

う国家資格があるにもかかわらず、医療機関は資格取得のための実務経験として認定されても、教育の実習機関には指定されていないという現状にある。一方で、精神保健福祉士という制度もでき、一般市民にさえ理解に苦しむ整合性のない独特の法体制ができ上がっている。

感染者や患者をはじめとして専門的相談援助を必要としている人に、カウンセリング、ソーシャルワークを質・量ともに、平等に供給するための医療システムの確立が急務の課題である。

#### 6. 派遣カウンセラー、リサーチレジデントについて

HIV感染症においては派遣カウンセラーやリサーチレジデント制度によるカウンセラー配置など、他の領域には見られない施策が展開されている。また、調査において、派遣カウンセラーの幅広い領域での活動が証明され、一定の評価がなされているところである。

また、一医療機関に所属しないことのメリットがある一方で、病院外にいることの困難性も指摘されている。心理職や福祉職が上記のような現状にあるなかでは、派遣カウンセラーやリサーチレジデント制度を可能な限り継続させ、また活用することが求められる。しかしながら、あくまで基本的には少なくとも拠点病院におけるカウンセラー、ソーシャルワーカーの配置を保障することは、平等に機会を提供し、ニーズに応えるために最低限必要な施策であることには変わりがない。さらに調査で示されたようにHIV感染者の抱える問題の多くは他の疾患にも共通するものであり、全ての疾患に対応する派遣カウンセラーの配置が現実的でない以上、病院内での配置が保障されるべきである。

#### 7. 連携のあり方について

保健・医療・福祉領域における連携の必要性が強く叫ばれている昨今であるが、特にHIV診療の実践においては、チーム医療やネットワークの必要性に対する認識が高まったといえる。しかしながら、「連携」を促進させる要件や「連携」を妨げる要因などの内容に関する知識の共有は、非常に乏しいのが実情である。

例えば各々の職種を持つ価値や知識についての理解、チームの成熟過程に関する理解、チームにおけるコミュニケーションの持ち方など、学ぶ必要のある課題は多い。これらの知識を互いに共有し、チームが円滑に機能すれば、クライアントに対する医療やケアの質にも確実に反映させることができる。また、相互連絡、情報提供が順調になされることによって、NGOなどの資源利用、他機関との連携、派遣カウンセラーの活用、他の病院での動向のキャッチなどにも敏感で適切な対応をすることが可能となる。

そして「連携」は、院内に限らず、地域外同一職種・他職種、ブロック内、ブロック間において立ち上げ、ネットワークを拡大、強化していくことが重要である。

いずれにおいても「連携」に関する学習の機会を持つことが、連携を促進させる要因となることから、今年度「チーム医療の理解と連携のために——カウンセラー・ソーシャルワーカーの上手な活用法——」というガイドラインとなる冊子を作成し、さらにチームカンファレンスの体験学

習を含むシンポジウムを企画した。今後は関連職種全ての教育の中に「連携」に関する内容を盛り込む必要性を提言したい。

#### 8. カウンセリング、ソーシャルワークの質の向上と業務の言語化

心理職においても福祉職においても、自分たちの業務をより明確にし、言語化していくことが必要とされている。各職種において共通基盤となる部分と領域による特殊性を、それぞれ他に示せる程度にその内容を確立し、教育にも確実に落としこんでいけるだけの専門性が強く求められる。

それは単に個別的相談援助にとどまらず、グループやピアカウンセリング、NGOをはじめ、地域教育や予防にも関連した幅広い領域の中で、今後の活動を質・量共に充実させ強化していくことが重要である。

例えば、最近特に利用者のエンパワーメントの視点が強調されることが多いが、その一つの領域として、ピアカウンセリングと対人援助専門職の関係を明確化することも必要である。感染者にとって、ピアカウンセリングによる心理的な緊張からの解放、自由な自己表現、孤独感からの救いは、専門職による援助ではとって代わることでできない要素も多く含むものである。一方で、対人援助専門職による援助においては、ピアカウンセリングの場を感染者がより有効に生かせるためのエンパワーメントの役割、クライアントのニーズを把握し、ピアカウンセリングにつなぐ役割、さらにピアカウンセリングの場自体がうまく機能していくための専門的視点からサポートする役割が求められていると考えられる。互いの役割を認識し、より有効な連携と各々の役割の強化を図ることが課題である。

#### 9. リサーチの強化、特に経済的評価について

心理職における心理相談や福祉職の業務は、いわば医療の付加価値としての働きをしている、あるいはそのように受け取られてきた経過がある。そのことは、昨今の医療費抑制政策の動きの中で、改めてその存在が危うくなってきていることにも示されているといえる。

このような状況の中で、相談援助職の必要性を直接・間接に提示できる内容を含むリサーチを積極的に行うことが強く求められている。例えば経済的評価は最も重要な視点の一つといえる。医療費抑制政策と経済的評価は全く異なるものであり、経済的評価は、臨床の場における生命の質と量の関わる多角的な健康の総合的評価が、医療の費用を含め効果的で効率的な医療につながるかということを検証することを基本とするものである。従ってチーム医療を行うことの有効性や利用者側からの評価を用いて、相談援助職の経済的評価を明確に提示していくことは大変有用である。

これまで様々な要因で蓄積されることの少なかった相談援助業務の現場の従事者と研究者が協力して、カウンセリング・ソーシャルワーク体制の確立への提言につながるリサーチを強化することが今日の最大の課題と考える。

## シンポジウム「繋ぐ・学ぶ・伸びるチーム医療」について

厚生省厚生科学研究費エイズ対策研究事業「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」班の分担研究、及び関西HIV臨床カンファレンスカウンセリング部会の共催で、シンポジウム「繋ぐ・学ぶ・伸びるチーム医療」を開催することにした。

今日、HIV感染症の診療現場では、医師、看護職のみならず、カウンセラー、ソーシャルワーカー、薬剤師など多数の専門職が加わって、患者に対する包括的な治療やケアが推進されつつある。しかし、そうしたチーム医療の実践は我が国においてはまだ歴史が浅く、それぞれの現場で柔軟かつ高度に機能するチームを形成することは必ずしも容易ではない。そこで今回、医療従事者を対象に以下のようなシンポジウムを企画した。

日時：平成12年3月18日（土）15：00～18：00

会場：兵庫医科大学 3-1 講義室

プログラム

(1)講演「医療の場におけるチームのあり方について——カウンセラーとしての経験から——」

金沢吉展（筑波大学心理学系保健管理センター）

(2)シンポジウム「繋ぐ・学ぶ・伸びるチーム医療」——ケースカンファレンス体験学習——

内容：仮想ケースをもとに、シンポジストが医師、看護職、カウンセラー、ソーシャルワーカー、薬剤師各々の立場で、チームカンファレンスを展開する。その後コメンテーターよりコメントをいただき、フロアとともにディスカッションを行う。

シンポジスト

医師／山元泰之（東京医科大学）

看護職／市橋恵子（在宅看護研究センター）

カウンセラー／鈴木葉子（滋賀県健康対策課嘱託カウンセラー）

ソーシャルワーカー／中川美智子（市立堺病院）

薬剤師／桑原 健（国立大阪病院）

コメンテーター／金沢吉展（筑波大学）

司会／小西 加保留（桃山学院大学）

## 研究発表

### 1. 学会発表

1. 日本社会福祉実践理論学会（平成11年5月30日）

●HIVカウンセリングにおけるソーシャルワークの課題（小西加保留、磐井静江、岡田進一、岡田まり）

2. 日本社会福祉学会（平成11年10月9～10日）

●対人援助技術の職種間比較研究 ——HIVカウンセリング調査を通して(1)——（小西加保留、岡田まり）

●対人援助技術に影響を与える環境要因について ——HIVカウンセリング調査を通して(2)——（岡田まり、小西加保留）

3. 医療社会福祉学会（平成11年10月23、24日）

●HIVカウンセリングの地域間格差について（磐井静江、小西加保留、岡田進一、岡田まり）

4. エイズ学会（平成11年12月3～4日）

●HIVカウンセリングを行う自信の程度に影響を与える要因に関する研究（岡田進一、古谷野淳子、岡田まり、磐井静江、小西加保留）

●HIV感染者の心理社会的問題に対する重要性の認識の職種間比較（古谷野淳子、小西加保留、岡田進一、岡田まり、磐井静江）

### II. 研究成果の刊行物

1. チーム医療の理解と連携のためにカウンセラー・ソーシャルワーカーの上手な活用法

## 3年間の研究成果

「HIV感染者・AIDS患者に対する心理社会的相談援助に関する実態調査」を平成10年度に実施し、10年度、11年度にわたり、様々な視点から分析したことにより、HIV感染症におけるカウンセリング、ソーシャルワークの内容、及び医師、看護職、心理職、福祉職、派遣カウンセラーの職種による違いをかなりの程度まで明確にすることができた。

また、これらの結果を踏まえて、今年度は今後のHIVカウンセリングシステム確立のための課題を抽出した。HIV医療や様々な社会の変化のなかで、HIV感染症は、差別や偏見など、感染者にとって非常に重い現実がある一方で、医療に関わる診療体制や患者意識、及び地域におけるNGO活動等においては、これまでの医療を見直すなど先駆的にリードしていく側面を持つといえる。その一つがHIVカウンセリングの領域に写し出されていると捉えることが可能である。具体的には、HIV感染症に限らず、多くの身体疾患をもつ患者にとっても共通な心理社会的ニーズがあることが示唆されたこと、チーム医療の必要性への認識が高まったこと、ピアカウンセリング等感染者同士の支えあいが認知されたこと、NGO活動の有効性が示されたこと、対人援助専門職における教育・研究課題が示されたこと等である。こうした状況のなかで、カウンセリング・ソーシャルワークの必要性が十分示されるとともに、より広く活動の視野を広める必要性についても明らかになったといえる。

しかしながら、一方でカウンセリングやソーシャルワークが、医療法制上に確立されていないことの弊害が改めて問われる結果となった。本研究においては、「提言」の中で、この状況を打破するための方向性について指摘した。HIV感染症の領域に限らず、これらの責務を果たしていくことが今後の重要な課題と考える。

