

障がい者支援に従事する方へ アンケートのお願い

公益社団法人北海道社会福祉士会「障がい者等地域生活支援委員会」では、障がい者支援の現場における現状や課題、社会福祉士の実践状況などを把握することを目的に、アンケートを実施することとしました。

業務ご多忙と存じますが、ご協力をお願いいたします。

なお、本アンケートについては統計的に処理し、個人や事業所が特定されることはありません。また、アンケートは上記以外の目的で使用することはありません。

1. アンケートの回答者にお聞きします

役職名〔 〕 専門としている領域〔 〕
社会福祉士の資格（あり・なし）

2. 貴事業所の種類(あてはまるものを一つ選んでください)

高齢分野〔 行政 特養・老健・グループホームなど入所系施設 在宅サービス事業所
地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 その他 〕
障がい分野〔 行政 障害者支援施設 療養介護 短期入所 共同生活援助 福祉ホーム
行動援護 生活介護 自立訓練 就労支援 相談支援 その他 〕

3. どのような研修を希望しますか(あてはまるものを全て選んでください、複数可)

〔バーンアウト対策 リスクマネジメント ケアプラン作成 虐待対応 生活困窮者支援 事例検討
その他:具体的にご記入ください 〕

4. 研修の時期や開催地の希望について、下記から選んでください(あてはまるものを全て選んでください、複数可)

時 期: 春(4～6月) 夏(7～9月) 秋(10～12月) 冬(1～3月) 特になし
開催地: 札幌 札幌以外〔具体的に 〕

5. 北海道社会福祉士会が開催した研修で役立ったものはありましたか(あてはまるものを一つ選んでください)

〔あった なかった どちらでもない〕

6. 上記5で「あった」場合には、どんな内容の研修でしたか

〔内容をわかる範囲でご記入ください 〕

7. 貴事業所に社会福祉士は勤務していますか(あてはまるものを一つ選んでください)

〔 いる (いる場合は人数 人) いない 把握していない 〕

8. 貴事業所では職員に社会福祉士の資格取得をすすめていますか(どちらかを選び、理由もご記入ください)

すすめている (理由)
すすめていない(理由)

9. 社会福祉士および北海道社会福祉士会に対する、ご意見等・要望、研修の希望等、自由にご記入ください

[〃]

アンケートにご協力いただきまして、ありがとうございました。ご回答は下記にFAXで返信をお願いします。

FAXの送信票は不要です、この用紙のままご返信ください。

返信・お問合せ先 FAX 011-213-1314 TEL 011-213-1313

北海道社会福祉士会事務局(月曜日～金曜日 9時30分～16時30分) E-mail info@hokkaido-csw.or.jp