

HIV状態が不明の場合にどうするのかという点があげられます。

国立国際医療センターの岡先生がHIV拠点病院に対する針刺し事故の現況についてのアンケートを集計した結果では、HIV感染者に使用したものの針刺し事故26件のうち、4件では事故当時の抗体状態が不明であり、予防内服ができなかったことが明らかにされました。またHIV感染状態が不明であったが疑わしかった11例のうち9例では速やかな内服が必要として抗HIV薬の内服を開始しています。この全例でHIV陰性が確認された後、中止に至っています。

このような状況を改善させるためにはHIV抗体の有無について迅速に診断するための方法が必要になると考えられます。平成11年になって、血清あるいは全血を用いて15分でHIV抗体の有無を検査できるキット、ダイナスクリーン（ダイナボット）が発売されました。今後は救急外来をはじめとする現場に、このようなキットを用意していく方向になるのではないかと思います。

●表5 Step 3. 推奨される予防投与の決定

EC	HIV SC	奨励される予防投与
1	1	必要ないであろう
1	2	基本投与を考慮
2	1	基本投与を推奨
2	2	拡大投与を推奨
3	1 or 2	拡大投与を推奨
不明	不明	基本投与を考慮

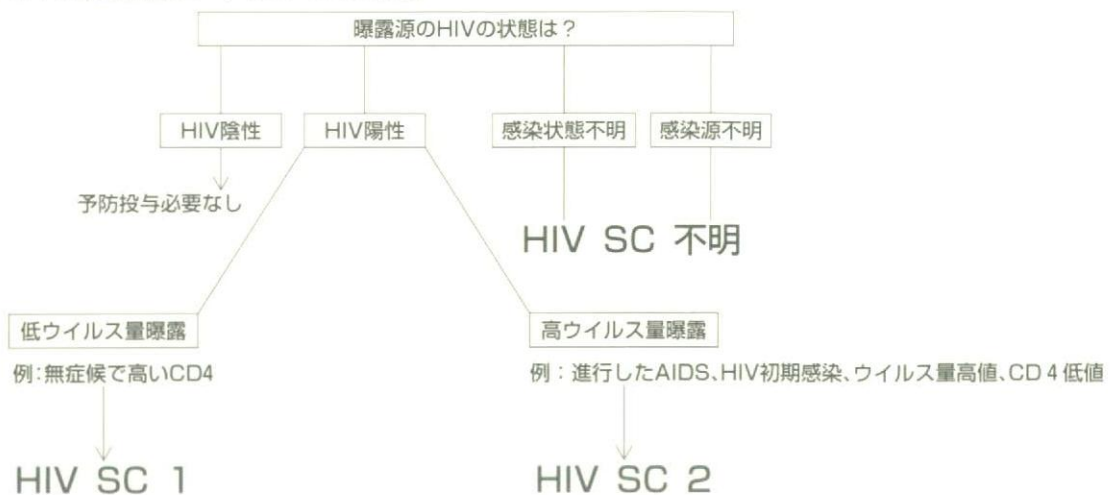
基本投与：AZT+3TC

拡大投与：AZT+3TC+Indinavir or Nelfinavir

●表3 Step 1. 曝露コード(EC)の決定



●表4 Step 2. HIV感染状態コード(HIV SC)の決定



社会に対するエイズ啓発の現状と問題点

キーワード①トピック・巧みな問題提起・核心②カクテル療法・CD4・母子感染③予防教育

座長 塩見戎三 (産経新聞) 副座長 飯島美世子 (健康保健組合連合会)

●まとめ

1. エイズの問題をどう訴えるか。それは全体像の把握、象徴例の指摘によって世間の関心を高めていく以外に方法はない。そのため行政、マスコミ、企業（健保）に問われることは、問題の本質をどうアピールするか。絶えざるトピックの提供によって巧みな問題提起をしていくことだ。しかも地道に繰り返し続ける努力が肝要である。

レスター・ブラウンが説く、ジンバブエの成人感染率26%などその象徴例。人口1100万人の国で成人560万人中140万人が感染すればどうなるか。93年61歳の平均寿命が2000年には49歳、2010年には40歳となり、民族の存亡にもかかわることになる。わかり易い。

2. 啓発の現状は常識的には5割達成と見るか、7割、3割と見るかの違いだろう。ひとついえることはマスコミ報道は今後、その深度や専門性を高めなければならないということだ。質と説得力が問われることになる。

3. トピックの具体例としてここ1年間では次の3点に注目したい。(1)カクテル療法（3剤併用療法）の延命効果はすばらしい。だが、一方で感染者、患者の服用の困難性、その忍耐、自己抑制の問題がどれだけ報道されたか。負の面でのバランスがもっと考えられなければならない。薬剤費など医療経済面での問題とともに今後の大きな課題だろう。(2)CD4、エイズ治療の重要な指標として、一般にもその知識が広まってきたことは啓発が進んできた証拠だ。正常値について。中期、後期、末期の数値を若い人達が常識として知ること大事なことだ。(3)母子感染、これはその3大原因である胎内感染、産道感染、母乳感染の根元を絶てば、そのほとんどは予防できる。AZT、帝王切開、人工ミルク。わかり易い説明こそ必要なのだ。

4. 企業、健保の予防教育、研修も地道に進んでいる。その理念は①危険な行動はとらない②差別、偏見は持たないにつきる。だが問題は繰り返し続けても「進んだ感じがしない」ことだ。議論も現実を反映して「マスコミはもっと報道して欲しい」という要望が上がった。最後に課題として何が残ったか。服薬の困難性、保険経済との兼ね合い、在宅ケアの問題である。

●巧みな問題提起を

塩見戎三 (産経新聞) / 社会に対するエイズ啓発というものは、マスメディアの立場から見ますと、絶えずトピックを提供していかなくてはならない。それもできるだけ新しいニュースを前提にしたトピックです。そしていちばん肝心なことは、巧みな問題提起をしなければならない。ニュースを受け取る側が「おやっ」と思うような問題提起をする。自ずと問

題点・問題の本質がどこにあるかということのアピールしなければならぬと思います。

10日前、読売新聞の一面で、昔アメリカ農務省の国際開発局長をやっていたレスター・ブラウンが世界の人口問題を論じていました。これからは人口がどんどん増えてきて、この地球は、食糧問題とか病気の問題にどう対応していったらいいのかということです。そこで高度のエイズ感染をどう抑えるかについてかなりの部分をさいていました。

彼は、アフリカのジンバブエの例をとり上げています。ジンバブエはだいたい人口が1100万人、成人の感染率が26%にのぼっている。1100万人のうち成人は560万人いて、そのうちの140万人がエイズに感染している。93年の平均寿命が61歳だった。しかし26%の成人感染率ですから、平均寿命は2000年には49歳、2010年には40歳になるだろうということをも具体的に指摘しているわけです。

平均寿命というものは、民族の健康状況を最も象徴的に示す事例です。巧みな問題提起とは、そういう象徴例をずばりと突くことだと思います。こうした説き方をされるとやはり「おっ」と思うわけで、そういう問題提起、プレゼンテーションの仕方が、これからのマスメディアに問われていると思います。

それから2つ目は、エイズ啓発の現状をどのように見るかということです。日本において社会に対するエイズ啓発がどれくらい進んでいるかということ、実証的なデータが全くと言っていいほどない。私はだいたい5割くらいは、啓発にマスメディアの力は発揮されていると思います。人によっては、7割くらいいる、いや3割ぐらいのものだ、等々いろいろな評価がありますが、アンケート調査をとっているところはありませんで、勘で言うしかありません。

いっほう、エイズ啓発としてのマスメディアの訴え方で何がいちばん大きな反響を呼んだか。ここ1年くらいで見えますと、昨年の夏に、フジテレビの「神様もう少しだけ」というドラマが2か月続きました。東京都の抗体検査は、だいたい月840件前後であるのが、その2か月ぐらいの間はちょうど倍の1700件ぐらになっています。女子学生がただ1回の援助交際でエイズにかかり、それで苦悩するというストーリーなのですが、そういったドラマが最も大きな反響を呼び起こしているのです。

●医療経済の報道が少ない

塩見 / 初めに、われわれマスメディアに携わる人間は、絶えず、世間の関心を引くトピックを提供していかなくてはならないと申し上げましたが、トピックの具体例をあげてみると言われれば、1つは薬の問題があると思います。いわゆるカクテル療法、あるいは3剤併用療法で、一般の方々において

も、エイズは慢性疾患として認識されてきていると思います。しかし、この3剤併用療法は、患者にとって忍耐を要するものです。大量の錠剤を飲むためには、水もたくさん飲まなければならない。そういう自己コントロール、服薬の困難性についての報道は比較的少ない。

患者の話もときどき聞きますが、1日7回、定時にしかも午後1時から晩飯の始まる7時くらいまでは、間食もできない。特に、どこかに勤務している場合などは勤め先でも3回ぐらいは服薬しなくてはならないのです。そういうことにどう打ち勝つか、というような報道が出ている。また、3剤併用療法はたいへんお金がかかります。もちろん保険製剤ですが、それでも薬代だけで月に15万円ぐらいかかる。そして薬の効果を確かめる、耐性を確かめるというような検査にも2~3万円程かかる。つまり月に15万~20万円かかるのです。こういう医療経済のお話が、比較的少ないのではないかと思います。

最近重要だと思うのは母子感染の問題です。薬害エイズと同じように、この母子感染の問題は子どもに非常に気の毒だと思うわけです。世界的にどれくらい母子感染があるかという、平たく言えば毎日1000人位の人が母子感染している、日本でも、だいたい30例を越すぐらいの例がすでに出ています。では、感染者の妊娠がどれくらいになるか、今、数はかなり増えたのかもしれませんが少し前のデータで170件ありました。そのうち分娩されたのが110件くらいです。

そして、私が母子感染のトピックとして最もいいメッセージだと思うのが、昨年国際エイズ会議の「今や母子感染はほとんど予防できるんだ」というメッセージです。メディアは、そういう権威なり専門家の重要会議における発言を敏感にとらえて、それを世間に伝える努力をしなくてはなりません。と同時にバックグラウンドをそこに全部書いて読者に提供することも大事です。

母子感染の要因は3つしかなくて、1つ目は胎内感染、2つ目は産道感染、3つ目は母乳感染です。どのように対応すればいいかという、胎内感染にはAZTを始めとする逆転写酵素阻害剤でかなりのものは抑えられますし、産道感染は帝王切開で、母乳感染は人工ミルクで抑えられます。

こういうことを、大方の人はわかっているけれども、基本的な知識の提供については繰り返しやっていかなくてはならないだろうと思います。

これからのトピック、これからのエイズの課題としてはどういふものがあるかという、先程言いましたが、医療経済。これから巨大な額に達するエイズの治療費は、誰が負担するのかということを議論していかなければなりません。エイズも慢性疾患ということになれば、長い寿命になるわけですが、これも老人医療と同じように病院でのケアと、在宅でのケアとをテーマとしてそれぞれ知恵を出していかなくてはなりません。

●健保のエイズ予防教育

飯島美世子（健康保健組合連合会） 1987年、国がエイズ問題総合対策大綱を決めて、それを受ける形で健保連がエイズの予防教育、啓発教育に取り組むようになりました。また、当時の諸外国のHIV感染症の爆発的な流行の状況から、HIV感染症の急増を防ぐには、まず今のような初期段階の対応が重要である、もし蔓延した場合には、社会的・経済的影響を持ってくる、医療費の増大に結びつくだろうからと、健保連も問題に取り組んでいくことになりました。

基本理念としてあげたことは、被保険者や被扶養者はHIVに感染するような危険な行動をとらないことと、感染者等と普通に付き合いともに生活していくことです。

具体的な取り組み事項としては、一つはエイズ対策の自主体制と組織作りをしていかななくてはならない。2番目にエイズに関する知識の啓発という事業を展開していきます。3番目には相談指導体制を整備していかななくてはならない。それから4番目として、健保組合の役職員に対して、昔からありましたが、守秘義務をさらに徹底していただく。最後に5番目としてはHIV抗体検査を一律に実施すべきではない。もし希望者に実施する場合には検査前後のカウンセリングを十分に行って、プライバシーの保護に万全を期することが不可欠。それを徹底させてほしい。この5つを取り組み事項としてあげています。

