

別添－2

エイズ拠点病院機能評価

自己評価調査票 Ver.2.1

厚生科学研究エイズ対策研究事業「HIV 感染症の医療体制に関する研究」
分担研究「エイズ拠点病院の自己評価の推進に関する研究」研究班

はじめに

この自己評価調査票は、エイズ拠点病院の機能を評価するために、厚生科学研究「エイズ拠点病院の自己評価の推進に関する研究(分担研究者:河北博文)」の研究成果を元に開発されたもので、研究班の過去の訪問調査をもとに自己評価調査票として再構成されました。

評価項目の主眼としては①感染管理が適切に行われているか、②人権の尊重・擁護が守られているか、③この2つを踏まえた組織管理がなされているか、の3点におかれ、さらにエイズ拠点病院として必須であると考えられた項目には◎を付しました。

患者への対応などを評価する項目において、「HIV 感染者・エイズ患者」または「エイズ患者等」と表現されている場合は、対象となる患者を限定して評価しますが、本来的にはノーマライズの観点から、全ての患者に同様の対応が望まれます。一方、病院の組織的な取り組みについての項目では、対象となる患者を特に限定せず、全ての患者に対する対応についての質問となります。

— 各領域の解説 —

< 1. 病院の理念と組織的基盤(エイズ診療の組織的基盤) >

病院の基本方針、患者の権利の尊重、病院全体の管理体制、職員と地域住民への教育・研修などを評価する領域である。エイズ拠点病院としての基本方針やそれに基づく事業計画、職員と地域住民の教育体制とその状況などの評価項目が含まれ、また、患者情報(プライバシー)を守るためにどのような組織的取り組みを行っているかについて評価する項目を設けた。なお、プライバシーの保護については、<患者の満足と安心>の領域でも評価項目が設定されているが、ここではおもにサービス提供システムの中のサポートシステム(患者の眼に触れない部分)についての対応を質問しており、<患者の満足と安心>では基本的には患者の視点からの質問がなされている。

< 2. 地域ニーズの反映 >

病院の地域における役割についての認識、他施設との連携体制、地域の活動への取り組みなどを評価する領域である。過去に診療拒否などの事例があったことなどを考慮し、エイズ拠点病院であることの社会的な周知、患者の受入れ体制や手順、地域の医療機関との情報交換などについての評価項目を設定した。さらに、民間ボランティア等との連携を評価する項目を設けた。

< 3. 診療の質の確保(エイズに関する総合的かつ高度な医療の提供) >

診療の質を確保するための基本的な活動や臨床上の責任体制、診療を支える各部門の機能・連携、診療にかかわる安全管理などを評価する領域である。また、情報が入手、活用されているかの項目もこの領域に設けた。ここでは、行われている医療レベルを評価するのではなく、総合的かつ高度な医療を提供するための体制が整っているか、という視点から評価を行う。ちなみに HIV 診療に関わる最新の診断法や治療法などの研修・普及に関しては他の研究班が担当しており、ぜひ参照されたい。

< 4. 看護の適切な提供 >

看護部門の組織の確立および運営、看護ケア提供の状況、看護ケアの質向上への努力、職員の能力開発などを評価する領域である。おもに入院看護を中心とした評価項目が多いが、HIV 感染症が慢性疾患として外来通院にシフトしている中で、それらの療養環境の調整や保健教育の状況などについての評価項目を設けた。

< 5. 患者の満足と安心 >

患者を尊重すること、プライバシーおよび利便性への配慮、サービス改善の努力、患者の相談支援と安全への配慮などを評価する領域である。しかし、特定の病名を持つ患者のみに特別な対応を行うことは望ましくないため、これらは HIV 感染者、エイズ患者の診療に限った項目ではない。HIV 感染症の診療のための追加項目としては HIV 抗体検査時のインフォームド・コンセントにのみとなっている。

しかしながら、患者の満足は患者自身が判断すべきものであり、評価方法についてもなお引き続き検討を進めたい。

< 6. 病院運営管理の合理性 >

人事管理、施設管理、委託業務の管理、また医療事故の防止などの合理性および適切性などを評価する項目である。ここでは、職場環境の整備という観点からの項目が設けられているが、エイズ患者等の入院診療時の点数加算など医事業務に関する項目も設けられている。

1.0 病院の理念と組織的基盤(エイズ診療の組織的基盤)

1.1 地域における役割・機能の明確化

◎1.1.1 地域における拠点病院として、基本方針の中にエイズ診療について明示されている

- 5.
4. 基本方針の中にエイズ診療に関する項目が含まれており、文書で示されている
- 3.
2. 基本方針が定められていない
- 1.

