

発達障害者支援に関する行政評価・監視  
結果に基づく勧告

平成 29 年 1 月

総 務 省



## 前書き

発達障害は、発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）において、自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であって、その症状が通常低年齢において発現するものとされている。

発達障害者支援法が制定されるまで、発達障害は、身体、知的及び精神の各障害者制度の谷間に置かれ、必要な支援が届きにくい状態となっていたが、平成 17 年 4 月の同法の施行により、早期の発見、発達支援（医療的、福祉的及び教育的援助）、学校教育における支援、就労の支援、発達障害者支援センターの設置などが進んでいる。

また、施行後約 10 年が経過した発達障害者支援法については、障害者基本法（昭和 45 年法律第 84 号）の改正や障害者の権利に関する条約の締結等を踏まえ、発達障害者に対する支援のより一層の充実を図るため、法律の全般にわたって所要の改正が行われたところである。

一方、発達障害者支援については、①乳幼児健診でアセスメントツール（発達障害を発見するための評価シート）を導入している市町村が全体の 1 割にも満たない、②保育所、幼稚園、小学校、中学校及び高等学校に進学する過程で支援が途切れたり、サービスが低下する場合がある、③他の障害者と比べて発達障害者の就職率が低いといった状況から、各ライフステージを通じた継続した支援の在り方に課題があるとの指摘もある。適切な支援が行われない場合、発達障害者に、社会生活への不応、不登校、鬱病等の二次障害が発現することも有り得るとされており、早期の発見及び発達支援の実施が重要である。

この行政評価・監視は、以上のような状況を踏まえ、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進を図る

観点から、発達障害者への各ライフステージにおける支援の実施状況等を調査し、関係行政の改善に資するために実施したものである。

発達障害者が「生きづらさ」を、その保護者が「育てにくさ」をそれぞれ感じることなく、日常生活や社会生活を営むことができるようにするためには、改正発達障害者支援法の成立を踏まえ、乳幼児期からの各ライフステージを通じた切れ目のない関係者による支援の充実のほか、発達障害に対する国民の理解の浸透を図っていくことが重要である。本行政評価・監視が、こうした支援の充実や国民の理解の一助になれば幸いである。

## 目 次

1	発達障害者支援施策の概要	1
2	各ライフステージにおける支援の実施状況	7
	(1) 発達障害児の早期発見	7
	(2) 発達障害児に関する支援計画及び指導計画の作成の推進	21
	(3) 発達障害児に関する情報の共有・引継ぎの推進	28
3	専門的医療機関の確保状況	36



## 1 発達障害者支援施策の概要

### (1) 発達障害と発達障害者支援法の制定

自閉症、アスペルガー症候群などの発達障害は、生まれつきの特性で、子どもの発達の早い時期から症状が現れ、その発達過程に大きな影響を与える（その意味で、「発達障害」と呼ばれている。）が、「病気」とは異なる。生まれつき脳の発達が通常と違っているために、日常生活や他人との関わり、学業などに影響が出て、本人は「生きづらさ」を感じ、親は「育てにくさ」を感じることもあるとされている。

他方で、発達障害は、優れた能力が発揮されている場合もあり、周りから見てアンバランスな様子が理解されにくい障害とも言われている。

こうした発達障害は、従来、身体障害、知的障害及び精神障害の各制度の谷間に置かれ、また、一般の理解が得られず、その発見が遅れ、必要な支援が届きにくい状態となっていたことから、発達障害者が乳幼児期から成人期までの各ライフステージに合った適切な支援が受けられるよう、発達障害者支援法（平成 16 年法律第 167 号）が制定され、平成 17 年 4 月から施行された。

発達障害者支援法の成立に伴い、障害者関連の各制度においても、発達障害が位置付けられ、必要な支援サービスが提供される仕組みが整備されている。

### (2) 発達障害者の数

身体障害者、知的障害者及び精神障害者と異なり、固有の手帳制度がない発達障害者の正確な数は分かっていないが、文部科学省が平成 24 年 2 月から 3 月までにかけて全国（岩手、宮城及び福島を除く。）の公立の小学校及び中学校の通常の学級に在籍する児童生徒を対象として実施した「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を

必要とする児童生徒に関する調査」(平成24年12月文部科学省)の結果では、学習面又は行動面で著しい困難を示すとされた児童生徒の割合は6.5%(推定値)<sup>(注1)</sup>となっている。

また、同省が平成27年5月に公立の小学校、中学校及び中等教育学校(前期課程)を対象として実施した「通級による指導実施状況調査」(平成28年5月公表)の結果では、通級による指導<sup>(注2)</sup>を受けている発達障害(自閉症、学習障害及び注意欠陥多動性障害)のある児童生徒数は、平成27年度(5月1日時点)では4万1,986人(自閉症1万4,189人、学習障害1万3,188人、注意欠陥多動性障害1万4,609人)となっている(平成18年度の約6.1倍)。

(注1) 6.5%(推定値)は、文部科学省が行った調査において、担任教員が記入し、特別支援教育コーディネーター(学校における特別支援教育の推進のため、主に、校内委員会・校内研修の企画・運営、関係機関・学校との連絡・調整、保護者の相談窓口等の役割を担う教員)又は教頭(副校長)による確認を経て提出した回答に基づくもので、発達障害の専門家等による判断や、医師による診断によるものではない。

(注2) 小・中学校の通常の学級に在籍している言語障害、自閉症、情緒障害、弱視、難聴、学習障害、注意欠陥多動性障害等の比較的軽度の障害のある児童生徒に対して、主として各教科等の指導を通常の学級で行いながら、当該児童生徒の障害に応じた特別の指導を特別の指導の場(通級指導教室)で行う教育形態である。

一方、厚生労働省が平成26年10月に全国の病院及び診療所を利用した患者を対象として実施した「患者調査」(平成27年12月公表)の結果では、医療機関に通院又は入院している自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、注意欠陥多動性障害等の患者の総数(推計値)は、19万5,000人(自閉症、アスペルガー症候群、学習障害等<sup>(注3)</sup>は14万4,000人、注意欠陥多動性障害等<sup>(注4)</sup>は5万1,000人)となっている。

また、同省が平成25年6月に全国の精神科病院、精神科診療所等を利用した患者を対象として実施した「精神保健福祉資料調査」の結果では、精神障害者保健福祉手帳交付者数(平

成25年6月の1か月間)のうち発達障害者は1,418人(自閉症、アスペルガー症候群、学習障害等<sup>(注3)</sup>は1,259人、注意欠陥多動性障害等<sup>(注4)</sup>は159人)となっている。

(注3) ICD-10(疾病及び関連保健問題の国際統計分類)における「心理的発達の障害(F80-F89)」に含まれる障害である。

(注4) ICD-10における「小児<児童>期及び青年期における通常発症する行動及び情緒の障害(F90-F98)」に含まれる障害である。

### (3) 発達障害者支援法の概要

平成17年4月に施行された発達障害者支援法は、障害者の権利に関する条約(以下「障害者権利条約」という。)の署名(平成19年)・批准(平成26年)<sup>(注5)</sup>、障害者基本法(昭和45年法律第84号)の改正(平成23年)<sup>(注6)</sup>を経て、施行後約10年が経過したことを踏まえ、発達障害者の支援の一層の充実を図るため、法律の全般にわたって所要の改正が行われた(平成28年8月1日施行)。

今般の改正内容を含め、発達障害者支援法の概要は、次のとおりである。

(注5) 障害者の人権や基本的自由の享有の確保など障害者の権利を実現するための措置等を規定した障害者に関する初めての国際条約である。

(注6) 改正前の障害者基本法では、「障害」の範囲について、「身体障害、知的障害又は精神障害」と規定されていたが、改正後は、「身体障害、知的障害、精神障害(発達障害を含む。)その他の心身の機能の障害」と規定されている。

#### ア 趣旨・目的

- 発達障害者の自立及び社会参加のためのその生活全般にわたる支援の促進(第1条)
- 発達障害者支援を担当する関係機関等の緊密な連携の確保、協力体制の整備等(第2条の2及び第3条)

#### イ 発達障害の定義

自閉症、アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害、学習障害、注意欠陥多動性障害などの脳機能の障害で、通

