

浜松市高齢者の運動器の機能向上トレーニング教室事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第4条第1号イに基づき、運動器の機能に低下が見られる者に対し、運動器の機能向上の必要性を理解するとともに、維持・改善するための方法の習得とその方法を生活に定着させることを目的として実施する浜松市高齢者の運動器の機能向上トレーニング教室事業(以下「事業」という。)について、必要な事項を定める。

(事業の対象者)

第2条 事業の対象者(以下「事業対象者」という。)は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 居宅要支援被保険者。ただし、介護予防通所リハビリテーション利用者は除く。
- (2) 基本チェックリスト(平成27年厚生労働省告示第197号の基準をいう。)により事業対象基準に該当した者

(実施内容)

第3条 市長は、事業対象者の身体の状態に応じ策定された個別サービス計画に基づき、ストレッチ体操や筋力トレーニング、バランストレーニングなどの運動を行うことにより、転倒骨折の防止や運動器の機能向上を図る。

(1) 医療機関コース

ア 健康チェック、筋力、バランス能力、柔軟性の維持向上を目的としたプログラムの実施。

イ 一人当たり3ヶ月1クール(12回)とする。

ウ 送迎サービス

(事業の実施)

第4条 事業は、リハビリテーション科のある医療機関にて実施する。

2 事業の実施に係る委託料の額は、別表のとおりとする。

3 浜松市直営の医療機関で実施する場合も、前項に準ずる。ただし、利用者送迎サービスは行わない。

(利用の申請)

第5条 事業の利用希望者(以下「申請者」という。)は、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書(第1号様式)(以下「利用申請書」という。)を地域包括支援センター又は介護支援専門員(以下「センター等」という。)に提出する。

(調査及び申請)

第6条 センター等は、申請者の状況等について調査したうえで、基本チェックリスト、利用申請書及び利用者基本情報(第6号様式)を市長に提出する。

(利用の決定等)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、本要綱に基づきその必要性を十分検討したうえで速やかに決定を行い、申請者については、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書(第2号様式)、第4条の規定により事業を委託された者(以下「サービス提供事業所」という。)については、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書(第2号様式の2)及びセンター等については、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書(第2号様式の3)により通知する。

(変更及び廃止の申請)

第8条 前条第1項の決定通知を受けた利用希望者は、事業の利用を休止若しくは廃止しようとするとき、又は利用申請書の内容に変更を生じたときは、市長に浜松市介護予防・日常生活支援総合事業(変更・廃止)申請書(第3号様式)を速やかに提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書により内容の変更の決定をしたときは、申請者については、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更決定通知書(第4号様式)、サービス提供事業所については、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更決定通知書(第4号様式の2)及びセンター等については、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更決定通知書(第4号様式の3)により通知する。

3 市長は、事業の利用を休止若しくは廃止の決定をしたときは、浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用廃止決定通知書(第5号様式)により、申請者、サービス提供事業所及びセンター等に通知する。

(事業実施基準)

第9条 事業を実施する基準は、次のとおりとする。

(1) 一人当たり3ヶ月1クール(12回)とする。

(2) 事業を実施する時間は、おおむね2時間とする。ただし、市長が特に必要と認めるときは、この限りではない。

(3) 医療機関コース：医師、看護師、セラピスト(理学療法士等)、運動トレーナー、ボランティア等

(4) 事業を実施するために必要な面積は、3平方メートルに事業利用定員数を乗じて得た面積以上とすること。

(5) 事業に必要な設備、備品を備えること。

(利用者負担)

第10条 利用者は、事業を利用したときは、浜松市高齢者の運動器の機能向上トレーニング教室事業手数料徴収条例(平成18年浜松市条例第37号。以下「条例」という。)に規定した利用料を負担するものとする。