☞“基本方針”の内容がノーマライゼーションであることを評価する

1.1.2 地域における拠点病院として、エイズ診療についての基本方針が、すべての職員に周知されている

- 5.
4. 基本方針が明確にされ、院内報や掲示などわかりやすい形で示され、すべての職員に周知されている
- 3.
2. 自分の病院がエイズ拠点病院に選定されていることを知らない職員がいる
- 1.

☞有資格者のみでなく、事務職を含めすべての職員に周知されていることが必要

1.1.3 エイズ拠点病院であることを患者および地域住民が容易に知ることができる

- 5.
4. エイズ拠点病院であることを患者および地域住民にわかるように院内報やパンフレット等にわかりやすく解説されている
- 3.
2. 院内報やパンフレット等が用意されていない
- 1.

1.2 病院組織と管理体制

1.2.1 事業計画にエイズ拠点病院としての機能向上に関する項目が含まれている

- 5.
4. 事業計画にエイズ拠点病院としての機能向上に関わる項目について明示されている
- 3.
2. エイズ拠点病院の機能向上に関する項目は含まれていない、または事業計画がない
- 1.

☞内容の具体性、予算の裏付けがあるか確認する

1.3 病院職員と地域住民の教育・研修

1.3.1 医療に関する職業倫理についての教育が行われている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

1.3.1.1 患者の権利についての教育が行なわれている

- a. 定期的に全職員を対象として行われている
- b.
- c. 行われていない

1.3.1.2 守秘義務についての教育が行なわれている

- a. 定期的に全職員を対象として行われている
- b.
- c. 行われていない

1.3.1.3 患者のプライバシーの尊重についての教育が行なわれている

- a. 定期的に全職員を対象として行われている
- b.
- c. 行われていない

1.3.2 すべての職員に対し、エイズに関する基礎的事項の教育が行われている

- 5.
- 4. 定期的に全職員を対象として行われている
- 3.
- 2. 行われているが、内容、対象、頻度などの点で不十分である
- 1. 行われていない

☑医療従事者として持つべき基本的な知識や態度、制度の動向について全職員が共通の理解を持つべきものをいう

1.3.3 患者に対する接遇についての教育が行われている（応対、態度、言葉遣い、差別的態度をとらない、等）

- 5.
- 4. 定期的に全職員を対象として行われている
- 3.
- 2. 行われているが、内容、対象、頻度などの点で不十分である
- 1. 行われていない

1.3.4 医師、看護婦、検査技師、薬剤師、MSW、カウンセラー等の職員がエイズに関する研修会に参加している

- 5. 計画的に研修予定が組まれ、すべての職種について実施されている
- 4. 計画的に研修予定が組まれ、ほとんどの職種について実施されている
- 3. 一部の職種が参加している
- 2. ほとんど参加していない
- 1. 全く参加していない（参加実績がない）

☑必要な研修が病院の予算で実施されていることが必要

◎1.3.5 患者や地域住民が学習する機会を提供している

- 5.
- 4. 計画的に行われている
- 3.
- 2. 行われていない
- 1.

☑積極的な啓発活動を評価する

1.4 患者の権利の尊重

◎1.4.1 患者の権利を尊重する方針が徹底している

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

☞患者の立場を尊重する趣旨が病院の理念や基本姿勢に盛り込まれていることが望ましい

◎1.4.1.1 理念・基本方針の中で患者の権利の尊重について言及されている

- a. 理念・基本方針の中で患者の権利の尊重について言及されている
- b.
- c. 理念・基本方針の中で患者の権利の尊重についての趣旨が読みとれない

1.4.1.2 患者への案内書や掲示、広報、院内報等において、患者の権利の尊重が明示されている

- a. 患者の権利の尊重について明確に広報されている
- b.
- c. 患者の権利の尊重について全く広報されていない

1.4.1.3 患者の権利を尊重する方針を職員に周知する努力がなされている

- a. 職員の教育・研修、朝礼等で明示されている
- b.
- c. 職員の教育・研修、朝礼等で全く明示されていない

1.4.2 患者の権利保障や救済のための院内窓口があり、患者に広報され、利用しやすい環境が整えられている

- 5.
4. 院内窓口があり、広報されている
- 3.
2. 院内窓口がない
- 1.

