 注フレックスペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 24 | ノボリン R 注フレックスペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 25 | ノルバスク OD 錠 10mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 26 | ノルバスク OD 錠 5mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 27 | ノルバスク錠 10mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 28 | ノルバスク錠 5mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 29 | ノルバデックス錠 10mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 30 | ノルバデックス錠 20mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 31 | ヒューマトローブ注射用 12mg | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 32 | ヒューマトローブ注射用 6mg | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 33 | ヒューマリン 3/7 注ミリオペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 34 | ヒューマリン N 注 100 単位/mL | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 35 | ヒューマリン N 注ミリオペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 36 | ヒューマリン R 注 100 単位/mL | | 注射 |
| 37 | ヒューマリン R 注ミリオペン | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 38 | ヒューマログミックス 25 注カート | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 39 | ヒューマログミックス 25 注ミリオペン | | 注射 |
| 40 | ヒューマログミックス 50 注カート | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 41 | ヒューマログミックス 50 注ミリオペン | | 注射 |
| 42 | ヒューマログ注 100 単位/mL | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 43 | ヒューマログ注カート | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 44 | ヒューマログ注ミリオペン | | 注射 |
| 45 | ヒューマログ注ミリオペン HD | 院外又は仮採用 | 注射 |
| 46 | プロスターール L 錠 50mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 47 | プロスターール錠 25 | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 48 | プロスタンディン軟膏 10g | | 外用 |
| 49 | マイスタン細粒 1% | | 内用 |
| 50 | マイスタン錠 10mg | | 内用 |
| 51 | マイスリー錠 10mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 52 | マイスリー錠 5mg | 院外又は仮採用 | 内用 |
| 53 | スピロベント錠 10 | | 内用 |
| 54 | スピロノラクトン錠 15 | | 内用 |
| 55 | 塩化ナトリウム | | 内用 |
| 56 | 塩化カリウム | | 内用 |

2. ハイリスク薬

ハイリスク薬とは

安全管理を誤ると被害をもたらしうる医薬品である。抗がん剤、抗不整脈薬、精神神経用薬、催眠鎮静薬、糖尿病用薬、膵臓ホルモン薬、注射薬のカリウム製剤等があり、用量、用法、薬物相互作用の確認、副作用や薬物依存の説明と確認、治療薬物モニタリングが必要となることもある医薬品である。その使用については、添付文書等で確認し十分に注意して使用する。また、医療スタッフで連携を図り、患者の状態を観察する。

本院では次に分類される薬剤をハイリスク薬とする。

| 薬効分類 | 医薬品名 | 令和7年4月 |
|-----------------|----------------------------|--------|
| 1.カリウム製剤 | アスパラギン酸カリウム注 10mEq キット | |
| | KCL 注 10mEq キット 10mL | |
| 2.インスリン(バイアル製剤) | ヒューマリン R 注 U-100 10mL | |
| 3.カテコラミン製剤 | アドレナリン注 0.1%シリンジ 1mL | |
| | イノバン注シリンジ 0.6% 50mL | |
| | ドパミン塩酸塩点滴静注液 100mg5mL | |
| | ドブトレックス注射液 100mg | |
| | ドブタミン持続静注 300mg シリンジ 50mL | |
| | ノルアドリナリン注 1mg1mL | |
| | ボスミン注 1mg1mL | |
| 4.筋弛緩薬 | ロクロニウム 臭化物注射液 50mg/5mL | |
| | スキサメニウム注 100 | |
| 5.精神神経用薬 | ブレセデックス静注 200 μ g/50mL | |
| | 1%プロポフォール注 20mL,50mL | |
| | ミダゾラム注 10mg | |
| 6.抗不整脈薬 | | |
| 7.抗てんかん薬 | | |
| 8.抗悪性腫瘍薬 | | |
| 9.免疫抑制剤 | | |
| 10.血液凝固阻止薬 | | |
| 11.ジギタリス製剤 | | |
| 12.テオフィリン製剤 | | |
| 13.糖尿病用薬 | | |
| 14.抗 HIV 薬 | | |
| 15.その他 | ニトログリセリン静注 5mg,25mg | |
| | ニカルジピン塩酸塩注射液 2mg,10mg | |

- ・ 上記薬剤のうち 1. カリウム製剤、2. インスリン、3. カテコラミン製剤、4. 筋弛緩薬、5. 精神神経用薬、6. 抗不整脈薬、15. その他（救急カート配置薬も含む）について、医師・看護師は、使用方法の注意事項についての薬剤師による研修、または、e-ラーニングを6月までに受けること。

3. カリウム製剤の安全管理

■ カリウム製剤の常備薬の配置

カリウム製剤(KCL、アスパラギン酸カリウム)の常備は手術室、救命救急センター、救命ICU、CCU、救急外来のみとする。

■ カリウム製剤の投与方法

| | |
|------|---------------------------|
| 投与経路 | 中心静脈 および 末梢静脈 輸液ポンプを使用 |
| 濃度 | 20 mEq/500 mL 以下の濃度に希釈 |
| 速度 | 20 mEq/hr 以下 |

救命救急センター、救命ICU、集中治療部、CCU、南7階に限定

高濃度カリウム溶液*の投与を認める。 *次頁参照

投与においては、以下の投与経路・濃度・速度を**全て**遵守すること

| | |
|------|---|
| 投与経路 | 中心静脈のみ シリンジポンプ を使用 |
| 濃度 | 10 mEq/30 mL または 20 mEq/60 mL に希釈 |
| 速度 | 20 mEq/hr 以下 |

一般病棟は高濃度カリウム溶液の投与禁止

注意事項)

1. カリウム製剤(KCL、アスパラギン酸カリウム)は希釈用の輸液とともにオーダすることを原則とし、**単独でのオーダは原則禁止**とする。
2. やむを得ず静注用カリウム製剤を単独でオーダする場合は、処方コメントに希釈用の輸液の情報を必ず入力すること。(すでに投与中の輸液に追加で混注することとは行わない)
3. **カリウムを含有する注射薬(輸液、ペニシリン G など)**は処方内に表示される含有量等のコメントを参照し、**上記のカリウム製剤に準じた経路、濃度、速度の範囲内で**投与する。
4. 中心静脈から高濃度カリウム溶液を投与する時の留意点
 - ・医師、看護師等の医療従事者の管理下で投与
 - ・モニター管理下で投与
5. 高濃度カリウム溶液を投与する場合は、高難度新規医療技術等評価部の承認が必要である。

【急速静注禁！】

**高濃度カリウム溶液投与時はシリンジポンプの
流量設定に十分注意すること**

* 高濃度カリウム溶液の希釈方法(中心静脈専用)

令和7年4月改定

対象病棟(救命救急センターICU、救命救急センター、集中治療部、CCU、南7階)

■ KCL 1本で調製する場合 (10mEq/30mL)

| 生食50mLから 抜取る量 | ボトル内の 生食残量 | 混注する KCLキット数 | 最終調製量 | 抜取りに使用する シリンジ |
|------------------|---------------|-----------------|-------|------------------|
| 30mL | 20mL | 1本 (10mEq/10mL) | 30mL | 30mL シリンジ |



生食を30mL抜取り
(抜取った生食は破棄)



残った生食20mLとKCL1本を
ボトル内で混注



30mLシリンジ
に全量抜取り



調製完了

処方時の留意点

| ルート | 管 | Rp | 薬品・コメント | 数量 | 単位 | 換算単位 | 86 |
|-----|---|----|--------------------------|-------|---------|------|----|
| | | | 点注注射(断管より) | | | | |
| | | | ● 生食注 50mL | 20 mL | =0.8瓶 | | |
| | | | KCLキット注10mEq/10mL(ワシヤオ製) | 1 本 | =10.0mL | | |
| | | | ※KCL注キットは要希釈(原液投与不可) | | | | |

●生食50mLの処方量は使用する液量で入力
「20mL (0.4瓶)」

準備
物品 30mLシリンジ2本、
18ゲージ針2本



■ KCL 2本で調製する場合 (20mEq/60mL)

| 生食50mLから 抜取る量 | ボトル内の 生食残量 | 混注する KCLキット数 | 最終調製量 | 抜取りに使用する シリンジ |
|------------------|---------------|-----------------|-------|------------------|
| 10mL | 40mL | 2本 (20mEq/20mL) | 60mL | 50mL シリンジ |



生食を10mL抜取り
(抜取った生食は破棄)



残った生食40mLとKCL2本を
ボトル内で混注



50mLシリンジ
に全量抜取り



調製完了

処方時の留意点

| ルート | 管 | Rp | 薬品・コメント | 数量 | 単位 | 換算単位 | 86 |
|-----|---|----|--------------------------|-------|---------|------|----|
| | | | 点注注射(断管より) | | | | |
| | | | ● 生食注 50mL | 40 mL | =0.8瓶 | | |
| | | | KCLキット注10mEq/10mL(ワシヤオ製) | 2 本 | =20.0mL | | |
| | | | ※KCL注キットは要希釈(原液投与不可) | | | | |

●生食50mLの処方量は使用する液量で入力
「40mL (0.8瓶)」

準備
物品 10mLと50mLシリンジ各1本ずつ、
18ゲージ針2本



製品の質上50mLの生食は多めに
入っているため、吸った後に多少
残薬が発生します。

- 希釈輸液を患者の状態によって変更する場合には希釈輸液のK濃度に十分に注意し、規定K濃度を超過しないこと

Do Not!! KCL 原液投与

4. 循環器用薬の投与管理

| 薬効 | 一般名 | 商品名・規格 | 溶解法 | 50kg換算 | 推奨投与量 | 薬効 |
|-----------|--------------------|--|-----------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|
| 急性循環不全改善剤 | ドパミン塩酸塩 | イノバン注 0.6% (300mg/50ml) | 原液 | 1γ=0.5ml/h | 2~5γ | 腎動脈拡張 |
| | | ドパミン塩酸塩注(100mg/5ml)「NIG」 | 原液 | 1γ=0.15ml/h | 5~10γ | β優位 |
| | | | | | 10γ以上 | α優位 |
| | ドブタミン塩酸塩 | ドブタミン持続静注300mgシリンジ (300mg/50ml) | 原液 | 1γ=0.5ml/h | 0.5~10γ | |
| | アドレナリン | ボスミン注(1mg/ml) | 1A+生食19ml | 0.01γ=0.6ml/h | 0.01~0.02γ 0.1~0.3γ | β優位 α優位 |
| | ノルアドレナリン | ノルアドレナリン注(1mg/ml) | 5A+生食15ml | 0.01γ=0.12ml/h | 0.01~0.3γ | α優位 |
| | | | 1A+生食19ml | 0.01γ=0.6ml/h | | |
| 不整脈治療剤 | イソプレナリン塩酸塩 | プロタノールL注(0.2mg/ml) | 3A+5%TZ 37ml | 0.005γ=1.0ml/h | 0.005~0.2γ | β優位 |
| | ミルリノン | ミルリノン静注(10mg/10ml) | 1A+生食10ml | 0.1γ=0.6ml/h | 0.1~0.75γ | |
| | ランジオロール塩酸塩 | オノアクト点滴静注(50mg/V) ランジオロール塩酸塩点滴静注用(50mg/V) | 2V+生食20ml | 1γ=0.6ml/h | 1~20γ | |
| | プロプラノロール塩酸塩 | インデラル注(2mg/2ml) | 1A+生食8ml | 1mg/5ml | 2~10mg緩徐にiv | |
| | ニフェカレント塩酸塩 | シンビット注(50mg/V) | 1V+生食50ml | 0.3mg/kg=15ml | 0.3mg/kg, iv (5分) | 単回静注 |
| | | | | 0.4mg/kg=20ml | 0.4mg/kg/h | 維持静注 |
| | | | | | | |
| | アミオダロン塩酸塩 ※図1参照 | アミオダロン塩酸塩静注 (150mg/3ml) | 125mg(2.5ml)+ 5%TZ100ml | | | 単回静注 (10分間で投与) |
| | | | 5A+5%TZ500ml | | 33ml/hr 17ml/hr | 初期6時間 維持18時間 |
| | リドカイン塩酸塩 | リドカイン点滴 1%(2000mg/200ml)「タカタ」 | 原液 | | 4~8ml/h | |
| | メキシレチン塩酸塩 | メキシチール注(125mg/5ml/A) | 原液 | 25mg/ml | 0.8~1.2ml/hr | |
| Ca拮抗剤 | ニカルジピン塩酸塩 | ニカルジピン注 (10mg/10ml/A)「サワイ」 | 原液 1A+生食 (or5%TZ)90ml | 1γ=3ml/h 1γ=30ml/h | 0.5~10γ | |
| | ジルチアゼム塩酸塩 | ジルチアゼム塩酸塩注 (50mg/V)「サワイ」 | 2V+生食20ml | 1γ=0.6ml/h | 0.3~1γ | spasm予防 |
| | | | | | 1~5γ | rate control |
| | | | | | 5~15γ | 降圧 |
| | ニコランジル | ニコランジル点滴静注用 (48mg/V) | 1V+生食48ml | 1γ=3ml/h | 3~6ml/h | |
| 血管拡張剤 | 硝酸イソソルビド | ニトロール注(5mg/10ml) | 原液 | 0.1γ=0.6ml/h | 0.2~2γ | 冠動脈拡張 |
| | | | | | 0.6~0.8γ | 静脈拡張 |
| | | | | | 3~10γ | 動脈拡張 |
| | ニトログリセリン | ニトログリセリン静注 (5mg/10ml/A)「TE」 | 原液 | 0.1γ=0.6ml/h | 0.2~2γ | 冠動脈拡張 |
| | | ニトログリセリン注25mg/50mlシリンジ「テルモ」 | | | 0.5~5γ | 動脈拡張 |
| HANP | HANP | ハンブ注(1000μg/V) | 2V+蒸留水10ml+ 生食10ml | 0.1γ=3ml/h | 0.025~0.2γ | |

令和7年4月1日

鎮静剤等の溶解方法・初回投与量・維持量

| | 一般名 | 商品名・規格 | 溶解法 | 初回投与量 | 維持量 |
|------------------|-----------------|--|------------------------------------|---|--|
| 鎮 静 剤 等 | プロポフォール | プロポフォール注 (200mg・20mL/V) 「マルイシ」 プロポフォール注 (500mg・50mL/V) 「マルイシ」 | 原液 | 0.3mg/kg/h(0.03mL/kg/h)を5分間 | 0.3～3mg/kg/h (0.03～ 0.3mL/kg/h) |
| | ミダゾラム | ミダゾラム注 「サンド」 (10mg/2mL/A) ☆ | 1A + 生食 8mL (投与初期、 単回、持続) | 0.03～0.06mg/kg(0.03～0.06mL/kg)を 1分以上かけて静注し、必要に応じて 0.03mg/kg(0.03mL/kg)を少なくとも5分 以上の間隔を空けて追加投与。 初回および追加投与の総量は 0.3mg/kg(0.3mL/kg)まで | 0.03～0.18mg/kg/h (0.03～ 0.18mL/kg/h) |
| | | | 原液 (持続) ワンショット 厳禁 | 0.03～0.06mg/kg(0.006～0.012mL/kg) を1分以上かけて静注し、必要に応じ て0.03mg/kg(0.006mL/kg)を少なくとも 5分以上の間隔を空けて追加投与。 初回および追加投与の総量は 0.3mg/kg(0.06mL/kg)まで | 0.03～0.18mg/kg/h (0.006～ 0.036mL/kg/h) |
| | デクスメトミジ ン塩酸塩 | プレセデックス注 シリンジ (200 μg/50mL)「フ アイザー」 | 原液 | 6 μg/kg/h(1.5mL/kg/h)を10分間 * 初回負荷投与により血圧上昇また は低血圧、徐脈をきたすことがあるた め、初回負荷投与を行わず維持量の 範囲で開始することが望ましい。 | 0.2～0.7 μg/kg/h (0.05～ 0.175mL/kg/h) |
| | ヘパリン ナトリウム | ヘパリン Na 注 (5000 単位/5mL) 「モチダ」★ | 2V + 生食 14mL | | |



注意

- ・初期投与を行う場合は、呼吸と循環モニタリングを行うこと。
- ・維持投与へ移行して、循環、呼吸が安定するまで離れないこと。
- ・気道確保の器具と循環作動薬を準備すること。
- ・検査・処置時の鎮静剤使用は各科の使用指針に沿って実施すること。
- ・各薬剤の添付文書上の適応は以下の通り。
- ・プロポフォール: ①全身麻酔の導入及び維持、②集中治療における人工呼吸中の鎮静
- ・ミダゾラム: ①麻酔前投薬、②全身麻酔の導入及び維持、③集中治療における人工呼吸中の鎮静、④歯科・口腔外科領域における手術及び処置時の鎮静
- ・プレセデックス: ①集中治療における人工呼吸中及び離脱後の鎮静、②成人の局所麻酔下における非挿管での手術及び処置時の鎮静③小児の非挿管での非侵襲的な処置および検査時の鎮静

静脈・皮下注射医療用麻薬の希釈法 (本マニュアルー安全対策一麻薬の項を参照)

| | | | |
|----|--------|-----------------------------|---|
| 麻薬 | 塩酸モルヒネ | モルヒネ塩酸塩注射液 10mg/1mL ☆ | 1A(1ml)+生食 9ml=10ml (1mg/ml) |
| | オキシコドン | オキシコドン注射液 50mg「第一 三共」☆ | 1A(5ml) +生食 45ml=50ml (1mg/ml) |
| | フェンタニル | フェンタニル注 0.1mg/2mL「テ ルモ」☆ | 10A(20ml)+生食 30ml=50ml (1mg/50ml=20 μg/ml) |
| | ナルベイン | ナルベイン注 2mg/1mL ☆ | 1A(1ml)+生食 9ml=10ml (0.2mg/ml) |

