

令和 7 年度

大阪市ふれあい DOTS（訪問型）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 7 年 3 月）

仕 様 書

1 委託名称

令和7年度大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務委託(単価契約)

2 目的

結核患者の適正な治療の推進と患者管理の徹底は、早期に排菌を止め、かつ治療を確実に終了させるために重要であり、罹患率を低下させるためには必要不可欠な対策である。

一方、本市においては結核の罹患率が高く、その理由として生活基盤の不安定さや厳しい就業状況、単身世帯などの背景を有する者が多く治療中断のおそれが高い等の問題点が指摘されている。

このため本市では、市内全域に「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業」を実施し、結核患者の長期にわたる服薬を中断なく継続させ、完遂させることで再発の防止や薬剤耐性菌の出現を防ぎ、ひいては、第3次大阪市結核対策基本指針の大目標に掲げる結核罹患率を18以下にすることを目的とする。

3 業務内容

結核治療に必要な患者自身が規則的な服薬の重要性を理解し、服薬を継続してできるよう服薬支援を行う。(詳細については別紙1のとおり)

4 訪問期間

令和7年4月1日～令和8年3月31日

ただし、契約書の履行期間が令和7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。

5 業務従事者の業務体制

受注者は、次の業務体制を構築のうえ業務を行い、訪問開始日までに「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務従事者届」(様式1-1)及び「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務実施担当者届」(様式1-2)を発注者に提出すること。

また、年に1回実施する「従事者研修」(1回2時間程度)に業務責任者は業務従事者を積極的に参加させること。「従事者研修」の日程等については、受注者が決定したのち、7日以内に業務責任者あてに通知するほか、保健所が必要であると判断した際に開催する。

なお、発注者は、業務従事者が服薬支援を行ううえで問題があると判断した時は、受注者に対しその者の変更を求めることができるものとする。

(1) 業務責任者(主)

業務を掌握し、大阪市健康局保健所感染症対策課(以下、保健所という。)や保健福祉センターとの各種協議や連絡調整、服薬支援にかかるスケジュール管理(服薬支援者の管理・患者

宅等への訪問日時・場所等の調整)、他の業務従事者を指揮監督する者・・・1名

(2)業務責任者(副)

業務責任者を補佐し、業務責任者が不在となる場合、その職務を代行する者・・・1名以上

(3)看護師

看護師免許取得者・・・1名以上

(4)服薬支援者

服薬支援が必要な患者(以下、患者という。)に対して服薬支援を行う者。・・・業務遂行にあたり必要な人数。(人数については、原則1人の患者に対して固定の服薬支援者が継続して訪問できる人員を確保すること。)

6 業務従事者の条件

業務従事者の条件は下記のとおりとする。

(1)業務責任者(主)・業務責任者(副)

訪問開始日までに結核を含む感染症に関する知識を習得しておくとともに、契約書及び仕様書の内容について他の業務従事者に対し、研修を実施すること。

※感染症に関する知識とは、発注者が提供する資料等を基に服薬支援の意義・効果について理解するとともに服薬支援をする際に欠かせない事項(抗結核薬の種類及び量、効果や副作用、結核の標準的治療方法、治療期間等)のことをいう。

(2)看護師

保健所又は保健福祉センターが依頼する患者の状況を常に把握し、服薬支援者に服薬支援をするにあたっての心構えから適切な指導や助言ができること。

(3)服薬支援者

別紙2「資格一覧」のいずれかの資格を有すること。(資格は「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務実施担当者届」(様式1-2)に記載すること。)また、保健所もしくは業務責任者が開催する「従事者研修」(1回2時間程度)に参加していること。

※原則1人の患者に対して固定の服薬支援者が継続して服薬支援を行うものとする。ただし、複数人(最大3名)の服薬支援者が従事する場合は事前に保健福祉センターへ報告し、患者宅等へ同行訪問をすること。

7 注意事項

(1)受注者は、業務従事者が退職等の事由や病気により業務に従事できる見込みがないと判断をしたときは事前に「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務実施担当者届」(様式1-2)を発注者に提出し、了承を得るとともに、業務に支障をきたさないよう業務従事者を補充する等の適切な措置を講ずること。

(2)受注者は、業務従事者が患者宅等に訪問する際に、遅刻などにより指定の日時に遅れることがないよう余裕をもたせたスケジュール管理等を業務従事者にさせること。

- (3)受注者は、業務従事者の接遇マナーの向上に努め、患者に対する態度や丁寧な言葉遣い等患者に対する対応については、訪問開始日までにチェックし、その内容について「研修実施状況等報告書」(様式2-2)を発注者に提出すること。
- (4)受注者は、個人情報の保護の観点から、業務従事者が患者宅等において他の人に聞こえるほどの大声で病名や症状に関する情報等を話さないよう指導・監督すること。
- (5)受注者は、業務遂行に適切な服装(受注者で使用している制服は可、患者に威圧感や不安を与える服装は不可)を業務従事者に着用させること。
- (6)受注者は、業務従事者が患者に対して不快感(身だしなみ、タバコ・アルコール臭(喫煙やアルコールの飲酒を想像させることを含む))を与えないよう指導・監督すること。
- (7)受注者及び業務従事者は、発注者の施設への入室時及び患者宅等への訪問時には必ず発注者の職員・保健福祉センター及び患者に対して分かるような場所に名札を着用すること。
- (8)受注者及び業務従事者は、発注者の施設への入室時及び退出時には必ず発注者の職員・保健福祉センターの職員に声をかけること。
- (9)受注者及び業務従事者は、発注者が協議等で来所を求めた場合、遅滞なく来所すること。
- (10)受注者は、業務従事者が患者から苦情や意見を受けた場合、早期解決を図るよう対応すること。また、すみやかに保健福祉センターに報告すること。
- (11)受注者及び業務従事者は、業務を遂行するにあたり関係する法令(労働基準法・個人情報保護法・道路交通法等)について遵守すること。

