

県民健康プラザ鹿屋医療センター

「入院セット提供業務」プロポーザル実施要領

1 目的

県民健康プラザ鹿屋医療センター（以下「鹿屋医療センター」という。）における「入院セット提供業務」を実施する民間事業者等（以下「参加者」という。）を公募型プロポーザル方式により選定するため、必要な手続き等について定める。

2 業務の概要等

- (1) 業務名 鹿屋医療センター入院セット提供業務
- (2) 業務内容
別紙1「鹿屋医療センター入院セット提供業務仕様書」（以下「仕様書」という。）による。
- (3) 業務量等
別紙2「鹿屋医療センターの概要」のとおり
- (4) 業務の場所
鹿屋市札元1丁目8番8号
鹿屋医療センター
- (5) 業務の期間
平成29年6月頃から平成32年3月31日まで
（決定した事業者の準備及び患者への周知が整ってからとする）
- (6) 業務に伴う病院に支払う経費及び患者への提供価格等
業務期間中の建物使用料等の病院に支払うべき経費は、無料とする。
患者サービス向上のため、建物使用料等は全額減免とし、患者への提供価格を低く設定すること。
業務開始後、社会情勢の変化等により患者への提供価格を改定しようとする場合は、病院と協議すること。

3 公 告

本業務に係る参加者を広く募集するため、本実施要領を鹿屋医療センターのホームページで公告する。

4 応募資格

本プロポーザルへの参加者に必要な資格は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 鹿児島県が発注する役務の提供等の業務に関する競争入札に参加するための入札参加資格を取得している者あるいは取得見込みであること。
- (2) 県内に本社又は支店（営業所）を登記している法人であること。
- (3) 平成28年4月以降に、次の条件を全て満たす医療機関と当該業務の実績を有すること。
 - ① 鹿屋医療センターと類似又は同等以上の規模を有する医療機関
 - ② 入院基本料7対1または10対1の施設基準を取得している医療機関
- (4) 一般財団法人医療関連サービス振興会が認定する「医療関連サービス」に適合しているかまたは、同等のサービスが提供できること。
- (5) 地方自治法施行令第167条の4の規定に該当しない者であること。
- (6) 鹿児島県が措置する指名停止期間中の者でないこと。
- (7) 平成25年4月以降に、医療機関において契約不履行による契約解除の実績がない者であること。

- (8) 本業務を円滑に遂行できる安定的かつ健全な資本力を有すること。
- (9) 国税及び地方税の滞納がないこと。
- (10) 次のアからケまでのいずれにも該当しない者であること。

なお、資格要件確認のため、鹿児島県警察本部に照会する場合がある。

ア 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

イ 暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

ウ 役員等が、暴力団員であると認められる法人又は個人

エ 暴力団又は暴力団員が、その経営に実質的に関与している法人又は個人

オ 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している法人又は個人

カ 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、いかなる名義をもってするかを問わず、金銭、物品その他の財産上の利益を不当に提供し、又は便宜を供与するなど、直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している法人又は個人

キ 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している法人又は個人

ク 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながら不当な行為をするためにこれらを利用している法人又は個人

ケ アからクまでに定める者の依頼を受けて入札に参加しようとする法人又は個人

5 応募手続き

(1) 仕様書、様式等の配付期間及び配付場所

- ① 配付期間 平成29年2月9日（木）から平成29年2月22日（水）まで
（土日、祝日を除く）の午前9時から午後5時まで
- ② 配付場所 鹿屋市札元1丁目8番8号
鹿屋医療センター 経営課
電話番号 : 0994-42-5101
FAX番号 : 0994-42-7250

(2) 提出書類及び提出部数

- ① 提出書類
 - ア 参加申込書（様式1）
 - イ 参加者概要（様式2）
 - ウ 入院セット提供業務実績調書（様式3）
 - エ 提案書（様式は任意）
 - オ 患者への提供価格の見積書（様式は任意）
- ② 提出部数
 - ア 参加申込書、参加者概要、入院セット提供業務実績調書
正本1部
 - イ 提案書、見積書
正本1部、副本10部

(3) 書類作成時の留意事項

- ① 提案書の内容は、当該業務に係る理念や方針等基本的な提案に併せて、仕様書に記載してある個別業務において、効果的・効率的に処理する方法等の提案がある場合は、仕様書の項目ごとに整理し、記載すること。
ただし、次の項目については、必ず提案書に記載すること。
なお、提案書の様式は任意とする。
 - ア 患者へ提供するセット内容及び提供価格に関する提案
 - イ 患者サービス向上及び病院職員の負担軽減等の効果に関する提案
 - ウ 当該業務を円滑・適正に処理するための人員配置及び売店等との連携に関する提案
 - エ 夜間・休日時の提供等に関する提案
 - オ 商品管理・回収等の物品管理に関する提案

