

HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

## 実地研修事業事務処理要領

(平成 28 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	
①申請時提出書類	
様式1	5
別紙(1) 実地研修計画書	6
別紙(2) 実地研修プログラム	7
別紙(3) 実地研修受講者調書	8
②決定通知(参考)	
様式2	9
③事業終了後提出書類	
《実地研修実施機関》	
様式3	10
別紙(1) 実地研修実施者報告書	11
別紙(2) 実地研修運営費請求書	12
別紙(3) 実地研修アンケート(実施機関用)	13
《受講者所属機関》	
様式4	16
別紙(1) 実地研修受講者報告書	17
別紙(2) 代替要員費請求書	18
別紙(3) 受講者派遣旅費請求書	19
別紙(4) 実地研修アンケート(受講者用)	20
資料1 実地研修事業実施要項	23

# 1 事務処理の手順

## I 事業初め

### 1 事業実施依頼

エイズ予防財団 → 各都道府県のエイズ対策担当部局

\* 『平成 28 年度実地研修事業事務処理要領』を同封する。

### 2 本事業の紹介 ①、実地研修実施施設の選定

エイズ対策担当部局 → エイズ中核拠点病院、エイズ治療拠点病院

\* 都道府県エイズ対策担当部局は、エイズ中核拠点病院又はエイズ治療拠点病院に本事業の実施可否を打診し、実地研修実施施設の選定を行う。

### 3 本事業の紹介 ②

エイズ対策担当部局 → 訪問看護・介護担当部局

\* 都道府県エイズ対策担当部局は、訪問看護・介護担当部局に本事業を紹介し、受講者の募集、選定等について協力を求める。

### 4 受講者の募集

訪問看護・介護担当部局 → 訪問看護・介護事業所

\* エイズ対策担当部局又は実地研修実施施設が直接行ってもよい。

### 5 受講者の選定

\* エイズ対策担当部局は、実地研修実施施設及び受講を希望する者との日程等を調整し、受講者の選定を行う。必要に応じ訪問看護・介護担当部局の助言を得る。

\* 選定に際しては、実地研修日程、受講者の宿泊可否その他について財団と必要な調整を行う。

\* 選定後、速やかに受講希望者及び実地研修実施施設に選定結果を通知する。

### 6 研修計画書の作成

実地研修実施施設 → エイズ対策担当部局

\* 実地研修実施施設は、実地研修計画書（別紙（1））及び実地研修プログラム（別紙（2））をエイズ対策担当部局に提出する。

## 7 受講者調書の作成

受講者所属機関（事業所） → エイズ対策担当部局

\*別紙（3）

## 8 研修計画の提出

エイズ対策担当部局 → 財団（様式1、別紙（1）～（3））

\*エイズ対策担当部局は、実地研修実施施設から提出された実地研修計画書（別紙（1））、実地研修プログラム（別紙（2））及び受講者所属機関から提出された実地研修受講者調書（別紙（3））を取りまとめ、様式1により財団に提出する。

※提出期限：実地研修開始4週間前又は平成29年2月1日（水）のいずれか早い日とする。

## 9 決定通知文書の送付

財団 → エイズ対策担当部局（様式2）

## II 研修の実施

## III 事業終わり

## 10 実績報告書の提出

① 実地研修実施施設 → 財団（様式3、別紙（1）～（3））

※提出期限：事業終了後1ヵ月以内又は平成29年3月17日（金）のいずれか早い日とする。

② 受講者所属機関（事業所） → 財団（様式4、別紙（1）～（4））

※提出期限：事業終了後1ヵ月以内又は平成29年3月17日（金）のいずれか早い日とする。

## 11 完了報告書の提出

財団 → エイズ対策担当部局

\*エイズ予防財団は、実地研修実施施設及び受講者所属機関から提出された実績報告書を添えて、エイズ対策担当部局に完了報告書を提出する。

## 2 事務処理用様式



(様式1)

