

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務仕様書

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務（以下「業務」という。）に関する委託は、県民健康調査甲状腺検査サポート事業の円滑な実施運営を行うことを目的とする。

この目的を達成するために甲（福島県）は主な業務内容を定め、乙（〇〇〇）は委託目的を遵守し適正かつ円滑に業務を実施するものとする。

ただし、この仕様書の業務内容は、委託目的を達成するために甲が乙に求める最低の内容であり、乙は業務の実施にあたって甲に最善と思われる具体的内容を提案するとともに、業務の質の向上に努めるものとする。

1 業務概要

- (1) 名 称 県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務
- (2) 業務の執行場所 福島市杉妻町2番16号 福島県県民健康調査課内
- (3) 委託期間 令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

2 業務処理

- (1) 乙は、この仕様書に定める内容を熟知し、相互に連携し円滑なる業務処理が行えるよう5に定める業務責任者及び業務従事者を教育、指導、管理するとともに、業務に支障を来さないよう必要な人員配置を行うものとする。
- (2) 乙は、3の(1)に定める業務内容はもちろんのこと、それらの周辺業務であっても甲あるいは他の事業者等と緊密に連携を図り、県民健康調査甲状腺検査サポート事業全体の業務運営の質の向上に貢献するものとする。
- (3) 業務の繁忙等の理由により委託目的達成のためには業務従事者に不足が生じると判断される場合、乙は業務遅延又は業務の質の低下を招かないように、速やかに増員又は配置換えを行わなければならない。

3 業務内容等

- (1) 業務内容は、別紙1「県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務要領」による。
- (2) 業務の標準となる業務量については、別紙2「標準業務量」のとおりとする。
- (3) 上記業務内容については、業務内容及び業務量の調査を行い、調査の結果、合理的理由が認められる場合には、甲乙協議の上、見直すものとする。

4 業務日及び業務時間

(1) 業務日

原則として業務を行う日（以下「業務日」という。）は、土曜日及び日曜日並びに国民の祝日に関する法律に規定する休日並びに12月29日から12月31日までの日及び1月2日から1月3日まで（以下「休日等」という。）を除いた日とする。

ただし、乙は、業務の遂行にあたり上記業務日以外に業務を行おうとする場合はあらかじめ甲と協議する。

(2) 業務時間

8時30分から17時15分までとする。

5 業務体制

(1) 業務責任者

ア 乙は、業務にかかる乙の代表者として、業務に関する指揮監督能力を有する者を業務責任者として選任し、1の(2)に規定する業務の執行場所に(2)の業務従事者とは別に1名を常駐させ、甲との連絡調整、日報等の報告書の作成、業務管理全般を行わせるものとする。

イ 甲は必要に応じて、業務に関する打合せ、調整等を、乙の選任した業務責任者と行い、他の業務従事者に対しては直接、指示等を行わないものとする。

ウ 乙は次に示す試験又はこれらに類する試験に合格した者で医療事務等の経験が5年以上の者を業務責任者として選任し、選任した業務責任者に係る業務責任者経歴書(別紙様式1)を作成し、甲に提出するものとする。

「2級医療事務技能審査試験」 「医師事務作業補助技能検定試験」 「診療情報管理技能認定試験」
--

エ 業務責任者は、委託目的をよく理解し、かつ業務内容をよく熟知し、適正に業務従事者を配置し、監督するものとする。

オ 業務責任者は、業務従事者をよく掌握し、問題が起きないように配慮するものとする。また苦情、要望、トラブル等に対し、率先してその解決にあたるものとする。

カ 業務責任者は、業務の特殊性をよく認識し、業務上知り得た秘密の漏えいを防ぐとともに、自らも業務上知り得た秘密は他に漏らしてはならないものとする。委託期間終了後及び契約解除後も同様とする。

キ 業務責任者は、業務遂行中に発生した事故等については、甲又は第三者に不利益を与えるおそれが全くない場合以外は、直ちに甲に報告しなければならない。

(2) 業務従事者

ア 乙は、業務従事者を、4に規定する業務日の業務時間の間中、業務量に応じて必要な人数を常駐させるものとする。

イ 上記アについては、業務内容及び業務量の調査を行い、調査の結果、合理的理由が認められる場合には、甲乙協議の上、見直すものとする。

ウ 乙は、業務に従事する前に接遇、医療保険制度、診療報酬制度、諸法・公費負担医療制度及び医療事務等の教育・研修を受け、かつ、次に示す試験又はこれらに類する試験に合格した者を配置し、その名簿を甲に提出するものとする。

