

的知識を要求され専門的人的確保が重要になってきた。医師のみならず、専門看護婦、カウンセラー、情報担当官、通訳等の医療従事者の増員、質的向上が望まれる。

(2)ブロック拠点病院と拠点病院格差の拡大

ブロック拠点病院の充実に伴い、最近ではブロック拠点病院への集中化が生じつつある。その結果として、拠点病院などの診療施設での診療水準の低下をきたす恐れが生じた。拠点病院の診療レベルを低下させることなく、患者さんがそれぞれの居住地域でケアができるように、そして安心して生活ができるようにすべきである。

(3)拠点病院の見直し

今後HIV患者が増加することを見越して、現在の364拠点病院はあってもよいが、患者数等からして他の疾患に比べて多すぎることは否めない。逆に拠点病院でもないのに多くの患者さんを診ている病院には拠点病院指定をすべきと考える。

(4)首都圏問題

首都圏を含む関東甲信越のブロック拠点病院は厚生省による決定が遅れたため、準備不足とそれ以上に首都圏の病院から選ばれなかったことのために拠点病院構想立ち上げに大きな支障が生じた。首都圏病院の拠点病院構想へのスムーズな参加のために何らかの方策を講じなければならない。

研究遂行のための基礎資料の作成

- (1)ブロック拠点病院の診療体制確立記載資料
- (2)ブロック拠点病院による院内感染防止のための資料
- (3)ブロック拠点病院による診療のための資料
- (4)HIV感染症全般の情報誌
- (5)ホームページの立ち上げ
- (6)外国人のための診療対訳指図書

患者さんあるいは医療従事者にこれらの資料がいかん利用されているかで研究を遂行する方策をとれたと同時に、HIV診療に無関心な医療従事者に関心を持たせることにも有効であり、また将来、改訂等を行うことにより経時的参考資料にもなり得る。

HIV診療向上のための実践的活動

- (1)ACC研修への参加（継続活動）
- (2)ブロック拠点病院での診療活動の向上（患者数の向上、治療内容の向上、診療がスムーズに行えるよう院内体制の確立）
- (3)ブロック拠点病院による諸研究活動（継続活動）
- (4)ブロック拠点病院指導による研究会、勉強会の開催（継続活動）
- (5)地域内NGO活動の立ち上げと支援（継続活動）
- (6)情報の提供（継続活動）

(7)臨床研究（継続活動）

遠隔地医療システムの構築

患者さんには可能な限り地元で診療を受けたい要望がある。その物理的問題を解決する方法として、1998年から本年にかけてテレビ電話を利用した遠隔地医療システムの構築を試みた。本システムは画像のみならず、きわめてスムーズな対話形式をとることが可能で、遠隔地であっても隣室で診察している様子を見るようなシステムである。このシステムのより良い利用法を検討すべきである。

守秘問題に対する検討

本疾患の場合、残念ながらいまだに患者差別が大きな問題の一つである。このためHIV患者であることを知られることは可能な限り避けるべきであろう。本年北陸、東北ブロックにて実態及び意識調査を行ったが3つの点で配慮がなされなければならない。第1は診療時、第2は保険、第3は身体障害者手帳取得等の手続きのための配慮である。診療時においては病院職員の意識の向上によって概ね守秘は守られるようになった。しかし共通診療場利用の一般化も進んでおり、この時外部に対話がもれることがある。この点は一考を要する。次に保険の問題だが、中小企業の場合、雇用者に知れる場合があり、行政による配慮が必要と思われる。最後に諸手当等の申請であるが、これは守秘がきわめて困難である。手続きが単純化されず多くの人手を経ること、係の人が知人であることなど、特に北陸、東北等にその傾向が強い。やはりHIV患者と知られるだけで何らかの不利をこうむると考えている係の人が多くことからもうかがいしれる。この点については行政に配慮を促したい。

カウンセリング関連問題の改善

カウンセリングの必要性は年々増加しているが、カウンセラー不足は否めない。前年度の小西らの調査によるとHIV感染症に対するカウンセラーは基本的に4つの職種の者から成り立っている。医療職（主に精神科）、看護職、心理職そして福祉職である。それも患者さんのニーズが多様であるため、カウンセリングもその基本となっている職種によって専門が分かれている。

エイズ予防財団による養成努力や派遣カウンセラーの配置により徐々に増加しているものの、不足および利用の困難性は否めない。

本年はこのため患者ニーズに応えられる適切なカウンセラー配備のため、絶対数を増加しなければならないし、その組織構築も検討した。

外国人患者支援の向上

外国人患者問題は以前からあったが、1998年宇野、内海

らによって、通訳不足と外国人対応の外国語による診察を要することが明らかになったため、通訳養成セミナーと対訳服薬指導書の発行が決定された。1999年我が国における外国人HIV患者の実態は宇野、内海らの全国の拠点病院等を対象とする調査によってはじめて明らかとなった。全患者の70～80%は関東甲信越で、多くは首都圏に集中している。言語ではタイ語、ポルトガル語が多い。診療した病院数もそれにほぼ比例している。地方では長野、愛知、静岡、京都、大阪、愛媛、福島がつづいている。外国人の場合、言語問題以外に、不法滞在、保険非所有問題もあり、その結果、帰国、転院に加えて行方不明も多く見られる。これらの問題は掘り起こされたばかりで、今後解決していかねばならない。

地方ブロック拠点病院固有の研究結果とその考察

北海道ブロック

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向けて、HIV総合医療整備委員会（委員長：小池隆夫）および9つの小委員会（①内科系、②外科系、③妊婦・新生児系、④病理部、⑤看護部、⑥検査部、⑦薬剤部、⑧事務部、⑨医療情報部）によって各科連携のもとに院内の医療体制整備を進めてきた。

北大病院におけるHIV／エイズ初診患者は、1987年から1999年までの13年間で36名であるが、1996年にブロック拠点病院として指定を受けてのち、1997年から現在までの3年間における受診者数は20名であった。他の地域に比べて絶対数は少ないものの急激な増加が見られている。また、この3年間で変化したことの一つは、入院患者の減少や、検査値としてはCD4細胞数の平均値の上昇であり、多くの患者が近年の抗HIV療法の恩恵をこうむっていることが示されている。しかし、抗HIV療法の効果が不十分な患者もあり、その対策の一つとして薬剤耐性検査の重要性は論をまたない。北大病院では、早期に薬剤耐性検査の体制を確立したが、北大病院に通院中の患者にとどまらず、要請があれば道内のすべての患者に薬剤耐性検査の実施を提供していきたい。第5回北海道HIV臨床カンファレンスでは、薬剤耐性検査をテーマとして、国立大阪病院、白阪琢磨先生によって特別講演が行われた。

一方で、血液製剤による感染者の場合、ほぼすべての患者がC型肝炎を有しており、その対策が急務である。第4回北海道HIV臨床カンファレンス（1999年7月）ではC型肝炎を主題に、当院第3内科の消化器専門医師・髭修平先生によって特別講演が行われ、今後のHIV感染症におけるC型肝炎の問題について討議された。また、これをもとにC型肝炎の治療指針が現在改訂中の「HIV感染症診断・治療マニュアル」（北海道大学医学部附属病院・HIV総合医療整備委員会編、2000年4月発行予定）に掲載される予定である。

情報ネットワークの整備充実とともに、医療従事者間の公的および個人的ネットワークもまた、ブロック拠点病院

と拠点病院間の連携を確立するうえで必須である。HIV講演会、北海道HIV臨床カンファレンス等の活動を通して、道内、道外の人的関係が構築されてきつつある。現況において、北海道地域におけるエイズ患者の発生が稀であることから、遠隔地域におけるHIV医療体制と意識はまだまだ十分ではないが、ブロック拠点病院および拠点病院間の有効な連携が確立しつつあると考えられた。

東北ブロック

東北地方においてはエイズ／HIV感染症患者が少なく、そのため診療に対する関心が低く、医療体制の立ち後れ、さらには守秘不安や良質の医療を求めている、首都圏など他地域への患者流出などが問題とされていた。これらを解決し、各拠点病院間で格差のない高度な診療が可能になるよう医療体制を確立するために各種の事業を行ってきた。

1. ブロック拠点病院としての医療体制：施設整備はほぼ終了し、診療体制もほぼ確立し、一層の充実を図っているところである。検査においてはジェノタイプの薬剤耐性検査が確立し、各拠点病院の要望に対応可能となり実施している。他に日和見感染症の遺伝子診断も可能となってきた。知識ならびに技術習得のために国内外の研修、講演会の開催、学会等への参加、院内学習会、症例検討会を行ってきた。

2. 拠点病院との連携強化：今年度は本研究3年目にあたり各拠点病院の現状把握の目的でアンケートを行った。東北の拠点病院40施設中32施設から回答が得られたが、現在診療無しの施設は17施設と半数以上になっていた。これは東北地方においては患者の増加はあまりなく、比較的少数の拠点病院に患者が集中する傾向によるためと思われる。診療実施施設は施設整備が進み、様々な研修を重ね、診療レベルの向上に努め、3年前と比較してかなりの診療レベルに達しているものと思われる。連携強化事業として連絡会議、臨床カンファレンス、シンポジウム、心理社会福祉研修会、6回の講演会、3冊の冊子、情報伝達、ホームページ開設等を行ってきた。今後東北の拠点病院の診療レベルを向上維持するため当院における臨床研修の受け入れを可能にする。

関東甲信越ブロック

関東甲信越ブロックのHIV医療水準の向上のため、いくつかの試みを行ってきた。その結果、(1)新潟大学医学部附属病院のHIV診療体制はほぼ確立された。今後さらに、救急体制、検査体制などを整備し、プライバシーの保護を徹底するとともに、HIV診療水準の向上に努める必要がある。(2)関東甲信越ブロック内の拠点病院との大まかな情報の交換は可能となった。しかし、HIV診療に関する問題点や取り組みの体制は各地域で様々であり、地域の実情や特性に合わせ、実習、講演、電子メールなどの手段の特性を生かした情報の提供・ネットワークの構築を行う必要がある。(3)新潟県においても診療ネットワークが構築されるとともに様々な職種の関係者との連携が推進され、HIV診療体制の基礎は確立された。今後、さらに連携を推進し、発展さ

せることが必要である。

治療法の進歩によりHIV感染者の予後は大幅に改善した反面、HIV治療法はめまぐるしく変遷し、治療に携わる医療者は常に最新の情報を得る必要がある。また、感染者を取り巻く医療的な問題点は多岐にわたり、社会的な問題点も多く残されている。HIV診療そのものが以前と比べて大きく変化した現在、HIV診療体制そのものについてもう一度考えるとともに、患者・感染者の需要に合った総合的な診療体制の確立のため、情報の提供・ネットワークの構築を行っていく必要があると考えられた。

北陸ブロック

当院の目標は①当院のHIV感染症に対する診療の質的向上を図り、他地域のHIV感染症の専門病院で行われる診療との格差をなくすこと、②同時に北陸ブロック内の拠点病院との連携を密にし、北陸ブロックのHIV感染症治療を向上させること、③患者のプライバシーの保護を図り、患者の生活を楽しくできるような環境作りに努力することである。

1. ブロック拠点病院としての医療体制及び検査体制の確立に向けて

(1)人的体制について

医師のレジデントが1名欠員になっている。その原因は種々あるが、給与面で当院の同年輩の医師との格差が大きすぎる。

(2)施設・整備について

念願していた各病棟でのカウンセリングルームおよび、結核合併患者用の陰圧室(2床)が設置された。

(3)診療・機能について

超高感度HIV定量測定が可能となった。しかしサブタイプの測定ができず、他の研究所に依頼している。薬剤耐性検査、薬物血中濃度の測定に関しては検討中である。結核菌、MACその他の日和見感染症病原体のPCR法の検査も現在検討中である。C型肝炎、脂質代謝、消耗性症候群に対しても取り組むようになった。血友病患者のプロテアーゼ阻害剤による出血傾向に関しては金沢大学医学部附属病院第3内科と連携をとり、原因とその対策を検討中である。当院のHIV感染者のHIV-RNA量、CD4数の変動はおおむね良好である。

