

「高知県エイズカウンセラー派遣事業実施要領」

第1 目的

エイズ患者・感染者は、社会的にも心理的にも困難な状況に置かれている。

このため、主治医との連携をもとに医療機関等へエイズカウンセラーを派遣し、継続的にきめ細かなカウンセリングを行うことにより、患者・感染者等の病気や日常生活に関する不安、悩みを解決するなど、精神的不安等の負担の軽減を図ることを目的とする。

第2 実施主体

事業の実施主体及び事務局は高知県とする。

第3 事業の内容

医療機関等へカウンセラーを派遣し面接・相談をする。

(1) 派遣日時

随時（予約制）

(2) 相談従事者

相談従事者は次の資格を持ったカウンセラーとし、事前に登録するものとする。

(別記様式第1号)

ア 4年制大学で心理学を専攻した者。(特に臨床心理士が望ましい)

イ 4年制大学で社会福祉学を専攻した者。(特に医療ソーシャルワーカーが望ましい。)

ウ エイズ予防財団や国立保健医療科学院の実施するエイズカウンセリング研修及びこれに類する研修を受けた者。

(3) 相談場所

派遣を希望する医療機関等

(4) カウンセリング対象者

ア 患者・感染者及びその家族等

イ その他医療従事者等

(5) カウンセラーは、次の場合に派遣するものとする。

患者・感染者及びその家族等のカウンセリングについて、本人の同意をもとに医療機関等の医師（主治医）から派遣申請があったとき。

第4 事業の実施

(1) 派遣申請（新患初回のみ）

医療機関等の医師（主治医）は、本人の同意を得た上でカウンセラーの派遣を希望する場合は、文書（別記様式第2号）又は緊急の場合は口頭により派遣申請

を行う。

(2) 派遣受付

県は、派遣申請を受付けた時は、受付簿(別記様式第3号)に記入するとともに、登録されているカウンセラーに連絡し、派遣を指示する。

(3) カウンセリングの実施報告

派遣を依頼した医師等は、カウンセリング終了後、県へ実施報告書(別記様式第4号)を提出する。(新患初回のみ)2回目以降については、別記様式5号により1ヵ月分の実施報告書を提出する。別記様式5については、カウンセラーごと、対象者ごとに作成するものとする。

第5 費用の負担

カウンセラーの派遣に要する費用は高知県が負担する。

第6 事業実施上の留意事項

(1) カウンセラーは、業務上知り得た秘密は漏らしてはならない。

(2) カウンセラーは懇切丁寧に相談に応じ、個々のケースに応じた適切な心理的援助を行うとともに、相談には患者・感染者等への教育・指導も含まれることを認識し、二次感染防止を図るものとする。

(3) 関係書類の保管は厳重に行う。

第7 疑義の解決

この要領に定めない事項及び疑義が生じた場合は、関係者が協議し解決するものとする。

附則

この要領は平成11年7月28日から施行する。

附則

この要領は平成11年9月1日から施行する。

附則

この要領は令和4年4月7日から施行する。

別記様式第2号

高知県派遣カウンセラー相談申請書

年 月 日

高知県健康政策部健康対策課長 様

医療機関名
住 所
担当者（主治医）
連絡先電話番号

エイズカウンセラーの派遣について、次のとおり申請します。

| | |
|-------------|---|
| カウンセリング希望月日 | 年 月 日 午前・午後 時から |
| カウンセリング場所 | |
| カウンセリング対象者 | <input type="checkbox"/> HIV 感染者 <input type="checkbox"/> エイズ患者 <input type="checkbox"/> 患者・感染者の家族等 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> その他（ ） |
| 希望カウンセラー名 | |
| 備 考 | |

別記様式第4号

高知県派遣カウンセラー相談実施報告書

年 月 日

高知県健康政策部健康対策課長 様

医療機関名
住 所
担当者（主治医）
連絡先電話番号

エイズカウンセラーの派遣について、次のとおり実施しましたので報告します。

| | |
|------------|---|
| カウンセリング年月日 | 年 月 日 午前・午後 時から |
| カウンセリング場所 | |
| カウンセリング対象者 | <input type="checkbox"/> HIV感染者 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> エイズ患者 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 患者・感染者の家族等 |
| 派遣カウンセラー名 | |
| 相談内容（概要） | |
| 備 考 | |

高知県エイズカウンセラー派遣事業のフロー図

