

市立函館病院患者給食業務プロポーザル募集要項

1 病院概要

(1) 市立函館病院

ア 許可病床数 648床

(ア) 一般病床 582床

(イ) 結核病床 10床

(ウ) 精神病床 50床

(エ) 感染症病床 6床

イ 診療科

(ア) 30科

ウ 入院患者数（令和6年度〔2024年度〕実績数）

(ア) 一日平均患者数 451.4人/日

(イ) 年間患者数 164,745人

エ 外来患者数（令和6年度〔2024年度〕実績数）

(ア) 一日平均患者数 1,140.2人/日

(イ) 年間患者数 277,063人

オ 年間患者給食数

(ア) 令和6年度実績 約350,000食（一般病棟）

2 業務概要

(1) 業務名

市立函館病院患者給食業務

(2) 目的

入院患者の食事療養の趣旨を十分に認識し、安全かつ安定的に患者個々にとって必要な疾病治療あるいは療養上の医療効果を高めるために必要な栄養源の補給を行うとともに、患者サービスの一環として患者満足度の向上を図ることを目的とする。

(3) 履行場所

ア 市立函館病院（函館市港町1丁目10番1号）

(4) 業務内容

入院患者に対する食事提供およびこれに付随する業務とする。

なお、委託者(甲)・受託者(乙)が行う業務の範囲は、「業務処理要領」の別記2「業務内容および分担表」のとおりとする。

その他業務の詳細については、「仕様書」および「業務処理要領」を参照のこと。

(5) 契約期間

ア 準備期間：契約締結日から令和8年(2026年)9月30日まで

イ 履行期間：令和8年(2026年)10月1日から令和11年(2029年)9月30日まで

(6) 提案上限額

委託料(月額) 16,462千円(税抜)

給食材料費(1食当たり) 360円(税抜)

※ 上記金額には、消費税および地方消費税は含まないものとする。

また、提案内容に関わらず、この上限額を超える提案は無効とする。

(7) 選定方法

公募型プロポーザル方式による。

3 参加資格要件

(1) 次に掲げる要件のすべてを満たす者とする。

ア 令和7・8年度における函館市競争入札参加資格者として、業務委託の給食調理に登録されていること。

イ 函館市病院局競争入札参加有資格業者指名停止措置要綱(平成27年7月1日施行)による指名停止を、本プロポーザルに係る参加申込書の提出の際現に受けていないこと。

ウ 函館市病院局暴力団等排除措置要綱(平成23年9月30日施行)による入札参加除外措置を、本プロポーザルに係る参加申込書の提出の際現に受けていないこと。

エ 本プロポーザルに参加する時点において、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または民事再生法(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（会社更生法にあっては更生手続開始の決定，民事再生法にあっては再生手続開始の決定を受けている者を除く。）でないこと等，経営状況が著しく不健全である者でないこと。

オ 一般病床数が300床以上の病院において，患者給食業務（献立作成，食数管理業務，食材等の調達，下処理・加熱・調味等調理業務，配膳・下膳および衛生管理等給食業務全般をいう。）の請負契約を参加申請日より起算し，3年以上継続して履行している実績があること。（※一般病床とは，医療法に規定された療養病床，結核病床，精神病床および感染症病床以外の病床をいう。）

カ 参加申請日より起算し，過去3年以内に道内の病院受託業務において，食中毒により食品衛生法（昭和22年法律第233号）の規定による業務停止処分を受けた事実がないこと。

キ 受託業務の遂行が困難になった場合，公益社団法人日本メディカル給食協会または本参加資格要件に該当する者による代行保証体制をとれることが確認できる者であること。

ク 患者給食業務にかかる医療関連サービスマーク認定事業者であること。

4 参加資格の認定申請等

(1) 本プロポーザルに参加しようとする者は，参加資格に必要な書類を添付したプロポーザル参加申込書により次に定めるところにより，公営企業管理者（以下「管理者」という。）に申請し，参加資格の認定を受けなければならない。

ア 申請期間 令和8年（2026年）3月9日から令和8年（2026年）3月23日まで

イ 受付時間 平日午前8時30分から午後5時15分まで

ウ 必要書類

(ア) 参加申込書（様式第1号）

(イ) 誓約書（様式第2号）

(ウ) 類似業務受託実績調書（様式第3号）

- (エ) 代行保証を証明できる書類の写し
- (オ) 医療関連サービスマーク認定証書の写し
- (カ) 会社概要（パンフレット等で代用可）

エ 提出方法 持参または郵送により提出すること。

オ 提出先 函館市港町1丁目10番1号 函館市病院局医療技術部栄養管理科（電話番号 0138-43-2000）

カ 提出部数 各1部

(2) 審査結果は、令和8年（2026年）3月27日までに書面により通知する。

(3) 前号により参加資格がない旨の通知を受けた者は、通知を受けた日の翌日から起算して7日（函館市の休日を定める条例（平成3年函館市条例第2号）第1条第1項各号に掲げる日（以下「休日」という。）の日数は算入しない。）以内に、資格がないと認めた理由について、書面（様式は自由）により説明を求めることができる。

