

大阪府移動支援従業者養成研修事業実施要領

第1 要領の性格

- 1 この要領は、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱（以下「要綱」という。）第21条の規定に基づき、全身性障がい者移動支援従業者養成研修課程（以下「全身性障がい課程」という。）、知的障がい者移動支援従業者養成研修課程（以下「知的障がい課程」という。）及び精神障がい者移動支援従業者養成研修課程（以下「精神障がい課程」という。）の研修事業に際しての要領（以下「要領」という。）を定めたものである。
- 2 移動支援従業者養成研修事業者（以下「事業者」という。）は、移動支援従業者養成研修が適正かつ円滑に実施できるよう、この要領を踏まえ、常にその事業の運営の向上に努めなければならない。

第2 総論

1 研修の課程

(1) 全身性障がい課程

全身性障がい課程は、全身性の障がいを有する障がい者等に対する外出時における移動の支援に関する知識及び技術を習得することを目的として実施するものとする。

(2) 知的障がい課程

知的障がい課程は、知的障がいを有する障がい者等に対する外出時における移動の支援に関する知識及び技術を習得することを目的として実施するものとする。

(3) 精神障がい課程

精神障がい課程は、精神障がいを有する障がい者に対する外出時における移動の支援に関する知識及び技術を習得することを目的として実施するものとする。

2 運営に関する事項

研修事業運営の基本的方針

事業者は、要綱及びこの要領を遵守しなければならない。また、研修事業に携わる職員や講師等に対し、要綱第2条に掲げる基本方針の遵守を指導しなければならない。

3 要綱第2条に規定するもののほか、事業者が遵守すべき基本方針は、以下のとおりとする。

(1) 内容及び手続きの説明及び同意

事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。

(2) 受講の受付

受講の受付は、当該研修の開講届を受理された日以降でなければ行うことはできない。

(3) 受講決定後の取消しの対応

事業者は、やむを得ない理由により、受講の決定を取り消す場合は、取り消された受講決定者に対し十分な説明を行うとともに、他の事業者の紹介等必要な措置を速やかに講じなければならない。

(4) 受講資格等の確認

事業者は、受講希望者の受講資格や科目免除の要件の有無を確実に確認しなければならない。

(5) 受講申請に係る手続きの援助及び本人確認

事業者は、受講希望者が受講の申込みをする際に、手続きに必要な事項等に関し、懇切丁寧な助言に努めなければならない。また、受講申込受付時又は初回受講時において、次に掲げるいずれかにより受講者本人であることの確認を行うとともに、その原本若しくは写しを要綱第20条第2号の規定により適切に保存しなければならない。

なお、本人確認の際には、受講希望者の過度な負担にならないよう留意すること。

- ① 戸籍謄本、戸籍抄本若しくは住民票
- ② 住民基本台帳カード
- ③ 在留カード等
- ④ 資格確認書
- ⑤ 運転免許証
- ⑥ パスポート
- ⑦ 年金手帳
- ⑧ 障害者手帳

※本人からの提示があった場合にのみ認める等取扱に留意すること。

- ⑨ マイナンバーカード

⑩運転免許以外の国家資格を有する者については、その免許証又は登録証

(6) 身分証等の携帯

事業者は、研修事業に携わる職員や講師等に身分証等を携帯させ、受講者から求められたときはこれを提示すべき旨を指導しなければならない。

(7) 緊急時等の対応

研修を実施しているときに受講者の体調が悪化した場合など、速やかに必要な措置を講じなければならない。

(8) 衛生管理等

- ① 事業者は、受講者等の清潔の保持及び健康状態について留意するとともに、必要な措置を講じるよう努めなければならない。
- ② 研修事業を実施するために使用する設備及び備品等について、衛生的に管理しなければならない。

(9) 秘密保持等

要綱第2条第4項の規定は、従業者又は従業者であった者を問わず適用するものとする。

(10) 広報

- ① 事業者は、指定を受ける前に広報を行うことはできない。
- ② 事業者は、広報を行う際には、移動支援従業者養成研修の課程であることを明記すること。併せて、事業者名、大阪府から指定を受けた研修事業名及び事業者指定番号を必ず付記した上で広報を行うこと。
- ③ 広報の内容が、受講希望者等に誤解を与えることのないよう適切な表現を使用すること。また、虚偽又は誇大な表現は使用してはならない。
- ④ 広報に使用したパンフレット、チラシ及び雑誌・新聞等へ掲載した原稿等を適切に保管しておくこと。

(11) 苦情処理等

- ① 事業者は、研修事業に係る受講者等からの苦情等に迅速かつ適切に対応するために、受付・対応窓口等を設置しなければならない。
- ② 事業者は、苦情等を受け付けた場合には、当該苦情等の内容を苦情・相談対応記録簿（参考様式4）に記録し、その再発防止に取り組まなければならない。

(12) 事故発生時の対応

- ① 事業者は、研修実施中に事故が発生した場合は、大阪府担当者及び当該受講者の家族等に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。
- ② 事業者は、事故に至った経緯及び事故に際してとった処置について記録し、大阪府に報告しなければならない。

(13) 会計の区分

事業者は、研修事業の会計とその他の会計を区分しなければならない。

4 研修の定員

1 研修あたりの定員は、補講の受入れ等を含め、40名以内とする。ただし、講師等について適切な体制が整えられる場合は、府との協議により追加することができるものとする。

また、複数の課程における講義（共通科目）を同時実施する場合においては、各課程についての定員が40名以内であればよいものとする。

5 研修の科目及び内容

(1) 各課程における研修の科目及び内容は、次のとおりとする。

課程	内容
全身性障がい課程	別紙1のとおり
知的障がい課程	別紙2のとおり
精神障がい課程	別紙3のとおり

(2) 全身性障がい課程における「移動介助の基礎知識（全身性障がい）」及び「移動介助の基本技術（全身性障がい）」については、この科目名をもって1科目とする。

6 受講対象者

今後、市町村地域生活支援事業の移動支援事業に従事することを希望する者、従事することが確定している者及び現に従事する者とする。

7 研修の委託等

研修の全部を委託して実施することはできない。ただし、大阪府及び府内市町村が実施主体である場合はこの限りでない。この場合の委託先は、大阪府知事が指定した事業者でなければならない。

8 研修の受託

大阪府及び府内市町村から委託を受けて研修を実施する場合は、学則にその旨を記載しなければならない。

第3 指定の要件

1 研修事業運営のための職員配置

要綱第5条第1項第4号に規定する研修事業を適切かつ円滑に実施するために以下の職員（事業者が雇用する者）を配置し、「研修事業運営体制報告書」（別添1-7）により大阪府に報告する

こと。

なお、各担当業務を処理する職員については、個別に配置することが望ましい。

(1) 研修責任者

研修事業全般の運営に責任を持ってあたる者

(2) 課程編成責任者

当該研修における効果的なカリキュラムの組立並びに講師の適正配置等の研修事業の監理・監修にあたる者

(3) 苦情等相談担当者

受講者等からの苦情等の対応及び苦情・相談相談記録簿への記載・管理を担当する者

(4) 研修事務担当者

受講者や大阪府との間で、実際の研修事業に係る事務を担当する者

2 研修実施の場所

要綱第5条第1項第5号に規定する研修実施の場所は、講義・演習とも大阪府内で行うものとする。ただし、実習については、適切に実施できると認められる場合においては、隣接する他府県の施設を利用しても差し支えない。

3 講師

要綱第5条第1項第9号に規定する講師に係る取扱いについては以下のとおりとする。

(1) 要件

講師及び助手については、各課程のそれぞれの科目を教授するに相当と認められる実務経験を有する者が講義等を担当することとし、次の①及び②を満たすこと。

ただし、障がい者の人権の科目において、この要件に定めのない者で、その業績から当該科目を教授するに相当であると認められる者については、知事の承認を得て担当することができる。

① 各課程における科目を教授するに適切な職種は次のとおりとする。

課程	講師要件に関する職種等
全身性障がい課程	別紙4のとおり
知的障がい課程	別紙5のとおり
精神障がい課程	別紙6のとおり

② 実務経験は次のとおりとする。

ア 講師

実務経験は5年以上とすること。(福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員及び市町村職員においては概ね1年以上とする。)

イ 助手

実務経験は3年以上とすること。(福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員及び市町村職員においては概ね1年以上とする。)

(2) 留意事項

福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員及び市町村職員を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

(3) 研修における講師等の数の取扱い

① 1人の講師が担当できる項目数は、考え方や内容の偏りを防ぐため1研修あたり3科目

以内とする。

- ② 受講者 20 名を超えて演習を実施する場合は、その担当講師に加え、受講者 20 名につき助手を 1 名以上配置すること。ただし、交通機関利用の介助演習（知的障がい課程における外出介助実習を演習形式で実施する場合を含む。）については、講師と助手を合わせて、受講者 5 名につき 1 名以上配置するものとする。

(4) 講師一覧表の定期点検

- ① 講師の選任にあたっては、「講師履歴書」（別添 2-3）によりその要件を確認するとともに、「講師一覧表」（別添 2-2）に記載しておくこと。
- ② 講師一覧表に記載されている講師については、定期的に見直しの機会を持つものとし、2 年以上講義等を担当していない場合、要件を満たさなくなった場合又は講師自らが辞退を申し出た場合は、講師一覧表から速やかに削除するとともに大阪府に対し所定の届出を行うこと。

4 講義・演習室

- (1) 要綱第 5 条第 1 項第 10 号に規定する講義・演習室の広さは、受講者 1 名あたり 1.65 平方メートル以上であること。
- (2) 講義・演習室が事業者自ら所有する場所でない場合は、講義・演習室を所有する者から徴取した「講義・演習室使用承諾書」（別添 2-4）を提出しなければならない。ただし、講義・演習室を所有する者と賃貸借契約等を締結し、その契約書により講義・演習室の面積等が確認出来る場合は、申請等の手続きにおいて、契約書の写しを提出することにより講義・演習室使用承諾書に代えることができる。

なお、事業者自ら所有する講義・演習室の場合は、講義・演習室の面積等が確認出来る書面を提出すること。

5 実技演習に使用する備品等

- (1) 要綱第 5 条第 1 項第 10 号に規定する実技演習に使用する備品は、概ね 5～6 名につき 1 台以上確保されていることが望ましい。
 - ① ベッド
 - ② 車いす
 - ③ ポータブルトイレ等
- (2) 複数の教室で実施する場合には、各教室ごとに必要な物品を配置すること。

6 交通機関利用演習施設

交通機関利用演習施設については、交通機関利用演習を適切に実施できる交通機関の施設とする。

7 実習施設

実習施設については、「実習先施設種別一覧」（別紙 7）に定める施設で適切に実習を実施できる施設とする。

実習施設の受け入れについては、「実習施設承諾書」（別添 2-6）により承諾を得るとともに、「実習施設一覧表」（別添 2-5）に記載しておくこと。

なお、知的障がい課程における外出介助実習については、受講者 5 名につき 1 名以上の職員を配置すること。

8 学則

要綱第5条第1項第11号に規定する事業者が定める学則は、自らの研修事業の内容を明らかにするために、以下の各号に示す内容を記載しなければならない。

- ① 商号又は名称
- ② 研修事業の名称
- ③ 研修の種類
- ④ 研修課程
- ⑤ 事業者指定番号
- ⑥ 開講の目的
- ⑦ 講義・演習室
- ⑧ 実習施設（実習を行う場合）
- ⑨ 講師の氏名及び担当科目
- ⑩ 使用テキスト
- ⑪ 受講資格
- ⑫ 広告の方法
- ⑬ 情報開示の方法
- ⑭ 受講手続き及び本人確認の方法
- ⑮ 受講料及び受講料支払方法
- ⑯ 解約条件及び返金の有無
- ⑰ 受講者の個人情報の取扱
- ⑱ 研修修了の認定方法
- ⑲ 補講の方法及び取扱
- ⑳ 科目免除の取扱
- ㉑ 受講中の事故等についての対応
- ㉒ 研修事業を実施する府内の事業所所在地
- ㉓ 研修責任者名、所属名及び役職
- ㉔ 課程編成責任者名、所属名及び役職
- ㉕ 苦情相談担当者名、所属名、役職及び連絡先
- ㉖ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先
- ㉗ 修了証明書を亡失・毀損した場合の取扱
- ㉘ その他必要な事項

9 情報の開示

事業者は、要綱別表1に掲げる項目を自らのホームページにおいて開示するよう、努めなければならない。

第4 研修の実施(第3条関係)

