

令和2年度西原町障がい者相談支援事業

委託事業者募集要項



令和2年4月

西原町役場 福祉部 健康支援課

目 次

1	募集要項	• • • • • • • • • •	3
2	委託仕様書	• • • • • • • • • •	7
3	関係様式	• • • • • • • • • •	9
4	提出書類	• • • • • • • • • •	21

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者募集要項

1 募集の趣旨

「西原町障がい者相談支援事業（以下「本事業」という。）」を行うことにより「障がい者等の自立を支える笑顔あふれるまち・西原町」の実現を図る為、一定の条件を満たす提案者を選定し、かつ業務の目的及び内容に最も適した提案者を特定することを目的とする。

2 募集事業者数

1 事業所

3 契約期間

自 令和2年6月1日

至 令和3年3月31日

4 委託予定額

(1) 2,200,000円（消費税及び地方消費税を含む）を上限とする。

(2) 年4回に分割して概算払いとする。

5 業務の具体的内容等

別添委託仕様書、参照。

6 応募要件（※ 次の要件を全て満たすもの）

(1) 前年12月31日時点において、指定一般相談支援事業者又は指定特定相談支援事業者として、西原町を事業の実施地域としていること。

(2) 前年12月31日時点において、国税及び地方税の滞納がなく、かつ不渡り等が発生していないこと。

(3) 次の法令等を遵守していること。

① 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律

② 地方自治法施行令

③ 民事再生法

④ 会社法

⑤ 会社更生法

⑥ 破産法

⑦ 西原町の各種例規

⑧ その他、関連法規

(4) 公序良俗に反する行為等がないこと。

7 募集要項の配布

(1) 配布期限：令和2年5月1日（金）17時15分

(2) 場 所：<http://www.town.nishihara.okinawa.jp/>

(3) 取得方法：西原町役場ホームページのトップ画面

→「目的から調べる」

→「福祉・健康・学習」

→「障がい者（児）支援」からダウンロードが出来ます。

(4) 備 考：西原町役場ホームページからダウンロードが出来ない場合は、「24 連絡先」へご連絡願います。

8 質問書の受付

- (1) 受付期限：令和2年4月10日（金）17時15分
- (2) 宛 先：syougai-fukushi@town.nishihara.okinawa.jp
- (3) 提出方法：別紙1をE-mailで提出
- (4) 備 考：質問に対する回答は、説明会で行います。

9 説明会出席申込書の受付

- (1) 受付期限：令和2年4月10日（金）17時15分
- (2) 宛 先：syougai-fukushi@town.nishihara.okinawa.jp
- (3) 申込方法：別紙2をE-mailで提出
- (4) 備 考：1応募者につき2名以内の出席（申込後の出席者変更は可）

10 説明会の開催

- (1) 開催日時：令和2年4月15日（水） 14時00分～15時30分
- (2) 会 場：西原町役場 3階 全員協議会室
- (3) 説明内容：委託内容の確認・質問書に対する回答等
- (4) 備 考：欠席した応募者への個別対応は行いません。

11 参加意向申出書の受付

- (1) 受付期限：令和2年4月17日（金）17時15分
- (2) 宛 先：西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係
- (3) 提出方法：別紙3を郵送で提出
- (4) 備 考：受付期限までに必着となるように郵送して下さい。

12 参加意向取下書の受付（参加意向申出書の提出後に辞退する場合）

- (1) 受付期限：令和2年4月24日（金）17時15分
- (2) 宛 先：西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 窓口
- (3) 提出方法：別紙4を郵送で提出
- (4) 備 考：受付期限までに必着となるように郵送して下さい。

13 提案書の受付

- (1) 受付期限：令和2年5月1日（金）17時15分
- (2) 宛 先：西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 窓口
- (3) 提出方法：別紙7を来庁し提出
- (4) 備 考：E-mail・郵送による提出は認めません。

14 提出書類の留意点

- (1) 書類に不備が有る場合は、受付不可とする。
- (2) 書類は、計8部（正本1部・副本7部）提出すること。
- (3) 書類の大きさは、A4版とすること。
- (4) 書類の記載表示が不鮮明になる場合等は、上記（3）に限らず、A3版を使用しても差し支えないものとする。
- (5) 書類はA4縦型ファイルに綴り、右側に番号を貼付して提出すること。
- (6) 書類受付の際に、数量等の簡易な確認・点検を行うので、時間には余裕を持って来庁すること。
- (7) 提出書類に係る費用は、応募者の負担とする。
- (8) 提出書類等は、理由の如何を問わず、返却しない。

15 提出書類

N o	提出書類等	様 式
1	法人概要書	任 意
2	登記事項証明書又は登記簿謄本	法 務 局
3	印鑑証明書	法 務 局
4	事業所指定通知書の写し	該当市町村
5	事業所指定に係る記載事項（付表）の写し	該当市町村
6	法人の定款	任 意
7	法人の財務状況に関する書類（決算書等、平成29～令和元年度分）	任 意
8	西原町税の完納証明書又は非課税証明書（平成29～令和元年度分）	下記（2）参照
9	誓約書	様 式 1
10	企画提案書（福祉サービスの利用援助）	様 式 2
11	企画提案書（社会資源を活用するための支援）	様 式 3
12	企画提案書（社会生活力を高めるための支援）	様 式 4
13	企画提案書（ピアカウンセリング）	様 式 5
14	企画提案書（権利の擁護のために必要な援助）	様 式 6
15	企画提案書（専門機関の紹介）	様 式 7
16	企画提案書（町基幹相談支援センター及び町地域自立支援推進協議会との連携）	様 式 8
17	企画提案書（その他、町長が必要と認めたもの）	様 式 9
18	企画計画書（職員体制）	様 式 10
19	企画計画書（運営体制）	様 式 11
20	見積書	任 意

- (1) 証明書等は、3ヶ月以内に発行されたものを提出すること。
- (2) 「N o. 8」は、「西原町役場 総務部 税務課」で発行したものとする。
- (3) 「N o. 17」は、応募者の活動実績等と関連させた特記事項とする。
- (4) 「様式」欄に「任意」と記載されているものは、応募者の任意様式で構わない。

16 審査会出席申込書の受付

- (1) 受付期限：令和2年5月1日（金）17時15分
- (2) 宛 先：syougai-fukushi@town.nishihara.okinawa.jp
- (3) 申込方法：別紙8をE-mailで提出
- (4) 備 考：1応募者につき2名以内の出席（申込後の出席者変更は可）

