

令和7年度大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター特定健康診査代行入力  
業務委託（概算契約）にかかる仕様書

1. 契約名称

令和7年度大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター特定健康診査代行入力  
業務委託（概算契約）

2. 業務委託対象施設

- (1) 名称 大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター診療所
- (2) 所在地 大阪市平野区喜連西6丁目2番55号

3. 業務委託期間

契約日から令和8年3月31日まで

4. 業務処理予定件数

150件（令和6年度実績 148件、令和5年度実績 137件、令和4年度実績 144件）

5. 委託業務内容

発注者が実施する特定健康診査の検査結果をもとに、大阪府国民健康保険団体連合会に対し、特定健康診査等費用を請求するために必要な特定健康診査等データ（以下「健診データ」という。）を作成し、提出する業務である。

- (1) 受注者は、契約締結後、速やかに委託業務を円滑に開始できるよう入力機器等のセットアップその他の準備を行うこと。  
なお、これらにかかる費用は受注者の負担とする。
- (2) 発注者は、検査結果をもとに別紙1「特定健康診査入力票」（以下「入力票」という。）作成するとともにその件数を請求先別に集計し、別紙2「特定健康診査代行入力票集計表」（以下、集計表という。）を作成する。なお、別紙1「入力票」様式については、発注者と受注者の協議により調整可とする。
- (3) 発注者は、入力票及び集計表を受注者に引き渡す。
- (4) 受注者は、発注者から引き受けた入力票及び集計表をもとに、健診データを書き込んだ磁気媒体（CD-R）を作成する。（健診データの入力項目については、別紙3のとおり。）
- (5) 受注者は、4)で作成した磁気媒体（CD-R）を、発注者から入力票及び集計表を受領した月の翌月5日（5日が土曜日、日曜日又は祝日となる場合はその翌業務日）までに、大阪府国民健康保険団体連合会に納品する。

6. 入力票及び集計表の提出・返却

- (1) 発注者は、入力票、受診券の写し、集計表を特定健康診査実施月の翌月9日（9日が土曜日又は休祝日と重なる場合にはその翌業務日）までに受注者に提出する。
- (2) 受注者は、入力済みの入力票、受診券の写しを確実に処分すること。
- (3) 令和8年3月実施分の入力票、受診券の写し、集計表の提出については、別途、発注者と受注者で協議する。

7. 業務委託料（概算契約）の請求

本契約は概算契約とし、履行完了時点で数量を確定する。そのため、受注者は契約締結時に、別紙4「業務委託料内訳書」に設定単価及び金額等を記入し、発注者に提出すること。契約の確

定にあたっては、「業務委託料内訳書」記載の単価に確定数量を乗じた額とし、その金額を発注者に請求できるものとする。

#### 8. 費用負担

磁気媒体（CD-R）の準備は受注者が行い、入力票、集計表の様式は、業務開始前に発注者と受注者が十分な協議を行ったうえ、受注者が作成する。

なお、これらにかかる費用は受注者の負担する。

#### 9. 再委託等の禁止

(1) 業務委託契約書第 16 条第 1 項に規定する「主たる部分」とは次に掲げるものをいい、受注者はこれを再委託することはできない。

(ア) 委託業務における総合的企画、業務遂行管理、業務の手法の決定及び技術的判断等

(イ) 委託業務における代行入力及び請求業務

(2) 受注者は、コピー、ワープロ、印刷、製本、トレース、資料整理などの簡易な業務の再委託にあたっては、発注者の承諾を必要としない。

(3) 受注者は、第 1 項及び第 2 項に規定する業務以外の再委託にあたっては、書面により発注者の承諾を得なければならない。

なお、元請の契約金額が 1,000 万円を超え契約の一部を再委託しているものについては、再委託相手先、再委託内容、再委託金額を公表する。

(4) 地方自治法施行令第 167 条の 2 第 1 項第 2 号の規定に基づき、契約の性質又は目的が競争入札に適さないとして、随意契約により契約を締結した委託業務においては、発注者は、前項に規定する承諾の申請があったときは、原則として業務委託料の 3 分の 1 以内で申請がなされた場合に限り、承諾を行うものとする。ただし、業務の性質上、これを超えることがやむを得ないと発注者が認めたとき、又は、コンペ方式若しくはプロポーザル方式で受注者を選定したときは、この限りではない。

