茨城県リハビリテーション専門職派遣事業運用規程

（目的）

第１条　この要綱は，茨城県リハビリテーション専門職派遣事業実施要綱で定めるリハビリテーション専門職派遣の実施に関し必要な運用事項を定めるものとする。

（実施主体）

第２条　実施主体は，一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会とする（以下「専門職協会」とする）。ただし，事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる実施機関に委託する。

（対象）

第 3 条　派遣先の対象は市町村および市町村社会福祉協議会，介護サービス事業所等とする（以下「市町村等」とする）。

（実施事業等）

第４条　以下の内容を含む市町村等からの依頼に対し、専門職協会に属する理学療法士，作業療法士，言語聴覚士（以下「専門職」）の派遣を行い、派遣者においては技術的な助言を行う。

（１）「地域ケア会議」「サービス担当者会議」…定期的に関与することにより，自立支援のプロセスを参加者全員で共有し，個々人の介護予防ケアマネジメント力の向上につなげる。

（２）「住民運営の通いの場」…定期的に関与することにより，要介護状態になっても参加し続けることのできる通いの場を身近な地域に展開する。

（３）「訪問・通所介護」…定期的に関与することにより，介護職員等への助言を実施することで自立支援に資する取組を促す。

（４）「その他」…茨城県リハビリテーション専門職派遣事業実施要綱の実施方法等には定められていないが，定期的に関与することにより，市町村職員等への助言を実施することで自立支援に資する取組を促す。

（市町村担当者）

第５条　専門職協会は市町村等との連絡窓口として，各市町村に専門職をそれぞれ各１名位置づけ，連絡窓口順位を第１位，第２位，第３位を定める。但し，その任を担うことが不可能になった場合は適宜変更することは可能である。その場合は，専門職協会に速やかに変更申し出ることとする。

（派遣者）

第６条　市町村等に派遣する派遣者は，専門職とし，原則，専門職協会から各市町村担当として任命を受けた者とする。但し，任命を受けた者が派遣に応じられない場合はこの限りでは

ない。

（派遣コーディネーター）

第７条　専門職協会は派遣コーディネーターとして専門職を位置づけ，市町村等からの依頼，専門職協会から各市町村担当として任命を受けた者や派遣者との調整，派遣契約，実施報告等の本事業に関する全般的な調整を専ら行う。なお，専ら行う者を補佐する副派遣コーディネーター（無報酬）を任意に位置づけることを妨げるものではない。

（事業実施上の留意点）

第８条　派遣においては，地域における介護予防の取組機能の強化を図るための技術的助言を実施すること。

２　派遣の実施にあたっては，開催日時，開催場所，参加人数等の規模等の設定について，当該派遣者の派遣が可能となるよう市町村等と調整を図ること。

３　派遣等で知り得た個人の秘密の保持について、厳格に行うとともに、当該派遣関係者等も秘密の保持について十分に留意すること。

（派遣依頼）

第９条　専門職の派遣を受けようとする市町村等は，原則として派遣を希望する 30 日前までに依頼書（様式第１号，以下「依頼書」という。）により専門職協会に派遣依頼を行う。

（派遣決定）

第１０条　専門職協会は，前条による専門職の派遣依頼があった場合は，依頼書を審査し，専門職の派遣決定を行う。

２　前項の規定による専門職の派遣決定については，市町村等と派遣日程等の調整を行った後，派遣決定通知書（様式第２号）により行う。

（派遣回数）

第１１条　専門職を派遣する回数は特に定めないが，派遣者の派遣が可能となるよう執行すること。

（専門職との調整）

第１２条　第９条で派遣決定のあった専門職との市町村等からの依頼事業等に関する具体的な調整については，派遣決定を受けた市町村等が行う。

（派遣に係る経費）

第１３条　リハビリテーション専門職を派遣する際に係る経費（報償費及び旅費）については，原則として市町村等が専門職協会に支給する。

２　リハビリテーション専門職の報償費については，専門職協会が定めた以下の基準に準じた支払いとする。但し，市町村等の基準に準じる必要がある場合はこの限りではない。

＊1 回 2 時間を基準とし，市町村等の基準に則る。

＊市町村等の基準がない場合は１回２時間 12,800 円（定価）を基準とし，市町村等との相談に応じる。

３　リハビリテーション専門職の旅費については，市町村等の旅費規程に準じた支払いとする。但し，市町村等の定める旅費規定に該当しない場合は，専門職協会の旅費規定に準じた支払いとする。

４　派遣先での専門職の活動に伴う各種保険は市町村が原則担う。

（派遣に係る経費の支払い）

第１４条　第１３条に定める経費は、第４条の実施事業等によって市町村等からの支払先はその実施内容、回数等により異なる。

２　第４条（１）の実施事業ならび準じる事業への派遣においては、原則として市町村等から派遣者に支払う。

３　第４条（２）あるいは（３）の実施事業については、原則として通年での委託契約として市町村等から専門職協会に支払う。派遣者に関しては、専門職協会より事務手数料を除く経費を原則として支払う。但し、単発等での事業の依頼・契約の場合はこの限りでないこともある。

