

兵庫県エイズカウンセラー派遣事業実施要領

1 目的

治療に対する不安感、社会的差別への恐怖感から、精神的に不安定な状況に陥りやすいA I D S患者及びH I V感染者、その家族等（以下「患者等」という。）に対して、県がエイズカウンセラーを派遣し、継続的にきめ細かな相談・カウンセリングを行うことにより、患者等の精神的不安等の負担の軽減を図り、もって本県のエイズ診療の充実を図る。

2 対象者

この事業の対象者は、県内の医療機関又は健康福祉事務所（保健所）（保健所設置市は除く。）で治療や指導を受けている患者等で、カウンセリングを必要とする者。

3 実施方法

(1) エイズカウンセラー派遣の申込

医療機関又は健康福祉事務所（保健所）は、患者等に事業の趣旨を説明し、カウンセリングの希望を確認した上で、派遣依頼の際に別紙様式1により感染症対策課にカウンセラーの派遣を申し込むものとする。

(2) エイズカウンセラーの派遣

感染症対策課は、医療機関又は健康福祉事務所（保健所）からの依頼に基づき、次のいずれかの条件を満たす者をエイズカウンセラーとして派遣し、患者等のカウンセリングを主治医等との連携のもとに実施する。

ア エイズに関する知識を有する臨床心理士又は社会福祉士

イ 学校教育法（昭和22年法律第26号）に基づく大学等において心理学又は医学のいずれかを専修する学科を卒業した者又はこれと同等の知識を有する者で、エイズに関する深い理解のある者

ウ 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）に基づく保健師、助産師又は看護師の免許を有する者で、エイズに関する深い理解と知識のある者

エ エイズブロック拠点病院及びエイズ中核拠点病院に所属する者又は推薦された者

(3) エイズカウンセリングの実施

エイズカウンセラーは、主治医又は健康福祉事務所（保健所）長の指示に基づき、当該患者等へのカウンセリングを医療機関または健康福祉事務所（保健所）において実施するものとする。

(4) エイズカウンセリング実施の報告

エイズカウンセラーは、カウンセリングの結果を別紙様式2により感染症対策課長に、別紙様式3により主治医又は健康福祉事務所（保健所）長にそれぞれ報告するものとする。

(5) エイズカウンセラー派遣に要する経費

エイズカウンセラー派遣に要する経費については、兵庫県が予算の範囲内で負担するものとする。

4 秘密の厳守

カウンセラーは、カウンセリング上知り得た秘密を他人に漏らしてはならないものとする。

5 その他

この要綱で定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則 この要領は、平成20年度事業実施分からこれを適用する。

附 則 この要領は、平成21年4月1日から施行する。

附 則 この要領は、平成22年4月1日から施行する。

附 則 この要領は、平成24年4月1日から施行する。

附 則 この要領は、令和3年4月1日から施行する。

附 則 この要領は、令和4年4月1日から施行する。

別紙様式1

年 月 日

兵庫県保健医療部感染症等対策室感染症対策課長 様

医療機関（健康福祉事務所）名

医療機関（健康福祉事務所）長

エイズカウンセラーの派遣について

このことについて、下記のとおり依頼します。

記

1 派遣希望日時 _____ 年 月 日 時 分

2 主治医等氏名 _____

3 連絡先 担当者所属・氏名 _____

住 所 _____

電 話 _____

電子メールアドレス _____

4 患者番号等 _____ 病院・健康福祉事務所 No. _____

年 齢 (歳代) 性 別 (男・女) _____

カウンセリング実施記録

年 月 分

カウンセラー氏名 _____

カウンセリング 日 時	患者番号 病院・健康福祉事務所 No.	実施場所	主治医等 確認サイン
第 回	年 月 日 時 分～ 時 分 (内容概略)		
第 回	年 月 日 時 分～ 時 分 (内容概略)		
第 回	年 月 日 時 分～ 時 分 (内容概略)		
第 回	年 月 日 時 分～ 時 分 (内容概略)		

- ※ 次回、事業継続の有無（あり・なし）
- ※ 記載内容については個人情報保護に留意してください。
- ※ 実施記録は、早急にご提出ください。

カウンセリング結果報告書

1 患者番号	病院・健康福祉事務所 No.
2 年 月 日	年 月 日
3 主治医等氏名	
4 カウンセリング内容	
報告者氏名 (カウンセラー) 電話番号 電子メールアドレス	