(5) 受注者は、業務を再委託及び再々委託等（以下「再委託等」という。）に付する場合、書面により再委託等の相手方との契約関係を明確にしておくとともに、再委託等の相手方に対して適切な指導、管理の下に業務を実施しなければならない。

なお、再委託等の相手方は、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく停止措置期間中の者、又は大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けている者であってはならない。

また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱第 12 条第 3 項に基づき、再委託等の相手方が暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を業務委託契約書第 16 条第 2 項及び第 16 条の 2 第 2 項に規定する書面とあわせて発注者に提出しなければならない。

#### 10. 個人情報保護

本委託業務は、個人情報を取り扱っているため、本市の個人情報保護の重要性を鑑み、大阪市個人情報の保護に関する法律の施行等に関する条例（以下「条例」という。）の趣旨を踏まえ、各条項の規定を遵守し、次に掲げる個人情報保護の措置を講じること。

(1) 個人情報の管理方法および管理場所等の報告をすること。

(2) 必要に応じて、本市職員による立ち入り検査を受けること。

(3) 本委託業務は、個人情報を取り扱っているため、関係者すべてにおいてデータ保護及び機密保護等に関して適切な措置を講じること。

11. その他留意事項

- (1) その他、本仕様書に定めのない事項について疑義が生じた場合は、見積書提出前に発注者に確認すること。見積にあたっては、本仕様書を十分検討し、疑義のある場合はよりよく質し、その内容を熟知の上見積を提出すること。契約後における仕様書の疑義は、本市の解釈によるものとする。
- (2) 見積金額には、配送料等本契約にかかる全ての費用を含むものとする。
- (3) 受注者又は指定管理者(再委託及び再々委託等の相手方を含む)が生成 AI を利用する場合は、事前に発注者あて所定様式により確認依頼をし、確認を受けるとともに、「大阪市生成 AI 利用ガイドライン (別冊 業務受託事業者等向け生成 AI 利用ガイドライン第 1.0 版)」に定められた以下の利用規定を遵守すること。(別紙特記仕様書添付)
- (4) 職員等の公正な職務の執行の確保に関する条例を遵守すること。(別紙特記仕様書添付)
- (5) 大阪市暴力団排除条例を遵守すること。(別紙特記仕様書添付)

12. 本仕様書に関する問い合わせ先

大阪市立心身障がい者リハビリテーションセンター診療所  
大阪市平野区喜連西 6 丁目 2 番 5 5 号 2 階  
(担当: 日田・宮原 TEL 06-6797-6567)

提出用シート

※必ず受診券(原本)と一緒に提出してください

【健診実施日】

20 年 月 日

## 特定健康診査 入力票

|           |           |    |     |           |
|-----------|-----------|----|-----|-----------|
| 種別        | 大阪市<br>国保 | 後期 | その他 | 受診券<br>番号 |
| 保険証<br>記号 |           |    |     | 保険証<br>番号 |
| 住所        | 〒 - - 大阪市 |    |     |           |
| カナ<br>氏名  | 男・女       |    |     |           |

## 【質問項目】

|                                                                 |                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------|
| 現在、次の薬を使用していますか                                                 |                      |
| 血圧を下げる薬                                                         | ①はい ②いいえ             |
| 血糖を下げる薬またはインスリン注射                                               | ①はい ②いいえ             |
| コレステロールや中性脂肪を下げる薬                                               | ①はい ②いいえ             |
| 医師から次の病気と言われたり治療したりしたことはありますか                                   |                      |
| 脳卒中（脳出血・脳梗塞など）                                                  | ①はい ②いいえ             |
| 心臓病（狭心症・心筋梗塞・心不全など）                                             | ①はい ②いいえ             |
| 慢性腎不全、又は治療（人工透析など）を受けた                                          | ①はい ②いいえ             |
| 貧血と言われた                                                         | ①はい ②いいえ             |
| 生活習慣についてお尋ねします                                                  |                      |
| 現在、タバコを習慣的に吸っていますか<br>（最近1ヶ月間に吸っていて、かつ、今まで100本以上、又は、6ヶ月以上吸っている） | ①はい ②いいえ             |
| 飲酒の頻度<br>（日本酒・焼酎・ビール・洋酒等）                                       | ①毎日 ②時々<br>③ほとんど飲まない |
| 保健指導の機会についてお尋ねします                                               |                      |
| 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば利用しますか                                 | ①はい ②いいえ             |

