

川西市介護度改善インセンティブ事業について

通所介護（デイサービス）をご利用の皆様及び介護支援専門員の皆様へ

川西市では、「介護度改善インセンティブ事業」を実施しています。

この事業の目的や内容は、以下のとおりですので、ぜひとも、本事業へのご参加並びにご協力くださいますよう、お願いいたします。

1. 事業の目的

住み慣れた地域で自分らしく自立した生活を送ることができるよう、市内の通所介護（デイサービス）事業所（地域密着型を含む）が行う介護度の改善に向けた取組を評価し、成果に応じた報奨（インセンティブ）を付与することで、より効果的な支援が行われるようにすることを目的としています。

2. 事業の内容

- ①日常生活動作（ADL）に関する指標の改善状況が特に優秀な利用者（市内で上位5人）を表彰します。また、本事業に参加した人全員に奨励賞（記念品）を贈呈します。
- ②通所介護（デイサービス）を利用する人の日常生活動作（ADL）に関する指標の維持・改善の状況が優れた事業所（2部門を設け、それぞれ上位3事業所他）に対し、表彰と報奨金の交付を行います。

3. ご協力をお願いしたいこと

- ①事業所のリハビリテーション専門職やご担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）の助言を受けて、目標を持って、機能訓練などに積極的に取り組んでください。
- ②年2回、事業所のリハビリテーション専門職などが行う、日常生活動作（ADL）に関する評価を受けてください。
- ③本事業に参加したことで、皆様の体の状態がどのように変化したかを川西市が調査・分析することに同意してください。
- ④2回目の日常生活動作（ADL）に関する評価後、介護支援専門員が利用者アンケートを実施することに同意してください。

ぜひとも、本事業に参加していただき、自分らしく元気に暮らしていくことができるよう、事業所の方と一緒にがんばっていきましょう。

本事業に参加していただける場合は、別紙の同意書に住所、氏名、日付を記入して、事業所を通じて川西市に提出してください。

「川西市介護度改善インセンティブ事業」参加同意書

私は、川西市が実施する「川西市介護度改善インセンティブ事業」（以下「事業」という。）について、事業の目的や内容の説明を受けたうえで、私が利用する通所介護（または地域密着型通所介護）事業所（以下「事業所」という。）が、私の日常生活動作（ＡＤＬ）に関する評価を行い、川西市に提出することに同意し、介護支援専門員がアンケートを実施することに同意します。

また、川西市が、事業の実施や今後の高齢者施策及び介護保険事業の検討に必要な範囲内で、私に関する以下の情報を利用することに同意します。

川西市が利用する情報

- ・ 事業所から提出を受けた日常生活動作（ＡＤＬ）評価結果
- ・ 要介護認定に関する情報
- ・ 介護保険の給付に関する情報
- ・ 国民健康保険及び後期高齢者医療保険の給付に関する情報
- ・ 生活保護の受給に関する情報
- ・ 市税及び介護保険料の納付に関する情報

（※）これらの情報は、個人が特定される形で公表されることはありません。

川西市長あて

（住所）川西市

（氏名） _____ （日付） 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

介護支援専門員

（事業所名） _____

（氏名） _____ （同意日） 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

事業所記入欄

説明者（事業所名）

（氏名） _____ （説明日） 令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

令和 7 年 7 月 31 日（木）までに提出をお願いします。