

熊本県水俣病総合対策医療事業給付関連業務委託仕様書（案）

1 目的

熊本県医療事業実施要項（平成22年6月22日告示第635号）に基づき実施する熊本県水俣病総合対策医療事業（以下「医療事業」という。）に係る給付関連業務について、毎月の審査及びデータ入力事務を、円滑かつ効率的に処理することを目的とする。

2 委託業務に係る基本事項

(1) 円滑な業務体制の構築

熊本県水俣病総合対策医療事業給付関連業務における受託者（以下「受託者」という。）は、本業務に従事する者に適切な研修を行い、適所に人員を配置するとともに、業務量に応じた人員対応や業務分析、熊本県（以下「委託者」という。）との連絡調整等、本業務を執行するために必要な体制を整備し、本業務を安定して履行すること。

(2) 適正な業務管理

受託者は、計画的に業務を遂行し、常に業務の実施状況を把握するとともに、不適切な事務処理や事故及び遅延が発生しないよう、業務の進捗管理に努めること。

(3) 業務の質の向上

受託者は、制度の趣旨及び業務の公益性を十分理解して業務を実施するとともに、日々の委託業務の遂行にあたって生じた課題に対する改善策を検討し、又は委託者と協議した結果を蓄積し、常に委託業務の改善及び品質の向上を図るよう努めること。

(4) 個人情報保護の徹底

受託者は、個人情報の取扱いには十分留意するとともに、個人情報保護に関する法令等を遵守すること。

3 業務委託名

熊本県水俣病総合対策医療事業給付関連業務委託

4 委託期間

令和8年（2026年）4月1日から令和9年（2027年）3月31日まで

5 業務場所

熊本県庁行政棟新館5階 水俣病保健課内
(所在地：熊本県熊本市中央区水前寺六丁目18-1)

6 業務実施日

土曜日、日曜日、国民の祝日にに関する法律に定める休日及び年末年始（12月29日より1月3日までをいう。）を除く日

但し、やむを得ず上記期日以外に業務を行う必要がある場合には、委託者と協議の上、委託者立ち合いのもと実施することは可能とする。

7 業務実施時間

原則として、午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
但し、やむを得ず上記時間外に業務を行う必要がある場合は、委託者と協議の上、委託者立ち合いのもと実施することは可能とする。

8 主な業務概要

医療事業に係る療養費等の支払いを受けるため、医療手帳・水俣病被害者手帳（以下「手帳」という。）の所持者及び整骨院等が提出した申請書及び添付資料（以下「申請書等」という。）の受付、審査、チェック、システムへのデータ入力等を行う。

(1) 受付

郵送等により届いた申請書等を仕分けし、受付印を押印し、水俣病総合対策医療事業情報支援システム（以下「システム」という。）へ受付情報の入力を行う。

(2) 一次審査

申請書の記入箇所や添付資料について、不備や漏れが無いか確認し、給付に必要な事項の審査を行う。なお、申請書等に不備がある場合は、申請者へ電話又は郵便により連絡し、不足書類の提出依頼、不備箇所の補正又は申請書等の差戻しを適宜行うとともに、不備が完全に解消するまで申請書等を適切に管理する。

主な申請書の内容確認箇所は、以下のとおり。

- ・受給者番号、申請者氏名、住所、電話番号及び生年月日
- ・傷病名
- ・保険種別・負担割合
- ・診療実日数
- ・医療機関コード（必要に応じ、マスタデータの新規作成・変更）

