

京都市地域DOTS事業薬局DOTS事業実施要領

1 目的

京都市では、京都市版地域DOTS事業（以下「地域DOTS」という。）実施要綱に基づき、直接、結核患者の服薬状況を確認し、指導を行う地域DOTSを実施しているが、今後更に効率的な服薬支援を行うため、服薬指導を行う機関である調剤薬局との連携を図り、薬局でDOTSを行うこと（以下「薬局DOTS」という。）により、結核患者に抗結核薬を確実に服薬させることにより、結核のまん延防止を行うことを目的とする。

2 対象者

原則自ら薬局に通うことができる結核患者であり、服薬支援の同意を得られたもののうち、次の各項のいずれかに該当する者

- (1) 地域DOTS対象者（入院していない、抗結核治療を行う全結核患者（潜在性結核感染症を含む。）、その他京都市保健所長が必要と認めた者をいう。）のうち、各区役所・支所の開庁時間帯に服薬指導が困難な者
- (2) 地域DOTS対象者のうち、結核内検討会で薬局での服薬指導が必要と認めた者
- (3) その他京都市保健所長が必要と認めた者

3 実施方法

- (1) 各区役所・支所から依頼を受け、薬局DOTSを承諾した薬局（以下「協力薬局」という。）と個別に医療衛生企画課が委託契約を行い、実施する。
 - ア 協力薬局は、対象者の来局時に、結核内検討会で決定した「服薬支援計画」に沿って原則週1回直接服薬指導または直接服薬確認を行う。

なお、週1回の服薬支援が必要で処方箋が月1回の場合は、対象者と調整のうえ、抗結核薬を薬局預かりとし、1週間分ずつ患者に渡す。
 - イ 協力薬局は、対象者が服薬支援計画のとおり来局しなかったときは、速やかに各区役所・支所に連絡する。
 - ウ 協力薬局は、服薬支援方法及び結果について「服薬支援手帳」「薬局DOTS実施報告書（様式1）」に記載する。
 - エ 協力薬局は、前月実施分を翌月5日までに薬局DOTS実施報告書及び「請求書（様式2）」を各区役所・支所に送付する。
 - オ 各区役所・支所は、協力薬局からの前月実施分の薬局DOTS実施報告書及び請求書（ともに原本）を翌月10日までに医療衛生企画課に送付する。
 - カ 医療衛生企画課は、協力薬局からの請求書に基づき、服薬指導1件につき1,000円（内税）を薬局の指定する口座に支払う。

- (2) 各区役所・支所の業務

- ア 協力薬局や主治医と連絡調整を行い、対象者に対し薬局DOTSについて説明し同意を得る。
- イ 協力薬局に対し、患者1人につき1通「薬局DOTS実施協力依頼書（様式3）」を作成し、協力薬局に依頼する。
- ウ 対象者が薬局に服薬支援計画に沿って来局しなかった場合は、速やかに対象者の状態を把握し、薬局DOTS継続のための指導を行い、協力薬局及び必要な場合は主治医に連絡する。
- エ 対象者への指導内容
- (7) 処方箋のとおり決められた方法で服薬し、空き袋、残薬などを薬局へ持参する。
 - (4) 服薬支援手帳を薬局・医療機関外来時に提示する。
- オ 主治医への連絡
- 服薬支援手帳に治療内容・菌情報、その他必要な情報を記入してもらうよう依頼する。
- カ 報告
- 翌月10日までに、前月分の実績を別途定められた様式及び方法で医療衛生企画課に報告する。

(附則)

- この要領は、平成21年11月1日から適用する。
- この要領は、平成22年4月1日から適用する。
- この要領は、平成29年4月1日から適用する。
- この要領は、令和元年5月1日から施行する。
- この要領は、令和3年4月1日から施行する。
- この要領は、令和4年12月1日から施行する。

(薬局DOTS様式1)

年 月 日

薬局DOTS実施報告書

住 所 _____

患者整理番号 _____

代表者氏名 _____ 印 _____

年 月実施分

回数	月日	面接者	自覚症状・副作用 の有無等	使用薬剤							服薬確認					備考 外来受診状況・検査結果・主治医の指示・ 関係機関の連絡・その他特記事項	署名 (DOTS 実施者署名)
				INH	RFP	EB	PZA	LVFX			直接	空袋	残薬	手帳	他		
1		本人・他()															
2		本人・他()															
3		本人・他()															
4		本人・他()															
5		本人・他()															
6		本人・他()															
7		本人・他()															
8		本人・他()															
9		本人・他()															
10		本人・他()															
11		本人・他()															
12		本人・他()															

【保健所への連絡事項】

(薬局DOTS様式2)

四

千億	百億	十億	億	千万	百万	十万	万	千	百	十	一
----	----	----	---	----	----	----	---	---	---	---	---

ただし

年 月 日

印

品 名	寸 法 形 状 等	数 量	単 位	単 価	金 額	備 考
薬局DOTS委託料				1,000		
		(小 計)				
		税 抜 き 合 計				
		契 約 金 額				
		うち消費税及び地方 消費税相当額				
登録口座利用希望	希望する・希望しない (いずれかに○)				消 費 税 の 内税・外税の別 (いずれかに○) 次ページの有無 (いずれかに○)	内税・外税
複数登録口座 があるときの 入金希望口座	金融機関名	本支店名	預金 種 目	口座番号		有・無

薬局DOTS実施協力依頼書

令和 年 月 日

御中

京都市 保健所長

下記の者について、在宅での治療完遂にむけて、服薬支援協力を依頼いたします。

なお、個人情報の取り扱いにつきましては、十分ご注意くださいようお願いいたします。

記

1 氏名

2 生年月日 T・S・H・R 年 月 日生 () 歳

3 住所 京都市 区

4 電話番号 075 ()

5 支援内容 別紙「服薬支援計画書」のとおり

京都市保健所

担当：〇〇区役所健康長寿推進課

担当 ()

TEL

FAX