

「令和3年度市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査」  
質問項目について

第3期沖縄県発達障害者支援体制整備計画（R1年～R5年）が中間年を迎える中、計画後期に向け、取り組むべき課題を整理すること、また、第4期計画に向け、新たなニーズ等について併せて確認することを目的に、「令和3年度市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査」を実施します。つきましては、調査項目について、沖縄県発達障害者支援体制整備委員会委員の皆様よりご意見を頂ければと存じます。

参考：

- ・平成29年度 市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査 実施要領
- ・平成29年度 市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査質問紙  
（保健／保育領域、教育領域、福祉領域）

## 平成 29 年度 市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査 実施要領

### （趣旨）

第 1 条 沖縄県発達障害者支援センターでは、県内における発達障害児（者）に対する支援を総合的に行う拠点機関として、市町村等における支援体制整備の充実に向けた取組みを行っている。市町村等の支援体制の整備状況および現状の社会資源等に関する課題を把握することにより、今後の市町村等の支援体制整備の促進及び当センター運営事業の推進を図るものである。

### （実施主体）

第 2 条 沖縄県（子ども生活福祉部 障害福祉課）

### （実施機関）

第 3 条 沖縄県発達障害者支援センター

### （事業の内容）

#### 第 4 条

##### 1. 調査内容

発達障害児（者）及びその家族への支援体制に関する市町村の対応状況や、支援体制整備に向けた市町村の取組状況の調査とする。

##### 2. 調査対象

市町村の発達障害児（者）への対応に係る関係各課（障害福祉主管課、母子保健主管課、児童家庭主管課、学校教育課 等）

##### 3. 調査方法

自記式調査票調査

### （調査基本項目）

#### 第 5 条

##### 1. 支援状況について

##### 2. 支援体制について

##### 3. 関係機関等との連携について

##### 4. 人材育成に向けた取組について

### （期間等）

第 6 条 調査時期：平成 29 年 12 月 1 日（金）～ 12 月 15 日（金）

### （調査結果）

第 7 条 発達障害者支援センターは、調査結果の集計を行い、沖縄県子ども生活福祉部 障害福祉課へ報告、協議した上で、沖縄県発達障害者支援体制整備委員会及び沖縄県発達障害者支援センター連絡協議会等に報告し、今後の市町村等の支援体制整備促進及び当センター事業運営の推進のための基礎資料とする。

平成 29 年度 市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査（保健／保育担当）

< 注意事項 >

このアンケートは、母子保健ご担当部署に送付しております。質問内容によって、担当部署が異なる場合は、必要に応じ、質問の該当内容の担当部署に聴き取りの上、母子保健ご担当部署に所属するアンケート記入者がとりまとめ、一括で御回答くださいますようご協力の程よろしくお願ひします。  
 なお、回答にあたっては、平成 28 年度の状況をご記入ください。

記入者	市町村名		連絡先	（ 直通 ）
	所属（課）			
	役職・氏名 （担当業務）	（ ）		

< 貴市町村の基本状況について、ご記入ください。 >

- A. 人口（ ）人 B. 年間出生数（ ）人  
 C. 養育医療申請児数（ ）人 D. 低出生体重児数（ ）人

設問Ⅰ．乳幼児健康診査についてお聞きします。

Q1. 実施状況について

	対象月齢（連絡）		年間 実施回数	受診対象児数 受診率	（精神発達面） 要フォロー率 <sup>注1</sup>	実際の フォロー人数
乳児健診	前期	ヵ月児	回	%	%	人
	後期	ヵ月児				
1歳6ヵ月児健診	1歳	ヵ月～	回	%	%	人
	1歳	ヵ月				
3歳児健診	3歳	ヵ月～	回	%	%	人
	3歳	ヵ月				

注 1) 要フォローとは「発達が気になる子」など、健診後に支援が必要と判断した割合を指します  
 乳幼児健診における精神発達面における有所見率を記入してください。  
 ※ 3歳児健診については、言語面における有所見率も記入してください。

Q2. 健診におけるフォロー対象児の把握についてお聞きします。

- (1) 要フォロー児の判断は何を基準にしていますか。（複数回答可）
- ア) 問診スクリーニング（ M-CHAT ・ PARS ・ その他独自ツール： ）  
 イ) 保健師判断 ウ) 医師判断 エ) 心理士判断  
 オ) その他（具体的に： ）
- (2) 発達障害のアセスメントツール（M-CHAT、PARS）について、○をつけて下さい。
- ア) 知っており、活用している イ) 知っており、活用する予定である／検討中である  
 ウ) 知っているが、活用する予定はない エ) 知らなかった

- (3) 問診スクリーニングについて、各健診について具体的な内容を教えてください。  
 ※ 貴市町村が独自で作成・使用しているものがあれば、添付してください。

- 乳児( )
- 1歳6ヵ月児( )
- 3歳児( )

- (4) 保健師判断の基準について、行っているものに○をつけて具体的な内容を教えてください。

- ア) 保護者の訴え                      イ) 会場での観察
- ウ) 課題の実施   ↓具体的な内容を教えてください。

1歳6ヵ月児：  
 3歳児：

- (5) 心理相談へつなぐ基準はどのようなものがありますか。具体的な内容を教えてください。

- (6) 発達相談の年間回数 ※ H28 年度：\_\_件、延べ\_\_回 担当職種：( )

