

保健衛生職員応援調整マニュアル（案）

保健衛生職員受援マニュアル（案）

様式集

平成31（2019）年3月

様式集 目次

- 《様式 1-1》「DHEAT 等応援及び受援調整窓口登録様式（国へ提出）」
- 《様式 1-2》「DHEAT 等応援及び受援調整窓口登録様式（都道府県へ提出）」
- 《様式 2》「災害に係る DHEAT 応援派遣の可否について（国へ提出）」
- 《様式 3-1》「DHEAT 応援派遣予定者と所属長の連絡先一覧表」
- 《様式 3-2》「DHEAT 応援派遣予定者名簿」
- 《様式 4》「DHEAT 応援派遣スケジュール（国へ提出）」
- 《様式 5》「災害に係る DHEAT 応援派遣計画（班ごと提出）」

- 《別添 1》「応援派遣職員の健康管理フロー」
- 《別添 2》「応援派遣要請の概要」

- 《参考 1》「DHEAT 標準資機材（例）」
- 《参考 2》「DHEAT 個人装備（例）」
- 《参考 3》「活動資機材例（例）」
- 《参考 4》「応援派遣時オリエンテーション項目チェックリスト」
- 《参考 5》「応援派遣終了後デブリーフィング項目チェックリスト」

- 《様式 A》「被災地の基本情報及び現地の情報概況（〇〇保健所）」
- 《様式 B》「災害時業務選定シート・応急対策／非常時優先業務」
- 《様式 C》「応援受入れシート」
- 《様式 D》「配置計画書」

【DHEAT等応援及び受援調整窓口登録様式】(国へ提出)

様式1-1

※メールまたはFAXでの送信

送信先	厚生労働省健康局健康課 宛 E-mail : ○○@pref.○○.lg.jp FAX : ○○-□□-△△
送信元	○○県□□部△△課
送信日	平成○年○月○日

応援及び受援調整窓口(厚生労働省及び他の自治体との連絡窓口)

所属	○○県□□部△△課			
担当者 職氏名	主	◎◎	副	○○
電話	(日中)	○○○-□□-△△	(日中)	○○○-□□-△△
	土日・夜間	○○○-□□-△△	土日・夜間	○○○-□□-△△
E-mail	主	○○○@pref.sss.lg.jp	副	○○○@pref.sss.lg.jp
F A X	○○○-□□-△△			

【DHEAT等応援および受援調整窓口登録様式】(都道府県へ提出)

様式 1-2

※メールまたはFAXでの送信

送信先	〇〇県〇〇部〇〇課 宛 E-mail : 〇〇@pref.〇〇.lg.jp FAX : 〇〇-□□-△△
送信元	□□市△△課
送信日	平成〇年〇月〇日

応援調整窓口(都道府県及び他の自治体との連絡窓口)

所属	□□市△△課			
担当者 職氏名	主	◎◎	副	〇〇
電話	(日中)	〇〇〇-□□-△△	(日中)	〇〇〇-□□-△△
	土日・夜間	〇〇〇-□□-△△	土日・夜間	〇〇〇-□□-△△
E-mail	主	〇〇@city.△△.lg.jp	副	〇〇@city.△△.lg.jp
F A X	〇〇〇-□□-△△			

災害に係るDHEAT応援派遣の可否について

※メールまたはFAXでの送信

送信先	厚生労働省健康局健康課 宛 E-mail : 〇〇〇@mhlw.go.jp FAX : 03-□□-△△
送信元	〇〇県□□部△△課
送信日	平成〇年〇月〇日

【災害時に記入】	
DHEAT派遣の可否	可・否 ※ どちらかに〇 一定期間連続して途切れなく派遣できること
◆◆◆ DHEAT派遣が「可」の場合は以下もご記入ください ◆◆◆	
活動開始可能日	月 日 <メッセージ欄>
DHEATメンバー人数	(1日あたり) 人 例) 相互応援協定に基づき、〇町への応援派遣をする予定。できるだけ同じ自治体への派遣を希望する。
現地での活動期間	泊 日
<p>※1 長期化した場合の交替要員も考慮して、1日あたり派遣できる人数を記入すること。</p> <p>※2 同時期に複数チームの派遣が可能な場合は、用紙を追加して記入すること。</p> <p>※3 都道府県等が編成し被災地に派遣する最小の単位を「班」、班又は班の構成員が順次交代して継続して業務にあたる一連のものを「チーム」としております。</p>	

応援派遣調整窓口(被災地自治体との連絡窓口)

所属	〇〇県□□部△△課			
担当者職氏名	主	◎◎	副	〇〇
電話	(日中)	〇〇〇-□□-△△	(日中)	〇〇〇-□□-△△
	土日・夜間	〇〇〇-□□-△△	土日・夜間	〇〇〇-□□-△△
E-mail	主	〇〇〇@pref.sss.lg.jp	副	〇〇〇@pref.sss.lg.jp
F A X	〇〇〇-□□-△△			

