

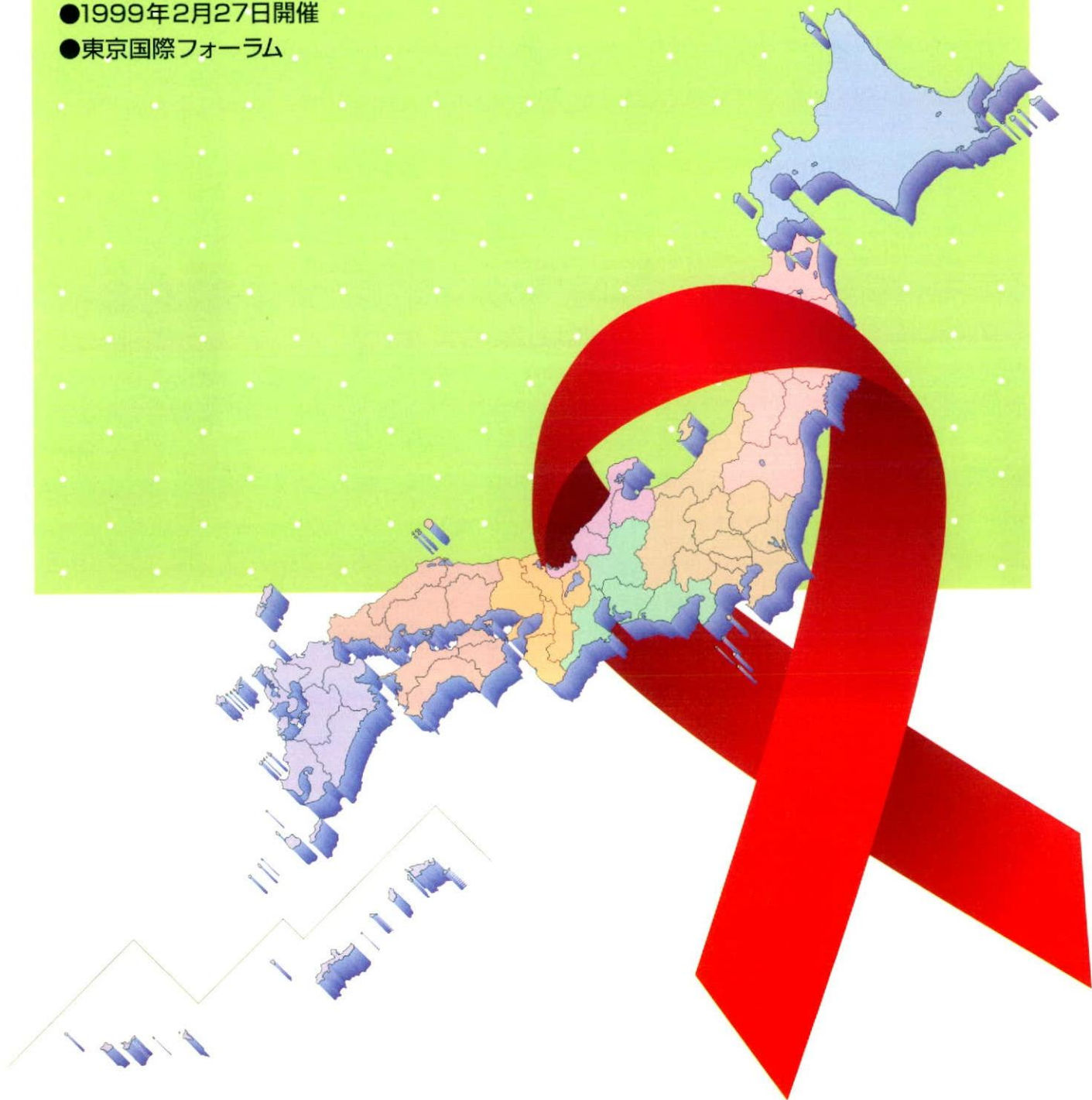
1999年2月27日開催
東京国際フォーラム

公開シンポジウム公式レポート

エイズ医療体制の 確立を目指して

●1999年2月27日開催

●東京国際フォーラム



●主催

厚生科学研究「HIV感染症の医療体制に関する研究」班

厚生科学研究「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

公開シンポジウム

エイズ医療体制の確立を目指して

プ ロ グ ラ ム

1999年2月27日（土）

東京・有楽町 東京国際フォーラム

9：00 —— 挨拶—— 南谷幹夫／中谷比呂樹
故山形甚六氏に黙禱

9：15 —— 班研究シンポジウム：エイズ診療体制の確立
地方ブロックにおける問題点とその解決

11：30 —— 講演—— 赤川治郎
エイズ治療用医薬品の承認の迅速化について

13：00 —— ワークショップ「エイズ医療体制の確立を目指して」
ワークショップ1～20

14：00 —— ワークショップ総括

16：00 —— 特別講演—— 秋山昌範
エイズ診療ネットワークの将来——医療ネットワークの将来像——

16：50 —— 閉会の辞—— 吉崎和幸

主催 —— 厚生科学研究「HIV感染症の医療体制に関する研究」
主任研究者・南谷幹夫
厚生科学研究「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」
主任研究者・吉崎和幸

後援 —— エイズ予防財団、日本エイズ学会、東京都衛生局

事務局 —— 国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター 岡 慎一

エイズ医療体制の 確立を目指して

CONTENTS

班研究シンポジウム エイズ医療体制の確立

地方ブロックにおける

問題点とその解決

エイズ医療体制の現状とその問題点 ————— 4
吉崎和幸 (大阪大学健康体育部)

北海道ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 5
小池隆夫 (北海道大学医学部内科学第二講座)

東北ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 5
佐藤功 (国立仙台病院内科病因研究室)

関東甲信越ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 6
五十嵐謙一 (新潟大学医学部第二内科)

北陸ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 6
河村洋一 (石川県立中央病院血液免疫内科)

東海ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 7
内海真 (国立名古屋病院第五内科)

近畿ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 7
白阪琢磨 (国立大阪病院総合内科)

中国四国ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 8
高田昇 (広島大学医学部付属病院輸血部)

九州ブロックにおける

エイズ診療体制の確立 ————— 8
山本政弘 (国立病院九州医療センター内科)

全国拠点病院アンケート

調査報告 ————— 9
太田裕治 (ケアーズ事務局長)

全国レベルにおける

問題点とその解決 ————— 9
吉崎和幸 (大阪大学健康体育部)

講演

エイズ治療用医薬品の
承認の迅速化について ————— 10
赤川治郎 (厚生省医薬安全局審査管理課)

●ワークショップ1			
全国拠点病院アンケート調査			
による考察	12		
座長 若生治友 (HIV医療実態調査実行委員会)			
副座長 太田裕治 (ケアーズ事務局長)			
●ワークショップ2			
エイズ拠点病院の機能評価に関する研究	16		
座長 河北博文 (医療法人財団河北総合病院理事長)			
副座長 藤枝亜弥 (オフィス・トゥー・ワン エイズプロデューサー)			
●ワークショップ3			
患者参加の開かれた医療	20		
座長 大平勝美 (はばたき福祉事業団)			
副座長 仁科豊 (弁護士・仁科法律事務所)			
●ワークショップ4			
保健所から見たエイズ医療の問題点	22		
座長 南谷幹夫 (杏林大学)			
副座長 大橋陽子 (愛知県江南保健所)			
●ワークショップ5			
エイズ歯科診療の現状と問題点	25		
座長 池田正一 (神奈川県立こども医療センター)			
副座長 前田憲昭 (医療法人社団路徳会理事長)			
●ワークショップ6			
エイズ看護の現状と問題点	29		
座長 川村佐和子 (東京都立保健科学大学)			
副座長 石原美和 (国立国際医療センター)			
●ワークショップ7			
エイズカウンセリングの現状と問題点	32		
座長 小西加保留 (桃山学院大学)			
副座長 山中京子 (東京都衛生局医療福祉部)			
●ワークショップ8			
エイズ救急医療体制の現状と問題点	35		
座長 益子邦洋 (日本医科大学)			
副座長 木村昭夫 (国立国際医療センター救急部)			
●ワークショップ9			
エイズ医療行政と拠点病院構想	38		
座長 池田千絵子 (厚生省保健医療局)			
●ワークショップ10			
外国人診療の現状と問題点	40		
座長 内海真 (国立名古屋病院)			
副座長 青木真 (国立国際医療センター)			
●ワークショップ11			
HIV-NGO、患者から見た医療体制	44		
座長 屋鋪恭一 (ケアーズ)			
副座長 五島真理為 (HIVと人権・情報センター事務局長)			
●ワークショップ12			
HIV関連検査の確立と問題点	47		
座長 今井光信 (神奈川県衛生研究所)			
副座長 伊藤章 (横浜市立大学医学部臨床検査部)			
●ワークショップ13			
HIV関連未承認薬使用の問題点	53		
座長 福武勝幸 (東京医科大学)			
副座長 佐々木弥生 (厚生省健康政策局)			
副座長 佐藤大作 (厚生省医薬安全局)			
●ワークショップ14			
院内感染防止対策と問題点	57		
座長 安岡彰 (国立国際医療センター)			
副座長 今村顕史 (都立駒込病院)			
●ワークショップ15			
社会に対するエイズ啓発の現状と問題点	61		
座長 塩見戎三 (産経新聞)			
副座長 飯島美世子 (健康保険組合連合会)			
●ワークショップ16			
外来及び入院における診療体制の 現状と問題点	64		
座長 白阪琢磨 (国立大阪病院)			
副座長 桑原健 (国立大阪病院薬剤科)			
●ワークショップ17			
離島におけるエイズ診療の現状と 遠隔地医療システム	67		
座長 丸山芳一 (鹿児島大学)			
副座長 朝野和典 (長崎大学医学部第二内科)			
●ワークショップ18			
エイズ診療支援ネットワークの 活用と将来構想	69		
座長 岡慎一 (国立国際医療センター)			
副座長 秋山昌範 (国立国際医療センター)			
●ワークショップ19			
HIV診療における医療コストの問題点	71		
座長 木村博和 (横浜市立大学)			
副座長 市川誠一 (神奈川県立衛生短期大学)			
●ワークショップ20			
エイズ予防財団における 海外実地研修とその評価	74		
座長 桜井賢樹 (財エイズ予防財団)			
副座長 高田昇 (広島大学医学部臨床部)			
特別講演			
エイズ診療ネットワークの将来 医療ネットワークの将来像	77		
秋山昌範 (国立国際医療センター)			

