

平成18年度
第二種自閉症児施設
利用者調査
(家族用)

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、を利用されている家族の方が、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。

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。

お忙しいところ誠に恐れ入りますが、調査の趣旨をご理解のうえ、ご協力いただきますようお願いいたします。

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の方についてご記入ください。
- ・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

わかる範囲でお答えください。わからない場合は をしないで、次の質問に進んでください。

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問 1. (施設名)では、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
問 2. (施設名)には、お子さんの希望を尊重している雰囲気がありますか	1	2	3
問 3. (施設名)での活動内容はお子さんにあっていますか	1	2	3
問 4. (施設名)での生活は、お子さんの気持ちの安定に役立っていると思いますか	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 5. (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 6. (施設名)では、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

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 7. (施設名)では、お子さんの目標や計画について、職員が一緒に考えわかりやすく説明してくれましたか	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 8. (施設名)では、家族の見学希望に柔軟に対応してくれますか	1	2	3
問 9. (施設名)では、家族の要望を職員に言いやすい雰囲気がありますか	1	2	3
問 10. (施設名)では、必要に応じて情報提供や、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

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12へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問11. (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

トラブルへの対応についてお聞きします

*お子さん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12. (施設名)の職員は、お子さんの不満や要望について読み取ることが出来るように努めていますか	1	2	3
問13. (施設名)の職員は、お子さんが感じた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. 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歳以上12歳未満 3. 12歳以上15歳未満
4. 15歳以上18歳未満 5. 18歳以上20歳未満 6. 20歳以上

F 3 . お子さんの性別 (1つに)

1. 男 2. 女

F 4 . お子さんの入所期間 (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10年未満 5. 10年以上

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。

身体障害者手帳を持っていますか。 (1つに)

1. はい 2. いいえ



「1. はい」とお答えになった方にお聞きします。

身体障害者手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか。

() 級

愛の手帳を持っていますか。 (1つに)

1. はい 2. いいえ



「1. はい」とお答えになった方にお聞きします。

愛の手帳に記載された障害の程度はどのくらいですか。

() 度

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。