福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務委託法人募集要領

１　委託業務名

福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務委託

２　目的

市民，病院，警察等からの緊急を要する連絡等を電話で受付け，情報をよく聴き取り内容を整理した上で，速やかに本市の担当者に報告することにより，電話をかけてきた市民，病院，警察等と担当者をつなぐパイプ役を担うことを目的とする。

３　業務内容等　※　詳細は別紙委託仕様書（案）のとおり。

（１）　主な業務内容

保健所業務に関する緊急の通報・届出の受付及び報告に関する業務

４　受付体制

（１）　平日午後６時から翌日午前９時まで及び土日祝日（年末年始（12 月 29 日～1 月 3 日））（終日）に電話を受け付けることができる人員体制を整えること。

（２）　電話がかかってきた場合には，「福岡市保健所夜間通報ダイヤル」であることを説明すること。

（３）　相談者の個人情報の保護について必要な措置を執り，相談記録等の情報管理に十分に配慮すること。また，委託契約終了後においても同様とする。

（４）　クレームや苦情等にも適切に対応できる体制を整えること。

５　履行期間

令和２年４月１日　０時　から　令和３年３月３１日　２４時まで

※　業務の履行状況が良好な場合には，単年度契約で４回を限度に更新します。
ただし，市の施策の変更等により，更新を行わない場合もあります。

６　委託料等

（１）　業務委託の予定委託料年額は次のとおり。

１５，８８４，８８０円／年（税込み）

（２）　委託料に含まれる経費

電話対応オペレーター等人件費，消耗品費，通信費等本件委託業務の実施に要する全ての経費。

７　応募資格

（１）　法人格を有する事業所であること。

（２）　地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当する者でないこと。

（３）　この公募の公示日から受託候補者決定の日までの間に，本市から福岡市競争入札参加停止等措置要領（以下「措置要領」という。）に基づく競争入札参加停止の措置又は排除措置を受けている期間がある者でないこと。

（４）　この公募の公示日から受託候補者決定の日までの間に，措置要領別表第１，第２及び第３の各号に規定する措置要件に該当しない者であること。

（５）　市町村税，消費税及び地方消費税を滞納していない者であること。

（６）　会社更生法に基づく更生手続開始の申立てがなされている者（更生手続開始の決定がなされ，競争入札参加資格の再認定を受けた者を除く。），民事再生法に基づく再生手続開始の申立てがなされている者（再生手続開始の決定がなされ，競争入札参加資格の再認定を受けた者を除く。），破産法に基づく破産手続開始の申立てがなされている者又は会社法に基づく特別清算開始の申立てがなされている者，手形交換所による取引停止処分を受けている者その他の経営状態が著しく不健全であると認められる者でないこと。

（７）　法人及びその代表者が，当該事業に関連する法規に違反する者として関係機関に認定された日から２年を経過しない者でないこと。

（８）　その他，受託者として社会通念上ふさわしくない者でないこと。

※なお，受託候補者に選出された場合であっても，契約締結までの間に，措置要領別表第１，別表第２及び別表第３に該当した場合は，契約の相手方としないことがある。

８　応募手続き等

（１）　スケジュール（予定）

①　募集開始	令和２年　２月　３日（月）
②　質問締切	令和２年　２月１２日（水）
③　質問への回答	令和２年　２月１８日（火）
④　応募書類提出締切	令和２年　２月２５日（火）
⑤　選考会	令和２年　２月２８日（金）
⑥　結果通知	令和２年　３月上旬ごろ

