

令和8年度

大阪市ふれあいDOTS（薬局型）

事業業務委託（単価契約）事業者募集要項

大阪市保健所感染症対策課

（令和8年3月）

目 次

1	目的	2
2	委託内容	2
3	委託期間	2
4	委託料単価	2
5	事業者の募集	
(1)	公募要件	2
(2)	申請方法	2
(3)	受注者の決定	3
(4)	その他	3
	様式第1号 公募申請書	4
	様式第1号 別添 薬局一覧	5
	様式第1号 別添【記入例】 薬局一覧	6

1 目的

結核患者の適正な治療と患者管理においては、初期治療を強化し早期に排菌を止め、治療を確実に終了させることが重要であり、罹患率を低下させるためには不可欠な対策である。

一方、都市部における結核罹患率の悪化の背景には、生活基盤の不安定さ、厳しい就業状況、一人暮らしなどの背景を有する者が多く治療中断率が高い等の問題点が指摘されている。

このため本市では、結核患者の治療を確実に終了させることにより、再発による感染の拡大及び薬剤耐性菌の出現を防止するため、事業者を広く公募し、薬剤師による服薬支援を行うことにより、結核患者を治療終了まで服薬させることを目的とする。

2 委託内容

受注者の業務内容は、別添「令和8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」のとおりとする。

3 委託期間

令和8年4月1日～令和9年3月31日

ただし、契約書の履行期間が令和8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。

4 委託料単価

服薬支援1回につき946円（消費税等86円を含む）

5 事業者の募集

(1) 公募要件

本事業にかかる公募要件については、「薬局の開設者」又は、「薬局の開設者が複数加盟している法人」で以下の要件を全て満たす者とする。

なお、薬局とは「薬局開設許可申請書」が市に提出され、許可を受けている施設を指す。

ア 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ないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当しないこと。

イ 納税義務者にあつては、最近1年間において消費税及び地方消費税、法人市民税及び固定資産税を完納していること。

※大阪市に納税義務を有しない場合は本店又は主たる営業所の所在地における市町村民税及び固定資産税を完納していること

(2) 申請方法

業務の受注を希望する事業者は、「様式第1号 公募申請書」を受付場所へ送付又は持参してください。なお、ファックスでの受付はいたしません。

ア 申請期間

令和8年3月23日～令和8年12月25日までとする。

※持参の場合は、土・日・祝日を除く平日9時00分から17時30分まで
(ただし、12時15分から13時00分までを除く)

※送付の場合は、令和8年12月25日必着

イ 受付場所

大阪市保健所感染症対策課結核グループ

大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）担当

〒545-0051

大阪市阿倍野区旭町1-2-7-1000

あべのメディックス11階

電話 06-6647-0653

※令和8年9月（予定）に移転予定

移転後所在地：大阪府中央区安土町3丁目1-3

（元ヴィアール大阪5階）

（3）受注者の決定

公募要件を満たし、契約締結が可能と判断された場合は、市から受注者あて通知する。

（4）その他

契約の締結は、令和8年度予算が発効したときとする。

令和8年度大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）公募申請書

年 月 日

大阪市健康局長 様

申請者住所

申請者氏名印

電 話

連絡先電子メール

（個人申請の場合は、自宅住所、氏名を記入
法人申請の場合は、主たる事務所の所在地、法人名称、代表者の職・氏名を記入）

令和8年度大阪市ふれあいDOTS（薬局型）事業業務委託（単価契約）にかかる事業者の公募に参加したいので、次のとおり申請します。

記

1 誓約事項

次の事項について、事実と相違ないこと及び遺漏なく実施することを誓約します。

- (1) 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ないこと及び同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当していないこと
- (2) 最近1年間において消費税及び地方消費税、法人市民税及び固定資産税を完納していること
※大阪市に納税義務を有しない場合は本店又は主たる営業所の所在地における市町村民税及び固定資産税を完納していること
- (3) 薬局開設許可申請書を本市に提出し、許可を受けていること
- (4) 募集要項における「令和8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」に基づいて、業務を実施すること

2 添付書類

様式第1号 別添「薬局一覧」

3 業務責任者

契約書第19条に定める業務責任者

氏名

連絡先（電話番号）

様式第1号 別添 【記入例】

○薬局一覧（薬局の数に応じて適宜欄を増やしてください）

整理番号	薬局名	薬局住所	薬局電話番号	開設者名	開設者住所
1	〇〇薬局	阿倍野区××1-1-1	06-6647-●●●● ●	△△ △△	阿倍野区×× 1-1-1
2	□□薬局〇〇店	天王寺区××2-2-2	06-6647-■ ■ ■ ■ ■	株式会社□□□ 代表取締役 〇〇 〇〇	淀川区××3-3-3