

岩手D P A T運営要綱（案）

（目的）

第1条 この要綱は、岩手県の精神科病院が編成する専門的な研修を受けた災害派遣精神医療チーム（以下「岩手D P A T」という。）の運営等に関し、必要な事項を定めることにより、岩手県内外で地震、台風等の自然災害や犯罪事件及び航空機・列車事故等の大規模な集団災害（以下「災害等」という。）が発生した場合の精神科医療及び精神保健活動の支援の充実強化を図ることを目的とする。

（活動内容）

第2条 岩手D P A Tが岩手県内で活動を行う場合は、原則として災害等が発生した地域内の保健所等に設置されるD P A T活動拠点本部（以下「活動拠点本部」という。）の指揮のもとに、以下の活動を行うものとする。

ただし、他都道府県の出動要請に基づき、県外で活動を行う場合は、原則として要請を行った都道府県のD P A T調整本部（以下「調整本部」という。）若しくは活動拠点本部の指揮のもとに、活動を行うものとする。

（1）情報収集とアセスメント

ア 被災が予想される又は患者が集中する精神科医療機関、医療救護所及び避難所等へ出向き、状況やニーズの把握に努める。

イ 収集した情報を基に、活動場所における精神保健医療に関するニーズのアセスメントを行う。

ウ 収集した情報やアセスメントの内容は、活動拠点本部へ報告する。

活動拠点本部が立ち上がっていない場合は、県庁内に設置する調整本部へ報告する。

（2）精神科医療システムに対する支援

ア 災害等によって被災した精神科医療機関又は患者が集中する精神科医療機関の機能の補完を行う。

イ 医療救護所に搬送された患者に対して、精神科医療の支援を行う。

（3）一般住民及び支援者に対する支援

ア 避難所や住居を訪問し、災害等のストレスによって新たに生じた精神的問題を抱える一般住民に対し支援を行う。

イ 地域の医療従事者、消防・警察・保健・行政職員等の災害時の支援者に対して支援を行う。

（4）精神保健に係る普及啓発

災害等による心的外傷後ストレス障害（P T S D）等を未然に防止するため、一般住民及び支援者を対象とした精神保健に係る普及啓発を行う。

（5）活動実績の登録

災害精神保健医療情報支援システムに活動実績を登録する。

（6）活動情報の引継ぎ

D P A T活動を交代する場合は、チーム間で情報の引継ぎを行うとともに、活動した場所を管轄する者に対して情報の引継ぎを行う。

(7) その他必要な業務

2 岩手D P A Tは、県内又は県外での活動に関わらず、被災地域の交通事情やライフラインの被害等、あらゆる状況を想定し、移動、医薬品等の医療資機材の調達、生活手段等については、自ら確保しながら継続した活動を行うことを基本とする。

ただし、活動に際して、資機材の調達、関係機関との連絡調整等の後方支援が必要な場合は、活動拠点本部を通して調整本部に依頼する。

(指定等)

第3条 次の要件を満たす精神科病院の長は、岩手D P A T指定医療機関（以下「指定医療機関」という。）としての指定を申し出る場合は、指定医療機関に係る申出書（別紙様式第1号）により、岩手県知事（以下「知事」という。）に申し出るものとする。

(1) 岩手D P A Tを出動させる意志を有すること

(2) 岩手D P A Tの活動に必要な人員、装備を有すること

2 知事は、前項の申し出を踏まえて適当と判断した場合には、当該精神科病院を指定医療機関として指定するとともに、指定医療機関の長との間で岩手D P A Tの出動に関する協定を締結するものとする。

(編成及び登録)

第4条 岩手D P A Tは、指定医療機関の職員をもって編成することを基本とし、医師1名以上を含む数名程度で班を編成する。

2 岩手D P A Tの編成にあたって、発災当日から遅くとも72時間以内に、被災地域内において活動できる班を先遣隊として編成するものとする。

3 岩手D P A Tを構成する班員は、知事が指定する研修を修了した者とする。

4 知事は、指定する研修を修了した者を岩手D P A T班員（以下「班員」という。）として、岩手D P A T班員登録者名簿（別紙様式第2号）に登録するものとする。

5 指定医療機関の長は、班員として登録された者に変更が生じた場合は、速やかに知事に届け出るものとする。

6 知事は、班員の活動における事故等に対応するため、班員に係る傷害保険に加入するものとする。

(出動基準)

第5条 岩手D P A Tの出動基準は以下のとおりとする。

(1) 被災地域の市町村長から災害対策基本法第68条に基づく要請があった場合

(2) 被災地域の都道府県知事から災害対策基本法第74条に基づく要請があった場合

(3) 他の都道府県知事等から「大規模災害時等の北海道・東北8道県相互応援に関する協定」（平成19年11月8日締結）又は「全国都道府県における災害時等の広域応援に関する協定」（平成19年7月12日締結）に基づく派遣要請があった場合