(3) 二次審査（ダブルチェック）

審査ミスを防ぐため、異なる担当者で二次審査（ダブルチェック）を行う。

(4) システムへのデータ入力及び入力結果チェック

申請内容について、システムへデータ入力を行うとともに、入力結果を点検し、必要に応じ修正等を行う。

(5) ファイリング

申請書等を、区分毎にファイリングする。

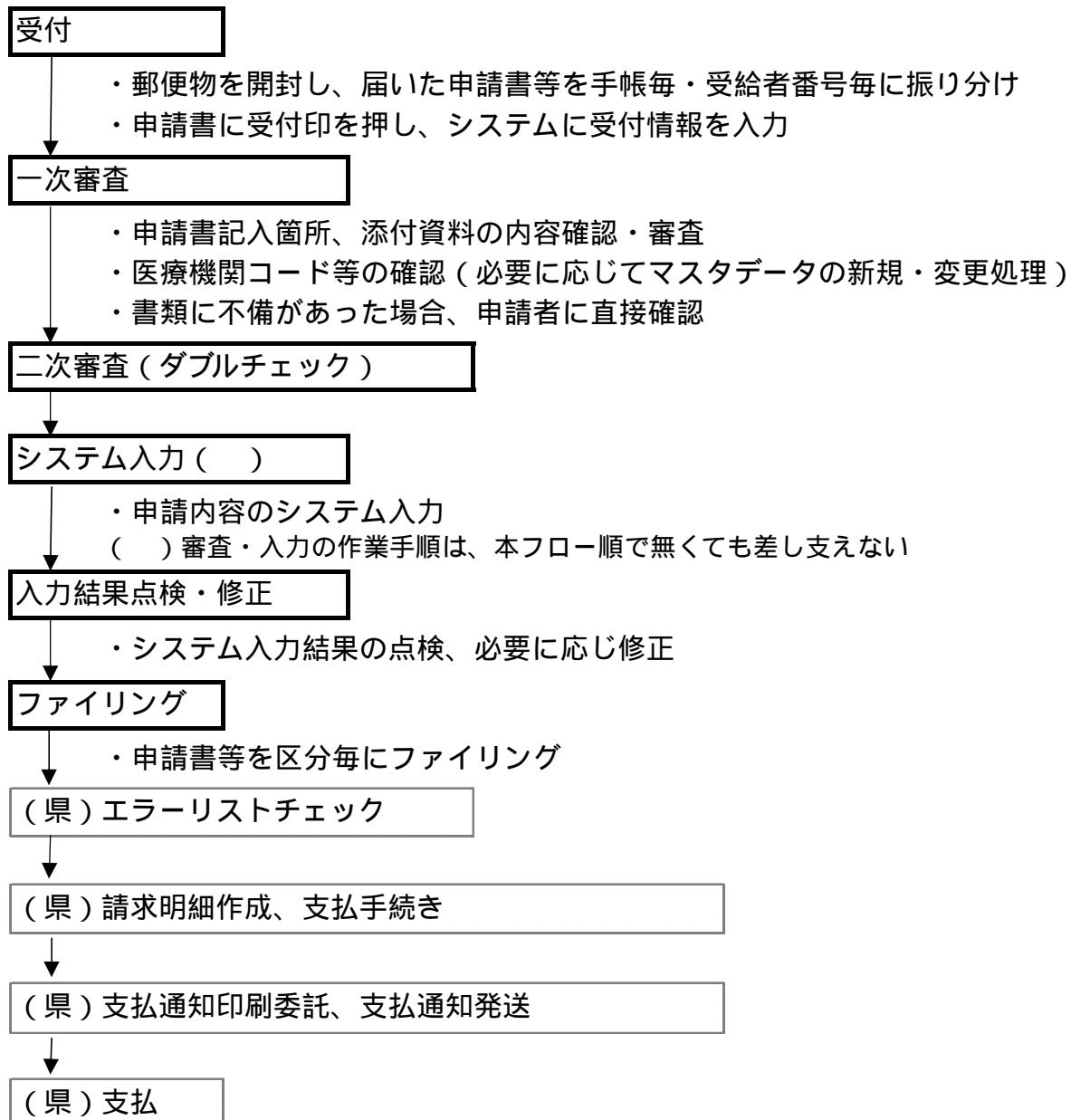
(6) その他

① 事務処理フロー及び1ヶ月の事務の流れについては、次ページの参考①・ を参照のこと。

審査とシステム入力の作業順については、受託者により、効率的な手順を検討し実施して差し支えない。

令和8年（2026年）4月末支払分については、同年4月1日より新たなシステムが導入されることに伴い、令和8年（2026年）4月7日（火）までにシステムへのデータ入力及び入力結果チェックを完了させること。

【参考①：事務処理フロー】



【参考 ②：事務処理の流れ】

	n月	(n+1)月（n月の翌月）
上旬頃		<ul style="list-style-type: none"> システム入力 入力結果の点検、修正 申請書等ファイリング
中旬頃	受付、審査 システム入力 (1ヶ月を通して実施)	<ul style="list-style-type: none"> エラーリストチェック(県) 請求明細作成、支払手続き(県) 支払通知印刷委託(県) 支払通知発送(県)
下旬頃		
月末		<ul style="list-style-type: none"> 支払(県)

