

高度被ばく医療支援センター公募要領

平成30年11月29日
原子力規制庁
放射線防護企画課

この度、原子力災害医療体制の充実化を目的として、「高度被ばく医療支援センター」の公募を以下のとおり行います。

1. 当該施設の役割

当該施設は、地域の原子力災害拠点病院¹では対応が困難な長期的かつ専門的治療を要する被ばくを伴う傷病者並びに、除染が困難であり、二次汚染等を起こす可能性が高い被ばくを伴う傷病者の診療等を行うとともに、原子力災害拠点病院等に対し、必要な診療支援、助言等が可能な専門家の派遣、高度専門的な教育研修の実施等による支援を行うことを業務とします。

2. 施設要件

「原子力災害拠点病院等の施設要件」（原子力規制庁 平成30年7月25日全部改正）をご参照ください。

3. 応募手続き

① 募集期間

募集開始日：平成30年11月29日（木）

締切日：平成30年12月28日（金）

② 応募書類

以下の応募書類を締切日までに「③応募書類の提出先」へ送付してください。その際、封筒の宛名面には、「『高度被ばく医療支援センター』公募担当者宛」と記載してください。

- 【様式第1】「高度被ばく医療支援センター」指定申請書
- 【様式第2】「高度被ばく医療支援センター」施設要件確認書
- 【様式第1】【様式第2】が保存されている電子ファイル（CD-ROM等）

¹ 原子力災害拠点病院とは、原子力災害時に被災地域の原子力災害医療の中心となって機能し、放射性物質による汚染や被ばくを伴う傷病者等（それらの疑いのある者を含む。）を受け入れ、適切な診療等を行う医療機関である。また、災害医療の知識、技能のほか、被ばく医療に係る専門的知見を有する医師、看護師、診療放射線技師等から構成する「原子力災害医療派遣チーム」を編成する。

③ 応募書類の提出先

応募書類は、郵送・宅配便等により以下へ提出してください。

〒106-8450 東京都港区六本木1-9-9
原子力規制庁 長官官房放射線防護グループ 放射線防護企画課
「高度被ばく医療支援センター」公募担当者宛

4. 施設要件の確認について

① 確認方法

確認に当たっては、提出された申請書を基に事務局で「原子力災害拠点病院等の施設要件」（原子力規制庁 平成30年7月25日全部改正）に合致するか否かを確認するとともに、事務局がヒアリング及び現地確認を行います。

② 指定の決定及び通知について

事務局による確認後、原子力規制委員会の審議を経て決定します。指定された施設については、原子力規制委員会のホームページで公表するとともに、事務局から申請施設の代表者へ通知します。

5. 留意事項

- 提出された応募書類は、本事業の採択に関する審査以外の目的には使用しません。また、応募書類は返却しません。
- 「行政機関の保有する情報の公開に関する法律」（平成11年5月14日法律第42号）に基づき、不開示情報（個人情報、法人の正当な利益を害する情報等）を除いて、情報公開の対象となりますのでご了承ください。
- 選定の正否を問わず、応募書類に係る費用は支給されません。
- 応募書類は、持参、FAX 及び電子メールによる提出は受け付けません。応募書類に不備がある場合は、審査対象となりませんので、本要領、別紙記入要領を熟読の上、記入してください。
- 応募書類は締切日必着です。締切りを過ぎての提出は受け付けませんので、郵送・宅配便等で送付する際には、簡易書留や記録が残る方法で送付してください。

【問合せ先】

原子力規制庁
長官官房放射線防護グループ放射線防護企画課
担当：平瀬、大村
電話（直通）：03-5114-2265
F A X：03-5114-2266

応募書類の記入要領

1. 指定申請書（様式第1）

書類の作成に当たっては、使用フォントを MS 明朝 12 ポイント とし、原則、左詰めで記入してください。印刷時は A4 サイズで印刷してください。

なお、「整理番号」は、事務局（原子力規制庁）が申請の管理を行う番号であるため、記入しないでください。

（1）申請施設名等

申請者となる施設名等について記入してください。

- ① 施設名：申請者となる施設の名称を記入してください。
- ② 代表者役職名・氏名：申請者となる施設の代表者の役職及び氏名を記入してください。
- ③ 所在地：申請施設の所在地及び電話番号（代表）を記入してください。

（2）事務上の連絡先等

本事業への申請に当たり、原子力規制庁との連絡担当窓口となる者について記入してください。

- ① 所属部課名：担当者が所属する部課名を記入してください。
- ② 役職名・氏名：担当者の役職及び氏名を記入してください。
- ③ 所在地：担当者の所在地、電話番号、FAX 番号及びメールアドレスを記入してください。

2. 施設要件確認書（様式第2）

書類の作成に当たっては、使用フォントを MSP ゴシック 11 ポイント とし、原則、左詰めで記入してください。印刷時は A4 サイズで印刷してください。

なお、記入に当たり、行数等が不足する場合は適宜追加してください。

また、「整理番号」は、事務局（原子力規制庁）が申請の管理を行う番号であるため、記入しないでください。

（1）施設要件確認書

施設要件確認書には、別添資料のシートに記入した内容が自動的に転記

されますので、当該確認書に直接記入する必要はありません（別添資料については、（3）を参照）。

（2）申請施設の基本情報

- ① 施設名称：申請施設名を記入してください。
例) ○○法人○○大学、○○法人○○機構、○○法人○○病院 等
- ② 所在地等：申請施設の所在地を記入してください。
- ③ 施設の規模：申請施設のうち、診療機能を有する施設の土地面積、建物面積を記入してください。
例) 病院地区の土地面積、建物面積
- ④ 病院開設：病院開設者は、プルダウンから該当するものを選択してください。
- ⑤ 施設の指定等：プルダウンから該当するものを選択してください。
- ⑥ 事業責任者：本事業で実際に対応する責任者を記入してください。
例) 病院長、○○部長、○○センター長 等
- ⑦ 事業実施体制図：本事業で実際に対応する体制図を図示してください。

（3）別添資料

別添資料については、できる限り具体的に記入してください。その際、記入例をシートごとに示していますので、参考の上、記入してください。

なお、指定後速やかに満たす必要がある項目に設定されているものについては新規申請時に限り記入不要です。また、シートの中には地図を添付する項目がありますので、シート中の指示に従って添付してください。地図は略図でも構いません。

また、チェックボックスにチェック（○印）を入力することで、施設要件確認書の記載漏れがないかを確認してください。

高度被ばく医療支援センターとして複数の機関を指定する場合には、そのうちの一の機関を中心的・先導的な役割を担う基幹高度被ばく医療支援センターとして指定することとしているため、別添資料には基幹高度被ばく医療支援センターに係るシートがあります。当該要件を満たしている場合は記載してください。