

患者参加の開かれた医療

キーワード①ダイナミックメディカル②インフォームドチョイス③コーディネーター
④セカンドオピニオン⑤セルフデジジョン

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)

演者 鮎京真知子 (弁護士:鮎京法律事務所)

●まとめ

患者参加の開かれた医療を目指して(最善のHIV医療は、患者参加型から生まれる)

はばたき福祉事業団はHIV訴訟和解後の被害救済を自ら進めるために、1997年に設立された。薬害エイズの原因と反省を踏まえ、患者にとって最善の医療を実現するシステムを課題として、当事業団は目指すダイナミックメディカルシステム(患者参加の開かれた医療システム)の構築について考えてみたい。和解後、原告団と厚生省の医療協議によってACC、ブロック拠点病院などの整備を進め、HIV医療の枠組みを変えてきた。当事業団は「開かれた医療」を目指し、患者の視点からその担い手として活動している。

従来の医療は、患者と医療者の関係が固定的(スタティック)であり、一方的に医療者を「信じなさい」という「信頼関係」であった。

これに対して患者参加型の医療においては、患者が生活者として主体的に意見を述べる必要がある。HIV感染症は慢性疾患であり、生活者としての患者の立場を尊重し、社会参加を前提とした治療、即ち患者は要望や生活情報を伝え、それらをフィードバックしながら最善の医療を追及する必要がある。また、固定的な枠組みにとらわれない柔軟でダイナミックな医療システムが用意されるべきである。例えば、従来の診療時間などの医療の枠を超えるために調整をしなければならぬ。

当事業団は医療システムと患者をつなぐ調整を行っている。そして調整の専門家(調整官やコーディネーターナース)が患者と医師・他医療者の間に立ち調整を図り、また第三者的な助言・意見を言う役割にも注目している。患者が納得した医療でなければ医療本来の目的を達成できない。近時、HIV医療が著しく進歩していることは、高く評価できるが、これらのきっかけを作った患者の視点の確立は、まだ十分とは言えない。同事業団は、今後も、患者が参加する開かれた医療の確立のために役割を担っていく必要がある。

●はばたき福祉事業財団とは

大平勝美(はばたき福祉事業団) はばたき福祉事業団とは1996年3月、HIV訴訟和解後、被害者自らが被害救済の実現・普及と、その成果が公共の福祉に寄与できるよう、東京HIV訴訟原告団原告が任意拠出して1997年4月に設立した、任意財団です。

本部は東京にあり、札幌、仙台、名古屋、福岡に支部を設けてあります。本部・支部では被害者を中心に第三者職員も交え、役員や事務局員(20人)が職務を果しています。

運営資金についてですが、はばたき福祉事業団は、薬害エ

イズ被害者救済事業及び薬害根絶の実現は社会的公益活動と位置づけ、法人化の実現、また事業の永続性を考え、広く一般からの寄付や賛助会員会費を得ての運営を目指しています。現在は、拠出金の一部取り崩し、相談事業としての受託事業を中心に、寄付や賛助会費で補っています。今後は寄付や賛助会員収入、受託事業費を伸ばして財政基盤を充実させていきます。なお、東京HIV訴訟原告団とは組織、財政源の両面において明確に区別されています。公益活動としての救済事業を遂行し、その成果を社会に還元していきます。

はばたき福祉事業団の主な事業は、医療対策事業、相談事業(遺族等薬害エイズ被害者相談事業)、調査研究事業、教育・啓発事業となっています。

医療対策事業は、患者参加の開かれた医療を目指して、治療検診、医療・福祉体制の整備、情報提供、医療講演・相談会の主催などを行っています。

これまで、医師の言う通りに治療が行われていましたが、そういった医師から患者への一方的な関係ではなく、患者自身が主体的に治療に関わり、自分にもっとも適した治療について考え、医師や他の医療者がそれに加わるような形に変えていかななくてはなりません。

●ダイナミックメディカルシステム

仁科豊(弁護士) これまでの患者と医療者の関係を見ていくと、医師が患者に治療や薬を与え、「一方的に医師を信じなさい」という関係にあったと言えます。こうした一方的な関係、スタティックメディカルが、薬害エイズ事件の要因の一つになっています。この反省に立って新しいシステムを構築すべきではないかと思えます。

そして、あるべきシステムとして提案したいのが、患者参加型のダイナミックメディカルです。これからは、医師や医療スタッフと患者が治療や薬の選択を考える、つまり「患者が医療に参加する」という関係を作らなくてはなりません。既存の枠組みや考え方にとらわれず、患者が主体的に医療に取り組み、医師がそれに応える姿勢が求められています。

医療者側から見ても、医療本来の目的を達成することができ、安全性の向上をもたらすので、医療者にとっても十分なシステムと言えるのではないのでしょうか。

HIV慢性感染症医療は長期にわたるため、医師と患者の信頼関係が大前提となります。

医師側には、患者の生活者としての立場を尊重、患者の生活と社会参加を前提とした治療の継続、正確かつ継続的な服薬の推進といったことが求められる一方で、患者側には、生活をセーブする、入院、服薬を優先する、医療への主体的な参加意識をもつことが必要となります。

現実的には、医師の立場と患者のわがままをどう調整する

かということが問題になるわけで、これは、相互の信頼関係がなければできません。医師と患者がお互いの主体性を認め合い、相互の信頼関係を築く必要があります。患者が医療に対する懸念・疑いを抱えている場合でも、医療者ははねつけることなく、受け止めていかなくてはならない。このように医師が患者に与えるのではなく、両者が作り上げていく医療を目指すべきだと思います。

また、これまでは患者に、薬や治療、自分の身体についての情報を伝えられなかった。けれども、情報が医師から患者へ伝達され、理解される必要があります。そのためにはこれを受け止め、継続的に患者と接触可能なシステムが求められます。診療時間という枠にとらわれることなく患者と接触できるようにするため、より多くの情報のフィードバックが可能ならばはばたき福祉事業団やコーディネーター（ACCの調整官やコーディネーターナース）の役割が重要となります。はばたき福祉事業団が医療と患者をつなぐ、あるいはコーディネーターが医師や専門家に患者をつなぐことで、患者への診療時間内に接触が限定される医師に比べ、ダイナミックな情報交換が可能になります。

コーディネーターが各病棟間や診療機関等に対し、横断的に関わる体制を確立し、風通しのよい枠組みを作り上げていくことにより、情報の流れがスムーズになります。コーディネーターは、患者からの情報を元に、その患者に必要な最善の医療サポートの枠組みを作り上げていきます。コーディネーターが、院内セカンドオピニオンとなるわけです。コーディネーターは、院内の主診療科、院内の他の科、さらに他の病院、福祉を組み合わせて枠組みを作りますが、それが適切かどうかは点検され、情報のフィードバックによって新たな枠組みを提案していくこともあります(資料①参照)。

●患者参加の医療と治療検診

鮎京真知子（弁護士）／最善のHIV医療は患者参加型から生まれます。薬害エイズの背景には、自分の健康状態や治療内容について情報を与えられなかった、自分で治療方針を決めることができなかった、先生にまかせておけば大丈夫といったこれまでの医療風土があります。

けれども、患者には最善の医療を求める権利があり、診療拒否、診療差別はあってはならないことですし、日進月歩のエイズ医療のその最先端の医療を誰もが受けられるようにしてはなりません。

医療内容を決める基本は患者の自己決定権です。治療法に関するリスクや他の選択肢の可能性の説明を受けて、自分で医療内容を決めるということです。つまり、インフォームドコンセント、「健康状態や治療内容について十分な説明を受けた上での同意」であり、これは、裁判上の法規範となる「説明義務」内容として判例も認めており、必ず医療の現場で行われるべきことなのです。

インフォームドコンセントを実現するための前提として、セカンドオピニオンも必要であると思います。主治医から説明された情報の正確性や治療法の安全性を確認したり、複数ある治療法から選択する場合に、他の医療機関、特に専門の医療機関に意見を求めることで、患者は医学知識が十分でなくても、自己決定がしやすくなります。患者にも、医者任せにしない、自分が決める、自分が選ぶという考え方が求められます。

インフォームドコンセント、セカンドオピニオン、患者の主体的な自己決定を、学習・実践する場として、はばたき福

祉事業団は、ACC治療検診事業を行っています。ACC（エイズ治療・研究開発センター）は、患者が求めてきたエイズ医療のモデル病院です。このACCにおいて、患者は検診を受け自分の健康状態や、セカンドオピニオンを知ります。そしてセンターの医療を地元での医療につなげられます。

患者さんの中には、病気の内容、自分の身体の状態を把握していない人も多くいます。また、知りたい、聞きたいと思っていても、「CD4ってなんですか」などと医師に質問しにくいものです。治療検診事業では、聞きにくいことも質問できるように、柔軟な形で対応しています。

ただ、まだ検診に来ない、来ようとしらない患者さんもいます。病気と直面したくない、医師が不親切などの理由があるようです。

患者参加の医療の実現は、医師だけでなく、患者自身の意識が変わることが必要だと思います。

資料①

ベストの医療を皆で求めていく仕組み

A-netシステム

患者ネットワーク

NGOネットワーク

チーム医療→ただ他科とつながっていればいいという医療者からの観点だけでなく、患者の医療がベストになることが基本

↓

患者がコーディネーターを通じて参加するチーム医療

はばたき福祉事業団の活動

患者参加により実現したことを継続的に支援していく

・継続的に、必要な医療の提言をしていく

情報収集・分析

通院主体のHIV医療

ホームケアへの対応

・現在おかれている状況が厳しく、緊急を要するので、既存の枠の中ではできなかった→はばたき福祉事業団のイニシアチブで新たな枠組み作りを推進

↓

治療検診事業

目的①自分の状態を知る→患者が自分の意見を医師に言えるようになる

目的②地元医療とACCをつなぐ→一つの病院だけではなく、他病院にかかってもいい

↓

医師の協力により実現

はばたき福祉事業団の提案

- ・ACCの設置・運営
- ・ブロック拠点病院
- ・新薬承認システムの改革
- ・A-net推進
- ・血液事業の改革
- ・感染症医療への提言

患者自ら参加して発言

- ・運営会議
- ・ブロック拠点病院三者会議
- ・中央薬事審議会
- ・公衆衛生審議会

患者が参加して、医療や社会の枠組みを変え、広げていく

保健所から見たエイズ医療の問題点

キーワード①エイズ相談、検査、カウンセリング②患者・感染者の拠点病院への紹介③地域拠点病院との連携④地域一般病院との関係⑤エイズ診療連絡会議との関係

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)

演者 前田秀雄 (東京都府中小金井保健所)

●まとめ

あらかじめ参加予定の都道府県出席者にアンケート(42通)を送り、40通の回答があった。調査結果を基礎資料として、次の問題点について検討した。

①エイズ相談・検査・カウンセリング②患者・感染者の拠点病院への紹介③地域拠点病院との連携④地域一般病院との連携⑤エイズ診療連絡会議との連携

また、保健所のエイズ対策の実例として、東京都府中小金井保健所の例が紹介された。

1. アンケート結果のまとめ

(1)既定のエイズ対策業務である相談、検査は全回答者で行われていた。検査に伴うカウンセリングは93% (37/40)の保健所で行われ、そのうち57% (21/37)は検査の前後で行っていた。しかし保健所専属カウンセラーは4施設のみ。

(2)保健所の過半数(23/40)は、圏域内の拠点病院への紹介システムを持っていた。

(3)拠点病院との連携は、「あり」30% (12/40)、「なし」は45% (18/40)であった。

(4)一般病院との連携は「なし」または「不十分」55% (22/40)と過半数であった。

(5)所長がエイズ診療連絡会議のメンバーまたはオブザーバーに入っているとの回答は28% (11/40)に過ぎず、「連絡がない」が58% (23/40)を占めた。

2. 問題点の検討

(1)拠点病院との関連

医療圏内拠点病院への患者紹介は、過半数の保健所で可能とされるが、患者が圏外や他都道府県の病院への紹介を希望された時の対応はどうか。都道府県レベルの連絡調整システムの構築が必要。

(2)エイズ診療連絡会議や一般病院との関連連絡会議から保健所、地域一般病院への連絡、情報提供が不十分である。治療の進歩によりエイズが慢性感染症になると、在宅看護を始めとする療養支援が必要となる。病院との連携はもちろん、地域の保健福祉行政機関を含む恒常的情報管理、連絡調整の構築が必要となる。保健所が核となり基礎を構築することも考慮する。

(3)1999年4月から施行される感染症予防法に関連して届出、患者のプライバシー保護その他にも対応しなければならない。

(4)その他、次の問題が提出された。

①中高生に対するエイズ啓発活動には保健所も要請に応じて効果的活動が必要である。②未成年者に対する陽性告知の問題③身体障害者手帳等療養支援の受け入れを希望しない住民の多い地域の問題④在宅ケアのなかでの保健所の役割

●保健所から見たエイズ医療に関するアンケート

南谷幹夫(杏林大学) アンケートの結果をご理解のうえ、ご討議をお願いしたいと思います。結果は次のとおりです。

設問1 貴保健所あるいは貴都道府県の保健所におけるエイズ電話相談について

(1)電話相談の対応日数

- ①毎日(土日・祭日を除く) 39
- ②休日相談も行っている 1 (①と重複、委託)
- ③週・月の特定日のみ 1 (2回/月)

(2)電話相談の対応時間

(午前・午後 時～午前・午後 時……38)

