

ご利用の福祉サービス(訪問介護)についておたずねします

事業所名()

下記の質問について、当てはまる番号に○印をお付けください。(○は1つ)

【利用する前の情報について】		はい	どちらとも いえない	いいえ
問 1. 現在利用中の福祉サービスの情報(たとえば案内のパンフレットなど)は簡単に入手できましたか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 2. 最終的にこの事業者を選んだのは誰ですか	1 本人 2 配偶者 3 子 4 兄弟姉妹 5 その他			

【サービスの利用が決まり、実際に利用するにあたって】		はい	どちらとも いえない	いいえ
問 3. 利用前に職員から施設で受ける介護サービスの内容や利用者の様子などの説明を受けましたか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 4. 契約を交わす時、契約の内容は十分理解できましたか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 5. 職員は利用されるご本人の状態(心身の状況、趣味、食事の好み、生活歴等)ご家族の要望・意見などを聞きましたか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 6. ご本人の介護計画(ケアプラン: サービス提供の目標や内容を記したもの)について、説明がありましたか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【現在の様子について】		はい	どちらとも いえない	いいえ
問 7. 食事方法(食事時間、食器・器具、食べやすい工夫、介助方法等)はご本人の状態にあった方法ですか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 8. 入浴・排泄の時、同性介助に配慮されていますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 9. 入浴は安全で心地よい方法で行われていますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 10. 排泄介助はご本人の状態に合った方法で随時行われていますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
問 11. あなたは介護記録や看護記録などの情報を見ることができていることを知っていますか		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

【職員について】	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 12. 職員は、ご家族の困っていること、不安、求めていること等の話をよく聞いてくれますか			
問 13. 利用中のご本人の様子や健康状態、金銭管理、職員の異動等について、ご家族に報告がありますか			
問 14. 職員は話しやすいですか			

【事業者について】	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 15. 苦情や不満、意見などに対して事業者はきちんと対応してくれますか			
問 16. この事業者を選んで良かったと思いますか			
問 17. 日頃感じているサービス・事業者に対するご意見・ご要望などをご自由にお書きください			

最後に記入者ご本人についておたずねします

お差し支えなければ、該当するものに○印をつけ、質問に対してご回答ください。

1. あなたの性別： 1. 男 2. 女
2. 入居されている方との関係： 配偶者 息子 娘 嫁 兄弟姉妹 その他

ご協力ありがとうございました。別添の封筒をご利用の上、 月 日までにご返送下さい。