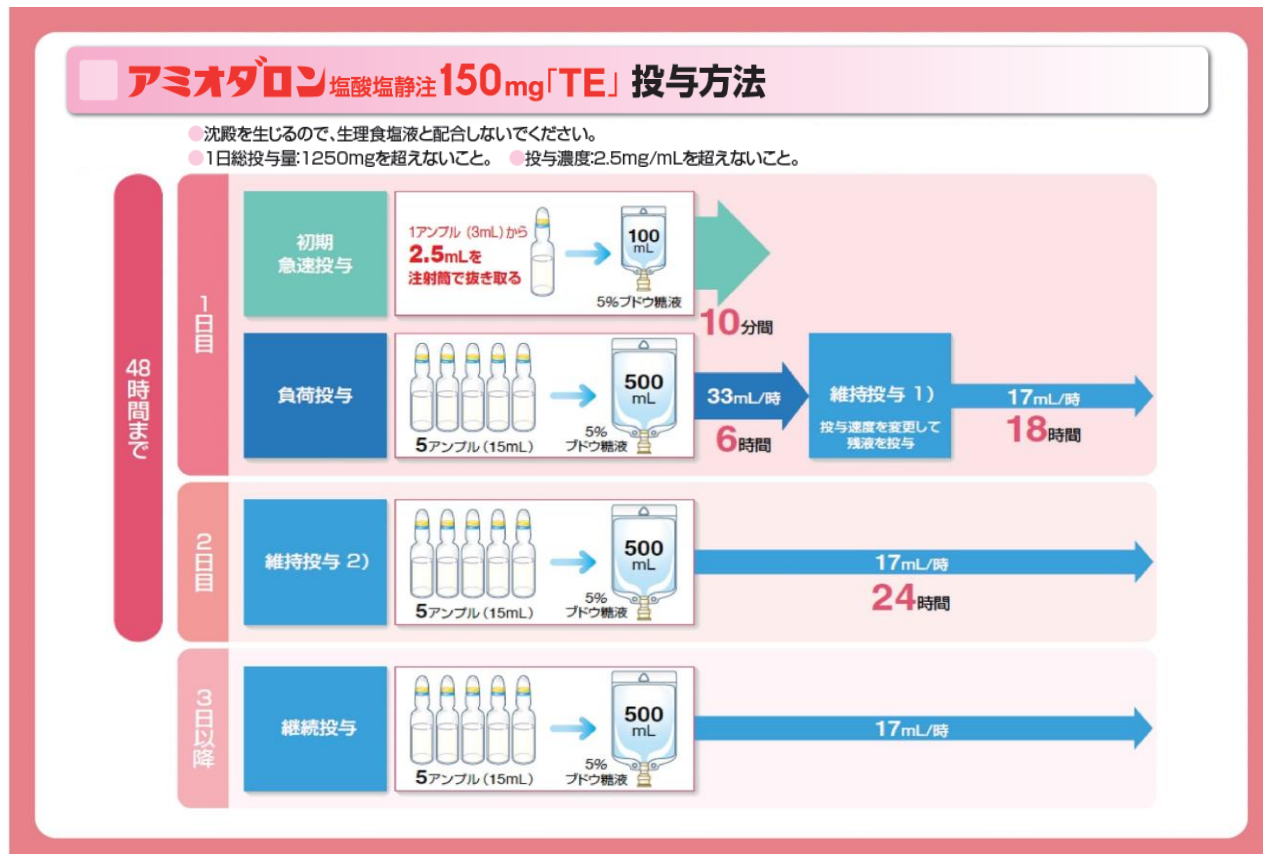
インスリンの持続投与(本マニュアル 第三部 安全対策 2.指示 3)血糖指示 を参照)

インスリン ヒューマリン R 30 単位+生食 30ml

★救急カート配置薬

☆金庫管理

※図 1



5. 抗血小板薬・抗凝固薬休薬再開の指針

抗血栓薬中止の可否に関する補足事項

| 抗血小板薬 | |
|---|-----------------|
| 抗血小板薬を一時的に中止できる場合 | (専門診療科医師の意見は不要) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・動脈硬化性疾患の治療目的ではなく、脂質異常症や脊柱管狭窄症といった他の疾患に対する投薬である場合（例：エパデール、リマプロストなど） ・動脈硬化性疾患の治療目的に投与され、発症後3ヶ月以上が経過して症状が安定し、かつ金属製ステントや人口血管等の異物留置歴がない場合 | |
| 抗血小板薬を一時的に中止できる場合 | (専門診療科医師の意見が必要) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・新規に動脈硬化性疾患を発症し、3ヶ月未満の場合 ・動脈内に薬剤溶出性ではないステントが留置され、3ヶ月以上経過する場合（ただし、1ヶ月以上経過していれば中止できる場合がある） ・動脈内に薬剤溶出性ステントが留置され、6ヶ月以上経過する場合（ただし、3ヶ月以上経過していれば中止できる場合がある） ・薬剤コーティングバルーン形成術後、3ヶ月以上経過する場合 | |
| 原則として抗血小板薬を中止できない場合 | (専門診療科医師の意見が必要) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・動脈内に薬剤溶出性ステントが留置され、3ヶ月未満の場合 | |

| 抗凝固薬 | |
|---|-----------------|
| (専門診療科医師の意見が必要) | |
| 薬剤調整により、抗凝固薬を一時的に中止できる場合 | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・心房細動や低左心機能など、心臓内の血栓予防の場合 ・心臓人工弁（生体弁）の血栓予防の場合 ・深部静脈血栓症又は肺塞栓の既往に対する静脈血栓予防の場合 | |
| 原則として抗凝固薬を中止できない場合 | (専門診療科医師の意見が必要) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・心臓人工弁（機械弁）の血栓予防の場合 ・心臓内に血栓が確認されてから1ヶ月未満の場合 | |

※上記はあくまでも目安であり、合併疾患の病態・治療手法等により対応は異なることがあります。

※専門診療科医師とは、各患者に対して抗血小板薬や抗凝固薬を主導的に処方していた主治医を指します。他院処方の場合には他院主治医の意見が優先されます。主治医の意見が得られない場合には、基礎疾患に関連する専門診療科の医師に意見を求める必要があります。

① 休薬期間の目安（抗血小板・抗凝固作用を持つ抗血栓薬等）

令和6年11月1日

抜歯では休薬なし、必要に応じ処方医にコンサルトする

| 分類 | 商品名（後発品は一般名参照） | 一般名 | 休薬期間の目安 |
|--------------|--|---------------------|----------|
| 抗凝固薬 | ワーファリン <small>拮抗薬：ケイツーN ケイセントラ</small> | ワルファリンカリウム | 3～5日 |
| | プラザキサ <small>拮抗薬：プリズバインド</small> | ダビガトラン | 1～4日* |
| | エリキュース <small>拮抗薬：オンデキサ</small> | アピキサバン | 1～2日* |
| | リクシアナ <small>拮抗薬：オンデキサ</small> | エドキサバン | 1～2日* |
| | イグザレルト <small>拮抗薬：オンデキサ</small> | リバーロキサバン | 1～2日* |
| 抗血小板薬 | バイアスピリン、バファリン配合錠 | アスピリン | 7日（～10日） |
| | キャブピリン配合錠 | アスピリン/ボノプラザンフマル酸配合錠 | 7日（～10日） |
| | タケルダ配合錠 | アスピリン/ランソプラゾール配合錠 | 7日（～10日） |
| | プラビックス、 コンブラビン（アスピリン配合） | クロピドグレル | 14日 |
| | エフィエント | プラスグレル | 14日 |
| | ブリリント | チカグレロル | 5日 |
| | パナルジン | チクロピジン | 10～14日 |
| | エパデール | イコサペント酸エチル | 7日（～10日） |
| | アンブラーグ | サルボグレラート | 1日 |
| | プレタール | シロスタゾール | 3日 |
| | プロサイリン、ドルナー、ベラサス LA、 ケアロード LA | ベラプロスト | 1日 |
| 血管拡張薬 | オパルモン、プロレナール | リマプロストアルファデクス | 1日 |
| 冠血管 拡張薬 | ペルサンチン | ジピリダモール | 1～2日 |
| | コメリアン | ジラゼブ | 2日 |
| | ロコルナール | トラピジル | 2日 |
| 循環・代謝 改善薬 | セロクラール | イフェンプロジル | 2日 |
| | ケタス | イブジラスト | 3日 |
| | サアミオン | ニセルゴリン | 2～3日 |
| 高脂血症薬 | ロトリガ | オメガ-3 脂肪酸 | 7日（～10日） |

※次頁の表を参考にして、出血リスクおよび腎機能に応じた休薬期間を検討する

■ 非心臓手術・処置の出血リスク

| 出血リスク | 低 | 中 | 高 |
|--------|---|---|---|
| 一般外科領域 | ヘルニア形成術、癒着ヘルニア形成外科手術、胆嚢摘出術、虫垂・結腸切除術、胃・小腸部分切除術、乳房手術、体表手術（膿瘍切開、皮膚小切開手術） | 痔核切除術、脾臓摘出術、胃切除術、肥満手術、直腸切除術、甲状腺切除術 | 肝切除術、脾臓十二指腸切除術 |
| 血管外科領域 | 頸動脈内膜剥離術、下肢動脈バイパス術、下肢動脈内剥離術、胸部・腹部ステントグラフト内挿術（TEVAR・EVAR）、四肢切断術 | 開腹による腹部大動脈手術 | 開胸による胸部・胸腹部手術 |
| 整形外科領域 | 手の手術、肩・膝の関節鏡、軽度の脊椎手術 | 人工肩関節手術、主要な脊椎手術、膝手術（前十字靱帯、骨切り術）、足の手術 | 主要な人工関節手術（股関節、膝関節）、主要な外傷手術（骨盤、長骨）、高齢者の近位大腿骨骨折手術 |
| 泌尿器科領域 | 膀胱鏡、尿管カテーテル、尿管鏡 | 前立腺生検、精巣摘除術、包皮環状切除術 | 根治的腎摘除、腎部分切除、経皮的腎腫瘍増設術、経皮的碎石術、膀胱切除術、根治的前立腺切除術、経尿道的前立腺切除術（TURP）、経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）、陰茎切除術、部分精巣摘除術 |
| 胸部外科領域 | 肺楔状切除術、診断目的の胸腔鏡、胸壁切除術 | 肺葉切除術、肺全摘術、縦隔鏡検査、胸骨切開、縦隔腫瘍切除術 | 食道切除術、胸膜肺切除術、肺剥皮術 |
| 消化管内視鏡 | 上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡、生検を伴わない超音波内視鏡、カプセル内視鏡、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）、内視鏡的粘膜生検（超音波内視鏡下穿刺吸引術を除く）、バルーン内視鏡、マーキング（クリップ、高周波、点墨など）、消化管・膵管・胆管ステント留置法（事前の切開手技を伴わない）、内視鏡的乳頭バルーン拡張術 | ポリペクトミー（ポリープ切除術）、充実性病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引術、内視鏡的消化管拡張術、内視鏡的粘膜焼灼術、経皮内視鏡的胃瘻造設術、内視鏡的食道・胃静脈瘤治療 | アカラシアにおける内視鏡的消化管拡張術、内視鏡的粘膜切除術、内視鏡的粘膜下層剥離術、内視鏡的乳頭括約筋切開術、膵嚢胞病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引術 |
| その他 | 歯科処置（抜歯、歯周外科手術、膿瘍切開、インプラント挿入）、白内障手術、気管支鏡など | 気管支生検、経気管支的針吸引など | 脊椎または硬膜外麻酔、腰椎穿刺、脊髄手術、頭蓋内手術、後眼房手術など |

出典：日本循環器学会, 2020 年 JCS ガイドライン フォーカスアップデート版 冠動脈疾患患者における抗血栓療法,
https://www.j-circ.or.jp/cms/wp-content/uploads/2020/04/JCS2020_Kimura_Nakamura.pdf (2022 年 12 月閲覧)



■ 待機的手術における抗凝固薬の術前の休薬時期

ダビガトラン（プラザキサ）

| CCr (mL/min) | 抜歯・体表手術など | 出血リスク 低 | 出血リスク 中～高 |
|--------------|-------------------------|---------|-----------|
| 80～ | 休薬なし (状況により 12 時間以上) | 24 時間以上 | 48 時間以上 |
| 50～79 | | 36 時間以上 | 72 時間以上 |
| 30～49 | | 48 時間以上 | 96 時間以上 |

リバーロキサバン（イグザレルト）、アピキサバン（エリキュース）、エドキサバン（リクシアナ）

| CCr (mL/min) | 抜歯・体表手術など | 出血リスク 低 | 出血リスク 中～高 |
|--------------|-------------------------|---------|-----------|
| 30～ | 休薬なし (状況により 12 時間以上) | 24 時間以上 | 48 時間以上 |
| 15～29 | | 36 時間以上 | |

ワルファリン（ワーファリン）

| CCr (mL/min) | 抜歯・体表手術など | 出血リスク 低 | 出血リスク 中～高 |
|--------------|-----------|---------|-----------|
| 腎機能に関わらず | 休薬なし | 3～5 日以上 | |

② 内視鏡治療時の休薬期間の目安（抗血小板・抗凝固作用を持つ抗血栓薬等）

令和6年11月1日

観察のみの通常内視鏡は休薬なし

| 分類 | 商品名 (後発品は一般名参照) | | 一般名 | 休薬期間の目安 | |
|------------------|----------------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | 生検および 出血低危険度 | 出血高危険度 (前頁のリスク中・高) |
| 抗凝固薬 | ワルファリン | 拮抗薬 ケイツーN ケイセントラ | ワルファリンカリウム | 休薬なし (PT-INR が治療域で あることを確認) | 休薬なし 注) (PT-INR が治療域で あることを確認) |
| | プラザキサ | 拮抗薬 プリズバインド | ダビガトラン | 休薬なし ピーク期避ける | 当日 |
| | イグザレルト | | リバーロキサバン | 休薬なし ピーク期避ける | 当日 |
| | エリキュース | 拮抗薬 オンデキサ | アピキサバン | 休薬なし ピーク期避ける | 当日 |
| | リクシアナ | | エドキサバン | 休薬なし ピーク期避ける | 当日 |
| 抗血小板薬 | バイアスピリン、 バファリン配合錠 | | アスピリン | 休薬なし | 3~5 日 (休薬なし) |
| | キャブピリン配合錠 | | アスピリン/ボノブラザン フマル酸配合錠 | 休薬なし | 3~5 日 (休薬なし) |
| | タケルダ配合錠 | | アスピリン/ランソプラゾ ール配合錠 | 休薬なし | 3~5 日 (休薬なし) |
| | プラビックス、 コンプラビン (アスピリン配合) | | クロピドグレル | 休薬なし | 5~7 日 (ASA 又は CLZ 置換) |
| | エフィエント | | プラスグレル | 休薬なし | 5~7 日 (ASA 又は CLZ 置換) |
| | ブリリンタ | | チカグレロル | 休薬なし | 2~3 日 (ASA 又は CLZ 置換) ガイドライン記載なし |
| | パナルジン | | チクロピジン | 休薬なし | 5~7 日 (ASA 又は CLZ 置換) |
| | エバデール | | イコサペント酸エチル | 休薬なし | 当日 |
| | アンブラーグ | | サルボグレラート | 休薬なし | 当日 |
| | プレタール | | シロスタゾール | 休薬なし | 当日 |
| | プロサイリン、ドルナー、 ベラサス LA、ケアロード LA | | ベラプロスト | 休薬なし | 当日 |
| 血管拡張薬 | オパルモン、プロレナール | | リマプロストアルファデクス | 休薬なし | 当日 |
| 冠血管 拡張薬 | ペルサンチン | | ジピリダモール | 休薬なし | 当日 |
| | コメリアン | | ジラゼブ | 休薬なし | 当日 |
| | ロコルナール | | トラピジル | 休薬なし | 当日 |
| 循環・ 代謝 改善薬 | セロクラール | | イフェンプロジル | 休薬なし | 当日 |
| | ケタス | | イブジラスト | 休薬なし | 当日 |
| | サアミオン | | ニセルゴリン | 休薬なし | 当日 |
| 高脂血症薬 | ロトリガ | | オメガ-3 脂肪酸 | 休薬なし | 当日 |

青字：血栓症低危険群

赤字：血栓症高危険群

ASA：アスピリン

CLZ：シロスタゾール

注) 出血高危険度の消化器内視鏡において、ワルファリンと抗血小板薬（アスピリン、チエノピリジン）を併用している場合には症例に応じて慎重に対応し、抗血栓薬の休薬が可能となるまで内視鏡の延期が好ましい。内視鏡の延期が困難な場合には、抗血小板薬はアスピリンまたはシロスタゾールにして、INR を治療域に保ったワルファリン継続下あるいはヘパリン置換を考慮する。非弁膜症性心房細動の場合には事前のワルファリンから DOAC への一時的変更も考慮して良い。

出典：抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン 2012、直接経口抗凝固薬（DOAC）を含めた抗凝固薬に関する追補 2017（日本消化器内視鏡学会）

経口避妊薬・女性ホルモン剤休薬の指針

令和 6 年 11 月

| 商品名 | | | 一般名 | 休業期間 | |
|--|--------------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------------|--|
| 低 用 量 O C | 禁 忌 | ファボワール錠 21 ファボワール錠 28 マーベロン 21 マーベロン 28 | エチニルエストラジオール・ デソゲストレル | 手術前 4 週間・ 術後 2 週間まで 産後 4 週間まで | 手術前 4 週以内, 術 後 2 週以内, 産後 4 週以内及び長期間 安静状態の患者 |
| | | シンフェーズ T28 錠 | エチニルエストラジオール・ ノルエチステロン | | |
| | | アンジュ 21 錠 アンジュ 28 錠 トリキュラー錠 21 トリキュラー錠 28 ラベルフィーユ 21 錠 ラベルフィーユ 28 錠 | エチニルエストラジオール・ レボノルゲストレル | | |
| | | ドロエチ配合錠 ヤーズ配合錠 ヤーズフレックス配合錠 | エチニルエストラジオール・ ドロスピレノン | | |
| | | フリウエル配合錠 LD フリウエル配合錠 ULD ルナベル配合錠 LD ルナベル配合錠 ULD | エチニルエストラジオール・ ノルエチステロン | | |
| | | ジェミーナ配合錠 | エチニルエストラジオール・ レボノルゲストレル | | |
| 卵 胞 ・ 黄 体 ホ ル モ ン 配 合 剤 | 重 要 な 基 本 的 注 意 | ルテジオン配合錠 | メストラノール・ クロルマジノン ※1 | 低用量OCに準 じて休業 | 本剤服用中にやむを 得ず手術が必要と判 断される場合には, 血栓症の予防に十 分配慮すること |
| | | プラノバル配合錠 | エチニルエストラジオール・ ノルゲステロン ※1 | | |
| | 慎 重 投 与 | メノエイドコンビパッチ | エストラジオール・ 酢酸ノルエチステロン ※2 | 低用量OCに準 じて休業 | 術前又は長期臥床 状態の患者 |
| | | ウェールナラ配合錠 | エストラジオール・ レボノルゲストレル ※2 | | |

| 商品名 | | 一般名 | 休薬期間 | | |
|--------------------|----------|-------------------|--------------|-----------------------|---|
| 卵 胞 ホル モン | | プロセキソール錠 | エチニルエストラジオール | 低用量OCに準じて 休薬 | |
| | 慎重投与 | エストラーナテープ | エストラジオール ※2 | 低用量OCに準じて 休薬 | 術前又は長期臥床状態 の患者 |
| | | ジュリナ錠 | | | |
| | | ディビゲル | | | |
| | | ル・エストロジェル | 結合型エストロゲン ※3 | 手術前 4 週以内又は長期臥床状態の患者 | |
| | | プレマリン錠 | | | |
| | | エストリール錠 | エストリオール ※2 | 休薬なし | 術前又は長期臥床状態 の患者 |
| | ホーリン錠 | | | | |
| | | エストリオール腔錠 | エストリオール | 休薬なし | |
| | | エストリール腔錠 | | | |
| ホーリンV腔用錠 | | | | | |
| 黄 体 ホル モン | 禁忌 | ヒスロンH錠※4 | メドロキシプロゲステロン | 術後 1 週間 | 術後 1 週間以内の患者 (手術後 1 ヶ月以内の患者は慎重投与) |
| | 慎重投与 | エフメノカプセル | プロゲステロン | 併用する卵胞ホル モン剤に準じて休薬 | 術前又は長期臥床状態 の患者 |
| | | ルトラール錠 | クロルマジノン | 休薬なし | |
| | | ディナゲスト錠・OD 錠 | ジエノゲスト | | |
| | | デュファストン錠 | ジドロゲステロン | | |
| | | ノアルテン錠 | ノルエチステロン | | |
| | | ウトロゲスタン腔用 カプセル | プロゲステロン | | |
| | | ルテウム腔用坐剤 | | | |
| | | ルティナス腔錠 | | | |
| | | ワンクリノン腔用ゲル | | | |
| | | ヒスロン錠 | メドロキシプロゲステロン | | |
| | | プロベラ錠 | | | |
| | | ノルレボ錠 | レボノルゲストレル | | |
| | | ミレーナシステム | | | |
| S E R M | 重要な基本的注意 | ビビアント錠 | バゼドキシフェン ※5 | 3 日 | 長期不動状態にはいる 3 日前には服用を中止、 完全に歩行可能になる までは休薬 |
| | | エビスタ錠 | ラロキシフェン | | |

