

(第1号様式)

※本事業計画書は共同生活住居ごとに作成する必要がありますので御注意ください。
(例 2つの共同生活住居を設置する場合、事業計画書を2部提出する。)

令和2年 月 日

選定委員会委員長
(健康福祉局障害保健福祉部長)

書類提出日を記載

記載例

記載例は青文字で入力しています。

主 所 川崎市川崎区宮本町1番地
去 人 名 株式会社〇〇〇
代表者職氏名 川崎 太郎

印

令和2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 checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し
共同生活援助の 運 営 実 績	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 川崎市内での実績 <u>5</u> 年 <u>0</u> ヶ月(※平成18年4月1日以降の実績を記載) <input checked="" type="checkbox"/> 川崎市外での実績 <u>神奈川</u> 都・道・府・ <u>県</u> <u>横浜</u> <u>市</u> ・区 <u>3</u> 年 <u>5</u> 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 checked="" 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) ①生活介護 ①平成28年8月～現在 ②放課後等デイサービス ②平成30年5月～現在
共同生活援助の 定員減の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 減員していない <input type="checkbox"/> 減員した
辞 退 の 有 無	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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。

【計画内容について】

<input type="checkbox"/> ①新規事業所開設 (類型： <input checked="" 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 checked="" 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： 20 人 現在の入居者数： 18 人</p> <hr/> <p><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> 新たな入居希望者が3名おり、現在の空室のみでは受入れきれないため。</p>

【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 checked="" type="checkbox"/> 兼務（兼務先： 当該共同生活援助事業所 ）	
兼務する職種・事業所等	世話人	
資格	なし	
実務経験	(勤務先)	(期間)
	グループホーム川崎1	平成25年12月～現在

障害者・児に関する実務経験があれば御記載ください。

【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	中原 三郎	
就業形態	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受講予定（令和2年5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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 受講済み <input type="checkbox"/> 受講予定（年月） <input type="checkbox"/> 未定	
資格	介護福祉士	
実務経験	(勤務先)	(期間)
	①就労移行支援たかつ ②グループホーム川崎1	①平成19年4月～平成29年3月 ②平成29年4月～現在

サービス管理責任者の実務経験を御記載ください。

【当該共同生活住居について】

名 称 (予定)	グループホーム川崎 2
入 居 定 員	新規 3名 (男性 3名、女性 名)
	増員 名 (男性 → 名、女性 → 名)
所在地 (予定)	川崎市川崎区〇〇3丁目△番地
開設 (増設) 予定	令和 2 年 1 0 月
主たる障害	<input type="checkbox"/> 身体 <input checked="" type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 定めない

【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 checked="" type="checkbox"/> あり (週 5 日 : 1 9 時 ~ 9 時) <input type="checkbox"/> なし
	⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 夜勤 <input type="checkbox"/> 宿直 <input type="checkbox"/> その他 ()
土日祝日の支援	<input checked="" type="checkbox"/> あり (月 8 日 : 9 時 ~ 1 7 時) <input type="checkbox"/> なし
バックアップ施設	<input checked="" type="checkbox"/> 確定している ・名 称 : 障害者施設かわさき ・事業所からの距離 : 1 km、15 分 <input type="checkbox"/> 未定

【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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 既
建 物 所 有 者	氏 名 : 多摩 四郎 住 所 : 川崎市川崎区〇〇1丁目△
1人あたり家賃 額	実家賃① 月額 : 50,000円
	特定障害者特別給付費 (国) ② 月額 : 10,000円
	家賃助成加算 (市) ③ 月額 : 27,000円
	利用者自己負担額① - (② + ③) 月額 : 13,000円
入居時負担金の 有無とその内容	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし ⇒
入居者居室数	3室
世 話 人 室	<input checked="" type="checkbox"/> あり (9 m ²) <input type="checkbox"/> なし
当該物件につい て	<ul style="list-style-type: none"> ● 立地の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ・バス停が近くにある。バスを使用して5分で最寄駅へ行ける。 ・周辺が静かで、落ち着いて生活ができる。 ・近くに警察署があり治安が良い。 ● 設備の特徴 <ul style="list-style-type: none"> ・各居室に浴室及びトイレが設けられている ・居室の窓が大きく明るい ・居室の面積が基準を大きく上回る (収納設備を除き 9 m²)

「川崎市障害者共同生活援助運営費支弁基準」参照
(インターネットサイト「障害福祉情報サービスかながわ」に掲載しています。)

右はあくまで記載例
です。事業所が考える、
立地及び設備の良いところを
記載してください。

	<p>● 同一物件内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)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 有り _____ <input type="checkbox"/> 無し (有りの場合) 共同生活住居名 <u>グループホーム川崎1</u> 定員 <u>4</u> 名</p>
	<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 checked="" type="checkbox"/> 無し (有りの場合) 事業名 _____</p>
	<p>● 土砂災害警戒区域への該当</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 該当有り _____ <input type="checkbox"/> 該当無し (有りの場合) 区域の種類 <u>警戒区域</u></p>
<p>物件確保の進捗状況</p>	<p><input checked="" 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>

神奈川県ホームページの「神奈川県土砂災害情報ポータル」の「土砂災害のおそれのある区域」で確認いただけます。

※ 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)

- 以下の研修を定期的実施している。
虐待防止に関する研修、機密保持に関する研修、個人情報保護研修
- 新規採用職員には、採用後1か月以内に採用時研修を実施している。
- 月1回事業所全体で会議を行い、情報共有を行っている。

左はあくまで記載例です。事業所での取り組み等を御記載ください。

【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)

- 川崎区内の利用希望者が多く、また、地元で生活したい方が多いため、川崎区内に新たに共同生活住居を設置することとした。
- 一人暮らしを目指す利用者が多いため、1人暮らしの環境に近い物件を使用することとした。

【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
〇〇 〇〇	常勤(専・兼) 非常勤(専・兼)		世話人	40時間	1回	介護福祉士	10年
△△ △△	常勤(専・兼) 非常勤(専・兼)		世話人	40時間	1回	社会福祉士	6年
□□ □□	常勤(専・兼) 非常勤(専・兼)	生活介護 事業所	世話人	20時間	2回	なし	5年
●● ●●	常勤(専・兼) 非常勤(専・兼)		生活支 援員	30時間	2回	精神保健福祉士	5年
▲▲ ▲▲	常勤(専・兼) 非常勤(専・兼)		生活支 援員	30時間	1回	なし	3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 (2名) 公募しない

入居予定 者氏名	年 齢	障害 支援 区分	障害 種別	住所地 (〇〇区〇〇町)	通所先等	入居理由
	40	2	知的	川崎区〇〇町	生活介護事業所	自立に向けて
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p style="color: red; margin: 0;">追加する定員について、入居予定者がいる場合は表に記載してください。残りの定員を公募する場合は、その人数を記載してください。 (記載例は、3名追加をするうち、入居予定者1名、公募2名)</p> </div>						

※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。