- ② 提案書の文字サイズは、10.5ポイント以上とし、見やすい構成とすること。
- ③ 書類サイズは、A4版とする。ただし、イメージ図等については、A3版をA4版サイズに折りたたんで使用しても差し支えない。

(4) 受付期間、提出先及び提出方法

① 受付期間(提出期限)

- ア 参加申込書, 参加者概要, 入院セット提供業務実績調書
平成29年2月9日(木)から平成29年2月22日(水)まで
(土日, 祝日を除く。)の午前9時から午後5時まで
- イ 提案書, 見積書
平成29年2月23日(木)から平成29年3月1日(水)まで
(土日, 祝日を除く。)の午前9時から午後5時まで

② 提出先及び提出方法

上記(1)の配付場所に持参又は郵送(必着)すること。

(5) 参加者によるプレゼンテーション

- ① 実施日 平成29年3月7日(火)午後3時から
- ② プレゼンテーション順番 提案書の受付順
- ③ プレゼンテーション時間配分

提案書説明 20分

質疑応答 10分

参加者は、提出書類により、提案内容等の説明を行うものとする。

プレゼンテーションでは、提出書類を使用するものとするが、同内容をパソコン等を使用して説明する場合は、上記(1)の配付場所に連絡すること。

6 選定方法及び覚書に関する事項

(1) 選定方法

鹿屋医療センター内に選定委員会を設置し、提出書類によるプレゼンテーションの内容等に基づいて審査を行い、事業者を選定する。

(2) 選定結果の通知

選定結果は、全ての参加者へ文書で通知する。

(3) 覚書に関する事項

選定された事業者と、事業期間、事業内容等に関する覚書を締結する。

7 その他

(1) 参加に必要な経費は、参加者の負担とする。

(2) 提出書類は、返却しないものとする。

(3) 提出書類の提出期限後の変更及び追加については認めないものとする。

(4) 提出期限までに提出書類を提出しなかった場合及び提出書類に虚偽の記載があった場合は、本プロポーザルへの参加を無効とする。

(5) 選定後、参加者の会社名等を公表することがある。

平成 年 月 日

県民健康プラザ鹿屋医療センター院長 殿

参 加 申 込 書

住 所

法 人 名

代表者職・氏名

印

県民健康プラザ鹿屋医療センター入院セット提供業務プロポーザル実施要領に基づき、下記の提出書類を添えて、県民健康プラザ鹿屋医療センター入院セット提供業務プロポーザルへの参加を申し込みます。

記

1 提出書類

- (1) 参加者概要（様式2）
- (2) 入院セット提供業務実績調書（様式3）

2 提出部数

- (1) 正本 : 1部

担当者職・氏名	
所 属	
住 所	
電 話 番 号	
F A X 番 号	
E - m a i l	

参 加 者 概 要

平成 年 月 日現在

法 人 名						
住 所	本 社					
	支 店 ・ 営 業 所					
法人創設・開設年月日						
資 本 金						千円
売 上 高	決算期：平成 年 月 ～ 平成 年 月					千円
経 営 成 績	営業利益：					千円
	経常利益：					千円
	税引前利益：					千円
株 主 構 成						
従 業 員 数	正 社 員 人	派 遣 社 員 人	パ ー ト 人	ア ル ハ イ ト 人	そ の 他 人	合 計 人
当該業務に関する 有資格者の状況 ※ 資格名・人数を 記載のこと。						
その他特記事項						

- ※ 「住所」については、支店・営業所が参加者となる場合は、本社の住所も記載すること。
 ※ 参加者の概要に関するパンフレット等の資料があれば添付すること。

入院セット提供業務実績調書

医療機関の名称	
許可病床数	
診療科目	(診療科数：)
提供業務の内容	
業務期間	平成 年 月 ～ 平成 年 月
従業員体制	
その他特記事項	

【記載上の留意事項】

- 1 「4応募資格(3)」に該当する医療機関との契約実績について、記載してください。
- 2 業務実績が複数ある場合は、代表的な病院例を記載してください。
- 3 上記医療機関以外は、医療機関名を下表に記載してください。

医療機関の名称	平成 年 月 ～ 平成 年 月