

令和5年度～令和7年度
大阪はびきの医療センター入院患者等給食
業務委託契約
募 集 要 項

令和4年9月
地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター

【 目 次 】

I. 事業の概要.....	3
II. 応募手続.....	4
III. 事業者の決定等.....	9
IV. スケジュール.....	10
V. 問い合わせ先	11
VI. 最優秀提案者選定基準	12
VII. 業務仕様書.....	14

I. 事業の概要

1. 募集実施の趣旨

本業務は、南河内地域の医療ニーズに応える総合的な医療の拠点病院と、呼吸器・アレルギー・感染症等の専門病院としての機能を有する大阪はびきの医療センター（以下「センター」という。）において、入院患者はじめ、入院患者の家族、職員及び病児保育の対象となる児童に提供する給食の業務を円滑に実施することを目的としており、更に患者給食における満足度の向上、新病院開院に伴う新調理システムおよび新献立の導入、様々な院内運用の見直しへの適応能力を含め以下の基本的観点から業者を選定する。

- (1) 価格
- (2) 実績・運営体制
- (3) 給食業務運用
- (4) 安全衛生管理・危機管理体制
- (5) 試食
- (6) 自由提案

なお、センターが業務強化を希望する項目があることに留意の上、提案を行うこと

2. 事業の概要

(1) 業務の名称

令和5年度から令和7年度までにおける地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センターの入院患者等の給食業務の委託契約

(2) 履行期間

令和5年5月6日（昼食）から令和8年3月31日まで

(3) 履行場所

大阪府羽曳野市はびきの三丁目7番1号

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

(4) 業務内容

本募集要項「VI 業務仕様書」のとおりとする。

ただし、本業務仕様書は業務における最低限の水準を示したものであり、事業者から本要項で定める企画提案書にはそれを上回る企画提案を求める。

提案された企画については、別途費用が発生する項目を除き仕様項目に追加されることを留意して提案すること。

(5) 予定価格（人件費・経費（給食材料費を除く））

本業務委託の提案は、あらかじめ予定価格を公表して行う。

予定価格（消費税および地方消費税相当額を除く。）＝ 5億1千万円

（※履行期間の総額金額とする）

なお、新病院（405床）において、病床稼働率は約80%程度を想定している。

予定価格を上回る提案については、無効とする。

II. 応募手続

1. 募集参加資格

本募集に参加を希望する者は、以下の要件を全て満たすことを条件とする。

(1) 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。

ア 成年被後見人

イ 民法の一部を改正する法律(平成 11 年法律第 149 号)附則第 3 条第 3 項の規定によりなお従前の例によることとされる同法による改正前の民法(明治 29 年法律第 89 号)第 11 条に規定する準禁治産者

ウ 被保佐人であって契約締結のために必要な同意を得ていない者

エ 民法第 17 条第 1 項の規定による契約締結に関する同意権付与の審判を受けた被補助人であって、契約締結のために必要な同意を得ていない者

オ 営業の許可を受けていない未成年者であって、契約締結のために必要な同意を得ていない者

カ 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者

キ 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 32 条第 1 項に掲げる者

ク 地方独立行政法人大阪府立病院機構契約事務取扱規程(以下「契約事務取扱規程」という。)第 3 条第 4 項各号のいずれかに該当すると認められる者(同項各号のいずれかに該当すると認められることにより、大阪府立病院機構入札参加停止要綱に基づく入札参加停止の措置を受け、その措置期間を経過した者及び同要綱別表各号に掲げる措置要件に該当し、その措置期間に相当する期間を経過したと認められる者を除く。)又はその者を代理人、支配人その他の使用人若しくは入札代理人として使用する者

(2) 民事再生法(平成 11 年法律第 225 号)第 21 条第 1 項又は第 2 項の規定による再生手続開始の申立てをしている者又は申立てをなされている者(同法第 33 条第 1 項の再生手続開始の決定を受けた者を除く。)、会社更生法(平成 14 年法律第 154 号)第 17 条第 1 項又は第 2 項の規定による更生手続開始の申立てをしている者又は申立てをなされている者(同法第 41 条第 1 項の更生手続開始の決定を受けた者を除く。)、金融機関から取引の停止を受けている者その他の経営状態が著しく不健全であると認められる者でないこと。

