

プロポーザル方式実施説明書

第1章 プロポーザル参加に係る手続き等

1 プロポーザルの概要

(1) 業務の概要

ア 業務委託名 浜松医療センター医事業務

イ 業務内容 別紙「業務説明資料」のとおり

ウ 履行期間 令和9年4月1日から令和10年3月31日まで

※上記契約期間満了後については、業務内容を見直した上で、受託者との合意により、1年ごとに契約を更新することができるものとする。

ただし、契約期間は最長で令和14年3月31日までとする。

エ 契約上限金額 315,000,000 円（消費税及び地方消費税を含む）

(2) 書類一覧

本プロポーザル方式で用いる書類は次のとおりとする。

1	仕様書	
2	業務説明資料	
3	受託者選定要領	
4	プロポーザル方式実施説明書	
5	様式1	参加意向申出書
6	様式2	参加資格確認結果通知書
7	様式3	質疑応答書
8	様式4	企画提案書
9	様式5	企画提案等の取扱いに関する回答書
10	様式6	結果通知書

※5～10 は、プロポーザル方式実施説明書に添付

(3) スケジュール

本プロポーザル方式におけるスケジュールは次のとおりとする。

参加意向申出書 及び 質疑応答書提出期限	9月29日（火）午後5時00分まで（必着）
質疑に対する回答送付日	10月 2日（金）
企画提案書等提出期間	10月21日（水）午後5時00分まで（必着）
ヒアリング実施日	10月27日（火）に実施予定
特定・非特定の通知日	業者特定後、速やかに通知
契約締結	業者特定後、速やかに締結

2 担当部署及び問い合わせ先

〒432-8580 浜松市中央区富塚町 328 番地

公益財団法人浜松市医療公社 浜松医療センター医事課 担当：伊藤

電話 053-451-2711 FAX 053-451-2776

メールアドレス yoshiyasu.ito@hmedc.or.jp

3 参加するために必要な資格

次に掲げる要件を満たす者

- (1) 会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者（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）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者（再生手続開始の決定を受けている者を除く。）でないこと。
- (2) 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。）、暴力団員等（同条第 6 号に規定する暴力団員又は同号に規定する暴力団員でなくなった日から 5 年を経過しない者をいう。以下同じ。）及び暴力団員等と密接な関係を有する者並びにこれらの者のいずれかが役員等（無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。）となっている法人その他の団体に該当しない者であること。
- (3) 令和 8 年 3 月 31 日の時点の直近 3 年度以内において、一般病床 500 床以上の DPC 対象病院で、1 年以上継続して外来及び入院会計請求事務を含む医事業務受託の実績を有していること。
- (4) その他理事長が必要と認める条件等を満たす者であること。

4 参加手続き等

(1) 参加意向申出書の提出

本プロポーザルにおける企画提案書提出の意思について、次により提出すること。

ア 提出期限 令和 8 年 9 月 29 日（火）午後 5 時 00 分まで（必着）

イ 提出先 第 1 章 2 の担当まで

ウ 提出方法 電子メール（第 1 章 2 のメールアドレス）又は持参並びに郵送（郵送の場合は書留郵便とし、受付期間の最終日までに必着とする。）

エ 参加意向申出書（様式 1）

※上記 3(3)の実績を有する者であることを証する書面を添付すること

(2) 参加資格確認結果通知書の交付

ア 交付場所 公益財団法人浜松市医療公社

浜松医療センター医事課医事係 担当：伊藤

イ 日時 令和 8 年 10 月 2 日（金）午前 9 時以降

（午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分まで 土曜日、日曜日、祝日、年末年始を除く）

ウ その他 電話連絡等はしない。

※なお、郵送を希望する場合は、参加意向申出書を提出する際に、140 円切手を貼った返信用封筒を添付すること。

(3) 質問書の提出及び回答

本プロポーザル方式の内容について疑義のある場合は、次により質問書の提出をすること。質問に対する回答は、参加資格を認められた者全員に通知する。なお、質問事項のない場合は、質問書の提出は不要とする。

ア 提出期限 令和 8 年 9 月 29 日（火）午後 5 時 00 分まで（必着）

イ 提出先 第 1 章 2 の担当まで

ウ 提出方法 電子メール（第 1 章 2 のメールアドレス）

エ 回答送付日及び方法 令和 8 年 10 月 2 日（金）

質問者から送信されたメールアドレスへの返信メールによって回答を送る

5 参加資格の喪失

(1) 参加意向申出書の提出期限の日又は指名通知日から受託候補者の特定の日までの間に次のいずれかに該当することになった場合には、以後の本件に関する手続の参加資格を失うものとする。

