

浦安市リハビリテーション専門職派遣事業実施要綱

(趣旨)

第1条 介護予防・日常生活支援総合事業（介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第115条の45第1項に規定する事業をいう。）のうち、地域支援事業実施要綱（平成18年老発第0609001号）の一般介護予防事業に定める、地域リハビリテーション活動支援事業（地域ケア会議やサービス担当者会議におけるケアマネジメント支援を除く。）を実施する体制の整備に必要である事項を定めるものとする。

(目的)

第2条 本事業は、地域における介護予防の取組を総合的に支援するものとする。介護サービス事業所において専門的知見を生かした技術的助言を行う支援や、高齢者の自立支援に資する取組の実践と継続を促すことを目的とする。

(実施主体)

第3条 事業の実施主体は、浦安市（以下、「市」とする。）とする。

(事業の内容)

第4条 本事業は、第5条に定める対象に対して、リハビリテーション専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士をいう。）を派遣して、次の各号に掲げる技術的助言や支援を行うものとする。

- (1) 身体機能の評価や介護予防の運動
- (2) 認知機能の評価・対応
- (3) 日常生活活動の自立支援
- (4) 言語機能や摂食・嚥下機能の評価・対応

(事業の対象)

第5条 事業の対象となるものは、次に掲げるものとする。

- (1) 市内に居住するおおむね65歳以上の者でおおむね3人以上により構成される介護予防に資する通いの場運営団体
- (2) 指定介護サービス事業所または指定介護予防サービス事業所等

を運営するもの（リハビリテーション専門職と同職種の職員を2名以上配置している事業所等を除く。）

（申込み）

第6条 本事業による支援を受けようとするときは、前条第1号に規定する者は浦安市シニア元気講座申込書（別記第1-1号様式）、前条第2号の者はリハビリテーション専門職派遣事業申込書（別記第1-2号様式）を市に提出する。

（派遣回数等）

第7条 リハビリテーション専門職の派遣回数は1団体につき1年に2回以内、派遣時間は1回あたり90分以内とする。ただし、第5条第2号には、事前の打ち合わせを現地で行うため、講師は1箇所の依頼につき2回派遣するものとする。

（講師）

第8条 市が派遣する講師はリハビリテーション専門職であって、次に掲げるものとする。

- (1) 市の職員
- (2) 浦安市リハビリテーション連絡会から推薦をうけたもの
- (3) 市内の事業所や教育機関の職員

2 講師は、次に掲げる様式を用いて市に報告する。

- (1) 第5条第1号に実施した場合、浦安市シニア元気講座報告書（別記第2-1号様式）
- (2) 第5条第2号に実施した場合、リハビリテーション専門職派遣事業報告書（別記第2-2号様式）

（講師謝礼）

第9条 市は、本事業の派遣により対象事業所等へ支援を行った講師（前条第1項第1号を除く。）に対して、前条第2項の規定による報告に基づき謝礼を支払うものとする。謝礼の額は、第5条第1号の実施に対しては派遣1回につき9,000円、第5条第2号の実施に対しては事前打ち合わせを含む派遣2回につき18,000円とする。

（遵守事項）

第 10 条 事業に携わる者は、正当な理由なく、職務上知り得た個人情報
を他に漏らしてはならない。その活動終了後も同様とする。

(その他)

第 11 条 本要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定め
る。

附 則

この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

浦安市シニア元気講座申込書

年 月 日

（宛先）浦安市長

団 体 名：

代表者氏名：

住 所：

電 話：

次のとおり、リハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

派遣希望日時	第1希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分	
	第2希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分	
	第3希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分	
会場 (実施場所)	(施設等名)				予定 人数
	(住所) 【駐車場：有/無】				
希望内容 ※1か所にチェック☑	<input type="checkbox"/> フレイルチェックや運動のしかた <input type="checkbox"/> 転倒予防のために気をつけること <input type="checkbox"/> 認知症の正しい理解 <input type="checkbox"/> 誤嚥性肺炎を予防する方法 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
希望内容の詳細を ご記入ください					
活動内容	※普段、どのような活動をしている団体かご記入ください。				

浦安市リハビリテーション専門職派遣事業申込書

年 月 日

（宛先）浦安市長

事業所名：

代表者氏名：

住所：

電話：

次のとおり、リハビリテーション専門職の派遣を依頼します。

派遣希望日時	第1希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分
	第2希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分
	第3希望	年 月 日（ ）	時 分～	時 分
会場 (実施場所)	(事業所名)			予定人数 人
	(住所) 【駐車場：有 / 無】			
希望内容 ※ 1か所に チェック☑	<input type="checkbox"/> 日常生活に効果的な運動指導 <input type="checkbox"/> 起居・移乗・歩行等の介助・自立支援 <input type="checkbox"/> 腰痛や膝痛等、痛みのある方への対応 <hr/> <input type="checkbox"/> ADL動作（食事、排泄、更衣、整容、入浴）の介助・指導 <input type="checkbox"/> IADL動作（調理、掃除、洗濯等）の介助・指導 <input type="checkbox"/> 認知症・高次脳機能障害の方への対応 <hr/> <input type="checkbox"/> コミュニケーション障害（失語症、構音障害など）への対応 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害（食事介助、食形態の工夫、誤嚥性肺炎予防など）への対応			
希望内容の詳細				
事業所の特徴など				
連絡担当者	氏名			

浦安市シニア元気講座報告書

年 月 日

（宛先）浦安市長

（報告者）氏 名：

職 種：

勤務先：

実施日	年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分
派遣先団体名	
実施場所	
参加人数	人
実施内容	
〈感想、課題、意見等〉	

浦安市リハビリテーション専門職派遣事業報告書

年 月 日

（宛先）浦安市長

（報告者）氏 名：

職 種：

勤務先：

事前 打ち合わせ日	年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分
実施日	年 月 日（ ） 時 分 ～ 時 分
派遣先事業所	
実施場所	
参加人数	人
実施内容	
〈感想、課題、意見等〉	