

中津市民病院及び
小児救急センター医事委託業務

プロポーザル募集要項

令和5年8月

中津市民病院

1 目的

病院における患者への医事サービス提供は、「病院の顔」であり、きめ細かい患者対応と福祉の精神を以って誠心誠意、且つ継続的に対応しなければならない。よって、運営業務実施に伴う委託事業者の選考は、事業者を協同のパートナーとして認識し、病院職員と一体となってサービスが提供できる体制の確保が必要であると考え、企業独自のノウハウを生かすことのできるプロポーザル方式にて選定を行うものである。

2 外来医事業務の概要

(1) 事業名称

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務

(2) 委託内容

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務（仕様書に基づく）

(3) 履行期間

令和6年4月1日から令和9年3月31日までとする。

（注意）この業務委託契約は、この契約の締結の日の属する年度の翌年度以降に於いて、当該契約に係る委託者の歳出予算において減額または削減があった場合は、委託者はこの契約を変更又は解除できるものとする。この場合において受託者は、解除によって生じた損害の賠償を請求できないものとする。なお、本業務に定める事項を履行しない時、また、関係法令に違反しその状態が解消されず、契約の目的を達することができないと認められるときは、契約の解除を行うことがある。

※準備期間：契約日から令和6年3月31日まで（※概ね3ヶ月）

準備期間中に発生する費用については本契約金額に含んで算出すること。

(4) 履行場所

大分県中津市大字下池永173番地

(5) 施設概要

- | | |
|--------|--|
| ・施設名 | 中津市立中津市民病院 |
| ・病院所在地 | 大分県中津市大字下池永173番地 |
| ・開設者 | 中津市長 奥 塚 正 典 |
| ・管理者 | 事業管理者 是 永 大 輔 |
| ・開設日 | 平成12年7月1日（国より経営移譲） |
| ・病床数 | 250床 |
| ・診療科目 | 内科、糖尿病・内分泌内科、心療内科（休診中）、神経内科、呼吸器内科、消化器内科、循環器内科、血液内科、腎臓内科、小児科、外科、消化器外科、内視鏡外科、乳腺外科、肛門外科、呼吸器外科、小児外科、泌尿器科、整形外科（休診中）、脳神経外科、心臓血管外科、産婦人科、耳鼻咽喉科（休診中）、放射線科、麻酔科、病理診断科、歯科口腔外科、リハビリテーション科 計28科目 |
| ・指定機関等 | 救急告知病院、労災保険指定病院、生活保護法指定病院、災害拠点病院、臨床研修病院、指定自立支援指定病院、地域周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、地域医療支援病院、へき地医療拠点病院、日本医療機能評価認定病院 |

・学会認定施設	日本外科学会外科専門医制度修練施設、日本呼吸器外科学会専門医制度関連施設、日本消化器外科学会専門医修練施設、日本がん治療認定医機構認定研修施設、日本乳癌学会関連施設、日本泌尿器科学会専門医教育施設、日本医学放射線学会専門医修練機関、日本 I V R 学会専門医修練施設、日本小児科学会小児科専門医研修施設、日本消化器病学会認定施設、日本肝臓学会認定施設、日本病理学会研修登録施設、日本泌尿器科学会泌尿器科専門医教育施設、日本麻酔学会麻酔科認定病院、日本産婦人科学会専門医制度専攻医指導施設、日本内科学会認定教育関連病院、日本静脈経腸管栄養学会・N S T 稼働施設 日本認知証学会教育施設認定証 ※主なものを抜粋	
・各種指標	1 日平均入院患者数	2 1 5 . 8 人（令和 4 年度実績）
	1 日平均外来患者数	2 9 3 人（令和 4 年度実績）
	平均在院日数	8 . 9 日（令和 4 年度実績）
・職員数	5 4 6 人（令和 5 年 4 月 1 日現在）	
・看護基準	7 : 1	
・建物の状況	建設年度	平成 2 4 年 1 0 月
	本棟：R C 造・S 造（免震構造、一部耐震構造）地上 5 階、塔屋 1 階 新病棟・リハビリ棟：R C 造（耐震構造）地上 2 階	
・救急体制	2 4 時間 3 6 5 日体制で救急患者に対応している。小児科医 1 名、全般医師 1 名、臨床検査技師、看護師が当直するほか、医師 4 名と薬剤師、診療放射線技師、臨床工学技士、事務員がオンコール体制で待機している。	