常低年齢で発現する障害 等（第2条）

#### ウ ライフステージに応じた支援

（就学前（乳幼児期））

- 乳幼児健診、就学时健診等による早期発見（第5条）
- 早期の発達支援（第6条）

（就学中（学童期等））

- 専門的発達支援（第6条）
- 保育における適切な配慮（第7条）
- 適切な教育的支援・支援体制の整備（第8条）
- 放課後児童健全育成事業の利用（第9条）
- 福祉・教育関係機関等における発達障害者の支援に資する情報共有の促進（第9条の2）

（学校卒業後（青壮年期））

- 発達障害者の特性に応じた適切な就労の機会の確保（第10条）
- 地域での生活支援（第11条）
- 発達障害者の権利利益の擁護（第12条）

#### エ 国、地方公共団体の役割

- 発達障害者支援センター（相談支援・情報提供・研修等）、専門的な医療機関の確保 等（第14条、第19条等）
- 専門的知識を有する人材確保（研修等）、調査研究 等（第23条、第24条等）

#### (4) 発達障害者支援法と障害者総合支援法の関係

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）では、障害者及び障害児が基本的人権を享有する個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を営むこと

ができるよう、発達障害者を含む障害者等を対象として、必要な障害福祉サービスに係る給付、地域生活支援事業その他の支援を総合的に行うこととされている。

上記の支援のうち障害者総合支援法第 77 条及び第 78 条に基づき実施することとされている地域生活支援事業は、「地域生活支援事業実施要綱」（平成 18 年 8 月 1 日付け障発第 0801002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）により、都道府県が実施主体として行う都道府県地域生活支援事業と市町村が実施主体として行う市町村地域生活支援事業をその主な内容としており、それぞれ必須事業と任意事業がある。

発達障害者支援法に基づく施策に係る主な地域生活支援事業としては、①巡回支援専門員整備（市町村の任意事業）、②発達障害者支援体制整備（都道府県の任意事業）<sup>（注 7）</sup>及び③発達障害者支援センター運営事業（都道府県の必須事業）があり、これらに対応する発達障害者支援法に基づく施策は、上記①については、児童の発達障害の早期発見等、早期の発達支援、保育、教育及び放課後児童健全育成事業の利用（第 5 条から第 9 条まで）、上記②については、発達障害者の家族等への支援及び発達障害者支援センター等（第 13 条及び第 14 条）、上記③については、発達障害者支援センター等（第 14 条）となっている。

（注 7） 「発達障害者支援体制整備（都道府県の任意事業）」の中には、家族支援体制整備、地域支援体制サポート等が含まれる。

## （5） 行政評価・監視の対象とした施策

発達障害者支援法の施行により、発達障害の定義が確立し、児童の発達障害の早期発見から保育、教育、就労等、発達障害者のライフステージにおける一貫した支援の流れが示され、それに伴う国や地方公共団体の責務も明らかになった。

一方、各ライフステージを通じた継続した支援に課題があ

るとの指摘があることから、本行政評価・監視では、発達障害者の心理機能の適正な発達及び円滑な社会生活の促進を図る観点から、発達障害者支援法に基づく施策のうち、「児童の発達障害の早期発見等（第5条）」、「早期の発達支援（第6条）」、「保育（第7条）」、「教育（第8条）」、「放課後児童健全育成事業の利用（第9条）」、「情報の共有の促進（第9条の2）」、「就労の支援（第10条）」及び「発達障害者の家族等への支援（第13条）」の各ライフステージにおける支援並びに「発達障害者支援センター等（第14条）」及び「専門的な医療機関の確保等（第19条）」を調査対象として取り上げた。

なお、本行政評価・監視では、主に、各ライフステージで、発達障害者（発達障害が疑われる者を含む。）に対する支援が比較的届きにくいと考えられる層を対象とした。学童期等では、比較的個別の配慮を受けられる可能性が高い特別支援学校の発達障害児並びに小学校及び中学校の特別支援学級及び通級による指導を受けている発達障害児については対象から除き、就労期においては、手帳を所持していないため必要な支援が届きにくい発達障害者を対象とした。

## 2 各ライフステージにおける支援の実施状況

### (1) 発達障害児の早期発見

発達障害者に対する適切な支援がなされない場合、その特性により生じる問題に周囲が気付かずに無理強い、叱責などを繰り返すことで失敗やつまずきの経験が積み重なり自尊心の低下等を招き、更なる適応困難、不登校や引きこもり、反社会的行動等、二次的な問題としての問題行動（以下「二次障害」という。）が生じることがあるとされている（「生徒指導提要」（平成 22 年 3 月文部科学省））。

こうした二次障害を未然に防止する上で、発達障害者を早期に発見し、早期に適切な発達支援につなげていくことが特に重要であることから、国及び地方公共団体は、発達障害の早期発見のため必要な措置を講ずるものとされている（発達障害者支援法第 3 条第 1 項）。

また、市町村は、母子保健法（昭和 40 年法律第 141 号）第 12 条及び第 13 条に規定する健康診査（以下「乳幼児健診」という。）を、市町村教育委員会は学校保健安全法（昭和 33 年法律第 56 号）第 11 条に規定する就学時の健康診断（以下「就学時健診」という。）を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意しなければならないものとされている（発達障害者支援法第 5 条第 1 項及び第 2 項）。

#### （乳幼児健診）

発達障害、特に広汎性発達障害は、1 歳前後でその特徴が目立ち始めるとされており、その発見の場が、母子保健法第 12 条の規定に基づき市町村が実施する満 1 歳 6 か月を超え満 2 歳に達しない幼児に対する健康診査（以下「1 歳 6 か月児健診」という。）及び満 3 歳を超え満 4 歳に達しない幼児に対する健康診査（以下「3 歳児健診」という。）である。

また、注意欠陥多動性障害などの発達障害は、多くの児童

が保育所又は幼稚園で集団生活に慣れ始める5歳頃までには、その特性が現れるとされており、母子保健法第13条の規定に基づき市町村が任意で実施している5歳児を対象とする健康診査（以下「5歳児健診」という。）も発達障害を発見する上で重要な役割を果たすものと考えられる。

乳幼児健診において、厚生労働省は、広汎性発達障害を早期に発見するためのツールとして、M-C H A T及びP A R S<sup>（注1）</sup>の活用・普及を図っているが、同省が平成26年度に行った調査では、乳幼児健診等における両ツールの活用は低調<sup>（注2）</sup>で、普及は進んでいない。

（注1） いずれも発達障害が疑われる児童生徒の特徴に関するチェックリストであり、該当する項目数で疑いを判断するもので、M-C H A Tは生後18か月から36か月までの児童を対象に23項目（簡易版は10項目）、P A R Sは3歳以上の児童等を対象に33又は34項目（簡易版は11又は12項目）をチェックするものである。

M-C H A Tは「乳幼児健康診査における高機能広汎性発達障害の早期評価」（平成19年厚生労働科学研究）等において、また、P A R Sは「広汎性発達障害評定尺度第二版（P A R S-II）妥当性・信頼性の検討」（平成21年厚生労働科学研究）等において、ツールの体系的な妥当性、各質問項目の妥当性について検証が行われ、いずれも信頼できるものとの結論が得られている。例えば、M-C H A Tの検証では、1歳6か月児健診を受診した児童1,400人に対して同ツールを活用し、不通過となった児童24人に医師の臨床診断等を実施し、19人（79%）が広汎性発達障害と同定されている。

（注2） M-C H A Tは全市町村の7%（124市町村）、P A R Sは3%（49市町村）の利用にとどまっている。

### （就学時健診）

文部科学省は、「発達障害のある児童生徒等への支援について（通知）」（平成17年4月1日付け17文科初第211号文部科学省初等中等教育局長、高等教育局長、スポーツ・青少年局長連名通知）において、市町村教育委員会に対し、就学時健診を行うに当たり、発達障害の早期発見に十分留意するよう求めているが、具体的な方法は特に示していない。

### （保育所、学校在籍時）

厚生労働省は、保育所入所後の発達障害の発見の取組方法について、市町村に対し特段の通知等を行っていないが、障害者総合支援法に基づく地域生活支援事業のメニューの一つとして、巡回支援専門員整備事業<sup>(注3)</sup>（市町村の任意事業）の促進を図っている。

(注3) 発達障害等に関する知識を有する専門員が、保育所や放課後児童クラブ等の子どもやその親が集まる施設・場を巡回し、施設のスタッフや親に対し、障害の早期発見・早期対応のための助言等の支援を行うもの。

