

## 発達障がい児者支援にかかる市町村アンケート

本アンケートは、府の『発達障がい児者支援の取組』の活用を含め、市町村における発達障がい児者支援の取組状況等について把握させていただくものです。

アンケートは、令和2年度末に府が策定した、『第5次大阪府障がい者計画』に位置づけられた具体的な施策展開ごとにお聞きしています。回答にあたっては、**令和2年度の取組**を記載してください。

なお、「第1-2 早期気づきと早期支援の充実（乳幼児健診）」は令和3年度の取組みを記載してください。

アンケート結果については、市町村ごとの取組状況についてとりまとめ、市町村あてに周知させていただくほか、今後の発達障がい児者支援の検討を行うため、大阪府障がい者自立支援協議会発達障がい児者支援体制整備検討部会にも提供させていただく予定にしておりますのでご承知ください。

また、他の市町村にとって参考となる場合は、訪問して現場確認やヒアリング調査もさせていただきますので、ご協力をお願いします。

なお、アンケートの回答にあたっては、市町村内において関係課（母子保健担当課、教育委員会等）ともご調整のうえ、ご回答いただきますようよろしくお願いいたします。

**回答期限：令和4年3月11日（金）厳守でお願いします。**

（記入上の注意事項）

青色セルは、文字等の直接入力が必要な項目です。

桃色セルは、該当する選択肢をプルダウンより選んでください。最終的に桃色セル「選択してください」が無いように選択願います。

なお、「○」は「該当あり」又は「はい」、「×」は「該当なし」又は「いいえ」などに適宜読み替えてください。

## 第1-1 早期気づきと早期支援の充実（関連：障がい児、保健、保育園・幼稚園・認定こども園、教育等）

## 1 乳幼児健診精度の向上

- (1) 保健師に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか。（複数回答可）
- (2) 発達障がいの早期発見のためにアセスメントツールを導入していますか。
- (3) (1)及び(2)のほか、発達障がいの早期発見のために、乳幼児健診及びその後の個別フォロー等において市町村独自で取り組んでいる内容があれば、ご記入ください。

## 2 幼稚園・保育所・認定こども園に対する取組

- (1) 幼稚園教諭・保育士等に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか（複数回答可）
- (2) 幼稚園・保育所・認定こども園に対して、発達障がいに関する支援力を高めるための巡回支援を行っていますか。
- (3) 発達障がいのある児童が幼稚園・保育所・認定こども園に入園する際に、保健センターや児童発達支援センター等からの引継ぎを受けていますか。

## 第1-2 早期気づきと早期支援の充実（乳幼児健診）

- 1 大阪府において作成しました「発達障がいの早期発見のため問診項目手引書（平成25年策定・平成27年一部改訂）」による問診票を導入していますか。
- 2 発達障がいのスクリーニング・診断を何歳時にどのような形で行っていますか。
- 3 発達障がいと疑われるお子さんへの対応方法について、該当するものを選択ください。（複数回答可）
- 4 発達障がい児への対応でお困りの点がありましたら、項目を選択してください。（複数回答可）

## 第2 発達支援体制の充実

（関連：障がい児、子育て、児童発達支援センター、保育園・幼稚園・認定こども園、教育等）

- 1 貴市町村の児童発達支援センターで発達障がい児支援に特化した療育等の支援を実施していますか。
- 2 貴市町村において、発達障がい児に対してTEACCHプログラム等に基づく個別専門療育を行う児童発達支援センター等を確保していますか。（複数回答可）
- 3 発達障がい児向けの個別専門療育の効果について貴市町村ではどのように認識されていますか。
- 4 貴市町村の発達障がい児向けの個別専門療育の提供数は十分だと感じますか。
- 5 大阪府発達支援拠点（旧：療育拠点）の活用について

## 第3 教育分野における支援の充実（関連：教育等）

## 1 小学校における取組

- (1) 小学校教員に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか。（複数回答可）
- (2) 小学校に対して、発達障がいに関する支援力を高めるための巡回支援を行っていますか。（複数回答可）
- (3) 発達障がいのある児童が小学校に入学する際に、幼稚園や保育所、児童発達支援センター等からの引継ぎを受けていますか。
- (4) 就学時の健康診断チェックリストに「発達障がい」に関する項目はありますか。
- (5) 貴市町村の小学校において、個別の教育支援計画を作成する対象となるのはどのような児童ですか。

