

日頃より大阪市の福祉行政にご協力いただき、ありがとうございます。

さて、本市では、ライフステージを通じて適切な支援が引き継がれていくことは、どのような障がいのある方にとっても必要なことです。

中でも環境の変化が苦手、自分の気持ちや考えていることを周知に伝えるのが苦手、といった特性がある発達障がいのある方への、乳幼児期から成人期までの各ライフステージにおける切れ目のない支援や移行をスムーズに行うための配慮が必要と考えており、取り巻く状況に応じた包括的な支援が重要と考えています。

また、発達障がいのある方を取り巻く状況として、所属機関が変わった時(幼保小中高企業など)や相談先や支援機関、支援者が変わる場面において、支援経過や、本院及び家族が伝えたい内容について、各地域で様々なサポートファイルなどの情報共有ツール(サポートブック、発達ノート等「【参考】サポートファイル等とは」参照)が作成され活用されていますが、その活用状況についてまとめられたものではありません。

そのため、今回、発達障がいのある方への支援の一貫性・継続性を保つために、各ライフステージにおけるスムーズな移行、切れ目のない支援について検討し、その後のより細やかな支援につなげるため、本人、保護者、事業者、自治体、教育機関等へのアンケートを実施することとなりました。

ご多忙中、恐れ入りますが、アンケートにご回答いただきたいと考えております。ご協力よろしくお願ひ申しあげます。

なお、回答に際して、保護者の方や支援者の方と一緒にの記載や、代筆等でも結構です。

## A. 記載者の状況等について

本調査票を作成された方に関する状況等の記入をお願いします。

問1 貴方の年齢・状況等をお教えてください。( でチェックをお願いします。)

年	年齢:	<input type="text"/>	歳		
性	別:	<input type="checkbox"/> 男	:	<input type="checkbox"/> 女	
診	断名:	<input type="checkbox"/> 自閉スペクトラム症	<input type="checkbox"/> 広汎性発達障がい(PDD)	<input type="checkbox"/> 自閉症	
		<input type="checkbox"/> アスペルガー症候群	<input type="checkbox"/> 注意欠如・多動症(ADHD)		
		<input type="checkbox"/> 学習障がい(LD)	<input type="checkbox"/> その他	その他の場合等は、次の欄に具体的に記載ください。	
【その他自由記載欄】					
所持手帳:	<input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 持っていない	
所属機関:	<input type="checkbox"/> (1)あり > 下記の項目に回答願います。		<input type="checkbox"/> (2)なし > 問2の質問に回答願います。		
上記所属機関に「(1)あり」にチェックされた方は、次の質問に回答をお願いします。 (主に利用されている機関は で、併用されている機関は○でチェックをお願いいたします。複数可)					
教育機関:	<input type="checkbox"/> 小学校(通常学級)	<input type="checkbox"/> 小学校(特別支援学級)	<input type="checkbox"/> 中学校(通常学級)	<input type="checkbox"/> 中学校(特別支援学級)	
	<input type="checkbox"/> 高校(通常学級)	<input type="checkbox"/> 高校(自立支援コース)	<input type="checkbox"/> 専門学校	<input type="checkbox"/> 短大・大学	
	<input type="checkbox"/> 特別支援学校小学部	<input type="checkbox"/> 特別支援学校中学部	<input type="checkbox"/> 特別支援学校高等部		
企業:	<input type="checkbox"/> 一般雇用	<input type="checkbox"/> 障がい者雇用	<input type="checkbox"/> 特例子会社		
福祉関係:	<input type="checkbox"/> 就労継続A	<input type="checkbox"/> 就労継続B	<input type="checkbox"/> 就労移行	<input type="checkbox"/> 自立訓練	<input type="checkbox"/> 生活介護
	<input type="checkbox"/> 障がい児者入所施設	<input type="checkbox"/> 児童養護施設	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> グループホーム				
医療関係:	<input type="checkbox"/> 病院・医院				
その他:	<input type="checkbox"/> その他		その他の場合等は、次の欄に具体的に記載ください。		
【その他自由記載欄】					

