

# 令和6年度「連携訪問」実施要項

香川県教育委員会事務局 特別支援教育課

## 1 趣 旨

この要項は、特別支援教育総合推進事業に係る「連携訪問」について必要な事項を定めるものとする。

## 2 対 象

- ・小・中学校の特別支援学級に在籍する児童生徒
- ・保育所、幼稚園、認定こども園、小・中学校の通常の学級、高等学校、特別支援学校に在籍する障害のある幼児児童生徒（発達障害は含まない）

## 3 目 的

特別支援学校の教員（以下、「連携訪問員」という）が、保育所・幼稚園・認定こども園・小・中・高等学校（以下、「学校等」という）を訪問するなどして、対象の幼児児童生徒に対する指導内容・方法について指導・助言を行うことにより、学校等が、幼児児童生徒に対する適切な指導と必要な支援を実施するとともに、校内の総合的な支援体制の整備を推進・充実することを目的とする。

## 4 内 容

- (1) 連携訪問員 特別支援学校の教員
- (2) 訪問先 国公立・私立の保育所、幼稚園、認定こども園、小学校、中学校、高等学校、特別支援学校
- (3) 期日等 訪問日時、当日の日程、指導内容等は関係学校間で協議の上、決定する。  
連携訪問は、原則として令和6年12月末までに行う。
- (4) 訪問回数 1校につき年間2回まで  
(障害種別ごとに申込みことができる。)  
(2回目は継続相談のみとする。ただし、実施状況により2回目を制限する場合がある。)
- (5) 形態 A 授業参観、管理職及び担当者・関係者との懇談を計画し、必要に応じて次年度就学先学校長等も参加できるよう工夫する。  
(個別の指導計画・個別の教育支援計画を、当日、資料として用意しておく。)  
B 連携訪問を希望する学校等が、特別支援学校を訪問し、特別支援学校の授業の参観や指導方法等についての相談を行う。

## 5 手 続 き（※①～⑥は、図【連携訪問の流れ】の当該符号に対応する。）

### (1) 連携訪問実施まで

#### ① 特別支援学校への申込み

連携訪問を希望する学校等は、次の表の区分により、希望する連携先の特別支援学校に、

**令和6年4月30日（火）**までに電話で申し込む。

◎連携訪問申込み先

障害の種類	連 携 先
視覚障害	香川県立視覚支援学校(087-851-3217)
聴覚障害	香川県立聴覚支援学校(087-865-4492)
肢体不自由	香川県立高松支援学校(087-865-4500) 香川県立香川東部支援学校(0879-52-2581) 香川県立香川西部支援学校(0875-25-1775)
病弱・身体虚弱	香川県立善通寺支援学校(0877-62-7631)
知的障害 自閉症・情緒障害	香川県立小豆島みんなの支援学校(0879-61-3201) 香川県立香川東部支援学校(0879-52-2581) 香川県立香川中部支援学校(087-867-3522) 香川県立香川丸亀支援学校(0877-24-1215) 香川県立香川西部支援学校(0875-25-1775) 香川大学教育学部附属特別支援学校(0877-48-2694)

- ◎ 「知的障害、自閉症・情緒障害」については、地域での連携ということを考慮し、原則として「最寄りの学校(小豆島、香川東部、香川中部、香川丸亀、香川西部、附属)」に申し込むこととする。

**\* 期日報告(別添送付 様式4-1、4-2)の提出 (特別支援学校のみ)**

特別支援学校は、期日報告(様式4-1、4-2)を5月末までに香川県教育委員会特別支援教育課にメール(word形式)で提出する。

**② 派遣申請(様式1)の送付**

連携訪問を希望する学校等は、連絡先の特別支援学校と期日等の協議をした後、形態Aの場合は、連携先の特別支援学校長と連携訪問員に派遣依頼(様式1-A)を提出する。形態Bの場合は、連携先の特別支援学校長に授業参観等の依頼(様式1-B所属長)を提出する。

