

発達障害医療機関ネットワーク構築に係る令和7年度陪席研修実施要領

1 目的

地域における適切かつ円滑な発達障害の診療体制を確保するため、3に記載の医療機関において、地域の医師等を対象に、発達障害に関する専門性を有する医師やコメディカル等の臨床技術等を学ぶ陪席研修を実施し、発達障害を診療できるかかりつけ医を養成するとともに、併せて専門医とかかりつけ医等との連携体制を構築する。

2 対象者

医師

ただし、陪席研修実施医療機関が認める場合は、医療機関に従事するコメディカルや、基幹相談支援センター及び児童発達支援センターに従事する検査やアセスメントを担当する職員も対象とすることができる。

3 陪席研修実施主体

広島県からの委託により、次に記載の医療機関が行うものとする。

【 陪席研修実施医療機関一覧 】

障害保健福祉圏域	医療機関名（診療科名）	備考
全県	松田病院（精神科）	◆
広島圏域	広島市こども療育センター（小児科・精神科）	●
	広島市北部こども療育センター（小児科）	
	広島市西部こども療育センター（小児科）	
	広島大学病院（小児科）	●
広島中央圏域	広島県立総合リハビリテーションセンター（小児科・精神科）	●
尾三圏域	興生総合病院（小児科）	
福山・府中圏域	福山市こども発達支援センター（小児科）	●
	福山若草園（小児科）	●

※ ◆：発達障害に関する県拠点医療機関 ●：発達障害に関する地域連携拠点医療機関

4 陪席研修受講の申込方法

受講希望者は、受講を希望する医療機関に研修実施状況や実施時期、実施方法等を電話連絡等で必ず事前に確認したうえで、別紙「陪席研修申込書」(※)（実施要領3ページ参照）に必要事項を記入し、直接、受講希望先の医療機関へ電子メールまたはFAXにより申し込むものとする。

(※)「陪席研修申込書」の電子データは、県公式ホームページに掲載しているので、適宜活用すること。

【 県該当ホームページ URL 】

<https://www.pref.hiroshima.lg.jp/soshiki/62/baiseki.html>



(トップページ>組織でさがす>健康福祉局>障害者支援課>発達障害医療機関ネットワーク構築に係る陪席研修の実施について)

(※) 研修の詳細については、各医療機関へ問い合わせること。

5 陪席研修受講者の決定等

受講申込を行った医療機関から、受講申込者へ電話等により連絡する。ただし、研修受講希望者

が多数の場合、希望に添えない場合がある。

なお、研修の実施時期等詳細の内容調整については、受講申込を行った医療機関と研修受講希望者の間で個別に行うものとする。

6 誓約書等の提出

陪席研修の受講に当たっては、「誓約書（別紙様式1）」（実施要領5ページ）を作成し、受講先の医療機関へ提出するものとする。

また、施設見学を行う場合は、「施設見学許可依頼書（別紙様式2）」（実施要領6ページ）を作成し、見学先の医療機関へ提出するものとする。

7 実施フロー

研修実施に係る事務の流れについては、「令和7年度陪席研修実施フロー」（実施要領4ページ）を参照すること。

8 その他

陪席研修を受講するために必要な旅費等については、受講者の負担とする。

9 申込先・問合せ先

障害保健福祉圏域	医療機関名	申込期限 (目安)	電子メールアドレス	
			電話番号	FAX 番号
全 県	松田病院	要事前確認	matsuda105@matsuda4137.or.jp	
			082-253-1245	082-253-1225
広 島	広島市こども療育センター	要事前確認	ko-shien@city.hiroshima.lg.jp	
	広島市北部こども療育センター		082-263-0683	082-261-0545
	広島市西部こども療育センター			
	広島大学病院	要事前確認	ttomo@hiroshima-u.ac.jp	082-257-5214
082-257-5212	082-257-5214			
広島中央	広島県立総合リハビリテーションセンター	要事前確認	info@hiroshima-wsc.jp	082-425-1094
082-425-1455	082-425-1094			
尾 三	興生総合病院	要事前確認	yhayasi@pu-hiroshima.ac.jp	—
0848-63-5500	—			
福山 ・ 府中	福山市こども発達支援センター	要事前確認	kodomo-hattatsushien@city.fukuyama.hiroshima.jp	
	084-928-1351	084-925-6322		
福山若草園	福山若草園	要事前確認	fukuyamawakakusa@hiroshima-wsc.jp	
			084-968-0230	084-956-1131

