

(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4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

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

印

記載例

令和4年度障害者共同生活援助事業計画書

【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	<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 __5__年__0__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__都・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～平成30年4月 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 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（ ）
<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
<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。

※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。

【3 当該共同生活援助事業所に配置する予定の管理者】

氏 名	幸 次郎	
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	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

【4 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	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス管理責任者等基礎研修 <input checked="" type="checkbox"/> 受講済み（令和2年10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5年7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（令和元年10月） <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) ①就労移行支援たかつ ②グループホーム川崎 1	(期間) 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。

【5 当該共同生活住居概要について】

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 4 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"/> 決めない
行動障害等を主とした重度障害者(※1)の受入れ体制	<input checked="" 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) 強度行動障害
体験宿泊型住居の設置	<input checked="" type="checkbox"/> あり (部屋) (※2) <input type="checkbox"/> なし

※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」を選択又は「体験宿泊型住居の設置」に「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。

【6 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: 2 2 時～5 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 k m、1 5 分 <input type="checkbox"/> 未定

【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: 多摩 四郎 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 月額 : 5, 0 0 0 円 特定障害者特別給付費 (国) ② 月額 : 1, 0 0 0 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 ⇒	「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。）
入居者居室数	3室	
世話人室	<input checked="" type="checkbox"/> あり（9㎡） <input type="checkbox"/> なし	
当該物件について	● 立地の特徴 ①最寄駅：川崎駅 → 徒歩30分 └バス等を利用する場合：乗車時間15分 ：川崎駅バス停から5分 ②公共施設（医療機関等）までの距離・時間 ○○○クリニック 距離：100m、時間：3分 ○○○図書館 距離：300m、時間：7分 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 ○○○スーパー 距離：500m、時間：12分 ○○○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） <input checked="" type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し （有りの場合） 共同生活住居名グループホーム川崎1 定員4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。 <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し （有りの場合） 事業名	
	● 土砂災害警戒区域への該当 <input checked="" type="checkbox"/> 該当有り <input type="checkbox"/> 該当無し （有りの場合） 区域の種類警戒区域	

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。

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	<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)
	<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)
	<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。
	<input type="checkbox"/> 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ず添付してください。

【8 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に実施している。 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。
--	-----------------------------------

【9 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。

【10 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。

【11 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

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
<input checked="" type="radio"/> 該当 <input type="radio"/> 非該当	宮前 七郎	38	5	精神	麻生区〇〇町	生活介護事業所	自立に向けて
<input type="radio"/> 該当 <input checked="" type="radio"/> 非該当	麻生 六郎	40	2	知的	川崎区〇〇町	就労継続B型	自立に向けて
<input type="radio"/> 該当・ <input type="radio"/> 非該当							
<input type="radio"/> 該当・ <input type="radio"/> 非該当							
<input type="radio"/> 該当・ <input type="radio"/> 非該当							
<input type="radio"/> 該当・ <input type="radio"/> 非該当							

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、4名追加をするうち、入居予定者2名、公募2名）

※ 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。

【12 体験宿泊型等提供する居室の設置について】（「当該共同生活住居概要について」の欄で、体験宿泊型住居の設置「あり」にチェックした場合は御記載ください。）

1	体験宿泊型を提供するに至った経緯、目的等	
2	体験型宿泊施設を実施することによる広報活動	
3	指定上の人員基準の確保	
4	体験宿泊等を提供する居室設置に対しての運営方法	

事業所での取り組みや考え方等を具体的に御記載ください。

※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。