

現状で HAART へのユニバーサル・アクセスは困難であるとしても、少なくとも半年毎の CD4 測定と病状説明およびその他の注意事項や母国における支援体制などの情報提供を含むカウンセリングが実施され、さらに年1回のウィルス量測定が可能となることが望まれる。このような場を提供することで自己決定に基づく治療の場の選択が行えることは、患者の QOL あるいは人権という面から大いに意義のあることであると考えられる。

フランスにおいて外国人 HIV 感染者に対しても Universal Medical Coverage が適用するかどうかの議論がなされた際に、アフリカ諸国から HIV 感染者が殺到するのではないかと危惧されたが、現実的にはそのような動向は目下のところみられない。国境無き医師団 (MSF) のスタッフによれば、「アフリカからフランスにそのためだけ (延命治療) に来ることができるほどの金持ちはそんなにいるわけがない。」とのことであった。

最後に、ブラジルの教訓から学ぶべき教訓は大きく、HAART 療法のユニバーサル・アクセス開始により保健財政は圧迫されたところか、むしろ入院期間の短縮、日和見感染症治療薬の使用頻度の削減により、支出は削減したという事実を念頭におき、わが国の HIV 診療体制を考えていく必要がある。また、ARV の提供でウィルス量が低下することによる新たな感染拡大の確立が低下するという点も検討するべきである。日本における ARV の薬価低下が望まれる。

5.3 患者支援体制に関する情報収集:

他の先進国の実状から、日本においても外国人 HIV 感染者が、感染早期から医療へアクセスできるような医療システムを構築することは必ずしも不可能ではないと考えられる。また、母国での医療についての情報は、患者が帰国するかどうかの判断に重要であるため、今後も定期的に情報収集に努めるとともに、適宜これらの情報を提供していく必要がある。

6. 健康危険情報

該当なし。

7. 研究発表

学会発表

1. 野村由華、沢田貴志、石川陽子、若井晋: 在

日外国人 HIV 診療における MSW の役割に関する調査。第 15 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2001 年 11 月

2. 高西優子、木村和子、池上千寿子、石原美和、桜井賢樹、沢田貴志、高田昇、林素子、圓山誓信、白阪琢磨: 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。第 15 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2001 年 11 月
3. 奥村順子、沢田貴志、若井晋: 医療費の点から見た在日外国人 HIV 診療の今後。第 15 回日本エイズ学会学術集会・総会、東京、2001 年 11 月

8. 参考文献

- 1) 法務省入国管理局 「平成 12 年末現在における外国人登録者統計について」 2001 年 6 月 法務省入国管理局 (<http://www.moj.go.jp/PRESS/010613-1/010613-1-9.html> アクセス日: 2001 年 9 月 1 日)
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会 「平成 12 年エイズ発生動向年報 -総括-」 2001 年 4 月 厚生労働省 (<http://api-net.jfap.or.jp/mhw/survey/00nenpo/nenpo-nenu.htm> アクセス日: 2001 年 12 月 16 日)
- 3) 薬業研究会 薬効別薬価基準 保険薬辞典平成 13 年 4 月版 東京: じほう
- 4) Gray RH, Wawer MJ, Brookmeyer RB, Sewankambo NK, Serwadda D, et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rankai, Uganda, Lancet 2002; 357: 1149-53.

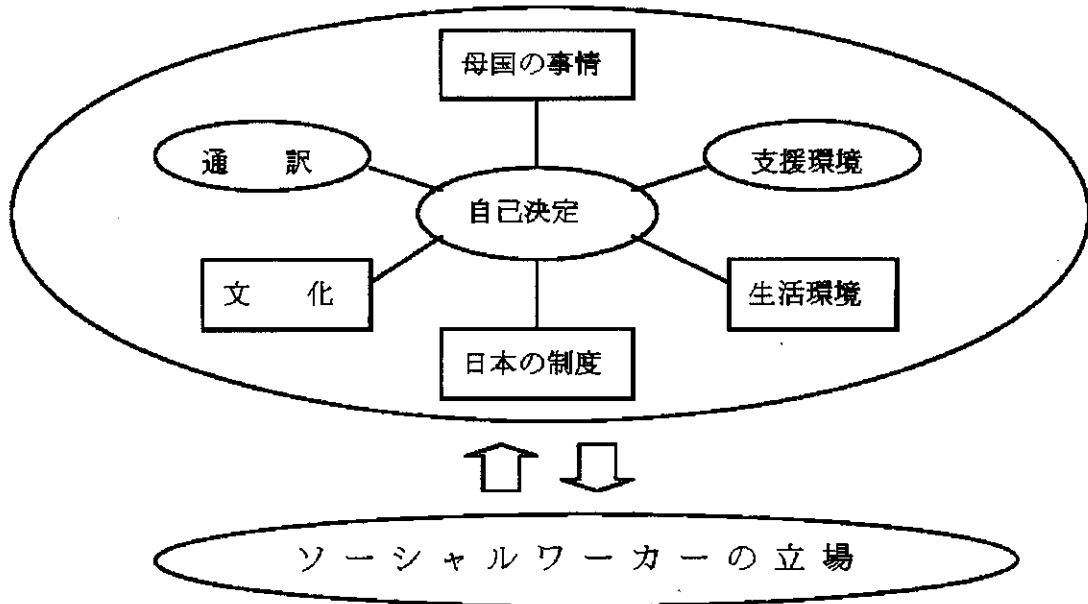


図1. クライアントの将来設計のための要因の関係図

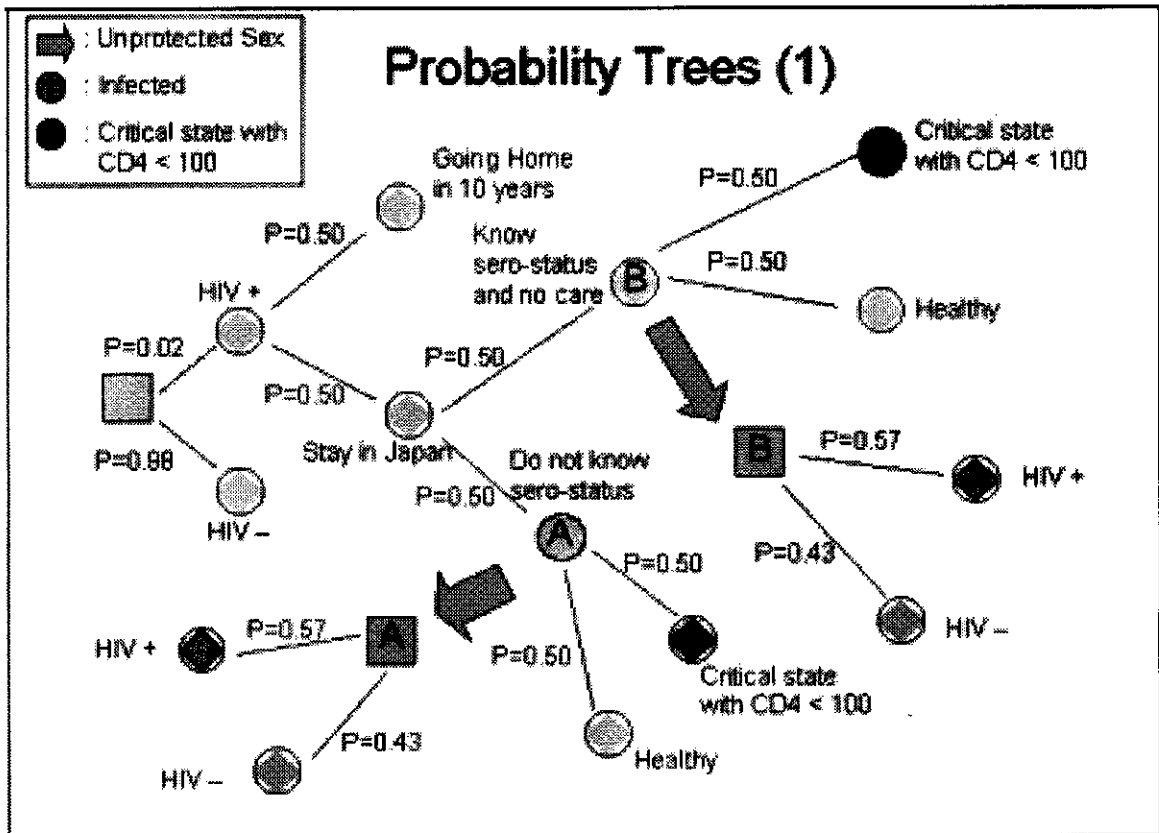


図2. Probability Tree (1)

