

# 医 療

## 情報収集シート 療養支援アセスメントシート



2025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）

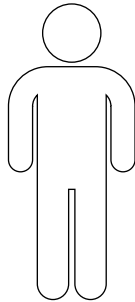
※情報収集シートのA～Lは裏面の療養支援  
アセスメントシートA～Lに対応する情報です。

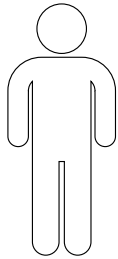
記入日： 年 月 日

記入者：

|                     |  |     |      |             |                          |
|---------------------|--|-----|------|-------------|--------------------------|
| I D<br>ふりがな<br>患者氏名 |  | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ) | 身長： cm<br>体重： kg<br>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：<br>診療科： TEL：<br>担当医師： 担当看護師/HIVコーディネーターナース：<br>薬局名： <input type="checkbox"/> 宅配利用<br>診断時期：<br><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 )<br><input type="checkbox"/> ( 重・中等・軽 ) 症 <input type="checkbox"/> 因子活性<br>出血しやすい部位： 出血頻度：<br>使用製剤名と 1 回に使用する投与量 ( 単位数又は mg )、投与頻度 ( 曜日など ) を記入<br><input type="checkbox"/> 定期補充療法：<br><input type="checkbox"/> 出血予防療法 ( 抗体製剤 )：<br><input type="checkbox"/> 出血時補充療法：<br>輸 注 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> 医療機関 ( )<br><input type="checkbox"/> 訪問看護 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 製剤投与記録あり：使用ツール ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | < 関節の状態 ><br>出血、痛み、拘縮などを記入<br>                 |
| B 肝炎 受診頻度： 回 / 週・ カ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 備 考                                                                                                                               |
| 病院名： 通院履歴：<br>診療科： TEL：<br>担当医師： 担当看護師：<br><input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> C型 ( ジェノタイプ： )<br><input type="checkbox"/> 自然治癒 <input type="checkbox"/> 慢性肝炎 <input type="checkbox"/> 肝硬変 <input type="checkbox"/> 肝臓 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 再発 ( 年 月 )<br>Child-Pugh 分類 点 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C )<br><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<br>< 最終検査時期 ><br><input type="checkbox"/> 腹部 CT 年 月 <input type="checkbox"/> 腹部エコー 年 月<br><input type="checkbox"/> 上部内視鏡 年 月 <input type="checkbox"/> アシアロシンチ 年 月<br><input type="checkbox"/> 下部内視鏡 年 月 <input type="checkbox"/> フィブロスキャン 年 月<br>抗ウイルス <input type="checkbox"/> IFN： → <input type="checkbox"/> SVR 年 月<br>療法 <input type="checkbox"/> DAA： → <input type="checkbox"/> SVR 年 月<br>その他治療 <input type="checkbox"/> ( )<br>癌治療 <input type="checkbox"/> 部分切除術： 年 月<br><input type="checkbox"/> TACE 年 月 <input type="checkbox"/> ラジオ波 年 月 <input type="checkbox"/> 化学療法 年 月<br><input type="checkbox"/> 重粒子線治療 年 月 <input type="checkbox"/> その他 年 月<br>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・ カ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 備 考                                                                                                                               |
| 病院名： 通院履歴：<br>診療科： TEL：<br>担当医師： 担当看護師/HIVコーディネーターナース：<br>MSW： 心理療法士：<br>薬局名：<br>感染告知時期 歳 <input type="checkbox"/> 医師から <input type="checkbox"/> 家族 ( ) から<br>HIV 感染症診断日<br>病期 <input type="checkbox"/> AC <input type="checkbox"/> AIDS ( 診断名： )<br>最終 CD4 数 = / $\mu$ l HIV-RNA 量 = コピー / ml<br>抗 HIV 療法 <input type="checkbox"/> 未治療 <input type="checkbox"/> 薬剤名と服薬回数：<br>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<br>7 時 8 時 12 時 18 時 23 時<br>+ + + + +<br>起朝 出 昼服 帰夕 就<br>床食 勤 食薬 宅食 寝<br>平日と休日、複数のシフトなど、<br>異なる生活パターンを記入のこと。 |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>D 整形外科／リハビリテーション科</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 備 考                                                                                                               |
| 病院名 TEL :<br>担当医師 (整形外科): 担当医師 (リハ科): PT / OT:<br>受診理由 (整形: リハ科: )<br>受診頻度 (整形: リハ科: )<br><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 )<br><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 )<br><input type="checkbox"/> 装具・自具 ( ) / 利用した資源 ( <input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 障害福祉 )<br><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 ) |  | <手術部位>術式記入<br>                 |
| <b>E 内分泌代謝内科</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                   |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>受診理由 ( )<br>治療 <input type="checkbox"/> 内服 ( ) <input type="checkbox"/> インスリン ( )<br><input type="checkbox"/> 血糖測定 ( 回 / 日 ) <input type="checkbox"/> 経過記録<br><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                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                   |
| <b>F 腎臓内科</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                   |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>受診理由 ( )<br>治療 <input type="checkbox"/> 内服 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                   |
| <b>G 透析</b> 透析回数: 回 / 週                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                   |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>受診理由 ( )<br>透析開始日 ( 年 月 )<br>シャント部位 ( ) DW ( kg )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                   |
| <b>H 循環器内科</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 備 考                                                                                                               |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>受診理由 ( )<br>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<br>治療 <input type="checkbox"/> 内服 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>血圧測定 <input type="checkbox"/> 平均 / mmHg <input type="checkbox"/> 自己測定 ( <input type="checkbox"/> 経過記録 )                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                   |
| <b>I 消化器内科 (肝炎以外)</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月・年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  | 備 考                                                                                                               |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>受診理由 ( )<br>治療 <input type="checkbox"/> 内服 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                   |
| <b>J 歯科</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月・年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 備 考                                                                                                               |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>抜歯等観血処置の実施施設 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> その他:<br>受診理由 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                                                   |
| <b>K 精神科</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 備 考                                                                                                               |
| 病院名 担当医師: TEL :<br>担当心理療法師:<br>受診理由 ( )<br>治療 <input type="checkbox"/> 内服 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                   |
| <b>L その他 ( )</b> 受診頻度: 回 / 週・ヵ月・年                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 備 考                                                                                                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                   |
| <b>M 薬害被害救済の個別支援<sup>1)</sup> / 検診・治験・研究参加</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | 備 考                                                                                                               |
| 報告書データの提供<br><input type="checkbox"/> 同意なし <input type="checkbox"/> 同意あり [ <input type="checkbox"/> 患者支援団体 ( <input type="checkbox"/> はばたき <input type="checkbox"/> MARS )<br><input type="checkbox"/> ACC <input type="checkbox"/> ブロック拠点病院 ( )<br>検診・治験・研究参加など <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (どこで: )<br>(何を: )                                                                                                                                                                                                         |  | 1) 公益財団法人友愛福祉財団の事業の報告書 (健康状態報告書・生活状況報告書) のコピーを患者の同意のもと、支援団体や医療機関に提出し個別支援に活用される。<br>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。 |

