

吸入連携フローチャート

吸入指導の必要な薬剤を処方

主治医は、初回: 文書管理>03薬剤系文書>「吸入指導依頼書」を発行。
患者に吸入指導の同意を確認し、**保険調剤薬局**へ提出するように説明する。

「吸入指導依頼書」を受け取った**保険調剤薬局**は、大和高田市立病院ホームページより
確認可能な「吸入指導報告書」を参考に報告書を記入し、FAXにて報告する。

病院は、FAXにて報告された「吸入指導報告書」を電子カルテに反映、
処方医は次回受診時に報告内容を確認する。

保険調剤薬局: 必要に応じて定期的に「吸入指導報告書」を参考に、FAXにて報告する。
病院: 再度吸入指導が必要な場合は「吸入指導依頼書」を発行する。

2023/05/26 大和高田市立病院 薬剤部

大和高田市立病院 吸入連携(病院/保険薬局間)手順書

- ① 医師が吸入指導の必要な薬剤を処方した場合
初回: 吸入指導の必要性を患者に説明し、処方箋とともに、吸入指導依頼書に必要事項を記入/発行する。
最後に、保険調剤薬局での吸入指導の同意について確認を行う。
2回目以降: 吸入指導が追加で必要な場合、再度依頼書を発行する。
- ② 患者は依頼書および院外処方箋を保険薬局に提出する。
- ③ 保険薬局の薬剤師は依頼書の内容を確認し、大和高田市立病院の「吸入指導報告書」(本院ホームページより発行可能)を参考に評価を行い、FAXにて報告する。**保険薬局の薬剤師が吸入不可と判断をした場合は、病院へデバイスの変更など、問い合わせを行う。**
※吸入指導の内容については日本喘息学会:吸入ビデオや各種メーカーの説明資料等を参考に指導を行う。
- ④ 病院でFAXを受けとった際は、電子カルテに取り込み、報告内容が主治医へ伝わるようにする。
- ⑤ 保険薬局は症状のコントロールが良好な場合でも定期的に吸入指導を行い、経過についてFAXにて報告する。

吸入指導依頼書

大和高田市立病院

〒635-8501 奈良県大和高田市磯野北町1番1号

TEL 0745-53-2901 FAX 0745-53-2908

担当医師名 _____ 診療科 _____ 内科 _____
患者氏名 _____ テスト _____ 生年月日 _____ 平成25年1月1日 _____ 年齢 10 _____ 性別 男 _____

【 紹介目的 】

初回指導 継続指導 吸入薬の変更 その他

【 病名 】

気管支喘息 COPD その他

【 喘息コントロールテスト（ACT） / COPDアセスメントテスト（CAT） 】

気管支喘息 点 COPD 点

【 使用薬剤 】

(_____)

【 その他 】

(_____)

【 患者さんへ 】

この依頼書であなたの病名や治療法について、医師から薬局薬剤師へ情報をお伝えします。薬剤師にあなたの診療情報を与えることにより、適切な指導を行うことができ、あなたの吸入治療をより安全で有効に進めることができます。

【 同意書 】

私は上記内容について担当医から説明を受け、薬剤師から吸入指導を受け、必要に応じて薬剤師から医師に情報提供が行われることに同意します。

年 月 日 ※ 2回目以降（初回にて同意済み）

署 名 (本人でない場合の続柄： _____)

※本院の吸入指導報告書についてはホームページより参照可能です。

吸入指導報告書

西暦 年 月 日

大和高田市立病院

薬局名

科

先生御侍史

TEL:

FAX:

指導依頼をいただきました、患者 様 (ID :) は、本日来局され、
薬剤師 が指導しました。 吸入指導の結果は以下の通りです。

自店舗で初めて対象デバイスの吸入指導行う場合は初回を選択

【吸入指導】

初回指導

継続指導

・指導、確認を行った後の最終評価を選択。
「吸入不可」の場合は、疑義照会を行い下記【医師への連絡事項】
□特記事項へ、内容や連絡事項を記入して下さい。
・理解度については該当する内容を選んで評価して下さい。

