

5.0 患者の満足と安心

5.1 患者の立場と意見の尊重

5.1.1 患者または家族等に、診療や看護に関して説明して、同意を得ている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

⇒ 家族等とは、患者が認めた関係者を指す。患者に不利益なことも説明していることを評価する

5.1.1.1 患者に対して、治療方針・治療方法・看護計画についての説明を行い同意を得ている

a. 患者・家族等に対し、具体的な治療方針・治療方法・看護計画について説明を行い、文書によって同意を得ていることが確認できる

b.

c. 同意を得ていることが確認できない

⇒ 何らかの理由により治療方針・治療方法・看護計画が患者・家族等に文書で示されていない場合はそのことを確認した上で評価する

5.1.1.2 主治医または担当医が、手術や大きな検査について説明を行い、同意を得ている

a. 個々の手術・検査について、文書で同意を得ていることを確認する

b.

c. 文書で同意を得ていない

⇒ 部署訪問の際、病棟において診療録5冊程度について、文書の有無と内容が適切であるかを確認する

5.1.1.3 患者に対して、退院時期や予後について説明を行い、同意を得ている

a. 患者・家族等に対し、退院時期や予後について説明を行い、同意を得ていることが確認できる

b.

c. 同意を得ていることが確認できない

5.1.1.4 HIV抗体検査について説明を行い、同意を得ている

a. 担当医師が、必要に応じて看護婦、カウンセラーなどの関係職員とともに患者本人に対し説明を行い、同意を得ていることが確認できる

b.

c. 同意を得ていることが確認できない、または無断検査を行う場合がある

5.1.2 患者のプライバシー保護がなされている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

◎5.1.2.1 病名等の患者情報の取扱いが適切である

a. 患者情報の取扱いが明文化され、職員に徹底されている

b.

c. 患者情報の取扱いが適切でない

⇒ 公文書や診療録の取扱いと同様に、電話での問い合わせや福祉施設等との情報交換時の配慮について評価する

5.1.2.2 放送による外来患者名の呼び出しがプライバシーに配慮した工夫がなされている

a. 個人名が出されない工夫がなされている

b.

c. 工夫がなされていない

5.1.2.3 検体等が人目に触れないように配慮がなされている

a. 配慮がなされている

b.

c. 配慮がなされていない

- ◎5.1.2.4 診察室や検査室の会話が外にもれないようになっている
- a. 入口がドアなどで完全に仕切られ、会話が外に漏れないようになっている
 - b.
 - c. なっていない（会話が聞こえる）
- 5.1.2.5 病室で入院患者がプライバシーを確保できる
- a. 病室の広さ、カーテン、名札掲示の選択がなされている
 - b.
 - c. 確保されていない
- 5.1.2.6 病棟の電話の設置場所についての配慮がなされている
- a. 電話ボックスや電話の設置場所を工夫することによりプライバシーへの配慮がなされている
 - b.
 - c. 配慮がなされていない
 - ☞ 個々のベッドに電話が設置されている場合でも、この項目は病棟に設置されている電話について評価する
- 5.1.2.7 面会用のスペースがある
- a. 見舞い客などのための面会用の部屋が整備されている
 - b.
 - c. 整備されていない
 - ☞ 専用である必要はないが、プライバシーを保つことができること
- ◎5.1.2.8 患者、家族等に説明するための、プライバシーの保たれる場所がある
- a. プライバシーの保たれる場所が常時確保されている
 - b.
 - c. プライバシーの保たれる場所がない
 - ☞ 専用の部屋であることが望ましい
- 5.1.3 患者に対して相談支援が行われ、院内との調整が行われている
5. 極めて適切である
 4. 適切である
 3. 中間
 2. 適切さにやや欠ける
 1. 適切でない／存在しない
- ◎5.1.3.1 相談窓口が設置されており、その窓口がわかりやすく明示、広報されている
- a. 窓口が明示、広報されている
 - b.
 - c. 明示、広報されていない
 - ☞ 初診者に対して、又、相談しにくいことを伝えられるような工夫がなされている
- 5.1.3.2 担当者がおり、患者・家族等が相談しやすい状態にある
- a. MSW またはこれに準ずる医療相談のための専任の担当者が決められている
 - b.
 - c. 担当者が決められていない
 - ☞ 実績が確認できる
- 5.1.3.3 患者・家族等と相談等を行うための、適切な相談スペースが確保されている
- a. 患者・家族等と相談を行うための部屋が常時確保できる
 - b.
 - c. 確保が困難である
 - ☞ 専用の部屋である必要はないが、プライバシーが確保できること
- 5.1.3.4 相談内容により担当者が院内スタッフと調整している
- a. 他の院内スタッフと調整を行うような体制が整っている
 - b.
 - c. 調整していない

- 5.1.3.5 患者または家族等に説明やカウンセリングを行う場合の環境に十分な配慮がなされている
- a. 防音、採光、落ち着ける適切なスペース、彩色、人目に触れない場所にある等の配慮があり、患者や家族等が安心して相談できる
 - b.
 - c. 配慮がなされていない

6.0 病院運営管理の合理性

6.1 医事業務

- 6.1.1.1 エイズ患者等がプライバシーの問題で個室に入院した場合の点数加算について理解されている
- 主治医・担当医、病棟婦長、医事課職員などが、点数加算について理解している
 -
 - 理解していない
 - ☞ 点数加算とは、「重症者等療養環境特別加算」を指す。なお、「難病患者等入院診療料」などについても留意が必要

6.2 施設管理

- 6.2.1 ハウスキーピングなどにおける感染対策がなされている
- 極めて適切である
 - 適切である
 - 中間
 - 適切さにやや欠ける
 - 適切でない／存在しない
- 6.2.1.1 院内の環境整備を統括する部門があり清潔管理体制が確立しており、院内は整理整頓され、清潔である
- 体制が確立しており清潔に保たれている
 -
 - 体制が確立していない、または汚い
 - ☞ 評価する場所は院内全てだが、特に患者病室、廊下、トイレ、浴室は必ず見る
- 6.2.1.2 退院後のベッド環境の清潔に配慮がなされている
- 配慮されている
 -
 - 配慮されていない
 - ☞ ベッド環境とは、病室、ベッドそのものなど患者が直接生活する場所を指す。感染症患者に限らず、一般の患者を対象とする
- 6.2.2 医療廃棄物の処理が適切に行われている
- 極めて適切である
 - 適切である
 - 中間
 - 適切さにやや欠ける
 - 適切でない／存在しない
- 6.2.2.1 医療廃棄物処理の責任者を配置している
- 責任者が明確である
 -
 - 責任者が明確でない
- 6.2.2.2 感染性廃棄物の分別・梱包が適切である
- 廃棄物などの性質・形状などを配慮し、危険のないように分別・梱包している
 -
 - まったく不適切である
 - ☞ 一般廃棄物の集積所も確認して評価する。保管場所、施設管理など
- 6.2.2.3 医療廃棄物処理の過程が適切に行われていることが確認されている
- 院内で処理されているものがある場合、施設内の焼却施設、オートクレープで滅菌処理が行われている。また、外部委託によって行われているものがある場合、業者などにより処理が行われていることを文書により確認している
 -
 - 適切に処理されていない、または確認されていない
 - ☞ 外部委託の場合には、業者による処理の適切性の確認が必要。焼却施設を用いている場合は、ダイオキシンの問題をクリアしていることを確認する

6.3 人事・労務管理

6.3.1 職場環境が整備されている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

6.3.1.1 希望者に対し HIV 抗体検査を実施する体制がある

- a. 実施する体制がある
- b.
- c. 体制がない

6.3.1.2 職員のストレス対策に配慮している

- a. サポート体制があるなど、配慮されている
- b.
- c. 配慮されていない

6.4 委託業務の管理

6.4.1 委託業務の管理が適切に行われている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない／存在しない

