

就労移行支援事業所における就労支援活動の実態に関する調査 事業所概況調査

(A 票)

■本調査概要と活用目的

本調査は厚生労働省「平成 21 年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）」にもとづき、就労移行支援事業所の職員（サービス管理責任者・就労支援員）の皆様方の「就労支援活動」の実態把握を目的として実施されるものです。

調査の内容は、皆様方の勤務されている事業所の概況についてお伺いするもの（A 票：本調査票）と、貴事業所のサービス管理責任者および就労支援員の方の日々の活動の状況についてご記入をいただくもの（B 票）との 2 種類があります。

調査結果は本調査のために組成された有識者研究会（座長：埼玉県立大学 朝日雅也 教授）の中で協議され、今後の障害者就労支援のために活用される予定です。

つきましては、お忙しいところ大変恐縮ではございますが、本調査にご協力をいただきたく何卒お願いを申し上げます。

なお、本調査の回答結果は調査・研究目的以外に利用されることはございません。また、報告書にはご回答いただいた内容を統計処理したデータのみを活用し、個人が特定されることも一切ございません。

■調査実施主体及び本調査事業に関するお問い合わせ先

【本調査に対するマニュアル掲載先】 <http://www.yokohama-ri.co.jp/fukushi/index.html>

調査内容についてご不明な場合は、上記 URL をご確認ください。

【実施主体】 株式会社浜銀総合研究所

【住 所】 神奈川県横浜市西区みなとみらい 3-1-1 横浜銀行本店ビル 4 階

【電子メール】 shurou@yokohama-ri.co.jp

【担 当】 地域戦略研究部 加藤、田中 経営コンサルティング部 東海林（トウカイリン）

■ご回答いただくにあたって

- 本調査票は貴事業所のサービス管理責任者の方がご記入ください。もし、何らかの事情によりサービス管理責任者の方にご記入をいただけない場合は、就労援助（支援）を担当されている方の中で、当該業務の担当年数が最も長い職員の方がご記入ください。
- 文中に「事業所」という表現がありますが、就労移行支援事業所のことを指すものとお考えください。
- 返信は調査票配布時に渡される返信用封筒に B 票とともに封入し、弊社宛にお送りください。
- ご回答いただいた結果につきましては、弊社にて分析を行った後、平成 22 年 6 月頃を目途に、上記 URL にて公開する予定です。

■調査内容について

- 本調査票（A 票）では、貴事業所の概況についてお伺いします。
- 事業所概況に関する各設問の内容について、ご不明な点がある場合には、貴事業所の事業報告書や施設長にご確認の上、ご記入をいただければと考えております。
- 事業所の概況についてお伺いをした上で、B 票において、サービス管理責任者および就労支援員の方の活動状況についてご記入をいただきます。

1 貴事業所における設置概要についてお伺いします。(平成21年11月30日現在)

- (1) 設置主体を以下から選んでください。 記号を1つお書きください。
 (2) 経営(運営)主体を以下から選んでください。 記号を1つお書きください。

- | | | |
|-------------------|-----------|---------|
| 1. 自治体(都道府県・市区町村) | 2. 社会福祉法人 | 3. 財団法人 |
| 4. 社団法人 | 5. 事業団 | 6. 医療法人 |
| 7. 特定非営利活動法人 | 8. その他() | |

- (3) 貴事業所が、新体系の「就労移行支援事業所」に移行した時期について教えてください。
数字をお書きください。

平成	年	月	頃
----	---	---	---

- (4) 貴事業所における新体系の「就労移行支援事業所」となる前の事業種別について教えてください。

- | | | |
|-----------------|-------------------|----------------|
| 1. 身体障害者入所授産施設 | 2. 重度身体障害者授産施設 | 3. 身体障害者通所授産施設 |
| 4. 身体障害者福祉工場 | 5. 知的障害者入所授産施設 | 6. 知的障害者通所授産施設 |
| 7. 知的障害者福祉工場 | 8. 知的障害者通所寮 | 9. 知的障害者福祉ホーム |
| 10. 精神障害者通所授産施設 | 11. 精神障害者生活訓練施設 | 12. 精神障害者福祉ホーム |
| 13. 小規模通所授産施設 | 14. 小規模作業所(法定外施設) | |
| 15. その他(具体的に | |) |

- (5) 貴事業所における職員構成を教えてください。人数をお書きください。

職種	常勤	非常勤	合計
管理者	人	人	人
サービス管理責任者	人	人	人
職業指導員	人	人	人
生活支援員	人	人	人
就労支援員	人	人	人
その他	人	人	人

2 貴事業所における利用者状況についてお伺いします。(平成21年11月30日現在)