1 研修内容及び実施の基本

研修内容については、第2の4に定める基準以上のものであること。また、これを基に創意工夫をもって研修内容の充実及び質の向上に努めること。

2 研修の実施方法

(1) 研修のカリキュラムは、原則として講義、演習又は実習の順に作成することとし、それ

ぞれが混在しないように実施すること。（「障がい者の人権」を除く。）

ただし、講義と演習については、研修の質を高めることなど合理的な理由がある場合は、その順序を工夫して実施することについては差し支えないものとする。

- (2) 研修の効果を高めるために、研修目的、演習の基本的な展開方法、指導方法などを定めて実施すること。
- (3) 研修の実施に際しては、開講式を実施することとし、カリキュラム等を配付するとともに、研修受講にあたっての留意事項や補講実施の有無など学則に記載されている事項について説明すること。
- (4) 受講者の出席を適切に確認するために出席簿（別添4-2）を備え付け、教科始業時に毎回受講者本人の署名又は押印により出席を確認すること。
- (5) 講師の講義等の実施を確認するため、出席簿の講師欄に署名を受けること。

3 講義

- (1) 習得すべき知識がより効果的に学べるよう、適切な教材を選定し講義内容等を工夫して行うこと。
- (2) 講師については、要件を満たす者のうち、研修事業の趣旨を理解し、講義・指導を適切に行うことができる者を選任すること。

4 演習（全身性障がい課程）

- (1) 演習を実施するにあたっては、演習プログラムを作成するなど、適切に行うこと。
- (2) 演習室の広さは、受講者1名あたり1.65平方メートル以上であること。
- (3) 演習に使用する備品等については、次に掲げる備品等を参考に、演習担当講師と相談のうえ必要な数を確保すること。この場合、備品については、概ね5～6名につき1台以上確保されていることが望ましいこと。
 - ①車いす（電動車いす）
 - ②ベッド
 - ③ポータブルトイレ 等
- (4) 受講者20名を超えて演習を実施する場合は、その担当講師に加え、受講者20名につき助手を1名以上配置すること。ただし、交通機関利用の介助演習（知的障がい課程における外出介助実習を演習形式で実施する場合を含む。）については、講師と助手を合わせて、受講者5名につき1名以上配置するものとする。
- (5) 交通機関利用の介助演習（知的障がい課程における外出介助実習を演習形式で実施する場合を含む。）を実施する場合は、演習を適切に実施できる交通機関を確保すること。

5 実習（知的障がい課程及び精神障がい課程）

- (1) 実習の実施においては、実習施設及び当該施設の実習指導者との連携の下に実習プログラムを作成し、それに基づいて適切に行うこと。
- (2) 実習施設においては、介護、看護、又は相談業務の実務経験を5年以上有する者を実習指導者として配置していること。
- (3) 「実習施設一覧表」（別添2-5）に記載されている実習施設については定期的に見直しの機会を持ち、2年以上依頼していない実習施設については一覧表から削除すること。
- (4) 受講者に対して、実習を受ける上での心構え、体調管理、服装等について、事前にオリエンテーションを行うこと。

- (5) 実習時の感染症感染を予防するため、受講者には体調管理に十分留意させた上で、実習前に下痢や腹痛、咳、発熱等の症状がある場合は申し出させ、実習日を再調整すること。
- (6) 実習時には、手洗いを励行し、特に食事介助に際しては、手指の洗浄消毒に留意するよう指導すること。
- (7) 実習に際しては、受講者に必ず「実習日誌」（参考様式3）を記録させ、実習指導者等の確認を受けること。
- (8) 実習施設から受け取った実習日誌については、受講者に返却するとともに、写しを事業者において保管しておくこと。
- (9) 受講者がやむを得ない理由により実習を欠席した場合は、各課程の修業年限を超えない範囲で実習日を再調整すること。
- (10) 実習については、障がい当事者を含めた演習形式で実施することもできる。この場合、講師及び助手の履歴並びに演習の実施計画を提出すること。

6 科目の免除

- (1) 次に掲げる者が研修を受講する場合は、受講者の希望により、当該課程の研修科目及び研修時間の一部を免除することができる。この場合、免除できる科目については、「移動支援従業者養成研修科目免除一覧」（別紙8）に定めるとおりとする。
 - ①大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に基づく移動支援従業者養成研修修了者で、開講日において当該研修修了から1年以内の者
 - ②大阪府居宅介護従業者養成研修修了者で、開講日において当該研修修了から1年以内の者
- (2) 前記（1）による免除要件の確認は、受講者から「移動支援従業者養成研修各研修課程修了証明書」の写し、又は「大阪府居宅介護従業者養成研修修了証書」の写しのいずれか該当する書類の提出を求めて行うこと。

7 補講

- (1) 受講者がやむを得ない理由により当該研修の一部（実習を除く。）を欠席した場合は、学則に定めた取扱いに従って補講を実施しなければならない。
- (2) 補講の取扱いについては、次に掲げる事項をあらかじめ学則において定めること。
 - ① 補講の方法
 - ② 補講に要する費用
- (3) 補講の方法
 - ① 補講は項目単位で実施することを原則とする。
 - ② 補講は事業者自らにおいて次のいずれかの方法で実施することを原則とする。
 - ア 同一内容の講義・演習を別の日に新たに設定し、個別の対応で行う方法
 - イ 同時期に開講している別の研修の講義・演習で再受講させる方法
 - ③ 講義科目（「障がい者の人権」を除く。）に限り、当該科目担当講師へ1,200字以上のレポートを提出することをもって出席とみなすことができる。
 - ④ 各科目において規定されている時間数に上乗せして研修を実施している場合においても、欠席した項目について上乗せした後の時間数分の補講を実施しなければならない。
- (4) 補講の確認
 - ① 同一内容の講義・演習を別の日に新たに設定し、個別の対応で補講を実施した場合は、

補講分の出席簿を作成し、補講受講者の出席を確認すること。

- ② 同時期に開講している別の研修の講義・演習で再受講させる場合は、そのコースの出席簿に当該補講受講者の欄を作成するなどにより出席を確認すること。
- ③ 通信学習による補講の場合の出席確認は、当該レポートを評価した日とし、提出されたレポートについては、担当の講師が「補講レポート評価表」（標準様式1）を用いて、評価結果を受講者に知らせること。
- ④ 上記①から③のいずれの場合にあっても補講を実施した日は出席簿（別添4-2）にその実施日を記載すること。

（5）留意事項

- ① 補講受講者に対し、視聴覚教材を視聴させるのみでは補講と認めない。
- ② 事業者は、補講受講者に対し、修了年限内に補講を修了できない場合は、研修が修了できなくなる旨を確実に周知しておくこと。
- ③ 補講受講者に対する修了証明書は、当該補講を含めた全日程を終了し、修了を認定した後で交付すること。
- ④ 補講で提出されたレポートは、「補講レポート評価表」（標準様式1）とともに原本を補講受講者に返却するものとし、「補講レポート評価表」（標準様式1）の写しとレポートの写しは事業者が適切に保管しなければならない。

第5 指定申請手続(第6条関係)

事業者の指定を受けようとする者は、「移動支援従業者養成研修事業者指定申請書」（様式第1号）に以下に掲げる書類を添付して研修を開始する 90 日前までに申請しなければならない。

事業者指定申請手続に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
事業者の指定申請	移動支援従業者養成研修事業者指定申請書	様式第1号	研修開講の90日前
	1 資産の状況を示す書類	別添1-7	
	2 定款、寄附行為その他の基本約款等		
	3 履歴事項全部証明書の原本		
	4 誓約書 要件確認申立書 暴力団等審査情報（電磁的記録含む） 該当事項届出書（要件に該当した場合）	別添1-1 別添1-2 別添1-3 (別添1-4)	
	5 公表情報の内訳及び公表資料（ホームページにて公開予定の場合、その画面をプリントアウトしたもの） 「研修機関が公表する情報の内訳」チェックリスト	別添1-5	
	6 使用印鑑届（修了証明書に使用する印鑑）	別添1-6	
	7 今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」		
8 学則	別添2-1		

	9	講師一覧表	別添2-2
	10	講師履歴書（※資格証明書等の写しを添付すること）	別添2-3
	11	講義・演習室使用承諾書等の写し及び平面図 ※自己所有の場合は平面図	別添2-4
	12	実習施設一覧表(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添2-5
	13	実習施設承諾書の写し(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添2-6
	14	修了証明書の様式	要綱別記様式
	1	移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号
	2	移動支援従業者養成研修開講届出書	様式第3号
	3	研修スケジュール	別添3-1
	4	実習施設利用計画書(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添3-2

第6 課程の追加(第6条の2関係)

既に移動支援従業者養成研修事業者として指定を受けている者が、新たに他の課程の指定を受けようとするときは、「移動支援従業者養成研修事業課程追加申請書」（様式第2号）に以下に掲げる書類を添付して当該研修課程を開講しようとする 60 日前までに申請しなければならない。

課程の追加申請に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
課程の追加申請	移動支援従業者養成研修事業課程追加申請書	様式第2号	研修開講60日前
	1 研修事業運営体制報告書	別添1-7	
	2 今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」		
	3 学則	別添2-1	
	4 講師一覧表	別添2-2	
	5 講師履歴書（※資格証明書等の写しを添付すること）	別添2-3	
	6 講義・演習室使用承諾書等の写し及び平面図 ※自己所有の場合は平面図	別添2-4	
	7 実習施設一覧表(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添2-5	
	8 実習施設承諾書の写し(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添2-6	
	9 修了証明書の様式	要綱別記様式	
	1 移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号	
	2 移動支援従業者養成研修開講届出書	様式第3号	
	3 研修スケジュール	別添3-1	

4	実習施設利用計画書(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添3-2	
---	-----------------------------	-------	--

第7 年間実施計画の届出(第7条関係)

- (1) 事業者は、毎事業年度(4月1日から翌年3月31日まで)ごとに、開講月、定員、受講料、実施場所等の研修実施予定を記載した「移動支援従業者養成研修年間実施計画書」(様式第9号)に履歴事項全部証明書の原本もしくは写しを添付して届け出なければならない。
- (2) 年間実施計画書は、新たに研修を追加するときや計画していた研修を実施しないときはもちろんのこと、その他届け出た内容に変更が生じるときも、その都度届け出るものとする。
- (3) 研修は、届け出た年間実施計画に基づき実施しなければならない。
- (4) 年間実施計画書の提出時において研修を実施する予定がないとき又は年間実施計画書提出後において研修を実施する見込みがなくなったときは、「移動支援従業者養成研修事業年間休止届出書」(様式第7号)を提出すること。
- (5) 知事は、2ヵ年度にわたって年間実施計画の届出がなかったときは、研修を実施する見込みがないものとして、廃止の届出があったものとみなす。

年間実施計画の届出事項に関する必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
年間実施計画の届出	移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号	当該事業年度開始前の3月31日、又は当該事業年度の研修事業に関して最初に開講する日の30日前のいずれか早い日
	1 履歴事項全部証明書の原本もしくは写し		
研修の追加	移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号	研修開講の30日前
	移動支援従業者養成研修開講届出書	様式第3号	
	1 研修スケジュール	別添3-1	
	2 実習施設利用計画書(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添3-2	
研修の減数(削除)	移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号	速やかに
開始月、定員数等の変更	移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号	速やかに

第8 開講及び休講の届出(第8条及び第9条関係)

1 開講の届出

年間実施計画で届け出た研修を開講する際には、当該研修の課程、コース名、研修予定日等を記載した「移動支援従業者養成研修開講届出書」(様式第3号)に以下に掲げる書類を添付して開講を届け出なければならない。

また、開講を届け出たカリキュラム内容に変更が生じた場合は、変更後のカリキュラムを速やかに提出しなければならない。

2 休講の届出

前記により開講を届け出た後に、やむを得ない事情により休講する場合は、「移動支援従業者養成研修休講届出書」（様式第6号）により休講を届け出なければならない。

開講及び休講の届出に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
研修の開講の届出	移動支援従業者養成研修開講届出書	様式第3号	開講日の30日前
	1 研修スケジュール	別添3-1	
	2 実習施設利用計画書 (知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添3-2	
研修の休講の届出	移動支援従業者養成研修休講届出書	様式第6号	速やかに

第9 指定内容の変更の届出(第10条関係)

事業者に関する事項や研修事業に関する事項など指定内容に変更が生じるときは、変更が生じる日の10日前までに（登記事項に係るものについては登記後速やかに）「移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書」（様式第5号）に変更内容に応じた書類を添付して提出しなければならない。

