

送付先

FAX **089-989-2557** 一般社団法人 地域密着型サービス協会事務局 行
平成28年12月20日(火)までに FAX にてご返送下さい。 **本用紙を含め2枚**

運営推進会議とサービス評価、認知症カフェ等に関するアンケート調査

市町名	市・町	施設種別	グループホーム・小規模多機能 その他()	
ご記入者の職名		開設年数	年 ヶ月	当協会の 会員・非会員

(※○印をつけてください)

I. 運営推進会議とサービス評価について

1. 運営推進会議の中で、サービス評価やその取り組みについて話し合う機会をつくっていますか。

① はい ② いいえ → その理由を教えてください

理由(_____)

1) 頻度を教えてください。年()回程度

2) サービス評価の過程のどの部分について話し合っていますか。※複数回答可

- ① 調査機関への情報提供票(※グループホームのみ) ② 自己評価 ③ アンケート結果
④ 評価結果 ⑤ 目標達成計画 ⑥ その他()

3) サービス評価について話し合う際、参加者からの発言や意見はありますか。

① ある ② 特定の参加者からある ③ ほとんどない

a) 誰からどのような発言や意見がありましたか。具体的な内容を教えてください。

[_____]

b) 参加者からの発言や意見等をサービス評価の取り組みにどのように活かしていますか。
具体例を教えてください。

[_____]

2. 運営推進会議の参加者は、サービス評価について理解していると思いますか。又、理解を図るため工夫していることがあれば教えてください。

① 十分理解している ② まあまあ理解している ③ ほとんど理解していない

[_____]

2枚目に続く

3. 貴事業所では、運営推進会議やサービス評価についてどのようなことが課題であると思いますか。

具体的にご記入ください。

運営推進会議について

[]

サービス評価について

[]

II. 認知症カフェ等について

1. 貴事業所の地域では認知症カフェ(それに準ずるもの)が開かれていますか。

- ① はい ② いいえ ③ わからない



どのくらいの数がありますか？わかる範囲で教えてください。 _____ヶ所



これまでに参加、あるいは見学したことがありますか。

- ① ある ② ない

どのような形態で開催しているか、わかる範囲で教えてください。(※実施者・頻度・時間帯・対象者・場所・内容等、具体的に)

[]

2. 貴事業所では認知症カフェ(それに準ずるもの)に取り組んでいますか。

- ① はい ② いいえ → 今後実施を検討していますか。 ① はい ② いいえ ③ わからない



どのような形態で開催していますか。(※頻度・時間帯・対象者・場所・内容等、具体的に)

[]

どのような効果や成果がありましたか。また課題等についても教えてください。(※具体的に)

[]

今後、どのように展開または継続していきたいと考えていますか。(※具体的に)

[]

★ご協力ありがとうございました。★