

置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル実施要領

1 目的

本要領は、置賜広域病院企業団が設置する公立置賜総合病院、公立置賜長井病院及び公立置賜南陽病院の患者給食業務を委託するに当たり、その契約の交渉を行う者を公募型プロポーザル（企画提案）方式により選定するために必要な事項を定めるものである。

2 発注者 置賜広域病院企業団 企業長 渡邊 丈洋（以下「企業長」という。）

3 委託業務の概要

- (1) 業 務 名 置賜広域病院企業団患者給食業務
- (2) 業務内容 置賜広域病院企業団患者給食業務委託仕様書のとおり
- (3) 委託期間 令和 8 年 4 月 1 日から令和 11 年 3 月 31 日まで（3 年間）
ただし、覚書締結の日から令和 8 年 3 月 31 日までを、当該委託業務の準備期間とする。当該受託準備に係る費用は、受託者負担とする。
- (4) 履行場所 ① 山形県東置賜郡川西町大字西大塚 2000 番地 公立置賜総合病院
② 山形県長井市屋城町 2 番 1 号 公立置賜長井病院
③ 山形県南陽市宮内 1204 番地 公立置賜南陽病院

4 スケジュール

内 容	期 間・期 限 等
1 参加資格確認通知	令和 7 年 8 月 8 日（金）
2 説明会（現場説明会）	令和 7 年 8 月 29 日（金）
3 質問受付	令和 7 年 9 月 1 日（月）～ 9 月 8 日（月）
4 企画提案書の提出	令和 7 年 9 月 1 日（月）～ 9 月 30 日（火）
5 質問回答	令和 7 年 9 月 19 日（金）
6 プレゼンテーション審査の実施	令和 7 年 10 月 20 日（月）
7 審査結果通知	令和 7 年 11 月 4 日（火）

5 参加資格要件

本プロポーザルに参加しようとする者は、次に掲げる条件をすべて満たす者とする。

- (1) 地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 第 1 項各号の規定に該当しない者であること。
- (2) 置賜広域病院企業団構成団体（山形県、長井市、南陽市、川西町及び飯豊町）のいずれかにおいて競争入札参加資格者名簿登録業者又は、登録予定業者であること及び資格（公募）停止を現に受けている者でないこと。
- (3) 法人税、消費税、地方消費税、法人県民税及び法人事業税の滞納がないこと。
- (4) 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）に基づく

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。

（５）損害賠償責任保険に加入していること。

（６）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。

（７）委託業務を行うために、法令上必要となる次の基準を満たす者であることを証明できること。

医療法第１５条の２及び医療法施行規則第９条の１０の基準

（８）令和７年３月３１日時点の直近５年以内において、許可病床数３００床以上の病院（単科の病院を除く。）で、患者給食業務を３年以上継続して履行した受託実績を有する（若しくは有する予定の）者であることを証明できること。

（９）公益社団法人日本メディカル給食協会（以下「メディカル給食協会」という。）の会員であり、受託業務の遂行が困難になった場合の代行保証が確認できる者であること。

（１０）委託者からの連絡を受けてから、概ね２時間以内に担当者が委託業務実施場所に到着できること。

（１１）一般財団法人医療関連サービス振興会による患者給食業務に係るサービスマーク認定業者（以下「サービスマーク認定業者」という。）であること。

６ 参加資格の確認申請

プロポーザルに参加を希望する者は、次により書類を提出すること。

（１）提出期間

令和７年７月７日(月)から令和７年８月６日(水)までの間の午前９時から午後５時まで

（２）提出書類

次の書類を各１部提出すること。

- ① プロポーザル参加意向申出書（様式１）
- ② 患者給食業務の受託実績書（様式１－２）
- ③ 法人の概要（様式１－３）
- ④ 納税証明書（「法人税」「消費税及び地方消費税」「法人県民税」「法人事業税」）
- ⑤ 決算書の写し（直近２年のもの）
- ⑥ 損害賠償責任保険の加入を確認できるもの
- ⑦ メディカル給食協会の会員であること及び代行保証が確認できるもの
- ⑧ サービスマーク認定業者であることを証明できるもの
- ⑨ 暴力団排除に関する誓約書（様式１－４）