（２）　応募に係る質問の受付

応募に係る質問は，全てE-mailで下記のアドレスに送付してください。

応募に対する回答は，全ての応募者にE-mailで送付します。

〈質問送付先〉hokenyobo.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

（３）　応募方法

応募書類に必要事項を記入のうえ，応募受付期間内に福岡市保健福祉局健康医療

部保健予防課に持参又は郵送のいずれかで提出してください。

※　正・副２部提出してください。応募書類は，原則として返却いたしません。

（４）　応募受付締め切り

令和２年２月２５日（火）１７：００必着

（５）　応募書類

応募書類一覧表（別紙）に記載の書類を提出してください。

９　審査方法

応募書類をもとに選定委員会において，ヒアリング及び審査を行い，その結果を市へ報告します。

《評価基準》

大　項　目	中　　項　　目	配　点
１．運営法人について	（１）プロポーザルに参加した理由について （２）関係事業の実績について	１０点
２．運営，業務履行について	（１）基本方針について （２）管理体制について （３）実施体制について （４）運営体制について	７０点
３．個人情報の取扱い	（１）情報セキュリティ，個人情報保護について	１０点
４．委託料について	（１）委託料に関する提案	１０点
５．その他	（１）基本仕様書にない提案事項	１０点
合計		１１０点

１０　受託候補者の決定

選定委員会に応募法人の運営能力，企画書の内容等について意見を求め市はその意見を参考に受託候補者を決定します。

決定の通知は，３月上旬（予定）までに文書で行います。

１１　留意事項

- 応募に関して必要となる費用は，応募者の負担とします。
- 応募書類提出後の内容の変更は認めません。ただし，明らかな誤字・脱字等の場合はこの限りではありません。
- 必要に応じて追加資料等の提出を求めることがあります。
- 応募した後に辞退する場合は，辞退届（様式任意）を提出してください。

１２　問い合わせ・応募書類提出先

〒８１０－８６２０　福岡市中央区天神一丁目８番１号
福岡市保健福祉局健康医療部　保健予防課　精神保健福祉係
　下原，塩川，宮本
ＴＥＬ　０９２-７１１-４３７７　ＦＡＸ　０９２-７３３-５５３５
E-mail：hokenyobo.PHWB@city.fukuoka.lg.jp

〈別紙〉

福岡市保健所夜間通報ダイヤル委託応募書類一覧

〈応募様式〉

様式第１号	受託申込書
様式第２号	誓約書
様式第３号	提案書
様式第４号	役員名簿
様式第５号	代表者経歴書
様式第６号	管理者及び全従事者経歴書
様式第７号	従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

〈その他の応募書類〉

資料１	定款または寄附行為等
資料２	登記事項証明書
資料３	印鑑証明書
資料４	市町村税を滞納していないことの証明書 注 1）福岡市内に本店又は支店・営業所等を有する者については，福岡市発行の納税証明のうち「市税に係る徴収金（本税及び延滞金等）に滞納がないことの証明」がなされているものを提出すること。 注 2）上記以外の者については，所在地市区町村発行の証明書で，直近２年分の市町村税の滞納がないことが確認できるものを提出すること。
資料５	消費税及び地方消費税納税証明書 注 1）本社所在地の所轄の税務署発行の証明書を提出すること。 注 2）証明書の種類は「納税証明書（その３）」を選択すること（「その３の２」「その３の３」でも可）。
資料６	直近決算２年分の貸借対照表，損益計算書，キャッシュフロー計算書の写し。
資料７	事業所平面図
資料８	事業所の設備を説明できる資料（オペレーション機能，システム構成がわかるもの） （※事業所の全体像がわかる写真も添付すること）
資料９	組織図
資料１０	法人の概要がわかるパンフレット（既存のものがあれば）

※　上記書類は，募集開始後，２月２５日（火）までに提出してください。
※　資料２～５は，応募日以前の３ヶ月以内に発行されたものを提出してください。

様式第１号

福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務受託申込書

令和　　年　　月　　日

福　岡　市　長　　様

福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務の受託を申し込みます。

ふりがな	
法人名	
法人所在地	
代表者氏名	印
担当部署名	
担当者名	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	

様式第２号

誓　　約　　書

令和２年　　月　　日

福　岡　市　長　様

所　　在　　地

商号又は名称

代 表 者 職 氏 名　　印

担　当　者　名

今般の福岡市保健所夜間通報ダイヤルの業務委託の応募に関し、当法人(私)は下記事項について誓約します。

なお、この誓約に違背した場合は、契約解除等のいかなる措置を受け、かつ、その事実を公表されても異存はありません。

１．当法人(私)及び当法人の役員並びに使用人等は、暴力団等の関係者ではありません。また、福岡市競争入札参加停止等措置要領別表第２第９号（暴力団関係）及び別表第３のいずれにも該当しません。

