

# 長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務公募型プロポーザル実施要領

## 1. 目的

本要領は、「長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務」に係る契約の相手方となる事業者の選定にあたり、公募型プロポーザルの実施方法等、必要な事項を定める。

## 2. 業務概要

- (1) 業務名 長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務
- (2) 業務内容 長浜市立湖北病院医事業務等及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務
- (3) 業務期間 令和6年3月1日から令和10年2月29日まで（4年間）  
地方自治法第234条の3の規定に基づく長期継続契約

- 3. 契約方法 プロポーザル方式による随意契約

- 4. 見積上限額 見積額の上限は、月額9,031,000円（消費税額及び地方消費税額を含む。）とする。

- 5. 実施形式 公募型

## 6. スケジュール

プロポーザル実施公告	令和5年 9月 4日（月）
実施要領等交付期間	令和5年 9月 4日（月）から 令和5年 9月12日（火）午前10時まで
現場説明会	令和5年 9月12日（火）
質問書受付締切	令和5年 9月14日（木）午後2時まで
質問に対する回答（ホームページ）	令和5年 9月21日（木）予定
参加申込書提出期限	令和5年10月 2日（月）午後2時まで
参加資格審査結果通知	令和5年10月 5日（木）
企画提案書等の提出期限	令和5年10月17日（火）
ヒアリング審査	令和5年10月26日（木）
審査結果通知（ホームページ）	令和5年11月24日（金）予定

## 7. 参加資格要件

(1) プロポーザルに参加できる者（提案者となろうとする者）は、次に掲げる要件の全てに該当する者としてします。

ア 日本国内において、過去5年以内に病床数100床以上の病院での医事事務の受託実績及び医師事務作業補助業務又は病棟クランク業務に係る労働者を派遣した実績が3年以上を有する者であること。

イ 労働者派遣事業の適正な運営の確保及び派遣労働者の保護等に関する法律（昭和60年法律第88号）により、労働者派遣事業の許可を受けている者であること。

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

エ 長浜市及び長浜市病院事業から入札参加停止措置を現に受けていないこと。

オ 市町村税、都道府県税、法人税、消費税及び地方消費税を滞納していない者であること。

カ 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく更生手続開始の申立てをしている者（更生手続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）に基づく再生手続開始の申立てをしている者（再生手続開始の決定を受けている者を除く。）でないこと。

キ 次のAからFまでのいずれの場合にも該当しないこと。

A 役員等（個人である場合にはその者を、法人である場合にはその全ての役員をいう。以下同じ。）が暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「法」という。）第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）であると認められるとき。

B 暴力団（法第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員が経営に実質的に関与していると認められるとき。

C 役員等が自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしたと認められるとき。

D 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的又は積極的に、暴力団の維持又は運営に協力し、又は関与していると認められるとき。

E 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と認められるとき。

F 営業活動に係る必要な契約の締結に当たり、その相手方が前各号のいずれかに該当することを知りながら、当該相手方と契約を締結したと認められるとき。

(2) プロポーザルに参加できる者は、令和5年度長浜市競争入札参加有資格者名簿に登録されているかどうかを問いません。ただし、資格者名簿に登録されていない者は、参加資格を有しているか確認しますので、参加を希望する者は、「11. 参加申込書の提出」に記載されている書類の他に次に掲げる書類を提出してください。

ア 法人にあっては、履歴事項全部証明書（法人登記簿謄本）

イ 個人にあっては、身分証明書

ウ 法人にあっては、国税（法人税、消費税及び地方消費税）、都道府県税（法人事業税及び法人都道府県民税）及び市町村税の納税証明書（納期限が到来しているものの滞納がないことが確認できること。）

エ 個人にあっては、国税（所得税、消費税及び地方消費税）、都道府県税（個人事業税）及び市町村税の納税証明書（納期限が到来しているものの滞納がないことが確認できること。）

## 8. 実施要領の配布

- (1) 配布期間 令和5年9月4日から令和5年9月12日午前10時00分まで  
ただし、休診日を除く午前9時から午後5時まで
- (2) 配布方法 長浜市立湖北病院ホームページからダウンロード

## 9. 現場説明会

- (1) 実施日時 令和5年9月12日（火）午前10時00分から
- (2) 場所 長浜市立湖北病院 本館2階 講義室
- (3) その他 正当な理由なく説明会を欠席した者は、失格とします。  
欠席される場合は、令和5年9月12日（火）午前9時00分（必着）までに、欠席の理由を明記した欠席届を提出してください。  
欠席届の様式は任意とし、持参又は郵送に限ります。なお、郵送の場合は、受取日時及び配達されたことが証明できる方法によることとし、期限までに下記「10. 質問・回答（3）提出先」に到着したものに限り受け付けます。いかなる事情があっても期限を過ぎた書類は受け付けません。