DHEAT応援派遣予定者名簿（例）

【平時】応援派遣元自治体管理用

様式 3-1-1

班	役割	氏名	職種	DHEAT 養成研修受講歴	災害派遣経験	所属 (〇〇課)	役職	電話 (職場)	電話 (個人)	メール (公用/個人)	所属長 (氏名/職位)	所属長連絡先 (電話/メール)
1	責任者	▲▲	□□	有 H28	有 阪神、東北	□□	□□	□□	□□	□□		
	副責任者	▲▲	□□	有 H29	有 東北、熊本	□□	□□	□□	□□	□□		
	健康管理担当者	▲▲	□□	有 H30	有 新潟、東北、熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
2	責任者	▲▲	□□	有 H28	有 阪神、東北	□□	□□	□□	□□	□□		
	副責任者	▲▲	□□	有 H29	有 東北、熊本	□□	□□	□□	□□	□□		
	健康管理担当者	▲▲	□□	有 H30	有 新潟、東北、熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
3	責任者	▲▲	□□	有 H28	有 阪神、東北	□□	□□	□□	□□	□□		
	副責任者	▲▲	□□	有 H29	有 東北、熊本	□□	□□	□□	□□	□□		
	健康管理担当者	▲▲	□□	有 H30	有 新潟、東北、熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
4	責任者	▲▲	□□	有 H28	有 阪神、東北	□□	□□	□□	□□	□□		
	副責任者	▲▲	□□	有 H29	有 東北、熊本	□□	□□	□□	□□	□□		
	健康管理担当者	▲▲	□□	有 H30	有 新潟、東北、熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		
	メンバー	▲▲	□□	無 H	無 熊本	□□	□□	□□	-	-		

平成〇〇年度 DHEAT応援派遣予定者名簿（記載例）

様式3-2

- ・DHEAT構成員の職種と班員数等は保健衛生職員応援調整マニュアルによる
- ・年度当初など平時に名簿を作成し、災害時に職種別、番号順にチーム編成のための調整を実施

HO.〇.〇現在
〇〇県〇〇部

●計画案（ ）はDHEAT研修受講歴の有無

	医師	保健師	環境衛生監視員	業務調整員等	その他
1	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
2	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
3	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
4	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
5	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
6	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（有） 職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
7	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
8	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
9	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属
10	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属	氏名（無） 職種および職位 所属

災害に係るDHEAT応援派遣計画(1班ごと提出)

【応援派遣先自治体提出用】 ※メールまたはFAXでの送信

※ 応援派遣に伴う確認事項ですので、応援派遣先となる都道府県あてに必ず1班ごと送信をお願いします。

送信先 (DHEAT応援派遣先自治体)	〇〇県〇〇課 (保健医療調整本部)	様
発信元 (DHEAT応援派遣元自治体)	〇〇県〇〇部〇〇課	
記載日	平成〇年〇月〇日	

1 連絡窓口 (被災自治体との連絡窓口)

担当者職氏名	〇〇〇〇
電話	(日中)
	(夜間)
FAX	
E-mail	

2 職種及び人数

職種	人	職種	人	職種	人
医師	1	歯科医師		薬剤師	1
獣医師		保健師	1	臨床検査技師	
管理栄養士	1	精神保健福祉士		環境衛生監視員	
食品衛生監視員		業務調整員	1	運転手	
その他 (〇〇〇 例: 理学療法士)					計5人

3 応援派遣先までの交通手段 (公用車を終日現地での活動に使用することの可否)