また、文部科学省は、「特別支援教育の推進について（通知）」（平成19年4月1日付け19文科初第125号文部科学省初等中等教育局長通知）において、都道府県教育委員会及び市町村教育委員会に対し、各学校において、在籍する幼児児童生徒の実態の把握に努め、特別な支援を必要とする幼児児童生徒の存在や状態を確かめること、特に幼稚園及び小学校においては、発達障害等の障害は早期発見・早期支援が重要であることに留意し、実態把握や必要な支援を着実に行うことなどを求めている。

実態の把握方法について、文部科学省は、都道府県教育委員会等に対し、「小・中学校におけるLD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」（平成16年1月文部科学省）<sup>(注4)</sup>のほか、「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」の質問項目<sup>(注5)</sup>を参考として示している。

(注4) ガイドラインは、「障害者基本計画」（平成14年12月24日閣議決定）に基づく「重点施策実施5か年計画」において、「小・中学校における学習障害（LD）、注意欠陥／多動性障害（ADHD）等の児童生徒への教育支援を行う体制を整備するためのガイドラインを平成16年度までに策定する。」とされたことを受けて策定されており、各地域や各小・中学校での実践を通しての意見等を踏まえ、随時改善するものとして「試案」とされている。

(注 5) 実態調査の質問項目は、文部科学省が設置した協力者会議（医師や専門家等により構成）において検討されたものであり、i) 学習面については、「LDI-R-LD 診断のための調査票-」（日本文化科学社）を参考として作成されたもの、ii) 行動面（「不注意」「多動性-衝動性」）については、「ADHD 評価スケール」（株式会社明石書店）を使用したもの、iii) 行動面（「対人関係やこだわり等」）については、スウェーデンの研究者によって作成された高機能自閉症に関するスクリーニング質問紙（ASSQ）を参考として作成されたものである。

今回、都道府県 19、都道府県教育委員会 19、市町村 31、市町村教育委員会 31、保育所 23、学校 93（幼稚園 23、小学校 23、中学校 23、高等学校 24）を対象として、乳幼児健診、就学時健診並びに保育所及び学校在籍時における発達障害が疑われる児童生徒の発見の取組状況を調査した結果、以下のような状況がみられた。

## ア 乳幼児健診及び就学時健診における発達障害の発見の取組状況

### (7) 乳幼児健診における発達障害の発見の取組状況

調査した 31 市町村では、乳幼児健診において、発達障害が疑われる児童を発見するため、総じて、保健師による行動観察、医師による問診などを行っており、それらに加え、M-C H A T や P A R S を活用しているものは 5 市町村（1 歳 6 か月児健診で M-C H A T を導入しているものは 5 市町村、3 歳児健診で P A R S を導入しているものは 3 市町村）となっている。

調査した市町村における発達障害が疑われる児童の発見割合は、平成 26 年度において、1 歳 6 か月児健診で 14.2%（当省調査で確認できた 23 市町村の平均）、3 歳児健診で 8.2%（当省調査で確認できた 24 市町村の平均）となっている。

また、市町村ごとの発見割合をみると、1 歳 6 か月

児健診で 0.2%から 48.0%まで、3 歳児健診で 0.5%から 36.7%までとかなりの幅がみられ、発達障害が疑われる児童の発見割合は、市町村ごとにかんがりのばらつきがある状況がみられた。

さらに、M-C H A T や P A R S を導入している市町村と導入していない市町村との間で比較すると、i) M-C H A T や P A R S を導入している市町村では、1 歳 6 か月児健診で 0.9%から 33.3%まで、3 歳児健診で 1.3%から 14.5%まで、ii) M-C H A T や P A R S を導入していない市町村では、1 歳 6 か月児健診で 0.2%から 48.0%まで、3 歳児健診で 0.5%から 36.7%までとなっていた。このように、M-C H A T や P A R S を導入している市町村と導入していない市町村の間では多少の差はあるものの、発達障害が疑われる児童の発見割合が市町村ごとに相当ばらついているという状況は、M-C H A T や P A R S の導入の有無にかかわらず、共通していた。

厚生労働省の研究<sup>(注 6)</sup>において、幼児期の広汎性発達障害の有病率が 1.6%と推計されていることからみて、1 歳 6 か月児健診で発達障害が疑われる児童の発見割合が 1.6%を下回る 4 市町村、同じく 3 歳児健診で 1.6%を下回る 3 市町村については、発達障害が疑われる児童の発見が漏れている可能性が高いと考えられる。また、1 歳 6 か月児健診で 1.6%を下回る 4 市町村のうち、1 市町村では M-C H A T を活用していた。

(注 6) 厚生労働省の「1 歳からの広汎性発達障害の出現とその発達の变化：地域ベースの横断的および縦断的研究」(平成 20 年度～22 年度厚生労働科学研究)において、国際的な診断基準(DSM-IV-TR)に従って顕著な広汎性発達障害の特性を示す層の割合(有病率)は 0.9%から 1.6%までとされており、幼児期の割合は 1.6%と推計されている。また、同科学研究では、顕著ではないが広汎性発達障害の特性を示す児童は約 15%存在するとしている。

乳幼児健診において発達障害が疑われる児童の発見割合が、市町村ごとにかなりのばらつきがあり、かつ、一部には、発見漏れが疑われるような状況が生じている点について、発達障害児の診断を行っている有識者からも、発見割合が1.6%を下回る市町村は発達障害が疑われる児童の発見が漏れている可能性が高いとの見解が示され、また、その要因について、発達障害が疑われる児童の把握の仕方が市町村によって異なること、保健師の経験や専門性の違いが指摘された。更に、1歳6か月児健診で1.6%を下回り、M-CHATを活用している1市町村については、同ツールが正しく使用されていない可能性があるとの指摘があった。

また、意見を聴取した有識者からは、経験の不足する保健師の専門性を補うため、更には保健師の力量アップやスキルの維持を図る上でM-CHAT及びPARSの活用は有効であるとの見解が聴かれた。また、調査した市町村のうちM-CHAT又はPARSを導入している市町村では、i) 評価者の経験値に左右されない、ii) 発達障害の特徴についての保健師の理解が深まった、iii) 保護者と課題が共有しやすくなったなど、同ツールを肯定的に捉えていた。

一方、M-CHAT及びPARSを導入していない市町村の中には、i) 項目数を限定した簡易版があることを知らず、導入による健診時間の確保を課題として挙げるものなど、M-CHATやPARSに対する理解が必ずしも十分でない状況や、ii) 導入によって支援が必要な児童が増加し、療育の受皿が不十分な現状では対応できないのではないかと、保護者の不安感を醸成してしまうのではないかと懸念を挙げるものなど、発達障害を早期に発見する重要性への理解不足がみら

れた。

また、調査した 19 都道府県のうち、市町村に対し、研修等を通じ、M－CHAT や PARS の普及の取組を行っているものは 6 都道府県にとどまり、普及させるに当たっては、同ツールを用いることによる判断の優位性を示す情報の提供が必要とする意見があった。

発達障害を早期に発見することはその後の適切な支援のために重要であり、ライフステージの初期段階に当たる乳幼児健診の場は、早期発見のためのスクリーニングの機会として極めて重要である。しかしながら、前述のとおり、乳幼児健診における発見割合は、同ツールの活用も含め市町村ごとに区々であり、発見漏れが疑われる事態もみられる。乳幼児健診における発見漏れは、本来必要であるはずの支援の着手が遅れることを意味するため、有効な発見手法とその適切な利用によって、乳幼児健診の場を発達障害が疑われる児童のスクリーニングの場として十分に機能させる必要がある。

#### (イ) 5 歳児健診における発達障害の発見の取組状況

今回、5 歳児健診と 1 歳 6 か月児健診及び 3 歳児健診との比較のため、3 市町村を抽出し、5 歳児健診時における発達障害の発見の取組状況を試みに調査した結果、次のような状況がみられた。

調査した 3 市町村では、いずれも児童が通う保育所及び幼稚園の保育士、教諭等から児童の集団生活における態様を把握した上で、医師による問診、保健師による行動観察などを行っていた。

これらの市町村における、5 歳児健診で発達障害が疑われた児童の平成 26 年度の割合は、平均 9.6% であ

り、24年度の3歳児健診時に発達障害が疑われた児童の割合と比較すると、1.8ポイント増加しており、単純に比較はできないが、3歳児健診では発見されなかった発達障害児が疑われる児童が新たに発見されている可能性があると考えられる。