そして、健保連は、まずエイズに対する正しい知識の普及・啓発を目指して冊子を作りました。当時は日曜日の朝15分間テレビ番組を持っていましたので、最初の年は2ヵ月で4回、番組でエイズの問題を取り上げています。また保健婦、看護婦、健康管理に携わっている人、健保組合の役職員の研修の中で、エイズの正しい知識を持っていただくためのコースを必ず入れるようにしました。さらにこれから紹介しますが、国の補助金をいただきましてエイズの特別の研修会と予防教育を目指した研修会をやっています。

●感染者と対話する研修会

飯島 研修会を通じて関心を持っていただけてきたとは思っていますが、まだ身近な問題としては考えてもらえないという風潮もありましたので、96年からは、この時代を共に生きるためにというシンポジウムで、感染者の方に入っていて、直接話を聞いていただくようにしました。生の声が聞いてよくわかったといわれるのですが、100人近くの方の一方に一方的に話を聞いていただく形でした。

もっと身近にということで、翌年から、30人程度で円陣を組み対話集会の形の研修会に変えてきました。

研修では参加者から、なぜ職場でエイズ対策が必要なのかといった質問が毎回出てきます。そのため、1995年から2年間かけて健康保健組合の「エイズ対策とその対応とポイント」という30ページ位のマニュアルを8種類作りました。例えばエイズ対策はなぜ必要か、エイズ検査をどう考えるかなどの職場におけるエイズ対策の基本方針の事例集、エイズ教育の進め方と事例集、プライバシーと人権、感染予防などといったものです。これを各健保組合さんに配り、また、事業所や地域の商工会議所などの要望があったところに活用していただきました。

このマニュアルに付けたアンケートでは、一通り読んだという組合さんが約40%。拾い読みをしたというところが約40%。かなりの組合さんで読んでもらえたと思うのですが、ただ読んだだけで、実際に行動を起こしたかといふとなかなかそういうことは難しいかと思います。

また、アンケートの自由記載欄に出てきたのが、記事の書きようがわからないということでした。それで、今年は、組合の機関紙にそのまま転載していただいていたという形です。これをまるまる印刷して組合員に配った健保も出てきています。その時に取り上げたテーマが家庭でエイズを話してみませんか、愛しているという言葉だけではエイズに勝てない、職場でエイズを話してみませんかといったものです。そういう中で、感染者からの投稿記事

が一番関心を持って読んでいただけたようです。

●相談室を閉鎖するところも

飯島 昨年の10月、エイズ対策の取り組みの実態調査をしました。4年前の結果と比べて、進んだ感じは残念ながらもありません。経済状態の悪さを反映してか相談室を閉鎖しているところも出てきて、逆に後退した面もあります。それと自由記載欄を見ると、企業者個人の意見として、やはり危機感を持っている方が多く、早急に対策をとらなくてはいけない、感染防止の啓発活動は国レベルで取り組んでもらわなければならない、もっと学校教育の中で青少年の教育を徹底する必要があるのではないかということも出てきました。健保組合がとるべき対策については、予防教育、知識の啓発、相談体制の完備が必要という意見が出されています。今までのような情報提供を引き続き希望するという意見も依然として多く出てきています。これは、健保の職員が3年ほどで異動することが多く、今までのマニュアルそのものの存在が知られていなくて、我々としては繰り返しやらなくては普及していかないと考えさせられました。

もう一つ、HIV抗体検査を無断でやるべきではないことを、機会ある度に言ってきているのですが、現実の現場の中では、試用期間中に抗体検査をやられて、やめなければならなくなった事例、海外で無断で検査をやられて戻されたという事例があります。エイズだからといって、特別にそういうことをする必要はないという、正しい知識を繰り返し訴えていかなくてはならないと思います。

健保としては医療費の問題もあるのですが、安心して働いていただくために、個々の組合さんの活動を支援するような情報提供は今だから必要であるのだろう、これからも地道に続けようと思います。ですから、一般の人への関心を訴える形でマスコミでの取り上げ方をお願いしたいという気持ちはあります。それでこそ効果的にできるのではないかと思います。

●正しい知識と差別感（質疑応答から）

参加者 私は北海道の感染者の方のカウンセリングをやっているNGO関係です。塩見さんに聞きたいのですが、今後マスメディアとして一般の方々へ正しくHIV感染、エイズのことを知っていただくために、具体的にどのような方法があるとお考えなのでしょうか。塩見さんの発言の中にエイズ感染という言葉がたくさん出ました。感染するのはHIVでして、エイズ感染というのは正しくありません。世間の間違った認識が感染者の方たちをいかに苦しめているか、私たちはひしひしと感じています。それと関連して、初期の頃、1980年代にたくさん流された誤った報道の取り消しというのでしょうか、それからのマスメディアからほとんど流れてこないのが、感染者の方にとっては残念なことだと聞いています。

塩見 確かにHIV感染が正しい用語で、指摘されて、大まかにやってしまうのはいけないと反省しています。我々マスコミの人間としても、いろんなところに行って話を聞いておまして、心を打つのは感染者の方たちの話です。感染者の方たちが訴えるのは、社会の差別、偏見の話です。そういったものの是正にどう立ち向かうのか、最も困難な問題だと思います。研修会やシンポジウムなどの席に、多くのマスメディアの人たちが入ってきて、感染者の心の叫びを伝達してもらえたらと思います。

参加者 エイズワーカーズ福岡です。近年NGOや感染者の

方が痛感しているのは、正しい知識を獲得したうえで、差別感がぬぐえない人が、一定の層必ずいることです。つまり正しい情報を繰り返し伝えるだけでは、啓発の戦略としては不十分です。それ以外の啓発戦略があるのではないのでしょうか。

飯島 確かに正しい知識を持つだけでは変わらないですね。自分とは違うという感じが絶えず出てきます。先程ご紹介した対話集会という形で少しでも身近な問題として、感染者と話していただく中で感じてもらおうと思っています。対話集会をやると質疑応答しますが、私たちが正しい知識を何年も継続して教育をしてきましたが、そこが不十分な層が必ず出てきています。アンケートを見ても、自分が不十分だったと思うと書かれる人もいます。知識を持っていたつもりだった、差別・偏見も悪いとわかっていたつもりだったが、感染者の話聞いて、まだ自分にあると気が付いたと感想を書く方もいます。やはり、繰り返しいろいろな手法をとってやっていかないといけないのかなと思います。

塩見 一応あらゆる問題はレビューされているわけで、もう少し専門的な知識というか具体的な知識というものの深度を深めていくより仕方がない。そのように方向だけは考えられるのですが、具体的にどうするかと言われると、名案が即座に出てきません。

参加者 あまりにも予防教育が重視されていない。週に1回か2週間に1回出ている市政とか県政などのパンフレットに、HIVに関する基礎的な教育のコーナーを設けるなり、あるいは新聞のちらし広告にお金を出したり、絶えず正確な教育をしていかなくてはならないと思います。一般の人はHIVのことを全く知りませんから。特に田舎では全く知りません。ぜひ産経新聞とか、健保連で、予防教育体制にもっとお金を出してほしい。

塩見 エイズ対策は政策医療の問題だといえるわけです。これからは、マスコミ報道も大事です。企業も、健保連あるいは労働組合などの対応も大事です。もう一つ大事なのが、今おっしゃったように、学校教育においても十分にやっていかなくてはならないでしょう。

参加者 国の事業の補助をもらい、水俣病が昔から差別・偏見を持った奇病で苦しんだ町ということで、エイズについても差別をなくそうとエイズ館を作りました。そのときにどのような形で企業に入っていくのか、学校に入っていくのかということに苦労しまして、いろいろもめました。企業、スーパー、学校、小学校、中学校、そういったところに全部レベルツリーをかかえていく。見たり、聞いたりするだけでなく、実際自分の手で触れて、このツリーの意味は何だ、そういうことを察することに、非常に効果があるのではないかと思います。

飯島 職域と地域の連携は、エイズだけでなく、すべての面でとれていません。エイズのテーマにしても熊本ではまだ低調だと思います。愛知県などは連合さんと地域と県と、企業とで一つのエイズの取り組みの委員会を作って、組織を作ってやっていると聞いています。九州も一か所、商工会議所からうちのマニュアルと感染者のセミナーの記録集、それを欲しいと言われて送ったことがあります。中間報告を作ったときも、個々の組合、事業所で研修会をやるときには、その地域の保健所なり、そういうところにも、講師としてお願いして活用していくようにということ盛り込んではいませんが、具体的にはまだされていないわけです。

外来及び入院における診療体制の現状と問題点

キーワード①プライバシー保護②HIV診療の専門化③一般化④包括医療

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)

演者 古金秀樹(国立大阪病院医事課)

●まとめ

約50人の参加があった。前半で国立大阪病院での現状を説明し、問題提起を行った。後半では患者の診療の流れに沿って討論した。

国立大阪病院での取り組み

- ①HIV診療の中心は外来となった。
- ②チーム医療(医師、薬剤師、担当ナース、カウンセラー)の実践。
- ③診療の流れの説明(初診受付、外来採血、カウンセリング・ルーム、会計での対応と問題点の整理)。多くは患者さんのプライバシーをどう保護するかという工夫。病名を口に出せないことへの工夫。総合内科では一般診療で行っているため。診察室→個室。

今後の問題

患者増に伴う待合室のレイアウトへの配慮(ポケットベル?)。検査では外来採血はuniversal precautionの導入で一般化できた。ただ、患者数増加に対するシステムの改良が必要となってきている。

カウンセリング

個室対応。ただ、内容が社会環境・医療情勢の変化でニーズも変化している。医療費、カウンセラー、担当ナース業務の複雑化。在宅の問題。服薬相談の問題点(院外処方箋導入の問題、薬剤関連情報の専門性)。

会計窓口の対応

派遣職員の患者情報の守秘。福祉制度、更生医療の教育。→スタッフ研修の重要性。夜間救急の対応：主治医以外の対応を改善。

入院

全科対応。6病棟に7床(感染症個室)。現在は入院病棟分散にて対応している。→専門病棟が確立していない。患者増に対して専門病棟、専門ナース育成が望まれる。患者増→個室対応が不可能となるおそれ。

結論

外来充実。包括医療。チーム医療が必要。

フロアとの討論

代理人の受付代行、紹介状の開封。九州医療センターのような教育入院の必要性。基本的知識を誰が提供するか。専門ナース養成、エイズをテーマに取り上げることで新たな見直しを行い、患者の視点に立った医療上のニーズにどう応えていくかの取り組みが今後も重要と思われた。

●国立大阪病院の現状と課題について

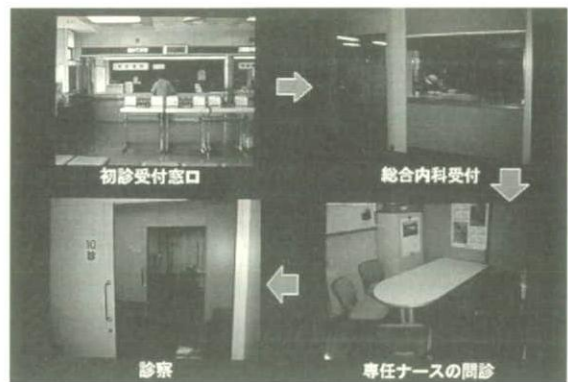
古金秀樹(国立大阪病院) 受診は、事前に連絡がある場合がほとんどで、ナースやカウンセラーが時間を約束し、カル

テを作成する際に、他の患者さんにHIV感染症ということがわからないように配慮しました。

受付では一般的な問診が行われています。多くの人がいるところで問診表を書くわけです。「どのような症状がありますか」、「今までにかかった大きな病気は何ですか」というかなり突っ込んだ質問があります。まさかHIVとは書けない。そこで患者さんは当惑されます。そして、中途半端な書き方になり、ナースに問診表を出します。患者さんが「ドクターにはすでに連絡しています」と言っても、ナースは事情がわからないので「どうしたのですか」と当然聞きます。患者さんは、まわりに人がいて、病気の説明どころではありません。紹介状も、受付で開封すると、内容を人に見られてしまいます。問診も、人の多い受付の端の方でこそそこそと行う。そういう現状があって、かなり大きな問題でした。

そして、最初は担当のナースがいなかったので、担当医の手配がうまくいかない、心理状況や患者さんの情報が収集できない、患者さんに対する教育が不足するなどが問題でした。担当ナースの配置で、患者さんひとりひとりの把握ができて

●診療の流れ①



●診療の流れ②



すし、きちんとした問診もとれて、患者さんへのフォローもきちんとできるので、そういう形になりました。

受付が終わると診察室に行きます。カーテン越しの診察室では声が聞こえてしまいます。プライバシーを考えると個室対応しかなく、その個室も、外の待合で待っている人に話し声が漏れないレイアウトを考える必要があります。

