

平成 年 月 日

企 画 提 案 書 (第 2 次 審 査 用)

〒・住所

電話番号

商号又は名称

代表者

⑩

本文には、以下の事項について記載してください。

なお、医事業務と健康診査業務を項目ごとに分けて記載してもよい。

1 業務実施方針

受託後の業務実施方針、方法について特筆すべき事項を記載してください。なお、以下の事項については必ず記載してください。

(1) 業務実施方針の概要

本業務における提案のポイント、特にアピールしたい点を記載してください。

(2) 提案事項の概要

仕様書を踏まえて特に業務のポイントであると考えられる点と当該提案内容との関係を記載してください。

(3) 課題と対応策

業務遂行にあたり、想定されるトラブル・課題とその対応策を記載してください。（例：小牧市民病院の現状の問題・課題、現業者との引継が円滑に進まない、業務実施に伴う患者とのトラブル、その他想定されるトラブル・課題など）

2 業務実施体制

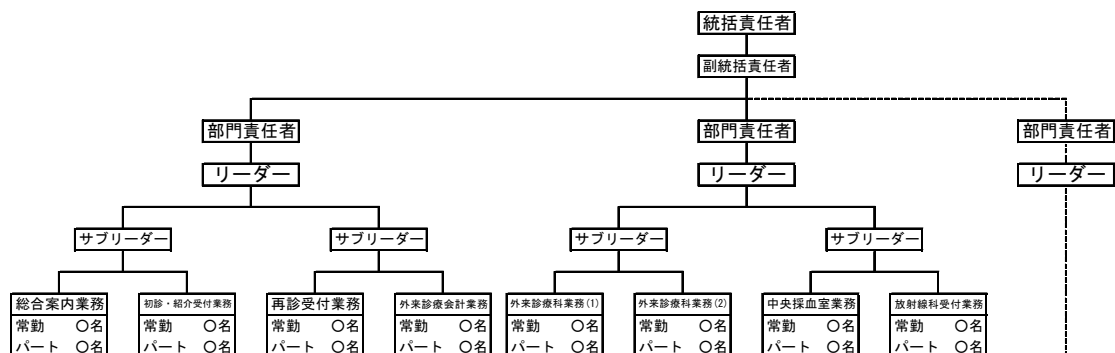
本業務にかかる実施体制について記載してください。なお、以下の事項については必ず記載してください。

(1) 組織体制及び役割責任分担

① 組織体制及び役割分担

本業務の組織体制及び役割分担について図表を用いるなどして具体的に記載してください。

組織図例



② 保有資格・経験

統括責任者、副統括責任者、部門責任者等の保有資格、経験（業務内容と具体的な病院名等）を配置予定部署ごとに記載してください。また、業務担当者等について、配置予定者が決まっている

場合は、氏名、保有資格、経験を統括責任者等に準じて記載してください。配置予定者が決まっていない場合は、どのような資格、経験を有する人を配置しようとしているか、その考え方を記載してください。

なお、記入すべき保有資格については、以下の例示を基本にしてください。

保有資格・経験の記載例

| 職 位 | 氏 名 | 保 有 資 格 | 経 験 |
|-------|-------|----------------------------|---|
| 統括責任者 | 小牧 太郎 | 医療事務技能審査1級(医科)、 診療情報管理士 | 診療報酬請求 7年(〇〇病院、△△病院) リーダー、サブリーダー 9年(□□病院) 部門責任者 3年(△△病院) 副統括責任者 2年(〇〇病院) |

| 部署 | 職 位 | 氏 名 | 保 有 資 格 | 経 験 |
|------|------------|-------|-------------------------------------|---|
| 事務部門 | 部 門 責任者 | 愛知 二郎 | 医療事務技能審査2級(医科)、 診療報酬請求事務能力認定(医科) | 受付業務 7年(〇〇病院) サブリーダー 5年(□□病院) リーダー 4年(〇〇病院) |
| | リーダー | 小牧 花子 | 医療事務士、医療秘書認定 | 受付業務 7年(□□病院) サブリーダー 5年(△△病院) |
| | 業 務 担当者 | 未 定 | 半数以上は、医療秘書認定、医療事務技能審査等資格保有者を 予定 | 半数以上は、受付業務等経験2年以上の者を 配置予定 |

