

医療 療養支援アセスメントシート ※情報収集シートの情報からA～Kの患者目標にそって当てはまる問題の項目にチェックを付け、解決策を参考に支援を検討しましょう。

	患者目標	問題	解決策
A	自身の状態を把握する	<input type="checkbox"/> 血友病について知識不足 <input type="checkbox"/> インヒビターについて知識不足 <input type="checkbox"/> 輸注記録の未記入、出血の頻度、部位がわからない	<input type="checkbox"/> 血友病の病態や治療に関する知識の習得 <input type="checkbox"/> インヒビターに関する知識の習得 <input type="checkbox"/> 輸注記録をつけ、受診時に評価する
	適切な治療を受け、良好なコントロールができる	<input type="checkbox"/> 定期輸注が徹底されていない <input type="checkbox"/> 自己注射ができない、または手技が適切でない <input type="checkbox"/> 必要な製剤輸注量がわからない	<input type="checkbox"/> 適切な輸注量・頻度についての知識の習得 <input type="checkbox"/> 自己注射の手技訓練 <input type="checkbox"/> 出血時の追加投与の方法を習得
	緊急時、非常時の対応への備えがある	<input type="checkbox"/> 出血時の応急処置の基本がわからない <input type="checkbox"/> 自己注射できない場合の支援者が不在である <input type="checkbox"/> 夜間休日の緊急受診先が不明である	<input type="checkbox"/> 出血時のケア（RICE：ライス）を習得する <input type="checkbox"/> 家族や訪問Nsによる輸注実施の調整 <input type="checkbox"/> 受診先の検討、連絡窓口の明確化
	予防的行動ができる	<input type="checkbox"/> 出血頻度が減らない <input type="checkbox"/> 運動量に応じて輸注できない <input type="checkbox"/> 活動を過剰に制限し運動機能が弱っている	<input type="checkbox"/> 日常生活活動についての見直し <input type="checkbox"/> 運動量と輸注量、頻度が適切か確認する <input type="checkbox"/> 筋力増強、関節拘縮予防のリハビリ実施
B	自身の状態を把握する	<input type="checkbox"/> 肝臓の状態について把握していない <input type="checkbox"/> 定期検査が未実施 腹部エコー・CT→肝臓の評価 上部内視鏡→食道静脈瘤の評価	<input type="checkbox"/> 肝臓の状態を十分説明し、理解を促す <input type="checkbox"/> 医師と相談し、検査を実施する <input type="checkbox"/> 定期的な検査の必要性を説明する <input type="checkbox"/> 検査時は衣服の着脱・移動の介助（関節拘縮）
	適切な治療を受け、良好なコントロールができる	<input type="checkbox"/> 病状や治療方針に関するIC不足 <input type="checkbox"/> 救済医療における治療や個別支援の不足 <input type="checkbox"/> 先進医療に関する情報不足	<input type="checkbox"/> 検査結果に基づく病態や治療方針の情報共有 <input type="checkbox"/> PMDAの健康状態報告書データ提供への同意 <input type="checkbox"/> 肝炎検診・セカンドオピニオンの実施 <input type="checkbox"/> 移植や重粒子線等の先進医療の検討 <input type="checkbox"/> 先進医療による医療の充実
C	自身の状態を把握する	<input type="checkbox"/> 免疫状態（CD4数）の把握不足 <input type="checkbox"/> 病状コントロール（HIV-RNA量）に関する知識不足 <input type="checkbox"/> 症状観察 有症状時の対処がわからない	<input type="checkbox"/> 検査結果の把握と自己の経過を記録 <input type="checkbox"/> 検査結果の把握と自己の経過を記録 <input type="checkbox"/> 早期発見、早期対処の方法を説明する
	適切な治療を受け、良好なコントロールができる	<input type="checkbox"/> 服薬中の薬剤名や服薬方法がわからない <input type="checkbox"/> 確実な服薬が遵守されない・服薬継続できない <input type="checkbox"/> 定期受診できない	<input type="checkbox"/> 服薬について十分な説明のもと理解する <input type="checkbox"/> 服薬方法・服薬行動の見直し <input type="checkbox"/> 定期検査による自身の状態把握、受診調整
D	活動性の維持・改善のため、整形外科リハビリを活用できる	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科を受診したことがない <input type="checkbox"/> 受診したことはあるが、継続していない <input type="checkbox"/> ADLの低下、生活の支障あり <input type="checkbox"/> 症状へのあきらめ等、受診の必要性を感じない <input type="checkbox"/> 整形外科を受診したことがない <input type="checkbox"/> 受診したことはあるが、継続していない <input type="checkbox"/> 症状へのあきらめ等、受診の必要性を感じない	<input type="checkbox"/> リハビリ方法の習得、装具・自助具の検討 <input type="checkbox"/> 関節拘縮や筋力低下への予防行動の継続 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の習得（負担軽減の工夫） <input type="checkbox"/> 他患者の例を紹介し、前向きな気持ちを保つ <input type="checkbox"/> 血友病性関節症の外科的処置の適用を相談 <input type="checkbox"/> 定期的な血友病性関節症の評価を目的に受診 <input type="checkbox"/> QOL向上のメリットをイメージできる
E	併存疾患について他科連携のもと、適切な治療を受け、良好なコントロールができる	<input type="checkbox"/> 病状や治療方針に関するICとそのフォロー不足	<input type="checkbox"/> 検査結果に基づく病態や治療方針の情報共有 <input type="checkbox"/> 療養上の注意点について知識の習得 <input type="checkbox"/> 他科多職種の指導による自己管理の習得 <input type="checkbox"/> 服薬方法・服薬行動の見直し <input type="checkbox"/> 血圧測定などの自己管理
F		<input type="checkbox"/> 療養生活上の注意点（食事、運動など）の知識不足	
G		<input type="checkbox"/> 食事療法、運動療法が実践できない <input type="checkbox"/> 服薬継続・定期受診ができない <input type="checkbox"/> 血圧測定をしていない	
H	適切な歯科治療を受けられることができる	<input type="checkbox"/> 定期検診を受けていない。 <input type="checkbox"/> 受診に不安がある・受診先がない <input type="checkbox"/> 口腔ケアができない	<input type="checkbox"/> 口腔内の保清、炎症予防、う歯を評価する <input type="checkbox"/> 病気を伝え安心して通院できる施設の確保 <input type="checkbox"/> 口腔ケア、指導をうける
I	精神科	<input type="checkbox"/> 定期受診、服薬継続できない <input type="checkbox"/> 症状の訴え、気持ちの不安定さがある	<input type="checkbox"/> 睡眠状態や、精神状態を確認する <input type="checkbox"/> 受診や心理面接につなげる
K	検診・研究参加	<input type="checkbox"/> 一度も検診をうけたことがない <input type="checkbox"/> 研究参加に関する情報がない	<input type="checkbox"/> 各種検診を紹介 <input type="checkbox"/> ACC/ブロック拠点病院等より情報を得る <input type="checkbox"/> ホームページなど最新情報を確認する

