

令和元年度第2回 徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会

日 時：令和元年12月10日（火）
午後1時30分から3時30分まで
場 所：徳島県立みなと高等学園 3階 研修室

一 次 第 一

- 1 開 会
- 2 挨 拶
- 3 議 事

- (1) 発達障がい支援機能強化学業の状況について
- (2) 発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業の状況について
- (3) その他

***** 配布資料 *****

- ・ 次第
- ・ 徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会設置要綱
- ・ 徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会委員名簿
- ・ [資料1] 発達障がい支援機能強化学業の状況について
(発達障がい者総合支援センター)
- ・ [資料2] 発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業の状況について
(教育委員会)

徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会設置要綱

(設 置)

第1条 発達障がい者の乳幼児期から成人期までの各ライフステージに対応する一貫した支援を行うため、医療、福祉、教育及び労働の関係部局、大学、親の会等の関係者からなる「徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会」（以下「検討委員会」という。）を設置する。

(検討事項)

第2条 この検討委員会は、発達障がい者への支援のため次の事項について検討等を行う。

- (1) 発達障がい者支援に関する施策の総合的かつ計画的な推進について
- (2) その他

(組 織)

第3条 この検討委員会は、会長、副会長及びその他の委員をもって組織する。

2 委員は、徳島県知事が委嘱する

3 会長は、委員の互選により選出し、副会長は会長が指名する。

4 副会長は、会長を補佐し、会長に事故あるとき又は欠けたときは、その職務を代理する。

(委員の任期等)

第4条 委員の任期は2年とする。ただし、欠員が生じた場合の補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

2 委員は、再任することができる。

(会議の運営)

第5条 検討会は、必要に応じて会長が招集する。

2 検討会の議長は会長がこれにあたる。

(関係者の出席)

第6条 会長が必要と認めたときは、関係者の出席を求め、意見を聞くことができる。

(検討部会・ワーキンググループ)

第7条 検討委員会の円滑かつ効率的な運営に資するため、また、実質的な検討作業を行うために検討部会（ワーキンググループ）を設けることができる。

(庶 務)

第8条 検討委員会の庶務は、保健福祉部障がい福祉課及び発達障がい者総合支援センターにおいて処理する。

(雑 則)

第9条 この要綱に定めるものの他、検討委員会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

附 則 この要綱は、平成17年11月28日から施行する。

附 則 この要綱は、平成20年3月27日から施行する。

附 則 この要綱は、平成26年1月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則 この要綱は、平成27年5月1日から施行する。

徳島県発達障がい者支援体制整備検討委員会委員名簿

令和元年5月1日現在

区 分	所 属・職 名	氏 名
医 療 福 祉	徳島赤十字ひのみね総合療育センター 顧問	橋 本 俊 顕
	徳島県医師会	井 崎 ゆ み 子
	徳島県精神科病院協会 会長	櫻 木 章 司
大 学	鳴門教育大学大学院 教授	大 谷 博 俊
	徳島大学大学院 教授	奥 田 紀 久 子
	四国大学 准教授	前 田 宏 治
	徳島文理大学 准教授	富 樫 敏 彦
親 の 会 児童発達支援センター	徳島県自閉症協会 副会長	中 山 啓 子
	ねむのき 園長	栗 原 優 子
県民環境部 保健福祉部	中央こども女性相談センター 副所長	三 宅 旨 抗
	精神保健福祉センター 所長	石 元 康 仁
労働部局	徳島労働局職業安定部職業対策課 課長	寒 川 浩 治
	徳島障害者職業センター 所長	森 下 明 実
	愛育会地域生活総合支援センター 所長	堤 美 代 子
教育委員会	美馬市脇町幼稚園 園長	南 妃 佐 恵
	鳴門市第一中学校 校長	三 浦 克 彦
	徳島市城西中学校 校長	小 川 善 弘
	那賀高等学校 校長	乾 修 治
	鴨島支援学校 校長	久 田 眞 由 美
保育所	今津こどもセンター 所長	吉 本 る り 子
保健所長会	吉野川保健所 所長	郡 尋 香
市長会	徳島市保健センター 所長補佐	森 史 子
町村会	神山町健康福祉課 課長	浦 山 恵 美

【資料 1】

発達障がい支援機能強化事業の状況について (発達障がい者総合支援センター)