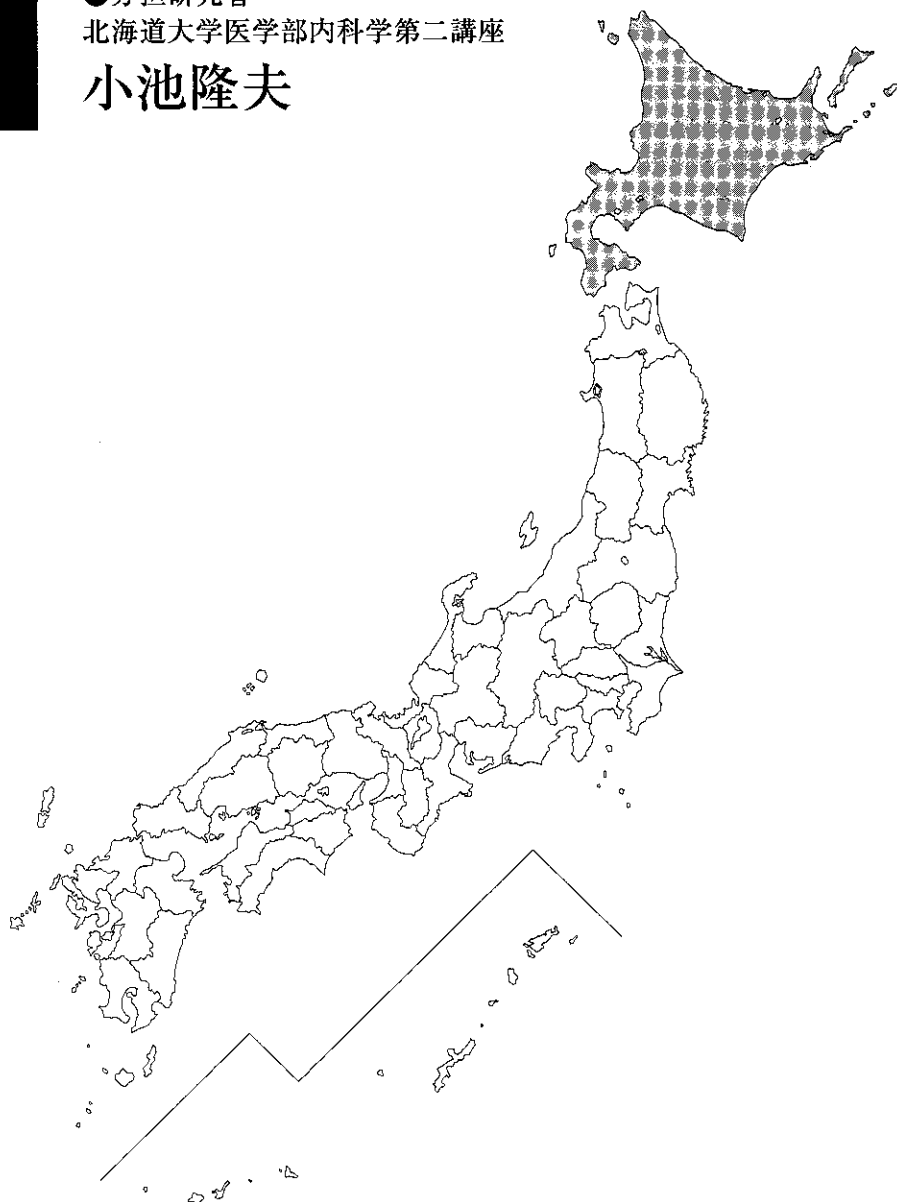
エイズ治療の地方ブロック拠点病院と  
拠点病院間の連携に関する研究

P A R T

3

# 北海道 ブロック

●分担研究者  
北海道大学医学部内科学第二講座  
小池隆夫



## 研究要旨

北海道大学医学部附属病院（以下北大病院）では、1996年にブロック拠点病院の指定を受けて以来、北海道地域におけるHIV診療の充実を目的として院内体制を整えるとともに、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を強化するために、種々の院外活動を行ってきた。その内容についてはこれまで報告してきたが、本報告では、これらの活動を背景とした北大病院におけるHIV診療の現状を解析するとともに、これをもとに今後の課題と問題点について考察する。

## 北大病院におけるHIV診療の現状

### 研究目的

1987年から1999年10月31日までのHIV感染者・エイズ発症者の初診患者数の年次推移を感染経路別に検討した。また、1999年10月31日の時点における患者数とその性別、年齢、投薬状況、および投薬内容とHIV-RNAコピー数の関係を調査した。さらに、全科対応がなされているか否かの指標を得ることを目的として他科受診状況を調査した。

### 結果

北大病院における初診患者の年次推移を図1（以下、図・表は89ページ）に示した。血液製剤を介する感染者は1997年にピークを示し、以後は性感染による患者数の増加がみられている。1999年10月31日の時点における患者背景は、32名が通院中であり、性別内訳は男性28名、女性4名、年齢別内訳では20～29歳が11名、30～39歳が9名、40～49歳が10名、50歳以上が2名であった。一方、現在通院中の患者さんにおけるCD4リンパ球数は、401以上が19名、201～400が7名、101～200が5名、50以下が1名であった。昨年の段階では50以下が4名であったが、プロテアーゼ阻害剤を含む3剤以上の服薬によって3名が101以上に回復している。抗HIV薬の服薬状況は、服薬者28名のうち4名が2剤を服用、19名がプロテアーゼ阻害剤1剤を含む3剤を服用、ダブルプロテアーゼを含む4剤が5名である。

他科受診状況は、眼科19名（外来件数51件）、耳鼻咽喉科3名（17件）、皮膚科2名（8件）、神経内科1名（10件）、産科1名（2件）、婦人科4名（8件）、泌尿器科2名（3件）、整形外科3名（7件）、リハビリテーション科2名（20件）、麻酔科2名（20件）、精神科2名（24件）、光学診療科2名（2件）であった。

北大歯学部附属病院におけるこれまでの新規患者総数は22名、平成11年1～6月の半期における受診者数は9名（66件）、うち2名が抜歯のため入院治療を行っている。初診患者の受診や転居などに伴い患者数は流動的である。1999年12月31日の時点では転居による1名の転院と3名の初診患者があった結果、34名が通院中であり、性別内訳は男性30名、女性4名、また、年齢別内訳では20～29歳が12名、

30～39歳が10名、40～49歳が10名、50歳以上が2名であった。この時点での通院中の患者さんにおけるCD4陽性リンパ球数は、401以上が18名、201～400が10名、101～200が3名、51～100が2名、50以下が1名であった（図3）。

抗HIV薬の服薬状況は、服薬者26名のうち4名が2剤を服用、17名がプロテアーゼ阻害剤1剤を含む3剤を服用、ダブルプロテアーゼを含む4剤が4名である。1剤が1名であるが、CD4数、HIV-RNAコピー数が長期にわたって安定していることから患者さんは3剤服用を希望していない。

### 考察

血液製剤を介する感染者の初診患者数は1997年にピークを示し、以後は減少した。性感染による初診者は1993年と1994年にそれぞれ1名ずつの受診があったが、以後、2年間途絶え、1997年より増加傾向にあると考えられた。しかし、東京地区と比べてその絶対数は今のところ少数である。プロテアーゼ阻害剤の登場によって、CD4数が維持される患者さんが多くなっており、それに伴って日和見感染症の頻度、および入院患者数の減少が認められている。

また、全科対応の指標として他科受診状況の調査を行った結果、ほぼすべての診療科がHIV診療に携わっていることが明らかとなった。診療科によっては、特に過去において過剰に対応することもあったと報告されているが、現在、HIV感染症は全身性疾患として認識され、全科の対応も院内に定着していると考えられる。しかし、一部の診療科においてはより熱心な対応が望まれており、その改善が今後の課題である。

## 相談室およびカウンセリングの現状

### 研究目的

北大病院では、HIV感染者およびその家族へのカウンセリング体制を整えるために、1997年4月、外来病棟に専用相談室を設置した。現在は、HIV担当看護婦1名と、北海道HIV/AIDSカウンセラー（臨床心理士）1名の、計2名が相談活動に当たっている。当院に通院中の患者・感染者だけでなく、通院者の家族や他院で治療を受けているHIV感染者、抗体検査希望者の利用も受け入れている。本研究では、1999年1月から12月までの活動をまとめ、感染者および家族の抱えるニーズと、専用相談室のあり方、今後の課題について検討した。

### 方法

相談室の構造は、個別相談用の個室、スタッフルーム兼オープンスペースからなっており、カウンセラーは、月曜～金曜の8:00～17:00にかけて外来がある間は常に相談室に待機し、電話や来室者に対応できる体制をとっている。担当看護婦は、必要に応じて、外来での看護や相談、診察

への同席、コーディネート活動、相談室での相談、服薬指導など場所を移動しながら柔軟に対応している。時間的構造は、常時自由に来室してもらえらる形をとり必要に応じて時間予約制をとっているが、完全な時間予約制ではない。これは、スタート当初、まず当院に通院中の患者さんの抱えるニーズを把握する必要があること、予約してあらたまって相談にくる場合、大きな悩みや問題がないと来室できないという印象を与えるおそれがある等を考慮したためである。気軽に立ち寄ってもらい、相談しやすい関係を築いていくことを第一目標にした。相談内容の内訳の解析にあたっては、1件について複数の相談内容があった場合は、内容ごとに1とカウントした。また、相談内容のうち家族やパートナーへの告知は、人間関係に含めて集計した。

## 結 果

1999年12月31日現在における通院患者・感染者数は34名で、感染ルート別では血液製剤(2次・3次感染者を含む)が22名、性感染が12名であった。このうちエイズ発症者は6名である。1999年1月から12月の間に、7名の新患があった。このうち3人は他院で治療を受けており、地元では受けられない耐性検査を受けるため、あるいはセカンドオピニオンを得ることを目的として受診している。他の3名は、献血で感染が判明して、当院を初診した。残りの1名は、転勤のための転院である。感染ルート別では、血液製剤による感染者が2名、性行為による感染者が5名であった。通院患者のうち1名が転勤のため他に転院になり、12月31日現在、34名が当院に通院中である。

抗体検査希望の受診者数は17名であり、結果は全員陰性であった。受診理由の内訳は、

- ①他院で陽性の結果を得て確定検査のための紹介受診(2名)、
- ②結婚や渡航をひかえて(2名)、
- ③感染不安を持って自ら受診(6名)、
- ④感染者のパートナー(2名)、
- ⑤針刺し事故(2名)、
- ⑥輸血後の確認(1名)

である。このうち、確定検査のため受診した2名は、渡航前あるいは妊娠検査として行ったスクリーニング検査で疑陽性が生じたものである。これまでの検査受診者は、1998年1月から12月の間で6名であったことから、この1年で約3倍の検査受診者の増加が認められた。

相談室利用件数は、面談と来室が530件であり、電話によるものが417件であった。面談・来室件数は、1998年7月に相談室が毎日利用可能になって以後、1999年前半までは、概ね一定であった(1か月の平均利用件数約40件)。しかし、1999年後半の6か月は、前半6か月と比べて27%増になっている(前半233件、後半297件)。1か月平均に直すと、前半は約39件、後半は約50件である。電話の利用は、1998年は1か月平均12件。1999年は1か月平均35件で、前年の約3倍に増えている。7月から12月は1か月平均33件である。通院患者数が少しずつ増加していることに伴っ

て、相談室の利用件数も増加傾向にある。

上記の利用件数の中には含まれていないが、1999年の特徴の1つにe-mailでの近況報告や、体調についての連絡、受診調整の依頼が増えている。中には、遠方の患者さんが、身体状況を画像で送って指示を求め、早期に適切な対応ができた例もあった。面談および来室者の相談内容内訳は、

- ①治療内容・セルフケア・医療体制・受診調整211件(37%)[7%:開設から1998年12月までの1年9か月の相談内容内訳]、
- ②他患との交流・休息113件(20%)[7%]、
- ③仕事・将来設計・人生の意味80件(14%)[8%]、
- ④家族・パートナー・友人その他の人間関係76件(13%)[1%]、
- ⑤経済的問題・福祉制度利用29件(5%)[6%]、
- ⑥疾患、症状、治療への心理的反応・精神的問題27件(5%)[7%]、
- ⑦抗体検査前後のカウンセリング27件(5%)[4%]、
- ⑧その他13件(2%)

