

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 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	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	14
	別紙（1）実地研修受講者報告書	15
	別紙（2）代替要員費請求書	16
	別紙（3）受講者派遣旅費請求書	17
	別紙（4）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7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8年1月30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）～（4）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8年3月20日（金）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）～（4））

※提出期限：実地研修終了後1ヵ月以内又は令和8年3月20日（金）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） 受講者派遣旅費請求書

別紙（４） 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 実施形式 対面 ・ オンライン
- 3 研修責任者職名・氏名
- 4 研修担当者職名・氏名
- 5 事務担当者職名・氏名及び連絡先
- 6 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（ ）			
月 日（ ）			

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

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

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 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

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 実施形式 対面 ・ オンライン

4 研修責任者職名・氏名

5 研修担当者職名・氏名

6 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

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 円
実施期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（ 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。
- ・振込先口座は誤記入のないよう確認をお願いします。
 - ・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。

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く思います。ご協力お願いいたします。

- [illegible]

(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が、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。

- ☐ 大きな負担であった ☐ 負担だったが軽度であった ☐ 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 ☐ 特に考えていないが、依頼があれば可能 ☐ 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（理由： ）

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。

[illegible]

ご協力ありがとうございました。

ご所属 _____

お名前 _____

(様式4)

番
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 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：_____

（注）実際に受けた研修について、研修日、研修時間ごとに概要を記載すること。

講義テーマ、内容、感想等

研修日	報 告
月 日（ ）	
月 日（ ）	

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

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	16,800 円 × 人 = 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)・受講者所属施設所定の請求書（適格請求書）がない場合に使用してください。

- ・振り込み口座の誤記入がないよう、確認をお願いします。
- ・個人名義の口座は指定不可。

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

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

請求者氏名

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	<table><tr><td>線</td><td>駅～</td><td>駅</td><td>円（往復/片道）</td></tr><tr><td>線</td><td>駅～</td><td>駅</td><td>円（往復/片道）</td></tr><tr><td colspan="3">計</td><td>円</td></tr></table>	線	駅～	駅	円（往復/片道）	線	駅～	駅	円（往復/片道）	計			円			
線	駅～	駅	円（往復/片道）													
線	駅～	駅	円（往復/片道）													
計			円													
自家用車使用の場合	<table><tr><td colspan="2">所属事業所から研修実施施設までの距離（端数切り捨て）</td><td></td></tr><tr><td colspan="2">k m（片道）× 2 × 20 円＝</td><td>円</td></tr><tr><td>有料道路料金</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td>駐車場料金</td><td></td><td>円</td></tr><tr><td colspan="2">計</td><td>円</td></tr></table>	所属事業所から研修実施施設までの距離（端数切り捨て）			k m（片道）× 2 × 20 円＝		円	有料道路料金		円	駐車場料金		円	計		円
所属事業所から研修実施施設までの距離（端数切り捨て）																
k m（片道）× 2 × 20 円＝		円														
有料道路料金		円														
駐車場料金		円														
計		円														
宿泊数	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日（泊）															

（注）・受講者所属施設所定の請求書（適格請求書）がない場合に使用してください。

- ・受講者本人が記入し、所属事業所に提出してください。事業所は他の書類とともにエイズ予防財団宛送付してください。
- ・交通費は、研修が対面で行われた日だけが対象となります。
- ・交通費は代替要員費と合わせて所属事業所に振り込みます。
- ・宿泊費、有料道路、駐車場などを利用した場合は、支出を証明する書類を添付してください。

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ったが、なくなった
また、抵抗感があっ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ったが、研修前と大きな変化はない
また、抵抗感があっ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なかったが、より患者の理解が深まった
□疾患に対して抵抗感はなかったが、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（４）

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 _____