

平成27年度「かわさき健幸福寿プロジェクト」モデル事業

1 目的

介護サービス事業所による要介護状態区分、ADL（日常生活動作）、IADL（手段的日常生活動作）又はQOL（生活の質）の維持・改善の取組結果に応じた報奨、表彰、公表等の仕組みを構築し、もって、事業所の評価を高め、介護サービスの質が評価される新たな仕組みの導入を目指す。

2 手法

- (1) 要介護度、ADL、IADL、QOLの維持・改善に向けた取組を把握するため、
①認定調査票（資料1参照）、②課題整理総括表・評価表（資料2参照）、③ケアプラン、④介護計画書・評価表等を使用する。
- (2) (1)の①～④の書類では確認できない施設運営にもたらす効果、利用者やその家族の意識の変化等については、アンケート調査を実施し、丁寧に拾い上げる。

3 実施期間

6月～12月

4 対象者

原則として、次の条件に全て該当する対象者を、協力事業所に選定していただく。

- (1) 要介護1～5であって、平成27年11月1日から12月31日までの間に、要介護認定の更新を受ける予定の方
- (2) 直近の要介護認定時に入院中でなかった方
- (3) 特別養護老人ホーム等に入所中の方にあっては、入所日がモデル事業開始日の概ね6か月以上前であること

5 協力事業所数

138事業所（当初目標は100事業所）。内訳は、居宅介護支援事業所32事業所、通所介護等32事業所、訪問介護等26事業所、特別養護老人ホーム23事業所、福祉用具13事業所、短期入所生活介護6事業所、その他（小規模多機能型居宅介護等）6事業所

6 平成26年度モデル事業の結果を踏まえた今年度の主な取組

- (1) ADLのほか、IADL、QOL、要介護度の維持・改善状況を把握する。
- (2) 意見交換会を2回程度開催し、協力事業所の率直な意見を吸い上げて今後に生かすとともに、協力事業所間で顔の見える関係を構築する。
- (3) 自立支援介護講習会を開催し、日々のサービス提供に資するよう支援する。
- (4) 健康福祉局内に設置した作業部会にて、事業所に対するインセンティブの構築、在宅入所相互利用制度の活用等の詳細について検討し、関係局長等で構成する委員会に諮る。
- (5) 九都県市首脳会議等を通じて国に要望するとともに、連携を図る。

7 事業所に対するインセンティブ

- (1) 市主催のイベントにおける表彰
報道機関への投げ込みを行うなど、被表彰事業所が注目を浴びるような工夫が必要。
- (2) 認証シール等の付与
事業所の入口など利用者等の目に留まる場所に掲示して、市の取組に協力し、なおかつ成果を上げた事業所であることを市が認めた証し。
利用者に対してアピールポイントになることが重要であり、そのためのデザインや製作費用等の検討のほか、市のサイト等で広く周知を図る必要がある。
- (3) 市のサイトへの掲載
これから介護保険を利用したいと思っている方や、今利用している事業所を変更したいと考えている方などが容易にアクセスできるよう、トップページに「かわさき健幸福寿プロジェクト」の入口があるのが望ましい。
このような方々に役立つよう、モデル事業協力事業所を掲載するほか、成果を上げた事業所については、当該事業所のサイトにリンクを張るなど、更に積極的にPRする。モデル事業に協力いただいた事業所について、市のホームページで公表する。
- (4) 報奨金の付与
金額の設定、付与の範囲をどうするかなどが課題。

調査は、調査対象者が通常の状態（調査可能な状態）であるときに実施して下さい。本人が風邪をひいて高熱を出している等、通常の状態でない場合は再調査を行って下さい。

保険者番号 _____ 被保険者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

実施日時	平成 年 月 日	実施場所	自宅内 ・ 自宅外（ ）	
ふりがな		所 属 機 関		
記入者氏名				

II 調査対象者

過去の認定	初回・2回目以降 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果		非該当・要支援（ ）・要介護（ ）	
ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日（ 歳）
対象者氏名					
現住所	〒 -			電 話	- -
家族等 連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係（ ）			電 話	- -

