

## 川崎市障害者共同生活援助事業所選定委員会事務取扱要領

### (趣旨)

第1条 この要領は、川崎市障害者共同生活援助事業所選定委員会設置要綱（以下「要綱」という。）に基づき障害者共同生活援助事業所選定委員会（以下「委員会」という。）を設置し、共同生活援助事業（以下「事業」という。）を行う障害者共同生活援助事業所（以下「事業所」という。）を選定する際に必要な事項を定めるものとする。

### (委員会の実施の公表)

第2条 委員長は、委員会を実施しようとするときは、次の各号に掲げる事項を、ホームページへの掲載等の方法により公表するものとする。

- (1) 事業名、事業内容及び履行期限
- (2) 事業所の選定基準
- (3) 担当部課
- (4) 障害者共同生活援助事業計画書の交付の期間、場所及び方法
- (5) 障害者共同生活援助事業計画書の提出期限、場所及び方法
- (6) その他委員長が必要と認める事項

### (応募方法)

第3条 事業の実施を希望する者（以下「応募者」という。）は、前条第5号に規定する期限までに、障害者共同生活援助事業計画書（第1号様式。以下「事業計画書」という。）及び必要書類（委員長が前条第6号に基づき指定する場合に限る。）を提出しなければならない。

### (選定)

第4条 委員会は、応募者から提出された事業計画書について、別表に基づき採点を行い、その採点結果及び前条に定める必要書類並びに次項に定める事項を基に第2条第1号に定める履行期限が属する年度の予算状況の範囲内で、事業所の選定を行う。ただし、委員会の出席委員全員の合計点数が基準点（基準評価満点の60%）に満たない場合は、選定しない。

2 委員会は、事業所の選定にあたっては、次の各号に掲げる事項に留意しなければならない。

- (1) 事業所が特定の地域に偏らないように配慮する。
- (2) 事業所が特定の運営主体に偏らないように配慮する。
- (3) 主たる対象とする障害種別が偏らないように配慮する。
- (4) 地域のニーズ及び利用者のニーズに配慮する。

### (選定結果の通知)

第5条 障害保健福祉部は、前条の選定結果について委員会から通知を受けた場合は、応募者に対し、速やかに選定結果を川崎市障害者共同生活援助事業所選定結果通知書（第2号様式）により通知するものとする。

### (選定手続の省略)

第6条 第3条、第4条及び第5条の規定に関わらず、事業所の運営法人に変更があった場合又は本実施要領とは別に市の募集要項等により併設可能なサービスとして位置付けられ、選定されている場合等には、当該法人の運営状況等を十分に参酌したうえで、第3条、第4条及び第5条に規定する手続の全部または一部を省略することができる。

### 附 則

この要領は、平成29年1月10日から施行する。

### 附 則

この要領は、平成29年2月20日から施行する。

附 則

この要領は、平成２９年７月１日から施行する。

附 則

この要領は、平成２９年１１月２４日から施行する。

附 則

この要領は、平成３０年１１月８日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年５月７日から施行する。