「2級医療事務技能審査試験」 「医師事務作業補助技能検定試験」 「診療情報管理技能認定試験」
--

- エ 甲は業務従事者に対し、直接、指示等を行わない。
- オ 業務従事者は、業務責任者の指示に従い、適正かつ正確に業務を遂行しなければならない。また、業務遂行中に発生した事故等については、直ちに業務責任者に報告し、指示を受けなければならない。
- カ 電子計算機等により処理する業務に従事する場合は、甲の作成した操作マニュアル等に従い業務を遂行するものとし、必要に応じて甲が指定する研修等に参加する。
- キ 業務従事者の注意事項
 - (ア) 服装は乙の指定するものを着用するものとし、品位の保持、着衣の整正及び身だしなみに留意すること。
 - (イ) 電話問合せ者等に対し常に公平を保ち、不快感を与える言動は常に慎むこと。
 - (ウ) 業務上知り得た秘密は他に漏らしてはならないこと。
 - (エ) 業務中は庁内秩序保持のため、甲の指定する名札を着用すること。
- ク 入退室時の手続き
 - (ア) 業務の執行場所に入退室するときは、甲の指定する所定の手続きを行うこと。
 - (イ) 入退室にあたっては、火災、盗難、電気等の取扱には十分気を付けること。

6 業務報告等

- (1) 乙（業務責任者）は、各業務日の日報を別紙様式2に基づき、その業務日の業務時間終了時に提出し甲の確認を受けること。
- (2) 乙は、各月の委託業務の成果を記載した委託業務報告書（第2号様式）を翌月10日までに提出し甲の確認を受けること。
- (3) 苦情、要望及びトラブル等に関して甲の求めに応じ適時文書にて報告すること。

7 施設等

- (1) 契約書第12条に規定する甲の指定する場所は福島県県民健康調査課内とする。
- (2) 契約書第13条に規定する消耗品については常に節約に努め、必要最小限とすること。
- (3) 契約書第13条第2項に規定する備品は次のとおりとする。
パソコン2台、プリンター1台、電話機2台、机2台、いす2台、鍵付書庫その他業務に必要な事務機器備品及び更衣ロッカー等

8 その他

- (1) 乙は、業務従事者を配置または変更しようとするときは、業務に支障が無いことを確認の上、名簿を甲に報告するものとする。
- (2) 甲は、業務責任者の請求に基づき、必要と認めた消耗品については支給するものとする。

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務要領

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務の内容は次のとおりとする。

※各業務内容の詳細については業務着手時に説明。(業務マニュアルを配布)

1 本事業の広報業務に関すること

- ・対象者、医療機関への案内書等、本事業に係る印刷物の発送(発送準備を含む。)を行う。

2 支援金交付の審査に関すること

- ・提出された申請書及び添付書類を受理し、交付適否、交付額の審査を行う。

3 照会、依頼に関すること

- ・申請者本人(またはその両親等)、受診医療機関、保険者等に申請に係る照会を行う。
- ・受診医療機関に対する診療情報等に関する質問票(別紙様式6)を作成する。
- ・診療情報個人票の発行を依頼する。(一部の医療機関で診療された申請)