- 8:30～17:00……9
- 8:30～17:15……7
- 8:30～18:00……1
- 8:45～17:30……1
- 9:00～17:00……17
- 9:00～17:15……1
- 9:00～17:30……1
- 9:00～18:00……1
- 9:00～? ……1
- 記載なし ……1
- 15:00～20:00……1 (都直営)
- 9:00～16:00……1 (上日委託)
- ・平日夜間も行っている……2 (都直営1、重複1)
- ・その他 ……1 (記載なし)

(3)電話相談の担当者

- ①医師 ②保健婦 ③専門相談員 ④その他(検査技師、薬剤師、担当、その他)
- ①+②+④=2 ①=1
- ①+②=15 ②=18
- ②+④=1 ④=3

(4)電話相談の匿名性

- ①住所 ②氏名 ③性別
- 不要 + 不要 + 不要……35
- 不要 + 不要 + 必要……5

設問2 貴保健所あるいは貴都道府県の保健所におけるエイズ抗体検査体制について

(1)保健所の検査を受けるには予約が必要ですか

- ①予約必要 ……18 (複数2)
- ②予約不要 ……22 (複数1)
- ③その他 ……2 (複数1)

(2)保健所の検査は、1か月に何日行っていますか

- ①毎月1回 ……5 ④毎週1回 ……21

- ②毎月2回 …… 9
- ③毎月3回 …… 1
- ④都道府県衛生部局へ連絡する ……12
- ⑤地域のエイズ診療連絡会議へ連絡する …… 0
- ⑥その他 …… 3

(3)保健所におけるエイズ抗体検査を受けるには住所・氏名が必要ですか

- ①住所氏名不要(匿名) ……40
- ②住所氏名必要 …… 0
- ③その他 …… 0

(4)保健所におけるエイズ抗体検査の費用について

- ①費用無料…37(複数2)
- ②一部負担…0
- ③全額負担…1(証明書分=複数1)
- ④その他…3(複数1)
- ⑤無記載…1

(5)保健所でエイズ抗体検査を受ける際、カウンセリングを行っていますか

- ①検査前に…11
- ②検査後に…1
- ③or② …… 1
- ③検査前後…21
- ④希望者に…3
- ⑤行っていない…3

(6)被検者に検査結果を知らせる日は、検査後何日ですか

- ①1週間後…13
- ②10日後…2
- ③2週間後…23
- ④その他 …… 2

設問3 貴保健所あるいは貴都道府県の保健所におけるカウンセラーについて

- ①保健所専属カウンセラー …… 4
(うち1:都直営には専属医師がいる)
- ②都道府県の衛生部局より要請派遣 …… 6
- ③カウンセリング教育を受けた保健婦が担当…22
- ④行っていない …… 8
- ⑤無記載 …… 1

設問4 地域におけるエイズに関する知識啓発活動について

- ①保健所主催のエイズ教育講演会・講習会の開催…30
- ②地域住民団体依頼のエイズ教育に医師・保健婦を派遣 ……26
- ③学校の依頼に対しエイズ教育に医師・保健婦を派遣 ……28
- ④地域住民団体の依頼にエイズ教育ビデオの貸出…24
- ⑤学校の依頼に対しエイズ教育ビデオの貸出 ……27
- ⑥地域の企業に対しエイズ教育に医師・保健婦を派遣 ……17

設問5 保健所所在地域の拠点病院との関連について

- ①保健所所在地域の拠点病院と定期的会合がある…5
(1+2+3複数回答3、1+3複数回答2)
- ②拠点病院のエイズ情報は常に連絡がある …… 7
(2+3複数回答1)
- ③保健所所管の行政情報のうち、必要なものは拠点病院へ連絡 ……17
- ④保健所所在地域の拠点病院とは、ほとんど連絡がない…18
- ⑤無記載(うち1は管内に拠点病院なし) …… 2

設問6 保健所から拠点病院へHIV感染者の紹介について

- ①患者・感染者の拠点病院への紹介システムができていない ……23
(1、4の複数回答4)
- ②HIV陽性者の紹介方法を検討中である …… 1
- ③HIV陽性者の紹介方法はできていない …… 6
(3、4の複数回答1)

設問7 医療圏ないし地域のエイズ診療連絡会議との関連について

- ①保健所長は、医療圏、地域のエイズ診療連絡会議のメンバー …… 6
- ②保健所長は、医療圏、地域のエイズ診療連絡会議のオブザーバー …… 5
- ③医療圏、地域のエイズ診療連絡会議の記録、決定事項の連絡がある …… 1
- ④医療圏、地域のエイズ診療連絡会議とは連絡がない ……23
- ⑤県担当課長が県エイズ診療連絡会議のメンバー…1
- ⑥保健所で診療ネットワーク …… 1
- ⑦開催なし …… 1
- ⑧記載なし …… 2

設問8 地域の医療機関との連絡について

- ①保健所所在地域の医療機関と定期的会合がある …… 6
- ②保健所所在地域の医療機関との連絡は不十分 ……15
- ③保健所所在地域の医療機関とは連絡がない …… 8
- ④その他 ……10
- ⑤開催なし …… 1

設問9 その他お気づきの点をご記入ください

保健所への相談、検査依頼は減少しているが、県内の感染者は増加している…1

●東京都北多摩南部医療圏の推進事業

前田秀雄(東京都府中小金井保健所) / 保健医療圏としてエイズの医療連携に取り組んでいこうという試みを昨年4月から始めています。東京都の北多摩南部保健医療圏は、全国状況と違って、一定レベルのしっかりとしたエイズ治療のできる拠点病院が3つもあります。赤十字系の病院、都立病院、大学の付属病院の3つです。また、東京の多摩地区でも比較的都市部で、その3つの病院それぞれが少なくなくて4~5人、多くて20人位の患者さんを現在診ています。相談できずに何件といった地域とは随分違うことは確かです。そうした地域の資源とニーズを背景にして、「エイズ地域連携推進事業」を始めました(資料①参照)。

資料①

東京都北多摩南部保健医療圏におけるエイズ地域連携推進事業(抜粋)

1. 推進事業開始前の現状と課題

現状 ①地域のエイズ医療の中心機関として、2次医療圏単位に拠点病院が整備された。②拠点病院連絡会議が都衛生局エイズ対策室主催で定期的開催され、拠点病院への連絡調整体制が整備された。③エイズ症例懇話会が都衛生局エイズ対策室主催で定期的開催され、拠点病院関係者を中心に最新医療情報の伝達ルートが確保された。

課題 ①拠点病院と地域医療機関の恒常的な情報交換・連絡調整の体制がない。②拠点病院の位置づけがエイズ治療を完結的に行う施設であるという考え方が強く、エイズ患者・感

染者を病診連携により、地域で受容するという方向性が認知されていない。③拠点病院の役割は専門治療であるとの考え方が強いが、エイズ医療の進展のためには、情報交換、地域医療支援等のエイズ地域医療連携の拠点としての位置づけが必要である。④衛生局を中心としたツリー型の拠点病院の会合はあるが、同一医療圏内のヨコのつながりがなく、拠点病院間の情報交換・役割分担がとりにくい。⑤地域の保健福祉行政機関との連絡がないため、保健福祉活動と連携した総合的活動がとりにくい。⑥地域保健福祉行政機関がエイズ対策への積極性に欠けている。⑦エイズ対策の特殊性から、地域のニーズに基づいた科学的な政策展開が行いにくい。

2. 東京都北多摩南部保健医療圏エイズ地域連携事業

(1) 地域連携推進協議会

目的 ①保健医療福祉の連携の基盤づくり。②拠点病院間・拠点病院地域医療機関間の情報ルートづくり。③拠点病院の地域エイズ医療連携における拠点としての位置づけの明確化。
方法 ①構成：拠点病院代表、圏域内各市三師会代表、圏域内各市保健福祉部長、管内保健所長。②時期：年1～2回。③内容：エイズ対策の概要報告、拠点病院の現状報告、地域連携についての意見交換、等。

(2) エイズ症例懇話会

目的 ①各拠点病院からの情報発信。②地域でエイズ診療がなされていることが普通であることの証明。③地域医療機関への身近なエイズ情報源の提供。④地区医師会歯科医師会へのエイズ医療への積極的参画への呼び水。

方法 ①体制：拠点病院、三師会主催で企画、保健所は事務局として支援。②時期：年2回、各拠点病院等を会場に実施。③内容：拠点病院におけるエイズ診療の現状報告、エイズに関する最新情報等。

(3) エイズ療養支援小委員会

目的 ①evidence-based policy making ②保健医療福祉の連携の具体化。③住民参加の推進

方法 ①体制：拠点病院実務者、市役所福祉担当者、関係機関実務者、ボランティア団体及び保健所職員によるプロジェクト・チーム。②内容：エイズ患者感染者の実態調査、保健福祉サービスの実態調査等。③回数：年5回

●感染者が管轄外の病院を希望（質疑応答から）

参加者 京都府の場合、陰性は保健婦が対応し、陽性は所長が対応します。去年6月、26歳の女性の検査結果が陽性と出ました。初めての陽性者だったので、本庁に問い合わせたところ、マニュアルはない、勝手にやっってくださいとのことでした。この患者さんは隣の管轄で、拠点病院を紹介したのですが、そこは顔がわるいから京都市内の病院にしてほしいと頼まれました。京都市内の病院に送りましたが、今でも患者さんと連絡が取れていて、サポートしています。

参加者 滋賀県や大阪府だったら、やはりその土地の郊外に紹介しなければと思います。

参加者 患者さんがたくさんあれば、日常的になるが、年にひとりくらいでは何回も会議はできません。

参加者（大阪府） 紹介にあたって、すべての拠点病院の受診の仕方をのぞいて、診ていただく先生に繋がるまでのプロセスを調査しました。匿名での紹介状もあり得ると思います。

南谷 確か近畿ではエイズ診療連絡会があるのではないのでしょうか。保健所の連携はどうなっていますか。

参加者 大阪府であれば大阪府の拠点病院のエイズ医療体制推進協議会という組織で進めています。行政側、地域の方が

ネットワークしていかなければなりません。

南谷 患者さんが管轄外の病院へ行きたいと言った場合は。
参加者 カウンセラーの派遣事務所も含めて、近畿圏の患者さんが大阪の病院をけっこう利用されています。どうしても都道府県レベルの取り組みの格差が現実であり、近畿圏は近畿圏としてのサービスをそろえていくのが大きな課題です。

前田 病院へ働きかけて、地域や保健所の福祉が一体になっていかなければと話して理解を求めています。まず行政側が動かないと始まりません。

参加者 保健所での相談窓口にも、服薬管理がうまくいかないということがありました。

南谷 一般病院のエイズについてのアンケートでは（今年1月まで回答、2月に集計。発送数が3063通、回答数は1240件）24%の病院がエイズの診療をしたことがあると回答しています。昨年は25%。昨年の発送数は2099、回収数が43%くらいで、あまり変わりません。一般病院は感染患者を診ています。10%弱の病院は最後まで診ると言っています。発症したら送るというのもありました。66%は陽性とわかったら送りたいと言っています。一般病院は拠点病院と連絡がとれていない場合も少なくなく、保健所が中に入り、相談を受けるようになると思います。

参加者（東京都エイズ衛生局） 地域の療養支援のひとつとして情報提供を行っています。拠点病院、連携病院へは定期的に連絡会をおこない、それ以外の地域の一般診療所に情報を伝える診療マニュアル、保健所向けの療養支援マニュアルを出しました。

南谷 HIV感染症も慢性疾患となり、これからはやはり療養支援、訪問看護も含めて考慮する必要があります。

前田 事例は、保健所、福祉事務所、診療事務所、ブロック拠点病院がチームで対応します。協議会としては、システム、基盤を作っていくのが仕事です。

南谷 ああ病院は方角が悪いなどと言う人に対しても、相談にのる必要があります。広い意味での療養支援については何かありますか。

参加者（国立千葉病院） うち拠点病院で院内の担当に直接保健所から連絡が入って、必要ならすぐ出向いていきます。千葉県は土地柄のせいか、在宅医療などとんでもない、身障者も知られては困ると、申請しません。ケースワーカーがいないので、いろいろ悩んでいます。

参加者 「神様もう少しだけ」というエイズのテレビ番組のおかげで、高校生が随分採血にきてくれました。未成年者の陽性のケースを対応した経験をお持ちの人はいますか。

参加者 妊娠して、婦人科で陽性がわかり、紹介されたことがあります。気丈なお嬢さんでしばらくは悩んだようですが、結局お母さんに話して、治療はうまくいっています。

参加者 予防にはまず学校の教育が重要。ぜひ保健所から応援をお願いしたい。ところが保健所が協力してくれません。

参加者（埼玉県深谷保健所） 最近、中学生や小学生のエイズ教育のことで話をしてくれないかと依頼があり、3回ほど行っております。エイズの他に、たばこ、シンナーの問題で保健婦が出て行っています。生徒対象の他、PTAの役員、保護者を対象に話をします。

参加者 佐賀県のエイズの予防教育に関しては、県の方針として毎年、高校一年生にエイズの講義をしています。

参加者 品川区の保健所で地域の高校の文化祭に出張保健所ということでブースをおき、エイズ予防の啓発の取り組みを行っています。

エイズ歯科診療の現状と問題点

キーワード①院内感染対策②診療経験③診療経費④病態把握⑤口腔病変

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(医療法人社団皓歯会理事長)

演者 柿沢 卓(東京歯科大学水道橋病院副院長) 鈴木信治(鈴木歯科医院院長) 宮田 勝(石川県立中央病院歯科口腔外科)

