

地方独立行政法人市立東大阪医療センター医療情報システム更新等にかかる
コンサルティング委託業務におけるプロポーザル実施要領

1. 目的

この実施要領は、市立東大阪医療センター医療情報システム更新等にかかるコンサルティング業務を行う委託事業者について、公募型プロポーザル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。

本件業務受託者には、当センターにとって有益な医療情報システム導入のための提案を幅広く求めるもの。

2. 公募に付する事項

- (1) 件名 市立東大阪医療センター医療情報システム更新等にかかる
コンサルティング委託業務
- (2) 業務期間 契約締結日から令和7年12月31日まで
- (3) 業務内容 業務仕様書のとおり
- (4) 履行場所 地方独立行政法人市立東大阪医療センター
東大阪市西岩田三丁目4番5号
- (5) 提案上限価格 32,000,000円（消費税等含む）

3. プロポーザル参加資格

プロポーザルに参加するために必要な資格は、以下の条件を全て満たす者とする。

- (1) 次のいずれにも該当しない者であること。
 - ア 当該入札にかかる契約を締結する能力を有しない者
 - イ 破産手続開始の決定を受けて復権を得ない者
 - ウ 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項各号に掲げる者
- (2) 引き続き2年以上その事業を営んでいること。
- (3) 国税及び地方税について未納がないこと。
- (4) 参加申請日より起算し、過去3年以内に当センターと同程度の診療科目を有し、一般病床数400床以上の医療機関において、同業務を3件以上元請として受託した実績があること。
- (5) 特定のシステムベンダー及び医療機器メーカーとの資本関係、業務提携、業務委託等がなく、どのシステムベンダーとも平等な関係が保てること。

4. スケジュール予定（都合により変更する場合がある）

内容	日程
① ウェブサイトによる公告及び公募実施要領等の配布開始	令和5年6月16日（金）

② 参加申請書類の受付	令和5年6月16日(金) ～令和5年6月23日(金)まで
③ 参加申請書類の選考(一次審査)結果通知	令和5年6月27日(火)
④ 質疑受付期間	令和5年6月28日(水) ～令和5年7月4日(火)正午まで
⑤ 質疑への回答	令和5年7月11日(火)
⑥ プレゼンテーション実施時間の連絡	令和5年7月18日(火)
⑦ 提案書(10部)・見積書(2部)提出	令和5年7月20日(木)
⑧ プレゼンテーション(二次審査)実施	令和5年7月27日(木)
⑨ 選定結果通知・公表(最優秀提案者決定)	令和5年7月31日(月)

5. プロポーザル参加申請に関する事項

- (1) 受付期間 令和5年6月16日(金)から令和5年6月23日(金)まで
※提出時間は平日9時から17時までとし、12時から13時までの間を除くこと。
- (2) 提出方法 下表の必要書類をすべて揃えて持参することとし、郵送での提出は一切認めない。
- (3) 提出場所 末尾問い合わせ先・各書類提出先のとおり
- (4) その他 ①提出された書類は返却しない。
②受付後に参加資格を有しないことが判明した場合は、失格とする。

	提出書類	書類の内容	提出部数
1	プロポーザル参加申請書	様式1のとおり	1部
2	事業所概要(導入実績)	様式2のとおり	1部
3	納税証明書(国税)	国税様式その3の3	1部
4	納税証明書 法人事業税 法人府(県) 民税	完納証明 ※滞納がないことが分かる書類	1部

※ プロポーザル参加申請書を提出したにもかかわらず、何らかの事情により参加を辞退する場合は、「プロポーザル辞退届(様式4)」を提出すること。

6. 一次審査(書類評価)

参加申請者が4者以上あった場合、「市立東大阪医療センター医療情報システム更新等にかかるコンサルティング委託業務プロポーザル評価基準」による順位付けを行い、上位3者につき、二次審査(プレゼンテーション)を実施する。

- (1) 結果通知日 令和5年6月27日(火)
- (2) 方法等 全参加者に対し、電子メールで以下について通知する。

①一次審査結果（可否）

②参加申請者数及び順位 ※一次審査結果が否の場合のみ通知

7. 質疑の受付及び回答

実施要領、企画提案書、業務仕様書の内容等に関し質疑がある場合は、質疑回答様式（様式3）を作成し、以下のとおり提出すること。

- (1) 受付期間 令和5年6月28日（水）から令和5年7月4日（火）正午まで
- (2) 方法 質疑回答様式（様式3）により、末尾問合せ先に記載のメールアドレスへ電子メールを送付すること。また、メール送付後、電話にて受信確認を行うこと。
- (3) 回答 令和5年7月11日（火）
参加者全員（一次審査合格者、以下同じ）へ質疑に対する回答を一斉にメール送付する。

