

健危管第688号
令和3年(2021年)8月12日

熊本県訪問看護ステーション
連絡協議会会長 様

熊本県健康福祉部健康危機管理課長
(公 印 省 略)

令和3年度(2021年度)熊本県 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の実施について(依頼)

日頃から本県のエイズ対策をはじめ保健衛生行政の推進につきまして、御理解、御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、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療養の問題に対応するため、別添「令和3年度(2021年度)熊本県 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」に基づき、訪問看護事業所等に勤務する訪問看護師等を対象とした研修を実施します。

つきましては、貴会会員あて御周知くださいますようお願いいたします。

<添付資料>

- ①訪問看護事業所代表者様宛て文書
- ②実地研修事業実施要項
- ③実地研修プログラム
- ④実施研修受講希望申込書
- ⑤感染管理について

※熊本県ホームページにも掲載しています。

ホーム>組織でさがす>健康福祉部>健康危機管理課>「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」受講者を募集します

熊本県健康福祉部健康危機管理課 感染症対策第二班 担当：松野 TEL:096-333-2240 FAX:096-383-0608 E-mail:matsuno-y-d@pref.kumamoto.lg.jp
--

訪問看護事業所代表者 様

熊本県健康福祉部健康危機管理課長
(公 印 省 略)

令和3年度(2021年度)熊本県 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の実施について(通知)

日頃から本県のエイズ対策をはじめ保健衛生行政の推進につきまして、御理解、御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、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療養の問題に対応するため、別添「令和3年度(2021年度)熊本県 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」に基づき、訪問看護事業所等に勤務する訪問看護師等を対象とした研修を実施します。

つきましては、受講を希望される場合には、実地研修受講希望申込書により御推薦していただき、令和3年(2021年)9月17日(金)【必着】までに末尾担当あて御提出いただきますようお願いいたします。

なお、希望者多数の場合は、当課にて調整させていただきますことを申し添えます。

おって、研修の詳細や受講希望申込書等は、下記のとおり熊本県ホームページに掲載しておりますので、御確認ください。

記

【熊本県ホームページ掲載箇所】

ホーム>組織でさがす>健康福祉部>健康危機管理課>「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」受講者を募集します

【掲載資料等】

- ①実地研修事業実施要項
- ②実地研修プログラム
- ③実施研修受講希望申込書
- ④感染管理について

- ・実地研修施設からの注意事項ですので必ず御確認ください。
- ・研修前に抗体検査等の証明書の提出が必要です。
- ・抗体検査で陰性の場合は、ワクチン接種が必要なものもありますので御注意ください。

熊本県健康福祉部健康危機管理課 感染症対策第二班 担当：松野 TEL:096-333-2240 FAX:096-383-0608 E-mail:matsuno-y-d@pref.kumamoto.lg.jp
--

令和3年度（2021年度）熊本県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研修実施機関に派遣し、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

受講対象者：訪問看護事業所等に勤務する訪問看護師や訪問介護職員等で、当該施設の代表者が本研修の受講者として適当と認めて推薦した者。

人数：5名以内

4 研修期間

令和3年（2021年）11月1日（月）、11月2日（火）、11月10日（水）、
11月15日（月）

（詳細は別紙実地研修プログラムのとおり）

5 研修実施機関

熊本大学病院

6 研修内容

別紙実地研修プログラム参照

※新型コロナウイルス感染症の影響により、研修の一部がリモートまたは動画視聴などになる可能性があります。

7 経費等

以下の費用を、予算の範囲内において公益財団法人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（半日の場合は8,400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）
1回80,000円（受講者2人以内）、受講者1人増えるごとに40,000円
加算、1回あたり上限200,000円とする。

8 その他

研修会受講後、在宅医療・介護の環境整備に関する事業に協力していただく場合があります。本研修目的を十分理解したうえで、お申し込みください。

実地研修プログラム

(実施期間：令和3年11月1日～令和3年11月15日)

実地研修施設名： 熊本大学病院

研修日	午 前	午 後	備 考
11月1日 (月)	・オリエンテーション ・HIVの現状	・HIV/AIDSについて、日和見感 染症・その他合併症について ・社会福祉制度について	
11月2日 (火)		・HIVの治療薬について ・HIV/AIDSの看護	
11月10日 (水)	・外来実習	・外来実習 ・HIVカンファレンス	
11月15日 (月)	・カウンセリングについて	・血友病の基礎知識 ・血友病の看護 ・まとめ	

