

滋賀県障害者(児)在宅福祉サービス利用者調査票

1 サービス提供の基本方針と組織<全事業所共通>

あなたが地域で暮らしていく上で、必要とされる支援のために在宅福祉サービスが在ります。あなたにとって使いやすいサービスになっているのか、またあなたの願いや希望が取り入れられたサービスの提供が行われているか評価します。

中項目	小項目	質問事項
(1)サービス提供の基本方針について	事業所の「理念・基本方針」を知っていますか。	<input type="checkbox"/> 「理念や基本方針」の説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 「理念や基本方針」の説明はわかりやすかったですか。 理念・基本方針とは：事業所の目標やサービス提供する上での考え方
(2)サービス提供体制について	あなたにとって、快適なサービスが提供できる体制とと思いますか。	<input type="checkbox"/> サービス提供を受けることについて、重要事項説明書等の説明を聞きましたか。 <input type="checkbox"/> サービス提供を受けることについて、重要事項説明書等の説明は丁寧でわかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> どのスタッフがサービス提供しようと、サービス内容が変わりませんでしたか。 <input type="checkbox"/> よりよいサービスを提供するため、スタッフは日頃から学習していると思いませんか。 重要事項説明書等とは：事業所の概要やサービスの内容、契約時の留意事項等の説明書
(3)人権擁護・苦情への対応について	スタッフはあなたと「対等な関係」になれていますか。	<input type="checkbox"/> サービスを受けている時、強制(言葉、身体的な)されたことはありませんか。 <input type="checkbox"/> 「あなたの声」を受け止めてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> 気にさわる言葉遣いをされたことはありませんか。 <input type="checkbox"/> 年齢にふさわしい対応をしてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> 自分のことで、他人に言うて欲しくないことを、言われたことはありませんか。 <input type="checkbox"/> 自分にことわりなく、自分のことを会議や研修で取り上げられたことがありますか。 <input type="checkbox"/> 困った時にだれに相談すればよいか、知っていますか。
(4)利用者の自己実現への配慮について		<input type="checkbox"/> あなたのやりたいことを理解してくれていますか。 <input type="checkbox"/> 新しい体験をする機会を教えてもらったり、アドバイスを受けていたりしますか。
(5)エンパワメントと自立支援について		<input type="checkbox"/> あなたの生活に役立つ、サービスの利用の仕方を教えてもらいましたか。 <input type="checkbox"/> 制度を解りやすく知らせてもらいましたか。 <input type="checkbox"/> あなたが望む生活ができていますか。 <input type="checkbox"/> サービスを利用して、あなたの暮らしはよくなりましたか。
		<input type="checkbox"/> あなたが思っていたサービスの内容と、提供された内容が同じでしたか。 <input type="checkbox"/> あなたの意見を聞きいれてくれましたか。 <input type="checkbox"/> サービスを利用するとき、選ぶことが出来ましたか。
(6)地域との接点について	利用しているサービス(事業所)は地域に密着していると思いますか。	<input type="checkbox"/> あなたが利用しているサービスを、地域(隣人)の人は理解していると思いませんか。 <input type="checkbox"/> あなたが利用している事業所が、「機関紙」などを発行していることを知っていますか。 <input type="checkbox"/> 気軽に立ち寄れる事業所だと思いますか。 <input type="checkbox"/> あなたの地域にサービス調整会議があることを知っていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの地域のサービス調整会議を利用したことがありますか。 <input type="checkbox"/> サービス調整会議を再び利用する気持ちになれましたか。 サービス調整会議とは：あなたの課題を地域の関係者が集って考えてくれる会議です。事務局は地域振興局にあります。
(7)信頼と安全性の確保について		<input type="checkbox"/> これまでサービスを受けている時に、何か事故等はありませんでしたか。 <input type="checkbox"/> はいと答えた人へ・・・すぐに対応してもらいましたか。 <input type="checkbox"/> サービスを提供している人に、清潔感がありますか。

2 相談支援事業〈生活支援センター等相談支援事業所〉

乳幼児期から学齢期、成人期に至るまで、暮らしの中で相談したい課題はいくつも出てきます。その時々、あなたの課題や希望に添って、対応してくれる相談支援体制が整備されているのか、特に成人期以降の自立に向けての相談支援体制が整備されているのか評価します。