医事業務等に関する保有資格の例

| | | | | | |
|----|---------------------------|----|-------------------------|----|-------------------------|
| 1 | 診療報酬請求事務能力認定 (医科・歯科の別) | 8 | 医事コンピュータ技能検定 準1級 | 15 | 医療秘書技能検定2級 |
| | | | | 16 | 医療秘書技能検定3級 |
| 2 | 医療事務管理士技能認定 (医科・歯科の別) | 9 | 医事コンピュータ技能検定 2級 | 17 | 医療秘書認定 |
| | | | | 18 | 医療秘書技能認定 |
| 3 | 保険請求事務技能検定(医 科・歯科の別) | 10 | 医事コンピュータ技能検定 3級 | 19 | 秘書検定1級 |
| | | | | 20 | 秘書検定準1級 |
| 4 | 医療保険士 | 11 | 医事オペレータ技能認定 | 21 | 秘書検定2級 |
| 5 | 医療事務士 | 12 | 医療事務技能審査1級(医 科・歯科の別) | 22 | 秘書検定3級 |
| 6 | 医療保険請求事務者(医 科・歯科の別) | | | 23 | 診療情報管理技能認定 |
| | | 7 | 医事管理士 | 13 | 医療事務技能審査2級(医 科・歯科の別) |
| 25 | 病歴記録管理士 | | | | |
| | | 14 | 医療秘書技能検定準1級 | 26 | 調剤報酬請求事務専門士 |

(2) 人員配置計画

① 人員確保

現業者からの引き継ぎ、地元での新規募集、あるいは他事業所からの移籍など、業務に必要な人員の確保方法の考え方を記載してください。

② 研修計画等、スキルアップのための取り組み

(a) 事業者が実施する研修

事業者側が実施する研修の種類と内容、対象者、頻度および研修履修管理、履修効果の測定について記載してください。

(b) 外部研修、資格取得支援制度等

事業者外での研修への参加、資格取得支援など担当者が技能を向上させるための方策について記載してください。

(c) その他、スキルアップのための取り組みについて記載してください。

(3) 業務継続維持のための方策

① 熟練した業務担当者が退職した場合でも業務に支障が出ないように、複数配置を行う、マルチタスク化する、ローテーションを行うなど業務の継続性を維持するための人員配置の工夫について記載してください。

② 担当者が交代する場合の引継ぎのプロセス、担当者が交代しても当該業務の質と効率を維持するためのプログラム（ローテーション、OJTなど）について記載してください。

③ 本業務における作業マニュアルの作成及び見直しについて考え方を記載してください。

(4) 柔軟な業務運営体制

曜日・時間帯など業務の繁閑に合わせた人員配置など、柔軟な業務運営体制についての考え方について記載してください。

(5) 仕様書に対する派遣委託契約の提案

医事業務委託仕様書の内容を踏まえ、直接指示による運用が効果的と判断される場合は、その業務を派遣委託契約として提案してください。このとき、派遣契約の人数に制限はありません。なお、委託契約及び派遣契約の合計金額を価格評価の対象とし、提案内容を提案評価の一部の評価対象とします。

(6) 1日あたりの人員配置数

別表1を用いて、業務別・部署別・担当者別の配置時間帯を平日/土曜日・日曜日・祝日別に記入してください。また、シートは、「業務別・部署別」および「平日/土曜日・日曜日・祝日別」に別シートとしてください。なお、「業務別・部署別」および「平日/土曜日・日曜日・祝日別」のシートは以下のとおりとします。

別表1

| 業務・部署 | | 平日 | 土曜日・日曜日・祝日 |
|-------|----------------------------|------------|------------|
| 1 | 総合案内・初再診受付 | ○ | × |
| 2 | 外来部門医事事務 | ○ | × |
| 3 | 病棟医事事務 | ○ | × |
| 4 | 救命救急センター医事事務 | ○ | ○ |
| 5 | 外来レセプト確認 | ○ | × |
| 6 | 地域連携支援 | ○ | △ |
| 7 | 診療録管理 | ○ | × |
| 8 | 健診センター | ○ | × |
| 9 | 医事事務補助 | ○ | × |
| 10 | その他業務(上記に当てはまらない業務がある場合のみ) | △(必要な場合のみ) | △(必要な場合のみ) |