自動車 ・ その他 ()	可 ・ 不可
---------------	--------

4 応援派遣先への到着予定日時および活動予定日

到着予定日時	月	日	()	〇時〇分	到着予定
活動開始終了日	月	日	~	月	日
1日の活動時間					8 時間

5 活動内容

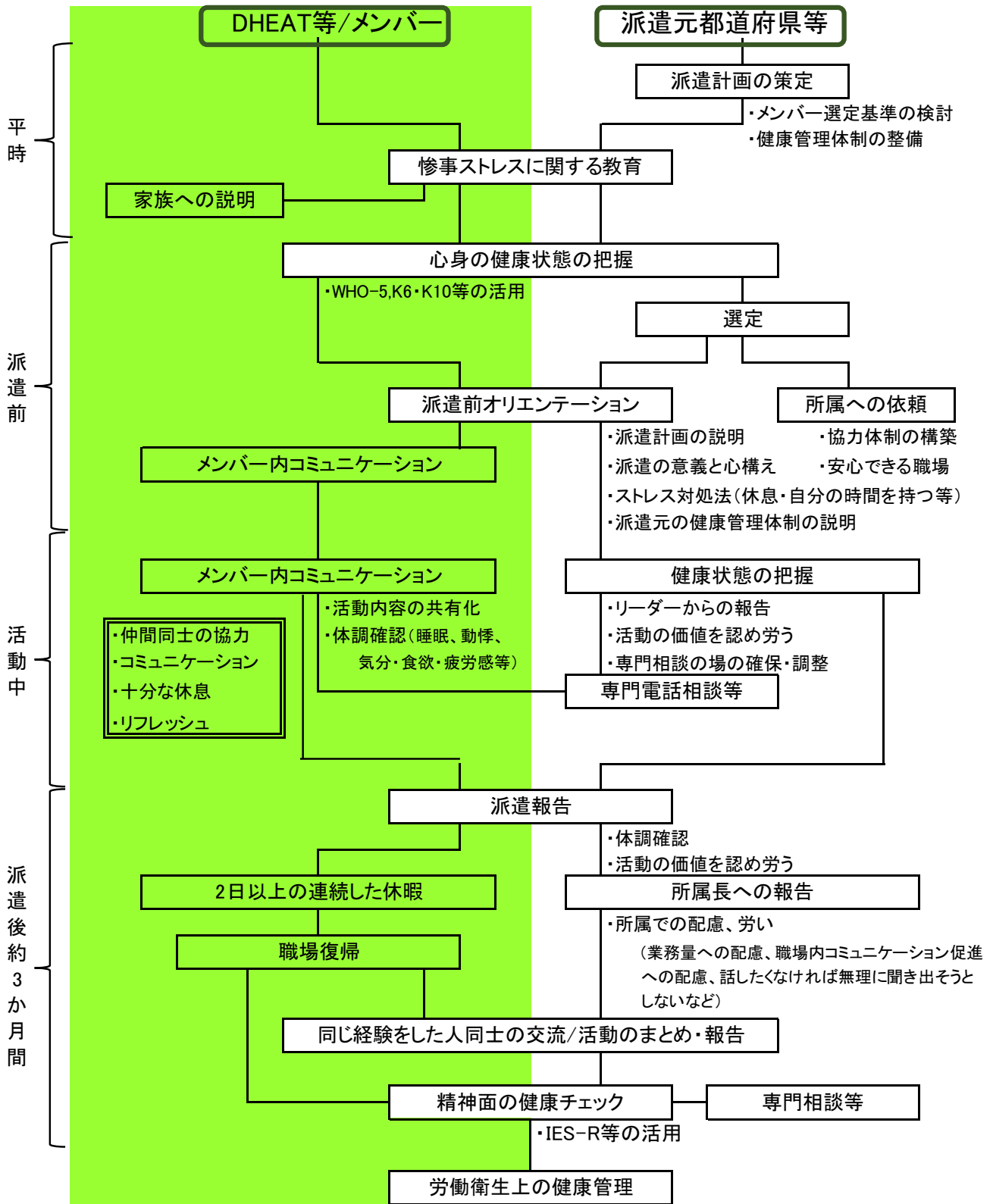
保健医療調整本部の応援、保健医療活動の指揮調整機能等

5 DHEAT応援派遣メンバー

(1) チーム (1) 班

応援派遣メンバー役割	氏名 役職 職種	連絡先 (携帯電話/メールアドレス)
責任者	〇〇〇 保健所長	電 話: どちらかに○ (公用・個人)
 医師	メー ル:
副責任者	〇〇〇 課長	電 話: どちらかに○ (公用・個人)
 薬剤師	メー ル:
健康管理担当	〇〇〇 主幹	/
 保健師	
応援派遣メンバー	〇〇〇 主査	
 管理栄養士	
	〇〇〇 主任	
 事務	/

応援派遣職員の健康管理フロー



【参考文献】内閣府「被災者のこころのケア都道府県対応ガイドライン」H24.3
 日本赤十字社「災害時のこころのケア」H20.8
 独立行政法人労働者健康福祉機構「職場における災害時のこころのケアマニュアル」H17.6

別添 2

応援派遣要請の概要

派遣依頼期間	活動開始希望日： 終了予定日：		
活動期間	1 班あたり 日間		
構成員の職種及び人数	医師 人	歯科医師 人	薬剤師 人
	獣医師 人	保健師 人	臨床検査技師 人
	管理栄養士 人	精神保健福祉士 人	環境衛生監視員 人
	食品衛生監視員 人	業務調整員 人	運転手 人
派遣場所・所在地	1 保健医療対策本部 2 保健所 3 市町村 4 その他		
集合場所・担当者	名称： 所在地： 担当者氏名： 連絡先：		
想定される業務	1 2 3 4		
活動体制	集合時間： 活動時間帯：		
ミーティング	名称： 所在地： 時間帯：		
携行資材			
被災状況の概況			
その他			
応援調整窓口	部署名： 担当者氏名： 連絡先：		