2. 地域内拠点病院に対する連絡、指導、教育に関して

(1)拠点病院が直面する問題点と解決の糸口をお互いに協力して検討できるようになった。

(2)ニュースレター地方版の発行により、3県の連携がさらに密になった。

(3)各部会の研究会が、年1回自主的に開催されるようになった。

(4)北陸HIV情報センターに協力していただき、各拠点病院のHIV医療におおいに貢献していただいた。

(5)ブロック内拠点病院の看護部から当院のHIV外来診療研修に参加してもらい、研修者からは好評を得ている。

(6)ブロック内拠点病院および一般病院での針刺し事故に対しての協力体制が可能になり、24時間体制でクイックテス

ト、HIV-RNA定量測定が可能となり効果があがっている。幸い今のところ、このような事故によるHIV抗体陽性者は認められていない。

東海ブロック

本研究事業の目的は、①HIV医療の進歩に応じたブロック拠点病院診療体制の整備・充実、および②ブロック内拠点病院等の医療施設とブロック拠点病院との連携強化を通して、東海ブロック内に良質のエイズ医療を実現することである。本目的のために、過去2年間に実施されてきた研究事業を継続、発展、充実させるとともに、さらに今年度はこれまでの研究事業に欠けているものを補い、エイズ医療体制の充実を図ろうとした。今年度の新たな研究事業としては、職業汚染事故に対する対応策の実施(コンピューターで学べる事故後の対応に関する教材プログラムの作成、事故後の対応指針、報告書、診療録を1冊にまとめたものの作成、安全器材導入による事故防止効果の調査)、これまでの治療経験の分析と問題点の抽出、拠点病院に対する薬剤耐性検査サービスの実施、ニュースレターの発行、ホームページ作成、院内HIVカンファランスの外部施設の医療者への開放、保健所と拠点病院との連携に関する調査の実施、ブラジル人患者会と男性同性愛者の患者会の設立、を行った。汚染事故の対応指針、報告書、診療録を一元化したものは、事故者のプライバシーを守るとともに、事故後の対応を簡略化するのに貢献した。安全器材の導入は事故防止に確実に有効であることが判明した。診療経験の分析からは、①新薬情報の早期提供、②薬剤耐性検査の保険適応、③小さな町村における障害認定申請の困難さ、④外国人医療問題等があげられた。HIVカンファランスには行政の担当者も参加し、医療現場と行政側との交流に役立っている。保健所との連携に関しては多くの問題点が存在することが明らかとなり、今後の課題となった。男性同性愛者患者会の設立は、その中の有志による東海地区におけるエイズ予防を目指すNGOの立ち上げのきっかけとなった。

近畿ブロック

本年度は平成9年度、平成10年度に引き続いて、ブロック拠点病院としての果たすべき機能である診療、研究、研修、情報発信機能について、それぞれ課題を抽出し、拡充を図ってきた。診療機能としては、当院におけるHIV診療のチーム医療体制をより専門化し、きめ細かい患者支援体制を整備した。特に専任看護職による各専門職へのコーディネートや日常生活指導、各種検査結果に基づき患者のQOL・自発的な治療継続を考慮した服薬相談、患者ニーズや性別に応じた複数のカウンセラーによるカウンセリングを実施した。研究機能としては、治験の実施や、薬剤耐性検査を院内だけでなく院外からも積極的に検体を受け付けた。研修機能については、院内にエイズ政策医療ワーキングチームを設置し、各部署での実地研修を行った。情報発信機能については、ニュースレターの発行、ホームページの充実など、さまざまなメディアによる情報発信を行っている。

受診患者や入院患者数の増加を考慮すると、現在のきめ細かいチーム医療体制による患者支援を維持するのは困難と思われる。院内の診療体制整備として、専門職種の人員確保、各職種のスキルアップ、有機的連携の構築などが必要になっている。またブロック内の拠点病院や社会福祉施設などと今まで以上に連携をとり、長期療養患者等を受け入れられる中間施設を確保することが大きな課題となっている。

薬剤耐性検査等についても、院外からの検体受付が随時可能で約2週間程度で結果を返す体制が整っている。また各種研修については、長期（5日以上）の臨床実地研修の必要性や受入体制を検討すべきであろう。情報発信機能の拡充については、常に必要とされる情報を調査し、的確に発信していく必要がある。また他のブロック拠点病院との連携を緊密化し、情報発信するうえでの役割分担を行う必要がある。

本研究としては今年度が最終年度であるが、今後も近畿のブロック拠点病院として、ブロック内拠点病院との連携を図りながら、さらに院内外のHIV医療体制を整備する必要があると思われる。いわばこの3年間はエイズ医療体制の草創期といえる。今後はこのエイズ医療体制が、我が国のエイズ医療政策とリンクすることによって、さらに拡充されることが切望される。

中四国ブロック

中四国ブロックは本年度も広島大学医学部附属病院、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た。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、そして研究・事業の立案や作業分担を行った。地方ブロック拠点病院の役割は次の5点であり、この順で述べる。

- (1) HIV感染者に対する医療・心理・社会の包括的ケアを提供：2000年3月末までに3病院でケアを行った患者数は68名であった。
- (2) ブロック内の患者の受け入れ、または医療者派遣：紹介患者の受け入れを行ってきたほか、拠点病院に向向いて症例検討会に参加し、治療や対策について助言を行った。これは孤立しがちな拠点病院内の医療者が他の医療者の支援を受けるようになったという意味があった。
- (3) ブロックの医療者に対するエイズ教育・研修：多数の各種講演会への講師派遣と、研修会の企画・実施が行われた。特に看護職、薬剤師、心理・MSWなどの職種別の研修会に力を注いだ。知識、技術の習得とともに、参加者同士のネットワーク形成に成果をあげた。
- (4) エイズ情報の提供：1997年度からエイズ情報誌「中四国エイズセンター・ニュースレター」を合計4号発行し、1999年度は「エイズUpDateジャパン（全国版）」を合計3号編集した。全国版は各ブロック拠点病院事務局に送付され、ブロック版を添付して発行された。1998年1月に独自のウェブサイトを（<http://www.aids-chushi.or.jp>）を開いた。25か月間のアクセス数は、約50,000であった。

(5) HIV感染症に関する基礎的ならびに臨床的研究：

- ① 医師を対象にしたアンケート調査：中四国地方58のエイズ拠点病院の、全医師約6700名を対象とした調査を実施した（回収率43.4%）。1998年の時点でこの地方の医師の、HIV感染症に関する経験は、ほぼ血友病患者の診療を通じて得られていた。このためHIV感染症に関する知識は十分とはいえ、不合理な恐怖感に基づいた意識が、望ましい医療行動を妨げていることが示された。日本で最もHIV感染者数が少ないこの地域の出発点はここにある。これが(3)の活動に結びついた。
- ② 広大病院においてプロテアーゼ阻害剤を投与中の19名の患者・110ポイントの採血を行い、同剤の薬物濃度を測定した。服薬後の経過時間が一定ではなかったが、各薬剤はかなり幅広く分布し、とりわけ硫酸インジナビルが著しかった。抗HIV療法の効果が不足する場合は、薬剤耐性と同時に、bioavailabilityの低下を考慮する必要がある。
- ③ HIV感染者の末梢単核球中のproviral DNAやmRNAの定量と臨床の関係を検討した。長期非進行者のProviral DNA量は低く、一方抗HIV薬が奏功して血漿HIV-RNA量が激減した患者のProviral DNA量は高かった。mRNA量はHIV-RNA量に先行して変動した。これらの知見は国際会議や日本エイズ学会学術集会等で発表した。

九州ブロック

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11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 専任看護婦による専門的ケアおよび包括的医療支援
 - ③ 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）
 - ④ 薬剤師、栄養士による専門的服薬指導、栄養指導の充実
 - ⑤ 研究、検査の整備（平成10年度より開始した薬剤耐性検査などの遺伝子検査に加え、HIV増殖の研究などの推進）
 - ⑥ 検診事業の推進（教育入院システムの構築）
 - ⑦ 患者支援の充実（患者会の設立、医療相談など）
 - ⑧ マニュアル作成、更新（感染症対策マニュアル、看護マニュアル、診療マニュアルなど）
 - ⑨ 患者手帳の作成
 - ⑩ 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11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 実地研修の実施
 - ⑤ 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11年度九州ブロックHIVニュース（FAX通信）発信、平成11年度AIDS Update Japan九州ブロック版作成
- (3) 地域特異的問題と解決に向けて
 - ① 拠点病院アンケートにより九州ブロックにおける地域特

異的問題に関して検討した。特に地域格差の是正に関して大きな問題が残っている。

(4)HIV/AIDS医療体制確立のための将来への提言

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
- ②HIV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

結 論

達成度について

1996年には拠点病院構想はほとんど外側の箱だけで内容が皆無であったところから考えると、各研究協力者の多大な努力でこの3年間で急速に確立されてきたと思われる。

特にACCとブロック拠点病院との連携も密に行われ、ブロック拠点病院における質的向上には目をみはるものがあった。しかし、これと対照的に拠点病院、一般病院はまだまだ不十分で、その意識のみならず知識すら低いままである。ブロック全体の立ち上げに今後かなりの努力が必要とされる。特に治療以外の診療の分野ではブロック拠点病院ですら十分ではない。専門看護婦不足、カウンセラー不足、通訳不足、情報官不足は明らかである。今後のHIV診療の発展高度化を考えると現在の片手間診療では世界レベルに追いつけず、HIV専門医師の養成、確立が望まれる。

研究成果の学術的、国際的、社会的意義について

研究成果の学術的意義については研究発足以来、日本エイズ学会、近畿エイズ研究会、日本福祉学会、日本医療福祉学会等への発表が増加し、1998、1999年には10余りの発表がなされた。今後は我が国の状況を外国に知らせる必要性が増加すると考えられ、海外誌への発表、海外での学会発表を要する。場合によっては各国大使館または領事館を通して状況を知らせることも重要ではないかと考えられる。

我々の研究の最も重要な点は社会的意義にあると考えられ、この点に関しては多大な努力を払い貢献もしていると考えられる。特に研究試料として作成した一部の資料は全国的に配布され社会の目に触れるようになった。特に、ガイドブック「日本のエイズ・その医療体制」とAIDS UPDATE JAPANは診療従事者、患者さん、保健所職員、地方行政の福祉関係医療担当者のみならず、一般社会にも浸透しつつあると思われる。

将来への特記すべき提言

(1)遠隔医療システムの運用及び運営方法の提言

エイズ診療体制を確立するための基本理念は、日本中の如何なる地域においても同一レベルのエイズ医療が行われることである。

北海道ブロックにおいては、広大な地域にHIV感染者が分散し、また他のブロックに比べて感染者の絶対数も少ない。一方、九州ブロックにおいては、各県単位でのエイズ医療体制は十分に確立されているが、長崎県や鹿児島のように多くの離島を抱えている地域もあり、そこでの診療体制は必ずしも十全とはいえない。

そのような遠隔地間の医療体制の格差を是正するために、ピクチャーテルを用いた遠隔医療システムの構築を提言した。ピクチャーテルは企業の本店と支店間、あるいは営業

所間でのテレビ会議のために開発された装置である。本システムを用いることにより、各地域の病院にしながら、東京や大阪のみならず各拠点病院間で開催される臨床カンファレンス等に参加することができる。また逆に、困難な症例に遭遇した場合でも、現場の病院から専門医のいるブロック拠点病院やエイズ医療センター等に、直接コンサルテーションをすることもできる。本システムはISDNの3回線を用いて画像を送るためにきわめて鮮明であり、E-mailやFAXでのやり取りよりも臨場感があり、細部に及ぶディスプレイも可能となる。

問題点は本システムがまだ高価であること、ピクチャータルの前に全ての材料を用意しなければならないこと、会議に際して全員がテレビの前に集合しなければならないこと、忙しい臨床の間では会議の時間の調節が意外に困難なこと、等である。