地域支援機能強化仕組みづくり事業

1 事業の目的

センターがより困難性の高い事例への専門的な支援や教育機関、市町村、事業所等に対する後方支援、支援者の育成にシフトした業務の仕組みを構築することを目的とする。

2 事業の概要

(1) 関係者会議 3回

有識者、支援者、関係団体等が、望ましい相談の仕組みを検討する(情報提供書作成を含む)。

(2) 一次的な相談窓口の周知

教育機関、市町村及び事業所等において、発達障がいの一次的な相談を受け、情報や困りごとの整理と助言を行うことの共通理解を図る。

(3) 情報提供書の活用

教育機関、市町村及び事業所等からのセンターへの情報提供書を作成、活用することで、センターへの相談のつながりがスムーズになり、より効果的な相談の場とする。

3 事業の効果

(1) 一次的な相談窓口を設置し機能させることにより、相談者は身近な地域で相談し、情報を得ることができる。また、センターの相談は困難事例に絞り込むことにより、相談受付から初回相談までの待ち時間を短縮でき、センターの支援を必要とする者へよりきめの細かい支援ができる。

(2) 対応困難事例については、支援者の後方支援を行うことで、教育機関や市町村、事業所等の安定した相談機能を保障する。

4 令和元年度の実施状況について

(1) 関係者会議の実施

①第1回(令和元年9月6日)

各専門領域で活躍している方々に集まっていただき、各地域での相談可能な窓口について情報を収集した。また、連携や支援を円滑に進めるために、情報を共有するためのツールの必要性についても話し合いをもった。

②第2回(令和元年11月15日)

各地域での相談窓口に加えて、さらに利用できる地域資源についての情報収集を行った。また、第1回で意見が出た情報共有ツールとしての「相談者記入シート」について、活用やアレンジ方法を話し合った。【別紙参照】

(2) 今後の予定

①相談窓口や地域資源の情報集約

来年度には情報を公開できるよう、公開の方法等についても具体的に検討する。相談窓口や地域資源をどういう時に利用していくことが好ましいかという情報も発信し、発達障がい者(児)が円滑に、また効率的に医療や福祉のサービスにつながっていけることを目指す。

②相談者記入シートの作成

情報共有のツールとして相談者記入シートを作成し、ホームページにアップするとともに、まずは広く支援者(主には一次相談の窓口担当者)に利用していただくことを目指す。

*ご相談したい内容について、できるだけ具体的に以下にご記入ください。

1. これまでの経過等について、以下にご記入ください。

① 発達障がいについての診断を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

時 期	診断名	機関名	アドバイス等
年 月 () 歳			

② 発達検査（K-ABC・新版K式など）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

検査日・年齢	実施機関	検査名	検査結果
年 月 () 歳			
年 月 () 歳			

③ 他機関の利用をしたことがある場合は、以下にご記入下さい（現在も含む）。

機関名	担当者	内 容	頻度（〇か月に△回等）	利用した時期・年齢
相談機関				
医療機関				
訓練機関				

④ 服薬をしていたことがある、もしくは、現在もしている場合は以下にご記入下さい。

薬名： 時期：

お子さんの様子について、以下にご記入ください。

① 妊娠・出産・発育の様子

分かる範囲で、該当するところにチェックをつけ、必要なところ書きこんでください。

妊 娠 期	妊娠中の母親の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 他 ()						特 記 事 項	
	薬の服用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()							
出 産 時	妊娠期間	週	日	出生体重	g				
	分娩	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() 特記事項()							
	様子	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 人工蘇生 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 激しい泣き・他()							
	保育器使用	<input type="checkbox"/> 有 (日) ・ <input type="checkbox"/> 無							
	黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 重							
乳 幼 児 期	首のすわり	ヶ月	お座り	ヶ月	ハイハイ	ヶ月	後追い		ヶ月
	つかまり立ち	ヶ月	歩き始め	ヶ月	指さし	ヶ月	呼ぶと振り 向く		ヶ月
	人見知り	ヶ月 (<input type="checkbox"/> 強かった <input type="checkbox"/> ある程度 ・ <input type="checkbox"/> ほとんど無かった)							
	意味ある単語(始語)	歳	ヶ月	内容()	二語文(「ブーブー来た」など)		歳	ヶ月	
	排泄自立	小 歳 ヶ月 ・ 大 歳 ヶ月							
	感覚の過敏さ・ 鈍麻さ(にぶさ)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(例:花火の音がダメ 寒さ暑さが分かりにくいなど) (内容)							
	乳幼児健康診査で何 か指摘されたことは ありますか?	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 [3~4ヶ月健診、9~10ヶ月健診、1歳半健診、3歳児健診等]							

