

寝屋川市子育て世帯訪問支援事業 事業実施確認書

1 訪問支援員		人数を記載ください	
①	本事業に対して、派遣可能な援助者（以下訪問支援員とする）について、右欄の資格を持つ訪問支援員の人数をそれぞれ記入してください。	ヘルパー1級	人
		ヘルパー2級	人
		介護福祉士	人
		介護福祉実務者研修、または 介護職員初任者研修の受講修了者	人
2 研修体制		該当にレ点をつけてください。	
本事業の訪問支援員に対し、対象家庭に支援を行う前に、以下の内容の研修を実施する体制がありますか			
①	本事業の目的、支援の方法、記録の方法に関すること	<input type="checkbox"/> はい、 <input type="checkbox"/> いいえ	
②	個人情報の適切な管理や守秘義務に関すること	<input type="checkbox"/> はい、 <input type="checkbox"/> いいえ	
③	本事業に係る訪問支援員に対して、AED（自動体外式除細動器）の使用法や心肺蘇生等の実習を含んだ救急救命に関すること	<input type="checkbox"/> はい、 <input type="checkbox"/> いいえ	
④	事故防止に関する事（ヒヤリハット事例の検証等を内容とするもの）	<input type="checkbox"/> はい、 <input type="checkbox"/> いいえ	
⑤	本事業に係る訪問支援員に対して、市が指定した研修を受講すること	<input type="checkbox"/> 了承する、 <input type="checkbox"/> 了承しない	
3 事業内容 実施可能な内容についてお尋ねします		該当にレ点、（）に内容を記載ください	
①	育児援助	ア 授乳	<input type="checkbox"/> 実施可能
		イ おむつ交換	<input type="checkbox"/> 実施可能
		ウ 沐浴補助	<input type="checkbox"/> 実施可能
		エ そのほか育児に関する日常的に行う必要があるもの	<input type="checkbox"/> 実施可能 ()
②	家事援助	ア 食事の準備及び後片付け	<input type="checkbox"/> 実施可能
		イ 住居の掃除及び整理整頓	<input type="checkbox"/> 実施可能
		ウ 衣類の洗濯及び補修	<input type="checkbox"/> 実施可能
		エ 生活必需品の買物	<input type="checkbox"/> 実施可能
		オ 保育所等の送迎の付き添い	<input type="checkbox"/> 実施可能
		カ そのほか家事のうち日常的に行う必要があるもの	<input type="checkbox"/> 実施可能 ()
4 活動地域		該当する活動範囲にレ点をつけてください。	
<input type="checkbox"/> 市内全域			
<input type="checkbox"/> 指定地域あり → 右欄にレ点をつけてください。		<input type="checkbox"/> 1中、 <input type="checkbox"/> 2中、 <input type="checkbox"/> 3中、 <input type="checkbox"/> 4中、 <input type="checkbox"/> 5中、 <input type="checkbox"/> 6中、 <input type="checkbox"/> 7中、 <input type="checkbox"/> 8中、 <input type="checkbox"/> 9中、 <input type="checkbox"/> 10中、 <input type="checkbox"/> 友呂岐中、 <input type="checkbox"/> 中木田中	
5 事業者の体制に関する事			
①	支援日当日に派遣予定だった訪問支援員が訪問できなくなった場合に、原則、派遣する体制としている。	<input type="checkbox"/> 了承する、 <input type="checkbox"/> 了承しない	
②	一家庭に複数の訪問支援員が関わる場合に、利用料の徴収方法について説明をする役割、毎月の請求及び利用回数の上限管理を行う役割を明確にする管理体制としている。	<input type="checkbox"/> 了承する、 <input type="checkbox"/> 了承しない	
③	訪問支援員が訪問した家庭において、児童虐待に該当する又はその可能性がある状況を目撃したときに、事業所において相談する体制としている。	<input type="checkbox"/> 了承する、 <input type="checkbox"/> 了承しない	
④	本事業を受託するにあたり、事業に係る損害に対応可能な保険に加入している。	<input type="checkbox"/> 了承する、 <input type="checkbox"/> 了承しない	
⑤	現場で万一事故が起こった場合のマニュアル（緊急報告の方法等）を作成し共有している。	<input type="checkbox"/> 了承する、 <input type="checkbox"/> 了承しない	
6 事業者の実績と今後の計画			
(1) 寝屋川市における活動についてお聞きします。			
①	子育てに関する市からの受託事業 (子育て世帯訪問支援事業 等)	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実施予定あり <input type="checkbox"/> なし	
	* 実績あり・予定の場合右欄に事業名を記入ください	事業名：	
②	①に記載した事業以外に、子育てに関する取組がありましたら 右欄に記載ください。	事業名：	
③	介護保険に関する指定登録	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録予定あり <input type="checkbox"/> なし	
(2) 寝屋川市以外の市町村における活動についてお聞きします。			
①	子育てに関する市からの受託事業 (子育て世帯訪問支援事業 等)	<input type="checkbox"/> 実績あり <input type="checkbox"/> 実施予定あり <input type="checkbox"/> なし	
	* 実績あり・予定の場合右欄に事業名を記入ください	事業名：	
②	①に記載した事業以外に、子育てに関する取組がありましたら 右欄に記載ください。	事業名：	
③	介護保険に関する指定登録	<input type="checkbox"/> 登録している <input type="checkbox"/> 登録予定あり <input type="checkbox"/> なし	