(2) 拠点病院構想における首都圏問題に対する提言

現在、関東甲信越ブロックには全国の約1/3の拠点病院が集まっているうえ、大部分は首都圏にあり、ブロック拠点病院が置かれている新潟とは地理的に隔たっている。一方、関東甲信越には全国のHIV患者・感染者の3/4が集まっているうえ、そのほとんどが首都圏に集中しており、患者数からみると、新潟はHIV診療の経験が多くはなく、首都圏の拠点病院に対して指導的役割を果たすには十分とはいえない。私たちはブロック拠点病院として、関東甲信越の拠点病院を対象に講習会を開催してきたが、このような背景からか、講習会への参加率は十分とはいえず、特に首都圏、山梨県からの参加は不足していた。

以上のようなことから、関東甲信越ブロックにおける問題点として、拠点病院数が多いため、全体を網羅する研修が行いにくい、地域的な問題から人的な交流が行いにくい、HIV診療水準に格差があり、各地域で抱える問題点や取り組みの体制が様々である、などがあげられ、地域差が大きく規模の大きい関東甲信越ブロックを、新潟だけで受け持つには限界があると考えられた。

一方、首都圏の特徴として、日本の過半数の患者・感染者が集中している、多くの拠点病院が存在するうえ、拠点病院以外でもHIV診療を行っている病院が多い、HIV診療上の新たな問題点の多くが、首都圏で明らかになることが多い、HIVに関する情報源が首都圏に集中しており、すでに我が国のHIV診療の中心的役割を果たしている医療機関が多い、などが挙げられる。

以上のようなことから、関東甲信越ブロックの問題点の解決のためには、行政上の区分ではなく、各地域の実情や特性に合わせたブロックの再構築や、患者・感染者の医療に対する需要に合った地域医療体制の構築を図ること、HIV診療水準の高い病院の連携によるHIV診療の中心となるブロックの形成が必要と考えられた。

(3) HIV/AIDS患者守秘に対する提言

日本の医療におけるプライバシーの守秘履行はまだ十分に得られていなかった。特にHIV感染症は人権に関わる社会問題（差別など）を伴っている。そこで我々は過去3年間の経験をふまえて、HIV感染症の診療ならびに諸申請に

おける守秘履行についての提言をしたい。

1. 診療に関する提言

1) 外来診察室の改善

診察時の会話内容が外部に漏洩しない構造にする。中待ちなどは作らないこと。

さらに新患者の場合、総合案内係はプライバシーに対して敏感であることが大切であり、各部署に十分に連絡をとる必要がある。

2) 病棟内に相談室を設けること。同時に混合病棟では他人のプライバシーを尊重するように常に患者教育をする必要がある。

3) 会社（職場）での診療レセプトの内容の守秘義務を履行するよう行政側は徹底指導を行うべきである。

2. 諸申請に関する提言

1) 自治体の福祉課担当者に対するHIV感染に関する意識調査——東北地方と北陸地方の比較

1) HIV感染者に対する差別が他の地域と比べて当地は多いと思いますか。

東北地方は21%、北陸地方は29%が「思う」と回答している。

2) HIV感染者の家族は社会的に何らかの差別を受けると思いますか。

東北地方は67%、北陸地方は76%が「思う」と回答している。

3) 知人がHIV感染者と知った時、今までと変わりなく付き合えますか。

東北地方は42%、北陸地方は54%が「できる」と回答している。

4) エイズについて勉強したことがありますか。

東北地方は60%、北陸地方は57%が「ある」と回答している。

5) どのように知識を得ましたか。

「書物」と回答した人は東北地方は28%、北陸地方は41%、「講演」と回答した人は東北地方は28%、北陸地方は26%、「講習会」は東北地方14%、北陸地方22%であった。なお、北陸では広島大学・高田助教授のホームページで知識を得ている人が意外と多いことを付記しておく。

6) 身体障害者手帳申請、患者レセプト等でプライバシーが守れないことがありますか。

「ある」と回答した人は東北では11%、北陸では16%、「時にあるかもしれない」が東北では51%、北陸では54%が回答している。

7) プライバシー守秘のため障害者手帳等交付手続き、決済は同一課または少数の係で処理可能ですか。

「可能」と回答したものは東北では69%、北陸では42%であった。

障害者手帳交付に際して障害の種類名の記載を他人にわからないように記号化、または見えない場所に記載するように一考する必要がある。

3. 環境作りに関する提言

感染者が守秘不安に過剰にならないように、さらに社会的活動が十分にできるような環境作りをするために、包括

的ケアが必要である。

(4)拠点病院構想維持のための人的確保のための提言

①HIV診療医師の育成

HIV感染症/AIDSは1981年に初めて報告され、病原体であるHIVが発見されてから、まだ、20年に満たない。近年、有効とされている抗HIV薬による多剤併用療法が登場したのも数年前に過ぎず、HIV感染症の臨床はまだ確立していないといえよう。さらに、抗HIV薬が毎年数剤ずつ承認されるように、HIV感染症に対する治療法の進歩の速度には著しいものがある。HIV感染症を専門とする医師でさえ最新情報の絶えまない入手は困難であり、まして、専門とせずHIV診療を行っている医師ではなおさらである。我が国の疫学調査はHIV感染者/AIDS患者の報告数の増加を示しており、HIV診療の需要は都市部を中心に年々増大していると考えられている。しかしながら、現実には、HIV診療（専門）医師の数は限られており、今後、本疾患について質の高い診療を行うことのできる医師の育成が急がれる。

②エイズ・カウンセラーの育成と定員化

以前のエイズパニックに代表されるように、HIVに対する偏見・差別はいまだに一般市民に多かれ少なかれ認められ、本疾患罹患患者の精神的支援あるいは社会経済的支援は必須とさえいえる。HIV感染症治療は生涯にわたって規則的で適切な服薬が必要であり、その成否は患者自身の自己決定と強い意志にかかっている。そのためには心理療法的（精神療法的）なカウンセリングが有効であることが、本研究によって明らかにされてきた。このようなカウンセリングは長期にわたって必要である。さらに、有効なカウンセリングには、カウンセラーと患者さんとの信頼関係が最低必要条件である。従って、固定したエイズ・カウンセラーが長期に患者さんに関わる環境が必要であることが明らかであり、エイズ・カウンセラーの施設での定員化が強く望まれる。

③情報担当官等の定員化

エイズに関する情報は治療の分野では日進月歩であり、その情報量の増加の速度は著しい。しかし、HIV関連分野での情報は、それ以上に増加の一途であり、患者さんの健康維持あるいは感染予防のために収集すべき情報量は多く、しかも、適切な情報を患者等に発信していくには、情報の内容を適切に選択するなど高度の専門性が要求される。さらに、患者さんへの社会資源の提供などを担当する場合は、患者さんの個人情報に十分に配慮して取り扱う必要がある。このような役割を担う情報担当官の職務内容を考えれば、その定員化も強く望まれる。

(5)外国人患者支援のための提言

外国人患者のために診療における通訳の必要性が高まっている。しかし通訳不足、通訳利用の不備が現存しているため、通訳体制確立が望まれる。このため以下の具体的な提言がなされた。

通訳の医療への位置付けを明確にする

- 医療機関側のニーズアセスメント
- 医療通訳の役割の明確化

- 通訳業務遂行のための経済的な保障

- 質的な向上の機会の確保

社会的資源の拡充と利用

- ケア・相談に関わる医療側の人的資源の確保

- 医療制度・運用の改善

- 通訳者と医療側専門職との連携の強化

ケア・アドボカシー領域通訳の運営基盤の確立

- グループで業務遂行をする体制作り

- 関わり方に関するガイドライン作り

- 財政的基盤の確保

- 医療機関との連携の構築

- 幅広い研修体制

- ピアカウンセリングを含むフォローアップ体制

このような提言の実施のためには、単なる厚生科学研究班組織でできるものではない。しかしながらこのように研究班のセミナーに集まり、問題点を明確化してきた通訳の意見を、恒久的な体制につなげることなしには、日本の外国人医療の充実はないものと思われる。特にHIV感染症のように、告知、服薬指導、生活相談等、通常の医療通訳以上に通訳技術、知識の要求される場所で訓練された通訳は、医療の他の場面でも大いに活躍するものと期待される。

在日外国人HIV患者の診療体制は、コミュニケーションの壁、医療費の壁、制度の壁等多数の問題を抱えていることが明らかとなりつつある。そのどれを取ってみても、一朝一夕に解決するような問題ではない。

「エイズ予防指針」には、患者・感染者に対する良質かつ適切な医療の提供、偏見・差別の解消、人権の尊重、人権や社会的背景に最大限の配慮をしたきめ細かな施策の実施、外国人に対する医療の対応、国際的な連携、外国人への情報提供が高らかに謳われている。今回の研究で少しずつ明らかとなってきた日本における外国人医療の現状に、この精神が関係者の努力により現実化することを希望する。

日本における外国人HIV感染者に対する医療問題、健康保険のない人々への医療提供の問題、より専門性の高い通訳者の養成と派遣システムの確立の問題、母国語によるHIV医療情報の提供の問題、そして国際交流は、一施設、一個人の努力では如何ともしがたく、行政を含めた私たちの社会が深く認識し、解決へ向けて努力しなければならない問題である。

この努力は、平成11年度班研究シンポジウム、外国人感染者支援のための問題点と確立のセッションでも議論されたように、先進諸国の中で唯一新たなHIV感染症患者が増加傾向にある日本の感染者抑制につながるものとなるだろうし、日本のHIV医療の向上にも貢献するものと考えられる。

「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」班の研究において今回明らかにされた日本における外国人HIV感染者を取り巻く問題の解決、改善のためには、法律の専門家、経済学者、疫学の専門家、NGO、厚生省、外務省、労働省、法務省、文部省、HIV医療関係者からなるチームをつくり、さらに問題解決に向けて進むことが必要である。

今後の展望

我々の3年間の研究活動によって、拠点病院構想による急速なHIV医療体制が確立されつつある。しかしすでに述べたように数多くの未解決な問題も山積している。従って、本研究班のような新たな班の構築は今後も必須であろう。しかしながら時限的な厚生科学研究の中で本研究の特殊な目的の達成はきわめて困難である。なぜならば研究要素以上に拠点病院の連携教育、情報の発信、出版物の改訂発行、治療指針の改訂、研究会の開催、カウンセラー・通訳派遣組織の運営等、行政事業的要素が多岐であるからであり、しかも継続維持がなければ、いとも簡単に崩壊する可能性を秘めている。

従って提言ではあるが、本研究のような目的を達成するには、厚生科学研究とは別に人的保障が認められた、継続的研究事業維持が可能な組織を構築しなければならないと思われる。このため、今後の研究班には、このような組織構築のための検討組織の内包を期待したい。このような継続的研究事業組織が確立された時にはじめてHIV医療体制の確立が実現化するのではないと思われる。

最後に、わずか1997年から3か年ではあったが、全く形式のみであった厚生省の拠点病院構想をある程度立ち上げることができたと自他ともに評価されると思われる。しかし専門医療職の確保、守秘問題、カウンセラー、外国人患者支援問題等、未解決問題も山積しているため、本研究のような性格の研究班は今後も必要であり、これがなければ今までの立ち上げは朝露の如く水泡に帰すと思われる。従って本研究目的「我が国におけるHIV医療体制の確立及び維持」には厚生科学研究のような時限で行われるのではなく、人的保障も確保された継続的研究維持組織を構築し、そこで研究活動を果されることが望ましいと思われる。

研究発表

1) 論文発表

- ・吉崎和幸, 青木千恵子. 日本におけるHIV診療体制の確立. MINOPHAGEN MEDICAL REVIEW ; 44(2) : 117-122, 1999.
- ・吉崎和幸, 小池隆夫, 佐藤功, 荒川正昭, 河村洋一, 内海眞, 白坂琢磨, 高田昇, 山本政弘. GUIDEBOOK日本のエイズ・その医療体制1997年度, 1998.
- ・小笠原克彦, 小池隆夫, et al. ホームページによる市民向けHIV/AIDS診療・療養情報の提供. 医療情報学(投稿中).
- ・五十嵐謙一. HIV感染症をめぐる最近の進歩と新潟大学医学部附属病院の取り組みについて. 新潟医学界雑誌 ; 114(3) in press, 2000.

