

平成18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。

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		

現在ご利用の居宅介護支援事業についておたずねします

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 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 |           |           |           |

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。