

就労継続B型事業所用

難病のある人の全国の就労系福祉サービスの利用環境調査

<本調査へのご協力のお願い>

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）において実施中あるいは実施可能な、難病のある人に対する利用環境および合理的配慮について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29年10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障害者総合支援法の対象となる難病疾病（同封の難病一覧表）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（平成29年4月に施行された障害者総合支援法に定める358疾病をさします）

利用定員：

事業開始年月日：

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1. 貴事業所の状況についてあてはまるものに○印をつけてください。

		はい	いいえ	場合による
移動設備	1. 送迎サービスを行っている			
	2. 事業所内がバリアフリーである			
	3. 車での通所を許可している			
	4. 歩行介助、見守り、声かけ、安全確認、誘導、目印などを行っている			
	5. 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る			
作業内容や進め方	6. これまでの経験が生かせる作業を提案している			
	7. 希望する作業につけるようにしている			
	8. その日の体調に合わせた作業内容に変更することができる			
	9. 作業のしやすい器具の配置や専用の器具を用意している			
	10. 難病のある人が可能な作業を増やしている			
作業場所	11. 症状に応じて適切な作業場所を配慮している（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、湿度の調整をしている			
作業時間	13. 体調に合わせた作業時間（午前中体調がすぐれないので午後からの作業など）にしている			
	14. 天候や体調を考慮して来所日を調整できるようにしている			
休息負担軽減	15. 休息場所（横になれる場所など）を用意している			
	16. 定期的に休息やトイレ休憩を促す声かけをしている			
	17. 当番制の業務を免除している			
	18. 負荷（重いものの運搬、姿勢、時間、量）を軽減している			
	19. 在宅勤務ができるようにしている			
医療介助	20. 来所中の体調を確認している			
	21. 起こりやすい症状を把握し、前もって予防する対策をしている			
	22. 関係医療機関との情報交換をしている			
	23. 通院の付き添いをしている			
	24. 医療ケア（吸引、経管栄養、導尿、ストーマなど）に対応している			
	25. 服薬管理をしている			
	26. 食事制限や嚥下状態に対応した食事を用意している			
	27. 通院日の配慮をしている（通院を優先）			
28. トイレや食事の介助をおこなっている				
就労支援	29. 適性への配慮を含めた就職活動支援を行っている			
	30. 勤務、復職する会社に対して疾病の特徴や必要な配慮の説明をしている			
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している			
	32. スタッフや他の利用者が疾病について理解するよう努めている			
	33. 利用者同士が交流する機会をもうけている			

以下は、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2～問5の質問について、該当するものに○をつけてください。

問2. 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. 問3で「利用したことがない」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対応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：医療ケアは不要だが、付き添いが常時必要、多機能トイレが必要など。） 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5. 難病のある人を貴事業所で受け入れる場合に把握したい情報は何か。（複数回答可）

1. 主治医の意見書等、医療情報 2. 本人が自分自身の疾病をどれだけ理解しているか、自身で行っている体調管理について 3. 事業所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6—問11. 同封した難病358疾患一覧表をご覧ください、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。

	問6 疾患番号	問7 障害者手帳 0. なし 1. 身体 2. 知的 3. 精神	問8 平均 通所日数 (日/月) 小数点以下 四捨五入	問9 平均 利用時間 (時間/日) 小数点以下 四捨五入	問10 平均賃金 (工賃) (円/月) 小数点以下 四捨五入	問11 主な作業内容 次項の選択肢* より選択 (複数回答可)
例)	6	1	16	5	56000	1、12
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

*問11. 主に行っている代表的な作業内容は何ですか。(選択し、上記表に記入。複数回答可能)

1. 一般事務	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12. 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13. 問12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。問1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13-1. 現在、行っている配慮	問13-2. 今後さらに改善したいこと

問14. この他に難病のある人の希望に応じておこなっている個別の調整や変更があれば具体的にご記入ください。例) 急な発熱、疲労、症状の変動、症状の進行、痛み、などへの対応

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