## 2 中学校における取組

- (1) 中学校教員に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか。（複数回答可）
- (2) 中学校に対して、発達障がいに関する支援力を高めるための巡回支援を行っていますか。（複数回答可）
- (3) 発達障がいのある児童が中学校に入学する際に、小学校等から引継ぎを受けていますか。
- (4) 発達障がいのある生徒が中学校を卒業する際に、次の進学先や就職先等に対して、支援内容の引継を行っていますか。
- (5) 貴市町村の中学校において、個別の教育支援計画を作成する対象となるのはどのような児童ですか。

## 3 教育と福祉の連携について

- (1) このような状況を踏まえ、貴市町村において実施している教育と福祉の連携に係る取組を実施していますか。
- (2) 教育と他機関（福祉、保健関係等）の連携に係る協議の場（機会）を設置していますか。
- (3) 教育と福祉の連携について、課題に感じていることがあればご記入ください。

第4 就労支援等成人期の支援の充実（関連：障がい、就労等）

1 発達障がいのある方（学校卒業後、成人期）に対する居場所確保の取組

（1）貴市町村において発達障がいのある方（学校卒業後、成人期）に対する居場所確保の取組を実施していますか。

（2）発達障がいのある方に対する就労支援（学校卒業後、成人期）の取組を実施していますか。

（3）発達障がいのある方が就労支援機関を利用する際の引継や就職する際に、卒業校や支援機関から就労先へ支援内容の引継を実施していますか。

（4）その他の取組

第5 地域生活支援と相談支援体制の充実（関連：障がい、子育て、教育、就労等）

1 発達障がい児者に対する相談支援

（1）発達障がいのある方が身近な地域で相談支援を受けることができるよう、発達障がい児者の相談窓口を設置していますか。（複数回答可）

（2）（1）で「設置していない」と回答した市町村にお聞きします。発達障がいのある乳幼児期のお子さんに関する相談について、どこで対応していますか。

（3）（1）で「設置していない」と回答した市町村にお聞きします。発達障がいのある学齢期（小学校～高校）のお子さんに関する相談について、どこで対応していますか。

（4）（1）で「設置していない」と回答した市町村にお聞きします。発達障がいのある方（学校卒業後、成人期）に関する相談について、どこで対応していますか。

（5）発達障がい児者の相談支援体制における地域の課題は何ですか。（複数回答可）

第6 医療機関の確保等（関連：健康医療、保健、障がい等）

1 医療機関との連携

（1）大阪府では、毎年5月と11月に大阪府発達障がいの診断等にかかる医療機関ネットワーク登録医療機関の一覧表を各市町村の発達障がい児者支援の担当窓口へ送付していますが、この一覧表をどのように活用しているかご記入ください。

（2）各市町村で発達障がいの診断にあたる医療機関の情報を相談者に提供するためのデータベース、システムツール等は何を活用していますか。（複数回答可）

（3）貴市町村における発達障がいの診断が可能な医療機関数は十分だと感じておられますか。

（4）担当部署や支援機関と医療機関とのスムーズな連携のための取組についてご教示ください。（自由記述）

第7 家族支援の充実（関連：子育て、障がい等）

1 ペアレントメンターの活用や養成

（1）大阪府の事業を活用する以外に、貴市町村で独自にペアレント・メンターを養成している場合は、令和2年度に養成された人数及び令和4年3月1日時点の登録者数をご記入ください。

