

令和6年度 障害者総合福祉推進事業

「自治体における就労継続支援事業所の要件確認、就労継続支援の報酬体系及び一般就労中の障害者の休職期間中における就労系障害福祉サービス等の実態に関する調査研究」に係る
就労系障害福祉サービス等事業所に対する実態調査

以下のアンケートにご協力ください。

ブラウザの戻るボタンは使用しないでください。

一時保存する場合は一時保存ボタンを押してください。

一時保存ボタンを押した時の入力内容が保存されます。

再開する場合は、メール記載の本アンケートURLからアクセスしてください。

一時保存

※ は、必須項目です。

本調査は、全国の就労系障害福祉サービス事業所等における運営状況及び復職支援の実施状況等を把握することを目的として実施いたします。
回答の集計結果は統計的に処理し、登録いただいた情報は調査分析以外の目的で使用されることはありませんので、ご理解・ご協力をお願いいたします。

<調査時点について>

特に指定がない場合は、【令和6年8月1日現在】の状況をお聞かせください。

<本調査に関するお問い合わせ先>

株式会社インサイト（担当者：大塚・関原）

〒550-0003 大阪市西区京町堀1-8-31

TEL：06-6449-5115（事務局 平日9:30-17:30）

E-mail： insight@insweb.jp

※メールが最も確実に連絡が取れます。出来る限りメールでのお問合せをお願い致します。

Q1. 事業所番号 ※

Q2. 事業所名※

Q3. 運営法人の法人格※

- 社会福祉法人
- NPO法人
- 一般社団法人
- 営利法人（株式会社・有限会社・合同会社等）
- その他

Q4. 法人名※

Q5. 貴法人で運営する障害福祉サービス事業所数（法人全体・全サービスの合計数）※

 事業所

Q6. 回答いただく方の役職等※

- 経営層・経営部門
- 管理者
- サービス管理責任者

現場スタッフ

その他

Q7. 指定権者（指定を受けた自治体）名※

Q8. 設立年度（西暦）

年度

Q9. 提供している障害福祉サービス

- 就労移行支援
- 就労継続支援A型
- 就労継続支援B型
- 自立訓練
- 生活介護

Q10 事業所指定の形態

- 単独型
 - 多機能型
-

● 「多機能型」を選んだ方にお聞きします。

具体的に、どのサービスとの多機能型事業所ですか。

- 就労移行支援
- 就労定着支援
- 就労継続支援A型
- 就労継続支援B型
- 自立訓練
- 生活介護
- その他

多機能型の指定を受けた年度（西暦）

年度

● 就労移行支援事業所を運営（多機能型含む）している法人にのみお聞きします。

令和6年度、制度改正により利用定員規模の見直し（定員10名以上から事業実施可能）が行われましたが、この改正に伴い、貴事業所の定員を
①1 変更しましたか。

また、もし変更した場合は、その変更により基本報酬の区分が変動したかについてもお答えください。

- 変更した
- 変更していない

- 変動した（報酬区分が上がった）
- 変動した（報酬区分が下がった）
- 変動していない

● 再び、全員にお聞きします。

事業所の職員体制・定員・利用者等について

Q12 支援員数（職業指導員、生活支援員、就労支援員、サービス管理責任者等）

人（常勤換算人数）

生産活動専門職員数（調理員、農業指導員等）

人（常勤換算人数）

Q13 定員数

人

利用（登録）者数 ※ 障害支援区分別に回答

	利用（登録）者数
区分1	<input type="text"/> 人
区分2	<input type="text"/> 人

区分3	<input type="text"/> 人
区分4	<input type="text"/> 人
区分5	<input type="text"/> 人
区分6	<input type="text"/> 人
区分認定なし	<input type="text"/> 人
合計	<input type="text"/>

利用者の主な障害種別と人数、及びその利用者のうち重度障害者の人数（入力にあたっては下記※を参照のこと）

	利用者数	うち重度障害者数
身体障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
知的障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
精神障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
発達障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
高次脳機能障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
難病	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

→その他の場合（具体的にお聞かせください）

※ 重複障害の方については、便宜的に主たる障害を定め、前問の合計人数と一致するように入力してください。

※ この設問で言う「重度障害者」とは以下のように定義します。

・ 障害支援区分4以上 or 職業的重度知的障害者判定を受けている（ハローワークまたは地域障害者職業センターの判定書がある） or 身体障害者手帳2級以上 or 精神障害者手帳1級 or 療育（愛の）手帳の重度（A又は2度）以上の方

1日平均利用者数

人（小数点第二位を四捨五入）

平均利用年数

人（小数点第二位を四捨五入）

貴事業所で行っている生産活動の種類のうち、収入（売上高）上位3つを下記から選んで、番号をご記入下さい。

Q14 ※ 生産活動を実施していな場合は、無回答で結構です。

	生産活動の種類
第1位	<input type="text"/>
第2位	<input type="text"/>
第3位	<input type="text"/>

【生産活動一覧】

- 1.パン系
- 2.洋菓子系（焼き菓子、チョコ等）
- 3.和菓子系（大福、羊羹、干し芋等）
- 4.加工食品（豆腐・味噌・ジャム・製麺、こんにゃく、焙煎珈琲等）
- 5.弁当・惣菜

