

平成21年度

災害派遣医療チーム研修実施要領

厚生労働省医政局

災害派遣医療チーム研修実施要領

1. 目的

この事業は、

- ① 災害急性期（発災後48時間以内）における、被災地での医療の確保を図るため、救出・救助部門と合同して可及的速やかに活動するためのトレーニングを受けた機動性を持った災害派遣医療チーム（Disaster Medical Assistance Team（以下「DMAT」という。）の養成
- ② 大規模災害発生時に被災地域内の災害現場、患者が集中した災害拠点病院や広域医療搬送拠点（SCU）等において、参集したDMATを有機的に組織化し、指揮・命令を行うとともに消防、自衛隊、自治体災害対策本部等関係機関との調整などを適切かつ速やかに行うDMAT統括者の養成
- ③ 日本DMAT隊員として登録されている者に対して、DMAT活動に必要な知識・技術の維持、資質の向上のための研修の実施を目的とした研修を実施する。

2. 研修の種別

- (1) 災害派遣医療チーム研修
- (2) 統括DMAT研修
- (3) 災害派遣医療チーム技能維持研修（以下「DMATブラッシュアップ研修」）

※ 西日本会場は、(1)を実施

3. 災害派遣医療チーム研修

(1) 対象者

救命救急センターまたは災害拠点病院等に勤務する医師、看護師、救急救命士及び事務職員等業務調整員とする。

(2) 受講者の推薦及び決定

① チーム受講者の推薦

受講者は、都道府県等が前項に定める対象者のうちから、最も効果の期待できるチームを選考し、厚生労働省医政局長に推薦するものとする。（別紙1による受講申込書を1部作成のうえ提出すること）

※ チーム受講は、医師、看護師等、業務調整員各1名以上であって、1チ

ーム5名の編成であること。

② 個人受講者の推薦

既に、災害派遣医療チーム研修を受講したチームであって、医師等が転勤等により欠員し、チームとしての活動が困難となった場合等において、都道府県等が必要性を判断し、厚生労働省医政局長に推薦するものとする。(別紙2による受講申込書を1部作成のうえ提出すること)

③ 受講者の決定

厚生労働省医政局長は、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県に通知するものとする。

(3) 修了証書

本研修を受講し、修了した者には修了証書を授与する。

(4) 研修事業実施施設

厚生労働省が委託した施設において実施する。

(5) 研修実施施設及び受講定員

① 研修施設 東日本会場

受講定員 40チーム(200名)+個人50名

② 研修施設 西日本会場

受講定員 80チーム(400名)+個人100名

(6) 研修実施期間

原則1回につき4日間(東日本会場は年5回、西日本会場は年10回実施予定)

(7) 研修内容

別紙3の「研修内容」を標準とする。

4. 統括DMAT研修

(1) 対象者

下記の全ての要件を満たす者

① 日本DMAT隊員として登録されている医師

② 平時において地方公共団体の防災計画等の策定、防災訓練等の企画立案に携わった経験のある者

③ 災害時に被災地において、地方公共団体、消防等関係機関との調整、情報

共有が適切に行えるとともに、経時的に変化する被災地の状況に柔軟に対処し、DMATに対する適切な指示が行えると見込まれる者

(2) 受講者の推薦及び決定

① 受講者の推薦

受講者は、都道府県が前項に定める対象者のうちから、DMAT統括者として相応しいと判断する者を選考し、厚生労働省医政局長に推薦するものとする。(別紙4による受講申込書を1部作成のうえ提出すること)

② 受講者の決定

厚生労働省医政局長は、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県等に通知するものとする。

(3) 修了証書

本研修を受講し、修了した者には修了証書を授与する。

(4) 研修事業実施施設

厚生労働省が委託した施設において実施する。

(5) 研修実施施設及び受講定員

研修施設 東日本会場

受講定員 100名

(6) 研修実施期間

原則1回につき2日間(東日本会場において年2回実施予定)

(7) 研修内容

別紙5の「研修内容」を標準とする。

5. DMATブラッシュアップ研修

(1) 対象者

日本DMAT隊員として登録されている者

(2) 受講者の推薦及び決定

① 受講者の推薦

受講者は、研修実施者が計画する研修会において、都道府県が前項に定める対象者から希望者を選考し、厚生労働省医政局長に推薦するものとする。(別紙6による受講申込書を1部作成のうえ提出すること)

