

- 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 9) 原田壮平、恩田順子、阿部泰尚、福島篤仁、横田恭子、上田晃弘、田沼順子、矢崎博久、本田美和子、湯永博之、源河いくみ、照屋勝治、立川夏夫、菊池嘉、岡慎一、木村哲; 当科における *Mycobacterium avium complex* (MAC) に関連した免疫再構築症候群症例の検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 10) 恩田順子、上田晃弘、原田壮平、阿部泰尚、福島篤仁、横田恭子、田沼順子、矢崎博久、本田美和子、湯永博之、源河いくみ、照屋勝治、立川夏夫、菊池嘉、岡慎一、木村哲; HIV 感染者に合併した Burkitt Lymphoma/Burkitt like Lymphoma の 2 症例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 11) 中野恵美子、島田恵、田上正、岡慎一、木村哲; HIV/AIDS 患者の院内歯科受診状況。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 12) 鈴木康弘、湯永博之、立川夏夫、菊池嘉、照屋勝治、本田美和子、源河いくみ、岡慎一、木村哲; HIV-1 感染者一末梢静止 CD4⁺T 細胞表面上に認められる免疫複体の解析。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 13) 立川夏夫、菊池嘉、照屋勝治、源河いくみ、湯永博之、本田美和子、矢崎博久、田沼順子、上田晃弘、鈴木康弘、岡慎一、木村哲; Atazanavir を含む抗 HIV 療法の短期成績。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 14) 土屋亮人、湯永博之、立川夏夫、照屋勝治、菊池嘉、吉野宗宏、原健、白阪琢磨、木村哲、岡真一; EFV 血中濃度とチトクロム P4502B6 の遺伝子多型についての検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 15) 高野操、池田和子、島田恵、大金美和、岡慎一、木村哲; 日本人 MSM における HIV 感染判明の経緯と判明前の HIV 関連症状について。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 16) 本田美和子、福島篤仁、阿部泰尚、横田恭子、恩田順子、原田壮平、上田晃弘、矢崎博久、田沼順子、湯永博之、源河いくみ、照屋勝治、立川夏夫、菊池嘉、岡慎一、木村哲; 「患者が HIV 診断に至るまでのプライマリ・ケア的考察」; narrative based medicine を含む当院初診患者の解析。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 17) 菊池嘉、福武勝幸、天野景裕、白阪琢磨、山本善彦、今井光信、近藤真規子、林邦彦、古谷茂之、木村哲、岡慎一; リアルタイム PCR 法による HIV-1 RNA 定量キット COBAS TaqMan HIV-1 Test (High Pure System) の検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 18) 山中ひかる、照屋勝治、田中真理、本田美和子、湯永博之、源河いくみ、立川夏夫、菊池嘉、平林義弘、岡慎一、木村哲; HIV 患者におけるインフルエンザワクチン接種後 1 年の抗体価の検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 19) 照屋勝治、恩田順子、原田壮平、阿部泰尚、福島篤仁、横田恭子、上田晃弘、田沼順子、矢崎博久、湯永博之、源河いくみ、本田美和子、立川夏夫、菊池嘉、岡慎一、木村哲; Efavirenz (EFV) を含んだ HAART の長期成績に関する検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 20) H. Yan, T. Chiba, Y. Kitamura, M. Nishizawa, M. Fujino, N. Yamamoto and W. Sugiura; Novel small-molecule compounds which inhibit strand transfer activity of HIV-1 integrase. *Antiviral Therapy* 9, S6, Spain, 2004. 6
- 21) W. Sugiura, M. Matsuda, T. Chiba, J. Kakizawa, M. Nishizawa, H. Miura, M. Hamatake, T. Ueda, M. Fujino, K. Yamada and N. Yamamoto; Changes in prevalence and patterns of drug resistant mutations in Japan - summary of nationwide HIV-1 drug resistance surveillance study (1996 to 2003) in Japan. *Antiviral Therapy* 9, S109, Spain, 2004. 6
- 22) 杉浦互; 本邦における薬剤耐性 HIV-1 の現状と今後の課題。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 23) 奈良妙美、西尾信博、高嶋能文、堀越泰雄、三間屋純一、杉浦互; 抗 HIV 薬による様々な副作用を呈し、多剤耐性を獲得した HIV 感染血友病患者の 1 例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 24) 松田昌和、Yan Hua、植田知幸、Urvi Parikh、柿澤淳子、西澤雅子、浜武牧子、藤野真之、三浦秀佳、Lay Myint、山本直樹、杉浦互; 本邦における薬剤耐性 HIV-1 の動向と変遷に関する考察。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 25) 任鳳蓉、松田昌和、長谷川直紀、杉浦互、田中博; HAART 治療下の HIV *pol* 遺伝子の宿主内進化と薬剤耐性予測。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 26) 太田雅美、簾貴士、大出裕、高畑晶之、佐藤武幸、横森能行、布施晃、杉浦互、星野忠次; 臨床応用に向けたコンピュータによるエイズ治療薬の適正予測。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 27) 築地謙治、根岸昌功、長谷川直樹、木内英、花房秀次、杉浦互、加藤真吾; PI 服用患者における毛髪内 PI 定量法の検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 28) 加藤真吾、田中理恵、杉浦互; LC-MS/MS による AZT の細胞内薬物動態の解析。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 29) 巖馬華、千葉智子、三浦秀佳、西澤雅子、野村

