

平成29年度厚生労働科学研究

難病のある人に対する就労系福祉サービスにおける合理的配慮に関する調査票

この調査票は無記名のため個人が特定されることはなく、調査結果を公表する場合は割合や合計などの数値で示します。この調査に協力いただける方は文頭の に^レを記し、以下の設問にお答えください。ご本人による記載が困難な場合は、代筆で結構です。ご本人が未成年の場合は、親権者等のご了解を得て下さい。

以下の設問にお答えください。ご本人による記載が困難な場合は、代筆で結構です。

アンケートのご記入者(1つだけ選んで)

1.ご本人	2.ご家族	3.その他()
-------	-------	----------

ご本人のプロフィールについてお伺いします

問1-1 ご本人の性別(1つだけ選んで)

1.男性	2.女性
------	------

問1-2 ご本人の年齢 _____ 歳

問1-3 ご本人がお住まいの都道府県(1つだけ選んで)

1. 北海道	9. 栃木県	17. 石川県	25. 滋賀県	33. 岡山県	41. 佐賀県
2. 青森県	10. 群馬県	18. 福井県	26. 京都府	34. 広島県	42. 長崎県
3. 岩手県	11. 埼玉県	19. 山梨県	27. 大阪府	35. 山口県	43. 熊本県
4. 宮城県	12. 千葉県	20. 長野県	28. 兵庫県	36. 徳島県	44. 大分県
5. 秋田県	13. 東京都	21. 岐阜県	29. 奈良県	37. 香川県	45. 宮崎県
6. 山形県	14. 神奈川県	22. 静岡県	30. 和歌山県	38. 愛媛県	46. 鹿児島県
7. 福島県	15. 新潟県	23. 愛知県	31. 鳥取県	39. 高知県	47. 沖縄県
8. 茨城県	16. 富山県	24. 三重県	32. 島根県	40. 福岡県	

問1-4 一緒に暮らしている人について(いくつでも)

1. 一人暮らし	3. 親	5. 兄弟姉妹	7. 孫
2. 配偶者	4. 子または子の配偶者	6. 祖父母	8. その他 ()

問1-5 主な介助者について(いくつでも)

1. 介助は不要	4. 子または子の配偶者	7. 孫	10. その他()
2. 配偶者	5. 兄弟姉妹	8. 公的ヘルパー	11. 介助を必要としているが、頼める人がいない
3. 親	6. 祖父母	9. 私的ヘルパー	

問1-6 外出について(いくつでも)

1. 独りで可能	2. 付き添いが必要	3. 車で送迎が必要	4. その他()
----------	------------	------------	-----------

問1-7 現在の住まいについて(1つだけ選んで)

1. 自己(家族)所有	3. 社宅・公務員住宅	5. グループホームや福祉施設などを利用
2. 賃貸(民間・公営)	4. 入院中	6. その他()

問1 - 8 別添の障害者総合支援法の対象疾病一覧から現在罹患している疾患名または番号を記入して下さい。

障害者手帳の受給状況等についてお伺いします

問2 - 1 所持する障害者手帳すべてに をつけ、等級、種類にも をつけて下さい。

1. 身体障害者手帳(1級・2級・3級・4級・5級・6級・7級) (1種・2種) (7級は手帳の交付はなし)
2. 精神障害者保健福祉手帳(1級・2級・3級)
3. 療育手帳(A(重度)・B(その他の場合))
お住まいの地域によって愛護手帳、みどりの手帳、愛の手帳ともいいます
4. 取得していない 問2 - 2へ

問2 - 2 障害者手帳を取得していない理由について、おもなもの1つだけ選んで をつけて下さい。

1. 必要がない
2. 手帳の制度を知らなかった
3. 取得したいができなかった(「対象に該当しない」と言われたなど)
4. 取得をすすめられなかった(「1, 2級でないともあまり意味がない」と医療機関等と言われたなど)
5. 取得したくなかった
6. その他(理由: _____)

