

令和4年度

大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）

仕様書

大阪市保健所感染症対策課

（令和4年3月）

仕様書

(1) 委託内容

受注者の業務内容は次のとおりとする。

- ア 受注者は、薬局へ来局した患者に対し薬や服薬に関して指導及び助言を行うこと。
- イ 受注者は、医師の診察・処方指示の薬であることを確認し、患者の目の前で服薬を直接確認し、服薬状況について保健所が事前に配布している服薬手帳に記入を行うこと。ただし、服薬が直接確認できない場合は、薬殻及び残薬を確認したうえ、内服したとみなし服薬手帳に記入を行うこと。
- ウ 受注者は、イで確認した内容について、「様式第2号 DOTS記録票」に記載すること。体調・副作用等の自覚症状を聞き取った場合も、その状況について、「様式第2号 DOTS記録票」に記載し、患者管理を行っている区保健福祉センターにファックスで報告すること。
- エ 患者が予定の日に来局しなかった場合は、患者の連絡先(自宅等)に連絡し、確認を行うこと。また、その状況について患者管理を行っている区保健福祉センターに報告すること。
- オ 上記ウ及びエの報告は、服薬支援を実施した当日に、必ず患者管理を行っている区保健福祉センターに行うこと。

(2) 委託期間

令和4年4月1日～令和5年3月31日

ただし、契約書の履行期間が令和4年4月2日以降の場合、契約期間の始期は当該日からとする。

(3) 委託料

市は、治療終了又は委託期間終了後、次のとおり委託料を支払う。なお、部分払については、認めない。

ア 業務完了報告

受注者(薬局の開設者が複数加盟している法人にあたっては、各薬局の開設者も行うことができる。)は治療終了又は委託期間終了後、速やかに「様式第3号 令和4年度大阪市ふれあいDOTS(薬局型)事業実施報告書」を大阪市保健所感染症対策課へ提出すること。

イ 検査

市は前記アの業務完了報告を受けた日から10日以内に、業務の完了を確認するための検査を完了し、当該検査の結果を発注者へ通知する。

ウ 請求

受注者(薬局の開設者が複数加盟している法人にあたっては、各薬局の開設者も行うことができる。)は前記イの検査に合格したときは、「様式第4号 請求書」により業務委託料の支払いを請求することができる。

エ 委託料単価

服薬支援1回につき 946円(消費税等を含む)

オ 支払日

市は、請求を受けた日から30日以内に委託料を支払う。

(4) 再委託について

ア 契約書第16条第1項に規定する「主たる部分」とは次の各号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) 服薬支援業務

- イ 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、市の承諾を必要としない。
- ウ 受注者は、前記ア及びイに規定する業務以外の再委託にあたっては、書面により市の承諾を得なければならない。
- エ 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、市は、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、これを越えることがやむを得ないと市が認めたとき、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。
- オ 受注者は、業務を再委託に付する場合、書面により再委託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、再委託の相手方は、大阪市競争入札参加停止措置要綱に基づく措置期間中の者、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。

(5) 障がいのある人への合理的配慮の提供

受注者は、本業務が本市の事務又は事業を実施する事業者であることから、障害を理由とする差別の解消の推進に関する法律（平成25年法律第65号）に基づき大阪市が定めた「大阪市における障がいを理由とする差別の解消の推進に関する対応要領」を踏まえ、過重な負担が生じない範囲で、障がいのある人が障がいのない人と同等の機会が確保できるよう環境への配慮に努めるとともに、障がいのある人の権利利益を侵害することとならないよう、個々の場面において必要とする社会的障壁の除去について、合理的な配慮の提供に努めなければならない。