## 10. 質問・回答

- (1) 提出方法 所定の質問書（様式4）により、書類にて提出してください。
- ※ ファクリミリ又は電子メールの場合は、必ず電話等で送信した旨を伝え、担当課において着信したことを確認してください。
- ※ 郵便の場合は、受取日時及び配達されたことが証明できる方法によることとし、郵便事故等については提出者のリスク負担とします。
- ※ 電話又は口頭による質問は受け付けません。
- (2) 提出期限 令和5年9月14日（木）午後2時00分まで（必着）
- (3) 提出先 長浜市立湖北病院 医事課
- 郵便番号 529-0493
- 住所 滋賀県長浜市木之本町黒田1221番地
- 電話番号 0749-82-3315
- FAX番号 0749-82-6148
- E-mail kkh-iji@city.nagahama.lg.jp

- (4) 回答方法 令和5年9月21日(木) 予定  
ファクシミリ又は電子メールで質問者へ回答するとともに、長浜市立湖北病院ホームページに掲載します。

#### 1 1. 参加申込書の提出

- (1) 提出期限 令和5年10月2日(月) 午後2時00分まで(必着)  
(2) 提出先 上記「10. 質問・回答(3) 提出先」と同じ。  
(3) 提出方法 所定の参加申込書(様式1)により、書類にて提出してください。

※ 郵送の場合は、受取日時及び配達されたことが証明できる方法によることとし、提出期限までに到着したものに限り受け付けます。郵便事故等については提出者のリスク負担とします。

#### (4) 添付書類

下記「13. 企画提案書の提出(1)」のうち、次の書類を提出してください。

ア 業務実績(様式8)

イ 本実施要領7(1)オを証明する書類

ウ 業務受託実績を証明する書類の写し(任意様式、委託契約書の写し又は受託関係が証明できる書類等)

※ 委託契約書等の写しを使用される場合は、委託業務名及び委託者・受託者の押印されたものが確認できる箇所のみ添付してください。

エ 労働者派遣事業許可証の写し

#### 1 2. 参加資格結果通知

- (1) 通知方法 参加資格要件を審査して、参加資格を有すること、又は参加資格を有することが認められない場合はその旨を文書で通知します。  
(2) 通知時期 令和5年10月5日(木) 発送

#### 1 3. 企画提案書の提出

##### (1) 提出書類

参加資格を有すると認められた者で、プロポーザルへの参加を希望する事業者は、本実施要領、仕様書を十分に理解したうえで、次の書類を提出してください。

No.	提出書類	様式	提出数量
①	企画提案書(表紙+本紙)	任意様式	10部
②	見積書	様式5	1部
③	各業務人員配置計画	様式6	10部
④	会社(企業)の概要	様式7	10部
⑤	業務実績	様式8	10部

※注意事項 ②見積書は、封筒等に封入して割印を押印してください。

- (2) 提出期限 令和5年10月17日(火)

(3) 提出先 上記「10. 質問・回答(3) 提出先」と同じ

(4) 提出方法

持参又は郵送に限ります。なお、郵送の場合は、受取日時及び配達されたことが証明できる方法によることとし、提出期限までに到着したものに限り受け付けます。郵便事故等については提出者のリスク負担とします。

#### 14. 見積書作成方法

所定の見積書(様式5)により、見積金額及びその内訳を記載してください。

(1) 見積金額(月額)

見積金額は月額で記載してください。ただし、消費税及び地方消費税相当は含めません。

(2) 内訳書

区分別に月額を記載してください。ただし、消費税及び地方消費税相当額は含めません。

なお、労働者派遣業務については、次の計算式により算出された額を記載してください。

ア 医師事務作業補助業務 1人×契約金額(単価)×7時間45分×20日

イ 病棟クレーン業務 5人×契約金額(単価)×7時間45分×20日

#### 15. 企画提案書作成方法

(1) 企画提案書に記載する事項は任意としますが、次の項目が含まれるように作成してください。

ア 本業務の取組方針

イ 総括責任者、実務責任者及び派遣職員における診療情報管理士資格の有無、長浜市立湖北病院医事業務等委託仕様書の総括責任者の条件に記載する各試験の合格実績、経験年数及び経験担当実績、並びに業務従事者の教育訓練の実施予定内容、緊急時の応援体制