附 則

この要領は、令和元年１０月１５日から施行する。

附 則

この要領は、令和２年１１月２４日から施行する。

附 則

この要領は、令和３年４月１日から施行する。

附 則

この要領は、令和４年１１月１日から施行する。

附 則

この要領は、令和５年６月１日から施行する。

附 則

この要領は、令和５年１１月１０日から施行する。

附 則

この要領は、令和６年１０月３１日から施行する。

別表（第4条関係）（最大55点）

項目	評価事項	評価基準	点数
事業の実績  ※1～3のうち該当するものについて評価	1-1 川崎市内において、第1条に定める事業の実績がある応募者		
	(1) 川崎市内において、第1条に定める事業の実績がある。	10年以上	5
		5年以上10年未満	3
		5年未満	1
	(2) 以下のいずれにも該当しない。(※法人の責によらない、やむを得ない場合は該当しないものとする。) ① 過去5年以内に、委員会で承認を受けた事業所の定員について減員をしたことがある。 ② 過去5年以内に、委員会で承認を受けた事業所について、辞退をしたことがある。 ③ 過去5年以内に、第1条に定める事業所について、定員の承認の取消しを受けたことがある。 ④ 過去5年以内に、委員会で承認を受けた事業所について、提出した計画と異なる所在地で共同生活援助事業を実施したことがある。(事業計画に書かれた同一区内で実施した場合) ⑤ 過去5年以内に、委員会で承認を受けた事業所について、提出した計画と異なる所在地で共同生活援助事業を実施したことがある。(上記を除く) ※④・⑤については、令和7年3月以前に実施されたものは該当しないものとする。	①～⑤のいずれにも該当しない。	3
		④に該当する。	1
		①、②、③、⑤のいずれかに該当する。	0
	(3) 同一法人が運営する全ての事業所について、過去5年以内に不正受給等による返還請求を受けたことがない。	返還請求を受けたことがない。	2
		返還請求を受けたことがある。	0
	1-2 1-1に該当しない応募者（1-1以外の事業の実績がある）		
	(1) 川崎市外において、第1条に定める事業の実績がある。	10年以上	4
		5年以上10年未満	3
		5年未満	2
		実績がない	0
	(2) 川崎市内又は川崎市外において、第1条に定める事業以外の、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又は児童福祉法に基づく事業の実績がある。	10年以上	4
		5年以上10年未満	3
		5年未満	2
		実績がない	0
	(3) 同一法人が運営する全ての事業所について、過去5年以内に不正受給等による返還請求を受けたことがない。	返還請求を受けたことがない。	2
		返還請求を受けたことがある。	0

		1－3 1－1 及び 1－2 に該当しない応募者（事業の実績がない）		
		(1) 以下の両方に該当する。 ① 法人格を有する。 ② 法人の定款又は寄附行為等に、第 1 条に定める事業の実施についての定めがある	①及び②の両方に該当する。	5
			①のみ該当する。	3
			①及び②のいずれにも該当しない。	0
理念等について	運営方針・	2 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の基本理念を踏まえ、障害者が希望する地域生活の実現・継続を支える運営方針・理念となっているか。		5 ～ 0
新築・増設・増員予定の共同生活住居について	3	特に必要性の高い利用者に対して受け入れる体制がある。（※複数該当する場合はそれぞれ加点する。） ① 日中サービス支援型共同生活援助を新規開設する。 ② 行動障害等を主とした重度障害者に対応した共同生活援助(※1)を新規開設する又は定員増により受け入れる。 ③ 障害者支援施設及び障害児入所施設に入所していた障害児者又は病院に 1 年以上入院していた障害者の受け入れを積極的に行う。	①に該当する。	3
			②に該当する。	2
			③に該当する。	2
	4	必要な人員（管理者、サービス管理責任者、世話人、生活支援員）が確保できている。	人員の全てを確保できている。	3
			サービス管理責任者を確保できている。	2
			サービス管理責任者以外を確保できている。	1
			人員が全て未定である	0
	5	夜間に支援を行う。 ① 夜間支援を行う（夜勤・宿直） ② 夜間支援を行う（緊急連絡先確保）	①に該当する	2
			②に該当する	1
			全て該当しない	0
		土日祝日等の支援を行う。	該当する	2
			該当しない	0
		バックアップ施設が有る。	該当する	1
	該当しない		0	
	6	職員の資質向上に向けた取組（研修等）を計画している。	大変有効的な計画をしている	5
			有効な計画をしている	3
			計画している	1

			計画がない	0
	7	地域の中で家庭的な雰囲気の下、共同して暮らせる環境が整っている。(利用者の障害特性に応じて工夫された住居である等)	良い	5
			普通	3
			やや劣る	1
			劣る	0
	8	地域のニーズや利用者のニーズに配慮している点がある。	十分に配慮している	5
			配慮している	3
			配慮に欠ける	1
			配慮している点がない	0
	9	専門的知識を有する者や適切に支援する能力を有する者を配置予定である。 ①福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)(Ⅱ)いずれかを取得予定 ②看護職員配置加算を取得予定 ③重度障害者支援加算(Ⅰ)または(Ⅱ)を取得予定	①～③の全てに該当する	5
			①～③のいずれか2つに該当する	3
			①～③のいずれか1つに該当する	2
			全て該当しない	0
その他	10	同一法人が運営する、川崎市内における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又は児童福祉法に基づく事業所について、過去5年以内に、次の項目が認められた。 ①指導監査によって、基準上重大な違反が認められた。 ②虐待の通報によって、虐待と認められた。	①、②のいずれにも該当しない	5
			②に該当する	2
			①に該当する	0