2) 学会発表

- ・澤田賢一, 小池隆夫, et al. エイズ治療の北海道ブロック拠点病院としての診療体制の立ち上げ、診療の連携強化とその要因. 第13回日本エイズ学会学術集会総会, 1999.

- ・河村洋一, 佐藤功. 医療体制確立のための提言、診療並びに諸申請における秘守履行についての提言. 公開シンポジウム「エイズ医療体制の確立を目指して」, 2000.

- ・菊池恵美子, 内海眞. 患者やパートナーにとってのグループワークの存在意義及び問題点. 第13回日本エイズ学会学術集会, 1999.

- ・吉丸健一, 山本政弘, 矢永由里子, et al. HIV患者の栄養指導について. 第12回日本エイズ学会, 1999.

- ・宇野賀津子, 榎本てる子, 青木理恵子, 内海眞, 沢田貴志, 岸田綱太郎, 吉崎和幸. 在日外国人HIV/AIDS患者支援体制の現状と今後の課題. 第13回日本エイズ学会総会, 1999.

- ・磐井静江, 小西加保留, et al. HIVカウンセリングの地域間格差について. 医療社会福祉学会, 1999

知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

●ブロック拠点病院自己評価表

1. 人的体制

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月現在	
1-1-1	専門医師	人数	13人	24人	29人	31人
1-1-2	専門看護婦	人数	0人	14人	17人	17人
1-1-3	カウンセラー	人数	2人	8人	9人	10人
1-1-4	情報担当員	人数	2人	8人	9人	8人
1-1-5	レジデント	人数	0人	8人	12人	14人
1-2-1	全科（医療職）対応	スコア	32	37	37	38
1-2-2	院内一般職員対応	スコア	31	36	37	40

2. 施設・設備

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月現在	
2-1-1	専門外来の設置	施設数	4	7	8	8
2-1-2	個室の外来診察室の設置	施設数	5	7	8	8
2-1-3	外来でのカウンセリングルームの設置	施設数	2	7	8	8
2-1-4	外来でのベンタミジン吸入室の設置	施設数	3	5	6	7
2-1-5	外来での気管支鏡検査室の設置	施設数	6	7	8	7
2-1-6	外来での観血的処置室の設置	施設数	5	6	7	8
2-1-7	外来での歯科診療室の設置	施設数	5	7	7	7
2-2-1	入院病棟の確保	スコア	30	32	32	35
2-2-2	入院でのプライバシーの対策	スコア	37	37	36	39
2-2-3	専門病棟個室の設置	施設数	5	5	6	4
2-2-4	緊急入院対応	スコア	34	36	37	38
2-2-5	病棟でのカウンセリング室の設置	施設数	3	3	3	4
2-3-1	診療に要する機器の整備	スコア	29	36	38	40
2-3-2	検査に要する機器の整備	スコア	27	34	38	38
2-3-3	情報交換用コンピューターの整備	スコア	21	32	36	38
2-4-1	感染者に対する手術室対応	スコア	27	33	32	39
2-5-1	感染者に対する病理解剖室対応	スコア	32	35	35	37

3. 診療・機能

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月現在	
3-1-1	各種診療部参加による院内エイズ診療対策中央委員会の開催	施設数	6	8	7	8
3-1-2	外国人用診療マニュアルの作成	施設数	0	0	1	2
3-2-1	診療マニュアルの作成	施設数	2	5	4	7
3-2-2	投薬マニュアルの作成	施設数	1	3	4	6
3-2-3	エイズ医療情報ネットワークの利用度	スコア	25	34	33	35
3-3-1	院内研修会、症例検討会、講演会等の開催	回数	31回	81回	71回	94回
3-3-2	個々の患者治療に対する検討会の開催	施設数	4	7	7	8
3-4-1	看護医療の満足度	スコア	27	29	29	38
3-5-1	カウンセラーの配置度	スコア	15	31	33	38
3-6-1	HIV抗体検査（ウエスタンブロットを含む）	施設数	5	6	6	7
3-6-2	CD4/CD8陽性細胞検査の実施	施設数	6	7	7	8
3-6-3	ウイルス量の定量的実施	施設数	2	6	7	8
3-6-4	ウイルス薬剤耐性検査の実施	施設数	0	6	6	7
3-6-5	カリニの迅速診断の実施	施設数	2	8	8	7
3-6-6	日和見感染症のPCR診断等の実施	施設数	3	5	6	6
3-7-1	エイズ医療センターによる研修会への参加	回数	7回	42回	22回	33回
3-8-1	針刺し事故の防止マニュアルの作成	施設数	3	8	7	8
3-8-2	針刺し事故に対する体制の確立	施設数	3	8	8	8
3-8-3	治療薬の常時設置	施設数	2	8	8	8
3-9-1	患者データの統一管理の実施	施設数	1	5	5	8
3-10-1	国内HIV専門病院への研修会参加	人数	13人	60人	21人	27人
3-10-2	国外HIV専門病院への研修会参加	人数	30人	37人	32人	28人
3-11-1	歯科専門診療の実施	施設数	6	7	7	6
3-12-1	守秘意識の徹底度	スコア	37	37	39	38

4. 拠点病院との連携

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月現在	
4-1-1	拠点病院対象の講演会、症例検討会等の開催	回数	21回	48回	46回	47回
4-1-2	拠点病院対象の検査講習会の開催	回数	1回	3回	2回	2回
4-1-3	拠点病院への情報提供（インターネットホームページ等の作成）	スコア	16	24	30	37
4-1-4	拠点病院への情報提供（印刷物、マニュアル、ニュース等）	スコア	18	27	31	37
4-1-5	他の拠点病院からの研修の受入体制	スコア	11	23	27	32
4-2-1	拠点病院との患者診療交換	スコア	11	27	32	33
4-2-2	拠点病院への何らかのアンケート調査の実施	施設数	1	7	5	6

5. ブロック内医療向上

		1997年3月現在	1998年3月現在	1999年3月現在	2000年3月現在	
5-1-1	ブロック内診療ネットワーク（NGO）の立ち上げ実施	施設数	2	4	5	7
5-1-2	コーディネーター・ナースの研修実施	施設数	0	4	6	7
5-1-3	ブロック内診療施設に対する講演会、勉強会等の開催	回数	23回	45回	38回	58回
5-1-4	医療相談会の開催	回数	0回	7回	8回	7回
5-1-5	ホームページ、コンピューターネットワーク体制の確立	スコア	19	25	29	34
5-1-6	ブロック内医療機関、一般等への印刷物による何らかの情報提供	スコア	17	26	29	36
5-1-7	患者手帳の作成	施設数	1	4	8	8
5-1-8	遠隔地との患者輸送法の検討	スコア	21	25	23	28

※施設数：8ブロック拠点病院

※スコア：各ブロック拠点病院の評価 1～5点を集計

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

PART

2-2

HIV医療実態調査 全国拠点病院 アンケート 1999年度調査報告

HIV医療実態調査
実行委員会



1. 目的

日本のHIV医療の実態を把握し、HIV治療環境改善のための基礎資料とする。

2. 調査方法

全国のエイズ拠点病院院長宛にアンケート調査票を郵送し、施設名記入の回答を求めた。

調査期間：1999年8月20日～1999年10月31日

対象医療機関：全国エイズ拠点病院364か所
(ただし国立国際医療センターとエイズ治療・研究開発センターを除く)

3. 調査内容、およびアンケート回収率等

●3.1 調査内容

アンケートの調査項目の内容は、以下のように一般拠点病院、ブロック拠点病院に分けて実施した。

1) 一般拠点病院、ブロック拠点病院に共通する項目：対象364施設

2) 一般拠点病院対象項目：対象350施設

3) ブロック拠点病院対象項目：対象14施設

●3.2 アンケート回収率と拠点病院の分類

回答病院数は269施設、全国平均回収率は73.9% (1998年度74.2%、1997年度73.2%)と3年連続7割を超える回収率が得られた(表/図3.2.1以下、表/図は38～54ページ)。なおブロック別のアンケート調査票の配布数と回答数を表/図3.2.2に示す。

また拠点病院の分類を表/図3.2.3に示す。

4. アンケート集計結果(1) および考察

●4.1 一般拠点病院・ブロック拠点病院共通調査項目

4.1.1 症例経験について

過去から現在までのHIV症例経験について回答を求めたところ、268施設から回答が得られ、79.8% (214/268施設)が、経験ありと答えている(表/図4.1.1.a)。HIV感染者累積症例数については、268施設から回答が得られ、「0例」54施設(20.1%)、「1～9例」126施設(47.0%)と回答しており、約7割近くの施設において、診療経験が少ない、もしくは、ほとんど経験がないことになる(表/図4.1.1.b)。

またエイズを発症した累積症例数になると、「0例」87施設(32.6%)、「1～9例」135施設(50.6%)と回答しており、8割以上の施設でエイズ発症者の診療経験が少ない、もしくは、ほとんど経験がないことになる(表/図4.1.1.c)。

最近の3年間に限って、HIV感染者の症例数を求めたところ、268施設から回答が得られ、「0例」65施設(24.3%)、「1～9例」145施設(54.1%)と回答しており、前述のHIV感染者累積症例数と比較すると、過去には診療していたが、最近の3年間では診療していない施設が11施設増えている(表/図4.1.1.d)。関東甲信越ブロックでは、80施設中6施設(7.5%)が最近の3年間でHIV感染者数が「0例」だが、中四国ブロックでは、最近の3年間で「0例」と回

答している施設が40施設中22施設(55.0%)と、他ブロックに比べ最も多くの施設となっている。首都圏と地方において拠点病院数と患者数との間に明らかな違いが現れたといえる。

最近の3年間のエイズ発症者数を求めたところ、265施設から回答が得られた。それによると「0例」100施設(37.7%)、「1～9例」145施設(54.7%)と回答している。前述のエイズ発症累積症例数「0例」が87施設から100施設へ増えたのは、HAART治療によって発症する感染者が減ったためと推測される(表/図4.1.1.e)。

現在の血友病診療状況を求めたところ、244施設から回答が得られ、そのうち66.0% (161施設)が、1999年現在、「症例あり」と回答している(表/図4.1.1.f)

4.1.2 受入体制について

緊急時の対応を求めたところ、262施設から回答が得られた。それによるとほとんどのブロックで「当直医で24時間対応可能」である施設が半数以下であった(表/図4.1.2.a)。「主治医の勤務時間外は不可能」である施設は、北海道、関東甲信越、東海、近畿、中国四国ブロックに依然としてあり、緊急対応の課題が残されている。

病棟個室については、267施設から回答が得られ、「専用個室あり」、「専用個室を用意可能」施設が、合わせて167施設(62.5%)であった(表/図4.1.2.b)。一方「個室対応は無理」と回答した施設が9施設あり、各拠点病院に助成されている個室整備費用が、完全には生かされていないことがうかがえる。

外来診察室については、「個室診察を実施」と「一般外来の中で工夫」がほぼ同数であった(表/図4.1.2.c)。ただ昨年度に比べ、個室診察を実施する施設が増えている。

患者さんが受診した場合、医療者以外の人間と接する場所は医事課である。その職員が「病院職員と委託業者の混合」である施設は、77.0% (198/257施設)にのぼった(表/図4.1.2.d)。「全て病院職員」という回答が減少しているため、業者委託が増えていると推測される。病院における患者情報の守秘義務は当然のことであるが、委託業者への守秘義務の徹底は、研修等を行うなど、その施設が責任をもって行うべきである。

4.1.3 感染者対応について

社会的な偏見と差別を経験してきたHIV感染症は、一般社会のみでなく医療に対しても数々の問題を提起してきた。当調査開始当初はHIV感染症に特化した問題と思われたことについても、実は日本の医療のあり方全般に投げかけられた問題と捉えるべきものとの見方もできる。以下のセクションに関しては、主な項目につき第5章において3年間の比較検討を行っているので参照願いたい。

a) HIV感染者の採血

HIV感染者の採血をどのセクションで行っているかを問うた(表/図4.1.3.a)。1997年の調査当初は採血の段階でも、HIV感染者の心理やプライバシーを考慮して特定の医師や看護婦が採血を行う拠点病院が多いのではないかと考えたが、外来患者(HIV感染者)への対応を見る限り、「原則として採血室」と回答した施設は、1997年43.8% (110