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在 宅 利 用 【 認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。（介護予防）福祉用具貸与は調査日時点の、特定（介護予防）福祉用具販売は過去6月の品目数を記載 】					
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問介護（ホームヘルプサービス）	月	回	<input type="checkbox"/> （介護予防）福祉用具貸与	品目	
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問入浴介護	月	回	<input type="checkbox"/> 特定（介護予防）福祉用具販売	品目	
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問看護	月	回	<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	
<input type="checkbox"/> （介護予防）訪問リハビリテーション	月	回	<input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護	月 日	
<input type="checkbox"/> （介護予防）居宅療養管理指導	月	回	<input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型通所介護	月 日	
<input type="checkbox"/> （介護予防）通所介護（デイサービス）	月	回	<input type="checkbox"/> （介護予防）小規模多機能型居宅介護	月 日	
<input type="checkbox"/> （介護予防）通所リハビリテーション（デイケア）	月	回	<input type="checkbox"/> （介護予防）認知症対応型共同生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所生活介護（特養等）	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型特定施設入居者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> （介護予防）短期入所療養介護（老健・診療所）	月	日	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	月 日	
<input type="checkbox"/> （介護予防）特定施設入居者生活介護	月	日	<input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護	月 回	
<input type="checkbox"/> 市町村特別給付 []			<input type="checkbox"/> 複合型サービス	月 日	
<input type="checkbox"/> 介護保険給付外の在宅サービス []					

施 設 利 用	施 設 連 絡 先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設（ケアハウス等） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

IV 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境（外出が困難になるなど日常生活に支障となるような環境の有無）、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入してください。

--

調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

認定調査表（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない	2. 左上肢	3. 右上肢	4. 左下肢	5. 右下肢	6. その他（四肢の欠損）
-------	--------	--------	--------	--------	---------------

1-2 拘縮の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

1. ない	2. 肩関節	3. 股関節	4. 膝関節	5. その他（四肢の欠損）
-------	--------	--------	--------	---------------

1-3 寝返りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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
---------------	----------------	---------

1-4 起き上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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
---------------	----------------	---------

1-5 座位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる	2. 自分の手で支えればできる	3. 支えてもらえればできる	4. できない
--------	-----------------	----------------	---------

1-6 両足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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
-------------	----------------	---------

1-7 歩行について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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
---------------	----------------	---------

1-8 立ち上がりについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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
---------------	----------------	---------

1-9 片足での立位保持について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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
-------------	----------------	---------

1-10 洗身について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助	4. 行っていない
-------------	---------	--------	-----------

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない	2. 一部介助	3. 全介助
-------------	---------	--------

1-12 視力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通（日常生活に支障がない）
2. 約 1 m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

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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. ほとんど聞えない
5. 聞えているのか判断不能

2-1 移乗について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-2 移動について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-3 えん下について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|--------|---------|---------|
| 1. できる | 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|---------|---------|

2-4 食事摂取について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-5 排尿について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-6 排便について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-12 外出頻度について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|----------|----------|----------|
| 1. 週1回以上 | 2. 月1回以上 | 3. 月1回未満 |
|----------|----------|----------|

3-1 意思の伝達について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | |
|----------------------|
| 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 |

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | |
|--------|---------|
| 1. できる | 2. できない |
|--------|---------|

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-8 徘徊について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-2 作話することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転があることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-6 大声をだすことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-12 ひどい物忘れについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-14 自分勝手に行動することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

5-1 薬の内服について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されてない

2. 一部介助

3. 全介助

5-2 金銭の管理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されてない

2. 一部介助

3. 全介助

5-3 日常の意思決定について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

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

5-4 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. ない 2. ときどきある 3. ある

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

6 過去 14 日間に受けた医療について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。(複数回答可)

<u>処置内容</u>	1. 点滴の管理	2. 中心静脈栄養	3. 透析	4. ストーマ（人工肛門）の処置
	5. 酸素療法	6. レスピレーター（人工呼吸器）	7. 気管切開の処置	
	8. 疼痛の看護	9. 経管栄養		
<u>特別な対応</u>	10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）	11. じょくそうの処置		
	12. カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル、ウロストーマ等）			

7 日常生活自立度について、各々該当するものに一つだけ○印をつけてください。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	自立・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・II a・II b・III a・III b・IV・M

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

1-1 麻痺等の有無, 1-2 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

()

()

()

()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

()

()

()

()

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

()

()

()

()

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声をだす, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

()

()

()

()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

()

()

()

()

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

()

()

()

()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

()

()

()

()

課題整理総括表(平成27年度「かわさき健康幸福寿プロジェクト」モデル事業報告用)

利用者名 股 作成日 / /

① 自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤		⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		備考 (状況・支援内容等)			
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
	調理	自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
	口腔衛生	支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
口腔	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
掃除		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
洗濯		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
整理・物品の管理		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
金銭管理		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
買物		自立 見守り 一部介助 全介助	全介助			改善 維持 悪化	悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
認知		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
社会との関わり		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
介護力(家族関係含む)		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
居住環境		支障なし 支障あり				改善 維持 悪化	悪化				
						改善 維持 悪化	悪化				

※1 本書式は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。
※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。**選取肢以外を削除する。**
※3 現在の状況が「自立・あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をもたしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。
※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として**選取肢以外を削除する。**

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を読み、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより見込まれる事後の状況(目標)を記載する。
※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「一」印を記入。

