

平成30年度 災害歯科保健医療チーム養成支援事業実施団体公募要領

1 総則

災害時には被災地の歯科保健医療提供能力が低下するため、災害医療に従事する歯科保健医療チームが被災地内外から参集し、被災地の医療提供能力が回復するまでの間、歯科医療機関及び避難所等において歯科保健医療支援を継続しなければなりません。

今後、発生が想定される首都直下地震や南海トラフ地震等の大規模災害では、歯科保健医療支援が長期間かつ広範囲になることが想定されることから、災害発生後における歯科医療機関及び避難所等への歯科保健医療支援を担うチームの養成や災害対策に係る保健医療活動を行うチームとの円滑な引継ぎが重要な課題となっています。

厚生労働省では、災害発生後から被災地の歯科保健医療提供能力が回復するまでの間に、歯科医療機関及び避難所等において歯科保健医療支援を行うチームを有する団体に対して、当該チームの養成研修を支援する事業を実施します。本事業を実施するに当たり、支援する研修を実施する団体（以下「実施団体」という。）を選定するため、以下の要領で実施団体の公募を行います。

2 事業目的

この事業は、災害発生直後から被災地の歯科保健医療提供能力が回復するまでの間に切れ目のない支援を行うため、その他の支援チーム等と連携するなどして、災害時に歯科保健医療支援を行うチームを有する団体に対して、当該チームに所属する歯科医療従事者（歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、業務調整員等）の養成を支援することを目的とします。

3 支援する研修の内容等

- (1) 受講対象者は、災害時に、歯科医療機関及び避難所等において歯科保健医療支援を行う歯科保健医療チームに所属する歯科医療従事者（歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、業務調整員等）とする。
- (2) 研修内容は、災害時に歯科保健医療支援を行う能力の向上を図るために実施する講義及び演習等とし、以下に掲げる内容を設けるものとする。
 - ① 災害対策に係る保健医療活動を行うチームとの役割分担・連携や円滑な引継ぎ等に関する事
 - ② 災害時の歯科保健医療活動（応急歯科治療、歯科保健活動等）に関する事
- (3) 研修への参加者数は合計で100名以上とする。また、講義及び演習等の時間数は1回当たり10時間程度とする。

4 応募団体に関する諸条件

本事業への応募者(以下「応募団体」という。)は、次の条件をいずれも満たす団体であることとします。

- (1) 本事業を的確に遂行するに足る組織、人員等を有すること。
- (2) 本事業を円滑に遂行する上で必要な経営基盤、資金等に関する管理能力、及び適正に精算を行う経理体制を有すること。
- (3) 災害時における歯科医療機関及び避難所等での歯科保健医療支援について十分な知見を有し、厚生労働省と密接かつ協調的に連絡体制を構築しつつ、本事業を円滑に実施できること。
- (4) 日本に拠点を有していること。
- (5) 災害発生後から被災地の歯科保健医療提供能力が回復するまでの間に、歯科医療機関及び避難所等において歯科保健医療支援を行う災害歯科保健医療チームが全国規模で対応可能なこと。
- (6) 厚生労働省から補助金交付等停止、又は指名競争入札における指名停止を受けている期間中でないこと。
- (7) 予算決算及び会計令第70条及び第71条の規定に該当しないこと。

5 事業期間

事業期間は、実施団体として選定された日から平成31年3月29日までとします。

6 事業団体の評価

(1) 評価の方法

事業実施団体の採択については、医政局歯科保健課において応募団体に関する諸条件に該当する旨を確認した後、提出された企画書等の評価します。

評価に当たっては、平成30年度災害歯科保健医療チーム養成支援事業実施団体評価委員会(以下「評価委員会」という。)を設置します。

評価委員会は、応募団体から提出された企画書等の内容について書類評価及び必要に応じてヒアリングを行い、それらの評価結果を基に、最も評価の高い1団体を事業実施団体として選定します。