中項目	小項目	質問事項
(1)ケアマネジメントの機能について	相談窓口は相談しやすいですか。	<input type="checkbox"/> 気軽に相談窓口に相談が出来ますか。 <input type="checkbox"/> あなたが相談した人は、信頼できるひとですか。 <input type="checkbox"/> どのような相談も聞いてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> 相談をたらい回しされていませんか。 <input type="checkbox"/> あなたの都合に合わせて相談してくれますか。(時間・場所) <input type="checkbox"/> 困っている時、直ぐに対応してくれましたか。
		<input type="checkbox"/> 制度・サービスの説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> 制度・サービスの説明はわかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> あなたにとって必要な説明でしたか。
	ケアプランについて知っていますか。	<input type="checkbox"/> あなたを中心に支援会議が開かれていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの出やすい時間に支援会議が開かれていますか。 <input type="checkbox"/> 支援会議が終わってから、内容を報告してもらっていますか。 <input type="checkbox"/> ケアプランを知っていますか。 <input type="checkbox"/> ケアプランを作ってもらったことがありますか。 はいと答えた人へ <input type="checkbox"/> ケアプランを作ったとき、あなたの意見が取り入れられましたか。 <input type="checkbox"/> ケアプラン作成後も、様子を尋ねに来てくれますか。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、ケアプランの見直しをしてもらっていますか。 ケアプランとは:あなたの課題に対して、解決していくためのサービスの提供や支援体制を示した計画書です。
(2)ライフサイクルに応じた支援について	あなたの自立を支援してくれていますか。	<input type="checkbox"/> あなた自身の気持ちや考えを中心に、支援されていますか。 <input type="checkbox"/> 成人期以降、自立に向けての情報が提供されていますか。(就労支援・生活支援等) <input type="checkbox"/> 成人期以降、自立に向けての支援体制がありますか。(就労支援・生活支援) <input type="checkbox"/> あなたは相談した人を信頼していますか。 <input type="checkbox"/> 支援の結果、満足する生活が実現していますか。

3 ホームヘルプサービス事業

家事支援や身体介護、社会参加に伴う移動介護など、ホームヘルプサービスは在宅生活の上で、必要不可欠なサービスです。あなたの希望に添ってサービス提供がされているのか、信頼できるサービスになっているのか評価します。

中項目	小項目	質問事項
(1)ホームヘルプサービスの提供について	サービスの利用について説明されましたか。	<input type="checkbox"/> サービスの内容についての説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> サービスの内容についての説明はわかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> サービスを利用した時、事業所と約束したことが守られていますか。 <input type="checkbox"/> サービスの申し込みは面倒でないですか。 <input type="checkbox"/> 気軽にサービス内容について、苦情や意見が言えますか。
	食事について	<input type="checkbox"/> 希望通りの食事が提供されていますか。 <input type="checkbox"/> 自分にあった食事の介助がされていますか。 <input type="checkbox"/> 食事はおいしいですか。
	入浴について	<input type="checkbox"/> 気持ちよく安心して入浴できていますか。 <input type="checkbox"/> 同性介助してくれていますか。
	トイレについて	<input type="checkbox"/> あなたが望む援助がされていますか。 <input type="checkbox"/> 同性介助してくれていますか。

	余暇支援について	<input type="checkbox"/> 外出や地域行事に参加する時に、自分の希望に合わせた支援がされましたか。 <input type="checkbox"/> 外出や地域行事に参加する時に、事前に目的や行き先の相談がありますか。 <input type="checkbox"/> あなたが望む援助がされていますか。
(2)ケアマネジメントについて		<input type="checkbox"/> サービス提供計画の説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> あなたの希望に添って、サービス提供計画が作られましたか。 <input type="checkbox"/> サービス提供計画を受けた後も、様子を見に来ていますか。 <input type="checkbox"/> 適宜、サービス提供計画が見直されていますか。
(4)健康管理などへの支援について	健康への配慮について	<input type="checkbox"/> あなたの健康に気づかって支援をしてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの体調の変化に、すぐ対応してくれていますか。
(5)利用者評価の受け止めについて		<input type="checkbox"/> あなたの声を聞いてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの声がサービスにいかされていますか。 <input type="checkbox"/> あなたが利用している事業所が、サービス評価を実施していることを知っていますか。 サービス評価とは：事業所のサービスを点検するための評価表。