／251施設)、1998年45.7% (116/254施設)、1999年46.5% (118/254施設)と、一般患者と同じく採血室対応が多かった。ちなみに、「看護婦」がHIV感染者の採血を行うと回答した施設は、1997年44.2% (111/251施設)、1998年40.9% (104/254施設)、1999年41.7% (106/254施設)であった。

b) 服薬指導担当者

現在、HIV感染症治療は作用機序の異なる複数の抗HIV薬を服用する多剤併用療法が主流であるが、薬剤耐性の問題から患者さんの服薬におけるアドヒアランスが重要視されている(表/図4.1.3.b.1~2)。

従来より服薬指導は医師の役割であることが定着し、全国的にも医師が服薬指導に当たっている拠点病院が多いが、調査を始めた1997年に比して、確実に薬剤師が指導に当たっている例が増加してきている(この推移については後記:表/図5.9参照)。

1999年度の集計結果では、外来診療において東海ブロックで服薬指導担当として薬剤師が医師を上回り、病棟における服薬指導に関しては、東海、近畿、中国四国の各ブロックで薬剤師の役割としている拠点病院が医師の役割としている拠点病院を上回っている。

c) 服薬指導の場所

外来での服薬指導をどこで(どのような環境で)行っているかを問うた(表/図4.1.3.c)。この設問の主旨は、HIV関連薬剤の十分な説明を行う上で、患者さんのプライバシーが守られる環境にあるかどうかを推測するデータの収集であるが、診察室の環境がそれに適していれば患者さんにとって不安はないと思われる。ただ、前設問を考慮すれば、診察時間が限られている医師との役割分担を実現する上で、別室での指導や相談が望ましいと考えられる。回答については主な指導場所を選択肢より一つ選んでもらう予定であったが、結果的には重複回答を認めた。回答した病院249施設のうち56施設(22.5%)で服薬指導のための個室を用意していた。

d) HIV感染者受入に関するスタッフの理解

HIV感染者の受入に関して、各拠点病院における全体的な医療スタッフの理解(意識)レベルを問うた(表/図4.1.3.d)。1997年の調査開始時は、医療者自体にも根強い偏見があるのではないかと仮定して設けた設問であるが、当初の集計結果では回答した251施設中5施設から「一部に根強い拒否感あり」との回答があった。その後、拠点病院体制の充実とともに解消されると予想したが、1999年度結果でも226施設中7施設で「一部に根強い拒否感あり」の回答を得た。そのように感じる根拠や理由については不明であるが、根強い拒否感の中に、HIVや他の感染症に対する医療(医療者、医療機関)のあり方を考えるうえでの重要な問題が含まれていると思われる。

なお、「良好」または「おおむね良好」と回答した施設が多かった地域は、関東甲信越ブロック72.2% (57/79施設)、近畿ブロック71.9% (23/32施設)、九州ブロック79.2% (19/24)であった。

e) 医療スタッフ間の連絡状況

チーム医療としてのHIV/エイズ診療が望まれる中で、医師、看護職以外の職種も含めた有機的連携やスタッフ(職種)間の連絡体制がHIV医療充実の目安と考えられる。後述のMSWやカウンセラーなどは必ずしも全ての拠点病院に配置されてはいないが、当該施設全体のHIV感染症に対する連絡体制や現場スタッフ間のHIV感染症治療や感染者医療に対する連携状況を問うた。(表/図4.1.3.e)

「症例なしのため不明」とする施設も全体で16.2% (43/266施設)存在するが、「良好」または「おおむね良好」とする施設は回答した施設全体の75.6% (201/266施設)に至った。これは、昨年度調査の76.2% (202/265施設)から1999年7.9% (21/266施設)と減少したことから、症例経験を重ねることによって改善されていくものと考えられる。

f) 各診療科の受入体制

拠点病院を中心とするHIV医療体制の整備充実にあたって、HIV薬害訴訟の患者側から全科対応による総合診療が各拠点病院に求められた。

全国集計で「全科整っている」と回答した施設は、1997年36.4% (91/250施設)、1998年45.0% (117/260施設)、1999年40.5% (106/262施設)であり、「必須診療科の受入態勢良好」と回答した施設を含めると、1997年72.0% (180/250施設)、1998年83.1% (216/260施設)、1999年80.5% (211/262施設)であった。

また「必須でも一部整っていない」診療科がある、または「内科・担当科以外整っていない」と回答した施設は、1997年18.8% (47/250施設)、1998年12.3% (32/260施設)、1999年15.6% (41/262施設)であった。総合診療という点では1999年度以降全国的には進展がない状況であるが、地域的に総合診療を進歩させたブロックは、九州ブロック、近畿ブロックであり、それぞれ95.5% (21/22施設)、87.5% (28/32施設)の施設で必須診療科の受入体制を良好としている。

g) 入院に対する病棟の受入体制

全身症状を呈するエイズにあつては、内科や感染症科はもとより、ほぼ全科の病棟において受入体制が整っていることが望まれる。(表/図4.1.3.g)

全国集計で「全科病棟受入可能」と回答した施設は、1997年51.8% (130/251施設)、1998年56.8% (150/264施設)、1999年52.7% (139/264施設)であり、「一部病棟のみ可能」を含めると、1997年74.1% (186/251施設)、1998年83.0% (219/264施設)、1999年80.7% (213/264施設)であった。

一方「症例がないとわからない」と回答した施設は、1997年19.1% (48/251施設)、1998年12.9% (34/264施設)、1999年13.6% (36/264施設)であり、これらから判断すると、症例が存在しても入院時に備えて病棟に了解を取り付けていない、あるいは、受入体制ができていない拠点病院が存在しているといえる。

また前述の各診療科の受入体制と関連して、1999年以降全国的には病棟における入院患者(HIV感染者/エイズ患者)の受入体制が進展していないと考えられる。

h) 観血処置（出産）

外科的処置、出産ともに避けられない治療行為であり、拠点病院立ち上げ当初はHIV感染症患者を本当に受け入れるのが懸念された（表／図4.1.3.h）。

出産に関しては、「実績がある」と回答した施設は、全国集計で1997年14.6%（35／239施設）、1998年14.1%（37／262施設）、1999年16.1%（42／261施設）であり、「実績はないが可能」を含めると、1997年65.3%（156／239施設）、1998年65.6%（172／262施設）、1999年62.5%（163／261施設）であった。全国的に出産が可能な病院は特定されてきていると考えられる一方で、実績のある施設が多い地域は、関東甲信越ブロックの32.1%（25／78施設）、東海ブロックの25.8%（8／31施設）であった。

i) 観血処置（外科手術）

外科手術に関しては、「実績がある」と回答した施設は、1997年30.3%（74／244施設）、1998年32.3%（81／251施設）、1999年31.1%（80／257施設）であり、「実績はないが可能」を含めると、1997年75.4%（184／244施設）、1998年79.3%（199／251施設）、1999年75.5%（194／257施設）であった（表／図4.1.3.i）。また、「実際に症例がないとわからない」とする施設が1999年においても22.2%（57／257施設）存在する。外科的処置については、HIV感染者の増加とともに避けられないものであり、外科の受入準備が必要である。

j) 歯科治療・口腔外科的処置

HIV感染症にとって口腔内のケアは日常的に必要であり、比較的早期から口腔内病変の治療が必要となることも多い。ところが、総合病院であっても歯科や口腔外科を併設していない施設も多く（1999年拠点病院調査での全国集計30.0%、79／263施設）、拠点病院としてHIV感染者の歯科診療の必要性においていかに対処しているかを問うた（表／図4.1.3.j）。

「当院で治療可能」または「他院を紹介」と回答した施設は、1997年75.0%（183／244施設）、1998年79.6%（207／260施設）、1999年78.7%（207／263施設）であり、必ずしも歯科診療に対応できていない。また、他院を紹介するしなやかかわらず、1999年度調査において拠点病院の歯科または口腔外科がHIV感染者を受け入れないと回答した施設が6.5%（17／263施設）存在した。感染症に対する歯科特有の問題点が存在するものと推測できる。

k) 眼科診療・検査

免疫機能が低下した患者さんにとって眼病変の進行は深刻であり、眼底検査によるCMV病巣の早期発見は患者のQOLを考慮するうえで重要である。

「HIV感染者の治療経験豊富」または「HIV感染症治療に熱心」と回答した施設は、1997年34.3%（82／239施設）、1998年34.7%（92／265施設）、1999年38.3%（101／264施設）と微増傾向にある（表／図4.1.3.k）。

近年、抗HIV療法の進歩によってCD4の値を高水準に維持できるようになってきた。しかしながら昨年、いったん免疫を低下させたHIV感染者が、抗HIV療法によってCD4値を上げたのちにCMV網膜炎を発症した症例が報告さ

れている。抗HIV療法の進歩にとらわれることなく、常に眼科の協力が必要である。

4.1.4 HIVに関する職員研修

このHIV研修については、1999年度調査より設けた新規項目である。HIV感染症における研修はブロック拠点病院等が中心となって各地で実施しているところであるが、社会性の大きい疾患であるがゆえに、感染症に関わる職種やテーマも多様化している。それぞれの拠点病院が院内・院外を問わず、どの程度研修を重視しているか、またどこに力点を置いて研修を実施しているかを問うた（表／図4.1.4.a～d）。

HIVに関する職員の研修先では、院内（174／266施設）及び院外（189／266施設）で積極的に行われていた（表／図4.1.4.a）。

研修対象者は、医師及び看護職はほとんどの施設で研修を受けていた（それぞれ253／263施設、256／263施設）（表／図4.1.4.b）。

研修内容の重点項目としては、「感染者への接し方」に最も重点が置かれ、次いで「知識の向上」、「医療事故防止」であった（表／図4.1.4.c）。

研修の成果については、全国的には「ある程度は得られた」とする施設が多数を占めた（74.2%、184／248施設、表／図4.1.4.d）。なお「十分な成果が得られた」と回答した施設が多かったのは、北海道ブロック40%（6／15施設）、九州ブロック33.3%（7／21施設）であった。

4.1.5 カウンセリング・患者支援体制

心理・社会的支援を必要とするHIV感染者にあっては、従来よりメディカルソーシャルワーカー、カウンセラーの存在が重視されてきた。ともに身分を保障された国家資格ではないが、この3年間の調査の中で、拠点病院での配置、配属状況を調査してきた。その3年間の推移については第5章を参照されたい。

a) MSWの配置状況

全国的には263施設中143施設にMSWが配置されており、4施設が配置予定であった（計55.9%）。地域ブロックでは、関東甲信越ブロックで77.2%（57／72施設）、東海ブロックで73.3%（22／30施設）の施設が、配置もしくは配置予定と回答しており高い配置率であった（表／図4.1.5.a）。

また、MSWを配置して「いないが必要性あり」とする拠点病院は全体で36.1%（95／263施設）であった。

b) カウンセラーの配置状況

全国的には院内カウンセラーの配置率は「常勤している」「非常勤である」合わせて26.1%（68／261施設）と低率である（表／図4.1.5.b）。一方で「カウンセラーの必要性を感じている」施設は42.9%（112／261施設）と多い。現在、自治体が派遣カウンセラー制度を設けている地域もあるが、その利用率は全国で24.5%（64／261施設）であり、利用率が高い地域は、近畿ブロックの43.8%（14／32施設）である。最も低率なのは東北ブロックの6.1%（2／33施設）であるが、これは当ブロック内のほとんどの自治体に派遣カウンセラー制度が存在しないためと思われる。

c) 院内カウンセラーの症例経験

派遣カウンセラーを除いた院内所属のカウンセラー（精神科医・心療内科医を含む）のHIV感染者症例経験数を問うた。37.8%（37/98施設）の施設内カウンセラーに症例経験がなかった。施設内カウンセラーにおける症例経験数は10例程度が平均値と見られる。感染者数の増加と需要の高さ、必要性を考慮に入れば、早急にHIVカウンセラーの養成と身分的な保障が望まれる。

d) 派遣カウンセラー制度の認知度、利用状況、有用性

派遣カウンセラーの利用率が高い地域は、近畿ブロックの43.8%（14/32施設）である。この傾向は調査開始当初の1997年度より続いている。東北ブロックの利用率の低さは前述のとおりであるが、前掲院内カウンセラーの配置状況とこの派遣カウンセラー制度の設問に関しては、設問者の意図と回答者の設問の解釈に若干のずれが生じたため、データの整合性を欠いている。しかし、派遣カウンセラーについて全体的にいえることは、利用する施設が25.2%（66/262施設）とまだ少なく、有用ではあるが「利便性等に欠ける」と回答する施設も11.3%（29/257施設）あることから、全国的なカウンセラー不足の状況を補いきれていないということである（表/図4.1.5.d～f）。

