

吸入指導実施確認・報告書（薬剤師→医師）（C用紙）

「吸入指導実施確認・報告書」は、①デバイスごとに各製薬会社作成の説明書を元にポイントを表記、説明書では省略されているが重要な点を下線で追記し、患者さんが混乱しないよう「息止め指折り5つ、うがいは必ずする、pMDI(エアゾール製剤)は吸入前に必ずよく振る」と、(一社)吸入療法アカデミー方式で統一。②指導の均一化・質の標準化を図るためチェックリスト形式とし、③指導状況の経時的変化を確認できる様に複数回形式とした。

* 手技確認時に注意したい8つのポイントを記載した((一社)吸入療法アカデミー方式)。

- ①デバイス保持(垂直・水平) 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(強く深く・掃除機のように・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)**

* 記入方法については、(6) 保険薬局における吸入指導の流れ(初回・2回目以降)を参照

例) pMDI (エアゾール製剤)

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・香	年	月 日	
薬局名:		デバイスごとに作成		
薬品名	ロフルティフォーム ロアドエア ロフルタイト ロキューバル ロオルベスコ ロサルタノール ロメプチン ロメプチンキッド ロペロテック ロアトロベント			
指導依頼項目	①初回指導 ②定期確認指導 ③薬剤変更による指導 ④症状悪化による確認指導 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＞ 8つのポイントについて注意し指導する				
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)				
* ②カウンター無いものもあり * 混乱を避けるため全デバイス、息止めは指折り5つ・うがいは必ず行うに統一 * 混乱を避けるため全てのpMDI製剤は吸入前に「吸入器をよく振る」に統一		※(一社)吸入療法アカデミー方式		
《手技確認》(目安: 初回・2回目・3か月後・必要時)		担当薬剤師 サイン又は印	小竹 宏幸	
* 吸入指導依頼書を受け取った場合のみ処方番号を記入→ 指導依頼項目		指導対象者	本人・その他 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	① ② ③	
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)	回数	5/5 6/4	
①薬剤の準備	薬剤セット時の操作はポンペの底が上になるように垂直に持ち行う	○	○	
	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)	○	○	
	キャップ外す(両端をつまむ)	○	○	
	吸入器をよく振る	○	○	
	②息吐き	無理のない程度に息を吐き一旦止める(吸入口には息を吹きかけない)	×	○
	③吸入	ポンペの底が上になるように吸入口をくわえ、口角を閉じ、息を吸いながら、ポンペを押し、ゆっくり深く、最後まで息を吸い込む(同調できるか確認)	△	△
	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)	○	○
⑤息吐き	鼻からゆっくりと息を吐く	○	○	
* 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	○	○	
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	○	○	
* <手技確認>の評価は、○(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副作用が出ていない(尿閉・頻尿・振戦・動悸・喘鳴・口渇・口腔内違和感・他)	出現時コメント欄へ	○		
⑨残薬確認		×		
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	例) コントローラー or リリーバーの違いがわかっていたら OK など	○		
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	「うがいをしているか、どのようにしているか」などを確認する	○		
⑮吸入効果を実感している		○		
* <患者の状況確認>の評価は、○(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「指導資料」、「評価」、「コメント欄」への記入をお願いします。				

対患者がその都度違う可能性があるため、毎回担当者がサインをする(印でも可)

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

医師、薬剤師が患者の経時的変化を確認できるように、また指導の目安(初回・2回目・3か月後・必要時)として4回分を1セットとした(回数、日付を記入する)

・初回時は、まずは薬剤師が手技を見せた後、患者にやってもらい、できるようにするまで指導する
・2回目以降は、まず普段通りに吸ってもらい、問題があればできるようにするまで指導する
・評価は3段階で行う(△(やや不十分)の目安は、例)手順書などで確認しながらできる、助言があればできる等)

・2回目以降に確認結果を記入し、問題あれば対処する
・評価は3段階で行う(△(やや問題あり)の目安は、例)何となく言える・何となく理解している等)

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

5 月 5 日

指導資材・評価は該当するものにする

△×があれば要継続指導とする

指導資材	<input type="checkbox"/> 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"/> デモ機 <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"/> 要スプレー・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）

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プレ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プレー導入予定。

6 月 4 日

指導資材	<input type="checkbox"/> 【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"/> デモ機 <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"/> 要スプレー・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） **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はできるようになった。
残薬を確認（カウンター確認）したところ、指示通り吸えていない。10回分吸入忘れあり。
前回同様に同調が難しいため、スプレーの導入になった。
エアロプラスチャンバー導入。

月 日

指導資材	<input type="checkbox"/> 【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"/> デモ機 <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"/> 要スプレー・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

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

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。