4 デイサービス事業

重度の人の活動の場として、また軽度の人のリハビリ機能として、日中の活動場所としてのデイサービスが重要となってきました。デイサービスの活動内容に満足できているのか、また昼間の活動が生活全般のケアプランと連動しているのか、評価します。

中項目	小項目	質問事項
(1)デイサービスの提供について	利用の説明について	<input type="checkbox"/> デイサービスの内容の説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> デイサービスの内容の説明は、わかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> サービス利用した時、事業所と約束したことが守られていますか。 <input type="checkbox"/> 活動についてあなたの意見が取り入れられていますか。 <input type="checkbox"/> 利用期間や活動内容があなたの目的に合わせて利用できていますか。
	食事について	<input type="checkbox"/> 希望通りの食事が提供されていますか。 <input type="checkbox"/> 食事はおいしいですか。 <input type="checkbox"/> 自分にあった食事の介助がされていますか。
	入浴について	<input type="checkbox"/> 気持ちよく安心して入浴できていますか。 <input type="checkbox"/> お風呂の設備は利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> 同性介助してくれていますか。
	トイレについて	<input type="checkbox"/> トイレはきれいですか。 <input type="checkbox"/> トイレの設備は利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> あなたが望む援助がされていますか。 <input type="checkbox"/> 同性介助してくれていますか。
	建物・設備について	<input type="checkbox"/> 建物、設備があなたにとって利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> 移動がしやすいよう、スロープや廊下は広くとってありますか。
	送迎について	<input type="checkbox"/> あなたの希望に添って、送り迎えがされていますか。 <input type="checkbox"/> 家族等の送迎がないと通うことができませんか。
(2)ケアマネジメントについて		<input type="checkbox"/> サービス提供計画の説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> あなたの希望に添って、サービス提供計画が作られましたか。 <input type="checkbox"/> サービス提供計画を受けた後も、様子を見に来ていますか。 <input type="checkbox"/> 適宜、サービス提供計画が見直されていますか。
(4)健康管理などへの支援について	健康への配慮について	<input type="checkbox"/> あなたの健康に気づかって支援をしてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの体調の変化に、すぐ対応してくれていますか。
(5)利用者評価の受け止め		<input type="checkbox"/> あなたの声を聞いてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの声がサービスにいかされていますか。

めについて	<input type="checkbox"/> あなたが利用している事業所が、サービス評価を実施していることを知っていますか。 サービス評価とは：事業所のサービスを点検するための評価表。
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 ショートステイ事業

日常生活の中で、急に自宅での生活が、続けられることが出来なくなった時にショートステイが利用されます。普段の生活と違う環境の中で、とどこおりなく過ごすことが出来たのか、利用申請は面倒でなかったか、評価します。