8 業務従事者の健康管理

受注者は、業務従事者の健康管理を行い、業務従事者が感染症(インフルエンザ等)の症状がある場合や患っていると思われる場合には、業務に従事(特に服薬支援者)をさせないこと。

9 教育・研修等

受注者は、業務に係る専門性、重要性、安全性等を十分に認識し、業務従事者への教育・研修(感染症に関すること(特に結核)及び個人情報の保護やデータ保護及び機密保護に関すること等)を必ず実施するとともに、研修後、その内容について「研修実施状況等報告書」(様式2-2)を発注者に提出すること。

また、さまざまな人権問題について正しい認識を持って業務の遂行ができるよう、適切な人権研修を実施し、「人権問題研修実施状況等報告書」(様式2-1)を発注者に提出すること。

10 業務の打合せ

本委託業務を円滑に行うために、訪問開始日までに十分な事前打ち合わせを行うものとする。打合せの日時、場所、回数等(保健所と2回程度・1回あたり4時間程度実施、各区保健福祉センターと各1回程度・1回あたり2時間程度実施)については別途協議のうえ決定するものとする。

11 費用負担

業務の遂行に必要な経費の負担区分については次のとおりとする。なお、その区分に疑義が生じた場合は、発注者と受注者の協議により決定するものとする。

(1) 発注者の負担

イ 患者が使用する薬箱

(2) 受注者の負担

イ 訪問開始日までに保健所が実施する打ち合わせの参加及び保健所及び保健福祉センターで実施する引き継ぎに伴う経費

ロ 服薬支援をするにあたって必要な物品及びそれにかかる経費

(参考: 自転車、連絡を取るための機器(携帯電話等))

ハ 通信運搬にかかる経費

(参考: 交通費、通信費等)

ニ 服薬支援時に必要な医薬材料の経費

(参考: N95マスク・サージカルマスク・消毒液等)

ホ 業務遂行に必要な帳票類(発注者に提出する各報告書を含む)の経費

ヘ 業務遂行に必要な消耗品及び備品の経費

ト 業務従事者に行う教育・研修、健康管理の経費

チ 業務満了後の引き継ぎ等に伴う経費

リ 協議等で来所にかかる経費

12 施設等の利用

発注者の施設等(自転車等の乗り物を含む)の利用や使用は不可とする。ただし、発注者と受注者の間で協議が必要な場合や保健福祉センターにおいて患者に関する報告を行う場合に必要な作業場所や会議室等及びそれに伴う自転車を一時的に停めるための駐輪場(市民用)の利用については、保健所及び各区役所の開庁時間(原則9:00～17:30)の間に限り認めるものとする。

13 守秘義務(個人情報保護)について

本委託業務は、個人情報を取り扱っているため、市民の個人情報保護の重要性に鑑み、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の趣旨を踏まえ、各条項の規定を遵守し、個人情報保護の措置を講じること。

(1) 受注者は、個人情報保護の観点から、業務の遂行上知り得た情報について漏洩等の無きよう適正な管理を行うこと。

(2) 受注者は、個人情報の管理方法及び管理場所等について発注者の求めに応じ関係書類を提出すること。

(3) 受注者は、業務上取得した資料等について業務従事者が外部へ原則持ち出さないよう指示するとともに、持ち出す場合については、最小限にとどめ必ず管理簿等で管理するなど適正

に行わなければならない。

なお、管理簿等については、発注者の求めに応じ提出すること。

(4)受注者は、必要に応じて、発注者の職員による立ち入り検査を受けること。

14 訪問予定回数及び依頼事業者選定方法

新規依頼予定患者数は月8名程度とする。

訪問回数は患者の状況に応じて週1回又は週5回を原則とする。

週1回の定例訪問日が祝日にあたる場合や、患者の要望により訪問できない場合は、原則として同じ週の別の日時に振り替えること。

訪問期間については、患者の治療期間とする。(患者の状況により変動する。)

依頼する事業者の選定方法は、公募申請順の事業者リストを作成し、その事業者リストから患者が希望する事業者とする。

15 委託料の支払い方法

本業務の履行完了後、検査に合格した場合、出来高部分に相応する業務委託料相当額について、契約書の手続きにより部分払いを請求することができる。ただし、この請求は月1回を越えることができない。

16 委託料の支払い基準

下記の基準をもって委託料を支払うものとする。なお、その基準に疑義が生じた場合は、発注者と受注者の協議により決定するものとする。

(1)支払いを行う場合

イ 業務内容(別紙1)に基づき、服薬支援者が患者の目の前で服薬を直接確認し、服薬状況を服薬手帳に記入を行った場合。

ロ 業務内容(別紙1)に基づき、服薬支援者が患者の目の前で服薬を直接確認できない場合、薬殻及び残薬を確認し内服したとみなしたうえ、服薬状況を服薬手帳に記入を行った場合。