- (1) 利用者定員についてお伺いします。

- ① 利用者定員数は何人ですか?(平成21年11月30日現在) 人
 ② 提供サービス別ごとの定員数はありますか?ある場合はその人数をご記入下さい。

1. ない 2. ある (ある場合は下表に人数を記載してください)

提供サービスの種類	人数
就労移行支援	人
就労継続支援B型	人
就労継続支援A型	人
日中生活支援	人
その他 (具体的に	人

③ 障害種別ごとの定員はありますか？ある場合はその人数をご記入ください。

1. ない 2. ある (ある場合は下表に人数を記載してください)

障害の種類	人数
身体障害（肢体不自由、視覚障害、聴覚言語障害、内部障害を含む）	人
精神障害（統合失調症、そううつ病、神経症、てんかん、発達障害を含む）	人
知的障害（ダウン症、自閉症を含む）	人
その他（具体的に ）	人

(2) 利用者現員数についてお伺いします。

① 利用者現員数は何人ですか？（平成21年11月30日現在）

人

② 提供サービス別ごとの現員数をお答え下さい。

提供サービスの種類	人数
就労移行支援	人
就労継続支援B型	人
就労継続支援A型	人
日中生活支援	人
その他（具体的に ）	人

③ 障害種別ごとの現員数をお答えください

障害の種類	人数
身体障害（肢体不自由、視覚障害、聴覚言語障害、内部障害を含む）	人
精神障害（統合失調症、そううつ病、神経症、てんかん、発達障害を含む）	人
知的障害（ダウン症、自閉症を含む）	人
その他（具体的に ）	人

(3) 利用者の作業時間、作業日数、工賃についてお答えください。

(平成20年度実績 小数点第一位以下は四捨五入した整数でお答えください)

① 利用者一人当たりの年間総所定作業時間（平均）

時間

② 年間の総所定内作業日数

日

③ 平均工賃（月額）

円

(4) あなたが所属する法人に、あなたが勤務する事業所以外の提供サービスはありますか？

1. ない 2. ある

2. あるとお答えになった方にお伺いします。

それはどんなサービスですか、以下からすべて選んでください。記号をすべてお書きください。

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1. 訪問・通所サービス（居宅介護・行動援護など） | 2. 日中活動支援（療養、生活介護） |
| 3. 日中活動支援（就労支援、自立訓練など） | 4. 居住支援（施設入所、ケアホームなど） |
| 5. 居住支援（グループホームなど） | 6. 日常生活・相談支援（地域活動支援センターなど） |
| 7. 就労継続支援A型 | 8. 就労継続支援B型 |
| 9. その他（ ） | |

3 貴事業所における民間企業等への一般就労実現へ向けた取組の状況についてお伺いします。

- (1) 企業に雇用された利用者数はどれくらいですか？（企業内授産活動や作業所の仕事は含みません。トライアル雇用は含みます。平成 18 年度～平成 21 年度（途中）の実績をそれぞれお書き下さい）数字をお書きください。いない場合は「0」と記入してください。

年 度	一般就労者数
平成 18 年度実績	人
平成 19 年度実績	人
平成 20 年度実績	人
平成 21 年度実績（※）	人

（※）平成 21 年度実績については、平成 21 年 11 月 30 日現在の実績です。

その中で半年以上継続して雇用された方、さらに、その中で現在も雇用されている方はそれぞれ何名いますか？いない場合「0」と記入してください。

年 度	①半年以上継続して雇用された人数(注1)	(①のうち)現在も継続して雇用されている人数
平成 18 年度就職者中	人	人
平成 19 年度就職者中	人	人
平成 20 年度就職者中	人	人
平成 21 年度就職者中（注2）	人	人

（注1）現在は雇用されていないが、過去に半年以上継続して雇用された方も含めた人数です。

（注2）平成 21 年度就職者中については、平成 21 年 11 月 30 日現在の実績です。

- (2) 企業内授産活動（施設外授産活動）は行っていますか？（平成 21 年 11 月 30 日時点での状況をお書き下さい）

1. 行っていない 2. 行っている

- (3) 貴事業所にジョブコーチ（職場適応援助者 1 号、2 号）の資格を有する職員はいますか？
いる場合は何人いますか？

1. いない 2. いる

2. いるとお答えになった方にお伺いします。

何人配置していますか？

人

4 貴事業所が就労移行支援サービスの提供を通じて得られた報酬（自立支援報酬など）の金額についてお教え下さい。（おおまかな金額で回答して頂いても結構です。）

年 度	報酬金額
平成 18 年度実績	円
平成 19 年度実績	円
平成 20 年度実績	円
平成 21 年度実績（※）	円

（※）平成 21 年度実績については、平成 21 年 11 月 30 日現在の実績です。

以上で事業所概況調査は終了です。

大変お忙しい中、御協力いただき誠に有り難うございました。