

在宅医療・介護を行う医療機関等のみなさまへ

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について

<目的>

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（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。

<事業の内容>

◇ 支援チームとは？

栃木県のエイズ治療中核拠点病院である済生会宇都宮病院の医師、看護師等で構成される HIV 医療の専門的知識を有するチームです。

◇ どんな場合に利用できるの？

支援チームの派遣要請ができるのは、栃木県内に所在する医療機関等（病院（エイズ治療拠点病院を除く。）、診療所、訪問看護事業所、訪問介護事業所等をいう。）であって、以下のいずれかに該当する場合は、

- 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

<申込み・お問合せ先>

「支援チーム派遣要請書（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。

※希望者の受付は12月初旬まで、実施は2月中旬までとなります。

○公益財団法人エイズ予防財団

〒101-0061 東京都千代田区三崎町 1-3-12 水道橋ビル 5 階

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

URL : <https://api-net.jfap.or.jp/library/care.html>

○栃木県保健福祉部 健康増進課 感染症対策室 連絡先 028-623-3089

栃木県

(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

令和 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

印

令和2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				