

鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱実施要領

（目的）

第1条 この要領は、鹿児島県災害派遣精神医療チーム（以下「D P A T」という。）が、鹿児島県、鹿児島県D P A T登録病院（以下「登録病院」という。）、鹿児島県精神科病院協会、医師会（郡市医師会を含む。）、消防機関、警察、海上保安庁、自衛隊等（以下「関係機関」という。）の緊密な連携の下に、効果的な運用が図られるよう、必要な事項を定めるものとする。

（登録病院）

第2条 鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱（以下「要綱」という。）第2条第2項の規定による登録病院の指定は、指定証（別記第1号様式）を交付するものとする。

（構成員登録）

第3条 要綱第2条第3項の規定による登録病院の長による推薦は、鹿児島県D P A T構成員推薦書（別記第2号様式）によるものとする。

2 要綱第2条第3項の規定によるD P A T構成員の登録は、鹿児島県D P A T構成員登録者名簿（別記第3号様式）によるものとする。

3 知事は、前項の登録をしたときは、D P A T構成員に対し、鹿児島県D P A T構成員証（別記第4号様式）を交付するものとする。

4 鹿児島県D P A T構成員証の記載事項について、変更又は登録の抹消の必要が生じたときは、登録病院の長は、速やかに鹿児島県D P A T構成員証変更等申出書（別記第5号様式）により、知事に変更又は登録の抹消の申出を行うものとする。

5 鹿児島県D P A T構成員証の有効期限は、発行した日の属する年度を含めた5年度間とするものとする。

6 知事は、鹿児島県D P A T構成員証の有効期間満了に伴い、登録病院の長から更新申請書（別記第6号様式）により更新の申請を受けた場合には、第2項に準じて登録するものとする。

（編成）

第4条 登録病院の長は、要綱第2条第3項の規定によりあらかじめ登録されたD P A T構成員により3～5人で編成したチームを派遣するが、災害発生時における被害状況や登録病院の実情に応じて、当該チームの編成を変更して派遣することができるものとする。

（D P A T統括者）

第5条 要綱第5条に規定するD P A T統括者は、以下のいずれも満たす者を選任するものとする。

（1）災害精神医療、精神科救急体制に関わる精神科医師（基幹的医療機関等の精神科医師）、地域精神医療に関わる精神科医師（管内の医師会等が推薦する精神科医師）、

または地域精神保健医療に関わる精神科医師（精神保健福祉センター等の精神科医師）

(2) 日本DPAT隊員でありDPAT統括・事務担当者研修を受講済みの者又は今後受講する意思がある者

(3) 夜間土日の緊急連絡体制の確保できる者

2 DPAT統括者の選任は、鹿児島県DPAT統括者名簿（別記第7号様式）によるものとする。

3 知事は、前項の選任をしたときは、速やかにDPAT事務局に対し、DPAT統括者の登録（別記第8号様式）を行うものとする。

（派遣要請方法）

第6条 要綱第7条に規定する派遣の要請は、DPAT登録病院連絡先一覧（別表第1）に連絡するものとし、連絡後、速やかに鹿児島県DPAT派遣要請書（別記第9号様式）により要請内容をFAX送信するものとする。

2 要請にあたっては、想定される業務や現場の状況等を登録病院の長に伝えるものとする。

3 登録病院の長は、知事からの要請を受けて、DPATの派遣が可能と判断した場合には、速やかに鹿児島県DPAT派遣要請に係る報告書（別記第10号様式）により知事に報告するものとする。

（活動の終了）

第7条 登録病院の長は、DPATの活動が終了したときは、鹿児島県DPAT活動報告書（別紙第11号様式）により、知事に報告するものとする。

（待機要請及び解除）

第8条 知事は、災害等の発生時に精神医療支援が必要となる可能性がある場合は、登録病院の長にDPATの待機を要請することができるものとする。

2 知事は、前項の規定による待機を要請をした場合に、被災地の状況等からDPATによる精神医療の支援が必要となる可能性がなくなったと判断したときは、遅滞なく待機要請を解除しなければならない。

3 第1項に規定する待機の要請及び前項の規定による待機の要請の解除は、第6条第1項の例による。

（指揮系統）

第9条 DPATは、原則として、被災地域内のDPAT活動拠点本部に参集し、その調整下で被災地域での活動を行うものとし、DPAT活動拠点本部は、DPAT都道府県調整本部の指揮下に置かれる。