Q5. フォローの内容について、実施しているものに○をつけて下さい。(複数回答可)

- ア) 家庭訪問、電話相談                      イ) 発達相談等の個別の事後相談
- ウ) 健診事後フォロー教室 (ex. 事後教室、親子教室、発達支援教室 など)
- エ) 子育て機関等の情報提供、紹介 ⇒ (機関名： )
- オ) その他 (具体的に： )

Q6. 健診事後フォロー教室についてお聞きします。

- (1) 開催している教室の対象児に○をつけて下さい。(複数回答可)

- ア) 1歳6ヵ月児のみ                      イ) 3歳児のみ                      ウ) 両方を同じグループで実施
- エ) 月齢によってグループを分けて実施                      オ) その他( )

- (2) フォロー教室の目的について、あてはまるものに○をつけて下さい。(複数回答可)

- ア) 経過観察                      イ) 保護者支援                      ウ) 療育的関わり
- エ) その他 (具体的に： )

- (3) グループの編成について、以下に記入して下さい。3グループ以上実施している場合は、余白に記入して下さい。

グループ名		
対象児(年齢)		
開催日時		
定員		
開催場所		
参加回数の制限	あり(  回) ・ なし	あり(  回) ・ なし
参加率	%	%

※ 勸奨した児と参加した児の割合

(4) スタッフ体制（職種や人数、役割など）を記入して下さい。

--

(5) 教室終了後の移行先について、多い順に番号をつけて下さい。わかれば実数も教えて下さい。

移行先	番号	実数
療育機関（親子通園）		人
療育機関（単独通園）		人
療育グループ		人
障害児保育		人
公立保育所		人
認可保育園（小規模認可、認定こども園含む）		人
認可外保育園		人
その他（                            ）		人

(6) 移行にあたっての取り組みや課題を教えてください。

--

Q7. 未受診者対策（受診勧奨）についてお聞きます。

(1) 未受診者対策（受診勧奨）は、どのように行っていますか。（複数回答可）

- ア) 電話・はがきでの再通知    イ) 保健師による訪問勧奨    ウ) 母子保健推進員等による訪問勧奨  
エ) その他（                            ）

(2) 未受診者対策の取り組みや課題について教えてください。

--

Q8. 療育グループを実施している自治体にお聞きます。

(1) 開催しているグループの内容について、以下に記入して下さい。

グループ名		
対象児（年齢）		
開催日時		
定員		
実施場所		

(2) スタッフ体制（職種や人数、役割など）を記入して下さい。

--

(3) グループ終了後の移行先について多い順に番号をつけて下さい。わかれば実数も教えて下さい。

移行先	番号	実数
療育機関（親子通園）		人
療育機関（単独通園）		人
障害児保育		人
公立保育所		人
認可保育園（小規模認可、認定こども園含む）		人
認可外保育園		人
その他（ ）		人

(4) 移行にあたっての取り組みや課題を教えてください。

--

Q9. その他、2歳児歯科健診など、フォローの場として市町村で独自に行っている取り組みがあれば、具体的に教えてください。

--

設問Ⅱ. 療育の状況についてお聞きします。

Q1. 自治体における療育施設の設置状況について

児童福祉法による障害児通所支援				それ以外の通所支援		
児童発達支援		医療型児童 発達支援	保育所等 訪問支援	親子通園	単独通園	その他
親子通園	単独通園					
カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所	カ所

Q2. 療育の利用にあたり必要な手続きを教えてください。(複数回答可)

- ア) 手帳所持 ( 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳 )
- イ) 診断書・医師意見書
- ウ) 保健師の意見書等
- エ) 心理士の意見書・心理判定書等
- オ) 障害児支援利用計画の作成
- カ) その他 ( )

Q3. 相談支援事業所の設置状況について教えてください。

指定障害児相談支援事業所<sup>注1)</sup> ( カ所 )

注1) 障害児通所支援(児童発達支援・放課後等デイサービス等)利用にあたって計画作成を行う事業所。  
児童福祉法に基づき、県が事業所指定を行う。

Q4. 障害児支援利用計画作成にあたり必要な手続きを教えてください。(複数回答可)

- ア) 手帳所持 ( 療育手帳 ・ 精神保健福祉手帳 )
- イ) 診断書・医師意見書
- ウ) 保健師の意見書等
- エ) 心理士の意見書・心理学判定書等
- オ) 現時点で作成の必要はない
- カ) その他 ( )

Q5. 発達障害児の療育にあたり、貴市町村で取り組んでいることがあれば教えてください。

ア) 発達障害の特性に配慮した支援の実施を促している。 ----- 具体的に：
イ) 発達障害の特性や支援方法について理解を促すような研修を行っている。 ----- 頻度： 内容：
ウ) 発達障害児の療育については、それぞれの事業所の工夫に任せている。

Q6. 移行にあたっての取り組みや課題を教えてください。

--







Q9. 障害児や、保育で気になる子に対して、保育園から幼稚園・小学校へと情報を伝えるための仕組みがあれば教えてください。また、必要と思われる取り組みや課題についても教えてください。