【備考】

※1、※2、※3 薬剤を手術前 4 週間・術後 2 週間まで産後 4 週間までに使用する場合には血栓症の予防に十分配慮すること。

※4 薬剤を術後 2 週間から 1 ヶ月以内に使用する場合には血栓症の予防に十分配慮すること。

※5 ビビアント錠は明確な休薬期間の記載ないが、半減期 23±6 時間でエビスタ錠と同等のため、3 日とした。

その他の薬剤における休薬期間の目安（区分ごとに一般名の五十音順で表示）

患者状態や術式等を考慮して周術期における投与の継続・中止について検討する。

■ レニン-アンジオテンシン系 降圧薬

ACE 阻害薬や ARB の継続投与により、低血圧のリスクのみならず、重大な脳心血管イベントが増加するという報告もあり、病態や手術の侵襲度などを勘案して判断する（高血圧治療ガイドライン 2019）。ACE 阻害薬や ARB の各製品添付文書には手術前 24 時間は投与しないことが望ましいとされている。術前に投与を中止した場合は、術後速やかに投与を再開する。

| 商品名（先発品、青字は後発品名） | 一般名（≒後発品名） | 休薬期間 |
|---|---------------------------|-------|
| ACE 阻害薬 | | |
| セタプリル | アラセプリル | 24 時間 |
| タナトリル | イミダプリル | |
| レニベース | エナラプリル | |
| カプトリル | カプトプリル | |
| エースコール | テモカプリル | |
| アデカット | デラプリル | |
| オドリック | トランドラプリル | |
| チバセン | ベナゼプリル | |
| コバシル | ペリンドプリル | |
| ロンゲス | リシノプリル | |
| ARB | | |
| アジルバ | アジルサルタン | 24 時間 |
| アバプロ、イルベタン | イルベサルタン | |
| オルメテック | オルメサルタン | |
| プロプレス | カンデサルタン | |
| ミカルディス | テルミサルタン | |
| ディオバン | バルサルタン | |
| ニューロタン | ロサルタン | |
| アンジオテンシン受容体ネプリライシン阻害薬（ARNI） | | |
| エンレスト | サクビトリルバルサルタン | 24 時間 |
| 直接レニン阻害薬 | | |
| 添付文書には記載されていないが、RA 系を抑制する薬剤のため手術前の投与回避も選択肢の一つとなる。 | | |
| ラジレス | アリスキレン | 24 時間 |
| ARB/利尿剤 配合剤 | | |
| イルトラ | イルベサルタン・トリクロロメチアジド | 24 時間 |
| エカード、カデチア | カンデサルタン・ヒドロクロロチアジド | |
| ミコンビ、テルチア | テルミサルタン・ヒドロクロロチアジド | |
| コディオ、バルヒディオ | バルサルタン・ヒドロクロロチアジド | |
| プレミネント、ロサルヒド | ロサルタン・ヒドロクロロチアジド | |
| ARB/Ca 拮抗薬 配合剤 | | |
| ザクラス、ジウムロ | アジルサルタン・アムロジピン | 24 時間 |
| アイミクス、イルアミクス | イルベサルタン・アムロジピン | |
| レザルタス | オルメサルタン・アゼルニジピン | |
| ユニシア、カムシア | カンデサルタン・アムロジピン | |
| ミカムロ、テラムロ | テルミサルタン・アムロジピン | |
| エックスフォージ、アムバロ | バルサルタン・アムロジピン | |
| アテディオ | バルサルタン・シルニジピン | |
| ARB/Ca 拮抗薬/利尿薬 配合剤 | | |
| ミカトリオ | テルミサルタン・アムロジピン・ヒドロクロロチアジド | 24 時間 |

■ 抗悪性腫瘍薬および類似薬

添付文書・重要な基本的注意に記載があるが、明確な休薬期間の設定なし。

休薬する場合は半減期や投薬方法などを考慮して設定する。

*製薬会社 HP FAQ より

| 商品名（先発品名） | 一般名（≒後発品名） | 休薬期間 | |
|------------|------------|---|----------------|
| インライタ錠 | アキシチニブ | 医師の指示による | 創傷 治癒 遅延 |
| ザルトラップ注 | アフリベルセプト | | |
| カボメティクス錠 | カボザンチニブ | *外科的処置の少なくとも 28 日以上前に中断を検討 | |
| サレドカプセル | サリドマイド | 医師の指示による | |
| ラパリムス錠 | シロリムス | *肺移植を受ける前は 2 週間以上 (その他の手術時において も休薬が望ましい) | |
| スーテントカプセル | スニチニブ | 医師の指示による | |
| ネクサバル錠 | ソラフェニブ | | |
| トーリセル注 | テムシロリムス | | |
| オフエブカプセル | ニンテダニブ | | |
| ヴォトリエント錠 | バゾパニブ | | |
| カプレルサ錠 | バンデタニブ | | |
| アバスチン注 | ベバシズマブ | | |
| サイラムザ注 | ラムシルマブ | | |
| スチバーガ錠 | レゴラフェニブ | | |
| レンビマ錠 | レンパチニブ | | |
| カルケンスカプセル | アカラブルチニブ | 医師の指示による | 大量 出血 |
| イムブルピカカプセル | イブルチニブ | *3~7 日 | |
| ベレキシブル錠 | チラブルチニブ | 医師の指示による | |

■ 血糖降下薬

下表の血糖降下薬は添付文書にて手術前後は禁忌（重症感染症、手術前後、重篤な外傷のある患者〔インスリンによる血糖管理が望まれる〕）。周術期は絶食やストレスにより糖代謝異常を来し易いため内服は避けることが推奨される。

局所麻酔による手術などでは、食事可能で休薬不要な場合もあり、術式を考慮して休薬を検討する。

予定手術で内分泌代謝内科の介入を必要とする場合は予め早い段階で依頼する。

| 商品名（先発品名） | 一般名（≒後発品名） | 休薬期間 |
|-----------------|------------|---------|
| αグルコシダーゼ阻害薬 | | |
| 先発なし | アカルボース | 手術前日～当日 |
| ベイスン錠 | ボグリボース | |
| セイブル錠 | ミグリトール | |
| インスリン抵抗改善薬 | | |
| アクトス錠 | ピオグリタゾン | 手術前日～当日 |
| 速効型インスリン分泌促進薬 | | |
| スターシス錠、ファスティック錠 | ナテグリニド | 手術前日～当日 |
| グルファスト錠 | ミチグリニド | |
| シュアポスト錠（販売中止予定） | レパグリニド | |
| スルホニルウレア薬 | | |
| ジメリン錠 | アセトヘキサミド | 手術前日～当日 |
| グリミクロン錠 | グリクラジド | |
| デアメリン S 錠 | グリクロピラミド | |
| オイグルコン錠 | グリベンクラミド | |

(血糖降下薬の続き) **高血圧治療薬**

| 商品名（先発品名） | 一般名（≒後発品名） | 休薬期間 |
|--|--------------------|--------------------------------|
| アマリール錠 | グリメピリド | |
| DPP-4 阻害薬 | | |
| スイニー錠 | アナグリプチン | 手術前日～当日 |
| ネシーナ錠 | アログリプチン | |
| マリゼブ錠（週 1 回製剤）※ | オマリグリプチン | |
| オングリザ錠 | サキサグリプチン | |
| グラクティブ錠、ジャヌビア錠 | シタグリプチン | |
| テネリア錠 | テネリグリプチン | |
| ザファテック錠（週 1 回製剤）※ | トレラグリプチン | |
| エクア錠 | ビルダグリプチン | |
| トラゼンタ錠 | リナグリプチン | |
| SGLT2 阻害薬 | | |
| 周術期におけるストレスや絶食により、ケトアシドーシスが惹起される危険性がある （日本糖尿病学会、SGLT2 阻害薬の適正使用に関する Recommendation） 2 型糖尿病を合併しない心不全患者では術前の終日絶食になる日に休薬し、食事摂取が可能になってから再開する（日本循環器学会・日本心不全学会、心不全治療における SGLT2 阻害薬の適正使用に関する Recommendation） | | |
| スーグラ錠 | イブラグリフロジン | 3 日 |
| ジャディアンス錠 | エンパグリフロジン | |
| カナグル錠 | カナグリフロジン | |
| フォシーガ錠 | ダバグリフロジン | |
| デベルザ錠 | トホグリフロジン | |
| ルセフィ錠 | ルセオグリフロジン | |
| ビグアナイド（BG）系薬 | | |
| ジベトス錠 | ブホルミン | 手術前 48 時間以上 |
| メトグルコ錠、グリコラン錠 | メトホルミン | |
| ツイミーグ錠 | イメグリミン | 明確な基準なし （BG 系薬と機序が一部共通の可能性） |
| 配合剤 | | |
| リオベル配合錠 LD／HD | アログリプチン・ピオグリタゾン | 手術前日～当日 |
| ソニアス配合錠 LD／HD | ピオグリタゾン・グリメピリド | |
| グルベス配合錠 | ミチグリニド・ボグリボース | |
| トラディアンス配合錠 AP／BP | エンパグリフロジン・リナグリプチン | 3 日 |
| スージャヌ配合錠 | シタグリプチン・イブラグリフロジン | |
| カナリア配合錠 | テネリグリプチン・カナグリフロジン | |
| メトアナ配合錠 LD／HD | アナグリプチン・メトホルミン | 手術前 48 時間以上 |
| イニシンク配合錠 | アログリプチン・メトホルミン | |
| メタクト配合錠 LD／HD | ピオグリタゾン・メトホルミン | |
| エクメット配合錠 LD／HD | ビルダグリプチン・メトホルミン | |
| GLP-1 作動薬およびその配合剤 | | |
| ソリクア配合注 | インスリングラルギン・リキシセナチド | 手術前日～当日 |
| ゾルトファイ配合注 | インスリンデグルデク・リラグルチド | |
| バイエッタ皮下注 | エキセナチド | |
| オゼンピック皮下注（週 1 回製剤）※ | セマグルチド | |
| リベルサス錠 | | |
| トルリシティ皮下注（週 1 回製剤）※ | デュラグルチド | |
| リキスミア皮下注 | リキシセナチド | |
| ビクトーザ皮下注 | リラグルチド | |
| マンジャロ皮下注（週 1 回製剤）※ | チルゼパチド | |

※ 週 1 回製剤は連日投与製剤への変更を考慮する

■ PDE5 阻害薬、肺高血圧治療薬

| 商品名（先発品名） | 一般名（≒後発品名） | 休薬期間 |
|--|------------|--|
| 硝酸剤又は一酸化窒素（NO） 供与剤（ニトログリセリン、亜硝酸アミル、硝酸イソソルビド等）との併用により降圧作用が増強し、過度に血圧を下降させることがあるため併用禁忌。使用の可能性のある手術の際は中止を検討。 | | |
| バイアグラ錠、レバチオ錠 | シルデナフィル | 医師の指示による 添付文書において 休薬に関する明確な記載はなし |
| アドシルカ錠、ザルティア錠、シアリス錠 | タダラフィル | |
| レビトラ錠 | バルデナフィル | |
| アデムパス錠 | リオシグアト | |
| 血小板凝集抑制作用により、出血傾向を助長するおそれがある | | |
| ウプトラビ錠 | セレキシパグ | 医師の指示による |

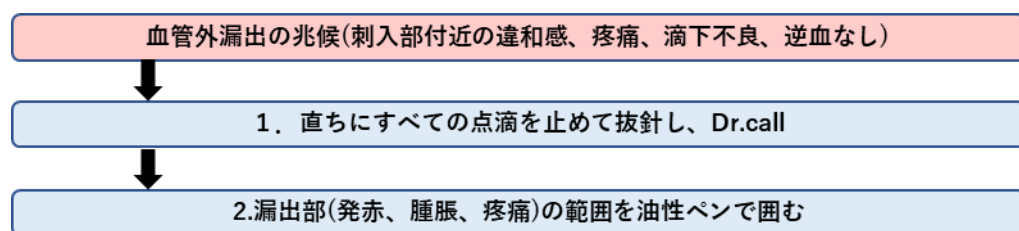
■ リウマチ治療薬

| 商品名（先発品名） | 一般名（≡後発品名） | 休薬期間 |
|--|------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ・整形外科手術の周術期において、MTX の休薬は不要である。12mg 超/週ではリスク・ベネフィットを考慮する。 ・整形外科手術以外の手術に関してはエビデンスがないため、周術期の患者の状況（術後腎機能低下症例、出血、低アルブミン血症など）、依存症、副腎皮質ステロイド用量、MTX 用量等を考慮して、周術期における MTX の継続、一時休薬あるいは再開を個別に判断することが望ましい。 （日本リウマチ学会：関節リウマチにおけるメトトレキサート（MTX）使用と診療の手引き 2023 年版） | | |
| リウマトレックスカプセル、メソトレキセート錠、メトジェクト皮下注 | メトトレキサート | 医師の指示による 添付文書において 休薬に関する明確 な記載はなし |
| 整形外科手術の周術期には生物学的製剤の休薬が推奨されるが、SSI および創傷治癒遅延に関するエビデンスは十分ではなく、一定の見解は得られていない。半減期、投与間隔から休薬期間を判断（日本リウマチ学会、UpToDate）。 | | |
| ヒュミラ | アダリムマブ | 医師の指示による 添付文書において 休薬に関する明確 な記載はなし |
| オレンシア | アバタセプト | |
| レミケード | インフリキシマブ | |
| エンブレル | エタネルセプト | |
| シンボニー | ゴリムマブ | |
| シムジア | セルトリズマブ | |
| アクテムラ | トシリズマブ | |

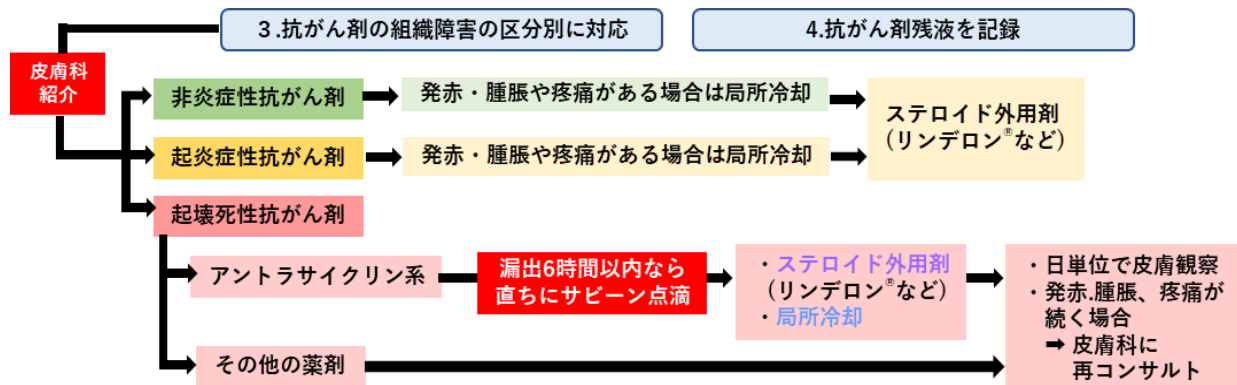
■ その他

| 商品名（先発品名） | 一般名（≡後発品名） | 休薬期間 |
|-----------|------------|---|
| セリンクロ錠 | ナルメフェン | オピオイドを使用する手術・処置の場合 オピオイド使用の 1 週間前～オピオ イド中止後 1 週間 |

