在宅生活改善調査　利用者票　（●●年●月●日現在の状況について回答してください。）

「自宅」、「サ高住」、「住宅型有料」、「軽費老人ホーム」にお住まいの方のうち**「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」**もしくは**「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」**が対象です。

例えば**「頻回な身体介護が必要となったため、現在の訪問介護の利用では対応が困難であり、定期巡回サービスの利用がより適切と思う利用者」**、**「認知症に伴う周辺症状の悪化により、介護者の負担が重くなったため、グループホームへの入居がより適切と思う方」**が対象です。

1. 対象となる利用者の状況等について、お伺いします。						2. 対象となる利用者の主な家族等介護者の状況等について、お伺いします。			3. 現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由等について、お伺いします。				4.「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている」もしくは「家族等介護者の就労継続が難しくなっている」状況を改善するための、サービス利用の変更等について、お伺いします。			
問1-0	問1-1	問1-2	問1-3	問1-4	問1-5	問2-1	問2-2	問2-3	問3-1	問3-2	問3-3	問3-4	問4-1	問4-2	問4-3	問4-4
利用者の所在地区	「現在のサービス利用では、生活の維持が難しくなっている利用者」に該当しますか。	「家族等介護者の就労継続が難しくなっている利用者」に該当しますか。	世帯類型	現在の居所	要支援・要介護度	主な家族等介護者の方の年代 ※同居・別居にかかわらず主な家族等介護者についてお答えください。	主な家族等介護者の方の現在の勤務形態	今後の在宅生活の継続、または家族等介護者の就労継続に向けて、特に家族等介護者の負担になっている介護	**現在のサービス利用では、本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続が難しくなっている理由**についてお答えください （1）**本人の状態等**に属する理由について、お答えください	（2）**主に本人の意向等**に属する理由について、お答えください	（3）**主に家族等介護者の意向・負担等**に属する理由について、お答えください	本人の生活の維持、もしくは家族等介護者の就労継続のために、充実が必要な「**生活支援**」をお答えください。	**本来であればより適切と思われる、具体的なサービス**をお答えください。 ※ 実際にサービスがあるかないかに関わらず、利用者・家族等介護者にとって適切と思うサービスを選択してください。どちらでも良い場合は、<在宅サービス><住まい・施設等>の両方から複数選択することも可能です。	【問4-1で「12.」～「19.」を選択の場合】 利用者の**入所・入居の緊急度**をお答えください	【問4-1で「12.」～「18.」(※特養以外)を選択の場合】 **入所・入居できていない理由**をお答えください	【問4-1で「19.」(※特養)を選択の場合】 **特養に入所できていない理由**をお答えください
番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	あてはまる番号 **3つまで**選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	あてはまる番号 すべて選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入	番号1つ選択記入
1. ○○ 2. ○○ 3. ○○ 4. ○○	1. はい 2.いいえ	1. はい 2.いいえ	1. 独居 2. 夫婦のみ 3. 単身の子供との同居 4. その他の同居	1. 自宅等 2. 住宅型有料 3. サ高住 4. 軽費老人ホーム	1. 要支援1 2. 要支援2 3. 要介護1 4. 要介護2 5. 要介護3 6. 要介護4 7. 要介護5 8. 新規申請中	1. 20歳未満 2. 20代 3. 30代 4. 40代 5. 50代 6. 60代 7. 70代 8. 80歳以上 9. わからない 10.（別居している家族も含め）家族等介護者はいない **⇒【問3-1に進んでください】**	1. フルタイムで働いている 2. パートタイムで働いている 3. 勤務形態は不明だが、働いている 4. 働いていない 5. 主な介護者に確認しないと、わからない ※「パートタイム」とは、「1週間の所定労働時間が、同一の事業所に雇用される通常の労働者に比べて短い方」が該当します。 いわゆる「アルバイト」、「嘱託」、「契約社員」等の方を含みます。自営業・フリーランス等の場合も、就労時間・日数等から「フルタイム」・「パートタイム」のいずれかを選択してください。	1. 日中の排泄 2. 夜間の排泄 3. 食事の介助（食べる時） 4. 入浴・洗身 5. 身だしなみ（洗顔・歯磨き等） 6. 衣服の着脱 7. 屋内の移乗・移動 8. 外出の付き添い、送迎等 9. 服薬 10. 認知症の症状への対応 11. 医療面での対応（経管栄養、ストーマ　等） 12. 食事の準備（調理等） 13. その他の家事（掃除、洗濯、買い物　等） 14. 金銭管理や生活面に必要な諸手続き 15. その他 16. 特にない 17. 主な介護者に確認しないと、わからない	1. 該当なし 2. 必要な生活支援の発生・増大 3. 必要な身体介護の増大 4. 認知症の症状の悪化 5. 医療的ケア・医療処置の必要性の高まり 6. その他、本人の状態等の悪化 7. 本人の状態等の改善	1. 該当なし 2. 本人が、一部の居宅サービスの利用を望まないから 3. 生活不安が大きいから 4. 居住環境が不便だから 5. 本人が介護者の負担の軽減を望むから 6. 費用負担が重いから 7. その他、本人の意向等があるから	1. 該当なし 2. 介護者の介護に係る不安・負担量の増大 3. 介護者が、一部の居宅サービスの利用を望まないから 4. 家族等の介護等技術では対応が困難 5. 費用負担が重いから 6. 家族等の就労継続が困難になり始めたから 7. 本人と家族等の関係性に課題があるから 8. その他、家族等介護者の意向等があるから	1. 配食 2. 調理 3. 掃除・洗濯 4. 買い物（宅配は含まない） 5. ゴミ出し 6. 外出同行（通院、買い物など） 7. 移送サービス（介護・福祉タクシー等） 8. 見守り、声かけ 9. サロンなどの定期的な通いの場 10. その他 11. 特にない	<在宅サービス> 1. ショートステイ 2. 訪問介護、訪問入浴 3. 夜間対応型訪問介護 4. 訪問看護 5. 訪問リハ 6. 通所介護、通所リハ、認知症対応型通所 7. 定期巡回サービス 8. 小規模多機能 9. 看護小規模多機能 10. 訪問診療 11. 居宅療養管理指導 <住まい・施設等> 12. 住宅型有料 13. サ高住（特定施設除く） 14. 軽費老人ホーム 15. グループホーム 16. 特定施設 17. 介護老人保健施設 18. 介護医療院 19. 特別養護老人ホーム **⇒ 住まい・施設等を1つでも選択した場合は、問4-2以降も回答** **20.**「1.」～「19.」では、改善は難しいと思う**⇒【回答は終了です】**	1. 緊急性が高い 2. 入所が望ましいが、しばらくは他のサービスでも大丈夫 3. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、空きがない 3. 申込済みで空きはあるが、希望の住まい・施設等に空きがない 4. 申込済みだが、医療処置があることを理由に入所・入居できない 5. その他	1. まだ、申込をしていない 2. 申込済みだが、空きがない 3. 申込済みで空きはあるが、希望の施設に空きがない 4. 申込済みだが、医療処置があることを理由に入所・入居できない 5. その他
記入例	1	1	2	1	1	3	6	2	4，7，14	3，4	3	2	5，6	7，17	2	1	
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
09																	
10																	
11																	
12																	