

休職中の就労系福祉サービス利用実態調査

<本調査へのご協力のおお願い>

本調査は、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）において休職中の方の利用実態を把握することを目的としています。

ご回答頂きましたら、同封の返信用封筒にて、平成28年7月31日までにご投函ください（切手は不要です）。

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3006）
メール：nanbyo@rehab.go.jp
担当：中村・深津

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）：

事業所番号がご不明な場合は、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

サービスの種類（該当するものに をつけてください。複数回答可能）：

就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型

利用定員：（複数の場合はそれぞれの定員をお書きください。）

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、休職中の人の利用についてお尋ねします。

問1. 休職中の人が貴事業所の利用を希望したことがありますか。

1. ある	2. ない
-------	-------

問2. 問1で「ある」場合、実際に利用しましたか。

1. 利用した	2. 利用しなかった
---------	------------

2. ないと回答した方は、質問は終わりです。
ありがとうございました。

問3. 問2で「利用しなかった」場合、理由は何ですか。

()

問4. 現在、休職中の人が貴事業所を利用していますか。利用している場合は人数をお書きください。

1. 利用している：()名	2. 利用していない
----------------	------------

2. 利用していないと回答した方は、質問は
終わりです。ありがとうございました。

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4で、利用していると回答された方は、次の問5－9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、休職中の人を受け入れている事業所の方へお伺いいたします。

問5—問9. 現在貴事業所を利用中である休職中の人の利用状況についてお答えください。

(休職中の利用者が10名を超える場合は、サービス利用を開始した順に10名分お書きください。)

	問5	問6	問7	問8	問9
利用者	障害者手帳 0. なし 1. 身体 2. 知的 3. 精神	障害が難病、発達障害、高次脳 機能障害に該当するか	平均 通所日数 (日/月) 小数点以下 四捨五入	賃金/工賃 等の有無	利用予定期間
例)	1	非該当、(難病) 発達、高次	16	あり	3ヶ月
1		非該当、難病、発達、高次			
2		非該当、難病、発達、高次			
3		非該当、難病、発達、高次			
4		非該当、難病、発達、高次			
5		非該当、難病、発達、高次			
6		非該当、難病、発達、高次			
7		非該当、難病、発達、高次			
8		非該当、難病、発達、高次			
9		非該当、難病、発達、高次			
10		非該当、難病、発達、高次			

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。