

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1及び別表2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、別表1において事業所ごとに最高得点と最低得点の委員の点数を除外したうえで、残りの点数を合計した点数が基準点（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。

附 則

この要領は、令和７年７月３０日から施行する。

附 則

この要領は、令和８年９月３０日から施行する。

別表 1（第 4 条関係）

（基準評価満点は 70 点。ただし、1－1 及び 1－2 に該当しない応募者（事業の実績がない）については 65 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	3
		5 年以上 10 年未満	2
		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 8 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。	5
		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。	5 年以上	3
		5 年未満	2
		実績がない	1
	(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。	5 年以上	3
		5 年未満	2
		実績がない	1
	(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。	5
		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。	6
			①のみ該当する。	5
			①及び②のいずれにも該当しない。	4
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。		8 ～ 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　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
			地域連携推進会議 ①　地域連携推進会議を定期開催する。 ②　設置の見込みがない又は設置していない。	①に該当する。
			②に該当する。	0
	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 該当しない
		バックアップ施設がある。	市内にある 市外にある 該当しない	6 4 0
	6		「基準上定められた研	6

		職員の資質向上に向けた取組（研修等）を計画している。 【基準上定められた研修等の計画】 ①虐待の防止のための研修 ②身体拘束等の適正化のための研修 ③感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練 ④業務継続計画についての研修及び訓練	修」①～④すべて＋「法人独自で行う研修等」有効な計画をしている	
			「基準上定められた研修」①～④すべて＋「法人独自で行う研修等」の計画をしている	5
			「基準上定められた研修①～④すべて」を計画している	4
			基準上定められた研修①～④において計画のない研修が1つ以上ある＋法人独自で行う研修の計画がない	0
	7	立地の特徴 ①最寄駅からの所要時間 (徒歩又はバス等（バス等を利用する場合は乗車時間＋バス停からの所要時間）)	10分以内	3
			10分～30分	2
			30分以上	1
			設置場所未定	0
		送迎の有無	あり	1
			なし	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	6
			配慮している	3
			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	3
			①～③のいずれか2つに該当する	2
			①～③のいずれか1つに該当する	1
			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	6
			②に該当する	3
			①に該当する	0

別表 2 加点項目

(事業計画書②、③、④のいずれかで提出を行った場合は、別表 1 の基準評価点に対し加点を行う)

評価事項	評価基準	点数
重度対応型共同生活援助住居を新規開設する又は定員増により設置する。(事業計画書②)	事業計画書②に該当する	10
中高年・高齢化対応型共同生活援助住居を新規開設する又は定員増により設置する。(事業計画書③)	事業計画書③に該当する	8
サテライト型・単身生活支援型共同生活援助住居を新規開設する又は定員増により設置する。(事業計画書④)	事業計画書④に該当する	8

(第1号様式)

令和 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
連 絡 先

令和8年度障害者共同生活援助事業計画書①(通常型)

1 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	☐ 有り ☐ 無し	
共同生活援助の 運営実績	☐ 実績あり ☐ 実績なし	
(実績ありの場合) 川崎市内外の実績	☐ 川崎市内での実績 ____年____か月(※平成18年4月1日以降の実績を記載) ☐ 川崎市外での実績 ____都・道・府・県____市・区 ____年____か月(※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	☐ 実績あり ☐ 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	☐ 減員していない ☐ 減員した	<有りの場合は時期を記載ください>
辞退の有無	☐ 辞退していない ☐ 辞退した	<有りの場合は時期を記載ください>
承認取消しの有無	☐ 承認取消しを受けていない ☐ 承認取消しを受けたことがある	<有りの場合は時期を記載ください>
返還請求等の有無	☐ 返還請求を受けていない ☐ 返還請求を受けたことがある	<有りの場合は概要を記載ください>

- ※ 「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除く）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	☐ 介護サービス包括型 ☐ 日中サービス支援型(※1)	
	☐ 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	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 定めない	
主たる障害を特定する場合、その理由		
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>
	☐ なし	
地域連携推進会議	☐ 定期的に開催 ☐ 設置の見込みがない	

※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除く）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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

※2「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	☐ 専従 ☐ 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	☐ 専従 ☐ 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） ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者補足研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等基礎研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等実践研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 受講予定（ 年） ・サービス管理責任者等更新研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 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「従業者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

