

通級教育充実委員会

通級教育充実委員会の話し合いにより、状況調査を、年度末に、現担当者が回答をしていただく形に変更するということになりました。本年度より実施したいと思います。添付ファイルからプリントアウトした用紙に記入をして、東中西部の担当者まで、3月15日必着でFAXでお送りください。

(したがって、今後は第1回定例研での状況調査の提出はなくなります。)

この調査は、県教委への要望書の作成に役立てることとあわせて、各市町の特色や課題を考えていく上での資料となりますので、ぜひ、ご協力をよろしくお願いいたします。

また、中学校の通級指導教室のニーズについて、保護者からの要望をまとめたいと思いますので、6年生の指導児がいる教室では、6年生の保護者にアンケートの協力を依頼し、教室で集計したものを、同じく3月15日必着で、FAXでお送りください。

<送付先>

東部：富士第一小 四條とも子 Fax 0545-61-0046

中部：青島小 近藤朋子 Fax 054-641-5795

西部：磐田中部小 袴田薫 Fax0538-32-5138

平成24年度末 静言研状況調査<静岡県言語・聴覚・発達障害教育研究会>

※学齢の教室が記入してください。

教室名	区分 (○で囲む)	東部	中部	西部
		言語	難聴学級	難聴教室

1 通級指導教室担当全員（臨時・非常勤等含む）の状況

担当者	年齢 (○で囲む)					職名	経験年数				経験の有無 (経験有の場合○を記入)		
	20代	30代	40代	50代	60代		教職	現 教室	通級 教室	特支 学級	特支 学校	通常 学級	医療 福祉
1													
2													
3													
4													
5													

2 児童・生徒の実態

① 今年度のべ人数

正規（認可）通級	人	サービス（無認可）通級	人
----------	---	-------------	---

サービス…書類上、正式に通級はしていないが、指導を受けている児童

(例)・来年度からの入級になるが、今年度中に実態把握を含めて指導を行った

・自校の児童・生徒に対し一時的に指導を行った 等

②障害の状況別

言語教室	構音障害		吃音		言語発達遅滞		難聴		その他 (かん黙等)		計			
	正	サ	正	サ	正	サ	正	サ	正	サ	正	サ	計	
今年度のべ人数														

正…正規 サ…サービス

難聴学級・教室	正	サ	計	担当地域における難聴児に についての情報を右のように お書き下さい。	学年	d B	現状	補聴器
					今年度のべ人数			

発達教室	LD		ADHD		自閉症		計		
	正	サ	正	サ	正	サ	正	サ	計
今年度のべ人数									

③今年度、時間がいっぱい待機になったり、待機に近い状況（月1等の経過観察）になったりした子どもの数

人

④今年度、他市町から通級を受け入れた人数

正規通級	人	サービス	人	相談	人
------	---	------	---	----	---

⑤今年度の相談件数

件

※通常の指導の後に行う、保護者との話し合いは含まない。

⑥途中退級の子どもの理由別人数

適応状況の改善	人
保護者・本人の希望	人
特別支援学校・学級へ	人
転居	人
送迎困難	人
その他 ( )	人

⑦小6、中3の児童・生徒の進学別人数

通常学級+通級	人
通常学級のみ	人
そのうち本来なら通級が必要	人
特別支援学級・学校	人
就職	人
その他	人

⑧今年度の在籍校訪問の合計のべ件数 (該当欄に○を記入)

	通級児童・生徒に関する訪問	通級していない児童・生徒に関する訪問 (入級相談時の参観等)	計
行っていない			
1～20件			
21～40件			
41件以上			

3 幼児ことばの教室 (幼言とする) に通っていた児童について (小学校のみ記入)

①今年度の通級児のべ人数 (正規)

のうち、幼言に通っていた児童の人数

幼言から継続	人
入学時には継続せず、年度途中または次年度での入級	人

②今年度、適応状況が改善して退級した児童の学年別人数

	退級児童合計数	そのうち幼言に通っていた児童
1年	人	人
2年	人	人
3年	人	人
4年	人	人
5年	人	人
6年	人	人

③幼言の指導効果について

(幼言に通っていた児童について、該当すると思われるものを○で囲む。複数回答可)

児童が意欲的に授業に参加する		その他
指導時に必要な基礎・基本が備わっている		
保護者が子どものことをよく理解している		
保護者が通級に協力的である		
通級で取り組むべき課題がはっきりしている		
あまり他の児童と変わらない		

4 サテライトについて (既に実施している教室のみ回答をお願いします。)

本校名 ( ) サテライト校名 ( )  
 実施障害種 ( 言語・発達・両方・難聴 ) 実施時間 ( 午前・午後・終日 )  
 週の実施日数 ( 週 日 ) 指導児数 ( 人 )

5 自由に記述してください

静言研への要望や意見	全難言の要望や意見	その他

ありがとうございました。3月15日必着で、担当までFaxで送付をお願いします。

東部:富士第一小 四條とも子 Fax 0545-61-0046 中部:青島小 近藤朋子 Fax054-641-5795

西部:磐田中部小 袴田薫 Fax0538-32-5138



## 6年生用アンケート集計用紙

教室名	実施人数
市立（町立） 小学校（言語・発達・難聴）教室	人

Q 1. 中学校に通級指導教室が設置された場合、通級を希望されますか？ 番号に○をつけてください。

①	人	②	人	③	人
---	---	---	---	---	---

Q 2. Q 1で①②と答えた方は、通級する際の条件として考えられるものを下から選んで番号・記号に○をつけてください。 ※複数回答可

①	人			
②	a. 人	b. 人	c. 人	d. 人
③	人	④	人	
⑤				

Q 3. 中学校の通級にはどのくらい通いたいですか？ 番号に○をつけてください。

①	人	②	人	③	人	④	人	⑤	人
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Q 4. 中学の通級では、どんな指導を望まれますか？ 番号に○をつけてください。 ※複数回答可

①	人	②	人	③	人	④	人	⑤	人
⑥									

ありがとうございました。3月15日までに、東中西部の担当教室まで、Faxにて送付をお願いします。