

和泉市

移動支援事業 日中一時支援事業 事業者登録の手引き

2 ページ：届出事項、登録要件等、登録に必要な書類

3 ページ：従事者の資格要件

4 ページ：提出書類の留意事項

5 ページ：提出期限と指定日

6 ページ：登録内容変更の届出、廃止・休止・再開の届出

7 ページ：移動支援調整責任者の要件

8 ページ：移動支援調整責任者の要件となる実務経験について

和泉市 障がい福祉課

令和7年4月

新規登録事業者の届出事項

和泉市における地域生活支援事業の支給決定を受けられている利用者へ当該サービスを提供するためには、事前に和泉市へ事業者登録を行う必要があります。(新規のみ)

●登録要件等

障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律（以下「総合支援法」という。）上の指定障がい福祉サービス事業者（※）であること。

※移動支援サービス・・・居宅介護、重度訪問介護、行動援護、または同行援護のいずれか

日中一時支援サービス・・・短期入所、生活介護、または障がい者支援施設のいずれか

新規登録申請に必要な書類について

●提出書類

提出すべき書類は以下のとおりです。

※4ページの留意事項も必ずご確認ください。

	必 要 書 類	移動支援	日中一時支援
1	様式第1号 和泉市地域生活支援事業事業者登録届出書	○	○
2	様式第2号 和泉市地域生活支援事業事業者登録取扱誓約書	○	○
3	様式第3号 和泉市移動支援事業従事者研修受講調書 (※従事者の資格要件は3ページ)	○	×
4	移動支援調整責任者・移動支援従事者の資格修了証明書の写し ※様式第3号に記入したものを全て提出してください。	○	×
5	障がい福祉サービス事業者指定通知書の写し ※様式第1号に記入したものを全て提出してください。	○	○
6	様式第4号 和泉市移動支援調整責任者経歴書	○	×
7	様式第5号 和泉市移動支援調整責任者にかかる誓約書	○	×
8	様式第6号 介護・相談支援等実務経験証明書 ※「和泉市移動支援事業に係る移動支援調整責任者の要件」を確認の上、 必要であれば提出してください。	△	×
9	社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票	○	○

移動支援事業における従事者の資格要件

和泉市における移動支援に従事するヘルパーの資格要件は以下のとおりです。

従事できる対象者 資格等の種類	身体障がい者 (児)	知的障がい者 (児)	精神障がい者 (児)
介護福祉士、看護師、准看護師 介護職員実務者研修修了者 介護職員初任者研修修了者 介護職員基礎研修修了者 居宅介護職員初任者研修課程修了者 障害者居宅介護従業者基礎研修課程修了者 居宅介護従業者養成研修課程修了者（１～３級） 訪問介護員養成研修課程修了者（１～３級） みなし証明（※）	○	○	○
全身性障害者移動支援従業者養成研修課程修了者 重度訪問介護従事者養成研修課程修了者 日常生活支援従業者養成研修課程修了者	○		
知的障害者移動支援従業者養成研修課程修了者 行動援護従業者養成研修課程修了者		○	○
精神障害者移動支援従業者養成研修課程修了者			○

※都道府県知事等から必要な知識及び技術を有すると認める旨の証明書の交付を受けた者

提出書類の留意事項

●様式第1号 和泉市地域生活支援事業事業者登録届出書

- ・「届出者」「登録を受けようとする事業所」欄は、それぞれ、**障がい福祉サービス事業者指定通知書と同一内容**を記載してください。ただし、住所変更等で指定通知書と異なる場合は、変更届出書の内容を記載するとともに、変更届出書（受理済のもの）の写しを添付してください。
- ・印鑑は、法人の印ではなく、**代表者印を押印**してください。
- ・電話番号、FAX 番号、E-mail は全て使用できるものをご記入ください。
- ・**記入した「事業の種類」すべての障がい福祉サービス事業者指定通知書の写しを添付**してください。

●様式第2号 和泉市地域生活支援事業事業者登録取扱誓約書

- ・「届出者」欄の記載及び押印は、様式第1号の届出者及び印と同じにしてください。

●様式第3号 和泉市移動支援事業従事者研修受講調書

- ・「届出者」欄の記載及び押印は、様式第1号の届出者及び印と同じにしてください。
- ・移動支援に従事する者全員の氏名と、その者が修了証明書の交付を受けた資格・研修名に○を記入し、**○を記入したものは全て修了証明書の写しを添付**してください。
- ・**修了証明書と現在の氏名が異なる場合は、その旨分かるように記入**してください。

例) 和泉 花子 (旧姓: ○○)

●様式第4号 和泉市移動支援調整責任者経歴書

- ・調整責任者の要件に該当しているか、必ず確認してください。
- ・**住所、電話番号は調整責任者の自宅のものを記入**してください。
- ・**写真は写真紙に印刷したもの(カラー写真)を貼付**してください。
- ・職務に関連する資格の欄に記入した**全ての資格・研修等について、修了証明書の写しを添付**してください。

