



2312

福健第1476-2号  
平成24年12月4日

○ 沖縄県医師会長 }  
 沖縄県歯科医師会長 } 殿

沖縄県福祉保健部健康増進課長



平成24年度H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣事業の実施について

日頃より、本県のH I V／エイズ対策の推進にご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、H I V感染者・エイズ患者（以下「患者等」という。）の療養期間の長期化に伴い、長期療養・在宅療養の患者等を積極的に支える体制整備を推進することが重要とされていることから、国は、平成24年度より、新たに「H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業」を公益財団法人エイズ予防財団に委託し、別添（写）のとおり支援チーム派遣事業を実施することとしています。

当外事業は、H I V感染者・エイズ患者に対して在宅医療・介護を行う医療機関等の養成に基づき、琉球大学医学部付属病院（エイズ治療中核拠点病院）から支援チームを派遣し、患者等の治療の支援を行うことが含まれております。

つきましては、当該事業の実施について、貴会各員の在宅医療の関係機関への周知方よろしくお願いいたします。

沖縄県福祉保健部健康増進課

結核感染症班

担当：伊智 綾香

TEL：098-866-2209

FAX：098-866-2289



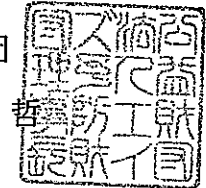
公工予240914号

平成24年9月13日

各都道府県エイズ対策担当部局 御中

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 木村



平成24年度HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣事業の実施について（依頼）

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当財団事業の実施につきましては、平素からご支援、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当財団では厚生労働省の委託を受け、今年度からHIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業を実施いたしますが、同事業には、在宅医療・介護における対応困難な事例に対し、必要に応じて中核拠点病院から支援チームを派遣する事業の実施が含まれております。

つきましては、別添「実施要項」により当該支援チーム派遣事業を実施いたしたく、管内の中核拠点病院並びに、医師会及び歯科医師会等の在宅医療の関係機関への周知のほど、お願いいたします。

本件照会先  
公益財団法人エイズ予防財団  
担当 中村・山崎  
電話：03-5259-1811





平成24年度H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣事業実施要項

1 目的

H I V感染症の治療の進歩により長期存命が可能となったH I V感染者・エイズ患者（以下「患者等」という。）に対する在宅医療・介護の環境を整備するため、在宅医療・介護を行う医療機関、訪問看護事業所、訪問介護事業所及び居宅介護事業所等（エイズ治療拠点病院を除く。以下「医療機関等」という。）をH I V医療の専門的知識を有する支援チームが支援し、地域のH I V医療の環境を整備することを目的とする。

2 事業内容

(1) 概要

患者等に対して在宅医療・介護を行う医療機関等の要請に基づき、中核拠点病院から支援チームを派遣し、患者等の治療の支援を行う。

(2) 派遣の要請

支援チームの派遣要請ができるのは、支援チームが設置されている都道府県に所在する医療機関等であって、以下のいずれかに該当する場合とする。

- ①在宅医療・介護を行っている医療機関等が、患者等に対する医療・介護の提供に際し、引き続き在宅での療養を継続する上で支援を必要とする場合
- ②近日中に患者等に対し在宅医療・介護を提供する予定のある医療機関等が、患者等の受け入れに際して支援を必要とする場合

(3) 支援チームの派遣

中核拠点病院は、医療機関等からの要請に基づき支援チームを派遣し、患者等に対するH I V医療に関する支援を行う。

3 支援チームの設置及び設置都道府県の公開

(1) 中核拠点病院は、医師、看護師及び相談員等で構成される支援チームを設置し、当該支援チームに係る情報をあらかじめ公益財団法人エイズ予防財団（以下「エイズ予防財団」という。）に登録する。

(2) エイズ予防財団は、支援チーム設置都道府県一覧を作成し、エイズ予防情報ネットにおいて公開する。

#### 4 経費等

支援チーム派遣にかかる以下の費用を、予算の範囲内においてエイズ予防財団が負担する。

①派遣謝金 1回につき 26,000 円

②派遣旅費 交通費実費

(自動車による移動の場合、エイズ予防財団の定めるところによる。)