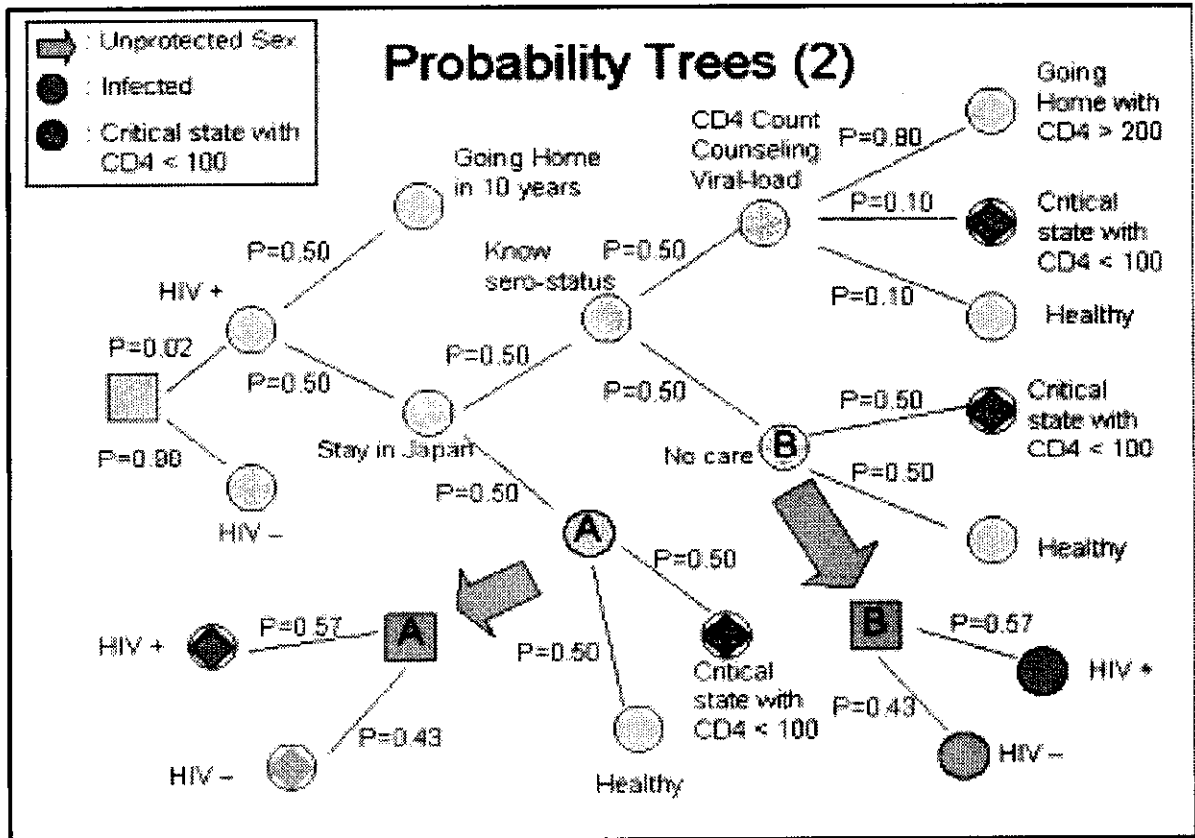


図 3. Probability Tree (2)

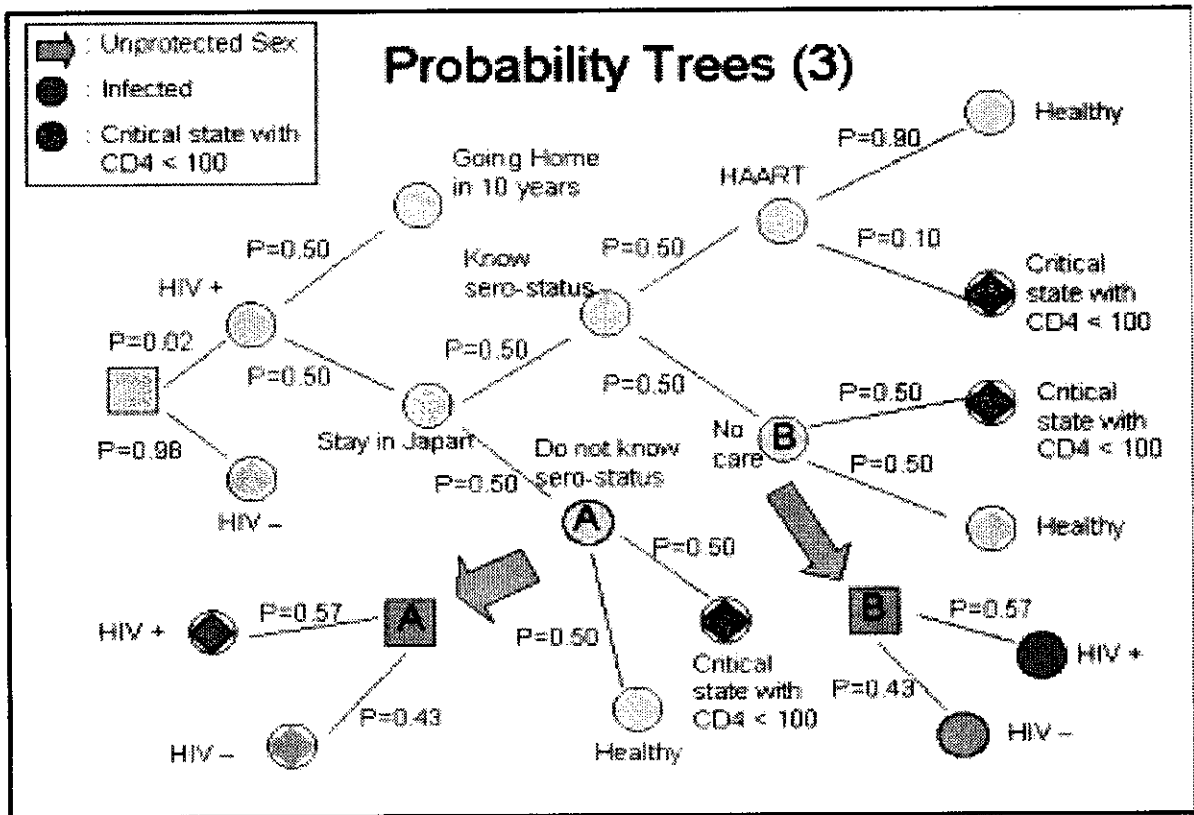


図 4. Probability Tree (3)

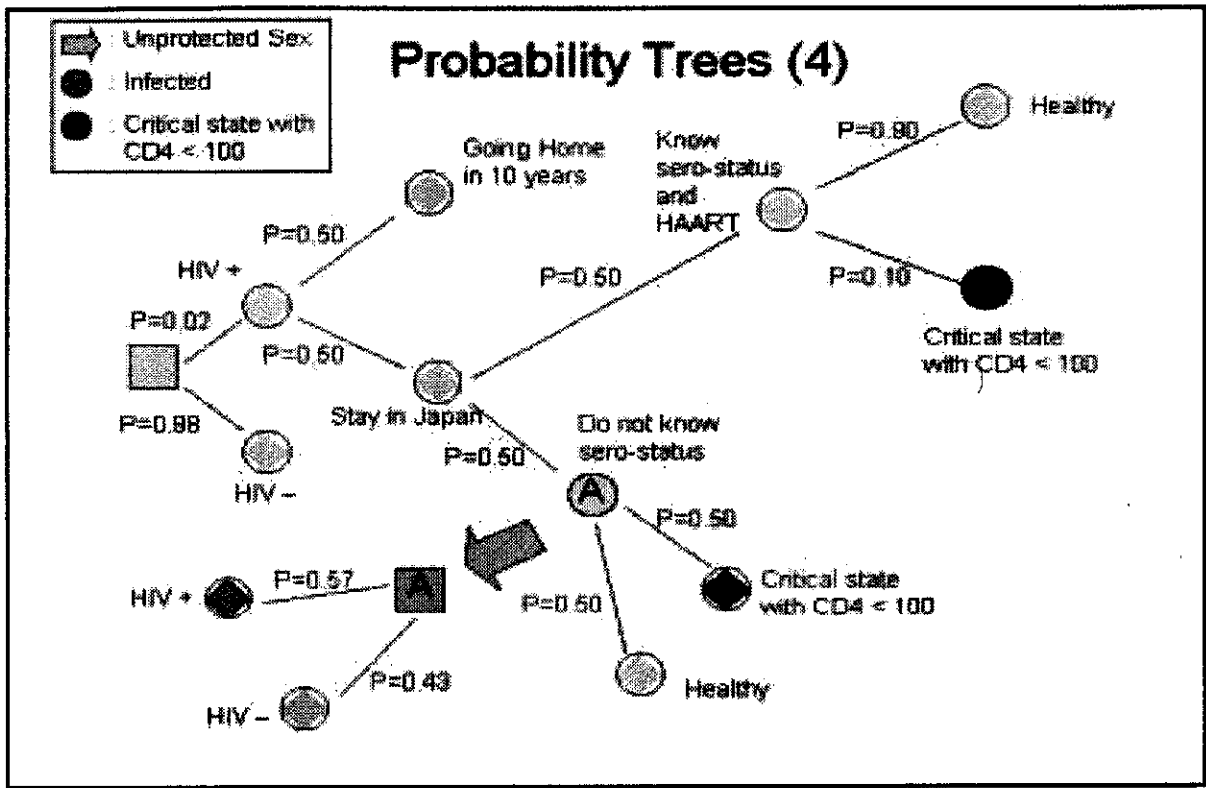


図 5. Probability Tree (4)

