

○ ○ ○ ○
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

厚生労働省健康・生活衛生局健康課長 殿

○○都道府県知事
(公印省略)

令和○年○○災害に係る保健師等チームの応援要請について

令和○年○月○日(○)に発生した○○災害について、防災基本計画及び厚生労働省防災業務計画に基づき、下記のとおり保健師等チームの応援要請をいたしますので、御対応いただきますようお願い申し上げます。

記

1 保健師等チームの応援派遣を要請する事由

例) 都道府県下○か所に避難所が開設され、避難者の健康支援活動に当たる保健師等の人員が大幅に不足しています。また、協定を締結している自治体への協力を要請しているものの、協定内での対応だけでは不十分であると判断したため、要請を行うこととしました。

なお、本要請については、当都道府県知事との協議の上、判断したものです。

2 必要とするチーム数

保健師等チーム ○チーム

3 応援派遣を必要とする期間(応援要請期間)

令和○年○月○日(○)から○月○日(○)まで

4 応援派遣先と具体的な活動内容等

例) ○か所の避難所へ配置を想定。

避難所における住民の健康管理及び在宅における要支援者の健康管理

5 災害相互応援協定の活用について

例) 現在活用している(○○県○チーム、令和○年○月○日から○月○日)

例) 活用していない

6 応援派遣元都道府県との調整窓口

例) 自治体名

部署名
調整担当者氏名
役職
電話番号（平日）
電話番号（夜間・休日）
FAX
E-mail
(連絡可能な日時)

7 その他

<問合せ先>

〇〇県〇〇〇局〇〇課 〇〇、〇〇

T E L : xx-xxxx-xxxx (内線〇〇、〇〇)

xx-xxxx-xxxx

F A X : xx-xxxx-xxxx

E-mail : xxxx@xx.jp

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となります。
- ・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

(都道府県名) 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○年○○災害に係る保健師等チームの応援派遣調整結果について

令和○年○○災害に係る保健師等チームの応援派遣可否について、御回答いただきありがとうございました。

下記のとおり、応援派遣を調整した結果をお知らせいたします。以後の詳細な調整につきましては、被災都道府県の担当者と直接行っていただきますようお願いいたします。

また、「保健師等チーム派遣調整システム」に登録いただいたチーム情報（派遣期間やメンバー等）に追記、変更又は修正が生じた場合には、速やかにシステム登録情報を更新の上、編集した旨を被災都道府県へ御連絡いただくようお願いいたします。

記

1 応援派遣先 ○○都道府県

2 活動開始日 令和○年○月○日 (○)

※ 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まない。そのため活動開始日は、応援派遣先において災害対応活動を行う初日を指す。

3 担当者連絡先

・担当者 : ○○県庁○○部○○課○○係 ○○氏、○○氏

・TEL/FAX : 000-0000-0000 / 000-0000-0000

・E-mail : ○○○○○○@○○.jp

4 その他 (先方の希望に応じて) 応援派遣先都道府県への電話連絡につきましては、令和○年○月○日 (○) ○時以降をお願いいたします。

※なお、以後は応援派遣の延長や応援派遣先の変更等がある場合にも、改めて同様の文書発出は行いませんので御承知おきください。

<問合せ先>

厚生労働省健康・生活衛生局健康課

保健指導室 ○○、○○

T E L : 03-5253-1111 (内線○○、○○)

○○-○○○-○○○

F A X : ○○-○○○-○○○

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

緊急連絡先 : 090-2464-4829

(都道府県名) 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調整結果について

令和〇年〇〇災害に係る保健師等チームの応援要請につきまして、当課において、下記のとおり応援派遣の調整を行いましたので、御連絡いたします。

詳細につきましては、保健師等チーム派遣調整システムより「割当確定済み派遣チーム全詳細」を御確認いただくとともに、今後の詳細な調整につきましては、応援派遣元都道府県と直接行っていただきますようお願いいたします。

記

1 応援派遣調整結果

保健師等チーム派遣調整システム「割当確定済みチーム全詳細」 参照

2 その他

- ・ (応援派遣元の自治体から貴自治体へ電話連絡をするよう伝えておりますので、) 今後の詳細な調整は、自治体間で行っていただきますようお願いいたします。
- ・ 被災者に対する健康調査や避難所の調査票 (アセスメントシート) 等、貴自治体で定められた記録様式がある場合は、活動開始当初から応援派遣元の自治体、保健師等チームへ提示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

事務連絡
令和〇年〇月〇日

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追加応援派遣可否について（照会）

令和〇年〇〇災害につきましては、保健師等チームの応援派遣に御支援・御協力いただき、深く感謝申し上げます。

当課で被災都道府県への保健師等チームの応援派遣に係る調整を行っているところですが、時間の経過とともに被害状況も明らかとなり、被災都道府県からは更に多くの保健師等チームの長期的な応援派遣に係る要請が来ている状況です。

つきましては、下記派遣概要のとおり〇〇県からの要請に基づき、「保健師等チーム派遣調整システム」へ新たな要請を作成しておりますので、応援派遣の詳細を確認いただき、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再度「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、令和〇年〇月〇日（〇）〇時までに登録いただきますようお願いいたします。

なお、派遣調整の状況や、応援派遣に当たっての周知事項等は、「保健師等チーム派遣調整システム」のクロノロジーにて周知しておりますので、随時御確認ください。

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、自治体間の協定により保健師等チームを応援派遣している、または予定している自治体につきましては、その旨をメールにてご連絡いただきますようお願いいたします。

■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、再度システム上で派遣システム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。

※ 令和〇年〇月〇日付け事務連絡での要請に対しチーム登録をいただいた情報はそのまま活用できないため、本事務連絡の派遣概要を確認の上、再度のシステム登録をお願いいたします。

※ 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

○○○○○

3 応援派遣を必要とする期間（応援要請期間）

令和○年○月○日（○）から○月○日（○）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。

※ 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 必要とするチーム数

保健師等チーム ○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) ○○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、保健師等チームが不足しており、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、応援派遣時までに、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となります。
- ・保健師等チームの応援派遣に係る費用負担については、応援派遣時までに、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 ○○、○○

T E L : 03-5253-1111 (内線○○、○○)

○○-○○○-○○○

F A X : ○○-○○○-○○○

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

緊急連絡先 : 090-2464-4829

