

# 平成19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、 を利用されている利用者の方が、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、施設を利用されているご家族の立場でご回答ください。
- ・ あてはまる番号に  をつけてご回答ください。
- ・ 質問内容が、ご本人に該当しない場合には、何も記入しないでください。
- ・ 質問ごとにご意見などがある場合は、(自由意見)欄にご記入ください。
- ・ 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

現在ご家族が利用されている施設についておたずねします

ご家族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。

サービスの提供

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問1. 支援の内容等利用者の様子について、十分な説明がありますか	1	2	3
(自由意見)			
問2. 子育てに関する情報提供など家族の精神的なサポートへの取り組みは十分ですか	1	2	3
(自由意見)			
問3. 緊急時(災害・病気・ケガなど)への対応は十分ですか	1	2	3
(自由意見)			

利用者個人の尊重

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問4. 他の人に知られたくないことや秘密など、プライバシーが守られていると思いますか	1	2	3
(自由意見)			
問5. 施設では利用者の気持ちが尊重されていると思いますか	1	2	3
(自由意見)			
問6. 職員は、利用者に丁寧に接していると思いますか	1	2	3
(自由意見)			

**個別の計画**

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問7. 利用者の目標や計画を作るとき、職員は利用者や家族の状況や要望を聞いてくれましたか	1	2	3
(自由意見)			

個別の目標や計画について、説明がありましたか

1. はい

2. いいえ



利用前の対応へ  
お進みください



問8へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問8. 利用者の目標や計画についての説明は、わかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			

**利用前の対応**

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10へお進みください



利用前に、サービス内容や利用方法について説明がありましたか

1. はい

2. いいえ



問10へお進みください



問9へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問9. サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			

不満・要望への対応

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問10. 家族の要望や不満を職員に言いやすいですか	1	2	3
(自由意見)			
問11. 職員は不満や要望にきちんと対応してくれていますか	1	2	3
(自由意見)			
問12. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っていますか	1	2	3
(自由意見)			

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。

最後に記入者及び利用者（本人）についておたずねします

F 1 . 調査票ご記入者 ( 1 つに )

1. 父                      2. 母                      3. 父母一緒に                      4. その他 (                      )

F 2 . ご家族の施設への訪問頻度 ( は各 1 つ )

1. 毎日                      2. 週3～4回                      3. 週1～2回                      4. 月1～2回  
5. 隔月1回                      6. 年3～4回                      7. 年1～2回                      7. 年1回未満

F 3 . ご利用者本人の年齢 ( 1 つに )

1. 16歳未満                      2. 16～20歳未満                      3. 20～30歳未満                      4. 30～40歳未満  
5. 40～50歳未満                      6. 50～60歳未満                      7. 60～65歳未満                      7. 65歳以上

F 4 . ご利用者本人の性別 ( 1 つに )

1. 男                      2. 女

F 5 . ご利用者本人の入所期間 ( 1 つに )

1. 1年未満                      2. 1～3年未満                      3. 3～5年未満                      4. 5～10年未満  
5. 10～20年未満                      6. 20年以上

F 6 . さしつかえなければご利用者本人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。