

利用者アンケート（母子生活支援施設・母親用）

このアンケートは、母子生活施設におけるサービスの質の向上のため、第三者評価を受けるに当たり、この評価の参考にするために行うものです。

この調査は、無記入で行われるため、お名前や回答の結果が漏れ、何らかの不利益が生じることは一切ありませんので、アンケートの記入についてご協力くださいますようお願いいたします。

＊ 下記の質問に対して、該当するところに○をつけて下さい。

1. 施設長をはじめ施設全体で母子の権利を守るための取り組みを積極的に行っていると思いますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

1. あなた方は、職員からひとりのとして大切にされていると感じますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

2. 職員は自分自身（職員自身）を高めようと努めていると思いますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

4. 施設には施設生活に対する要望や苦情についてき、取り組んでいく体制がありますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

5. 施設は、あなた方に施設での支援など必要な情報を伝え、自己決定できるように支援していますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

6. 施設は、あなた方の意見を聞きながら、あなた方の自立支援計画をいっしょに作成していますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

7. 施設は、あなた方の個人情報など、プライバシーの保護を行っていますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

8. 施設は、あなたの子育てに関して、適切な助言・援助を行っていますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

9. 施設は、あなた方の社会的自立に向けて、十分な相談指導体制をとっていますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

10. 居室等施設全体が、の場として快適さに配慮しているものになっていますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

11. 施設には、施設における生活規則など、あなたの意見を聞きながら、よりよいもの

に^{へん}革^{かく}していこうとする^し姿^{せい}勢^いが見^みられますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

12. あなたは^た担^ん当^{とう}の^し職^{しょく}員^{いん}に^じ自^じ分^{ぶん}の^き気^き持^{もち}ちや^{かん}考^{こう}えを^い言^いいやす^いいですか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

13. 施^し設^{せつ}は、あなたのお子^こさん^{さん}に^{たい}対^{たい}して^{てき}適^{てき}切^{せつ}な^ほ保^ほ育^{いく}を行^{おこな}って^いくれますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

14. 施^し設^{せつ}は、あなたのお子^こさん^{さん}に^{して}適^{てき}切^{せつ}な^{がく}学^し習^し支^{えん}援^{えん}を行^{おこな}って^いくれますか。

ア はい イ いいえ ウ どちらでもない

施^し設^{せつ}のサ-ビス^{サービス}について^{かん}感^{かん}じていること^{おも}思^{おも}っていること^じに^じつて^じ自^じ由^{ゆう}にお書^かき下^{くだ}さ
い。

ご協^{きょうりょく}力^{りょく}あ^あり^りが^がと^とう^うご^ござ^ざい^いま^まし^した^た。