3 参加資格

本プロポーザルに参加する事業者（以下「参加者」という。）は、次の参加資格を全て満たしている者とする。

- （1）公共団体から競争入札参加有資格者指名停止を受けていないこと。
- （2）経営不振の状態《会社更生法（平成14年法律第154号）第17条第1項に基づき更正手続開始の申し立てをしたとき、民事再生法（平成11年法律第225号）第21条第1項に基づき再生手続開始の申し立てをしたとき、手形又は小切手が不渡りになったとき等。》である者でないこと。
- （3）中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務を、仕様書に基づき、令和 6 年 4 月 1 日より運用可能な状態とすること。
- （4）以下の項目のうち、1 項目でも該当がないこと。
 - ア 契約の履行に当たり虚偽の資格、経験年数を届け不正な行為をした者。
 - イ 公正な競争の執行を妨げた者。
 - ウ 公正な価格の成立を害し、若しくは不正な利益を得るために連合した者。
 - エ 第一交渉権者の契約締結又は契約者の契約履行を妨げた者。
 - オ 監督又は検査の実施にあたり、職員の職務の執行を妨げた者。
 - カ 正当な理由なくして、契約を履行しなかった者。
 - キ 契約に関する調査に当たり虚偽の申し出をした者。
 - ク 前各号の一に該当する事実があった後 3 年を経過しない者を、契約の履行にあたり、代理人、支配人、その他の使用人として使用した者。

ケ 指名停止等の行政処分を受けた者（過去1年間）。

(5) 大分・福岡管内において事業所（本社・支店・営業所・出張所）を有すること。

(6) 九州地区において急性期病床を有する150床以上の国公立または公的医療機関の病院について、医事委託業務を3施設以上かつ3年以上継続して履行中の者であること。

(7) 中津市民病院の委託業務の責任者は、200床以上の病院にて3年以上診療報酬請求業務の実務経験を有する者であり、かつ業務の責任者として直近2年以内に半年以上の経験を有する者、または病院が実績を有すると認めた者であること。なお、委託業務の責任者は、病院に常駐し、他の医療機関等と兼務しないこと。

小児救急センターの委託業務の責任者は、診療所又は病院にて3年以上の医事業務の実務経験を有する者であること。

(8) 過去3カ年の間に国（公社、公団及び独立行政法人を含む。）又は地方公共団体と種類及び規模をほぼ同じくする契約を数回以上にわたって締結し、かつ、これらをすべて誠実に履行した者であること。また、資格審査結果通知書（全省庁統一資格）にて「役務の提供等」に係る一般競争（指名競争）参加資格の認定を受けており、且つ、九州沖縄地域の競争参加資格を有し、A、B又はC等級に格付けされていること。

過去3カ年において医事業務委託（請負）及び医療関連委託及び派遣に係る各競争入札において落札したにも関わらず、人材の確保及び業務能力が求められる水準に達せず辞退した実績がないこと。

(9) 総合賠償責任保険に加入していること。

(10) 「法人税」と「消費税及び地方消費税」について未納がないこと。

(11) 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。

(12) 中津市暴力団排除条例（平成24年中津市条例第42号）第2条第2号に規定する暴力団員または同条例第6条に規定する暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者と関係する者でないこと。