患者増に伴う問題も出てきています。国立大阪病院の患者数が外来で100人を超えまして、いつも見たような顔が近くにあったりとか、患者さん同士がプライバシーを気にしあうようなことも起きているようです。診療終了後は、出る場所にもう一つドアがあり、違う所から出られるようにしたらどうか、ポケットベルで呼び出すのはどうかなど、患者さんの心理的負担が少しでも軽減されればということで、現在それを検討中です。

そして、診察が終わったあとはCD4やウイルス量などの血液検査をします。一般の患者と同様に外来採血室で採血しています。何の検査かを別の紙に書くのですが、まさかHIV-RNAと書いて検査科へ持っていくわけにはいきません。とりあえずHRという表示にしています。検査結果も、コンピューターではなく、最初のうちは、別紙で主治医に確実に早く返送するという形をとっていました。でも、これも患者増に伴い、検査結果の用紙が10枚や20枚ではなくなると、管理する方も大変ですし、患者さんにすぐに画面で見せられないという問題があります。

必要時にカウンセリングを行います。かなりプライベートなことを話されますので、絶対に個室対応でないといけなく、話し声が外に漏れたりするのも絶対にいけないでしょう。

薬を飲まないといけなくと言われたが、副作用が強いし嫌だ、という話をドクターにはしなくてもカウンセラーには言うことがあります。また、3剤併用や検査などで、保険を使っても6~7万ぐらいの負担は絶対かかってしまいます。そうなったら患者さんもびっくりするわけで、高額療養費制度や、手帳をとって更生医療費を使うなど多くの問題が出てきます。対応するのはMSWですが、大阪病院にはいませんので、患者さんの受け口が全てカウンセラーになってしまいます。患者数が100人を超えたところで、1人のカウンセラーでは対応しきれません。やはり、MSWが必要となっています。在宅に戻りたいとなると、ヘルパーに頼まなくてはなりません。訪問看護ステーション等、例えば役所の福祉などに対し、結局はカウンセラー、担当ナース、入院の担当ナースが、ドクターと連携してやっていかなくてはなりません。ここでも、MSWが必要になっています。

薬に関する問題点と対応です。服薬の必要性を正しく理解してもらわないと大変なことになります。これもカウンセリングと同様、プライバシーを確保して説明しなければなりません。また、去年の4月から院外処方になりましたが、HIVに関しては地域の薬局でもらえるかという点、そうはいきません。また、薬の説明をする院外薬局がきちんと副作用などを把握できないと思っています。そこで、院外処方は発行せず、院内で調剤しています。何であの人だけ院内なんだ、という問題が出てくるのではと懸念しましたが、今のところそういう問題は起きていません。後は、副座長の桑原先生が、外来担当の専任の薬剤師としてやっておられますが、それも患者増に伴って、スタッフ確保の問題が起こっています。

そしてまた会計窓口での問題点と対応。治療にお金がかかり、更生医療を使いたいとなります。外来でも薬でも全部が更生医療の対象になるということが、窓口が派遣職員という

こともあり、いきわたるまでには時間がかかりました。研修を行って、HIV感染者が置かれている状況を把握してもらい、更生医療が来た場合は、速やかに対応してもらっています。

夜間診療ですが、事務職員等が「何の病気ですか」など患者さんにもやみに聞かない。当直医も、カルテを開けてHIV感染者だとびっくりしない。患者さんのプライバシー、心理的側面の配慮も職員の研修等でかなり改善されました。

入院患者への情報提供者は、主治医、病棟ナース、外来ナース、薬剤師、カウンセラーです。ほとんど外来診療が中心ですし、入院しても、退院後外来に戻ってくるので、外来ナースとは緊密に連絡をとりあって対応してもらいます。入院は、6病棟に7床、感染症の個室を用意しています。それを超えても、全科対応なので、どこの病棟でも入れます。ただし、専門化という意味では国立国際医療センターのような形ではないので、やはり遅れています。今後、入院システムを再検討して病棟ナースの専門化をはからなければなりません。

国立大阪病院は患者さんが9人入院した時期がありました。そうすると感染症個室から埋まります。大部屋だと、薬の話もできないし、患者さんも他の患者さんから「何の薬のんでるの」と聞かれたりと、難しい問題があります。大部屋対応はどのようなのか、というのが今の悩みの種になっております。

まとめますと、国立大阪病院は平成9年からブロック拠点病院としてスタートしましたが、とりあえずプライバシーの配慮を大前提に置いて、システムの構築を行ってきました。そして、治療に関してかなり包括的な援助を行う必要性があります。カウンセラー、薬剤師、ドクター、看護婦、いろいろな職種が連携をして、患者さんを援助しないと治療効果が上がらないため、チーム医療は絶対条件です。それで、各職種が連携を保たないといけなく、定期的なカンファレンスを行い、患者さんの状況についての情報交換が必要です。

そして、やはり外来ケアが治療の中心ですが、HIV感染者の場合はいろいろな状況があるわけで、外来ケアをしなくてははいけません。月に1回しか来ませんし、やはり担当ナースが主軸になって、チームの中で外来ケアをドクター、カウンセラー、薬剤師とできちんとやっていく必要があるだろう。後は、患者増に伴って、当初はいいだろうと思っていたことにも、かなり無理が出てきましたので、新たなシステムの構築を考える必要があると思っています。

●紹介状の開封（質疑応答から）

参加者／もし紹介状がないような場合はどうなりますか。

白阪／例えばご本人が仮に入院中で、かわりにご家族が転院を希望されているような場合、そういうことは確かにしておりますので、HIVに限らず可能だと思います。ただHIVだとわからなくて感染不安で訪れる場合の方ですが、問診表に「エイズかどうか心配で」とはさすがに書けない。例えば当院では、エイズ診療のパンフレットを作成して案内しています。あるいは、まず電話で「HIVが心配なんですけど」というようにかかってくる、日を予約して来ていただきます。

参加者／紹介状を受付で開ける場合はどうですか。

白阪／患者さんご自身が病状をよく把握されてない方の場合、紹介状でこの患者さんは消化器科がいいのか内科がいいのかということも場合によってはあります。ご本人の了解のもとで開封することになります。

スライド①

外来初診時の診療の流れ

- ① 医事窓口カルテ作成
- ② 総合内科受付
- ③ 専任ナースの問診
- ④ 診察（ナースの同席も）
- ⑤ 検査
- ⑥ 専任ナースによる説明
- ⑦ カウンセリング
- ⑧ 会計

スライド②

外来再診時の診療の流れ

- ① 総合内科受付
- ② 専任ナースの情報収集
- ③ 診察
- ④ 検査
- ⑤ 専任ナースによる説明（必要時）
- ⑥ カウンセリング（必要時）
- ⑦ お薬の相談（必要時）
- ⑧ 会計

スライド③

内科受付で発生した問題点

- ・他の患者がいる前で、ナースによる一般的な問診が行われていた。
- ・他の患者がいる前で、外来ナースが紹介状を開けていた。
- ・同じナースによる対応が出来なかった。
- ・患者からの情報収集不足。
- ・病院理解のための患者教育の不足。
- ・担当ナースによる問診、指導を行うための部屋の確保。

スライド④

問題点への対応

- ・初診時、医師に事前連絡されている場合、一般的なナース問診は行わない。
- ・受付から担当ナースが対応。
- ・問診を行う場合は、担当ナースが行う。
- ・担当医に対する紹介状は、担当ナースが患者の理解を得た場合に限り開封。
- ・担当ナースによる問診、指導。

スライド⑤

診察室での問題点と対応

問題点

- ・プライバシーの確保。

対応

- ・個室対応。
- ・話し声が漏れないレイアウト。

患者増に伴う問題

- ・新たに診察室のレイアウトの見直し。
- ・待合室、待合い方法の再検討。

スライド⑥

検査関係の対応

- ・一般患者と同様に外来採血室で採血。

- ・HIV・RNAの表記をHRとした。
- ・VLはオーダーリングにのせず、別紙にて主治医に返送。
- ・患者増に伴う問題。
- ・VLをオーダーリングにのせる方向で検討中。

スライド⑦

カウンセリング等で問題点と対応

問題点

- ・プライバシーの確保。

対応

- ・個室対応。
- ・話し声が漏れないレイアウト。

患者増に伴う問題：

- ・外来診察室からカウンセリングルームまでの動線が長い。
- ・現在、社会資源の問題はカウンセラーが担っている。MSWが必要。
- ・訪問看護等、地域やNGOとの連携。

スライド⑧

お薬の相談等での問題点と対応

問題点

- ・プライバシーの確保。
- ・院外処方箋発行への対応。

対応

- ・個室対応。
- ・話し声が漏れないレイアウト。
- ・院外処方箋は発行しない。

患者増に伴う問題：

- ・外来担当薬剤師の複数化。

スライド⑨

会計窓口での問題点と対応

問題点

- ・更生医療等複雑な会計システムの理解不足による窓口業務の流れ。
- ・派遣職員のプライバシーへの配慮。

対応

- ・希望があればナース・カウンセラーが対応。
- ・職員の医療費に対する理解。
- ・プライバシー確保の確認。

スライド⑩

まとめ

- ・診療開始当初は、プライバシーの配慮と外来診療の充実を目標に行ってきた。
- ・感染者の包括的援助を行うためにはチーム医療が絶対条件である。
- ・チーム内の連絡を保つために、定期カンファレンスと情報交換が必要。
- ・外来ケアの充実へ発想の転換。
- ・患者増に伴う新たな対応が必要。

離島におけるエイズ診療の現状と遠隔地医療システム

キーワード①離島救急医療②病診連携③MINCS-UH④NTT回線

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）
 演者 大園清信（鹿児島県立大島病院） 伊勢和宏（九州大学医療情報部） 宇都宮嘉明（吉岐公立病院）

●まとめ

遠隔地エイズ診療の問題点を浮き彫りにするために①離島における救急一般、エイズ診療の体験を通して、②離島での情報伝達の現実を通して議論を展開した。

遠隔地（離島）においては救急医療は輸血、搬送など緊急処置の問題が最も大きく、これはエイズにもあてはまるものである。エイズ治療では①遠隔地は人口が少なく、閉鎖社会である。したがってプライバシーの保護が困難である。②医療も個々の医師に大きく依存する。エイズ治療経験の少ない医師、医療機関が対応しなくてはならず、患者の信頼を得られない場合があり、①と合わせて、③都市指向となっている。つまり、離島の患者は大きな不便を被って、遠距離通院を余儀なくされていることが示された。さらに離島医療機関におけるエイズ診療情報が極めて不十分であることが提示された。アンケート調査によると離島医療機関の医師の56%が近未来にエイズ診療の可能性があると考えている反面、最寄りの拠点病院については50%が、協力病院については97%がその在在を知らないという事実が明らかにされた。エイズに関する情報についてNTT回線、衛星放送を媒体として、基本情報から最新情報にいたるまで双方向性の交換を行うことや、患者・診療所・病院・行政・保健を連携するNet workの提案がなされた。一方、もっと平易なファックスや郵便等で充分であるとの意見も出された。

結語として遠隔地（離島）エイズ診療はマンパワー、情報、プライバシーの3点に大きく制限されており、今後のエイズ医療体制の中で大きな問題となると考えられる。

キーワード①閉鎖社会②プライバシー③マンパワー④エイズ情報⑤患者・病院・行政・連携

●隔離された離島における輸血対策

大園清信（前鹿児島県立大島病院） 日赤血液センターによる血液事業の推進により、安全な輸血用血液製剤の供給がなされ、さらに自己血輸血を含め、輸血医療も格段の進歩をみせています。当院でも血液の有効利用と安全な輸血医療を目指して、職員一同最善の努力をしています。例えば、血液製剤の返品率だけを見ても、平成8年度までは平均30%前後であったものが、平成9年度からは4%未満に大幅に改善されています。また安全面においても、GVHDの問題上100%照射したものを使用しています。

しかし、当院では緊急時の生血輸血も平成7年度6例、8年度6例、9年度13例施行しています。大量出血、Rh(-)患者の緊急手術、台風等交通手段が閉ざされた場合の血液不足に現場の医師として、命の縮む思いを経験しています。離島という地域の特性上、生血輸血は回避できない場合もあり

