

令和7年度 居宅介護

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、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本人自身にご回答ください。
- ・ あなたの気持ちに近いものに○をつけてご回答ください。
- ・ 質問の内容が「経験したことがない」「覚えがない」など該当しない場合には、「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

当社はこれまで・・・・・・・・・・です。

最初に、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 ()

現在ご利用の居宅介護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	非該当
問1. あなたは安心してサービスを受けることができますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問2. あなたを担当するヘルパーに変更があったときでも、サービスはいつもと変わらず受けられていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問3. あなたが事業所に伝えたことは、ヘルパーにきちんと伝わっていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問4. あなたが生活や介護に関する相談をしたときに、事業所やヘルパーは情報提供や助言を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5. あなたは、ヘルパーの言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問6. あなたがけがをしたり、体調が悪くなったときの、ヘルパー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7. あなたは、ヘルパーがあなた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8. あなたのプライバシー（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）をヘルパーは守ってくれていると思いますか	1	2	3	4
(自由意見)				
問9. あなたのサービスに関する計画を作成したり見直しをする際に、（事業所名）はあなた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10. あなたの支援に関する計画（目標）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》

問11. あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、ヘルパーは、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12. あなたが困ったときに、ヘルパー以外の人（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します》

〔1〕 現在利用しているサービスを総合的に見て、どの程度満足していますか。

(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事業所に対するご意見・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。

最後にあなた自身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. 20歳未満 | 2. 20～25歳未満 | 3. 25～30歳未満 | 4. 30～35歳未満 |
| 5. 35～40歳未満 | 6. 40～50歳未満 | 7. 50～60歳未満 | 8. 60歳以上 |

F 2. ご利用者本人の性別 (1つに○)

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

F 3. (事業者名の) の利用年数 (1つに○)

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

F 4. 障害支援区分 (1つに○)

- | | | | |
|--------|--------|--------|--------|
| 1. 区分1 | 2. 区分2 | 3. 区分3 | 4. 区分4 |
| 5. 区分5 | 6. 区分6 | 7. 非該当 | |

F 5. さしつかえなければご利用者本人の障害の状況を教えてください。

①身体障害者手帳を持っていますか。 (1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|



「1. はい」とお答えになった方にお聞きします。

級

②愛の手帳を持っていますか。 (1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|



「1. はい」とお答えになった方にお聞きします。

愛の手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか。

度

③精神障害者保健福祉手帳を持っていますか。 (1つに○)

- | | |
|-------|--------|
| 1. はい | 2. いいえ |
|-------|--------|



「1. はい」とお答えになった方にお聞きします。

精神障害者保健福祉手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか。

級

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。