### 京都府子どもの心の診療ネットワーク事業

### 発達障害に関する医療体制の実態調査(医療機関調査)

本アンケートは、京都府内における発達障害のある子どもと家族の支援体制の充実のため、各医療機関における診療機能について調査を行うものです。

調査結果につきましては、医療連携の促進に資するよう効果的な情報共有を検討するため に活用いたしますので、あらかじめ、ご了承ください。

ご多忙のところ大変恐縮ですが、発達障害のある子どもと家族に対し、充実した専門医療と、医療機関の連携による切れ目ない支援を提供する体制整備のため、何卒、アンケートへのご協力をお願いいたします。

京都府立医科大学大学院医学研究科 京都府発達行動医学講座 教授 桒原 康通

### 【ご回答にあたっての留意点について】

- ① 2025 年 | | 月 | 日時点での状況をお答えください。
- ② 診療とは「外来診療」と「入院診療」を含むということを前提としています。
- ③ 該当する箇所の □ に ☑ をお願いいたします。
- ④ 本調査票を郵送で回答される場合は、令和7年 | 2月 26日(金)までにご投函ください。

### 【情報の取扱いについて】

- ・本調査では、患者個人の情報(氏名、生年月日、住所等)は一切収集いたしません。
- ・ご記入いただく「医療機関名」ほか診療機能に関する情報は、今後、有効な情報共 有の仕組みを検討してまいります。
- ・「回答者」の情報は、調査の照合・連絡のためにのみ利用し、調査結果の公表や外部 提供には一切使用いたしません。
- ・診療機能に関する情報は、京都府および関係機関(医療・教育・福祉・行政等)と共 有し、公的な政策立案・体制整備等の目的で活用します。

# 京都府子どもの心のネットワーク事業

## 発達障害に関する医療体制の実態調査票(医療機関調査)

| QI.                 | 貴医療機関情報  |
|---------------------|--|
|                     | 本調査に回答される医療機関(診療科)の情報を記入してください。  |
| (1)                 | 医療機関名【必須】  |
|                     | (  |
| (2)                 | 所在市町村名【必須】   |
| <b>、</b> — <i>i</i> | ( )  |
|                     |  |
| (3)                 | 診療科名【必須】   |
|                     | ※病院には、関係診療科ごとに依頼文を送付していますので、診療科ごとにご回答ください。   |
|                     | ただし、診療所についてはこの限りではありませんので、まとめて回答してください。  |
|                     |  |
|                     |  |
|                     | □③小児神経科  |
|                     | □④精神科・心療内科   |
|                     | □⑤児童精神科  |
|                     | □⑥その他( )   |
| (4)                 | 回答者【必須】  |
|                     | ①回答者名 ( )  |
|                     | ②連絡先(電話番号: )   |
|                     | (E-mail: )   |
|                     |  |
| (5)                 | 本調査についての同意確認【必須】   |
|                     | □同意する  □同意しない  |
|                     |  |
|                     | 子どもの発達障害に関わる診療の有無  |
| (1)                 | 子どもの発達が気になる、イライラ、過度な不安、拒食・過食、学校に行けないといった、  |
|                     | こころの問題について、かかりつけ患者又は初診患者の相談や診療を行っておられますか。  |
|                     |  |
|                     | □①一次対応は行っていない →Q2(2)の質問にお答えください。アンケートは以上です。  |
|                     | □②一次対応を行っている →Q3.以降の質問にお答えください。  |
|                     | □③専門的な診療を行っている →Q3.以降の質問にお答えください。  |
| (2)                 | 相談や診療を行っていない理由は何でしょうか。(複数回答可)  |
| (2)                 | □①相談・診療に時間がかかる(時間枠超過)  |
|                     | □②相談・診療に見合う報酬や評価の低さ  |
|                     | — CIRCL PARTITION AND AND PROPERTY OF THE PARTITION OF TH |

