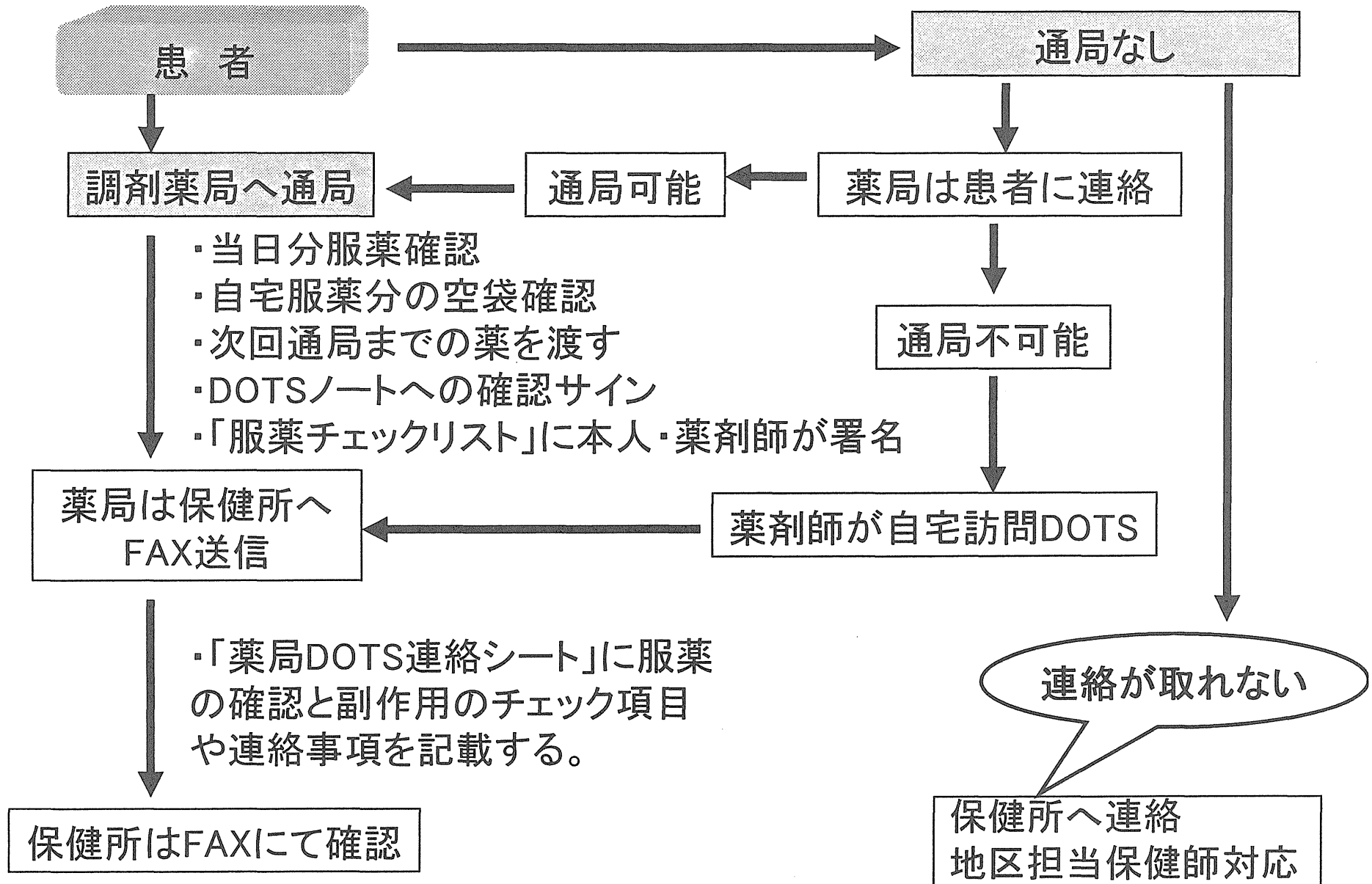


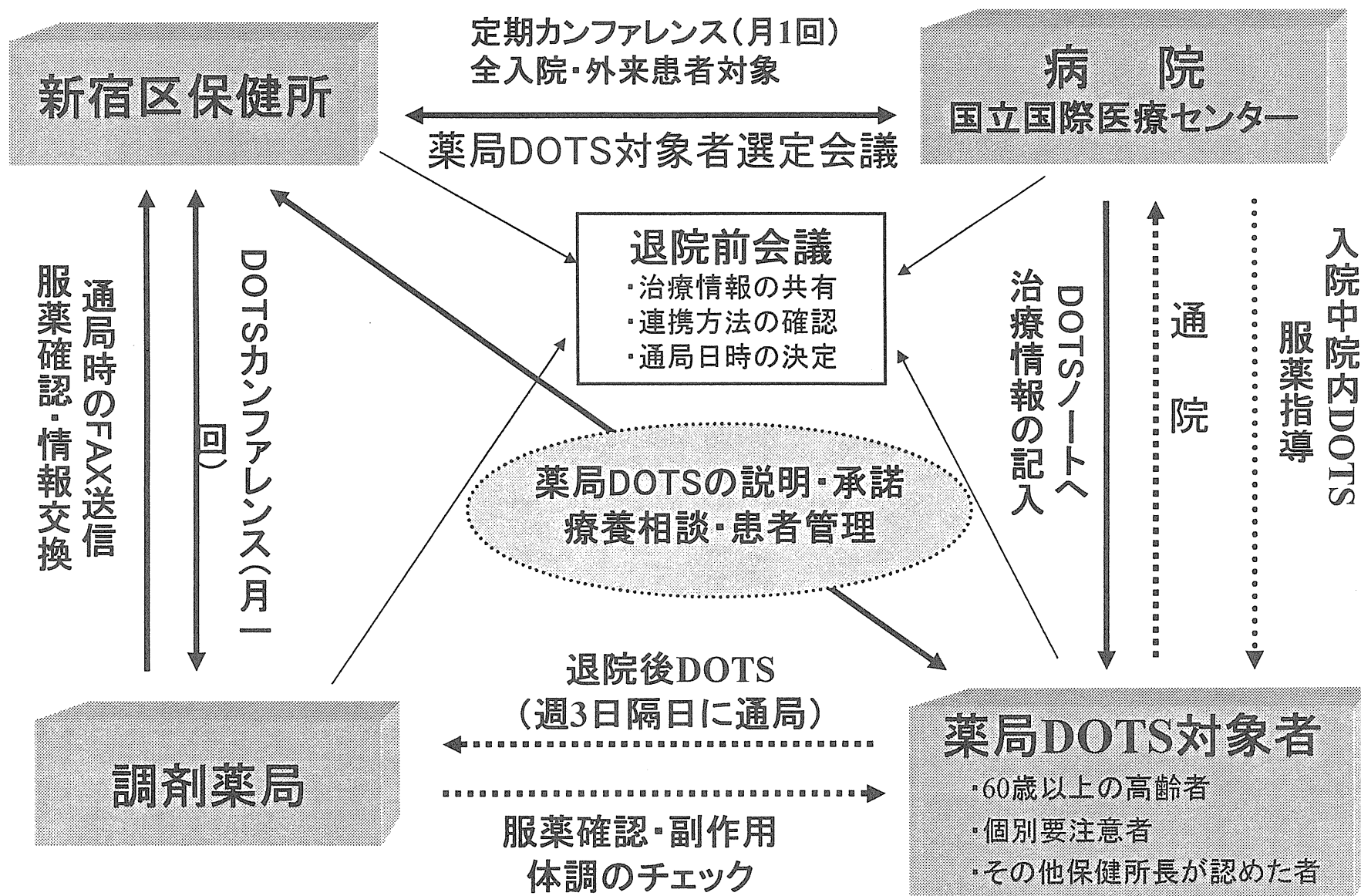
薬局DOTS当日の流れ

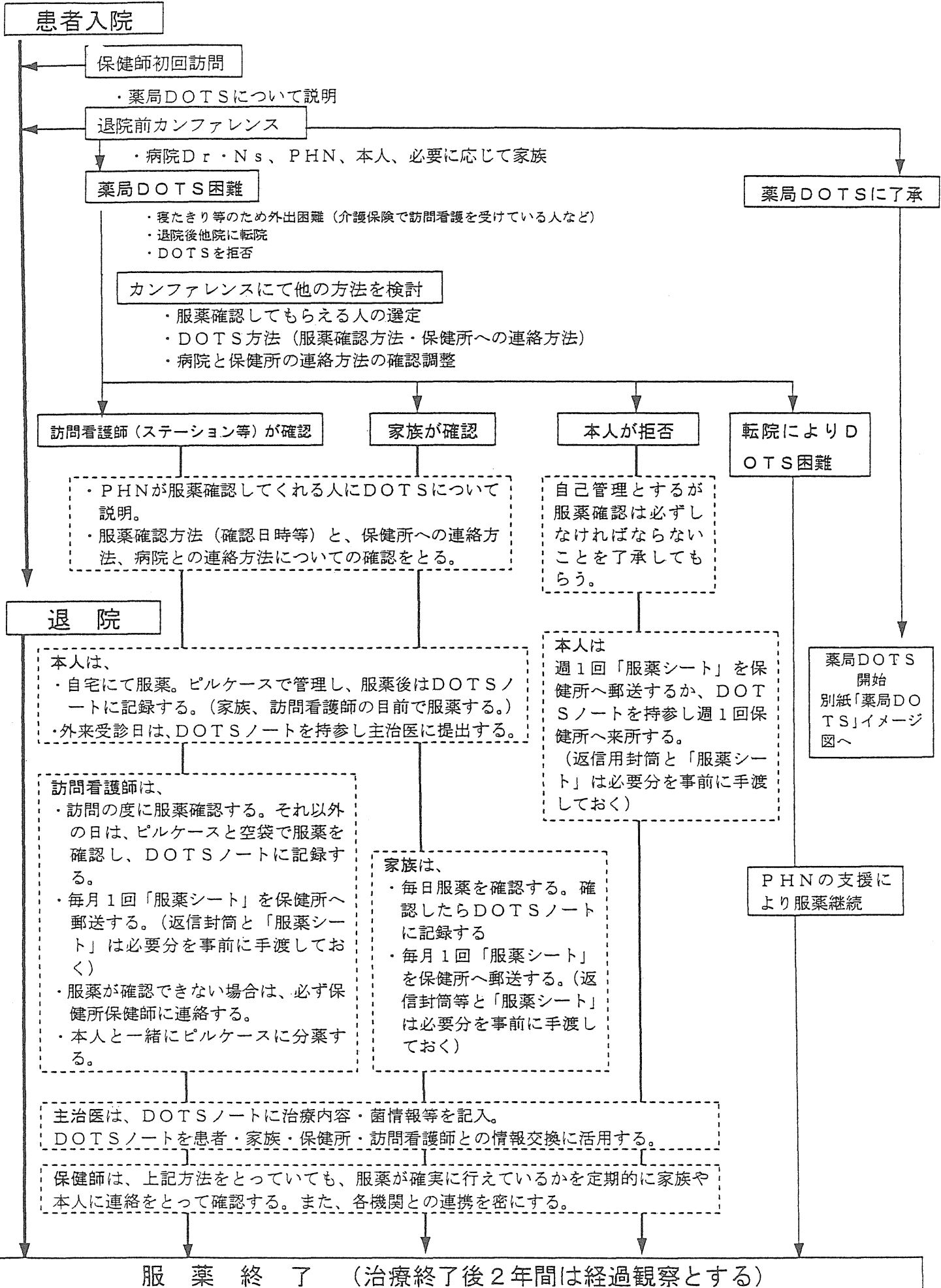
別紙1-2



保健所・病院・調剤薬局の連携図

別紙1-3





薬局 DOTS（本人用）アンケート

いずれかを選択し○で囲んでください。

1、薬局 DOTS についてどう思いますか？

- ① 薬局 DOTS に通うことで最後まで確実に服薬できた。
 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ② 薬のことや体調などの相談ができた。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ③ 話し相手や相談相手が居て心強かった。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ④ 薬局に通うことで足腰の力など体力が回復した。