●まとめ

1. 現状の評価と問題点

(1) 拠点病院を中心とした歯科診療アンケート調査から (前田先生)

エイズ歯科治療の経験は約1/3 (38.2%)であり、器具の滅菌や手袋の使用などから潜在的な治療可能施設が32.3%であり、計70%の施設が受け入れ可能である。

(2) 大学歯学部におけるHIVに関する教育と診療体制 (柿沢先生)

大学歯学部での教育に問題があり、多くの歯学部教育の中にHIVに関する講義がない、診療経験もないので教える人もいない。受け入れを表明している大学もまだまだ知識が不足しており、講習会やケースカンファレンスが必要。またHIV患者を受け入れる施設はユニバーサルプリコーションを行っている良い病院ということを訴えていきたい。

(3) 開業歯科医院におけるHIV診療の実態と問題点 (鈴木先生)
診療コストがかかるといわれているが、1人に80~100円程度である。院内感染対策は一朝には不可能で毎年少しずつ向上をはかっている。開業医は知識の不足から不安が消えない。開業医向けの情報の提供が必要。

(4) 拠点病院における歯科診療の現状と問題点 (宮田先生)
患者が地元にもどって地元の病院で治療を受けるという時代が来た。歯科診療における対応も同様に地元で受けられるように、ブロック拠点病院における歯科モデル診療が行われ、昨年は関西地区 (5施設の参加) 関東地区 (8施設の参加) であったが、今年は北陸ブロックで41名の参加があり、3月に予定されている東北ブロックではすでに50名以上の参加希望があり、南谷班における情報の提供が効果的なことは明らかである。今後も情報の提供がさらに必要。

2. 今後、さらにより良い医療を提供するために

(1) 口腔粘膜所見の重要性、口腔粘膜は全身の免疫状態を映す鏡である。

(2) 歯科への早期受診。長期の口腔衛生管理。

(3) 歯学教育 (学生) にHIVに関する講義・実習を導入するよう文部省へ提言。

(4) 歯科医療従事者への診療事故対策のマニュアルの作製——現在のCDCのレコメンデーションも歯科向けではない。

(5) ネットワーク活動。インターネットの活用により、多くの情報を共有する。特にA-net等とのリンク。

(6) 地域研修活動の支援およびモデル歯科診療事業の推進 (特にソフト面)。

●歯科大学20校が公表したがない

池田正一 (神奈川県立こども医療センター) / 前田先生から

は昨年南谷班が、エイズ医療体制に関する研究班ということで、拠点病院を中心とした歯科診療アンケート調査を、拠点病院あるいはHIV/エイズ患者の歯科診療について積極的に協力して下さっている病院や開業している先生たち、460の施設に行きまして、約260の回答を得られました。その内容からエイズ歯科診療の問題点に触れていきたいと思います。

次に、柿沢先生には大学における教育がどうなっているかについて発表していただきます。

実は、平成8年に日本歯科医師会が歯科大学にアンケート調査をしていて、HIV診療に患者さんが来たら、受け入れてくれるかという質問に対し、29の大学のうち9つがOKと答えた。その9大学のうち公表しているのは2校で、逆に言えば、20校が嫌だと言ったわけです。これは非常に困ったことです。

ただ同じような状況が医学部にもあり、やっと昨年位に80校全部がHIVを受け入れると言ったのが現状です。アメリカでは、ブッシュ大統領の時代に、長年手袋なしで診療してきた歯医者さんの尻をいくら叩いても、限界があるだろう、例えばリーマーを手袋無しで40年やってきたんだから、いまさら手袋なんかできないという人がいても不思議じゃない、だったら教育で学生のうちから手袋をすることを習慣づけてしまわないと普及しないということで、大統領勧告が出ていました。まったくその通りで、そういう意味から言っても大学での教育は非常に大事です。昨年の12月から東京歯科大学の水道橋病院がHIV感染者さんを積極的に受け入れることになり、その辺の経緯について柿沢先生にお話をいただきます。

それから鈴木信治先生は横浜で開業されていて、数年前からHIV患者さんを積極的に引き受けていて、その辺のご苦労と問題点などいろいろご意見をお聞きしたいと思います。

今年の1月に北陸地区のブロック拠点病院、石川県立中央病院が中心になって、歯科診療のモデル診療を行いました。今年は北陸と東北を予定していますが、その中で拠点病院における歯科診療の問題点、ご意見を宮田先生から伺います。

●拠点病院を中心とした歯科診療アンケート調査から

前田憲昭 (社団皓歯会) / 感染者歯科治療体制における改善すべき問題点と潜在的に存在する治療能力の評価を目的に、平成9年度の2つの報告、吉崎班報告「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」と南谷班報告「HIV/AIDS患者の歯科診療に関するアンケート」を比較検討しました。

吉崎班の回答率は347施設中254施設で73.2%、南谷班の回答率は460施設中242施設で52.6%でした。吉崎班の回答施設、拠点病院の中で歯科診療が実施されていたのは244施設中138施設、56.6%です。南谷班では、歯科のない施設からの回答

が35施設あり、これを除外すると南谷班における対象施設は207となります。この中には拠点病院が127施設含まれています。この結果から南谷班報告では拠点病院における歯科担当者の大半、138施設中127施設、92%が回答しており、拠点病院の現状を推測しうる母集団であると考えます。

HIV/AIDS症例経験は、吉崎班報告では247施設中186で75.3%であるのに対し、南谷班報告では207施設中79で38.2%、特に拠点病院に限定すると127施設中47で37%でした。なお、前者における出産経験239施設中35で14.6%、手術経験244施設中74で30.3%と、後者、歯科領域の経験と比較すると、歯科治療は感染者の外科的処置と相応の対応の現状とみることができます。

診療上の困難もしくは障害の原因として、吉崎班報告では感染者の医療費55.1%、経験不足53.7%、心理的フォロー41.9%、感染者のプライバシー41%が挙げられています。南谷班報告での歯科領域での困難もしくは障害の原因として、設備の不足（お金の不足）、経験の不足、人員の不足が挙げられています。

感染者の医療費負担の問題点では、感染者の身体障害者手帳の交付が1998年4月に施行され、全国の推定約4000人の患者・感染者の中で633名が申請していると報告され、それ以前の経済的環境に比較して改善が期待されています。関西HIVカンファレンスにおける調査では、大阪府下での実態は1998年10月現在血液製剤による患者・感染者85名中5名、5.9%、その他の理由による患者・感染者85名中48名、56.4%に手帳が交付されているとのことでした。なお、この手帳の交付と歯科治療における患者負担の軽減効果については今後調査を行いたいと思います。

南谷班のクロス集計について説明します。HIV/AIDSに対する「患者さんの治療に対する積極性」と「患者経験数」をクロス集計すると（表1）、「積極的に治療する」と「応急処置のみを行う」と回答した施設に、4人以上の治療経験を有する分布が多く見られ、患者が特定の機関に集中する傾向のあることがうかがわれます。

次に、「患者さんの治療に対する積極性」と施設の設備面をクロス集計する目的で、日常診療に欠くことのできない「グローブの着用状況」を検索しました。その結果、表2に示すように「患者さんごとに必ず交換する」と「必要に応じて交換する」と回答した施設に、先程の「積極的に治療する」と「応急処置のみを行う」と回答した施設がほぼ該当することが明らかになり、加えて「今までに患者を紹介されたことがない」と回答した施設でもこれらの施設と同等の環境にあることがわかりました。

設備面の対応の代表として「グローブの着用状況」を軸に、来院患者に対する「問診」の方法についてクロス集計を行いました。「患者さんごとに必ず交換する」と「必要に応じて交換する」と回答した施設に、感染症に関する問診を「全員に行う」あるいは「患者さんに応じて行う」と回答した施設が大半を占め、「患者さんごとに必ず交換する」が感染症に関する問診は「ほとんど聞かない」と回答した施設が7か所認められました（表3）。

設備面でのもうひとつの代表的器具であるハンドピースについて、「滅菌できるハンドピース」の保有状況と「患者さんの治療に対する積極性」に関するクロス集計を行いました（表4）。「積極的に治療する」と「応急処置のみを行う」と回答した施設では、「すべてのハンドピースが滅菌できる」か「一部滅菌できる」と回答しており、さらに「今までに患

●表1 HIV/AIDSの患者さんの治療に対する積極性と患者経験数

経験数	施設数	積極的に行う	応急処置のみ	外科処置のみ	断わっている	紹介されたことが無い	無回答
0人	77	2	2	1	2	66	4
1人	32	15	10	3	0	0	4
2人	29	16	9	1	0	0	3
3人	17	10	4	1	0	0	2
4人以上	47	29	13	4	0	0	1
計	202	72	38	10	2	66	14

●表2 HIV/AIDSの患者さんの治療に対する積極性と積極性とグローブの着用状況（施設数）

グローブの着用	積極的に行う	応急処置のみ	外科処置のみ	断わっている	紹介されたことが無い	無回答
患者さんごとに必ず交換（133）	42	22	8	2	48	11
必要に応じて交換（69）	31	15	2	0	18	3
ほとんど使用しない（1）	0	1	0	0	0	0
全く使用しない（0）	0	0	0	0	0	0
その他（1）	0	0	0	0	1	0
計	204	73	38	10	67	14

●表3 「グローブの着用状況」と「問診」（施設数）

感染症に関する問診を	グローブは					
	患者さんごとに必ず交換する	必要に応じて交換する	ほとんど使用しない	全く使用しない	その他	
全患者さんにする（113）	76	36	0	0	1	
患者さんに応じて（66）	45	21	0	0	0	
ほとんど聞かない（11）	7	4	0	0	0	
その他（11）	4	6	1	0	0	
無記入（6）						
計	207	132	67	1	0	1

●表4 HIV/AIDSの患者さんの治療に対する積極性と「滅菌可能なハンドピースの現状」（施設数）

	積極的に行う	応急処置のみ	外科処置のみ	断わっている	紹介されたことが無い	無回答
すべてのタービンが滅菌できる（167）	62	30	8	2	52	13
一部滅菌できるタービンがある（22）	7	5	2	0	8	0
タービンの滅菌ができない（11）	2	2	0	0	6	1
計	200	71	37	10	66	14

者を紹介されることがない」と回答した施設でも、その大部分が「すべてのハンドピースが滅菌できる」と回答しています。

●基本的な対応は整ってきている

前田 これらの結果から、設備面では満足でないにしても、一部の患者が集中している施設を除いて、ハンドピースとグローブという基本的な対応については整ってきていると考えられます。また、「今までに患者を紹介されることがない」と回答した施設でも、グローブに関しては「患者さんごとに必ず交換する」と「必要に応じて交換する」、また、ハンドピースに関しても「すべてのハンドピースが滅菌できる」か「一部滅菌できる」と回答しており、患者の治療経験はないものの、すでにB型肝炎ウイルス、C型肝炎ウイルス感染患者の歯科治療が日常的に実施されており、いわゆるユニバーサルプレコーションを実施していくうえで必要な体制が整いつつあるものと推測されます。

しかし一方で、患者が一部の施設に集中する傾向にあり、その施設では備品の不足、人員の不足は診療の適正運営に支障をきたしていることも推測できます。今後集中している施設への重点的設備投資、人的補助とともに、患者が居住地で容易に受診できる体制の確立による患者の分散化の両面からの対応が必要と思われます。また、地方でのプライバシー確保の問題も、吉崎班の評価委員会が現場での調査を綿密に実施しており、解決の方向に前進していることから、地方分散化にはずみがつくものと期待されます。

今回の調査では明らかにされませんでしたでしたが、これらの設備・備品の充実に加えて、診療に必要な情報の収集と、針刺し事故に代表される「職業上の暴露」時の対応、すなわち事故発生時のマニュアル作りに加えて、即時対応可能な施設、特にブロック拠点病院あるいは拠点病院との連携が確立すれば、潜在的に感染者の歯科治療施設は有意に増加する可能性を示していると考えられます。今後これらの潜在的能力を有する施設に対して、モデル診療事業等で実際の治療における運営面でも問題点の解決方法を伝達するとともに、吉崎班におけるブロック拠点病院と拠点病院の連携に、歯科診療を行う施設が積極的に参加し、「職業上の暴露」、特に即時対応が可能な環境を構築できるよう努力する必要があると考えられます。

池田 治療薬の進歩により、病気を持ちながら長く生きられる。30歳で感染すれば、70歳80歳まで生きていけるわけですから、その間にむし歯や歯周疾患で、治療を要したり、歯を失って、義歯が必要となったり、これからますます歯科の需要が高まることは明らかです。その際、治療薬との関係から鎮痛剤を使っているか、抗生剤は何を使っているか、薬を出すのもなかなか難しい時代になっていきます。日本でオーラルメディスンの訳はありませんが、糖尿病や高血圧や心臓病など慢性的な病気を持った人と同じように医学的背景を考慮した歯科治療というものを、考えていかなければなりません。前田先生のお話は設備・ハード面からの問題点を述べられましたが、今度は歯科治療におけるソフト面での情報も重要となってきます。

●HIV感染者の43%は歯科を受診

柿沢卓(東京歯科大学水道橋病院) 歯科大学付属病院のHIV感染者の診療の対応について発表します。歯科診療は、エイズ医療において、大変に立ち遅れています。大学に対するア

ンケート調査でも、受け入れているのが9施設、そのうち2施設しか公表できないという話です。

先日、関東甲信越ブロックの班会議で得たものですが、HIV感染者が一年間に270名いまして、そのうち歯科を受診しているのは42.3%ということで、非常に高い受診率です。