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

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	☐ 有り (週 日 : 時～ 時) ☐ 無し
	⇒ ☐ 夜勤 ☐ 宿直 ☐ その他 ()
バックアップ 施設	☐ 確定している ・ 名 称 : ・ 住 所 : ・ 事業所からの距離 : _____ k m、 _____ 分 ☐ 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(ＯＪＴ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)について御記載ください。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。

(1) 基準上定められた研修等の計画

研修名	実施の有無	内容・実施回数等
①虐待の防止のための研修	有・無	
②身体拘束等の適正化のための研修	有・無	
③感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練	有・無	
④業務継続計画についての研修及び訓練	有・無	

(自由記述)

住居区分	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ☐ その他（ ）	
新築・既存の別	☐ 新築物件 ☐ 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	☐ 有り ☐ 無し ⇒	
入居者居室数	室	
世話人室	☐ 有り（ m ² ） ☐ 無し	
当該物件について	● 立地の特徴 ①最寄駅等までの距離・時間 ・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その他（送迎の有無、その他） 送迎の有無： ☐ 有り ☐ 無し （その他自由記述）	
	● 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） ☐ 有り ☐ 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

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

(2) 以下のような「利用者のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

- ① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組み（地域の交流イベントへの参加・実施や余暇活動等等）
- ② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
- ③ 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

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点
(自由記述)
(2) 「利用者のニーズ」に配慮している点
① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組みについて
(自由記述)
② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
(自由記述)
③ 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
(自由記述)

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
連 絡 先

令和 8 年度障害者共同生活援助事業計画書②（重度対応型）

1 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	☐ 有り ☐ 無し	
共同生活援助の 運営実績	☐ 実績あり ☐ 実績なし	
(実績ありの場合) 川崎市内外の実績	☐ 川崎市内での実績 ____年 ____ 月 (※平成 1 8 年 4 月 1 日以降の実績を記載) ☐ 川崎市外での実績 ____ 都・道・府・県 ____ 市・区 ____ 年 ____ 月 (※平成 1 8 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	☐ 実績あり ☐ 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	☐ 減員していない ☐ 減員した	<有りの場合は時期を記載ください>
辞退の有無	☐ 辞退していない ☐ 辞退した	<有りの場合は時期を記載ください>
承認取消しの有無	☐ 承認取消しを受けていない ☐ 承認取消しを受けたことがある	<有りの場合は時期を記載ください>
返還請求等の有無	☐ 返還請求を受けていない ☐ 返還請求を受けたことがある	<有りの場合は概要を記載ください>

- ※ 「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。

3-1 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除く）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	☐ 介護サービス包括型 ☐ 日中サービス支援型(※1) ☐ 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	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 定めない	
主たる障害を特定する場合、その理由		
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>
	☐ なし	
地域連携推進会議	☐ 定期的に開催 ☐ 設置の見込みがない	

※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除く）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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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> 				
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	☐ あり(※2)		<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし			
地域連携推進会議	☐ 既に設置している		☐ 設置していない	

※2「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。)

3-2 重度対応型に関する計画

重度障害者が地域で安心して生活できるよう、継続的かつ手厚い支援を提供するための体制や取組について、次の項目を記載してください。

記載に当たっての留意事項

- ・各項目について、該当する事項を選択した上で、具体的な内容を記載してください。
- ・強度行動障害のある者の受入れを想定する場合は、その利用者に対する支援上の配慮や体制についても記載してください。

(1) 想定する利用者像

確認項目	事業者記載欄
○受入れを想定する利用者の状況 【記載の目安】 重度対応型として受入れを想定する利用者の状況について、該当する項目を選択してください。 ※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。	☐ 強度行動障害のある者 ※1
	☐ 日常生活において常時又は頻回の身体介護を必要とする者
	☐ 意思表示又は意思決定に継続的な支援を必要とする者
	☐ 夜間に継続的な見守り又は支援を必要とする者
	☐ 環境の変化により行動面又は心身の状態が不安定になることが想定される者
○想定する利用者像と支援の考え方 【記載の目安】 選択した利用者像について、想定する障害特性や支援上の課題、その利用者に対して提供する支援の考え方について記載してください。 強度行動障害のある者を想定する場合は、本人が安心して生活できるための環境調整や支援上の配慮についても記載してください。	☐ その他 ()
	【記載欄】

(2) 受入れまでの準備・調整

○受入れまでの準備・調整について 【記載の目安】 本人及び家族等への説明や意向確認、見学・体験利用の実施、アセスメント、関係機関との情報共有及び受入れに向けた準備・調整について記載してください。 強度行動障害のある者を想定する場合は、段階的な見学・体験利用や受入れ前の環境調整等についても記載してください。	【記載欄】
--	---------------------

