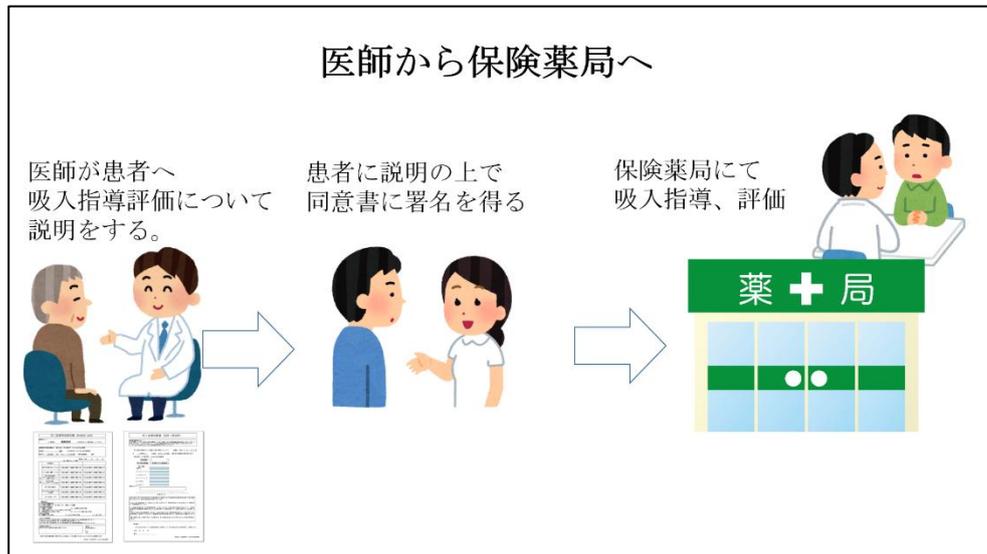


- ④ 患者は吸入指導評価実施可能な保険薬局へ行き、保険薬局薬剤師へ依頼書及び報告書を渡す。



- ⑤ 保険薬局は依頼書をコピーし保管する（なお保管に関しては任意である）。原本は患者へ返却する。吸入指導実施報告書は保険薬局で預かる。
- ⑥ 保険薬局薬剤師は患者へ吸入指導を実施、その後吸入操作評価を実施する。

- ⑦ ー1 実施後、報告書を記載した上で、当院へFAXし、吸入薬指導加算(3か月に1回)を算定する。

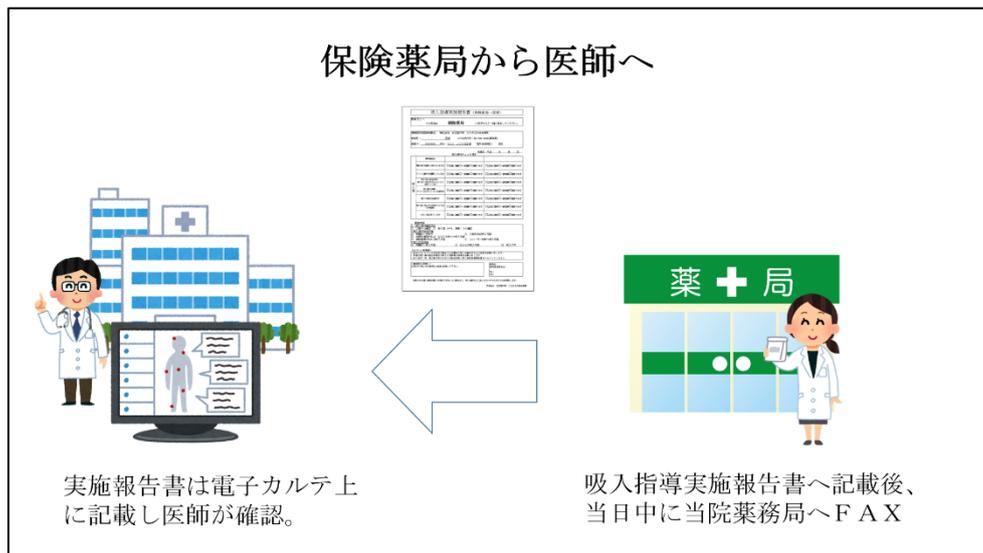
***服薬情報等提供料を算定にする場合、各保険薬局の自己責任の下でお願い致します。当ネットワークでは推奨はしていません。**

- ー2 吸入状況評価項目において「吸入不可」となった場合、報告書、及び疑義照会を当院へFAXし、疑義照会の回答を待つ。

返答後、指示に従い対応する。回答後別デバイスであれば吸入指導、評価を再実施する。

吸入指導後、吸入薬指導加算(3か月に1回)を算定する。

(報告書は実施日中にFAXすればよい。)



