

院内レストラン等運営業務に係るプロポーザル説明書

この説明書は、茨城県立中央病院における院内レストラン等運営業務について、公募型企画提案方式により選定するために必要な事項を定めたものであり、公募参加希望者は、次の事項を熟知のうえ関係書類を提出するものとする。

1 事業内容

(1) 事業名

院内レストラン等運営業務

(2) 事業内容

運営事業者（以下「事業者」という。）は、茨城県立中央病院（以下「当院」という。）が指定する建物の一部を有償で借り受け、当院と協議のうえ運営に必要な設備整備を行い、当院利用者に対するサービス向上と職員の福利厚生のための院内レストラン及び売店（自動販売機を含む）を運営する。

(3) 運営期間

令和6年4月1日から令和11年3月31日まで 5年間

(4) 履行場所

茨城県立中央病院

2 参加資格

(1) 入札に際しては、地方自治法（昭和22年法律第67号）、地方自治法施行令政令（昭和22年政令第16号）。

以下「政令」という。）、茨城県病院局会計規程（平成18年 茨城県病院事業管理規程第21号）及び入札心得（平成18年茨城県病院局告示第2号）を遵守すること。

(2) 政令第167条の4第1項の規定に該当しない者であること。

(3) 政令第167条の4第2項の規定に基づく茨城県の入札参加の制限を受けていない者であること。

(4) 茨城県物品調達等競争入札参加資格審査要項（平成8年茨城県告示第254号）に基づく物品調達等競争入札参加資格を有する者であって、同要項第5条に規定する物品調達等競争入札参加資格名簿に登録されている者であること。ただし、茨城県物品調達等登録業者指名停止基準に基づく指名停止の措置を受けている者でないこと。

(5) 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。

(6) 茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）第2条第1号から同条第3号に規定する者でないこと。

(7) その他、説明書及び仕様書に定める要件を満たす者であること。

3 提案を求める内容

必ず、説明書及び仕様書の内容を踏まえたうえで、(1)から(8)に基づく提案を行うこと。

(1) 会社概要

① 経済状況（財務内容の健全性、安定性、信用力等）

② 院内レストラン等運営業務の実績

(2) 院内レストラン

- ① 代表的なメニュー
- ② 利用者の満足度を高めるための対応
- ③ 限られたスペースにおける工夫
- ④ 1食当たりの単価
- ⑤ 茨城県産の利用
- ⑥ 実食

(3) 衛生管理体制

- ① 衛生管理及び感染症対
- ② 厨房の清潔保持

(4) 売店

- ① 代表的な商品
- ② 限られたスペースにおける工夫
- ③ 入院患者に対するサービス等
- ④ 単価の設定
- ⑤ その他のサービス

(5) 移行時の対応

- ① 移行時のスケジュール
- ② 移行時の対応策

(5) 提案内容

- ア 利用者の視点に立った提案
- イ 当院の状況あった提案

(6) その他

- ア 上記以外の優位性

4 運営事業者の決定方法

事業者の決定は、2の参加資格が確認された者から提出された企画提案書に基づき、院内レストラン等運営業務審査会（以下「委員会」という。）の審査結果を踏まえ、病院長が決定する。

5 プロポーザル参加資格確認申請書の提出

(1) 提出書類

- ア プロポーザル参加資格確認申請書
- イ 会社概要書
- ウ 誓約書

(2) 提出期限

令和5年10月10日（火）午後1時までとする。茨城県の休日を定める条例（平成元年茨城県条例第7号。以下「休日」という。）に定める休日を除く。

受付時間は、午前9時から午後5時まで。

郵送の場合は、提出期限までの消印のものを有効とする。

6 企画提案書の提出

(1) 提出書類

エ 企画提案書（添付資料を含む）

オ 企画提案要約書

(2) 提出部数

20 部

(3) 提出期限

令和 5 年 10 月 16 日（月） までとする。茨城県の休日を定める条例（平成元年茨城県条例第 7 号。以下「休日」という。）に定める休日を除く。

受付時間は、午前 9 時から午後 5 時まで。

郵送の場合は、提出期限までの消印のものを有効とする。

(4) 提出方法

企画提案書及び添付書類を提出先に持参し、又は郵送（書留郵便又は配達記録郵便に限る。）すること。

(5) 提出先

〒309-1793 茨城県笠間市鯉淵 6528

茨城県立中央病院 経理課

TEL：0296-77-1121 FAX：0296-77-2886

電子メール：k-hanyu@chubyoin.pref.ibaraki.jp

(7) ヒアリングの実施

候補者採用通知により決定する。

（予定）令和 5 年 10 月 26 日（木） 午後 3 時から

ヒアリングの実施等のため、院内に立ち入る場合は夜間入り口より入館し、体温測定を受けたうえで交付された訪問事業者証を首から下げる。また、ヒアリングを実施する前に健康チェックシートを当院の担当者へ提出すること。