【吸入指導の総合評価】

問題なく吸入可能です。

吸入手技に問題があります。

吸入困難です。

吸入不可。

【吸入療法の理解度】

内容	理解度	内容	理解度
・使用薬剤の名前と用法・用量	良好 ・ 不良	・副作用について	良好 ・ 不良
・コントロール薬と発作時の薬の使いわけ	良好 ・ 不良	・うがいの必要性	良好 ・ 不良

薬剤毎での各項目の評価を選んでください

【吸入手技の評価】

項目	薬剤名			
デバイスの操作		○ ×	○ ×	○ ×
吸入前の息吐き		○ ×	○ ×	○ ×
吸入する		○ ×	○ ×	○ ×
吸入後の息止めと息吐き		○ ×	○ ×	○ ×
吸入器の管理(残数管理を含む)		○ ×	○ ×	○ ×
継続指導の必要性		必要 ・ 不要	必要 ・ 不要	必要 ・ 不要

【医師への連絡事項】

練習器・実薬を用いて吸入してもらいました。

口頭で確認しました。

吸入指導動画を視聴してもらいました。

スペーサー () を使用しました。

特記事項

選択肢、項目で伝えきれない内容はこちらをお使いください。
また、次回確認が必要な点、指導において不安が残った点など
医師との情報共有が必要となる点があれば記入して下さい。

※ ご記入後は大和高田市立病院まで送信お願いいたします。

[大和高田市立病院 FAX : 0745-53-2908]

【喘息コントロールテスト(ACT)12歳以上対象】

25点:完全な状態(トータルコントロール)
 20-24点:良好な状態(ウェルコントロール)
 20点未満:コントロール不良

依頼書に記入されているテスト内容です。原則として院内でテストをしてから依頼書が発行されます。継続して吸入指導を行う際の治療効果判定にご使用下さい。

質問1:この4週間に、喘息のせいで職場や家庭で思うように仕事がはかどらなかったことは時間的にどの程度ありましたか？					
1:いつも	2:かなり	3:いくぶん	4:少し	5:全くない	①
質問2:この4週間に、どのくらい息切れがしましたか？					
1:1日に2回以上	2:1日に1回	3:1週間に3-6回	4:1週間に1, 2回	5:全くない	②
質問3:この4週間に喘息の症状(ゼイゼイする、咳、息切れ、胸が苦しい、痛い)のせいで夜中に目覚めたり、いつもより朝早く目覚めたことはどのくらいありますか？					
1:1週間に4回	2:1週間に2, 3回	3:1週間に1回	4:1, 2回	5:全くない	③
質問4:この4週間に発作止めの吸入薬(メブチン等)をどのくらい使いましたか？					
1:1日に3回以上	2:1日に1, 2回	3:1週間に数回	4:1週間に1回以下	5:全くない	④
質問5:この4週間に自分自身の喘息をどの程度コントロールできたと思いますか？					
1:全くできなかった	2:あまりできなかった	3:まあまあできた	4:十分できた	5:完全にできた	⑤
①-⑤ 合計点					

【COPD Assessment Test(CAT)】

まったく咳がでない	0	1	2	3	4	5	いつも咳がでている	
まったく咳がつまった感じがしない	0	1	2	3	4	5	いつも咳がつまっている感じがする	
まったく息苦しくない	0	1	2	3	4	5	非常に息苦しい	
坂や階段を上っても、息切れがしない	0	1	2	3	4	5	坂や階段を上ると、非常に息切れがする	
家での普段の生活が制限されることはない	0	1	2	3	4	5	家での普段の生活が非常に制限される	
肺の状態をきにせず、外出できる	0	1	2	3	4	5	肺の状態が気になって外出できない	
よく眠れる	0	1	2	3	4	5	肺の状態が気になってよく眠れない	
とても元気だ	0	1	2	3	4	5	まったく元気がない	
合計点								