参考①・ ともに、(県)と記入のある事務は、委託者が行う。

9 審査対象申請内容及び件数

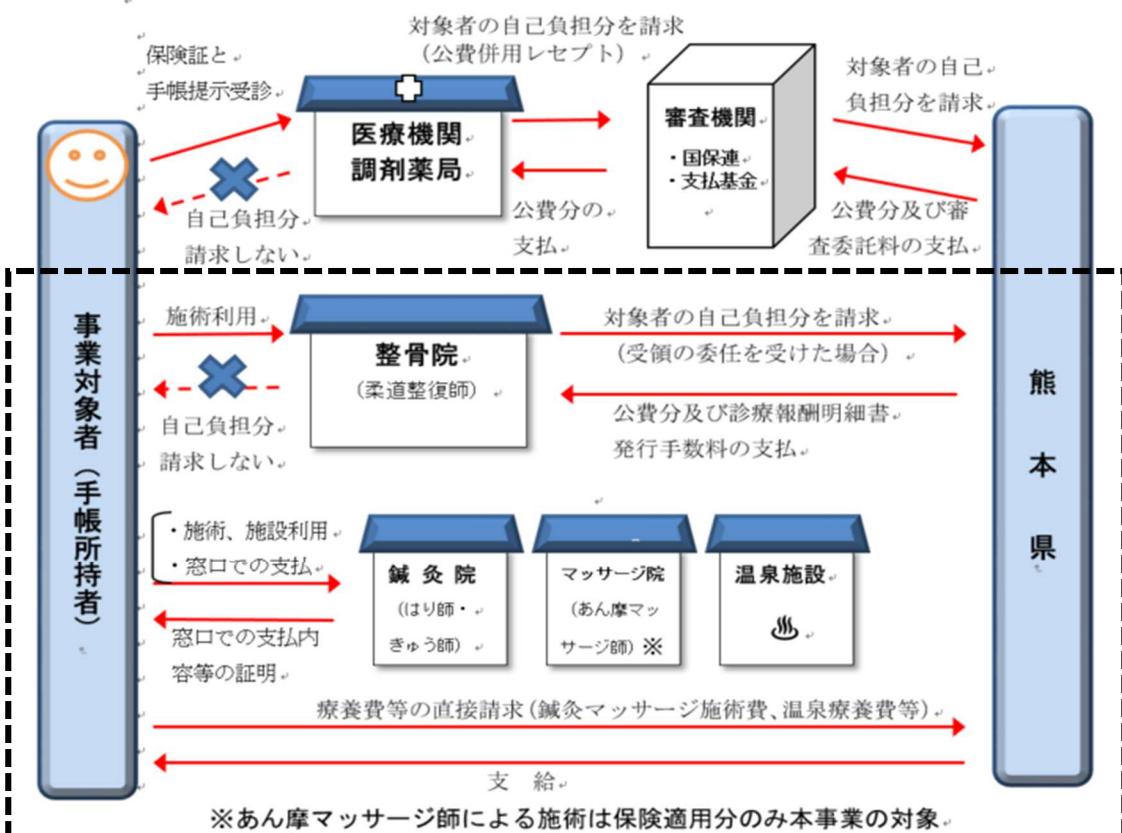
手帳所持者が療養を受けた以下の申請が審査対象となる。

- (1) 整骨院における柔道整復施術療養費
- (2) 個人請求(病院又は薬局で療養を受けた手帳所持者が、窓口で手帳を提示せず、自己負担分を支払った場合の償還払請求や、治療用装具費の自己負担分の請求等)
- (3) はり・きゅう・マッサージ施術療養費(保険適用分)
- (4) はり・きゅう施術(保険適用外)・温泉療養費
- (5) 介護保険サービス費(介護事業所で介護サービスを受けた手帳所持者が、窓口で手帳を提示せず、自己負担分を支払った場合の償還払請求)
- (6) 療養手当申請(介護老人保健施設入所)
- (7) その他(病院代行)

【参考：1ヶ月あたり処理件数】直近半年間(R7.6～11支払分)の月平均件数

申請区分	処理件数(月)
(1) 整骨院(柔道整復施術)	1,609
(2) 個人請求	870
(3) はり・きゅう・マッサージ(保適)	308
(4) はり・きゅう(適用外)・温泉療養費	2,298
(5) 介護保険サービス	16
(6) 療養手当申請(老健入所)	128
(7) 病院代行	2
合計	5,231