トイ ショゾクキカン カタ ツギ シツモン カイトウ ネガ  
**問1の「所属機関」で「(2)なし」にチェックされた方は、次の質問に回答をお願いします。**

トイ アナタ タ ゲンザイ ショゾク トウ オシ  
**問2 貴方の現在の所属等がございましたら、お教えてください。( でチェックをお願いします。)**

(1) <sup>ザイタク</sup> 在宅

(2) <sup>タ</sup> その他

**> その他の場合等は、次の欄に具体的に記載ください。**

<sup>タ ショウ キサイ ラン</sup>  
**【その他自由記載欄】**

スベ カタ カイトウ ネガ  
**全ての方に回答をお願いします。**

トイ ゲンザイ ソウダン リョウ キカン トウ オシ  
**問3 現在、ご相談・ご利用されている機関等を、お教えてください。**

<sup>オモ ソウダン</sup> <sup>キカン</sup> <sup>ヘイヨウ</sup> <sup>キカン</sup> <sup>ネガ</sup> <sup>フクスウカ</sup>  
**(主に相談されている機関は で、併用されている機関は○でチェックをお願いいたします。複数可)**

**教育機関:**  <sup>ショウガッコウソウジョガクキョウ</sup> 小学校(通常学級)  <sup>ショウガッコウクベツシエンガクキョウ</sup> 小学校(特別支援学級)  <sup>ショウガッコウジョウキョウ</sup> 小学校(通常学級)  <sup>チュウガッコクベツシエンガクキョウ</sup> 中学校(特別支援学級)  
 <sup>コウコウソウジョガクキョウ</sup> 高校(通常学級)  <sup>コウコウジリツシエン</sup> 高校(自立支援コース)  <sup>センモンガクコウ</sup> 専門学校  <sup>タンダイダイガク</sup> 短大・大学  
 <sup>トクベツシエンガッコウショウガク</sup> 特別支援学校小学部  <sup>トクベツシエンガッコウチュウガク</sup> 特別支援学校中学部  <sup>トクベツシエンガッコウコウトウブ</sup> 特別支援学校高等部

**企業:**  <sup>イッパンコヨウ</sup> 一般雇用  <sup>ショウシャコヨウ</sup> 障がい者雇用  <sup>トクレイコガイシヤ</sup> 特例子会社

**福祉関係:**  <sup>ショウロカイソク</sup> 就労継続A  <sup>ショウロカイソク</sup> 就労継続B  <sup>ショウロカイソク</sup> 就労移行  <sup>ジリツクレン</sup> 自立訓練  <sup>セイカツカイゴ</sup> 生活介護  
 <sup>ショウジシャニユツ</sup> 障がい児者入所施設  <sup>ジドウヨウゴシセツ</sup> 児童養護施設  <sup>ジドウハツタツシエン</sup> 児童発達支援  <sup>ホウカゴトウ</sup> 放課後等デイサービス  
 <sup>グルーブホーム</sup> グループホーム  <sup>キョタクカイゴ</sup> 居宅介護  <sup>ソウダンシエン</sup> 相談支援  <sup>チキカツドウシエン</sup> 地域活動支援センター

**公的機関:**  <sup>クヤクシヨジドウソウダン</sup> 区役所(児童相談)  <sup>クヤクシヨホケンフクシ</sup> 区役所(保健福祉センター)  <sup>ハツタツショウシャシエン</sup> 発達障がい者支援センター  
 <sup>ソウダン</sup> こども相談センター(児童相談)  <sup>ソウダン</sup> こども相談センター(教育相談)  
 <sup>タ</sup> その他 ( )

**医療関係:**  <sup>ヒョウインイン</sup> 病院・医院  <sup>ホウモンカンゴ</sup> 訪問看護ステーション

**その他:**  <sup>トウジシャダンタイ</sup> 当事者団体  <sup>タ</sup> その他 **その他の場合等は、次の欄に具体的に記載ください。**

<sup>タ ショウ キサイ ラン</sup>  
**【その他自由記載欄】**

## B. 情報共有ツール(サポートファイ等)に係る対応状況等について

すべての方に回答をお願いします。

問4 今までに情報共有ツール(サポートファイル等)を利用されたことはありますか。

( でチェックをお願いします。)

- (1) あり  > 問5以降の質問に回答をお願いします。
- (2) なし  > 問7以降の質問に回答をお願いします。

問4で「(1)あり」にチェックされた方は、次の質問に回答をお願いします。

問5 利用された時期や役立ったかどうか等をお教えてください。(複数可)

