

様式 1

令和3年度 就労人数調査（就労移行支援、就労継続支援A型・B型専用）

本調査にて回答いただいた内容のうち、黄色セルの項目については、大阪府ホームページに公表します。
回答にあたっては、誤りのないようご注意ください。

【入力要領】

- ・ 水色のセルに回答を入力または選択してください（グレーのセルについては自動計算されます。）。
- ・ 多機能型で事業を運営している場合は、各事業ごとに調査票を分けて（エクセルファイルごとコピーして）回答してください。

1. 事業所について

(1) 事業所について、下記の項目をそれぞれ入力してください。

市町村名	(選択してください)		
法人種別	(選択してください)		
法人名			
事業所名			
従たる事業所名			
事業所番号 ※半角数字 (27から始まる10ケタの番号)			
事業形態 (本紙で回答するもの)	(選択してください)		
指定年月日	指定年 (選択してください)	月日 (選択してください)	
電話番号 ※半角数字で入力			
FAX ※半角数字で入力			
E-mail			
事業所ホームページのURL			
ご担当者氏名			

(2) 多機能型で事業所を運営している場合や、就労定着支援事業の指定を併せて受けている場合、
令和4年4月1日時点で事業所が提供している事業の欄すべてに、「1」を入力してください（選択式）。

就労移行支援		就労継続支援A型		就労継続支援B型	
生活介護		自立訓練（機能訓練）		自立訓練（生活訓練）	
就労定着支援					

2. 報酬単価について

(1) 令和3年度の事業所の報酬単価を選択してください。

1. (1)の「事業形態」を回答してから選択してください。

報酬単価	
------	--

(2) 令和4年度の事業所の報酬単価を選択してください。

1. (1)の「事業形態」を回答してから選択してください。

報酬単価	
------	--

3. 定員数・利用者数について

(1) 令和4年4月1日時点の定員数を入力してください。

定員数	人
-----	---

(2) 令和4年4月1日時点の利用者数を障がい種別ごとに入力してください（就労アセスメントのみの対象者は除く。）。

※障がい種別が重複している場合は、主たる障がいで計上してください。

利用者の障がい種別

身体障がい	人	知的障がい	人	精神障がい	人
発達障がい	人	高次脳機能	人	難病	人
R4.4.1利用者数計	0	←自動計算されます。			

上記「身体障がい」の内訳を障がい種別ごとに入力してください。

※障がい種別が重複している場合は、主たる障がいで計上してください。

身体障がい	0	人の内訳			
視覚障がい	人	聴覚障がい	人	平衡機能障がい	人
音声・言語そしゃく機能障がい	人	肢体不自由	人	内部障がい	人

(3) 令和4年4月1日時点の利用者のうち、支援学校を卒業してから直接入所した者の人数

人

(4) (3) のうち、令和4年3月に支援学校を卒業した者の人数

人

4. 一般就労者数及び退所理由の状況等について

(1) 令和3年度中に利用を終了した者の退所理由について、障がい種別毎に人数を入力してください。

(令和3年度：令和3年4月1日～令和4年3月31日)

↓自動計算（入力不要）

	退所理由	内訳						退所者数	
		身体障がい	知的障がい	精神障がい	発達障がい	高次脳機能障がい	難病	合計	
一般就労	1.就職（企業等（A型は含まない）に雇用された者）	人	人	人	人	人	人	0	人
	2.就職（A型含まない）のうち在宅雇用	人	人	人	人	人	人	0	人
	3.復職（休職期間中にサービスを利用し、復職した者）	人	人	人	人	人	人	0	人
	4.起業・自営業（内職は除く）	人	人	人	人	人	人	0	人
	5.内職（在宅就業を含む）	人	人	人	人	人	人	0	人
	6.就労継続支援A型事業所へ転所	人	人	人	人	人	人	0	人
	7.就労継続支援B型事業所へ転所	人	人	人	人	人	人	0	人
	8.就労移行支援事業所へ転所	人	人	人	人	人	人	0	人
	9.その他障害福祉サービス	人	人	人	人	人	人	0	人
	10.介護保険サービス（入所・通所）	人	人	人	人	人	人	0	人
	11.入院	人	人	人	人	人	人	0	人
	12.死亡	人	人	人	人	人	人	0	人
	13.転居	人	人	人	人	人	人	0	人
	14.在宅に戻る	人	人	人	人	人	人	0	人
	15.その他、不明（事業所で把握していない）	人	人	人	人	人	人	0	人
合計		0	0	0	0	0	0	0	人

(2) (1) の一般就労した者（上記「1.就職（企業等（A型は含まない）に雇用された者）」「2.就職（A型含まない）のうち在宅雇用」 「3.復職（休職期間中にサービスを利用し、復職した者）」のうち、「身体障がい」(表の黒太枠内)の内訳を入力してください。

※障がい種別が重複している場合は、主たる障がいで計上してください。

一般就労者のうち身体障がい	0	人の内訳			
視覚障がい	人	聴覚障がい	人	平衡機能障がい	人
音声・言語そしゃく機能障がい	人	肢体不自由	人	内部障がい	人