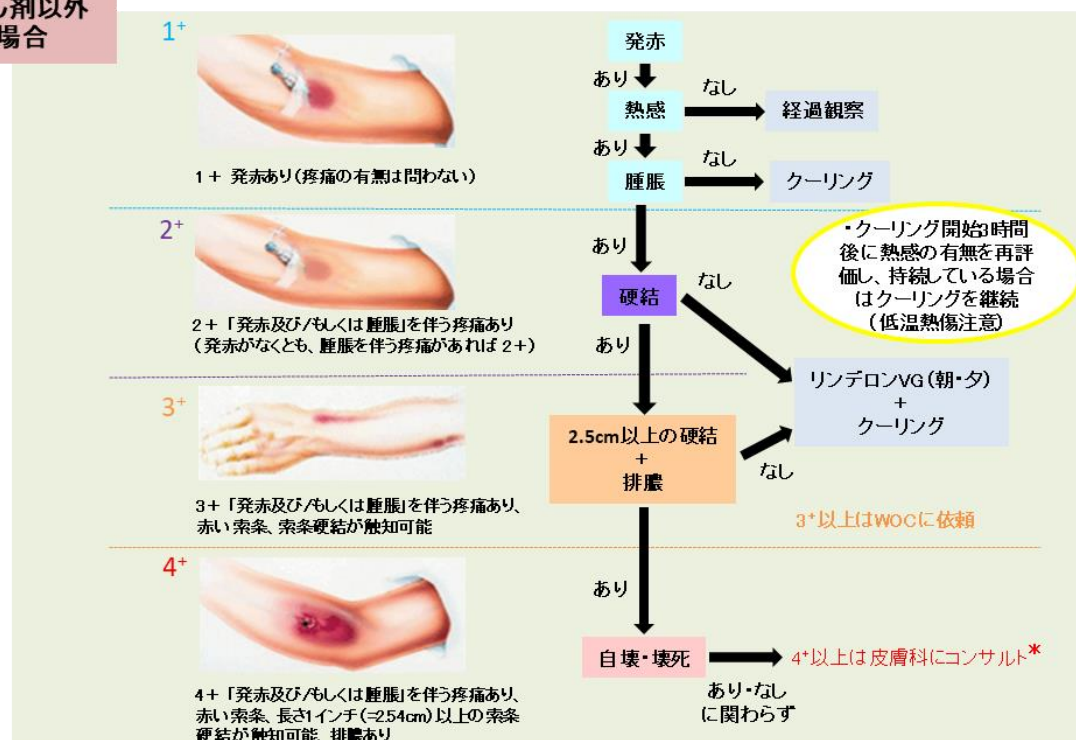
6. 血管外漏出時の対応



抗がん剤の場合



抗がん剤以外の 場合



薬剤部への問い合わせ: 医薬品情報室(3067)

* 皮膚科へのコンサルト

- ・平日午前: 外来担当医を受診する。
- ・平日の午前中以外、翌日以降の皮膚科外来を受診する。
- ・血管外漏出後、2~3日後に悪化する場合もあるため、漏出直後の状態からの診察依頼は重要である。また、患者にとっては、どんな症状でも迅速に対応してくれたという実感がもてることが重要になるので、軽症であっても皮膚科へ診察依頼する。

輸液による血管外漏出皮膚障害の要因とリスク

| 要因 | リスク |
|-------------------------|--|
| 下肢・手背、関節などの可動しやすい部位への留置 | 下肢や手背の静脈は、静脈炎や静脈血栓を生じやすく、漏出のリスクが高い 関節などの稼働しやすい部位、固定が確実にできない部位は、機械的刺激が加わり漏れやすい |
| 輸液ポンプを使用中 | 漏れがあった場合でも、ある程度の組織圧に達するまで輸液が継続されるので、組織壊死が生じやすい状況を招く |
| 意識障害 | 痛みなどの自覚症状を訴えることができないため、発見が遅れる恐れがある |
| 咳・嘔吐などの症状、不穏・譫妄 | 留置針が血管内に正しく留置されていても、咳や嘔吐などの体動で針先が血管壁を貫通する恐れがある 不穏や譫妄により、体動で針先が血管壁を貫通する恐れがある 不適切な抑制帯の使用で末梢静脈輸液血管に圧が加わり、漏れる恐れがある |
| 高齢者・乳児 | 高齢者や乳児の血管は、脆弱であり弾力性が乏しく、圧迫に弱いことから漏出しやすい 漏出の訴えがはっきりしないことも少なくない |

末梢静脈輸液の血管外漏出の予防法

| 輸液内容 | 輸液が血管外漏出した場合のことを考慮し、血管外漏出に注意すべき薬剤か否かをチェックする |
|------|--|
| 穿刺部位 | 点滴静注射では、穿刺部から針先までがちょうど収まる状態をイメージできる血管を選ぶ 関節などの可動しやすい部位を避け、固定しやすい部位を選択する 利き腕とは逆手の前腕の表在静脈に留置する 下肢の静脈は、静脈炎や深部静脈血栓を生じやすいので、血管外漏出について注意する 穿刺を失敗した場合は、同じ血管の末梢側からの留置は行わない（中枢側から刺し失敗し、次に末梢から刺すと失敗した部分から薬液が漏れる） 長く針を留置していた静脈、過去に静脈炎を起こした血管は避ける |
| 観察 | 輸液投与中は、漏出の兆候（発赤、紅斑、浸潤、腫脹）の有無を観察する（血管外漏出に注意すべき薬剤が投与されている場合は、頻回に観察する） 走行血管の色調変化に注意する |
| その他 | 血管外漏出に注意すべき薬剤が投与されている場合、末梢静脈輸液ルートの確保が難しい症例では、CVカテーテルの挿入を検討する |

末梢静脈輸液の血管外漏出時の対応

| | |
|------------------------------|---|
| 初期対応 | 直ちに輸液を中止し、抜針する （必要時、炎症に対する処置として幹部の冷電法か温電法を選択する場合もあるので、必要時は薬剤部に問い合わせを行う） ＜冷電法について＞ ・20℃前後の冷電法を漏出直後に行うことで、炎症反応が軽減する。 ・3時間程度は継続して冷やしたほうが効果的である（30分間でも効果がみられる） ・冷やしすぎには注意する ・20℃前後の患者が心地よいと感じる温度で施行する ・水分が直接皮膚に触れると浸軟を引き起こし、悪化する可能性があるため濡らさないように注意が必要 薬剤や皮膚障害の程度によって対応が異なるため、医師に報告し指示を仰ぐ 遅発性の組織障害を呈する場合もあるため、最低1週間は頻繁に漏出部位のチェックを行う |
| 専門家（皮膚科医師、皮膚・排泄ケア認定看護師）による対応 | 薬剤や皮膚障害の程度によって対応が異なる ・皮膚障害の程度によりステロイド剤（外用、局注、内服・静注）を使用する ・高度な皮膚障害が予想される場合には漏出部位とその周辺の皮下に満遍なくステロイドの局注を3～7日間ほど行う （ステロイド剤投与の効果は漏出後早期に開始するほど高い） ・組織が壊死に至ってしまった場合は、デブリードマンや植皮術・皮弁術などを行う |

院内採用薬における血管外漏出に注意すべき薬剤

■ 高浸透圧薬剤

| 商 品 名 | 一 般 名 | 浸透圧比 |
|--------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| アミゼット B | 混合アミノ酸製剤 | 3 |
| アミノレバン | 混合アミノ酸製剤 | 3 |
| アリナミン F | フルスルチアミン | 5 |
| アルギニン | L-アルギニン | 3 |
| アレビアチン(1 分間本剤 1mL を越えない速度で徐々に) | フェニトイン | 29 |
| ウロミテキサン | メスナ | 4 |
| レボカルニチン FF | レボカルニチン | 7 |
| グリセオール | 濃グリセリン果糖注射液 | 7 |
| クリンダマイシン | クリンダマイシン | 3 |
| ケイツーN | メナテトレノン | 3 |
| サイレース | フルニトラゼパム | 25 |
| スルバシリン | スルバクタム・アンピシリン | 4-5 |
| ジアゼパム | ジアゼパム | 30 |
| タゾピペ配合 | タゾバクタム・ピペラシリン | 2-4 |
| アルガトロバン HI | アルガトロバン | 29 |
| バクトラミン | スルファメトキサゾール・トリメトプリム | 30 |
| パレプラス | ビタミン B1・糖・電解質・アミノ酸液 | 混合時:3 |
| ビーフリード | ビタミン B1・糖・電解質・アミノ酸液 | 混合時:3 |
| ビクシリン | アンピシリン | 4-5 |
| ビタシミン | アスコルビン酸 | 9 |
| ピドキサール | ピリドキサル | 3 |
| フィジオ 35 | 維持液 10%糖加 | 2-3 |
| フェジン | 含糖酸化鉄 | 5 |
| 高濃度ブドウ糖 (20%以上) | ブドウ糖 | 70%:15 50%:12 20%:4 |
| ホスミシン S | ホスホマイシン | 2-4 |
| プレアミン P | 混合アミノ酸製剤 | 2.3-2.8 |
| マグセント | 硫酸マグネシウム・ブドウ糖 | 約 4 |
| マンニトール | D-マンニトール | 5 |
| メイロン | 炭酸水素ナトリウム | 5 |
| エネフリード | ビタミン B1・糖 電解質・脂肪・アミノ酸液 | 混合時:3 |

■ 強アルカリ性薬剤

| 商 品 名 | 一 般 名 | pH |
|--------------------------------|---------------------|-----------|
| アシクロビル | アシクロビル | 10-11 |
| アレビアチン(1 分間本剤 1mL を越えない速度で徐々に) | フェニトイン | 12 |
| イソゾール | チアミラール | 10.5-11.5 |
| エポプロステノール | エポプロステノール | 11.3-12 |
| オメブラゾール | オメブラゾール | 9.5-11 |
| スルバシリン | スルバクタム・アンピシリン | 8-10 |
| ソルダクトン | カンレノ酸 | 9-10 |
| ダイアモックス | アセタゾラミド | 9-10 |
| タケプロン | ランソプラゾール | 10.6-11.3 |
| ダントリウム | ダントロレン | 9-10.5 |
| ガンシクロビル | ガンシクロビル | 10.8-11.4 |
| ネオフィリン | アミノフィリン | 8-10 |
| ノーベルバル | フェノバルビタール | 9.2-10.2 |
| バクトラミン | スルファメトキサゾール・トリメトプリム | 9.1-9.9 |
| ビクシリン | アンピシリン | 8-10 |
| フェジン | 含糖酸化鉄 | 9-10 |
| ホスアプレピタント | ホスアプレピタント | 7-9 |
| プロジフ | ホスフルコナゾール | 8.5-9.5 |
| ホストイン | ホスフェニトイン | 8.5-9.1 |
| メイロン | 炭酸水素ナトリウム | 7-8.5 |
| メソトレキセート | メソトレキセート | 7-9 |
| ラシックス | フロセミド | 8.6-9.6 |

院内採用薬における血管外漏出に注意すべき薬剤

■ 血管収縮剤

| 商 品 名 | 一 般 名 |
|-----------|----------|
| アドレナリン | アドレナリン |
| イノバン | ドパミン |
| エホチール | エチレフリン |
| ドパミン | ドパミン |
| ドブタミン | ドブタミン |
| ネオシネジンコーワ | フェニレフリン |
| ノルアドリナリン | ノルアドレナリン |
| ピトレシン | バソプレシン |
| ボスミン | アドレナリン |

■ 電解質補正用薬剤

| 商 品 名 | 一 般 名 |
|-------------|------------------------|
| KCL※ | 塩化カリウム |
| アスパラカリウム※ | L-アスパラギン酸カリウム |
| 塩化ナトリウム※ | 塩化ナトリウム |
| 塩カル注 | 塩化カルシウム |
| カルチコール | グルコン酸カルシウム |
| 硫酸 Mg 補正液※ | 硫酸マグネシウム |
| リン酸 Na 補正液※ | リン酸水素ナトリウム・リン酸二水素ナトリウム |

※要希釈の薬剤（添付文書にて記載あり）

■ その他：添付文書に血管外漏出時のリスク記載がある薬剤

| 商 品 名 | 一 般 名 |
|---------------------------------|------------------------|
| アタラックス P | ヒドロキシジン |
| インダシン | インドメタシン |
| イントラリポス | 静注用脂肪乳剤 |
| ヴェノグロブリン | ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン |
| オノアクト、ランジオロール(10mg/mLを超える濃度は注意) | ランジオロール |
| ガベキサート | ガベキサート |
| クラフォラン | セフォタキシム |
| コアベータ(10mg/mLを超える濃度は注意) | ランジオロール |
| シンビット | ニフェカレント |
| ダントリウム | ダントロレン |
| ナファモスタット | ナファモスタット |
| ニカルジピン | ニカルジピン |
| バンコマイシン | バンコマイシン |
| ビスダイン | ベルテポルフィン |
| フェインジェクト | カルボキシマルトース第二鉄 |
| フェノバル(適応は皮下、筋注) | フェノバルビタール |
| プレビブロック | エスモロール |
| プロボフォール | プロボフォール |
| ミダフレッサ | ミダゾラム (記載はミダフレッサのみ) |
| モノヴァー | デルイソマルトース第二鉄 |
| 静注で使用する造影剤全般 | |

院内採用薬における血管外漏出に注意すべき薬剤

■ 起壊死性抗がん剤（抗がん剤投与管理手順・血管外漏出マニュアルに準ずる）

| 商 品 名 | 一 般 名 | 備 考 |
|----------|-------------------|--|
| イダマイシン | イダルビシン | アントラサイクリン系 ※漏出時の対応フローチャートに従ってサビーンの投与を検討 |
| エピルビシン | エピルビシン | |
| カルセド | アムルビシン | |
| ダウノマイシン | ダウノルビシン | |
| テラルビシン | ピラルビシン | |
| ドキシル | ドキシソルビシン(リポソーム製剤) | |
| ドキシソルビシン | ドキシソルビシン | |
| ノバントロン | ミトキサントロン | |
| ビキセオス | ダウノルビシン・シタラビン | |
| コスメゲン | アクチノマイシンD | 抗腫瘍性抗生物質 |
| マイトマイシン | マイトマイシンC | |
| アブラキサン | パクリタキセル(アルブミン懸濁型) | タキサン系 |
| ジェブタナ | カバジタキセル | |
| ドセタキセル | ドセタキセル | |
| パクリタキセル | パクリタキセル | |
| エルプラット | オキサリプラチン | 白金製剤 |
| エクザール | ビンブラスチン | ビンカルカロイド系 |
| オンコビン | ビンクリスチン | |
| ロゼウス | ビノレルビン | |
| フィルデシン | ビンデシン | |
| サイメリン | ラニムスチン | |
| トレアキシシン | ベンダムスチン | アルキル化剤 |
| ブスルフエクス | ブスルフアン | |
| パドセブ | エンホルツマブ | |
| ヨンデリス | トラベクテジン | その他 |

サبین点滴静注用 500mg 投与手順

【調製方法】

- 1V あたり注射用水 25mL で溶解（溶解後の濃度：20mg/mL）
- 必要量を抜き取り、500mL の乳酸リンゲル液、5%ブドウ糖液または生理食塩液で希釈
※血管痛発現予防のため、乳酸リンゲル液が推奨される

| 投与日 | 投与開始時期 | 投与量 | 投与方法 |
|------|---------------|--|------------------------------|
| 1 日目 | 血管外漏出後 6 時間以内 | 1000mg × 体表面積 (m ²) | 1 日 1 回 全量を 1～2 時間かけて点滴静注 |
| 2 日目 | 1 日目と同時刻 | 上限 2000mg まで | |
| 3 日目 | 1 日目と同時刻 | 500mg × 体表面積 (m ²) 上限 1000mg まで | |

【投与時の注意事項】

- 3 日目は 1, 2 日目の投与量の半量（50%量）を投与する
- 調製後は 150 分以内に投与を終了する
- 腎機能障害のある場合（Ccr 40mL/min 未満）では投与量を通常の半量にして投与する
- 基本的には漏出部位の反対側から投与する
- 薬剤が皮膚、粘膜に付着しないように注意し、接触した場合は直ちに水でよく洗い流す
- 投与中及び投与終了後に骨髄抑制をおこすことがあるため、定期的に血液検査を行う
- 妊娠する可能性がある女性患者及びパートナーが妊娠する可能性のある男性患者に投与する場合には、妊娠に及ぼす危険性について患者に説明した上で、投与中及び少なくとも投与終了後 3 ヶ月を経過するまでは避妊するよう指導する

7. PCA の安全管理

PCA: Patient Controlled Analgesia = 「患者が調整する鎮痛法」

患者自身がいつでも好きな時に、自ら鎮痛薬を投与できる方法。

・IV-PCA: 投与経路が静脈(医療用麻薬を使用)

・PCEA (Patient Controlled epidural Analgesia): 投与経路が硬膜外(主に局所麻酔薬を使用)

【PCA に関する用語解説】

・ボーラス: 注入ボタンを押し、あらかじめ決められた量の鎮痛薬を投与

・ロックアウト時間: ボーラス投与してから次にボーラス投与できるまでの時間

この時間内に注入ボタンを押しても鎮痛薬は投与されない。

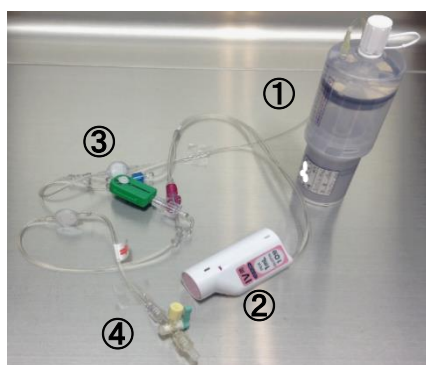
・ベースフロー速度: 鎮痛薬の血中濃度を維持する場合に投与

IV-PCA (投与経路が静脈) は、原則「off」= 0ml/hr

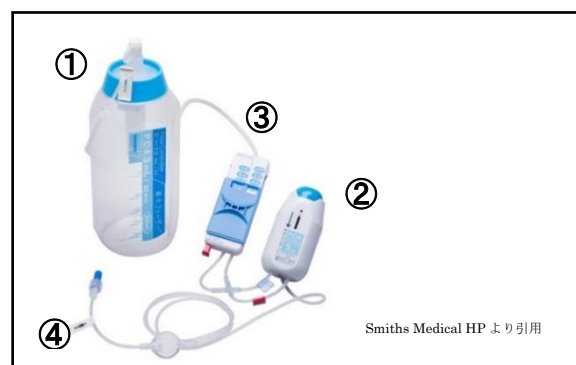
PCEA (投与経路が硬膜外) は、原則麻酔科指示

制限: 一定時間内にボーラスできる回数の上限

【IV-PCA の構造】



【PCEA の構造】



① ボトル: 薬液が詰められている。組成内容は貼付ラベルに記載

IV-PCA は医療用麻薬、PCEA は主に局所麻酔薬を使用

② 注入ボタン: 押すと1回分の鎮痛薬がボーラス投与される。

③ ダイヤル: 患者の状態に合わせてベースフローを選ぶ。

IV-PCA (投与経路が静脈ルート) は、原則「off」= 0ml/hr

PCEA (投与経路が硬膜外ルート) は、原則麻酔科指示

④ 接続: IV-PCA は点滴静脈回路、PCEA は硬膜外回路へ接続

PCAを接続する三方活栓は常に開放(同じルートの側管から他剤滴下中でも開放しておく)

【観察項目】

・接続違い(IV-PCA は点滴静脈回路、PCEA は硬膜外回路へ接続)、回路外れ、三方活栓の開放忘れ

・ボトル不具合(破損、薬液残量異常)