2 条例第3条に規定する市長が認める者は、第1号被保険者(介護保険法(平成9年法律第123号)第9条第1号に規定する第1号被保険者をいう。以下同じ。)であって、

運動器の機能向上トレーニング教室を利用する日の属する年の前年（当該運動器の機能向上トレーニング教室を利用する日の属する月が1月から7月までの場合にあっては、前々年）の合計所得金額（地方税法（昭和25年法律第226号）第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいい、その額が零を下回る場合には、零とする。以下同じ。）が介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第29条の2第2項に定める額以上である者（次の各号に掲げる場合を除く。）とする。

(1) 運動器の機能向上トレーニング教室を利用する者及びその属する世帯の他の世帯員である全ての第1号被保険者について、当該運動器の機能向上トレーニング教室を利用する日の属する年の前年中の公的年金等の収入金額（所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。）及び同年の合計所得金額から所得税法第35条第2項第1号に掲げる金額を控除して得た額の合計額が346万円（当該世帯に第1号被保険者がいない場合にあっては、280万円）に満たない場合

(2) 運動器の機能向上トレーニング教室を利用する者が当該運動器の機能向上トレーニング教室を利用する日の属する年度（当該運動器の機能向上トレーニング教室を利用する日の属する月が4月から7月までの場合にあっては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）を課されていない者又は条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者である場合

(3) 運動器の機能向上トレーニング教室を利用する者が当該運動器の機能向上トレーニング教室を利用する日において被保護者（生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者及びこれに準じる者をいう。）である場合

（利用回数）

第11条 事業の利用回数は、一人当たり1週間につき1回までとし、3ヶ月1クール（12回）とする。

（関係機関との連携）

第12条 市長は、本事業を円滑に運営するため、関係機関と密接な連携を保つものとする。

（その他）

第13条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年8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。

第1号様式（第5条関係）

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用申請書

（あて先）浜松市長

年 月 日

利用者番号

被保険者番号

受付

申請者 (自署または押印)	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	TEL		利用者との関係	
申請書提出者	事業所名			
	担当者		TEL	
	申請者と同じ（記入不要）			

つぎのとおり介護予防・日常生活支援総合事業を利用したいので、関係書類を添えて申請します。なお、事業の実施に必要な住民登録・介護保険の調査について委任することを同意します。

利用者	住所	浜松市 区				
		申請者と同じ（記入不要）				
	フリガナ		TEL		性別	男・女
	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢	歳
		申請者と同じ（記入不要）				

No.	事業名	内容等				
1	元気はつらつ教室事業	利用施設名				
		利用日	曜日			
2	運動器の機能向上 トレーニング教室事業	利用施設名				
		利用期間	始		終	

備考

第2号様式(第7条関係)

浜 第 号
年 月 日

(申請者)

様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書

年 月 日付けで利用申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

事業名		
利用内容		
利用者負担金額		
利用者情報	住所	
	氏名等	
	地域包括支援センター等	
備考		

第2号様式の2（第7条関係）

浜 第 号
年 月 日

（サービス提供事業所）

様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書

年 月 日付けで利用申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

事業名					
利用内容					
利用者負担金額					
利用者情報	住所				
	電話				
	氏名等				
	生年月日等				
	地域包括支援センター等				
	かかりつけ医院		主治医		
緊急連絡先	氏名	関係	住所	電話	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
備考					

第2号様式の3（第7条関係）

浜 第 号
年 月 日

（地域包括支援センター等）
様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用決定通知書

年 月 日付けで利用申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

事業名		
利用内容		
利用者負担金額		
利用者情報	住所	
	氏名等	
備考		

第3号様式（第8条関係）

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業（変更・廃止）申請書

（あて先）浜松市長

年 月 日

利用者番号

被保険者番号

受付

申請者 (自署または押印)	フリガナ			
	氏名			
	住所			
	TEL		利用者との関係	

申請書提出者	事業所名			
	担当者		TEL	
	申請者と同じ（記入不要）			

つぎの事業の利用について 変更 廃止 したいので申請します。

利用者	住所	浜松市 区			
		申請者と同じ（記入不要）			
	フリガナ		TEL		性別 男・女
	氏名		生年月日	M・T・S 年 月 日	年齢 歳
		申請者と同じ（記入不要）			