② 以下の項目について、現在当てはまると思うものに○を、これまで一時的であっても当てはまると感じたことがあるものに△を記入してください。

視線が合いにくい、または合いすぎる	新しい場所や人に緊張しやすい
名前を呼んでも振り向きにくい	苦手な音や声がある
人見知りがない、または人見知りが強い	偏食がある
指さして興味のあるものを伝えない	乱暴な言動がある
かんしゃくが強い	落ち着きがない
言葉が遅れている	注意が続きにくい、不注意である
年齢相応の言葉のやりとりが成立しにくい	指示されたこと等をすぐに忘れてしまう
相手の話を理解することが苦手	運動が苦手
自分の気持ちを伝えることや説明が苦手	手先が不器用
一方的に話す	登園しぶりがある
オウム返しが多い	園などの集団活動に参加することが難しい
人の気持ちや意図を理解することが苦手	年齢相応の生活習慣（食事・着替・排泄等）が身についていない
他の子どもへの関心が薄い	睡眠リズムや生活リズムが不安定
年齢相応の友人関係を築くことが難しい	その他、気になることがある
予定の変更が苦手	
切り替えが難しい	
こだわりが強い	
興味が偏っている	

③ お子さんの得意なことや長所と思われることをご記入ください。

(例：○○にとっても詳しい、○○であればとても集中できる、記憶力が良い等、何でも結構です)

当日ご持参いただきたいもの

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文や絵画など、ご本人の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました

相談者記入シート

記入日： 年 月 日

ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入で構いません。秘密は厳守されますのでご安心ください。

ふりがな 相談者名（記入者）：		相談対象者との関係：				
相談者の連絡先						
TEL（携帯）：（ ）		－ *日中つながりやすい番号をご記入ください				
ハナミズキ・アイリスはどのように知って相談をしようと思いましたか？						
<input type="checkbox"/> 案内・紹介をされた（ ）						
<input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> パンフレットを見た <input type="checkbox"/> その他（ ）						
ふりがな 相談対象者名（相談したい人の名前）：						
性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 齢 歳		生年月日： 年 月 日		
相談対象者住所：〒						
相談対象者の連絡先						
TEL（携帯）：（ ）		－ *日中つながりやすい番号をご記入ください				
診 断： <input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名： ）						
<input type="checkbox"/> 診断名は無いが（ ）の疑いがあると（ ）より言われた						
手 帳： <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2）						
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）						
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級（障がい名： ）						
所属学校名：			学年： 年		担任名：	
利用クラス：（ <input type="checkbox"/> 通常学級 <input type="checkbox"/> 特別支援教室 <input type="checkbox"/> 特別支援学校[]部 ）						
家 族 構 成	氏 名	続柄	年齢	職場・学校（学年）	同居・別居	特記事項
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	

