

事 務 連 絡  
平成 2 3 年 3 月 1 4 日

市町村保健担当課長 様

鳥取県福祉保健部医療政策課長  
( 公 印 省 略 )

東北地方太平洋沖地震にかかる保健師等の派遣の有無について (照会)

本地震の被害についてはご承知のとおり甚大であり、被災県からは多くの保健師等の派遣要請があることから、被災地への保健師等の派遣の有無について、厚生労働省健康局総務課保健指導室から照会がきています。派遣については、被害が想定される青森県、岩手県、宮城県、福島県及び茨城県からの求めに応じて、厚生労働省において一元的に調整されます。

県保健師においては、現在派遣の準備を進めているところですが、市町村においても、被災県への派遣のご協力をお願いすることも考えられることから、現時点における市町村の保健師の派遣可能数を確認したいと思いますので、3月16日(水)正午までにファクシミリで回答いただきますようよろしくお願いします。

#### 派遣についての概要

- 1 派遣日程：6泊7日(現地で5日間の活動)
- 2 業務内容：被災住民の健康相談活動及び心のケア等
- 3 派遣1チームのメンバー：保健師2名、運転手2名  
\* なお、チーム編成が困難な場合は、保健師のみの派遣の可否について回答ください。(県職員と一緒にしたチーム編成を想定)
- 4 派遣期間：当面4月末日までを想定していますが、延長も有り得ます。

(担当)

福祉保健部医療政策課 山 崎  
電 話 0 8 5 7 - 2 6 - 7 1 9 0  
F A X 0 8 5 7 - 2 1 - 3 0 4 8

ファクシミリ送信票

宛先 鳥取県福祉保健部医療政策課 山崎 行  
 ファクシミリ 0857-21-3048

東北地方太平洋沖地震にかかる保健師等の派遣について

回答者 市町村名 \_\_\_\_\_  
 所 属 \_\_\_\_\_  
 職・氏名 \_\_\_\_\_

<p><b>派遣の可否</b>                  (派遣が可の場合下記について記入をお願いします)</p>	<p>可 (        ) 否 (        )</p>
<p><b>チームでの派遣の可否</b>                  (保健師2名、運転手2名、公用車)</p>	<p>可 (        ) チーム数 (        )                  期日： 月 日 ~ 月 日                  期日： 月 日 ~ 月 日                  期日： 月 日 ~ 月 日                  否 (        )</p>
<p><b>チームでの派遣が困難な場合                  保健師の派遣の可否</b></p>	<p>可 (        人×        回)                  期日： 月 日 ~ 月 日 (        人)                  期日： 月 日 ~ 月 日 (        人)                  期日： 月 日 ~ 月 日 (        人)                  期日： 月 日 ~ 月 日 (        人)</p>