

事務連絡
令和 7 年 3 月 28 日

各
{

都道府県
指定都市
中核市
児童相談所設置市
 障害保健福祉・児童福祉主管部（局） 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
こども家庭庁支援局障害児支援課

地域のニーズを踏まえた障害福祉サービス事業者指定の仕組み（意見申出制度） の活用について

地域のニーズに応じたサービス提供体制の確保を図るため、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律等の一部を改正する法律（令和 4 年法律第 104 号）により、都道府県が行う事業者指定及び指定更新に対し、市町村が関与できる仕組み（以下「意見申出制度」という。）を創設し、令和 6 年 4 月 1 日付で施行されました。

今般、意見申出制度の活用について、下記のとおり整理いたしましたので、内容について御了知の上、対応いただくとともに、管内市町村、障害福祉サービス事業所等への周知等をお願いいたします。

記

第 1 意見申出制度について

i 制度の概要

市町村が障害福祉計画及び障害児福祉計画（以下「障害福祉計画等」という。）で地域のニーズを把握し、必要なサービスの提供体制の確保を図る一方で、事業者の指定は都道府県が行うため、地域のニーズ等に応じたサービス事業者の整備に課題があるとの指摘を踏まえ、令和 6 年 4 月から、意見申出制度を導入した。

この仕組みは、市町村が障害福祉計画等で地域のニーズを把握し、必要なサービスの提供体制の確保を図れるよう、

- ・市町村は、都道府県の事業所指定について、障害福祉計画等との調整を図る見地から意見を申し出ること
- ・都道府県は、その意見を勘案して指定に際し必要な条件を付し、条件に反した事業者に対して勧告及び指定取消しを行うこと

をできることとしたものである。

また、指定都市及び中核市においては、市町村障害福祉計画等との調整を図る見地から、事業所の指定にあたって、当該事業の適正な運営を確保するために必要と認める条件を付すことができることとしたものである。

第 2 意見申出制度の活用について

i 各自治体において対応いただきたい事項

第1の制度趣旨を踏まえ、各自治体におかれては、意見申出制度の積極的な活用をお願いしたい。各自治体において、具体的に実施いただきたい事項を下記のとおり整理したので、ご対応いただきたい。

- ・ 都道府県が対応すべき事項

管内市町村に対して、本制度の周知を図り、通知の求めを行うかの検討を促すとともに、各市町村に通知を求めるかどうかの照会を明示的に行い（期限を区切って回答を求める等）、制度の運用を図っていただきたい。

- ・ 政令市・中核市が対応すべき事項

市町村障害福祉計画等に即したサービス提供体制の確保の観点から、積極的に制度の活用を検討いただきたい。また、条件を付す際は、市町村障害福祉計画等の記載が根拠となることから、次期障害福祉計画等の策定にあたっては、意見申出制度の活用も念頭に入れたうえで、必要な記載の検討を行っていただきたい

- ・ 市町村が対応すべき事項

地域のニーズを把握する市町村が、都道府県の指定に意見申出を行うことは、必要なサービスの提供体制の確保に資するものであるため、通知の求め及び意見申出の実施について、積極的に検討いただきたい。また、政令市・中核市と同様、意見を申し出る際は、市町村障害福祉計画等の記載が根拠となることから、次期障害福祉計画等の策定にあたっては、意見申出制度の活用も念頭に入れたうえで、必要な記載の検討を行っていただきたい。

