

令和3年度  
歯科健康診査アンケート集計等  
業務委託仕様書

神奈川県後期高齢者医療広域連合

企画課



## 令和3年度歯科健康診査アンケート集計等業務委託仕様書

令和3年度歯科健康診査アンケート集計等業務（以下「本業務」という。）の委託については、業務委託契約書に定めるもののほか、本仕様書の定めるところによる。

### 1 業務概要等

#### (1) 業務概要

本業務は、神奈川県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が以下の業務について、受託者に委託するものである。

ア アンケート等帳票類の作成

イ 印字

ウ 封入封かん

エ 不送付通知の引き抜き

オ 発送

カ アンケート結果入力・集計

#### (2) 送付件数等

アンケート送付件数 5,000件

アンケート結果入力想定件数 2,500件

### 2 契約期間

令和3年11月16日から令和4年3月31日まで

### 3 履行場所

受託者所在地

### 4 広域連合より受託者に提供するデータ

#### (1) 歯科健康診査アンケート送付対象者リスト

被保険者の郵便番号、住所、氏名が記載されたデータ。データ形式は、CSVファイルとする。

#### (2) 帳票類原稿データ

原稿のファイル形式は、Microsoft Office ファイル (Word、Excel、PowerPoint) とし、受託者決定後、別途入稿するものとする。

版下作成にあたっての文字サイズ、行間、文字間、配色等の調整は受託者が行うこと。

## 5 業務内容

### (1) 帳票類の作成

#### ア 窓付封筒

- (ア) 規格 洋形長 3 号窓付き
- (イ) 紙質 上質(厚口)  
窓部分はグラシン紙を使用すること
- (ウ) 色数 外側 1 色
- (エ) 校正 3 回
- (オ) 予定数量 5, 0 0 0 枚

#### イ 依頼文

- (ア) 規格 A 4 両面 1 頁
- (イ) 紙質 上質 5 5 k g
- (ウ) 色数 1 色
- (エ) 校正 3 回
- (オ) 予定数量 5, 0 0 0 枚

#### ウ アンケート

- (ア) 規格 A 4 両面 1 頁
- (イ) 紙質 上質 5 5 k g
- (ウ) 色数 1 色
- (エ) 校正 3 回
- (オ) 予定数量 5, 0 0 0 枚

#### エ 返信用封筒

- (ア) 規格 和形長 3 号
- (イ) 紙質 上質(厚口)
- (ウ) 色数 外側 1 色、内側 1 色
- (エ) 校正 3 回
- (オ) 予定数量 5, 0 0 0 枚

#### オ その他

- (ア) 封筒は必ず A 4 サイズ用紙を三つ折にして封入することができ、定形郵便物として送付可能なサイズであること。
- (イ) 封筒は内側に透け防止加工をすること。詳細は協議の上決定する。
- (ウ) 返信用封筒は、受託者で負担する郵送代を含めた単価とすること。

### (2) アンケートの印刷

ア アンケート送付対象者リストを基に窓口封筒から見える位置に被保険者の郵便番号、住所、氏名を印字する。

#### イ データの提供方法等

DVD で提供する。個人情報を含むため、受渡しは、広域連合事務局で行うものとし、提供日程は、受託者決定後に協議して定めるものとする。  
データの受渡しに用いた DVD は、印字終了後 1 週間以内に広域連合に

返却すること。

データの搬送・返却時には位置情報を確認できる鍵付の専用ケースを用いるものとし、専用ケースは受託者が用意すること。

なお、受領したデータは本業務のためにのみ使用するものとする。

ウ 文字等の仕様

外字の印字については細心の注意を払うこと。

エ 外字ファイルの印字テスト

広域連合が提供する外字ファイルについて、受託者は本契約の対象となる帳票を印刷するプリンターを使用して事前に印字テストを行い、広域連合が提供する「神奈川県広域外字一覧」と1文字ずつ照合確認を行い、文字の品質を十分担保すること。

なお、外字ファイルが変更された場合には、その都度、印字テストを行うこと。

オ テスト印字

印字内容、印字位置及び文字の仕様（外字を含む。）が正しいか確認するため、広域連合が提供するデータを基に、(1)で作成した帳票に印字を行うこと。印字結果に本仕様に定める内容と相違があった場合は、速やかに修正し、再度、テスト印字を行うこと。最終的に広域連合の承認を得るまで、テスト印字を行うものとする。

印字件数は10件程度とするが、再印字においては、修正内容を勘案して決定する。

なお、データ印字に必要な帳票等については、受託者の負担とする。

カ 本番印字

テスト印字結果について広域連合の承認を得た後、帳票への本番印字を実施する。

(3) 封入封かん及び封筒の区分

ア 封入封かん

アンケートは三つ折、返信用封筒は適正に折り、(1)で作成した封筒の窓枠に郵便番号、住所及び氏名が確実に表示されるように封入する。封入の順は①依頼文、②アンケート、③返信用封筒とする。封入した封筒を封かんし、全通、封かんの確認を行うこと。