であった。治療やセルフケアに関する相談が最も多く、全体の4割弱を占めている点は、前回の報告と変わらない。変化した点は、他患との交流目的の割合が減ったことと、仕事や将来設計をめぐる相談や、人間関係に関する相談が増加傾向にあることであった。

## 考 察

通院患者数は、わずかずつではあるが確実に増加しており、それに伴って相談室の利用件数も増加する傾向にある。1999年の新患のうち、新規の感染者は3名であるが、全員献血により感染が判明しているのが特徴であった。この3名は、血液センターの医師から告知・説明を受けて当院に紹介されて受診をしているが、3名とも、激しいパニックなどを起こさず比較的落ちついており、受診も速やかであった。昨年は、保健所を通じて受診した新規患者はなかったが、同様に速やかな連携・対応ができるように、体制づくりを進めていきたい。

院内の連携としては、必要に応じて主治医と相談室のスタッフとでカンファレンスを行ったり、主治医と相談室スタッフ・病棟看護婦・薬剤師などに、患者・家族を含めた構成で、治療方針について話し合う機会をもつことが増えている。今後、複数職種でのチームでのケースカンファレンスや、必要に応じて他科(内科以外)のスタッフを含めたカンファレンスなども、発展・定着させていくことが必要と考えている。一方で、レッドリボンさっぽろ、札幌ミーティングなどNGOとの連携も課題の1つである。相談活動のためのNGOの内部研修や、ゲイのコミュニティ等への啓蒙活動に協力していく方向で連携を進めていきたいと考えている。

## AIDS関連検査の現状

### 目的

北海道においては、広大な地域にHIV感染者が分散し、また、他地域に比べて感染者数が少ない。従って、HIV関連検査をそれぞれの拠点病院で充実させることは人的・経済的に多大な困難を伴う。しかし、薬剤耐性検査や各種ウイルス疾患の遺伝子診断など、HIVの的確・迅速な診断・治療に必要な不可欠な検査も多い。そのためには、北海道においてセンター的役割を果たす検査部門が必要である。本研究では、ブロック拠点病院として北大病院で実施しているHIV関連検査の実施状況を検討するとともに、より有効に活用するための方策について検討した。

### 方法

細菌検査室では一般的によく見られる細菌からカンジダなどの真菌類や結核菌、非定型抗酸菌などの検査を担当し、結核菌、非定型抗酸菌など迅速性と高い検出感度が要求される項目については遺伝子検査を導入している。免疫・血清検査室ではHIVや各種ウイルス疾患の抗体測定を担当した。フローサイトメトリー室では血液中の免疫細胞数を測定した。遺伝子検査室はブロック拠点病院となったことで新しく作られた検査室である。HIVの治療には欠かすことのできないHIV-1 RNA量の測定とHIV薬剤耐性検査を実施している。HIV薬剤耐性検査は、ウイルスから抽出したRNAのプロテアーゼ領域と逆転写酵素領域を含む1領域を、RT-PCRにより増幅する。次に、Nested PCRによりプロテアーゼ領域1領域と逆転写酵素領域3領域を増幅し、シーケンスによりそれぞれの塩基配列を決定して耐性の状態を判定した。フローサイトメトリー室では、正確なCD4陽性細胞数の測定を目的として、Flow-Count (COUNTER) を用いてCD4陽性細胞絶対数の測定を行っている。細菌検査室におけるHIV関連検査項目としては、カンジダ培養・同定、クリプトコッカス、クリプトスポリジウム、アスペルギルス、コクシジオイド、ヒストプラズマ、イソスポリア、結核菌培養・同定、非定型抗酸菌培養・同定、結核菌DNA-PCR、MAC DNA-PCR、サルモネラ、カリニ検査を実施している。免疫・血清検査室におけるHIV関連検査項目として、HIV 1 + 2 抗体、HIV-1 抗体精密検査、HIV-2 抗体精密検査、カンジダ抗原、トキソプラズマ抗体、サイトメガロウイルス抗体、単純ヘルペス抗体、帯状ヘルペス抗体検査を実施している。昨年度(1998年)の課題であったサイトメガロウイルスはDNA-PCRを導入した。ヘルペスウイルス属ではHHV-6のDNA-PCRを開始した(表1)。現在、単純ヘルペスウイルス、帯状ヘルペスウイルスの遺伝子検査法を確立するために検討中である。

### 結果

図2に院内実施検査と外部委託検査の件数について、その年次推移を示した。1997年度の院内実施検査13件に対し、

外部委託検査は18件であり、当初の院内実施検査の比率は42%にとどまっていた。見直しによって、1999年度では、院内実施検査31件に対して外部委託検査は16件となり、院内実施検査の比率は66%に増加した。1999年度の新規導入検査項目としては、HIV-RNA定量における高感度法を導入し、HIV-RNAは50コピーから測定可能となっている。また、CMV DNA-PCRおよびHHV-6 DNA-PCRを導入した(表1)。

現在、CD4陽性リンパ球数が401以上の症例は53%である(図3)。ウイルス量、耐性検査ともにその検査件数は1998年から増加している。1999年のウイルス量の検査件数は前年度の実績(1998年)とほぼ同等であるが、耐性検査の実施件数は減少した。これは、薬剤耐性検査はウイルス量1000コピー以下では困難なためであり、ウイルスが検出不能な症例が増加していることを反映している(図4)。

実際、北大病院の通院患者をウイルス量400コピーで分類してみると、1997年は400コピー以下の患者さんは38%であったのに対し、1999年度では61%となっており(図5)、これは薬剤治療による効果である。現在、薬剤耐性検査の結果をもとに、担当医と看護婦の参加による症例カンファレンスを実施している。北大病院に通院しているHIV感染者34名のHIVウイルス変異の頻度を集計した(表2)。プロテアーゼ阻害剤ではIDV、逆転写酵素阻害剤ではAZTと3TCに対する変異が多く薬剤の使用状況を反映しているものと考えられた。

### 考察

1997年以前のHIV関連検査項目数は13項目であったが、1999年度にはHIV関連検査項目を、HIV-RNA定量(高感度法)や各種ウイルス・細菌の遺伝子診断を含む31項目に拡充した。さらに保険適用外のHIV薬剤耐性検査やCD4陽性細胞絶対数測定を含めると、項目数は1997年度の約2倍に増加し、HIV関連検査のほぼすべてを院内で実施できる状況を達成した。

1998年(1~12月)のHIV薬剤耐性検査は116件で1997年度とほぼ同数であったが、1999年度は件数の減少が見られたことが大きな変化である。その原因は図5に示したごとく、抗HIV療法によってHIV-RNAコピー数の減少が達成されていることによるものである。HIV薬剤耐性検査、CD4陽性細胞絶対数測定と血漿HIV-RNA濃度の相関グラフを全感染者について作成し、検査部と診療科医師および看護婦との間でカンファレンスを行うことによって、臨床との有機的連携が構築され検査部内での積極的な姿勢が培われた。

また、現在使用されている抗HIV薬は、使用しているうちに耐性ウイルスが出現する。その原因は、薬剤の標的部位であるHIVの持つ酵素の変異にある。現在、薬剤耐性検査は保険適用外であるが、本検査は、その酵素を担う遺伝子を解析し、変異状態を調べることにより患者体内のウイルスがどの薬剤に耐性を有するのを知り、また、現在使用している薬剤が無効となった時に、変更薬剤の選択を行

ううえで必須の検査である。同時に、有効性の低い薬剤の投与による患者さんの負担の軽減という観点からも有用性が高い。

これらのHIV関連検査がすべての拠点病院において整備されることが理想である。しかし、北海道においては広大な地域にHIV感染者が分散し、他地域に比べ感染者数が少ないという特徴があり、個々の検査室ですべてのHIV関連検査を整備することは人的・経済的に大きな困難を伴う。ブロック拠点病院として、今後、北海道のHIV関連検査、特にHIV薬剤耐性検査を北大病院で一括して行うなどの検査支援体制を確立したい。これらの活動を通して、北大病院におけるHIV検査体制の充実を道内のすべての感染者が享受できるような体制を構築していきたい。さらに、北大病院検査部のこれからの目標として、遺伝子型による耐性検査のほかに表現型による検査体制を整えるとともに、抗HIV薬剤血中濃度測定体制の整備を行っていきいたいと考えている。

## 医療情報の公開と 拠点病院間の連携

### 目的

本研究の一環として、北大病院医療情報部では北海道全域にHIV診療情報を迅速に公開し有効利用するための環境整備を目的とした、HIV情報ネットワークの構築を行っている。1997年、北大病院イントラネット上に病院職員を対象としたホームページ「HIV感染症診断・治療マニュアル」の作成・公開を行った。また、このホームページを全国の医療関係者へ向けU MIN (University Medical Information Network) において公開した。1998年は、HIV/AIDS診療情報の迅速な一般公開を目的として、ホームページ「HIV/AIDS療養マニュアル (<http://info.med.hokudai.ac.jp/hiv/>)」の作成と公開を行った。1999年は、Aids Update Japanの北海道版の編集と電子化、HIV診療支援ネットワークシステム (A-net) への参加、またピクチャーテルを媒介とするテレビ (TV) 会議を行っており、その利用状況と今後の問題点について解析する。

### 方法

ホームページの公開に関しては、医療情報部がコンピュータ・ネットワーク設定などのハードウェアの設定を行った。ホームページの公開に使用したハードウェア (以下WWWサーバ) はPackard Bell NEC社製ProMate V2166 CD (CPU: Pentium166MHz、Memory:32MB、Hard Disk: 2.0GB) を使用した。OSにはLinux (Slackware Ver3.4.1)、WWWソフトウェアにはApache Ver 1.3.4、ネットワークには10BaseTを使用し、インターネットには北大のキャンパスLAN (HINES) 経由で接続した。

「HIV感染症診断・治療マニュアル」は、1997年にまず、

北大病院医学部および大学医療情報ネットワーク (UMIN) において、医療関係者のみへ公開していたが、1999年5月より一般に公開した。「HIV/AIDS療養マニュアル」は、1999年2月より一般に公開を行った。これらの2つのホームページを別のサーバ上で管理していたが、1999年7月からは1つのサーバ上で管理するような環境を整えた。一般向け「HIV/AIDS療養マニュアル」は1999年2月1日付けで公開し、その利用頻度を検討した。Aids Update Japanの北海道版は1999年5月より年3回の割合で発行しその電子化を行った。キャンパスネットから配線を引き、A-netのサーバと端末を導入した。また、ピクチャーテル製品であるSystem4200を媒体としたテレビ会議を行った。

### 結果

北大病院では、HIV/AIDSの診断・治療・療養情報を有効利用するための環境整備を目的として、HIV情報ネットワークを構築した。その一つとして、北大病院イントラネット上に病院職員を対象としたホームページ「HIV感染症診断・治療マニュアル」や、一般公開を目的としたホームページ「HIV/AIDS療養マニュアル」を作成・公開した。

前者は、1997年にまず、北大病院医学部および大学医療情報ネットワーク (UMIN) において、医療関係者のみへ公開していたが、1999年5月より一般に公開している。この「HIV感染症診断・治療マニュアル」のホームページは、北大病院内に発足されたHIV総合医療整備委員会により作成されたマニュアルを電子化したものである。現在は、第3版の改訂作業に取り組んでいる。

