県立大島病院医事業務委託プロポーザル実施要領

1　目的

県立大島病院における医事業務を委託する事業者を公募型プロポーザル方式により選定するための必要な手続き等について定めるものとする。

2　委託業務の概要等

（1）委託業務名

県立大島病院医事業務委託

（2）委託業務内容

別紙1「県立大島病院医事業務委託仕様書」（以下「仕様書」という。）による。

（3）委託業務の場所

奄美市名瀬真名津町18－1

県立大島病院

（4）委託の期間

令和4年2月1日から令和7年1月31日まで

なお，本委託契約は，地方自治法第234条の3及び地方自治法施行令第167条の17に規定する長期継続契約に該当するものであることから，契約書に「翌年度以降において，歳入歳出予算の当該金額について減額又は削除があった場合は，当該契約は解除することができる」旨の条件付き解除条項を付記するものとする。

（5）業務量等

別紙2「県立大島病院の概要」のとおり

（6）委託業務に係る経費

委託期間に係る委託費の予算上限は，531,000千円（消費税及び地方消費税抜き）とする。

3　公告

本委託業務に係る公募型プロポーザルに参加する民間事業者等（以下「参加者」という。）を広く募集するため，本実施要領を県立大島病院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，次に掲げる条件を全て満たす者とする。

（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であること。

（2）県内に登記上の本店または支店（営業所）を有する法人であること。

（3）令和2年4月以降に次の条件をすべて満たす医療機関と医事業務等の契約実績を有すること。

ア　県立大島病院と類似又は同等以上の規模を有する医療機関

イ　入院基本料7:1の施設基準を取得している医療機関
ウ　電子カルテ導入医療機関
エ　DPC対象医療機関

(4) 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。
(5) 鹿児島県から指名停止措置を受けていない者であること。
(6) 平成30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を受けていない者であること。
(7) 本委託業務を円滑に遂行できる安定的かつ健全な財政能力を有すること。
(8) 国税及び地方税の滞納がないこと。
(9) 次のアからク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（以下この号において「暴力団」という。）であると認められる法人又は個人
イ　役員等（法人にあっては非常勤を含む役員，支配人，営業所等（営業所，事務所その他これらに準ずるものをいう。以下この号において同じ。）を代表する者その他いかなる名称を有するものであるかを問わず法人の経営を行う役職にある者若しくは経営を実質的に支配している者（以下この号において「法人役員等」という。），法人格を有しない団体にあっては代表者，理事その他法人役員等と同等の責任を有する者又は個人にあってはその者，営業所等を代表する者その他いかなる名称を有するものであるかを問わず個人の経営を行う役職にある者若しくは経営を実質的に支配している者をいう。以下この号において同じ。）が，鹿児島県暴力団排除条例（平成26年鹿児島県条例第22号）第2条第3号に規定する暴力団員等（以下この号において「暴力団員等」という。）であると認められる者
ウ　暴力団又は暴力団員等が，その経営に実質的に関与していると認められる法人又は個人
エ　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等を利用していると認められる法人又は個人
オ　役員等が，暴力団又は暴力団員等に対して，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，又は関与していると認められる法人又は個人
カ　役員等が，暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していると認められる法人又は個人
キ　役員等が，暴力団又は暴力団員等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と認められる法人又は個人
ク　アからキ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，様式等の配布期間及び配布場所

ア　配布期間　令和3年11月8日（月）から令和3年11月25日（木）まで
（土日，祝日を除く，8時30分から17時15分まで）

イ　配布場所　奄美市名瀬真名津町18－1
県立大島病院　経営課
電話番号:0997－52－3611
FAX番号:0997－52－9957
E-mail　:ohp-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp
※県立大島病院ホームページからダウンロード可能
HPアドレス:http://hospital.pref.kagoshima.jp/oshima/

(2) 提出書類及び提出部数

ア　提出書類

(ア) 参加表明書(様式1)

(イ) 参加申込書(様式2)

(ウ) 参加者概要(様式3)

(エ) 鹿児島県の入札参加資格審査結果通知書(写し)