(6) その他

- ア 受注者は、この契約の履行にあたって個人情報及び業務に係るすべてのデータ（以下「個人情報等」という。）を取り扱う場合は、市民の個人情報保護の重要性に鑑み大阪市個人情報保護条例（平成7年大阪市条例第 11 号。以下「保護条例」という。）の趣旨を踏まえ、この要項の各条項を遵守し、その漏えい、滅失、き損等の防止その他個人情報等の保護に必要な体制の整備及び措置を講じなければならない。
- イ 委託内容について疑義が生じた場合は、市担当者と事前に協議を行うものとする。
- ウ 受注者は申請内容に変更が生じた際は、速やかにその内容を届け出ること。
- エ 別添の特記仕様書各項目を遵守すること。

DOTS記録票

DOTS No.: _____

生年月日: _____ 年 月 日

_____ 年 月

日 (曜日)	使用薬剤と量	確認方法			症状 無または症状有りの場合 該当する症状に「○」を記入	特記事項 菌情報(塗抹・培養・感受性)・関係機関の 連絡、患者の訴え等	DOTS 実施	支援 者 サイン
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳				
1()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
2()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
3()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
4()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
5()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
6()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
7()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
8()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
9()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
10()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
11()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
12()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
13()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
14()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
15()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
16()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
17()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
18()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
19()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
20()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
21()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
22()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
23()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
24()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
25()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
26()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
27()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
28()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
29()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
30()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
31()					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			

【保健福祉センター記載欄】※末日まで記入されている記録票にのみ記載

実施回数/必要回数	/	保健福祉センター サイン	担当保健師	担当係長
-----------	---	-----------------	-------	------

DOTS番号の間違い注意

DOTS記録票

DOTS No.: ○○ - ○○

生年月日: 年 月 日

2枚目以降も記入

○○年 5月

日 (曜日)	使用薬剤と量	確認方法			症状 無または症状有りの場合 該当する症状に「○」を記入	特記事項 菌情報(塗抹・培養・感受性)・関係機関 の連絡、患者の訴え等	DOTS 実施	支援 者 サイン
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳				
1(土)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
2(日)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
3(月)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
4(火)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
5(水)	INH 300mg RFP 600mg EB 750mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
6(木)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	受診日 30日分処方あり		
7(金)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
8(土)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
9(日)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
10(月)	INH 300mg RFP 600mg EB 750mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	DOTS初回 5/5~5/10の薬殻確認 EB16日で終了予定。次回17日(水)予定	○	▲▲
11(火)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
12(水)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
13(木)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
14(金)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
15(土)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
16(日)					無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	EBは終了		
17(月)	INH 300mg RFP 600mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	5/11~5/16の薬殻確認 次回24日(水)予定	○	▲▲
18(火)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
19(水)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
20(木)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
21(金)		×	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	薬殻確認できず、外出先で捨てた、内服したとのこ と、服薬手帳の記載は確認できた		
22(土)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
23(日)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
24(月)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	当日キャンセル、25日(木)に変更		
25(火)	INH 300mg RFP 600mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	5/18~5/20,5/22~5/25の薬殻確認 次回31日(水)予定	○	▲▲
26(水)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
27(木)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
28(金)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
29(土)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
30(日)		○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()			
31(月)	INH 300mg RFP 600mg	○	○		無 発疹・食欲不振・肝障害・ その他()	5/26~5/31の薬殻確認、DOTS終了	○	▲▲

かっこ内に曜日を記載

2枚目以降も記載

INH 300mg
RFP 600mg EB 750mg

DOTS初回・終了が分かるように記載

症状の訴えを記載
なければ「無」に「○」

DOTSを行った日は、DOTS実施欄に「○」
と支援者サイン欄にサイン又は捺印

目の前で服薬を確認した場合は
「DOT」に○

薬剤終了日が分かるように記載

薬殻が確認できない場合は、理由を記載

キャンセルや振り替えの場合は記載

DOTS終了が分かるように記載

【保健福祉センター記載欄】※末日まで記入されている記録票にのみ記載

実施回数/必要回数	4/4	保健福祉センター サイン	担当保健師	担当係長
			印	印

実施回数からはキャンセルの回数を除く
必要回数は区担当保健師がひと月あたり必要と考えていたDOTS回数を記入

年 月 日

大阪市健康局長 様

住所（開設者住所）：

氏名（開設者）印：

大阪市ふれあい DOTS（薬局型）事業実施報告書

次のとおり DOTS を実施しましたので報告します。

記

1 患者 DOTSN_o. _____

2 DOTS 実施回数 延_____回

(連絡先)