 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑤ 薬局に通うことで生活にリズムがついた。(ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑥ 薬局に通うことで生活に張りができた。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑦ 薬局に通うことで気晴らしができた。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑧ 身だしなみに気を使うようになった。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑨ 時間に縛られている様にした。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑩ 薬局に通うことが億劫だった。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑪ 天候の悪い日に通うのがいやだった。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑫ 人前で服用するのはいやだった。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑬ 薬局に来ている人目が気になった。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑭ 監視されている様にした。 (ア. そう思う イ. どちらとも言えない ウ. 思わない)
- ⑮ その他 ()

2、薬局 DOTS を行うことで生活で困った事がありましたか？（複数回答可）

- ① 仕事
 (それはどのようなことですか：)
- ② 家事
 (それはどのようなことですか：)
- ③ 旅行
 (それはどのようなことですか：)
- ④ 知人との約束（友人、親戚、子供、孫など）
 (それはどのようなことですか：)
- ⑤ ショッピング
 (それはどのようなことですか：)
- ⑥ 習い事
 (それはどのようなことですか：)
- ⑦ その他 ()
 (それはどのようなことですか：)

薬局様

新宿区保健所

副所長 永井 恵

調剤薬局の協力による退院後の服薬支援（薬局 DOTS）にご協力いただきありがとうございました。おかげさまで、_____様は無事に服薬を終了することができました。今後は、再発予防のための経過観察健診を国立国際医療センターで定期的に行うのみとなりました。