【参考：療養費給付業務の流れ(県(委託業務分含む)の審査対象は枠囲み部分)】



【参考：申請書様式（例）】

<p>水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳） 第6号様式（第8、13、15条関係）</p> <p>療養費支給申請書</p> <p>療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">申請額</td> <td style="width: 15%;">円</td> <td style="width: 70%;">住所：(〒 一)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">申請者</td> <td>氏名：</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>電話番号：()</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>生年月日：明・大・昭 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3">熊本県知事様</td> </tr> <tr> <td colspan="3">受給者番号</td> </tr> </table> <p>第7号様式（第8、13、15条関係）</p> <p>療養給付証明書</p> <p>年 月 分</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th>患者氏名</th> <th>年 月 日</th> <th>住 所</th> <th colspan="3"></th> </tr> <tr> <td rowspan="3">傷病名</td> <td>(1) 保険の種別</td> <td rowspan="3">(本人・被扶養者)</td> <td>診 療</td> <td>入院</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>(2) 他賃宿泊料</td> <td>実日数</td> <td>外 来</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>(3) 総療養費(レセプト請求額x10倍)</td> <td colspan="3">円</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">療養に要した費用 内訳</td> <td>保険診療に係る自己負担金額(合計)</td> <td colspan="3">円</td> </tr> <tr> <td>療 軍 費</td> <td colspan="3">円</td> </tr> <tr> <td>入院時食事療養費 または 入院時生活療養費の負担額</td> <td colspan="3">円</td> </tr> </table> <p>上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">年 月 日</td> <td style="width: 15%;">医療機関コード(けい)</td> <td style="width: 70%;">所在地(〒 一)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">医療機関</td> <td>名称</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>電話番号</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>代表者氏名</td> </tr> </table> <p>印</p>	申請額	円	住所：(〒 一)	申請者		氏名：			電話番号：()			生年月日：明・大・昭 年 月 日	熊本県知事様			受給者番号			患者氏名	年 月 日	住 所				傷病名	(1) 保険の種別	(本人・被扶養者)	診 療	入院	日	(2) 他賃宿泊料	実日数	外 来	日	(3) 総療養費(レセプト請求額x10倍)	円			療養に要した費用 内訳	保険診療に係る自己負担金額(合計)	円			療 軍 費	円			入院時食事療養費 または 入院時生活療養費の負担額	円			年 月 日	医療機関コード(けい)	所在地(〒 一)	医療機関		名称			電話番号			代表者氏名	<p>水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳） 第8号様式（第8、13、15条関係）</p> <p>療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）支給申請書</p> <p>療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">申請額</td> <td style="width: 15%;">円</td> <td style="width: 70%;">住所：</td> </tr> <tr> <td colspan="2">申請者</td> <td>氏名：</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>電話番号：()</td> </tr> <tr> <td colspan="3">熊本県知事様</td> </tr> <tr> <td colspan="3">受給者番号</td> </tr> </table> <p>※この用紙は、健康保険が適用されるはり・きゅう・マッサージ施術療養費に関する支給申請書です。 保険が適用されないはり・きゅう・マッサージ施術療養費については、第14号様式の申請書を御利用下さい。</p> <p>第9号様式（第8条、13、15条関係）</p> <p>はり・きゅう・マッサージ施術証明書</p> <p>年 月 分</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th>対象者 氏名</th> <th>住 所</th> <th>保険の種別</th> <th colspan="3">保険適用分の施術費</th> </tr> <tr> <td rowspan="10">傷病名</td> <td rowspan="10">施術年月日</td> <td colspan="3">給付の別（いずれかに○を付ける）</td> <td>総療養費</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>一部負担金(領収額)</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="3">3 ④ ⑤ ⑥ 併用</td> <td>円</td> </tr> </table> <p>上記のとおり施術の給付を行ったことを証明します。</p> <p>※記証明欄で、記入後に余った欄は、斜線を記入するか、又は「以下余白」と御記入ください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">(記入不要) 医療機関コード</td> <td style="width: 15%;">免許番号(はり・きゅう)</td> <td style="width: 15%;">マッサージ</td> <td style="width: 15%;">所在 地(〒 一)</td> </tr> </table> <p>【熊本県医事処理欄(記入不要)】</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">日数</td> <td style="width: 15%;">料金</td> <td style="width: 15%;">自己負担金</td> <td style="width: 15%;">印</td> </tr> </table> <p>※保険窓口の同意についても御記入ください。(同意が有効なものか御確認ください。)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">同 意 医 痘 の 氏 名</td> <td style="width: 15%;">住 所</td> <td style="width: 15%;">同 意 年 月 日</td> <td style="width: 15%;">傷 病 名</td> <td style="width: 15%;">要 加療 期間</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>年 月 日</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <p>総合対策医療事業 第14号様式（第9、13、15条関係）</p> <p>はり・きゅう施術・温泉療養費支給申請書</p> <p>はり・きゅう施術・温泉療養費の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。 年 月 日</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">申請額</td> <td style="width: 15%;">円</td> <td style="width: 70%;">申請者 住 所：</td> </tr> <tr> <td colspan="2">申請額</td> <td>氏名：</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>電話番号：()</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>生年月日：明・大・昭 年 月 日</td> </tr> </table> <p>熊本県知事様</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 15%;">受給者番号</td> <td style="width: 15%;">印</td> </tr> </table> <p>第15号様式（第9、13、15条関係）</p> <p>はり・きゅう施術・温泉療養証明書</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <th>対象者 氏名</th> <th>住 所</th> <th>施術年月日</th> <th>施術の別</th> <th>1 はり 2 きゅう 3 ④ ⑤ ⑥ 併用</th> <th>4 温泉療養</th> <th>領収額</th> </tr> <tr> <td rowspan="10">傷病名</td> <td rowspan="10">施術年月日</td> <td rowspan="10">○を付ける</td> <td>1 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3">氏名又は代表者</td> </tr> <tr> <td>2 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>3 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>4 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>5 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>6 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>7 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>8 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>9 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>10 免許番号(はり・きゅう)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <p>※記載方法等が不明な場合は、熊本県環境生活部 医療対策課までお尋ねください。 (TEL: 096-333-2284)</p>	申請額	円	住所：	申請者		氏名：			電話番号：()	熊本県知事様			受給者番号			対象者 氏名	住 所	保険の種別	保険適用分の施術費			傷病名	施術年月日	給付の別（いずれかに○を付ける）			総療養費	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			一部負担金(領収額)	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円	(記入不要) 医療機関コード	免許番号(はり・きゅう)	マッサージ	所在 地(〒 一)	日数	料金	自己負担金	印	同 意 医 痘 の 氏 名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要 加療 期間			年 月 日			申請額	円	申請者 住 所：	申請額		氏名：			電話番号：()			生年月日：明・大・昭 年 月 日	受給者番号	印	対象者 氏名	住 所	施術年月日	施術の別	1 はり 2 きゅう 3 ④ ⑤ ⑥ 併用	4 温泉療養	領収額	傷病名	施術年月日	○を付ける	1 免許番号(はり・きゅう)	氏名又は代表者			2 免許番号(はり・きゅう)				3 免許番号(はり・きゅう)				4 免許番号(はり・きゅう)				5 免許番号(はり・きゅう)				6 免許番号(はり・きゅう)				7 免許番号(はり・きゅう)				8 免許番号(はり・きゅう)				9 免許番号(はり・きゅう)				10 免許番号(はり・きゅう)			
申請額	円	住所：(〒 一)																																																																																																																																																																																																															
申請者		氏名：																																																																																																																																																																																																															
		電話番号：()																																																																																																																																																																																																															
		生年月日：明・大・昭 年 月 日																																																																																																																																																																																																															
熊本県知事様																																																																																																																																																																																																																	
受給者番号																																																																																																																																																																																																																	
