

「重度訪問介護利用者の就労に関する調査」調査票

(厚生労働省 令和元年度障害者総合福祉推進事業)

<調査の目的>

○本調査は重度訪問介護事業所を対象に、常時介護が必要な方の就労状況についてお伺いするものです。本調査の趣旨をご理解の上、調査にご協力いただきますよう何卒宜しくお願いたします。

<ご回答にあたってのお願い>

○本調査にお答えいただいた内容は、常時介護が必要な方の就労状況の実態を把握することを目的として集計・分析し、その内容は報告書として取りまとめられます。

○本調査における個人情報の取り扱いにつきましては、下記の個人情報保護方針に則り厳重に管理いたします。

(個人情報の収集、利用及び提供) 個人情報の収集にあたっては収集目的を明確にし、適法かつ公正な手段によって個人情報を収集し、収集目的の範囲内で個人情報を利用します。また、本人の同意のある場合及び法令で許容されている場合を除き、収集した個人情報を第三者に提供いたしません。

(個人情報の安全対策) 個人情報の紛失、破壊、改ざん及び漏えい、個人情報の不正アクセスなどを防止するため、委託先を含めた情報セキュリティ対策を確立し、確実に実施いたします。

(法令及び規範の遵守) 個人情報の取り扱いにおいて、当該個人情報の保護に適用される法令及びその他の規範を遵守いたします。

<調査表の回答期限>

○本調査の添付された返信用封筒(切手不要)にて、**令和元年11月7日(木)までに**最寄りの郵便ポストに投函してください。

<調査実施主体・問い合わせ先>

一般社団法人コ・イノベーション研究所

連絡先住所 東京都墨田区両国2-9-5 TKF 第二会館三階

担当者名 橋本・毛利 電話番号 03-6659-5775 メール info@coil.or.jp

令和元年9月1日現在の状況について、以下のご質問にお答えください。

I 重度訪問介護事業所の概要について

問1 貴事業所の重度訪問介護の利用者数をお答えください。

利用者数	人
------	---

* (注) 複数の事業所から重度訪問介護のサービスを受けている利用者については、主たる事業所において利用者数に含めて記入してください。(従たる事業所は当該利用者を上記利用者数にカウントしないでください。)

問2 利用者の障害支援区分についてお答え下さい。あわせて、障害支援区分6の利用者については下記三類型についてもお答えください。

I 類型：四肢全てに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者であって、人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者(筋ジストロフィー、脊髄損傷、ALS、遅延性意識障害等)

II 類型：最重度知的障害者(重症心身障害者)

III 類型：障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者(強度行動障害のある者)

区分4	人						
区分5	人						
区分6	人	うち I 類型	人	うち II 類型	人	うち III 類型	人

II サービス利用者の就労状況について

問3 現在、重度訪問介護利用者で就労している方はいますか。当てはまる方に○をつけて下さい。また就労*している方がいる場合は、人数をお答え下さい。

* (注) 「就労している」とは、

①通勤又は在宅により企業等で雇用されて働いている(ただし、就労継続支援A型事業所で雇用されている場合は除く。)