(1) 障害児の移行支援について

(2) 気になる子の移行支援について

Q10. 認可外保育園についてお聞きします。

(1) 認可外保育園での気になる子を把握するための取り組みがあれば、具体的に記入して下さい。

(2) 必要と思われる取り組みや課題について、記入して下さい。

(3) 認可外保育園の職員に対する研修機会の確保に向けて、取り組んでいることがあれば教えてください。

ア) 職員向けの研修を開催                    イ) 研修への派遣                    ウ) 研修の情報提供  
エ) 園内研修への協力（講師派遣等）                    オ) その他（                    ）

(4) 移行支援についての取り組みと課題を教えてください。

#### 設問Ⅳ. その他

Q1. 子育て支援センター等の設置状況について

- ア) 一般型 (          ) カ所                          イ) 連携型 (          ) カ所  
ウ) その他 (具体的に:    )

Q2. 子育て支援センター等での、気になる子のフォローの場としての利用 ( あり ・ なし )

Q3. 子育て支援センター以外で、気になる子に対応している子育て支援サービスがあれば記入下さい。  
( 例: ファミリーサポートセンター など )

Q4. 放課後児童クラブについて

- ① 設置学童数 (          ) カ所  
② 障害児の受入学童数 (          ) カ所  
③ ②のうち、「障害児受入推進事業」実施学童数 (          ) カ所  
④ ②のうち、「障害児受入強化推進事業」実施学童数 (          ) カ所

Q5. 地域の親の会等について

(1) 把握している親の会等があれば、下記に名称をご記入ください。

(2) 親の会等と連携していますか。( している ・ していない )

↓ ※ 具体的にお書きください。

Q6. 貴市町村における下記の取り組み状況について、○を付けて下さい。

(1) ソーシャルスキルトレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している  
イ) 必要性を感じているが、具体的な取り組みを検討している  
ウ) 必要性を感じているが、運営面(予算、人材等)等に課題がある  
エ) 必要性は特に感じていない

(2) パARENT・トレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している  
イ) 必要性を感じているが、具体的な取り組みを検討している  
ウ) 必要性を感じているが、運営面(予算、人材等)等に課題がある  
エ) 必要性は特に感じていない

(3) ペアレントプログラムについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(4) ティーチーズ・トレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(5) ペアレントメンターについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

Q7. 貴市町村における「新サポートノートえいぶる」の普及に向けた取り組みについて

(1) 「新サポートノートえいぶる」について

- ア) 積極的に活用している
- イ) 存在を知っている
- ウ) 存在を知らない

(2) 「新サポートノートえいぶる」の普及について

- ア) 各学校向けの普及研修会を実施
- イ) 支援者・機関向けに紹介通知を送付
- ウ) 保護者向けの普及研修会を実施
- エ) 保護者向けに案内チラシ等を配布
- オ) 関係会議での紹介（会議名： ）
- カ) その他（ ）
- キ) 普及に向けた取り組みは行っていない

(3) 「新サポートノートえいぶる」の活用について、具体的な事例があれば、ご記入ください。

（例：保護者と一緒に作成している 等）

(4) 「新サポートノートえいぶる」の課題等と思われることがあれば、ご記入ください。

\*\*\* 大変お忙しいなか ご理解とご協力いただき、誠にありがとうございました \*\*\*

平成 29 年度 市町村発達障害児（者）支援体制整備状況に関する実態調査（教育担当）

< 注意事項 >

このアンケートは、教育ご担当部署に送付しております。質問内容によって、担当部署が異なる場合は、必要に応じ、質問の該当内容の担当部署に聴き取りの上、教育ご担当部署に所属するアンケート記入者がとりまとめ、一括で御回答くださいますようご協力の程よろしく申し上げます。  
 なお、回答にあたっては、平成 28 年度の状況をご記入ください。

記入者	市町村名		連絡先	( 直通 )
	所属 (課)			
	役職・氏名 (担当業務)	( )		

設問 I. 貴市町村内の幼稚園における発達障害に関する特別支援教育についてお伺いします。

Q1. 就学相談（就学指導）について

- (1) 就学相談（就学指導）を実施していますか。 ( している ・ していない )  
 (2) 就学相談（就学指導）を行った実児童数： \_\_\_\_\_ 人 (内訳 ⇒ 男\_\_\_\_人、女\_\_\_\_人)  
 (3) 就学相談（就学指導）後の進路について  
 特別支援学校：\_\_\_\_\_人 特別支援学級：\_\_\_\_\_人 通級指導：\_\_\_\_\_人 通常級のみ：\_\_\_\_\_人

Q2. 特別支援学級の状況について

- (1) 公立：学級総数：\_\_\_\_\_/担任総数：\_\_\_\_\_/在籍総数：\_\_\_\_\_ (内訳⇒男\_\_\_\_人、女\_\_\_\_人)  
 (2) 私立：学級総数：\_\_\_\_\_/担任総数：\_\_\_\_\_/在籍総数：\_\_\_\_\_

