

## 事業概要調書

【事業概要】	
事業実施場所(住所) 申込エリア <input type="checkbox"/> にチェック	(住所) <b>福岡市中央区天神一丁目8番1号</b>
	<input type="checkbox"/> 東 エリア <input checked="" type="checkbox"/> 中央エリア <input type="checkbox"/> 南 エリア <input type="checkbox"/> 西 エリア
事業開始年月日	令和 <b>8年 11月 1日</b>
利用者の定員	定員 <b>10</b> 名
営業日	<b>月曜日～土曜日</b> (国民の休日、12月29日～1月3日を除く)
営業時間	<b>8:30～17:00</b>
サービス提供時間	<b>9:00～15:00</b>
食事の提供	有 ・ <b>無</b>
送迎サービス	<b>有</b> ・ 無
一体的に管理運営される他の事業所	<b>保育所等訪問支援事業</b>
その他(長期休みの有無等特記事項があれば記載)	<div style="border: 2px solid blue; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>多機能型実施を希望する場合のみ、実施する事業について記載してください。</b> </div>
【通園形態等】	
通園形態	親子通園 ・ <b>単独通園</b> (○で囲んでください。) (上記通園形態を選択された理由を簡潔に記載してください。) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 専門的支援を実施するとともに親の就労支援のため。</li> <li>・ 土曜日等親子通園が可能で希望がある場合は、フィードバック等保護者支援を行う。</li> </ul>
通園頻度	(1利用者あたりの平均通園頻度を記載してください。)(例)週2回 <b>週 2 回</b>
※親子通園・・・サービス提供時間を通して保護者が事業所にいる場合 ※単独通園・・・サービス提供時間を通して保護者が事業所にいない場合	

# 記入例

## サービス提供時間詳細表

様式 3

	月	火	水	木	金	土	日
9:00							
9:30						受入（保護者送迎）	受入（保護者送迎）
10:00						個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）
10:40						（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び
11:00						（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び
11:15						送り出し（保護者送迎） 受入（保護者送迎）	送り出し（保護者送迎） 受入（保護者送迎）
11:55						個別療育 （2人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）
12:00						（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び
12:15						（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び
12:30						送り出し（保護者送迎）	送り出し（保護者送迎）
13:00							
13:30							
14:00	受入（送迎）	受入（送迎）	受入（送迎）	受入（送迎）	受入（送迎）	受入（保護者送迎）	受入（保護者送迎）
14:40	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）
15:00	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック
15:15	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し（保護者送迎） 受入（保護者送迎）	送り出し（保護者送迎） 受入（保護者送迎）
15:55	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	グループ療育 （4人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）
16:00	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック
16:15	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック
16:30	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し・受入（送迎）	送り出し（保護者送迎）	送り出し（保護者送迎）
17:00	グループ療育 （5人、提供時間40分）	個別療育 （1人、提供時間40分）	グループ療育 （3人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）	グループ療育 （3人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）	個別療育 （2人、提供時間40分）
17:10	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック
17:30	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック	（子ども）自由遊び	（保護者）フィードバック
18:00	送り出し・（送迎）	送り出し・（送迎）	送り出し・（送迎）	送り出し・（送迎）	送り出し・（送迎）		
18:30							
19:00							

## 記入例

## 既に指定を受けている事業等について

(同一の法人が既に実施する障害者総合支援法、児童福祉法又は介護保険法に規定する事業所等について記載してください。)

		サービス(事業)名	事業所の名称	事業所所在地	指定年月日
障害者総合支援法	障害福祉サービス	既に実施している、障害者総合支援法、児童福祉法又は介護保険法に規定する事業所等について記載してください。			
	相談支援	特定相談支援事業	●●	●●県●●市	平成28年8月1日
地域生活支援事業					
児童福祉法	児童発達支援センター	●●センター	●●県●●市	平成28年4月1日	
	児童発達支援事業所	●●	●●県●●市	令和2年4月1日	
介護保険法	地域密着型通所介護	●●	●●県●●市	平成29年4月1日	