- 伸彦、北村義浩、山本直樹、杉浦互；新規化合物カルバゾール誘導体による HIV-1 インテグラーゼ活性抑制機序の解析。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 30) 藤本勝也、小池隆夫；AIDS 患者に合併した中毒性表皮壊死症に対し血漿交換療法が走行した 1 例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 31) 伊藤俊広、佐藤功；抗 HIV 療法後の代謝異常に関連する副作用の実態。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 32) 山下郁江、山田三枝子、川本直子、東啓子、中野久美子、登谷美知子、笹倉洋子、正兼亜季、下川千賀子、安田明子、能島初美、山下美津江、脇水玲子、宮下裕江、辻典子、前川実生、西出節子、上田幹夫；感染症専門外来看護教育研修を通じた北陸ブロック拠点病院間の連携について。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 33) 山川朋子、木村和子、辻典子、上田幹夫；石川県の病院・診療所における HIV 検査の実施と初期対応。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 34) 山田三枝子、正兼亜季、辻典子、島村正喜、朝本明弘、筒井清広、宮田勝、村田秀治、狩野恵彦、上田幹夫；性感染症（疑い）患者における HIV 感染症の現状（石川県立中央病院 2003 年～）。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 35) 鳴河宗聡、安岡彰、正兼亜季、上田幹夫、舟田久；急性 HIV 感染症候群の発熱と全身浮腫をきたした一例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 36) 小川哲、正兼亜季、上野朱美、辻典子、山田三枝子、上田幹夫；CD4 陽性細胞数測定に関する検討（第 2 報）。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 37) 牧野麻由子、塚田弘樹、西堀武明、今井敦子、内山正子、下条文武；心理カウンセリングへの心理検査導入に関する一考察～HIV 感染者の事例を通して～。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 38) 西堀武明、塚田弘樹、手塚貴文、野沢陽子、新沼亜希子、茂呂寛、今井敦子、牧野麻由子、内山牧子、下条文武；HAART 施工中に症状の増悪を認めた HIV 脳症の 1 例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 39) 山本直彦、森下高行、佐藤克彦、金田次弘、伊部史朗、永井裕美、内海眞、宮城島拓人；ケニアにおける未治療 HIV 感染者の薬剤耐性遺伝子とサブタイプの流行状況について。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 40) 菊池恵美子、濱口元洋；HIV 感染による死の希求から感染者としても生の継続希求への変化。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 41) 内海眞、濱口元洋、菊池恵美子、河村昌伸、五島真理為、市川誠一；同性愛者を対象にした名古屋での無料 HIV 抗体検査会。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 42) 永井裕美、和田かおる、照沼裕、水野善文、多和田行男、間宮均人、内海眞、濱口元洋、とう学文、伊藤正彦、西山幸廣、金田次弘；種々の感染病態における末梢 CD4 陽性 T リンパ球内の HIV-1 DNA レベル。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 43) 白阪琢磨；HAART における推奨薬 EFV の副作用と対策。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 44) 桑原健、吉野宗宏、寺門浩之、佐野俊彦、小島賢一、日笠聡、白阪琢磨；拠点病院における抗 HIV 療法と薬剤関連アンケート調査結果。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 45) 白阪琢磨、日笠聡、岡慎一、川戸美由紀、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 1 報 CD4 値、HIV-RNA 量と治療の現状と推移。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 46) 川戸美由紀、橋本修二、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 2 報 CD4 値、HIV-RNA 量と治療の変更との関連性。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 47) 高濱宗一郎、上田千里、森正彦、谷岡理恵、長谷川善一、山本善彦、上平朝子、白阪琢磨；HIV 脳症合併が疑われた HIV 急性感染の一例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 48) 長谷川善一、高濱宗一郎、森正彦、谷岡理恵、山本善彦、上平朝子、上田千里、白阪琢磨；当院における初期感染例の検討。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 49) 上平朝子、谷岡理恵、上田千里、森正彦、高濱宗一郎、長谷川善一、山本善彦、下司有加、織田幸子、白阪琢磨；HAART 開始後に劇症肝炎を発症し死亡した HBV/HIV 重複感染の一例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 50) 安尾利彦、織田幸子、下司有加、上田千里、上平朝子、白阪琢磨；PML 患者と家族一重篤な中枢神経障害を持つ HIV 感染症患者の介護者の心理。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 51) 下司有加、織田幸子、加藤ひとみ、丸山千登、北野千代美、西村輝明、森正彦、谷岡理恵、白阪琢磨；患者の自立した在宅療法が可能となった 2 症例。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 52) 永井聡子、吉野宗宏、織田幸子、多和昭雄、上平朝子、白阪琢磨；小児に対する抗レトロウイルス療法～服薬支援業務一例報告～。第 18 回日本エイズ学会。静岡、2004.12