その他の問題点を申し上げると、歯科治療を行える施設が非常に少ないということ、治療を拒否されたり、歯科治療時にさまざまな差別を受けたり、歯科医師の意識改革の必要性が如実に現れていました。これらは一日も早く改革しなければなりません。

アンケートを当病院の全職員144名に配り、直接診療に関係のない事務職などを除いて112名について集計しました。「協力できる」が62名、「条件付きならできる」が19名でした。

歯科治療受け入れの賛否をとったものです。有給者で比較的年取った医師ですが、賛成が多くて、反対に衛生士はどうも積極的ではありません。

受け入れ反対の理由として、「他の患者への影響が心配」というのが大きいです。

協力の条件として、医師も衛生士も、針刺しなど感染防御に対して懸念があるようです。それから、感染した場合の医療費の保障、現在では労災の保障しかないみたいだと。そういうような知識不足のところもあるようです。

どの程度感染防止策をやっているか、簡単に質問しました。グローブの使用について、うちの医院では衛生士はほとんど全部使っています。

アイガードは、常時使用しているのは半数、絶対低いですね。概ねマスクを使っておられて、初歩的なプロテクションはまず心配ありません。

どのくらいHIVに関する知識を持っているかですが、基礎的な知識を具体的に持っているかというのは、だいたい常識的なレベルのようです。

現在、歯科大学の教育課程ではHIVや感染予防など、または普通の感染に関する基礎的な講義は各科で個別にはあるのですが、HIVに関する総合的な臨床講義は各大学ともほとんど試みられていないような状態です。我が大学でも、実際にHIV感染者の治療経験のある教官がいないわけですから、病院での充実を図っていかなければならないと思います。

●手袋、マスク、できるところから始める

鈴木信治(鈴木歯科病院) 南区には中小の町工場が集まっているところがあり、今はその近くに夜の番組でお馴染みの風俗店がたくさんできました。景気が悪くなった関係で、そこに勤めている外国人が減ったのですが、一時はかなり多くなって、それがきっかけで感染症を無視できないということになりました。もう一つは、開業当時は非A、非B型肝炎と呼ばれていた患者さんが、何年かして再診で来て、もう一度内科の先生に聞くとC型肝炎ということが何人かありまして、これも感染症への業務をやらざるを得なくなった一つのきっかけです。

診療室に2台の診察台を置いています。開業医ですから、さまざまな講習会に出て情報を仕入れてくるしかないわけです。その中から自分たちでできるものから始めていこうかと思えます。まず初めに、手袋と眼鏡とマスクは必ずしよう。手袋は使ったら捨てる、ディスポ、使い回さないと、皆で話し合いました。

講習会に行くたびに、スタッフに課題が増えていきまして、

最近、南谷班の歯科会議がありまして、チェアの背板のところについて、拭くのもいいけれど、ビニールカバーをする方が時間的に合理的ではないかと、早速始めました。

治療前の消毒のうがいについても最近ではコンクールを使う。そういったちょっとしたことから始めています。

最初はスタッフに受け入れられるか、心配だったのですが、意外とあっさりとやってもらえました。

消毒は、小器具類などは、超音波洗浄器で、溶解剤を入れて超音波をかけて、それから煮沸してから滅菌する。紫外線殺菌器も使っています。タービンにしても、血液とか唾液がかなり付着しており、感染しているしていないに関係なく、全部オートクレーブにかけています。

HIV関連歯肉炎の患者さんを診たときは、ネットワークがいかにかつと、しみじみと感じました。拠点病院の先生から歯肉が痛いという患者さんがいるから診てほしいと話があり、ああいよいよと軽く引き受けたのですが、びっくりしました。慌てました。どうしていいかわからなかったので、東京HIV研究会でお世話になっている相模原の小森先生、拠点病院の内科の先生と連絡をとりながら診療しました。治療としては、ブリッジを入れたり、歯を抜いたりしました。

ビニール類とか手袋類とかを合わせると、1人当たり100円位の経費になりました。これならできるんじゃないかと思っています。

以前、今もし自分のところでHIVの患者さんを受け入れられないとしたら、その理由は何かということ、郵便で聞いてみました。一人の先生は目に見えないウィルス感染症は手を出しにくい。もう一人の先生は、患者さんがHIVかどうかかわからないと困ると書いていました。漠然とした不安、コスト不安、根拠がないと言われても、漠然とした不安感が多いのではないかと思います。

日本歯科医師会、神奈川県歯科医師会は開業医向けのアピールを何かあるとちょっとやってくれるのですが、その後継続して情報提供なり、開業医の講習会など開いて欲しいなと思っています。

●地元で歯科受診する傾向に

宮田勝（石川県立病院） 私どもの病院は平成7年に拠点病院となっています。平成9年、平成10年の北陸地方は、報告されている感染者数が18人と少なすぎる。また、非常に閉鎖的な地域であります。しかしながら、本年1月24日に北陸地方の拠点病院連絡委員会において、41人の患者が報告されました。それは、一つには平成9年6月からHIVと人権・情報センター北陸支部の活動が開始され、センターの方のきめ細やかな訪問活動によって、責任者側の認識が変わってきた、そういう影響が感じられるようになってきました。

北陸は患者数が少ない。それでも性感染による感染者が増えつつある。ということは、感染を知らない患者さん、知っていても伝えない患者さんもいるでしょう。感染を知らない歯科医療関係者が治療をしていることが、全国的な傾向の一つです。北陸地方では6つの地域で歯科治療経験者がありますが、大多数がブロック拠点病院の医師です。しかし、特に重要なのは、この一年間の違いです。元々は東京で治療されていた人が、出身地の北陸に戻って治療する人が増えてきた。これからは、さらに地元の拠点病院で治療を受ける人が多くなる。金沢で治療している人が、富山、福井、あるいは石川県内の金沢ではないところへどんどん広まっている。しかもこの話は全国的な流れの中の一つで、基本的には歯科治療そ

のものは、近所の歯科医院で受ける体制をとらなければならないと思います。

本日は感染対策として、基本的な問題点を見る日、バリアテクニック、器具の滅菌の重要性、院内感染の防止、患者さんの人権への配慮、これは基本的な概念だと思います。このような情報公開が行われまして、こういう情報を直接担当する人がファックスやインターネットで情報交換する。こういう姿勢が一番大事だと思います。

今の日本は情報不足で、インターネットが独り歩きしている。例えば、アメリカでは今インターネット上に現れている情報の半分はでたらめです。だから、アメリカでは、まず患者さんが来てこういう治療法があると言っても、これは間違った情報だからと説明して、正しい情報を提供して、正しい治療を開始します。

日本でも、各地の人も、インターネットの人も、直接やり取りをする。Eメールを直接やり取りする。署名のないものはでたらめですから、全く信用できません。

今まで歯科という狭い範囲で捉えて治療する人が非常に多かったのではないかと思います。一番大事なのは、カウンセラーが医師などと協力することです。私どもの病院も、HIV情報センターと組んだ講演会によって、病院内の職員の意識が非常に高まった。こういう活動をもっと広めなければならない。そういう中に常に歯科が入れるような環境作りをしないと、我々の業界は多分なくなっていくでしょう。

質の高い歯科医療を提供することは重要ですが、もうひとつ大事なことは、新しい感染症が見つかって、古い感染症の逆襲もあって、そういうものが来ても、同じようにやっていたら、問題はない、そういうことを強調したいと思います。

この間の日曜日ですが、歯科衛生士だけによる情報交換会を行いました。47名が参加しました。アメリカではプラクティショナルというエイズ専門のナース職がある。これは医師と同等の治療ができます。

病院とか医院で歯科医師、歯科衛生士、歯科技工士、あるいは、その他のスタッフが集まって、情報交換を繰り返していくこと、そういう努力が必要です。

●感染者も非感染者も同様に治療（質疑応答から）

参加者 / クリニックでは、時間的に分けることはしていますか。

鈴木 / していません。通常の診療の流れの中で、HIVの患者さんの前後は、多少予約時間をずらすことはありますが。

参加者 / 今のお話を聞いていると、例えばHIVの患者さんと、HIVでない患者さんと治療の道具も、セットの状況も全く変わりません。変化ありませんから、外から見た感じでは見分けがつかない、分かりませんね。

参加者 / 鈴木先生にお聞きしたいのですが、北海道のレッドリボンというNGOの団体です。今開業医の方で協力してくれる先生がいます。どうしても大学病院では月一回のペースになるので、その先生が他の先生にも働きかけてくれている状態です。今、鈴木先生から聞いたそういうものを、こちらの開業医の方に資料とかそういうもので提供していただくことは可能でしょうか。

鈴木 / 私のできる範囲であれば、どういう形で協力できるかは、まだわかりませんが。

エイズ看護の現状と問題点

キーワード①カクテル療法②ケースマネージメント③在宅ケア④社会生活力⑤感染防御

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）

演者 前田ひとみ（熊本大学医療短期大学） 山田雅子（セコメディック病院）

●まとめ

本セッションの会場に参加した看護職者を中心とする人々はおおよそ90人ほどと推測された。会場は、参加の人数に比して狭く、多くの人々が壁面に立ち並んで参加され、熱心に報告を聞き、討論し合った。

エイズ看護の実践は、新薬の登場で、進行性の急性疾患対応から慢性疾患対応へと大きく変容した。この変容に従い、今後の看護サービスの場は専門外来看護および訪問看護サービスへと変わっていく。そこで、これらの看護サービスの先駆的实践を担う看護職者から、その実際を聞き、提起された課題について、短時間の討論を行った。結果、次のような看護課題があることを確認した。

- ①予防教育を重視する。
- ②日常生活の実際に合わせた服薬調整とその維持および継続的な指導をすることが重要である。
- この実際については、第一に、365日同じ服薬計画では無理が大きく、その人の個別的な日々の活動に合わせた計画を立てることが必要である。第二に、立案された計画が、目的に沿うものであるか否かを薬の血中濃度などにより確認しておく必要がある。
- ③支援はQOLの向上を目的とする。
- ④環境を整備する（スティグマの解消や人的支援の強化をはかるなど）。
- ⑤保健医療福祉各機関の連携を促進する。
- ⑥看護教育のプログラムに、エイズ看護法を組み入れる。

●エイズ患者の抱える問題点と看護婦の役割について

前田ひとみ（熊本大学医療技術短期大学部）「看護」理論に共通するサブ概念として「人間」「健康」「環境」「看護ケア」があります。私は「人間」「健康」「環境」の関係をスライド①に示すように考えています。人間の健康は環境によって影響されることから、人間に関連するニーズを充足するために、看護は人間を取り巻く環境を調整しなければなりません。抗HIV薬の開発に伴う治療の発達やエイズ患者の障害者認定の開始などによって、HIV/エイズ患者を取り巻く環境は複雑になってきています。

そのような中でHIV/エイズ患者が治療に対して主体的に取り組み、できる限り自立して生活するために、看護婦は抗HIV薬について良く理解し、患者の服薬状況を確認しながら服薬指導を行うことが必要です（スライド②）。

さらにHIV/エイズ患者が長期に療養を続けていくためには、確実な服薬に加え、病状の進行や生活障害の変化に応じた生活の調整が必要であり、それにはHIV/エイズ患者のセルフケア能力を高め、免疫能の維持や向上をはかることが重

要となってきます（スライド③）。

また、我が国におけるHIVの感染経路としては性的接触が増加してきており、静脈薬物乱用に伴う感染者やエイズ脳症等による精神疾患を伴った患者も少しずつ増えてきています。そのため、医療・保健・福祉に加え感染者を取り巻く家族、友人等との調整を図ることがますます重要となってきています（スライド④）。このようなHIV/エイズ患者の多種多様なニーズに対応するためには、患者に専門的に対応できる医療者が必要であると思います。

すでに、我が国のHIV/エイズ医療の中核的存在をなすいくつかの病院ではエイズ患者に専門的に関わる看護婦をコーディネーター・ナース（CN）という名称で導入しています。そこでCNと看護婦との役割・機能について患者の認知を調べ、比較した結果、看護婦の役割・機能としては主に診療の介助や院内のオリエンテーション等の業務内容が認識されていましたが、CNには他診療科、他職種、病院外の機関との連携・調整や自助グループの支援といった役割・機能が認識されていました。さらに患者の自己決定への援助機能が認識されていることが示されていると思います（スライド⑤）。

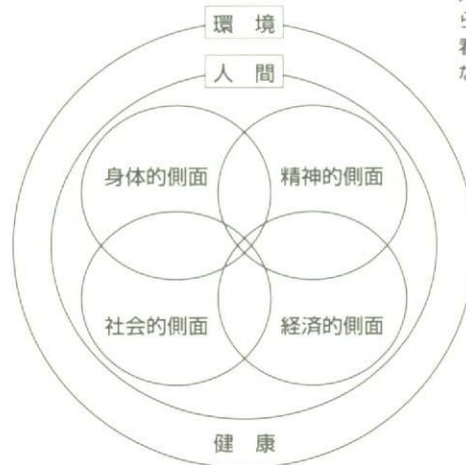
これらの研究をもとにCN養成のための教育プログラム（1か月間）を作成し、実施しました。そして本教育プログラム修了後の受講者の施設における活動上の問題を調べたところ、配置や位置づけによる制限により、役割・機能が十分に発揮できないことが示されました（スライド⑥）。

