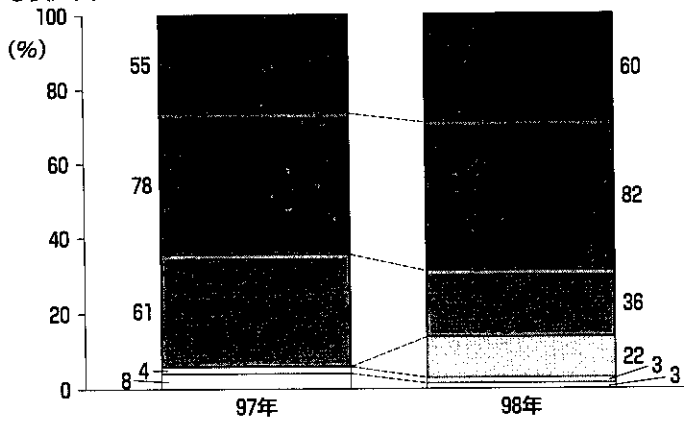
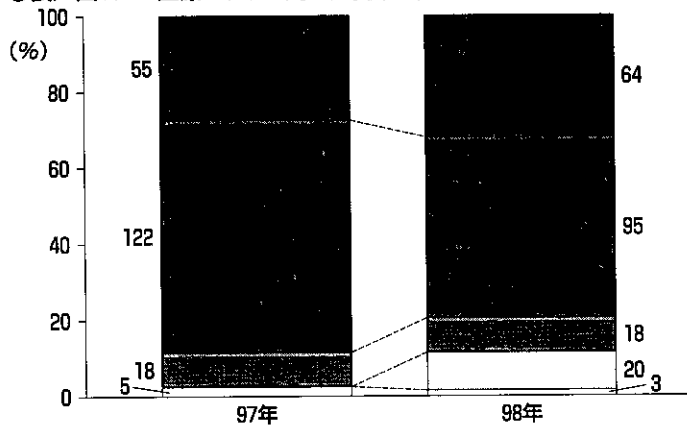


●表/図5.1 感染者受入に関するスタッフの理解('97, '98比較)



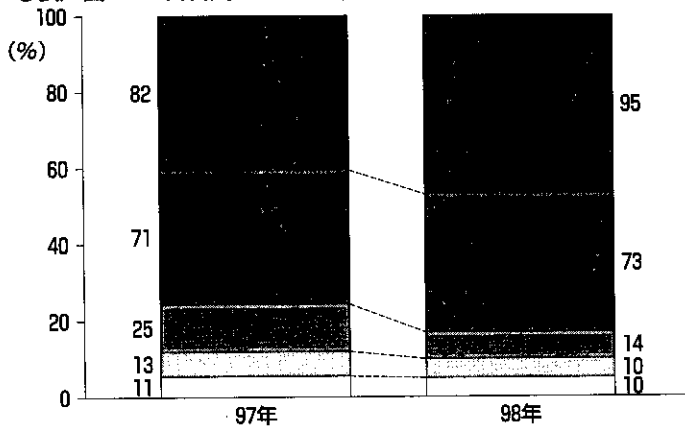
	97年	98年
■ 良好	55	60
■ おおむね良好	78	82
■ 100%とはいかないが問題なし	61	36
□ 症例がないため不明	8	22
□ 一部に根強い拒否感あり	4	3
その他	8	3
有効回答数	206	206

●表/図5.2 医療スタッフ間の連携('97, '98比較)



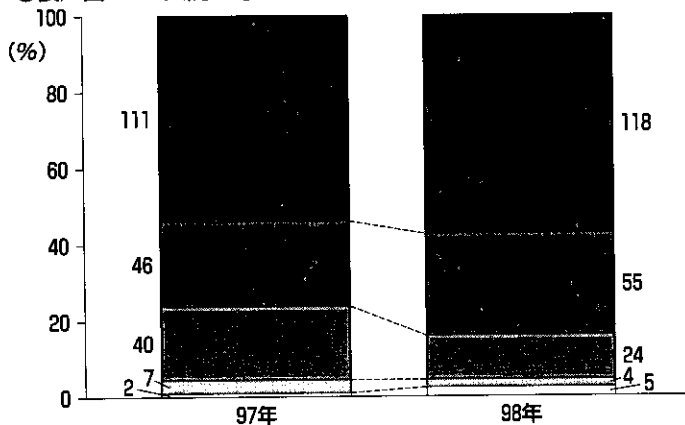
	97年	98年
■ 良好	55	64
■ おおむね良好	122	95
■ 改善の余地あり	18	18
■ 困難	0	0
□ まだ症例がないためわからない	18	20
□ その他	5	3
有効回答数	200	200

●表/図5.3 各科受入態勢('97, '98比較)



	97年	98年
■ 全科整っている	82	95
■ 必須診療科の受入態勢は良好	71	73
■ 必須であっても一部準備ができていない	25	14
■ 内科又はエイズ診療担当科以外整っていない	13	10
□ その他	11	10
有効回答数	202	202

●表/図5.4 入院に対する病棟の理解('97, '98比較)



	97年	98年
■ 全科受入可能	111	118
■ 一部の病棟のみ可能	46	55
■ 実際に症例がないとわからない	40	24
■ 入院実績がなく、全部の病棟にはまだ解を取り付けていない	2	4
□ その他	7	5
有効回答数	206	206

■ 拠点病院構想に対する意見

北海道

- ・HIV感染が特殊な病気であるという印象を一般の人に与える点ではいろいろ問題もあると思う。
- ・プライバシー保護やカウンセリングのために場所人員ともにさらに整備すべきだと思う。

東北

- ・一般医療のレベルupなくして、HIV/AIDSの診療レベルupもない。医師研修のなかにHIV/AIDS関連の研修（つまり感染症など）をしっかりと組み入れ、HIV専門という立場が強調されすぎない配慮が必要。
- ・ハード面での整備はよいとしても、例えばカウンセラーの配備などはブロック拠点病院のみとなって、トーンダウンしており、人的、ソフト面は考慮する必要あり。
- ・薬害エイズにのみ偏らないように診療してほしい。
- ・どこの病院でもHIV感染症を感染症の1つとして普通に診療できることが望ましいと思いますが、過渡期として拠点病院の構想はよいと思っています。
- ・エイズ診療体制の普及の面で有用。
- ・一般拠点病院の診療レベル向上には確実に寄与している。
- ・ブロック拠点病院や拠点病院を指定しただけではよいシステムはできないと思うが、それ以降の計画が明確でない。
- ・拠点病院には、HIV感染者・患者を診察したことのないところも多い。実際に役立つ拠点病院になるよう指導・教育をしてほしい。

関東甲信越

- ・患者は症例の多いところに集まり、各ブロックでは、AIDSの患者数がそれほど増えていないのではないか。今後、医師のトレーニング等、症例数についての見直しが必要。
- ・拠点病院でもまだAIDSを受け入れず、対応する意識のない病院もある。
- ・まだ型を作ったにすぎない。ほとんど機能していないように思うが？
- ・教育講習会と、アンケート調査が重複して多すぎる。小さな拠点病院では職員も限られており、すべて対応しているのは診療に支障を生じる。
- ・非常に進歩的だと思う。ただし、各拠点病院間の連携がうまくいかないと、かえってマイナスとなる可能性あり。ネットワークの構築がキーポイントだと思う。
- ・手術患者、お産における妊婦のHIV抗体検査を保険適用に。
- ・どんどん拠点病院という名をつけていいと思う。「協力病院」という名では実際にはおよび腰の病院が多いが「拠点病院」とされた時点で自覚を持った診療を始めているような印象を受ける。
- ・不要だと思う。
- ・拠点病院への患者の不便さが生じた時の問題。
- ・HIVを特殊な疾患として扱うことはよくないと思います。
- ・形ばかりであり、拠点病院なら事実上の診療拒否（紹介状には経験が無いのでという依頼）がある。拠点病院公表としたならば妥当な医療かどうか調べるべき。

・HIV患者を診ることのできる病院が増えることは、けっこうである。病院問題格差はより大きくなるであろう。

・国は、白血病などの難病に比べ、エイズ医療に関しては十分すぎるほどの医療体制をしいていると思う。

・患者医療書に関して、手続き等の問題がある。保険病名などプライバシーに関すること。

・大学病院などには何の補助もなく、現有医師・職員がやりくりしている。ポストを作してほしい。

・HIV患者は今後も増加する傾向にあるものの、爆発的な増加には至っていない。こうした状況で、数多くの拠点病院を作ることに疑問を持つ。年に数人の患者しか訪れない病院の医師に日々刻々と進歩するHIVの治療法をフォローさせることは現実的ではない。

・ブロック拠点病院の位置づけが中途半端で利用しにくく、十分機能が発揮されていないのではないかと。

・諸外国に比べて発生状況がまだ少ないので、拠点病院が中心になって診療をすすめたほうが患者にとってもよいと思う。

・よいことだと考えている。患者が途切れても機能できるように努力が必要。

・拠点病院を中心にHIV患者のタライ廻しをすることのない医療が行われなければならないと考えています。この点では拠点病院構想が有効に作動し、患者に安心感を与えつつあると思います。また、研究開発センターを中心とした医療体制により、患者が比較的均一で平等な医療を受けられつつあると思います。

・ブロック拠点病院の力がまだ弱い印象を持つ。

・患者集中による医療のゆがみが出てきています。これまで1人で対応してきましたが、とても不可能になりつつあります。

・各地域、病院の実情を考慮しないで、一律に対策が決定されているようで、対応に苦慮している。

北陸

・現在のところはない。

東海

・拠点病院の質の向上をはかることが重要。意味のない名だけの拠点病院が多い。

・薬害AIDS患者は政治的にバックアップを。一般AIDS患者との間に治療上の格差がないよう（薬害AIDSの被害者意識がAIDSの治療に通常と異なったプレッシャーをかけている）。

・特殊な事情があったとはいえ、一つの疾患の診療体制が国主導で整備されるのは疑問で、現状はかなりいびつになっているように思えます。

・HIVに対する認識の変化があり、薬剤整備が進めば、過度の医療体制（特別な病院や特別な施設）よりも一般Dr.を含めた教育が重要になる。

・問題はないと思います。

近畿

・必要である。

・血液製剤による感染者を特別に保護する必要は認めるが、それ以外についてはHIV感染症自体を特別視しなくてもよ

い時代にさしかかっているのではないか。治療法と予後の改善から感じている。

- ・予算のムダ使いをやめるためにも、早急に見直しが必要。
- ・現在進行の形でよい。
- ・もっと各病院の現状を把握して、数合わせでない体制を作るべきではないか。
- ・当院については「拠点病院」となったメリットがはっきりしない。また、四国など「拠点病院」がHIV診療機関として機能しているとは思えないところもある。
- ・拠点病院以外にも、エイズ診療に興味を持ち治療を行うことを希望される医師もおられると思う。
- ・①全国民に対するHIVについての啓蒙活動が少ない。②症例の少ない拠点病院のスタッフ教育（ブロック拠点、あるいは研究開発センターでの研修・教育）。
- ・拠点病院構想により、それ以外の病院がHIV診療に消極的となった。
- ・各都道府県で2～3の拠点病院の設置を望むが集中化は医療従事者の教育に欠点を伴う恐れがある。

中国四国

- ・HIV診療はますます専門医療となり、内容も時々刻々と変化しています。現在の拠点病院は地理的分布、数とも見直す必要があると思われます。
- ・名ばかりの拠点病院も存在するようである。ブロック拠点病院でありながら、患者を他院へ廻しているところもあると聞いた。拠点病院の数はしほるべき、愛媛県の20病院は多すぎる。
- ・身体障害者認定にともなう更生医療を受けられる施設が限定されるため、治療の自由度が制限される。
- ・情報を早く知らせしてほしい。
- ・専門的医療は拠点病院が担うとして、HIV/AIDS患者の日常的Careを担える周辺医療機関の整備も必要ではないでしょうか。
- ・適切なものとする。
- ・名目だけの拠点病院を数多く作りすぎた感あり。
- ・現段階では必要かつ有用と思うが、HCV、HBVと同じと考えれば将来は特別の病院が必要なくなり、一般病院で診療が行えるようになるべき。
- ・患者の絶対数が少なく、当院ではまだ診療経験はない。拠点病院を多数設置する趣旨はわかるが、現在の問題として地方都市（香川県など）では各県に1つでも良いと思われる。ただし、当院は国立の総合病院であるため、どのような患者であってもすべて受け入れるという基本姿勢は拠点病院であるなしにかかわらず変わらない。
- ・各病院への設備、備品の経費の援助が必要。
- ・当県では病院を割当てたレベルからあまり出ているとは思えない。
- ・ある意味では（立ち上げの意味では）評価します。しかし、もっと融通のきく構造に改変すべきです。まず、やる気のない病院にはやめてもらうこと。実績ある施設を加えることなど。ピラミッド構造から並列的な連携にしてほしい。できれば、国や自治体が指定というようなピラミッドは、やめることができる時代になればよい。

