

(目的)

第1条 この要綱は、介護保険法（平成9年法律第123号）第115条の45第1項第2号に規定する一般介護予防事業のうち、島原市、雲仙市及び南島原市（以下「構成市」という。）において住民、介護保険事業所及びケアマネジャー等に対し、専門的な知見を有する者（以下「専門職」という。）を派遣することで、地域における介護予防の取組を機能強化することを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、島原地域広域市町村圏組合（以下「組合」という。）とする。ただし、組合は、中立公正な運営かつ円滑に事業を実施できると島原地域広域市町村圏組合管理者（以下、「管理者」という。）が認める法人その他の団体に、事業の全部又は一部を委託することができる。

(事業の対象者及び内容等)

第3条 専門職を派遣する事業の対象者、内容及び派遣回数、は、別表のとおりとする。

2 組合は、1回の派遣につき、次の専門職のうち1名を派遣する。

- (1) リハビリ職
- (2) 管理栄養士又は栄養士
- (3) 歯科衛生士
- (4) 薬剤師

(利用手続き等)

第4条 事業の対象者は、同一会計年度に1回次項に定める手続を行うものとする。

2 事業の対象者は、専門職の派遣を受けようとするときは、地域リハビリテーション活動支援事業申請書（様式第1号・様式第2号・様式第3号）のいずれかを管理者に提出しなければならない。

3 組合は、その事業が他の補助金や委託料等によって行うことができる類似の事業がある場合は、申請を却下することができる。

(利用料等)

第5条 利用料は無料とする。ただし、事業の実施にあたり、利用者個人の所有物となる物品の購入が必要な場合は、その実費を利用者が負担する。

(実績報告)

第6条 専門職は、派遣ごとに、地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書（様式第4号）を管理者に提出しなければならない。

(謝礼金)

第7条 組合は、事業に従事した専門職に、予算の定めるところにより謝礼金を支払う。

(秘密保持)

第8条 専門職は、事業の実施で知り得た利用者等の秘密を他人に漏らしてはならない。事業の終了後も同様とする。

(雑則)

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に必要な事項については、管理者が別に定める。

附 則（令和6年3月25日告示第13号）

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表（第3条関係）

	対象者	内容	派遣回数
1	主に65歳以上の者で構成される自主グループ等の団体	通いの場において介護予防にとって効果的な活動となるような技術的助言及び支援	上限3回
2	構成市に住所を有する介護保険事業所	介護職員への介護予防の実践や重度化防止に関する技術的助言及び支援	上限2回
3	ケアマネジメントに対し、専門的意見を必要とするケアマネジャーとその支援対象者である65歳以上の者（日頃から関わりのある医療機関やサービス事業所等から、専門職による訪問指導が可能な者は除く。）	専門職がケアマネジャーと同行訪問し、高齢者の心身状態及び生活環境の評価を行い、ケアマネジメントにおける目標設定及び介護サービス等の適切な導入に向けた支援	上限2回

地域リハビリテーション活動支援事業申請書
＜自主グループ等通いの場用＞

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

(申請者)

団体名：

代表者名：

活動場所： 市 町

地域リハビリテーション活動支援事業に係る専門職派遣を下記のとおり申請します。

利用目的	1 自主グループ等の通いの場への支援			派遣回数
	効果的な活動となるよう専門職から技術的助言及び支援を受け、介護予防活動の機能強化を図る。			上限3回まで
日頃の活動内容				
専門職派遣場所	住所： 施設名：			
参加人数		人程度	年齢層	歳代
連絡担当者			連絡先	

希望日と具体的な依頼内容 ※希望する回数分を記載（運動や講話の内容など）		希望する専門職種 ※いずれか1つに○
①	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	リハビリ職・管理栄養士 歯科衛生士・薬剤師
	内容	
②	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	リハビリ職・管理栄養士 歯科衛生士・薬剤師
	内容	
③	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分	リハビリ職・管理栄養士 歯科衛生士・薬剤師
	内容	

※申請後、専門職から連絡担当者へ連絡が入りますので、直接、詳細の打合せをお願いします。

地域リハビリテーション活動支援事業申請書
＜介護保険事業所用＞

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

(申請者)

