

ース（4→5）が2例あった。自治体に提出する医師意見書は利用者本人の状況を一番よく知る主治医が原則記載した。115名の重症児病棟入所者の内、療養介護移行対象者は97名で、残り15名は児童、3名は措置継続者であった。障害区分認定を受けた97名中79名が区分6で残り18名が区分5とされ、最終的に4以下の障害区分相当者はいなかった（表2）。

5. 利用者やその家族と直接面談して状況調査を担当する各自治体の認定調査員の職種は、保健師と福祉事務行政職員がほぼ同数で、次がケアマネジャーの順であった。少数ながら介護福祉士、社会福祉士、看護師の資格

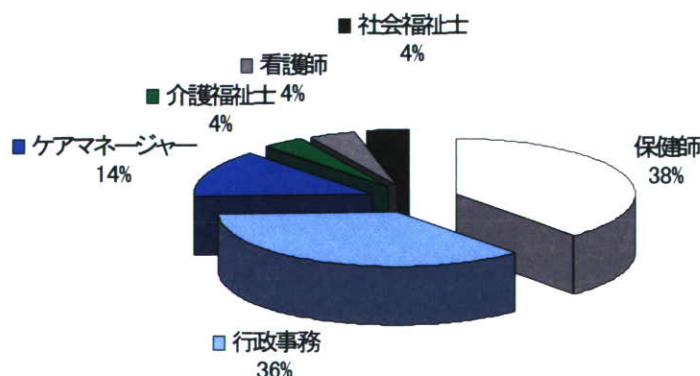
者もいた（図3）。調査は病院で実施し利用者とその家族、病院スタッフが利用者の状態像を伝える方法で行われた。認定結果には自治体間で僅かに差がみられた。

6. 重症児者の障害区分として従来から頻用されている大島分類と超重症児スコアを障害程度区分と比較検討した。定義上重症心身障害となる大島の分類1から4に相当する89名中74名（83.1%）が障害程度区分6であった。介助により歩行可能な大島分類5，6に相当する10名の内5名（50%）が障害程度区分6で知的レベルに比べ運動機能レベルが高いほど、障害区分が低く認定される傾向が認められた（表3）。

表2 障害程度区分

障害程度区分	9病棟	10病棟	11病棟	合計
6	17	30	32	79
5	3	9	6	18
4以下	0	0	0	0
(児童)	15	0	0	15
(措置)	2	0	1	3
合計	37	39	39	115

図3 障害程度区分認定調査における調査員の職種



超重症児スコア25以上の超重症者15名の内14名、また準超重症者6名中5名が障害程度区分6と認定された。超・準重症者であっても障害程度区分が5の利用者もあり医療的ケアの濃度が反映されにくい傾向も認められた(表4)。

**【考察】** このような療養介護事業移行に向けた取り組みの中で、これまでの措置制度の下では充分達成できていなかった福祉的側面の充実、障害者本人の経済的自立を支援する基礎ができたと考える。今回の取り組みは国立病院機構重症児医療・福祉の改革の第一歩であり、今後病棟運用面で各職種の役割の再評価、利用者や保護者からの評価などを取り入れ改善を図っていかなければならない。

**【結論】**

- ①個別支援計画の充実は、きめ細かい個別サービスが可能となり、家族との信頼関係の構築や職員の意識向上にもつながっている。
- ②年金をはじめ、保険証、受給者証、手帳類を施設で管理するシステムが利用者の将来への安心と経済的自立につながった。

表3 大島の分類と障害程度

大島	区分6	区分5
1	47	5
2	18	7
3	4	1
4	5	0
5	4	5
6	1	0
合計	79	18

- ③今後の支援を担当することとなる市区町村とは緊密な連携と慎重な対応が求められる。

**(2) 病院経営から見た療養介護事業への移行**

**【目的】** 平成18年4月障害者自立支援法が施行され重症児施設は、5年の猶予期間を経て療養介護施設(医療型)または生活介護施設(福祉型)に移行することになった。国立病院機構は19の分野の政策医療を実施する施設として位置づけられており、病院の持つ医療資源を活用した医療型の療養介護施設への移行が選択肢である。国立病院機構福岡病院では平成18年10月に療養介護事業移行を明確な目標として掲げ、指定基準に定められた職種別人員の積算方法とサービスの安定供給に向けた経営的検証を行った。

**【方法及び結果】**

**1. 人員基準・設備基準(表5)**

人員基準は表1に示すように、医師数は健康保険法に規定する基準を満たし、看護職員は利用者数を2で除した数(2:1看護基準)以上でなければならない。また医療法上に規定される病院として必要とされる設備及び日

表4 超重症スコアと障害程度

スコア	区分6	区分5
30以上	5	0
25~29	9	1
10~24	5	1
6~9	7	1
0~5	50	10
非該当	3	5
合計	79	18



中活動を行う多目的室その他運営上必要な設備の設置が求められている。

## 2. 必要人員（表6）

福岡病院重症児病棟は3病棟、定員は120名である。将来的に療養介護対象者（20歳以上）を106名、障害児童を14名と仮定して必要人員の試算を行った。表6に示すように看護職員は60名、医療法上規定されている施設全体に必要な医師数は28名で、医師数、看護師数は既にこの基準を満たしている。対象利用者数106名で計算した場合、生活支援員の配置は2：1（Ⅰ）、3：1（Ⅱ）、4：1（Ⅲ）で53、36、27名が必要となる。この区

分に合わせて基準単価（給付金）は857単位、591単位、476単位に設定されており、生活支援員配置を多くした方が、計算上（収入一人件費）有利である。しかし2：1配置を実施するには生活支援員が大きく不足している状況であった。

## 3. 生活支援員配置による収益試算（年間）（表7）

旧来の措置制度、及び現在の経過措置である障害児施設給付費と療養介護移行による施設給付金との比較を生活支援員の配置に合わせて試算した（障害児の給付金に関しては、今後障害者自立支援法の下でどう対応するか

表5 人員基準

従事者	医師	健康保険法に規定する基準以上
	看護職員	療養介護の単位ごとに、常勤換算で利用者数を2で除した数以上
	生活支援員	療養介護の単位ごとに、常勤換算で利用者数を4で除した数以上
	サービス管理責任者	利用者数60人以下：1人 利用者数61人以上：1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上
管理者	原則として管理業務に従事する者で医師（指定療養介護事業所は病院のため）	

表6 利用者の状況と必要人員（患者120人）

	療養介護（Ⅰ） 2：1 857単位	療養介護（Ⅱ） 3：1 591単位	療養介護（Ⅲ） 4：1 476単位
医師*	28	28	28
看護職員	60	60	60
生活支援員	53	36	27
サービス管理責任者	3	3	3
管理者	1	1	1

\* 医師数は、福岡病院における健康保険法に規定する基準の員数である。

不明なため全体を120名で試算を行っている)。表7に示すように生活支援員の配置が厚いほど、現在受けている経過措置給付金の赤字差額は減少する。

福岡病院では平成16年より療養介助職24名

を既に雇用しており、現在の人員配置から生活支援員を最も厚く配置した療養介護Ⅰ(2:1)での不足人員数は表8に示すように19名(計算上は18.3名)であった(現員看護師数は62名であり、2名を生活支援員3人

表7 給付費による収益試算(年間)

- 措置制度【従来制度】  
月額248千円×120人×12月=357,120千円
- 障害児施設給付費【経過措置】  
862単位×120人×365日×10円=377,556千円
- 療養介護(障害施設給付費)  
【2:1】  
857単位×120人×365日×10円=375,366千円  
(対措置費18,246千円、対障害給付▲2,190千円)
- 【3:1】  
591単位×120人×365日×10円=258,858千円  
(対措置費▲98,262千円、対障害給付▲118,698千円)
- 【4:1】  
476単位×120人×365日×10円=208,488千円  
(対措置費▲148,632千円、対障害給付▲169,068千円)

