

## 《地域DOTS(介護保険関係等)実施の手順》

① 保健所は、服薬支援や医療機関との患者情報の連絡について、患者又は家族に十分に説明をし、理解を得る。



② 保健所は、所内DOTS会議を実施し個別支援計画を作成する。



③ 保健所は、事前に介護保険関係機関にDOTS支援の協力依頼をする。  
・介護保険サービス担当者会議等を活用し協力依頼する。  
(ケアマネジャー、医療機関ケースワーカー等へ事前に相談し、保健所も可能な限り参加し、DOTS協力依頼をする)



④ 計画にそって、地域DOTSを実施する。  
なお、患者の状況にあわせて、保健所も必要時支援を行う。



⑤ 地域DOTSの報告用紙については、あらかじめ準備してある様式を関係機関と相談しながら決める。  
他機関等への同様な報告物があればその様式でもかまわない。  
(支援対象者氏名欄については、保健所がDOTS依頼時に伝えた「番号」を記載する。)



⑥ 保健所への報告は、関係機関が実施しやすい方法(メールやFAX)で行う。  
施設入所者、在宅での支援状況について、毎月の状況をまとめて報告していただく。



⑦ 服薬中のトラブル(服薬拒否や発熱、湿疹、吐き気、嘔吐等の副作用の症状が出現等)が発生した場合、直ちに保健所に報告する。  
その際、主治医への連絡、調整は保健所が行う。



⑧ 服薬終了について、関係機関、保健所間でお互いに確認する。

連絡先 瀬戸保健所 健康支援課

電話(0561-82-2157)

FAX (0561-82-9188)

E-mail (seto-hc@pref.aichi.lg.jp)

① (ディサービス・ショートステイ・施設入所者用等)

瀬戸保健所 服薬支援 (DOTS) 実施報告書

報告様式

支援対象者氏名 \_\_\_\_\_ 様

**\* 名前の欄は、地域 DOTS 開始時、保健師が関係機関へ番号を記入し報告書をお渡しします。**

( 関係機関名〇〇⇒ 瀬戸保健所 担当保健師〇〇 行き)

平成 年 月 分

記入日	本人の症状・副作用等	服薬確認の内容 (以下に〇をつけて下さい)	本人のご様子・反応等 御記入をお願いします	署名 (職種)
	(1) 呼吸器症状 (咳、痰、喘鳴など) あり・なし  (2) 発熱 あり・なし  (3) 食欲 全量 ・ 8割 ・ 5割 ・ 5割以下  (4) その他 . . 	(1) 確認方法 直接服薬確認・ 手帳 ・その他  (2) 服薬の達成度 全て飲んだ・飲めないことがあった ↓ 飲めない期間はどの程度 ありましたか？ ( )	(記載例) ・ショートステイの場合 ( / ) ~ ( / ) ショートステイを利用 されました。  ・ディサービスの場合 ( 回/週) ディサービス を利用されています。	

**\* 報告様式の内容については、担当保健師が関係機関と事例毎に相談しながら決めます。**

瀬戸保健所 FAX : 0561-82-9188

② (NG チューブからの服薬患者用)

瀬戸保健所 服薬支援 (地域DOTS) 実施報告書

報告様式

支援対象者氏名 \_\_\_\_\_ 様

**\* 名前の欄は、地域 DOTS 開始時、保健師が関係機関へ番号を記入し報告書をお渡しします。** (関係機関名〇〇 ⇒ 瀬戸保健所担当保健師〇〇行き)

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月分

記入日	本人の症状・副作用等	NG チューブからの薬の内容		署名
		入所時の内服 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	<p><b>* 支援開始時、薬の内容の記入をお願いします</b></p>	
	(1) 呼吸器症状 (咳、痰、喘鳴など) あり・なし  (2) 発熱の状況 あり・なし  (3) その他 ・ ・	以下の状況に○を付けてください (1) 上記と変わりなし (2) 変更あり 変更の薬 ⇒中止 (中止日 ____ 年 ____ 月 ____ 日) ⇒ ____ へ変更	<p><b>* 報告様式の内容については、担当保健師が関係機関と事例毎に相談しながら決めます。</b></p>	
		(3) 抗結核薬終了しました。 ⇒終了日 ( ____ 年 ____ 月 ____ 日 )		

瀬戸保健所 FAX : 0561-82-9188

### ③訪問リハビリ・ヘルパー用等

報告様式

## 瀬戸保健所服薬支援（地域DOTS）実施報告書

支援対象者氏名 \_\_\_\_\_ 様

**\* 名前の欄は、地域 DOTS 開始時、保健師が関係機関へ番号を記入し報告書をお渡しします。**

(関係機関名〇〇〇〇⇒瀬戸保健所 担当保健師〇〇行き)

平成 年 月分

記入日	本人の状況 (リハビリ等の状況) (ヘルパー支援中の状況等)	服薬状況 以下の内容に○をつけてください。	署名
		<p>(手帳 ・ 空袋 ・ 残薬) で確認をしました (記載例)</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 妻が服薬手帳に印をつけている</li><li>・ 本人が服薬手帳に印をつけている</li><li>・ 印のつけ忘れが一部あります。</li><li>・ 全く印をつけていません</li><li>・ 残薬の数があいませぬ。</li><li>・ 空袋の数があいませぬ</li></ul>	<p><b>* 報告様式の内容については、担当保健師が関係機関と事例毎に相談しながら決めます。</b></p>

瀬戸保健所 FAX : 0561-82-9188

④訪問看護ステーション用

瀬戸保健所 服薬支援（地域DOTS）実施報告書

報告様式

支援対象者氏名 \_\_\_\_\_ 様

**\*名前の欄は、地域DOTS開始時、保健師が関係機関へ番号を記入し報告書をお渡しします。**

(〇〇訪問看護ステーション⇒ 瀬戸保健所 担当保健師〇〇行き)

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月分

記入日	自覚症状・副作用等	使用薬剤及び服薬状況					服薬確認			備考	署名
		服薬状況 ◎飲めた（90%） ○だいたい飲めた（70%） ×飲めなかった					空袋	残薬	手帳		
		INH	RFP	EB	PZA						
										〇/〇日～〇/〇日分までの内容確認 次回受診日、患者様の反応等	
<p><b>*報告様式の内容については、担当保健師が関係機関と事例毎に相談しながら決めます。</b></p>											

瀬戸保健所 FAX : 0561-82-9188