（2）（1）に該当する場合、ペアレント・メンターの養成を行っている部署・機関名をご記入ください。

2 ペアレント・トレーニングの実施

（1）市町村独自で発達障がいのあるお子さんの保護者を対象としたペアレント・トレーニングを実施していますか。

（2）実施している場合、実施形態、実施方式、令和2年度の実施内容等をご記入ください。

（3）実施していない場合、今後市町村事業としてペアレント・トレーニングを実施する予定はありますか。

3 ペアレント・プログラムの実施

（1）市町村独自で発達障がいのあるお子さんの保護者を対象としたペアレント・プログラムを実施していますか。

（2）実施していない場合、今後市町村事業としてペアレント・プログラムを実施する予定はありますか。

第8 ライフステージを通じた一貫した支援のための取組（関連：子育て、障がい、教育、就労等）

1 貴市町村では支援を円滑に引き継ぐため、発達障がい児者本人の情報や支援の記録などを記載するサポートファイル（サポートブック）を作成していますか。

第9 発達障がい理解のための取組 （関連：子育て、障がい、教育、就労等）

1 世界自閉症啓発デー・発達障がい啓発週間を中心とした取組

（1）世界自閉症啓発デー（4月2日）・発達障がい啓発週間（4月2日～8日）において、何らかの取組を実施

2 その他の発達障がいの理解のための取組

第10 市町村における支援体制等 （関連：障がい等）

1 発達障がい児者支援に特化した地域支援体制は構築されていますか。

第1-1 早期気づきと早期支援の充実

(関連：障がい児、保健、保育園・幼稚園・認定こども園、教育等)

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 乳幼児健診精度の向上

(1) 保健師に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか。(複数回答可)

① 市町村単独事業として実施	(選択してください)
② 他の機関が主催する研修を活用	(選択してください)
③ 実施していない	(選択してください)

上記①に該当する場合、「研修の名称」及び「主な研修内容」をご記入ください。

研修名称	主な研修内容

上記②に該当する場合、「研修の名称」、「主催者名」、「主な研修内容」をご記入ください。

研修名称	主催者	研修内容

上記③に該当する場合、「実施していない理由」をご記入ください。

--

(2) 発達障がいの早期発見のためにアセスメントツールを導入していますか。

(選択してください)

発達障がいの早期発見のためにアセスメントツールを導入している場合は、その名称をご記入ください。

--

(3) (1)及び(2)のほか、発達障がいの早期発見のために、乳幼児健診及びその後の個別フォロー等において市町村独自で取り組んでいる内容があれば、ご記入ください。

(選択してください)

--

2 幼稚園・保育所・認定こども園に対する取組

(1) 幼稚園教諭・保育士等に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか（複数回答可）

①	市町村単独事業として実施	(選択してください)
②	府主催「発達障がい児支援のための保育士・幼稚園教諭研修（基礎講座・実践講座）」を活用	(選択してください)
③	他の機関が主催する研修を活用	(選択してください)
④	実施していない	(選択してください)

上記①に該当する場合、「主な研修内容」や「参加者数」等についてご記入ください。

研修内容	参加者数	担当部署

上記③に該当する場合、「主な研修内容」や「参加者数」等についてご記入ください。

研修内容	参加者数	主催者名

上記④に該当する場合、「実施していない理由」についてご記入ください。

--

(2) 幼稚園・保育所・認定こども園に対して、発達障がいに関する支援力を高めるための巡回支援を行っていますか。

①	発達障がいに特化した支援を実施	(選択してください)
②	障がい全体に対する支援を行う中で、発達障がいにも対応した支援を実施	(選択してください)
③	実施していない	(選択してください)

上記①又は②に該当する場合、「主な支援内容」、「担当部署」についてご記入ください。

主な支援内容	担当部署・実施機関

(3) 発達障がいのある児童が幼稚園・保育所・認定こども園に入園する際に、保健センターや児童発達支援センター等からの引継ぎを受けていますか。

(選択してください)

① 引継ぎを受けている場合、使用しているツールをご記入ください。

--

② 引継を受けている場合、どのような引継ぎの場を設定しているかご記入ください。

実施内容	
参画機関	
実施頻度	

③ 引継を実施していない場合、その理由、検討状況、課題等がありましたらご記入ください。

--

**第1-2 早期気づきと早期支援の充実（乳幼児健診）**

（関連：障がい児、保健等） ※令和3年度 of 取組みをご記入ください。

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 大阪府において作成しました「発達障がいの早期発見のため問診項目手引書（平成25年策定・平成27年一部改訂）」による問診票を導入していますか。

① 導入している	(選択してください)
② 導入していない	(選択してください)

2 発達障がいのスクリーニング・診断を何歳時にどのような形で行っていますか。

区分	スクリーニング・診断の有無	専門医師の出務
1歳半健診（2歳児の電話連絡）	(選択してください)	(選択してください)
3歳児健診	(選択してください)	(選択してください)
2次発達健診（1.5歳・3歳いずれでも）	(選択してください)	(選択してください)
（就学前）4、5歳児発達相談／健診	(選択してください)	(選択してください)
かかりつけ医での健診	(選択してください)	
発達障がいに特化しては行っていない	(選択してください)	