後述する就学時健診を実施する市町村教育委員会からは、小学校入学のおよそ4か月前に行われる就学時健診では、発達障害が疑われる児童を発見しても入学までに十分な療育の機会が確保できないため、5歳児健診・相談の整備が必要であるとの意見がみられた（4教育委員会）ところであり、注意欠陥多動性障害などの発達障害を発見する上では、5歳児健診は市町村の任意の取組であり財政面への配慮は必要であるものの、今後も、取組が増加していくことが期待される。

#### (ウ) 就学時健診における発達障害の発見の取組状況

調査した31市町村教育委員会のうち、就学時健診において、知能検査、発達検査、医師による問診、就学先の小学校の教員による行動観察等を通じ、発達障害が疑われる児童を発見する取組を行っているものは20市町村教育委員会（64.5%）となっており、残る11市町村教育委員会（35.5%）は発達障害が疑われる児童を発見する取組を行っていなかった。

未実施の市町村教育委員会では、その理由について、i) 相談を希望する保護者には就学相談を別途行っている、ii) 小学校に在籍する発達障害児等に関する実態調査を独自に実施しており同調査を通じて把握できる、iii) 就学時健診は発達障害が疑われる児童を発見する場ではないなどとしており、発達障害の早期発見の重要性が十分認識されていないと考えられる状

況がみられた。また、このほか、iv) 短い健診時間内では対応できない、v) 学校医は発達障害の専門医とは限らないなど、取組方法に課題があるとの意見もみられた。

## イ 保育所及び学校在籍時における発達障害の発見の取組状況等

### (7) 保育所在籍時における発達障害の発見の取組状況等 (保育所における取組状況)

調査した 23 保育所では、保育士等による日々の行動観察を通じて発達障害が疑われる児童の発見に努めていた。このうち、4 保育所では、行動観察に当たって、着眼点や項目を共通化し、できるだけ客観的に判断できるように、所内共通のチェックリストを用いていた。

このほか、都道府県、市町村等が行う専門家の巡回相談を活用しているもの（5 保育所）もみられたが、派遣回数数の制限もあり、対象となる児童を絞ってからの活用が主となっている。

チェックリストを活用している保育所からは、チェックリストが保育士の共通の指標となり、関わり方の改善につながったという意見がある一方、活用していない保育所からは、保育士の中にも発達障害に対する理解度に差があり、発達障害の疑いに「気付く」かが課題とする意見があり、専門家の巡回相談の活用状況からみて、各保育士の経験値の影響を最小限にとどめ、発達障害児に「気付く」一次的なスクリーニング手段として、共通のチェックリストの活用は、効果的なものと考えられる。

### (都道府県、市町村における支援の実施状況)

調査した19都道府県における管内市町村に対する支援の実施状況をみると、3都道府県が実施しており、その内容は、i) 発達障害の特徴やM-C H A T及びP A R Sに係る研修を市町村職員に実施（2都道府県）、ii) 発達障害の気づきや支援方法を記載した手引を市町村に配布（1都道府県）となっていた。

また、調査した31市町村のうち15市町村において、保育所に対する支援を行っており、その内容は、巡回相談事業による専門家の派遣（5市町村）、チェックリストの作成・普及（4市町村）、発達障害の特徴などの研修を保育士等を実施（4市町村）などとなっていた。

#### (イ) 学校在籍時における発達障害の発見の取組状況等 (学校における取組状況)

調査した23幼稚園、23小学校、23中学校及び24高等学校の計93校のうち、91校においては、教諭・教員による日々の行動観察を通じて発達障害が疑われる児童生徒の発見に努めていた。このうち、35校（4幼稚園、14小学校、11中学校、6高等学校）では、行動観察に当たって、校内共通のチェックリストを用いていた。また、学校心理士の資格を持つ教員等がいる学校では、行動観察で気になる児童生徒がいた場合に、必要に応じて、標準化された知能検査等（注7）を活用しているものもみられた。

（注7） 調査した学校では、児童生徒の認知特性を把握でき、発達障害に対しても適応ニーズが高いとされるウェクスラー式知能検査「WISC-IV」、学習障害の主な困難領域である学習面の特徴を把握することができる「LDI-R」などが活用されていた。

これらの学校では、校内共通のチェックリスト、知能検査等の活用により、i) 教諭・教員が行う行動観

察の習熟度が向上する、ii) 発達障害児の特性が把握でき、その後の支援方法の検討に参考となる、iii) 客観的な尺度であるため、保護者の理解が得られやすいなどの意見がみられた。

これに対し、チェックリスト、知能検査等を活用していない学校では、i) 各教諭・教員により児童生徒の見方に差が生ずる、ii) 問題行動が発達障害によるものか、別の要因によるものか判然としない場合があるなどの意見がみられ、各教諭・教員の主観の差を減じ、共通の理解の下で発達障害が疑われる児童生徒を発見する上で、共通のチェックリスト等を用いることは効果的と考えられる。

なお、このほか、教育委員会が行う巡回相談などを活用している例もみられたが、保育所と同様、対象となる児童生徒を絞ってからの活用が主となっていた。

また、在籍する生徒の発達障害の疑いを発見する取組を特段行っていない2校（高等学校）は、その理由について、i) 高等学校は発達障害の疑いを発見する立場にはない、ii) 著しい成績不振又は不登校といった二次障害が発現するまで発見が困難であるとしている。

しかしながら、これら2校のうち1校では、二次障害が発現した生徒が勉強のつらさを訴えて転校している例がみられ、同校は、高校生を対象とする効果的な発見方法があれば周知してほしいとしている。

#### **（都道府県教育委員会及び市町村教育委員会における支援の実施状況）**

調査した50教育委員会（19都道府県教育委員会、31市町村教育委員会）における学校に対する支援の実施

状況をみると、36教育委員会(19都道府県教育委員会、17市町村教育委員会)において、「小・中学校におけるLD(学習障害)、ADHD(注意欠陥／多動性障害)、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン(試案)」や「通常の学級に在籍する発達障害の可能性のある特別な教育的支援を必要とする児童生徒に関する調査」(平成24年12月)における質問項目を活用するなどし、学校に対し、チェックリストを示していた。

しかしながら、文部科学省の上記ガイドライン(試案)は、小学校及び中学校を対象としたものであり、また、上記調査の質問項目は、学習面に関しては小学校3、4年生までに表面化する困難や障害を意識して作成されたものとされ、元々の調査対象も小学校及び中学校となっていることから、幼児や高校生に関しては、そのまま用いることは必ずしも効果的ではない。

このため、調査した教育委員会の中には、幼稚園又は高等学校向けに質問項目を修正するなどし、幼児、高校生向けのチェックリストを作成しているものが13教育委員会(7都道府県教育委員会、6市町村教育委員会)みられたが、23教育委員会(12都道府県教育委員会、11市町村教育委員会)では、こうした措置を講じないまま学校に活用を呼びかけていた。

## ウ 発達障害の発見の遅れによる支障

調査した23保育所、23幼稚園、23小学校、23中学校及び24高等学校において、入所・入園・入学後に発達障害が疑われる児童生徒が発見された状況をみると、平成26年度において、当省調査で確認できた106保育所・学校のうち83保育所・学校で593人(保育所67人、幼稚園

60人、小学校205人、中学校196人、高等学校65人)みられた。平成22年度からの累計では、延べ2,033人(保育所250人、幼稚園176人、小学校812人、中学校578人、高等学校217人)となっていた。

こうした入所・入園・入学後に発見された発達障害が疑われる児童生徒については、発達障害の症状が通常低年齢で発現することから、i)乳幼児健診、就学時健診、保育所・幼稚園・小学校・中学校等の各段階で発達障害が見過ごされた、ii)進学時に前段階の保育所・学校から情報の引継ぎが十分行われなかったなどが原因となり、発達障害の発見が遅れた例も含まれているものと考えられる。

発達障害の発見の遅れは二次障害の発現につながる場合もあり、調査した保育所及び学校等において、次のような二次障害とみられる事例があった。

① 発達障害の発見が遅れ、鬱病、不登校、暴力行為等が生じるなど対応が困難となっているもの(15事例)。これらの中には、発達障害の見過ごし又は情報の引継ぎ漏れにより発見が遅れ、就学後に不登校となった後に発達障害が発見されたものもみられた。