一方、HIV/エイズ患者に専門的に関わることのできるCNあるいは担当看護婦を導入している施設では、HIV感染による健康状態の悪化や社会生活上の諸問題の発生等に対する専門的な見通しに基づいた早期の問題解決ができるようになってきました。また、担当者がある程度固定されることにより精神的ケアや患者からの相談、指導がしやすくなり、患者のニーズに応じた、より効率的で生産性のある、質の高い医療・福祉ケアを提供できるようになってきました（スライド⑦）。

以上のことから、拠点病院でのHIV/エイズの看護体制整備については、担当者を明確にして患者への対応に当たることが専門性の高いHIV/エイズ看護の提供を実現するための方策であると考えられます。

スライド①

「人間」「環境」「健康」
概念の図式図



人間の健康は環境によって影響されることから、人間に関連するニーズを充足するために、看護は人間を取り巻く環境を調整しなければならない。

スライド②

抗HIV薬について良く理解し、
服薬状況を確認しながら服薬を指導する。

- ・抗HIV薬の選択のために患者の日常生活の状況を把握する。
- ・抗HIV薬に対する感染者の感情や気持ちを理解する。
- ・服薬並びに副作用の状況を把握し、副作用のある場合には苦痛を理解し軽減を図りながら、服薬を継続できるよう働きかける。

スライド③

感染者のセルフケア能力を高め、
免疫能の維持や向上をはかる。

- ・感染者が自分の状態を客観的に把握し、自己管理できるように病態や検査データの意味についての理解を促す。
- ・感染者の生活を考慮した日常生活管理と合併症や感染の予防方法を具体的に指導し、実施状況を確認する。
- ・感染者自身が合併症等の異常を早期に発見できるよう観察のポイントを具体的に指導し、観察を習慣化させる。
- ・患者の必要に応じた社会的資源を活用する。

スライド④

感染者と感染者を取り巻く人々との
調整を図る。

- ・患者と医者の橋渡しを行いながら、医師やコ・メディカル間の調整を図る。
- ・家族や友人との調整を図る。
- ・感染者と家族へのカウンセリングマインドをもって接する。
- ・状況に応じた楽しみや役割を感染者自身が見出せるように働きかける。
- ・プライバシーを保護しながら社会的資源の紹介や調整を行う。
- ・患者同士の支援関係を援助する。
- ・医療施設間のネットワークの拡大を図る。

スライド⑤

コーディネーターナースと看護婦の
活動内容の比較

コーディネーターナース

- ・薬の説明や障害者申請等を含む
- ・情報提供
- ・患者の精神的サポート
- ・治療等に関する患者の自己決定への援助
- ・他職種連携・調整
- ・自助グループの支援

看護婦

- ・療養生活の世話
- ・医者補助
- ・治療の介助
- ・診療待ち時間等の調整

スライド⑥

看護活動にかかわる問題点

研修前

- ・専門スタッフがない
- ・知識不足
- ・HIV/エイズ患者の対応に関する規則に伴う問題

研修後

- ・組織全体（特に看護婦）の理解を得る事が難しいため「連携・調整」が不十分である
- ・他の業務との掛け持ちのため、エイズ患者だけにかかわることができない

スライド⑦

エイズ看護体制の確立によって
もたらされる効果

- ・起こりうる問題を予測した早めの対応と高度な問題解決能力
- ・患者のニーズに応じた医療・福祉サービスの提供
- ・継続した保健医療
- ・包括的医療の提供
- ・質の高い医療・福祉サービスの提供

●HIV／エイズ患者に対する在宅ケアの現状と課題

山田雅子（セコメディック病院）／ここでは、HIV／エイズ患者に対して現在までに行われてきた在宅医療の現状を分析し、今後の課題を検討したいと思います。

私たちは、現在我が国において、HIV／エイズ医療を先駆的に行っている医療機関より、在宅医療実施患者に関する情報を募り、現在14名（男性13名、女性1名）の症例を集めました。近年、抗HIV薬の劇的な進歩により、HIV／エイズは必ずしも死に至る病ではなくなってきています。この変化に伴って、在宅医療で求められてくる要求にも変化が見られているので、最新の状況について報告します。

14名の在宅医療に対する要求をまとめると次の5つに分類できます。①在宅で日和見感染症の維持療法を必要とする患者で3例、②ターミナルケアを必要とする患者3例、③高齢であり介護型の在宅ケアを必要とする患者1例、④精神疾患のコントロールを必要とする患者1例、⑤社会生活力が低下している患者6例です。

こうした事例を通してHIV／エイズ患者に対する在宅医療を普及していくために必要となる条件整備について次の3点について検討しました。

まず、在宅ケアにおける感染防御マニュアルを作成しました。在宅ケアの場面において、患者の血液あるいは体液を扱う必要のあるケア項目として、HIVに関するケア、口腔ケア、排泄ケア、褥創処置、陰部清拭があげられますが、家族を含めたケア提供者に対して、感染防御に関する適切な教育を行うことが必要です。その際、スタンダード・プレコーションの概念を取り入れた教材を作成することが必要です。また、手袋などの感染防御用具を使用することを推進するため、必要な費用が患者負担、あるいは施設負担にならないよう、物品購入ルートを整備することも重要です。

次は、在宅ケアに関係する医療者および介護職者への教育についてです。ケア提供者は、感染防御に関することだけではなく、HIV／エイズに関する疾患および治療について詳しく知り、服薬の重要性、日和見感染の予防および早期発見に積極的に関わられるようトレーニングされる必要があります。その際、専門医療機関が率先して地域における在宅ケア提供者に対する勉強会を催すことが求められています。

最後に、専門病院と地域の連携の強化ですが、最近の傾向として、精神疾患のコントロールを必要としている患者、社会生活力が低下している患者が増加している傾向にあり、長期にわたり、専門医、保健婦（士）、看護婦（士）、医療ソーシャル・ワーカーといった他職種が計画的に関わり、生活支援に重点をおいた疾病コントロールを行っていく必要性が見え始めています。専門医療機関と在宅ケア提携を強化し、情報交換を行い、ケアプランを立案・実行していくことが求められています。

これまで、在宅ケアは、高齢者を主な対象とした介護型の在宅ケア、末期がん患者を主な対象とした在宅ターミナルケア、医療機器を在宅で活用するハイテク在宅ケア、精神訪問看護の4つの領域に分類されてきましたが、HIV／エイズ患者に対する在宅ケアの仕組みもこうした枠組みで十分説明がつくことが明らかになりました。つまり、HIV／エイズ患者であっても、これまで開発されてきた在宅ケアのシステムをもって十分に対応が可能であると考えられます。しかし、疾患特有の問題をよく知ったうえでケアプランを立案すること

が、疾患の進行を抑制することや日和見感染症および二次感染を予防する目的で何よりも重要であることが指摘されています。今後さらに、専門医療機関と在宅ケア従事者間の十分なコミュニケーションが求められていると言えます。

スライド①

事例：維持療法期

- ・40歳、女性、感染経路不明
- ・CMV網膜炎（CD4：69個／ μL ）
- ・フォスカムネット250mgおよび生食2,000mlの点滴
- ・CVカテーテルを介しての投与
- ・3剤併用療法にてCD4が111個／ μL まで回復
- ・眼内埋め込み術後、上記治療を終了し、経過良好

スライド②

事例：ターミナル期

- ・43歳、男性、同性愛者
- ・クリプトスポリジウム症、AIDS脳症
- ・「自分の部屋で死にたい」
- ・在宅TPNを施行
- ・退院当時、ADLはほぼ自立
- ・退院後1週間で歩行不能となり、介護に当たっていた母の希望で再入院となり、数日後死亡

スライド③

事例：高齢者

- ・70歳代、男性、同性愛者
- ・老衰、寝たきり、褥創あり（CD4：約400個／ μL ）
- ・訪問看護ステーションへ依頼するが、経験がないと受けてもらえず
- ・褥創処置は、寝台車を頼み、外来にて実施
- ・専門医療機関の医師が往診し、自宅にて死亡

スライド④

事例：精神科疾患合併

- ・20歳代、男性、血友病
- ・自宅へのひきこもりのため、外来受診できず
- ・HIV感染症に対して未告知であり、適切な服薬管理がなされていない
- ・精神科のコンサルテーションを受けることが必要
- ・母親でなく、本人に対して服薬指導を行うために訪問看護が必要

スライド⑤

事例：社会生活力低下

- ・48歳、男性、無職（日雇い）、独居
- ・PCPIにてAIDS発症
- ・食生活の改善、生活環境の改善、就労に向けた支援の必要性あり
- ・行政の保健婦と連携し、2週に1回の訪問指導を実施

エイズカウンセリングの現状と問題点

キーワード①心理・社会的相談援助②チーム医療③カウンセリング体制④患者・家族支援カウンセリング

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)

演者 矢永由里子 (国立病院九州医療センター)

●まとめ

エイズカウンセリングに関わっている専門職の人数はまだ少ない現状にある。しかし、相談援助に対するニーズの内容は非常に幅広く、HIV特有の問題の他に、他の疾患にも共通する問題も多くあることが調査や事例の中から示された。そのことを受けて以下の6点が指摘された。

1. まず各専門職が感染者の相談内容について量、質ともによく認知する必要がある。
2. 相談援助に関わる各専門職の専門性について相互理解を深めることが重要である。
3. カウンセラーやソーシャルワーカーの人員配置が少ない中で、HIV特有の制度である派遣カウンセラーは、現在幅広い相談内容に対応しており、補完的またはコンサルテーションの役割をも担っているが、緊急対応や院内とのコミュニケーション等において限界がある。
4. 病院におけるカウンセラー、ソーシャルワーカーの配置が各病院や地域で差が大きい中で、各専門職種は柔軟性をもってチーム医療を形成する必要がある。その際互いに職種の専門性の内容を尊重し、よく知ったうえで協力、紹介、補完することにより、患者にとっての混乱を防ぐことが必要である。
5. 上記を実現するために各専門職が各々の質を深めるための教育が重要である。
6. エイズカウンセリングが提示した患者支援のシステムづくりを他の病気、障害に対しても対応できるような形で整備する必要がある (なお、専門職とは、医師、看護・保健職、心理専門職、社会福祉職、派遣カウンセラーを指し、特にカウンセリングについては、主に医師を除く各専門職を指す)。

●心理社会的援助の実態調査

小西加保留 (桃山学院大学) HIV感染者・患者に対する心理社会的援助の実態調査を行いました。拠点病院でHIVカウンセリングを行っている医師、看護職、心理専門職、ソーシャルワーカー (福祉職)、および派遣カウンセラー1014名に質問票を送り、426名から回答を得ました。426名の4割は関東甲信越地方に集中しています。

この調査で拠点病院スタッフおよび派遣カウンセラーによるHIVカウンセリングの全容がかなり明確にできました。

HIVカウンセリングは、クライアントの「心理的問題」の有無に関わらず提供され、身体、心理、社会的に非常に広い範囲の内容を含んでいます。相談内容は、経済的問題など、他の病気にも共通している問題の他、HIVに特有の問題もあります。

職種別の特徴も明らかになりました。例えば、医師とカウンセラーでは認識が違います。医師の考えるカウンセリングの

範囲は、予防や知識といった本来の医学の領域に集約されています。看護職は、治療内セルフケアに多く関わり、経済や、心理面にも重要な認識が高いのですが、総じて十分自信が持てないようです。ソーシャルワーカーは、経済面、人権擁護の認識が高いのですが、心理的側面への関わりは十分ではありません。

心理職は従来は精神科臨床に職務が集約されているという特徴があります。

派遣カウンセラーは非常に幅広い活動をしていて、評価されるべきかと思いますが、これをすべての疾患に対して制度化するのは無理であると思います。

今後の課題としては、看護職に対しては、セルフケアなどを中心に、患者に身近な存在として、コーディネーター役に自信がもてるような教育が必要だと思います。

それから、福祉職については、具体的な実践レベルにつながる教育の不足があります。また、非常に多忙なので、どうしてもケースに翻弄されて、サービスを中心とした活動になってしまう。ただし、非常に援助ニーズがあるので、もう少しそれに対応できるマンパワーの確立が不可欠です。

心理職はよく言われているように、ほとんど精神科所属で、なかなか活動が広がりにくく、また近寄りたいたいというイメージを増幅させていると思いますので、そのあたりのシステムを変えていく必要もあります。

こういった調査で得られた共通認識をもって、相互理解を促進することによって、本当に患者さんに役立つようなチーム医療を実践すること、そして各職種の質の向上、システムの整備とこの3つが連動する必要があるのではないかと考えています。

●派遣カウンセラーの活動範囲

山中京子 (東京都衛生局医療福祉部) 現在の医療体制における派遣カウンセラーの位置づけということで、どのような活動範囲が可能か、3つに分類しました。

まず1番目。院内に心理職、社会福祉職というような専門職がない病院が全国的に見てもあるわけです。心理職も福祉職も両方まったくない。ドクターとナースの職種しかないというところで専門的な心理社会的な援助が欲しい場合に派遣カウンセラーを利用する場合があります。このような場合は、心理職と社会福祉職の役割を兼務するような活動になっています。

2番目は、院内に心理職、福祉職はいるのですが、いろいろな事情により、積極的にHIV感染者の援助活動に参加できない場合に、派遣カウンセラーが派遣される場合があります。例えば精神科所属の心理職ですと、他の科に出ていく事情、条件が整わないような場合です。また、福祉職の場合、非常