就労系障害福祉サービスの利用状況や意向についてお伺いします

就労系障害福祉サービスとは、障害者総合支援法に基づく、1)就労移行支援、2)就労継続支援A型、3)就労継続支援B型の3つの事業を指します。(お住まいの自治体経由で利用します)

就労移行支援	就労を希望する65歳未満の障害者で、通常の事業所(企業等)に雇用されることが可能と見込まれる方に対して、就労に必要な知識や訓練、就労に関する相談や支援を行います。利用期間は2年間です。
就労継続支援A型	企業等に就労することが困難な方に対して、雇用契約に基づく生産活動の機会の提供や、知識および能力の向上のために必要な訓練などを行います。利用期間に制限はなく、賃金が支給されます。
就労継続支援B型	雇用契約に基づく就労が困難な方に対し、生産活動などの機会の提供、知識および能力の向上のために必要な訓練などを行います。利用期間に制限はなく、作業に対して工賃が支給されます。

問3 - 1 就労系障害福祉サービスの制度があることを知っていましたか。(1つだけ選んで)

1. 知っていた	2. 知らなかった
----------	-----------



問3 - 2へお進みください



問3 - 3へお進みください

問3 - 2 この制度についてどこで知りましたか。(複数回答可) ⇐⇒ 問3 - 4へお進み下さい

- | | |
|------------------------|-----------------------------|
| 1. 医療機関(主治医、看護師、相談員など) | 6. 職業訓練施設(ハローワーク、障害者職業センター、 |
| 2. 市役所(町・区役所等も含む)の相談窓口 | 障害者就業・生活支援センター、職業訓練校など) |
| 3. 保健所(保健師)、健康福祉センター等 | 7. インターネット |
| 4. 難病相談・支援センター | 8. 家族・親戚・知人・友人 |
| 5. 同じ疾患や障害のある人や団体 | 9. その他() |

問3 - 3 今後この制度について知りたいですか。

- | | | | |
|---------|-------|----------|-----------|
| 1. 知りたい | 2. 不要 | 3. わからない | 4. その他() |
|---------|-------|----------|-----------|

問3 - 4 就労系障害福祉サービス(就労移行支援事業、就労継続支援A型事業、就労継続支援B型事業)を利用したことがありますか。1つだけ選んで をつけて下さい。

1. 現在利用している または利用したことがある	2. 利用したことはない
-------------------------------------	---------------------

問3 - 5へお進みください

(現在利用していない方は、利用していたときのこと
についてお答えください。)

問3 - 15へお進みください

問3 - 5 現在利用している、または利用したことのあるサービスに をつけてください。

- | | | | |
|-----------|-------------|-------------|----------|
| 1. 就労移行支援 | 2. 就労継続支援A型 | 3. 就労継続支援B型 | 4. わからない |
|-----------|-------------|-------------|----------|

問3 - 6 利用を開始した時期について、該当するものに をつけてください。

- | |
|-------------------------------------|
| 1. 平成29年4月以降(障害者総合支援法の対象が358疾病に拡大後) |
| 2. 平成25年4月～平成29年3月 (障害者総合支援法施行後) |
| 3. 平成18年4月～平成25年3月 (障害者自立支援法施行後) |
| 4. 平成18年3月以前 |

問3 - 7 平均通所日数について(小数点以下四捨五入) 1週間あたり _____日

問3 - 8 平均就労時間について(小数点以下四捨五入) 1日あたり _____時間

問3 - 9 平均工賃、賃金について(小数点以下四捨五入) 1か月あたり _____円

問3 - 10 利用している事業所で行っている主な仕事内容について(いくつでも)

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

問3 - 11 利用している事業所で、事業所の職員からあなたの疾患について配慮を受けていますか。

1. 十分に受けている	2. 受けているが足りない	3. 受けていない	4. わからない
5. その他()			

問3 - 12 問3 - 11で配慮を「受けている」と答えた方伺います。その配慮とはどのようなものですか。また今後受けたい配慮はどのようなものですか。(いくつでも)