*ご相談したい内容について、できるだけ具体的に以下にご記入ください。

1. ご相談までの経緯等について、以下にご記入ください。

① 発達障がいについての診断を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

時 期	診断名	機関名	アドバイス等
年 月 () 歳			

② 発達検査（WISC・K-ABCなど）を受けたことがある場合は、以下にご記入ください。

検査日・年齢	実施機関	検査名	検査結果
年 月 () 歳			
年 月 () 歳			

③ 他機関の利用をしたことがある場合は、以下にご記入下さい（現在も含む）。

機関名	担当者	内 容	頻度（〇か月に△回 等）	利用した時期・年齢
相談機関				
医療機関				
訓練機関				

④ 服薬をしていたことがある、もしくは、現在もしている場合は以下にご記入下さい。

薬名：	時期：
-----	-----

2. お子さんのご様子について、以下にご記入ください。

① 妊娠・出産・発育の様子

分かる範囲で、該当するところに○印をつけ、必要なところ書きこんでください。

妊 娠 期	妊娠中の母親の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 ・ <input type="checkbox"/> 他 ()						特記事項	
	薬の服用等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()							
出 産 時	妊娠期間	週	日	出生体重	g				
	分娩	<input type="checkbox"/> 頭位 <input type="checkbox"/> 骨盤位 <input type="checkbox"/> その他() 特記事項()							
	様子	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> チアノーゼ <input type="checkbox"/> 仮死 <input type="checkbox"/> 人工蘇生 <input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 激しい泣き・他()							
	保育器使用	<input type="checkbox"/> 有 (日) ・ <input type="checkbox"/> 無							
	黄疸	<input type="checkbox"/> 普通 ・ <input type="checkbox"/> 軽 ・ <input type="checkbox"/> 重							
乳 幼 児 期	首のすわり	ヶ月	お座り	ヶ月	ハイハイ	ヶ月	後追い	ヶ月	
	つかまり立ち	ヶ月	歩き始め	ヶ月	指さし	ヶ月	呼ぶと振り向く	ヶ月	
	人見知り	ヶ月 (<input type="checkbox"/> 強かった <input type="checkbox"/> ある程度 ・ <input type="checkbox"/> ほとんど無かった)							
	意味ある単語(始語)	歳	ヶ月	内容()	二語文(「ブーブー来た」など)		歳	ヶ月	
	排泄自立	小便		歳	ヶ月	大便		歳	ヶ月
	感覚の過敏さ・鈍麻さ(にぶさ)	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有(例:花火の音がダメ 寒さ暑さが分かりにくいなど) (内容)							
	乳幼児健康診査で何か指摘されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 [3~4ヶ月健診、9~10ヶ月健診、1歳半健診、3歳児健診等]							

② 生育歴について以下にご記入ください（入園、入学、中退、不登校、特別支援学級利用等についてご記入ください）。

生 育 歴	年月（年齢）	事 項

③ お子さんの現在と幼児期（0～5歳）の様子について、それぞれあてはまるところに○をつけてください。

* 幼児期のご様子については、一時的にでも当てはまると感じたことがある場合は○をつけてください。

幼児期	現 在	幼児期	現 在
	視線が合いにくい、または合いすぎる		落ち着きがない
	名前を呼んでも振り向きにくい		注意が続きにくい、不注意である
	人見知りがない、または人見知りが強い		忘れ物が多い
	指さして興味のあるものを伝えない		指示されたこと等をすぐに忘れてしまう
	かんしゃくが強い		不得意な科目がある（科目名 ）
	言葉が遅れている		文字を書くことが苦手
	年齢相応の言葉のやりとりが成立しにくい		文章を読み取ることが苦手
	相手の話を理解することが苦手		計算が苦手
	自分の気持ちを伝えることや説明が苦手		運動が苦手
	一方的に話す		手先が不器用
	人の気持ちや意図を理解することが苦手		授業に集中することが難しい
	他の子どもへの関心が薄い		いじめられていたことがある
	年齢相応の友人関係を築くことが難しい		登校しぶり、不登校
	予定の変更が苦手		年齢相応の生活習慣（食事・排泄等）が身につけていない
	切り替えが難しい		睡眠リズムや生活リズムが不安定
	こだわりが強い		その他、気になることがある
	興味が偏っている		[
	新しい場所や人に緊張しやすい		
	苦手な音や声がある		
	偏食がある		
	乱暴な言動がある		

④ お子さんの得意なことや長所と思われることをご記入ください。

(例：〇〇にとっても詳しい、〇〇であればとても集中できる、記憶力が良い等、何でも結構です)

当日ご持参いただきたいもの

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文や絵画など、ご本人の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました

相談者記入シート 記入年月日： 年 月 日

ご相談を受ける際に必要な情報についてお聞きします。分かる範囲、答えられる範囲の記入で構いません。このシートにご記入いただくことで相談がスムーズにはじめられます。

秘密は厳守されますのでご安心ください。

ふりがな 相談者名（記入者）：		相談対象者との関係：				
相談者（記入者）の連絡先						
TEL（携帯）：（ ） — *日中つながりやすい番号をご記入ください						
ハナミズキ・アイリスはどのように知って相談をしようと思いましたか？						
<input type="checkbox"/> 案内・紹介をされた（ ）						
<input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> パンフレットを見た <input type="checkbox"/> その他（ ）						
ふりがな 相談対象者名（相談したい人の名前）：						
性 別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		年 齢		歳		生年月日： 年 月 日
相談対象者住所：〒 —						
相談対象者の連絡先						
TEL（携帯）：（ ） — *日中つながりやすい番号をご記入ください						
診 断： <input type="checkbox"/> 診断なし <input type="checkbox"/> 診断あり（診断名： ）						
<input type="checkbox"/> 診断名は無いが（ ）の疑いがあると（ ）より言われた						
手 帳： <input type="checkbox"/> 手帳なし <input type="checkbox"/> 療育手帳（ <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2）						
<input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級）						
<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ ）級（障がい名： ）						
所属機関名(学校、施設、職場等)：						
現在利用しているサービス：						
家 族 構 成	氏 名	続 柄	年 齢	職 業・学 校	同 居・別 居	特 記 事 項
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
					<input type="checkbox"/> 同・ <input type="checkbox"/> 別	
ご相談したい内容（できるだけ具体的にご記入ください）						