※1 障害支援区分が5以上であり、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者が入居予定者の半数以上とする

(第1号様式)

年 月 日

選定委員会委員長  
(健康福祉局障害保健福祉部長)

住 所  
法 人 名  
代表者職氏名

年度障害者共同生活援助事業計画書

1 運営主体について

法人格の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
(無しの場合)		
取得予定時期		
共同生活援助の 運営実績	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績なし	
(実績ありの場合) 川崎市内外の実績	<input type="checkbox"/> 川崎市内での実績 ____年____ヶ月(※平成18年4月1日以降の実績を記載) <input type="checkbox"/> 川崎市外での実績 ____都・道・府・県____市・区 ____年____ヶ月(※平成18年4月1日以降の実績を記載)	
共同生活援助以外 の障害者・障害児の 事業実績	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実績なし	
(実績ありの場合) 事業内容	(事業名)	(期間)
共同生活援助の 定員減の有無	<input type="checkbox"/> 減員していない <input type="checkbox"/> 減員した	
辞退の有無	<input type="checkbox"/> 辞退していない <input type="checkbox"/> 辞退した	
承認取消しの有無	<input type="checkbox"/> 承認取消しを受けていない <input type="checkbox"/> 承認取消しを受けたことがある	
返還請求等の有無	<input type="checkbox"/> 返還請求を受けていない <input type="checkbox"/> 返還請求を受けたことがある	

※ 「共同生活援助の定員減の有無」は、過去5年以内に共同生活援助事業所の定員減の有無についてお答えください。

※ 「辞退の有無」は、過去5年以内に障害者共同生活援助事業所選定委員会で受けた決定についてお答えください。

※ 「承認取消しの有無」は、過去5年以内に障害者共同生活援助事業所選定委員会で承認を受けた定員の承認取消しの有無についてお答えください。

※ 「返還請求等の有無」は、同一法人が運営する事業所において、過去5年以内の不正受給等による返還請求の有無についてお答えください。

## 2 共同生活援助事業を実施するにあたっての運営方針・理念等

（自由記述）

①共同生活援助事業を実施するにあたり、どのような理念のもと、新規設置し、運営していくのか記載してください。

②想定する具体的な利用者像に基づき、利用者へどのような支援を実施していくのか記載してください。

③共同生活援助に期待されている役割への取組内容を記載してください。

（例：重症心身障害者、児童福祉施設（加齢児含む）からの地域移行、一人暮らしへの移行等）

④開設までに要する費用の見込み（総事業費、自己資金等）、事業収支見込み（開設後5年間以上の収支予算）を記載してください。

### 3 計画内容について

- ☐ (1) 新規事業所開設  
☐ (2) 新規共同生活住居（サテライト型住居を含む）の設置による定員増  
☐ (3) 転居に伴う定員増  
☐ (4) 既存の共同生活住居の定員増

※ (1) ～ (4) のうち該当する項目に記入

#### (1) 新規事業所開設

サービス類型	<input type="checkbox"/> 介護サービス包括型 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型(※1) <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型	
事業所名称(予定)		
共同生活住居名称(予定)		
入居定員	新規 名 (男性 名、女性 名、不問)	
所在地(予定)		
開設予定年月	年 月	
主たる障害	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 定めない	
主たる障害を特定する場合、その理由		
行動障害等を主とした重度障害者(※2)の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※3) <input type="checkbox"/> なし	<受入れ体制内容を御記載ください>
障害者支援施設・障害児入所施設に入所していた障害児者等の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※4) <input type="checkbox"/> なし	