3 業務実施計画

本業務の実施計画について記載してください。なお、以下の事項については必ず記載してください。

(1) 現業者との引継ぎ方法、手順

現業者との引継ぎ方法、手順について記載してください。

(2) 他業務との連携協力体制

他業務との連携協力体制（清掃業務・警備業務など他の業務受託者との連携、医事課または健診センター職員など担当部署の病院職員との連携、医師・看護師・検査技師・放射線技師など関連医療従事者との連携）について考え方を記載してください。

(3) 業務の質、サービス向上と委託費用の効率化への取組み

複数年契約を踏まえた、また医事業務と健康診査審査業務の受託における業務の質、サービス向上と委託費用の効率化への取組みについての考え方を記載してください。

(4) 継続的な業務改善への取組み

以下の対策など、継続的な業務改善への取組みについて記載してください。

- (a) 請求漏れ防止対策
- (b) D P C の効率的かつ効果的な運用対策
- (c) 返戻・査定の防止・削減対策
- (d) 過誤請求への対応(不具合発見時の連絡体制、原因究明・分析等)

- (e) 診療報酬改定への対応
 - (f) 電子カルテの効率的運用に関する提案郵便物等発送誤りの防止対策
 - (g) 郵便物等送付誤りの防止対策
 - (h) 健診予約受付誤り（検査項目もれ、またそれに伴う料金誤り等）の防止対策
 - (i) その他継続的な業務改善への取組み
- (5) 顧客満足度向上への対応
- ① 顧客満足度を向上させるための工夫
顧客満足度（患者、健診者、病院訪問者、病院職員の満足度）を向上させるための工夫について記載してください。
 - ② 日常的に患者等の要望・クレームを拾い上げる仕組み
日常的に患者等の要望・クレームを拾い上げる仕組みについて記載してください。
 - ③ 定期的に顧客満足度を測定する仕組み
定期的に顧客満足度（患者、健診者、病院訪問者、病院職員の満足度）を測定する仕組みについて記載してください。
- (6) 緊急時の対応
- ① 緊急時の連絡体制、非常時のバックアップ体制
夜間、休日などの緊急時の連絡体制、非常時のバックアップ体制について記載してください。
 - ② 支店・営業所、他地区の事業所からの応援・バックアップ体制
感染症の発生、広域災害時などでは一職員の一定数以上が勤務出来ない状態になった場合の支店・営業所あるいは他地区の事業所からの応援・バックアップ体制について記載してください。
- (7) その他の提案
- その他、本様式の記載必須事項には当てはまらないが、本委託業務の質向上に寄与すると思われる事業者側提案がある場合は記載してください。なお、本項目は必須記載事項でないため、審査評価点には参入されません。

4 新病院対応

新病院開院に向けた業務スケジュールと連携体制の提案について記載してください。

5 受託費用

「様式4-1」及び「様式4-2」を用いて、受託期間の始期から終期までの委託契約部分及び派遣契約部分の総額を見積もっていただき、それぞれに金額を記載のうえ提出して下さい。このとき、積算内訳書等で、積算内容が確認できる書類を添付して下さい。

なお、「3 事業実施計画 (7) その他の提案」にかかる費用等については、受託費用総額には含めず、「様式4-3」に記載して下さい。このとき、その他提案の契約種別が委託契約の場合は「委託契約」、派遣契約の場合は「派遣契約」と備考欄に記載して下さい。

〔記載上の注意〕

- ① 本様式は、第1次審査合格の通知のあった者のみ提出して下さい。
- ② 項目ごとに参加者の状況やセールスポイント等を簡潔に記載して下さい。
- ③ 文字のフォント及びサイズは、原則としてMS明朝12ポイントとし、Microsoft Wordにより作成すること。ただし、定められた様式については、それに従うこと。
- ④ 本文については、A4縦70ページ以内で記載して下さい。なお、「別表1」及び「様式4-1」、「様式4-2」及び「様式4-3」については、本文所定ページ数の70ページに含みません。