DHEAT標準資機材(例)				
区分	品名	数量	備考	
活動マニュアル等	災害時公衆衛生マニュアル	1		
	災害時健康危機管理支援チーム活動要領	1		
	保健衛生職員応援調整マニュアル	1		
	記録様式のコピー(内訳は別シート)	適宜		
	啓発用パンフレット、リーフレットなど	適宜		
	物品リスト	1個		
通信機器 & 記録機器	モバイルパソコン	2台		
	パソコン用予備バッテリー	1個		
	パソコン用ACアダプター	1式		
	データカード・ルーター	2個		
	LANケーブル	2本		
	USBメモリースティック	1個	1G程度	
	モバイルプリンター	1台	プリンタードライバー付	
	プリンター用ケーブル	1組		
	プリンター用ACアダプター	1式		
	プリンター用紙	500枚		
	プリンターインクカートリッジ	2組		
	小型プロジェクター	1台		
	接続ケーブル	1式		
	マウス、マウスパッド	1式		
	デジタルカメラ	1台		
	デジタルカメラ用充電器	1個		
	パソコン接続ケーブル	1組		
	衛星携帯電話(データ通信対応機種)	1台	BGAN・ワイドスター II 等	
	衛星携帯電話用予備バッテリー	1個		
	衛星携帯電話用ACアダプター	1式		
	衛星携帯電話用外部アンテナ	1台		
	衛星携帯電話アンテナ用延長ケーブル	1式		
	衛星携帯電話用パソコン接続ケーブル	1式		
	トランシーバー	5台	可能であれば簡易業務用無線	
	トランシーバー用充電器	5個		
	拡声器	1台		
	テーブルタップ	1個	3口(アース付)	
	電源プラグ変換器(3P-2P変換)	2個		
	車載用ACコンセント(インバーター)	1個		
	連絡先一覧	1冊	随時追加記載	
	ノート	5冊		
		(筆記用具) 文房具(はさみ のり 油性ペン(赤青黒各2本)、ボールペン、蛍光マーカー、ホッチキスと針、ガムテープ2本、セロテープ3本、付箋、穴あけパンチ、クリップ、消しゴム)単3電池12個		
		フラットファイル	5	
		記録用板	5	
		簡易白板用シート(模造紙等でも可)	1箱	ポリオレフィン製
		ホワイトボードマーカー	10本	黒・赤・青
		被災地域地図(広域:都道府県地図)	1冊	
		被災地域地図(詳細:市町村地図)	1冊	
		電波時計	1個	
		携帯ラジオ(可能であればワンセグTV)	1台	
	車載カーナビ(可能であればTV対応)	1台		
	ゴミ袋	20枚		
	ガムテープ	1個		
	トラテープ	1個		
	ロープ(10m程度)	1本		
	ティッシュペーパー	5箱		
	ウェットティッシュ	5個		
	荷造り紐	1個		
	毛布	5枚		
	寝袋	5個	冬季・寒冷地	
	アルミマット	5枚		
	ポリタンク(折りたたみビニール製)	1個		
	バケツ	2個		
	簡易トイレ	5個		
	懐中電灯	2個		
	道路地図	1冊		
	被災地近隣地図	1冊		
	ブルーシート	1枚		
	万能ナイフ	1個		
	ビニールカッパ	5個		
	ごみ箱(針捨てBOX)	1個	感染性廃棄物用	
	タイヤチェーン	1組	冬季・寒冷地(スタットレス可)	
非常食	ミネラルウォーター(500ml×24入り)	2箱		
	非常食(例:パン缶・惣菜缶等)	20食		
	インスタントコーヒー・お茶・味噌汁	1箱		
調理器具	カセットコンロ(簡易ストーブ)	1式		
	カセットコンロ用ボンベ	2個		
	やかん	1個		
	簡易食器	1式		
	紙コップ	20個		
	割り箸	50膳		

※収納にあたっては、コンパクトで機能的なケース等を用いたパッキングをおこなうこと。

DHEAT個人装備(例)

区分	品名	数量	備考
服装	DHEATジャケット(ビブス)	1着	派遣時着用
	帽子	1着	派遣時着用
	手袋	1組	
	安全靴	1足	派遣時着用
	上靴	1足	
	長靴	1足	
	災害服(上下)	1着	派遣時着用
	ヘルメット	1個	
	ヘッドランプ	1個	
	ヘッドランプ用乾電池	2組	
	ゴーグル	1個	
	肘あて・膝あて	1組	
	感染防護衣	1着	
	ウエストバック	1個	
	防塵マスク	1個	
	レインコート・ポンチョ・カッパ	1着	雨具
	防寒着	1着	冬季
		自動車運転免許証	1枚
腕時計(秒針付き)		1個	
携帯電話		1台	
携帯電話充電器		1個	
着替え		1式	概ね3日
タオル		1式	
洗面道具		1式	
常備薬		1式	必要に応じて
現金(小銭を含む)		1式	別にチームとして必要額
名刺		20枚	