２．暴力団や暴力団と関係がある企業との契約や私的交際等いかなる名目であっても関係を持たず、暴力団等の不当介入に対しては、貴市や警察へ通報するとともに関係機関と協力の上、その排除に努めます。

３．福岡市競争入札参加停止等措置要領別表第３第１号に該当しないか確認のため、役員等の「氏名、フリガナ、生年月日、性別（以下、「氏名等」という。)」を提出します。また、提出した氏名等に変更が生じた場合は、速やかに変更後の氏名等を提出します。

４．福岡市競争入札参加停止等措置要領別表第２第９号又は別表第３に該当する者を下請負人（一次及び二次下請負以降すべての下請負人を含む。)、再委託人又は資材、原材料業者等としません。

５．今後とも独占禁止法等の関係法令等を遵守し、社会から信用・信頼される企業づくりに努めるとともに、貴市から受注した場合には、貴市の指導・要請等に誠実に対処します。

様式第３号

「福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務委託」提案書

令和　　年　　月　　日

（あて先）福岡市長

（提出者）所在地
法人名
代表者氏名（役職）
（氏名）　　印

担当者名
電話番号
E-mail

福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務委託について，提案書及び添付書類を提出します。
なお，提出書類の記載内容について，事実に相違ありません。

様式第３号

提案企業概要・事業実績

１　法人の概要

ふりがな 法人名	
法人所在地	〒　　－
ふりがな 役職・代表者名	
設立年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
法人の沿革	
主な業務内容	
資本金	円
従業員	名
福岡市内の 事業所所在地	〒
上記事業所 開設年月日	明・大・昭・平・令　　年　　月　　日
上記事業所 従業員	名
類似事業 開始年月日	昭　・　平　・　令　　年　　月　　日

様式第３号

法人名	

２　法人の方針

（１）今回のプロポーザルに参加した理由を記載してください。

様式第３号

法人名	

３　保健所夜間通報ダイヤル関係類似事業の実績

国，地方公共団体との契約実績について記載すること。

	都道府県，市町村名	業務名	業務概要	契約期間
例	○○市		・通報受付 （月平均○○件） ・24 時間 365 日	○年○月○日 ～○年○月○日
1				
2				
3				
4				

様式第３号

法人名	

	都道府県，市町村名	業務名	業務概要	契約期間
5				
6				
7				
8				
9				

法人名	

４　業務実施場所（オペレーションセンター等）の概要

所在地	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	
従業員数	名
一度に受信可能な 電話回線数	回線

５　職員の勤務形態

別紙「従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表」に，福岡市から事業受託後の勤務形態を記載してください。

