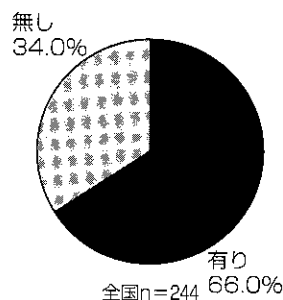
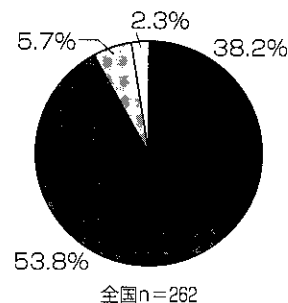


●表／図4.1.1.f 現在の血友病診察経験



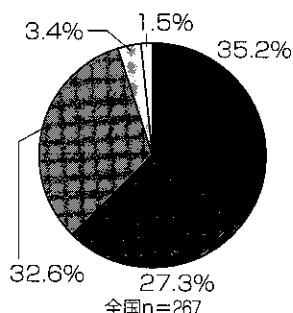
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
有り	161	9	23	43	7	17	19	24	19
無し	83	5	8	34	4	10	9	11	2
有効回答数	244	14	31	77	11	27	28	35	21
無回答	25	2	2	3	2	4	4	5	3
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.2.a 緊急時の対応



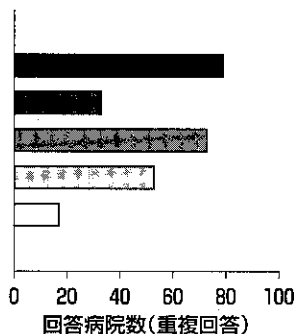
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
当直医で24時間対応可能	100	2	7	37	4	12	16	9	13
主治医に連絡を取り対応	141	12	26	31	8	17	13	25	9
主治医の勤務時間外は不可能	15	1	0	6	0	2	2	4	0
その他	6	1	0	3	1	0	1	0	0
無回答	7	0	0	3	0	0	0	2	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.2.b 病棟個室について



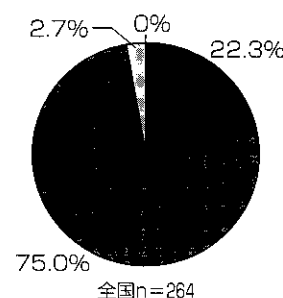
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
専用個室あり	94	5	12	31	4	6	14	14	8
専用個室を用意可能	73	5	12	19	4	10	9	8	6
個室の空き状況による	87	4	9	22	5	14	8	16	9
個室対応は無理	9	1	0	5	0	1	1	1	0
その他	4	1	0	2	0	0	0	0	1
無回答	2	0	0	1	0	0	0	1	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.2.c 外来診察室について(重複回答)



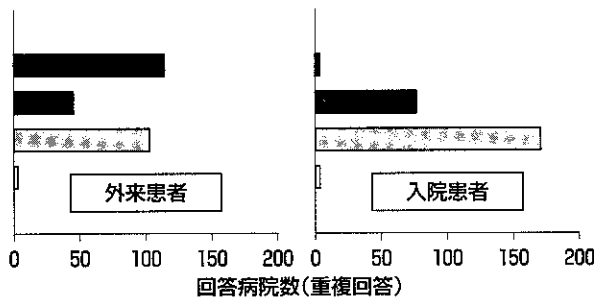
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
個室診察を実施	79	4	6	28	4	8	8	14	7
診察時間を別にして	33	1	8	9	1	4	4	1	5
一般外来の中で工夫している	73	6	7	17	5	14	12	8	4
他の患者と区別していない	53	4	8	21	2	3	3	6	6
その他	17	1	1	3	0	2	4	6	0
無回答	15	0	3	2	1	0	2	5	2

●表／図4.1.2.d 医療事務について



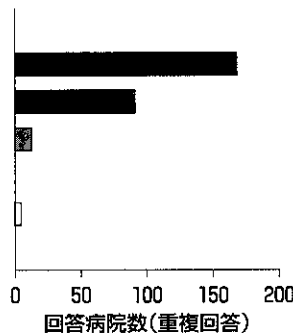
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
全て病院職員	59	3	12	19	2	5	3	11	4
病院職員と委託業者の混合	198	13	20	58	11	21	29	28	18
管理職以外委託業者	7	0	1	1	0	5	0	0	0
その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	5	0	0	2	0	0	0	1	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.a HIV感染者の採血(重複回答)



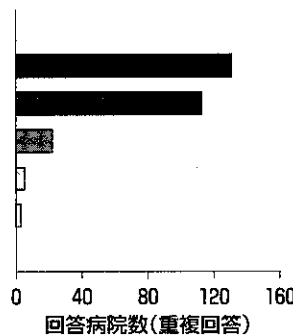
	外来患者	入院患者
■ 採血室	118	4
■ 医師	47	79
■ 看護師	106	176
□ その他	3	4
無回答	15	22
合計	274	263

●表／図4.1.3.b.1 服薬指導担当者(外来)(重複回答)



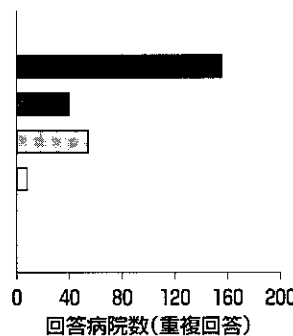
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 医師	173	9	21	59	7	15	20	26	16
■ 薬剤師	94	4	10	24	7	18	12	11	8
■ 看護師	13	1	2	5	1	0	1	0	3
□ 添付文書のみで指導せず	0	0	0	0	0	0	0	0	0
□ その他	5	0	1	2	0	2	0	0	0
合計	285	14	34	90	15	35	33	37	27

●表／図4.1.3.b.2 服薬指導担当者(病棟)(重複回答)



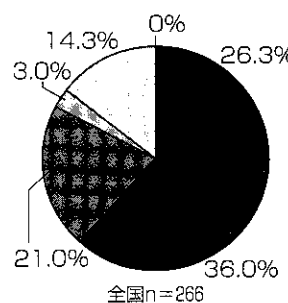
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 医師	130	6	18	47	6	10	15	15	13
■ 薬剤師	112	6	11	27	6	17	16	18	11
■ 看護師	22	1	2	8	0	2	3	1	5
□ 特に決まっていない	5	1	0	0	0	4	0	0	0
□ その他	3	0	1	1	0	1	0	0	0
合計	272	14	32	83	12	34	34	34	29

●表／図4.1.3.c 服薬指導の場所(重複回答)



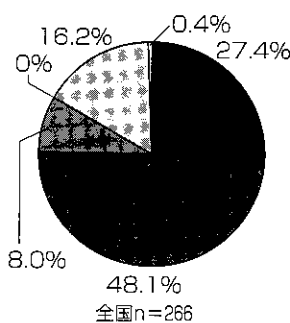
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 診察室、入院部屋	160	11	18	57	7	11	19	22	15
■ 薬局窓口	41	1	4	12	1	9	7	4	3
■ 専用個室など	56	3	6	12	5	10	5	9	6
□ その他	8	0	2	2	0	2	1	0	1
無回答	20	2	4	4	0	1	1	5	3
合計	265	15	30	83	13	32	32	35	25

●表／図4.1.3.d 感染者受入に関する医療スタッフの理解



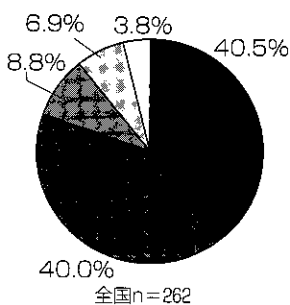
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 良好	70	5	10	21	4	7	10	6	7
■ おおむね良好	96	4	10	36	3	13	13	5	12
■ 100%ではないが問題なし	55	5	7	15	4	6	4	13	1
■ 一部に根強い拒否感あり	7	0	3	2	0	0	1	0	1
□ 症例がないため不明	38	2	3	5	2	5	4	14	3
□ その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	3	0	0	1	0	0	0	2	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.e 医療スタッフ間の連絡状況



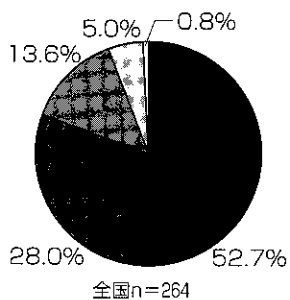
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 良好	73	3	8	26	3	9	7	9	8
■ おおむね良好	128	11	17	39	5	16	18	12	10
■ 改善の余地あり	21	0	2	11	1	1	1	2	3
■ 困難	0	0	0	0	0	0	0	0	0
■ 症例なしのため不明	43	2	6	3	4	5	6	14	3
□ その他	1	0	0	0	0	0	0	1	0
無回答	3	0	0	1	0	0	0	2	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.f 各科受入態勢



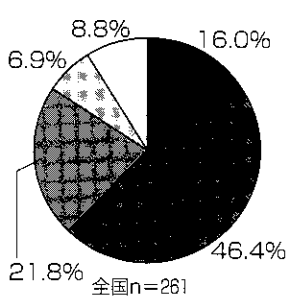
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 全科整っている	106	8	13	30	4	11	17	12	11
■ 必須診療科の受入態勢良好	105	5	14	31	6	12	11	16	10
■ 必須でも一部整っていない	23	1	4	10	2	3	0	3	0
■ 内科・担当科以外整っていない	18	1	2	6	1	2	2	3	1
□ その他	10	1	0	1	0	2	2	4	0
無回答	7	0	0	2	0	1	0	2	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.g 入院に対する病棟の受入態勢



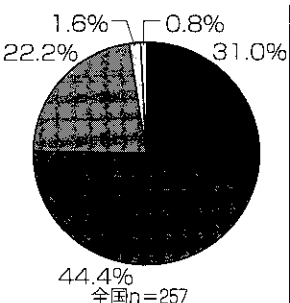
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 全科病棟受入可能	139	6	16	45	9	18	16	14	15
■ 一部病棟のみ可能	74	5	7	25	1	6	11	15	4
■ 症例がないとわからない	36	3	9	5	2	4	3	7	3
■ 全病棟に了解を取り付けていない	13	1	1	2	1	2	2	2	2
□ その他	2	0	0	2	0	0	0	0	0
無回答	5	1	0	1	0	1	0	2	0
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.h 観血処置(出産)