- 53) 吉野宗宏、永井聡子、桑原健、織田幸子、白阪琢磨； 当院における院外処方箋発行の取り組みと課題。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 54) 若生治友、上平朝子、古金秀樹、織田幸子、照屋勝治、安尾利彦、白阪琢磨； 近畿における医療体制の評価と今後の課題。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 55) 織田幸子、下司有加、安尾利彦、岳中美江、上平朝子、白阪琢磨； 当院のHIV/AIDS重複感染の現状と予防の取り組み。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 56) 森正彦、山本善彦、古金秀樹、上田千里、上平朝子、長谷川善一、谷岡理恵、下司有加、織田幸子、白阪琢磨； HIV感染者の高齢化と問題点。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 57) 白阪琢磨、古金秀樹、下司有加、織田幸子、川戸美由紀； HIV感染者/AIDS患者報告数の都道府県別推移について。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 58) 常見幸、徳川多津子、澤田暁寛、角田ちぬよ、丸茂幹雄、日笠聡、白阪琢磨、垣下栄三； HIV感染者の免疫状態とCD4⁺CD25^{high}T細胞の関係。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 59) 吉野宗宏、永井聡子、下司有加、織田幸子、高濱宗一郎、谷岡理恵、森正彦、長谷川善一、山本善彦、上田千里、上平朝子、白阪琢磨； 当院における硫酸アタザナビルの使用経験。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 60) 喜花伸子、大江昌恵、河部康子、畝井浩子、藤井輝久、内野悌司、兒玉憲一、高田昇、木村昭郎； 広大病院HIV医療チーム内のカウンセラーの役割～感染者－医療者間のコミュニケーションの改善に向けて～。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 61) 藤井輝久、畝井浩子、河部康子、高田昇、木村昭郎； HIV/HCV重複感染の血友病患者における生体肝移植例。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 62) 藤田啓子、畝井浩子、冨田隆志、高田昇、木村昭郎、木平健治； ロピナビル/リトナビル（カレトラ）の併用によりタクロリムス血中濃度上昇を来した肝移植例。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 63) 河部康子、大江昌恵、喜花伸子、木下一枝、望月陵子、磯亀裕子、州濱扶弥、藤井宝恵、高田昇、木村昭郎； 中四国拠点病院における看護師対象の研修会の評価と今後の課題。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 64) 山本政弘； HAART～いつ治療を開始するか：REVISIT。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 65) 南留美、山本政弘； HIV感染患者における血清RCAS1濃度測定の臨床的意義の検討。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 66) 長谷川博史、山本政弘、市川誠一； ゲイコミュニティと保健所の協働による検査環境改善を目的としたMSMのセクシュアリティ理解プログラム。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 67) 池田正一； HIV/AIDS 歯科診療における院内感染予防－米国疾病管理予防センター歯科臨床における感染予防ガイドライン2003を中心に－。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 68) 武田謙治、島田（渡辺）恵、池田和子、大金美和、福山由美、山田由紀、中野恵美子、岡慎一、木村哲； 医療連携によるHIV/AIDS患者の療養継続支援の検討：その1エイズ治療・研究開発センター新規受診患者の受診経路と転帰。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 69) 島田恵、武田謙治、福山由美、山田由紀、大金美和、池田和子、岡慎一、木村哲； 医療連携によるHIV/AIDS患者の療養継続支援の検討：その2HIV/AIDS病診連携モデル事業。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 70) 菅原美花、大野稔子、渡部恵子、内山正子、今井敦子、山田三枝子、山下郁江、奥村かおる、三治治美、下司有加、織田幸子、河部康子、古川直美、城崎真弓、大金美和、池田和子、島田恵； エイズ拠点病院体制における看護連携推進のための「施設間情報提供シート」活用の検討。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 71) 小西加保留； ソーシャルワーカーの「連携」役割認識と組織内外連携の実態。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 72) 若林チヒロ、生島嗣、小西加保留、島田恵、木村哲； HIV感染者の就労状況と支援環境－「HIV感染者の社会生活に関する実態調査」の結果から。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 73) 小西加保留； 社会福祉施設のHIV感染者受け入れに影響する要因について。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 74) 牧原信也、大内幸恵、福原寿弥、生島嗣、小西加保留； 身体に障害を持つHIV陽性者・家族の社会資源の利用調査に関する考察。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 75) 大内幸恵、牧原信也、福原寿弥、生島嗣、小西加保留； HIV陽性者の子どもを介助する母親のディストレス。第18回日本エイズ学会。静岡、2004.12
- 76) 小西加保留； HIV感染者の社会福祉施設利用受け入れに影響するサービス提供者側の要因について。第52回日本社会福祉学会、2004
- 77) 小西加保留； HIV感染者の就労実態とその意識に