3 発達障がい疑われるお子さんへの対応方法について、該当するものを選択ください。（複数回答可）

① 親子教室を勧める	(選択してください)
② 療育を勧める	(選択してください)
(具体的な療育先があれば記載ください)	
-----	
③ 自治体の児童発達支援センターを紹介する	(選択してください)
④ 医療機関を紹介する	(選択してください)
(具体的な紹介先があれば記載ください)	
-----	
⑤ その他	(選択してください)
(具体的に記載ください)	
-----	

4 発達障がい児への対応でお困りの点がありましたら、項目を選択してください。（複数回答可）

① 紹介できる療育機関・医療機関がない	(選択してください)
② 自信をもって判定できない	(選択してください)
③ 養育者への対応	(選択してください)
(具体例を記載ください)	
-----	
④ その他	(選択してください)
(具体的に記載ください)	
-----	



## 第2 発達支援体制の充実

(関連：障がい児、子育て、児童発達支援センター、保育園・幼稚園・認定こども園、教育等)

回答部署	
回答者名	
連絡先	

### 1 貴市町村の児童発達支援センターで発達障がい児支援に特化した療育等の支援を実施していますか。

① 実施している	(選択してください)
(実施している場合、対象年齢、実施形式(個別・集団)、プログラム内容を下記にご記入ください。)	
② 実施していない	(選択してください)

### 2 貴市町村において、発達障がい児に対してTEACCHプログラム等に基づく個別専門療育を行う児童発達支援センター等を確保していますか。(複数回答可)

① 児童発達支援センターにて個別専門療育を実施	(選択してください)
② 大阪府発達支援拠点(旧：療育拠点)に委託し、個別専門療育を実施	(選択してください)
③ 児童発達支援センター、大阪府発達支援拠点(旧：療育拠点)以外の通所支援事業所に委託し、個別専門療育を実施	(選択してください)
④ 事業委託はしていないが、市町村内に個別専門療育を実施する事業所があることを把握している	(選択してください)
⑤ その他	(選択してください)

①または③に該当する場合、事業所名、実施主体、利用定員、対象年齢等を記載してください。

①事業所名	
実施主体	
利用定員	
対象年齢	歳から 歳まで
③事業所名	
実施主体	
利用定員	
対象年齢	歳から 歳まで

①に該当する場合、当該事業所で実施しているプログラム名をご記入ください。

--

③に該当する場合、当該事業所で実施しているプログラム名をご記入ください。

--

④に該当する場合、その事業所名を教えてください。

--

⑤その他を選択した場合、その内容をご記入ください。

### 3 発達障がい児向けの個別専門療育の効果について貴市町村ではどのように認識されていますか。

①	効果があるものと認識	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		
②	効果については疑問あり	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		
③	その他	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		

### 4 貴市町村の発達障がい児向けの個別専門療育の提供数は十分だと感じますか。

①	提供数は十分である	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		
②	十分な提供数が確保できていない	(選択してください)
(個別専門療育を希望したが確保できなかったお子さんに対してどのような対応をされていますか)		
③	十分な提供数が確保できているか分からない	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		

### 5 大阪府発達支援拠点（旧：療育拠点）の活用について

大阪府では発達支援拠点（旧：療育拠点）において、これまで培ってきた高い専門性に着目し、障がい児通所支援事業者（児童発達支援センター、児童発達支援事業所、放課後等デイサービス事業所）を対象に、療育に関する助言などの機関支援等を委託しています。また、令和3年度より、小中学校等も対象に加え、機関支援等を実施しています。

貴市町村において、障がい児通所支援事業所や、教育現場での支援の質の向上を図る上で、発達支援拠点（旧：療育拠点）が実施する機関支援をどのように活用しているかご記入ください。

活用していない場合は、その理由をご記入ください。

**第3 教育分野における支援の充実（関連：教育等）**

回答部署	
回答者名	
連絡先	

**1 小学校における取組**

(1) 小学校教員に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか。（複数回答可）

①	市町村単独事業として実施	（選択してください）
（「研修の名称」及び「主な研修内容」をご記入ください）		
②	府教育庁及び府教育センターが実施する研修を活用	（選択してください）
③	他主催研修を活用	（選択してください）
（「主催者名」及び「研修の名称」、「主な研修内容」をご記入ください）		
主催者名		
研修名		
研修内容		
主催者名		
研修名		
研修内容		
④	実施していない	（選択してください）
（その理由をご記入ください）		

