

(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8年10月〇〇日

選定委員会委員長  
(健康福祉局障害)

書類提出日を記載

住 所 川崎市川崎区宮本町1番地  
法 人 名 株式会社〇〇〇  
代表者職氏名 代表取締役 川崎 太郎  
連 絡 先 044-〇〇〇-〇〇〇〇

令和8年度障害者共同生活援助事業計画書①(通常型)

押印は省略可能です。

1 運営主体について

|                               |                                                                                                                                                                                                        |                                   |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 法人格の有無<br>(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<br>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)<br>川崎市内外の実績         | <input checked="" type="checkbox"/> 川崎市内での実績<br>__6__年__8__か月(※平成18年4月1日以降の実績を記載)<br><input checked="" type="checkbox"/> 川崎市外での実績<br>__神奈川__都・道・府・__県__ __横浜__市・区<br>__3__年__5__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<br>障害者・障害児の<br>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)<br>事業内容             | (事業名)<br>①生活介護<br>②放課後等デイサービス                                                                                                                                                                          | (期間)<br>①平成29年8月～現在<br>②令和元年5月～現在 |
| 共同生活援助の<br>定員減の有無             | <input type="checkbox"/> 減員していない<br><input checked="" type="checkbox"/> 減員した                                                                                                                           | <有りの場合は時期を記載ください><br>令和8年4月1日     |
| 辞退の有無                         | <input checked="" type="checkbox"/> 辞退していない<br><input type="checkbox"/> 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                      | <input checked="" type="checkbox"/> 承認取消しを受けていない<br><input type="checkbox"/> 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                      | <input checked="" type="checkbox"/> 返還請求を受けていない<br><input type="checkbox"/> 返還請求を受けたことがある                                                                                                              | <有りの場合は時期を記載ください>                 |

有りにチェックをした場合は、時期について必ず記載してください。

- ※ 「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。

各設問に回答する形で  
事業者の運営方針・理念等を御記載ください。

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                            | <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)<br><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 5名            (男性      名、女性      名、不問)                                                                                    |                   |
| 所在地（予定）                           | 川崎区宮本町〇番地                                                                                                                    |                   |
| 開設予定年月                            | 令和9年7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                 |                                                                                                                              |                   |
| 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(※2)                                                                                              | <受入れ体制内容を御記載ください> |
|                                   | <input checked="" type="checkbox"/> なし                                                                                       |                   |
| 地域連携推進会議                          | <input checked="" type="checkbox"/> 定期的に開催 <input type="checkbox"/> 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                                                                |                   |  |
| <p>&lt;事業所全体の定員の状況&gt;</p> <p>現在の定員： 人 現在の入居者数： 人</p> <p>-----</p> <p>&lt;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&gt;</p> |                                                                    |                   |  |
| 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(※2)                                    | <受入れ体制内容を御記載ください> |  |
|                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> なし                                        |                   |  |
| 地域連携推進会議                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 既に設置している <input type="checkbox"/> 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                                                                |                   |  |
| <p>&lt;事業所全体の定員の状況&gt;</p> <p>現在の定員： 人 現在の入居者数： 人</p> <p>-----</p> <p>&lt;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&gt;</p> |                                                                    |                   |  |
| 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(※2)                                    | <受入れ体制内容を御記載ください> |  |
|                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> なし                                        |                   |  |
| 地域連携推進会議                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 既に設置している <input type="checkbox"/> 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                                                                |                   |  |
| <p>&lt;事業所全体の定員の状況&gt;</p> <p>現在の定員： 人 現在の入居者数： 人</p> <p>-----</p> <p>&lt;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&gt;</p> |                                                                    |                   |  |
| 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(※2)                                    | <受入れ体制内容を御記載ください> |  |
|                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> なし                                        |                   |  |
| 地域連携推進会議                                                                                                        | <input type="checkbox"/> 既に設置している <input type="checkbox"/> 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             | 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<br>・事業所等 | 世話人                                                                                 |                    |  |
| 資 格             | 社会福祉士                                                                               |                    |  |
| 実 務 経 験         | (勤務先)<br>グループホーム神奈川                                                                 | (期間)<br>令和2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<br>・事業所等 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |  |
| 研修受講状況          | <ul style="list-style-type: none"><li>・サービス管理責任者等研修（旧体系）<br/><input checked="" type="checkbox"/> 受講済み（平成29年10月）</li><li>・サービス管理責任者補足研修<br/><input checked="" type="checkbox"/> 受講済み（平成30年8月）</li><li>・サービス管理責任者等基礎研修<br/><input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月）</li><li>・サービス管理責任者等実践研修<br/><input type="checkbox"/> 受講済み（ 年 月） <input type="checkbox"/> 受講予定（ 年）</li><li>・サービス管理責任者等更新研修<br/><input checked="" type="checkbox"/> 受講済み（令和6年4月） <input type="checkbox"/> 受講予定（ 年）</li></ul> |                                    |  |
| 資 格             | 介護福祉士                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                    |  |
| 実 務 経 験         | (勤務先)<br>①就労移行支援たかつ<br>②グループホーム高津1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (勤務先)<br>①就労移行支援たかつ<br>②グループホーム高津1 |  |