4.1.6 検査体制

抗HIV療法に必要な検査について回答を求めた（表/図4.1.6.a～表/図4.1.6.d）。

特に抗HIV薬の薬剤耐性検査については、無回答7施設を除く有効回答数262施設からの回答が得られた（表/図4.1.6.b）。それによると「健保適用になれば考える」30.5%（80/262施設）という回答が得られた。その理由は不明であるが、少なくとも現在ブロック拠点病院では、薬剤耐性検査の受付を随時行っており、特に検査費用についても現在は研究費で行われているため、病院負担はない。したがって、必ずしも健保適用にならなくても「薬剤耐性検査は実施できる」ということが、周知徹底されていないことが判明した。

またMRI（脳・神経病変診断）については、無回答5施設を除く有効回答数264施設からの回答が得られた（表/図4.1.6.d）。それによると全体の79%（207/264施設）が「近日中に診断可能」と回答している。脳・神経病変の診断は、早期発見できるか否かによって予後が左右されることが多い。したがって、「近日中に診断可能」であることは非常に心強いことではあるが、しかし「予約一杯のため1か月待ち」という状態は避けなければならないことであり、むしろ近隣の診断可能な施設に患者さんを紹介し、診断を受けさせることが必要であると思われる。

4.1.7 HIV治療薬について

抗HIV薬に関する情報、使用状況、エイズ治療薬研究班の利用状況について回答を求めた（表/図4.1.7.a～表/図4.1.7.c）。

以前の拡大治験制度や、昨年からは始まった薬剤の迅速審査制度により、抗HIV薬・抗日和見感染症治療薬は、欧米の認可時期に若干の遅れがあるものの、かつて承認までに数年かかった時期に比べれば、格段に早く認可されるようになった。

しかしながら抗HIV薬の承認が早くなり、欧米並みのHIV医療に近づいてきている一方で、安全性や副作用等の最新情報を常に入手しなければならなくなってきている。

抗HIV薬・抗日和見感染症治療薬に関する情報について、無回答6施設を除く有効回答数263施設からの回答が得られた（表/図4.1.7.a）。それによると全体の97%（255/263施設）が、少なくとも承認薬に関しては情報を得ているという回答が得られた。また最新情報として、未承認ではあるが承認間近の薬剤についても、情報を入手しているのは全体の6割を超えていた。患者さんにとって、拠点病院が新しい情報を入手できていることは、心強いことであるが、さらにその情報を解析し、信憑性などを確認する方法・手段を確保できているかが重要であると思われる。

薬剤の使用状況について、無回答10施設を除く有効回答数259施設からの回答が得られた（表/図4.1.7.b）。それによると全体の90.8%（235/259施設）が、少なくとも承認薬に関しては「速やかに使える」と回答している。一方、何らかの制約により速やかに使えない施設が9.3%（24/259施設）あった。

抗HIV薬は高価であり、症例数の少ない施設では抗HIV薬が不良在庫となる可能性がある。昨年度の「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」の分担研究者、上田の報告の中でも、現在HIV治療を行っている154の拠点病院の39施設では不良在庫に対するクレームが発生している。日本では確実にHIV感染者が増大しており、エイズ治療を行う拠点病院は、抗HIV薬の使用に関して制約を除外すべきであり、国は抗HIV薬の不良在庫に関して対策を講じるべきであると思われる。

エイズ治療薬研究班の供給薬剤利用状況について、無回答7施設を除く有効回答数262施設からの回答が得られた（表/図4.1.7.c）。それによると、いまだに全体の11.9%（31/262施設）が、「必要性を感じない」もしくは「制度を知らない」と回答している。昨年に比べれば「制度を知らない」施設は減っているが、周知徹底の方法や、拠点病院側の問題が推測される。

●4.2 一般拠点病院対象項目

以下は、一般拠点病院258施設からの回答を集計。

4.2.1 ブロック拠点病院との連携について

a) ブロック拠点病院との連携度

ブロック拠点病院との連携度については無回答7施設を除く有効回答数は251施設である（表/図4.2.1.a）。全国レベルでは、ブロック拠点病院体制3年目にもかかわらず、「連携の発展途上」と回答している施設が43%（108/251施設）ある。ブロック別では拠点病院の数が多い関東甲信越や中国四国ブロックに、「連携の発展途上」と回答している施設が半数以上ある。HIV医療の格差を是正するためには、少なくとも拠点病院が連携することが必要条件であると考えられる。

b) ブロック拠点病院との連携内容

ブロック拠点病院との連携内容について重複回答で求めた。無回答30施設を除く実回答数は228施設で、のべ737回答が得られた。上位3位を占める連携内容は「医師の研修

機関]、「薬剤や治療情報の入手・交換」、「症例に関して意見交換」であった(表/図4.2.1.b)。

ブロック拠点病院に求められている「診療・研修教育・研究・情報発信」機能に照らし合わせれば、治験や研究的検査など臨床研究機能を活用した連携が不十分ではないかと推測される。

c) ブロック拠点病院に対する評価

ブロック拠点病院への評価を求めた。無回答8施設を除く有効回答数は250施設である(表/図4.2.1.c)。

ブロック拠点病院が地域におけるHIV医療の核として「欠かせない」及び「エイズ治療の体制整備に貢献」していると回答している施設は、全体の76%(190/250施設)であった。一方で関東甲信越ブロックは「現在未知数」と回答する施設が4割近くある。これはブロック拠点病院の選定が1年遅れて1998年4月からスタートしたことが原因の一つであると考えられる。またもう一つの理由として、患者数の多い関東地域の拠点病院が、甲信越地域にあるブロック拠点病院との連携や評価について模索中であることが考えられる。

d) ブロック拠点病院への期待度

ブロック拠点病院への期待度について重複回答で求めた。無回答10施設を除く実回答数は248施設で、のべ249回答が得られた(表/図4.2.1.d)。

全体的には「更なる発展を期待」している施設が多いが、一方で存在は必要だが「過度な期待はしていない」と回答している施設が関東甲信越ブロックで際立っている(22%、17/78施設)。関東地域の拠点病院は、比較的症例数や経験数が多く、HIV医療に関してブロック拠点病院への期待が少ないと思われる。

前述のとおり、関東甲信越ブロックではブロック拠点病院の選定が他ブロックに遅れた経緯があるが、関東甲信越ブロックに限らず、各拠点病院がHIV医療体制の確立を院内の整備だけにとどまらず、地域全体、さらには日本全体のHIV医療体制整備を目指すことが期待される。

4.2.2 ブロック内の医療体制整備について

a) 地域(ブロック)の医療水準

日本で可能な最高HIV医療水準を100として、一般拠点病院からみた各ブロックの水準を求めた。無回答17施設を除く有効回答数は241施設である(表/図4.2.2.a)。

「80以上(ほぼ最高水準)」であると回答したのは、全体の21.2%(51/241施設)であった。さらに「50以上(平均水準以上)」であると回答したのは、全体の51.5%(124/241施設)であった。一方「50未満(平均以下)」「0~30(地域格差が大)」の回答は合わせて25.4%あった。

ブロック別にみると、中四国、北陸、東北の各ブロックで「50未満(平均に達していない)」と回答している割合が、他ブロックにくらべ高い傾向にある。特に中四国ブロックでは「0~30(地域格差が大)」と回答している割合が、全ブロックの中で最も高い(14%、5/35施設)。

今後はHIV医療水準を引き上げる方法を、ブロック毎に考えなければならないことを示唆している。

b) 地域(ブロック)の医療体制整備

理想的なHIV医療体制を100として、一般拠点病院からみた各ブロックの医療体制の整備状況を求めた。無回答18施設を除く有効回答数は240施設である(表/図4.2.2.b)。

「理想的」とであると回答した施設はなく、「80以上(理想に近い)」と回答したのは全体の13.3%(32/240施設)で、「50以上(半ば整備)」と回答したのは52.9%(127/240施設)であった。一方「50未満(理想には遠い)」「0~30(未整備)」の回答は合わせて34%あった。

ブロック別にみると、中四国、北陸、東北、関東甲信越の各ブロックで「50未満(理想には遠い)」と回答している割合が、他ブロックに比べ高い傾向にある。特に中四国ブロックでは「0~30(未整備)」と回答している割合が全ブロックの中で最も高い(14.3%、5/35施設)。

今後はHIV医療体制の整備状況の評価方法を検討し、ブロックごとに対策を考えなければならないことを示唆している。

c) 院内の体制整備(3年間の自己評価)

一般拠点病院それぞれの院内の体制整備(3年間の自己評価)を求めた。無回答8施設を除く有効回答数は250施設である(表/図4.2.2.c)。

「予想以上に進歩した」「順調に進歩した」の回答は合わせて、全体の44.4%(111/250施設)であった。また「当初と変化がない」は全体の12.0%(30/250施設)で、特に中四国ブロックでは25%(9/36施設)が「当初と変化がない」と回答している。

医療水準や医療体制は、症例数や経験数に依存する傾向があるが、3年間の自己評価が「当初と変化がない」と回答した施設は、HIV医療の確立に関して認識不足で、体制整備への自助努力が不十分であったといえる。

d) 診療上の困難もしくは障害となっている点

HIV診療上の障害・困難な点を重複回答で求めた。無回答11施設を除く実回答数は247施設で、のべ967回答が得られた(表/図4.2.2.d)。「経験不足」「感染者の心理的フォロー」「外国人感染者への対応」が上位を占めた。特に「外国人感染者への対応」は関東甲信越、東海ブロックで顕著であった。また「抗HIV療法が困難な症例あり」については、やはり患者さんの集中する関東甲信越や近畿ブロックで診療上の困難・障害としてあげている施設が多い。

第6章で詳しく分析し後述しているが、症例の有無や、一般拠点病院とブロック拠点病院によっても、その障害・困難な点が異なる傾向があった。

●4.3 ブロック拠点病院対象項目

以下は、ブロック拠点病院13施設からの回答を集計。

4.3.1 一般拠点病院との連携について

a) 一般拠点病院との連携

ブロック内の「一般拠点病院との連携度」を各ブロック拠点病院に求めたところ、「良好かつ円滑」及び「今後緻密な連携が可能」と回答したのは、11施設中9施設(計72%)であった(表/図4.3.1.a)。また「模索段階」と回答している施設が0になっている(1998年度1施設)。

b) 一般拠点病院に対する事業

ブロック内の一般拠点病院に対する事業を重複回答で求

めた。その結果、選択肢15項目中「医療事務に関する相談」及び「その他」が回答なしであったが、それ以外の項目の事業は、少なくとも5施設以上が回答している（表／図4.3.1.b）。実施している事業として、比較的回答が少ない項目は「インターネットによる治療情報提供」「医師の臨床実地研修」、「カウンセリング研修」「制度・手続きに関する相談」であった。

4.3.2.e節及び第6章で詳しく述べているが、ブロック拠点病院の診療上の障害として「人員不足」があげられているため、「医師の臨床実地研修」や「カウンセリング研修」を実施するためには、ブロック拠点病院に対する人的バックアップ体制が必要である。