ついて。日本医療社会福祉学会第 14 回大会、
2004

78) 生島嗣、若林チヒロ; HIV 陽性者の就労実態と支
援の可能性－免疫機能障害者として－。日本リ
ハビリテーション学会第 32 回大会、2004

79) 若林チヒロ、生島嗣; 免疫機能障害をもつ人の就
労支援と意識。日本リハビリテーション学会第
32 回大会、2004

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

特許取得

なし

実用新案登録

なし

その他

なし

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

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）
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

拠点病院の診療機能の調査は昨年度とほぼ同様の結果であったが、いくつかの項目で改善が認められていた。しかしながら、HIV スクリーニング検査の実施率や標準予防策の実施率などがまだまだ低く、拠点病院として今後早急に改善されなければならない問題点であると考えられた。

ACC 主導の教育活動として、首都圏における出張研修の実施や、HIV 診療のためのブックレットの作成、および教育用 CD-ROM の作成を行った。各拠点病院の連携強化を目的として、施設代表メールアドレスのリストを作成した。ACC 研修修了生からなるネットワークを設立し、医師、看護師を対象として、研修終了後も継続して教育活動を行っていくシステムを立ち上げた。

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

Katsuji Teruya, Satoshi Kimura

AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究全体の目的

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。

研究の目的と方法

1. 施設代表電子メールアドレス登録

(目的) エイズ治療・研究開発センター、ブロック拠点病院、そして拠点病院間を有機的に結びつけ、相互の診療支援を可能にするための、第一歩として電子メールによる病院間の連絡網を整備する。本連絡網は後述する機能評価調査を web 上で行うためにも使用される。

(方法) 全国 364 箇所のブロック拠点および拠点病院へ、案内状を送付して施設代表電子メールアドレスの登録を依頼した (2004 年 8 月 6 日)。アドレス登録後は定期的に開封率調査を実施し、本連絡網が有効に機能しているか否かを調査する。

2. 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

(目的) 現在の拠点病院を中心とする HIV 診療体制の現状と問題点を把握する。

(方法)

(1) 調査項目

調査項目は昨年度と同調査と同一のものを使用した (全 66 項目)。ただし一部の設問については、解釈に誤解を招きうる点があったため、表現の若干の変更を行った。調査項目は、昨年度に各ブロック拠点病院から集められた調査項目案をもとに、分担研究者 (照屋) により類似項目の統合および削除を行って作成されたものであり、最終的に木村哲主任研究者および各ブロック拠点病院担当者の校閲を経て決定された。

(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: 314 施設) (資料 1)

1 の調査で登録された各拠点病院およびブロック拠点病院の施設代表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。

— 2004 年 12 月 6 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 17 日 web アンケート開始。(縮

「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

照屋 照治、木村 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

- 1) 機能評価アンケート (共通)
- 2) 長期入院患者について (共通)
- 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れ、[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。α(ゼロ)と O(オー)/X(ア)と 1(数字)等が間違えやすいようご注意ください。
うまくログインできないときは、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貼り付けることをお勧めします。

*本サイトは (株) 証明機関 FreeSSL.com 発行の SSL 証明書による暗号化通信に対応しています

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。

kenya@mcj.hosp.go.jp

(ごちからお送りした施設名・ご担当者名記載の ID・パスワード発行メールの返信として kenya@mcj.hosp.go.jp へお送りしていただきます)

- ・機能評価アンケート (共通) (101,276 バイト)
- ・長期入院患者についてアンケート (共通) (183,344 バイト)
- ・東北ブロック限定アンケート (183,444 バイト)

め切り 2005年1月13日)

2. アンケート郵送による調査 (対象: 50施設)

1の調査で施設代表メールアドレスが入手できなかった施設には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。

— 2004年12月8日 アンケートを送付。(締め切り 2005年1月13日)