エイズ診療体制の 確立

地方ブロックにおける 問題点とその解決



エイズ医療体制の 現状とその問題点

吉崎和幸
大阪大学健康体育部

先進国の一部を除き世界的にHIV感染者数が急増し、日本においても例外ではない。厚生科学研究による我々の班の目的は日本の医療情勢、地域の特異性から日本独特のHIV医療体制を確立することにある。1996年厚生省はこのため全国のHIV医療の中心として国立国際医療センターにHIV感染医療センターを設立し、全国を8ブロックに分割して各ブロックにブロックの拠点病院を設定して地域の中心医療機関とした。さらに各ブロック内にHIV診療可能な拠点病院を合計364病院指定し、その立ち上げを促した。しかしこのようなHIV医療体制を形式的に組織作りしたとしても実際に適切にHIV診療が行われていなければならない。1997年度に発足した当研究班の調査においても全体的なHIV診療の向上を目指さなければならないし、また地方毎における独自の問題が存在することが明らかとなり、それぞれに解決していかなければならない。最終的にHIV感染症患者在全国いずれにおいてもHIVについての高度な医療を受けられるようにし、日本におけるHIV診療体制を確立しなければならない。本シンポジウムによってHIV医療体制の現状と問題点を把握し、医療体制確立の方向性を検討したい。

北海道ブロックにおける エイズ診療体制の確立

小池隆夫

北海道大学医学部内科学第二講座



北海道においては、広大な地域にHIV感染者が分散し、また、他地域に比べて感染者数が少ないことなどから、HIV診療にこれまで携わってきた経験のある医師・看護婦などの医療従事者は少数である。これらの点を克服して有効なHIV診療体制を構築するためには、ブロック拠点病院における医療体制の充実を基盤としてその成果を地域へ還元することが重要である。本研究では、北海道大学医学部附属病院（以下、北大病院）におけるHIV感染症の医療体制整備の充実を基盤として、北海道地域におけるエイズ治療のブロック拠点病院と拠点病院間の連携強化に関する以下の検討を行った。

(1)相談室

北大病院における平成10年（4～12月）の相談室利用件数は来室368件、電話104件と昨年同期に比較して約3倍に増加した。現状と問題点の把握及び感染者のニーズの把握を目的としてアンケート調査を行った。

(2)AIDS関連検査の充実

北大病院における平成10年度のHIV関連検査項目を、HIV-RNA定量や各種ウイルス・細菌の遺伝子診断を含む26項目に拡大した。さらに保険適用外のHIV薬剤耐性検査やCD4陽性細胞絶対数測定を含めると、項目数は前年度の約2倍に増加した。HIV関連検査のほぼすべてを院内で実施できる状況を達成した。平成10年（1～12月）のHIV薬剤耐性検査は約150件、CD4陽性細胞絶対数測定は約450件で、これらと血漿HIV-RNA濃度の相関グラフを全感染者について作成し、薬物治療の最適化に向けた検討を検査部と診療科医師とで行った。

(3)情報の有効的な提供とその利用推進

HIV総合医療整備委員会によるエイズ療養マニュアル（第1版）の作成、専用サーバーの構築及び一般公開を行った。本マニュアルは感染者・患者、その他HIV/AIDSに関わる方を対象として、HIV/AIDSの予防と治療、日常生活、カウンセリング等、総計72問のQ&A形式で構成されている。これらの結果をもとに、北大病院におけるHIV診療体制の充実を道内のすべての感染者が享受できる体制構築を行っている。

東北ブロックにおける エイズ診療体制の確立

佐藤 功

国立仙台病院内科病因研究室



東北地方の拠点病院においては診療経験が浅く、首都圏と比較して診療レベルの低さが問題とされてきた。その理由として(1)患者の絶対数が少なく、エイズ診療はほぼ血友病診療施設に限られていたこと。(2)受け入れ体制の遅れ。(3)守秘不安による首都圏を中心とした他地域での診療等が考えられた。これらに対し、我々は以下のように問題点の解決を図ってきた。

(1)に対して、各拠点病院の連携を深め、ともに診療レベルの向上を図るため、年2回の連絡会議での意見交換を行っている。また東北地方拠点病院の症例検討会、臨床カンファレンス、専門家の講演会等を開催、さらに症例集を発刊し患者の共有を図ることにより全拠点病院の診療レベルの向上を目指した。また各種情報の各施設への伝達も行ってきた。

(2)に対し当院は1996年東北ブロック拠点病院に選定され、それ以降エイズ診療の施設、検査機器の整備、必要なスタッフの増員がなされた。週2回のHIV専門外来に加え、エイズ並びに血友病の専門医による診療および診療指導を受け、合併症に対しては全科が速やかに対応できる診療体制が確立している。国内外の研修、講演会参加、院内勉強会で知識の習得に努め、一方HIV感染者のための生活、栄養、服薬援助のための小冊子も作成中で、院内各分野にわたり、協力体制は整いつつある。さらに1998年から一般向けの電話相談も開設し、地域での指導、啓蒙も開始した。現在東北地方の拠点病院は40施設となり、各施設においても診療体制の設備、診療レベルの向上が進んでいる。

(3)について、最近では東北拠点病院の存在が知られるようになり、また原告団、保健所等の協力により新たに発生したHIV感染者のほとんどは地元拠点病院にて診療を受けるようになった。これらの結果、なお各施設診療経験はさほど多くはなっていないが、最新治療情報の入手、医療体制の確立、各施設の連携、医療センター等の専門家への相談ルート確立により問題解決も可能になっていると考える。

関東甲信越ブロックにおける エイズ診療体制の確立

五十嵐謙一

新潟大学医学部第二内科



関東甲信越ブロックには、全国の約3分の1の拠点病院と70%以上のHIV感染患者が集まっているが、大部分が首都圏に集中している。また、拠点病院でも、HIV医療水準の高い病院からほとんど診療経験のない病院まであり、地域内の医療水準の格差が非常に大きくなっている。さらに、ブロック拠点病院がおかれた新潟県ではHIV感染者数が少なく、新潟大学医学部附属病院においてもHIV診療の経験が多くないため、関東甲信越のブロック拠点病院としての機能を十分に果たせるとは言いえない状況にある。そのため、(1)新潟大学医学部附属病院の診療体制の確立、(2)新潟県内のHIV医療水準の向上、(3)関東甲信越の拠点病院との連携の推進、を目的として本研究を行った。

(1)新潟大学医学部附属病院の診療体制の確立

①病院内に感染症管理室を設置し、外来・病棟でのHIV診療の向上に努めた。②院内感染対策マニュアルを改訂し、HIVの院内感染対策を行った。③定期的に、院内HIV講習会・検討会を開催した。④新潟県が派遣するカウンセラーを受け入れ、カウンセリング体制を確立した。

(2)新潟県内のHIV医療水準の向上

①アンケート調査を行い、新潟県のHIV診療の実態を把握した。②電子メールを利用し、新潟県内の拠点病院だけでなく新潟大学歯学部附属病院の診療担当者や県庁の担当者も参加するネットワークを構築した。③研究会を組織し、県内の医療担当者を対象とした講演会を開催した。

(3)関東甲信越の拠点病院との連携の推進

①電子メールを利用し、関東甲信越の拠点病院間にネットワークを構築した。②関東甲信越ブロックのホームページを開設した。③関東甲信越の拠点病院の医療担当者を対象とした講習会を定期的に開催した。④HIVに関する資料や講習会の内容をまとめた小冊子等を、各拠点病院に配布した。

現在、新潟大学医学部附属病院の診療体制は確立しつつあり、新潟県内の診療体制の基盤も構築されてきた。しかし、関東甲信越内の医療水準格差の是正にはいまだ不十分であり、今後、他の方法も含めてさらに検討が必要である。

北陸ブロックにおける エイズ診療体制の確立

河村洋一

石川県立中央病院血液免疫内科



平成10年度エイズ治療の地方ブロック拠点病院間の連携に関する研究(吉崎研究班)における北陸ブロックの研究結果を報告する。

(1)当ブロック拠点病院(石川県立中央病院)の人的体制で、レジデントの数を2名にすることを目標にして努力したが、達成することはできなかった。しかしながら、1名を確保できたことで医療職の対応はまったく問題はなかった。また患者数が少ないので、産科、小児科、整形外科のHIV診療の経験がないものの、イメージトレーニングはなされている。

(2)施設・設備の面では、入院でのプライバシーの対策でも個室を希望するHIV患者に対しては個室に入ってもらいが、大部屋を希望する患者には大部屋に入ってもらってもプライバシーは侵されなくなった。病理解剖室の対応については、現在までは幸いながらHIV患者の剖検はないが、これもイメージトレーニングを行っている。病棟でのカウンセリング室が不足しているが、病院全体で対応しているので患者には迷惑をかけていない。外来での待ち時間が予定より延長することが問題となり、試験的にポケットベルで対応している。

(3)診療・機能の面では、幸い当地では外国人のHIV感染者は英語で十分対応できる方々だけで、他の外国語しか理解できない方はいなかった。投薬マニュアル作成については当院薬剤部にその必要性を理解していただき、次年度に作成する予定となった。ウイルス薬剤耐性検査は平成11年度3月までに完成する予定であり、また4月までにHIV抗体15分間テストを実施する予定である。歯科専門診療に関しては平成11年1月24日北陸ブロックHIV/AIDS歯科診療拠点病院連絡協議会を開催し、近畿ブロックの前田憲昭先生に講演していただいた。

(4)拠点病院との連携では、医師グループは3~4ヶ月に一回症例検討会を行い、そこで問題となったものについては専門家の話を聞くようにしている。これにより、患者情報等の病院間のやり取りはスムーズに行われ、専門家の往診もでき、かなりの地域の治療の向上に役立っている。

(5)ブロック内医療の向上では、NGOの協力のおかげで医療機関で気づかない点を指摘され、勉強させられた。

最後に平成10年12月25日、全国のブロック拠点病院間でTVシステムにより討論会が行われ、有意義な時間を持ったことを付け加えておきたい。

東海ブロックにおける エイズ診療体制の確立

内海 眞

国立名古屋病院第五内科



(1)ブロック拠点病院としての医療体制の充実

①薬剤耐性検査の確立：逆転写酵素阻害剤5剤およびプロテアーゼ阻害剤4剤の耐性検査が確立された。本検査をブロック内各拠点病院の薬剤耐性が疑われる患者のためにも実施する。それによってブロック拠点と各拠点病院の連携はより深まるものと考えられる。②薬剤血中濃度の測定：プロテアーゼ阻害剤4剤の血中濃度測定が確立された。これにより正確な服薬の有無のチェック、至適血中濃度維持のための食事や生活指導あるいは投与量の設定、副作用の防止等が可能になると予想される。③高感度HIV定量検査の確立：HIV定量検査の測定感度を50コピー/mlまで改善した。50コピー/ml以下にウイルス量を低下させることの臨床的意味が明らかになりつつある今日、高感度定量検査の確立は急務である。④服薬支援体制の確立：専門外来後に薬剤師による服薬相談および支援を必ず行うこととした。⑤院内HIVカンファランスの充実：毎月1回カンファランスを開催し、HIV医療に包含される種々の問題点を討議している。⑥患者会、パートナーの会の維持、発展：昨年度設立された二つの会を維持させている。また、今年度は新たにブラジル人患者の会を設立した。また、患者への情報紙の発行を開始した。⑦NGOとの連携：名古屋病院は外国籍の患者が多く（70人中20人）、NGOとの協力が必要な場合が多い。今年度はさらに多くのNGOとの連携を深めた。