## その他の既往歴(治療歴のある病気)

|         |            |             |          |
|---------|------------|-------------|----------|
| ① なし    | ② 高血圧      | ③ 低血圧       | ④ 不整脈    |
| ⑤ 脂質異常症 | ⑥ 高尿酸血症    | ⑦ 腎不全以外の腎疾患 | ⑧ 糖尿病    |
| ⑨ 肝臓病   | ⑩ 胃・十二指腸潰瘍 | ⑪ うつ        | ⑫ 骨粗しょう症 |

## 自覚症状

|           |             |          |          |
|-----------|-------------|----------|----------|
| ① なし      | ② 胸の圧迫感     | ③ 動悸がする  | ④ 息切れがする |
| ⑤ 手足のしびれ感 | ⑥ めまい・たちくらみ | ⑦ 頭痛・耳鳴り |          |

|    |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
|----|----|----|----|----|---|---|---|---|----|
| 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|    |    |    |    |    |   |   |   |   |    |
| 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |   |   |   |   |    |
|    |    |    |    |    |   |   |   |   |    |

## 【検査項目】

「◎」は[大阪府下市町村国保及び後期]の基本項目 ※社保は実施できません

「★」は[大阪府下市町村国保及び後期]の基本項目 ※社保は詳細でのみ実施できます

|               |       |                    |                           |
|---------------|-------|--------------------|---------------------------|
| 他覚的所見 (医師の診察) |       | ◎腎機能 (大阪府下基本)      |                           |
| ①なし           | ③眼瞼浮腫 | 尿酸                 | mg/dl                     |
| ②眼瞼結膜蒼白       | ⑤下腿浮腫 | ★腎機能 (大阪府下基本 / 詳細) |                           |
| ④肝臓肥大         | ⑦不整脈  | クレアチニン             | mg/dl                     |
| ⑥心音不純         |       | e-GFR              | ml/min/1.73m <sup>2</sup> |
| 身長            |       | 実施理由               |                           |
| 体重            |       | ①基本として実施(国保・後期のみ)  |                           |
| BMI           |       | ②詳細健診の基準に該当        |                           |
| 腹囲            |       | 貧血 (詳細)            |                           |
| ①実測 ②実測以外     |       | ヘマトクリット            |                           |
| 血圧            |       | 血色素量               |                           |
| 収縮時           |       | 赤血球数               |                           |
| 拡張時           |       | 実施理由               |                           |
| 中性脂肪          |       | ①視診等で疑い            |                           |
| HDL-ch        |       | ②既往歴あり             |                           |
| LDL-ch        |       | 心電図 (詳細)           |                           |
| Non-HDL-ch    |       | 所見                 |                           |
| GOT (AST)     |       | ①なし ②あり            |                           |
| GPT (ALT)     |       | ①ST-T変化 ②伝導障害      |                           |
| γ-GTP         |       | ③心室肥大 ④不整脈         |                           |
| 食後時間          |       | ⑤その他 ( )           |                           |
| 血糖            |       | 実施理由               |                           |
| HbA1c         |       | ①検査結果により該当         |                           |
| 尿糖            |       | ②不整脈により該当          |                           |
| 尿蛋白           |       | 眼底検査 (詳細)          |                           |
|               |       | キースワグナー            |                           |
|               |       | スコット               |                           |
|               |       | Wong-Mitchell      |                           |
|               |       | 改変Davis            |                           |
|               |       | その他の所見             |                           |
|               |       | 実施理由               |                           |

## 【今回の健診結果】

|          |                     |       |                           |
|----------|---------------------|-------|---------------------------|
| メタボリック判定 | ①該当 ②予備群 ③非該当 ④判定不能 | 医師の判断 | ①異常なし ②要観察 ③要指導 ④要医療 ⑤治療中 |
|----------|---------------------|-------|---------------------------|

