岩手県保健福祉部障がい保健福祉課

障がい福祉担当　　阿部　行

メール：AD0006@pref.iwate.jp

別　紙　様　式

**第６期障がい福祉計画に係る活動実績調査（令和４年度）について（回答）**

　お手数ですが、**事業所及びサービス種別ごと**にご回答願います。

　また、サービス種別等は、**令和５年３月31日を基準時点**としてください。

　なお、**該当者がいない場合**は**「なし」**とご記入ください。

事　業　所　名

記入ご担当者名

連絡先電話番号

（単位：人）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 調査項目 | 調査該当人数 |
| （1） | 貴事業所・施設利用者のうち、令和４年度中に貴施設を退所し、一般就労した方の人数  ※令和４年度：令和４年４月1日～令和５年３月31日 | 人 |
| （2） | 就労移行支援事業等を通じて一般就労へ移行する者のうち、就労定着支援事業を利用した者の割合 | ％ |
| （3） | 就労定着支援事業所のうち、就労定着率が8割以上の事業所  ※就労定着支援事業所のみ回答ください。 〇×で回答ください。 |  |

**＜記載上の留意事項＞**

・（2）は令和４年４月～９月までに就労した者を母数とし、令和４年10月～令和５年３月の就労者は母数から除いて下さい。

・（3）は令和３年度末時点の就労定着者数の割合を見るので、令和元年度～令和３年度の総利用者数を母数としてください。