つきましては、今後の参考にさせていただきたいと思いますので、以下のアンケートにご協力頂ければ幸いです。

アンケート

- 1、 薬局 DOTS に参加して、良かったと思われたこと全てに○を付けて下さい。
 - ア. 確実に服薬を確認し、治療終了まで見届けられた。
 - イ. 患者さんの健康状況を把握することができた。
 - ウ. かかりつけ薬局としての役割を果たすことができた。
 - エ. 地域医療に貢献できたと思う。
 - オ. 患者さんとの信頼関係を深めることができた。
 - カ. 結核治療について勉強になった。
 - キ. 特になかった。
 - ク. その他（ _____ ）

- 2、 DOTS 中に、困ったこと全てに○を付けて下さい。
 - ア. 決められた時間に来なかった。
 - イ. 無断で来ないことがあった。
 - ウ. 患者の訴えが薬の副作用なのかその他の原因なのか判断に困った。
 - エ. 患者の性格上の特徴からコミュニケーションに苦慮した。
 - オ. 飲酒してきたことがあった。
 - カ. 特になかった。
 - キ. その他（ _____ ）

- 3、 薬局業務への影響はありましたか？ あてはまるもの全てに○を付けて下さい。
 - ア. 他の仕事に遅れがでた。
 - イ. 訪問のため店を離れることでスタッフ不足となり、他のお客さんに迷惑をかけることになった。
 - ウ. 他のお客さんと重なり、お客さんを待たせ迷惑をかけてしまった。
 - エ. 他のお客さんから変な目で見られたり、問われたりした。
 - オ. 特になかった。
 - カ. その他（ _____ ）

- 4、 来局の日数についてお聞きします。
 - ア. 週3日は妥当と思う。
 - イ. 少ないと思う。
→（妥当日数： 毎日 ・ 土日祝日などを除いて毎日 ・ その他： 日/週 ）
 - ウ. 多いと思う。
→（妥当日数： 2日/週 ・ 1日/週 ・ その他： 日/週 ）

5、 訪問 DOTS についてお聞きします。

ア. 訪問はしなかった。(設問7、へ進んでください)

イ. 訪問した。(回/治療終了までの期間)

6、 訪問 DOTS を行った薬局の方にお聞きします。訪問の負担はありましたか？

ア. あった イ. どちらともいえない ウ. なかった

↳ (理由:)

7、 来局の確認方法として、毎回のFAX送付は負担がありましたか？

ア. あった イ. どちらともいえない ウ. なかった

↳ (理由:)

8、 DOTS カンファレンスに参加して、良かったと思われたこと全てに○を付けて下さい。

ア. 問題点や不安の解消が出来た。

イ. ケースの共有化が出来た。

ウ. 他の薬局の対応を知ることができ参考になった。

エ. 他の薬局と情報交換ができた。

オ. 保健所との連携を実感できた。

カ. 特になかった。

キ. その他 ()

9、 DOTS カンファレンスの開催回数についてお聞きします。

ア. 月1回は妥当と思う。

イ. 少ないと思う。

→(妥当回数: 月4回 ・ 月2回 ・ その他:)

ウ. 多いと思う。

→(妥当回数: 初回のみ・ 2ヵ月毎・ 3ヶ月毎・ 終了時のみ・ その他:)

エ. その他 ()

10、 保健所と連携してよかったと思いますか？

ア. よかった

→理由として、あてはまるのも全てに○を付けて下さい。

a. 保健師と連携して行ったので、スムーズに治療を終了することができた。

b. 困ったことがあった時、保健師と相談しながら同じ方針ですすめることができた。

c. 病院との調整役として役立った。

d. 対応が速やかで安心できた。

e. 今後の仕事に役に立った。

f. その他 ()

イ. どちらともいえない

ウ. よくなかった

→(理由:)

11、 保健所との連携方法で、あったら良かった思われた方法をご記入ください。

()

12、謝金の金額についてお聞きします。

別紙4-3

ア. 妥当と思う

イ. 高額と思う (来局時： 円 ・ 訪問時： 円 /1回)

ウ. 低額と思う (来局時： 円 ・ 訪問時： 円 /1回)

エ. その他()

13、治療情報についてお伺いします。

(1) 退院時カンファレンスで患者の治療情報を把握することができましたか？

ア. できた

イ. どちらともいえない

ウ. できなかった

→(理由：)

(2) DOTS ノートから治療情報や菌情報は得られましたか？

ア. 得られた

イ. どちらともいえない

ウ. 得られなかった

→(理由：)

14、今後も薬局 DOTS に協力していただけますか？

ア. 協力したい

イ. どちらともいえない

ウ. 協力できない(理由：)

15、今後実施する上での希望がありましたらご記入ください。

()

