

|      |             |
|------|-------------|
| 施設番号 | K〇〇〇        |
| 施設名  | 特別養護老人ホーム〇〇 |

「利用者に対する調査」結果報告書(令和6年度)  
(特別養護老人ホーム経営支援補助)

〇 年 〇 月 〇 日

社会福祉法人  
施設長 殿

郵便番号 〇〇〇-〇〇〇〇

所在地 東京都〇〇区〇〇

特定非営利活動法人〇〇〇

評価機関名

認証評価機関番号 〇〇 機構 〇〇 - 〇〇〇

電話番号 〇〇-〇〇〇〇〇-〇〇〇〇

代表者氏名 〇〇〇 印

以下のとおり調査を行いましたので報告します。

| 評価者氏名・担当分野・<br>評価者養成講習修了者番号                  | 評価者氏名 |                                                                                          |              | 担当分野 | 修了者番号 |           |   |  |
|----------------------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------|-------|-----------|---|--|
|                                              | ①     | 〇〇〇                                                                                      |              |      | 福祉    | H〇〇〇〇〇〇〇〇 |   |  |
|                                              | ②     | 〇〇〇〇                                                                                     |              |      | 福祉    | H〇〇〇〇〇〇〇〇 |   |  |
|                                              | ③     | 〇〇〇                                                                                      |              |      | 福祉    | H〇〇〇〇〇〇〇〇 |   |  |
|                                              | ④     |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
|                                              | ⑤     |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
|                                              | ⑥     |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
| 福祉サービス種別                                     |       |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
| 調査対象事業所名称                                    |       | 社会福祉法人〇〇〇 特別養護老人ホーム〇〇                                                                    |              |      |       |           |   |  |
| 事業所連絡先                                       |       | 郵便番号                                                                                     | 〇〇〇-〇〇〇〇     |      |       |           |   |  |
|                                              |       | 所在地                                                                                      | 東京都〇〇区〇〇〇    |      |       |           |   |  |
|                                              |       | 電話番号                                                                                     | 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |      |       |           |   |  |
| 事業所代表者氏名                                     |       | 施設長 〇〇〇                                                                                  |              |      |       |           |   |  |
| 契約日                                          |       | 2023                                                                                     | 年            | 〇    | 月     | 〇         | 日 |  |
| 利用者調査票配布日（実施日）                               |       | 2023                                                                                     | 年            | 〇    | 月     | 〇         | 日 |  |
| 利用者調査結果報告日                                   |       | 2023                                                                                     | 年            | 〇    | 月     | 〇         | 日 |  |
|                                              |       |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
|                                              |       |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
|                                              |       |                                                                                          |              |      |       |           |   |  |
| 調査結果合議日                                      |       | 2023                                                                                     | 年            | 〇    | 月     | 〇         | 日 |  |
| コメント<br>(利用者調査の工夫点、<br>補助者・専門家等の活用<br>などを記入) |       | 78名の入居者全員を調査対象とし、聞き取り調査可能な方の選定を事業者をお願いした。重度化が進み聞き取り可能な方は8名であった。調査員4名が1:1で静かな場所で聞き取りを行った。 |              |      |       |           |   |  |

評価機関から上記及び別紙の調査結果を含む調査結果報告書を受け取りまし

利用者調査のみ受審の場合は、評価機関から提出された報告書全文の写しも添付

〇 年 〇 月 〇 日

事業者代表者氏名 社会福祉法人〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇 〇〇 印