



公工予240915号

平成24年9月13日

各都道府県エイズ対策担当部局 御中

公益財団法人エイズ予防財団

理事長 木村 哲

平成24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
実地研修の実施について（依頼）

時下 ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

当財団事業の実施につきましては、平素からご支援、ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、当財団では厚生労働省の委託を受け、今年度からHIV感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業を実施いたしますが、同事業には、訪問看護、訪問介護事業所等の看護師、介護職員をエイズ治療中核拠点病院に派遣し、HIV看護等に関する実地研修を実施することが含まれております。

つきましては、当該実地研修にご協力いただきたく、別添「実施要項」により管内の中核拠点病院及び訪問看護・介護担当部局等との調整のほど、よろしく願いいたします。

なお、実地研修を行う医療機関及び実地研修受講者につきましては、平成25年1月31日（木）までに当財団宛てご連絡いただきたく、併せてお願いいたします。

本件照会先
公益財団法人エイズ予防財団
担当 中村・山崎
電話：03-5259-1811

平成 24 年度H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業
実地研修実施要項

1 目 的

H I V感染症の治療の進歩により長期存命が可能となったH I V感染者・エイズ患者に対する在宅医療・介護の環境を整備するため、訪問看護を行う看護師等を対象とした実地研修を行い、H I V・エイズに関する正しい知識・技術の向上及び差別・偏見の解消を図り、地域のH I V医療の環境を整備することを目的とする。

2 事業内容

訪問看護、訪問介護事業所等の看護師、介護職員に対し、エイズ治療の中核拠点病院において、H I V医療等に関する実地研修を実施する。

3 受講対象者及び人数

受講対象者：各都道府県の選定した訪問看護、訪問介護事業所等の看護師、
介護職員

人 数：1 都道府県当たり 1 名

4 研修期間及び実施期間

研修期間は 2 週間程度とし、平成 25 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治療の中核拠点病院を原則とするが、H I Vの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

H I V感染症に関する知識・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

〔訪問看護・介護職員向けH I V感染症対応マニュアル〕を、エイズ予防情報ネット (API-Net) (<http://api-net.jfap.or.jp/>) のトップページ右下バナー〔H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業〕からダウンロードして使用する。

8 経費等

下記の費用を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 (受講者所属先に対し支給)

受講者の受講日1日につき16,800円

②受講者派遣旅費 (受講者に対し支給)

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 (実地研修施設に対し支給)

1 実地研修施設につき80,000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。

10 実地研修に係る手続き

事務手続等については、「H I V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務処理要領」による。

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業

実地研修事務処理要領

(平成24年度)

実地研修の事務手続きの流れ

1 実地研修施設及び受講者の選定

- (1) 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。）及び実地研修受講者（以下「受講者」という。）を選定する。
- (2) 受講者の選定に当たっては、都道府県訪問看護・介護担当部局と十分調整すること。
- (3) 実地研修施設、受講者双方の日程等を調整した上で、選定を行うこと。
- (4) 選定に際し、実地研修の日程や経費の見積額、受講者の宿泊可否等について、公益財団法人エイズ予防財団（以下「エイズ予防財団」という。）と調整を行うこと。

2 実地研修開始までの手続

(1) 実地研修施設の選定にかかる書類

- ① 実地研修施設は、実地研修承諾書（様式1）を都道府県エイズ対策担当部局に送付する。
- ② 都道府県エイズ対策担当部局は、上記の様式1を、エイズ予防財団に提出する。

提出期限：実地研修開始2週間前又は平成25年1月24日（木）のいずれか早い日

(2) 受講者の選定にかかる書類

- ① 受講者所属機関は、実地研修受講者調書（様式2）を都道府県エイズ対策担当部局に送付する。
- ② 都道府県エイズ対策担当部局は、上記の様式2をエイズ予防財団に提出する。