- 6.飲食店
- 7.喫茶店
- 8.調理補助
- 9.農業（野菜・果物）
- 10.農業（花卉・植物）
- 11.農作業手伝い
- 12.農産品加工
- 13.林業
- 14.水産業
- 15.家畜飼育
- 16.雑貨類（陶芸、和紙、木工、織物、藍染、革製品、ビーズ、縫製等）
- 17.印刷加工（紙以外：Tシャツ、グッズ等）
- 18.組立
- 19.部品加工
- 20.ピッキング
- 21.箱折
- 22.袋詰め
- 23.ラベル・シール貼り
- 24.検品
- 25.色塗り
- 26.清掃（公園、公共施設、企業、集合住宅等）
- 27.植栽管理・環境整備
- 28.PC関連（入力・Web管理等）
- 29.テープ起こし
- 30.印刷（紙：資料、名刺等）
- 31.印刷物の封入・封緘
- 32.メール便配達
- 33.ポスティング
- 34.クリーニング・洗濯
- 35.リサイクル
- 36.マッサージ・あんま
- 37.その他

令和4年の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の改正に伴い、令和6年4月1日より、一般就労中の障害者でも、就労系障害福祉サービスを一時的に利用できることが法令上位置付けられました。
また、その取り扱いに関する留意事項については、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A型、B型）における留意事項について」（令和6年3月29日最終改正：障障発0329第7号。以下、「R6留意事項通知」といいます。）により示されています。

以下の設問は、上記の就労系障害福祉サービスの一時利用のうち、休職からの復職を目指す障害者に対する「復職支援」の実施状況等についてお聞きします。

015 貴事業所は、復職支援を実施していますか。

- 実施している
- 実施していない

復職支援を「実施していない」事業所へお聞きします。

復職支援を「実施していない」事業所へお聞きします。

016 今後、貴事業所では復職支援を実施する予定や意向はありますか。

- 実施する予定がある
- 通常は実施していないが、個別のニーズがあれば事情に応じて対応する
- 実施に向け検討している
- 実施する予定はない
- 復職支援の制度内容について把握していない

017 貴事業所で復職支援の実施を検討する場合に、難しさを感じる点があれば、お答えください。

復職支援を「実施している」事業所へお聞きします。

018

復職支援に携わるスタッフについて、以下の資格を所持しているスタッフの人数をお答えください。

	常勤	非常勤	その他
医師	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
看護師	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
精神保健福祉士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
理学療法士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
作業療法士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
言語聴覚士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
臨床心理士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
公認心理士	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
産業カウンセラー	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
その他心理職	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

→その他の場合（具体的にお聞かせください）

直近3年度（令和3年4月～令和6年3月）の貴事業所における復職支援の利用者数及び平均利用期間をお答えください。また、このうち令和6年4月末時点での復職者数、復職者のうち6カ月継続者数、及び本調査回答時点までに1回でも再休職した人の数をお答えください。

019

※重複障害の方については、便宜的に主たる障害を1つに定めて人数を計上してください。

	利用者数	利用終了者のうち 復職者数	復職者のうち6カ月 継続者数	復職者のうち再休 職者数
うつ病	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
躁鬱病・双極 性障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
適応障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
神経症・不安 障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
発達障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
統合失調症	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
上記以外の精 神障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
高次脳機能障 害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
難病	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

身体障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
知的障害	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

→その他の場合（具体的にお聞かせください）

Q20 Q19の利用者について、復職支援の利用に至った経緯及びその人数をお答えください。また、上記期間（令和3年4月～令和6年3月）に、利用相談はあったが利用に至らなかったケースの数をお答えください。

	利用者数	相談はあったが利用に至らなかった数
利用者本人または家族から直接相談	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
相談支援事業所からの紹介	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
主治医からの紹介	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
企業からの相談	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
不明	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人
その他	<input type="text"/> 人	<input type="text"/> 人

→その他の場合（具体的にお聞かせください）

Q21 復職支援の実施頻度（利用者1人に対する1週あたりの回数）

 回/週

復職支援の実施時間（利用者1人に対する1日あたりの平均時間）

 時間/日

復職支援プログラムの平均利用期間（利用者1人当たり：小数点以下第一位まで）

 ヶ月

Q22 R6留意事項通知1（1）②イcにより、復職支援の支給決定利用に必要な3つの要件が示されていますが、令和5年度まで貴事業所ではこれらの事項について、どのような手段で確認していましたか。

- 本人（家族、相談支援事業所含む）から口頭、電話等で確認していた
- 主治医、企業から口頭、電話等で確認していた
- 支給決定自治体に電話等で確認していた
- 特に確認は行っていなかった

その他

Q23 復職支援を実施するにあたり、主治医との連携状況についてお答えください。

- 利用者の病状や状態に変化があったときに、適宜助言を受けている
- 定期的に主治医に利用者の状況を連絡し、助言を受けている
- 主に利用開始時の意見書のみのやり取りとなっている
- その他