九州

- ・現在のところ、数をそろえただけという印象も否めない。
- ・責任がはっきりしてよかったと思う。
- ・拠点病院は行政主導で指定されたが、現在は少し違っており、実際に治療している所が拠点病院に指定されていないこともある。
- ・この構想はエイズ医療の地域間格差をなくすことを目的としているとなっているが、実際は中央と地域の差は逆に大きくなっているように思う。患者はこのシステムを利用し、中央に集まっているのではないかと。ブロック拠点病院、エイズ治療研究開発センターではスタッフが充実しており、地域では担当医が一人苦闘しているのが実情で、それを敏感に感じとった患者は中央へと集まっている。地域では経験が乏しいという点の改善はなかなか進まないように思う。
- ・現在成功している。高く評価している。
- ・構想、体制に関しては多少の問題はあるものの良いものとするが、今後、この体制を維持していけるのか不安が残る。

■ 厚生省への要望・意見

北海道

- ・①患者さんに説明する場所の整備。②人員不足。

東北

- ・HIV感染者のみではなく、多くの悩める慢性患者の総体としての福祉につながるように計画してほしい。AIDS専用の政策でなく、医療レベル全体の向上につながるよう配慮していただきたい。例えば初期研修補助や教員への補助を充実させてほしい。インターネットを通じた情報も諸外国に比べて乏しいので充実してほしい。
 - ・東北は患者数が少ないので現時点はあまり実感として考えられない。
 - ・HIVの治療の研究開発に十分な予算を配するとともに、プライバシー保護、カウンセリングなど患者の心理内でのback-up体制を確立すべく努力してほしい。
 - ・感染対策やカウンセリング体制を整えていくために、現在の保険医療体制では非常に困難を伴う。ほとんど拠点病院は赤字経営の上に更なる犠牲を強いられていることに配慮していただきたい。万一の職員感染事故に対する補償を十分手厚いものにしてほしい。
 - ・HIV感染者及び家族の苦しみを考えれば国がこの様なシステムを作った事は当然と考えられるが、今後とも、それが発展的に維持されるようにしていただきたい。
- #### 関東甲信越
- ・不法入国外国人患者のHIV治療の継続について人道的見地からあるいはグローバルな立場で何とかならないか。
 - ・外国人に対する医療費を負担してほしい。
 - ・HIV/AIDS患者の身障者認定制度が理解できない。血液製剤による感染者は補償されるべきであるが、それ以外の患者は他の疾患同様に扱ってしかるべきと思う。肺Caの患者だって入院すれば100万以上かかっているのに何も保障されていない。偏見、差別はよくないが区別はすべきであり、逆に優遇するのはどうしたものか？ 他の疾患との

差別と同じではないか！

・職員の針刺し事故対策費を予算化してほしい（継続治療の薬品代、検査費用等）。

・身障者の手続きを中央でやってもらいたい。町役場や村役場ではプライバシーの問題がある。

・外国人感染者の費用をどうにかしてほしい。外国人が死亡した場合、自治体に対応してほしい（現在は医師やナースが、大変な思いをして大使館や家族と連絡をとって対応している）。

・ネットワーク作りなどに関しては、かなり充実してきたと感じてはおります。今後は患者さんの経済的な問題についてさらに後援体制を充実してほしいと考えます。

・新たに感染症科の設置。

・日本における外国人HIV陽性者数をかかみると、相当数の外国人診療が行われている。当院でも数十人診てきているが、社会的問題がきわめて大きく、困難なことに直面することが多い。ほかの病院も同様だと思う。しかし、外国人問題にはまったくといっていいほど触れられていない。早くこうした問題に目を向けていただきたい。

・文部省が小学生高学年から、性病予防教育をしっかりと行うことが大切であると考えております。

・他患の診療とエイズ診療が一緒に行われ医師の人手不足が痛感されます。公立の拠点病院に人員の配置をお願いします。

・HIV診療に関する種々の病院負担費用の補助が必要。

・合併症なく経過していながら、毎月15万円の薬代というのは許容される状況とお考えか。

・新薬のすばやい認可を。

・①薬剤耐性の問題から、新規治療薬を次々と購入しなければならぬ事態を危惧している。少数の患者のために新規薬品を次々と購入することは病院の経営面から不可能。エイズ治療研究・開発センターから必要量を分配してもらえる制度を作っていただきたい（治験薬ではなく承認済みの薬剤で）。②診療体制や研修制度など、診療の環境面に関しては、国は十分過ぎるほど力を注いでいると思う。しかし、実際にエイズ患者を診る医師は、一般の医師がかけもちで診療をしている場合が多い。特に内科系では感染症専門医、エイズ専門医の育成にも力を入れてほしい。③地域ごとに、エイズ診療機関を特定して、そこで専門医が治療をしたほうが経済的にも効率的である。拠点病院を多く作る必要はない（対象者は少ないのだから）。

・AIDSは遠からず、普通の病気として扱っていく必要がある。他の医療上の諸問題に比して、過剰な医療行政費が浪費されてはいないか危惧している。定義するまで止むを得ないのかもしれないが、①プロテアーゼ阻害薬を含む多剤併用療法の効果が大きくもはやされていますが、長期安全性はこれからの問題です。息の長い政策をお願いしたい。②HIV薬剤耐性はすでに大きな問題ですが、新しい薬剤の我が国への導入の意欲がいま一つようです。新しい薬剤導入を推進する様な政策をお願いしたい。③医師を育て（医学部）成熟させる（病院）機能が分散しています。難しい問題ですが、学生のうちからが大事だと思いますので、

省庁をこえた政策をお願いしたい。このアンケートは一般拠点病院用とのことですが、ブロック拠点病院でもない我々も一生懸命努力していることをご理解下さい。我々は病床300以下の小病院ですが1986年以來の診療実績を持ち、エイズ診療、研究開発センターへの医師、看護婦を多数排出しました。小病院のため拠点病院となったのは本年からです。ブロック拠点病院以外にもHIV/AIDS診療に力を入れている病院はあるということです。医師を生み出す大学病院が文部省管轄にあります。大学病院と厚生省関係の病院の有機的な連携が必要と思います。

・いろいろな要望を持って行く先を明示して欲しい。

・各拠点病院に国から直接的な財政援助をしてほしい（自治体経由でなく）。

・①入院患者に対し、入院時一般検査としてHIV抗体検査を加える必要を痛感する。②検査患者（内視鏡など）に対しても感染防止の観点からHIV抗体検査を実施すべきものとする。③①と②は十分なプライバシーの保護とインフォームドコンセントなど十分な配慮を条件に。④性感染症患者の治療費に対する対策を考える。

・一面ではエイズ治療が順調に行われていると思います。一方、エイズ治療は本来全医療機関が、さらには全国民が関与していくべきであり、エイズに対する広い、正しい理解が得られるような努力も続けていく必要があると思います。

・外国人の不法滞在者の処置に対するマニュアルが必要と考える。

・結核予防法と同じように、日本国籍、国民保険の有無にかかわらず、医療費の保障をしてほしい。

・継続した対策、柔軟な政策対応を望みます。

・外国人症例への国としての方針の決定。

・個々の実情を考慮した政策を立ててもらいたい。

・ブロック拠点病院に対しては①専任常勤スタッフを最低1名。②感染者専用の検査・診療用医療機器（内視鏡等）の整備。

北陸

・①当病院では、HIV診療はレジデント（若い医師）1名が中心になっていて、レジデントを1～2カ月、米国に研修させたいが、現在は許可されていない。研修は若い時ほどいいので早急に許可してほしい。②当院のような病院で、海外の専門家を呼ぶことはなかなか困難である。その理由は専門家とのContactがないため、知らないことが多いためである。したがって今後、この方面の人を紹介してもらえるような機関を作ってもらいたい（現在は、研究開発センターの青木眞先生が少し仲介してくださっているが）。

東海

・HIV感染者を含む患者に対するカウンセリング体制の整備。

・(8)-11に関連しますが、役所主導の体制整備は実際の臨床現場にはそぐわないものが多いようで、もう少し実情に合ったものにしてもらいたいと思います。

・このような研究開発センターができたことは喜ばしいことで末端の者との連携がうまくとれるとよいと思います。

・障害者認定の申請窓口を、現行の各市町村の福祉事務所に加え、県庁にも配置し、どちらも利用できるように配慮してほしい。小さな町では町役場に働く人に知られてしまうという恐怖感から申請をしない人が存在する。

近畿

・①予算をつけるのはよいけれど、評価もちゃんとやってほしい。②単年度会計をやめてほしい。余りにムダが多い。③医療福祉の金を減らすのなら、AIDSの予算は少し減らしてもよい（必要な部分）。「なぜエイズばかりか」という疑問に「まずエイズから、モデル作りを」という理論思想が必要。

・拠点病院構想はよいと思うが、少なくとも感染症科といった専門の診療科があり、また総合病院で各診療科がそろっている病院で、かつ、ある程度HIV診療のために時間をさけるスタッフのいる病院でないと、真の意味の拠点病院とはなりえないと思われる。その意味で中身が問題であると考える。

・抗HIVウイルス剤の承認、保険収載が早くできるように思い切った制度を考えてほしい。HIV抗体検査受検者数を増やす対策（例えば夜間検査を受けられるところを増やすなど）を考えてほしい。

・HIV（エイズ）だけは別扱いという姿勢が余計に国民のHIVに対する誤解を増加させている。

・医療にとって有益な政策をお願いします。

・各都道府県で2～3の拠点病院を設置し、患者に必要な検査および治療についての国の支持を望む。研究費においても、中央のみでなく地方にも分散を望む。

中国四国

・身体障害者手帳交付にあたり、プライバシー保護が末端まで周知されていません。

・エイズ治療を専門施設に特定するのか一般に広げるのか、もう一つあいまいなところがある。日本のHIV患者は少ないので専門化してもよいようにも思うが。

・STDとしてのHIVの場合も、身体障害者認定を受けなくとも医療費の負担の心配なく治療が行える制度の拡充が望まれる。

・新たな感染ルート拡大防止のための教育啓蒙活動にご尽力いただきたく思います。

・予防にもう少し力を入れるべき（日本ではまだ年々新しい感染者が増加している）。

・どこの医療機関でもHIV/AIDSの診療は可能であることと各医療機関に指導していくことが大切である。HIV/AIDSに限らず、すべての疾患についてHIV/AIDSに対して実施している政策が同様に行われることを望みたい。例えば末期癌患者に対してのカウンセリング。心理的ケア。専門施設の拡充など。

・①HIV-RNAの検査を保険適応にしてもらいたい。②輸血の安全のため、HIV-RNA検査も行う方向で対応してもらいたい。

・事故で医療従事者に感染が起きた場合の補償を明確にってもらいたい。HIV/AIDSになんとか現実的に対応できればよいと希望しています。

・文部省傘下の職員が厚生省の仕事をしているという“ねじれ”を感じます。課長と課長補佐は変わるたびに海外でエイズ研修をしてるのがよいと思います。いつまでこんなシステムが続くのでしょうか？ まあ、システム作りが仕事といえばそうですね。エイズ治療・研究開発センター長を外部から連れて来ること（例：満屋教授）。

・①もっと啓発を行って欲しい②献血時、陽性者には積極的に告知するシステムを作って欲しい③エイズ拠点病院での観血的治療時には、HIV検査ができるように保険上認めて欲しい④感染対策費を上げて欲しい（院内感染すべてについて）。

九州

・人員が増やせないのであれば、研修費等を手厚くしてほしい。

・ブームが去ったとお考えの方がおられるようで、キャンペーンが中断しています。数年前のキャンペーンのまま「有効な治療法がない、恐ろしい病気」で止まっており、刻々と変わる進歩を伝えないと「恐ろしい」ばかりが定着して、検査拒否や治療・受診放棄になってしまいます。

・地域（特に症例の少ない地域）の特殊性に応じた、きめ細かい対策をお願いしたい。

・血液製剤で感染した患者に対しては誠意をもって補償にあたらねばならないと思うが、そのほかの非血友病の患者に対しては他の疾患と同じ対応でいいのではないかと思う。HIV感染の広がりを防ぐ政策と、個々の患者の支援を混同しているように思う。

・現在ブロック拠点病院としての業務（特殊検査、研究、研修会の開催など）は、すべて研究費という名目の予算にて行われており、その恒常性に一抹の不安がある。

●拠点病院データベース・ホームページの概要

1999年4月22日

1998年度全国拠点病院実態調査
拠点病院データベース・ホームページの概要

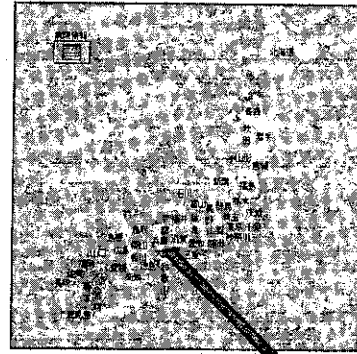
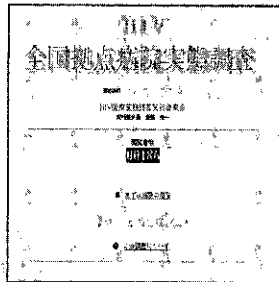
HIV医療実態調査実行委員会

1998年度版 全国拠点病院実態調査（拠点病院データベース）のホームページ（<http://cares.here.ne.jp>）を公開中です。多数のアクセスをお願いします。

以下にホームページの概略をご紹介します。



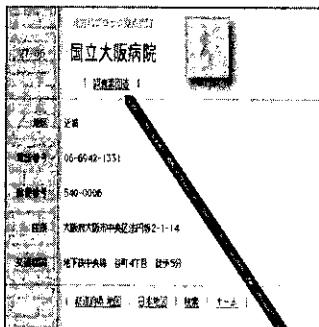
ココをクリック!