1.5 診療情報・患者情報の組織的な管理体制

◎1.5.1 エイズ診療全般の対応を検討する組織（必要な権限が委譲されている）が存在し、活動している

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

☞感染管理委員会等に含まれていてもよいし、プロジェクト的組織でもよい

◎1.5.1.1 エイズ診療全般の対応を検討するための組織があり、定期的な連絡会議を持ち、指導的な活動と対応をしている

- a. 会合等が定期的に行われ、エイズ診療全般への対応を指導している
- b.
- c. 組織的に対応をしていない、または組織がない

◎1.5.1.2 エイズ診療全般についての組織的な対応の指針が作成されて、関係する部署に配布されている

- a. 指針が作成され、関係部署に配布されているとともに、毎年見直されている
- b.
- c. 指針が作成されていない

☞HIV感染者やエイズ患者の受入れから診療体制(カウンセリングを含む)、他施設との連携などについての指針を言う

1.5.1.3 エイズ診療管理を担当する医師が配置されている

- a. 配置されている
- b.
- c. 配置されていない

1.5.1.4 配置された医師が活動できる体制にある

- a. 体制がある
- b.
- c. 体制がない

1.5.1.5 エイズ看護管理を担当する看護婦が配置されている

- a. 配置されている
- b.
- c. 配置されていない

1.5.1.6 配置された看護婦が活動できる体制にある

- a. 体制がある
- b.
- c. 体制がない

1.5.1.7 活動内容が記録され残されている

- a. 記録され残されている
- b.
- c. 記録されていない

1.5.2 患者の秘密保持の徹底を図っている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

1.5.2.1 患者の個人情報に関してプライバシーが確保されるような取り決めが明文化されている

- a. 明文化されており、日常的に実行されている
- b.
- c. 明文化されていない

1.5.2.2 患者がHIVに感染していることを職員の誰に知らされているかについて、関係する職員が把握している

- a. 情報を把握すべき職員の範囲など情報伝達の制限があり、遵守されている
- b.
- c. 手順がない、または遵守されていない

1.5.2.3 HIVに感染している患者についての院内・院外からの問い合わせに対して、応対手順や面会手順などが整っている

- a. 手順があり、遵守されている
- b.
- c. 手順がない、または遵守されていない

2.0 地域ニーズの反映

2.1 地域の他施設との連携

2.1.1 自院の診療機能を地域の他の医療機関に知らせている

- 5.
- 4. 印刷物等にして配布したり、地域連携を目的とした会合に積極的に参加している
- 3. 機会があれば参加している
- 2.
- 1. 参加していない

◎2.1.2 エイズ拠点病院であることを地域の他の医療機関や関係機関・団体に知らせている

- 5.
- 4. 地域連携を目的とした会合に参加するなどの活動を行っている
- 3.
- 2. 知らせていない
- 1.

☞関係機関とは行政の他 NGO（非政府組織）などのことをいう

2.1.3 自院の地域における役割・機能に応じた紹介患者の受入れ体制がある

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

2.1.3.1 紹介されたエイズ患者・HIV感染者の受入れ手順が整備されている

- a. 手順が整備され、遵守されている
- b.
- c. 手順が整備されていない、または遵守されていない

☞ここでは紹介患者について問う

◎2.1.4 適時、適切な患者紹介がなされている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

2.1.4.1 高度専門的医療を必要とするエイズ患者をブロック拠点病院等へ転送する場合の手順が整備されている

- a. 手順が整備されており、遵守されている
- b.
- c. 手順が整備されていない、または遵守されていない

☞患者転送の判断基準についても確認する。なお、外来患者の場合において当該病院において診察を行わずに他施設へ転送することは認められない

2.1.4.2 高度専門的医療を必要としないエイズ患者やHIV感染者を一般医療機関に逆紹介する場合の手順が整備されている

- a. 紹介先医療施設の受入れを含め手順が整備されており、遵守されている
- b.
- c. 手順が整備されていない、または遵守されていない

☞患者・感染者が望む場合の対応であること。病院の都合による場合は、その理由を確認する。普段から協力病院を把握していることが望ましい

2.1.5 他の医療機関に対しての技術的支援を行っている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

