

## 利用者チェックリスト〔障がい施設版〕

| No       | 質 問                                    | 利用者の回答 |     |     |     | 回 答 内 容 | 備 考 |
|----------|--|--------|-----|-----|-----|---------|-----|
|          |  | はい     | いいえ | その他 | 無回答 |         |     |
| 【人権への配慮】 |  |        |     |     |     |         |     |
| 1        | サービスの内容や利用の方法について、詳しく説明をしてくれますか。       |        |     |     |     |         |     |
| 2        | 職員の言葉使いは、呼びかけの言葉も含めて、いつも心地よいですか。       |        |     |     |     |         |     |
| 3        | あなたの意見や思いは、大切にされていると思いますか。             |        |     |     |     |         |     |
| 4        | 必要な時には、電話や手紙など家族と自由に連絡をとることができますか。     |        |     |     |     |         |     |
| 5        | 他人に知られたくない秘密を守るなど、あなたのプライバシーは守られていますか。 |        |     |     |     |         |     |

## 利用者チェックリスト〔障がい施設版〕

| No    | 質 問                                      | 利用者の回答 |     |     |     | 回 答 内 容 | 備 考 |
|-------|--|--------|-----|-----|-----|---------|-----|
|       |  | はい     | いいえ | その他 | 無回答 |         |     |
| 6     | いやな思いをしたことはありますか。<br>ある場合は、次のどのようなことですか。 |        |     |     |     |         |     |
|       | ア、いやな呼び方をされる。                            |        |     |     |     |         |     |
|       | イ、偉そうに命令される。                             |        |     |     |     |         |     |
|       | ウ、うるさく文句を言われる。                           |        |     |     |     |         |     |
|       | エ、自分の気にしていることを言われる。                      |        |     |     |     |         |     |
|       | オ、「やめなさい。ダメ。」が多すぎる。                      |        |     |     |     |         |     |
|       | カ、長々と説教される。                              |        |     |     |     |         |     |
|       | キ、体罰や暴力を振るわれる。                           |        |     |     |     |         |     |
|       | ク、無視される。                                 |        |     |     |     |         |     |
| ケ、その他 |  |        |     |     |     |         |     |
| 7     | いやな思いをしたとき、相談できる人がいて、<br>丁寧に対応してくれましたか。  |        |     |     |     |         |     |

## 利用者チェックリスト〔障がい施設版〕

| No          | 質 問                                      | 利用者の回答 |     |     |     | 回 答 内 容 | 備 考 |
|-------------|--|--------|-----|-----|-----|---------|-----|
|             |  | はい     | いいえ | その他 | 無回答 |         |     |
| 【個別支援プログラム】 |  |        |     |     |     |         |     |
| 8           | 施設に入る前に施設での生活についてわかりやすい説明がありましたか。        |        |     |     |     |         |     |
| 9           | あなたのやりたいことができるように必要な介助や支援をしてくれますか。       |        |     |     |     |         |     |
| 10          | あなたの今年の支援計画は、あなたの同意のもとで作成されましたか。         |        |     |     |     |         |     |
| 11          | 今年の支援計画でのあなたの目標は何ですか。                    |        |     |     |     |         |     |
| 12          | 地域生活に関する情報(グループホーム、自立生活者の生活状況等)を教えてください。 |        |     |     |     |         |     |
| 13          | 地域での自立生活について、あなたの思いを聞いてくれますか。            |        |     |     |     |         |     |
| 14          | 自助具や補装具についての説明があり、利用の支援をしてくれますか。         |        |     |     |     |         |     |

## 利用者チェックリスト〔障がい施設版〕

| No       | 質 問                                     | 利用者の回答                   |     |     |     | 回 答 内 容 | 備 考 |
|----------|---|--------------------------|-----|-----|-----|---------|-----|
|          |   | はい                       | いいえ | その他 | 無回答 |         |     |
| 【日常生活支援】 |   |                          |     |     |     |         |     |
| 15       | 食事について、あなたの好みや思いを聞き、メニューに反映してくれますか。     |                          |     |     |     |         |     |
| 16       | 食事は、おいしく、楽しく、ゆったりと食べることができますか。          |                          |     |     |     |         |     |
| 17       | お風呂は気持ちよく、ゆっくり入ることができますか。               |                          |     |     |     |         |     |
| 18       | 汗をかいたり汚れた時にはお風呂、シャワーが利用できたり、清拭等してくれますか。 |                          |     |     |     |         |     |
| 19       | トイレは清潔で気持ちよく使えますか。介助が必要な時、すぐに対応してくれますか。 |                          |     |     |     |         |     |
| 20       | 病気や薬のことで相談したい時、わかりやすく説明してくれますか。         |                          |     |     |     |         |     |
| 21       | 散歩や買物など、個人的な外出は月に何回くらいできますか。            | (                    ) 回 |     |     |     |         |     |
| 22       | テレビ、新聞、雑誌、電話等、自由に利用できますか。必要な支援をしてくれますか。 |                          |     |     |     |         |     |

## 利用者チェックリスト〔障がい施設版〕

| No    | 質 問                                     | 利用者の回答 |     |     |     | 回 答 内 容 | 備 考 |
|-------|---|--------|-----|-----|-----|---------|-----|
|       |   | はい     | いいえ | その他 | 無回答 |         |     |
| 23    | 周りの迷惑にならないとき、お酒やタバコを楽しむことができますか。        |        |     |     |     |         |     |
| 24    | 一人になれる場所や少人数でくつろげる場所がありますか。             |        |     |     |     |         |     |
| 25    | 地域の情報を知ることができ、行事などにも参加することができますか。       |        |     |     |     |         |     |
| 26    | お金を預けている場合、預けている額は定期的に教えてくれますか。         |        |     |     |     |         |     |
| 27    | 預けているお金は、あなたが希望すれば自由に使うことができますか。        |        |     |     |     |         |     |
| 28    | 施設で、日中どのようにして過ごしていますか。一週間の活動予定を教えてください。 |        |     |     |     |         |     |
| 【その他】 |   |        |     |     |     |         |     |
| 29    | 施設やサービスに対して、して欲しいこと、欲しくないことはありますか。      |        |     |     |     |         |     |
| 30    | 施設やサービスに対して、特に良いと思われることはどのようなことですか。     |        |     |     |     |         |     |