指定内容の変更の届出に必要な書類一覧

変更事項	提出書類	様式番号	提出時期	
事業者に関する事項	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書	様式第5号	変更の生じる10日前	
	1 定款、寄附行為その他の基本約款等			
	2 履歴事項全部証明書の原本			
	3 修了証明書の様式（変更があった場合）	要綱別記様式		
	4 変更後の学則	別添2-1		
	研修事業の名称	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号
	1 変更後の学則	別添2-1		
	研修事業を実施する府内の事業所所在地	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号
	1 住所変更がわかるもの			
	2 変更後の研修事業運営体制報告書	別添1-7		
	3 変更後の学則	別添2-1		
	研修事業運営体制	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		
1 変更後の研修事業運営体制報告書	別添1-7			

	定款等(当該事業に関するものに限る。)	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	変更後、すみやかに
		1	変更後の定款等		
使用印鑑届	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	別添1-6	
	1	変更後の使用印鑑届			
研修事業に関する事項	学則	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	変更の生じる10日前
		1	変更後の学則、その他必要書類	別添2-1他	
	講師の追加	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	
		1	講師履歴書 (※資格証明書等の写しを添付すること)	別添2-3	
		2	変更後の講師一覧表	別添2-2	
	講師の削除	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	
		1	変更後の講師一覧表	別添2-2	
	講義・演習室の変更又は追加	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	
		1	学則	別添2-1	
		2	講義・演習室使用承諾書等の写し	別添2-4等	
		3	平面図		
	講義・演習室の削除	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	
		1	学則	別添2-1	
	実習施設追加(知的障がい課程及び精神障がい課程)	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号	
1		実習施設承諾書	別添2-6		
2		変更後の実習施設一覧表	別添2-5		
実習施設削除(知的障がい課程及び精神障がい課程)	移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書		様式第5号		
	1	変更後の実習施設一覧表	別添2-5		
上記の変更事項の他、知事が必要と認めるもので、変更内容の確認のために必要な書類を添付しなければならない。					

第10 休止及び再開の届出(第11条関係)

(1) 事業者は、年間実施計画書の提出時において研修を実施する予定がないとき又は年間実施計画書提出後において研修を実施する見込みがなくなったときは、「移動支援従業者養成研修年間休止届出書」(様式第7号)を提出すること。なお、複数年度にわたり休止する場合には、毎年度前述の書類を提出すること。

(2) 休止していた事業者が研修を再開するときは、「移動支援従業者養成研修年間実施計画書」(様式第9号)及び「移動支援従業者養成研修開講届出書」(様式第3号)を提出しなければならない。

ただし、休止していた期間が2ヶ年度にわたる場合は、前述の書類に加えて、「移動支援従業者養成研修事業再開届出書」(様式第10号)、要綱第6条第2項に規定する指定申請時に必

要な書類を改めて提出しなければならない。

- (3) 知事は、2ヶ年度にわたって年間休止の届出がなかったときは、廃止の届出があったものとみなす。

休止及び再開の届出に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
研修の休止の届出	移動支援従業者養成研修年間休止届出書	様式第7号	速やかに
研修の再開の届出	移動支援従業者養成研修年間実施計画書	様式第9号	開講日の30日前 ※の場合は開講日の90日前
※休止期間が2ヶ年度にわたる場合は、移動支援従業者養成研修事業再開届出書(様式第10号)、要綱第6条第2項の書類を追加。	移動支援従業者養成研修開講届出書	様式第3号	
	1 研修スケジュール	別添3-1	
2 実習施設利用計画書(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添3-2		

第11 修了証明書等(第12条関係)

1 修了の認定

- (1) 事業者は、当該課程のカリキュラムに全日程出席した者であり、かつ事業者がその修了を認定した者に対し、修了証明書(要綱別記様式)を遅滞なく交付すること。
- (2) 事業者は、研修の修了について認定基準を定め、学則に明記すること。
- (3) 事業者は、受講者が各課程において求められている知識及び技術が修得されているかについて確認するよう努めること。

2 修了証明書の交付番号

- (1) 修了証明書等の交付番号については、次の方法にしたがって番号を付すこと。

大阪第(西暦下2桁)－(課程番号)－(事業者指定番号)－(修了者の個別番号)号

- (2) 西暦下2桁番号は、研修を開講した年度を西暦により表記した際の下2桁の数字を付すこと。

- (3) 課程番号は、次の表のとおり研修課程の番号を付すこと。

全身性障がい課程	62
知的障がい課程	63
精神障がい課程	64

- (4) 事業者指定番号は、府が事業者ごとに通知した指定番号を付すこと。

- (5) 修了者の個別番号は、修了者ごとに番号が重複しないように付した個別番号とすること。

3 修了証明書の亡失・き損時の対応について

事業者は、修了証明書の亡失・き損により、修了者から証明の依頼があったときは、「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき、証明を行なわなければならない。

なお、自らが行った研修の修了者への証明書交付事務については、当該研修事業を廃止した

後であっても、法人等が存続する限り、その責務を負わなければならない。

第12 実績報告(第13条関係)

- (1) 事業者は、研修終了後60日以内に「移動支援従業者養成研修実績報告書」(様式第4号)に以下の書類を添付して報告しなければならない。

実績報告に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
実績報告	移動支援従業者養成研修実績報告書	様式第4号	研修終了後 60日以内
	1 修了者名簿及び電磁的記録	別添4-1	
	2 出席簿の写し	別添4-2	
	3 実習実施一覧表(知的障がい課程及び精神障がい課程)	別添4-3	
	4 受講者一覧名簿の写し	別添4-4	
5 他課程修了証明書の写し(科目免除時)			

- (2) 事業者は、すべての修了者名簿を綴った台帳を整備し、保管しなければならない。

第13 廃止の届出(第15条関係)

- (1) 研修事業の全て又は一部の研修区分を廃止する場合は、廃止しようとする日の10日前までに「移動支援従業者養成研修事業廃止届出書」(様式第8号)を提出すること。
- (2) 知事は、要綱第7条第1項に規定する年間実施計画又は要綱第11条第1項に規定する年間休止届を提出せず研修事業を2ヶ年度にわたって実施しなかった場合や2ヶ年度にわたって研修事業の実績がなく、今後の実施予定のない場合等については、廃止の届出があったものとみなす。
- (3) 事業者は、研修事業を廃止した後においても、第14に掲げる書類を保存するとともに、修了証明書の亡失・き損により、修了者からの依頼があったときは、法人等が存続する限り、「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき、その証明を行わなければならない。

廃止の届出に必要な書類一覧

事項	提出書類	様式番号等	提出時期
事業廃止の届出	移動支援従業者養成研修事業廃止届出書	様式第8号	廃止日の10日前

第14 書類の保存(第20条関係)

研修に関する書類については、研修を修了した日を起算日として以下に掲げる期間適切に保存しなければならない。

書類名	保存期間
修了者台帳	永年
出席簿の原本	5年

本人確認書類の原本若しくはその写し 他課程修了証明書の写し（科目免除した場合） 実習日誌の写し 補講レポート評価表及びレポートの写し 修了証明書の写し 各届出に係る書類の原本若しくはその写し 等	
その他関係書類	1年

第15 この要領の適用について

この要領は、平成23年10月1日から適用するものとする。

この要領は、平成26年3月31日から適用するものとする。

この要領は、令和元年7月30日から適用するものとする。

この要領は、令和3年5月20日から適用するものとする。

この要領は、令和4年3月7日から施行し、令和3年11月22日から適用する。

（経過措置）

この要領の施行の際、現に改正前の大阪府移動支援従業者養成研修実施要領（以下「旧要領」という。）の様式により提出されている書類は、改正後の大阪府移動支援従業者養成研修実施要領（以下「新要領」という。）の様式により提出されたものとみなす。

この要領は、令和8年3月26日から適用するものとする。

別紙1 研修の科目及び内容（全身性障がい課程）

計20時間

科目記号・科目名	目的	内容
I 講義（共通科目） 6時間		
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)	障がい者(児)福祉の制度と移動支援事業の内容、役割を理解する。	1 障がい者福祉の基本理念 2 障がい者福祉の最近の動向 3 移動支援事業について
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)	移動支援従業者の業務内容を理解する。	1 移動支援従業者の業務内容 2 移動支援従業者の基本的な心得
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)	移動支援に従事する際の職業倫理について理解する。	1 福祉業務従業者としての倫理 2 移動支援においてとるべき基本的態度
(4)障がい者の人権 (2時間)	障がい者の人権について理解を深め、援助方法を学ぶ。	1 障がい者の人権についての理解 2 人権侵害の事例
II 講義（障がい別科目） 5時間		
(5B)障がいの理解(全身性障がい) (2時間)	業務において直面する頻度の高い障がい・疾病を理解するとともに、介助に必要な状態像を把握する。	1 肢体不自由者(児)の原因疾患(脳性まひ、脳血管障がい、頸髄損傷など)及び症状の理解 2 肢体不自由者(児)の社会参加 3 移動介助の際の留意点
(6B)障がい者(児)の心理(全身性障がい) (1時間)	障がい者(児)の心理に対する理解を深め、心理的援助のあり方について把握する。	1 中途障がい者の障がい受容 2 先天性障がい者の自立 3 障がい者の心理と人間関係
(7B)移動介助の基礎知識(全身性障がい) (2時間)		
①姿勢保持について	良好な姿勢保持の必要性を理解するとともに、その方法を習得する。	1 良好な姿勢の必要性 2 良好な姿勢保持の方法 3 姿勢保持の留意点
②コミュニケーションについて	言語障がいについての理解を深め、言語障がいのある人への接し方を習得する。	1 言語障がいの種類と特徴 2 言語障がいのある人への接し方
③事故防止に関する心がけと対策	事故防止のための方法や事故がおきた時の対処方法を習得する。	1 事故防止のための移動の留意点 2 事故時の対応 3 介助者自身のからだの保護
III 演習 9時間		
(8B)移動介助の基本技術(全身性障がい) (4時間)		
①抱きかかえ方及び移乗の方法	車いすへの移乗に際しての抱きかかえ方や移乗の方法を習得する。	1 床と車いす間の移乗 2 ベッドと車いす間の移乗 3 2人の介助者で行う場合
②生活行為の介助	外出時に排泄、食事、衣服の着脱を行う際に安全な介助方法を習得する。	1 食事の介助方法 2 衣服着脱の介助方法 3 排泄の介助方法
③介助に関わる車いすの理解	移動介助に必要な車いすについて知識を深め、それらの機能を把握する。	1 車いすの構造と機能 2 電動車いすの構造と機能 3 重度肢体不自由者用車いすの構造と機能

<p>(9B)交通機関利用の介助演習(全身性障がい) (5時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。 ※実際の公共交通機関等を利用すること。</p>	<p>車いすでの移動を介助する場合の車いすの取り扱い方や平地、階段での移動方法などを習得する。</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1 車いすの取り扱い方 2 車いす移動介助における注意 3 雨の日の介助 4 平地での移動 5 階段における移動 6 エレベーターの利用 7 エスカレーターの利用 (危険なため実習はせず、説明のみ) 8 トイレの利用 9 自動車の乗降 10 駅の改札 11 電車の乗降 12 バスの乗降 13 デパート・スーパーでの買い物 14 反省会
--	---	---

別紙2 研修の科目及び内容 (知的障がい課程)

計19時間

科目記号・科目名	目的	内容
I 講義 (共通科目) 6時間		
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)	障がい者(児)福祉の制度と移動支援事業の内容、役割を理解する。	1 障がい者福祉の基本理念 2 障がい者福祉の最近の動向 3 移動支援事業について
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)	移動支援従業者の業務内容を理解する。	1 移動支援従業者の業務内容 2 移動支援従業者の基本的な心得
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)	移動支援に従事する際の職業倫理について理解する。	1 福祉業務従業者としての倫理 2 移動支援においてとるべき基本的態度
(4)障がい者の人権 (2時間)	障がい者の人権について理解を深め、援助方法を学ぶ。	1 障がい者の人権についての理解 2 人権侵害の事例
II 講義 (障がい別科目) 5時間		
(5C)障がいの理解(知的障がい) (2時間)	知的障がいを理解するとともに、介助に必要な状態像を把握する。	1 知的障がいについての理解 2 知的障がいとなる主な原因 3 知的障がい者とのかかわり方、社会参加
(6C)障がい者(児)の心理(知的障がい) (1時間)	知的障がい者(児)の心理及び知的障がい者(児)を支える親や家族についての理解を深める。	1 知的障がい者の心理的特徴 2 知的障がい者と家族 3 家族理解の基本
(7C)移動介助の基礎知識(知的障がい) (2時間)	移動介助の目的を理解し、基本原則を把握する。	1 援助の視点 2 援助者の心がまえ 3 援助の具体的方法
III 実習 8時間		
(8C)コミュニケーション実習(知的障がい) (3時間)	知的障がい者とのコミュニケーションによる体験的理解。	1 知的障がい特有の行動がある人への支援の方法 2 本人の意思尊重 ※知的障がい者(児)当事者を含めた演習方式で実施することも可。
(9C)外出介助実習 (5時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。 ※実際の公共交通機関等を利用すること。	屋外での移動介助の方法を実習する。	1 一緒に歩く、話をする 2 乗り物(電車・バス等)の利用 3 デパート・スーパーでの買い物 4 階段、エスカレーター、エレベーターの利用 5 レジャー施設の利用(ボウリング、カラオケ等) 6 公共施設の利用(図書館、博物館、美術館等) 7 食事 8 トイレの利用 9 反省会 ※知的障がい者(児)当事者を含めた演習方式で実施することも可。