（３）提出場所

置賜広域病院企業団 事務局 総務課

〒992-0601 山形県東置賜郡川西町大字西大塚 2000 番地

Tel.0238(46)5000 Fax. 0238(46)5711

（４）参加資格の確認結果は、令和７年８月８日（金）に文書（様式２）でファクシミリにより通知する。

7 現場説明会について

下記日程で現場説明会を実施するので参加すること。

(1) 開催日時

令和7年8月29日（金）午後1時00分から午後4時30分まで

(2) 集合場所

公立置賜総合病院2階 第4会議室

(3) 参加人数

1提案者当たり2名以内

(4) その他

現場説明会の参加者は、腸内細菌検査結果表（O-157検査を含む。）を提出するとともに、白衣、帽子及び内履きを持参すること。

8 質問事項の受付及び回答

本業務委託についての質問は、「質問書（様式6）」により提出すること。

(1) 提出期間

令和7年9月1日（月）から9月8日（月）午後5時まで

締切時間以降の質問については受け付けない。

(2) 質問方法

郵送、持参又はファクシミリによるものとする。

(3) 回答

回答は、令和7年9月19日（金）に上記6により参加資格を有すると認められた全者に対し、ファクシミリで行う。ただし、独自の提案にかかわる場合は、当該質問者にのみ回答する。なお、回答内容は本要領その他配布資料の追加又は修正とみなす。

9 企画提案書類

(1) 企画提案書（様式3）の提出

企画提案書には次の書類を添付すること。

- ① 患者給食業務の基本的な考え方（様式3-2）
- ② 業務運営体制について（様式3-3）
- ③ 従事者の育成について（様式3-4）
- ④ 患者満足度の向上について（献立管理等）（様式3-5）
- ⑤ 安全衛生管理体制について（様式3-6）
- ⑥ 危機管理体制について（様式3-7）
- ⑦ 独自の提案事項について（様式3-8）
- ⑧ 見積書（様式4、4-2）

(2) 受付期間

令和7年9月1日（月）から令和7年9月30日（火）まで（土、日及び祝日は除く。）

(3) 受付時間

午前 9 時から午後 5 時まで（正午から午後 1 時までを除く。）

(4) 提出部数

10 部（正本 1 部、副本 9 部）

(5) 提出方法

上記 6（3）宛に持参又は郵送（書留郵便に限る）すること。

(6) 費用負担

企画提案書に関する必要な経費は全て提案者の負担とする。

(7) 留意事項

① 企画提案を辞退する場合には、速やかに企画提案辞退届出書（様式 5）を提出すること。

② 提出された企画提案書の内容の変更、差替え及び再提出は、受付期間終了後は認めない。

(8) そ の 他

提出書類の体裁は、A 4 判、縦長、横書き、両面印刷を原則とする。A 3 判のものは A 4 判サイズ折りとする。提案書に記載する基本文字サイズは、10.5 から 12 ポイントまでとし、書体は任意とする。文字を補完するためのイラスト、イメージ図、写真等は可

10 評価委員会における企画提案書の審査

(1) 審査方法

評価委員が審査基準に基づき、企画提案書の書類審査及びプレゼンテーション審査の結果を総合的に評価して順位を決定し、優先交渉権者として選定する。審査結果は、上記 4 に従い個別に各提案者に結果通知書（様式 7）で通知する。

(2) プレゼンテーション

① 期日

令和 7 年 10 月 20 日（月）

会場、開始時間、その他の詳細は企画提案者に対して別途連絡する。

② 留意事項

提案者側の出席は 3 名以内とし、準備・説明 20 分以内、質疑 20 分以内とする。

③ 審査に係る具体的な内容については公開しない。

(3) 審査項目

下記に掲げる項目を基本として審査を実施する。

① 経営状況・実績

ア 経営基盤及び経営状況

イ 患者給食業務の受託実績

② 病院における患者給食業務の基本的な考え方

ア 治療食としての患者給食に対する基本的な業務運営方針

イ 食材確保について（品質、安全性、安定性の確保）

ウ 食物アレルギーの具体的な対応について

エ 嚥食不良等（リハビリテーション期、嚥下困難、咀嚼困難、ターミナル期、その他）への対応について

③ 業務運営体制

- ア 受託に向けた諸準備、移行計画について
- イ 従事者の確保及び定着に関する考え方
- ウ 有資格者等適正な人員の配置構成、配置人員及び1日に勤務する従事者について
- エ 新調理システム導入に対する考え方、対応方法及び見通し

