

- 15) 植田知幸, 有吉紅也, 三浦秀佳, 松田昌和, 千葉智子, 巖馬華, Lay Myint, 柿沢淳子, 濱武牧子, 西澤雅子, 杉浦互; CRF01-AE 感染症例に見出された新たな薬剤耐性獲得機序. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 16) 大出裕高, 星野忠次, 杉浦互; HIV-1 protease 阻害剤耐性の分子動力学解析. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 17) 杉浦互; HIV-1 治療における薬剤耐性の影響とその対策. 第 17 回日本エイズ学会. 神戸, 11 月, 2003
- 18) 橋本洵子, 藤本勝也, 遠藤知之, 小池隆夫; 統合失調症様症状で発症した HIV 脳症の一例. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 15) 北室知巳, 服部俊夫, 三木祐, 菊池喜博, 佐藤功, 三浦元彦; HIV 感染者に合併した重症カリニ肺炎の治療に関する検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 16) 伊藤俊広, 佐藤功, 鈴木博義; 中枢神経障害と末梢神経・筋障害を呈した AIDS の一症例. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 17) 西堀武明, 塚田弘樹, 岡本幸子, 内山正子, 下条文武; HAART 施行中に甲状腺機能亢進症が顕在化した一例. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 18) 正兼亜季, 小川哲, 上野朱美, 酒向良博, 山田三枝子, 辻典子, 戸来依子, 上田幹夫; CD4 陽性細胞数算定に関する全国調査結果. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 19) 上田幹夫, 河村洋一, 舟田久, 安岡彰, 吉田喬, 和野雅治, 朝倉英策, 上田孝典, 今井由三代, 戸来依子, 宮田勝, 山下郁江, 山田三枝子, 正兼亜季, 辻典子, 青木眞; 北陸地方におけるエイズ医療体制の構築について. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 20) 宇野賀津子, 沢田貴志, 内海眞, 菊池恵美子, 吉崎和幸, 白阪琢磨; 日本における在日外国人 HIV 感染者医療状況の 3 年間の変遷. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 21) 和田かおる, 永井裕美, 萩原智子, 内海眞, 金田次弘; 未治療 HIV-1 感染患者における CD4 要請細胞数と細胞内 HIV-RNA 量の相関性. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 22) 永井裕美, 和田かおる, 森下高行, 内海眞, 西山幸広, 金田次弘; 高感度リアルタイム PCR 法のバリデーション. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 23) 服部純子, 伊部史郎, 永井裕美, 和田かおる, 森下高行, 佐藤克彦, 内海眞, 金田次弘; 男性同性愛者における HIV-1 と GBV-C 感染および GBV-C ジェノタイプの解析. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 24) 森下高行, 佐藤克彦, 宮城島拓人, 内海眞, 山本直彦; ケニヤ、ナイロビにおける HIV と梅毒の抗体保有状況. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 25) 山本直彦, 伊部史郎, 和田かおる, 金田次弘, 内海眞, 森下高行, 佐藤克彦, 大竹徹, 森治代, 川端拓也; ペンダント型亜鉛サイクレン錯体の HIV 増殖抑制作用機序に関する研究. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 26) 内海眞, 濱口元洋, 菊池恵美子, 市川誠一, 五島真理為, 河村昌伸; 同性愛者を対象とした名古屋での HIV 抗体検査会. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 27) 白阪琢磨; 日本の HIV 医療体制整備の歴史, 現状と課題について. 麻薬とエイズの国際会議, アルゼンティン, 10 月, 2003
- 28) 白阪琢磨, 日笠聡, 岡慎一, 川戸美由紀, 山口拓洋, 吉崎和幸, 木村哲, 福武勝幸, 橋本修二; 血液製剤による HIV 感染者の調査成績 第一報 CD4 値、HIV-RNA 量と治療の現状と推移. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 29) 川戸美由紀, 橋本修二, 山口拓洋, 岡慎一, 吉崎和幸, 木村哲, 福武勝幸, 日笠聡, 白阪琢磨; 血液製剤による HIV 感染者の調査成績 第二報 AIDS 発病と CD4 値、HIV-RNA 量、抗 HIV 治療とその関連性. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 30) 永泉圭子, 山元泰之, 青木眞, 味澤篤, 岡慎一, 木村哲, 白阪琢磨, 高田昇, 花房秀次, 三間屋純一, 松宮輝彦, 福江英尚, 福武勝幸; 国内未承認エイズ治療薬等を用いた HIV 感染症治療薬及び HIV 感染症至敵治療法の開発に係る応用研究. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 31) 宇野賀津子, 沢田貴志, 内海眞, 菊池恵美子, 吉崎和幸, 白阪琢磨; 日本における在日外国人 HIV 感染者医療状況の 3 年間の変遷. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 32) 小田原史知, 河野武弘, 木本美和, 今村茂行, 白阪琢磨, 佐野浩一; 超高感度逆転写酵素活性測定法を用いた HIV 感染者血漿中の逆転写酵素活性. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 33) 高濱宗一郎, 谷岡理恵, 上田千里, 上平朝子, 白阪琢磨; 右心房内腫瘤をきっかけに HIV 感染が明らかとなった一例. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003

- 34) 古金秀樹, 安尾利彦, 織田幸子, 桑原健, 白阪琢磨; 近畿ブロック HIV カウンセリング研究会終了後のアンケート調査実施と今後の方向性. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 35) 安尾利彦, 白阪琢磨, 織田幸子; 自殺念慮及び抗 HIV 薬開始への強い躊躇を示した HIV 感染者殿 カウンセリング課程 - 「生きていてはいけない」から「生きるためなら死んでもいい」への心の変容. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 36) 上平朝子, 吉野宗宏, 高濱宗一郎, 森正彦, 谷岡理恵, 長谷川善一, 下司有加, 織田幸子, 上田千里, 白阪琢磨; 当院における免疫再構築症例についての検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 37) 谷岡理恵, 上平朝子, 森正彦, 長谷川善一, 上田千里, 白阪琢磨; Central pontine myelinolysis を認めた HIV 感染症の一例. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 38) 山中晃, 青木眞, 味澤篤, 岡慎一, 木村哲, 白阪琢磨, 高田昇, 花房秀次, 三間屋純一, 佐々木昭仁, 永泉圭子, 山元泰之, 西田恭治, 福武勝幸; HIV 陽性 C 型慢性肝炎血友病患者に対するインターフェロン α -2b とリバビリン併用療法の安全性と有効性(厚生労働省エイズ治療薬研究班治療研究). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 39) 山中晃, 萩原剛, 青木眞, 味澤篤, 岡慎一, 木村哲, 白阪琢磨, 高田昇, 花房秀次, 三間屋純一, 山元泰之, 西田恭治, 永泉圭子, 佐々木昭仁, 福武勝幸; HIV/HCV 共感染血友病患者に対する PEG インターフェロン α -2b とリバビリン併用療法の間経過報告(厚生労働省エイズ治療薬研究班治療研究). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 40) 上田千里, 木本美和, 上平朝子, 森正彦, 谷岡理恵, 白阪琢磨; HIV 感染症患者における G 型肝炎ウイルス重複感染の影響. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 41) 常見幸, 日笠聡, 木本美和, 白阪琢磨, 垣下榮三; HIV 感染者における Th1, Th2, CD4+CD25+ 制御性 T 細胞の解析. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 42) 桑原健, 吉野宗宏, 井門敬子, 畝井浩子, 工藤正樹, 榊原則寛, 下川千賀子, 小林雅子, 寺門浩之, 長岡宏一, 白阪琢磨; 抗 HIV 薬の副作用に関するアンケート調査結果. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 43) 西田恭治, 福武勝幸, 青木眞, 味澤篤, 岡慎一, 木村哲, 白阪琢磨, 高田昇, 花房秀次, 三間屋純一, 福江英尚, 山元泰之; 新しい抗 HIV 薬 Viread (tenofovir) による治療研究の経過報告(厚生労働省エイズ治療研究班治療研究). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 44) 吉野宗宏, 永井聡子, 桑原健, 下司有加, 織田幸子, 谷岡理恵, 森正彦, 長谷川善一, 上田千里, 上平朝子, 白阪琢磨; 初回療法における ABC と EFV の使用成績. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 45) 織田幸子, 下司有加, 箕浦洋子, 上平朝子, 白阪琢磨, 榎本てるこ, 青木理恵子; 当院受診外国人患者の抱える問題への対応と課題 (HIV-NGO・NPO との連携を通じて). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 46) 白阪琢磨; HAART における初回療法の組み合わせ. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 47) 上平朝子, 藤純一郎, 上田千里, 織田幸子, 白阪琢磨; 当院受診患者における HIV 感染者の診断動機 の検討. 第 77 回日本感染症学会総会学術集会, 福岡, 4 月, 2003
- 48) 矢永由里子, 加瀬まさよ, 田上恭子, 島典子, 菊池恵美子, 安尾利彦, 喜花伸子; ブロック拠点病院におけるカウンセリングの実施状況: 今度の方向性を考察する. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 49) 下司有加, 織田幸子, 大平仁子, 箕浦洋子, 上平朝子, 白阪琢磨; 社会的環境を整備しながら在宅支援導入に至った 1 症例. 第 58 回国立病院療養所総合医学会, 札幌, 10 月, 2003
- 50) 上平朝子; 当院カリニ肺炎症例についての検討. 第 58 回国立病院療養所総合医学会, 札幌, 11 月, 2003
- 51) 西村裕, 藤井輝久, 高田昇, 木村昭郎; 施設で経験した赤痢アメーバ症と HIV 感染症について. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 52) 喜花伸子, 木村昭郎, 高田昇, 兒玉憲一, 内野悌司, 河部康子; HIV 感染症の心理的援助に関する血液疾患との対比による研究~死に関する話題を中心に~. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 53) 高田昇; J-AIDS: エイズを扱うメーリングリストを通じて. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 54) 内野悌司, 藤原良次, 椎村和義, 平岡毅, 塚本弥生, 藤井輝久, 藤井宝恵, 磯部典子; ピア・カウンセラーと専門カウンセラーの連携に関する研究 (2). 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003

