

平成17年度
認知症対応型共同生活介護
【認知症高齢者グループホーム】
利用者調査

調査のお願い

このたび、グループホームでは、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、グループホームを利用されている利用者の方が、日常のサービスに対して、どのように感じていらっしゃるかを把握するため、アンケート調査を実施することになりました。

利用者の気持ちを汲み取ってお書きください。

調査結果は、グループホームの利用者調査としてまとめられ、それを基にグループホーム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、ご家族が、グループホームで生活しているご本人の気持ちを汲み取って、ご回答ください。
- ・ あてはまる番号に をつけてご回答ください。
- ・ 質問内容が、ご本人に該当しない場合には、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、下記をお願いします。

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。

現在ご利用のグループホームについておたずねします

ご本人の気持ちを汲み取って最も近い番号を1つだけ選び、印をお付けください。

サービスの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1. ご本人の食べたいものの希望を聞いてくれますか	1	2	3
問2. 食事のためのお買い物やお料理を、ご本人は楽しんでいますか	1	2	3
問3. 入浴のとき、ご本人はゆっくりお風呂に入れていますか	1	2	3

ご本人はお風呂の介助を受けていますか。

1. はい

2. いいえ

問5 へお進みください



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問4. ご本人はお風呂の介助に安心できていますか	1	2	3

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問5. 日常生活に必要な介助を、ご本人は十分受けていますか(トイレ介助、ナースコール対応、ホーム内移動介助、外出介助など)	1	2	3
問6. 部屋や食堂、トイレなどの生活空間はいつも清潔で、ご本人は気持ちよく過ごせていますか	1	2	3
問7. 職員は日頃から、ご本人にからだの調子を聞いてくれますか	1	2	3
問8. ご本人の病気やケガなどの時、十分に対応してくれますか	1	2	3
問9. 職員はご本人に対して丁寧に接していますか(嫌なことを言ったり、したりする職員はいない)	1	2	3
問10. ご本人が他の人に聞かれたくない、見られたくないと思っていることに気遣いがされていますか	1	2	3
問11. 毎日の生活の中で、ご本人のしたいことが自由にできていますか(お酒・テレビ・趣味・クラブ活動など)	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12. 手助けがあればご本人自身でできることについて、職員は手助けしていますか	1	2	3
問13. ご本人の生活状況について、ご家族に十分な説明がありますか	1	2	3

地域との交流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 14. ご本人がボランティアや地域の方々と楽しく交流する機会がありますか	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 15. ホームでは、ご本人の気持ちを大事にしていると思いますか	1	2	3

計画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 16. ホームでは計画をつくる時、ご本人の状況や、ご本人やご家族の要望を、よく理解してくれましたか	1	2	3
問 17. 計画について、ホームから十分な説明がありましたか	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年以内にこのホームを利用し始めましたか。

1. はい

2. いいえ



問 21 へお進みください



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 18. このホームについて調べた時に、ご本人やご家族は、ホームの情報(公開情報)を入手しやすかったですか	1	2	3
問 19. このホームに入ることを決める前に、ホームのサービス内容や利用方法について、十分な説明がありましたか	1	2	3

契約の時、ご本人がその場にいましたか。

1. はい

2. いいえ



問 21 へお進みください



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 20. 契約の時、ご本人は契約内容を十分に確認できていましたか	1	2	3

トラブル等への対応についてお聞きします

* 利用者ご本人にトラブル等の経験がない場合でも、ホーム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 21 . ご本人は職員に対して、不満や要望を職員に気軽に言うことができますか	1	2	3
問 22 . 職員は、ご本人やご家族の不満や要望をよく聞いて、対応していますか	1	2	3

総合的な感想についてお聞きします

〔 1 〕 現在利用しているホームを総合的にみて、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	どちらかといえ ば満足	どちらとも いえ ない	どちらかといえ ば不 満	不満	大変不満
1	2	3	4	5	6	7

〔 2 〕 日頃お感じになっているホームに対するご意見・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。

最後にホーム利用者(本人)についておたずねします

F 1 . ご利用者本人の年齢 (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 . ご利用者本人の性別 (1 つに)

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

F 3 . 要介護度 (1 つに)

- | | | | | |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 1 . 要介護 1 | 2 . 要介護 2 | 3 . 要介護 3 | 4 . 要介護 4 | 5 . 要介護 5 |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|

F 4 . 現在のグループホームの利用期間 (1 つに)

- | | | |
|---------------|------------------|---------------|
| 1 . 6 ヶ月未満 | 2 . 6 ヶ月 ~ 1 年未満 | 3 . 1 ~ 2 年未満 |
| 4 . 2 ~ 3 年未満 | 5 . 3 ~ 4 年未満 | 6 . 4 年以上 |

F 5 . 日常生活自立度 (認知症の程度)

- | |
|------------------------------------|
| 1 . 認知症の症状はない |
| 2 . 何らかの認知症の症状はあるが、日常生活への支障はほとんどない |
| 3 . 何らかの認知症の症状があり、日常生活への支障が時々ある |
| 4 . 何らかの認知症の症状があり、日常生活への支障が頻繁にある |
| 5 . 何らかの認知症の症状があり、常時目が離せない状況である |

ご協力ありがとうございました。

この調査票は、別添の封筒をご利用の上、 月 日までにご返送願います。