② 調査した70校(23小学校、23中学校、24高等学校)における発達障害が疑われる児童生徒が不登校となった割合は、平成26年度で3.7%(小学校2.9%、中学校3.3%、高等学校7.0%)であり、これは全国の小学校、中学校及び高等学校における不登校児童生徒の割合1.3%(小学校0.4%、中学校2.8%、高等学校1.6%)と比較し、全ての学校種において高くなっており、特に高等学校では約4倍となっている。

また、調査した24高等学校における発達障害が疑われる生徒で中途退学をした生徒の割合は、平成26年度で9.2%であり、全国の高等学校における中途退学率1.5%

と比較すると約6倍となっている。

また、調査した発達障害者支援センター及び医療機関が把握しているところによると、発達障害の発見が遅れ、二次障害が発現するなど対応が困難となっているものが39事例(発達障害者支援センター22事例、医療機関17事例)みられた。

こうした事例を踏まえると、発達障害が疑われる児童生徒に対する適切な支援につなげていくため、乳幼児健診以降の各段階で発達障害の早期発見に取り組んでいく必要があると考えられる。

## 【所見】

したがって、文部科学省及び厚生労働省は、発達障害が疑われる児童生徒の早期発見を推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 厚生労働省は、乳幼児健診における発達障害が疑われる児童の発見のための市町村の取組実態を把握するとともに、発達障害が疑われる児童の早期発見に資するよう、有効な措置を講ずること。

また、都道府県及び市町村に対し、保育所在籍時における日々の行動観察に当たっての着眼点や項目を共通化した標準的なチェックリストを、活用方法と併せて示すこと。

- ② 文部科学省は、市町村教育委員会に対し、就学時健診時における発達障害の発見の重要性を改めて周知徹底するとともに、就学時健診における具体的な取組方法を示すこと。

また、都道府県教育委員会及び市町村教育委員会に対し、幼稚園から高等学校までの発達段階における日々の行動観察に当たっての着眼点や項目を共通化した標準的なチェックリストを、活用方法と併せて示すこと。

## (2) 発達障害児に関する支援計画及び指導計画の作成の推進

幼稚園、小学校、中学校及び高等学校における障害のある児童生徒の指導について、「幼稚園教育要領」（平成 20 年文部科学省告示第 26 号）、「小学校学習指導要領」（平成 20 年文部科学省告示第 27 号）、「中学校学習指導要領」（平成 20 年文部科学省告示第 28 号、22 年文部科学省告示第 161 号・一部改正）及び「高等学校学習指導要領」（平成 21 年文部科学省告示第 34 号）並びに各要領解説では、例えば、障害のある幼児児童生徒一人一人に、指導の目標や内容、配慮事項などを示した「個別の指導計画」を、長期的な視点に立って幼児期から学校卒業後までの一貫した支援を行うため、家庭や医療機関、福祉施設などの関係機関と連携し、様々な側面からの取組を示した「個別の教育支援計画」を作成することなどにより、個々の幼児児童生徒の障害の状態等に応じた指導内容や指導方法の工夫を計画的、組織的に行うこととされている。

また、保育所に通所する児童に対しても、「保育所保育指針」（平成 20 年厚生労働省告示第 141 号）及び同指針解説書において、必要に応じ、個別の指導計画及び個別の支援計画（注 1）を作成する旨が記載されている。

（注 1） 「障害のある子どものための地域における相談支援体制整備ガイドライン（試案）」（平成 20 年 3 月文部科学省及び厚生労働省）では、「個別の教育支援計画」は、「個別の支援計画」を教育機関が中心となって策定する場合の呼称であり、個別の教育支援計画は個別の支援計画に含まれるものであるとしている。

なお、これら個別の支援計画（以下「支援計画」という。）及び個別の指導計画（以下「指導計画」という。）については、発達障害児に対する一貫した支援を図る観点から、平成 28 年の改正発達障害者支援法において、国及び地方公共団体は、発達障害児が、年齢及び能力に応じ、かつその特性を踏まえた十分な教育を受けられるようにするため、必要な措置

として、支援計画の作成及び指導計画の作成を推進することが具体的に明示されたところである（平成 28 年 8 月 1 日施行）。

#### **（支援計画及び指導計画の作成状況）**

保育所についてのデータはないが、学校については、「平成 27 年度特別支援教育体制整備状況調査結果」（平成 28 年 4 月文部科学省）によると、学校における支援計画及び指導計画の作成率は年々増加傾向にあるものの、小学校及び中学校に比べ、幼稚園及び高等学校における作成率が低くなっている。

#### **（支援計画及び指導計画の作成対象）**

保育所に通所する障害のある児童については、保育所保育指針において、支援計画は必要のある児童に対し、指導計画は 3 歳未満の児童は全て、3 歳以上の児童は必要に応じ、作成することとされている。

また、幼稚園、小学校、中学校及び高等学校に通う障害のある児童生徒については、「発達障害のある児童生徒等への支援について（通知）」及び「特別支援教育の推進について（通知）」において、必要に応じ作成することとされている。

#### **（支援計画及び指導計画の作成方法）**

支援計画に関しては、「障害のある子どものための地域における相談支援体制整備ガイドライン（試案）」において、具体例を含め作成方法が示されている。

また、指導計画に関しては、「小・中学校における LD（学習障害）、ADHD（注意欠陥／多動性障害）、高機能自閉症の児童生徒への教育支援体制の整備のためのガイドライン（試案）」において、具体例を含め小学校及び中学校におけ

る作成方法が示されているが、幼稚園及び高等学校については示されていない。

今回、都道府県 19、都道府県教育委員会 19、市町村 31、市町村教育委員会 31、保育所<sup>(注2)</sup> 23、学校 93(幼稚園 23、小学校 23、中学校 23、高等学校 24)を対象として、発達障害児(発達障害が疑われる児童生徒を含む。)に対する支援計画及び指導計画の作成状況を調査した結果、以下のような状況がみられた。

(注2) 保育所については、必要に応じ作成することとされている3歳児以上を対象とした。

## ア 支援計画及び指導計画の作成状況

### (計画の作成状況)

調査した保育所及び学校における平成26年度の支援計画及び指導計画の作成状況をみると、例えば、支援計画では、22保育所及び89校(発達障害が疑われる児童生徒数が確認できなかった1保育所及び4校を除く。)に在籍する発達障害児(発達障害が疑われる児童生徒を含む)は計2,431人で、このうち、保育所及び学校において計画作成が必要と判断された児童生徒は829人となっていた。このうち、支援計画が作成済みの児童生徒は690人(支援計画の作成が必要と判断された児童生徒の83.2%)、残る139人(同16.8%)は未作成となっていた。

保育所及び学校種別でみると、保育所98.3%、幼稚園65.4%、小学校79.3%、中学校81.6%、高等学校92.4%で、幼稚園が若干低い状況となっており、こうした状況は、指導計画についても同様となっている。

保育所及び学校では、未作成となっている理由について、i)業務が多忙で支援計画又は指導計画を作成する時間の確保が困難であるため、ii)保護者の同意が得られなかった

めなどとしている。

### （計画の作成対象）

調査した保育所及び学校における平成 26 年度の支援計画及び指導計画の作成対象をみると、例えば、支援計画では、在籍する発達障害児（発達障害が疑われる児童を含む）を対象に作成することとしている例がある一方で、i）医師の診断がある児童生徒のみ（1 幼稚園、2 小学校、3 中学校、1 高等学校）、ii）障害児保育の対象となる児童のみ（注<sup>3</sup>）（4 保育所）、iii）巡回相談の対象となっている児童のみ（1 保育所）など、両計画の作成対象をかなり限定した範囲にとどめている例がみられ、中には、通常学級の児童生徒に関しては作成する必要がないとするものもみられた。

（注 3） 発達障害児等の特別な支援が必要な児童が保育所に入所する際に、市町村が必要な支援を講ずる対象となる児童。対象児童に対しては、各市町村が規定する実施要綱等に基づき、加配保育士の配置、専門家による巡回指導の実施等による支援が行われる。障害児保育の認定基準は各市町村で異なる。