- 55) 藤原良次, 鬼塚直樹, 宮島謙介, 椎村和義, 早坂典生, 木原正博, 山崎浩司; HIV 感染予防介入の実践方法論としての「プリベンション・ケースマネージメント (PCM)」の理解と導入に関する研究. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 56) 畝井浩子, 児玉憲一, 藤田啓子, 中村真紀子, 内野侑司, 藤井輝久, 高田昇, 木平健治; 抗 HIV 薬服薬指導研修会の経験—第 2 報—. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 57) 喜花伸子; 服薬支援のためのコミュニケーション技術. 2003. 2003 年 7 月 24 日, 薬剤部薬剤管理指導室
- 58) 矢永由里子, 山本政弘, 大坪輝行, 下川寛子, 田村賢二, 永田寛子, 三木浩司, 向笠章子, 森いくみ, 吉川博政; 福岡県における HIV 関連専門職種によるネットワークの構築「福岡 HIV 保健医療福祉ネットワーク会議」: 7 年間の振り返りと今後. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 59) 鄭湧, 池松秀之, 鍋島茂樹, 村田昌之, 有山巖, 古庄憲浩, 山本政弘, 柏木征三郎, 林純; HIV 感染患者における CD27 陰性(ナイーブ)B 細胞についての検討. 第 77 回日本感染症学会総会, 福岡, 4 月, 2003
- 60) 中野恵美子, 山田由紀, 福山由美, 武田謙治, 伊藤将子, 大金美和, 池田和子, 渡辺恵, 田上正, 岡慎一, 木村哲; HIV/AIDS 患者への歯科受診支援における歯科医療機関の対応. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 61) 山田由紀, 伊藤ひとみ, 池田和子, 大金美和, 伊藤将子, 武田謙治, 福山由美, 渡辺恵, 岡慎一, 木村哲; HIV/AIDS 患者の長期入院理由の分析と退院調整の課題. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 62) 福山由美, 山田由紀, 武田謙治, 中野恵美子, 伊藤将子, 大金美和, 池田和子, 渡辺恵, 岡慎一, 木村哲; 結核合併 HIV/AIDS 患者の療養継続支援の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 63) 池田和子, 大金美和, 渡辺恵, 伊藤将子, 武田謙治, 福山由美, 山田由紀, 湯永博之, 岡慎一, 木村哲; 核酸系逆転写酵素阻害剤 Tenofovir (TDF) の使用状況からみた服薬支援の検討. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 64) 渡辺恵, 池田和子, 大金美和, 他; エイズ拠点病院体制における HIV/AIDS 患者の継続看護システムに関する研究. 第 7 回日本看護管理学会, 横浜, 8 月, 2003
- 65) 大金美和, 山田由紀, 福山由美, 伊藤将子, 武田謙治, 池田和子, 渡辺恵; HIV/AIDS 患者のアドヒアランス形成支援過程の標準化に関する研究. 第 23 回日本看護科学学会学術集会, 三重, 12 月, 2003
- 66) 山中京子, 児玉憲一; HIV 感染者のカウンセリング利用経験に関する研究—継続的利用者への面接調査結果より—. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 67) 山中京子; 抗 HIV 療法開始に向けたメディカル・コーディネート. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 68) 小森康雄, 池田正一, 前田憲昭, 田上正, 樋口勝規, 山口泰; HIV 感染症における口腔症状の全国調査. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 69) 池田健太郎; 米国における HIV 感染者歯科治療. 日本 HIV 歯科医療研究会 2003
- 70) 小西加保留; 免疫機能障害における身体障害者手帳制度の運用実態について. 第 17 回日本エイズ学会学術集会・総会, 神戸, 11 月, 2003
- 71) 小西加保留; HIV 感染者の地域生活支援における NPO と医療ソーシャルワーカーの連携に関する研究. 第 51 回日本社会福祉学会, 10 月, 2003

知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む。)

A. 特許取得

なし

B. 実用新案登録

なし

C. その他

なし

HIV 感染症の医療体制の整備に関する提言内容説明

主任研究者：木村 哲（国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター長）

1. 提言理由

本研究は今後の患者／感染者増に備えて診療体制を更に整え、どの地域にあっても利便性が高く良質な医療を提供できる体制を整えることを目的としている。いまだに差別・偏見のある HIV 感染症においては、とりわけケア／サポート体制の整備が必要であり、患者／感染者の少ない地域においては経験不足を補いつつ、適切な対応ができる体制を整えておく必要がある。一方、HIV 医療を担っている中心的拠点病院では患者／感染者が集中し、その診療能が限界に達しているところもある。HIV 医療のコアグループである ACC—ブロック拠点病院—拠点病院が適切な連携をとり、良質な HIV 医療を提供できる体制を推進する必要がある。そのために必要な施策案を提言することとした。

2. 背景

全国の 364 の拠点病院を対象に診療実績、受け入れ状況その他について調査し、まだ回答を回収中であるが現在まで 256 施設（70.3%）から回答が得られた。その中間集計結果を平成 9 年度に行われた同様の調査と比較した結果、緊急時の対応や受け入れの理解度、入院、観血処置、歯科処置などの可能性

において大幅な改善が見られた。これは永年にわたる上記のようなブロック拠点病院や ACC の研修会などの成果と考えられ、この研究班の貢献も大きかったと考えられる。一方においてブロック拠点病院と拠点病院、ACC と拠点病院間の連携状況に大きな変化は見られず、連携の推進が今後の課題と考えられた。

全国 14 のブロック拠点病院のみを見ても、この 6 ヶ月間に診療した患者／感染者数は 1 名から 817 名と大きな幅があり、拠点病院では回答のあった 256 施設中、現在患者 0 の施設は 26%、1～10 名の施設が 48% で、計 74% で臨床経験が乏しい状況にある。勿論患者／感染者が非常に少ない地域が多いので経験症例数が少ない施設があるのは当然であるが、患者／感染者の発生／増加に備え、情報を得ておく必要がある。

患者／感染者の最も多い東京都についてみると、診療患者数が 1～10 名をピークとする 40 名以下の施設群と 400 名以上（425 名～817 名）を診ている 3 施設との 2 極化が見られる（表 1）。特に患者数の多い 3 施設で調査したところ、いずれも診療実績の伸びが著しく、初診、再診共に一人一人に十分な時間がかけれなくなっている実態が明らかとなった。これらの施設の専門医 20 名に問い合わせたところ、その 7 割がこのまま推移すると 2 年以内に外来での医療が限界に達すると判断していることが判

表 1. 患者数別の施設数（2003 年）

患者数	≥400	399-300	299-200	199-100	99-50	49-10	9-1	0
東京都	3	0	0	1	6	10	11	1

明した（表2）。

このような診療実態の偏りは首都圏において最も顕著であるが、北海道ブロック、東海ブロック、近畿ブロックにおいても顕在化してきている。早急な対応が必要である。

現在の HIV 医療体制を破綻させないためにも、中長期的対策として、患者増を抑える方策が必要である。HIV の感染拡大の防止には未感染者の感染防止に向けた啓発と共に、既感染者の HIV 伝播防止へに向けた啓発・再啓発が必須である。通院者に対する啓発・再啓発を徹底する必要がある。しかし、通院者は全感染者の 2 割程度と推定され、残り 8 割は感染を自覚しておらず、これら 8 割の感染者の早期発見・早期啓発には抗体の検査体制の整備が不可欠である。

3. 首都圏問題および医療機関間の連携に関する提言とその根拠

患者／感染者の極端な偏りを少なくし、中心的医療機関の破綻を避けるためには、機能を十分果たしていない拠点病院のレベルアップをはかり、病病連携や病診連携を推進することが必要である。

具体的方策の第一として、関東甲信越ブロックは 10 都県におよび、患者／感染者の分布状況に大きな差があり、一律な対応が困難であることから、首都圏支部と北関東甲信越支部の 2 支部を置き、それぞれの状況に合わせた方策をとれるようにすることを

提言する（提言 1）。患者／感染者数が多く、通勤圏などの観点から関連の深い東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、茨城県の 1 都 4 県（横浜市、川崎市、千葉市、さいたま市などの政令都市を含む）を首都圏支部とし、栃木県、群馬県、山梨県、長野県、新潟県を北関東甲信越支部とするのが現実的である（この区分については東京都、はばたき福祉事業団とも調整した）。各支部に事務局を置き、ブロックの方針に従い、支部内の拠点へ講習会やニュースレターなどを通じ最新情報を提供し、研修の場を提供し、病病連携、病診連携を促進する。特に ACC は首都圏支部内の拠点病院の研修がより多く受け入れられるよう現状の研修コース（一週間コースおよび一ヶ月コース）を拡充する。研修生を派遣する医療機関としては、一週間とか一ヶ月などまとまった期間、職員を派遣するのは困難であるとの意見もあるので、分割して受講できる仕組みを取り入れるなどの工夫も考慮する。また、HIV 講習会の開催などに際しては地域拠点病院を会場として行うことにより、その病院の職員の啓発にもなり、効果的と思われるなどの点を考慮する。病診連携は土日に開院している診療所もあり、患者にとってメリットとなる。