(3) 入居後の支援体制

○職員配置及び役割分担 【記載の目安】 重度障害者への支援を行うための職員間の役割分担、日中及び夜間の支援体制並びに支援が困難となった場合の応援体制について記載してください。	【記載欄】
○支援の考え方 【記載の目安】 想定する利用者像に応じた支援の考え方、日常生活上の支援内容、夜間支援の方法及び関係機関との連携について記載してください。 強度行動障害のある者を想定する場合は、本人が安心して生活できるための環境調整や支援上の配慮についても記載してください。	【記載欄】

(5) 住環境及び安全管理

○住環境上の配慮 【記載の目安】 想定する利用者が安心して生活できるよう配慮した住環境や設備、支援上の工夫について記載してください。 強度行動障害のある者を想定する場合は、本人が落ち着いて生活できる環境づくりや安全確保のための配慮についても記載してください。	【記載欄】
○災害時等の安全管理 【記載の目安】 災害時等における利用者の安全確保に向けた取組や対応の考え方について記載してください。	【記載欄】

(6) 受入れ予定

重度対応型としての受入れ予定人数	人
うち強度行動障害のある者	人
想定する障害支援区分	区分4：__人 区分5：__人 区分6：__人
受入れ開始予定時期	令和 年 月
受入れに向けた調整状況	☐ 具体的な受入候補者がいる ☐ 関係機関と受入れに向けた調整を行っている ☐ 受入候補者は未定である
関係機関名及び調整状況	
※ 個人を特定できる情報は記載しないでください。	

【留意事項】

※ 重度対応型として選定された場合は、本事業計画書及び添付資料に記載した内容に沿って実施することを前提とします。

※ 選定後、重度対応型に係る計画内容に重要な変更が生じる場合は、事前に本市へ相談してください。

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	☐ 専従 ☐ 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	☐ 専従 ☐ 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） ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者補足研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等基礎研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等実践研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 受講予定（ 年） ・サービス管理責任者等更新研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 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「従業者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

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

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	☐ 有り (週 日 : 時～ 時) ☐ 無し
	⇒ ☐ 夜勤 ☐ 宿直 ☐ その他 ()
バックアップ 施設	☐ 確定している ・ 名 称 : ・ 住 所 : ・ 事業所からの距離 : _____ k m、 _____ 分 ☐ 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）について御記載ください。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。

（１）基準上定められた研修等の計画

研修名	実施の有無	内容・実施回数等
①虐待の防止のための研修	有・無	
②身体拘束等の適正化のための研修	有・無	
③感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練	有・無	
④業務継続計画についての研修及び訓練	有・無	

（２）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）

（自由記述）

7 当該共同生活住居に関する建物の概要

住 居 区 分	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ☐ その他 ()	
新築・既存の別	☐ 新築物件 ☐ 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	☐ 有り ☐ 無し ⇒	
入居者居室数	室	
世 話 人 室	☐ 有り (m ²) ☐ 無し	
当該物件について	● 立地の特徴 ①最寄駅等までの距離・時間 ・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その他 (送迎の有無、その他) 送迎の有無 : ☐ 有り ☐ 無し (その他自由記述)	
	● 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) ☐ 有り ☐ 無し (有りの場合) 共同生活住居名 定員 名	
	● 同一物件内・隣接地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。 ☐ 有り ☐ 無し (有りの場合) 事業名	

8 地域のニーズ、利用者のニーズに配慮している点

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

(2) 以下のような「利用者のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組み（地域の交流イベントへの参加・実施や余暇活動等等）

② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点
(自由記述)
(2) 「利用者のニーズ」に配慮している点
① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組みについて
(自由記述)
② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
(自由記述)

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
連 絡 先

令和 8 年度障害者共同生活援助事業計画書③（中高年・高齢化対応型）

1 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	☐ 有り ☐ 無し	
共同生活援助の 運営実績	☐ 実績あり ☐ 実績なし	
(実績ありの場合) 川崎市内外の実績	☐ 川崎市内での実績 ____年 ____か月 (※平成 1 8 年 4 月 1 日以降の実績を記載) ☐ 川崎市外での実績 ____都・道・府・県 ____市・区 ____年 ____か月 (※平成 1 8 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	☐ 実績あり ☒ 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	☐ 減員していない ☐ 減員した	<有りの場合は時期を記載ください>
辞退の有無	☐ 辞退していない ☐ 辞退した	<有りの場合は時期を記載ください>
承認取消しの有無	☐ 承認取消しを受けていない ☐ 承認取消しを受けたことがある	<有りの場合は時期を記載ください>
返還請求等の有無	☐ 返還請求を受けていない ☐ 返還請求を受けたことがある	<有りの場合は概要を記載ください>

