|  |
| --- |
| **事業計画書作成における留意事項**１　事業計画書について中野区では、事業計画書や申請書類を通じて、事業者が児童福祉法や基準等を満たしているか、適切に事業を運営していくための基準理解や準備が十分にできているかを確認しています。　２　作成に当たって　**★開設法人の責任において法人のご担当者が作成ください。**（１）事業計画書のフレームに沿って**具体的に**内容をご記載ください。また、**項目の削除は行わないでください**。（２）記載に係る注意点は記載欄の下に※書きで示しています。（３）色掛け部分のみご記載ください。**青色が必須記載事項**、緑色は該当ある場合のみの記載事項です。なお、**文字数に制限はありませんので枠を広げて記載してください**。　　**必須記載事項が埋まっていない場合は受領できません**ので、ご注意ください。（４）作成・提出いただく必要がある書類は以下のとおりです。ア　事前調査票イ　事業計画書ウ　平面図**（各部屋名、㎡数、手洗いの位置、入口の場所などを明記してください）**エ　事前調査票及び事業計画書チェックリストオ　児童発達支援管理責任者の実務経験証明書及び研修修了証【配置予定者がいる場合】カ　利用実績（他自治体から指定を受けている全事業所）【該当がある場合】（５）記載欄については、別紙に記載いただいても構いません。　３　その他事業計画書は、地域の特性、事業の内容及び職員体制等に応じて、事業所ごとに個別に作成するものです。そのため、他事業所の事業計画書のコピーの提出はお断りしております。なお、提出いただいた**事業計画書がコピーであると判断された場合**、**受領をお断りする可能性があります。****送付先**中野区役所　健康福祉部　障害福祉課　子ども発達支援係メール　hattatsushien@city.tokyo-nakano.lg.jp　（全てアルファベットの小文字です） |

○○（事業所名）事業計画書

**１　法人名・法人所在地**

事業所の指定は法人に対して行うため、**登記されている**法人名と法人所在地を記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 法人代表者名 |  |

**２　法人の別事業の内容・状況**

　法人内で既に障害児通所支援等を行っている場合、提供している事業種別を記載してください。また、都内に所在する障害児通所支援事業所がありましたら、事業所名と事業所番号を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 障害児通所支援事業又は障害福祉サービス事業の実施 | あり　　・　　　なし |
| 提供している事業種別 |  |
| 都内で運営している障害児通所支援事業所名 |  |

**３　事業所名・事業所所在地**

指定を受けようとする事業所名及びその所在地を記載してください。また、平面図及び設備基準チェックリストを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定予定年月日 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所所在地 |  |
| 最寄り駅 |  |
| 事業種別（サービス名） |  |
| 多機能型の有無提供する他の事業種別 | 　　　　　　　　あり　　　・　　　なし |
|  |
| 定員（訪問系は不要） |  |
| 対象児童（訪問系は不要） | [ ] 重症心身障害　　[ ] 重症心身障害以外 |
| 医療的ケアの有無（訪問系は不要） | あり　　　・　　　なし |

※「平面図」を添付してください

※「設備基準チェックリスト」を添付してください。

**４　開所理由**

**（１）法人の沿革や特色、障害児通所支援を提供したいと考えたきっかけ**

|  |
| --- |
|  |

※法人の理念や沿革、障害児通所支援事業に参入した理由、指定を受けたい事業種別を決めた理由などを記載してください

**（２）事前相談の面談内容**

　相談内容を詳細に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 訪問日 |  | 訪問時間 | 時　　分　　～　　時　　分 頃 |
| 部署名 |  | 担当者名 |  |
| 法人担当者職名：（面談内容） |

**（３）その他**

|  |  |
| --- | --- |
| 最寄りの特別支援学校 |  |
| 同一の事業種別を提供する事業所数（所在自治体内） |  |

※障害者サービス情報に事業所一覧を掲載しています。（https://www.shougaifukushi.metro.tokyo.lg.jp/Lib/LibDspList.php?catid=052-015）

**５　人員体制の確保**

　開所時の人員体制や採用方針、採用面接時の留意点などを記載してください。

（１）採用までの取組

|  |  |
| --- | --- |
| 人員確保の方法 |  |

※知人の紹介や求人媒体の利用、法人内異動等をご記載ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 児童発達支援管理責任者の採用面接時の質問内容 |  |

※児童発達支援管理責任者への質問事項を箇条書きでご記載ください。採用後すぐの退職が増えています。これまでの職歴や前職の退職理由、児童発達支援管理責任者としての療育方針など詳細に質問されることをお勧めします。特に短期間での転職を繰り返している場合、採用後すぐの退職の傾向が高いです。

（２）開所時の人員体制（予定）

|  |  |
| --- | --- |
| 児童指導員又は保育士 | 常勤　　名　　非常勤　　名 |
| 機能訓練担当職員 | 常勤　　名　　非常勤　　名 |
| 看護職員 | 常勤　　名　　非常勤　　名 |
| 嘱託医 | 常勤　　名　　非常勤　　名 |
| その他指導員 | 常勤　　名　　非常勤　　名 |