また、当面の措置として経験豊富な先端的 HIV 診療機関から拠点病院の要望に応じカンファレンスなどへスタッフを定期的に派遣することを可能にすることも有効であると思われる。但し、この方式はスタッフを派遣する医療機関に多大な負担をかけることとなるので、既に飽和状態になりつつある診療

表 2. 都内 HIV 専門医 20 名の判断

患者一人当りの診療に必要な時間と現状の比較

	必要時間	現状	差
再診	19.5分	13.9分	5.6分
初診	43.8分	27.8分	16.0分

患者数の推移(新患と他医への紹介のバランス)は

患者増	不変	患者減	無回答
20	0	0	0

今の患者推移が続いた場合、現体制で何年可能ですか

0.5年	1年	1.5年	2年	3年	5年	無回答
1	4	2	8	1	2	1

能力を超えないよう、十分配慮しながら実施することが求められる。長期的措置としては、経験豊富な先端的 HIV 診療機関に HIV 診療支援チームを編成し、拠点病院から希望があれば数ヶ月程度の継続的長期支援を行い、その病院の診療体制の確立を援助するなどの思い切った施策が必要である（提言2）。

上述の連携の基本形としては、HAARTの導入期の患者教育・啓発、服薬指導・支援が極めて重要で専門的知識に基づく経験を必要とすることから、各地域においてHAARTの導入は主として経験の多い施設で行い、安定期に入ったら連携病院に紹介する形が理想的と考える（図1）。紹介をうけた連携病院は定期的に逆紹介し相互の連携を密にして、最良の医療が提供できていることを確認する。また病状が変化したり、入院が必要となった場合も逆紹介により、すぐもとの専門的医療機関が対応することを前提とする（提言3）。これに関連し、ACC内に相談窓口を設置すると連携がよりスムーズになると思われる。このような連携システムを作ることにより経験の少なかった拠点病院や診療所でも経験が蓄積され独力で診療できるようになると期待される。

一方、病病連携、病診連携を阻んでいる大きな要因として更生医療が一疾患一施設でしか適応されないことが第一の問題点として挙げられる。紹介または逆紹介した時、患者／感染者は更生医療がどちらかでしか受けられないため、医療費の負担が生じ、他施設に動くことができない。この制限を緩和しなければ患者偏在の問題解決は難しい（提言4）。第

二の問題点は単純な連携では患者／感染者にとっても医療機関にとってもメリットがない点である。患者／感染者が経験豊かで種々の支援体制の整っている医療機関を選ぶのは当然の権利である。しかも余り地元に近いと人目が気になるため少し遠くでも都市の医療機関を選ぶ傾向にあり、現状を作り上げている。他方、医療機関としてはHIV診療は時間がかかり、人手も多くかかり、経営効率が悪い上、プライバシー保護、感染対策に大変気を使うなど苦勞が多い。HIV診療の実績に応じた診療報酬なり補助金によるインセンティブを付けるべきとの意見が多い。また臨床経験の多い医療機関のウイルス疾患指導料、処方料など専門的知識、経験に基づく料金部分を高くするなどにより患者／感染者に選択してもらう方式も提案された（提言5）。第三の問題点は長期入院で、HIV感染症では種々の日和見感染症の治療が可能になった一方で、脳リンパ腫やPML、HIV脳症は治療が困難で、長期療養や長期リハビリを必要とする例が相対的に増えている。拠点病院の多くは急性期医療機関であり、特定機能病院も多い。これらの医療機関では長期入院は大きな負担となっており、病病連携の妨げともなっている。長期入院患者の受入を可能にするため、特定療養費の除外疾患の中にHIV感染症の一部を含めるなどの施策が必要である（提言6）。併せて在宅療養を可能にする支援策の充実が望まれるため、既にACCで実施している地域医療従事者対象の研修企画を行政などの協力を得ながら拡充する。

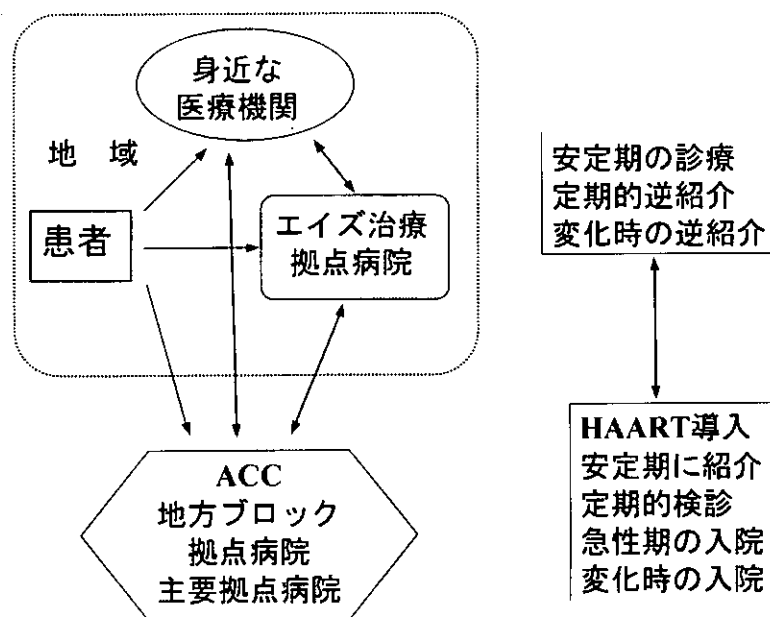


図1. HIV 感染症治療体制のイメージ

4. 新規感染者増加の抑制に関する提言とその根拠 提 言

通院期間が長くなるにつれ、繰り返し注意を喚起しなければ自分が他の STD に罹らないため、あるいは他人に HIV を伝播させないためのリスク回避行動に対する意識が薄れて行く事が知られている。今年度、この方法に関する CDC の勧告を邦訳し、各拠点病院に配布した。この勧告を徹底すべきと考えられる（提言 7）。

保健所の検査件数は伸び悩んでいる。関東甲信越および近畿ブロックの保健所の検査受け付け状況を調査した結果、週 1 回が 42 % で最も多く、月 4 回以内が 90 % であった。1 回当りの受付時間は平均 90 分で、120 分以下が 86 % であった。保健所での検査はこのように限られた曜日の、限られた時間帯でのみ行われていることに問題がある。更に、陽性者の 18 % はその後医療機関を受診していないと思われ、医療への連結が不十分である。北海道ブロックや北陸ブロック、中国四国ブロックでは献血により陽性と判明した人数が、保健所で陽性と判明した人数より多いなどの逆転現象が生じている。保健所における検査体制の見直しが言われてから久しいが、大きな改善がみられていない。厚生労働省主導で、抜本の見直しを断行しなければならない（提言 8）。受検率の向上による感染者の早期発見は感染者自身の健康維持のため、また、感染拡大を阻止するためにも重要である。今回の調査では正確な数字を出すには至らなかったが、新規患者の受検場所は保健所より医療機関である場合が圧倒的に多い。保健所より医療機関の方がアクセスが良い、いつでも検査が受けられる、場所が判り易いなど、医療機関での検査には利点が多い。無症状であっても「HIV 感染症の疑い」などの保険病名を付けずに検査が受けられる仕組みを検討する必要がある。

以上の内容は次のような提言としてまとめられる。

- 1) 関東甲信越ブロックに首都圏支部と北関東甲信越支部を置き、ブロックの方針に基づき両支部が各支部内の拠点病院とより緊密な連携を取れるようにする。
 - ・ 東京都、神奈川県、千葉県、埼玉県、茨城県の 1 都 4 県（横浜市、川崎市、千葉市、さいたま市などの政令都市を含む）を首都圏支部とし、栃木県、群馬県、山梨県、長野県、新潟県を北関東甲信越支部とする。
 - ・ 各支部に支部事務局を定め、支部内の連携を高めるため活動する。
 - ・ ACC の行っている研修コース（一週間コースおよび一ヶ月コース）を拡充し、首都圏内の拠点病院の研修を積極的に受け入れる（東京都と連携する）。研修の運用にあたっては、受講しやすい形式を検討する。
 - ・ HIV 講習会の開催などに際し、地域拠点病院を会場として行うことを考慮する。
 - ・ 当面の措置として経験豊富な先端的 HIV 診療機関から、拠点病院の要望に応じカンファレンスなどへスタッフを定期的に派遣することを可能にする。
- 2) 長期的措置として経験豊富な先端的 HIV 診療機関に HIV 診療支援チームを編成し、拠点病院の要望に応じ数ヶ月程度の継続的長期支援を行い、その拠点病院の HIV 診療体制の確立をはかれるようにする。
- 3) HAART の導入は主として経験の多い施設で行い、安定期に入ったら連携病院に紹介する診療連携を構築する（紹介をうけた連携病院は定期的に逆紹介し、最良の医療が提供できていることを確認する。また病状が変化したり、入院が必要となった場合も逆紹介により、すぐもとの専門的医療機関が対応することを前提とする）。ACC に医療従事者のための相談窓口を設置する。
- 4) 上記の病病連携、病診連携を促進するために更生医療を複数施設で受け入れられるようにする。
- 5) 拠点病院の HIV 診療実績を加味した診療報酬体制、拠点病院補助金配分体制を作る。特に、臨床経験の多い医療機関のウイルス疾患指導料、処方料など専門的知識、経験に基づく料金部分を高くするなどにより患者／感染者が選択できる方式を考慮する。