DHEAT個人装備2

区分	品名	数量	備考
ウエストバック内装備	ペンライト、乾電池	1個	ウエストバックにて常に携行
	サージカルマスク	5枚	
	固定用テープ(2.5cm)	1個	
	包帯	1個	
	三角巾	1枚	
	使い捨てガウン	1枚	
	サインペン・ボールペン	1個	
	はさみ	1個	
	ガーゼ	1個	
	手ピカジェル	1本	
	軍手	1個	
	プラスチック手袋	5組	
	携帯用血圧計	1	
	飲料水	1本	

45

DHEAT活動資機材(例)

必要物品や個数は例示(現地の活動状況により判断)

	物品名	個数
1	ハイター1.5ℓ	3
2	ウェルパス手指消毒1ℓ	1
3	オスバン600ml	3
4	エタノール500ml	4
5	ピューラックス	1
6	手ピカジェル	14
7	ラップ	2
8	ホイル	2
9	非常用トイレ10回分×10セット	100回分
10	ケアバッグ20枚入り(非常用トイレ)	2
11	ハンドソープ	2
12	ハンドタオル100枚入り	4
13	キッチンペーパー箱入り	5
14	ウェットティッシュ 筒型90枚入り	4
15	ウェットティッシュ 携帯用	2
16	ポケットティッシュ	20
17	舌圧子	50
18	カット綿 100g	2
19	ガーゼM(10枚入り)	2
20	ガーゼS(12枚入り)	3
21	絆創膏L(14枚入り)	2
22	絆創膏M(25枚入り)	4
23	綿棒(20本入り)	3
24	マキロン	5
25	ゴーグル	5
26	使い捨てガウン 不織布製(黄色)	20
27	感染症対応用ガウン	20
28	ごみ袋(大)	50
29	ポリ袋 45ℓ	10
30	キッチンパック 100枚入り	2
31	ビニル袋 小(12cm×17cm)チャックつき	200
32	紙コップ	150
33	ホッカイロ	10
34	手袋L(100枚)	150
35	手袋M(50枚)	10
36	中厚手手袋M	1
37	冷却シート大人用(16枚入り)	4
38	冷却シート小人用(16枚入り)	2
39	サージカルマスク	3
40	N95マスク	20
41	軍手	10
42	アースノーマット	1
43	懐中電灯	10
44	イヤホン	2
45	ラジオ	3
46	LEDライト	1
47	ポケットコート	3
48	電子血圧計	4
49	水銀血圧計	1
50	携帯血圧計	1
51	聴診器	1
52	ウェルパス	5
53	水1.5ℓ×8本	適宜
54	缶詰類	適宜

応援派遣時オリエンテーション項目チェックリスト《参考4》

1. 組織・指揮命令系統	情報源	自治体決定事項
<input type="checkbox"/> 応援の意義・目的		○
<input type="checkbox"/> 活動期間		○
<input type="checkbox"/> 本庁担当部署及び担当者、日中・夜間連絡先		○
<input type="checkbox"/> 受援する自治体担当と派遣されるメンバー双方の自己紹介、連絡先の交換（同意を得た上で携帯電話番号、LINE、メールアドレス）、リーダーの決定		○
<input type="checkbox"/> 応援派遣自治体（所在地住所・電話番号）	厚生労働省 都道府県	
<input type="checkbox"/> 宿泊場所・駐車場所（所在地住所・電話番号）		○
<input type="checkbox"/> 受援自治体の指揮命令者、受援受入担当者名、連絡先、組織体制、派遣者の集合場所、集合時間の目安	厚生労働省 被災自治体	
<input type="checkbox"/> 派遣者の移動手段及び移動ルート確認		○
<input type="checkbox"/> 公用車（車種・番号）		○
<input type="checkbox"/> 活動資金・出納簿・出納責任者の決定		○
<input type="checkbox"/> 活動資機材及び取扱い（補充方法など）		○
2. 安全		
<input type="checkbox"/> 安全確認（衣服、持ち物、常備薬等の確認）		○
<input type="checkbox"/> 心身の健康状態確認（治療中の疾患、睡眠等の確認）		○
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先の提出		○
3. 情報		
<input type="checkbox"/> 地図（写真）	国土交通省・ 警察・県HP	○ (前のチーム)
<input type="checkbox"/> 管内地図およびハザードマップ		○
<input type="checkbox"/> 危機管理に関する指揮命令系統図、保健医療調整本部組織図		○
<input type="checkbox"/> 被災状況（死者・負傷者数、家屋の倒壊、道路の寸断等）	警察・県HP	
<input type="checkbox"/> 復旧状況（ライフライン、医療機関等）	県HP・EMIS	
<input type="checkbox"/> 支援状況（DMAT、DPAT、保健師チーム等）	県HP・EMIS	
<input type="checkbox"/> 活動内容（ミーティング・朝礼などの時間帯・場所）	被災自治体	
<input type="checkbox"/> 活動マニュアル・活動記録（様式・写真撮影・提出先）	被災自治体	○
<input type="checkbox"/> 就業（含：時間外勤務）記録（様式・提出先・定時報告時間）	被災自治体	○
<input type="checkbox"/> 活動の引継ぎ方法・個人情報の取り扱い	被災自治体	○
<input type="checkbox"/> 庁内および管内関係機関連絡先一覧	被災自治体	○
4. 注意事項		
<input type="checkbox"/> 心構え		○
<input type="checkbox"/> 安全確保（震度5弱以上でメンバーの安否報告すること等）		○
<input type="checkbox"/> 健康管理		○