④ 従事者の育成

- ア 従事者の教育・研修に関する基本的な考え方
- イ 業務マニュアル（安全衛生及び調理等）の整備と従事者に対する教育・研修計画について

⑤ 患者満足度の向上（献立管理等）

- ア 委託業務に関する患者への諸調査と結果の活用について
- イ 季節感を考慮することや嗜好にも配慮した献立作成について
- ウ 祝日及び季節行事等における行事食の提供について
- エ 患者からの食事のクレームに対する分析と対処
- オ 医師の指示による特別な栄養基準、形態等の対応
- カ ゼリー食及びミキサー食等、食品の原形をとどめない、見た目に判別がつきにくい食事への対応について

⑥ 安全衛生管理体制

- ア 安全衛生管理に対する取組方針
- イ 従事者の健康管理及び感染症罹患時の対応について
- ウ 異物混入等インシデント防止対策と発生時の対応について
- エ 過去3年以内の食中毒事故の有無と、「有」の場合は、その状況と対応について

⑦ 危機管理体制

- ア 緊急時の対応・連絡体制について
- イ 食中毒の予防や食品事故の防止についての取組みと発生時の対応について
- ウ 地震等、非常時における患者食の確保について

⑧ 独自の提案

⑨ 委託料見積書について

- ア 見積額（総合病院、長井病院及び南陽病院それぞれの年額運営管理費、年額材料費を合算した額 消費税抜き）
- イ 朝食、昼食、夕食毎の一食当たりの食材単価
※運営管理費は人件費、保健衛生費、通信費、消耗品費、事務用品費、保険料、諸経費等を含んだ額。長井病院及び南陽病院は適温配膳車の配置経費も含むこと。

（４）提案者が1者のみ又はない場合の取扱い

提案者が1者のみである場合でも、審査員の評価結果により提案の内容について契約の目的を十分に達成できるものであると評価できるときは、当該者を最優秀提案者として選定する。

提案者がいない場合には、一旦プロポーザルの実施を中止し、業務の内容等について再検討の上、改めて募集を行うこととする。

11 契約

企業長は審査結果第1位の提案者を優先交渉権者として、本業務委託について協議を行い、協議が整った場合に、随意契約により契約を締結するものとする。ただし、当該協議が不調となった場合は、次順位の者と同様の協議を行うものとする。

12 その他

- (1) 提出書類に虚偽又は不正があった場合、参加者は失格とする。
- (2) 企画提案書作成のほか、公募型プロポーザルへの参加に要する一切の費用は、応募者の負担とする。
- (3) 提出された企画提案書等は返却しない。
- (4) 本業務に係る予算が成立しない場合には、この実施要領は効力を有しないものとする。
- (5) 企画提案書等の応募書類は、置賜広域病院企業団情報公開条例の規定による請求に基づき、第三者に開示する場合がある。
- (6) 公募及び契約については、発注者の都合により中止、延期又は業務内容の変更をする場合がある。

(様式1)

番 号
令和 年 月 日

置賜広域病院企業団
企業長 渡 邊 丈 洋 殿

住所
商号又は名称
代表者職氏名

印

公立置賜総合病院患者給食業務公募型プロポーザル参加意向申出書

このことについて下記の書類を添えて申出ます。

記

(添付書類)

- 1 患者給食業務の受託実績書(様式1-2)
- 2 法人概要書(様式1-3)
- 3 納税証明書(「法人税」「消費税及び地方消費税」「法人県民税」「法人事業税」)
- 4 決算書の写し(直近2年のもの)
- 5 公益社団法人日本メディカル給食協会会員と患者給食業務代行保証が確認できるもの
- 6 医療関連サービスマーク認定証の写し
- 7 損害賠償責任保険の加入証の写し
- 8 暴力団排除に関する誓約書(様式1-4)

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

電話番号

- -

FAX番号

- -

(様式1－2)

患者給食業務の受託実績書

会社名 _____

患者給食業務受託状況（令和7年3月31日現在）

1 主な受託先病院（病床数の多い順）

No.	病院名（受託期間）	所在地（市町村名）	病床数	備 考
1	(H・R . . . ～R . . .)			
2	(H・R . . . ～R . . .)			
3	(H・R . . . ～R . . .)			
4	(H・R . . . ～R . . .)			
5	(H・R . . . ～R . . .)			

