

吸入指導の統一化に向けて



なの花薬局
 ウリ薬局
 砂川市立病院
 寺林 雄一
 瓜 秀彬
 吉田 憲史

砂川薬薬連携メンバー一同

今日の話

- ①砂川薬薬連携について
- ②吸入指導統一化について
- ③吸入指導トレーニングレポートの記載について
- ④砂川部会で吸入トレーニングレポートの評価

①砂川薬薬連携について

砂川市立病院では、月に一度、砂川市にある調剤薬局と当院薬剤部のメンバーでカンファレンスを行っております

◆主な活動内容

■2018年

トレーシングレポート運用関連
(発展的に吸入指導・化学療法の統一化事業)

疑義照会簡素化プロトコールの検討

緩和ケア勉強会(病院担当)

在宅医療の紹介(調剤薬局)

インシデント検討会(調剤薬局・病院共同)

震災時の連絡体制の検討

■2022年

トレーシングレポート運用関連
(吸入指導の応需薬局への拡大)

電子処方箋関連

トレーシングレポートの内容充実

■2019年

砂川市内
吸入・化学療法トレーシングレポート統一化

疑義照会簡素化プロトコールの検討

インシデント検討会(調剤薬局・病院共同)

在宅症例検討会

交流会(忘年会)

コロナ関連薬 0410対応の相談

インシデント報告会

退院時サマリ運用関連

そらねっと・みまもりんくの活用

このような感じで、月日が流れまして

トレーシングレポート運用関連 (吸入指導の応需薬局への拡大)

◆目的◆

業務の標準化をしていこう！！

(病院と調剤薬局の指導内容を統一化して、
外来・入院隔たり無く同じ指導・評価を行おう)

◆方法◆

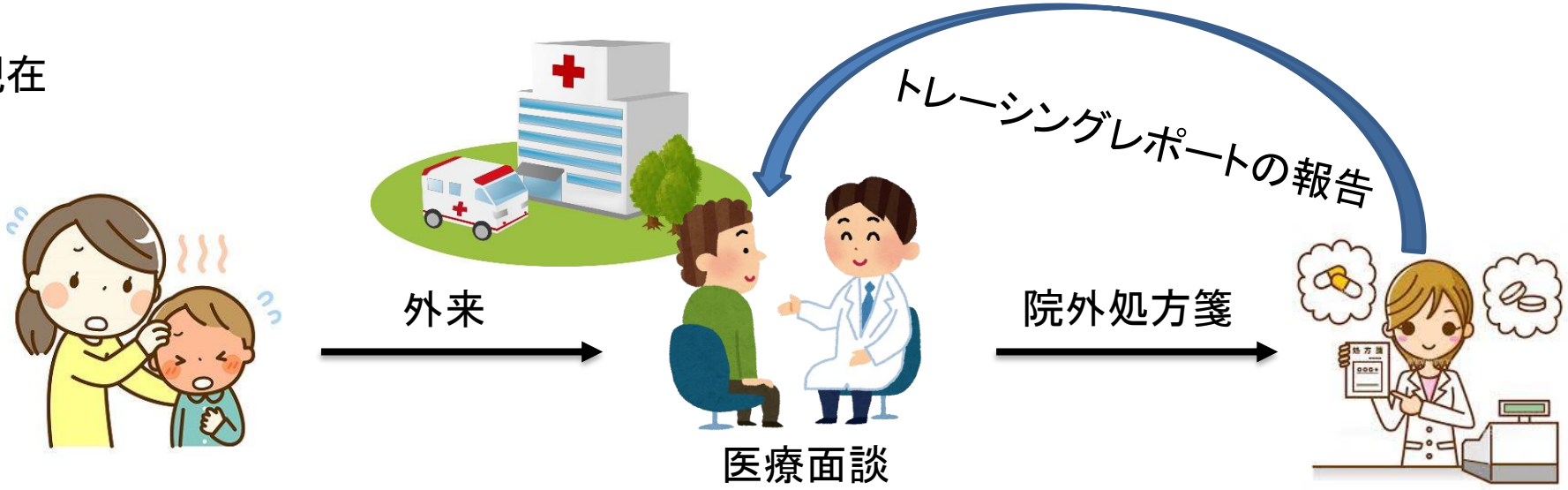
トレーシングレポートベースで、実績を残そう！！

コスト算定までもっていこう！！

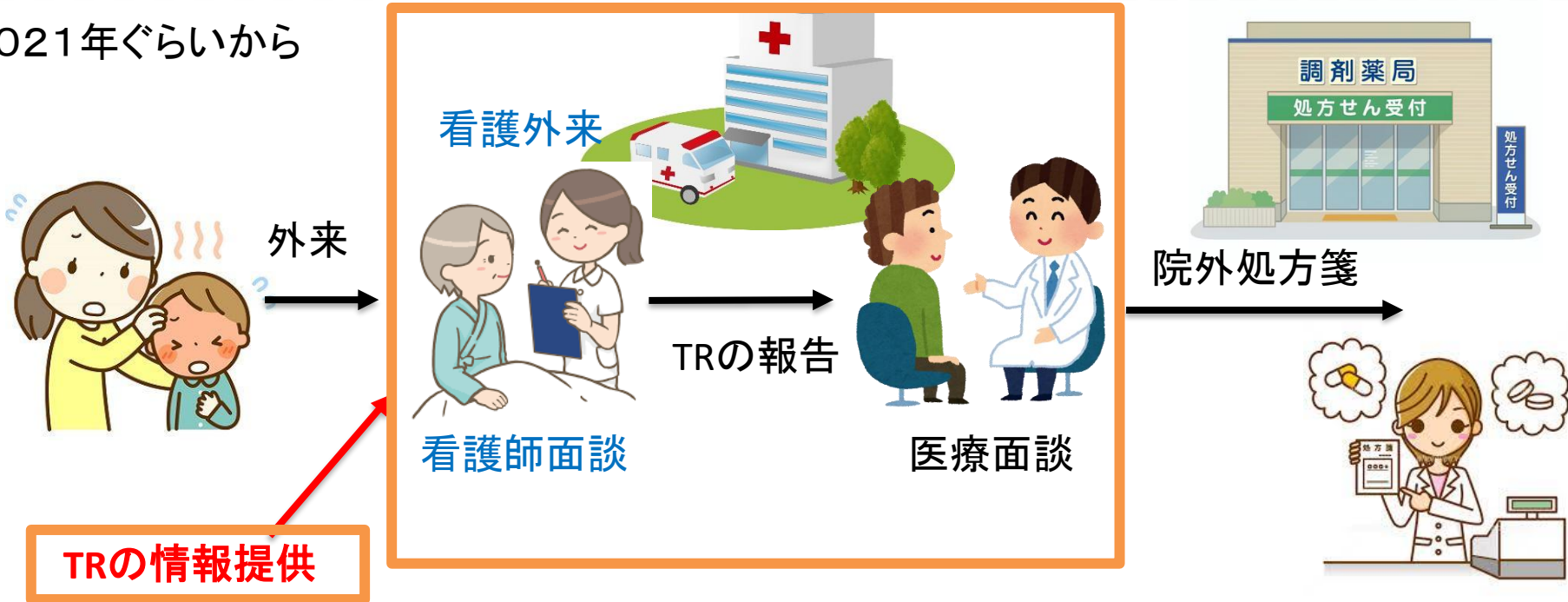
進捗状況は後で説明いたします

本日までの経過(吸入編)

