

名古屋市薬局DOTS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年法律第114号）第38条第2項に規定する薬局（以下「指定薬局」という。）において結核患者の服薬支援（以下「薬局DOTS」という。）を行うことにより、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。

(内容)

第2条 結核患者に対する服薬支援の実施方法の一つとして、指定薬局の協力により薬局DOTSを行う。

(支援対象者)

第3条 以下の（1）又は（2）に該当する者のうち、薬局DOTSについて書面による本人の同意が得られている者とする。

（1）地域DOTSにおける服薬支援ランクCの患者で、薬局DOTSの適用が望ましい者

（2）その他保健センター所長の判断により、薬局DOTSの適用が望ましい者

(契約)

第4条 「名古屋市薬局DOTS事業受託承諾書」（第1号様式）を提出した指定薬局を支援薬局として委託契約する。

(実施回数及び実施時間)

第5条 実施回数は、原則月1回とする。

2 実施時間は、支援薬局の営業時間内とする。

(実施期間)

第6条 実施期間は、支援対象者の外来通院の期間から治療終了までの間とする。ただし、支援対象者に対する服薬支援方法の変更を行う必要がある場合は、この限りでない。

(実施方法)

第7条 保健センター所長は、支援対象者に対し、「薬局における服薬支援事業のご案内」（第2号様式）により、服薬支援内容等を説明し、「薬局における服薬支援事業申込書」（第3号様式）により同意を得る。

2 保健センター所長は、「名古屋市薬局DOTS事業依頼書」（第4号様式。以下「依頼書」という。）により支援薬局へ依頼するとともに、

依頼書の写しを感染症対策室に提出する。

- 3 支援薬局は、支援対象者が支援薬局を訪れた際に、あらかじめ決められた方法で服薬状況を確認する。また、副作用出現の有無や通院状況など治療療養上の問題点についても確認し、必要な指導を行う。
- 4 支援薬局は、空袋や残薬の確認の結果、指導内容等について、「名古屋市薬局DOTS事業実施報告書」（第5号様式。以下「実施報告書」という。）に記載する。また、「服薬手帳」を確認した場合は、服薬確認日欄に押印する。
- 5 支援対象者が取り決めた日時に支援薬局に来局しなかった場合は、支援薬局は、支援対象者へ連絡を取り、来局を促す。来局が困難、連絡が取れない場合には、患者管理を行う保健センターへ速やかに連絡をする。（実施報告）

第8条 支援薬局は、実施報告書及び「名古屋市薬局DOTS事業請求書」（第6号様式。以下「請求書」という。）を1か月ごとに作成し、原則として翌月5日までに患者管理を行う保健センターへ提出する。
（委託料）

第9条 市長は、薬局DOTSの実施に対する委託料として、支援薬局に対し1回当たり560円を支払うものとする。
（委託料の支払）

第10条 保健センター所長は、支援薬局から提出のあった実施報告書及び請求書を1か月ごとに取りまとめて、「名古屋市薬局DOTS事業実施内訳書」（第7号様式）とともに、翌月の10日までに市長に提出するものとする。

- 2 市長は、請求書を受理したときは、支払額を決定し、速やかに請求者に支払うものとする。
（個人情報の取扱い）

第11条 支援薬局は、患者の個人情報をみだりに他に漏らしてはならない。また、患者の個人情報を取り扱う場合に、患者の人権を侵してはならない。
（委任）

第12条 この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成 25 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 2 年 12 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

第1号様式

名古屋市薬局DOTS事業受託承諾書

年 月 日

名古屋市長 宛

所在地 _____

薬局名 _____

開設者 _____

担当薬剤師名 _____

電話番号 _____

名古屋市薬局DOTS事業業務委託仕様書の内容を承知した上で、名古屋市薬局DOTS事業の支援薬局になることを承諾します。

なお、患者の服薬支援を行う際は、薬剤師法、健康保険法、名古屋市個人情報保護条例等関連法令に規定された事項を遵守します。

様

保健センター

薬局における服薬支援事業のご案内

結核は薬を毎日きちんと飲めば治ります。しかし、飲み忘れることがあるかもしれません。飲み忘れが重なると、結核の再発や薬が効かなくなることがあります。そのようなことが起こらないように、治療が終了するまで、保健所・薬局が服薬のお手伝いをさせていただきます。

