

平成17年度
居宅介護支援
利用者調査

調査のお願い

このたび、
は、よりよいサービスの実施をめざして、東京都福祉サービス第三者評価を実施することになりました。この評価は、東京都福祉サービス評価推進機構によって認証されている
評価機関が実施いたします。

第三者評価にあたって、
を利用されている利用者の方が、居宅介護支援専門員によって提供されているサービスに対して、どのように感じているのかを把握するため、アンケート調査を実施することになりました。

調査結果は、
の利用者調査としてまとめられ、それを基に
のサービス評価をすることになっています。また、定められた項目については、インターネットを通じて公表される予定になっています。

調査は、統計的に処理し、記入者を特定したり、調査結果の内容を、第三者評価の目的以外に使用することは絶対にいたしません。ご多忙の折恐縮ですが、調査の趣旨をご理解の上、ぜひともご協力のほどお願いいたします。

記入に当たって

- ・ この調査は、
を利用されているご本人がご回答ください。
- ・ 1世帯に2人以上利用者の方がいらっしゃる場合はお手数ですが、それぞれご記入ください
- ・ あてはまる番号に
をつけてご回答ください。
- ・ あなたにあてはまらない質問については、何も記入しないでください。
- ・ この調査票は、別添の返信用封筒をご利用の上、平成 年 月 日までに投函してください。

この調査に関してのお問い合わせは、下記にお願いします。

問合せ先

評価機関
第三者評価担当者(××××)
〒 区・・・・・・ 電話
当社はこれまで・・・・・・です。

ケアプランについて

介護サービスにはホームヘルパーの派遣（訪問介護）やデイサービス（通所介護）リハビリテーションなどさまざまなサービスがあります。

あなたの状況にあわせて、必要な介護サービスを組み合わせたものを「ケアプラン」といいます。

ケアマネジャーについて

介護保険についての相談にのってくれたり、ケアプランを作成してくれる人です。

《 詳細については、別紙をご参照下さい》

介護保険を利用して、介護サービスを受ける場合には、まず申請をして要介護認定を受けなければいけません。要介護認定で「要支援」「要介護1～5」のいずれかに判定されると介護保険のサービスを受けることができます。

要介護認定により要介護度が決定

介護保険から受けられるサービスの限度額が決まる

介護サービスメニュー

ホームヘルプ
サービス
(訪問介護)

デイサービス
(通所介護)

訪問看護

ショートステイ
(短期入所生活介護)

他

この中から必要なものを選ぶのがケアプラン

ホームヘルプサービス
デイサービス
訪問看護

ケアプランの一例

	月	火	水	木	金	土	日
午前	デイサービス	ホームヘルプ	訪問看護		デイサービス	ホームヘルプ	
午後	デイサービス			ホームヘルプ	デイサービス		

あなたの気持ちに最も近い番号を1つだけ選び、印をお付けください。

ケアプランの作成・見直しについてお聞きします

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問1 . ケアマネジャーはケアプランをつくる時、あなたの状況やあなたの要望について、よく話を聞いてくれましたか	1	2	3
問2 . ケアプランについての説明は十分わかりましたか	1	2	3

ケアプランの見直し・修正を受けましたか。

1 . はい

2 . いいえ



問4へお進みください



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問3 . ケアプランの見直しの時、あなたの状況やあなたの要望をよく理解してくれますか	1	2	3

サービス内容についてお聞きします

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問4 . 現在のケアプランはあなたの状況やニーズに応じ、自立した生活へ向けた適切なものですか	1	2	3
問5 . ケアプランに組み込まれたサービス内容について満足していますか	1	2	3
問6 . ケアマネジャーは丁寧に接してくれていますか	1	2	3
問7 . ケアマネジャーはあなたや家族のプライバシーを守っていますか	1	2	3

生活支援についてお聞きします

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問8 . あなたの生活の質を向上させるための支援が行われていますか	1	2	3

利用者意思の尊重についてお聞きします

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 9 . サービス提供にあたってはあなたの意思が尊重されていますか	1	2	3

サービス利用前および開始時についてお聞きします
過去 1 年以内にこの事業所を利用し始めましたか。

1 . はい

2 . いいえ



問 13 へお進みください



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 10 . サービスを利用する際の情報（公開情報）は入手しやすかったですか	1	2	3
問 11 . この事業所を利用することを決める前に、この事業所のサービス内容や利用方法についての説明は十分ありましたか	1	2	3

契約の時、その場にいましたか。

1 . はい

2 . いいえ



問 13 へお進みください



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 12 . 契約の際、内容について十分説明がありましたか	1	2	3

不満や要望への対応についてお聞きします

* ご自身にトラブル等の経験がない場合でも、
事業所全体の状況からご回答ください。

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 13 . 不満や要望をケアマネジャーに気軽に言うことができますか	1	2	3
問 14 . ケアマネジャーは不満や要望をよく聞いて対応してくれていますか	1	2	3

総合的な感想についてお聞きします

〔 1 〕 現在利用している を総合的にみて、どのように感じていらっしゃいますか。 (1 つに)

大変満足	満足	ふつう	不満	大変不満
1	2	3	4	5

〔 2 〕 日頃お感じになっている に対するご意見・ご要望など、ご自由にお書きください。

〔 3 〕 今回の調査についてお気づきになった点など、ご自由にお書きください。

最後にあなたご自身についておたずねします

F 1 . あなたの年齢 (1 つに)

- | | | |
|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 . 65 歳未満 | 2 . 65 ~ 70 歳未満 | 3 . 70 ~ 75 歳未満 |
| 4 . 75 ~ 80 歳未満 | 5 . 80 ~ 85 歳未満 | 6 . 85 ~ 90 歳未満 |
| 7 . 90 歳代以上 | | |

