

医療 療養支援アセスメントシート ※情報収集シートのA～Lの情報から、以下のA～Lの患者目標に沿って、患者の課題を抽出し、その解決策を参考に患者のセルフマネジメントを支援しましょう。

	患者目標	課題	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、受診時に報告できる
	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 <input type="checkbox"/> 出血時の追加輸注量が判断できる
	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、輸注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（肝臓、食道静脈瘤の評価） <input type="checkbox"/> 出血の不安による検査の未実施 <input type="checkbox"/> 検査時の体位の保持、変換が困難	<input type="checkbox"/> 肝臓の状態を十分把握する <input type="checkbox"/> 定期的な検査の必要性を理解する <input type="checkbox"/> 止血コントロールを十分に行う <input type="checkbox"/> 関節拘縮の状態に応じて検査時に介助する
	適切な治療を受け、良好なコントロールができる	<input type="checkbox"/> 病状や治療方針に関するIC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"/> 先進医療に関する情報収集 <input type="checkbox"/> 移植や重粒子線治療等の先進医療の検討
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、早期対処の方法がわかる
	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情報を得て理解する <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"/> 整形外科を受診したことがない <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"/> 関節の評価の必要性の理解不足 <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"/> 装具・自助具の適用を検討したことがない	<input type="checkbox"/> 整形外科、リハ科の受診調整 <input type="checkbox"/> 関節拘縮や筋力低下への予防行動の実施 <input type="checkbox"/> 日常生活動作の習得（負担軽減の工夫） <input type="checkbox"/> 他患者の例を参考に、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できる <input type="checkbox"/> 定期的な血友病性関節症の評価を目的に受診する <input type="checkbox"/> QOL向上のメリットを知りイメージできる <input type="checkbox"/> 装具・自助具の検討 <input type="checkbox"/> リハビリ方法の習得
EFGH	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不足 <input type="checkbox"/> 療養生活上の注意点（食事、運動など）の知識不足 <input type="checkbox"/> 食事療法、運動療法ができない <input type="checkbox"/> 服薬継続・定期受診ができない <input type="checkbox"/> 自己測定（血圧、血糖等）ができない	<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"/> 療養上の注意点に関する知識の習得 <input type="checkbox"/> 他科多職種から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"/> 自己管理ができる
I	適切な歯科治療を受けることができる	<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"/> 口腔ケアが不十分である	<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医療機関の確保 <input type="checkbox"/> 口腔ケア、指導につながる
J	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がる
L	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"/> 各種検診の情報収集 <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 安藤友季	TEL:022-293-1111 感染症内科（内科5）
新潟大学医歯学総合病院	新保明日香 須佐香苗	TEL:025-227-0841 感染管理部
石川県立中央病院	石井智美 高山次代	TEL:076-237-8211 免疫感染症科
NHO 名古屋医療センター	羽柴知恵子 三輪紀子	TEL:052-951-1111 感染症科
NHO 大阪医療センター	東 政美	TEL:06-6942-1331 HIV地域医療支援室
広島大学病院	後藤志保 獅子田由美	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*1 大杉福子*2	TEL:03-5273-5418 ACCケア支援室直通*1 TEL:03-6228-0529 ACC救済医療室直通*2

医療

情報収集シート 療養支援アセスメントシート



2022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 大杉 福子（国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院ACC）

医療

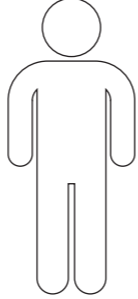
情報収集シート

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

記入日： 年 月 日 記入者：

ID ふりがな 患者氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	身長： 体重： BMI：	cm kg
--------------------	-----	------	-------------	--------------------	----------

アレルギー：無・有 () 喫煙：無・有 (本/日、いつから：) 飲酒：無・有 ()