(3) 府の区域内に事業所を有する者にあつては、府税に係る徴収金を完納していること。

(4) 府の区域内に事業所を有しない者にあつては、主たる事務所の所在地の都道府県における最近 1 事業年度の都道府県税に係る徴収金を完納していること。

(5) 消費税及び地方消費税を完納していること。

(6) 病床数 400 床以上の医療機関において、継続して 1 年以上患者等の給食業務に関する委託契約を締結し、そのすべてを誠実に履行した実績を有していること。

- (7) 医療法(昭和23年法律第205号)第15条の3に規定する業務を適正に行う能力のある者として、医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)第9条の10に掲げる基準に適合していること。
- (8) この募集開始の日から事業予定者選定の日までの期間において、次のアからウまでのいずれにも該当しない者であること。
- ア 大阪府立病院機構入札参加停止要綱に基づく入札参加停止措置を受け、その措置期間中の者又は同要綱別表各号に掲げる措置要件に該当すると認められる者(同要綱別表各号に掲げる措置要件に該当し、その措置期間に相当する期間を経過したと認められる者を除く。)
 - イ 大阪府暴力団排除条例に基づく公共工事等からの暴力団の排除に係る措置に関する規則(令和2年大阪府規則第61号)第3条第1項に規定する入札参加除外者、同規則第9条第1項に規定する誓約書違反者又は同規則第3条第1項各号のいずれかに該当したと認められる者。
 - ウ 大阪府又は地方独立行政法人大阪府立病院機構との契約において、入札談合等(入札談合等関与行為の排除及び防止並びに職員による入札等の公正を害すべき行為の処罰に関する法律(平成14年法律第101号)第2条第4項に規定する入札談合等をいう。)の不正行為があったとして損害賠償請求を受けている者。ただし、参加資格確認申請書の提出日までに当該請求に係る損害賠償金を納付した者を除く。
- (9) 令和4・5・6年度大阪府物品・委託役務関係競争入札参加資格者名簿中「病院給食(種目コード127)」に登録されているものであること。なお、その登録をされていない者で、本件募集に参加を希望するものは、次により資格審査を申請することができる。
- ア 資格審査に関する添付書類の提出場所及び問い合わせ先
〒540-8570 大阪府中央区大手前二丁目
(TEL(06)6944-6644)
大阪府総務部契約局総務委託物品課資格審査グループ
 - イ 申請の方法
 - (ア) 大阪府電子調達システム
(http://www.pref.osaka.lg.jp/keiyaku_2/e-nyuusatsu/。以下「システム」という。)において、必要な事項を入力し、送信する。
 - (イ) 添付書類は、郵送し、又は持参する。
 - ウ その他
令和4年9月30日(金)午後5時までに本事業の応募者が大阪府入札参加者名簿登録者であることを証明できること。
詳細は、イ(ア)のシステムの説明による。

2. 募集要領の配布

本募集に関する資料については、以下のとおり配布する。

(1) 交付期間

令和4年9月22日(木)午前10時から同月30日(金)午後5時までとする。

(2) 交付方法

大阪はびきの医療センターのホームページにおいてダウンロードにより交付する。

ホームページ URL <https://www.ra.opho.jp/news/news-12956/>

なお、ホームページによるダウンロードが困難な場合は、大阪はびきの医療センター事務局 総務・人事グループにて交付する。この場合の交付期間は上記(1)と同様とする。ただし、日曜日、土曜日及び祝日を除く午前10時から正午まで及び午後1時から午後5時までとする。
(交付場所)

大阪府羽曳野市はびきの三丁目7番1号(管理診療棟2階)

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

総務・人事グループ(総務)

電話 072-957-2121(代表)

3. 参加表明書等の提出

本募集に参加を希望する者は、参加資格の有無の審査を受けるため、Ⅱ3.(4)に掲げる書類(以下「参加証明書類」という。)を3.(1)の提出期限までに提出し、確認を受けなければならない。なお、期限までに参加表明書を提出しなかった者及び参加資格があると認められなかった者は、この募集に参加することができない。

(1) 提出期日

令和4年9月30日(金)(必着)

なお、持参提出の場合は同日午後5時までとする。ただし、日曜日、土曜日及び祝日を除く午前10時から正午まで及び午後1時から午後5時までとする。

(2) 提出方法

次のⅡ3.(4)で定める提出書類を郵送(一般書留郵便若しくは簡易書留郵便)、又は荷物配達状況の追跡可能な宅配便により提出すること。なお、やむをえない場合は持参による提出を認めるが、その場合は、Ⅱ3(1)提出期日の午後5時までに次の提出先に持参すること。

(3) 提出先

〒583-8588

大阪府羽曳野市はびきの三丁目7番1号(管理診療棟2階)

地方独立行政法人大阪府立病院機構 大阪はびきの医療センター

総務・人事グループ(総務)

(4) 提出書類

参加表明する者は、以下の資料を提出すること。

- | | |
|---------------|----|
| ア 参加表明書(様式1) | 1部 |
| イ 企業状況表(様式2) | 1部 |
| ウ 契約実績調書(様式3) | 1部 |
| エ 会社概要(様式自由) | 1部 |

(会社案内、パンフレット等があれば添付すること。)

オ 現在事項全部証明書(3か月以内に発行されたもの。写し可) 1部

カ 切手を貼付した返信用封筒(参加資格通知書郵送用) 1部

※返送先住所氏名を記載した長形3号の返信用封筒に、切手 244 円分(基本料金 84 円+特定記録 160 円分)を貼付すること。

(5) 質問の受付及び回答について

この募集要項等に関して質問がある場合は、参加表明書の提出日以後、質問書(様式4)を提出することにより行うものとする。また、質問書はメールでのみ受け付け、次のメールアドレスに送付すること。

受付メールアドレス kyuushoku@ra.opho.jp

質問への回答については、参加資格審査の結果有効とされた者全員に送付するものとし、参加資格審査の結果、失格となったものからの質問には回答しません。

なお、回答書に対する質問は受け付けません。

(6) 参加の辞退について

Ⅱ3(4)による参加表明書類提出後に参加を辞退する場合は、参加辞退届(様式5)を提出してください。

4. 参加資格通知書並びに提案書様式の交付

(1) 参加資格通知書の交付

Ⅱ3(4)による参加表明書類を提出した者について、センターが資格審査等を行った後、参加要件を満たしているとみなした者に対し、参加資格通知書を返信用封筒により郵送通知します。

なお、参加要件を満たしていないものは失格として、その旨及び理由を、返信用封筒により郵送で通知します。

(2) 提案書様式等の交付

参加資格が認められた者に対して、提案書、院内施設見学申込書並びに書類閲覧申込書を交付する。

交付方法については、参加資格通知書に記載したアドレスからダウンロードすること。

(3) 院内施設見学申込書(様式11)