② 受講者の決定

厚生労働省医政局長は、都道府県等から推薦のあった者のうちから受講者を決定し、都道府県等に通知するものとする。

(3) 研修実施施設及び受講定員

研修実施施設 厚生労働省が事業委託した者が指定した施設において実施
受講定員 研修実施施設により決定

(6) 研修実施期間

原則1回につき1日間

(7) 研修内容

別紙7の「研修内容」を標準とする。

6. その他（共通事項）

旅費、滞在費及び宿泊費等実費相当分については受講者側の負担とし、受講者は、研修事業実施施設が指定する研修に必要な物品を持参するものとする。

なお、宿泊施設については、受講者各自が確保することとする。

災害派遣医療チーム研修受講申込書（チーム受講）

（都道府県名）

	第1希望	第2希望
受講希望研修施設		
受講希望回		
都道府県の優先順位		

所属施設名			
所在地	〒 (Tel)		
所属施設の救急医療体制	救命救急センター・災害拠点病院・なし		
ふりがな 受講者氏名	生年月日	男女の別	
	昭和 年 月 日 (歳)	男・女	
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 救急救命士 4. 事務 5. その他 ()		
最終学歴	学 校 名		
	卒 業 年 月	昭和・平成 年 月 日	
医師免許等	免 許 番 号	第 号	
	取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 ・ 無		
救急医療の経験年数（医師のみ）	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEC 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		
ふりがな 受講者氏名	生年月日	男女の別	
	昭和 年 月 日 (歳)	男・女	
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 救急救命士 4. 事務 5. その他 ()		
最終学歴	学 校 名		
	卒 業 年 月	昭和・平成 年 月 日	
医師免許等	免 許 番 号	第 号	
	取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 ・ 無		
救急医療の経験年数（医師のみ）	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEC 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		
ふりがな 受講者氏名	生年月日	男女の別	
	昭和 年 月 日 (歳)	男・女	
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 救急救命士 4. 事務 5. その他 ()		
最終学歴	学 校 名		
	卒 業 年 月	昭和・平成 年 月 日	
医師免許等	免 許 番 号	第 号	
	取 得 年 月 日	昭和・平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 ・ 無		
救急医療の経験年数（医師のみ）	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEC 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		

ふりがな 受講者氏名		生年月日	男女の別
		昭和 年 月 日 (歳)	男・女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 救急救命士 4. 事務 5. その他 ()		
最終学歴	学 校 名		
	卒 業 年 月	昭和・平成 年 月 日	
医師免許等	免許番号	第 号	
	取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 ・ 無		
救急医療の経験年数 (医師のみ)	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEC 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		
ふりがな 受講者氏名		生年月日	男女の別
		昭和 年 月 日 (歳)	男・女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 救急救命士 4. 事務 5. その他 ()		
最終学歴	学 校 名		
	卒 業 年 月	昭和・平成 年 月 日	
医師免許等	免許番号	第 号	
	取得年月日	昭和・平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 ・ 無		
救急医療の経験年数 (医師のみ)	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEC 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		
備 考 (研修を希望する理由及び意見)			

- (注) 1. 当該研修の受講を希望する理由及びその他受講に対する特記事項について備考欄に記載すること。
2. 医師・看護師以外の有資格者については、調整員としての有資格者については、調整員としての受講となる。

※ 受講申込施設が、災害拠点病院又は救命救急センターの指定を受けていない場合は、都道府県が、推薦した理由を必ず記載すること。
(記載がない場合は受講施設として選定できない。)

災害派遣医療チーム研修受講申込書（個人受講）

（都道府県名）

	第1希望	第2希望
受講希望研修施設		
受講希望回		
都道府県の優先順位		

所属施設名			
所在地	〒 (Tel)		
所属施設の救急医療体制	救命救急センター ・ 災害拠点病院 ・ なし		
ふりがな	生年月日		男女の別
受講者氏名	昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
職種	1. 医師 2. 看護師 3. 救急救命士 4. 事務 5. その他 ()		
最終学歴	学校名		
	卒業年月	昭和 ・ 平成 年 月 日	
医師免許等	免許番号	第 号	
	取得年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 ・ 無		
救急医療の経験年数（医師のみ）	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEC 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		
◎研修を希望する理由及び意見			
1. 欠員補充 現有チーム数 (チーム) 構成メンバー (医師: 人 看護師: 人 調整員: 人)			
2. 予備人員の確保			
3. その他 ()			
《意見》			