(ア) 第 1 章 3 に規定する当該業務委託に係る参加資格の全ての要件を満たす者ではなくなったとき

(イ) 第 1 章 4(1)エ及び第 2 章 2(1)で示す書類に虚偽の記載をしたとき

第 2 章 企画提案書等について

1 企画提案書、その他企画提案に関する資料（以下「企画提案書等」という。）の内容

(1) 企画提案書等は、次に掲げる内容を記載するものとする。

ア 業務実施体制

- ・業務を実施するための職員配置計画
- ・配置予定の管理責任者の資格や経験
- ・業務を遂行するための指揮命令系統
- ・業務に合わせた人員配置の定期的な見直しに関する計画
- ・人材確保や離職防止のための取り組みや工夫
- ・欠員時の対応等について企業全体でのバックアップ体制
- ・感染症蔓延や災害等の非常事態発生時の危機管理体制
- ・業者変更時の引継ぎ計画

イ 教育体制

- ・業務実施のための教育体制
- ・職員のモチベーションを高める教育体制や離職防止・スキルアップにつながる取り組み
- ・新規採用や交代職員への教育体制

ウ 患者サービス向上

- ・患者サービス、接遇向上に向けた取組みや体制
- ・来院者からの要望や苦情へ対応する体制

エ 病院経営への貢献

- ・診療報酬請求の精度向上の取組み（カルテ確認、請求漏れ対策のための運用方法、チェック体制、病院職員への説明など）
- ・査定の分析や対策の仕組みや工夫
- ・審査の状況を収集し、保険請求に反映させる取組み
- ・DPC 制度の中での収益を確保するための方法
- ・診療報酬改定時の病院職員との検討や協力内容

オ その他提案・アピールポイント

- ・その他病院にとって効果的な提案等

2 企画提案書等の提出

(1) 提出物

ア 企画提案書（様式 4）

イ 企画提案書等 ※第 2 章 1 を参照のうえ提出すること。

- ・参考見積書（内訳書）

(2) 提出部数 15 部（正本 1 部、副本 14 部）

(3) 提出先 第 1 章 2 の担当まで

(4) 提出期限 令和 8 年 10 月 21 日（水）午後 5 時 00 分まで

(5) 提出方法 持参又は郵送（郵送の場合は書留郵便とし、受付期間の最終日までに必着とする。）※(1)ア、イについては、電子メールにより電子データも併せて提出すること。提出先は第 1 章 2 のメールアドレス。

3 企画提案書等作成にあたっての留意点

- (1) 明確かつ具体的に記述すること。また、提出書類の造語、略語等は、一般的な用語等を用いて初出の箇所に定義を記述すること。
- (2) 様式について、原則として A4 判とすること。ただし、レイアウト図面など A4 判では視認性が劣る場合は A3 版を使用することも可とする。
- (3) 提出書類には、項目ごとの表題を付し、1 項目が複数のページにわたるときには、下部中央にページ番号を振ること。
- (4) 企画提案書は 30 ページ以内とすること。
- (5) 参考見積は契約期間の総額及び一月当たりの金額（消費税及び地方消費税相当額を含まない。）を提示すること。また、業務種別ごとの人工や費用などがわかる見積内訳を添付して積算の根拠を示すこと。

4 無効となる企画提案書

次のいずれかに該当する提案は、無効とする。

- (1) プロポーザル方式実施説明書第2章1 及び2 に定める条件に適合しない提案。
- (2) 虚偽の記載をした提案。
- (3) 第1章3 に示した参加資格を有しない者の提案。
- (4) ヒアリングに出席しなかった者の提案。
- (5) 参考見積金額が、実施説明書に示した契約上限金額を超える提案。

5 企画提案書等の取扱い

- (1) 企画提案書等の作成及び提出等に係る費用は提案者の負担とする。
- (2) 提出された企画提案書は、本プロポーザル方式における受託候補者の特定以外の目的では使用しないものとする。
- (3) 企画提案書等の公開は原則非公開とする。
- (4) 提出された書類は、特定を行うために必要な範囲で複製を作成することがある。
- (5) 企画提案書等の提出後、医療公社の判断により補足資料の提出を求めることがある。
- (6) 企画提案書等に虚偽の記載をしたことが判明した場合には、提出された企画提案書等を無効とするとともに、虚偽の記載をした者に対して、以後の医療公社の入札について入札参加資格停止等の措置を行うことがある。
- (7) 受託候補者の特定は、企画提案書等を基に行うが、契約後の業務は必ずしも提案内容に沿って実施するものではない。
- (8) 企画提案書等の提出は、1 者につき1 案のみとする。
- (9) 提出された書類は返却しないものとする。
- (10) 企画提案書等に含まれる著作権・特許権など日本国の法令に基づいて保護される第三者の権利の対象となっているものを使用した結果、生じた責任は提案者が負うものとする。

第3章 評価の手続き及び受託候補者の特定

1 企画提案書等の評価

企画提案書等の審査は、検討会議にて選定した評価委員会が次のように行う。

(1) 評価の実施(ヒアリング)