# 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<br><input type="checkbox"/> インヒビターについて知識不足<br><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<br><input type="checkbox"/> インヒビターに関する知識の習得<br><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<br><input type="checkbox"/> 自己注射ができない、または手技が適切でない<br><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<br><input type="checkbox"/> 自己注射の手技<br><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<br><input type="checkbox"/> 自己注射できない場合の支援者が不在である<br><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<br><input type="checkbox"/> 家族や訪問Nsによる輸注実施の調整<br><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<br><input type="checkbox"/> 運動量に応じて製剤投与できない<br><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<br><input type="checkbox"/> 運動量と製剤投与量、輸注頻度が適切か確認する<br><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<br><input type="checkbox"/> 定期検査が未実施（肝臓、食道静脈瘤の評価）<br><input type="checkbox"/> 出血の不安による検査の未実施<br><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<br><input type="checkbox"/> 定期的な検査の必要性を理解する<br><input type="checkbox"/> 検査時の止血コントロールを十分に行う<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> 先進医療に関する情報収集<br><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<br><input type="checkbox"/> 病状コントロール（HIV-RNA量）に関する知識不足<br><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<br><input type="checkbox"/> 定期検査による自身の状態把握<br><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<br><input type="checkbox"/> 確実な服薬が遵守されない・服薬継続できない<br><input type="checkbox"/> 定期受診で必ず処方不足                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 治療について十分な情報を得て理解する<br><input type="checkbox"/> 服薬方法・服薬行動の見直し<br><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<br><input type="checkbox"/> リハビリテーション科を受診したことがない<br><input type="checkbox"/> 関節の評価の必要性の理解不足<br><input type="checkbox"/> 受診したことはあるが、継続していない<br><input type="checkbox"/> ADLの低下、生活の支障あり<br><input type="checkbox"/> 症状へのあきらめ等、受診の必要性を感じない<br><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<br><input type="checkbox"/> 関節拘縮や筋力低下への予防行動の実施<br><input type="checkbox"/> 日常生活動作の習得（負担軽減の工夫）<br><input type="checkbox"/> 他患者の例を参考に、前向きな気持ちを保つ<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> QOL向上のメリットを知りイメージできる<br><input type="checkbox"/> 装具・自助具の検討<br><input type="checkbox"/> リハビリ方法の習得 |
| 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<br><input type="checkbox"/> 療養生活上の注意点（食事、運動など）の知識不足<br><input type="checkbox"/> 食事療法、運動療法ができない<br><input type="checkbox"/> 服薬継続・定期受診ができない<br><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<br><input type="checkbox"/> 療養上の注意点に関する知識の習得<br><input type="checkbox"/> 他科多職種指導による自己管理の習得<br><input type="checkbox"/> 服薬方法・服薬行動の見直し<br><input type="checkbox"/> 自己管理ができる方法を検討する                                                                                                                                                                                           |
| J     | 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<br><input type="checkbox"/> 受診に不安がある・受診先がない<br><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<br><input type="checkbox"/> 病気を伝え安心して通院できる医療機関の確保<br><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<br><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<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> ACC／ブロック拠点病院等より情報を得る<br><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、熊谷 泰恵     | 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、鈴木佳奈子     | TEL: 022-293-1111 感染症内科（内科5）         |
| 新潟大学医学部総合病院                                    | 新保明日香、知久 熙眞     | 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           | 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※<br>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          |

※ 2025年4月より病院名が変更になります 国立健康危機管理研究機構（JIHS）国立国際医療センター