ii 留意事項

この仕組みの運用に当たっては、以下の点に留意いただきたい。

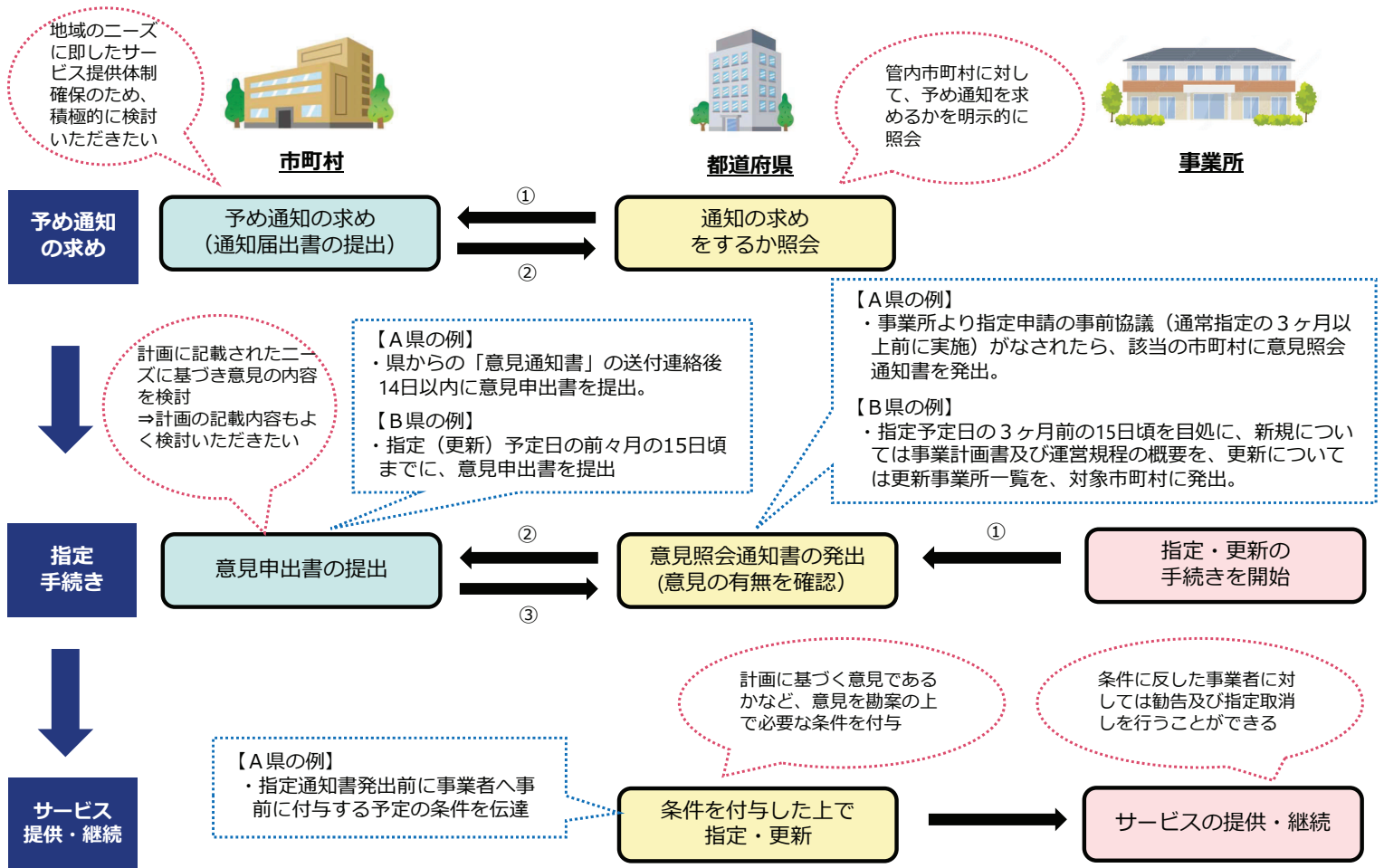
- ・ 制度の目的が、地域における障害福祉サービス等のニーズを踏まえた必要なサービス提供体制の確保であること
- ・ 市町村の意見や都道府県が付することのできる条件の内容は、障害福祉計画等に記載されたニーズに基づき検討されるべきものであること

第3 意見申出制度の概要、運用フロー及び活用事例について

別添1のとおり、制度概要、運用フロー及び活用事例をまとめたので参考にされたい。また、別添2～4の様式例も活用いただきたい。

なお、これらはあくまで一例として示したものであり、適宜工夫の上、積極的な制度活用を図られたい。また、活用事例も別添1に示したものに限られるものではないため、積極的な活用を検討されたい。

意見申出制度の運用フロー



意見申出制度の活用事例

市町村からの意見申出

根拠となる福祉計画書の記載

都道府県が付した条件

事例 1

特定のサービス利用児に限らず、医療的ケア児や重症心身障害児、行動障害の強い児童などの広く積極的な受け入れに努めること。
(短期入所)

重症心身障がい児及び医療的ケア児とその家族が安心して暮らせるよう、県が実施する医療型短期入所事業所促進事業などの活用も含め、市内事業者と協働して短期入所の充実を図ります。

医療的ケア児や重症心身障害児、行動障害の強い児童などの受け入れを広く積極的に努めること。

事例 2

強度行動障害者支援者養成研修を積極的に受講し、専門的な対応のできる職員の養成に努めること。(共同生活援助)

県が実施する「強度行動障害者支援者養成研修」を広く周知し、民間の受け皿が増えるようサービス提供体制の強化に努めます。

強度行動障害者支援者養成研修を積極的に受講し、専門的な対応のできる職員の養成に努めること。

事例 3

就労移行支援や就労継続支援 A 型の利用を適宜促すなど就労に向けたステップアップができるような支援に努めること。
(就労継続支援 B 型)

通所訓練系サービスの利用者の力を最大限に伸ばしていくためには、生活介護から就労継続支援、さらには就労移行支援へといった、利用者の状態や希望に合わせてステップアップしていく利用を促していきます