4 資料の交付について

(1) 交付期間

令和5年8月4日（金）から令和5年9月8日（金）迄とする。

(2) 交付方法

中津市民病院ホームページからダウンロードすること。

中津市民病院ホームページ <http://www.city-nakatsu.jp/hospital/index.html>

5 参加申請

(1) 一次書類選考提出書類

（※下記項目①～⑫及び提案書項目ア～ク）

- | | |
|------------------|--------------------|
| ① 一次書類選考参加申請書 | 【第1号様式】 |
| ② 上記3（5）を証明できる書類 | 【第2号様式】【第2号様式の1】 |
| ③ 上記3（6）を証明できる書類 | 【第3号様式の1】【第3号様式の2】 |
| ④ 上記3（7）を証明できる書類 | 【資格者証の写し】【第7号様式】 |
| ⑤ 上記3（8）を証明できる書類 | 【資格審査結果通知書の写し】 |

- ⑥ 上記 3 (9) を証明できる書類 【保険証券の写し】
- ⑦ 上記 3 (10) を証明できる書類 【所定様式：納税証明様式その 3 の 3】
- ⑧ 決算書（直近 3 ヶ年分） 【任意の書式】
- ⑨ 会社経営状況 【第 2 号様式の 2】
- ⑩ 会社案内、パンフレット
- ⑪ 会社の業務における基本理念等 【第 6 号様式】
- ⑫ 以下、認証取得されている場合提出
 - I S O 9 0 0 1（品質） 【登録証の写し】
 - I S O 2 7 0 0 1（情報セキュリティ） 【登録証の写し】
 - J I S Q 1 5 0 0 1（個人情報保護） 【登録証の写し】
- ⑬ 提案書：仕様書の業務内容を熟慮し下記ア～クの項目により作成のこと 【第 5 号様式：任意様式でも可】

ア、業務の管理体制について

- ①-1 管理体制について
- ①-2 運営組織図について

イ、人材の確保について

- ②-1 事業遂行に必要な人員及び人材の確保体制について
- ②-2 人選の基準について

ウ、教育体制について

- ③-1 従事者に対する教育（社内研修等）体制と取り組みについて
- ③-2 電子カルテ・医事システム等に関する教育指導体制の整備状況について
- ③-3 研修等（請求事務の精度及び技術、接遇等）の年間計画について

エ、医事業務について

- ④-1 日常業務運営方法と配置予定について
- ④-2 請求業務及び査定・返戻に対する考え方と取り組みについて
 - ※算定漏れ防止等請求精度向上の取り組みについて具体的に記載すること
- ④-3 病院主催の会議等への参加に対する考え方と他施設での取り組み事例について

オ、苦情処理について

- ⑤-1 利用者（患者等）の苦情に対する考え方と取り組みについて
- ⑤-2 施設からの指摘等に対する考え方と取り組みについて

カ、個人情報について

- ⑥-1 個人情報の保護に関する考え方及び取り組みについて

キ、その他

- ⑦-1 作業効率向上等の業務改善に向けた取り組みについて
- ⑦-2 当院に有益かつ独自の提案があれば記述すること

注）提案書の作成にあたっては第 5 号様式を参照のこと。

ク、見積書(任意様式)

中津市民病院医事委託業務、中津市立小児救急センター医事委託業務についてそれぞれ令和 6 年度から令和 8 年度までの 3 カ年の委託料、月額委託料をそれぞれ消費税抜きで記載すること。なお、見積明細書を添付し、その内容の詳細が分かるようにすること。

(2) 提出部数

- ①～⑫ 正本1部 副本2部 (コピー可)
⑬提案書 正本1部 副本19部 (コピー可)