表8 必要人員と現員数(患者120人)

職名	必要数	現員		過不足数
		現員	常勤換算	
医師	28*	35 (6)	33.5	5.5
看護職員	60	62	62	2.0
生活支援員	53	33 (1)	34.75	▲18.3
看護師		2	3	
療養介助員		24	24	
児童指導員		1	1	
保育士		4	4	
理学療養士		1	0.5	
作業療法士		1	0.5	
生活支援員		0	0	
事務員		2 (1)	1.75	
サービス管理責任者	3	3	3	0.0
医師		1	1	
児童指導員		2	2	
管理者	1	1	1	0.0

\* 医師の必要数28は福岡病院における健康保険法に規定する基準の員数である。

※生活支援員19名の増員が必要

※( )は非常勤の人数である。



分として計算)。他の職種は現有人数で基準を満たしている(表8)。

19人の生活支援員の増員が必要であったが、常勤を採用すると人件費が非常に高くなることから非常勤職員で対応した。19名の生活支援員を非常勤換算すると26人が必要となる。内訳は業務内容から療養介助員17人、業務技術員9人として年間人件費を計算すると約5,000万円となった(表9)。

この人件費増を経過措置中の収入と比較すると年間約5,300万円の赤字幅となる(表10)。しかし移行前施設については、上記費用に療

養介助職24人分の人件費(96,000千円)が更に加わり大幅に収支が悪化し施設経営上大きな問題となる。福岡病院では療養介助職24名を重症児病棟に導入したとき、一部看護師を他の一般病棟に異動させ看護基準7:1を取得し看護基本料を上げるなど経営改善を図ってきた。また他の診療部門の奮起を促し病院収支の改善につとめている。

**【考察】** 質の良い医療や福祉事業を実施するためには、収支面で安定的な経営が不可欠である。これまで旧国立療養所(現国立病院機

表9 移行に伴う経費の試算(年間)

療養介助員	2,056千円×17人	=34,952千円
業務技術員	1,746千円×9人	=15,714千円
		<u>合計50,666千円</u>

表10 移行による収入費用の増減(年間)

- 収入の増【療養介護—経過措置】  
375,366－377,556＝▲2,220千円
- 費用の増  
50,666千円
- 収支  
－2,220－50,666＝▲52,886千円

※移行前施設については、上記費用に療養介助職24人分の人件費(96,000千円)が更に増額となる

構)における重症心身障害医療は、他の医療分野とは異なり措置制度の下に経営面で安定的な貢献をしてきた。しかし本来の措置制度に伴う措置費の使途は、主に利用者の生活支援を主目的に支払われてきた人件費であったが、国立病院機構(旧国立療養所)ではその主旨が十分に反映された事はなく、公法人立重症児施設との比較で「一国二制度」と揶揄されてきた。今回の福岡病院の取り組みで、2:1看護を基本に、専門性の高い療養介助・生活支援員の十分な配置を実現した。人件費増による支出面では病院運営にマイナス要因となっているが、7:1看護基準の取得や診療部門の経営改善努力など病院一丸となり取り組み、国立病院機構における重症児医療・福祉の改革の方向性が見えてきたと考える。

## 【結論】

- ①生活支援員の人員により給付費の単位数が決定する。措置費・障害児施設給付費と比較しながら、どの給付単位数を取得するのかよく検討することが重要である。
- ②給付単位数が低ければ収益が大幅に減少する。単位数を増やそうとすれば、生活支援員の必要数が増える。増員の費用対効果をよく検討する必要がある。
- ③人員基準は非常に厳しく、配置人員に対しての給付単位数が低い。今後の法整備により、指定基準、給付単位数の見直しを切に望むものである。移行への経過措置期間もあと2年となり、このような問題に直面する施設が殆どである。

## 肢体不自由児施設における重症児の医療・療育の ニーズに関する研究

分担研究者 小田 澁：旭川荘療育センター療育園 院長  
研究協力者 杉本 明生：旭川療育園 児童指導員

### 【研究要旨】

平成18年10月から障害者自立支援法が重症心身障害児施設ならびに肢体不自由児施設でも導入された。今後、様々な検討を加え児童福祉法の改正とも関連し、数年後には上記二施設群も新体系に移行することが検討されている。本研究の目的は未だ示されていない肢体不自由児施設入所の障害程度区分が適切に行われるための利用児実態調査を行うことである。

### A. 研究目的

未だ示されていない児童の障害程度区分が適切に行われるため、現時点での肢体不自由児施設利用重症児の実態を明らかにし、適切な障害程度区分設定のための提言を行うこと。

### B. 研究方法

1. 平成18年度は全国63肢体不自由児施設の平成18年度版全国肢体不自由児施設実態報告書<sup>1)</sup>を用い、全国肢体不自由児施設運営協議会加盟の63施設の利用児像を1) 利用児者数、2) 大島分類ならびに重症度について調査した。また、63施設中4施設の利用児（契約児、措置児）の障害程度の実態を平成18年3月に示された障害児の居宅介護、児童デイサービス、短期入所の支給単価区分1～区分3による、5領域10項目を

用い調査した。その結果では非該当と判定された児童もあり、また我々の昨年度の研究でも肢体不自由児施設入所児の中に被虐待児童などいわゆる社会的入所児童が約20%含まれることもあり、実態を正確に反映する尺度が制定され、新体系移行後も肢体不自由児に対する福祉の後退が起こらないことが求められると報告した<sup>2)</sup>。そこで、今年度は昨年行えなかった、児童の退所後の地域移行支援などに対する施設の取り組みについて、また、現在利用している児童の内、いわゆる被虐待児について、全国の肢体不自由児施設運営協議会加盟62施設に郵送アンケート調査を行い分析した。