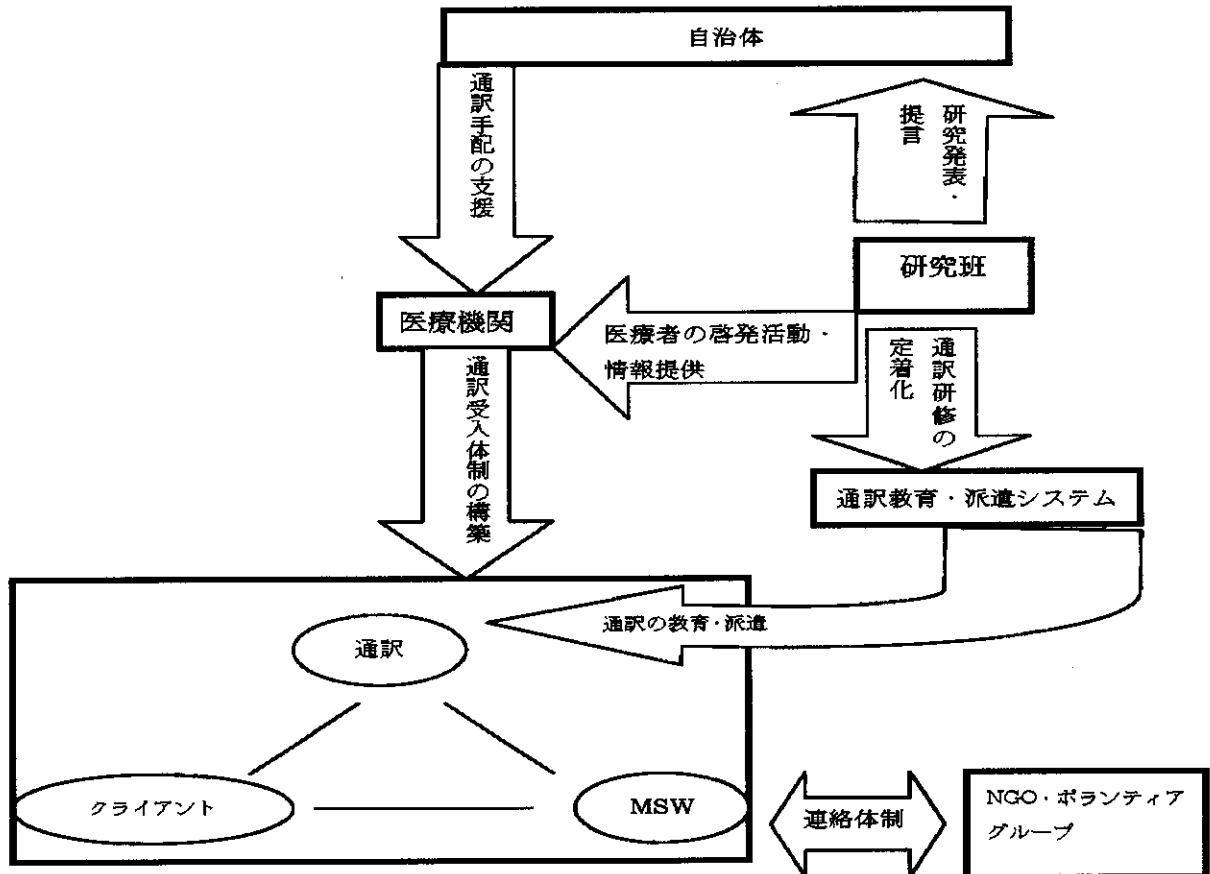


図 6. 言語問題解決のためのアクション

表1 各国のHIV医療状況

| | タイ | ブラジル | ペルー | 米国 | イギリス | フランス |
|--------------------------------------|--|--|---|---|---|--|
| 医療インフラ | 複数の医療保障制度でカバー。低所得者層には30B政策。 | SUS(統一保健システム)により無料でヘルスケアにユニバーサルアクセス。 | | 公的医療は低所得者層へのMedicaidと、高齢者・身障者対象のMedicare。 | National Health Service Actにより全国民に無料保健医療サービス。 | Universal Health Coverageによりすべての法的居住者を保険でカバー。低所得者には無料医療。 |
| HIV疫学動向(1999) | 740,000 推定成人感染者数 うち女性 305,000 成人感染率 2.15% | 530,000 130,000 0.57% | 470,000 120,000 0.35% | 840,000 170,000 0.61% | 30,000 6,700 0.61% | 130,000 35,000 0.44% |
| 疫学的動向 | かつては性産業従事者や麻薬使用者に感染が多かったが、最近は一般の労働者・農民等に感染が拡大 | 初期には男性間性交や麻薬使用での感染が多かったが、最近では異性間性交での感染が増加 | ハイリスクグループの男性間性交者や性産業従事者での感染が主流 | 男性感染者が依然として多く、黒人、ヒスパニック人での感染が多い | 男性間性交者の感染率が依然として高く、異性間性交での感染者の64%はサハラ以南リカ由来 | 1997年以降は異性間性交による感染が最も多く、パートナーの2/3はサハラ以南リカまたはカリブ海出身 |
| National Policy | エイズ予防対策国家5カ年計画(1997~2001) | 国家STD&エイズ治療保障法案(1996) | PROCTISS(エイズ封じ込めコントロールプログラム) | 州ごとに制定 | National Strategy for Sexual Health and HIV(2001) | フランスにおけるHIV/AIDS感染予防戦略(2001-2004) |
| HIV医療の現状 | | | | | | |
| 予防 | HIV感染妊婦には母子感染予防 | ターゲットグループ毎に戦略 | | | | とくに若年層をターゲットとしたコンドーム使用匿名クイックテストリレーニング |
| 診断 | HIV感染妊婦には母子感染予防 | SISCELに登録すればウイルス量・OD4測定が無料 | | | | |
| 治療・ケア | 日和見感染治療/予防、(限られた患者に)抗レトロウイルス | SILCOMに登録すれば、抗レトロウイルス薬が無料 | 自助グループで経験/情報の交換 | | | |
| 薬価 | 自国生産の抗レトロウイルス薬はもとより、相対的に値下がり傾向 | 自国生産ノーマラゾン薬は70%以上値下がり、ゾラゾン薬も製薬会社との交渉で値引き実現 | ペルー人の平均月収はUS\$150-200に対し、HAART療法はUS\$1200/月のコスト | | | |
| Ex. AZT100mg Ex. Nelfinavir 250mg | 10B 35B | US\$0.15 US\$1.08 | US\$0.96 US\$1.86 (NGO提供価格) | | | |
| 社会的支援 | 生活費補助500B/月、職業安定資金20,000B以内、福祉援助金2000B以内、エイズ孤児援助 | | | | | |
| 公的支援 | 複数の団体による支援活動 | 1000団体が保健省に登録されており、政府と協力し、エイズ対策に重要な | 国家対策(PROCTISS)に協力 | | | |
| NGO活動 | | | | | 複数の団体による支援活動 | |

HIV 感染者の地域生活支援におけるソーシャルワーカーの 連携に関する研究

分担研究者：小西加保留（桃山学院大学）

研究協力者：生島 嗣（ふれいす東京）

榎本てる子（バザールカフェ代表・大阪市派遣カウンセラー）

岡本 学（東住吉森本病院）

田中千枝子（東海大学）

仲倉 高広（京都府派遣カウンセラー）

三毛美予子（甲南女子大学）

山野 則子（PL 学園女子短期大学）

研究要旨

HIV 陽性者への支援が地域における長期的な生活支援にシフトしてきている現在、クライアントの社会生活上の支援に関わるソーシャルワーカーにとって、有効で効率性の高い地域生活支援と、医療サービスの質の向上を実現するために求められる内容を研究する意義は大きいと思われる。本研究では、地域生活支援のために有用と考えられるソーシャルワーク技術の一つとしての「連携」について、それを具体化したソーシャルワーカーの「行為」と、行為を裏付ける専門的な基本原理・視点としての「価値」、及び連携に影響を与える「要因」の3つの側面から事例を分析することによって、「連携」を構成する内容を明らかにすることを目的とした。取り上げた事例は5例で、インタビュー対象者はそれら5例に関わったソーシャルワーカー4名とNPO職員(社会福祉士兼)1名、派遣カウンセラー1名である。調査期間は2001年9月から12月。インタビュー回数は計7回で半構造化面接を行った。分析方法は、逐語録を第1次資料としてコーディングを行い、KJ法により、項目整理・抽出を行った。

その結果、**組織外連携**については、行為として「交渉」「マッピング」「動員」「開拓チャレンジ」「情報収集」「パートナー性形成」「役割分担」「継続的リード」「ネットワーク形成」等を抽出。それらを裏付ける「価値」としては「主体性」「参加」「意識化」「システム介入」「継続評価」「専門的自己の活用」等が抽出された。また**組織内の連携**については、行為として「共通認識の醸成」「リード」「立ち回り」等が、「価値」としては、「システム介入」「専門的自己の活用」「意識化」等が抽出された。また院内の「生活支援への認識度」と「ワーカーの機能度」によって、機関内連携度が変化することが示唆され、それらに影響を与える要因としては、「ワーカー業務への理解度」「援助者の構え」「ワーカーの配置状況」などが抽出された。