17 審査会の開催

- (1) 開催日時：令和2年5月13日（水） 14時00分～15時30分
- (2) 会 場：西原町役場 3階 全員協議会室
- (3) 説明内容：提出書類に基づいたプレゼンテーション
- (4) 備 考：1応募者につき30分以内（説明20分＋質疑応答10分）

18 選定方法

- (1) 令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者審査委員会（以下「審査委員会」という。）において、書類審査及びプレゼンテーション審査により選定する。
- (2) 審査項目及び評価基準は、別紙11のとおりとする。
- (3) 審査委員会は非公開とし、審査の経過等に関する問い合わせには応じない。
- (4) 応募者は、他の応募者の審査を傍聴することは、できないものとする。

19 審査結果

審査結果は、審査会出席の全事業所に通知するとともに、西原町役場ホームページで公表する。

20 欠格事項（※ 次のいずれかに該当した場合）

- (1) 本要項に定める参加資格を満たさないものとなったとき
- (2) 提出書類等に虚偽の記載をしたとき

21 契約交渉

- (1) 審査の結果を基に、受託候補者と業務委託の契約交渉を行うこととする。
但し、交渉が不調となった場合は、次点者と契約交渉を行うこととする。
- (2) 契約締結前までに、受託候補者は、職員体制及び運営体制に係る資料等を町長へ提出するものとする。

22 契約締結

- (1) 契約交渉の結果、合意した者と随意契約の方法により契約を締結する。
- (2) 契約書については、西原町指定のものを使用するものとする。

23 日程（予定）

期日（令和2年）	内容
4月3日（金）～5月1日（金）	募集要項配布期間
4月10日（金）	質問書・説明会出席申込書提出期限
4月15日（水）	説明会開催
4月17日（金）	参加意向申出書提出期限
4月24日（金）	参加意向取下書提出期限
5月1日（金）	提案書・審査会出席申込書提出期限
5月13日（水）	審査会開催
5月15日（金）	審査結果通知書発送
5月22日（金）	契約交渉期限
5月27日（水）	契約締結
6月1日（月）	事業開始

24 連絡先

〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係（糸数）
TEL：098-945-5013 FAX：098-944-6551
E-mail：syougai-fukushi@town.nishihara.okinawa.jp

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託仕様書

1 仕様概要

本仕様書は、西原町障がい者地域生活支援事業実施規則に基づく「西原町障がい者相談支援事業（以下「本事業」という。）」の範囲及び要件等の必要な事項を定めるものであり、本事業を受託する事業者（以下「受託事業者」という。）は、本仕様書に従って事業を執行するものとする。

2 事業目的

障がい者等の保護者又は障がい者等の介護を行う者等からの相談に応じ、必要な情報の提供等の便宜を供与することや、権利擁護のために必要な援助を行うことにより、障がい者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにすることを目的とする。

3 契約期間

自 令和2年6月1日
至 令和3年3月31日

4 委託予定額

- (1) 2,200,000円（消費税及び地方消費税を含む）を上限とする。
- (2) 年4回に分割して概算払いとする。

5 業務の概要

障がい者等の福祉に関する各般の問題につき、障がい者等からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言、その他の障がい福祉サービスの利用支援等、必要な支援を行うとともに、虐待の防止及びその早期発見の為に関係機関との連絡調整、その他の障がい者等の権利擁護の為に必要な援助（相談支援事業）を行うこととする。

6 業務の具体的内容

- (1) 福祉サービスの利用援助（情報提供・相談等）
- (2) 社会資源を活用するための支援（各種支援施策に関する助言・指導等）
- (3) 社会生活力を高めるための支援
- (4) ピアカウンセリング
- (5) 権利の擁護のために必要な援助
- (6) 専門機関の紹介
- (7) 町基幹相談支援センター及び町地域自立支援推進協議会との連携
- (8) その他、町長が必要とみとめたもの

7 職員体制

- (1) 管理責任者
1名（管理上、支障が無い場合は、本事業以外の職務に従事可）
- (2) 次のいずれかに該当し、障がい者等の相談及び援助の業務の経験が有る者
1名以上（常勤専従）
 - ① 社会福祉士
 - ② 精神保健福祉士
 - ③ 相談支援専門員
 - ④ 介護支援専門員

- ⑤ 保健師
- ⑥ 理学療法士
- ⑦ 作業療法士
- ⑧ その他、町長が①～⑦と同等と認めたもの

8 運営体制

- (1) 本事業の実施日は、原則として、町役場の開所日・開所時間とする。
但し、業務時間外においても、緊急連絡体制を確保しなければならない。
- (2) 受託事業者は、本事業を実施するにあたり、障がい者等の為に相談環境を整備するものとする。
- (3) 受託事業者は、本事業の担当職員の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
- (4) 受託事業者は、町内関係機関及び障がい福祉サービス等事業所と協力連携に取り組むものとする。
- (5) 受託事業者は、個人情報の保護に関する法律及び西原町個人情報保護条例を遵守するとともに、本事業の実施の際に知り得た個人情報については、契約期間中及び契約期間終了後においても、いかなる理由でも漏洩してはならないものとする。
- (6) 受託事業者は、本事業の実施に関して苦情・事故等が発生した場合は、迅速かつ誠実に対応し、速やかに町長へ報告するものとする。
- (7) 受託事業者は、本事業を第三者に委託してはならないものとする。
- (8) 受託事業者は、本事業の運営に係る一切の費用を負担するものとする。

9 実績報告

- (1) 受託事業者は、下記の日程で、町長へ実績報告書を提出するものとする。
但し、提出期限日が町役場の閉所日に当たる場合は、その前日を期限日とする。

事業実施月	提出期限日
4月～6月	7月10日
7月～9月	10月10日
10月～12月	1月10日
1月～3月	4月10日

- (2) 実績報告書の様式は、町長が別に定める。

10 記録保管

- (1) 受託事業者は、本事業の実施にあたり、記録簿・収入及び支出帳簿・証憑等を整備し、事業終了から5年間保存するものとする。
- (2) 受託事業者は、本事業に係る経理と他事業に係る経理を、明確に区別しなければならないものとする。