(3) (1) の一般就労した者（上記「1.就職（企業等（A型は含まない）に雇用された者）」「2.就職（A型含まない）のうち在宅雇用」
「3.復職（休職期間中にサービスを利用し、復職した者）」（表の赤太枠内）の、サービスの支給決定を受けた市町村を入力してください。
（現在の居住地ではなく、一般就労した時点において支給決定されていた市町村を回答してください。）

一般就労者		0	人の内訳	
大阪市	人		富田林市	人
堺市	人		寝屋川市	人
高槻市	人		河内長野市	人
東大阪市	人		松原市	人
豊中市	人		大東市	人
枚方市	人		和泉市	人
岸和田市	人		箕面市	人
池田市	人		柏原市	人
吹田市	人		羽曳野市	人
泉大津市	人		門真市	人
貝塚市	人		摂津市	人
守口市	人		高石市	人
茨木市	人		藤井寺市	人
八尾市	人		泉南市	人
泉佐野市	人		四條畷市	人
			交野市	人
			大阪狭山市	人
			阪南市	人
			島本町	人
			豊能町	人
			能勢町	人
			忠岡町	人
			熊取町	人
			田尻町	人
			岬町	人
			太子町	人
			河南町	人
			千早赤阪村	人
			他府県	人
			合計	0 人

↑自動計算されます

(4) 令和3年度中の利用者のうち、個別支援計画の中に一般就労への移行を目的に「就職活動を行う」等の内容が記載されており、実際に公共職業安定所（ハローワーク）へ行くよう促した利用者の人数を入力してください。

ハローワークへの誘導者数	人
--------------	---

(5) (4) の利用者のうち、公共職業安定所（ハローワーク）の支援を受けて就職した人数を入力してください。

就職者数	人
------	---

(6) (1) の一般就労した者（上記「1.就職（企業等（A型は含まない）に雇用された者）」「2.就職（A型含まない）のうち在宅雇用」
「3.復職（休職期間中にサービスを利用し、復職した者）」（表の赤太枠内）のうち、個別支援計画の中に一般就労後の定着支援を目的に「関係機関からの支援を受ける」等の内容が記載されており、障害者就業・生活支援センターへ誘導した人数を入力してください（実際の相談や利用登録の有無は問いません。）。

障害者就業・生活支援センターへの誘導者数	人
----------------------	---

(7) (1) の一般就労した者（上記「1.就職（企業等（A型は含まない）に雇用された者）」「2.就職（A型含まない）のうち在宅雇用」
「3.復職（休職期間中にサービスを利用し、復職した者）」（表の赤太枠内）のうち、令和3年4月1日から令和3年9月30日の間に一般就労し、かつ、令和4年4月1日時点で6か月以上職場定着している者の人数を入力してください。

6か月以上の就労定着者数	人
--------------	---

(8) (7) のうち、令和4年4月1日時点で就労定着支援事業を利用している者の人数を入力してください。

就労定着支援事業の利用者数	人
---------------	---

5. 定着支援について

(1) 各年度の一般就労者数と、そのうち令和4年4月1日時点で6か月以上の就労定着していることを把握している人数を入力してください。

	一般就労者数	左記のうち、6か月以上の就労定着を把握している者の人数				
		↓自動計算 (入力不要)	6か月以上の就労定着を把握している者の週の労働時間			
			20時間未満	20時間以上30時間未満	30時間以上	
平成30年度	人	0	人	人	人	人
令和元年度	人	0	人	人	人	人
令和2年度	人	0	人	人	人	人

令和2年度一般就労者の6か月以上の職場定着率

(2) (1)の「6か月以上の就労定着を把握している者の人数」の内訳を定着期間ごとに入力してください(令和4年4月1日時点)。
↓(1)の把握者数を自動反映(入力不要)

	把握者数	(1)「6か月以上の就労定着を把握している者の人数」の期間ごとの内訳			
		6か月以上12か月未満	12か月以上24か月未満	24か月以上36か月未満	36か月以上
平成30年度	0 人	人	人	人	人
令和元年度	0 人	人	人	人	人
令和2年度	0 人	人	人	人	人

6. 事業所でのサービス提供内容について

(1) 現在、利用者に対して行っている訓練内容で該当するものに「1」を入力してください(複数回答可)。
※就労継続支援A型、B型事業所の場合は、業務内容を選択してください。

内職・請負	<input type="checkbox"/>	自社製品製造	<input type="checkbox"/>	食品・喫茶	<input type="checkbox"/>
清掃・サービス	<input type="checkbox"/>	データ入力、HP作成	<input type="checkbox"/>	印刷	<input type="checkbox"/>
農作業	<input type="checkbox"/>	ビジネススキルトレーニング	<input type="checkbox"/>	その他	<input type="checkbox"/>

(2) (1)にて「その他」を選択した場合、下の欄に業務を簡単に入力してください。

質問は以上です。ご回答いただきありがとうございました。
市町村へ提出する前に、回答様式の中に「**!!確認!!**」(赤太字)のエラー表示が出ていないか、必ず確認してください。
エラー表示がある場合は、回答を確認・修正のうえ、提出してください。