

人事評価制度構築コンサルティング業務（医師職）プロポーザル実施要領

1 目的

本実施要領は、大田市立病院の医師職に係る人事評価制度構築のためのコンサルティング業務について、広く企画提案を募集し、総合的な審査により専門的知識及びノウハウを有した委託業者を選定するために必要な事項を定めるものである。

2 業務の名称及び概要

(1) 名称

大田市立病院人事評価制度構築コンサルティング業務（医師職）

(2) 委託業務内容

大田市立病院の医師職に係る人事評価制度構築作業に関し、制度の設計及び職員に対する研修業務、制度導入における助言等を行う。（詳細は別添「人事評価制度構築コンサルティング業務（医師職）委託仕様書」による。）

(3) 履行場所

島根県大田市大田町吉永1，428番地3

大田市立病院

(4) 業務の履行期限

平成27年3月31日まで

(5) 委託料の上限

当該業務に係る予算の上限は7,000,000円（消費税及び地方消費税含む。）とする。ただし、この金額は事業の規模を示すものであり、契約時の予定価格を示すものではない。

3 プロポーザルの実施要領及び仕様書の交付期間及び交付場所

(1) 交付期間

公告の日から平成26年5月20日（火）までとする。

(2) 交付場所

事務局において交付するほか、連絡のあった希望者に対し電子メールで送付する。

4 参加資格

(1) 参加資格要件

ア 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者であること。

イ 国又は地方公共団体との契約に関して指名停止の措置がなされていないこと

ウ 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく再生手続開始の申立て又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく民事再生手続開始の申立てがなされている者（手続開始の決定を受けた者を除く。）でないこと

エ 法人格を有し、本委託業務を円滑に遂行できるよう、安定的かつ健全な財務能力を有していること。

オ 過去10年間（平成16年度～平成25年度）に本業務と同種又は類似業務について実績を有すること。

(2) 資格審査

ア 参加資格確認申請書

プロポーザルに参加しようとする者は、参加資格を有することを証明するため、参加資格確認申請書（別紙様式第1号～第3号。以下「申請書」という。）を提出しなければならない。

イ 申請書提出手続き

(ア) 提出部数 1部

(イ) 提出期限 平成26年5月20日（火）午後5時必着

(ウ) 提出場所 事務局

(エ) 提出方法 持参又は郵送

ウ 確認結果の通知

確認結果は電子メール及び書面により通知する。なお、参加者としての資格を有しない者に対しては、理由を付して通知する。

5 企画提案書

(1) 記載内容

仕様書を参考に、次に掲げる事項に対する提案を行うこと。

ア 会社概要

イ 医療機関での人事制度コンサルティング実績

※公立病院等での実績、コンサルティングの内容等

ウ 本業務実施の組織体制

(ア) 本業務を担当する責任者及びスタッフの編成と人数

(イ) 本業務を担当する責任者及びスタッフの役職、公的資格、業務経歴

エ 委託期間での業務スケジュール

※なお参考として、制度設計後の医師職に係る試験運用から正式導入までの全体スケジュールを提示すること

オ 本業務を実施するにあたっての手法

※委託者と受託者との役割分担を明示すること

カ その他、必要な事項があれば記載すること

(2) 経費の見積り

積算の内訳を、可能な限り詳細に記載すること

(3) 書式

表現のため必要がある場合を除き、原則としてA4版とし、合計15頁以内とすること。

(4) 提出手続き

提案件数は1社1提案とし、下記により提出すること。なお、提出期限後における企画提案書等の提出資料の再提出及び差し替えは認めない。また、提出された企画提案書等の提出資料は返却しない。

ア 提出部数 10部

イ 提出期限 平成26年6月2日（月）午後5時必着

ウ 提出場所 事務局

エ 提出方法 持参又は郵送

6 質疑照会

本企画提案及び仕様書等に対し質問がある場合には、質問票（別紙様式第4号）に記載のうえ、次により提出すること。

(1) 受付期間

平成26年5月20日（火）午後5時まで

(2) 提出方法

電子メールにて事務局まで送付すること。電話での照会には応じない。

(3) 質疑の共有

提出された質問については、回答を整理してホームページへ掲載する。

7 委託契約候補者の選定

(1) 選定委員会の設置

プロポーザルの実施にあたっては、院内に人事評価制度コンサルティング業務委託候補者選定委員会（以下「選定委員会」という。）を設置し、選定委員会において最優秀提案者を選定する。

(2) 選定方法

選定委員会において、企画提案内容を、書面審査、プレゼンテーションに基づいて審査し、最も優れていると認められた者を委託契約候補者として選定する。なお、選定された者が辞退するか、参加資格要件を満たさなくなった場合は次点の者を委託契約候補者とすることができる。

