



関係 各位

岩手県教育委員会教育長

「引継ぎシート」の作成・活用について（通知）

本県特別支援教育の推進について、日頃から御理解と御協力を賜り、感謝申し上げます。

標記につきまして、いわて特別支援教育推進プラン（2019～2023）に基づき、下記のとおり取組を進めることといたしましたのでお知らせいたします。

記

1 「引継ぎシート」の作成・活用の趣旨

教育上特別な支援を必要とする児童生徒の様子や支援内容等について、本人・保護者からの了解を得た上で、原籍校から進学予定の学校等へと県内統一様式での引継ぎを確実に行うことにより、小中学校・高等学校段階における一貫した指導と支援につなげる。加えて、同様の手続きを経た上で、原籍校から医療・福祉機関等への引継ぎを必要に応じて行うことにより、家庭・教育・医療・福祉等が一層の連携を図り、切れ目ない支援の充実につなげる。

2 「引継ぎシート」作成の対象

小学校（義務教育学校前期課程を含む）・中学校（義務教育学校後期課程を含む）の通常の学級及び特別支援学級に在籍する、教育上特別な支援を必要とする児童生徒（医療機関からの診断の有無は問わない）。

3 「引継ぎシート」の活用開始時期等

(1) 学校間の引継ぎによる活用

- ・「引継ぎシート」を活用した小学校から中学校への引継ぎ、中学校から高等学校への引継ぎは、令和3年度中学校・高等学校入学生から行うものとする。
- ・中学校入学生については、3月中旬を目途に小学校から中学校へ郵送（簡易書留）又は直接持参する。
- ・高等学校入学生については、高等学校入学者選抜、特別支援学校入学者選考の合格発表後、速やかに中学校から高等学校へ郵送（簡易書留）又は直接持参する。
- ・従前から「引継ぎシート」と同様の機能をもつ市町村内統一の様式により、小学校から中学校への引継ぎを行っている場合については、「引継ぎシート」により引継ぎを行った上で詳細資料として市町村内統一の様式で引継ぎを行う、又は「引継ぎシート」の内容を市町村内統一の様式に取り入れて引継ぎを行うなど、県内統一様式での引継ぎを行うことの趣旨を踏まえるものとする。
- ・対象児童生徒が、特別支援学校中学部及び高等部に進学する場合、及び年度途中で他都道府県や他市町村へ転居・進学等する場合も「引継ぎシート」を活用するものとする。

(2) 学校から医療・福祉機関等への引継ぎによる活用

- ・「引継ぎシート」を活用した各学校から医療・福祉機関等への引継ぎは、本通知日以降、必要が生じた際に速やかに活用するものとする。
- ・学校から医療・福祉機関等へ引継ぎシートを送付する際には、別紙（参考様式4）を参考にすること。

4 記載要領

「引継ぎシート作成・活用ガイドブック」によるものとする。

5 その他

- ・「引継ぎシート」は、個別の教育支援計画のフェイスシートとしての内容が盛り込まれており、個別の教育支援計画の一部となり得るものであること。
- ・「引継ぎシート」と個別の指導計画等の必要なシート（医療・福祉等からの情報を含む）をファイリングすることにより、個別の教育支援計画として考えることができるものであること。
- ・引継ぎに係る各市町村・学校独自によるきめ細かな取組を止めるものではないこと。
- ・特別支援学校間の引継ぎ、特別支援学校から小・中・義務教育学校、高等学校等への引継ぎについては、これまで通り個別の教育支援計画によるものとする。
- ・県教育委員会ホームページに「引継ぎシート」の各様式、「引継ぎシート作成・活用ガイドブック」を掲載しているものであること。

6 送付物

- ・「引継ぎシート【小学校版】」
- ・「引継ぎシート【中学校版】」
- ・「引継ぎシート作成・活用ガイドブック」特別支援教育指導資料No.47
- ・（参考様式1）進学先等の学校への送付__添書（例）
- ・（参考様式2）進学先等の学校からの依頼__添書（例）
- ・（参考様式3）進学先等の学校への再送付__添書（例）
- ・（参考様式4）学校から医療・福祉機関等への送付__添書（例）
- ・（参考様式5）学校から医療・福祉機関等への再送付__添書（例）

【担当】

学校教育課特別支援教育担当

主任指導主事 五安城 正敏

電話 019-629-6143

FAX 019-629-6144

E-mail m-inagi@pref.iwate.jp

引継ぎシート【中学校版】

作成日：令和 年 月 日

学校名：

中学校

校長：

印

作成者：

印

1 生徒の概要

【 その他 () 】

生徒氏名			性別	生年月日	
ふりがな 氏名				年 月 日	
関係医療機関			関係相談機関(者)・支援機関(者)		
病院名			機関名		
主治医			担当者		
診断名			相談時期		
診断時期			その他参考事項		
服薬(薬名)	()	()			
その他参考事項				手帳の所持状況	
				<input type="checkbox"/> 身体障害者	<input type="checkbox"/> 療育
興味・好きなこと					
苦手なこと					
本人の将来の希望 (進路含む)					
家族状況	人数 特記事項	父： 母： 兄： 姉： 弟： 妹： その他()			