後者は、1999年2月より一般に公開を行った。ホームページの構成は、「HIV感染Q&A」および「エイズ診療支援のためのリンク集」とした。ホームページの記載内容は日々更新していく必要があり、薬剤の用法・用量の改訂による修正を行った。このような修正は今後頻繁に生じることが予想されるため、管理の充実を図ることを目的として、これまで2つのホームページを別のサーバ上で管理していたが、1999年7月からは1つのサーバ上で管理するような環境を整えた。

一方、掲載内容を最新の情報へ更新する際に、著者への確認と表現の相談に時間がかかり、変更に予想以上の時間を必要とした。一般向け「HIV/AIDS療養マニュアル」は1999年2月1日付けで公開し、その利用頻度を調査するために、1999年5月1日からホームページにアクセスカウンタを設置した。2000年1月7日現在、514件のアクセスがあったが、1日平均2件のアクセスに過ぎなかった。ホームページを公開してから今日に至るまで、運用は順調に行われ、ハードウェアおよびアクセスに関するトラブルは生じていない。しかし、運用に関して、診療担当者からは、「医学専門用語が多いので一般の人は理解しにくいのではないか」「静止画では説明しにくい病気の進行状況を、アニメーションを使用することにより患者さんへ説明し易くなり、カウンセリング時に利用できるだろう」といった指摘があった。

1999年5月より年3回の割合でAids Update Japanの北海道版を発行している。これは、全国版と地方版から構成されており、前者のAids Update Japanでは、HIV/AIDSにおける様々な情報や医療従事者の記事が充実している。後者のAIDS Update Hokkaido（北海道版）は、「ブロック拠点病院たより」「拠点病院におけるHIV診療の現況」などと題して道内のブロック拠点病院・拠点病院および各施設からHIVに対する病院の受け入れ姿勢の紹介や活動報告を行っている。全国的には試験的にHIV診療支援ネットワークシステム（A-net）が既に動き始めている。北大病院にも第2内科および第3内科にサーバと端末が導入されHIV情報ネットワークシステムのインストールを行うなど準備を進めてきた。北大病院ではキャンパスネットから配線することになっており、ここでトラブルが発生し稼働開始に遅れが生じたが、9月末より、医師および看護婦がHIV診療支援ネットワークシステム利用のためのユーザーの資格を得て、データ入力などの練習を行っている。A-netへの参加の承諾を得た患者データについては、現在入力を行っている。

1999年4月19日に、ピクチャーテル製品であるSystem 4200を用いた多地点会議を約2時間にわたって行った。この日は、大阪大学、石川県立中央病院、新潟大学、国立大阪病院、広島大学および北海道大学との接続を行った。この会議ではHIVに関する研究班としての意向を示すとともに各地域にて行える活動などが議論された。接続のための準備や会議中の操作など技術的には決して難しいものではない。しかし、まだ利用回数が少ないため操作担当者も慣れておらず、スムーズに進めることができなかった。この点は回数を重ねることで解決できると思われる。

## 考 察

ホームページの掲載内容を最新の情報へ更新する際に、著者への確認と表現の相談に時間がかかり、変更に予想以上の時間を必要としたことから、最新情報を維持するための連絡体制の必要性を感じている。この原因はホームページの母体である「HIV感染症診断・治療マニュアル」が各臓器の専門家による分担執筆であることに関連している。分担執筆を行うことで、院内の全科的対応が急速に浸透した反面、その改訂には個々の著者の理解が必要である。ホームページ公開にあたっては各ブロックの情報担当官とも密に連絡をとりながらより充実した内容になるように心掛けている。

一般向け「HIV/AIDS療養マニュアル」のアクセス数が1日平均2件に過ぎないことについては、今後、広く情報提供を行うためにも、本ホームページの広報活動を積極的に行う必要があると考えられる。ホームページのカウンセリングへの利用に関しては、患者さんとのコミュニケーションが主体であり、患者教育時には会話中心となるため、医療従事者と患者さんが、一緒にホームページの文章を読むという事は行われていない。「興味があればホームページがあるから参考に」という紹介にとどまっている。当

初の目標としては、患者教育で利用してもらうことをあげていたが、カウンセリングの本質を考えた場合、電子メディアは自己学習として捉えるべきであるのかもしれない。

Aids Update Japan北海道版に関しては、今後も研修などに参加し得られた情報を提供していただくことにより、様々な立場からの意見を含め新しい情報を広く伝えていきたいと考えている。さらに、イベント情報などを掲載することにより、紙面による受け身的な情報収集だけにとどまらず、双方向での相談ができるようにしたい。ニュースレター配布により医療従事者のみならず一般の方々にもHIVに関心を抱いてもらうことができると考えられ、HIVに対する壁を取り除く一助になることを期待する。また、編集にあたった我々としても原稿を依頼することにより各施設の状況を把握することができ、各地区に分散された情報を統合できるよい機会となると同時に、記事として配布することで、道内の各病院に限定された情報を他の病院に伝達することができるという効果が考えられる。今後は発行回数を重ねることで道内の情報管理や情報公開の手助けとなることを期待する。ピクチャーテル製品であるSystem4200について、北大病院では現在会議室の1室にシステム一式を設置しているため、適宜自由に利用できないという問題がある。今後、テレビ会議による遠隔会議を充実させるためには環境を整える必要があろう。また、北海道は土地条件から見ても広範囲にわたるため、道内での人の移動は容易ではない。そこでテレビ会議システムを道内の各病院でも容易に利用できるようにしたい。そのためピクチャーテルのSystem4200との相性のよいテレビ会議システムをコストを考慮しながら検討している。これにより道内での連携も充実させることができるものと思われる。

## 結 論

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/AIDS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、多くの患者さんが近年の抗HIV療法の恩恵を蒙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さんもあり、その対策の一つとして薬剤耐性検査の重要性は論を待たない。

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さんにとどまらず、要請があれば道内のすべての患者さんに薬剤耐性検査の実施を提供して

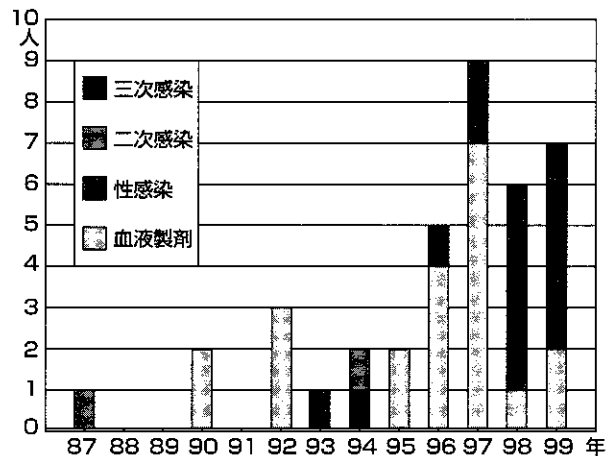


いきたい。

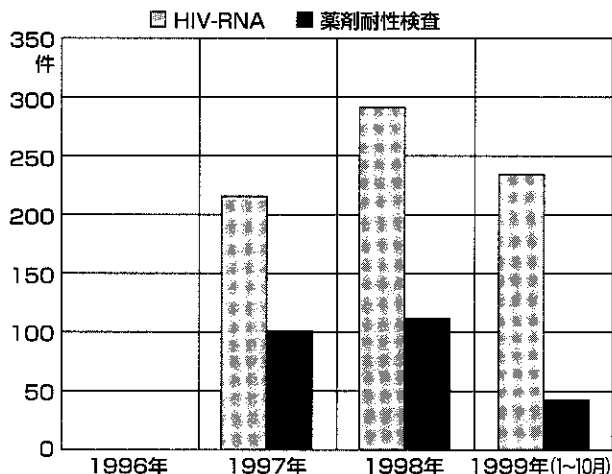
第5回北海道HIV臨床カンファレンスでは、薬剤耐性検査をテーマとして、国立大阪病院の白阪琢磨先生によって特別講演が行われた。一方で、血液製剤による感染者の場合、ほぼすべての患者さんがC型肝炎を有しており、その対策が急務である。第4回北海道HIV臨床カンファレンス(1999年7月)ではC型肝炎を主題に、当院第3内科の消化器専門医師・髭修平先生によって特別講演が行われ、今後のHIV感染症におけるC型肝炎の問題について討議された。また、これをもとにC型肝炎の治療指針が現在改訂中の「HIV感染症診断・治療マニュアル」(北海道大学医学部附属病院・HIV総合医療整備委員会編、2000年4月発行予定)に掲載される予定である。

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上で必須である。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。

▼図1 北大病院におけるHIV/エイズ初診患者数の推移



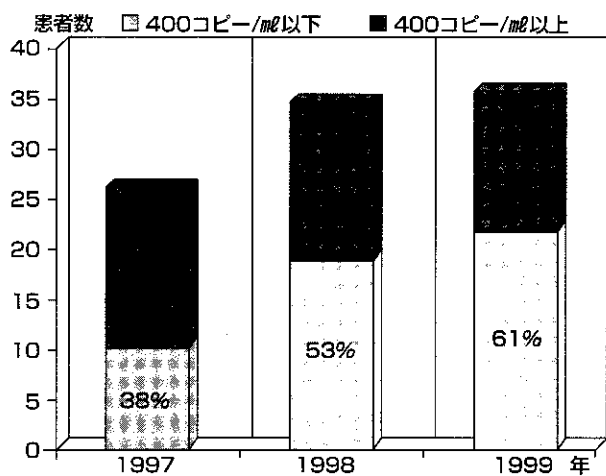
▼図4 HIV-RNA定量と薬剤耐性検査の検査件数の推移



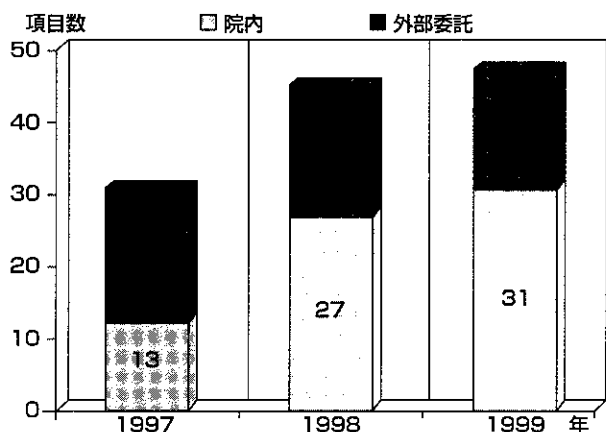
▼表1 北大病院におけるHIV関連検査項目(1999年12月現在)