必要があって、保護者が同席する場合は、その旨と相談内容も記入しておく。但し、内容が就学に関わる相談の場合は、各特別支援学校が行う教育相談を利用する。

(特別支援学校 各部主事に連絡。)

**③ 相談資料(様式2)の送付**

訪問日の2週間前までに、連携訪問相談資料(様式2)、授業等の内容が分かる書類を添えて提出する。(親展で送付のこと)

◎ **連携訪問の実施**

主な相談内容の他に、指導目標(短期目標)と指導の手立て(様式3の太枠に該当)についても連携訪問員と相談し、その後の指導に生かせるようにする。

(2) **連携訪問(1回目)終了後**

**④ 報告書(様式3-①)と相談資料(様式2)の提出**

**【実施後2か月以内に提出】**(長期休業期間を除く)

連携訪問を実施した学校等は、連携訪問の助言内容、連携訪問実施後1か月~2か月の期間での指導の評価等や校内支援体制の状況(成果と課題)を報告書(様式3-①)にまとめ、相談資料(様式2)と報告書(様式3-①)を両面印刷したものを提出する。(親展で送付のこと)(\*連携訪問員への事前確認は必要ない。)

その際、2回目の訪問を希望する学校等は、期日を相談し、報告書に記入するとともに、次回に相談したい内容を簡単に記載する。

◎提出先

	連携先の 特別支援学校長	特別支援教育課長	市町(学校組合)教 育委員会教育長	関係教育事務所長
県立・私立の学校等	○	○		
高松市立の学校等	○		○	
高松市以外の 公立の学校等	○	○	○	○

(3) 2回目の連携訪問まで

⑤ 2回目の派遣申請(様式1)と相談資料(様式2)の送付

2回目の連携訪問を希望した学校等は、訪問日の2週間前までに、連携先の特別支援学校長と本人に派遣依頼(様式1)と相談資料(様式2)を親展で提出する。

必要があって、保護者が同席する場合は、その旨も記入しておく。

2回目の相談資料は、1回目の報告書送付後の変更等について簡単に記入する。

(4) 2回目の連携訪問終了後

⑥ 2回目の報告書(様式3-②)と相談資料(様式2)の提出

【実施後2か月以内に提出】

2回目の連携訪問を実施した学校等は、連携訪問の助言内容、連携訪問実施後1か月～2か月の期間での指導の評価等や校内支援体制の状況(成果と課題)を報告書(様式3-②)にまとめ、相談資料(様式2)と報告書(様式3-②)を両面印刷したものを提出する。(親展で送付のこと)(\*連携訪問員への事前確認は必要ない。)

◎提出先

	連携先の 特別支援学校長	特別支援教育 課長	市町(学校組合)教 育委員会教育長	関係教育 事務所長
県立・私立の学校等	○	○		
高松市立の学校等	○		○	
高松市以外の 公立の学校等	○	○	○	○