(注) 1. 研修を希望する理由が記載されていない場合は選定できない。

2. 医師・看護師以外の有資格者については、調整員としての有資格者については、調整員としての受講となる。

研 修 内 容

- 災害医療概論
- DMATの派遣の意義
- 災害現場における指揮命令・安全確保・情報伝達について
- 災害現場における諸機関との連携
- 災害現場における医療（トリアージ・応急治療・搬送）
- 広域震災発生時の遠隔地域医療支援
- DMAT遠隔地域派遣時の任務
- 被災地域内災害拠点病院支援の実際
- SCUでの診療と実習
- 航空機飛行中の診療と実習（※）
- 各種シナリオ想定
- 知識・技術の確認・評価

※ 関係機関との調整の結果により、別日程となる場合もある。

統括DMAT研修受講申込書

(都道府県名)

受講希望回	
都道府県の優先順位	

所属施設名			
所在地	〒 (Tel)		
所属施設の救急医療体制	救命救急センター ・ 災害拠点病院 ・ なし		
ふりがな		生年月日	男女の別
受講者氏名		昭和 年 月 日 (歳)	男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
最終学歴	学校名		
	卒業年月	昭和 ・ 平成	年 月 日
医師免許	免許番号	第 号	
	取得年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
DMAT 隊員証	隊員証No		
	登録年月日	昭和 ・ 平成	年 月 日
災害派遣の経験の有無	有 () ・ 無		
救急医療の経験年数	年 か月		
資格・認定	1. JATEC 2. JPTEG 3. ALS 4. BLS 5. その他 () 6. なし		

◎研修を希望する理由及び意見

(注) 研修を希望する理由が記載されていない場合は選定できない。

◎都道府県の推薦理由

研修内容

- 統括DMATとは
- DMATの指揮・調整のあり方
- 組織論
- 災害時における医療と消防との連携
- 災害時におけるドクターヘリ活用
- 近隣災害机上シミュレーションと白板訓練
- 事例検討（拠点病院本部、SCU、現場）
- 情報伝達手段
- 倫理的側面とマスコミ対応
- 活動報告書の作り方
- 遠隔地・病院机上シミュレーション・演習
- DMAT現地本部（災害拠点病院）での役割
- SCU DMAT本部での役割
- 被災地内病院・現場での役割
- 被災地域外拠点（DMAT参集・搬送患者受入）での役割
- 平時における役割

DMATブラッシュアップ研修申込書

(都道府県名)

受講希望ブロック	
受講希望回	
都道府県の優先順位	

所属施設名			
所在地	〒 (Tel)		
所属施設の救急医療体制	救命救急センター ・ 災害拠点病院 ・ なし		
ふりがな 受講者氏名	生年月日		男女の別
	昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 調整員		
DMAT 隊員証	隊員証No.		
	登録年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 () ・ 無		
ふりがな 受講者氏名	生年月日		男女の別
	昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 調整員		
DMAT 隊員証	隊員証No.		
	登録年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 () ・ 無		
ふりがな 受講者氏名	生年月日		男女の別
	昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 調整員		
DMAT 隊員証	隊員証No.		
	登録年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 () ・ 無		
ふりがな 受講者氏名	生年月日		男女の別
	昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 調整員		
DMAT 隊員証	隊員証No.		
	登録年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 () ・ 無		
ふりがな 受講者氏名	生年月日		男女の別
	昭和 年 月 日 (歳)		男 ・ 女
受講者住所	〒 (Tel)		
職 種	1. 医師 2. 看護師 3. 調整員		
DMAT 隊員証	隊員証No.		
	登録年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日	
災害派遣の経験の有無	有 () ・ 無		

研 修 内 容

- 厚生労働省の説明
- EMIS の説明
- 広域医療搬送の仕組みとカルテ
- 統括研修の説明
- 病院支援のあり方
- その他隊員養成研修新プログラムの変更点などの説明
- 事例紹介
- 机上訓練