※平成 24 年度は 50 回程度の派遣を予定

#### 5 手続等

事務手続等については、「H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業支援チーム派遣事業事務処理要領」による。

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

支援チーム派遣事業事務処理要領

(平成24年度)

## 支援チーム派遣事業の事務手続きの流れ

- 1 エイズ治療の中核拠点病院は、支援チーム設置・派遣の可否について、支援チーム派遣事業通知書（様式1）により、公益財団法人エイズ予防財団（以下「エイズ予防財団」という。）に通知する。

### 以下、実施可能な場合

- 2 支援チーム派遣を必要とする医療機関等（以下「派遣要請者」という。）は、支援チーム派遣要請書（様式2）により、エイズ予防財団に派遣の要請を行う。
- 3 エイズ予防財団は、提出された派遣要請書を中核拠点病院の支援チームに送付し、支援チームの派遣について調整を行う。
- 4 支援チームと派遣要請者は、支援の内容等について詳細な打合せを実施する。
- 5 中核拠点病院は支援チームを派遣する。
- 6 中核拠点病院は、支援チーム派遣事業に係る実績報告書（様式3）及び支援チーム派遣事業謝金・交通費請求書（様式4）を、エイズ予防財団に提出する。
- 7 エイズ予防財団は、実績報告書の内容を確認の上、中核拠点病院に謝金・交通費を送金する。

様式1

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣事業通知書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 殿

施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

平成 24 年度H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業支  
援チーム派遣事業の実施について、下記のとおり通知します。

実施の可否	実施します ・ 実施しません
<実施する場合> 支援チーム窓口（派遣要請書の送付先）	
設置部署名	
責任者又は担当者氏名	
所属部署・役職名	
電話番号	
FAX 番号	
E-mail	
中核拠点病院 事務担当者 (謝金・交通費請求書の 照会等事務手続担当者)	氏名： 所属部署・役職名： 電話： FAX：

様式2

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣要請書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 殿

事業所名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

平成 24 年度H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業支  
援チーム派遣事業の実施について、下記のとおり派遣を要請します。

派遣要請者名				
連絡先		住所： 電話番号： FAX： E-Mail：		
患者の 基本 情報	性別	男 ・ 女	年齢	歳
	傷病名			
	現在の処方			
	HIV 感染歴			
	その他	(CD-4、ウイルス量、身体状況など)		
支援を必要とする 状況・理由				



様式3

番 号  
平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 殿

施設名 \_\_\_\_\_

代表者名 \_\_\_\_\_ 印

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣事業に係る実績報告書の提出について

標記について、下記のとおり関係書類を添えて提出する。

記

(添付書類)

- 1 派遣実施者報告書 (別紙様式)
- 2 その他参考となる書類

(別紙様式)

### 派遣実施者報告書

中核拠点病院名				
支援チーム代表者氏名				
連絡先		住所： 電話番号： FAX： E-Mail：		
派遣日時		平成 年 月 日 ( 時 分～ 時 分)		
派遣先				
派遣人数		人 (構成： )		
患者情報	性別	男 ・ 女	年齢	歳
	傷病名			
支援の内容				
派遣要請者確認欄		平成 年 月 日に上記中核拠点病院による支援チームの派遣を受け、また、上記のとおり診療等に係る支援を受けました。  事業所名  要請者氏名  <p style="text-align: right;">印</p>		

様式 4

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
支援チーム派遣事業謝金・交通費請求書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 殿

施設名

代表者名

印

平成 24 年度H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業支  
援チーム派遣事業の謝金・交通費について、下記のとおり請求します。

中核拠点病院名	
派遣実施日	平成 年 月 日
派遣先機関名	
交通機関名・ 乗車区間及び 運賃	〇〇〇〇線××××駅～△△△△駅 円 〇〇〇〇線××××駅～△△△△駅 円
振込口座	金融機関名 _____ 支店名 _____ 支店 口座種類 普通 ・ 当座 _____ 口座番号 _____ フリガナ 口座名義 _____