都道府県をクリック!



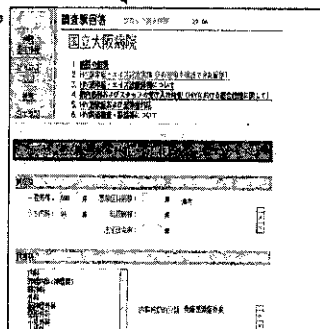
病院名をクリック!



病院基本情報
全国361拠点病院の
基本情報を掲載!



病院詳細情報
調査票を回収した
267拠点病院の
詳細情報を掲載!

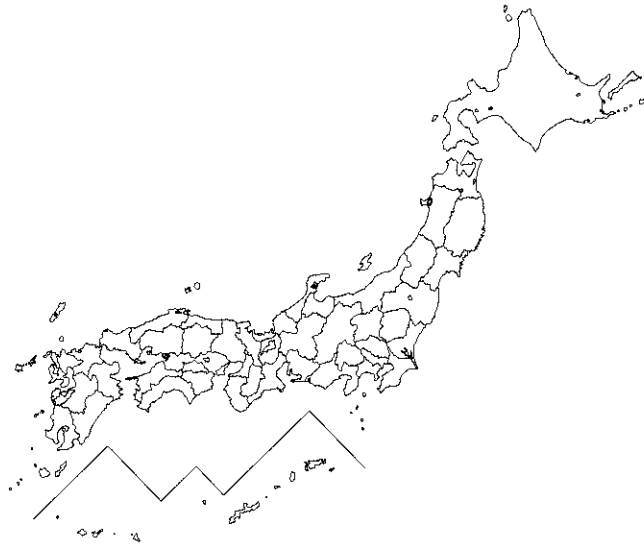


全国 8 ブロック拠点病院訪問見学 拠点病院アンケート集計報告 HIV感染者アンケート集計報告

●分担研究者

関西医科大学洛西ニュータウン病院内科

上田良弘



目的

日本のどの地域においても適切なHIV感染症治療を受けることのできる医療体制の早期確立のために、厚生省は国立国際医療センターにエイズ治療・研究開発センターを設置し、また全国を8ブロックに分割、各々中核となるブロック拠点病院14を、さらに各都道府県には350の拠点病院を選定した。そしてこの診療ネットワークを有効に機能させることによってHIV感染症治療レベルの地域格差の是正を図ることとし、「HIV感染症の医療体制に関する研究」班（南谷班）と「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究」班（吉崎班）により、診療ネットワークの立ち上げ、有効に機能するための支援、問題点の解決などを旨とし、各種研究活動が継続されている。

それら研究の一環として「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究」班においては、吉崎和幸班長の下に内部評価組織を設け、医師、患者、NGOによるブロック拠点病院の診療体制評価を行った。また、全国拠点病院には抗HIV治療の現状とその周辺状況についての、HIV感染症患者には患者からみたHIV診療と満足度についてのアンケート調査を行った。

方法

1. 全国8ブロック拠点病院訪問見学

HIV感染症治療経験医師、HIV感染者、HIV感染者をサポートしているNGOの三者が各ブロック拠点病院を訪問、各自の視点で見学させてもらった。同時に治療現場の各部署のスタッフから報告書に記載されない苦勞話を含めて聞き取り調査を直接行った。

1) 施設見学（基本的な見学場所）

- a. 外来診察室および待合室
- b. カウンセリングルーム
- c. 服薬指導室、面談室
- d. 病棟個室
- e. HIV関連の検査室

*その他、情報室やHIV対策室など

2) 医療関係者とのディスカッション

- a. 主な施設側出席者
 - ・ブロック長またはHIV責任担当医師
 - ・各科HIV担当医師
 - ・看護部、薬剤部（科）、検査部（科）
 - ・総務部または事務部・庶務課、医事課
 - ・カウンセラー、MSW、外来担当ナースまたはコーディネーターナース
 - ・情報担当官、他HIV医療に従事するレジデント
- b. 討論のテーマ

①HIV治療体制や検査体制、HIV看護や服薬指導体制、院内の連携、および患者のプライバシー・心理的フォロー

②ブロック拠点病院の機能・役割およびブロック内の拠点病院との連携

上記に関して、院内や地域での現状報告（取り組み）と

困難や障害となっている問題点、あるいはスタッフの苦悩などを題材とする。

*見学および討論前に院長および事務長等にお会いし、HIVの医療環境などについて少しお話しいただいた。

3) 評価の基準など

評価の対象としては、基本的に予算に見合った人員配置と施設整備および各スタッフの取り組み意識とその表れとしてのシステムで十分である。ただ、求められるブロック拠点病院としての機能や役割を阻害しているものは何かを探り当てることが重要である。

一応の評価基準としては、吉崎班平成9年度報告書添付の分担研究者による自己評価表を目安とし、オブザーバーについては複数のブロック訪問を原則とした。

医師・患者それぞれの印象記を各ブロックの報告の後に掲載する。

2. 拠点病院アンケート〈抗HIV治療の現状とその周辺状況について〉

全国361拠点病院に下記のアンケートを送付、現在HIV感染症の治療を実際に行っている医師の抗HIV治療法とその周辺状況を調査した。

●拠点病院アンケート（直接診療に従事する医師対象）

- (a) あなたの病院の所在する都道府県名を書いてください。
- (b) 現在、あなたの病院にHIV感染者が通院または入院していますか。

- 1) 現在、あなたの病院に何名の感染者が通院または入院していますか。
- 2) その中であなたの病院が抗HIV治療に責任を持つ患者は何名ですか。
- 3) あなたの病院に常備している薬剤をすべて選んでください。
- 4) これらの薬剤は副作用も強く、患者数が少ないとしばしば不良在庫になります。あなたの病院でこの問題が話題になったことがありますか。
- 5) あなたの病院職員はHIV感染症治療に協力的ですか。
- 6) 多少なりとも非協力的と感じるのはどの部署ですか。
- 7) 抗HIV治療を開始すべき感染者（エイズor HIV-RNA量：>5000コピーor CD4細胞数：<500）は何名ですか。
- 8) そのうち3剤（以上）治療を行っている患者数は何人ですか。
- 9) その3剤の組み合わせを処方数の多い順に三組選んでください。
- 10) 2剤治療を行っている患者数は何人ですか。
- 11) その2剤の組み合わせを処方数の多い順に三組選んでください。
- 12) 2剤治療の理由は何ですか。
- 13) 単剤治療を行っている患者数は何人ですか。
- 14) その薬剤をすべて選んでください。
- 15) 単剤治療の理由は何ですか。
- 16) 抗HIV治療の結果、HIV-RNA量が測定限界以下の患者数は何名ですか。現在までのその最長有効期間は何か月ですか。

- 17) 抗HIV治療が必要な患者のうち、無治療の患者数は何人ですか。
- 18) 無治療の原因は何ですか。
- 19) あなたの治療変更の基準は何ですか。
- 20) もはや使用する薬剤がなくなった場合、どうしますか。
- 21) 抗HIV治療を行っているにもかかわらず、HIV-RNA量が10000コピー以上の患者は何名いますか。
- 22) 抗HIV治療を行っているにもかかわらず、CD4細胞数が100以下の患者は何名いますか。
- 23) あなたは患者にHIV-RNA量を知らせていますか。
- 24) あなたは患者にCD4細胞数を知らせていますか。
- 25) 感染を告知できていない患者がいますか。
- 26) あなたがこの感染症を担当するようになった理由は何ですか。
- 27) あなたにとってHIV感染症診療はあなたの業務の何%ぐらいを占めていますか。
- 28) あなたはHIV感染症診療をどのように考えていますか。
- 29) あなたは今の病院にいつまで勤務しますか。
- 30) 今あなたが退職するとして、あなたの業務を引き継ぐ人材は育っていますか。

3. HIV感染者アンケート〈患者からみたHIV診療とその満足度について〉

HIV訴訟大阪原告団、HIVと人権・情報センターなどの協力のもとに、HIV感染者に下記のアンケートを送付、HIV診療と満足度について調査した。

●患者さんへのアンケート

- 1) あなたの居住されている都道府県名を書いてください。
- 2) あなたが抗HIV治療を受けている病院を選んでください。(まだ抗HIV治療を受けていない方は現在主として通院している病院)
- 3) あなたはなぜその病院を選びましたか。
- 4) あなたは主治医に満足していますか。
- 5) あなたの主治医の印象はどうですか。
- 6) 主治医以外の病院の職員の態度であなたが不満足に感じる部署はどこですか。
- 7) あなたはご自分のHIV-RNA量を知っていますか。
- 8) あなたはご自分のCD4細胞数を知っていますか。
- 9) あなたは今抗HIV治療を受けていますか。
- 10) 今内服している薬剤をすべて選んでください。
- 11) その効果についてお聞きします。
- 12) 最近の2年間でエイズに特徴的な日和見感染症、腫瘍を発症しましたか。
- 13) 各種日和見感染症の予防をしていますか。
- 14) 抗HIV治療の将来についてどう考えていますか。
- 15) 総合的に考えて、今の病院の満足度を選んでください。

結果

■ 全国8ブロック拠点病院訪問見学

ケアーズ太田裕治、HIVと人権・情報センター池土正仁作成

【北海道ブロック】

◇訪問施設：北海道大学医学部附属病院

◇訪問日時：1998年11月24日午後1時30分～午後5時00分

◇見学箇所

1. 外来診察室（第二内科、第三内科）
2. カウンセリングルーム（広めの面談室と密室性のあるカウンセリングルーム）
3. 相談室（面談、服薬指導）
4. 処置室
5. 内科病棟個室
6. 遺伝子検査室、フローサイトメトリー室
(CD4絶対数、HIV-RNA定量、DNA検査、PCR、シーケンサ)

◇医療関係者との討論（聞き取り）

第二内科教授（責任担当医師）、第二内科教授、加齢制御医学教授（元第三内科）、臨床心理士、産科医師、小児科部長、レジデント医師3名、事務部長、看護部長、検査部、病理部、薬剤部、総務課、医事課、HIV担当ナース、情報担当官、カウンセラー

《現状と課題》

1. 施設・設備

第二内科、第三内科それぞれの教授の指揮のもと、設備関係に関しては、十分な措置がとられている。個室整備も整っている。ただ、患者数が現在のレベル（40名）から増加したときに、病棟での個室対応が可能かどうか（特に優先性はない）がポイントであろう。

2. 人員（スタッフの専任性）

北大病院といえども完全な専任性は困難。外来ナースはほぼ専任性を貫いているが、患者数増大を考慮して、看護部長は人員がもっと必要と考えている。

3. 院内の連携

申し分がないように思われる。とくに、マニュアル作成に薬剤部や検査部等も含めてすべての科が関与しており、それぞれがテーマをもってHIVに当たっている印象を受けた。院内にHIV医療総合整備委員会が設置され、各科、各部署部長クラスが参加した体制は、院内の連絡体制や連携を図るうえで重要な役割を果たしている。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

