

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 明確でない

<選んだ理由>

2.1.7 民間ボランティア等との連携を推進している

- 4. 積極的に連携している
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

◎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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- c. 手順が定められていない

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 整備されていない

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

◎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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 活用されていない

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 確認できない

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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。

<選んだ理由>

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
- c. 管理体制が十分でない

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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。

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

◎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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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. 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

<選んだ理由>

◎3.6.3 感染事故防止のための職員教育が行われている

4. 感染事故防止のための職員教育が適切である

1. 感染事故防止のための職員教育が適切でない

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

◎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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 指導内容が十分でない

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

◎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
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

◎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
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 同意を得ていることが確認できない

<選んだ理由>

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
- 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

<選んだ理由>

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

<選んだ理由>

◎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
- 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

<選んだ理由>

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
- c. 工夫がなされていない

<選んだ理由>

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
- c. 配慮がなされていない

<選んだ理由>

◎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
- c. なっていない（会話が聞こえる）

<選んだ理由>

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
- c. 確保されていない

<選んだ理由>