患者氏名	年 月 日	住 所																																																																																																																																																																																																															
傷病名	(1) 保険の種別	(本人・被扶養者)	診 療	入院	日																																																																																																																																																																																																												
	(2) 他賃宿泊料		実日数	外 来	日																																																																																																																																																																																																												
	(3) 総療養費(レセプト請求額x10倍)		円																																																																																																																																																																																																														
療養に要した費用 内訳	保険診療に係る自己負担金額(合計)	円																																																																																																																																																																																																															
	療 軍 費	円																																																																																																																																																																																																															
	入院時食事療養費 または 入院時生活療養費の負担額	円																																																																																																																																																																																																															
年 月 日	医療機関コード(けい)	所在地(〒 一)																																																																																																																																																																																																															
医療機関		名称																																																																																																																																																																																																															
		電話番号																																																																																																																																																																																																															
		代表者氏名																																																																																																																																																																																																															
申請額	円	住所：																																																																																																																																																																																																															
申請者		氏名：																																																																																																																																																																																																															
		電話番号：()																																																																																																																																																																																																															
熊本県知事様																																																																																																																																																																																																																	
受給者番号																																																																																																																																																																																																																	
対象者 氏名	住 所	保険の種別	保険適用分の施術費																																																																																																																																																																																																														
傷病名	施術年月日	給付の別（いずれかに○を付ける）			総療養費																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			一部負担金(領収額)																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
		3 ④ ⑤ ⑥ 併用			円																																																																																																																																																																																																												
(記入不要) 医療機関コード	免許番号(はり・きゅう)	マッサージ	所在 地(〒 一)																																																																																																																																																																																																														
日数	料金	自己負担金	印																																																																																																																																																																																																														
同 意 医 痘 の 氏 名	住 所	同 意 年 月 日	傷 病 名	要 加療 期間																																																																																																																																																																																																													
		年 月 日																																																																																																																																																																																																															
申請額	円	申請者 住 所：																																																																																																																																																																																																															
申請額		氏名：																																																																																																																																																																																																															
		電話番号：()																																																																																																																																																																																																															
		生年月日：明・大・昭 年 月 日																																																																																																																																																																																																															
受給者番号	印																																																																																																																																																																																																																
対象者 氏名	住 所	施術年月日	施術の別	1 はり 2 きゅう 3 ④ ⑤ ⑥ 併用	4 温泉療養	領収額																																																																																																																																																																																																											
傷病名	施術年月日	○を付ける	1 免許番号(はり・きゅう)	氏名又は代表者																																																																																																																																																																																																													
			2 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			3 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			4 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			5 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			6 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			7 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			8 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			9 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														
			10 免許番号(はり・きゅう)																																																																																																																																																																																																														