6.4.1.1 患者サービスと病院業務の質の向上に配慮して、業務の委託が行われている

- a. 委託業務の内容について検討する場があり、定期的に見直されている
- b.
- c. 委託業務の内容について検討する場がない
☞ 委託の必要性、適切性などについての検討の場

6.4.1.2 委託業務の品質管理を担当する部門または体制がある

- a. 各部門委託業務の品質管理を担当する担当者がいて、常に活動している
- b.
- c. 委託業務の品質管理を行う担当者がいない

6.4.1.3 委託業者に対してエイズに関する基礎的事項に関する教育が行われている

- a. 研修会などが定期的に行われている
- b.
- c. 研修会などが行われていない
☞ プライバシー・感染対策について教育が行われている

6.4.1.4 委託業務の事故発生時には、単独に処理せず必ず病院責任者に報告して指示を受けるよう手順が定められている

- a. 事故発生時の処理方法が定められていて、全業者に説明されている
- b.
- c. 事故発生時の処理方法が定められていない
☞ 対応方法の明確化、業者への周知

6.5 医療事故防止への対応

6.5.1 患者の医療事故防止への対応が適切に行われている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない/存在しない

6.5.1.1 患者の医療事故または医療事故に準ずる出来事が分析され安全教育の場に戻されるなど、患者の医療事故を防止するための組織的対応体制が整備されている

- a. 事故等の発生状況に関する分析をもとに具体的な事故防止対策が組織的に検討され、教育に活かされている
- b.
- c. 事故防止対策が組織的に検討されていない
 ⇒ 事故防止に関する委員会または権限を委譲された責任者がおり、事故情報の収集や院内を巡回して防止対策を指導するなどの活動が行われていることが望ましい

6.5.1.2 患者の医療事故発生時の対応が明文化され定期的に見直しが行われている

- a. 医療事故に対する適切な対応手順が明文化され定期的に見直しが行われている
- b.
- c. 対応手順が明文化されていない
 ⇒ 事故発生時の連絡体制、担当部署（担当者）の明確化など。

6.5.1.3 医療事故の発生時には、その内容が記録され、残されている

- a. 医療事故に関する記録が残されている
- b.
- c. 医療事故の記録が残されていない

6.5.1.4 医療事故が発生し、医療従事者に責任があるとの結論に至った場合、患者や遺族への賠償について適切に対応している

- a. 病院賠償責任保険に加入するなど適切に対応している
- b.
- c. 保険に加入しておらず、その都度対応している

◎6.5.2 職員の事故防止への対応が適切に行われている

5. 極めて適切である
4. 適切である
3. 中間
2. 適切さにやや欠ける
1. 適切でない/存在しない

6.5.2.1 職員の事故または事故に準ずる出来事が分析され、組織的に事故防止対策が検討されている

- a. 事故等の発生状況に関する分析をもとに具体的な事故防止対策が検討されている
- b.
- c. 事故防止対策が組織的に検討されていない
 ⇒ 薬剤や機器の取扱い方法、注射器のリキャップなど具体例を尋ね、誤った認識や動作を回避するための対策が日常的に行われているかどうかを確認する

◎6.5.2.2 針刺し事故のような職員の事故発生時の対応が明文化され定期的に見直しが行われている

- a. 針刺し事故などの発生時の対応について、おおよその対応手順が明文化され定期的に見直しが行われている
- b.
- c. 対応手順が決まっていない
 ⇒ 事故発生時の速やかな報告と対処、労災の手続きなどのおおよその対応手順が明文化され定期的に見直しが行われていること

6.5.2.3 職員の事故発生の状況が記録されている

- a. 職員の事故発生の状況について記録されている
- b.
- c. 記録されていない
 ⇒ 事故に準ずる出来事についても報告され、記録されていることが望ましい

資料4)

登録者基本情報

ここで登録された内容は病院にはお知らせしません。

その病院との関係

○患者 ○職員 ○患者家族、パートナー等 ○その他_____

年齢

○10歳未満 ○10-19歳 ○20-29歳 ○30-39歳 ○40-49歳 ○50-59歳 ○60-69歳
○70-79歳 ○80歳以上

性別

○男 ○女

その病院との関わりの年数：患者さんは通院歴を、職員の方は勤続年数をお答えください。

○1年未満 ○1年以上3年未満 ○3年以上5年未満 ○5年以上10年未満 ○10年以上20年未満
○20年以上

e-mail _____

職種：(職員のみ) 複数回答不可

○医師、歯科医師	○看護婦(士)、准看護婦(士)	○看護補助者
○助産婦	○保健婦	○薬剤師
○診療放射線技師	○臨床検査技師	○臨床工学技師
○衛生検査技師	○歯科衛生士	○管理栄養士、栄養士、調理師
○理学療法士、作業療法士、言語聴覚士	○その他医療技術員_____	○医療ソーシャルワーカー
○カウンセラー	○事務職員・その他_____	○診療情報管理士
○ハウスキーピング		

主に受診している科：(患者さんのみ) 複数回答可

<input type="checkbox"/> 内科	<input type="checkbox"/> 呼吸器科	<input type="checkbox"/> 消化器・胃腸科	<input type="checkbox"/> 循環器科
<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 精神科	<input type="checkbox"/> 神経科	<input type="checkbox"/> 神経内科
<input type="checkbox"/> 心療内科	<input type="checkbox"/> リウマチ科	<input type="checkbox"/> リハビリテーション科	<input type="checkbox"/> 外科
<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 心臓・血管外科	<input type="checkbox"/> 小児外科	<input type="checkbox"/> 整形外科
<input type="checkbox"/> 形成外科	<input type="checkbox"/> 美容外科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 産婦人科
<input type="checkbox"/> 産科	<input type="checkbox"/> 婦人科	<input type="checkbox"/> 眼科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科
<input type="checkbox"/> 気管食道科	<input type="checkbox"/> 皮膚泌尿器科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 性病科	<input type="checkbox"/> 肛門科	<input type="checkbox"/> アレルギー科	<input type="checkbox"/> 放射線科
<input type="checkbox"/> 麻酔科	<input type="checkbox"/> 歯科	<input type="checkbox"/> 矯正歯科	<input type="checkbox"/> 小児歯科
<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科	<input type="checkbox"/> 病理	<input type="checkbox"/> その他_____	

お好きな ID、パスワードを入力してください。(半角英数字 6 文字以上 10 文字以下)

ID : _____

パスワード : _____

HIV 患者の療養プロセスへの看護支援に関する研究

分担研究者：石原 美和（国立国際医療センター）

- A) HIV コーディネーターナースによる HIV 感染者の抗 HIV 薬服薬アドヒアランス形成への支援過程に関する研究—服薬アドヒアランス形成に対する標準的な支援過程—
本道 和子（東京都立保健科学大学）
- B) エイズ専任看護婦に対する他職種の認識
前田ひとみ（宮崎県立医科大学）
- C) エイズ拠点病院における担当看護婦の活動に関する全国調査
城崎真弓（国立九州医療センター）

研究協力者：

- | | |
|----------------------|-----------------------|
| 本道 和子（東京都立保健科学大学） | 秋本 薫（台東区保健所） |
| 前田ひとみ（宮崎県立医科大学） | 望月あずさ（訪問看護ステーションしらひげ） |
| 池田 和子（国立国際医療センター） | 大垣ひろみ（日本赤十字医療センター） |
| 渡辺 恵（国立国際医療センター） | 平山 妙子（北海道大学医学部付属病院） |
| 大金 美和（国立国際医療センター） | 高橋 睦（国立仙台病院） |
| 南家貴美代（熊本大学医療技術短期大学部） | 瀬賀 裕子（新潟大学医学部付属病院） |
| 大野 稔子（北海道大学医学部附属病院） | 鈴木 俊子（国立国際医療センター） |
| 山中 克朗（国立名古屋病院） | 西 幸子（石川県立中央病院） |
| 橋口 桂子（国立名古屋病院） | 黒田 智枝（国立名古屋病院） |
| 日比生かおる（国立名古屋病院） | 内藤 正子（国立大阪病院） |
| 菅原 美花（国立仙台病院） | 福田ムツ子（広島大学医学部付属病院） |
| 日高多津子（東京都衛生部エイズ対策室） | 竹永 陽子（国立九州医療センター） |
| 竜崎 加代（蒲田保健福祉センター） | |

