

## 保険薬局における吸入指導の流れ（2回目以降）

\*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（無い場合もある）、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（前回指導時の△×がついた項目を中心に再指導）

最初に、患者に普段通り実施してもらう(練習用吸入器使用)



次に、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③④⑤参照)
- ・ 指導方法、評価、コメント : (記入例⑥⑦⑧参照)
- ・ 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"/> キュパール <input type="checkbox"/> オルバスコ <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> メプチン<br><input type="checkbox"/> メプチンキッド <input type="checkbox"/> ペロテック <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)   |              |        |        |        |  |
| <b>&lt;手技確認における8つのポイント&gt;*</b><br>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き指を離す<br>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 ※(一社)吸入療法アカデミー方式  |  |              |        |        |        |  |
| ① 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、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  |  | 担当薬剤師サイン又は@  | 小竹宏幸   | 太田勝    |        |  |
| 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 |  |
| *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   |  | ①            |        |        |        |  |
| 指導日  |  | 初回           | 2回目    | __回目   | __回目   |  |
| *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)  |  | 5/5          | 6/4    | /      | /      |  |
| *試し噴霧は、説明後に保険薬局にて実施してください。   |  |              |        |        |        |  |
| 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   | ○            | ○      |        |        |  |
|  | 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)  | ○            | ○      |        |        |  |
|  | キャップを外す  | ○            | ○      |        |        |  |
|  | 吸入器をよく洗う   | ○            | ○      |        |        |  |
| ②息吐き   | 無理のない程度に   | ×            | ○      |        |        |  |
| ③吸入  | ポンベの底がポンベを押し(同調できるか)   | △            | △      |        |        |  |
| 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と閉じる  | ○            | ○      |        |        |  |
| ⑦うがい   | 吸入後はガラガラうがい  | ○            | ○      |        |        |  |
| * <手技確認>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  |  |              |        |        |        |  |
| <b>《患者の状況確認》(目安: 2回目以降の指導時)</b>  |  |              |        |        |        |  |
| 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   | ④ 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   |              | ○      |        |        |  |
| 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   | ⑤ 「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  |              | △      |        |        |  |
| * <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

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"/> 要スプレーサー・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）

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プレーサー導入予定。

⑥ 指導資料・評価は該当するものにす

⑦ △×があれば要継続指導とする

6 月 4 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"/> 要スプレーサー・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）

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、スプレーサーの導入になった。  
エアロプラスチャンバー導入。

⑧ 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

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"/> 要スプレーサー・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"/> 要スプレーサー・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。