調査した市町村においても、i）支援計画及び指導計画の作成対象を「障害児保育の対象児童」としているケースでは、障害児保育の認定基準から外れた軽度の発達障害児について作成されず、個別の配慮が不十分となりがちであるといった意見や、ii）両計画の作成対象を「加配保育士が作成の必要があった児童」としているケースでは、加配保育士が配置されていないクラスに在籍する発達障害が疑われる児童は作成対象とならないといった例（注<sup>4</sup>）がみられており、両計画の作成が必要な児童であっても、作成されないケースがあることを認めていた。

（注 4） 加配保育士の配置基準は、調査した市町村の障害児保育実施要綱によれば、障害児保育の対象児童 1 人に対して、必ずしも保育士が 1 人配置することとされていない。

調査した高等学校では、こうした作成対象の限定の結果、支援計画や指導計画が作成されていないものの中には、不登校等の二次障害が生じている例が、次のとおりみられた。

(事例 1)

問題行動の度合いが高くない生徒には支援計画及び指導計画を作成することとしていないため、発達障害の診断を受けているにもかかわらず、両計画とも作成されず、結果として、学習障害等で授業についていけずに、平成 22 年度から 26 年度までの間に、不登校 4 人、休学 1 人、退学 1 人が発生した。

(事例 2)

支援計画及び指導計画の作成対象を「医師の診断がある生徒のうち、学校が必要と判断した生徒」としているため、学習障害のおそれのある生徒について、医師の診断がないことなどから、支援計画又は指導計画が作成されず、結果として、学習の遅れから退学してしまった。

こうした事例からみると、調査した保育所及び学校において支援計画及び指導計画の作成は不要と判断された児童生徒（例えば、支援計画では、発達障害が疑われる児童生徒 2,431 人から作成が必要と判断された 829 人を差し引いた 1,602 人）の中には、本来であれば両計画を作成する必要がある児童生徒が含まれている可能性がある。支援が必要な児童生徒に対して、適切な支援、指導が行われるようにするためには、医師の診断や障害児保育の対象といった一律の基準によって作成対象を限定するのではなく、個々の児童生徒の特性や状態を踏まえる必要がある。

一方、調査した保育所及び学校では、支援計画又は指導計画を作成したことにより、特別支援学校など関係機関に

よる助言や保護者との連携等が図られ、状態が改善するなど効果的な支援が行われている次のような例が 30 事例みられた。

(事例 1)

集団行動が苦手、集中することが難しいなどの特性がみられる保育所の児童について、支援計画の作成に際して保護者と面談を行い、児童の様子を共有して目標や支援方法を共に考えるなどの連携が図られ、医療機関の受診につながったほか、親子で小学校の見学に行くなど就学に向けての支援も進んだ。

(事例 2)

授業中に大声を出す、席に座ってられないなどの状況がみられた高等学校の生徒について、巡回相談員（臨床心理士）の助言を受けて支援計画を作成し、見通しをもった指示や声かけを行う、興奮した時に落ち着くための決まりを作るなどして 1 年間継続して支援を行った結果、落ち着いて着席して授業に参加できるようになり、進級することができた。

なお、独立行政法人大学入試センター及び独立行政法人日本学生支援機構では、支援計画や指導計画は、大学入試センター試験等受験時の配慮申請や、大学で合理的配慮の申請を行う際などに、これまで受けて来た支援に係る根拠資料としても活用されることもあり、作成の必要性を認識している。

## 【所見】

したがって、文部科学省及び厚生労働省は、発達障害児に対する適切な支援、指導が行われるようにする観点から、保育所及び学校において、一律の基準によって支援計画及び指

導計画の作成対象を限定するのではなく、個々の児童生徒の特性や状態を踏まえ、支援が必要な児童生徒に対して着実に作成されるよう、作成対象とすべき児童生徒についての考え方を示すこと。

### (3) 発達障害児に関する情報の共有・引継ぎの推進

発達障害児（医師の診断がある児童生徒に限らず、発達障害が疑われる児童生徒を含む。以下、この細目において同じ。）に対する支援が各ライフステージに応じて適切に行われるためには、例えば、乳幼児健診の結果を就学時健診に引き継ぐなど情報の共有・引継ぎを的確に行っていく必要がある。

障害のある児童生徒等に関する情報の引継ぎについて、文部科学省は、都道府県及び都道府県教育委員会等に対し、「障害のある児童生徒等に対する早期からの一貫した支援について（通知）」（平成 25 年 10 月 4 日付け 25 文科初第 756 号文部科学省初等中等教育局長通知）により、早期からの一貫した支援のためには、障害のある児童生徒等の成長記録や指導内容等に関する情報について、本人・保護者の了解を得た上で、その扱いに留意しつつ、必要に応じて関係機関が共有し活用していくことが求められること、また、市町村教育委員会は、幼稚園・保育所において作成された支援計画等を有効に活用しつつ、適宜資料の追加等を行った上で、障害のある児童生徒等に関する情報を一元化し、当該市町村における支援計画、相談支援ファイル<sup>（注 1）</sup>（以下「支援ファイル」という。）等として小・中学校等に引き継ぐなどの取組を進めていくことが適当であることを通知している。

（注 1） 「相談支援ファイル」とは、医療、保健、福祉、教育、労働等の各機関が、一貫してつながった支援を行うために、子どもの障害や発達に関する総合的な評価、各種の相談・支援の内容とそれによる効果、子どもや保護者のニーズ等を記録し、保護者とともに必要な情報を共有化するためのファイルである。なお、厚生労働省においても、同様の取組を推進している。

なお、平成 28 年の改正発達障害者支援法において、発達障害者への支援の一層の充実を図るため、国及び地方公共団体は、個人情報保護に十分配慮しつつ、関係機関において発達障害者の支援に資する情報の共有を促進するため必要な

措置を講ずることが新たに追加されている（平成 28 年 8 月 1 日施行）。

今回、都道府県 19、都道府県教育委員会 19、市町村 31、市町村教育委員会 31、保育所 23、学校 93（幼稚園 23、小学校 23、中学校 23、高等学校 24）を対象として、発達障害児に関する情報の共有・引継状況を調査した結果、以下のような状況がみられた。

## ア 乳幼児健診結果の引継状況

調査した 31 市町村が平成 26 年度に実施した乳幼児健診の結果の進学先（保育所、幼稚園等）への引継状況をみると、30 市町村で引継ぎを行うこととしていたが、その内容をみると、個人情報保護の観点から、保護者の同意が得られた場合であって、保育所等から情報提供の依頼があった児童のみ引き継ぐとするものが 14 市町村となっており、半数近くの市町村で保育所等からの働きかけがなければ引継ぎが行われない状況となっていた。また、引継ぎを行うこととしていない 1 市町村においても、その理由として、個人情報に配慮した情報共有の仕組みが構築されていないためとするなど、調査した 31 市町村のうち、15 市町村において、積極的に引き継ぐことの重要性についての意識が必ずしも十分でない状況がみられた。

調査した保育所等では、乳幼児健診の結果等が進学先の幼稚園や小学校に引き継がれなかったことが一因となっており、発達障害児に対する対応が困難になった例もあるとしており、発達障害児の乳幼児健診結果を積極的に引き継ぐことが必要である。

なお、調査した市町村の中には、乳幼児健診の結果の進学先への引継ぎ時における保護者の同意取得については、

次のような取組を行っている例がみられた。

- ① 乳幼児健診の問診票の中に、健診結果等について、保育所等の関係機関と連絡を取り合う場合がある旨をあらかじめ記載し、これに同意するか同意しないかを選択させることとしている。
- ② 児童が幼稚園に入園する前に、心配事のある保護者に「保護者との連携シート」の記載を依頼しており、同シートにより、幼稚園が保健師等の関係機関等から情報を入手する旨の同意を得ている。

## イ 保育所・幼稚園から大学・就労先までの情報の引継状況 (引継ぎの実施状況)

平成 26 年度に卒業した発達障害児に関する情報の進学先又は就労先に対する引継状況をみると、当省調査で該当児童生徒の在籍が確認できた 18 保育所及び 79 校（18 幼稚園、21 小学校、20 中学校、20 高等学校）のうち 20 校（7 中学校、13 高等学校）は、該当児童生徒の進学先等に情報を引き継いでいなかった。

情報を引き継いでいない学校では、その理由として、進学先等からの求めがないことなどを挙げているが、発達障害児に対する支援を関係機関の連携の下に切れ目なく行う上で改善が求められる。

