

# 令和7年度須賀川市地域リハビリテーション活動支援事業実施要領

## 1 趣旨

本要領は、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項第2号及び須賀川市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱（以下「総合事業実施要綱」という。）に基づき実施する事業のうち、地域リハビリテーション活動支援事業（以下「本事業」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

## 2 目的

高齢者の自立した日常生活の再獲得及び継続に係る様々な課題に対し、保健医療の向上及び福祉の増進を図る観点から、その要因の改善に向けて、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士及び歯科衛生士（以下「専門職」という。）が、地域包括支援センターをはじめとする多様な主体と連携しながら行う、地域の実情に応じた介護予防の取り組みを総合的に支援することを目的とする。

## 3 主な支援内容

### (1) 介護専門職等への介護予防に関する技術的助言

専門職による専門的知見から、高齢者の心身状態及び生活環境の評価を行い、介護予防ケアマネジメントにおける目標設定及び介護予防サービス等の適切な導入に向けた下記の支援の提供を行う。

ア 個人の生活機能を評価し、活動時の注意点や自主訓練等の提案、目標設定及び介護予防サービス等の適切な導入に向けた助言を行う。

イ 個人の生活機能を評価し、住宅改修、福祉用具の選定について提案、助言を行う。

ウ サービス担当者会議等に参加し、専門的知見からの情報提供、助言を行う。

### (2) 地域ケア会議及び協議体等における技術的助言

自立支援を目的とした地域ケア会議や生活支援コーディネーターが開催する協議体に参加し、高齢者の心身状態及び生活環境から、自立生活に向けた助言等を行う。

### (3) 地域活動団体等への介護予防普及啓発

住民主体による通いの場（老人クラブ含む。）やコミュニティセンターにおける講座等において、フレイルの予防に向けた運動メニューの提案や、介護予防活動の担い手育成に係る講話、健診や医療機関の受診勧奨など、住民主体による地域活動が介護予防にとって効果的な活動となるよう、必要な助言を行う。

## 4 専門職種は次の職種とする。

- (1) 理学療法士
- (2) 作業療法士
- (3) 言語聴覚士
- (4) 歯科衛生士
- (5) 管理栄養士

## 5 派遣回数等

- (1) 原則として、月曜日から金曜日までの午前9時から午後4時まで（祝祭日を除く）、1回1時間程度とする。
- (2) 地域活動団体への派遣回数は、1団体（機関）につき各年度あたり3回を上限とするが、申請状況等により調整するものとする。
- (3) 派遣場所は、須賀川市内とする。

## 6 実施方法

- (1) 介護専門職等への介護予防に関する技術的助言の希望者は、希望日の2週間前までに申込書（様式1）を市に提出する。
- (2) 地域ケア会議及び協議体等における技術的助言の希望者は、会議等の概要及び開催時期について、別途市に相談するものとする。
- (3) 地域活動団体等への介護予防普及啓発の希望者は、希望日の1か月前までに申込書（様式2）を市に提出する。
- (4) 市は、日程及び講師の調整を行い、後日派遣希望者に決定内容を連絡する。
- (5) 介護専門職等への介護予防に関する技術的助言の実施後において、派遣された専門職は、報告書（様式3）を市に提出する。
- (6) 地域ケア会議及び協議体等における技術的助言の実施後において、派遣希望者は会議等の議事録を市に提出する。
- (7) 地域活動団体等への介護予防普及啓発の実施後において、派遣希望者及び派遣された専門職は、報告書（様式4）を市に提出する。

## 7 留意事項

本事業は、専門職の関与により介護予防の取組の機能強化を図るものであり、対象者へ個別リハビリを継続的に提供するものではない。



## 地域リハビリテーション活動支援事業（介護予防普及啓発）申込書

令和 年 月 日

須賀川市長

(申込者)

住 所 須賀川市

団 体 名

代表者名

標記事業につきまして、下記のとおり講師派遣を依頼します。

希望日時 (最長1時間)	(第1希望)令和 年 月 日 ( ) : ~ :	(第2希望)令和 年 月 日 ( ) : ~ :
派遣場所	(住所) 須賀川市 (名称)	
当日 連絡先	氏名 :	電話 :                      メール :
参加 予定人数	人	
希望職種 ・内容	職 種 (どれか1つに☑)	希望する内容
	<input type="checkbox"/> 理学療法士	<input type="checkbox"/> 講話 (身体的フレイルや転倒予防) <input type="checkbox"/> 実技指導 (ウルトラ長寿体操) <input type="checkbox"/> 実技指導 (その他運動)
	<input type="checkbox"/> 作業療法士	<input type="checkbox"/> 講話 (日常生活の維持や認知症予防) <input type="checkbox"/> 実技指導 (ウルトラ長寿体操 (コグニサイズ))
	<input type="checkbox"/> 言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 講話 (嚥下など口腔機能の維持) <input type="checkbox"/> 講話 (聞こえの維持・難聴予防) <input type="checkbox"/> 実技指導 (ウルトラ長寿体操 (口腔体操))
	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士	<input type="checkbox"/> 講話 (口腔衛生の重要性・必要性) <input type="checkbox"/> 実技指導 (口腔ケアの方法) <input type="checkbox"/> 実技指導 (義歯の清掃方法)
	<input type="checkbox"/> 管理栄養士	<input type="checkbox"/> 講話 (バランスの良い食事) <input type="checkbox"/> 講話 (高血圧予防・減塩) <input type="checkbox"/> 講話 (骨粗しょう症予防) <input type="checkbox"/> その他 ( )
その他	ウルトラ長寿体操の指導の場合は下記に☑ <input type="checkbox"/> 体操1を使用 <input type="checkbox"/> 体操2を使用	

地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書  
(介護専門職等への技術的助言用)

<所属・氏名>

団体名 機関名		
実施日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :	
派遣場所		
担当者	所属： 担当者：	
内容	〈現状の生活状況、動作能力、課題〉	
	〈課題解決・提案など〉	
今後の方向性 (同行アセスメントのみ)	介護認定申請 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 済	短期集中予防サービス <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
	上記以外のサービスの必要性など	

地域リハビリテーション活動支援事業実施報告書  
(介護予防普及啓発用)

&lt;所属・氏名&gt;

派遣希望者・団体    派遣専門職  
(該当するものに☑)

団体名 機関名	
実施日時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :
派遣場所	
参加人数 (講演・実技指導の場合)	人 (男性 人 女性 人)
内 容	
感想・意見等	
今後の方向性	