応援派遣期間終了後デブリーフィング項目チェックリスト《参考5》

1. 組織・指揮命令系統	メンバー	所属長
<input type="checkbox"/> 派遣者への労い・休暇取得・日常生活への復帰について	○	○
<input type="checkbox"/> チームメンバー連絡先のデータ消去確認	○	
<input type="checkbox"/> 応援受入担当者、被災者等個人情報の消去・廃棄の確認	○	
<input type="checkbox"/> 公用車（修理を要するか否か）	○	
<input type="checkbox"/> 活動出納簿・決算報告	○	
<input type="checkbox"/> 活動資機材（返却・不足する物品の確認）	○	
2. 安全		
<input type="checkbox"/> 心身の健康状態確認（メンタルヘルスチェック等）	○	
<input type="checkbox"/> 就業にあたり配慮すべき事項（過重労働とならない事等）	○	○
<input type="checkbox"/> 緊急連絡先の返却	○	
3. 情報		
<input type="checkbox"/> 被災地の公衆衛生の状況	○	
<input type="checkbox"/> 活動及び活動に対する自己評価	○	
<input type="checkbox"/> 活動記録の回収	○	
<input type="checkbox"/> 就業記録の回収	○	
4. 今後の計画		
<input type="checkbox"/> 活動のまとめ・報告会の実施について	○	○
<input type="checkbox"/> 1～3か月後のメンタルヘルスチェックの実施、相談窓口の周知	○	○

※ 所属長へはメンバーから聴取した内容を加味し協力にかかる礼状を送ることが望ましい

「被災地の基本情報及び現地の情報概況（〇〇保健所）」

平常時作成、災害時に付記して情報提供

作成 年 月 日 時点

健康福祉センター名			住所			
総括部署		電話		FAX		
担当者名		E-mail				
地域概況（管内） 人口動態 地理・地勢・気候 交通機関 主な産業 その他	総人口	人	男性	人	女性	人
	高齢化率	%	世帯数		世帯	出
	生率	(人口千対)				
	地図貼付					
保健師所属部署名	(総括部署)					
職員数（稼働率）	()	()	()	()	()	()
管内市町名						
人口						
世帯数						
高齢化率（%）						
出生率						
職員数						
被	死者数	人				
害	避難者数	人				
避難所設置数(予定)						
救護所設置数(予定)						
DHEAT 応援派遣拠点に○						

【DHEAT 応援派遣拠点地域の状況】

◆ライフライン（各ライフラインが通じている場合は○、不通は×、状況欄に情報を付記）

事前情報＋現地でロジスティクスがチェック

	状況	状況欄
電気		
ガス		
水道		
交通（電車・バス・車）		
固定電話、携帯電話等通信		

【市町村ごとに作成 ○○県○○市（町、村）】

◆ライフライン（各ライフラインが通じている場合は○、不通は×、状況欄に情報を付記）

事前情報＋現地でロジスティクスがチェック

	状況	状況欄
電気		
ガス		
水道		
交通（電車・バス・車 道路状況		
固定電話、携帯電話等通信		

◆基本施設 2は栄養士がチェック、その他は監視員がチェック

	状況	状況欄
1 食糧製造施設	有 無	
稼働施設数	箇所	
主な稼働施設内容	種類・製造量（食分/日）等を記載	
2 特定給食施設	有 無	
主な施設		
稼働施設数	箇所	
3 水施設の稼働状況		
4 清掃工場の稼働状況		
5 廃棄物の収集状況		

