

平成31年度小郡市食の自立支援（配食サービス）事業・小郡市障害者配食サービス事業（調理業務）における受託事業者募集要領（兼実施要領）

1、業務の目的

この募集要領兼実施要領は、小郡市食の自立支援（配食サービス）事業・小郡市障害者配食サービス事業（以下「本事業」という）の調理業務の受託事業者募集及び選定に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

2、業務の概要

(1) 委託業務名

小郡市食の自立支援（配食サービス）事業（介護保険課）・
小郡市障害者配食サービス事業（福祉課）（調理業務）

(2) 委託業務内容

別紙仕様書のとおり

(3) 業務にかかる費用

調理費は1食550円（税込み8％）以内とし、配送業者への配送にかかる経費を含むものとする。小郡市は本業務にかかる費用のうち、利用者負担を除いた費用を委託料とする。（別紙仕様書のとおり）

(4) 委託期間

平成31年4月1日から平成32年3月31日

3、参加資格要件

参加届の提出時から以下の項目の全てを満たすものとする。

(1) 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者。

(2) 本事業の調理を行う施設が小郡市内もしくは近隣にあり、かつ、食品衛生法（昭和22年法律第233号）による飲食店営業の営業許可を受けていること。

4、募集方法

(1) 提出書類

下記の①～⑦の書類を提出する。提出の際は、封筒の表面に「小郡市食の自立支援（配食サービス）事業・小郡市障害者配食サービス事業提出書類」と記載しての提出とする。

なお、提出書類にかかる費用は、事業所が負担する。

① 公募型プロポーザル参加表明書（様式第1号）

② 事業参加届（添付書類 1）

- ③ 事業者基本情報(添付書類 2)
- ④ 緊急対応時の連絡体制表
 - ・緊急対応時の連絡体制表を提出すること。
- ⑤ 営業許可通知書の写し

飲食店営業の営業許可通知書で、本業務の調理を行う施設のもの。複数の調理施設で本業務の調理を行う場合は、それらの施設すべてのもの。
- ⑥ 検便検査結果の写し
 - ・赤痢菌・サルモネラ菌の項目を含むもの。
 - ・平成30年10月以降実施したもので、最新のもの。
 - ・検査結果で陽性がある場合は、適切な対応ができていることが確認できる書類も添付すること。
- ⑦ 食品衛生監視票又は特定給食施設栄養指導票の写し等衛生管理状況の確認ができる書類
 - ・平成30年4月以降に実施したもので、最新のもの
 - なお、複数の調理施設で本業務の調理を行う場合は、それらの施設すべてのもの。
 - ・保健所から食品衛生指導票の指導等があった場合は、改善措置を確認できる書類も添付すること。

(2) 提出期限 平成31年3月13日(水) 17時

郵送による提出も可とするが、期限までの必着とする。

※なお、実施要領・仕様書に係る質疑がある場合は平成31年3月8日(金)までに質疑書(任意形式)を下記提出先まで FAX・メール・持参にて提出すること。回答は平成31年3月11日(月)までに FAX・メールによって行う。

(3) 提出先 小郡市役所 市民福祉部 介護保険課 高齢者サービス係(本館1階)
〒838-0198 小郡市小郡255-1

5、書類審査

(1) 審査項目

	審査内容
事業参加届	規定の調理可能食数を満たしていること。
事業者基本情報	必要事項に漏れがないこと。
緊急対応時の体制	対応体制が明確になっていること。
営業許可証	営業許可証が有効であること。
検便検査	検便検査が陽性ではないこと。 陽性がある場合、適切な対応ができていること。
食品衛生監視票	指定する監視項目を満たしていること。

(2) 審査方法

事前に事務局で審査し、審査結果を平成31年3月15日(金)までに連絡する。要件をクリアした事業所については、次号の6、弁当の審査を行う。

6、弁当の審査

(1) 審査日時

- ① 実施日 平成31年3月22日(金)
- ② 時間 午後1時～午後2時30分(予定)詳細は後日連絡する。
- ③ 場所 小郡市役所 北別館2階 大会議室
- ④ 提出場所及び時間 弁当のサンプルは後日指定する時間に小郡市介護保険課高齢者サービス係まで提出すること。
- ⑤ 当日の進行 事業所の担当者はサンプルの弁当について口頭で説明を行い、1食あたりの金額や弁当の特徴及び治療食(高血圧、糖尿病、腎臓病対応食)利用者への提供の可否を含め、対応方法を説明すること。
※平成31年2月度現在、小郡市では25名(高血圧18名、糖尿病5名、腎臓病2名)が治療食を利用している。

(2) 提出物

《弁当のサンプル》

本事業で受託した場合に用意する弁当を、本事業で使用する容器に盛り付けたものを提示する。※通常配達しているものを提出すること。

副食		主食(ご飯)		治療食
普通食	3食	普通食	1食	各3食

※1 仕様書の10、弁当の内容及び献立に従うこと。

※2 用意する食材のすべての種類を記載し、エネルギー、たんぱく質、脂質、塩分の4項目の摂取量を記載すること。

(3) 審査方法

下記の8項目を各5点満点で採点するものとする。

	審査項目
味	① 味付け
量	② 分量
食べやすさ	③ 主食の炊き方
	④ 副食の大きさ・固さ
見た目	⑤ 色彩
	⑥ 盛り付け
栄養	⑦ バランス
コスト	⑧ 1食あたりの金額

(4) 選定方法

全審査員の合計点数の平均が24点を満たす事業者のうちから、下記の①、②の順に受託候補者を特定するものとする。なお、参加業者が1者の場合は全審査員の合計点数の平均が24点を満たす事業者とする。

① 全審査員の合計点数が高い順に事業者を選定する。

② ①が同じ場合、委員長の合計点数が高い方とする。

(5) 留意事項

平成30年度現在、小郡市では25名（高血圧18名、糖尿病5名、腎臓病2名）が治療食を利用している。プロポーザル参加事業所は治療食利用者に対しての今後の配食方針を審査会のなかで必ず説明すること。

(6) 審査結果の通知日

平成31年3月25日（月）までに小郡市ホームページにて通知する。