

吸入指導連携へのご協力をお願い

2019年1月

平素より、院外処方箋の応需につきまして、ご協力いただきありがとうございます。

気管支喘息・慢性閉塞性肺疾患治療において、吸入療法は重要な位置づけとなっています。各種吸入薬の登場により、多くの症例では良好なコントロールが得られるようになりましたが、デバイスの種類が多く、患者さんの理解や手技の習得が不十分なために、コントロール不良となってしまう症例もあります。吸入薬の副作用を抑え、治療効果を十分に引き出すためには、薬剤師による患者さんへの継続的な吸入指導が重要であるとされています。

このため、病院と地域の保険薬局が連携し吸入指導を行えるよう、2019年1月より吸入指導依頼書・評価票を用いた吸入指導連携を開始しております。

ご協力いただける施設におかれましては、以下のプロセスにてご対応いただければ幸いです。ご検討のほど、宜しく願い申し上げます。

- ① 医師による吸入指導連携の説明と同意の取得。吸入指導依頼書の発行。
- ② 患者さんは、院外処方箋とともに、依頼書を保険薬局に提出します。
- ③ 保険薬局の薬剤師による吸入指導。説明の内容、患者の疾患や薬に対する認識度、手技に関する理解度など評価票の項目に沿って記入。(用いる評価票は、当院の作成したものでなくても構いません。)
- ④ 評価票を病院へ **FAX (03-5689-7335)** 送信。
- ⑤ 病院は電子カルテに評価票を保存し、次回診察時に評価内容を反映させる。

ご不明な点等ございましたら、以下までご連絡ください。また、対応困難な場合も、その旨ご連絡いただければ幸いです。どうぞ宜しくお願い申し上げます。

東京大学医学部附属病院 呼吸器内科

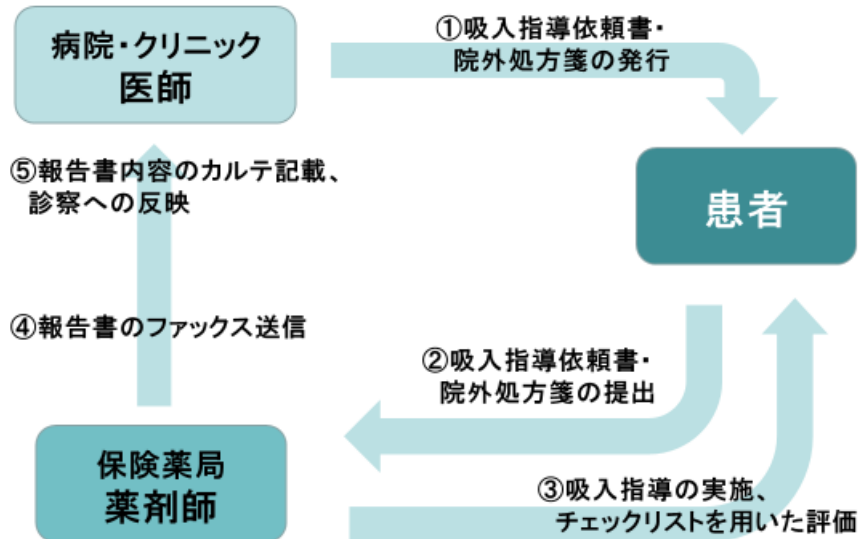
三谷 明久 (みたに あきひさ) mitania-int@h.u-tokyo.ac.jp

東京大学医学部附属病院 薬剤部

阿部 敏秀 (あべ としひで) abet-pha@h.u-tokyo.ac.jp

[参考資料]

吸入指導の流れ



リンク

東京大学医学部附属病院

吸入指導連携へのご協力のお願い 吸入指導依頼書、評価票

<http://www.pharma-umin.net/info/detail/index.php?id=35>

独立行政法人環境再生保全機構

喘息や COPD の情報の提供の他、吸入手技解説の動画を提供

<https://www.erca.go.jp/yobou/zensoku/basic/adult/control/inhalation.html>

吸入レッスン

日本大学医学部呼吸器内科学分野による、吸入手技解説に特化した内容

<http://www.kyunyu.com/Public/menu>

吸入指導依頼書 (医師→薬剤師)

平成 年 月 日

指導回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 継続
------	---

医療機関名	東京大学医学部附属病院	科名		担当 医師名	
TEL	03-5800-8692	FAX	03-5689-7335		

疾患名	<input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> 他()
処方薬剤名	①() ②() ③() ④()

スパーサー (吸入補助器)の必要	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 必要時追加 (吸入指導時に薬剤師が判断)	残薬確認	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
---------------------	---	------	---

以下の指導を重点的にお願い致します。
<input type="checkbox"/> 病態説明 <input type="checkbox"/> 薬効説明 <input type="checkbox"/> 吸入手技 <input type="checkbox"/> 継続の必要性 <input type="checkbox"/> その他()

薬剤アレルギー (アスピリン喘息など)の有無	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
アレルギー性鼻炎の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 現在喫煙者 <input type="checkbox"/> 前喫煙者 <input type="checkbox"/> 非喫煙者

担当医師コメント(特記事項)

【患者さんへ】

正しい方法でお薬を吸入して頂くために、薬剤師の先生から吸入器の使い方や吸入の仕方を聞いていただくようお願い致します。
この書面により、担当医師から薬局薬剤師へ、あなたの「治療に関する情報」をお伝えすることで、吸入方法や注意点についてより適切な説明が受けられ、有効で安全な吸入が可能になります。

【同意書】

- 私は、上記の内容について担当医師から説明を受け、薬剤師から吸入指導を受ける事を同意する
 同意しない

平成 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:)

※個人情報の取り扱い： 個人情報の保護に関する法律、個人情報に関する関連諸法令、関連省庁等のガイドラインを遵守し、適切に取り扱います。