(2) 小学校に対して、発達障がいに関する支援力を高めるための巡回支援を行っていますか。

(複数回答可)

①	発達障がいに特化した支援を実施	（選択してください）
（「実施機関」及び「実施内容」、「実施頻度」をご記入ください）		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
②	障がい全体に対する支援を行う上で、発達障がいにも対応した支援を実施	（選択してください）
（「実施機関」及び「実施内容」、「実施頻度」をご記入ください）		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		

③	実施していない	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		

(3) 発達障がいのある児童が小学校に入学する際に、幼稚園や保育所、児童発達支援センター等からの引継ぎを受けていますか。

①	受けている	(選択してください)
②	受けていない	(選択してください)

①-1	引継ぎを受けている場合、使用しているツールをご記入ください。

①-2	引継ぎを受けている場合、どのような引継ぎの場を設定しているかご記入ください。	
実施内容		
参画機関		
実施頻度		

②-1	引継ぎを受けていない場合、不都合な点がありますか。

(4) 就学時の健康診断チェックリストに「発達障がい」に関する項目はありますか。

①	ある	(選択してください)
②	ない	(選択してください)

(5) 貴市町村の小学校において、個別の教育支援計画を作成する対象となるのはどのような児童ですか。

--

2 中学校における取組

(1) 中学校教員に対して、発達障がいに関する研修を実施していますか。(複数回答可)

①	市町村単独事業として実施	(選択してください)
(「研修の名称」及び「主な研修内容」をご記入ください)		
-----		
②	府教育庁及び府教育センターが実施する研修を活用	(選択してください)
③	他主催研修を活用	(選択してください)
(「主催者名」及び「研修の名称」、「主な研修内容」をご記入ください)		
主催者名		
研修名		
研修内容		
主催者名		
研修名		
研修内容		
④	実施していない	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		
-----		

(2) 中学校に対して、発達障がいに関する支援力を高めるための巡回支援を行っていますか。(複数回答可)

①	発達障がいに特化した支援を実施	(選択してください)
(「実施機関」及び「実施内容」、「実施頻度」をご記入ください)		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
②	障がい全体に対する支援を行う上で、発達障がいにも対応した支援を実施	(選択してください)
(「実施機関」及び「実施内容」、「実施頻度」をご記入ください)		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
実施機関		
実施内容		
実施頻度		
③	実施していない	(選択してください)
(その理由をご記入ください)		
-----		

(3) 発達障がいのある児童が中学校に入学する際に、小学校等から引継ぎを受けていますか。

①	受けている	(選択してください)
②	受けていない	(選択してください)

①-1	引継ぎを受けている場合、使用しているツールをご記入ください。

①-2	引継ぎを受けている場合、どのような引継ぎの場を設定しているかご記入ください。
実施内容	
参画機関	
実施頻度	

②-1	引継ぎを受けていない場合、不都合な点がありますか。

(4) 発達障がいのある生徒が中学校を卒業する際に、次の進学先や就職先等に対して、支援内容の引継ぎを行っていますか。

①	実施している	(選択してください)
②	実施していない	(選択してください)

①-1	引継ぎを実施している場合、使用しているツールをご記入ください。

①-2	引継ぎを実施している場合、どのような引継ぎの場を設定しているかご記入ください。
実施内容	
参画機関	
実施頻度	

(5) 貴市町村の中学校において、個別の教育支援計画を作成する対象となるのはどのような児童ですか。

--

### 3 教育と福祉の連携について

平成30年に文部科学省、厚生労働省から「教育と福祉の一層の連携等の推進について」の通知が出されました。

(1) このような状況を踏まえ、貴市町村において実施している教育と福祉の連携に係る取組を実施していますか。

①	国庫補助による「家庭・教育・福祉連携推進事業」を実施している	(選択してください)
②	市町村独自に教育と福祉の連携に係る取組を実施している	(選択してください)
③	実施していない	(選択してください)

②-1	②に該当する場合、その取組内容をご記入ください。

③-1	③に該当する場合、実施していない理由をご記入ください。

(2) 教育と他機関（福祉、保健関係等）の連携に係る協議の場（機会）を設置していますか。

①	設置している	(選択してください)
②	設置していない	(選択してください)