5 本プロポーザル参加資格の取消し

(1) 本プロポーザル参加資格を認められた者（以下「参加資格者」という。）が次のいずれかに該当することとなったときは、当該者に係るプロポーザル参加資格を取り消し、その旨を書面により当該者に通知する。

ア 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当すると認められるとき。

イ 提出された申請書その他の書類に虚偽の記載をしたことが明らかになったとき。

ウ 函館市病院局競争入札参加有資格者指名停止措置要綱による指名の停止を受けたとき。

エ 函館市病院局暴力団等排除措置要綱による入札参加除外措置を受けたとき。

6 仕様書等の閲覧等

(1) 本プロポーザルに係る仕様書等は、次に定めるところにより閲覧

することができる。

ア 閲覧場所 函館市病院局医療技術部栄養管理科

イ 閲覧期間 令和8年（2026年）3月2日から令和8年（2026年）3月19日まで

(2) 前号に定めるもののほか、仕様書等は閲覧期間中、電子データにより函館市病院局ホームページに掲載する。

(3) 前号に定める仕様書等を閲覧しようとする場合に必要な電子データのパスワードが必要な者は、下記「14 担当部署」宛て連絡すること。

(4) 本プロポーザルに参加しようとする者は、質問書（様式第6号）を提出することにより、仕様書等の内容について説明を求めることができる。

ア 提出期間 令和8年（2026年）3月2日から令和8年（2026年）3月10日まで

イ 提出先 函館市病院局医療技術部栄養管理科

ウ 提出方法 電子メールまたは持参により提出すること。

(5) 前号の説明は、プロポーザル前日まで閲覧場所および函館市病院局ホームページにおいて閲覧に供する。

7 現地見学等

(1) 実施時期 令和8年（2026年）3月9日から3月10日の2日間

(2) 申込方法 見学を希望する場合は、現地見学会参加申込書（様式第15号）により、電子メールまたはFAXで申し込みすること。

(3) 申込期限 令和8年（2026年）3月5日 午後3時まで

(4) 申込先 函館市病院局医療技術部栄養管理科

(5) 集合場所 集合場所および集合時間等については別途指示するものとする。

8 業務提案書等の提出期限等

(1) 提出書類

- ア 業務提案書（表紙）（様式第7号）
- イ 業務提案見積書（様式第8-1号）
- ウ 提案見積金額にかかる積算内訳書（様式第8-2号）
- エ 業務提案書（様式自由）

(2) 提出方法 持参または郵送により提出すること。

(3) 作成方法

ア 提出書類はA4版，縦長，横書き左綴じ（両面印刷，片面印刷どちらでも可。）としA3版のものはA4版サイズ折とすること。記載する文字の大きさは10.5ポイント以上とし，書体は任意とする。

イ 業務提案書は30頁以内にまとめ，別紙「市立函館病院患者給食業務プロポーザル審査評価基準」（以下「評価基準」という。）の内訳に沿って作成することとし，すべての項目について業務提案書に盛り込むこと。

ウ 業務提案書等に記載した内容は，見積金額で実現できるものとみなすので，別途費用が必要な内容は記載しないこと。

(4) 提出期限 令和8年（2026年）4月3日必着

(5) 提出先 函館市病院局医療技術部栄養管理科

(6) 受付時間 休日を除く，午前8時30分から午後5時15分までとする。

(7) 提出部数 計7部（正本1部 副本6部）

9 参加辞退

(1) 参加申込書等の提出後に本プロポーザルを辞退する場合は，第4項第1号に掲げる申請期限の前日までにプロポーザル参加辞退届（様式第14号）を持参しなければならない。