治療終了予定日	年 月 日
支援薬局	薬局名 電話番号
服薬支援方法 ※該当するものに○を付ける	1 空袋の確認 2 残薬の確認 3 服薬手帳の確認
回数	____回/月
その他	
連絡先	____保健センター 電話番号____ 担当保健師名____

第3号様式

_____保健センター所長あて

薬局における服薬支援事業申込書

- ・私は、薬局における服薬支援を希望します。
- ・薬局、病院（診療所）、保健センターが、私の結核に関する情報を共有することを同意します。

年 月 日

氏名 _____

第4号様式

第 年 月 日 号

（支援薬局名） 様

保健センター所長

名古屋市薬局DOTS事業依頼書

次のとおり、名古屋市薬局DOTS事業実施を依頼します。

支援対象者氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日 (歳)
住 所	名古屋市 区
連絡先電話番号	(自宅・携帯・その他 ()) ※連絡可能な時間帯： ____時～ ____時頃
実施期間 (予定)	年 月 日～ 年 月 日 (初回来局予定日： 年 月 日)
薬の種類	<input type="checkbox"/> イソニアジド (INH) <input type="checkbox"/> リファンピシン (RFP) <input type="checkbox"/> エタンブドール (EB) <input type="checkbox"/> ピラジナミド (PZA) <input type="checkbox"/> その他 ()
確認方法	<input type="checkbox"/> 空袋の確認 <input type="checkbox"/> 残薬の確認 <input type="checkbox"/> 服薬手帳
病状・治療経過等	裏面のとおり
実施報告	「名古屋市薬局DOTS事業実施報告書」(第5号様式)により、1か月ごとに実施状況を報告してください。報告期限は、原則として翌月5日までです。
委託料の請求方法	1か月ごとに「名古屋市薬局DOTS事業請求書」(第6号様式)により請求してください。

連絡先： _____保健センター保健予防課 (担当保健師名 _____)

電話番号 _____

病状、治療経過

診 断 名	
入 院	入院医療機関名： _____ 入院期間： 年 月 日～ 年 月 日
通 院	通院医療機関名： _____ 通院医療開始日： 年 月 日
既 往 歴	
合 併 症	
副 作 用	
特記事項	

第5号様式

名古屋市薬局DOTS事業実施報告書

支援対象者氏名 _____ 様

(_____ 年 月実施分)

(支援薬局名: _____)

回数	月/日	自覚症状・副作用等	使用薬剤						服薬確認			備考	署名
			INH	RFP	EB	PZA			空袋	残薬	手帳	受診状況・指導内容・関係機関の連絡等	
1	/											(次回来局予定日: /)	
2	/											(次回来局予定日: /)	

第6号様式

名古屋市薬局DOTS事業請求書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

(請求者) 住所

氏名

請求金額 金 円 (税込)

ただし、名古屋市薬局DOTS事業委託料として
(保健センター 月分 件×560円)

以下、名古屋市確認欄

請求金額受領方法
口座振替→登録番号

第7号様式

名古屋市薬局 DOTS 事業実施内訳書

(支援薬局名：)

_____保健センター (_____ 月分)

	支援対象者氏名	実施件数
1		件
2		件
3		件
4		件
5		件
	計	件

名古屋市薬局DOTS事業請求書

開庁日をご記入ください

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

口座振替登録・見積書と同様の住所・氏名

(請求者) 住所

氏名

月単位での請求

請求金額 金 円 (税込)

ただし、名古屋市薬局DOTS事業委託料として

(保健センター 月分 件×560円)

以下、名古屋市確認欄

請求金額受領方法
口座振替→登録番号