

令和3年7月15日

各市町村

防災担当課長 様
保健衛生担当課長 様

岐阜県健康福祉部保健医療課長

アレルギー疾患患者及び難病患者等に関する災害時の対応について

災害時におけるアレルギー疾患を有する方への対応について、厚生労働省健康局より情報提供がありましたので、避難所等での対応時の参考としてください。

また、避難行動要支援者名簿の作成に関して、難病患者等の情報が必要な場合、当課にて情報提供を行っていますので、下記によりご連絡願います。

記

1 避難所等におけるアレルギー疾患を有する被災者への対応について

(1) 添付資料

- ・別添1 災害派遣医療スタッフ向けアレルギー児対応マニュアル
- ・別添2 災害時のこどものアレルギー疾患対応パンフレット
- ・別添3 アレルギーのこどものために（ポスター）

※別添1～3は、日本小児アレルギー学会ホームページ (<https://www.jspaci.jp/>) からダウンロードできます。

2 避難行動要支援者名簿の作成にかかる難病患者等の情報提供について

災害対策基本法第49条の10第4項により、難病患者等の情報が必要な場合は、当課に連絡願います。

(1) 情報提供の対象者

- ・難病医療法第7条第1項に規定する医療費支給認定を受けている指定難病患者
- ・児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定を受けている小児慢性特定疾病児童等

(2) 連絡先

保健医療課 難病対策係 058-272-1111（内線 2583 担当：山内）

岐阜県健康福祉部 保健医療課 難病対策係 担当係長 森川 担当 藤吉・山内 TEL (058)272-1111（内線 2583） FAX (058)278-2624

依頼文書作成の
参考としてください

第 号
年 月 日

岐阜県健康福祉部保健医療課長 様

〇〇町長 _____ 印

避難行動要支援者名簿の作成に係る情報提供について（依頼）

標題の件につきまして、災害対策基本法第49条の10第4項に基づき、貴課が保有する「難病及び小児慢性特定疾病患者」に関する情報提供を依頼します。

記

※法令の項番号等について間違いがないか、貴市町村においてもご確認ください。

1 使用目的

災害対策基本法及び地域防災計画に基づく避難行動要支援者名簿を作成するため

2 対象者

- (1) 難病の患者に対する医療等に関する法律第7条第1項に規定する医療費支給認定を受けた指定難病の患者
- (2) 児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定を受けた小児慢性特定疾病児童等

※対象者は、必要な分のみ御記載ください。（例えば（2）の情報は不要であれば、記載不要です。）

3 提供内容

貴課が把握する上記対象者の氏名、生年月日、住所または居所、電話番号
(〇年〇月〇日時点登録データ)

※その他必要な情報（性別、市町村長が必要と認める事項等）があれば、適宜御記載ください。

4 提供方法

電子データでお願いします。

※いつの時点の登録データが必要かを、御記載ください。

5 担当者

_____ 役場 _____ 部 _____ 課 担当 _____

Tel : _____

Fax : _____

Mail : _____

※電子データの場合、提供先のメールアドレスも御記載ください。

※『避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針（平成25年8月・内閣府）』についても御参照ください。