ブロック拠点3病院の役割分担がやや不明であるが、旭川医科大学病院は歯学部がHIVに熱心で、20例ほどの患者を受け入れているとのこと。

北海道HIV臨床カンファレンスを開催。今後カンファレンスの継続が望まれる。情報提供についても、ホームページを構築、リアルタイムな情報提供が期待できる。ただ、研修については門戸を開いているが、申し込みが少ない状況である。

5. その他

北大病院では、従来血友病はそれほど診ていなかった。患者の分布を見るとHIVは北大病院、血友病は従来通り他病院と使い分けている患者が多い。北大病院のみに通院している患者も増えつつあるが、医師と患者で血友病に関する認識の違いがあるのは否めない。

ブロックとして広域な範囲を有する北海道では、北大病院が遠隔地の患者を受け入れることは難しい。さらなる他院との連携、他院への指導が望まれる。

訪問見学印象記

(大阪市立総合医療センター感染症センター 後藤哲志)

北海道大学医学部附属病院は、札幌市街地に所在する病床数923床の北海道を代表する大病院である。1日平均外来患者数は1791人、1日平均入院患者数は827人と非常に大規模である。

エイズ治療の北海道ブロック拠点病院のHIV診療の医療実体として以下に人的体制、施設・設備、診療・機能、拠点病院との連携、ブロック内医療向上に向けての活動に関しての感想を述べる。

人的体制は、専門の医師・看護婦・カウンセラー・情報担当官・レジデントがおり、全科対応がとれている。ブロック拠点病院にふさわしい充実ぶりである。

施設・設備は、外来での個室対応・カウンセリングルーム、病棟での個室対応ができてプライバシーに配慮している。検査部では積極的にHIVに関する検査や日和見感染症に対する検査を院内で行っており速やかに結果がでるようになっている。現在保険適用になっていないHIV薬剤耐性シークエンスもあり他院からの検査も受け付けができる。

診療・機能は、診療マニュアル、投薬マニュアル等があり内容は充実している。国内外への研修会にも参加している。

拠点病院との連携は、拠点病院に対して講演会や講習会を開催している。

ブロック内医療向上に向けての活動は、「北海道HIV臨床カンファレンス」を開催しており多くの拠点病院等の医療者が参加している。参加職種は医師、看護婦、薬剤師、検査技師、カウンセラー等と多岐にわたっている。

問題点としては北海道という地域特殊性によるものがある。つまり、広域医療における患者治療の迅速化と患者輸送に問題がある。例えば遠隔地からの通院の不便さがあげられる。

まとめとして、北海道大学医学部附属病院では人・設備はかなり充実していると感じた。これは一朝一夕にできるものではなく何年かかけてHIV診療態勢を着実に整えてきた努力の積み重ねによるものであろう。ブロック拠点病院としては充実しており、今後は拠点病院のモデルとなるように、そしてブロック拠点病院と拠点病院の連携のさらなる発展を願う。

最後に、今回のブロック拠点病院視察訪問に対し快く対応して下さいました小池隆夫先生および皆様に対しこの場をお借りしてお礼申し上げます。

【東北ブロック】

◇訪問施設：国立仙台病院

◇訪問日時：1998年11月20日午後1時10分～午後4時30分

◇見学箇所

1. 外来診察室・処置室
2. カウンセリングルーム（服薬指導、面談、待合など多目的に使用）
3. 検査室（フローサイトメトリー、シークエンス、サイトスピン、HIV-RNA定量）
4. 内科病棟個室

◇医療関係者との討論（聞き取り）

内科病因研究室長（責任担当医師）、内科医師、歯科医師、皮膚科医師、精神科医師（カウンセリング担当）、救命救急センターICU婦長、内科病棟婦長、薬剤師（服薬指導担当）、看護部長、臨床検査科（部長他）、庶務課長、外来担当ナース、情報担当官

《現状と課題》

1. 施設・設備

外来は、個室診察室、処置室、カウンセリング等を行う多目的室が一体となって第五内科外来を形成している。患者にとっては非常に便利な構成になっているが、強いて言えば、カウンセリングルームは密室性があつた方がよいように思う。検査機器に関しては完備しており、病棟個室も6床用意され、気圧調整可能なクリーンルームが整備されている。

2. 人員（スタッフの専任性）

外来ナースがHIV専任である。MSWがいて身障手帳の手続きなどを行っている。医師は、患者数がそう多くないので診察は余力があるが、他の業務が多忙。検査技師も一般検査の合間を縫ってHIV関連の検査をやっているの、マンパワーの不足を感じている。

3. 院内の連携

内科を中心に、歯科、皮膚科、精神科（カウンセリングも担当）など各科並びに、薬剤師、検査科、医事課、ケースワーカーなど各医療従事者がHIVに関わっており、患者受け入れ態勢は申し分ないと思われる。ただ、チーム医療としてのHIV感染症を考えたときに、症例検討会やカンファレンス、ミーティングなどが定期的に実施されているかどうか不明であった。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

東北地方は、患者数が少なく、症例を持たない拠点病院が多い。講演会等の集まりも悪い。診療レベルをどうやって上げていくか。東北エイズ症例検討会を開催して、症例を共有する方法を考え、実施している。情報提供に関しては、十分にできていないように感じる。また、ブロック拠点病院自体の患者数も少なく、仙台においては、東北大学、国立療養所西多賀病院に患者が分散しており、また山形や福島からの患者の来院が皆無のようである。地理的には宮城以北の患者はACCへ流れているようである。

訪問見学印象記

(その1 市立堺病院内科 松浦基夫)

1. 施設・設備について

外来診察室は、広いスペースの中に待合室・診察室・処置室・カウンセリングルーム（服薬指導もここで行われている）が配置されており、カルテもここで保管されている。外来受診患者は病院内のあちこちに行く必要はなく、ここだけで診療を完結できるように工夫されている。このコーナーはHIV感染者専用となっているので患者にとって安心感が持てそうである。強いて難点を挙げるならば診察室・処置室の間には仕切りがなく、プライバシーに関わる話はしにくいと思われる。カウンセリング室も服薬指導室や資料室を兼ねていて自由に出入りできるように本格的なカウンセリングは困難であろう。診察室およ

びカウンセリング室は密室性のある構造にすることが望ましい。

HIV関連の検査設備については、フローサイトメトリー・PCRによるHIV-RNA定量装置、DNAシーケンサなどの検査機器が稼働しており、専門的な検査が可能となっている。他の拠点病院がこれらの検査を容易に利用できるシステムの構築が必要である。

2. スタッフ

内科を中心に各科の医師・カウンセリングを担当する精神科医師・看護婦・薬剤師・臨床検査技師・レントゲン検査技師・ケースワーカー・情報担当官・医事課など院内のさまざまな職種がHIV診療に関与している。外来ではHIV外来専属の看護婦が1名配置されていて専門的な外来看護が可能な体制となっていること、国立病院には珍しくケースワーカーが配置されていることは特筆されるべきであろう。ただ、これらのスタッフによる症例検討会などのミーティングは行われていないようで、スタッフ間の連携がうまくいっているのかどうかは不明である。抗ウイルス薬の選択にあたっては、患者の病状のみならず、患者の生活パターン・HIVについての理解度・病気に対する姿勢などを十分考慮することが服薬アドヒアランスを向上させるうえで重要であり、そのためには医師・薬剤師・看護婦・カウンセラー・検査技師（薬剤耐性の評価）が密接な連携を持つことが必要である。また、継続してカウンセリングを実施している症例があまりないようであるが、長期にわたってHIVに立ち向かっていかなければならない不安やセクシャルアイデンティティーの揺らぎをもつHIV感染者は多いはずで、カウンセリングの需要を十分引き出せていない可能性がある（密室性のないカウンセリング室の構造にも問題があるかもしれない）。

3. ブロック内の他の拠点病院との連携

東北ブロックは地域的に広いという困難があるにもかかわらず、医師を対象とした症例検討会や看護婦を対象としたシンポジウムなど積極的に行われており、東北におけるブロック拠点病院としての努力が感じられた。今後、すべての拠点病院でのHIV診療を一定の水準に引き上げるためには、情報提供だけでなく、個々の拠点病院での診療内容を把握することが必要になってくるであろう。

（その2 患者代表）

国立仙台病院を訪問して、まず外来診察室や病棟などの施設見学を行った。外来診察室を見学して受けた印象は、私が今まで受診してきた病院に比べて、かなり患者のプライバシーに気を使っているなどということである。いわゆるHIV感染症の外来診察室は、内科外来フロアの大きな一角を占めている。特殊外来的な位置付けではあるが、外来の名前や出入口などに工夫がこらされていて、外部からはそれとはわからない構造になっている。ただ私自身は、この診察室が広すぎて落ち着かない感じがした。診察室からは、外に出ることなく、内側から面談室（カウンセリングや待合など多目的に利用）や処置室へ移動することができる。患者の総意を最大限に取り入れればこのような構造が無難だろうと思うが、私自身は、この広い空間が他の内科診察室に比べて閉鎖的すぎて、特別な印象を受けた。多少オープンにしても、他からはそれとはわからないのではないかという感じがした。

また、特別整備の病棟個室も見学させていただいたが、入院

経験のない私にとっては、ずいぶん大がかりな設備なので少々戸惑いを感じた。

施設見学のなかで印象深かったのは、検査機器が完備されていて、1つの病院で重要なあらゆる関連検査ができることである。HIV-RNA量も50まで検出でき、HIV関連機器にかなり予算をかけている印象を受けた。

施設見学の後、仙台病院のスタッフと話し合う機会をもつことができた。私はこのような機会をあまりもったことがなかったので、聞きたいことをほとんど聞けなかったが、気になる点はいくつかあった。ひとつは、カウンセリングを担当している精神科の先生から受ける印象が、私の抱いているカウンセリングのイメージとかけ離れている感じがしたこと。もうひとつは、薬剤部は佐藤医師の指示のもとで患者の服薬指導を行っているが、具体的な中身や、どこまで関わっているのかをもっと聞きたかったということ。さらに、全体的に、チーム医療としてのHIV感染症を考えたとき、患者に対して医療スタッフ各々がそれぞれの場面でどんな役割をしてくれるのかを聞きたかったが、うまく伝えることができなかった。

最後に、全体として、患者の病態がどのような事態になっても適切な治療を行える病院であってほしい。各々の医療スタッフがそれぞれの分野で患者に密接に関わってほしいと、私自身は切に感じる。

【関東甲信越ブロック】

◇訪問施設：新潟大学医学部附属病院

◇訪問日時：1998年12月10日午後1時10分～午後4時30分

◇見学箇所

1. 外来診察室
2. 内科病棟個室
3. 遺伝子検査室
 - * HIV抗体検査（イライザ）、PCR（プライマーを購入すれば可能）
4. 情報室
5. 採血室

※カウンセリングルーム、服薬指導室とくになし。

◇医療関係者との討論（聞き取り）

HIV責任医師（第二内科・感染症管理室長）、病院長、事務部長、第二内科医師、看護部長、薬剤部副部長、検査部副部長、HIV担当ナース（非常勤）、総務課長、管理課長、医事課長、レジデント医師、カウンセラー、医療情報部情報担当官

《現状と課題》

1. 施設・設備

外来個室診察室、病棟個室は確保されている。ブロック拠点病院自体に患者数が少ないため、カウンセリングの症例がないことと、大きな組織なので小回りがきかず、緊急に入院が必要な患者が来たときの対応が懸念される。個室満床の場合は、同じくブロック拠点病院である新潟市民病院や他の拠点病院の応援を予定している。検査機器は、CD4測定、HIV-RNAについては現在外注であるが、遺伝子検査室には専任のスタッフを置いている。日和見感染症（CMV、カリニ原虫、抗酸菌PCR）の検査が可能である。

2. 人員（スタッフの専任性）

3. 院内の連携

感染診療運営委員会（各科教授）、院内感染対策委員会（全科）を月1回開催し、その他、院内各スタッフを対象に診療対策委員会、各部署委員会を毎月開催している。また不定期ではあるが講演会、検討会を実施している。担当医師、看護婦も種々の研修を経験しており、体制としては整っている。ただ実際問題として、患者が増えたときにシミュレーションどおりに事が運ぶかどうか未知数である。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

情報提供に関しては、ブロック内の拠点病院のメーリングリストを作成し、ホームページを制作。講習会は開催したものの出席率は低調であり、地理的な困難さが感じられた。研修受入はまだ行われていない。

