

受付 番号	種目番号 —	連絡先	委託担当 健康福祉局 健康安全部 健康安全課 担当者 土肥 電話 671-4190
----------	-----------	-----	---

## 設 計 書

1 委 託 名 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種台帳データ処理業務委託

2 履 行 場 所 委託先業者

3 履行期間 期間 契約決定日から令和2年2月28日まで

又は期限 期限 平成 年 月 日まで

4 契約区分 確定契約 概算契約

5 その他特約事項 \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6 現場説明  不要 \_\_\_\_\_

要 ( 月 日 時 分、 場所 ) \_\_\_\_\_

7 委託概要 別添仕様書のとおり  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8 部分払

する (7回以内)

しない

部分払の基準

業 務 内 容	履 行 予 定 月	数 量	単 位	単 価	金 額

\* 単価及び金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額

\* 概算数量の場合は、数量及び金額を ( ) で囲む。

委託代金額      ¥ \_\_\_\_\_ . —

内訳 業 務 価 格    ¥ \_\_\_\_\_ . —

消費税及び地方消費税相当額    ¥ \_\_\_\_\_ . —

## 内 訳 書

名 称	形状寸法等	数量	単位	単価 (円)	金額 (円)	摘要
予防接種台帳データ処理 業務委託						
データ入力		(298,305)	件			
画像データ処理		(298,305)	〃			
計						
消費税相当額						
合 計						

# 仕 様 書

## 1 件名

成人用肺炎球菌ワクチン予防接種台帳データ処理業務委託

## 2 委託期間

契約決定日から令和2年2月28日まで

## 3 委託概要

平成27年度～30年度実施分の成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票からデータを入力し、画像データを作成する。

27年度：67,014件

28年度：77,263件

29年度：81,478件

30年度：72,550件

合計：298,305件

(1) 予診票の受け取り※委託者倉庫(別途指示)から段ボール箱で320箱程度搬送引渡す予診票は、原則として

実施月ごと → 実施区ごと → 医療機関ごと

でまとまっている。

(2) 入力前処理(不備があった場合、委託者へ問合せ)

(3) データ入力(資料レイアウト通り)

(4) データエラーが出た場合に確認が必要となるため、予診票を画像データ化し、ファイル名にエラーチェック通し番号(資料3)を附番する。

(5) 報告及びデータ納品(画像データも含む)

(6) 予診票の返却(大黒ふ頭のYCC倉庫へ一括返送)

## 4 3 委託概要の詳細

(1) 入力前処理(不備があった場合、委託者へ問合せ)について

同名称の病院が多数ある為、住所、医師名で判断し不明な場合は委託者へ問合せする。  
ア 医師が接種時に記入するので不明文字が見受けられるが、不明な文字があった場合は委託者へ問合せすること。

イ 開院閉院移転等の医療機関がある為、コード表と対応しない場合は委託者に問合せること。

ウ 予診票の中に対象年齢外が混在しているため、年齢等で判断して誤ってデータ化しないように注意すること。

エ 本委託以外の予診票が混在している場合は委託者へ問合せること。

## (2) データ入力について

データ入力（資料1～3を参照）

- ・ 予診票から以下のデータを入力する。

予防接種種別コード、カナ氏名、漢字氏名、生年月日、性別、実施医療機関コード、接種年月日、ワクチンロット番号

※シール内の個人番号や例外的取扱い(任意接種・長期にわたる疾患)が存在する場合は、別途対応(資料1～2を参照)

- ・ 予診票の記入漏れ、判読困難な記入及びその他の疑義事項については、健康安全課に連絡し、指示を受ける。(詳細は資料2※備考を参照)

- ・ 予診票の「住所」が横浜市外の場合について（全て委託者へ連絡）

下記の表の市町村名が記載されている場合は、委託者へ連絡する。また、下記以外でも横浜市外の住所の場合も委託者へ連絡する。

原発避難者特例法（平成23年8月12日法律第98号）に基づく指定市町村（すべて福島県）						
いわき市	田村市	南相馬市	川俣町	広野町	楡葉町	富岡町
大熊町	双葉町	浪江町	川内村	葛尾村	飯館村	

## 4 貸与品

医療機関コード（約1,100種）をExcel形式で提供する。

## 5 履行場所

委託者と受託者の間において、予診票とセットアップデータの修正を随時おこなうことから、業務運用場所所在地は、横浜市内あるいは市外の場合は公共交通手段を用いて委託者から1時間以内の場所とする。

