

令和元年度 障害者虐待防止リーダー職員研修会 「事前提出用シート」

都道府県		会員施設名				
フリ 氏 ガナ 名		職 種				
施設・ 事業種別 ※該当に○を お付けくださ い	・ 障害者支援施設（知的） ・ 障害者支援施設（精神） ・ 障害福祉サービス事業所（就労支援系を除く） ・ 社会福祉協議会	・ 障害者支援施設（身体） ・ 就労支援系事業所 ・ 障害福祉サービス事業所（就労支援系を除く） ・ その他（	・ 救護施設 ・ 更生関係施設 ・ 婦人保護施設	勤務 経験 年数	約	年

1. 貴施設・事業所において、利用者の人権侵害や虐待、それらにつながりかねない不適切なケアや支援についての事例、事業運営上の課題、あるいは参加者自身の悩みや不安についてご記入ください。

【利用者の権利侵害や虐待、それらにつながりかねない不適切なケアや支援】

【事業運営上の課題】

【参加者自身の悩みや不安】

2. 「1」でご回答いただいた内容に関して、これまでに貴施設・事業所で取り組まれた対応がありましたら、ご記入ください。

3. 地域で生活される障害者に向けた権利擁護・虐待防止や、地域住民に対する障害の理解促進・啓発に向けて貴施設・事業所が取り組まれていることがありましたら、ご記入ください。

【地域で生活される障害者に向けた取り組み】

【地域住民に対する取り組み】