

令和6年9月吉日

一般社団法人日本LD学会
理事長 海津 亜希子様

公益社団法人 日本精神科病院協会
会 長 山 崎 學
障害者総合福祉推進事業有識者会議
委員 長 松 田 文 雄

令和6年度障害者総合福祉推進事業（21番事業）
児童思春期精神医療における支援策等の検討
「発達障害の診療実態アンケート調査」ご協力のお願い

謹啓

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素、当協会の諸事業に対しご理解とご協力を賜り、厚く御礼を申し上げます。

この度は障害者総合福祉推進事業の調査研究に関し、お力添えを賜りたく、ご連絡させていただいた次第です。

当協会では令和6年度障害者総合福祉推進事業において「児童思春期精神医療における支援策等の検討（事業番号21）」に応募し、採択されました。本事業は各都道府県のホームページに掲載されている発達障害者医療機関リスト等に掲載された医療機関を対象に「発達障害の診療実態アンケート調査」を実施し、医療現場における発達障害児の対応状況を把握するとともに、発達障害の分類ごと（自閉スペクトラム症／注意・欠如多動症／限局性学習症（障害）等）に施設を選定し、他の医療機関で参考になるような取り組みや対応困難事例等に関するヒアリングを行うなど、医療機関における実際的な支援のあり方について検討することを目的としております。

医療現場における発達障害児への取り組み事例を広く公表することで、発達障害に対応する医療機関の増加を目指し、待機期間の減少につなげていきたいと考えております。

今後、各医療機関宛に当協会より調査協力依頼をメール便にて送付させていただきますが、貴学会ご所属の先生方のご協力賜れますと幸甚に存じます。見本として調査票を添付いたします。

ご高配のほど何卒よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

【回答方法】

回答期日：令和6年10月10日(木)

回答方法：FAX 03-5232-3309 または PDF化して hojokin_fukushi@nisseikyo.or.jp へ送信

【お問い合わせ先】

公益社団法人日本精神科病院協会 事務局担当：大竹・神宮司・不破

〒108-8554 東京都港区芝浦3-15-14

TEL：03-5232-3311（土日、祝日を除く平日9：30～17：30） FAX：03-5232-3309

メールアドレス／hojokin_fukushi@nisseikyo.or.jp

本調査は調査票にご記載の上、FAX(03-5232-3309)/メール(hojokin_fukushi@nisseikyo.or.jp)までご返信ください。

令和6年度 障害者総合福祉推進事業「児童思春期精神医療における支援策等の検討」

発達障害の診療実態アンケート調査

■ 記入担当者情報

医療機関名			
医療機関所在地	郵便番号	市区町名	番地 ビル名等
	〒		
記入者御芳名			電話番号
メールアドレス (医療機関の代表アドレス)			FAX番号

■ 調査項目

Q1 貴機関では、発達障害についての相談対応、診療、診断等を行っていますか。(令和5年度～現在)。該当する答えを数字で記入してください。

(※この調査における「発達障害」とは、発達障害者支援法に定義されているものです。)

1. はい

2. いいえ

→ いいえを回答された場合、調査は終了です。ありがとうございました。

Q2 貴機関の発達障害の診療について、チェックまたは記入してください。

①貴医療機関で発達障害を診療している標榜科をチェックしてください(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	精神科	<input type="checkbox"/>	心療内科	<input type="checkbox"/>	小児科	<input type="checkbox"/>	神経科	<input type="checkbox"/>	内科	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的にご記載ください→)	
②初診予約の要否	<input type="checkbox"/>	1. 必要	2. 不要	③紹介状の要否	<input type="checkbox"/>	1. 必要	2. 不要					
④紹介状の要否	<input type="checkbox"/>	1. 必要	2. 不要	⑤おおよその初診待機期間	<input type="text"/>	か月						

⑥診療可能な領域をチェックしてください(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	自閉スペクトラム症(自閉症スペクトラム障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発達性協調運動症(障害)等	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	注意欠如・多動症(注意欠如・多動性障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	チック症(障害)群(トゥレット症(障害)群を含む)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	コミュニケーション症(障害)群(言語症(障害)、語音症(障害)、吃音を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知的発達症	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	限局性学習症(障害)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

⑦診療等の内容で該当する項目をチェックしてください(複数回答可)

発達障害全般 ↓ ↓ 限局性学習症(障害)等

検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
診断	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
薬物療法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療育	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ペアレント・トレーニング	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
診断書・意見書の作成	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	発達障害全般 その他を具体的に→
その他 (具体的にご記載ください→)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	限局性学習症(障害)等 その他を具体的に→

Q3 発達障害児・者の診断書等の対応状況について、作成しているものにチェックしてください(複数回答可)

①対応している診断書にチェックをしてください(複数回答可)