院内検査		外部委託検査
HIV1+2抗体 (EIA法)	クリプトコッカス	HIV-1抗体 (PA法)
HIV1抗体精密測定	クリプトスポリジウム	HIV抗原
HIV2抗体精密測定	アスペルギルス	HIVプロウイルスDNA-PCR
HIV-1 RNA定量	コクシジオイド	HIV-1 RNA定性
HIV-1 RNA定量 (高感度法)	ヒストプラズマ	ネオテプリン
リンパ球サブセット	イソスポリア	β-Dグルカン
β2ミクログロブリン	サルモネラ	クリプトコッカス抗原
CMV抗体	結核菌培養	アスペルギルス抗原
CMV DNA-PCR	結核菌DNA-PCR	Dアラビニトール
HSV抗体	非定型抗酸菌培養	結核菌r-RNA-TMA
VZV抗体	MAC DNA-PCR	CMAアンチゲネミア
トキソプラズマ抗体	カリニ	HSV-IFA
HHV6 DNA-PCR	HIV薬剤耐性検査	HSV DNA-PCR
カンジダ培養	CD4陽性細胞絶対数測定	VZV-IFA
カンジダ抗原検出		VZV-DNA-PCR

▼図5 HIV-RNA<400の患者数の推移



▼図2 北大病院検査部でのHIV関連検査項目数



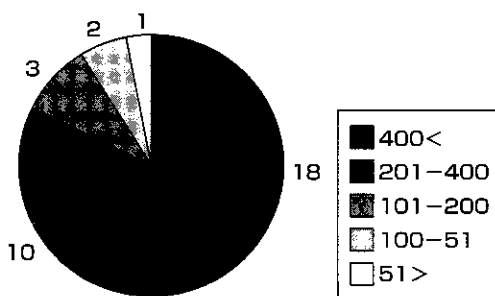
▼表2 北大病院でのアミノ酸変異の頻度

プロテアーゼ阻害剤	10	20	24	30	32	33	36	46	47	48	50	54	63	71	73	77	82	84	88	90
	頻度 (%)	29	10	6	6	0	0	16	26	0	0	0	6	68	13	0	0	16	10	0
インジナビル	○	○	○	○				●				○	○	○	○		●	○	○	
リトナビル	○				○	○	○					○	○	○			●	○	○	
サキナビル	○									●		○	○	○	○		○	○	○	●
ネルフィナビル				●			○	○				○	○	○	○		○	○	○	
アンブレナビル	○							○	○		●								○	

核酸系逆転写酵素阻害剤	41	62	65	67	69	70	74	75	77	115	116	151	184	210	215	219
	頻度 (%)	23	6	0	19	10	16	3	0	0	0	0	0	29	13	26
AZT	○			○										○	●	○
ddl			○				●							○		
ddC		○		○		○								○		
d4T							●									
3TC														●		
アバカビル		○				○				○				●		
アデフォビル		○		○	○								△			
多剤耐性	○							○	○	○	○	○	○	○		

●:プライマリー変異, ○:セカンダリー変異, △:感受性が上がる

▼図3 CD4陽性リンパ球数



●ブロック拠点病院自己評価表 北海道ブロック

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	4人	7人	10人	10人
1-1-2 専門看護婦	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-3 カウンセラー	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-4 情報担当員	人数	2人	2人	2人	1人
1-1-5 レジデント	人数	0人	4人	4人	4人
1-2-1 全科（医療職）対応	5段階評価	4	5	5	5
1-2-2 院内一般職員の対応	5段階評価	4	5	5	5

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	有無	有	有	有	有
2-1-2 個室の外来診察室	有無	有	有	有	有
2-1-3 外来でのカウンセリングルーム	有無	無	有	有	有
2-1-4 外来でのベンタミジン吸入室	有無	無	無	有	有
2-1-5 外来での気管支鏡検査室	有無	無	無	有	有
2-1-6 外来での観血的処置室	有無	有	有	有	有
2-1-7 外来での歯科診療室	有無	有	有	有	有
2-2-1 入院病棟の確保	5段階評価	4	5	5	5
2-2-2 入院でのプライバシーの対策	5段階評価	5	5	5	5
2-2-3 専門病棟個室	有無	無	無	無	無
2-2-4 緊急入院対応	5段階評価	5	5	5	5
2-2-5 病棟でのカウンセリング室の確保	有無	有	有	有	有
2-3-1 診療に要する機器の整備	5段階評価	4	4	5	5
2-3-2 検査に要する機器の整備	5段階評価	4	4	5	5
2-3-3 情報交換用コンピューター	5段階評価	5	5	5	5
2-4-1 感染者に対する手術室対応	5段階評価	4	5	5	5
2-5-1 感染者に対する病理解剖室対応	5段階評価	4	5	5	5

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	有無	有	有	有	有
3-1-2 外国人用診療マニュアルの作成	有無	無	無	無	無
3-2-1 診療マニュアルの作成	有無	有	有	有	有
3-2-2 投薬マニュアルの作成	有無	有	有	有	有
3-2-3 エイズ医療情報ネットワークの利用度	5段階評価	3	4	5	5
3-3-1 院内研究会、症例検討会、講演会等の開催	回数	2回	3回	4回	4回
3-3-2 個々の患者治療に対する検討会の開催	有無	無	無	無	有
3-4-1 看護医療の満足度	5段階評価	4	4	5	5
3-5-1 カウンセラーの配置度	5段階評価	1	4	5	5
3-6-1 HIV抗体検査（ウエスタンブロットを含む）	有無	無	有	有	有
3-6-2 CD4/CD8陽性細胞検査	可・不可	可	可	可	可
3-6-3 ウイルス量の定量	可・不可	不可	可	可	可
3-6-4 ウイルス薬剤耐性検査	可・不可	不可	可	可	可
3-6-5 カリニの迅速診断	可・不可	不可	可	可	可
3-6-6 日和見感染症のPCR診断等	可・不可	不可	可	可	可
3-7-1 エイズ医療センターによる研修会への参加	回数	5回	10回	2回	10回
3-8-1 針刺し事故の防止マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-8-2 針刺し事故に対する体制の確立	有無	無	有	有	有
3-8-3 治療薬の常時設置	有無	無	有	有	有
3-9-1 患者データの統一管理	有無	無	無	無	有
3-10-1 国内HIV専門病院への研修会	人数	2人	3人	8人	4人
3-10-2 国外HIV専門病院への研修会	人数	4人	4人	3人	4人
3-11-1 歯科専門診療	有無	有	有	有	有
3-12-1 守秘意識の徹底度	5段階評価	5	5	5	5

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	2回	3回	3回	4回
4-1-2 拠点病院対象の検査講習会の開催	回数	0回	0回	0回	1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）	5段階評価	3	4	5	5
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）	5段階評価	4	4	4	5
4-1-5 他の拠点病院からの研修の受入体制	5段階評価	1	4	5	5
4-2-1 拠点病院との患者診療交換	5段階評価	3	4	5	5
4-2-2 拠点病院への何らかのアンケート調査	有無	無	有	無	有

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	有無	無	無	無	有
5-1-2 コーディネーター・ナースの研修	有無	無	有	有	有
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	0回	2回	2回	2回
5-1-4 医療相談会の開催	回数	0回	2回	1回	1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	5段階評価	3	4	4	5
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	5段階評価	1	3	3	4
5-1-7 患者手帳の作成	有無	無	無	有	有
5-1-8 遠隔地との患者輸送法の検討	5段階評価	2	4	4	5

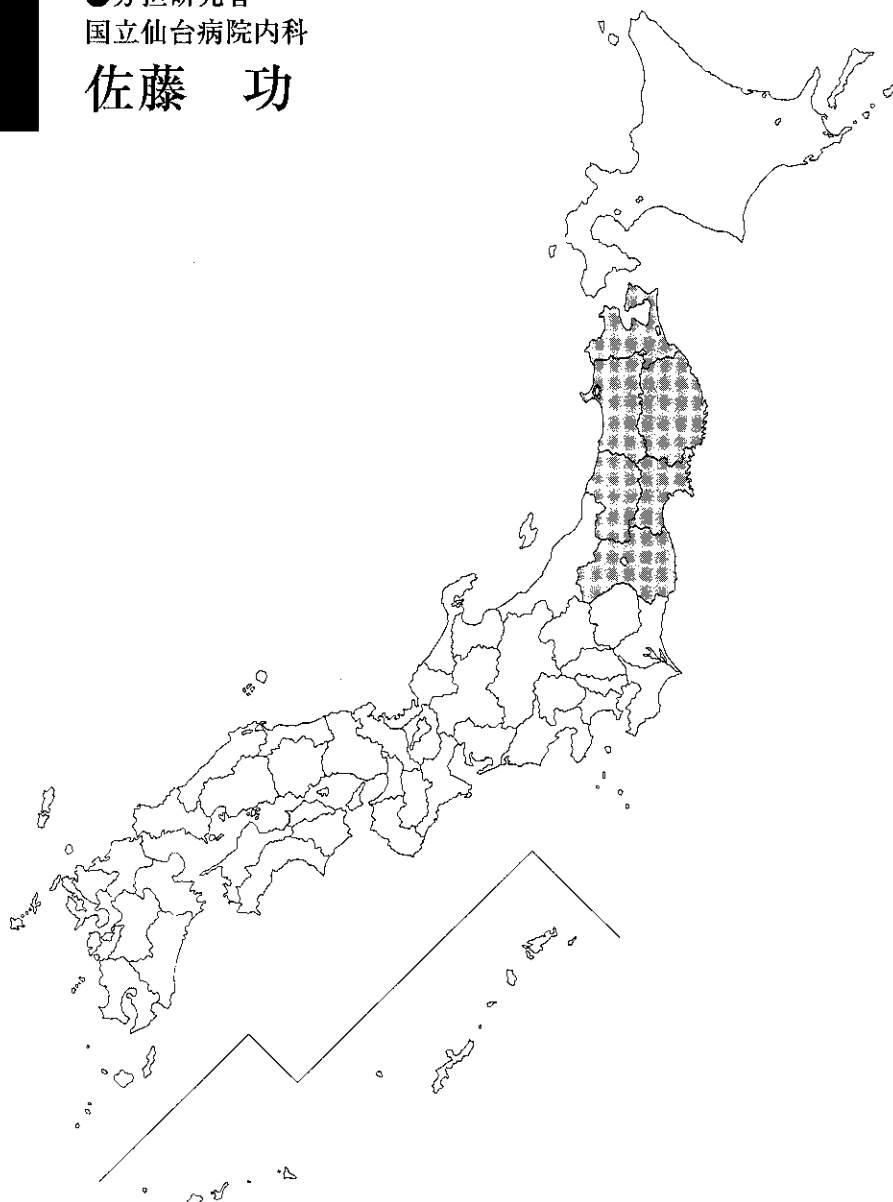
エイズ治療の地方ブロック拠点病院と  
拠点病院間の連携に関する研究

P A R T

4

# 東北 ブロック

●分担研究者  
国立仙台病院内科  
佐藤 功



## 研究要旨

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な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、各拠点病院で格差のない高度な診療が可能になるような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ている。知識並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。東北地方の拠点病院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さんの増加はあまりなく、比較的少数の拠点病院に患者さん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、心理福祉研修会、6回の講演会の開催、冊子3冊の発行、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向上を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。

## 目的

東北地方はエイズ/HIV感染者が少なく、診療経験が浅く、医療体制の立ち後れ、さらには守秘不安や良質な医療を求めている首都圏等への患者流出が問題とされてきた。各拠点病院との連携強化を図り、知識や医療技術習得のため、様々な事業を行い、東北地方におけるエイズ診療水準を各病院格差のない高度で適正なものにするため、各拠点病院との連携強化を図り、医療体制の確立を目的とした。