現在



2021年ぐらいから

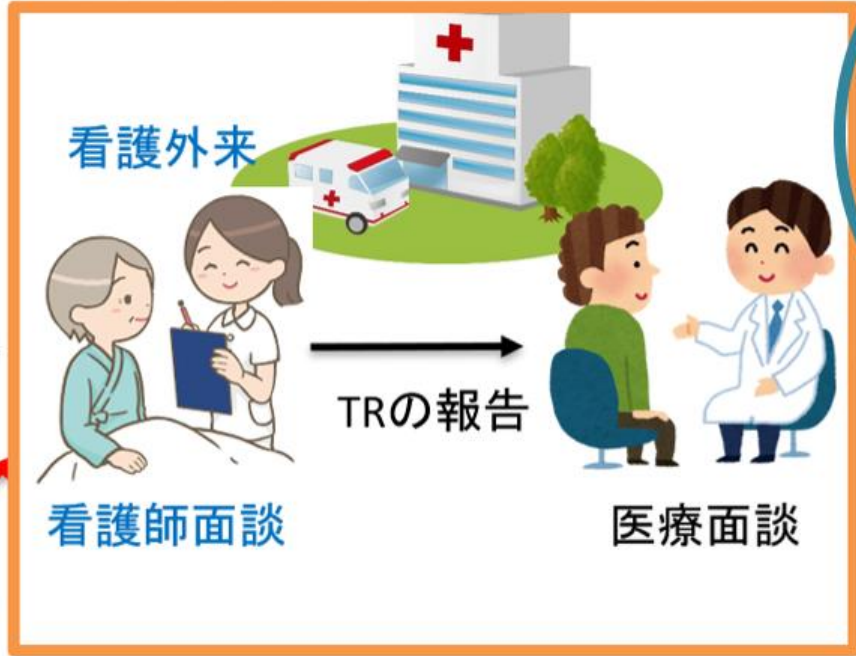


吸入指導を統一化するために

2021年ぐらいから



外来



砂川



TRの情報提供

どのように広域に広げようか？



そのため、お時間を作っていただきました

②吸入指導統一化について

ここからが本題

砂川薬薬連携 吸入指導 理想フロー（数年の長期目線）

【初回】

病院

患者に対し吸入連携についての説明と同意確認
吸入指導依頼書を記入、院外処方箋を発行



吸入指導依頼書及び院外処方箋の提出

保険薬局

吸入指導を行い吸入指導評価表を記入



吸入指導評価表をFAX返信（情報のフィードバック）

病院

返信された吸入指導評価表をカルテへ反映させる



【2回目以降】

保険薬局

継続指導と情報のフィードバック

砂川薬薬連携 吸入指導 理想フロー（数年の長期目線と課題）

病院



【初回】

患者に対し吸入連携についての説明と同意確認
吸入指導依頼書を記入、院外処方箋を発行

吸入指導依頼書及び院外処方箋の提出

医局会の壁？

吸入指導のプロトコール？

吸入指導の実績？

保険薬局



吸入指導を行い吸入指導評価表を記入

吸入指導評価表をFAX返信（情報のフィードバック）

トレーシングレポート

病院

返信された吸入指導評価表をカルテへ反映させる

トレーシングレポート カルテ反映済み

【2回目以降】

保険薬局

継続指導と情報のフィードバック



砂川薬薬連携 吸入指導 現状を考慮したフロー (短期目線)

病院

いきなり、吸入連絡票の運用は無理なので、

調剤薬局での吸入指導の実績を残す！！



まずは、トレーシングレポートで吸入評価を報告してみませんか？
そのためには、指導内容、評価を統一が必要です

保険薬局

吸入指導を行い吸入指導評価表を記入

トレーシングレポート



吸入指導評価表をFAX返信(情報のフィードバック)

病院

返信された吸入指導評価表をカルテへ反映させる

トレーシングレポート カルテ反映済み

上記運用に必要なもの、

統一評価シート&統一指導書 などなど

統一評価シート

≡ 吸入版トレーシングレポート報告書

砂川薬薬連携 吸入指導 トレーシングレポート 報告書

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
 0125-54-2356

2018.7.18 改訂

FAXの宛れ
 保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

**【注意】 患者許容フィードバック用紙による情報伝達は、薬液紹介ではありません。
 薬液紹介は処方箋へご確認ください**

患者情報フィードバック用紙

処方科 :	保険薬局 :
担当医 :	電話番号 :
患者ID	通常版のトレーシングレポート
患者氏名	

◆ この情報を伝えることに對して患者の同意を、

得た

得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

砂川市立病院の処方箋に基づき調剤し、薬液を交付致しました
 下記のとおり、ご報告すべき点がございましたので、ご高配賜りますようお願い申し上げます

【区分】

処方調整に関する情報提供

分割調剤に関する情報提供

その他()

所見

薬剤師としての提案事項

＜注意＞

報告いただいたFAXは内容を確認したうえで、電子カルテに記載します
 カルテ閲覧時に情報の共有化が図れます
 必要時、処方箋のフリーコメント指示等を記載します
【医師からの返信が必ずあるわけではありません。ご了承ください】

処方薬剤のコンプライアンス及びそれに対する指導に関する情報

吸入薬	薬剤製品名					
	用法(吸入回数)を答えられるか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	デバイス操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入前の息はき時、吸入口に息がかからない様に出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入の強さは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入後の息止めは出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	うがい指導	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり

吸入版のトレーシングレポート

説明の内容(複数選択可)

吸入説明書提供 口頭指導 動画使用

薬剤師による実演 患者さんによる吸入実施 その他()

報告内容

吸入状況

問題なく使用可

使用可と判断した理由 製薬会社提供のトレーナーで音が鳴った

実際に吸入してもらった(喉い残しがない・濡い布を当て吸入確認・エア-もれなし・ミストもれなし)

その他()

通常版のトレーシングレポート用紙では、
 記載方法、評価方法が標準化できないので、
 吸入版のトレーシングレポートを作成

市販薬・健康食品等 有() 無

喫煙歴 現在喫煙者 前喫煙者 非喫煙者

副作用・家族からの情報・薬剤保管情報等その他の報告

かかりつけ薬局様へ

- ・ 症状のコントロールが良好な場合でも定期的に吸入を継続するよう指導をお願い致します。
- ・ 記入後は住友病院へ吸入指導実施報告書・情報提供書を薬剤部までFAXしてください。
- ・ 吸入困難・デバイス変更依頼などあれば、疑義照会お願い致します。疑義照会もFAXで受付しております。 FAX: 06-6447-3033 (薬剤部)

情報提供元保険薬局の所在地および名称:

TEL: _____ FAX: _____ 保険薬剤師名: _____

・ 収集された個人情報は個人が特定できないよう匿名化し、吸入連携をより良いものにするためにのみ使用致します。
 吸入指導ネットワーク

砂川薬薬連携 吸入指導 トレーシングレポート 報告書

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356



FAXの流れ
保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

2019.8.1作成

【注意】 患者情報フィードバック用紙による情報伝達は、縦覧野会ではありません。
縦覧野会は処方医へご確認ください

吸入指導における患者情報フィードバック用紙

処方科 :	保険薬局 :
担当医 :	電話番号 :
患者ID :	FAX番号 :
患者氏名 :	担当薬剤師名 :

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を、
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

本日処方されました、吸入薬に対して指導・評価いたしました内容をご報告いたします

薬剤製品名	オンブレス吸入カプセル	バルミコートタービュヘイラ
用法(吸入回数)を答えらえるか	<input type="checkbox"/> 出来る <input checked="" type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
デバイスの操作を説明しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
吸入時の息を止め、吸入口に息がかからないようにできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
吸入の強さは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
吸入後の息止めはできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
うがいが出来ているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり

説明の内容(複数選択可能)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input checked="" type="checkbox"/> 口顔指導	<input checked="" type="checkbox"/> 動画使用
	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実演	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容 **総合評価** 良好 経過観察 他デバイス要検討

吸入状況

問題なく使用可
 不安効) 経過観察必要

理由

<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 何れも改善すれば、何とか自分で吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入困難
<input type="checkbox"/> デバイス変更があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> その他 ()

(選択理由 :)
 スベーター使用 着 無

所見コメント

手書きでも、パソコン入力でも構いません。

プルダウン

clickできます

clickできます

clickできます

ファイルは、
砂川市立病院ホームページからダウンロード
(病院概要
→ 薬剤部
→ 保険薬局の皆様へ)



HOME



外来



入院



健診・人間ドック



病院概要



お見舞いメール



交通アクセス



看護部



臨床研修医
専攻医

1

良質の医療、心かよう安心と
信頼の医療を提供する病院

- ▶ 挨拶
- ▶ 病院理念
- ▶ 患者さんの権利に関する
宣言と義務
- ▶ **部門紹介**
- ▶ 施設概要
- ▶ 沿革
- ▶ 交通アクセス
- ▶ 施設・設備の紹介
- ▶ 当院の情報
- ▶ NCD登録について
- ▶ 個人情報保護方針

2



薬剤部

- ▶ 薬剤部概要
- ▶ 業務内容
- ▶ 実習制度
- ▶ お薬について
- ▶ 【NEW】患者情報フィードバック用紙運用に関して
- ▶ 【NEW】インシデント・アクシデントレポート用紙原本
- ▶ 「お薬手帳」とは
- ▶ 保険薬局の皆様へ
- ▶ すながわ薬剤師カンファレンス参加の皆様へ [PW]

3

その他お知らせ

統一指導書

統一指導書

全吸入デバイスに対して

新規作成

◆利点◆

きめ細やかな、指導統一が可能

◆欠点◆

定期メンテナンスが膨大
デバイス増加に伴い、資料も膨大

メーカー資料を使用

◆利点◆

基本指導内容は、作成済み

◆欠点◆

注意点など指導内容がバラバラ



砂川部会で話し合った結果、

メーカー資料をベースに指導内容の統一化を図る方向で調整

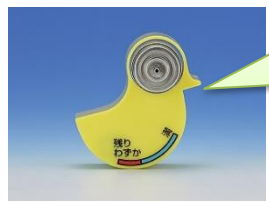
その前に、吸入全般に言えること

吸入薬全般に言えること(ドライパウダー系)

残量確認



残量カウンター確認



カウンターがない場合はメーカー資材を使ってね

デバイスの操作
(薬剤充填)



すべての操作を「音」が鳴るまで行う

ここに癖があるから困るのよね

吸入

息吐き

吸入

息止め

うがい

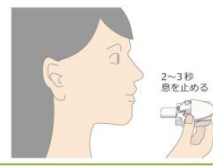
片付け



吸入口に向かって息吐きをしない



吸入器の通気口をふさがない



無理しない程度に息止め



3回すればほぼとれる

吸入口拭いてからしましょう



カバーが防湿キャップになってたりもします



吸入アドヒアランスの規定因子

□吸入アドヒアランスの規定因子	
患者因子	年齢
	認知力
	手先の器用さ
	指のチカラ
	吸入回数
吸入薬因子	カプセル充填の有無
	吸入残量の分かりやすさ
	吸入デバイスの操作性
	吸入法(必要吸気流速や息止め)
	吸入デバイスの数
	副作用