封入封かん作業に当たっては、本人以外のものが混入する事等の無いよう適切な対策を講じること。また、封入封かん時のミスにより使用できなくなった印字済み帳票については、再印字し、封入封かんを行うこと。

イ 封筒の区分

封かんした封筒は、郵便番号に基づくバーコード付区分郵便物として、最も割引率が高くなる方法で発送することができるよう区分し、数量を広域連合に報告すること。割引率の適用にあたっては、最も割引率が高

くなるよう事前に発送郵便局と搬入方法も含め調整の上、広域連合と協議して決定すること。

(4) 搬入及び発送処理

封かん後、発送手続きを行う。発送にあたっての集荷依頼及び発送郵便局との調整等は、受託者が行うこと。

なお、納品物を運搬する際に使用する車両は、積荷に対して施錠管理のできるものを使用すること。

(5) アンケート結果入力・集計

対象者が記入し、返送されたアンケート用紙については、受託者が取りまとめ、Microsoft Office ファイル (Excel) のデータ形式で集計できるよう入力し、集計したデータとアンケート用紙の原紙を併せて、広域連合へ提出すること。集計したデータのレイアウトは、受託者決定後に協議して定める。

(6) その他

ア 作業への立会い

状況把握等のため、広域連合は、必要に応じて、データの授受、印刷、封入封かん作業等に立ち会うことができるものとする。

イ データの取り扱い

広域連合が提供するデータは本業務の履行のためにのみ使用するものとし、必要以上の複製等は一切行わないこと。使用後のデータは業務完了後、完全に削除すること。なお、削除には専用ソフトを使用し、復元が不可能な状態にすること。データ削除の証明として、受託者は専用ソフトの作業画面等を添付して作業報告書を提出すること。

ウ 不要帳票類の廃棄

印刷工程における障害（ジャム）等により破棄しなければならない帳票類が発生した場合は、シュレッダー、焼却、溶解等の方法により再生不可能な状態にして処分すること。

エ 返信用封筒の郵便代については、切手や受取人払い等適切な方法で受託者が負担すること。

6 業務履行に係る体制

(1) 土日祝日を除く午前9時から午後5時までの間は、常時、本業務の担当者のおいずれかと電話連絡が取れるようにすること。

(2) トラブル発生に対して迅速な対応ができるようバックアップ体制を整えること。

(3) 障害発生時を考慮し、プリンター等の機材は複数台備えていること。

7 契約方法

単価契約とする。項目については別添単価表によるものとする。

## 8 委託料支払い方法

### (1) 完了検査及び委託料の請求

受託者は業務完了後に広域連合に書面で業務の完了を報告し、広域連合の検査に合格した場合、業務委託料の支払いを請求することができる。

### (2) 委託料の支払い

広域連合は、業務ごとの契約単価に処理件数を乗じた額（その額に1円未満の端数がある場合は端数を切り捨てた額）の合計額に、取引にかかる消費税額（地方消費税額を含む。）として100分の10を乗じた額を加算して受託者に支払うものとする。支払いの期限は、前号の規定に基づく適法な請求書を受理した日から30日とする。

## 9 契約不適合責任

受託者は、広域連合の検収日後に発見された不適合について、無償で修正等の履行の追完をしなければならない。ただし、その期間は検収後1年間とする。

## 10 その他事項

- (1) 「KAJO\_J 入力システム後期高齢者医療広域連合電算処理システム対応版」に含まれるフォントへの対応がとれ、住基ネット統一文字コードに準じた文字体系を入手できること。
- (2) 本業務の履行にあたり、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）、神奈川県後期高齢者医療広域連合個人情報保護条例（平成19年神奈川県後期高齢者医療広域連合条例第16号）、本契約約款第20条に規定する特記事項を厳格に遵守すること。
- (3) 本業務の履行にあたり、システム障害、情報流失等の事故が発生した場合には、直ちに広域連合に報告すること。
- (4) 本仕様書に定めのない事項及び疑義が生じた場合は、必要に応じて広域連合と受託者が協議して定めるものとする。
- (5) 成果物の作成について特許等がある場合は、受託者がその使用許諾等の責任を負うこと。
- (6) 成果物に係る所有権は、すべて広域連合に帰属すること。

案

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
〇〇市△△〇番〇号  
〇〇マンション101

広域 太郎 様

神奈川県後期高齢者医療広域連合

## 歯科健診アンケートについて（お願い）

日頃より後期高齢者医療制度につきまして、ご理解、ご協力をいただき深くお礼申し上げます。

当広域連合では、前年度75歳到達者を対象に、口腔機能低下や肺炎などの疾病予防を目的とした無料の歯科健康診査を、8月から実施しており、ご案内の通知を7月下旬にお送りさせていただいたところです。

つきましては、今後の歯科健康診査をより良いものにするため、お忙しいところ恐れ入りますが、別紙のアンケートにご記入いただき、〇月〇日（ ）までに同封の返信用封筒にて、ご返送くださるようご協力をお願いいたします。