- ※ 「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。

3-1 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除く）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	☐ 介護サービス包括型 ☐ 日中サービス支援型(※1) ☐ 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	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 定めない	
主たる障害を特定する場合、その理由		
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>
	☐ なし	
地域連携推進会議	☐ 定期的に開催 ☐ 設置の見込みがない	

※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除く）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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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＞ 			
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	☐ あり(※2)	＜受入れ体制内容を御記載ください＞	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

※2「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。)

3-2 中高年・高齢化対応型に関する計画

親亡き後や加齢に伴う支援ニーズの変化を見据え、利用者が地域で安心して生活を継続するための支援体制、関係機関との連携及び住環境等を備える計画について、次の項目を記載してください。

記載に当たっての留意事項

- ・各項目について、想定する利用者像や支援内容が分かるよう具体的に記載してください。
- ・共同生活住居における一般的な生活支援ではなく、親亡き後や加齢に伴う支援ニーズの変化に対応するための取組が分かるよう記載してください。

(1) 想定する利用者像

確認項目	事業者記載欄
○受入れを想定する利用者像 【記載の目安】 親亡き後や加齢に伴う支援ニーズの変化を見据え、受入れを想定する利用者の状況について、該当する項目を選択してください。	☐ 親等による支援の継続が困難となることが見込まれる者
	☐ 親亡き後の生活を見据え、地域での継続的な生活支援を必要とする者
	☐ 生活習慣病その他の継続的な健康管理を必要とする者
	☐ 移動・入浴・排せつ等に支援を必要とする者
	☐ 服薬・通院に継続的な支援を必要とする者
	☐ 日中活動の変更又は減少が見込まれる者
	☐ その他（ ）
○想定する利用者像と支援ニーズ 【記載の目安】 想定する利用者像、現在の支援ニーズ及び加齢に伴い想定される支援ニーズの変化について記載してください。また、親亡き後を見据えて想定される課題や必要な支援について記載してください。	【記載欄】

(2) 受入れまでの準備・調整

○準備・調整方法について 【記載の目安】 本人の意向確認、家族等への説明、関係機関との情報共有その他受入れに向けた準備及び調整について記載してください。あわせて、親亡き後や加齢に伴う支援ニーズの変化を見据えた受入れ準備についても記載してください。	【記載欄】
--	--------------

(3) 入居後の支援体制

○日常生活の支援 【記載の目安】 加齢に伴う支援ニーズの変化や親亡き後を見据え、利用者が住み慣れた地域で安心して生活を継続するための支援の考え方について記載してください。	【記載欄】
○日中・夜間の支援体制 【記載の目安】 加齢に伴う生活環境の変化や日中活動の変化を踏まえた日中及び夜間の支援体制並びに体調変化等への対応の考え方について記載してください。	【記載欄】

(4) 医療・介護その他の関係機関との連携

○連携・調整 【記載の目安】 親亡き後や加齢に伴う支援ニーズの変化に対応するため、医療・介護・相談支援等の関係機関との連携や調整の考え方について記載してください。	【記載欄】
--	--------------

(5) 職員の専門性・研修

○専門性の確保・向上 【記載の目安】 中高年・高齢化に伴う支援ニーズの変化や親亡き後を見据えた支援を行うための職員の専門性確保及び人材育成の取組について記載してください	【記載欄】
---	--------------

(6) 住環境・設備及び災害時対応

○住環境上の配慮 【記載の目安】 加齢に伴う身体機能や生活状況の変化を踏まえ、利用者が安全かつ安心して生活を継続できる住環境や設備面での配慮について記載してください。	【記載欄】
--	--------------

(7) 受入れ予定

中高年・高齢化対応型としての受入れ予定人数	人
受入れ開始予定時期	令和 年 月
受入れに向けた調整状況	☐ 具体的な受入候補者がいる ☐ 関係機関と受入れに向けた調整を行っている ☐ 受入候補者は未定である
関係機関との調整状況	
相談支援事業所、医療機関等との調整状況について記載してください。なお、個人を特定できる情報は記載しないでください。	