## 6 納品及び納期限

### (1) データ

CSVデータにより納品。27年度分から完成次第納品。以下を目途に納品するものとする。

27年度分：9月中旬を目途として納品

28年度分：11月中旬を目途として納品

29年度分：1月上旬を目途として納品

30年度分：2月下旬を目途として納品

（提出媒体については、別途調整）

### (2) 画像データ

予診票をデータ化し、ファイル名に画像データごとの番号を付番し納品。以下を目途に納品するものとする。

27年度分：9月中旬を目途として納品

28年度分：11月中旬を目途として納品

29年度分：1月上旬を目途として納品

30年度分: 2月下旬を目途として納品

- (3) 予診票 (データ入力完了後、随時返済)
- (4) 貸与品 (受託期間終了後、速やかに返却)

## 7 個人情報の取扱い

本業務を受託するに当たり、別紙の「電子計算機処理等の契約に関する情報取扱特記事項」及び「個人情報取扱特記事項について」を遵守すること。また、本業務で取り扱う予診票には、個人の身体の状態などの重要な個人情報が含まれており、その取扱いは特に厳正な管理のもとに行うとともに、本業務遂行にあたって個人情報の漏えい、紛失などが発生しないよう全従業員に周知徹底を図ること。

## 8 委託について

受託者は本業務を第三者に再委託してはならない。

本事業は機密性の高い情報を扱うことから、海外事業所での作業及び受託者施設以外での作業は禁ずる。

委託者は、作業現場への立ち入り検査を1回以上行う。

この仕様書に定めのない項目については、必要に応じて協議し定めることとします。

## 9 納品検査

納入されたデータは委託者において全件エラーチェックを行い、多数の入力ミスがあった場合は受託者が再度全件を確認し、修正したデータを再納入することとします。

## 10 受託者施設

作業施設は日本国内にあり、独立した部屋でセキュリティが確保されていること。また、作業施設への侵入防止対策が確立しており、常時入退室管理が厳格であること。

## 11 資格要件

- (1) 統括責任者及び作業場責任者

業務管理経験を5年以上有すること。

- (2) スーパーバイザー

データエントリーの経験を5年以上、または業務管理経験を2年以上有すること。

- (3) ベリファイ担当者

データエントリーの経験を2年以上有すること。

- (4) エントリー担当者

データエントリーに必要な知識を有すること。

## 12 支払について

毎月の実績ごとの請求書に基づき、適正な請求書受理後30日以内に支払うものとする。

# 予診票みほん

27

①横浜市福祉局発行 平成27年度成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

横浜市

(接種を受ける方は診察前に太神内をご記入ください。)

住所	横浜市 区	診察前の体温	度 分
フリガナ	※②カナ氏名		
氏名	③漢字氏名		⑤
生年月日	明治・大正・昭和 年 ④ 日 生 (満 歳)		

障害の種類 (60歳以上65歳未満の方で1級相当の障害のある場合、あてはまるものに○)  
心臓・じん臓・呼吸器・ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

- 自己負担免除対象者 医療機関確認書
- |                        |  |
|------------------------|--|
| 確認書類(番号に○をつける)         | 1 「介護保険料額決定通知書」又は「介護保険料額通知書」のコピー(第1頁～第4頁)  |
|                        | 2 「介護保険負担限度額認定証」のコピー                       |
|                        | 3 「後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証」のコピー            |
|                        | 4 「休日・夜間等診療依頼証」又は「生活保護費支給証」又は「保護廃止証明書」のコピー |
| ※1～7は、いずれかの書類を必ず添付すること | 5 「本人確認証」(中国残留邦人等の方で支援給付を受けている方に発行)のコピー    |
|                        | 6 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者確認書(原本に限る)       |
|                        | 7 「生活保護受給証明書」(原本に限る)                       |
|                        | 8 「生活保護法医療券」                               |

質問事項	回答欄	医師記入欄
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について横浜市から配られている説明書(ご案内)を読みましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい いいえ	
現在、何か病気にかかっていますか。	はい いいえ	
病名( )		
治療(投薬など)を受けていますか。	はい いいえ	
その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
免疫不全と診断されたことがありますか。	はい いいえ	
今日、体に具合の悪いところがありますか。	はい いいえ	
具合の悪い症状を書いてください。( )		
肺炎球菌ワクチンの予防接種を受けたことがありますか。	はい いいえ	
受けたことがある場合、それはいつでしたか( 年 月)		
その際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
肺炎球菌ワクチン以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい いいえ	
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。	はい いいえ	
最近1か月以内に予防接種を受けましたか。	はい いいえ	
予防接種の種類( )		
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。	はい いいえ	
病名( )		
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	はい いいえ	

