



## 様式管理

### プレビュー 発達障がい児等支援アンケート調査(医療機関向け)

#### 発達障がい児等支援アンケート調査(医療機関向け)

※印があるものは必須です。

▲印は選択肢の結果によって入力条件が変わります。

##### ■ 発達障がい児等支援に係るアンケート調査について(医療機関向け)

###### <調査目的>

岩手県では、発達障がいの早期の診断やその後の療育の充実を図るための検討資料とするため、県内の医療機関を対象にアンケート調査を実施します。

このアンケートは、18歳未満の発達障がい児等の診療や診断等の状況、他機関との連携状況などを把握することにより、発達障がい児支援の施策の検討のために活用することを目的としています。

###### <回答の所要時間の目安>

全16項目、概ね10分が目安です。

###### <アンケート結果の利用>

集計した回答は、今後の発達障がい児支援施策を検討する上で参考にします。

なお、集計したデータについて、岩手県又は岩手県医師会が業務上、一部又は全部を引用・参照又は例示する場合がありますので、御了承をお願いします。

問1 貴医療機関の名称について※

貴医療機関の名称を入力してください。

問2 発達障がい児の診療、診断等の対応状況について※

貴医療機関では、発達障がい児(18歳未満に限る。)への相談対応、診療、診断等に対応していますか。【期間:令和2年4月1日～現在】

該当するものを選択してください。(複数選択可)

受診等には対応しておらず、他の医療機関に紹介した実績もない(→アンケートは以上で終了です。)

受診等には対応していないが、他の医療機関に紹介した実績はある(紹介先を入力してください。)(→アンケートは以上で終了です。)

心理検査、知能検査、発達検査等に全般的に対応している

一部の検査に対応している(検査名を入力してください。)

専門的な診断に対応している

薬物療法に対応している

確定診断に対応している

カウンセリングに対応している

その他(自由記載)

問3 診療等に当たる医師の情報

発達障がいの診療等に当たる医師の情報を以下の欄に入力してください。

【1人目】	
1 診療科名 ( )	記入例：小児科
2 対象年齢 ( )	記入例：0歳～15歳
3 診療曜日 ( )	記入例：月・水・金
【2人目】	
1 診療科名 ( )	
2 対象年齢 ( )	
3 診療曜日 ( )	
【3人目】	
1 診療科名 ( )	
2 対象年齢 ( )	
3 診療曜日 ( )	
【4人目】	
1 診療科名 ( )	
2 対象年齢 ( )	
3 診療曜日 ( )	
【5人目】	
1 診療科名 ( )	
2 対象年齢 ( )	
3 診療曜日 ( )	
入力文字数：392/2000	

<b>問4 発達障がいの初診予約に係る待機件数(1)</b>	令和3年4月1日時点における発達障がい(18歳未満に限る。)の初診予約に係る待機人数を入力してください。 ・初診予約に係る待機人数 <input type="text"/> 人
--------------------------------	---

<b>問5 発達障がいの初診予約に係る待機件数(2)</b>	過去3年間で、発達障がい(18歳未満に限る。)の初診予約に係る待機人数が最も多かった時期を入力してください。 ・最も多かった時期 <input type="text"/> (記入例：令和〇年〇月)
--------------------------------	---

<b>問6 発達障がいの初診予約に係る待機件数(3)</b>	過去3年間で、発達障がい(18歳未満に限る。)の初診予約に係る待機人数が最も多かった時期の人数を入力してください。 ・最も多かった時期の待機人数 <input type="text"/> 人
--------------------------------	--

<b>問7 初診の予約から診察までの期間</b>	令和3年4月1日時点において、発達障がい(18歳未満に限る。)の初診の予約から診察までの期間はどれくらいですか。 ・初診の予約から診察までの期間 <input type="text"/> か月程度
--------------------------	---