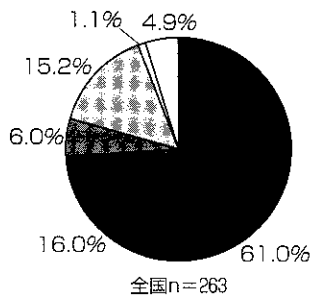
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 実績がある	42	0	2	25	2	8	1	2	2
■ 実績はないが可能	121	7	16	26	9	13	17	19	14
■ 実際に症例がないとわからない	57	6	9	11	1	5	9	10	6
■ 不可能	18	0	2	7	1	4	0	3	1
□ その他	23	1	3	9	0	1	5	4	0
無回答	8	2	1	2	0	0	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.i 観血処置(外科手術)



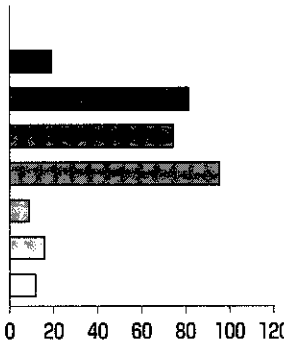
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 実績がある	80	3	8	29	2	9	11	5	13
■ 実績はないが可能	114	5	16	31	8	13	12	22	7
■ 実際に症例がないとわからない	57	7	8	14	2	8	8	8	2
■ 不可能	4	0	1	1	0	0	0	2	0
□ その他	2	0	0	1	0	0	0	1	0
無回答	12	1	0	4	1	1	1	2	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.3.j 歯科治療・口腔外科的処置



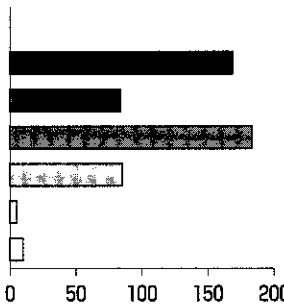
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
当院で治療可能	154	7	21	43	10	21	20	15	17
当院歯科なし(他院を紹介)	39	3	6	15	0	1	3	8	3
感染受入不可(他院を紹介)	14	0	1	3	1	1	1	7	0
歯科無く、他院紹介も不可	40	5	5	12	1	6	6	4	1
感染受入不可、他院紹介不可	3	0	0	1	0	0	0	2	0
その他	13	0	0	4	1	2	2	3	1
合計	263	15	33	78	13	31	32	39	22

●表／図4.1.3.k 眼科診療・検査(重複回答)



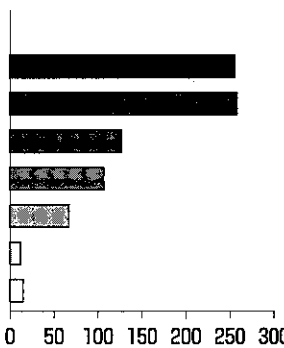
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
HIV感染者の診療経験豊富	19	1	0	8	0	2	3	1	4
HIV感染症治療に熱心	82	5	8	29	4	9	11	5	11
定期的に検査している	75	4	12	29	3	7	10	6	4
現在該当症例なし	96	7	13	24	6	13	11	17	5
眼科がない・協力が得られない	9	0	2	0	0	2	1	2	2
他施設の医師を紹介できる	16	1	3	4	3	0	0	5	0
その他	12	1	0	2	0	2	2	5	0
合計	309	19	38	96	16	35	38	41	26

●表／図4.1.4.a HIVに関する職員研修(重複回答)



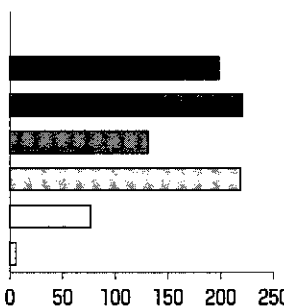
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
院内研修あり	174	13	22	44	7	27	20	24	17
各科・各病棟独自で実施	86	3	10	33	1	7	11	12	9
院内研修に派遣	189	10	25	52	11	22	21	31	17
海外研修に派遣	88	7	13	32	2	11	7	11	5
計画あるが未実施	7	0	1	2	1	0	0	2	1
その他	10	0	3	2	0	1	1	1	2
無回答	3	0	0	1	0	0	0	2	0

●表／図4.1.4.b 研修対象者(重複回答)



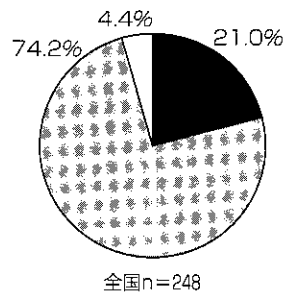
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
医師	253	15	33	74	12	31	30	36	22
看護師	256	14	33	76	13	31	31	36	22
薬剤師	135	7	19	30	7	25	17	19	11
検査技師	113	11	19	23	3	20	15	11	11
事務職	71	5	14	15	5	14	7	5	6
派遣会社の職員	13	2	0	2	0	4	3	1	1
その他	16	0	3	5	1	2	2	3	0
合計	857	54	121	225	41	127	105	111	73

●表／図4.1.4.c 研修内容の重視項目(重複回答)



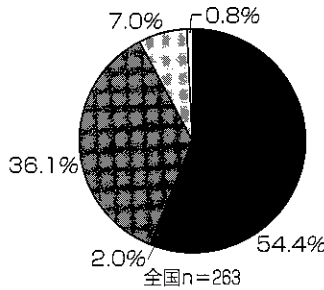
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
医療事故防止	193	12	23	57	6	25	24	31	15
感染者への接し方	220	15	29	67	9	26	22	33	19
守秘意識の向上	131	10	11	35	8	17	16	22	12
知識の向上	219	15	23	65	13	26	25	31	21
技術の習得	77	6	11	24	2	8	8	12	6
その他	1	0	0	0	0	0	0	1	0
無回答	6	0	0	2	0	0	0	2	2

●表／図4.1.4.d 研修の成果



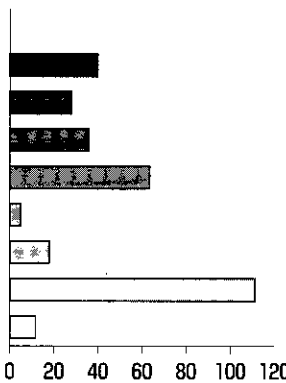
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
十分な成果が得られた	53	6	6	19	2	6	6	1	7
ある程度は得られた	184	9	23	52	9	24	24	29	14
あまり得られていない	11	0	1	4	1	0	1	4	0
無回答	21	1	3	5	1	1	1	6	3
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.5.a MSWの配置状況



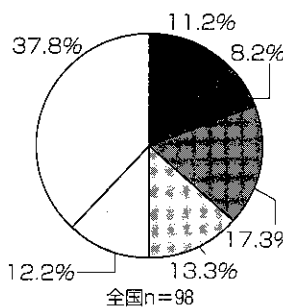
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
常勤	143	9	17	56	5	21	12	16	7
配置予定あり	4	0	0	1	1	1	1	0	0
いなが必要性あり	95	2	11	22	4	6	16	19	15
特に配置を考えていない	19	4	5	0	3	2	2	2	1
その他	2	0	0	0	0	0	1	1	0
無回答	6	1	0	1	0	1	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.5.b カウンセラーの配置状況(重複回答)



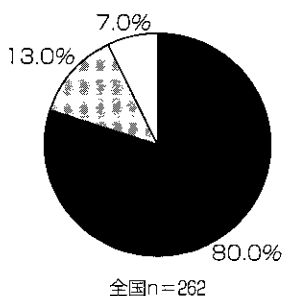
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
常勤している	40	1	7	10	1	7	5	5	4
非常勤である	28	1	4	9	3	3	4	3	1
精神科医・心療内科医で対応	36	2	7	9	0	2	0	11	5
自治体派遣カウンセラーを利用	64	3	2	23	4	8	14	6	4
配属予定・配属検討中	5	0	0	1	0	0	2	2	0
医師看護婦が対応のため必要なし	18	2	3	9	2	1	0	1	0
専属なし(必要性を感じる)	112	9	14	33	2	11	12	20	11
その他	12	0	0	4	3	0	0	3	2

●表／図4.1.5.c カウンセラーの症例経験



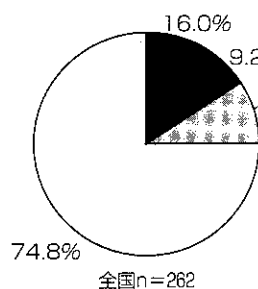
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
過去1~2例	11	1	3	3	2	1	0	1	0
現在1~2例継続	8	0	1	1	0	0	1	5	0
過去から通算数例	17	0	3	10	0	2	0	0	2
通算10例前後	13	0	2	6	0	0	4	0	1
多数症例を経験	12	2	0	4	0	2	2	1	1
症例経験なし	37	2	6	3	2	6	2	11	5
無回答	171	11	18	53	9	20	23	22	15

●表／図4.1.5.d 派遣カウンセラー制度の認知度



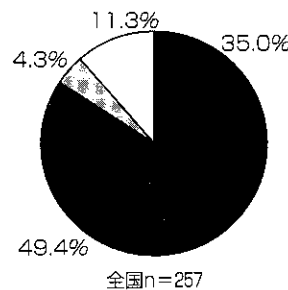
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
知っている	210	13	22	65	10	27	29	31	13
知らない	34	1	5	11	2	0	3	4	8
制度がない	18	1	6	3	1	2	0	3	2
無回答	7	1	0	1	0	2	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.5.e 派遣カウンセラー制度の利用状況



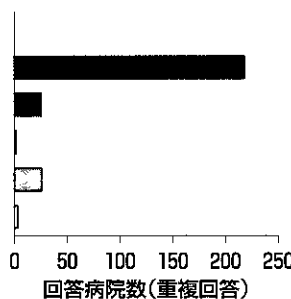
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 利用している	42	1	0	18	2	5	10	3	3
■ 利用したことがある	24	3	0	10	1	5	4	1	0
□ 利用したことがない	196	11	33	51	10	19	18	34	20
無回答	7	1	0	1	0	2	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.5.f 派遣カウンセラー制度の有用性



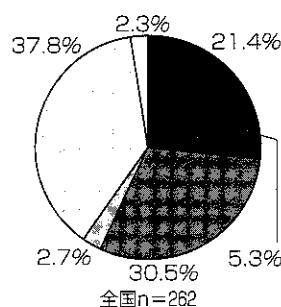
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 有用である	90	7	7	30	6	9	18	7	6
■ 現段階では不明	127	4	18	38	5	15	12	25	10
■ 必要性を感じない	11	0	3	4	0	1	1	0	2
□ 利便性等に欠ける	29	3	4	6	2	2	1	6	5
無回答	12	2	1	2	0	4	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.6.a HIV-RNA検査(重複回答)