に忙しいという時間的問題があって、不足しがちな部分を派遣カウンセラーが補うということがあります。

次に3番目ですけれども、院内に心理職、福祉職がいて積極的にHIV感染者の援助活動を行おうとする意識はある。けれども知識や情報あるいは経験が不足してある意味自信のない状態になっている、というような場合に、カウンセラーが間接的に援助する。コンサルタントとしての役割をもって活動をする。患者さんに直接的に関わらなくても支援をする。というような活動のスタイルがあり、主にこの3種類に分けられると思います。

院外からの派遣カウンセラーや院内の福祉、心理の専門職がない状態でも患者の心理社会的なニーズを満たす活動というのはもちろん可能ですし、実際に行われています。医師やナースが医療チームの中で役割を拡大化させて、心理社会的援助を積極的に行っていくというやり方もありますし、もう1つは、ナースコーディネーター、コーディネーターナースと呼ばれていますが、そのようにHIVの専門ナースになった人が積極的に心理社会的援助も行うという活動の展開があると思います。

●30都道府県が派遣している

山中 派遣カウンセラーは、厚生省が96年に派遣カウンセラー設置事業ということで予算をつけました。都道府県が半分予算を持ちますと厚生省が残りの半分の援助して予算をつけるという制度です。そして1988年に東京都が独自の予算で初めて2名の相談員を採用し、この制度が始まりました。昨年度までにこの事業を実施しているのは30都道府県となりました。

東京都では平成5年度以来、毎年平均約44件の新規依頼を受け付けています。新規依頼数は極端に変動していませんが、依頼する医療機関数は5カ所から16カ所に増えています。

今のような派遣カウンセラーが一体何をしているかというのを、都の専門相談員制度について昨年度分析したところ、実は、カウンセラーの機能は2種類あったわけです。ひとつは、カウンセリング、つまり感染者に対する直接的支援ということです。次に意外に自分たちの時間がコンサルテーション、医療スタッフに対する直接的な支援に使われていたということがわかりました。

カウンセリングの内容は、細かく分けると3種類を活用していただろうということがわかりました。ガイダンスという情報提供、指導助言ということ。それから、心理カウンセリングといって、そういう指導助言をせずに支持的な心理的はたらきかけで情緒を受け止めるというような活動です。心理療法は、より深い洞察、深い心理的はたらきかけをします。この3種類のカウンセリングの内容です。

そして、カウンセリングのテーマを分類すると、症状に伴った心理的な危機の問題とか、生活上の現実的な問題、人間関係上の問題もあれば、深い心理的な問題、または実存的な問題と、非常に幅広い問題をテーマとして扱っているということがわかりました。

また、コンサルテーションの内容を分類してみますと、実は3種類のことをやっていることがわかりました。1つは、統括医療体制に関する相談。コーディネーションのようなことです。それは、院外の社会資源の情報をお知らせする、あるいは、院内の資源を調整する役割です。こういったソーシャルワーカーにお願いしてもいいような活動も行っていることがわかりました。その他に、クライアントケアに関する相

談。クライアントを理解するためのアセスメントをして、それを伝えるということ。場合によっては、医療スタッフのメンタルヘルスでの支援ということです。告知や死にまつわるいろいろな問題というのは、今までの医療スタッフが扱わなかったものですので、これらに対する負担を何らかの形で援助していました。

●派遣カウンセラー制度の持つ課題

山中 何といっても院内に常駐しているわけではないので、1つは患者さんが緊急時などの対応を求められた時、対応が難しいという問題があります。

それから、2つ目は、院内のコミュニケーションの形成に努力が必要です。院内にいませんから、人間関係を作るとか、連絡調整とか、努力しないとできない状態にあるということです。

3つ目は、派遣への抵抗感。「カウンセラーに来てほしい」と患者さんが思っても、「わざわざ外から……」と患者さん自身の中での抵抗感があつたり、患者さんが来てほしいと思っても、医療スタッフにしてみると、外からの人がどの程度の役割でどんな働きをしてくれるのかよくわからないという抵抗感があります。

4つ目は、私達自身のコンサルタントとしての認識が不足していたということですが、やってみてわかったのは、実は直接的支援ということと、だいたい同じような重みで、実は医療システムとか、医療スタッフに対しての援助が求められていたということです。

そして、いろいろな医療機関に向いて一人で動くということで、カウンセラー自身のケアの問題というのがあります。これについては意外とネットワーク等が発達していて、逆にいえば、ネットワークを発達させないことには、カウンセラー自身が一人でやっていけないということなのかもしれません。そのような問題を残していると思います。

●チーム医療とはCTスキャンのようなもの

矢永由里子（国立病院九州医療センター） 一つの試みとして1997年の4月から、九州においてチーム医療の体制を整備し始めました。チーム医療の定義付けとして、イギリスのエイズのケアスタッフが書いたものがあります。一つはチーム医療の方向性というのは、患者に対しスタッフ間で共通の認識を持ち、ケアの総合的の理解することが重要である。もう一つ大切なのは職種間の相互の理解と認識に努める、ということです。

リハビリテーションの場合、以前からずっとチームでやっています。上田敏先生は、チーム医療とはCTスキャンだと言っています。つまり、一人の患者さんはいろいろな側面を持っている。それに対して、ドクター、ナース、理学療法士、それからソーシャルワーカー、カウンセラーそれぞれが関わる。ナースは医師と一緒に連携しながら、ジェネラリストとしてすべての部分に関わってくる。それぞれの立場で少しずつ違った患者像を見ていき、それを最終的には合同検討の中で統合的に理解していく。ちょうどCTスキャンを解析していくような、そういうアプローチが必要だということです。また、相互の信頼、それぞれのスタッフが民主的な人格を持つことが必要になります。

●九州医療センターの外来と入院のシステム

矢永 外来では外来受付でナースが患者さんに対して関与し

ていきます。初診の場合は、カウンセリングも一緒に流れに入れてもらっています。まずは、カウンセリングをやるという特別なものではなく、顔合わせと、いろいろな問題を抱えますから一緒にやってみようという簡単な説明をします。その後再診の時は、患者さんやご家族が希望すればカウンセリングを継続、という流れを作っています。それから、服薬指導、栄養指導も入っています。

入院ですと、医療センターの場合は、どの患者さんにも服薬指導、栄養指導がローテーションの中に入っています。ですから、栄養士や薬剤師の先生、それから担当ナース制度、それから主治医、カウンセラーといった合同の形で患者さんに対してケアを行っています。

そして、月2回カンファレンスを行い、関係のスタッフ、外来や病棟のナース、医師、カウンセラー、それぞれのスタッフが一緒に集まってケースを始めます。

それでは、カウンセリングとは何をするのか。従来の、心理療法家のやってきた、本当に深い部分、実存それから喪失、こういった個人的な家族、患者のプロセスを取り上げます。他の医療スタッフに働きかける医療の環境整備もあります。社会環境、これは直接医療とは関係ありませんが、必ず連鎖する形で地域との関わり（患者会）もあります。カウンセラーとしてはそれぞれ、その時のニーズに沿って、活動していく必要があります。ソーシャルワーカーとの連携が必要で、九州医療センターは今も常駐のソーシャルワーカーはいませんので、私は地域でソーシャルワーカーの友人たちとHIVの研究會をしていますので、その人たちと連携をとっています。

医療センターでは、感染者、患者さんは29人、家族・パートナーが6名、感染者の7名が性的接触による感染です。

カウンセリングの面接に来られた後にまた次（精神科医等）につないでいったケースも多く、他との連携が本当にチーム医療の中で必要ですし、またそれをやっていくことで、患者さんのニーズに対応できると思います。

●入院を嫌がる30歳代の患者さんの場合

矢永 30歳代の血友病の方の事例を紹介します。この方は、全身倦怠感や貧血などの症状があり、入院に対し拒否的でした。聞いてみると、前の病院で毎日採血をされていて、全然説明されない、結果も教えてくれず、そういう入院生活は本当に嫌だということでした。その患者さんの声を主治医に伝えて、主治医が患者さんと話し合い、本当に必要な採血だけをやる、その結果はきちんと教えます、ということで、かなり安心感を得ました。その後、また外来で治療を受けられたのですが、そのときに、患者さんの関心として体重増加などがあり、栄養士の先生にこの時、初めてこちらからつなぎました。その後、急変して亡くなったのですが、遺族の方のフォローということで、継続しています。またこの間、患者さんの病気を受けとめ、死に対する不安等について患者さんと話し合いを継続していきました。

カウンセリングの機能と貢献ということで、カウンセリングの場合、患者さんと家族を一つのシステムとして両方重要視し、両者に対応し、それでケアの継続をしていく。患者さんの了解をとりながら医師やナースに対して、情報提供をしていく。ナースの看護計画等にも協力をし、情報も提供する。それから、患者さんの代弁者という役割もして、主治医に伝えたり、環境のことなど患者さんがなかなか言い出せないところを取り次ぐ。それから、医師やナースに対しての精神的なサポートも行います。

最後に、チーム医療の有効性としては、幅広いニーズに答えることができるという点があげられますが、落とし穴は、いろいろなスタッフが関わるため、患者の守秘義務をどこまで守っていけるかということにあります。複数の職種が集まることで、チーム医療と名づけていますが、実際、受け手の患者さんとその家族がどう満足しているかをフィードバックしながら作っていく必要があります。カウンセラーの仕事の中で、他の職種と重複した部分もあり、それぞれの専門性を生かしながらも硬直化せず、穏やかな分担当が良いのではないかと思います。ケースバイケースで、重複した部分を調整して、柔軟に対応することが必要です。

●ソーシャルワーカーと重複する部分（質疑応答から）

参加者 矢永氏のカウンセリングの機能としての項目が、ソーシャルワーカーとしての機能とまったく同じです。HIVに限らず他のカウンセリングのときも、矢永氏の言うチーム医療のカウンセリングの機能は有効なのでしょう。

矢永 チーム医療で、患者さんに対してさまざまな心理的問題を扱う部分は、ソーシャルワーカーと違うと思う。当センターでは私は地域資源の紹介などもやっている部分もありますが、ある部分、ソーシャルワーカーとカウンセラーが果たす機能が重複するのは避けられない。ケースに応じて最も適切な人が対応するという柔軟な姿勢も必要だと思います。

参加者 患者さんや家族などとの関係が、あるところで切られてしまうことがあると、大変困ります。もう1つは、HIV感染の場合、例えば、保健所で検査をする段階で、病院に入る前のカウンセリングはどうしたらいいのですか。

参加者 基本的にはニーズがあれば、やっていく。ただそうになると、場所の問題がある。例えば、病院に行きたくないという患者さん、病院での面接を嫌がる人に、地域の中でのカウンセリングを考えています。

小西 今回の4番目のキーワード「患者・家族支援」ということで、私の方の調査では、保健所の方は対象にいたしました。ただし各専門職の本来的な役割分担、それぞれの専門職の重み付け、専門性があることを認識したうえで、チーム医療を担うメンバーがカウンセリングの機能というものを臨機応変に使っていく。もしスタッフが整えば、一番身近にいる看護婦さんに、そういう役割を振ってもらおうというのが、日本ではフィットすると思う。もし、リエゾンの精神科の先生がいる場合にはそちらに回す。この際、回せるだけの判断力が必要です。共通認識がないと、ここで一体何が起きているのかという判断ができないと、混乱する一方です。

参加者 拠点病院でエイズのチーム医療に関わっています。大阪は国立大阪を除いて拠点病院が14か所ほどありますが、患者さんを診療したことがない病院もあります。拠点病院でもソーシャルワーカー不在のところが多い。心理職になるともっといない。だから派遣カウンセラーの制度は非常にありがたい。今までの話では、保健婦の仕事と専門的な心理療法以外の分野では重複する。でも双方の職員が数として少なく、両方を兼ね備えた病院というのはブロック拠点ぐらいです。だから、柔軟に情報を交換しながらやるべきだと思う。医療の現場でやっていると、「チーム医療」というわりには、ドクター主導型で、ピラミッド型の医療である。HIV医療に限らず、各職域が患者さんを中心にして、等距離で民主的で誰もが発言できるような医療ができればと、思っています。

エイズ救急医療体制の現状と問題点

キーワード①救急医療②感染対策③スタンダードプリコーション④針刺し事故(CDC guideline)⑤暴露防止プラン(OSHA)

座長 益子邦洋(日本医科大学付属千葉北総病院) 副座長 木村昭夫(国立国際医療センター救急部)

演者 有賀 徹(昭和大学医学部救急医学) 相馬一玄(北里大学救命救急医学) 荒木恒敏(久留米大学高度救命救急センター) 工廣紀斗司(日本医科大学付属千葉北総病院) 藤井千穂(川崎医科大学救急医学)

●まとめ

救急医療に関わるさまざまな医療従事者が安心して医療に専念できる体制作りを通して、HIV/エイズ患者が安心して救急医療を受けられる体制を構築することを目的とし、現状と問題点を明らかにするためにワークショップを行った。討議に先立ち4名の先生に基調講演をいただいた。昭和大学救急医学科・有賀先生には「救急医療におけるスタンダードプリコーション」のテーマで、その重要性と必要経費、感染症専門の医師及び看護婦(ICD、ICN)の育成を通して院内感染対策のシステム化を図る必要性につき、北里大学救命救急医学の相馬先生には「救急室における感染症専門医のバックアップ体制」のテーマで新興・再興感染症の現状、救急室の感染症コントロール、感染症専門医の役割につき話していただいた。また、久留米大学高度救命救急センター・荒木先生には「針刺し事故の予防と対応」のテーマで、針刺し事故が報告されていない現状が明らかにされ、CDCガイドライン、OSHAの報告EPINetの紹介がなされ、日本医科大学付属千葉北総病院・工廣先生は「米国における暴露防止プラン」のテーマで、OSHA、CDCのガイドラインにつき詳細に報告された。