Q3. 加配支援員等（ヘルパー等配慮が必要な児童への支援を担当するスタッフを指す）の状況について

- (1) 加配支援員等の配置 ( なし ・ あり ⇒ 総数：\_\_\_\_\_人 )  
 (2) 加配支援員等の配置園数：\_\_\_\_\_園  
 (3) 支援対象園児数 : \_\_\_\_\_人  
 (4) 採用基準について  
 ア) 資格等基準がある (具体的に： \_\_\_\_\_ )  
 イ) 資格等基準なし  
 (5) 配置基準について  
 ア) 配置基準がある (具体的に： \_\_\_\_\_ )  
 イ) 配置基準なし  
 (6) 研修機会について  
 ア) あり ( 研修名： \_\_\_\_\_ ) → ( 年間実施回数： \_\_\_\_\_ )  
 イ) なし ( 総受講者数： \_\_\_\_\_ )

Q4. 巡回相談について

- (1) インクルーシブ教育システム整備事業（専門家チーム・巡回アドバイザー）利用について  
 ア) 利用している                      イ) 利用していない

(2) 市町村独自で実施している

ア) 実施している ( 具体的に： \_\_\_\_\_ 派遣回数： \_\_\_\_\_ 実支援児童数： \_\_\_\_\_ 人 )

イ) 実施していない

(3) 個別の教育支援計画・指導計画の作成

ア) 支援の必要な子は、全員作成している      イ) 診断がある子は、作成している

ウ) 支援員等の関わりのある子は、作成している      エ) 作成していない

#### Q5. 入園時に関すること

(1) 入園時の発達障害児の把握について、下記より1つ選んでください。

ア) ほぼ把握している      イ) 一部把握している      ウ) ほとんど把握していない

(2) 把握している場合、その方法について教えてください。(複数回答可)

ア) スクリーニング検査実施 ( 制度化： \_\_\_\_\_ している ・ \_\_\_\_\_ していない )

イ) 保育所からの引継ぎ ( 制度化： \_\_\_\_\_ している ・ \_\_\_\_\_ していない )

ウ) 保護者からの事前相談 ( 制度化： \_\_\_\_\_ している ・ \_\_\_\_\_ していない )

(3) 保育所との連携も含む、入園時の課題について

#### Q6. 小学校への引継ぎについて、下記より選んでください。(複数回答可)

ア) 委員会主催で情報交換の場を設けている      イ) 担当者同士で引き継ぐよう文書等で促している

ウ) 現場職員に一任している

エ) 支援ファイル(新サポートノートえいぶる 等)の利用を推進している

オ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

#### 設問Ⅱ. 市町村立 小学校における 発達障害に関する特別支援教育についてお伺いします。

##### Q1. 就学相談(就学指導)について

(1) 就学相談(就学指導)を実施していますか。 ( している ・ していない )

(2) 就学相談(就学指導)を行った実児童数： \_\_\_\_\_ 人 (内訳 ⇒ 男 \_\_\_\_\_ 人、女 \_\_\_\_\_ 人)

(3) 就学相談(就学指導)後の進路について

特別支援学校： \_\_\_\_\_ 人 特別支援学級： \_\_\_\_\_ 人 通級指導： \_\_\_\_\_ 人 通常級のみ： \_\_\_\_\_ 人

##### Q2. 特別支援学級及び通級指導について

(1) 特別支援学級の状況について

学級総数： \_\_\_\_\_ / 担任総数： \_\_\_\_\_ / 在籍総数： \_\_\_\_\_ (内訳⇒男 \_\_\_\_\_ 人、女 \_\_\_\_\_ 人)

(2) 通級指導の状況について

① 言語障害対象の教室について

学級総数： \_\_\_\_\_ (内拠点校数： \_\_\_\_\_)

担任総数： \_\_\_\_\_ / 在籍総数： \_\_\_\_\_

② 発達障害対象の教室について

学級総数： \_\_\_\_\_ (内拠点校数： \_\_\_\_\_)

担任総数： \_\_\_\_\_ / 在籍総数： \_\_\_\_\_

Q3. 加配支援員等（ヘルパー等配慮が必要な児童への支援を担当するスタッフを指す）の状況について

(1) 加配支援員等の配置 ( なし ・ あり ⇒ 総数： \_\_\_\_\_ 人 )

(2) 加配支援員等の配置校数： \_\_\_\_\_ 校

(3) 支援対象児童数 : \_\_\_\_\_ 人

(4) 採用基準について

ア) 資格等基準がある (具体的に： \_\_\_\_\_ )

イ) 資格等基準なし

(5) 配置基準について

ア) 配置基準がある (具体的に： \_\_\_\_\_ )

イ) 配置基準なし

(6) 研修機会について

ア) あり ( 研修名： \_\_\_\_\_ ) → ( 年間実施回数： \_\_\_\_\_ )  
イ) なし ( 総受講者数： \_\_\_\_\_ )

Q4. 巡回相談について

(1) インクルーシブ教育システム整備事業（専門家チーム・巡回アドバイザー）利用について

ア) 利用している                      イ) 利用していない

(2) 市町村独自で実施している

ア) 実施している ( 具体的に： \_\_\_\_\_ )  
派遣回数： \_\_\_\_\_                      実支援児童数： \_\_\_\_\_ 人

