

1. 初診時の対応

目標：患者が安全に安心して初回の診療を受け、その後も継続的に医療が受けられる。

		前	後	最終
初診時				
1	受診目的(初診・転院・他の疾患診療など)が確認できる。			
2	トリアージができる。(身体・心理・社会)			
	1) 身体：発熱、発疹、咳嗽等（AIDS発症、活動性結核の疑い等）			
	2) 心理：プライバシーや病気に関する不安が強い			
	3) 社会：医療費の問題の有無（保険の有無、所持金など）			
	4) コミュニケーションの問題の有無（言語、機能障害など）			
3	患者に自己紹介ができる。(療養相談や看護支援の担当者)			
4	同行者がいる場合の対応ができる。			
	1) 同行理由について確認ができる。 (付き添い、病状説明の希望、相談したいことがあるなど)			
	2) 同行者にHIV感染を伝えているかを確認できる。 (伝えていない場合には、どのように伝えているか)			
5	情報収集ができる。			
	1) 居住地・勤務地・就労状況			
	2) 連絡方法-本人への連絡先と緊急時の連絡先			
	3) 過去のHIV抗体検査の回数、初感染症状の有無など			
	4) 過去の疾病、性感染症の有無、精神科受診などの既往歴			
	5) 感染経路と関連事項-性的指向・薬物使用経験など			
	6) 併存疾患の治療状況や服用状況			
	7) HIV感染症の受け止め状況			
	8) 家族構成（同居者など）と関係			
	9) HIV感染症の打ち明け者(以下、サポーター)とその関係			
	10) キーパーソンの存在とその関係			
	(他施設でHIV診療歴がある場合)			
	11) 通院状況やCD4/HIV-RNA量の推移から治療経過を推測できる。			
	12) カウンセリング、地域支援などの継続が必要か確認できる。			
6	患者が病状と治療方針を理解しているか確認できる。			
7	HIV/AIDS診療は医師、看護師、心理士、薬剤師、MSWなどのチーム医療で対応していることを紹介できる。			
8	再診までの医療機関への受診や問い合わせ方法を説明できる。			
	1) 症状の出現時の連絡方法や受診方法を説明できる。			
	2) 生活での疑問や不安について相談方法を説明できる。			

3. 服薬支援

目標：患者が安心かつ安全に治療継続できるように支援する。

		前	後	最終
服薬準備期				
1	治療の目的や方法について理解できているか確認できる。			
2	服薬準備ができているか患者と一緒に確認できる。			
	1) 生活パターンを確認できる。			
	2) 併存疾患(血友病、生活習慣病、肝炎、精神疾患など)の治療状況を確認できる。			
	3) サプリメントや市販薬・併用薬の服用状況を確認できる。			
	4) 服薬時間の検討ができる。			
	5) 服薬管理方法(ピルケース・分包など)を提示できる。			
	6) 服薬行動に影響する因子について確認できる。			
	・アルコールなどの嗜好品の頻度や量			
	・違法薬物使用歴やその方法			
	・認知能力や精神疾患の有無			
	・病名打ち明け者(以下サポーター)の有無			
	7) 服薬開始に向けた意識付けができているか確認できる。			
	8) 身体障害者手帳・自立支援医療の説明を受けているか確認できる。			
服薬開始日				
3	薬剤師と連携し、個別の状況に合わせた情報提供ができる。			
	1) 服用方法(服薬時間のズレの許容範囲、飲み忘れた場合の対処法)や副作用等について理解できているか確認できる。			
	2) 症状出現時の対処法(自己判断で中止・減量せず、病院へ問い合わせる)を説明できる。			
	医療費助成制度の手続き(身体障害者手帳・自立支援医療など)が整っているかMSWと確認できる。			
服薬開始後				
4	服薬アドヒアランスが維持出来ているか確認できる。			
	1) HIV-RNA量の推移から治療効果について検討できる。			
	2) 服薬率、時間のズレの有無を確認できる。			
	3) 副作用の出現の有無や対処法について確認できる。			

4. サポート形成支援

目標：患者が療養に必要な支援を獲得できるように情報提供し、療養継続の環境整備を行う。

		前	後	最終
人的支援				
1	どんな支援が必要か話し合うことができる。			
2	サポーターの有無に関わらず、支援者の有無を確認できる。			
	1) 同居人や家族等の関係性が確認できる。			
	2) 他者にHIV感染を打ち明ける意思の確認ができる。			
	サポーターがいる場合			
	1) どのような支援を受けることができるか確認できる。			
	2) 支援内容に不足がないかを話し合うことができる。			
	サポーターがいない場合			
	1) サポーターがいることのメリットを話し合うことができる。			
	2) サポーターになり得る候補者の検討ができる。			
	3) いつ・どのように打ち明けるか検討できる。			
	4) 打ち明け方法などについて助言できる。			
	サポート者に対する相談対応ができる。			
	1) 病気の説明ができる。			
	2) サポーターの役割を説明できる。			
経済的支援				
3	経済状況に問題があるかMSWとともに確認ができる。			
	1) 健康保険の加入状況を確認できる。			
	2) 収入減が確保されているか確認できる(就労の有無など)			
	3) 公的な支援(生活保護など)を受給しているか確認できる			
4	医療費助成制度、身体障害者手帳、自立支援医療などの説明ができる。			
	1) 手帳のメリット、デメリットについて説明できる。			
	2) 手帳の申請をする場合、MSWと連携が図れる。			
	3) 障害者雇用による就職活動があることを紹介できる。			