ウ 正確な診療報酬請求に関する提案

エ 患者サービス向上に関する提案

オ 病院経営効率化に関する提案

カ 医師等病院職員の負担軽減に関する提案

キ 業務の実施精度向上に関する病院からの要請に対する提案(契約途中における)

ク 未収金対策に関する提案

ケ 診療報酬改定に関する対応

コ クレーム、各種問い合わせに対する対応

サ 個人情報の保護に関する対応

(2) 企画提案書が次の各号のいずれかに該当する場合は、失格となる場合があります。なお、失格となった場合は、別途通知します。

ア 提出期限、提出場所、提出方法に適合しないもの。

イ 指定する様式及び記載上の留意事項に示された条件に適合しないもの。

ウ 記載すべき事項の全部又は一部が記載されていないもの。

エ 虚偽の内容が記載されているもの。

## 16. 企画提案書の書式等

- (1) A4版カラー印刷とし、様式は任意とします。必要に応じてA3用紙を使用する場合は、企画提案書に綴り込んでください。（A3用紙のページ数は、2ページとカウントします。）
- (2) 文字の大きさは12ポイント以上とし、30ページ以下とします。（表紙、目次及び「13. 企画提案書の提出（1）No.③～⑤」の提出書類を除きます。）
- (3) 表紙は「長浜市立湖北病院医事業務等委託及び労働者派遣業務企画提案書」とし、1部は社名（商号又は名称）及び代表者氏名を記載し、残り9部は記載しないでください。  
本紙については、審査の透明性を図るために、企画提案書中に社名等は記載しないでください。
- (4) 目次を作成してください。
- (5) 通し番号を付してください。（表紙及び目次は除く。）
- (6) 「15. 企画提案書作成方法」に示す順で作成し、内容を簡潔に記載してください。
- (7) 左綴じ又は上綴じとし、簡易製本してください。
- (8) 日本語で標記してください。
- (9) 専門用語等一般的に知られていない用語については、説明を添えてください。

## 17. ヒアリング審査（プレゼンテーション）

- (1) 実施日時 令和5年10月26日（木）午後1時30分から
- (2) 実施場所 長浜市立湖北病院 本館1階 交流ラウンジ
- (3) 留意事項
  - ア プレゼンテーションは、提案内容に基づいて行ってください。企画提案書と異なる内容による説明や追加資料の配布は認めません。
  - イ プレゼンテーションの方法は任意とします。プレゼンテーションで使用するパソコン、プリンター、プロジェクター、スクリーン等の機材は、参加者で用意してください。また、プロジェクターを使用する場合は、事前に連絡してください。
  - ウ プレゼンテーションの参加人数は3名以内とします。本事業の責任者（採用された場合に、契約、総括責任者人事等を含む長浜市立湖北病院に関する責任者となる者）は必ず参加してください。
  - エ プレゼンテーションの時間等
    - ① 準備は5分以内で、説明は20分以内とします。20分を経過した時点で説明を打ち切ります。質疑応答は15分程度とし、終了後は速やかに撤収してください。
    - ② プレゼンテーションの時間など詳細は参加者へ書面又は電子メールで連絡します。

## 18. 審査方法

- 本要領、仕様書等に基づき提出された企画提案書等について、プロポーザル選定委員会が審査します。
- (1) 選定は、長浜市立湖北病院において組織するプロポーザル選定委員会で提出書類に基づき、適正かつ公正に行います。

- (2) 選定は、提出された会社概要等による実績、見積価格、企画提案書による評価、提案内容等についてのプレゼンテーションにより行うものとします。
- (3) 候補者は、プロポーザル選定委員会の審査で最も高い評価を受けた者を選定します。ただし、同選定委員会での評価点が同点の場合は、担当者評価の評価得点が最も高い者を候補者に選定します。
- (4) 提案者が1者のみの場合、提案者が獲得した合計得点から事業費評価部分の評価得点を除いた得点の100点満点換算値が60点以上であれば候補者として選定します。
- (5) 選定結果に対する問い合わせや異議申し立ては一切受け付けません。
- (6) 審査結果通知後、候補者と仕様書の内容に関する協議を行い、契約締結交渉を行います。契約締結交渉が不調の時は、次点候補者と契約締結交渉を行います。
- (7) 失格となる場合  
審査の結果、次の場合は、失格とすることがあります。
  - ア 提出書類に不備がある場合
  - イ ヒアリング審査に不参加の場合（正当な理由なく5分以上遅れた場合を含みます。）
  - ウ 提案を求めた項目に対して、提案内容が示されていない場合
  - エ 上記のほか、選定委員会が候補者としてふさわしくないと判断した場合

