**事　業　計　画　書**

１　業務の実施方針

|  |
| --- |
| ・産後の母子ショートステイ、母子デイケア業務の実施方針についてお書きください。  ①　母子の産後のケアについて利用者の個別性を踏まえた支援  ②　育児スキルや生活のイメージが持てる支援  ③　行政など関係機関との連携を図った支援  ※上記３つの項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

２　産後母子ショートステイ及び産後母子デイケアの実施手法、場所、食事提供方法

|  |  |
| --- | --- |
| 母子ショート  ステイ |  |
| 母子デイケア |  |

* 施設の図面に母子ショートステイ、母子デイケアの実施場所を記入し別に添付してください。

３　業務実施体制（人員配置）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 予定者の氏名 | 資格又は職種 | 所属・役職 | 担当する業務の内容 |
| 施設管理者 |  |  |  |  |
| 母子ｼｮｰﾄｽﾃｲ  実施責任者 |  |  |  |  |
| 母子デイケア  実施責任者 |  |  |  |  |
| 業務スタッフ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 所属・役職については、事業計画書提出者以外の企業等に所属する場合は、企業名等についても記載すること。

【申請施設が助産所の場合は下記内容をご記入下さい】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 嘱託医師名 | 所属医療機関名 |  |
| 連携医療機関名 | | |

４　産後母子ショートステイ及び産後母子デイケア類似業務実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 類似業務の名称 |  | | | |
| 実施時期 | 年　　　月　　　～　　　年　　　月 | | | |
| 業務の概要 | 【下記項目を踏まえ、内容をご記入下さい】  ①　産後の母体管理及び生活面指導  ②　乳房ケア  ③　授乳・沐浴方法  ④　発育発達チェック  ⑤　体重・排便チェック  ⑥　スキンケア  ⑦　退院後の相談及び指導  ⑧　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 【内容】 | | | |
| 利用実績 | 事業名 | 年度 | 実利用者数 | 延利用日数 |  |
|  |  |  |  |
| 利用料金(円) |  | | | |
| サービス提供の特徴 |  | | | |

５　事業実施責任者の経歴等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名 | 生年月日  　　　　　年　　　月　　　日 |
| 担当する分担業務の内容 | | |
|  | | |
| 所属・役職 | | |
|  | | |
| 資格免許、取得年月日 | | |
|  | | |
| 業務経歴等 | | |
|  | | |
| その他（発表論文、表彰、資格取得等） | | |
|  | | |

* 役割は、施設管理者、母子ショートステイ実施責任者、母子デイケア実施責任者のいずれかを記載すること。

６　職員の人材育成及び健康管理体制

|  |
| --- |
| ①従事者への研修計画、実施実績  ②従業者等へ健康診断の実施  ※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

７　緊急時の危機管理体制

|  |
| --- |
| ①緊急時体発生時の具体的な対応計画、必要な対応訓練の実施  ②損害保険等の加入  ※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

８　苦情処理体制

|  |
| --- |
| ①苦情等の迅速、適切な対応策  ※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |

９個人情報について

|  |
| --- |
| ①個人情報保護取扱い事項順守の具体策  ※上記項目を踏まえ、ご記入ください。 |
|  |