1 0 委託業務の実施方法

(1) 業務計画書及び報告書の作成、提出

- ① 受託者は、月毎の月間計画表（シフト表）を、前月25日までに委託者へ提出すること。

受託者は、月毎の担当者等の勤務実績、業務実施内容及び課題の報告と改善・対応策等について、翌月5日までを目途に提出すること。但し、令和9年（2027年）3月分については、13(1) の業務完了報告書とともに、令和9年（2027年）3月31日までに提出すること。

上記 については、受託者は少なくとも月1回以上、委託者へ報告・協議を行うこと。

その他、必要に応じて、委託者は本業務に関する資料の提出や報告を求めることが出来るものとする。

(2) 委託業務の実施に係る改善及び品質の向上

- ① 受託者は、本業務を実施する上で、申請書等や入力データのチェックを十分に行うとともに、業務の進捗状況を随時管理し、審査ミスや書類紛失、個人情報漏えい等を防ぐ取組みを行うこと。

業務遂行中に生じた課題に対する改善や、事務の効率化に向けた見直しを常に行って、委託業務の実施に係る改善及び品質の向上を図ること。

当初の作業マニュアルは委託者が準備するが、業務の改善や見直しを受け、適宜マニュアルに反映させること。なお、マニュアルを修正する場合には、事前に委託者に協議すること。

業務従事者に対し、以下の内容を含む研修を行い、常に従事者の能力向上に努めること。

- ア) 水俣病及び医療事業の概要や背景の理解
- イ) 業務内容、事務処理手順の理解・習熟
- ウ) 電話対応時の接遇技術の習得
- エ) 個人情報保護の重要性、守秘義務への理解

1 1 実施体制の構築

(1) 受託者は、以下のとおり管理責任者及び業務従事者を適切に配置するとともに、適かつ円滑に委託業務を遂行できるようにすること。

① 管理責任者（常駐：1名）

受託者は、委託者への報告、協議又は委託者からの指導や指示等が必要なときは、原則として管理責任者をもって対応し、管理責任者から業務従事者に対して必要な指示・情報共有を行うこと。管理責任者不在時には、代理となる者を配置すること。

管理責任者の職務は、次のとおりとする。

- ア) 業務計画書・マニュアル等の作成及び見直し
- イ) 各種研修の実施、業務従事者に対する指導
- ウ) 要員配置や情報共有等の運営管理
- エ) 業務の進捗管理、分析及び課題と対応方法の検討

オ) 報告書等の作成

カ) 不適切な事務処理等が生じた場合の報告

キ) その他各種調整等

業務従事者（常駐：10名程度。業務状況に応じて、人員数調整可）

業務従事者の中で少なくとも1名、リーダーの役割を担う者を置き、委託業務を実施する中で、審査内容全般のスキルアップを図るとともに、他の業務従事者への指導や、ダブルチェックの品質向上に努めること。

なお、上記①管理責任者不在の代理とすることができます。この場合、委託者に速やかにこの旨を報告すること。

業務従事者の職務は、次のとおりとする。

ア) 上記8に掲げる業務

イ) その他、委託業務に付随して発生する業務

(2) 想定される業務量に応じて、適正に委託業務が遂行できるよう、受託者の責任において実施体制を構築し維持するとともに、必要に応じて適切かつ柔軟な対応をとること。

1.2 費用負担

委託業務を遂行するために必要な机、椅子、パソコン（11台）電話、コピー機（プリンター）と関連消耗品（トナー・コピー用紙）、ファイリング用のファイルについては、委託者が負担する。