11 留意事項

- (1) 受託事業者は、事業実績評価を、町長から受けるものとする。
- (2) 受託事業者は、清算残額が生じた場合は、町長に返還するものとする。

12 その他

この仕様書に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

別紙1

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

質問書 (4月10日(金)受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、募集要項及び仕様書に関して質問します。

記

区分	箇所	質問
募集 要項	頁	
	頁	
	頁	
仕様書	頁	
	頁	
	頁	

【 連絡先 】

所在地	〒		
担当者		役職	
TEL			
FAX			
E-mail			

別紙2

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

説明会出席申込書 (4月10日 (金) 受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、説明会へ申込します。

記

N o	出席者氏名
1	
2	

【 連絡先 】

所在地	〒		
担当者		役 職	
TEL			
FAX			
E-mail			

別紙3

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

参加意向申出書 (4月17日 (金) 受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、
プロポーザルへ申込します。

記

応募理由	
------	--

【 連絡先 】

所在地	〒		
担当者		役 職	
TEL			
FAX			
E-mail			

別紙4

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

参加意向取下書 (4月24日 (金) 受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、参加意向申出書を取下します。

記

取下対象	令和_____年_____月_____日付け参加意向申出書
------	-------------------------------

【 連絡先 】

所在地	〒		
担当者		役職	
TEL			
FAX			
E-mail			

令和 年 月 日

殿

西原町長 上間 明

参加資格確認結果通知書

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、参加資格確認結果を通知します。

記

- 1 件名 : 令和2年度西原町障がい者相談支援事業
- 2 結果 : 資格を有すると認めます。
 次の理由により、資格を有するとは認められません。
(理由 :)

※ 連絡先

〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 (糸数)
TEL : 098-945-5013 FAX : 098-944-6551

〒

令和 年 月 日

殿

西原町長 上間 明

関係書類提出依頼書

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、令和2年5月1日（金）までに、提案書等を提出いただきたく通知します。

記

- 1 件名 : 令和2年度西原町障がい者相談支援事業
- 2 提出 : (1) 提案書
(2) その他、関係書類
(書類名 : 募集要項「15 提出書類」参照)

※ 連絡先

〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 (糸数)
TEL : 098-945-5013 FAX : 098-944-6551

別紙 7

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

提案書 (5月1日(金)受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、提案書等を提出します。

記

提出書類	法人概要書 登記事項証明書又は登記簿謄本 印鑑証明書 事業所指定通知書の写し 事業所指定に係る記載事項(付表)の写し 法人の定款 法人の財務状況に関する書類 西原町税の完納証明書又は非課税証明書 誓約書 企画提案書(×8業務) 企画計画書(職員体制) 企画計画書(運営体制) 見積書
------	---

【 連絡先 】

所在地	〒		
担当者		役 職	
TEL			
FAX			
E-mail			

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

審査会出席申込書 (5月1日(金)受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、審査会へ申込します。

(※ IT機材等の使用はありません)

記

No	出席者氏名
1	
2	

【 連絡先 】

所在地	〒		
担当者		役職	
TEL			
FAX			
E-mail			

令和 年 月 日

殿

西原町長 上間 明

結果通知書

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、審査結果を通知します。

記

- 結果 : 最適であると特定しました。
(契約等の手続につきましては、別途連絡します。)
- 次の理由により特定しませんでした。
(理由 :)

※ 連絡先

〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 (糸数)
TEL : 098-945-5013 FAX : 098-944-6551

〒

令和 年 月 日

殿

西原町長 上間 明

参加停止通知書

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、参加停止としますので通知します。

記

理由 :

※ 連絡先

〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1

西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 (糸数)

TEL : 098-945-5013

FAX : 098-944-6551

審査項目及び評価基準

審査項目	評価基準	判断材料
1 法人概要		
基本方針	法人の基本方針等が一致しているか	法人概要書
応募理由	応募理由に具体性・熱意があるか	参加意向 申出書
活動実績	活用できる実績をもっているか	法人概要書
財務状況	財政的に安定しているか	財務状況に 関する書類
2 企画提案		
業務内容	障がい者等への対応及び関係事業所等との連携が 具体的に提案されているか 法人としてどのような特徴（ストロングポイント） があるか	企画提案書
3 企画計画		
職員体制	管理責任者及び常勤専従職員の配置に、具体的な 計画があるか	企画計画書 (職員体制)
運営体制	効果的かつ効率的な運営体制の整備に、具体的な 計画があるか	企画計画書 (運営体制)
4 その他		
見積額	見積額は、各項目毎に適正に見積もられているか	見積書
ビジョン	「障がい者の自立を支える笑顔あふれるまち」を 目指し、地域づくりにどのように寄与するか	全提出書類

※備考

※ 下記の用紙は、応募者からの提出は不要です。

別紙5

別紙6

別紙9

別紙10

様式1

〒903-0220

沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1
(西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係)

令和 年 月 日

西原町長 殿

法人名
申請者
代表者名

㊞

誓約書 (5月1日(金)受付期限)