・意識レベル低下、呼吸数低下、嘔気、嘔吐、血圧低下

→ 鎮痛薬による副作用の可能性

・ボーラス回数が多い(=注入ボタンを頻回に押す)、ボーラス投与しても痛みが軽減しない。

→ 投与経路確認および、別の鎮痛薬(点滴、坐薬、内服)の使用を考慮

【返却】手術室で処方された使用済みボトルは、速やかに手術部へ返却 それ以外は、薬剤部へ返却

【問い合わせ】困ったこと、質問があれば麻酔科医へ連絡(麻酔科 PHS 5878)

8. 注意を要する医薬品

●外観類似の内服薬の例

【間違いやすい点】

PTP シート、外観の色調が類似しているものがある。

【注意点】

シートでは毒薬・劇薬・普通薬の区別がつかず、薬効の異なる薬品の場合があるためシートの記号・番号・商品名で確認する。

●キャップ色が類似の注射薬の例

【間違いやすい点】

バイアル製剤のキャップの色は、メーカーが独自で決めており、薬効には何の関係もないが類似しているものがある。

●複数規格の注射薬の例



ヘパリン Na ロック用 10 単位/mL シリンジ

ヘパリン Na ロック用 100 単位/mL シリンジ

【間違いやすい点】

同一成分で複数の種類と規格がある。

投与量も患者によって異なるため、指示量を正確に準備する。

グラム数指示、バイアル数指示(1g、1本)と混同しやすい。g、mg にも注意する。

(規格により、投与間隔、投与経路が違うものが存在するので注意必要！！)

●外観類似の外用薬の例

| | 商品名 | 薬効 |
|---|---------|--------|
|  | リンデロン坐剤 | ステロイド剤 |
|  | エスクレ坐剤 | 抗けいれん薬 |

【類似外用剤の対策】

PDA を必ず使用し、類似医薬品の取り間違いを防止する。

●名称類似の内服薬の例

【注意点】

調剤時は PDA でチェックし、剤形、シートの記号・番号・薬品名(商品名＋剤形＋含量)を確認する

●投与方法に注意の必要な注射薬

抗てんかん薬

➤ アレビアチン注 250mg

【注意点】

本剤は静脈内注射にのみ使用すること。

通常成人には、本剤 2.5～5mL(フェニトインナトリウムとして 125～250mg)を、1 分間 1mL を超えない速度で徐々に静脈内注射する。希釈溶解液は 1 アンプルあたり 20mL までとする。



- フェノバルビタール製剤 → 同一成分での投与経路の違い
(フェノバル注射液 100mg、ノーベルバル静注用 250mg)
- フェノバル注射液 100mg



【注意点】

フェノバルビタールとして、通常成人1回 50～200mg を1日1～2回、皮下又は筋肉内注射する。有機溶媒を用いた製剤である。注射局所に壊死を起こすことがあるので、内服不可能な患者の場合、又は緊急に必要とする場合以外は使用しない。

- ノーベルバル静注用 250mg

【注意点】

初回投与:フェノバルビタールとして、20mg/kg を静脈内投与する。
維持投与:フェノバルビタールとして、2.5～5mg/kg を1日1回静脈内投与する。



ステロイド薬

- ソル・メドロール 125・500

【注意点】

本剤の高用量を急速静注(500mg を超える用量を 10 分未満で投与)することにより、心停止、循環性虚脱、不整脈等があらわれたとの報告があるので、本剤の高用量を使用する場合にはこれらの副作用の出現に十分注意の上緩徐に投与すること。

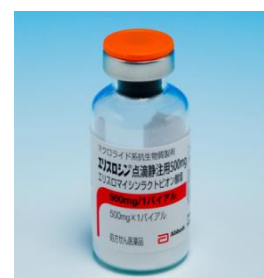


抗生剤

- エリスロシン点滴静注用 500mg

【注意点】

急速な静注によって心室頻拍(Torsades de pointes を含む)が発現したとの報告があるので、患者の状態に十分注意しながら、必ず1回2時間以上かけて点滴静注すること。



- クリンダマイシンリン酸エステル注 600mg「トーフ」

【注意点】

静脈内投与を行う場合は、用法・用量にしたがって希釈し、30分～1時間かけて点滴静注すること。
なお、急速静注は行わないこと。[心停止を来すおそれがある。]



- テイコブラニン点滴静注用 200mg「明治」
- バンコマイシン塩酸塩点滴静注用0.5「明治」

【注意点】

(テイコブラニン)ショック及びレッドマン症候群(顔、頸、軀幹の紅斑性充血、そう痒等)が報告されているので、本剤の使用にあたっては30分以上かけて点滴静注し、急速なワンショット静注では使用しないこと。

(バンコマイシン)急速なワンショット静注又は短時間での点滴静注を行うとヒスタミンが遊離されてred neck(red man)症候群(顔、頸、軀幹の紅斑性充血、そう痒等)、血圧低下等の副作用が発現すること。



9. 簡易懸濁法

令和 5 年 4 月 1 日改訂

- 簡易懸濁法とは、錠剤やカプセル剤を粉末状にせず、約 55℃の温湯に入れて懸濁・崩壊させ、経管チューブから投与する方法である。(院内情報 web → ライブラリ → 医薬品情報 参照)
- 事前に破壊、粉碎することが必要な製剤が存在する。
- 徐放性製剤等の特殊な構造をもつ製剤は簡易懸濁法でも経管チューブから投与できない。
- 散剤でも経管チューブから投与できない製剤が存在する。
- 粉碎しても経管チューブから投与できない製剤が存在する。
- 約 55℃の温湯では懸濁・崩壊しない製剤が存在する(常温の水で懸濁する必要がある)。
- 同時に懸濁することで、他剤の崩壊性、有効成分の安定性に影響を及ぼす製剤が存在する。

シリンジ内で薬剤を溶かす方法

[準備するもの]

- ・カテーテルチップ型シリンジ (30mL)
- ・キャップ
- ・55℃程度のお湯 約20mL

- ① キャップをしたシリンジに薬剤を入れる
(破壊・粉碎時は下記参照※)



【薬の簡易懸濁の適否検索方法】

院内情報 Web → ライブラリ → 医薬品情報
→ 簡易懸濁データベース 参照

- ② シリンジに 55℃程度のお湯を
約20mL 入れる



- ③ ピストン部を取り付けたら、キャップを
はずして、シリンジ内の空気を抜く



- ④ はずしたキャップを付け、
約10分放置する

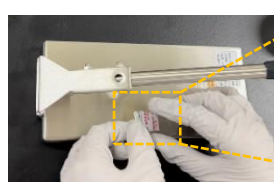


! 実際の作業では手指衛生後、手袋を着用すること

※破壊、粉碎する場合は、らくラッシュを使用する。

- ・使用前後は必ずエタノール清拭消毒
- ・PTP シートのアルミ面を上セット(右写真)
- ・アルミ片の混入に注意

(感染対策マニュアル参照)



アルミ面が上側



参考文献: 内服薬経管投与ハンドブック 等

【経管チューブからの投与に注意が必要な製剤の例】

* 単剤を 20mL で懸濁した場合の 8 Fr.チューブの通過性により評価しているため、多剤を同時に懸濁する場合には液量を増やす等の対策が必要な場合がある。 参考文献:内服薬経管投与ハンドブック 等

| 医薬品名 | 適否 | 備考 |
|--------------------------|------|---------------------------------|
| ポリスチレンスルホン酸 Ca 経口ゼリー 25g | 条件付き | PEG であれば可能。経鼻胃管は不可(注入に圧力が必要) |
| アザルフィジン EN 錠 | 条件付き | チューブが腸まで挿入されていれば可 |
| アスパラカリウム散 50% | 不可 | 簡易懸濁に適したグルコンサンK細粒 3mEq/g が可能 |
| ニフェジピン CR 錠 20、40 mg | 不可 | 徐放性製剤のため |
| ニフェジピン L 錠 10 mg | 条件付き | 徐放性製剤であるが、荒い粉砕であれば放出機構に影響なし |
| アデホスコーフ顆粒 10% | 不可 | 閉塞のおそれ |
| イーケプラ錠 500 mg | 条件付き | 粉砕が必要。ドライシロップ製剤を推奨 |
| イメンドカプセル 80、125 mg | 条件付き | 閉塞のおそれ、十分量が投与できないおそれあり注射剤を推奨 |
| エバデル S900 | 条件付き | カプセルが溶け残る。チューブへの吸着あり(全量投与困難) |
| MS コンチン錠 10、30、60 mg | 不可 | 徐放性製剤のため |
| 塩化ナトリウム | 可能 | 他剤の崩壊性を変化させるので単独での懸濁を推奨 |
| オキシコドン徐放カプセル 5、20 mg | 不可 | 徐放性製剤のため |
| ガバペン錠 200 mg | 条件付き | 粉砕してもフラッシュ水が 120 mL 程度必要 |
| カリメート散 | 条件付き | 閉塞事例あり。多めの水(50 mL 以上)で振り混ぜながら投与 |
| 球形吸着炭細粒 2g | 不可 | 閉塞のおそれ |
| センノシド錠 12 mg | 不可 | 閉塞のおそれ |
| エスワンタイホウ配合 OD 錠 T20、25 | 可能 | 抗癌剤のため被曝に注意。シリンジ等は使い捨てが望ましい |
| エソメプラゾールカプセル 10、20 mg | 条件付き | 脱カプセルし、水で懸濁して早めに投与する。顆粒はつぶさない |
| バイアスピリン錠 100 mg | 条件付き | 粉砕が必要。粉砕により胃への刺激性が生じるため基本不可 |
| ラベプラゾールナトリウム錠 10 mg | 不可 | 胃酸で失活するため不可 |
| ビオフェルミン散剤 | 条件付き | 常温の水で懸濁する(55℃ではゲル化するため) |
| ホスレノールチュアブル錠 250 mg | 不可 | 閉塞のおそれ |
| 酸化マグネシウム錠 330 mg | 条件付き | 配合変化の原因となるおそれが高いため単独で懸濁を推奨 |
| ランソプラゾール OD 錠 15、30 | 条件付き | 常温の水で懸濁し、早めに投与する。顆粒はつぶさない |
| レボフロキサシン錠 500 mg | 条件付き | 錠剤が大きいため分割もしくは粉砕を推奨 |
| ロキソプロフェン錠 60 mg | 条件付き | 粉砕が必要 |
| ツムラ漢方製剤 | 可能 | 残渣が生じる場合あり、閉塞に注意、単独 |

* 単剤を 20mL で懸濁した場合の 8 Fr.チューブの通過性により評価しているため、多剤を同時に懸濁する場合には液量を増やす等の対策が必要な場合がある。 参考文献:内服薬経管投与ハンドブック 等

10. 採血時末梢神経損傷防止対策

1. 採血時の末梢神経損傷防止対策

皮神経と血管の走行は個体差があるため、完全に回避することは不可能である。

- 穿刺部周囲の解剖を十分に理解し、静脈の選択と手技を適切に行うこと。
- 針抜去時にも注意する。不必要に太い針での穿刺は避けること。
- 穿刺前に、患者に痺れ等を自覚したら教えるように伝えておくこと。

1) 静脈の選択: **表在性の太い血管を選び**、非利き手から穿刺する。

第一選択: 橈側皮静脈(外側前腕皮神経に注意)

第二選択: 肘正中皮静脈(上腕動脈、正中神経が近いことがある)

避けるべき血管: 尺側皮静脈(直下を上腕動脈、正中神経本幹が走行している。内側前腕皮神経も伴走している。)

手関節部の橈骨茎状突起より中枢側 12cm 以内の前腕橈側(橈側皮静脈には橈骨神経の浅枝が密に絡まっている)

2) 穿刺手技: 針先で血管を探らない(伴走する皮神経を損傷する)。静脈にあたらない場合は刺入し直す。

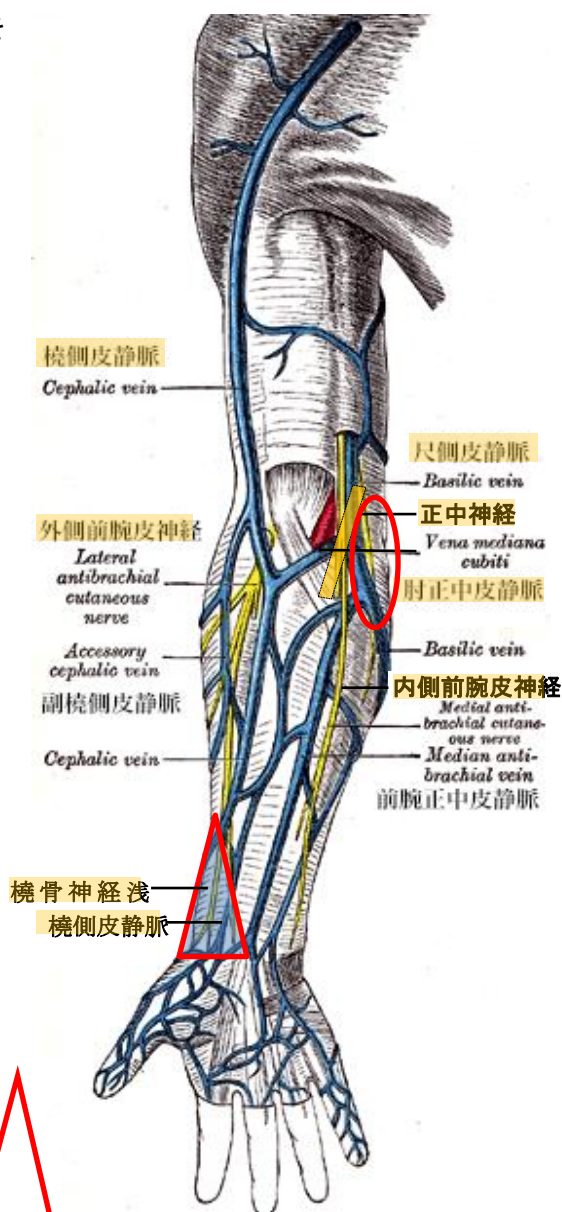
抜去時にも注意する。

3) 放散痛・痺れが生じた場合には、伝えるように事前に説明を行う。

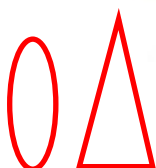
4) 穿刺時に通常の痛み以上の苦痛や放散痛、痺れを生じた際には、すぐに抜針する。