5. その他

ブロック拠点病院として決定されたのが遅く、他のブロック拠点病院に比して、立ち上げが遅れている。地理的にも、経験的にも、不利な条件が多く、関東の病院に対する指導的役割は難しいものと思われる。患者数に関しては、現時点で問題にするのは早計であり、地域的なブロック再検討が必要と考えられる。

訪問見学印象記

（大阪市立総合医療センター感染症センター 後藤哲志）

新潟大学医学部附属病院は新潟駅から車で約10分、新潟市街地に所在する病床数770床の病院である。1日平均外来患者数は1414人、1日平均入院患者数は668人と大規模である。

エイズ治療の関東甲信越ブロック拠点病院のHIV診療の医療実体として以下に人的体制、施設・設備、診療・機能、拠点病院との連携、ブロック内医療向上に向けての活動に関する感想を述べる。

人的体制は、専門の医師・看護婦・カウンセラー・情報担当官・レジデントがあり、全科対応には前向きに取り組んでいるが、経験症例数が少ないのが現状である。症例数に比べて人的体制は整っている。

施設・設備は、外来での個室対応、病棟での個室対応ができプライバシーに配慮している。緊急入院に関しては病床が満床でない限り対応可能である。万一の場合は他の拠点病院に応援を要請する予定である。検査部ではHIVに関する検査（HIV抗体）や日和見感染症に対する検査（CMVアンチゲネミア、カリニ原虫の染色、抗酸菌のPCR法）は院内で行っており、HIV-RNA定量やCD4測定は外注で行っている。薬剤耐性検査に関しては現在整備中である。

診療・機能は、研修会、症例検討会、講演会の開催を行っている。国内外への研修会にも参加している。

拠点病院との連携は、関東の拠点病院に対して講演会や講習会は開催していないが、関東地区との経験症例数や診療レベルから考えるとやむをえないと思う。

ブロック内医療向上に向けての活動として「関東甲信越エイズ拠点病院ネットワーク」(<http://micws2.med.niigata-u.ac.jp/kyoten/>)というホームページを開設している。

問題点としては関東甲信越ブロック内の診療レベルの格差があげられる。新潟大学は現在は拠点病院としての立ち上げを行っており首都圏の医療に追いつこうとしているところである。

まとめとして、新潟大学医学部附属病院ではまだまだ経験症例数は少ないながらも人・設備は充実しつつあると感じた。今後症例数が増えれば更なる進歩が期待できる。その結果、関東甲信越ブロックをまとめる日や、更に北東アジア（日本海沿岸の国々）に対して国際協力する日がくるかもしれない。

最後に、今回のブロック拠点病院視察訪問に快く対応して下さいました皆様に対し、この場をお借りしてお礼申し上げます。

【北陸ブロック】

◇訪問施設：石川県立中央病院

◇訪問日時：1998年11月10日午後2時30分～午後5時30分

◇見学箇所

1. 診察室（カウンセリング室兼用）
2. カウンセリングルーム（予備）
3. 遺伝子検査室（PCR、HIV-RNA定量、フローサイトメトリー）
4. 情報室（HIV事務室）
5. 血液免疫内科病棟 * 個室満床のため、見学できず

◇医療関係者との討論（聞き取り）

責任担当医師（血液免疫内科部長）、血液内科担当医師、他科医師、副看護部長、主要な科のナース（外来）、中央検査科、薬剤部、管理栄養士、カウンセラー（非常勤）、情報担当官、総務課企画情報係長、MSW

《現状と課題》

1. 施設設備

血液免疫内科病棟に個室が10床しかなく、満床の状態。専用個室が確保できない。HIV外来診察室は、診察室の表示を掲げておらず、カウンセリングルームとしても使用されている。当診察室が場所的に人通りの頻繁なところなので、ポケットベルでの患者呼び出しを計画中（予算化）。

MAC、結核、HCVのPCRが院内検査室で可能。薬剤耐性検査を検討中であり来年度検査室の拡大を計画。

2. 人員（専任スタッフ）

主要担当医師は、血液免疫内科が担当。他疾患との兼任。月1回ACCより青木医師を招聘。外来のナースは専任ではない。患者数が現在少なく、現体制で支障なし。看護医療の面で病棟の専任ナースを育成したいとの意見が出た。カウンセラーは県の業務（精神保健施設）と兼務。

3. 院内の連携

患者数および入院経験が少ないため、逆に患者に配慮した連携が十分になされている。院内では血液免疫内科部長の権限が大きいを感じるし、ACCより青木医師を招聘しており、月1回症例検討会が実施されている。ただ、何もなかったところからのスタートであったため、血友病患者のニーズが把握しきれていない面がある。スタッフでは看護婦の意識が高く、積極的な患者との関わりを望んでいるように思えた。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

各拠点病院に対する情報提供が不十分であり、研修の受入体制もまだ整っていないとは言えない。今は、症例検討会、講演会を実施している段階である。他県、とりわけ富山県の拠点病院との連絡関係がなく、周辺の大学病院、国立系

の病院との関係構築も時間がかかりそうである。

訪問見学印象記

(その1 大阪赤十字病院血液内科 有馬靖佳)

「3年前はゼロからの出発でした」全国8地区のブロック拠点病院への訪問は石川県立中央病院の金丸先生、事務担当者の両者の口から漏れたこの言葉で始まった。今回の訪問の目的は全国ブロック拠点病院の現状を把握し、問題点を整理すること、拠点病院に対するブロック拠点病院の役割と機能を再認識し、今後の目標を明らかにすることにある。

全国の中でもブロックごとの規模には隔りがあり、患者数の違いが、それぞれの直面する問題の相違を生み出している。北陸ブロックは北陸3県、人口313万人を対象としており、現在の最大の問題点は「患者数の少なさによる経験の不足である」という声、病院スタッフからは多かった。しかし、石川県立中央病院に関しては、専用のPWA外来室、検査室、カウンセリಂಗールームなどの施設は充実しており、さらに診療担当医師たちのHIV診療を超えた診療全般（general medicine）に対する情熱、そして看護部・パラメディカルの研修を通じて培われた自信とHIV診療に対する熱心さには特筆すべきものがあつた。加えて月に一度、医療センターからHIV診療専門医を迎えることにより、診療上の多様な問題がスムーズに解決されており、北陸ブロックの中だけでなく、全国レベルでも理想に近い医療を提供できる体制が、整いつつあることが見学者にもよく伝わってきた。

ただし、北陸ブロックのそれ以外の拠点病院との連携という点では、いまだスタートラインにも達していないと感じられた。これまでの報告書を見ると北陸ブロックの13拠点病院のうち半数以上でエイズ発症患者の診療経験があるはずだが、石川県立中央病院関係者は、他院は「まだゼロに近いはず」との認識のようであった。もちろん、石川県立中央病院の中でも他院の診療実態を把握しているのはごく限られたものであるがゆえのことではあろうが、今後課題を残していた。エイズ治療のための組織は全国の地域を単位としているが、大学を単位とするこれまでの医療体制との相違が、特にそのブロック内の大学の数が限られれば限られるほど矛盾を吹き出させているようである。小さなグループでは、とりわけ個々の実状にあった調整が不可欠と考えられた。

(その2 患者代表)

石川県立中央病院は、単独のエイズブロック拠点病院のなかで、唯一の自治体立病院である。患者の立場からすると、診療水準とはしばしば相反するものの巨大な大学病院よりも中程度の自治体病院の方が気軽に利用しやすい面があるが、石川県立中央病院は自治体病院でありながらブロック内でも最も高度な水準のHIV診療を要請されている。患者にとってひとつの理想的病院が北陸ブロックに現出しうるのはか。このような考えを漠然と抱きつつ、私は金沢市街のはずれに位置する石川県立中央病院へと向かった。

さっそく、病院内のHIV関連施設を担当医師の案内で見学させていただいた。カウンセリಂಗールーム、情報室、遺伝子検査室等ひととおり完備されており、専用病室についても年度内に整備予定（ただ、患者の絶対数が少ないので稼働率は低い）とのことであった。病院の専門医師のほか、エイズ治療・研究開

発センターからの専門医師が月1回外来を担当しており、全体で10名ほどの患者がその診療日に集中する傾向があるようだ。結果として、病院内専門医師の日常業務の90%はほかの疾患の診療ということになる。

施設見学の後、各担当者からいろいろお話をうかがった。HIV感染者に対する各科の連携に関しては、責任者である医師が適宜調整しており、かなり小回りがきくという印象を受けた。受付、服薬指導、きめ細やかな対応がなされている点など、治療環境はかなり恵まれている。

研修等への参加も積極的で、特にパラメディカルの志気の大きさが強く印象に残った。

反面、症例数の少なさから、HIV医療に要求される専門性についての認識に不安な印象も同時にもった。

石川県立中央病院は高度なHIV診療を提供できる1医療機関として発展の途上であり、ブロック内拠点病院への情報提供等の機能については、県立病院がブロック拠点病院で大学病院が拠点病院という構造が大きな障害となっているようであった。

全体として、課題が多いものの、特にHIVの専門診療機関の少ない北陸の中核を担う病院として本ブロック拠点病院に対する期待はなお大きいといえる。

【東海ブロック】

◇訪問施設：国立名古屋病院

◇訪問日時：1999年1月27日午後1時00分～午後5時00分

◇見学箇所

1. 診察室（内科特別個室外来・一般血液内科外来）
2. 服薬指導室（上記個室外来に隣接）
3. カウンセリಂಗールーム兼面談室
4. 検査室、臨床研究部（PCR、HIV-RNA定量、シーケンサ）
5. 情報室（エイズ関連事務室）
6. 血液内科病棟個室（陰圧可能）、産科病棟、救命救急センター（透析）
7. 薬剤科（薬剤の血中濃度測定）

◇医療関係者との討論（聞き取り）

HIV責任医師（血液内科）、産科・内科・小児科・歯科担当医師、レジデント医師、外来担当看護婦（2名）、薬剤科、検査科、産科婦長、血液内科婦長、カウンセラー、情報担当官、医事課

《現状と課題》

1. 施設整備

a) カウンセリಂಗールームや面談室

事務職員（医事課）の意見によれば、ブロック拠点病院としてのスタート地点での予想が甘く、患者数の増加など、当初とは変わってきて十分な対応が取れていない。あまり使用していない会議室をパーティションで区切ってカウンセリಂಗールームとして使用し、会議可能な広い部分を患者同士が集えるラウンジなどに利用している。カウンセリಂಗのニーズ増大を予想し、密室性のあるカウンセリಂಗールームを現在申請中である。

b) 外来診察室および服薬指導室

外来診察日は、月曜から金曜の週5日実施。月・火・金

は、個室の診察室で、水・木は、本人の希望があれば一般患者と同じ血液内科の診察室で診察を行う。待合室は、一般の患者と同じ全内科のフロアで待機することになる。服薬指導は、個室診察室に隣接したスペースで行われる。待合のフロアから遮断された空間ではないので、少し気にかかるが現在までとくに問題は生じてないとのこと。

2. 人員（スタッフの専任性）

外来ナースに関しては、専門外来がある時は100%HIVに専念しているが、昨今の患者数の増大に伴い、完全専任性の必要性を感じている。現在、専任化に近づけてゆこうと努力している段階である。患者会等が存在し、カウンセラーと情報担当官が世話人を務めている。

3. 院内の連携

担当科（血液内科）以外の他科および薬剤部やカウンセラーを含めて毎週症例検討会と月1回HIVカンファレンスを実施しており、連絡が行き届いている。また、産科や歯科受診の患者が比較的多く、高度な連携がとれている。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

研修会は毎年実施しているが、東海地域という範囲では限られた病院としか交流がない。情報提供という意味でも、まだ当院側から積極的に提供していくという段階にはない。計画として、ホームページの制作と薬剤耐性検査で連携を図りたいという意見が出された。

5. その他

外国人感染者が多く、オーバーステイの患者の医療費の問題、コミュニケーションの問題、治療継続の問題等、名古屋および東海特有の問題を抱えており、一ブロックでは解決できない問題が潜んでいる。

訪問見学印象記

（その1 兵庫医科大学病院第二内科 白笠聡）

国立名古屋病院におけるHIV診療については、各ブロック拠点病院の中でも、外国人診療の経験が比較的豊富であること、女性感染者の診療あるいは分娩・出産の経験が豊富である点などが特徴的である。これらの外国人診療、あるいは産科・婦人科の診療は本邦のHIV診療の中においても比較的対応の困難な、あるいは遅れがちな領域であり、スタッフの多大な努力がうかがわれる。

