

発達障がい医療機関ネットワーク登録医療機関に対する実態調査及び 一覧掲載に関するアンケート 回答票

○ご回答期限：令和7年5月20日

○ご回答方法：本調査票にご記入いただくか、オンライン回答フォームからご回答ください。

- ・オンラインにて回答いただく場合、下記リンク先にて回答を入力してください。

その際、本調査票のご提出は不要です。

(回答フォーム)

<https://lgpos.task-asp.net/cu/270008/ea/residents/procedures/apply/77245e62-c0ae-4c1c-aa18-0ef8ec36a841/start>

- ・調査票にてご回答いただく場合、下記あてにメールまたはFAXにてご提出ください。

送付先：大阪府福祉部障がい福祉室地域生活支援課 発達障がい児者支援グループ

E-mail：HattatsuG@gbox.pref.osaka.lg.jp FAX：06-6944-2237



医療機関名	
記入者の職	
記入者の氏名	
E-mailアドレス	
電話番号	

◆登録医療機関に対する実態調査

項目	選択肢	回答
<p>(1) 発達障がいがある患者(18歳未満)について、最初の受診理由で多いものを3つ選択して○を付けてください。</p> <p>初診時の主訴が発達障がいに係るものではないケースも含まれます。</p>	① 乳幼児健康診査で発達の遅れなどを指摘されたから	
	② 保育所・幼稚園・学校等で医療機関の受診を進められたから	
	③ 大阪府の子ども家庭センターで受診を進められたから	
	④ 障がい児通所支援(発達支援)のサービス利用・手帳取得のため	
	⑤ 生活する上で困りごとがあるため(行動障がい・不登校・感覚過敏・学習の遅れ等)	
	⑥ 大きな困りごとはないが発達障がいではないかと感じているため	
	⑦ 他の医療機関からの紹介	
	⑧ その他 ①~⑦以外によくある受診理由があれば記載してください。	
	⑨ 18歳未満は診療対象外	

<p>(2) 発達障がいがある患者_(18歳以上)について、最初の受診理由で<u>多いものを3つ</u>選択して○を付けてください。</p> <p>初診時の主訴が発達障がいに係るものではないケースも含まれます。</p>	① 職場や家族などから医療機関の受診を進められたから	
	② 障がい福祉サービス（グループホームや就労移行支援など）の利用・手帳取得のため	
	③ 障害基礎年金を申請するため	
	④ 障がい者雇用の手続きに診断書が必要なため	
	⑤ 生活する上で困りごとがあるため（うつ・行動障がい・コミュニケーション・感覚過敏等）	
	⑥ 大きな困りごとはないが発達障がいではないかと感じているため	
	⑦ 他の医療機関からの紹介	
	⑧ その他 ①~⑦以外によくある受診理由があれば記載してください。	
	⑨ 18歳以上は診療対象外	
<p>(3) 次にあげる支援機関等をご存じですか。 当てはまるもの (a~c)を記載してください。</p>	<p>① 発達障がい者支援センター（アクトおおさか・エルムおおさか・アプリコット堺 等）</p> <p>発達障害者支援法に基づき都道府県・指定都市が設置・運営する、発達障がい児（者）への支援を総合的に行うことを目的とした専門的機関</p> <p>a 知らない b 名前は知っている c どのような役割の機関か知っている</p>	
	<p>② 基幹相談支援センター</p> <p>地域における相談支援の中核的な役割を担う機関として、総合的・専門的な相談支援の実施、地域の相談支援体制の強化の取組、自治体と協働した協議会の運営等による地域づくりの取組等の事業及び業務を総合的に行うことを目的とする施設</p> <p>a 知らない b 名前は知っている c どのような役割の機関か知っている</p>	
	<p>③ こども家庭センター（市町村）</p> <p>全ての妊産婦、子育て世帯、こどもへ一体的に相談支援を行う機能を有する機関として、相談、情報提供、調査・指導、サポートプランの作成、保健指導、健康診査等の業務を行うもの ※大阪府の機関である子ども家庭センター（児童相談所）とは別の機関です。</p> <p>a 知らない b 名前は知っている c どのような役割の機関か知っている</p>	
	<p>④ 特別支援教育コーディネーター</p> <p>各学校における特別支援教育の推進のため、主に、特別支援教育に係る校内委員会・校内研修の企画・運営、関係諸機関・学校との連絡・調整、保護者からの相談窓口などの役割を担う教員。</p> <p>a 知らない b 名前は知っている c どのような役割か知っている</p>	