2. 患者教育

目標：患者が治療と生活の両立に必要な知識・技術を身につけ、自ら治療に関する意思決定、健康管理が行える。

		前	後	最終
初診時、受診再開時の				
1	患者のレディネスの状況を判断して、教育を開始することができる。			
2	患者が療養に必要なHIV関連の情報を説明ができる。			
	1) HIV感染症の概要			
	2) 治療-抗HIV療法と日和見疾患の治療と予防			
	3) 日常生活の注意(易感染予防・二次感染予防)			
	4) 病気の打ち明け			
	5) 日頃の備え			
3	検査結果や個別の病態に合わせた患者教育ができる。			
	1) 定期受診の必要性について説明ができる。			
	2) 易感染状態の場合は、体調の変化や日常生活の注意点について説明ができる。			
	3) 薬が処方された場合は、副作用出現時の対応について説明ができる。			
4	ハイリスク感染の対象者(配偶者・性的接触がある人等)へHIV抗体検査をすすめることができる。			
5	継続受診ができるか評価できる。			
	1) 患者が病状や治療について理解できているか確認できる。			
	2) 受診予定から今後の受療計画を患者と一緒に確認できる。			
定期受診				
6	①療養生活状況 ②心理状況 ③社会活動状況の変化を確認できる。			
7	検査結果に沿った健康管理の教育ができる。			
	1) 検査データの見方や病状の経過について説明ができる。			
	2) 食事や飲酒、喫煙、運動、睡眠などの生活習慣病に関連した生活指導ができる。			
	3) 性交渉の頻度や相手、コンドームの使用状況などを確認し、二次感染予防について話ができる。			
受診に来ない場合				
8	受診状況から受療行動の傾向を確認できる。			
9	予約日に受診しない場合に受診促しの連絡ができる。			
10	受診に影響するリスクについてチームで検討できる。			
11	受診継続に必要な医療連携(転院など)や地域支援について検討できる。			

		前	後	最終
維持期				
7	現在の治療方針や治療効果を踏まえて、治療変更や継続の意思決定ができる。			
	1) 治療効果について医学的判断を理解できているか確認できる。			
	2) 治療維持や変更について主治医と共に検討できる。			
	3) 新しい治療法の選択について主治医と共に最新情報の提供ができる			
	4) 治療法の継続または変更について意向や希望を確認できる。			
	5) 治療継続や変更について意思決定の支援ができる。			
HIV-RNA量> 20/ml以上が複数回、または持続的に検出された場合				
8	1) 治療効果に影響している問題がないか情報収集ができる。			
	・服薬方法や飲み忘れ回数、時間のずれ			
	・服薬している薬剤名や錠数			
	・他疾患の治療薬や市販薬などとの相互作用			
	・薬物血中濃度、耐性検査など検査結果			
	・心理状態、認知機能の変化			
	・理解力や言語力の程度			
	・副作用の出現の有無			
	・受診状況(予約以外の受診頻度など)			
	・ライフスタイルの変化			
	・服薬や治療成績に対する認識			
	・嗜好品（飲酒など）や違法薬物の使用の程度			
	2) ライフスタイルに応じた管理方法を検討できる。			
	3) 服薬アドヒアランスが維持できているか確認できる			
HIV-RNA量の抑制が維持できない場合、自己管理が難しいと判断した場合				
9	服薬継続のために家族、同居人、地域支援者からの支援を検討できる。			
	1) 家族や同居人などによる服薬の声かけと確認			
	2) 地域支援者による服薬支援内容が検討ができる。			
	3) 薬剤師の在宅訪問による配薬・薬剤管理の検討ができる			
	4) 訪問看護による服薬管理と内服確認の支援の検討ができる。			
	5) ヘルパーによる服薬介助			

5. 連携・調整

目標：患者の療養に必要な身体・心理・社会支援について包括的に捉え、問題解決に向けて多職種からの支援を調整し患者のセルフマネジメント支援につなげる。

		前	後	最終
1	治療継続と日常生活の安定が脅かされないか情報収集できる。			
2	在宅療養に必要な支援について検討し、導入できる。			
	1) 患者と必要のある支援について話し合いができる。			
	2) 支援導入の必要性について提案できる。			
	3) 支援者について検討することができる。			
	4) 患者に必要な支援についてカンファレンス等で共有できる。			
3	地域の保健・医療・福祉支援者などによる支援体制ができる。			
	1) 連携先に支援の必要性を説明できる。			
	2) 看護サマリや他の手段を使用して、情報提供できる。			
	3) スムースな連携ができるように連絡窓口を決定できる。			
	4) 患者、地域支援者、医療機関で支援内容について共有できる。			
	5) 病名を打ち明け状況に配慮した支援方法を共有できる			
	6) プライバシーに配慮した支援方法を提示できる。			
	7) 職業暴露時の対処法や連絡方法を説明できる。			
4	支援の継続について評価ができる。			
	1) 患者の状態に応じて支援者内で情報交換ができているか確認できる。			
	2) ケアプランの修正を行い、必要時支援者の再構成ができる。			
5	常に柔軟で機能的なチームが維持できているか確認できる。			

〈前：これまでの経験〉	〈後：実習中の経験〉	前	後	最終
実施したことがある		2		2
見学したことがある	見学および演習をおこなった	1	1	1
実施/見学したことがない	見学および演習をおこなわなかった	0	0	0