(3) 提出期間

令和5年8月4日(金)から令和5年9月8日(金)迄とする。

ただし、土曜日、日曜日及び国民の祝日に関する法律に規定する休日を除き、正午から午後1時までを除く午前9時から午後5時迄とする。

(4) 提出先

「項目7 問合わせ先及び提出先」のとおり

(5) 提出方法

持参により提出すること。

6 質疑の受付及び回答

(1) 質疑書の受付及び回答

募集要項の内容について、質疑がある場合はその都度、質疑書(第4号様式)を使用してメール(e-mail)にて送付すること。なお、原本は後で送付すること。

ア 質疑の期限

令和5年9月1日(金) 17:00 迄とする。

イ 質疑の提出先

「項目7 問合わせ先及び提出先」のとおり

(2) 回答方法

令和5年9月5日(火) 17:00 迄にその都度メール(e-mail)にて回答を行う。

なお、必要であれば全参加者へ回答を行う。

7 問合わせ先及び提出先

住 所：〒871-8511 大分県中津市大字下池永173番地

担当者：中津市民病院 総務課

施設用度係 担当：恒住 清末

e-mail：youdo@nakatsu-hosp.jp

医事係 担当：佐藤

e-mail：iji@nakatsu-hosp.jp

電 話：0979-22-2480

FAX：0979-22-2481

8 二次選考(プレゼンテーション)の実施

一次評価項目により一次書類選考を行う。一次書類選考を通過した参加者には、結果通知とともに二次選考(プレゼンテーション)の実施要項を送付する。

※一次書類選考の結果については、令和5年9月下旬にメール(e-mail)又は電話にて連絡を行い、後日

文書にて通知する。

※二次選考に参加又は辞退する場合は参加・辞退申請書（第8号様式）を提出すること。

提出は一次書類選考結果通知（メール）が届き次第メール（PDF）にて提出し、原本についても郵送又は持参にて提出すること。

9 その他

（1）以下の条件に該当する場合は失格とする。

ア 本要項の規定に違反したもの

イ 提出書類の中に、虚偽の内容が記載されているもの

（2）参加者は、提出書類の内容に関し説明を求められた場合は、それに応じなければならない。

（3）提出書類等の作成など、本プロポーザルへの参加に要する費用は参加者の負担とする。

（4）提出書類の著作権は参加者に帰属し、本プロポーザル以外で参加者に無断で使用しない。

（5）提出期限後における書類等の提出、再提出及び差し替えは認めない。

（6）提出された書類は、本プロポーザルを行う作業に必要な範囲において、複製を作成することがある。

（7）提出された書類は返却しない。

(第 1 号様式)

一次書類選考参加申請書

令和 年 月 日

中津市病院・診療所事業管理者 是 永 大 輔 あて

提出者（所在地）

（商号又は名称）

（代表者氏名）

印

令和 5 年 8 月 4 日付けで募集公告がありました「中津市民病院及び小児救急センター医事委託事業者選定プロポーザル」への参加を表明し、関係書類を添えて申請します。

なお、記載内容については、事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

部署名	
（フリガナ） 氏名 1	
（フリガナ） 氏名 2	
電話番号	
F A X 番号	
E-mail アドレス	

会社概要

1	商号又は会社名	
2	代表者（フリガナ）	
3	所在地	
4	電話番号	
5	FAX番号	
6	ホームページURL	
7	設立年月日	
8	資本金	
9	従業員数	
10	業務内容	
11	事業資格，登録，免許	
12	本業務に従事する 事業所	（事業所名） （代表者） （所在地） （電話番号） （FAX番号）

（令和 年 月 日現在）

九州内拠点一覧表

九州内拠点	① 事業所名：
	所在地：
	中津市民病院までの距離：約 Km
	中津市民病院までの到達時間：約 時間 分
	② 事業所名：
	所在地：
	中津市民病院までの距離：約 Km
	中津市民病院までの到達時間：約 時間 分
	③ 事業所名：
	所在地：
	中津市民病院までの距離：約 Km
	中津市民病院までの到達時間：約 時間 分
④ 事業所名：	
所在地：	
中津市民病院までの距離：約 Km	
中津市民病院までの到達時間：約 時間 分	
⑤ 事業所名：	
所在地：	
中津市民病院までの距離：約 Km	
中津市民病院までの到達時間：約 時間 分	

※事業所は当該業務（外来受付及び小児救急センター医事等）に関連するものを記載する。

※複数事業所がある場合は距離の近いものから上位 5 事業所を記載する

(令和 年 月 日現在)

