

平成20年度

身体障害者小規模通所授産施設・ 知的障害者小規模通所授産施設 利用者調査

調査のお願い

〇〇〇（事業所名）では、あなたが現在利用している施設のサービスを、よりよいものにするために、東京都福祉サービス第三者評価を行うことになりました。

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められた△△評価機関が行います。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調べるため、アンケート調査を行います。

調査の結果は、施設のサービスを評価するために使用し、その結果は、インターネットにて公表されることになっています。

調査結果は、誰にお答えいただいたかがわからないようにいたしますし、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。

お忙しいところ申し訳ありませんが、調査の目的をご理解いただきまして、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、〇〇〇を利用されているご本人自身がお答えください。
- あなたの気持ちに近いものに○をつけてください。
- もしも、質問の内容が「経験したことがない」「覚えがない」など当てはまらないときには、とばして次の質問に進んでください。
- 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、平成〇年〇月〇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。

問い合わせ先

〇〇評価機関

第三者評価担当者（××××）

〒

〇〇区・・・・・・

でんわ
電話

りようしゃこじん そんちよう

《利用者個人の尊重》

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問5. ^{ほか ひと し} 他の人に知られたくないことや、 ^{ひみつ} 秘密など、 ^{まも} プライバシーは守られていますか	1	2	3
(自由意見)			
問6. ^{しせつ} 施設ではあなたの ^{きも} 気持ちは大切にされていると思いますか	1	2	3
(自由意見)			
問7. ^{しょくいん} 職員は、 ^{ていねい} 丁寧（ ^{らんぼう} 乱暴な言葉を使ったり、 ^{ことば} 命令したり、 ^{つか} 呼び捨てにしない）に ^{せつ} 接してくれますか	1	2	3
(自由意見)			

こべつ けいかく

《個別の計画》

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問8. あなたの ^{もくひょう} 目標や ^{けいかく} 計画をつくる時、 ^{とき} 職員はあなたの ^{はなし} 話を聞いてくれましたか	1	2	3
(自由意見)			

◆ ^{こべつ}個別の^{もくひょう}目標や^{けいかく}計画について、^{せつめい}説明がありましたか

1. はい

2. いいえ



りようまえ たいおう
《利用前の対応》へ
^{すす}
お進みください

^{とい}
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. ^{もくひょう} 目標や ^{けいかく} 計画についての ^{しょくいん} 職員の ^{せつめい} 説明はわかりやすかったですか	1	2	3
(自由意見)			

りようまえ たいおう
 ≪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11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11へお進みください

↓ 問10へお進みください

	はい	どちらとも いえない	いいえ
問10. サービス内容や利用方法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)			

ふまん ようぼう たいおう
 ≪不満・要望への対応≫

問11. あなたは不満や要望を職員に言いやすいですか

はい どちらとも
いえない いいえ

1 2 3

(自由意見)

問12. 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13. 困ったことを、第三者委員などに相談できることを知っていますか

1 2 3

(自由意見)

そうごうてき かんそう き
《総合的な感想についてお聞きします》

[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○)

たいへんまんぞく 大変満足	まんぞく 満足	どちらとも いえない	ふまん 不満	たいへんふまん 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、調査をよりよいものにするために必要なご意見などをご自由にお書きください。

さいご じしん
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

F 2. あなたの性別はどちらですか。 (1つに○)

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。

ねん 年	がつころ 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。

①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	

②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

③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。