研究要旨

HIV 感染症患者の増加に伴い、近年、合併症や社会的問題などを有するコーディネート困難な患者が増加している。また、治療期間の長期化に伴う治療失敗例や新たな副作用の出現など、HIV 感染症患者の療養プロセスは、今後一層複雑で、困難になることが予測される。本研究では、HIV 感染症患者の療養プロセスに対する有効な看護支援について検討する。初年度である今年度は、A) HIV 患者の療養プロセスをコーディネートする際、どのような視点で、どのような手法を用いてコーディネートしているのか、HIV 専任看護職の先駆的な実践例を分析し、B) HIV 専任看護職の役割や働きの実際を、医療チーム内の他職種はどのように認識し、役割分担しているのかについて調査、分析し、C) エイズ拠点病院において、HIV 専任看護職がどの程度配置され、どのような役割を果たしているのか、専任として実践する時の問題点について調査した。

その結果、HIV 専任看護職は療養者の療養プロセスにおいて、「疾患および治療に関する知識と技術の取得」「医療を継続して受けられる生活基盤の整備」を支援していた。そして、療養プロセスにおける情報分散を避けるため、担当制で連絡・情報窓口を一本化することが重要であり、その役割に HIV 専任看護職が適していることが示唆されたが、HIV 担当看護婦として機能を十分発揮するには、施設内での HIV 担当者の位置づけが重要であった。

1. 研究の背景

HIV 感染症に対する治療方法は、目覚しく進歩している。抗 HIV 薬の内服を継続しながら、健康状態を維持し、社会生活を送ることが可能になってきた。しかし、HIV 感染症患者（以下、療養者）の増加に伴い、近年、糖尿病や精神疾患などの合併症、ホームレスや不法滞在外国人などの社会的

問題を有する患者が増加している。また、治療期間の長期化に伴い、治療失敗例や新たな副作用の出現により、療養プロセスは今後一層複雑で、困難になることが予測される。

HIV 感染症が慢性疾患となり、高い内服率を維持しつつ正確な内服を継続することが治療成功の鍵であることから、adherence が重要であると

いう認識が医療者の間で高まっている。しかし、内服率と adherence とを混同している医療者も多く、adherence 維持・向上のための取り組みが、特に内服治療開始前に必要であるという認識はまだ低い。そのため、治療開始後に内服率が維持できず、結果的に治療失敗に至っている。

エイズブロック拠点・拠点病院の中には、HIV 専任看護職や HIV コーディネーターを配置し、adherence 育成を活動の中心として、医師やコメディカルスタッフと協働している。

2. 目的

HIV 感染症患者の療養プロセスに対する有効な看護支援を検討するために、HIV 専任看護職および HIV コーディネーターの A) 先駆的な実践プロセスの分析、B) 医療チーム内他職種との役割の相違分析、C) 専任者として実践するための条件分析をし、療養プロセスへの看護支援の実践を明確にする。

3. 先駆的な実践プロセスの分析 (A)

1) 方法

- (1) 対象：エイズ治療・研究開発センターに勤務する 3 名の HIV コーディネーター (以下、CN)。
- (2) 調査方法：平成 13 年 3 月までに CN が実施した支援過程を、各 1 名の療養者について半構成的な聞き取り調査を実施した。
- (3) 分析方法：得られたデータを時系列に整理し、①療養者の状況、②CN の活動、③CN による判断の指標、④判断内容、の項目に沿ったプロセスレコードにまとめた。その中から、(1)療養者の adherence 育成過程とその課題、(2)CN の支援過程を抽出し、フローチャートにまとめた。
- (4) 倫理上の配慮：調査に際しては、書面にて研究目的・方法・意義に関する説明を対象者に実施し、了解を得た。調査研究の全プロセスを通し、対象者および療養者が特定できないように配慮した。

2) 結果および考察

(1) 療養者の課題と支援方法

生活背景や来院までの経緯が異なる 3 人の療養者は、服薬開始までに、いくつかの共通した課題を克服していた (図 1. 服薬 adherence 形成までの療養者の課題 Ver. 1)。

課題①CN を支援者として認める

克服支援：・初回時、療養者に対して CN の役割を明確にする。

・療養者が自己表出できるようサポート的なコミュニケーションと教育カウンセリングを行う。

課題②疾患を受容する

克服支援：・CN が疾患や治療に関する情報を療養

者が理解できるように提示する。

課題③自分の健康管理法を習得する

克服支援：・療養者にデータ (CD4 数、HIV-RNA 量など) の見方や意味を説明する。

・療養者に抗 HIV 療法や副作用に関する情報提供を行う。

・療養者の診察への臨み方についてアドバイスし、主治医との信頼関係形成を支援する。

・他科受診や治療の優先順位などについて CN と主治医とで協議する。

課題④生活基盤を整えることができる

克服支援：定期受診、支援者の確保、経済基盤の整備、生活の場の整備を支援する。

課題⑤生活リズムを作ることができる

課題⑥服薬と生活をすり合わせるができる

課題⑦服薬開始を決定できる

(2) CN による服薬 adherence 形成支援の構造 (図 2. 服薬 adherence 形成支援の構造 Ver. 1)

(1) から、CN は療養者に対し、①疾患および治療に関する知識と技術の取得を支援する、②医療を継続して受けられる生活基盤の整備を支援する、という 2 方向からアプローチしていると考えられた。

4. 医療チーム内他職種との役割の相違分析 (B)

1) 方法

(1) 対象：エイズ治療・研究開発センターで CN 研修を受けた HIV 専任看護職が配置されている 3 つのブロック拠点病院のエイズ外来医療チームで、日常的に診療に携わっている医師 5 名、薬剤師 4 名、臨床心理士およびカウンセラー 3 名。

(2) 調査方法：平成 13 年 1 月から 2 月まで、エイズ外来診療の流れ、各職種の活動内容や専門性、CN の活動内容や専門性に関する認識等について、半構成的面接調査 (一人当たり 25 分前後) を行った。面接内容は調査用紙に記録すると共にテープに録音した。

(3) 倫理面への配慮：対象者には事前に書面で研究計画書を示し研究協力の同意を得た。

2) 結果

全 CN が専用の携帯電話、コンピュータを所有しており、療養者だけでなく他の医療機関や保健所等からのエイズ診療や相談の窓口としての機能を果たしていた。

(1) CN 活動内容に関する認識

身体的・精神的・社会的・文化的側面のアセスメントに基づいた

①療養者および家族のカウンセリング

②医療チーム及び関係機関との調整・連携

③疾患・服薬についての療養者および家族への教育・支援

④療養者に対する服薬ならびに日常生活指導・予防教育

⑤サポート形成支援

療養者が CN と連絡がとりやすいシステムが整備されていることは、在宅療養を継続する療養者のニーズに CN および医療者が敏速に対応できるというメリットがある。また、担当制で連絡の窓口が一本化していることにより、療養者に関する情報が分散せず、プライバシー配慮の点からも望ましい。このような対応には、「人間を全体的にアセスメントし判断できる看護職が最も適している」と外来医療チームの他職種全てが認識していた。

(2) CN の専門性に関する認識

エイズ外来医療チームの構成員は、各病院で異なっており、CN、医師と臨床心理士、または薬剤師・カウンセラー、薬剤師・臨床心理士であった。

各職種の活動内容やかかわる時期は、それぞれ重複していたが、チームの職種構成の違いによって認識されている CN の活動内容は異なっていた。**薬剤師の認識**：CN は療養者の生活に視点を当てた服薬指導・支援を行っている。または、CN が療養者の服薬全般についてアセスメントし、専門的な薬理知識を必要とする場合には、薬剤師へ連携するための調整を行っている。