ハ イとロいずれの方法でも服薬が確認できない場合、患者と対面により情報収集を行ったうえで、すみやかに保健福祉センターに連絡を入れ指示どおりに対応したことがDOTS様式3-1およびDOTS様式3-2より確認できる場合。

※上記記載の内容であっても、業務内容(別紙1)に反する場合はこの限りではない

(2)支払いを行わない場合

イ (1)支払いを行う場合を満たさない場合。

ロ 服薬支援者が、業務内容(別紙1)に定めた内容を満たさなかった場合。

ハ 服薬支援者が、患者と対面による服薬支援が行えなかった場合。(キャンセル含む)

17 再委託に関する項目

- (1) 令和7年度大阪市ふれあい DOTS(訪問型) 事業業務委託(単価契約)契約書第 16 条に規定する「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。

イ 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
ロ 看護師が行う業務並びに服薬支援者が行う業務

- (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、前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。

18 障がいのある人への合理的配慮の提供

受注者は、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、合理的配慮の提供が適切になされるよう、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」を踏まえた、従事者向けの研修等を実施すること。

19 その他

- (1) 本仕様書に変更等が生じた場合や定めのない事項及び疑義が生じた場合は、発注者と受注者が協議のうえ、別途書面にて定めるものとする。

- (2)業務の遂行にあたっては、保健所及び保健福祉センターと必ず十分な調整を行うこと。
- (3)本仕様書に記載されていない事項であっても当然必要と認められる軽微な業務については、保健所と協議のうえ適正に実施すること。
- (4)受注者は、業務の遂行において故意・過失に関わらず事故等(第三者に怪我を負わせた等)が発生した場合は、直ちに適切な措置を講じるとともに保健所に報告(電話での連絡及び遅滞なく経過等の詳細を書面にて提出)し、その後の対応については保健所の指示に従うこと。また、事故等の発生に備え、受注者は、業務従事者と常に電話等で連絡がとれる体制を整えておくこと。
- (5)受注者は、その責に帰すべき事由により委託業務の実施に関し、発注者又は第三者に損害を与えたときはこれを賠償しなければならない。
- (6)別添の特記仕様書各項目を遵守すること。

20 主管担当連絡先

大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000あべのメディックス11階

大阪市保健所感染症対策課 結核グループ

電 話:06-6647-0943

FAX:06-6647-1029

【 業務内容 】

1 対象者

大阪市内に在住する結核患者のうち、保健所が依頼を行う者。

2 業務を行う場所

患者の自宅及び患者が希望する場所(大阪市内全域)

3 受注者が行う業務範囲は、次のとおりとする。

(1)業務時間

業務時間については、9:00～17:30とする。

なお、土曜日・日曜日・国民の祝日に関する法律第3条第3項で定められた休日・年末年始(12月29日～1月3日)を除く。

※業務時間には、服薬支援者が服薬支援実施当日に保健福祉センター(別紙3)に報告する時間を含む。

(2)事前調整

令和7年3月末時点で服薬支援を実施している患者の訪問日時等については、日程変更を行うことなく実施できるように、服薬支援者を決定し、「訪問実施計画書」(DOTS様式6)を保健福祉センターへ、「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務実施担当者届」(様式1-2)を保健所へ提出すること。

(3)患者情報について

イ 令和7年3月末時点で服薬支援を実施している患者の情報については、保健所及び保健福祉センターの引き継ぎ時に受注者に提供する。

ロ 令和7年4月1日以降の新規患者の情報については、随時保健所より受注者に提供する。
なお、患者の情報については電子メール(PDF化したもの)にて提供するため、訪問開始日までにデータを送信する先のアドレスを保健所に報告すること。

(4)患者宅等への訪問方法

訪問方法についてその手段は原則問わないが、道路交通法などの法令については必ず遵守すること。

(5)服薬支援

イ 令和7年3月末時点で服薬支援を実施している患者については訪問開始日までに保健所及び保健福祉センターから引継ぎを受け、訪問開始日から固定した服薬支援者で訪問を行う。

ロ 令和7年4月以降の新規の患者については、受注者は保健所から提供された患者情報を基に保健福祉センターから患者の詳細な状況説明(服薬支援実施上の注意点(N95マスクの着用)など)を受けた後、初回訪問の日程調整を行い、保健師とともに訪問を行う。

なお、服薬支援者は保健所が患者情報を送信後7日以内に、保健福祉センターに連絡を入

れ、初回訪問時の日程調整を行う。

ただし、緊急を要する案件については、保健福祉センターから受注者に直接連絡を行う場合があるので、指示に従い対応すること。

- ハ 初回及び終了時、保健福祉センターが必要と認めたときは、保健師と共に患者宅等に訪問を行う。ただし、保健福祉センターが服薬支援者と共に患者宅等に訪問を行う場合、移動は自転車を使用するため、服薬支援者は訪問方法等について保健福祉センターに必ず相談すること。

- ニ 受注者は、区ごとに「訪問実施計画書」(DOTS様式6)を作成し、月末までに翌月分を保健福祉センターへ提出すること。新規患者等の追加や訪問日時に変更がある場合には都度修正を行い提出すること。

ホ 結核治療薬の服薬支援

- ① 服薬支援者は、処方わかる物(薬剤情報提供書、お薬手帳等)により医師の診察・処方指示の抗結核薬の内容と薬剤量を確認する。そのうえで、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」(別紙4)に記入を行うこと。また、患者へのメッセージ等も服薬手帳に記入すること。

