

適正服薬推進業務に係る公募型プロポーザル実施要領

1 業務名

適正服薬推進業務

2 目的

この要領は、適正服薬推進業務委託に当たり、企画提案を公募し、総合的な評価により委託候補者を決定するため、必要な事項を定めるものである。

3 業務概要

(1) 業務内容

適正服薬推進業務仕様書（以下「仕様書」という。）のとおり

(2) 委託期間

契約日から令和6年3月31日まで

(3) 委託限度額

8,138,350円（消費税及び地方消費税の額を含む。）

4 参加資格

次に掲げる要件を全て満たす者であること。

- (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項各号のいずれにも該当しないこと。
- (2) 会社更生法（平成14年法律第154号）第17条の規定に基づく更正手続開始の申立て又は民事再生法（平成11年法律第225号）第21条の規定に基づく再生手続開始の申立てがなされていないこと。
- (3) 青森県後期高齢者医療広域連合及び青森県における指名停止等の措置を受けていないこと。
- (4) 後期高齢者医療広域連合又は国民健康保険等において、本業務と同種又は類似の業務を遂行した実績があること。

5 質問の受付

仕様書の内容について質問がある場合は、期限までに質問書（様式6）を提出すること。

(1) 提出方法

電子メール 宛先：aomori-kouikirengou@dolphin.ocn.ne.jp

件名：【質問】適正服薬プロポーザル

(2) 提出期限

令和5年2月28日（火）

6 参加表明書等の提出

(1) 提出書類

- ① 参加表明書（様式1）
- ② 経営状況等調査票（様式2）
- ③ 業務実績書（様式3）
- ④ 個人情報保護に関する内部規定
- ⑤ 個人情報保護体制について第三者機関の認証を受けたことを証する書類（認定証の写し等）

(2) 提出方法

電子メール 宛先：aomori-kouikirengou@dolphin.ocn.ne.jp
件名：【参加】適正服薬プロポーザル

(3) 提出期限

令和5年3月7日（火）

7 企画提案書等の提出

(1) 提出書類

- ① 企画提案書（様式4）
- ② 企画提案資料（様式任意：A4版20ページ以内）
- ③ 業務スケジュール（様式任意）
- ④ 業務実施体制（様式任意）
※ 本業務に係る実施体制、従事予定者の業務概要及び人数等について記載すること。
- ⑤ 再委託調書（様式5）
※ 再委託をする場合のみ提出すること。
- ⑥ 見積書（様式任意：作成例を参照）
※ 業務内容別の内訳がわかるように記載すること。

(2) 提出部数

8部

(3) 提出方法

郵送、宅配便又は持参

(4) 提出期限

令和5年3月13日（月）17時まで

8 評価方法及び評価基準

(1) 評価方法

- ・ 青森県後期高齢者医療広域連合が設置する評価委員会において評価を行う。
- ・ 企画提案書等の内容について、(2)の評価基準に基づき採点を行い、合計点が最も高い1者を委託候補者として決定する。
- ・ 合計点が同点の場合は、評価委員の協議により委託候補者を決定する。
- ・ 合計点上位の企画提案者が辞退した場合は、次点の企画提案者が繰り上がりとなる。
- ・ 企画提案者が1者であった場合は、評価委員が内容を評価し、適否を決定する。

- ・ 評価委員会は非公開とする。

(2) 評価基準

評価項目		配点
業務内容	・業務内容を十分に理解し、業務目的が達成される企画提案となっていること ・取組のポイントが具体的かつ的確に提示されていること	10
実績	・同種又は類似の業務を遂行した実績があること	5
実施体制	・必要な人材や体制が確保され、業務スケジュールが適切であること ・情報セキュリティ対策が確保されていること	10
見積額	・提案内容との整合性がとれ、適切な範囲内であること	5
計		30

9 契約方法

委託候補者と青森県後期高齢者医療広域連合との間で契約条件を協議の上、委託候補者は改めて見積書を提出し、予算額の範囲内で契約を締結する。

なお、協議を踏まえ、提案内容の一部を変更する場合がある。

また、協議が調わないときは、次点の企画提案者と協議する場合がある。

10 失格

次のいずれかに該当する場合は、企画提案者を失格とする。

- (1) 参加資格を満たさなくなった場合、又は参加資格を満たさないことが判明した場合。
- (2) 提出書類に虚偽の記載、その他不正の行為をした場合。評価後も同様とする。

11 実施スケジュール（予定）

内容	日程・期限
公募開始	令和5年2月21日（火）
質問書提出期限	令和5年2月28日（火）
質問への回答	令和5年3月3日（金）まで
参加表明書等提出期限	令和5年3月7日（火）
企画提案書等提出期限	令和5年3月13日（月）
評価委員会における評価	令和5年3月下旬
結果の通知	令和5年3月下旬

12 問合せ先

〒030-0801

青森市新町二丁目4番1号 青森県共同ビル1階

青森県後期高齢者医療広域連合 業務課 保健事業推進チーム 担当：清川

電話：017-721-3821

FAX : 0 1 7 - 7 2 3 - 1 4 0 1

メール : aomori-kouikirengou@dolphin.ocn.ne.jp

様式1

年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

所 在 地

事 業 所 名

代表者職氏名

参 加 表 明 書

適正服薬推進業務に係る公募型プロポーザルへの参加を表明します。

担当者

部 署 名	
所 在 地	(上記所在地と異なる場合は記入)
職 氏 名	
電 話 番 号	
メールアドレス	

経営状況等調査票

商号又は名称

平均生産額 又は販売額	直前第2年度決算 ①		直前第1年度決算 ②		平均生産額（販売額） (①+②) / 2		
自己資本額		資本金（元入金）					
		純資産合計（次年度繰越純資本金額）					
生産設備	区分	機械装置	車両運搬具	工具・器具及び備品	計		
	資産額						
職員数		技術関係職員	事務関係職員	その他	計		
		人	人	人	人		
流動比率		$\frac{\text{流動資産（ ）}}{\text{流動負債（ ）}} \times 100 = \boxed{} \%$					
営業年数		創業日	現組織変更日	営業中断期間	通算年数		
		年 月 日	年 月 日	年 月～ 年 月	年		
障害者雇用状況		障害者雇用状況報告義務 有 ・ 無					
		法定雇用率達成 有 ・ 無		雇用障害者数		人	

様式3

業 務 実 績 書

事業所名	
------	--

年度	発注者	業務名及び内容	契約金額

※ 自社が中心となって同種又は類似の業務を遂行した実績を記載すること。

様式4

年 月 日

青森県後期高齢者医療広域連合長 様

所 在 地

事 業 所 名

代表者職氏名

企 画 提 案 書

適正服薬推進業務に係る企画提案書を提出します。

担当者

部 署 名	
所 在 地	(上記所在地と異なる場合は記入)
職 氏 名	
電 話 番 号	
メールアドレス	

様式5

再委託調書

事業所名	
------	--

再委託業務の内容	再委託先	理由

様式6

質 問 書

事業所名	
------	--

担当者

部署名	
職氏名	
電話番号	
メールアドレス	

質問事項

--