#### 2. アンケート調査

今回用いたアンケート内容を資料として本報告の末尾に添付する。

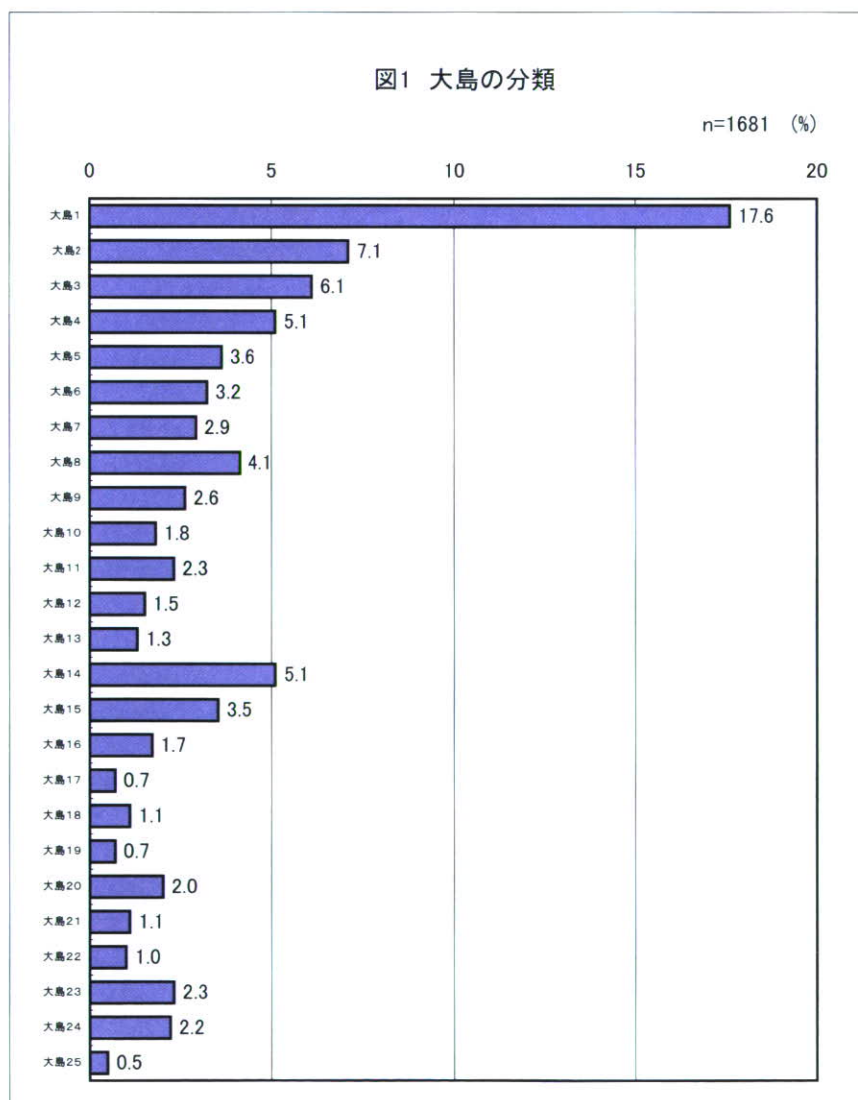
## C. 研究結果

### I 一般的事項

62施設中54施設から回答を得られた。回答率は87.1%であった。

今回のアンケート調査結果では、利用状況は定員数3,387名に対し1,925名で、利用率は56.8%であった。その内、障害程度については通常の大島分類にIQ80~90、IQ90以上の項目を加えて検討した。回答のあった1,681名中、大島分類1~4、すなわち狭義の重症児は35.9%を占め、いわゆる周辺児を含めた大島分類1~9に該当する児は52.3%と半数以上を占めていた(図1)。肢体不自由児施設

設利用児の半数以上が重症心身障害児である実態が示された。また、IQ80~90と判定された児が6.3%、IQ90以上と判定された児が13.0%利用していた。すなわち、大島分類改変の26~35に該当する児が約20%利用していた。このことは二分脊椎、先天股脱、ペルテス病など、小児整形外科疾患の治療に利用され、また、いわゆる被虐待児の受け皿として、肢体不自由児施設が大きな役割を果たしている事を示していると考えられた。契約児と措置児との割合を見ると小児整形外科疾患などを除いた利用児1,745名中、1,443名(82.3%)が契約で、残り302名(17.3%)が措置で利





用していた。

退所後の動向について調査したが、回答のあった49施設の内620名は退所後、地域生活可能であろうと施設側が考えていた。

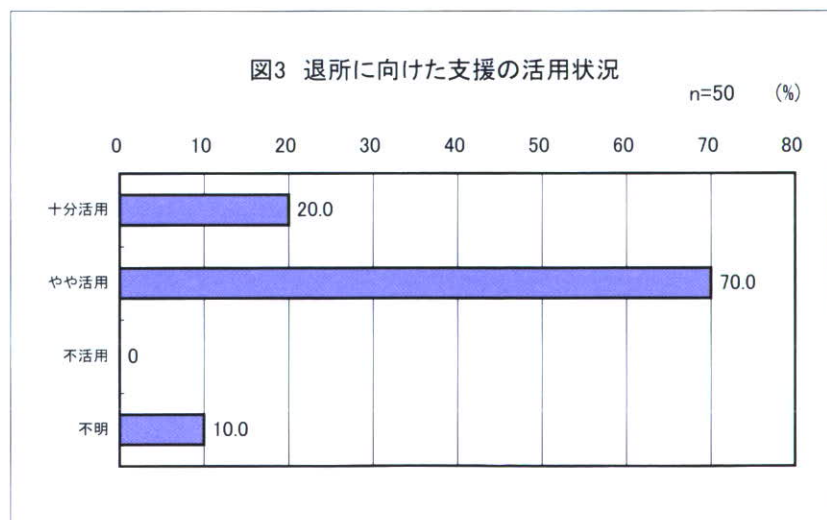
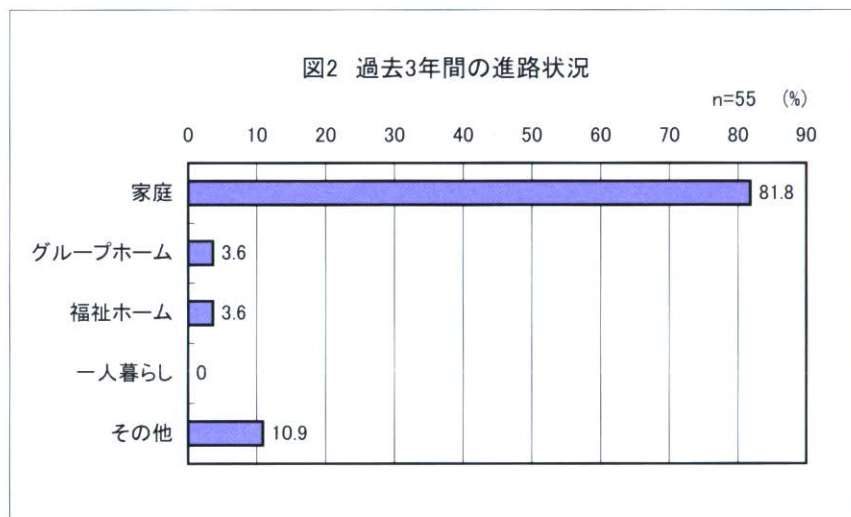
一方、過去3年間に退所し、実際に地域生活移行した先は家庭復帰が81.8%で、身体障害者療護施設10.9%、グループホームなど7.2%であり、家庭復帰が圧倒的に多かった(図2)。

退所した利用児に肢体不自由児施設が提供してきた支援内容がいくらかでも生かされているとの評価をしている施設が90%に及んでいた(図3)。

支援の内容として、生活日課の組み立て、日常生活技術の獲得や公共交通機関の利用法、介護・支援の利用方法など自立に向けた能力獲得に生かされていると考えられていた(図4)。

2007年10月1日現在での調査では、現員利用児数1,526名中598名については施設職員により地域生活が可能と判断されており、この時点で予想される進路は78名中61.5%が家庭復帰を、25.7%はグループホームなどであった(図5)。