【留意事項】

※中高年・高齢化対応型として選定された場合は、本事業計画書及び添付資料に記載した内容に沿って実施することを前提とします。

※選定後、中高年・高齢化対応型に係る計画内容に重要な変更が生じる場合は、事前に本市へ相談してください。

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	☐ 専従 ☐ 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	☐ 専従 ☐ 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） ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者補足研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等基礎研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等実践研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 受講予定（ 年） ・サービス管理責任者等更新研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 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「従業者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

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

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	☐ 有り (週 日 : 時～ 時) ☐ 無し
	⇒ ☐ 夜勤 ☐ 宿直 ☐ その他 ()
バックアップ 施設	☐ 確定している ・ 名 称 : ・ 住 所 : ・ 事業所からの距離 : _____ k m、 _____ 分 ☐ 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(ＯＪＴ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)について御記載ください。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。

(1) 基準上定められた研修等の計画

研修名	実施の有無	内容・実施回数等
①虐待の防止のための研修	有・無	
②身体拘束等の適正化のための研修	有・無	
③感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練	有・無	
④業務継続計画についての研修及び訓練	有・無	

(自由記述)

住居区分	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ☐ その他（ 新築・既存の別 ☐ 新築物件 ☐ 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	☐ 有り ☐ 無し ⇒
入居者居室数	室
世話人室	☐ 有り（㎡） ☐ 無し
当該物件について	● 立地の特徴 ①最寄駅等までの距離・時間 ・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その他（送迎の有無、その他） 送迎の有無： ☐ 有り ☐ 無し （その他自由記述）
	● 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） ☐ 有り ☐ 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

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

(2) 以下のような「利用者のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

- ① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組み（地域の交流イベントへの参加・実施や余暇活動等等）
- ② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
- ③ 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

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点
(自由記述)
(2) 「利用者のニーズ」に配慮している点
① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組みについて
(自由記述)
② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
(自由記述)
③ 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
(自由記述)

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
連 絡 先

令和 8 年度障害者共同生活援助事業計画書④ (サテライト型・単身生活支援型)

1 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	☐ 有り ☐ 無し	
共同生活援助の 運営実績	☐ 実績あり ☐ 実績なし	
(実績ありの場合) 川崎市内外の実績	☐ 川崎市内での実績 ____年 ____ 月 (※平成 1 8 年 4 月 1 日以降の実績を記載) ☐ 川崎市外での実績 ____ 都・道・府・県 ____ 市・区 ____ 年 ____ 月 (※平成 1 8 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	☐ 実績あり ☐ 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	☐ 減員していない ☐ 減員した	<有りの場合は時期を記載ください>
辞退の有無	☐ 辞退していない ☐ 辞退した	<有りの場合は時期を記載ください>
承認取消しの有無	☐ 承認取消しを受けていない ☐ 承認取消しを受けたことがある	<有りの場合は時期を記載ください>
返還請求等の有無	☐ 返還請求を受けていない ☐ 返還請求を受けたことがある	<有りの場合は概要を記載ください>

- ※ 「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。

3-1 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	☐ 介護サービス包括型 ☐ 日中サービス支援型(※1) ☐ 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	☐ 身体 ☐ 知的 ☐ 精神 ☐ 定めない	
主たる障害を特定する場合、その理由		
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>
	☐ なし	
地域連携推進会議	☐ 定期的に開催 ☐ 設置の見込みがない	

※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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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>			
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	☐ あり(※2)	<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし		
地域連携推進会議	☐ 既に設置している ☐ 設置していない		

(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>				
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	☐ あり(※2)		<受入れ体制内容を御記載ください>	
	☐ なし			
地域連携推進会議	☐ 既に設置している		☐ 設置していない	

※2「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。)

3-2 サテライト型・単身生活支援型に関する計画

集団生活に課題がある者その他単身に近い生活環境を必要とする者が、地域で安心して生活を継続するための支援体制等に関する計画について、次の項目を記載してください。

記載に当たっての留意事項
・各項目について、想定する利用者像や支援内容が分かるよう具体的に記載してください。 ・本体住居との連携方法や、利用者が単身に近い生活環境で安心して生活を継続するための支援体制が分かるように記載してください。