実地研修受講希望申込書

所属名	
希望者氏名	
希望者職種	訪問看護師 ・ 訪問介護職員
訪問看護/介護 経験年数	
希望動機	

上記の者を令和3年度(2021年度)熊本県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受講者として推薦します。

年 月 日

事業所名

代表者氏名

●感染管理について

研修開始までには健康診断を受診し、感染管理について、以下のとおり対応のうえ、研修開始前までに証明書の提出をお願いします。

(証明書の様式は別添の「ウイルス抗体調査票」を用いるか、これに準じたものとします)

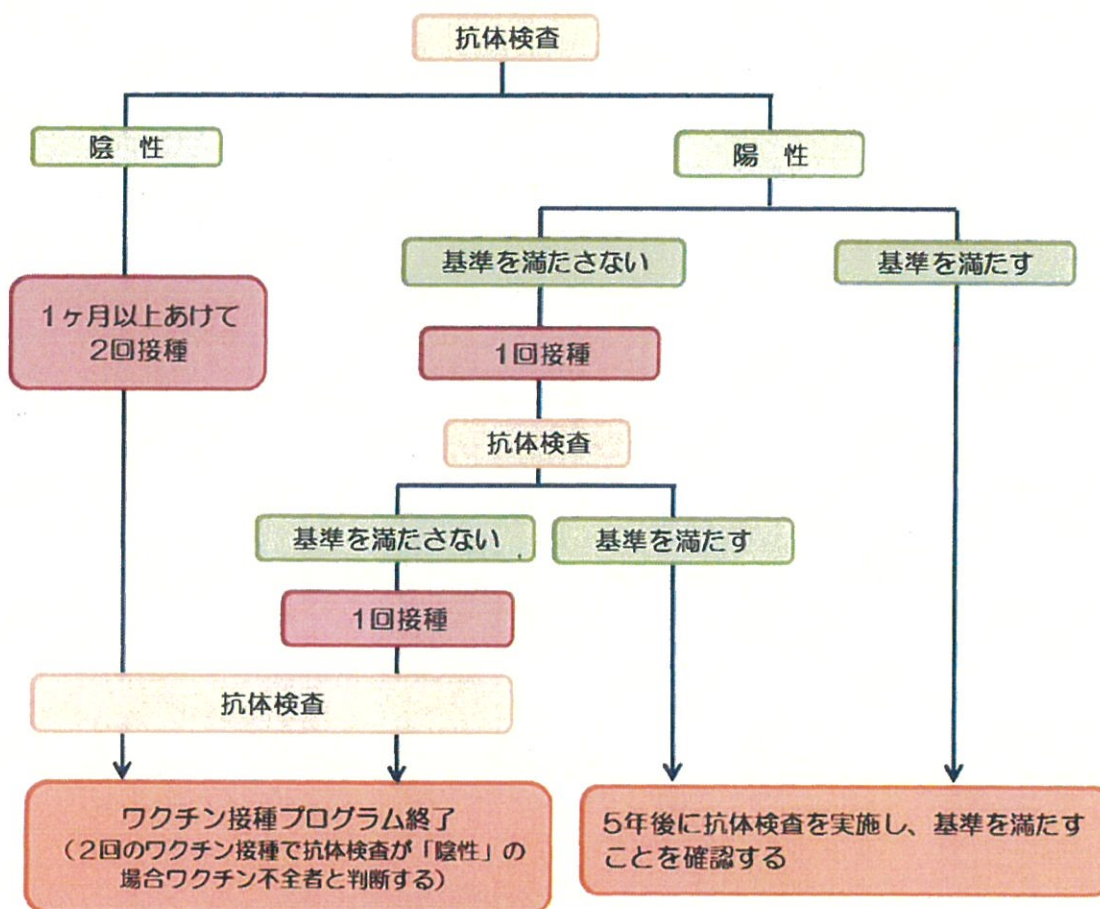
- (1) 麻疹・風疹・水痘・おたふくかぜの抗体検査及びワクチン接種の義務化
(麻疹については妊娠中及び妊娠の可能性のある女性については例外とする)
- (2) 結核に関する検査(胸部写真)の義務化
- (3) インフルエンザの予防接種を強く勧奨
- (4) B型肝炎ウイルス(HBV)抗体価のスクリーニング検査を強く勧奨
- (5) HBV抗体価低値または陰性者についてはHBVワクチン接種を強く勧奨

別紙 1 熊大病院病院感染対策マニュアル 第7版

ワクチン接種プログラム (1)
流行性ウイルス4種 (麻疹・風疹・水痘・ムンプス)