2.1.5.1 地域の医療従事者を含め合同で症例検討等を行っている

- a. 症例検討会を地域に開放するなどの取り組みが行われている
- b.
- c. 行われていない

2.1.5.2 地域内の医療従事者に対し、治療方法、カウンセリング、プライバシーと人権問題等の教育・研修を行っている

- a. 自発的に取り組んでいる
- b. 要請に応じて自院スタッフを派遣している
- c. 行われていない

2.1.6 エイズ診療に関する情報の提供や入手を行っている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

2.1.6.1 地域の他の医療機関からの治療方法等の問い合わせに応じている

- a. 担当者が設定され、随時問い合わせに応じている
- b.
- c. 実施されていない

☞問い合わせに対し答えられない場合は、エイズ・ウォームラインなど他の方法を紹介することが必要

2.1.6.2 必要な場合の情報の入手や相談の窓口として、ブロック拠点病院等との連絡体制が明確になっている

- a. エイズ診療に関する専門的な助言を得るための窓口があり、活用している
- b.
- c. 明確でない

2.1.7 民間ボランティア等との連携を推進している

- 5.
4. 積極的に連携している
- 3.
- 2.
1. 連携していない
 - ⇒ HIV感染者が今後多くの困難にぶつかっていく可能性がある中で、それをサポートしてくれる組織としてボランティア・グループの重要性を認識する必要がある

2.2 病院が地域に開かれていること

◎2.2.1 地域活動に積極的に取り組んでいる

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

2.2.1.1 地域の職場・学校・ボランティア・グループ等に対して、エイズに関する啓発活動に協力している(講演会・講習会の開催、研修派遣など)

- a. 自発的に取り組んでいる
- b. 要請に応じて自院スタッフを派遣するなどの取り組みを行っている
- c. 行われていない

3.0 診療の質の確保(エイズに関する総合的かつ高度な医療の提供)

3.1 診療の責任体制と質の保証

3.1.1 個々の患者について、主治医・担当医をはじめとする責任体制が確立している

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

3.1.1.1 HIV感染者の診療に関する責任体制が明確である

- a. 担当する診療科や責任者が明確である
- b.
- c. 明確でない
 - ⇒ 管理上での責任(院長・部長)ではなく、臨床上の責任を問うもの。チーム体制(医師)でも良いが、その遂行が保証される体制が必要で、文書でも確認する

3.1.1.2 HIV感染者の主治医たる資格を持つ医師はエイズの診療に関する研修を受けている

- a. 主治医となる医師は全て研修を受けている
- b. 主治医となる医師の一部は研修を受けている
- c. 主治医となる医師のほとんどが研修を受けていない、あるいは把握されていない

◎3.1.2 エイズ診療体制が整っている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

☞エイズ診療に対する組織的な取り組みの現状について問う

3.1.2.1 エイズ患者やHIV感染者の入院治療ができる体制にある

- a. エイズ患者の入院を受入れている、または受入れる準備がある
- b. HIV感染者でエイズを発症していない患者の入院を受入れている、または受入れる準備がある
- c. HIV感染者の受入れ体制に問題があり、対応できない場合がある

☞免疫不全患者の診療に適した施設・設備がなければaとはならない

3.1.2.2 HIV感染者の外来診療に関する適切な診療手順が定められている

- a. 対応する診療科や問診の流れなどがプライバシーへの配慮を含めて手順が定められている
- b.
- c. 手順が定められていない

3.1.2.3 エイズ患者等の手術や侵襲的検査、分娩などが可能である

- a. 原則として対応可能である
- b. 一部のみ対応可能である
- c. 対応できないため、ブロック拠点病院等へすべて転送している

3.1.2.4 院内あるいは他の医療機関との連携により、歯科を含めて他の診療科の協力を得られる体制がある

- a. 必要に応じてすぐに対応できる体制がある
- b.
- c. 体制が整っていない

☞全身症状の管理や併存する疾患(血友病、肝炎、結核等)の治療など臨床的理由とともに、患者が受療を継続しやすい療養環境を整えるためにも、スムーズな連携が必要

3.1.2.5 重症のエイズ患者等に対処するために、あるいはエイズ患者等の心理的ストレスの軽減やプライバシー保護などのために個室が整備されており、必要に応じて、または患者が求めれば個室で治療を受けることができる