変更事業及び事項名	変更前	変更後
変更・廃止理由	変更 転居 その他の理由（ ） 廃止 死亡 転出 長期入院 入所 辞退 満了 身体状態の変化によるプランの変更 改善 その他の理由（ ）	

第4号様式(第8条関係)

浜 第 号
年 月 日

(申請者)

様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更決定通知書

年 月 日付けで変更申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

事業名		
利用内容		
利用者負担金額		
利用者情報	住所	
	氏名等	
	地域包括支援センター等	
備考		

第4号様式の2（第8条関係）

浜 第 号
年 月 日

（サービス提供事業所）
様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更決定通知書

年 月 日付けで変更申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

事業名					
利用内容					
利用者負担金額					
利用者情報	住所				
	電話				
	氏名等				
	生年月日等				
	地域包括支援センター等				
	かかりつけ医院		主治医		
緊急連絡先	氏名	関係	住所	電話	
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
備考					

第4号様式の3（第8条関係）

浜 第 号
年 月 日

（地域包括支援センター等）
様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用変更決定通知書

年 月 日付けで変更申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

事業名		
利用内容		
利用者負担金額		
利用者情報	住所	
	氏名等	
備考		

第5号様式(第8条関係)

浜 第 号
年 月 日

様

浜松市長

浜松市介護予防・日常生活支援総合事業利用廃止決定通知書

年 月 日付けで廃止申請のありました浜松市介護予防・日常生活支援総合事業の利用につきましては、つぎのとおり決定しましたので通知します。

記

廃止事業名		
廃止日		
利用者情報	住所	
	氏名	
	地域包括支援センター等	
備考		

利用者基本情報

作成担当者:

《基本情報》

相談日	年 月 日 ()	来所・電話 その他 ()	初回 再来 (前 /)	
本人の現況	在宅・入院又は入所中 ()			
フリガナ 本人氏名	男・女	M・T・S 年 月 日生 () 歳		
住所		Tel () Fax ()		
日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度 認知症高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 自立・ a・b・a・b・M		
認定・総合事業 情報	非該当・要支1・要支2・要介1・要介2・要介3・要介4・要介5 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日 (前回の介護度) 基本チェックリスト記入結果: 事業対象者の該当あり・事業者の該当なし 基本チェックリスト実施日: 年 月 日			
障害等認定	身障 () 療育 () 精神 () 難病 ()			
本人の 住居環境	自宅・借家・一戸建て・集合住宅・自室の有無 () 階、住宅改修の有無			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護・()			
来所者 (相談者)			家族構成 =本人, =女性, =男性 =死亡, =キ-ル-ソ-ソ 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は で囲む)	
住所 連絡先	続柄	家		
緊急連絡先	氏名	続柄		住所・連絡先
			家族関係等の状況	

利用者基本情報

《介護予防に関する事項》

今までの生活					
現在の生活状況 (どの様な暮らしをしているか)	1日の生活・すごし方			趣味・楽しみ・特技	
	時間	本人	介護者・家族		
	友人・地域との関係				

《現病歴・既往歴と経過》(新しいものから書く・現在の状況に関連するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見作成者に)			経過	治療中の場合は 内容
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	
年 月 日				Tel	治療中 経観中 その他	

《現在利用しているサービス》

公的サービス	非公的サービス

地域包括支援センターが行う事業の実施に当たり、利用者の状況を把握する必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書と同様に、利用者基本情報、支援・対応経過シート、アセスメントシート等の個人に関する記録を、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設、主治医その他本事業の実施に必要な範囲で関係する者に提示することに同意します。

_____年 月 日 氏名 印

別表 浜松市高齢者の運動器の機能向上トレーニング教室事業委託料

医療機関コース

区 分	契約金額
基本事業分（固定費）	4 1 6 , 6 4 0 円
基本事業分（利用実績分）	1日あたりの参加者が10人を超えた場合 その超えた人数につき1人1回あたり2,567円
利用者送迎費用	実績払い