

令和7年度 認知症対応型通所介護 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、△△△を利用されている方のご家族が、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。

※第三者評価結果は「とうきょう福祉ナビゲーション」で公表しています。

「福ナビ」で検索 <http://www.fukunavi.or.jp>

■ 記入に当たって

- ・ この調査は、△△△を利用されているご家族の立場で、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。
- ・ あなたにあてはまらない質問については、「4 非該当」に○をつけてご回答ください。
- ・ 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、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、下記をお願いします。

問合せ先

〇〇評価機関

第三者評価担当者（××××）

〒

〇〇区・・・・・・

電話

現在ご家族が利用されている認知症対応型通所介護についておたずねします

ご家族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	非該当
問1. 事業所の過ごし方は、ご本人にとって合っていると思いますか（急がされたり待たされることは少ないですか）	1	2	3	4
（自由意見）				
問2. 身の回りのことでご本人が、認知症や心身の状況に応じた必要な介助を受けられていると思いますか（食事・入浴・排泄など）	1	2	3	4
（自由意見）				
問3. 事業所の行事や活動は、ご本人が興味・関心を持っていますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問4. 事業所に通うことで、ご本人の心身の状況が安定していると思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問5. あなたは、認知症への対応をはじめ適切な情報提供やアドバイスを職員がしてくれていると思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				

《安心・快適性》

	はい	どちらとも いえない	いいえ	非該当
問6. あなたは、（事業所名）の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問7. あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問8. ご本人がけがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問9. あなたは、利用者同士のいさかいやいじめ等があった場合の職員の対応は信頼できますか	1	2	3	4
(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	非該当
問10. あなたは、職員がご本人の気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問11. ご本人のプライバシー（他の人に見られたくない、聞かれたくない、知られたくないと思うこと）を職員は守ってくれていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問12. ご本人のサービスに関する計画（目標）を作成したり見直しをする際に、（事業所名）はご本人や家族の状況や要望を聞いてくれますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問13. ご本人の計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか	1	2	3	4
(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	非該当
問14. あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問15. あなたが困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか	1	2	3	4
(自由意見)				

《総合的な感想についてお聞きます》

〔1〕 現在利用している認知症対応型通所介護を総合的にみて、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。

認知症対応型通所介護利用者（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. サービスの利用年数 （1つに○）

- | | | |
|--------------|-------------|-------------|
| 1. 1年未満 | 2. 1年以上3年未満 | 3. 3年以上5年未満 |
| 4. 5年以上10年未満 | 5. 10年以上 | |

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○日までに投函してください。