なお、このアンケートでいただいた情報は、今後の事業検討にのみ活用させていただきます、関係法令に従い適切に取り扱います。

（問い合わせ先）

神奈川県後期高齢者医療広域連合 企画課保健事業係  
〒221-0052 横浜市神奈川区栄町8番地ヨコハマポートサイドビル9階  
電話：045-440-6700(代表)

（委託先）

〇〇株式会社 住所 〇〇〇〇〇〇〇〇

このアンケート調査は、神奈川県後期高齢者医療広域連合が株式会社〇〇に委託し、実施しています。委託契約に基づき提供する個人情報は、関係法令、各種ガイドライン等を遵守し、万全の体制のもと、取り扱っております。



アンケート内、回答項目で「予約の取り方が分からなかったため」  
を選ばれた方はご参照ください。

## 歯科健診の予約の取り方

① 受きたい協力歯科医療機関を一覧表から選ぶ。

(※一覧表は7月下旬に送付済みです。)

こちらからも確認できます。⇒



② 選んだところへ電話し、予約する。

③ 7月下旬に送付された「歯科健診のご案内（受診券）」と  
「被保険者証」を持って行き、受診する。

予約の際は、



広域連合の歯科健診を  
受きたい

とお伝えください。

## 歯科健診アンケート

性別	1 男性	2 女性
お住いの市町村	〔 〕 市・町・村	



次の質問にあてはまる回答を選んで、番号に○をしてください。

No.	質問	回答
1	定期的にかかりつけの歯科医に通院していますか。	1 はい 2 いいえ
2	当広域連合の歯科健診をご存知ですか。	1 はい 2 いいえ
3	今年の歯科健診を受診しましたか。	1 はい（質問7以降をご回答ください。） 2 いいえ（質問4以降をご回答ください。）
4	受診していない理由を教えてください。（複数回答可）	1 受けるつもりだが、まだ予約をとっていない 2 案内状が届いたことに気が付かなかった 3 かかりつけ医が協力歯科医療機関に指定されていなかった 4 受けようと思っていたが忘れていた 5 予約の取り方が分からなかった （※詳しくは依頼文「予約の取り方」をご参照ください。） 6 虫歯等が見つかるのが怖い 7 市町村が実施する歯科健康診査を受診した 8 自分で定期的に受診している 9 一人で受診することが難しい（付添いが必要） 10 体調が悪く歯科医に行くことができない 11 新型コロナウイルスが心配 12 必要性を感じない 13 その他（自由記入）  〔 〕

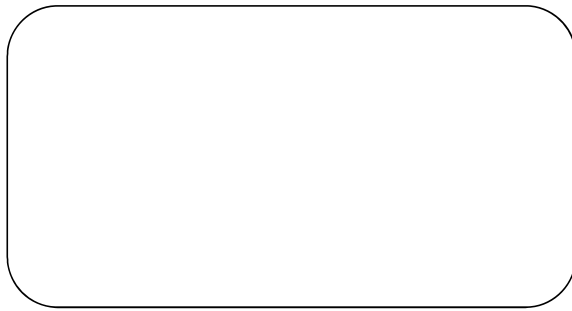
No.	質問	回答
5	今後、歯科健診を受診する予定はありますか。(本歯科健診は1月末まで実施しています。)	1 はい(質問7をご回答ください。) 2 いいえ
6	どのようにすれば歯科健診を受診しようと思いますか。 (複数回答可)	1 かかりつけ医で受診できる 2 新型コロナウイルスが収束する 3 栄養相談なども受けられる 4 家族も一緒に受診できる 5 受診できる期間を長くする 6 お住いの市役所から通知を発送する 7 送迎付きである 8 在宅訪問で受診できる 9 方法を変えても歯科健診は受けない 10 その他(自由記述) [ ]
7	当広域連合の歯科健診について、ご意見等がありましたらご記入ください。(受診された方は、感想や改善点等をご記入ください。)	自由記述 [ ]
8	皆さんの健康管理をお手伝いするために、どのようなサービスがあれば良いと思いますか。	自由記述 [ ]

ご協力ありがとうございました。

○月○日( )までに同封の返信用封筒にてご返送くださるようお願いいたします。

綴じ代

表面



**親展** 歯科健診アンケート在中  
必ず開封し、中をご確認ください。

窓は紙素材を使用しています。窓を剥がさずにこのまみりサイクルできます。

差出人 神奈川県後期高齢者医療広域連合  
〒221-0052  
住所 神奈川県横浜市神奈川区栄町8番地1  
ヨコハマポートサイドビル9階  
電話 045-440-6700(代表)  
ファクス 045-441-1500

(委託先)  
〇〇株式会社  
住所 〇〇〇〇〇〇〇〇  
このアンケート調査は、神奈川県後期高齢者医療広域連合  
が株式会社〇〇に委託し、実施しています。

裏面