- ※ 患者給食業務（献立作成、食材管理、食数管理、調理・盛付）の全てを受託しているものを記載してください。
- ※ 上記に記載された病院との委託契約書の写しを添付してください（契約当事者双方の名称、委託期間、業務内容が分かる部分の抜粋で結構です）。
- ※ 受託開始時期を備考に記載してください。

(様式1－3)

法人概要書

会社名

項目	内 容					
本 社	所在地 電話番号 代表者 職・氏名					
最寄りの営業所等	所在地 電話番号 代表者職名・氏名					
本件を担当する連絡 責任者	所属 氏名		役職 電話			
会社設立年月日	年 月 日 設立					
資本金						
事業内容						
置賜広域病院企業団 構成団体への競争入 札参加資格登録状況	団体名	山形県	長井市	南陽市	川西町	飯豊町
	登録番号					
	※登録している団体の所に番号を記入してください。					
その他（会社沿革等 の概略）						

※必要に応じ適宜パンフレットを添付すること

(様式1－4)

暴力団排除に関する誓約書

当社は、

- 1 下記のいずれも該当しません。将来においても該当することのないことを誓約します。
- 2 置賜広域病院企業団（以下「企業団」という。）との契約事案について、下記に該当する者であることを知りながら原材料及び物品の購入契約並びにその他の契約を締結することはありません。
- 3 下記の該当の有無を確認するために、役員名簿等の提出を求められたときは速やかに提出します。また、当該役員名簿等に記載された情報等が山形県警察本部に提供されることについて同意します。
- 4 暴力団の不当な要求に応じません。また、企業団との契約事案について不当な要求を受けたときは、ただちに警察署へ通報（「110番通報等」）するとともに、企業団に報告します。
- 5 この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が入札参加資格の制限等の不利益を被ることとなっても異議は一切申し立てません。

記

- 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役員又は支店若しくは契約を締結する事務所の代表者をいう。以下同じ。）が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6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴力団員でなくなった日から5年経過しない者（以下「暴力団員等」という。）であること。
- 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。）又は暴力団員等が経営に実質的に関与していること。
- 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加える目的をもって、暴力団又は暴力団員等を利用する等していること。
- 役員等が、暴力団又は暴力団員等に対して資金等を供給し、又は便宜を供与する等直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与していること。
- 役員等が、暴力団又は暴力団員等と社会的に非難されるべき関係を有していること。
- 個人である場合は、指定暴力団員（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第9条に規定する指定暴力団員をいう。）と生計を一にする配偶者（婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む。）であること。

置賜広域病院企業団

企業長 渡 邊 丈 洋 殿

令和 年 月 日

住所又は所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(様式2)

番 号
令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代表者職氏名) 様

置賜広域病院企業団

企業長 渡 邊 丈 洋

置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル参加資格確認通知書

記

1 確認結果

①プロポーザル参加資格を有することを認めます。

②次の理由により、プロポーザル参加資格を有することを認められません。

理由：〇〇のため

【連絡担当者】

(担当者名)

(電話番号)

(FAX番号)

(様式3)

令和 年 月 日

置賜広域病院企業団

企業長 渡 邊 丈 洋 殿

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル企画提案書

このことについて下記の書類を添えて提出します。

記

- ① 患者給食業務の基本的な考え方（様式3-2）
- ② 業務運営体制について（様式3-3）
- ③ 従事者の育成について（様式3-4）
- ④ 患者満足度の向上について（献立管理等）（様式3-5）
- ⑤ 安全衛生管理体制について（様式3-6）
- ⑥ 危機管理体制について（様式3-7）
- ⑦ 独自の提案事項について（様式3-8）
- ⑧ 委託料見積りについて（様式4、4-2）

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

電話番号

FAX番号

- -

- -

(様式 3－2)

1 病院における患者給食業務の基本的な考え方
① 治療食としての患者給食に対する基本的な業務運営方針 ② 食材確保について（品質、安全性、安定性の確保） ③ 食物アレルギーの具体的な対応について ④ 嚥食不良等（リハビリテーション期、嚥下困難、咀嚼困難、ターミナル期、その他）への対応について

(様式 3 - 3)

2 業務運営体制について
① 受託に向けた諸準備、移行計画について
② 従事者の確保及び定着に関する考え方
③ 有資格者等適正な人員の配置構成、配置人員及び1日に勤務する従事者について
④ 新調理システム導入に対する考え方、対応方法及び見通し

(様式 3 - 4)