障害の程度や就労への移行に合わせてステップアップできるよう支援に努めること。

事例 4

障害児相談支援事業所の市内開設について、今後、市との意見交換に応じること。
(児童発達支援)

障がい児相談支援については、事業所の業務負担が大きいためにアンケート調査により明らかになりました。今後、市とサービス等提供事業所で協議を重ねながら、サービスの質・量の充実を図っていきます。

障害児相談支援事業所の市内開設について、今後、市との意見交換に応じること。

事例 5

市の（自立支援）協議会に参加すること。
(各サービス)

障がい者が住み慣れた地域で自立した生活を実現するために、一人ひとりのニーズに応じた適切なサービスが提供できるよう、協議会等において、必要なサービス量等の情報を共有し、受入体制の確保や新規参入を促すとともに、（略）、サービスの提供体制の整備に努めます。
※共同生活援助の場合

市の（自立支援）協議会に参加すること。

通 知 届 出 書

文 書 番 号
令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 〇〇県知事 〇〇 〇〇

(届出者) 〇〇市長 〇〇 〇〇

次のとおり通知の求め及び通知を求める際の伝達内容について届け出ます。

1. 対象となる障害福祉サービス等の種類等

対象となる障害福祉サービスの種類	通知の求め (※1)		対象となる区域 (※2)	対象となる期間 (※3)
	指定	更新		
全サービス				
(全サービス以外の場合は下記の該当するサービスに記載)				
居宅介護				
重度訪問介護				
同行援護				
行動援護				
重度障害者等包括支援				
療養介護				
生活介護				
短期入所				
自立訓練 (機能訓練)				
自立訓練 (生活訓練)				
就労選択支援				
就労移行支援				
就労継続支援 A 型				
就労継続支援 B 型				
就労定着支援				
自立生活援助				
共同生活援助				
地域移行支援				
地域定着支援				
児童発達支援				
放課後等デイサービス				
居宅訪問型児童発達支援				
保育所等訪問支援				

- (※1) 通知を求めるサービスに○をしてください。
- (※2) 対象事業者が事業所を設置しようとしている障害保健福祉圏域 (障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針 (平成 29 年厚生労働省告示第 116 号) 第一の一の 5 の規定により市町村及び都道府県が定める区域をいう。) 内の区域の全域又は特定の場所を記載してください。
- (※3) 期間を設定する必要がない場合は記載不要。

2. その他必要な事項

意 見 照 会 通 知 書

文 書 番 号
令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 〇〇市町村長 〇〇 〇〇

(届出者) 〇〇県知事 〇〇 〇〇

指定障害福祉サービス事業者の指定または更新における意見照会について次のとおり通知します。
意見がある場合は、通知の日から〇日以内に「意見申出書」により意見の申出をしてください。

障 害 福 祉 サ ー ビ ス の 種 類				多 機 能 ・ 共 生 型 実 施 の 有 無				
申 請 者	フリガナ							
	名 称							
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 ー)						
	代表者の職・氏名	職 名		フリガナ	氏 名			
	代表者の住所	(郵便番号 ー)						
	代表者の生年月日	年 月 日						
事 指 定 業 (指 定 業 業 受 け 所 情 と す 報 告)	主たる	フリガナ						
		名 称						
	従たる	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 ー)					
		フリガナ						
	注1	名 称						
		事業所(施設)の所在地	(郵便番号 ー)					
	指定(指定の更新)申請をする事業の開始(更新)予定年月日				利用者の推定数 ^{注2}			
	運 営 規 程	事業の目的および運営の方針						
		従業員の職種、人数および職務の内容						
		営業日および営業時間						
利用対象市町ごとの利用定員								

注1 申請事業所の所在地以外の場所に当該事業所の一部として使用される事務所を有するときに記載します(指定一般相談支援事業に関しては不要です。)。なお、従たる事業所が2箇所以上の場合は行を追加してください。

2 「利用者の推定数」は、療養介護、生活介護、短期入所(併設事業所において行うものに限り。)、自立訓練(機能訓練)、自立訓練(生活訓練)、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、就労定着支援、自立生活援助または共同生活援助に限り。ます。

意 見 申 出 書

文 書 番 号
令和〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 〇〇県知事 〇〇 〇〇

(届出者) 〇〇市長 〇〇 〇〇

指定障害福祉サービス事業者の指定（更新）における意見の申出について次のとおり提出します。

対 象 と な る 障 害 福 祉 サ ー ビ ス の 種 類	
条件を付すことを求める理由 (障害福祉計画の該当部分を合わせて記載)	
求める条件の内容	
その他必要な事項	

- 注 1 意見照会通知書の通知の日から〇日以内に当該意見申出書を提出してください。
- 2 必要に応じて、条件を付す理由の根拠書類を添付してください。