参加資格が認められた者に対して、院内施設の見学申請を認めるものとする。

見学にあたっては、当センターが指定した時間(おおよそ1~2時間程度)及び2名までとし、詳細な条件は参加資格通知書に記載した方法による。

なお、見学にあたっては当センター職員が同伴することがあるが、その際は場所の案内以外の質問回答は行わないものとする。

(4) 書類閲覧申込書(様式12)

参加資格が認められたものに対して、新病院の病棟平面図等の閲覧を認めるものとする。

見学にあたっては、当センターが指定した時間内で閲覧することができる。詳細は書類閲覧申込書に記載した方法による。

5. 提案提出書等の受付

センターから参加資格通知書を受領した応募者は、次のⅡ5. (3)で定める提出書類を郵送(一般書留郵便若しくは簡易書留郵便)、又は荷物配達状況の追跡可能な宅配便により提出すること。なお、やむをえない場合は持参による提出を認めるが、その場合は、Ⅱ5. (1)の提出期日の午後5時までに持参すること。

(1) 提出期日

参加資格通知書の到達日から令和4年11月4日(金)まで

なお、持参提出の場合は同日午後5時までとする。ただし、日曜日、土曜日及び祝日を除く午前10時から正午まで及び午後1時から午後5時までとする。

(2) 提出先

Ⅱ3. (3)と同様とする。ただし、以下で定める提出書類については、同時に提出すること。

(3) 提出書類

提案提出書(様式6)の他、以下の価格・企画提案書類を期日までに提出すること。

ア 価格・企画提案書表紙 (様式7)

イ 価格提案書 (様式8)

ウ 企画提案書 (様式9)

エ 従業員の配置計画 (様式10)

オ その他提案資料 (様式自由)

カ 参考資料 (様式自由)

提出書類は、提案提出書(様式6)、価格・企画提案書(様式7)表紙を除く本文はA4 40ページ以内、従業員配置計画はA3で作成すること。

提案提出書(様式6)以外の提案書類には、参加事業者名又は参加事業者名が類推できるロゴ、文言等を一切記載しないこと。センター参加事業者又は参加事業者名が類推できるロゴ、文言等が確認された場合は、センター側で事前に削除することがあることに留意すること。

なお、上記ア～オの提案書類には参考資料含め全て、参加資格通知書に記載された企画提案番号を記載すること。

(4) 提出部数

正本1部と各写し9部及びPDF化した提出書類を書き込んだCD-R(又はDVD-R)1枚を同時に提出してください。

なお、書類の提出については、1参加者につき1提案とします。

(5) 提出書類等の返却

提出書類とそれ以外に応募者から提出された書類は、理由の如何を問わず返却しません。資格審査に置いて無資格とされた場合及び参加を辞退された場合も同様とします。

(6) 提出書類の不備

提出書類に不備があった場合には、審査の対象にならないことがあります。

(7) 記載内容の変更等

提出書類は、これを書き換え、差し替え、又は撤回することはできません。但し、企画書内に

参加事業者名又は参加事業者名が類推されるロゴ、文言等が含まれることが確認された場合、及び不適切な個人情報に掲載されている場合(他院の患者情報等の写真)については、センター事務局確認の上、該当部分のみ差し替えることを認めることがある。

(8) 著作権及び提出書類の取扱い

提出書類の著作権は応募者に帰属します。ただし、センターがこの募集において公表する場合その他センターが必要と認める時は、提出書類の全部又は一部を無償で使用できるものとして扱います。

6. 応募にあたっての留意事項

(1) 応募に係る費用

本件の応募に要する一切の費用は、応募者の負担とする。

(2) 企画提案の無効に関する事項

次のアからオのいずれかに該当していることが判明した場合又は公募事項を妨害するなど手続きの遂行に支障をきたす行為があったと認められる場合は、その者の企画提案は無効とする。

ア 提出書類に著しい不備があった場合

イ 提出書類に虚偽の記載があった場合

ウ 指定する受付期間内に提出書類を提出しなかった場合

エ 提出書類に記名押印がない場合

オ その他不正行為があった場合

III. 事業者の決定等

1. 選定方法

センターが組織する「入院患者等給食業務委託事業者選定委員会」(以下「選定委員会」という。)が、次の VI.最優秀提案者選定基準の審査基準に照らして、応募者から提出された書類等を総合的に審査し、最優秀提案事業者と次点者を選定する。

なお、最優秀提案事業者に事故等があるときは、次点者を事業予定者として選定し、次点者にも事故等があるなど特別の理由があるときは、応募者の中から事業予定者を選定することがある。

2. ヒアリング等

選定委員会は、審査の必要に応じて、応募者に対し選定委員会又は事務局への説明を求め、又は追加資料の提出を求める場合があります。説明を求める場合は、日時等を別途通知します。また、提案内容のうち専門的事項については、第三者である専門家の意見を聴取することがあります。

3. 審査基準

総合計を100点として、別表のとおり審査基準を定めます。詳細はVI 最優秀提案者選定基準を参照のこと。

4. 審査結果

選定委員会の審査結果については、応募者に書面で通知するとともに、審査結果の概要をセンターのホームページで公表します。

5. 契約の締結等

センターと事業予定者は、提案された内容を基に具体的な条件等について協議の上、契約を締結します。その際、企画書にて提案された内容については、Ⅶ. 業務仕様書に追加されることがあるので留意すること。