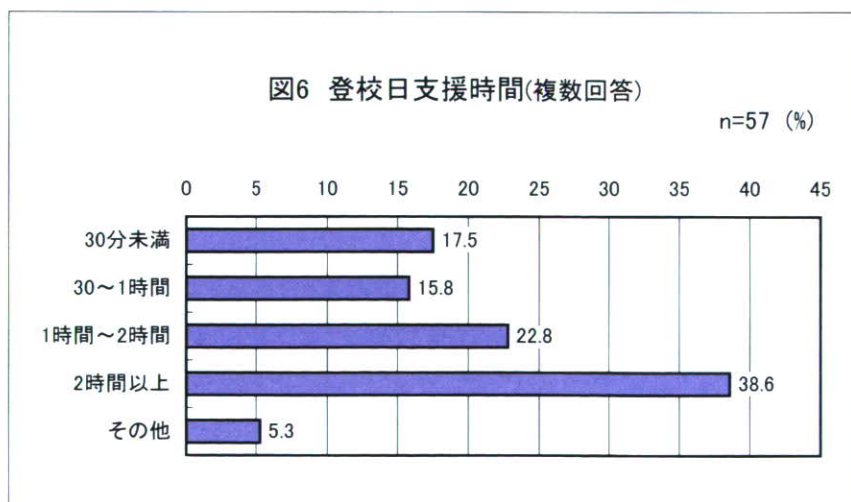
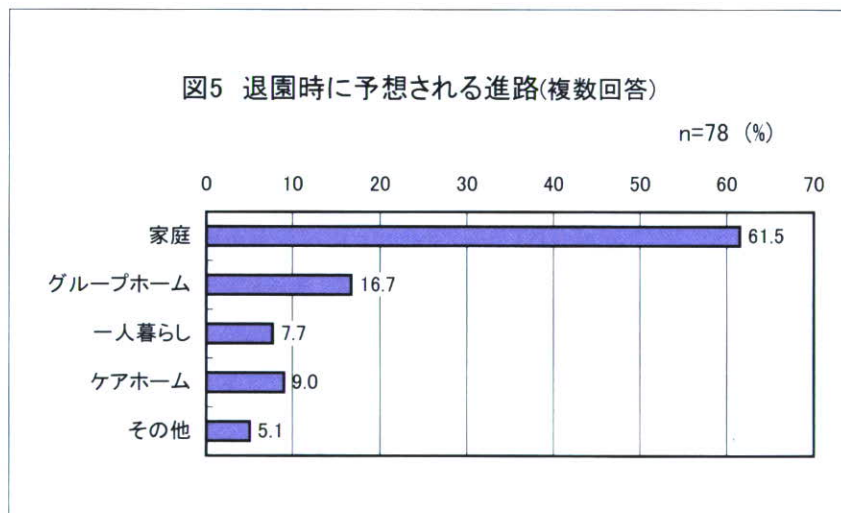
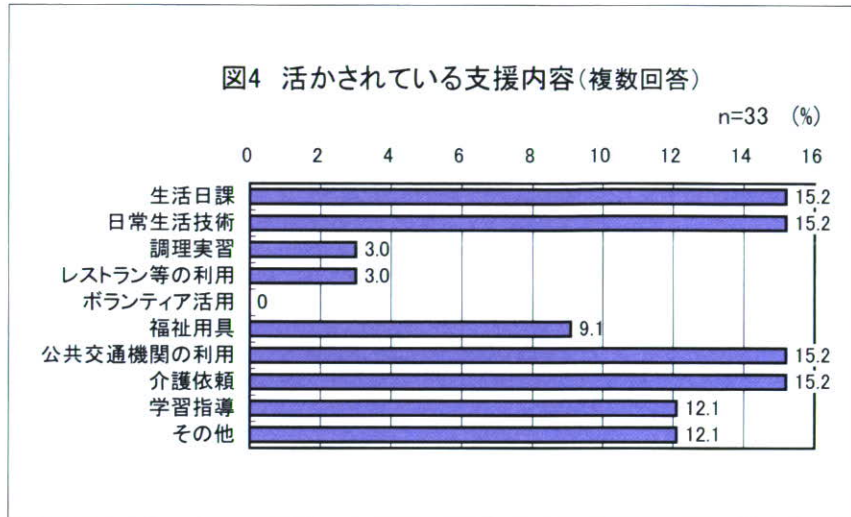
施設利用児たちへの登校日の身体介護が30分未満のものが17.5%であったが、2時間以



上必要とするものが38.6%あった（図6）。  
非登校日の支援の状況は図7に示すとおりで  
ある。2時間以上を必要とするものが当然の

ことながら59.6%と増加する。

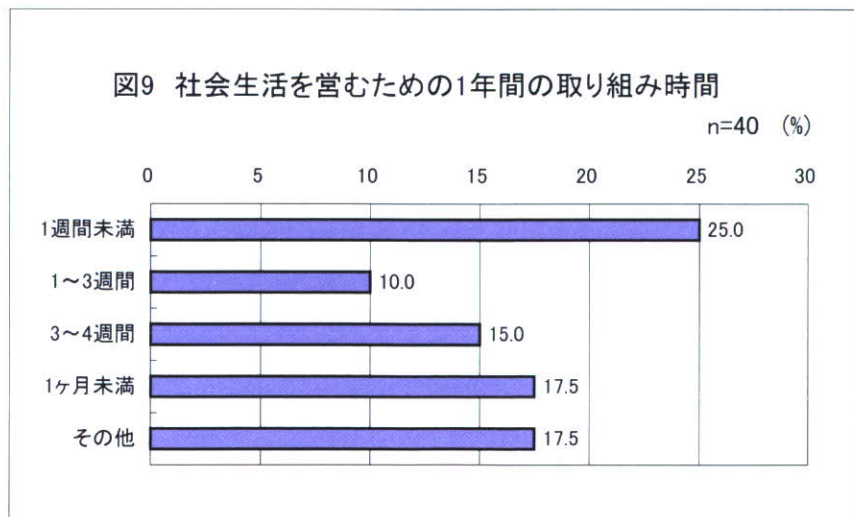
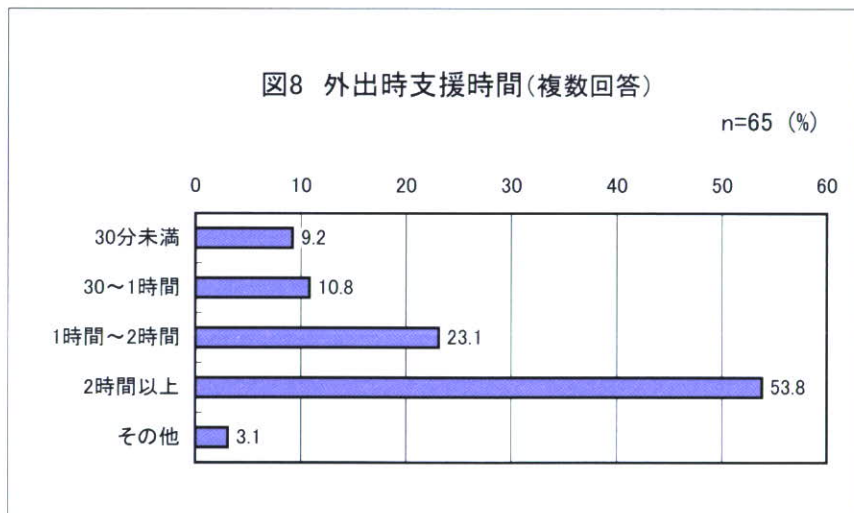
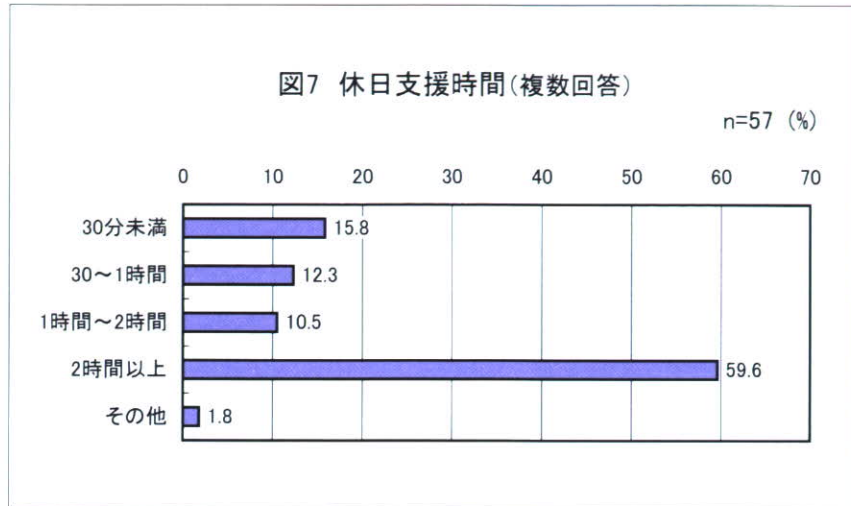
外出時の支援時間を図8に示す。2時間以  
上を要する例が53.8%あった。



