

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。

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。

別表（第4条関係）（最大55点（評価事項13、14については加算点とする））

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 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	6
		5年以上10年未満	4
		5年未満	2
	(2) 以下のいずれにも該当しない。 ① 過去5年以内に、委員会で承認を受けた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定員について、 <u>辞退</u> 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。	①～③のいずれにも該当しない。	2
		① に該当する。	0
		② に該当する。	0
		③ 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
	2 1に該当しない応募者（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	3
		5年以上10年未満	2
		5年未満	1
		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	3
		5年以上10年未満	2
		5年未満	1
		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
(4) 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。	定めがある	2	
	定めがない	0	
3 1及び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	

運営方針・理念等について	4	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。	良い	5
			普通	3
			やや劣る	1
新築・増設・増員予定の共同生活住居について	5	夜間・土日祝日等に支援を行う。 ① 夜間支援を行う。 ② 土日祝日の支援を行う。 ③ バックアップ施設が有る。	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。	1
			全て該当しない。	0
	6	生活環境が整っている。(最寄駅が近い等)	良い	5
			普通	3
			やや劣る	1
			劣る	0
	7	快適に生活できる設備が整っている。(トイレや浴室が居室ごとにある等)	良い	5
			普通	3
			やや劣る	1
			劣る	0
	8	開設予定地又は物件が確実に確保でき、変更の見込みがない。(土地を所有している、賃貸借契約済である、等)	確実に確保できる。 (賃貸借契約済である等)	5
			確保できる見込みである。 (仮契約済である 等)	3
			候補地又は候補物件がある。	1
			候補地又は候補物件がない。	0
	9	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
10	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	

11	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。	5
		サービス管理責任者を確保できている。	3
		サービス管理責任者以外を確保できている。	2
		人員が全て未定である	0
12	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。	有資格者及び実務経験者を配置する	5
		有資格者を配置する	3
		実務経験者を配置する	2
		どちらも配置しない	0
13	日中サービス支援型共同生活援助を新規開設する。	確実に新規開設する	5
		新規開設できる見込みである	3
		新規開設しない	0
14	<u>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)</u> を新規開設する又は受入れるために改修を行う。	確実に新規開設又は改修する	5
		新規開設又は改修できる見込みである	3
		新規開設又は改修しない	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

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

【運営主体について】

法人格の有無 (無しの場合) 取得予定時期	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し	
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。

【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)

【計画内容について】

<input type="checkbox"/> ①新規事業所開設 (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 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型)
<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> ③転居に伴う定員増
<input type="checkbox"/> ④既存の共同生活住居の定員増
<input type="checkbox"/> その他（ ）
<p><定員の状況> (※②～④の場合のみ、事業所全体の状況について御記載ください。) 現在の定員： 人 現在の入居者数： 人</p> <hr/> <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>

※①新規事業所開設欄において、「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。

【当該共同生活援助事業所に配置する予定の管理者】

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)

【当該共同生活援助事業所に配置する予定の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基礎研修 <input type="checkbox"/> 受講済み（年 月） <input type="checkbox"/> 受講予定（年 月） <input type="checkbox"/> 未定 ・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 月） <input type="checkbox"/> 未定 ・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 月） <input type="checkbox"/> 未定 ・サービス管理責任者補足研修（又は相談支援従事者初任者研修） <input type="checkbox"/> 受講済み（年 月） <input type="checkbox"/> 受講予定（年 月） <input type="checkbox"/> 未定	
資格		
実務経験	(勤務先)	(期間)

【当該共同生活住居概要について】

名称(予定)			
入居定員	新規	名(男性	名、女性
	増員	名(男性	→ 名、女性 → 名)
所在地(予定)			
開設(増設)予定	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
行動障害等を主とした重度障害者(※1)の受入れ体制	<input type="checkbox"/> あり(※2)	<input type="checkbox"/> なし	
「あり」の場合利用者の障害特性	(例:「強度行動障害」等を記載)		

※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。

※2 「行動障害等を主とした重度障害者の受入れ体制」で「あり」を選択した場合、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。

【当該共同生活住居における、夜間・土日等の支援体制の予定】

夜間支援の有無とその体制	<input type="checkbox"/> あり(週 日: 時~ 時) <input type="checkbox"/> なし
	⇒ <input type="checkbox"/> 夜勤 <input type="checkbox"/> 宿直 <input type="checkbox"/> その他()
土日祝日の支援	<input type="checkbox"/> あり(月 日: 時~ 時) <input type="checkbox"/> なし
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: _____ km、 _____ 分 <input type="checkbox"/> 未定

	<p>● 同一物件内における他の事業の有無（同一法人運営のもの） ※ 予定も含めてお答えください。</p> <p><input type="checkbox"/>有り <input type="checkbox"/>無し (有りの場合) 事業名 _____</p> <hr/> <p>● 土砂災害警戒区域への該当 <input type="checkbox"/>該当有り <input type="checkbox"/>該当無し (有りの場合) 区域の種類 _____</p>
<p>物件確保の進捗状況</p>	<p><input type="checkbox"/> 開設予定地又は物件が確実に確保でき、変更の見込みがない。(土地を所有している、賃貸借契約をしている、等)</p> <p><input type="checkbox"/> 開設予定地又は物件が確保できる見込みである。(賃貸の仮契約をしている、等)</p> <p><input type="checkbox"/> 開設予定地又は物件の候補があるが、仮契約等は行っていない。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (_____)</p>

※ 予定地案内図、各居室の面積や共有スペースを記入した平面図を必ず添付してください。

【開設後の研修体制等、職員の資質向上に向けた取組について】

(自由記述)

【地域のニーズ、利用者のニーズに配慮している点】

(自由記述)

【当該共同生活住居の世話人・生活支援員・夜間支援員等（予定）の状況】

氏名	勤務形態	兼務先 事業所名 (兼務の 場合)	職 種	週の勤務 時間	夜勤等回数 (週)	職務に関する 資格	障害福祉 に関する 実務経験
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年
	常 勤(専・兼) 非常勤(専・兼)			時間	回		年

※行が足りない場合は、行を追加するか、資料を添付してください。

【当該共同生活住居の入居予定者の状況】

入居者について … 公募する（ 名） 公募しない

行動障害等を 主とした重度 障害者	入居予定者 氏名	年 齢	障害 種別	障害支 援区分	住所地 (〇〇区〇〇町)	通所先等	入居理由
該当・非該当							
該当・非該当							
該当・非該当							
該当・非該当							
該当・非該当							
該当・非該当							

※ 該当又は非該当どちらかに丸（○）を付けてください。

※ 行が足りない場合は、行を追加するか、資料を添付してください。

(第2号様式)

年 月 日

(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