(2) 参加資格者が，前項で定める提出書類を期限までに提出されなかったときも，参加を辞退したものとする。

10 業務提案書等のヒアリングの実施

(1) 実施時期 令和8年（2026年）4月16日（予定）

- (2) 実施場所 実施場所および実施時間等については別途指示するものとする。
- (3) 実施方法 対面による質疑応答形式
- (4) 業務提案書等に関するヒアリングは、評価基準に示す評価項目のうち、次に掲げる評価項目について実施するものである。
- ア 評価項目 1 「患者給食業務の運営方針」
 - イ 評価項目 2 「会社概要および業務実績」
 - ウ 評価項目 3 「安全・衛生管理体制」
 - エ 評価項目 4 「業務実施体制」
 - オ 評価項目 5 「教育研修体制」
 - カ 評価項目 6 「危機管理体制」
 - キ 評価項目 7 「献立作成体制および患者サービスの向上」
 - ク 評価項目 8 「給食食材の調達体制」
- (5) 1社あたりの説明時間は40分とする。(プレゼンテーション15分、質疑応答25分)
- (6) プレゼンテーション等への参加人数は、1社あたり3名以内とする。
- (7) ヒアリング時の説明に際しては、提出した業務提案書のみを使用することとし、ヒアリング時の追加資料は受理しない。
- (8) ヒアリングにおいて、説明に必要な機材等はプロポーザル参加者が準備すること。なお、プロジェクターおよびスクリーンは、ヒアリング会場に用意してあるものを使用できる。
- (9) プレゼンテーションの順番は業務提案書等の受付順とする。
- (10) ヒアリングを正当な理由なく欠席した場合は、当該プロポーザルの参加資格を無効とする。ただし、悪天候、出席予定者の事故等管理者がやむを得ないと認める理由により欠席した場合は、プロポーザル手続きに支障のない範囲内で、再度管理者が指定した日時においてヒアリングを行うものとする。

11 審査の方法等

- (1) 業務提案内容の審査については、函館市病院局が設置する「市立函館病院患者給食業務委託業者選定委員会」において行う。

(2) 審査の基準

ア 業務提案書等およびヒアリングを基に審査を行う。

イ 別紙「評価基準」によるものとする。

ウ 見積金額に対する得点の算出方法は次のとおりとする。

価格評価点 = (最低見積金額 / 提出者の見積金額) × 配点

なお、得点は、小数点以下を四捨五入した数値とする。

エ 評価点における最低基準点の算出は次のとおりとする。

最低基準点 = (選定委員の人数 × 200 (満点数)) × 60%

(3) 審査の方法

業務提案書等およびヒアリングを基に審査し、各選定委員の評価点の合計点数が最も高い者（以下「契約候補者」という。）と次点の者（以下「次点候補者」という。）を決定する。ただし、最高得点者が2者以上ある場合は、見積金額の低い方を契約候補者とし、見積金額も同額である場合は、選定委員の合議により契約候補者を定めるものとする。また、審査の結果、評価点が最低基準点を下回った提案者については、契約候補者または次点候補者として選定しないものとする。

(4) 契約候補者とは、別途詳細協議を行い、協議が整った場合には、本業務の契約を締結するものとする。

ただし、契約候補者との協議が整わない場合は、次点候補者と協議を行うこととする。その場合、次点候補者に対しては、「次点候補者との協議開始通知書」（様式12号）により通知する。

12 審査結果

(1) 審査結果通知

審査結果は、審査終了後、速やかにすべての参加者に通知することとし、契約候補者に選定した参加者に対しては「契約候補者決定通知書」（様式9号）、次点候補者に選定した参加者に対しては「次点候補者決定通知書」（様式10号）、また、契約候補者等に選定されなかった参加者に対しては「契約候補者非決定通知書」（様式11号）により通知する。

なお、審査結果に関する問い合わせおよび異議申立ては、一切受け付けない。

(2) 審査結果の公表

審査結果は、函館市病院局ホームページで公表する。

なお、審査結果の公表は、契約候補者および次点候補者以外の応募者名は非公表とし、評価点のみ公表する。

13 その他の留意事項

(1) 契約保証金

契約保証金は、函館市病院局契約規程（平成18年病院局規程第23号）第28条第2項の規定により、その全額を免除とする。

(2) 書類の配付等

プロポーザルの実施に伴う参加申込書その他すべての書類の配付は、函館市病院局ホームページからダウンロードする方法によるものとする。

(3) 提出書類等に関する事項

ア 提出された認定申請等および業務提案書等（以下「提出書類等」という。）は、変更または取り消しを行うことはできない。

イ 提出書類等の作成および提出ならびにヒアリングに係る費用は、提出者の負担とする。

ウ 提出書類等は、返却しない。

なお、函館市情報公開条例（平成13年条例第7号）の規定により、開示する場合がある。

14 担当部署

〒041-8680

北海道函館市港町1丁目10番1号

函館市病院局 医療技術部栄養管理科

担当 山川

電話 0138-43-2000（内線4011）

FAX 0138-43-4434

電子メール k-yamakawa@hospital.hakodate.hokkaido.jp