４　第４条（４）の実施事業については、第１４条前項までのいずれかに該当する方法に準じて支払い方法を定め、専門職協会及び市町村等で協議し、合意した方法で支払う。

（派遣契約）

第１５条　第９条から前条で決定した内容において，市町村等で委託契約書(任意)を作成し，市町村等と専門職協会ならび派遣者で契約を交わし，それぞれ１通保管・管理する。

２　市町村等の定める規程等により委託契約に該当しない場合は，市町村等の規定等に準じて派遣契約を市町村等，専門職協会，派遣者等で協議・決定し，何らかの文章で記録を残し，それぞれ１通保管・管理する。

（事務手数料）

第１６条　第１４条第３項で契約した委託契約に係る報償費のうち 20%を事務手数料とする。

２　事務手数料を除いた報償費を派遣者に支払う。

３　第１４条第２項にある市町村等と派遣者が直接契約を結ぶ場合においては，この限りではない。

（経費支払）

第１７条　事業終了後に市町村等は専門職協会あるいは派遣者個人の指定口座へ委託費等を振り込む。振り込み時期や回数については市町村等の都合で実施する。

２　振込口座などの情報提供は，市町村等に所定の様式に準じて提供する。所定の様式がない場合は，専門職協会から銀行口座振込依頼書を市町村等に連絡する。

（派遣者依頼文章の作成）

第１８条　前条までで確定した事業において，専門職協会は派遣者ならび派遣者所属施設長に派遣者本人用派遣依頼（様式第３号）と派遣者所属施設長用派遣依頼（様式第４号）を派遣者と協議のもと作成する。

２　作成した文章は派遣者と協議のもと，派遣者ならび派遣者所属施設の規程等に準じて，派遣者および派遣者所属施設長に案内する。

（市町村担当者報告書の作成）

第１９条　市町村担当者は，市町村等との相談・依頼等について，相談記録簿（様式第５号）を作成し，すみやかに派遣コーディネーターに提出するものとする。

（派遣報告書の作成）

第２０条　派遣者は，市町村等からの依頼を受けた派遣について，専門職派遣報告書（日報）（様式第６号）を作成し，当該月末までにすみやかに派遣コーディネーターに提出するものとする。

２　派遣コーディネーターは，提出された専門職派遣報告書（日報）（様式第６号）を集計して，専門職派遣報告書（月報）（様式第７号）を翌月 10 日までに作成の上，専門職派遣報告書（日報）とともに保管・管理する。

（その他）

第２１条　この規程に定めのない事項については，県，専門職協会及び市町村等が協議のうえ定めるものとする。

付則

１　この要綱は，平成２７年１０月１日から施行する

２　この要綱は，令和２年４月１日から施行する

３　この要綱は、令和６年４月１日から施行する

様式第１号（第９条関係）

第　　号
令和　　年　　月　　日

リハビリテーション専門職派遣依頼書

茨城県リハビリテーション専門職協会
会長　〇〇　様

〇〇市（町村）長　　□□ □□

茨城県リハビリテーション専門職派遣事業運用規定第９条の規定により，下記のとおり専門職の派遣を依頼します。

記

１　派遣希望日時　:〔第１希望〕　令和　　年　　月　　日（　　曜日）
午前・午後　　時　　分　～　　時　　分

〔第２希望〕　令和　　年　　月　　日（　　曜日）
午前・午後　　時　　分　～　　時　　分

２　派 遣 場 所　:

３　派遣依頼理由：

４　報償費・旅費　:

様式第２号（第 10 条関係）

第　　号
令和　　年　　月　　日

○○　殿

茨城県リハビリテーション専門職協会
会長　○○

リハビリテーション専門職派遣決定通知書

令和　　年　　月　　日付けで派遣依頼のあった専門職について，下記のとおり派遣を決定しましたので，通知します。

記

１　派遣者名：○○　（ 所属：○○）

２　派遣日程：

３　その他　：

【お問い合わせ先】
一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
地域包括ケア推進室
〒310-0034　茨城県水戸市緑町 3-5-35
Tel: 029-306-7765 Fax: 029-353-8475

様式第３号

茨リ協　第　　号
令和　　年　　月　　日

所属先名
　〇〇様

一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
会長　〇〇

令和〇年度茨城県リハビリテーション専門職派遣事業における
△△市「〇〇〇教室」の講師について（依頼）

謹啓　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素は、当会の活動にご理解ご支援を賜り、厚く御礼申し上げます。
さて、当会が茨城県の委託を受け実施する平成29年度茨城県リハビリテーション専門職派遣事業の一環として、市町村名より依頼を受け、下記の通り講師を派遣することとなりました。
つきましては、ご多用中誠に恐縮に存じますが、講師をお引き受け下さいますよう、謹んでお願い申し上げます。