(8) 結果の通知

令和 5 年 10 月 30 日（月）までに文書で通知する。

6 業務の概要

別紙 「院内レストラン等運営業務 仕様書」（以下「仕様書」という。）のとおり。

当該仕様書は、プロポーザル審査会における条件として仮に設定したものであるため、仕様書の内容を変更して提案することを可とする。ただし、理由を付すること。

7 設置条件等

(1) 契約期間

5 年間（予定）

詳細は、別紙「仕様書」のとおり

(2) 営業開始

令和 6 年 4 月 1 日とする。ただし、改修等を必要とする場合は当院と協議のうえ工事を行うこととし、工事完了後、速やかに営業を開始すること。また、その間は病院業務に影響のないよう仮営業を行うなどの措置をとること。

(3) 営業時間

提案により決定することとする。現状は仕様書 2 (3) 営業日及び営業時間のとおり

(4) 貸付面積

仕様書 1 (4) 運営場所等, 別紙 1 「平面図」, 別紙 2 「院内レストラン等周辺写真」を参考に貸付エリアを提案すること。

(5) レイアウト

運営に係るレイアウト変更を提案すること。現状は, 別紙 2 「レストラン等周辺写真」を参考とすること。

(6) 事業者の費用負担

詳細は, 別紙 5 「費用区分」のとおりに

(7) 行政財産使用料等

詳細は, 別紙 6 「行政財産使用料等」のとおりに

(8) 許可の取り消し又は許可条件の変更

次の各号に該当するときは, 行政財産の使用許可を取り消し, 又は使用許可条件を変更することができるものとする。

ア 使用目的に違反する行為があったとき。

イ 許可条件に定める義務を履行しないとき。

ウ 国, 県又は他の地方公共団体その他公共団体において公用又は公共用に供するためこの財産を必要とするとき。

エ 上記により事業者に損害が生じて, その損害を病院に請求することはできないものとする。

(9) 原状回復義務

許可期間が満了したとき, 又は病院が使用許可を取り消したときは, 事業者は速やかに原状回復を行うこと。ただし, 当院が適当と認めたときはこの限りではない。

(10) 賠償義務

使用に際して, 病院に損害を与えた場合は, 速やかに賠償すること。

(11) 当院の概要

詳細は, 別紙 7 「病院の概要」のとおりに

8 質疑受付・回答

(1) 質疑の提出方法

企画提案書を提出しようとする者が, 書面をもって質問することとし, 5 (5)に提出するものとする。(電子メール又はファックス可) で

(2) 質疑受付期間

令和 5 年 9 月 21 日 (火) から令和 5 年 10 月 5 日 (木) までの午前 9 時から午後 5 時まで。ただし, 休日を除く。

(3) 回答方法

令和 5 年 10 月 10 日 (火) までに書面をもって回答する。

9 その他

(1) 書類作成において使用する言語は日本語, 通貨は日本国通貨とする。

(2) 企画提案書等の作成及び提出等に関する経費は, 企画提案者の負担とする。

- (3) 公告及び本説明書に示した参加資格のない者の提出した企画提案書，企画提案者に求められる義務を履行しなかった者の提出した企画提案書，又は企画提案書に虚偽の記載をした場合は，企画提案書を無効とする。
- (4) 企画提案書の提案内容に基づき選考するが，提案内容をそのまま採用するとは限らない。
- (5) 企画提案において知り得た県の事業等の内容については，守秘義務を課す。
- (6) 提出された書類は返却しない。
- (7) 提出された書類は，提出者に無断で使用しない。
- (8) 公募申込書に記載された担当職員は，病休，死亡，退職等の極めて特別な場合を除き，変更できないものとする。

(様式第 1 号)

プロポーザル参加資格確認申請書

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

所 在 地

法 人 名

代表者氏名

⑨

令和 年 月 日付けで公告のあった下記の業務に係る公募型プロポーザルに参加したいので、プロポーザルに参加する資格等の確認について、確認資料を添えて申請します。

なお、申請書及び添付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

- 1 公告した事業 院内レストラン等運營業務
- 2 添付書類
 - (1) 会社概要書
 - (2) 誓約書

(様式第1号の1)