5) 血腫形成による神経損傷が起きるため、止血確認を行う。

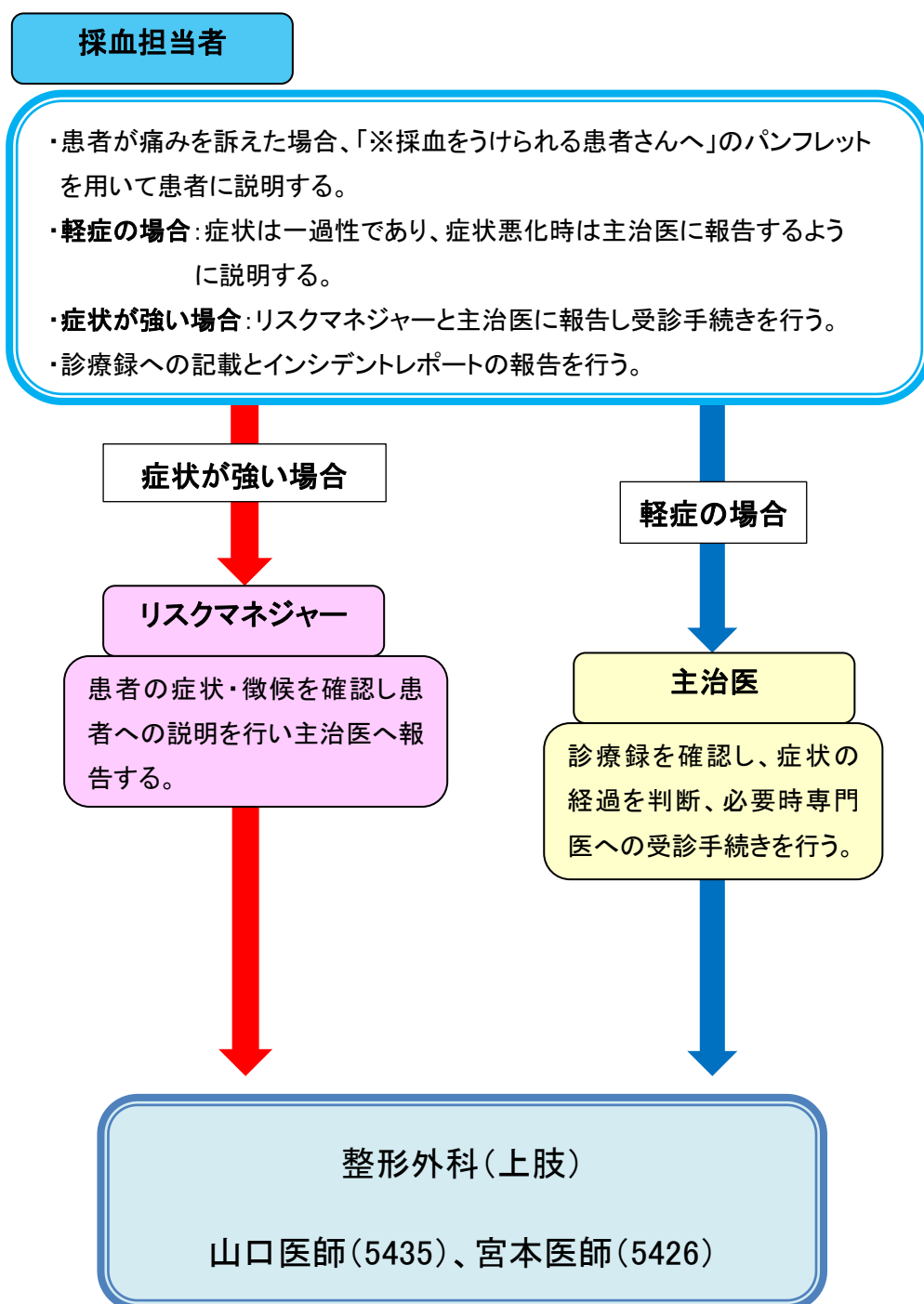
6) 同一患者の穿刺は2度まで、穿刺困難な場合は交代する。



避けるべき部位⇒



2. 採血時神経損傷発生時の対応



※「採血をうけられる患者さんへ」のパンフレットは、必要時電子カルテ
「文書参照」→「科別」→「医療安全管理部」から印刷する。

11. 薬物濃度の採取時間一覧

| 薬効 | 一般名 | 一般的な有効血中濃度 | 採取時間 |
|-----------------------|----------|--|---|
| 抗 菌 薬 | ポリコナゾール | 有効性: $\geq 1 \sim 2 \mu\text{g/mL}$ 安全性: $\geq 4 \mu\text{g/mL}$ で肝障害に注意 | トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | バンコマイシン | AUC: $400 \sim 600 \mu\text{g}\cdot\text{hr/mL}$ (トラフ+ピーク, もしくはトラフのみから AUC を推定する) | トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) ピーク: 投与終了の 1~2 時間後 |
| | テイコプラニン | 非複雑性感染症: $15 \sim 30 \mu\text{g/mL}$ 複雑性感染症: $20 \sim 40 \mu\text{g/mL}$ 電子カルテ→数値なし | トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | アルベカシン | ピーク $\geq 15 \mu\text{g/mL}$ (1 日 1 回投与) トラフ: $< 1 \mu\text{g/mL}$ (1 日 1 回投与) | ピーク: 点滴開始後 1 時間 トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | アミカシン | ピーク: 使用目的や菌の感受性により目標値が異なるため、抗菌薬ガイドライン改訂版等の成績を確認する。(問い合わせ先: 各病棟薬剤師、感染制御専従薬剤師 (6294)) トラフ: $< 4 \mu\text{g/mL}$ | |
| | ゲンタマイシン | ピーク: 使用目的や菌の感受性により目標値が異なるため、抗菌薬ガイドライン改訂版等の成績を確認する。(問い合わせ先: 各病棟薬剤師、感染制御専従薬剤師 (6294)) トラフ: $< 1 \mu\text{g/mL}$ | |
| 免 疫 抑 制 剤 | シクロスポリン | 腎移植: 100 ng/mL 未満 (3 ヶ月以降) 肝移植: 200 ng/mL 以下 骨髄移植: $150 \sim 250 \text{ ng/mL}$ ベーチェット病: $50 \sim 200 \text{ ng/mL}$ 乾癬: $80 \sim 100 \text{ ng/mL}$ 再生不良性貧血: $150 \sim 250 \text{ ng/mL}$ ネフローゼ症候群: 150 ng/mL | トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | タクロリムス | 腎移植: 5 ng/mL 前後 (3 ヶ月以降) 肝移植: $8 \sim 10 \text{ ng/mL}$ (術後 15~28 日目まで) $5 \sim 8 \text{ ng/mL}$ (退院後) リウマチ: $3 \sim 5 \text{ ng/mL}$ 重症筋無力症: 10 ng/mL 未満 | |
| | ミコフェノール酸 | (HPLC-UV 法) AUC _{0-12h} : $30 \sim 60 \mu\text{g}\cdot\text{hr/mL}$ トラフ: $1.0 \sim 3.0 \mu\text{g/mL}$ (EMIT 法) AUC _{0-12h} : $37 \sim 70 \mu\text{g}\cdot\text{hr/mL}$ トラフ: $1.3 \sim 4.5 \mu\text{g/mL}$ | AUC _{0-12h} : 医師の指示通り トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | エベロリムス | $3.0 \sim 8.0 \text{ ng/mL}$ | トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | 抗不整脈薬 | | |
| 抗 不 整 脈 薬 | ピルシカイニド | $0.20 \sim 0.90 \mu\text{g/mL}$ | トラフ: 投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | シベンゾリン | $200 \sim 800 \text{ ng/mL}$ | |
| | アプリンジン | $0.25 \sim 1.00 \mu\text{g/mL}$ | |
| | ジソピラミド | $2 \sim 5 \mu\text{g/mL}$ | |
| | プロパフェノン | $50 \sim 1000 \text{ ng/mL}$ | |
| | リドカイン | $2 \sim 5 \mu\text{g/mL}$ | |
| | アミオダロン | $500 \sim 2000 \text{ ng/mL}$ 電子カルテ→数値なし | |

| 薬効 | 一般名 | 一般的な有効血中濃度 | 採取時間 |
|-------------|-----------|---|---|
| 強心薬 | ジゴキシン | 0.5～1.5 ng/mL (慢性心不全では 0.5～0.9ng/mL) | トラフ:投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | メチルジゴキシン | | |
| | デスラノシド | | |
| 拡張薬 | テオフィリン | 5～20 μ g/mL | トラフ:投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| 抗腫瘍薬 | メトトレキサート | 24 時間値:10 μ M 以下 48 時間値:1 μ M 以下 72 時間値:0.1 μ M 以下 | 投与開始後 24 時間 投与開始後 48 時間 投与開始後 72 時間 |
| 解熱鎮痛薬 | アセトアミノフェン | 急性中毒(肝障害):4 時間値 \geq 150 μ g/mL ※摂取時刻が明らかな場合は、 Rumack-Matthew ノモグラム により肝障害の 可能性を推測する | 適宜 |
| 抗てんかん薬 | カルバマゼピン | 4～12 μ g/mL (抗けいれん作用) 6～8 μ g/mL (三叉神経痛) 電子カルテ→4～12 μ g/mL | トラフ:投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| | バルプロ酸 | 50～100 μ g/mL | |
| | フェニトイン | 10～20 μ g/mL (新生児 8～15 μ g/mL) | |
| | フェノバルビタール | 10～40 μ g/mL | |
| | クロナゼパム | 20～70 ng/mL | |
| | ゾニサミド | 10～30 μ g/mL | |
| | エトサクシミド | 40～100 μ g/mL | |
| 向精神薬 | ハロペリドール | 5～15 ng/mL | トラフ:投与開始直前 (投与前 30 分以内) |
| 躁うつ病 治療薬 | リチウム | 0.5～1.5 mEq/L | トラフ:投与開始直前 (投与前 30 分以内) |

参考文献:よくわかる TDM 第 3 版

免疫抑制剤 TDM 標準化ガイドライン 臓器移植編 2018

アセトアミノフェン、エトサクシミド、プロパフェノンはメーカー問い合わせによる

抗菌薬 TDM 臨床実践ガイドライン 2022

抗てんかん薬 TDM 標準化ガイドライン 2018

2015 年版 循環器薬の薬物血中濃度モニタリングに関するガイドライン

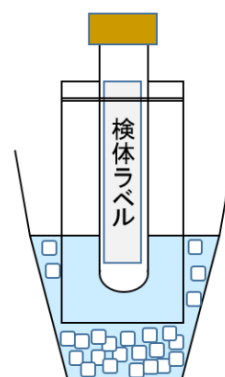
12. 検体保存・提出方法

1. 氷冷（冷蔵）

氷冷（冷蔵）の指示が記載されている検体は、採血から提出までは冷蔵庫あるいは氷水中で保存し、提出時は氷水に入れた状態で提出。

主な氷冷保存（提出）検体を示す。

| 検査項目 | 採血管ラベル | 採血量 |
|---------------------------------|---------------------|--------|
| アンモニア | 生化緑氷冷 54 | 2 ml |
| 血清補体価(CH50) | CH50 青氷冷 2 | 3 ml |
| 副腎皮質ホルモン(ACTH) | ACTH 紫氷冷 8 | 2 ml |
| 脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP) | BNP 紫氷冷 8 | 2 ml |
| 抗利尿ホルモン(AVP) | RIA 紫氷冷 11 | 5 ml |
| カテコールアミン | 外内分泌紫氷冷 17 | 5 ml |
| レニン活性 | RIA 紫氷冷 11 | 5 ml |
| ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP) | RIA 緑氷冷 21 | 2 ml |
| 乳酸・ピルビン酸 | 外乳酸白氷冷 23 | 1 ml |
| β トロンボグロブリン(β -TG) | 外 β TG 青氷冷 32 | 2.7 ml |
| 血中遊離メタネフリン分画 | RIA 紫氷冷 11 | 5 ml |
| 血小板第 4 因子(PF-4) | 外 PF-4 青氷冷 32 | 2.7 ml |
| ビタミン B1・ビタミン B2 | 外 VIT 遮紫冷 51 | 5 ml |
| UGT1A1 | UGT 紫氷冷 47 | 5 ml |
| 便中ヒトヘモグロビン | 外便 Hb 他 29 | |
| 尿コプロポルフィリン | 外尿黄氷冷 27 | |
| 血中コプロポルフィリン | 外遮光緑氷冷 19 | 5 ml |
| 血液ガス | 緊急血ガス | |



検体をビニール袋に入れ、氷水に浸けた状態で提出してください

冷蔵庫で提出まで保存

2. 保温(37℃)

保温の指示が記載されている検体は、採血直後から温水(37 度くらい)に浸け、保温した状態で提出。

| 検査項目 | 採血管ラベル | 採血量 |
|----------|--------------|------|
| クリオグロブリン | ★37℃ 温外血清青 2 | 3 ml |
| 寒冷凝集反応 | ★37℃ 温外血清青 2 | 3 ml |

検体をビニール袋に入れ、温水(37℃くらい)に浸けた状態で提出してください。

3. 遮光

| 検査項目 | 採血管ラベル | 採血量 |
|-----------------|-----------------|------|
| ビタミン B1・ビタミン B2 | 氷冷 外 VIT 遮紫冷 51 | 5 ml |
| ビタミン C | ビタミ 外遮光青 2 | 3 ml |
| 血中コプロポルフィリン | 外遮光緑氷冷 19 | 5 ml |
| 尿コプロポルフィリン | 外尿黄氷冷 27 | |

検体を専用容器(遮光)に入れ提出。ビタミン C は、採血管(青)をアルミホイルで巻いて提出してください。

4. 蓄尿検査

蓄尿は1日(24時間)に排泄された尿を集めて、尿量や尿中成分を調べるために行う。

尿は細菌が繁殖しやすく、尿中成分によっては分解されたり変化を受けたりしやすいものがあるため、検査項目により種々の保存剤(トルエン、塩酸、ホルマリン、アジ化ナトリウム、炭酸ナトリウムなど)を入れて蓄尿する。

現在、当院で指定されている蓄尿検査は、保存剤を加えない一般蓄尿と、ユリメジャー(塩酸の代替品)を加えて行う酸性蓄尿、尿C-ペプチド安定化剤(炭酸ナトリウム+SDS)を加えて行うC-ペプチド用蓄尿の3種類である。それぞれの該当検査項目と蓄尿方法は下記の通りである。

| | 酸性蓄尿 | 一般蓄尿 | C-ペプチド用蓄尿 |
|------|------------|------------------|-----------|
| 検査項目 | 尿中カテコールアミン | 尿中コルチゾール | 尿C-ペプチド |
| | 尿中メタネフリン分画 | 尿中P2(プレグナンジオール) | |
| | 尿中VMA | 尿中P3(プレグナントリオール) | |
| | 尿中HVA | 尿コプロポルフィリン | |
| | 尿中5-HIAA | 尿ウロポルフィリン | |
| | | 尿δ-アミノレブリン酸 | |
| | | 尿中銅(部分尿可能) | |
| | | 尿中ヨウ素(部分尿可能) | |
| | | 尿中フェリチン(部分尿可能) | |

【蓄尿方法と検査項目】

1) 酸性蓄尿

- (1) 尿防腐剤: 酸性ユリメジャー・T①(透明袋)1包と、酸性ユリメジャー・T②(銀色袋)1包を蓄尿容器に入れる。
- (2) 24時間蓄尿を行う。蓄尿中は容器に蓋をして冷暗所で保存する。

[手順]

朝7時から蓄尿を開始する場合

- ① 朝7時にトイレに行き、その時の尿はすべて捨てる。
- ② 以後の尿を蓄尿ボトル、蓄尿バッグ等にためる。
- ③ 翌朝7時に最後の尿をためる。(尿意がなくても排泄する)
- ④ 蓄尿量を測定する。
- ⑤ 蓄尿全体をよく攪拌し、尿専用容器(茶色)に入れ、ラベルに蓄尿量を記載し提出する。

2) 一般蓄尿

防腐剤等を何も入れずに、酸性蓄尿と同様の方法で蓄尿を行い、尿専用容器(茶色)に入れ提出する。

※ 尿コプロポルフィリンは専用ポリスピッツ(茶色)。

3) C-ペプチド用蓄尿

尿C-ペプチド安定化剤1包を蓄尿容器に入れ、酸性蓄尿と同様の方法で蓄尿を行い提出する。

※ 通常の滅菌尿スピッツで提出。

注1. 酸性蓄尿、C-ペプチド用蓄尿の尿は、一般蓄尿検査項目および随時尿検査項目には使用できない。

注2. 酸性蓄尿(C-ペプチド用蓄尿)の途中で容器が一杯になった時は、別の容器に新たにユリメジャー(尿C-ペプチド安定化剤)を入れ蓄尿を続ける。提出する際は2つの容器の尿をよく混ぜ合わせ、一部を尿専用容器(茶色)、(尿C-ペプチドは滅菌尿スピッツ)に入れ提出する。

13. 医薬品業務手順書

1. 医薬品の採用と購入

- (1) 医薬品の採用にあたっては、後発医薬品を含め薬事委員会で審議して決定する。
- (2) 医薬品の選定については、安定した供給・流通可能な医薬品を採用する。
- (3) 医療安全上の観点から類似名称、外観類似等取り間違い防止についての検討を十分に行う。
- (4) 採用医薬品に関する情報を各診療科に通知する。
- (5) 定期発注は医薬品名に JAN コードを付し、オンラインで電子的に行う。
- (6) 入庫の際、商品名、剤形、規格単位、数量、包装単位、メーカー名、使用期限、製造番号を発注書と照合しながら確認する。
- (7) 納品された医薬品に純正医薬品以外を発見した場合は直ちに医薬品安全管理責任者へ報告の上、当該医薬品の使用は行わず納品元の医薬品卸業者と連携し適切に対応する。
- (8) 医薬品の偽造品等の不適正な医薬品の流通防止対策として、譲渡人が信頼のおける卸業者であることを確認する。
- (9) 医薬品医療機器等法並びに麻薬及び向精神薬取締法を遵守する。

2. 医薬品の管理方法

- (1) 在庫医薬品は定期的に使用期限の確認を行う。
- (2) 劇薬、毒薬、向精神薬(第1種、第2種)は普通薬と区別して保管する。
 - 1) 鍵をかけた場所で保管する医薬品については、単独で施錠管理するよう工夫して混在の防止を図る。
- (3) 外観類似、名称類似、規格違いのある医薬品については棚の配置を工夫して取り違えの防止を図る。
- (4) 特定生物由来製品及び再生医療等製品については患者の氏名(ID 番号)、住所、製造番号、数量、施用年月日を記した使用記録を作成しデータおよび紙媒体で20年間保管する。
- (5) 病棟等への医薬品配置は必要最小限とする。
- (6) 病棟・特殊診療部門における医薬品の管理方法は「医薬品安全管理業務手順確認書」によって確認し、現状を把握したうえで適宜改善する。
- (7) 医薬品安全管理責任者等による院内巡視を行い、医薬品の適正管理に努める。
- (8) ハイリスク薬を別表1のとおり指定し、医薬品安全管理の観点から他の危険医薬品(リスク薬)よりもさらに高い注意レベルで保管・管理を徹底する。
- (9) 室内の温度管理、湿度管理、冷蔵庫の温度管理、遮光等を行い医薬品ごとの保管条件に留意すること。
- (10) 院内流通の医薬品については衛生管理を適切に行う。

3. 麻薬の管理

- (1) 医薬品医療機器等法並びに麻薬及び向精神薬取締法を遵守する。
- (2) 納品時に商品名、数量、製造番号と現品との照合を行い、納品伝票等を保管する。
- (3) 麻薬、覚せい剤原料については譲渡証の記載事項及び押印を確認し、2年間保管する。
- (4) 適切な在庫数・種類の設定を行い、定期的な在庫量の確認を行う。
- (5) 他の医薬品と区別した保管、施錠管理を行う。
- (6) 盗難・紛失防止の措置を徹底する。
- (7) 患者に最適な疼痛緩和のための情報収集、処方提案と患者への説明、麻薬の使用確認を行う。

4. 投薬指示と調剤

- (1) 持参薬の対応手順を別図1のとおり定め、これにもとづいて適切な管理を行う。
 - 1) お薬説明書等が添付されている持参薬については、説明書が示す内容と持参薬とが相違ないものとして取り扱う。
 - 2) 処方内容については、処方せんあるいはお薬説明書から得られたものを共有することで正確を期する。
- (2) 薬剤部においては、調剤用設備および機器の保守点検を定期的に行う。
- (3) 処方薬が適正に使用されているか確認する。
- (4) 院内で製造される放射性医薬品が安全に使用されるための品質検定を行う。
- (5) 未承認新規医薬品等の使用については、必要に応じて高難度新規医療技術等評価部の承認を受けることとする。

5. 患者への医薬品使用

- (1) 患者情報を収集し他職種との情報を共有し服薬指導の参考にする。
- (2) 服薬指導では調剤済薬剤服用後の症状の変化、新たな症状の発現、生活上の支障の有無等を確認する。薬剤情報提供文書を患者に説明する。(外来においては自動車の運転等危険を伴う機械の操作についても説明する。)

6. 医薬品の安全使用に係る情報の取扱い(収集・提供)

- (1) 患者及び医薬品についての情報を収集し医師等へ情報提供を行う。
- (2) 医薬品情報の周知状況を定期的に確認する。
- (3) 必要に応じて薬物血中濃度モニタリングを実施する。
- (4) 医薬品による副作用情報収集については別図2のとおり定め、これにもとづいて適切に処理する。

7. 他施設との連携

- (1) 服薬情報提供書(トレーシングレポート)、お薬手帳等で情報を共有する。
- (2) 薬薬連携等の施設間における協力体制を整える(副作用初期症状の確認、服用薬剤及び医薬品との関連の確認等)。