他方、18 保育所及び 59 校（18 幼稚園、21 小学校、13 中学校、7 高等学校）は発達障害が疑われる児童生徒に関する情報を進学先等に引き継いでおり、このうち、14 保育所及び 34 校（11 幼稚園、15 小学校、4 中学校、4 高等学校）では、その手段として、支援計画、指導計画、保育所児童保育要録（以下「保育要録」という。）、幼稚園幼児指導要録（以下「指導要録」という。）、独自の引継ぎシート

等、支援ファイルを用いて行っているが、4 保育所及び 25 校（7 幼稚園、6 小学校、9 中学校、3 高等学校）においては、これらの書類（写しを含む。）を渡さず、口頭のみで引き継いでいた。

口頭のみで引き継いでいる保育所及び学校では、その理由について、口頭による引継ぎは正式な記録に残らないことなどから、文字で伝えることが難しい内容も伝えられる、担当者同士の面識ができるので後日連絡・照会が行いやすいなどを挙げていたが、他方で、調査した保育所及び学校からは、情報が正確に伝わらない、引継ぎを行った担当者が異動した場合に情報が散逸するおそれがあるなどの意見が挙げられていた。発達障害児に適切な支援を行う上で必要な情報を確実に引き継ぐためには、口頭による説明は否定されないが、記録に残る形で行う必要があると考えられる。

なお、調査した学校の中には、引継ぎを的確に行うため、次のような工夫を行っている例がみられた。

- ① 障害の有無にかかわらず全入学生について引継ぎシートを作成するよう、高等学校から中学校に働きかけ、保護者に対しても、当該シートの提出と情報提供に関する承諾書への署名を依頼することにより引継ぎを確実にしているもの。
- ② 高等学校を卒業して就職する生徒について、支援計画に基づき「職場定着支援シート」を作成し、就労先に当該シートを、障害者就業・生活支援センター<sup>（注 2）</sup>に支援計画及び当該シートを引き継いでいるもの。

（注 2） 障害者就業・生活支援センターは、障害者の雇用等の促進に関する法律（昭和 35 年法律第 123 号）第 27 条の規定に基づき、都道府県知事が指定した一般社団（財団）法人、社会福祉法人、特定非営利活動法人等が運営し、障害者の身近な地域において、雇用、保健福祉、教育等の関係機関の連携拠点となるものである。平成 26 年度時点で全国に 325 か所設置されている。

### （支援計画及び指導計画の引継ぎ）

発達障害児に対する支援を切れ目なく行う上で、支援計画及び指導計画の引継ぎは特に重要と考えられ、取り分け支援計画は、長期的な視点に立って幼児期から学校卒業後までの一貫した支援を行うための計画と位置付けられていることから、積極的に引き継いでいく必要がある。

平成 26 年度に卒業した発達障害児の支援計画及び指導計画の進学先等に対する引継状況をみると、例えば、支援計画では、当省調査で当該児童生徒の在籍数と計画の作成・引継状況が確認できた 8 保育所及び 34 校（8 幼稚園、11 小学校、7 中学校、8 高等学校）で支援計画が作成されていた児童生徒計 201 人のうち、83 人分（41.3%）は進学先等に引き継がれていたが、118 人分（58.7%）は引き継がれていなかった。

この引継率を保育所及び学校種別でみると、保育所 34.8%、幼稚園 46.7%、小学校 79.1%、中学校 14.7%、高等学校 6.4%となっており、中学校及び高等学校で特に低い傾向にある。

なお、作成している支援計画を児童生徒の進学先等に全て引き継いでいるものは、3 保育所及び 15 校（4 幼稚園、9 小学校、1 中学校、1 高等学校）にとどまっており、こうした状況は、指導計画についてもほぼ同様となっている。

支援計画や指導計画を引き継いでいない保育所及び学校では、その理由について、i) 現状の引継方法で対応が可能であるため、ii) 引き継ぐことについて市町村教育委員会から指示がないため、iii) 保護者の同意が得られないためなどを挙げており、特に、中学校から高等学校、高等学校から大学等への引継ぎについては、i) 引継ぎの仕組みが確立されておらず引継方法が分からない、ii) 合格発

表から3月末までの短期間で引継ぎを行うことは難しいなどの意見が聴かれた。

また、都道府県及び市町村の保育所に対する指導状況並びに都道府県教育委員会及び市町村教育委員会の学校に対する指導状況をみると、支援計画の例では、引き継ぐよう指導を行っているものは、都道府県で19のうち2、市町村で31のうち8、都道府県教育委員会で19のうち8、市町村教育委員会で31のうち11と必ずしも十分な指導がなされているとは言えない状況にあり、支援計画及び指導計画の引継ぎが進んでいない一因になっているものと考えられる。

一方、調査した都道府県教育委員会の中には、中学校から高等学校への引継ぎを推進するため、次のような取組を行っている例がみられた。

- ① 都道府県教育委員会が、中学校及び高等学校間の引継ぎを行うための連絡会を開催しているもの
- ② 都道府県教育委員会が、中学校及び高等学校間の引継ぎを推進するため、引継ぎの留意点等を示し、中学校から引継ぎがない場合であっても、高等学校から積極的に情報収集するよう周知しているもの

#### **(支援計画及び指導計画の保存・管理)**

支援計画や指導計画を進学先等に引き継ぐためには、引継ぎまでの間、保育所及び学校内で組織として適切に保存・管理される必要があり、支援計画等の保存・管理については、「障害のある子どものための地域における相談支援体制整備ガイドライン（試案）」において、学校等は、個人情報漏えいしたり滅失したりすることのないよう、適切な管理を行うことが必要であるとされている。

しかしながら、調査した学校における支援計画及び指導

計画の保存・管理の状況をみると、次のとおり、適切に保存・管理がなされておらず、その結果、引継ぎが適切に行われないおそれのある例がみられた。

- ① 担当教員の資料保管の不手際や、異動時に業務の引継ぎが十分に行われなかったことを理由として、支援計画や指導計画を含む発達障害児に関する資料が所在不明となっているもの（2例）
- ② 担当教員の異動時に業務の引継ぎが行われず、平成25年度に作成したとみられる支援計画（1件）は作成した痕跡はあるものの、過去の支援計画及び指導計画の作成状況等が不明となっているもの（1例）

なお、発達障害児の情報の引継ぎについては、多くは保育所及び学校が主体となって行っているところであるが、調査した市町村教育委員会の中には、保護者の同意を得て支援計画を教育委員会が管理し、引継ぎの中心的な役割を担うことにより、的確な管理体制及びそれによる着実な引継体制を構築している例がみられた。

## ウ 引継ぎが行われないことによる支障

調査した保育所及び学校において、引継ぎが行われなかったことによる支障例を調査したところ、適切な対応が早期になされなかった結果、身体の不調や集団になじめないなど対応が困難となったものなど計7事例みられた。中には、市町村をまたいだ転校・転居時に、引継ぎが行われなかった例（2事例）が含まれていた。

このほか、調査した発達障害者支援センター及び医療機関が把握している例でも、学校間での情報の引継ぎが行われなかったことなどから対応が困難となっているものが6事例（発達障害者支援センター3事例、医療機関3事例）

みられた。

こうした事例を踏まえると、発達障害児に対して切れ目のない適切な支援を行っていくためには、該当児童生徒の情報を的確に進学先に引き継いでいく必要があると考えられる。

この点については、教育再生実行会議においても、平成28年5月の第9次提言（「全ての子供たちの能力を伸ばし可能性を開花させる教育へ」）において、発達障害を早期に発見し適切な支援につなげるため、国、地方公共団体が1歳6か月児健診及び3歳児健診の結果が就学時健診や就学中の健診にも引き継がれ活用されるよう促す旨提言されている。

#### 【所見】

したがって、文部科学省及び厚生労働省は、発達障害児に対する一貫した、切れ目のない支援を推進する観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 厚生労働省は、市町村に対し、乳幼児健診の結果等の進学先への引継ぎの重要性を周知し、積極的な引継ぎを促進すること。
- ② 文部科学省及び厚生労働省は、保育所・幼稚園から大学・就労先までの各段階において、発達障害児に対する必要な支援内容等が文書により適切に引き継がれるよう、都道府県、市町村、都道府県教育委員会及び市町村教育委員会に対し、具体例を挙げて周知すること。その際、支援計画及び指導計画については、引継ぎまでの適切な保存・管理を求めるとともに、具体的な引継方法を提示し、確実に引き継がれるよう徹底を図ること。

