

「平成 31 年度新規受入れ状況調査」実施要領及び記入のしかた

1 目的

平成 31 年 3 月に特別支援学校等を卒業する予定の生徒の実習を円滑に実施するため、各事業所等の実習生の受入れ状況を把握し、進路対策に活用します。また、市内事業所の新規受入れ状況を把握することにより、卒業生の進路先の確保及び社会資源の有効活用の基礎資料等とします。

調査結果については、進路対策研究会、各区役所及び関係機関等へ情報提供します。

2 調査対象

- (1) 地域活動支援センター精神障害者地域作業所型
- (2) 社会福祉法人型障害者地域活動ホーム
- (3) 障害福祉サービス事業所

○補足

下記の施設については、障害者支援センターから別途、調査依頼がありますので、今回の調査の対象外です。

- ・地域活動支援センター障害者地域作業所型、機能強化型障害者地域活動ホーム

3 調査表の記入について

(1) 「法人種別」

貴団体の法人種別を選択してください。

(2) 「法人名」

法人種別を除いた法人名を記載してください。

(3) 「区」

事業所の所在地の区を選択してください。

(4) 「事業種別区分」

事業所の事業種別を選択してください。

※多機能型事業所については、事業種別ごとに回答してください。

※障害者支援施設での「生活介護」についても回答してください。

(5) 「施設名称」

事業所の名称を記入してください。

※主たるある事業所については、主たる事業所と従たる事業所を連続して記載してください。

※主たるある事業所の名称の記載については次のとおり記載してください。

① 主たる事業所と従たる事業所の名前が同一

〇〇〇サービス事業所（主）・・・主たる事業所の名称の最後に（主）と記載

〇〇〇サービス事業所（従）・・・従たる事業所の名称の最後に（従）と記載

② 従たる事業所について通称名を使用している場合

〇〇〇サービス事業所（主）・・・主たる事業所の名称の最後に（主）と記載

△△△地域作業所（従）・・・従たる事業所の通称名の最後に（従）と記載

(6) 「定員」

定員を記載してください。

※障害者地域活動ホームの「定員」の考え方

指定で決められている定員ではなく、生活介護事業とデイサービス型を区別せず活動場所の規模等に応じた受入れ可能人数とします。

例) 指定では、生活介護事業（40）、デイサービス型（10）の合計 50 人であっても、実際に利用できる人数が生活介護事業とデイサービス型合わせて 46 人であれば、46 人と記載してください。

(7) 「主たる障害種別」

主に対象としている障害種別を選択してください。

(8)「利用時間」

日中活動の利用時間を選択してください。午前と午後など、分かれる場合は最初と最後の時間を選択ください。

(9)「自閉症等の方を受け入れていますか」

ア 6月1日現在で、自閉症の方を受け入れている場合は、受け入れている人数を記載してください。

※ここでいう自閉症等とは、自閉症、発達障害（広汎性発達障害、アスペルガー症候群、ADHD、LD）をいいます。

イ 6月1日現在で、受け入れていない場合は、受け入れ人数を「0」と記載してください。

(10)「平成31年3月特別支援学校等卒業予定の生徒の実習の受入れができますか」

ア 実習の受入れができる場合については、春の実習生（予定も含む）及び秋の実習生受け入れ可能人数を記載してください。

※ここでいう実習には、「体験だけの実習」は含みません。

イ 受入れができない場合は、春の実習生（予定も含む）及び秋の実習生受け入れ可能人数を「0」と記載してください。

(11)「平成31年4月に新規受入れはできますか」

ア 平成31年4月に新規受入れができる場合は、週に何日利用が可能か記載してください。

例) 新規受入れ人数が3人で、2人は週5日利用可能、1人は週4日利用が可能な場合は

⇒週5日の欄に2と記載し、週3～4の欄に1と記載してください。

イ 新規受入れができない場合は、受け入れ可能人数に「0」を記載してください。

⇒週5日、週3～4日、週1～2日の各欄に「0」を記載してください。

※現時点で想定できる新規受入れ人数をご回答ください。ご回答いただいた人数については、平成31年4月時点で確約をお願いするものではありません。

※障害者地域活動ホームの「新規受入れ人数」の考え方

新規受入れ人数については、生活介護事業とデイサービス型を区別しないと考えますが、区別して新規受入れを行う場合は、備考欄に新規受入れ人数のデイサービス型の内訳人数を記載してください。

(12)「送迎」

① 送迎ができる場合は、「有」を選択してください。

② 対応できるかどうかは個別の状況による等の場合は、「有（応相談）」を選択してください。

③ 送迎ができない場合は、「無」を選択してください。

(13)「給食」

給食については、週に何日提供しているかを選択してください。

(14)「医療的ケア対応」

重症心身障害者に限らず、医療的ケア（痰の吸引、経管栄養、人工呼吸器など、家庭で日常的に行われる医療行為）が必要な方を受け入れることができる場合は、○を選択してください

(15)「重度重複障害者対応」

知的障害・身体障害を併せ持つ重度重複障害者を受け入れることができる場合は、○を選択してください。

(16)「車椅子対応」

車椅子の方が利用できる環境がある場合は、○を選択してください。

(17)「手話対応」

手話に対応できるスタッフがいる場合は、○を選択してください。

(18)「活動内容」

15字以内で具体的かつ簡潔に記載してください。

(19)「備考」

回答したデータについて公開を希望しない、給食の再調理の可否、工賃の額等、個別に補足がある場合は記載してください。