ただし、目の前で服薬を直接確認できない場合は、薬殻及び残薬を確認し内服した事実が確認できれば、内服したとみなし服薬手帳に記入を行うこと。薬殻及び残薬で内服した事実が確認できない場合は、服薬支援を中止し、すみやかに保健福祉センターに連絡を入れ指示を仰ぐこと。また、その際の状況はDOTS様式3-2に記載し、保健福祉センターに報告を行うこと。

- ② 服薬支援者は、必要に応じて服薬の必要性について説明すること。

- ③ 服薬支援者は、薬箱に配薬を行うこと。

ただし、患者が過量服薬・紛失等の恐れがあるとの理由で、受注者の事業所内で薬を保管する場合は、盗難・紛失等のないように注意する。また、保健福祉センターで保管する場合は、訪問前・後に来所し薬の受け渡しを行う等、保健師に相談のうえ決定すること。

- ④ 服薬支援者は、個人情報の記載のない薬殻は、患者が再使用することのないように、受注者の事業所に持ち帰ること。

ただし、個人情報の記載がある薬殻については、個人情報紛失の恐れがあるため持ち帰らず、患者宅等においてはさみで裁断する等、再使用できない状態にすること。

- ⑤ 服薬支援者は、服薬支援後、次の訪問日時を患者に確認すること。

- ⑥ 服薬支援者は、服薬状況・自覚症状(倦怠感・手足のしびれ・食欲不振・視力低下・関節痛など)・受診状況(受診日・喀痰検査日・胸部エックス線検査日等)を聞き取り、顔色・発疹等の他覚症状の把握を行なうこと。

- ⑦ 服薬支援者は、患者に次のような兆候があった場合には、直ちに保健福祉センターに報告

し、その内容を「DOTS記録票」(DOTS様式3-1、必要時DOTS様式3-2)に記載すること。

※DOTS様式3-1の特記事項に記載できない場合等は、DOTS様式3-2を使用すること

i.服薬の中断の恐れがある場合及び中断している場合

ii.定期受診未受診かつ受診予定がない場合

iii.新たな副作用が出現した場合

iv.その他緊急な対応が必要な場合

⑧ 服薬支援者は、患者から服薬に関する相談があった場合は、その日のうちにその内容を保健福祉センターに報告し、その内容を「DOTS記録票」(DOTS様式3-1、必要時DOTS様式3-2)に記載すること。

へ 訪問時における対応

① 服薬支援者が患者宅等へ訪問する際、患者の指定した時間に遅延または訪問が不可能な事態が生じた場合、直ちに患者に連絡を入れ、その対応にあたること。また、保健福祉センター及び業務責任者にも直ちに報告すること。服薬支援者より報告を受けた業務責任者は、すみやかに保健所に事故報告書を提出し、再発のないよう服薬支援者に対して指導を行うこと。

② 服薬支援者は、患者が不在であった場合は発注者が提供する封筒を使用し、「ご不在連絡票」(様式4)を郵便ポスト等に投函すること。また、患者が不在であった旨を保健福祉センターに報告を行い、「DOTS記録票」(DOTS様式3-1、必要時DOTS様式3-2)に記載すること。

③ 服薬支援者は、緊急を要する事態(患者の異変や事故等)が起こった場合は、直ちに保健福祉センター及び業務責任者に報告すること。

④ 服薬支援者は、患者から苦情等を受けた場合は、誠実に対応し、すみやかに保健福祉センター及び業務責任者に報告すること。服薬支援者より報告を受けた業務責任者は、すみやかに保健所に事故報告書を提出し、再発のないよう服薬支援者に対して指導を行うこと。

ト 訪問記録・報告

服薬支援者は、服薬支援を実施した当日に、服薬確認した内容及び体調・副作用等の自覚症状等の聞き取った内容を「DOTS記録票」(DOTS様式3-1、必要時DOTS様式3-2)に記載し、保健福祉センターへFAXで報告すること。(「FAX送付状」(DOTS様式3-3)を使用すること。)

チ 訪問の変更・中止

服薬支援者は、患者の要望や祝日等により定例訪問日時を変更する必要がある場合は、患者と直接連絡を取り行い、同じ週の別の日時に訪問日程の振替および調整を行うこと。また、訪問日時の変更が生じた場合ややむを得ず振替が行えなかった場合は、保健福祉センターへ連絡し、「訪問実施計画書」(DOTS様式6)を提出すること。

リ 各種報告

受注者は、月ごとに「服薬支援(新規・終了)患者報告書」(様式6-1)「大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業活動報告書」(様式6-2、様式6-3)を作成し、原則翌月10日までに保健所へ提出すること。

資格一覧

名称
医師
看護師
准看護師
保健師
介護福祉士
社会福祉士
精神保健福祉士
ケアマネージャー(介護支援専門員)
訪問介護員
実務者研修(ホームヘルパー1級、介護職員基礎研修)
介護職員初任者研修(ホームヘルパー2級)
メディカルケアワーカー(看護助手)
ガイドヘルパー