A 血液凝固異常症 受診頻度： 回 / 週・月	備考
病院名： 通院履歴： 診療科： TEL： 担当医師： 担当看護師/HIVコーディネーターナース： 薬局名： <input type="checkbox"/> 宅配利用 診断時期： <input type="checkbox"/> 血友病A <input type="checkbox"/> 血友病B <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> インヒビター (有・無) <input type="checkbox"/> (重・中等・軽) 症 <input type="checkbox"/> 因子活性 出血しやすい部位： 出血頻度： <input type="checkbox"/> 定期補充療法：製剤名 () () 単位・mg 実施回数： 回 / 週・月 (曜日：) <input type="checkbox"/> 出血時補充療法：製剤名 () () 単位 実施回数： 回 / 週・月・年 輸注 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 家族 () <input type="checkbox"/> 病院 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 製剤投与記録あり：使用ツール ()	<関節の状態> 出血、痛み、拘縮などを記入 

B 肝炎 受診頻度： 回 / 週・ヵ月	備考
病院名： 通院履歴： 診療科： TEL： 担当医師： 担当看護師： <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 (ジェノタイプ： <input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝癌 Child-Pugh 分類 点 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C) <input type="checkbox"/> 食道静脈瘤あり (<input type="checkbox"/> 結紮術 <input type="checkbox"/> 硬化療法) 年 月 <input type="checkbox"/> 腹水 <input type="checkbox"/> その他 <最終検査時期> <input type="checkbox"/> 腹部 CT 年 月 <input type="checkbox"/> 腹部エコー 年 月 <input type="checkbox"/> 上部内視鏡 年 月 <input type="checkbox"/> アシアロシンチ 年 月 <input type="checkbox"/> 下部内視鏡 年 月 <input type="checkbox"/> フィブロスキャン 年 月 抗ウイルス 療法 <input type="checkbox"/> IFN： → <input type="checkbox"/> SVR 年 月 <input type="checkbox"/> DAA： → <input type="checkbox"/> SVR 年 月 その他治療 <input type="checkbox"/> () 癌治療 <input type="checkbox"/> 部分切除術： 年 月 <input type="checkbox"/> TACE 年 月 <input type="checkbox"/> ラジオ波 年 月 <input type="checkbox"/> 化学療法 年 月 <input type="checkbox"/> 重粒子線治療 年 月 <input type="checkbox"/> その他 年 月 移植 <input type="checkbox"/> 生体 年 月 <input type="checkbox"/> 脳死 年 月 (<input type="checkbox"/> 登録済 年 月 <input type="checkbox"/> 検討中)	

C HIV 感染症 受診頻度： 回 / 週・ヵ月	備考															
病院名： 通院履歴： 診療科： TEL： 担当医師： 担当看護師/HIVコーディネーターナース： MSW： 心理療法士： 薬局名： 感染告知時期 歳 <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> 家族 () から HIV 感染症診断日 病期 <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> AIDS (診断名：) 最終 CD4 数 = /μl HIV-RNA 量 = コピー/ml 抗 HIV 療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 薬剤名と服薬回数： 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (理由：)	(例) 生活時間と服薬スケジュール <table border="1" style="font-size: small;"> <tr> <td>7時</td> <td>8時</td> <td>12時</td> <td>18時</td> <td>23時</td> </tr> <tr> <td>起床</td> <td>朝食</td> <td>昼食</td> <td>夕食</td> <td>就寝</td> </tr> <tr> <td>起床</td> <td>朝食</td> <td>昼食</td> <td>夕食</td> <td>就寝</td> </tr> </table> 平日と休日、複数のシフトなど、異なる生活パターンを記入のこと。	7時	8時	12時	18時	23時	起床	朝食	昼食	夕食	就寝	起床	朝食	昼食	夕食	就寝
7時	8時	12時	18時	23時												
起床	朝食	昼食	夕食	就寝												
起床	朝食	昼食	夕食	就寝												