## ブロック拠点病院としての医療体制及び検査体制等の確立に向けて

### 方法

#### ①医療体制

当院における施設整備は既にほぼ完了している。即ち外来診療室、カウンセリングルーム、病室における6つのバス・トイレ付き専用個室の設置である。以下のスタッフを中心に、全科対応の医療体制が確立し、さらに充実を図っているところである。スタッフ：専門外来診療医師2名、

看護婦3名、カウンセラー1名、服薬指導薬剤師1名、栄養士1名、ケースワーカー1名、情報担当事務官1名。

他に、月1回、ACCの青木眞先生にはエイズ/HIV感染症診療及び診療指導、国立療養所西多賀病院の酒井秀章先生には血友病の診療及び診療指導をしていただいている。

#### ②検査体制

HIVに関する検査、日和見感染症についての検査技術の習得に努め、主なものは確立してきた。

③各種講演会、研修会、国内外研修、学会等に参加し、知識習得を図った。院内では月1回の学習会、症例検討会を催している。

## 結果

#### ①診療

現在までのべ診療者総数は50人で、血液製剤による感染者が34人、その他が16人、また、男性47人、女性3人であった。図1（以下、図・表は96～98ページ）のように、今年度の外来受診はおおよそ1か月25人、他科受診は1か月平均13人（歯科、皮膚科、眼科、外科、泌尿器科、呼吸器科）、入院は1か月1～3人、新患は6人であった。観血処置は、帝王切開1人、胆嚢ドレナージ及び胆嚢摘除術1人、胃潰瘍出血の止血1人であった。

現在の治療状況は、血液製剤による感染者13人では、年齢平均38.4（24～64）歳、治療は3剤併用療法：AZT+3TC+IDV、AZT+ddI+NfV、d4T+3TC+IDVは各1人、AZT+3TC+NfV2人、d4T+3TC+NfV4人、2剤療法：AZT+3TC、d4T+3TCは各1人、d4T+ddI2人であった。現在の臨床状況はウイルス量400コピー/ml以下は9人、1000～3000コピー/mlは4人であり、CD4は初診時平均271（16～515）/μlから現在平均437（71～872）/μlと全員改善が見られている。

非血液製剤の感染者12人では、年齢平均39.3（25～65）歳、治療は3剤併用療法AZT+3TC+IDV、AZT+3TC+NfV、AZT+ddC+IDV、d4T+ddI+NfVは各1人、d4T+3TC+NfVは5人、無治療（ウイルス量が400コピー/ml以下、CD4が400/μl以上）3人であった。現在の臨床状況はウイルス量400コピー/ml以下11人、1600コピー/ml1人、CD4初診時平均289（2～655）/μlから現在平均492（105～987）/μlと治療者全員の改善が見られた。無治療者は初診時よりほとんど変化はなかった。

●服薬指導：薬剤師が薬剤を外来に持参し、服薬に関する問題点を話し合い、生活に合わせた服薬時間を患者さんとともに考え、また副作用に関する新しい情報提供を行い、アドヒアランスの評価と改善を図っている。

●カウンセリング：カウンセリングを受けた人は21人（男性18人、女性3人）。性感染者6人、血液製剤12人、非感染者2人、患者家族1人。

●カウンセリング内容：感染不安（2）、対人関係（4）、自分のパーソナリティ（1）、人生観（3）、進路（4）、情報提供；心理、医学（4）、不安やストレス（3）、仕事上のトラブル（2）、家庭生活（2）、守秘不安（1）、経

済的問題(2)、服薬(1)、生活のリズム(1)。

## ②検査

●HIV薬剤耐性遺伝子検査の実績：1999年度で、28人のHIV感染者のジェノタイプを、血清ウイルスRNA及びプロウイルスを昨年度に確立した方法を用いて行った。他施設からの検体に対してもクール宅急便による搬送で十分対応できることが分かり、検査を受け付けている。

●日和見感染症検査：HCVのRT-PCRによる定性、定量検査、ヒトヘルペス1型の高感度nested PCRは可能となり、トキソプラズマ、JCウイルス等のPCRによる遺伝子診断の導入の検討を行っている。

## 考察

当院では施設、検査体制の整備はほぼ整い、スタッフも一応配置されていると考えられる。ブロック拠点病院である当院においても患者数はさほど多くなく、常時受診者は月25人前後である。大部分の患者さんは良好にコントロールされているが、ウイルスが測定限界でありながら、CD4リンパ球数の増加がさほどでない人、ジェノタイプの耐性検査でほとんどの薬剤に耐性変異を示している人が始めてきた。薬剤師を中心とした服薬支援の充実、臨床心理士によるカウンセリングも利用増加が見られている。また院内勉強会を通じて各職種の職員に知識を広め、連携強化を行ってきた。月1回の症例検討会で個々の症例における問題点の解決を図ってきた。今後とも絶えず変化する治療に対応し、適正な治療ができ、エイズ/HIV感染症における診療向上を目指し、医療体制の充実を図っていく。

## 地域拠点病院に対する連携、指導、教育に関して

### 方法

本年度は3年目にあたり、現在の各拠点病院におけるエイズ/HIV感染症の医療体制、診療状況を知るために平成11年10月にアンケート調査を行った。また各拠点病院との連携、指導、教育においては今年度も2回の連絡会議、エイズ/HIV感染症臨床カンファランス、講演会、ニュースレター東北版発行、臨床カンファランス誌発刊、ファックス、郵送による情報発信に加え、平成11年11月にホームページを開設し情報提供、連携強化を図った。

### 結果

#### I. アンケート調査

アンケート調査の結果40施設中32施設(80%)から回答が得られ、結果は表1に示した。

主なものを述べると、診療科開始から平成11年10月現在までの診療者総数は191人で、今まで全く診療経験がない施設9は施設であったが、平成11年10月時点で各拠点病院での診療者総数は85人で、診療患者なしが17施設と回答施

設の半数以上となっていた。現在の治療においては2つの逆転写酵素阻害剤と1つのプロテアーゼ阻害剤の3剤併用療法は85人中52人(61.2%)、無治療と逆転写酵素阻害剤2剤療法は15人(17.6%)ずつであった。感染症対策委員会は全施設にあり、AIDS/HIV感染症対策委員会は19施設にとどまっているが、それ以外の施設は感染症対策委員会が機能していると思われる。専門外来専用診察室保有施設は6施設に、病室の専用個室は12施設にとどまっているが、3年前と比べれば倍に増えていた。診療担当医が決まっている施設は65.6%と3年前と同じであった。知識習得は様々な手段で行っていたが、インターネット利用は6施設のみであった。国内研修は25施設で医師、看護婦が多く、海外研修は15施設で行っており、医師が多かった。汚染事故は合計7施設、35回あった。事故後予防的抗HIV薬服用は5施設で行った。血友病の専門医は12施設にしかいないが、血友病の診療は24施設で行っていた。

カウンセラーは12施設に配備され3年前の2倍に増加していた。歯科治療は19施設で実施しており、その中で観血的療法は18施設において可能であった。

#### II. 平成11年度東北地方拠点病院エイズ/HIV感染症臨床カンファランス開催

平成11年10月2日、場所：国立仙台病院大会議室

A. 座長：樋渡克英(いわき市立総合警城共立病院血液内科)

1. HIV陽性Hemophilia Aとして他院にて経過観察された後、著明なCD4(+)減少を来したが、三剤併用療法が有効であった一例

濱崎洋一、齊 敏明、樋渡克英(いわき市立警城共立病院)、丸山幸夫(福島県立医科大学附属病院第一内科)

2. NFV皮疹、d4 T末梢神経障害後、急な体重減少が出現している1例

——NFVによるリポジストロフィーか?——

高橋義博(大館市立総合病院小児科)

3. 口腔カンジダ症および脂漏性皮膚炎をきっかけに診断されたHIV感染症の1例

井上多恵(秋田大学医学部附属病院皮膚科)

4. 肺結核症で発症したAIDSの一症例

座安 清(国立療養所宮城病院)

B. 座長：酒井秀章(国立療養所西多賀病院内科)

5. HIV陽性例の重度頸部脊髄症に対する前方除圧固定術  
山崎 伸、後藤伸一、松原吉宏(国立療養所西多賀病院整形外科)、酒井秀章(同内科)、川島順子(同手術室)

6. 小脳梗塞を合併したHIV感染症の1例

村井千尋、木村朋文、佐藤 功、鈴木千征(国立仙台病院)

7. 抗HIV薬剤耐性に関するgenotyping検査の国立仙台病院における現状と今後の問題点

鈴木博義、浅黄 司、手塚文明(国立仙台病院臨床検査科)、佐藤 功、村井千尋(同内科)、照沼 裕(山梨医科大学微生物学教室)

C. 特別講演

HIV検査の最新情報および診断治療への応用

吉原なみ子先生（国立感染症研究所エイズ研究センター室長）

### Ⅲ. 11年度東北地方拠点病院等連絡会議①

平成11年11月26日、場所：国立仙台病院附属看護婦・助産婦学校体育館

#### 1. 特別講演

HIV感染機構とその阻止

東北大学医学部感染病態学分野 服部俊夫教授

#### 2. エイズ看護実務者連絡会議報告

高橋 睦（国立仙台病院看護部長）

多田恭子（国立仙台病院副看護婦長）

#### 3. 抗HIV薬の服薬指導と最近の話題

内藤義博（国立仙台病院薬剤科試験検査主任）

#### 4. 地域原告団報告

### Ⅳ. 11年度東北地方拠点病院等連絡会議②

平成12年2月9日、場所：国立仙台病院大会議室

#### 1. 後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針について

保健医療局エイズ疾病対策課 清水課長補佐

#### 2. エイズ診断・治療の最前線について（特に新しい抗HIV薬及び抗日和見感染症薬の使用法・副作用について）

ACCエイズ医療情報室長 青木 眞

#### 3. HIV診療支援ネットワークシステムについて（システムの概要）

国立国際医療センター 情報システム部長（A-netシステム管理者） 秋山昌範

#### 4. 患者からの要望

### Ⅴ. 東北HIV心理福祉研修会

平成12年3月17日、場所：国立仙台病院大会議室

#### 1. AIDS/HIV感染症診療の現状

国立仙台病院内科 佐藤 功

#### 2. HIV感染者・患者に対するソーシャルワーカーの関わりについて

総合国保中央病院 ソーシャルワーカー 本橋宏一先生

#### 3. HIV感染者・患者に対する心理カウンセリングの実際

国立病院九州医療センター カウンセラー 矢永由里子先生

#### 4. 分科会

ソーシャルワーカー部会

カウンセラー部会

### Ⅵ. 単独特別講演会

Primary Care HIV/AIDS Prevention

カリフォルニア大学サンフランシスコ校エイズ機構日本人医師研修プログラム・ディレクター Michell Feldman MD

### Ⅶ. 情報提供（ファックス、郵送）：行政の情報、抗HIV薬（新薬、副作用、ガイドライン）、ホームページ開設（図2）

### Ⅷ. 刊行物発刊

#### 1. あなたの栄養管理（図3）

#### 2. 東北地方拠点病院エイズ/HIV感染症臨床カンファレンス誌（図4）

#### 3. AIDS UPDATE JAPAN東北版Vol 1, No.1~3

## 考 察

アンケート調査の結果、平成11年10月の時点で東北地方の拠点病院の中でエイズ/HIV感染症診療無しの施設は32施設中17施設と半数以上に上った。これは本邦においてHIV感染者の増加が見られる中で、東北地方においてはエイズ動向委員会の報告によってもさほどの増加は今のところ見られず、新たな患者さんの受診施設が比較的少数の拠点病院に限られていたことによると推測される。