1. 来所までの経緯等について、以下にお答えください。

① 学歴、職歴について以下にご記入ください。

学 歴	期 間	内 容（特別支援学級等の利用、不登校等もあれば記入）
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
職 歴	期 間	内 容（施設利用等もあれば記入）
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	
	年 月～ 年 月	

② 取得されている資格・免許などある場合は、以下にご記入ください。

取得日・年齢	取得資格・免許
年 月 日（ ）歳	
年 月 日（ ）歳	

③ 発達に関することや発達障がい、精神疾患等について、医療機関等で診察や訓練、相談を受けたことがある場合は以下にご記入ください（現在も含む）。

期間・年齢	機関名	(担当医)	(診断名)	内容
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）
年 月～ 年 月（ ）歳				<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> 訓練 <input type="checkbox"/> カウンセリング <input type="checkbox"/> 服薬（ ）

③ 学齢期（小学校～高校）好きだった遊びや興味のあるものをそれぞれご記入ください。

小学校：

中学校：

高校：

④ 学齢期（小学校～高校）集中して学習に取り組める時間は何分くらいでしたか。

- ほとんどできなかった 10分以下だった 30分以下だった
 1時間程度できた

⑤ その他、学校生活に関して、気になることがありましたら、ご記入ください。

4.生活面についてお答え下さい

① 余暇について

- 友達とよく過ごす 親や兄弟と主に過ごす 一人で過ごす

○特に好きな余暇活動[屋内：

/屋外：

]

② 移動手段について（複数可）

- 車 バイク 自転車 徒歩 公共交通機関の利用 単独での外出は難しい

③ 睡眠について

- 規則的 不規則 昼夜逆転 ○睡眠時間_____時間

④ その他、生活面に関して、気になることがありましたら、ご記入下さい。

5.就労経験がある方は、就職・仕事について、お答えください（アルバイト経験も含む）。

① これまでのお仕事の中で以下のような苦手さを感じることはありましたか。当てはまるものにチェックをつけてください。

- 口頭指示を理解できないことがある
- 上司や同僚に自分の意見や思いを伝えることが苦手
- 仕事の優先順位を決められない
- 仕事に集中することが難しい
- 状況に合わせて行動することが苦手
- 職場の暗黙のルールを理解することが苦手
- 指示されたことや、やるべきことをすぐに忘れてしまう
- 同時に2つ以上のことを行うことが難しい
- 臨機応変に対応することが苦手
- 仕事のミスが多い
- 休憩時間などの空き時間を過ごすことが苦手
- その他（)
- 特に苦手さを感じることはなかった

当日ご持参いただきたいもの

- ◇ 検査結果（検査を受けたことがある方のみ）
- ◇ 母子健康手帳（お持ちの方のみ）
- ◇ 診断書の写し（お持ちの方のみ）
- ◇ 作文、絵画、成績表など、ご本人の現在や過去の状況が把握できる資料

ご記入ありがとうございました

支援者支援の強化事業（発達障がい者地域支援マネジャーの創設）

1 事業の目的

地域の支援者の専門性や対応力の向上を促進するだけでなく、地域のインフォーマルな支援体制の整備を行い、発達障がい者（児）が身近な地域で相談ができ、暮らしやすい社会を目指すことを目的とする。

2 事業の概要

支援者支援の強化事業のひとつとして、発達障がい者地域支援マネジャーを創設し、市町村、事業所、医療機関等の関係機関が発達障がい者（児）の特性に応じた対応ができるよう、連絡、調整、助言等を総合的に行い、地域の支援機能の強化を図る。

3 事業の効果

研修や会議において支援者への技術支援を行うことで、身近な地域における専門的な相談支援体制を拡充、強化することができる。

また、関係機関とのネットワーク構築を図ることで、発達障がい者（児）の問題行動に対してよりスムーズに介入できたり、予防的な措置を講じることができる。

4 令和元年度の実施状況について

(1) 発達障がい者地域支援マネジャーの創設

発達障がい者（児）やその家族への支援に幅広く携わっている鳴門教育大学大学院学校教育研究科准教授 小倉正義 氏に委託している。

(2) 業務内容

- ①地域における関係機関のネットワークづくりを目的とした会議への参加及び助言
- ②地域の関係機関に対する研修及びコンサルテーション

(3) 主な活動報告

- ①令和元年9月5日（木） 鳴門市役所社会福祉課と情報交換
- ②令和元年9月6日（金） 地域支援機能強化仕組みづくり事業第1回関係者会議に参加
- ③令和元年10月2日（水） 徳島大学病院精神科神経科医局での臨床検討会に参加
- ④令和元年10月16日（水） 那賀高等学校にて研修
- ⑤令和元年11月15日（金） 地域支援機能強化仕組みづくり事業第2回関係者会議に参加
- ⑥令和元年11月25日（月） 鳴門市サービス調整会議に参加