8. 二次審査（プレゼンテーション）に関する指定時間の連絡

- (1) 連絡日 令和5年7月18日（火）
- (2) 連絡方法 申請担当者宛に電話連絡を行う。
※指定するプレゼンテーション時間の変更は受け付けない。

9. 提案書、見積書にかかる提出期限及び提出場所

- (1) 受付期間 令和5年7月11日（火）から令和5年7月20日（木）
※提出時間は平日9時から17時までとし、12時から13時までの間を除くこと。
- (2) 提出方法 持参により提出すること。郵送又は電送による提出は認めない。
- (3) 提出場所 市立東大阪医療センター 新館3階 事務局契約会計課
東大阪市西岩田三丁目4番5号
- (4) 提出書類 必要な提出書類及び提出部数は下表のとおり

提出書類	書類内容	提出部数
企画提案書 （任意様式）	企画提案書は「プロポーザル評価基準」に則り、本業務にかかる会社としての取り組み等がわかりやすい資料として作成すること。 ※ 電子媒体（CD-R）1部提出すること。	紙媒体 10部 電子媒体 1部
見積書	見積書は、会社名、所在地、契約にかかる代表者役職及び氏名を記載し、契約代表者印鑑を押印すること。なお、提案上限額は32,000,000円（税込）とする。 見積書の書式については任意とするが、積算根拠など見積内訳が分かるように作成すること。 なお、提案上限額以上の場合は失格とする。	2部

10. 二次審査（プレゼンテーション）について

- (1) 日 時 令和5年7月27日（木） 9時から12時の間で指定
- (2) 場 所 市立東大阪医療センター 本館3階 B会議室
- (3) 方 法 ①プレゼンテーション（30分以内）及び質疑応答（20分程度）とする。
②プレゼンテーションは企画提案書に沿って実施すること。
③当センターの評価委員により採点及び質疑等を行う。
- (4) そ の 他 ①出席者は3名以内とする。
②他の参加者のプレゼンテーションを傍聴することはできない。
③指定日時の遅刻や欠席については、失格扱いとする。
④プレゼンテーション実施に際して必要とされるものは提案者が用意すること。
（電源及びプロジェクター又はモニターは当センターにて準備する）
⑤プロジェクター等を使用し、プレゼンテーションを実施予定の者はPC接続の不具合に備え、スライド内容を保存したUSB媒体等を用意しておくこと。

11. 選定結果通知・公表（最優秀提案者決定）

- (1) 日 時 令和5年7月31日（月）
- (2) 審査方法 提出された参加申請書類及び企画提案書について客観点審査及びプレゼンテーション審査を実施し、評価点方式により順位付けを行い、当センターの定める基準点以上の最高点を獲得した提案者を最優秀提案者とする。評価基準審査における項目や評価基準は「地方独立行政法人市立東大阪医療センター医療情報システム更新等にかかるコンサルティング委託業務プロポーザル評価基準」のとおり
- (3) そ の 他 ①審査の結果、最高点を獲得した者が複数いる場合は、見積金額が低いものを最優秀提案者とする。見積金額も同じ場合は、くじ引きにより決定する。なお、その際くじ引きを辞退することはできない。
②審査結果は採否に関わらず、二次審査参加業者全てに通知するとともに、後日、最優秀提案者について当センターウェブサイトで公表する。

12. 契約の締結

- (1) 契約の締結 最優秀提案者と提案内容を踏まえた仕様書を作成し、契約を締結するが、契約締結の協議段階で合意に至らなかった時は、次点提案者と契約締結の交渉を行う。
- (2) 契約保証金 契約保証金は、地方独立行政法人市立東大阪医療センター契約規程

第32条第2号により免除する。但し、契約金額の10分の1以上（千円未満切り上げ）を担保する履行保証保険に加入すること。

13. プロポーザルに参加することができないもの

- (1) 参加申請からプレゼンテーションの間において、3. プロポーザル参加資格要件を満たさなくなったもの。
- (2) プロポーザル実施にかかる指定日時に書類の提出がなかったもの。
- (3) その他、プロポーザルに参加することが適正でないと決定されたもの。

14. その他

- (1) プロポーザル参加にかかる一切の費用は、参加者の負担とする。
- (2) 提出を受けた書類等の返却は行わない。
- (3) 本プロポーザル実施にあたり、知り得た情報を本業務の目的以外に使用し、また第三者に提供してはならない。
- (4) 提案後に仕様書、現場等についての不明を理由として異議を申し立てることはできない。
- (5) 契約締結後において、虚偽の記載等の不正と認められる行為があった場合は、契約の解除ができるものとし、当センターに損害が発生したときは相当額を賠償するものとする。

15. 問い合わせ先・各書類提出先

〒578-8588 東大阪市西岩田三丁目4番5号

市立東大阪医療センター 事務局契約会計課

担当：林 中西

TEL 06-6781-5101

メールアドレス keiyakukaikei@higashiosaka-mc.jp

以 上