- 6) HIV 感染症の合併症による長期入院が医療機関にとって不利とならないように制度を改める。長期入院患者の受け入れを可能にするため、特定療養費の除外疾患の中に HIV 感染症の一部を含めるなどの施策が必要である。また、在宅医療を可能とするため介護要員の啓発・指導を充実させる。
- 7) 感染拡大の阻止および感染者自身の健康維持・増進のために、医療従事者がリスク回避行動に関する CDC の勧告を遵守し患者の再啓発を行うよう周知・徹底する。
- 8) 感染拡大の阻止および感染者自身の健康維持・増進のため感染者の早期発見を促進する。そのために、厚生労働省主導により保健所による検査体制を抜本的に見直し、受検者がもっと受け易い体制とする。医療機関での検査（VCT）を促進する方法を検討する。

II. 分担研究報告



ACC とエイズブロック拠点病院のあり方に関する研究 —拠点病院, ブロック拠点病院の診療機能の評価に関する アンケート調査報告

分担研究者：照屋 勝治 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

研究協力者：木村 哲 (国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター)

研究要旨

現在の HIV 医療体制の現状を把握し、その医療レベルの格差を是正・改善するために、ACC およびブロック拠点病院がどのような役割を果たしうるかを模索するための資料とすることを目的として、全国の拠点病院を対象とした診療機能に関するアンケート調査を実施した。

今回の調査で多くの拠点病院における HIV 症例経験の不足が浮き彫りになり、それが HIV 診療を行える人材の育成を阻む大きな要因となっていることが推測された。一方で、施設としての診療機能や医療スタッフの感染者受け入れの理解度などは、1997 年当時に比べ大幅な改善が認められている。

拠点病院の多くが ACC やブロック拠点病院との連携が不十分であると考えており、今後拠点病院の診療機能を向上させるためには、特に診療面において拠点病院の経験不足をサポートできるような連携体制を整えることが急務の課題であると言える。

Study on ideal roles of ACC and regional central hospitals for establishment of efficient medical care system for HIV infected individuals in Japan.

Katsuji Teruya

AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan.

研究目的

ACC を中心として全国を 8 つのブロックにわけ、それぞれにブロック拠点病院を置く、1997 年から始まった現在の HIV 診療体制は、ACC がブロック拠点病院に対して、そしてブロック拠点病院が各ブロックの拠点病院に対して、それぞれ指導的役割を果たすことにより、HIV 医療の地域格差をなくし、HIV 医療の質を高めることを目的としていた。しかしながら、その後の我が国における HIV 感染者数は著しい増加の一途をたどっており、患者数の地域格差は当時に比べさらに増大し、それに伴う各医療施設間の症例経験の格差が拡大している可能性が出てきている。また HAART により HIV 感染者の予後が著明に改善した一方で、長期的入院管理を必要とする HIV 感染者数が増加しており、その受け入れ病院の確保が極めて難しくなっているという新たな問題が発生しているのが現状であるといえよう。

本研究は、HIV 医療の地域格差の改善とエイズ医療の質の向上のために、現在の診療体制の現状と問題点を明らかにし、今後の医療体制と ACC および各ブロック拠点病院が果たしうる役割および活動のあり方について提言を行うことを目的とする。

今回は、拠点病院における現在の問題点を明らかにし、診療機能を向上させるために ACC およびブロック拠点病院が果たしうる役割について提言を行うための資料とすることを目的として、全国の拠点病院およびブロック拠点病院、ACC を対象とした機能評価に関するアンケート調査を実施した。

研究方法

1. 調査項目

調査項目の決定にあたっては、各ブロック拠点病院の担当者に協力を依頼し、必要と思われる調査項目案を作成していただいた。各ブロック拠点病院より集められた調査項目案をもとに、基本的

には全質問項目の総和を目指して、類似項目の統合および一部質問項目の削除を行い、アンケート案を作成した。作成されたアンケート案は、木村哲主任研究者および各ブロック拠点病院担当者に校閲をお願いし、その都度、計 4 回の修正・追加等の改訂を行った。最終的に全 66 項目からなる拠点病院機能評価アンケートを作成した。

2. アンケートの回答方法として、以下の複数の方法を実施した。

(1) Web 形式のアンケート調査 (対象：255 施設) (図 1)

各ブロック拠点病院担当者より調査提出して頂いた拠点病院の担当者電子メールアドレスを元にアンケートに関する案内メールを送付した。設定されたログイン ID とパスワードにより、指定された web アンケートの URL からログインして回答する形式とし、web 公開中は何回でもログインして回答の修正加筆ができるようにした。ネットワーク環境によりうまくログインできない場合は、ホームページ上よりエクセルファイルとしてアンケート内容をダウンロードし、エクセルファイルに回答を記入後、電子メールの添付ファイルとして送付できるよう便宜をはかった。

－ 2003 年 12 月 15 日 電子メールでアンケート実施に関する案内の送付

－ 2004 年 12 月 31 日 web アンケート開始。

(2) アンケート郵送による調査 (対象：109 施設)

109 施設については電子メールアドレスが入手できなかったため、アンケートを郵送した。回答者の便宜を図るため、エクセルファイル形式のアンケートを CD に焼いたもの、およびそのプリントアウトを送付し、以下の複数の回答方法から選択していただいた。

(回答方法 1)

エクセルファイルに直接、回答を入力 → 回答を電子メールで送付する。

(回答方法 2)

エクセルファイルに直接、回答を入力 → 回答をプリントアウトし、FAX 送信する。

(回答方法3)

エクセルファイルに直接、回答を入力 → 回答をプリントアウトし、郵送する。

(回答方法4)

プリントアウトされたアンケートに直接記入 → 回答を FAX 送信する。

(回答方法5)

プリントアウトされたアンケートに直接記入 → 回答を郵送する。

- 2003年12月5日74施設に送付(締め切り1月9日)

- 2003年12月26日35施設に送付(締め切り1月31日)

HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究

国立感染症センター エイズ対策研究開発センター

感染症科、才村哲

回答するアンケートおよび締め切りは以下のとおりです。

●アンケート ID パスワード

1) 共通アンケート
2) 北海道ブロック限定アンケート
3) 東北ブロック限定アンケート

お送りしたメール/FAXに記載されたIDとパスワードを左の枠内に入力、[ログイン]ボタンをクリックしてWEB上からアンケートにお答え下さい。
IDとパスワードは半角で全て英数字です。(ゼロとO(オー)/K(アイ)とI(数字)等が間違いないようご注意ください。
うまくログインできない場合は、お送りしたIDとパスワードを、コピーペーストで該当枠内に入力してくださいをお勧めします。



ログインが出来ない場合は、エクセルファイルをダウンロードして、ご回答後、添付ファイルにて下記までお送りください。
lsurvey@mc.hosp.go.jp

ログインが出来ない場合は、エクセルファイルをダウンロードして、ご回答後、添付ファイルにて下記までお送りください。
lsurvey@mc.hosp.go.jp

ログインが出来ない場合は、エクセルファイルをダウンロードして、ご回答後、添付ファイルにて下記までお送りください。
lsurvey@mc.hosp.go.jp
(こちらからお送りした際、ご担当者名記載のIDとパスワード発行メールの返信としてlsurvey@mc.hosp.go.jpに届いています添付して頂けると幸いです)

●共通アンケート(99/24) (白紙)
●東北ブロック限定アンケート(17/20) (白紙)
●北海道ブロック限定アンケート(57/24) (白紙)

Excelファイルがダウンロードできる

●回答締め切り

2004年1月9日(金)
まだご回答いただいていない方はすみやかにご回答のほどお願ひ申し上げます

- 質問すべての回答に時間を要する場合は、できる部分だけでも先に入力しておくことが出来ます。
- 入力いただいた分のデータは即集計に反映されます。
- 設定されたログインIDとパスワードで何回でもログインして修正加算が可能です。間違いに気づきました時点で、データを訂正頂くことが可能です。
- 締め切りは1月9日となっていますが、本サイトには17日のご回答を続けます。
- 締め切り日以後も、入力、訂正は可能です。
- 終了後に必ずログオフ願ひます。

