

2 受援時活用・記入様式

記録様式	様式の説明	掲載 ページ	作成部署			参考 (出典等)	
			市町村	管轄 保健所	保健医 療調整 会議		
(1) オリエンテーション資料	災害派遣にかかる留意事項（例）	応援派遣保健師に、事前（応援派遣元自治体を出発する前）に送付する。	112				愛知県様式
	全体オリエンテーション（例）	応援派遣保健師に、オリエンテーション当日配布する。	114	○	○		
	避難所等活動の説明（例）	避難所等活動をする応援派遣保健師に配布する。	115	共同	共同		
	健康調査の説明（例）	健康調査を実施する応援派遣保健師に配布する。	116				
(2)	災害時地域まるわかり情報シート フェイスシート	オリエンテーション当日に配布する。 地域の基本情報及び現地の情報を記載している。県保健所と市町村が共同で作成し、毎年更新している。	117	○	○		
(3)	保健医療活動チーム管内配置計画表	受援する期間における各チームの配置計画表であり、活動場所ごとに配置するチームの自治体名や職種構成等を班単位で記載する。	118		(○)	○	
(4)	応援派遣保健師等のみなさまへ	オリエンテーション当日に配布する。 応援派遣保健師としての姿勢・心構えとして留意してほしい事項を記載している。	119		(○)	○	
(5)	ロードマップ	フェーズ2を目途に、市町村保健部門を中心に管轄保健所等とともに作り始める。（詳細 P38-39）	120	○	(○)	○	愛知県様式

(1) 受援のためのオリエンテーション資料

事前配布

災害派遣（〇〇市）にかかる留意事項（例）

1 派遣先

〇〇市

2 集合場所・時間

愛知県〇〇保健所 〇時

住所：〒〇〇-〇〇 〇〇市〇〇町〇〇

電話：〇〇

※ 駐車場は、〇〇保健所正面駐車場

3 派遣に係る担当者

愛知県〇〇保健所〇〇課 担当者〇〇（電話：〇〇）

愛知県〇〇局〇〇部〇〇課 担当者〇〇（電話：〇〇）

4 用務

① 避難所の巡回相談、環境整備

※ 県外〇チームと県内〇チームで分担。主たる避難所を拠点に巡回。

② 要フォロー者等の個別訪問、記録等の整理

5 一般避難所の状況（〇〇年〇月〇日現在）

	避難所名	所在地	避難者数
1			
2			
3			
...			

6 被害状況（〇年〇月〇日現在）※〇〇市内の主な状況

(1) ライフライン

電 気：〇〇市〇〇、〇〇、〇〇地区の一部で停電中

ガ ス：〇〇市〇〇地区の一部で供給停止中（都市ガス）

上水道：〇〇市〇〇、〇〇地区で計〇戸断水中

下水道：下水処理場が浸水し、〇〇市内の一部で使用制限あり

(2) 交通機関

J R：〇〇線〇〇駅以北運転見合わせ、〇〇-〇〇間の往復運行、本数減

〇〇エリア〇〇線一部運転見合わせ、〇〇エリア通常運行

(3) 交通網

高速道路：〇〇自動車道〇〇IC⇔〇IC通行止め（被災地⇔〇〇方面）

国道：〇号線（〇市〇〇）路面冠水のため通行止めあり

県道、市道：一部通行止めあり

※ 〇〇インターチェンジから〇〇保健所までの道中の交通規制はありません。

(4) 人的被害

死者：〇名、行方不明者：〇名、重傷：〇名、軽傷：〇名

(5) 物的被害

住家：床上浸水〇〇棟、床下浸水〇〇棟（調査中あり）

全壊〇、半壊〇、一部損壊〇（調査中あり）

(6) 学校関係

床上浸水〇校（〇小、〇中、〇中、休校中）

床下浸水〇校（〇小、〇中、〇中、〇から授業再開予定）

※ 飲食店、コンビニ、スーパー等は通常営業しています。（浸水した〇〇地域を除く）

パン類等は品薄感がありますが、買い物には問題はありません。

※ 〇〇保健所や〇〇駅周辺のホテル、飲食店も通常営業しています。

※日本公衆衛生協会/全国保健師長会，災害時の保健活動推進マニュアル，令和2(2020)年3月、倉敷市保健所提供資料（平成30(2018)年7月）、長野市保健所提供資料（令和元(2019)年10月）を参考に事務局にて作成。