プレゼンテーションは、各応募者20分以内とし、引き続き質疑応答を25分程度実施する。なおプレゼンテーションには、本業務の担当責任者は必ず出席すること。

プレゼンテーションに利用する機器として、プロジェクターとスクリーンを用意するので、パソコン等を持参し提示を行っても差し支えない。

(3) 審査事項及び配点、観点

ア 最優秀者を選定する際に審査する事項及び配点は、次のとおりとする。

(ア) 企画提案内容 50点

(イ) 業務の実施方法、履行能力・体制、実績 30点

(ウ) 業務の履行に係る経費の額 20点

イ 審査の際の観点は次のとおりとする。

(ア) 具体性及び説得性を有した内容であるか

(イ) 制度設計に係る業務内容や制度導入に係る実施手順等に関して、具体的かつ実現性のある提案がなされているか。

(ウ) 業務実施にあたってのスケジュールは妥当か

(エ) 本業務を実施するための組織体制は充実しているか

(オ) 事業者としての過去の受託実績は十分か

(カ) 担当責任者は本業務の実施能力及びプロジェクト管理能力を有し、また相当程度の実績を有しているか

(キ) 担当責任者は医療機関の現場を熟知しているか

(ク) 本業務の業務ごとの作業量と見積額は妥当か、経費の内訳は明確か

(4) 選定の時期

プレゼンテーションの日程は、参加資格審査の決定通知と合わせて連絡する。最終的な委託契約候補者の選定は、平成26年6月中旬を目途として行う。

(5) 選定結果の通知

選定の結果については、電子メール及び書面により速やかに通知する。

8 委託契約の締結

最優秀提案事業者（委託契約候補者）と、予算額の範囲内で契約条件を協議のうえ、委託契約を締結する。なお、委託契約候補者と大田市立病院との間で協議が整わなかった場合には、次点の者と協議を行う。

9 事務局

〒694-0063

島根県大田市大田町吉永1428番地3

大田市立病院 事務部 人事評価制度導入事務局

担 当 近藤、島林

電 話 0854-82-0330

F A X 0854-84-7749

E-mail d.shimabayashi@ohda-hp.ohda.shimane.jp

(参考) 選定スケジュール

日 程	内 容
平成26年5月7日(水)	公募の開始(実施要領等の公表、配布)
平成26年5月20日(火)	プロポーザル参加申込書提出期間 質問書の提出期限
平成26年5月23日(金)	質問書の回答期限
平成26年6月2日(月)	企画提案書等の提出期限
平成26年6月7日(土) 予定	プレゼンテーションの実施
平成26年6月9日(月) 以降	審査結果の通知

様式第1号（A4版）

大田市立病院人事評価制度構築コンサルティング業務（医師職）
プロポーザル参加資格確認申請書

平成 年 月 日

大田市立病院
大田市病院事業管理者 西 尾 祐 二 様

所在地
商号又は名称
代表者氏名 印

「大田市立病院人事評価制度構築コンサルティング業務（医師職）」のプロポーザルに参加したいので、関係書類を添えて申請します。

なお、申請者は、次のアからオに該当すること及び関係書類の内容については事実と相違ないことを誓約します。

記

- ア 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者であること。
- イ 国又は地方公共団体との契約に関して指名停止の措置がなされていないこと
- ウ 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づく再生手続開始の申立て又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく民事再生手続開始の申立てがなされている者（手続開始の決定を受けた者を除く。）でないこと
- エ 法人格を有し、本委託業務を円滑に遂行できるよう、安定的かつ健全な財務能力を有していること。
- オ 過去10年間（平成16年度～平成25年度）に本業務と同種又は類似業務について実績を有すること。

関係書類

1. 会社概要等整理表（様式第2号）
2. 受託実績一覧（様式第3号）

会社概要等整理表

企画提案者	会社（団体）名	連絡担当者	所属
	所在地		役職・氏名
			電話番号
	ホームページアドレス		FAX
			電子メールアドレス

<会社（団体）の概要>

設立年月		資本金	
売上金（円）		従業員数	
支社（支店）		関連会社	

※1 売上金は直近の決算期のものを記入すること。

※2 会社概要など参考となる資料があれば添付すること。

<外部協力事業者>

住 所	
氏名又は商号	
代表者氏名	
協 力 内 容	
住 所	
氏名又は商号	
代表者氏名	
協 力 内 容	
住 所	
氏名又は商号	
代表者氏名	
協 力 内 容	

※ この表は該当がある場合のみ記入すること。

様式第3号 (A4版)

過去10年間の人事評価制度コンサルティング受託実績一覧

業務提供先 (A:都道府県、B:病床数、 C:職員数)	コンサルティング内容 (A:契約期間、B:テーマ)	備 考
A: B: C:	A: B:	

様式第4号 (A4版)

大田市立病院 事務部 人事評価制度導入事務局 あて

Email : d.shimabayashi@ohda-hp.ohda.shimane.jp

送付日 : 平成 年 月 日

人事評価制度構築コンサルティング業務 (医師職) プロポーザル

質 問 票

会社名		所在地	
所属部署名		電話	
質問者氏名		Email	