

(様式3)

秋田市通所型介護予防事業計画書

法人名 _____

実施プログラム _____ 運動 ・ 栄養 ・ 口腔

1～3の記載に当たっては、以下の資料を参考にできるだけ具体的に記載すること。

・介護予防マニュアル第4版

(https://www.nri.com/jp/knowledge/report/1st/2022/mcs/social_security/0331_4)

・介護予防ガイド 実践・エビデンス編

(<https://www.ncgg.go.jp/ri/topics/documents/cgss2.pdf>)

1 通所型介護予防事業（短期集中予防サービス）に対する基本的な考え方

2 各プログラムの実施内容と狙っている効果

※短期間で効果的に状態改善を目指す介護予防プログラムの工夫する点を記載してください。

3 実施効果継続に向けた工夫

※事業終了後も自ら日常的に取り組めるような内容や、セルフケアの指導に当たって工夫する点を記載してください。

4 実施可能な日程・時間等（予定でも可）

--

5 実施場所 ※複数ある場合は、一覧を添付してください。

事業所名 (施設名)	住 所	定員 (人)	送迎の 有無
			有 ・ 無

6 担当職員

プログラム	中心となる担当者		
	確保	職種・資格名	経験年数
運 動	済 ・ 確保予定		
栄 養	済 ・ 確保予定		
口 腔	済 ・ 確保予定		

7 安全管理について

項目	整備状況	備考
安全管理マニュアル	有 ・ 今後整備	
傷害保険	加入予定 事業者で既加入の保険を適用 その他	
その他安全管理対策 (あれば記入)		