

(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5年12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

記載例は青文字で入力しています。

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

記載例

令和6年度障害者共同生活援助事業計画書 押印は省略可能です。

1 運営主体について

法人格の有無 (無しの場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 有り	<input type="checkbox"/> 無し
取得予定時期		
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 6年 8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 神奈川県・道・府・県 横浜 市・区 3年 5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) ①生活介護 ②放課後等デイサービス	(期間) ①平成28年8月～現在 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。

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)

事業者の運営方針・理念等を御記載ください。

3 計画内容について ※(1)～(4)のうち該当する項に記入

(1) 新規事業所開設

サービス類型	<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(※1) <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型
事業所名称(予定)	グループホームかわさき
共同生活住居名称(予定)	かわさき
入居定員	新規 4名 (男性 名、女性 名、 不問)
所在地(予定)	川崎区宮本町○番地
開設予定年月	令和6年10月
主たる障害	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input checked="" 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	<p style="text-align: center;">＜受入れ体制内容を御記載ください＞</p> <input type="checkbox"/> あり(※3) <input checked="" 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	
<p>＜事業所全体の定員の状況＞</p> <p style="text-align: center;">現在の定員： 人 現在の入居者数： 人</p> <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＞</p>			

行動障害等を主とした重度障害者(※2)の受入れ体制	<受入れ体制内容を御記載ください> <input type="checkbox"/> あり(※3) <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	<受入れ体制内容を御記載ください> <input type="checkbox"/> あり(※3) <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	<受入れ体制内容を御記載ください> <input type="checkbox"/> あり(※3) <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。

4 当該共同生活援助事業所の人員配置

(1) 管理者

氏名	幸 花子	
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	社会福祉士	
実務経験	(勤務先)	(期間)
	グループホーム神奈川	令和元年10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。

(2) サービス管理責任者

氏名	中原 次郎	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理責任者等研修（旧体系） <input checked="" type="checkbox"/> 受講済み（平成29年10月） ・サービス管理責任者補足研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済み（平成30年8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 checked="" type="checkbox"/> 受講済み（令和5年4月） <input type="checkbox"/> 受講予定（ 年） 	
	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グループホーム高津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。

(3) 世話人及び生活支援員

※「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」及び組織体制図（任意様式）を添付してください。

(4) 取得予定の加算について

夜間支援等体制加算（Ⅲ）

--

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 checked="" type="checkbox"/> 有り (週7日: 22時~翌5時) <input type="checkbox"/> 無し
	⇒ <input type="checkbox"/> 夜勤 <input type="checkbox"/> 宿直 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (常時の連絡体制)
バックアップ施設	<input checked="" type="checkbox"/> 確定している ・名称: 障害者支援施設かわさき ・事業所からの距離: <u>1</u> km、 <u>徒歩15分</u> <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

<p>●研修計画</p> <p>・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。</p>	<p>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。</p>
<p>(その他自由記述)</p> <p>・月1回事業所全体で会議を行い、情報共有を行っている</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 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"/> 既存物件
建物所有者	氏名: <u>高津 ハナ</u> 住所: <u>川崎市川崎区〇〇1丁目△番地</u>
1人あたり家賃額	実家賃① 月額: <u>50,000</u> 円
	特定障害者特別給付費(国)② 月額: <u>10,000</u> 円
	家賃助成加算(市)③ 月額: <u>27,000</u> 円
	利用者自己負担額①-(②+③) 月額: <u>13,000</u> 円
入居時負担金の有無とその内容	<input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し ⇒
入居者居室数	<u>4</u> 室
世話人室	<input checked="" type="checkbox"/> 有り (<u>10</u> ㎡) <input type="checkbox"/> 無し
当該物件について	<p>●立地の特徴</p> <p>①最寄駅: <u>川崎駅</u> → 徒歩<u>30</u>分 └バス等を利用する場合: 乗車時間<u>15</u>分 : <u>〇〇</u>バス停から<u>3</u>分</p> <p>②公共施設(医療機関等)までの距離・時間 <u>〇〇〇</u>クリニック 距離: 100m、時間: 3分 <u>〇〇〇</u>図書館 距離: 300m、時間: 7分</p> <p>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</p>

〇〇〇スーパー 距離：500m、時間：12分

〇〇〇コンビニ 距離：50m、時間：1分

④周辺の環境

周辺が静かで、落ち着いて生活ができる。

⑤その他

● 設備の特徴

- ・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㎡）

● 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）

有り 無し

（有りの場合）

共同生活住居名 _____ 定員 _____ 名

● 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。

有り 無し

（有りの場合）

事業名 _____

● 土砂災害警戒区域への該当

該当有り 該当無し

（有りの場合）

区域の種類 警戒区域 急傾斜地

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

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。

物件確保の進捗状況

- 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）
- 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）
- 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。
- その他（ _____ ）

※ 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

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。

8 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。