全体オリエンテーション（例）

1 被害状況

- ・ 人的・物的被害状況
- ・ ライフラインの復旧状況
- ・ 公共交通機関の状況
- ・ 避難所開設状況

2 活動のための準備

- ・ 緊急連絡先（氏名、所属、携帯電話番号等）をお知らせください。
- ・ 物品は、お持ちいただいた物を優先して使用してください。公衆衛生活動で不足するものがある場合は、〇〇〇〇に連絡してください。
- ・ 前任のチームがいる場合は、活動内容や避難者の状況について引継ぎを受けてください。

3 毎日のミーティング

- ・ 〇〇時〇〇分 場所〇〇〇〇（住所： ）
- ・ 保健活動に関する情報交換・課題の共有、被災地の最新情報の提供等を行います。
- ・ 各避難所等の活動拠点から1名以内で参加してください。

4 担当者連絡先

- ・ 愛知県〇〇保健所〇〇課 担当〇〇 連絡先〇〇〇〇
- ・ 愛知県〇〇市〇〇課 担当〇〇 連絡先〇〇〇〇

配布資料

- 1 応援派遣保健師等のみなさまへ（P119）
- 2 保健医療活動チーム管内配置計画表（P118）
- 3 災害時地域まるわかり情報シートフェイスシート（P117）・詳細資料（必要部分）
- 4 被災自治体の保健医療福祉関係体系図
- 5 行政関係機関一覧（こころのケア・歯科保健・栄養に関する相談窓口を含む）
- 6 関係者リスト
- 7 災害対応組織体制図
- 8 最新の医療機関情報（診療できる医療機関：病院、診療所、歯科医院、薬局）
- 9 保健医療活動チームの支援状況
- 10 ロードマップ（保健活動の工程表）（完成時）（P120）
- 11 地図

避難所等活動の説明（例）

1 避難所情報

〇〇市〇〇〇避難所（住所 〇〇〇〇）

運営主体：

避難状況：

重点課題：

2 活動のための準備

- ・ 避難所に到着後、市町村担当者から可能な範囲で1日の流れを確認してください。
- ・ 活動に必要なスペースを確保してください。（食事、休憩場所も含めて市町村担当者と調整してください。）

3 活動内容

〇〇年〇月〇日から〇月〇日まで（〇時〇〇分～〇時〇〇分）

① 避難者の健康確認・健康相談

- ・ 避難者の健康管理及び処遇調整
随時、健康相談を実施してください。要配慮者は、必要に応じて福祉避難所等への移動を調整してください。継続支援が必要な人には、個別支援を行い、必要に応じて受診や専門家（こころのケア）等の相談を調整してください。
- ・ 健康教育の実施（感染症予防、深部静脈血栓症予防、生活不活発病予防等）
- ・ 保健医療福祉に関する情報提供
- ・ 衛生管理及び環境整備
- ・ 避難所設置運営担当部署との連携
- ・ 心のケア対策

② ○○○○○○○○○○○○○○○

4 記録・報告

記録様式		提出期限と提出先	
		派遣先自治体	次の派遣チーム
様式 2	避難所情報日報	毎日	
様式 3	避難所避難者の状況日報	毎日	
様式 9	巡回健康相談実施集計表	派遣期間終了時	
様式 10	保健活動日誌	派遣期間終了時	
様式 12	応援派遣時保健活動引き継ぎ書	派遣期間終了時	派遣期間終了時
様式 1	健康相談票		派遣期間終了時
様式 5	健康相談票経過用紙		派遣期間終了時
様式 11	避難所・在宅健康調査連名簿		派遣期間終了時

配布資料：地図（受け持ち避難所）、記録・報告様式各種

健康調査の説明（例）

1 調査地区・世帯

〇〇市〇〇地区

調査地区までは〇〇〇〇で移動してください。

集合場所は〇〇〇〇（住所 ）です。

2 健康調査の留意点

- ・ 調査目的は、〇〇〇〇・・・です。
- ・ 調査票により、聞き取りを行ってください。
家族状況、身体状況、受診状況、困りごとの有無 等
- ・ 健康上の問題があり、継続支援が必要な人については、様式1健康相談票を作成し、必要に応じて受診や専門家等の相談を調整してください。
- ・ 要配慮者については、必要に応じて服し避難所等への移動を調整してください。
- ・ 必要な情報提供（保健医療福祉介護の情報、生活に関する情報等）をしてください。
- ・ 不在時は、〇〇〇〇・・・としてください。
- ・ 調査内容の集約は、〇〇〇〇・・・とします。