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

医療

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）

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

記入日： 年 月 日 記入者：

ID 患者氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 身長： 体重：

A 血友病 受診頻度： 回 / 週・月 備考

病院名： 通院履歴： <出血部位>
 診療科： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 薬局名： 宅配利用

診断日：
 血友病A 血友病B その他 () インヒビター (有・無)
 (重・中等・軽) 症 因子活性

出血しやすい部位： 出血頻度：
 補充療法 製剤名 ()
 定期： 単位 (実施回数： 回 / 週・月 曜日)
 出血時： 単位 (出血頻度：)

輸注 自己注射 家族 () 病院 ()
 訪問看護 () その他 ()
 製剤投与記録あり：ツール ()

B 肝炎 受診頻度： 回 / 週・月 備考

病院名： 通院履歴：
 診療科： TEL：
 担当医： 担当Ns：

B型 C型 (ジェノタイプ：)
 自然治癒 慢性肝炎 肝硬変 肝癌
 Child-Pugh 分類 点 (A B C)

食道静脈瘤あり (結紮術 硬化療法) 年 月 腹水 その他
 最終検査時期 腹部エコー 年 月
 腹部 CT 年 月 アシアロシンチ 年 月
 上部内視鏡 年 月 フィブロスキャン 年 月
 下部内視鏡 年 月

抗ウイルス IFN： → SVR 年 月
 療法 DAA： → SVR 年 月
 その他治療 ()

癌治療 部分切除術 年 月 TACE 年 月 ラジオ波 年 月
 化学療法 年 月 重粒子線治療 年 月 免疫療法 年 月
 その他 年 月

移植 生体 年 月 脳死 年 月 (登録済 年 月 検討中)

C HIV 感染症 受診頻度： 回 / 週・月 備考

病院名： 通院履歴：
 診療科： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 MSW： 心理士：
 薬局名：

感染告知時期 歳 医師から 家族 () から

診断日
 病期 AC AIDS ()
 最終 CD4 数 = / μ l HIV-RNA 量 = コピー /ml
 治療 未 薬剤名と服薬回数：
 アドヒアランス 良 不良 (理由：)

D 整形外科/リハビリテーション科 受診頻度： 必要時 定期： 回 / 週・月 備考

病院名： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 受診理由 ()
 手術歴 滑膜切除術 (関節)
 人工関節置換術 (関節)
 訓練 (関節可動域 基本動作 筋力増強)
 装具・自助具の作成や調整 自主トレ指導 (メニューあり)
 リハビリ検診会参加歴あり その他

E 内分泌代謝内科 受診頻度： 回 / 週・月 備考

病院名： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 受診理由 ()
 治療 内服 () インスリン ()
 栄養相談 (年 月) 眼科検診 (1 回 /) フットケア

F 腎臓内科 受診頻度： 必要時 定期： 回 / 週・月 備考

病院名
 透析実施施設： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 受診理由 ()
 治療 内服 () その他 ()
 透析 無 有 回 / 週 シヤント部位 () DW (kg)

G 循環器内科 受診頻度： 必要時 定期： 回 / 週・月 備考

病院名： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 受診理由 ()
 検査 心電図 心エコー 冠動脈 CT 冠動脈造影
 治療 内服 () その他 ()
 血圧測定 平均 / mmHg 自己測定 (経過記録)

H 歯科 受診頻度： 必要時 定期： 回 / 週・月 備考

病院名： TEL：
 抜歯等親血処置の実施施設 同上 その他：
 担当医： 担当Ns：
 受診理由 ()

I 精神科 受診頻度： 必要時 定期： 回 / 週・月 備考

病院名： TEL：
 担当医： 担当Ns：
 受診理由 ()

J その他 () 受診頻度： 必要時 定期： 回 / 週・月 備考

.....

K ACC/ブロック拠点病院等で開催の検診・研究参加 (例えば ACC 治療検診、長崎肝検診等) 備考

検診名 年 月 実施施設 ()
 検査項目：
 研究名 年 月 実施施設 ()
 研究内容：

生活習慣・服薬スケジュール等

※ 生活時間 () 時 () 時
 起床 就寝
 アレルギー：
 喫煙：
 飲酒：