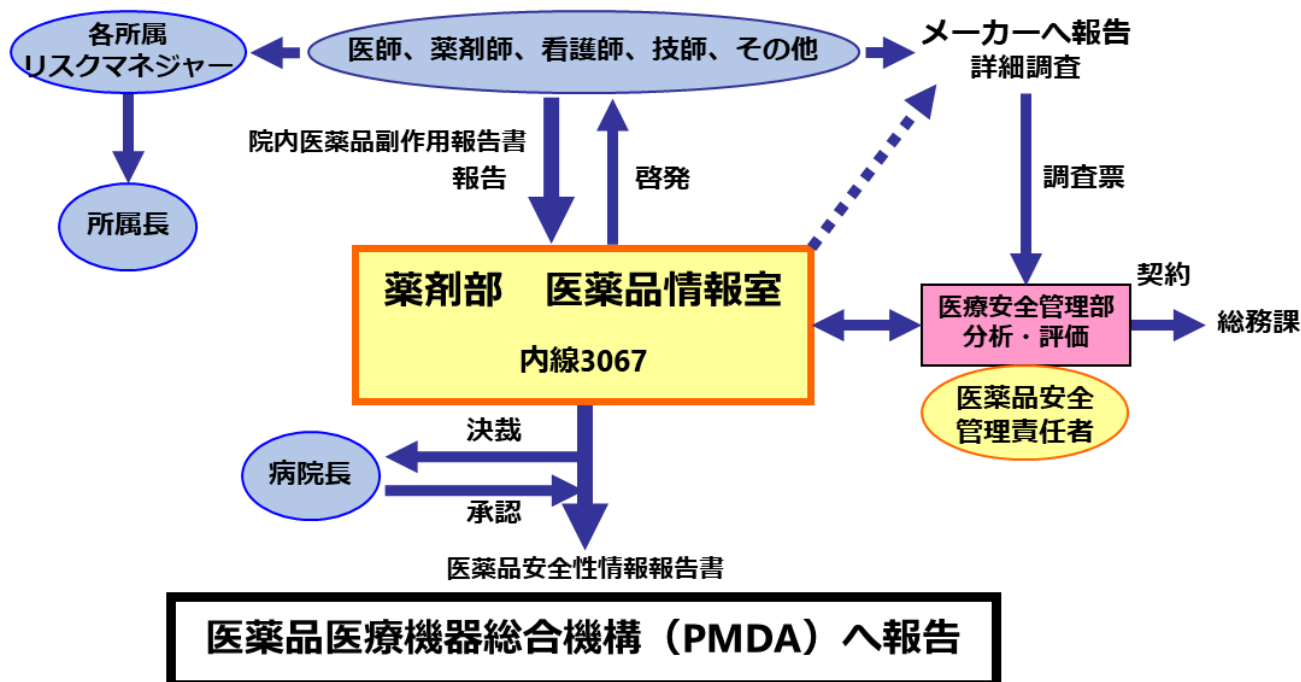
附則

この手順書(第2版)は、平成21年3月9日から施行する。
この手順書(第3版)は、平成22年3月22日から施行する。
この手順書(第4版)は、平成23年2月23日から施行する。
この手順書(第5版)は、平成24年2月23日から施行する。
この手順書(第6版)は、平成25年2月27日から施行する。
この手順書(第7版)は、平成26年2月24日から施行する。
この手順書(第8版)は、平成27年2月25日から施行する。
この手順書(第9版)は、平成27年7月1日から施行する。
この手順書(第10版)は、平成28年2月24日から施行する。
この手順書(第11版)は、平成28年7月27日から施行する。
この手順書(第12版)は、平成29年2月22日から施行する。
この手順書(第13版)は、平成29年10月21日から施行する。
この手順書(第14版)は、平成30年2月28日から施行する。
この手順書(第15版)は、平成30年5月23日から施行する。
この手順書(第16版)は、平成31年2月27日から施行する。
この手順書(第17版)は、令和元年7月24日から施行する。
この手順書(第18版)は、令和2年2月26日から施行する。
この手順書(第19版)は、令和3年2月24日から施行する。
この手順書(第20版)は、令和4年2月22日から施行する。
この手順書(第21版)は、令和5年2月22日から施行する。
この手順書(第22版)は、令和6年2月29日から施行する。

14. 医薬品・医療機器による副作用・不具合報告フローチャート

■ 医薬品

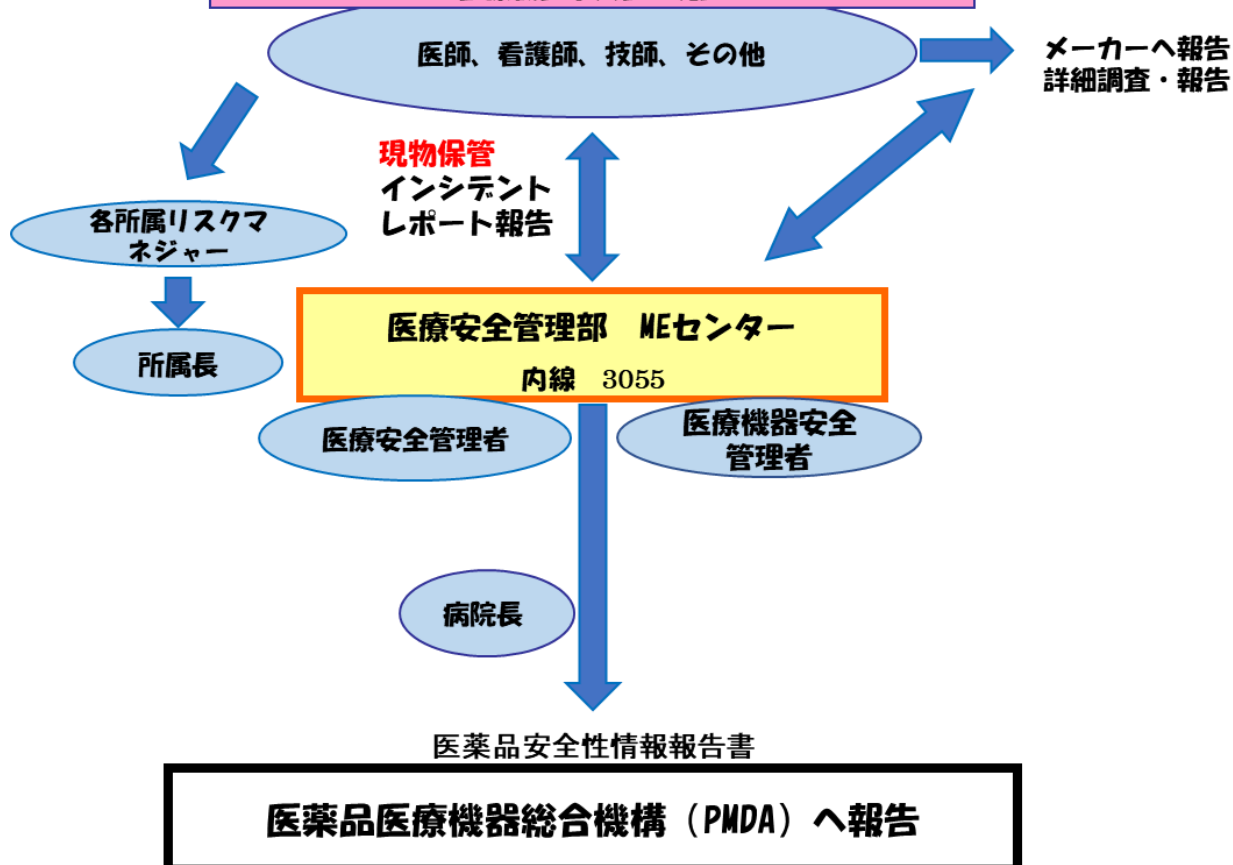
医薬品※による副作用、感染症および不具合の発生



※医薬品とは、医療用医薬品、一般用医薬品、化粧品・医薬部外品、再生医療等製品を指す。

■ 医療機器

医療機器不具合の発生



15. インシデントレポート、死亡症例報告入力方法

| インシデントレポート、死亡症例報告入力手順 | |
|--|---|
| <p>① ダッシュボード画面左の「報告書入力」をクリック</p> <p>② 【インシデント入力】 通常インシデントと 転倒・転落インシデント報告</p> <p>【死亡症例報告】 死亡症例の報告 【針刺し切創・皮膚粘膜入力】 針刺し・曝露の報告</p> <p>インシデント (転倒・転落を含む)</p> <p>死亡症例</p> <p>針刺し</p> | <p>① ダッシュボード画面左の「報告書入力」をクリック</p> <p>② 【インシデント入力】 通常インシデントと 転倒・転落インシデント報告</p> <p>【死亡症例報告】 死亡症例の報告 【針刺し切創・皮膚粘膜入力】 針刺し・曝露の報告</p> <p>から該当項目を選択する。</p> |
| <p>インシデント入力</p> <p>★スクロールしながら入力していきます。最後まで入力しましたら上段の【登録】ボタンを押してください。</p> <p>基本項目</p> <p>事象レベル (必須)</p> <p>種別 (必須)</p> <p>報告者</p> <p>所属部門 (必須)</p> <p>報告者氏名 (必須)</p> <p>報告者職種 (必須)</p> <p>インシデント項目</p> <p>必須は必ず入力</p> | <p>インシデント入力の各項目に沿って選択、又は入力する。</p> <p>Point !</p> <p>「必須」項目は必ず入力 !</p> |
| <p>新規 インシデント入力</p> <p>登録 入力中止</p> <p>報告者</p> <p>所属部門 (必須)</p> <p>報告者氏名 (必須)</p> <p>報告者職種 (必須)</p> <p>インシデントとの関係性 (必須)</p> <p>発生日時 (必須)</p> <p>発生場所 (必須)</p> <p>半角入力 !!</p> | <p>時間「分」の選択数値は10分単位で入力の為、 一桁台の修正は手入力。 「半角」で入力する事。 (全角だとエラーが出る)</p> <p><発生日時> インシデントの発生日時 不明の時は発見日時でも可</p> |

SafeMaster 2.0 香川大学病院 管理ユーザー-01

医療安全

ダッシュボード

基本項目

内容分類

種類と物品

発生場面

事例の内容

発生要因

記述報告

新規 インシデント入力

登録 入力中止

対象患者

患者の数 1人 複数人

患者区分 入院 外来 不明

患者ID ① ②

患者氏名 ③

患者年齢 30歳未満 30~59歳 60~79歳 80~99歳 100歳以上 患者数 不明

患者性別 男性 女性 患者数 不明

④ 事故に直接関連する疾患名

関連する疾患名1

関連する疾患名

関連する疾患名

不明

該当がなければ「主病名」を入力

- ①患者 ID を入力
- ②「読込」をクリックすると
- ③「患者氏名」「年齢」「患者性別」が自動入力される。
- ④「事故に直接関連する疾患名」に該当する病名が無い時は「主病名」を入力。

配属年月日
職種開始年月日

・マイプロフィールで設定以降、インデント入力画面の年数が自動計算され表示されます。

報告書入力

改善策

メンテナンス

コンサル通知

コンサルテーション検索

マイプロフィール設定

パスワード変更

マイプロフィール設定

登録 入力中止

一般利用者01

部署配属年月日 2019/03/09

職種開始年月日 2016/04/01

担当者職種経験年数 年選択 月選択

担当者部署配属年数 年選択 月選択

当事者本人の「配属年月日」と「職種開始年月日」をマイプロフィールに入力すると自動計算で表示可能。

＜プロフィールの調べ方＞

- ①電子カルテ
- ②タイムリフォーマー
- ③人事管理業務
- ④プロフィール参照

香川大学病院 管理ユーザー-01

訂正 インシデント入力

登録 入力中止

④

① 必須は必ず入力

② 5W1Hで憶測を含まず事実関係を記載

③ 部署対策を記載

内服薬管理

内服薬管理 (インシデント)

内服薬管理 (インシデント後)

記録報告

タイトル

事例の具体的な内容

事例の背景要因の概要

改善策

- ①「タイトル」は必須
- ②「具体的内容」「背景要因の概要」は直接入力。5W1Hで憶測を含まず事実関係を記載。
- ③「改善策」は部署対策を記載
- ④すべて入力すれば「✓登録」をクリックする。

Point !

情報

入力データを登録します。よろしいですか？

YES No

情報

データを登録しました。

【OK】ボタンを押下すると、まとめ画面に移ります。

※ボタン名は「一覧へ戻る」の場合もあります。

②添付ファイルがある場合は、左下の【添付ファイル】ボタンを押下ください。

OK

「✓登録」をクリックすると左記の画面が出る。

必須入力未の項目があればポップアップが出るので指示に従い入力する。

すべて OK であれば「OK」をクリック。

*** 登録完了 !**

報告書まとめ画面

一覧表示

訂正

訂正履歴

報告書No

15

報告日

2023/12/15

タイトル

test

更新日

2023/12/15 17:04(一般利用者01)

基本項目

事象レベル

0

種別

インシデント

報告者情報

【所属部門】 東病棟1階

【報告者氏名】 一般利用者01

【報告者職種】 看護師

【インシデントとの関係性】 当事者

発生日時

2023/12/15

発生場所

外来診療室

患者情報

【患者の数】 1人

【患者区分】 入院

【患者年齢】 3歳

【患者性別】 男性

【疾患名】 test

【直前の患者の状況】 障害なし

報告日時: 2023/12/15 17:04

一般利用者01

更新日時: 2023/12/15 17:04

一般利用者01

転送日時:

終了日時:

コメント欄(公開)

保存

管理者の操作欄

確認者

確認日時

管理権限保持者

部門選択

最後にまとめ画面が表示される

入力内容を確認

訂正が必要ななら「訂正」をクリック。

Point !

登録したインシデントは医療安全管理部とリスクマネジャーへ通知される。

新規 死亡症例報告

登録

入力中止

報告者氏名

管理ユーザー-01

発生日時(死亡日時)

2023/12/14 07:20

患者基本情報

患者ID

000

読み込み

患者氏名

患者年齢

あり

なし

ありの場合、以下の項目も記載してください。

医療行為の有無

実施年月日

実施内容

死亡要因

死亡に至る経緯

解剖の有無

あり

なし

AIの有無

あり

なし

死亡可能性 予見の有無

予見あり

予見なし

死亡の可能性についての患者家族への説明の有無

説明あり

説明なし

家族への説明

家族の反応

死亡症例報告の場合は、診療行為に基づく死亡か、患者の死亡を予測していたか、具体的な死亡率について事前に説明していたか、死亡の可能性の説明記載の有無、Ai や解剖の有無を選択する。

16. e-ラーニング受講方法

1. 電子カルテ端末で受講する場合

①

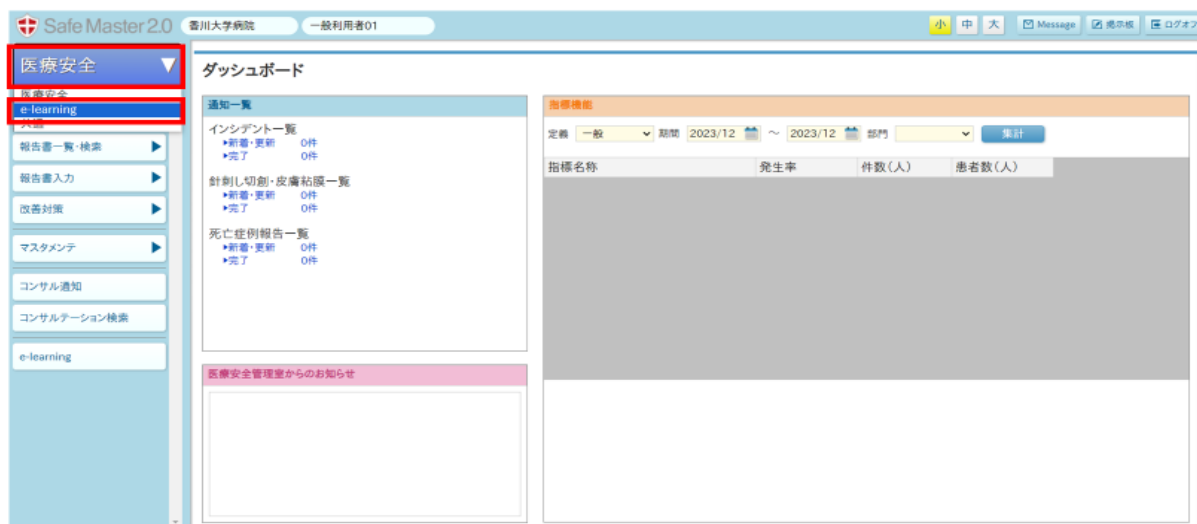
e-learningを受講するための手順

- ・インシデント・レポート(Safe Master)にアクセスして下さい。
- ・電子カルテへのアクセス権限がない方は受講できません。
- ・デスクトップ型端末は、イヤホン等で音声をお聞き下さい。
- ・ノート型端末は、音量設定でミュートを解除し、イヤホン等でお聞き下さい。受講修了後は、ミュートに戻して下さい。
- ・テストは**必ず**受けて下さい。
100%の正解者のみ研修受講済みとなります。
- ・アンケートにご記入下さい。
- ・何度でも受講可能です。
- ・同時にアクセスできる台数に制限をかけています。コンテンツが選択できない場合は、時間をおいて再度アクセスして下さい。