3 記録と報告

記録様式		提出期限と提出先	
		派遣先自治体	次の派遣チーム
様式 9	巡回健康相談実施集計表	派遣期間終了時	
様式 10	保健活動日誌	派遣期間終了時	
様式 12	応援派遣時保健活動引き継ぎ書	派遣期間終了時	派遣期間終了時
様式 1	健康相談票		派遣期間終了時
様式 5	健康相談票経過用紙		派遣期間終了時
様式 11	避難所・在宅健康調査連名簿		派遣期間終了時

配布資料：地図（受け持ち地区）、記録・報告様式各種

(2) 災害時地域まるわかり情報シートフェイスシート ○○市概要

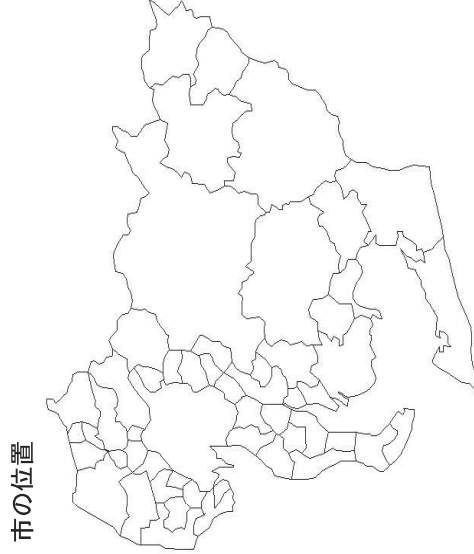
○年○月○日保健所作成
(毎年5月末保健師所管課提出)
H31.2.25

災害時要配慮者	
小児慢性特定疾病児童数	
指定難病患者数	
結核有病者数	
身障手帳保持者数	
療育手帳保持者数	
精神手帳保持者数	
(再掲) 透析患者数：身障1級(腎)	
(再掲) 在宅酸素療法患者：身障3級4級(呼吸器)	
(再掲) 在宅人工呼吸器装着患者：身障1級(呼吸器)	

人口等	
総面積	
人口	
世帯数	
出生数(出生率)	
65歳以上人口(高齢化率)	
死亡数(死亡率)	
一人暮らし高齢者	
生活保護受給者数/世帯数	
外国人居住者数(割合)	

医療機関等	
医師会名称	詳細
歯科医師会名称	詳細
薬剤師会名称	詳細
病院数(再掲：災害拠点、災害支援、精神科)	詳細
診療所数	詳細
歯科診療所数	詳細
(再掲) 透析施設数	詳細
薬局数	詳細

地域の情報	
ボランティアセンター数	
ボランティア、在宅看護職等	
民生委員数、主任児童委員数	



教育機関等	
保育所数	詳細
幼稚園数	詳細
小学校数	詳細
中学校数	詳細
高等学校数	詳細
短期大学数	詳細
大学数	詳細

地域の健康課題及び特徴

災害時に必要と考えられる以下の情報を入れてください。

- ・ 地域の特徴
 地理
 地域特性(合併等)
 交通事情
 地域産業
 ※地域により人口構成や外国人在住等特徴的なことがあれば記載
- ・ 災害時の危険状況
 南海トラフ地震等での被害想定
 被害が甚大な地域(災害種別別)等
- ・ 医療圏
- ・ 災害時対応保健所、災害医療対策会議開催保健所が異なる場合は記載
- ・ 災害時の医療機関等(他市利用等)

介護施設等	
介護施設数(介護療養、特養、老健)	詳細
訪問看護ステーション数	詳細
在宅介護支援センター数	詳細
地域包括支援センター数	詳細
有料老人ホーム数	詳細

年 月 日現在 ※

市町村役場 (防災担当課、住所、防災無線、WEBメール)	
市町村保健医療受入窓口 ※組織図添付のこと (担当課、住所、防災無線、WEBメール、担当者)	
保健師数(保健部門、福祉部門、その他)	
統括保健師名()	

福祉施設等	
母子生活支援施設数(名称)	
児童養護施設数(名称)	
障害者福祉施設(施設入所、短期入所)	詳細
救護施設数(名称)	

避難所・医療救護所	
指定避難所数	詳細
福祉避難所数	詳細
医療救護所数	詳細

※提出年度の4月1日現在の市町村連絡窓口を記入。

(3) 保健医療活動于一△管内配置計画表

← 配置期間 →

区域(保健所名) 〇県 保健医療調整本部	配置先 市町村名	派遣元																		
		派遣元自治体名 ◎県	班名 DHEAT1班	班員職種 医師 監視員 事務職員 栄養士 保健師	班員氏名	/	/	/	/	/	/	/	/							
〇〇保健所	保健医療調整会議	〇県	DHEAT1班	医師 監視員 事務職員 栄養士 保健師		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	A市	〇市	保健1班	保健師 栄養士 事務職員		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
						/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
B町	△県	保健1班	保健師 監視員 事務職員		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
					/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