それ以外で委託業務の運用に必要な消耗品（名札・事務用品等）の調達は、受託者が行うこと。

1.3 提出物等

(1) 提出物及び納入期限

業務計画、実施体制等

契約締結後、速やかに提出すること。

業務完了報告書

令和9年（2027年）3月31日までに提出すること。

その他、必要な提出物及び納入期限については、受託者と委託者の協議の上、決定する。

(2) 納入方法

、 いずれも紙媒体で1部提出すること。

その他の提出物の納入方法は、受託者と委託者の協議の上、決定する。

(3) 納入場所

熊本県庁行政棟新館5階 水俣病保健課

1.4 留意事項

(1) 業務の実施に当たっては、委託者と十分協議の上、実施すること。

- (2) 本仕様書の解釈に疑義が生じた事項及び本仕様書に明記していない事項については、委託者と協議すること。
- (3) 受託者は、受託業務遂行において、一括して第三者に委託し、又は請け負わせることは出来ない。但し、県が本業務を効率的に行う上で必要と認めるときは、委託業務の一部を委託することが出来る。
- (4) 受託者は、委託者が承認した場合を除き、業務上知り得た情報を第三者に漏らし、又は他の目的に使用してはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。
- (5) 受託者は、業務上知り得た個人情報の取扱いについては、別記1「個人情報取扱特記事項」を守らなければならない。
- (6) 受託者は、業務を実施するための電子情報の取扱いについては、別記2「電子情報に関する取扱特記事項」を守らなければならない。
- (7) 受託者は、本業務に係る契約の終了後、他者に本業務の引継ぎを行う必要が生じた場合には、円滑な引継ぎに努めること。なお、具体的な方法は、受託者と県の協議によるものとする。
- (8) 本業務の実施については、この仕様書に定めるもののほか、必要に応じて別に定める。

別記 1

個人情報取扱特記事項

(基本的事項)

第1 受託者は、個人情報（個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）

第2条第1項に規定する個人情報をいう。以下同じ。）の保護の重要性を認識し、この契約による業務を実施するに当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適正に取り扱わなければならない。

(秘密の保持)

第2 受託者は、この契約による業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても、同様とする。

(責任体制の整備)

第3 受託者は、個人情報の安全管理について、内部における責任体制を構築し、その体制を維持しなければならない。

(責任者等の届出)

第4 受託者は、この契約による個人情報の取扱いに係る責任者（以下「個人情報保護責任者」という。）及び業務に従事する者（以下「作業従事者」という。）を定め、書面により委託者に報告しなければならない。

2 受託者は、個人情報保護責任者又は作業従事者を変更する場合は、あらかじめ委託者に報告しなければならない。

3 受託者は、定めた個人情報保護責任者又は作業従事者以外の者が当該個人情報を取り扱うことがないようにしなければならない。

(保有の制限)

第5 受託者は、この契約による業務を行うために個人情報を保有するときは、委託者の指示を受け又は事前の承諾を得た上で、その業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。

(安全管理措置)

第6 受託者は、この契約による業務に関して知ることのできた個人情報の漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の安全管理のため、BCC（ブラインド・カーボン・コピー）によるメール送付の徹底、複数の職員による確認やチェックリストの活用、適正なサイバーセキュリティ水準の確保等の措置その他必要かつ適切な措置を講じなければならない。

(作業場所の特定)

第7 受託者は、この契約による業務を処理するため個人情報を取り扱うときは、その作業を行う場所を明確にし、あらかじめ書面により委託者に報告しなければならない。

（利用及び提供の制限）

第8 受託者は、委託者の指示又は事前の承諾がある場合を除き、この契約による業務について知ることのできた個人情報を契約の目的以外の目的に利用し、又は第三者に提供してはならない。

（複写又は複製の禁止）

第9 受託者は、この契約による業務を処理するために委託者から引き渡された個人情報が記録された資料等を、委託者の指示又は事前の承諾なしに複写し、又は複製してはならない。

（持出しの制限）

第10 受託者は、委託者の指示又は事前の承諾がある場合を除き、この契約による業務に関し取り扱う個人情報を作業場所から持ち出してはならない。

（再委託の禁止）

第11 受託者は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、委託者が承諾した場合を除き、第三者（受託者に子会社（会社法（平成17年法律第86号）第2条第1項第3号に規定する子会社をいう。）がある場合にあっては、当該子会社を含む。以下同じ。）にその処理を委託してはならない。

2 受託者は、委託者の承諾により、第三者に個人情報を取り扱う事務を委託する場合は、委託者が受託者に求める個人情報の保護に関する必要な措置と同様の措置を当該第三者に講じさせなければならない。

（派遣労働者の利用時の措置）

第12 受託者は、この契約による業務を派遣労働者によって行わせる場合は、当該派遣労働者に本契約に基づく一切の義務を遵守させなければならない。

2 前項に規定する場合において、受託者は、委託者に対して、当該派遣労働者の全ての行為及びその結果について責任を負うものとする。

（資料等の返還等）

第13 受託者は、この契約による業務を処理するために委託者から引き渡され、又は受託者が保有した個人情報が記録された資料・電子媒体等は、業務完了後直ちに委託者に返還し、又は引き渡すものとする。また、受託者が管理する機器等に記録された電子情報については、適正に消去・廃棄した旨の報告を書面で提出するものとする。ただし、委託者が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

（作業従事者への周知）

第14 受託者は、作業従事者に対して、在職中及び退職後において、この業務について知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと、契約の目的以外の目的に使用してはならないことその他個人情報の保護に関し必要な事項及び個人情

報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）第176条又は第180条の規定に該当した場合は罰則の適用があることを周知するものとする。