- ⑧ 原則吸入指導評価は指導回数3回まで実施する。3回目以降の吸入指導評価については各保険薬局の判断で実施する。

- ⑨ 吸入指導チェックは口頭での確認でも良いが、デモの吸入器、実薬を持参し確認することが望ましい。

2. : 吸入指導依頼書、吸入指導実施報告書について

吸入指導依頼書

吸入指導依頼書〈医師→薬剤師〉

保険薬局薬剤師の方へ
 下記の理由により吸入指導が必要な患者様です。吸入指導後、吸入指導実施報告書を当該薬局までお送りください。
 ※ 吸入指導の指図書は別途発行の吸入指導実施報告書を参照してください。

吸入指導を依頼することを御座ると口頭で説明しましたので 依頼日 平成 20 年 9 月 20 日

ID 99999999 お名前 テスト ソフト様 様のお吸入指導をお願いします。

株式会社 日立製作所 ひたちなか総合病院

担当医師

吸入指導依頼理由

【吸入薬】

医師からのコメント

【患者さんへ】

□吸入薬は、吸入手技や吸入動作で治療効果に大きく影響するため、薬剤師から正確で安全な吸入方法の指導を受けることにより、良好な治療効果を得ることができます。

□今まで、吸入薬を使用していた患者さんでも吸入方法によって、効果に差が出る場合がありますので、使用状況もその都度確認させていただきます。

□この書面は保険薬局から保険薬局薬剤師に、患者さんの「病名や治療に関する情報」をお伝えして、薬剤師が患者さんの治療情報を把握することにより、お薬の使い方や安全性について適切に指導することが可能になります。

□薬局での指導内容は医療機関へ送信され、診療に反映されません。薬剤師等指導料として月1回90円～90円を保険薬局でこ負担いただくことになります。*薬剤師等指導料は患者さまによって負担額が異なる場合がございます。

□個人情報等は、患者が特定できないよう匿名化し、吸入療法をより良いものにするためのみに使用させていただきます。

【同意書】

私は上記の内容について担当薬剤師より説明を受け、吸入指導を受ける事を同意して依頼します。

平成 年 月 日

署名

株式会社 日立製作所 ひたちなか総合病院

医師が保険薬局による吸入指導評価を必要とする場合、医師は文書管理より発行する。依頼書には担当医師名、吸入指導依頼理由（初回指導、定期確認指導、薬剤変更による指導、症状悪化による確認指導、検査値悪化）、吸入薬（pMDI、タービューヘイラー、レスピマット、ブリーズヘラー、エリプタ、ジェヌエア、エアロスフィア）、医師からのコメント。患者への連絡事項、吸入指導についての同意書がある。

原本は患者が管理し、当院では電子カルテ内、保険薬局では原則として吸入指導依頼書コピーし管理をする。

ただし保険薬局において電子カルテ上に同意の旨を記載可能ならばその限りではない。

また同意書の有効期間は患者が同意を取り下げない限り無期限である。

しかし吸入操作チェックをするときはその都度患者が同意していることを確認すること。

吸入指導実施報告書

吸入指導実施報告書（保険薬局→医師）		
患者さんへ この用紙は 保険薬局 に処方せんと一緒に提出してください。		
情報提供先医療機関名： 株式会社 日立製作所 ひたちなか総合病院		
担当医： _____ 医師 *FAX送付先： 029-264-6402(薬局)		
患者ID： _____ 氏名： エスト ソフト花子様 院外指導回数： 回目		
実施日 平成 ____ 年 ____ 月 ____ 日		
吸入操作チェック項目		
薬剤製品名		
用法(吸入回数)が覚えられるか	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
デバイス操作を理解しているか	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
吸入前の息吐き時、 吸入口に息がからまないよう 出来ているか	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
吸入時の姿勢、 デバイスのポジションは適切か	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
吸入の強さは適切か	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
吸入後に息止のは出来るか (5秒程度)	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
うがい出来るか	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず	<input type="checkbox"/> 正確に理解 <input type="checkbox"/> 一部理解 <input type="checkbox"/> 理解できず
報告内容		
1: 吸入操作確認方法 <input type="checkbox"/> 口筒での確認 <input type="checkbox"/> 吸入器（デモ、実薬）での確認		
2: 吸入操作総合評価 <input type="checkbox"/> 問題なく使用可 <input type="checkbox"/> 介助あれば吸入可能 <input type="checkbox"/> 何らかの修正すれば、なん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"/> スプーサー使用で吸入可能		
3: 吸入状況評価 <input type="checkbox"/> 問題なく吸入可能 <input type="checkbox"/> なんとか吸入可能 <input type="checkbox"/> 吸入不可		
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します。 * 評価は吸入操作総合評価及び吸入状況評価の評価をお願いします。 * 記入後は《様》日立製作所ひたちなか総合病院へ吸入指導実施報告書をFAXしてください。		
<薬剤師から医師へ> 上記以外で気になる事項など自由に記載して下さい。		薬局名： 保険薬剤師氏名： TEL： FAX：
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、吸入指導をより良いものにするためにのみ使用致します。 株式会社 日立製作所 ひたちなか総合病院		