番 号  
平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 殿

都道府県エイズ対策担当部局長名 職印

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
(実地研修)に係る研修計画について(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 実地研修計画書(別紙(1))
- 2 実地研修プログラム(別紙(2))
- 3 実地研修受講者調書(別紙(3))
- 4 その他参考となる書類

別紙（1）

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
実地研修計画書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 木村 哲 様

実地研修施設名

代表者氏名

印

1 実施期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 日間）

2 研修責任者職名・氏名

3 研修担当者職名・氏名

4 事務担当者職名・氏名及び連絡先

5 実地研修プログラム（別紙のとおり）



## 実地研修プログラム

（実施期間：平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日）

実地研修施設名：\_\_\_\_\_

研修日	午 前	午 後	備 考
〇月〇日（〇）	・講義（HIV 感染症の基礎知識）	・ HIV 病棟業務見学	
〇月〇日（〇）	・ HIV 外来診療の見学	・ 地域連携カンファレンス（※）への参加	※入院患者の退院カンファレンス
〇月〇日（〇）		・ HIV カウンセリング見学	
〇月〇日（〇）			

別紙（3）

HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
実地研修受講者調書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 木村 哲 様

事業所名

代表者氏名

印

平成 28 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（実地研修）の受講者について、下記のとおり通知いたします。

受講者氏名	
受講者職種 (該当するものに○)	看護師 訪問介護員 介護支援専門員 その他( )
受講者連絡先	電話： (内線 ) E-mail:
自宅住所	〒
所属機関住所	〒
事務担当者	氏名： 部署名・役職名： 電話： (内線 ) E-mail：

(様式2)

公エ予XXXXXXXX号  
平成XX年XX月XX日

都道府県エイズ対策担当部局 殿

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲

平成28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（実地研修）の決定について（通知）

今般、標記研修の実施について、下記のとおり決定したので、通知いたします。

記

実地研修施設名：

受講者所属機関名：

受講者氏名：

《本件照会先》 エイズ予防財団事務局（担当：岩田、山崎） 電話：03-5259-1811 e-mail：iwata@jfap.or.jp
---

(様式3)

番 号  
平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 様

施設名  
代表者氏名 印

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
(実地研修)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 実地研修実施者報告書(別紙(1))
- 2 実地研修運営費請求書(別紙(2))
- 3 実地研修アンケート(実施機関用)(別紙(3))
- 4 その他参考となる書類

別紙（1）

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
実地研修実施者報告書

1 実地研修施設名

2 実施期間

平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日（ 日間）

3 研修責任者職名・氏名

4 研修担当者職名・氏名

5 研修内容（プログラム等）

別紙（2）

HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業（実地研修）  
実地研修運営費請求書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 様

施設名

代表者氏名 印

平成28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（実地研修）に係る研修運営費について、下記のとおり請求いたします。

記

請求金額	金 〇〇, 〇〇〇円 (@40,000 円× 人= 円)
実施期間	平成〇年〇月〇日 ~ 平成〇年〇月〇日 (〇日間)
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) 通帳のコピー（銀行名、支店名、口座番号、口座名義の記載があるページ）を添付すること。



- 6 提供した研修内容はいかがでしたか。  
 良かった       普通       良くなかった  
(理由： )
- 7 研修期間についてお答えください。  
(1) 受講者にとって、研修期間はいかがでしたか。  
 適切       長すぎる ( \_\_\_\_日が適切)       短すぎる ( \_\_\_\_日が適切)  
(理由： )
- (2) 貴院にとって、研修期間はいかがでしたか。  
 研修を行う期間としては適当である  
 研修を行う期間としては長い、状況によっては対応可能である  
 研修を行う期間としては長く、負担が大きい ( \_\_\_\_日程度なら適当)  
(理由： )  
 研修を行う期間としては短い ( \_\_\_\_日程度なら適当)
- 8 研修に係る負担について、感想をお聞かせください。  
 実地研修の受け入れは、大きな負担であった  
 実地研修の受け入れは、負担であったが、軽度であった  
 実地研修の受け入れは、負担にはならなかった
- 9 訪問看護・介護職員が HIV 感染者・エイズ患者を受け入れるために、職員に対する HIV 感染症の研修は必要と思いますか。  
 必要である       どちらともいえない       必要ない  
(理由： )
- 10 今後、貴院において訪問看護・介護職員に対する HIV 感染症の研修を行いますか。  
 行う  
 特に行うことは考えていないが、依頼があれば行うことは可能である  
 行うことは考えがたい  
(理由： )
- 11 今後、改善したほうが良いと思われる項目と改善法があればご提案ください。  
 日程・時間帯 ( )  
 プログラム ( )  
 テキスト ( )  
 事務手続き ( )  
 研修運営費 ( )  
 その他 ( )