提出期限：実地研修開始1週間前又は平成25年1月31日（木）のいずれか早い日

(3) 実地研修計画書

実地研修施設は、実地研修計画書（様式3）を作成し、エイズ予防財団に提出する。

提出期限：実地研修開始1週間前又は平成25年1月31日（木）の

いずれか早い日

3 実地研修終了後の手続

(1) 報告書類

実地研修施設は、実地研修に係る実績報告書（様式4）をエイズ予防財団に提出する。

提出期限：実地研修終了から30日後又は平成25年3月22日（金）
のいずれか早い日

(2) 請求書類

① 実地研修施設は、実地研修運営費請求書（様式5）をエイズ予防財団に提出する。

② 受講者所属機関は、代替要員費請求書（様式6）をエイズ予防財団に提出する。

③ 受講者は、受講者派遣旅費請求書（様式7）をエイズ予防財団に提出する。

提出期限：実地研修終了から30日後又は平成25年3月22日（金）
のいずれか早い日

4 経費等の支払

エイズ予防財団は、上記3により提出された各書類の内容確認後、速やかに各費用を送金する。

5 その他

本研修会に関してご意見・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っております。

別紙アンケートの記入についてご協力下さいますようお願いいたします。

① 実地研修施設においては、実地研修に係る実績報告とともに提出下さい。

② 受講者においては、受講者派遣旅費請求書とともに提出下さい。

様式 1

H I V感染者・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業
実地研修承諾書

平成 年 月 日

公益財団法人エイズ予防財団
理事長 木村 哲 殿

施設名 _____

代表者名 _____ 印

平成 24 年度H I V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実施について、承諾します。

実地研修施設名	
実地研修施設 事務担当者名	氏名： 部署名・役職名： 電話： FAX： E-mail：

様式 2

H I V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 殿

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

平成 24 年度H I V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、下記のとおり通知します。

受講者名	
受講者職名	
自宅住所	〒
受講者連絡先	電話： E-mail：
所属機関住所	〒
事務担当者名	氏名： 部署名・役職名： 電話： FAX： E-mail：

様式3

H I V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 殿

施設名 _____

代表者名 _____ 印

- 1 実施医療機関名
- 2 実施日時
平成____年____月____日から____月____日まで
- 3 研修責任者職・氏名
- 4 研修担当者職・氏名
- 5 研修計画（プログラム等）

様式4

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 _____

代表者名 _____ 印

H I V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の提出について

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 研修実施者報告書 (別紙1)
- 2 受講者報告書 (別紙2)
- 3 その他参考となる書類

別紙 1

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

1 実施医療機関名

2 実施日時

平成____年____月____日から____月____日まで（ ____日間）

3 研修責任者職・氏名

4 研修担当者職・氏名

5 研修内容（プログラム等）

受講者報告書

研修受講者名 : _____

実地研修施設名 : _____

(研修実施期間 : 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
<記載例> 〇月〇日(〇)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 講義 (HIV 感染症の基礎知識) ・ HIV 病棟業務見学 (患者 1 人) 	<ul style="list-style-type: none"> ・ HIV 外来診療の見学 (患者 5 人) ・ HIV カウンセリング見学 (患者 2 人) ・ 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)			
〇月〇日(〇)			
〇月〇日(〇)			

※実際に行った研修について、研修日ごとに概要を記載して下さい。

※講義があった場合は、テーマについても記載して下さい。

※病棟や外来で、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)を記載して下さい。

様式 5

H I V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 殿

施設名 _____

代表者名 _____ 印

平成 24 年度 H I V 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 80,000 円
実地研修期間	平成〇年〇月〇日～平成〇年〇月〇日
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： _____ 口座名： _____

様式 6

H I V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 殿

事業所名 _____

代表者名 _____ 印

平成 24 年度H I V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。

受講者名	
請求金額	金 円
実地研修期間	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： _____ 口座名： _____
事務担当者名	氏名： _____ 部署名・役職名： _____ 電話： _____ FAX： _____ E-mail： _____

様式 7

H I V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）
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 殿

請求者氏名： _____ 印.

平成 24 年度H I V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	
実地研修施設名	
交通機関名・乗車区間及び運賃	〇〇〇〇線××××駅～△△△△駅 円 〇〇〇〇線××××駅～△△△△駅 円
宿泊数	平成〇年〇月〇日から平成〇年〇月〇日まで 泊
振込口座	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 _____

※宿泊に係る領収書等、支出を証明する書類を添付すること。