有無はどちらかに○、3.4.5は稼働は○、稼働していない場合は×、一部稼働は△として状況欄に記入

◆稼働医療機関（搬送可能な近隣施設を含む） 事前情報＋現地でロジスティクスがチェック

医療機関名	診療科	所在地	連絡先	担当者名	備考

◆稼働施設、入所施設（搬送可能な近隣施設を含む） 事前情報＋現地でロジスティクスがチェック

施設名	支援対象	所在地	連絡先	担当者名	備考

《市内および〇〇市町村管内関係機関連絡先》

〇〇県庁 所在地

〇〇県庁		電話番号	FAX	メール
〇〇課	総務部門			
〇〇課	医療部門			
	生活衛生			
	食品衛生			
	健康づくり			
	ほか			

関係機関	所在地	電話番号	FAX	メール
〇〇病院				
〇〇市医師会				
〇〇市歯科医師会				
〇〇市薬剤師会				
〇〇県看護協会				
その他				

《管内地図・ハザードマップ》

《危機管理に関する指揮命令系統図・保健医療調整本部組織図》

《情報収集に関する各種帳票一覧》

《避難所、避難者情報》

		<例>	実施時期							備考
			発災直後	3時間以内	24時間以内	72時間以内	1週間以内	2週間以内	1か月以内	
応急対策業務		救命・救護								
		医療の確保・調整								
		医薬品の確保・調整								
		保健医療活動チームの受援業務								
		被災地の環境衛生								
		被災者への公衆衛生活動								
		メンタルヘルス								
		必要人数								

(2) 非常時優先業務

		<例>	目標着手時期							備考
			発災直後	3時間以内	24時間以内	72時間以内	1週間以内	2週間以内	1か月以内	
非常時優先業務		母子手帳交付								
		妊婦健診								
		妊婦教室								
		乳児健診								
		1歳6か月児健診								
		3歳児健診								
		予防接種								
		特定健診								
		特定保健指導								
		がん健診								
		必要人数								

※グレーの部分は業務を実施する。
 ※必要とする職員数を記入する。
 ※応援要請をすべき時期に○を付ける。

災害時業務選定シート記入例 (1) 応急対策業務

		<例>	実施時期							備考
			発災直後	3時間以内	24時間以内	72時間以内	1週間以内	2週間以内	1か月以内	
応急対策業務		救命・救護	○							
		医療の確保・調整	○							
		医薬品の確保・調整	○							
		保健医療活動チームの受援業務			○					
		被災地の環境衛生			○					
		被災者への公衆衛生活動			○					
		メンタルヘルス			○					
		必要人数								

作成・更新日時: _____ 年 月 日

業務名: _____ 担当部局 _____ 課 担当 _____

応援者が行う 具体的業務	
-----------------	--

希望する応援者 計画上の必要人員数 (_____ 人)	自治体職員 <input type="checkbox"/> 自治体内の他所属職員(業務経験の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 問わない) <input type="checkbox"/> 管轄保健所の職員 その他の保健医療チーム <input type="checkbox"/> DHEAT <input type="checkbox"/> 保健師チーム <input type="checkbox"/> DPAT <input type="checkbox"/> JMAT <input type="checkbox"/> 歯科医師チーム <input type="checkbox"/> JDA-DAT <input type="checkbox"/> JRAT <input type="checkbox"/> その他(_____) 協定の有無 <input type="checkbox"/> あり(締結先: _____) <input type="checkbox"/> なし その他特記事項: _____
--	--

応援者に求める具体的な 職種・資格等	
-----------------------	--

応援者の活動体制	<input type="checkbox"/> 単独活動(応援者が市町村職員とは別に単独で活動してもよい) <input type="checkbox"/> 同行活動(原則、応援者は市町村職員と一緒に活動し、単独活動は控える) <input type="checkbox"/> その他(_____)
----------	--

指揮命令者、応援受入担当			
<input type="text" value="業務指揮命令者"/> (正) _____	(副) _____	<input type="text" value="応援受入担当"/> (正) _____	(副) _____

情報収集・共有体制	<input type="checkbox"/> 会議・ミーティング (その他) _____ <input type="checkbox"/> 朝礼・終礼
-----------	---

執務スペース	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (場所) _____
--------	---

地図・資料	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容) _____
-------	---

その他資機材	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (内容) _____
--------	---

マニュアルの有無	<input type="checkbox"/> 有(名称/保管場所: _____ / _____) <input type="checkbox"/> 無
----------	---

○所属チェック用

1. 応援要請

- 応援要請の必要性を判断
- 必要な人数、資格等の確認
- 応援要請の決定

3. 応援受入確認

- 作業手順書の確認
- 応援者の受付
- 応援者名簿の作成

2. 応援受入準備

- 地図・資料の準備
- その他資機材の準備
- マニュアルの確認
- 執務・作業スペースの準備
- 宿舍の準備
- 情報通信手段の準備

4. 応援受入期間中

- 被災状況・応援内容を先遣隊に伝達
- 引継の実施

5. 応援終了

- 応援終了(撤収)の判断
- 応援終了の決定・応援受入担当への報告
- 費用負担の確認

○業務フロー

業務開始時期		
<input type="checkbox"/> 発災後72時間～	<input type="checkbox"/> 発災後1週間～	<input type="checkbox"/> 発災後2週間～
<input type="checkbox"/> その他()		

