

発達障害の診療実態アンケート調査について

広島県では、平成 21 年度から県内の医療機関を対象に発達障害の診療実態アンケートを実施し、その結果に基づき作成した「発達障害の診療を行っている医療機関リスト」を県ホームページにおいて公開しています。

今年度につきましても、「発達障害に係る診療実態アンケート調査」を行い、医療機関リストを最新の情報に更新するとともに、本県でも課題となっている診療待機の実態把握と、その解消に向けた検討等に係る基礎資料とするため、本調査を実施することとしました。

趣旨をご理解いただき、調査に御協力くださるようお願いいたします。

【調査対象】

- ・ 県内の小児科、精神科、心療内科を標榜する医療機関へ調査票を送付しています。

【回答方法】

- ・ 電子申請システムでの回答を推奨していますが、難しい場合はメールか F A X で回答してください。

（電子申請システムで回答の場合）

- ・ 次の URL もしくは QR コードの回答フォームで、入力後の調査票を添付し、送信してください。

https://apply.e-tumo.jp/pref-hiroshima-u/offer/offerList_detail?tempSeq=31478

※ 調査票の様式はリンク先からダウンロード可能です。

※ エクセルファイルのまま添付、送信してください。



（メールで回答の場合）

次の宛先に、件名を「発達障害アンケート回答」としてお送りください。

広島県健康福祉局障害者支援課 若林宛 fusyoushien@pref.hiroshima.lg.jp

（F A X で回答の場合）

次の F A X 番号に、お送りください。

広島県健康福祉局障害者支援課 若林宛 (082) 223 - 3611

【記入担当者情報について】

- ・ 回答内容の確認等のため連絡をする場合がありますので、「記入担当者情報」の内容については、必ず記入いただくようお願いします。
 - ・ メールアドレスについては、医療機関の代表アドレス（組織アドレス）を記入するようにしてください。（該当がない場合には、連絡の取れるアドレスをご記入ください。）
- 本調査の他、県・国の発達障害施策や関連するセミナーの案内等に利用いたしますが、施策・セミナーの案内等を希望されない場合は、お手数ですが回答先に御連絡ください。

【発達障害の定義】

- ・ DSM-5（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：精神疾患の診断・統計マニュアル第 5 版）における「神経発達症群 / 神経発達障害群」によるものとしています。

【各調査項目について】

- ・基準日 令和8年8月末現在の状況について記入してください。（調査項目2を除く）
 - ・調査項目1 【全医療機関が対象】⇒ 発達障害の診療等の実施の有無について
 - ・調査項目2～16 【診療を実施している医療機関対象】
 - ・調査項目17～22 【診療を実施していない医療機関対象】
- ※ 発達障害の診療を実施している医療機関の内、公表を同意いただいた医療機関については、調査項目2の内容について県HPに掲載いたします。
- その他の調査項目については、統計データとして集計し、「広島県地域保健対策協議会発達障害医療支援体制検討特別委員会」等において、本県の発達障害の医療連携体制及び発達障害児・者診療医養成研修の検討等に活用させていただきます。（医療機関名等を公表することはありません。）

【アンケートの御記入に係る補足】

■ 調査項目2 貴院の発達障害の診療について、調査回答時の状況を記入してください。

- ・「医療機関名」、「電話番号」、「住所」が「記入担当者情報」と同様の場合は、医療機関名に「同上」と記入してください。
- ・発達障害の診療を行っている各医師の診療の状況について、①～⑥の記入をお願いします。医師が複数の場合は、「Q2別紙」を活用して追記してください。
- ・「医療機関の診療等の内容」、「その他の特記事項」は、貴院の診療内容等を記載してください。
- ・本アンケートにおける「療育」は、発達障害児者に対し、身体的・精神的機能の適正な発達を促し、日常生活及び社会生活を円滑に営めるようにするために行う、障害の特性に応じた福祉的、心理的、教育的及び医療的な援助とします。以下の設問についても同様です。

■ 調査項目14～15

- ・貴院が該当する（実施している）内容について、○を記入してください。複数の医師のうち1名が実施している場合も、○を記入してください。「◆その他」については、具体的な内容を記入してください。
- また、検査に従事可能な人数については、コメディカルも含めてご記入ください。

調査項目	内 容
14-①	発達障害の可能性のある患者への対応について、該当する内容の全てに○を記入してください。
14-②	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状況について、該当する項目のいずれか1つに○を記載してください。その他の場合は、具体的な連携の内容を記載してください。
14-③	発達障害の検査や治療を担う医療スタッフの配置状況について、配置されているスタッフとして該当する職種について人数を記入してください。
14-④⑤	他医療機関や他分野との連携について、取り組んでいることがあれば御記入ください
15-①	発達障害のスクリーニング検査の実施の有無について、実施していない場合は「未実施」に○、実施している場合は、該当する全ての項目に○を記入してください。
15-②	発達障害の診断や治療に必要な医学的検査について、貴院で実施している検査全てに○を記入してください。外部に依頼して実施している場合は、各検査の「外部機関へ依頼」に○を記載してください。

■ 調査項目22

- ・Q17で「連携できる」または「内容によっては連携できる」をご選択いただいた医療機関のうち、Q22で貴院にて「共有可」とご回答いただいた場合のみ、貴院の医療機関名、医師名、及びQ18、Q19の回答内容を専門医等と共有いたします。
- なお、情報の共有は、「共有可」とご回答いただいた医療機関と専門医等の間のみで行います。

調査に御協力くださり、ありがとうございました。

回答に当たっては、調査票のみをお送りください。（送付票の添付等は必要ありません。）