また、以上7点のHIV医療上の有用性について検討を加えた。

(2)地域拠点病院との連携の強化

①情報誌の発行：第1号を発行した。内容は、HAART、薬剤耐性検査、外国人患者の診療上の問題、カウンセリングのポイント等であった。②研修会の開催：服薬支援に関する研修会を開催した。各拠点病院の医師、看護婦、薬剤師の参加によるもので、その内容は専門医師や看護婦による講演、疑似服薬体験の実施、患者の服薬体験の発表等であった。また、アドヘアランスを高めるための看護婦の研修会を2回開催した。③拠点病院名簿の整備：拠点病院の診療体制も変化するため、名簿の改訂を行った。④国立病院での診療研修の実施：3施設の医療者の研修を行った。本院での研修体制の充実に向けて検討中である。⑤保健所と拠点病院との連携に関する調査：愛知および三重の2県においては保健所と拠点病院の連携に関する問題点の調査を行った。

また、以上の5点の有用性についても検討を加えた。

近畿ブロックにおける エイズ診療体制の確立

白阪 琢磨

国立大阪病院総合内科



本年度は本研究班活動の2年目である。

初年度は、当院がエイズ治療におけるブロック拠点病院として期待される役割を担えるべく院内整備を行うとともに、エイズ関連検査である薬剤耐性検査やカリニ肺炎の早期診断法の講習や、新しく制定された免疫機能障害の説明会などをブロック内の拠点病院を対象に実施した。

本年度は、エイズ先進医療の確立及び実践と病院間のより良い連携を強めるために活動を行った。まず、当院はブロック拠点病院であり、ブロック拠点としての役割があるが、当院ではHIV診療を独立した診療科とは位置づけず、いわゆる一般の内科診療（総合内科）の一環として行っている。当院では外来・入院いずれも個室での対応などハード面で整備された状況での診療ではあるが、当院での診療上の工夫が一般の拠点病院でも実施できるように、当院が一般病院でのモデルとなることを目指して試行している。本年度、100名を超えるHIV感染者/エイズ患者（以後、患者）が当院通院中であるが、多くは外来診療が中心である。外来診療は患者への精神的援助を除けば、抗HIV療法の実施が現在、中心と言える。抗ウイルス療法の導入と継続については、外来チーム（医師、看護職、薬剤師、カウンセラー）や場合によっては（例えば日本語を母国語としない者に対して）NGO（通訳の役割など）にも参加してもらい、チーム医療として実践し、当院では概ね良好な服薬状況にある。このような、スムーズな服薬実施上のソフト面でのノウハウやハード面で作成したツールを拠点病院で利用してもらおうと現在開発中である。完成すれば配付の予定である。さらに、当院が近畿ブロックの拠点病院への情報の発信塔たるべく本年度はホームページ（www.onh.go.jp/khac/）を開設した。

次年度は、本研究活動を仕上げるために、上記の活動に加え、本年度から導入されたHIV診療支援ネットワーク（Anet）への参加を拠点病院へ働きかけたり、遠隔医療システムの有効利用など、より良い連携のための活動を続けたいと考える。

中国四国ブロックにおけるエイズ診療体制の確立

高田 昇

広島大学医学部附属病院輸血部



私たち地方ブロック拠点病院の役割は、(1)自分たちの病院でHIV感染者・患者さんに対して医療・心理・社会の包括的ケアを提供、(2)ブロック内の患者さんの受け入れ、または医療従事者派遣、(3)ブロックの医療従事者に対するエイズ教育・研修、(4)エイズ情報の提供、(5)HIV感染症に関する基礎的ならびに臨床的研究であると考えている。

私たちのブロックでは広島大学、社会保険広島市民病院、県立広島病院と、設立母体が異なる3病院が協力して担当している。3病院の医師、看護職、薬剤師、心理職、MSWは毎月定例会議を開き、情報交換や事例検討、そして事業の立案や分担を相談している。3病院の経験患者数は異なるが、医療レベルに格差はないので(1)はカバーできている。(2)はまだ少数例であるがsecond doctor's opinionの役割を果たしている。(3)は研修会への講師派遣が多い。これまでに訪問した拠点病院数は、中国地方：18/25、四国地方：5/33であり、今後四国地方への派遣を増やさなければならない。HIV感染症と関連疾患の薬物療法はますます複雑になっている。処方チェックし、服薬指導を重視する立場から、平成10年度には2回に分けて「薬剤師のための抗HIV薬服薬指導研修会」を実施した。ブロック拠点病院への医療従事者受け入れの形の研修プログラムは1泊2日コースを開始したところである。(4)については「中四国エイズセンター・ニュースレター」を発行(800部)し、独自のウェブサイト(<http://www.aids-chushi.or.jp>)を開いている(1年間のアクセス数、1万8000)。(5)としては末梢単核球中のproviral DNAやmRNAの定量と臨床の関係を検討し、ジュネーブの国際エイズ会議等で発表した。中四国の人口は日本の10分の1であるが、血液製剤を除いた感染者数はわずか日本の1.6%である。医療体制の確立は患者経験数と相関することは否めないが、患者数が少ないことは準備に余裕があるということかもしれない。やったことを述べれば自慢になり、できなかったことを述べれば懺悔になる。道のりはまだ遠い。

九州ブロックにおけるエイズ診療体制の確立

山本政弘

国立病院九州医療センター内科



本研究はこの九州ブロックにおけるエイズ医療体制の向上および九州ブロック拠点病院(国立病院九州医療センター)と九州ブロック内各拠点病院間の連携の確立を目的としている。平成10年度は以下の研究を行った。

(1)ブロック拠点病院としての医療体制および検査体制等の確立に向けて

①感染症専門外来、全科対応の充実②カウンセリングの充実(外来、入院患者のみならず遺族、家族に対するカウンセリング)③薬剤師、栄養士による専門的服薬指導、栄養指導の充実④研究、検査の整備(平成10年度より開始した薬剤耐性検査等の遺伝子検査に加え、リンパ球増殖阻止因子の研究などの推進)⑤検診事業の推進(教育入院システムの構築)⑥患者教育の充実(患者会の設立、医療相談など)⑦マニュアル作成、更新(院内感染対策マニュアル、看護マニュアル、診療マニュアル、投薬マニュアルなど)⑧患者手帳の作成、更新⑨患者パンフレットの作成

(2)地域拠点病院に対する連携、指導、教育に関して

①平成10年度九州ブロックAIDS拠点病院研修会、症例検討会の開催(年4回)

②九州エイズ診療ネットワーク会議の開催(年2回)

③福岡HIV保健医療福祉ネットワーク会議の開催(年2回)

④実地研修受け入れ(教育入院とセットになった実地研修プログラム)

(3)地域特異的問題と解決に向けて

九州ブロックにおいては交通の不便さ、情報の不十分なこともあり、ブロック内においても各地域により診療体制その他に大きな差がある。どの地域においてもエイズ患者や感染者が安心して最新の治療を受けられる体制の構築を目指して以下の研究を行った。

①遠隔地救急患者搬送に関する調査(アンケート調査)

②遠隔地医療システム(ピクチャーテル)による遠隔地医療支援に関する研究

③HIV診療支援システム(A-net)の導入による遠隔地との協同診療の促進

④地域拠点病院に対する医療情報提供[コンピューターネットワークの充実(メーリングネットワーク構築)、平成10年度九州ブロックHIVニュース(FAX通信)発信、平成10年度九州ブロックHIVニュースレター作成]

全国拠点病院アンケート調査報告

太田裕治

ケアーズ事務局長

ケアーズではHIV医療実態調査実行委員会を結成し、3年間の継続した研究の中で、今年度も昨年度に引き続き全国の拠点病院を対象に、医療体制並びに拠点病院間の連携に関するアンケート調査を実施した。調査方法は、国立国際医療センターを除く全国の拠点病院院長宛に調査票を郵送し、院長を経由して現場の担当医師並びに他のHIV関連医療者より調査項目に回答いただいた。

調査票配布数は、97年度347施設、98年度360施設（国立国際医療センター及びACCを除く）であり、調査票に回答した病院数及び回収率は、97年度は254施設（73.2%）、98年度は267施設（74.2%）であった。ブロック別の回収率は98年度に限ってみれば、8ブロックすべて、70%以上の施設から回答を得、最も拠点病院選定数の多い「関東甲信越ブロック」からは、78.2%、86施設より回答が寄せられた。

質問項目は多岐にわたるが、当研究班のテーマであるブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する調査項目では、ブロック拠点以外の拠点病院に①HIVの治療法や症例検討の場として有効利用しているもの、②（拠点病院側からみた）ブロック拠点病院との連携の度合い、③ブロック拠点病院との連携の内容、④ブロック拠点病院に対する評価または期待度をそれぞれの選択肢から選んでもらい、自由回答形式で、⑤地域のエイズ診療におけるブロック拠点病院の功罪、⑥（拠点病院として）ブロック拠点病院に今後期待している役割や業務を回答していただいた。

《結果》

治療法及び症例の検討の場として、ブロック拠点病院との意見交換やブロック内で行われる研修や検討会を有効利用しているという病院が50%を超えた。ブロック拠点病院との連携内容については、医師、または看護職の研修機関としての利用を挙げる拠点病院が最も多く、以下、薬剤・治療情報の入手、症例に関する意見交換と続いた。

《考察》

97年、98年、と2年続けて当該調査票に回答のあった拠点病院=204施設について分析した。ブロック拠点病院への評価または期待に関しては、98年は97年に比して7.7ポイント評価が上昇した。ブロック拠点病院との連携度に関しては、昨年度に比して大きな上昇は見られなかったが、ブロック拠点病院とまったく連絡関係のない拠点病院は57施設から30施設に減少した。

全国レベルにおける問題点とその解決

吉崎和幸

大阪大学健康体育部

昨年度（初年度）の研究活動からHIV感染症の医療体制を確立するにあたって、継続していく研究と、新たな研究問題が提起され、これらに対応した。

即ち、継続研究として①拠点病院の医療状態の現状を把握することで、これについてはHIV医療実態調査実行委員会でも全国拠点病院に対するアンケート調査を行った。今回で3回目であるが、今後も継続する。②8ブロック拠点病院に対しては、地域中核病院としての機能体制の確立を主として急速な立ち上げを求められ、昨年に続いて別途アンケートによる自己評価調査をした。また、自己評価のみでは客観性に乏しいので、班長の下に医師、カウンセラー、さらには患者団体による訪問調査も加えてブロック拠点病院の立ち上げ状態を評価した。その結果班員の努力により多くの点で満足できる状態になりつつあることがわかった。しかし一方、拠点病院との格差が激しくなった地域もあり、今後は拠点病院に対する連携を強め、地域全体の医療体制の確立に一層努力を要することがわかった。