令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者の募集について、下記のとおり、誓約します。

記

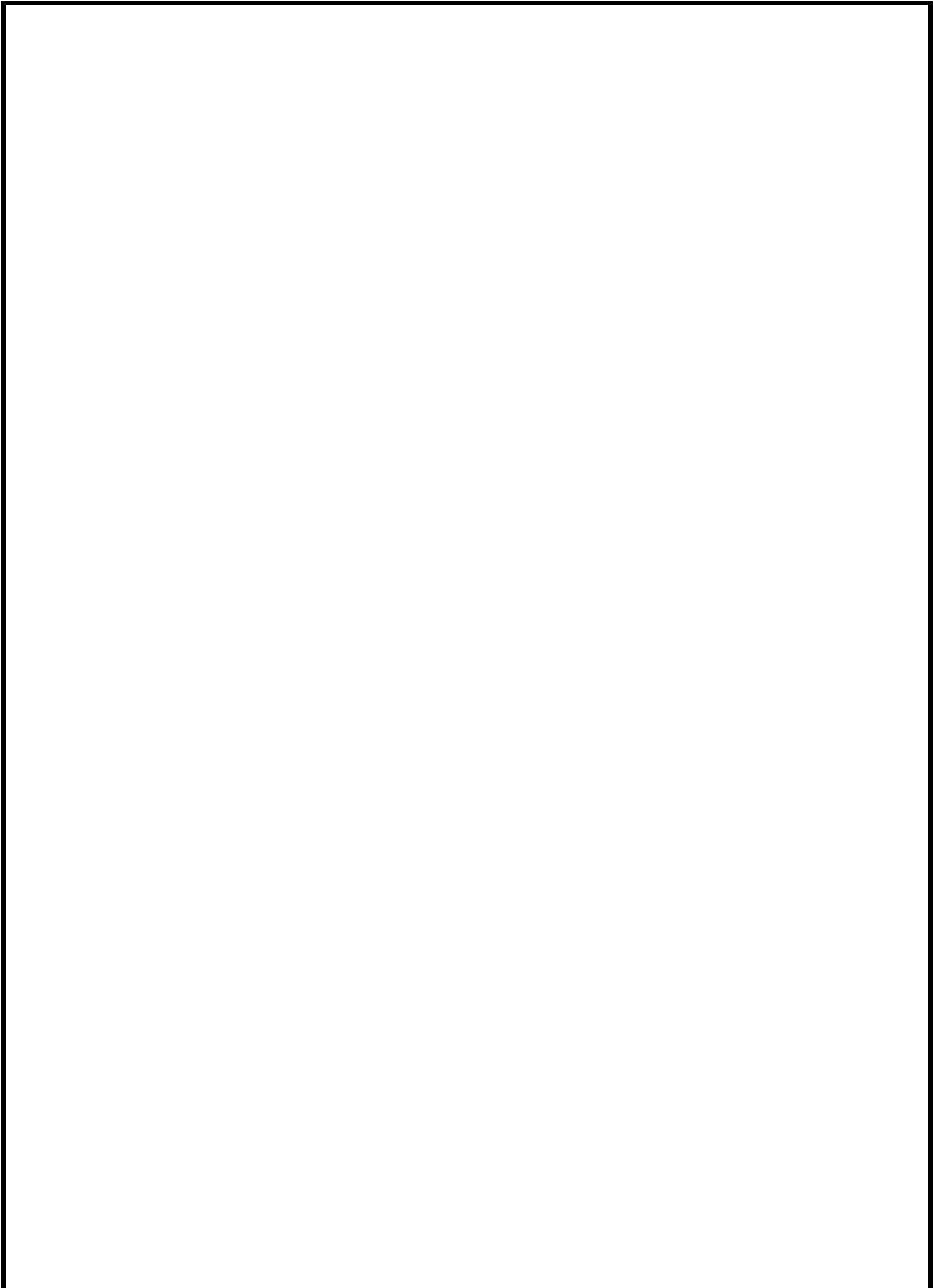
- 1 「令和2年度西原町障がい者相談支援事業委託事業者募集要項」に定める応募要件を満たしています。
- 2 提出する書類等に、虚偽の記載はありません。
- 3 委託事業者選定後に応募内容に相違があった場合には、それまでの事業者の費用を賠償することなしに、西原町が一方的に決定を取り消す場合があることに同意します。