●様式第5号 和泉市移動支援調整責任者にかかる誓約書

- ・「届出者」欄の記載及び押印は、様式第1号の届出者及び印と同じにしてください。
- ・移動支援調整責任者は様式第4号と同一の方を記入し、印鑑（朱肉を使うもの）を押印してください。

●様式第6号 介護・相談支援等実務経験証明書

- ・「居宅介護従業者養成研修」の2級課程、「訪問介護員養成研修」の2級課程、もしくは「介護職員初任者研修」のみを修了された方が移動支援調整責任者として登録する場合は、必ず提出してください。

※「和泉市移動支援事業に係る移動支援調整責任者の要件」は7・8ページを確認してください。

各証明書類等の「写し」について、原本証明は不要です。

但し、「写し」のご提出に加え、「原本」の確認を依頼する場合があります。予めご了承ください。

提出期限と指定日について

登録を希望される事業所は、必要書類を市へご提出ください。

郵送での申請も可能です。

郵送先	〒594-8501 和泉市府中町二丁目7番5号 和泉市障がい福祉課 障がい者支援係
問合せ先	0725-99-8133（直通）

●新規登録の場合

毎月10日までの受付分（10日が閉庁日の場合は翌開庁日）については翌月1日が指定日となります。提出された書類に不備等があり、10日までに申請書類の補正が完了しない場合は、翌月1日での登録はできません。また、郵送の場合、届いた日が受付日となりますので、余裕をもってご提出ください。

（例）

受付日	書類補正完了日	指定日
3月25日	4月1日	5月1日
4月10日	4月11日	6月1日
4月30日	4月30日	6月1日

●注意事項

居宅介護・重度訪問介護・同行援護・行動援護について、事業所指定の更新をされた際には、その都度速やかに指定通知書写しをご提出ください。

なお、更新等の届出書の提出は必要ありません。

登録内容変更の届出について

事業者登録の届出内容に変更があった場合は、速やかに市へ変更を届け出る必要があります。

届出に必要な書類は下記のとおりです。

変更する事項	必要書類
事業所の名称 事業所の所在地 法人の名称 法人の主たる事務所の所在地	・ 様式第 8 号 和泉市地域生活支援事業事業者登録事項変更届出書 ・ 指定障がい福祉サービス事業者等変更届出書（受理済のもの）の写し
移動支援調整責任者	・ 様式第 8 号 和泉市地域生活支援事業事業者登録事項変更届出書 ・ 様式第 4 号 和泉市移動支援調整責任者経歴書 ・ 様式第 4 号に記入した全ての資格・研修等の修了証明書の写し ・ 様式第 5 号 和泉市移動支援調整責任者に係る誓約書 ・ 様式第 6 号 介護・相談支援等実務経験証明書（※）
従事者の追加	・ 様式第 8 号 和泉市地域生活支援事業事業者登録事項変更届出書 ・ 様式第 3 号 移動支援事業従事者研修受講調書（新たに追加する従事者のみ） ・ 様式第 3 号に記入した全ての資格・研修等の修了証明書の写し
従事者の削除 給付費振込先口座	・ 様式第 8 号 和泉市地域生活支援事業事業者登録事項変更届出書

（※）「和泉市移動支援事業に係る移動支援調整責任者の要件」（7・8 ページ）を確認の上、必要であれば提出してください。

事業所の廃止・休止・再開の届出について

事業を廃止する場合や、事業を一時的に休止する場合は、「様式第 9 号 和泉市地域生活支援事業事業者（廃止・休止・再開）届出書」を速やかに市へ提出してください。

また、休止している事業所が事業を再開する際も、同じ届出書を提出してください。

事業者登録の要件としている総合支援法上の指定障がい福祉サービス事業者（居宅介護等）の事業所を廃止、又は指定を取り消された場合には、事業者登録の要件を満たさないことになりますので、速やかに廃止の届出を提出してください。

和泉市移動支援事業に係る移動支援調整責任者の要件

(目的)

地域生活支援事業が市町村事業に位置付けられたことにより、新たに事業所内での移動支援事業を調整及び統括する役割の移動支援調整責任者の設置を義務付け、その者の要件を明確にすることを目的とする。

(移動支援調整責任者の資格要件)

①常勤の職員であること。

「常勤」とは、事業所における勤務時間が、当該事業所において定められている常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする。）に達していることをいいます。

ただし、業務に支障のない範囲で、他の業務に従事することは可能。

②従事できる資格

- ・介護福祉士
- ・介護職員実務者研修を修了した者。
- ・介護職員基礎研修を修了した者。
- ・「居宅介護従業者養成研修」の1級課程、「訪問介護員養成研修」の1級課程を修了した者。
- ・「居宅介護従業者養成研修」の2級課程、「訪問介護員養成研修」の2級課程、介護職員初任者研修を修了した者であって実務経験（実務経験に該当する職種等については、次ページ（移動支援調整責任者の要件となる実務経験について）を参照）が3年以上かつ勤務日数が540日以上のある者。
- ・看護師
- ・准看護師