- a. 個室が整備されている
- b.
- c. 整備されていない

3.1.2.6 エイズ患者に対して重複感染について適切な配慮を行っている

- a. 必要に応じて適切な配慮が行われている
- b.
- c. 行われていない

☑ 飛沫感染を防ぐ体制にあるかどうかを確認する

◎3.1.3 最新の治療方法などに関する情報が入手できる体制にある

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.1.3.1 エイズ治療・研究開発センターやブロック拠点病院、研究教育機関などから最新情報を入手できる体制がある

- a. 新しい治療法や薬剤等の情報が入手できる体制があり、実際に情報の入手がされている
- b.
- c. 入手できる体制がない

☑ 実際にアクセスしているか尋ねる

3.1.3.2 海外の文献等を入手できる体制がある

- a. 文献検索やインターネットなどの活用により、海外の情報源にアクセスできる
- b.
- c. そのような体制がない

☑ 病院でそれらの基盤整備を積極的に行っている場合を a とする。医師個人の努力だけで行っている

場合は a とならない

3.1.3.3 入手した情報をチーム医療の中で活かしている

- a. 積極的に活用されている
- b.
- c. 活用されていない

3.1.4 診療マニュアルがある

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.1.4.1 エイズ診療に関するマニュアルは定期的に見直しがされている

- a. 年に1度以上の頻度で内容の見直しがされている
- b.
- c. 見直しがされていない、あるいはマニュアルがない

☑ 年に1度以上見直しされていることをチェックする

3.1.4.2 エイズ診療に関するマニュアルの内容が活用されている

- a. 実際の診療に反映されていることが確認できる
- b.
- c. 確認できない

3.2 医師の教育・研修

3.2.1 医師の教育・研修を推進する体制がある

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.2.1.1 エイズ患者の診療を担当する医師にはエイズ診療に関する研修会への定期的な参加を義務づけている

- a. 定期的な参加を義務づけており、病院の費用で計画的に参加している
- b. 定期的な参加を促進しているが、費用に対する手当が不十分
- c. 定期的な参加を促進していない

3.3 臨床検査

3.3.1 臨床検査部門の運営体制が整っている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.3.1.1 HIV 検査のための対応体制が確立している

- a. 対応手順があり関係する診療現場などに周知されている
- b. 対応手順があるが周知されていない
- c. 対応手順がない

☞ HIV 抗体の迅速検査(2時間体制、オンコール可)への対応を確認、プライバシーの配慮も確認する

3.4 手術・麻酔の体制

3.4.1 手術室の管理が行われている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.4.1.1 手術室の感染対策が確立し徹底している

- a. ゾーニングが徹底しており手術衣などはディスポーザブル製品を用いている
- b. ゾーニングは徹底しているが、手術衣などはディスポーザブル製品でない
- c. ゾーニングが不徹底である

☞ 手術衣や覆布などのリネン類の耐水性ディスポーザブル製品の状況を確認する

3.4.1.2 歯科処置における感染対策が確立している

- a. 感染予防マニュアルがあり、また、グローブなど必要なディスポーザブル製品を用いている
- b. マニュアル等はあるが、ディスポーザブル製品でない
- c. マニュアル等がない

☑ディスポーザブル製品を使用している場合、適切な頻度で取り替えられているかを確認する。また、
歯科を標榜していない場合は地域の医療機関と連携がとれているかを確認する

3.4.1.3 薬剤に関する管理体制がある

- a. 薬品の保管場所、使用手順が明確で、使用記録が残されている
- b.
- c. 管理体制が十分でない

3.5 病理学的検討

3.5.1 病理部門の機能が適切に発揮されている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.5.1.1 剖検時の感染対策が確立している

- a. 感染防止の手順が整備されており、遵守されている
- b. 手順の内容が不十分である、または遵守されていない
- c. 手順が整備されていない

☑剖検器材はできるだけ使い捨てであることとその処理方法が適切であることを確認する。血液や体液の飛散に対する対策（フェイスガードや使い捨てガウンなど）、流出した血液や体液の処理方法についても確認する

3.6 感染管理の体制（院内感染の防止）

3.6.1 感染管理のための体制がある

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.6.1.1 感染管理のための委員会が機能しており、HIVに関する感染管理の方針が定まっている

- a. HIVに関する感染管理の方針が明確である
- b.
- c. 委員会が機能していない

☑HIVを特別扱いしている必要はない。接触感染として取り扱う方針が明確であれば良い

3.6.1.2 感染管理を担当できる医師が任命されており活動している

- a. 任命されており活動内容の記録がある
- b. 任命されているが活動内容の記録がない
- c. 任命されていない

☞ 感染管理を担当する医師は、できれば ICD 制度による専門医師が現時点では望ましい。活動内容の記録は①現状把握、問題把握、②評価、③対策を講じているなどを確認する