集合場所:	
集合時間:	

作業手順

No.	作業項目	作業詳細	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

作成・更新日時: ① 年 月 日

業務名: ② 担当部署: ③ 課 担当

応援者が行う
具体的業務 ④

⑤
希望する応援者
自治体職員
 自治体内の他所属職員(業務経験の有無 有 問わない)
 管轄保健所の職員
 その他の保健医療チーム
 DHEAT 保健師チーム DPAT
 JMAT 歯科医師チーム JDA-DAT
 JRAT その他()
 協定の有無
 あり(締結先:)
 なし
 その他特記事項:

応援者に求める具体的
な職種・資格等 ⑥

⑦
応援者の活動体制
 単独活動(応援者が市町村職員とは別に単独で活動してもよい)
 複数活動(原則、応援者は市町村職員と一緒に活動し、単独活動は控える)
 その他()

指揮命令者、応援受入担当
 業務指揮命令者 (正) (副) ⑧ 応援受入担当 (正) (副)

⑨
情報収集・共有体制
 会議・ミーティング (その他) 朝礼・終礼

⑩
執務スペース
 有 無 (場所)

⑪
地図・資料
 有 無 (内容)

⑫
その他資機材
 有 無 (内容)

⑬
マニュアルの有無
 有(名称/保管場所: /)
 無

○所属チェック用
 1. 応援要請
 応援要請の必要性を判断
 必要な人数、資格等の確認
 応援要請の決定
 2. 応援受入準備
 地図・資料の準備
 その他資機材の準備
 マニュアルの確認
 執務・作業スペースの準備
 宿舍の準備
 情報通信手段の準備
 3. 応援受入確認
 作業手順書の確認
 応援者の受付
 応援者名簿の作成
 4. 応援受入期間中
 被災状況・応援内容を先遣隊に伝達
 引継の実施
 5. 応援終了
 応援終了(撤収)の判断
 応援終了の決定・応援受入担当への報告
 費用負担の確認

○業務フロー
 業務開始時期 ⑮
 発災後72時間~ 発災後1週間~ 発災後2週間~
 その他()
 集合場所: ⑯
 集合時間:

作業手順

作業手順	作業項目	作業詳細	備考
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7		⑰	
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

① 「作成」及び「更新」日時を記入する

② 業務名称を記載する。

③ 本業務を所管する部署を記載する。

④ 応援者に行ってもらう具体的な業務内容を記載する。

⑤ 当該業務に従事できる応援者の種別を記載する。
 応援計画に上応援を求める人数についても記載する。

⑥ 当該業務の遂行にあたり必要な職種・資格等があれば記載する。
 ない場合は「特になし」と記載する。

⑦ 応援者が業務遂行するに当たったの形態を記載する。

⑧ 業務の指揮命令者及び応援受入担当を職名または氏名で各2名記載する。

⑨ 情報収集、共有体制としてどのような手段を用いるか記載する。

⑩ 応援者の執務・作業スペースの情報を記載する。

⑪ 応援者は地域に不慣れなため、集合場所、執務場所周辺の地図は用意すること。

⑫ 当該業務執行に当たり、応援者が用いる資機材があれば記載する。
 (資機材を利用する場合は「応援者の単独利用」、「市町村職員との共同利用」も
 (内容)欄に記載する。)

⑬ 当該業務の既存マニュアルがあれば、名称、保管場所を記載する。

⑭ 所属において対応できているかをチェックするもので、必要に応じて追記すること。

⑮ BCP上、当該業務を再開する時期を記載する。

⑯ 応援者の基本的な集合場所と時間を記載する。

⑰ 当該業務で応援者をお願いする作業を手順どおりの順番で記載する。

DHEAT・災害時保健活動支援子一人配置表

配属先	配属元	1/1: 1/2: 1/3: 1/4: 1/5: 1/6: 1/7: 1/8: 1/9: 1/10: 1/11: 1/12: 1/13: 1/14: 1/15: 1/16: 1/17: 1/18: 1/19: 1/20: 1/21: 1/22: 1/23: 1/24: 1/25: 1/26: 1/27: 1/28: 1/29: 1/30: 1/31																																
		区域(保健所名)	市町村名	派遣元自治体名	班名	班員職種	班員氏名	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月	日	月
保健医療調整本部	◎県	DHEAT1班	DHEAT1班	医師	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
				監視員																														
				事務職員																														
				栄養士																														
保健師																																		
〇〇保健所	〇県	DHEAT1班	DHEAT1班	医師	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
				監視員																														
				事務職員																														
				栄養士																														
A市	〇市	保健1班	保健1班	保健師	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
				栄養士																														
				保健師																														
B町	〇県	DHEAT1班	DHEAT1班	保健師	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	
				保健師																														
C村																																		