山都町包括医療センターそよう病院患者等給食業務委託

選定プロポーザル実施要項

平成３１年４月

山都町包括医療センターそよう病院

山都町包括医療センターそよう病院給食業務委託
選定プロポーザル実施要項

１．趣旨

この要項は、山都町包括医療センターそよう病院（以下「そよう病院」という。）における患者給食業務を担う事業者を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ものである。

２．業務名称

山都町包括医療センターそよう病院患者等給食業務委託

３．業務の実施場所

そよう病院（熊本県上益城郡山都町滝上４７６番地２）

４．施設の概要

病床数	５７床（一般病床）
敷地面積	６，５４３．６２㎡
延床面積	４，４８０．５５㎡
建物構造	鉄筋コンクリート造３階建（耐震構造） １階　外来、薬剤、健診、リハビリ、放射線、検査、医事等 ２階　病棟 ３階　給食（調理）部門、管理部門、手術室等 ※業務用エレベーター　１基、オール電化
診療科	内科、外科、小児外科、消化器外科、循環器内科、整形外科、眼科 リハビリテーション、呼吸器内科、小児科、精神科、心療内科 歯科、歯科口腔外科
患者数等	平成30年度実績　入院45人/日、外来161人/日

５．参加資格要件

本プロポーザルに参加できる事業者は、次に掲げるすべての要件を満たさなければならない。

（1）地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4に規定する者に該当しない者。

（2）過去１年間の法人税、消費税及び地方消費税を滞納していないこと。

（3）会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続き開始の申し立てがなされて

いる者（更生手続き開始の決定を受けている者を除く）又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続き開始の申し立てがなされている者（再生手続き開始の決定を受けている者を除く。）でないこと。

(4) 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2号に掲げる暴力団及びそれらの利益となる活動を行う者でないこと。

(5) 過去５年間で九州管内において、病院給食を受託した実績があること。

(6) 社団法人日本メディカル給食協会代行保証契約に加入実績がある者。

(7) 関係法令、規則等に違反していない者。

６．委託期間

令和２年４月１日から令和５年３月３１日

※但し、契約締結日から令和２年３月３１日までの期間を本業務稼働に向けた準備期間とし、準備期間に要する費用は委託者負担とする。

７．参加手続

プロポーザルへの参加を希望する事業者は、参加意思確認書を（様式１）を、令和元年５月１５日（水）までに提出すること。

参加者資格要件を満たす申請者のうち、そよう病院・山都町の関係部署で構成する審査委員会（以下、「審査委員会」という。）において書類審査し、３社程度を第一次選考する。

７．プロポーザル方式による事業者選定の実施方法等

(1) 上記で選定された事業者について、選定委員会で、企画提案書と、企画提案書に基づくプレゼンテーション等の内容を審査した上、最も優れた事業者１社を受託候補者として選定する。

(2) プレゼンテーションは企画提案書に基づいて行うものとし、プレゼンテーション時に新たな資料等の配布は出来ない。

(3) プレゼンテーション開催日時については、後日連絡する。

(4) 審査の最終結果は令和元年５月３１日（金）までに、全提出者に対して書面にて結果を通知する。

８．業務概要

本業務の内容は別紙仕様書等を参照すること。

９．質疑等

① このプロポーザルにあたっての質疑は、所定の様式により、電子メールで行うものとする。（電話、口頭では対応しない。）

② また、当該質疑に対する回答は、全ての質問について参加者全員に書面で行う。なお、質疑への回答は、本要項及び仕様書の追加又は修正とみなす。

③ 質疑提出期限　　令和元年５月２０日（月）　午後５時

④ 質疑に対する回答期限　令和元年５月２２日（水）　※予定

１０．提案書の提出

参加希望業者は、以下のとおり提案書等を提出すること。なお、提出後の訂正、追加、差し替え等は認めない。

・提出期限 令和元年５月２４日（金） 午後５時
・提出場所 山都町包括医療センターそよう病院事務部総務係
（熊本県上益城郡山都町滝上476番地2）
・提出書類 次項に定める書類
・提出部数 ７部（押印した原本１部、６部は写しで可）
※提出書類及び添付書類をA４版フラットファイルに一括に綴じ、見出しを付けること。

１１．提案内容及び様式

① 提案書の鑑（様式２）
② 業務実施方針（様式３）
③ 業務実施体制（様式４）
⑤ 見積書（様式５）

内容に関する留意事項

① 業務実施方針

ア 実施方針の概要

・提案者の会社規模・特色、本業務の提案のポイント・アピールしたい点を簡潔に記載すること。
・提案者のISO9001審査登録、ISMS又はプライバシーマークにおける情報セキュリティに関する認証資格取得についても記載すること。
・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ４枚程度とする。

イ 提案事項の概要

・業務仕様書を踏まえ、特に業務のポイントであると考える点と当該提案内容との関係を記載すること。
・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚程度とする。

ウ 課題と対応策

・業務遂行に当たり、予想されるトラブル・課題と対応策を記載すること。
・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚程度とする。

