訪問支援

**利用者調査項目（ひな型）**

（聞き取り／アンケート共用）

1. あなたが今の事業所を利用してどのくらいですか。

（ ｱ １年以内　ｲ １年以上５年未満　　ｳ ５年以上10年未満　 ｴ 10年以上）

1. 職員はやさしく丁寧に接してくれますか。（嫌なことをされたり言われたりしませんか）

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. あなたが聞かれたり知られたくないことについて職員は気遣いしてくれますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. 職員はあなたの考えや希望をよく聞いてくれますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. 施設の職員以外の人（第三者委員）が、施設やサービスの苦情を聞いてくれることを知っていますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. サービスの利用を始める際に、サービス内容や方法について、分かりやすい説明がありましたか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. あなたのサービスを計画する時や見直しの時、職員はあなたやあなたの家族の意見、要望を聞いてくれますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. ヘルパーはあなたの心身の状況や生活習慣、暮らしの意向を把握し、あなたらしい生活ができるよう支援してくれますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. お風呂には気持ちよく入っていますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. 食事はおいしく、楽しく食べていますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. あなたの体調が悪くなった時、すぐに対応してくれますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. 生活の中で必要な介助を十分受けていると感じていますか。（排泄、入浴や清拭、体位変換、歯磨き）

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. 自力での移動・移乗や食事などあなたが時間をかければ自分で出来ることは、自分で行えるよう支援してくれますか。

（　　ｱ　はい　　　ｲ　いいえ　　　ｳ　どちらともいえない　　）

1. あなたから見て、事業所のよいところを記入してください。（２つ以内）

|  |
| --- |
| １ |
| ２ |

1. その他お気づきの点をご自由にお書きください。

|  |
| --- |
|  |

※御協力ありがとうございました。