

さぬき市介護予防教室事業実施計画書（1日コース）

1 受入可能人数

30 人

2 履行場所

確保状況	<input checked="" type="radio"/> 確保済み	<input type="radio"/> 確保予定
履行場所 (施設名称・所在地、階数等)	所在地：さぬき市〇〇123番地 施設名：デイサービスセンター〇〇1階〇〇部屋 面積：100m ²	

部屋の場所や名称も記入して下さい。

3 教室に従事する職員

職種・資格名	経験年数	雇用形態
看護師	5年	<input checked="" type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤 <input type="radio"/> その他 ()
介護福祉士	7年	<input type="radio"/> 常勤 <input checked="" type="radio"/> 非常勤 <input type="radio"/> その他 ()
理学療法士	3年	<input checked="" type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤 <input type="radio"/> その他 ()
	年	<input type="radio"/> 常勤 <input type="radio"/> 非常勤 <input type="radio"/> 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	・教室利用者専用の送迎車を使用 ・自宅前まで送迎可能
教室利用者用の駐車場	<input checked="" type="radio"/> 提供できる <input type="radio"/> 提供できない <u>5</u> 台分

5 入浴

提供できる () 提供できない ()

6 昼食

事業所で準備 () 配食弁当 ()

7 利用者が負担する金額

項目	昼食	入浴
費用	630円	200円

※昼食の提供、送迎の実施は必須要件

8 プログラムの提供

1人あたりの提供回数/月	月(4~5)回
教室開催曜日(複数可)	日・月・ 火 ・ 水 ・木・ 金 ・土

※提供する曜日に○をつけて下さい。

※1人あたり月3~5回の提供が必要です。

9 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(45分間)	<ul style="list-style-type: none"> いきいき健康体操 〇〇予防のストレッチ 椅子に座ってできる体操 簡易な機器を用いた運動
口腔機能向上 所要時間(15分間)	<ul style="list-style-type: none"> お口の体操 口腔清掃の指導 発音・発声に関する訓練 食事姿勢や食環境についての指導
認知症予防 所要時間(25分間)	<ul style="list-style-type: none"> 脳の体操・ゲーム プリント コグニサイズ

休憩時間を除くおおよその所要時間を記入して下さい。

現在検討している内容の一部を複数記入して下さい。

運動プログラムと一緒に実施することも可能です。

10 教室のスケジュール

時間	項目	内容
9:00~	・送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧、脈拍測定
10:00~	・健康状態の確認	
10:20~	<ul style="list-style-type: none"> ・運動器機能向上プログラム(45分) ・休憩 ・認知症予防プログラム(25分) ・休憩 	
11:45~	・口腔機能の向上プログラム(15分)	
12:00~	・昼食	<ul style="list-style-type: none"> ・希望者のみ ・歌、塗り絵、パズル、手遊び、ゲーム等
13:00~	・入浴	
14:00~	・レクリエーション	
15:00~	・送迎	

※参加日毎にメニューを分けて実施することも可能ですが、
 ここには、基本的なスケジュールを記入して下さい。