|     | □③専門外。専門のトレーニング<br>□④その他( | を受けていな          | さいこと                             | )        |
|-----|---------------------------|-----------------|----------------------------------|----------|
|     |                           |                 |                                  | ,        |
| Q3. | 年間の発達障害に関わる初診の患者数         |                 |                                  |          |
|     | 子どもの発達が気になる、イライ           | ラ、過度なる          | 「安、拒食・過食、学校に行け <sup>ヶ</sup>      | ないといった、  |
|     | こころの問題について、2024年4         | 月1日から2          | 2025 年 3 月 31 日までに貴院 (該          | ◊療科) で初診 |
|     | された初診時 18 歳未満の患者数に        | こついて、ご          | 回答ください。【必須】                      |          |
|     | □① I ~9 人                 | <b>□④</b> 100~1 | 99人                              |          |
|     | □②10~49 人                 | □⑤200~2         | 99 人                             |          |
|     | □③50~99 人                 | □⑥300 人」        | 以上                               |          |
| Q4. | 対象年齢*                     |                 |                                  |          |
|     | 子どもの発達が気になる、イライ           | ラ、過度なる          | 、<br>「安、拒食・過食、学校に行け <sup>7</sup> | ないといった、  |
|     | こころの問題について、相談・診           | <b>療(一次診療</b>   | を含む)を行っている年齢につ                   | いて、ご回答   |
|     | ください。【必須】(複数回答可)          |                 |                                  |          |
|     | □①乳児 (0~I 歳)              | □⑤中学生           |                                  |          |
|     | □②幼児(2~5 歳)               | □⑥中学卒           | 業~18 歳未満                         |          |
|     | □③小学校 I ~3年生              | □⑦18 歳以         | 上                                |          |
|     | □④小学校4~6年生                |                 |                                  |          |
| Q5. | 診療内容・専門領域米                |                 |                                  |          |
| (1) | 診療が可能な内容(主訴について           | )があれば選          | 髭択してください。【必須】(複数                 | 效回答可)    |
|     | □①睡眠の問題                   |                 | □⑧素行の問題                          |          |
|     | (不眠、過眠など)                 |                 | (暴力、いじめ加害、脅迫、                    | 窃盗など)    |
|     | □②食行動の問題                  |                 | □⑨自傷・自殺の問題                       |          |
|     | (拒食、過食など)                 |                 | (リストカットなど)                       |          |
|     | □③心身の問題                   |                 | □⑩気分の問題                          |          |
|     | (反復性腹痛、チック、抜毛な            | ど)              | (意欲低下、抑うつなど)                     |          |
|     | □④不安・ストレスの問題              |                 | □⑪精神病的症状の問題                      |          |
|     | (不安・強迫・緘黙・虐待・トラ           | ウマなど)           | (奇妙な言動、幻覚など)                     |          |
|     | □⑤非社会的行動の問題               |                 | □⑫療育関係                           |          |
|     | (ひきこもり、不登校など)             |                 | (療育プログラム、療育相                     | 談など)     |
|     | □⑥友人関係                    |                 | □⑬心理カウンセリング                      |          |
|     | (人間関係やいじめ)                |                 | □⑭その他(                           | )        |
|     | □⑦発達の問題                   |                 |                                  |          |
|     | (こだわり、不注意、多動、学            | 習障害など)          |                                  |          |
| (2) | 診療が可能な疾患(DSM-5-TR)を       | 選択してく <i>た</i>  | ごさい。【必須】(複数回答可)                  |          |
|     | □①双極症及び関連症群               |                 | □⑩注意欠如・多動性症(ADH                  | ID)      |
|     | □②統合失調スペクトラム症             |                 | □①限局性学習症(SLD)                    |          |
|     | □②抑うつ庁及び関連庁群              |                 | □⑩知的登達症                          |          |