（職員については，管理者は決定済みであり従業者も予定があること。）

法人名	

様式第３号

６　基本方針

（１）本業務を実施する上での基本方針について記載してください。

（２）同時に複数の通報があった場合の対応について記載してください。

法人名	

様式第３号

７　管理体制

（１）本業務に関する指揮命令，責任体制について記載してください。

（２）業務責任者の能力・実績（資格や経験内容・年数等）について記載してください。

法人名	

様式第３号

（３）従業者の雇用形態（正社員，派遣社員，契約社員等）及び能力・実績（資格や経験内容・年数等）を記載してください。

法人名	

様式第３号

８　実施体制

（１）人員配置の考え方及び具体的計画（人員が欠如した場合の対応及び具体的な勤務体制を含む）を記載してください。

（２）業務上必要な人材確保の方策や研修等の計画を記載してください。

様式第３号

（３）通報・届出時の対応について，独自の特徴，セールスポイントについて記載してください。

法人名	

様式第３号

９　効率的な業務運営

（１）業務状況の管理方法を記載してください。また，緊急な対応を必要とする場合の対応方法について記載してください。

（２）市職員や病院，警察等への連絡方法を記載してください。

法人名	

様式第３号

（３）業務内容の記録や報告の方法を記載してください。

（４）電子メール以外での通報・届出内容の効率的な情報伝達方法（共有方法）を記載してください。

法人名	

様式第３号

１０　情報セキュリティ，個人情報保護

該当する方に○をつけてください。

プライバシーマークの取得	有　・　無

※プライバシーマークの写しを別紙添付してください。

（１）財団法人日本情報処理開発協会（JIPDEC）のプライバシーマーク等の取得状況及び情報セキュリティに関する組織的な取組を記載してください。

（２）業務に関する個人情報を適切に管理する方法及び従事者に守秘義務を徹底させる方法を記載してください。

※個人情報保護に関する規定を添付してください。

法人名	

様式第３号

１１　委託料についての提案

（１）委託料について税抜で記載してください。

※過去の実績（参考）をもとに積算してください。

法人名	

様式第３号

１２　仕様書にない提案事項

（１）業務に関して有効だと考えられる事項，提案，アピールポイントなどを記載してください。

法人名	

様式第４号

役 員 名 簿

（商号又は名称：　　）

区分	氏名ｶﾅ （半角ｶﾅ，姓と名は半角スペースで分ける）	氏名 （姓と名は全角スペースで分ける）	生年月日				性別 男性：M 女性：F
			元号 大正：T 昭和：S 平成；H	年	月	日	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							

※入力上の注意点

1. 列追加は不可。行追加可。
2. 外国人で日本名もある場合は，各々一列に入力すること。
3. アルファベット氏名はカタカナで入力すること。
4. 常用漢字ではない文字が氏名に使用されている場合は，簡体字を当てるか空白としてください。

様式第５号

代　表　者　経　歴　書

法人名			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
住　　所	（郵便番号　　－　　）		
電話番号			

主　な　職　歴　等		
年　月　～　年　月	勤　務　先　等	職　務　内　容

職　務　に　関　連　す　る　資　格	
資　格　の　種　類	資　格　取　得　年　月

研修等の受講の状況等
その他事業活動歴

備考　住所・電話番号は，自宅のものを記入してください。

様式第６号

○○○　経　歴　書

事業所の名称			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
住　　所	（郵便番号　　－　　）		
電話番号			

主　な　職　歴　等		
年　月　～　年　月	勤　務　先　等	職　務　内　容

職　務　に　関　連　す　る　資　格	
資　格　の　種　類	資　格　取　得　年　月

業　務　期　間	年　月　日　～　年　月　日（　年　月）
うち業務に従事した日数	日
研修等の受講の状況等	

備考　１　「○○○」には，「管理者」，「オペレーター」等を記入してください。

２　住所・電話番号は，自宅のものを記入してください。

３　「業務期間」欄，「業務に従事した日数」欄には，オペレーションセンター業務に従事した期間及び日数を記入してください。

様式第7号

従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表

（ 法人名　　）

職　種	資　格	勤　務 形　態	採 用 状 況	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の 合計	週平均 の勤務 時間
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28		
				月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	合計	

※勤務形態の区分　A:常勤で専従　B:常勤で兼務　C:常勤以外で専従　D:常勤以外で兼務

※職種の分類は,（管理者・オペレーター・電話相談員・訪問員等・工事担任者・訪問調査員・その他）

※採用状況　　採用済み:従業者を既に採用している場合　　確保済み:従業者を採用予定にしている場合

委託仕様書（案）

１　委託件名
　福岡市保健所夜間通報ダイヤル業務委託

２　事業概要
　保健所時間外における市民，病院，警察等からの通報や相談等の電話を受け，その内容等を記録するとともに，緊急を要する案件については，速やかに本市の担当者に連絡を行い，本市の担当者がその後の対応を迅速に実施することにより，保健所時間外における通報等の対応体制を整え，市民サービスの向上に資するもの。

３　委託期間
　令和２年４月１日　０時　から　令和３年３月３１日　２４時　まで

４　相談対象電話等
　(1) 設置回線数：１回線
　(2) 年間架電見込件数：１，５５１件（平成 30 年度実績）

５　委託業務内容
　(1) 委託業務対象時間
　　ア 平日（月曜日～金曜日）
　　18:00 ～ 24:00,0:00 ～ 9:00
　　イ 休日（土,日,祝日,年末年始（12 月 29 日～ 1 月 3 日）
　　0:00 ～ 24:00