臨床心理士やカウンセラーの認識：CN は常に療養者に接し、心理面のみでなく身体的アセスメントをもとに心身の関連を見ながら対応している。

3) 考察

(1)(2)から、CN の活動は外来医療チームの他職種から評価を得ていた。しかし、現在の人数や勤務形態では、その機能を十分に発揮できないため、看護職が外来で専門性を発揮して活動するためには、少なくとも2名以上の専属の専門看護職が必要であると考えられていた。

服薬アドヒアランスの形成には、複数の職種によって支援が行われている。その中で、療養者は必ず「自分の生活と服薬方法をすり合わせる」という課題を経るため、診療と生活の両面に対し役割を持つ看護職が、その両面から療養者にアプローチしていくことの重要さが、他職種の認識から明確になった。

5. HIV 専任看護職として実践するための条件分析 (C)

1) 方法

- (1) 対象：全国エイズ拠点病院の看護管理者
- (2) 調査方法：郵送法によるアンケート調査

2) 結果および考察

(1) 全体の概要

アンケート総配布数は 363、回収したのは 269 (平成 13 年 3 月 1 日現在、回収率 73.0%) であった。

①HIV 感染患者への対応・診療状況

HIV 患者の対応・診療が可能な施設は 257 施設 (95.5%) で、うち HIV 担当看護婦がいる施設は 100 施設 (38.9%) であった。

一時的な対応が可能な施設は 11 施設 (4.1%) で、うち HIV 担当看護婦がいるのは 3 施設 (27.3%)、全く対応が不可能な施設は 1 施設 (0.4%) であった。

②外来通院患者数

「0人」の施設は 88 施設 (32.7%) で、うち HIV 担当看護婦がいる施設は 26 施設 (29.5%) であった。このような施設では、HIV 担当看護婦の役割が不明確であり、人員的にも専任看護婦化は困難である。また、「1人」の施設は 32 施設 (11.8%) で、うち HIV 担当看護婦がいるのは 12 施設 (37.5%)、「5人以上」は 113 施設 (42.0%)、うち HIV 担当看護婦がいるのは 57 施設 (50.4%) であった。

患者数が多くても HIV 担当看護婦がいない施設もあり、そのような施設では患者教育などの責任の所在が不明である。

③HIV 担当看護婦数

1名	52施設 (50.5%)
2名	19施設 (18.4%)
3~5名	20施設 (19.4%)
6名以上	8施設 (7.8%)
(11人以上)	4施設

HIV 担当看護婦数が多い施設の中には、患者数が少ない施設があることから「プライマリーナース」の意味で解答したと考えられる。

(2) HIV 担当看護婦の状況

①役職

婦長・士長	58名 (25.8%) (専任6名)
副婦長・副士長	24名 (14.5%) (専任2名)
主任	26名 (15.7%) (専任3名)
看護婦・士	99名 (59.6%) (専任40名)
その他	17名 (10.2%) (専任6名)

婦長・士長が HIV 担当者になっている理由として、日勤が多く HIV 患者の療養支援のために活動しやすいこと、その際必要な「院内での連絡・調整」という役割は、従来婦長業務であったことが考慮されたと考えられる。

②勤務形態

専任	57名 (25.4%)
兼任	167名 (74.6%)

兼任の場合、HIV 担当と外来担当または HIV 担当と入院担当という兼任形式が多かった。

患者経験がないために HIV 担当看護婦の役割が明確でない施設があり、「担当」という意味の理解が様々であった。

③勤務体制

日勤	79名 (35.9%)
三交代	111名 (50.5%)
2交代	3名 (1.4%)
その他	27名 (12.3%)

HIV 担当看護婦であっても、日勤体制がとれない状況であった。

④活動内容

「心理面への援助」82.8%、「患者教育」「患者の問診」はともに79.8%、「服薬指導」72.7%、「家族への支援・家族相談」70.7%が活動の上位を占めていた。専任の場合、特に重要な「患者教育」「患者の問診」「服薬指導」は80%以上が行えていたが、兼任の場合には、全体に平均的に実施されて、重要な支援には逆に焦点をあてられない状況が明確になった。

6. 結論

服薬 adherence の形成に焦点をあてた支援過程の分析から、「疾患および治療に関する知識と技術の取得を支援する」「医療を継続して受けられる生活基盤の整備を支援する」という看護支援が明確にされた。

医療チームとして協働している他職種との関係からは、複雑化する療養プロセスにおける情報分散を避けるため、担当制で連絡・情報窓口を一本化することが重要であり、その役割に HIV 専任看護職が適していることが示唆された。

しかし、HIV 担当看護婦として十分その機能を発揮するには、支援内容の明確化と同時に施設内での HIV 担当者の位置づけや勤務体制が重要であることが、全国調査のデータから示唆された。

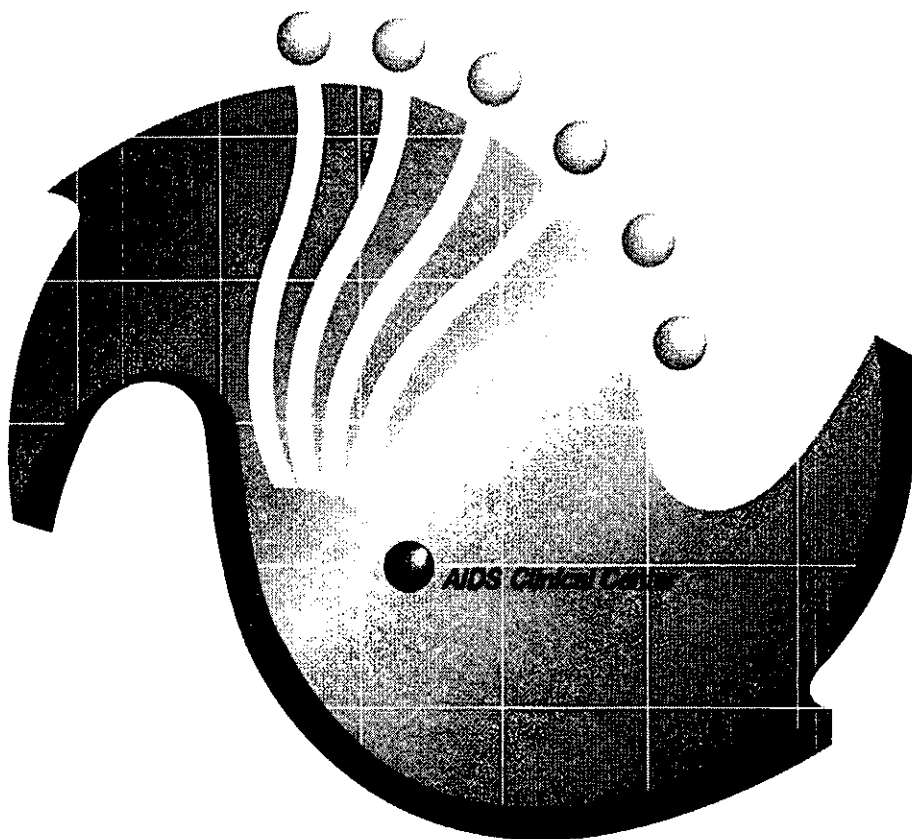
次年度は、HIV 専任看護職が実施している支援過程について、さらに分析をすすめるとともに、その機能を発揮するために必要な条件について検討するため、さらなる調査を実施する。

