

小牧市民病院ストレスチェックプロポーザル実施要領

令和6年5月20日
6小院総第397号

1 趣旨

小牧市民病院ストレスチェックについて、最適な提案をする者（以下「最適者」という。）を、公募型プロポーザル方式により特定するために必要な事項を定めるものとする。

2 業務の概要

ストレスチェックは、小牧市病院事業職員（以下「職員」という。）自身のストレスへの気付き及びその対処の支援並びに職場環境の改善を通じて、メンタルヘルス不調となることを未然に防止する一次予防を目的とし、メンタルヘルス不調者の発見を一義的な目的とはしないこととする。詳細については、別紙「小牧市民病院ストレスチェック仕様書」による。

3 提案上限金額

1, 492, 000円（消費税及び地方消費税を含む）

4 納期

令和6年9月30日（月）

5 参加資格

小牧市民病院ストレスチェックプロポーザル実施要綱（令和6年5月20日6小院総第397号）第3条に規定する条件を満たすこと。

6 実施スケジュール

項目	日程
実施要領等の公表（公告）	令和6年5月27日
質疑受付	令和6年5月27日～6月7日
質疑回答	令和6年6月13日
参加表明書等の提出期間	令和6年5月27日～6月17日
質疑送付（審査委員会→参加者）	令和6年6月20日
質疑回答期限（参加者→審査委員会）	令和6年6月24日
審査会	令和6年7月上旬
結果発表（公表・通知）	令和6年7月中旬
見積徴収及び契約締結	令和6年7月下旬～

※期間の表示があるものは、午前9時から午後5時まで（期間中の土曜日、日曜日及び国民の休日に関する法律（昭和23年法律第178号）に規定する休日を除く。）を行うものとする。

※上記スケジュールは予定であり、変更する場合がある。

※審査結果は書面にて通知する。

7 参加表明書等の提出方法

(1) 参加表明書等の交付・提出期間

令和6年5月27日（月）～令和6年6月17日（月）

（土曜日・日曜日を除く午前9時から午後5時まで）

※参加表明書等については、小牧市民病院ホームページに掲載したものをダウンロードすること（窓口での配布は行わない）。

(2) 提出場所及び提出方法

〒485-8520

愛知県小牧市常普請一丁目20番地

小牧市民病院事務局病院総務課 庶務係

TEL：0568-76-1431（直通）

FAX：0568-76-4145

上記提出場所に郵送（書留に限る）により提出してください。

（令和6年6月17日（月）必着）

(3) 提出書類

以下の書類を提出期間内に提出すること。

なお、参加表明書を除いて、その他の書類は正本1部、副本6部提出すること。

- ・参加表明書（様式第1）
- ・企画提案書（様式第5）
- ・企画提案書（任意様式）

※A4サイズ・縦型・横書き・左綴じ、記載文字10ポイント以上で作成すること。

①業務実施体制	(1) 会社概要（設立年月日、代表者氏名、役員構成、資本金、従業員数、事業所所在地、事業内容等） (2) 本業務を担当する営業所、業務支援体制、担当者等 (3) 業務工程、発注者と受注者の役割分担等 (4) 類似業務の実績（病院名(自治体名)、病床数(人口)、実施年度等） (5) その他特筆すべき事項
②企画提案事項	仕様書に基づいた職員ストレスチェック業務内容及びその他補足等 (1) 見積金額で可能な範囲で記載すること（見積金額でできないことを記載しないこと）。 (2) 評価する者が理解できるよう、可能な限り平易な言葉で作成

	<p>すること。</p> <p>(3) 病院が持っている 5 年度実施のストレスチェック結果データ (CSV) を可能な限り活用すること。</p> <p>(4) 実施方法、個人結果及び集団分析について、わかりやすく提案すること。</p> <p>(5) 結果集計後のフォローアップを提案すること。</p>
③見積金額及び積算内訳	小牧市民病院ストレスチェックにかかる見積金額 (税抜き) 及び積算内訳

(4) 質問の受付・回答

受付期間：令和 6 年 5 月 27 日 (月) ～令和 6 年 6 月 7 日 (金) 午後 5 時 (必着)

提出方法：電子メールにて件名を「小牧市民病院ストレスチェックプロポーザルに関する質問 (事業者名)」とし、質問書 (様式第 4) を添付して、次のメールアドレス宛に送信すること。送信後は受信の電話確認を行うこと。

※質問受付期間以外の質問及び電話など口頭による質問の受付は行わない。

メールアドレス：gene@komakihp.gr.jp

質問の回答：令和 6 年 6 月 13 日 (木)

※小牧市民病院ホームページに掲載 (質問者の名称は公表しない。)

※仕様書の補足等が掲載されることもあるため、質問及び回答については、参加表明書等の提出前に必ず確認すること。

8 業者選定方法

(1) 審査方法

事業者の選定は、小牧市民病院ストレスチェックプロポーザル審査委員会 (以下「委員会」という。) の審査において行う。

(2) 審査方式

審査は企画提案書の書類審査により行う。

審査日 令和 6 年 7 月上旬 予定

(3) 選定方法等

ア 下記項目について審査委員が採点を行い、各審査委員の採点の合計で最高得点の者を最適者とする。(各審査委員 100 点、合計 600 点)

