

福祉型障害児入所施設の移行状況調査（全体票）

※ 水色のセルについて入力をお願いします。

【令和〇年4月1日現在】

施設名		所在自治体名		定員		現在員	
-----	--	--------	--	----	--	-----	--

※ 施設の所在地の都道府県名（政令市の場合政令市名）を選択してください。

問1、令和〇年4月1日時点の入所者の状況（契約、措置）について記入して下さい。

※ ゼロ人のところは「0」を入力し、空欄がないようにして下さい。

年齢	人数				年齢	人数				年齢	人数			
	契約		措置			契約		措置			契約		措置	
	男	女	男	女		男	女	男	女		男	女	男	女
0					9					18（契約・措置延長）				
1					10					19（契約・措置延長）				
2					11					20（契約・措置延長）				
3					12					21（契約・措置延長）				
4					13					22（契約・措置延長）				
5					14					合計	0	0	0	0
6					15									
7					16									
8					17									

現在員	0
-----	---

障害児入所施設の移行状況調査（個票）

施設名

主たる障害種別

提出する都道府県等

※提出先となる都道府県、指定都市の名前を全て入力してください。

令和〇年4月1日時点において15歳以上の入所者についての移行希望と進捗状況

入力 漏れ 確認	①施設所在地等				② 移行希望先		③支給決定権 者 (支給・措置 権者)	④移行後の支 給決定権者	⑤ 保護者 住所地 (都道府県)	⑥性別	⑦年齢	⑧主たる障害名	⑨重複している 障害名①	⑩重複している 障害名②	⑪手帳の等級			⑫入所時の 措置/契約	⑬現在の 措置/契約	⑭在学の 有無	⑮行動関連 項目合計点 数	⑯障害支援 区分	⑰医療的ケ アの有無	⑱移行の進 捗状況	⑳個別の協 議の場の開 催の必要性	㉑の回答で、5：移行に向けた課題があると回答した場合、又は移 行支援計画で1年以内に移行を予定しているが、現在、移行が困難 である理由を記入して下さい（自由記載）		
	都道府県	市町村	施設名	主たる障害種 別	日中	生活									療育	身体	精神											
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												

※1 1. 人工呼吸器 2. 気管切開 3. 鼻咽喉頭エアウェイ 4. 酸素療法 5. 吸引 6. ネブライザー 7. 経管栄養 8. 中心静脈カテーテル 9. その他の注射管理（皮下注射（インスリン、麻薬など）、持続皮下注射ポンプ使用、観血的血糖測定器、埋め込み式血糖測定器による血糖測定） 10. 透析（血液透析、腹膜透析含む） 11. 排尿管理（間欠的導尿、持続的導尿） 12. 排便管理（消化管ストーマ） 13. 痙攣時の管理（座薬挿入、吸引、酸素投与、迷走神経刺激装置の作動など） 14. その他

行が不足する場合はシートをコピーしてご記入下さい

別表

行動関連項目	0点			1点	2点
コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定の者であればコミュニケーションできる 3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできない 5. コミュニケーションできない
説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
多動・行動停止	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
自らを傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
突発的な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
てんかん	1. 年に1回以上			2. 月に1回以上	3. 週に1回以上