

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。

- ・(参考資料) 通所型介護予防事業(通所C)について
- ・令和6年度通所Cを中心とした介護予防に関する研修会
(<https://www.city.akita.lg.jp/kurashi/koreishafukushi/1006007/1004851.html>)
- ・介護予防マニュアル第4版
(<https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000931684.pdf>)
- ・介護予防ガイド 実践・エビデンス編
(<https://www.ncgg.go.jp/ri/topics/pamph/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
※セルフケアの指導についても含めてご記入ください。

2 各プログラムの実施内容と目指す効果

※短期間でセルフケアの習得や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。

※マシン強度の段階的な変更を行うなどの記載は不要です。

3 実施効果継続に向けた工夫

※サービス終了後（卒業後）も利用者が個々の生きがいの実現や役割の再構築および地域の通いの場等への参加に結びつくよう、サービス終了に向けて、どのように支援するかを記載してください。

4 他サービス（従前相当サービス等）との区別について

- ☐ 同時時間帯で他サービスの提供はない
- ☐ 同時時間帯で実施する他サービスがある

他サービス名 _____

通所Cは他サービスとどのような点で区別を図るか。

※区別ができない場合、本事業の実施を認めない場合があります。

5 実施可能な日程・時間等（予定でも可）

曜日	月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 土 ・ 日 ・ 祝
受入可能時間	
実施時間	1回あたり（ ）時間
個別指導実施時間	1回あたり（ ）分／人
備考（休業期間など）	

6 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

※定員は通所Cの受入可能人数を記載してください。

7 担当職員 ※個別指導を行う担当者を全員記載してください

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		

8 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)		