平成30年度
医療型障害児入所施設
（旧重症心身障害児施設）
利用者調査

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、東京都の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○○評価機関が実施いたします。

第三者評価にあたって、△△△を利用されている方のご家族が、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。

■ 記入に当たって

・この調査は、施設を利用されているご家族の立場でご回答ください。

・あてはまる番号に○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、平成○年○月○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
○○評価機関
第三者評価担当者（××××）
〒
○○区・・・・・
電話

現在ご家族が利用されている施設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。

（○は各１つ）

≪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、施設での子どもの様子や、支援内容についての説明は十分だと思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問2. 家族に対する精神的なサポート（生活相談や進路相談、家族間交流の機会の提供等）は十分に行われていると思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問3. 緊急時における子どもへの対応や家族への連絡などの体制は信頼できますか	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4. あなたは、施設の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問5. あなたは、職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問6. 子どもがけがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問7. あなたは、子ども同士のいさかいやいじめ等があった場合の、職員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8. あなたは、職員が子ども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9. ご本人やご家族のプライバシー（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）を職員は守ってくれていると思いますか	1	2	3	4
（自由意見）				
問10. 子どもの支援に関する計画を作成したり見直しをする際に、（施設名）はご本人やご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11. 子どもの計画や支援内容など、施設での生活についての説明は、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≫

	はい	どちらともいえない	いいえ	非該当
問12. あなたが不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、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13. あなたが困ったときに、職員以外の人（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〕現在利用している施設を総合的にみて、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施設に対するご意見・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。

最後にご記入者及びご利用者（本人）についておたずねします

Ｆ１．調査票ご記入者　（１つに○）

1.父	2．母	3．父母一緒に	4．その他（　　）

Ｆ２．ご家族の施設への訪問頻度　（○は各１つ）

1．毎日	2．週3～4回	3．週1～2回	4．月1～2回
5.隔月1回	6．年3～4回	7．年1～2回	7．年1回未満

Ｆ３．ご利用者本人の年齢　（１つに○）

1．16歳未満	2．16～20歳未満	3．20～30歳未満	4．30～40歳未満
5.40～50歳未満	6．50～60歳未満	7．60～65歳未満	7．65歳以上

Ｆ４．ご利用者本人の性別　（１つに○）

1．男	2．女

Ｆ５．ご利用者本人の入所期間　（１つに○）

1．1年未満	2．1～3年未満	3．3～5年未満	4．5～10年未満
5．10～20年未満	6．20年以上		

Ｆ６．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。
身体障害者手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか。

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

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○日までにご返送願います。