<input type="checkbox"/>	障害児通所施設を利用するための診断書(意見書)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	障害年金の診断書	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	障害者総合支援法の障害支援区分の認定の意見書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	就労に関する診断書	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	特別児童扶養手当の認定診断書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自立支援医療の診断書(精神通院)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	就園・就学に関する診断書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他(具体的にご記載ください↓)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	入学試験・資格試験の合理的配慮に関する診断書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	精神障害者保健福祉手帳の診断書	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

② ①で「入学試験・資格試験の合理的配慮に関する診断書」に対応している場合の記載項目をチェックしてください(複数回答可)

診断名	
診断の根拠となる検査の実施および所見	
合理的配慮の内容の提案	

Q4 貴機関での令和5年度の発達障害児・者の実受診者数を記入してください。(令和6年3月31日現在の年齢とし、延べ人数ではなく実人数をご記載ください)

	6歳未満		6歳～11歳		12歳～14歳		15歳～17歳		18歳～20歳	
年齢別 年間実受診者数		人		人		人		人		人

領域別 年間実受診者数	主病名	限局性学習症(障害)を併発の受診者	
		人	人
自閉スペクトラム症(自閉症スペクトラム障害)		人	人
注意欠如・多動症(注意欠如・多動性障害)		人	人
コミュニケーション症(障害)群(言語症(障害)、語音症(障害)、吃音を含む)		人	人
限局性学習症(障害)		人	人
発達性協調運動症(障害)等		人	人
チック症(障害)群(トゥレット症(障害)群を含む)		人	人
知的発達症		人	人

Q5 現在、紹介や連携を行う場合がある関係機関、および今後、連携の実施や強化が必要と思われる関係機関をチェックしてください。

現在 今後			現在 今後			現在 今後		
行政(母子保健・子育て支援)			保育所・幼稚園			発達障害者支援センター		
行政(障害支援)			小・中学校			他医療機関		
行政(精神保健)			高等学校(通信制含む)			就労支援機関		
社会福祉協議会			大学			相談支援機関		
児童相談所・こども家庭センター			特別支援学校			企業		
司法関係機関・警察			教育委員会			療育機関		

Q6 発達障害の診療機能及び他機関との連携の状況等について、該当する項目にチェックまたは数値をご記載ください。

①発達障害の可能性のある患者への対応について該当するものをチェックしてください。(複数回答可)

自院にて支援	
療育機関を紹介	
専門医を紹介	
市町、保健センターを紹介	
発達障害者支援センターを紹介	
他機関からの紹介者を受け入れ	
その他(具体的にご記載ください→)	

②発達障害の専門的な診断・治療における他の医療機関との連携について該当するものをチェックしてください。(複数回答可)

確定診断、治療は全て他機関を紹介		薬物療法を他機関と情報共有して実施	
一部の年齢、特性(診療領域)は他機関を紹介		その他(具体的にご記載ください↓)	
他機関からの紹介者を受け入れ			
全ての年齢、特性(診療領域)に対応可			

③発達障害の検査や治療を担う医療スタッフに該当する職種をチェックしてください。(複数回答可)

心理士	<input type="checkbox"/>	言語聴覚士	<input type="checkbox"/>
精神保健福祉士	<input type="checkbox"/>	その他 (具体的にご記載ください!)	<input type="checkbox"/>
作業療法士	<input type="checkbox"/>		

④専門的な療育の実施状況について該当するものにチェックしてください。

他機関を紹介	<input type="checkbox"/>
自機関で実施	<input type="checkbox"/>

⑤初診時に発達障害に係る医療以外の支援(療育・障害福祉・母子保健等)を受けている初診患者の割合

	割程度
--	-----

Q7 現在行っているその他の診療内容等をチェックしてください。

①発達障害のスクリーニング検査

M-CHAT	<input type="checkbox"/>
ADHD-RS	<input type="checkbox"/>
読み書きの症状チェック表	<input type="checkbox"/>
子どもの強さと困難さアンケート(SDQ等)	<input type="checkbox"/>
発達性協調運動障害チェックリスト(DCDQ等)	<input type="checkbox"/>
行動チェックリスト(CBCL等)	<input type="checkbox"/>
AQ	<input type="checkbox"/>
その他(具体的にご記載ください→)	

②発達障害の診断や治療に必要な医学的検査の実施

自機関で実施 ↓ ↓ 外部機関へ依頼

自機関で実施 ↓ ↓ 外部機関へ依頼

聴覚検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	読み書きの評価 (KABC-II, STRAW-RURAWSS, 標準読書カテスト等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視覚検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	知能検査 (ウエクスラー系知能検査、田中ビネーV、K-ABC II 等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADHD評価(Conners、DIVA-5等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳画像検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASD評価(ADOS-2、ADI-R、PARS等)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	脳波検査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			その他(具体的にご記載ください↓)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

自機関で実施 その他を具体的に→

外部機関へ依頼 その他を具体的に→

Q8 発達障害の効率的な診療に向けて、貴院で工夫していることや実施している取組があれば記入してください。

調査は以上で終了です。お忙しい中、御協力をいただきましてありがとうございました。