

平成19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〇〇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、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。

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自身がご回答ください。
- ・ 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。
- ・ あてはまる番号に〇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。
- ・ 質問ごとにご意見などがある場合は、（自由意見）欄にご記入ください。
- ・ この調査票は、別添の返信用封筒をご利用の上、平成〇年〇月〇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

〇〇評価機関

第三者評価担当者（××××）

〒

〇〇区・・・・・・

電話

○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1～2」「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所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。

サービスの提供

	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、あなたの状況や要望について、よく話を聞いてくれましたか	1	2	3
(自由意見)			
問2. ケアプランについての説明は、わかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			
問3. 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
(自由意見)			

利用者個人の尊重

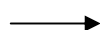
	はい	どちらとも いえない	いいえ
問4. ご本人やご家族のプライバシーは守られていますか	1	2	3
(自由意見)			
問5. ケアマネジャーはあなたの気持ちを大事にしてくれていると思いますか	1	2	3
(自由意見)			
問6. ケアマネジャーは、礼儀正しく丁寧に対応していますか	1	2	3
(自由意見)			

利用前の対応

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



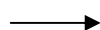
問8へお進みください



事業所の利用開始前に、事業所から内容などの説明がありましたか

1 . はい

2 . いいえ



問8へお進みください



問7へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問7. サービス内容や利用方法についての説明はわかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			

不満・要望への対応

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問8. 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
(自由意見)			
問9. ケアマネジャーは不満や要望にきちんと対応してくれますか	1	2	3
(自由意見)			
問10. 困ったことを職員以外の人にも相談できることを知っていますか	1	2	3
(自由意見)			

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	どちらとも いえない	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 () | |

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。