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

|       |        |    |                 |    |
|-------|--------|----|-----------------|----|
| 世話人   | 配置予定人数 | 2人 | (うち雇用が決まっている人数) | 1人 |
| 生活支援員 | 配置予定人数 | 2人 | (うち雇用が決まっている人数) | 1人 |
| 夜間支援員 | 配置予定人数 | 0人 | (うち雇用が決まっている人数) | 0人 |
| 看護師   | 配置予定人数 | 0人 | (うち雇用が決まっている人数) | 0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

|                                     |                      |                                     |                         |
|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| <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 checked="" 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 checked="" 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)         |                                     |                         |

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 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 名称 : 障害者支援施設かわさき</li> <li>・ 住所 : 川崎市川崎区宮本町 1 番地</li> <li>・ 事業所からの距離 : 1 k m、徒歩 10 分</li> </ul> <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 (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                   | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 |          |
| ②身体拘束等の適正化のための研修               | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 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 | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 |          |
| ④業務継続計画についての研修及び訓練             | <input checked="" type="checkbox"/> ・ 無 |          |

上述の注意書きのとおり、基準上定められた研修の研修内容・実施回数等について御記載ください。

(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)

上述の注意書きのとおり、法人独自で行う研修内容について御記載ください。

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：高津 ハナ<br>住 所：川崎市川崎区〇〇1丁目△番地                                                                                                                                                                          |                  |
| 1 人あたり家賃額      | 実家賃①                                                                                                                                                                                                     | 実家賃①             |
|                | 特定障害者特別給付費 (国) ②                                                                                                                                                                                         | 特定障害者特別給付費 (国) ② |
|                | 家賃助成加算 (市) ③                                                                                                                                                                                             | 家賃助成加算 (市) ③     |
|                | 利用者自己負担額①－ (②＋③)                                                                                                                                                                                         | 利用者自己負担額①－ (②＋③) |
| 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<br>⇒                                                                                                                                  |                  |
| 入居者居室数         | 4 室                                                                                                                                                                                                      |                  |
| 世 話 人 室        | <input checked="" type="checkbox"/> 有り ( 1 0 m <sup>2</sup> ) <input type="checkbox"/> 無し                                                                                                                |                  |
| 当該物件について       | ● 立地の特徴<br>①最寄駅等までの距離・時間<br>・最寄駅：川崎駅 → 徒歩 3 0 分<br>└ バス等を利用する場合：乗車時間 1 5 分<br>：〇〇バス停から 3 分<br>②その他 (送迎の有無、その他)<br>送迎の有無： <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し<br>(その他自由記述) |                  |
|                | ● 設備の特徴<br>・各居室に浴室及びトイレが設けられている<br>・居室の窓が大きく明るい<br>・居室の面積が基準 (収納設備を除き 7 . 4 3 m <sup>2</sup> ) を上回る                                                                                                      |                  |
|                | ● 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)<br><input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し<br>(有りの場合)<br>共同生活住居名 定員 名                                                                |                  |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                  | <p>● 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）</p> <p>※ 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</p> <p>（有りの場合）</p> <p>事業名 _____</p>                                                                                                                |
|                  | <p>●耐震基準</p> <p>①旧耐震基準（昭和 56 年 5 月 31 日以前）の建物</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> ①-a 耐震改修済                      <input type="checkbox"/> ①-b 耐震改修不明</p> <p><input type="checkbox"/> ①-c 改修不要（診断済）</p> <p><input type="checkbox"/> ②新耐震基準（昭和 56 年 6 月 1 日以降）の建物</p> <p><input type="checkbox"/> ③不明</p> |
|                  | <p>● 浸水想定区域への該当</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 該当有り                      <input type="checkbox"/> 該当無し</p> <p>（有りの場合）</p> <p>区域の種類 _____</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</p> <p>（有りの場合）</p> <p>区域の種類 <u>警戒区域 急傾斜地</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がある。（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、</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

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。

## 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)                                                         | 上述の注意書きのとおり、地域のニーズに配慮している点を記載してください。                               |
| (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)                                                         | 上述の注意書きのとおり、当該グループホームとして予定している（実施している）利用者のための雰囲気づくりの取り組みを記載してください。 |
| 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)                                                         | 上述の注意書きのとおり、利用者のニーズ（生活）に配慮している点を記載してください。                          |
| 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)                                                         | 上述の注意書きのとおり、利用者のニーズ（自立支援）に配慮している点を記載してください。                        |