評価は非公開で行い、選定経緯は通知しません。また、問い合わせにも応じられません。

なお、提出された企画書等の資料は返却しませんのでご了承ください。

(2) 評価の手順

評価は、以下の手順により実施されます。

① 形式評価

提出された企画書等について、医政局歯科保健課において、応募条件への適合性を評価します。

なお、応募の条件を満たしていないものについては、以降の評価の対象から除外されます。

② 書類評価

評価委員会により、書類評価を実施します。

③ ヒアリング

必要に応じて評価委員会より、応募団体の代表者（代理も可能とします。）に対してヒアリングを実施します。

ヒアリングの実施に当たって、応募が多数の場合は、書類評価等の状況を踏まえ、一部の応募団体のみ実施する場合があります。なお、ヒアリングに出席しなかった場合は、辞退したものとみなします。

④ 最終評価

書類評価及びヒアリングにおける評価を踏まえ、評価委員会において最終評価を実施し、実施団体を選定します。

（3）評価の観点

評価の観点は、以下のとおりです。

- ① 事業を的確に遂行することができる実施体制であるか。
- ② 災害歯科保健医療チームをどの程度の都道府県で有しているか、災害発生時にどの程度のチームを派遣できる体制であるか。
- ③ 研修内容は、事業目的と合致しているか。
- ④ 研修は、何人の災害歯科保健医療チームに所属する医療従事者を養成する計画になっているか。
- ⑤ 研修内容は効果的であり、配慮や工夫された内容となっているか。
- ⑥ 事業目的、内容に対し、研修計画は、実現可能かつ妥当なものになっているか。

（4）評価結果の通知等

評価の結果については、評価委員会における最終評価後、速やかに応募団体に対して通知する予定です。

なお、補助金については、事業実施団体選定の通知後に必要な交付申請手続きを経て、正式に交付されます。

7 本事業に係る補助金の交付について

本事業に係る補助金の交付については、予算の範囲内において、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和30年政令第255号）及び厚生労働省所管補助金等交付規則（平成12年厚生省・労働省令第6号）の規定によるほか、別に定める「医療関係者研修費等補助金及び臨床研修費等補助金交付要綱」の定めるところによ

り交付します。

本事業に係る補助金の交付については、以下のとおりであり、対象とする経費は、研修に関する非常勤の講師や演習助手の人件費（職員諸手当、非常勤職員手当、社会保険料）、諸謝金、旅費、消耗品費、印刷製本費、通信運搬費、借料及び損料（会場借料、機器借料）に限ります。また、基準額を超えた金額及び基準額のうち補助金額以外の金額については、事業実施団体の負担になります。