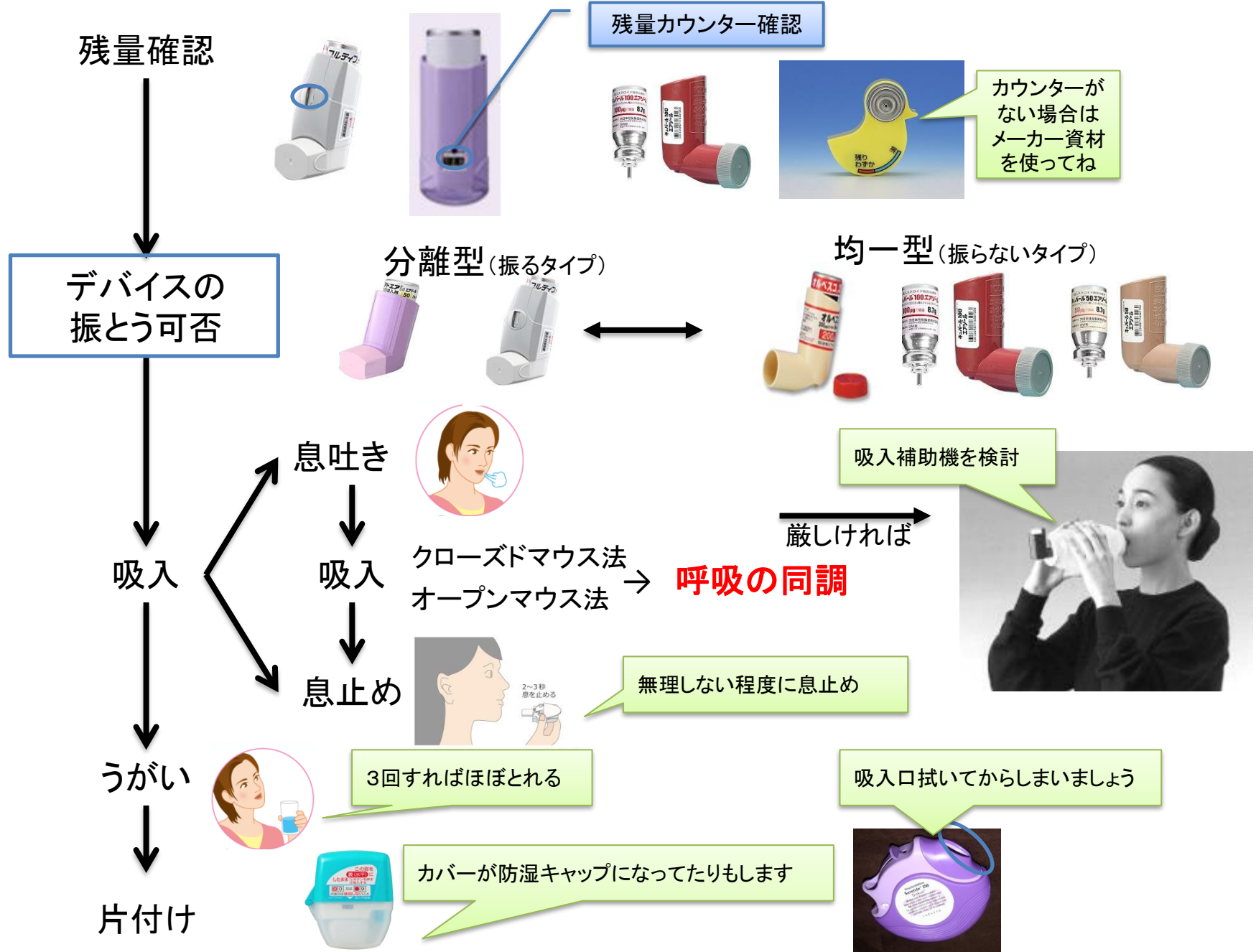
インチェックダイアル



□各吸入デバイスことの必要最低限の吸気流速	
ディスクス	30 L/分以上
ディスクヘラー	30 ~ 60 L/分以上
タービュヘイラー	30 ~ 35 L/分以上
ツイストヘラー	20 ~ 30 L/分以上
エリプタ	30 ~ 36 L/分以上
ジェヌエア	45 L/分以上
スイングヘラー	20 L/分以上
ハンディヘラー	20 L/分以上
ブリーズヘラー	20 L/分以上
健常人	200 ~ 300 L/分



吸入薬全般に言えること(エアゾール系)



pMDIの振盪必要性

吸入前に振るタイプ (分離型)	フルタイドエアゾール
	アドエアエアゾール
	フルティフォームエアゾール
	メプチンエアー
	メプチンキットエアー
	サルタノールエアゾール
	アイロミールエアゾール
	ベロテックエロゾル
	インタールエアロゾル
吸入前に振らなくてもよいタイプ (均一型)	オルベスコインヘラー
	キューバールエアゾール
	アトロベントエロゾル
	テルシガンエロゾル

場合分けすると患者も混乱しますので、全部振りませんか？

注) 赤文字 2022年11月現在当院採用薬

吸入補助器に関して

エアロチャンバー・プラス



学会推奨 ○
対応
多くのpMDI

マスクサイズが大・中・小とあり、小児から大人まで対応可能

ボアテックス



学会推奨 ○
対応
全てのpMDI

吸気流速が極度に少ない患者におすすめ
アルミニウム製のため、薬剤吸着ロスを抑えることが可能

ファンヘラー



— MDIを装着した組み立て完成写真 —

対応
多くのpMDI

多くのエアゾール剤を装着できる

オプティチャンバー・ダイヤモンド



学会推奨 ○
対応
多くのpMDI

小型で内部に吸入器が収納できるので携帯に便利
帯電防止素材使用のため、
帯電によるチャンバー内への薬剤の残留を低減

レ・スペース



対応
全てのpMDI

全てのエアゾール剤を装着可能かつ安価

A2Aスパーサー



対応
全てのpMDI

A2A スパーサー

本体が収縮し、
内部にエアゾール剤が収納できるので携帯に便利

代表的な吸入方法

クローズドマウス法

(直接、口にくわえて吸入する方法)

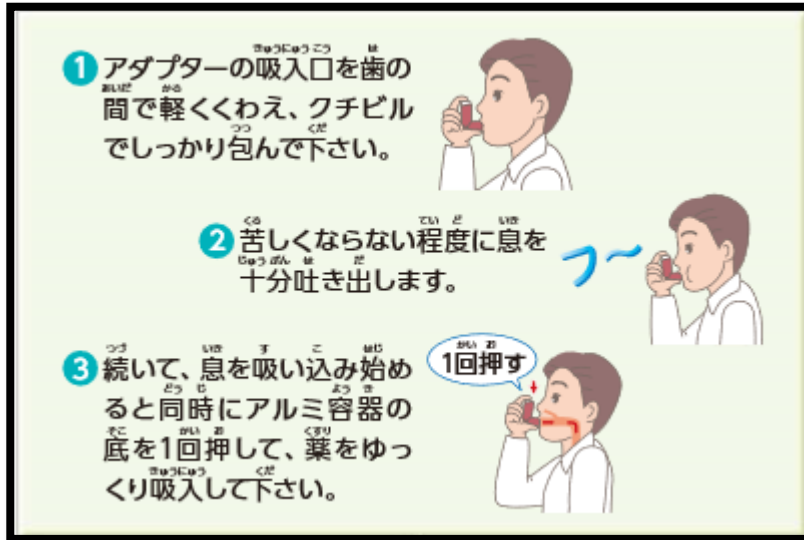
オープンマウス法

(口から離して吸入する方法)

① アダプターの吸入口を歯の間で軽くくわえ、クチビルでしっかり包んで下さい。

② 苦しならない程度に息を十分吐き出します。

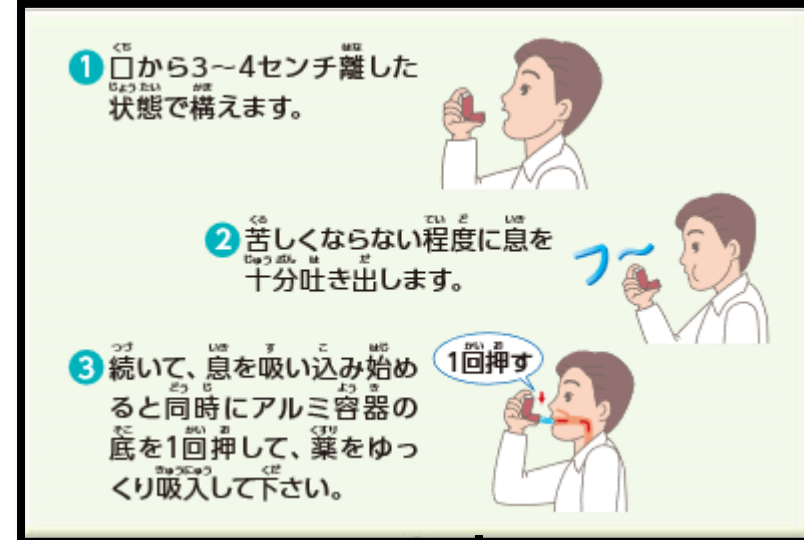
③ 続いて、息を吸い込み始めると同時にアルミ容器の底を1回押して、薬をゆっくり吸入して下さい。