児童が退所後のために、社会生活を営むスキル獲得支援の年間時間数を図9に示す。年間1ヵ月以上取り組んでいるものが17.5%に

認められた。

退所後、社会生活を営むための取り組み状況を図10に示す。外出支援、公共交通機関

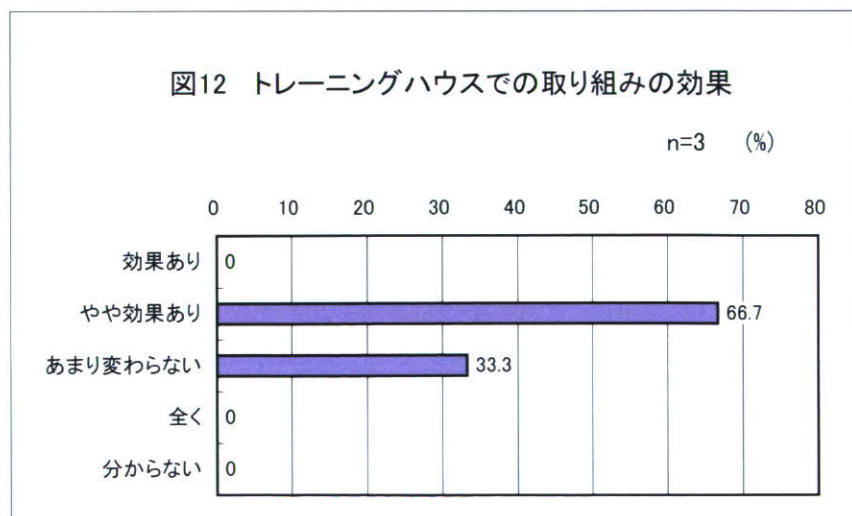
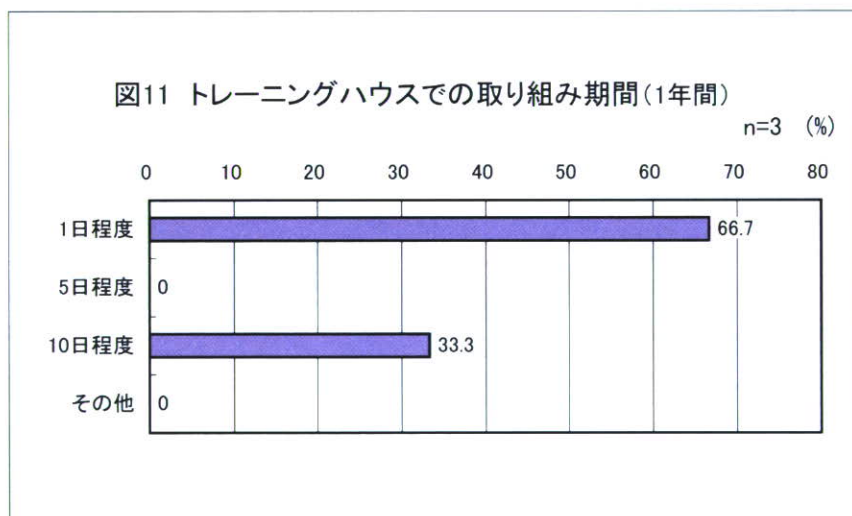
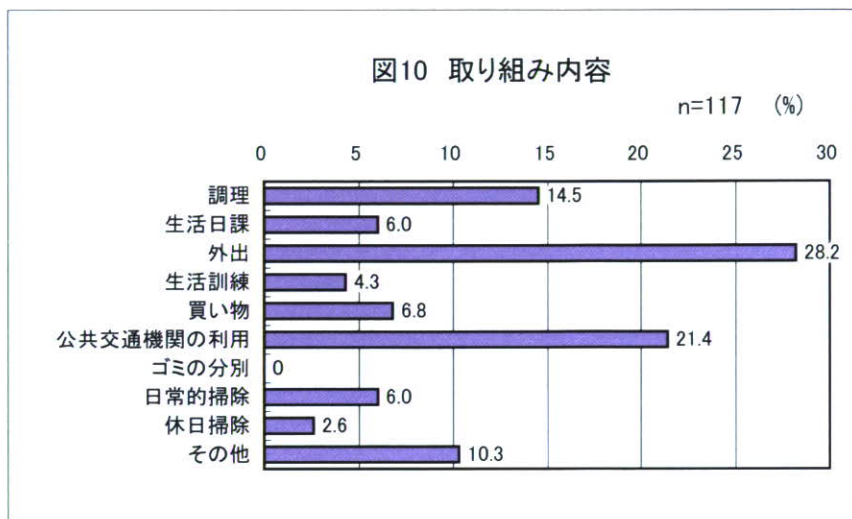




の利用法の支援、生活日課の作成、食材の購入、調理など多岐にわたっていた。

四施設と少ないが、そのために別棟のトレ

ーニングハウスを備えていた。そこでの取り組みは図11、12の如くである。効果はややあったとの評価が66.7%で得られている。



そして、この取り組みの費用負担は2分の1の2施設が行っていた（図13）。

## Ⅱ. 被虐待児童への取り組みについて

被虐待児童を受け入れている施設は有効回答の有った54施設中40施設（74.1%）あった（図14）。被虐待児の年齢分布をみると4～6歳が28.1%、7～10歳が25.8%、11～15歳が20.2%と多かった（図15）。

虐待の原因としてネグレクトが48.4%と最も多く、身体的虐待が43.8%と続いていた（図16）。

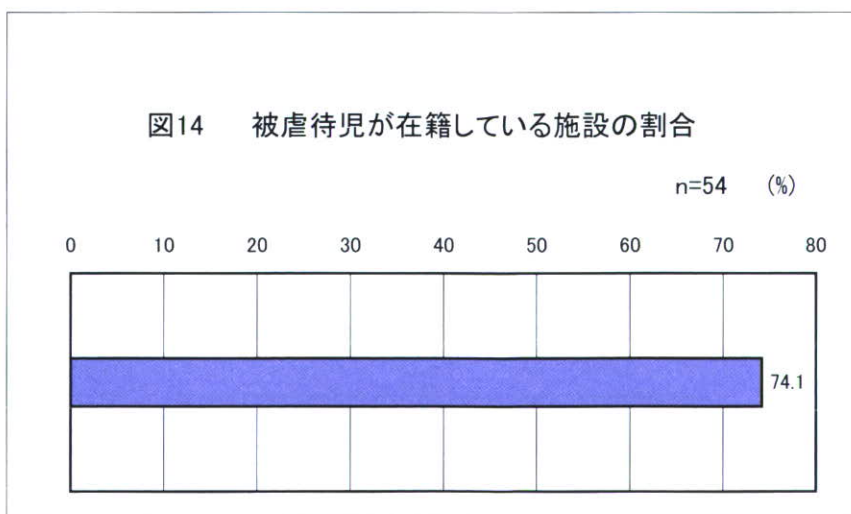
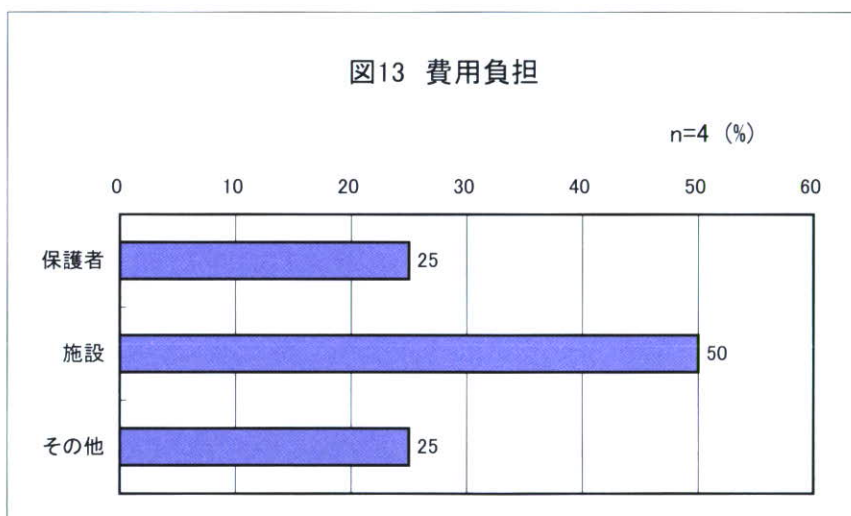
被虐待児への面会制限は児童相談所を含む