## 6 経費

高松市立以外の学校等に係る連携訪問に係る連携訪問員の旅費は、特別支援教育指導事業費の範囲内で支給する。但し、高松市立学校等に係る旅費は、高松市が負担する。

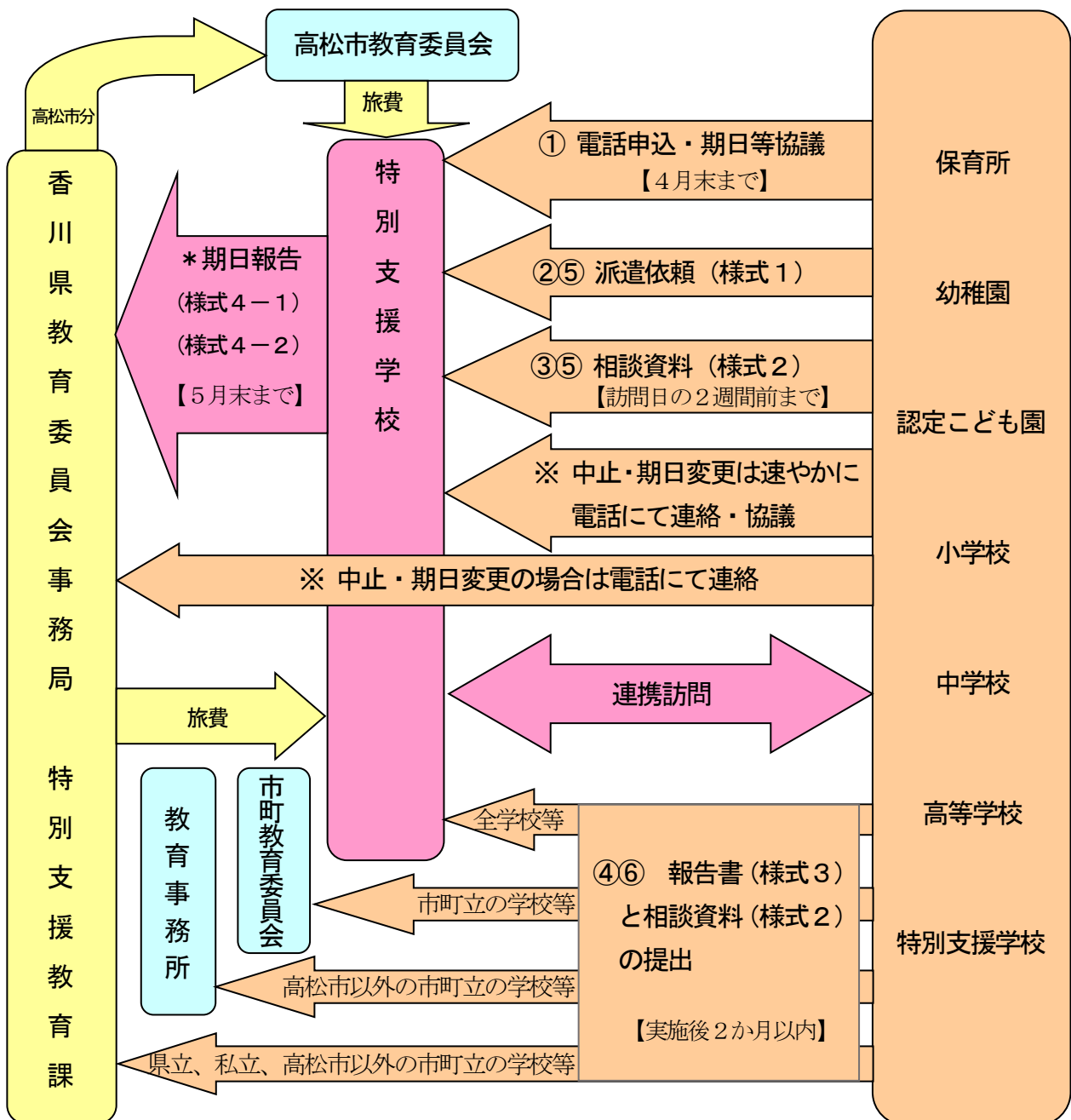
## 7 その他

- ・ 特別支援学校に、事前に提出した書類以外の幼児児童生徒について、当日相談することはしない。
- ・ 当日、該当幼児児童生徒が欠席の場合及び気象警報発令等の場合は、早急に連携訪問員に電話にて連絡し、対応を協議する。
- ・ 訪問が中止になった場合や期日に変更になった場合は、連携訪問を申し込んだ学校(園)から特別支援教育課にそのことについて電話連絡する。
- ・ 期日後に相談や対応の必要が生じた場合は、特別支援学校内の相談センターを活用することとする。(直接、特別支援学校に申し込む。)
- ・ 実施内容等によってオンラインでの実施を検討し、有効に活用する。