|      | <ul><li>□④不安症群(パニック症を含む)</li><li>□⑤摂食症</li><li>□⑥チック症</li><li>□⑦心的外傷及びストレス因関連症</li><li>□⑧強迫症及び関連症群</li><li>□⑨自閉症スペクトラム症(ASD)</li></ul> | □③発達性協調運動症 □⑭睡眠・覚醒障害群 □⑮身体症状症(身体表現性障害) □⑯インターネット・ゲーム行動症 □⑰その他( | )       |
|------|--|--|---------|
| (3)  | 発達に関する診療において、どのような   | 診療(診療内容)を行っていますか。【必タ   | 頁】(複数   |
|      | 回答可)   | □⑧心理・発達検査  |         |
|      | □①医師による相談・診療   | □◎心垤・光達快宜 □⑨個人精神療法   |         |
|      |  | □⑨●八桶秤療法   |         |
|      | □③薬物療法   | □⑪亲闽桐种療法 □⑪診断書作成   |         |
|      | □④理学療法   | □⑪診断音1F成<br>□⑫意見書等の書類作成  |         |
|      | □⑤作業療法   | □じ忌兄音寺の音級1F成<br>□⑬その他(   | )       |
|      | □⑥言語療法   |  | ,       |
|      | □⑦心理療法   |  |         |
| Q 6. | 発達に関する診療のほか、どのような支   | 援を行っていますか。【必須】(複数回答 <b>可</b>                                   | [)      |
|      | □①上記(3)の診療のみ   | □⑦デイケア   |         |
|      | □②電話相談   | □⑧家族教室(交流会等)   |         |
|      | □③個別心理相談   | □⑨学校・関係機関との連携  |         |
|      | □④療育教室   | □⑩就労支援   |         |
|      | <b>□⑤ペアレント・トレーニング</b>  | □⑪福祉サービスの紹介  |         |
|      | □⑥ソーシャルスキル・トレーニング(SST)   | □⑫その他(   | )       |
|      |  |  |         |
| Q7.  | 診療に携わるスタッフの職種*   |  |         |
|      |  | ている職種を選択してください。【必須】  | (複数回答可) |
|      | □①内科医  |  |         |
|      | □②小児科医(日本小児神経学会・発達)  |  |         |
|      | □③小児科医(子どものこころの専門医   |  |         |
|      | □④小児科医(日本小児科医会・「子ども  | 」の心」の相談医)  |         |
|      | □⑤小児科医(小児科専門医)   | □⑮理学療法士  |         |
|      | □⑥小児科医   | 口似此类连头上  |         |
|      | □⑦児童精神科医(子どものこころの専   | 門医)  □⑩F未療公工<br>□⑪言語聴覚士  |         |
|      | □⑧精神科医   | □10号記憶兒工   |         |
|      | □ ⑨ その他医師 ( )  | □똇栄養士  |         |
|      | □⑩看護師、保健師  | □⑩社会福祉士  |         |
|      | □⑪臨床心理士  | □②精神保健福祉士  |         |
|      | □⑫臨床発達心理士  | □②その他福祉職(  | )       |
|      | □⑬公認心理師  | □②その他職種(   | )       |
|      | □⑭その他心理職(    )   |  | ,       |

| Q8.  | 他機関との連携          |  |              |  |
|------|------------------|--|--------------|--|
|      | 貴院(貴科)の発達に係る連携機関 | の発達に係る連携機関 (医療機関を除く。) はどこですか。【必須】(複数回答可) |              |  |
|      | □①保育所、幼稚園        | □⑪児童発達支援事業所                              |              |  |
|      | □②学校             | □⑫放課後等デイサービス事業所                          |              |  |
|      | □③教育委員会          | □⑬障害者就業・生活支援センター                         |              |  |
|      | □④市町村子ども家庭センター   | □⑭地域障害者職業センター                            |              |  |
|      | (子育て地域包括支援センター)  | □⑮就労支援事業所(障害福祉サービス)                      |              |  |
|      | □⑤市町村母子保健担当部署    | □⑯家庭裁判所                                  |              |  |
|      | □⑥市町村障害福祉担当部署    | □⑪警察                                     |              |  |
|      | □⑦児童相談所          | <b>□⑱特にない</b>                            |              |  |
|      | □⑧保健所            | □⑲その他(                                   | )            |  |
|      | □⑨児童発達支援センター     |  |              |  |
|      | □⑩発達障害者(圏域)支援センタ | <i>7</i> —                               |              |  |
| Q9.  | 合併する精神疾患への対処     |  |              |  |
|      |                  | 貴院 (貴科) では、どのように対処されていますか。               | 【必須】         |  |
|      | (複数回答可)          |  |              |  |
|      | □①精神科(自院)への紹介    |  |              |  |
|      | □②精神科(他院)への紹介(紹介 | <b>卜先医療機関名:</b>                          | )            |  |
|      | □③自科での対処         |  |              |  |
|      | □④医療機関以外への紹介(    |  | )            |  |
|      | □⑤その他(           |  | )            |  |
| Q10. | 処方薬              |  |              |  |
|      | 発達障害患者への処方薬についてお | 6聞きします。                                  |              |  |
|      | □①処方している薬剤名を選択して |  |              |  |
|      | □a. コンサータ        | □f.インチュニブ                                |              |  |
|      | □b. ビバンセ         | □g.メラトベル                                 |              |  |
|      |                  | □h.ロゼレム                                  |              |  |
|      | □d. エビリファイ       | □i. その他(                                 | )            |  |
|      | □e.ストラテラ         |  |              |  |
|      | □②いずれも処方していない。   |  |              |  |
|      | □③コンサータやビバンセは処方し | ,ていないが、将来的に処方医登録を検討してもよい                 | , <b>`</b> ° |  |
| QII. | 発達障害の児の対応で困っているこ | : Ł                                      |              |  |
|      | 発達障害の児の対応で困っているこ | ことは何でしょうか。【必須】(複数回答可)                    |              |  |
|      | □①特にない           |  |              |  |
|      | □②入院施設がないこと      |  |              |  |
|      | □③診療に時間がかかる(時間枠起 | 3週)                                      |              |  |
|      | □④カルテに書く項目の多さ(それ | <b>ルに伴う時間外労働)</b>                        |              |  |
|      | □⑤スクリーニングの難しさ    |  |              |  |