中項目	小項目	質問事項
(1)ショートステイサービスの提供について	利用の説明について	<input type="checkbox"/> ショートステイの内容の説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> ショートステイの内容の説明は、わかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> ショートステイの窓口担当者を知っていますか。 <input type="checkbox"/> サービス利用した時、事業所と約束したことが守られていますか。 <input type="checkbox"/> 活動についてあなたの意見が取り入れられていますか。 <input type="checkbox"/> 利用期間や活動内容があなたの目的に合わせて利用できていますか。 <input type="checkbox"/> 持ち物がなくなったことがありますか。 はいと答えた人へ……適切に対応してくれましたか。 <input type="checkbox"/> 自分の必要な持ち物が、持ち込めましたか。
	食事について	<input type="checkbox"/> 希望通りの食事が提供されていますか。 <input type="checkbox"/> 食事はおいしいですか。 <input type="checkbox"/> 自分にあった食事の介助がされていますか。
	入浴について	<input type="checkbox"/> 気持ちよく安心して入浴できていますか。 <input type="checkbox"/> お風呂の設備は利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> 同性介助してくれていますか。
	トイレについて	<input type="checkbox"/> トイレはきれいですか。 <input type="checkbox"/> トイレの設備は利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> あなたが望む援助がされていますか。 <input type="checkbox"/> 同性介助してくれていますか。
	建物・設備について	<input type="checkbox"/> 建物、設備があなたにとって利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> 移動がしやすいよう、スロープや廊下は広くとってありますか。 <input type="checkbox"/> 利用の際、部屋の使い方に希望が入れられましたか。
	利用について	<input type="checkbox"/> 申し込み手続きは簡単でしたか。 <input type="checkbox"/> 急に申し込みしても、利用できますか。 <input type="checkbox"/> あなたの希望に添って、送り迎えがされていますか。 <input type="checkbox"/> 家族等の送迎がないと利用することができませんか。 <input type="checkbox"/> あなたの普段の生活に合わせて、利用ができていますか。 <input type="checkbox"/> 登録した時、家庭訪問や来所面談で、あなたのことについて知らせる機会がありますか。
	(2)健康管理などへの支援について	健康への配慮について
(3)利用者評価の受け止めについて		<input type="checkbox"/> あなたの声を聞いてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの声がサービスにいかされていますか。 <input type="checkbox"/> あなたが利用している事業所が、サービス評価を実施していることを知っていますか。 サービス評価とは：事業所のサービスを点検するための評価表。

6 障害児通園(ディサービス)事業

乳幼児期のサービスは、子育てに不安のある親と本人が向き合う大切な時期でもあります。不安を取り除くための体制がつくられているのか、生活の部分への支援がされているのか評価します。

中項目	小項目	質問事項
(1)障害児通園サービスの提供について	利用の説明について	<input type="checkbox"/> サービスの内容の説明を受けましたか。 <input type="checkbox"/> サービスの内容の説明は、わかりやすかったですか。 <input type="checkbox"/> サービス利用した時、事業所と約束したことが守られていますか。 <input type="checkbox"/> 地域の保育園、幼稚園との交流がありますか。 <input type="checkbox"/> 必要に応じて、専門スタッフ(PT,OT,ST)とつながっていますか。 PTとは:理学療法士 OTとは:作業療法士 STとは:言語療法士
	不安への対応	<input type="checkbox"/> 必要に応じて相談する時間を、とってもらっていますか。 <input type="checkbox"/> 子育ての不安について、話し合う場や学習の場がありますか。 <input type="checkbox"/> 保護者の集まりがありますか。 <input type="checkbox"/> 福祉制度の情報や説明を、詳しく知らせてくれていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの地域の保健師との、連携がとられていますか。 <input type="checkbox"/> かかりつけの医療機関との連携がとられていますか。 <input type="checkbox"/> ほかの関係機関と連携しながら、生活全般への支援にも対応してもらっていますか。
	食事について	<input type="checkbox"/> 希望通りの食事が提供されていますか。 <input type="checkbox"/> 食事はおいしいですか。 <input type="checkbox"/> 本人にあった食事の介助がされていますか。
	建物・設備について	<input type="checkbox"/> 建物、設備が利用しやすいですか。 <input type="checkbox"/> 移動がしやすいよう、スロープや廊下は広くとってありますか。 <input type="checkbox"/> トイレはきれいですか。
(2)健康管理などへの支援について		<input type="checkbox"/> 健康に気づかって支援をもらっていますか。 <input type="checkbox"/> こどもの体調の変化に、すぐ対応してくれていますか。 <input type="checkbox"/> こどもの体調に変化があったとき、すぐに家族に連絡をしてくれますか。
(3)利用者評価の受け止めについて		<input type="checkbox"/> あなたの声を聞いてもらっていますか。 <input type="checkbox"/> あなたの声がサービスにいかされていますか。 <input type="checkbox"/> あなたが利用している事業所が、サービス評価を実施していることを知っていますか。 サービス評価とは:事業所のサービスを点検するための評価表。

利用者評価のチェックお疲れ様でした。
事業所のサービスや福祉の施策・制度についてご意見がありましたら、ご自由にお書きください。