引き続き討論に移り、サーベイランスの確立に関しては感染症専門の医師、看護婦等が核となり、epidemiologistとして組織作りをする必要性が確認された。また救急医療従事者に対する教育に関しては、HIV/エイズに限定せず幅広く感染症教育を行うことの重要性、我が国における感染防止スタンダードを確立するためには財源の問題を解決する必要があることから、国及び都道府県をあげて取り組む必要があること、暴露事故発生時のレポート提出を徹底させることが確認された。

時間の関係で労災扱いに関する問題は割愛されたが、最後に川崎医科大学・藤井先生から特別発言があり、救急医療従事者を感染から守ることが、患者が安心して救急医療を受けられる体制作りにつながることになり、ユニバーサルプリコーションの重要性が強調された。今回のワークショップを通じて、HIV/エイズに関わる救急医療の現状と課題が明らかになった。これらの課題を克服するために今後の研究を推進したい。

●救急医療におけるスタンダードプリコーション

有賀徹(昭和大学)／スタンダードプリコーションとはどういうものか。すべての患者さんの体液・排泄液は感染の可能性がある、感染から患者さんを守ろう、医療従事者を守ろう、ということです。そういう中で院内感染を防ぐことができるし、一定の質のケアをすることができます。

基本的な対策として、手洗い、防護用具、接触、飛沫、空気、清掃、リネンの取扱、ハイリスクの鋭利な器具があります。例えば、リキャップをやめる、廃棄は分別する、容器の問題などあります。私たちの病院でもそうですが、ふたがついてなければならぬという問題が出た時、ふたをつけると入れにくい、そうこうするうちに詰め込み過ぎるとひっくりかえる、などいろいろな問題があって、日本におけるスタンダードはないと思います。

スタンダードプリコーションを早速始めるとなると、すべては先立つものが必要で、お金がかかります。ハードの部分プラスソフトの部分で、そのプロセスの部分を含めたお金として1メートルあたり年間約33万円くらい、1メートルあたり1日900円かかる。これを引用している文章によりますと、比較的従来から一生懸命やっていて、いい医療の質を提供している病院でだいたいこれくらいだとされています。

私たちの大学の救急処置室では手袋、マスク、ゴーグル、キャップ、ガウンなど使って基準を守らなっています。

どのくらいかかるかという話ですが、昨年12月に揃えたもので、だいたい70万円です。1月いくらかわかりませんが、だいたい100万円だとすると、1000万くらいの救急医療センター分があるわけですね。

これから先私たちがスタンダードプリコーションをやっていくんだという時、どういうふうに医療の中で築かれていくのか、お金は重要な問題です。

●サーベイランスで現状を把握する

有賀／全体の感染対策として作戦をたてる時どうするか。どれくらいのこと起こっているのかを把握しないとけない。サーベイランスをすることによって現状を把握する。このへんが非常に大事になる。それがわかれば、対策マニュアルなり、教育なり、説明なりができる、というわけです。

1995年までの米国のHIVに関しては職業感染と確認されたものが49名。ラボの人が15人、ナース24人、内科の先生10人ということがわかっています。

米国の感染管理に関して言いますと、感染管理のインフェクションコントロールナース、ドクターがいて、それが仕事の半分をサーベイランスに費やしています。

我が国ではこういう人たちがいません。ばさっと抜けている状態で、マニュアルを作っているのが現状だと思います。サーベイランスの方法も、検査室や主治医の報告をもってサーベイランスしていて、実際どうなっているかは、非常に疑問があります。これからは感染管理担当者は現場に直接行って、これらのスタッフから聞き出すこと、カルテを見ること、患者を見ることによって一定の診断基準に従って、一定のジャンル別にデータをだして、話を先に進めなければならない。

私たちに必要なのは、感染対策の実施責任者、決まったエディケーションコントロールナースやドクターです。彼らがきちんとサーベイランスすべきです。

もうひとつ重要な問題が、プレホスピタルからホスピタルへいく大事なジャンクションのところに、救急の責任者をおくことによって救急医療におけるインフェクションコントロールがかなり実行性のあるものになるのではないかと。それらを含めた形でのサーベイランスと、それに従った対策と、その対策に必要なお金と、ということを考えていかなければなりません。

●感染症専門医のバックアップ体制

相馬一彦（北里大学） 救急室における感染症専門医のバックアップ体制についてお話しします。近年種々の感染症に対して、免疫、血清療法、抗菌薬療法の3種による感染症への対応が可能になっています。一方、HIVなど新興感染症が問題となっています。加えて、かつてよく存在していた感染症で、近年再び増加、あるいは将来的に再び感染症となるおそれがある再興感染症が問題となっています。

21世紀の新興・再興感染症の時代にふさわしい新しい法律が本年4月に執行されます。新法では1類から4類まであり、感染度が強いかどうか、感染した場合の生命の危険性が高いかで分けてあり、さらに新感染症という項目があります。

我々の施設の救急室は、比較的広いとはいえ、救命措置の機器などで煩雑化しています。感染した患者さんは救急室に入るわけですが、換気システムは油圧換気であり、また、汚染駆除施設は設置しておりません。

外傷の出血により、治療に当たる医師を始め、医療関係者は日常的に血液に暴露されています。

ERでの感染症コントロールの目的は、ひとつは、患者さんから患者さんへの病原体の伝染を防止し、2つめには、患者さんから医療従事者への病原体の伝染を防止することです。しかし、共通の問題点として外傷では体液の飛散、患者さんの生命維持が最優先され、感染防止が後回しにされ、患者さんの既往歴、ワクチン接種歴など把握できないことがしばしばあります。

そこで、ERでの感染症対策として、結核などの空気感染のための防御。飛沫感染の防御。ERでの汚染されやすい観血処置への対応。汚染物廃棄物の設置。ラッサ熱、エボラ出血熱、マールブル病などのウイルス性出血熱の1類感染症のような感染性のきわめて強い病原体に対して、隔離・診断・治療・予防手術などが必要になります。これらは感染症医のバックアップがないと成り立ちません。

対策を円滑に施行するための感染症医の役割をまとめてみました。まず感染症医のコンサルテーションが24時間対応可能であること。業務ではひとつは院内感染症の集計、2つ目は、業務感染は医療従事者に対するもので、針刺しなどの血液、体液暴露などに迅速に対応すること。対策にはマニュアルが必要ですが、内容は検査・ワクチン・ガンマグロブリン・予防内服・労災手続きがあり、また結核などの発生時は報告書作成のうえで報告を義務づけることです。さらに3つ目は、注射針などの感染性廃棄物を一般廃棄物のごみ箱に投入する規定外廃棄物の対策で、これは廃棄物を処理する看護助手、廃棄物業者の針刺し事故などきわめて危険な行為ですので感染症医により監修すべきです。

感染性廃棄物対策としては、感染性廃棄物、一般廃棄物の分別用容器の設置が行われなければなりません。しかし、ER

ではその設置は非常に困難であります。

我々のERでは廃棄物のスタンダードプリコーションとして、使い捨てと示した容器にすべて一括廃棄という処理を行っています。

さらに感染症医の役割として、サーベイランスがあげられます。これには各病棟の分離品データ、感染防止業務の監視、抗菌薬消毒薬使用状況の監視などがありますが、これらは、感染症医もやらなければならないことです。

●針刺し事故の予防と対応

荒木恒敏（久留米大学） 平成9年のアンケートでは（拠点病院348、回答率76%）、「救急医療の現場では他の医療機関より針刺し事故が多いと思いますか」という質問に対し、「機会が多い」が6割で、「現在も今までもHIVの治療経験がある」が4割近くあります。

「現場の職員に対する教育を受けていますか」ですが、これは、全員が受けているというのは非常に少ない。それと看護婦さん、他の医療スタッフにおいてはほぼ受けてないという状況になっています。救急管理においては、針刺し事故等の機会が多いという認識がありながら、医療現場においての意識の立ち上がりが遅れている状況ではないかと思えます。

1975年に発表されたエイズに関するCDCガイドラインでは、針刺し事故の増加によりリキャップが廃止されました。しかし、リキャップの禁止のみでは、針刺し事故は減少していませんで、その場で針を廃棄できる容器の設置が叫ばれています。その後、1985年に、ユニバーサルプリコーションが発表されています。日本ではC型肝炎の時代があり、その後ようやく動いている状況です。アメリカでは1991年に労働省労働安全衛生局による法令ができています。職業的には拘束力があり、ニードルの導入にふみこんでいます。1992年には予防のための情報ネットワーク「EPINet」が確立されています。

ようやく日本でも、1996年に針刺し事故の基礎調査が行われています。1998年には、HIVのガイドライン対策がCDCより出ています。このようにアメリカでは、70年代後半、80年代に針刺し事故のことが問題になっておりまして、それに対する安全な、リバースの対策が行われておりますが、日本では依然として翼状針が使用されています。

CDCにおいては、医療従事者の職務上のHIV感染と認定される、または疑わしいと思われるものは160人ほどと予想されています。日本でも1年に25件くらい発生しているという意見も出ています。

機材別の発生頻度は、真空採血器の場合に25%、静脈針20%、注射針では7%、こういうレポートがありますが、日本と欧米では差があるようです。使用前・使用中・使用後から廃棄・廃棄後から最終処理まで、針刺し事故はどこで起きているかと言うと、70%以上は使用後から最終処理の間です。これは、安全機器の使用により防止できると思えます。

暴露事故によって、検査費用がかかったり、患者さんなら発症の治療のための費用が増えます。その間の労働時間の損失、精神的な負担もあります。病院全体としても、酷い場合には閉鎖、訴訟問題など、莫大な損失が認められます。

防止対策として、意識の強化、教育、スタンダードプリコーション、およびリキャップの禁止、レポートの徹底化、院内の体制づくり、事故の把握・解析、同じく報告の徹底化、EPINetを用いたサーベイランスシステム、職業間のシステムの追求、安全システムの導入、が考えられます。

救急病棟における対応としては抗体検査をすべての患者さんにするかどうか。これは人権問題にも係わります。医療従事者も定期的に行うかどうか。治療や検査に掛かる莫大な費用をどうするかも含めて十分に考えていかなくてはならないと思います。

●米国における暴露防止プラン

工廣紀斗司（日本医科大学附属千葉北総病院） 米国のHIVの感染症対策は主に3つの部分から成り立っています。ひとつは、OSHAブラッドボンパシャメンスタンダードです。2つ目は、CDCのアイソレーションプリコーションによるもの。この2つをもとに米国の病院は感染症管理マニュアルを作っている場合が多いです。3つめは、特にHIVに関してですが、バックボーンの対策というのを同じくCDCがやっています。

OSHAのブラッドボンパシャメンスタンダードですが、ひとつは暴露防止プラン。管理者が暴露の管理計画を文書にしきちんと作っておかなければいけないことが規定されています。これに基づいて、メソッドコントロール、ハザードコミュニケーション、もうひとつ、インフォメーションアンドトレーニング、レコードキーピングなどすべてのプランが練られています。

まず、メソッドコントロールは、実際にどのように感染症を防いでいくか、こと細かに法律で規定されています。設備機器による管理では、例えばコンテナで、ここには注射針やメスなど危険なものを入れますが、上から入れて、中から飛び出してこない、触りにくいなどいろいろな工夫がしてあります。針を直接使わないで採血する、針が引っこむことによって排出できる、このような方法をとっています。

次はワークプラクティスコントロール。器具をお金をかけて買うだけではなく、実際作業の基準単位、このように医療業務を行いなさいという実際の作業の基準を細かく規定しています。

次にハザードコミュニケーション。バイオハザードシンボルは、これは血液感染の危険性のあるものに表示する規定。これも法律です。針刺しの場合、暴露後無料で検査を行う規定もあります。

CDCのアイソレーションプリコーション。トランスミッションベースドプリコーションでは、結核、インフルエンザ、赤痢などそれぞれの感染の特徴によって分けられ、病棟・病室もプリコーションによって指示してありまして、部屋で着るガウンとか部屋の規定だとか、誰が見てもわかるように同じようにしてあります。

実際に暴露事故が起きた場合の対策もあります。暴露の記録をとる時の基準、暴露後の処置においても書いてあります。

米国では、スタンダードプリコーションを基本にした感染保護が浸透し、OSHA、CDCの基準による暴露後の対策が考えられており、この結果、HIV患者の救急医療は日常の業務の中では比較的スムーズに行われています。

感染した人が安心して、また、医療従事者も安心して診療できるように徹底的な感染防御、これをばらばらではなくて皆で同じスタンダードなものを実行する、また、そのための教育システム、これが一番難しいところ。日常の習慣になっている文化を変えろということ、うるさくいわないと簡単にならない。意識して維持・管理をしていく必要があると思います。

●サーベイランスの確立について(質疑応答から)

益子 今回の重要なところは、サーベイランスの確立ということですが、どういった形で導入すればいいのか、簡単に意見ををお願いします。

参加者 私は救急センターにセンター長がいるのと同じように、エビドミオロジーのバックグラウンドを持った人が専門的にやるような体制を作ることが大切だと思います。

参加者 要するに専門家として育てていくしかないと思います。院内感染委員会というのはどこでもあって、そのリーダーシップをとる意味で、疫学でも、感染症でも私たちは勉強しなくてはいけないが、やはり専門家にやってもらうのが理想です。