(オ) 医事業務実績調書(様式4)

(カ) 医事業務に係る契約書の写し又は委託医療機関が発行する履行証明書(様式4の2)

(キ) 提案書(様式は任意)

(ク) 見積書(様式は任意)

イ　提出部数

(ア)参加表明書

正本1部

(イ) 参加表明書以外の提出書類

正本1部，副本11部

(3)　書類作成時の留意事項

ア　医事業務に係る契約書の写しを提出する場合は，参加者が原本証明を行うこと。

イ　提案書の内容は，医事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。

(ア) 委託業務を円滑・適正に処理するための人員配置に関する提案

(イ) 診療録の適正な記載に関する提案

(ウ) 施設基準の上位及び新規取得に関する提案

(エ) DPCコーディング及びDPC分析ソフト(EVE)の活用に関する提案

(オ) 診療報酬改定による診療収益への影響など診療情報の提供及びデータ分析に関する提案

(カ) 病院運営に支障を生じさせない医事業務引継方法等に関する提案

ウ　見積書の見積額は，委託費予算の上限内とし，見積もりにあたっては，積算根拠を示し,委託期間の始期から終期まで(3年間)の総額(消費税及び地方消費税抜き)で記載すること。

エ　文字サイズは，10．5ポイント以上とすること。

オ　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。

カ　提出書類(参加表明書を除く。)は，上記(2)のアの順にインデックスを付けて編綴し，正本及び副本ともそれぞれファイルに綴じること。

(4)　受付期間，提出先及び提出方法

ア　受付期間

(ア) 参加表明書

令和3年11月8日(月)から令和3年12月2日(木)17時まで

(イ) 参加表明書以外の提出書類

令和3年11月8日(月)から令和3年12月6日(月)17時まで

イ　提出先及び提出方法

前記(1)の配布場所に持参又は郵送により提出すること。

ただし，持参する場合は，土日，祝日を除く，8時30分から17時までとする。

（5） 質問及び質問に対する回答

参加者は，本委託業務に係る公募型プロポーザルについての質問がある場合は，質問書（様式5）を次により提出すること。

ア　質問書の受付

（ア） 受付期間　令和3年11月8日（月）から令和3年11月25日（木）17時まで

（イ） 提出先及び提出方法

前記（1）の配布場所に持参又はFAX若しくは電子メールにより提出すること。

ただし，持参する場合は，土日，祝日を除く，8時30分から17時までとする。

イ　質問に対する回答

参加者全員に対して，令和3年11月30日（火）までにFAX又は電子メールで回答する。

（6） 参加者によるプレゼンテーション

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。

なお，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，同内容についてパソコン等を使用して説明する場合は，前記（1）の配布場所に連絡すること。

プレゼンテーションの実施日時は，別途参加者に通知する。

6　選定方法及び契約に関する事項

（1） 選定方法

県立大島病院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，最優秀提案者を選定する。

（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） 契約に関する事項

ア 選定された最優秀提案者と，提案内容に基づき仕様書の内容等についての協議を行い，協議が整った場合に一者随意契約の相手として，契約手続きを行うものとする。

イ 選定された最優秀提案者との協議が整わず，契約締結に至らなかった場合は，次点と評価した提案者と同様の契約手続きを行うものとする。

7　その他

（1） 参加に必要な経費は，参加者の負担とする。

（2） 参加表明書又は参加申込書を提出した後に，本プロポーザルへの参加を辞退する場合は，辞退届（様式は任意）を上記5の（1）の配布場所に持参又は郵送により速やかに提出すること。

（3） 提出書類は返却しないものとする。

（4） 企画提案に関し，提出された提案書等は，本業務における選定以外の目的で使用しない。

（5） 提案書等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。

（6） 定められた期限までに提案書等を提出しなかった場合及び提案書等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。