3. 首都圏を対象としたACC出張研修

(目的) 首都圏におけるHIV診療機能の強化および、首都圏の拠点病院とACCの有機的連携の促進。

(方法) 以下の各拠点病院の協力を得て、それぞれの地域で3日間に亘る研修を実施する。対象はHIV診療に携わるすべての医療従事者とした。各地域での研修実施に必要な会場の手配、医療従事者への案内の配布等は協力拠点病院に依頼して行った。(資料2: 神奈川研修で使用)

2004年6月 埼玉県 東埼玉病院

国立国際医療センターエイズ治療・予防センター(ACC)による

HIV研修

—3回シリーズ—

| | | | |
|-----|---|--|---------------------------|
| 第1回 | 平成17年2月14日(月) 午後6時30分から午後8時30分まで 横浜市健康福祉センター-9階会議室 定員 100名 | 検査データの読み方 針刺し事故防止 | 坂本博之医師 堀池 誠医師 |
| 第2回 | 平成17年2月17日(木) 午後6時30分から午後8時30分まで 横浜市健康福祉センター-4階ホール 定員 300名 | 入院患者に対する看護の実際 カリニ肺炎治療/日和見免疫不全症予防・治療 | 鈴木直子看護長 野原善治医師 |
| 第3回 | 平成17年2月18日(金) 午後6時30分から午後8時30分まで 横浜市健康福祉センター-9階会議室 定員 100名 | 多剤併用療法の実践 抗HIV療法の服薬支援 | 立川夏夫医師 島田 直子(コーディネーター) |

対象者 エイズ治療拠点病院、保健所の医療従事者、職員
病室、診療所等の医療従事者

参加費 無料

申込方法 下記まで電話、ファクスまたはE-mailにて申し込みください。
お目当ての研修は必ずお申し込みください。

資料2

2004年9月 東京 東京医療センター

2004年9月 千葉 千葉医療センター

2004年11月 茨城 霞ヶ浦医療センター

2005年2月 神奈川 横浜市民病院

(1日目) ①検査データの読み方 ②針刺し事故防止

(2日目) ①入院患者に対する看護の実際 ②カリニ肺炎治療/日和見免疫不全症予防・治療

(3日目) ①多剤併用療法の実践 ②抗HIV療法の服薬支援

4. 「HIV診療のためのブックレット」の作成

(目的) 拠点病院の医師が診療の参考とできるブックレットを作成する。診療と治療の観点から、白衣のポケットに入れて容易に参照できるものを目指す。現在、HIV診療に関して英語で記載された小冊子がいくつか臨床現場で使用されているが、日本語で書かれたものはこれまで類書がなく、その必要性は高い。

(方法) ACC医師により分担執筆する。臨床現場で頻繁に遭遇する疾患については、見開き2ページにまとめ、短時間で診断と治療の概要が理解できるように留意する。図表を多用し、より視覚に訴えるものにする。

5. 教育用CD-ROM「HIV診療の実際」の作成

(目的) ACCが首都圏を対象に行った出張研修の内容をCD-ROM化し、独学が可能なツールを作成する。これを各拠点病院の医療従事者を対象に配布し、より多くの医療従事者がACC出張研修の内容を参照できるようにすることを目的とする。

(方法) 出張研修で使用した各スライドに1枚平均30秒程度の音声解説をつける。CDプログラムは、各スライドを順次参照したり、1枚のスライドを繰り返して聞いたり、索引機能を使用して、該当するスライドを検索して参照したりするなどの機能を付け、学習者の便宜を図る。初版として1000枚作成し、各拠点病院に配布する。作成したCD-ROMと同様のプログラムをACCのホームページ上にも掲載し、拠点病院以外の医療従事者もオンライン上で学習できるように配慮する。

6. ACC研修修了者ネットワークの構築

(目的) ACC研修修了者を対象に、継続的な教育活動を行う。それにより今後のHIV診療において中心的役割を果たす人材の育成を目指す。

(方法) 2002年4月～2004年12月までのACC研修修了者(医師41人、看護師89人、合計130人)を対象とする。案内を郵送し、同意のもとネットワークへの登録を行う。登録は氏名、所属施設と施設住所、個人電子メールアドレスをもって行う。2005年4月以降のACC研修者に対しては、研修終了後にネットワークに関する案内を行い、順次登録する。

研究結果

1. 施設代表電子メールアドレス登録

- 2004年8月6日よりアドレス登録の案内を行い、2005年3月4日までに314施設(86.2%)のアドレス登録が完了した。
- 登録データは分担研究者(照屋)が管理し、2004年10月以降はいくつかの連絡事項に関して本連絡網を使用した。
- 開封率調査: 2004年11月に実施。調査は、全登録施設にメールを送付し、開封後に返信してもらうことで行った。その結果213施設(67.8%)より返信があった。

2. 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

(1) アンケート回収率

アンケートはWeb回答群が314施設中、213施設が回答(回収率67.8%)、郵送群は50施設中12施設から回答があった(回収率24.0%)。全体で364

施設中、225施設(回収率61.8%)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(資料3 1-1, 2)