(「作成した時期」欄はチェック「☑」を、「役立ち度」欄は非常に約に立った「100%」、約に立った「80%」、役立った「50%」、少し役立った「30%」、役立たなかった「0%」で記入願います。)

作成者	時期									
	幼児期	小学生	中学生	高校生	専門学校	短大・大学	通所	就職	その他	
作成した時期	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
役立ち度 (%)										

問4で「(1)あり」にチェックされた方は、次の質問に回答をお願いします。

問6 どのような情報共有ツールでしたか。(○でチェックをお願いいたします。複数可)

- (1) 他市等のサポートブック
- (2) 他市等のサポートファイル
- (3) 大阪市の発達ノート
- (4) 情報提供書
- (5) その他

その他の場合は、次の欄に具体的に記載ください。

【その他自由記載欄】

すべての方に回答をお願いします。

問7 生活場面が新たな環境に移る時(移行時期)【就学・進学・就職・入校・通所開始など】に際し、ご家族・ご本人承諾のうえで、前所属機関から次の機関への引継ぎ・情報提供などはありましたか。

(○でチェックをお願いいたします。)

- (1) あり
- (2) なし

スベ カタ カイトウ ネガ  
**全ての方に回答をお願いします。**

トイ 問8 セイカツ バメン アラ カンキョウ ウツ トキ イコウ ジキ ヒキツ サイ ショウ ジョウホホウヨウユウ ノ ショウ  
**生活場面が新たな環境に移る時(移行時期)の引継ぎの際に、使用する情報共有ツールの望ましい仕様・  
 様式をお教えてください。(望ましい「」、どちらでもない「」、望ましくない「×」で記入願います。)**

コウモク 項目	ノゾ オモ ショウ キニユネガ 望ましいと思われる仕様(、×でご記入願います。)							
マイア オオ 1枚当たり大きさ (紙の場合)	センキョ A3(選挙 ポスター)	ダイガク A4(大学 ノート)	キョウ A5(教科 書)	ブンコ A6(文庫 本)	オリコミ B4(折込 チラシ)	シュウ B5(週刊 雑誌)	B6(漫画 タンコウボン 単行本 ダイ)	タ その他
サツア 1冊当たりのページ数 (紙の場合)	イナイ 20P以内	イナイ 30P以内	イナイ 50P以内	イナイ 80P以内	ミマン 100P未満	イジョウ 100P以上	タ その他	
ザインツ 材質	カミ シキ 紙ノート式	カミ カジョ シキ 紙ファイル(加除式)	デンシ 電子			タ その他		
ヘンシュウ 編集	ゼン 全ステージで1冊	サツ 学生、就労で2分冊	ガクセイ ショウロウ フンサツ 各ステージ毎複数冊	ゴトフクサツ 各ステージ毎複数冊			タ その他	

タ バアイ ツギ ラン グタイテキ キサイ  
**その場合、次の欄に具体的に記載ください。**

ジユウ キサイ ラン  
**【自由記載欄】**

スベ カタ カイトウ ネガ  
**全ての方に回答をお願いします。**

トイ 問9 セイカツ バメン アラ カンキョウ ウツ トキ イコウ ジキ ヒキツ サイ キ ショウキ ジョウホホウヨウユウ  
**生活場面が新たな環境に移る時(移行時期)の引継ぎの際に、決まった書式の情報共有ツールがあれば  
 活用したいですか。**

- (1) カツヨウ  
活用したい
- (2) カツヨウ カツヨウ ホウホウ フ  
活用したいが、活用方法が分からない
- (3) カツヨウ カ カタ フ  
活用したいが、書き方が分からない
- (4) カツヨウ  
活用したくない

ツギ ラン シエン ヒキツ サイ コマ ケイケン フ ヨウボウ ジョウホホウヨウユウ カツヨウ フ カツヨウ リユウ  
**次の欄に、支援の引継ぎの際に困った経験や、それを踏まえた要望、情報共有ツールの活用・不活用の理由、**

もしくは改善が必要と思われる部分等を記載ください。

ジユウ キサイ ラン  
**【自由記載欄】**

問4で「(1)あり」または問7で「(1)あり」にチェックされた方は、次の質問に回答をお願いします。

問10 生活場面が新たな環境に移る時(移行時期)の引継ぎの際に、どのような内容・事項の情報があれば役立つと思いますか。(役に立つ引継ぎ情報欄にチェック☑で記入願います。)