16、今後薬局 DOTS を広くすすめていく上でどのような体制(スタッフ、連携機関や方法、医療点数化など)があったら良いか、お考えを自由にご記入下さい。

()

以上です。ご協力ありがとうございました。

お問い合わせ

新宿区保健所予防課 担当保健師 _____

住所：新宿区内藤町87番地 四谷庁舎内6階

オ. それ以上あった。(具体的に：)

カ.途中で飲まなくなった。(薬を飲んだ期間：約 カ月間)

(3) (2)でイ～カと答えた方の、薬を飲まなかった理由は何ですか？

ア. 医師の指示でやめた。(理由を下記から選んで下さい)

→(薬の副作用が出たため・他の病気のため・その他：)

イ. 自分でやめた。(理由を下記から選んで下さい)

→(忘れた・面倒だった・飲むと体調が悪かった・その他：)

5、外来治療中(入院していた方は退院後)確実に薬を飲み続ける自信がありましたか？

ア. あった イ. どちらともいえない ウ. なかった

(1) 外来治療中、薬を飲み忘れたことや飲まなかったことがありましたか？

ア. 毎日かかさず飲んだ。(設問 6、へお進みください)

イ. 外来治療中1～2回あった。

ウ. 月に1～2回あった。

エ. 週に1～2回あった。

オ. それ以上あった。(具体的に：)

カ.途中で飲まなくなった。(薬を飲んだ期間：約 カ月間)

(2) (1)でイ～カと答えた方の、薬を飲まなかった理由は何ですか？

ア. 医師の指示 理由を下記から選んで下さい。

→(薬の副作用が出たため・他の病気のため・その他：)

イ. 自分でやめた 理由を下記から選んで下さい。

→(忘れた・面倒だった・飲むと体調が悪かった・時間がなかった・その他：)

6、自宅で薬を飲み忘れないための工夫をしましたか？

あてはまるもの全てに○を付けて下さい。

ア. 誰かの協力を得た。

(協力者：家族・ヘルパー・看護師・保健所の保健師・薬剤師・その他：)

イ. 自分で朝食の時、一緒に準備した。

ウ. 自分で食卓の上に常に用意していた。

エ. 自分で薬を入れるケースを用意し、毎日または1週間分を分けて準備した。

オ. その他()

カ. 特になし

7、薬を飲み忘れないために、次のような方法があったら、どれを利用したいと思いますか？ また、回数はどの程度がいいですか？

ア. 病院に行き薬を飲む。

(回数： 毎日 週に2～3回 週に1回 その他：)

イ. 近くの薬局で薬を飲む。

(回数： 毎日 週に2～3回 週に1回 その他：)

- ウ. 自宅または指定した場所に誰かに(保健師や看護師等)持って来てもらい薬を飲む。
 (回数: 毎日 週に2~3回 週に1回 その他:)
- エ. 忘れないように電話をかけてもらう。
 (回数: 毎日 週に2~3回 週に1回 その他:)
- オ. 治療が終わるまで病院に入院する。
- カ. その他()
- キ. 特に無し

8、退院後、薬の副作用と思われる症状が出てきたとき、どうしましたか？

あてはまる全てに○をつけてください。

- ア. 主治医または看護師に相談した。
- イ. 保健所の保健師に相談した。
- ウ. 薬剤師に相談した。
- エ. 家族に相談した。
- オ. 次の受診日まで我慢した。
- カ. 自分の判断でやめた。
- キ. 副作用はなかった。
- ク. その他()

9、退院後、治療を続けながらの生活で、困った事や辛かったことがありましたらご記入下さい。

()

10、保健所に対する要望等をお聞かせ下さい。

()

以上です。ご協力ありがとうございました。

<p>お問い合わせ</p> <p>新宿区保健所予防課 担当保健師 _____</p> <p>住所：新宿区新宿 5-18-21 第2分庁舎 3階</p> <p>電話：直通 (5273) 3862</p>
--

<p>月 日までにご返送下さい。</p>

薬局 DOTS 患者連絡票 (新宿区保健所)