※1「日中サービス支援型」を選択した場合、本事業計画書どおり実施していただくことが前提条件となります。



## (2) 新規共同生活住居（サテライト型住居を含む）の設置による定員増

事業所名称		事業所番号	
共同生活住居名称(予定)			
入居定員	新規名 (男性 名、女性 名、不問)		
所在地 (予定)			
設置予定年月	年 月		
<事業所全体の定員の状況> 現在の定員： 人 現在の入居者数： 人			
<定員に空きがある場合、定員増を申請する理由を御記載ください>			
行動障害等を主とした重度障害者 (※2)の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※3)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	<input type="checkbox"/> なし		
障害者支援施設・障害児入所施設に入所していた障害児者等の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※4)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	<input type="checkbox"/> なし		

## (3) 転居に伴う定員増

事業所名称		事業所番号	
共同生活住居名称			
入居定員	増加名 (男性 → 名、女性 → 名、不問)		
所在地 (予定)			
転居予定年月	年 月		
<事業所全体の定員の状況> 現在の定員： 人 現在の入居者数： 人			
<定員に空きがある場合、定員増を申請する理由を御記載ください>			
行動障害等を主とした重度障害者 (※2)の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※3)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	<input type="checkbox"/> なし		
障害者支援施設・障害児入所施設に入所していた障害児者等の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※4)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	<input type="checkbox"/> なし		

(4) 既存の共同生活住居の定員増

事業所名称			事業所番号	
共同生活住居名称				
入居定員	増加 名 (男性 → 名、女性 → 名、不問)			
増加予定年月	年 月			
<事業所全体の定員の状況> 現在の定員： 人 現在の入居者数： 人				
<定員に空きがある場合、定員増を申請する理由を御記載ください>				
行動障害等を主とした重度障害者 (※2)の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※3)		<受入れ体制内容を御記載ください>	
	<input type="checkbox"/> なし			
障害者支援施設・障害児入所施設に入所していた障害児者等の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※4)		<受入れ体制内容を御記載ください>	
	<input type="checkbox"/> なし			

※2 障害支援区分が5以上であり、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者が入居予定者の半数以上とする。

※3「行動障害等を主とした重度障害者の受入れ体制」で「あり」を選択した事業所については、本事業計画書どおりに実施していただくことが前提条件となります。

※4「障害者支援施設・障害児入所施設に入所していた障害児者等の受入れ体制」で「あり」を選択した事業所については、選定結果通知後に障害者支援施設又は障害児入所施設から受入れ調整について、御連絡がいく場合があります。(選定結果通知書の選定結果欄に「承認」と記載された事業所に限ります。)

#### 4 当該共同生活援助事業所の人員配置

##### (1) 管理者

氏 名		
就 業 形 態	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務（兼務先： ）	
兼務する職種 ・事業所等		
資 格		
実 務 経 験	(勤務先)	(期間)

##### (2) サービス管理責任者

氏 名		
就 業 形 態	<input type="checkbox"/> 専従 <input type="checkbox"/> 兼務（兼務先： ）	
兼務する職種 ・事業所等		
研修受講状況	・サービス管理責任者等研修（旧体系） <input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者補足研修 <input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等基礎研修 <input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等実践研修 <input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月） <input type="checkbox"/> 受講予定（ 年） ・サービス管理責任者等更新研修 <input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月） <input type="checkbox"/> 受講予定（ 年）	
資 格		
実 務 経 験	(勤務先)	(期間)

##### (3) 世話人及び生活支援員

世話人	配置予定人数	人	（うち雇用が決まっている人数）	人
生活支援員	配置予定人数	人	（うち雇用が決まっている人数）	人
夜間支援員	配置予定人数	人	（うち雇用が決まっている人数）	人
看護師	配置予定人数	人	（うち雇用が決まっている人数）	人

※具体的な勤務形態・勤務時間もあわせて確認します。次の書類を添付してください。

- ・「介護給付費等算定に係る体制に関する届出様式」別紙2－3「従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表」
- ・組織体制図（参考様式7 又は 任意様式）