保健福祉センター 一覧表

名称	所在地	TEL	FAX
北区保健福祉センター	〒530-8401 北区扇町2-1-27	6313-9882	6362-1099
都島区保健福祉センター(分館)	〒534-0027 都島区中野町5-15-21 都島センタービル1階	6882-9882	6925-3972
福島区保健福祉センター	〒553-8501 福島区大開1-8-1	6464-9882	6462-4854
此花区保健福祉センター	〒554-8501 此花区春日出北1-8-4	6466-9882	6463-1606
中央区保健福祉センター	〒541-8518 中央区久太郎町1-2-27	6267-9882	6267-0998
西区保健福祉センター	〒550-8501 西区新町4-5-14	6532-9882	6532-6246
港区保健福祉センター	〒552-8510 港区市岡1-15-25	6576-9882	6572-9514
大正区保健福祉センター	〒551-8501 大正区千島2-7-95	4394-9882	6554-7153
天王寺区保健福祉センター	〒543-8501 天王寺区真法院町20-33	6774-9882	6772-0308
浪速区保健福祉センター	〒556-8501 浪速区敷津東1-4-20	6647-9882	6644-1937
西淀川区保健福祉センター	〒555-8501 西淀川区御幣島1-2-10	6478-9882	6477-1649
淀川区保健福祉センター	〒532-8501 淀川区十三東2-3-3	6308-9882	6303-6745
東淀川区保健福祉センター	〒533-8501 東淀川区豊新2-1-4	4809-9882	6327-3462
東成区保健福祉センター	〒537-8501 東成区大今里西2-8-4	6977-9882	6972-2781
生野区保健福祉センター	〒544-8501 生野区勝山南3-1-19	6715-9882	6712-0652
旭区保健福祉センター	〒535-8501 旭区大宮1-1-17	6957-9882	6954-9183
城東区保健福祉センター	〒536-8501 城東区中央3-5-45	6930-9882	6932-0979
鶴見区保健福祉センター	〒538-8501 鶴見区横堤5-4-19	6915-9882	6913-8140
阿倍野区保健福祉センター	〒545-8501 阿倍野区文の里1-1-40	6622-9882	6629-1349
住之江区保健福祉センター	〒559-8601 住之江区御崎3-1-17	6682-9882	6673-0220
住吉区保健福祉センター	〒558-8501 住吉区南住吉3-15-55	6694-9882	6694-6125
東住吉区保健福祉センター	〒546-8501 東住吉区東田辺1-13-4	4399-9882	6629-1265
平野区保健福祉センター	〒547-8580 平野区背戸口3-8-19	4302-9882	6702-4315
西成区保健福祉センター	〒557-8501 西成区岸里1-5-20	6659-9882	6659-9085

大阪府・大阪市・堺市・東大阪市・高槻市・豊中市・枚方市・八尾市・寝屋川市
(令和元年5月)

内服開始から () ヶ月 めです
(/) 外来受診

月

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

のみ忘れ
() 回分

こんな症状
ないですか？

☐ 吐き気がある () 月 () 日から

☐ 食欲がない () 月 () 日から

☐ 発疹がでてきた () 月 () 日から

☐ 特になし ☐ その他 () () 月 () 日から

疑問など、次回の外来でできたいこと

今回の診察結果

胸部エックス線 (レントゲン)
検査結果 (/)

痕の検査結果 (/)
塗抹 ()
培養 ()

() 結果 (/)

血液検査の結果

	AST (GOT)	ALT (GPT)	クレア チニン	白血球	赤血球	HbA1c
/						
/						

病院・診療所からあなたへ

保健所・保健福祉センターからあなたへ

処方された薬 () 日分

☐ INH () 錠/日

☐ RFP () C/日

☐ () () /日

☐ () () /日

☐ () () /日



禁酒できてますか？ ()

禁煙できてますか？ ()

次回外来
R 年

*副作用が出てても内服を勝手にやめず受診しましょう!

大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務従事者届

(新規 ・ 変更)

年 月 日

大阪市健康局長 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の職・氏名

担当	氏名	備考(資格を記載)
責任者		
責任者(副)		
看護師		
看護師		

大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業業務実施担当者届
(新規 ・ 変更)

年 月 日

大阪市健康局長 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の職・氏名

次のとおり報告します。

○担当区

区

○服薬支援者氏名

氏名	備考(資格を記載)
管理者	

○緊急連絡先

氏名() 連絡先(— —)

人権問題研修実施状況等報告書

様式2-1

大阪市健康局長 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の職・氏名

月 日	区分	研修内容	講師・研修方法	会 場	時間数	対象(受講人数)

* 区分:次に該当する研修の番号を記入ください。

- ① 自社(貴団体)独自で行う研修
- ② 所管局が主催する研修
- ③ 市民局が市民啓発として実施している事業(啓発ビデオ試写会等)
- ④ 区が中心となって実施している事業(人・愛・ふれあいプラザ事業、人権展等)
- ⑤ 大阪市企業人権推進協議会が実施している事業(事業主のつどい、人権問題入門セミナーなど)
- ⑥ その他:上記に当てはまらないもの

* 対象(受講人数): 自社(団体)の管理職、その他の常勤職員、非正規職員に分けて、受講人数を記載してください

研修実施状況等報告書

様式2-2

主たる事務所の所在地
名称
代表者の職・氏名

[illegible]

人権問題研修実施状況等報告書

様式2-1 (記入例)