## 【決済情報】

|                |   |             |   |
|----------------|---|-------------|---|
| 基本健診(A)        | 円 | 詳細健診(C)     | 円 |
| 基本健診窓口負担(B)    | 円 | 詳細健診窓口負担(D) | 円 |
| 請求合計 (A+B+C+D) |   | 円           |   |

&lt;実施医療機関名&gt;

大阪市立心身障がい者 リハビリテーションセンター内診療所

〒547-0026 大阪市平野区喜連西6丁目2番55号

TEL:06-6797-6567 FAX:06-6797-8222

&lt;医師の氏名&gt;

## 特定健康診査 代行入力票 集計表 (令和 年 月提出分)

| 請求内容  | 国保連合会件数 |
|-------|---------|
| 市町村国保 |         |

1. 上記データについて、データの電子化と代行機関(国保連合会)へ請求します。
2. 入力票はQRコード付受診券をセットにして綴じてください。

医療機関名称、所在地、電話・Fax番号

大阪市立心身障がい者 リハビリテーションセンター内診療所  
〒 547-0026 大阪市平野区喜連西6丁目2番55号  
TEL:06-6797-6567 FAX:06-6797-8222

医療機関コード

2719801173

| 項目名                              | 単位                      |
|----------------------------------|-------------------------|
| 健診実施機関名                          |                         |
| 特定健診医療機関コード番号                    |                         |
| 医師の氏名                            |                         |
| 健診実施日                            |                         |
| 生年月日（受診券で確認）                     |                         |
| 種別                               |                         |
| 受診券番号                            |                         |
| 受診券有効期限（受診券で確認）                  |                         |
| 保険者番号（受診券で確認）                    |                         |
| 保険証記号                            |                         |
| 保険証番号                            |                         |
| 郵便番号                             |                         |
| 住所                               |                         |
| カナ氏名                             |                         |
| 性別                               |                         |
| 服薬（血圧）（後期高齢者の場合は必要なし）            |                         |
| 服薬（血糖）（後期高齢者の場合は必要なし）            |                         |
| 服薬（脂質）（後期高齢者の場合は必要なし）            |                         |
| 既往歴（脳血管）（後期高齢者の場合は必要なし）          |                         |
| 既往歴（心疾患）（後期高齢者の場合は必要なし）          |                         |
| 既往歴（腎不全・人工透析）（後期高齢者の場合は必要なし）     |                         |
| 既往歴（貧血）（後期高齢者の場合は必要なし）           |                         |
| 喫煙歴（後期高齢者の場合は必要なし）               |                         |
| 飲酒（後期高齢者の場合は必要なし）                |                         |
| 保健指導の希望（後期高齢者の場合は必要なし）           |                         |
| その他の既往歴                          |                         |
| 自覚症状                             |                         |
| 他覚的所見                            |                         |
| 身長                               | cm                      |
| 体重                               | kg                      |
| BMI                              | kg/m <sup>2</sup>       |
| 腹囲1                              |                         |
| 腹囲2                              | cm                      |
| 収縮時血圧                            | mmHg                    |
| 拡張時血圧                            | mmHg                    |
| 中性脂肪                             | mg/dl                   |
| HDLコレステロール                       | mg/dl                   |
| LDLコレステロール                       | mg/dl                   |
| Non-HDLコレステロール（LDLコレステロール未実施の場合） | mg/dl                   |
| GOT（AST）                         | u/l                     |
| GPT（ALT）                         | u/l                     |
| γ-GTP                            | u/l                     |
| 食後時間                             |                         |
| 血糖                               | mg/dl                   |
| HbA1c                            | %                       |
| 尿糖                               |                         |
| 尿蛋白                              |                         |
| 尿酸                               | mg/dl                   |
| クレアチン                            | mg/dl                   |
| e-GFR                            | ml/分/1.73m <sup>2</sup> |
| 実施理由（腎機能）                        |                         |
| ヘマトクリット                          | %                       |
| 血色素量                             | g/dl                    |
| 赤血球数                             | 万/mm <sup>3</sup>       |
| 実施理由                             |                         |
| 心電図所見                            |                         |
| 心電図所見内容                          |                         |
| 実施理由（心電図）                        |                         |
| キースワグナー                          |                         |
| シェイエH                            |                         |
| シェイエS                            |                         |
| SCOTT                            |                         |
| Wong-Mitchell                    |                         |
| 改変Davis                          |                         |
| 実施理由（眼底検査）                       |                         |