<b>問8 再診の予約から診察までの期間</b>	令和3年4月1日時点において、発達障がい(18歳未満に限る。)の再診の予約から診察までの期間はどれくらいですか。 ・再診の予約から診察までの期間 <input type="text"/> か月程度
--------------------------	---

<b>問9 新型コロナウイルス感染症に伴う予約制限</b> <input type="button" value="選択解除"/>	新型コロナウイルス感染症の感染拡大により、新規患者の予約に制限をかけていますか。 <input type="radio"/> いいえ <input type="radio"/> はい(具体の制限内容を入力してください。) <input type="text"/>
--	--

<b>問10 医療機関以外の対応で良いと考える割合</b>	発達障がいに係る初診患者(18歳未満に限る。)のうち、医療機関の受診ではなく、母子保健、子育て支援、障がい福祉等の対応で良いと考える割合を選択してください。(感覚的、印象に基づく回答で構いません。) <input type="text"/>
-------------------------------	---

<b>問11 紹介や連携を行っている関係先</b>	発達障がい児(18歳未満に限る。)とその家族に対し、実際に紹介している支援機関・福祉サービス等と、その連携内容について教えてください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 市町村の母子保健窓口(連携の内容を入力してください。) <input type="text"/>
---------------------------	--

	<input type="checkbox"/> 市町村の子育て支援窓口(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 市町村の障がい福祉窓口(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 県発達障がい者支援センター(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 県発達障がい沿岸センター(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 障害児相談支援事業所(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 児童発達支援センター(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 児童発達支援事業所(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス事業所(連携の内容を入力してください。) <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> その他(自由記載)
--	--

<b>問12 かかりつけ医等対応力向上研修(1)</b> <input type="button" value="選択解除"/>	岩手県では、岩手県医師会と連携し、かかりつけ医等の対応力の向上を図るための研修を開催していますが、参加したことがありますか。該当するものを選択してください。 <input type="radio"/> 参加したことがある(→問13へ) <input type="radio"/> 参加したことがない(→問14へ)
---	--

<b>問13 かかりつけ医等対応力向上研修(2)</b>	問12で「参加したことがある」と答えた医療機関に質問します。参加した方の職種について、該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語聴覚士 <input type="checkbox"/> 臨床心理士 <input type="checkbox"/> 公認心理士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 <input type="checkbox"/> 栄養士 <input type="checkbox"/> 事務職 <input type="checkbox"/> その他(自由記載)
------------------------------	--

<b>問14 かかりつけ医等対応力向上研修(3)</b>	問12で「参加したことがない」と答えた医療機関に質問します。参加しなかった理由について、該当するものを選択してください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 日程が合わなかったため <input type="checkbox"/> 研修を受ける時間がないため <input type="checkbox"/> 研修を受ける必要性を感じないため <input type="checkbox"/> 研修内容が不十分だと感じるため <input type="checkbox"/> 研修の拘束時間が長いため
------------------------------	---

研修について知らなかったため その他(自由記載)**問15 受診サ  
ポート手帳につい  
て**

選択解除

岩手県と岩手県医師会では、障がいなどをお持ちで、医療機関の受診に不安を感じている方が円滑に受診できるよう、平成30年度に「みんなの受診サポート手帳」を作成したところです。

この受診サポート手帳を活用されていますか。

 活用している 手帳のことは知っているが、活用していない(理由について入力してください。) 手帳のことを知らない**問16 発達障がい児等支援  
の充実・強化**

発達障がい児等の支援を充実させるに当たり、必要と考える取組は何ですか。(自由記載)

入力文字数: 0 / 500

■ アンケートは以上で終了です。

お忙しいところ御協力をいただきまして、ありがとうございました。

閉じる

お問い合わせ先：  
TEL：0120-464-119  
(平日 9:00～17:00 年末年始除く)  
FAX：06-6455-3268  
e-MAIL：[help-shinsei-iwate@s-kantan.com](mailto:help-shinsei-iwate@s-kantan.com)