3.6.1.3 感染管理を担当できる看護婦が任命されており活動している

- a. 任命され活動内容の記録がある
- b. 任命されているが活動内容の記録がない
- c. 任命されていない

☞ 活動内容の記録は①現状把握、問題把握、②評価、③対策を講じているなどを確認する。

3.6.1.4 感染管理の観点から院内のゾーニングが検討されている

- a. 院内のゾーニングが明確である
- b. 不明確なところがある
- c. 検討されていない

☞ 清潔・準清潔・不潔などの区域分けができていないかを確認する

◎3.6.2 感染管理が適切に実施されている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

3.6.2.1 感染管理のための指針が定期的に見直され、関係する部署で活用されている

- a. 毎年見直され、関係部署で活用されている
- b. 見直しや活動が不十分である
- c. 見直しされていない、または活用されていない

3.6.2.2 感染管理の指針にはスタンダード・プリコーションの内容・手順が含まれており、各部門の指針に展開されている

- a. 遵守されている
- b. 段階的に分けて行っている
- c. 何も行われていない

☞ “スタンダード・プリコーション”とは米国疾病防疫センター（CDC）から勧告されたガイドラインで、すべての患者の血液や血液の混ざった体液には感染性があり予防措置が必要という統一的予防措置について記されている

3.6.2.3 感染事故発生時の適切な対応手順が作られており遵守されている

- a. 感染直後に行うべき事項が具体的に決められ遵守されている
- b. 具体的な内容ではなく遵守も不十分である
- c. 内容が不適切で遵守されていない

3.6.2.4 医療従事者が感染を受けるような機会が生じた場合、予め決められている責任者に報告され、迅速な対策

をとられるシステムが明文化され24時間体制で対応する

- a. システムが明文化され、24時間対応できる
- b. 明文化されている
- c. 明文化されていない

☞事故直後の血液を保存しておくことが望ましい

3.6.2.5 院内感染の現状が把握され、必要に応じ情報提供がなされ、適切に対応している

- a. 院内の感染症患者の現状が把握されており、具体的な対応が記録され、定期的に報告されている
- b.
- c. 対応していない

☞MRSA、緑膿菌、腸球菌、結核菌、各種ウイルスなどと共に術後感染のサーベイについて聞く

◎3.6.3 感染事故防止のための職員教育が行われている

- 5.
- 4. 感染事故防止のための職員教育が適切である
- 3.
- 2.
- 1.

3.6.3.1 スタンダード・プリコーションについての職員教育が行われている

- a. 定期的に関係する全職員を対象に行っている
- b. 定期的ではあるが関係する職員の一部に行っている
- c. 定期的に行っていない、または行った実績がない

☞年に1回は行うことが最低条件

3.6.3.2 針刺しなどの感染事故の防止教育が行われている

- a. マニュアルに基づいた感染事故防止への取り組みが行われている
- b. マニュアルはあるが防止教育は不十分、あるいは徹底していない
- c. マニュアルが不十分

☞リキャップに対する規則や手袋着用など感染事故を防ぐ具体的な教育内容を尋ねる

4.0 看護の適切な提供

4.1 看護ケアの提供

4.1.1 看護基準、看護手順が看護ケアに生かされている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

4.1.1.1 感染症についての看護基準、看護手順が整備され、活用されている

- a. 看護基準、看護手順が定められ、遵守されている
- b.
- c. 看護基準、看護手順が定められていない、または遵守されていない

☞スタンダード・プリコーションに基づいた看護基準、看護手順が整備され、毎年内容の評価と見直しが行われているかどうかについて確認する

4.1.2 安楽な療養環境の調整を行っている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

◎4.1.2.1 患者の意思を尊重した療養環境になっている

- a. 看護計画に患者の希望や意見が反映されている
- b.
- c. 反映されていない

☞看護計画が公開され、説明を誰に行うのか、病室の選択について患者に確認されている

4.1.2.2 セルフケア能力の獲得の支援が行われている

- a. 主治医と相談のうえ、疾患の理解・服薬方法などをわかりやすく指導している
- b.
- c. 指導内容が十分でない

4.1.2.3 コーピングへの支援を行っている

- a. 諸症状の出現や心理状況の変化に応じ、関係職種とも協力し、支援している
- b.
- c. 支援が十分でない

☞コーピングとは自己防衛反応としてストレスを取り除こうとして払われる努力をいう

◎4.1.2.4 他の患者と同様の扱いがなされている

- a. 患者の生活の場が制限されていない
- b.
- c. 制限されている

☞電話の取り扱い方、面会室、食堂、浴室、トイレ等の使用に制限がない

4.1.3 継続的な発症予防や治療ができるよう保健教育を行っている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