また、契約締結までに、入院患者の家族、職員及び病児保育の対象となる児童に提供する給食についての食品衛生法上の営業許可を予め受けなければならない。

なお、この契約の締結に関して必要な一切の費用は、事業予定者の負担とします。

IV. スケジュール

令和4年9月22日	木	募集要項（提案書式を含む）の配布
令和4年9月22日～ 9月30日	木 金	参加表明書の受付
令和4年10月4日（予定）	火	参加資格通知書の回答（提案書式の追加送付を含む）
参加表明書提出日以後～ 10月17日	月	質問受付
令和4年10月13日～ 10月14日（予定）	木 金	院内施設見学・書類閲覧実施
令和4年10月21日（予定）	金	質問回答
令和4年11月4日	金	提案書類の受付終了
令和4年11月21日	月	ヒアリングの実施 選定委員会による選定
令和4年11月25日（予定）	金	事業予定者へ選定結果の通知
令和4年12月		業務引継・業務内容作成・本契約
令和5年5月6日（昼食）～	土	業務開始

V. 問い合わせ先

1. 問い合わせ先

大阪府羽曳野市はびきの三丁目7番1号

大阪はびきの医療センター 総務・人事グループ

電話:072-957-2121(代表)

2. その他

応募内容に関する項目は、Ⅱ3(5)で定める質問書以外では受け付けません。

但し、書類の記載方法等形式面で疑義がある場合は別途対応することがある。

VI. 最優秀提案者選定基準

【表 1 審査項目及び配点】

審査項目	評価内容	評価項目	採点割合
1	価格評価 (1) 価格提案書 (様式8)の提案 金額について評 価 (25点)	①提案価格の安価な順に下記のとおり順位付けの上採点 ・第1順位 15点、第2順位 10点、第3順位 5点、第4順位以下 0点 ※同額提案の場合は該当者全員に採点 ②1食あたりの単価(税抜き)として祝膳 1,150円、その他の食種は 290円 を上限とし、患者給食にふさわしい食材の調達	25
2	実績・運営体制 (1) 業務運営体制・新病院への 円滑な業務移行 (11点)	①病院給食に関する基本的な考え方と病院との連携体制 (患者や病院職員からの意見を献立や調理方法等に速やかに反映する 体制整備など) ②有資格者等必要な人員の確保、効率的な配置の評価、将来的な配置 計画の内容の適切性 ③有資格者等の適正な人員配置や確保、1日に勤務する従事者の人員 等 ④クックチルの知識を有する調理師もしくは栄養士の配属 ⑤クックチルと枕頭配膳(配茶を含む)業務を行うにあたり、効率的かつ効 果的な人員配置および運営体制 ⑥当センターに見合った委託作業ごとの業務マニュアルの作成 ⑦従業員の教育・研修計画を評価(調理技術、衛生教育、患者サービス、 待遇、人権、個人情報保護等) ⑧従事職員間および病院職員に対する礼節	11
3	給食業務運用 (1) 食材調達 (12点) (2) 食物アレルギーに対する 安全性の担保 (9点)	①安心・安全な食材調達が期待できる方法の確保を評価 ②食材単価上昇時の提案(コスト低減をしつつ良質な食材調達の工夫) ③必要以上に冷凍食品の活用が計画されておらず、国産の新鮮な食材 の確保 ④患者給食にふさわしい美味しい米の調達(昨年度産(新米収穫時期以 降は当年度産)の単一原料米) ⑤羽曳野市近隣の農産物使用推進 ⑥国産食材(生食材)の使用推進 ①必要な教育研修制度・教育内容 研修の成果を確認できる仕組みや必要に応じた再教育 ②食物アレルギー食に使用する食材調達、献立作成、調理における安全 性担保の工夫 ③アレルギー調理室運用に関する提案	12 9

	(3)患者満足度の向上 (13点)	①献立構成(特に朝食および嚥下調整食、10時・15時おやつ(捕食)) ②使用食材のバラエティ ③行事食における季節感や嗜好の考慮 ④選択メニューの対象食種や実施回数 ⑤食欲不振や低栄養による個別対応食の対応や内容 ⑥出産祝膳に使用する食材や献立、提供方法の工夫	13
	(4)調理方法の工夫 (4点)	①必要以上に加工品、完調品の利用が計画されておらず、献立に合わせたクックチルおよびクックサーブの使い分け ②薄味に対する調理や使用食材の工夫	4
4	安全衛生管理 危機管理体制 (4点)	③インシデント対策、異物混入等の防止策 クレーム対応や現場の業務運用(指示、命令、報告ルート)に対する考え方 ④枕頭配・下膳に対するインシデント対策 ⑤感染症や災害発生時の食事提供対策 ⑥食中毒や食品事故防止への取り組みと発生時の対応を評価	4
5	試食 (10点)	①当センターで提供の予定の献立を評価(各1食) ・嚥下食(嚥下困難食学会分類 2-1、3、4) ・食欲不振食 ・常食 1800Kcal ・出産祝膳 ※昼食の試食(出産祝膳のみ夕食)。朝および夕食は写真を提示。 ②献立は、味や栄養バランスを考慮し作られている ③盛付けは、見栄えや食べやすさが考慮されている	10
6	自由提案 (12点)		12
合 計			100

※下線の項目は、業務強化を希望

1 価格評価(表1中、1(1)①)以外の項目の審査評価点の算出方法

得点化に際しては【表2 各評価項目の得点化基準】により提案内容を4段階で評価し、得点を付与する。採点の際は、審査着目点別に得点を求め、その合計点で算出する。各審査員で採点したものの平均点の小数点第3位を四捨五入し、小数点第2位までを求めたものをもって加点審査評価点とする。

