

松江市エイズカウンセラー派遣事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、松江市内の医療機関（以下「医療機関」という。）及び松江市・島根県共同設置松江保健所（以下「保健所」という。）において、エイズ患者・HIV感染者（以下「患者等」という。）及びその家族（法律上の婚姻関係にないパートナーを含む。以下同じ。）並びに患者等に係る医療従事者に対する相談業務を行うに当たり、きめ細やかなカウンセリングにより、相談対象者の精神的不安の軽減を図ることを目的とする。

(事業内容)

第2条 市は、医療機関がエイズ治療を行う上でカウンセリング機能の不足により患者等に対するカウンセリングが十分行えない場合又は医療機関若しくは保健所がHIV検査結果の告知等の相談時にカウンセリングを必要とする場合に、医療機関又は保健所からの依頼を受け、島根県臨床心理士・公認心理師協会（以下「協会」という。）に要請を行い、当該医療機関又は保健所にカウンセラーを派遣する事業を実施する。

(カウンセラーの派遣)

第3条 カウンセラーの派遣は、次の各号に掲げるときに行うものとする。

- (1) 患者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から派遣依頼があったとき。
- (2) 医療機関又は保健所におけるHIV検査結果陽性の告知に際して、医療機関又は保健所長から派遣依頼があったとき。
- (3) 患者等又はその家族からカウンセリングの希望があり、医療機関又は保健所を通じて派遣依頼があったとき。

(相談従事者)

第4条 協会が派遣するカウンセラー（以下「派遣カウンセラー」という。）

は、協会の会員で、エイズに関する研修受講者等のエイズカウンセリングが可能な臨床心理士とする。

（カウンセリング対象者）

第5条 カウンセリングを受ける対象者は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 患者等
- (2) 患者等の家族
- (3) 患者等に係る医療従事者

（派遣の依頼及び決定）

第6条 派遣の依頼及び決定は、次の各号に掲げるところに従い行うものとする。

- (1) 医療機関又は保健所の長は、エイズカウンセラー派遣依頼書（様式1）により保健衛生課に依頼を行う。
- (2) 緊急の場合は、口頭による依頼を行うこととするが、後日エイズカウンセラー派遣依頼書（様式1）による依頼を行う。
- (3) 保健衛生課は、エイズカウンセラー派遣依頼書（様式1）の写しを協会へ送付し、カウンセラーの派遣を要請する。
- (4) 協会は、エイズカウンセラー派遣依頼書（様式1）の回答欄にて保健衛生課に回答を行う。
- (5) 保健衛生課は、第1号又は第2号の規定により依頼を行った医療機関又は保健所（以下「派遣依頼機関」という。）の長に、前号にて回答のあったエイズカウンセラー派遣依頼書（様式1）の写しを送付する。

（派遣場所）

第7条 カウンセラーを派遣する場所は、派遣依頼機関の所在地又は協会の指定する場所とする。

(相談の時間等)

第 8 条 カウンセラーを派遣する時間等は、次の各号に掲げるとおりとする。

- (1) 相談時間は、1 回あたり概ね 2 時間以内とする。
- (2) 派遣 1 件あたりに要する相談の期間は初回相談日より概ね 6 か月以内とし、相談の回数は 5 回を上限とする。

(報告)

第 9 条 派遣カウンセラーは、相談業務を終了したときは、速やかにエイズカウンセラー派遣事業実施報告書（様式 2）及びエイズカウンセラー派遣事業請求書（様式 3）を保健衛生課長に提出する。

(謝礼)

第 10 条 カウンセラーの派遣費用は市が支出するものとし、派遣 1 回あたりの支払額は、報償費 9,000 円に松江市旅費支給条例（平成 17 年松江市条例第 51 号）第 6 条第 2 項及び第 5 号並びに第 14 条及び第 17 条に規定する正規職員の鉄道賃及び車賃に準じた特別旅費を加えた額とする。

(守秘義務)

第 11 条 派遣カウンセラーは、この事業に関して知り得た内容を漏らしてはならない。

附 則

この要綱は平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は令和元年 9 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は令和 3 年 6 月 1 日から施行する。

(様式 1)

エイズカウンセラー派遣依頼書

年 月 日

(あて先) 松江市長

住 所

医療機関名

管 理 者

このことについて、下記のとおりエイズカウンセラーの派遣を希望します。

記

派遣希望	1. 対象者	<input type="checkbox"/> 患者・感染者 <input type="checkbox"/> 患者・感染者の家族 <input type="checkbox"/> 医療従事者		
	2. 派遣日時			
	第1希望	年 月 日 ()	: ~	:
	第2希望	年 月 日 ()	: ~	:
	第3希望	年 月 日 ()	: ~	:
	3. 派遣場所			
	4. 相談内容			
5. 担当者	TEL () -			

【市(保健衛生課)→協会→市(保健衛生課)→派遣依頼機関】

*協会 使用欄	1. 派遣の可否	可 ・ 否	*市 使用欄	受付	/
	2. 日時	年 月 日 () : ~ :		送信	/
	3. カウンセラー名			返信	/
				回答	/

決 裁 欄	課長	係長	担当

(様式 2)

エイズカウンセラー派遣事業実施報告書

(あて先) 松江市長

カウンセリング 対象者	<input type="checkbox"/> 患者・感染者 <input type="checkbox"/> 患者・感染者の家族 <input type="checkbox"/> 患者・感染者に係る医療従事者
相談日時 場所及び所在地	回目 年 月 日 () : ~ : 相談場所: 所在地:
相談内容	
派遣依頼機関 及び担当者	

年 月 日

派遣カウンセラー名

(様式 3)

エイズカウンセラー派遣事業請求書

年 月 日

(あて先) 松江市長

(請求者)

(住 所)

松江市エイズカウンセラー派遣事業実施要綱に基づく相談業務を実施しましたので、下記代金を請求します。

記

年 月分の請求額

1. カウンセリング実績 (報告書別添のとおり)

派遣月日	派遣場所及びその所在地	派遣費用額	旅費
月 日			
月 日			
月 日			
合 計			円

【その他】

- ・車を利用した場合は、旅費は保健衛生課で計算をします。
- ・鉄道賃のうち、特急を利用した場合は領収書を添付してください。