拠点病院間の連携強化、知識習得、情報提供など様々な事業を行ってきた。参加人数は80~120人と1施設2人平均になるが、診療数無し及び極少数の拠点病院が増加している傾向が見られており、今後HIV感染症における関心が低下する恐れもあり、東北のどの地域においても格差のない高度なエイズ診療が行われるための、診療向上、維持が困難となる懸念される。当ブロック拠点病院としては各拠点病院の経験の少なさを補うために、臨床カンファレンス等により患者の共有を図ることや、ブロック拠点病院における臨床研修プログラムを検討中である。

## 地域特異的問題と解決に向けて

### 方 法

東北地方においては患者数が少なく医療水準が低いこと、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が問題とされてきた。この3年間各拠点病院が医療体制の確立に向かって努力してきて、一般にも拠点病院の存在が知られることになった。その結果新たな患者さんはほとんど地元の拠点病院で診療を受けるようになったと思われる。しかしながら、身体障害者手帳や更生医療の申請の際に町、村の福祉課が窓口になっているため守秘不安から申請を躊躇している場合がある。現場での対応を明らかにし、解決する方法を模索するため、申請窓口関係者にアンケート調査を行った。

### 結 果

東北地方の377の身体障害者手帳申請窓口取り扱いの福祉課へアンケートを出し、307（81.4%）回収された。結果は図5に示したが、①感染者に対する差別は他地域と差がないと考えている人が56%。②プライバシーが「守れない」が39%、「他の地域と同じ」が42%。③67%が感染者家族が何らかの差別を受けるだろうと考えている。④知人がHIV感染者と知った時「今まで通りつき合える」が42%。

「支える」が21%であった。⑤エイズについての勉強は「ある」が60%、「ない」が40%であったが、「ある」と答えた人にはパンフレットやテレビ等と答えた人もあり、十分な知識習得ではないと考えられる場合もあった。⑥知識習得の主なものには書物、講演会、講習会であった。⑦身体障害者手帳申請や患者レセプト等でプライバシーが守れないことが「ある」と「あるかもしれない」とで62%に上った。⑧プライバシー守秘のため身体障害者手帳等交付手続き、決済の簡略処理を69%が可能としていた。

実際の対処としては個室での対応、郵送申請、電話連絡で打ち合わせる等が行われていた。

## 考 察

東北地方の身体障害者手帳申請関係福祉担当者の60%位の人がプライバシーが守れない場合があると考えている。東北地方はエイズ/HIV感染者が少ないため、実際の申請手続きの経験者は少なく、HIVに対する関心も低いようである。守秘遵守の重要性を強く認識してもらうために、まずHIV感染症を理解してもらうよう福祉担当者への教育が必要である。申請場所として地区の福祉課ではなく、県や担当病院等があたるとの意見があったが、行政的に改革が可能であれば県の福祉課などが対応する（郵送可）、あるいは専任の担当者が診療施設で手続きをするため赴く等の対策ができないか。また手帳交付後の有効利用が可能ないように、障害の種類がわからないような手帳、カード使用等配慮が必要である。

福祉関係の担当者への教育、連携として平成12年3月17日開催の心理福祉研修会への参加を要請している。また平成11年9月には宮城県の障害者担当福祉業務関係者への研修会で、免疫不全についての講演会を行った。

## 結 論

ブロック拠点病院における医療体制はかなり整備されてきた。今後はさらなる充実を図るため問題点を明らかにし、細部にわたる改善の検討を行っていく。拠点病院との連携強化については連絡会議、臨床カンファランス、講演会を開催し、ファックス、郵送による情報伝達に加え、本年度はホームページを開設した。しかしながらアンケート調査の結果から東北地方においては今のところHIV感染者の発生は少なく、診療無しや、極少数の診療を行っている拠点病院が増えているため、エイズ/HIV感染症診療に対する関心が薄れ、全ての拠点病院の診療レベルを向上、維持することが困難となることが懸念される。今後新たな問題として取り組んでいきたい。

## 研 究 発 表

- (1) 発表論文 なし
- (2) 学会発表
  1. 公開シンポジウム

——エイズ医療体制の確立を目指して——

地方ブロックにおける現状とその確立 東北ブロック

国立仙台病院 内科 佐藤 功

2. 第13回日本エイズ学会

ニューモシスチス・カリニ肺炎診断におけるPCRの有用性  
安岡 彰、蜂谷敦子（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター）、佐藤 功（国立仙台病院内科）、岩田敏、福田 潔（国立霞が浦病院）、永井英明（国立療養所東京病院）、田辺清勝（国立療養所南横浜病院）、坂 英雄（国立名古屋病院）、矢野敬文（国立病院九州医療センター）

## 研究成果の刊行に関する一覧表

1. あなたの栄養管理
2. 東北地方拠点病院エイズ/HIV感染症臨床カンファランス誌
3. AIDS UPDATE JAPAN東北版Vol 1, No.1~3



▼表1 平成11年度アンケート調査結果

表 平成11年度アンケート調査結果

1 東北拠点病院AIDS/HIV感染 診療経験数  
32/40施設

感染経路 /人数	現在までの診療経験数				
	血液製剤	性交渉	不明	いずれか	外国人
0人	17施設	15施設	30施設	9施設	28施設
1~5	8施設	15施設	2施設	16施設	4施設
6~10	3施設	1施設		1施設	
11~20	2施設	1施設		4施設	
21~30					
31~40					
41~50	2施設			2施設	
総人数	142人	47人	2人	191人	6人

感染経路 /人数	現在の診療数				
	血液製剤	性交渉	不明	いずれか	外国人
0人	21施設	21施設	31施設	17施設	30施設
1~5	8施設	10施設	1施設	10施設	2施設
6~10		1施設		2施設	
11~20	3施設			2施設	
21~30				1施設	
31~40					
41~50					
総人数	58人	26人	1人	85人	3人

2 抗 HIV 治療方法

無治療	14人
1剤(NRTI)	1人
2剤(2NRTIs)	15人
3剤(2NRTIs+PI)	52人
2剤(NRTI+PI)	2人

3 日和見感染予防

施行している	6施設
免疫改善後中止	6施設
症例による	2施設
施行しない	7施設

4 委員会 / マニュアル

	ある	ない	作る予定
感染対策委員会	32施設	0	0
AIDS/HIV感染症対策委員会	19施設	12施設	1施設
感染防止マニュアル	30施設	1施設	1施設

5 病室

専用個室	12施設
感染病棟	8施設
一般個室	24施設
一般病棟	21施設

6 専用外来

ある	6施設
ない	23施設
必要なし	3施設

7 診療担当医

決まっている	21施設
症状による	11施設

8 寝具消毒

嚴重	3施設
血液汚染なければ 一般と同じ	22施設
決めてない	6施設

9 食器消毒

別個消毒	3施設
一般と同じ	23施設
デスポ	1施設
未決定	3施設
無回答	1施設

10 浴室

専用	7施設
一般共用	13施設
時間差	7施設
決めてなし	10施設

11 診療姿勢

積極的	7施設
来れば診療する	23施設
診療を避けたい	1施設
無回答	1施設

12 職員のAIDS/HIV感染症の知識

十分である	9施設
不十分	17施設
ほとんどない	0施設
その他	6施設

13 プライバシー保護のため

別の病名を記載	5施設
抗HIV剤を私費とした	2施設

14 知識習得手段

見学	16施設
研修	25施設
講演	24施設
学習会	16施設
書籍	17施設
インターネット	6施設

15 海外研修

ある	15施設
医師	37名
看護師	9名
ない	17施設

16 国内研修

ある	25施設
医師	40人
看護師	85人
技師	8人
ソーシャルワーカー	6人
カウンセラー	1人
薬剤師	1人

17 手術経験

6例	1施設
4例	1施設
3例	1施設
2例	2施設
1例	4施設
0例	23施設

18 事故対策マニュアル

あり	29施設
回答無し	3施設

19 剖検例

4例	1施設
3例	2施設
2例	2施設
1例	3施設
0例	24施設

20 汚染事故

7回	4施設
3回	1施設
2回	2施設
0回	28施設

21 事故後抗HIV剤予防服用

服用したことあり	5施設
服用したこと無し	9施設
服用する予定	7施設
当該者の意志	9施設
担当医と相談	5施設
無回答	4施設

22 労災手続き

する	29施設
しない	0施設
無回答	3施設

24 HIV/HIV抗体検査を行う条件

本人の希望	29施設
免疫不全を疑う時	24施設
汚染事故	14施設
妊娠	13施設
手術	6施設
内視鏡	2施設
透析	1施設

23 HIV/HIV抗体検査

行っている	31施設
行わない	1施設

25 検査の同意

必ず取る	29施設
時々取る	1施設
無回答	2施設

26 血友病の治療経験

ある	24施設
ない	7施設
無回答	1施設

27 血友病専門医

いる	12施設
いない	19施設
無回答	1施設

29 他のカウンセリングに關係する人

主治医	28施設
看護師	19施設
ケースワーカー	13施設
精神科医	2施設
薬剤師	1施設

28 カウンセラー

いる	12施設
いない	20施設

31 歯科診療体制

一般と同じ	6施設
専用治療室	4施設
時間をずらして	9施設

30 歯科治療

行う	19施設
行わない	11施設
行う予定	2施設

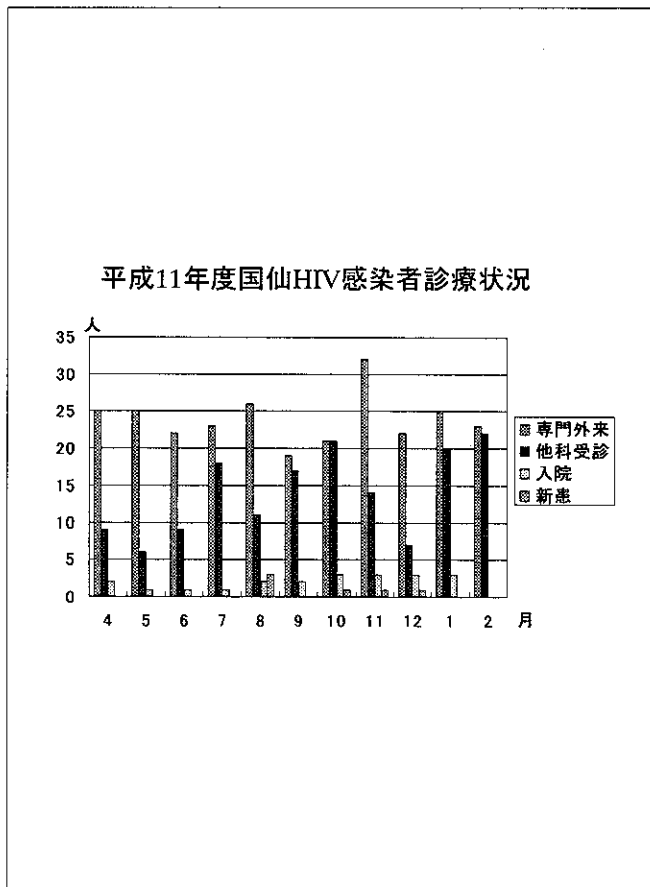
33 歯科診療ケアの講演会/講習会

希望する	19施設
希望しない	4施設
無回答	9施設

32 親血歯科処置

院内で施行	18施設
他拠点病院で施行	1施設

▼図1 平成11年度国立仙台病院HIV感染者診療状況



▼図2 東北エイズ情報ホームページ

東北ブロックAIDS/HIV情報PAGE  
last update 24 February, 2000 since 22 November, 1999

Update: HIV感染者療養支援(栄養管理の創設)を追加  
Update: 平成12年度エイズ治療研究開発センター研修講義要項  
Update: 米国DHHSがGuideline for Use of Antiretroviral Agents in HIV-1 Infected Adults and Adolescentsを発表  
Update: JAMA誌にTherapy in Adultsの改訂版掲載

エイズ電話相談を開放しています  
電話番号: 022-253-0671  
休週不曜日 16:00~18:00

東北各保健所エイズ相談・検査日券詳細を随時更新しています

国立仙台病院は東北ブロックエイズ拠点病院に指定されています  
国立仙台病院ホームページへ

国立仙台病院の詳しい交通案内はこちら! Q&A!