① 口から3～4センチ離れた状態で構えます。

② 苦しならない程度に息を十分吐き出します。

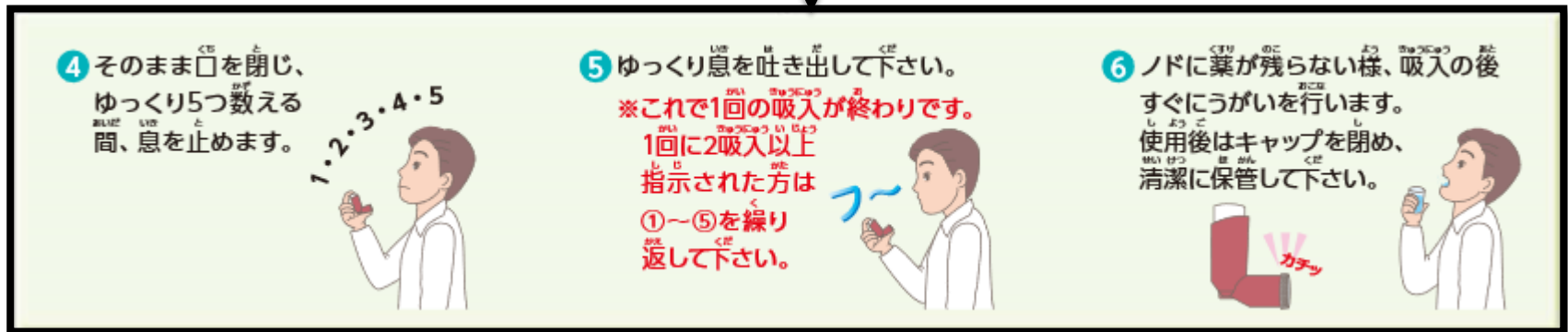
③ 続いて、息を吸い込み始めると同時にアルミ容器の底を1回押して、薬をゆっくり吸入して下さい。



④ そのまま口を閉じ、ゆっくり5つ数える間、息を止めます。

⑤ ゆっくり息を吐き出して下さい。
※これで1回の吸入が終わりです。
1回に2吸入以上指示された方は①～⑤を繰り返しして下さい。

⑥ ノドに薬が残らない様、吸入の後すぐにうがいを行います。使用後はキャップを閉め、清潔に保管して下さい。



ここは統一しなくても、患者がしやすい方法でいいと思います

基本的にはメーカー作成資料を使用(基本構成)

採用

例: エリプタ製剤



吸入器(エリプタ)をご使用になる方へ

(お願い) お薬がムダになってしまうので、吸入するとき以外はカバーを開けないでください。

表示の見方 カウンターの表示を確認してください

- 30 薬の残りの使用回数が表示されます。未使用の状態では、最大使用回数*が表示されています。
- 9 薬の残りが「9」以下になると、左側が赤色に変わります。
- 薬がなくなり、カウンターが「0」になった後にカバーを開けると、カウンター表示が赤色に変わります。

用法・用量

主治医から指示された用法・用量に従ってください。(なるべく同じ時間帯に) 1日1回1吸入してください。

注意事項

- 包装トレイは使用開始直前に開封してください。
- 包装トレイ開封後は消費期限を守って使用してください。薬が残った場合、保管しないで廃棄してください。
- 高温多湿を避けて、室温で保管してください。
- カバーを開けるとときに薬の漏れを感じることも、さしよみが出ることもあります。これは、吸入部の内圧で薬がサットされることで、後者はありません。
- カバーを開けてから吸入するまで、振ったりはしないでください。

薬の吸入は裏面の使用説明書をよく読んでから行ってください

よくあるQ&A

Q. カバーを開けて置いた場合、薬はどうなりますか?

A. カバーを開けた時に、1回分の薬がセットされます。そのまま吸入せずにカバーを閉じると、薬は内側に吸着されるので、その1回分を再び使用することはできません。次回カバーを開けたときは、新しい薬がセットされるので、一度に2回分を吸入することはできません。

Q. 吸入を忘れた場合は、どのようにすればよいですか?

A. 消費期限に吸入できなかった場合は、薬が所定の時点で、遅やかに1回分を吸入してください。次の日からは、通常の消費期限(1日1回1吸入)としてください。吸入を忘れた場合でも、1日1回以上吸入しない、一度に2回分を吸入しないよう、注意しましょう。

Q. 吸入した感覚はどのような感じでしょうか?

A. 薬を吸入されるとわずかな甘みや酸っぱい感じが口の中に感じますが、しかし、薬の量がごくわずかであるため、甘みや酸っぱい吸入感を感じる場合があります。また、体調などによっても、甘みや酸っぱい感じもありません。うまく吸入できているか不安な場合は、カバーを開けずにその年号と消費期限の吸入を確かめてください。

Q. 薬液はどのようにすればよいですか?

A. 外側の容器はプラスチック製で、内側にアルミシートが入っています。分解せず、処方箋の封筒に必ず封入して、医師の指示に従って保管してください。

パノコム、携帯電話から動画による吸入方法などもご覧いただけます。
<http://kusurigsk.jp/pc/index.html>

エリプタの使い方のお問い合わせは
カスタマーケア・センター
TEL:0120-562-306
 (9:00~17:45/土日祝日および当社休業日を除く)

グラクソ・スミスクライン株式会社

吸入口

カウンター

吸入器(エリプタ)の使い方

(お願い) お薬がムダになってしまうので、吸入するとき以外はカバーを開けないでください。

- 「カチッ」と音がするまでカバーを開ける**
 吸入の準備完了です。カウンターの数が増えたことを確認してください。カバーを開け、吸入せずに留めた場合、その1回分は吸入できません。
*カバーを開けると「カチッ」という音が聞こえる場合がありますが、カウンターが動かない場合は吸入して構いません。
- 「フーッ」と息を吐き出す**
 無理をしないうちに息を吐き出してください。マウスピース(吸入口)に息を吹きかけないよう、注意してください。
- 思いっきり「スーーーーーッ」と深く吸い込む**
 鼻の奥まで、空気を送り届けるイメージです。
*マウスピースを鼻に押し当てないようにし、しっかりと吸い込む。
- 吸入器から口を離し3~4秒程度、息を止める**
- ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する**
 吸入後は吸入器(エリプタ)のカバーを閉じてください。
- 吸入後はうがいをする**
 のどや口の中に残っている薬を、洗い流しましょう。うがいは、副作用の予防になります。

グラクソ・スミスクライン株式会社

01200007171IN
 2017年5月(第1)
 最終更新日2019年4月

コメント

コメント

コメント

コメント

コメント

各資料は、ホームページよりダウンロードしてください

基本的にはメーカー作成資料を使用(基本構成)



説明書にコメントしたものの+αを列挙しています

チェック項目(ピットホール)

吸入前

- 吸入前に、薬剤残量カウンターを確認していない
- カバーをカチッ音がする最後まで開けていない
- 吸入前に、息を吐いていない

吸入時

- 吸気口(空気取り入れ口)を指でふさいで吸入している
- 吸入直前に、マウスピース(吸入口)に息を吹きかける
- マウスピース(吸入口)に口を当てる前からすい始める
- 力強く深く吸入していない
- デバイスを水平に保っていない(傾けている)
- 吸入時に吸入口を隙間なく覆っていない。
- マウスピース(吸入口)に口を当てたまま息を吸ったり吐いたりしている
- 吸入直後の息止めをしていない

吸入後

- 吸入後にカバーをしっかりと閉めていない
- 吸入後のうがいをしていない

いずれの問題点も発見できなかった



指導内容統一化 一例 エリプタ製剤

エリプタ (レルベア・エンクラッセ・アノーロ)

採用



製品名
レルベアエリプタ

分類
吸入ステロイド (ICS)
+
長時間作用性 β_2 刺激薬 (LABA)



製品名
エンクラッセエリプタ

分類
長時間作用性抗コリン薬 (LAMA)

採用



製品名
アノーロエリプタ

長時間作用性抗コリン薬 (LAMA)
+
長時間作用性 β_2 刺激薬 (LABA)

チェック項目 (ピットフォール)

吸入前

- 吸入前に、薬剤残量カウンターを確認していない
- カバーをカチッ音がする最後まで開けていない
- 吸入前に、息を吐いていない

吸入時

- 吸気口 (空気取り入れ口) を指でふさいで吸入している
- 吸入直前に、マウスピース (吸入口) に息を吹きかける
- マウスピース (吸入口) に口を当てる前からすい始める
- 力強く深く吸入していない
- デバイスを水平に保っていない (傾けている)
- 吸入時に吸入口を隙間なく覆っていない。
- マウスピース (吸入口) に口を当てたまま
息を吸ったり吐いたりしている
- 吸入直後の息止めをしていない

