

新潟市結核患者服薬支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年10月2日法律第114号）第53条の14に基づき、結核患者（以下「患者」という。）に、直接服薬を確認する方法（以下「DOTS」という。）で確実に抗結核薬を服薬させることにより、結核のまん延を防止するとともに、多剤耐性結核の発生を予防することを目的とする。

(対象者)

第2条 新潟市保健所に結核患者として登録され、以下に全て該当する者で、服薬支援に関する同意書（別記様式第1号）により本人の同意が得られた者とする。ただし、本人の意思の確認が困難な場合は、家族からの同意が得られた者とする。

- (1) 全結核患者で在宅療養している者
- (2) DOTS カンファレンス（患者の服薬支援方法の検討会）の結果、地域 DOTS 方式が次のランクに決定した者
 - Aランク（治療中断リスクが非常に高い患者）
 - B1ランク（治療中断リスクが高い患者）
 - B2ランク（治療中断リスクがやや高い患者）
- (3) 家族支援が得られず、服薬を完遂する可能性が低い者

(実施方法)

第3条 実施方法は、患者の自宅等に訪問して行う。

(支援期間)

第4条 支援期間は、患者の外来通院開始から治療終了までとする。但し、必要に応じてその期間を延長又は短縮することができる。

(訪問回数)

第5条 訪問回数は、DOTS カンファレンスの結果、地域 DOTS 方式ごとに次のとおりとする。

- (1) Aランクの患者については、必要に応じて週5日までの訪問とする。
- (2) B1ランクの患者については、必要であれば週3回までの訪問とする。
- (3) B2ランクの患者については、必要であれば2週に1回までの訪問とする。

(費用負担)

第6条 患者にかかる服薬支援に要する経費は無料とする。

(服薬支援員)

第7条 市長は、保健師、看護師、薬剤師の資格を有する者で、服薬支援員登録申込書（別記様式第2号）を提出した者を服薬支援員として登録する。

(服薬支援員への依頼)

第8条 市長は、前条に定められた服薬支援員に対して、服薬支援依頼書（別記様式第3号）により服薬支援を依頼する。

(服薬支援員の職務)

第9条 服薬支援員の職務は次のとおりとする。

- (1) 対象の患者の自宅等を訪問し、原則として患者の結核薬服薬を直接確認する。
- (2) 訪問日以外の服薬確認については、服薬後の薬殻や薬剤の残数により確認する。
- (3) 患者の服薬手帳を確認する。
- (4) 処方どおりに服薬がされていない場合は、服薬について指導する。
- (5) 服薬を確認後、服薬支援実施報告書(別記様式第4号)に服薬状況等を記入するとともに、患者から確認印又はサインをもらう。
- (6) 服薬を継続する上で問題が発生した場合は、地区担当保健師に連絡する。

(服薬支援員登録証)

第10条 市長は、服薬支援員に対して服薬支援員登録証を発行する。服薬支援員は、服薬支援員登録証を常に携帯し、患者や家族から身分の証明を求められた場合は、提示しなければならない。

(報告)

第11条 服薬支援員は、服薬支援実施報告書と服薬支援請求書(別記様式第5号)を、1か月ごとにまとめて原則として翌月5日までに地区担当保健師を通じて保健所担当係へ提出する。

(報償額及び支払手続き)

- 第12条 服薬支援に対する報償額は、訪問1回あたり2,500円とし、服薬支援請求書により、1か月ごとにまとめて服薬支援員に報償費を支払う。
- 2 市長は、前項の請求を正当と認めた場合は、請求書を受理した日から30日以内に、服薬支援員に支払うものとする。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、平成22年9月22日から適用する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から適用する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成31年1月9日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現に存する改正前の様式の書式による用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

服薬支援に関する同意書

私は、結核の治療にあたり、服薬支援員の派遣を受けることに同意します。

年 月 日

氏 名 印

(自著の場合は押印不要)

保護者氏名 印

(自署の場合は押印不要)

<服薬確認方法>

訪問場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()
確認方法	<input type="checkbox"/> 内服直接確認 <input type="checkbox"/> 間接確認 <input type="checkbox"/> 服薬手帳の確認 <input type="checkbox"/> 残薬数確認 <input type="checkbox"/> 薬のから確認 <input type="checkbox"/> 薬箱 <input type="checkbox"/> その他
訪問日	<input type="checkbox"/> 週 日 曜日 <input type="checkbox"/> 月 日 曜日
時 間	<input type="checkbox"/> 午前 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 時頃
訪問期間	おおむね _____ か月 (年 月 日 ~ 年 月 日)
服薬支援員氏名	
地区担当 保健師	連絡先 _____