ます。その際に、より安全な生血輸血を行う方策、例えば献血者の登録制度を考えることが現場の我々医師であり、関係機関であると思います。何もしないで問題が発生してからでは遅いと思います。関係機関での検討をよろしくお願い申し上げます。

●離島におけるHIV診療の現状—限界と可能性について—

宇都宮嘉明（吉岐公立病院） 当院では昭和62年という比較的早い段階で、AIDS患者の診療を経験しました。この患者さんは種々の治療にもかかわらず死亡しましたが、当時まだ治療法や予防法が確立していない時期にあって、混乱もなく冷静に対応することができました。また患者さんのプライバシーも完全に守ることができたのです。

しかし、貴重な経験を積んだにもかかわらず、その後の症例では医師や病院との間に良好な関係を構築することができませんでした。

離島は閉鎖的な傾向があり、特殊な疾患を有する患者さんには不利な環境です。診療機関はHIV診療をするにおいて必ずしも十分な設備が整っていない場合もありますし、医師を含めて医療従事者や診療機関自体もHIV診療の経験が少ないのです。ですから、診療を指導する医師によってHIV患者への対応が容易に変化することがあります。HIV診療に関して理解のある医師の常時確保は困難なことが多く、交通手段の発達や情報網の普及により、患者さんの大都市、大病院指向が深まっています。

当院では一般電話回線を用いて国立長崎中央病院と接続して、CTや心電図など緊急時の画像診断を行い、適応がある場合には海上自衛隊のヘリコプターにより患者を移送し、緊急手術などに成果をあげています。

また昨年11月に腹腔鏡下脾臓摘出術のため、ISDN回線を用いて、九州大学第三外科と接続し、遠隔手術に成功しました。画像伝送システムなどの発達により離島のみならず遠隔地において今後さらに診断、治療が飛躍するものと期待されています。

HIV診療に理解のある指導者によりHIV診療において適切な対応が可能であることが実証できました。しかし、HIV診療においては経験が少なく、HIVの治療薬決定、緊急処置や手術、分娩等に対応できるよう態勢を整える必要があります。交通手段や情報網の発達により、医療関係者や患者さんの相互理解が高まることが期待できます。これらは地域医療の発展にもつながるものです。

●離島におけるエイズ診療の現状と遠隔地医療システム

丸山芳一（鹿児島大学） 離島医療機関におけるエイズ診療体制及び、エイズに関する医療情報を調査することを目的に

「離島医療機関におけるエイズ診療の現状」のアンケートを実施しました。

対象は鹿児島県南西諸島2市、10町、3村の89施設の医師114名で、73名から回答を得まして、回答率は64.0%です。アンケートの結果は以下のとおりです。

①HIV抗体検査

HIV抗体検査経験者は24名
延べ102名を検査して、陽性者は4名（4%）

②HIV抗体検査の決定

患者の希望で検査 29名（28.4%）
医師が必要と判断 73名（71.6%）
・抗体検査は必要か（外科系のみ32名）

必要 12名（37.5%）

③HIVに関する情報は（複数回答）

医師会雑誌 57名
医学専門雑誌 35名
講演会 20名
製薬メーカー雑誌 12名
インターネット 2名
その他 4名

④エイズ講演会出席（人）

出席あり 39名（53.4%）
出席なし 34名（46.6%）

・講演会主催出席（人）（複数回答）

医師会 20
県 7
国立機関 4
保健所 3
市町村 2
その他

⑤エイズ拠点病院、協力病院を知っているか

・エイズ拠点病院
知っている 36名（49.3%）
知らない 37名（50.7%）

・エイズ協力病院

知っている 2名（2.7%）
知らない 71名（97.3%）

⑥エイズ診療の機会があると思うか

現在診療している 0名
大いにある 11名（15.1%）
多分ある 30名（41.1%）
多分ない 22名（30.1%）
未回答 10名（13.7%）

●アンケートの結果のまとめ

丸山 アンケート結果から次のことが言えます。

- ・エイズ患者の診療機会を予測しているが、拠点病院については50%、協力病院については97%の医師がその所在を知らなかった。
 - ・抗HIV抗体検査は3分の1の医師が実施。うち70%は医師が必要と認めて検査がなされた。
 - ・エイズ診療への関心は高いがエイズの情報は諸雑誌によるものが多い。講演会への参加は少なく、離島の特徴と考えられる。
 - ・インターネット利用は普及していない。
- 離島医療機関ではエイズ診療体制、医療情報は不十分で、患者発生時の混乱が予測される。

エイズ診療情報の普及のためNTT電話回線あるいは通信衛星等を利用した双方向性の情報交換が有用と考えられる。

●医療と地域情報化

伊勢和宏（九州大学医学部附属病院医療情報部）患者や医療機関を結ぶ、次のようなネットワーク型生活支援システムを開発しています。

スライド①

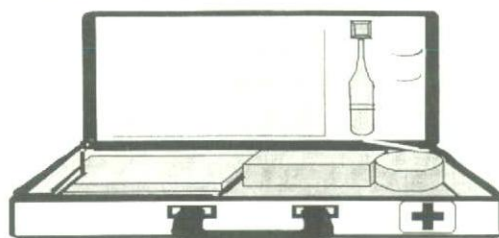
病診患連携による高齢者向けネットワーク型生活支援システム（実証実験フィールド：福岡県飯塚市）

コンセプト：

自宅における自己健康管理情報をもとに、かかりつけ医師から健康相談や生活指導を受けたり、ケアプラン情報をもとに訪問介護ヘルパーから在宅介護サービスを受けるなどの病診患連携による健康管理情報システムの開発実証実験を行う。介護情報のEDI、DB化によって、新規サービス事業の創出と電子商取引の基盤づくりを促進する。

スライド②

ネットワーク型生活支援システム端末



- 耳孔体温計、手首血圧計（含む脈拍）、心電計（第一誘導）標準装備
- 電子スコープ（顔画像および皮膚接写画像取込可）標準装備
- 電話／PHS／LANモデム選択、マイク、スピーカー標準装備
- 血糖計、体重計、他オプション ●介護支援サービス管理

スライド③

ICカードを利用した介護サービス

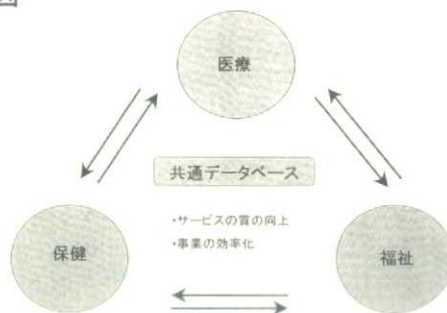
（事業者間EDI実証実験／実証実験フィールド：福岡市）

コンセプト：

ICカードを活用した介護関連事業の電子化ならびに介護関連事業所・医療機関などの事業者間のEDIの推進により、公的介護保険制度の点数管理を行うシステムを開発することにより、介護サービスを行う事業（新規ビジネス）の創出と介護サービスの質の向上を目指す。

スライド④

概念図



エイズ診療支援ネットワークの活用と将来構想

キーワード①セキュリティ②データ入力③ネットワーク

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)

●まとめ

特徴

1. 1患者1カルテシステム
2. 災害時にもデータが利用できる
3. 高いセキュリティ (紙のカルテより高いセキュリティ)

現状

A-net ブロック拠点病院でスタート 平成10年11月16日
平成11年2月より国立拠点病院でもスタート

目的

チェーン店化→

- ①医療の質の確保
- ②質の高い疫学情報の収集

問題点

- ①A-netの意義はあるのか
データの精度が上がる
個人でのデータが必要か?
- ②入力の問題→自動化
- ③(情報シェアの) ルール作り

キーワード

- ①電子カルテ②外来対面入力

●HIV診療の現状は？

幸い、日本では諸外国に比べHIV感染者が非常に少なく、一般医療機関においてはHIV診療自体が医療上の主要疾患とはなっておりません。地方では、HIV診療の中核とみられている病院ですら、せいぜい数十人の患者しか通院していません。この数は、毎日外来を行ったとすれば、1日1人か2人程度の受診ということになります。

一般医療機関では、全く診療経験のない病院や、あっても月に1人定期受診しているかどうかといった病院が大半です。しかし、このことは患者さんから見ると非常に大きな問題で、十分な医療が受けられないというような事態が起ってきております。

現在HIVの治療はどんどん変化し進歩してきております。1年前の治療のガイドラインがもう書き換えられているといった現状です。このように治療法の変化の激しい疾患に対し、通常多くの一般の患者さんを抱えている一般医療機関の医師がついていくというのは現実的には不可能なことです。事実、HIV治療の実体を調べてみると、病院格差が生じていることは否定できません。

HIV患者を1人しか診ていない病院でも最新の治療を提供している場合もあれば、数十人レベルで患者さんを診ているにもかかわらず数年前の医療レベルにとどまってしまっている場合もあります。この格差は、正確には患者さんを診療し

ている医師の努力にゆだねられていると推定されます。すなわち、最近初めて患者さんを診た病院では、最新の治療法を勉強した医師により、最新の医療が提供されているのに対し、昔から診ていた病院では、かえって数年前の治療が継続されてしまっているわけです。

患者さんを診ている現場に、どのようにすれば迅速に正確な情報を伝えることができるのか。このことが、HIV診療の底上げをするうえでの非常に重要な課題となっています。医師や看護婦の研修を受け入れるのは確実な方法ではありますが、情報を伝達できる人数には限界があります。ホームページを開設することも有効な一手段ではありますが、そこにアクセスしてもらえない限り役に立ちません。患者さんに複数の病院を受診してもらい、セカンドオピニオンをとってもらうのも大事なことです。現在かかっている医師に対する気兼ねからなかなかスムーズに進まないのが現状です。A-netとは、このような問題点を解決するための一つの手段として考えられ作られてきたものです。

●診療支援ネットワークシステム

A-netとは：HIV感染者が、地元で安心してHIV診療が受けられることを実現するために開発された、全国の拠点病院を結ぶ診療支援ネットワークシステムです。

目的

全国の拠点病院をチェーン店化する事により

- ①医療の質を確保する
- ②質の高い疫学情報の収集

特徴

- ①1患者1カルテシステム
- ②災害時にも患者データが利用できる
- ③高いセキュリティ

現状

1998年11月16日に国立ブロック拠点病院と国立国際医療センターの5病院でスタート

1999年2月以降国立拠点病院に順次展開中

1999年4月以降は国立病院以外の拠点病院にも展開中

問題点

- ①A-netを行う意義はあるのか？
 - ・ HIV診療の地域格差是正のためには是非必要
 - ・ 診療レベルの向上のためにも必要
 - ・ 疫学データの精度が上がる
- ②入力の問題は？
 - ・ 順次自動化を
 - ・ 過去データ入力については移行ソフトを開発中
- ③情報シェアのためのルール作りは？
 - ・ A-net部会で順次検討

キーワード

- ① 診療情報の電子化保存（電子カルテ）
- ② 1患者1カルテ
- ③ 病院間連携
- ④ 外来対面入力

Q1. A-netとは何ですか？

A1. HIV診療支援ネットワークシステムの略称です。

HIV感染者が地元で安心して医療が受けられるようにという目的で、全国に約360か所のHIV治療のための拠点病院が指定されています。A-netとは、これらの拠点病院をより有機的に連携しHIV診療を支援するネットワークシステムです。コンビニエンスストアのチェーン店では、どこのお店に行っても同じものが買えることを連想していただくとイメージがわいてくると思います。A-netとは、拠点病院をネットワークで結ぶことにより、患者さんがネットワークで結ばれたどの拠点病院を受診しても、同じカルテを使用することにより、少なくとも現状のHIV診療レベルを満たした同じ医療を受けられる事を目的に構築されたものです。

Q2. A-netの特徴はどんなところですか？

A2. 1患者1カルテシステムということがまず第一の特徴です。

現状の医療では、カルテは病院に所有され患者さんのものではありませんでした。従って、複数の病院を受診した場合には、それぞれの病院でカルテが作成され、それらには何ら連携がありませんでした。従って、同じ検査が繰り返されたり、併用してはならない薬剤が処方されてしまったりといった不都合が発生することもありました。

これに対し、A-netでは1人の患者さんに対し1つのカルテとし、そのカルテをネットワークの中での病院では一緒に使っていくというものです。従来の医療上の大きな問題点が、A-netによって可能になった1患者1カルテシステムの導入により解決されることになります。普段は地元の病院にかかり、年に数回東京の病院を受診する場合にでも、それぞれの病院からすべての診療データをみながら診療することができるようになるわけです。この程度の免疫ならどのような治療をすればいいのかというようなことを、東京などの専門医がどう処方しているのかをみることで、HIV診療経験の少ない医師でも知ることができるわけです。