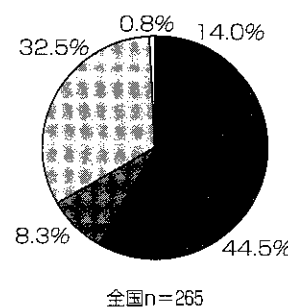
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 検査会社に委託	218	12	28	74	9	27	26	25	17
■ 院内検査室で実施	25	3	2	4	2	2	3	5	4
■ 病院関連施設で実施	2	0	0	1	0	0	1	0	0
□ 実施していない	26	1	6	2	2	1	1	11	2
□ その他	3	0	0	1	0	0	1	0	1
無回答	5	0	0	1	0	1	0	2	1

●表／図4.1.6.b 抗HIV薬剤耐性検査



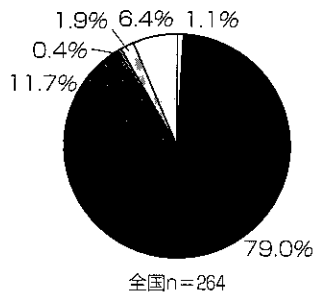
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 必要に応じて実施	56	6	5	17	0	5	14	2	7
■ 実施予定あり	14	1	2	6	2	0	0	2	1
■ 健保適用になれば考える	80	3	7	36	4	11	5	9	5
■ 必要性を感じない	7	0	1	1	1	0	1	2	1
□ 症例が出てから考える	99	6	18	16	6	15	9	23	6
□ その他	6	0	0	2	0	0	2	1	1
無回答	7	0	0	2	0	0	1	1	3
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.6.c 健保適用外の検査費用負担



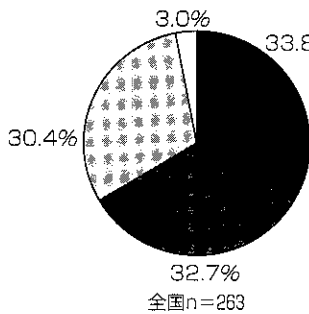
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 患者負担が原則	37	0	2	17	1	5	5	4	3
■ 研修費など病院負担	118	8	12	36	6	14	16	13	13
■ 確定診断の必要なし	22	1	0	10	0	1	3	7	0
■ 症例なしのため不明	86	7	18	16	5	11	8	15	6
□ その他	2	0	1	0	1	0	0	0	0
無回答	4	0	0	1	0	0	0	1	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.6.d MRI(脳・神経変診断)



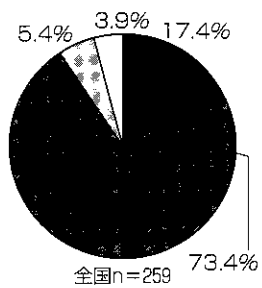
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 近日中に診断可能	207	13	23	60	9	25	28	31	18
■ 予約一杯のため1か月待ち	31	1	3	12	2	4	1	3	5
■ 予約一杯のため他院紹介可能	1	0	0	0	0	0	1	0	0
■ 他院を紹介して実施	5	1	2	1	1	0	0	0	0
□ 他院を紹介する予定	17	1	4	5	1	2	2	2	0
□ その他	3	0	0	1	0	0	0	2	0
無回答	5	0	1	1	0	0	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.7.a 抗HIV・抗日和見感染症治療薬に関して得ている情報



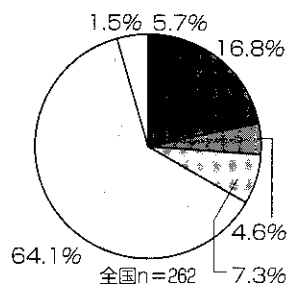
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 未承認薬・承認済み薬剤全て	89	4	9	31	3	9	12	10	11
■ 承認済み薬剤全て	86	6	14	28	6	11	6	10	5
■ 承認済み薬剤のみ	80	6	8	18	4	11	13	15	5
□ 十分な情報を得ていない	8	0	1	1	0	0	1	4	1
無回答	6	0	1	2	0	0	0	1	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.7.b 薬剤の使用状況



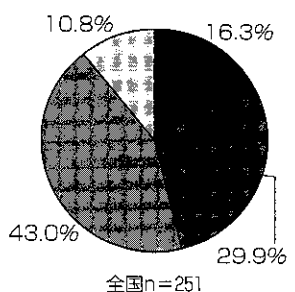
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 全て使える	45	1	7	19	1	3	6	5	3
■ 承認済み薬剤のみ使える	190	14	21	50	11	25	22	31	16
■ 速やかには使えない	14	0	2	6	0	1	2	2	1
□ 院内の制約がある	10	1	2	2	1	2	0	0	2
無回答	10	0	1	3	0	0	2	2	2
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.1.7.c エイズ治療薬研究班の供給薬剤利用状況



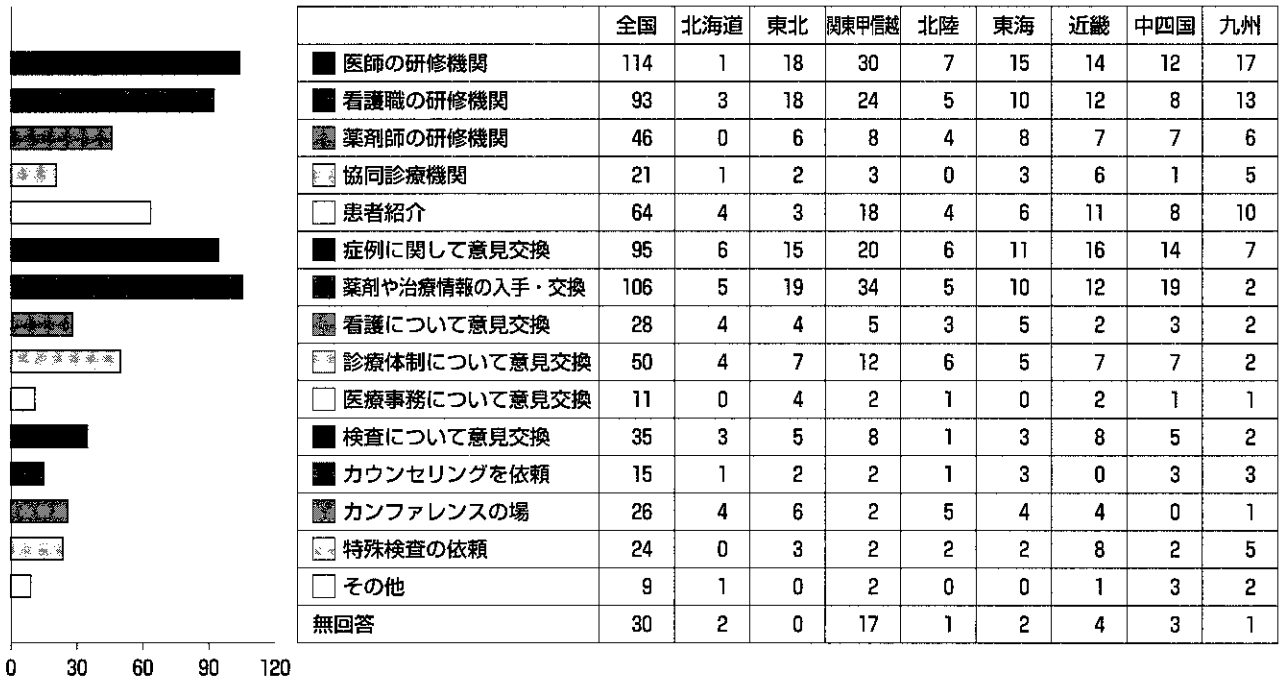
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 随分利用している	15	2	1	7	0	1	2	0	2
■ 利用したことがある	44	1	3	18	3	5	6	5	3
■ 必要性を感じない	12	2	3	2	0	0	1	4	0
■ 制度を知らない	19	1	0	6	1	2	1	5	3
□ 症例によって利用を考える	168	8	24	44	9	23	22	24	14
□ その他	4	1	1	1	0	0	0	0	1
無回答	7	1	1	2	0	0	0	2	1
合計	269	16	33	80	13	31	32	40	24

●表／図4.2.1.a ブロック拠点病院との連携度

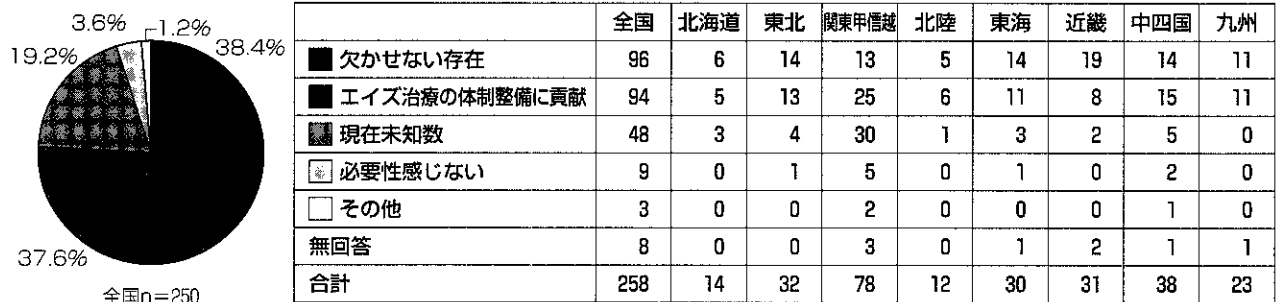


	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 良好かつ有用	41	3	7	4	3	6	11	2	5
■ 普通	75	4	13	13	5	8	11	12	9
■ 連携の発展途上	108	5	12	40	3	14	6	20	8
□ 特に連絡を取っていない	27	2	0	18	1	1	3	2	0
□ その他	0	0	0	0	0	0	0	0	0
無回答	7	0	0	3	0	1	0	2	1
合計	258	14	32	78	12	30	31	38	23

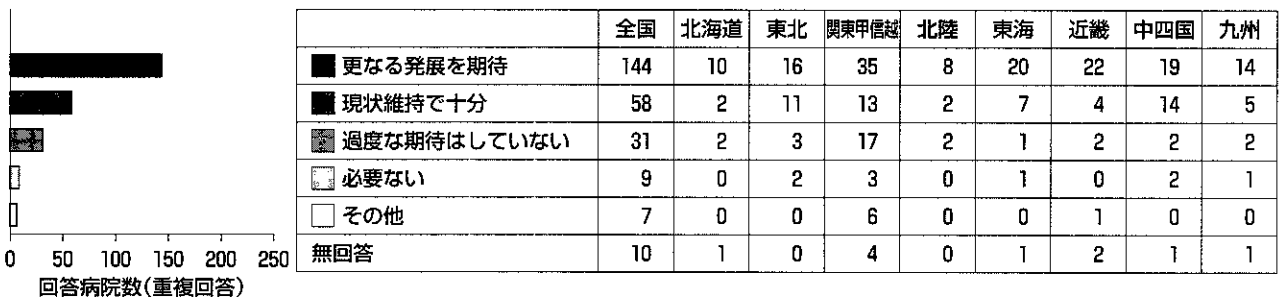
●表／図4.2.1.b ブロック拠点病院との連携内容(重複回答)