　(2) 業務内容
　　ア 上記(1)の時間内において,かかってきた電話通報や相談への対応
　　イ 電話相談内容記録及び報告業務
　　電話で寄せられた通報又は相談に関し，情報の不足がないようによく聴き取り，内容を整理の上，様式１「夜間相談連絡票」を作成し，発注者の担当部署に提出する。
　　ウ 緊急対応が必要な通報相談内容の連絡業務
　　電話対応中，市民の身体又は生命に重大な危険が生じているおそれがあると判断した場合には，情報の不足がないようによく聴き取り，内容を整理の上，緊急連絡表に記載のケースごとの担当部署（者）に速やかに連絡するとともに，様式１「夜間相談連絡票」を作成し，発注者の担当部署に報告する。

　(3) 通報・相談内容
　　ア 感染症の発生について
　　イ 結核患者の発生について
　　ウ 精神保健福祉に関する連絡について
　　エ 食中毒の発生について

オ 食品苦情等について
カ 環境衛生緊急連絡について
キ 魚へい死・油流出事故の対応について
ク 毒物劇薬緊急連絡について
ケ 犬猫（動物）について
コ 鳥類に関する相談について
サ 休日急患について
シ いきいきセンターについて
ス その他保健衛生福祉に関する緊急事案等について
セ 上記以外の相談等であった場合も,電話相談先を案内するなど適切に対応すること。

(4) 通報・相談方法
受注者の設置する電話相談受付場所（以下「受付場所」という。）に,発注者から転送される電話回線を１回線以上設置し,転送されたすべての電話に対応する。但し,電話回線数を超えるもの及びその他受注者の責めに帰すべき理由がないものを除く。また,その際,本仕様書に従うとともに,関係法令を遵守し誠実に対応することとする。

(5) 業務遂行責任者
受注者は，業務遂行責任者を定め，その氏名その他必要な事項を発注者に通知すること。

(6) 受付体制等
ア 委託業務対象時間に電話を受け付けることができる人員体制を整えること。
イ 電話がかかってきた場合には,「福岡市保健所夜間通報ダイヤル」であることを説明すること。
ウ 相談者の個人情報の保護について必要な措置を執り，相談記録等の情報管理に十分に配慮すること。また，委託契約終了後においても同様とする。
エ クレームや苦情等にも適切に対応できる体制を整えること。

6 業務実施場所等
(1) 受付場所及び本事業専用回線は,受注者が設置すること。
(2) 受付場所は,電話相談業務の専用ブースを設置するなど秘密保持に十分配慮した構造で,かつ業務従事者が適切に業務に従事できるよう労働条件に配慮した設備とすること。

7 経費負担区分
(1) 発注者は,業務委託に要する経費（以下「委託費」という。）を負担するものとし,受注者は,それ以外に要する経費を負担すること。
(2) 発注者は受注者に対し,電話相談業務を遂行するにあたり,報告書等の送付や電話等による業務連絡を行う通信費を負担し,これらの通信費は委託費

に含むこと。

(3) 相談電話から受注者の本事業専用回線への自動転送に係る通話料は発注者が負担する。

8　業務内容の報告及び記録

(1) 受注者は,業務従事者が受けたすべての電話について,様式１「夜間相談連絡票」に記載し,業務時間終了後に速やかに電子メール等の方法で発注者の担当部署に提出する。報告に当たっては,個人情報保護のための処理を行い,ファクシミリでの提出は原則不可とする。

(2) 受注者は，月毎の委託業務終了後,速やかに発注者が指定する様式により業務の履行状況等を発注者に提出すること。

9　守秘義務及び情報管理

受注者は,本業務により知り得たすべての情報を第三者に漏らしてはならない。このことは本委託を終了した後も同様とする。

また,通報者や相談者の個人情報について,必要な措置を執り,相談記録等の情報管理に十分配慮すること。このことは本委託を終了した後も同様とする。

１０　報告書提出先及び緊急連絡先

上記５(2)「夜間相談連絡票」の提出先は，保健福祉局健康医療部地域医療課とする。