※行が不足する場合は、追加してください。

※上記の情報が網羅できれば、法人内部の既存資料でも構いません。

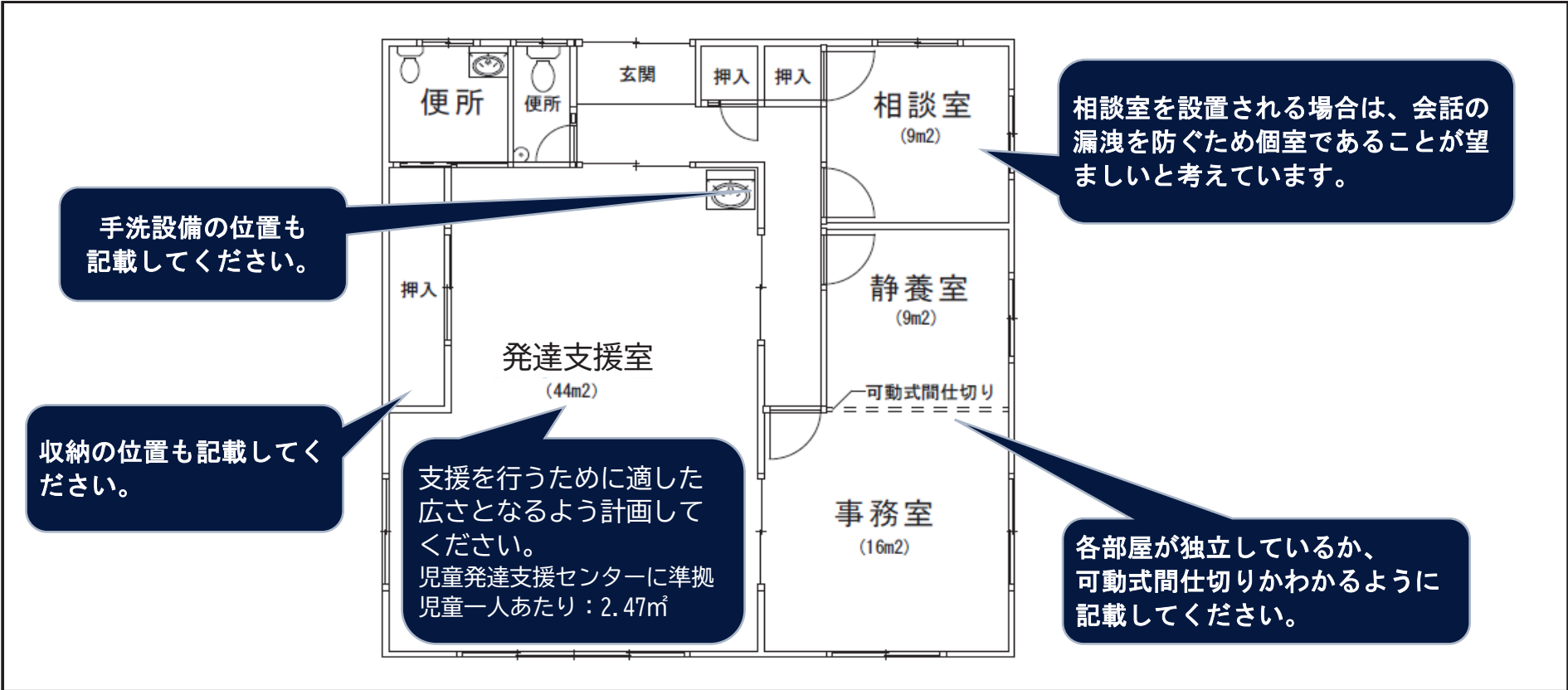
記入例

平面図

事業所の名称	〇〇
建物の名称	〇〇
構造概要	RC造
事業所が所在する階数	1階

指導訓練室	44m <sup>2</sup>
事務室	16m <sup>2</sup>
相談室	9m <sup>2</sup>
静養室	9m <sup>2</sup>
( ) 室	m <sup>2</sup>
トイレ	6m <sup>2</sup>

- 各室の用途及び面積を記載してください。
- 各部屋が他の居室と独立して設置されているか、可動式のパーテーションによる間仕切り程度なのかを分かりやすく表示してください。
- 発達支援室、事務室、相談室以外の部屋がある場合は名称、用途及び面積を記載してください。
- 手洗設備（小人用、大人用）、収納の位置等も可能な限り記載してください。