<p>つづき</p> <p>次にあげる支援機関等をご存じですか。当てはまるもの (a~c) を記載してください。</p>	<p>⑤ 大阪障害者職業センター</p> <p>障害者職業カウンセラー等を配置し、就職や職場復帰を目指す障がいのある方、障害者雇用を検討している或いは雇用している事業主の方、障がいのある方の就労を支援する関係機関の方に対して、支援・サービスを提供する機関</p> <p>a 知らない b 名前は知っている c どのような役割の機関か知っている</p>	
<p>(4) 発達障がいのある患者をサポートするにあたって、連携に課題を感じる機関があれば選択して○を付けてください。(複数選択可)</p>	<p>⑥ 障害者就業・生活支援センター</p> <p>障がい者の職業生活における自立を図るため、雇用、保健、福祉、教育等の関係機関との連携の下、障がい者の身近な地域において就業面及び生活面における一体的な支援を行い、障がい者の雇用の促進及び安定を図ることを目的とした機関</p> <p>a 知らない b 名前は知っている c どのような役割の機関か知っている</p> <p>① 支援機関や支援制度を総合的に紹介してくれる機関 例) 発達障がい者支援センター、行政機関 (市町村・大阪府)、基幹相談支援センター</p> <p>② 本人が所属している保育所・幼稚園</p> <p>③ 本人が所属している小・中学校</p> <p>④ 本人が所属している高校</p> <p>⑤ 本人が所属している勤務先</p> <p>⑥ 本人が利用している福祉サービスの事業所等 例) 障がい福祉サービス事業所・障がい児通所支援事業の事業所・就労支援機関</p> <p>⑦ 本人が受診している一般診療科の医療機関 (内科・歯科・産婦人科等)</p> <p>⑧ 大阪府の子ども家庭センター</p> <p>⑨ 特になし</p> <p>⑩ その他 ①~⑧以外に連携に課題を感じる機関があれば記載してください。</p>	
<p>(5) 実際の診療にあたって、前問で連携に課題を感じると回答した場合、その理由として当てはまるものに○を付けてください。(複数選択可)</p>	<p>① 連携するための時間や場、機会がないから</p> <p>② 各機関がどのような支援をしているのかわからないから</p> <p>③ 連携に対して理解が得られないから</p> <p>④ 各機関の連携の窓口がわからないから</p> <p>⑤ どのように連携すればよいかわからないから</p> <p>⑥ その他 ①~⑤以外に連携に課題を感じる理由があれば記載してください。</p>	

<p>(6) 大阪府発達障がい医療機関ネットワークに登録することによりどのような点でメリットを感じていますか。当てはまるものに○を付けてください。(複数選択可)</p>	① 拠点医療機関の症例検討会・研修会に参加できる	
	② 拠点医療機関の診療支援（相談や紹介等）を受けることができる	
	③ 府のホームページで発達障がいの診断ができる旨を周知してもらえる	
	④ 大阪府の発達障がい児者支援の取組みに協力できる	
	⑤ 特にない	
	⑥ その他 ①~④以外にメリットを感じることがあれば記載してください。	
<p>(7) 拠点医療機関に期待する役割や機能はどのようなものですか。当てはまるものに○を付けてください。(複数選択可)</p>	① 症例検討会などの研修・セミナーの実施・人材育成	
	② 個別ケースの相談などの診療支援	
	③ 地域の医療機関のネットワークの構築・運営	
	④ 特にない	
	⑤ その他 ①~③以外に期待する役割や機能があれば記載してください。	
<p>(8) 発達障がい児者の診療にあたって、行政（市町村・大阪府）に求める支援はどのようなものですか。当てはまるものに○を付けてください。(複数選択可)</p>	① 研修などの実施による医師の養成	
	② 医療機関同士の連携や交流の場の提供	
	③ 医療機関と他の支援機関（福祉・教育等）との連携・交流の場の提供	
	④ 診療報酬に関する国への働きかけ	
	⑤ 患者に案内できる支援機関や制度等の情報提供	
	⑥ 診断後の患者の継続的なサポートの実施	
	⑦ 発達障がいの基礎理解や医療受診の必要性など府民や支援者に対する働きかけ	
	⑧ あてはまるものはない	
	⑨ その他 ①~⑦以外に行政に求める支援があれば記載してください。	