（指示・報告）

第15 委託者は、受託者がこの契約による業務に関して取り扱う個人情報の適切な管理を確保するため、受託者に対して必要な指示を行い、又は本特記事項の遵守状況等、必要な事項の報告若しくは資料の提出を求めるものとする。

（実地調査）

第16 委託者は、必要があると認めるときは、受託者における管理体制及び実施体制並びに個人情報の管理の状況について隨時実地に調査することができる。

（事故発生時の対応）

第17 受託者は、この契約による業務に関し個人情報の漏えい等の事故が発生し、又は発生したおそれがある場合は、その事故の発生に係る帰責の有無にかかわらず、直ちに委託者に対して、当該事故に関わる個人情報の内容、件数、事故の発生場所、発生状況等を報告し、委託者の指示に従わなければならない。

- 2 受託者は、前項の漏えい等の事故が発生した場合には、被害拡大の防止、復旧、再発防止等のために必要な措置を迅速かつ適切に実施しなければならない。
- 3 委託者は、第1項の漏えい等の事故が発生した場合には、必要に応じて当該事故に関する情報を公表することができる。

（契約解除及び損害賠償）

第18 委託者は、受託者が本特記事項の内容に反していると認めたときは、契約の解除及び損害賠償の請求をすることができるものとする。

別記2 電子情報に関する取扱特記事項

(基本的事項)

- 第1条 受託者は委託業務に係る電子情報保全対策の重要性を認識し、この契約による業務を実施するに当たっては、情報資産等について適切に取扱い、情報資産等の漏えい、滅失、き損等の防止に万全の態勢を構築しなければならない。
- また、委託業務遂行に当たっては、委託者の指導に従わなければならぬ。

(委託事業者の明確化等)

- 第2条 受託者は責任者や作業者を明確にするとともに、これらの者が変更する場合には、その旨委託者に届け出なくてはならない。
- 2 受託者は作業場所を特定し、情報資産の紛失を防止しなければならない。

(提供されるサービスレベルの保証)

- 第3条 受託者は、通信の速度及び安定性、システムの信頼性の確保等の品質を維持するために、必要に応じたサービスレベルを担保しなければならない。

(アクセス許可等)

- 第4条 受託者は、委託に関わる情報資産の保護の必要性を理解し、委託内容に応じたアクセス制御（パスワード、取扱い者の制限等）を行なわなければならない。

(従業員に対する教育の実施)

- 第5条 受託者は、情報セキュリティに対する意識の向上を図るために、従業員に対し教育を行わなければならない。

(目的外利用の禁止)

- 第6条 委託者から提供された情報資産につき、受託者は業務以外で保有、複写又は利用してはならない。
- 2 受託者は、この契約による業務を処理するために委託者から提供された個人情報が記録された資料等を、委託者の承諾なしに複写又は複製してはならない。

(守秘義務)

- 第7条 受託者は、業務中及び業務を終了した後も、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

(再委託に関する制限事項の遵守)

第8条 受託者は、この契約による業務の工程の全部もしくは一部を第三者に委任し、又は請け負わせる場合は、事前に委託者に通知し、委託者の書面による承諾を受けなければならない。

- 2 委託者が再委託を認める場合においては、再委託事業者における情報セキュリティ対策が十分取られており、受託者と同等の水準であることを確認し、受託者が担保した上で認めるものとする。

(委託業務終了時の措置)

第9条 委託業務終了時は、不要になった情報資産を返還させるか廃棄させるか等その取扱いについては、契約時に明確にしておかねばならない。

(定期報告及び緊急時報告義務)

第10条 委託者は、受託者に対して必要があると認めるときには、この契約の履行状況等について定期に報告を求めることができるものとする。

- 2 受託者は、緊急事態が発生した場合には、委託者へその事実を報告しなければならない。また、緊急時の委託者への連絡先を事前に確認しておくとともに、その連絡先に含まれる個人情報の取扱いについては十分留意しなければならない。

(県による監査等)

第11条 委託者は、受託者が実施する情報システムの運用、保守、サービス提供等の状況を確認するため、受託者に監査、検査を行うことができる。

- 2 受託者が第三者に再委託する場合、委託者が当該第三者に対して本契約の履行状況等について、隨時に監査、検査を行うことができるよう、受託者は当該第三者と特約を結ぶものとする。

(情報セキュリティインシデント発生時の公表)

第12条 委託業務に関し、情報セキュリティインシデントが発生した場合、委託者から外部への適切な説明責任を果たすため、必要に応じて当該情報セキュリティインシデントにつき外部へ公表する場合があることを、受託者は了承しているものとする。

(損害賠償等)

第13条 委託者は、受託者がこの契約に違反することにより損害を被った場合、当該損害につき受託者に損害賠償請求をすることができるものとする。