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・見合わせた方がよい)と判断します。本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。医師署名又は記名押印(捺印)	
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医療機関名・医師名・接種年月日
lot No.	0.5ml	実施場所
⑧ロット		医療機関名・医師名
		接種年月日 平成 月 日
		接種日

**成人用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書** (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください。)

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。

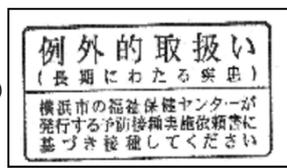
この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。

**被接種者氏名(署名・代筆の場合は記名)**

※白筆できない方は代筆者が被接種者氏名を記名し、右にも記名 代筆者氏名 被接種者との関係( )

- ① 予防接種種別コード
- ② カナ氏名※(ない場合は空白)
- ③ 漢字氏名
- ④ 生年月日
- ⑤ 性別
- ⑥ 医療機関コード(別添貸与資料を参照して入力)
- ⑦ 接種年月日
- ⑧ ワクチンロット番号
- ※⑨ 例外的取扱い判子(長期にわたる疾患)一部の予診票には左の判子、もしくは実施依頼書が添付されています。【資料2,資料2補足】参照

※⑨判子みほん



(例外的取扱い)判子ありの予診票見本

27 平成27年度成人用肺炎球菌ワクチン予防接種予診票

横浜市

（接種を受ける方は接種前に大特内をご記入ください。）

住所	横浜市 区		診察前の体温	度	分
フリガナ			連絡先	-	-
氏名			男・女		医療機関連絡簿 チェック(✓)する
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日	生	(満 歳)	年齢確認 (医師印)
接種の種類 (接種以外に接種済の方で1接種後の発熱のある場合は、あてはまるものに○) 心臓・じん臓・呼吸器・造血機能不全ウイルスによる免疫抑制			医師印		
自己負担免除対象者 医療機関確認簿					
確認書類(番号に○をつける)	1 「介護保険料決定通知書」又は「介護保険料額通知書」のコピー(第1頁～第4頁) 2 「介護保険負担額決定通知書」のコピー 3 「後期高齢者医療費決定通知書・療養負担額決定通知書」のコピー 4 「休日・夜間等診療依頼票」又は「生活保護費支給票」又は「保護費支給明書」のコピー 5 「本人確認票」(中国渡留邦人等の方で支店給付を受けている方に発行)のコピー 6 成人用肺炎球菌ワクチン予防接種自己負担免除対象者確認書(原本に添付) 7 「生活保護受給証明書」(原本に添付) 8 「生活保護法受給票」				
単一エリアに お住まいの方 お住まいの 住所を記入 してください					
接種結果確認簿					
今日の肺炎球菌ワクチンの予防接種について理解が深まったか(ご案内)を御覧になりましたか。	はい	いいえ			
今日の予防接種の効果や副反応などについて理解しましたか。	はい	いいえ			
病状、例え病状にかかっていますか。 病名( )	はい	いいえ			
治療(投薬など)を受けていますか。 その病状の主治医には、今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。	はい	いいえ			
危険不安と判断されたことがありますか。 今日、僕に具合が悪いところがありますか。 具合が悪い症状を書いてください。( )	はい	いいえ			
受けたことがある場合、それはいつでしたか( ) ① その際に具合が悪くなったことはありませんか。 ② 肺炎球菌ワクチン以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか。	はい	いいえ			
ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 最近1か月以内に予防接種を受けましたか。 予防接種の種類( )	はい	いいえ			
心臓病、腎臓病、肝臓病、血液疾患などの慢性疾患にかかったことがありますか。 病名( )	はい	いいえ			
その病気を診てもらっている医師に今日の予防接種を受けてよいと言われましたか。 最近1か月以内に熱が出たり、病気がかかったりしましたか。 病名( )	はい	いいえ			
今日の予防接種について質問がありますか。	はい	いいえ			
医師記入欄 以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は(実施できる・具合合わせた方がよい)と判断します。 本人に対して、予防接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明しました。 医師署名 又は 記名押印 (捺印)					
ワクチンロット番号	接種量	実施場所・医療機関名・医師名・接種年月日			
Lot No	0.5ml	実施場所 医療機関名・医師名 接種年月日 平成 年 月 日			
成人用肺炎球菌ワクチン予防接種希望書 (医師の診察の結果、接種が可能と判断された後に記入してください)					
医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性、予防接種健康被害救済制度などについて理解した上で、接種を希望します。 この予診票は、予防接種の安全性の確保を目的としています。このことを理解の上、本予診票が横浜市に提出されることに同意します。					
被接種者氏名(署名・代筆の場合は記名) 本人署名できない方は代筆者が被接種者氏名を記名し、右にも記名 代筆者氏名 被接種者との関係( )					