新たな問題としては、2つの問題が浮き彫りにされた。第1は北海道、九州地区から提起された、遠隔地域の患者に対する対応問題である。北海道ではヘリコプターによって患者輸送を行ったが、すべての地域でヘリコプター、救急自動車、新幹線等を利用するわけにはいかない。この問題を解決するため、テレビ会議システムを利用した遠隔医療体制の確立を目指している。本年度はシステム機種を選定し8ブロック拠点病院に設置した。来年度から本システムを用いた実際の診療の可能性を研究するが、広域地方における問題解決ばかりでなく、北陸、東北ブロックのように患者や専門医も少ない地域と首都圏あるいは大阪との医療連携の促進にも役立つのではないかと期待している。第2の問題は、東海ブロックから提起されたが、外国人患者に対する医療体制の確立である。我国におけるタイ、ブラジル等外国人患者の割合は大きい、言葉のハンディキャップ、違法滞在等の問題が山積している。我々の研究班の目的を達成するにはこの問題を放置することはできない。そこで本年は外国語対訳をした診療マニュアルの作成をスタートした。また、医師（日本人）・患者（外国人）の診療時に必要な通訳の確保と供給のための組織体制の確立を目的として、京都で全国から約20名の受講者による通訳養成セミナーを開催した。その結果、基本的な通訳のあり方の問題も含めて、確立のためには多くの問題が存在することが認識され、今後も継続して検討する。

●講演

エイズ治療用医薬品の承認の迅速化について

赤川治郎

厚生省医薬安全局審査管理課

初めに、医薬品の審査体制がどうなっているかについて説明いたします。

平成8年の改正薬事法成立の際に、より厳格な審査体制について国会で論議され、平成9年7月に新しい審査体制に移行するようになりました。

医薬品は、企業が有効性、安全性、品質についての試験成績などの資料をつけて申請すると、その申請に基づいて審査が行われます。

従来は、重要な医薬品については、中央薬事審議会に厚生大臣から諮問して、その答申を受けて厚生大臣が承認するという体制になっていました。具体的な審査は、中央薬事審議会の先生方の審議に委ねるといった形になっていたわけです。それを行政上の最終的な判断・責任は厚生省本省がもつという体制に変えて、厚生省本省の責任を明確化しています。

また、以前は本省の少人数の職員だけで審査を進めていたのを、医薬品医療機器審査センターを設け、専門の審査官を配置して、審査に専念する体制にしています。そして、医薬品の信頼性などは、提出された資料をもとに、さまざまな基準に適合しているかを調査するわけですが、こうした調査関係は、医薬品機構に委託して、審査業務の効率化を図るようになっています。

私の所属する審査管理課は、直接審査を行うのではなく、滞りなく審査が進むように調整する立場になっています。

HIV感染症治療薬は、昭和62年にAZTが初めて承認され、平成9年に5品目、10年に3品目が承認されています。これは、HIV感染症治療薬が希少疾病用医薬品に指定され、税額控除等の経済的な優遇措置や優先的に審査するという体制がとられたためです。

ところが、その後は、申請が行われていません。これは、患者さんのためにとられた拡大治験の制度が、開発する側にとっては非常に費用がかかるものとなってしまい、企業が申請しなくなってしまったというわけです。

昨年8月には大阪、東京のHIV訴訟原告団から「海外のHIV治療薬早期導入に関する緊急要求書」が大臣宛に提出されました。

ではどうしたらいいかということで、治験をやめてしまおう、外国のデータを確認して承認するしかない、という判断がなされて、平成10年11月、資料1、資料2のような迅速承認審査がとられることとなりました。

今回の迅速承認審査は、市販後の使用成績の収集を前提にしている、資料2のようなお願いをしています。

迅速承認審査の方針が決まってから、まだすぐ申請が出てくるという状況ではありませんが、企業で資料を準備しているもの、審査センターで事前の評価を行っているものもあり徐々に承認の方向へ向かっているものと思います。

●資料1 HIV感染症治療薬の迅速承認審査について

平成10年11月

厚生省医薬安全局審査管理課

HIV感染症治療薬については、米国等の外国で新しい医薬品の急速な開発が図られ、相当程度の使用成績が集積されている一方で、患者数の少ない国内での治療薬の開発が困難な状況となっています。

今般、そのようなHIV感染症治療薬固有の状況の中で、米国等外国での承認にあまり遅れることなく、新しい医薬品が医療現場に迅速に提供されるよう、外国での臨床試験等のデータを有効に活用し、厚生省ではより一層の迅速な承認審査を行う方針としたところです。

1点目として、日本における承認申請に先立ち、外国における承認前でも、外国のデータに基づき、厚生省において有効性・安全性の評価を開始します。

2点目は、日本における承認申請があれば、外国における承認を確認した上で申請後4か月を目処に審査し、日本国内における承認を行います。

3点目は、外国のデータに基づき国内における使用経験が少ないままの状況で承認することとなるため、承認後に、患者の方々の安全を確保するために添付文書に必要な記載を行うなど所要の措置を講ずるとともに、国内での使用において有効性・安全性が確認されることを条件とし、医療機関にも承認後のフォローアップにご協力をお願いすることとしています。

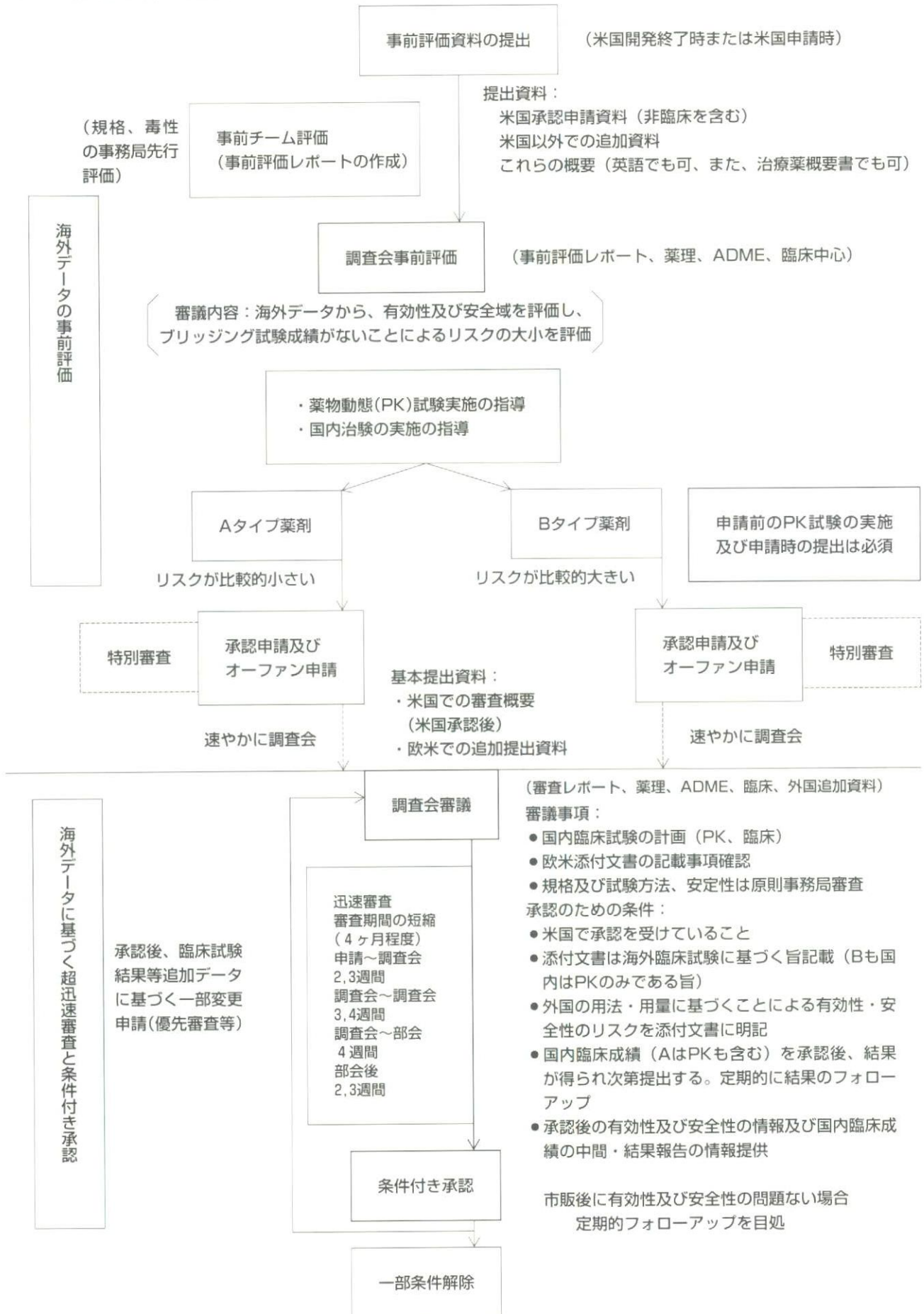
このように、今般の措置は、外国のデータに基づき、迅速に承認を行う一方で、より慎重に新しい治療薬を使っていたことがこの方針の前提となっているものですので、今後、処方される医師の方々には十分にその治療薬の特徴を理解していただき、患者の方々の同意を得た上での慎重な投与をお願いするものです。

●資料2 HIV感染症治療薬の市販後調査へのご協力をお願い

1. 迅速承認審査を行うHIV感染症治療薬は、市販後の使用成績の収集を前提としているので使用成績調査に協力をお願いします。
2. 市販後調査を共同で行う企業に係わる調査（以下「共同使用成績調査」という）は、HIV感染症治療薬が多剤併用療法により使用されている実態を踏まえ、当該治療薬を数種使用した場合であっても患者1名に対し、1通の調査票を作成し、実施するものですのでご了承をお願いします。
3. 共同使用成績調査の依頼を受けた場合でも、可能な限り全症例を対象とした調査ができるよう柔軟に対応をお願いします。
4. 使用成績調査においては、少数の医師により多数の症例の調査票への記載を行う場合がありますので、当該医師の確認の下での記載の効率化（医師以外の者による調査票への転記、臨床検査値の検査伝票の調査票への貼付等）を図られ、また、施設において市販後調査実施のための当該医師への協力支援体制の整備をお願いします。
5. HIV感染症治療薬の承認を得たもの以外からの研究費または医師の自発的な診療により、医療機関において実施される薬物血中動態測定等の成績についても、承認後の当該医薬品の評価に有用な情報を提供するものですので、承認を得たものを通じて審査当局に提出できるようお願いします。

●資料3 HIV感染症治療薬の承認の迅速化に関するフローチャート

注：治療薬の開発が先行している米国のデータを前提としたフローチャート



全国拠点病院アンケートによる考察

キーワード①ブロック拠点病院と拠点病院②連携③HIV医療の課題

座長 若生治友 (HIV医療実態調査実行委員会) 副座長 太田裕治 (ケアーズ事務局長)

●まとめ

我が国には拠点病院以外の病院を受診しているHIV感染者が数多く見られる現状がある。また現在の拠点病院体制の中では、一般の医療機関がブロック拠点病院や拠点病院にお任せしているような状況がある。

したがってHIV感染者への最善の医療を行うためには、厚生省や地方自治体などの行政はもとより、ブロック拠点病院・拠点病院の、今よりもっと広い視野での取り組み、実質的な連携が必要であると考えられる。