参加者 専門の感染症のナース、ドクターをおいて全国的規模でやってもらいたい。それとスタンダードプリコーションの導入に関しては、専門家が口うるさいほどに指導していくシステムがないと、実際に導入するのは難しいでしょう。

益子 もう一つ大きな事は教育だと思いますが、医者の教育、ナースの教育についてをお願いします。

参加者 何を教育すべきかという総論的な部分できちっとしておかなくてはいけない。医療従事者として考えなくてはいけないことは、例えばエイズの患者さんの人権を考えると、すべての患者さんの人権を考えるとということ。エイズの患者さんだけプライバシーを守ればいいのかではなく、一般的な意味でプライバシーが守られるような病院をしつらえることを考えていけば、エイズの患者さんも守られるということ。です。

参加者 救急医療は患者さんを搬送するプログラムを組んでいますから、我々のところでも、救急隊員が一番の問題で、空気感染でも飛沫感染でも、万が一というのが常に聞かれます。その対策として、テーマをあげて勉強会をやっています。

参加者 大学病院などで赤字を出してもスタンダードプリコーションをやっていくのは可能なのか。例えば民間の病院であれば、財政的なバックグラウンドがなければ経営上切り捨てざるを得ない。実際に整備が進んだうえで、教育システムを作って専門家をおくことが、国をあげて、もしくは全国的な規模でしないとイケないと思います。

●ガイドラインの作成を(特別発言)

藤井千穂（川崎医科大学） かつては感染者の患者さんから入院中の患者さんにうつることのないようにと気を払われていました。次いで医療従事者が感染のもとになるということが指摘されて社会問題になりました。これはMRSAが代表的なものです。そして、肝炎ウイルスによる痛ましい事故が明るみにでまして、医療従事者を守ろうと、我が国でも注目されました。

エイズに関して、この点をアメリカに学ぼうとただいまご発表の先生方と昨年の秋に視察に行きました。感染対策の基本はスタンダードプリコーションですが、医療従事者の安全が保たれて初めてこういう対策も可能と思います。そこで、益子先生や木村先生、ならびに本日発表していただきました先生方を中心に、エイズ感染症から我々医療従事者の身を守るためのガイドラインができることを祈っております。今年の4月の中頃に福岡で「第2回日本臨床救急医学会」があります。米国からもお二人ほど招いて議論したいと思います。4月24日土曜日に東京地区でも開催しますので、ご関心のある先生方、医療従事者の方々にはご協力をお願いします。

エイズ医療行政と拠点病院構想

キーワード①連携②研修の効率化

座長 池田千絵子（厚生省保健医療局）

演者 河村洋一（石川県立中央病院）

●まとめ

ブロック拠点病院や拠点病院になることで、自分の病院でHIVを診療するのだと病院全体で意識することになり、他疾患の診療も含めた病院のレベルの向上につながった。一方で、設立母体とリンクしない制度であるため、人員配置等に無理が生ずる場合があることが指摘された。

地域のHIV診療レベルを向上するために、ブロック拠点病院と拠点病院の連携の方法については、研修等でまず顔を合わせることから開始することによってスムーズにすすむようになることが確認された。一方、研修等に参加する拠点病院からは、研修会場が多すぎて参加したくてもできない。参加しようとする病院側に無理がかかるという指摘がなされ、研修会場の整理、効率化の必要があることが示された。その他、今後の課題として、大学との連携の難しさと非拠点病院との連携があげられる。

●エイズ医療体制はどのように作られてきたか

池田千絵子（厚生省保健医療局） エイズ診療の経験のない医療機関が多い、HIVに関する治療法が確立していないため、医療現場での感染に不安感を持つ医療従事者がいる、エイズ患者の診療をすることで他の疾患の患者さんにしわ寄せが行くのではないかと恐れる医療機関がある、このような理由から、エイズ患者の診療を行っている医療機関は必ずしも多くない。そのためエイズ患者が一部の医療機関に集中している状況である。そこでそういう状況をなくすためにエイズ診療の拠点を確保しなければと各都道府県に選定をお願いしたわけです。

当時はそういう状況があったものですから、拠点病院になるのはいいが、名前を出さないでほしいなどの要望もあったそうです。各県で、少なくとも問い合わせがあった場合は、ここに行きなさいという形で対応はしていたと思いますが、必ずしも、どの病院が拠点病院です、という形でオープンになる状況ではなかったそうです。

各県の中で、拠点病院にどこを選ぶかということでさまざまな問題があったそうです。そして当初はあまり拠点病院になりたがらない医療機関が多かったそうですが、最近少しその傾向がなくなり、今年1月1日現在で364の拠点病院があります。かなり増えていきますので、これ以上数を増やす必要はないだろう、ただ今後どういう質を高めていくか、あるいは、そもそも拠点病院は何であるかをもう少し明確にしていなければならないか、という段階にきています。現在の南谷先生の研究班の中でも拠点病院に対する研究をさせていただくようになっていきます。

そうした状況に加えて平成6年のHIV訴訟や和解を踏まえ

て、その後、原告との協議を行った中で、感染してしまった後に誰も面倒みてくれなかったこと、そこに対して一番不満を持っていることが何度となく言われました。そうしたことも踏まえて医療体制をさらに良くしていくにはどうしたらいいのか、ということで議論が行われました。

●治療の最新情報を拠点病院へ

池田 HIVの診療が急激によくなり、さまざまな治療法が出てきました。HIVの治療をするには専門的な知識が必要で、かつ常に新しい知識を入れなければ、最新の医療はできないという状況となったのです。そうした最新の知識をどういうふうに広げていくのが一番いいのかという議論を行った中で、ブロック拠点病院という構想ができてきた。これは欧米で治療法が進歩しているわけですが、それをすべての拠点病院の先生がチェックして自分たちで身につけるということは、負担が大きすぎるし、間に合わないだろうということで、最新の知識をどこかで各ブロックごとに常にチェックする体制をとって、それをすぐブロック内の拠点病院にデストリビュートするシステムができれば、個々の医療機関、あるいは個々の先生方の努力に依存するのではなくて、その分の負担を少し減らせるのではないのでしょうか。

おそらく、行政主導で、疾患毎に医療機関のネットワークを作りましょうというのは多くはありませんし、うまく行った例も多くはないと思います。従って、いきなりブロック拠点病院になってくれと言われて、HIVの患者さんを診療する、研究をするというところでは、快く引き受けてしっかりやってもらえるのですが、そのブロック内の拠点病院と連携を保ってください、連携のパイプを太くしてくださいという種類のお願いに対しては、非常に戸惑ったブロック拠点病院が多いだろうと思います。具体的に何をするのかと言われると、私どもとしては、さまざまな機会にそのブロック内の拠点病院の先生方に会って、話をして、そしていつでも相談できる、あるいはこういう治療法が出ているという情報が提供できる形になれば、その後のやりとりも、うまくいくのではないかとしか言えません。そしてブロックごとに各ブロック拠点病院がニュースレターを発行されたり、ホームページを作ったりとか、研修会や講演会を開いていただいたり、さまざまな努力をしていただいたわけです。

そして今、ブロック拠点病院ができてから、丸2年位経ちます。無理やり線を引いたところが、少しずつ太くなってきているのではないかと考えています。

この形が本当にいいのかどうかは、結果的にHIVの診療が全国レベルで向上してみても、初めて言えることだと思いますので、いろんなご意見を伺いたいと思っています。

●知らずにHIVの治療をしていた

河村洋一（石川県立中央病院） 石川県と富山県、福井県は、HIVの感染症に関しては後進地帯と言えるのではないかと思います。最初に石川県立中央病院がエイズのプロック拠点病院に指名された時は、誰がそういったものを引き受けていくか、それからなぜ、医者に対して、看護婦に対して、連絡がないまま決まったのかと、だいぶ叱られました。

残念ながら、HIVの患者さんを治療したことがなかった状態からプロック拠点病院に決まりました。だから、周辺からも怒られるし、患者さんからも多少文句が出たわけです。ところが、蓋を開けてみたら、拠点病院ではない時代に、実際はHIVの患者さんはけっこううちに来ています。外科の手術でも、皮膚科も眼科も来ているんですが、皆知らなかった。開けてみてそれが初めてわかり、医師から看護婦から、外科医、消化器内科は特にカメラをやるのですが、そういう方々もあまり抵抗を感じなくなった。HIVの患者さんだっただけで問題ない、というふうになるようになりました。

しかし、逆に、知らない間にどんな疾患が我々の前に現れてくるか、わからない。ということで、どの患者さんに対しても採血治療する時には、注意をしなければならぬと、院内感染症対策もすべてそのような方向になりました。

北陸三県でHIVの感染症に関してレベルが上がっていなかった理由は、血友病の患者さんが富山であれば富山医科薬科大学、石川県であれば金沢大学の第三内科というオーソリティのいるところに集まっていた、我々が治療したいと思っても治療する機会がなかったということもあります。

そういう中から我々が立ち上がったわけで、最初は無理解というか、何でこんな仕事を引き受けてきたということで、事務からも言われました。事務的なことではずいぶん困ったのですが、1年経って変わって、事務の方々も非常によく理解してやっていただけるようになりました。

しかし、レジデントは、うちでは2人、専門ドクターには来てもらえなかった。レジデント2人になっています。1名は来てもらえるようになり、非常によくやってもらっています。もう1名欲しいのですが、いろいろな大学に頭を下げていくのですが、やはりそこに何か問題があるのではないかと思います。

もう一つは、同じ卒業年度の中で、病院で雇われた人と、エイズで雇われた人で給料の差が出てきた。そういうことがありまして、うちは、HIVのレジデントの方も、HIVだけでなく当直も全部やっていただき、それで稼いでいただくという形をとっているわけです。

●各病棟に研修を出前する

河村 看護婦さんは初めはプロック拠点病院になることを嫌がったのですが、患者さんが来ることによって信頼関係ができてきて、看護婦さんも協力的になってくれました。

しかし、うちの病院は大きな国立病院と違い、一か所だけに患者さんを集めて診療することができません。遊びのベッドは絶対作るなどというのが至上命令でして、内科系で空いていればそこへ入り、外科が空いていれば、救急で入った場合は飛び込む、そういう形になっていますので、HIVに関して知識のある看護婦さんだけがいる病棟はありません。

そこで、出前研修というのをやっています。もともと、各部署の人が積極的に自分たちの問題を見つけて、解決していくという形でやっていたので、看護婦さんは最初の時期

に首都圏などの病院やアメリカの病院などに行って研修を受けていました。それが核になって今年度からは、看護婦が出前研修ができるようになりました。

もう一つは外来で、国立国際医療センターから青木先生に月1回来てもらっていますので、その日に、外来の看護婦が研修に入ります。どの点が分からなかったかについて看護婦が指導しています。

検査部においても、採血の検査やその他の検査に対して、何の抵抗もなく、積極的にやってもらえるようになりました。

始まった時には人権・情報センターの方と話し合いをすると、何で彼らの言いなりになるかというような抵抗があったのですが、今は人権・情報センターの方々と手を組むことで、いろいろな問題を出してくれるようになった。特に事務系の方々がボランティアを組んで、手話のHIVの講義をやらうことになりました。

●拠点病院から開業医に情報が伝わらない

河村 他の拠点病院に対して何回も何回も声を掛けても、全然レスポンスのなかった病院もありました。ところが、最近になって非常に積極的になり、カポジ肉腫の患者さんにどう治療をしたいのか相談がありました。その患者さんが外国人で非常に問題があり、それは国立国際医療センター青木先生にお願いして、外国人とどのように接するかということを実際に患者さんのところに行ってもらい、指導していただいて、それがその地域には非常にプラスになっています。

次にはパラメディカルの方、中央検査部であれば中央検査部の方が中心になって最初は石川県の拠点病院、あるいは、一般の病院の方に来てもらって、講義をして今年は北陸三県で勉強会ができるようになりました。看護婦はもちろんのこと、栄養士さん、心理療法士の方はちょっと問題があるのですが、ケースワーカーの方は北陸三県の中で手をつないでやれるようになった。各部署で考えていただいて、最初は大きくやらずに石川県だけでやって、2年目には他の県に手を伸ばして、ネットワークを作っていく。そういう形になっています。ようやく皆が手をつなげるような段階になりました。

しかし、一つ問題になりますのが、大学です。大学は例えば金沢大学の第三内科でHIVの血友病の方々を診ているわけですが、他との連携が全く取れていない。富山もやはりそうです。福井も点滴の先生ですが、その先生の科は頑張っていますが、その他は手を付けていない。そういう話も出ています。大学を外からサポートしていくかということを実践になって考えなければなりません。

もうひとつ残されているのは、拠点病院に情報を発信しなければいけないということが問題点になっています。

さらにもう一つ、どこの県とは言いませんが、拠点病院までは話が行きます。その先の最前線の開業医の先生には全然話が行かない。お宅の拠点病院はどこですかと聞いても、どこかわからないのです。そういう連携を早く立ち上げることが、僕等の拠点病院の仕事ではないかと思いますが、行政にも、医師会にも、もう少ししっかりしていただいて、早くHIVの患者さんを見つけてあげることが必要です。

うちの病院は、割合に内科の先生によくやっていただいて、新患でもリンパ腺が腫れているとか、熱が出ていておかしいなどというのは、こちらへ回してもらっています。検査も全部済ませてこちらで処理するという形になっておりまして、このことが非常に大切なので、新しい患者さんを見つけるのには、そういう面に大きな問題が残っていると思います。