



**(仮称) 福知山市基幹相談支援センター運営事業の
実施に向けたサウンディング型市場調査実施要領**

令和4年8月9日

**福知山市福祉保健部
障害者福祉課**

目次

1 調査の背景・目的	1
2 調査の概要	1
(1) 基幹相談支援センターについて	1
(2) 契約期間.....	1
(3) 業務の内容	1
(4) 参加対象者	2
(5) スケジュール.....	2
3 対話内容	3
4 調査の手順	3
(1) 参加申込み	3
(2) 質問等について	3
(3) サウンディング日時及び場所.....	3
(4) 調査の実施	4
(5) 調査結果の公表	4
5 留意事項	4
(1) 参加事業者の取り扱い	4
(2) 費用負担.....	4
(3) 提出書類の取扱い・著作権等.....	4
(4) 対話内容.....	5
6 問合せ先・提出先	5

1 調査の背景・目的

(1) 背景

本市では、障害のある人や家族からの相談については、市が委託した4か所の相談支援事業所に対応しています。しかし、相談内容の複雑化、複合化、障害福祉のニーズの多様化、増大化により対応困難ケースにおける連携強化など、障害福祉の分野に留まらない、幅広い関係者による重層的支援の重要性が高まっています。

そうした中、総合的な相談支援強化を図るため、障害者相談支援における中核的な存在として令和5年度に基幹相談支援センターを設置することを目指しています。

(2) 目的

本調査は、基幹相談支援センターにおける業務内容、契約期間、契約金額等について、民間事業者の皆様から広く御意見いただき、参入しやすい公募条件を整理することが目的です。

2 調査の概要

(1) 基幹相談支援センターについて

別紙1「相談支援体制のイメージ」参照

(2) 契約期間

令和5年4月1日～令和8年3月31日（3年間）

※ただし、委託初年度については人員体制の整備や業務の引継等のため、6か月間の準備期間を設ける。

(3) 業務の内容

詳細は【別紙2】福知山市基幹相談支援センター運営委託業務仕様書（案）（以下、「仕様書」という）のとおり

- | |
|---|
| 1 総合的・専門的な障害等の相談支援に関すること
2 地域における障害等の相談支援体制の強化に関すること
3 障害者のある人や家族の地域移行・地域定着の促進に関すること
4 権利擁護・虐待防止に関すること
5 福知山市地域自立支援協議会の運営に関すること
6 前各号に掲げるもののほか、市長が必要と認めること |
|---|

※ 具体的な業務内容については、サウンディングの結果を踏まえ検討します。

(4) 参加対象者

本事業の実施主体となる意向を有する法人。ただし、次のいずれかに該当する場合を除きます。

- ア 地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当する者
- イ 参加申込書提出時点で、福知山市指名競争入札参加者指名停止取扱要綱（平成15年告示第137条）に基づく指名停止期間中の者
- ウ 会社更生法（平成14年法律第154号）及び民事再生法（平成11年法律第255号）に基づく更生又は再生手続中の者
- エ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団又は福知山市暴力団排除条例（平成24年条例第17号）第2条第1項に規定する暴力団に該当する者
- オ 市税その他租税を滞納している者
- カ 法人税並びに消費税及び地方消費税を滞納している者

(5) スケジュール

実施要領の公表	令和4年8月9日(火)
参加申込期間	令和4年8月9日(火)～令和4年8月22日(月)
サウンディング実施期間 ※	令和4年8月23日(火)～令和4年9月8日(木) (ただし、土曜日、日曜日を除く)

※必要に応じて後日追加対話を実施することがありますので、可能な限り御協力ください。

3 対話内容

基幹相談支援センター運営業務委託の入札に民間事業者が参加しやすい業務内容、契約条件を整えるため、次の項目について対話を実施します。下記の事項を含む資料を提出してください。

- (1) 契約期間
- (2) 契約金額
- (3) 業務内容（別添仕様書を参照してください。）

4 調査の手順

(1) 参加申込み

サウンディングへの参加を希望する場合は、別紙「エントリーシート」に必要事項を記入のうえ、令和4年8月22日(月)までに電子メールにより提出してください。提出先及び連絡先は、「6 問合せ先・提出先」のとおりです。

なお、電子メールのタイトルは「サウンディング参加申込【法人名】」としてください。

(2) 質問等について

質問は随時受け付けています。質疑がある場合は、電子メールの本文に記載又は質問を記載したWordデータ（自由様式）を添付のうえ、「6 問合せ先・提出先」へ電子メールにより提出してください。

なお、電子メールのタイトルは「サウンディング質問【法人名】」としてください。

質疑の内容については、後日、個別に回答させていただきます。

(3) サウンディング日時及び場所

ア 実施日時及び場所は、参加者に電子メール等で個別連絡します。

イ 実施日時は、「2 調査の概要（6）スケジュール」で示した期間で、所要時間は1時間程度で設定します。（状況によって延長する場合があります）

ます。)

ウ 調査は対面又はオンライン方式とし、対面による場合は、原則福知山市役所内とします。

エ 御希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

(4) 調査の実施

ア サウンディングは、事業者のアイデア・ノウハウ保護のため、個別に実施します。(対面の場合参加人数は原則3名以下としてください。)

イ 説明のために必要な資料は、当日5部御持参ください。また、オンライン形式の場合は、前日までに電子メールで送付してください。

必要に応じて、追加でヒアリングをお願いする場合があります。

(5) 調査結果の公表

サウンディングの実施結果は民間事業者様のアイデアやノウハウの保護に配慮したうえで概要のみ公表します。

公表にあたっては、必要に応じて参加事業者様に内容を確認させていただく場合があります。

5 留意事項

(1) 参加事業者の取り扱い

サウンディングへの参加の有無は、今後の事業者選定の評価等に影響を与えるものではありません。サウンディングに不参加の場合でも、公募を行う場合の参加は可能です。

(2) 費用負担

サウンディングの参加に関する書類作成・提出等に係る全ての費用は、参加事業者の負担とします。

(3) 提出書類の取扱い・著作権等

提出書類の著作権はそれぞれ参加事業者に帰属しますが、提出書類は返却しません。また、基幹相談支援センター運営事業の検討以外の目的で提出書類等を使用することはありません。

(4) 対話内容

本調査での提案内容及び個別対話時の発言内容は、その時点での想定によるものとし、事業の実施等について、何ら約束するものではありません。

6 問合せ先・提出先

福知山市福祉保健部障害者福祉課 担当：北垣

住所：京都府福知山市字内記13番地の1

電話：0773-24-7017（直通）

e-mail：shogaishafukushi☆city.fukuchiyama.lg.jp

送付の際には☆を@に変換してください。

受付日時：土曜、日曜、祝日を除く午前9時から午後5時まで

エントリーシート

＜福知山市基幹相談支援センター運営事業実施に向けたサウンディング＞

法人名			
代表者氏名			
所在地			
サウンディング 担当者	氏名		所属 部署
	TEL		
	MAIL		
サウンディングにおける対話の希望日を記入し、時間帯をチェックしてください。 第1希望から第3希望まで全て御記入ください。			
第1希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
第2希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
第3希望	月 日 ()	<input type="checkbox"/> 午前	<input type="checkbox"/> 午後
対話参加予定者氏名		所属部署・役職	