

(12) 9月30日現在における 入所期間別入所者数(人) ※障害者支援施設及び旧法施設のう ち入所施設の入所者が対象です。 通所施設及び通所者は計上しない でください。	6月以下	6月超 1年以下	1年超 1年6月以下	1年6月超 2年以下	2年超 3年以下	3年超 5年以下	5年超
(13) 過去1年間(平成21年10月1日～平成22年9月30日)の退所理由・退所後の住居(夜の住まい)別退所者数(人)							
退所理由 退所後の住居	就職	家庭復帰	他の社会福祉 施設等へ転所	入院	死亡	その他	
1 自宅・アパート等							
2 グループホーム(共同生活援助)							
3 ケアホーム(共同生活介護)							
4 福祉ホーム							
5 入所施設							
6 その他							
7 計							
(14) 地域活動支援センターの9月中の 「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」	利用実人員(人)				利用延人数(人)		
(15) 障害者支援施設の指定昼間実施サービスの有無・種類、サービスの種類別利用状況 ※障害者支援施設の昼間実施サービス(6種類)につきましては、「E 障害福祉サービス等事業所票」ではなく、以下の設問について記入してください。障害者支援 施設以外の施設が実施するサービス、障害者支援施設が実施する下記6種類以外のサービスにつきましては「E 障害福祉サービス等事業所票」に各サービスごと に記入してください。							
障害者支援施設について、指定の状況に該当する番号に○をつけてください。				1 あり→補問へ		2 なし(補問回答不要)	
補問1 「指定されている昼間実施サービス」 の種類について、該当する番号すべ てに○をつけてください。	1 生活介護	2 自立訓練 (機能訓練)	3 自立訓練 (生活訓練)	4 就労移行 支援	5 就労継続 支援(A型)	6 就労継続 支援(B型)	
補問2 「補問1で○をつけたサー ビス」の「9月中の利用者 の有無」について、該当す る番号一つに○をつけて ください。 また、9月中の利用者が 「1あり」の場合は、「利 用実人員(人)」「利用延 人数(人)」も記入してくだ さい。	9月中の 利用者の 有無	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	1 あり 2 なし	
	利用実 人員(人)						
	利用延 人数(人)	補問2-2へ					
補問2-2 「自立訓練サービス(機能訓練、生活訓練)」の9月中のそれぞれの利用実人員のうち、「サービス費Ⅰ」「サービス費Ⅱ」別に「利用実人員(人)」「利用延人数(人)」を記入してください。 ※サービス費別の「利用実人員」は9月中に同じ者が10日利用しても「1」となりますが、同「利用延人数」は「10」となります。ただし、1日に同じ者が 2回利用した場合の同「利用延人数」は「1」となります。(利用回数ではないので、2回にはなりません。)							
		サービス費Ⅰ(入所・通所)			サービス費Ⅱ(訪問)		
自立訓練サービス(機能訓練)	利用実人員(人)						
	利用延人数(人)						
自立訓練サービス(生活訓練)	利用実人員(人)						
	利用延人数(人)						
(16) 苦情解決のための取組状況 ※該当する番号すべてに○をつけてください。							
1 苦情受付窓口を設置		3 共同で第三者委員を設置		5 1～4以外の取組を実施している			
2 苦情解決責任者を設置		4 単独で第三者委員を設置		6 1～5のいずれも実施していない			

ご協力ありがとうございました。