

# 令和8年度 北九州市障害者意思決定支援推進事業 募集要項

## 1. 目的

障害のある方が自らの意思で自分らしく、地域で自立した生活を送れるよう、自己選択・自己決定を尊重し、支える環境の整備を図る。

障害のある方の意思決定を支える、支援者等の知識・技術向上や多職種連携の強化、地域社会の理解促進を目指す。また、令和8年度に義務化された障害者支援施設における地域移行等意向確認担当者の選任に対応し、円滑な地域移行を支援する体制を整備することを目的とする。

## 2. 委託業務名

北九州市障害者意思決定支援推進事業

## 3. 委託期間

契約締結日～令和9年3月31日

## 4. 応募資格要件

(1)法人格を有していること。

特定の事業を目的として設立された法人(社会福祉法、NPO法人、公益社団法人、一般社団法人、医療法人等)であること。

(2)障害者支援に関する豊富な実績を有していること。

北九州市内において障害のある方に対する相談支援等の障害福祉サービス、またはこれに準ずる支援の実績があり、地域における障害者支援への貢献が認められること。

(3)本事業を適切に実施するために必要な専門性と経験を有する人員を配置できること。

(4)暴力団、暴力団員、並びに暴力団及び暴力団員と密接な関係を有する者でないこと。

## 5. 募集スケジュール

(1)受付期間 令和8年4月8日(水)～令和8年4月27日(月)

(2)審査結果の通知 受付終了後、概ね2週間程度で通知します。

## 6. 添付資料

①北九州市障害者意思決定支援推進事業 仕様書

②(参考)令和7年度 啓発講演並びに意思決定支援者養成講座プログラム

## 7. 提出方法

- ・提出先まで「応募様式」および添付資料を持参または郵送
- ・応募様式

- ①北九州市障害者意思決定支援推進事業 応募申請書(様式1)
- ②事業及び活動実績報告書(様式2)
- ③暴力団関係者でないことを確認するための照会書類(様式3)

## 8. 問合せの受付及び回答

### (1) 問合せ方法

質問票(様式4)を「7. 提出先及び問合せ先」へ E メール又は FAX により提出し、質問書を提出した旨を電話により連絡すること。

※電話は9時から17時まで(土日・祝日を除く)

### (2) 回答方法

質問票受付日より1週間以内に質問内容及び回答を、市ホームページ上に掲載します。

## 9. 提出先及び問合せ先

北九州市保健福祉局精神保健・地域移行推進課

〒803-8501 北九州市小倉北区城内1番1号

電話:093-582-2439 FAX:093-582-2425

メールアドレス:ho-seishinhoken@city.kitakyushu.lg.jp