※訪問支援の場合は、訪問支援員の保有資格に人数を記載してください。

（３）その他

|  |  |
| --- | --- |
| 基準人員の考え方（訪問系は不要） |  |

※**説明会資料２【制度全般について】**に記載があります。提供予定の定員及び対象児童における基準人員の考え方を記載してください。

**６　営業日、営業時間**

営業日、営業時間等を設定してください。曜日や学校終業後などで時間設定が異なる場合はその旨も記載してください。職員会議や当日の利用児童の情報共有、療育の準備などは営業時間に含みません。なお、営業時間外に保護者の相談や電話問い合わせなどの対応は可能です。

**（１）営業日、営業時間、サービス提供時間等**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 営業日 | 児発 |  | 居宅訪問 |  |
| 放デイ |  | 保育所訪問 |  |
| 営業時間 | 児発 |  | 居宅訪問 |  |
| 放デイ |  | 保育所訪問 |  |
| サービス提供時間 | 児発 |  | 居宅訪問 |  |
| 放デイ |  | 保育所訪問 |  |
| 常勤職員の就業時間 |  |

※放課後等デイサービスの場合は学校休業日の営業時間も別途記載してください。

※多機能事業所の場合は各欄に営業日等を記載してください。児発・放デイの特例（一体型）多機能事業所の場合は営業日、営業時間は同じになります。

**（２）その他**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業時間の考え方 |  |

※**説明会資料２【制度全般について】**に記載があります。資料内に記載している営業時間の定義を記載してください。

**７　療育内容**

1日のサービスの流れ（スケジュール）や送迎時の安全対策などを**具体的に**記載してください。

**（１）療育スケジュール**

|  |  |
| --- | --- |
| 1日の流れ |  |

※〇時～送迎開始、△時～始まりの会、◇時～支援開始、おやつ　など**時系列**に記載してください。

**※多機能事業所の場合は、事業ごとに記載してください。**

**（２）療育（プログラム）事例**

|  |  |
| --- | --- |
| 事例① |  |
| 事例➁ |  |
| 事例③ |  |

※想定しうる児童の障害（特性）と、その児童に対してどのような療育プログラムを提供するのかを具体的に記載してください

**（３）送迎時の安全対策（送迎を実施する場合）**

|  |  |
| --- | --- |
| 送迎体制 |  |
| 送迎車両の台数 |  |

※送迎体制には運転手や添乗員の配置方法、送迎記録や置き去り防止するための方法などを記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 安全装置設置義務の対象車両 |  |

※**説明会資料２【制度全般について：**[**設備に関して重要な事項]**】に記載があります。資料内に記載している対象車両を記載してください。

**（４）その他**

|  |  |
| --- | --- |
| 見学予定・見学に行った事業所名又は療育プログラムの参考にしたもの |  |

**８　職員への研修計画**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 研修名 | 研修内容や方法など |
| 開所前 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |
| 月 |  |  |

※**開所前及び開所後1年間**の研修計画を作成してください。

※研修名には虐待防止や感染症対策、事故防止、防災訓練などを記載し、研修内容や方法には研修資料の作成（調達）方法、講師は誰が行うのか、法人全体か事業所ごとに行うのかなどを記載してください。

※**説明会資料４【運営に関する重要な事項】**に研修が義務付けられている事項の記載があります。

**９　収支予算書**

別紙「収支予算書」作成の上、添付してください。

**１０　障害児通所支援に関する事業理解**

（１）基本項目（●に数字を入れてください）

|  |  |
| --- | --- |
| 個別支援計画の更新 | 少なくとも●ヶ月に1回更新 |
| 報酬改定の頻度 | ●年に1回 |
| 通所給付費の受領 | 支援提供月の●ヶ月後 |
| 自己評価の実施（児発・放デイ・保育所等訪問） | おおむね●年に●回、自己評価や保護者評価などの結果や改善内容を公表し、届出を提出する。 |
| 休止・廃止に関する届出 | 事前に中野区に相談の上、支援の提供を希望する児童の移行先などを示した届出を●ヶ月前までに提出する。 |

※基本的な事項のため、ご自身でお調べください。

（２）委員会の設置が義務付けられているもの

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

※**説明会資料４【運営に関する重要な事項】**に義務付けられている事項の記載があります。

（３）変更届が必要な事項

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |

※**説明会資料４【運営に関する重要な事項】**に変更届に関する記載があります。

（４）令和7年4月以降に指定を受ける場合の支援プログラムの公表及び届出期限

（いずれかに〇をしてください）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 指定月末日まで |  | 指定後3か月以内 |  | 指定後1年以内 |

※**説明会資料４【運営に関する重要な事項】**に事業所の支援プログラムの公表に関する記載があります。

（５）事前に確認した法令、ガイドライン

|  |
| --- |
|  |

※**説明会資料１【はじめに】**に関係法令等の記載があります。