医療安全管理部

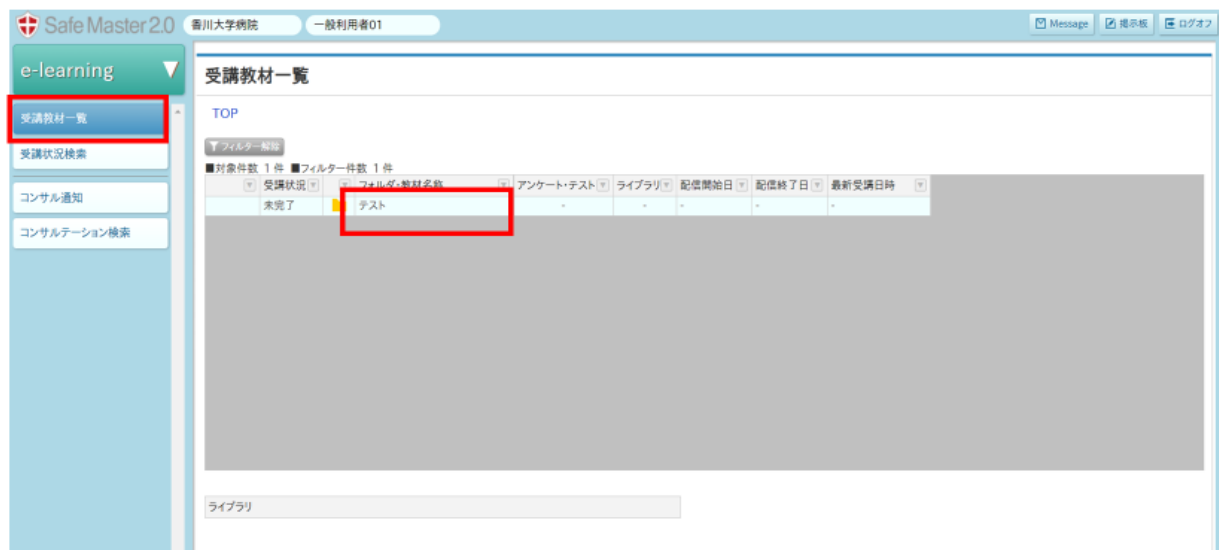
②

「医療安全」をクリックし、「e-learning」を選択してください。



③

「受講教材一覧」をクリックし、該当するフォルダをダブルクリックしてください。



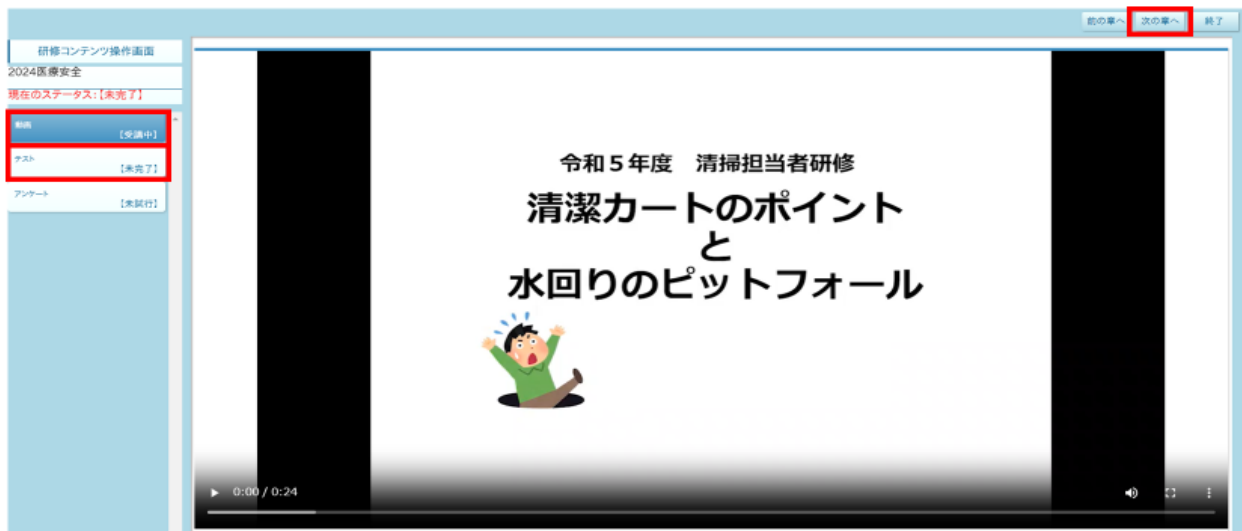
④

該当する教材の左端の「受講する」をクリックしてください。



⑤

左端の「動画」をクリックし、視聴ください。
視聴が終われば、「次の章へ」もしくは「テスト」をクリックしてください。



⑥

「アンケート・テスト開始」をクリックしてください。
指示のとおり、テストを回答してください。



⑦

回答が終わったら、「回答終了」をクリックしてください。

※回答終了をクリックしないと回答したことになりませんので、ご注意ください。

※全問正解(100点)で研修受講となります。

テストが終われば、「次の章へ」もしくは「アンケート」をクリックしてください。
テスト同様に回答をして、「回答終了」をクリックしてください。

研修コンテンツ操作画面

2024医療安全

現在のステータス: [合格]

動画 [完了]

テスト [受講中]

アンケート [完了]

前の章へ 次の章へ

アンケート・テスト回答が完了しました。
最後に回答終了ボタンをクリックしてください。
アンケート・テスト回答を修正する場合は左下の戻るボタンを押してください。

戻る 回答終了

2.一般端末で受講する場合

①

e-learningを受講するための手順

- ・香川大学Moodleにアクセスし、ログインして下さい。
- ・ログインには統合認証パスワードが必要です。
- ・ユーザープロフィールの登録を行い、受講するコースをコース登録してください。
- ・コース登録が完了しますと受講可能になります。
(登録完了のメールが届きます。)
- ・テストは必ず受けて下さい。
100%の正解者のみ研修受講済みとなります。
- ・何度でも受講可能です。

医療安全管理部

②

香川大学moodle e-Learning 受講までの流れ

受講にあたって

- 初めて受講される方は、プロフィールの登録が必要です。
プロフィール登録の際、「メールアドレスの誤入力」する方が増えております。
お間違えの無いようお確かめください。
- 香川大学のすべての教職員は、この e-Learning を利用できます。
- 統合認証 ID (職員番号) / パスワードでログインしてください。

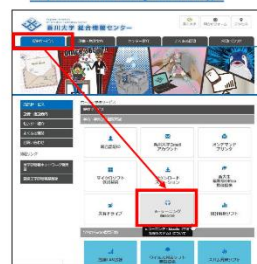
統合認証によるログイン

1. 香川大学 Moodle に接続します。 <http://kadai-moodle.kagawa-u.ac.jp>

■ その他のログイン方法

・ 総合情報センターの HP からログイン
<https://www.itsc.kagawa-u.ac.jp/>

・ 香川大学ホームページからログイン
<https://www.kagawa-u.ac.jp/>



総合情報センターのホームページから
[提供サービス] → [e-Learning Moodle]

香川大学ホームページから、[学生生活・就職] →
[香川大学 Moodle(e-learning)]

2. 右上にある (ログイン) リンクをクリックします。



職員番号とパスワードを入力してください。
※統合認証 ID と紐づいております。



③

香川大学moodle e-Learning 受講までの流れ

「初めて受講される方」ユーザプロフィールの登録

3. 必要項目を記入して下さい。*印は必須項目です。
(※後から変更することも可能です。)

- * 【姓】と【名】を入力してください。
- * 【メールアドレス】は実際に利用可能なメールアドレスを入力してください。
(香川大学 Moodle より確認のメールが届きます)
- * 【メールアドレス公開】はいずれかを選択してください。
- * 【学籍番号】はログイン時に入力されたユーザ名が入力されていることを確認してください。

必要な項目を記入後、下部にある【プロフィールを更新する】をクリックします。

④

香川大学moodle e-Learning 受講までの流れ

プロフィールを更新する

* マークが付けられたフィールドは必須入力フィールドです。

●プロフィールを更新できない場合

* 「このメールアドレスはすでに使用されています」と表示されていたら、
使用できる別のメールアドレスに変更してください。

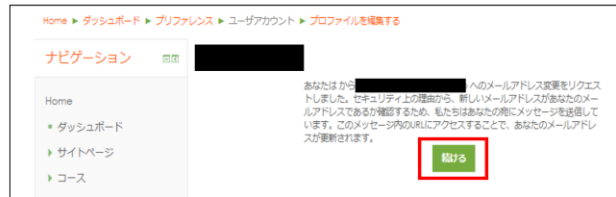
* 「変更保留中です。あなたの・・・メール変更をキャンセルする」と表示されていたら、
香川大学 Moodle より届いたメール内のリンクをクリックしてください。または再度ログインしなおしてください。

4. Moodle 管理者から、先ほど登録したメールアドレスに確認メールが送信されます。
本文中の URL をクリックしてください。

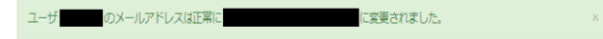
⑤

香川大学moodle e-Learning 受講までの流れ

5. URL をクリックすると、次のように表示されますので「続ける」をクリックします。



6. 自分のプロフィール画面が表示され、上部に以下のように表示されます。



これでプロフィール登録は完了です。次にコース登録を行ってください。

受講するコースの登録

7. 左上の「Home」をクリックしてください。ログアウトしている場合は再度ログインしてください。



⑥

香川大学moodle e-Learning 受講までの流れ

8. コースカテゴリから、「教職員研修」をクリックします。



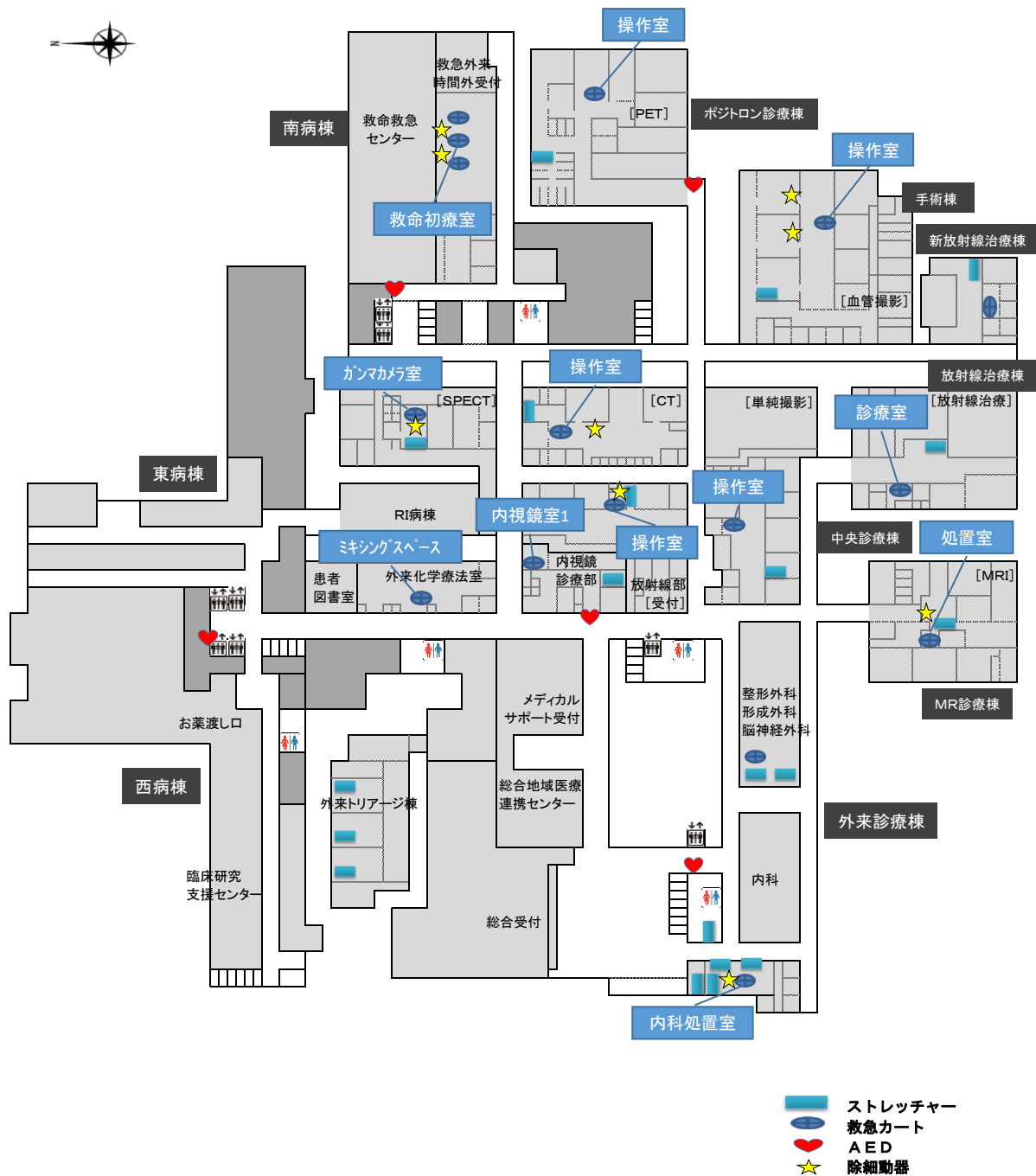
9. 登録するコースを選択して、「私を登録する」をクリックします。



以上でコース登録は完了です。

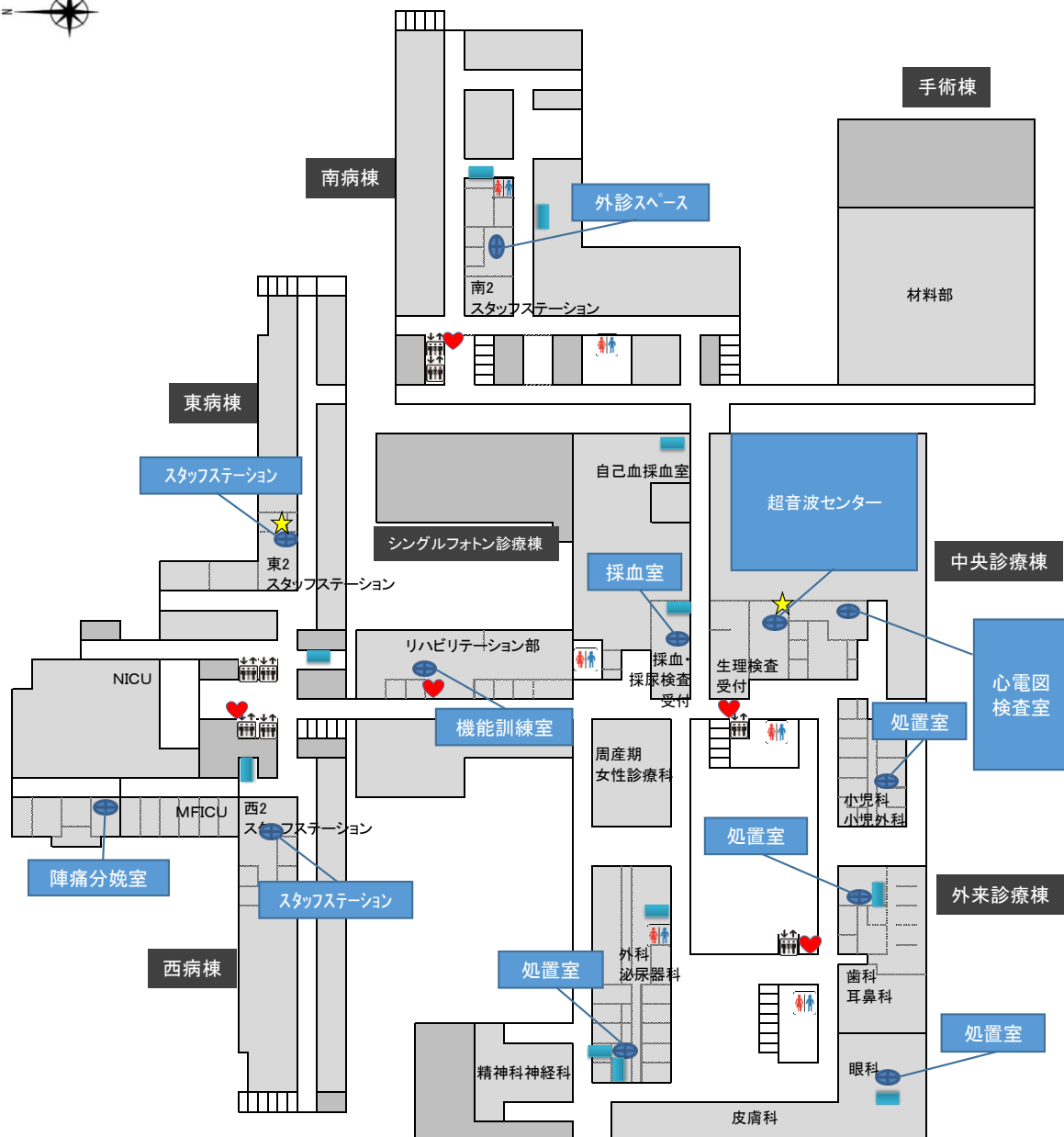
17. 救急物品配置図

1階



令和7年4月現在

2階



-  ストレッチャー
-  救急カート
-  AED
-  除細動器

令和7年4月現在

18. 「患者相談窓口」マニュアル

(香川大学医学部附属病院総合地域医療連携センター)

1. 患者相談窓口の目的

患者等からの苦情、相談に応じられる体制を確保し、医療機関の安全対策等の見直しにも活用することを目指す。なお便宜上、総合地域連携センターの医療相談窓口を患者相談窓口として兼用し、相談内容により医療安全管理部での対応を行うこととする。

2. 担当者・責任者

窓口担当者:総合地域医療連携センター前方支援担当者
総合地域医療連携センター後方支援担当者

担当者:医療安全管理部 担当者

責任者:総合地域医療連携センター長
:医療安全管理部 部長

3. 対応場所

総合地域医療連携センター

4. 対応時間

平日:8時30分～17時15分

5. 業務内容

- (1)患者、家族から受けた苦情・相談内容のうち、重要な案件であると判断した場合は総合地域医療連携センター副センター長に報告する。
- (2)相談者の許可を得て、必要に応じて関係部署に報告し、速やかな解決に向けた対応をする。
- (3)苦情・相談のうち、医療安全対策が必要と考えられる場合には、医療安全管理部に報告する。
- (4)苦情・相談により、患者・家族が不当な不利益を受けないよう適切な配慮を行う。
- (5)対応時に身の危機を感じた場合は、速やかに応援者を呼ぶ。
- (6)診療情報提供いわゆるカルテ開示を請求された場合は、担当者に引継ぐこと。
- (7)苦情・相談内容によっては、病院長の判断により行政機関(警察、保健所、市役所等)に連絡する場合がある。

6. 業務担当等

- (1)総合地域医療連携センター・前方支援
 - 公費負担医療制度の申請について
 - 他医療機関への逆紹介
 - 他医療機関の情報提供
 - 特殊外来等の予約
 - 産科医療補償制度
 - 現物給付医療費等請求

診療情報提供(カルテ、画像)

その他地域連携に関すること

なお、詳細については各担当者の業務マニュアルを参照のこと

(2) 総合地域医療連携センター・後方支援

別紙「総合地域医療連携センターオリエンテーション」参照

(3) 窓口

医療相談窓口

肝炎治療相談窓口

認知症疾患医療センター

認知症専門医療相談窓口

難病相談窓口

脳卒中・心臓病等総合支援センター

(4) 患者さんの不満、暴力行為発生時等への対応方法

別紙「クレーム・暴力行為対応マニュアル」を参照

7. 記録報告

記録: 対応内容については、パソコンの「ファイルメーカー」に記入する。

報告: 重要かつ緊急性のある相談については、担当者から医療支援課長や総合地域医療連携センター副センター長(後方看護師長)に報告し判断を仰ぐ。

診療上の諸問題についての相談対応については、サポートカンファレンスに医療安全管理部の担当者が参加し、必要時対応する。

8. 時間外対応

原則対応しない。

事務当直等に時間外に相談依頼があれば、時間外で対応できない旨を伝え、時間内に総合地域医療連携センターに相談していただくよう依頼する。

9. 統計

相談件数及び内容については毎月取りまとめ、病院長に報告する。

10. 情報の守秘義務

相談で知り得た情報は、第三者に一切開示、漏洩または提供してはならない。

また相談者のプライバシーに対しては、十分配慮し、相談の際、患者が個室を希望する場合は、相談室を使用すること。

2023 年 8 月 7 日作成
2024 年 12 月 24 日改訂

19. 医療費の取扱についてのフロー

