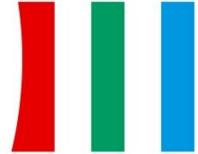


(資料2)



Colors, Future!
いろいろって、未来。

川崎市

第2期(平成29年7月-30年6月)
かわさき健幸福寿プロジェクト
要介護度等改善・維持評価事業実施のご案内

平成29年7月21日

川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課

かわさき健幸福寿プロジェクト とは？

高齢者の自立支援に向けた質の高いケアを評価する仕組みの構築を目指して平成26年度から開始されたプロジェクトです。

何を評価 するの？

「要介護度」「ADL」等の改善・維持を評価対象とします。(評価指標)

なぜ要介護度の改善・維持を評価 するの？

要介護度は利用者の状態像を表す重要な指標であり、介護保険の給付はその改善・維持に資するよう行われなければならないとされています。(介護保険法第2条)

しかし、今の介護報酬体系では、要介護度の改善は事業収入の減少を招く場合があります。

本市では、要介護度等の改善・維持に資する質の高いケアを提供する事業者にインセンティブを付与することで取組意欲の向上を促し、より質の高いケアが提供される好循環の構築を目指します。

事業スケジュール

かわさき健幸福寿 プロジェクト	平成29年			平成30年		
	4月～6月	7月～9月	10月～12月	1月～3月	4月～6月	7月～9月
事業期間						
参加受付						
中間調査						
結果集計・評価						
事例発表会 説明会等	★★		★			

中間調査について

中間調査は、事業期間の中間点における状態像の変化や、複数事業所、複数職種により成り立つチーム内の情報連携、事業が本人・家族の意識やケアへの参加状況に与えた影響などを把握するために実施します。

①成果指標

◆ 要介護度

平成29年7月1日時点と比べて、期間終了時点で改善した場合

その他、改善に至らなかった場合であって、同一の要介護度を一定期間を超えて維持した場合

◆ ADL等(変化を測るために、認定調査票における能力評価の調査18項目を指標として用いる)

平成29年7月1日時点と比べて、期間終了時点で改善した場合

(ADL改善の評価は、直近の要介護認定時に、本市の認定調査を受けている方に限ります。)

②インセンティブ付与（予定）

- ◆ 報奨金 5万円程度（「要介護度の改善」又は「ADL等の一定以上の改善」があった場合）
- ◆ 市が主催するイベントにおける市長表彰
- ◆ 成果を上げたことを示す認証シールの交付
- ◆ 市の公式ウェブサイト等への掲載
- ◆ 事例検討会等における公表

(※)報奨金等については、市議会における平成30年度予算議案の議決を要します。

ADL等の変化を測るための指標

調査項目	選択肢			
寝返り	1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない			
起き上がり	1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない			
座位保持	1. できる 2. 自分の手で支えればできる 3. 支えてもらえばできる 4. できない			
両足での立位保持	1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない			
歩行	1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない			
立ち上がり	1. つかまらないでできる 2. 何かにつかまればできる 3. できない			
片足での立位	1. 支えなしでできる 2. 何か支えがあればできる 3. できない			
視力	1. 普通(日常生活に支障がない) 2. 約1m離れた視力確認表の図が見える 3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える 4. ほとんど見えない 5. 見えているのか判断不能			
聴力	1. 普通 2. 普通の声がやっと聞き取れる 3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる 4. ほとんど聞こえない 5. 聞こえているのか判断不能			
えん下	1. できる 2. 見守り等 3. できない			
意思の伝達	1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる 2. ときどき伝達できる 3. ほとんど伝達できない 4. できない			
毎日の日課を理解	1. できる 2. できない			
生年月日や年齢を言う	1. できる 2. できない			
短期記憶	1. できる 2. できない			
自分の名前を言う	1. できる 2. できない			
今の季節を理解する	1. できる 2. できない			
場所の理解	1. できる 2. できない			
日常の意思決定	1. できる(特別な場合でもできる) 2. 特別な場合を除いてできる 3. 日常的に困難 4. できない			

18の調査項目の選択肢の番号について、取組開始時の合計から終了時の合計を差し引き、差がプラスであれば改善、ゼロであれば維持、マイナスであれば悪化とし、改善した場合にインセンティブを付与。なお、差が5以上の場合は、報奨金の付与を予定。

①対象者の要件

- ◆ プロジェクトの趣旨を踏まえ、要介護度等の改善に向けた意欲のある方
- ◆ 平成29年7月1日時点で要介護1～5の認定を受けている方
- ◆ その他、次のいずれにも該当しない方

- × 直近の要介護認定時と比較して、プロジェクト参加申請時点の心身状況に著しい改善が見られる方
- × 給付制限等の対象となっている方

※第1期においては「直近の要介護認定が初めての認定の方」及び「直近の要介護認定調査時に入院していた方」を対象外としていましたが、第2期からはプロジェクトにご参加いただけるようになりました。

