

結核患者に対する地域DOTS（直接服薬確認療法）事業実施要領

平成 17 年 4 月 1 日制定

平成 19 年 4 月 1 日一部改正

令和 3 年 4 月 1 日一部改正

令和 6 年 4 月 1 日一部改正

[保健福祉部保健所保健・感染症課]

1 目的

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）に基づく地域DOTS（直接服薬確認療法）事業は、結核患者の適切かつ確実な服薬確認をすることで治療成績の向上を図り、郡山市（以下「市」という。）における結核患者の発症者数を減少させることを目的とする。

2 対象者

市内に居住する者で、次の要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 外来通院中の結核患者または潜在性結核感染症の者。
- (2) 同意書（別紙様式 1）により地域DOTS事業実施に同意が得られた者。なお、本人の意思が確認できない場合には、家族または親権者から同意が得られた者とする。

3 実施内容

訪問、電話等により結核患者の適切かつ確実な服薬確認及び指導等を行う。

4 事業従事者

- (1) 市保健師
- (2) 市保健事業に関わる看護職等

5 地域DOTS事業の指示及び報告について

市は、この対象者について、地域DOTS指示書（別紙様式 2）により市保健事業に関わる看護職等へ連絡する。市保健事業に関わる看護職等は地域DOTS指示書に基づき、服薬状況を確認し、地域DOTS訪問報告書（別紙様式 3）を記入し、速やかに保健所長に報告す

る。

6 指示書の返却について

市保健事業に関わる看護職等は、対象者が治療を終了し訪問の必要がなくなる、又は訪問の継続ができないときは個人情報の返却証明書（別紙様式４）を記入し、地域ＤＯＴＳ指示書（別紙様式２）等の個人情報を速やかに保健所長へ返却しなければならない。

7 個人情報保護について

市保健師及び市保健事業に関わる看護職等は、この対象者の個人情報の取り扱いについて、プライバシー保護の観点から法令を遵守するとともに、必要がある場合には適切な措置を講じるものとする。

8 報償費の支払い

市保健事業に関わる看護職等への報償費の支払い方法については、市は市保健事業に関わる看護職等から提出された地域ＤＯＴＳ訪問報告書に基づき、報償費を支払うものとする。なお、金額については、別に定める。

9 規定外事項

この要領に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項については、その都度定めるものとする。

附 則

この要領は、平成 17 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 19 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

(様式1)

同意書

私は、地域DOTS（直接服薬確認療法）事業にあたり、下記の内容について 年 月 日に から説明を受け、
下記の項目について同意します。

記

- 1 支援内容の説明への同意
- 2 市保健師及び市保健事業に関わる看護職等による服薬確認を受けることへの同意
- 3 市保健師及び市保健事業に関わる看護職等への情報提供への同意

郡山市保健所長

____年 月 日

住所 _____

対象者氏名 _____

代筆者氏名 _____

(対象者との関係)

(様式2)

年 月 日

結核患者に対する地域DOTS（直接服薬確認療法）指示書

様

郡山市保健所長

(公印省略)

結核患者に対する地域DOTS(直接服薬確認療法)を下記により行うことを指示します。

記

- 1 実施方法 訪問DOTS
- 2 患者情報 氏名
生年月日 (歳)
訪問先住所
疾患名
服薬の種類（抗結核薬）
服薬期間
- 3 実施頻度・期間
- 4 実施報告 実施月の翌月5日までに地域DOTS報告書（第3号様式）により報告してください。
- 5 その他

(様式3)

年 月 日

地域 DOTS 報告書

年 月分

報告者名

【患者氏名】

回	実施日時	現在服薬している 抗結核薬	服薬・受診の状況等	相談事項等
		INH REP EB PZA ()		
		INH REP EB PZA ()		

(様式4)

年 月 日

個人情報^記の返却証明書

本業務において、下記のとおり、個人情報はすべて返却したことを証明します。

件名	結核患者に対する地域DOTS（直接服薬確認療法）事業
担当者氏名	
返却 対象情報	地域DOTS指示書
取得年月日	年 月 日 から 年 月 日まで
返却年月日	年 月 日
備考	

以上