(設置人数)

和泉市の登録において移動支援事業を行う場合については、最低1人以上を設置することとし、下記の最低責任業務を遂行できる範囲であれば1人でも複数人でも可能。

(移動支援調整責任者の最低責任業務)

- ・訪問等による利用者状況把握
- ・利用者や家族等に対する事業所の重要事項説明
- ・利用者や家族等に対する利用契約にあたっての説明
- ・移動支援計画書についての相談・作成・契約
- ・事業所内でのケースカンファレンスの実施
- ・相談支援事業者等、他の関係機関との調整
- ・移動支援実施報告書の審査、管理、確認業務
- ・サービス状況の定期的な確認
- ・サービス内容の再検討

(移動支援調整責任者の登録について)

移動支援調整責任者として登録すべき者は下記に掲げる書類を和泉市福祉事務所長（以下「所長」という。）に届出なければならない。

- ・和泉市移動支援調整責任者経歴書（様式第4号）
- ・和泉市移動支援調整責任者にかかる誓約書（様式第5号）
- ・介護・相談支援等実務経験証明書（様式第6号）（移動支援調整責任者の資格要件として実務経験の勤務日数が要件となっている場合のみ）
- ・資格を有することがわかる資格修了証明書の写し

(移動支援調整責任者の登録の追加及び変更について)

届出を行った移動支援調整責任者に追加及び変更があった場合は、速やかに所長に届出を行わなければならない。

本要件については平成19年2月1日から適用するものとする。

移動支援調整責任者の要件となる実務経験について

移動支援調整責任者の要件となる実務経験とは、次に示す第1号から第4号の期間が通算して3年以上であることとする。

- 1 次のアからキに掲げる者が、相談支援の業務（身体上若しくは精神上の障害があること又は環境上の理由により日常生活を営むのに支障がある者の日常生活の自立に関する相談に応じ、助言、指導その他の支援を行う業務）に従事した期間。
 - ア 障害児相談支援事業、身体障害者相談支援事業、知的障害者相談支援事業、障害児（者）地域療育等支援事業、市町村障害者生活支援事業の従事者。
 - イ 児童相談所、身体障害者更生相談所、精神障害者地域生活支援センター、知的障害者更生相談所、福祉事務所、保健所、市町村役場の従業者。
 - ウ 身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、障害者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設及び更生施設、介護老人保健施設、指定居宅介護支援事業所の従業者。
 - エ 障害者職業センター、障害者雇用支援センター、障害者就業・生活支援センターの従業者。
 - オ 盲学校、聾学校、養護学校の従業者。
 - カ 保険医療機関の従業者。（社会福祉主事任用資格者及び訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者（以下、「社会福祉主事任用資格者等」という。）並びに第4号に掲げる資格を有している者、第1号のアからオに掲げる従事者及び従業者の期間が1年以上の者に限る。）
 - キ その他これらの者に準ずると所長が認めた者。
- 2 次のアからカに掲げる者であって社会福祉主事任用資格者等並びに児童指導員任用資格者及び保育士（以下「児童指導員任用資格者等」という。）が、直接支援の業務（身体上又は精神上の障害があることにより日常生活を営むのに支障がある者につき、入浴、排せつ、食事その他の介護を行い、並びにその者及びその介護者に対して介護に関する指導を行う業務、その他の職業訓練や職業教育等の業務）に従事した期間。
 - ア 障害者支援施設、身体障害者更生施設、身体障害者療護施設、身体障害者福祉ホーム、身体障害者授産施設、身体障害者福祉センター、精神障害者社会復帰施設、知的障害者デイサービスセンター、知的障害者更生施設、知的障害者授産施設、知的障害者通勤寮、知的障害者福祉ホーム、老人福祉施設、介護老人保健施設、療養病床の従業者。
 - イ 障害福祉サービス事業、老人居宅介護等事業の従事者。
 - ウ 保険医療機関又は保険薬局、訪問看護事業所の従業者。
 - エ 特例子会社（障害者の雇用の促進等に関する法律に基づく子会社）、重度障害者多数雇用事業所の従業者。
 - オ 盲学校、聾学校、養護学校の従業者。
 - カ その他これらの者に準ずると所長が認めた者。
- 3 前号アからカに掲げる者であって、社会福祉主事任用資格者等又は児童指導員任用資格者等でない者が、直接支援の業務に従事した期間。
- 4 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士（管理栄養士を含む。）又は精神保健福祉士が、その資格に基づき当該資格に係る業務に従事した期間。

注）ここで、1年以上の実務経験とは、業務に従事した期間が1年以上であり、かつ、実際の業務に従事した日数が1年当たり180日以上であることをいうものとする。例えば、3年以上の実務経験であれば、業務に従事した期間が3年以上であり、かつ、実際に業務に従事した日数が540日以上であることをいう。