◎相談センター申込み先

学校名	相談センター名	電話番号
視覚支援学校	見えにくさと学びの相談センター (視覚障害教育支援センター)	087-851-3217
聴覚支援学校	きこえとことばの相談支援センター	087-865-4492
小豆島みんなの支援学校	学びと育ちの相談センター	0879-61-3201
香川東部支援学校	学びと育ちの相談センター	0879-52-2581
香川中部支援学校	学びと育ちの相談センター	087-867-3522
香川丸亀支援学校	学びと育ちの相談センター	0877-24-1215
香川西部支援学校	学びと育ちの相談センター	0875-25-1775
高松支援学校	からだと学びの相談センター	087-865-4500
善通寺支援学校	こころとからだの相談センター	0877-62-7631

【連携訪問の流れ】



(様式1-A所属長)

令和 年 月 日

長 殿

学校(園・所)名  
校(園・所)長氏名

連携訪問員の派遣について(依頼)

このことについて、下記のとおりお願いしたいので、貴所属  
で御配慮ください。

様の派遣につい

記

1 日 時 年 月 日 ( ) : ~ :

2 場 所

3 日 程 (例) ①授業参観 : ~ :  
( 教室)

②懇談 : ~ :  
( 室)

参加者 ( )

※管理職、特別支援教育コーディネーターも可能な限り同席してください。

(様式1-A連携訪問員)

令和 年 月 日

様

学校(園・所)名  
校(園・所)長氏名

連携訪問員の派遣について(依頼)

このことについて、下記のとおりお願いします。

記

1 日時 年 月 日( ) : ~ :

2 場所

3 日程 (例) ①授業参観 : ~ :  
( 教室)

②懇談 : ~ :  
( 室)

参加者( )

※管理職、特別支援教育コーディネーターも可能な限り同席してください。

4 備考



(様式2) 1回目・2回目とも訪問日の2週間前までに授業等の内容が分かる書類とともに訪問員に提出 **取扱注意**

連携訪問相談資料

(作成 令和 年 月 日)

学校(園・所)名		作成者 職・氏名					
連携訪問予定日時		令和 年 月 日 ( ) : ~ :					
学 年	第 学年	性 別	生年月	年 月生まれ			
主な障害		併せ有する障害					
連携訪問を希望するに至った経緯(保護者からの相談、担任の気付きなどの内容)と主な相談内容 (経緯)							
(主な相談内容)							
現在の実態		これまでの対応					
学 習 面	※教科等の習得状況、学習意欲等		※成功例、失敗例を問わず、対応したことを記入				
行 動 面 ・ 生 活 面	※基本的な生活習慣、健康面の状態等						
情 緒 面 ・ 社 会 性 面	※興味・関心、指示理解、意思表示、情緒、集中力等						
好きなこと、得意なこと							
その他(家庭環境、保護者が感じている困難さ、要望等、相談にあたって必要な情報があれば記入する。)							
検査の記録や相談機関との相談歴等							
校園内支援体制について							
全幼児児童生徒数	人	全学級数	学級	特別支援学級数	学級	特別支援学級在籍人数	人
対象幼児児童生徒への校園内の支援体制について(教職員の関わり・支援体制、交流及び共同学習の内容・時数等)							
個別の指導計画等の作成・活用状況(作成していれば○をつける。)							
個別の指導計画	( )	個別の教育支援計画	( )	サポートファイル「かけはし」	( )		

- \* 個人情報が含まれるため、親展で送付すること。
- \* 連携訪問実施後にも、この相談資料(様式2)と報告書(様式3)を両面印刷して提出すること。



(様式3-①) 1回目の連携訪問実施後2か月以内に提出(長期休業期間を除く)

取扱注意

令和 年 月 日

殿

学校(園・所)名

校(園・所)長氏名

連携訪問実施後の報告について

このことについて、下記のとおり報告します。

記

学 級 名		障 害 種 別		
記載者職・氏名				
連 携 訪 問 員	所属校名		職・氏名	
日 時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :			
当 日 の 主 な 日 程				
出 席 者	( ) 管理職 ( ) 学級担任 ( ) 交流先学級担任 ( ) 特支コーディネーター ( ) 養護教諭 ( ) 保護者 ( ) その他 ( )			
連携訪問の概要・ 助言内容				
実 施 後 の 状 況	指導目標(短期目標)	指導の手立て	指導の評価(◎○△)	今後の指導の方向性
	・	・	・	・
	【校内支援体制について】 ○ 成果  ○ 課題			
2回目の連携訪問	希望なし ・ 希望あり 実施予定日 月 日 ( )			
2回目に相談したい 内容				