Q3. 一つの病院にしかかかっていない場合にはメリットはないのでしょうか？

A3. 検査結果や診療記録が一元的に電子保存されるため、治療経過がわかりやすくなります。

従来のカルテでは、多くの場合診療所見は経過用紙に書かれ、検査結果はカルテの後ろに貼られていました。従って、治療変更により免疫能がどう変わったのか、合併症を起こしたときの免疫能や治療薬はどうであったのか、などという非常に大事な医療情報が整理されていませんでした。

A-netでは、これらの情報が表やグラフにまとめられわかりやすくなっており、履歴の項目を選択することによりみることができます。治療結果がわかりやすいわけですから、受けている治療を納得しやすいわけです。

Q4. 他にはどんなメリットがあるのでしょうか？

A4. 同じ目で見えて書き込まれた診療情報を全国レベルで把握

することができます。

今までは、全国のそれぞれの病院が独自の診療及びカルテ保存をしてきたわけですから、各病院での少ない患者情報がバラバラに報告される事があったとしても、それら間には有機的なつながりはありませんでした。従って、全国レベルでの患者さんの診療受診状況の把握など全く不可能でした。

これに対し、A-netを用いることにより、同じ目で見えた診療情報が集められ、個人情報をはずした後に自動集計することが可能になります。すなわち質の高い疫学研究が可能になるわけです。こうして集められた医療情報の一部は自動的に解析され、現在は患者さんを診ていない医師であってもA-netに登録されている医師であればいつでも閲覧することが可能となっています。例えば、「今一番多く使われている治療法とはどんな組み合わせであるのか」、などを知ることにより、初めて患者さんを診察することになっても、もっとも新しい診療情報を知ることができるわけです。

また、全国的な患者さんのCD4数が減少傾向にあることがわかれば、新薬導入を急がなければならないなど、対策を立てるうえでの具体的なデータとして利用することも可能です。

Q5. 利用するうえでの問題点はあるのでしょうか？

A5. 入力に時間がかかることや、使用ルールの遵守など実運用上の問題点はいくつか解決しなくてはなりません。

通常の再診時に使用するには、診療に沿って入力を行っていく、1人数分もあれば終了しますので、あまり負担になることはありません。しかし、A-netはカルテに相当するものですから、始めにいろいろな基礎情報を入力する必要があります。これには、1人20分程度の時間がかかります。また、今までの検査データを入力する場合には、それまでの通院の長さに応じて入力に時間がかかることになります。さらに、受診時の検査データは通常数日後に戻ってきますので、このデータの入力が必要となってきます。従って、実運用における問題点としては、過去の診療録の移行も含めた初期入力と検査データの入力という2点がA-netをより使いやすくしていくうえでは解決すべき問題点といえます。

また、システム的には個人情報の保護に関し、かなり高いセキュリティ機能を備えていますが、これを確実に運用していくためには、使用する個人個人が決められたルールを遵守する必要があります。全国的にみるとまだまだコンピューターになれていない医師も少なくありません。本年1月23日に国立拠点病院67カ所の施設から使用担当者に来ていただき、登録手続きや使用方法についての説明会を行いました。登録手続きの不備より使用許可のりなかつた医師が多数発生してしまいました。現状では、セキュリティ重視の観点から使用医師の制限につながってしまいましたが、A-netの利用法を広く多くの医師に知っていただく研修システムも今後の課題となっています。

HIV医療における医療コストの問題点

キーワード①保険診療②身体障害者認定③薬価

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）

●まとめ

これまでに2回行われたHIV疫学研究班での医学費調査の結果について報告された。

平成8年までの第1回調査では、病期の進行に伴い費用が増大すること、またその大部分が抗HIV薬によることが報告された。CD4値に基づく病期別の費用はAC-1群が21000円、AC-2群49000円、AC-3群72000円、AIDS群79000円だった。医療費のうち60~70%は投薬費だった。これらの結果から推計された当時のエイズ生涯医療費は1330万円と推計された。

当時わが国で使用されていた抗HIV薬はジブドブジンとジダノシンのみであり、併用方法も普及していなかった。その後プロテアーゼ阻害剤やその他の逆転写酵素阻害剤が相次いで認可された。また治療法も3剤併用療法の有効性が報告され、急速に普及するにつれ、その増大する医療費に対する懸念が高まっていた。

第2回医療費調査はこのような多剤併用療法が一般化した時点での医療費を推計する目的で実施された。

1998年6~8月に行われた調査によれば、血友病でないHIV感染症患者の外来での月額医療費は216000円であった。CD4値に基づく病期別の医療費はAC-1群204000円、AC-2群213000円、AC-3群223000円となり、前回調査と比較し、大幅に増加していたことが明らかになった。

1998年4月からHIV感染症患者の障害者認定が開始されたことにより、保険診療での自己負担の問題は解消されつつあるが、予防対策の遅れと有効的な治療法の開発により、わが国全体の外来医療費は今後も増大することが予測される。

●併用療法が普及して外来でのコストが問題となった

木村博和（横浜市立大学） 僕は、医療経済学の専門ではありません。厚生省のHIVの疫学研究班で、HIVの医療費の調査をこれまで2回ほど行っています。

1995年の1回目の医療費の調査の時は、まだ治療方法としてはプロブリンとかddIといった2つの薬が用いられていました。その後、さまざまな薬が登場していきます。今までの薬とは違うプロテアーゼ阻害剤を中心として、使用できる薬も増えてきました。それとともに併用療法が有効であるという報告が増えてきました。日本では1997年以降から、多剤併用療法が急速に広まりました。医療費の問題は、特に1997年頃から薬をたくさん使うことでかなり問題が出るのではという懸念があったようです。ただ、調査は出そろってる状態ではなかったの、なかなかできなかったのですが、昨年頃からはできる状態になって、今2回目の調査を行っているところです。

まず、第1回目の調査を行ったときの医療費の内容を報告

します。それと、海外で同じような調査を行っているわけですが、ひと月当たりいくらかかるといっただけではなくてHIV感染症の生涯医療費としていくらかかるといっただけのことと推計しています。同じような推計が海外の報告にもありますので、それも、簡単に触れていただきます。このようなお話を市川先生をお願いします。

その後昨年調査で、外来でのひと月にかかる診療代の結果について僕から話して、その後みなさんと話し合っていたと思っています。98年から障害者認定が改正され、患者さんの自己負担のかなり大きな部分が解決されつつあります。ですから、今後残された負担をある程度しほり込みまして、一緒に考えていきたいと思っています。

医療費の範囲は、「国民医療費（厚生省大臣官房統計情報部）」に準じて、診療報酬額と入院時食事療養費の医療機関での費用と、調剤報酬額の院外薬局での費用になります。簡単に言うと、病院でかかる費用と、薬、院外で処方箋を受け取る薬代としての費用が医療費に入ります。後は入院時の食事などです。

●外来医療費の6割は薬代だった

市川誠一（神奈川県立衛生短期大学） 平成8、9年度、厚生省のHIV感染症研究班のなかで、レセプト調査と生涯医療費を調査しました。

CD4の数が500以上の患者、それから200~500、200以下の患者、全部で145名ほどを、血友病、非血友病に分けて、医療費の種目別のコスト計算をしまして、1日当たりの平均を出しました。

1日当たりの容体区分別のAC1、AC2、AC3とCD4の状態が悪くなるのに合わせて医療の内容も変わってくるわけです。1日当たりのAC1でかかる費用は16000円程度で、そのうち74%が検査を受けています。AC2に入りますと27000円で、37.3%。今度は投薬療法というのが50%。さらにAC3に入りますと63%と、少なくとも外来の費用は病状が悪くなるにつれて薬の方が増えます。1日当たりをいいますと16000円から40000円。金額はだんだん高額になっていきます。

さらに月当たりの平均値を出しました。AC1で2万円。AC3で3万円くらい。エイズの発症期になると5万円くらい。実はこのAC2のところをみるとわかりますが、抗HIV薬が使われるとAC2の外来患者は5万円。この、同じAC2でも、抗HIV剤の配分によって、だいたい2.5倍くらい増加する。AC3でも同じことがいえます。

この時の抗HIV薬ですが、先程の木村先生の話にもありましたように、使われているのはエンフェクトシンとddIです。レセプトを見ますと、そのどちらかが使われているわけです。つまり一方の薬だけでこれだけかかるということです。

今の月当たりの状況、抗HIV剤をAC1、2、3それからFというふうにしまして、外来状況をみます。やはり、金額が高くなってきているのは抗HIV剤が入ってきてからです。そして、外来医療費は月当たり7万2000円。このうちの6割は抗HIV剤で、抗HIV剤の占める割合が高い。

病態が進むにつれて医療費は高くなる。そして抗HIV剤が使われることによって、その金額は、2.5倍、3.5倍になってくる。それに6割が使用している。

では海外での医療費についてですが、これは1993年の米国のレポートです。CD4は私たちと同じ500以上にして分類していて、月当たり3万6600円。200から上だと5万6000円。このなかで、抗HIV薬は24%くらいで、それほど大きな範囲を占めてるわけではない。このレポートが私たちにいい結果を出してくれているのは、500以上の期間の平均があって、合計すると148.7か月治療費がかかるということです。平均的な生涯医療費としてこれを全部計算すると、このレポートでは生涯医療費1550万円。この数字は日本ではまだ出ていなかったもので、データとしてはこのレポートを参考にすることになりました。というのは、この時のアメリカの抗HIV薬は私たちの使っているものと同じだからです。

オーストラリアでは、男性同性愛者の患者さんが非常に多くなっています。医療費は、CD4が500以上で966万円。200~500で治療が始まりますと1024万円。治療が早ければ早いほど医療費は安くすむということですが、ただしここでは、日本と同じように投薬費用の割合が高く、50%台です。

入院の日数204日と書いてありますが、これは厚生省のHIV研究班が生涯医療費として813万と、93年にオープンしています。この頃の生涯医療費はエイズ発症の患者さんたちがほとんどでしたので、当時（95年）のデータで見ますと、入院してから204日の場合、私たちの調べた単価をかけあわせると、合計で1344万の費用がかかる。したがって、米国・オーストラリアはほぼ似たようなかたちになったわけです。

実は96年にはフランスでプロテアーゼ阻害剤の導入が始まりまして、効果について5千人くらいを調査して出した結果ですが、HIV治療1年間の変化としては、エイズの発症が抑えられる。もう1点、プロテアーゼ阻害剤を早期に導入した病院の方がエイズの発症が低くなっています。総医療費は、プロテアーゼ阻害剤が入って横這い状態。内容を見ますと、入院費は減少していますが外来治療が増えておりますので変わっていません。

●16人のレセプトを調査

木村 2回目の調査について報告します。データを集めたのが昨年の6月から8月の期間で、患者さんの人数は合計で16人。このうち男性が14人で、30歳代6人、40歳代7人、50歳代1人です。女性は30歳代の2人です。その人たちについてのレセプト、診療報酬細書を、61通揃えて調べました。61通のレセプトには、内科、眼科、皮膚科、精神科がばらばらに入っています。以下の表1から表12は、それらのレセプトを分析したものです。

●表1 外来患者の1月当たりの受診状況

診療科	件数(%)
内科のみ	30(67.4)
内科+眼科	11(23.9)
内科+精神科	2(4.3)
内科+皮膚科	1(2.2)
内科+眼科+皮膚科	1(2.2)
計	45(100)

HIV疫学研究班98

●表2 外来患者の1月当たりの医療費の分布

医療費(円)	件数(%)	累計(%)
100,000~149,000	6(13.3)	6(13.3)
150,000~199,999	11(24.4)	17(37.8)
200,000~249,000	17(37.8)	34(75.6)
250,000~299,999	7(15.6)	41(91.1)
300,000~349,000	1(2.2)	42(93.3)
350,000~399,999	1(2.2)	43(95.6)
400,000~449,000	1(2.2)	44(97.8)
450,000~499,999	0(0.0)	44(97.8)
500,000~549,000	1(2.2)	45(100)
計	45(100)	

HIV疫学研究班98

●表3 外来患者の受診科数別の1月当たりの医療費(円)

	内科のみ(30)	内科+他科1(14)	内科+他科2(1)
最大値	315,000	513,000	-
第3四分点	224,000	326,000	-
中央値	209,000	221,000	194,000
第1四分点	178,000	216,000	-
最小値	127,000	136,000	-