現在日本には、HIV診療を行えるような専門家、専門医師が少ない。この現状を打開するには、医師を教育、育成する文部省と政策医療を行う厚生省が、省庁という壁を越えて専門医の育成を図らねばならない。

外国人感染者の医療費やその対応が、今大きな問題として各拠点病院で浮かび上がってきている。人道的、かつグローバルな見地から、厚生省は、この問題について早急な対策を講じるべきである。

これまでの1～2年は、ブロック拠点病院の整備・立ち上げが重点に置かれ、ブロック内整備が今ひとつ不十分であったのではないかと考えられる。さらに今、ブロック拠点病院に患者が集中し、増大している現状がある。HIV医療を立ち上げるために、一時患者が集中することはやむを得ないと思われる。しかしながら将来的に、HIV感染者がどこの医療機関でも受診できるような環境を作り上げ、この集中した患者を地元へ分散させていかなければならない。

●全国拠点病院アンケート調査による考察

若生治友 (HIV医療実態調査実行委員会) HIV医療実態調査実行委員会が全国のエイズ拠点病院に対して行ったアンケート調査のデータを基に、HIV医療の水準を上げるために必要な有機的連携とは何かということを考えたいと思います。

HIV医療実態調査委員会は、複数のNGOから構成されていて、吉崎先生の研究班の協力のもとに調査を行っています。

このアンケート調査は、97年、98年の2年続けて行っています。本年度の調査期間は9月19日から12月31日まで(回答の締め切りは11月30日)。調査は、病院長宛に調査票を郵送し、臨床現場の医師に回答していただくようになっています。今年の対象医療機関は、国立国際医療センターとエイズ治療・研究センター(ACC)を除いて、一般拠点病院346箇所、ブロック拠点病院14箇所です。

アンケート回収率は、全国平均74.2%で、ほぼ日本のHIV医療実態を把握していると思われます。

98年での過去3年間の症例数は(図1)、「症例なし」の病院が23%、「1例から9例」の病院が55%と8割近くの病院

で症例が少ないという状況です。「いかに日本の医療を立ち上げてゆくか」。これがこれからの課題ではないかと思えます。症例が少ない中で医療環境を整えるには、いろいろな情報、日進月歩のHIV医療の内容を伝えていくことが必要で、そのためのネットワーク、あるいは交流が必要ではないかと思われます。

治療法・症例検討の有効利用源(図2)は、「ブロック内の研修や症例検討会」が、回答病院の半数以上の施設で有効利用されています。「各ブロック拠点病院との連絡」も有効利用されているという回答が寄せられています。

ブロック拠点病院への期待度(図3)は、1997年及び1998年の2年続けてアンケート回答のあった拠点病院195施設のうち、「ブロック拠点病院への評価」の項目に回答した182施設について分析したものです。その結果、昨年度に比べ、拠点病院からの評価が7.7ポイント上昇しました。特に「地方の医療体制整備に貢献している」と回答している施設が1997年に比べ増えています。これはブロック拠点病院が開設されてから約1年半が経過し、徐々にではあるが確実に体制が整備されていることを示しています。

●情報源としてブロック拠点に期待

若生 各拠点病院に「ブロック拠点病院に期待すること(業務、役割)」を自由回答で求めたところ(図4)、71施設より回答を得ました。その結果もっとも多かったのが「さまざまなHIVに関する情報提供源」でした。ついでほぼ同じ回答数で「新薬導入や薬剤耐性検査・日和見感染症診断などの特殊検査窓口」、「症例の相談窓口」、「医療従事者の研修先」があげられています。

ブロック拠点病院が期待される一方で、現在でもブロック拠点病院に対する評価が「未知数」と回答している施設が、1998年度回答している254施設中67施設(26.3%)あり、今後ブロック拠点病院がどのように発展していくかが期待される場所です。

ブロック拠点病院との連携度について(図5)、1997年及び1998年、2年続けて調査票を回収できた拠点病院195施設のうち、回答のあった190施設について分析しました。ブロック拠点病院へ「連絡をとっていない」拠点病院が1998年には、1997年に比べて57施設から30施設へと減少しましたが、「良好かつ有用」及び「普通」がともにほぼ横ばいで、連携度に関しては大きな上昇はみられませんでした。

そして、現在のブロック拠点病院との連携内容を聞いたところ(図6)、1997年に比べ「医師や看護婦の研修機関」として連携している施設が多くなっていることがわかります。現状では情報提供がまだ確実に行われていないことが現れています。

ブロック拠点病院に対して、評価すべき点、マイナスと考
えている点を自由回答で答えていただきました(図7)。85
施設中、3割位が「研修先として非常に有効」。それから「新
しい情報が得られるのでよい」。半数位がプラスの意見です
が、逆に「地域的に偏っていて不便である」とか、「患者や
予算が集中してしまう」といったマイナス面を答えている施
設もありました。

HIV診療上の困難・障害については(図8)、症例のある
施設では、現実的な「感染者の心理的フォロー」、「医療費や
外国人感染者への対応」を障害としており、症例のない施設
では、「経験不足」が最大の障害となっています。

したがって症例のない施設に対して、「経験不足」を補
える症例検討会や情報交換などを簡単に行えるような、HIV医
療体制確立のための施策が必要であると思います。

同じくHIV診療上の困難・障害について(図9)、拠点病
院・ブロック拠点病院別に集計したところ、共通して「外国
人感染者への対応」や「医療費の問題」を障害と答えていま
すが、ブロック拠点病院では、「外国人感染者の対応」等よ
りも、むしろ「人員不足」を障害の筆頭にあげています。

ブロック拠点病院は一般拠点病院に比べ、スタッフや予算
面では有利ですが、ブロック拠点病院としての機能を十分に
発揮するためには、人員がまだ不足していると考えられます。

また、エイズ治療・研究開発センターとの連携内容につ
いては、1997年には「医師の研修機関」、「薬剤、治療情報の入
手・交換」が、1998年には減少しました。実数で見ると、
特に「医師の研修機関」の回答病院数は、1997年50施設から
1998年77施設に、「看護の研修機関」も1997年の24施設から
1998年は45施設に増加しています。前述のように研究機関と
して期待される一方で、現実的に研修機関として利用されて
おり、業務の多機能化と相まって、スタッフは手一杯の状況
ではないかと推測されます。

同じくエイズ治療・研究開発センターへの期待度は、1997
年に比べて「研究機関としての期待」が大きくなっています。
また「医療体制整備に貢献している」という回答は、1998年
には91施設(37.3%)と、1997年の約3倍になっています。

●アンケート結果のまとめ

若生 以上をまとめると次のようになります。

1. ブロック拠点病院について

- (1)一般拠点病院が評価している点
- ・地方の医療体制整備に大きく貢献している。
 - ・情報提供源・医療従事者の研修機関として有効である。
 - ・新薬導入や特殊検査窓口としての機能として期待している。
 - ・患者紹介・症例相談窓口としての機能として期待している。
- (2)一般拠点病院がマイナスであると認識している点
- ・地理的に偏っていて不便である。
 - ・「患者や予算の集中」を懸念している。
 - ・拠点病院構想や制度の改善・見直しが必要である。
- (3)ブロック拠点病院が抱えている問題は「人員不足・施設整
備の困難である。

2. エイズ治療・研究開発センターについて

- ・HIV医療の「研究機関として」期待されている。

3. 我が国におけるHIV医療の課題

- ・拠点病院の約8割で「症例なし」もしくは「1～9例」で
あり、経験不足を補うために施設間での緊密な情報交換や
人的物的連携体制の確立が必要。
- ・HIV感染症に特有な社会的問題、特に「感染者の心理フ
ォ

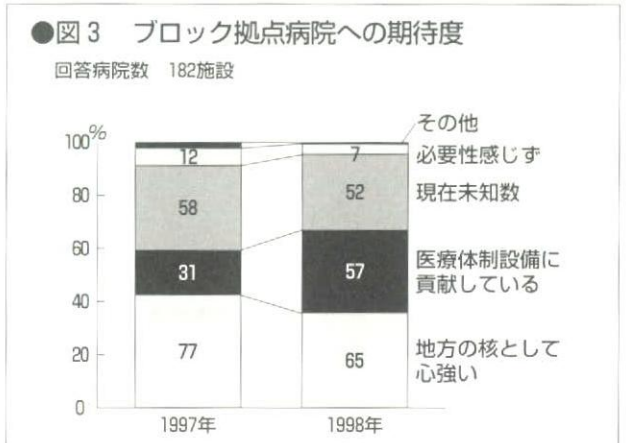
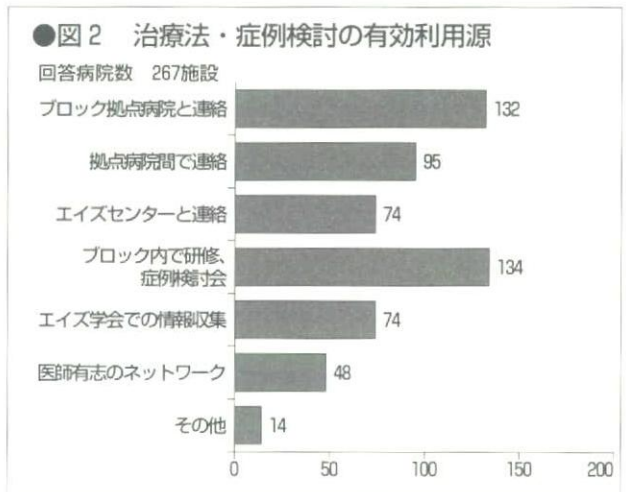
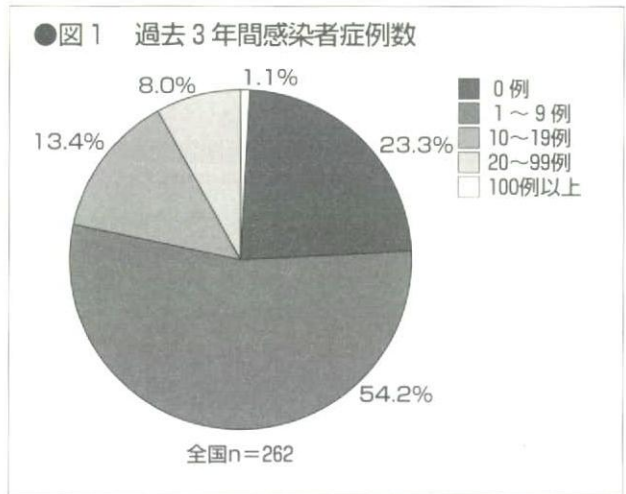
ロー」、「外国人の医療費や対応」の解決。

4. 厚生省に対しての要望

- ・省庁を越えて感染症やエイズの専門医の育成を行うこと。
- ・外国人感染者に対して人道的・世界的な見地から早急な対
応を実施すること。

●拠点病院データベースの概要

若生 アンケートの集計は一つ一つの情報が非常に重要なも
ので、できるだけ医療従事者、患者の皆様様に還元していき
たいと考え、データベースを作成しています。初期画面では日