【 連絡先 】

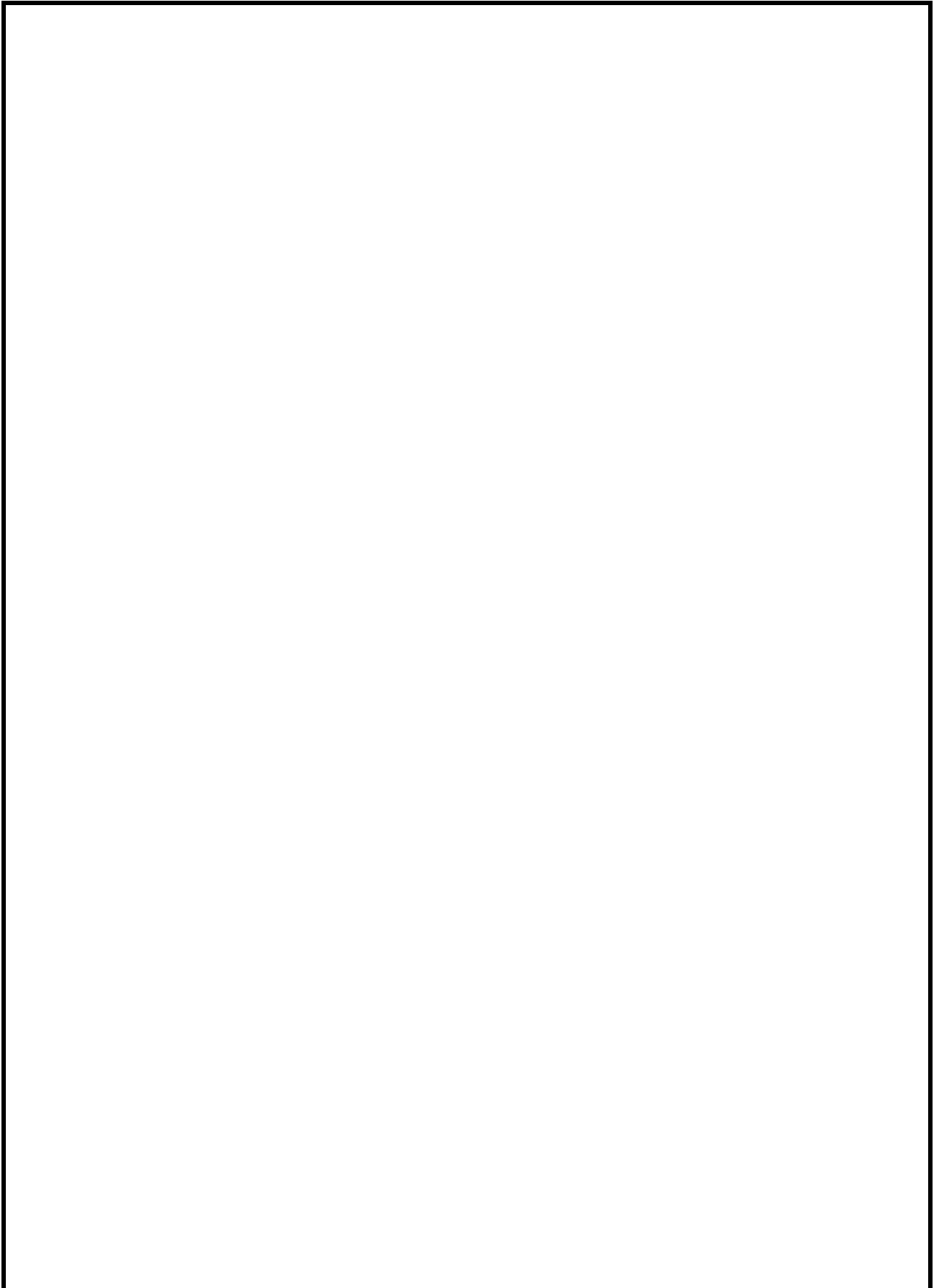
所在地	〒		
担当者		役職	
TEL			
FAX			
E-mail			

企画提案書（福祉サービスの利用援助）

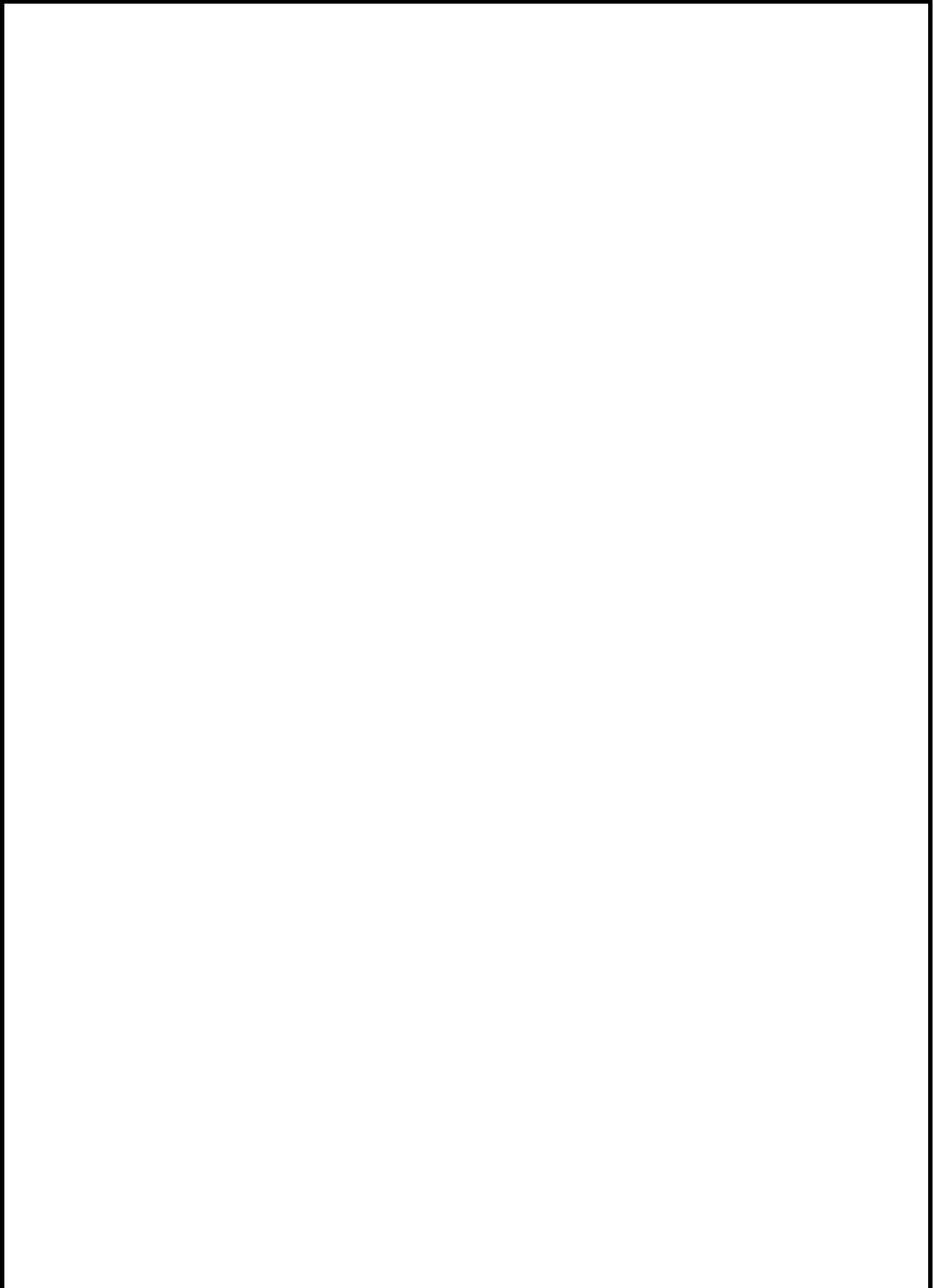
企画提案書（社会資源を活用するための支援）



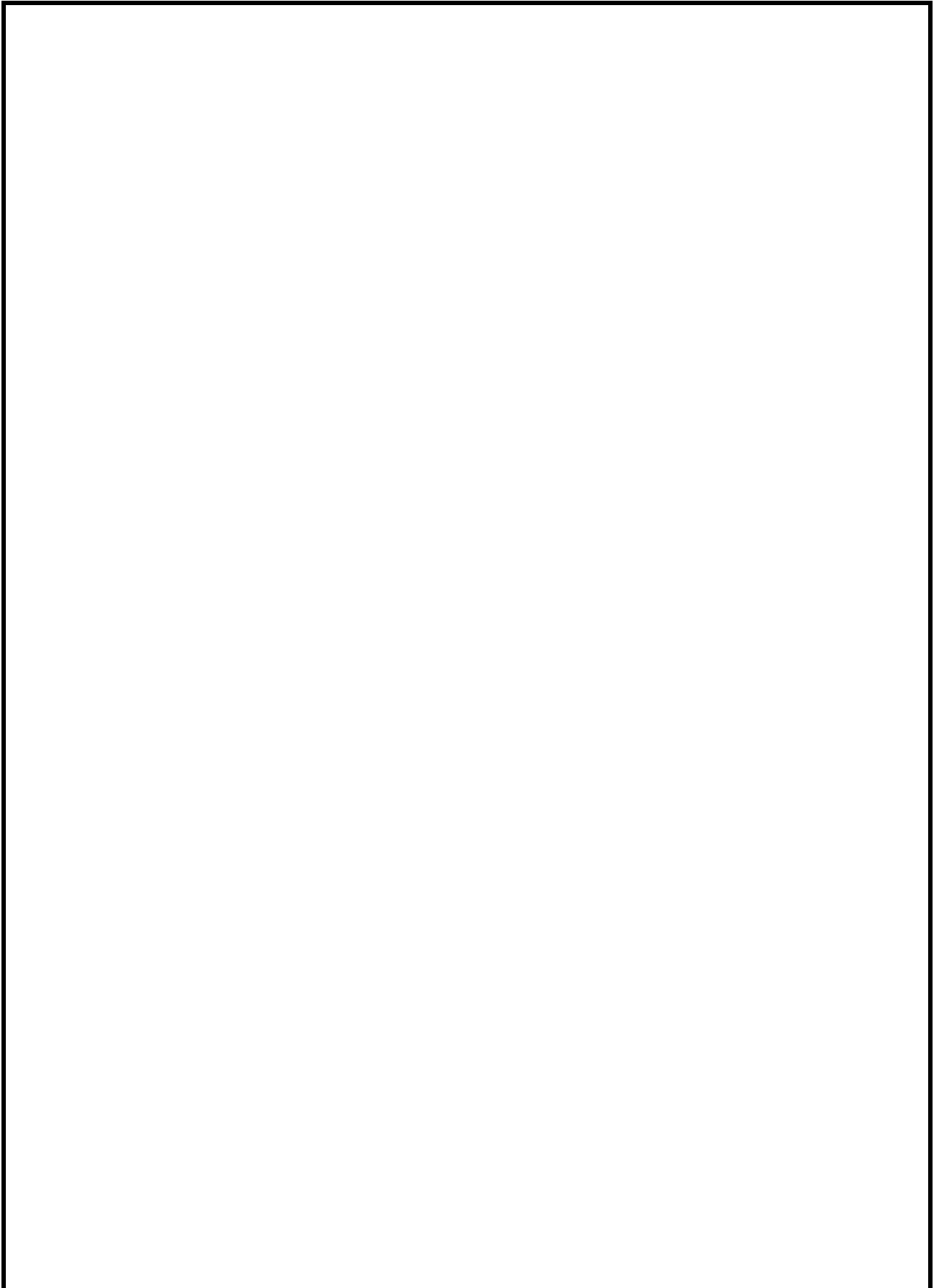
企画提案書（社会生活力を高めるための支援）