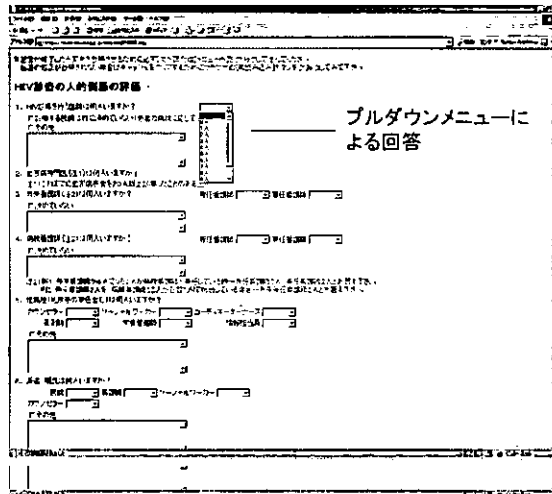
●終了後に必ずログオフ願ひます。

●締め切り後の属性について教えて下さい
具体的調査者があれば記載してください

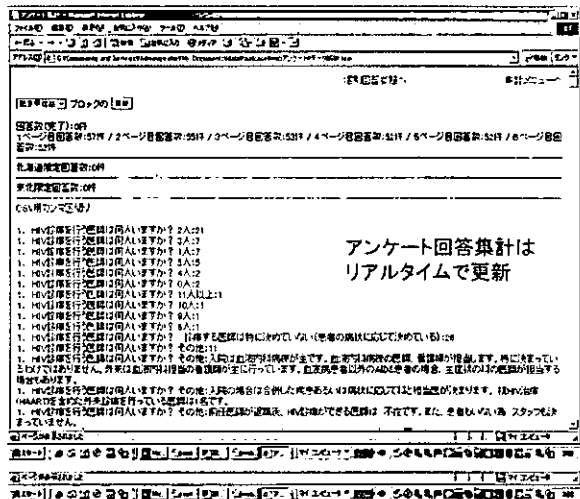
調査機関	
HIV診療の人的側面の評価	
1) HIV、HIV検査施設	
2) 検査実施	
3) 検査結果	
4) 検査結果	
5) 検査結果	
その他、コメント	
0277	

○アンケートを6ページに分けた
○分割して回答する施設の便宜をはかるため、未回答項目の目安を作った。

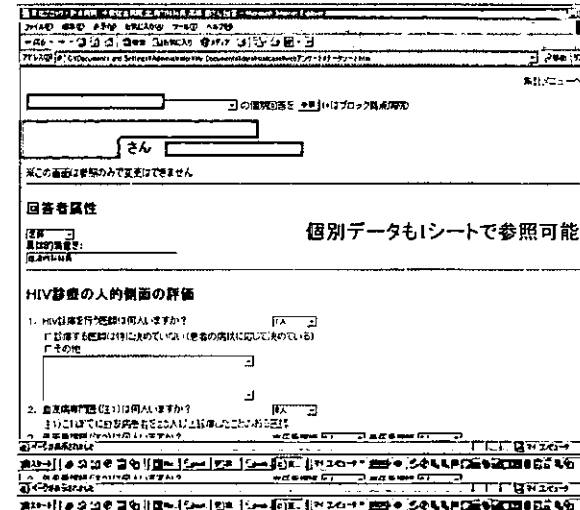
- このアンケートはお答えいただいた際の目安として表示しています。
※ 全部ご回答いただいた場合も表示されるケース(人数が0人として選択されている場合)もございます。
- このメッセージはお答えいただいた際の目安として表示しています。
※ 全部ご回答いただいた場合も表示されるケース(人数が0人として選択されている場合)もございます。



プルダウンメニューによる回答



アンケート回答集計はリアルタイムで更新



個別データもシートで参照可能

研究結果

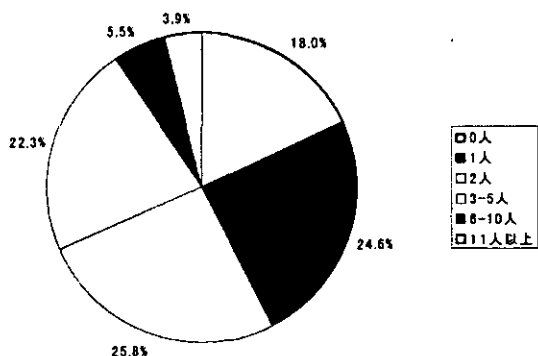
1. アンケート回収率

アンケートは Web 回答群が 255 施設中、201 施設が回答（回収率 78.8%）、郵送群は 109 施設中 55 施設から回答があった（回収率 50.5%）。全体で 364 施設中、256 施設(回収率 70.3%)が回答した。

2. 人的側面の評価

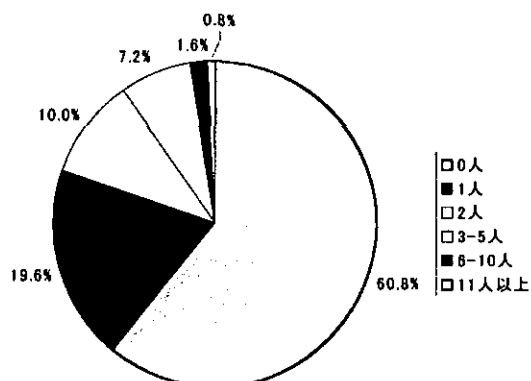
(1) HIV 診療担当医師数、血友病専門医数 (図 2 1-1,2)

HIV 診療の担当医師（科）は 36.3%の施設では、患者の病状により判断されており、18.0%の施設が専任の HIV 診療医師は 0 人であると回答した。0-2 人までの施設が約 7 割を占めていた。本アンケートで「これまでに 20 人以上の血友病患者を診察したことがある医師」と定義した血友病専門医は、60.8%の施設で該当者がいなかった。



* 36.3%は担当医師(科)は原則的に患者の病状に応じて決めると回答

資料 2-1-1. HIV 診療担当医師数



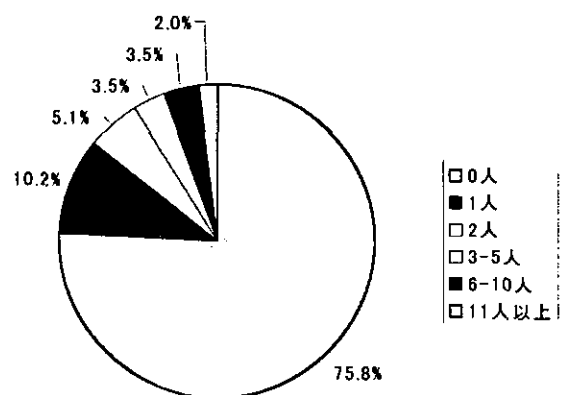
資料 2-1-2. 血友病専門医数

(2) 専任看護師 (図 2 1-3,4)

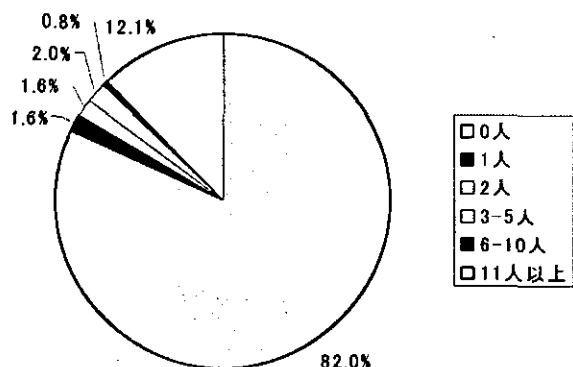
外来看護師は 75.8%、病棟看護師は 82.0%の施設が不在であった。

(3) 他職種の有無 (図 2 1-5)

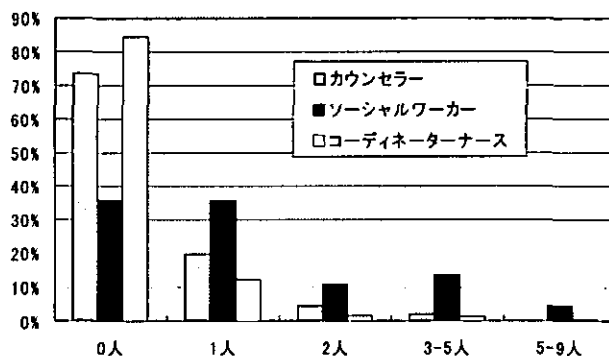
カウンセラーは 73.7%が、コーディネーターナースは 84.5%の施設で不在である。ソーシャルワーカーも 35.7%で不在であった。



資料 2-1-3. 専任外来看護師数



資料 2-1-4. 専任病棟看護師数



資料 2-1-5. 他職種の有無

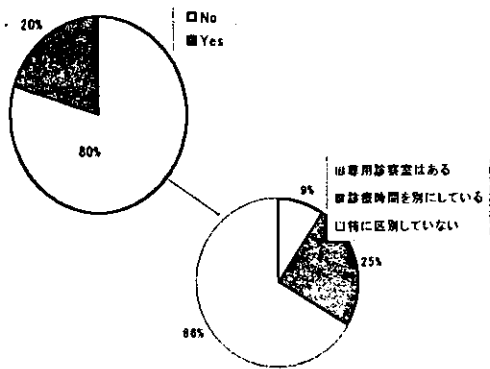
3. 設備、診療機能面の評価

(1) 外来スペース (資料 2 2-1)

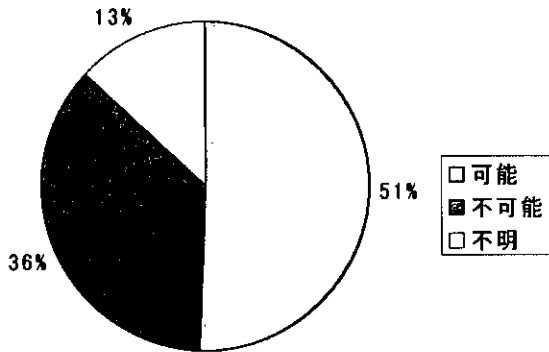
20%の施設で HIV 診療専用の外来スペース (診察室+待合室) を確保している。80%の施設は専用スペースを持たないが、うち 34%の施設は専用診察室があるか、あるいは診療時間を分けるなどの工夫をしていると回答した。

(2) ペンタミジン吸入室 (資料 2 2-2)

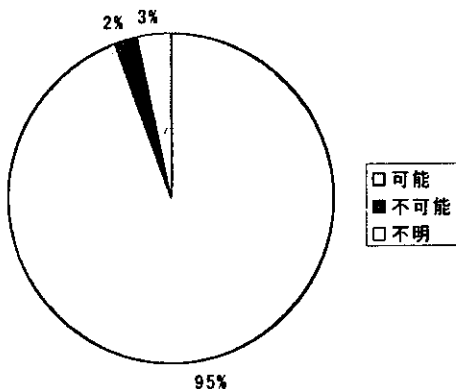
個室による外来でのペンタミジン吸入が可能と回答した施設は全体の 51%にとどまった。



資料 2-2-1. HIV 感染者専用の外来スペース



資料 2-2-2. 外来でペンタミジン吸入実施は可能か?



