

仕様書

地方独立行政法人岐阜県総合医療センター物品管理（S P D）システム運営業務委託について、本仕様書に基づいて実施する。

1. 委託業務名 地方独立行政法人岐阜県総合医療センター物品管理（S P D）システム運営業務委託

1) 業務委託時の条件

- ① 責任者を常駐し、業務従事者のうち1名以上が500床以上の病院で1年以上の物品管理業務経験がある職員を配置することおよび手術室と中央放射線部エリアにおける診療材料の運用方法を熟知する職員を配置すること。
- ② S P D倉庫内および各部署での業務・中央手術部および中央材料室での業務・中央放射線部エリアでの業務を行うこと。
- ③ 関連する薬事法上の法律、施行令、規則、通達等および当センターの規則を遵守すること。

2) 契約期間 2022年4月1日から2023年3月31日まで

3) 物品管理運用時間 午前8時30分～午後6時

4) 業務を要しない日
①土曜日・日曜日・祝祭日及び振替休日
②年末・年始（12月29日～1月3日）
③但し、休日が4日以上連續する場合、双方協議により休日勤務日を設定することができる。

5) 委託場所
岐阜市野一色4-6-1
地方独立行政法人岐阜県総合医療センター
貯蔵品倉庫として本館地下1階中央倉庫を使用できる。
ただし必要に応じて委託業者所有の院外倉庫を使用することができる。

6) 対象物品
診療材料 25,300程度
消耗品・事務用品・日用雑貨 600程度
医薬品 1,700程度

2. 委託業務概要

物品管理（S P D）システム運営業務は診療材料・医薬品・医療消耗品・事務用品・日用品・消耗品を対象とする。

当センターが所有する医療総合情報システムを使用して運用する。

受託業者の都合で、使用できる管理ソフトを加えて連携させて使用し物品管理を行うことができる。

必要に応じて当センターが所有する医療総合情報システムに連動する当センター内の担当部署との連絡を行う。

搬送方法は、院内搬送システム及び直接搬送により行う

3. 業務内容

1) 診療材料

- ① 原則として「診療材料向けマニュアル」に基づき各運用を行う。(定数物品および臨時請求物品)

ア) 貯蔵品

SPD倉庫での検品・SPD倉庫内に保管・各部署への払い出し・搬送・各部署での棚入れ・SPD倉庫内の棚卸しを行う。

イ) 直納品

SPD倉庫での検品・各部署への搬送・発注部署での棚入れ・棚卸を行う。

ウ) 業貸品

中央手術部および中央材料室

物品とリストを預かり 3階手術室へ搬送・使用後の物品の返却

使用された物品をシステムに入力

中央放射線部エリア

使用された物品をシステムに入力

- ② 貯蔵品と直納品の、適正な定数管理を各部署と調整する。

各部署の定数管理物品および数量の登録・各部署からの「定数変更依頼書」により変更の登録を行う。

各部署の使用状況から、適正な定数を各部署と調整する。

- ③ 各部署からの返品の依頼があった場合は、納入業者に返品を行う。

- ④ 消費期限情報により、各部署と調整を行う。

2) 医薬品

- ① 決められた時間に医薬品の検品を行い、薬剤倉庫内で棚入れを行う。

- ② 中央手術室での医薬品の集計・在庫確認・搬送・補充・納品業務および毎月 1回、消費期限の確認と期限切迫品の抽出と交換

- ③ すこやか棟 1階MR・CT室で使用する医薬品の搬送

3) 日用雑貨・事務用品・消耗品

限定した日用雑貨・事務用品・消耗品等の各部署からの請求分の発注・納品・搬送業務。

搬送方法は、院内搬送システム及び直接搬送により行う

4) 物流システムによる日次業務

- ① 各部署の消費管理と破損管理および補充請求情報の回収及び入力
- ② 貯蔵品の請求（システム及び伝票）による払い出し・請求シールと医事ラベルの貼付
- ③ 直納品の請求（システム及び伝票）による材料の発注入力及び納品書による使用入力・請求シールと医事ラベルの貼付
- ④ 医療消耗品（一部）の請求（システム及び伝票）による払い出し・請求シールと医事ラベルの貼付
- ⑤ 貯蔵品と直納品の補充分の発注入力・発注
- ⑥ 納品された物品の検品および搬送ならびに棚入れ。
- ⑦ 適正な定数管理を行うための各部署との調整及び他部署との在庫品との調整
- ⑧ マスタ登録シートの新規・修正登録
 - 物流管理システムのシートに従うマスタの作成うち、保険請求する診療材料については医事コードの設定のため、医事課への連絡
- ⑨ 消費シールの発行・医事ラベルの発行
- ⑩ S P D倉庫に納品された高度管理医療機器・生物由来品管理、必要に応じてロット管理を行う
- ⑪ 定数変更・採用品の変更・単価契約業者の変更に伴う管理
- ⑫ 院内倉庫運用時間外の使用の管理
- ⑬ 各種帳票発行業務（払出指示書・発注書）
- ⑭ 当センターが要求する資料等の作成
- ⑮ その他必要業務