(1) 想定する利用者像

確認項目	事業者記載欄
○想定する利用者像 【記載の目安】 単身に近い生活環境を必要とする利用者の状況について、該当する項目を選択してください。	☐ 集団生活による負担が大きく、単身に近い生活環境を必要とする者
	☐ 一定程度の日常生活能力を有し、見守りや相談支援を中心とした支援を必要とする者
	☐ 服薬管理、金銭管理その他の日常生活上の支援を必要とする者
	☐ 孤立防止や緊急時対応のため継続的な見守りを必要とする者
	☐ 将来的な一人暮らしを希望している者
	☐ その他（ ）
○想定する利用者像と支援ニーズ 【記載の目安】 受入れを想定する利用者の障害特性、生活上の課題、共同生活において生じている課題、単身に近い生活環境を必要とする理由及び必要な支援について記載してください。	【記載欄】

(2) 本体住居及びサテライト型住居の概要

○本体住居との関係 【記載の目安】 本体住居とサテライト型住居の連携方法について記載してください。	【記載欄】
---	--------------

(3) 入居前の準備・調整

○準備・調整方法 【記載の目安】 本人の意向確認、単身に近い生活環境での生活に向けた準備及び関係機関との調整について記載してください	【記載欄】
--	--------------

(4) サテライト型住居における支援体制

○単身生活を支える支援体制 【記載の目安】 利用者が単身に近い生活環境で安心して生活を継続するための支援体制、関係機関との連携及び緊急時の対応体制について記載してください。	【記載欄】
--	--------------

(5) 受入れ予定

サテライト型・単身生活支援型としての受入れ予定人数	人
受入れ開始予定時期	令和 年 月
受入れに向けた調整状況	☐ 具体的な受入候補者がいる ☐ 関係機関と受入れに向けた調整を行っている ☐ 単身生活支援型を必要とする利用者の相談等を受けている ☐ 受入候補者は未定である
関係機関との調整状況 相談支援事業所、医療機関、地域移行支援事業所その他の関係機関との調整状況について記載してください。なお、個人を特定できる情報は記載しないでください。	【記載欄】

【留意事項】

※サテライト型・単身生活支援型として選定された場合は、本事業計画書及び添付資料に記載した内容に沿って実施することを前提とします。

※選定後、サテライト型・単身生活支援型に係る計画内容に重要な変更が生じる場合は、事前に本市へ相談してください。

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	☐ 専従 ☐ 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	☐ 専従 ☐ 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） ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者補足研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等基礎研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ・サービス管理責任者等実践研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 受講予定（ 年） ・サービス管理責任者等更新研修 ☐ 受講済み（ 年 月） ☐ 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「従業者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

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

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	☐ 有り (週 日 : 時～ 時) ☐ 無し
	⇒ ☐ 夜勤 ☐ 宿直 ☐ その他 ()
バックアップ 施設	☐ 確定している ・ 名 称 : ・ 住 所 : ・ 事業所からの距離 : _____ k m、 _____ 分 ☐ 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）について御記載ください。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。

（１）基準上定められた研修等の計画

研修名	実施の有無	内容・実施回数等
①虐待の防止のための研修	有・無	
②身体拘束等の適正化のための研修	有・無	
③感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練	有・無	
④業務継続計画についての研修及び訓練	有・無	

（２）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）

（自由記述）

7 当該共同生活住居に関する建物の概要

住 居 区 分	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅 ☐ その他 ()	
新築・既存の別	☐ 新築物件 ☐ 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	☐ 有り ☐ 無し	
	⇒	
入居者居室数	室	
世 話 人 室	☐ 有り (m ²) ☐ 無し	
当該物件について	● 立地の特徴 ①最寄駅等までの距離・時間 ・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その他 (送迎の有無、その他) 送迎の有無: ☐ 有り ☐ 無し (その他自由記述)	
	● 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) ☐ 有り ☐ 無し (有りの場合) 共同生活住居名 _____ 定員 _____ 名	
	● 同一物件内・隣接地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。 ☐ 有り ☐ 無し (有りの場合) 事業名 _____	

8 地域のニーズ、利用者のニーズに配慮している点

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

(2) 以下のような「利用者のニーズ」に配慮している点を御記載下さい。

- ① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組み（地域の交流イベントへの参加・実施や余暇活動等等）
- ② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
- ③ 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

(1) 「地域のニーズ」に配慮している点
(自由記述)
(2) 「利用者のニーズ」に配慮している点
① 利用者のための雰囲気づくりへの取り組みについて
(自由記述)
② 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、調理・洗濯その他の家事等を利用者と共同で行う等）
(自由記述)
③ 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
(自由記述)

(第 2 号様式)

川 第 号
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

(担当)

電話
FAX