大阪市健康局長 様

主たる事務所の所在地
名称
代表者の職・氏名

月 日	区分	研修内容	講師・研修方法	会 場	時間数	対象(受講人数)
○月○日(△)	⑤	パワハラ問題について (基本的知識、防止策、職場での取り組み)	講師名:○○ ○○ 研修方法:事業主のつどい	大阪市中央公会堂	3時間	管理者(●名) 社員(▲名)
●月●日(△)	⑥	高齢者の人権について (現状、身体的・心理的虐待、経済的虐待)	講師名:○○ ○○ 研修方法:講義	自社会議室	2時間	社員(▲名)

* 区分:次に該当する研修の番号を記入ください。

- ① 自社(貴団体)独自で行う研修
- ② 所管局が主催する研修
- ③ 市民局が市民啓発として実施している事業(啓発ビデオ試写会等)
- ④ 区が中心となって実施している事業(人・愛・ふれあいプラザ事業、人権展等)
- ⑤ 大阪市企業人権推進協議会が実施している事業(事業主のつどい、人権問題入門セミナーなど)
- ⑥ その他:上記に当てはまらないもの

* 対象(受講人数): 自社(団体)の管理職、その他の常勤職員、非正規職員に分けて、受講人数を記載してください

研修実施状況等報告書

様式2－2(記入例)

主たる事務所の所在地
名称
代表者の職・氏名

月 日	内容	講師・研修方法	会 場	時間数	対象(受講人数)
○月○日(△)	・結核の基礎知識について (感染と発病、検査、抗結核薬、N95マスクのつけ方) ・DOTSの実践 (服薬支援方法の実践、記録票の記載方法、個人情報取り扱いの注意点)	講師名:○○ ○○ 研修方法:講義、グループワーク	自社会議室	3時間	管理者(●名) 社員(▲名)
□月□日(△)	・個人情報の取り扱いについて ・接遇 (言葉づかい、服装、訪問時のマナー)	講師名:○○ ○○ 研修方法:講義、実習	自社会議室	2時間	管理者(●名) 社員(▲名)
△月△日(△)	・大阪市におけるDOTS事業の方法 (仕様書の説明、トラブル時の適切な対応等)	講師名:○○ ○○ 研修方法:講義	自社会議室	2時間	管理者(▲名) 看護師(●名)

DOTS記録票

DOTS様式3-1

DOTS No.: -

生年月日: 年 月 日

※氏名・住所・連絡先等
個人情報情報は記入しない

訪問時持参

日 (曜日)	服薬内容と薬剂量 (薬剤名)(薬剂量)(数)	確認方法			受診	症状	特記	DOTS 実施	支援者 サイン	日 (曜日)	服薬内容と薬剂量 (薬剤名)(薬剂量)(数)	確認方法			受診	症状	特記	DOTS 実施	支援者 サイン
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳								DOT	残薬・ 薬殻	手帳					
1 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		16 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
2 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		17 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
3 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		18 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
4 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		19 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
5 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		20 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
6 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		21 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
7 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		22 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
8 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		23 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
9 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		24 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
10 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		25 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
11 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		26 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
12 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		27 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
13 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		28 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
14 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		29 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
15 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル		30 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	
										31 ()	() () () () () () () () () () () ()					無 有		実施 不在 キャンセル	

・業務時間:平日9:00～17:30(土日祝・年末年始12/29～1/3除く)

・受診を把握したら受診欄に○を付し下記の受診状況へ内容を記載

・症状・その他特記事項は、特記欄に○を付し様式3-2に記載

受診状況											
把握日	抗結核薬の処方内容 ※薬剤情報提供書等から転記								備考	次回 受診日	支援者 サイン
/	薬剤名	薬剂量	数	処方日数							
受診日	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()							
/	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()						/	
把握日	抗結核薬の処方内容 ※薬剤情報提供書等から転記								備考	次回 受診日	支援者 サイン
/	薬剤名	薬剂量	数	処方日数							
受診日	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()							
/	() () ()	() () ()	() () ()	() () ()						/	

【保健福祉センター記載欄】

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番号が正しいか確認

DOTS記録票

記入例

DOTS No.: 20-1

生年月日: 昭和21年4月1日

※氏名・住所・連絡先等
個人情報情報は記入しない

DOTS様式3-1

令和〇年 〇月

訪問時持参

日 (曜日)	服薬内容と薬剤量 (薬剤名)(薬剤量)(数)	確認方法			受診 状況	症状 特記	DOTS 実施	支援者 サイン	訪問にて患者本人に DOTSを実施した場合のみ実施に〇	確認方法			受診 状況	症状 特記	DOTS 実施	支援者 サイン	
		DOT	残薬・ 薬殻	手帳						DOT	残薬・ 薬殻	手帳					
1 (月)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4) (ピラジナミド)(1200)mg×(1) (エタンブトール)(250)mg×(3)	○			無 有	○	実施 不在 キャンセル	△△	16 (火)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4) (ピラジナミド)(1200)mg×(1) (エタンブトール)(250)mg×(3)		○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
2					無 有	○	実施 不在 キャンセル		18 (木)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
4 (木)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		19 (金)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4)		○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
5 (金)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		20 (土)					無 有	○	実施 不在 キャンセル	
6 (土)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		21 (日)					無 有	○	実施 不在 キャンセル	
7 (日)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		22 (月)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4)	○		○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	△△
8 (月)					無 有	○	不在 キャンセル	△△	23 (火)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
9 (火)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4) (ピラジナミド)(1200)mg×(1) (エタンブトール)(250)mg×(3)	○			無 有	○	実施 不在 キャンセル	△△	24 (水)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
10 (水)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		25 (木)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
11 (木)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		26 (金)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
12 (金)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		27 (土)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
13 (土)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		28 (日)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
14 (日)					無 有	○	実施 不在 キャンセル		29 (祝)			○	○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	
15 (月)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4) (ピラジナミド)(1200)mg×(1) (エタンブトール)(250)mg×(3)	○			無 有	○	実施 不在 キャンセル	△△	30 (火)	(イスコチン)(100)mg×(3) (リファンピシン)(150)mg×(4)	○		○	無 有	○	実施 不在 キャンセル	△△