吸入後

- 吸入後にカバーをしっかりと閉めていない
- 吸入後のうがいをしていない

いずれの問題点も発見できなかった

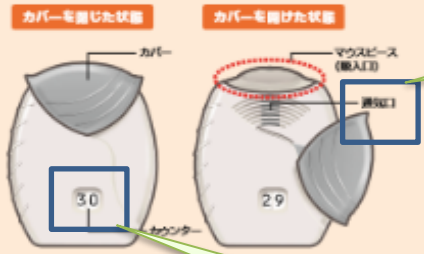
エリプタ (レルベア・エンクラッセ・アノーロ)

吸入器(エリプタ)をご使用になる方へ



⚠️ (お願い) お薬がムダになってしまうので、吸入するとき以外はカバーを開けないでください

- 表示の見方** カウンターの表示を確認してください
- 30** 薬の残りの使用回数が表示されます。未使用の状態では、最大使用回数*が表示されています。
 - 9** 薬の残りが「9」以下になると、左側が赤色に変わります。
 - 0** 薬がなくなり、カウンターが「0」になった後にカバーを開けると、カウンター表示が赤色に変わります。
*17「14」30の3種類があります



用法・用量
主治医から指示された用法・用量に従ってください。
(なるべく同じ時間帯に) 1日1回1吸入してください。

- 注意事項**
- 包装トレイは使用開始直前に開封してください。
 - 包装トレイ開封後は6週間以内で使用してください。薬が残った場合、保管しないで廃棄してください。
 - 高温多湿を避けて、室温で保管してください。
 - カバーを開けるとときに重さ(抵抗)を感じることや、さしみが音することがあります。これは、吸入器の内面で薬がセットされることと音で、故障ではありません。
 - カバーを開けてから吸入するまで、振ったり叩いたりしないでください。

薬の吸入は裏面の使用説明書をよく読んでから行ってください

よくあるQ&A

- Q. カバーを開けて開けた場合、薬はどうなりますか?**
- A.** カバーを開ける時に、1回分の薬がセットされます。そのまま吸入せずにカバーを閉じると、薬は内部に格納されるので、その1回分を再び使用することはできません。次回カバーを開けたときは、新しい薬がセットされるので、一度に2回分を吸入することはありません。
- Q. 吸入を忘れた場合は、どのようにすればよいですか?**
- A.** 通常通りに吸入できなかった場合は、気が付いた時点で、直やかに1回分を吸入してください。次の日からは、通常通り1日1回1吸入してください。吸入を忘れていた場合でも、1日1回を超えて吸入しない、一度に2回分を吸入しないよう、注意しましょう。
- Q. 吸入した感覚はどのような感じでしょうか?**
- A.** 薬が吸入されるとわずかな甘みや砂の感覚を口の中に感じます。しかし、薬の量がごくわずかであるため、甘みを感じない(吸入感を感じない)場合もあります。また、体調などによっても、甘みを感じない場合もあります。うまく吸入できているか不安な場合は、カバーを開けずにそのまま包装で1-2回吸入を繰り返してください。
- Q. 廃棄はどのようにすればよいですか?**
- A.** 外側の容器はプラスチック製で、内部にはアルミシートが入っています。分解せずに地方自治体により定められた廃棄物処理法に従って、廃棄してください。

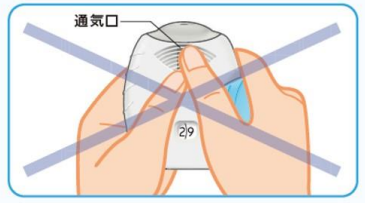
パソコン、携帯電話から動画による吸入方法などもご覧いただけます。
▶ <http://kusurigsk.jp/pc/index.html>

エリプタの使い方のお問い合わせは
カスタマー・ケア・センター
TEL: 0120-562-306
(9:00~17:45/土日祝日および当社休業日を除く)

グラクソ・スミスクライン株式会社

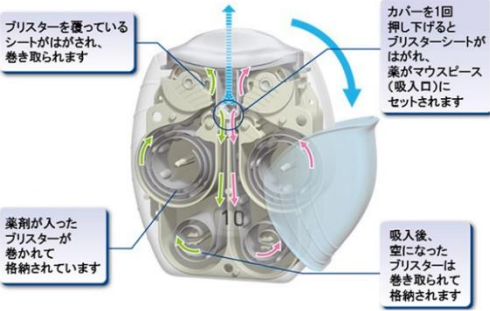
通気口を手や唇でふさがないように指導します

通気口を指でふさがないようにください



カウンターがゼロになってもカバーは開きますが、薬剤は残っていません

エリプタの内部構造とその機能



エリプタ (レルベア・エンクラッセ・アノーロ)

ホイッスルの音が鳴ると、ちょうど良い吸入速度です。鳴らない時は、吸入速度が足りませんので疑義照会をしてください

吸入器(エリプタ)の使い方

! **【お願い】** お薬がムダになってしまうので、吸入するとき以外はカバーを開けないでください

1 **「カチッ」と音がするまでカバーを開ける**
 吸入の準備完了です。カウンターが1つ減ったことを確認してください。カバーを開け、吸入せずに閉じた場合、その1回分は吸入できません。
※カバーを開けると時に「カチッ」という音が聞こえない場合がありますが、カウンターが1つ減っている状態はセットされています

カチッと音がするまで開けないと、薬がきちんと充填されません

2 **「フーツ」と息を吐き出す**
 無理をしない程度に息を吐き出してください。マウスピース(吸入口)に息を吹きかけないよう、注意してください。

息吐きをしないと、吸入が上手にできません。十分に息吐きが出来ているか確認

3 マウスピース(吸入口)全体をしっかりとくわえ **思いっきり「スーーーーー」と深く吸い込む**
 鼻の奥まで、空気を送り届けるイメージです。
マウスピース 空気が漏れないようにしっかりとくわえる 薬液が足りなくなる

通気口注意

吸入できていると、わずかな甘味や粉感を感じます。感じない場合はカバーを動かさず再度②～⑤を繰り返す

4 **吸入器から口を離し3～4秒程度、息を止める**

肺内への薬剤の沈着率を高めるため、息止めが必要です。ただし、無理はさせないこと

5 **ゆっくりと息を吐き、いつも通りに呼吸する**
 吸入後は吸入器(エリプタ)のカバーを閉じてください。

カバーを閉める前に吸入口を拭くに指導します

6 **吸入後はうがいをする**
 のどや口の中に残っている薬を、洗い流しましょう。うがいは、副作用の予防になります。

吸入ステロイドは口腔内カンジダや嚔声などの副作用を防止するため吸入後すぐにうがいをします。それ以外の吸入薬も統一化を図るため、うがいを行うように説明します

指導内容統一化 一例 エアゾール剤

オルベスコ®を 使用されている方へ

患者さん用使用説明書



チェック項目(ピットフォール)

吸入前

- 最初の使用時や、使用間隔が一定期間空いた時に、
試し射ちをしていない
- 試し射ちの操作を、日常の吸入の際に誤って行っている
- 吸入前にポンペを振っていない
- デバイスを正しく安定して支持できていない
- 吸入前に薬剤残量カウンターを確認していない
- 吸入前に息を吐いていない

吸入時

- ポンペの底を指の力で押せない
- 薬剤噴射時に、呼吸同調が出来ていない
- 薬剤をゆっくり深く吸入できていない
- 薬剤噴射方法が不安定である
- 吸入時に吸入口を隙間なく覆っていない。
(クローズドマウス法の場合)
- 吸入直後の息止めをしていない

吸入後

- 吸入後のうがいをしていない



いずれの問題点も発見できなかった

エアゾール(オルベスコ)

オルベスコ®を使用されている方へ

準備

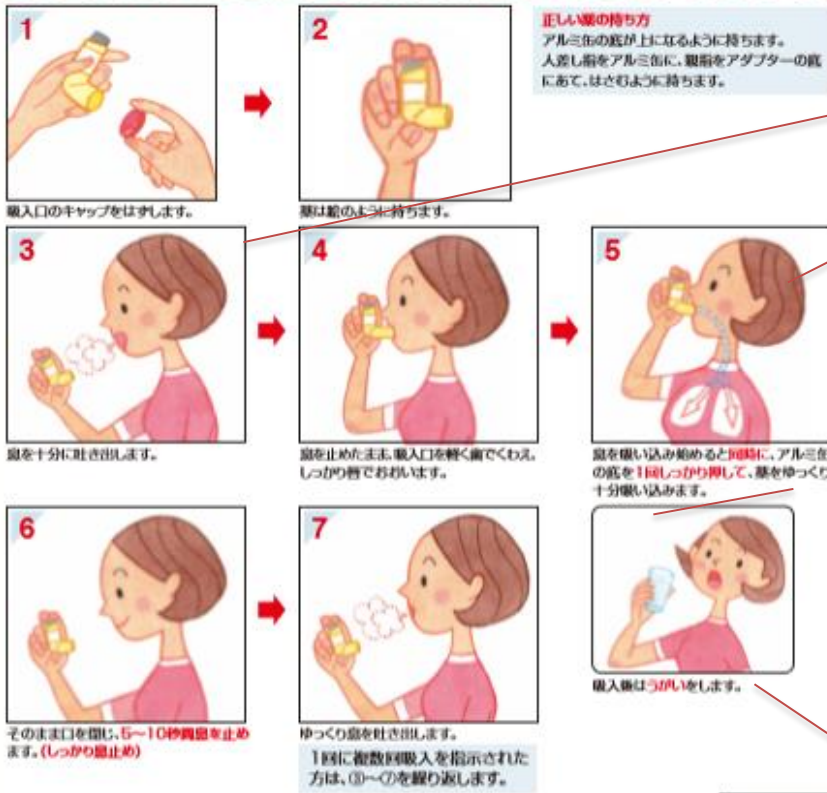


1 フィルム
2 アルミ缶アダプター
3 吸入口 キャップ
4 試し噴射

外側のフィルムをはがし、アルミ缶がアダプターに正しく装着されていることを確認します。
 吸入口のキャップをはずします。
 アルミ缶の底を3回押し、噴霧を確認します。

