

**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
<b>A</b>	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>B</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
<b>C</b>	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
<b>D</b>	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
<b>EFGHI</b>	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
<b>J</b>	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
<b>K</b>	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
<b>M</b>	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： <関節の状態> 出血、痛み、拘縮などを記入

診療科： TEL： 出血しやすい部位： 出血頻度：

担当医師： 担当看護師/HIVコーディネーターナース： 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

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

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 ( )

緊急受診先  
 有 ( )  
 無  検討中

**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

診療科： TEL： 7時 8時 12時 18時 23時

担当医師： 担当看護師/HIVコーディネーターナース： 起床 出 昼服 帰宅 就寝  
床食 勤 食薬 宅食 寝

MSW： 心理療法士： 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。

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 = / $\mu$ l 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 ( 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 )

シャント部位 ( ) 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<sup>1)</sup>

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<sup>2)</sup>  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。