上記調査に快くご協力いただきましたブロック拠点・拠点病院の医療スタッフの皆様に深謝いたします。

資料 1

HIV/AIDS 在宅療養支援導入へのプロセス

～拠点病院と地域療養生活の継続支援～



HIV/AIDS患者の療養継続への看護支援に関する研究

ACC
AIDS CLINICAL CENTER
エイズ治療・研究開発センター

資料1 つづき

「第2回 HIV/AIDS患者の在宅療養支援研修会」

エイズ対策研究推進事業研究成果等普及啓発事業「研究成果発表会」



プログラム

平成12年12月12日

総合司会 国立国際医療センター
コーディネーター 大金美和

第1部	第2部
13:00-13:05 開会の挨拶	15:00-15:15 厚生科学研究 エイズ対策研究事業 HIV/AIDS患者に対する在宅支援の現状と課題 国立国際医療センター 看護支援調整官 石原美和
13:05-14:50 「バンクーバーにおけるエイズ拠点病院と地域との連携」 バンクーバー St.Paul 病院 エイズセンター研修部長 アイリーン・ゴールドストーン氏 通訳：国立国際医療センター コーディネーター 渡辺 恵	15:15-15:35 VIDEO「HIV/AIDS患者への在宅療養支援の導入」
14:50-15:00 休憩	15:35-16:55 シンポジウム ～HIV/AIDS患者の在宅療養支援の導入～ 座長 国立国際医療センター 石原美和 東京都エイズ対策室 日高津多子 蒲田保健福祉センター 電崎 香代 誠和会訪問看護ステーション 望月あづさ 東北大学医学部附属病院 大西良子 国立国際医療センター 池田和子
	16:55-17:00 閉会の挨拶



プログラム

平成12年12月17日

総合司会 国立大阪病院
コーディネーター 織田 幸子

第1部	第2部
13:00-13:05 開会の挨拶 国立大阪病院 看護部長 内藤正子	15:00-15:15 厚生科学研究 エイズ対策研究事業 HIV/AIDS患者に対する在宅支援の現状と課題 国立国際医療センター 看護支援調整官 石原美和
13:05-14:50 「バンクーバーにおけるエイズ拠点病院と地域との連携」 バンクーバー St.Paul 病院 エイズセンター研修部長 アイリーン・ゴールドストーン氏 通訳：国立国際医療センター コーディネーター 渡辺 恵	15:15-15:35 VIDEO「HIV/AIDS患者への在宅療養支援の導入」
14:50-15:00 休憩	15:35-16:55 シンポジウム ～HIV/AIDS患者の在宅療養支援の導入～ 座長 国立国際医療センター 石原美和 国立大阪病院臨床研究部 白阪 琢磨 東京都エイズ対策室 日高津多子 足立区中央本町保健総合センター 秋元 薫 日本赤十字社医療センター 大塚ひろみ 国立国際医療センター 池田和子
	16:55-17:00 閉会の挨拶 国立大阪病院臨床研究部 白阪班 班長 白阪琢磨

「実践！エイズトータルケア在宅療養支援の導入編」

ビデオ紹介

1996年以降、プロテアーゼ阻害剤等の開発に伴い、HIV/AIDS患者の療養生活は変化した。最近ではHIV感染症以外の合併症や社会問題などを複合的に有する患者が増加している。そのため、拠点病院と保健婦や訪問看護婦等が連携して在宅療養を地域で支援することが必要な患者も多い。具体的な支援内容には、定期受診への支援や服薬管理、家族指導や居宅の環境整備などがあげられる。

実際には、患者・家族は地域スタッフの介入をプライバシーの問題を理由に拒否したり、地域側スタッフもHIV/AIDS患者へのケア経験がない・少ないことを理由に支援の導入に消極的な傾向がある。

そこで厚生科学研究 HIV医療体制の整備に関する研究の一貫として、拠点病院と地域スタッフが協力して療養支援を実施している事例を収集・分析した。在宅療養支援導入フローチャート、在宅療養支援移行情報提供シートなど用いながら、そのモデルとなるACCのコーディネーターナースの実践の様子と、患者の生の声によって在宅療養支援プロセスを紹介している。

本ビデオは多くの医療・保健従事者が視聴し、高い評価を得ている。ますます身近になるHIV/AIDSケアの状況を知るためにも必見のビデオ教材である。



実践！エイズトータルケア
在宅療養支援の導入編



ACC

※ビデオに関する意見・お問合せ
国立国際医療センター
エイズ治療・研究開発センター
TEL:03-5273-5418
FAX:03-3208-4244

海外をモデルとした HIV 感染症の医療体制の確立に関する研究

— スウェーデン、イギリス、ベルギー、及びスイス —

分担研究者：木村 和子(金沢大学大学院自然科学研究科医療薬学専攻)

研究協力者：池上千寿子(ふれいす東京)

石原 美和(国立国際医療センターACC)

桜井 賢樹(財団法人エイズ予防財団)

澤田 貴志(国際保健協力市民の会)

白阪 琢磨(国立大阪病院 臨床研究部)

高田 昇(広島大学医学部附属病院輸血部)

林 素子(国立公衆衛生院疫学部)

圓山 誠信(大阪府豊中保健所)

若井 晋(東京大学医学部医学系研究科国際地域保健学教室)

研究要旨

海外の HIV 感染症の医療提供体制、抗レトロウイルス療法の普及及びその経済的側面について調査研究する。移民、難民などの医療費負担にまで視野を広げる。初年度は本研究全体の意義、目的、範囲、内容等について精査し、調査書の作成、発送先の同定を行った。調査書に対して、3 月末までに何らかの回答が得られた国はオーストラリア、カナダ、イタリア、スイス、スウェーデンであり、現在解析を進めている。また、米国からは州レベルでの調査が必要であるとの回答があり、韓国からは回答言語について問合わせがあった。

さらにスウェーデン、イギリス、ベルギー及びスイスについては訪問面接調査を行った。その結果概要は以下のとおりである。

1) 疫学

スウェーデンは人口 8.9 百万人に対し HIV 感染者累計は 5,368 名、イギリスは 59 百万人に対し、HIV 感染者は約 18,801 人、ベルギーは 10 百万人に対し 12,956 人、スイスは 7 百万人に対し 16,000-26,000 人である。いずれも人口 120 百万人に対し約 8,000 人の感染者を有するわが国よりもはるかに高い陽性率である。(イギリス、ベルギーは'99、他は'00の数値)

2) HIV 感染症検査

HIV 感染検査は開業医、検査所または病院で行われている。その費用は健康保険や社会保障費で賄われ、自己負担はないか、ごく限られたものである。スウェーデンでは匿名でも無料で受けることができる。

3) HIV 感染症の医療体制

HIV 陽性が確定した場合には、一般に開業医から HIV 専門医のいる病院あるいはクリニックに紹介される。これは、HIV 感染症治療法が複雑かつ進歩が早いためである。国によりシステムに違いはあるが、開業医を通さず、直接専門医にかかることもできる。

HAART 療法あるいはコンビネーション療法が出現して以来 AIDS 発症者は激減し、感染者は 3 ヶ月に一回程度外来で受療している。地元看護婦やホーム・ヘルパーなどの派遣も行われるようになり、在宅でのケアの充実が図られている。

4) HIV 感染症の医療保障

スウェーデンでは国民健康保険 National Health Insurance 及び郡委員会の負担により医師の診察及び検査は無料で受けられ、心理的・社会的サポートも提供される。治療薬には年間約 20,000 円の自己負担が課される。

イギリスでは国民健康サービス National Health Service (NHS) により診察、検査、医薬品はすべて無料である。在宅療法にも NHS が適用されるようになった。

ベルギーでは社会保障 Social Security により医療が提供されているが、受診の都度約 1,300 円が徴収される。HIV/AIDS 治療薬の患者負担はない。