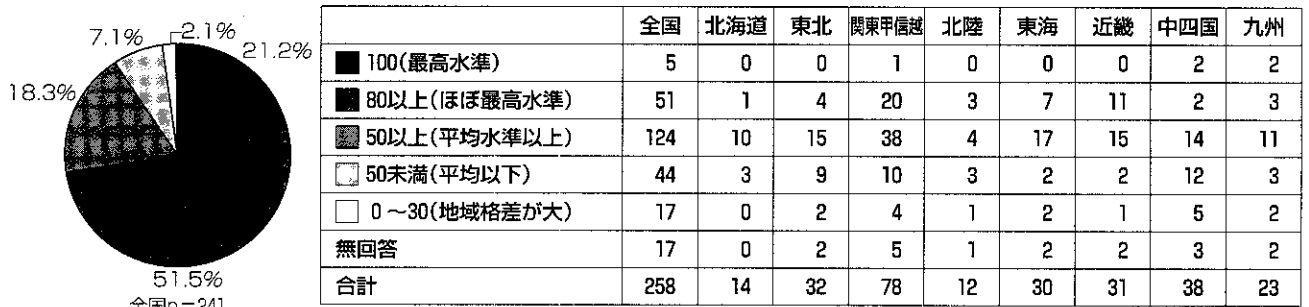
●表／図4.2.1.c ブロック拠点病院に対する評価



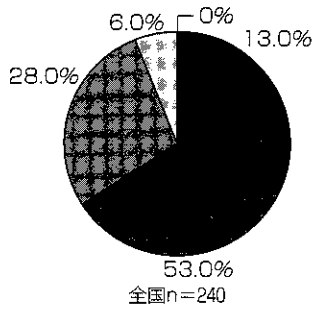
●表／図4.2.1.d ブロック拠点病院への期待度(重複回答)



●表／図4.2.2.a 地域(ブロック)の医療水準

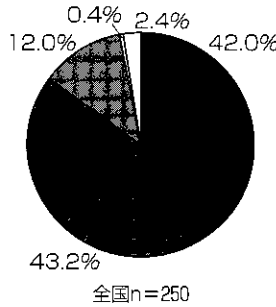


●表／図4.2.2.b 地域(ブロック)の医療体制整備



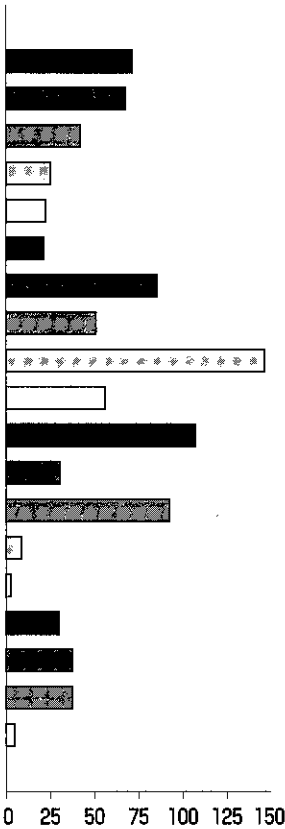
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 100(理想的)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
■ 80以上(理想に近い)	32	1	3	9	3	5	4	4	3
■ 50以上(半ば整備)	127	10	13	38	4	15	20	14	13
■ 50未満(理想には遠い)	66	3	13	22	4	6	4	12	2
□ 0~30(未整備)	15	0	2	3	0	2	1	5	2
無回答	18	0	3	9	1	4	3	8	5
合計	258	14	32	78	12	30	31	38	23

●表／図4.2.2.c 院内の体制整備(3年間の自己評価)



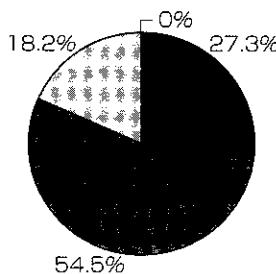
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 予想以上に進歩した	6	0	1	2	0	1	1	1	0
■ 順調に進歩した	105	6	9	40	6	10	12	10	12
■ やや進歩した	108	6	17	25	4	15	18	16	7
□ 当初と変化がない	30	1	5	9	2	2	0	9	2
□ 当初より悪くなった	1	0	0	1	0	0	0	0	0
無回答	8	1	0	1	0	2	0	2	2
合計	258	14	32	78	12	30	31	38	23

●表／図4.2.2.d 診療上の困難もしくは障害となっている点(重複回答)



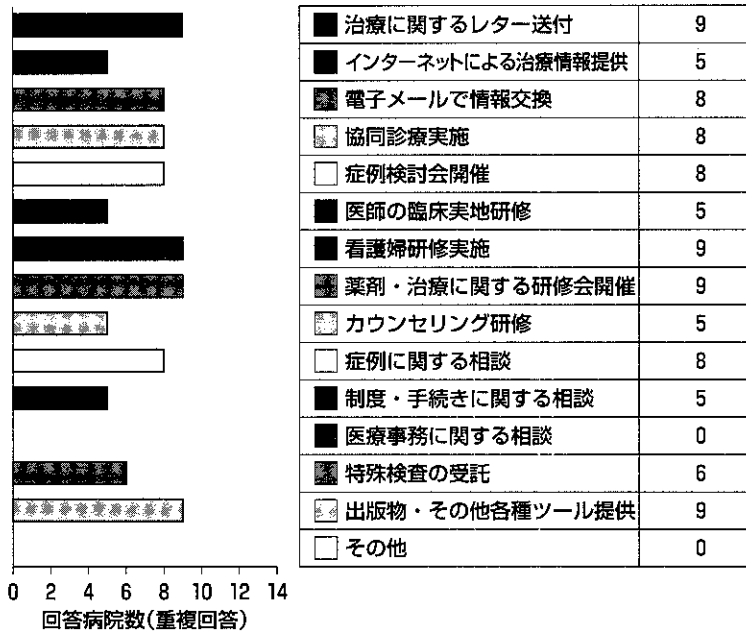
	全国	北海道	東北	関東甲信越	北陸	東海	近畿	中四国	九州
■ 感染者の医療費	73	4	4	38	2	10	5	7	3
■ 感染者のプライバシー	69	6	10	17	4	5	10	12	5
■ 医療スタッフの理解	43	2	3	14	2	2	5	11	4
■ 各診療科の連携	26	1	6	6	0	3	2	6	2
□ 他医療機関との連携	23	1	2	11	0	2	2	4	1
■ 治療情報の収集	22	2	4	8	0	2	3	3	0
■ 人員不足	90	4	10	30	2	8	15	10	11
■ 感染対策費の不足	52	5	8	10	0	12	5	11	1
■ 経験不足	149	10	21	30	8	19	18	28	15
□ 医療設備整備	57	5	7	12	1	5	10	13	4
■ 感染者の心理的フォロー	109	7	10	32	4	21	12	14	9
■ 医療従事者の心理的フォロー	31	4	5	7	0	2	4	8	1
■ 外国人感染者への対応	94	6	8	46	1	16	7	7	3
■ 医事課、事務部との調整	9	0	3	5	0	0	0	1	0
□ 各種委員会との調整	5	1	1	2	0	0	1	0	0
■ 日常復帰困難な感染者の長期入院	30	3	2	15	0	1	3	5	1
■ 抗HIV療法が困難な症例あり	38	1	3	21	0	2	6	2	3
■ 難治的な症例	38	2	4	17	0	1	3	7	4
□ その他	9	0	2	1	1	2	2	1	0
無回答	11	0	2	4	0	2	1	1	1

●表／図4.3.1.a 一般拠点病院との連携度

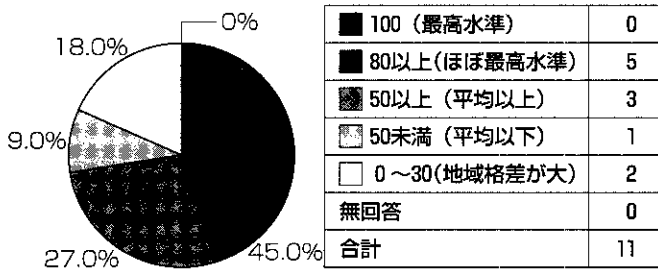


■ 良好かつ円滑	3
■ 今後緻密な連携が可能	6
■ 連携の発展途上	2
□ 模索段階	0
その他	0
合計	11

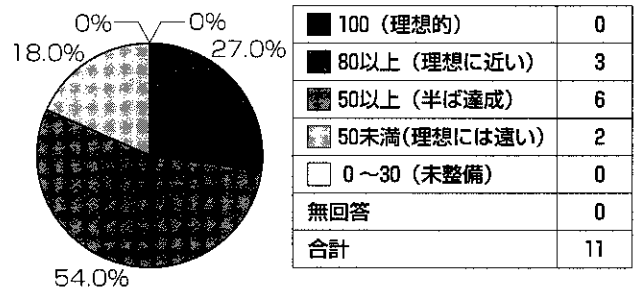
●表／図4.3.1.b 一般拠点病院に対する事業(重複回答)



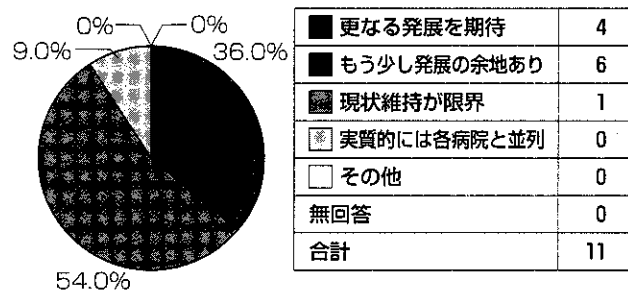
●表／図4.3.2.a 地域(ブロック)の医療水準



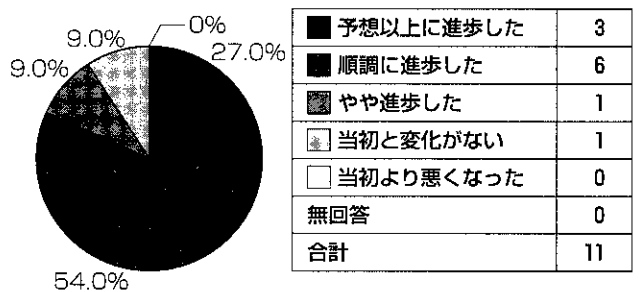
●表／図4.3.2.b 地域(ブロック)の医療体制整備



●表／図4.3.2.c 今後の可能性



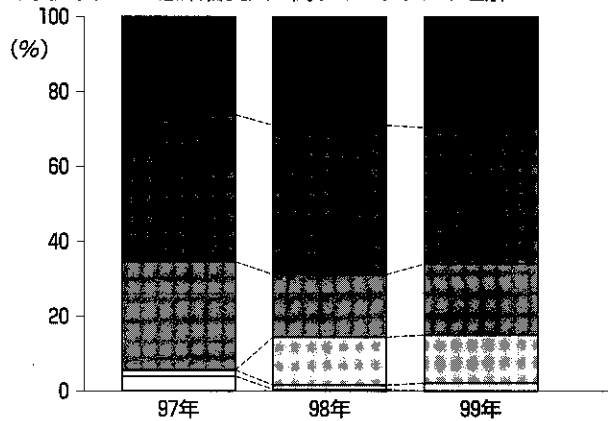
●表／図4.3.2.d 3年間の自己評価



●表／図4.3.2.e 診療上の困難もしくは障害となっている点(重複回答)