D 整形外科/リハビリテーション科	備考
病院名： TEL： 担当医師 (整形外科)： 担当医師 (リハ科)： PT / OT： 受診理由 (整形：) リハ科：) 受診頻度 (整形：) リハ科：) <input type="checkbox"/> 手術歴 <input type="checkbox"/> 人工関節置換術 (関節) <input type="checkbox"/> 滑膜切除術 (関節) <input type="checkbox"/> 訓練 (<input type="checkbox"/> 関節可動域 <input type="checkbox"/> 基本動作 <input type="checkbox"/> 筋力増強) <input type="checkbox"/> 装具・自助具 () / 利用した資源 (<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 障害福祉) <input type="checkbox"/> リハビリ検診会参加歴あり <input type="checkbox"/> 自主トレ指導 (<input type="checkbox"/> 個別メニューあり)	

E 内分泌代謝内科 受診頻度： 回 / 週・ヵ月	備考
病院名： TEL： 担当医師： 受診理由 () 治療 <input type="checkbox"/> 内服 () <input type="checkbox"/> インスリン () <input type="checkbox"/> 血糖測定 (回 / 日) <input type="checkbox"/> 経過記録 <input type="checkbox"/> 栄養相談 (年 月) <input type="checkbox"/> 眼底検査 (1 回 /) <input type="checkbox"/> フットケア	

F 腎臓内科 受診頻度： 回 / 週・ヵ月	備考
病院名： TEL： 透析実施施設： TEL： 担当医師： 受診理由 () 治療 <input type="checkbox"/> 内服 () <input type="checkbox"/> その他 () 透析 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回 / 週 シャント部位 () DW (kg)	

G 循環器内科 受診頻度： 回 / 週・ヵ月	備考
病院名： TEL： 担当医師： 受診理由 () 検査 <input type="checkbox"/> 心電図 <input type="checkbox"/> 心エコー <input type="checkbox"/> 冠動脈 CT <input type="checkbox"/> 冠動脈造影 治療 <input type="checkbox"/> 内服 () <input type="checkbox"/> その他 () 血圧測定 <input type="checkbox"/> 平均 / mmHg <input type="checkbox"/> 自己測定 (<input type="checkbox"/> 経過記録)	

H 消化器内科 (肝炎以外) 受診頻度： 回 / 週・ヵ月・年	備考
病院名： TEL： 担当医師： 受診理由 () 治療 <input type="checkbox"/> 内服 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

I 歯科 受診頻度： 回 / 週・ヵ月・年	備考
病院名： TEL： 抜歯等観血処置の実施施設 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他： 担当医師： 受診理由 ()	

J 精神科 受診頻度： 回 / 週・ヵ月	備考
病院名： TEL： 担当医師： 担当心理療法士： 受診理由 () 治療 <input type="checkbox"/> 内服 () <input type="checkbox"/> その他 ()	

K その他 () 受診頻度： 回 / 週・ヵ月・年	備考

L ACC/ ブロック拠点病院等で開催の検診・研究参加	備考
<input type="checkbox"/> 検診名 年 月 <input type="checkbox"/> 実施施設 () 検査項目： <input type="checkbox"/> 研究名 年 月 <input type="checkbox"/> 実施施設 () 研究内容：	*例えば ACC 治療検診、長崎肝検診等

