

平成18年度
身体障害者更生施設(内部障害者)
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、(事業所名)をご利用されている皆さんが、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、(事業所名)の利用者調査としてまとめられ、それを基に(事業所名)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、(事業所名)をご利用されているご本人自身がお答えください。
- ・ あてはまる番号に()をつけてください。
- ・ この調査票は、お渡ししている封筒に入れ、平成 年 月 日に評価機関調査員が訪問いたしますので、その時に直接お渡しください。

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．食事はおいしいですか	1	2	3
問2．あなたの状態（障害や健康のことなど）に応じたメニューになっていますか	1	2	3
問3．定期的に食事の要望（分量や味・好き嫌いなど）について聞き、それが献立に活かされていますか	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．職員が居室に入るときはロックや了解を求めますか	1	2	3
問6．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	1	2	3
問7．職員間の連絡は十分できていますか（言ったことがきちんと伝わっていますか）	1	2	3
問8．職員はみんな同じようにあなたに接してくれますか	1	2	3
問9．職員はあなたの話をよく聞いてくれますか	1	2	3
問10．利用者同士がうまくいかないとき、職員は対応してくれますか	1	2	3
問11．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	1	2	3
問12．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	1	2	3
問13．訓練時間以外は、外出など自由にすごすことができますか	1	2	3
問14．施設ではあなたの意思が尊重されていますか	1	2	3
問15．施設運営の考え方が、毎日のサービス・行動に反映されていると思いますか	1	2	3
問16．訓練や日常の活動は充実していますか	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 17. あなたの今の目標や計画を作るときに、職員はあなたとよく相談しましたか	1	2	3
問 18. あなたの自立目標・計画、状態に応じた支援が行われていますか	1	2	3

ご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 22 へ



	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 19. この施設を利用する前に、どのような生活が送れるかなど、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 20. 施設運営の考え方を知る機会（説明、掲示など）がありましたか	1	2	3
問 21. 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	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 22. 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	1	2	3
問 23. 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の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。

最後にあなにご自身についておたずねします

F1. 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 | 8. 60歳以上 |

F2. あなたの性別はどちらですか。

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

F3. この施設を利用し始めたのは、いつ頃ですか。

西暦	年	月頃
----	---	----

F4. 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。