引継ぎ情報	生活場面が新たな環境に移る時(移行時期)					
	小学生	中学生・高校生	短大・大学・専門学校	通所開始	就職	その他
障がい特性や個性	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生育歴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
生活歴・ライフストーリー	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
家族構成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
興味のあること・ないこと (好き・嫌い)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
得意・不得意	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
本人が望む生活	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
支援計画	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

その他や、記載以外に移行時に役立つと思う項目・情報、役立ちにくかったと感じた理由等があれば次の欄にご記入ください。

【その他自由記載欄】

その他発達障がい者に係る支援の引継ぎに関して、ご意見等をご自由に記載ください。

【引継ぎについて自由記載欄】

調査は以上です。ご協力ありがとうございました。

## 調査票に関するお問合せ先

〒547-0026

大阪府 大阪市平野区 喜連西6-2-55

大阪府 大阪市 発達障がい者支援センター エルムおおさか

(担当: 井上・鹿野)

電話: 06-6797-6931

FAX: 06-6797-6934

大阪府 大阪市 立心身障がい者リハビリテーションセンター 発達障がい者支援室

(担当: 森本・吉峰)

電話: 06-6797-6560

FAX: 06-6797-8222

E-mail:

【参考】サポートファイル等とは

### サポートファイルとは

保護者の方が、お子様との日々の関わりや病院、福祉施設、保育園、学校等で受けた支援内容などを書きつづり、記録・保管したファイルです。これを関係機関へ提示することで、正確な情報の伝達が図られ、一貫した支援が受けられやすくなります。サポートファイルには、「成育歴」「あゆみ」「睡眠・食事など支援の際の特性を考慮した情報」などを記入することができます。また、写真や母子手帳などもはさみ込むことができます。

### サポートブックとは

障がいの種別に関わらず、お子さんが初めて接する人(例えば、ボランティアや新しい担任の先生など)に、お子さんの特性や接し方について知ってもらうため、次のような情報を書いておくものです。  
名前や連絡先、障がい特性など基礎となる情報  
子どもの好きな遊び、かかわり方や苦手なもの等の情報  
食事やトイレ、着替えなど、その時に必要な情報  
要求のしかた、拒否のしかたなど、コミュニケーションのとり方  
不安や過敏、パニックへの対応など

### 発達ノートとは

大阪府においては、発達障がいのある方が、周りの人たちとうまくコミュニケーションがとれないために誤解されたり、障がいをだということが理解されずに適切な支援を受けられなかったりする困難さを少しでも軽減できるようにと作成したノートです。発達障がいのある方が周りの人たちと関わるときのお手伝いをするノートで、本人やそのご家族が、本人と関わる相手に知っておいてもらいたいと思うことを書き込んでおき、相談機関に行くときや初めての人と接するときこのノートを提示していただき、より良い関係が築けることを目的として大阪府発達障がい者支援センター「エルムおおさか」で配布しています。

【参考: 発達ノートについて】

<http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/cmsfiles/contents/0000043/43881/hattatuno-to24.8.1.pdf>

### シヨウホウテイキョウショ 情報提供書とは

・**症状・診断・治療**など、**現在までの診療の総括と紹介の目的等**のため作成されます。  
他の**医療機関との有機的連携**や**保健福祉関係機関との診療情報の相互提供**を行うことで、**医療の継続性**を確保し、**医療資源・社会資源の有効利用**を図るために利用されます。紹介する際にこれまでの診療内容があれば、**新しい施設で改めて検査や診断が不要になる**など、**二重の負担が発生しない効果**があります。  
一般的には**紹介先医療機関が指定する様式に従って**、**照会元の医師が記入**します。

### シュウガクエン 就学支援ノートとは

・**就学支援シート**とは、**家庭や認定こども園・幼稚園・保育園等**における**お子さんの様子や保育の様子**、**指導内容・方法の工夫や配慮**などを**小学校等に引継ぎ**、**豊かで楽しい学校生活を送る**ために**保護者、各園等の様々な思い**を**学校へ橋渡し**をしていく資料です。  
就学支援シートを提出し、**あらかじめ小学校に苦手なこと・体質的なこと・行動の特徴**などを伝えておくことで、**小学校に適切な配慮**をしていただくことができます。