

○高知市訪問型サービスC事業実施要綱

(令和元年 8 月 23 日告示第 99 号)

改正 令和 8 年 4 月 1 日告示第 49 号

(趣旨)

第 1 条 この要綱は、高知市介護予防・日常生活支援総合事業の実施に関する要綱（平成 28 年告示第 120 号。以下「総合事業実施要綱」という。）第 4 条第 1 号ア（エ）に規定する訪問型サービスC（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、高知市（以下「市」という。）とする。ただし、事業の実施に当たり必要な業務については、市長は、次の各号のいずれにも該当する事業者に委託して行うことができる。

- (1) 介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 115 条の 47 第 5 項に規定する者
- (2) 次に掲げる要件の全てを満たす者を 1 人以上配置する事業者
 - ア 常勤の理学療法士、作業療法士等であること。
 - イ 法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護、同条第 5 項に規定する訪問リハビリテーション等に 3 年以上従事した経験、又は平成 30 年度に実施した高知市地域リハビリテーション活動支援事業に従事した経験を有すること。
 - ウ 市が実施する訪問型サービスC従事者研修の受講を修了していること。

(対象者)

第 3 条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 本市に現に居住する者
- (2) 総合事業実施要綱第 5 条各号のいずれかに該当する者
- (3) 事業の実施により、生活機能が向上し、自宅等での生活の継続が可能となることが見込まれる者
- (4) 介護支援専門員（法第 7 条第 5 項に規定する介護支援専門員をいう。）又は高知市介護予防支援員（以下「担当支援専門員等」という。）によって家庭訪問によるアセスメント（対象者の日常生活上の能力、生活環境等を評価し、対象者が自宅等での生活を継続するために解決すべき課題を把握することをいう。）が行われている者

(5) 担当支援専門員等に対し、介護予防サービス計画（法第8条の2第16項に規定する介護予防サービス計画をいう。）の作成及び介護予防ケアマネジメント（法第115条の45第1項第1号ニに規定する第1号介護予防支援事業をいう。）を依頼している者

(事業内容)

第4条 事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

(1) 対象者の家庭訪問を行い、前条第4号のアセスメントの結果の確認及び修正を行うこと。

(2) 対象者が自宅等での生活を継続するために必要な生活環境の整備、対象者及びその家族並びに担当支援専門員等に対する社会資源の紹介及びその利用の働きかけ等、対象者の生活機能を高めるための支援を行うこと。

(3) 対象者が自宅等での生活を継続するために必要な能力を得るための短期集中的な支援を行うこと。

(利用の申請)

第5条 対象者又はその家族は、事業を利用しようとするときは、高知市訪問型サービスC事業利用申請書（様式第1号）に関係書類を添えて、市長に申請しなければならない。

(利用の決定)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに利用の可否を決定し、相当と認めるときは高知市訪問型サービスC事業利用決定通知書（様式第2号）により、相当でないと認めるときは所定の高知市訪問型サービスC事業利用却下通知書により、当該申請をした者に通知するものとする。

(利用期間及び利用回数)

第7条 事業の利用期間（以下「利用期間」という。）は原則として3か月以内とし、利用回数は12回以内とする。

(利用期間延長の申請)

第8条 第6条の規定により利用の決定を受けた者（以下「利用者」という。）又はその家族は、高知市訪問型サービスC事業利用期間延長申請書（様式第3号）に関係書類を添えて、利用期間の延長を市長に申請することができる。この場合において、延長することができる期間は、3か月を限度とする。

(利用期間延長の決定)

第9条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに利用期間の延長の可否を決定し、
適当と認めるときは高知市訪問型サービスC事業利用期間延長決定通知書（様式第4
号）により、適当でないと認めるときは所定の高知市訪問型サービスC事業利用期間
延長却下通知書により、当該申請をした者に通知するものとする。

（利用料）

第10条 事業の利用料は、無料とする。

（モニタリング）

第11条 利用者は、利用期間が終了したときは、当該終了の日から3か月を経過した日
から当該終了の日から6か月を経過する日までの間に、担当支援専門員等によるモニ
タリング（生活状況の確認をいう。）を受けるものとする。

（その他）

第12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、令和元年8月23日から施行する。

附 則（令和3年3月10日告示第44号）

この要綱は、令和3年3月10日から施行する。

附 則（令和3年11月17日告示第210号）

（施行期日等）

1 この要綱は、令和3年11月17日から施行し、この要綱による改正後の高知市訪問型
サービスC事業実施要綱（以下「改正後の要綱」という。）の規定は、令和3年10月
1日から適用する。

