

三次市教育委員会告示第21号

三次市特別支援教育巡回相談事業実施要綱を次のように定める。

平成21年 7月 1日

三次市教育委員会
委員長 前田 茂

三次市特別支援教育巡回相談事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、市内小中学校（以下「学校」という。）に在籍し障害（学習障害，注意欠陥，多動性障害，高機能自閉症等を含む。）のある児童生徒一人ひとりに対し，教育的ニーズに応じた支援（以下「特別支援教育」という。）を行う特別支援教育コーディネーター等の専門性の向上を図るため，専門的知識を有する者（以下「巡回相談員」という。）が巡回相談を実施することで，障害のある児童生徒を支援することを目的とする。

(巡回相談の内容)

第2条 巡回相談員は，学校における特別支援教育を推進するため，次に掲げる巡回相談を実施する。

- (1) 教育上特別の支援を必要とする児童生徒の実態把握に関する助言等
- (2) 教育上特別の支援を必要とする児童生徒の指導内容・方法に関する助言等
- (3) 教育上特別の支援を必要とする児童生徒への支援体制の整備に関する助言等
- (4) 個別の教育支援計画及び個別の指導計画の作成に関する助言等

(5) 児童生徒及び保護者等に対する相談支援に関する助言等

(巡回相談員)

第3条 巡回相談員は、特別支援教育に関する専門的知識を有する者をもって充てる。

(巡回相談の実施)

第4条 教育委員会は、学校における巡回相談を、予算の範囲内で実施する。

(巡回相談の申請)

第5条 巡回相談の実施を希望する学校は、三次市特別支援教育巡回相談事業実施申請書(様式第1号)により、教育委員会へ申請するものとする。

(実施報告及び報償費の支払)

第6条 巡回相談を実施した学校は、巡回相談実施後速やかに三次市特別支援教育巡回相談事業に係る実施報告書(様式第2号)を、教育委員会へ提出しなければならない。

2 教育長は、前項に規定する報告を受けたときは、巡回相談員に対し、報償費を三次市報償費支払基準により支払うものとする。

(その他)

第7条 この告示に定めるもののほか、必要な事項については教育委員会が別に定める。

附 則

この告示は、平成21年7月1日から施行し、平成21年4月1日から適用する。

様式第1号（第5条関係）

三次市特別支援教育巡回相談事業実施申請書

年 月 日

三次市教育委員会教育長 様

学校名

校長名



三次市特別支援教育巡回相談事業を実施したいので、次のとおり申請します。

希望日時	第1希望	月 日 () : ~ :
	第2希望	月 日 () : ~ :
	第3希望	月 日 () : ~ :
希望する 巡回相談員	※具体的な希望がある場合に記載してください。	
担当者 (連絡窓口)	職名及び氏名	職名 氏名
	住所及び 電話番号	住 所 電話番号
実施理由		

様式第2号（第6条関係）

年 月 日

三次市教育委員会教育長 様

学校名

校長名

印

三次市特別支援教育巡回相談事業に係る実施報告書

三次市特別支援教育巡回相談事業を実施しましたので次のとおり報告します。

実施日時	年 月 日 () : ~ :		
巡回相談員	所属		
	所在地		
	職名		
	氏名		
実施内容 (概要)	巡回相談の 目的 ※該当する □に「レ」 を入れ、必 要に応じて 「 」に記 入する。	校内研 修講師	<input type="checkbox"/> 発達障害に関する基礎的な理解
			<input type="checkbox"/> 校内支援体制の整備又は校内委員会の 進め方
			<input type="checkbox"/> 個別の教育支援計画の策定及び個別の 指導計画の作成
		<input type="checkbox"/> その他「 」	
	個別相 談	<input type="checkbox"/> 担任や支援チームとの個別相談	
		<input type="checkbox"/> 授業参観による幼児・児童・生徒個々へ の対応の助言	
	<input type="checkbox"/> その他「 」		
	その他	<input type="checkbox"/> 「 」	
	時間	巡回相談の内容（概要）	
	: ~ :		
: ~ :			
: ~ :			
: ~ :			
巡回相談員からの助言内容			
成果及び今後の対応方針			

三次市特別支援教育巡回相談事業実施申請書

平成 年 月 日

三次市教育委員会教育長 様

学校名 _____

校長名 _____ 印

次のとおり、三次市特別支援教育巡回相談事業に係る巡回相談を希望します。

希望日時	第1希望	月 日 () : ~ :
	第2希望	月 日 () : ~ :
	第3希望	月 日 () : ~ :
希望する 巡回相談員	※具体的な希望がある場合に記載してください。	
担当者 (連絡窓口)	職名及び 氏名	職名 氏名
	住所及び 電話番号	住 所 電話番号
実施理由		

平成 年 月 日

三次市教育委員会教育長 様

三次市立 学校長

印

三次市特別支援教育巡回相談事業に係る実施報告

実施日時	平成 年 月 日 () : ~ :		
巡回相談員	所属		
	所在地		
	職名		
	氏名		
実施内容 (概要)	巡回相談の目的 ※該当する□に「レ」 を入れ、必要に応じて「」に記入する	校内研修 講師	<input type="checkbox"/> 発達障害に関する基礎的な理解
			<input type="checkbox"/> 校内支援体制の整備又は校内委員会の進め方
			<input type="checkbox"/> 個別の教育支援計画の策定及び個別の指導計画の作成
			<input type="checkbox"/> その他「」
		個別相談	<input type="checkbox"/> 担任や支援チームとの個別相談
			<input type="checkbox"/> 授業参観による幼児・児童・生徒個々への対応の助言
	その他		<input type="checkbox"/> その他「」
	時間	巡回相談の内容 (概要)	
	: ~ :		
	: ~ :		
	: ~ :		
	: ~ :		
	巡回相談員からの助言内容		
成果及び今後の対応方針			