HIV疫学研究班98

●表4 外来患者の病期別の1月当たりの医療費(円)

	AC-1群(11)	AC-2群(17)	AC-3群(10)
最大値	250,000	354,000	428,000
第3四分点	224,000	236,000	306,000
中央値	204,000	213,000	223,000
第1四分点	195,000	161,000	206,000
最小値	189,000	137,000	168,000

HIV疫学研究班98

●表5 診療科別の1月当たりの医療費(円)

	内科(44)	眼科(12)	皮膚科(2)	精神科(2)
最大値	422,800	95,900	10,700	11,500
第3四分点	224,200	4,700	-	-
中央値	213,100	3,500	9,800	8,800
第1四分点	184,100	3,100	-	-
最小値	126,800	2,100	9,800	6,100

HIV疫学研究班98

●表6 診療行為別の構成割合(%)

	内科	眼科	皮膚科	精神科
初診・再診	0.5	15.2	0.0	10.4
指導管理等	1.5	0.0	2.5	0.0
在宅医療	5.2	0.0	0.0	0.0
投薬	80.8	6.0	85.1	31.9
注射	1.9	0.0	0.0	0.0
処置	0.4	0.0	0.0	0.0
手術麻酔	0.0	7.9	0.0	0.0
検査	9.4	65.6	0.0	0.0
画像診断	0.1	0.0	0.0	0.0
その他	0.2	5.3	12.4	58.1

HIV疫学研究班98

●表7 内科受診者の1月当たりの医療費の分布

医療費(円)	件数(%)	累計(%)
100,000~149,999	6(13.6)	6(13.6)
150,000~199,999	11(25.0)	17(38.6)
200,000~249,999	18(40.9)	35(79.6)
250,000~299,999	5(11.3)	40(90.9)
300,000~349,999	2(4.6)	42(95.5)
350,000~399,999	0(0.0)	42(95.5)
400,000~449,999	2(4.6)	44(100)
計	44(100)	

HIV疫学研究班98

●表8 内科受診者の1月当たりの受診日数の分布

受診日数	件数(%)
1	33(75.0)
2	9(20.4)
3	2(4.6)
計	44(100)

HIV疫学研究班98

●表9 内科受診者の抗HIV薬使用数の分布

使用数	件数(%)
1剤のみ	1(2.3)
2剤併用	9(20.5)
3剤併用	32(72.7)
4剤併用	2(4.5)
計	44(100)

HIV疫学研究班98

●表10 内科受診者の抗HIV薬使用状況

抗HIV薬使用数		1剤	2剤	3剤	4剤
n		1	9	32	2
逆転写酵素 阻害剤の使用	なし	1	0	0	0
	1剤のみ	0	0	1	0
	2剤併用	0	9	31	2
プロテアーゼ 阻害剤の使用	なし	0	9	0	0
	1剤のみ	1	0	31	0
	2剤併用	0	0	1	2
各逆転写酵素 阻害剤の使用状況	AZT(n=23)	0	8	15	0
	ddC(n=10)	0	3	7	0
	d4T(n=19)	0	1	16	2
	3TC(n=33)	0	6	25	2
各プロテアーゼ 阻害剤の使用	SQV(n=5)	1	0	2	2
	RTV(n=3)	0	0	1	2
	ITV(n=16)	0	0	16	0
	NFV(n=14)	0	0	14	0

HIV疫学研究班98

●表11 抗HIV薬使用数別の1月当たりの医療費(円)

	1剤のみ	2剤併用	3剤併用	4剤併用
n	1	9	32	2
最大値		204,000	417,000	224,000
第3四分点		200,000	250,000	
中央値	423,000	137,000	217,000	223,000
第1四分点		135,000	192,000	
最小値		130,000	127,000	222,000

HIV疫学研究班98

●表12 抗HIV薬使用数別の1月当たりの投薬費用(円)

	1剤のみ	2剤併用	3剤併用	4剤併用
n	1	9	32	2
最大値		176,000	312,000	200,000
第3四分点		175,000	209,000	
中央値	51,000	114,000	189,000	198,000
第1四分点		110,000	164,000	
最小値		105,000	55,000	196,000

HIV疫学研究班98

エイズ予防財団における海外実地研修とその評価

キーワード①海外研修②医療従事者③エイズ予防財団

座長 桜井賢樹(財エイズ予防財団国際協力部長) 副座長 高田 昇(広島大学医学部付属病院輸血部長)

●まとめ

財エイズ予防財団では、厚生省からの委託を受け平成8年度より、エイズ拠点病院の医師・看護婦を対象に海外実地研修を実施している。平成10年度現在、ニューヨーク医師コース・サンフランシスコ医師コース・サンフランシスコ看護婦コース・ロサンゼルス医師コースの4コースが走っていて、これまでに合計150名を超える日本人医師・看護婦が、HIV/AIDS診療のための本研修プログラムを終了している。

今回の分科会には約20名の参加者があり、本研修を経験した医師・看護婦の他、未経験医療従事者、行政関係者、NGO関係者など、多様な人たちの間で議論できた。

座長からの概要説明の後、副座長の広島大学高田先生に彼自身のニューヨーク研修報告をもらった。その中で①ケースマネージャーともいえるソーシャルワーカー(米国MSW)の働き、②研修activityの差、③教育スタッフの絶対数の差、④NGOの位置づけや活躍の違いなど、米国と日本の医療システムや文化的背景の大きな違いについて痛感した一方で、日本の現場への応用の参考になったと前向きな評価であった。また、3剤併用療法などによるHIV治療については、(高田氏の)現場とレベルの差はあまりなく、自分たちの治療方針を確認できてよかったとの報告をいただいた。

フロアからは、2週間という研修期間があっという間で、医療現場にようやく慣れる頃に終わってしまうので、時間ももっと欲しかったことや、研修後の日本でのフォローアップが難しく(患者の少ない環境などでは)宝の持ちぐされになってしまうことなどの意見が出された。さらに、日本の医療現場におけるソーシャルワーカーや心理カウンセラーの資格制度化の遅れの問題、ACCなどでの国内研修や国立病院部・地方自治体予算による同様の研修との連携など、これら研修の活かし方について、システムと現場の両方からのアプローチが今後の大きな課題であるとまとめた。

●エイズ予防財団の海外研修について

桜井賢樹(エイズ予防財団) エイズ予防財団の海外研修は正式には平成8年度、1996年から始まりました。平成10年度は、ニューヨークの医師向けコースと、サンフランシスコの医師向けコース、同じくサンフランシスコの看護婦向けコース、ロサンゼルス医師向けコースという4つのコースが行われています。

対象は、今のところは医師と看護婦ですが、研修を受けた人数は、ニューヨークの医師向けコースが8年度と9年度で合計9名、今年度は10名ぐらいいはトータルで行くことになっています。サンフランシスコの医師向けは、8年度17名、9年度24名、合計41名で、今年度も30名近い方が行っていま

す。それからサンフランシスコの看護婦向けが9年度に18名、今年度も同じく20名弱行っていたことになってます。ロサンゼルス医師向けが9年度に9名、今年度も10名近くの方が行っています。

今年度は実施されてないのですが、ボルチモアのジョンズホプキンス大学に8年度と9年度に合計9名行っています。

また、馬場めぐみさんにコーディネーターになっていただいて、ハワイのワイキキにありますライフ・ファウンデーションを中心として市内のクリニック等々、主にサイコソーシャルなトレーニングを含めた看護婦向けのコースに、8年度と9年度で合計16名行きました。

ということでトータルで今年も入れますと、150名を超える医師および看護婦さんの方たちに、この研修に参加していただいているというのが、今までの経緯です。

そのうちのニューヨーク医師向けコースに参加していただいた広島大学の高田先生に、その時の模様をご紹介したいと思います。

●ニューヨークにおける研修に参加して

高田昇(広島大学) 少なくとも1996年終わりの時点で僕たちの病院では、エイズ HIVに関しては何でもできると、かなり自信を持っていました。メディカルな意味でも、それからカウンセラーもしっかりしてくれていました。

その時に、なんと、ブロックの拠点病院をやれと言われてたんですね。自分たちがようやくできるようになったかな、と思った時に、よその面倒を見ると言われて、がっかりしました。

結局、自分たちのところだけではなく、もっと他のところにもサービスをしていかなければいけないということになり、やはり教育がかなり重要だし、海外研修を受けておく必要があるんだろうと僕は思っていましたし、行ってみたいという感じがしていたんです。

その当時、僕たちの病院で診ていた患者数は49人、17人の人が発病していて、10人が亡くなっていたわけです。

時期的に、ちょうどウイルス量が測れるようになってきた。あるいは、1996年にはバンクーバーの国際会議があって、この病気は、ひょっとしたら、治るとは言わないが、かなりいい状態になりそうだというムードの会議でした。

そして、インジナビルの治験を始めていましたから、ウイルス量が100万あった人でも治療により血液中からウイルスが消えていく、というのを見て、これはすごい時代になったな、と感じていました。

そういう時期に、ニューヨークに行かないかという話がきたわけです。

●セントルークスとルーズベルト、2つの病院

高田／ニューヨークに行って何を見てくるか。医療のレベルではたぶん負けないだろうと思っていたし、実際にそうだったのですが、見てきたかったものは、1つはやはりアメリカの医療制度のなかでのエイズというものは、実際にどうなんだろう。それから、エイズの現場で働く人たちがどんな意識や気持ちを持っているのだろう。そして、最終的には自分が、医療者のためにエイズ教育をやっていくわけですから、そのために教えることと。この3つぐらいになるのではないかと思います。

そういう意味で、セントルークス・ルーズベルト病院、稲田先生のところに行きましたが、それは非常に適切な場所に行かせてもらったと思っています。

セントルークス・ルーズベルト病院はコロンビア大学の関連病院です。

セントルークスというのは場所かというと、アッパーウエストといいますが、ハーレム寄りのいちばん南の、ちょっと西の方で、まわりはアフロアメリカンの人それからヒスパニックの人たちが多くて、感染者としては圧倒的に薬物常用者ですね、それとセクシャル、しかもヘテロセクシャルというのが多いところです。

ルーズベルト病院は、セントラルパークの下の方で、横にティファニーなどがある。そこの患者さんというのが白人でゲイで、あるいはもちろん女性もいらっしゃるんですけども、インテリジェンスが高くて、お薬もしっかり飲めるわけです。この2つは同じ系列の病院ですけども、全く違う患者さんがみられました。

稲田先生のところで、4週間、毎日の午前・午後のスケジュールをずっと決めてくれるんですね。これはすごく大きなことです。「あまた日本から来たか」とドクターたち、あるいは看護婦さんが飽きもせず引き受けてくださるということは、すごくありがたいと思いました。

稲田先生はそういうコーディネーションをされにきて、あとは、夕方の反省会の時、それについてはこういうペーパーがあるよ、というのを出してくるのですが、稲田先生の出してくる資料は古くて僕のほうが新しい、ということもありました。

この、セントルークス・ルーズベルトホスピタルという病院は、大学の関連教育病院で、医学生はいなくてレジデントばかりです。だから、今の僕が働いている大学病院と全く同じに見えて、基本的に病棟はもう、完全に研修医でまわっている。それで、上に指導員クラスが何人かいるぐらいで、すごくよく似ています。

1つの病棟は、4～5人ぐらいのドクターで1か月とか2か月とかでローテーションがまわっています。ですから、看護婦さんのほうが詳しいです。エイズの患者さんが入院してくる。「先生、あの患者さんのお尻見た?」「ううん、何かあったかな」「痔が悪いのかな」「先生、あれは単純ヘルペスです」「えっ、そうか」「もう消化器科の先生呼んでおきましたから」というふうなことが、目の前で起こってくるわけです。それぐらい、病棟はやはり看護婦さんがうまくコーディネートしているなど感じました。

●MSWが身体的ケア以外の全部をみる

高田／病棟をいちばんコントロールしているのは、僕はやはりソーシャルワーカーだと思います。ソーシャルワーカーの

人は、患者さんが入ってきた時に、この人のだいたいの退院していくゴールを決める。お医者さん、看護婦さんは、フィジカルな条件を決める。評価して、情報を得て、決める。けれどソーシャルワーカーは、そういう問題を解決したら、その人はどういうところに帰っていくのか、というのを全部決めるのです。もちろん、大きな仕事は、その人が入院してきた時に、病院に収入がなかったら困りますから、この収入源を確保することです。というのは、アメリカでは、地域によって違いますが、20%の人は保険を持ってないわけです。つまり患者さんに払ってもらえなければ困るわけです。どこから払ってもらうかを、ばーっと決めてしまう。ソーシャルワーカーがすごく大切な仕事をしていることに感じました。アメリカのソーシャルワーカーは、日本の僕たちが持っているソーシャルワーカー+サイコロジスト、というのをやっています。患者さんの身体的ケア以外の問題は全部面倒みています。どのような福祉制度を使えるかというのがありますし、半分はやはり心理の仕事をしています。