公的機関の指示であるが40.4%に行われていた（図17）。

面会制限のある家族に対する施設の対応には、施設独自のマニュアルを用いているものが34.2%あった（図18）。

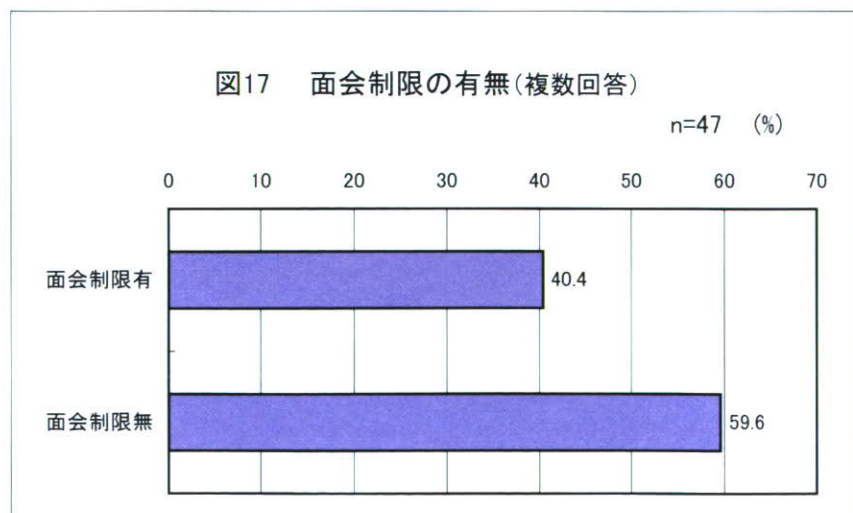
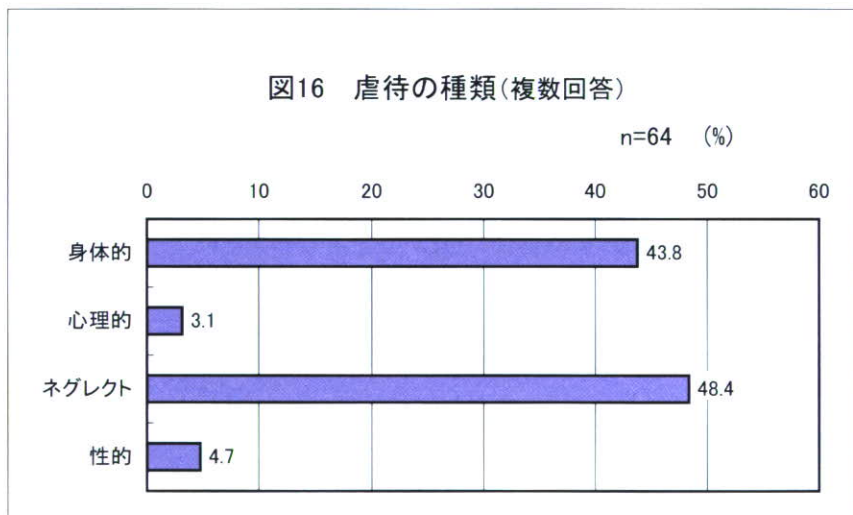
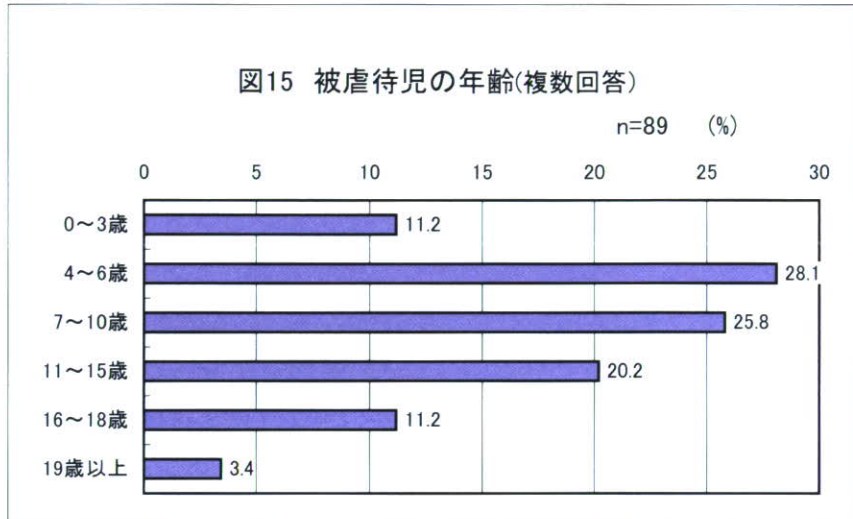
被虐待児の支援上で困難な点としては人間関係が41.9%と多かったが異常行動、暴力行為などもあった（図19）。

被虐待児に対しての支援は家族関係の調整を行うが27.6%と一番多かったが、少数の職員を固定し、支援している施設もあった。また、精神科医の助けを借りていた例もあった（図20）。