以上の結果から、ソーシャルワーカーの連携における「行為」は、「価値」と不可分のものとして捉えられ、「価値」に基づく「連携行為」が感染者の地域生活支援の質を左右する可能性が高いことが示唆された。また生活支援において、継続的で安定し、且つ責任性を担保された支援者の必要性が示され、ソーシャルワーク機能の重要性の確認と共に、第三者性の有用性への検討も重要と思われた。また組織内連携には、ソーシャルワーカーの機能度と医療者の生活支援への理解度が交互に関連しており、ソーシャルワーカーへのアクセシビリティに多様に影響を及ぼしている可能性が示唆された。

研究の背景

近年の抗ウイルス剤の開発により、HIV感染者支援の課題は地域における長期的な生活支援にシフトしている。これらの支援に関わる地域の人的資源は、病院内に所属する職種を除くと、派遣カウンセラー、県・市町村、保健所、ボランティア、NPO、サービス提供事業者などに限られ、ソーシャルワーカーは通常病院内に所属して、クライアントのニーズに合わせて、これらの職種と協力し・連携する役割を担っている。このような体制は日本特有のものであり、支援のためのサービス資源の不足と共に日本の特徴といえることができる。

地域生活支援に関する先行研究については、看護やNPOの視点から事例を基に研究したものは若干見受けられる^{注1)}が、ソーシャルワークの観点からの事例による先行研究はない。一方、小西らの調査^{注2)}によると、ソーシャルワーカーは自らの任務としてコーディネートを始めとした連携機能に対するアイデンティティが高いとの結果が示されている。このような状況のなかで、感染者に対する有効で効率性の高い地域生活支援と、医療サービスの質の向上を実現するためにソーシャルワーカーに求められる内容を研究する意義は大きいと考えられる。

目的

ソーシャルワークとは、人と環境のインターフェイスに関わる活動であり、専門職としての「価値」「知識」「技術」に基づいて、連携、カウンセリング、教育、保護、組織化、社会変革など様々な機能を遂行する実践である。

またソーシャルワークは、全米ソーシャルワーカー協会の定義によると、「人」「組織」「制度」に働きかける活動であるとされている。日本では通常保健医療分野のソーシャルワーカーは、基本的

に病院という第2次の機関である組織内に存在している。そして患者の社会生活、すなわち、医療との関係に留まらず、他の多くの社会関係を持ちながら地域で継続している患者の生活を支えていくことを業務としている。このためソーシャルワーカーは、患者の生活支援という業務を遂行するためには、外部にある種々の社会制度や機関へ働きかける際の「組織外連携」と共に、自身もその一員である、病院という組織内での他職種、職員に対する働きかけ、すなわち「組織内連携」をどのように機能させるかが、支援の質を左右する重要な構成要素となっている。

そこで本研究では、HIV感染者の地域生活支援のために有用と考えられるソーシャルワーク機能の一つとしての「連携」を次のように定義し、事例を基に、下記の3つの側面からソーシャルワーカーの実践を考察することによって、感染者の地域生活支援に関わる「連携」を構成する内容を明らかにすることを目的とする。

「連携」の定義：

ソーシャルワーカーがクライアントに関する共通の問題解決のために、組織内の他職種等および、組織外の機関や制度・施策との間で遂行する行動等の交換プロセス

- (1) 連携を具体化したソーシャルワーカーの「行為」
- (2) 行為を裏付ける専門的な基本原理・視点としての「価値」
- (3) 連携に影響を与える要因

方法

調査対象者 始めに、全国の拠点病院8ブロックのうち、ソーシャルワーカーとしての研究発表や講演の実績やチーム医療の実績を上げていると分担研究者が判断した4ブロック、8府県のソーシャルワーカーとそこから紹介されたソーシャル

ワーカー計8名、および研究協力者のNPO 2名とリサーチレジデント（臨床心理士）1名より、地域生活支援を課題として連携したケースについてアンケートを行い、28ケースについてその概略を得た。その内、クライアントが日本国籍であり、ソーシャルワーカーの問題解決の対象となるべき課題、すなわち経済的問題や介護、家族関係等々の課題が複数であり、機関外連携の頻度が高いと思われるケース5例（転帰 = 在宅3名、長期入院1名、死亡1名）を取り上げた。事例の概要および事例に関係した主な機関・制度は、表1、表2の通りである。

表1 事例概要

| | 病状 | ADL段階 | 主訴 | 病院の性格 | 転帰 |
|-----|------------|-------|------------------|-----------------------|----|
| I | DMVによる視力障害 | J | 経済的問題 在宅調整 | 拠点病院 | 在宅 |
| II | PML | C1 | 経済的問題 在宅調整 | ブロック拠点病院* 複数病院入院継続 | 在宅 |
| III | PML | B→C2 | 在宅調整 | 一般病院 | 死亡 |
| IV | 無症状 | J | 障害年金 ボランティア活動 | ブロック拠点病院 | 在宅 |
| V | 精神症状 | J | 身障手帳 更生医療 | ブロック拠点病院 | 在宅 |

*は中心的に扱っている病院

表2 関係した主な機関・制度

| | 機関 | 制度（サービス資源） |
|-----|--|--|
| I | NPO 市役所（障害・生活） 保健所 他病院 | ホームヘルパー パティ/ボランティア 保健師 生活保護 身体障害者手帳 介護者支援 高額療養費 高額療養費 |
| II | NPO 市役所（障害・生活） 社会福祉協議会 家族介護相談室 他病院 | ホームヘルパー 訪問看護 金庫性障害者介護人 派遣カウンスラー リサーチレジデント ボランティア 要介護相談員 |
| III | NPO 市役所（障害） | 派遣カウンスラー 身体障害者手帳 |
| IV | 患者会 市役所（障害・国民年金） 銀行（国民年金） | 身体障害者手帳 障害年金 |
| V | 市役所（障害） 他病院 他市役所（生活保護） | 身体障害者手帳 更生医療 生活保護 高額療養費 |

面接調査対象者は、上記5例に関わったソーシャルワーカー4名（内1人は事例IV、V共担当）とNPO職員（社会福祉士兼）1名、派遣カウンセラー1名である。NPO職員は、事例Iでソーシャルワーカーと共に継続的に患者の生活支援に関わった経過があり、派遣カウンセラーは事例IIの経過を一

貫して把握している立場にいる。対象者の担当ケースおよび属性は表3の通りである。

表3 調査対象者の属性

| 対象者 | ケースNO. | 性別 | 職種 | 所属 | 経験年数 |
|-----|--------|----|------------------|-----|------|
| 1 | I | 男 | SW | 病院 | 14 |
| 2 | I | 男 | NPO職員 (社会福祉士) | NPO | 8 |
| 3 | II | 女 | SW | 病院 | 22 |
| 4 | II | 女 | 派遣カウンセラー | 自治体 | 3 |
| 5 | III | 女 | SW | 病院 | 8 |
| 6 | IV | 女 | SW | 病院 | 30 |
| 7 | V | 女 | SW | 病院 | 30 |

調査手続き 調査期間は2001年9月から12月。

インタビュー回数は7回。基本的に1対1で1回の時間は各120分程度。

プライバシーへの配慮より、患者が死亡した1例を除き、患者または家族に対し、文書を通じてインタビューへの許可を得た。

面接は、表4に示した項目を中心に、時系列的に「連携」行為に焦点を当てて半構造化面接を行った。尚、調査対象者の内、2のNPO職員、4の派遣カウンセラーに対しては、それぞれの立場から、ソーシャルワーカーの活動やソーシャルワーカーとの関係に焦点を当てて聞き取りを行った。

表4 インタビューにおける聞き取りのポイント

※II感染者が地域生活を継続する上で必要とするニーズに対応したプロセスを詳細に聞き取る。
時系列的に「誰が(何回)いつ(何回)どこで(何回)どのような内容に対して(何回)何のために(何回)どのように関わったか(何回)どのように扱ったか

具体的事項

- ・ ニーズを発見したのは誰か。
- ・ 誰が情報収集し、誰がアセスメントしたのか。
- ・ 援助の課題は何か。
- ・ ワーカー自身が行ったことと、他機関や社会福祉の活用が必要と思われた内容は何か。
- ・ 何のために、どのような人に繋がったか、また繋がろうとしたか、実際に関わった人は誰か。
- ・ 何のために、どのようなサービス・制度を利用したのか、または使用しようとしたか。
- ・ 人やサービス・制度を活用する上で、環境/社会的要因でプラスまたはマイナスになったと思われる事項。
- ・ 結果としてクライアントの抱えるニーズはどの程度充足されたと思うか。
- ・ 一連のプロセスをソーシャルワーカーはどのように評価しているか。

分析方法 データソースはインタビュー逐語録、ケース概要記録、フィールドノート。逐語録を第1次資料として分担研究者がコーディングを行い、研究協力者による複数のディスカッションを経て、KJ法による項目整理を行い、「連携」に関わる「行

為「価値」および要因についての項目抽出を行った。「価値」については佐藤豊道氏による「社会福祉援助技術の基本原則・原則」の枠組み^{注3)}(図1-1、図1-2)を活用して分析した。またその結果と事例属性とを関連させて考察を行った。

なお研究における credibility 保証のためにスーパービジョンを2回受けた。

図1-1 社会福祉援助技術の基本原則・原則 (1)