本地図が出てきて、都道府県をクリックしたり、その病院をクリックするといろいろな情報が出てくるようになっていきます。さらに画面上にあるボタンをクリックすると詳細な情報を見ることができます。

また、対象となった施設に限りますが、アンケートに答えていただいた記載内容が画面に出てくるようなデータベースになっています。このデータベースのホームページも開設しています。

●ブロック拠点病院と拠点病院の連携のあり方 (質疑応答から)

太田裕治 (ケアーズ事務局長) / ブロック拠点病院と拠点病院が、まだそんなに連携がうまくいってるとは思えないような状況があります。

非常に厳しい症例、難しい問題に関してはブロック拠点病院の意見を聞きながら、共同で研究するというのはいいのですが、あまり安易にブロック拠点病院に頼ってしまい、それがブロック拠点病院にとって負担ということになれば、これは連携という意味からは外れてしまうのではないかと。あるいは、拠点病院の底上げが中心だったのに、逆効果になっている、そういう懸案もあります。

ですから、連携と一言で言っても、真の連携とはどういうものなのかを、考えていかなくてはならないと思います。

参加者 / 長野日赤の齊藤です。一応拠点病院になっています。長野県下の医療施設は1300で、拠点病院は8施設です。私は拠点病院は確かに必要ですけども、この先はやはり、一般病院との協力が無い限りは、できないと思っています。

長野県下では、HIVのことは大事だと思うからやりましょうという人・施設は20%位あったのですが、拠点病院ができてから、各病院、療養所は、拠点病院にすべておまかせで「うちは診ない」と変わってしまった。ということは、それが最初の目的であった地域の医療とは逆になっている形で、拠点病院で診なさいとしかいえない医療体制を産んでいる。そういう面からでも、もっとそこにある医療との連帯というものを考えなければいけないのではないかと思います。

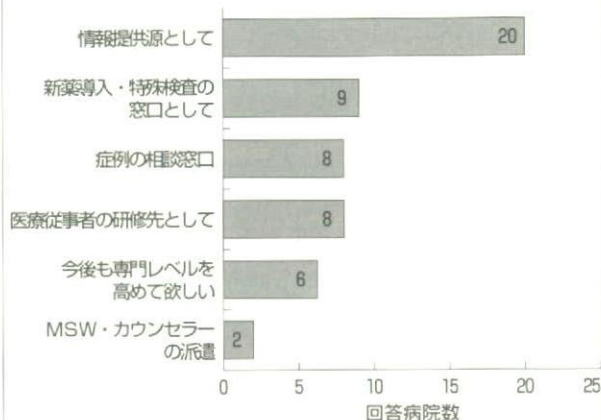
太田 / 診療拒否の問題があり、ごく一部の病院でしかまともな治療ができないということもあって、政策的に拠点病院構想というものができた。そういうことで、時代と逆行するようなピラミッド型の医療体制になっていて、患者数も予算もブロック拠点病院に集中していることが、今まさに問題になってきている部分もあります。確かに、そういう関係を作ってしまった中で出てきた弊害ではありますけれども、上から広げていくことが、ブロック拠点病院と拠点病院のあり方だと思います。それができたとき、ブロック拠点病院が、地域のレベルを上げた、地域に根ざしたということが言えるのではないかと思います。

参加者 / 要するに医師会との連絡を拠点病院がどう考えているのかということを知りたい。特にブロック拠点病院。今日は全然そういう話がないのですが、それが無いと私は本当の医療にはなり得ないような気がします。

参加者 / 北海道では、多分半数以上の患者さんがブロック拠点病院の中の北大に集中していると思います。そして、拠点病院で治療を受けている患者さんは、残りの半数のうちの、多分半数はいないだろうと思います。さらにその他の人たちはどうしているかという、拠点病院以外の一般の病院で治療を受けています。

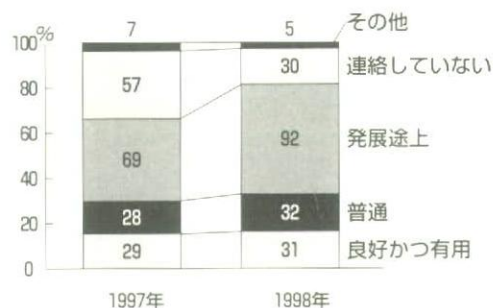
拠点病院も自分のいる地域からするとかなり遠い。それか

●図4 ブロック拠点病院に期待すること
(1998年、自由回答)



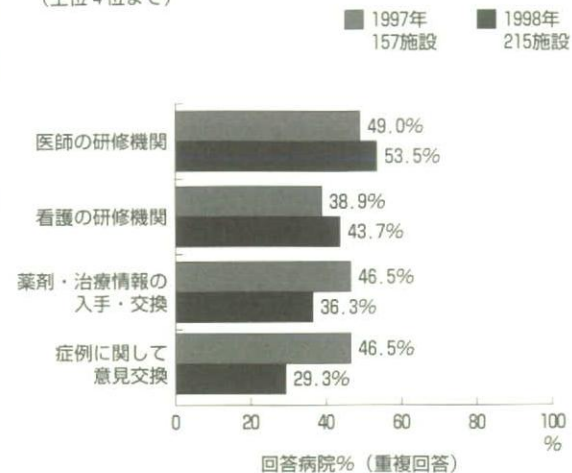
●図5 ブロック拠点病院との連携度

回答病院数 190施設



●図6 ブロック拠点病院との連携内容

(上位4位まで)



ら今さらあえて拠点病院に行かなくても済む。場合によっては、北大に行く。一般の病院でかかっている患者さんは、一般病院とブロック拠点病院との連携でむしろ最新の治療が受けられるという状況がかなりあります。

今厚生省が議論しているのはブロック拠点病院と拠点病院の連携のことで、現実問題としては、一般の医療機関における治療の体制をどう底上げしていくのかということが、むしろ課題ではないかと思えます。治療（臨床研究）データが抜けてしまうと、すべての患者に最善の医療というのできなくなってしまいます。

●一般拠点病院との連携について (質疑応答から)

太田／ブロック拠点病院は、いわゆる一つの研究施設で、理想的にはそういうことが前提だったということです。そういった指導的役割をする機関がなかったので、ブロック拠点病院、拠点病院が作られたのだと思えます。

医療データなどの情報が、徐々にブロック拠点病院から引き出されて、拠点病院だけでなく、一般の医療機関、あるいは患者さんに対して行きわたるようにしてはならないと思えます。

参加者／情報はほとんど一般病院には流れません。現実には、拠点病院とブロック拠点病院だけの連携になっています。

太田／地域ごとに連携するわけで非常に時間がかかります。すべて厚生省の作ったものを参考にするのではなくて、やはり自治体を拠点として、どういう医療体制を描くかも必要ではないでしょうか。

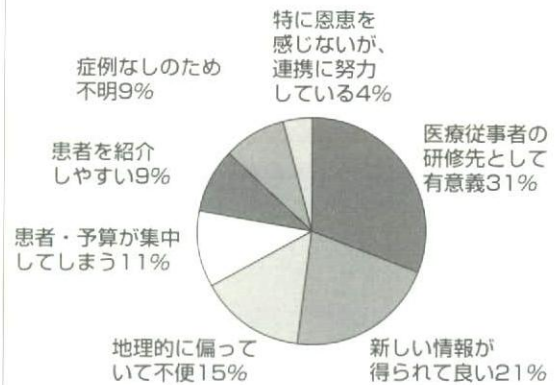
若生／皆さんの意見・問題を一つの提言としたいと思います。ブロック拠点病院や厚生省は、今のHIV医療体制の目標を中長期的な目標にしていかなくてはなりません。今、患者がブロック拠点病院や若干一部の拠点病院に集中しているような状況を、将来的には、地元の医療機関へ分散させていかなければいけない。その意味で抽象的な言い方ではありますが、真の意味での連携を作っていかななくてはならない。また先程のアンケートの中から、外国人の問題や医師を育てるといふ、国全体として取り組んでいかなくてはならない問題を皆で考えていかなくてはならないと思えます。

太田／会場からあった意見を総合すると、拠点病院構想のもっと先の医療のあり方を見つめていかなくてはなりません。

参加者／拠点病院以外にかかる患者さんは、多くはSTD感染です。要するに潜りやすい人というのが一つ。それからアンケートを6年間やっていますが、例えばHIVの検査をするのに、医師の裁量でやるから逆にインフォームドコンセントはいらぬと言った人がいました。把握するのに6年かかりました。ですから、旗揚げは、ぜひ明日からでもやっていただきたい。一般病院との連携は必ずやらないと、例えば10年後にエイズの患者がぐっと増えたということになるとその時はもう遅いわけです。

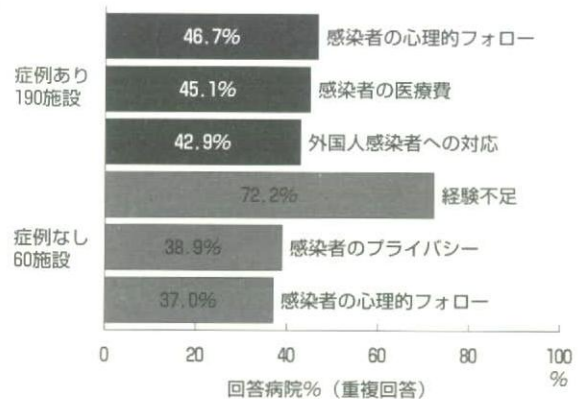
●図7 ブロック拠点病院への意見

回答病院数 85施設中



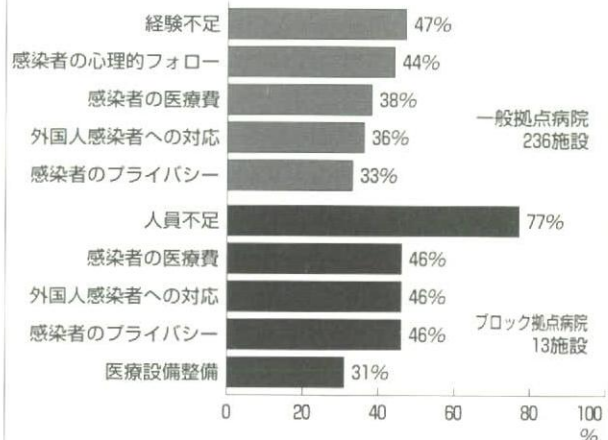
●図8 HIV診療上の困難・障害

(上位3位まで)



●図9 診療上の障害・困難な点

(1998年、上位5位まで)



エイズ拠点病院の機能評価に関する研究

キーワード①人権②感染③組織管理④ブロック⑤患者数

座長 河北博文(医療法人財団河北総合病院理事長) 副座長 藤枝亜弥(株式会社オフィス・トゥー・ワン エイズプロジェクトプロデューサー)

演者 佐合茂樹(医療法人厚生会木沢記念病院総合企画部長) 菅原浩幸(財団法人日本医療機能評価機構副研究員)
山本英彦(麻生セメント株式会社飯塚病院呼吸器内科部長) 中村 朗(総合病院国保旭中央病院内科医長)

