

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事務処理要領 (令和7年度)

公益財団法人エイズ予防財団

目 次

1	事務処理の手順	1
2	事務処理用様式	
	様式1 「支援チーム派遣事業通知書」	4
	様式2 「支援チーム派遣要請書」	5
	様式3 「実績報告書」	6
	別紙1 「派遣実施者報告書」	7
	別紙2 「委託費・交通費請求書」	8
資料	支援チーム派遣事業実施要項	9

1 事務処理の手順

I 年度初め

1 本事業の紹介

エイズ予防財団 → 各都道府県のエイズ対策担当部局

(『令和7年度支援チーム派遣事業 事務処理要領』を同封)

※事務処理要領、様式のデータはエイズ予防情報ネットに掲載しています。

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

2 本事業実施の可否について打診

エイズ対策担当部局 → エイズ中核拠点病院

3 実施の可否について回答

エイズ中核拠点病院 → エイズ対策担当部局 → エイズ予防財団

エイズ中核拠点病院は、エイズ対策担当部局を通じ、様式1により本事業の実施可否をエイズ予防財団に通知する。(押印は不要です)

4 信頼関係の成立

様式1の発出・受納により、実施要項に定められた事業に関する実施契約が締結されたものとみなす。

※事務手続き軽減のため、平成26年度から委託契約を省略しています。

※契約書が必要な場合は、その旨お申し出ください。

5 エイズ予防情報ネットでの広報

エイズ予防財団は、「支援チーム派遣事業設置中核拠点病院一覧表」をエイズ予防情報ネットに掲載する。

6 自治体による広報

都道府県エイズ対策担当部局は、管内在宅医療機関等に対し、本事業の実施について広報する。

II 事業の実施

7 支援チーム派遣の要請

在宅医療機関等 → 財団

支援チームの派遣を必要とする在宅医療機関等は、財団のホームページに掲載された中核拠点病院一覧表で確認の上、財団に支援チーム派遣を要請する。(様式2) (押印は不要です)

8 支援チーム派遣の調整

財団 → エイズ中核拠点病院

提出された派遣要請書の写しを転送、支援チーム派遣の調整を行う。

9 支援チーム派遣事前打ち合わせ

エイズ中核拠点病院 → 在宅医療機関等

支援内容等について、詳細な打ち合わせを行う。

10 支援チーム派遣

エイズ中核拠点病院 → 在宅医療機関等

※支援の実施先において、派遣実施者報告書(別紙1)の支援内容を記入し、派遣要請者の確認を受ける。(記名押印または署名が必要です)

11 実績報告書の提出

エイズ中核拠点病院 → 財団

実績報告書(様式3)、派遣実施者報告書(別紙1)、委託費・交通費請求書(別紙2)を提出する。(押印は不要です)

※提出期限: 事業終了後2週間以内又は令和8年3月16日(月)のいずれか早い日

12 委託費、交通費の送金

財団 → エイズ中核拠点病院

指定口座への振り込みにより行う。

2 事務処理用様式

(様式1)

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通知書

年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団
理事長 白 阪 琢 磨 様

施設名

代表者氏名

令和7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、下記のとおり通知いたします。

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	
当病院の事務担当者 (委託費・交通費請求書等 の手続き担当)	氏名： 所属部署： 役職名： 電話番号： E-mail：

(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7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				

(様式3)

番 号
年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団
理事長 白 阪 琢 磨 様

施 設 名

代表者氏名

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)に係る実績報告書について (提出)

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1)
- 2 委託費・交通費請求書 (別紙2)
- 3 その他参考となる書類

(別紙1)

派遣実施者報告書

支援チーム設置 中核拠点病院名				
支援チーム代表者氏名				
連絡先	所在地：〒 電話番号： E-mail：			
派遣月日	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	年 月 日に上記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 印			

(別紙2)

委託費・交通費請求書

年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 白 阪 琢 磨 様

施設名

代表者氏名

令和7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）の委託費・交通費について、下記のとおり請求します。

派遣月日	年 月 日 ()
派遣先事業所名	
委託費	26,000円
交通費 (経路、距離、 運賃等)	線 駅～ 駅 円(往復) 線 駅～ 駅 円(往復) 病院～ 診療所 km(往復)×20円＝ 円 合計 円
振込先口座	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：

(注)・実施機関所定の請求書(適格請求書)がない場合に使用してください。

・本様式を使用する際は、振込先情報は誤記入のないよう確認をお願いします。

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実施要項

1 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する。

2 事業内容

(1) 概要

在宅医療・介護における困難な事例に対応する医療機関等の要請に基づき、エイズ中核拠点病院から3の(1)の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（病院（エイズ治療拠点病院を除く。）、診療所、訪問看護事業所、訪問介護事業所及び居宅介護事業所等をいう。以下同じ。）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

エイズ中核拠点病院は、医療機関等からの要請に基づき支援チームを派遣し、患者等に対する治療の支援を行う。

3 支援チームの設置及び設置中核拠点病院の公開

- (1) エイズ中核拠点病院は、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エイズ予防財団に登録する。

- (2) エイズ予防財団は、「支援チーム派遣事業設置中核拠点病院一覧表」を作成し、エイズ予防情報ネット（API-Net）において公開する。

4 経費等

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) 派遣委託費 1回につき 26,000 円

- (2) 派遣旅費 交通費実費

(自動車等による移動の場合、通常の経路による走行距離 1 キロメートル当たり 20 円を距離に応じて支払うものとし、1 キロメートル未満の端数を生じたときはこれを切り捨てるものとする。また、有料道路通行料及び駐車料金は、添付があった領収書により実費を支払うものとする。)