

就労移行支援事業所用

難病のある人の全国の就労系福祉サービスの利用実態調査

<本調査へのご協力のお願ひ>

本調査は、全国の就労系福祉サービス機関（就労移行支援事業所、就労継続支援事業所）において難病のある人の受け入れ状況を把握することを目的としています。

一事業所につき一通（ただし、一事業所で複数の事業を展開している場合は事業毎に各一通）でご回答頂き、同封の返信用封筒にて、平成25年12月31日までにご投函ください（切手は不要です）。

なおここでいう難病とは同封の難病一覧表130疾患と関節リウマチを指します。

研究代表者：国立障害者リハビリテーションセンター 病院
臨床研究開発部長 深津 玲子

<<本調査に対するお問い合わせ先>>

国立障害者リハビリテーションセンター 病院
臨床研究開発部
埼玉県所沢市並木4丁目1番地
Tel:04-2995-3100（内線3026）
メール：nanbyo@rehab.go.jp
担当：亀澤・佐久間

以下、設問にお答えください。

記入日： 年 月 日

（フリガナ

事業所名称：

事業所番号（10ケタのもの）：

事業所番号が不明な場合は、以下の枠内の項目をご記入ください

指定機関：（記入例：埼玉県）

法人種別（該当するものに をつけてください）：

- 1．社会福祉法人 2．NPO法人 3．一般（財）法人 4．企業 5．自治体
6．事業団 7．その他（ ）

事業所所在地：

電話番号：

FAX 番号：

メールアドレス：

主たる対象者（該当するものに をつけてください。複数回答可能）：

- 1．身体障害（1-1.肢体不自由 1-2.視覚障害 1-3.聴覚障害 1-4.内部障害）
2．知的障害 3．精神障害 4．発達障害
5．難病（平成25年4月に施行された障害者総合支援法に定める130疾患および関節リウマチをさします）

利用定員：

事業開始年月日：

以下の質問について、該当するものに をつけてください。

はじめに、難病のある人（診断書または障害者手帳を取得している方）についてお尋ねします。

問1．現在、難病のある人が貴事業所を利用していますか。

1．利用している	2．利用していない
----------	-----------

問2．問1で「利用していない」とお答えした方にお伺いします。その理由は何ですか。（複数回答可）

1．利用相談がないため 2．利用相談はあるが、医療ケアの頻度が高く、現時点では貴事業所では困難と判断したため。 3．利用相談はあるが、本人の希望する人的・設備的体制が、現時点では無いため。 （例：看護師の付き添いが常時必要。痰の吸引が必要など。） 4．利用相談はあるが、貴事業所の作業項目に、本人の希望する作業項目が無いため。 5．その他（)

問3．過去5年間～現在、難病のある人が貴施設を利用したことがありますか。

1．利用したことがある	2．利用したことがない
-------------	-------------

問4．難病のある人が貴施設を利用する場合に入手したい情報は何か。（複数回答可）

1．主治医の意見書 2．自己管理：本人が自分の体調のどんなところを注意しなくてはならないか。 3．安全上制限すべき作業や業務の有無：施設が注意しなければならない疾患特有の注意事項。 4．その他（)
--

以下は、貴事業所が提供するサービス全般についてお尋ねします。

問5．現在送迎サービスはありますか。また送迎サービスを利用する場合は有料かどうかお答えください。

1．有（有料： 円/月 ・ 無料）	2．無
-------------------	-----

問6．事業所へのアクセスは公共交通機関が利用できますか。また利用可能な場合は最寄の停留所・駅まで徒歩でどのくらいですか。

1．有（バス・電車の駅から徒歩で 分ほど）	2．無
-----------------------	-----

問7．事業所の建物内は、車椅子での利用が可能ですか。

1．可能	2．困難
------	------

問8．事業所の設備・機器（ドアノブ、机など）は誰もが使用しやすいユニバーサルデザインになっていますか。

1．はい	2．いいえ
------	-------

問1で、利用していると回答された方は、次ページへお進みください。

その他の方は、ここで終了です。同封の封筒に入れご返送ください。

ご協力、ありがとうございました。

以下の設問は、現在、難病のある人を受け入れている事業所の方へお伺いいたします。

問9 13. 同封した難病130疾患一覧表をご覧頂き、現在貴事業所を利用中である難病のある人の疾患番号と
そのかたの利用状況についてお答えください。関節リウマチの疾患番号は0を記入してください。

	問9	問10	問11	問12	問13
利用者	疾患番号	障害者手帳 0.なし 1.身体 2.知的 3.精神	平均利用日数 (日/月) 小数点以下 四捨五入	平均利用時間 (時間/日) 小数点以下 四捨五入	主な訓練内容 下記の選択肢*より選択 (複数回答可)
例	88	1	20	6	19
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

*問13. 主に行っている代表的な訓練内容は何ですか。(選択し上記表に記入。複数回答可能)

1. 一般事務 2. 電話交換等の受付業務 3. 農業・畜産 4. クリーニング 5. 販売 6. 清掃
7. 飲食店・喫茶 8. 介護 9. 配達 10. シュレッダー 11. リサイクル 12. 軽作業
13. パソコンなど情報関連 14. 印刷 15. 製造 16. 食品加工 17. 木工 18. 縫製
19. 鍼灸 20. その他()

問14. 難病のある人に対して貴事業所でその疾患ゆえに配慮をしていますか。

1. 有	2. 無
------	------

問15. 問14で有りとお答えしたかたにお聞きします。その配慮とはどのようなものですか。また今後改善したいと思っ
ていることはありますか。下記の選択肢より選択し番号をお答えください。(複数回答可)

問15-1. 現在、行っている配慮	問15-2. 今後さらに改善したいこと

1. 作業時間について 2. 作業場所について 3. 作業内容について 4. 休憩について
5. 通院について 6. 作業の進め方について 7. コミュニケーションについて
8. その他()

これで終了となります。同封の封筒に入れご返送ください。
ご協力ありがとうございました。