●まとめ

現在364の病院が拠点病院に選定されている。本研究ではこれらの病院は組織的に管理されているか、また、感染管理が適切であり、人権が尊重、擁護されているかについて第三者の立場から評価している。エイズ拠点病院の機能評価は日本医療機能評価機構の評価法を基にしているが、患者の視点を持つ模擬患者の導入と病院側と調査班のディスカッションは研究独自の評価方法である。特に模擬患者は患者の声を反映させる有効な手法であるが、まだ十分に理解されていない。模擬患者によるフィードバックを受け入れた病院からは有意義であったと評価も高く、その他の病院にも積極的な受け入れを期待する。

地域によって診療の実績に差があるが、症例の少ない病院はスタッフ、地域の開業医の意識が高まりにくく、また患者の孤独感も強いという問題がある。しかし、研修会、内外への広報などで浸透を図っている。対策はできるが、持続できるかが問題である。

診療の実績のある病院は、拠点病院となったからではなく、患者がいた、という経緯で診療体制を整えてきた。出産も多く、帝王切開も行う。外国人患者も多く、コミュニケーションが問題となっている。ことは、医療費、帰国が問題となり、MSWも重要な役割を担っている。

ここまでの訪問調査では、概ねどの病院もエイズを感染症の一つの病気としてとらえており、特別扱いはしていない。医療人としてのモラルは高い。拠点病院として機能する条件として、全医療従事者が積極的に取り組むことである。疾患に対する勉強、患者の社会的問題にも取り組むことが必要である。そして、蔓延を防ぐよう、啓発活動を行うことも大切ではないだろうか。

新たなキーワード①一般化②人権③模擬患者④患者数

●97年度から医療機能評価が始まる

河北博文(河北総合病院) / 日本の医療機能評価がどのようになっているかについて簡単に説明します。日本の医療評価というものテーマにあげられたのは、15年程前のことで、1995年に財団法人日本医療機能評価機構が設立されました。ようやく今、1997年度から病院の医療機能評価が始まっています。

最高水準の医療が一人一人に提供されなければならない、というのが我々の基本的な考え方ですが、本当にすべての人々に最高水準の必要十分な医療を我々は提供しているのかというと、これは非常に難しいことだと思います。

例えば0点から100点の範囲で医療というものがあるとすれば、100点を常に求めると不安定な状態になります。とりあえず我々は現状でどこまで標準化できるかというようなことをヒエラルキー的に考えています。

その標準化が日本の医療で成されてきたのは1945年あたりからで、第2次世界大戦が終わって、日本の医療を何とか続けていかなければいけないと、平等、公平性をもとに医療が形作られてきました。そして、戦後50年となって、質への変化、個別性を考えた医療へと変換してきました。

一般的な医療の評価もまだ手についたばかりで、その中でエイズ拠点病院の評価を行うことになり、かなりの絞らなければ評価できないだろうということで、まず、財団法人日本医療機能評価機構に認定されているエイズ拠点病院を対象としました。

この日本医療機能評価機構の評価と、もうひとつはマネジメントシステム、ISOという国際標準化機構的な評価を常に視野に入れながら医療の評価を行い、正直に内容を公表していかなければならない、と思っています。評価の視点は以下の6つです。

- ①病院が組織的に管理されている基盤があるかどうか。
- ②地域ニーズが反映されているかどうか。
- ③診療の機能が充実しているかどうか。
- ④適正な看護が提供されているか。
- ⑤患者さんの満足と安心。
- ⑥事務管理の合理性。

従来から行政が行っている評価ですと、構造評価といって、建物はこうでなければいけない、人員配置は何人ということだけが評価されます。

けれども、実際に医療機関がどう動いているのかという機能を評価しないといけない。最終的には、その地域の人が評価するということまでいかないといけないのですが、今の段階では機能評価というところに留まっています。また、医療は専門者でなければ評価はできないと医師を中心に行う傾向がありますが、そうではない評価、自己評価ではなくて第三者評価をできるだけすすめていこうと思っています。

実は、1992年、日本病院会というところで、社会的な問題としてエイズが取り上げられ、医療人として恥ずかしくないのかということで、医療側で医療検証体制を作っていこう、また、ストップ・エイズ・キャンペーンとして医療の電話相談などを行ってきました。そして、今回のテーマである拠点病院の評価へと向かってきたわけですが、当時みずから手をあげた病院が163ほどありました。その163の病院のネットワークを作ろうとしたこともあります。

現在は、全国に364の拠点病院が都道府県から選定された体制となっています。選定されるということは、頼まれたという受け身の病院が多いのではないかと。そういう懸念から、組織的に全体でエイズ診療に取り組んでいるかどうかということの評価が極めて大切であると思います。

ということから、エイズ拠点病院の評価の視点の1番目は、院長ならびに担当の医師、担当の看護婦だけで対応するのではなくて、病院全体で対応できるかどうかということになります。

それから2番目は、患者さんの人権の尊重と擁護が成されているかということ。3番目は感染管理が適切に行われているか。この3点に的を絞って評価をしています。

これらの視点はHIV／エイズに限ったことではないわけですから、私たちはこの研究を通じて、できるだけそういった機能を一般化することを目指してまいります。

現在、拠点病院364の中で、今年度訪問審査を終わったところは、3月中に何うところを含めて15病院となっています。15病院は、それぞれ開設主体がばらばらです。会社主体だったり、自治体の病院だったり、国立病院もあります。開設主体に関係なく、同じようなHIV診療ができていないかを見ていきたいと思っています。

●拠点病院の訪問調査

佐成茂樹（木沢記念病院）／既に終了した10病院のうち4病院の訪問調査に参加しています。

調査の内容は、面談と部署の訪問とディスカッションを行います。大項目で35、小項目で64のスコアリングをしますが、どうしてもスコアリングに気を取られてしまって時間的な配分が難しい。ディスカッションは、面談などを行った後に、双方から意見を述べ合うのですが、感想程度で終わってしまい、なかなか踏み込んだところまではいきません。

模擬患者を受け入れて調査を行うことは、病院側にその主旨がなかなか理解されていないようです。けれども、面談のときに一般の患者さんが来ると、こんなことがあるんだという話をすると、結果的に病院側の参考になっています。

どの病院もある程度、機能は確保されていて一定レベル以上はありました。

拠点病院だということが、地域の人々とか、医療従事者も含めて、あまり知られていないような感じがします。

病院の人権意識、モラルは、以前マスコミに叩かれたようなものより、実際はものすごく高いと私は思いました。感染症もひとつの病気としてしか扱わない、といいますが、どの病院でも普通です。世間やマスコミが心配するほど、対応は悪くないのではないのでしょうか。

ただひとつ、医療費については、今の保険制度の中では限界があるのではというふうにとらえております。

今後HIVの拠点病院に関しては、模擬患者さんの受入れについて積極的に考えてほしいと思います。それが、病院全体としての利益になると思います。

インフォメーションアンドアクションというビデオが、拠点病院全てに配付されているんですが、皆さん知らないようです。受け取り窓口の方は、ありますよと言うのですが現場の人が見ていない。

一度ご覧になっていただければ、患者さんから見て、ああなるほどと思える内容で、患者さんに説明するうえで、たいへん使えるかなといったものです。

●模擬患者の役割について

菅原浩幸（財団法人日本医療機能評価機構） 模擬患者から見た病院機能評価ということでお話しします。

医学者などで、シミュレーションを用いたコミュニケーショントレーニングを行う場合の患者役のことを模擬患者といいます。細かく言いますと、ロールプレイ・シミュレーテッドペイシェント・標準化された模擬患者という区別があるのですが、今回はとりあえず模擬患者に焦点をあててお話ししようと思います。

ではその模擬患者は具体的に何をやるのか。性格、生活環境、生い立ちなどを詳細に設定して、その役になりきって模擬診察を行う。そして、模擬診察を行った後に、その役から抜け出して、患者として客観的に気づいたこと、感想をフィードバックする手法が、模擬患者によるコミュニケーショントレーニングです。

このようなコミュニケーショントレーニングに用いられる模擬患者の形で、訪問調査による評価をしていきます。

模擬患者が2名ペアになって訪問します。人選は、ささえあい医療人権センターCOML（コムル）の協力を得て、そこから訓練を受けたメンバーに来てもらいました。ひとりが電話で問い合わせ、ひとりが受診する。その後、時間があつたら病院に許可を得て院内の見学なども行います。そして、感じたことを病院の管理者、あるいは現場の担当の方にフィードバックします。

模擬患者となった人から、どのような印象が出たか、ご紹介します。

ひとつは拠点病院によっていろいろな意味で格差があるのではないかとことです。地域によって診療経験に大きな差がある、医療ソーシャルワーカーに関する位置づけ、役割に関してずいぶん差がある、と感じたようです。また、マニュアル、方針・取り組み方などの、医療スタッフへの浸透率が低い場合があります。

プライバシーの問題では、やはり、中待合は診察室がのぞきこめる状態になっていることが多い。さらには、自分が待っている間に声が聞こえて、自分の診察の時も声もれるのではないかと不安になる。逆に、ドクターがプライバシーの配慮をするあまり、言葉を選んでしまい、具体性に欠けてしまって困ったこともあります。要するにパートナーと性交渉をどのように行ったかという質問なのですが、「そういう関係を持ったとき、激しかったですか」という聞き方をされ、なんともいえない屈辱感を感じたそうです。言葉を選ぶように問診をなさっていたのですが、ストレートに言ってもらう方が良かったという声もありました。

一方で、看護婦さんや、医療ソーシャルワーカーの対応次第で、言いにくいことも言いやすくなり、それがよかったです。専門性ももちろん必要なのですが、医療スタッフ全般の充実が必要ではないかと思えます。

本来の担当と違う科に行ってしまった場合があり、言いにくいことを必死になって説明したあとで、「あ、それでしたら他の科へ行ってください」と、流された。もう1回同じことを説明しなくてはならないことが苦痛であったという意見もありました。

最後に、レセプトに記載される病名ですが、全て書かれてしまうとやはり、保険を利用した受診に抵抗があるのではないかと、という意見が出され、フィードバックにかけられました。

●模擬患者による評価の可能性と限界

菅原 可能性としては具体的・直接的な問題指摘が得られる、病院改善の視点での意見が得られる、普通の患者さんとなかなか言えない否定的な意見でもフィードバックできる、そして、病院システムのシミュレーションができる、特に診療経験のない病院では効果があります。

一方の限界ですが、今のやり方ですと、初診患者としての対応面に限られ、継続的な治療過程の評価ができません。ですから、エイズ拠点病院の評価から見たときに、本来、診療過程がうまく運営されているかどうか評価したいのが本音ですが、なかなかそこまでできない。また、模擬患者はドクターの対応ですとか、ひとつひとつの対応面を評価していますので、それをフィードバックした場合に病院側が接遇の問題だととらえてしまうと、病院システムの改善につながるかどうかという懸念があります。病院のとらえ方次第かなということです。