エ 病院等給食業務受託実績

・過去５年間での九州管内での病院給食を受託した実績を記載すること。なお、契約書の写しも添付すること。
・記載は様式３にて、Ａ４サイズ２枚以内とする。

② 業務実施体制

ア　組織体制及び役割責任分担、保有資格、経験

・本業務の組織体制及び役割分担について、図表等を用いて具体的に記載すること。

・組織体制及び役割分担図表等の下に受託業務責任者、食品衛生管理者、その他業務従事者について、保有資格及び経験（業務内容と具体的な病院名）を記載すること。

・業務担当者等については、配置予定が決まっている場合は、氏名、保有資格、経験を記載する。配置予定が決まっていない場合は、どのような資格、経験を有する者を配置するか、その考え方を記載すること。

・記載様式は様式４を参考とし、Ａ４サイズ１枚とする。

イ　人員配置計画

・急な欠員が発生した場合の迅速な人員の確保や対応などの計画を記載すること。

・熟練した業務担当者が退職した場合等でも業務に支障が出ないよう、複数配置やローテーション等を行うなど、業務の継続性を維持するための人員配置の工夫も記載すること。

・曜日や時間帯など業務の繁閑に合わせた人員配置など、柔軟な業務運営体制についての考え方も記載すること。

・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚程度とする。

③ 業務実施計画

ア　業務計画

・委託者との引継ぎ方法、及び本業務における作業マニュアル作成及び見直しについて記載すること。

・他業務との連携協力体制（病院職員との連携、医事・検査・清掃等の委託先職員との連携等）について考え方についても記載すること。

・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚以内とする。

イ　業務実施計画

・献立の改善・検討に関する業務の質、サービス向上への取組み、ソフト食・なめらか食など高齢者への嚥下・口腔期障害への対策、化学療法患者等への嘔気対策、味覚対策などについて記載すること。

・地元食材の使用予定や地元業者からの食材購入についての考え方についても記載すること。

・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚以内とする。

ウ　研修計画

・提案者が実施する研修の種類と内容、対象者、頻度及び研修管理、履修効果の測定について記載すること。

・外部研修への参加、資格取得支援など本業務従事者等の技能を向上させるための方策など記載すること。

・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚以内とする。

エ　医療安全の対応

・業務に関する医療事故発生時の初期対応、患者への謝罪、他の食事の迅速対応などの手法について記載すること。

オ　緊急時連絡体制、非常時のバックアップ体制

・夜間、休日などの緊急時の連絡体制、非常時のバックアップ体制、災害時の体制について記載すること。

・記載様式は任意とし、Ａ４サイズ２枚程度とする。

④その他

(1) 募集要項の承諾

提案者は、応募書類の提出をもって、本募集要項（別途資料を含む。以下同じ。）の記載内容及び条件を承諾したものとみなす。

(2) 費用負担

応募に関しての費用はすべて提案者の負担とする。

(3) 提出書類の扱い

提案者の提出する書類の著作権は、提案者に帰属します。また、提出された書類は一切返却しない。なお、そよう病院が必要と認めるときは、そよう病院は提案者の承諾を得て提出書類の全部または一部を無償で使用できるものとする。

(4) そよう病院からの提示資料の扱い

そよう病院が提示する資料がある場合には、応募に係わる検討以外の目的で使用することはできない。

(5) 複数提案の禁止

提案者は複数の提案を行うことはできない。

(6) 提案書類の変更禁止

提案した書類の変更はできない。但し、誤字等の修正についてはこの限りではない。

(7) 作成要領等

提出書類、添付資料はＡ４サイズに統一すること。応募に関して使用する言語は日本語、単位は計量法に定めるもの、通貨単位は円、時刻は日本標準時を使用する。

１２．プレゼンテーションの実施

企画提案の審査については、書類審査のほか、企画提案書の内容に基づくプレゼンテーションによる審査を次のとおり行うものとする。

・実施予定日　令和元年５月２９日（水）

※日時、場所、順番等については、別途通知する。

１３．評価事項及び採点

提出された企画提案書及びプレゼンテーションの内容を総合的に判断して順位を決定する。提案に対する最高評価の者が２者以上あった場合は、見積金額の低い者を１位とする。見積金額も同額の場合は、くじ引きにより順位を決定する。

評価事項	評価内容
病院給食の意義	治療食としての病院給食に対する基本的な考え方と理解度について明確に示されているか。
患者満足度の向上	患者満足を得られる食事の提供についての考え方が具体的に示されているか。
安全な食事提供等	衛生管理、設備管理への考え方と取り組み方がどのように示されているか。
安定した業務運営	従業員定着のための方策、人事配置、組織管理・運営、従業員の処遇についての考え方
従業員の育成	従業員教育とモラルの向上について、その取組状況・内容・方法等。
実績及び経験	一定水準以上の規模・内容の病院での業務実績をどの程度有するか。
危機対応	災害など不測の事態への対策が立てられているか。
地域への対応	従業員の雇用、食材の地元調達の考え方はどうか。
経営内容	財務・経営内容は良好か。
委託料見積額	企業努力がなされ、効率的な業務運営が図られようとしているか。