5) 物流システムによる月次処理業務

- ① 在宅治療用の診療材料の袋詰めと払い出し
- ② 每月 1回の消耗品等の各部署からの請求分の発注・納品・搬送業務
- ③ 隨時当センターが要求する資料等の作成
- ④ その他必要業務

6) 在庫管理

- ① 各部署の定数設定の適正化のための対策を行う。
- ② 各部署の在庫品目の期限切れ防止の対策を行う。

7) 棚卸し

- ① S P D倉庫内の貯蔵品は毎月月末に行う。
- ② 各部署の貯蔵品および直納品の棚卸しは、年 1回以上行う。
ただし、必要があれば隨時行う。

8) 中央手術部業務

請求シールの読み込み

手術室各部門への補充の物品をまとめ、中央材料室職員に引き継ぐ。

基本トレーの補充を行い、中央材料室職員に引き継ぐ。

麻醉カート用のトレーの補充を行い、中央材料室職員に引き継ぐ。

9) 中央放射線エリア業務

請求シールの読み込み

各種ピッキング袋の作成および搬送

各種トレーの作成および搬送

休日用の各種ピッキングトレイおよび各種トレーの休日前搬送

4. 報告書の作成及び点検書類の確認

日報、月報の作成

1) 物品管理（SPD）システム運営業務における日々の業務内容を日報として

作成し、受託者の管理責任者による確認を実施のうえ、書面にて保存をする。

また確認の結果、特記事項があった場合は委託者へ早急に報告を行い、併せて月報にて書面での報告を実施する。

2) 月報を作成のうえ、翌月 10 日までに委託者へ書面にて報告を行う。

5. 受託者の責任

1) 受託者は、従業員のユニフォームと駐車場を負担する。

2) 法令の遵守

受託者は、業務を遂行するに当り関係法令を遵守し、患者サービスに努めなければならぬ。

3) 信用失墜行為の禁止

受託者は、委託者の信用を失墜させる行為をしてはいけない。

4) 業務責任者の専任等

受託者は、管理責任者を専任し、保有資格及び業務経歴を含んだ内容を書面にて委託者に届けなければならない。管理責任者は、契約内容の履行管理、従業員の監督、関係部署との連絡調整を行う。

受託者は、業務遂行をするに当たり、従事する者の名簿を事前に委託者に提出する。

5) 教育訓練

受託者は、委託者が実施する研修会に要請があった場合は参加してその内容を従業員に周知すること。参加が出来ない場合は、委託者が実施する研修内容を従業員に周知し、その結果を委託者に報告すること。また、従業員に対して受託業務上必要とする教育訓練を実施し、委託者の管理運営に支障を来たさないよう万全を期する。また教育は委託者へ報告のうえ連携を取り、教育計画を立てて実施し、実施結果は書面にて委託者に報告する。

6) 健康管理

当該作業従事者は、医療従事者と同様に、感染症の感染源になる可能性および曝露者

になる可能性があるため、乙は当該作業従事者に対して以下の対応を行うこととする。

(1) 健康診断の受診

年1回以上の胸部X線検査を含む定期健康診断を受けさせること

(2) 健康管理

体調のチェックを毎日行い、以下の症状がある場合には、作業責任者に報告し、医療機関で診察を受けること。

また、新型コロナウイルス感染症患者の濃厚接触者および家族等の周辺に濃厚接触者が出了場合は、甲の指定に応じた報告を行うこと。

- ・発熱
- ・咳、喉の痛み
- ・嘔吐、下痢
- ・息切れ
- ・咽頭痛
- ・筋肉、関節の痛み
- ・強い倦怠感
- ・味覚、嗅覚の異常
- ・家族の体調不良

当該作業従事者が、休暇を取る必要がある場合は就業制限を行い、業務に支障を來すことがない対応を行うこと。

(3) ワクチン接種歴の確認、接種歴のない場合の抗体検査とワクチン接種

当該作業従事者は、医療従事者と同様に、特定のウイルス感染症（麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜ、B型肝炎）に対する免疫を有していること。