被虐待児関連で連携している機関は当然のことながら児童相談所をはじめとする公的機関が主体であった（図21， 22）。

児童相談所など他機関との窓口としては直接処遇職員が多かった（図23）。

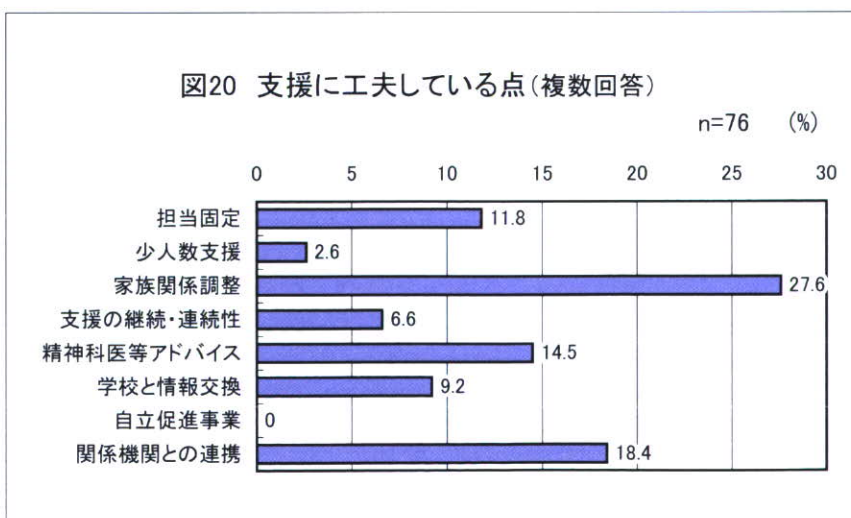
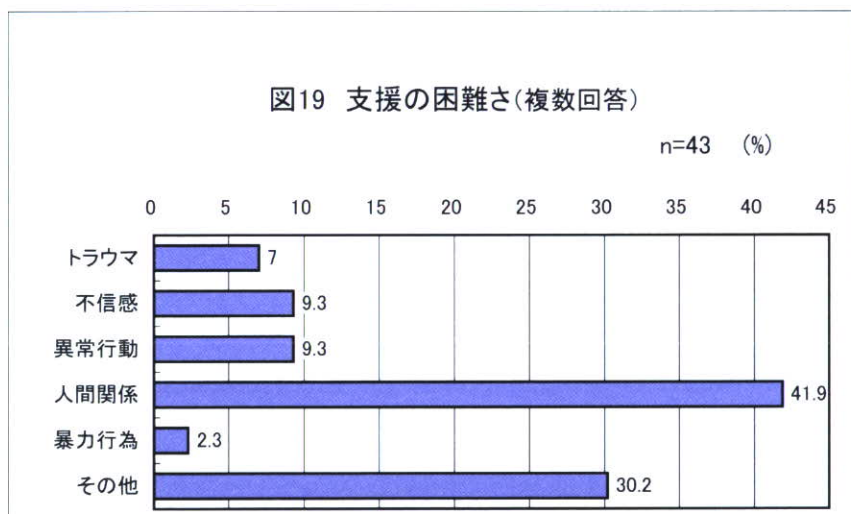
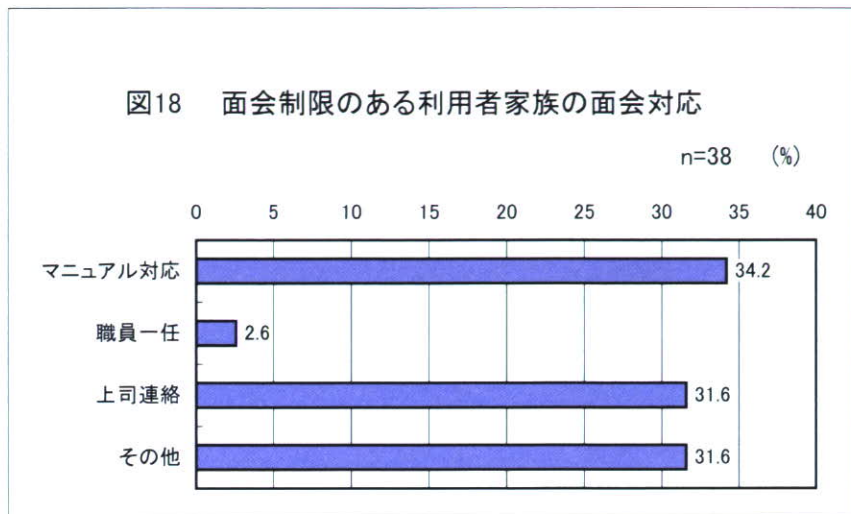




## D. 考察ならびに結語

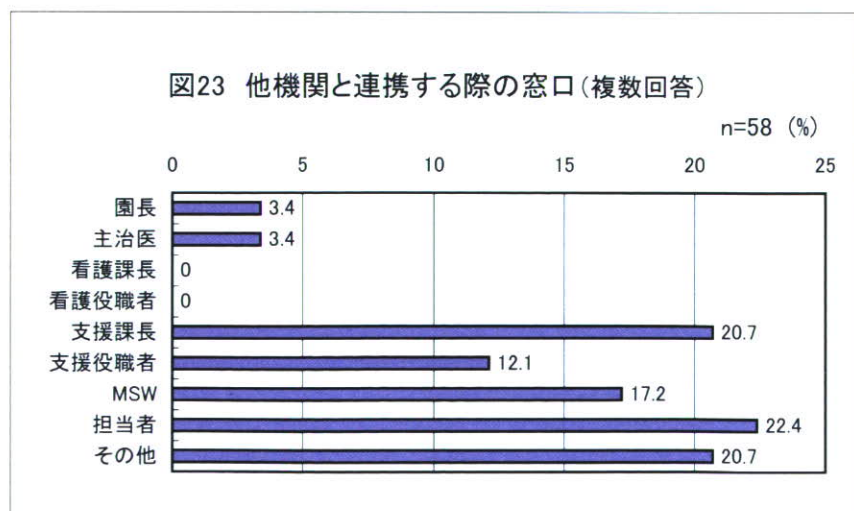
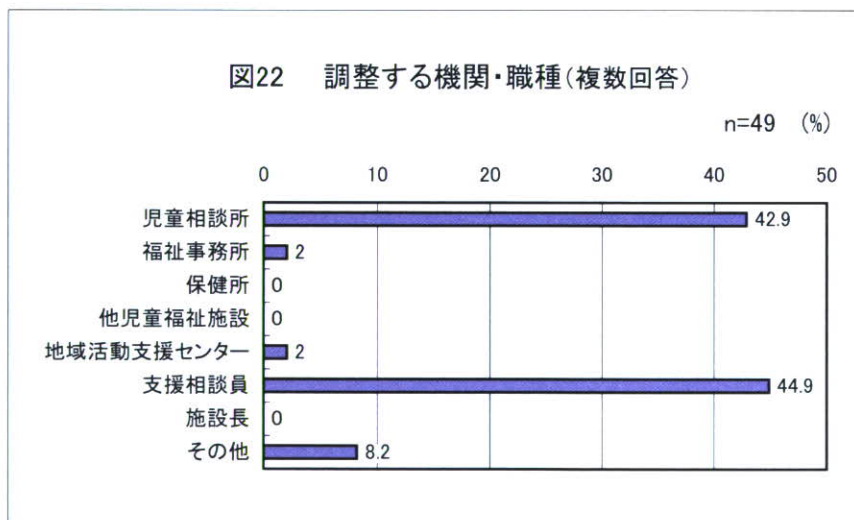
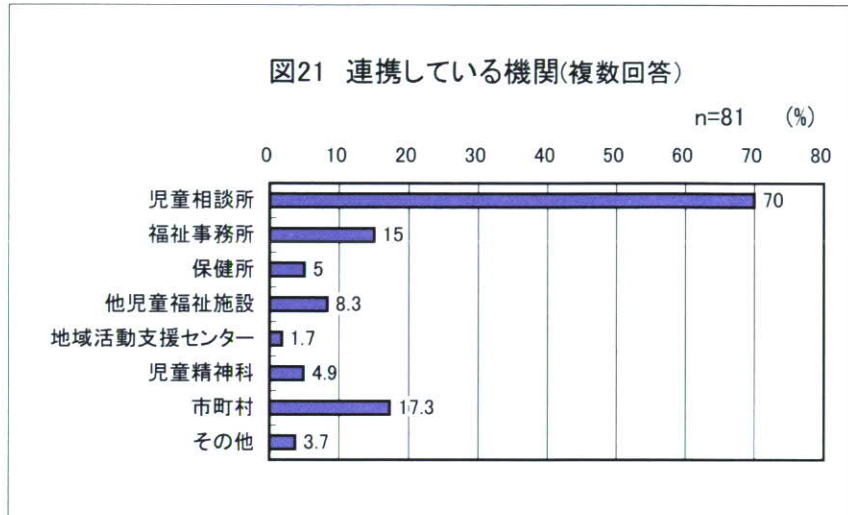
伊達らは「肢体不自由児施設における障害程度区分に関する研究」を報告している<sup>3)</sup>。

全国の肢体不自由児施設入所利用者について、現在行われている介護や医療の内容を把握するとともに、既存の障害程度区分や医療



区分を用いて評価した場合の結果や、障害程度区分を導入することの妥当性を検討する目的での調査研究である。その結果、現在の肢

体不自由児施設には濃厚な医療的管理が必要な超重症児から、進学や就労が可能な高い社会生活能力を獲得するに至る児まで多様な障



害児が入所利用しており、必要な支援の内容も多岐にわたることが明らかとなったとした。また、既存の障害程度区分評価では肢体不自由児施設入所利用者の障害像や必要とする支援の内容や量を適正に捉えることは困難と考えられたと報告している。