・業務時間:平日9:00~17:30(土日祝・年末年始12/29~1/3除く)
・受診を把握した受診欄に〇を付し下記の受診状況へ内容を記載
・症状・その他特記事項は、特記欄に〇を付し様式3-2に記載

薬局が発行する薬剤情報提供書等を
確認し、処方された抗結核薬の内容を転記

受診結果を把握した日		受診状況			
把握日	抗結核薬の処方内容 ※薬剤情報提供書等から転記	備考	次回 受診日	支援者 サイン	
4/22	薬剤名 薬剤量 数 (イスコチン)(100)mg×(3) 3 (リファンピシン)(150)mg×(4) 4 (ピラジナミド)(1200)mg×(1) 1 (エタンブトール)(250)mg×(3) 3	処方日数 (イスコチン)錠・cap・包×(30)日 (リファンピシン)錠・cap・包×(30)日 (ピラジナミド)錠・cap・包×()日 (エタンブトール)錠・cap・包×()日	ピラジナミド・エタンブトールは終了。	5/18	△△
4/19					
把握日	抗結核薬の処方内容	備考	次回 受診日	支援者 サイン	
/	薬剤名 薬剤量 数 (イスコチン)(100)mg×(3) 3 (リファンピシン)(150)mg×(4) 4 (ピラジナミド)(1200)mg×(1) 1 (エタンブトール)(250)mg×(3) 3	次回受診日まで抗結核薬が足りるか、現物と併せて確認し、足りない場合は早急に保健福祉センターへ連絡			
受診日					
/		実施回数には患者と対面にてDOTSを実施した回数を記載(委託費用の支払い対象回数)			
受診日					

【保健福祉センター記載欄】

実施回数/必要回数	5/5	保健福祉センター サイン	担当保健師	印	/	担当係長	印
-----------	-----	-----------------	-------	---	---	------	---

治療終了予定日や治療方針、主治医等による指導等があれば記載

DOTS記録票

DOTS No.: _____

区保健福祉センター

日(曜日)	相手	特記事項 (患者の言動・保健福祉センターへの引継ぎ等)	支援者 サイン
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	
/ ()	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) 【特記事項】 ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他	

※DOTS様式3-2を作成した場合は、DOTS様式3-1とともに区保健福祉センターへ提出してください。

DOTS記録票

DOTS No.: -

2枚目以降も記載

面接相手の記載

〇〇区保健福祉センター

日(曜日)	相手	特記事項 (患者の言動・保健福祉センターへの引継ぎ)	支援者 サイン
4/1 (月)	本人 ・ その他 (娘)	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☒ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他 特記事項 保健師同行日は記載 保健師同席。DOTS初回面接。 〇/〇~〇/〇、7日分の薬殻確認。体調かわりなく、副作用症状なし。	△△
4/8 (月)	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☒ その他 特記事項 訪問するが不在。 不在箋を投函。患者から「失念していた」と連絡あり。 明日9日(火)15時訪問約束。	△△/■
4/9 (火)	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☒ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他 特記事項 退院後自宅での生活にまだ慣れず疲れることがあるが、精神的には自宅に帰れてほっとしていると笑顔で話される。疲れを残さないように、時には休養を取りながら少しずつ身体をならすように伝える。	△△/■
4/15 (月)	本人 ・ その他 ()	☒ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他 特記事項 「薬を飲み始めてからご飯があまり食べられない」との発言あり。次回受診時に相談するよう伝える。	△△/■
4/22 (月)	本人 ・ その他 ()	☒ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☒ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☒ その他 特記事項 食欲は回復しごはんも食べられている。〇/〇~〇/〇、7日分薬殻確認。4/18でEBとPZAの服薬終了。体調変わりなし。ウォーキングで体力をつけようと思うと話される。次回訪問曜日が祝日のため日程変更(4月30日)の説明をする。	△△/■
4/30 (火)	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☒ 患者の訴え ☐ その他 特記事項 〇/〇~〇/〇、8日分薬殻確認。「最近、時々物忘れをするようになってきた」と発言あり。	△△/■
5/27 (月)	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☒ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他 特記事項 薬殻・残薬とも薬BOXになく確認できず。本人に尋ねるが「飲んだか忘れた」と返答。担当保健師に連絡し、状況を報告。服薬の有無が不明のため、本日は服薬させないよう指示あり。本人に説明し、手帳に×を記載する。	△△/■
8/19 (月)	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☒ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☒ その他 特記事項 保健師と同行訪問。 8/17で服薬終了。今後も健康に留意なさるよう伝え、DOTS終了。	△△/■
/	本人 ・ その他 ()	☐ 副作用(食欲不振・発疹・掻痒感・しびれ・その他) ☐ 体調(咳・痰・その他) ☐ 内服状況(DOT・薬殻・手帳未確認の理由等) ☐ 薬の変更・中止・終了 ☐ 患者の訴え ☐ その他 特記事項 DOTS初回・終了時が分かるように記載	