**例外的取扱い**  
(長期にわたる疾患)  
横浜市の福祉保健センターが発行する予防接種実施依頼書に基づき接種してください

年 月

## 実施依頼書(例外的取扱い)見本

様式 3-1

様

第 号  
平 月 日

横浜市長

㊟

## 予 防 接 種 実 施 依 頼 書 (長期にわたる疾患)

次の者については、長期にわたり療養を必要とする疾患により、定期予防接種の対象期間内に接種する機会を逸したものです。このたび、予防接種を受けることが可能となり、貴医療機関で予防接種を受けることを希望する旨の申し出がありましたので、御協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、今回の接種は、横浜市が行う定期予防接種の扱いとなります。

1 予防接種名	
2 被接種者氏名	
3 生年月日	年 月 日
4 保護者氏名 <small>※成人用肺炎球菌ワクチンの場合は無記入</small>	
5 住 所	横浜市 区
6 有効期間	平成 年 月 日 ~ 年 月 日

※1 本書は予防接種1回につき1枚発行します。

※2 当該予防接種により、健康被害が発生した場合には予防接種法第15条第1項または予防接種法第25条第2項の規定に基づき、本市が救済のための措置を講じます。

(接種費用について)

- 横浜市内の協力医療機関における接種の費用については、横浜市発行の予診票による全額無料接種とし、横浜市医師会へご請求願います。(成人用肺炎球菌ワクチンは自己負担あり。)
- 横浜市内外の医療機関における接種の費用については、貴市区町村の制度で負担していただける場合を除き全額自己負担となりますので、被接種者本人から徴収くださいますようお願いいたします。(小児被接種者に対して、申請に基づく接種費用の償還払いを行います。)

発行：横浜市  
住所：横浜市

福祉保健センター 福祉保健課健康づくり係  
区

電話：045-  
FAX：045-

-  
-

セットアップデータ入力項目一覧

No.	項目	必須区分	最小値	最大値	ブランク許可	属性	最大桁数	説明、およびコード定義	備考
1	バーコード	任意	—	—	—	数値	21	バーコードが存在しないのでブランクとしてください。 下記2から6の入力必須	2から6の全情報がバーコード内に含まれる
2	予防接種種別コード	必須	—	—	—	数値	2	成人用肺炎球菌ワクチンの予防接種コード⇒59	
3	カナ氏名	必須	—	—	—	文字列	50	姓と名の間に全角ブランク1文字追加 (カナ氏名も存在しない場合) : ブランク	例) ヨコハマ タロウ
4	漢字氏名	必須	—	—	—	文字列	50	姓と名の間に全角ブランク1文字追加	例) 横浜 太郎
5	生年月日	必須	—	—	—	数値	7	和暦数値7桁でパンチ 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
6	性別	必須	—	—	—	数値	1	1:男 2:女	例) 男⇒1
7	医療機関コード	必須	—	—	—	数値	9	貸与資料である医療機関コードマスタを参考にパンチする。	例) 1234
8	接種日	必須	—	—	×	数値	7	和暦数値7桁 1:明治 2:大正 3:昭和 4:平成	例) 平成27年2月21日 ⇒ 4270221
9	ロット番号	必須	—	—	—	半角英数	10	アルファベットと数字(ワクチンによりアルファベットの文字数、数字の桁数は異なる。)	例) 10C02Z
※10	例外的取扱 (長期にわたる疾患)	任意	—	—	—	半角英数	1	(※予診票に「長期にわたる疾病」ハンコOR実施依頼書が添付) :1 (※予診票に上記1点が存在しない場合) : ブランク	例) 1
11	エラーチェック用通し番号	必須	—	—	—	半角英数	6	この番号でエラーチェックの指示を出すため、予診票原票との確認が速やかにできる体制にしておくこと。	例) 1~999999