024 復職支援の質を高めるための工夫としてどのようなことを行っていますか。

- 復職支援プログラムの内容について、主治医へ相談や助言を受けている
- 通院同行するなどして、対面で主治医と情報共有を行う機会を設けている
- 地域の医療機関や保健所等の公的機関と連携して、利用者向けの講座や訓練を実施している
- その他

025 復職支援に関し、医療機関と連携を図る上で留意していることや、課題だと感じている点があれば、お答えください。

026 復職支援を実施するにあたり、雇用先企業との連携状況についてお答えください。

- 利用開始前に、雇用先企業担当者から利用者の状態像や復職支援に係る企業側のニーズ等を聞き取っている
- 定期的に雇用先企業に対し復職支援の進捗状況等を報告している
- 復職支援プログラムの内容について、雇用先企業への情報提供や打合せを行っている

- 雇用先企業へ訪問するなどして、対面で企業担当者を情報共有を行う機会を設けている
- 主に利用開始時の意見書のみのやり取りとなっている
- 復職後の定着支援において、利用者の状況等について企業側へ報告している
- その他

027 復職支援に関し、雇用先企業と連携を図る上で留意していることや、課題だと感じている点があれば、お答えください。

028 その他、貴事業所が復職支援を実施していく上で感じている課題等があれば、お答えください。

貴事業所で実施している復職支援プログラムの内容についてお聞きします。実施している主なプログラムを、以下の実施形態（例）に近いものから最大3つ取り上げ、回答してください。

<プログラムの実施形態（例）>

- ・ 認知行動療法・・・認知の偏りを修正し、問題解決を手助けする精神療法
- ・ 心理教育・・・疾理解、症状の自己理解（セルフモニタリング）、セルフコントロール等の習得や活用支援を主目的としたもの
- ・ グループワーク・・・集団で様々なテーマについて話し合ったり、職場を想

定し、利用者間で役割分担を決めて何らかの共同作業を行ったりする

- ・ コミュニケーショントレーニング・・・対象者が問題と感ずることをテーマに、問題解決に向けて、SST（ソーシャルスキルズトレーニング）や、アサーショントレーニング等のプログラム（講義、ロールプレイ、意見交換等）を行う
- ・ 作業訓練・・・休職前の職場で行っていた業務や、復職後に想定される業務を行ったり、利用者が希望する作業を職場と同様のタイムスケジュールで行ったりする
- ・ 代償手段（代替手段）の獲得…身体障害、高次脳機能、難病等、障害の影響に応じた新たなスキルに関する知識や技術習得（例：記憶障害における手帳やICレコーダーの活用、遂行機能障害における作業手順票（事前に手順は確認する）やアラームの活用等）のためのプログラム
- ・ 運動・リラクゼーション・・・心身のリラクセスを促すことや、体力増進、ストレス解消、周囲とのコミュニケーション等を意図したプログラム
- ・ マインドフルネス・・・参加者のストレス耐性の向上や自分の思考や感情への客観的視点を育てること等を目的とした、マインドフルネスの概念やスキルの学習・実践
- ・ 自己管理支援・・・安定して働くための生活習慣の構築や体調管理の準備等を支援する
- ・ 働くこと・キャリア形成・・・これまでの働き方の振り返りと今後の働き方について考える時間を持ったり、働くことについて考え、モチベーションの向上を図る復職セミナーやミーティングなどの実施
- ・ その他のプログラム・・・個人面談、通勤訓練、動機付け等、上記のいずれにも該当しないプログラム

029 <復職支援プログラム①>

貴事業所におけるプログラム名①

実施形態①

選択してください



→その他の場合（具体的にお聞かせください）

030 <復職支援プログラム②>

貴事業所におけるプログラム名②

実施形態②

選択してください



→その他の場合（具体的にお聞かせください）

031 <復職支援プログラム③>

貴事業所におけるプログラム名③

実施形態③

選択してください



→その他の場合（具体的にお聞かせください）

032 貴事業所の復職支援プログラムを受けた後、復職した方へのフォローアップを実施していますか。

- 実施している
- 実施していない

復職した方へのフォローアップを「実施している」事業所にお伺いします。

Q33 復職した方へのフォローアップの実施内容、及びおおむねの実施期間をお答えください。

	期間設定なし	1年以上	6ヶ月以上1年未満	3ヶ月以上6ヶ月未満	3ヶ月未満
個別面談	<input type="radio"/>				
職場訪問	<input type="radio"/>				
電話、メール等による状況確認	<input type="radio"/>				
電話、メール等による助言	<input type="radio"/>				
その他	<input type="radio"/>				

→その他の場合（具体的にお聞かせください）

Q34 復職した方へのフォローアップの実施方法、及び頻度について、お答えください。

	希望に応じて実施	3ヶ月に1回程度	月に1回程度	週に1回程度	週に2～3回程度
原則全員に実施	<input type="radio"/>				

必要に応じて事業所から提案する	<input type="radio"/>				
本人からの希望に基づき実施する	<input type="radio"/>				
その他	<input type="radio"/>				

→その他の場合（具体的にお聞かせください）

035 復職した方へのフォローアップに関し、課題だと感じている点があれば、お答えください。

確認

一時保存