

	患者目標	問題	解決策
A	家族より、リスク因子を把握し予防できる	<input type="checkbox"/> 家族歴が不明 <input type="checkbox"/> 家族歴がある	<input type="checkbox"/> 家族の既往歴の把握に努める <input type="checkbox"/> リスク因子を考慮し、セルフケアを指導する <input type="checkbox"/> 家族の年齢等、患者背景を把握する <input type="checkbox"/> 保因者へ支援紹介（遺伝カウンセリング・育児希望）
	家族から療養生活の支援を受けることができる	<input type="checkbox"/> HIVを知り本人に寄り添い相談できる家族の不在 <input type="checkbox"/> 血友病を知り本人に寄り添い相談できる家族の不在 <input type="checkbox"/> 病気について知り信頼の置ける理解者が不在	<input type="checkbox"/> 理解者、支援者の必要性を患者と検討する <input type="checkbox"/> 病気について打ち明けるメリットデメリットを整理する <input type="checkbox"/> 家族関係を考慮し打ち明ける対象者を選定する <input type="checkbox"/> 病名を打ち明けた家族への疾患教育と相談対応を行う
B	経済的な不安がない	<input type="checkbox"/> 恒久対策として受けるべき手当が適用されていない	<input type="checkbox"/> 手当、助成制度などもなく全て利用されているか確認する
		<input type="checkbox"/> 就労支援が不足している	<input type="checkbox"/> 就労可能な場合は、ハローワークの紹介 <input type="checkbox"/> 就労に向けた職業訓練等の支援の紹介
		<input type="checkbox"/> 現在も将来も安定した収入源がない	<input type="checkbox"/> 生活の見通しを立て、調整する
C	身体面・精神面に負担なく就労を検討できる	<input type="checkbox"/> 就労は身体面・精神面に負担があり困難	<input type="checkbox"/> 心身共に負担のかからない職業の検討 <input type="checkbox"/> 関節負担を軽減する活動方法や装具の提案 <input type="checkbox"/> 整形外科による関節評価やリハビリによる日常生活指導
	就労を通じて社会参加できる	<input type="checkbox"/> 就労意欲はあるが、就労できない <input type="checkbox"/> 就労できる身体・精神状態にあるが、就労意欲がない	<input type="checkbox"/> ハローワークの紹介、障害者雇用枠の情報提供など就労支援 <input type="checkbox"/> ハローワークや就労支援プログラム等を紹介し、就労意欲を喚起 <input type="checkbox"/> 学歴、職歴、結婚歴、趣味などの情報から興味のある職業を検討・提案
	人とつながりを持ち社会参加できる	<input type="checkbox"/> 社会参加が少ない、またはない <input type="checkbox"/> 閉じこもりがちな生活である	<input type="checkbox"/> 患者支援団体の紹介（社福はばたき・MERS など） <input type="checkbox"/> 学歴、職歴、結婚歴、趣味などの情報から外出や社会参加のきっかけを検討・提案 <input type="checkbox"/> カウンセリングの紹介、思いの表出を促す
D	現状において困っていることを解決し負担なく生活することができる	<input type="checkbox"/> 通院困難、負担がある	<input type="checkbox"/> 通院先の検討、生活圏の検討、交通費の助成制度の確認
		<input type="checkbox"/> 身体面の問題がある	<input type="checkbox"/> 日常生活上の問題を整理、要介護度の評価
		<input type="checkbox"/> 精神面の問題がある	<input type="checkbox"/> 精神科受診やカウンセリング導入し、思いの表出を促す <input type="checkbox"/> 家族関係、信頼しているサポーターの存在を確認し、支援を得る
		<input type="checkbox"/> 経済面の問題がある	<input type="checkbox"/> MSWと面談し問題の整理と支援を検討
	<input type="checkbox"/> 生活面の問題がある	<input type="checkbox"/> 適切な制度や支援サービスを調整する	
	<input type="checkbox"/> 本人の生活に影響する家族の問題がある	<input type="checkbox"/> 本人の生活に影響する家族の問題の整理とその支援	
頼りになる介護者がいる	<input type="checkbox"/> 本人を介護する支援者の不在 <input type="checkbox"/> 家族を介護する支援者の不在	<input type="checkbox"/> コーディネーターナースや心理士と面談し患者自身の思いを整理する <input type="checkbox"/> 地域スタッフが実際の生活状況をアセスメント <input type="checkbox"/> 本人・家族の介護度の把握と支援検討 <input type="checkbox"/> 緊急時の対応について検討 <input type="checkbox"/> 本人・家族の支援者体制を検討	
	福祉、介護と連携し身体的、精神的に負担なく、良好な療養環境で生活できる	<input type="checkbox"/> 同居する本人家族の使用する制度（障害福祉/介護）が違うことで有効な支援につなげない	<input type="checkbox"/> 本人、家族の長期療養に関する意向をよくヒアリングする <input type="checkbox"/> 障害福祉・介護における連携調整のもと支援を検討 <input type="checkbox"/> 制度の狭間にある問題を解決し支援につなげる
E	社会資源を有効活用し、良好な療養環境で生活できる	<input type="checkbox"/> 医療費が徴収されている	<input type="checkbox"/> 医療費助成制度の利用確認
		<input type="checkbox"/> 利用可能な医療費助成や障害者手帳の取得がない	<input type="checkbox"/> 制度手当のメリットデメリットを伝え取得希望のある場合、手続きを支援 <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの情報提供 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の級数や障害程度区分の見直し
		<input type="checkbox"/> 介護認定を受けていない	<input type="checkbox"/> 要介護認定の取得や再認定手続きを支援 <input type="checkbox"/> MSWを通じて居住地の担当CWやケアマネと連携し、必要なサービスを検討 <input type="checkbox"/> 継続的に支援実施の評価とケアプランを見直し
F	適切な装具を使用することができる	<input type="checkbox"/> 受診先がわからない	<input type="checkbox"/> 補装具意見書作成のため受診調整
		<input type="checkbox"/> 自分に合った装具・自助具がわからない	<input type="checkbox"/> 装具について相談・調整（助成についても紹介する）
		<input type="checkbox"/> 装具・自助具の依頼先がわからない	<input type="checkbox"/> 装具・自助具作成の事業所を確認し紹介する
G H J	在宅で適切なサービスを受けることができる	<input type="checkbox"/> 訪問の必要性を感じていない又は拒否	<input type="checkbox"/> A～Eで問題を整理しケアプラン
		<input type="checkbox"/> 訪問の利用方法や内容が不明	<input type="checkbox"/> 訪問の必要性、導入可能なサービスを説明する
		<input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先がわからない	<input type="checkbox"/> 緊急時の医療機関の連絡先を確認 <input type="checkbox"/> 訪問後の情報フィードバックと、支援の再検討