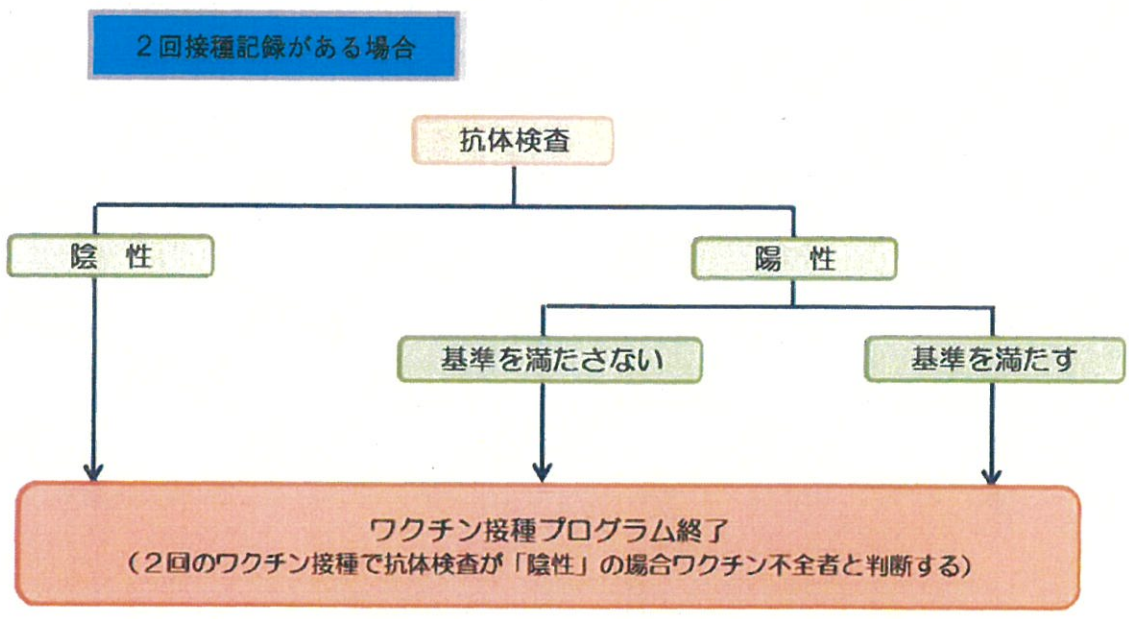
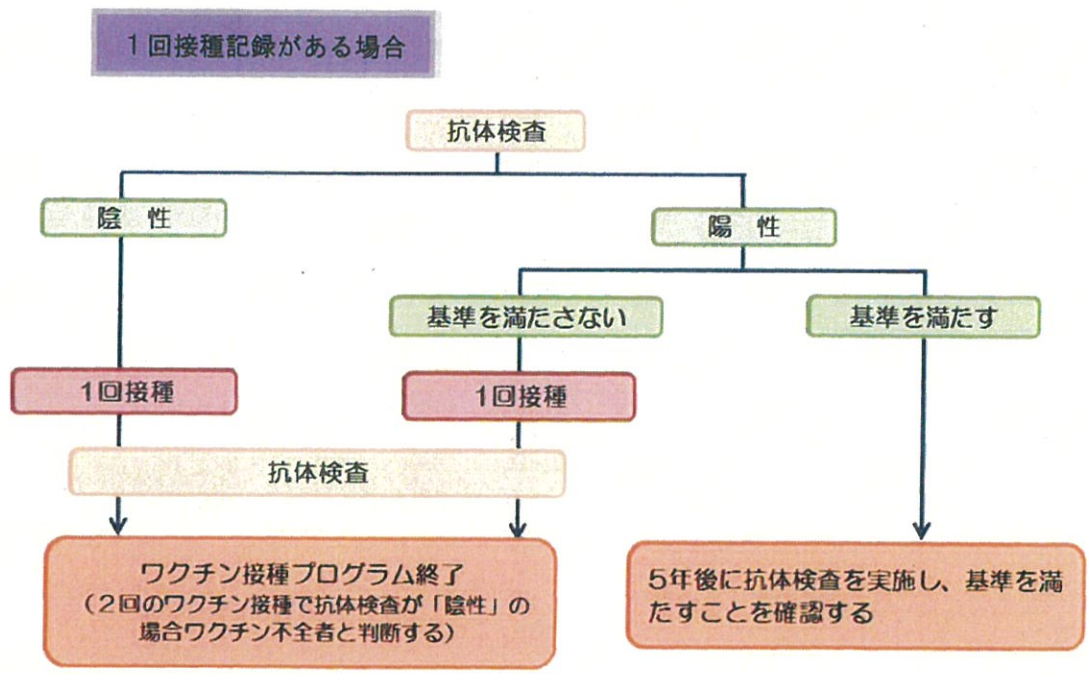
*「1歳以上で、2回の予防接種記録があるかどうか」の有無について調査する