研究報告書の自己評価表において、ハードウェアで無いものもあまり見あたらず、診療において不足しているものはないと考えられる。

各診療部署との連携も良好で、検査室でHIV-RNA定量、臨床研究部ではウイルスの耐性変異が検査可能であることに加え、薬剤部で抗HIV薬の血中濃度の測定まで可能である。したがって現在のHIV診療の効果をモニターしていくうえで必要とされる検査はほぼ院内で可能ということになり、ブロック拠点病院にふさわしい高度な医療の提供が可能と考えられる。

院内で行われている“HIVカンファレンス”において様々な勉強会、講演会が企画、実施されており、スタッフの取り組みも非常に熱心である。したがって院内においてのHIV診療について問題点はほとんどない状況と考えられる。しかしこれは現在のスタッフの多大な努力によって支えられているものであり、東海ブロックがHIV感染症患者の増加が比較的多い地域である

ことを考えると、このままのペースでHIV感染者が増加し続ければ、遠からず対応しきれなくなる時期が来ることが予想される。現状の医療レベルを維持し、さらに改善していくためには、速やかに国立名古屋病院の各スタッフの増員を行い、さらに東海ブロック全体の診療レベル向上のためサテライトの病院確保などが早急に必要と考えられる。

（その2 患者代表）

東海ブロックでの課題

1. 院内整備に関して

以下の項目についてこれから整備・改善が必要であると考えられる。

・院内オーダーリングシステムの整備（ただし、これからシステムを構築するならば、A-netや電子カルテを想定することが必須であると思われる）。

・コーディネーターの必要性（HIV感染症は、医学的な面はもちろんのこと、心理・社会的問題を大きく抱えている。包括的に医療者がHIV感染者をケアする場合、医師、看護婦、薬剤師、カウンセラー、MSW、NGOがチームとなって取り組まなければならない。そのためにはキーパーソンとなるコーディネーターが必要であると強く言われている）。

現在、国立名古屋病院のHIV感染者のカルテ数が約70名であり、100名を超えるのは時間の問題であると思われる。しかもブロック拠点病院の中で最も外国人感染者の割合が大きく、今後も増え続けることは容易に想像がつく。

患者数増大に伴って、ますますコーディネーターの必要性が大きくなると思われる。

2. ブロック内の連携について

国立名古屋病院の特徴として以下のような内容が考えられる。

- 1) 抗HIV薬の院内血中濃度測定の実施
- 2) 薬剤耐性検査の実施
- 3) 産科の実績症例数が多い
- 4) 外国人(特にブラジル系)への対応、通訳養成事業など
- 5) 常勤MSWによる福祉相談の充実
- 6) セミクリーンな病棟個室2床の整備(クラス10000)

国立名古屋病院には優れた機能や体制があるため、これを生かせば東海ブロック内の施設からのニーズがますます多くなるのは必至であろう。患者も機能拡大することを期待している。

【近畿ブロック】

◇訪問施設：国立大阪病院

◇訪問日時：1998年11月17日午後1時40分～午後5時00分

◇見学箇所

1. 外来診察室
2. カウンセリングルーム
3. 服薬指導室
4. 病棟個室
5. 検査室（高感度HIV-RNA定量、シーケンサ、フローサイトメトリー）

◇医療関係者との討論（聞き取り）

HIV責任医師（総合内科部長）、診療部長、総合内科医長、レジデント、看護部、薬剤部、検査科、医事課、外来看護婦、カウンセラー、情報担当官

《現状と課題》

1. 施設整備

基本的な設備はほぼ整っている。入院に関しても専用個室（優先個室）が7床用意されており、個室対応が可能である。外来診察室も個室化され、プライバシーの面で配慮がされている。ただ、感染症外来は、総合内科に位置し、完全独立した診療科ではないため、中待合室の使用に当たっては、他の診察室との隔たりが大きく、プライバシーの面で若干気にかかる。カウンセリングルームは、面談室やラウンジとしても使用可能な多目的なスペースである。もう少し、密室性があってもよいものと感じられた。

2. 人員（スタッフの専任性）

外来ナースに関しては、ほぼ専任性が採られている。服薬指導に関しては、薬剤師が中心となって、患者の指導に当たっているが、患者数の上昇に伴って、検査科の体制が問われるところである。外来についても、毎日専門外来診察が実施されている。

3. 院内の連携

他科、各部署のHIVに対する理解があり協力的。診療経験もほぼ全科であり患者数の増大とともにやらざるをえない状況がうかがえる。各科、各部門で定期的な連絡会議があり、感染症チームの症例検討会も毎週実施されている。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

情報提供はホームページ公開。指導的役割としては研修会、講習会の開催。また、医師のネットワークを利用した症例の相談等セカンドオピニオンとしての役割も果たしている。薬剤耐性検査等特殊検査実施も今後期待されている。

5. その他

現在、MSWがない。今後さらに患者数の増大が予想され、外国人感染者の問題や医療費の問題、身体障害者手帳等社会制度手続きの問題が浮上してくるものと思われる。これらに対して誰がどのように対処するのか。

ブロック拠点病院に患者が集中しすぎることなく、他の拠点病院が治療を完結できるよう、どのように指導するのかが課題であろう。

訪問見学印象記

（その1 奈良県立医科大学病院内科 古西満）

国立大阪病院には入院患者用個室、カウンセリングルーム、服薬指導室、ペンタミジン吸入室が完備し、室内のインテリアなどにも配慮がされている。外来診察室も個室化されているが、中待合があり、完全に特殊外来化されていないことを考慮すると、プライバシーの面で若干気になる構造である。

HIV関連検査としてHIV-RNA量（高感度）や抗HIV薬耐性検査が自前で可能となっている。薬剤耐性検査は1検体あたり15,000円程度の費用がかかるが、現在保険適応はなく、研究費で賄っている状態である。今後患者数の増加にともない検査件数が増えた場合、同検査を継続していくうえで恒久的な財政保障と検査に従事するスタッフの確保とが重要、かつ緊急な課題であると感じる。

国立大阪病院ではHIV感染症診療の全科対応が可能であり、これまでに脳外科を除く全科で診療経験をもっている。またHIV感染症の合併症は全身各臓器にわたるが、免疫・感染症グ

ループの属する総合内科には各疾患領域の専門医師がいて相談が容易であり、HIV感染症診療上で有益な診療形態であると考ええる。各診療部門間で定期的に連絡会議が行われ、情報交換に役立っているとのことである。

中心的な診療スタッフには免疫・感染症グループの医師、外来担当看護婦（専従）、カウンセラー、薬剤師、情報担当官がいる。各スタッフ間の連携は緊密であり、かつ役割には各専門性が生かされている。しかしブロック拠点病院の立ち上げの時期には新たなシステムづくりのため、さらに現在はHIV感染者受診数の急増のため、各スタッフは大変多忙である。このように専任スタッフのオーバーワークに支えられて初めてブロック拠点病院の責務が果たしている現状には問題があると感じる。また現在MSWがないので、今後増加が予想される外国人感染者や医療費などの問題への対応を充実させる必要がある。

（その2 患者代表）

国立大阪病院は、現在の各ブロック拠点病院の中でも、いろいろな意味で条件の整った部類の施設であると思像される。厚生省が現在進めているA-net構想においても、同院は、関東地区におけるエイズ治療・研究開発センターと双壁を成す関西地区サブ・センターとしての位置づけを与えられており、今後その重要度はますます高まっていくことだろう。また、HIV訴訟原告団が中心となり、様々な機会ごとに国立大阪病院の整備・拡充を求めてきた結果として今日状況が確立されたことも間違いないと思われる。

昨年（1997年）実施された「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究」に付随する「ブロック拠点病院自己評価表」を見ても、国立大阪病院の点数は他のブロック拠点病院に比較して格段に高かった。加えて、わずかに低い評価となっていた「拠点病院との連携」他についても、今年度はホームページの開設など一層の充実が図られており、もちろん、スタッフの人数の面では理想にまでは達していないにせよ、HIV診療を進めるうえで重大な障害となる問題点は、存在しないようである。

今回、総合内科（免疫感染症外来）の今泉診療部長、福原総合内科部長、白阪総合内科医長の各氏をはじめ、看護婦、薬剤師、カウンセラー、医療情報担当官等々、多くのスタッフの方からお話をうかがったが、皆さんが揃って強調しておられたのは、同院の他科が、HIV診療に対して極めて理解があり、協力的である——全科対応が実現している——という点だった。

これは、現実問題としてHIV感染者の受診数が右肩上がりに増えており、98年夏には3ケタに達したという“需要”のもたらした必然的な結果かもしれない。しかし、そこには何か同院ならではの要素があったのではなかろうか、と考えた私は、そのあたりをややしつこく質問してみた。皆さんからは、定例の院内連絡会議の存在、内外での研修の成果、あるいは医療従事者としての当然あるべき責任感などが指摘されはしたものの、言わば「当たり前のこと」という雰囲気、必ずしも確実・明快な回答を得ることはできなかった。

このように、国立大阪病院におけるHIV診療は全般に円滑に機能していると思われるが、あえて課題をさがすならば、血友病患者に関する対応がやや弱いこと——補強策として、兵庫医大から日笠医師が月2回、出向診療中——と、具体的な問題の

有無はさておき、患者の側には、自阪医師とそれ以外の医師とに対する信頼感なり安心感なりに、現時点ではまだ“差”があることがあげられる。

【中国四国ブロック】

◇訪問施設：広島大学医学部附属病院

◇訪問日時：1998年11月12日午後3時10分～午後6時30分

◇見学箇所

1. 診察室（原医研内科・小児科）
2. カウンセリングルーム（多目的室）
3. 服薬指導室
4. 血液検査室（PCR、CD4測定器、末梢血単核細胞内プロウイルス・メッセンジャーRNA）
5. 薬剤部情報室
6. 原医研内科病棟 * 個室満床のため、見学できず
7. 原医研内科病棟面談室

◇見学箇所～社会保険広島市民病院～

1. 診察室（入院ドックの診察室）
2. 内科外来診察室
3. 結核病棟
4. 泌尿器科病棟（個室・3人部屋）
5. 医療相談室

◇医療関係者との討論（聞き取り）

HIV責任医師（輸血部助教授）、主要な科の（原医研内科、小児科）担当医師、レジデント医師、外来担当看護婦（レジデント）、MSW、薬剤師、カウンセラー（派遣）、情報担当官

《現状と課題》

1. 施設設備

現在、病床数の個室割合は10%程度であり、常に満床の状態である。重症の患者優先で個室対応している。したがって、優先的にHIV感染症を個室入院させるシステムは採っていない。将来的には、病棟の移転に伴い個室割合が24%になる予定であり、個室対応が可能になるものと思われる。現時点では、ブロック拠点病院を構成している、県立広島病院と社会保険広島市民病院の個室を利用する措置が考えられている。検査機能に関しては、RNAに加えてDNAの検査も実施されており充実している。

2. 人員（スタッフの専任性）

外来看護婦が専任であり患者の信頼を得ている。医師に関しては業務多忙を極めている。

3. 院内の連携

小児科と内科系については十分連携がとられている。また、主要担当科とカウンセラーや薬剤部等のパラメディカルとの連携も申し分ない。その他の科との連携は不明であるが、院長のもと「エイズ医療対策室」を設置、さらに「AIDS UPDATE」というニュースレターが院内向けに発行されているので、特に問題はないようである。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

HIV医療に関わる事務量や業務が膨大で、これらに加えて十分な研修業務を実施することは困難を極める。とりわけ四国地方に関する状況を聞かれると頭の痛いところであ

る。ただ、カウンセラーに関しては、児玉教授を中心に研修会や講習会が随分実施され、本年度から薬剤師についても服薬の講習会を通じて集まる機会ができた。情報提供に関しては、ニュースレターの発行、ホームページ公開などかなりの努力がなされている。

5. その他

大学病院は、スタッフの配置転換や交替が多く、意識レベルも交替の都度喚起させる必要が生じる。なかなか固定したメンバーで医療を行うことは困難と責任担当医師の意見が述べられた。

訪問見学印象記

（その1 兵庫医科大学病院第二内科 日笠聡）

広島大学医学部附属病院は各地方ブロック拠点病院の中では、血友病診療をHIV診療の起点としているところにおいて他のブロック拠点病院とは若干成り立ちを異にしている。血友病患者におけるHIV感染は1980年代前半であり、この15年余り、広島大学医学部（輸血部）は中国四国地方のブロック拠点病院的な役割を担い続けていた歴史があるため、HIV診療に必要な施設、設備、診療機能いずれもが十分整備されている。

