

平成17年度

身体障害者居宅介護・知的障害者居宅介護  
【障害者ホームヘルプサービス】

利用者調査

質問内容が、ご自身にとって「経験がない」「認識がない」など該当しない場合には、記入しないで次の質問に進んでください。

調査のお願い

このたび、（事業所名）では、よりよいホームヘルプサービスの実施をめざして、東京都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、 を利用されている皆さんが、日常のホームヘルプサービスに対して、どのように感じてい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、 を利用されている ご本人自身がご回答ください。
- ・ 1世帯に2人以上利用者の方がいらっしゃる場合は、お手数ですがそれぞれご記入ください。
- ・ あてはまる番号に をつけてください。
- ・ 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、下記をお願いします。

問合せ先

評価機関

第三者評価担当者（××××）

〒

区・・・・

電話

当社はこれまで・・・・・・・・・・です。

最初に、調査票に回答された方はどなたかお聞かせください。

( 1つに )

- |                     |                       |
|---------------------|-----------------------|
| 1. サービス利用者本人        | 2. 本人が家族や介助者と相談しながら回答 |
| 3. 家族が本人の気持ちを推察して回答 | 4. その他( )             |

現在ご利用のホームヘルプサービス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。

ホームヘルパーの対応についてお聞きします

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問1. あなたが利用しているサービスをヘルパーはきちんとしてくれていますか	1	2	3
問2. ヘルパーは衛生や安全・安心に配慮してくれていますか	1	2	3
問3. ヘルパーは、誰でも丁寧に接してくれていますか	1	2	3
問4. ヘルパーはあなたや家族のプライバシーを守っていますか	1	2	3
問5. ヘルパーはあなたや家族のことを気づかってくれていますか	1	2	3
問6. 事業所に言ったことがヘルパーにきちんと伝わっていますか	1	2	3
問7. ヘルパー間の連絡は十分できていますか	1	2	3
問8. 事業所やヘルパーは、生活や介護に関する情報提供・相談・助言などをしてくれますか	1	2	3

生活支援についてお聞きします

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問9. ヘルパーの支援を受けるようになって、あなたの生活がよくなりましたか	1	2	3



総合的な感想についてお聞きします

〔1〕現在利用しているホームヘルプサービスを総合的に見て、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事業所に対するご意見・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。

最後に利用者（ご本人）についておたずねします

F 1 . あなたの年齢はおいくつですか ( 1 つに )

- |                 |                 |                 |                 |
|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 1 . 20 歳未満      | 2 . 20 ~ 25 歳未満 | 3 . 25 ~ 30 歳未満 | 4 . 30 ~ 35 歳未満 |
| 5 . 35 ~ 40 歳未満 | 6 . 40 ~ 50 歳未満 | 7 . 50 ~ 60 歳未満 | 5 . 60 歳以上      |

F 2 . あなたの性別どちらですか

- |       |       |
|-------|-------|
| 1 . 男 | 2 . 女 |
|-------|-------|

F 3 . ホームヘルプサービスを利用し始めたのは、いつ頃からですか。

平成	年	月頃
----	---	----

F 4 . さしつかえなければ利用者本人の障害の状況を教えてください。

身体障害者手帳に記載された障害の程度はどのくらいになりますか。 ( 1 つに )

- |         |         |          |         |
|---------|---------|----------|---------|
| 1 . 1 級 | 2 . 2 級 | 3 . 3 級  | 4 . 4 級 |
| 5 . 5 級 | 6 . 6 級 | 7 . 手帳なし |         |

身体障害者手帳に記載されている障害名の種類をお知らせください。 ( 該当するすべてに )

- |   |
|---|
| 1 . 視覚障害                                      |
| 2 . 聴覚障害                                      |
| 3 . 平衡機能障害                                    |
| 4 . 音声機能・言語機能・そしゃく機能の障害                       |
| 5 . 肢体不自由（上肢、下肢、乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害）     |
| 6 . 肢体不自由（体幹）                                 |
| 7 . 内部障害（心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸の機能の障害・免疫の機能障害） |
| 8 . 手帳なし                                      |

愛の手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか ( 1 つに )

- |         |          |         |
|---------|----------|---------|
| 1 . 1 度 | 2 . 2 度  | 3 . 3 度 |
| 4 . 4 度 | 5 . 手帳なし |         |

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。