※既製の平面図がある場合にはそれを添付してください。（その場合、A3またはA4に縮尺の上、折り込んでください。）

※2階以上で計画する場合は、避難経路が確認できる図面等を添付してください。

職員配置計画等（※1枚で収まらない場合は、A4用紙を必要枚数使用可）

（1）人員配置計画（職員の確保方策、勤務形態、類似施設等での経験年数等について、記載すること。その他、職員採用計画についても自由に記載すること。）

【新たに開始する児童発達支援事業所の職員配置計画等】

氏名	職種	確保方策		勤務形態		経験年数		年齢	資格等
		異動	採用	常勤	非常勤	児童発達支援事業所又はセンター	その他の児童福祉施設、障がい者支援施設、医療機関等		
●● ●●	保育士	○		○		20年	0年	45歳	保育士
●● ●●	作業療法士	○		○		0年	病院10年 障がい者支援施設5年	46歳	作業療法士
未定	保育士	○		○		0年	保育所10年	30歳代	保育士
未定	保育士		○		○	10年	0年	30歳代	保育士
未定	保育士		○		○	20年	0年	40歳代	保育士

「その他の児童福祉施設、障がい者支援施設、医療機関等」での経験年数について勤務した施設種別を記載した上で経験年数を記載してください。

【新たに開始する保育所等訪問支援事業の職員配置計画等】

氏名	職種	確保方策		勤務形態		経験年数		年齢	資格等
		異動	採用	常勤	非常勤	児童発達支援事業所又はセンター	その他の児童福祉施設、障がい者支援施設、医療機関等		
例)博多 太郎	保育士	○		○		10年	保育所5年	44歳	保育士
例)博多 花子	児童指導員		○	○		5年	幼稚園10年	35歳	幼稚園
例) 未定	言語聴覚士	○			○	0年	病院20年	40歳代	言語聴覚士

<保育所等訪問支援事業の指定を希望する場合のみ>  
配置する職員について記載してください。

- ※「確保方策」、「勤務形態」については、当てはまるものに○をつけてください。
- ※「経験年数」については、令和8年10月1日時点の見込みを記載してください。「その他の児童福祉施設、障がい者支援施設、医療機関等」での経験年数については、勤務した施設種別を記載した上で経験年数を記載してください。
- ※「資格、研修等」には、保育士等の資格及び児童発達支援事業に関する研修の受講状況等について記載してください。
- ※児童発達支援事業所と保育所等訪問支援事業を兼務する職員については、兼務状況等がわかるように記載してください。

【職員の採用方法等（具体的に記入すること）】

職員採用計画や職員管理などについて自由に入力してください。

例：職員確保の取り組み、職員への福利厚生、離職防止の取り組み など

(2) 人材育成に対する考え方

(職員の育成に対してどのように取り組むのか、研修計画等を審査項目に沿って記載すること)

人材育成に関する取組について、職員研修計画等を入力してください。

例：年間研修計画、研修名、研修内容など

組織体制図

事業所の名称 ○○

児童発達支援事業所：○○

職名	氏名
管理者	A
児童発達支援管理責任者	B
保育士（常勤）	C
保育士（常勤）	D
保育士（常勤）	E
児童指導員（常勤）	F
保育士（非常勤）	G

保育所等訪問支援事業所：○○

職名	氏名
管理者	A
児童発達支援管理責任者	B
訪問支援員（常勤）	C
訪問支援員（常勤）	D

同一敷地内で実施するサービス全てについての組織体制図を作成してください。  
兼務関係がわかるようにしてください。

- 備考1 当該事業所の従業者氏名を記載してください（兼務関係が分かるようにしてください）
- 2 同一敷地内で施設系サービスを実施している場合は、施設系サービスを含めて記載してください。