②参加資格（事業所）

市内に所在する全ての介護保険指定事業所が対象となります。複数の介護サービス事業所がケアに関わっている場合、**居宅介護支援事業所が代表（申請者）**となってチームとしての参加申請をしていただきます。 なお、以下の事業所は単独での申し込みが可能です。

単独申込が可能な事業所

- ◆ 介護老人福祉施設（地域密着型を含む。）、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
- ◆ 特定施設入居者生活介護事業所、認知症高齢者グループホーム
- ◆ （看護）小規模多機能型居宅介護事業所（他サービスの給付管理も行う場合は、居宅介護支援事業所と同様の手続きを取ってください。）

①必要書類

- ◆ 「かわさき健幸福寿プロジェクト」要介護度等改善・維持評価事業への参加及び個人情報の提供に関する同意書(様式1)
- ◆ 「かわさき健幸福寿プロジェクト」要介護度等改善・維持評価事業参加申請書(様式2)
- ◆ ~~対象者に係る施設サービス計画書又は居宅サービス計画書の写し(第1表から第3表)~~

→第2期プロジェクトより、ケアプランの提出を不要としました。

②提出方法・提出先

下記まで郵送で提出

〒210-8577

川崎市川崎区宮本町1番地

川崎市健康福祉局長寿社会部高齢者事業推進課 介護基盤係

③提出期日

原則 平成29年8月21日(月)まで

但し、同意書の取得等に時間要する場合には8月中早期にご提出願います。

問合せ先

高齢者事業推進課介護基盤係 TEL044-200-2454⁷

参考・申請様式について①

同意書

様式1（第7条関係）

平成 年 月 日

川崎市長（宛て先）

「かわさき健幸福寿プロジェクト」要介護度等改善・維持評価事業への
参加及び個人情報の提供に関する同意書

かわさき健幸福寿プロジェクトの趣旨

川崎市では、介護が必要になった方であっても、心身機能の改善に取り組むことで、
また住み慣れた地域や自らが望む場所で暮らし続けられるようにすることを目的に、「
かわさき健幸福寿プロジェクト」を実施しています。

このプロジェクトに参加していただくと、普段利用している介護サービス事業所が、
あなた様や御家族の希望を踏まえて、要介護度や日常生活動作（寝返り、起き上がり、
歩行など日常生活を営む上で行っている動作）の改善・維持に向けたサービスを提供し
、市が一定期間後の効果を測定します。この結果は、介護保険制度の改善に向けた提言
等としてとりまとめ、国に要望してまいります。

なお、事業実施にあたってご提供いただく個人情報の利用については、本プロジェクト
以外の目的には使用しないとともに、その取扱いには万全をいたします。また、この
事業に参加することで、特別な費用がかかることはありません。

上記説明文を読んで、「かわさき健幸福寿プロジェクト」への参加、及び川崎市が私の
要介護認定情報、介護給付実績情報、介護保険被保険者資格情報を本プロジェクトの効果
測定及び事業検証のために使用することに同意します。

平成 年 月 日

お名前 _____ 印

代筆者 _____ 印 (本人との関係) _____)

申請書

様式2（第7条関係）

平成 年 月 日

川崎市長（宛て先）

法人名 _____

所在地 _____

代表者名 _____ 印

「かわさき健幸福寿プロジェクト」要介護度等改善・維持評価事業参加申
請書

次のとおり、要介護度等改善・維持評価事業への参加を申請します。

1 対象者及び当該対象者に係る参加事業所の情報

別紙のとおり

参考・申請様式について②

(別紙)			
対象者情報			
氏名		要介護度	
介護保険被 保険者番号		年 月 日 生	
認定の 有効期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日
直近の認定時点 からの心身状況 に著しい改善	なし	・	あり (「あり」の場合は申請できません)
取りまとめ事業所情報			
取りまとめ事業 所名		事業所番 号	
サービス種別		サービス開 始	年 月 日
所在地			
メールアドレス			
担当者名		電話番号	
※ 介護保険施設、居宅介護支援事業所、認知症対応共同生活介護事業所、特定施設入居者生活 介護事業所、(看護) 小規模多機能型居宅介護事業所は、「取りまとめ事業所」欄に記載し てください。			
参加事業所 (在宅サービスの場合に記載)			
事業所名 1		事業所番 号	
サービス種別		サービス開 始	年 月 日
所在地			
メールアドレス			
担当者名		電話番号	
事業所名 2		事業所番 号	
サービス種別		サービス開 始	年 月 日
所在地			
メールアドレス			
担当者名		電話番号	
※ 対象者 1 人につき 1 枚作成してください。 ※ 参加事業所は、市内の介護サービス事業所に限ります。 ※ 欄が足りないときは、追加してください。			