様式 1

薬局 DOTS No,

薬局： 薬剤師 様 平成 年 月 日作成

ふりがな				男・女	生年月日	M,T,S , , ()			
患者氏名					自宅Tel				
住 所	新宿区				携帯電話				
職 業			勤務時間						
勤務先			勤務先住所	Tel					
家族構成	家族の協力体制や利用している福祉サービス等								
病 名			合併症						
病 型			既往歴						
治療開始日									
入院日	平成	年	月	日	退院日	平成	年	月	日
治 療 薬 剤			菌 検 査 所 見			薬剤感受性試験(年 月)			
INH (mg)		採取月日	塗沫	培養	検体	INH (μ g/ml) 耐性・感受性			
RFP (mg)						RFP (μ g/ml) 耐性・感受性			
EB (mg)						EB (μ g/ml) 耐性・感受性			
SM (mg)						SM (μ g/ml) 耐性・感受性			
PZA (mg)									
その他									
副作用					身長	cm	体重	kg	
DOTS 開始日	平成	年	月	日	DOTS 終了予定日	平成	年	月	日
DOT 開始後の薬剤投与量				その他の投与薬剤					
INH (mg)									
RFP (mg)									
EB (mg)									
国立国際医療センター	新宿区戸山1-21-1			Tel 03-3202-7181					
入院主治医				病棟担当看護師					
外来主治医				外来担当看護師					
新宿区保健所	新宿区内籾町87			Tel 03-3341-3930					
地区担当保健師									
その他関係機関									

本連絡票を、保健所、調剤薬局が共有することに同意します。氏名

印

新宿区保健所における 薬局等を利用した服薬支援事業について

結核はお薬を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、病気が進んだり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、あなたが飲み忘れることが無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。

ご心配なことがありましたら、保健師までご相談下さい。

承 諾 書

私は、新宿区保健所が実施する薬局等を利用した服薬支援事業に参加することに承諾します。

平成 年 月 日

氏名

住所 新宿区

服薬チェックリスト (調剤薬局用) 平成 年 月 日作成

患者氏名 _____ 年齢 _____ 薬局 DOTSNO _____
 体重 _____ kg (平成 年 月 日現在) 担当薬剤師氏名 _____
 入院年月日 平成 年 月 日 退院年月日 平成 年 月 日
 治療開始日 平成 年 月 日 治療終了日 平成 年 月 日
 治療薬剤: INH _____ g/日 (錠) RFP _____ g/日 (カプセル) EB _____ g/日 (錠)
 外来治療開始日 平成 年 月 日 その他 _____ g/日 (錠)

平成 年 月分

日	曜日	確認方法	本人署名	薬剤師署名
1		来所・訪問		
2		来所・訪問		
3		来所・訪問		
4		来所・訪問		
5		来所・訪問		
6		来所・訪問		
7		来所・訪問		
8		来所・訪問		
9		来所・訪問		
10		来所・訪問		
11		来所・訪問		
12		来所・訪問		
13		来所・訪問		
14		来所・訪問		
15		来所・訪問		
16		来所・訪問		
17		来所・訪問		
18		来所・訪問		
19		来所・訪問		
20		来所・訪問		
21		来所・訪問		
22		来所・訪問		
23		来所・訪問		
24		来所・訪問		
25		来所・訪問		
26		来所・訪問		
27		来所・訪問		
28		来所・訪問		
29		来所・訪問		
30		来所・訪問		
31		来所・訪問		

平成 年 月分

日	曜日	確認方法	本人署名	薬剤師署名
1		来所・訪問		
2		来所・訪問		
3		来所・訪問		
4		来所・訪問		
5		来所・訪問		
6		来所・訪問		
7		来所・訪問		
8		来所・訪問		
9		来所・訪問		
10		来所・訪問		
11		来所・訪問		
12		来所・訪問		
13		来所・訪問		
14		来所・訪問		
15		来所・訪問		
16		来所・訪問		
17		来所・訪問		
18		来所・訪問		
19		来所・訪問		
20		来所・訪問		
21		来所・訪問		
22		来所・訪問		
23		来所・訪問		
24		来所・訪問		
25		来所・訪問		
26		来所・訪問		
27		来所・訪問		
28		来所・訪問		
29		来所・訪問		
30		来所・訪問		
31		来所・訪問		

このリストは DOTS 終了後に御返送いただきます。大切に保管してください。 新宿区保健所

～ファクシミリ送信～

様式4

薬局DOTS連絡シート1 (薬局DOTS No.)

新宿区保健所 予防課 保健師 FAX 03-5273-3820 TEL 03-5273-3862	薬局名 薬剤師名 TEL
---	--------------------

平成 年 月 確認方法 A 来所服薬 B 訪問服薬 C 空袋確認 D 自己申告 E 服薬せず

日	曜日	時間	確認方法	内服薬				副作用をチェックして下さい	備考
				H	R	E			
1		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
2		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
3		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
4		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
5		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
6		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
7		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
8		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
9		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
10		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
11		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
12		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
13		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
14		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()
15		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン ()

* 備考欄には、問題点や来所しなかった場合の理由等をお書き下さい。新宿区保健所

薬局DOTS連絡シート1

(薬局DOTS No,)