会 社 概 要 書

企画提案者名（ふりがな）	
所在地 〒 —	
T E L	
F A X	
営業所 〒 —	
T E L	
F A X	
主な業務経歴（概要（資本金，従業員数），沿革，主な取引先，主な業務実績など）	
本業務担当者	
所 属	氏 名
T E L	F A X
携帯電話	
資格要件の適合証明	
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項の規定，及び第2項の規定に基づく茨城県の入札参加資格の制限を受けておりません。	
2 地方公共団体等による指名停止処分をを受けておりません。	
3 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及び民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく再生手続開始の申立てはしておりません。	
4 企画提案書は，当該事業に係るプロポーザル説明書及び仕様書の内容と相違ありません。	

企画提案要約一覧

評価項目		評価事項		
1 会社概要		① 経営状況：財務内容の健全性、安定性、信用力等	千円（資本金）	
			千円（年間売上高）	
		② 院内レストラン及び売店運営業務の実績	病院	その他
			件	件
院内 レ ス ト ラ ン	2 院内レストラン	概 要		
		① 代表的なメニュー		
		② 利用者の満足度を高めるための対応		
		③ 限られたスペースにおける工夫		
		④ 1食当の単価		
		⑤ 茨城県産の使用		
		⑥ 実食		
	3 衛生管理体制	① 衛生管理及び感染症対策		
		② 厨房等の清潔保持		
売 店	4 売店	概 要		
		① 代表的な商品		
		② 限られたスペースにおける工夫		
		③ 入院患者に対するサービス等		
		④ 単価の設定		
		⑤ その他のサービス		
5 移行時の対応		① 移行時のスケジュール		
		② 移行時の対応策		

(様式第3号)

誓 約 書

令和 年 月 日

茨城県立中央病院長 殿

住 所

商号又は名称

代表者名

印

茨城県暴力団排除条例（平成22年茨城県条例第36号）第7条の規定により、下記事項について誓約いたします。これらが、事実と相違することが判明した場合には、当該事実に関して貴県が行う一切の措置について異議の申立てを行いません。なお、県の事務事業に関する各種申込資格等の確認のため、貴県が茨城県警察本部に照会することについて承諾します。

記

- 1 個人又は法人の役員等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ではありません。

はい ・ いいえ

（いずれかを○で囲む）

- 2 次のいずれかに該当する者ではありません。

- (1) 暴力団員が事業主又は役員となっている事業者
- (2) 暴力団員以外の者が代表取締役を務めているが、実質的には暴力団員がその運営を支配している事業者
- (3) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用し、又は使用している者（事業者を含む。）
- (4) 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者（事業者を含む。）
- (5) 暴力団（員）に経済上の利益や便宜を供与している者
- (6) 役員等が暴力団（員）と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難されるべき関係を有している者（事業者を含む。）

はい ・ いいえ

（いずれかを○で囲む）

- 3 暴力団員又は2の(1)から(6)までのいずれかに該当する者の依頼を受けて入札に参加しようとする者ではありません。

はい ・ いいえ

（いずれかを○で囲む）

茨城県暴力団排除条例（平成 22 年茨城県条例第 36 号）より抜粋

（公共工事等に係る措置）

第 7 条 県は、公共工事その他の県の事務又は事業により暴力団を利することとならないよう、

暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有する者を県が実施する入札に参加させない等の必要な措置を講ずるものとする。

○ 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）より抜粋

（定義）

第 2 条 この法律において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

（2）暴力団

その団体の構成員（その団体の構成団体の構成員を含む。）が集団的に又は常習的に暴力的不法行為等を行うことを助長するおそれがある団体をいう。

（6）暴力団員

暴力団の構成員をいう。

健康チェックシート

来院日（院内立入日）

令和 年 月 日

- 1 来院日（院内立入日）を含めた10日間以内に平熱を超える発熱（37.5℃以上の）、又は上気道症状があった

☐ あり ☐ なし

- 2 新型コロナウイルス感染症「陽性」と判定された方と5日以内の濃厚接触がある、又は同居家族や身近な方に感染が疑われる人がいる

☐ あり ☐ なし

所 属※

氏 名

※ 立入業者の場合は事業所名、実習生の場合は学校名を記入してください。

確認日 令和 年 月 日（病院所属確認）