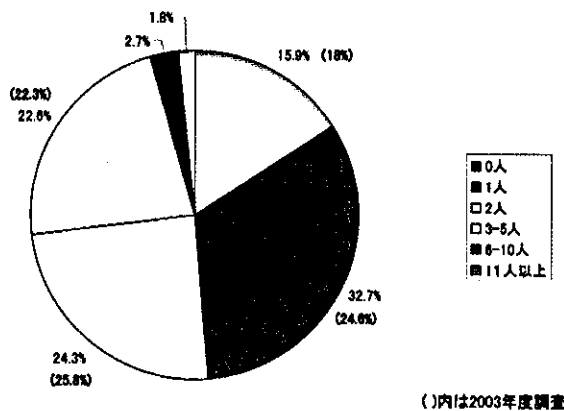
15.9%の施設がHIV患者を診療する医師を決めていないと回答した。一方、84.1%の施設はHIV患者を診療する医師は決まっているとしたが、32.7%はその数を1名と回答しており、これらの施設では担当者の退職や転勤等で容易に診療能力の低下が起こりうる現状となっている。一方、27.1%の施設は3人以上の決まった医師でHIV診療を行っているとして回答した。本アンケートで「これまでに20人以上の血友病患者を診察したことがある医師」と定義した血友病専門医は、64.9%の施設で該当者がいなかった。

2. 専任看護師(資料3 1-3, 4)

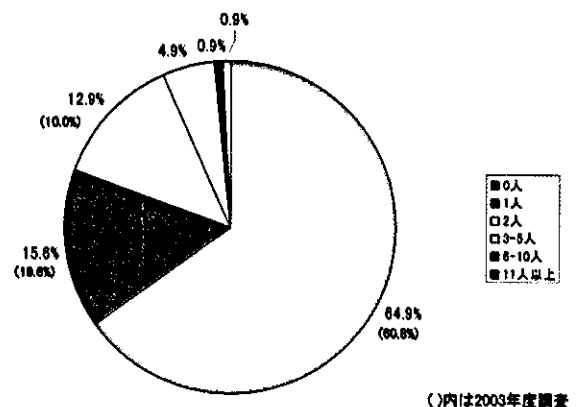
外来で58%、入院で18%の施設が、HIV患者を担当する看護師が決まっていると回答した。外来で看護師が決まっていると回答した施設のうち、36%は専任看護師を持っていた。一方、入院で看護師が決まっていると回答した施設のうち、25%が専任看護師を持っていた。専任看護師を持っている施設の全体における割合は、外来で21%、入院で4.5%であった。

3. 他職種の有無(資料3 1-5)

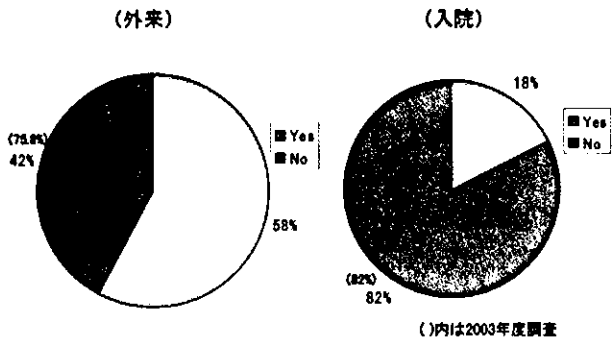
カウンセラーは74.2%が、コーディネーター・ナーズは80.8%の施設で不在である。ソーシャルワーカーも33.8%で不在であった。



