

全ての子供のWell-Beingの向上をめざして、外国籍や発達障害等の特別な配慮を必要とする幼児に対しソーシャルワークのスキルや特別支援教育等の専門性を有する人材を活用しながら、園内のインクルーシブ保育体制、幼児へのアセスメントと支援方法、小学校への円滑な接続のあり方等を、異なる施設種で調査・研究し、幼児期から支援を開始することの教育的効果を検証するとともに、全ての施設で活用できる保育プログラム等を開発する。

**研究モデル園** 沼津市内の公立保育所・私立保育所  
 私立幼保連携型認定こども園

《Springプロジェクトの名称》  
 Shizuoka Education System “Ring” の略 幼小接続期において関係機関が輪になって組織的に教育保育を行うという本研究の概要をイメージした。

## 《研究柱1》 園(組織)としての支援体制確立

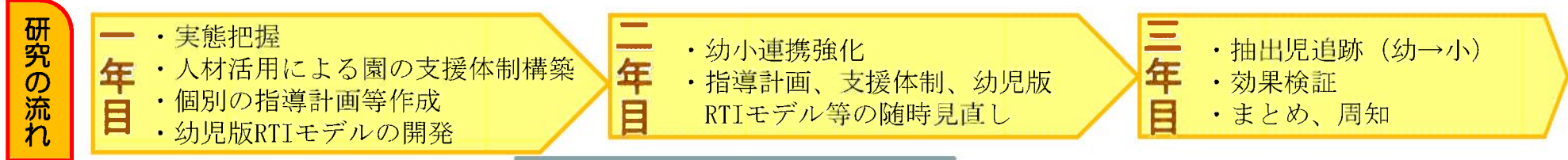
- 《活用人材》 保育ソーシャルワーカー  
 (モデル園に月1回訪問)
- 園の支援体制に関するコンサルテーション
    - ・外部関係機関と園をつなぐ
    - ・ケース会議・保育者研修等への参加
  - クラス運営に対するコンサルテーション
    - ・基礎的環境整備への助言
    - ・合理的配慮への助言
  - 保護者支援に対するコンサルテーション
    - ・子育て支援
    - ・保護者と園と外部関係機関をつなぐ

## 《研究柱2》 個別指導方法の開発(大学との協働)

- 《活用人材》 インクルーシブ支援員(個別指導員)  
 (モデル園に週1回訪問)
- 個別指導の対象児の整理
    - ・既存の支援機関(発達支援センターや言葉の教室等)との役割分担の明確化
  - 幼児版RTIモデルの開発
    - ・保育者でもできるアセスメント方法の開発
    - ・アセスメントの結果を踏まえた支援方法や保育教材の開発

## 《研究柱3》 幼小接続の体制整備

- 《活用人材》 保育ソーシャルワーカー  
 インクルーシブ支援員(個別指導員)
- 個別の指導計画等の作成と活用
    - ・園での指導と保護者の子育てをつなぐツールとする。
    - ・園での教育と小学校教育の円滑な接続を図るツールとする。
  - 支援の連続性を担保する仕組み作り
    - ・既存の体制(幼小の連絡会や幼から小への資料提出)の改善・充実
    - ・研究推進委員会を通して幼小連携の強化