### 3 専門的医療機関の確保状況

都道府県及び指定都市<sup>(注1)</sup>は、専門的に発達障害の診断及び発達支援を行うことができると認める病院又は診療所を確保しなければならないとされている（発達障害者支援法第19条第1項）。

(注1) 指定都市は、発達障害者支援法施行令第3条において、地方自治法施行令第174条の36第1項の規定に基づき、都道府県が処理することとされている事務を処理することとされている。

今回、19都道府県及び8指定都市の計27団体を対象に、発達障害に係る専門的医療機関<sup>(注2)</sup>の確保状況を、また、27専門的医療機関を対象に、発達障害の診断状況を調査したところ、以下のような状況がみられた。

(注2) 専門的医療機関は、法令等で明確に定義されていないため、各調査対象団体が専門的医療機関と位置付けているものを調査した。

#### (1) 専門的医療機関の確保及びその公表状況

##### (専門的医療機関の確保)

19都道府県及び8指定都市の計27団体のうち、専門的医療機関を確保していたものは22団体(81.5%)で、残る5団体(18.5%)は確保できていなかった<sup>(注3)</sup>。

確保済みの専門的医療機関の数が最も少ない団体で1機関、最も多い団体で281機関となっていた。

(注3) 未確保であった5団体は、当省の調査後、平成28年4月までに専門的医療機関を確保している。

##### (専門的医療機関の公表)

発達障害が疑われる児童生徒が適切な診断を受け、その後の適切な支援につなげるためには、発達障害に関する知見のある医療機関を知る機会が確保される必要があるが、専門的医療機関を確保済みの22団体のうち、専門的医療機関の情報を公表しているものは18団体(81.8%)となっており、これらの中には、ホームページで利用者が閲覧しやすいよう

に医療機関ごとに「医療機関名」、「所在地」、「電話番号」、「診療に当たる科」、「診療可能な発達障害の種類」、「診療可能な年齢」、「行っている診療」、「作成している診断書等」、「予約の有無」、「紹介状の有無」等を掲載し、掲載内容を工夫しているものが3団体でみられた。

一方、専門的医療機関の情報を公表していない4団体は、その理由について、i) 各医療機関では、長期の受診待ちが発生しており、公表に伴いより多くの受診予約が殺到すると業務に支障を来たすため、特に、個人経営の医療機関を中心に同意が得られていない、ii) 発達障害者支援センターが利用者に案内している、iii) 公表される医療機関から公表されることに対する苦情が、公表されない医療機関から未公表に対する苦情が想定される及びiv) 公表することについて医療機関と調整を行っていないことを挙げていた。

また、調査した専門的医療機関からも、医療機関名等が公表された場合、受診者が増加し、受診者のニーズに十分に答えられなくなるおそれがあるため公表に同意できないとする意見(1医療機関)が聴かれたが、当該医療機関では初診待機日数(当省の調査日時点)が47日であるのに対し、同一県内の他の医療機関では初診待機日数(同)が148日でありながら公表している例がある。

他方、こうした専門的医療機関における受診を必要とする発達障害が疑われる児童生徒の保護者の側からみれば、専門的医療機関の情報が容易に入手できることが望ましく、中には、学校や発達障害者支援センター等に知られずに専門的医療機関の受診を望む者もいると考えられる。このため、適切な受診機会を確保する観点から、積極的に公表していく必要があると考えられる。

## (2) 専門的医療機関における発達障害の診療状況等

専門的医療機関を確保済みの 22 団体の管内に所在する専門的医療機関から 27 機関を抽出し、発達障害に係る初診待機者数（当省の調査日時点）及び初診待機日数（同）を調査した結果、次のとおり、i）初診待機者数は、約 4 割の医療機関が 50 人以上となっており、その中には、最大 316 人が待機している例、ii）初診待機日数は、半数以上の医療機関が 3 か月以上となっており、その中には、最長で約 10 か月の例もみられるなど、専門的医療機関の更なる確保が必要な状況がみられた。

- ① 27 医療機関の初診待機者数については、i）10 人未満が 2 機関（7.4%）、ii）10 人以上 50 人未満が 9 機関（33.3%）、iii）50 人以上 100 人未満が 4 機関（14.8%）、iv）100 人以上（最大で 316 人）が 8 機関（29.6%）、v）不明が 4 機関（14.8%）となっている。
- ② 27 医療機関の初診待機日数については、i）1 か月未満が 4 機関（14.8%）、ii）1 か月以上 3 か月未満が 6 機関（22.2%）、iii）3 か月以上半年未満が 12 機関（44.4%）、iv）半年以上（最長は約 10 か月）が 2 機関（7.4%）、v）不明が 3 機関（11.1%）となっている。

また、当省が別途調査した学校では、中学校の教員が保護者に専門的医療機関の受診を勧めたものの、医療機関への予約から受診までに数箇月を要したこと等から受診につながらなかったものが 1 例みられた。

調査した都道府県及び指定都市の中には、専門的医療機関の確保に向けた取組として、i）子どもの心の診療ネットワーク事業（国庫補助事業）による子どもの心の診療に専門的に携わる医師及び関係専門職の育成等（6 団体）、ii）子どもの心の相談支援体制強化事業（単独事業）による医師を対

象とした研修等の実施（1 団体）、iii）精神医学センターの設置による医師を対象とした研修等の実施（1 団体）、iv）大学での精神医学講座の開設による児童精神科医の養成等の実施（1 団体）等の取組を行っているものがみられるが、上記の専門的医療機関の初診待機日数等をみると、依然として専門医や専門的医療機関が不足している状況がみられ、専門的医療機関の確保に向けた更なる取組が必要となっている。

なお、一般的な発達障害の診察で、精神科医療機関での処方を中心とする場合とカウンセリングを中心とする場合とでは、カウンセリングの方が一日で診断できる患者数が少ないため、診療報酬が低くなることが指摘されており、調査した医療機関の中からも、次のような意見が聴かれた。

- ① 小児科医が発達障害を診断する場合、風邪等の診察と違って、幼児期の状況や成育歴などを聴き取る必要があり、手間と時間を要するため、診療報酬上のメリットを与えてほしい。
- ② 発達障害児に対する精神科医による診察は、その特性上、1 人に対し 1 時間から 2 時間費やすことが多く、30 分を大幅に超えるため、現行の「通院・在宅精神療法」の時間区分（30 分未満の場合は 3,300 円、30 分以上の場合は 4,000 円の 2 区分のみ）のうち 30 分以上を細分化し、その時間区分に見合った診療報酬にしてほしい。
- ③ 発達障害児に対する小児科医の診察による診療報酬では、「小児特定疾患カウンセリング料」（月の 1 回目は 5,000 円、月の 2 回目は 4,000 円）が算定可能であるが、発達障害という特性上、長期にわたり通院が必要であるにもかかわらず、2 年を限度にしか算定できないことから、2 年という期限を設けないようにしてほしい。

### (3) 初診待機者の不安解消を図るための取組

調査した都道府県及び指定都市の中には、次のとおり初診待機者の不安解消を図るための取組を実施しているものがみられた。

- ① 医療機関と連携し、小児科の診察優先枠を毎月 1 日（2 ケース）設けており、保護者の了解の下、県職員も医療機関の診察に同席し、医師、保護者及び県の三者で情報の共有を図っている（1 団体）。
- ② 医療機関の受診前や療育前に臨床心理士等が親子小集団活動、保護者同士のグループワーク等を実施する事業「にこにこ教室」を実施している。同市では、医療機関の受診等を待っている保護者の不安感の解消が図られていることをメリットとして挙げている（1 団体）。

### 【所見】

したがって、厚生労働省は、発達障害に係る専門的医療機関の確保と発達障害の早期診断の確保を図る観点から、次の措置を講ずる必要がある。

- ① 専門的医療機関の積極的な公表を都道府県等に促すこと。
- ② 発達障害が疑われる児童生徒が専門的医療機関を早期に受診できるよう、専門的医療機関の確保のための一層の取組を行うこと。
- ③ 専門的医療機関の受診までの間の保護者の不安解消を図る取組を都道府県等に例示して推進すること。