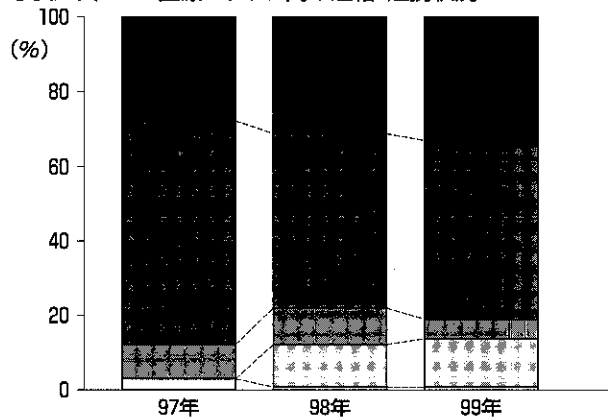


●表／図5.1 感染者受入に関するスタッフの理解



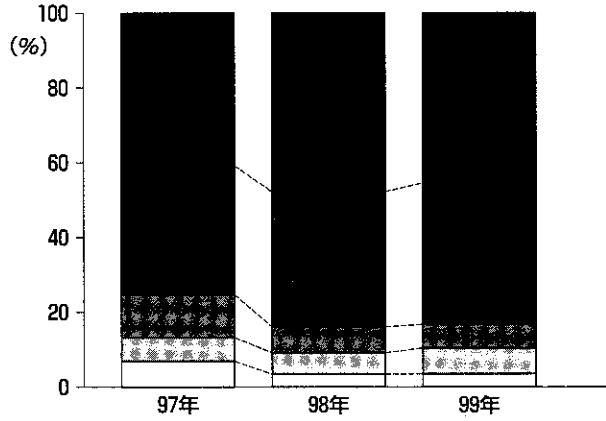
	97年	98年	99年
■ 良好	47	52	53
■ おおむね良好	70	71	65
■ 100%とはいかないが問題なし	52	30	34
■ まだ症例がないためわからない		23	23
■ 一部に根強い拒否感あり	3	2	4
■ その他	7	1	0
有効回答数	179	179	179

●表／図5.2 医療スタッフ間の連絡・連携状況



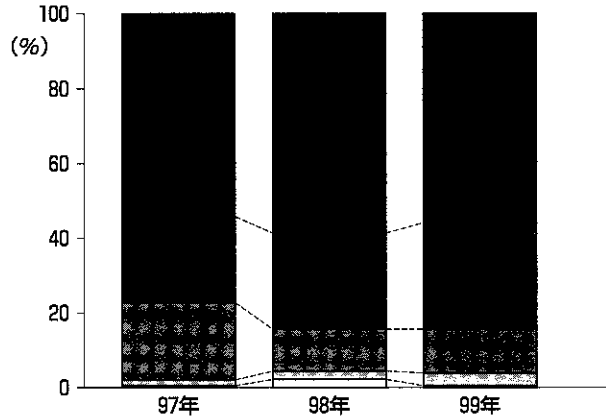
	97年	98年	99年
■ 良好	48	54	57
■ おおむね良好	104	81	83
■ 改善の余地あり	16	17	9
■ まだ症例がないためわからない		20	23
■ その他	5	1	1
有効回答数	173	173	173

●表／図5.3 各診療科の受入体制



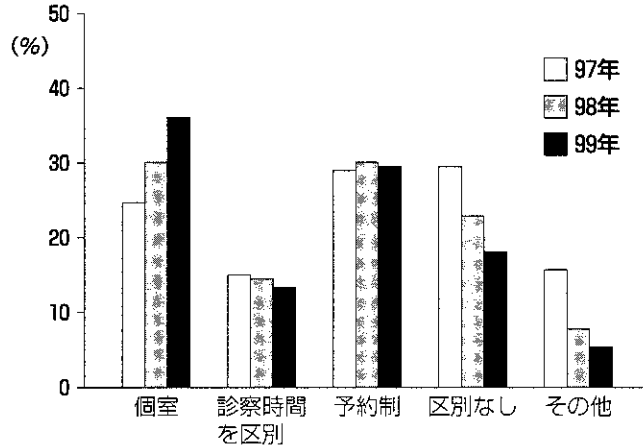
	97年	98年	99年
全科受入体制が整っている	71	83	79
診療科の体制は良好	60	63	66
不可欠な診療科の一部が不備	20	12	11
内科・エイズ担当科以外は不備	11	10	12
その他	12	6	6
有効回答数	174	174	174

●表／図5.4 病棟の受入体制



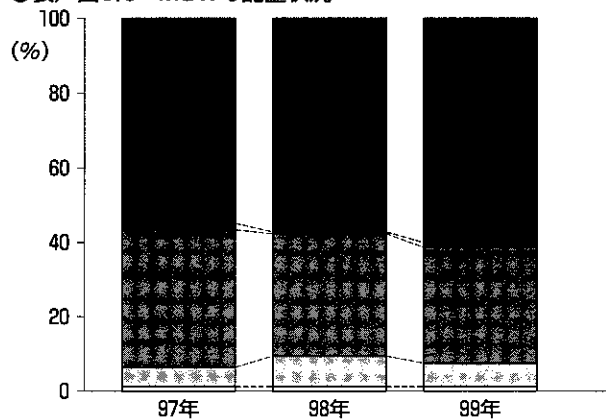
	97年	98年	99年
全科受入可能	97	105	100
一部病棟のみ可能	41	46	51
実際に症例がないとわからない	37	20	21
入院実績がなく全部の病棟にはまだ了解を取り付けていない	3	4	6
その他	1	4	1
有効回答数	179	179	179

●表／図5.5 外来診察室の状況



	97年	98年	99年
個室の診察室	41	50	60
診察時間を他の患者と区別	25	24	22
予約などで工夫	48	50	47
特に区別していない	49	38	30
その他	26	13	9
のべ回答数	189	175	168
実回答(3年連続回答)病院数	166	166	166

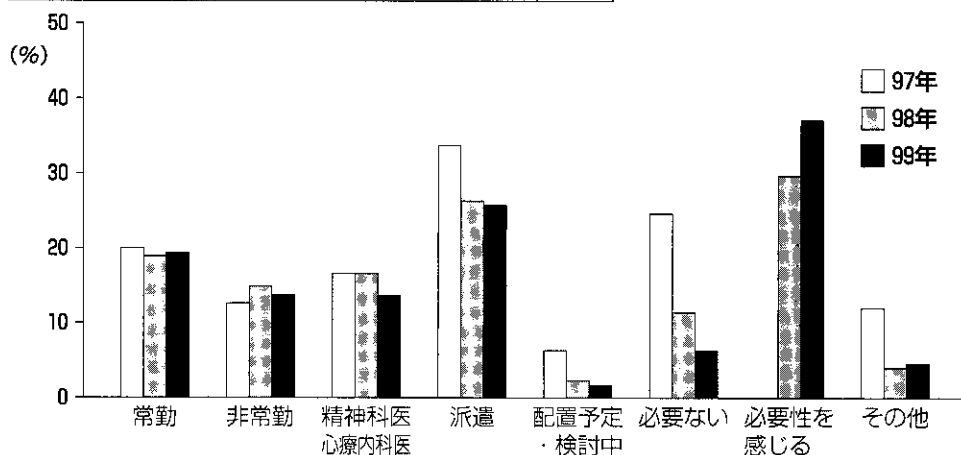
●表／図5.6 MSWの配置状況



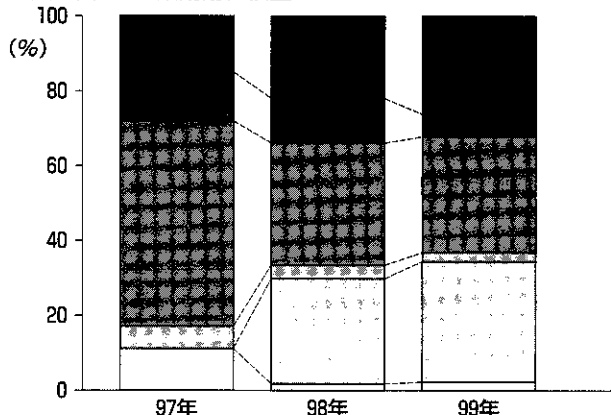
	97年	98年	99年
いる	95	99	104
配置予定あり	3	1	2
いないが必要性を感じている	64	57	54
特に配置を考えていない	9	14	11
その他	2	2	2
有効回答数	173	173	173

●表／図5.7 カウンセラーの配置状況

	97年	98年	99年
専門の常勤カウンセラーがいる	35	33	34
専門の非常勤カウンセラーがいる	22	26	24
精神科医、心療内科医が行う	29	29	24
自治体の派遣カウンセラーが行う	59	46	45
専門職として配置予定・検討中	11	4	3
医師・看護婦で十分	43	20	11
専属がないため必要性を感じる		52	65
その他	21	7	8
のべ回答数	220	217	214
実回答(3年連続回答)病院数	175	175	175