<p>(9) 令和7年発達障がいの診断状況等に関する調査においても待機期間についてお伺いしているところですが、現在の貴院における発達障がいの初診の待機期間についてどのように考えますか。当てはまるものに○を付けてください。</p>	① 非常に長い	
	② 長い	
	③ 妥当である	
	④ わからない・評価できない	
<p>(10) 発達障がい児者の診療や初診待機解消に向けた取組みについて、大阪府職員が直接訪問またはオンラインにてご意見をお聞かせいただくこと等のご協力は可能でしょうか。当てはまるものに○を付けてください。</p>	① 協力可能	
	② 協力困難	
	<p>備考 (対応可能な曜日や時間帯等)</p>	
<p>(11) 今後の施策の参考とさせていただきますので、初診待機解消に関することや発達障がい者の医療についてご意見等があれば記載してください。</p>		

◆医療機関一覧の掲載情報に関するアンケート

項目	選択肢	回答
<p>(1) 診断可能な発達障がいの種類に○を付けてください(複数回答可)</p>	① ASD	
	② ADHD	
	③ LD	
	④ トウレット症候群などのチック障がい	
	⑤ その他・特に専門とする病名等 (吃音、知的障がい、てんかん、ディスレクシア、睡眠に関する障がい等、他の登録医療機関や支援者、府民が閲覧する際に参考となる情報を下記の欄に記載してください。)	
	(その他の内容を記載してください)	
<p>(2) 行っている診療内容に○を付けてください(複数回答可)</p> <p>※カウンセリングはまとまった時間枠を設けて医師・看護師・心理士等が実施するものを指します。保健診療か自費かは問いません。</p>	① 診断	
	② 投薬	
	③ 知能検査・心理検査・発達検査	
	④ カウンセリング	
	⑤ 療育指導	
	④ 入院	
	⑤ その他 (デイケア、SST、ペアレント・トレーニング等)	
備考 (対象者、利用方法等の留意事項があれば記載してください。)		
<p>(3) (1)及び(2)で回答いただいた内容について、大阪府で作成・配布している発達障がい医療機関ネットワーク登録医療機関一覧に掲載してよいですか。当てはまるものに1つ○を付けてください。</p> <p>①～③を選択された場合、令和7年度の一覧に掲載させていただきます。</p> <p>(参考) 公表用一覧掲載ホームページ https://www.pref.osaka.lg.jp/o090070/chiikiseikat/su/hattatsusyogai_osaka/iryokukan.html</p>	① 府民への公表用に掲載が可能 (府ホームページに掲載する一覧、市町村等配布用、登録医療機関共有用の一覧に記載します。)	
	② 市町村等の支援機関及び登録医療機関用にもみ掲載可能 (市町村等配布用、登録医療機関共有用の一覧に記載します。)	
	③ 登録医療機関用にもみ掲載可能 (登録医療機関共有用の一覧にもみ掲載します。)	
	④ いずれの一覧にも掲載不可 (すべて該当箇所を「-」と表記する予定です。)	
	⑤ その他・備考	

ご協力ありがとうございました。