**さぬき市介護予防教室事業実施計画書（半日コース）**

（様式２）

**１　受入可能人数**

　　　　　　　　　　人

**２　履行場所**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 確保状況 | （　）確保済み | （　）　確保予定 |
| 予定履行場所（施設名称・所在地、階数等） | 所在地：施設名：面積： |

**３　教室に従事する職員**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種・資格名 | 経験年数 | 雇用形態 |
|  | 年 | （　）常勤（　）非常勤（　）その他（　　　　　） |
|  | 年 | （　）常勤（　）非常勤（　）その他（　　　　　） |
|  | 年 | （　）常勤（　）非常勤（　）その他（　　　　　） |
|  | 年 | （　）常勤（　）非常勤（　）その他（　　　　　） |

※未定の場合は、予定している資格・経験について記載

※経験年数には、通所介護・通所リハビリテーションや、介護予防教室に携わった年数を記入

**４　送迎**

|  |  |
| --- | --- |
| 送迎方法※使用する移動手段、運用方法、自宅前までの送迎が可能か、条件等 |  |
| 教室利用者の駐車場 | （　）提供できる　（　）提供できない　　　　　　　　　　台 |

**５　利用者が負担する金額**

|  |  |
| --- | --- |
| 送迎費 | 円 |

**６　プログラムの提供**

|  |  |
| --- | --- |
| 1人あたりの提供回数/月 | 月（　　　）回 |
| 教室開催曜日（複数可） | 日・月・火・水・木・金・土 |

 ※提供可能曜日に○をつける

 ※1人あたり月３～５回の提供が必要

**７　プログラムの内容**

|  |  |
| --- | --- |
| プログラム | 内容 |
| 運動器機能向上所要時間（　　　　分間） |  |
| 口腔機能向上所要時間（　　　　分間） |  |
| 認知症予防所要時間（　　　　分間） |  |

**８　教室のスケジュール**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 時間 | 項目 | 内容 |
|  |  |  |

**９　介護予防教室事業を受託する理由について具体的にご記入ください。また、参加者への介護予防効果を上げるため、どのように指導していこうと考えるかご記入ください。**

**１０　個人情報保護の基本方針と個人記録の管理方法（団体としてのプライバシーポリシー、記録の保管方法等）**

**１１　感染症対策含む衛生管理体制（マニュアルの整備状況、従事者への周知等）**

**１２　事故防止・事故発生時の対処（マニュアルの整備状況、従事者への周知、プログラム運営上の配慮、保険等）**

**１３　その他**