イ) 実施していない

(3) 個別の教育支援計画・指導計画の作成

ア) 支援の必要な子は、全員作成している                      イ) 診断がある子は、作成している

ウ) ヘルパー等の支援対象児童については、作成している                      エ) 作成していない

Q5. 小学校入学時に関すること

(1) 小学校入学時の発達障害児の把握について、下記より1つ選んでください。

ア) ほぼ把握している                      イ) 一部把握している                      ウ) ほとんど把握していない

(2) 把握している場合、その方法について教えてください。(複数回答可)

ア) 就学時健診でスクリーニング ( 制度化：                      している                      ・                      していない )

イ) 保育所・幼稚園からの引継ぎ ( 制度化：                      している                      ・                      していない )

ウ) 保護者からの事前相談 ( 制度化：                      している                      ・                      していない )

(3) 小学校入学時の保育所・幼稚園との連携の課題について

Q6. 中学校への引継ぎについて、下記より選んでください。(複数回答可)

- ア) 個別の教育支援計画を引き継ぐよう助言している    イ) 委員会主催で情報交換の場を設けている  
ウ) 担当者同士で引き継ぐよう文書等で促している    エ) 現場教員に一任している  
オ) 支援ファイル(新サポートノートえいぶる 等)の利用を推進している  
カ) その他( )

設問Ⅲ. 市町村立中学校における発達障害に関する特別支援教育についてお伺いします。

Q1. 就学相談(就学指導)について

- (1) 就学相談(就学指導)を実施していますか。( している ・ していない )  
(2) 就学相談(就学指導)を行った実生徒数: \_\_\_\_\_人(内訳 ⇒ 男\_\_\_\_人、女\_\_\_\_人)  
(3) 就学相談(就学指導)後の進路について  
特別支援学校: \_\_\_\_\_人 特別支援学級: \_\_\_\_\_人 通級指導: \_\_\_\_\_人 通常級のみ: \_\_\_\_\_人

Q2. 特別支援学級及び通級指導について

- (1) 特別支援学級の状況について  
学級総数: \_\_\_\_\_ / 担任総数: \_\_\_\_\_ / 在籍総数: \_\_\_\_\_(内訳⇒男\_\_\_\_人、女\_\_\_\_人)  
(2) 通級指導の状況について  
① 言語障害対象の教室について  
学級総数: \_\_\_\_\_ (内拠点校数: \_\_\_\_\_)  
担任総数: \_\_\_\_\_ / 在籍総数: \_\_\_\_\_  
② 発達障害対象の教室について  
学級総数: \_\_\_\_\_ (内拠点校数: \_\_\_\_\_)  
担任総数: \_\_\_\_\_ / 在籍総数: \_\_\_\_\_

Q3. 加配支援員等(ヘルパー等配慮が必要な生徒への支援を担当するスタッフを指す)の状況について

- (1) 加配支援員等の配置 ( なし ・ あり ⇒ 総数: \_\_\_\_\_人 )  
(2) 加配支援員等の配置校数: \_\_\_\_\_校  
(3) 支援対象児童数 : \_\_\_\_\_人  
(4) 採用基準について  
ア) 資格等基準がある(具体的に: \_\_\_\_\_)  
イ) 資格等基準なし  
(5) 配置基準について  
ア) 配置基準がある(具体的に: \_\_\_\_\_)  
イ) 配置基準なし



(6) 研修機会について

ア) あり ( 研修名:

)→ ( 年間実施回数: \_\_\_\_\_ )

イ) なし

Q4. 巡回相談について

(1) インクルーシブ教育システム整備事業 ( 専門家チーム・巡回アドバイザー ) 利用について

ア) 利用している                      イ) 利用していない

(2) 市町村独自で実施している

ア) 実施している ( 具体的に: \_\_\_\_\_ 派遣回数: \_\_\_\_\_ 実支援児童数: \_\_\_\_\_ 人 )

イ) 実施していない

(3) 個別の教育支援計画・指導計画の作成

ア) 支援の必要な子は、全員作成している                      イ) 診断がある子は、作成している  
ウ) ヘルパー等の支援対象児童については、作成している      エ) 作成していない

Q5. 中学校入学時に関すること

(1) 中学校入学時の発達障害児の把握について、下記より1つ選んでください。

ア) ほぼ把握している              イ) 一部把握している              ウ) ほとんど把握していない

(2) 把握している場合、その方法について教えてください。(複数回答可)

ア) 小学校からの引継ぎ              ( 制度化:    している    ・    していない )

イ) 保護者からの事前相談              ( 制度化:    している    ・    していない )

(3) 中学校入学時の小学校との連携の課題について

Q6. 高等学校への引継ぎについて、下記より選んでください。(複数回答可)

ア) 個別の教育支援計画を引き継ぐよう助言している    イ) 委員会主催で情報交換の場を設けている  
ウ) 担当者同士で引き継ぐよう文書等で促している    エ) 現場教員に一任している  
オ) 支援ファイル等 ( 新サポートノートえいぶる 等 ) の利用を推進している  
カ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