4 審査結果台帳の作成に関すること

- ・審査結果の内容等を県民健康調査サポート事業支援金審査結果台帳(別紙様式3)に記載し甲に提出する。

5 決定通知書の発送に関すること

- ・支援金交付決定通知書を申請者へ発送(発送準備を含む。)する。

6 支援金交付に係る情報の記録・保管に関すること

- ・申請者(受診者)の診療情報、支援金交付額等を電子ファイルに記録する。
- ・支援金交付に係る申請書類等をファイルに整理し、鍵付き書庫で保管する。

7 問合せ対応に関すること

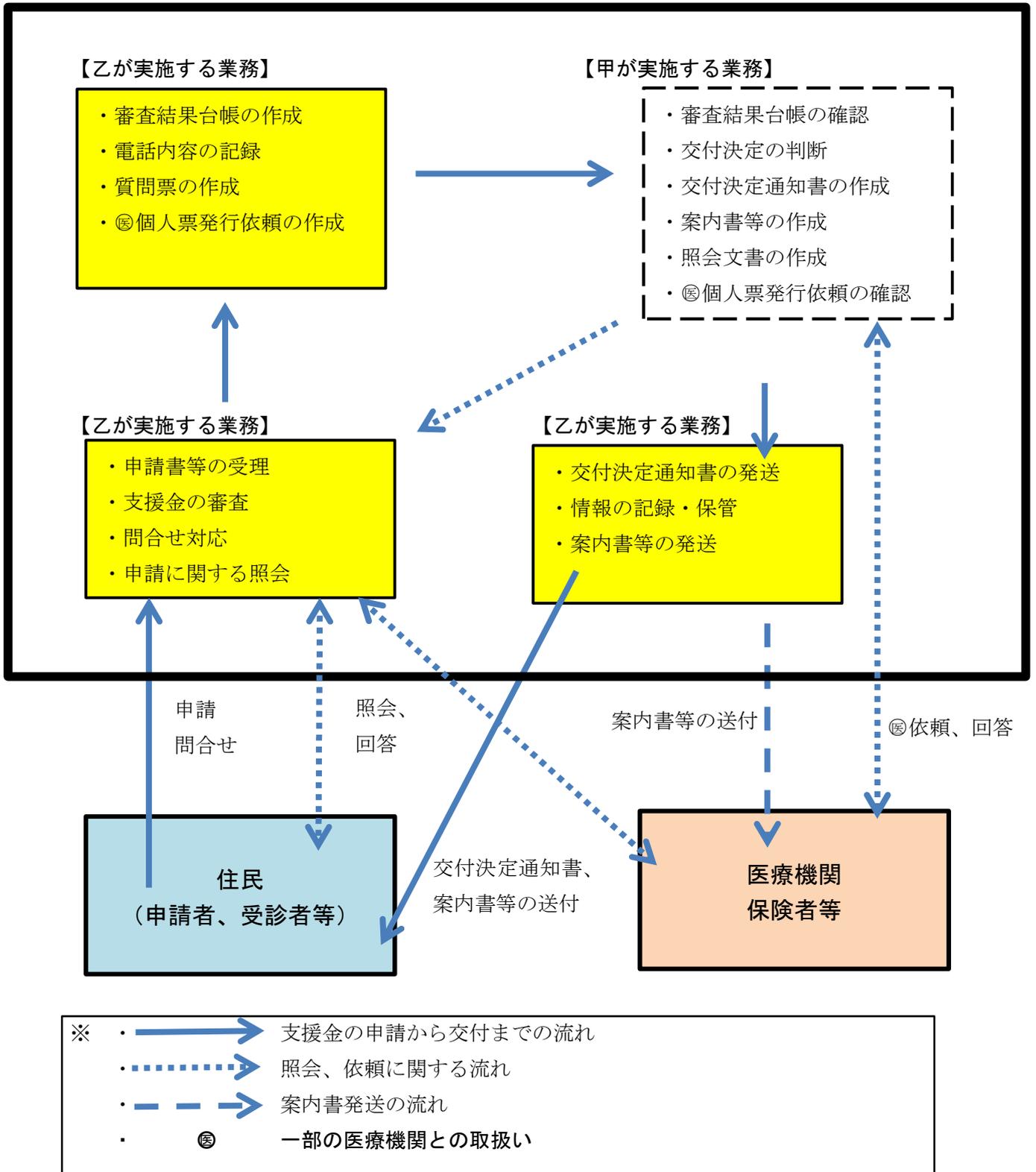
- ・本事業に係る電話問合せに対応する。
- ・本事業に係る来庁者(書類の書き方を聞きに来た方など)に対応する。

8 電話内容の記録及び整理・分類に関すること

- ・電話内容を電話照会記録簿(別紙様式4)及び電話受付記録簿(別紙様式5)に記載する。
- ・電話受付記録の集計(一覧表の作成等)を行う。

9 その他本事業の実施に伴う業務に関すること

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金業務フロー図



標準業務量

■業務委託期間

令和7年4月1日から令和8年3月31日まで

■各月の業務日数

令和7年4月	21日
令和7年5月	20日
令和7年6月	21日
令和7年7月	22日
令和7年8月	20日
令和7年9月	20日
令和7年10月	22日
令和7年11月	18日
令和7年12月	20日
令和8年1月	19日
令和8年2月	18日
令和8年3月	21日
計	242日