１４．審査結果の通知

審査結果は、令和元年５月３１日（金）までに参加者全員に通知する。

１５．その他留意事項

①個人情報保護

受託候補者が業務を行うにあたって個人情報を取り扱う場合には、その取扱いに充分留意し、漏えい、滅失及びき損の防止その他個人情報の保護に努めること。

② 守秘義務

受託候補者は、委託業務を行うに当たり、業務上知り得た秘密を漏らし、又は自己の利益のために利用できないこととする。また、委託業務終了後も同様とする。

１６．配布資料

① 選定プロポーザル実施要項
② 患者等給食業務委託仕様書
③ 給食室の設備器具及び面積等
④ 各種様式

様式１ 参加意思確認書
様式２ 提案書の鑑
様式３ 業務実施方針（病院等給食業務受託実績）
様式４ 業務実施体制
様式５ 見積書
様式６ 質問書
様式７ 質問回答書

本件に対する問い合わせ先
山都町包括医療センターそよう病院
〒861-3902 熊本県上益城郡山都町滝上４７６番地２
事務部　総務係（担当：今村）
TEL 0967-83-1122　　FAX 0967-83-1124
E-mail：master@soyo-hospital.jp

（様式１）

令和　　年　　月　　日

山都町長　　梅　田　　穣　　様

住所
商号又は名称
代表者名　　㊞

参 加 意 思 確 認 書

下記の業務について、参加します

記

業務名　：　山都町包括医療センターそよう病院給食業務委託

（様式２）

令和　　年　　月　　日

山都町長　　梅　田　　穣　　様

住所
商号又は名称
代表者名　　㊞

提　案　書

下記の業務について、別添のとおり提案書を提出します。

記

業務名　：　山都町包括医療センターそよう病院給食業務委託

（様式３）

１　業務実施方針

（１）患者等給食業務受託実績

No.	都道府県名	経営主体	病院名	病棟数	受託業務範囲		受託契約期間
					全面	一部	
1							
2							
3							

注１）過去５年間での九州管内において、病院給食を受託した実績を記載すること。

注２）受託業務範囲には、当該業務を全面受託の場合は全面欄に「○」、一部委託の場合は業務内容を記載すること。

注３）必要に応じ、Ａ４判横書きでも可。

注４）契約書の写しを添付すること。

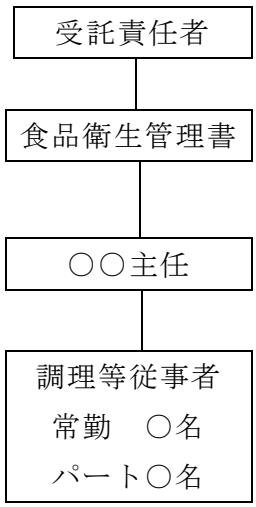
（様式４）

２　業務実施体制

（１）組織体制及び役割責任分担、保有資格及び経験

記載例

組織図例



保有資格・経験　　記載例

職務・職位	氏　名	保有資格	経　験
受託責任者		管理栄養士、	１０年以上勤務、　　病院
食品衛生責任者		調理師	８年勤務、　　病院
主任		栄養士	年以上勤務
調理等従事者			

（様式５）

見　積　書

令和　　年　　月　　日

山都町長　　梅　田　　穣　　様

住所
商号又は名称
代表者名　　㊞

件名　　山都町包括医療センターそよう病院給食業務委託

見積金額　　￥　　（税抜）

内訳

項　目	数量	単位	単　価	金　額	備　考
そよう病院患者等給食業務委託			月額(税別)	36カ月分記入	
期間:令和２年４月１日～令和５年３月31日	36	月			
延べ作業時間(日):　　時間					
延べ作業時間(月):　　時間					
当該受託準備に係る費用			月額(税別)	10カ月分記入	
期間: 令和元年６月１日～令和２年３月31日	10	月			
延べ作業時間(日):　　時間					
延べ作業時間(月):　　時間					
合計					

（様式６）

令和　　年　　月　　日

山都町長　　梅　田　　穣　　様

住所
商号又は名称
代表者名　　㊞

質　問　書

本件について、次のとおり質問します。

件名	

質問番号	実施要項・仕様書等のページ	質問内容

（備考）
１．件名は、実施要項において記載されている業務名を記入してください。
２．質問事項ごとに番号を付けてください。
　なお、１枚で収まらない場合は、本書式を複写して質問番号を連番で作成ください。
３．質問する内容が記載されている書類や図面等のページ番号、条項番号等を記載してください。（例：「実施要項P.10 7(1)「仕様書P.7(3)」等）
４．質問がない場合は、質問書を送付する必要はありません。

（様式７）

令和　　年　　月　　日

プロポーザル参加事業者　様

山都町長　　梅　田　　穣

質　問　回　答　書

本件の質問について、次のとおり回答します。

件名	

質問番号	実施要項・仕様書等のページ	質問内容	回答