Q7. 卒後、相談機関 ( 就労支援も含む ) への引継ぎについて、下記より1つ選んでください。

ア) 個別の教育支援計画を引き継ぐよう助言している    イ) 委員会主催で情報交換の場を設けている  
ウ) 担当者同士で引き継ぐよう文書等で促している    エ) 現場教員に一任している  
オ) 支援ファイル ( 新サポートノートえいぶる 等 ) の利用を推進している  
カ) その他 ( \_\_\_\_\_ )

設問Ⅳ. 特別支援教育の推進および連携について

Q1. 特別支援教育を進めるために市区町村が独自に取り組んでいることについて、具体的な内容を記入して下さい。

Q2. 特別支援教育を進めるために市町村教育委員会独自で行っている研修会等があれば、下記にご記入ください。

名称	対象	回数	頻度
			定例 ・ 臨時
			定例 ・ 臨時
			定例 ・ 臨時
			定例 ・ 臨時

Q3. 教育研究所や青少年センター等、市町村独自の機関についてどのような連携を行っていますか。具体的にお答えください。

Q4. 他課（保健・福祉 等）との連携に関する取組みや課題について、具体的に記入して下さい。

(1) 主な取組みについて

(2) 主な課題について

Q5. 外部機関（福祉事業所・医療機関等）との連携に関する取組や課題について、具体的に記入して下さい。

(1) 主な取組みについて

(2) 主な課題について

Q6. 要保護児童対策地域協議会や障害者自立支援協議会等の他課が開催する委員会と連携していますか。

ア) はい ⇒ (会議名: \_\_\_\_\_ )

イ) いいえ

ウ) 上記協議会の存在を把握していない

#### 設問V. その他

Q1. 地域の親の会等について

(1) 把握している親の会等があれば、下記に名称をご記入ください。

(2) 親の会等と連携していますか。( している ・ していない )



※ 具体的にお書きください。

Q2. 貴市町村における下記の取り組み状況について、○を付けて下さい。

(1) ソーシャルスキルトレーニングについて

ア) 現在すでに実施している

イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している

ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある

エ) 必要性は特に感じていない

(2) ペアレント・トレーニングについて

ア) 現在すでに実施している

イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している

ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある

エ) 必要性は特に感じていない

(3)ペアレントプログラムについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(4)ティーチャーズ・トレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(5)ペアレントメンターについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じている、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

Q3. 貴市町村における「新サポートノートえいぶる」の普及に向けた取り組みについて

(1)「新サポートノートえいぶる」について

- ア) 積極的に活用している
- イ) 存在を知っている
- ウ) 存在を知らない

(2)「新サポートノートえいぶる」の普及について

- ア) 各学校向けの普及研修会を実施
- イ) 各学校向けに紹介通知を送付
- ウ) 保護者向けの普及研修会を実施
- エ) 保護者向けに案内チラシ等を配布
- オ) 関係会議での紹介（会議名： \_\_\_\_\_）
- カ) その他（ \_\_\_\_\_ ）
- キ) 普及に向けた取り組みは行っていない

(3)「新サポートノートえいぶる」の活用について、具体的な事例があれば、ご記入ください。

（例：保護者と一緒に作成している 等）

(4)「新サポートノートえいぶる」の課題等と思われることがあれば、ご記入ください。

\*\*\* お忙しいなか ご理解とご協力いただき、ありがとうございました \*\*\*

平成 29 年度 市町村発達障害児(者)支援体制整備状況に関する実態調査 (福祉担当)

< 注意事項 >

このアンケートにおける「発達障害」とは、発達障害者支援法に定義される自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害等を指します。

なお、回答にあたっては、平成 28 年度の状況をご記入ください。

記入者	市町村名		連絡先	( 直通 )
	所属 (課)			
	役職・氏名 (担当業務)	( )		
	勤務年数※1	年	取得または保有資格※2 主に業務に関係する資格 (社会福祉士 等)	

※1. 勤務年数については現在の部署に異動、または採用になってからの年数を記入して下さい (平成 29 年 4 月 1 日現在)。

※2. 取得または保有資格を複数お持ちの方は全て記入して下さい。

A. 障害者相談支援事業を委託している場合は、委託先の法人名と事業所名をご記入ください。

法人名	事業所名

B. 基幹相談支援センターを設置していますか。 ( はい ・ いいえ ・ 検討中 )

※ 上記で「はい」を選択の場合、委託している場合は、法人名と事業所名をご記入ください。

法人名 ( )、事業所名 ( )

設問 I. 発達障害に関する全般的な相談状況についてお聞きします。(直営・委託を問いません)

Q1. 発達障害に関する相談窓口を地域住民にどのように周知していますか。(複数回答可)

※ 下記、ア) ~ウ) を選択の場合は、広報誌、ホームページ等のコピーがあれば添付して下さい。

- ア) 市町村のホームページに掲載      イ) 広報誌に掲載      ウ) パンフレット等を作成  
エ) 特に周知していない      オ) その他 ( )