このpageのご意見ご感想は下記メールをお願いします  
メールはこちら

Copyright(C)1999, Sendai National Hospital. All rights reserved.

▼図3 あなたの栄養管理

あなたの  
栄養管理

国立仙台病院  
栄養管理室

厚生省  
平成10年度 厚生科学研究費エイズ対策研究事業

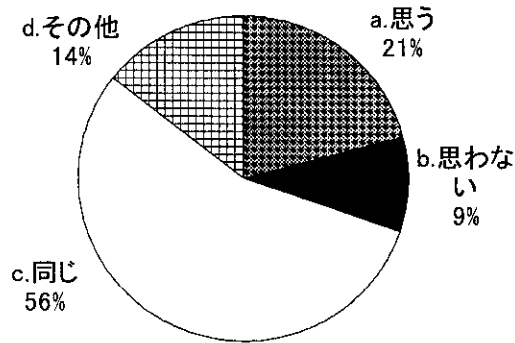
▼図4 平成10年度東北地方エイズ/HIV感染症臨床カンファレンス誌

東北地方拠点病院エイズ/HIV感染症臨床カンファレンス誌

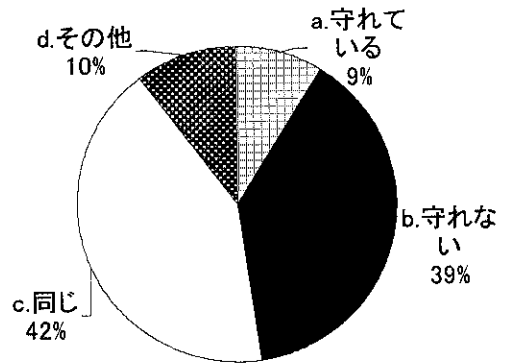
厚生省  
平成10年度 厚生科学研究費エイズ対策研究事業

▼図5 東北地方福祉担当者に対するHIV感染症についてのアンケート結果

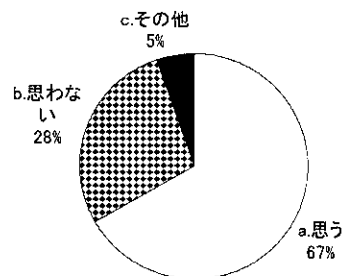
東北地方でHIV感染者に対して差別をする人が他の地域と比べて多いと思いますか



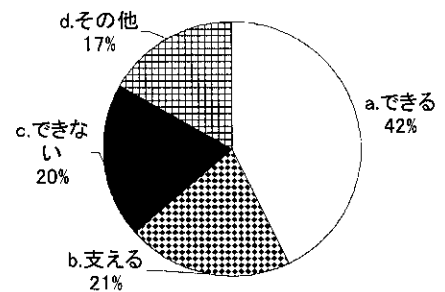
東北地方でプライバシーが他の地域と比較して守れ難いですか



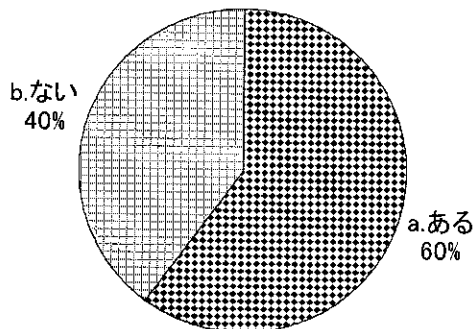
HIV感染者の家族は社会的に何らかの差別を受けると思いますか



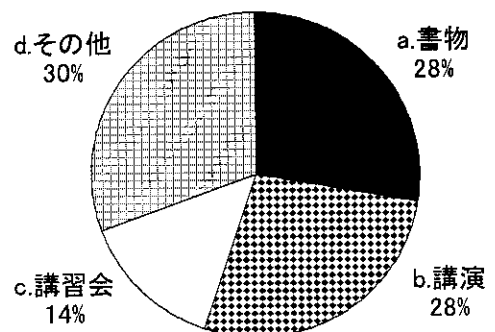
知人がHIV感染者と知った時今までと変わりなくつき合えますか



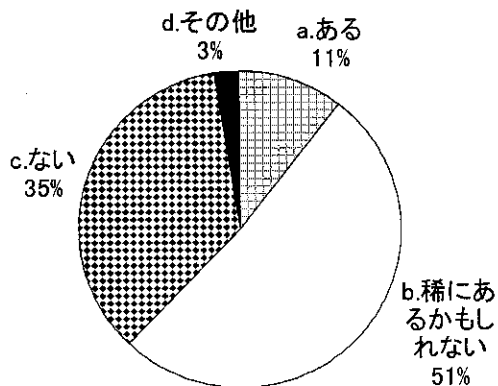
エイズについて勉強したことがありますか



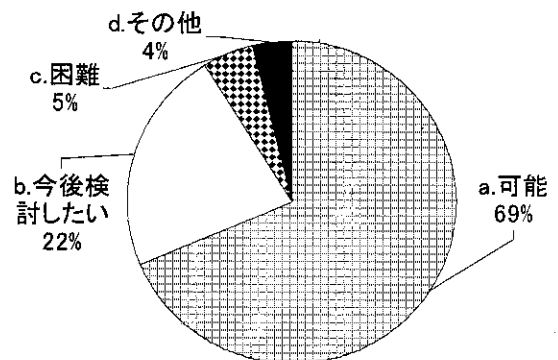
どのようにして知識を得ましたか



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



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



## ●ブロック拠点病院自己評価表 東北ブロック

## 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	1人	2人	2人	2人
1-1-2 専門看護師	人数	0人	3人	3人	3人
1-1-3 カウンセラー	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-4 情報担当員	人数	0人	1人	1人	1人
1-1-5 レジデント	人数	0人	0人	0人	0人
1-2-1 全科（医療職）対応	5段階評価	5	5	5	5
1-2-2 院内一般職員の対応	5段階評価	5	5	5	5

## 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	有無	無	有	有	有
2-1-2 個室の外来診察室	有無	無	有	有	有
2-1-3 外来でのカウンセリングルーム	有無	有	有	有	有
2-1-4 外来でのベンタミジン吸入室	有無	有	有	有	有
2-1-5 外来での気管支鏡検査室	有無	有	有	有	有
2-1-6 外来での顕微鏡処置室	有無	有	有	有	有
2-1-7 外来での歯科診療室	有無	有	有	有	有
2-2-1 入院病棟の確保	5段階評価	5	5	5	5
2-2-2 入院でのプライバシーの対策	5段階評価	5	5	5	5
2-2-3 専門病棟個室	有無	有	有	有	有
2-2-4 緊急入院対応	5段階評価	5	5	5	5
2-2-5 病棟でのカウンセリング室の確保	有無	無	無	無	有
2-3-1 診療に要する機器の整備	5段階評価	3	5	5	5
2-3-2 検査に要する機器の整備	5段階評価	3	5	5	5
2-3-3 情報交換用コンピューター	5段階評価	1	3	3	5
2-4-1 感染者に対する手術室対応	5段階評価	3	5	5	5
2-5-1 感染者に対する病理解剖室対応	5段階評価	5	5	5	5

## 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	有無	有	有	有	有
3-1-2 外国人用診療マニュアルの作成	有無	無	無	無	無
3-2-1 診療マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-2-2 投薬マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-2-3 エイズ医療情報ネットワークの利用度	5段階評価	2	4	4	5
3-3-1 院内研究会、症例検討会、講演会等の開催	回数	9回	16回	16回	25回
3-3-2 個々の患者治療に対する検討会の開催	有無	有	有	有	有
3-4-1 看護医療の満足度	5段階評価	4	4	4	5
3-5-1 カウンセラーの配置度	5段階評価	1	3	3	5
3-6-1 HIV抗体検査（ウエスタンブロットを含む）	有無	有	有	有	有
3-6-2 CD4/CD8陽性細胞検査	可・不可	可	可	可	可
3-6-3 ウイルス量の定量	可・不可	不可	可	可	可
3-6-4 ウイルス薬剤耐性検査	可・不可	不可	可	可	可
3-6-5 カリニの迅速診断	可・不可	不可	可	可	可
3-6-6 日和見感染症のPCR診断等	可・不可	可	可	可	可
3-7-1 エイズ医療センターによる研修会への参加	回数	0回	0回	4回	7回
3-8-1 針刺し事故の防止マニュアルの作成	有無	無	有	有	有
3-8-2 針刺し事故に対する体制の確立	有無	無	有	有	有
3-8-3 治療薬の常時設置	有無	無	有	有	有
3-9-1 患者データの統一管理	有無	無	有	無	有
3-10-1 国内HIV専門病院への研修会	人数			0人	4人
3-10-2 国外HIV専門病院への研修会	人数	11人	6人	4人	2人
3-11-1 歯科専門診療	有無	有	有	有	有
3-12-1 守秘意識の徹底度	5段階評価	5	5	5	5

## 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	5回	9回	5回	5回
4-1-2 拠点病院対象の検査講習会の開催	回数	0回	0回	0回	0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）	5段階評価	1	3	3	5
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）	5段階評価	3	4	4	5
4-1-5 他の拠点病院からの研修の受入体制	5段階評価	1	3	3	4
4-2-1 拠点病院との患者診療交換	5段階評価	1	5	4	4
4-2-2 拠点病院への何らかのアンケート調査	有無	無	有	有	有

## 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	有無	無	無	無	有
5-1-2 コーディネーター・ナースの研修	有無	無	無	無	有
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	5回	13回	15回	14回
5-1-4 医療相談会の開催	回数	0回	2回	0回	2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	5段階評価	1	2	3	4
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	5段階評価	1	3	4	5
5-1-7 患者手帳の作成	有無	無	無	有	有
5-1-8 遠隔地との患者輸送法の検討	5段階評価	1	1	2	4