【表2 各評価項目の得点化基準】

評価	評価基準	得点化の方法
A	具体的な、極めて優れた提案がある	配点×1.0
B	具体的に優れた提案がある	配点×0.6
C	具体的に提案があるが特に優れた点がない	配点×0.2
D	特に要求水準を超える提案がない	配点×0.0

2 価格評価(表1中、1(1)①の項目)

提案価格の安価な順に下記のとおり順位付けの上採点する。

・第1順位 15点、第2順位 10点、第3順位 5点、第4順位以下 0点

※同額提案の場合は該当者全員に採点

3 全体評価

加点審査評価点(75点)と価格点(25点満点)を合計し、全体評価点(100点満点)とする。

4 最優秀提案者の選定

最優秀提案者は以下のとおり決定する。

(1) 最優秀提案者及び次点提案者の決定

選定委員会による審査の結果、全体評価点で最高得点を得た者を最優秀提案者、それに次ぐ者について次点提案者として選定する。

なお、全体評価点で最高得点となる提案者が複数ある場合は、【表1 審査項目及び配点】の各評価対象で優れた項目数が最も多い業者を最優秀提案者とする。

各評価対象で優れた項目数が同数となる場合は、提案価格がより安価な業者を最優秀提案者として選定する。

上記項目を考慮してなお最高得点となる提案者が複数ある場合は、委員の多数決により最優秀提案者を選定する。

(2) 応募者が1者の場合の取扱

応募者が1者であった場合も参加資格審査及び提案内容審査を実施し、本事業を実施する事業候補者として適切と判断された場合において、当該提案を最優秀提案者と選定する。ただし、全体評価点が50点未満の提案は不採用とする。

VII. 業務仕様書

1. 標準業務仕様書

別紙1「業務仕様書」による。

2. 最優秀提案者決定後の仕様

企画提案された内容を加え、最終の業務仕様書を決定する。

(様式1)

令和 年 月 日

参加表明書

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

(申請者)

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センターが行う入院患者等給食業務に参加の意思があるので、申し込みます。

この参加表明書及び下記の添付書類の記載事項は事実と相違ないこと及び本事業の募集要項に示されている参加要件をすべて満たしていることを制約します。

記

【添付書類】

- 1 企業状況表 (様式2)
- 2 契約実績調書 (様式3)
- 3 会社概要 (様式自由)
- 4 現在事項全部証明書 (3か月以内に発行。写し可)

(担当者連絡先)

所属:

役職名:

氏名:

電話番号:

FAX番号:

Email:

企業状況表

住 所			
商号又は名称			
代 表 者 名			
地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の11において準用する第167条の4の規定に該当する。（一般競争入札の参加資格）		有 無 （有の場合の理由）	
暴力団員が経営又は暴力団員が実質的に経営を支配している。		有 無	
民事再生法（平成11年法律第225号）第21条第1項又は第2項の規定による再生手続開始の申立てをしている者又は申立てをなされている者（同法第33条第1項の再生手続開始の決定を受けた者を除く。）、会社更生法（平成14年法律第154号）第17条第1項又は第2項の規定による更生手続開始の申立てをしている者又は申立てをなされている者（同法第41条第1項の更生手続開始の決定を受けた者を除く。）、金融機関から取引の停止を受けた者その他の経営状態が著しく不健全であると認められる者でないこと。		認められる 認められない	
府の区域内に事業所を有する者にあつては、府税に係る徴収金を完納していること。なお、府の区域内に事業所を有していない者にあつては、主たる事務所の所在地の都道府県における最近1事業年度の都道府県税に係る徴収金を完納していること。		完納 未納あり	
最近1事業年度の消費税及び地方消費税を完納していること。		完納 未納あり	
資本金（令和4年1月1日時点）			円
総従業員数（令和4年1月1日時点）			人
最近2年間の 経営実績	令和2年度	売上高	円
		純利益	円
	令和3年度	売上高	円
		純利益	円

令和 年 月 日

契約実績調書

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

下記のとおり、相違ありません。

記

病院名	病床数 入居者数	契約名称	契約金額 (円)	契約内容
			契約期間	(有人常駐警備・電話交換)
			年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月 日 ~ 年 月 日	
			年 月 日 ~ 年 月 日	

(注1) 上記の実績を証するものとして、その契約書の写しを本契約実績調書に添付すること。

(注2) 病院名及び病床数等は、契約履行時の病院名（介護保険施設）及び病床数（入居者数）である。

(注3) 守秘義務の関係で記載できない場合は墨塗処理を認める。但し、黒塗処理により募集要項で定める条件を確認できない場合は実績と認めない。

令和 年 月 日

質 問 書

事業名：大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約

標記事業について、2のとおり質問します。

1 応募者

所在地		
商号又は名称		
代表者氏名		
担当者	所属部課名	
	氏名	
	連絡先	電話 FAX Email

2 質問事項

NO	要項/仕様書ページ/その他	内容

【質問の受付と回答について】

この募集要項等に関して質問がある場合は、参加表明書の提出日以後、本質問書（様式 4）を提出することにより行うものとする。また、質問書はメールでのみ受け付け、次のメールアドレスに送付すること。

受付メールアドレス kyuushoku@ra.opho.jp

なお、質問の受付期日までに提出があった質問のみ回答します。

質問への回答については、参加資格審査の結果有効とされた者全員に回答書として参加資格通知書と同送するものとし、参加資格審査の結果、失格となったものからの質問には回答しません。

