

【対象：ろうあ者相談員、身体障害者相談員、生活相談員、ピア相談員、相談支援専門員 等】

締切； 2022 年 10 月 17 日（月）まで 都道府県加盟団体宛て

【相談員研修会&労働フォーラム】事前アンケート①

1. あなたのことについてお尋ねします。県名を記入し、該当するものに○を付けてください。

勤務地の都道府県名（政令指定都市を含む） _____ 都・道・府・県（市）

2. あなたの勤務条件についてお尋ねします。該当するものに○を付けてください。

1	勤務先	①聴覚障害者協会 ②社会福祉協議会 ③情報提供施設 ④市町村自治体 ⑤自宅 ⑥その他（ _____ ） 勤務先名称（ _____ ）
2	任命権者 （雇用主）	①聴覚障害者協会 ②社会福祉協議会 ③情報提供施設 ④市町村自治体 ⑤その他（ _____ ）
3	勤務体制	①常勤 ②週3日 ③週2日 ④週1日 ⑤その他（ _____ ）
4	身 分	①正規職員 ②会計年度任用職員 ③パート・アルバイト ④その他（ _____ ）
5	肩 書	①ろうあ者相談員 ②身体障害者相談員 ③生活相談員 ④ピア相談員 ⑤相談支援専門員 ⑥その他（ _____ ）
6	資格有無	①あり（名称： _____ ） ②なし
7	資格取得 年月	5で①ありの方のみ回答 （取得 _____ 年 _____ 月）
8	経験年数	①1年未満 ②3年未満 ③5年未満 ④10年未満 ⑤10年以上 ⑥20年以上
9	研修会への 参加費	① 実費支給あり ②一部支給あり ③自己負担

3. 相談業務を行う上で手話通訳コーディネーターとの連携や会議を行っているか教えてください。

① 行っている

内容等（ _____ ）

（例：疾患のある聞こえない人の支援者同士で、情報共有を行いながら支援を行っている等）

② 行っていない

理由をお聞かせください。

（ _____ ）

【対象：ろうあ者相談員、身体障害者相談員、生活相談員、ピア相談員、相談支援専門員 等】
締切； 2022 年 10 月 17 日（月）まで 都道府県加盟団体宛て

4. 相談を受け付けて、どのような場（相手）と相談して解決しますか。

- ① 相談員同士 ② 相談員連絡担当者会議 ③ 上司 ④ 同僚
⑤ 手話通訳コーディネーター
⑥ その他（ ）

5. 新型コロナウイルスに関する相談対応の有無、内容をご回答ください。

① 相談有り

→該当するものに○を付けてください。

- ① コロナが怖い ② ワクチン接種 ③ 生活が苦しい
④ 家庭がうまくいかない（DV も含む） ⑤就労（収入減も含む） ⑥ 教育
⑦ その他（ ）

② 相談無し

6. 現場や制度の上で問題点などありましたら、お書きください。

--

ご協力ありがとうございました。

※回答内容は当日配布資料に掲載させていただきますので、ご了承ください。