①-1	設置している場合は、その名称、開催頻度、参画機関名をご記入ください。	
	名称	
	開催頻度	
	参画機関名	

(3) 教育と福祉の連携について、課題に感じていることがあればご記入ください。

--

**第4 就労支援等成人期の支援の充実（関連：障がい、就労等）**

回答部署	
回答者名	
連絡先	

**1 発達障がいのある方（学校卒業後、成人期）に対する居場所確保の取組**

（1）貴市町村において発達障がいのある方（学校卒業後、成人期）に対する居場所確保の取組を実施していますか。

① 実施している	(選択してください)
(取組を実施している場合、実施内容等についてご記入ください)	
② 実施していない	(選択してください)

（2）発達障がいのある方に対する就労支援（学校卒業後、成人期）の取組を実施していますか。

① 実施している	(選択してください)
(取組を実施している場合、実施内容等についてご記入ください)	
② 実施していない	(選択してください)

（3）発達障がいのある方が就労支援機関を利用する際の引継や就職する際に、卒業校や支援機関から就労先へ支援内容の引継を実施していますか。

① 実施している（卒業校又は市町村→就労支援機関）	(選択してください)
② 実施している（卒業校又は就労支援機関→就労先）	(選択してください)
③ 実施していない	(選択してください)

①又は②に該当する場合、使用しているツールをご記入ください。

①	
②	

①又は②に該当する場合、どのような引継ぎの場を設定しているかご記入ください。

①	
②	

**（4）その他の取組**

（1）～（3）の他、発達障がいのある方（学校卒業後、成人期）に対する支援に関して、貴市町村独自で行っている事業があればご記入ください。（相談支援を除く）

--



第5 地域生活支援と相談支援体制の充実 (関連：障がい、子育て、教育、就労等)

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 発達障がい児者に対する相談支援

(1) 発達障がいのある方が身近な地域で相談支援を受けることができるよう、発達障がい児者の相談窓口を設置していますか。(複数回答可)

① 障がいのある方全般の相談窓口を設置している	(選択してください)
(設置している場合、窓口を設置している部局もしくは機関名(対象年齢で区分している場合はその内容)をご記入ください。)	
-----	
② 発達障害に特化した相談窓口を設置している	(選択してください)
(設置している場合、窓口を設置している部局もしくは機関名(対象年齢で区分している場合はその内容)をご記入ください。)	
-----	
③ 設置していない	(選択してください)

(2) (1)で「設置していない」と回答した市町村にお聞きします。発達障がいのある乳幼児期のお子さんに関する相談について、どこで対応していますか。

① 市町村の担当部局や関係機関で対応している	(選択してください)
(担当している部局・機関名をご記入ください。)	
-----	
② 外部の機関を紹介している	(選択してください)
(紹介する機関名をご記入ください。)	
-----	

(3) (1)で「設置していない」と回答した市町村にお聞きします。発達障がいのある学齢期(小学校～高校)のお子さんに関する相談について、どこで対応していますか。

① 市町村の担当部局や関係機関で対応している	(選択してください)
(担当している部局・機関名をご記入ください。)	
-----	
② 外部の機関を紹介している	(選択してください)
(紹介する機関名をご記入ください。)	
-----	

(4) (1)で「設置していない」と回答した市町村にお聞きします。発達障がいのある方(学校卒業後、成人期)に関する相談について、どこで対応していますか。

① 市町村の担当部局や関係機関で対応している	(選択してください)
(担当している部局・機関名をご記入ください。)	
-----	
② 外部の機関を紹介している	(選択してください)
(紹介する機関名をご記入ください。)	
-----	

(5) 発達障がい児者の相談支援体制における地域の課題は何ですか。(複数回答可)

①	発達障がいに対応できる事業所が少ない	(選択してください)
②	発達障がい児者の地域支援体制の強化	(選択してください)
③	相談支援後につなげられる資源(療育等のサービス)の不足	(選択してください)
④	資源(療育等のサービス)が十分活用できていない	(選択してください)
⑤	関係機関の連携の不足	(選択してください)
⑥	その他	(選択してください)

②-1	②「発達障がい児者の地域支援体制の強化」に該当する場合、具体的な内容をご記入ください。

⑥-1	⑥「その他」に該当する場合、具体的な内容をご記入ください。

上記課題に対して対応策を検討されている場合は、具体的な内容をご記入ください。	

第6 医療機関の確保等 (関連：健康医療、保健、障がい等)