40ベッドぐらいあったら、研修医クラスのレジデントが5人ぐらい、看護婦さんは2交替で4チームぐらいで、全部で4、50人ぐらいです。それぞれに婦長さんがついています。それで、その40人ぐらいのベッドのところには、4～6人のソーシャルワーカーがついている、という感じでした。あと、薬剤師、病棟薬剤師、それから栄養士がいる感じで、みんなで包括的なケアをやっていました。

それは、おそらく包括的ケアの方が、医療福祉から余分にエイズケアとしての予算が出てくる、ということのようでした。

教育スタッフの数は、圧倒的に日本に比べて多いですね。僕たちは、日本で、診療、教育、研修を全部引き受けてしまう。ここは非常に劣るところだと思います。

医療のシステムはかなり違います。白人か黒人か、ヒスパニックか。あるいは、経済状況がどうか。どういう保険が使えるか。それで受けるサービスが違います。日本の場合は、ほぼ多くは均一という感じがします。アメリカでエイズ医療がうまくいっている、成功しているというのは、白人でゲイで金持ちで、インテリで、という形で成功しているのであって、あとはもうたくさん失敗もあります。

●エイズ関連の仕事は特別なものではない

高田／ニューヨークには、エイズに関係した仕事をしている人たちがたくさんいます。医師、看護婦も含め、ボランティアもいるし、層の厚さはすごいなと思いました。「あなたはどのようにエイズをやっているんですか」と若いドクターに聞くと、「いや私は感染症科だからやるのは当たり前なんだ。特にエイズをやったかったんだ」と答える。看護婦さんに「どうしてエイズの病棟をわざわざ選んで来たの」と言ったら、「ここに仕事があるからです」と言う。エイズのトレーニングセンターに行っている人にしても、どのセクションの人でも、多くはエイズだからやりたくてやっているのではなくて、ただ仕事だからやっている、ということです。

これは、今からエイズに入っていこうと思う方にとっては、気が楽になるのではないかと思います。実際に、医者も、糖尿病が好きで好きでたまらなくて糖尿病やっているというのはあまりいません。入って見たところ糖尿病の教室だったので、やっているうちに好きになったということは、お医者さんには多いと思うのですが、それぐらいの感じがいいと思います。

ただ、システムを最初に作った人は偉い、と思います。いろいろなシステムを考えて作った人たちの、頂点のところにはやっぱりすごい人がいたんだろう。

今はどうか知りませんが、ニューヨークシティの、いろいろなエイズ政策を決めていく、市の中の局長みたいなところには、エイズの患者さんをわざわざ雇っておいて、それで、いろいろなシステムを作ったというように聞きました。

●研修後のフォローアップは（質疑応答から）

桜井 ソーシャルワーカーが、何かケースマネージャーのような働きをしているようですね。

高田 あそこの病院では、少なくともそうですね。

桜井 日本は、医療の現場の中にソーシャルワーカー、カウンセラーが、きちんとした制度のもとに組み込まれていないというのが現状です。しかしその中で、病院ごとに努力して、1人のソーシャルワーカーが100名以上担当したりするという過酷な状況の中で働いているかと思います。また心理的カウンセリングの問題は、本当にまだ端緒についたばかりで、看護婦さんたちも、自分たちも心理的ケアをしなくてはいけないというニーズのもとに、カウンセリングの勉強をいただいています。それが、きちんと保障された形で現場で活かされるようにまだなっていないということです。

参加者 カルチャーショックみたいな感じで、私は特に新潟なので、もう本当に遅れてるところから、新しいのを見たということで、もっとここにいろいろなことを見ていたかったな、という2週間でした。

桜井 看護の現場はどうでしたか。

参加者 やはり2週間という限られた時間の中で、NGOの団体を見たりしたのですが、病院にゆっくりいる時間というのが逆に少なかったように感じました。

参加者 行ってみて、他の、癌の患者さんや一般の患者さんと何ら変わりなく、普通に接しているいいということを感じました。

桜井 HIVの医療を見ているだけけれど同時にアメリカの医療も重なった形で、ほとんど一体の形で見えていますからね。スタッフがみんな同じような研修で見ると、日本の医療現場に共通して存在する問題とか、HIVの医療現場での問題についてコミュニケーションがとれるかとも思います。

参加者 私はエイズの主治医だったことは一度もありません。相当数の患者さんを見せてもらって、たいへん貴重な経験ではありましたが、帰国後それをどのように継続していくかという部分が重要であるというふうに感じております。

桜井 それは、この研修が立ち上がって最初からずっと議論されていることで、財団としても帰ってからのフォローアップあるいはネットワーキングということもやりたいということで、毎年厚生省に対してはお願いしていますけれども……。

日本の研修の考え方なのかもしれませんが、とりあえず研修で自己完結的に行ってきたら、ということだけを目的にしているような予算化なのです。

例えば厚生省から委託されて、うちの財団はこういう4つのコースを走らせていますが、それ以外にACC、国内のいちばんの拠点であるエイズ治療・研究開発センターは、国内研修を、短期・中期・長期という3つのパターンで始めましたし、それから国立病院部というのは国立病院の職員を対象に、10年位前から毎年予算化して、それでやっている看護婦さんやドクターも何人もいらっやいます。そうかと思うと、自治体や病院ごとに予算化して毎年何人か研修に行ってもら

っているところもある。日本では、予算の出所によって、いろいろな研修に行っているにもかかわらず、帰ってきた時に現場でそういう財産が活かされているのかと、疑問に思うところがあります。

横の連携のなかで、研修が後からも活かせるような何か突破口を開きたいというのは、たぶん我々みな共通の思いだと思いますので、ぜひそのような意見を、現場からどんどん、例えば拠点病院であれば拠点病院の責任者あるいは病院長を通して、厚生省なりブロック拠点病院なりに言っていただいで、最終的には厚生省に声が届くことを期待しております。

●医療の現場に心理のプロを（質疑応答から）

桜井 ソーシャルワーカーがどういうスキルを持って、どういう教育を受けてきた人たちが、専門職としてやるべきかという議論は、ようやく研究レベルで始まっております。教育のカリキュラムも試験的に作られています。問題は、それに基づいて、ソーシャルワーカーなり、カウンセラー、まあ臨床心理士の教育が、制度として、最終的に国家資格として医療の現場にきちんと取り込まれるまでに、まだ相当な年数がかかるといえるだろう、ということです。

高田 アメリカはソーシャルワーカーを置いてないと病院として認められないのだと思います。もちろん、ソーシャルワーカーを置く方がよほど得です。お金の取りはぐれがないというか。日本の場合は、これは国家資格にはなっていないし、病院にとっては、雇ったら全部お金を払うばかりの職員です。そういうソーシャルケアとかサイコロジカルケアが必要であることは、国会ではずいぶん前から論議されていて、資格化が図られてきたけれども、それは要するに業界団体の反対があつてどうにもならなくなって、精神科のソーシャルワーカーだけが国家資格になり、今は多くの心理の人たちがそちらに流れていくしかありません。特に心理の方は、臨床心理士会が完全に学校カウンセリングに向いていて、医療で働く心理士たちが非常に厳しい状況になっています。ですからしばらく医療・保健分野で働く心理の人たちは国家資格になりません。非常に厳しいです。

ということで、誰が悪い、というと、僕は結局、国民だと思っています。病院に入院したら心理的なケアが必要だ、そういう人たちを置いてください、という声ももっともっと上がらないと、厚生省は本気になってやってくれません。

業界団体が反対しているのは、日本医師会と看護協会です。この人たちが、看護の心理的ケアも私たちの場、という感じでテリトリーを取り合って離そうとしない。けれども、やはり心理のプロ、プロが必要です。僕たちができるのは一部分でしかない。やはり医療の側からも、ユーザーである患者さんからも、プロが医療の現場にいることが絶対に必要だという要求をするしか、資格化されることはないだろうと思います。

桜井 高田先生流の冷静な見方で解説していただきましたが、HIVのカウンセリングについてはみなさんご承知のように、派遣カウンセラーという、他の病気にはないような制度も始まっています。それから一応拠点病院にカウンセラーを設置することは名目としては謳っておりますので。後はそこに魂を吹き込むことができるかどうかだと思います。少しずつ、なんとか職種の壁や組織の壁を越えて、意見を反映させていくような方向に、議論を深めたいと思っています。

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－

秋山昌範 (国立国際医療センター)

インターネット、イントラネットなどの通信メディアは目覚ましい発展を遂げており、行政や教育の分野まで浸透してきた。この技術を利用して、地域全体や疾患単位でネットワーク化することで、病診連携・病病連携といった医療連携の活性化が期待できる。また、厚生省も電子カルテプロジェクトや遠隔医療研究など情報化政策を進めている。大学病院や大規模病院ではオーダーリングシステムの導入が図られ、情報化によりすでに様々なメリットが生じているが、今後はネットワーク化したデータベース、即ち電子カルテ化することで、患者さんはどの病院にかかっても、自分の病歴を参照でき、継続性のある適切な診療が受けられることになる。ただし、医療においてはセキュリティが重要であるので、機密性を保つことは重要であり、プライバシーの保護には十分配慮する必要がある。その上で、高速伝達や画像などの伝送も可能にした医療連携システムの達成により、全国1患者1カルテの実現が可能になる。

このように、医療において医療機関同士がネットワーク化される意義として、インターネットを使った情報発信のみならず、実地診療における診療情報交換による病診連携が大きい。エイズ治療・研究開発センターはHIV感染症に関する臨床研究に基づき、最高度の医療水準による診療を行うとともに、情報ネットワークや医療従事者の研修を通じて同感染症の診療に関する最新かつ最高の知識、経験を全国各地の拠点病院等の従事者に提供する役割を負っている。エイズ診療ネットワーク(A-net)を利用してエイズ治療・研究開発セン

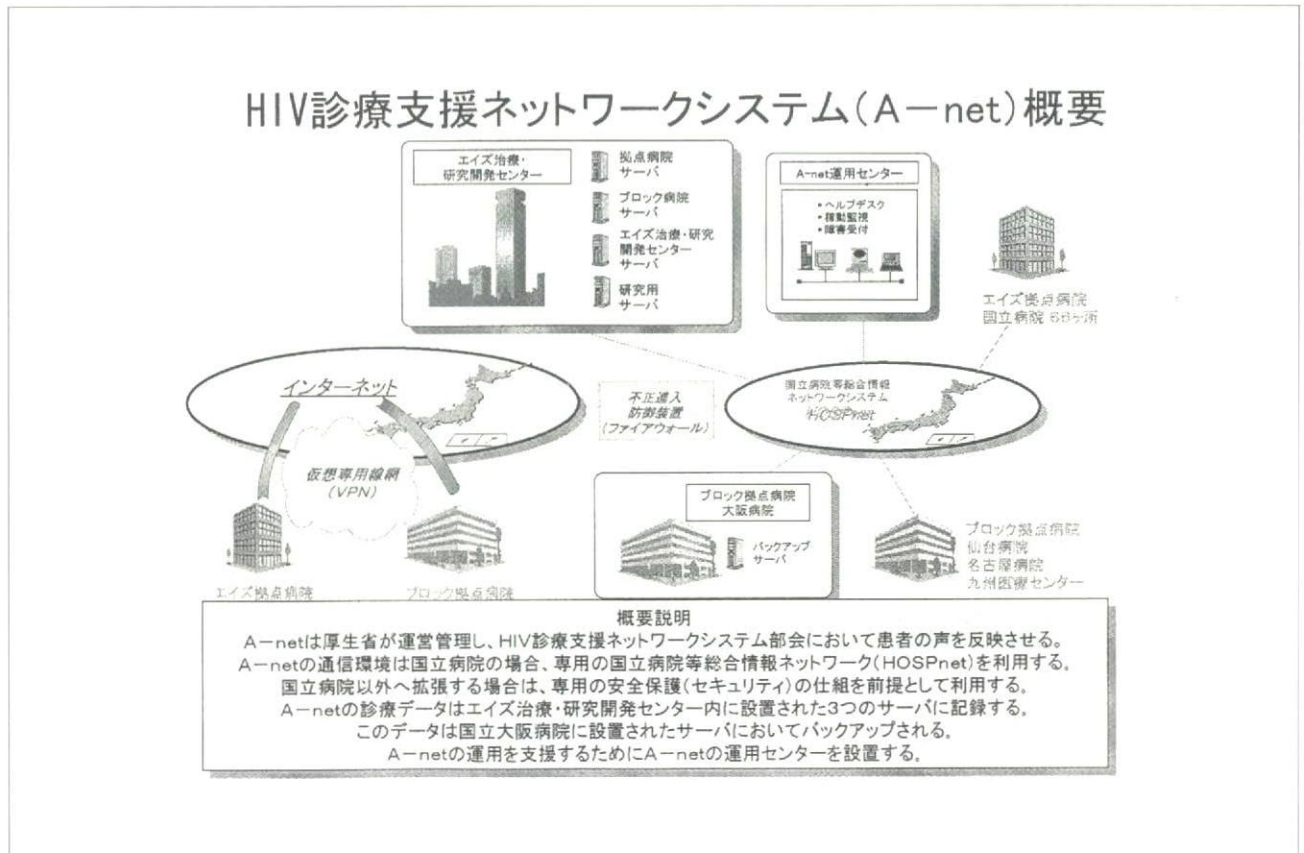
ターの機能を発揮することで、HIV感染者が居住地の最寄りの拠点病院等で最高度の医療水準による診療が受けられるようになる。すなわち、A-netを利用して、臨床情報の収集・集計・分析を行い、最新の情報提供や治療研究を行えるようになることが期待される。A-netは初めて広域ネットワークを使った電子カルテであり、その経過と問題点を通じ、医療ネットワークのあり方を述べる。また、エイズ治療の向上等の研究において、個人が特定されないデータ利用の方策や、その利用目的や方法等が適切かどうか判断する組織など、今後も検討すべき問題点もある。