別紙3 研修の科目及び内容（精神障がい課程）

計14時間

科目記号・科目名	目的	内容
I 講義（共通科目） 6時間		
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)	障がい者(児)福祉の制度と移動支援事業の内容、役割を理解する。	1 障がい者福祉の基本理念 2 障がい者福祉の最近の動向 3 移動支援事業について
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)	移動支援従業者の業務内容を理解する。	1 移動支援従業者の業務内容 2 移動支援従業者の基本的な心得
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)	移動支援に従事する際の職業倫理について理解する。	1 福祉業務従業者としての倫理 2 移動支援においてとるべき基本的態度
(4)障がい者の人権 (2時間)	障がい者の人権について理解を深め、援助方法を学ぶ。	1 障がい者の人権についての理解 2 人権侵害の事例
II 講義（障がい別科目） 5時間		
(5D)障がいの理解(精神障がい) (2時間)	精神障がいを理解するとともに、介助に必要な状態像を把握する。	1 精神障がいについての理解 2 精神障がいとなる主な原因 3 精神障がい者とのかかわり方、社会参加
(6D)障がい者の心理(精神障がい) (1時間)	精神障がい者の心理及び精神障がい者を支える親や家族についての理解を深める。	1 精神障がい者の心理的特徴 2 精神障がい者と家族 3 家族理解の基本
(7D)移動介助の基礎知識(精神障がい) (2時間)	移動介助の目的を理解し、基本原則を把握する。	1 援助の視点 2 援助者の心がまえ 3 援助の具体的方法
III 実習 3時間		
(8D)コミュニケーション実習(精神障がい) (3時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。	精神障がい者とのコミュニケーションによる体験的理解。	1 作業所、デイケア等でのグループワーク・見学等 2 反省会 ※精神障がい者当事者を含めた演習方式で実施することも可。

別紙4 講師要件一覧表（全身性障がい課程）

○：実務経験5年以上（演習助手は3年以上）、◇：実務経験1年以上
 ※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	講師要件（実務経験等）
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)	○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇市町村障がい者福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)	○ガイドヘルパー ○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇市町村障がい者福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)	○ガイドヘルパー ○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(4)障がい者の人権 (2時間)	○学識経験者 ○弁護士 ○人権啓発を行う団体職員 ◇市町村人権啓発主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等 ◇大阪府人権擁護士

(5B)障がいの理解(全身性障がい) (2時間)	○医師 ○保健師 ○看護師 ○肢体不自由者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○全身性障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○理学療法士 ○作業療法士 ○介護福祉士 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(6B)障がい者(児)の心理(全身性障がい) (1時間)	○肢体不自由者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○全身性障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○肢体不自由者施設長 ○ホームヘルパー（全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○重度訪問介護従業者 ○保健師 ○看護師（全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○理学療法士 ○作業療法士 ○介護福祉士 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

(7B)移動介助の基礎知識(全身性障がい) (2時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○肢体不自由者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○全身性障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) ○保健師 ○看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) ○全身性障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) ○重度訪問介護従業者 ○理学療法士 ○作業療法士 ○介護福祉士 ○医師 ○保健士 ○言語聴覚士(②のみ) ○救急救命士(③のみ) ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
① 勢保持について	
② ミュニケーションについて	
③事故防止に関する心がけと対策	
(8B)移動介助の基本技術(全身性障がい) (4時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○肢体不自由者施設生活支援員・指導員 ○全身性障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) ○重度訪問介護従業者 ○保健師 ○看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) ○理学療法士 ○作業療法士 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
① きかかえ方及び移乗の方法	
② 活行為の介助	
③介助に関わる車いすの理解	

(9B)交通機関利用の介助演習(全身性障がい) (5時間)	<ul style="list-style-type: none"> ○肢体不自由者施設生活支援員・指導員 ○全身性障がい者ガイドヘルパー ○重度訪問介護従業者 ○保健師 ○看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) ○理学療法士 ○作業療法士 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。	
※実際の公共交通機関等を利用すること。	

別紙5 講師要件一覧表（知的障がい課程）

○：実務経験5年以上、◇：実務経験1年以上
 ※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	講師要件（実務経験等）
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)	○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇市町村障がい者福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)	○ガイドヘルパー ○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇市町村障がい者福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)	○ガイドヘルパー ○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(4)障がい者の人権 (2時間)	○学識経験者 ○弁護士 ○人権啓発を行う団体職員 ◇市町村人権啓発主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等 ◇大阪府人権擁護士

(5C)障がいの理解(知的障がい) (2時間)	○医師 ○保健師 ○看護師 ○知的障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○知的障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(6C)障がい者(児)の心理(知的障がい) (1時間)	○知的障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○知的障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○知的障がい者施設長 ○ホームヘルパー（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○保健師 ○看護師（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(7C)移動介助の基礎知識(知的障がい) (2時間)	○知的障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○知的障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○保健師 ○看護師（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○知的障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

<p>(8C)コミュニケーション実習 (知的障がい) (3時間)</p>	<p>※知的障がい者(児)当事者を含めた演習方式で実施することも可。 この場合講師要件は以下とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○知的障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○知的障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○保健師 ○看護師（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○知的障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
<p>(9C)外出介助実習 (5時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。 ※実際の公共交通機関等を利用すること。</p>	<p>※知的障がい者(児)当事者を含めた演習方式で実施することも可。 この場合講師要件は以下とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○知的障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○知的障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○保健師 ○看護師（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○知的障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー（知的障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

別紙6 講師要件一覧表（精神障がい課程）

○：実務経験5年以上、◇：実務経験1年以上
 ※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員等及び市町村職員等を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	講師要件（実務経験等）
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)	○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇市町村障がい者福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)	○ガイドヘルパー ○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇市町村障がい者福祉主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)	○ガイドヘルパー ○障がい者施設長 ○障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(4)障がい者の人権 (2時間)	○学識経験者 ○弁護士 ○人権啓発を行う団体職員 ◇市町村人権啓発主管課職員 ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等 ◇大阪府人権擁護士

(5D)障がいの理解(精神障がい) (2時間)	○精神科医師 ○保健師 ○看護師 ○精神保健福祉士 ○精神障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○精神障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
(6D)障がい者の心理(精神障がい) (1時間)	○精神保健福祉士 ○精神障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○精神障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○精神障がい者施設長 ○ホームヘルパー（精神障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○保健師 ○看護師（精神障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

<p>(7D)移動介助の基礎知識(精神障がい) (2時間)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○精神障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○精神障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○保健師 ○看護師（精神障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○精神保健福祉士 ○精神障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー（精神障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等
<p>(8D)コミュニケーション実習(精神障がい) (3時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。</p>	<p>※精神障がい者当事者を含めた演習方式で実施することも可。 この場合講師要件は以下とする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ○精神障がい者施設生活支援員・指導員 ○相談支援専門員 ○精神障がい者の相談・支援業務に従事する者（ピアカウンセラー等を含む） ○保健師 ○看護師（精神障がい者の支援に携わった経験を有する者） ○精神障がい者ガイドヘルパー ○ホームヘルパー（精神障がい者の支援に携わった経験を有する者） ◇福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員等

実習先施設種別一覧

知的障がい課程

(8C) コミュニケーション実習

- ・ 障害者支援施設
- ・ 障害児入所施設
- ・ 共同生活援助を行う事業所（グループホーム）
- ・ 生活介護を行う事業所
- ・ 地域活動支援センター
- ・ 放課後等デイサービスを行う事業所
- ・ 居宅介護・行動援護を行う事業所
- ・ 就労継続支援事業所 等

※ 知的障がい者（児）を対象として含む施設・事業所に限る。

(9C) 外出介助実習

- ・ 障害者支援施設
- ・ 障害児入所施設
- ・ 共同生活援助を行う事業所（グループホーム）
- ・ 生活介護を行う事業所
- ・ 地域活動支援センター
- ・ 放課後等デイサービスを行う事業所
- ・ 居宅介護・行動援護を行う事業所
- ・ 移動支援事業を行う市町村及び事業所
- ・ 就労継続支援事業所 等

※ 知的障がい者（児）を対象として含む施設・事業所に限る。

精神障がい課程

(8D) コミュニケーション実習

- ・ 障害者支援施設
- ・ 共同生活援助を行う事業所（グループホーム）
- ・ 生活介護を行う事業所
- ・ 地域活動支援センター
- ・ 居宅介護・行動援護を行う事業所
- ・ 移動支援事業を行う市町村及び事業所
- ・ 就労継続支援事業所
- ・ 精神科病院・診療所のデイケア 等

※ 精神障がい者を対象として含む施設・事業所に限る。

移動支援従業者養成研修科目免除一覧

【全身性障がい課程・知的障がい課程】

大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に基づく「移動支援従業者養成研修」を修了後1年以内の者（開講日において）	(1) 障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間) (2) 移動支援従業者の業務 (1時間) (3) 移動支援従業者の職業倫理 (1時間)
--	--

【精神障がい課程】

(1) 大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に基づく「移動支援従業者養成研修」を修了後1年以内の者（開講日において）	(1) 障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間) (2) 移動支援従業者の業務 (1時間) (3) 移動支援従業者の職業倫理 (1時間)
(2) 「大阪府居宅介護職員初任者研修」を修了後1年以内の者（開講日において）	(5D) 障がいの理解(精神障がい) (2時間) (6D) 障がい者の心理(精神障がい) (1時間)

様式第 1 号（第 6 条関係）

移動支援従業者養成研修事業者指定申請書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
法人・団体名
代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める移動支援従業者養成研修事業者としての指定を受けたいので、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第 6 条第 1 項の規定により申請します。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）
研修事業の名称	
研修事業を実施する府内の事業所の所在地	郵便番号： 所在地：
研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
情報開示を行う場合のホームページのアドレス	http://
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から 90 日以後の日

申請事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
---------	--------------------------------

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	<p>① 資産の状況を示す書類</p> <p>イ 決算報告書（直近1事業年度のもの）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・貸借対照表 ・損益計算書 ・個別注記表 <p>ロ 法人を所管する法令に基づく事業報告書等</p> <p>ハ 法人案内冊子</p> <p>ニ 組織図</p> <p>ホ 研修事業運営体制報告書（別添1-7）</p> <p>※申請者が該当するもので、すべての書類が添付されていない場合は、チェック欄に「○」を記載しないこと。</p>
	②定款、寄附行為その他の基本約款等
	③履歴事項全部証明書の原本
	<p>④誓約書、要件確認申立書、暴力団等審査情報 （別添1-1、別添1-2、別添1-3）</p> <p>※審査情報は、書面と併せて磁気媒体電磁的記録も提出すること。</p> <p>※要件に該当する場合は該当事項届出書（別添1-4）を提出。</p>
	<p>⑤公表情報の内訳及び公表資料（ホームページにて公開予定の画面をプリントアウトしたもの）</p> <p>「研修機関が公表する情報の内訳」チェックリスト（別添1-5）</p>
	⑥使用印鑑届（別添1-6）
	⑦今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」
	⑧学則（別添2-1）
	⑨講師一覧表（別添2-2）
	⑩講師履歴書（別添2-3）（※資格証明書等の写しを添付すること）
	⑪講義・演習室使用承諾書（別添2-4）の写し及び平面図（自己所有の場合は平面図）
	⑫実習施設一覧表（別添2-5）（知的障がい課程及び精神障がい課程）
	⑬実習施設承諾書（別添2-6）の写し（知的障がい課程及び精神障がい課程）
	⑭修了証明書の様式（要綱別記様式）

指定を受けた後、初めに実施する研修の書類

○	提出書類
	① 移動支援従業者養成研修年間実施計画書（様式第9号）
	② 移動支援従業者養成研修開講届出書（様式第3号）
	③ 研修スケジュール（別添3-1）
	④ 実習施設利用計画書（別添3-2）（知的障がい課程及び精神障がい課程）

(記載例)

様式第1号 (第6条関係)

移動支援従業者養成研修事業者指定申請書

大阪府知事 様

初回研修開始予定日の90
日前までに提出すること。

年 月 日

主たる事務所の所在地

法人の所在地、法人団体名称、代表
者職・氏名を記載のこと。

法人・団体名

代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める移動支援従業者養成研修事業者としての指定を受けたいので、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第6条第1項の規定により申請します。