謹白

記

１．名称　　〇〇教室
２．内容　　〇〇についての講話と実技
３．日時　　令和〇年〇月〇日（〇）　午後〇時〇分～〇時〇分
４．場所　　〇〇センター（住所：　　）
５．その他　　謝金（税込）　〇〇円／回をお支払いいたします

以上

【お問い合わせ先】
一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
地域包括ケア推進室
〒310-0034　茨城県水戸市緑町3-5-35
Tel: 029-306-7765　Fax: 029-353-8475

様式第４号

茨 リ 協　　第 号
令　和　年　月　日

〇〇
〇〇　様

一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
会長　〇〇

令和〇年度茨城県リハビリテーション専門職派遣事業における
〇〇市「●●事業」への協力について（依頼）

謹啓　時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
平素より、当会の活動にご支援・ご協力を賜り厚く御礼申し上げます
さて、当会が茨城県の委託を受け実施する令和 3 年度茨城県リハビリテーション専門職派遣事業の一環として、〇〇市より依頼を受け、下記の通り講師を派遣することとなりました。
つきましてはご多用のところ大変恐縮ではございますが、貴職員　（職種）〇〇　様　にご協力いただきたく、特段のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

謹白

記

１．　名　称　　〇〇事業
２．　内　容　　〇〇
３．　日　時　　令和〇年〇月〇日（〇）〇時〇分～〇時〇分
４．　場　所　　〇〇（住所：　　）
５．　その他　　謝金〇〇円／回をお支払いいたします

以上

【お問い合わせ先】
一般社団法人茨城県リハビリテーション専門職協会
地域包括ケア推進室
〒310-0034　茨城県水戸市緑町 3-5-35
Tel: 029-306-7765 Fax: 029-353-8475

様式第５号

茨城県リハビリテーション専門職協会　相談記録簿

対応者 （代表者）	市・町・村：　□理学療法士　□作業療法士　□言語聴覚士 氏　名： 所属：
対応先	市・町・村　担当者: □地域包括支援センター　□介護保険担当課（高齢福祉課、介護保険課など） □社会福祉協議会　□介護サービス事業所（　　） □その他（　　）
方　法	□電話　□メール （番号:　　）（アドレス:　　） □訪問（訪問先：　　）□その他（　　）
対応日時	令和　　年　　月　　日（　　：　　～　　：　　）　計　　分
内　容	□地域ケア会議について □サービス担当者会議について □住民運営の通いの場について □訪問・通所について □その他（　　）
	＜具体的内容＞
備　考	

※添付資料の提出

□有　□無

様式第６号

令和　　年　　月　　日

リハビリテーション専門職派遣報告書（日報）

（実施機関名・代表者名）
茨城県リハビリテーション専門職協会　会長　○○　殿

派遣日時	令和　　年　　月　　日（　　曜日） 午前　・　午後　　時　　分　～　　時　　分	
派遣場所		
事業実施者	□市町村　□社会福祉協議会　□その他（　　）	
派遣従事者名（職種記載） 業務種別		合計　　名 うち業務　　名 うち休暇　　名
派遣先 （該当の□にチェック）	□個人宅 □介護施設事業所等（事業所区分：　　） □住民運営の通いの場（教室名：　　） □自治体が運営する介護予防教室（教室名：　　） □各種地域ケア会議・サービス担当者会議（会議名：　　） □医療・介護連携推進会議等の検討会議 □総合事業（通所Ｃ） □総合事業（訪問Ｃ） □認知症施策に関する事業（事業名：　　） □会議・研修会・講演会講師（名称：　　） □その他（　　）	
参加者数	住民等（　　）名　　行政等担当者（　　）名	
派遣内容及び派遣の感想		

以上のとおり報告します。

（派遣従事者名）氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第７号

令和　　年　　月　　日

リハビリテーション専門職派遣報告書（月報）

<table>
<tr><td>派遣回数
及び時間</td><td colspan="2">回／月
時間　分／月</td></tr>
<tr><td>派遣場所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>派遣人数</td><td colspan="2">人／月
【内訳】
（理学療法士　　人　　作業療法士　　人　　言語聴覚士　　人）
（業務　　人　　休日　　人）</td></tr>
<tr><td>参加者数</td><td colspan="2">住民等　　人　　行政担当者等　　人</td></tr>
<tr><td>実施回数</td><td>・個人宅　（　　）回
・介護施設事業所等　（　　）回
・住民運営の通いの場　（　　）回
・自治体が運営する介護予防教室　（　　）回
・各種地域ケア会議・サービス担当者会議　（　　）回
・医療・介護連携推進会議等の検討会議　（　　）回
・総合事業（通所Ｃ）　（　　）回
・総合事業（訪問Ｃ）　（　　）回
・認知症施策に関する事業　（　　）回
・会議・研修会・講演会講師　（　　）回
・その他　（　　）回</td><td>合計回数
回</td></tr>
<tr><td>派遣依頼
件数</td><td>市町村（　）　　社会福祉協議会（　）
介護サービス事業所（　）　　その他（　）</td><td>合計件数
件</td></tr>
<tr><td>派遣に
おける
課題等</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>