事前課題（行政実務研修）

※必要に応じて医師や発達障害者支援センター職員等と協力してご回答ください。

※ 参加者（行政職、医療従事者等）は本事前課題の情報を共有いただきで研修にご参加ください。

ご記入の事前課題は、研修資料にて、参加者で内容を共有しますので、ご了承下さい。

**●自治体名**

貴都道府県、政令市の早期発見や支援体制等の現状についてお尋ねします。

2ページ以内にする必要はございません。

**＜１＞自治体の規模について**

■参加自治体の人口と面積についてご記入下さい

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 人口 | 人　 | （　　　　　年　　　月現在）（　　　　　年　　　月現在） |
| 出生数 | 人 |
| 面積 | km² |
| 市区町村数　　 | 箇所 |  |

**＜２＞発達障害の特性を踏まえたアセスメント等の導入について**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 導入している市区町村数 | 活用方法（乳幼児健診、相談支援、診察、就学時・・・） |
| ■M-chat（乳幼児期自閉症チェックリスト修正版） |  |  |
| ■PARS-TR |  |  |
| ■個別支援ファイルの活用 |  |  |
| ■その他活用しているアセスメントツール〈主なもの〉 |  |

**＜３＞初診待機期間について　　平均　　　　　　ヶ月　　最長 　　　　　ヶ月**

**＜４－１＞家族支援の実施について**

|  |  |
| --- | --- |
| ペアレントメンター登録者数 | 人 |
| ペアレントプログラム実施自治体 | 箇所 |
| ペアレント・トレーニング実施自治体 | 箇所 |

**＜４－２＞発達障害児者及び家族等支援事業を実施している場合**（自由記述）

|  |
| --- |
| **ピア※サポートを実施している場合、その対象者やその内容について**※保護者、きょうだい、本人、配偶者等 |
|  |
| **青年期支援を実施している場合、その対象者やその内容について** |
|  |

**＜５＞支援施策の取組について**

|  |  |
| --- | --- |
| **１．配置している発達障害者地域支援マネジャーの人数** | 人 |
| **２．発達障害専門医療機関ネットワーク構築事業** |
| （１）実施している場合は、□をクリックして✔をつけてください | [ ]  |
| （２）実施している場合は、その内容をお書きください。 |
|  |
| **３．発達障害専門医療機関初診待機解消事業** |
| （１）実施している場合は、□をクリックして✔をつけてください | [ ]  |
| （２）実施している場合は、その内容をお書きください。 |
|  |

**＜６＞受講後の自治体の「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修」の開催について**

（該当するところの□をクリックして✔をつけてください）

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] 令和３年度に実施済 | [ ] 令和３年度中に実施予定 |
| [ ] 令和３年度以降に実施を検討中 | [ ] 実施する予定はない |