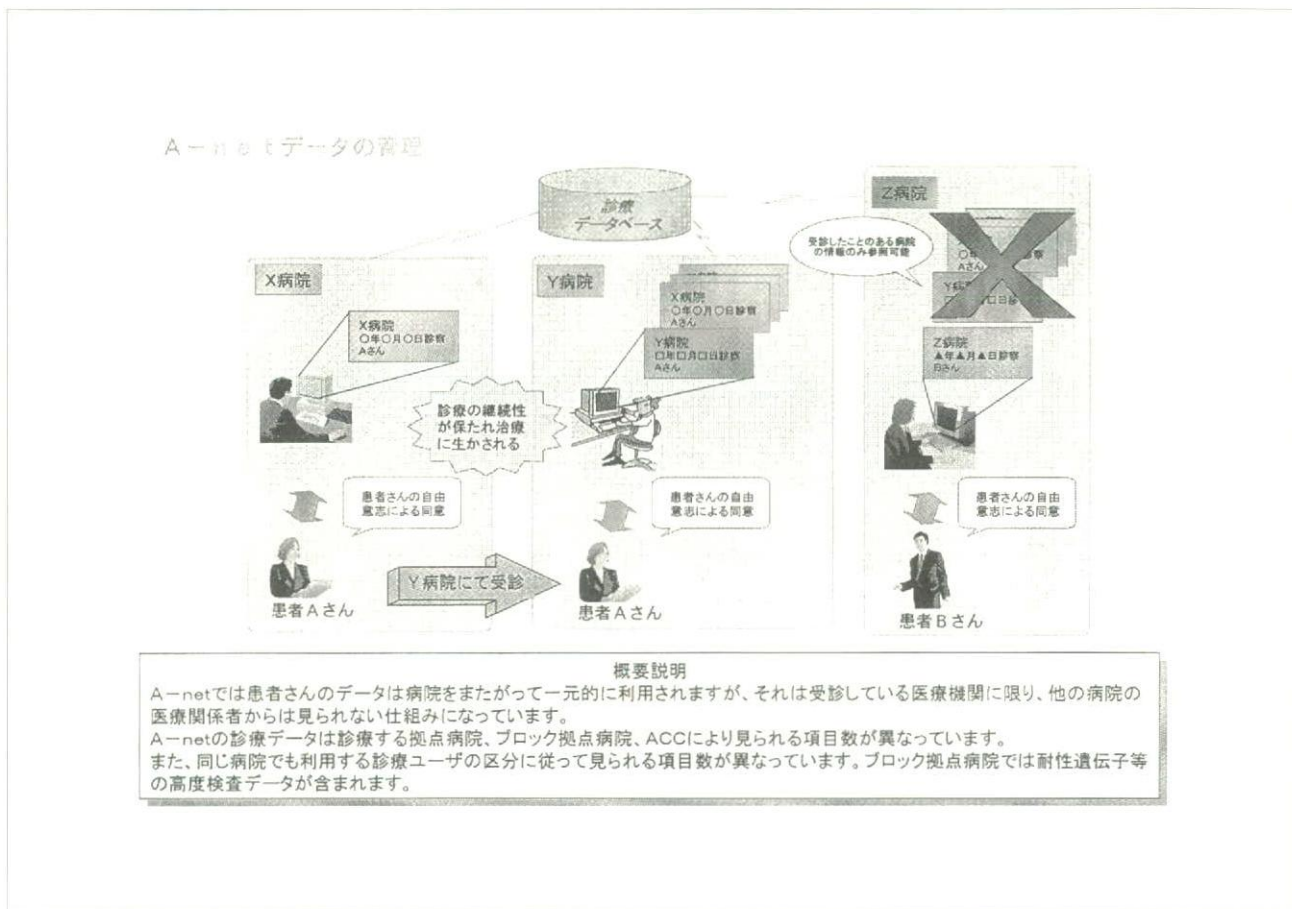
スライド①

HIV診療支援ネットワークシステムの目的

- ・ HIV訴訟における和解勧告の所見に基づき、HIV診療の支援を行うために、全国のエイズ拠点病院をコンピューターネットワークで結ぶ診療支援システム
- ・ ネットワーク利用により
 - ①患者さんの診療データの共有化
 - ②診療レベルの標準化
 - ③臨床研究の促進
 を可能とし、患者の診療レベルを向上

●図1





スライド②

患者さんに対する説明と同意(インフォームドコンセント)

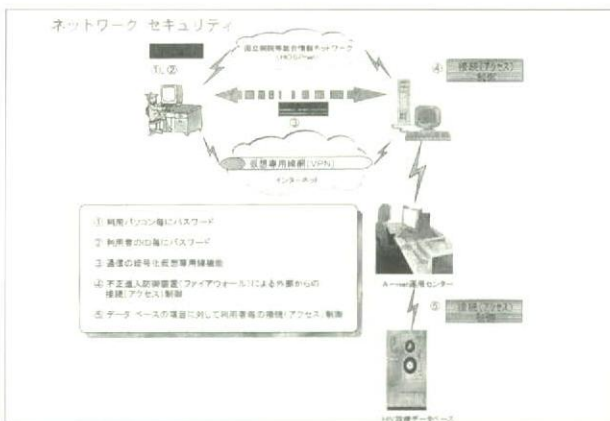
HIV診療に関わる自身の診療記録データを「HIV診療支援ネットワークシステム」に記録利用することに同意していただけます。

HIV患者の治療向上のために患者さんの診療記録データを「HIV診療支援ネットワークシステム」に記録し、データを活用して患者さんの診療に役立てることとしております。

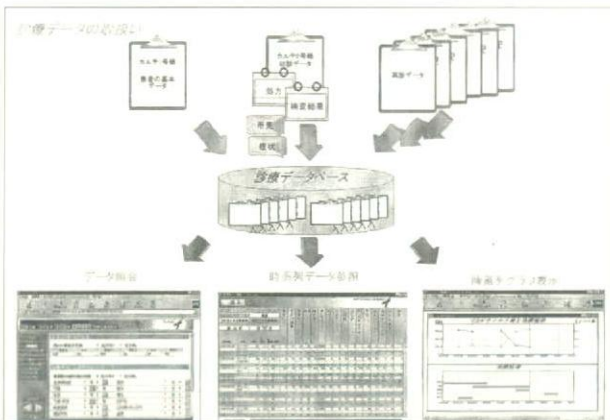
同意書の主旨

1. 患者さんは自分自身のHIV診療に関わる診療経過の中で発生した医学的記録データを、自身及び将来のHIV患者さんへの治療の向上と発展のためにHIV診療支援ネットワーク上のデータベースに記録することに同意していただくこととしております。
2. HIV診療支援ネットワーク上の患者データは、当該患者を診察治療する立場にある病院及び医療従事者に限って利用されることになります。
3. HIV診療支援ネットワーク上の他のHIV診療専門医師のコンサルテーション（診療に関する相談）を受ける旨、患者さんが同意された場合は、エイズ治療・研究開発センター（ACC）等の専門機関の医師等による当該患者さんのコンサルテーション（診療に関する相談）を実施することができることとなります。
4. 患者さんはHIV医療の向上のための個人が特定されない統計分析等の研究目的で、自身の登録されたデータが利用されることに同意していただくものです。

● 図 3



● 図 4



スライド③

A-netの特長 1

- ・プログラムは常に最新：
プログラムは利用開始時に、国立国際医療センターよりネットワーク経由で配信
- ・データの一元管理と漏洩防止：
診療データは端末に保存されず、サーバのみ保存
- ・不正利用に対する3つの防止策：
部屋に鍵、OSはNT、サーバのアクセス制限

スライド④

A-netの特長 2

- ・高いセキュリティを保ったネットワーク：
イントラネットであるHOSPnet、仮想専用線網
- ・データのバックアップ：
国立大阪病院にバックアップシステム、毎日データをバックアップ
- ・災害時：
国立国際医療センターがダウンしても、国立大阪病院のサーバで運営可能
- ・データの精度
- ・使いやすい画面

スライド⑤

使いやすい画面

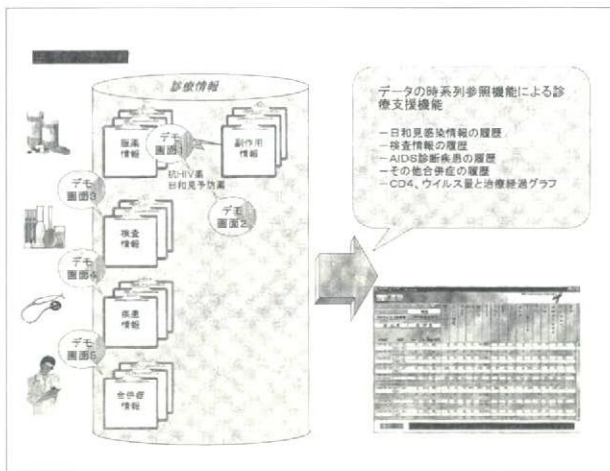
- ・マニュアルが無くても理解可能
- ①レイアウトを統一
- ②画面のスクロールを無くす
- ③項目をクリックすると入力画面表示
- ④ラジオボタンやプルダウンメニュー
- ・色表示の統一：
黄色で注意、赤は異常値
- ・ヘルプ画面

スライド⑥

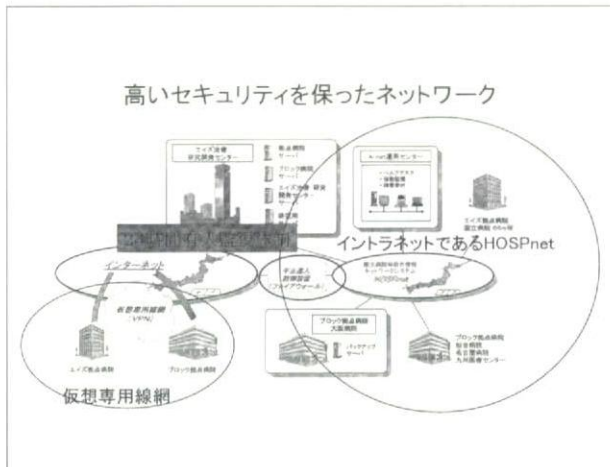
おわりに

- ・情報公開と個人情報（プライバシー）保護
- ・行政と法律：
医師法、医療法、保助看法、刑法、刑事訴訟法など
- ・ネットワークは便利だが、使い方を誤ると危険な面もある
- ・技術が進歩、常に最新の技術、最新情報を取得
- ・運営管理体制、専任の人的資源

●図 5



●図 6



●図 7