【注意】 試し噴射は、開封時または1週間以上使用しなかったときのみ、行ってください。毎日行う必要はありません。顔や眼に向けて噴霧しないでください。

吸入方法



1 吸入口のキャップをはずします。
 2 薬は筒のように持ちます。
 正しい薬の持ち方
 アルミ缶の底が上になるように持ちます。人差し指をアルミ缶に、親指をアダプターの底にあて、はさむように持ちます。
 3 息を十分に吐き出します。
 4 息を止めたまま、吸入口を軽く前であわえ、しっかりと息を吸い込みます。
 5 息をゆっくり込み始めると同時に、アルミ缶の底を1回しっかり押し、薬をゆっくり十分に吸い込みます。
 6 そのまま口を閉じ、5-10秒間息を止めます。(しっかり息止め)
 7 ゆっくり息を吐き出します。1回に複数回吸入を指示された方は、⑥へのを繰り返します。

裏面にもご確認ください。

カウンターのないものは、メーカー資材(シール等)を利用して確認します



ピオスケ
←オルベスコ50µ

オルベスコ100µ→



主薬と噴霧ガスを均一にするため、噴霧前に容器を十分に振る必要があります
 患者の混乱を防ぐためにも、振る必要のない薬剤も降ると指導します

息吐きをしないと、吸入が十分にできません。
 十分に息吐きができているか確認します

肺内への薬剤の吸着率を高めるため息止めは必要ですが
 ただし無理はさせないこと

キャップをする前に、吸入口を拭くように指導します。

吸入ステロイドは口腔内カンジダや嚔声などの副作用を防止するため吸入後すぐにうがいをします。
 それ以外の吸入薬も統一化を図るため、うがいを行うように説明します

エアゾール(オルベスコ)

オルベスコ。を使用されている方へ

この薬は、医師・薬剤師の指示に従って毎日規則正しく吸入することにより、喘息発作を起こりにくくする薬剤です。

重要な注意

- この薬は、発作をすみやかにしずめるものではありません。
毎日、指示された用量を吸入していただくことで発作を予防する薬です。
- 発作の有無にかかわらず、ご自身の判断で吸入の中止・変更をしないでください。
症状が変化した場合は、できるだけ早く医師の診察を受けてください。
- 他の薬を同時に使用する場合は、医師の指示に従い服用してください。
- 添加物として、微量のアルコールが入っています。
アルコールのにおいが気になる方は、医師または薬剤師に申し出てください。
- 顔や眼に向けて噴霧しないでください。
もしも眼に入った場合には、すぐに洗眼し、それでも改善しない場合は、近医を受診してください。

保管上の注意

- 吸入後はキャップを閉め、携帯用袋に入れて保管してください。
- 噴霧口のつまりを防ぐため、ときどきアダプターの吸入口の内側と外側を、柔らかい乾いた布もしくはちり紙でふき、清潔に保管してください。
- アルミ缶およびアダプターを水に入れたり、水で洗うことは避けてください。
(噴霧不良の原因となります。)
- 破裂するおそれがあるため、高温(50℃以上)になる所に置かないでください。
- お子様の手が届かない所に保管してください。



その他の注意

- アルミ缶は空になっても火中に投じないでください。
- 地方自治体により定められた廃棄方法に従ってください。

吸入可能回数(最初の試し噴射3回を除く)

- オルベスコ 50 μ gインヘラー 112吸入用(アダプターラベルの色が緑色): 112回
- オルベスコ 100 μ gインヘラー 56吸入用(アダプターラベルの色がオレンジ): 56回
- オルベスコ 100 μ gインヘラー 112吸入用(アダプターラベルの色が黄色): 112回
- オルベスコ 200 μ gインヘラー 56吸入用(アダプターラベルの色が赤色): 56回

使用方法

【トレーニングレポートの目的】

保険調剤薬局で

「即時性は低い情報であるが重要性があり
医療機関へ伝えた方が望ましい情報」

に関してフィードバックする用紙です。

内容をFAXにて当院薬剤部へ集約し
電子カルテへ記載することで
情報の共有化を図ります。



残薬の情報

吸入の情報

ポリファーマシーの情報

他院併用薬の情報

化学療法の副作用情報

テレフォローで知った情報

疼痛管理のコントロール状況

etc

今回の話

調剤薬局様

患者来院

院外処方箋

必要時、処方箋に指示等を記載

患者インタビュー・処方監査・調剤



医師へ直接TEL

疑義照会

薬剤指導・薬剤交付

薬歴の記録

緊急性の低い医療機関に伝えた方がいい情報

- 残薬調整いたしました
- 分割調剤時のフィードバック
- その他(別紙参照)

緊急性の高いものは疑義照会で!!!

砂川市立病院

薬剤部へFAX

患者情報フィードバック用紙



当院薬剤部

電子カルテへ要点を記載

当院医師

外来受診



カルテ閲覧

院外処方箋



HOME



外来



入院



健診・人間ドック



病院概要



お見舞いメール



交通アクセス



看護部



臨床研修医
専攻医

良質の医療、心かよう安心と
信頼の医療を提供する病院

各資料は、

ホームページよりダウンロードしてください

- 挨拶
- 病院理念
- 患者さんの権利に関する
宣言と義務
- 部門紹介**
- 施設概要
- 沿革
- 交通アクセス
- 施設・設備の紹介
- 当院の情報
- NCD登録について
- 個人情報保護方針



薬剤部

- 薬剤部概要
- 業務内容
- 実習制度
- お薬について
- 【NEW】患者情報フィードバック用紙運用に関して
- 【NEW】インシデント・アクシデントレポート用紙原本
- 「お薬手帳」とは
- 保険薬局の皆様へ
- すながわ薬剤師カンファレンス参加の皆様へ [PW]

[その他お知らせ](#)

吸入指導 トレーシングレポート

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356

FAXの流れ
保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

【注意】 患者情報フィードバック用紙
疑義照会は処方医へ

【注意】 患者情報フィードバック用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は処方医へご確認ください

吸入指導に

吸入指導における患者情報フィードバック用紙

必要項目記載

処方科 :
担当医 :
患者ID :
患者氏名 :

処方科 :	保険薬局 :
担当医 :	電話番号 :
患者ID :	FAX番号 :
患者氏名 :	担当薬剤師名 : (印)

◆ この情報を伝えることに対して患者
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考え

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を、
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

同意の有無

本日処方されました、吸入薬に対して指導・評価いたしました内容をご報告いたします

吸入薬

薬剤製品名
用法(吸入回数)を答えらえるか
デバイスの操作を理解しているか?
吸入時の息を止め、吸入口に息がかからないようにできているか?
吸入時の姿勢、デバイスの姿勢は正しいか?
吸入の強さは適切か?
吸入後の息止めはできているか?
うがい水は出ているか?

説明の内容(複数選択可能)

- 吸入説明書提供
- 口吸指導
- 鼻面使用
- 薬剤師による実演
- 患者さんによる吸入実演
- その他 ()

報告内容

総合評価

- 良好
- 経過観察
- 他デバイス異検計

吸入状況

- 問題なく使用可
- 不安定(経過観察必要)

理由

- 介助があれば吸入可能
- 補助器具があれば吸入可能
- デバイス変更があれば吸入可能
- (選択理由 :)
- スプレー使用
- 有
- 無
- 何度か練習すれば、何とか自分で吸入可能
- 吸入困難
- その他 ()

所見・コメント

吸入指導 トレーシングレポート

薬品選択

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356

【注意】 患者情報フィードバック
疑義照会は処方医へ

吸入指導

処方科 :
担当医 :
患者ID :
患者氏名 :

◆ この情報を伝えることに対しては
 得た
 得ていないが、治療上重要だと判

本日処方されました、吸入薬

薬剤製品名
用法(吸入回数)を答えらえるか
デバイスの操作を理解しているか?
吸入前の息はき時、 吸入口に息がかからないようにできているか?
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?
吸入の強さは適切か?
吸入後の息止めはできているか?
うがい は出来ているか?