新宿区保健所 保健師
 FAX 03-5273-3820
 TEL 03-5273-3862

薬局名
 薬剤師氏名
 TEL
 様

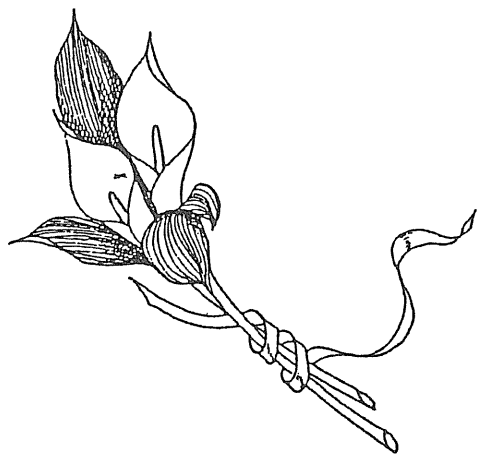
平成 年 月 確認方法 A 来所服薬 B 訪問服薬 C 空袋 D 自己申告 E 服薬せず

日	曜日	時間	確認方法	内服薬				副作用をチェックして下さい	備考
				H	R	E			
16		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
17		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
18		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
19		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
20		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
21		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
22		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
23		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
24		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
25		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
26		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
27		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
28		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
29		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
30		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()
31		:						<input type="checkbox"/> 倦怠感 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 胃腸症状 <input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> 視野狭窄	サイン()

* 備考欄には、問題点や来所しなかった場合の理由等をお書き下さい。新宿区保健所

薬局 DOTS のご案内

DOTS は、治療終了まで続けます。



新宿区保健所

結核は、最後までお薬を飲めば治ります

結核は強力な薬の無かった時代には死に至る病気でしたが、現在は薬の開発によって、ほぼ全員の患者さんが治るようになりました。しかし治すためには複数の薬を最低でも6ヶ月から9ヶ月間、服用しなければ治りません。飲み忘れたり、途中でやめてしまうと、かえって病気が悪くなったり、治りにくくなる恐れがあります。