お問い合わせ ※このシートの活用方法や、このシートでヒアリングした症例の相談対応など、下記の各管轄のブロック拠点病院、又はACC宛にお問い合わせ下さい。

施設名	担当者名	連絡先
北海道大学病院	渡部恵子 武内阿味	TEL:011-706-7025 HIV 相談室
NHO 仙台医療センター	佐々木晃子 鈴木美絵子	TEL:022-293-1111 感染症内科（内科5）
新潟大学医学総合病院	新保明日香 内山正子	TEL:025-227-0841 感染管理部
石川県立中央病院	高山次代 浅田裕子	TEL:076-237-8211 免疫感染症科
NHO 名古屋医療センター	羽柴智恵子 三輪紀子	TEL:052-951-1111 感染症科
NHO 大阪医療センター	東 政美 中濱智子	TEL:06-6942-1331 感染症内科
広島大学病院	佐々木美希 宮原明美	TEL:082-257-5351 エイズ医療対策室
NHO 九州医療センター	長與由紀子 犬丸真司	TEL:092-852-0700 AIDS/HIV 総合治療センター
エイズ治療・研究開発センター（ACC）	杉野祐子 阿部直美	TEL:03-5273-5418 ACC ケア支援室直通 TEL:03-6228-0529 ACC 救済医療室直通