3 従事者の育成について

- ① 従事者の教育・研修に関する基本的な考え方
- ② 業務マニュアル（安全衛生及び調理等）の整備と従事者に対する教育・研修計画について

(様式 3 - 5)

4 患者満足度の向上について (献立管理等)
① 委託業務に関する患者への諸調査と結果の活用について ② 季節感を考慮することや嗜好にも配慮した献立作成について ③ 祝日及び季節行事等における行事食の提供について ④ 患者からの食事のクレームに対する分析と対処 ⑤ 医師の指示による特別な栄養基準、形態等の対応 ⑥ ゼリー食及びミキサー食等、食品の原型をとどめない、見た目に判別がつきにくい食事への対応について

(様式 3 - 6)

5 安全衛生管理体制について
① 安全衛生管理に対する取組方針 ② 従事者の健康管理及び感染症罹患時の対応について ③ 異物混入等インシデント防止対策と発生時の対応について ④ 過去 3 年以内の食中毒事故の有無と、「有」の場合、その状況と対応について

(様式 3－7)

6 危機管理体制について
① 緊急時の対応・連絡体制について
② 食中毒の予防や食品事故の防止についての取組みと発生時の対応について
③ 地震等、非常時における患者食の確保について

(様式 3－8)

7 独自の提案事項について

(様式4)

置賜広域病院企業団

企業長 渡 邊 丈 洋 殿

住所

商号又は名称

(代表者職氏名)

印

見 積 書

「置賜広域病院企業団患者給食業務」委託について下記のとおり見積ります。

記

見積金額 金 円（消費税及び地方消費税を除く。）

(様式4－2－1)

◆公立置賜総合病院

(単位；円)

区 分		金額及び算定根拠等		
運営管理費		月 額	年 額	備 考
	人件費	円 (人)		
	保健衛生費			
	通信費			
	消耗品費			
	事務用品費			
	保険料			
	諸経費			
	小 計 ①			
食材料費		1 食分	年 額	
	朝食			食数 ○○○食／日
	昼食			食数 ○○○食／日
	夕食			食数 ○○○食／日
	小 計 ②			
合 計 (① + ②)				

※食数については、現場説明会でお知らせします。

(様式4－2－2)

◆公立置賜長井病院

(単位；円)

運営管理費		月 額	年 額	備 考
	人件費	円 (人)		
	保健衛生費			
	通信費			
	消耗品費			
	事務用品費			
	保険料			
	諸経費			
	適温配膳車配置経費			
	小 計 ①			
食材料費		1 食分	年 額	
	朝食			食数 ○○○食／日
	昼食			食数 ○○○食／日
	夕食			食数 ○○○食／日
	小 計 ②			
合 計 (① + ②)				

※食数については、現場説明会でお知らせします。

(様式4－2－3)

◆公立置賜南陽病院

(単位；円)

区 分		金額及び算定根拠等		
運営管理費		月 額	年 額	備 考
	人件費	円 (人)		
	保健衛生費			
	通信費			
	消耗品費			
	事務用品費			
	保険料			
	諸経費			
	適温配膳車配置経費			
	小 計 ①			
食材料費		1 食分	年 額	
	朝食			食数 ○○○食／日
	昼食			食数 ○○○食／日
	夕食			食数 ○○○食／日
	小 計 ②			
合 計 (① + ②)				

※食数については、現場説明会でお知らせします。

(様式5)

企画提案辞退届出書

令和 年 月 日

置賜広域病院企業団

企業長 渡 邊 丈 洋 殿

令和7年 月 日付けにて参加申出した「置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル」に係る企画提案については、下記の理由により、これを辞退したく届出いたします。

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

印

〈辞退理由〉

(様式6)

質 問 書

令和 年 月 日

置賜広域病院企業団 企業長 殿

住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

「置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル」について、下記のとおり質問します。

記

質問項目	質問内容

【連絡担当者】

部署

氏名

電話

F A X

E-mail

(様式7)

番 号
令和 年 月 日

(商号又は名称)

(代表者職氏名) 様

置賜広域病院企業団
企業長 渡 邊 丈 洋

結 果 通 知 書

貴社から提出のあった「置賜広域病院企業団患者給食業務公募型プロポーザル」の企画提案について、審査結果を次のとおり通知します。

記

○ 結 果

【連絡担当者】

(担当者名)

(電話番号)

(FAX番号)