受講生に分かり易いように、原則として法人名称を入れること。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（
研修事業の名称	株式会社〇〇 移動支援従業者養成研修講座
研修事業を実施する府内の事業所の所在地	郵便番号： 所在地：
研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
情報開示を行う場合のホームページのアドレス	http://
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から90日以後の日

学則に記載の者と同じ者であること。(指定申請事業者の職員)
この連絡先は、大阪府からの緊急連絡や情報提供などの様々な連絡に使用します。

申請事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
---------	--------------------------------

申請事務を担当されている方をご記入ください。研修事務担当者と同じ者が担当の場合もご記入ください。

様式第2号（第6条の2関係）

移動支援従業者養成研修事業課程追加申請書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
法人・団体名
代表者職・名

移動支援従業者養成研修事業の課程を追加したいので、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第6条の2第1項の規定により申請します。

追加する課程	課程
研修事業の名称	
研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号： 所在地：
研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
研修開始予定年月日	年 月 日 ※申請日から60日以後の日

指定番号	
現に指定を受けている課程	課程

申請事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
---------	--------------------------------

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	①研修事業運営体制報告書（別添1－7）
	②今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」
	③学則（別添2－1）
	④講師一覧表（別添2－2）
	⑤講師履歴書（別添2－3）（※資格証明書等の写しを添付すること）
	⑥講義・演習室使用承諾書（別添2－4）の写し及び平面図 ※自己所有の場合は平面図
	⑦実習施設一覧表（別添2－5）（知的障がい課程及び精神障がい課程）
	⑧実習施設承諾書（別添2－6）の写し（知的障がい課程及び精神障がい課程）
	⑨修了証明書の様式（要綱別記様式）

承認を受けた後、初めに実施する研修の書類

○	提出書類
	①移動支援従業者養成研修年間実施計画書（様式第9号）
	②移動支援従業者養成研修開講届出書（様式第3号）
	③研修スケジュール（別添3－1）
	④実習施設利用計画書（別添3－2）（知的障がい課程及び精神障がい課程）

移動支援従業者養成研修開講届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第8条第1項の規定により、移動支援従業者養成研修の開講について届け出ます。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）		
指定番号		予定定員	名
コース名			
研修予定日	年 月 日～ 年 月 日		
受講料	円（消費税相当額・テキスト代込）		
実施場所	講義： 演習又は実習： 交通機関演習又は外出介助実習：		

研修事務担当者 前回報告時からの 変更【有・無】 （いずれかに○）	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
--	--------------------------------

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	①研修スケジュール（別添3-1）
	②実習施設利用計画書（別添3-2）（知的障がい課程・精神障がい課程）

※ 講師の追加、実習施設の追加等が生じる場合には、変更届出書（様式第5号）を同時提出すること。

※ 年間実施計画書（様式第9号）に変更が生じる場合（講座の追加、実施時期変更等）には同時提出すること。

移動支援従業者養成研修実績報告書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
法人・団体名
代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第13条の規定により、移動支援従業者養成研修の実績を報告します。

下記事項について確認の上、該当する場合は「はい」を○で囲んでください。

・大阪府に届け出たとおりに研修が実施されたことを確認した はい

※虚偽の報告が確認された場合には、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第16条に基づき、必要に応じて実地調査等を行います。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ <input type="checkbox"/> 課程）
指定番号	
コース名	
研修実施日	年 月 日～ 年 月 日
修了者数	全身性障がい課程 名（通常報告分・追加報告分）※いずれかに○ 知的障がい課程 名（通常報告分・追加報告分）※いずれかに○ 精神障がい課程 名（通常報告分・追加報告分）※いずれかに○

研修事務担当者 前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
--	--------------------------------

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	①修了者名簿（別添4-1）及び電磁的記録
	②出席簿（別添4-2）の写し
	③実習実施一覧表（別添4-3）（知的障がい課程・精神障がい課程）
	④受講者一覧名簿（別添4-4）の写し
	⑤他課程修了証明書の写し等（科目免除を行った場合）
	⑥その他必要があると知事が認めるもの

移動支援従業者養成研修事業者指定変更届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

法人・団体名

代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第 10 条の規定により、移動支援従業者養成研修事業者としての指定内容の変更を届け出ます。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）
指定番号	
変更種別	<input type="checkbox"/> 事業者に関する事項 1 事業者の名称、主たる事務所の所在地、代表者 2 研修事業の名称 3 研修事業を実施する主たる事業所の所在地 4 研修事業運営体制 5 定款等（当該事業に関するものに限る。） 6 使用印鑑届 <input type="checkbox"/> 研修事業に関する事項 1 学則 2 講師及び助手（追加、削除、他） 3 演習室 4 実習施設（追加、削除、他） <input type="checkbox"/> その他（ ）
変更内容及び理由	
変更時期	年 月 日 ※府提出日から 10 日以後で最も早い変更時期

研修事務担当者 前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
--	--------------------------------

提出書類一覧（変更が生じる書類のみ提出。添付しているものに○）

○	提出書類
	①定款、寄付行為その他の基本約款等
	②履歴事項全部証明書の原本
	③研修事業運営体制報告書（別添1－7）
	④使用印鑑届（別添1－6）
	⑤学則（別添2－1）
	⑥講師一覧表（別添2－2）
	⑦講師履歴書（別添2－3）（※資格証明書等の写しを添付すること）
	⑧演習室使用承諾書（別添2－4）の写し及び平面図（自己所有の場合は平面図）
	⑨実習施設一覧表（別添2－5）
	⑩実習施設承諾書（別添2－6）の写し
	⑪修了証明書の様式（要綱別記様式）
	⑫その他必要があると知事が認めるもの

様式第6号（第9条関係）

移動支援従業者養成研修休講届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
法人・団体名
代表者職・名

年 月 日に開講届出書を提出した移動支援従業者養成研修を休講しますので、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第9条の規定により届け出ます。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）
指定番号	
コース名	
開講を予定していた日	年 月 日
休講の理由	

※ この様式は、開講届出書（様式第3号）を提出したコースを休講する場合にのみ使用すること。（開講届出書を未提出のコースについては年間実施計画書（様式第9号）からのコース削除として取り扱う。）

研修事務担当者 前回報告時からの 変更【有・無】 (いずれかに○)	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
--	--------------------------------

様式第7号（第11条関係）

移動支援従業者養成研修事業年間休止届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
法人・団体名
代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第11条第1項の規定により、移動支援従業者養成研修事業の休止を届け出ます。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）
指定番号	
休止する年度	年度
休止の理由	

- ※ 1事業年度（4月1日～翌年3月31日）にわたり、研修の開講予定がない（なくなった）場合、年間休止届出書を提出すること。
- ※ 複数年度にわたり休止する場合には、毎年度、年間休止届出書を提出すること。

研修事務担当者 前回報告時からの 変更【有・無】 （いずれかに○）	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
--	--------------------------------

様式第8号（第15条関係）

移動支援従業者養成研修事業廃止届出書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
法人・団体名
代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第15条第1項の規定により、移動支援従業者養成研修事業の廃止を届け出ます。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）
指定番号	
廃止年月日	
廃止の理由	

廃止後に修了者が修了証明書 を亡失・き損した場合 の取扱責任者及び連絡先	所属名：
	氏名：
	電話：
	メールアドレス：

移動支援従業者養成研修事業再開届出書

※府提出日とすること

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・名

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第 11 条第 3 項の規定により、下記研修を再開したいので届け出ます。

研修の名称	移動支援従業者養成研修（ 課程）
研修事業の名称	
研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号： 所在地：
研修事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
情報開示を行う場合のホームページのアドレス	http://
研修開始予定年月日	年 月 日 ※府提出日から 90 日以後の日

申請事務担当者	所属名： 氏名： 電話： メールアドレス：
---------	--------------------------------

提出書類一覧（添付しているものに○）

○	提出書類
	① 資産の状況を示す書類 イ 決算報告書（直近1事業年度のもの） ・貸借対照表 ・損益計算書 ・個別注記表 ロ 法人を所管する法令に基づく事業報告書等 ハ 法人案内冊子 ニ 組織図 ホ 研修事業運営体制報告書（別添1-7） ※申請者が該当するもので、すべての書類が添付されていない場合は、チェック欄に「○」を記載しないこと。
	②定款、寄附行為その他の基本約款等
	③履歴事項全部証明書の原本
	④誓約書、要件確認申立書、暴力団等審査情報 （別添1-1、別添1-2、別添1-3） ※審査情報は、書面と併せて電磁的記録も提出すること。 ※要件に該当する場合は該当事項届出書（別添1-4）を提出。
	⑤公表情報の内訳及び公表資料（ホームページにて公開予定の画面をプリントアウトしたもの） 「研修機関が公表する情報の内訳」チェックリスト（別添1-5）
	⑥使用印鑑届（別添1-6）
	⑦今後2年間の「研修に係る収支計画書」及び今後2年間の「法人全体の収支計画書」
	⑧学則（別添2-1）
	⑨講師一覧表（別添2-2）
	⑩講師履歴書（別添2-3）（※資格証明書等の写しを添付すること）
	⑪講義・演習室使用承諾書（別添2-4）の写し及び平面図 （自己所有の場合は平面図）
	⑫実習施設一覧表（別添2-5）（知的障がい課程及び精神障がい課程）
	⑬実習施設承諾書（別添2-6）の写し（知的障がい課程及び精神障がい課程）
	⑭修了証明書の様式（要綱別記様式）

再開後、初めに実施する研修の書類

○	提出書類
	① 移動支援従業者養成研修年間実施計画書（様式第9号）
	② 移動支援従業者養成研修開講届出書（様式第3号）
	③ 研修スケジュール（別添3-1）
	④ 実習施設利用計画書（別添3-2）（知的障がい課程及び精神障がい課程）

(別添1-1)

誓約書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
商号又は名称
代表者職・名

- 1 指定申請を行うにあたり、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱第5条第2項の欠格要件に該当しないことを誓約します。
- 2 移動支援従業者養成研修事業者の指定を受けるにあたって、大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱、大阪府移動支援従業者養成研修事業実施要領その他関係法令等を遵守することを誓約します。

(別添1-2)

要件確認申立書

大阪府知事 様

大阪府移動支援従業者養成研修事業者指定要綱（以下「要綱」という。）第6条第1項の規定に基づき、移動支援従業者養成研修の事業者指定の申請を行うにあたり、私（当団体）は下記の内容について申し立てます。

なお、いずれかに該当することとなった場合には、直ちに「該当事項届出書（別添第1-4）」によりその旨を届けます。また、本件に関して調査が必要となった場合には、大阪府が求める必要な情報又は資料を遅滞なく提出するとともに、その調査に協力し、調査の結果、該当することが判明した場合には、要綱第18条に基づき、当該事業者に係る指定を取り消し、又は期間を定めてその指定の全部若しくは一部の効力を停止されても何ら異議の申し立てを行いません。

記

※各項目を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください。

申立事項		
1	代表者、役員又は使用人その他の従業者若しくは構成員等（以下「代表者等」という。）が、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。以下「法」という。）第2条第2号に規定する「暴力団」である。	はい・いいえ
2	代表者等が、法第2条第6号に規定する「暴力団員」である。	はい・いいえ
3	代表者等が、大阪府暴力団排除条例（平成22年大阪府条例第58号）第2条第4号に規定する「暴力団密接関係者」である。	はい・いいえ

年 月 日

所在地

法人・団体名

代表者名

【記載例】(別添1-3)

暴力団等審査情報

大阪府移動支援従業者養成研修指定要綱(以下「要綱」という。)第6条第1項の規定に基づき、移動支援従業者養成研修の事業者指定の申請を行うにあたり、要綱第5条第2項第9号に該当しないことを審査するため、本書面を提出するとともに、大阪府暴力団排除条例第26条に基づき、府警察本部へ提供することに同意します。

《代表者・役員情報》

氏名カナ	氏名漢字	生年月日				性別	法人名称	法人所在地(本社)
オオサカ タロウ	大阪 太郎	S	40	12	03	M	(株)ABC	大阪府中央区大手前1-2-3
ナニワ ハナコ	浪速 花子	H	01	03	05	F	(株)ABC	大阪府中央区大手前1-1-3