②自営や請負等により何らかの収入を得て働いている
いずれかの場合を指します。

就労している方が	a	いる	(人)
	b	いない		

問4 問3で就労している方が「いる」と回答した事業所にお伺いします。

就労している方の状況について、就労している方ごとに「障害支援区分」「三類型」「就労の形態」「障害状況」について、お答えください。

障害状況については、当てはまる障害の状況すべてに○をつけてください。

* (注) 複数の事業所で重度訪問介護を利用している方については、主たる事業所が記入をしてください。

* (注) 三類型については、障害支援区分6の方のみ記入をしてください。

* (注) 就労の形態については、①・②の両方の形態で働いている方は、両方の該当するアルファベットに○をつけてください。

* (注) 障害状況について、重複障害がある方はそれぞれの欄に○をつけてください。

* (注) 事業所で把握していない場合は、可能な範囲で記入してください。

* (注) 記入欄が足りない場合は、コピーや手書き等で追記してください。

就労している利用者	障害支援区分	三類型	就労の形態		障害状況												
			①企業等で雇用されて働いている	②自営や請負等で働いている	視覚障害	聴覚・平衡機能障害	音声・言語機能障害	そしやく機能障害	肢体不自由(上肢)	肢体不自由(下肢)	脳病変運動機能障害	内部障害	知的障害	精神障害	難病等		
記入例	a 4 b 5 c 6	a I類型 b II類型 c III類型	a 通勤して企業等で働いている b 在宅で働いている	a 自宅外で働いている b 在宅で働いている					○	○							
					週1日は通勤、週3日は在宅で働いている方(障害支援区分6、I類型の方)の記入例												
A	a 4 b 5 c 6	a I類型 b II類型 c III類型	a 通勤して企業等で働いている b 在宅で働いている	a 自宅外で働いている b 在宅で働いている													
B	a 4 b 5 c 6	a I類型 b II類型 c III類型	a 通勤して企業等で働いている b 在宅で働いている	a 自宅外で働いている b 在宅で働いている													

就労している利用者	障害支援区分	三類型	就労の形態		障害状況											
			①企業等で雇用されて働いている	②自営や請負等で働いている	視覚障害	聴覚・平衡機能障害	音声・言語機能障害	そしやく機能障害	肢体不自由(上肢)	肢体不自由(下肢)	脳病変運動機能障害	内部障害	知的障害	精神障害	難病等	
C	a 4	I 類型 II 類型 III 類型	a 通勤して企業等で働いている	a 自宅外で働いている												
	b 5		b 在宅で働いている	b 在宅で働いている												
	c 6															
D	a 4	I 類型 II 類型 III 類型	a 通勤して企業等で働いている	a 自宅外で働いている												
	b 5		b 在宅で働いている	b 在宅で働いている												
	c 6															
E	a 4	I 類型 II 類型 III 類型	a 通勤して企業等で働いている	a 自宅外で働いている												
	b 5		b 在宅で働いている	b 在宅で働いている												
	c 6															
F	a 4	I 類型 II 類型 III 類型	a 通勤して企業等で働いている	a 自宅外で働いている												
	b 5		b 在宅で働いている	b 在宅で働いている												
	c 6															
G	a 4	I 類型 II 類型 III 類型	a 通勤して企業等で働いている	a 自宅外で働いている												
	b 5		b 在宅で働いている	b 在宅で働いている												
	c 6															
H	a 4	I 類型 II 類型 III 類型	a 通勤して企業等で働いている	a 自宅外で働いている												
	b 5		b 在宅で働いている	b 在宅で働いている												
	c 6															

問5 現在、重度訪問介護利用者で就労していない方のうち、通勤又は就労時間中に身体介護等の支援が得られれば就労したいと考えている方がいますか。(把握されている範囲で結構です。)

通勤又は就労時間中に身体介護等の支援が得られれば
就労したいと考えている方が

a いる (人)

b いない

問6 問5で「いる」と回答した事業所にお伺いします。その方が就労したと仮定した場合、どのような場面で支援が必要になると考えられますか。当てはまるものに○をつけて下さい。(複数回答可。把握されている範囲で結構です。)

「m その他」を選択された場合は、空欄に支援が必要な具体的な場面等を記載して下さい。

a 通勤中の移動 b 職場内の移動 c 就労中の見守り d 姿勢の調整 e 仕事に必要な機器の使用(*1)

f 執務環境整備(*2) g 職場関係者とのコミュニケーション h トイレの利用 i 食事 j 給水

k 呼吸器などの装置調整 l わからない

m その他 ()

(*1) 仕事に使用するPCの立ち上げ、補助具の準備等

(*2) 本人が使用するデスク等の周辺整理、エアコンの室温管理等

III その他

問7 本調査では就労状況等をより詳細にお伺いするためにヒアリングによる調査(令和元年12月～令和2年1月頃)を予定しています。ヒアリングにご協力いただける内容について、当てはまるものに○をつけて下さい。

a 訪問によるヒアリングが可能 b 電話によるヒアリングが可能

c メールや文書によるヒアリングが可能 d ヒアリングの協力不可能

最後に、差し支えなければ調査の参考とするため回答者欄のご記入をお願いいたします。問7でヒアリングに協力いただけると回答いただいた事業所につきましては、必ずご記入をお願いいたします。

<回答者>

法人名			
事業所名			
回答者所属 (部署・役職)		(フリガナ) 回答者名	
住 所			
電話番号		指定を受けた 時期	(西暦) 年 月
F A X		メール	

調査は以上です。お忙しいところご協力いただき、有り難うございます。