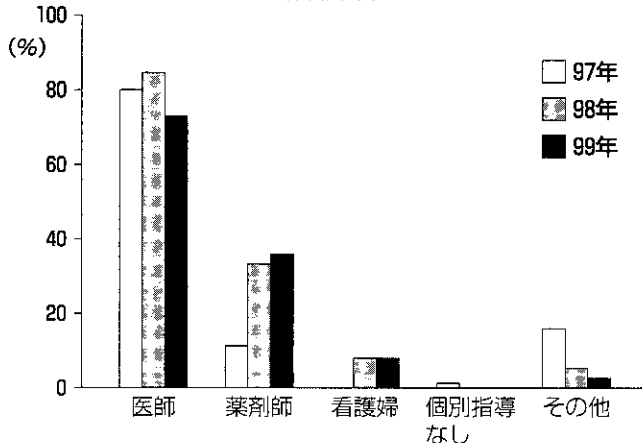


●表／図5.8 薬剤耐性検査



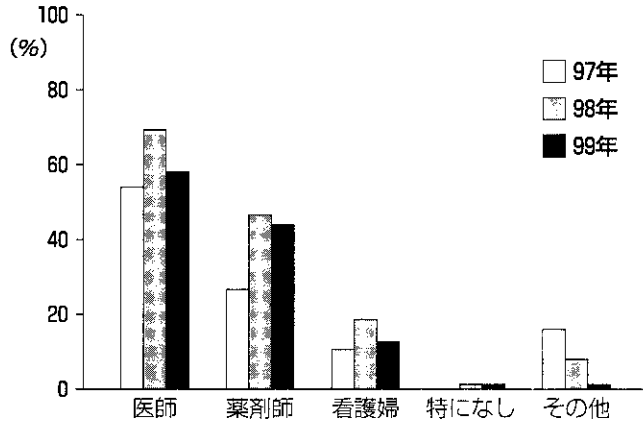
	97年	98年	99年
必要に応じ行っている	25	37	44
今後実施する予定あり	22	20	10
健保適用になれば考える	92	55	52
必要性を感じていない	10	6	4
症例が出てきてから考える		47	54
その他	19	3	4
有効回答数	168	168	168

●表／図5.9 服薬指導担当者(外来)



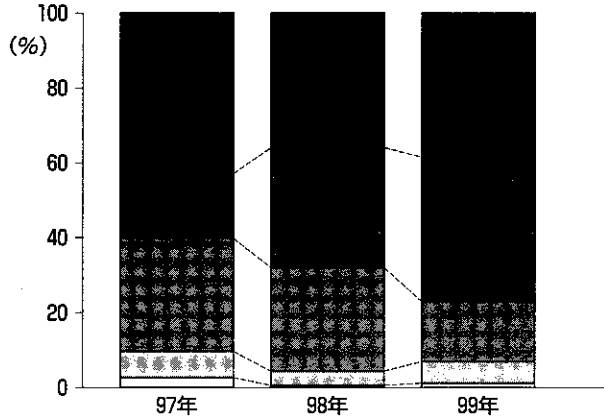
	97年	98年	99年
医師	120	127	110
薬剤師	17	50	54
看護婦		12	12
添付文書のみで個別指導なし	2	0	0
その他	24	8	4
のべ回答数	163	197	180
実回答(3年連続回答)病院数	150	150	150

●表/図5.9 服薬指導担当者(病棟)



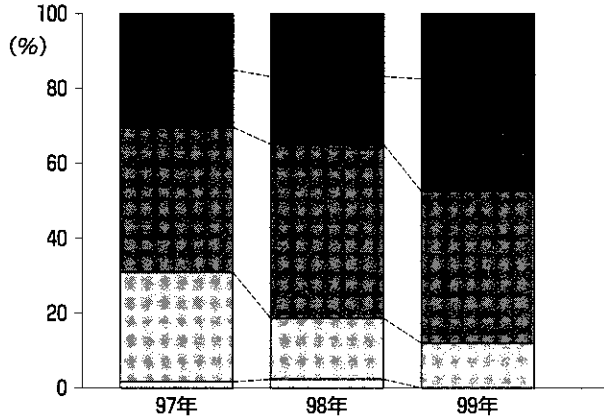
	97年	98年	99年
医師	81	104	87
薬剤師	40	70	66
看護婦	16	28	19
特に決まっていない		2	2
その他	24	4	2
のべ回答数	161	208	176
実回答(3年連続回答)病院数	150	150	150

●表/図6.1 ブロック拠点病院への評価の変化



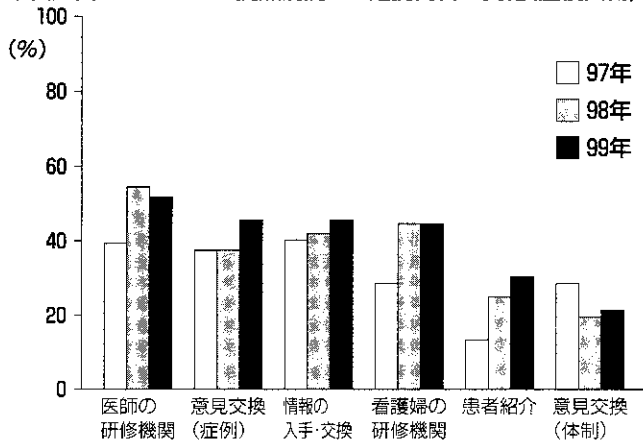
	97年	98年	99年
欠かせない存在	67	56	60
地域のエイズ医療体制整備に貢献	27	50	60
現在未知数(不安な要素も多い)	47	43	25
必要性を感じない	11	6	9
その他	4	1	2
有効回答施設数	156	156	156

●表/図6.2 ブロック拠点病院との連携度の変化



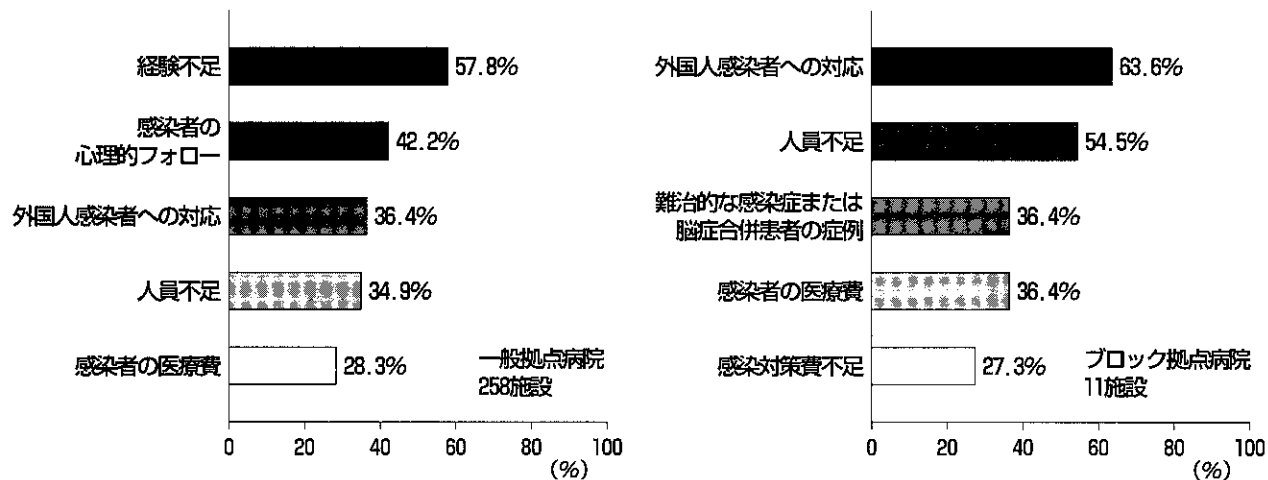
	97年	98年	99年
良好かつ有用	25	28	29
普通	23	30	50
発展途上	58	77	67
連絡していない	52	27	20
その他	8	4	0
有効回答施設数	166	166	166

●表/図6.3 ブロック拠点病院との連携内容の変化(重複回答)

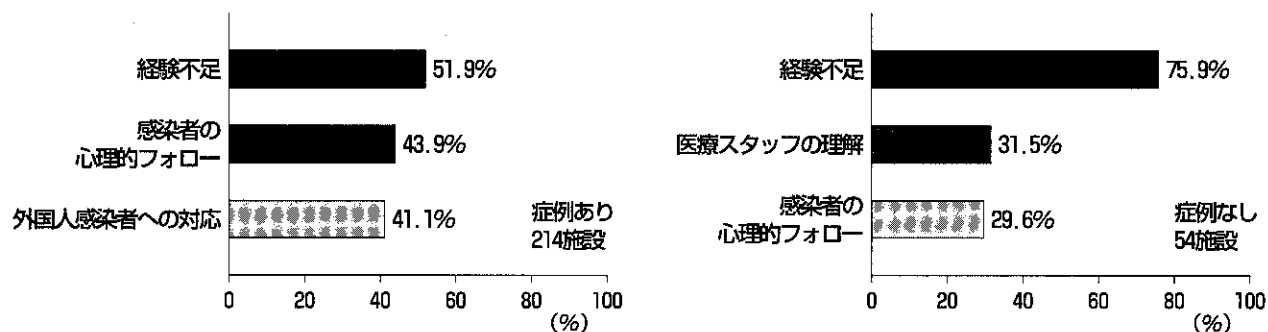


	97年	98年	99年
医師の研修機関	39.3%	54.5%	51.8%
症例に関して意見交換	37.5%	37.5%	45.5%
薬剤、治療情報の入手・交換	40.2%	42.0%	45.5%
看護婦の研修機関	28.6%	44.6%	44.6%
患者紹介	13.4%	25.0%	30.4%
診療体制に関して意見交換	28.6%	19.6%	21.4%
有効回答施設数	112%	112%	112%

●表／図6.4.1 HIV診療上の困難・障害(上位5位まで)



●表／図6.4.2 HIV診療上の困難・障害(上位3位まで)



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

P A R T

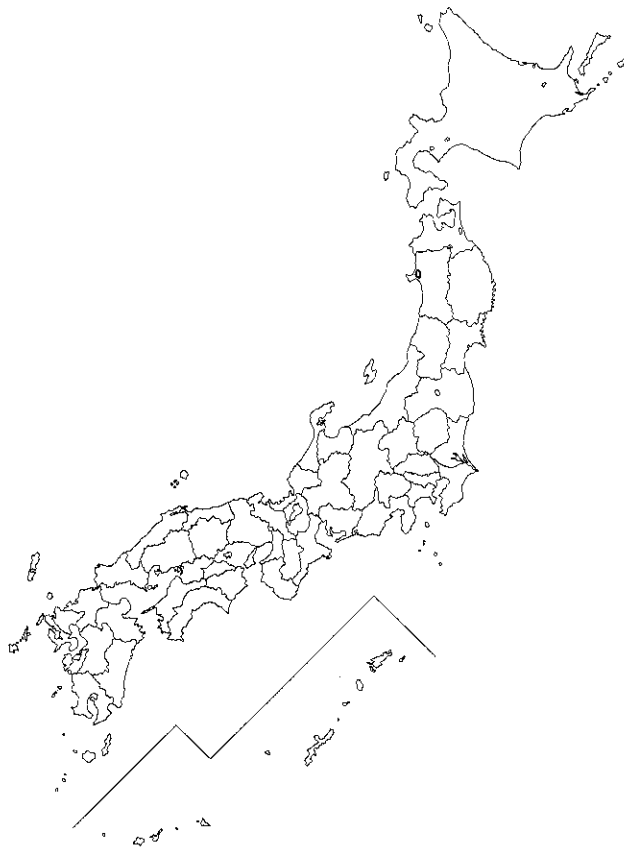
2 — 3

外国人患者 に対する 医療の確立

●分担研究者

ルイ・パストゥール医学研究センター

宇野賀津子



はじめに

HIV/AIDSの治療は、医療のレベルや最新の情報の入手では、地域間の格差も縮まり、多くのHIV感染者が全国どここの地域でも最新の治療が受けられる体制が整いつつあるが、在日外国人HIV感染者に対する対応にはほとんど手が付けられず、多くの問題が山積していた。