記載方法

項目名	入 力 条 件
氏名カナ	半角カナを用い、姓と名の間に半角スペースを入力
氏名漢字	全角漢字を用い、姓と名の間に全角スペースを入力
元号	半角英字(大文字)を用い、明治は「M」、大正は「T」、昭和は「S」、平成は「H」を入力
年	半角数字を用い、1年から9年については年の頭に「0」を付加 (「01」~「09」)
月	半角数字を用い、1月から9月については年の頭に「0」を付加 (「01」~「09」)
日	半角数字を用い、1日から9日については年の頭に「0」を付加 (「01」~「09」)
性別	半角英字(大文字)を用い、男性は「M」、女性は「F」を入力
業者名	全角漢字を用い、株式会社は(株)、有限会社は(有)、社会福祉法人は(社福)などに変換して入力 ※特殊文字は「株」は不可。
所在地	全角漢字で入力

(別添1-4)

該当事項届出書

大阪府知事 様

私(当団体)は、大阪府移動支援従業者養成研修指定要綱第5条第2項第9号に規定する次の各号のうち、第____号に該当する者となったので、本書面を届けます。

- 1 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。以下「法」という。)第2条第2号に規定する「暴力団」
- 2 法第2条第6号に規定する「暴力団員」
- 3 大阪府暴力団排除条例(平成22年大阪府条例第58号)第2条第4号に規定する「暴力団密接関係者」

年 月 日

所在地
法人・団体名
代表者名

「研修機関が公表する情報の内訳」チェックリスト

(大阪府版)

情報の種類		公表の有無	内 容
研修機関情報	法人情報 ☆	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 法人格・法人名称・住所等 <input type="checkbox"/> 代表者名、研修事業担当理事・取締役名 <input type="checkbox"/> 理事等の構成、組織、職員数等 <input type="checkbox"/> 教育事業を実施している場合・事業概要 <input type="checkbox"/> 研究活動を実施している場合・概要 <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス事業を実施している場合・事業概要 <input type="checkbox"/> その他の事業概要 <input type="checkbox"/> 法人財務情報のうち決算報告書(直近1事業年度のもの)に関するもの ・貸借対照表 ・損益計算書 ・個別注記表 <input type="checkbox"/> 法人財務情報
	研修機関情報 ☆	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 事業所名称・住所等 <input type="checkbox"/> 理念(学則に定める開講の目的) <input type="checkbox"/> 学則 <input type="checkbox"/> 研修施設、設備 <input type="checkbox"/> 沿革 <input type="checkbox"/> 事業所の組織、職員数等 <input type="checkbox"/> 併設して障がい福祉事業を実施している場合・事業概要☆
研修事業情報	研修の概要	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 対象(学則に定める受講資格) <input type="checkbox"/> 研修のスケジュール(期間、日程、時間数) <input type="checkbox"/> 定員(集合研修、実習)と指導者数 <input type="checkbox"/> 研修受講までの流れ(募集、申し込み) <input type="checkbox"/> 費用 <input type="checkbox"/> 留意事項、特徴、受講者へのメッセージ等
	課程責任者	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 課程編成責任者名 <input type="checkbox"/> 課程編成責任者の略歴、資格
	研修カリキュラム	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 科目別担当講師名 <input type="checkbox"/> 科目別特徴 演習の場合は、実技内容・備品、指導体制

情報の種類		公表の有無	内 容
研修事業情報	実習施設 (実習を行う場合)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 協力実習機関の名称・住所等☆ <input type="checkbox"/> 協力実習機関の介護保険事業の概要☆ <input type="checkbox"/> 協力実習機関の実習担当者名 <input type="checkbox"/> 実習プログラム内容、プログラムの特色 <input type="checkbox"/> 実習中の指導体制・内容(振り返り、実習指導等) <input type="checkbox"/> 実習担当者の略歴、資格、メッセージ等 <input type="checkbox"/> 協力実習機関における延べ実習数
講師情報		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 名前 <input type="checkbox"/> 略歴、現職、資格 <input type="checkbox"/> 受講者向けメッセージ等 <input type="checkbox"/> 受講者満足度調査の結果等
実績情報 (研修事業の実績がある場合)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 過去の研修実施回数(年度ごと) <input type="checkbox"/> 過去の研修延べ参加人数(年度ごと) <input type="checkbox"/> 卒業率・再履修率 <input type="checkbox"/> 卒後の就業状況(就職率/就業分野) <input type="checkbox"/> 卒後の相談・支援(就職支援に関する取組み等)
連絡先等		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 申し込み・資料請求先 <input type="checkbox"/> 法人の苦情対応者名・役職・連絡先 <input type="checkbox"/> 事業所の苦情対応者名・役職・連絡先
質を向上させるための取り組み		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自己評価活動、相互評価活動 <input type="checkbox"/> 実習の質の向上のための取り組み、研修機関と実習機関との連携 <input type="checkbox"/> 研修活動、研究活動 <input type="checkbox"/> 研修生満足度調査情報(アンケート、研修生の声など) <input type="checkbox"/> 事業所満足度調査情報(アンケート、事業所の声など)

【重要】

公表する情報にチェックを入れ、申請者自らが確認すること。

- ※ 内容欄の☆は他のページにリンクで対応可とする。
- ※ インターネット上のホームページにより情報を公開するよう、努めること。
- ※ サーバーは、法人ごとの事業所ごとに自ら確保すること。
- ※ 研修機関のアドレスは大阪府ホームページで公開する。

(別添1-6)

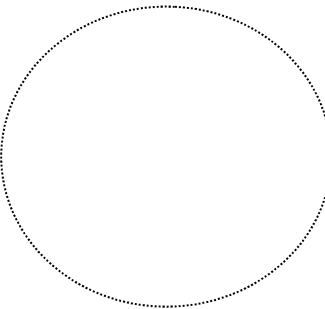
使用印鑑届

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在
法人・団体名
代表者職・氏名

大阪府移動支援従業者養成研修事業に係る修了証明書に使用するための印鑑を次のとおりお届けします。

使 用 印


※使用印は代表者の印であること。(会社印は不可)

(別添1-7)

研修事業運営体制報告書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地
商号又は名称
代表者職・氏名

移動支援従業者養成研修事業を適正かつ円滑に実施できるよう、以下のとおり体制を整えますので、その旨報告します。

研修事業を実施する 府内の事業所	郵便番号： 所在地： 電話番号：
---------------------	------------------------

【職員配置表】

	専任・兼任の別	所属・氏名	備考欄
研修責任者			
課程編成責任者			
苦情等相談担当者 (法人に対する苦情)			
苦情等相談担当者 (研修事業)			
研修事務担当者 (受講者対応等)			
研修事務担当者 (府連絡窓口)			

【記載例】

(別添1-7)

研修事業運営体制報告書

年 月 日

大阪府知事 様

主たる事務所の所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

移動支援従業者養成研修事業を適正かつ円滑に実施できるよう、以下のとおり体制を整えますので、その旨報告します。

研修事業を実施する府内の事業所	郵便番号：〇〇〇-〇〇〇〇 所在地：大阪府・・・ 電話番号：〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
-----------------	--

専任：研修事業のみを担当
 兼任：研修事業以外の事業も担当
 ※担当事業を記載してください

連絡先が研修事業を実施する府内の事業所の電話番号と異なる場合等、府に報告しておくべき事項等があれば、記載してください

【職員配置表】

	専任・兼任の別	所属・氏名	備考欄
研修責任者	専任	〇〇課 〇〇 〇〇	直通：〇〇-〇〇〇〇 〇-〇〇〇〇
課程編成責任者	専任	〇〇課 〇〇 〇〇	
苦情等相談担当者 (法人)	兼任(●●事業)	●●課 ●● ●●	
苦情等相談担当者 (研修事業)	兼任(●●事業)	●●課 ●● ●●	配置職員が複数いる場合は、全員記載し、代表者を一人決め、その旨記載してください
研修事務担当者 (受講者対応等)	兼任(●●事業) 兼任(●●事業)	●●課 ●● ●● (代表) ●●課 ●●●● ●●	
研修事務担当者 (府連絡窓口)	兼任(●●事業) 兼任(●●事業) 兼任(●●事業、●●事業)	●●課 ●● ●● (代表) ●●課 ●●●● ●● ●●課 ●●●●●● ●●	

上記以外にも業務担当者を配置している場合は、行を追加して、記載してください

(別添 2 - 1)

学 則

①商号又は名称	
②研修事業の名称	
③研修の種類	大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める移動支援従業者養成研修
④研修課程	課程
⑤事業者指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)
⑥開講の目的	
⑦講義・演習室 (住所も記載)	講義： 演習 (全身性障がい課程)：
⑧実習施設	実習施設一覧表 (別添 2 - 5) を参照。(知的障がい課程・精神障がい課程)
⑨講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表 (別添 2 - 2) を参照。
⑩使用テキスト	
⑪受講資格	
⑫広報の方法	
⑬情報開示の方法 (ホームページア ドレス等)	
⑭受講手続及び本 人確認の方法 (応募 者多数の場合の対 応方法を含む)	

⑮受講料及び受講料支払方法	円（テキスト代、消費税含む）
⑯解約条件及び返金の有無	
⑰受講者の個人情報取扱	個人情報保護規定策定の有無（有・無） なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。
⑱研修修了の認定方法	認定方法： 修了を認定した者には修了証明書を交付する。 研修の修業年限：
⑲補講の方法及び取扱	補講の方法： 補講に要する費用：
⑳科目免除の取扱	
㉑受講中の事故等についての対応	
㉒研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号： 所在地：
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：
㉔課程編成責任者名、所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：

⑫ 苦情相談担当者名、所属名、役職及び連絡先	氏名： 所属： 役職： 連絡先：
⑬ 研修事務担当者名、所属名及び連絡先	氏名： 所属： 連絡先：
⑭ 修了証明書を亡失・毀損した場合の取扱	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付にかかる費用： 円
⑮ その他必要な事項	

※学則は課程ごとに作成すること。

※1 大阪府からのお知らせ	大阪府移動支援従業者養成研修事業実施要領第2の3（1）より抜粋 【内容及び手続きの説明及び同意】 事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。
---------------	---

※2 研修事業者の指定担当	大阪府 福祉部 地域福祉推進室 福祉人材・法人指導課 人材確保グループ 電話：06-6944-9165
---------------	---

(別添 2 - 1)

(記載例)

学 則

①商号又は名称	株式会社〇〇	指定申請書に記載した事業名称を記載
②研修事業の名称	株式会社〇〇 移動支援従業者養成研修講座	
③研修の種類	大阪府移動支援従業者養成研修実施要綱に定める移動支援従業者養成研修	
④研修課程	全身性障がい課程	研修事業を実施する目的を記載
⑤事業者指定番号	(大阪府から通知を受けた番号を記載)	
⑥開講の目的	全身性の障がい等を有する者等に対する・・・ 援に関する知識及び技術を習得することを	講義・演習室として使用する場所の名称と住所を記載。 (複数あれば全て記載)
⑦講義・演習室 (住所も記載)	講義：株式会社〇〇 大阪府中央区・・・ 演習（全身性障がい課程）：社会福祉法人〇〇 東大阪市・・・	
⑧実習施設	実習施設一覧表（別添 2 - 5）を参照。（知的障がい課程・精神障がい課程）	
⑨講師の氏名及び 担当科目	講師一覧表（別添 2 - 2）を参照。	
⑩使用テキスト	××××研修テキスト（〇〇出版）	発行元も記載すること
⑪受講資格	・ 全身性の障がい等を有する者に対する移動支援従業者として働く予定の方 ・ 講座の全日程を休まず受講できる方	
⑫広報の方法	ホームページ、新聞広告等	
⑬情報開示の方法 (ホームページアドレス等)	株式会社〇〇 https:// ・・・	
⑭受講手続及び本人確認の方法 (応募者多数の場合の対応方法を含む)	ホームページもしくは電話で申し込み。応募多数の場合は先着順。 本人確認書類として以下①～⑩までのいずれかを提示し、またその写しを提出すること。 ①・・・	

⑮受講料及び受講料支払方法	〇〇,〇〇〇円（テキスト代、消費税含む） 規定期日までに下記口座に振り込むこと。 △△銀行△△支店 口座番号△△△△△△
⑯解約条件及び返金の有無	受講者からのキャンセル： 開講日の1週間前までは全額返金 3日前までは半額返金 弊社からのキャンセル： 応募者が〇名に満たなかった場合、・・・
⑰受講者の個人情報取扱	個人情報保護規定策定の有無（ <input checked="" type="checkbox"/> 有・無） 受講者から得た個人情報については・・・ なお、修了者は大阪府の管理する修了者名簿に記載される。
⑱研修修了の認定方法	認定方法：研修スケジュールの全日程に出席し、所定の研修科目を 全て履修した者に対して修了認定を行う。 修了を認定した者には修了証明書を交付する。 研修の修業年限：4カ月以内 ・・・等々
⑲補講の方法及び取扱	補講の方法：原則同時期に開催している他教室で振替補講。振替補講ができない場合は個別対応。ただし補講の上限は〇科目とする。 振替補講：無料個別対応：1時間あたり〇,〇〇〇円（税込）
⑳科目免除の取扱	大阪府移動支援従業者養成研修実施要領の規定のとおり ただし、受講料の減免措置はない。・・・
㉑受講中の事故等についての対応	受講中に生じた事故については、・・・
㉒研修事業を実施する府内の事業所所在地	郵便番号：〇〇〇-〇〇〇〇 所在地：大阪府・・・
㉓研修責任者名、所属名及び役職	氏名：〇〇 〇〇 所属：人材育成企画部 役職：部長