	患者目標	課題	解決策
A	家族歴より、リスク要因を把握し予防行動がとれる	<input type="checkbox"/> 家族歴が不明 <input type="checkbox"/> 家族歴がある <input type="checkbox"/> リスク要因がある	<input type="checkbox"/> 家族の既往歴からリスク要因を把握する <input type="checkbox"/> リスク因子を考慮し、セルフケアに努める <input type="checkbox"/> 家族背景を把握する <input type="checkbox"/> 保因者に関する相談ができる
	家族等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等の不在 <input type="checkbox"/> 血友病を知り本人に寄り添い相談できる家族等の不在 <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"/> 病名を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等の病気や治療に関する知識の修得
B	経済的な不安がない	<input type="checkbox"/> 安定した収入源がない <input type="checkbox"/> 支出の見直しが必要である	<input type="checkbox"/> 生活の見直しを立て、適切な収支に努める
	恒久対策を最大限活用する	<input type="checkbox"/> 恒久対策として受けるべき手当を申請していない <input type="checkbox"/> 申請したが適用されない	<input type="checkbox"/> 該当する手当を全て申請し、受給する
C	身体的・心理的に負担なく就労できる	<input type="checkbox"/> 就労は身体的・心理的に負担があり困難	<input type="checkbox"/> 心身共に過剰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調整 <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を受ける
	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"/> 就労できる心身の状態にあるが、就労意欲がない	<input type="checkbox"/> ハローワーク（障害者雇用枠）の情報を得る <input type="checkbox"/> 就労支援プログラム等で就労意欲を喚起 <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する
	社会参加により人とのつながりを持つ	<input type="checkbox"/> 社会参加の機会がない <input type="checkbox"/> 社会参加に消極的である <input type="checkbox"/> 引きこもりがちな生活である	<input type="checkbox"/> 患者支援団体の活動への参加 <input type="checkbox"/> 学歴、職歴、結婚歴、趣味などを生かした社会参加のきっかけを検討する <input type="checkbox"/> カウンセリングによる、思いの表出
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"/> 身体面の問題がある	<input type="checkbox"/> 日常生活上の問題を整理、要介護度を評価する <input type="checkbox"/> 精神科受診やカウンセリングによる思いの表出 <input type="checkbox"/> 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"/> 心理面の問題がある	<input type="checkbox"/> MSWと面談し問題の整理と支援を検討 <input type="checkbox"/> 適切な制度や支援サービスを調整する
		<input type="checkbox"/> 経済面の問題がある	<input type="checkbox"/> 通院先の検討、生活圏の検討、サービスの給付を確認
		<input type="checkbox"/> 生活面の問題がある	<input type="checkbox"/> 本人の生活に影響する家族の問題を整理する
		<input type="checkbox"/> 通院困難、負担がある	<input type="checkbox"/> 生活に張り合いを見いだせない <input type="checkbox"/> コーディネーターナースや心理士と面談し自身の思いを整理する
		<input type="checkbox"/> 本人の生活に影響する家族の問題がある	<input type="checkbox"/> 医療スタッフを通じて地域スタッフに相談する <input type="checkbox"/> 本人・家族等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確認 <input type="checkbox"/> 本人・家族等の支援体制を整理する
<input type="checkbox"/> 生活に張り合いを見いだせない	<input type="checkbox"/> 本人、家族等の長期療養に関する意向を整理する <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する <input type="checkbox"/> 制度の狭間にある問題を整理し支援を受ける		
E	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"/> 医療スタッフを通じて地域スタッフに相談する <input type="checkbox"/> 本人・家族等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確認 <input type="checkbox"/> 本人・家族等の支援体制を整理する
		<input type="checkbox"/> 本人のみならず、家族背景も考慮した、療養環境調整の不足 <input type="checkbox"/> 同世帯で制度の違うサービスを利用する際の各担当部署との調整不足	<input type="checkbox"/> 本人、家族等の長期療養に関する意向を整理する <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する <input type="checkbox"/> 制度の狭間にある問題を整理し支援を受ける
F	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"/> 医療負担が生じている <input type="checkbox"/> 障害者手帳、福祉サービスの未申請 <input type="checkbox"/> 現在の状態に即した制度の見直し	<input type="checkbox"/> 医療費助成制度の利用範囲の確認 <input type="checkbox"/> 制度のメリットデメリットを考慮し取得の手続きをする <input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの情報収集 <input type="checkbox"/> 障害の等級数や障害程度区分の見直しをする
		<input type="checkbox"/> 要介護認定の未申請 <input type="checkbox"/> 現在の状態に即した介護度の見直し	<input type="checkbox"/> 要介護認定の利用を検討し申請する <input type="checkbox"/> MSWを通じて居住地の担当ケアマネと連携し、必要なサービスを検討する <input type="checkbox"/> 継続的に支援実施の評価とケアプランを見直す
F	在宅で必要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"/> 訪問の利用方法や内容が不明 <input type="checkbox"/> 在宅サービス利用に関する本人と家族等の意向があわない <input type="checkbox"/> 緊急時の連絡先がわからない	<input type="checkbox"/> A～Eで問題を整理し必要なサービスを検討する <input type="checkbox"/> 在宅サービスの情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用について家族等と検討する <input type="checkbox"/> 緊急時の医療機関の連絡先を確認する <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用を評価する