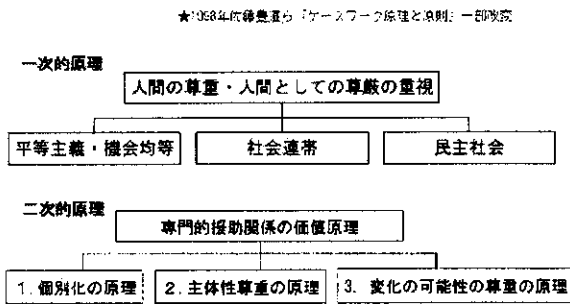
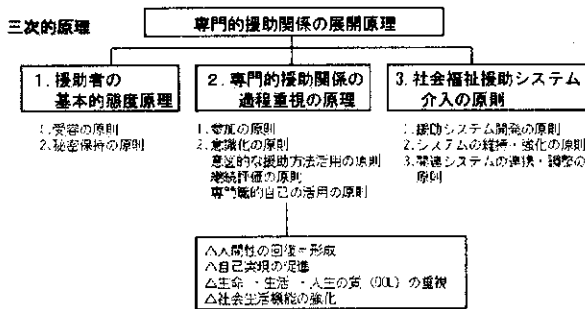


図1-2 社会福祉援助技術の基本原則・原則 (2)



結果

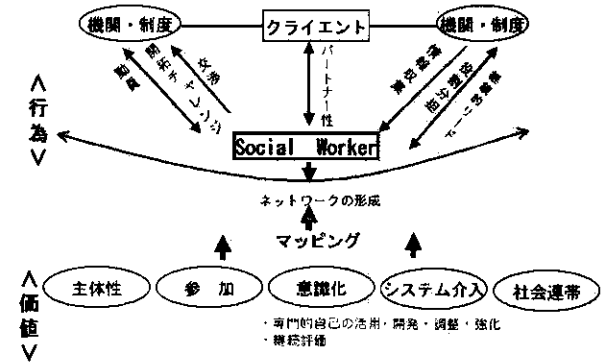
目的で述べたように、本研究ではソーシャルワーカーの連携に関わる活動を、対組織外と対組織内に分けて、それぞれについて「行為」と「価値」およびそれらに影響を与える要因について分析を行った。

(1) 組織外「連携」

行為として抽出されたのは、「動員」「交渉」「開拓」「チャレンジ」「情報収集」「役割分担」「継続的リード」「パートナー性」「ネットワーク形成」「マッピング」の9項目。

行為を裏付ける価値としては「主体性」「参加」「意識化」「システム介入」「社会連帯」が抽出された(図2参照)。

図2 組織外連携



以下、事例における実践を基に、これらの項目の内容について概観する。

行為

まずソーシャルワーカーが、クライアントの生活支援のために必要と思われる制度や資源に関する情報をできるかぎり収集することは、組織外連携の第一歩といえる。そして、現存する制度に限界がある場合、例えばホームヘルパーを導入するにあたって、現行の枠ではクライアントの意思に沿った派遣が困難と分かった場合には、その制度開拓に向けてチャレンジするために役所と交渉するという行為がなされる。また交渉の行為には、例えばプライバシーに関して、患者が安心して身体障害者手帳を利用できるように、役所の担当者に対して、書類の流れなどの段取りがあらかじめ確実にできるように積極的に出向いていって交渉能力を発揮するというような場面もある。

次に実際にサービスを利用するにあたっては、例えばヘルパー利用を開始する前に、事前に担当者には病院に来てもらって、クライアントの病気のことやクライアント自身について知ってもらうために関係者を動員し、話し合いの場を設定する。

また、クライアントにとって、最善の医療の選択肢を保障するために、セカンドオピニオンを採用する際、第三者であるNPOを動員することで、組織内の緊張を緩和させ、円滑に事が運ぶようにするなど行為がなされている。

また、以上のような制度利用等に関わる全プロセスを通して、クライアントとのパートナー性を保つ、すなわち、できる限り対等な関係の中で、クライアント自身の置かれている状況を共に吟味・認識し、解決の方向を共に探っていくという行為を行っている。

次にそれらの制度や資源を利用するに際し、何のために、誰とどのような役割分担をするのかということへの合意とその経過に対して継続的にモニターし、リードしていく行為が重要となる。それがなければ、様々な支援者がいわばバラバラにクライアントに関わることで、支援の効率や有効性にマイナスの影響を与えることが推測できた。またそのためには、ソーシャルワーカーの頭の中に、クライアントを中心として、どのような資源・システムがどのように関係しているのかという地図が描かれる、マッピングされていることが必要で、それに基づいて介入の方向が検討されている。更に資源・制度に関する効率的情報収集、効果的活用のために、それらの間にネットワークを形成することになる。

価値

次に以上で述べた「行為」を遂行するための基底にある「価値」について検討する。

まず、どのような制度やサービスを利用するにしても、その基底に、クライアント自身が何を望み、何を必要としているかという、クライアントの意思に基づく主体性への尊重がある。またサービスの選択に限らず、対外との交渉段階においても、クライアントができる限り、そのプロセスに参加していく姿勢を促すことが求められる。「パ

ートナー性」の行為は、このような価値に裏づけられた行為といえる。

次に意識化は、問題解決のための課題を明確にし、解決への道筋も予測しつつ、自らの関与の範囲と必要性を意識化していることを指している。そこでは、ソーシャルワーカーという専門的自己を活用することや、経過を継続的に評価するという行為や姿勢が包含される。

組織外のシステムに対しては、先に述べた様々な行為によって、開発したり、調整したり、強化することにより、システム介入を行う。また患者の地域社会における受け皿を創り、ネットワーク化する基底には、社会連帯への価値認識があると

いえる。

以上、組織外連携に関する項目について概観した。

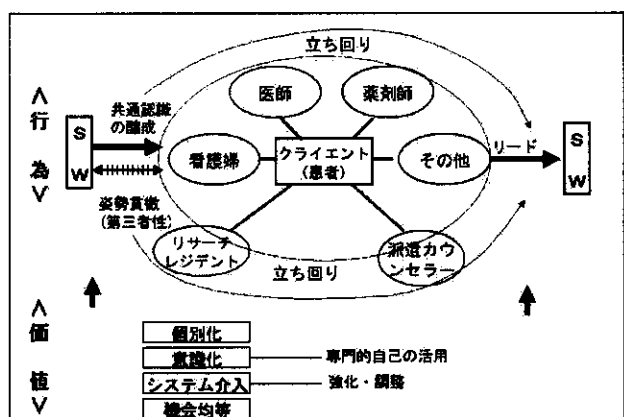
なお、このような組織外連携を促進し、阻害する要因となる要素については、事例数も少なく、今回の分析の対象としなかった。

(2) 組織内連携

組織内の連携に関しては、行為として「共通認識の醸成」「リード」「立ち回り」「使命貫徹」の4項目。

価値としては、「個別化」「システム介入」「意識化」「機会均等」が抽出された(図3参照)。

図3 組織内連携



の手続きをしてくれる人と理解していたり、医療者がいよいよ困った時になって初めてリファーするなど、本来のソーシャルワーク業務である問題を全体的に捉えて共に考える役割を担うものとしての理解に乏しい場合等は、マイナス要因になると考えられる。二つ目には、**援助者の構え**である。例えば患者が若くて且つ症状が非常に重いような場合、他の疾患に比べて態度が引けてしまったり、諦めてしまったりする場合がある。三つ目は、**ケースの捉え方**で、仮に入院を引き受けても、一時預かり的な気持ちでいる場合、患者支援への動機づけは乏しくなり、マイナス要因となることが予想される。

病院内外で患者の生活支援に関わる関係者から、ソーシャルワーカーにアクセスしたいと思っても、なかなか繋がらないという声を聞くことがあるが、ソーシャルワーカーの機能度に影響する要因も含めて、以上のような要因が重なれば重なる程、**アクセシビリティ**は低くなると考えられる。

次にソーシャルワーカーの機能度（縦軸）と生活支援への認識度（横軸）はそれぞれが高い程、組織内の連携度が高くなると考えられる。また、ソーシャルワーカーの機能度が高く、生活支援の認識度が低い場合は、ソーシャルワーカーが組織への働きかけを行う事が考えられる。縦横軸共にどちらも高い場合は、円滑なソーシャルワーク活動が展開され、患者の主体性への働きかけも行いやすくなる。最終的にはクライアント自らが自分の生活をコーディネートできる状態につなげることも可能である。一方、医療者の生活支援への認識度は高いが、ソーシャルワーカーが機能していない場合は、医師や看護婦などの中から代行者が現れ、支援を代行している。また縦軸も横軸も機能していない場合には、第三者としてのNPOらが働きかけを行うといった展開が予想される。今回の事例からも、縦横軸相互の度合いによって、

NPO や派遣カウンセラー、リサーチレジデントらが多様に関わっている様子が窺えた。

なお図中の事例番号は、分析の内容から推測して配置したものである。詳細は今後の研究課題としたい。

(3) 事例の特徴

表5は、これまでの分析を踏まえ、5事例について、連携の度合いや、第三者性の介入、ソーシャルワーカーとしての支援者の継続性、転帰について整理したものである。

表5 各事例の特徴

| NO. | 組織内連携度 組織外連携度 | 第三者性の 介入 | 支援者の 持続性 | 転帰 |
|-----|------------------|---------------------------|-------------|--------------|
| I | (+) (+) | NPO動員 | ↑ | 在宅 |
| II | (-) (-) | 派遣カウンセラー リサーチレジデント・NPO | ↓ | 複数病院 入院継続 |
| III | (±) (-) | (-) | ↑ | 死亡 (長期入院) |
| IV | (0) (+) | 他病院SW | ↑ | 在宅 |
| V | (0) (+) | 他病院SW | ↑ | 入院予防 |