【 広島県担当部署の問い合わせ先 】

広島県健康福祉局障害者支援課 地域生活・発達障害グループ

〒730-8511 広島市中区基町 10-52 TEL : 082-513-3157 FAX : 082-223-3611

電子メール : fusyoushien@pref.hiroshima.lg.jp

令和7年度広島県発達障害医療機関ネットワーク構築事業

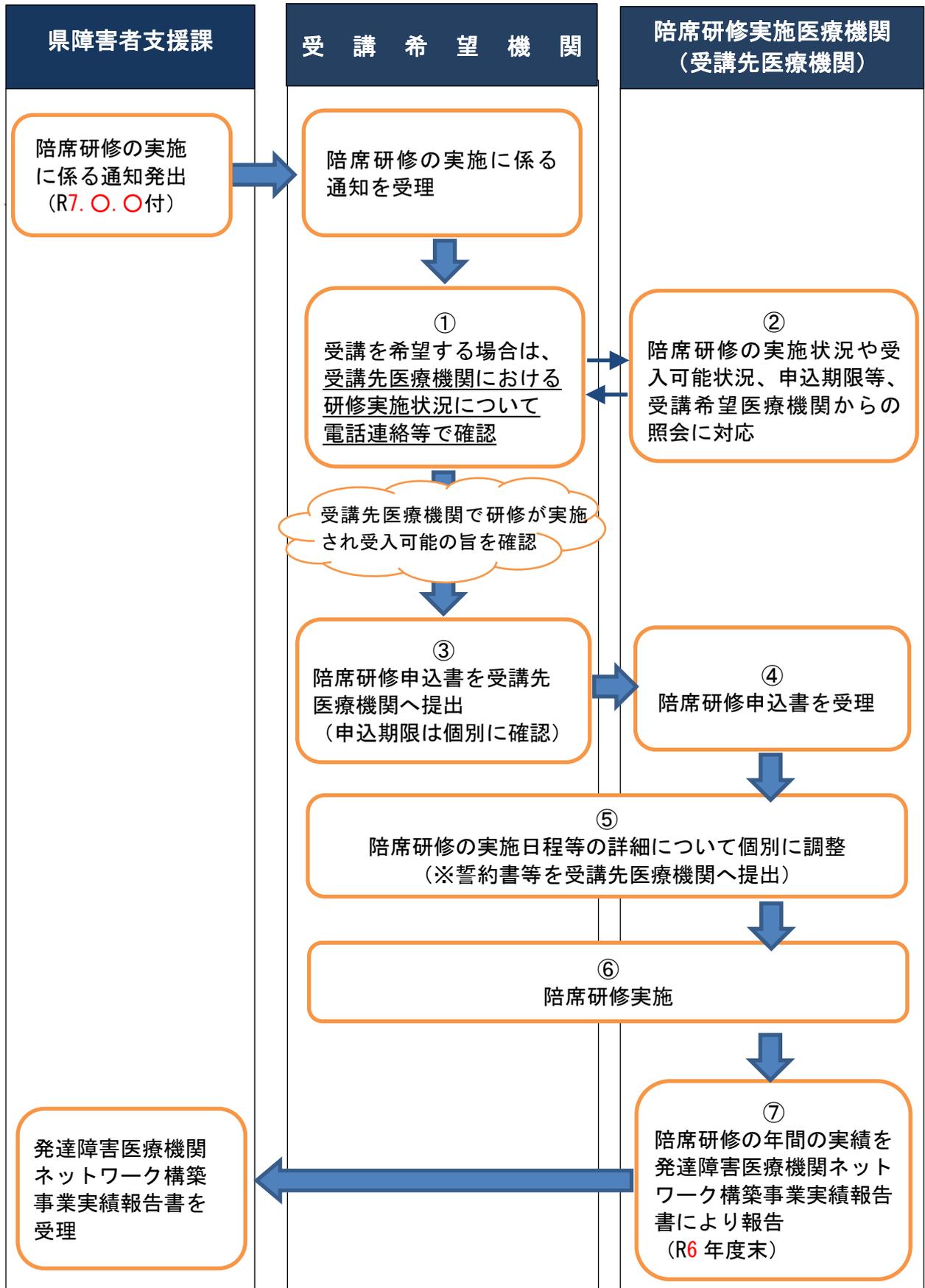
《 陪 席 研 修 申 込 書 》

《受講希望医療機関名》	(受講を希望する医療機関名を御記入ください。)
-------------	-------------------------

《受講希望者》			
ふりがな 氏名		性別	男性 ・ 女性
機 関 名		診 療 科 <small>(医療機関の場合)</small>	
職 種			
所属機関住所	〒		
連 絡 先	T E L		
	F A X		
	E-mail		
希望時期等	(希望時期、曜日等がございましたら御記入ください。)		
診療プロセス	(初診、初診から診断・支援の流れ、治療、検査、保護者への説明場面等、どのような診療プロセスの研修を希望されるのか、御記入ください。)		

※ 実施要領9の「申込先・問合せ先」を確認のうえ、受講希望先医療機関に直接電子メールもしくはFAXにより申し込んでください。

令和7年度陪席研修実施フロー



誓約書

令和 年 月 日

〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇 〇〇 様

所属
氏名

私は、貴施設での陪席研修にあたり、下記を遵守することを誓います。

記

- 1 見学中知り得た個人の秘密に関する事項について、研修中及び研修後において、守秘義務を遵守する。
- 2 貴施設で定められた規則を遵守し、研修指導者の指示に従う。
- 3 研修期間中の事故、傷害については、原則として当方の責任において対処する。

以上

住 所

署 名

施設見学許可依頼書

令和 年 月 日

〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇 〇〇 様

所属
氏名

拝啓

〇〇の候、ますます御清勝のこととお喜び申し上げます。

さて、〇〇〇〇〇にて勉強させていただきたく、貴施設での見学を許可いただきたいと思っております。

つきましては、令和〇年〇〇月〇〇日より令和〇年〇〇月〇〇日まで、〇〇〇〇にて、療育活動及び発達検査等外来診療について〇〇〇院長及び臨床心理士、作業療法士、言語聴覚士、支援員の指導の下、見学させていただきたく、以下について、ご許可を頂きたいと存じます。よろしくお願いいたします。

敬具

記

見学者 氏名
住所
連絡先 電話

期 間 令和〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇年〇〇月〇〇日

見学場所 〇〇〇〇〇外来

- 見学条件
- 1 院長、臨床心理士、訓練士等職員の指示に従う。
 - 2 患者及び保護者の承諾を得られた場合のみ見学をする。
 - 3 個人情報保護に関する誓約書を記入する。
 - 4 見学等でかかった経費については当方で負担する。

その他

以 上

※ 下線部分は、必要に応じて、個別の調整時に適宜修正のうえご使用ください。