4.3.2 ブロック内HIV医療体制整備について

a) 地域（ブロック）の医療水準

ブロック拠点病院からみた各ブロック内のHIV医療水準の3年間の変化を日本での最高水準を100として聞いたところ、100であると回答したブロック拠点病院は0施設であったが、「平均的水準」を50として、平均水準以上であると回答した施設は11施設中計8施設（計73%）であった（表／図4.3.2.a）。一方、平均水準に達していないと回答した施設も3施設あり、その根拠として経験数や地域格差の問題を指摘している。

b) 地域（ブロック）の医療体制整備

次にブロック拠点病院からみた各ブロック内のHIV医療体制の整備状況について、3年間の変化を理想的医療体制を100として聞いたところ、100であると回答したブロック拠点病院は0施設であったが、「半ば達成」を50として、100（理想的）ではないが50以上であると回答した施設は11施設中計9施設（計81.8%）であった（表／図4.3.2.b）。

約8割のブロック拠点病院が各ブロック内のHIV医療体制が整備されたと回答している。この3年間でHIV医療体制は、理想的HIV医療体制に関して、半ば以上確立されたといえる。

c) 今後の可能性

ブロック拠点病院として今後の可能性を聞いたところ、「更なる発展を期待」（4/11施設、36%）、「もう少し発展の余地あり」（6/11施設、55%）という回答が得られた（表／図4.3.2.c）。

一方で「現状維持が限界」と回答したブロック拠点病院も1施設あり、現在も感染者が増加している現状に鑑みると、ブロック拠点病院を支援する方策が必要であるとともに、前述のブロックの1) 医療水準、2) 医療体制整備と併せて、理想的なHIV医療体制を構築するためには何が必要か、どのような条件が揃えば理想的といえるのかという、検討や分析が必要になると思われる。

d) 3年間の自己評価

各ブロック拠点病院に3年間の自己評価を行ってもらったところ、「予想以上に進歩した」（3/11施設、27.3%）、「順調に進歩した」（6/11施設、54.5%）であった。（表／図4.3.2.d）

e) 診療上の障害・困難

「外国人感染者への対応」「人員不足」「感染者の医療費」

という順番で、診療上の障害として回答している。（図4.3.2.e）。

昨年度は「人員不足」「外国人感染者への対応」「感染者の医療費」「感染者の心理的フォロー」と続いており、昨年度に比べると若干名人員が増員されたこともあって、「人員不足」に比べ「外国人感染者への対応」が大きな問題として浮上してきたといえる。

「感染者の医療費」に関しては、1998年4月から、HIV感染者（日本人）の身体障害者認定が行われるようになり、更生医療などの医療費の公費負担が可能となっている。この制度を利用すれば、感染者の負担する医療費は、かなり少額にすることができる。しかしながら身体障害者認定の申請が100%行われていない現状を考慮すると、今もなお抗HIV治療の費用を自己負担もしくは高額医療費で支払っていることが考えられる。

5. アンケート集計結果（2）および考察

－1997年～1999年の変化－

以下の項目につき、3年間連続して調査票に回答のあった184施設の回答主計結果について、この3年間の変化を分析した。

●5.1 感染者受入に関するスタッフの理解（1997年～1999年の変化）

HIV感染者の受入に関する医療スタッフの理解度を、選択肢から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は179施設であった。

「良好」または「おおむね良好」と回答した施設が、調査初年度に比して1998年度は増加する傾向を示したが（117→123施設）、1999年度は118施設に減少した。3年間をトータルに見て、HIV感染者受入に関するスタッフの意識に大きな変化は見られない。症例の存在しない施設も23施設（12.8%）あるものの、HIV感染症に関する医療者の受入意識そのものは1997年には既に一定のレベルに達していたものと推測できる。しかし、今後都市圏以外で感染者数が増加したとき、初めて症例を持った医療機関の対応や、その医療者の意識にどのような変化が見られるかが注目される。

●5.2 医療スタッフ間の連絡・連携状況（同上）

院内医療スタッフ間の連絡・連携状況について選択肢から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は173施設であった。

「良好」と回答した施設は、1997年48施設、1998年54施設、1999年57施設と増加し、逆に「改善の余地あり」と回答した施設は、1997年16施設、1998年17施設、1999年9施設と減少傾向にある。症例の存在しない施設も23施設（13.3%）存在するため一概にはいえないが、研修の成果や経験の積み重ねがHIV感染症におけるスタッフ間の連携を高めてきているものと推測できる。

●5.3 各診療科の受入態勢（同上）

各診療科の受入態勢（意識とシステム）の状況を選択肢から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は174施設であった。

「全科受入体制が整っている」またはエイズ診療に欠かさない「診療科の体制は良好」と回答した施設は、1997年131施設から1998年146施設と増加をしたものの、1999年度調査では145施設と横ばいであった。ただ、「不可欠な診療科の一部が不備」とする施設は減少してきている。前掲の設問から1割強の症例不現在の施設があると推定できるので、各診療科とも経験の有無ないしは症例数の増加によって体制を整えてきているものと推測できる。

●5.4 入院に関する病棟の受入体制（同上）

HIV感染者・エイズ患者が入院した場合の受入体制について選択肢の中から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は167施設であった。

「全科受入可能」または「一部の病棟のみ可能」と回答した施設は、1997年138施設から1998年151施設と増加し、1999年151施設と変動がなかった。一見症例のない21施設と入院実績のない6施設以外は入院を受け入れているように見えるが、1999年度調査では「一部の病棟のみ可能」という施設が、入院実績のある151施設中51施設（33.8%）に及んでいる。全科対応を基本とする拠点病院にあって、感染者受入を不可能とする各病棟の障害を克服する必要がある。

●5.5 外来診察室の状況（同上）

HIV感染者に対する外来診察室の状況について、選択肢の中から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は166施設であった。

HIV診療を「個室の診察室」で行う施設が、1997年41施設、1998年50施設、1999年60施設と確実に増えてきている一方で、「特に区別していない」とする施設は、1997年49施設、1998年38施設、1999年30施設と減少してきている。HIV医療体制整備開始当初から、患者のプライバシー重視が基本とされてきた中で、各拠点病院が努力してきた成果の一つと推測される。

●5.6 MSWの配置状況（同上）

MSW（メディカルソーシャルワーカー）の院内配置状況を選択肢の中から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は173施設であった。

MSWが配属されて「いる」または「配置予定あり」と回答した施設は、1997年98施設、1998年100施設、1999年106施設と年々増加している。ただ、前章でも述べたとおり、全国的には56.4%の配置率であり、配置が義務づけられている職種でないが故に、患者数がかなり多い拠点病院や、HIVに特化して職務に従事できない（専属でない）施設においては、ごく少数のMSWでは細かい対応が困難なものと思われる。

●5.7 カウンセラーの配置状況（同上）

カウンセラーの院内配置状況を選択肢の中から当てはまるもの全てについて選んでいただいた（重複回答）。3年連続の有効回答病院数は175であった。

MSWと同じくHIV感染症に関してニーズの高い職種であるが、カウンセラーを配置しているという施設は、「常勤」「非常勤」を合わせて、97年が57施設、98年が59施設、99年が58施設とほとんど変動がない。ところが、「専属が

いないため必要性を感じている」施設は、98年175施設中52施設（29.7%）、99年175施設中65施設（37.1%）と増加している。前章で述べたようにニーズや需要は高いが、心理職の地位や身分保障の不備により制度が追いついていない状況がある。

●5.8 抗HIV薬剤耐性検査の実施状況（同上）

健保適用ではないが、治療薬の効果判定および薬剤選択に関して有効とされる薬剤耐性検査の実施状況について、選択肢の中から一つ選んでいただいた。3年連続の有効回答数は168施設であった。

薬剤耐性検査を実施している施設は、1997年25施設（14.9%）、1998年37施設（22.0%）、1999年44施設（26.2%）と増加してきているものの、1999年になっても「健保適用になれば考える」とする拠点病院も52施設（31.0%）存在する。必要症例のない拠点病院も多いために、必ずしも耐性検査が必要である検査とはいえないが、ブロック拠点病院などが、当該検査の情報をもっと広報すべきではないかと考えられる。

●5.9 HIV感染者に対する外来及び病棟での服薬指導担当者（同上）

複数の抗HIV薬による治療の継続が主流とされるHIV感染症治療にあって、主にどの職種が服薬指導に当たっているかを選択肢の中から選んでいただいた。回答は一つを選択肢を選んでいただくことを想定したが、結果的に重複回答を認めた。3年連続の有効回答数は、外来・病棟ともに150施設であった。

服薬指導の外来担当者としては、薬剤師が1997年17施設（11.3%）、1998年50施設（33.3%）、1999年54施設（36.0%）と1998年度調査で急激に増加傾向を示した。病棟での役割としても同じ傾向にあるが、これは、1998年にアドヒアランスの概念が日本にも定着した一端を表現しているといえる。抗HIV薬服用の困難さ、高頻度の副作用出現、薬剤耐性の問題などを十分説明する上で、診療時間の限られている医師の役割を補う効果が期待できる。

6. ブロック拠点病院との連携に関して

－1997年～1999年の変化－

●6.1 ブロック拠点病院への評価の変化（表／図6.1）

1997年～1999年の3年間続けて「ブロック拠点病院への評価」の項目に回答した156施設について分析した。

その結果、1999年では「ブロック拠点病院はエイズ医療の核として「欠かさない存在」「地域のエイズ医療体制整備に貢献」と、76.9%の施設が評価している（1999年120／156施設、76.9%、1997年94／156施設、55.8%）。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33施設増えている。これはブロック拠点病院が開設されてから3年目に入り、確実にHIV医療体制が整備され、全般的にはブロック拠点病院が高い評価を得ているといえる。

一方で、ブロック拠点病院に対する評価が「現在未知数」、「必要性を感じない」と回答している病院が、合わせて34施設ある（1999年度）。今後のブロック拠点病院の機能強

化・拡大が期待される。

●6.2 ブロック拠点病院との連携度の強化(表/図6.2)

1997年～1999年の3年間続けて「ブロック拠点病院との連携度」の項目に回答した166施設について分析した。「良好かつ有用」な連携度となっている施設は、1997年度からほとんど変化がなく、連携度に関して大きな上昇はみられなかった。

一方で、ブロック拠点病院へ「連絡していない」拠点病院が1999年度は、1997年度に比して19.2%減少した(52施設→20施設)。そして連携度として「普通」および「発展途上」である施設が、全体の70.5%(117/166施設、1999年度)を占めた。今後日本のHIV医療体制がさらに整備されるかどうかは、これら7割の施設がブロック拠点病院とくに緊密に連携をとるかに影響されると考えられる。

●6.3 ブロック拠点病院との連携内容の変化(表/図6.3)

1997年～1999年の3年間続けて「ブロック拠点病院との連携内容」の項目に回答(重複回答)した112施設について分析した。

1997年からの3年間で、連携内容が増加傾向の上位5項目、および減少傾向の1項目について表/図6.3に示した。それによると「薬剤、治療情報の入手・交換」「患者紹介」「症例に関して意見交換」という連携が顕著に増加している。実際には「患者紹介」という連携を取りながら、積極的な治療を行わずに重症化させてしまった患者を、搬送・転院させるケースの報告を受けており、拠点病院の一部に「ブロック拠点病院に任せればよい」という考え方があることが推測された。

また「医師や看護婦の研修機関」として連携している施設は1998年度から半数近くを占めている。ブロック拠点病院としての研修機能の拡充が望まれる。

一方で「診療体制に関して意見交換」は減少しており、特に拠点病院として、かなり体制整備が行われており、HIV診療体制に関してはニーズが低くなってきていることがうかがえる。

●6.4 HIV診療上の障害・困難な点

1999年度における調査項目「HIV診療上の困難・障害」について、以下の視点から分析した。

6.4.1 一般拠点病院、ブロック拠点病院(上位5位まで)

一般拠点病院では「経験不足」が、ブロック拠点病院では「外国人感染者への対応」「人員不足」「難治的な感染症または脳症合併患者の症例」が診療上の困難・障害として上位に挙げられている(図6.4.1)。

「感染者の医療費」については、昨年度まで一般拠点病院では3位、ブロック拠点病院では「人員不足」に次いで2位となっていたが、1998年4月からHIV感染者(日本人)の身体障害者認定が行われるようになり、更生医療などの制度を利用すれば、感染者の医療費については、解決できるようになった。しかしながら公費負担の対象とならない外国人感染者の問題は1997年から年々、診療上の障害として上位に上がってきており、外国人感染者の問題が深刻化していると考えられる。