近年の肢体不自由児施設入所利用者の実態は脳性麻痺児が中心であるが、一方で大島の分類1から4までの狭義の重症心身障害児の占める割合が増加しながら、他方で先天股脱、ペルテス病や二分脊椎などの小児整形外科疾患や発達障害なども混在している実態が明らかとなり、既存の障害程度区分や医療度区分では分布に偏りが見られ、実態を適切に評価しうる方法はないと述べている。

障害者自立支援法で導入された障害程度区分は主として要介護度や医療度について評価するものとなっており、多くの問題があると指摘されている。小児の場合、健常であっても乳幼児期には刻々と変化して成長することが一般的であり、また障害児と健常児の間に育児上の区別をつけ難い事も多い。障害児も同様に成長しながら多様な変化を遂げて行き、障害の表現型が変容する場合も少なくない。変化のめまぐるしい小児期の障害に対し、細かい障害程度区分を設けても、しばしば見直さなければならない事態が生じ、実態を適正に捉えがたいと思われる。また、児の障害内容や程度とは無関係に、家庭環境も障害児の成長や活動さらには社会参加に大きな影響を及ぼす要素であり、これらに恵まれない児の場合、きわめて多くの支援が必要になってくる。このような障害児特有の要素を考慮した障害程度区分は、要介護度や医療度のスケールのみでは決して測れないと述べている。

これらのことから、伊達らは障害児の障害程度区分は低年齢児には用いるべきでなく、学童期以降で敢えて導入する必要があるなら、1) 6歳以下(就学まで)は区分を設けない。2) 7歳以上16歳未満(義務教育期間)は区分を設けないか、設けるとしても3区分程度とする。3) 16歳以上18歳未満は3～5区分程度とし、18歳以上で成人の評価区分に移行させるというシステムを提言している。そして、社会性要介護度を決定する要素や項目については相当の時間をかけて検討しながら作成すべきであり、今後さらなる研究が必要であると提言している。

森下らは伊達らとほぼ同様な調査項目、すなわち、障害程度区分、大島分類、重症心身障害児(者)医療度、超重症児スコア、療養病棟医療保険ADL区分、粗大運動能力レベル(GMFCS)等で、さらに現在、実施している機能訓練、整形外科治療歴、現在行なっている医療処置、また各児童のニーズを調べるための社会性項目、家庭環境・教育関連事項・虐待関連事項についてアンケートによる調査を行ない、「肢体不自由児施設と併設する公法人立重症心身障害児施設の児童の療養介護・生活介護の評価基準に関する実態調査と分析」を報告した<sup>4)</sup>。そして、重症心身障害児(者)や肢体不自由児は児童福祉法の改定の後、療養介護と生活介護への移行が想定されており、特に成長期の児童にとってはそれぞれの児童のレベルに応じて、どのような医療と発達支援が必要か十分な検討がなされなければならない。在宅での支援にしても、施設での支援にしても、個々の児童の年齢、障害の内容程度に応じて必要な支援を受けられるようにすべきであり、そのためには、現在の



障害程度・介護度を中心とした障害程度区分に医療度と発達支援の必要性、さらに生活活動支援を加えてのきめ細かい客観的な評価が必要と考えられ、医療度、発達支援度についての評価が不十分で、今後、発達支援については、特にリハビリ、心理、療育、医療、看護からのニーズを、十分評価する方法の開発が必要と思われるとした。また、社会生活、社会参加のニーズ、家族への関わりのニーズ、また虐待への対応などを加える必要があると報告した。

今回、我々は主に肢体不自由児施設退所後に向けた児の能力向上に関する支援への施設側の取り組み、被虐待児への取り組みについて調査した。その結果、利用児の退所後の進路は地域移行への希望が強く、それに対しての施設側も積極的に取り組みを行っていることが明らかになった。また、被虐待児問題についても、施設側が種々な取り組みを行っていることが明らかになった。障害程度区分など将来、用いられるであろうと考えられているものには伊達、森下らの詳細な検討でも明らかかなように現在のものは、十分これらの事を反映しているとは考えがたく、在宅生活に向けた生活訓練の必要度などは勘案することも必要と考えられ、要介護度や医療度のみでは決して測れない事が多いと思われた。また、吉橋<sup>5)</sup>は平成17年度に肢体不自由児施設を退所した措置児童の病類、入所児年齢、入所期間について郵送方式の調査を行っている。その中で家族の養育能力欠如、虐待による入所が約1/5を占めていたと報告しているが、今回の我々の検討では被虐待児の支援について個人情報と密接に関係していることもあり、今年度、十分な検討が出来たとは言い難

かった。

児童福祉法にはその総則に、「すべて国民は、児童が心身とも健やかに生まれ、且つ、育成されるよう努めなければならない。そして、すべて児童は、ひとしくその生活を保障され、愛護されなければならない。国及び地方公共団体は、児童の保護者とともに、児童を心身ともに健やかに育成する責任を負う。」とある。前述の規定するところは、児童の福祉を保障するための原理であり、この原理はすべて児童に関する法令の施行にあたって、常に尊重されなければならない、とある。来年度は、このことが根底にある事を忘れずに医療度ならびに身体的介護度に社会性要介護度も加え、肢体不自由児施設利用児の、より実態を反映させられる程度区分を提言したい。

稿を終えるにあたり、今回の調査にあたり、ご協力を頂いた全国肢体不自由児施設運営協議会加盟施設に感謝いたします。

## F. 文献

- 1) 平成18年度全国肢体不自由児施設実態調査。全国肢体不自由児施設運営協議会。平成18年。
- 2) 厚生労働科学研究補助金、障害者自立支援法下での重症心身障害児等に対する施設サービスの効果的な在り方に関する研究。平成18年度総括研究報告書。分担研究者 小田 滋。平成19年。
- 3) 独立行政法人福祉医療機構助成、重症心身障害児(者)の支援体制のあり方に関する調査研究事業。分担研究者 伊達伸也 ほか。平成19年。
- 4) 厚生労働科学研究補助金、障害者自立支

援法での重症心身障害児・肢体不自由児等の障害程度区分に関する客観的な評価指標の開発に関する研究。分担研究者 森下晋伍ほか。平成19年。

- 5) 独立行政法人福祉医療機構助成、重症心身障害児(者)の支援体制のあり方に関する調査研究事業。分担研究者 吉橋裕治。平成19年。

## G. 資料

### 郵送したアンケート内容

#### I. 貴施設の状況についてご回答ください

1. 定員は何名ですか ( ) 名
2. 実際に利用されている人数は何名ですか？(平成19年10月1日現在) ( ) 名
3. 利用されている方のうち障害者自立支援法での契約数は何名ですか？ ( ) 名
4. 利用されている方のうち児童相談所による措置に基づいて利用されている方は何名ですか？ ( ) 名
5. 障害者自立支援法の新体系に移行されていますか？  
1. はい 2. いいえ
6. 5で「はい」と回答された方お答えください。  
いつ移行されましたか？ (平成 年 月移行)
7. 5で「いいえ」と回答された方お答えください  
移行の予定はありますか？  
1. 未定 2. 決まっている (平成 年 月移行予定)
8. 将来、地域生活を望まれる方は何名いらっしゃいますか？  
1. いる 名 2. 該当者なし
9. 現在入所中の利用者の状況についてお答えください (枠内に人数を記してください)

大島の分類改変 (単位 名)

90 以上	31	32	33	34	35
80～90	26	27	28	29	30
70～80	21	22	23	24	25
59～70	20	13	14	15	16
35～50	19	12	7	8	9
10～35	18	11	6	3	4
10 以下	17	10	5	2	1
IQ 身体 機能	走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり