

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、「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

*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9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) (エアゾール全般用)		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"/> オルベスコ <input type="checkbox"/> キュバル <input type="checkbox"/> フルタイド <input type="checkbox"/> アドエア <input type="checkbox"/> フルティフォーム <input type="checkbox"/> アトロVENT <input type="checkbox"/> メブチン <input type="checkbox"/> メブチンキッド <input type="checkbox"/> サルタノール <input type="checkbox"/> ペロテック				
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9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 ④ボタン・レバー操作はしっかり行う ⑤口角を閉じる ⑥息吐き(吸入前・吸入後) ⑦吸い方(ゆっくり深く) ⑧息止め(指折り5秒間) ⑨うがいは必ず(ガラガラ、ブクブク各2回)					
* ②カウンター無いものもあり					
* 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を記入する					
		担当薬剤師 サイン又は@	小竹 宏幸	太田 勝	
《手技確認》 (目安: 初回・2回目・3か月後・必要時)		指導対象者	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			
		初回	2回目	__回目	__回目
		指導日	5/5	6/4	/ /
* 製薬会社作成の説明書を元にpointを表記 (_____ 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。					
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	操作はボンベ				
	カウンターで	②	○	○	
	キャップ外す		○	○	
	吸入器をよく		○	○	
②息吐き	無理のない程度		○		
③吸入	ボンベ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、ボンベを押し、ゆっくり深く、最後まで息を吸い込む (同調できるか確認) (ホーの口で舌を下げるのを広げると良い)		△	△	
④息止め	吸入器から口を離し、口を閉じ、指折り5秒間、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					
《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	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	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）（エアゾール全般用）

No.2

5 月 5 日

指導方法	<input checked="" type="checkbox"/> 製薬会社作成資料 <input checked="" type="checkbox"/> デモ機 <input checked="" 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(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input checked="" type="checkbox"/> 要継続指導 <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。

⑦ △×があれば要継続指導とする

⑥ 指導方法・評価は該当するものにする

6 月 4 日

指導方法	<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(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input checked="" type="checkbox"/> 要継続指導 <input checked="" 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）

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

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、スパーサーの導入になった。
エアロプラスチャンバー導入。

月 日

指導資材	<input type="checkbox"/> 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(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <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

指導資材	<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(コメント欄へ)
評価	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 要介助 <input type="checkbox"/> 要デバイス変更 <input type="checkbox"/> 要継続指導 <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。