研究報告書の自己評価表においてハードウェアで無いものは、専門病棟個室と病棟でのカウンセリング室となっている。カウンセリング室については最近病棟に面談室ができており、ここで適時カウンセリングを受けることが可能となっている。専門病棟個室に関しては特に専門とはなっていないけれども、必要時には当然個室に収容することになるので問題はないと思われる。したがって広島県内におけるHIV診療について問題点はほとんどない状況と考えられるが、中国四国ブロック全体としては、比較的HIV感染症患者が少ない地域であるためHIV感染症診療の経験がある施設が少ないうえ、広島からの交通の便が良くない地域も多く、各拠点病院との連携、ブロック内医療の向上の役割については苦労が忍ばれる。しかしながらこのような状況においても中国四国ブロック内の検討会、講習会などの開催回数、内容ともに充実したものとなっており、その企画力や実行力には頭が下がる思いである。特筆すべきは情報提供に関して、中四国エイズセンターのホームページの運営がなされており、その内容については日本語のサイトでは最も充実したものとなっている。

スタッフミーティングにも参加させていただいたが、発言が一部の職種だけに偏ることなく、個々の問題点につき各職種の活発な討論があり、そのミーティングの検討内容、構成、進行などは同じHIVを診療するものとして大いに参考となった。

問題点としては、人員の不足があげられる。これは中国四国ブロックに限った問題ではなくいずれのブロック拠点病院でも同じであろうと推察される。HIV診療における担当者の業務は年々拡大する一方であり、所属する病院だけではなくブロック全体を担当することになるブロック拠点病院の業務は膨大なものとなっている。広島大学での診療だけを考えれば、充実した診療を行うにあたり十分なスタッフが配置されているが、ブロック拠点病院としての業務がそれ以上に膨れ上がっているというのが現状であろう。今後ともこれらの業務が縮小に向かうとは考えられず、ブロック内の診療をさらに充実したものにいくためにはスタッフの増員が必須であると考えられる。

（その2 患者代表）

中国四国ブロックのブロック拠点病院は、広島大学附属病院、県立広島病院、社会保険広島市民病院という設立基盤の異なる3つの病院が連携する形で担われている。

3つの病院のなかで中心となる広島大学附属病院は、もともと多くの血友病患者が診療を受けていた病院であり、血液製剤によって多くの血友病患者がHIVに罹患したことにより、結果として多くのHIV感染者の治療を担う医療機関となった。ブロック拠点病院が選定された1997年の時点で、すでに同病院は広島においてHIV診療の中心的役割を担っていた。

今回は3つの病院のうち、県立広島病院と広島大学の附属施設の見学と、中国四国ブロック拠点病院のHIV医療従事者のミーティング（通称中四国エイズセンター）に参加した。

県立広島病院の結核病棟等を見学し、3つの病院にはある程度の役割分担があるような、漠然とした印象をもった。事実、大学病院以外の2つの病院はHIV感染者の診療経験が少ないことから、病床の確保や結核対応など広島大学附属病院を補完する関係だと私は考えた。

しかし、広島大学附属病院においてそのことをぶつけたところ「決してそんなことはない」との答えだった。あくまでも各病院が単独で高度なHIV医療水準を提供できる体制となるのが目標であるとのことであった。

大学病院は診療機関としてはさまざまな制約があるわけだが、ミーティングに参加した印象では、広島大学附属病院の担当医を中心として、各スタッフの個人の努力が相互に非常にプラスに働いているという印象をもった。県のカウンセラー派遣事業もブロック内各県のカウンセラーのネットワークづくりに貢献しており、現状として大学病院中心のブロック拠点病院であることの問題点の多くを補っている。

しかし、これからも継続して、課題となっている研修の受け入れ等も含めたブロック拠点病院の役割を充実していくためには人的配置等病院全体としてのシステマティックな協力が不可欠であるように感じた。

【九州ブロック】

◇訪問施設：国立病院九州医療センター

◇訪問日時：1998年11月18日午後1時10分～午後4時30分

◇見学箇所

1. 外来診察室、処置室
2. カウンセリングルーム
3. 歯科治療室
4. 薬剤科服薬指導室
5. 情報室（感染症対策室）
6. 内科病棟 *個室満床のため、見学できず
7. 遺伝子検査室

※ヘリポート

◇医療関係者との討論（聞き取り）

責任担当医師（内科・臨床研究部）、レジデント医師、内科婦長、外来専任ナース2名、薬剤師、検査技師、カウンセラー、事務部、情報担当官

《現状と課題》

1. 施設設備

基本的な設備に関してはかなり完備されている。ただ病棟個室は満床で見学できなかった。エイズ個室は血液内科病棟に用意はしているものの、空きが難しいため入院患者の個室対応については全科で対応することになるようだ。国立系ではあるがエイズ個室の優先的使用が困難な状況にあると思われる。なお外来診察室は防音設備が施され、隣室にカウンセリングルーム、処置室があり機能的である。

2. 人員（スタッフの専任性）

外来看護婦およびカウンセラーが完全にHIV専任である。ただ、カウンセラーの仕事としてカウンセリングだけでなく、身障手帳の手続きなどケースワーク的な仕事もこなさざるをえない状況にある。医師の仕事が多く、レジデントの必要性を感じている。

3. 院内の連携

入院患者がまだ少ないので、入院に関する各科の連携状況はまだ未知数であるが、外来患者については、診察室から他科に連絡して意見を聞いたり、診察室に来てもらったりできる。その他栄養指導、服薬指導など他の部門との連携は良好である。また、専任ナースが院内のコーディネーター役を務めているので連携がスムーズである。

4. 拠点病院との連携、研修の受入体制

情報提供はホームページを制作してコンピューターネットワークを構築。研修については、医師の人員が不足していて十分なことができないようである。今年度よりHIV診療ネットワークを結成し、プログラム委員会によって運営する方針である。研究に関しては、熊本大学、九州大学との共同で行っている。

5. その他

九州ブロックは、離島が多く、医療センターが北端に存するため、遠隔地との医療体制構築が困難である。

訪問見学印象記

（その1 関西医科大学附属洛西ニュータウン病院内科部長 上田良弘）

国立病院九州医療センターは福岡のシーサイドももちという博多湾の展望が素晴らしい環境に、ふたつの国立病院を統合し平成6年に開設された新しい近代的な病院です。まず最初に熊沢院長はじめ病院の幹部の方々にお会いしましたが、何よりも熊沢院長が感染症の大家であり、新興感染症に対する造詣も深く、病院総体としてのHIV感染症に対する適切な対応に期待が持てる印象を受けました。

施設としては診療室、カウンセリングルームも個室で、通常の内科診察室の並びに自然な形で配置されています。素晴らしい歯科治療室、専用の検査室、治療チームの医局、服薬援助のスペースも確保されています。病棟は血液・膠原病病棟に確保されていますが昨今の医療情勢を考えれば、ベッドを空けて待つ状況が困難なのはどこも同じです。必要な時は全病院対応でベッドの都合をつけておられるそうです。誠実で優秀な山本先生をはじめ専任ナース2名、全国的にも高い評価を得ているカウンセラー、専属の薬剤師、検査技師、栄養士などの方々が自然な対応でチームを組んでおられました。

まだ患者さんがそう多くないこともあって臨床上の問題はなさそうでしたが、院内の調整などにはかなりのエネルギーを要

っておられる様子でした。本来このような業務は1臨床医が担当するには無理があり、はっきりとは言われませんが「困った時は直接院長室に飛び込むことにしています」との言葉が印象的でした。また、ブロック内の拠点病院連携は情報提供と何回かの勉強会、講習会にとどまっているそうです。問題点としては全国どこも同じでしょうが、実際に患者さんを診ている拠点病院とそうでない拠点病院の熱意の差に困っておられました。また単にブロックといっても九州各県から福岡までのアクセスの問題（汽車で福岡まで来るより東京へ飛行機で飛んだ方が時間が少なく便利であるという状況）、さらに九州に多い離島にいたっては、全く手つかずの状態のようでした。

以上、国立病院九州医療センター自体のHIV感染症治療体制はほぼ完成し、近隣の病院との連携も進みつつありますが、HIV感染症治療の地域格差の是正という観点から九州ブロック全体を考える時、残された諸問題はブロック拠点病院だけで解決できる範囲を超えていて、再度厚生省に知恵を出していただく必要を感じました。

（その2 患者代表）

全体的な印象として、国立病院九州医療センターは、きめ細かい対応をしてもらえる、いわば患者にとって居心地のいい病院という印象を受けた。

その根拠として、1998年11月より外来に専任看護婦2名が就任し、患者の動線をコーディネートするようになったことである。たとえば診察までの時間に余裕があれば、カウンセラーに面談させたり、また薬剤師に処方内容が変更になったことを伝えて、服薬指導を実施させたりすることである。

さらには、その専任看護婦が率先して外来カンファレンスの進行や内容について、イニシアティブをとっていることである。専任看護婦の配属や業務内容などについて、看護部上層部の理解が得られていることは、患者にとっても専任看護婦にとっても、最大のメリットではないかと考えられる。

全科対応という意味で、特に抗HIV治療で消化器内科との連携がとれていること、歯科口腔外科外来の新設など、他科との連携がスムーズに行われていることは評価すべきであろう。

しかしながら別な見方をすれば、実患者数20名程度で、専任といわれる職種、たとえば医師や看護婦の業務の100%を、HIV感染症に投入できているのかどうかは疑問である。たとえ投入できたとしても、よほど管理部門や他の部署からの理解が得られなければ実施できないであろう。

九州ブロック内での連携については、まだまだ発展途上である印象を受けた。医療水準について議論できる材料を持ち合わせていないが、これまで実績のある産業医大や熊本大などと九州医療センターがいかに協力し合って、九州ブロックのHIV治療水準を引き上げるかが課題ではないかと思われる。

少なくとも医療スタッフの熱意はかなり大きく感じられたため、今後の彼らに期待したい。

拠点病院アンケート〈抗HIV治療の現状とその周辺状況について〉

今回のアンケートはHIV感染症の現時点における治療状況を調査することが目的であるために、まず全拠点病院に

現在通院あるいは入院している患者の有無を質問した。結果全国361の拠点病院から得られた回答は267病院（表2.1.1）で回収率は74%であった（表2.1.2）。近畿、関東甲信越、中四国ブロックの順で回収率が低かったがその理由は不明である。回答を得られた267の拠点病院のうち、現在HIV感染症を診療している病院は154病院（58%）であり、113病院（42%）の拠点病院が現在HIV感染症診療を行っていない状況にある（表2.1.3）。1施設から複数医師の回答もあり、以下HIV感染症診療を行っている病院数は154、回答医師数は167名として集計した。各設問ごとに回答数が異なるため項目別集計の母数も異なる場合がある。

現在160名の医師が1943人の患者を診療している。その内105名（66%）の医師が診療している患者数は5名以下であり、20名以上の患者を診療していると答えた医師は18名（11%）であった（表2.2.1）。さらにHIV感染症治療に責任をもつ患者数を問うと患者数は1768名に減少した（表2.2.2）。設問がやや説明不足であったが、この減少した175名は重複患者であると考えられる。やはり実際診療している患者数が5名以下の医師は109名（68%）であった。

抗HIV治療開始ポイントは本邦においては未だ定まっていないが、一応AIDS期 or HIV-RNA量>5000コピー or CD4細胞数<500として、治療を開始すべき状態の患者数を尋ねたところ、166名の医師から1582名という回答を得た。減少した186名の患者は未だ抗HIV治療を開始すべき状態に至っていないと考えられた。やはり5名以下の患者を診ている医師数は112名（67%）であった（表2.2.3）。

各拠点病院における抗HIV薬常備の状況はZDV/AZTが100%、3TCが98%、IDVが97%と高く、次いでddI、d4T、ddC、NFVと、後に述べる頻用薬剤とよく一致した（表2.2.4）。これらの薬剤は高価で、副作用も多く、患者数が少ないとしばしば不良在庫となる。近年の医療情勢の中では各医療現場でかなり大きな問題となっているのではないかと案じていたが74%の病院で全く問題化していない状況であった。しかし、40名（26%）の医師は何らかのクレームを受けていた事実も判明した（表2.2.5）。

病院職員の協力体制についても91%の医師が協力的と感じており、非協力と回答した医師が皆無であったことには、この疾患診療の歴史を思えば感慨を禁じ得ない（表2.2.6）。しかし多少なりとも非協力的と感じる部署を問うと25名（16%）の医師が回答し、その部署に他科、看護部をあげている医師各7名、院長および管理職と回答している医師が6名いた点は今後の残された問題と考えられる（表2.2.7）。