4.1.3.1 発症予防、二次感染予防の具体的な保健教育が行われている

- a. 保健教育プログラムがあり、個々の患者に適した具体的な教育が行われている
- b.
- c. 保健教育が行われていない

☞二次感染、発症に関して日常生活のスタイル、体力と気力の維持、外出時の注意事項、食品・栄養などについての教育をいう。資料などを使い理解できる言葉で説明することが必要

4.1.3.2 治療に伴った保健教育が行われている

- a. 主治医と相談のうえ、症状に応じた具体的保健教育が行われている
- b.
- c. 教育内容が十分でない

☞薬の使用に関する注意事項が具体的に教育されている

◎4.1.3.3 感染予防教育が行われている

- a. 日常生活の中で、感染源とならない為の教育がなされている
- b.
- c. 教育がなされていない

☞性交渉時の注意、出血時の取り扱い(髭剃り、生理など)、授乳の方法などの説明がなされている

5.0 患者の満足と安心

5.1 患者の立場と意見の尊重

5.1.1 患者または家族等に、診療や看護に関して説明して、同意を得ている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

☞家族等とは、患者が認めた関係者を指す。患者に不利益なことも説明していることを評価する

5.1.1.1 患者に対して、治療方針・治療方法・看護計画についての説明を行い同意を得ている

- a. 患者・家族等に対し、具体的な治療方針・治療方法・看護計画について説明を行い、文書によって同意を得ていることが確認できる
- b.
- c. 同意を得ていることが確認できない

☞何らかの理由により治療方針・治療方法・看護計画が患者・家族等に文書で示されていない場合はそのことを確認した上で評価する

5.1.1.2 主治医または担当医が、手術や大きな検査について説明を行い、同意を得ている

- a. 個々の手術・検査について、文書で同意を得ていることを確認する
- b.
- c. 文書で同意を得ていない

☞部署訪問の際、病棟において診療録5冊程度について、文書の有無と内容が適切であるかを確認する

5.1.1.3 患者に対して、退院時期や予後について説明を行い、同意を得ている

- a. 患者・家族等に対し、退院時期や予後について説明を行い、同意を得ていることが確認できる
- b.
- c. 同意を得ていることが確認できない

5.1.1.4 HIV抗体検査について説明を行い、同意を得ている

- a. 担当医師が、必要に応じて看護婦、カウンセラーなどの関係職員とともに患者本人に対し説明を行い、同意を得ていることが確認できる
- b.
- c. 同意を得ていることが確認できない、または無断検査を行う場合がある

5.1.2 患者のプライバシー保護がなされている

- 5. 極めて適切である
- 4. 適切である
- 3. 中間
- 2. 適切さにやや欠ける
- 1. 適切でない／存在しない

◎5.1.2.1 病名等の患者情報の取扱いが適切である

- a. 患者情報の取扱いが明文化され、職員に徹底されている
- b.
- c. 患者情報の取扱いが適切でない

☞ 公文書や診療録の取扱いと同様に、電話での問い合わせや福祉施設等との情報交換時の配慮について評価する

5.1.2.2 放送による外来患者名の呼び出しがプライバシーに配慮した工夫がなされている

- a. 個人名が出されない工夫がなされている
- b.
- c. 工夫がなされていない

5.1.2.3 検体等が人目に触れないように配慮がなされている

- a. 配慮がなされている
- b.
- c. 配慮がなされていない

◎5.1.2.4 診察室や検査室の会話が外にもれないようになっている

- a. 入口がドアなどで完全に仕切られ、会話が外に漏れないようになっている
- b.
- c. なっていない（会話が聞こえる）

5.1.2.5 病室で入院患者がプライバシーを確保できる

- a. 病室の広さ、カーテン、名札掲示の選択がなされている
- b.
- c. 確保されていない