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 安藤友季	TEL:022-293-1111 感染症内科（内科5）
新潟大学医歯学総合病院	新保明日香 須佐香苗	TEL:025-227-0841 感染管理部
石川県立中央病院	石井智美 高山次代	TEL:076-237-8211 免疫感染症科
NHO 名古屋医療センター	羽柴知恵子 三輪紀子	TEL:052-951-1111 感染症科
NHO 大阪医療センター	東 政美	TEL:06-6942-1331 HIV地域医療支援室
広島大学病院	後藤志保 獅子田由美	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*1 大杉福子*2	TEL:03-5273-5418 ACCケア支援室直通*1 TEL:03-6228-0529 ACC救済医療室直通*2

福祉・介護

情報収集シート 療養支援アセスメントシート



Vol. 5

2022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 大杉 福子（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～Fは裏面の療養支援アセスメントシートA～Fに対応する情報です。

記入日： 年 月 日 記入者：

ID ぶりがな 患者氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 原告 東京 大阪

A 家族背景

家族構成図 キーパーソン： 続柄 年齢 備考

歳	
歳	
歳	
歳	
歳	
歳	

※家族の居住地（市区町村）を記入
※同居者を○で囲む

家族歴（該当する続柄を記入）

脳血管疾患（ ） 循環器疾患（ ）
 悪性新生物（ ） HIV感染者（ ）
 血液凝固異常症（ ） 推定保因者（ ）
 確定保因者（ ）
 その他（ ）

HIV感染を知っている人（ ）
 血友病を知っている人（ ）
 病名を伝え信頼を置く理解者（ ）

B 経済状況と各種手当

【経済状況】 大変苦しい やや苦しい 普通
 ややゆとりがある 大変ゆとりがある

【収入】 本人の月間収入（ 円/月）
 内訳 給与 手当 年金 生活保護
 工面（ 親 家族 貯蓄 和解金）

【支出】 本人の月間支出（ 円/月）
 内訳 家賃： 入居施設利用費：
 他（ ）

【年金関連】 取得あり： 血液凝固異常症 HIV感染症 肢体不自由 他（ ）
 障害基礎年金（ 1級 2級）
 障害厚生年金（ 1級 2級 3級 障害手当金）
 老齢年金（ 基礎 厚生）