吸入指導実施報告書（以下：報告書）は処方された吸入薬のチェック項目、報告内容が記載されている。

報告書は、チェック実施日に当院に FAX 送信すること。

- ・報告書は3段階評価（正確に理解、一部理解、理解できず）となっている。
3段階評価は性質上、主観的評価となるが次の基準を目安とする。

正確に理解：患者が吸入操作について口頭でスムーズに回答できる。

吸入操作をスムーズに実施できる。

一部理解：吸入操作について一部忘れている。回答に時間がかかる。

途中で操作を忘れる、止まってしまう。

理解できず：吸入操作についてまったく覚えていない、操作ができない。

- ・評価項目は7項目となっている

①用法（吸入回数）は答えられるか、②デバイスの操作を理解しているか、③吸入前の息吐き時、吸入口に息がかからないよう出来ているか、④吸入時の姿勢、デバイスのポジションは適切か⑤吸入の強さは適切か⑥吸入後に息止めは出来ているか（5秒程度）⑦うがいは出来ているか

・報告内容は①吸入操作確認方法（口頭での確認、吸入器（デモ、実薬）での確認）②吸入操作総合評価（問題なく使用可、介助あれば吸入可能、何度か練習すれば、なんとか自分で吸入可能、補助器具があれば吸入可能）③吸入状況評価（問題なく吸入可能、なんとか吸入可能、吸入不可）

- ・吸入状況評価にて吸入不可との評価になった場合は疑義照会となる。

- ・報告書は原則吸入指導依頼を受けてから3回は実施すること。

3回目以降は、各薬局の判断により終了してもよい。（終了の旨は報告書の備考欄などに記載可能）ただし評価終了半年後を目安として再度吸入チェックをすること。

3：吸入薬指導加算の算定について

対象の患者に対し文章での説明に加え、練習用吸入器を用いた実技指導後に当院の吸入指導実施報告書を記載、当院へ FAX し報告することで吸入薬指導加算を算定可能である。

以下に算定条件を記載する。

- ①吸入指導依頼書、吸入実施報告書（以下：依頼書、報告書と省略）を持参された場合。吸入指導内容を報告書に記載の上、当院へ FAX することで吸入薬指導加算が算定可能である。（3 か月に 1 回）
- ②同患者が前回の吸入指導を終えて 3 か月経過後に再度患者の吸入操作を確認し、当院へ報告書を FAX した場合、吸入薬指導加算を算定することが可能である。
- ③患者が依頼書を渡した薬局（A 薬局と仮定）と異なる薬局（B 薬局と仮定）に来局した場合、当患者が来局した薬局（B 薬局）は、患者同意の下、当院へ連絡し、吸入指導依頼の確認を行う。
確認の後に吸入指導を実施し当院へ報告書を FAX した場合、吸入薬指導加算を算定する。
- ④吸入操作の確認を再開する場合は、患者の同意撤回がなければ、吸入指導依頼書は無期限で有効であり吸入薬指導加算を算定可能である。
- ⑤患者に他の吸入薬が処方された際、必要な吸入指導を行ったときは、前回の吸入指導加算の算定から 3 か月以内であっても算定可能である

備考

- ・かかりつけ薬剤師指導料、かかりつけ包括管理料を算定している患者は算定できない
- ・原則三回目までは患者が同意を撤回しない限り評価を行うが、4 回目以降は、患者の習得度、理解力によって各保険薬局の判断で継続の可否を判断する。
ただし、手技力低下の可能性を考え、指導終了半年後を目安に再度吸入指導するのが望ましい。
- ・現在、吸入指導依頼書、吸入実施報告書発行可能医師は呼吸器内科医師となっている。

更新日：2021 年 11 月 1 日

*誤字脱字、ご意見等ございましたら
株式会社日立製作所ひたちなか総合病院 薬務局 杉山までご連絡ください。

E-mail : koichi.sugiyama.bc@hitachi.com

電話(薬務局) : 029-354-6141

FAX : 029-354-6483