※DOTS様式3-2を作成した場合は、DOTS様式3-1とともに区保健福祉センターへ提出してください。

上記内容は例文です。

○服薬支援者の主観的内容は記載せず、客観的内容を記載してください。

○予定通りDOTSを実施できなかった時、副作用、咳・痰などの症状がある時、患者から訴えがあった時などは必ず本様式3-2を記入し、様式3-1と合わせて保健福祉センターへご提出ください。

DOTS記録票

FAX送付状

日時： 年 月 日 ()

送付枚数: 枚(表紙含む)

送信元:

送付先: 区保健福祉センター

服薬支援者:

担当保健師:

連絡先:

下記書類を送付いたしますのご確認ください。

●DOTS記録票(様式3-1) 枚

●DOTS記録票(様式3-2) 枚 (様式3-2を作成した場合は提出要)

●その他 枚

ご不在連絡票

様

服薬支援者の です。

本日、 月 日 時 分に訪問させていただきましたが、ご不在でしたので、
この不在連絡票を投函させていただきました。

体調はいかがでしょうか。再度お伺いさせていただきたいと思っています。

訪問のお約束のため、下記の連絡先までご連絡をお願いいたします。

お薬は必ず飲んでいただき、お薬の殻の保管をお願いいたします。

〈連絡先〉

事業者名： 担当者名： 電話番号：

または

担当区： 担当保健師： 電話番号：

月 訪問実施計画書

DOTS様式6
区

日	月	火	水	木	金	土

※DOTS訪問は平日9:00～17:30まで。(土日・祝日、年末年始12/29～1/3は不可)
※必ず、【月末(翌月分)】と【変更時】に保健福祉センターへ提出

○月 訪問実施計画書

DOTS様式6

○○区

日	月	火	水	木	金	土
				1日	2日	3日
	保健福祉センターの開設日時にDOTSを実施するため、 土日・祝日・年末年始(12/29～1/3)には DOTS訪問の予定を入れず、日程を変更すること			9:00 24-○○(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	10:00 25-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	
				DOTS番号で管理する (注意)患者名は記載しない		
4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日
	16:00 25-××(担当者名)	10:00 24-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	16:00 25-××(担当者名)	9:00 25-○○(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	10:00 24-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	
11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日
	16:00 25-××(担当者名)	10:00 24-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名) 新規 16:30 25-□□(担当者名)	16:00 24-××(担当者名)	9:00 24-○○(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	10:00 24-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)	
18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日
	16:00 25-××(担当者名)	10:00 24-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名) 16:30 25-□□(担当者名)	16:00 25-××(担当者名)	9:00 24-○○(担当者名) 10:00 25-▲▲(担当者名) 16:00 25-××(担当者名)		
25日	26日	27日	28日	29日	30日	
	最終 16:00 24-××(担当者名)	10:00 24-▲▲(担当者名) 16:30 25-□□(担当者名)		9:00 24-○○(担当者名)	10:00 25-▲▲(担当者名)	

※DOTS訪問は平日9:00～17:30まで。(土日・祝日、年末年始12/29～1/3は不可)

※必ず、【月末(翌月分)】と【変更時】に保健福祉センターへ提出

服薬支援(新規・終了)患者報告書(年 月分)

No.	DOTS-No.	氏名	区名	開始日 終了日	備考
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業活動報告書

年 月 日

大阪市健康局長 様

主たる事務所の所在地

名称

代表者の職・氏名

DOTS回数集計表(年 月分)

	区	実績
1	北	
2	都島	
3	福島	
4	此花	
5	中央	
6	西	
7	港	
8	大正	
9	天王寺	
10	浪速	
11	西淀川	
12	淀川	
13	東淀川	
14	東成	
15	生野	
16	旭	
17	城東	
18	鶴見	
19	阿倍野	
20	住之江	
21	住吉	
22	東住吉	
23	平野	
24	西成	
合計		

大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業活動報告書

< 区 > (年 月分)

	DOTS番号	氏名	DOTS実施日	曜日	担当ワーカー	備考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						

大阪市ふれあいDOTS(訪問型)事業活動報告書

< 区 > (年 月分)

	DOTS番号	氏名	DOTS実施日	曜日	DOTS実施	担当ワーカー	備考
1	24-〇〇	×× ××	8月8日	金	○	▲▲	
2	24-〇〇	×× ××	8月15日	金	○	▲▲	
3	24-〇〇	×× ××	8月22日	金	○	▲▲	
4	24-〇〇	×× ××	8月29日	金	○	▲▲	支援終了
5	25-△	●● ●●	8月4日	月	○	△△	
6	25-△	●● ●●	8月11日	月	○	△△	
7	25-△	●● ●●	8月15日	金	○	△△	
8	25-△	●● ●●	8月18日	月	○	△△	
9	25-△	●● ●●	8月25日	月	○	△△	
10	25-△	●● ●●	8月29日	金	○	△△	
11	25-△	●● ●●	8月30日	土	○	△△	
12	25-□	〇〇 〇〇	8月21日	木	○	□□	初回
13	25-□	〇〇 〇〇	8月28日	木	○	□□	
14							
15							
25							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							
31							
32							
33							

特記仕様書

(条例の遵守)

第1条 受注者および受注者の役職員は、本契約に係る業務（以下「当該業務」という。）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)

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)

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)

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)

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。