【障害関連】 特別障害者手当 心身障害者福祉手当 他

【PMDA関連】 *HIV 健康管理支援事業（AIDS発症） CD4数 ≤ 200
 調査研究事業（未発症） CD4数 > 200

*HCV: 先天性の傷病治療によるC型肝炎患者に係るQOL向上等のための調査研究事業（肝硬変/肝がん） 申請済み 未申請 該当なし

C 生活歴

居住地：（ ）都道府県（ ）市区町村 居住形態（ 自宅 施設：（ ））

【就労】 就労中（職種：（ ）） 無職
 雇用形態： 正規 派遣・契約 パート・アルバイト 自営 その他
 雇用枠： 一般 障害

【最終学歴】 中学 高校 短大 大学 大学院
 専門学校 その他（ ））

【結婚歴】 未婚 既婚 再婚 離婚 死別 内縁

【趣味】 室内
 室外

【社会参加】 積極的に参加している 参加したいが難しい 参加したくない
 （理由：（ ））

【患者会】 参加（名称：（ ））
 参加していない 参加歴あり（ 年前）

【原告団としての活動状況】 有（活動内容：（ ）） 無

【患者支援団体からのお知らせや郵送物受取り】
 社会福祉法人はばたき福祉事業団 NPO法人ネットワーク医療と人権<MARS>
 その他（ ） 無

【その他】 他者との談義 趣味の共有 ボランティア 祭りイベント
 宗教（ ） その他

D 患者の生活状況

【心身の面で困っていること】
 身体面 関節痛： 副作用症状：
 合併症コントロール： その他：
 精神面 不眠： 抑うつ：
 その他：

経済面 生活費 就労 その他：
 その他 親の介護：

【生活面で困っていること】*参照（IADL、ADL）

【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】 車（ 本人 家族 介護タクシー）
 公共交通機関 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）

特記事項
 *参照
 IADL（手段的日常生活動作）
 掃除、料理、洗濯、買い物、電話対応、
 服薬管理、金銭管理、更衣、洗面
 ADL（日常生活動作）
 食事、移動、排泄、入浴

E 医療費と社会資源の制度利用

【血友病被害者手帳】¹⁾
 受け取り済み 受け取りなし（希望者はPMDAに問い合わせのこと）

【医療費制度】
 健康保険： 本人 家族
 国保 協会けんぽ 組合 共済 後期高齢者医療制度
 特定疾病療養²⁾
 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業³⁾

*薬害HIV感染者の医療費は、非薬害HIV感染者が一般的に利用する以下の制度よりも上記制度
 2) 3) を優先して利用し、基本的に医療費負担なしとする。
 重度心身障害者医療費助成制度 自立支援医療（更生医療）

・HIV感染者療養環境特別加算の対象により入院時個室料金の負担なし⁴⁾
 ・差額ベッド料の不徴収の周知
 上記について周知（ 本人・ 院内）

【障害福祉】
 身体障害者手帳： 級
 障害内訳： 免疫機能障害 級 下肢機能障害 級 （ ）
 精神障害者保険福祉手帳： 級
 療育手帳：等級（ ）
 障害者総合支援法： 申請中 利用あり：障害程度区分（ ）

【介護福祉】
 要介護認定： 未申請 申請中 認定済み（ 要支援： 要介護：（ ））

備考
 1) 和解に基づく恒久的対策や公的サービスの案内及び問い合わせ先の掲載あり。厚生労働省（2016年発行）
 2) 自己負担分のうち、上限月額を1万円にする。
 3) 自己負担分1万円を補填し「医療費負担なし」とする。
 *この事業は、被害者の置かれている特別な立場にかんがみ、医療保険等の自己負担分を公費負担することにより患者の医療費負担の軽減を図り精神的、身体的な不安を解消することを目的としている。
 4) 特別個室除く。

F 在宅療養支援

訪問看護 利用頻度： 回 / 週 備考

事業者名： 服薬確認 身体面・精神面の観察 医療処置
 TEL： 製剤輸注 保清実施・指導 リハビリ その他
 担当Ns： 利用する社会資源 医療保険 介護保険

訪問介護 利用頻度： 回 / 週 備考

事業者名： 生活介助（調理・掃除・洗濯・買い物・その他）
 TEL： 身体介護（食事・排泄・入浴・その他）
 担当ケアマネジャー： 利用する社会制度 障害福祉 介護保険

訪問リハビリテーション 利用頻度： 回 / 週 備考

事業者名： 理学療法士 作業療法士 言語療法士
 TEL： マッサージ
 担当： 利用する社会資源 医療保険 障害福祉 介護保険

その他、地域連携や相談窓口等 備考

事業者名： 利用内容
 TEL：
 担当： 職種：