（7） 選定後，参加者の会社名等は公表することがある。また，選定結果については，最優秀提案者以外は，参加者が特定されない方法で公表する。

（様式１）

令和　　年　　月　　日

県立大島病院長　殿

参　加　表　明　書

所　在　地
商　　号
代表者職氏名　　印

県立大島病院医事業務委託プロポーザル実施要領に基づき，県立大島病院医事業務委託プロポーザルへの参加を申し込みます。

なお，県立大島病院医事業務委託プロポーザル実施要領の「４　応募資格」に掲げる要件をすべて満たしていることを誓約します。

（担当者）
所　属　　職・氏名
所在地
電　話　　ＦＡＸ
Ｅ－ｍａｉｌ

（様式２）

令和　　年　　月　　日

県立大島病院長　殿

参　加　申　込　書

所　在　地
商　　号
代表者職氏名　　印

県立大島病院医事業務委託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立大島病院医事業務委託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３）
(2) 鹿児島県の入札参加資格審査結果通知書（写し）
(3) 医事業務実績調書（様式４）
(4) 医事業務に係る契約書の写し又は委託医療機関が発行する履行証明書（様式４の２）
(5) 提案書
(6) 見積書

２　提出部数
(1) 正本　：　　１部
(2) 副本　：　１１部

（担当者）
所　属　　職・氏名
所在地
電　話　　ＦＡＸ
Ｅ－ｍａｉｌ

（様式３）

参　加　者　概　要

令和　　年　　月　　日現在

<table>
<tr><td colspan="2">法　人　名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">住所</td><td>本　社</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>支店・営業所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">法人創設・開設年月日</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">資　本　金</td><td colspan="6">千円</td></tr>
<tr><td colspan="2">売　上　高</td><td colspan="6">決算期：　　年　　月　～　　年　　月
千円</td></tr>
<tr><td colspan="2">経　営　成　績</td><td colspan="6">営業利益：　　千円
経常利益：　　千円
税引前利益：　　千円</td></tr>
<tr><td colspan="2">株　主　構　成</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">従　業　員　数</td><td>正社員</td><td>派遣社員</td><td>パート</td><td>ｱﾙﾊﾞｲﾄ</td><td>その他</td><td>合　計</td></tr>
<tr><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td><td>人</td></tr>
<tr><td colspan="2">医事業務に関する有資格者の状況

※　資格名・人数を記載のこと。</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">その他特記事項</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

※　「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。
※　「４　応募資格(7)」を確認できる財務諸表などの資料を添付すること。
※　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。

（様式４）

医　事　業　務　実　績　調　書

受託医療機関の名称	
許可病床数	
診療科目	（診療科数：　　）
入院基本料７：１の取得時期	平成・令和　　年　　月
ＤＰＣ対象病院の取得時期等	平成・令和　　年　　月 医療機関別係数：　　（11月1日現在） 基礎係数：　　暫定調整係数： 機能評価係数Ⅰ：　　機能評価係数Ⅱ：
受託業務の内容	
受託期間	平成・令和　　年　　月　～平成・令和　　年　　月
受託業務の従業員体制	
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　令和２年４月以降に，複数の受託実績があるときは，医療機関別に作成してください。

なお，受託実績が多数ある場合は，県立大島病院と最も類似する３カ所の医療機関について作成してください。

３カ所の医療機関以外は，鹿児島県内に所在する医療機関を下表に記載してください。

受託医療機関の名称	平成・令和　年　月　～平成・令和　年　月

（様式４の２）

履　行　証　明　書

委託先業者	名　　称	
	住　　所	
	代表者職・氏名	
受託業務の内容		
受託期間		平成・令和　　年　　月　～平成・令和　　年　　月

上記の内容に相違ないことを証明します。

令和　　年　　月　　日

住　　所

医療機関名

代表者氏名　　印

（様式５）

令和　　年　　月　　日

質　　問　　書

事業者の商号	
代表者職氏名	
担当者職氏名	
連絡先電話番号	
ＦＡＸ番号	
Ｅ－ｍａｉｌ	

（質問事項）
（内　　容）

※　質問書の受付期間　令和３年１１月８日（月）から令和３年１１月２５日（木）１７時まで

提出先　県立大島病院　経営課
ＦＡＸ　０９９７－５２－９９５７
E-mail　ohp-hos-keiei@pref.kagoshima.lg.jp