補講を行うことは、事業者の責務です。したがって、「補講を実施しない」という記載は認められません。

②④ 課程編成責任者 名、所属名及び役職	氏名： 所属： 役職：
②⑤ 苦情相談担当者 名、所属名、役職及 び連絡先	氏名： 所属： 役職： 連絡先：06-〇〇〇〇-〇〇〇〇
②⑥ 研修事務担当者 名、所属名及び連絡 先	氏名： 所属： 連絡先：
②⑦ 修了証明書を亡 失・毀損した場合の 取扱	「養成研修修了証明書等の亡失・き損時の取り扱いに関する要領」 に基づき証明書を交付する。 ・証明書交付にかかる費用：〇,〇〇〇円（税込）
②⑧ その他必要な事 項	遅参の取扱い：授業開始前の出席確認時点で出席が確認できなかつ た場合は、遅参扱いとし欠席とする。その際は、弊 社が設定する日程で補講を受けなければならない。 退校処分の取扱い：下記の場合は退校処分とする。 ①・・・

※学則は課程ごとに作成すること。

<p>※1 大阪府からのお知らせ</p> <p>受講料受領後のトラブルを避けるため、事前に十分な説明を行なっておくこと。</p> <p>※1、※2の項目削除厳禁</p>	<p>大阪府移動支援従業者養成研修事業実施要領第2の3（1）より抜粋</p> <p>【内容及び手続きの説明及び同意】</p> <p>事業者は、受講の受付に際し、受講希望者に対し受講するために必要な費用等を明記した学則の内容及び研修を受講する上での重要な事項等を記載した書面等を配布するとともに、その説明を行い、かつ、あらかじめ受講希望者の同意を得なければならない。</p>
<p>※2 研修事業者の指定担当</p>	<p>大阪府 福祉部 地域福祉推進室</p> <p>福祉人材・法人指導課 人材確保グループ</p> <p>電話：06-6944-9165</p>

講師履歴書

フリガナ 氏名				上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 撮影された写真を 貼付すること。			
生年月日	年 月 日						
自宅住所							
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名						
	住所						
	業務内容	(年 月～現在)					
専任・兼任 の別	専任 ・ 兼任						
担当科目に 関連する 資格と免許	資格・免許の名称			取得年月日			
				年	月	日	
	1						
	2						
	3						
担当科目に 関連する職歴	勤務先名称	事業種別	職種	就 業 期 間			
				年 月	～ 年 月		
				(年	ヶ月)		
				年 月	～ 年 月		
				(年	ヶ月)		
※教員の場合 は、学校名と 担当教科名				年 月	～ 年 月		
				(年	ヶ月)		
				年 月	～ 年 月		
			(年	ヶ月)			
				年 月	～ 年 月		
				(年	ヶ月)		
<p>1 大阪府移動支援従業者養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解している。</p> <p>2 この履歴書に記載の氏名、資格（取得年月日）、略歴について、研修事業者のホームページで情報開示することに同意している。</p> <p>以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日 (講師氏名) _____ ※3</p>							

※1 欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※2 資格証明証等の写しを添付すること。

※3 機器による印字または自署とすること。

(別添2-3-2)

講師履歴書 この研修で担当する科目・項目名(全身性障がい課程用)

講師氏名 _____

英字:実務経験5年以上(演習助手は3年以上)、カタカナ:実務経験1年以上

※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員及び市町村職員を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	該当	講師要件(実務経験等)
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業(2時間)		A 障がい者施設長 B 障がい者施設生活支援員・指導員 C 相談支援専門員 D 障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ市町村障がい者福祉主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(2)移動支援従業者の業務(1時間)		A ガイドヘルパー B 障がい者施設長 C 障がい者施設生活支援員・指導員 D 相談支援専門員 E 障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ市町村障がい者福祉主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(3)移動支援従業者の職業倫理(1時間)		A ガイドヘルパー B 障がい者施設長 C 障がい者施設生活支援員・指導員 D 相談支援専門員 E 障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(4)障がい者の人権(2時間)		A 学識経験者 B 弁護士 C 人権啓発を行う団体職員 イ市町村人権啓発主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員 ハ大阪府人権擁護士
(5B)障がいの理解(全身性障がい)(2時間)		A 医師 B 保健師 C 看護師 D 肢体不自由者施設生活支援員・指導員 E 相談支援専門員 F 全身性障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) G 理学療法士 H 作業療法士 I 介護福祉士 イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員

(6B)障がい者(児)の心理(全身性障がい)(1時間)		A 肢体不自由者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 全身性障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) D 肢体不自由者施設長 E ホームヘルパー(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 重度訪問介護従業者 G 保健師 H 看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) I 理学療法士 J 作業療法士 K 介護福祉士 イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(7B)移動介助の基礎知識(全身性障がい)(2時間)		A 肢体不自由者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 全身性障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) D 保健師 E 看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 全身性障がい者ガイドヘルパー G ホームヘルパー(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) H 重度訪問介護従業者 I 理学療法士 J 作業療法士 K 介護福祉士 L 医師 M 言語聴覚士(②のみ) N 救急救命士(③のみ) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
① 姿勢保持について		
② コミュニケーションについて		
③ 事故防止に関する心がけと対策		
(8B)移動介助の基本技術(全身性障がい)(4時間)		A 肢体不自由者施設生活支援員・指導員 B 全身性障がい者ガイドヘルパー C ホームヘルパー(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) D 重度訪問介護従業者 E 保健師 F 看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) G 理学療法士 H 作業療法士 イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
①抱きかかえ方及び移乗の方法 ②生活行為の介助 ③介助に関わる車いすの理解		
(9B)交通機関利用の介助演習(全身性障がい)(5時間)		A 肢体不自由者施設生活支援員・指導員 B 全身性障がい者ガイドヘルパー C 重度訪問介護従業者 D 保健師 E 看護師(全身性障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 理学療法士 G 作業療法士 イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。 ※実際の公共交通機関等を利用すること。		

(別添2-3-3)

講師履歴書 この研修で担当する科目・項目名 (知的障がい課程用)

講師氏名 _____

英字:実務経験5年以上(演習助手は3年以上)、カタカナ:実務経験1年以上

※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員及び市町村職員を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	該当	講師要件(実務経験等)
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)		A 障がい者施設長 B 障がい者施設生活支援員・指導員 C 相談支援専門員 D 障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ市町村障がい者福祉主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)		A ガイドヘルパー B 障がい者施設長 C 障がい者施設生活支援員・指導員 D 相談支援専門員 E 障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ市町村障がい者福祉主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)		A ガイドヘルパー B 障がい者施設長 C 障がい者施設生活支援員・指導員 D 相談支援専門員 E 障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(4)障がい者の人権 (2時間)		A 学識経験者 B 弁護士 C 人権啓発を行う団体職員 イ市町村人権啓発主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員 ハ大阪府人権擁護士
(5C)障がいの理解(知的障がい) (2時間)		A 医師 B 保健師 C 看護師 D 知的障がい者施設生活支援員・指導員 E 相談支援専門員 F 知的障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員

(6C)障がい者(児)の心理(知的障がい) (1時間)		A 知的障がい者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 知的障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) D 知的障がい者施設長 E ホームヘルパー(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 保健師 G 看護師(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(7C)移動介助の基礎知識(知的障がい) (2時間)		A 知的障がい者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 知的障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) D 保健師 E 看護師(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 知的障がい者ガイドヘルパー G ホームヘルパー(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(8C)コミュニケーション実習(知的障がい) (3時間)		※知的障がい者(児)当事者を含めた演習方式で実施することも可。 この場合講師要件は以下とする。 A 知的障がい者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 知的障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) D 保健師 E 看護師(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 知的障がい者ガイドヘルパー G ホームヘルパー(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(9C)外出介助実習(5時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。 ※実際の公共交通機関等を利用すること。		※知的障がい者(児)当事者を含めた演習方式で実施することも可。 この場合講師要件は以下とする。 A 知的障がい者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 知的障がい者の相談・支援業務に従事する者(ピアカウンセラー等を含む) D 保健師 E 看護師(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 知的障がい者ガイドヘルパー G ホームヘルパー(知的障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員

(別添2-3-4)

講師履歴書 この研修で担当する科目・項目名 (精神障がい課程用)

講師氏名 _____

英字:実務経験5年以上(演習助手は3年以上)、カタカナ:実務経験1年以上
 ※福祉・介護・看護系大学、介護福祉士養成施設等の教員及び市町村職員を講師とする場合は、当該研修で担当する科目に該当する内容を教授又は担当していること。

科目記号・科目名	該当	講師要件 (実務経験等)
(1)障がい者(児)福祉制度と移動支援事業 (2時間)		A 障がい者施設長 B 障がい者施設生活支援員・指導員 C 相談支援専門員 D 障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) イ市町村障がい者福祉主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(2)移動支援従業者の業務 (1時間)		A ガイドヘルパー B 障がい者施設長 C 障がい者施設生活支援員・指導員 D 相談支援専門員 E 障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) イ市町村障がい者福祉主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(3)移動支援従業者の職業倫理 (1時間)		A ガイドヘルパー B 障がい者施設長 C 障がい者施設生活支援員・指導員 D 相談支援専門員 E 障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(4)障がい者の人権 (2時間)		A 学識経験者 B 弁護士 C 人権啓発を行う団体職員 イ市町村人権啓発主管課職員 ロ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員 ハ大阪府人権擁護士
(5D)障がいの理解(精神障がい) (2時間)		A 精神科医師 B 保健師 C 看護師 D 精神保健福祉士 E 精神障がい者施設生活支援員・指導員 F 相談支援専門員 G 精神障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員

(6D)障がい者の心理(精神障がい) (1時間)	A 精神保健福祉士 B 精神障がい者施設生活支援員・指導員 C 相談支援専門員 D 精神障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) E 精神障がい者施設長 F ホームヘルパー (精神障がい者の支援に携わった経験を有する者) G 保健師 H 看護師(精神障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(7D)移動介助の基礎知識(精神障がい) (2時間)	A 精神障がい者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 精神障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) D 保健師 E 看護師(精神障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 精神保健福祉士 G 精神障がい者ガイドヘルパー H ホームヘルパー (精神障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員
(8D)コミュニケーション実習(精神障がい) (3時間) ※実習に先立ち、オリエンテーションを実施すること。	※精神障がい者当事者を含めた演習方式で実施することも可。 この場合講師要件は以下とする。 A 精神障がい者施設生活支援員・指導員 B 相談支援専門員 C 精神障がい者の相談・支援業務に従事する者 (ピアカウンセラー等を含む) D 保健師 E 看護師(精神障がい者の支援に携わった経験を有する者) F 精神障がい者ガイドヘルパー G ホームヘルパー (精神障がい者の支援に携わった経験を有する者) イ福祉・介護・看護系大学、介護福祉士等養成校の教員

記載例

(別添2-3)

講師履歴書

フリガナ 氏名	オオサカ タロウ		上半身、正面、 無帽状態で 6ヶ月以内に 撮影された写真を 貼付すること。	
	大阪 太郎			
	昭和00年00月00日			
生年月日	堺市堺区・・・			
現在の勤務先 と業務内容	勤務先名	学校法人〇〇会 〇〇大学		
	住所	大阪府中央区・・・		
	業務内容	社会福祉学部 教員 (平成21年4月～現在)		
専任・兼任の別	専任 ・ 兼任			
担当科目に 関連する 資格と免許	資格	当該事業所で、もっぱら研修講師として従事している場合は、「専任」として ください。「専任」の基準は、当該講師の全就業時間の5割以上であるか否かで 判断してください。 したがって、「専任」であっても、他の業務（例：事務職員）や他社で仕事に 従事する場合もあり、「兼務」は可能です。		
	1 介護福祉士			
	2 介護支援専門員			
担当科目に 関連する職歴	3	当該研修の講師要件に関連しない資格・免許の記載は不要です。		
	事業種別	職種	就業期間	
	社会福祉法人〇〇会 特別養護老人ホーム〇〇	特別養護老人ホーム	介護職員	平成10年4月～平成15年3月 (5年0ヶ月)
				年月～年月 (ヶ月)
				年 (ヶ月)
※教員の場合 は、学校名と 担当教科名			当該研修の講師要件に関連しない職歴の記載は不要です。	
			年月～年月 (年ヶ月)	
			年月～年月 (年ヶ月)	
<p>1 大阪府移動支援従業者養成研修事業実施要領を熟読のうえ、担当科目の講師要件を理解している。</p> <p>2 この履歴書に記載の氏名、資格（取得年月日）、略歴について、研修事業者のホームページで情報開示することに同意している。</p> <p>以上承諾のうえ、記載内容に相違ないことを証明します。</p> <p>令和〇年〇月〇日 (講師氏名) <u>大阪 太郎</u> ※3</p>				