ア 実施日時については、別途連絡する。

イ 提出された企画提案書等のみを使用し、他の資料、機材等は使用しないものとする。

ウ ヒアリングへの出席者は5 人以内(うち 1 人は業務を中心的に担当する者が望ましい。)とし、ヒアリング時間は1 者あたり 30 分程度(説明 20 分、質疑 10 分程度)を予定している。なお、ヒアリングはWEB で開催する場合もある。

(2) 評価基準

「企画提案書評価基準」のとおり。

2 受託候補者の特定

- (1) 第3章1により最も優れていると評価された提案者を受託候補者として特定し、契約締結に向けた必要な協議を行う。なお、この協議において、受託候補者からの企画提案書の内容の変更は、原則として認めないものとする。
- (2) 受託候補者と契約締結に至らなかった場合は、次順位の者を新たな受託候補者として手続きを行うものとする。
- (3) 特定・非特定の通知
提出者のうち、受託候補者として特定した者及び特定されなかった者に対して、その旨及びその理由を書面により通知する。(特定・非特定決定後、速やかに通知)

3 特定の取消

受託候補者として特定された者は、特定の日から契約締結の日までの間に、次のア、イに該当することになった場合には、当該プロポーザル方式における受託候補者としての特定は取消しするものとし、契約締結は行わないものとする。この場合、次順位の者を新たな受託候補者として手続きを行うものとする。

- (1) 第1章3に規定する参加資格の全ての要件を満たす者ではなくなったとき
- (2) 第1章4(1)エ及び第2章2(1)で示す書類に虚偽の記載をしたとき

第4章 その他

1 手続において使用する言語及び通貨

- (1) 言語 日本語
- (2) 通貨 日本国通貨

2 契約書作成の要否

要する。

3 その他

ア 企画提案書の作成のために作成された資料は、当公社の了解なく本プロポーザル以外に公表、使用することはできない。

イ プロポーザルは受託候補者の選定を目的に実施するものであり、契約後の業務においては必ずしも提案内容に沿って実施するものではない。

ウ 選定された企画提案書を提出した応募者とは、後日、本要請書及び特定された企画提案書等に基づき、業務委託契約を締結する。なお、業務委託条件・仕様等は、契約段階において若干の修正を行うことがある。

エ 参加意向申出書の提出後契約締結までの手続期間中に指名停止となった場合には、以後の本件に関する手続の参加資格を失うものとする。また、受託候補者として選定されている場合は次順位の者と手続きを行う。

オ 概算業務価格（上限）は 315,000,000 円（税込）。なお、企画提案書提出時には参考見積書を提出すること。

様式 1

令和 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 宛て

所在地

名称

代表者氏名

印

参 加 意 向 申 出 書

下記の件について、プロポーザルの参加を申し込みます。

件名：浜松医療センター医事業務

連絡担当者

所属

氏名

電話

F A X

E-mail

様式 2

令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代表者職氏名) 様

公益財団法人浜松市医療公社
理事長

参加資格確認結果通知書

次の件について、参加資格確認結果を通知します。

件名：浜松医療センター医事業務

結果①：資格を有することを認めます。

プロポーザル方式実施説明書により、企画提案書等を提出してください。

結果②：次の理由により、資格を有することを認められません。

理由：××のため

担 当

様式 3

質 疑 応 答 書		
件 名 浜松医療センター医事業務		
業 者 名		
提出日 令和 年 月 日		
回答日 令和 年 月 日		
項 目	質 疑 事 項	回 答 事 項

様式 4

令和 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 宛て

住所又は所在地
商号又は名称
代表者職氏名 印

企 画 提 案 書

次の件について、企画提案書を提出します。

件名： 浜松医療センター医事業務

連絡担当者
所属
氏名
電話
F A X
E-mail

様式 5

令和 年 月 日

公益財団法人浜松市医療公社理事長 宛て

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

企画提案書等の取扱いに関する回答書

企画提案書等の取扱いに関する確認について、次のとおり回答します。

対象案件：浜松医療センター医事業務

上記対象案件に関する企画提案書等に、当社の技術力やノウハウ等、公開又は公表することにより当社の正当な利益を害する情報にあたると考える部分が

- ・あります
- ・ありません

※「あります」と回答した場合

企画提案書等において当社の正当な利益を害すると考える部分は、別添のとおりです。

様式 6

令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代表者職氏名) 様

公益財団法人浜松市医療公社
理事長

結 果 通 知 書

貴社から提出のあった次の件の企画提案書について、評価結果を次のとおり通知します。

件名： 浜松医療センター医事業務

結果①：最適であると特定しました。

契約等の手続きにつきましては、別途連絡します。

結果②：下記の理由により特定しませんでした。

理由：××のため

〒432-8580 浜松市中央区富塚町 328 番地
公益財団法人浜松市医療公社
医事課医事係担当：伊藤
Tel：053-451-2711