F 2 . あなたの性別 (1 つに)

- | | |
|-------|-------|
| 1 . 男 | 2 . 女 |
|-------|-------|

F 3 . 要介護度 (1 つに)

- | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 . 要支援 | 2 . 要介護 1 | 3 . 要介護 2 | 4 . 要介護 3 | 5 . 要介護 4 |
| 6 . 要介護 5 | | | | |

F 4 . この事業所のケアマネジャーを利用し始めたのはいつですか

平成	年	月頃
----	---	----

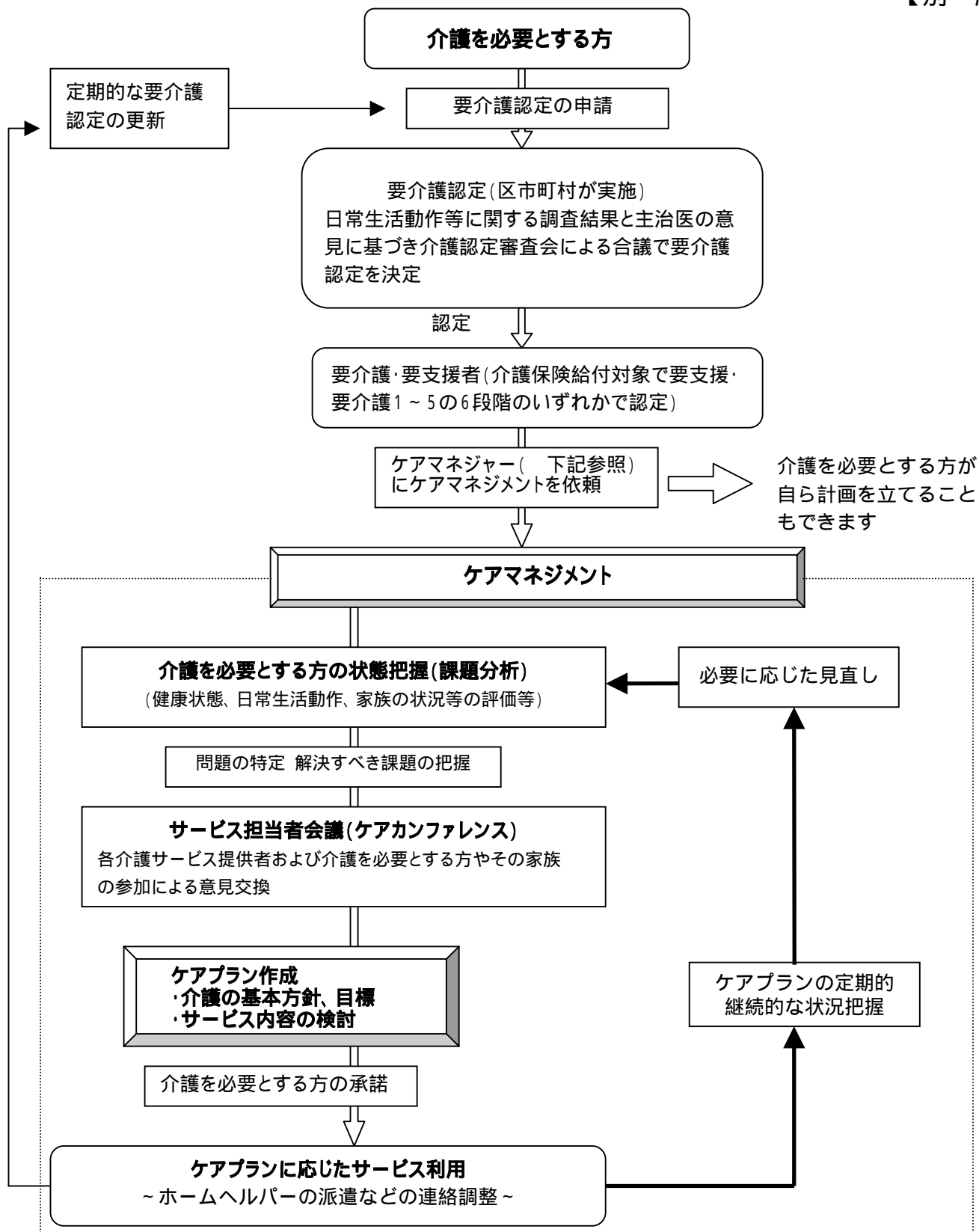
F 5 . 現在受けているサービス (該当するもの全てに)

- | | | |
|-------------------------|---------------------|----------|
| 1 . 訪問介護 (ホームヘルプサービス) | 2 . 訪問入浴介護 | 3 . 訪問看護 |
| 4 . 訪問リハビリテーション | 5 . 通所介護 (デイサービス) | |
| 6 . 通所リハビリテーション | 7 . その他 () | |

F 6 . 調査票に回答された方はどなたかお聞かせください。(1 つに)

- | | |
|----------------------|------------------------|
| 1 . サービス利用者本人 | 2 . 本人が家族や介助者と相談しながら回答 |
| 3 . 家族が本人の気持ちを推察して回答 | |
| 4 . その他 () | |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。



ケアマネジャーの業務は主に次のとおりです。

- ・ 介護を必要とする方やご家族などからの様々な相談に応じます
- ・ 介護を必要とする方のケアマネジメントを行います
- ・ 介護保険の保険請求等の実務（給付管理）を行います
- ・ 必要に応じて区市町村からの委託を受けて要介護認定等を行います