※1 欄が不足する場合は適宜用紙を追加すること。

※2 資格証明証等の写しを添付すること。

※3 機器による印字または自署とすること。

(別添2-4)

講義・演習室使用承諾書

年 月 日

(研修事業者名) 様

設置者又は管理者名

貴団体の実施する移動支援従業者養成研修事業(課程)の講義・演習室として、
下記のとおり、使用を承諾します。

所在地	
施設名	
使用室	
使用室の面積	m ²
使用コースの最大定員	名

※講義・演習室にあっては受講者1名あたり1.65m²以上とする。

※面積の分かる平面図等を添付すること。

(別添 2 - 5) ①

実習施設一覧表

知的障がい課程 実習科目記号 (8C) 実習科目名 コミュニケーション実習 (知的障がい)

運営主体 (法人名)	施設・事業種別	施設・事業所名	所在地
(例)社会福祉法人 ○○会	障がい者支援施設	△△△	□□市□□ 1 - 1 - 1

知的障がい課程 実習科目記号 (9C) 実習科目名 外出介助実習

運営主体 (法人名)	施設・事業種別	施設・事業所名	所在地
(例)社会福祉法人 ○○会	障がい者支援施設	△△△	□□市□□ 1 - 1 - 1

(別添2-5) ②

実習施設一覧表

精神障がい課程 実習科目記号 (8D) 実習科目名 コミュニケーション実習 (精神障がい)

運営主体 (法人名)	施設・事業種別	施設・事業所名	所在地
(例)社会福祉法人 ○○会	障がい者支援施設	△△△	□□市□□1-1-1

(別添2-6)

実習施設承諾書

年 月 日

(研修事業者名) 様

法人・団体名
施設・事業所名
代表者又は施設長の職・名

貴団体の実施する移動支援従業者養成研修事業（ 課程）の実習施設として、下記の通り、実習の受け入れを承諾します。

運営主体（法人名）	
施設・事業種別	
施設・事業所名	
所在地	
実習指導者名及び実務経験年数 （介護・看護・相談業務等）	（実務経験 年 ヶ月）
実習科目記号・実習科目名	
実習受け入れ時期	年 月～

※実習指導者については、介護・看護・相談業務等の実務経験が5年以上の者であること。

※承諾書は、実習科目ごとに受領すること。

(別添3-1)

年 月 日現在

研修スケジュール 移動支援従業者養成研修 (全身・知的・精神)

指定番号 _____ 課程 _____ 課程 _____
法人・団体名 _____
コース名 _____ 定員 _____ 名 _____

年 月 日	科目記号・科目名	時 間	講師・助手名	実施場所	備考
年 月 日()	開講式・オリエンテーション	: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
年 月 日()		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
年 月 日()		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
年 月 日()	閉講式	: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		
		: ~ :	h		

※この様式をもとに、各課程・カリキュラムに応じて適宜修正して使用すること。

※開講式は必ず実施すること。

※研修開始時及び実習開始前には、オリエンテーションを事前に実施すること。

(別添3-1) ※記載例：○○○○の場合

年 月 日現在

研修スケジュール 移動支援従業者養成研修 (全身・知的・精神)

指定番号 _____ 課程 _____ 課程 _____
法人・団体名 _____
コース名 _____ 定員 _____ 名

年 月 日	科目記号・科目名	時 間	講師・助手名	実施場所	備考
○年○月○日()	開講式・オリエンテーション	: ~ : : ~ : : ~ : : ~ : : ~ :	h h h h h	○○ ○○	
年 月 日()		: ~ : : ~ : : ~ : : ~ :	h h h h		
年 月 日()		: ~ : : ~ : : ~ : : ~ :	h h h h		
年 月 日()		: ~ : : ~ : : ~ : : ~ :	h h h h		

① 1人の講師が担当できる項目数は3科目以内とすること。

② 受講生が20名を超えて演習を実施する場合は、
その担当講師を加え、受講者20名につき助手を1名以上配置すること。
ただし、交通機関利用の介助演習（知的障がい課程における外出介助実習形式
で実施する場合を含む）については、講師と助手を合わせて、受講者5名につ
き1名以上配置すること。

※この様式をもとに、各課程
※開講式は必ず実施すること。
※研修開始時及び実習開始前

(別添4-1)

修了者名簿

※修了年月日は、修了証明書に記載する日付としてください。

法人・団体名	指定番号	研修課程	コース名	修了書番号	受講番号	修了者名	ふりがな	生年月日	研修開始日	修了年月日
称号名称を正確に記載すること。 省略文字を使用しないこと。 良い例：株式会社大阪商事 悪い例：㈱大阪商事	半角数字	移動全身/ 移動知的/ 移動精神の いずれかを 記載する。	開講届・ 実績報告 に記載の とおり	62 大阪第00-63-00-00号 64	「任意」	良い例：大阪太郎 悪い例：大阪□太郎 ※姓と名の上にスペース を入れない	良い例：おおさかたろう 悪い例：おおさか□たろう ※姓と名の上にスペースを 入れない	※セルの書式設定は 日付とすること。 (文字入力にしない) 記載例)H25.4.1	同左	同左
株式会社大阪商事	99	移動全身	8月梅田コース	大阪13-62-99-0001号	0001	大阪太郎	おおさかたろう	S60.11.3	H25.4.1	H25.6.15
株式会社大阪商事	99	移動知的	8月梅田コース	大阪13-63-99-0002号	0002	浪速花子	なにわはなこ	S55.7.13	H25.4.1	H25.6.15
株式会社大阪商事	99	移動精神	8月梅田コース	大阪13-64-99-0003号	0003	和泉二郎	いずみじろう	H1.1.8	H25.4.1	H25.6.15
↑										
大阪第【開講した年度の西暦下2桁】-【課程番号「 』-【指定番号】-【任意の番号】号 とすること。							※セル列を増やし、非表示セルのデータを 参照させたり、関数等の計算式をそのまま セル内に残した状態で大阪府に提出しない こと。			

←記載例
セルの設定

(別添4-2)

記載例

出席簿

指定番号 ○○

商号又は名称

項目数	1	2	～	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
月日	4/30	4/30	～	8	/	/	/	/	/	/	/	/	/
時間滞 (昼休12時～13時)	9:30 ～ 10:00	10:00 ～ 11:00	10:00 ～ 12:00	～	13:00 ～ 16:00	～	～	～	～	～	～	～	～
時間	1 H	2 H	～	3 H	～	～	～	～	～	～	～	～	～
科目・項目番号		(2)	(1)	～	(8C)	～	～	～	～	～	～	～	～
項目名	テ開 一講 シ式 ンオ (リ エン	務移 動支 援従 業 者 の 業	制障 度 が と い 移 動 支 援 事 業 社	～	実 習 ミ ト ニ 知 的 障 が い シ ン	～	～	～	～	～	～	～	～
講師自筆署名	和泉	摂津	摂津	～	実習	～	～	～	～	～	～	～	～
講師自筆署名 (補助講師)				～									

左記の月日、時間帯等の順番については、「研修スケジュール」と一致させてください。

実習を実施する際も、項目名を記載すること。

講師は、必ず自署であること。受講生は、押印でも自署でも可。

		受講者名											
1	押印・署名欄	大阪太郎	大阪太郎	大阪太郎	～	5月3日							
	補講実施日				～								
2	押印・署名欄	浪速花子	浪速	浪速	～	5月4日							
	補講実施日			6月3日	～								
3	押印・署名欄	ご本人確認書類と完全に一致した漢字で記載すること。											
	補講実施日				～								
4	押印・署名欄				～								
	補講実施日				～								

補講実施日(レポート補講の場合は評価日)を記載すること。

※1 欠席した科目には「×」、免除対象の科目には「/」と記載すること。
 なお、補講を行った場合は、下段の「補講実施日」欄にその日付(レポート補講の場合は評価した日)を記載すること。
 ※2 出席簿は講義・演習室に備え付け、教科始業時に毎回受講者本人の署名又は押印により出席を確認すること。
 ※3 「(1)職務の理解」又は「(10)振り返り」において、実習を実施した場合は本出席簿の押印・署名欄にその実施

実習実施一覧表 (知的障がい課程)

指定番号 _____ 課程 知的障がい課程
法人・団体名 _____
コース名 _____

○利用実習施設一覧

(8C)コミュニケーション実習 (知的障がい)		(9C)外出介助実習	
施設番号	施設・事業所名	施設番号	施設・事業所名
A1		B1	
A2		B2	
A3		B3	
A4		B4	
A5		B5	
A6		B6	
A7		B7	
A8		B8	
A9		B9	
A10		B10	
A11		B11	
A12		B12	
A13		B13	
A14		B14	
A15		B15	

※当該コースで実際に利用した全実習施設を記載すること。

(別添4-3) ①-イ

○実習実施日一覧

受講 番号	受講者名	(8C)コミュニケーション 実習 (知的障がい) (3時間)		(9C)外出介助実習 (5時間)	
		施設 番号	実習 月日	施設 番号	実習 月日
(例)	〇〇 〇〇	A1	6/6	B2	6/8
1			/		/
2			/		/
3			/		/
4			/		/
5			/		/
6			/		/
7			/		/
8			/		/
9			/		/
10			/		/
11			/		/
12			/		/
13			/		/
14			/		/
15			/		/
16			/		/
17			/		/
18			/		/
19			/		/
20			/		/
21			/		/
22			/		/
23			/		/
24			/		/
25			/		/
26			/		/
27			/		/
28			/		/
29			/		/
30			/		/
31			/		/
32			/		/
33			/		/
34			/		/
35			/		/
36			/		/
37			/		/
38			/		/
39			/		/
40			/		/

実習実施一覧表 (精神障がい課程)

指定番号 _____ 課程 精神障がい課程
 法人・団体名 _____
 コース名 _____

○利用実習施設一覧

(8D)コミュニケーション実習 (精神障がい)	
施設番号	施設・事業所名
A1	
A2	
A3	
A4	
A5	
A6	
A7	
A8	
A9	
A10	
A11	
A12	
A13	
A14	
A15	

※当該コースで実際に利用した全実習施設を記載すること。

○実習実施日一覧

受講番号	受講者名	(8D)コミュニケーション実習(3時間)	
		施設番号	実習月日
1			/
2			/
3			/
4			/
5			/
6			/
7			/
8			/
9			/
10			/
11			/
12			/
13			/
14			/
15			/
16			/
17			/
18			/
19			/
20			/
21			/
22			/
23			/
24			/
25			/
26			/
27			/
28			/
29			/
30			/
31			/
32			/
33			/
34			/
35			/
36			/
37			/
38			/
39			/
40			/

(別添4-4)

受講者一覧名簿

商号又は名称				
指定番号		コース名		
受講番号		日付	受講者名(自署)	備考
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		
	開講式・ オリエンテーション	年 月 日		
	研修修了日	年 月 日		

※研修修了日は、当該課程のカリキュラム(補講等含む)を全日程出席(完了)した日としてください。

(参考様式1)

補講レポート評価表

受講番号				
受講者名				
科目記号				
科目名				
担当講師名				
課題				
コメント				
講師署名		評価日	年 月 日	合・否

※レポートは1200字以上とすること。

※評価表は受講者本人に渡し、その写しを保管すること。

(参考様式3)

苦情・相談対応記録簿

受付日	年 月 日() 時 分		記入者 (担当者)	
申立人	(フリガナ) 氏 名		電話番号	— —
	住 所			
苦情等の内容				
事実確認の状況				
対応状況				

その後の経過	その後の経過			
	申立人への報告	年 月 日() 時 分	方法等	
	顛末(結果)			
再発防止のための取組み	苦情等が発生した要因分析	原因	<input type="checkbox"/> 説明不足 <input type="checkbox"/> 職員の態度・対応 <input type="checkbox"/> 研修の内容 <input type="checkbox"/> 管理体制 <input type="checkbox"/> 権利侵害 <input type="checkbox"/> その他()	
		具体的要因		
	再発防止のための改善策			
	改善策の実践状況			
(備考)				