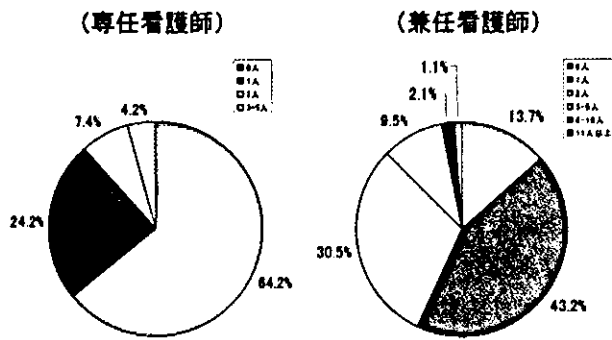
資料3 1-1. HIV診療担当医師数



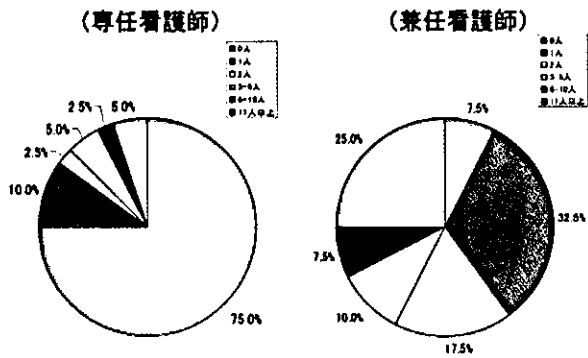
資料3 1-2. 血友病専門医数



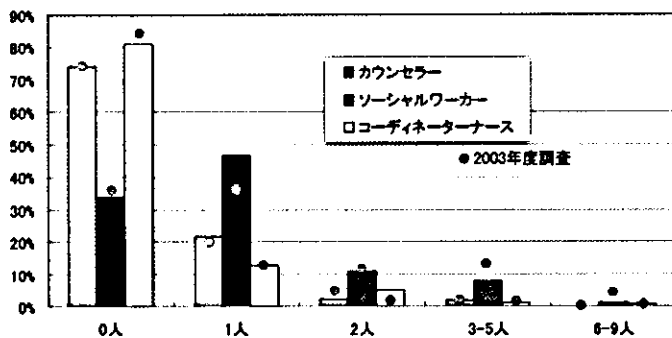
資料3 1-3. HIV 担当看護師は決まっているか？



資料3 1-4-1. HIV 担当看護師は決まっているか？



資料3 1-4-2. HIV 担当看護師は決まっているか？



資料3 1-5. 他職種の有無 (兼任含む)

(3) 設備、診療機能面の評価

1. 外来スペース (資料3 2-1)

22%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。78%の施設は専用スペースを持たないが、うち38%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3 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48%にとどまった。

3. 入院について (資料3 2-3)

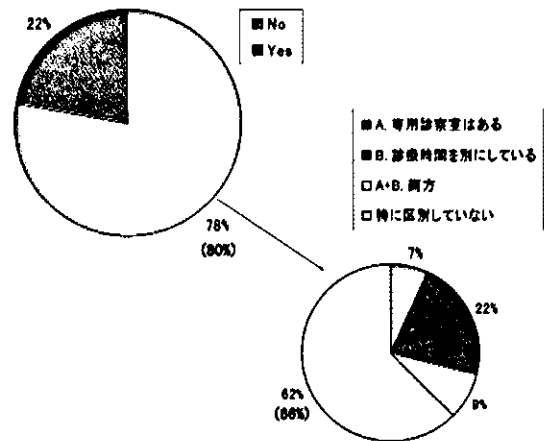
94%の施設が入院の受け入れは可能と回答した。一方2%の施設が入院は不可能、4%が不明と回答した。

4. 面談個室の有無 (資料3 2-4)

外来では8割が、入院では約9割で面談個室が確保できている。

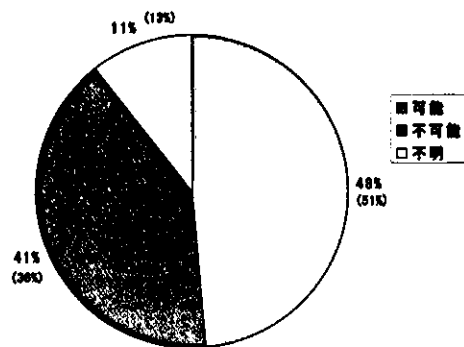
5. 内視鏡検査 (資料3 2-5)