事例Iは、連携の度合いが組織内外とも高く、NPOとも協力しながら支援が継続され、ソーシャルワーカーが介入することによって、在宅でのクライアントの生活機能の向上に繋がったとみられる。また本事例では、最終的にはクライアント自身が生活をコーディネートすることが可能となっている。

事例IIは、ソーシャルワーカーとしての連携度は低く、代行者が多様に現れているケースで、インタビュー時点におけるソーシャルワークとしての支援の継続性は乏しい。代行者としては、派遣カウンセラーが、ほぼ一貫してケースの流れを把握し、その調整に努力しているほか、医師やリサーチレジデントも病院間連携等に尽力している。クライアント自身にとっては入院継続となり、医療の必要性の低さからみると、社会生活機能の低下が否めない。

事例Ⅲは、組織内連携は中程度であるが、ソーシャルワーカーと本人の関わりが殆ど持てないまま、患者が死亡するまで病院側が見守る形で長期入院になったケースである。

事例Ⅳ、Ⅴは、共に調査対象のソーシャルワーカーの所属する病院のケースではないが、組織外連携を強化して支援を継続した事例で、社会生活機能や本人の望む自己実現などへの支援がなされたと考えられるケースである。

考察と課題

インタビューの内容を中心に、HIV感染者の地域生活支援に関わるソーシャルワーカーの組織内、および組織外連携について、行為、価値、関連要因の観点から分析を行い、各事例の特徴について整理を行った。これらの結果から、以下のような考察を得た。

(1) 連携機能に関わる「行為」とそれを支える「価値」は、不可分のものとして捉えられる。

ソーシャルワーカーの実践は、価値に基づく行為を実行することであることが、事例の分析により証明されたといえる。価値に立脚して支援を遂行する意思がなければ、行為は開始されず、また有効な支援を展開できないことになる。

(2) 「価値」に基づく「連携行為」が、感染者の地域生活支援の質を左右する可能性が高い。

抽出された様々な行為が、適切になされればなされる程、支援の効果が高まると予想される。

(3) 生活支援において、継続的で安定し且つ責任性を担保されたソーシャルワーク機能の必要性が示された。

感染者の地域生活支援におけるソーシャルワーク機能の重要性が確認できたといえる。しかしながら一方で、これらを担保するシステムが現状では十分でないことが大きな課題である。

(4) 第三者性の有用性が示唆された。

ソーシャルワーカーの配置に医療制度上の保障のない現状では、前述のようなソーシャルワーク機能を担保することは現実的に困難な場合が多い。また病院内でソーシャルワーカー自身が立脚する視点で支援を貫徹することが、矛盾や葛藤を孕む可能性もある。一方、NPOや派遣カウンセラーは、病院組織に属さない立場から、クライアントの支援に有効に活動している現状があることも、今回の分析から読み取れた。本来のソーシャルワークの立つ視点は、病院組織のそれとは独立したものであることを考える時、今後のソーシャルワーカーのあり方そのものへの議論の糸口を示唆するものということもできよう。

(5) 組織内連携には、ソーシャルワーカーの機能度と医療者の生活支援への理解度が交互に関連しており、ソーシャルワーカーへのアクセシビリティに多様に影響を及ぼしている。

組織内でのクライアントへの有効な支援には、多くの要因が作用していることが示唆され、クライアントにとっても、外部の支援者にとってもソーシャルワーカーへのアクセシビリティに影響を及ぼしていることが窺えた。

(6) ソーシャルワークの機能度に影響する要因は複数である。

物理的にソーシャルワーカーの人数や病棟担当制など、どれだけ他職種とチームを組みやすい環境にあるが問われるところである。ソーシャルワーカーが、HIV感染症領域にどれだけコミットできるかも、これらの要因に大きく影響される。またソーシャルワーカーが院内で有用に機能するには、アセスメントを始めとするクライアントへの援助技術は勿論のこと、組織内チームワークに関する能力、コミュニケーション能力等、多くの実践能力が要求される。例えば「マッピング」を行うには、アセスメント能力が伴わなければならないなど、業務の質が問われることが予測され

る。但し今回の調査では、これらの諸点について焦点を当てたインタビュー設定は行っていない。

(7) 連携への促進、阻害要因として、HIV 領域特有の援助者の構えが阻害要因になりうることを示唆された。

医療者らの中で、HIV 感染症に特有の構えが存在し、そのことが、支援に対してプラスにもマイナスへも影響する可能性が示唆された。従ってその内容やプロセスを自覚して、支援チームを組み、またチームの中でその意味を理解し、適切な支援につなげていくことが有用と考えられた。

(8) 支援体制の質が医療コスト低下に影響している可能性が示された。

事例の特徴と結果の考察を通じて、支援体制の質が生活の質を高めることが示唆された。長期入院を余儀なくされた場合、医療費のアップが予測される。しかし一方で、地域のサービス資源が量質ともに乏しい現状の中で、クライアントにとって、何が求められているのかに焦点を当て続ける必要がある。今後、組織外連携にも影響を与える要因として、サービス提供側や社会資源の側の実情についての研究も求められるところである。

(9) 事例の個別性と連携に関する様々な要因は多様に絡み合っている。

例えば、事例Ⅱ、Ⅲは、他の事例に比べて症状が重いことが、生活支援を困難にさせている要因のひとつとなっている可能性がある。クライアントやその周辺で抱える困難な要素が多い程、支援にも能力が要求される。今回示された連携に関連する多様な要素が、促進要因として機能することが、支援の質を何分かでも高めることに貢献する可能性が示されたといえる。

以上、本調査はまだ事例数も少なく、多くの課題を残してはいるが、全体として、患者を中心とした支援においては、医療・保健・福祉を一枚岩で捉え、継続性、柔軟性、アカウンタビリティ

の担保された支援体制構築が重要であることが示されたものとする。

健康危険情報

該当なし。

注

- 1) 平成 12 年度厚生科学分担研究「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) 他、看護領域では特に服薬支援を中心に、在宅生活への援助をテーマにした研究がある。NPO としては、ぶれいす東京(池上千寿子代表)が、H11 年厚生科学研究分担研究「HIV 陽性者に対する地域の支援およびサポート資源の活用について」などがある。
- 2) 平成 10 年度厚生科学分担研究「HIV 感染者・AIDS 患者に対する心理社会的相談援助についての実態調査」(分担研究者、小西加保留)
- 3) 佐藤豊道「ケースワーク原理と原則」、久保絃章、高橋重宏、佐藤豊道編「ケースワーク - 理論的アプローチと技法を中心に - 」<社会福祉士・介護福祉士養成テキスト、社会福祉援助技術各論>、川島書店、p. 24、1998

続発性悪性腫瘍に対する診療連携についての研究

分担研究者:中尾篤人 (順天堂大学医学部アトピー疾患研究センター 講師)

研究協力者:パウィーナ・チャラガン

(マヒドール大学ラムチボディ病院内科家庭医学部門 助手)

(Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Ramthibodi Hospital, Medical School, Mahidol University, faculty member, Dr.Paweena Chalugun)

研究要旨

近年の HIV 感染患者数の増加ならびに予後の改善にともない、HIV 感染症患者での悪性腫瘍合併例 (特にエイズ関連腫瘍でない腫瘍) について診療する頻度が今後増加することが予想される。本研究は、全国のエイズ拠点病院に対するアンケート調査 (資料 1 参照) によって HIV 感染症における続発性悪性腫瘍に対する診療連携についての現状、問題点を把握することを目的として行った。

アンケート結果から、わが国の大多数のエイズ拠点病院においては、HIV 感染症患者悪性腫瘍合併例について比較的スムーズな診療連携が行われている現状が示唆された。しかし問題点として、HIV 感染症患者特有の悪性腫瘍に対する診断及び化学療法での治療指針がないことなどの臨床的な事柄が主としてあげられた。したがって今後は、悪性腫瘍早期診断体制の整備や HIV 感染症合併悪性腫瘍についての治療ガイドラインの作成が必要と思われた。

研究の背景

近年の HIV 感染症患者数の増加ならびに予後の改善に伴い悪性腫瘍合併症例に対応できる診療体制の確立が重要な問題となりつつあると予想される。しかし、わが国における HIV 感染症における続発性悪性腫瘍に対する診療体制の現状ならびに問題点を明らかにした研究はなかった。

目的と方法

全国のエイズ拠点病院 (366 施設) に対してアンケート調査 (記名式) を実施し、HIV 感染症患者における悪性腫瘍合併に対する診療連携についての現状と問題点を把握する。

結果 アンケートを 366 施設に送付し、238 施設から回答を得た (回答率 65%)。回答を得た施設において診療された HIV 感染患者総数は 5061 人、そのうち悪性腫瘍合併例は 195 人

