

## 函館市地域リハビリテーション活動支援事業実施要綱

### (趣旨)

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において、リハビリテーションおよび栄養学に関する専門的知見を有する者（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、栄養士、歯科衛生士をいう。以下「リハビリ専門職等」という。）の専門性を活かし、地域における介護予防の取組を機能強化するための地域リハビリテーション活動支援事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

### (実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市とする。ただし、事業の一部を、適切、公正、中立かつ効率的に実施することができる者であると認める者に委託することができる。

### (事業の内容)

第3条 この事業は、通所、訪問、地域ケア会議、サービス担当者会議、住民運営の通いの場等（以下、総称して「事業所等」という。）にリハビリ専門職等を派遣し、高齢者の有する能力を評価し改善の可能性を助言する等、リハビリ専門職等が地域包括支援センターと連携しながら、次の各号に掲げる支援を行うものとする。

- (1) 地域団体等が行う介護予防活動に関する技術的支援
- (2) 介護職員への技術的支援
- (3) 地域ケア会議やサービス担当者会議等におけるケアマネジメント支援

2 前項第1号の地域団体等とは、地域において介護予防に主体的に取り組んでいる町会などの地域団体や住民グループをいう。

3 リハビリ専門職等の派遣回数は、1事業所等につき、年度内で1職種2回（管理栄養士と栄養士は同一職種とする）、他の職種と合わせて5回を上限とし、1回の派遣時間（移動時間は含まない。）は2時間以内とする。ただし、市長が特に必要があると認めたときは、この限りでない。

4 派遣を受けようとするリハビリ専門職等と同職種の職員を配置している介護保険事業所は派遣を受けられない。

### (派遣の申出)

第4条 前条の支援を受けようとする事業所等（以下「申出者」という。）は、派遣依頼希望日の1か月前までに、函館市地域リハビリテーション専門職等派遣申出書（別記第1号様式）を市長に提出するものとする。

### (派遣の決定)

第5条 市長は、前条の規定による派遣申出があったときは、その内容を審査のうえ、派遣の可否を決定し、函館市地域リハビリテーション専門職等派遣決定通知書（別記第2号様式）により、申出者に通知するものとする。

### (個人情報等の保護)

第6条 派遣したリハビリ専門職等その他この事業に関係した者は、正当な理由なく、業務上知り得た個人情報等を第三者に漏らしてはならない。その活動終了後も同様とする。

### (補則)

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

(別記第1号様式)

函館市地域リハビリテーション専門職等派遣申出書

年 月 日

函館市長

申出者 団体名

(介護事業所名)

代表者名

〒

住 所 町 丁目 番 号

連絡先 (電話/FAX)

下記のとおり、リハビリテーション専門職等の派遣をお願いします。

記

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)	参集 予定人数	人
	(住所)函館市 町 丁目 番 号		
派遣を希望する リハビリ専門職等	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士, 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士		
希望内容等  (専門職等に指導・ 助言を希望する内容 や講座のテーマ等)			
団体活動内容			

(別記第2号様式)

函館市地域リハビリテーション専門職等派遣決定通知書

年 月 日

様

函 館 市 長

下記のとおり、リハビリテーション専門職等の派遣を決定しましたので通知します。

記

派遣日時	年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分
場 所	(施設等名)
	(住 所) 町 丁目 番 号
従事する リハビリ専門職等	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 管理栄養士, 栄養士 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士
	氏名
活 動 内 容 等	
備 考	