(4) 今後の予定

- ①令和元年12月19日（木） 発達障がい者支援専門員養成研修にて講師として参加
- ②日程未定 弁護士等との連絡会や研修会を予定

“働く大人に育てる”モデル高校との連携事業

1 事業の目的

発達障がいの特徴が明らかであっても本人や家族が自覚することなく、また、本人に自覚があったとしても家族が受容できずに、進学や一般就労を目指す者は多い。しかし、就職活動ができない、就職できたとしても職場に適応できず、すぐに離職し、自信を失い、ひきこもってしまう場合もある。

そこで、在学中に自己の特性を理解する機会を持ち、少しでも本人に合った職種や働き方の選択ができるよう支援することで、職場定着を図り、離職やひきこもりを防止することを目的とする。

2 事業の概要

圏域毎にモデル校を設置し、モデル校教員と連携を密に図りながら事業を推進する。

	対 象	回数	内 容
①	教職員	各校1回	発達障がいについての知識や対応スキルの普及
②	発達特性のある生徒	随時	自己理解や就労準備についての情報提供
③	家族	随時	発達障がいについての知識や対応スキルの普及
④	教職員、生徒、保護者、支援者等	随時	個別相談

3 事業の効果

平成29年度に実施した高校・高等教育機関・企業へのアンケート調査でも、就労及び就労定着のためには、本人の自己理解（気づき支援）が重要という共通の結果が出ている。一方で、本人への支援だけでは不十分であり、家族の理解や障がい受容も大きな課題となっている。

本人に対する自己理解支援はもちろん、家族や教職員に対する特性理解の支援を行うことで、適切な進路選択や職業選択、ひいては就労及び就労定着につながることを期待できるとともに、ひきこもりや二次障がいなどの不適応を防ぐことにもなる。

4 令和元年度の実施状況について

現在、本事業実施対象高等学校の選定が終了し、次のように実施を計画している。

(1) 選定高等学校

- ①川島高等学校（東部圏域）
- ②那賀高等学校（南部圏域）
- ③穴吹高等学校（西部圏域）

(2) 教職員対象研修会の日程及び講師

- ①12月17日（火） 14時～16時 穴吹高等学校
- ②12月20日（金） 14時30分～16時30分 那賀高等学校
- ③12月25日（水） 14時～16時 川島高等学校

講師：鳴門教育大学大学院 特命教授 井上とも子 氏

(3) その他

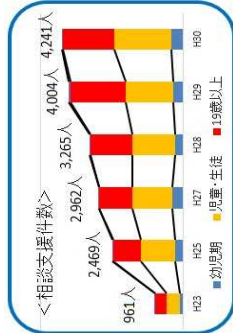
発達特性のある生徒及びその保護者への働きかけ方については、教職員対象研修が終了した後に、各高等学校の状況に合わせて計画を立てて実施していく。

発達障がい者支援のさらなる進化



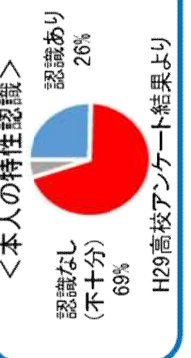
【令和元年度予算額 20,821千円】
 (うち当初予算計上 19,469千円)