\* 2回目を希望する場合は、連携訪問員と実施予定日を相談のうえ、記入すること。

\* 連携訪問実施後、相談資料(様式2)とこの報告書(様式3)を両面印刷して提出すること。

\* 個人情報が含まれるため、親展で送付すること。

高松市立の学校等・・・・・・連携先の特別支援学校長、高松市教育委員会教育長へ提出。(2か所)

高松市立以外の公立の学校等・・連携先の特別支援学校長、市町(学校組合)教育委員会教育長、  
関係教育事務所長、特別支援教育課長へ提出。(4か所)

県立・私立の学校等・・・・・・連携先の特別支援学校長及び特別支援教育課長へ提出。(2か所)

（様式3-②）2回目の連携訪問実施後2か月以内に提出

取扱注意

令和 年 月 日

殿

学校（園・所）名

校（園・所）長氏名

連携訪問実施後の報告について

このことについて、下記のとおり報告します。

記

学 級 名			障 害 種 別		
記載者職・氏名					
連 携 訪 問 員	所 属 校 名			職・氏名	
日 時	令和 年 月 日 ( ) : ~ :				
当 日 の 主 な 日 程					
出 席 者	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 交流先学級担任 <input type="checkbox"/> 特支コーディネーター <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
連携訪問の概要・ 助言内容					
実 施 後 の 状 況	指導目標(短期目標)	指導の手立て	指導の評価(◎○△)	今後の指導の方向性	
	・	・	・	・	
	【校内支援体制について】 ○ 成果  ○ 課題				

\* 連携訪問実施後、相談資料（様式2）とこの報告書（様式3）を両面印刷して提出すること。

\* 個人情報が含まれるため、親展で送付すること。

高松市立の学校等・・・・・・・・・・連携先の特別支援学校長、高松市教育委員会教育長へ提出。（2か所）

高松市立以外の公立の学校等・・連携先の特別支援学校長、市町（学校組合）教育委員会教育長、  
関係教育事務所長、特別支援教育課長へ提出。（4か所）

県立・私立の学校等・・・・・・・・・・連携先の特別支援学校長及び特別支援教育課長へ提出。（2か所）

(様式2 記入例) 1回目・2回目とも訪問日の2週間前までに授業等の内容が分かる書類とともに訪問員に提出

**取扱注意**

連携訪問相談資料 (記入例)

(作成 令和〇年〇月〇日)

