

令和 7 年度 介護給付分析業務に係る公募実施要領

1 業務概要

(1) 業務名 令和 7 年度 介護給付分析業務

(2) 業務の概要

介護給付の状況及び介護認定者の状況を調査・分析することにより、介護給付の適正化を図る。また、介護保険事業計画の進捗管理の支援を行う。

(3) 業務内容 仕様書参照

(4) 業務期間 契約日から令和 8 年 3 月 31 日まで

2 委託料の上限額 3,146,000 円（消費税及び地方消費税の額を含む）

上記上限額を超えた見積金額を提出した場合は、失格とする。

3 契約について

本業務は、令和 7 年度予算が成立されることを条件とした公募型プロポーザルとする。予算成立の事情により、本業務の仕様や契約内容を変更する場合や、契約を締結しない場合がある。

4 参加資格

本業務の公募に参加できる事業者は、次の各号全ての要件を満たしていること。

(1) 令和 6 年度泉佐野市入札参加資格登録業者名簿に記載されている者。

(2) 地方自治法施行令（昭和 22 年政令第 16 号）第 167 条の 4 の定めに該当しない者。

(3) 会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）に基づく再生手続きの申し立て及び民事再生法（平成 11 年法律第 225 号）に基づく再生手続き開始の申し立てを行っていない者。

(4) 泉佐野市暴力団排除条例（平成 24 年泉佐野市条例第 28 号）第 2 条の規定に該当しない者。

(5) 大阪府知事または泉佐野市長から指名停止の措置を受けている期間中の者でないこと。

5 スケジュール

令和 7 年 3 月 6 日（木）	公募開始（ホームページ）
令和 7 年 3 月 19 日（水）16 時	質問受付締切
令和 7 年 3 月 25 日（火）	質問に関する回答
令和 7 年 4 月 15 日（火）16 時	提出書類の提出締切
令和 7 年 4 月下旬	優先交渉権者決定
	結果通知
	契約

6 質問の受付及び回答

(1) 提出期限：令和7年3月19日（水）16時まで（必着）。土曜日・日曜日は除く。

(2) 提出方法：下記電子メールアドレスに質問書（様式3）を添付して送信すること。

また、電子メールを送信した後、市担当者に電話確認すること。

泉佐野市 健康福祉部 介護保険課 （担当） 西

Email kaigo@city.izumisano.lg.jp

電話 072-463-1212（代表）内線 2162

(3) 回答：令和7年3月25日（火）に本市ホームページ上に公開します。

ただし、公開することにより質問者の競争上の利益を害すると判断した場合には、当該質問者のみにメール回答します。

7 参加申込の手続き

(1) 提出書類

- ① 参加申込書（様式1）
- ② 会社概要（様式任意）
- ③ 価格見積書（様式2）
- ④ 介護給付分析業務実施方針（様式任意）
- ⑤ 介護給付分析業務実施計画書（様式任意）
- ⑥ 介護給付分析業務実施体制（様式任意）
- ⑦ 介護給付分析システム概要（様式任意）
- ⑧ 過去の実績調書（様式任意）
- ⑨ その他提案資料（任意提出）

(2) 提出部数

原本1部、副本4部

(3) 作成要領

ア 様式は、原則としてA4版両面で縦置き・横書きとする。

イ (1)に掲げる書類を、①～⑨の順番にA4サイズのファイルに綴じ、①～⑨毎にインデックスをつけること。やむをえずA3サイズを使用する場合は、折りたたんで綴じること。また、ファイルの表紙、背表紙に商号または名称を記入すること。

ウ 介護給付分析業務実施方針（④）（様式任意）

本業務の目的を踏まえ、貴社（団体）の実施方針を記載すること。

エ 介護給付業務実施計画書（⑤）（様式任意）

別紙仕様書の委託内容

- ① ケアプラン点検を実施する事業者及び対象者の選定について、どのような基準で実施するか。
- ② 研修会の実施について、研修会のテーマ例
- ③ 介護保険事業計画進捗管理について、成果見本等、実施にあたっての計画案を記載すること。

オ 介護給付分析業務実施体制（⑥）（様式任意）

本業務に係る部署の組織図を記載し、従事予定者については氏名等について記載すること。

カ 介護給付分析システム概要（⑦）（様式任意）

本業務に使用するシステムについて、パンフレットを添付する等、使用できる機能について記載すること。

キ 過去の実績調書（⑧）（様式任意）

過去10年以内の介護給付分析業務の実績（類似した事業を含む）について記載すること。

ク その他提案資料（⑨）（任意提出）

その他仕様書外で実施できる業務について記載すること。

ケ 市が必要と認める場合は、追加資料の提出を求める場合がある。

（4）提出期限等

① 提出期限：令和7年4月15日（火）16時まで（必着）

② 提出場所：泉佐野市役所 介護保険課（本庁舎1階）

③ 提出方法：持参又は郵送によること。なお、郵送の場合は、受取日時及び配達されたことが証明できる方法によることとし、提出期限内に到着したものに限り受け付ける。

7 審査基準及び配点

別紙「令和7年度 介護給付分析業務 採点票」による。

なお、参加申込者が一者のみであっても審査を行い、審査基準の6割以上を満たす場合は優先交渉権者とする。

8 契約

（1）優先交渉権者選定後、仕様書の内容、スケジュール等を確認し、契約の手続きに進む。

（2）選定された優先交渉権者との契約が成立しなかった場合は、次順位者と協議を行い、契約相手方を決定する。

9 その他留意事項

（1）提出期限後の書類の差し替え及び再提出は認めない。

（2）提出書類に虚偽の記載をした場合は、当該書類を無効とするとともに、指名停止措置を行うことがある。

（3）提出書類は返還しない。

（4）参加申し込み手続き後に辞退する場合は、文書にて連絡すること。（様式任意）

（5）提出書類の内容に含まれる著作権、特許権、実用新案権、意匠権、商標権その他日本国の法令に基づいて保護される第三者の権利の対象となっている事業手法、維持管理手法等を用いた結果生じた事象に関する責任は、すべて提案者が負うものとする。

（6）提出書類は、泉佐野市情報公開条例に基づく公開請求があった場合、原則公開となる。ただし、公開により、その者の権利、競争上の地位その他利益を害すると認められる情報は

非公開となる場合があるので、この情報に該当する部分がある場合には、あらかじめ文書により申し出ること。また、本公募の優先交渉権者選定前において、その決定に影響が出るおそれのある情報については、優先交渉権者決定後の公開とする。

10 [問い合わせ先]

泉佐野市 健康福祉部 介護保険課

〒598-8550 泉佐野市市場東1丁目1番1号

電話 072-463-1212（代表）内線 2162

F A X 072-458-1120

Email kaigo@city.izumisano.lg.jp （担当）西