実際の治療内容を問うと患者数は1627名となり、抗HIV治療を開始すべき患者数（表2.2.3）より45名増加していた。自由記載から類推すると治療開始基準に至っていない患者を無治療群としてカウントしたと考えられ、やはり早急に本邦における治療開始基準を設定する必要がある。その1627名のうち、1150名（71%）の患者がすでに3剤治療を受けており、2剤治療347名（21%）を含めると1497名（92%）となり、HIV感染症治療における多剤併用治療が本邦でも確実に定着し始めたといえる。一方、いまだに単剤治療あるいは無治療の患者が130名（8%）も存在した

(表2.2.8.1)。ちなみに関東と関東以外の地域に区分してみると関東でやや多剤治療が多い傾向が認められた(表2.2.8.2、2.2.8.3)。

回答医師161名の135名(84%)の医師が3剤治療を実施している。その内訳は3剤治療を実施している患者数が5例未満の医師数が98名(61%)で、11例以上の症例を経験している医師はわずが19名(12%)にすぎなかった(表2.2.9.1)。また治療が必要な患者のうち、3剤治療を行っている患者の割合が半数を超える医師は105名(65%)であった(表2.2.9.1)。今回の集計では一人の患者しか診ていない医師が3剤治療を行っていれば100%となる統計上のマジックの問題は残るが、少なくとも少ない症例しか診ていない医師にも3剤治療が普及しつつある傾向は認められる。3剤治療の組み合わせはZDV+3TC+IDVが飛び抜けて多く、次いでZDV+3TC+NfV、d4T+3TC+NfV、d4T+3TC+IDVの順に投与されおり、効果、副作用を考えると妥当な選択と考えられた(表2.2.10)。

次に2剤治療を実施している患者比率が1%未満と答えた医師は81名(50%)で、半数以上の患者に2剤治療を行っている医師は22名(14%)であった(表2.2.11)。2剤の組み合わせはZDV+3TCが最も多く次いでZDV+ddI、ZDV+ddCと続く。d4T+3TC、d4T+ddIとやや問題の残る回答も相当数みられた(表2.2.12)。2剤治療の理由としては「2剤で十分な効果を示している」が73%と最も多い。しかし、「副作用のため他剤が使えない」も34%とかなりの理由となり、また「患者の理解が得られない」、「患者の経済的理由」にそれぞれ16%の回答があり、P.67に後掲するコメント(1)とあわせて実際の医療現場の苦勞がうかがえる(表2.2.13)。

単剤治療を実施していると回答した医師数は16名(9.6%)だけで、治療薬はZDV、ddI、IDVの3剤であった(表2.2.14)。その理由としては「単剤で十分な効果を示している」が最も多く9名、続いて「患者の経済的理由」、「患者の理解が得られない」、「副作用のため他剤が使えない」であった。「その他」としては妊娠中、高齢、受診が不規則の回答があった。(表2.2.15)。

HIV-RNA量が測定限界以下の患者数は431名で、何らかの抗HIV治療を受けている患者数1515名(表2.2.8.1)を母数とすると28.4%であった。(表2.2.16.1)。各々開始時期が異なると考えられるため、各医師の診ている患者のなかで最長有効期間を質問したところ、一年以上HIV-RNA量が測定限界以下の症例を経験している医師が38名、2年以上でも4名の医師がいた。最も長期の回答は36カ月であった(表2.2.16.2)。

無治療の理由としては「患者の意志」が最も多く50%、「患者の理解が得られない」が25%であり、コメント(2)にもみられるように、無治療の理由として過去にしばしばみられた医療側の知識の不足よりも、この疾患に対する治療の進歩について患者の啓蒙、理解を深める努力の必要性が示唆された(表2.2.17)。さらに外国人の問題、抗HIV薬の併用禁忌薬と副作用の多さの問題、抗HIV薬の耐性の問題、治療開始基準の問題など多彩であった。

次の二つの設問は現在本邦において広くコンセンサスが得られた基準はなく、おそらく治療現場で最も苦慮している問題と考えられる。抗HIV治療薬剤の変更基準としては、本来HIV-RNA量が測定限界以下にならない場合、あるいは測定限界以下のHIV-RNA量が少しでも増加しだせば治療の変更を考えたいところであるが、現在の薬剤数では不可能な場合が多い。したがって「HIV-RNA量の増加速度と程度による」が43%、「ケースバイケース」が35%という回答が多かったことは、現在の日本における治療現場の状況をよく示していると考えられる(表2.2.18)。また、使用する薬剤がなくなった場合の対処においても「今までの治療を継続する」が30%、「患者に任せる」が26%、「すべての治療を中止する」は13%であり、「その他」の回答が31%と最も多く(表2.2.19)、コメント(3)にみられるように、いわゆる「サルベージ治療」における対策は混沌とした状況にある。

HIV感染症治療において3剤治療が普及しつつあり、そしてその効果も確実なものになりつつある一方、現在HIV-RNA量が10000コピー以上の患者は123名(8%)おり(表2.2.20)、CD4細胞数が100以下の患者数は171名(11%)存在する(表2.2.21)。それぞれの症例の背景は今回のアンケートでは不明であるが、恐らくはすでにエイズを発症し、各種日和見感染症の治療のため抗HIV治療が困難か、あるいはもはやすべての抗HIV治療が無効な症例と推測され、これらの症例に対する今後の治療法の早期開発、導入が望まれる。

患者へのHIV-RNA量、CD4細胞数の告知状況は「その意味を含めてよく知らせている」と回答した医師が各々138名(85%)(表2.2.22)、145名(89%)(表2.2.23)と高い値を示した。しかし後述する患者へのアンケート調査における同様の設問では各々70%、78%とやや低い回答率で、一口にインフォームドコンセントの重要性は説かれるが、なかなか困難な実態が表われていると考えられた。また「患者によって異なる」という回答をした医師も各々16名(10%)、13名(8%)いて、この疾患の治療現場の困難さをよく現わしている。

HIV感染の事実を告知できていない患者がいると回答した医師が11名いた(表2.2.24)。その理由は半数が感染を確認した時期に小児であった例で、現在もお両親の承諾が得られず告知できていないケースである。その他には外国人であるため、精神科疾患のため、すでに重症のためのコメントがあった。

HIV感染症診療に関わったきっかけを問う設問に「拠点病院になったから」68名(42%)が「血友病治療をしていたから」56名(34%)を上回った。「上司の指示」42名(26%)を「拠点病院になったから」とほぼ同義とすれば68%となり、拠点病院の制定は確かに患者の受診環境を広げている。しかし「感染症が専門だから」という回答はわずか37名(23%)で、拠点病院に指定される程の基幹病院でも4分の3の病院には感染症専門医がいないとも考えられる。一方「この感染症に興味をもったから」という回答も38名(23%)みられ、いわれなき差別と偏見の時代は過ぎ去り、

純粋に医学的興味をもつ医師が登場してきていることは心強い(表2.2.25)。各医師の全体の業務に占めるHIV感染症診療の割合が30%を超えていた医師はわずか12名(8%)にとどまり、10%未満の医師が61名(39%)、10~30%と答えた医師が82名(52%)であり、91%の医師はHIV感染症診療の他に70%以上の他の責任ある専門業務を有している(表2.2.26)。前述したようにHIV感染症診療に携わる約70%弱の医師の患者数は5名以下であり、この業務に占める比率は単純には担当する患者数の比とも考えられる。このわずかな患者数で専門を標榜できるほど日本の医療現場には余裕がないのも事実である。

HIV感染症診療に対する各医師の考えは「とても興味深く、ライフワークにしたい」と答える医師も45名(29%)いるが、「とても興味深い、専門は他の分野で持ちたい(多分もうすでに責任ある専門分野を持っている)」とする回答が85名(54%)と最も多かった(表2.2.27)。先の設問から、またコメント(4)にみられるように、ほとんどの拠点病院では血液科、あるいは呼吸器科の医師に、従来の業務に上乘せる形でHIV感染症診療を要求している状況が汲み取れる。さらに「興味はあまりもてない」、「負担である」と感じながら診療を続けている医師も36名(22%)現実に存在した。確かに近年次々と開発、臨床導入される抗HIV薬は内服方法が複雑で副作用も併用禁忌薬も多く、これらの薬剤の知識を十分獲得、維持するためにはかなりの時間と労力が必要と考えられる。これら臨床現場におけるジレンマに対しては患者数が少なくとも特別に専門職の配置を認めるか、あるいは専門科を標榜できる数まで患者を特定の病院に集めるかを考えなければ解決は困難であろう。

拠点病院の多くが大学あるいは大学に準じる基幹病院である以上、予測されたことではあるが131名(81%)の医師が今後の勤務予定を「大学、病院の人事次第」、「わからない」と回答している(表2.2.28)。血友病診療においても、主治医が転勤すれば主治医について転院する現象がみられた。それは血友病診療に十分な知識をもつ医師がきわめて少なかったこと、遺伝性疾患である血友病に対する有形、無形の差別と偏見があったことに起因する。現在のHIV感染症診療の現状をみれば同様の現象が起こる可能性は十分予測されるし、現実にも起きている。HIV感染者が落ち着いて治療を継続するためにはある程度長く勤務してくれる医師の存在が必須である。各医師の後継者に関しては「育っている」という回答も50%あるが、50%の医師が「後継者がいない」あるいは「不明」と回答している(表2.2.29)。この一連の設問およびコメント(5)をみると、各拠点病院のHIV感染症診療は一部の医師の個人的努力に負っている部分が多く、拠点病院におけるHIV感染症診療がしっかりと定着し、充実し、継続していくためには多くの未解決の問題が残っていると結論せざるをえない。かつて、HIV感染症を診療している医師の間でいわゆる「燃え尽き症候群」が深刻な問題となった時期がある。このような状況が全国拠点病院に希釈、拡大されているとすれば、再度拠点病院の在り方、拠点病院における診療体制についての適切な対応、対策が必要である。

■ HIV感染者アンケート<患者からみたHIV診療とその満足度について>

129名のHIV感染者から回答を得た。今回患者へのアンケート配布を大阪原告団およびHIVと人権・情報センターなどに依頼したため回答者の居住地に偏りがある。よって、この集計をもって本邦におけるHIV感染者の実態とすることはできないが、一応の傾向は読み取れるものと考えている(表3.1)。

大多数の患者(73.2%)が拠点病院、ブロック拠点病院あるいは国立国際医療センターのエイズ治療・研究開発センター(以下医療センターと略す)で抗HIV診療を受けており、拠点病院以外で治療を受けている患者は8名だけであった。今後ますますHIV感染症の情報、検査、治療の提供が拠点病院ネットワークを通じて行われることを考えれば、これら拠点病院以外で実際に患者を診療している病院、患者のことも再度早急に考慮する必要がある。また、「拠点病院かどうか知らない」患者が15名(11.8%)も存在したことは、せつかくの拠点病院ネットワークシステムが患者にまだ完全には理解されず浸透していない状況を示している(表3.2.1、3.2.2)。

病院の選択理由は「以前から通院していたから」という回答が約半数を占め、従来血友病患者が通院していた多くの病院が拠点病院として選定されたと考えられる。「拠点病院だから」、「ブロック拠点病院だから」、「医療センターだから」という回答を合計すると次いで多い理由であった。以下「以前通院していた病院から紹介されたから」、「自宅、勤務地に近いから」、「高い医療レベルを持っているから」と続く。一方、「自宅、勤務地に遠いから」という回答が9名、「以前通院していた病院から診療拒否を受けたから」と回答した患者も4名おり、本邦におけるHIV感染症治療の現場と環境はまだ完全に整備されたとは言えない状況も伺われた(表3.3)。

主治医に対する満足度としては、95名(75%)の患者が「医療レベル、患者への接し方ともに満足」と回答した。しかし「医療レベル」、「患者への接し方」のどちらか、あるいは両方不満足と感じている患者が32名(25%)も存在することも忘れてはならない(表3.4)。主治医の院内での印象は「すべての病院スタッフの理解と協力を得ている」と感じている患者が76名(61%)であり、「一部の病院スタッフの理解と協力を得ている」と感じている患者は46名(36%)であった(表3.5)。さらに通院している病院の主治医以外の部署の不満足度としては50名の患者から回答があり、いわゆるこの疾患に対する「全科対応」の困難さの一面が感じられた。部署としては「他科の医師」が54%と最も不満足度が高く、次いで「事務職」、「外来看護婦」、「薬局」、「病棟看護婦」など当然ながら患者とよく接触する部門である(表3.6)。P.72のコメント(1)を読めば、単にHIV感染症患者に限らず、全国すべての病院の苦情投書に見られるような反省させられる内容が列記されている。

自分のHIV-RNA量を「その意味を含めてよく知っている」と回答した患者は88名(70%)、「意味はよくわからな