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 医療機関との連携

(1) 大阪府では、毎年5月と11月に大阪府発達障がいの診断等にかかる医療機関ネットワーク登録医療機関の一覧表を各市町村の発達障がい児者支援の担当窓口へ送付していますが、この一覧表をどのように活用しているかご記入ください。

--

(2) 各市町村で発達障がいの診断にあたる医療機関の情報を相談者に提供するためのデータベース、システムツール等は何を活用していますか。(複数回答可)

①	大阪府医療機関ネットワーク登録医療機関一覧表	(選択してください)
②	大阪府医療機関情報システム(大阪府健康医療部保健医療室所管)	(選択してください)
③	市町村独自のデータベースやシステムツールなど	(選択してください)
(収集方法、医療機関数、掲載情報など、具体的にご記入ください。)		
④	上記以外	(選択してください)
(具体的にご記入ください。)		

(3) 貴市町村における発達障がいの診断が可能な医療機関数は十分だと感じておられますか。

①	子どもを対象とした発達障がいの診断が可能な医療機関数について (小児科、児童精神科等)	十分である	(選択してください)
		十分とは言い難い	(選択してください)

十分とは言い難い理由を具体的に教えてください。

--

②	成人を対象とした発達障がいの診断が可能な医療機関数について (精神科等)	十分である	(選択してください)
		十分とは言い難い	(選択してください)

十分とは言い難い理由を具体的に教えてください。

--

(4) 担当部署や支援機関と医療機関とのスムーズな連携のための取組についてご教示ください。

(自由記述)

担当部署	具体的な内容

第7 家族支援の充実 (関連：子育て、障がい等)

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 ペアレントメンターの活用や養成

発達障がいのあるお子さんを育てた経験のある保護者が他の保護者をサポートするペアレント・メンターについて、大阪府ではペアレント・メンターを養成し、ご希望のあった市町村にペアレント・メンターを派遣する事業を行っています。

(1) 大阪府の事業を活用する以外に、貴市町村で独自にペアレント・メンターを養成している場合は、令和2年度に養成された人数及び令和4年3月1日時点の登録者数をご記入ください。

	養成している	(選択してください)
	養成していない	(選択してください)
令和2年度の養成人数		人
令和4年3月1日時点の登録者数		人

(2) (1) に該当する場合、ペアレント・メンターの養成を行っている部署・機関名をご記入ください。

--

2 ペアレント・トレーニングの実施

(1) 市町村独自で発達障がいのあるお子さんの保護者を対象としたペアレント・トレーニングを実施していますか。

① 実施している	(選択してください)
② 実施していない	(選択してください)

(2) 実施している場合、実施形態、実施方式、令和2年度の実施内容等をご記入ください。

実施形態	直営	(選択してください)
	委託	(選択してください)
	委託先名称	
実施方式		

実施内容			
対象児	実施回数	人数	特記事項

※ 対象児の例 「保健センターフォロー児」「親子教室利用児」「児童発達支援利用児」など

(3) 実施していない場合、今後市町村事業としてペアレント・トレーニングを実施する予定はありますか。

① 実施予定あり	(選択してください)
② 実施予定なし	(選択してください)

### 3 ペアレント・プログラムの実施

(1) 市町村独自で発達障がいのあるお子さんの保護者を対象としたペアレント・プログラムを実施していますか。

①	実施している	(選択してください)
②	実施していない	(選択してください)

実施内容			
対象児	実施回数	人数	特記事項

※ 対象児の例 「保健センターフォロー児」「親子教室利用児」「児童発達支援利用児」など

(2) 実施していない場合、今後市町村事業としてペアレント・プログラムを実施する予定はありますか。

①	実施予定あり	(選択してください)
②	実施予定なし	(選択してください)

第8 ライフステージを通じた一貫した支援のための取組 （関連：子育て、障がい、教育、就労等）

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 貴市町村では支援を円滑に引き継ぐため、発達障がい児者本人の情報や支援の記録などを記載するサポートファイル（サポートブック）を作成していますか。

①	作成している → 下記設問①-1～4	(選択してください)
②	作成していない → 下記設問②-1～3	(選択してください)