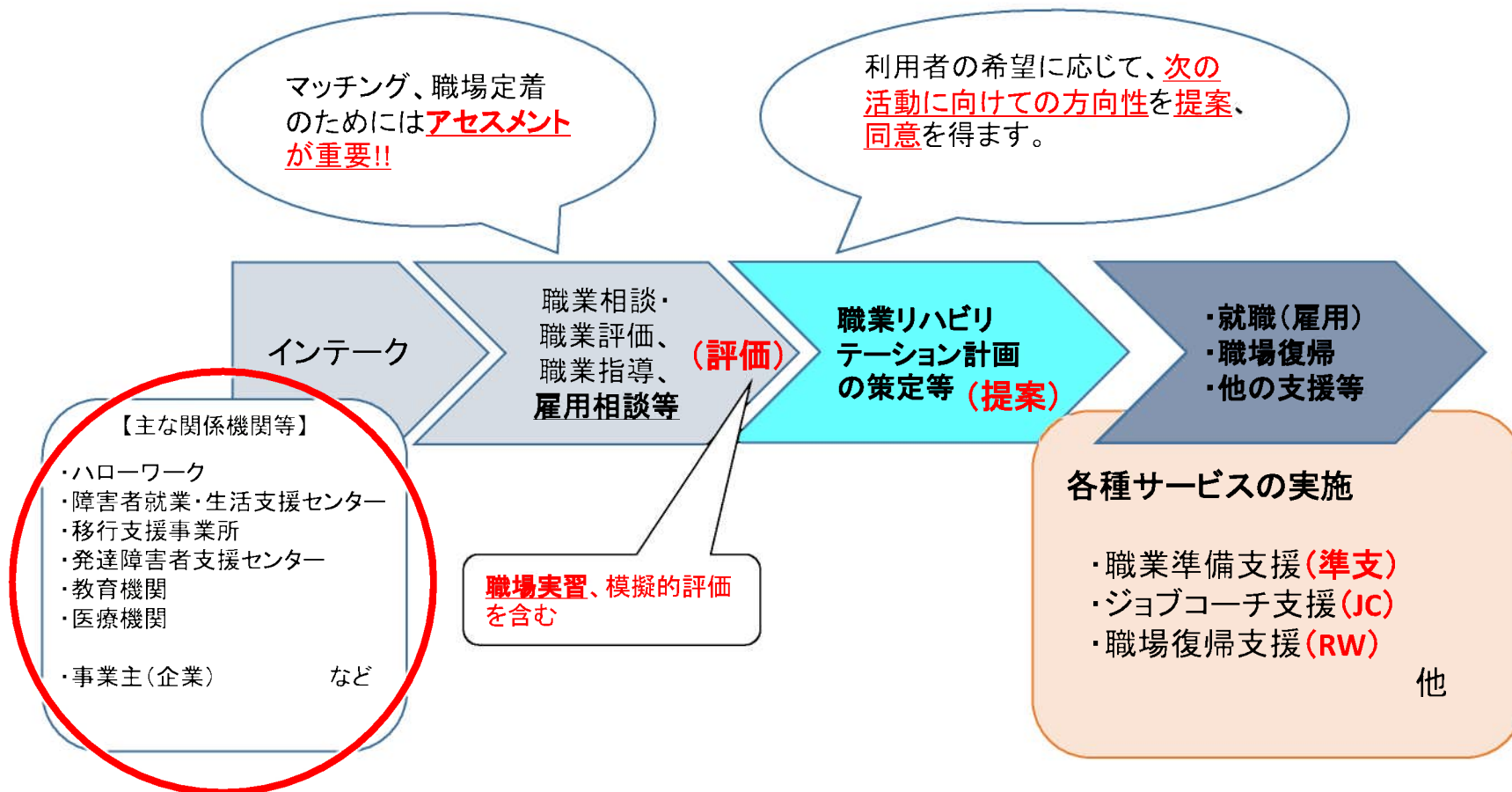


### 研究推進委員会の設置

研究を推進する組織として研究推進委員会を設置し、研究の3つの柱について、各研究モデル園の実態に即した成果と課題や改善の方向性等を協議する。モデル園ごとに年間2回ずつ計6回開催する。

(研究リーダー) 常葉大学准教授 赤塚めぐみ氏 (スーパーバイザー) 尚絅学院大学特任教授 小池敏英氏  
 (研究推進委員) 研究協力施設代表者、関係小学校代表者、沼津市教育委員会指導主事、静東教育事務所幼児教育担当  
 県保育ソーシャルワーカー、県インクルーシブ支援員、県幼児教育支援員、県幼児教育推進室長

### ●利用者(障害者等)に対する支援の基本的な流れ



#### 【利用者からの相談の例】 ※障害の診断等有る方

- ・障害を非開示での就職活動を考えているが、どの様な支援が受けられるか知りたい。
- ・障害の診断は受けたが、就職するに当たって、どの様な準備が必要か知りたい。
- ・障害を非開示で働いているが、「仕事の質・量」や「人間関係」で悩んでいる。

職業センターが **伴走支援** します。

## 職業相談・職業評価 情報提供シート

平成 年 月 日

貴施設名 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

## A:基本情報 ※ご本人ご同意の上ご記入ください

ふりがな 氏名		生年 月日	・昭和 年 月 日 ( 歳) ・平成
住所	〒 _____ (最寄駅 線 駅)		
電話番号	( )	当センター 利用歴	無し 有り (前回 年 月頃)
障害種類	身体障害、知的障害、精神障害 高次脳機能障害、発達障害 難病、その他( )	障害名 病名	
障害者 手帳	身体障害者手帳 ( )級 療育手帳 ( )度 精神障害者保健福祉手帳 ( )級		・なし ・申請中(取得予定 月頃) ・申請検討中
関係機関 利用状況	地域の就労支援機関、社会福祉施設、病院等の名称や利用状況		
経歴	(最終学歴) 中学校・高等学校・特別支援学校・大学・大学院・専門学校 /卒業・中退・在学中 (職歴) (施設利用歴) ~貴施設利用の経緯~ (医療歴)※ある場合ご記入ください (あり・なし・不明) ・発病の時期: ・通院状況(病院名: _____ 通院頻度: _____ ) ・服薬: あり(1日 回 薬の種類 _____ )・なし ・服薬の自己管理(可・不十分・不可) ・症状の安定度: ・就労上の配慮事項等 :		

B:現状整理と今後について ※できればご本人と一緒に整理していただけると幸いです。

障害の状況	●ご本人の特徴等
本人・保護者の職業に関する考え方	●希望職種や条件、今後についての方向性等
当センターに相談や支援を依頼したい内容	●ご本人・ご家族  ●貴施設
貴施設のご意見・連絡	●作業状況(取り組み内容・指示理解・作業能率・作業態度・出欠状況等)  ●対人関係・性格  ●支援の際に配慮されていること(指示の出し方や環境設定等)  ●就労に向けて課題と思われること・貴施設の就労に関する見解  ●今後貴施設として支援できること(具体的な関わり等)
備考	●当センターが支援するにあたって留意すべき事項 等

※提供いただいた個人情報は、当機構の「個人情報の取扱いに関する規程」により取り扱います。ご負担のない範囲でご記入ください。

(静岡障害者職業センター:054-652-3322)

\*当センター記入欄\* 相談日 月 日( ) : ~ 担当( )