資料 2-2-3. HIV 感染者の入院について

(3) 入院について(資料 2 2-3)

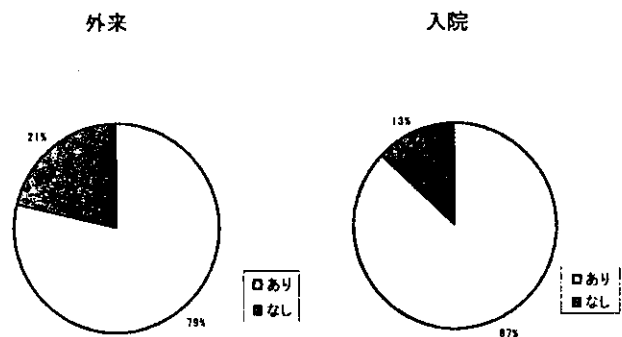
95%の施設が入院の受け入れは可能と回答した。一方 2%の施設が入院は不可能、3%が不明と回答した。

(4) 面談個室の有無 (資料 2 2-4)

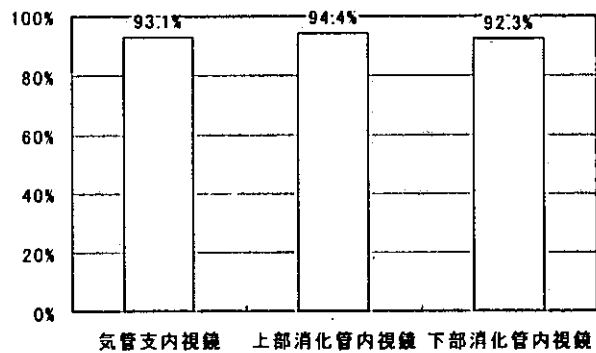
外来では 8 割が、入院では約 9 割が面談個室が確保できている。

(5) 内視鏡検査 (資料 2 2-5)

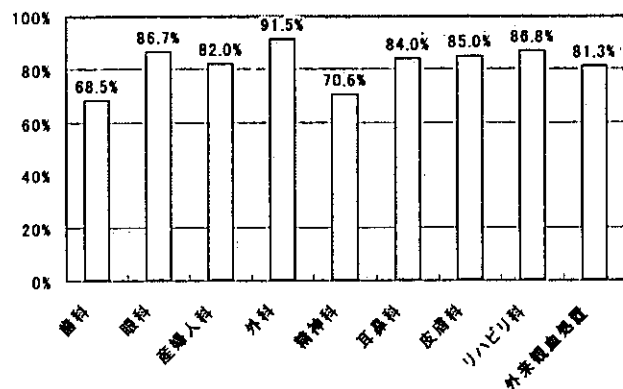
気管支内視鏡、上部消化管内視鏡、下部消化管内視鏡ともに 90%以上の施設が、HIV 感染者に対しても実施可能であると回答した。



資料 2-2-4. 患者との面談個室の有無



資料 2-2-5. HIV 感染者に対し内視鏡検査が可能



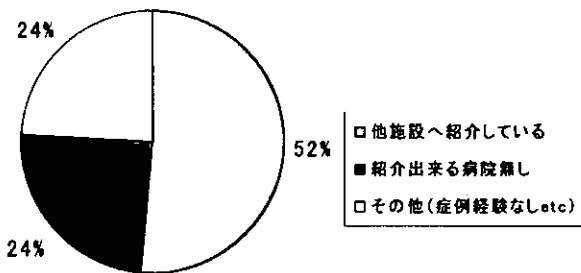
資料 2-2-6. HIV 感染者が受診可能 (各診療科別)

(6) 診療科別の HIV 感染者受け入れ状況 (資料 2-2-6,7)

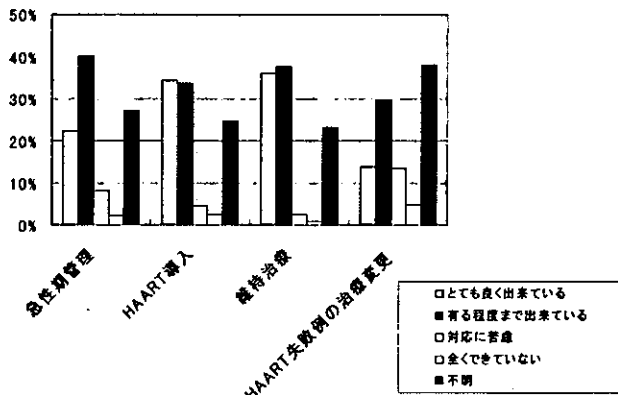
拠点病院内での診療科別の対応可能状況について調査した。多くの科で HIV 感染者の対応が可能であると回答したが、歯科、精神科では該当科がないなどの理由により 3 割程度が受診が出来ない状況であった。歯科の対応が不可能と答えた施設のうち、半数は他施設に紹介することにより対応ができていると回答したが、24%の施設では紹介できる病院がないと回答した。

(7) 診療能力の自己評価 (資料 2-2-8)

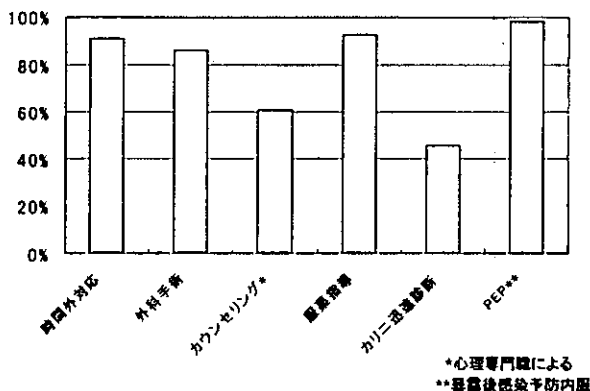
急性期管理、HAART 導入、維持治療、HAART



資料 2-2-7. 歯科診療が不可能な施設の対応状況



資料 2-2-8. 診療能力の自己評価

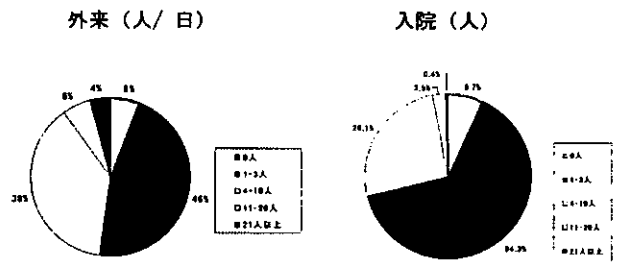


資料 2-2-9. その他の診療機能 (1) (可能と回答した割合)

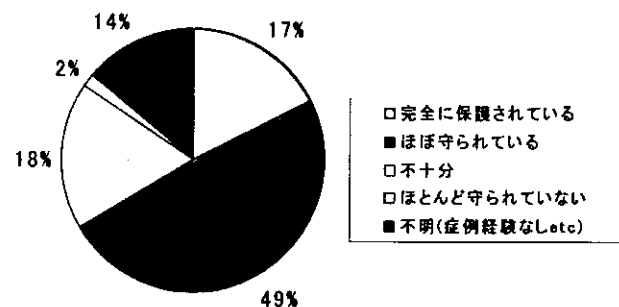
失敗例の治療変更に分けて、それぞれの診療能力を 4 段階で自己評価してもらった。いずれの項目も対応に苦慮している、あるいは全く出来ていないと回答したのは、10%程度であった。一方、3 割前後の施設は診療経験がないことから、自己評価は不可能であると回答した。また HAART 治療失敗例の治療変更に関して、有る程度以上にはできると自己評価したのは、全体の 43.4%にとどまった。

(8) その他の診療機能 (資料 2-2-9,10,11)

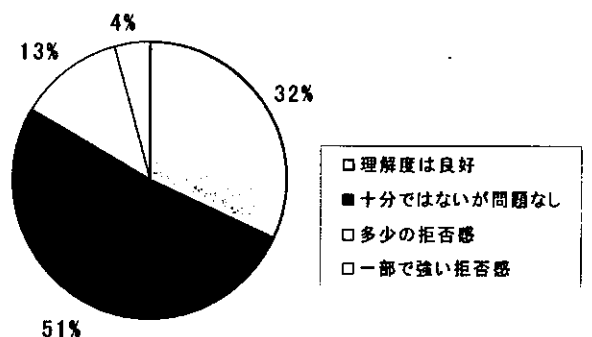
時間外対応 (91.2%)、外科手術 (85.9%)、服薬指導 (92.8%)、針刺し事故後の予防内服 (98.0%) と