## 19. 審査結果

- (1) 通知方法            ヒアリング審査を受けた全ての申請者に文書にて通知します。また、長浜市立湖北病院ホームページに掲載します。
- (2) 通知時期            令和5年11月24日（金）予定

## 20. 提出書類の取扱い

- (1) 提出されたすべての書類は、返却しません。
- (2) 提出後の差し替え及び追加・削除は認めません
- (3) 提出された書類は、提出した者に無断でこのプロポーザルに係る審査以外には利用しません。
- (4) 長浜市立湖北病院が必要と認める場合には追加資料の提出を求めることがあります。
- (5) 企画提案書の提出は1者につき1案とします。

## 21. 情報公開及び提供

長浜市立湖北病院は、提案者から提出された企画提案書等について、長浜市情報公開条例（平成18年長浜市条例第17号）の規定による請求に基づき、第三者に開示することができるものとします。ただし、事業を営むうえで、競争上又は事業運営上の地位その他正当な利益を害すると認められる情報は非開示となる場合があります。

なお、本プロポーザルの候補者特定前において、決定に影響がでる恐れがある情報については決定後の開示とします。

## 22. その他

### (1) 言語及び通貨単位

手続において使用する言語及び通貨単位は、日本語及び日本国通貨に限ります。

### (2) 費用負担

書類作成及び提出に係る費用など、必要な経費は全て提出者の負担とします。緊急やむを得ない理由等により、本公募型プロポーザルを実施することができないと認めるときは、停止、中止又は取り消すことがあります。なお、この場合において本公募型プロポーザルに要した費用を長浜市立湖北病院に請求することはできません。なお、令和6年2月29日までの業務引継期間については、受託業者の経費負担により引き継ぎを行うものとします。

### (3) 参加辞退の場合

参加申込書の提出後又は企画提案書の提出後、都合により参加を辞退することになった場合は、速やかに辞退届（様式2）を担当課あてに提出してください。

### (4) 失格事項

次のいずれかに該当した場合は、その者を失格とします。

ア 参加資格要件を満たしていない場合

イ 提出書類に虚偽の記載があった場合

ウ 実施要領等で示された、提出期日、提出場所、提出方法、書類作成上の留意事項等の条件に適合しない書類の提出があった場合

エ 選定結果に影響を与えるような不誠実な行為を行った場合

オ 現場説明会、ヒアリング審査に正当な理由なく欠席した場合

カ 見積書の金額が見積上限額を超過した場合

キ 提案審査において、その最低基準点を評価点が下回った場合

### (5) 著作権等の権利

企画提案書等の著作権は、当該企画提案書等を作成した者に帰属するものとします。

ただし、受託先に選定された者が作成した企画提案書等の書類については、長浜市立湖北病院が必要と認める場合には、受託先にあらかじめ通知することによりその一部又は全部を無償で使用（複製、転記又は転写をいう。）することができるものとします。

### (6) 参加者は、公募型プロポーザル方式の実施後、不知又は内容の不明を理由として、異議を申し立てることはできません。

### (7) 本実施要領で記載する各様式は、標準様式として、指定する内容が満たしてあるものについては、各社が作成する書類の使用を可能とします。

## 23. 問い合わせ先

長浜市立湖北病院 医事課 担当者 藤原・小林

滋賀県長浜市木之本町黒田1221番地

電話番号 0749-82-3315

FAX番号 0749-82-6148

E-mail kkh-iji@city.nagahama.lg.jp



令和      年      月      日

長浜市病院事業管理者 様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職

氏名

印

## 参 加 申 込 書

令和5年      月      日付けで企画提案募集のありました下記業務のプロポーザルについて、参加を申し込みます。

なお、当該業務の実施要領に定める参加資格要件については、すべて満たしていることを誓約いたします。

### 記

1. 業務の名称      長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務
2. 参加資格      実施要領に記載された要件全てに該当します。
3. 添付書類      実施要領で定める書類

### 【連絡先】

所属

職・氏名

T E L

F A X

E-mail

様式 2

令和      年      月      日

長浜市病院事業管理者 様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職

氏名

印

## 辞 退 届

過日、下記業務の企画提案に係るプロポーザルについて、参加申込書を提出しましたが、この度、都合により参加を辞退いたします。

## 記

業務の名称      長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務  
作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務