福祉・介護

情報収集シート 療養支援アセスメントシート



2020年3月

厚生労働行政推進調査事業費補助金（エイズ対策政策研究事業）
非加熱血液凝固因子製剤によるHIV感染血友病等患者の
長期療養体制の構築に関する患者参加型研究
研究代表者 藤谷 順子（国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院）
研究分担者 大金 美和（国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院ACC）
研究協力者 阿部 直美（国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院ACC）

福祉・介護

情報収集シート

※情報収集シートのA~Jは裏面の療養支援アセスメントシートA~Jに対応する情報です。

記入日： 年 月 日 記入者：

I D ひりがな 患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	原告	<input type="checkbox"/> 東京 <input type="checkbox"/> 大阪
---------------------	-----	------	-------------	----	--

A 家族背景	家族構成図 キーパーソン： ※本人、家族の居住地（市区町村）を記入 ※同居者を○で囲む	続柄	年齢	備考
	家族歴（該当する続柄を記入） <input type="checkbox"/> 血友病（ ） <input type="checkbox"/> HIV（ ） <input type="checkbox"/> 保因者診断受検（ ） <input type="checkbox"/> 脳血管疾患（ ） <input type="checkbox"/> 循環器疾患（ ） <input type="checkbox"/> 悪性新生物（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
B 経済状況	経済状況 <input type="checkbox"/> 大変苦しい <input type="checkbox"/> やや苦しい <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ややゆとりがある <input type="checkbox"/> 大変ゆとりがある	備考		
	収入源 <input type="checkbox"/> 本人給与 <input type="checkbox"/> 家族給与 <input type="checkbox"/> 手当等 手当 <input type="checkbox"/> 和解金（残） <input type="checkbox"/> 障害年金（基礎1級・2級 / 厚生1級・2級・3級・手当金） <input type="checkbox"/> 老齢年金（基礎・厚生） <input type="checkbox"/> その他 PMDA <input type="checkbox"/> 未発症（ <input type="checkbox"/> CD4数<200） <input type="checkbox"/> AIDS発症 <input type="checkbox"/> その他（ ） 研究協力謝礼 PMDA <input type="checkbox"/> C型肝炎 QOL 調査（D票提出） 本人自身の必要生活費： （ <input type="checkbox"/> 家賃： <input type="checkbox"/> 施設費用： ）			
C 生活歴	居住地：（ ）都道府県（ ）市区町村（ ）	備考		
	【就労】 <input type="checkbox"/> 就労（職種： ） <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 自営 / <input type="checkbox"/> フルタイム <input type="checkbox"/> パート・アルバイト <input type="checkbox"/> 職歴： <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 失業・休職 <input type="checkbox"/> 就活 <input type="checkbox"/> 職業訓練			
	【最終学歴】 <input type="checkbox"/> 中学 <input type="checkbox"/> 高校 <input type="checkbox"/> 短大 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 大学院 <input type="checkbox"/> 専門学校 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	【結婚歴】 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 既婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 内縁			
	【趣味】 室内 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 室外 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	【社会参加】 *患者会 <input type="checkbox"/> ほとんど参加（名称： ） <input type="checkbox"/> ほとんど参加しない <input type="checkbox"/> 参加歴あり（ 年前） *原告団としての活動状況 <input type="checkbox"/> 有（活動内容： ） <input type="checkbox"/> 無 *患者支援団体からのお知らせや郵送物受取り <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 社会福祉法人はばたき福祉事業団 <input type="checkbox"/> NPO法人ネットワーク医療と人権<MERS> <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 無 *その他 <input type="checkbox"/> 他者との談義 <input type="checkbox"/> 趣味の共有 <input type="checkbox"/> ボランティア <input type="checkbox"/> 祭りイベント <input type="checkbox"/> 他：			

