

平成17年度
児童居宅介護 利用者調査
(保護者用)

調査のお願い

このたび、
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様が、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、お子さんへのサービスがどのように行われているかをお尋ねするものです。
- ・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
をつけてご回答ください。
- ・あてはまらない質問については、何も記入しないでください。
- ・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、調査票に回答される方はどなたかお聞かせください。

(1 つに)

1 . 父	2 . 母	3 . 父母一緒に	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 . ヘルパーは、お子さんのサービスを居宅介護計画 (ケアプラン) に基づききちんとしてくれてますか	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ますか	1	2	3
問 4 . ヘルパーは、お子さんや家族のプライバシーを守ってますか	1	2	3
問 5 . ヘルパーは、お子さんや家族のことを気づかってくれてますか	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ますか	1	2	3
問 7 . ヘルパー間の連絡は十分できてますか	1	2	3
問 8 . いつもと違うヘルパーが来た時も、いつもと同じ手順、方法でサービスを提供してくれますか	1	2	3
問 9 . 利用中のお子さんの状況について、十分な報告がありますか	1	2	3
問 10 . 事業所やヘルパーは、生活や介護に関する情報提供や、相談・助言などの精神面のサポートをしてくれますか	1	2	3

利用者意思の尊重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 11 . サービス提供にあたって、お子さんの気持ちを大切にしてくれていると思いますか	1	2	3

計画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. 事業所は、居宅介護計画（ケアプラン）を作る時、お子さんの状況や、保護者の希望をよく理解してくれましたか	1	2	3
問 13. 居宅介護計画（ケアプラン）について、事業所から十分な説明がありましたか	1	2	3

利用前の情報提供についてお聞きします

過去 1 年以内にこの事業所を利用し始めましたか。

1. はい

2. いいえ

問 17 へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 14. サービスを利用する際の情報（公開情報）は入手しやすかったですか	1	2	3
問 15. この事業所を利用することを決める前に、サービス内容や利用方法についての説明は十分ありましたか	1	2	3
問 16. 契約の際、内容について十分説明がありましたか	1	2	3

トラブル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、
事業所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 17. ヘルパー訪問について、不満や要望を事業所に気軽に言うことができますか	1	2	3
問 18. 事業所は、不満や要望をよく聞いて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（お子さん）についておたずねします

F 1 . お子さんの年齢 (1 つに)

- | | | | |
|-----------|----------------|-----------------|------------|
| 1 . 6 歳未満 | 2 . 6 ~ 12 歳未満 | 3 . 12 ~ 15 歳未満 | 4 . 15 歳以上 |
|-----------|----------------|-----------------|------------|

F 2 . お子さんの性別 (1 つに)

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

F 3 . サービスの利用年数 (1 つに)

- | | | |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| 1 . 1 年未満 | 2 . 1 年以上 3 年未満 | 3 . 3 年以上 5 年未満 |
| 4 . 5 年以上 1 0 年未満 | 5 . 1 0 年以上 | |

F 4 . 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。

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。