

各都道府県衛生主幹部（局）長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局健康課長

令和〇年〇〇災害に係る保健師等チームの応援派遣可否について（照会）

令和〇年〇月〇日（〇）に発生した〇〇災害の対応につきまして、〇〇県からの応援要請に基づき、各自治体からの保健師等チームの応援派遣について、厚生労働省において調整することといたしました。

つきましては、下記の本災害に係る保健師等チームの応援要請の概要を確認いただき、今般の保健師等チームの応援派遣に応じることが可能な場合、その体制等について、「保健師等チーム派遣調整システム」に必要事項を記載の上、御登録いただきますようお願いいたします。

また、貴職におかれましては、必要に応じて管内保健所設置市、特別区及びその他市町村に本事務連絡を展開いただくとともに、管内保健所設置市、特別区及びその他市町村保健師等も含めた編成につきましても、御検討ください。

なお、本照会は、現時点における保健師等チームの応援派遣可能数を把握するものであり、本照会により応援派遣をお願いするものではありません。

記

■回答要領

派遣可の場合は、「保健師等チーム派遣調整システム」にログインし、システム上で派遣チームの作成及び確定を行ってください。

派遣不可の場合は、事務連絡発出担当にメールで、派遣不可の旨を回答いただくようお願いいたします。

※ 派遣は可能であるが、期限までに回答が難しい場合についても、事務連絡発出担当にメールで、その旨を御連絡いただきますようお願いいたします。

回答期限：令和〇年〇月〇日（〇）〇時〇分まで

※参考：保健師等チーム派遣調整システム URL <https://www.kmnit.jp/>

■派遣概要

1 活動内容

- ・被災者の健康相談及び健康チェック
- ・避難所の衛生対策 等

2 活動場所

〇〇〇〇〇

3 活動期間

令和〇年〇月〇日（〇）から〇月〇日（〇）までの予定

※ 具体的な応援派遣期間は、被災都道府県と調整いただくこととなります。

※ 活動期間は、災害対応活動を行う期間のみを指し、被災都道府県又は被災市区町村との往復に必要な期間は含みません。

※ 人員が途切れることなく応援派遣していただきますようお願いいたします。

4 被災都道府県が必要とするチーム数

保健師等チーム 〇チーム

5 移動手段及び宿泊先

応援派遣元の各自治体において手配してください。

6 被災都道府県の状況

例）〇〇内において複数の避難所が開設されており、避難者等の健康状態について今後把握が必要になります。しかし、職員だけでは人員が不足しており、避難所における住民の健康管理を十分に行うことが困難な状況です。

7 その他

- ・災害発生時における保健師等チームの応援派遣の根拠としては、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 252 条の 17、災害対策基本法（昭和 36 年法律第 223 号）第 67 条、第 68 条若しくは第 74 条、自治体間の災害時相互応援協定又は応援派遣を行う自治体の独自の判断などが想定されますが、いずれを根拠とするかについては、基本的に、応援派遣時まで、応援派遣元の自治体と被災都道府県との間で調整していただくことになります。
- ・保健師等チームの応援派遣に係る費用負担については、応援派遣時まで、危機管理担当部局等と御調整いただきますようお願いいたします。

<問合せ先>

厚生労働省健康・生活衛生局健康課

保健指導室 〇〇、〇〇

T E L : 03-5253-1111（内線〇〇、〇〇）

〇〇-〇〇〇-〇〇〇

F A X : 〇〇-〇〇〇-〇〇〇

E-mail : 3hoken@mhlw.go.jp

緊急連絡先：090-2464-4829