またブロック拠点病院では、具体的な診療上の障害とし

て「難治的な感染症または脳合併症患者の症例」や「感染対策費不足」が挙げられている。プロテアーゼ阻害剤の出現で死亡率が減ってきているにもかかわらず、「難治的な感染症または脳合併症患者の症例」を診療上の障害として回答する背景には、HIV感染を知らずに日和見感染症を発症して受診する重篤なケースが増えていることが推測される。

6.4.2 症例経験あり施設、症例経験なし施設(上位3位まで)

症例の有無にかかわらず「経験不足」が、HIV診療上の障害として最大の障害となっている(表/図6.4.2)。

2位以下では、症例のある施設は「感染者の心理的フォロー」を、症例のない施設は「医療スタッフの理解」を、診療上の障害として回答し、明らかな差違が現れた。症例を経験することによって、医療スタッフの理解が得られるようになっていくという図式が、改めて示されたといえる。

症例の有無にかかわらず「経験不足」が最大の診療上の困難・障害となっている。次いで「感染者の心理的フォロー」があげられており、感染者の心理的支援を行える環境整備が必要であると考えられる。

●6.5 まとめ

以上をまとめると次のことがいえる。

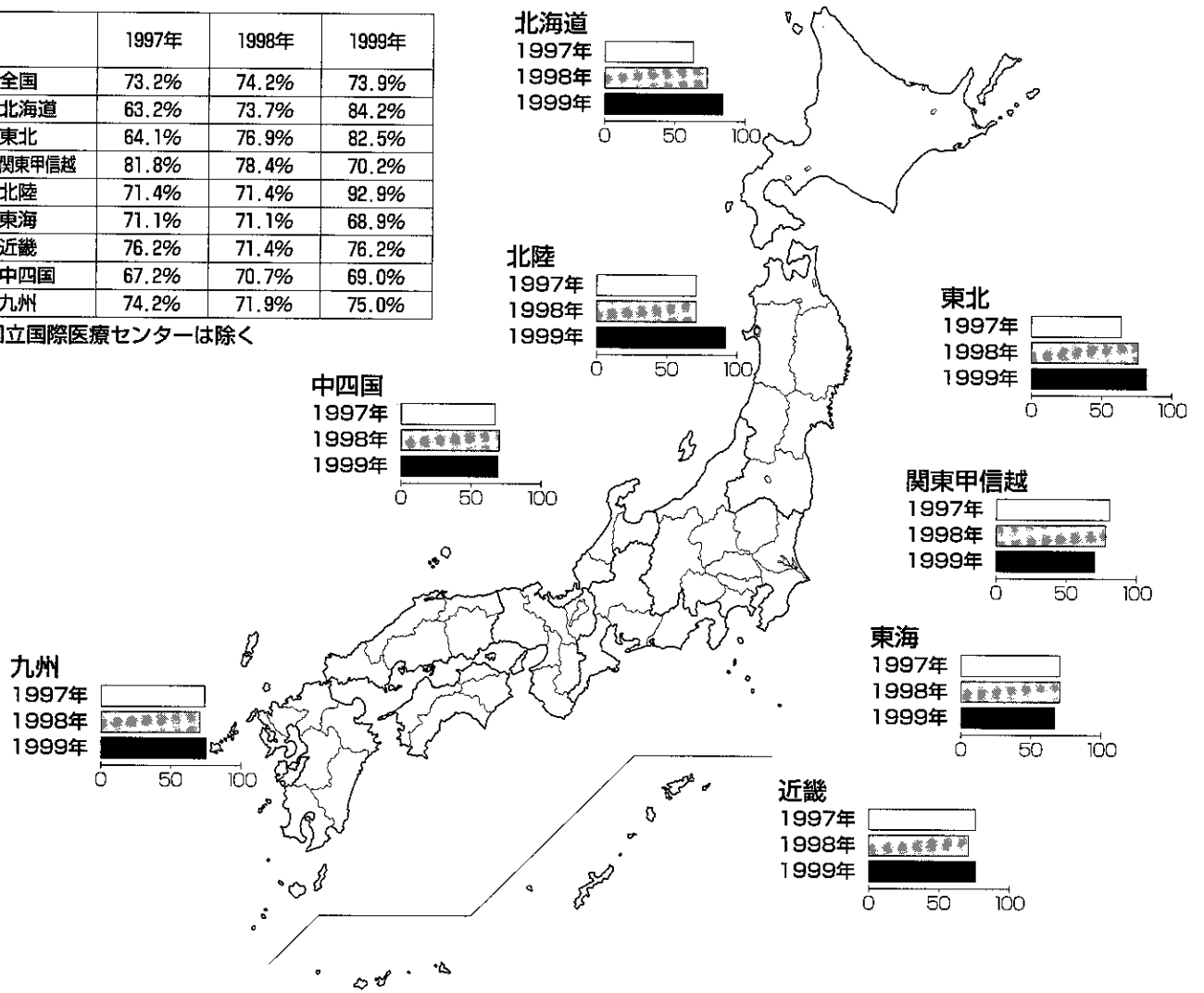
- (1)約8割の拠点病院がブロック拠点病院を高く評価
- (2)患者紹介という拠点病院からブロック拠点病院への転院が増加傾向
- (3)依然として経験不足が最大の障害
- (4)「感染者の心理的フォロー」のできる環境が必要
- (5)外国人感染者問題が年々深刻化

このような現状・問題点を踏まえ、今後のHIV医療体制を拡充しなければならない。

●表/図3.2.1 アンケート回収率

	1997年	1998年	1999年
全国	73.2%	74.2%	73.9%
北海道	63.2%	73.7%	84.2%
東北	64.1%	76.9%	82.5%
関東甲信越	81.8%	78.4%	70.2%
北陸	71.4%	71.4%	92.9%
東海	71.1%	71.1%	68.9%
近畿	76.2%	71.4%	76.2%
中四国	67.2%	70.7%	69.0%
九州	74.2%	71.9%	75.0%

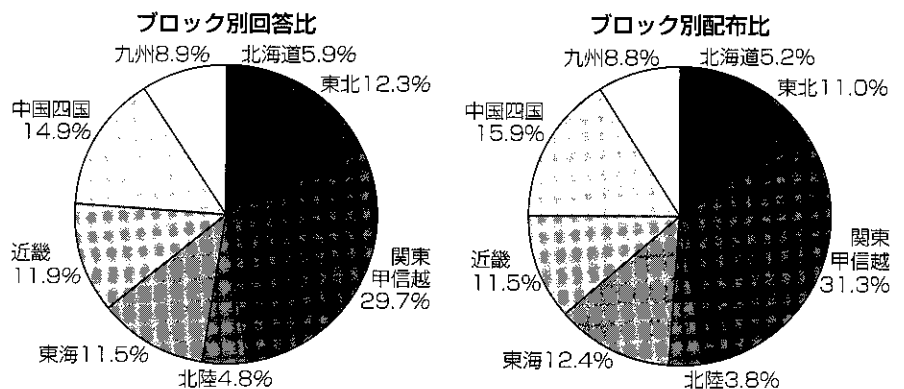
国立国際医療センターは除く



●表/図3.2.2 ブロック別病院数

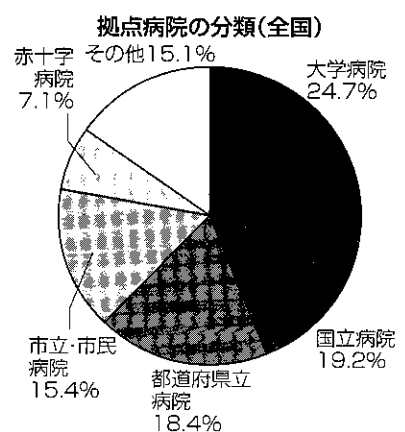
	回答数 n=267	配布数 n=360
北海道	16	19
東北	33	40
関東甲信越	80	114
北陸	13	14
東海	31	45
近畿	32	42
中四国	40	58
九州	24	32
全国	269	364

国立国際医療センターは除く

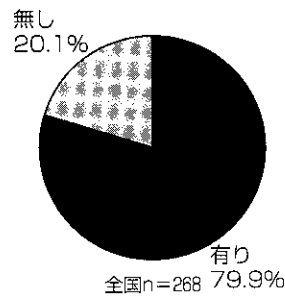


●表/図3.2.3 1999年拠点病院の分類

	大学病院	国立病院	都道府県立 病院	市立・市民 病院	赤十字病院	その他	合計
全国	90	70	67	56	26	55	364
北海道	3	3	2	5	3	3	19
東北	7	7	9	7	0	10	40
関東甲信越	34	20	19	12	13	16	114
北陸	4	4	3	2	0	1	14
東海	8	5	7	13	5	7	45
近畿	13	11	5	9	1	3	42
中四国	10	12	14	5	4	13	58
九州	11	8	8	3	0	2	32

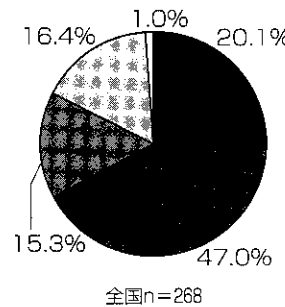


●表／図4.1.1.a HIV症例経験



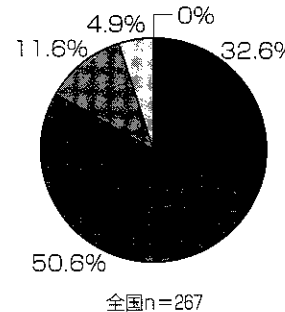
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
有り	214	12	25	75	10	26	25	21	20
無し	54	4	8	5	3	4	7	19	4
有効回答数	268	16	33	80	13	30	32	40	24
無回答	1	0	0	0	0	1	0	0	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.1.b HIV感染者累積症例数



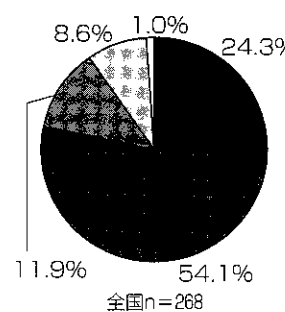
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
0例	54	4	8	5	3	4	7	19	4
1～9例	126	10	16	31	6	19	15	18	11
10～19例	41	1	5	19	3	3	5	2	3
20～99例	44	1	4	23	1	4	4	1	6
100例以上	3	0	0	2	0	0	1	0	0
無回答	1	0	0	0	0	1	0	0	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.1.c エイズ発症累積症例数



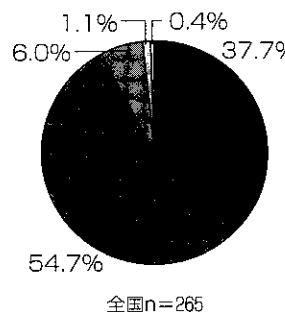
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
0例	87	6	15	8	6	6	13	27	6
1～9例	135	8	15	47	6	22	13	12	12
10～19例	31	2	3	13	1	2	4	1	5
20～49例	13	0	0	10	0	0	2	0	1
50例以上	1	0	0	1	0	0	0	0	0
無回答	2	0	0	1	0	1	0	0	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.1.d 過去3年間のHIV感染者症例数



	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
0例	65	4	10	6	5	6	8	22	4
1～9例	145	11	17	43	6	19	18	16	15
10～19例	32	1	3	16	2	4	3	1	2
20～99例	23	0	3	13	0	1	2	1	3
100例以上	3	0	0	2	0	0	1	0	0
無回答	1	0	0	0	0	1	0	0	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.1.e 過去3年間のエイズ発症者数



	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
0例	100	7	18	10	7	8	15	29	6
1～9例	145	9	13	53	6	21	16	9	18
10～19例	16	0	2	13	0	1	0	0	0
20～49例	3	0	0	2	0	0	1	0	0
50例以上	1	0	0	1	0	0	0	0	0
無回答	4	0	0	1	0	1	0	2	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24