吸入薬

説明の内容(複数選択可能)

報告内容

吸入状況
<input checked="" type="checkbox"/> 問題なく使用可
<input checked="" type="checkbox"/> 不安あり 経過観察必要
理由
<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能
<input type="checkbox"/> デバイス変更があれば吸入可能
(選択理由 :)
<input type="checkbox"/> スペース使用 <input type="checkbox"/> 有

所見コメント

吸入薬	薬剤製品名	アニューティエリプタ			
	用法(吸入回数)を答えらえるか	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る	<input checked="" type="checkbox"/> 難あり
	デバイスの操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり
	吸入前の息はき時、 吸入口に息がかからないようにできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり		<input type="checkbox"/> 難あり
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり
	吸入の強さは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり
	吸入後の息止めはできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり
	うがい は出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり		<input type="checkbox"/> 難あり

チェック

何をしたか

説明の内容(複数選択可能)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 口頭指導	<input type="checkbox"/> 動画使用
	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容

結果はどうか

吸入状況
<input checked="" type="checkbox"/> 問題なく使用可
<input type="checkbox"/> 不安あり 経過観察必要
理由
<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能
<input type="checkbox"/> デバイス変更の考慮が必要
(選択理由 :)
スペースーの使用
<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
<input type="checkbox"/> 何度が練習すれば、何とか自分で吸入可能
<input type="checkbox"/> 吸入困難
<input type="checkbox"/> その他()

吸入指導 トレーシングレポート

2019.8.1作成

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356



FAXの流れ
保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

【注意】 患者情報フィードバック用紙による情報伝達は、院外報告ではありません。
院外報告は処方医へご確認ください

吸入指導における患者情報フィードバック用紙

処方科 :	保険薬局 :
担当医 :	電話番号 :
患者ID :	FAX番号 :
患者氏名 :	担当薬剤師名 : ⑧

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を、
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

本日処方されました、吸入薬に対して指導・評価いたしました内容をご報告いたします

吸入薬	薬剤製品名	オンプレス吸入カプセル		バルミコートタービュヘイター	
	用法(吸入回数)を答えらえるか	<input type="checkbox"/> 出来る	<input checked="" type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり
デバイスの操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入時の息止め時、吸入口に息がかからないようにできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入の強さは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入後の息止めはできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
うがい音は出ているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	

説明の内容(複数選択可能)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input checked="" type="checkbox"/> 口鼻指導	<input checked="" type="checkbox"/> 動画使用
	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実態	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容 総合評価 良好 経過観察 他デバイス異検計

吸入状況

問題なく使用可
 不安あり 経過観察必要

理由

介助があれば吸入可能
 補助器具があれば吸入可能
 デバイス変更があれば吸入可能

(選択理由)

スプレー使用 有 無

所見・コメント

赤枠のチェック、評価を踏まえコメントをお願いします。

例: デバイスの操作、息止めなど問題は見当たりませんでした。
 用法の理解も問題なく、問題なく使用可能と思えます
 引き続き、吸入指導を継続してまいります

所見・コメント

吸入指導 トレーシングレポート(まとめ)

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356

↑

FAXの流れ
 保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

2019.1作成

**【注意】 患者情報フィードバック用紙による情報伝達は、院舎間ではありません。
 院舎間では処方医へご確認ください**

吸入指導における患者情報フィードバック用紙

処方科 :	保険薬局 :
担当医 :	電話番号 :
患者ID :	FAX番号 :
患者氏名 :	担当薬剤師名 :

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を、
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

本日処方されました、吸入薬に対して指導・評価いたしました内容をご報告いたします

吸入薬	薬剤製品名	オンプレス吸入カプセル		バルミコートタービュヘイラー	
	用法(吸入回数)を答えらえるか	<input type="checkbox"/> 出来る	<input checked="" type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり
デバイスの操作を理解しているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入時の息を止め、吸入口に息がかからないようにできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入の強さは適切か?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
吸入後の息止めはできているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	
うがい音は出ているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	

説明の内容(複数選択可能)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書提供	<input checked="" type="checkbox"/> 口鼻指導	<input checked="" type="checkbox"/> 動画使用
	<input checked="" type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実演	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容 **総合評価** 良好 経過観察 他デバイス異検計

吸入状況

問題なく使用可
 不安あり 経過観察必要

理由

<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 何度も練習すれば、何とか自分で吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入困難
<input type="checkbox"/> デバイス変更があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> その他 ()

(選択理由 :)

スーパー使用 有 無

所見・コメント

患者情報、処方医師、報告者など
 基本情報を記載

各、資料ベースにをお願いします
 評価の結果を記載するところになります

赤字でのコメントを記載してください
 赤字の根拠など補足になります
 カルテに文章で記載します

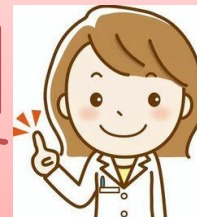
例えばこんな患者さん

1回目来局



最近、咳がひどくて病院行ったら、吸入薬だしくって言われたんだわ

今回の吸入薬は初めてですので使い方説明しますね



説明etc

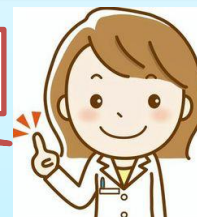


わかったわかった、大丈夫だ！ きちんと吸入するよ

2回目来局



今回も、同じ吸入継続ですがどうでしたか？



2.3日吸ったら、のどがイガイガして調節して使っていたわ

うがいはしていましたか？



めんどくさくて、あまりしていなかったかな

次からはしっかりしましょうね



吸入指導 トレーシングレポート 記載例 1回目来局時

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356

【注意】 患者情報フィードバック用紙による
疑義照会は処方医へご連絡ください

吸入指導における

処方科 :
担当医 :
患者ID :
患者氏名 :

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので

本日処方されました、吸入薬に付いた指

吸入薬

薬剤製品名
用法(吸入回数)を答えらえるか
デバイスの操作を理解しているか?
吸入前の息はき時、
吸入口に息がかからないようにできているか?
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?
吸入の強さは適切か?
吸入後の息止めはできているか?
うがいは出来ているか?

説明の内容(複数選択可能) 吸入説明書 薬剤師による実演

報告内容

吸入状況
 問題なく使用可
 不安あり 経過観察必要
理由
 介助があれば吸入可能
 補助器具があれば吸入可能
 デバイス変更があれば吸入可能
(選択理由 :
 スプレー使用 有 無

所見コメント

	薬剤製品名	アローノエリプタ		
吸入薬	用法(吸入回数)を答えらえるか	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input checked="" type="checkbox"/> 難あり
	デバイスの操作を理解しているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入前の息はき時、 吸入口に息がかからないようにできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入の強さは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	吸入後の息止めはできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり
	うがいは出来ているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難あり	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難あり

説明の内容(複数選択可能)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 動画指導	<input type="checkbox"/> 動画使用
	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容

吸入状況
 問題なく使用可
 不安あり 経過観察必要
理由
 介助があれば吸入可能
 補助器具があれば吸入可能
 デバイス変更の考慮が必要
(選択理由 :
スプレーの使用
 有 無
 何度か練習すれば、何とか自分で吸入可能
 吸入困難
 その他()

2022.11.22 吸入指導を行いました。
息止め、デバイスの操作など問題はありませんでした。引き続き、経過を観察いたします

吸入指導 トレーシングレポート 記載例 1回目来局時 電子カルテ記載

2019.8.1作成

FAX：砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356



FAXの流れ
保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

**【注意】 患者情報フィードバック用紙による情報伝達は、疑義照会ではありません。
疑義照会は処方医へご連絡ください**

吸入指導における患者情報フィードバック用紙

処方科：	保険薬局：
担当医：	電話番号：
患者ID：	FAX番号：
患者氏名：	担当薬剤師名：

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を、

- 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

本日処方されました、吸入薬に対して指導・評価いたしました内容をご報告いたします

薬剤師名	アノーロエリプタ	
用法(吸入回数)を答えらえるか	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め
デバイスの操作を認識しているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め
吸入前の息止め時、吸入口に息がかからないようにできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め
吸入の強さは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め
吸入後の息止めはできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め
うがいはおこなっているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難め

説明の内容(複数選択可能)

- 吸入説明書 口頭指導 動画使用
 薬剤師による実演 患者さんによる吸入実態 その他()

報告内容

吸入状況

問題なく使用可
 不安あり 経過観察必要

理由

<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 何度も練習すれば、何とか自分で吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 吸入困難
<input type="checkbox"/> デバイス変更の考慮が必要 (懸念理由:)	<input type="checkbox"/> その他()

スプレーの使用
 有 無

所見・コメント

2022.11.22 吸入指導を行いました。
息止め、デバイスの操作など問題はありませんでした。引き続き、経過を観察いたします

プログレスノート

#	
S	
O	
A	
P	

●●外来主治医の先生・看護師さんへ

★★薬局からのトレーシングレポートです

この情報は、患者同意を得て報告しています

2022.11.22 アノーロエリプタについて吸入指導を行いましたのでご報告いたします

吸入説明書を用い口頭指導を行いました

息止め、デバイスの操作など特に問題はありませんでした。継続して観察していこうと思います

評価の詳細は添付ファイルをご参照ください

吸入指導 トレーシングレポート 記載例 2回目来局時

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356

【注意】 患者情報フィードバック用紙による
疑義照会は処方医へご連絡ください

吸入指導における

処方科 :
担当医 :
患者ID :
患者氏名 :

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を
 得た
 得ていないが、治療上重要だと考えられますので

本日処方されました、吸入薬に付いては

吸入薬

薬剤製品名
用法(吸入回数)を答えらえるか
デバイスの操作を理解しているか?
吸入前の息止め時、 吸入口に息がかからないようにできているか?
吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?
吸入の強さは適切か?
吸入後の息止めはできているか?
うがいはおこなっているか?