スイスでは 1996 年以降民間保険への加入が義務づけられており、契約条件に従って治療費が償還される。手術には郡の補助もある。

5) 移民・難民及び亡命希望者の HIV/AIDS 医療保障

スウェーデンでは HIV 検査を含む健康診断が行われるが、救急救命治療を除き、在留資格の決定

までは基本的には医療は提供されない。

イギリスは個々の条件により判断されるが、NHSにより無料で医療が提供される。

ベルギーでは主治医が外務省に申請し、医療費は公的に負担される。

スイスではヨーロッパ人権コードに従い、母国で HIV/AIDS 治療が提供されず、米国 CDC 分類 C に該当する重症患者にのみ、医療が提供される。

1. 研究背景

わが国の HIV 感染者及び AIDS 患者の累計は約 8,000 名であり、人口 10 万人あたり 8 人と先進国中でもきわめて低い。しかし、多くの先進国で新たな感染者が減少傾向にあるといわれているのに対し、わが国では平成 12 年度においても増加に悩んできた。HIV 感染者医療体制としては国立国際医療センターをナショナルセンターとし、8 ブロック拠点病院および 364 拠点病院により全国同水準の診断、治療等の提供が図られている。

わが国の HIV 感染症治療の医療費は健康保険の対象となるほか、障害者給付や血液凝固因子製剤による HIV 感染者には国により救済給付事業が行われている。しかし、医療保険で保障されていない来日外国人の高額な医療費は医療現場で深刻な問題を呈している。また、いずれ帰国するこれらの人々の母国で抗レトロウイルス療法継続の可否は日本での治療法選択に当たり考慮を要する点である。

そこで、わが国よりも多数の HIV 感染者を抱え、また、HIV 感染率の高い地域から多くの人々が渡来している西欧先進諸国がどのような医療提供体制で治療に臨んでいるのか、そして HAART 療法など高額医療の患者負担は如何に保障されているのか、HIV 感染率の高い発展途上国からの移民や難民の医療費はどのように賄われているのか、さらに一方では、先進国以上に経済的に逼迫している発展途上国ではどのような HIV 感染症医療を提供しているのかなどを情報収集し、その社会的、歴史的、文化的背景の上に解析することは、今後のわが国の HIV 医療提供体制を考える上で有益なヒントとなるものと思われる。国単位でのマクロレベルの HIV 医療提供体制、特に経済的側面からみた HIV 医療提供体制についての海外調査はこれまで報告がなかったことから、わが国初の体系的な調査研究を試みたものである。

2. 目的

平成 12 年度から三年間の研究を通じ、先進国におけるマクロ（国単位）の HIV 感染症医療提供体制及び医療保険制度のなかでの HIV 医療費保障のあり方を海外からの HIV 感染者に対する医療費保障を含めて調査研究する。さらに、発展途上国での HIV 感染症の医療提供の実態に

についても情報収集する。これらの調査研究を通じ、今後のわが国の HIV 医療提供体制の改善に資することを目的とする。

3. 方法

3-1. 研究計画と調査書の作成

2 回の分担班会議において研究目的、範囲、活動計画、調査内容、調査方法を同定し精査した。調査書は平成 12 年度を通じ研究協力者とのメール、ファックス、電話による議論によって練りあげ、小ワーキンググループによって完成した。

発送先は先進各国の担当官名を在京大使館に依頼して同定した。発展途上国についてはエイズ予防財団主催の研修出席者名簿によった。調査書は国際クーリエ便で平成 13 年 2 月 5 日に発送するとともに、E メールでも同時に送付した（送付先：別添 1）。

3-2. 訪問面接調査

平成 13 年 3 月 20 日から 31 日まで、スウェーデン、イギリス、ベルギー及びスイスにて訪問調査研究した。訪問面接先は別添 2 に掲げた。この部分は分担研究者の責に帰す。

4. 結果

第 1 部 研究計画と調査書の作成

4-1. 研究計画

初年度である平成 12 年度は、本分担研究を最大限に有意義なものとするため、三年間の目的を明確にし、研究計画を立てるとともに、具体的研究内容、研究方法、調査書作成、調査対象国の決定と担当官の同定を行うことを主な活動とした。その後、調査書を発送し回答の収集に努めるとともに、スウェーデン、イギリス、ベルギー及びスイスで訪問面接調査を行った。

平成 13 年度は、郵便および訪問面接によりさらに情報収集を行うとともに、収集情報の解析を進める。

平成 14 年度は海外専門家を交え、HIV 感染症医療提供体制に関するフォーラムを開催するとともに、三年間の海外調査研究を総括し、我が国の HIV 医療提供体制の確立に資する。

4-2. 調査書（別添 3）

目的：

HIV 感染者に対するより良い医療提供体制をわが国で確立するため、諸外国の HIV 感染者の医療体制について調査研究する。特に移民も含めた医療の経済的側面に焦点を当てるものである。

調査項目

- (1) 国家 HIV/AIDS 政策及び戦略
- (2) HIV/AIDS 疫学データ及びサーベイランスシステム
- (3) HIV/AIDS 関係法令
- (4) 推奨される抗レトロウイルス薬レジメ
- (5) 市民及び非市民に対する政府による経費負担（抗レトロウイルス薬を含む）
- (6) 推奨される抗レトロウイルス薬療法の平均的な医療費（一人当たり）
- (7) 市民及び非市民に対する HIV/AIDS の医療的、社会的支援システム/プログラム、また、記入担当者の詳細な連絡先も求めている。

発送先と回答状況**選択基準：**

1. 先進国は国民皆保険の国、社会的文化的に代表的な国またはそれに代わりうる国
2. 米国
3. 来日者数の多い発展途上国
発送先国（担当者及びアドレスは別添 1）：
オーストラリア、ベルギー、カナダ、中国、フランス、ドイツ、イタリア、韓国、ミャンマー、スウェーデン、スイス、タイ、イギリス、米国、ベトナム

平成 13 年 3 月 31 日までに内容に関連して何らかの回答が文書により得られた国は、オーストラリア、カナダ、イタリア、スウェーデンである。米国については州レベルの調査の必要性を指摘するメール連絡があり、韓国からは一度電話にて使用言語の問い合わせがあった。

これまでに回答として寄せられた主な文献を別添 4 に示す。（訪問面接調査による収集分も含む）

第 2 部 訪問面接調査**4-3. スウェーデン**

- ・人口：8.9 百万人（2000 年 7 月現在）。
- ・移民率：人口 1000 人当たり 0.86 移民（2000 年 7 月推定）。多数のスウェーデン人が海外に旅行し、また、HIV/AIDS 高発生率国からの移民も多いのに、スウェーデンの HIV 感染率が低いのは HIV 予防活動が成巧しているからとのことである。
- 換算レート：1 SEK（スウェーデンクローナ）= 約 12 円

4-3-1. 立法と行政

スウェーデンの政治は、三つのレベルで行われている。国会、地域の郡委員会 county council 及び地方自治体 municipalities である。それぞれ選挙によって選ばれ、責任範囲が異なる。

省 ministries は議会のための法案作成や規則等を作成しており、400 を超える委員会等 Committees, Board and Authorities が国レベルの施策の執行・監督を行っている。HIV/AIDS については健康社会省 Ministry of Health and Social Affairs のもとで、National Board of Health & Welfare が機能している。

21 の郡委員会は税を課すことができ、健康と医療について責任を負っている。社会福祉は一義的に地方自治体の責任である。

HIV/AIDS に関する国の研究機関にはスウェーデン感染症コントロール研究所 Swedish Institute for Infectious Disease Control 及び国立公衆衛生研究所 National Institute of Public Health がある。

4-3-2. STD(性感染症)／HIV に対する公衆衛生政策

1995 年に国立公衆衛生研究所が中心となって、関係官庁や郡委員会協会、地方自治体、及び NGO(非政府組織)と協力して STD/HIV 公衆衛生政策を策定し、国家 AIDS 委員会で承認された。これは次の 3 つの大目的からなっている。

目的 1. STD/HIV の蔓延防止

目的 2. HIV/AIDS 及び他の STD による個人的・社会的悪影響の最少化

目的 3. STD/HIV 予防活動のため国、郡及び地方の連帯、維持、調整。

この政策は関係当局、郡委員会、自治体、その他の組織が自らのアクションプラン作成にあたり基礎とすべきものである。2000 年秋には STD/HIV 新アクションプランが作成された（スウェーデン語）。2001 年夏には英語版が公表される予定。