（補助率） 1 / 2

（基準額の上限） 7, 244, 000円

8 応募方法等

（1）企画書等の作成及び提出

「災害歯科保健医療チーム養成支援事業企画書」及び自己申告書その他必要資料を作成し、必要部数を以下の提出期間内に提出してください。

企画書には公募要領に示されている評価の観点を盛り込んだ上、別に定める様式により作成してください。

（2）応募方法

提出期間及び提出先（問い合わせ先）は以下のとおりです。

① 提出期間

平成30年6月29日（金）から平成30年7月18日（水）まで
（期間内に必着すること。送付は余裕を持って行うこと。）

② 提出先・問い合わせ先

提出先：〒100-8916 東京都千代田区霞が関 1-2-2

厚生労働省医政局歯科保健課

総務係 あて

※ 郵送の場合、封筒の宛名面には、「平成30年度災害歯科保健医療チーム養成支援事業企画書在中」と朱書きにより、明記してください。

問い合わせ先：厚生労働省医政局歯科保健課

総務係 伊藤

tel：03-5253-1111（内線 2583）

※ ただし、問い合わせについては、月曜日～金曜日（祝祭日を除く。）の午前9時00分～午後5時15分（正午～午後1時を除く。）とします。

③ 提出書類及び部数

ア 「災害歯科保健医療チーム養成支援事業企画書」（様式1） 8部

イ 応募団体の概要が分かる資料 各1部

・パンフレット等

・定款又は寄付行為

・団体の直近の年から過去3年分の財務諸表（写）

ウ その他必要に応じて作成した資料 8部

エ 自己申告書（様式2） 1部

※ 提出書類は、ファックスでは受け付けできません。なお、提出期間内に提出されなかった提出書類は、評価の対象外とします。

9 公募説明会（出席は任意）

本公募に関する説明会を以下のとおり実施します。出席する場合は、団体名、出席者氏名及び連絡先を記入して、7月5日（木）午後6時15分までにファックス（様式任意）にて申し込みください。

説明会日時：平成30年7月9日（月）午前11時00分～

説明会会場：厚生労働省 入札室（中央合同庁舎第5号館 地下1階）

申込先：厚生労働省医政局歯科保健課総務係

fax：03-3595-8687

平成30年度 災害歯科保健医療チーム養成支援事業 応募書類記入要領

○企画書（様式1）

様式1の記載例に従って[概要]と[本文]を作成すること。用紙サイズは原則A4両面とする。必要に応じて記入した内容の詳細を説明する資料を添付すること。

採択された場合は、本企画書に従い事業を実施していただくことになるので、実現可能な内容とすること。採択後、事業内容の大幅な変更が生じた場合は、採択の取消等となる場合があります。

記載内容の説明であるため、様式中のイタリック体（斜字体）は削除すること。

○自己申告書（様式2）

(様式1)

番 号
日 付

平成30年度 災害歯科保健医療チーム養成支援事業

企画書

団体名 ○○○○ 印

代表者名 ○○○○

所在地 ○○県○○市

連絡先 所 属

役 職

氏 名

所在地

TEL △△-△△△△-△△△△ (代表) 内線△△△△

FAX △△-△△△△-△△△△

e-mail ****@*****

[概要]

災害歯科保健医療チーム養成支援事業企画書[概要]

1. 事業実施体制	<p>(1) 団体組織図 (別添で組織図等の添付でも可) 事業実施について団体内のどの部署が担当するのかについて記載し、本事業の経理事務等を行う経理部門についても記載してください。</p> <p>(2) 実施体制 (別添で体制図等の添付でも可) 本事業を実施する体制について、実施人員や業務分担など簡潔に記載してください。なお、本事業を専任で行う者はその旨、本事業以外の業務を兼務する者はその従事割合が分かるように記載してください。</p>
2. 災害歯科保健医療チームの保有状況・派遣体制	<p>(1) 災害歯科保健医療チームの保有状況 団体傘下の各組織で何チームの災害歯科保健医療チームを保有しているか記載してください。(当該チームを全国規模で保有していることがわかる保有組織の所在地、保有チーム数が分かる一覧も添付してください。)</p> <p>(2) 災害歯科保健医療チームの派遣体制 災害発生時に最大何チームの災害歯科保健医療チームを派遣できる体制になっているか記載してください。</p>
3. 研修内容	<p>研修内容を簡潔に記載してください。その際、災害対策に係る保健医療活動を行うチームとの役割分担・連携や円滑な引継ぎ等に関すること及び災害時の歯科医療活動(応急歯科治療、歯科保健活動、遺体の身元確認等)に関することが研修に盛り込まれているか分かるようにしてください。(研修プログラム案の添付でも可)</p>
4. 事業運営	<p>研修事業の運営体制、講師の確保方法、厚生労働省との連携等について簡潔に記載してください。(災害時における歯科医療機関及び避難所等での歯科保健医療支援について十分な知見を有する講師等の確保及び厚生労働省と密接かつ協調的に連絡体制を構築しつつ、本事業を円滑に実施できる体制をどのように構築していくか記載してください。)</p>
5. 研修計画、養成人数	<p>平成30年度の研修計画について簡潔に記載してください。(平成30年度において何日間の研修を何回行い、何人の災害医療チームに所属する医療従事者(歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、業務調整員等)を養成する計画か分かるようにしてください。資料添付も可)</p>
6. その他	<p>研修事業全体において、配慮や工夫している点やアピール点等について簡潔に記載してください。</p>
7. 過去の実績等	<p>類似の研修事業の経験や実績等について、あれば簡潔に記載してください。</p>