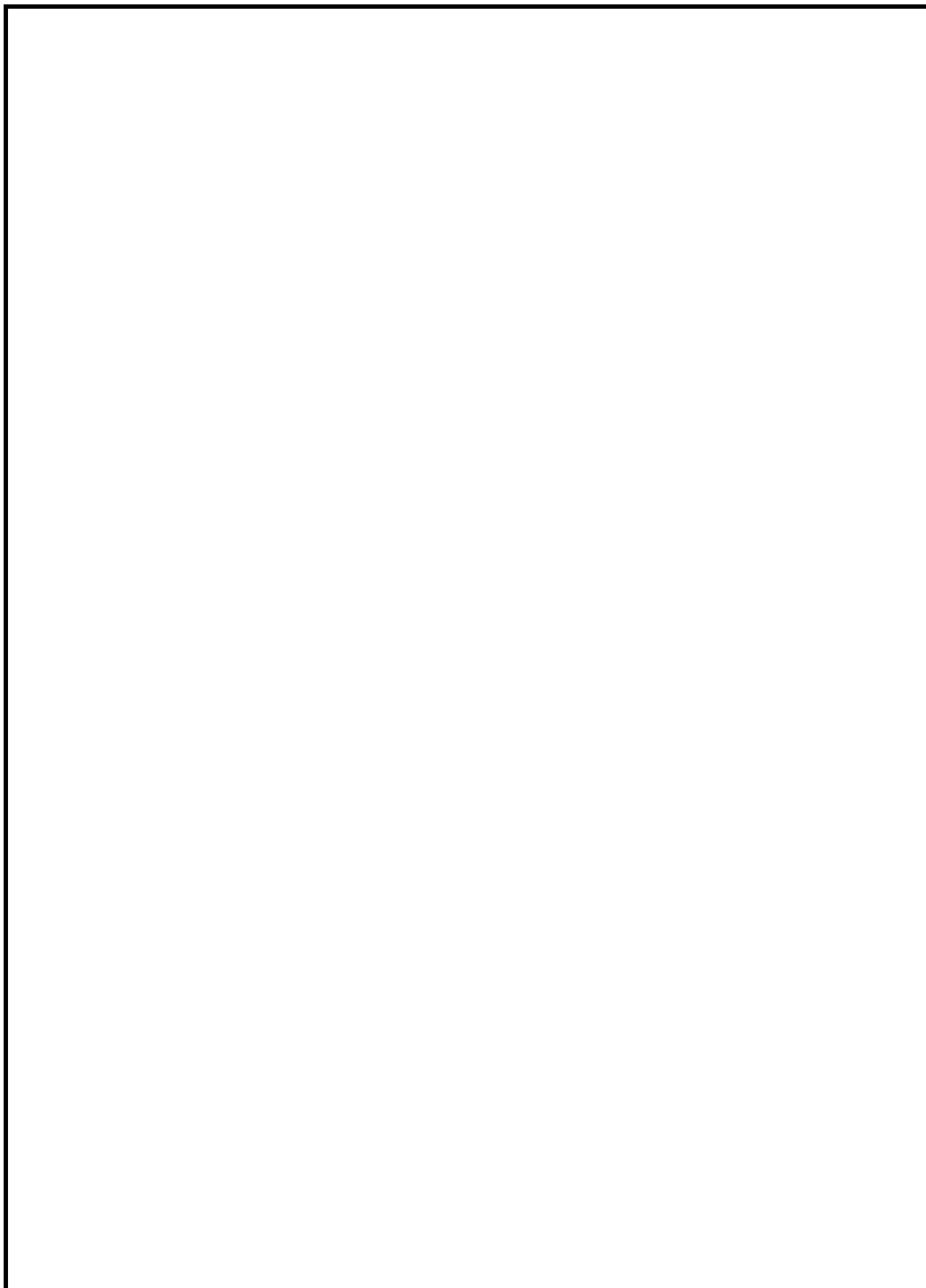
企画提案書（ピアカウンセリング）



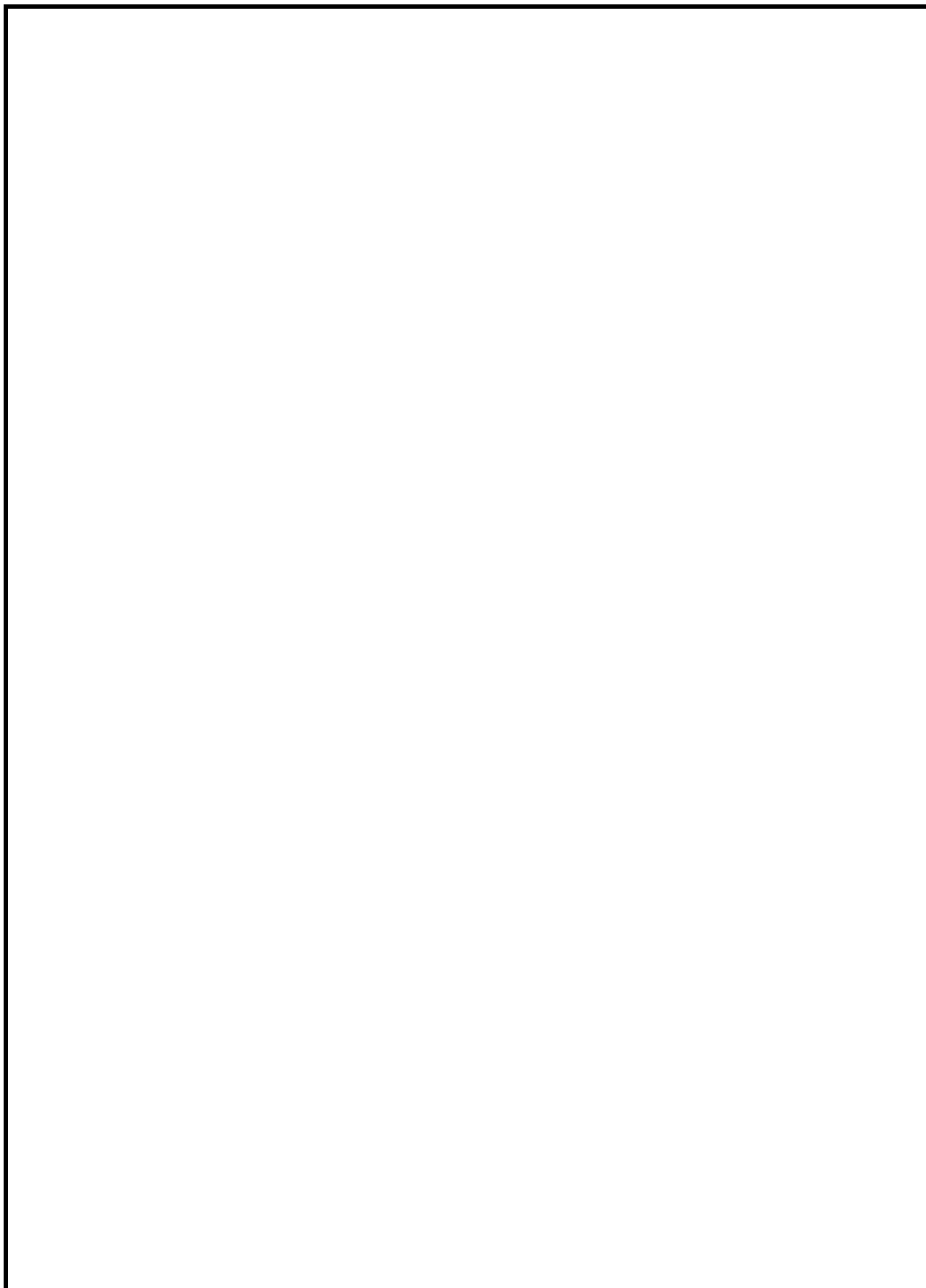
企画提案書（権利の擁護のために必要な援助）



企画提案書（専門機関の紹介）



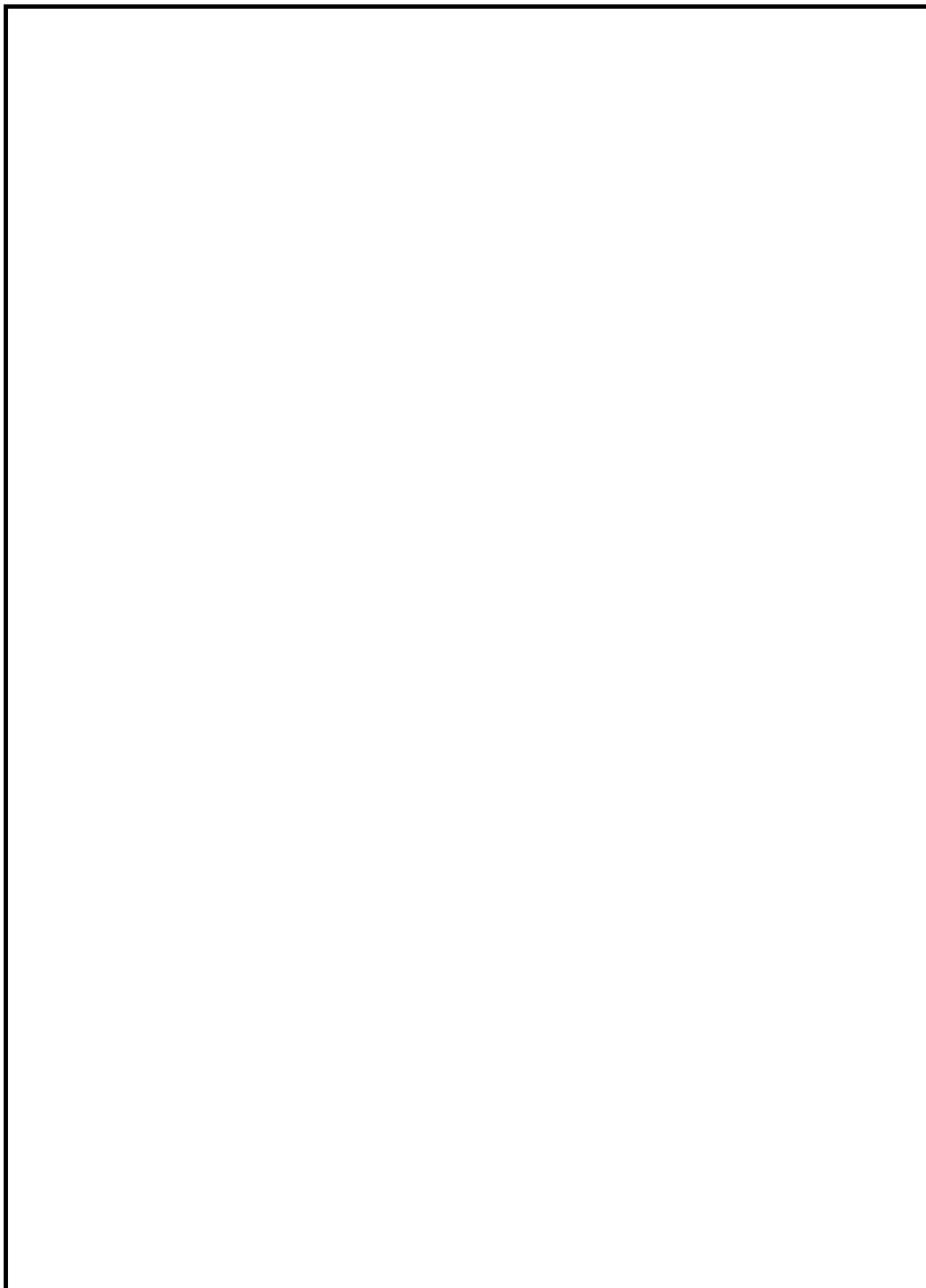
企画提案書（町基幹相談支援センター及び町地域自立支援推進協議会との連携）



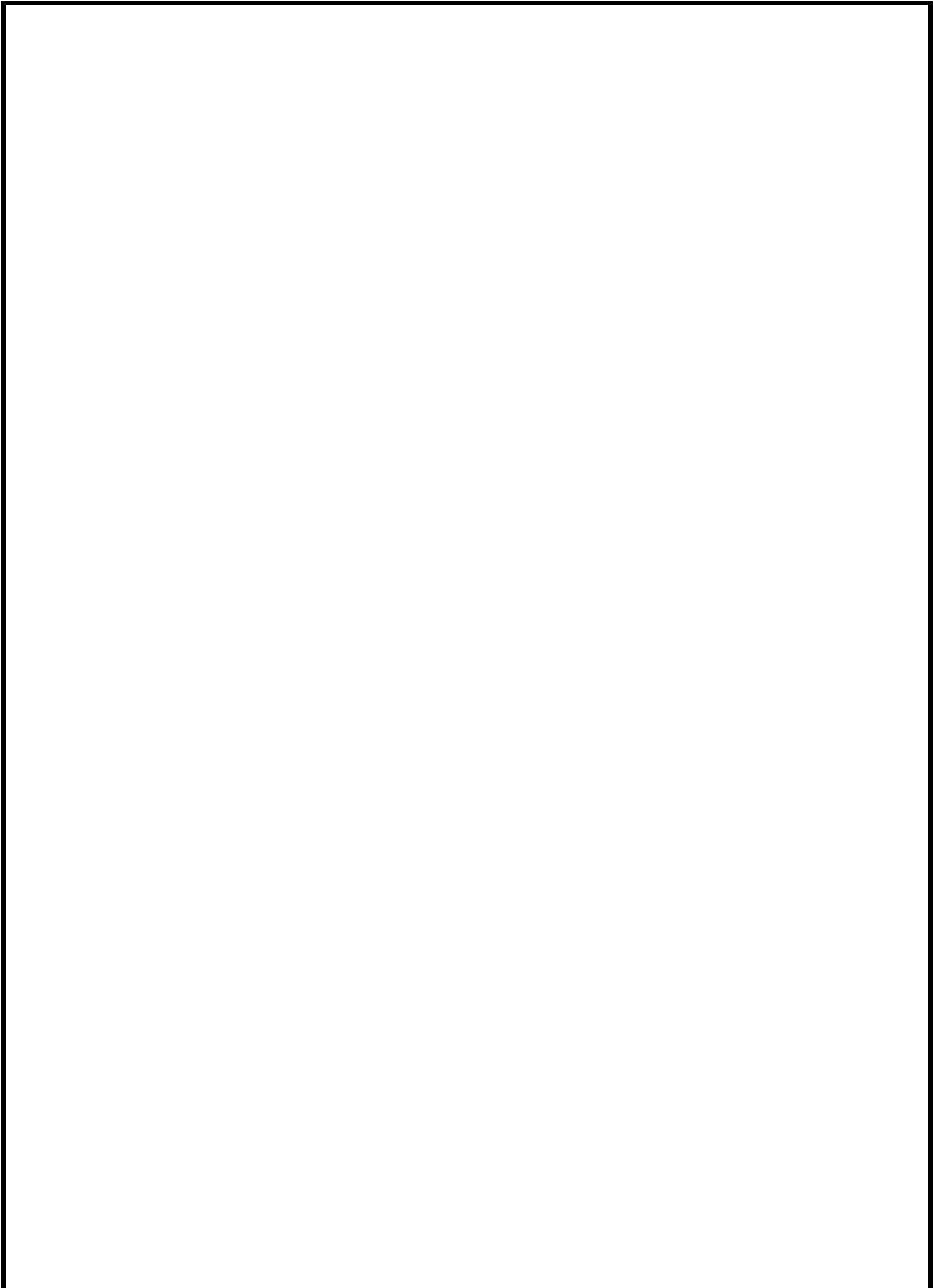
企画提案書（その他、町長が必要と認めたもの）

A large, empty rectangular box with a black border, intended for the submission of a project proposal. The box is currently blank, providing space for the applicant to write their proposal details.

企画計画書（職員体制）



企画計画書（運営体制）



見積書

※ 応募者の任意様式で構いませんが、下記項目毎に分けて記載して下さい。

- 1 人件費
- 2 消耗品費
- 3 燃料費
- 4 印刷製本費
- 5 通信運搬費
- 6 手数料
- 7 使用料及び賃借料
- 8 その他

※ 備品購入費は、非該当です。

※ 連絡先

〒903-0220 沖縄県中頭郡西原町字与那城140番地の1

西原町役場 福祉部 健康支援課 障がい支援係 (糸数)

TEL : 098-945-5013 FAX : 098-944-6551

E-mail : syougai-fukushi@town.nishihara.okinawa.jp