4-3-3. 関連法規

1985 年に HIV/AIDS は淋病、クラミジア及び梅毒と同様に感染症法（the Communicable Diseases Act）に取り込まれた。これは 1989 年の新感染症法にも引き継がれた。この法律によって感染症に罹患したと疑われる者には受診（検査及び診察）が義務づけられた。医師は安全でないセックスの回避、パートナーへの告知、コンドーム使用、注射針の非共有などのルールを患者に指導することになっている。患者がこの指導にはなはだしく従わない場合には郡の感染症コントロール専門家を経由し裁判所の決定により病院に収容する

ことができる。収容期間は一期目3ヶ月、二期目6ヶ月。1988年以來80-100名程度が収容されたがこの措置の是非についての論議は絶えない。感染を知りながら、40人の女性と性的交渉を持った男性が刑法により処罰された例もあるようである。

4-3-4. サーベイランスシステムと疫学情報

1985年にHIV/AIDSが感染症法に取り込まれて以降、スウェーデン感染症コントロール研究所及び患者の居住する郡の感染症コントロール専門家にHIV感染症例を報告することが義務付けられた。報告はコード番号によるため、個人を特定することはできない。報告内容には患者の居住郡、性別、出生年、感染経路、海外での感染可能性が含まれる。AIDSを発症すると改めて報告される。献血者及び妊婦のHIV感染症例数もモニターされている。また、感染症コントロール研究所は毎年、実施されたHIV検査数もモニターしている。

2000年12月までのHIV感染者数は、累計5,368人(男性4,014人、女性1,354人)、うち41%が同性間性的接触、37%が異性間性的接触、15%は静注薬物使用者、4%は血液または血液製剤、1%は母子感染、2%は不明である。感染地はスウェーデン国内51%、北欧諸国3%、ヨーロッパ31%、アフリカ25%、アジア5%、アメリカ6%、不明2%。2000年の新たな感染者は240名で1999年の217名よりやや増加。

HIV感染者のうち1,749名がAIDSを発症した。1997年に新しい薬物療法が登場して以来AIDS患者発生数は少数で推移するようになった。2000年のAIDS届出症例は53例である。(1996年は153例)。

4-3-5. HIV感染検査

感染検査は、誰でもどこの医療施設でも無料且つ匿名で受けることができる。HIV感染者のパートナーは感染検査を受ける義務があるが、それ以外の者の検査は任意である。妊婦、移民・難民および性感染症患者などにHIV感染検査プログラムが提供されている。HIV検査施設にはよく開発された検査システムが備わっている。

4-3-6. HIV感染症の医療体制

治療をどのように組立てるかは治療を提供する各郡委員会、病院及び専門医の責任であり、特段、国で推奨治療法は作成されていない。多くの患者はHIV治療に長い経験を有する専門家の治療を専門診療科で受けている。医師が患者と相談しながらいつ治療を始めるか決定し、最新の知見に基づいて最も効果的な方法を提供している。

大多数のHIV感染者は感染症科または性病(STD)科のある病院で医学的診断を受ける。地域の一次医療機関で感染が発見された患者も、大

部分、専門科に送られる。HIV感染治療は複雑で進歩が早い一次医療機関で治療を続けることは余りない。

すべての郡委員会管轄地域に感染症科及び性病科があり、ストックホルム、ゴテンバーグ、マルメの大都市には複数の専門診療科がある。ストックホルム、ヴェンヘルサンには同性/両性性向の男性専門外来クリニックがある。必要となれば、感染症科への入院手続きが取られるが、なるべく入院を回避し、家庭で医療ケアが受けられるように病院から地元看護婦が手配される。掃除、買物、身の回りの世話などは、自治体のホーム・ヘルプ・サービスにより提供される。

ストックホルムの感染症科には専門看護婦がいて、在宅医療を組織するよう支援している。地元看護婦がこれまでHIV感染者やAIDS患者を扱ったことが無い場合には情報提供及び訓練を行う。これらの病院はしばしばホームケアの人材トレーニングと情報発信基地となっている。病院の専門看護婦はホーム・ヘルプ・サービスの機能や地元看護婦の訓練状況を監督する。専門看護婦は病院との連絡役となるとともに、地元スタッフにガイダンスと支援を与えている。彼らはホームケアを満足な状態で提供することによって、患者から感謝されている。小規模病院ではこのような専門看護婦を置くことは難しい。

4-3-7. 抗レトロウイルス療法

スウェーデンではzidovudine(AZT)による治療は1987年から行われている。

FASS(EUのDrug Information)収載レジメに従っている。今日では患者は一般に1日2回服薬し、年4回医師を訪れる。患者のほとんどは外来治療しており、カロリンスカ病院では2001年1月に500名の外来患者に対し、入院患者は1-2名/日である。EUで承認されていない医薬品を使用する場合はスウェーデンの薬学委員会(the National Board of Pharmacy)に医師が文書で使用許可を求める必要がある。近々、新しいメカニズム(T細胞へのHIV侵入阻止)の医薬品が承認される見込みとのことである。

4-3-8. HIV感染症医療費の経済的側面

スウェーデンの医療保障費のおおまかな理解のため、次のような説明がなされた:スウェーデンでは雇用者が被雇用者の給与総額(被雇用者には通知されない)の40%を納税しており、さらに被雇用者は手取り給与の30-50%を納税している。この結果国民一人当たり、収入の平均66%を税金として国及び郡に支払っている。この税金の一部がスウェーデン国民及びスウェーデンに在留許可を有するすべての者を対象とする国民健康保険(National Health Insurance、以下NHIとする)の財源となっている。(The National

Board of Health and Welfare, Dr. Peet の口頭説明)。

NHI により自分や子供の病気で休職した場合、逸失収入の 80% (税込み) を受領することができる。一般に診療や処方薬にはそれぞれ自己負担が課されるが、上限それぞれ年間 900SEK (約 1 万円) 及び 1,800SEK (約 2 万円) である。入院費用、検査費用、開業医の外来診療費の大部分は NHI 及び郡委員会により賄われる。処方薬の残額は郡委員会によって負担されている。

これに対して、HIV 感染症については、感染症法に取り込まれて以降、自己負担なしで診療や検査を受ける事ができるようになった。また、カロリンスカ病院の患者には郡との合意によって検査費やソーシャル・ワーカーとの相談費用として月額 5,000SEK (約 60 千円) の助成もある。

治癒する疾病に対して医薬品は無料で提供されるが、HIV 感染症は治癒しないことから治療薬は有償である。患者は年間最高 1,800SEK を負担しなければならない。

1998 年 11 月に ストックホルム郡委員会で見積もった HIV 患者一人あたりの医療費は診療、検査及び医薬品を含め、年間約 100,000SEK (約 120 万円) である。三剤併用療法の患者一人当たり年間医療費は約 130,000SEK (約 160 万円) であり、うち医薬品代は 80,000SEK (約 100 万円) である。

スウェーデン全体の HIV/AIDS の診療費及び検査費総額は 700 百万 SEK と見積もられている (1993 年)。

4-3-9. 社会的弱者グループの HIV 感染症医療

政府資金が HIV/AIDS との闘いのイニシアティブに投入されている理由の一つは HIV 感染症が重大な疾患であるということのほか、HIV が特に社会的弱者に影響を与えているからである。ここでいう社会的弱者とは社会的、経済的に弱体な地域の若者、HIV 感染率の高い国からの移民及び難民、ゲイ男性、麻薬使用者、売春者、その他弱体行動を示す人々である。このような人々の中には団体や組織を作り、国の公衆衛生政策策定に代表を送って参加しているグループもある。しかし、組織を持たない人々、例えば到着したばかりの移民や売春者、麻薬使用者などの意見は表明されることはない。