薬局名：

担当者名：

電話番号：

報告書を提出する日を記入。

(注) 最終 DOTS 実施日以降

ただし **2023 年 3 月 31 日まで**

〇〇年〇〇月〇〇日

大阪市健康局長 様

開設者の住所を記入。

(注) 薬局の住所と異なる場合あり。

住所 (開設者住所) : 大阪市北区中之島 1-3-20

氏名 (開設者) 印 : 株式会社 大阪市薬局

開設者が法人の場合は、
会社名から記入。

代表取締役 大阪 太郎 (印)

大阪市ふれあい DOTS (薬局型) 事業実施報告書

(注) **請求書と同じ印鑑**

開設者が法人の場合は、**法人印**を押印。

次のとおり DOTS を実施しましたので報告します。

記

1 患者 DOTSN_o.

22-123

2 DOTS 実施回数

延 10 回

今年度中の DOTS (服薬確認) 実施回数を
記入してください。

DOTS 回数 = 請求の回数となります。

(注) 前年度から継続のケースであっても、
今年度中の実施回数のみ。

(連絡先)

薬局名 : 大阪市薬局

担当者名 : 大阪

電話番号 : 06-1234-5678

請 求 書

年 月 日

大阪市長 様

住 所 (開設者住所)

氏名 (開設者) 印

次のとおり請求します。

金 額	内 容	円也
	大阪市ふれあいDOTS (薬局型) 事業業務委託	
	服薬支援 @ 円× 回	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号		指定口座	
-------	--	------	--

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称	支 店 名 称	預 金 種 別	口 座 番 号
フリガナ			
口座名義			

本市記入欄

局出納員・区会計 管理者確認印	印影等照合先 (契約番号等)		執行主管コード	支出命令番号	
	請求書等 確認者認印				
	業務区分	<input type="checkbox"/> 歳 出	<input type="checkbox"/> 歳 入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基 金

請求書を提出する日を記入。
(注)実施報告書提出日以降

請 求 書

開設者の住所を記入。
(注)薬局住所と異なる場合がある。

〇〇年〇〇月〇〇日

大阪市長 様

住 所 (開設者住所) 大阪市北区中之島 1-3-20

氏名 (開設者) 印 株式会社 大阪市薬局

開設者が法人の場合は、会社名から記入。
開設者が個人の場合は、氏名のみ記入。

代表取締役 大阪太郎 (印)

(注)開設者が法人の場合は、法人印を押印

次のとおり請求します。

金 額	¥9,460円也
内 容	
大阪市ふれあいDOTS (薬局型) 事業業務委託	
服薬支援 @946円× 10回	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号		指定口座
-------	--	------

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称	〇〇銀行	支店名称	△△支店
預金種別	普通	口座番号	1234567
フリガナ 口座名義	カブシキガイシャオサカシヤクキョク		
	株式会社大阪市薬局		
	ダイヨトリシヤク オサカ タロウ		
	代表取締役 大阪 太郎		

本市記入欄

局出納員・区会計
管理者確認印

印影等照合先 (契約番号等)		執行主管コード	支出命令番号	
請求書等 確認者認印				
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出	<input type="checkbox"/> 歳入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基金

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ことをそれぞれが表明した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 受注者及び受注者の役職員は、当該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（健康局総務部総務課）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（健康局総務部総務課）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（協定）を解除することができる。（指定管理者の指定を取り消すことができる。）

その他の特記仕様書

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（健康局総務部総務課（連絡先：06-6208-9892））に報告しなければならない。