※ この概要については、それぞれの項目のポイントとなる部分を簡潔に記載すること。詳細は本文に記載し、概要には参照ページを記載すること。

※ 別様で事業全体スケジュールも作成すること。(A4で1枚、様式任意。)

[本文]

1. 本事業の実施体制

事業実施について団体内のどの部署が担当するのかについて記載し、本事業の経理事務等を行う経理部門についても記載してください。

また、本事業を実施する体制について、実施人員や業務分担など詳細に記載してください。なお、本事業を専任で行う者はその旨、本事業以外の業務を兼務する者はその従事割合が分かるように記載してください。

2. 災害歯科保健医療チームの保有状況・派遣体制

団体傘下の各組織で何チームの災害歯科保健医療チームを保有しているか記載してください。(当該チームをどの程度の都道府県で保有していることがわかる保有組織の所在地、各組織の保有チーム数が分かる一覧も添付してください。)

また、災害発生時に最大何チームの災害歯科保健医療チームを派遣できる体制になっているか記載してください。(必要に応じて図を添付してください)

3. 研修内容

研修内容を詳細に記載してください。その際、災害対策に係る保健医療活動を行うチームとの役割分担・連携や円滑な引継ぎ等に関すること及び災害時の歯科医療活動(応急歯科治療、歯科保健活動、遺体の身元確認等)に関することが研修に盛り込まれているか分かるようにしてください。

4. 事業運営

研修事業の運営体制、講師の確保方法、厚生労働省との連携等について詳細に記載してください。(災害時における歯科医療機関及び避難所等での歯科保健医療支援について十分な知見を有する講師等の確保及び厚生労働省と密接かつ協調的に連絡体制を構築しつつ、本事業を円滑に実施できる体制をどのように構築していくか記載してください。)

5. 研修計画、養成人数

平成30年度の研修計画について詳細に記載してください。(平成30年度において何日間の研修を何回行い、何人の災害医療チームに所属する医療従事者(歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、業務調整員等)を養成する計画が分かるようにしてください。資料添付も可)

6. その他

研修事業全体において、配慮や工夫している点やアピール点等について詳細に記載してください。

7. 過去の実績等

類似の研修事業の経験や実績、その他、類似の国の委託事業又は補助事業の実績に

ついて、あれば詳細に記載すること。

- ※ 別添として別紙様式による経費明細書を作成し、添付してください。なお、対象とする経費が限られているので、作成に当たっては、公募要領7（本事業に係る補助金の交付について）に留意してください。
- ※ 本文については、上記の他に記入しておきたい項目を追加しても結構です。また、別に資料を添付することは制限ませんが、本文の参考資料という位置付けにして、過度な資料の添付は避けてください。

平成30年度研修事業経費明細書

(単位：円)

区 分	金 額	内 容
職員諸手当		
非常勤職員手当		
諸謝金		
旅費		
消耗品費		
印刷製本費		
通信運搬費		
借料及び損料（会場借料、 機器損料）		
社会保険料		
合 計		

(様式2)

自己申告書

下記の内容について誓約します。

なお、この申告に虚偽があったことが判明した場合、採択を取り消されるなどの当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

記

- 1 厚生労働省から補助金交付等停止、又は指名競争入札における指名停止を受けている期間中でないこと。
- 2 予算決算及び会計令第70条及び第71条の規定に該当しないこと。

平成 年 月 日

住所

団体名称

代表者氏名

印

支出負担行為担当官

厚生労働省医政局長 武田 俊彦 殿