- これまでの取り組みと成果**
- ・きめ細やかな相談体制の整備
 - ・就労と定着に向けた支援
 - ・社会の正しい理解の促進
 - ・大規模災害への対応



新たな課題

- ・地域の支援力強化
- ・職場定着と企業理解の促進
- ・気づき支援の充実
- ・災害対応力の向上



今後の方向性

- ・地域支援体制の強化
- ・就労支援事業の強化
- ・理解促進・研修事業の強化
- ・災害時の支援体制の充実

相談・発達支援機能

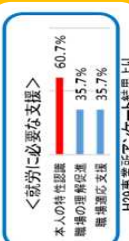
とくしま発達障がい者総合支援事業＜当初＞

- ・困難事例への対応充実強化
- ・保護者支援の充実
- ・ピアグループ育成の充実



就労支援機能

- ・就労準備支援の強化
- ・ジョブトレIN事業所の拡大
- ・就労と職場定着の支援



研修・普及啓発機能

- ・タブレットの活用
- ・災害時サポート体制強化
- ・センターの避難環境の向上



地域支援体制の強化！

〔新〕発達障がい支援機能強化事業＜6月補正＞

- ・地域支援機能強化の仕組みづくり
- ・地域支援マネジャーの創設など
後方支援の充実強化



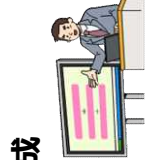
就労支援事業の強化！

- ・“働く大人に育てる”モデル高校との連携
学生、保護者、関係者を対象とした
キャリア教育



理解促進・研修事業の強化！

- ・発達障がい者支援専門員の養成
- ・発達障がいサポーターの養成
- ・好事例からの学びと実践



発達障がいのある方が自立し社会参加する地域共生社会の実現！

担当：発達障がい者総合支援センター

【資料2】

発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業の状況について (教育委員会)

発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業

1,791千円

本県では、平成27年に結成した「発達障がい教育・自立促進アドバイザーチーム」により、「ポジティブな行動支援」のモデル事業を実施し、クラス単位から学校ぐるみの取組へと拡充するとともに、特別支援学校でのコンサルテーションの実施など、徳島ならではの発達障がい教育を行ってきた。

本事業では、発達障がいのある子どもたちに向け、就学前から卒業後の就職までの多様かつ重層的な取組による切れ目ない支援体制を、「徳島スタンダードの発達障がい教育モデル」として構築する。

(1) 全国が注目する「ポジティブな行動支援」を県下全域に展開

小・中学校での取組

- (a) 「ポジティブな行動支援」の全県展開に向けた実践校の拡大と地域住民の参画
 - ・ 専門家と連携し、実践校に対するコンサルテーションを実施
 - ・ 学校で取り組んだ「ポジティブな行動支援」の目標を保護者や地域住民と共有し、地域とともに実践
- (b) 「ポジティブな行動支援」を全ての学校で取り組む体制を構築
 - ・ 管理職リーダー研修、学力向上研修等の職務研修において、「ポジティブな行動支援」に関する内容を組み込んで実施
 - ・ 「ポジティブな行動支援」基礎セミナーの実施（第1回R1.6.22 第2回R1.7.13 第3回R1.10.5）
- (c) 児童生徒のつまずきに応じ、自分で学習を進めることができる自律型学習教材の作成
 - ・ 自律型学習教材作成研修の開催（R1.6.13）
 - ・ 自律型学習教材の開発（R1.7～9）及び実施（R1.10～）
 - ・ 自律型学習教材の実施結果の検証及び改善（R1.12実施予定）

(2) 高校における新たな就労モデルを構築

高等学校での取組

- (a) 「通級による指導」の学習内容の充実
 - ・ 人間関係の形成やコミュニケーションなど生徒が苦手とする分野において、「通級による指導」を用いた学習内容の充実を図る。
 - ・ 通級指導専門性充実検討会議の開催（第1回 R1.6.26 第2回 R2.1月実施予定）
（会議構成員：学校関係者と専門家、特別支援教育巡回相談員、関係機関、県教育委員会）
 - ・ 専門家によるコンサルテーション（第1回 R1.6.26 第2回 R1.9.17 第3回 R2.1月実施予定）
 - ・ 通級による指導において、「ポジティブな行動支援」の考え方に基づく取組を推進し、通級による指導での成果が通常の学級に活かされるものとなるよう連携方法を研究。
- (b) 関係機関との連携を活かした「新たな就労モデル」の構築
 - ・ 特別支援教育巡回相談員との連携、特別支援学校のノウハウを活かした教育の実施
 - ・ とくしま地域若者サポートステーションとの連携による就労支援（年4回の出前授業の開催等）
- (c) 実践報告による発信
 - ・ 徳島県発達障がい教育研究会（R2.2.14～15実施予定）等での実践報告

