

事 務 連 絡
平成30年5月1日

各都道府県衛生主管部（局）
災害医療主管課（部） 御中

厚生労働省医政局地域医療計画課
救急・周産期医療等対策室

災害派遣医療チーム研修に係る受講者の募集及び研修実施要領の送付について

標記について、これまで第1回（西会場第1回）から第5回（大阪会場第1回）の一部までの研修受講枠の提示を行いました。

今般、「平成30年度急性期災害医療に関する都道府県の取り組みについてのアンケート調査」集計結果等を参考に、第5回「大阪会場第1回（6月14日開催）」以降の研修受講枠を別添のとおり決定いたしましたのでお知らせいたします。

つきましては、これら第5回以降の研修受講枠について、都道府県ごとに1枠分、5名で1チームを編成し、別添「災害派遣医療チーム研修受講申込書」に必要事項を記載の上、別途お知らせする期限までに以下の担当者宛てにメールにて受講者の推薦をお願いいたします。

また、災害派遣医療チーム研修実施要領についても別添のとおり改正いたしましたので、併せてお知らせいたします。

【受講申込書記載・提出等に当たっての留意事項】

1. 都道府県に割り振られた受講研修枠については、チーム受講枠として活用する方法又は欠員補充等への対応として、個人応募者5名を都道府県で選定し応募する方法があり、どちらの方法でも構いません。
2. ただし、これまで養成研修受講実績のない新規の病院からの受講については、原則、5名でのチーム受講として下さい。
3. 1枠5名の編成は、チーム受講であっても個人受講の混成チームであっても、DMATの基本構成である医師1名、看護師2名、業務調整員1名の計4名に、いずれかの職種1名を加えた計5名での受講として下さい。

4. チーム受講枠として活用した場合には、「研修実施要領（別紙1）受講申込書（チーム受講）」の様式に記載して応募して下さい。その際、推薦した施設が災害拠点病院又は救命救急センターでない場合、都道府県の選定理由を記載して下さい。
5. また、個人5名での応募の際には、応募者ごとに「研修実施要領（別紙2）受講申込書（個人受講）」の様式に記載して応募して下さい。また、個人集計表の提出もお願いいたします。その際、「受講希望理由」欄の「欠員補充」、「予備的人員の養成」、「その他」のうち該当するものに○を付して下さい。
6. 受講申込書及び集計表は、加工せず、そのまま入力をお願いいたします。
7. 推薦は、提出先の担当者宛てのメールアドレスに送信して下さい。
8. これまで、受講者データをEMISへ入力いただいておりますので、今年度も引き続きご協力をお願いいたします。入力はメール送信時をお願いいたします。

【照会・提出先】

厚生労働省医政局地域医療計画課

救急・周産期医療等対策室 北久保

電話 03-5253-1111（内線）2558

FAX:03-3503-8562

E-mail:kitakubo-tomoya@mhlw.go.jp