イ 最高得点の者が同点の場合は、企画提案内容の合計の優劣により特定する。なお、企画提案内容の合計が同点の場合は、審査委員長の企画提案内容の合計の優劣により特定する。

ウ 審査の結果、最適者に次いで合計得点が高い1者を次点とし、業務契約の開始日前までに最適者が辞退した場合には、次点を新たな契約候補者として手続きを行うものとする。

エ 参加表明事業者が1者の場合であっても、審査を行うが、審査の結果、一定の基準を満たさなかった場合は、契約候補者として特定しない。

(4) 審査結果

審査結果は、文書にて参加表明書等の提出者全てに郵送し、小牧市民病院ホームページで公開する。なお、審査結果について異議申し立ては認めない。

〈審査委員6人分の合計：審査委員一人当たりの配点は100点〉

業務実施体制	・業務を迅速に遂行するための適切な体制が整っているか。	30点
	・他病院での実績はあるか。 ・実績から事業を遂行できる能力を有しているか。	30点
企画提案内容	・当院の理念や基本方針を十分に理解しているか。 ・本事業の目的を十分に理解しているか。 ・他病院との比較が可能であるか。 ・経年比較が可能か。 ・職員が受検しやすいか。 ・回答しやすい受検様式であるか。 ・受検結果の確認後のフォローアップ体制は取れているか。	480点
経 済 性	・提案内容は見積金額に見合っているか。	60点
合 計		600点

9 審査委員

- (1) 院長
- (2) 薬局長
- (3) 看護局長
- (4) 診療技術局長
- (5) 産業医
- (6) 事務局長

10 参加報酬の有無

参加表明書等の作成に係る費用は提出者の負担とし、参加報酬（報償費）等は支払わない。

1 1 業務契約

(1) 契約の締結交渉

契約候補者特定後、契約条件等について、当院と契約候補者との間で協議し、提案上限金額の範囲内で契約を締結する。契約手続き及び契約書は、小牧市契約規則の定めによるところによるものとする。また、提案された内容と実際の契約内容が異なる場合があるので了承すること。なお、協議が不調のときは、次点者と契約締結に向けた協議を行うものとする。この場合において、契約候補者に生じる損害については、当院は一切の責を負わない。

(2) 契約料

契約料は、当院が算出した金額以内とする。なお、契約料の支払いについては、納品後に検査を行い、適正な請求書に基づき支払うものとする。

(3) 契約保証金

免除とする。

(4) 契約方法

随意契約とする。

1 2 その他

(1) 本プロポーザルの審査委員及びその家族が実質的に関係する組織に所属する者は本プロポーザルに参加できない。

(2) 本プロポーザルの告示から審査結果が公表されるまでの間において、審査委員、事務局及び関係職員に、参加表明書等を提出した者が本プロポーザルに関する接触（本要領に定める手続きは除く。）を求めたときは失格とする。

(3) 本プロポーザルにおいて、次のいずれかに該当すると委員会が認めた場合は失格となる。

①提出書類が、提出方法、提出先及び提出期限に適合しない場合。

②提出書類が、実施要領に定められた様式及び記載上の留意事項に適合しない場合。

③提出書類に、記載すべき事項の全部又は一部が記載されていない場合。

④提出書類に虚偽の記載がある場合。

⑤他者の提出書類を盗用した疑いがある場合。

⑥見積額が提案上限額を越えている場合。

⑦その他実施要領等に違反すると認められた場合。

(4) 提出書類は選定を行う作業に必要な範囲において複製することがあり、返却はしない。また、本選定に関する公表や出版、展示その他小牧市病院事業が必要と認

めるときに、無償で一部又は全部を使用できるものとする。

- (5) 提出期限後の書類の再提出及び差し替えは、原則として認めない。
- (6) 提出書類の著作権については、提出者に帰属する。ただし、最適者の提出書類の著作権は小牧市病院事業に帰属する。
- (7) 提出書類は、小牧市情報公開条例（平成12年小牧市条例第39号）に規定する開示請求の対象となる。
- (8) 本事業は、契約締結後においても、受注者に本提案における不正または虚偽記載等と認められる行為が判明した場合は、契約を解除できるものとする。

1.3 問合せ先

小牧市民病院事務局病院総務課 庶務係

〒485-8520

愛知県小牧市常普請一丁目20番地

TEL：0568-76-1431（直通）

FAX：0568-76-4145

MAIL：gene@komakihp.gr.jp

(様式第4)

令和 年 月 日

(宛先)

小牧市病院事業管理者

商号又は名称

代表者職氏名

印

質 問 書

小牧市民病院ストレスチェックプロポーザルにかかる、次の項目について質問いたします。

質 問 事 項

注意事項

- 1 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。
- 2 項目番号はつけないものとする。
- 3 一般的事項に関する質問があれば、別紙に記入する。
- 4 質問がない場合は、質問書を提出する必要はない。

企画提案書

小牧市民病院ストレスチェックプロポーザル実施要領に基づき、企画提案書を提出します。

なお、記載内容は事実と相違ありません。

令和 年 月 日

(宛先)

小牧市病院事業管理者

提出者

〒・住所

商号又は名称

代表者職氏名

⑩

連絡先担当者

所 属

氏 名

電 話

F A X

E-mail