様

長浜市病院事業管理者

## 参加資格審査結果通知書

先に申込みのありましたプロポーザルの参加資格審査結果について、下記のとおり通知します。

### 記

1. 業務の名称 長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務

2. 結果

理由

3. 担当

所属	長浜市立湖北病院 医事課
電話番号	0749-82-3315
担当者	

FAX番号

## 12

様式 4-②

【No.                    】

業務の別、実施要領、仕様書等の別	<input type="checkbox"/> 医事業務等 <input type="checkbox"/> 労働者派遣業務 <input type="checkbox"/> 実施要領 <input type="checkbox"/> 仕様書等 <input type="checkbox"/> その他（ ）
質問事項に係る実施要領等のページ	
質問事項に係る実施要領等の具体的箇所	
質問事項（具体的に）	

令和 年 月 日

長浜市病院事業管理者 様

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職

氏名

印

## 見 積 書

長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務について、下記のとおり見積りします。

見積金額（月額）										円
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---

※見積金額（月額）は、下記の【内訳書】の小計（１）と小計（２）の額を合計し、記載してください。（消費税及び地方消費税は含めない。）

【内訳書】（消費税及び地方消費税は含めない。）

（１）医事業務等委託

区分	業務種別	月額（円）
1	外来関係業務	
2	初再診受付窓口等業務	
3	診療報酬明細書点検、集計業務	
4	医事事務業務	
5	救急外来・休日受付業務	
小 計 （１）		

（２）医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務

区分	業務種別	月額（円）
1	医師事務作業補助業務	
2	病棟クランク業務	
小 計 （２）		

## 各業務人員配置計画

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職

氏名

印

委託業務種別		標準配置人工	配置者の資格等	特記事項
総括責任者				
1	外来関係業務			
	内科受付業務			
	整形外科受付業務			
	眼科受付業務			
	皮膚科受付業務			
	婦人科受付業務			
	放射線科受付業務			
	リハビリテーション科受付業務			
	外来入力業務			
	その他			
2	初再診受付窓口等業務			
	総合受付業務			
	会計窓口業務			
	収納業務			
	その他			
3	診療報酬明細書点検、集計業務			
4	医事事務業務			
	電話交換業務			
	介護保険請求等業務			
	生活保護関連業務			
	自賠責診断書・明細書処理業務			
	労務災害・公務災害関連業務			
	その他			
5	救急外来・休日受付業務			

## 様式6－②

### ※注意事項

1. 各業務に配置する標準配置人工を記入すること。
2. 1人工に該当する所定労働時間について、当院の就業時間は7時間45分であるが、業務委託であるので、各社の就業規定等から判断すること。
3. 本社・支社等からのバックアップ人員又は後方支援人員等は、含まないこと。
4. 各ポスト1.0を基本として、必要に応じて0.1～0.9等記入すること。
5. 本様式の指定した項目要件を満たした任意様式は「可」とします。
6. 各社独自の提案に基づく人員配置が記載できない場合においても「5」と同様とします。



## 会社（企業）の概要

事項		摘要
会社（企業）名		
本社（店）所在地		
設立年月日		
事業概要		
沿革と特徴		
資本金		
過去 2 年間の経営実績	令和 3 年度	売上金、営業利益、経常利益等
	令和 4 年度	売上金、営業利益、経常利益等
その他 (特筆すべきものがあれば)		有資格者数、資格試験合格者数、従業員数(常勤)、平均勤続年数(常勤)

※注意事項 事業概要、沿革と特徴については、別紙添付でも可とする。

## 業 務 実 績

業者名 \_\_\_\_\_

## 【医事業務等委託業務】

	医療機関名	病床数	県名	受託期間	受託業務内容
例	〇〇病院	110	滋賀県	H30. 4～R3. 3	受付窓口業務 診療報酬請求事務
1					
2					
3					
4					
5					

## 【労働者派遣業務】

	医療機関名	病床数	県名	受託期間	受託業務内容
例	△△病院	180	滋賀県	R1. 4～R4. 3	医師事務作業補助業務 労働者派遣業務
1					
2					
3					
4					
5					

※注意事項 「近畿」「東海」「北陸」など近隣地域の順に記載してください。

令和      年      月      日

様

長浜市病院事業管理者

## プロポーザル審査結果通知書

企画提案書を提出いただきましたプロポーザルについて、長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務プロポーザル選定委員会において審査した結果、下記のとおり通知します。

### 記

1. 業務の名称      長浜市立湖北病院医事業務等委託及び長浜市立湖北病院医師事務作業補助業務及び病棟クランク業務に係る労働者派遣業務

2. 結果

### 理由

3. 担当

所属	長浜市立湖北病院 医事課
電話番号	0749-82-3315
担当者	