

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

(令和 4 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	3
	①申請時提出書類	
	様式1	4
	別紙（1）実地研修計画書	5
	別紙（2）実地研修プログラム	6
	別紙（3）実地研修受講者調書	7
	②決定通知（参考）	
	様式2	8
	③事業終了後提出書類	
	《実地研修実施機関》	
	様式3	9
	別紙（1）実地研修実施者報告書	10
	別紙（2）実地研修運営費請求書	11
	別紙（3）実地研修アンケート（実施機関用）	12
	《受講者所属機関》	
	様式4	15
	別紙（1）実地研修受講者報告書	16
	別紙（2）代替要員費請求書	17
	別紙（3）実地研修アンケート（受講者用）	18
資料	実地研修事業実施要項	20

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

＊『令和４年度実地研修事業事務処理要領』を同封

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週間前又は令和５年１月２７日（金）のいずれか早い日

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

実地研修実施施設 → 受講者

＊様式４、別紙（１）～（３）を配布する。

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：実地研修終了後１ヵ月以内又は令和５年３月１５日（水）のいずれか早い日

② 受講者所属機関（事業所）→ 財団（様式４、別紙（１）～（３））

※提出期限：実地研修終了後１ヵ月以内又は令和５年３月１５日（水）のいずれか早い日

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

事務処理用様式

①申請時提出書類

様式1 研修計画の提出

別紙（１） 実地研修計画書

別紙（２） 実地研修プログラム

別紙（３） 実地研修受講者調書

②決定通知（参考）

様式2 実地研修の決定について

③事業終了後提出書類

様式3 実績報告書の提出（実地研修実施機関）

別紙（１） 実地研修実施者報告書

別紙（２） 実地研修運営費請求書

別紙（３） 実地研修アンケート（実施機関用）

様式4 実績報告書の提出（受講者所属機関）

別紙（１） 実地研修受講者報告書

別紙（２） 代替要員費請求書

別紙（３） 実地研修アンケート（受講者用）

*エイズ予防情報ネット（API-Net）のトップページ HIV 情報サイト

[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『様式』をダウンロードして使用する。

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

(様式1)

番 号
令和 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団
理事長 白 阪 琢 磨 様

都道府県エイズ対策担当部局長名

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

令和 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団
理事長 白 阪 琢 磨 様

実地研修施設名

代表者氏名

- 1 実施期間
令和 年 月 日 ～ 令和 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：令和○年○月○日～令和○年○月○日）

実地研修施設名：_____

研 修 日	1 コマ 目	2 コマ 目	備 考
○月○日（○）	・ HIV 感染症／エイズの 基礎知識	・ 感染対策について	
○月○日（○）	・ HIV 感染症のケアに ついて	・ HIV 陽性者について（※）	※陽性者団体に講師を依頼

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

令和 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 白 阪 琢 磨 様

事業所名

代表者氏名

令和4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:
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)

番 号
令和 年 月 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 白 阪 琢 磨

令和4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：

(様式3)

番
令和 年 月 日 号

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
(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

令和 年 月 日 ～ 令和 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

令和 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４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）に係る研修運営費を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
実施期間	令和〇年〇月〇日 ～ 令和〇年〇月〇日（〇日間）
受講者数	人
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）・研修運営費：１回 60,000 円（受講者 2 人以内）、受講者 1 人増えるごとに 20,000 円加算、上限 120,000 円とする。

- ・通帳のコピー（金融機関名、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。

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（実施機関用）

本研修運営に関するご意見・ご感想をお聞きし、次年度以降の事業実施に生かしていきたいと思ひます。ご協力お願いいたします。

- [illegible]

- 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 研修時間数についてお答えください。
 (1) 受講者にとって、研修時間数はいかがでしたか。
☐ 適切 ☐ 長すぎる ☐ 短すぎる
 (理由：)
- (2) 貴院にとって、研修時間数はいかがでしたか。
☐ 研修を行う時間数としては適当である
☐ 研修を行う時間数としては長い、状況によっては対応可能である
☐ 研修を行う時間数としては長く、負担が大きい (____ 時間程度なら適当)
 (理由：)
☐ 研修を行う時間数としては短い (____ 時間程度なら適当)
- 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 号
令和 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 白 阪 琢 磨 様

受講者所属機関名

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
(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 実地研修アンケート (受講者用) (別紙 (3))
- 4 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：令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日)

研修日	１ コマ目	２ コマ目	備考
〇月〇日（〇）	・ HIV 感染症／エイズの基礎知識	・ 感染対策について	
〇月〇日（〇）	・ HIV 感染症の感染予防について	・ HIV 陽性者について	

(注) 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。

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

令和 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４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 16,800 円
実施期間	令和○年○月○日 ～ 令和○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（金融機関名、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。個人名義の口座は指定不可。

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）

本研修に関するご意見・ご感想をお聞きし、今後のプログラムづくり、研修運営に生かしていきたく思います。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 () □ 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がありましたか。
□ 疾患に対する抵抗感があつたが、なくなった
また、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
また、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。
()

□ 疾患に対して抵抗感は無かったが、より患者の理解が深まった
□ 疾患に対して抵抗感は無かったが、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
□ 良くなかった
(理由：)

別紙（3）

7 研修時間数についてお答えください。

（1）研修内容から 考えて、研修時間数はいかがでしたか。

☐ 適切 ☐ 長すぎる ☐ 短すぎる

（理由： _____ ）

（2）所属元の状況から 考えて、研修時間数はいかがでしたか。

☐ 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（ _____ 時間程度なら適当）

（理由： _____ ）

8 今後、改善したほうが良いと思われる項目があればご提案ください。

☐ 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 _____

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対象とし、エイズ中核拠点病院等において HIV 感染症／エイズ及び HIV 看護・ケア等に係る研修を実施する。

3 受講対象者・人数・実施形式等

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：受講者は 5 人以内とする。

実施形式等：原則としてオンラインにより、各都道府県につき 1 回の実施とする。

4 研修時間及び実施期間

研修時間は最低 6 時間とし、令和 5 年 3 月 1 5 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 感染症患者の長期療養支援に関する知識・技術の習得に必要な研修とし、

以下の内容を含むものとする。

- ①HIV 感染症／エイズの基礎知識（ウイルス、症状、治療、検査、歴史等）
- ②HIV 感染対策について（標準予防策、曝露時対応等）
- ③HIV 感染症ケアについて
- ④HIV 陽性者について（U=U、セクシュアリティ、薬害・血友病等）

7 教 材

講師において適宜作成するものとする。エイズ予防情報ネット（API-Net）所載のマニュアル・ガイドライン等を活用していただきたい。

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) 受講者代替要員費（受講者所属機関に支給）

1 人につき 16,800 円

- (2) 研修運営費（実地研修施設に支給）

1 回 60,000 円（受講者 2 人以内）、受講者 1 人増えるごとに 20,000 円加算、上限 120,000 円とする。

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。