2 DPATに対する指揮命令及び活動の連絡調整は、要綱第5条に定める統括者及び県が指定する者が行うものとする。

3 県内の災害等に際し派遣する場合は、DPATは被災地域の災害等の対策に係る体制の中で活動するものとする。

4 県外の災害等に際し要綱第7条に基づき派遣する場合は、被災都道府県のDPATの受入れに係る体制の中で活動するものとする。

(費用負担等の額)

第 10 条 要綱第 11 条に規定する費用負担の額は、使用した医薬品等に係る実費とする。

2 要綱第 11 条第 2 号に規定する費用負担の額は、原則として費用負担の基準（別表第 2）に定める額とする。

3 要綱第 11 条第 3 号に規定する補償の額は、補償基準（別表第 3）を基準とする。

(傷害保険の加入等)

第 11 条 知事は、D P A T の活動に伴う事故に対応するため、傷害保険に加入する。

2 傷害保険は、補償基準（別表第 3）を基準とする。

(その他)

第 12 条 この要領に定めるもののほか、D P A T に関し必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要領は、平成 2 9 年 1 2 月 1 1 日から施行する。

附 則

この要領は、平成 3 0 年 9 月 1 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 4 年 11 月 1 日から施行する。

附 則

この要領は、令和 8 年 3 月 3 1 日から施行する。

D P A T 登録病院連絡先一覧（別表第 1）

（鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱実施要領第 6 条関係）

	病 院 名	住 所	電 話	F A X
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

別表第 2

費用負担の基準

区分	日当	旅費	時間外勤務手当
医師 看護師	災害救助法施行細則（昭和35年鹿児島県規則第106号）第11条に定める額		
業務調整員	鹿児島県職員の給与に関する条例（昭和26年鹿児島県条例第13号）別表第1の行政職給料表第1級第2号に当たる者の1日当たりの給与相当額（100円未満切り捨て）	鹿児島県職員等の旅費に関する条例（昭和26年鹿児島県条例第26号）の適用を受ける職員の例により算定した額でないの額	鹿児島県職員の給与に関する条例（昭和26年鹿児島県条例第13号）行政職給料表第1級第2号給を給されている者が受けることができる超過勤務手当相当額以内

別表第 3

補 償 基 準

① 死亡・後遺障害：2億円（ただし、天災危険については1億円） ② 入院日額：1万5千円 ③ 通院日額：1万円 ④ 個人賠償責任：1億円（免責金額3,000円） ⑤ 携行品損害：10万円 ⑥ 付帯特約：天災危険担保特約（①～③に適用） 包括契約に関する特約（毎月報告・一括精算） ※ 天災危険とは、地震・噴火・津波等による危険をいう。
--

別記

第1号様式



**Kagoshima Prefectural
Disaster Psychiatric Assistance Team**

指 定 証

医療機関名

所 在 地

貴医療機関を鹿児島県災害派遣精神医療
チーム（DPAT）登録病院に指定します

年 月 日

鹿児島県知事



第2号様式

年 月 日

鹿児島県知事 殿

登録病院の長

鹿児島県DPAT構成員推薦書

鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱第3条第1項の規定により，下記の者を鹿児島県DPAT構成員として登録されますよう，関係書類を添えて推薦します。

記

1 鹿児島県DPAT構成員として推薦する者

No.	職 種	(フリガナ) 氏 名	生年月日	備 考
1		-----		
2		-----		
3		-----		
4		-----		
5		-----		

2 添付書類

上記1に掲げる者ごとに，次の書類

- ① DPAT研修の修了証書の写し
- ② 写真1枚（写真サイズは，縦3.0 cm，横2.5 cmとする。）

鹿児島県D P A T構成員登録者名簿

No.								
No.	所 属	職 種	氏 名（フリガナ）	生年月日	D P A T養成研修 終了日	登録年月日	登録番号	備考
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								

第 4 号様式

(表)

鹿児島県DPAT構成員証

登録番号

DPAT 登録病院名

氏名

生年月日

職種

写 真

上半身 正面 無帽
縦 3.0cm × 横 2.5cm

6.0cm

上記の者は、鹿児島県DPAT構成員
であることを証する。

交付年月日

年

月

日

有効期限

年

月

日

鹿児島県知事

印

9.0cm

(裏)

鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱（抜粋）
（業務内容）
第 10 条 DPAT の活動内容は、次のとおりとする。
（1）情報収集とアセスメント
（2）情報発信
（3）被災によって損壊した既存の精神科医療機能に対する支援
（4）被災のストレスによって生じた精神的問題を抱える被災住民への対応
（5）避難所及び在宅等の精神疾患を有する被災者への対応
（6）被災者支援を行っている者に対する心のケア等の支援
（7）普及啓発
（8）活動記録と処方箋
（9）活動情報の引継ぎ
2 DPAT は、原則として、現地までの移動、関係機関との連絡、医薬品等の医療資器材の調達、生活手段等を自ら確保しながら継続した活動を行うものとする。
（注 意 事 項）
1 本証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。
2 本証を紛失したときは、速やかに届出なければならない。
3 異動等により、鹿児島県DPAT構成員の登録を抹消するとき、又は本証の有効期間が満了したときは、速やかに返納しなければならない。

第5号様式

年 月 日

鹿児島県知事

殿

登録病院の長

鹿児島県D P A T構成員証記載事項変更等申出書

鹿児島県D P A T構成員証について、下記のとおり記載事項の変更（登録の抹消）が生じましたので、その旨申し出ます。

記

- 1 登録番号
- 2 氏名
- 3 職種
- 4 変更（登録の抹消）の内容
- 5 記載事項の変更

年 月 日

鹿児島県知事 殿

登録病院の長

鹿児島県D P A T構成員更新申請書

下記の者については、 年 月 日に鹿児島県D P A T構成員登録証の有効期限が到来しますが、引き続き鹿児島県D P A T構成員として登録を更新するよう関係書類を添えて申請します。

記

1 登録の更新をする者

No.	職 種	(フリガナ) 氏 名	生年月日	登 録 番 号
1				
2				
3				
4				
5				

2 提出書類

上記 1 に掲げる者ごとに写真 1 枚（写真サイズは、縦 3. 0 cm，横 2. 5 cm とする。）

第 7 号様式

鹿児島県DPAT統括者名簿

No.	所 属	職 種	(フリガナ) 氏名	生年月日	DPAT 研修終了日	登録年月日	夜間土日の 緊急連絡先	備考
1		精神保健指 定医						
2		精神保健指 定医						
3		精神保健指 定医						
4		精神保健指 定医						
5		精神保健指 定医						

第 8 号様式

鹿児島県 D P A T 統括者情報

No.	D P A T 統括者名	所属・役職	電話番号	メールアドレス①	メールアドレス②	夜間土日の 緊急連絡先
1						
2						
3						
4						
5						

※複数登録される場合、行を挿入し、それぞれの統括者について同項目を記入してください。

※土日夜間の連絡先については DPAT 事務局内で管理し、災害時に使用いたします。

登録病院の長 様

鹿児島県知事

鹿児島県 D P A T 派遣要請書

鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱第 7 条の規定に基づき、下記のとおり鹿児島県 D P A T の派遣を要請します。

記

1 要請日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時 _____ 分
2 要請人員	精神科医師 名 看 護 師 名 業務調整員 名 そ の 他 名 計 名
3 派 遣 先	
4 参集場所	
5 被災状況	
6 特記事項	

鹿児島県知事 殿

登録病院の長

鹿児島県D P A T派遣に係る報告書

鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱第 8 条第 1 項の規定に基づき，下記のとおり鹿児島県 D P A T の派遣を決定したので，報告します。

記

☐ 出動します

1 出動日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 () 午前・午後 _____ 時 _____ 分	
2 出動構成員	精神科医師	
	看護 師	
	業務調整員	
	そ の 他	
3 移動手段		
4 出 動 先		
5 参集場所		
6 特記事項		

☐ 出動できません

鹿児島県知事 殿

登録病院の長

鹿児島県 D P A T 活動報告書

鹿児島県災害派遣精神医療チーム運営要綱第 8 条第 2 項の規定に基づき、鹿児島県 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 隊 員	精神科医師	
	看 護 師	
	業務調整員	
	そ の 他	
2 活 動 期 間	派遣要請受信日時	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 現 場 の 概 況		
5 患 者 の 状 況		
6 ライフライン の復旧状況		
7 その他次チーム の派遣に際して 参考となる事項		

※上記項目について記入いただき、病院帰着後にメールか F A X で報告をお願いします。

【連絡先】 県障害福祉課 TEL 099-286-2754 FAX 099-286-5558

メール s-seishin@pref.kagoshima.lg.jp