

平成17年度
児童短期入所 利用者調査
(保護者用)

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、
をご利用されている皆様が、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、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。
- ・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。

現在ご利用、または過去 1 ヶ月に利用した施設（児童短期入所）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 .(施設名)での食事はおいしいですか	1	2	3
問 2 .(施設名)の職員は、お子さんが困らないように、声をかけてくれますか	1	2	3
問 3 .(施設名)では、わからないことや困ったことがあったときは、すぐに助けてもらえますか	1	2	3
問 4 .(施設名)の職員は、お子さんを呼び捨てにしたり、命令したり、乱暴な言葉を使ったりしませんか	1	2	3
問 5 .(施設名)の職員は、お子さんが相談したいことがあるとき、話を聞いてくれますか	1	2	3
問 6 .(施設名)では一日気持ちよく過ごすことができますか	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 7 .(施設名)では、日課や行事予定等は、わかるようになっていますか	1	2	3
問 8 .(施設名)では、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

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 9 .(施設名)は、随時見学することができますか	1	2	3
問 10 .(施設名)では、利用時期や期間についての希望を聞いてもらえましたか	1	2	3
問 11 .(施設名)では、必要に応じて生活に関する情報提供や、相談・助言などの精神面のサポートがありますか	1	2	3

利用前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 .(施設名)では、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 13 .(施設名)では、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 14 .説明を聞いて、(施設名)を利用してみたいと思いましたか	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 15.(施設名)では、不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	1	2	3
問 16.(施設名)の職員は不満や要望に対して、きちんと対応してくれましたか	1	2	3

総合的な感想についてお聞きします

〔1〕現在利用、または過去1ヶ月に利用した施設(児童短期入所)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 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。

F 1 . 調査票記入者 (1 つに)

1 . 父 2 . 母 3 . 父母一緒に 4 . その他()

F 2 . 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 3 . お子さんの性別 (1 つに)

1 . 男 2 . 女

F 4 . (施設名) でのサービスの利用回数 (1 つに)

1 . 初めて 2 . 2 ~ 5 回 3 . 6 ~ 10 回 4 . 11 回以上

F 5 . 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。