12 ご意見・ご感想・ご質問等がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

ご所属 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

(様式4)

番  
平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 様

受講者所属機関名

代表者氏名 印

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業  
(実地研修)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 実地研修受講者報告書(別紙(1))
- 2 代替要員費請求書(別紙(2))
- 3 受講者派遣旅費請求書(別紙(3))
- 4 実地研修アンケート(受講者用)(別紙(4))
- 5 その他参考となる書類

## 実地研修受講者報告書

受講者氏名：

実地研修施設名：

(実施期間：平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日)

研修日	午 前	午 後	備 考
〇月〇日(〇)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 講義 (HIV 感染症の基礎知識)</li> <li>・ HIV 病棟業務見学 (患者 1 人)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ HIV 外来診療の見学 (患者 5 人)</li> <li>・ HIV カウンセンシング見学 (患者 2 人)</li> <li>・ 地域連携カンファレンス(※)への参加</li> </ul>	※入院患者の退院カンファレンス
〇月〇日(〇)			
〇月〇日(〇)			
〇月〇日(〇)			

- (注) 1 実際に行った研修について、研修日ごとに概要を記載すること。講義があった場合は、テーマについても記載すること。  
 2 病棟や外来において HIV 感染者・エイズ患者の診療等に参加した場合は、患者数（実数）を記載すること。

別紙（2）

HIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業（実地研修）  
代替要員費請求書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 木村 哲 様

施設名

代表者氏名

印

平成28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（実地研修）に係る代替要員費について、下記のとおり請求します。

受講者氏名	
請求金額	金 円 (@16,800円× 日 = 円)
実施期間	平成○年○月○日 ~ 平成○年○月○日 (○日間)
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：
事務担当者	氏名： 部署名・役職名： 電話： (内線 ) E-mail：

(注) 通帳のコピー（銀行名、支店名、口座番号、口座名義の記載があるページ）を添付すること。

別紙（3）

HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業（実地研修）  
受講者派遣旅費請求書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団  
理事長 木村 哲 様

請求者氏名 印

平成 28 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（実地研修）に係る旅費について、下記のとおり請求します。

所属機関名	
研修施設名	
交通機関・乗車区間・運賃	〇〇〇〇線××××駅～△△△△駅 〇円 〇〇〇〇線××××駅～△△△△駅 〇円 計 _____ 円
宿泊数	平成〇年〇月〇日 ～ 平成〇年〇月〇日（〇泊）
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) 1 宿泊に係る領収書等（原本）、支出を証明する書類を添付すること。  
2 通帳のコピー（銀行名、支店名、口座番号、口座名義の記載があるページ）を添付すること。

(別紙 4)

平成 28 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  
実地研修アンケート (受講者用)