資料 2-2-9. その他の診療機能 (1) (可能と回答した割合)



資料 2-2-10. 診療時の患者のプライバシーについて



資料 2-2-11. 患者受け入れに関する医療スタッフの理解度

いずれも 90%近くが実施可能と回答した。一方、心理専門職によるカウンセリングが実施可能な施設は 60.9%にとどまり、AIDS 指標疾患として頻度が高いカリニ肺炎の迅速診断が可能な施設は 45.7%であるという実態が明らかになった。

対応可能な患者数は外来で、半数以上 (52%) が 3 人/日以下と回答し、うち 6%は現時点对応可能な患者数は 0 人であると回答した。入院も 7 割近く (68%) の施設が 1-3 人以下までとした。

患者のプライバシーについては、66%でほぼ、もしくは完全に保護されていると回答したが、20%の

施設が不十分、もしくは全く守られていない状況である。

一方、患者受け入れについての医療スタッフの理解度は 83%の施設で良好もしくは問題なしと回答した。

4. 診療実績

(1) 診療経験(資料 2-3-1,2,3,4)

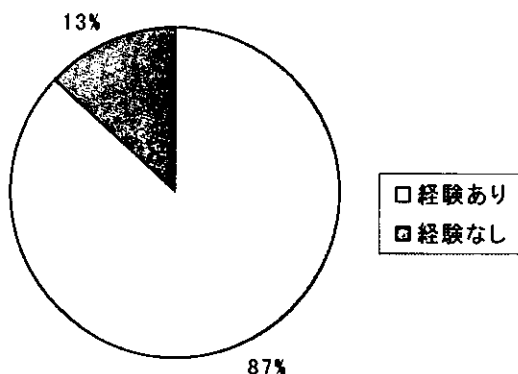
13%の施設はこれまでの HIV 感染者の診療経験が皆無であった。

現在の通院患者 (2003 年 4/1-10/31 に受診履歴のあるもの) は 26%の施設が 0 人であり、6 割近くの施設が 5 人以下である。一方で 3%の施設では 100 人以上の通院患者を抱えていた。

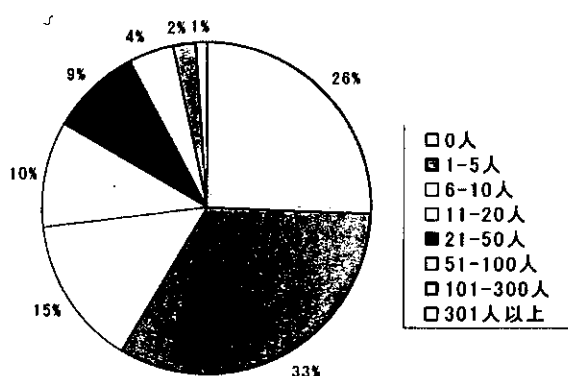
2001-2002 年度の 2 年間の入院患者数は、26.7%が 0 人であり、これらを含め 71.6%が 5 人以下である。

外科手術では 69.4%、分娩は 85.6%が 2001-2002 年度で経験がなかった。

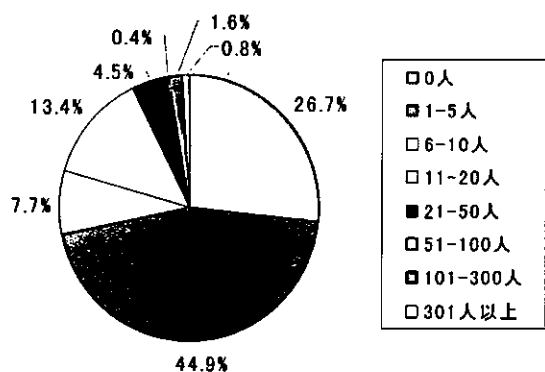
HIV 感染者に合併する主要疾患である、カリニ肺炎、食道カンジダ症、サイトメガロウイルス感染症、結核、非定型抗酸菌症、悪性リンパ腫の症例経験数は 2001 年-2002 年度で半数が以上が全く症例経



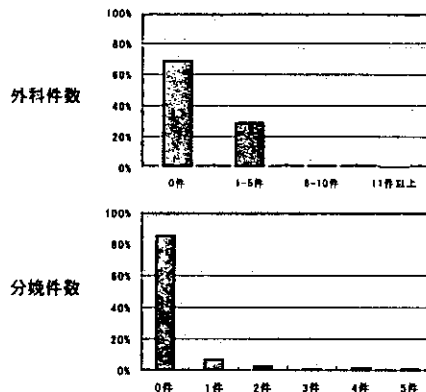
資料 2-3-1. これまでの診療経験の有無



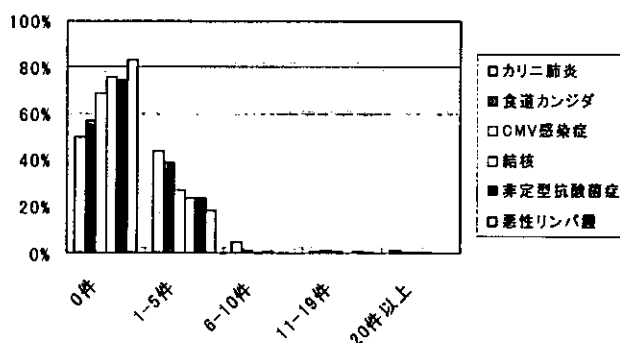
資料 2-3-2. 現在の通院患者数 (2003/4/1-10/31 に受診履歴のある患者)



資料 2-3-3. のべ入院患者数 (2001 年-2002 年度)



資料 2-3-4. 2 年間の診療実績 (1) (2001-2002 年度)



資料 2-3-4. 2 年間の診療実績 (2) (2001-2002 年度)

験がなく、カリニ肺炎 (93.3%) を除き、95%以上の施設が5例以下の症例経験しかなかった。

(2) 拠点病院としての活動 (資料 2 3-5)

拠点病院としての、地域連携活動は64%の施設が、予防啓発活動については58%の施設が全く行っていないかった。

5. 診療体制

(1) 針刺し事故対応マニュアル、患者手帳の配布 (資料 2 4-1)

針刺し事故対応マニュアルについては99%の施設が「あり」と回答した。患者教育用の患者手帳の配布は63%の施設で行われていた。

(2) HIV スクリーニング実施状況 (資料 2 4-2)

入院時にスクリーニング検査を施行する施設は14%であった。2割程度で内視鏡検査前に、半数程度で術前検査としてスクリーニング検査が施行されていたが、妊婦や針刺し事故時にも6割程度しかスクリーニング検査は実施されておらず、STD 既往例に対しての実施率は19.7%にとどまっていた。

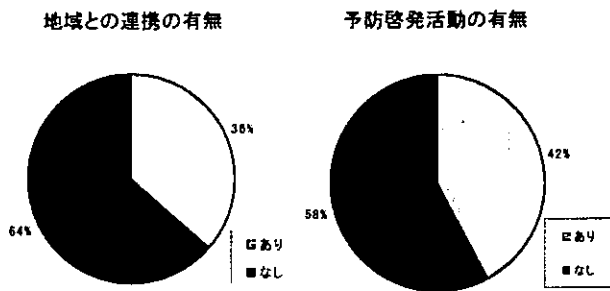
(3) 採血業務 (資料 2 4-3)

HIV 感染者の採血時に81%以上、手袋を着用していると回答したのは、全体の半数に満たなかった(44%)。実態不明(17%)を含め、全体の34%で手袋着用率は2割以下であった。一方、使用后針の針捨てボックスへの破棄は8割近くが行っていると回答した。

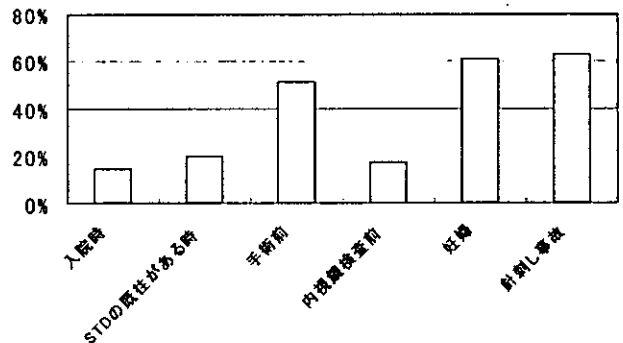
6. ACC およびブロック拠点病院との連携度の評価 (資料 2 5-1,2)

2001 年-2002 年度における拠点病院からブロック拠点病院、あるいは ACC への患者紹介は半数でなかったが、47%では1-5 件の患者紹介を行っていた。逆に ACC あるいはブロック拠点病院から、拠点病院への患者紹介は75%で全く行われていなかった。

