

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

〇〇〇〇〇

3 応援派遣を必要とする期間（応援要請期間）

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。

※ 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 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、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 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