【作成している場合】

①-1 ファイル（ブック）名、担当部局・機関名、活用状況をご記入ください。

ファイル名	
開始年度	
担当部局・機関名	
配布対象	
累積配布数	
R2年度配布数	

①-2 サポートファイル作成にあたって連携や調整が難しいと感じたのはどの機関間でどのような内容ですか。

--

①-3 サポートファイルを導入し、支援の円滑な引継ぎをするため、どのような運用をされていますか。

--

①-4 サポートファイルを導入しても、なお支援の引継が難しいと感じるのはどのライフステージですか。

--

①-5 支援の引継や多分野の連携を促進するためにどのような取組が必要と感じますか。

--

【作成していない場合】

②-1 その理由をご記入ください。

--

②-2 サポートファイルを代替するものがあれば、具体的にご記入ください。

--

②-3 今後、サポートファイルを作成される予定はありますか。具体的にご記入ください。

--

**第9 発達障がい理解のための取組** （関連：子育て、障がい、教育、就労等）

回答部署	
回答者名	
連絡先	

**1 世界自閉症啓発デー・発達障がい啓発週間を中心とした取組**

（1）世界自閉症啓発デー（4月2日）・発達障がい啓発週間（4月2日～8日）において、何らかの取組を実施していますか。（複数回答可）

①	市町村として独自の取組を実施している	（選択してください）
(どのような取組をされているかご記入ください) ----- -----		
②	広報紙を活用した啓発を実施している	（選択してください）
③	その他	（選択してください）
(具体的な内容をご記入ください) ----- -----		
④	実施していない	（選択してください）
(実施していない理由をご記入ください。また、今後取り組まれる予定はありますか。) ----- -----		

**2 その他の発達障がいの理解のための取組**

発達障がいの理解を深めるため、1以外に独自の取組をされている場合は、その内容をご記入ください。

第10 市町村における支援体制等 (関連：障がい等)

回答部署	
回答者名	
連絡先	

1 発達障がい児者支援に特化した地域支援体制（障がい全般ではなく、発達障がい児者対象）は構築されていますか。

①	構築している →設問①へ	(選択してください)
②	構築していない →設問②へ	(選択してください)

①「はい」と回答された場合、以下の内容についてご教示ください。

協議会名等	

母体となる機関	
自立支援協議会	(選択してください)
その他	名称 ( ) (選択してください)

事務局	

委員属性	

参画機関	

検討内容	

令和2年度開催実績	

これまでの主な成果	

② 発達障がい児者の地域支援体制の構築や運営に関して、課題と思われる点があればご教示ください。

--	--



市町村における  
発達障がい児者支援  
の取組状況  
(令和2年度取組の実績)

令和4年3月

大阪府 福祉部  
障がい福祉室 地域生活支援課

第1 早期発見から早期発達支援へ

	市町村名	保健師に対する研修の実施				幼稚園教諭・保育士等に対する研修				幼稚園・保育所・認定こども園に対する巡回相談		
		市町村独自	府主催	他主催	実施していない	市町村独自	府主催	他主催	実施していない	発達障がいの特化	障がい全体	実施していない
政令市	大阪市	○				○					○	
	堺市											
豊能	豊中市	○	○									
	池田市		○			○	○			○	○	
	箕面市				○	○	○	○			○	
	豊能町		○					○			○	
	能勢町											
	吹田市											
三島	高槻市				○	○		○			○	
	茨木市	○				○	○				○	
	摂津市			○		○		○			○	
	島本町		○	○		○					○	
北河内	守口市				○	○					○	
	枚方市											
	寝屋川市		○						○			○
	大東市	○				○	○	○			○	
	門真市			○				○				○
	四條畷市			○		○		○				
	交野市		○			○	○	○			○	
中河内	八尾市	○				○		○				○
	柏原市		○					○			○	
	東大阪市		○						○		○	
南河内	富田林市		○			○	○	○			○	
	河内長野市		○						○		○	
	松原市		○			○		○			○	
	羽曳野市		○				○	○			○	
	藤井寺市		○				○	○			○	
	大阪狭山市											
	太子町				○				○		○	
	河南町		○					○			○	
	千早赤阪村		○						○			○
泉州	岸和田市				○	○	○	○			○	
	泉大津市				○			○	○			
	貝塚市				○		○				○	
	泉佐野市		○			○					○	
	和泉市	○				○	○	○			○	
	高石市				○	○				○		
	泉南市				○		○	○		○	○	
	忠岡町		○					○			○	
	熊取町			○		○					○	
	田尻町											
	阪南市					○	○	○			○	
	岬町				○	○		○			○	
合計	6	17	5	10	21	13	22	5	4	29	4	