学校(園・所)名	〇〇学校	作成者 職・氏名	教諭 〇〇 〇〇
連携訪問予定日時	令和〇年〇月〇日(〇) 13:30 ~ 16:00		
学年	第〇学年	性別	〇 生年月 平成〇年 〇月生まれ
主な障害	知的	併せ有する障害	特になし
連携訪問を希望するに至った経緯(保護者からの相談、担任の気付きなどの内容)と主な相談内容			
(経緯) ・国語の授業での音読で～。			
(主な相談内容) ・特殊音節の指導の仕方を教えていただきたい。			
現在の実態		これまでの対応	
学習面	<p>※教科等の習得状況、学習意欲等</p> <p>・ひらがなは読めるものの、「きゃ」「きゅう」(幼音)は正しく読んだり書いたりすることが難しい。</p> <p>各教科等における、得意な面や苦手な面について記入します。</p>	<p>※成功例、失敗例を問わず、対応したことを記入</p> <p>・手を使った動作を取り入れて指導したものの、口と手の動作を合わせることが難しく、効果は得られなかった。</p>	
生活・行動面	<p>※基本的な生活習慣、健康面の状態等</p> <p>・外で遊ぶより、部屋の中でゆっくり過ごすことが多い。</p> <p>学校生活を送る上で、気がかりな行動の様子とその行動が起こるきっかけとなる事柄や状況などを記入します。</p>		
情緒・社会性	<p>※興味・関心、指示理解、意思表示、情緒、集中力等</p> <p>・友だちに話しかけられた時、どのように反応すればよいか戸惑っていることがある。</p> <p>集団での活動や友だちとのかかわりなどの様子、コミュニケーションに関する課題などを記入します。</p>		
好きなこと、得意なこと 〇〇のキャラクター、音楽			
その他(家庭環境、保護者が感じている困難さ、要望等、相談にあ		「特別支援教育ハンドブック」や「個別の指導計画作成と活用の手引」(香川県教育委員会 HP 掲載)を参考にお書きください。	
検査の記録や相談機関との相談歴等 〇〇病院(言語 月〇回)			
校園内支援体制について 全幼児児童生徒数 〇人   全学級数 〇学級   特別支援学級数 〇			
対象幼児児童生徒への校園内の支援体制について(教職員の関わり・支援 ・交流学級の担任や特別支援教育支援員と～。			
個別の指導計画等の作成・活用状況(作成していれば〇をつける。)			
個別の指導計画	〇	個別の教育支援計画	〇
サポートファイル「かけはし」			



(様式3-① 記入例) 1回目の連携訪問実施後2か月以内に提出(長期休業期間を除く)

**取扱注意**

令和〇年〇月〇日

殿

学校(園・所)名

校(園・所)長氏名

連携訪問実施後の報告について(記入例)

このことについて、下記のとおり報告します。

記

学 級 名	〇〇学級	障 害 種 別	知的
記載者職・氏名	教諭 〇〇 〇〇		
連 携 訪 問 員	所属校名	〇〇学校	職・氏名
日 時	令和〇年〇月〇日(〇) 13:30 ~ 16:00		
当 日 の 程	情報共有 13:30~13:40 授業参観 13:45~14:30 懇 談 14:45~16:00		
出 席 者	<input type="checkbox"/> 管理職 <input type="checkbox"/> 学級担任 <input type="checkbox"/> 交流先学級担任 <input type="checkbox"/> 特支コーディネーター <input type="checkbox"/> 養護教諭 <input type="checkbox"/> 保護者 <input type="checkbox"/> その他( )		
連携訪問の概要・助言内容	・学習で 連携訪問の概要・助言内容について、記入します。 1か月~2か月間、取り組んでみての評価等を記入します。		
実施後の状況	指導目標(短期目標)	指導の手立て	指導の評価(◎○△)
	・身近にある幼音を含む単語を読むことができる。 【校内支援体制について】 ○ 成果 ・交流学級での授業で。○ ○ 課題 ・情報共有の時間を。	・身近にある単語かるたを作り、読み手と取り手を交代しながら、かるたを行う。 太枠内は、連携訪問実施日に、連携訪問員と相談の上、ご作成ください。	◎ ・かるたにある幼音を含む単語の読み手と取り手が合った。 「特別支援教育ハンドブック」や「個別の指導計画作成と活用の手引」(香川県教育委員会 HP 掲載)を参考にお願いします。
2回目の連携訪問	希望なし ・ 希望あり 実施予定日		
2回目に相談したい内容			



- \* 2回目を希望する場合は、連携訪問員と実施予定日を相談のうえ、記入すること。
- \* 連携訪問実施後、相談資料(様式2)とこの報告書(様式3)を両面印刷して提出すること。
- \* 個人情報が含まれるため、親展で送付すること。  
 高松市立の学校等・・・・・・連携先の特別支援学校長、高松市教育委員会教育長へ提出。(2か所)  
 高松市立以外の公立の学校等・・連携先の特別支援学校長、市町(学校組合)教育委員会教育長、関係教育事務所長、特別支援教育課長へ提出。(4か所)  
 県立・私立の学校等・・・・・・連携先の特別支援学校長及び特別支援教育課長へ提出。(2か所)