■各業務の業務量（令和5年度までの実績を基に想定）

1 本事業の広報業務に関すること	
・対象者と見込まれる方への案内書の発送	約 100 件
2 支援金交付の審査に関すること	
・申請書及び添付書類の受理・審査	約 120 件
3 照会、依頼に関すること	
・申請者本人（またはその両親等）、受診医療機関、保険者等への照会	約 120 件
・受診医療機関等に対する質問票の作成	約 20 件
・診療情報個人票の発行依頼	約 80 件
4 審査結果台帳の作成に関すること	
・支援金審査結果台帳（別紙様式3）の作成	約 120 件
5 決定通知書の発送に関すること	
・支援金交付決定通知書の発送	約 120 件
6 支援金交付に係る情報の記録・保管に関すること	
・申請者（受診者）の診療情報、支援金交付額等の記録	約 120 件
・支援金交付に係る申請書類等の保管	約 120 件
7 問合せ対応に関すること	
・電話問合せ対応	約 200 件
・来庁者対応	約 5 件
8 電話内容の記録及び整理・分類に関すること	
・電話照会・受付記録簿（別紙様式4及び別紙様式5）の作成	約 200 件
・電話受付記録の集計	約 200 件
9 その他本事業の実施に伴う業務に関すること	242 日間
※直近実績が無かった業務も含む（医療機関への協力依頼文の発送等）	

※標準業務量に増減があっても、契約頭書に定める委託料の額は変動しないものとする。

(別紙様式1)

業務責任者経歴書

フリガナ			生年月日	年	月	日
氏名						
住所	(〒 -)					
電話番号						
主な職歴等						
年	月	～	年	月	勤務先等	職務内容
職務に関連する資格						
資格の種類						
備考(研修等の受講の状況等)						

(別紙様式2)

業務日報

令和 年 月 日

業務従事者氏名 _____

作成者(業務責任者)氏名 _____

業務内容	件数	累計件数	備考
案内書の発送	件	件	
申請書等の受理	件	件	
審査結果台帳の作成	件	件	
質問票の作成	件	件	
診療情報個人票の発行依頼	件	件	
電話照会記録簿の作成	件	件	
電話受付記録簿の作成	件	件	
決定通知書の送付	件	件	
その他 (本事業の実施に伴うこと)	件	件	

【その他報告事項】

--

県民健康調査甲状腺検査サポート事業支援金審査結果台帳

審査者氏名: _____

令和 年 月 日

〈申請者(受診者)〉			
フリガナ		性別	男・女
氏名		生年月日	平成 年 月 日
現住所	〒		
原発事故当時の住所	〒		
電話番号	- -		
申請者が未成年者の場合は、申請者の法定代理人(保護者・後見人)について記入。			
フリガナ		申請者との続柄	父・母・その他()
氏名		性別	男・女
		生年月日	年 月 日
現住所	〒		
電話番号	- -		
〈振込先〉申請者または法定代理人の口座で申請してください。			
金融機関名		支店・出張所名	
口座種別		口座番号	
口座名義	フリガナ		

〈審査結果〉	
交付適否	
決定理由	
決定内容	
決定金額	
交付予定日	
備考	

令和 年 月 日
上記内容を確認しました。

担当者職名
担当者氏名

印

県民健康調査甲状腺検査サポート事業

電話照会記録簿

申請者（受診者）【氏名： _____】に係る照会

日時	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 () _____ 時 _____ 分 ~ _____ 時 _____ 分
相手方	【相手方の属性】 1 本人（保護者等） 【氏名等： _____】 2 医療機関等 【機関名： _____】 3 保険者 【機関名： _____】 4 その他 【氏名等： _____】
照会内容	
回答内容	
対応内容	(回答を受けての対応があれば記入。)
発信者	
備考	

県民健康調査甲状腺検査サポート事業

電話受付記録簿

日 時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分
発信者 ※回答が 得られた ら、記入 する。	【案内発送者（またはその保護者等）】 氏 名： _____ 発送リスト番号： _____ 生年月日： _____ 前回受理番号： _____
	【案内発送者以外】 氏 名： _____ 生年月日： _____ 現住所： 〒 _____ 連絡先： _____
内 容	【内 容】 (質問には、どう回答したかも記載。)
受電者	
備 考	

(別紙様式 6)

質 問 欄

<対象となる者>

ふ り が な 氏 名		性 別	
生 年 月 日			
住 所			
保 険 情 報			

<質問内容>

--

<添付書類>

同意書写し 診療情報個人票写し 保険証写し その他 ()

※裏面の医療機関回答欄に御回答いただき、記名・押印の上、御返送願います。

↓ (裏面へ)

医療機関回答欄

<回答内容>

上記の通り証明します。

令和 年 月 日

住 所

名 称

代 表 者

電 話