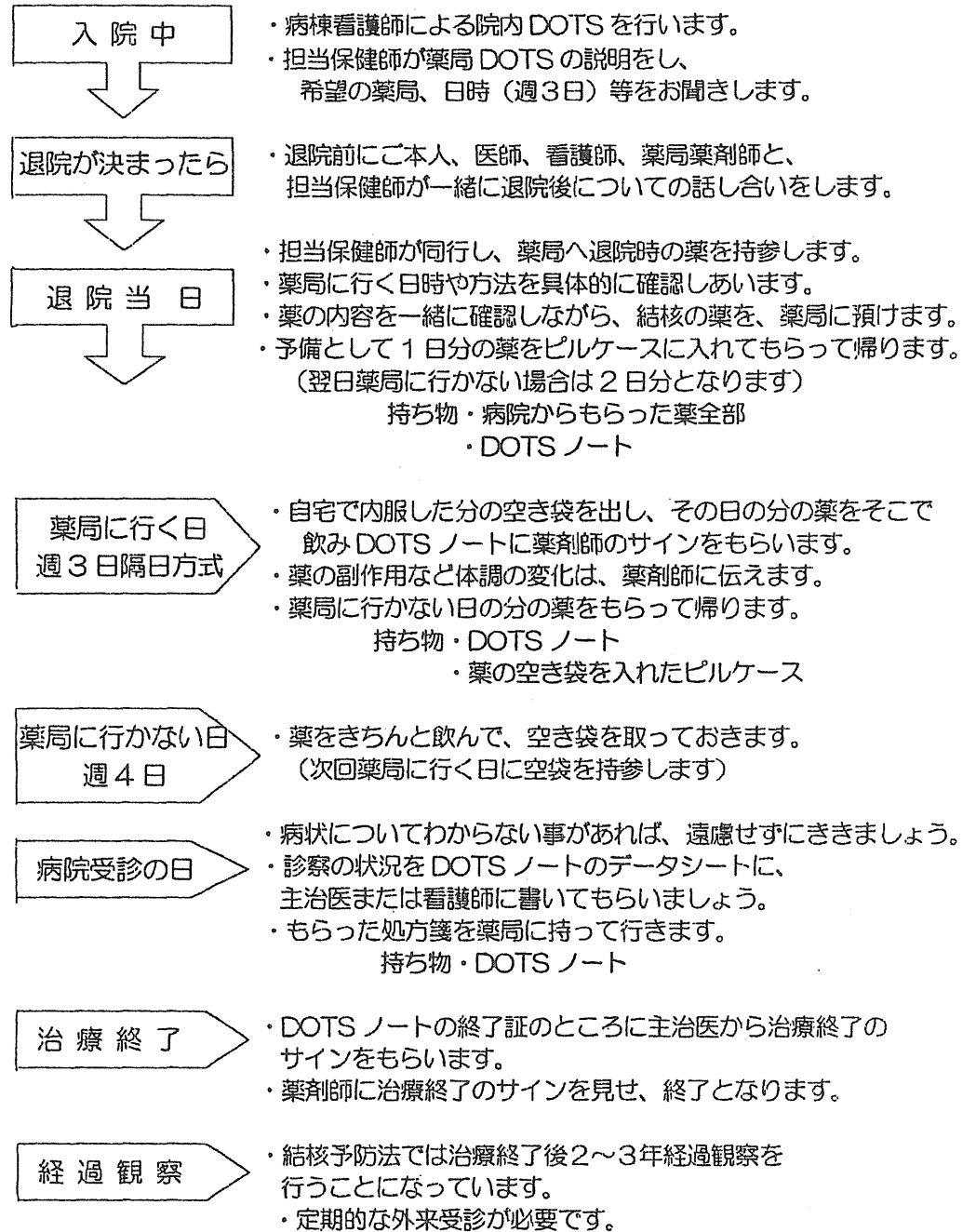
結核をきちんと治すために保健所と薬局がお手伝いします。

一緒にがんばりましょう！

とっつ

DOTS(Directly Observed Treatment, Short course)とは…
医師が「結核の薬を終了してもいい」と指示するまで、
対面式で第三者が服薬を確認し、治療を完了することです。
この方法は、世界の多くの国で、実施されて成果を上げております。

※ 薬局の変更のご希望がありましたらご遠慮なく保健師へご相談ください。



間歇療法を用いたDOTSシステム確立に関する研究

分担研究者 和田 雅子 結核予防会結核研究所研究部主幹

研究要旨

WHOとIUATLDは結核治療中断を防ぎ治療失敗をなくすために全世界にすべての結核患者にDOTをと呼びかけている。結核は罹患率の低下とともに、大都市などの特定集団により高く発生するようになった。また治療終了困難な患者も高頻度に大都市に存在する。日本では大都市を中心にホームレスなどを対象とした小規模なDOTは試みられているが、間欠的な対面式服薬指導を行う不完全なDOTしか行われていない。またDOTの担い手として保健所保健師や看護師などが中心に行っているために費用は膨大となっている。われわれはDOTを必要とする対応困難例に対しDOTを行えるように、経済的に、しかも患者のQOLを低下させないDOTのシステム確立を目的に、大都市に多くの店舗を構えた調剤薬局でのDOTを取り入れ、大都市の治療困難例対応できるDOTシステムを構築するためにこの研究を行った。WHO/IUATLDの推奨する短期化学療法には2ヶ月間の毎日治療後に週3回服用する間歇療法も採用されているが、日本の「結核の医療の基準」には間歇療法が採用されていない。外来DOTを行い易くするように、維持期間歇療法の有効性と安全性を確かめるために、治療維持期における間歇療法を試行した。参加希望する患者は都合のよい調剤薬局を選んで、退院後は週2～3回調剤薬局で抗結核薬を服用し、薬剤師に服薬を確認してもらう方法を行った。多施設共同で研究を行った。間欠療法を用いた調剤薬局DOTは治療成功率、患者の満足度、調剤薬局薬剤師の評価のいずれでも高く、他のDOTに比較すると経費も少なく有効な方法と考えられる。

A. 研究目的

日本では大都市を中心にホームレスを対象とした小規模なDOTは試みられているが、いずれも毎日服用する患者に対し間欠的に対面式服薬指導を行うという不完全なDOTしか行われていない。またDOTの担い手として保健所保健師が行っているために費用は膨大となっている。DOTを必要とする対応困難例に対し完全な、経済的な、しかも患者のQOLを低下させないDOTのシステム確立を目的にこの研究を行った。

B. 研究方法

1. 参加施設

結核予防会複十字病院、大阪府立呼吸器アレル

ギー医療センターで治療開始された肺結核症患者を対象とした。

2. 対象と治療方式

入院または外来で治療を受けている結核患者を対象にDOTS説明会を行い、参加希望者を募って文書による同意書を得た。参加希望しない患者でも病院看護師、薬剤師、医師がDOTを行った方が良いと思われる患者に対しては積極的に参加を促した。INH、RFP、PZA、EBまたはSMで治療開始され、薬剤感受性試験の結果INH、RFPに感受性であり、かつ副作用による治療変更がない者を対象とした。治療方法は最初の2ヶ月INH、RFP、PZA、EBまたは