(全体の 3.85%) であった (図 1)。悪性腫瘍の種類としては悪性リンパ腫 85 人 (悪性腫瘍のうちの 43%)、カポジ肉腫 75 人 (同 38%)、肝癌 12 人 (同 6%)、子宮頸部癌 10 人 (同 5%)、白血病 4 人 (同 2%)、胃癌 3 人 (同 1.5%)、ザルコーマ、陰茎癌各 2 人 (同 1%)、大腸癌、胆管癌各 1 人 (同 0.5%) であった。HIV 感染患者悪性腫瘍診療についてなんらかの問題が生じたケースは悪性腫瘍合併例を経験した 70 施設中 15 施設 (21%) で認められた (図 2)。その内訳は 1) 診断が困難であった (3 施設) 2) 治療方針が決められない (8 施設) 3) 院内における担当科が決められない (3 施設) 4) 放射線等の設備が不足しているため該当施設での診療ができない (1 施設) であった。治療方針が決められないと答えた 8 施設では、エイズ患者における悪性リンパ腫合併時における化学療法のガイドラインがないため、化学療法剤の用法用量について妥当な判断ができ

なかったというケースが7例あった。また連携した診療科は皮膚科、産婦人科、消火器内科、外科があげられていた。

考察

アンケートに答えていただいたエイズ拠点病院においては HIV 感染症における悪性腫瘍合併例の診療における問題のほとんどは診断や治療といった臨床上的問題であった。一方、診療連携については大多数のエイズ拠点病院で比較的円滑に行われていることが示唆された。しかしながらアンケートに対する回答を得た病院は比較的大規模な病院が多かった（約 35%のエイズ拠点病院からはアンケートに対する回答を得ていない）。なお、他研究で HIV 診療経験がない施設が約 3 割あるという報告を考え合わせると、本結果はわが国のエイズ診療における部分的な側面だけを反映している可能性を考慮する必要があると考える。

結論

今回、アンケートに回答された施設では、悪性腫瘍合併例の診療連携についての問題指摘は少なかった。

HIV 感染症における悪性腫瘍合併例の診療に対する臨床上的問題を解決するために、今後早期診断体制の構築、個々の悪性腫瘍治療に対するガイドラインの作成が必要であると考えられた。

健康危険情報

該当なし。

研究発表

論文発表

1. Piti Palungwachira, Pornchai Chirachanakul, Pranee Palungwachira, Paweena Chalugun, NAKAO A, TAKAMORI K, OGAWA H. Cutaneous findings in HIV-1-positive patients in Thailand, The Journal of Dermatology 28: 584-585

図1 HIV感染症続発性悪性腫瘍合併例の内訳

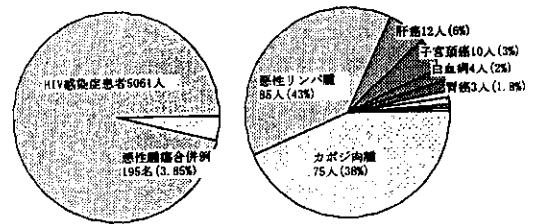
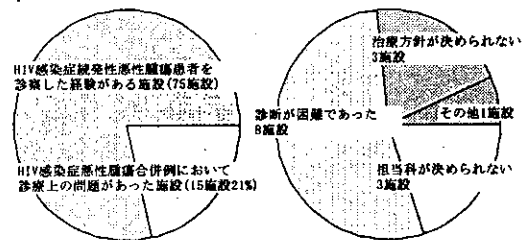


図2 悪性腫瘍例についての診療上の問題点



資料-1

平成 13 年度 HIV 感染症の医療体制に関する研究班 アンケート調査
 主任研究者 白阪琢磨 (国立大阪病院) 分担研究者 中尾篤人 (順天堂大学)

HIV 感染症 “続発性悪性腫瘍に対する診療連携” についてのアンケート

(1) 今まで何人の HIV 感染症患者さんを診察されたことがおありですか？

() 人

(2) そのうち何人がカポジを含む悪性腫瘍を合併していましたか？

() 人

以下(3)で HIV 感染症患者においてカポジを含む悪性腫瘍を合併した患者さんを経験されたことがある方にお伺いします。

(3) 合併した悪性腫瘍の種類は何ですか？ (複数回答可)

()

(4) その場合、悪性腫瘍の診療科はどこですか？

(いずれかに丸をしてください。複数回答可)。

1 同じ診療科 2 院内の他科 3 院外施設に紹介する。

(5) 院内の他科とお答えの場合

それは何科ですか？ ()

(6) 続発性悪性腫瘍の診療上以下のような問題はありましたか？

(いずれかに丸をしてください。複数回答可)。

1 診療を他科、他施設とうまく連携できなかった。 2 治療方針で混乱した。

3 患者・家族の同意が得られなかった。 4 問題ない。

5 その他 (具体例;)

(7) HIV 感染症でカポジを含む悪性腫瘍を合併した場合の対応において何かご意見、問題点があればご記入ください。

()

あなたの所属機関 ()

お名前 ()

所属診療科 ()

ご協力どうもありがとうございました。

凝固異常症の病態把握に関する研究

分担研究者：瀧 正志(聖マリアンナ医科大学小児科)

研究協力者：立浪 忍(聖マリアンナ医科大学附属研究施設)

研究要旨

わが国における血液凝固異常症の病態を把握し、当該患者の治療の向上と生活の質の向上に寄与することを目的に医療および患者 QOL に関する全国調査を行った。

2001 年 5 月 31 日現在わが国に生存する HIV 非感染の血液凝固異常症例総数は、4729 例であり、その内訳は血友病 A 3121 例、血友病 B 623 例、VWD 688 例、類縁疾患 297 例であった。

一方、HIV 感染血液凝固異常症例の生存者数は総計 890 例で、その内訳は血友病 A 677 例、血友病 B 201 例、VWD 7 例、類縁疾患 5 例であった。尚、第 4 ルートは 5 例、2 次・3 次感染は 27 例であった。血液凝固異常症の死亡例は、2001 年度調査では HIV 非感染例が 17 例、感染例が 13 例(その他に 2 次感染例が 1 例)報告された。HIV 感染例では HCV に関連した肝疾患による死亡例が 7 例と過半数を占めた。凝固因子製剤により HIV に感染し、2001 年 5 月 31 日までに死亡した血液凝固異常症患者の累積総数は 534 例となった。尚、第 4 ルートの累積死亡数は 2 例、2 次・3 次感染は 13 例となった。また、2000 年 6 月 1 日から 2001 年 5 月 31 日までに新たにエイズを発症した患者数は 4 例(1 例は死亡)であった。血液凝固異常症の HIV 感染患者総数(生存者と死亡者の合計)は、1424 例(男 1410 例、女 14 例)であり、第 4 ルートは 7 例、2 次・3 次感染者数は 40 例となり、凝固因子製剤に関連する HIV 感染者総数は 1471 例(男 1417 例、女 54 例)となった。これらの HIV 感染症例におけるエイズ拠点病院への通院の割合は 94.5%と推定された。

C 型肝炎に対するインターフェロン治療については、HIV 非感染例において 316 例、HIV 感染例において 105 例の治療報告があった。QOL 調査用紙は全対象者中の 22%から回収され、記載内容がデータ化された。

A. 研究目的

本邦における血液凝固異常症の全国的な調査が厚生労働省により事業化され、同時に「HIV 感染症の医療体制に関する研究班」の分担研究として 2001 年度から継続されることとなった。本研究は、わが国における血液凝固異常症の病態を把握し、当該患者の治療の向上と生活の質の向上に寄与することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 対象と方法

2001 年度の凝固異常症の病態把握に関する研究は、2000 年度までに構築されたネットワークをもとに調査用紙の発送・回収および集計を行った。調査は、わが国の血液

凝固異常症患者を対象とした。医療調査(後述)は、2000 年度までに「HIV 研究の評価に関する研究班」で把握していた 1436 施設の担当医に調査を依頼した。QOL 調査(後述)は、担当医を介し患者/保護者に配付した。

(2) 調査用紙

調査のために送付する用紙(調査票)は、医療調査に関するものと本年度から新たに始めた QOL 調査に関するものである。医療調査は、血液凝固異常症全国調査運営委員会の医療調査委員(白幡聡、瀧正志、立浪忍、三間屋純一、山田兼雄)により作成され、2000 年度の調査用紙をもとに肝疾患に関する項目を詳細にするなど一部改定した(表 1、2、3、4)。QOL 調査は、血液凝固異

常症全国調査運営委員会の QOL 調査委員 (大平勝美、仁科豊、花井十伍)により作成され、疾患、自己注射、出血の頻度、HIV、

肝炎、社会生活、差別医療給付などの項目をアンケート形式にした(表 5-1~5-3)。

表 1

様式1 凝固因子製剤によるHIV感染例(2001.5.31現在生存例)

