

(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 6 年 1 1 月 〇〇 日

選定委員会委員長
(健康福祉局障害保健福祉課長)

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

記載例

令和 7 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 1 8 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 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 | <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 2 9 年 8 月～現在 ②令和元年 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)

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共同生活援助に期待されている役割への取組内容を記載してください。

(例：重症心身障害者、児童福祉施設（加齢児含む）からの地域移行、一人暮らしへの移行等)

④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含む）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) <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) | 川崎区宮本町〇番地 | |
| 開設予定年月 | 令和7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 | <input type="checkbox"/> あり(※3) <input checked="" type="checkbox"/> なし | <受入れ体制内容を御記載ください> |
| 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 | <input type="checkbox"/> あり(※4) <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 | | |
| <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 | <input type="checkbox"/> あり(※3) | <受入れ体制内容を御記載ください> | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 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(※4) | <受入れ体制内容を御記載ください> | |
| | <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 | <input type="checkbox"/> あり(※3) | <受入れ体制内容を御記載ください> | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | |
| 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(※4) | <受入れ体制内容を御記載ください> | |
| | <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 | <input type="checkbox"/> あり(※3) | | <受入れ体制内容を御記載ください> | |
| | <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 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(※4) | | <受入れ体制内容を御記載ください> | |
| | <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」を選択した事業所については、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 「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 ・事業所等 | 世話人 | | |
| 資 格 | 社会福祉士 | | |
| 実 務 経 験 | (勤務先) グループホーム神奈川 | (期間) 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 ・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） <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6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) ①就労移行支援たかつ ②グループホーム高津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。

(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「従業員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) | <input type="checkbox"/> 福祉・介護職員等処遇改善加算 (Ⅴ) 区分 |

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 : 1 km、徒歩 15 分 <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) について御記入ください。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。

| | |
|---|-----------|
| ●研修計画 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px auto; width: fit-content;"> 上述の注意書きの通り、基準上定められた研修と法人独自で行う研修内容について御記載ください。 </div> | (その他自由記述) |
|---|-----------|

7 当該共同生活住居に関する建物の概要

| | | |
|----------------|--|------------|
| 住 居 区 分 | <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 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：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"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し ⇒ | |
| 入居者居室数 | 4室 | |
| 世 話 人 室 | <input checked="" type="checkbox"/> 有り（10㎡） <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：川崎駅 → 徒歩30分 ↳バス等を利用する場合：乗車時間15分 : 〇〇バス停から3分</p> <p>②公共施設（医療機関等）までの距離・時間 〇〇〇クリニック 距離：100m、時間：3分 〇〇〇図書館 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 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</p> <p>④周辺の環境 周辺が静かで、落ち着いて生活ができる。</p> <p>⑤その他</p> | |
| | <p>● 設備の特徴</p> <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㎡） | |
| | <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） <input type="checkbox"/> 有り <input checked="" type="checkbox"/> 無し （有りの場合） 共同生活住居名_____ 定員_____名</p> | |

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。

8 地域のニーズ、利用者のニーズに配慮している点

※ 利用者の嗜好（夕食・朝食の食事への配慮等）・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等）・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、利用者のニーズに配慮している点をご記載下さい。

（自由記述）

上述の注意書きの通り、地域のニーズ、
利用者のニーズに配慮している点を記
載してください。