

障がい者の権利擁護に関するアンケート 回答協力をお願い

このアンケートは、泉佐野市・田尻町の障害福祉関連施設や事業所で働くみなさまに、障がい者の権利擁護にむけた支援体制の充実と権利擁護の推進を図ることを目的として、自立支援協議会*・関係機関協力のもと基幹相談支援センター**が実施するものです。

お忙しい中お手数をおかけしますが、アンケートにご協力いただきますようお願いいたします。(なお、お答えいただいた内容については、個人情報保護に万全を期すとともに上記にお示しした目的以外には使用いたしません。)

- ▶平成 27 年 12 月 1 日現在、WAM-NET の障害福祉サービス事業所情報をもとに、泉佐野市・田尻町に所在地のある施設や事業所に送付させていただいております。
- ▶「障がい」と「障害」の表記について、大阪府にならって基本は「障がい」と表記し、法令・行政等の関連用語については「障害」としています。

* 自立支援協議会：障がいのある人が地域でいきいきと暮らすことができるよう、泉佐野市・田尻町の行政と民間関係者が、地域の支援体制を整えていく場のことです。

** 基幹相談支援センター＝泉佐野市・田尻町基幹相談支援センター あいと：泉佐野市・田尻町から泉佐野市社会福祉協議会に委託された公的な障がい者の相談支援機関です。地域の相談支援の拠点として、「総合相談」・「権利擁護」・「地域生活の支援」・「虐待の防止」の役割を担っています。

【回答者について】

- ・障がい者と直接現場で関わる方を対象とします（事務、調理、清掃員など→対象外です）
- ・ヘルパー事業所のように介護保険サービスも提供している場合、障害福祉サービスにたずさわっている方が記入してください

【記入について】

- ・回答については平成 28 年 2 月 1 日(月)現在の内容でご記入ください
- ・アンケート設問のあてはまる項にチェックしてください

【アンケートの返信について】

- ・ご記入いただきましたアンケートは、同封の個別返信用封筒に回答者ごとに入れて 2 月 15 日(月)までに 投函いただきますようお願いいたします

【アンケートの回答者についてお答えください】

「サービス管理責任者」の方は、職員を研修に派遣するなどの人事権を持つ場合は「管理職」、そうでない場合は「一般職」に☑チェックしてください。↓

| | |
|---------------|--|
| 職種 | <input type="checkbox"/> 管理職（施設長・代表取締役などの管理者） <input type="checkbox"/> 一般職（正職, パートなど雇用形態は問わない） |
| 年代 | <input type="checkbox"/> 10代 <input type="checkbox"/> 20代 <input type="checkbox"/> 30代 <input type="checkbox"/> 40代 <input type="checkbox"/> 50代 <input type="checkbox"/> 60代以上 |
| 経験年数 | 障害福祉分野にたずさわった通算経験年数 <input type="checkbox"/> 1年未満 <input type="checkbox"/> 1～3年未満 <input type="checkbox"/> 3～5年未満 <input type="checkbox"/> 5～10年未満 <input type="checkbox"/> 10年以上 |
| 施設・事業所の種別について | <input type="checkbox"/> 相談支援事業所 <input type="checkbox"/> 居住系（入所施設・グループホームなど） <input type="checkbox"/> 訪問系（ヘルパー事業所・訪問看護ステーションなど） <input type="checkbox"/> 日中活動系（生活介護事業所・就労支援事業所・地域活動支援センターなど） |
| 保有資格（複数回答可） | <input type="checkbox"/> 相談支援専門員 <input type="checkbox"/> サービス管理責任者 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> ヘルパー（新・旧研修修了者どちらも含む） <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし |

<障がい者の権利擁護に関するアンケート>

現状（体制）について

問 1：貴施設・事業所では、利用者や家族から以下のような相談を受けたことがありますか？（複数回答可）

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ①障がいへの不理解、偏見について | <input type="checkbox"/> ②障がいがあることで差別された |
| <input type="checkbox"/> ③近隣など地域とのトラブル | <input type="checkbox"/> ④金銭管理について |
| <input type="checkbox"/> ⑤成年後見制度*について | <input type="checkbox"/> ⑥虐待について |
| <input type="checkbox"/> ⑦消費者被害について | <input type="checkbox"/> ⑧ その他（ ） |
| <input type="checkbox"/> ⑨相談を受けたことがない | |

* 成年後見制度：知的障がいや精神障がい・認知症などの理由で、自分自身で財産を管理したり契約を結んだりすることが難しい場合に、家庭裁判所に選ばれた成年後見人等の支援者が本人を支援する公的な制度です。

問 10：利用者の権利擁護を支援する上で、支援してほしいと思うことはありますか？
(複数回答可)

- ①職員の理解や知識などを高める研修
- ②利用者の家族への啓発や学習機会を設ける
- ③相談への支援や専門職による助言
- ④マニュアルなどの整備
- ⑤成年後見制度の利用を促進する仕組み作り
- ⑥施設、事業者間の連携や情報交換等
- ⑦その他 ()
- ⑧特にない

アンケートへのご協力、ありがとうございました。

★利用者の権利擁護について、何かご意見があればお書きください。

<問合せ先>

泉佐野市・田尻町基幹相談支援センター あいと

〒598-0007 泉佐野市上町1-2-9 TEL: 072-464-3830

E-mail: kikan@izumisanoshakyo.or.jp

【担当】仁木・上野・坂本