（経過措置）

2 この要綱による改正前の高知市訪問型サービスC事業実施要綱の規定による様式は、
改正後の要綱の規定による様式にかかわらず、当分の間、なお使用することができる。

附 則（令和8年4月1日告示第49号）

（施行期日）

1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この要綱による改正後の高知市訪問型サービスC事業実施要綱（以下「改正後の要
綱」という。）第7条の規定は、この要綱の施行の日（以下「施行日」という。）以後
に利用の決定を受けたものに適用し、施行日前に利用の決定を受けたものについ
ては、なお従前の例による。

3 この要綱による改正前の高知市訪問型サービスC事業実施要綱の規定による様式は、改正後の要綱の規定による様式にかかわらず、当分の間、なお使用することができる。

| | |
|--------------|--------------------------------|
| 様式第1号（第5条関係） | 高知市訪問型サービスC事業利用申請書[別紙参照] |
| 様式第2号（第6条関係） | 高知市訪問型サービスC事業利用決定通知書[別紙参照] |
| 様式第3号（第8条関係） | 高知市訪問型サービスC事業利用期間延長申請書[別紙参照] |
| 様式第4号（第9条関係） | 高知市訪問型サービスC事業利用期間延長決定通知書[別紙参照] |

高知市長 様

住所
申請者 氏名 _____
(本人又は家族) 電話 _____
対象者との続柄 _____

高知市訪問型サービスC事業利用申請書

高知市訪問型サービスC事業実施要綱第5条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり利用を申請します。

記

| | | | | |
|------|------|--|--------------|-----------------------|
| 対象者 | ふりがな | | 生年月日 | 支援区分 |
| | 氏名 | | 年 月 日生 歳) | 要支援1 要支援2 事業対象者 |
| | 住所 | | 電話番号 | |
| 申請理由 | 身体状況 | | | |
| | 目的 | | | |

添付書類

- 利用者基本情報又は高齢者実態把握票
- 基本チェックリスト
- 生活機能評価表
- 介護予防サービス・支援計画書 (現在利用しているサービスの計画書がある場合のみ。)
- 介護予防サービス計画作成・介護予防ケアマネジメント依頼 (変更) 届出書写し又は介護保険被保険者証写し

この事業の利用に当たって、必要に応じ、所管課長が、私に関する次のことを括弧内の担当者等に確認することに同意します。

- ・身体状況 (医療機関)
- ・居宅サービス計画 (担当支援専門員等)

対象者 氏名 _____

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

説明者 所属 _____

氏名 _____

様式第2号（第6条関係）

高知市指令 第 号

様

高知市訪問型サービスC事業利用決定通知書

年 月 日付けで申請のありました訪問型サービスCの利用については、高知市訪問型サービスC事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり利用を決定しましたので通知します。

年 月 日

高知市長

記

1 利用者住所 高知市

2 利用者氏名

年 月 日

高知市長 様

住所 _____
 申請者 氏名 _____ 利用者との続柄 ____
(本人又は家族)
 電話 _____

高知市訪問型サービスC事業利用期間延長申請書

高知市訪問型サービスC事業実施要綱第8条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり利用期間の延長を申請します。

記

| | | | | |
|-----------------------------|------|--|----------------|-----------------------|
| 利用者 | ふりがな | | 生年月日 | 支援区分 |
| | 氏名 | | 年 月 日生 (歳) | 要支援1 要支援2 事業対象者 |
| | 住所 | | 電話番号 | |
| 事業利用を休止していた期間： 年 月 日～ 年 月 日 | | | | |
| 期間の延長が必要な理由 | | | | |

添付書類 (変更があった場合のみ添付すること。)

- (1) 利用者基本情報又は高齢者実態把握票
- (2) 基本チェックリスト
- (3) 生活機能評価表
- (4) 介護予防サービス・支援計画

この事業の利用に当たって、必要に応じ、所管課長が、私に関する次のことを括弧内の担当者等に確認することに同意します。

- ・身体状況 (医療機関)
- ・居宅サービス計画 (担当支援専門員等)

対象者 氏名 _____

(※) 本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

説明者 所属 _____

氏名 _____

様式第4号（第9条関係）

高知市指令 第 号

様

高知市訪問型サービスC事業利用期間延長決定通知書

年 月 日付で申請のありました訪問型サービスCの利用期間の延長については、高知市訪問型サービスC事業実施要綱第9条の規定により、下記のとおり利用期間の延長を決定しましたので通知します。

年 月 日

高知市長

記

- 1 利用者住所 高知市
- 2 利用者氏名
- 3 延長後の利用期間