そのため、各種免疫の有無を事前に把握するために、当該作業従事者は作業に従事する前に、別紙「予防接種（ワクチン接種）調査票」（添付書類含む）を提出すること。

また、各種免疫を有することが確認できない場合※には、年度当初（中途配置の場合は配置当初）に抗体価検査を行い、その結果に応じて下表に示す回数のワクチン接種を行うこと。

	検査法	2回接種	1回接種	接種不要
麻しん	PA法	<16倍	≥16倍、<256倍	≥256倍
	NT(中和)法	<4倍	4倍	≥8倍
	EIA法 IgG	陰性(<2.0)	(±)(≥2.0、<16.0)	≥16.0
風しん	HI法	<8倍	8倍、16倍	≥32倍
	EIA法 IgG	陰性(<2.0)	(±)(≥2.0、<8.0)	≥8.0
水痘	IAHA法	<2倍	2倍	≥4倍
	EIA法 IgG	陰性(<2.0)	(±)(≥2.0、<4.0)	≥4.0

	NT(中和)法	<2 倍	2 倍	≥4 倍
おたふく	EIA 法 IgG	陰性 (<2.0)	(±) (≥ 2.0 、<4.0)	≥4.0

B 型肝炎	CLIA 法	10mIU/mL 以上でなければ 3 回接種
-------	--------	------------------------

※麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜは各 2 回、B 型肝炎は 3 回のワクチン接種歴がない

7) 災害対策マニュアルの遵守

委託者は、岐阜県指定の基幹災害医療センターであることから、委託者が定める災害防止対策に協力しなければならない。また、災害等が発生した場合は、「岐阜県総合医療センター災害対策マニュアル」等委託者の規定を遵守しなければならない。

8) 施設管理

受託者は、業務中故意または重大な過失により委託者の財産に損害を与えた場合は、受託者の責任において直ちに原形に復するものとする。

9) 施設管理運営業務

委託者が実施する消防訓練及び、その他施設運営上必要な行事、業務への参加については、双方協議の上決定する。

10) 非常時の対応

受託者は滅菌センターを有し滅菌業務を行うことができ、かつ滅菌を依頼した被滅菌物を 24 時間以内に委託者の場所まで届けることが可能のこと。

6. 調査報告義務

委託者は、この業務に関し必要がある場合は、受託者に対して調査、改善、報告を求めることができる。この場合、受託者は直ちに調査、改善、報告に応じなければならない。

7. 代行保証

受託者は、火災、労働争議、業務停止等の事情により、委託業務の全部または一部の遂行が困難となった場合の保証のため、あらかじめ業務の代行者を指定し、当該代行者と代行保証契約を締結しておかなければならぬ。

なお、契約書の写しを提出するものとする。

8. 協議

この仕様書に記載されていない事項に関して疑義が生じた場合は、双方協議の上これを解決する。

特記仕様書

1 妨害又は不当介入に対する通報義務

乙は契約の履行に当たって、暴力団関係者等から事実関係及び社会通念等に照らして合理的な理由が認められない不当若しくは違法な要求又は契約の適正な履行を妨げる妨害を受けたときは、警察に通報をしなければならない。なお、通報がない場合は入札参加資格を停止することがある。

2 乙は、暴力団等による不当介入を受けたことにより、履行期間内に業務を完了することができないときは、甲に履行期間の延長変更を請求することができる。

別紙

予防接種(ワクチン接種)調査票

ふりがな 氏名	(男・女)	生年月日	昭和 平成	年 月 日
会社名				

あなたの今までの予防接種について記入してください。

予防接種名	該当の項目に <input checked="" type="checkbox"/> 不明の場合には未接種にチェック	接種日*			
麻しん・風しん混合 ワクチン (MRワクチン)	1回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	2回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
麻しん単独ワクチン**	1回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	2回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
風しん単独ワクチン**	1回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	2回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
水痘ワクチン	1回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	2回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
おたふくかぜワクチン (流行性耳下腺炎)	1回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	2回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
B型肝炎ワクチン	1回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	2回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日
	3回目: <input type="checkbox"/> 接種、 <input type="checkbox"/> 未接種	西暦	年	月	日

* 同一の予防接種を枠の数よりも多く接種している場合は、新しい日付を記入してください。

** 麻しん・風しん混合ワクチンを2回接種していれば、単独ワクチンの接種は必要ありません。

母子手帳の該当箇所や医療機関の接種証明書のコピーを添付してください。