



福岡医発第 1339 号 (地)

令和 5 年 8 月 24 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

令和 5 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

今般、標記の件につきまして、別添のとおり福岡県保健医療介護部より周知依頼がありました。

本事業は、福岡県のエイズ治療中核拠点病院である産業医科大学病院において、治療法の進歩により長期存命が可能となった H I V 感染者・エイズ患者が直面する長期療養の問題に対応するため、在宅しながら安心して医療・介護が受けられる環境整備を図ることを目的として、在宅医療・介護を行う医療機関等に対し、H I V 医療の専門的知識を有する支援チームを派遣するものです。

つきましては、貴会におかれましても本件につきましてご了解いただき、貴会会員への周知方よろしくお願いいたします。

なお、本事業利用につきましては、別紙「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」によりお申込みください。

小郡三井医師会より

感染症対策担当理事 橋本朋也
会長 島田昇二郎

公印省略

5疾病第4174号
令和5年8月9日

公益社団法人福岡県医師会長
公益社団法人福岡県病院協会長
一般社団法人福岡県私設病院協会長
公益社団法人全国自治体病院協議会福岡県支部長
一般社団法人福岡県精神科病院協会長

} 殿

福岡県保健医療介護部長
(がん感染症疾病対策課感染症対策係)

令和5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

本県の保健医療介護行政の推進につきましては、平素から格別の御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本県のエイズ治療の中核拠点病院である産業医科大学病院が医療機関、訪問看護事業所及び訪問介護事業所等に対し、在宅治療・介護の支援を行う「支援チーム派遣事業」を実施しますのでお知らせいたします。

この「支援チーム派遣事業」は、治療法の進歩により長期存命が可能となったHIV感染者・エイズ患者が直面する長期療養の問題に対応するため、在宅しながら安心して医療・介護が受けられる環境の整備を図ることを目的として行われるものです。

つきましては、貴会会員に対して周知していただきますようお願いいたします。

お問い合わせ先
福岡県保健医療介護部がん感染症疾病対策課
感染症対策係 吉本
TEL:092-643-3597 FAX:092-643-3331
E-mail:yoshimoto-a7957@pref.fukuoka.lg.jp

「支援チーム派遣事業」のお知らせ

(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)

【目的】

治療法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。）が直面する長期療養の問題に対応するため、在宅医療・介護を行う医療機関等に支援チームを派遣し、在宅しながら安心して医療・介護が受けられる環境の整備を図ることを目的とします。

【事業内容】

■支援チームの構成

エイズ治療の中核拠点病院である産業医科大学の医師、看護師及び相談員等で構成されるH I V医療の専門的知識を有するチームです。

■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です。

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、患者の受け入れに際して支援を必要とする場合。

【申込み方法・問い合わせ先】

支援チーム派遣要請書（別添「様式2」）により、公益財団法人エイズ予防財団に派遣の要請を行ってください。

※この事業の詳細は、インターネットの「エイズ予防情報ネット（A P I - N e t）」に掲載されています。（<http://api-net.jfap.or.jp/index.html>）

公益財団法人エイズ予防財団

〒101-0064

東京都千代田区神田猿樂町 2-7-1 TOHYU ビル 3 階

TEL : 03-5259-1811 FAX : 03-5259-1812

(様式2)

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

年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 白 阪 琢 磨 様

(派遣要請者)

事業所名

代表者氏名

令和5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）の実施について、下記のとおり派遣を要請します。

事業所の情報		所在地：〒 事務担当者氏名： 電話番号： 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				