なお、回答書に対する質問は受け付けません。

(様式4-2)
令和4年 月 日

大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約
企画提案募集参加事業者 様

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
院長 山口 誓司
(事務局 総務・人事グループ)

回 答 書

標記事業に係る質問書について、次のとおり回答します。

NO	要項/仕様書ページ/その他	内容	回答
1			
2			
3			
4			
5			

(様式 4 - 2)

6			
---	--	--	--

令和 年 月 日

参加辞退届

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

(提出者)

所在地
商号又は名称
代表者職・氏名

印

標記事業への提案書に係る選定の参加を以下の理由により、辞退します。

- 1 事業名：大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約
- 2 提案依頼番号：
(参加資格通知書到達後の辞退は、提案依頼番号を記載すること)
- 3 参加辞退理由

--

令和 年 月 日

提 案 提 出 書

- 1 事業名称 大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約
- 2 企画提案番号：〇〇〇
標記事業の募集要項の内容を了承し、下記の提案書類を提出いたします。

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

提出者名：

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

事務担当責任者氏名

所属 職氏名

電 話

メールアドレス

記

- | | |
|--------------|--------|
| 1 価格・企画提案書表紙 | (様式7) |
| 2 価格提案書 | (様式8) |
| 3 企画提案書 | (様式9) |
| 4 その他提案資料 | (様式自由) |
| 5 参考資料 | (様式自由) |

なお、本提案提出書以外の1～5については、参加事業者名又は参加事業者名が類推できるロゴ、文言等を一切記載しないこと。

また、提案書類の参考書類として提出する場合も同様に記載を消すとともに、どの評価項目の参考資料かがわかるよう記載を行うこと。

提出日 令和 年 月 日

価格・企画提案書

企画提案番号：〇〇

<表紙記入方法>

価格・企画提案書表紙(様式7)の記載方法

(1) 提出年月日

提出日を記入して下さい。(文字の大きさ:明朝 12~14ポイント程度)

(2) 提案依頼番号

有資格の旨を通知した際に、通知文書に記載の「企画提案番号」を記入して下さい。

(文字の大きさ:太字, 明朝 18ポイント程度)

The diagram shows a rectangular box representing the form header. At the top right, the text '提出年月日 令和 年 月 日' is written. Below this, a box contains the text '価格・企画提案書' and '企画提案番号: ○○'. An arrow points from the text '(1) 企画書を提出した日付を記入して下さい。' to the '年' field. Another arrow points from the text '(2) 提案依頼番号' to the '企画提案番号' box. Below the diagram, the text '(2) 提案依頼番号' is followed by '有資格の旨を通知した際に' and '通知文書にある「企画提案番号」を記載して下さい。'

提出年月日 令和 年 月 日

価格・企画提案書
企画提案番号: ○○

(1) 企画書を提出した日付を
記入して下さい。

(2) 提案依頼番号
有資格の旨を通知した際に
通知文書にある「企画提案番号」を記載して下さい。

提出日 令和 年 月 日

価 格 提 案 書

企画提案番号：〇〇

1. 事業名称 大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約

標記募集要項、仕様書等の内容を了承し、下記の金額を提案いたします。

提案価格 (委託料・3年間税抜)	十億		百万		千		円

<価格提案書記入方法>

※価格提案は、契約期間(3年間)の合計を記載すること。

※価格提案は、消費税及び地方消費税に係る課税事業者であるか、免税事業者であるかを問わず、消費税及び地方消費税を除いた額、契約希望金額の110分の100に相当する金額を記入すること。

※金額はアラビア数字(算用数字)を使用し、金額の頭に¥マークを記入すること。

※金額の訂正や「0」と「6」、「1」と「7」など数字が判読しかねる入札は、無効とする。

※金額の記載誤り等による場合は、新たに価格提案書を用いて作成すること。二重線・訂正印による修整等は無効とする。

※本価格提案書には、提案依頼番号及び金額以外に、応募事業者や応募事業者が類推できる文言を記載しないこと。

提出日 令和 年 月 日

企 画 提 案 書

企画提案番号：〇〇

1. 事業名称 大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約

標記募集要項、仕様書等の内容を了承し、下記の企画を提案いたします。

<企画提案項目>

企画提案項目の作成については、募集要項Ⅰ. 1. の「募集実施の趣旨」
募集要項Ⅵ. 最優秀提案者選定基準を確認の上提案すること。

提案書は、募集要項Ⅵ. 最優秀提案者選定基準の項目に準じて作成すること。

なお、自由提案項目は、下記の趣旨を踏まえて提案すること。

- 1) 事業者として、様々な特色を有するセンターにおいて業務を実施するにあたり、評価項目についての基本的な考え方
- 2) 実現性のある体制・整備・計画
- 3) 実例がある場合は具体的な実例
- 4) 参考資料（根拠書類）がある場合は参考資料を貼付
- 5) センターの業務改善（質の向上・効率化）につながる提案
その他具体性・実現可能性・募集業者との契約によるセンターの将来性が見える提案を行うこと。