		配慮を受けている	配慮を受けたい
移動 設備	1. 送迎サービス(自宅や最寄り駅)		
	2. 事業所内のバリアフリー		
	3. 車での通所		
	4. 歩行介助、見守り、声かけ、安全確認、誘導、目印など		
	5. 事業所の設備・機器(ドアノブ、机など)が誰もが使用しやすいユニバーサルデザインである		
仕事内容 や進め方	6. これまでの経験が活かせる仕事の提案		
	7. 希望する仕事につける		
	8. その日の体調に合わせて仕事内容に変更することができる		
	9. 仕事のしやすい器具の配置や専用の器具の用意		
	10. 難病のある人が可能な作業を増やしている		
仕事場所	11. 症状に応じて適切な仕事場所の配慮(移動が少ない、階段を使用しなくてすむ、トイレに近い場所など)		
	12. 明るさ、紫外線防止、室温、湿度の調整		
仕事時間	13. 体調に合わせた仕事時間(午前中体調がすぐれないので午後からの仕事など)		
	14. 天候や体調を考慮した来所日の調整		
休息 負担軽減	15. 休息場所(横になれる場所など)の用意		
	16. 定期的に休息やトイレ休憩を促す声かけ		
	17. 当番制の業務の免除		
	18. 負荷(重いものの運搬、姿勢、時間、量)の軽減		
	19. 在宅勤務ができる		

医療 介助	20. 事業所内での体調の把握		
	21. 起こりやすい症状を把握し、前もって予防する対策		
	22. 関係医療機関との情報交換		
	23. 通院の付き添い		
	24. 医療ケア（吸引、経管栄養、導尿、ストーマなど）の対応		
	25. 服薬管理		
	26. 食事制限や嚥下状態に対応した食事		
	27. 通院日の優先		
	28. トイレや食事の介助		
就労支援	29. 適性への配慮を含めた就職活動支援		
	30. 復職や勤務する会社に対して疾病の特徴や必要な配慮の説明		
コミュニ ケーショ ン	31. 障害特性に合わせたコミュニケーションのとり方を工夫		
	32. スタッフや他の利用者の疾病についての理解		
	33. 利用者同士が交流する機会		

問3 - 13 問3 - 11で配慮を「受けていない」と答えた方に伺います。今後受けてたい配慮はどのようなもので
すか。問3 - 1 2の質問項目（1～33）から当てはまるものをすべて選択し番号をお答えくだ
さい。（複数回答可）

問3 - 14 就労系福祉サービスを利用したことがあり、現在は利用していない方に伺います。
現在利用していない理由はなんですか。（いくつでも）

1. 通常の事業所(企業など)に就職した
 2. 病状変化があり、治療に専念することになった
 3. サービス内容に不満、困難があった(やりがいのある仕事が少ない、就職につながる訓練や支援がない等)
 4. 設備や環境に不満、困難があった(通所が困難、段差がある・スロープがないなど建物が利用しづらい、休憩室がない等)
 5. 収入が少なく利用を中止した
 6. その他()

問3 - 15 問3 - 4で「利用したことはない」と答えた方に伺います。今後就労系福祉サービスの利用を検討したいですか。(1つだけ選んで)

1. 検討したい	2. 不要である	3. わからない	4. その他()
----------	----------	----------	-----------

問3 - 16 問3 - 15で「検討したい」と答えた方に伺います。どのサービスの利用を検討したいですか。また、実際に利用する場合に受けたい配慮はどのようなものですか。(いくつでも)

1) 利用を検討したいサービス

1. 就労移行支援	2. 就労継続支援A型	3. 就労継続支援B型	4. わからない
-----------	-------------	-------------	----------