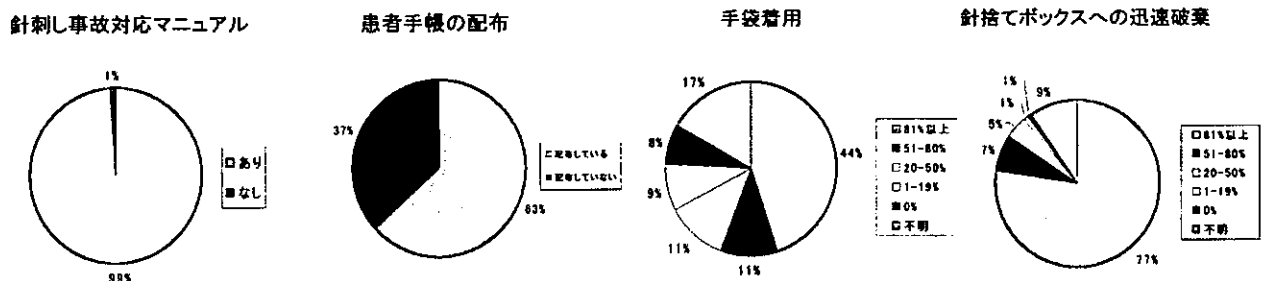
ブロック拠点病院および ACC との連携度の評価では、HIV 症例がないため評価不明という回答を含め、それぞれ59.6%、79.5%が連携はほとんどない、ないしは今ひとつとしていた。



資料 2-3-5. 拠点病院としての活動

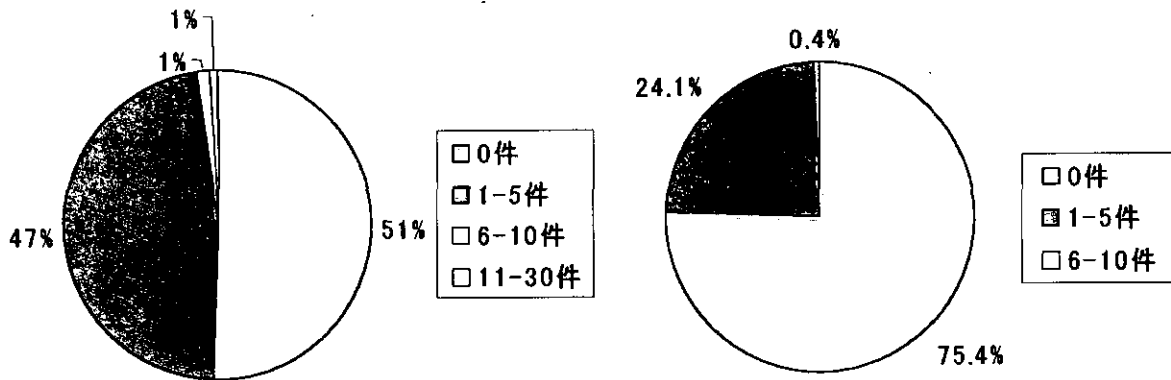


資料 2-4-2. HIV スクリーニング検査実施状況



拠点病院→ブロック拠点or ACC

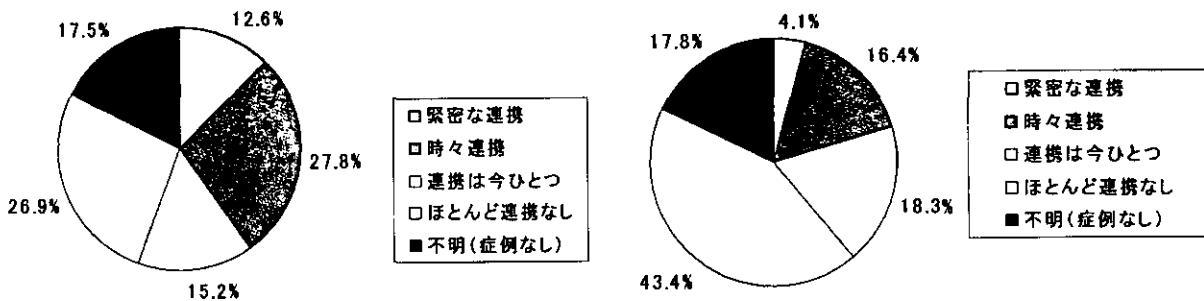
ACC or ブロック拠点→拠点病院



資料 2-5-1. 拠点病院と ACC or ブロック拠点病院間の患者受け入れ状況 (2001-2002 年度)

ブロック拠点と

ACCと



資料 2-5-2. 拠点病院による ACC or ブロック拠点病院との連携度の評価

7. 1997 年度調査との比較検討

今回のアンケート結果を、1997 年度に実施された全国拠点病院アンケート調査結果 (吉崎班) と共通する質問項目について比較を行った (資料 3)。HIV の診療経験がないと答えた施設は 18%(1997 年)→13%(2003 年)と軽度の改善が見られたが、入院実績がないと答えた施設は 25%(1997 年)→27%(2003 年)と不変であった。1997 年当時に比べ 2003 年までに多くの患者数増加があったにも関わらず、過去 2-3 年で 1 例も症例経験がないと答えた施設は 23%(1997 年)→33%(2003 年)と増加していた。HIV 患者の外来診療については、他の患者と特に区別せずに行うと答えた施設が大幅に増加し、時間外対応も 1997 年と比べ主治医対応から当直医対応へのシ

フトが明確に認められた。入院受け入れ、観血処置、歯科処置などの診療機能面では 1997 年と比べ大きな改善が認められていた。

考察

今回のアンケート調査では回収率が 7 割程度にとどまった。これはこれまで行われてきた同種のアンケートの調査と比べ低率であり、質問項目数の多さが原因となった可能性が考えられる。しかしながら特筆すべきは郵送によるアンケート調査ではわずかに 50.5%の回収率であったのに対し、インターネットを用いた web アンケートが施行しえた群では 78.8%の回収率が得られた点である。web アンケートの場

合は、データ集計が従来の紙によるものに比べ格段に容易に行える上に、電子メールを用いてのアンケート案内やアンケート回答の督促状送付も設定により自動的に実施することが可能であった。今回の試みで、web アンケート形式が回収率を大幅に改善する可能性が示唆されたことから、今後の同種のアンケートの実施法として本形式の積極的導入を検討していく価値があるように思われた。一方、web アンケート実施の欠点としては、現時点で拠点病院担当者の3割程度が電子メールアドレスを持っていないこと、また電子メールアドレスは頻繁に変更される可能性があり、システムを維持するためには継続的に電子メールアドレスのデータを更新する必要があることである。

今回の調査で、HIV 専任医師が不在と回答した拠点病院は全体の 18.0%にとどまり、残り 8 割強は専任医師が 1 名以上在籍していることが分かったが、36.3%の拠点病院は受診患者の担当医師は原則的に患者の病状により決定すると回答しており、専任医師の多くは HIV 症例経験を積める状況にない可能性が示唆された。血友病の診療経験が豊富な医師は 60.8%の施設で不在である。19.6%の施設は血友病診療経験を積んだ医師が 1 人在籍していると回答しているが、この場合は該当医師が出張した場合や、転勤、定年退職という状況により血友病患者の受け入れがすぐに困難になりえる状況にあるといえる。HIV 感染者数の急増とともに、拠点病院で感染者を受け入れていく体制を早急に確立する必要があるが、拠点病院の人的側面の現状は、患者受け入れに関して十分な準備ができていないと言えない状況である。

診療実績面の評価では、26%の拠点病院で現在の通院患者は 0 人であると回答しており、HIV 感染症に関連した主要疾患の過去 2 年間の診療実績も半数以上の拠点病院で全く無いという状況であった。2 年間の入院患者数も 7 割以上の施設で 5 人以下であり、外科手術、分娩例の経験に到っては、7-8 割が全く症例経験を持っていない。診療能力の自己評価でも 3 割程度の施設が「該当症例がないため評価不能」と回答しており、拠点病院における経験症例数

の少なさを反映している。このように、現時点では拠点病院の HIV 専任医師が臨床経験から HIV 臨床を学んでいくことが事実上不可能な状態である、というのが現状といえよう。

一方、設備、診療機能の面では現時点で HIV 感染者を受け入れるのに十分な状況であると考えられた。ペントミジン吸入室が半数の施設で確保できない点や、診療スペースの問題などから患者のプライバシー確保に難があるものの、95%の施設で入院受け入れが可能であり、複数科にまたがる受診や各種内視鏡検査、時間外の対応、外科手術などが多くの施設で実施可能と回答している。患者受け入れに対する医療スタッフの理解度も 8 割以上の施設で良好～問題なしという結果が得られた。

今後、拠点病院の診療機能を向上させ、患者受け入れ体制を整えるためには、症例数が比較的豊富なブロック拠点病院、ACC から拠点病院が対応可能なレベルから、積極的な患者紹介を行って多くの症例経験を積んでもらう必要がある。同時に多くの施設がほとんどない、もしくは今ひとつと回答している ACC やブロック拠点病院の連携を強め、特に診療面で拠点病院の経験不足をサポートできるような体制を整えることが、これから数年以内に求められている急務の課題であると言えよう。

今回の調査で、拠点病院においても針刺し事故発生時や妊婦に対する HIV スクリーニング検査の実施率が非常に低いことが判明した。さらに採血時の標準予防策（手袋着用など）が半数近くで実施されていないのが現状である。今後、拠点病院での HIV 診療を積極的に進めていくに当たって、早急に改善する必要があると思われた。さらに、入院、外来で対応可能な患者数を 0 人と回答した施設がそれぞれ 6%程度あった。このような施設が、今後拠点病院としてどのような機能、役割を果たしていくことができるのか、各ブロックを中心に詳細な状況調査を踏まえ、検討していく必要があるように思われた。

今回のアンケート結果について、1997 年度に実施された全国拠点病院アンケート調査結果（吉崎班）と比較した（資料 3）。外来診療、入院受け入れ、外