<注意事項>

- 1) 提案提出書（様式6）以外の提案書類には、参加事業者名又は参加事業者名が類推できるロゴ、文言等を一切記載しないこと。
センター参加事業者又は参加事業者名が類推できるロゴ、文言等が確認された場合は、センター側で事前に削除することがあることに留意すること。
- 2) 企画提案項目の頭書部分には、①実績・運営体制～④自由提案について記載し、項目を分けること。ただし、参加事業者側の理念、募集への意気込み、その他共通アピール項目がある場合は、①の前に記載することを認める。
その場合も、1) 同様参加事業者又は参加事業者名が類推できるロゴ、文言等が確認された場合は、センター側で事前に削除することがあることに留意すること。
- 3) 参考資料（根拠書類）を付けるときは、企画提案項目のどの項目の資料かわかるように記載すること。

(例)

<p><企画提案本文></p> <p>①業務実施体制について評価</p> <p>.....</p> <p>.....(参考資料①-1 *****)、</p> <p>.....</p>	<p><参考資料①-1></p> <p>*****について</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---	---

調理・洗浄業務 人員配置

(様式10)

				朝食		補食1		昼食		補食2		夕食		補食3									
				5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
No.	担当・役割	職種	時間																				
記載例	一般食	調理師	8	常調理	お茶調理	常調理	チェック	配膳	フリー	休憩1H	下処理												
	アレルギー	栄養士	8	特調理		特チェック	特調準備	休憩1H	特調理	チェック	フリー												
	茶・洗浄など	パート	6	お茶		差込	配膳	休憩(0.75H)	ヘタキ	洗浄	下処理												
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
11																							
12																							
13																							
14																							
15																							
16																							
17																							
18																							
19																							
20																							
21																							
22																							
23																							
24																							
25																							
26																							
27																							
28																							
29																							
30																							
31																							
32																							
合計				0	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		

事務所
総合計

令和 年 月 日

院内施設見学申込書

1 事業名称 大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約

2 企画提案番号：

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

提出者名：

所在地

商号又は名称

代表者氏名

印

事務担当責任者氏名

所属 職氏名

電 話

メールアドレス

上記事業の企画提案のため、施設見学を申込致します。
申し込みに当たっては、次の見学注意事項を遵守いたします。

(希望見学日程)

候補	日付	希望時間(1回1~2時間程度、上限2名)
1	月 日	時頃~ 時頃
2	月 日	時頃~ 時頃
3	月 日	時頃~ 時頃

※申込方法1の見学可能時間を3候補記載すること。

病院記入欄

受付日	承認	決定日付

(申込方法)

1 見学可能日時

令和 4 年 1 0 月 1 3 日 (木) ~ 1 0 月 1 4 日 (金)

2 申込期間

参加資格通知書の交付日~令和 4 年 1 0 月 4 日 (火) 午後 5 時まで

3 申込方法

本申込書 (様式 1 1) に必要事項を記入の上、次のメールアドレスに PDF 形式で送付すること。

受付メールアドレス kyuushoku@ra.opho.jp

なお、メールの表題に、【見学希望】という文言をいれるとともに、メール送信後、次の電話番号にて総務・人事グループに到着確認を実施すること。

確認連絡先 0 7 2 - 9 5 7 - 2 1 2 1 (内線 2 6 0 5)

※電話対応時間：日曜日及び土曜日を除く、午前 1 0 時~正午、及び午後 1 時~午後 5 時

4 見学日程決定通知

メール到着後、当センターより見学日程決定通知を事務担当責任者にメール及び電話で連絡を行う。(約 1 週間程度)

メールにて施設見学許可証を送付するので、必要事項を記載の上、見学当日持参すること。

5 見学当日

次に定める施設見学許可証 (様式 1 1 - 2) をセンター正面玄関受付に提示し、総務担当者が来るまで正面玄関で待機すること。

6 その他

新型コロナウイルス感染症の流行等により立入禁止区域が発生することに留意すること。

また、医療上の判断で施設部外者の立入制限をかける場合、見学自体が中止となる可能性があることに留意すること。

(見学注意事項)

1 感染防止対策

施設内は常時マスク着用及び手指消毒を徹底すること。
また、見学当日含む前4日間に37.5℃以上の発熱がないこと。
体調上問題がないこと。

2 写真の撮影

患者、家族等在館者が判別できる写真の撮影は不可とする。
また、電子カルテ端末、モニター、その他患者の氏名、ID等が表示された写真の撮影は不可とする。必要に応じて施設担当職員がカメラを確認し、個人情報に該当する写真についてはその場で削除に応じること。
なお、個人が判別できない写真であっても、人物が写り込んでいる場合は企画提案時にモザイク処理をかけるなど個人情報に配慮すること。

3 写真の管理

撮影した写真については、当センターの企画提案資料としての利用以外は一切認めない。また、最優秀提案事業者決定後は写真データを削除すること。

4 質問事項の対応

施設見学においては、原則企画提案につながる質問回答業務は行わない。
ただし、場所の確認その他形式的事項については例外的に対応する。

5 その他

施設見学においては、当センター担当者の指示に従って行動すること。

令和 年 月 日

施設見学許可証

《社名》

《職名》 《氏名》 様

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
院長 山口 誓司

令和 年 月 日付け申請の院内施設見学申込書について、以下の日程で許可します。院内施設見学申込書(様式 11)の見学注意事項を確認の上、裏面必要事項を記載し、当日本許可証を持参ください。

<決定日時>

日 時 令和 4年 月 日 ()
午〇 時 分 ~ 午〇 時 分

受 付 当日、正面玄関(本館1階)受付にて本証を提示の上、総務担当者をお呼びください。
担当者が到着するまで、正面玄関受付で待機してください。

許可人数 最大2名

<問い合わせ先>

大阪はびきの医療センター

総務・人事グループ 西林

電話 072-957-2121

Mail kyuushoku@ra.opho.jp

下記項目を当日までに全て記載すること（必須）

記 載 事 項			
見学者 1		見学者 2	
社名		社名	
部署		部署	
氏名		氏名	
連絡先 (電話)		連絡先 (電話)	