説明の内容(複数選択可能) 吸入説明書 薬剤師

報告内容

吸入状況
<input checked="" type="checkbox"/> 問題なく使用可
<input checked="" type="checkbox"/> 不安効) 経過観察必要

理由

<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> デバイス変更があれば吸入可能
(選択理由:)		
<input type="checkbox"/> スプレー使用	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無

所見コメント

	薬剤製品名	アローノエリプタ			
吸入薬	用法(吸入回数)を答えらえるか	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input checked="" type="checkbox"/> 難効)
	デバイスの操作を理解しているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)
	吸入前の息止め時、 吸入口に息がかからないようにできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)
	吸入の強さは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)
	吸入後の息止めはできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)
	うがいはおこなっているか?	<input type="checkbox"/> 出来る	<input checked="" type="checkbox"/> 難効)	<input type="checkbox"/> 出来る	<input type="checkbox"/> 難効)

説明の内容(複数選択可能)	<input checked="" type="checkbox"/> 吸入説明書	<input checked="" type="checkbox"/> 口頭指導	<input type="checkbox"/> 動画使用
	<input type="checkbox"/> 薬剤師による実演	<input type="checkbox"/> 患者さんによる吸入実施	<input type="checkbox"/> その他()

報告内容

吸入状況
<input type="checkbox"/> 問題なく使用可
<input checked="" type="checkbox"/> 不安効) 経過観察必要

理由

<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 何度が練習すれば、何とか自分で吸入可能
<input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能	<input type="checkbox"/> 吸入困難
<input type="checkbox"/> デバイス変更の考慮が必要	<input checked="" type="checkbox"/> その他(うがい忘れあり)
(選択理由:)	
スプレーの使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

デバイスの操作などは問題ありません。吸入後、うがい忘れのため嘔声があるようです。カンジダなどはなさそうですが、次回受診時、ご高診いただけますと幸いです

吸入指導 トレーシングレポート 記載例 2回目来局時 電子カルテ記載

2019.8.1作成

FAX : 砂川市立病院 薬剤部
0125-54-2356



FAXの流れ
保険薬局 → 薬剤部 → カルテ記載

**【注意】 患者情報フィードバック用紙による情報伝達は、提議野合ではありません。
提議野合は処方医へご連絡ください**

吸入指導における患者情報フィードバック用紙

処方科 :	保険薬局 :
担当医 :	電話番号 :
患者ID :	FAX番号 :
患者氏名 :	担当薬剤師名 :

◆ この情報を伝えることに対して患者の同意を、

- 得た
- 得ていないが、治療上重要だと考えられますので報告致します

本日処方されました、吸入薬について指導・評価いたしました内容を報告いたします

	薬剤師名	アノーロエリプタ	
吸入薬	用法(吸入回数)を答えらえるか	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input checked="" type="checkbox"/> 難め
	デバイスの操作を説明しているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め
	吸入前の息を吐き、吸入口に息がつかないようにできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め
	吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め
	吸入の強さは適切か?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め
	吸入後の息を吐きはできているか?	<input checked="" type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め
	うがい出来ているか?	<input type="checkbox"/> 出来る <input checked="" type="checkbox"/> 難め	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 難め

説明の内容(複数選択可能)

- 吸入説明書
- 口頭指導
- 動画使用
- 薬剤師による実演
- 患者さんによる吸入実演
- その他()

報告内容

吸入状況

問題なく使用可

不安あり 経過観察必要

理由

<input type="checkbox"/> 介助があれば吸入可能 <input type="checkbox"/> 補助器具があれば吸入可能 <input type="checkbox"/> デバイス変更の考慮が必要 (選択理由:)	<input type="checkbox"/> 何度も練習すれば、何とか自分で吸入可能 <input type="checkbox"/> 吸入困難 <input checked="" type="checkbox"/> その他(うがい忘れあり)
---	--

スプレーの使用
 有 無

所見・コメント

デバイスの操作などは問題ありません。吸入後、うがい忘れのため嘔声があるようです。再度、うがいの必要性を指導しました。カンジダなどはなさそうですが、次回受診時、ご高診いただけますと幸いです

プログレスノート

#	
S	
O	
A	
P	

●●外来主治医の先生・看護師さんへ

★★薬局からのトレーシングレポートです

この情報は、患者同意を得て報告しています

2022.11.30 アノーロエリプタについて吸入指導を行いましたのでご報告いたします

吸入説明書を用い口頭指導を行いました

デバイスの操作などは問題ありません。吸入後、うがい忘れのため嘔声があるようです。再度、うがいの必要性を指導しました。カンジダなどはなさそうですが、次回受診時、ご高診いただけますと幸いです

評価の詳細は添付ファイルをご参照ください

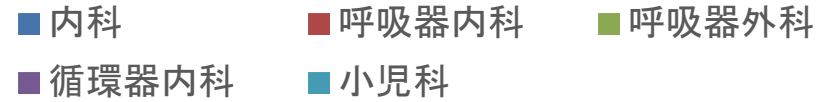
今日の話

④砂川部会で吸入トレーニングレポートの評価

吸入指導トレーニングレポート結果

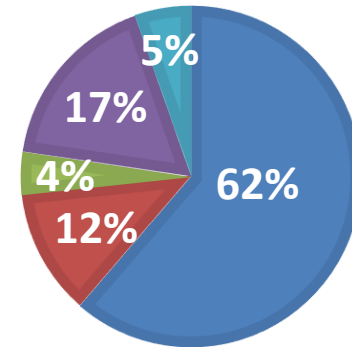
期間 2019年10月18日 ~ 2021年6月3日

トレーニングレポート 報告科



トレーニングレポートの件数.....75件

問題なく使用可能.....58件
経過観察必要.....17件



上記トレーニングレポートでカルテ上、後追いが可能であった件数.....63件

ただし、
次回受診日に受診無し(他院へ紹介含む).....9件含む

実質、後追いが可能であった件数.....54件

問題なく使用可能.....38件
経過観察必要.....16件

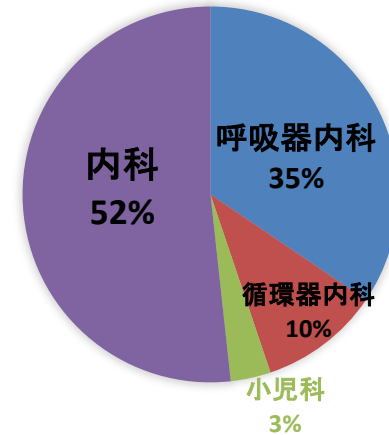
吸入指導トレーニングレポート結果 経過

トレーニングレポート 報告科

期間 2021年6月1日 ~ 2021年10月18日

トレーニングレポートの件数.....33件

問題なく使用可能.....32件
経過観察必要..... 1件



上記トレーニングレポートでカルテ上、後追いが可能であった件数.....29件

ただし、
次回受診日に受診無し・終診希望(他院へ紹介含む).....2件含む

実質、後追いが可能であった件数.....27件

問題なく使用可能.....26件
経過観察必要..... 1件

吸入指導トレーニングレポート結果

期間 2019年10月18日 ~ 2021年6月3日

実質、後追いが可能であった件数.....54件

経過観察必要.....16件

吸入手技に問題なしなど手技の記載あり

.....2件 3.7%

「吸入できている！」とか、「薬局より吸入が吸えていないと報告あり」など、

トレーニングレポートを見てくれていると思われる表現があったものを集計すると

.....6件 11%

吸入して楽になった」とか、「調子よい」、「かわらない」など、吸入をしたため、次回受診時症状改善・不変などがあったと思われるのを集計

.....27件 50%

期間 2021年6月1日 ~ 2021年10月18日

後追いが可能であった件数.....26件

経過観察必要.....1件

吸入手技に問題なしなど手技の記載あり

.....4件 15.3%

「吸入できている！」とか、「薬局より吸入が吸えていないと報告あり」など、

トレーニングレポートを見てくれていると思われる表現があったものを集計すると

.....7件 24%

吸入して楽になった」とか、「調子よい」、「かわらない」など、吸入をしたため、次回受診時症状改善・不変などがあったと思われるのを集計

.....9件 33%

砂川部会 バックアップいたします

実績を残せば、医師もカルテで評価してくれます

吸入指導の統一化にご協力お願いできないでしょうか？

砂川部会、最大限ご協力いたします。

ご協力お願いいたします。

ご清聴ありがとうございました