（様式第８号）

介護予防プログラム実施計画

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 実施事業所名 |  | 記載者名 |  |
| 実施を想定している  主な曜日 |  | 実施時間 |  |

１　プログラムの内容について

＜運動プログラム＞

|  |
| --- |
| どのような内容を12回の教室で行うのか具体的に記載してください  ※配置職員の専門性をいかしたうえで12回どのように実施するか記載してください |
|  |

＜口腔プログラム（　有　・　無　）＞※どちらかに〇をして、有の場合は以下に記載してください。

|  |
| --- |
| どのような内容を行うのか具体的に記載してください |
|  |

＜栄養プログラム（　有　・　無　）＞※どちらかに〇をして、有の場合は以下に記載してください。

|  |
| --- |
| どのような内容を行うのか具体的に記載してください |
|  |

２　セルフケア定着のために、教室と教室の間も参加者がセルフケアを行うための具体的な取り組みについて

|  |
| --- |
|  |

３　フレイル予防手帳の活用について、利用者のセルフケアにつながるような具体的な活用方法について

|  |
| --- |
|  |

４　教室終了後も参加者が運動を含むセルフケアや外出を継続するための具体的な取り組みについて

|  |
| --- |
|  |

５　地域の通いの場やインフォーマルサービス把握のための取り組みについて

|  |
| --- |
|  |