(4) 前各号に定めるもののほか、知事が特に必要と認めた場合

(出動要請)

第6条 知事は、前条の出動基準に照らし、岩手D P A Tを出動し対応することが効果的

であると判断したときは、岩手D P A T 出動要請書（別紙様式第 3 号）により、指定医療機関の長に対して岩手D P A T の出動を要請するものとする。

要請にあたっては、想定される業務や災害等の状況を指定医療機関の長に伝えるものとする。

2 指定医療機関の長は、知事からの要請を受けて、岩手D P A T の出動の可否について判断し、速やかに出動可否報告書（別紙様式第 4 号）により知事に報告するものとする。

3 知事は、出動可否報告書（別紙様式第 4 号）を踏まえ、出動先及び出動期間等を調整し、岩手D P A T を出動させるものとする。

出動にあたっては、指定医療機関で単独編成できる班を優先して出動させるものとする。

4 知事は、災害等の状況により、他都道府県に対して派遣要請が必要であると判断したときは、厚生労働省若しくは各都道府県に派遣要請するものとする。

（参集場所）

第 7 条 知事は、他都道府県D P A T を受け入れる場合、原則として活動拠点本部を参集場所とする。

（活動の終了）

第 8 条 指定医療機関の長は、岩手D P A T の活動が終了した場合は、岩手D P A T 活動記録報告書（別紙様式第 5 号）により、知事に報告するものとする。

（研修等）

第 9 条 指定医療機関の長は、班員の技術の向上等を図るため、院内での研修の実施、院外での研修及び訓練への派遣に努めるものとする。

2 知事は、班員の質の維持及び向上を図るため、研修及び訓練等の企画及び実施に努めるものとする。

（運営会議）

第 10 条 知事は、関係機関によるD P A T 運営会議を設置し、岩手D P A T の運用、活動の検証及び研修のあり方等について協議するものとする。

（その他）

第 11 条 その他岩手D P A T の運営等に関し必要な事項については、別途知事が定めるものとする。

附則

この要綱は、平成●年●月●日から運用する。

(別紙様式第1号)

年 月 日

岩手県知事 殿

病院名 _____

病院長名 _____ 印

岩手DPAT指定医療機関に係る申出書

このことについて、岩手DPAT運営要綱第3条第1項に基づき当病院を岩手DPAT指定医療機関に指定されるよう申し出ます。

※添付資料

岩手DPATの班員として活動が可能な人員に関する資料（別紙様式第2号を活用可）

(別紙様式第2号)

岩手D P A T班員登録者名簿

(所属病院：)

	職 種	氏 名	生年月日	研修修了年月日	登録年月日	登録番号	備考
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

(別紙様式第3号)

岩手DPA T出動要請書

年 月 日

(岩手DPA T指定医療機関の長) 様

岩手県知事

災害等の発生に伴い、貴院からの岩手DPA Tの出動が必要と認められるので、岩手DPA T運営要綱第6条第1項に基づき、岩手DPA Tの出動を要請します。

1 出動要請日時	平成 年 月 日 午前・午後 時 分
2 出動期間(予定)	平成 年 月 日頃から移動日を含め1週間程度
3 出動要請数	班 又は 名
4 出動先(予定)	
5 被災地域の状況	
6 特記事項	

※ 出動にあたっては、岩手DPA T出動可否報告書の内容を踏まえ、調整したうえで、決定します。

岩手D P A T 出動可否報告書

年 月 日

岩手県知事 殿

病院名 _____

病院長名 _____

岩手D P A Tの出動について、下記のとおり報告します。

記

出動できます

1 出動可能日	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
2 出動班員(予定)	精神科医師	
	看護師	
	業務調整員	
	その他	
3 移動方法(予定)		
4 特記事項		

※ 複数班を出動できる場合は、その旨が分かるよう記載すること。

出動できません

岩手D P A T活動記録報告書

年 月 日

岩手県知事 殿

病院名 _____

病院長名 _____

岩手D P A Tの活動状況について、下記のとおり報告します。

記

1 出動班員	精神科医師	
	看護師	
	業務調整員	
	その他	
2 活動期間	出動要請受信日時	年 月 日 (曜日) 時 分
	出 動 日 時	年 月 日 (曜日) 時 分
	現場活動開始日時	年 月 日 (曜日) 時 分
	現場活動終了日時	年 月 日 (曜日) 時 分
	病院到着日時	年 月 日 (曜日) 時 分
3 移動経路		
4 活動の概要		
5 その他次期チームの派遣に際して参考となる事項		

※ 複数班を出動させている場合は、班ごとに報告すること。

※上記項目について記入いただき、病院帰着後に下記の課あてFAX願います。

【連絡先】岩手県保健福祉部障がい保健福祉課 FAX 019-629-5454 TEL 019-629-5450