



青歯発第1619号
令和6年1月30日

一般社団法人 青森県歯科技工士会
会長 長内 隆 様

一般社団法人青森県歯科医師会
会長 福土 賢治



令和6年能登半島地震への災害歯科支援チームの派遣について(第二報)

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より本会会務運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

先に青歯発第1586号にて通知しておりましたが、第二報として改めてお知らせいたします。

激甚災害に指定されました標記地震災害に関し、日本歯科医師会を通じて石川県歯科医師会より災害歯科支援チームの派遣要請があり、本会としましては本要請を受け、歯科医療救護班を編成し協力することで調整を進めておりますが、現地では避難所等における歯科支援活動を行う人員が不足しており、引き続き派遣いただける方を募集することといたしました。

つきましては、別紙の要項をご覧ください貴会会員で派遣に対応できる場合は本会事務局(FAX017-722-4603)へ2月15日(木)までお申し込みくださるようお願いいたします。

チーム編成が難しい場合は、単独での申し込みを受け付けております。その場合は青森県歯科医師会においてチーム編成の調整をさせていただきます。

※なお、令和6年1月23日～27日において、青森県より1チーム派遣(輪島市門前地区)されております

募 集 要 項

支援内容	令和6年能登半島地震被災地への災害歯科保健医療活動 ※具体的な支援内容は未定
チーム編成	歯科医師含む4人1チーム
機材等持込	事前に相談の上決定(通常の災害支援で使用する持ち物を想定)
支援先	石川県内
支援期間	3日～1週間程度
宿泊先	各自調達すること (現地は交通事情に大きな問題を有するのみならず、宿泊施設が金沢市内でも不足気味との情報有。派遣される被災地によっては、寝袋持参が前提になる場合があるのでお含み置き願います)
費用負担	<ul style="list-style-type: none">・交通費等は災害救助費から支給予定・傷害保険(日本歯科医師会に対応)
参加資格	青森県歯科衛生士会会員、青森県歯科技工士会会員
その他	<ul style="list-style-type: none">・申込みいただいた名簿により日本歯科医師会で派遣するチーム及び日程を調整し、改めてご連絡いたします・「備考」欄には派遣するに際しての条件(例:土日限定)などを記載してください。何もない場合は空欄で差し支えありません。・お預かりした個人情報(令和6年能登半島地震の災害歯科支援チーム派遣の事務)に使用するほか、現地(被災地)の歯科医師会や関係団体と共有させていただくことがあります。

その他、1月17日現在の注意、連絡事項を別紙のとおりお知らせいたしますので、
そちらも併せてご確認いただきお申込みくださるようお願いいたします。

【別添】現時点における注意・連絡事項

- 災害歯科支援チーム登録票に記入する派遣可能な登録機関は、登録するチームの派遣可能期間を示していただきたい。
いただいた期間を踏まえて、日本歯科医師会において調整し、当該都道府県歯科医師会に派遣依頼を行う。
- 当面の間、派遣前日夜に、石川県歯科医師会を交えてオンラインにて伝達を行う。
- 原則として、派遣当日には、まずは金沢市にある石川県歯科医師会館に参集する。
- 現地における日本災害歯科支援チーム（JDAT）活動に係る人件費は災害救助法が適用される。ただし、旅費、宿泊費等の給付範囲は現在調整中。
- 当面の間、宿泊先や車両は各自で調達する。
また、車を運転する際には今後の積雪等に留意する必要がある。
なお、車両通行許可証は石川県歯科医師会館にて手渡しする。
- 歯科支援活動を行うに当たっての器材は現地にも用意されているが、普段から慣れている器材を使用する観点からも携行することが望ましい。
<携行器材の例>
マスク／グローブ／紙エプロン／紙コップ／デンタルミラー／探針／ピンセット／手指消毒剤 など

災害歯科支援チーム登録 申込書

所属名： _____

派遣可能期間	
(ふりがな) 氏名
職 種	
住所等連絡先	〒 住所： 青森県
	診療所名：
	診療所TEL：
	診療所FAX：
	携帯電話番号：
	メールアドレス：
	生年月日：
備考	

派遣可能期間	
(ふりがな) 氏名
職 種	
住所等連絡先	〒 住所： 青森県
	診療所名：
	診療所TEL：
	診療所FAX：
	携帯電話番号：
	メールアドレス：
	生年月日：
備考	

書ききれない場合はコピーして記入ください