

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

大阪市保健所感染症対策課
（令和8年3月）

仕様書

1 委託名称

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)

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(薬局型)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4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12以下にすることを目的とする。

3 委託内容

受注者の業務内容は次のとおりとする。

(1)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。

(2)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。

(3)受注者は、(2)で確認した内容について、「様式第2号(DOTS様式5-2) 薬局DOTS記録票【記入例含む】」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様式5-2) 薬局DOTS記録票【記入例含む】」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。

(4)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。

(5)上記(3)及び(4)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。

4 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。

5 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。

(1) 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(DOTS様式5-3) 令和8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。

(2) 検査

発注者は(1)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。

(3) 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(2)の検査に合格したときは、「様式第4号(DOTS様式5-4) 薬局DOTS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。

(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) 支払日

発注者は、請求を受けた日から30日以内に委託料を支払う。

6. 再委託について

(1) 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)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。

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

(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判断し、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。

7. 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。

また、「令和8年度 障がいを理由とする差別の解消の推進のための合理的配慮の提供に係る研修実施報告書」（別紙）を提出すること。

8. その他

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 別添の特記仕様書各項目を遵守すること。

令和8年度 障がいを理由とする差別の解消の推進
のための合理的配慮の提供に係る研修実施報告書

1 事業者名等

事業者名			
担当者名			
連絡先			

2 研修内容

月 日	講師・研修方法等	時間 (分)	対象(受講人数)

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

○○年 5月

2枚目以降も記入

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	○ ▲▲	

【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 印	担当係長 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）：

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 **2027 年 3 月 31 日まで**

〇〇年〇〇月〇〇日

開設者の住所を記入。
(注) 薬局の住所と異なる場合あり。

大阪市健康局長 様

住所 (開設者住所) : 大阪市北区中之島 1-3-20
氏名 (開設者) : 株式会社 大阪市薬局
代表取締役 大阪 太郎

開設者が法人の場合は、
会社名から記入。

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. 26-123

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) 令和 7 年度 (2025 年 4 月 ~ 2026 年 3 月) から継続のケースであっても、
令和 8 年度 (2026 年 4 月 ~ 2027 年 3 月) 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)

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

記載事項等照合先 (契約番号等)	執行主管コード	支出命令番号
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) 株式会社 大阪市薬局

代表取締役 大阪太郎

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。

次のとおり請求します。

金 額	¥ 9, 4 6 0 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ヤクキョク		
	株式会社大阪市薬局		
	ダイョウトリシヤク オサカ タウ		
	代表取締役 大阪 太郎		

本市記入欄

記載事項等照合先 (契約番号等)	執行主管コード	支出命令番号		
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

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。

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並びに下請負人を含む）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 1.1 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。
- 画像及び動画の生成 AI サービスを利用する場合は、利用者が生成物を利用する際に他者の著作権を侵害しないよう選別したコンテンツで AI モデルの学習をしているサービスを利用することを原則とする。ただし、当該要件に該当しないサービス又は該当するか不明のサービスを利用する場合は、生成内容が既存著作物との類似性や無許諾での依拠がないことを確認し、かつ、成果物として利用する際は発注者の同意を得ること。
- 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・出力された文章は、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、加筆・修正のうえで使用すること。
- 生成・出力内容は、上記に定める正確性の確認等を経たうえで、加筆・修正を加えずに利用（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で利用すること。
- 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。