|                   |  |
|-------------------|--|
| メタボリック判定          |  |
| 医師の判断             |  |
| 健康状態 (後期高齢者のみ)    |  |
| 生活の満足度 (後期高齢者のみ)  |  |
| 1日3食の実施 (後期高齢者のみ) |  |
| 固いものの租借 (後期高齢者のみ) |  |
| 汁物類の誤嚥 (後期高齢者のみ)  |  |
| 体重の減少 (後期高齢者のみ)   |  |
| 歩行速度低下 (後期高齢者のみ)  |  |
| 転倒の有無 (後期高齢者のみ)   |  |
| 定期的な運動 (後期高齢者のみ)  |  |
| 物忘れの指摘 (後期高齢者のみ)  |  |
| 日付の認知 (後期高齢者のみ)   |  |
| 喫煙の有無 (後期高齢者のみ)   |  |
| 定期的な外出 (後期高齢者のみ)  |  |
| 人付き合い (後期高齢者のみ)   |  |
| 体調の相談相手 (後期高齢者のみ) |  |

## 業務委託料内訳書

| 業務内容         | ① 件数  | ② 単価(円)<br>【税抜】 | ③ 金額(円)<br>【税抜】(①×②) |
|--------------|-------|-----------------|----------------------|
| 特定健康診査代行入力業務 | 150 件 | 円               | 円                    |
| 合計金額【税込】     |       |                 | 円                    |

※数量及び金額は概算であり、本市の都合により増減することがある。

## 暴力団等の排除に関する特記仕様書

### 1 暴力団等の排除について

- (1) 受注者（受注者が共同企業体であるときは、その構成員のいずれかの者。以下同じ。）は、大阪市暴力団排除条例（平成 23 年大阪市条例第 10 号。以下「条例」という。）第 2 条第 2 号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は同条第 3 号に規定する暴力団密接関係者（以下「暴力団密接関係者」という。）に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をしてはならない。
  - (2) 受注者は、条例第 7 条各号に規定する下請負人等（以下「下請負人等」という。）に、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をさせてはならない。また、受注者は、下請負人等が暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者と下請契約、資材・原材料の購入契約又はその他の契約をした場合は当該契約を解除させなければならない。
  - (3) 受注者は、この契約の履行にあたり暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者から条例第 9 条に規定する不当介入（以下「不当介入」という。）を受けたときは、速やかに、この契約に係る本市監督職員若しくは検査職員又は当該事務事業を所管する担当課長（以下「監督職員等」という。）へ報告するとともに、警察への届出を行わなければならない。また受注者は、下請負人等が暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者から不当介入を受けたときは、当該下請負人等に対し、速やかに監督職員等へ報告するとともに警察への届出を行うよう、指導しなければならない。
  - (4) 受注者及び下請負人等が、正当な理由なく本市に対し前号に規定する報告をしなかったと認めるときは、条例第 12 条に基づく公表及び大阪市競争入札参加停止措置要綱による停止措置を行うことがある。
  - (5) 受注者は第 3 号に定める報告及び届出により、本市が行う調査並びに警察が行う捜査に協力しなければならない。
  - (6) 発注者及び受注者は、暴力団員又は暴力団密接関係者に該当すると認められる者からの不当介入により契約の適正な履行が阻害されるおそれがあるときは、双方協議の上、履行日程の調整、履行期間の延長、履行内容の変更その他必要と認められる措置を講じることとする。
- ### 2 誓約書の提出について
- 受注者及び下請負人等は、暴力団員又は暴力団密接関係者でない旨の誓約書を提出しなければならない。ただし、発注者が必要でないとは判断した場合はこの限りでない。

## 特 記 仕 様 書

### （条例の遵守）【5 条関係】

第 1 条 受注者および受注者の役職員は、本業務の履行に際しては、「職員等の公正な職務の執行の確保に関する条例」（平成 18 年大阪市条例第 16 号）（以下「条例」という。）第 5 条に規定する責務を果たさなければならない。