服薬支援員登録申込書

年 月 日

新潟市長 あて

住 所 _____
氏 名 _____
生年月日 _____
電話番号 _____

服薬支援員に登録したいので、次のとおり申し込みいたします。

◆ 資格 保健師 看護師 薬剤師

◆ 添付書類 上記資格を証明する書類の写し

◆ 登録条件

① 訪問可能地域 [_____]

※記入例：〇〇区管内、自宅から半径〇〇km以内 等

② 訪問困難な曜日・時間帯 [_____]

※記入例：月曜日・水曜日の午前・午後、金曜日の午前 等

③ 訪問手段 [_____]

④ その他

年 月 日

服薬支援員 様

新潟市長

服薬支援依頼書

次のとおり、服薬支援を依頼します。

患者氏名	性別 ()
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
住所	新潟市 区
電話番号	()
実施期間(予定)	年 月 日～ 年 月 日
薬の種類	<input type="checkbox"/> INH (イニアジド) <input type="checkbox"/> RFP (リファンピシ) <input type="checkbox"/> PZA (ピラジナミド) <input type="checkbox"/> EB (エタンブール) <input type="checkbox"/> その他 () ※薬の種類に変更があった場合は、地区担当保健師にご連絡ください。
訪問頻度	<input type="checkbox"/> 週 回 (曜日) <input type="checkbox"/> 月 回 () ※いずれの場合も直接服薬確認を行う日以外の服薬確認については、服薬後の薬殻又は薬の残数によりおこなってください。
病状・治療経過等	裏面のとおり
実施報告	服薬支援実施報告書(第4号様式)により、1月ごとに実施状況を報告してください。 報告期限は、原則として訪問を行った翌月5日までです。
報償額及び請求方法	報償額は、直接服薬確認1回あたり2,500円です。1月ごとに経費を算出して服薬支援請求書(第5号様式)により請求してください。

連絡先 区 地域保健福祉センター
(担当保健師)

電話

新潟市保健所 保健管理課
電話 025-212-8194

病状、治療経過等

病名	
入院期間	年 月 日～ 年 月 日
通院医療開始	年 月 日～
通院医療機関名 (主治医)	
既往症	
合併症	
薬剤感受性	INH () RFP () PZA () EB () その他 ()
副作用	
家族構成	
特記事項	

服薬支援事業報告書（ 月分）

■ 服薬支援員名

■ 患者名

■ 実施頻度 □週（ ）回 □月（ ）回 □その他（ ）

■ 服薬確認状況（日付ごとに該当欄に○印を記入してください。）

日付	薬 を確認し	服薬確認方法				の 有 無	副 作 用	備 考	患者サイン
		直 接 服 薬 確 認	薬 殻 で 服 薬 確 認	薬 の 残 数 で 確 認	そ の 他				
1日（ ）						無	有 ・		
2日（ ）						無	有 ・		
3日（ ）						無	有 ・		
4日（ ）						無	有 ・		
5日（ ）						無	有 ・		
6日（ ）						無	有 ・		
7日（ ）						無	有 ・		
8日（ ）						無	有 ・		
9日（ ）						無	有 ・		
10日（ ）						無	有 ・		
11日（ ）						無	有 ・		
12日（ ）						無	有 ・		
13日（ ）						無	有 ・		
14日（ ）						無	有 ・		
15日（ ）						無	有 ・		
16日（ ）						無	有 ・		

日付	訪問し服薬を確認した	服薬確認方法				副作用の有無	備考	患者サイン
		直接服薬確認	薬殻で服薬確認	薬の残数で確認	その他			
17日 ()						有・無		
18日 ()						有・無		
19日 ()						有・無		
20日 ()						有・無		
21日 ()						有・無		
22日 ()						有・無		
23日 ()						有・無		
24日 ()						有・無		
25日 ()						有・無		
26日 ()						有・無		
27日 ()						有・無		
28日 ()						有・無		
29日 ()						有・無		
30日 ()						有・無		
31日 ()						有・無		


 訪問での服薬確認実施回数 _____ 回

地区担当保健師・保健所への連絡事項

※服薬を継続する上で、問題があると思われる場合は、直ちに地区担当保健師または保健管理課(025-212-8194)にご連絡ください。

※この帳票は、服薬支援請求書(別記様式第5号)とともに、原則として訪問を行った翌月5日までに保健管理課に提出してください。