【新】発達障がい「つながる・ひろがる・はばたく」充実事業

【令和元年度予算額 9,800千円】
【うち6月補正要求額 2,000千円】
【うち当初予算計上額 7,800千円】

これまでの取組

自律型学習教材による「学習支援」



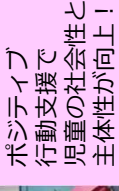
取組の成果を「特別支援まなびの広場」としてホームページに公開中



eラーニングを活用した「教員の専門性向上」



「ポジティブな行動支援」をモデル小学校で実践



ポジティブ行動支援で児童の社会性と主体性が向上！

発達障がい教育「徳島モデル」を構築



発達障がい教育・自立促進アドバイザーチームとの協働
ポジティブな行動支援実践校が10校に拡充！

“発達障がい教育先進県”として、さらなる充実・進化！

特別な支援を必要とする子どもへの切れ目ない支援体制を整備

就学準備

学齢期の学び

職業的自立に向けて

幼稚園

- ICTを活用した早期療育プログラムのモデル実施
- ポジティブな行動支援の取組を「地域ぐるみ」で実施（「学校（園）ぐるみ」から「地域住民の参画」へ）



主体的な活動を育む「ポジティブな行動支援」の拡充

小・中学校

- 一人ひとりの子どもに合わせた「自律型学習教材」の充実

高等学校

特別支援学校のノウハウを活かした教育

- 「通級による指導」の学習内容の充実（ビジネスマナーやスケジュール管理）
- 関係機関と連携した雇用マッチングの推進（「地域若者サポートステーション」等との連携）



通級の授業

特別支援学校

小・中学部

一貫したキャリア教育の充実

- 福祉事業所との連携による小・中学部段階からのインターンシップ
- 職業行動につながるスキル獲得のための専門家によるコンサルテーション



インターンシップ コンサルテーション

高等部

新たな就労モデルを導入（6月補正）

- テレワークによる就業体験を拡充（全ての肢体不自由学校で実施）
- 関係機関や企業との連携による就業体験機会の増加



就業体験



企業との懇談

発達障がいのある子どもたちの社会的・職業的自立の推進

連携先：保健福祉部・商工労働観光部・農林水産部

担当：特別支援教育課

発達障害者支援法の一部を改正する法律（平成28年法律第64号）について

第3章 発達障害者支援センター等

- **発達障害者支援地域協議会（第19条の2）**・・・支援体制の課題の共有・連携の緊密化・体制整備等について協議するため、都道府県・指定都市に設置することができることを新設

（発達障害者支援地域協議会）

第十九条の二 都道府県は、発達障害者の支援の体制の整備を図るため、発達障害者及びその家族、学識経験者その他の関係者並びに医療、保健、福祉、教育、労働等に関する業務を行う関係機関及び民間団体並びにこれに従事する者（次項において「関係者等」という。）により構成される発達障害者支援地域協議会を置くことができる。

- 2 前項の発達障害者支援地域協議会は、関係者等が相互の連絡を図ることにより、地域における発達障害者の支援体制に関する課題について情報を共有し、関係者等の連携の緊密化を図るとともに、地域の実情に応じた体制の整備について協議を行うものとする。

（本条の趣旨）

本条は、発達障害者支援地域協議会について規定している。

（第1項）

本法の施行以降、医療、保健、福祉、教育、労働等の各分野において発達障害者の支援は着実に進展してきたが、都道府県や市町村ごとにみるとその取組に差異がある。今後、全ての発達障害者や家族その他の関係者をきめ細かく支援するためには、関係者等が相互の連携を図り、地域における発達障害者の支援体制に関する課題について情報を共有した上で、地域の実情に応じた支援体制を構築する必要がある。そこで、本項は、都道府県が、発達障害者支援地域協議会を置くことができるとしている。

この機関は、障害者総合支援法の地域生活支援事業として実施されている「発達障害者支援体制整備検討委員会」を「発達障害者支援地域協議会」として法律上位置づけたものであり、これにより、この協議会の設置を促進するとともに、それぞれの協議会がより実効的に機能することが期待される（具体的な取組につき、第2部第3章2並びに第4章参照）。

協議会を構成する「関係者等」については、各分野の事業者団体、当事者団体、市町村や教育・就労などの行政関係者等が想定されている。

（第2項）

本項は、発達障害者支援地域協議会の主な役割について規定している。①都道府県内の支援体制の現状や支援ニーズ等を把握し、地域における発達障害者の支援体制に関する課題について情報を共有すること、②関係者等の連携のより一層の緊密化を図ること、③支援体制に関する課題の解決や関係者間の緊密な連携を図ることを含め、地域の実情に応じた体制の整備を進めるための協議を行うことなどが想定されている。

改正発達障害者支援法の解説（ぎょうせい発行）より