産後ケア事業　提案書

様式２

１　業務の実施方針

|  |
| --- |
| 産後ケア事業の実施方針について具体的にお書きください。 |
|  |
| 特に配慮を要する方（B型C型肝炎キャリア等慢性疾患のある方、障害のある方など）に対する事業実施方針についてご提案ください。 |
|  |
| 生後4か月以降の母子に対する産後ケア事業実施方針についてご提案ください。 |
|  |

２　産後ケア類似事業実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 類似事業の名称 |  | | | |
| 実施時期 | 年　　月　～　　　　年　　月 | | | |
| 業務の概要 |  | | | |
| 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 |  | | | |

３　産後ケア事業の実施方法（一日の流れ、食事、実施場所等）

実施する産後ケアの種類に〇をつけて、内容を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 産後ケア | 実施の有無 | 実施方法 |
| 母子デイケア  （通所） |  |  |
| 母子ショートステイ  （宿泊） |  |  |
| ~~産後ケア訪問~~ |  |  |

※施設の図面に産後ケア事業実施場所を記入し、別に添付してください。

４　業務実施体制

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 職種等 | 役職等※ | 担当する業務 |
| 施設管理者 |  |  |  | 施設管理および業務実施の管理監督・指揮命令 |
| 業務スタッフ |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

※助産師、保健師および看護師については、資格の確認できるもの（免許証）の写しを添付してください。なお、助産師または保健師免許証を添付した場合看護師免許証は不要です。

※役職等については、他事業所等にも所属している場合はその旨も記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連携医療機関名 | 名称 |  |
| 住所 |  |
| 医師名 |  |

※産婦人科、小児科、精神科等、産後ケアで起こりうる問題に対し対応できる医師が望ましい。

５　施設管理者の経歴等

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 役　職 | |  | | |
| 業務経歴等 | |  | | |
| その他 | |  | | |

※施設管理者が助産師以外の場合は、様式を追加して助産師の責任者についても記入してください。

６　緊急時の危機管理体制

|  |
| --- |
|  |

７　苦情処理体制

|  |
| --- |
|  |

８　個人情報の管理体制

|  |
| --- |
|  |

９　その他（特に記載すべき事項）

|  |
| --- |
|  |