会 社 経 営 状 況

会社の経営状況	1	売上高	令和 2 年度	
			令和 3 年度	
			令和 4 年度	
	2	流動比率	令和 2 年度	
			令和 3 年度	
			令和 4 年度	
	3	経常利益率	令和 2 年度	
			令和 3 年度	
			令和 4 年度	
	4	自己資本率	令和 2 年度	
			令和 3 年度	
			令和 4 年度	

(令和 年 月 日現在)

(第3号様式の1)

業務実績一覧表（自治体、国立病院）

1. 業務実績（自治体、国立病院） ※九州地区に限る

番号	業務期間 (着手～完了)	病院名	病床数	業務内容
1	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
2	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
3	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
4	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
5	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
6	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
7	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
8	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
9	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
10	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：

(注1) 実績多数の場合は、直近の案件から最大10件迄として記載すること。

(注2) 業務を実施した証として、契約書、仕様書等の写しを提出すること。

業務実績一覧表（民間、その他）

1. 業務実績（民間、その他） ※九州地区に限る

番号	業務期間 (着手～完了)	病院名	病床数	業務内容
1	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
2	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
3	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
4	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
5	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
6	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
7	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
8	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
9	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：
10	令和〇〇年〇〇月〇〇日～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日		9999 床	☐ 入院医事 ☐ 外来医事 ☐ 夜間医事 ☐ その他：

(注1) 実績多数の場合は、直近の案件から最大10件迄として記載すること。

(注2) 業務を実施した証として、契約書、仕様書等の写しを提出すること。

(第4号様式)

中津市民病院及び小児救急センター 医事委託業務質疑書

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務プロポーザルについて、
募集要項6の(1)に基づき質問をしますので、回答願います。

令和 年 月 日

中津市病院・診療所事業管理者 是 永 大 輔 あて

(提出者)

住 所

会 社 名

事 務 所 名

代 表 者 名

電 話 番 号

F A X

担 当 者 名

担当者 e-mail

(第4号様式の1を添付すること。)

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務

質疑応答書

該当頁	質 問 項 目	回 答

(第 5 号様式) ※任意の様式でも可

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務

一次書類選考提案書（縦書の場合）

【提案内容】

① 1 事業遂行に必要な人員及び人材の確保体制について

(第 5 号様式) ※任意の様式でも可

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務

一次書類選考提案書 (横書の場合)

【提案内容】

① 1 事業遂行に必要な人員及び人材の確保体制について

(第 6 号様式)

中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務

基本理念記載書

内 容

(第7号様式)

● 受託業務の責任者等の業務実績

中津市民病院

【受託業務責任者】

氏 名		年齢	才	実務 経験年数	年
責任者歴	(正) 年	資格等			
	※資格等の免許証のコピーを添付すること				
責任者実績	病院名 (病床数)	(床)			
	業務期間	年 月 ～ 年 月			
病院業務実績	病院名 (病床数)	(床)			
	業務期間	年 月 ～ 年 月			
	病院名 (病床数)	(床)			
	業務期間	年 月 ～ 年 月			

小児救急センター

【受託業務責任者】

氏 名		年齢	才	実務 経験年数	年
病院業務実績	病院名				
	業務期間	年 月 ～ 年 月			
	病院名				
	業務期間	年 月 ～ 年 月			

二次選考（プレゼンテーション）参加・辞退申請書

令和 年 月 日

中津市病院・診療所事業管理者 是 永 大 輔 あて

提出者（所在地）

（商号又は名称）

（代表者氏名）



「中津市民病院及び小児救急センター医事委託業務事業選定プロポーザル」の一次書類選考通過に伴い
二次選考への参加・辞退を表明します。

なお、事前提出（一次書類選考）の記載内容については、事実と相違ないことを誓約します。

参 加 ・ 辞 退 （左記項目を○で記載すること）

【担当者連絡先】

部署名	
(フリガナ) 氏名 1	
(フリガナ) 氏名 2	
電話番号	
F A X 番号	
E-mail アドレス	