スウェーデンの居住者は収入に関わらず、ヘルスケアを受ける権利を有する。また、難民には HIV 検査を含む健康チェックが提供される。この HIV 検査は強制的ではないが、多くの難民が受けている。しかし、難民に提供される医療は救命救急医療のみであり、生命を脅かさない疾病の治療は、スウェーデンでの在留許可の成否が明確になるまでは行われない。在留許可待機中の亡命希望者の医療は亡命理由や病状などにより個別に評価

されている。政治亡命者には入国庁が治療費を負担し治療が開始されることがあるが、人道的理由による亡命者にはこのような機会はない。

しかし、どのような処遇の者であれ救急救命医療を拒否されることはない。ただし、在留許可の無い者に医療費の保障はなく、医療現場では経済的に困難な対応が迫られている。病院が薬局から薬を購入したり、副作用のため服薬困難となった患者から医薬品を医師が回収して使用するなど、苦闘しているようである。

4-4. イギリス

- ・人口：59.5 百万人 (2000 年 7 月推定)
- ・移民率：人口 1,000 人当たり 1.07 人 (2000 年推定)
- ・換算レート：1 ポンド=約 180 円

4-4-1. 行政システム

英国の HIV/AIDS 対策はイングランド、スコットランド、ウェールズ及び北アイルランドそれぞれの厚生省が地域の実状に応じて履行している。今回訪問したロンドンの Department of Health はイングランドを所掌している。

4-4-2. HIV/AIDS に関係する法律及び規則

「1992 年の HIV 検査キット及び検査規則」によると以下の行為は違反：

- －HIV 検査キットまたはその一部を公衆に販売または供給すること
- －HIV 検査キットまたはその一部を警告表示なしで販売または供給すること
- －登録医師の指示によらない HIV 検査等

「1974 年の性感染症に関する国民健康サービス (NHS) 規則及び 1991 年の厚生当局及び NHS トラストへの指令」: STD 情報に職員の守秘義務が課された。

4-4-2. サーベイランスシステムと疫学情報

HIV/AIDS を検査、診断した医師や微生物検査所から公衆衛生研究サービス Public Health Laboratory Service (PHLS) へ報告されるが、報告は任意であり、法的義務付けはない。(8割ぐらひは報告されているとのことである。) 報告様式の刷新で一層確かな情報が得られるようになった。英国の最新最良の HIV サーベイランス情報源は PHLS のウェブサイト 'Disease Facts' の HIV/AIDS ([www/phls.co.uk/facts/HIV/hiv.htm](http://www.phls.co.uk/facts/HIV/hiv.htm)) である。さらにこのサイトから英国の HIV 流行月間情報 Communicable Disease Report が得られる。これによると 1999 年末現在 HIV 感染が診断された者は 18,801 人である。

一方、UNAIDS には 31,000 人ぐらひの感染者見積りを報告しており、健康省 Department of

Health, DOHでも3万人ぐらいとのことであった。その三分の二はロンドンに局在している。同性間性交が引き続き最も高い感染経路であるが、異性間性交も上昇している。四分の三は海外での感染であり、その約三分の二はアフリカ特に東アフリカである。アフリカの他の地域およびアジア、中南米での感染も増えている。

4-4-5. HIV 感染検査

UKではHIV検査の義務付けはない。HIV検査前には話し合い及びインフォームドコンセントがガイドラインで推奨されている。イングランドとウェールズですべての妊婦にHIV検査の提供推奨政策が導入された。詳細は www.doh.gov.uk の Circular on the Internet (COIN) で閲覧可能。

さらに泌尿生殖器科、妊娠・産科及び特別治療参加注射薬物使用者の全国ネットワークの匿名HIV検査包括プログラムがある。詳細は、健康省及びPHLSのウェブ

www.doh.gov.uk/hivhepatitis99.htm の最新年報に記載。

また、AIDS 専門家諮問グループのサイトで接触後予防や乳児保育などの政策も収載されている。
www.doh.gov.uk/eaga

HIV 戦略と性健康戦略が一本化され、今夏にはプログ्रेसレポートが公表される。

4-4-6. HIV 感染症の医療体制

英国では一般に、患者はあらかじめ登録した開業医 (General Practitioner, GP) にかかり、必要な場合には病院の専門医に紹介される。これに対して、HIV感染を疑うものはGPを通さず直接病院に行き、生殖泌尿器科で検査を受ける事ができる。陽性の場合にはさらにHIV専門科で治療を受ける。

ロンドンでは病院の周辺環境あるいは専門性によってHIV感染患者に次のように特徴がある。

Chelsea and Westminster Hospital (C&W), 主に男性同性愛者 (ヨーロッパ最大の治療施設、英国の耐性検査機関、10人の専門家、30の臨床試験が同時進行)

St. Mary's Hospital, 主に男性同性愛者 (C&Wより小規模)

Royal Free Hospital, 主に血友病のHIV感染者

Kings Hospital, 主にアフリカ女性

治療は外来中心に行われている。例えば、C&Wでは2000年上半期に延べ3000名の患者を抱えていた。入院ベッドは21、デイケアベッドは6。患者は通常3ヶ月に1回の割合で医師の診察を受ける。

地方自治体によりソーシャルワーク、看護婦派遣、子供の送迎などの地域密着型サービスが提供

されている。

これまで、GPはHIV医療に関与してこなかったが、2000年9月から初めて在宅療法にもNHSが割当てられるようになり、今後GPの活用も図ろうと考えられているようである。

4-4-7. 推奨される抗レトロウイルス療法

ガイドラインとしては英国 HIV 協会から "British HIV Association (BHIVA) Guidelines for the Treatment of HIV-infected Adults with Antiretroviral Therapy" が公表されている。このガイドラインの目的は: i. 英国の HIV 治療センターのケアを高レベルに統一すること、ii. 最近の研究成果の評価、iii. 検査、ケア、治療のための HIV/AIDS ファンドの受領者と供給者間の議論への助言、iv. 臨床監査の根拠、v. HIV 感染の担当医師の参考書。この分野は進歩の速い医学領域であり、最低一年に一回は改定されている。コンビネーション療法、HAART 療法が行われている。

4-4-8. HIV 医療の経済的側面

英国の医療保障の大よその理解のため次のような説明がなされた: 英国の勤労者は収入の20-40%を税金として納め、その一部により National Health Service (NHS) が運営されている。NHSにより、GP受診、入院、病院での医薬品交付、病院処方箋による医薬品交付は無料。GP処方箋による薬局での医薬品交付には5ポンド(900円)の自己負担が課される。ただし、公衆衛生上の問題とされるSTD、結核、糖尿病及びびんかん用処方箋は無料で交付。HIV処方箋も無料で医薬品交付。(DOHでの口頭説明。)

年間一人あたりに要する HIV 治療費は10,000-15,000ポンド(180万-270万円)

2000/2001年度のHIV/AIDSの治療及びケアにNHS184.3百万ポンド割当てられている。約50%が医薬品代である。

4-4-9. 外国人へのNHSの適用 (Fact Sheet 50, February 2001, national aids manual)

英国NHSにより無料で治療を受ける権利は一般的にはない。対象となるのは:

①ヨーロッパ経済地域 (EEA) の国民及びその家族並びに EEA に居住する難民及び無国籍者: 英国滞在中に必要なが生じた場合 NHS により無料で治療を受けられる。あらかじめ罹患して治療のために渡英する者は、事前に自国の社会保障制度の承認を受ける。そこが原則として経費を負担する。(EEA加盟国: オーストリア、ベルギー、デンマーク、フィンランド、フランス、ドイツ、ギリシア、アイスランド、アイルランド、イタリア、リヒテンシュタイン、ルクセンブルグ、オランダ、ノルウェー、ポルトガル、スペイン及びスウェーデン)

これ以外の外国人の NHS 治療は自動的に無料