健 康 状 態 (体 温)			
見学者 1		見学者 2	
見学当日	度	見学当日	度
前日	度	前日	度
前々日	度	前々日	度
前々々日	度	前々々日	度

健 康 状 態 (そ の 他)			
見学者 1		見学者 2	
当日の体調	良 ・ 可 ・ 不可	体調	良 ・ 可 ・ 不可
同居家族の発熱者の有無	有 ・ 無	同居家族の発熱者の有無	有 ・ 無
基礎疾患の有無	有 ・ 無	基礎疾患の有無	有 ・ 無
その他医師からの指摘項目	有 ・ 無	その他医師からの指摘項目	有 ・ 無

書類閲覧申込書

1 事業名称 大阪はびきの医療センター入院患者等給食業務委託契約

2 企画提案番号：

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター院長 様

提出者名：
所在地
商号又は名称
代表者氏名

印

事務担当責任者氏名
所属 職氏名
電 話
メールアドレス

上記事業の企画提案のため、書類閲覧を申込致します。
申し込みに当たっては、次の注意事項を遵守いたします。

(希望閲覧日程)

候補	希 望 日 付	閲覧希望書類 (詳細に記載・別紙記載可)
1	月 日 時～ 時	
2	月 日 時～ 時	

※申込方法1の閲覧可能時間を2候補記載すること。

病院記入欄

受付日	承認	決定日付

(申込方法)

1 閲覧可能時間

令和4年10月13日(木)～10月14日(金)

2 申込期間

参加資格通知書の交付日～令和4年10月4日(火)午後5時まで

3 申込方法

本申込書(様式12)に必要事項を記入の上、次のメールアドレスにPDF形式で送付すること。

受付メールアドレス kyuushoku@ra.opho.jp

なお、メールの表題に、【書類閲覧希望】という文言をいれるとともに、メール送信後、次の電話番号にて総務・人事グループに到着確認を実施すること。

確認連絡先 072-957-2121 (内線2605)

※電話対応時間：日曜日及び土曜日を除く、午前10時～正午、及び午後1時～午後5時

4 閲覧日程決定通知

メール到着後、当センターより閲覧日程決定通知を事務担当責任者にメール及び電話で連絡を行う。(約1週間程度)

メールにて書類閲覧許可証を送付するので、必要事項を記載の上、見学当日持参すること。

5 閲覧当日

次に定める書類閲覧許可証(様式12-2)をセンター正面玄関受付に提示し、総務担当者が来るまで正面玄関で待機すること。

6 閲覧書類

本業務企画提案に必要な書類に限定する。

また、患者個人情報その他業務上公開が不適当とされる書類は閲覧許可を行わない。

(閲覧注意事項)

1 感染防止対策

施設内は常時マスク着用及び手指消毒を徹底すること。
また、見学当日含む前4日間に37.5℃以上の発熱がないこと。
体調上問題がないこと。

2 書類の複写

認めない。なお、書類の内容を手書き記録やパソコンに入力することは、
本企画提案に必要な範囲に限定する。なお、患者個人情報その他業務上
公開が不適当とされる書類は許可しない。
都度担当者に確認を行うこと。

3 閲覧内容の管理

閲覧内容については、当センターの企画提案資料としての利用以外は
一切認めない。また、最優秀提案事業者決定後は情報を削除すること。

4 質問事項の対応

書類閲覧においては、原則企画提案につながる質問回答業務は行わない。
ただし、書式等形式的事項については例外的に対応する。

5 その他

書類閲覧においては、当センター担当者の指示に従って行動すること。

令和 年 月 日

書類閲覧許可証

《社名》

《職名》 《氏名》 様

地方独立行政法人大阪府立病院機構
大阪はびきの医療センター
院長 山口 誓司

令和 年 月 日付け申請の書類閲覧申込書について、以下の日程で許可します。書類閲覧申込書（様式 12）の閲覧注意事項を確認の上、裏面必要事項を記載し、当日本許可証を持参ください。

<決定日時>

日時 令和 4年 月 日 ()
午〇 時 分 ~ 午〇 時 分

受付 当日、正面玄関（本館 1 階）受付にて本証を提示の上、総務担当者をお呼びください。
担当者が到着するまで、正面玄関受付で待機してください。

許可人数 最大 2 名

<問い合わせ先>

大阪はびきの医療センター
総務・人事グループ 西林
電話 072-957-2121
Mail kyuushoku@ra.opho.jp

下記項目を当日までに全て記載すること（必須）。

記 載 事 項			
見学者 1		見学者 2	
社名		社名	
部署		部署	
氏名		氏名	
連絡先 (電話)		連絡先 (電話)	

健 康 状 態 (体 温)			
見学者 1		見学者 2	
見学当日	度	見学当日	度
前日	度	前日	度
前々日	度	前々日	度
前々々日	度	前々々日	度

健 康 状 態 (そ の 他)			
見学者 1		見学者 2	
当日の体調	良 ・ 可 ・ 不可	体調	良 ・ 可 ・ 不可
同居家族の発熱者の有無	有 ・ 無	同居家族の発熱者の有無	有 ・ 無
基礎疾患の有無	有 ・ 無	基礎疾患の有無	有 ・ 無
その他医師からの指摘項目	有 ・ 無	その他医師からの指摘項目	有 ・ 無