

医療 療養支援アセスメントシート ※情報収集シートのA～Mの情報から、以下のA～M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"/> 必要な製剤投与量がわからない	<input type="checkbox"/> 適切な製剤投与量・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"/> 出血時の製剤投与量が判断できる
	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"/> 運動量に応じて製剤投与できない <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"/> 運動量と製剤投与量、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"/> 検査時の止血コントロールを十分に行う <input type="checkbox"/> 関節拘縮の状態を伝え、サポートを受ける
	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"/> 定期受診により定期検査（採血）をする <input type="checkbox"/> 定期検査による自身の状態把握 <input type="checkbox"/> 症状の早期発見、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"/> 定期受診できず処方不足	<input type="checkbox"/> 治療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"/> 定期受診により確実に処方を受ける
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
		<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"/> 自己管理ができる方法を検討する	
EFGHI	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"/> 自己管理ができる方法を検討する
	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
K	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
M	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。

医療機関名	HIVコーディネーターナース	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
独立行政法人国立病院機構仙台医療センター	佐々木晃子、安藤 友季	TEL: 022-293-1111 感染症内科（内科5）
新潟大学医学総合病院	新保明日香、須佐 佳苗	TEL: 025-227-0841 感染管理部
石川県立中央病院	石井 智美、車 陽子	TEL: 076-237-8211 免疫感染症科
独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター	羽柴知恵子、木佐貴仁美	TEL: 052-951-1111 感染症科
独立行政法人国立病院機構大阪医療センター	東 政美	TEL: 06-6942-1331 HIV地域医療支援室
広島大学病院	坂本 涼子	TEL: 082-257-5351 エイズ医療対策室
独立行政法人国立病院機構九州医療センター	長與由紀子、犬丸 真司	TEL: 092-852-0700 AIDS/HIV総合治療センター
国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 エイズ治療・研究開発センター（ACC）	杉野 祐子、鈴木ひとみ	TEL: 03-5273-5418 ACCケア支援室

医療

情報収集シート

療養支援アセスメントシート



2023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）

※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 患者氏名 男・女 生年月日 年 月 日 (歳) 身長： cm 体重： kg BMI:

アレルギー：無・有 () 喫煙：無・有 (本/日、喫煙歴： 年) 飲酒：無・有 (種類と量： 回/週)

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： □ 宅配利用 診断時期： □ 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： 使用製剤名と1回使用する投与量(単位数又はmg)、投与頻度(曜日など)を記入 □ 定期補充療法： □ 出血予防療法(抗体製剤)： □ 出血時補充療法： 輸注 □ 自己注射 □ 家族 () □ 医療機関 () □ 訪問看護 () □ その他 () □ 製剤投与記録あり：使用ツール ()

B 肝炎 受診頻度： 回 / 週・ カ月 備考 病院名： 通院履歴： 診療科： TEL： 担当医師： 担当看護師： □ B型 □ C型(ジェノタイプ：) □ 自然治癒 □ 慢性肝炎 □ 肝硬変 □ 肝癌 (年 月) □ 再発 (年 月) 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CT 年 月 □ 腹部エコー 年 月 □ 上部内視鏡 年 月 □ アシアロシンチ 年 月 □ 下部内視鏡 年 月 □ フィブロスキャン 年 月 抗ウイルス療法 □ IFN： → □ SVR 年 月 □ 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 □ 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・ カ月 備考 病院名： 通院履歴： (例)生活時間と服薬スケジュール 7時 8時 12時 18時 23時 起床 出 昼服 帰夕 就 床食 勤 食薬 宅食 寝 MSW： 心理療法士： 薬局名： 感染告知時期 歳 □ 医師から □ 家族 () から HIV感染症診断日 病期 □ AC □ AIDS(診断名：) 最終CD4数= /μl HIV-RNA量= コピー/ml 抗HIV療法 □ 未治療 □ 薬剤名と服薬回数： 服薬アドヒアランス □ 良 □ 不良(理由：)

D 整形外科/リハビリテーション科 備考 病院名 TEL： <手術部位>術式記入 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：) □ 手術歴 □ 人工関節置換術 (関節) □ 滑膜切除術 (関節) □ 訓練 (□ 関節可動域 □ 基本動作 □ 筋力増強) □ 装具・自助具 () / 利用した資源 (□ 医療保険 □ 障害福祉) □ リハビリ検診会参加歴あり □ 自主トレ指導 (□ 個別メニューあり)

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

F 腎臓内科 受診頻度： 回 / 週・ カ月 備考 病院名 担当医師： TEL： 受診理由 () 治療 □ 内服 () □ その他 () G 透析 透析回数： 回 / 週 病院名 担当医師： TEL： 受診理由 () 透析開始日 (年 月) シェント部位 () DW (kg)

H 循環器内科 受診頻度： 回 / 週・ カ月 備考 病院名 担当医師： TEL： 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)

I 消化器内科(肝炎以外) 受診頻度： 回 / 週・ カ月・ 年 備考 病院名 担当医師： TEL： 受診理由 () 治療 □ 内服 () □ その他 ()

J 歯科 受診頻度： 回 / 週・ カ月・ 年 備考 病院名 担当医師： TEL： 抜歯等親血処置の実施設 □ 同上 □ その他： 受診理由 ()

K 精神科 受診頻度： 回 / 週・ カ月 備考 病院名 担当医師： TEL： 担当心理療法士： 受診理由 () 治療 □ 内服 () □ その他 ()

L その他 () 受診頻度： 回 / 週・ カ月・ 年 備考

M PMDA 個人データの提供による個別支援 / 検診・治験・研究参加 備考 PMDA 個人データの提供による個別支援¹⁾ □ 同意なし □ 同意あり [□ 患者支援団体 (□ はばたき □ MARS) □ ACC □ ブロック拠点病院 () 検診・治験・研究参加など²⁾ □ なし □ あり (どこで：) (何を：) 1) PMDA (医薬品機構) に提出された同意書により「健康状態報告書」「生活状態報告書」のコピーを支援団体や医療機関に提出し個別支援に活用する。 2) 長崎大学病院肝検診や癌スクリーニング、遺伝子治療など。