## 管 理 者 経 歴 書

フリガナ	フクオカ タロウ		生年月日	昭和54年7月23日(46歳)
氏名	福岡 太郎			
住所	福岡市中央区天神一丁目10番1号		生年月日を和暦で入力してください。	
最終学歴				
平成〇年 月卒業	〇〇大学卒業		最終学歴を入力してください。 養成校などがあれば追記してください。	
平成〇年 月卒業	〇〇養成校卒業			
職歴等				
年 月 ~ 年 月	勤務先等		職務内容	
平成〇年〇月~平成〇年〇月	(社福) 〇〇会 〇〇保育園		保育士	
平成〇年〇月~平成〇年〇月	(株) 〇〇社 児童発達支援事業所		保育士	
令和〇年〇月~令和〇年〇月	(株) △△社 児童発達支援事業所		児童発達支援管理責任者	
令和〇年〇月~令和〇年〇月	(株) △△社 児童発達支援事業所		管理者	
職歴を入力してください。 「勤務先等」には、法人名及び勤務先名称を記載してください。 「職務内容」については、当該勤務先での職務の内容を記載してください。				
職務に関する資格				
資格の種類			資格取得年月日	
保育士 児童発達支援管理責任者			平成〇年〇月 平成〇年〇月	
研修等の受講の状況等 〇〇従事者研修(平成〇年〇月)				
資格取得の状況、研修の受講状況等を記載してください。				
備考				

管理者PR欄（児童発達支援に対する考え方等を自由にご記載ください。

管理者のPRを文章で入力してください。

- ・ A4用紙1枚で収まらない場合は、必要枚数使用可。
- ・ 文字サイズは12ポイントから変更しないでください。



児童発達支援管理責任者PR欄（児童発達支援に対する考え方等を自由にご記載ください。）

児童発達支援管理責任者のPRを文章で入力してください。

- ・ A4用紙1枚で収まらない場合は、必要枚数使用可。
- ・ 文字サイズは12ポイントから変更しないでください。

児童発達支援管理責任者用 実務経験年数集計表

1 児童発達支援管理責任者の氏名

福岡 花子

2 実務経験年数の集計

実務に従事した施設・事業所の名称	業務期間(うち業務に従事した日数)	
	相談支援業務	直接支援業務
〇〇児童発達支援センター	年 月間 ( 日)	5年 10月間 ( 1,568日)
〇〇児童発達支援事業所	年 月間 ( 日)	1年 7月間 ( 360日)
	年 月間 ( 日)	年 月間 ( 日)
	年 月間 ( 日)	年 月間 ( 日)
計	年 月間 ( 日)	7年 5月間 ( 1,928日)

3 有している資格等

保育士、社会福祉主事任用資格

※実務経験の要件に係る資格等を有している場合は、記入してください。  
(例) 社会福祉士、訪問介護員養成研修1級課程修了者

4 実務経験の該当要件

障がい者の保健、医療福祉、就労、教育分野における支援業務

※当該児童発達支援管理責任者が該当するところに○を付けて下さい。

① 施設等(注1)における相談支援業務、障がい者職業センター等における就労支援相談、特別支援学校等における教育進路相談のいずれかに従事した期間	①及び②の期間が通算して5年以上である者	
② 国家資格等(注3)保持者又は社会福祉主事任用資格者又は訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者又は①の業務に従事した期間が1年以上ある者で、且つ医療機関の相談支援業務に従事した期間		
③ 社会福祉主事任用資格者等(注2)でない者であって介護等の業務に従事した期間が通算して8年以上である者		
④ 社会福祉主事任用資格者等(注2)であって介護等の業務に従事した期間が、通算して5年以上である者		○
⑤ 国家資格等(注3)を有する者がその資格に基づく業務に5年以上従事しており、かつ相談支援業務及び介護等業務に従事した期間が通算して3年以上である者		

(注1) 障がい児相談支援事業、身体(知的)障がい者相談支援事業、障がい児(者)地域療育等支援事業、市町村障がい者生活支援事業、児童相談所、身体(知的)障害児者更生相談所、発達障がい者支援センター、福祉事務所、保健所、市町村役場、障がい児入所施設、身体(知的)障がい者更生施設、障がい者支援施設、老人福祉施設、精神保健福祉センター、救護施設更正施設、介護老人保健施設、地域包括支援センター

(注2) 社会福祉主事任用資格者、訪問介護員2級以上に相当する研修の修了者、児童指導員任用資格者、保育士、精神障害者社会復帰指導員任用資格者をいう。

(注3) 医師、歯科医師、薬剤師、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、介護福祉士、視能訓練士、義肢装具士、歯科衛生士、言語聴覚士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師、栄養士(管理栄養士を含む。)、精神保健福祉士をいう。