(4) 取得予定の加算について

<input type="checkbox"/> 福祉専門職員配置等加算 (Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 通勤者生活支援加算
<input type="checkbox"/> 福祉専門職員配置等加算 (Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 医療的ケア対応支援体制加算
<input type="checkbox"/> 福祉専門職員配置等加算 (Ⅲ)	<input type="checkbox"/> 看護職員配置体制加算
<input type="checkbox"/> 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 (Ⅰ)	<input type="checkbox"/> 居住支援連携体制加算
<input type="checkbox"/> 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 (Ⅱ)	<input type="checkbox"/> 移行支援住居体制加算(自立生活支援加算(Ⅲ))
<input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算	<input type="checkbox"/> 夜間支援等体制加算 (Ⅰ)
<input type="checkbox"/> 地域生活移行個別支援特別加算	<input type="checkbox"/> 夜間支援等体制加算 (Ⅱ)
<input type="checkbox"/> 精神障害者地域移行特別加算	<input type="checkbox"/> 夜間支援等体制加算 (Ⅲ)
<input type="checkbox"/> 強度行動障害者地域移行特別加算	<input type="checkbox"/> 夜勤職員加配加算(日中のみ)
<input type="checkbox"/> 強度行動障害者体験利用加算	<input type="checkbox"/> 福祉・介護職員等処遇改善加算対象
<input type="checkbox"/> 医療連携体制加算 (Ⅶ)	<input type="checkbox"/> 福祉・介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) 区分

5 当該共同生活住居における、夜間等の支援体制の予定

夜間支援の有無 とその体制	<input type="checkbox"/> 有り (週 日: 時～ 時) <input type="checkbox"/> 無し
	⇒ <input type="checkbox"/> 夜勤 <input type="checkbox"/> 宿直 <input type="checkbox"/> その他 ( )
バックアップ 施設	<input type="checkbox"/> 確定している ・ 名 称 : ・ 事業所からの距離 : _____ k m、 _____ 分 <input type="checkbox"/> 未定

6 研修体制等、職員の資質向上に向けた取組について

※虐待防止研修等、基準上定められた研修計画について記載してください。あわせて、法人独自で行う研修内容 (O J T 研修等職員の資格管理や育成に関する研修、利用者への適切なケアに関する研修等) について御記入ください。その上で法人として作成した研修計画を添付してください。

<p>●研修計画</p>          
<p>(その他自由記述)</p>          

# 7 当該共同生活住居に関する建物の概要

住 居 区 分	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		
新築・既存の別	<input type="checkbox"/> 新築物件 <input type="checkbox"/> 既存物件		
建 物 所 有 者	氏 名 : 住 所 :		
1人あたり家賃額	実家賃①	月額	円
	特定障害者特別給付費(国)②	月額	円
	家賃助成加算(市)③	月額	円
	利用者自己負担額①－(②＋③)	月額	円
入居時負担金の有無とその内容	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ⇒		
入居者居室数	室		
世 話 人 室	<input type="checkbox"/> 有り (       m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> 無し		
当該物件について	● 立地の特徴 ①最寄駅：_____駅 → 徒歩____分 └バス等を利用する場合：乗車時間____分 : _____バス停から____分 ②公共施設(医療機関等)までの距離・時間  ③スーパー・コンビニ等の食料品や日用品店舗までの距離・時間  ④周辺の環境  ⑤その他		
	● 設備の特徴		
	● 同一物件内・隣接地における他の共同生活住居の有無 (他法人運営のものも含む) <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し (有りの場合) 共同生活住居名_____ 定員____名		



8 地域のニーズ、利用者のニーズに配慮している点

※ 利用者の嗜好（夕食・朝食の食事への配慮等）・生活（戸建て等入浴施設を複数人で使用する場合は入浴への配慮への取り組み等）・一人でできることへの配慮や利用者の自立支援に対する方策等、利用者のニーズに配慮している点をご記載下さい。

（自由記述）

(商号又は名称)  
(代表者職氏名) 様

川崎市健康福祉局障害保健福祉部長

川崎市障害者共同生活援助事業所選定結果通知書

日頃から、本市の障害福祉行政へ御協力いただき、ありがとうございます。  
さて、 年度川崎市障害者共同生活援助事業所選定委員会につきまして、下記のとおり  
選定結果を通知いたします。

事業所名称 (予定)	共同生活住居名称 (予定)	予定所在地	開始予定 年月	応募 定員数	選定結果	承認 定員数

備 考

(障害者施設指導課事業者指定担当 )  
電話  
FAX