### （公益通報等の報告）【6 条 2 項・12 条 2 項関係】

第 2 条 受注者は、当該業務について、条例第 2 条第 1 項に規定する公益通報を受けたときは、速やかに、公益通報の内容を発注者（福祉局総務部総務課）へ報告しなければならない。

2 受注者は、公益通報をした者又は公益通報に係る通報対象事実に係る調査に協力した者から、条例第 12 条第 1 項に規定する申出を受けたときは、直ちに、当該申出の内容を発注者（福祉局総務部総務課）へ報告しなければならない。

### （調査の協力）【7 条 2 項関係】

第 3 条 受注者及び受注者の役職員は、発注者又は大阪市公正職務審査委員会が条例に基づき行う調査に協力しなければならない。

### （公益通報に係る情報の取扱い）【17 条 4 項関係】

第 4 条 受注者の役職員又は受注者の役職員であった者は、正当な理由なく公益通報に係る事務の処理に関して知り得た秘密を漏らしてはならない。

### （発注者の解除権）【21 条関係】

第 5 条 発注者は、受注者が、条例の規定に基づく調査に正当な理由なく協力しないとき又は条例の規定に基づく勧告に正当な理由なく従わないときは、本契約を解除することができる。

## そ の 他 特 記 仕 様 書

発注者と本契約を締結した受注者は、この契約の履行に関して、発注者の職員から違法又は不適正な要求を受けたときは、その内容を記録し、直ちに発注者の福祉局総務部総務課（連絡先：06-6208-7911）に報告しなければならない。

## 生成 AI 利用に関する特記仕様書

受注者又は指定管理者（再委託及び再々委託等の相手方を含む）が生成 AI を利用する場合は、事前に発注者あて所定様式により確認依頼をし、確認を受けるとともに、「大阪市生成 AI 利用ガイドライン（別冊 業務受託事業者等向け生成 AI 利用ガイドライン第 1.0 版）」に定められた以下の利用規定を遵守すること。

### 生成 AI の利用規定

- 生成 AI を利用する場合は、利用業務の内容、利用者の範囲、情報セキュリティ体制等及び利用規定の遵守・誓約内容を事前に所定様式※により発注者宛に確認依頼をし、確認を受けること  
※ 所定様式は大阪市ホームページからダウンロードできます  
<https://www.city.osaka.lg.jp/ictsenryakushitsu/page/0000623850.html>
- 前記確認内容に変更等が生じた際には変更の確認依頼をし、確認を受けること
- 生成 AI は、受注者又は指定管理者の業務支援目的に限定し、市民や事業者向けの直接的なサービスには利用しないこと
- 文章生成 AI 以外の画像・動画・音声などの生成 AI の利用は禁止する
- インターネット上の公開された環境で不特定多数の利用者に提供される定型約款・規約への同意のみで利用可能な生成 AI の利用を禁止する
- 生成 AI 機能が付加された検索エンジンやサイトは、一般的にインターネットで公開されている最新の情報を検索する目的でのみの利用とし、生成 AI による回答を得る目的での利用を禁止する
- 生成 AI を利用する場合は、入力情報を学習しない設定（オプトアウト）をして利用すること
- 契約又は協定の履行に関して知り得た秘密及び個人情報の入力を禁止する
- 著作権その他日本国の法令に基づき保護される第三者の権利を侵害する内容の生成につながる入力及びそのおそれがある入力を禁止する
- 生成・出力内容は、誤り、偏りや差別的表現等がないか、正確性や根拠・事実関係を必ず自ら確認すること
- 生成・出力内容は、著作権その他日本国の法令に基づき保護される第三者の権利の侵害がないか必ず自ら確認すること
- 生成・出力内容は、あくまで検討素材であり、その利用においては、受注者又は指定管理者が責任をもって判断するものであることを踏まえ、原則として、加筆・修正のうえ使用すること  
なお、生成・出力内容の正確性等を確認したうえで、加筆・修正を加えずに資料等として利用（公表等）する場合は、生成 AI を利用して作成した旨を明らかにして意思決定のうえ、利用すること
- 情報セキュリティ管理体制により、利用者の範囲及び利用ログの管理などにより情報セキュリティの確保を徹底して適切に運用すること