今後のプログラムづくり、研修運営の参考とするため、本研修に関するご意見・ご感想をお聞きます。研修を振り返りながら、以下の質問にお答えください。

- 1 これまでに、HIV 感染者・エイズ患者の看護・介護を行ったことがありますか。
- ある ( ) 名  ない
- 2 これまでに、HIV 感染症の看護・介護に関する研修や講習会等に参加したことがありますか。
- ある  ない
- 3 今回の研修で、HIV 感染症・エイズの知識は習得できましたか。
- 十分に習得できた
- 習得できたが、今後、訪問看護・訪問介護を行うには不十分である  
(理由: )
- 研修前から HIV 感染症・エイズの知識があり、今回の研修で大きな変化はない
- 4 今回の研修を受けて、HIV 感染者・エイズ患者に対する認識に変化はありましたか。
- 疾患に対する抵抗感があったが、なくなった  
抵抗感があつた理由はなんですか。自由に記載してください。  
( )
- 疾患に対する抵抗感があつたが、研修前と大きな変化はない  
抵抗感があつた理由はなんですか。自由に記載してください。  
( )
- 疾患に対して抵抗感は無かつたが、より患者の理解が深まつた
- 疾患に対して抵抗感は無かつたが、研修前と大きな変化はない
- 5 今後、HIV 感染者・エイズ患者の看護・介護を受け入れられますか。
- 受け入れられる
- どちらともいえない  
(理由: )
- 受け入れは困難  
(理由: )
- 6 研修内容はいかがでしたか。
- 良かった
- 普通
- 良くなかつた  
(理由: )

7 研修期間についてお答えください。

(1) 研修内容から考えて、研修期間はいかがでしたか。

- 適切     長すぎる ( \_\_\_\_日が適切)     短すぎる ( \_\_\_\_日が適切)  
(理由: \_\_\_\_\_)

(2) 所属元の状況から考えて、研修期間はいかがでしたか。

- 職場を離れる期間としては適当である  
 職場を離れる期間としては長いが、状況によっては対応可能である  
 職場を離れる期間としては長く、参加は難しい ( \_\_\_\_日程度なら適当)  
(理由: \_\_\_\_\_)

8 今後、改善したほうが良いと思われる内容について、ご提案ください。

- 日程・時間帯 ( \_\_\_\_\_ )  
 プログラム構成 ( \_\_\_\_\_ )  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

9 ご意見・ご感想・ご質問等がありましたら、ご自由にお書きください。

ご協力ありがとうございました。

ご所属 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_





## 実地研修事業実施要項

### 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・エイズ患者が直面する長期療養の問題に対応するため、訪問看護を行う看護師等に対し実地研修を行い、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

訪問看護師や訪問介護職員等をエイズ中核拠点病院等に派遣し、エイズ医療に係る実地研修を実施する。

### 3 受講対象者及び人数と実施回数

受講対象者：各都道府県の選定した訪問看護師、訪問介護職員等とする。

人数、実施回数：各都道府県の実情に応じたものとする。

### 4 研修期間及び実施期間

研修期間は5日間程度とし、平成29年3月15日までに実施する。

### 5 研修実施機関

各都道府県は、実地研修を実施する施設（以下「実地研修施設」という。）を選定する。

実地研修施設はエイズ中核拠点病院を原則とするが、医療体制及び患者数において中核拠点病院と同程度の規模を有するエイズ治療拠点病院での実施も可とする。

### 6 研修内容

HIV 感染症／エイズに関する知識・技術の習得、外来診療現場の見学、カンファレンスへの参加等を行う。必要に応じ、7に提示する教材を活用することも可とする。

## 7 教材

エイズ予防情報ネット (API-Net) のトップページ右下バナー [HIV 感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業] から『訪問看護・介護職員向け HIV 感染症対応マニュアル』をダウンロードして使用する。

(URL <http://api-net.jfap.or.jp/>)

## 8 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) 研修期間の受講者代替要員費 (受講者所属機関に支給)

受講日 1 日につき 16,800 円

- (2) 受講者派遣旅費 (受講者に支給)

エイズ予防財団旅費規程による。

(※宿泊費は宿泊によらざるを得ない場合に限り支給する。)

- (3) 研修運営費 (実地研修施設に支給)

受講者 1 人につき 40,000 円

## 9 個人情報の取り扱い

本事業において取得した個人情報については、公益財団法人エイズ予防財団個人情報保護規程により、適切に取り扱うものとする。