2 保護者からの要望

<input type="checkbox"/> 学習	<input type="checkbox"/> 生活	<input type="checkbox"/> 対人	<input type="checkbox"/> 発達	<input type="checkbox"/> 健康	<input type="checkbox"/> その他()

3 出席状況 ※作成対象となった学年から記入

<input type="checkbox"/> 教室	<input type="checkbox"/> 保健室・別室	<input type="checkbox"/> 適応指導教室	<input type="checkbox"/> その他()		
学年	1年	2年	3年		
保健室・別室・適応指導教室	日	日	日		
遅刻	日	日	日		
早退	日	日	日		
・欠席・遅刻・早退・別室 登校がみられた理由・ きっかけ ・複数の教室を利用して いる場合の具体					

4 学習上・生活上の様子 (できているところにレ点を記入してください。困難さが無い場合は、全てにレ点を記入してください。困難さについては、項目の1・2・5の欄に自由に記入してください。)

健康	<input type="checkbox"/> 生活リズムが整っている(起床時刻: 時 分頃、就寝時刻: 時 分頃) <input type="checkbox"/> 基本的な生活習慣(食事・睡眠・排泄)が身に付いている <input type="checkbox"/> 衣服の調節ができる <input type="checkbox"/> 清潔の保持ができる <input type="checkbox"/> 自分の病気の状態を理解できる <input type="checkbox"/> 自分の病気の状態を自己管理できる <input type="checkbox"/> 健康に関して自己管理できる <input type="checkbox"/> 健康状況に伴う困難さの状態や必要な支援について他者に伝えることができる
心理	<input type="checkbox"/> 情緒が安定している <input type="checkbox"/> 状況に応じて不安や緊張を軽減する <input type="checkbox"/> 自分の困難さの状態を理解したり、受容したりしている
人間関係	<input type="checkbox"/> 他者との関わりを好む <input type="checkbox"/> 他者の意図や感情を理解している <input type="checkbox"/> 場に応じた適切な行動をとる <input type="checkbox"/> 自分の得意なことや不得意なことを理解している <input type="checkbox"/> 集団の中で状況に応じた行動ができる <input type="checkbox"/> 保護者の指示に従う <input type="checkbox"/> 身近な教師の指示に従う
環境	<input type="checkbox"/> 自分の感覚を有効に活用できる <input type="checkbox"/> 感覚の過敏さや鈍麻さはない <input type="checkbox"/> 自分の感覚の過敏さや認知特性について理解している <input type="checkbox"/> 補助機器を活用して自分の視覚・聴覚・触覚・嗅覚等の困難さを補っている <input type="checkbox"/> 感覚を総合的に活用して、的確な判断や行動ができる
身体	<input type="checkbox"/> 姿勢保持ができる <input type="checkbox"/> 上肢・下肢の運動や動作がスムーズである <input type="checkbox"/> 補助的手段を活用して姿勢保持や運動・動作ができる <input type="checkbox"/> 学習・作業のための基本的動作(書字・描画等)が身に付いている <input type="checkbox"/> 日常生活に必要な移動能力がある(※車椅子等の補助的手段を活用する場合は、右欄に記載すること)→ ()
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 相手の意図を受け止める <input type="checkbox"/> 自分の考えを伝える <input type="checkbox"/> 事物や現象、自分の行動に対応した言語を身に付けている <input type="checkbox"/> 話し言葉を使ってコミュニケーションができる <input type="checkbox"/> 文字・記号、機器、手話等を活用してコミュニケーションができる <input type="checkbox"/> 場や相手に応じたコミュニケーションができる
その他	<input type="checkbox"/> インターネットやゲームをする時間や頻度をコントロールしている(概ね1日当たり1時間以内)

5 学校での様子

指導形態			
□通常の学級		□特別支援学級	
□通級による指導		□その他()	
場面	様子等	支援内容・配慮事項	本人の支援継続希望
登下校時 配慮あり <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/>			
授業中 配慮あり <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/>	□通常の学級 □特別支援学級 □通級による指導 □その他		
学習以外の時間 配慮あり <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/>			
集団活動 配慮あり <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/>			
部活動 配慮あり <input type="checkbox"/> 配慮なし <input type="checkbox"/>			
その他参考事項			

この「引継ぎシート」をもとに、【 】と情報を共有し、その後に【 】が現籍校、関係機関等に連絡を取り、学校生活に必要な情報を共有することに同意します。

令和 年 月 日

生徒氏名

保護者氏名

印