平成9年度の当研究班の研究活動において、特に東海ブロック、近畿ブロックから、外国人HIV感染者に対する対応で多くの問題が生じていて、診療現場で支障が生じていることが報告され、研究班においてもこの問題に専門担当者をおいて取り組むこととなり、平成10年度から活動を始めた。平成11年度には、外国人HIV/AIDS患者支援問題が研究班の中に重要課題として位置づけられた。この問題の研究は、今やと研究の途についたばかりであるというのが現状である。

拠点病院からの要請に応えての取り組み

1. 対訳式HIV感染症治療薬服薬指導書の作成

外国人HIV/AIDS患者問題の緊急の取り組みとして東海地区を中心として治療現場からHIV感染症関連の治療薬の対訳マニュアル作成の要請があった。

作成にあたっては、東海ブロックで平成9年度に作成された9種の抗HIV薬の対訳式ポルトガル語服薬マニュアルを参考にし、新たに認可された抗HIV薬およびよく使われる日和見感染症治療薬について「対訳式HIV感染症治療薬服薬指導書」を作成した。

掲載薬品は、レトロビルカプセル、ヴァイデックス錠、ヴァイデックスドライシロップ、ハイビッド錠、エビビル錠、ゼリットカプセル、ビラミューン、クリキシバンカプセル、インビラーゼカプセル、ノービアカプセル、ビラセプト錠、ゾビラックス錠・顆粒、ジフルカンカプセル、パクタ錠・顆粒、デノシンカプセル、ベナンボックスの16種類となった。

また対訳はブロック拠点病院の意見を参考に当初は英語、スペイン語、ポルトガル語、タイ語、中国語、フランス語としたが、北海道ブロックの要請でロシア語もつけ加え、計7か国語とした(資料1=例:英語、タイ語版。以下、資料は62~68ページ)。「対訳式HIV感染症治療薬服薬指導書」は患者にコピーして配布できるよう、取り外しの容易なバインダー方式とした。平成11年8月に全国の拠点病院および外国人HIV患者の診療を行っている病院に配布するとともに、外国人患者の年間の対応状況とこの5年間における外国人患者の治療状況、対訳指導書の必要性について、第1回目のアンケートを実施した。質問票は資料2に示す。

2. 対訳式服薬指導書に対する要求と評価

全国364施設の拠点病院へ配布したアンケートについて、平成11年12月末までに回収された296施設(81%)を対象として解析した。

「このような対訳書を望んでいましたか」との質問に対しては、「はい」が89%で、利用予定については「はい」が70%であった。「一覧されたところの感想は」との問いに対して、数か所で「内容的にすでに古い」との感想もあったが、「役に立ちそう」「他になかったので使ってみよう」との回答が97%以上を占めた。このように、内容的にはさらなる検討の余地、改善の余地はあるが、対訳資料やパンフレットの要求度は高かった。さらに、日常生活の指導書、初診時の問診票、日和見感染症の説明、日本の医療制度等、多様な対訳資料の要請があった。一方さらに幅広い言語のマニュアルについても要望があった。

在日外国人患者をめぐる問題の掘り起こし

1. 拠点病院における外国人患者の診療状況調査

この1年間に診療した在日外国人患者数(HIV感染者にこだわらない)について聞いた結果を病院ごとに日本地図の上にプロットした(資料3)。数が多く書ききれない東京周辺を除いてプロットはほぼそれぞれの病院と対応している。

地域的には関東甲信越、つづいて東海、そして近畿で外国人患者を診療している病院が多いことがわかる。全国72の病院で年間21人以上の外国人患者に対応しており、その半数以上は、関東甲信越ブロックにある。福島、東京、埼玉、神奈川、静岡、愛知、長野、岐阜以外の県では、多数外国人患者を診察している病院は各県1~2か所の病院に集中していることが、明らかとなった。このことは、外国人患者が特定の病院に集中する傾向のあることを反映しているとも考えられる。

さらに対応経験のある言語について(この1年間にかけらず、また患者数は問わず)質問した結果を、英語以外の言語について資料4に示した。英語での対応経験は197施設(67%)の病院であり、対応病院数では中国語(100施設)、ポルトガル語(72施設)、タイ語(68施設)、スペイン語(54施設)、つづいてフランス語、ロシア語、韓国語の順であった。

従って「対訳式HIV感染症治療薬服薬指導書」に盛り込まれた言語がいずれも上位を占めた。地域別にみると、ポルトガル語は関東甲信越、東海から近畿で、スペイン語、タイ語もほぼ同様の地域であるのに対し、中国語はほぼ全国的、ロシア語は北海道や新潟等一部地域でニーズがあることが明らかとなった。今後、通訳派遣体制を考えるうえで、このような基礎的調査結果は重要な意味をもつであろうと考えられる。

2. 拠点病院における外国人HIV患者の診療状況

外国人HIV感染症患者の過去5年間の診療状況および現在診療中の患者数についての質問結果を資料5に示す。このアンケートにより明らかとなった、拠点病院で過去5年間に診療した患者数は、681名、現在診療中の患者数は240名であった。

これらの調査では不十分なので、さらに第1回目のアンケートで過去5年間に外国人HIV患者の診療経験があると回答した117の病院を対象としてさらに詳細な第2回目のアンケートを実施した。アンケートは資料6に示す。

平成12年2月末までに91施設(77%)から回答を得、解析した。第2回目のアンケートで把握できた患者数は過去5年間では625名、現在治療中の患者としては238名であり、前回のアンケートで回答を得た患者数のうちそれぞれ92%、99%となり、現在、拠点病院で診療を受けている患者の大半の状況が把握できたと考えられる。

3. 過去5年間における拠点病院での国別外国人HIV患者の診療状況

全国の病院におけるHIV患者の内訳を国別に示す。男女合わせた患者数はタイ語、英語、ポルトガル語、スペイン語、ミャンマー語、中国語圏の順であった。資料7から明らかのように英語、ポルトガル語、スペイン語、ミャンマー語、韓国語圏においては男性患者数の方が多いが、タイ語圏、中国語圏では女性患者数が多かった。対応病院数としてはタイ語圏58施設、ポルトガル語圏37施設、英語圏31施設、スペイン語圏13施設、中国語圏12施設、ミャンマー語圏3施設であった。

4. 過去5年間における外国人HIV患者診療のその後の動態

過去5年間に診療した患者さんのその後の動態の調査結果を資料8に示す。現在も継続診療中の患者さんの割合を言語圏別にみると、タイ語31%、ポルトガル語49%、英語41%、スペイン語40%、中国語45%、ミャンマー語39%であり、タイ語圏、つづいてミャンマー語圏で日本での継続治療の割合が低い。

帰国に至ったケースはタイ語38%、ポルトガル語27%、英語33%、スペイン語20%、中国語14%、ミャンマー語30%であり、タイ語圏つづいて英語圏で帰国の割合が高い。しかしながらタイ語圏での帰国は多くの場合積極的治療のあきらめを意味するのに対し、英語圏ではより新しい治療へのアクセスを求めている帰国の場合が多いと考えられ、両群の間での帰国の目的は大きく異なっていると考えられる。またタイ語圏では行方不明者が19%にも達しており、HIVの感染拡大阻止の観点からみると、憂慮すべき問題と考えられる。

5. 過去5年間における外国人HIV患者の健康保険取得状況

外国人患者の国別治療状況の違いを解析するために、健康保険取得状況についても回答を求めた。健康保険取得率は、タイ語圏28%、ポルトガル語圏82%、英語圏59%、スペイン語圏57%、中国語圏45%、ミャンマー語圏9%とタイ語圏、ミャンマー語圏で特に低い(資料9)。一方ポルトガル語圏では高い割合である。これはポルトガル語圏、スペイン語圏の患者の多くは日系人である場合が多く、ビザのない患者数が少ないためと推察される。

しかし、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」での布川の報告によると、在

日ラテンアメリカ人の企業あるいは国民健康保険の平均取得率は約39%と報告されており、HIV感染者での保険取得率はとりわけポルトガル語圏で高い割合となっている。このことは、HIV感染者の治療にあたる医療関係者の非常な努力の結果であると聞いている。

HIVの感染拡大抑止には、感染者が治療を継続できるよう支援することが非常に重要である。ポルトガル語圏の人の大半が日系人であり、健康保険取得資格は大半の人が有しているにもかかわらず、6割の人が健康保険を持たないという現実に対する何らかの対策が必要であろう。

またタイ語圏、ミャンマー語圏では保険の取得率はきわめて低い。このことは、医療費未払いの大きな一因となっており、エイズ拡大阻止戦略上、早急に何らかの対策が必要な検討課題である。

言葉の壁解決に向けて

1. 拠点病院への外国人対応アンケート調査から

外国人診療の際に通訳を利用した経験のある病院数は、296施設中99施設であった。その際に通訳がついて問題がなかったと答えた施設は54施設、一方通訳がついても問題があったと答えた施設は35施設に及んだ。そこで、この理由をさらに詳しく解析するために第2回目のアンケートでは、国別、通訳の背景別に調査した(資料10)。

各国語別に通訳の介在経験について質問したところ、英語については対応した病院の大半で医療者自身が対応可能であり、外部通訳がついたケースは少なかった。これは日本においては、英語については医療者の中でほぼ対応可能なことを示している。ただ、患者さんの母国語が英語でない場合、十分なコミュニケーションがとれず、苦勞したとの報告もあった。

一方、タイ語、ポルトガル語、スペイン語などについては、患者さんの日本語が十分でない時は、通訳の介入は必須であった。ただ、適当な通訳がない時は、日本語のできる患者さんの家族や友人が通訳をしていた。しかしながら、家族や友人が通訳についた場合、外部の通訳がついた場合以上に、問題が生じているケースが多かった。また、患者さんの雇用企業の通訳が病院に同行する場合も問題も多かった。特にHIVのような深刻な病気においては、患者さんのプライバシーへの配慮、告知の際の微妙な心のケアを含めて、通訳は専門の第3者でないといふことが多し。特に家族が通訳の場合、告知という、ただでさえ大変な通訳を家族にさせるのは、あまりにも問題が多く、誤解の要因となる場合が多かった。

