

現在ご利用の施設についておたずねします

聞き取り用

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。

施設の生活・環境について

問 1 . 施設の中は安全に動けるようになっていきますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 2 . 仕事や活動は楽しいですか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 3 . 職員はみんな同じようにあなたに対応してくれますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 4 . 職員は、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	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 5 . あなたの気持ちをわかってくれる（相談できる）職員がいますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 6 . あなたが困ったとき、施設の職員は助けてくれますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 7 困ったことを外の人(第三者委員など)にも相談できますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 8 工賃・給料の支払いのしくみは、わかりやすく説明されていますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 9 施設に、あなたが来る事を喜んでくれる仲間がいますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

年間目標について

問 10 あなたの目標・計画について、いっしょに考えわかりやすく説明してくれましたか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

事前の説明について

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 14 へ

問 11 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	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 12 施設のサービスなどの考え方を知る機会(説明、掲示など)がありましたか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 13 施設の説明を聞いて、自分で施設を利用することを決めましたか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

トラブル等への対応について

* 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。

問 14 .あなたは不満や要望を職員に気軽に話すことができますか	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

問 15 .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	はい	いいえ	無回答	非該当
	1	2	3	4
[回答内容・その他]				

総合的な感想について

〔 1 〕 施設はあなたにとって良いところだと思いますか。 （ 1 つに ○ ）

とても良い	ややよい	どちらとも いえない	ややよくない	まったく 良くない
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。

--

最後にあなたご自身についておたずねします

F 1 . あなたの年齢はいくつですか。 (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 | 8 . 60 歳以上 |

F 2 . あなたの性別はどちらですか。

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

F 3 . この通所授産施設に通い始めたのはいつ頃ですか。

年	月頃
---	----

F 4 . さしつかえなければあなた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。 (該当する全てに ○)

- | |
|--|
| 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。