接種記録がない場合



抗体価判定基準 (検査方法 EIA 法 IgG)

疾患名	陰 性	陽 性	
		基準を満たさない	基準を満たす
麻疹	2.0 未満	2.0 ~ 16.0	16.0 以上
風疹	2.0 未満	2.0 ~ 8.0	8.0 以上
水痘	2.0 未満	2.0 ~ 4.0	4.0 以上
ムンプス	2.0 未満	2.0 ~ 4.0	4.0 以上



抗体価判定基準 (検査方法 EIA 法 IgG)

疾患名	陰 性	陽 性	
		基準を満たさない	基準を満たす
麻疹	2.0 未満	2.0 ~ 16.0	16.0 以上
風疹	2.0 未満	2.0 ~ 8.0	8.0 以上
水痘	2.0 未満	2.0 ~ 4.0	4.0 以上
ムンプス	2.0 未満	2.0 ~ 4.0	4.0 以上

熊本大学病院における実習生・研修生のウイルス抗体調査票

記載日: _____年____月____日 記載者: 本人 所属先担当 保健センター その他()

学校名/施設名			
所属先	<input type="checkbox"/> 学部名 ()	学 年 (年生)	
	<input type="checkbox"/> 部署名 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	
フリガナ 氏 名	(生年月日 年 月 日)		
麻疹	抗体価 (EIA法) ()	検査日 (年 月 日)	
	判定 <input type="checkbox"/> 陰性 (2.0未満)	※5年以内のもの	
	<input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> 基準を満たさない(2.0~16.0) <input type="checkbox"/> 基準を満たす(16.0以上))		
	ワクチン接種		
	<input type="checkbox"/> 無 → 未接種理由()		
	<input type="checkbox"/> 有 (① 年 月 日) (② 年 月 日)		
風疹	抗体価 (EIA法) ()	検査日 (年 月 日)	
	判定 <input type="checkbox"/> 陰性 (2.0未満)	※5年以内のもの	
	<input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> 基準を満たさない(2.0~8.0) <input type="checkbox"/> 基準を満たす(8.0以上))		
	ワクチン接種		
	<input type="checkbox"/> 無 → 未接種理由()		
	<input type="checkbox"/> 有 (① 年 月 日) (② 年 月 日)		
水痘	抗体価 (EIA法) ()	検査日 (年 月 日)	
	判定 <input type="checkbox"/> 陰性 (2.0未満)	※5年以内のもの	
	<input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> 基準を満たさない(2.0~4.0) <input type="checkbox"/> 基準を満たす(4.0以上))		
	ワクチン接種		
	<input type="checkbox"/> 無 → 未接種理由()		
	<input type="checkbox"/> 有 (① 年 月 日) (② 年 月 日)		
ムンプス	抗体価 (EIA法) ()	検査日 (年 月 日)	
	判定 <input type="checkbox"/> 陰性 (2.0未満)	※5年以内のもの	
	<input type="checkbox"/> 陽性 (<input type="checkbox"/> 基準を満たさない(2.0~4.0) <input type="checkbox"/> 基準を満たす(4.0以上))		
	ワクチン接種		
	<input type="checkbox"/> 無 → 未接種理由()		
	<input type="checkbox"/> 有 (① 年 月 日) (② 年 月 日)		
B型肝炎	抗体価 ()	検査日 (年 月 日)	
	ワクチン接種		
	<input type="checkbox"/> 無 → 未接種理由()		
	<input type="checkbox"/> 有 (① 年 月 日)(② 年 月 日)(③ 年 月 日)		
	(④ 年 月 日)(⑤ 年 月 日)(⑥ 年 月 日)		
結核	胸部レントゲン撮影日 (年 月 日)	※1年以内のもの	
	結果 (異常なし ・ 異常あり)		
特記事項			

※抗体検査は直近**5年以内**、胸部レントゲンは**1年以内**の検査結果を記載してください。

※EIA法以外の検査方法で判定された場合は、日本環境感染学会 医療関係者のためのワクチンガイドライン2版を参照し、実施した検査方法と結果を病原体毎に空いている欄に記載してください。

※麻疹とムンプスについては、HI法による判定は対応できません。