

伊豆の国市介護予防専門職派遣要綱

制定 令和 7 年 3 月 19 日 告示第 48 号

(目的)

第 1 条 この要綱は、高齢者の自立した日常生活への復帰及び継続に係る様々な課題の解決に向けて、地域包括支援センター又は第 1 号事業指定事業所（以下「センター等」という。）が実施する事業に専門職を派遣し、地域の実情に応じた介護予防の取組を総合的に支援することを目的とする。

(定義)

第 2 条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 専門職 介護予防に関する専門的知見を持つ理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士をいう。
- (2) 第 1 号事業指定事業所 伊豆の国市介護予防訪問介護相当サービス及び訪問型サービス A 事業実施要綱（平成 27 年伊豆の国市告示第 162 号）第 3 条又は伊豆の国市介護予防通所介護相当サービス及び通所型サービス A 事業実施要綱（平成 27 年伊豆の国市告示第 163 号）第 3 条の規定による指定を受けた事業者をいう。

(支援内容)

第 3 条 市長は、センター等が実施する事業に関し、次の各号に掲げる区分に応じて、当該各号に定める支援を行うものとする。

- (1) 同行訪問 市内に住所を有する地域包括支援センターが実施する（委託又は連携による実施を含む。）介護予防ケアマネジメントのアセスメント（介護保険の被保険者に関する情報を収集・分析し、自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握する行為をいう。以下同じ。）に専門職を派遣する。ただし、専門職がこれまで当該アセスメントに関与していなかった場合に限る。
- (2) 地域包括支援センターへの派遣 市内に住所を有する地域包括支援センターが開催する教室、講座等へ専門職を派遣する。
- (3) 第 1 号事業指定事業所への派遣 市内に住所を有する第 1 号事業指定事業所が開催する介護職員に向けて実施する研修会等へ専門職を派遣する。ただし、当該事業所を運営する法人等が運営する市内の他の事業所に、派遣する専門職

と同種の専門職がない場合に限る。

(派遣回数の上限)

第4条 専門職の派遣は、1回当たり30分以上1時間未満とし、派遣回数の上限は、次の各号に掲げる区分に応じて、当該各号のとおりとする。ただし、市長が複数回の介入が必要と判断した場合は、この限りでない。

- (1) 同行訪問 同一の介護保険被保険者に対し、1年度につき1回
- (2) 地域包括支援センターへの派遣 同一の地域包括支援センターに対し、1年度につき5回
- (3) 第1号事業指定事業所への派遣 当該事業所を運営する法人に対し、1年度につき1回

(申請手続等)

第5条 専門職の派遣を受けようとするセンター等は、原則、派遣を希望する日の1月前までに、様式第1号による伊豆の国市介護予防専門職派遣申請書を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、派遣の可否を決定し、当該申請者に対してその旨通知するものとする。

(実績報告)

第6条 前条第2項の規定による派遣の決定を受けたセンター等は、全ての派遣が終了した日から14日以内又は当該年度の3月31日のいずれか早い日までに様式第2号による伊豆の国市介護予防専門職派遣実績報告書を市長に提出するものとする。

(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

この告示は、令和7年4月1日から施行する。

様式第 1 号（第 5 条第 1 項関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

伊豆の国市介護予防専門職派遣申請書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

(申請者)
団 体 名
所 在 地
代 表 者
担 当 者
電 話 番 号

次のとおり、専門職の派遣を希望します。

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			
場 所		(施設名等)	参集 予定人数	人	
		(住所) 伊豆の国市			
派遣を希望する 専門職		☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士			
希望内容等 (専門職に指導・ 助言を希望する内容 や講座のテーマ等)					
団体活動内容					

※必要に応じて、参考となる書類を添付してください。

様式第 2 号（第 6 条関係）（用紙 日本産業規格 A 4 縦型）

伊豆の国市介護予防専門職派遣実績報告書

年 月 日

伊豆の国市長 宛

(申請者)
団 体 名
所 在 地
代 表 者
担 当 者
電 話 番 号

次のとおり、専門職が派遣されたため、実績報告します。

派遣日時	年 月 日 () 時 分～ 時 分
場 所	(施設名等)
	(住所) 伊豆の国市
派遣を受けた 専門職	☐ 理学療法士 ☐ 作業療法士 ☐ 言語聴覚士
	氏名
内容等	
備 考	

※必要に応じて、参考となる書類を添付してください。