Q2. 発達障害に関する相談件数や支援ニーズの把握について

※ 下記、ア) を選択の場合は、詳細がわかる資料 (集計結果等) のコピーがあれば添付して下さい。

- ア) 把握している      イ) 把握していない      → Q7. へお進み下さい。

Q3. 発達障害に関する全般的な相談件数について

なお、複数の部署で対応している場合は、アンケート記入部署の状況をご記入ください。

- ア) 増えている      イ) 減っている      ウ) 変わらない      エ) 不明

Q4. 発達障害児（者）における福祉サービス申請に係る相談件数 ⇒ （ 延べ 件／年 ）  
 発達障害児（者）における、上記以外の相談件数 ⇒ （ 延べ 件／年 ）

Q5. どのような相談が増えていると感じますか。（複数回答可）

- |  |                        |
|--|------------------------|
| ア) 障害への疑い（障害の有無について等）                        | イ) 障害に関する質問（発達障害とは？等）  |
| ウ) 関わり方について（しつけ・子育て）                         | エ) 対人関係等のコミュニケーションについて |
| オ) 家族間でのトラブル（夫婦間含む）                          | カ) 居住について              |
| キ) 保育園・幼稚園でのトラブル                             | ク) 学校でのトラブル            |
| ケ) 就学・進学について                                 | コ) 就職について              |
| サ) 職場でのトラブル                                  | シ) 経済的問題（手当・年金等）       |
| ス) 各種手帳／福祉サービス利用について                         | セ) 相談／支援機関について         |
| ソ) 医療機関の照会                                   | タ) 余暇の過ごし方（居場所）        |
| チ) 親の会等の問い合わせ                                | ツ) 成人自助グループ等の問い合わせ     |
| テ) 緊急時の家族支援（レスパイト・ショートステイ等）                  |                        |
| ト) 事件・事故の対応について                              | ナ) ひきこもり（背景に発達障害が疑われる） |
| ニ) その他（                                    ） |                        |

Q6. 特に相談が増えたと思われる年代を多い順に番号を記入下さい。わかれば実数も教えて下さい。

年 代	番 号	実 数
乳幼児		人
小学生		人
中学生		人
高校生		人
専門学校・大学生		人
成人		人
高齢者（65歳以上）		人

Q7. 上記Q2で「イ）把握していない」と回答の場合、把握していない理由や課題について  
 ご記入ください。

Q8. さまざまな相談の中で対応に苦慮した事例等があれば、具体的にご記入ください。

Q9. 貴市町村における相談従事者（窓口対応職員、委託相談支援専門員 等）に対する  
 発達障害に特化した研修機会について、○を付けて下さい。

- |              |  |  |
|--------------|--|--|
| ア) 内部で研修会を実施 | イ) 外部研修会への派遣                                 |  |
| ウ) 個人に任せている  | エ) その他（                                    ） |  |

Q10. 貴市町村（圏域）で下記の研修が開催された場合、受講の必要性を感じる研修内容について○を付けて下さい。（複数回答可）

- |                                     |                       |
|-------------------------------------|-----------------------|
| ア) 発達障害の特性に関すること全般                  | イ) 発達障害者（児）への関わり方     |
| ウ) 相談・面談技術について                      | エ) 家族（保護者）支援について      |
| オ) 就労支援について                         | カ) 生活支援について           |
| キ) 困難事例（触法、強度行動障害、ひきこもり等）への対応方法について |                       |
| ク) 発達障害関連施策について                     | ケ) 各関係機関との情報交換（実践報告会） |
| コ) 地域支援システム（体制）について                 | サ) 事例検討会および個別ケース検討会   |
| シ) ネットワーク支援について                     | ス) その他（ ）             |

Q11. 発達障害の相談対応で具体的な工夫をしていますか。 （ している ・ していない ）



Q12. 上記Q11で「している」と回答の場合、工夫している点について具体的に教えてください。

例) 当事者向けのパンフレット（手帳の取得方法や利用できるサービス一覧表等）作成、相談しやすい環境設定（周りの刺激を避け、落ち着いて相談できるよう、ついたて等を設置している等）

設問Ⅱ. 成人の発達障害者支援についてお聞きします。

Q1. 成人の発達障害者に対する支援として取り組んでいることがあれば、ご記入ください。

Q2. 成人の発達障害者に対してどのような支援が必要だと思いますか。（複数回答可）

- |                            |                           |               |
|----------------------------|---------------------------|---------------|
| ア) 社会的スキル（コミュニケーション技術等）の習得 | イ) 障害受容・自己理解の促進           |               |
| ウ) 家族への支援                  | エ) 生活リズムの改善               | オ) 二次障害への対応   |
| カ) 就労支援                    | キ) 金銭管理                   | ク) 余暇活動（居場所）  |
| ケ) 自助グループ（成人当事者会）          | コ) 危機管理（インターネット被害、消費者被害等） |               |
| サ) 社会的適応を妨げる行為（迷惑行為等）      | シ) 触法者等々の社会復帰支援           |               |
| ス) 親亡き後問題                  | セ) 高齢期発達障害者支援             | ソ) 必要性は特に感じない |
| タ) その他（ ）                  |                           |               |

Q3. 発達障害の可能性が疑われる（未診断）の人に対してどのような対応をしていますか。

Q4. 成人の発達障害者支援に関する課題と思われることは何ですか。具体的にご記入ください。

設問Ⅲ. 家族支援についてお聞きします。

Q1. 家族支援について、取り組んでいることがありますか。(複数回答可)