中国語については、外部通訳によらず、日本語や筆談のケースも多かった。一方、その他の言語では患者さんが日本語可能な場合も数多くあったが、通訳の確保に苦勞するケースも多く、十分なコミュニケーションが図れず、診療拒否と受け取られたりして医療者が苦勞した例も報告されている。

上述以外の言語ではミャンマー語、フランス語は数か所の施設でニーズがあった。その他、ウガンダ語、インドネ

シア語、エチオピア語、等対応必要言語は多岐にわたっていて、通訳者が見つからない場合は片言の日本語で対応している場合も多かった。

さらに、外部通訳がついた場合でも、通訳の能力、通訳自身のHIVへの偏見が混乱の原因となったとの訴えも数多くあった。また、患者さんがうなずくので、医師の説明が理解されていると思っていたら、事実は違っていたとの報告もあり、患者さんの文化的背景、習慣などへの理解なしには十分なコミュニケーションが図れないことがわかる。

また通訳の所属・身分については英語、ポルトガル語では病院の職員であるケースもあったが、他は自治体嘱託が約4分の1で、約3分の2がNGOのボランティアに依存していた。さらにそのうちの3分の2は謝礼が支払われていなかった。特にタイ語の場合は、NGOのボランティアに依存している割合が高かった。

2. 通訳養成セミナー開催による取り組み

通訳の必要性、ただしその通訳にあたる人は言葉ができれば誰でもいいというものでなく、一定の訓練の場が必要との意見が、平成10年の時点で多くの医療関係者、NGO関係者の間からあがってきた。そこで、平成11年1月にNGO等で通訳として活躍している人たちを対象として、第1回通訳養成セミナーを開催した。この時のセミナーの目的は、通訳の方々にHIV/AIDSに関する知識、病院のシステム、通訳技術、患者心理、国別の外国人患者をとりまく状況、外国人患者が利用できる制度についての知識を提供すると同時に、日本各地で通訳の直面している問題を聞くことを目的とした。講師陣には各地で外国人問題と取り組んできた人たちを迎えた。このセミナーのプログラムを資料11に示す。

このセミナーには関東、東海、近畿圏を中心として、タイ語、ポルトガル語、スペイン語と中国語の通訳21名が参加した。参加者は医療通訳としてすでにかんりの経験を持つ人から、HIV患者に接した経験のない人までさまざまであった。夜のフリーターキングの場では各地の外国人患者をめぐる状況、燃え尽き寸前で患者さんに対応している経験などが話された。

また通訳としてのこのようなセミナーへの出席は大半の人が初めてであり、今まで自己流にやってきた通訳のやり方をさらに向上させるヒントを得、大変勉強になったとの評価を得た。また、地域独自の問題の紹介や、困った経験、解決した経験などの交流は、参加した通訳者の今後に大きな自信となった。また、主催者側も通訳が対応している問題の多様性、地域により対応にかなりばらつきがあること、このようなセミナーの開催は、日本における外国人患者への対応のあり方を考える有効な研究の場となりうることを確信した。

第2回目は、前回のセミナーを人数の関係でお断りした人、前回の参加者からの紹介者を中心に再度京都で平成11年10月に実施した。17名の通訳が参加した。プログラムは資料12に示す。

このセミナーは前回のセミナーを踏まえて、医学的基礎、

利用できる社会的制度、心理の講義に加え、夜のフリーターキングの場ではKJ法を利用したグループ聞き取り調査が行われた（資料15参照、後述）。また、今回は各国語別に実際の場面を想定したロールプレイも行われた。主催者、講師、グループリーダーの動きや働きかけも、第1回目のセミナーに比べると具体性を増し、通訳をめぐる問題点抽出の場、研究の場という性格が強くなった。

第3回目は、前2回のいずれかのセミナーへの参加者を対象として、上級セミナーを東京で開催した。プログラムを資料13に示す。前2回の参加者17名と、講師推薦の一定の実績のある通訳3名が参加した。プログラムからも明らかのように、第3回目は患者さんが直面する問題を抽出し、その時の患者さんの心理状態を考え、そのうえで対処の仕方について共に考えるというスタイルをとった。大半の参加者は2回目であったので、通訳の抱えている問題の抽出、解決法の検討については非常に実践的な取り組みとなった。

第3回目のセミナーに出席した通訳に対して行われた、前2回のセミナー出席に関するその後の通訳活動への影響についてのアンケート結果は、資料14に示す。セミナーを受けてHIV感染者への通訳に対して自信がついた、少し自信がついたと15名中14名が回答している。また医学用語、専門用語、利用できる福祉制度などへの理解が増し、医療の中で通訳の果たす役割が理解できたと、ほとんどの人が答えている。このように、セミナーは今まで自己流で通訳をやっていた人たちに、専門知識を提供するだけでなく、通訳の果たす役割を明確にするという意義も担っていたことがわかる。

この3回のセミナーに参加した通訳は計41名で、内訳はタイ語12名、ポルトガル語13名、スペイン語15名、中国語1名であった。ポルトガル語の通訳のうち約半数はスペイン語の通訳もできる人である。3回のセミナーの参加通訳はのべ55名となった。参加した通訳の所属・身分は自治体嘱託が9名、他はNGO関係者あるいはNGOボランティアであった。

3. 通訳ボランティアの役割の現状

第2回通訳養成セミナーにおいて、KJ法を利用したグループ聞き取り調査をまとめたのが、資料15である。この研究は鬼塚哲郎、沢田貴志、岩木エリーザを中心に、参加した通訳によりまとめられた。

通訳の仕事は医療の場における通訳業務（診察、検査、入院、告知、インフォームドコンセント）、患者のケア（カウンセリング、パティ、家族支援）、アドボカシー（社会福祉、自立支援、帰国支援、シェルター）、教育・啓発の仕事に大きく分類されるが、この全てを一人の通訳が抱え込んで、格闘しているケースが多く認められた。これらから、通訳の抱えている問題点として、1）通訳の立場の確立、2）人材の確保のための施策の必要性、3）研修の必要性、4）派遣組織の必要性が出てきた。このデータは平成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」で沢田貴志により報告された。さらにこのデータおよび通訳養成セミナーからあがってきた通訳の声

を受けて通訳体制確立のための提言がまとめられた。

4. エイズ通訳派遣NGO調査

NGO等でHIV感染者に対する通訳を派遣している組織関係者を集めて、平成11年8月に東京で「エイズ通訳派遣NGO調査」が沢田貴志を中心として行われた。調査方法はフォーカスグループディスカッション方式をとった。

参加したNGO組織は、1～4名の通訳が年間のべ1～70名の感染者に対する通訳を実施していた。組織形態としては、外国人の人権擁護のための活動をする団体のスタッフが実施している場合とHIV専門の事業として行っているものがあつた。

参加者から出された問題としては、1) クライアントが増加を続けている中で、資金源は限られており経済的に厳しい、2) 専門知識をもった人材の育成が必要だが、経済的保障がなく人材確保に苦慮、3) 通訳に行っても謝礼や交通費が出ないところが多く、持ち出しでは継続が困難、4) 経済的社会的に困難のある患者さんが多く、カウンセラーやソーシャルワーカーがいなければ、通訳が本来業務を超えて様々な相談を受けざるを得ない、5) 通訳業務だけでなく、予防や社会的支援等を包括的に実施していく必要がある、があつた。

エイズ通訳派遣NGO調査の結果は、病院側からの通訳の身分の回答の結果ともよく一致し、日本の病院では外国人医療の通訳の多くがNGOボランティアによって担われていて、交通費すら支払われていないケースが多々あることが明らかとなった。

5. 通訳体制確立のための考察

通訳および通訳を派遣しているNGO調査結果から、通訳体制確立のための提言が鬼塚哲郎、沢田貴志、岩木エリザを中心、まとめられた。

1) 医療における通訳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

2) 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

3) 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。

医療費未払い問題と外国人HIV患者に適用可能な現行制度調査

1. 拠点病院での外国人HIV患者診療における医療費未払い問題の影響

医療費の未払いについて拠点病院に質問したアンケート結果では、過去5年間に診療した患者のうち、英語圏では約5%、タイ語圏で20%、ポルトガル語圏で6%、スペイン語圏で13%が医療費未払いとなっていた。また医療費未払いのアンケートに回答した病院のうち、医療費の支払い困難な事例を経験しましたかの質問に対しては、半数以上の47の病院で「はい」との回答があつた。またこの数字は健康保険のない外国人診療の経験有りの回答が45施設あつたことともほぼ一致していた(資料16)。そこで健康保険のない外国人HIV患者診療で支払い困難な事例を経験したか、との問いに対しては80%の病院で経験ありと答えている。このうち医療費の一部が未収になることで、診療体制の維持に支障がありましたかの問いに対しては、とても支障がある：48%、支障は少ない：26%で、74%の病院で多少の支障が生じていた。

さらに医療費の支払いができない外国人患者に対して未払い医療費の一部が補填される事業が必要ですかとの問いに関しては、支払い困難な事例を経験した病院のうち、85%の施設で、また経験していない病院でも75%の病院で必要との回答があつた。このように外国人HIV患者を診療している病院のうち、約半数で医療費支払い困難な事例を経験し、さらにそのうちの半数で、未払い医療費が診療体制維持に支障をきたしていることが明らかとなった。

第14回エイズ学会および平成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」で沢田等の調査結果は、健康保険を持たない外国人HIV患者の初診時CD4数は 159.9 ± 211.7 (中央値163)であり、健康保険を持つ外国人HIV患者の初診時CD4数は 311.5 ± 233.7 (中央値290)に比較して有意に低いことを報告している。日本のエイズ対策を考える時、HIV患者を医療の場にアクセスしやすくすることが、重要であることはいうまでもない。医療費未払いに対する補填事業への対策は、HIV患者増加抑制のためにも必要な施策と考えられる。

現法上、健康保険のない外国人の診療の際に利用可能な制度として一部の病院で利用されている行旅病人及び行旅死亡人取り扱い法、救急医療未払医療費補填事業、結核予防法の適用経験について調査した結果は、行旅病人及び行旅死亡人取り扱い法適用経験は17施設(うち外国人HIV患者適用経験13施設)、救急医療未払医療費補填事業は14施設(うち外国人HIV患者適用経験6施設)、結核予防法による公費負担は21施設(うち外国人HIV患者適用経験14施設)で適用ありとの回答を得た。