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---------------------------------|--|---|---|
| 記載医師名: _____ | | 施設名・診療科: _____ | | 住所: _____ | | 平成 年 月 日記載 | |
| 施設カルテ番号 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 | 性別 | 男・女 | 死亡時の現住所・都道府県名 | 都・道・府・県 | |
| 平成13年5月31日現在の状況 | 1.入院/通院中 2.転出() 3.転入() 4.不明 | 他施設への通院の有無 | 有(施設名)・無・不明 | エイズ発症の有無 | 未発症・発症・不明 | 発症の場合、その発症時期 | 西暦 年 月 発症・発症時期不明 |
| 他施設への通院の有無 | 有(施設名)・無・不明 | エイズ発症の有無 | 未発症・発症・不明 | 発症の場合、その発症時期 | 西暦 年 月 発症・発症時期不明 | 平成12年6月から13年5月までの期間に罹患したエイズ関連の日和見疾患(別紙診断基準参照。複数回答可) | 無・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11 12・13・14・15・16・17・18・19・20 21・22・23・不明 |
| 末梢血CD4陽性リンパ球数(平成13年5月31日以前で最もこの時点に近いもの) | () / μl ・未検査 | 血中HIV-RNA量(平成13年5月31日以前で最もこの時点に近いもの) | () × 10 [□] copies/ml | 測定方法 | (1) アンブリコア法 (2) プランチ法 (3) 高感度RT?PCR法 (4) 高感度プランチ法 | 投与中の抗HIV薬(平成13年5月31日現在・複数回答可) | 1. AZT 2. ddI 3. ddC 4. d4T 5. 3TC 6. RTV 7. IDV 8. SQV 9. NFV 10. NVP 11. EFV 12. DLV 13. ABC 14. APV 15. COM 16. LPV/RTV合剤 17. その他 |
| 投与していない場合 | 未投与・中断中・情報不明 | 薬剤耐性を除く副作用のため抗HIV薬を中止・変更したことがあるか? | 有・無 | “有”の場合、上記の薬剤番号と理由を記載して下さい。複数回答可 | () | リポディストロフィーの有無 | 有・無 |
| 感染ルート | <input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> vWD <input type="checkbox"/> 類縁疾患病名 (病名: _____) 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。後天性の血友病・vWDもこれを選択 <input type="checkbox"/> 2次感染 1. 凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染 2. 針刺し 3. 母子感染 4. その他 5. 不明 <input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染 | <input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> vWD <input type="checkbox"/> 類縁疾患病名 (病名: _____) 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。後天性の血友病・vWDもこれを選択 <input type="checkbox"/> 2次感染 1. 凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染 2. 針刺し 3. 母子感染 4. その他 5. 不明 <input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染 | 肝炎の有無とその病期 1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝臓 6. 肝不全 7. 不明 肝炎“有”の場合、その原因 1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明 HCV抗体の有無 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 HCV抗体陽性の場合、以下の(1)~(4)にお答え下さい。 (1) 血中HCV-RNA 1. 感度未満あるいは陰性 2. 陽性 3. 不明 (2) 測定方法 1. PCR法 2. プランチ法 (3) インターフェロン(IFN)治療の有無 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明 (4) IFNの治療効果 (IFNを実施した場合のみお答え下さい) 1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化 2. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化 3. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず 4. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化 5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化 6. 現在投与中 | | | | |

表 2

様式2 凝固因子製剤によるHIV感染例(死亡例: H12.6.1~H13.5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む) 平成 年 月 日記載

| | | | | | | | |
|--------------------------------|--|---------------------------------------|---|--|--|--|--|
| 記載医師名: _____ | | 施設名・診療科: _____ | | 住所: _____ | | 平成 年 月 日記載 | |
| 施設カルテ番号 | 生年月日 | 明・大・昭・平 年 月 日生 | 性別 | 男・女 | 死亡時の現住所・都道府県名 | 都・道・府・県 | |
| エイズ発症の有無 | 未発症・発症・不明 | 発症の場合、その発症時期 | 年 月 発症 発症時期不明 | 死亡年月 (H12.6.1~H13.5.31までに死亡した人のみ記載。但し、未報告の症例については記載) | 昭・平 年 月 日死亡 | 死亡原因(重複回答可) | 1. エイズ関連疾患 2. 出血(部位:) 3. 肝疾患 4. その他(具体的に) 5. 不明 |
| 死亡原因(重複回答可) | 1. エイズ関連疾患 2. 出血(部位:) 3. 肝疾患 4. その他(具体的に) 5. 不明 | 死亡原因がエイズ関連疾患の場合、その疾患名(別紙診断基準参照。複数回答可) | 無・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12 13・14・15・16・17・18・19・20・21・22 23・不明 | 死亡直前の末梢血CD4陽性リンパ球数 | () / μl ・未検査 | 死亡直前の血中HIV-RNA量 | () × 10 [□] copies/ml |
| 測定方法 | (1) アンブリコア法 (2) プランチ法 (3) 高感度RT?PCR法 (4) 高感度プランチ法 | 死亡直前に投与されていた抗HIV薬(複数回答可) | 1. AZT 2. ddI 3. ddC 4. d4T 5. 3TC 6. RTV 7. IDV 8. SQV 9. NFV 10. NVP 11. EFV 12. DLV 13. ABC 14. APV 15. COM 16. LPV/RTV合剤 17. その他 | 投与していない場合 | 未投与・中断中・情報不明 | 薬剤耐性を除く副作用のため抗HIV薬を中止・変更したことがあるか? | 有・無 |
| “有”の場合、上記薬剤番号と理由を記載して下さい。複数回答可 | () | 死亡直前のリポディストロフィーの有無 | 有・無 | 感染ルート | <input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> vWD <input type="checkbox"/> 類縁疾患病名 (病名: _____) 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。後天性の血友病・vWDもこれを選択 <input type="checkbox"/> 2次感染 1. 凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染 2. 針刺し 3. 母子感染 4. その他 5. 不明 <input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染 | <input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) <input type="checkbox"/> vWD <input type="checkbox"/> 類縁疾患病名 (病名: _____) 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。後天性の血友病・vWDもこれを選択 <input type="checkbox"/> 2次感染 1. 凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染 2. 針刺し 3. 母子感染 4. その他 5. 不明 <input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染 | 肝炎の有無とその病期 1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝臓 6. 肝不全 7. 不明 肝炎“有”の場合、その原因 1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明 HCV抗体の有無 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 HCV抗体陽性の場合、以下の(1)~(4)にお答え下さい。 (1) 血中HCV-RNA 1. 感度未満あるいは陰性 2. 陽性 3. 不明 (2) 測定方法 1. PCR法 2. プランチ法 (3) インターフェロン(IFN)治療の有無 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明 (4) IFNの治療効果 (IFNを実施した場合のみお答え下さい) 1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化 2. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化 3. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず 4. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化 5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化 6. 現在投与中 |

表 3

様式3 血友病および類縁疾患のHIV非感染例（2001.5.31現在生存例）

平成 年 月 日記載

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| 記載医師名： 施設名・診療科： | | 住所： | |
| 施設カルテ番号 | 明・大・昭・平 | 疾 患 名 に よ り を 入 れ 詳 細 記 入 す | <input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) |
| 性別 | 男・女 | | <input type="checkbox"/> vWD |
| 現住所・都道府県名 | 都・道・府・県 | | <input type="checkbox"/> 類縁疾患病名 (病名： 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。 後天性の血友病・vWDもこれを選択) |
| 平成13年5月31日現在の状況 | 1. 入院/通院中 2. 転出 () 3. 転入 () 4. 不明 | 現在使用中の凝固因子製剤名 () 他施設への通院の有無 (有(施設名)・無・不明) | |
| 肝炎の有無とその病期 | 1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 | HCV抗体陽性の場合、以下の(1)～(4)にお答え下さい。 | (1) 血中HCV-RNA 1. 感度未達あるいは陰性 2. 陽性 3. 不明 |
| 肝炎“有”の場合、その原因 | 1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 () 6. 不明 | (2) 測定方法 1. PCR法 2. プランチ法 | (3) インターフェロン(IFN)の治療の有無 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明 |
| HCV抗体の有無 | 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 | (4) IFNの治療効果 (IFNを実施した場合のみお答え下さい) | 1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化 2. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化 3. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず 4. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化せず 5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化 6. 現在投与中 |

表 4

様式4 血友病および類縁疾患のHIV非感染例（死亡例：H12.6.17H.13.5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む）

平成 年 月 日記載

| | | | |
|-----------------|--|--|--|
| 記載医師名： 施設名・診療科： | | 住所： | |
| 施設カルテ番号 | 明・大・昭・平 | 疾 患 名 に よ り を 入 れ 詳 細 記 入 す | <input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) |
| 生年月日 | 年 月 日生 | | <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有・無・不明) |
| 性別 | 男・女 | | <input type="checkbox"/> vWD |
| 現住所・都道府県名 | 都・道・府・県 | | <input type="checkbox"/> 類縁疾患病名 (病名： 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。後天性の血友病・vWDもこれを選択) |
| 死因 | 1. 出血(部位) 2. 肝疾患 3. その他(具体的に) 4. 不明 | 治療に使用していた凝固因子製剤名 () 他施設への通院の有無 (有(施設名)・無・不明) | |
| 肝炎の有無とその病期 | 1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 | HCV抗体陽性の場合、以下の(1)～(4)にお答え下さい。 | (1) 血中HCV-RNA 1. 感度未達あるいは陰性 2. 陽性 3. 不明 |
| 肝炎“有”の場合、その原因 | 1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 () 6. 不明 | (2) 測定方法 1. PCR法 2. プランチ法 | (3) インターフェロン(IFN)の治療の有無 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明 |
| HCV抗体の有無 | 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 | (4) IFNの治療効果 (IFNを実施した場合のみお答え下さい) | 1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化 2. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化 3. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず 4. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化せず 5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化 6. 現在投与中 |