(4) 応援派遣保健師等のみなさまへ

災害にかかると保健活動にご協力をいただきありがとうございます。

被災地の保健師等をはじめとする現地職員と連携して、被災地の保健活動を推進していただくために、応援派遣保健師等としての姿勢・心構えとして、留意いただきたい事項を、以下に整理しました。

1 被災自治体の意向や大切にしたい事柄を踏まえて活動する

被災地の保健活動の主体は、現地の自治体です。現地の方針や考えは、状況によって、把握しにくい場合もありますが、「現地の意向や大切にしたいことは何か」に常に注意を払い、支援者としての判断や行動に役立てるようにしてください。

2 被災自治体の地域特性や組織体制の理解のもとに活動する

応援派遣者は、現地自治体と共同し、被災地の保健活動の一部を担います。被災地域の慣習や価値観、自治体内の組織、指揮命令系統、連携体制、協議や相談の方法などを理解し、行動をとるようにしてください。

3 被災地の職員に寄り添った配慮ある行動を常に心がける

現地職員も被災者です。また現地職員は被災地の最前線で持続的に保健活動の責任を担う立場にあります。現地職員の置かれた立場や気持ち、心身の状況を思いやり、配慮のある言葉づかいや態度をとり、現地職員一人ひとりに対しても支援することを意識してください。

4 指示待ちではなく、役割の中で、保健師等として成すべきことを考え、現地の了解を得ながら、自立して活動を行う

被災自治体の意向に沿った活動をすることが原則ですが、被災自治体の状況によっては応援派遣者に担って欲しい業務について細かく指示したり依頼したりできないこともあります。そのような場合には、「何でもするので教えてください」や「何をやたらよいですか」と現地職員に指示を仰ぐのではなく、応援派遣者として与えられた役割の中で目的を理解し、必要な活動を考え、行動してください。

5 一方的な提案や指摘ではなく、現地職員と共に具体的に検討し実行する

提案や指摘は悪いことではなく、被災地の保健活動の推進に必要と思うことは、現地職員に伝える必要があります。しかし、決めつけたような言い方や要求を押し付けるような態度は、現地職員を疲弊させます。平時のときよりも慎重に言葉を用いるようにしてください。また指摘や提案の時期についても、今本当に必要なのかという点から考えてください。さらに、「このように

してみたいと思うかどうか」のように、現状が良くなるために何が必要で何ができるだろうか、という考えを主体的にもち、具体的に検討し実行するところまで現地職員と共同する意志と行動を示してください。

6 応援派遣者および応援派遣チームとしての責任ある行動と引継ぎによる継続的かつ計画的な課題解決を志向する

応援派遣者の役割は、支援によって被災地の保健活動を推進することにあります。応援派遣者個人や所属組織の利益のために活動するものではありません。現地の状況や健康課題、現地で提供された資料類は、応援派遣チーム内に引継ぎ、継続的な活動に役立ててください。派遣期間中の活動記録は、現地自治体において課題の検討や計画策定に役立ててもらうための記録や資料として現地に残してください。

7 被災地では住民に対する直接的な支援のみでなく、間接的な支援を担う場合もあることを認識する

被災地の保健活動においては、避難所等での住民への直接的な支援だけでなく、情報収集分析、統計処理、関係機関との調整等の間接的な支援も必要になる場合があります。間接的な支援も被災地に貢献する活動であり、被災地支援におけるその意味を理解して担ってください。

8 派遣期間中は、チームワーク、協調性を大切にす

派遣期間中は、実施している活動についてチーム内でコミュニケーションを十分にとり、お互いに助け合うという協調性をもって行動してください。

9 保健師等としての基本能力を駆使し、災害支援経験や研修受講などの被災地支援の知識・技術も踏まえて活動する

応援派遣者は、災害という非常事態のなかで、不慣れた土地及び環境下で活動することになります。対人支援及び地域支援の専門職としての基本能力を最大に駆使して活動してください。また、災害支援経験や研修受講などから得た知識・技術を踏まえて活動してください。

10 派遣期間中は、健康安全管理に留意する

派遣期間中は、慣れない環境下での連続業務にかかわることで、予想以上に心身に負担がかかるものです。派遣期間中は健康安全管理に留意することにも、派遣終了後も体調管理に努めてください。

