

サービス提供事業所からみる利用者の困り感の調査

事業所ごとに回答してください。

サービス管理責任者がいない場合は、代表者 1 名が回答してください。

* 必須

1. 法人名をご記入ください。 *

2. 事業所名をご記入ください。 *

3. サービスの種類をご記入ください。（例：生活介護） *

4. 電話番号をご記入ください。 *

5. 記入された方のお名前・職種をご記入ください。（例：福井花子・サービス管理責任者） *

6. サービス利用者の困りごとについて、貴事業所ではどのように把握していますか。（複数回答可） *

- ☐ 利用者からの訴え・相談がある
- ☐ 家族からの訴え・相談がある
- ☐ 相談支援専門員等からの訴え・相談がある
- ☐ 利用者へのアンケートを実施している
- ☐ 特に把握していない
- ☐ その他

7. 利用者と接する中で、利用者がどのような困り感を感じている・または不安を抱えていると感じますか。（複数回答の場合は、多いもの上位3つまで教えてください。） *

- ☐ 健康面（医療との連携含む）について
- ☐ 移動（送迎含む）について
- ☐ 家族について
- ☐ 余暇活動（居場所・交流含む）について
- ☐ 仕事について
- ☐ サービスの利用について（利用したくてもできない、等）
- ☐ 生活費・財産について
- ☐ 住まいについて
- ☐ 災害時の対応について
- ☐ 地域交流について
- ☐ その他

8. 問7で回答した内容について、具体的に内容の記載をお願いします。

9. 障がい者の地域生活を支える上で、不足している資源や、あったら良いと思うサービスはありますか。

10. 最後に、この自立支援協議会に期待することがあれば、自由にお書きください。

セクション

このコンテンツは Microsoft によって作成または承認されたものではありません。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。