事業所名：

住所：〒

代表者名：

電話：

FAX：

地域リハビリテーション活動支援事業に係る専門職派遣を下記のとおり申請します。

利用目的	2 介護保険事業所への支援		派遣回数
	介護予防の実践や重度化防止に関する技術的助言及び支援を受け、介護職員等の資質向上を図る。		上限2回まで
事業所のサービス種別			
担当者名		連絡先	
専門職派遣場所	住所： 施設名：		
参加予定人数	人程度	参加予定の職種	
希望日と具体的な依頼内容 ※希望する回数分を記載			希望する専門職種 ※いずれか1つに○
①	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分		リハビリ職・管理栄養士 歯科衛生士・薬剤師
	内容		
②	令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分		リハビリ職・管理栄養士 歯科衛生士・薬剤師
	内容		
その他			

※申請後、専門職から担当者へ連絡が入りますので、直接、詳細の打合せをお願いします。

地域リハビリテーション活動支援事業申請書
<ケアマネジメント支援用>

年 月 日

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

(申請者)

事業所名：

住所：〒

代表者名：

担当ケアマネ：

電話：

FAX：

地域リハビリテーション活動支援事業に係る専門職派遣を下記のとおり申請します。

利用目的 ※該当するものに○	3 ケアマネジメント支援 専門職がケアマネジャーと同行訪問し、高齢者の心身状態及び生活環境の評価を行い、ケアマネジメントにおける目標設定及び介護サービス等の適切な導入に向けた支援を受け、自立支援・重症化予防を図る。		派遣回数
	(1) ケア会議後の実践 ・各種地域ケア会議において、専門職による訪問指導を行うことが適当と判断された方		
	(2) 家屋調査による環境調整や動作確認】 ・住宅改修やの内容や福祉用具の適合や設置等についての助言及び支援		上限2回 まで (初回と評価)
(3) その他 ・リハビリの必要性や口腔・栄養状態、薬剤の管理等の評価、効果について専門職の助言が必要 ・リハビリやサービス等を拒否している方への動機づけ ・その他ケアマネジメントにおいて、専門職の助言を受ける必要がある など			
希望する専門職	※いずれか1つ リハビリ職 ・ 管理栄養士 ・ 歯科衛生士 ・ 薬剤師		
対象者氏名	性別	年齢	介護度
被保険者番号	生年月日	T・S	年 月 日
住所	〒	電話番号	
利用中のサービス	※利用している介護保険サービス等があれば記入	かかりつけ薬局	※薬剤師を希望する場合、記入
対象者の現状			
希望する具体的な指導内容			

※申請後、専門職から担当ケアマネへ連絡が入りますので、直接訪問日の調整を行ってください。

※日頃から関わりのある医療機関やサービス事業所等から、専門職による訪問指導が可能な方は対象外となります。

島原地域広域市町村圏組合管理者 様

(専門職)

所属団体：

勤務先：

氏名：

電話：

地域リハビリテーション活動支援事業に係る専門職派遣実施報告書

下記のとおり実施しましたので報告します。

支援先	対象者	※団体名、事業所名または対象者氏名を記入		担当 ケアマネ	※ケアマネジメント支援の場合、記入		
	実施日	令和 年 月 日 ()		実施時間	時 分～ 時 分		
	実施場所			支援回数	回目		
支援内容 ※実施した内容に○を入れ、 具体的な内容を記載してください。	1 自主グループ等通いの場への支援						
	2 介護保険事業所への支援						
	3 ケア マネ ジ メ ン ト 支 援	(1)ケア会議後の実践(ケア会議において、専門職による訪問指導を行うことが適当とされた方への訪問)					
		(2)家屋調査による環境調整や動作確認					
		住宅改修の内容等についての助言及び支援のための訪問					
		福祉用具の適合や設置等についての助言及び支援のための訪問					
		(3)その他					
		リハビリの必要性や口腔・栄養状態の評価、薬剤の管理等の評価・効果について助言するための訪問					
	リハビリやサービス等を拒否している方への動機づけのための訪問						
	その他						
<具体的な支援内容>							
<所見や気づき等>							

(3)ケアマネジメント支援で訪問した場合、以下も記入

評価	今回の訪問支援で終了	
	2回目(評価)の訪問支援が必要 → 時期(年 月頃)	