

保険薬局における吸入指導の流れ（初回）

*詳細な流れについては、(7) 岡谷吸入指導連携(運用手順書)【保険薬局用】を参照

(1) 患者より吸入指導依頼書・同意書、院外処方せんを受け取り、内容を確認

(2) 下記の手順により指導

最初に、薬剤師が手技を示す(練習用吸入器使用)



次に、患者に実施してもらう



最後に、薬剤師が評価し、正しく実施できるまで繰り返す

* 患者吸入指導テキスト(大林浩幸著、協和企画)、実践、患者吸入指導のコツとピットホール((一社)吸入療法アカデミー)等、デバイスごとの説明書(製薬会社作成)、「吸入指導実施確認・報告書」のチェックリスト、練習用吸入器等を用いて吸入指導を実施

* <手技確認における8つのポイント>に注意し吸入指導を実施

(3) 【吸入指導実施確認・報告書】の記入

- 指導依頼項目 : (記入例①参照)
- 《手技確認》 : (記入例②参照)
- 《患者の状況確認》 : (記入例③参照) *初回時は記入不要
- 指導方法、評価、コメント : (記入例④⑤⑥参照)
- その他、指導日、指導者、指導回数、算定の有無などの必要事項を記入

(4) 【吸入指導実施確認・報告書】を依頼施設に FAX 送信(情報のフィードバック)

*吸入指導において、処方された吸入薬を変更する必要がある場合等、急を要する場合は、医師に疑義照会を行い、対応を協議する

(記入例)

C 吸入指導実施確認・報告書 (薬剤師→医師) (pMDI(エアゾール製剤用))		No.1			
医療機関名:		担当医師名:		医師	
患者名 (ID):		() (男・女)		生年月日: 大・昭・平・令 年 月 日	
薬局名:					
薬品名	<input type="checkbox"/> フルティフォーム <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> フルタイド <input type="checkbox"/> キュバール <input type="checkbox"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> メブチン <input type="checkbox"/> メブチンキッド <input type="checkbox"/> ベロテック <input type="checkbox"/> アトロVENT				
指導依頼項目	<input checked="" type="checkbox"/> ①初回指導 <input type="checkbox"/> ②定期確認指導 <input type="checkbox"/> ③薬剤変更による指導 <input type="checkbox"/> ④症状悪化による確認指導 <input type="checkbox"/> ⑤その他(コメント欄へ)				
<手技確認における8つのポイント*> ①デバイス保持(垂直) ②カウンター指差し確認 ③通気口の位置確認 ④ボタン・レバー・カバー操作は最後までしっかり行い指を離す ⑤口角を閉じる ⑥吸い方(ゆっくり深く) ⑦息止め(指折り5つ) ⑧うがいは必ず行う(ガラガラ、ブクブク各3回)					
* 医師からの依頼による指導なのか? 医師以外からか区別するために、 ① 吸入指導依頼書を受け取った場合のみ、指導依頼項目の対応番号(①~⑤)を記入する					
《手技確認》(目安: 初回・2回目・3か月後・必要時) *吸入指導依頼書を受け取った場合のみ対応番号を記入→指導依頼項目		担当薬剤師 サイン又は⑩ 小竹 宏幸	指導対象者 本人・その他	本人・その他	本人・その他
*製薬会社作成の説明書を元にpointを表記(下線は説明書に記載はないが重要な点) * 試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。		指導日 5/5	/	/	/
試し噴霧 (開封時)	①薬剤の準備後、薬剤ごと決められた回数試し噴霧を繰り返します(薬剤が目に入らないように下へ向けて行う)				
①薬剤の準備	薬剤セット時の操作は ポンベの底が上になるように垂直 に持ち行う	<input type="radio"/>			
	カウンターで 残量確認 する(カウンターの無いものは残量計で確認可能)	<input type="radio"/>			
	キャップ外す(両端をつまむ)	<input type="radio"/>			
	吸入器をよく振る	<input type="radio"/>			
②息吐き		<input checked="" type="radio"/>			
③吸入		<input checked="" type="radio"/>			
④息止め	吸入器から口を離し、口を閉じ、 指折り5つ 、息を止める(無理のない程度で良い)	<input type="radio"/>			
⑤息吐き	鼻から ゆっくりと息を吐く	<input type="radio"/>			
*繰り返し	*複数回吸入する場合は①~⑤を繰り返す				
⑥後片付け	キャップを しっかり 閉じる	<input type="radio"/>			
⑦うがい	吸入後はガラガラうがい、ブクブクうがいを各3回ずつ行う	<input type="radio"/>			
* <手技確認>の評価は、O(問題なし)、△(やや不十分)、×(問題あり)の3段階で記入					
《患者の状況確認》(目安: 2回目以降の指導時)					
⑧副	③ 2回目以降に確認結果を記入するため、初回時は記入不要	和感・他) 出現時コメント欄へ			
⑨残量					
⑩発作・増悪時の対応について理解している					
⑪薬剤名が言える					
⑫用法・用量を理解している					
⑬薬効(薬の働き)を理解している					
⑭うがいの必要性を理解している					
⑮吸入効果を実感している					
* <患者の状況確認>の評価は、O(問題なし)、△(やや問題あり)、×(問題あり)の3段階で記入					
算定の有無(1.服薬情報等提供料①・2.服薬情報等提供料②、3.吸入薬指導加算・4.算定なし)					
*引き続き、No.2用紙の「指導資材」、「評価」、「コメント欄」への記入をお願いします。					

C 吸入指導実施確認・報告書（薬剤師→医師）（pMDI(エアゾール製剤用)） No.2

④ 指導資料・評価は該当するものにする

⑤ △×があれば要継続指導とする

5 月 5 日

指導資料	【参考書籍】 <input checked="" type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input checked="" type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他()
------	---

評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input checked="" type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
----	--

コメント欄：（今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて）

⑥ 詳細な患者情報提供が必要な場合はコメント欄に記入する

吸入前の息吐きだしを忘れてしまう傾向にある。
同調が怪しいが今回はスパーサーなしで様子を見ることになった。次回確認し同調不良であればスパーサー導入予定。

月 日

指導資料	【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他()
------	--

評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
----	---

コメント欄：（今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて）

送信後の「吸入指導実施確認・報告書」は保険薬局で保管し次回の指導に利用する

月 日

指導資料	【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他()
------	--

評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
----	---

コメント欄：（今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて）

月 日

指導資料	【参考書籍】 <input type="checkbox"/> 患者吸入指導テキスト(協和企画) <input type="checkbox"/> 吸入療法アカデミーテキスト <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input type="checkbox"/> デモ器 <input type="checkbox"/> 実薬 <input type="checkbox"/> 口頭説明のみ <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> その他()
------	--

評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要家族等介助 <input type="checkbox"/> 要スパーサー・補助器具 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> その他(コメント欄へ)
----	---

コメント欄：（今回の要指導点・前回の要指導点の改善状況などについて）

忘れずに2枚 (No.1・No.2) FAX送信する

（保険薬局の方へ）
*記入後、No.1、No.2用紙を、処方箋発行医療機関にFAX送付状をつけてFAX送信お願い致します。