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| ア) 家族への説明(社会資源等の情報提供) | イ) 早期介入(支援)       |
| ウ)ペアレントトレーニング         | エ)ペアレントプログラム      |
| オ)保護者や兄弟姉妹に対する心理的サポート | カ)保護者同士や先輩保護者との交流 |
| キ)家族のレスパイト(一時的休息)の提供  | ク)家族向け講演会等の開催     |
| ケ)その他( )              |                   |

Q2. 家族支援について、どのような支援が必要だと思えますか。(複数回答可)

- |                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| ア) 家族への説明(社会資源等の情報提供) | イ) 早期介入(支援)       |
| ウ)ペアレントトレーニング         | エ)ペアレントプログラム      |
| オ)保護者や兄弟姉妹に対する心理的サポート | カ)保護者同士や先輩保護者との交流 |
| キ)家族のレスパイト(一時的休息)の提供  | ク)家族向け講演会等の開催     |
| ケ)その他( )              |                   |

Q3. 家族支援に関する課題と思われることは何ですか。具体的にご記入ください。

--

設問Ⅳ. 発達障害児(者)支援施策に関する検討状況についてお聞きします。

Q1. 貴市町村として、発達障害児(者)支援の方向性(施策や計画等)について、庁内横断的に検討を行う場を設けていますか。

- ア) 定期的開催      イ) 過去に開催      ウ) 今後開催予定      エ) 開催していない



下記、Q2～ Q4にお答え下さい。



Q5へ

Q2. 上記Q1で、ア)～ウ)と回答の場合は、以下の欄をご記入ください。

※ 既存資料のコピー添付での代替も可能です。

会議名	
開催頻度	
出席部署	
検討内容 (箇条書き可)	



Q3. 会議開催にあたり、問題や課題と思われることは何ですか。具体的にご記入ください。

Q4. 他課が開催する会議（要保護児童対策地域協議会等）と連携していますか。

- ア) はい ⇒（会議名： \_\_\_\_\_）
- イ) いいえ                      ウ) 上記協議会の存在を把握していない

Q5. 設問Ⅳ. Q1で、エ）と回答の場合、開催していない理由は何ですか。（複数回答可）

- ア) 必要性を感じるが、時間等の確保が難しい                  イ) 他部署の協力が得られにくい
- ウ) 運営するための専門的知識をもつ人材が少ない          エ) 現時点では必要性を感じていない
- オ) 有識者等に参加してもらうための予算がない
- カ) その他（ \_\_\_\_\_ ）

## 設問Ⅴ. その他

Q1. 地域の親の会等について

(1) 把握している親の会等があれば、下記に名称をご記入ください。

(2) 親の会等と連携していますか。（ している    ・    していない ）

↓ ※ 具体的にお書きください。

Q2. 貴市町村における下記の取り組み状況について、あてはまるものに 1 つ○を付けて下さい。

(1) ソーシャルスキルトレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じているが、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(2) ペアレント・トレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じているが、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(3) ペアレントプログラムについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じていて、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(4) ティーチャーズ・トレーニングについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じていて、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

(5) ペアレントメンターについて

- ア) 現在すでに実施している
- イ) 必要性を感じていて、具体的な取り組みを検討している
- ウ) 必要性を感じているが、運営面（予算、人材等）等に課題がある
- エ) 必要性は特に感じていない

Q3. 貴市町村における「新サポートノートえいぶる」の普及に向けた取組みについてお聞きします。

(1) 「新サポートノートえいぶる」について

- ア) 積極的に活用している
- イ) 存在を知っている
- ウ) 存在を知らない

(2) 「新サポートノートえいぶる」の普及について

- ア) 支援者・機関等向けに研修会を実施
- イ) 支援者・機関等向けに紹介通知等を送付
- ウ) 保護者向けの研修会を実施
- エ) 保護者に案内チラシ等を配布
- オ) 関係会議での紹介（会議名： \_\_\_\_\_）
- カ) その他（ \_\_\_\_\_ ）
- キ) 普及に向けた取組みは、特に行っていない

(3) 「新サポートノートえいぶる」の活用について、具体的な事例があれば教えてください。

（例：保護者と一緒に作成している 等）

(4) 「新サポートノートえいぶる」の課題等と思われることがあれば、ご記入ください。

Q4. 貴市町村における「巡回支援専門員整備事業」(地域生活支援事業の市町村任意事業)の実施状況についてお聞きします。

ア) 現在、実施している

イ) 過去に実施していた

ウ) 今後、実施予定

エ) 実施を検討中

オ) 実施の予定はない

カ) 事業自体を知らなかった

Q5. 上記Q2で、ア)イ)と回答し、事業を委託している場合は、委託先の法人名をご記入下さい。

Q6. 発達障害児者を想定した災害時支援に関して、貴市町村として取り組んでいることはありますか。なければ、今後の取組み予定や課題についてご記入ください。

Q7. 貴市町村における発達障害児者支援に関する独自事業や取組み等があれば、ご記入ください。

Q8. 貴市町村における発達障害児者支援への取組み状況や課題など、ご自由に記入ください。

\*\*\* 大変お忙しいなか ご理解とご協力いただき、誠にありがとうございました \*\*\*