|              | □⑥診療に見合う報酬や評価の低さ                          |
|--------------|---|
|              | □⑦精神科との連携の難しさ                             |
|              | □⑧児童思春期を専門とする精神科医がいない、少ない                 |
|              | □⑨専門外。専門のトレーニングを受けていないこと                  |
|              | □⑩家族への対応の難しさ                              |
|              | □⑪クレーム対応の難しさ                              |
|              | □⑫その他( )                                  |
| ດ I <i>2</i> | 興味のある研修、講演会                               |
| <u> </u>     | ・   |
|              | 回答可)                                      |
|              | □①発達の遅れを主訴とした子どもに対する初期対応                  |
|              | □②スクリーニング、早期発見、診断について                     |
|              | □③治療、介入的な対応                               |
|              | □④当事者からのお話                                |
|              | □⑤発達障害に関する研究成果                            |
|              | □⑥発達障害に対する行政、社会的システム                      |
|              | 口の特にない                                    |
|              | □⑧その他( )                                  |
|              |   |
| Q 13.        | 発達障害に係るご意見                                |
|              | 京都府における子どもの発達障害に係る医療・地域連携システムの実現に向けてのお考えや |
| ħ            | 施策についてのご意見について、自由にご記入ください。                |
| Γ            |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |
|              |   |
| L            |   |
|              |   |
| -            | インタビュー調査への協力                              |
|              | 今後、発達障害に関する医療体制についてのインタビュー調査をお願いする可能性がありま |
|              | すが、その際のご協力について、最も近いものをお選びください。            |
|              | □①依頼があれば、可能な範囲で協力したい                      |
|              | □②インタビュー調査には協力できない<br>□ ○ - · · · ·       |
|              | □③その他 ( )                                 |

#### Q15. 医療機関情報の公表

発達障害に関する医療機関情報については、こども家庭庁事業の「こどもの心の診療ネットワーク事業 こどもの心の診療機関マップ」WEBサイトへの公表を目指しています。

WEB サイト https://kokoro.ncchd.go.jp/kyotenmap.php

当該サイトでの公表項目\*は、(対象年齢(Q4)、診療内容・専門領域(Q5(I))、スタッフの職種(Q7)及び下記医療機関情報となります。

当該サイトへの掲載に同意される場合は、お手数ですが下記医療機関情報について、ご記入ください。

WEB サイトへの掲載は、一般の方はもとより、医療従事者、行政関係者、支援者にも有益な情報となることから、より多くの医療機関情報の掲載にぜひともご協力をお願いいたします。

### 【サイトに掲載される医療機関情報】

| 施設名(           | ) |
|----------------|---|
| 住 所(〒          | ) |
| 電 話(           | ) |
| FAX(           | ) |
| 交通アクセス(        | ) |
| 予約要否 ( 要 ・ 否 ) |   |
| 予約コメント(        | ) |
| 診察・相談の曜日・時間(   | ) |
| 診療科名又は担当部署名(   | ) |
| URL (          | ) |
| 特記事項・連絡事項(     | ) |

ご協力ありがとうございました。

今後、専門医療機関に実際に受診した初診患者について、受診経路や主訴、紹介元など流入実態を前方視的に収集し、過剰流入の構造を明らかにする目的で、患者動向調査を前方視的に実施する予定です。対象となる医療機関には、この調査の結果をもとに抽出し、改めて協力をお願いすることとなります。ご了承いただければ幸いです。