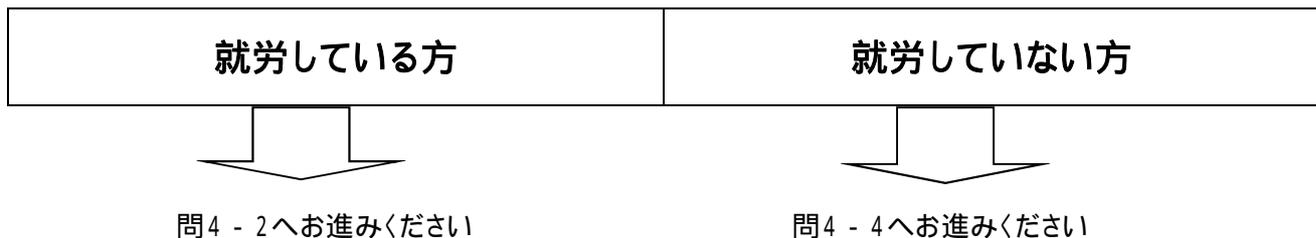
2) 実際に利用する場合に受けたい配慮はどのようなものですか。問3 - 12の質問項目(1~33)から当てはまるものをすべて選択し番号をお答えください。(複数回答可)

--

就労状況についてお伺いします

*ここでいう就労とは、金額の多少に関わらず、賃金を得ているものを指します。したがって前項目で伺った就労系障害者福祉サービスを利用し賃金(工賃)を得ている福祉的就労のかたも「就労している」に該当します。

問4 - 1 最近6ヶ月(平成29年10月1日現在)の収入を伴う就労状況について



問4 - 2 就労している方に伺います。現在のおもな雇用形態について(1つだけ選んで)

1. 正社員 / 正規職員	3. 在宅就業 / 家内労働	5. 就労移行/就労継続支援事業所
2. 正社員以外 / 正規職員以外 (派遣・契約・パートタイム等)	4. 自営業 / 家族従事者	6. その他 ()
		7. わからない

問4 - 3 問4 - 2で1または2に該当する方は、法定雇用率に基づく障害者雇用枠での採用か否かをお答えください。(1つだけ選んで)

1. 障害者雇用である	2. 障害者雇用ではない	3. わからない	⇒ 問5 - 1へお進みください
-------------	--------------	----------	------------------

問4 - 4 就労していない方に伺います。就労していない理由(いくつでも)

- | | | | |
|----------|------------|-------------|------------|
| 1. 治療に専念 | 3. 体力低下 | 5. 家事・学業に専念 | 7. 働く必要がない |
| 2. 高齢 | 4. 常に介護が必要 | 6. 適職がない | 8. その他() |

問4 - 5 就労の希望について(1つだけ選んで)

- | | |
|---------------------|----------------------|
| 1. 就労したいと思わない・必要がない | 3. 現在、就職活動中または活動する予定 |
| 2. 就労したいが難しい | 4. その他() |

問4 - 6 就労する上で、希望することについて(いくつでも可)

- | |
|--|
| 1. 就労支援(条件にあう職探し、手続き、職場への難病の説明など)をしてほしい |
| 2. 職場での病気への理解がほしい |
| 3. 状態に応じて休憩時間や休暇がほしい |
| 4. 障害雇用率制度の下で働きたい |
| 5. 職場で身体介護サービスを利用したい |
| 6. 職場で医療ケア(たんの吸引・吸引器、経管栄養、導尿、呼吸器、酸素、IVHなど)ができる状況 |
| 7. ワークシェア(作業分担して働きたい、あるいは同じ作業を複数の人としたい) |
| 8. 今までの経験を生かして働きたい・やりがいのある仕事がしたい |
| 9. バリアフリー(トイレ・エレベーター・スロープ)環境 |
| 10. 職場までの交通手段の補助(付き添い者、送迎、タクシー券補助等) |
| 11. 在宅就労 |
| 12. その他() |

家計(経済状況)についてお伺いします

問5 - 1 あなたのおもな収入について(いくつでも)

- | | | | |
|-------------|----------|------------|--------|
| 1. 給料・賃金・工賃 | 3. 手当 | 5. 仕送り | 7. その他 |
| 2. 年金 | 4. 生活保護費 | 6. 事業・財産収入 | () |

問5 - 2 年収について(税金や社会保険料を含んだ総額)

- 1)あなたご本人の年収 (万円/年)そのうち就労による所得(万円/年)
- 2)あなたの世帯全体の年収(万円/年)

その他に、就労支援へのご要望やご意見がありましたらご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。本調査票を返信用封筒に封入し、
平成29年11月30日までにご投函くださいますよう、お願いいたします。

