

平成 17年度
知的障害児通園施設
利用者調査
(保護者用)

調査のお願い

このたび、
では、よりよい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、
を利用されている保護者の方が、日常のサービスに対して、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

- ・ あてはまる番号に をつけてください。
- ・ 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。
- ・ 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

当社はこれまで.....です。

現在ご利用の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。

基本サービス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. お子さんにあった食事方法（食事時間、食器・用具、食べやすい工夫、介助方法等）になっていますか	1	2	3
問2. 運動遊びを通して、運動発達の促進や健康の維持・促進が十分に行われていると思いますか	1	2	3
問3. お子さんの発達に合わせた豊かな感性を育む活動・遊び等が行われていますか	1	2	3
問4. 他の人に知られたくないことの秘密を守るなど、プライバシーが守られていますか	1	2	3
問5.（更衣や排泄などで）お子さんが恥ずかしい思いをしないような配慮がありますか	1	2	3
問6. 緊急時（災害・病気・ケガなど）への対応は十分ですか	1	2	3
問7. 職員は、お子さんに丁寧（乱暴な言葉を使ったり、命令したり、呼び捨てにしない）に接してくれますか	1	2	3
問8. 職員はみんな同じようにお子さんに接してくれますか（人によって言うことが違うということはありませんか）	1	2	3
問9. お子さんの気持ちをわかってくれる（相談できる）職員がいますか	1	2	3

施設の雰囲気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10. 施設には、のびのびできる雰囲気がありますか	1	2	3
問11. 施設ではお子さんの意思が尊重されていますか	1	2	3

利用中の情報提供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 12 . 日課や行事予定等が分かるようになっていませんか	1	2	3
問 13 . お子さんの成長ぶりや目標について、十分な情報提供・説明 がありますか	1	2	3
問 14 . お子さんが施設でどのような生活を送っているのかについて、 施設から十分な情報提供がありますか	1	2	3
問 15 . 家族は施設を随時見学することができますか	1	2	3
問 16 . 進路を考えるとときに、職員は適切な情報を提供し、また親身 になって相談に乗ってくれますか	1	2	3

家族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 17 . 障害児を抱える家族の精神面を支えるようなサポートがあり ますか（相談、共感、理解促進、情報提供等）	1	2	3
問 18 . 保護者同士の交流の機会は十分にありますか	1	2	3

年間目標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 19 . お子さんの目標や計画について、職員はいっしょに考えわか りやすく説明してくれましたか	1	2	3

利用前の情報提供についてお聞きします

過去1年以内にこの施設を利用し始めましたか。

1 . はい

2 . いいえ

問 23 へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 20 . 利用する前に、施設での生活や支援内容など、知り たいことについてわかりやすい説明がありましたか	1	2	3
問 21 . 施設の役割やサービスなどの考え方を知る機会があ りましたか	1	2	3
問 22 . 説明を聞いて、施設を利用してみようと思いま したか	1	2	3

トラブル等への対応についてお聞きします

* ご自身にトラブル等の経験がない場合でも、施設全体の状況からご回答ください。

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 23 . 家族が不満や要望を職員に言いやすい雰囲気がありますか	1	2	3
問 24 . 職員は不満や要望に対してきちんと対応してくれていますか	1	2	3

総合的な感想についてお聞きします

〔 1 〕 現在利用している施設を総合的に見て、どのように感じていらっしゃいますか。 (1 つに)

大変満足	満足	どちらかといえ ば満足	どちらとも いえ ない	どちらかといえ ば不 満	不満	大変不満
1	2	3	4	5	6	7

〔 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。

最後に記入者及びお子さんについておたずねします。

F1. 調査票記入者 (1つに)

1. 父 2. 母 3. 父母一緒に 4. その他 ()

F2. お子さんの年齢 (1つに)

1. 1歳未満 2. 1~2歳未満 3. 2~3歳未満 4. 3~4歳未満
5. 4~5歳未満 6. 5~6歳未満 7. 6歳以上

F3. お子さんの性別 (1つに)

1. 男 2. 女

F4. お子さんの通所期間 (1つに)

1. 1年未満 2. 1~2年未満 3. 2~3年未満 4. 3~4年未満
5. 4~5年未満 6. 5~6年未満 7. 6年以上

F5. さしつかえなければお子さんの障害の状況を教えてください。

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

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

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。