模擬患者にとって負担が大きいということもあります。本来のコミュニケーショントレーニングの場合ですと10分間位ですが、5時間、6時間、ほとんど1日中病院で患者を演じるので非常に負担が大きい。余談ですが、模擬患者調査をやり、風邪をもらって熱っぽくなって帰ってくるんです。これは、労災ではないかという話も出たりしています。

まとめですが、模擬患者調査は、患者の声を反映させる有効手段ではないでしょうか。ただ、病院側に意義を十分に伝える努力が必要です。診療経験のない病院にとっても、模擬患者が「経験」となるわけですから調査の意義があります。

いろいろな他の評価手法と組み合わせ、多面的な評価が必要です。病院改善手法としての認識をもつべきではないでしょうか。

今までまとめていてふと気づいたのですが、今回はCOMLから模擬患者さんを頼みましたが、ぜひ、地域の人々に参加してもらいたい。そうすれば、地域住民とのコミュニケーション効果で、よくなるのではないのでしょうか。

●症例の少ない病院の取り組みについて

山本英彦（飯塚病院） 私たちの病院はこれまで症例が1例しかないで、どのように取り組んでいけばいいかわかりませんが、私なりに考えていることをお話します。

私たちの病院は、福岡からも、北九州からも1時間くらいのところにあります。田舎の1時間はかなり遠いです。人口は8万6千人。川が流れていて、まわりは何もありません。私立の病院で、日本でも有数の規模で、病床数は1157。従業員は1291人。診療科目は29科、口腔外科もありますし、心療内科もある。そういう意味では、いろいろなところから患者さんが来るわけです。救命救急センターも24時間フル稼働ですし、臨床研修システムもあるので、全国から研修医が集まってきます。

症例の少ない病院の問題点を考えてみると、まず、病院のスタッフの意識が高まりにくいことが言えます。エイズのことを知っているけれども、エイズの患者がいなから、当然意識が高まりにくい、周囲の病院や開業医も関心が少ない、エイズの人とは他の病院に行っていきたい、という気持ちがあります。

また、患者の孤独感があります。たまたまエイズの感染者になった。そうすると、エイズの人にはまわりに誰もいないわけです。おそらくこの地域では、感染者は自分一人だけ。田

舎でするので、近所に誰が住んでいるか、誰がどうしたというのはよくわかっているの、そういう所での孤独感があるわけです。

これは、どこの病院でも同じでしょうけれども、専用の病室なんてありません。救急病院で24時間稼働していますので、一日平均30人くらいの人が入退院していて、常に空床が不足しています。そんな状態です。

麻生飯塚病院の歩みを少しお話します。平成6年にエイズ治療の拠点病院になってくれないかという依頼があったそうです。何年かして、僕等の方にこういう話があるんだと言われたわけです。そこで会議が開かれ、次のようなさまざまな意見が出されました。エイズ診療を行ううえで設備には何の問題もない。その他に、わざわざ拠点病院として登録されなくても、エイズ患者が来たら基本的に僕等ちゃんと診ますよ。そんな差別はしません。だけでも、この近くには結核病棟をもっている県立病院があるじゃないか。なんでそちらではなくて、うちが拠点病院にならなきゃいけないんだ。私立の採算がとれないようなところが診なくてもいいではないか。

経営上のデメリットもある。エイズ患者さんが来るということで、他の患者が他の病院へ移ってしまうのではないかと、というのがあります。それから一番大事なのは、エイズに対しての漠然とした不安。よくわからないけど、なんとなく怖い病気じゃないか。そういう人たちを受け入れてどうするんだ。誰が診るんだというようなことが議論されました。

最初はそういうことがあったのですけれども、その後、県からの話等もあって、平成9年9月、比較的、肯定的な意見の私が担当することになって、エイズの拠点病院に選定されました。それから、感染症のマニュアルを作り、ホームページも作りました。

そして、関心が薄いので、まずは院内からがんばっていきましょうと、ブロック拠点病院の協力で研修会を行ったわけです。第1回目は、平成9年9月で、国立九州医療センターの山本政弘先生に「エイズ診療の実際」について講演をお願いし、院内76名、院外は3人参加。その次は、平成10年1月に矢永由里子先生にお願いして、「エイズ患者の理解とその対応」ということで、エイズ患者さんの診療の時、どういう態度をするのか、カウンセリングの話をさせていただきました。これは、院内82名、院外が9名でした。

院外からの参加者が少なく、なかなか地域の改善策とならないので、平成10年8月の3回目は会場をうちの病院から地区会館へ場所を変えました。講師は原田信志先生で、地域にアピールし、院内55名、院外は45名で、今度は改善されました。

どこまで浸透してるかわかりませんし、とにかく知ってもらおうというので、広報活動を行っています。月に1度の割合で院内スタッフ向けに院内報、医師会向けの院外報、患者向けに「飯塚病院だより」を出しています。田舎ですのマスメディアに訴えるのがいいだろうということで、地方版ですが新聞に記事をのせる。こんなことやりますよと盛んに報告することから始めていこうかな、ということです。ホームページには、国内で初めてエイズ拠点病院の機能評価を受けて、どんなものであるかがなんでもわかるようになっていきます。

●この町にはいられないと引っ越す

山本 1人の患者さんの例です。35歳の男性で、異性愛者でフィリピンに行って、外国人と性交渉をして感染しました。

問題は、来られたのが金曜の夜だということです。金曜の夜というのは、スタッフの人間が診てから診断するのが月曜になってしまう。カリニ肺炎なのですが、金曜の段階では診断がしにくい。他の病気の疑いもあって、細かい血液検査や観血的な検査もやりました。

そのあと、月曜日にこの検査結果が出まして、リンパ数が40しかない。これはおそらくカリニだろうと、その時に診断はついて、治療が開始されました。

もうひとつのこの人の問題は、本人には言ってないのですが、感染していると疑っているんですね。HIV検査の結果が出るのに1週間かかるのですが、待っている間、本人はびくびくして、カーテンをひいて誰にも会わない。看護婦にも会わない。主治医にも、今回検査したことは誰にも言うな、看護婦にも言うな、と強く言われました。

1週間経って陽性であると言うと、ご本人は、自分が感染者だとわかれば、もうこの町にはいられない、親兄弟に迷惑がかかる、ということで、ブロック拠点病院へ転院しました。住民票もすべて移して、引っ越してしまいました。

このエイズ患者さんから学ばせてもらったことは、最初にしてはまあまあ、動揺しないでうまくいったということです。あとはやはり、患者さんのプライバシーのことで、非常に難しいと考えさせられました。

模擬患者の調査ですが、事前に聞いていましたが他の人には秘密にしておきました。来たら看護婦が慌ててやってきて、どうやって対策をとりましょうかとか言うので、通常対応で良いと話したのですが、確かに慌てたことはあります。また、交換に「私はエイズ検査を受けたい」と電話が入り、交換が慌てて、たらい回し状態になったことがありました。

金曜日にエイズ拠点病院の訪問調査をうけて、報告があってその日のうちに対策をまとめて、月曜日の日付で対策マニュアルを改正しました。そういうのは効果あるのですが、それが持続できるかというところが難しい。対策はすぐできるのですが、その持続ですね。

藤枝／本物の患者さんでは的確にできたのに、模擬患者さんで慌ててしまったというのはおもしろい話ですね。では、次に中村さんをお願いします。

●外国人におけるHIV診療の検証

中村朗（国保旭中央病院）／私の病院の一番最初のHIV患者さんは、妊婦さんで11年前のことです。どこの病院でも断られ、我々の病院で扱わなかったら、どこで産んだらいいのということで、第1回目の出産が行われました。そのときは、妊婦のマニュアルどころか、院内のマニュアルもなかった。HIVの患者さんもこれがはじめてですから、隠密で入院して、無事出産。それを知っていたのは、看護婦長、院長、ごく少数の人数ですべてを終えて、すぐには公開しないように慎重に行いました。

この後、散発的にお見えになる患者さんを診療してきましたので、拠点病院の指定を受ける前に、93年にマニュアルを書いています。キャリアの方がほとんどだったのですが、エイズを発症された方が、その方は末期で3か月で亡くなって、そのあと、現在までに73名の患者さんの診療を行っています。

やはり拠点病院になる以前から、院内での講演活動を開いたり、講演会などでまわって、いくらかは対応策が整ってきました。

千葉県は全国で4番目にHIVの患者さんが多く、我々の拠点病院は最初に指定されたうちの1つで、千葉県のHIV患者

の4分の1を診ているわけです。日本では血友病以外のHIV患者の42%が外国人で、外国人の率が非常に多いのですが、最近の傾向としては全国的にも日本人の中年男性の増加が目立ちます。

病棟におけるHIV診療のモットーとしましては、HIV患者というだけで、診療態度が消極的になったり、他の患者さんとの差別があってはならないということです。当たり前ですが、常に肝に銘じて行っています。そして、感染防止の方法に気をつける。それから患者さんのプライバシーに気をつける、医療事故が起こったときには速やかに報告するということです。

こういう感じで、結論としては、拠点病院になったから診療を始めたのではなく、患者さんが出てきたので診てきた、という、ごく当たり前な形で診療をしてきました。

●40名中31名がオーバーステイ

中村／我々の病棟では、産科の患者さんが比較的多く、外国人の出産もあります。手術も、普通の患者さんと同じようにされています。

外国人はこれまで40名の患者さんがいまして、その中で法的な滞在許可を持っている人は9名、残りの31名がオーバーステイでした。外国人の患者さんの場合はいろいろ問題があります。まず言葉です。これは、エイズサポート機関を利用して、言葉を電話で通訳してもらいます。その他、母国語のパンフレットがあります。

医療費は、東京ではこういう方たちに対しての補助制度がありますが、千葉県ではまったくないので患者さんからは半分ぐらいしか払ってもらえません。

あと、帰国までの空路ですけれども、ほとんどの人が強制送還しなくてはならないので、帰国先の病院の手配から、航空会社への連絡などもこちらですべてしています。ただ、タイ航空では、HIV感染者は搭乗を拒否されます。ですから他の航空会社に依頼します。

というわけで、我々が経験してきたことを踏まえて、拠点病院が機能する条件は、当たり前ですけれども、全医療従事者が積極的に取り組むことです。そのほか、必要条件として、HIVに対する知識を得ること。あとはB型肝炎について知っていれば必ず失敗はありません。専門家は必ずしも必要ではありません。

どこの病院でも同じように診療上の不安というのはありますが、しかしそれは数人の患者さんを経験することで解消されます。そして、近年は、私たちにあって拠点病院としての感覚というのは失われつつあります。HIV患者に対する問題点としては、社会的な問題がやはりむずかしい。そして、外国人が半分以上を占めまして、勤務能力、事務能力がない。あと、我々は、蔓延を防ぐべく啓発運動を展開することが急務であると思います。

河北／患者数によって拠点病院の対応が異なるんですね。いかがでしょうか。旭中央病院に患者さんが集中しているのは、住所をみんな移してきたんですか。

中村／住所を移ってきた人はひとりもいません。旭市に患者さんが多い理由は、探したのですが特に見つからないんですよ。私たちの病院が知られているから、患者さんが見つかりやすいというのはあるのでしょうか。