D 患者の生活状況	【現状で困っていること】 <input type="checkbox"/> 身体面 <input type="checkbox"/> 関節痛： <input type="checkbox"/> 合併症コントロール： <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 精神面 <input type="checkbox"/> 不眠： <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 経済面 <input type="checkbox"/> 生活費： <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 親の介護： <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 副作用症状： <input type="checkbox"/> 抑うつ： <input type="checkbox"/> 就労	特記事項 ADL：
	【生活面で困っていること】 <input type="checkbox"/> 家事 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> その他		
	【長期療養への意向（居住地、同居者など）】 本人： 家族：		
	【通院時の主な移動手段と時間】 <input type="checkbox"/> 車（ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 介護タクシー） <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> その他 片道 時間 分 寝たきり度（ランク）： 認知症高齢者の日常生活自立度： 本人に介護が必要な時に支援が可能な人 主介護者：（ 歳） 副介護者：（ 歳） 家族に介護が必要な場合に支援する人（本人含む） 主介護者：（ 歳） 副介護者：（ 歳）		
E 社会資源利用状況	【医療費助成制度】 *治療研究事業の対象となる医療は、血液製剤投与に起因する「HIV感染症並びに当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療」である。以下の3点を用いて基本的に負担は生じない例）C型肝炎治療のための医療費助成は申請不要 他科外来診療費、他科入院診療費など <input type="checkbox"/> 1. 医療保険（ <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 2. 特定疾病療養 <input type="checkbox"/> 3. 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業	備考	
	*HIV感染者が個室に入院した場合には、本人の希望にかかわらず治療上の必要から入室したとみなしHIV感染者療養環境特別加算の対象とし特別の料金の徴収はできない。 <input type="checkbox"/> 入院時個室利用について知っている。		
	【身体障害者手帳】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 級（障害名： 級） （障害名： 級） <input type="checkbox"/> 医療費助成（ <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 自立支援医療） <input type="checkbox"/> 障害者総合支援法（障害程度区分：1・2・3・4・5・6） <input type="checkbox"/> 申請中		
	【その他】 <input type="checkbox"/> 血友病薬害被害者手帳の取得 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 要介護認定 要支援（1・2）要介護（1・2・3・4・5） <input type="checkbox"/> 申請中		
F 装具・自道具		利用頻度： 回 / 週・月	備考
事業者名： TEL：	担当者： 使用している装具・補助具（ ） 利用する社会資源 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 障害福祉		
G 訪問看護		利用頻度： 回 / 週・月	備考
事業者名： TEL： 担当Ns：	<input type="checkbox"/> 服薬確認 <input type="checkbox"/> 身体面・精神面の観察 <input type="checkbox"/> 医療処置 <input type="checkbox"/> 製剤輸注 <input type="checkbox"/> 保清実施・指導 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 利用する社会資源 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険		
H 訪問介護 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 障害福祉		利用頻度： 回 / 週・月	備考
事業者名： TEL： 担当：	<input type="checkbox"/> 生活介助（調理・掃除・洗濯・買い物・その他） <input type="checkbox"/> 身体介護（食事・排泄・入浴・その他） 利用する社会制度 <input type="checkbox"/> 障害福祉 <input type="checkbox"/> 介護保険		
I 訪問リハビリテーション		利用頻度： 回 / 週・月	備考
事業者名： TEL： 担当：	<input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> 作業療法士 <input type="checkbox"/> 言語療法士 <input type="checkbox"/> マッサージ 利用する社会資源 <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 障害福祉 <input type="checkbox"/> 介護保険		
J その他、地域連携や相談窓口等			備考
事業者名： TEL： 担当：	<input type="checkbox"/> 利用内容 職種：		