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。



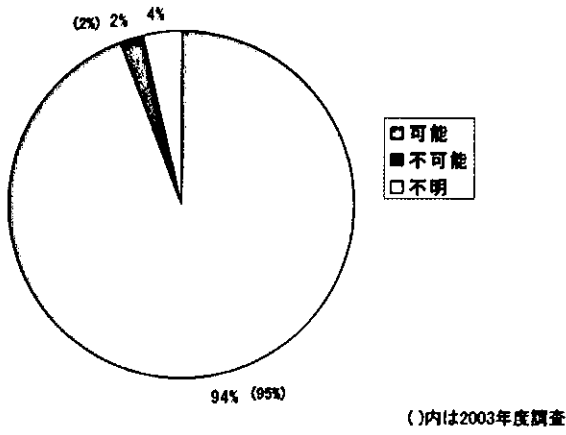
()内は2003年度調査

資料3 2-1. HIV 感染者専用の外来スペース

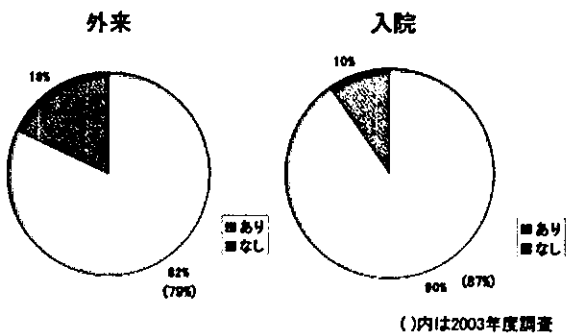


()内は2003年度調査

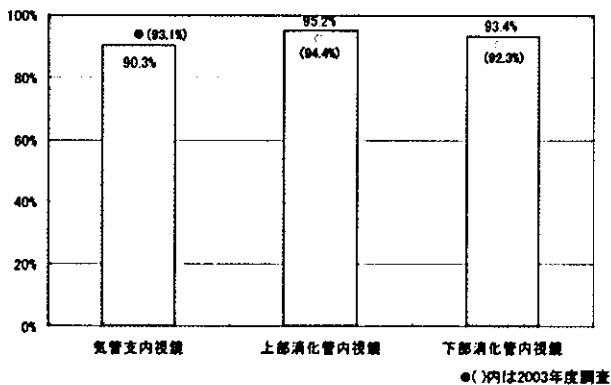
資料3 2-2. 外来でペンタミジン吸入実施は可能か？



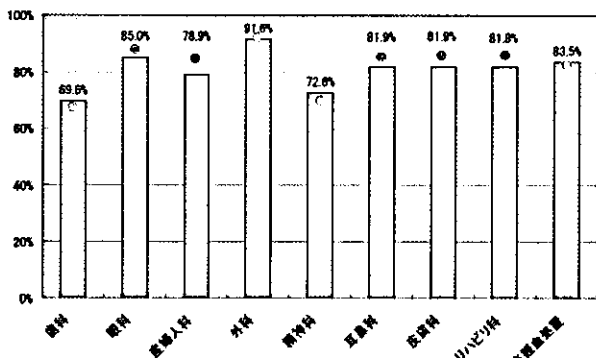
資料 3 2-3. HIV 感染者の入院について



資料 3 2-4. 患者との面談個室の有無



資料 3 2-5. HIV 感染者に対し内視鏡検査が可能



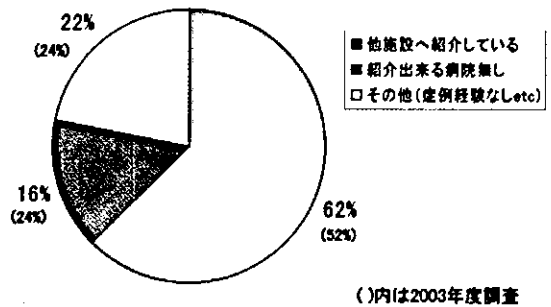
資料 3 2-6. HIV 感染者が受診可能 (各診療科別)

6. 診療科別の HIV 感染者受け入れ状況 (資料 3 2-6, 7)

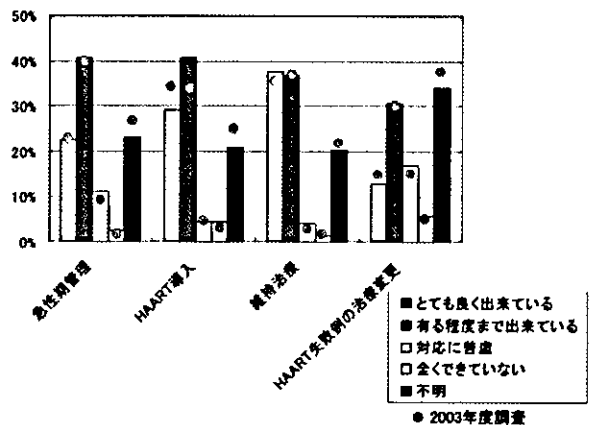
拠点病院内での診療科別の対応可能状況について調査した。多くの科で HIV 感染者の対応が可能であると回答したが、歯科、精神科では該当科がないなどの理由により 3 割程度が受診が出来ない状況は昨年度とほぼ同様の結果であった。歯科の対応が不可能と答えた施設のうち、62%は他施設に紹介することにより対応ができていると回答したが、これは 52%だった昨年に比べ大幅な改善が見られていた。一方、22%の施設では紹介できる病院がないと回答したが、これは昨年とほぼ同等であった。

7. 診療能力の自己評価 (資料 3 2-8)

急性期管理、HAART 導入、維持治療、HAART 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。一方、2-3 割程度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。HAART 導入と維持治療については 7-8 割の施設がとても良くできている、あるいはある程度までできていると回答したが、HAART 失敗例の治療変更について、ある程度以上にできている施設は半数に満たなかった。自己



資料 3 2-7. 歯科診療が不可能な施設の対応状況



資料 3 2-8. 診療能力の自己評価

評価の分布は昨年度とほぼ同様であるが、HAART 導入について、とても良くできているとした施設の割合が低下していた。またすべての質問項目で、不明と回答した施設の割合が低下していた。

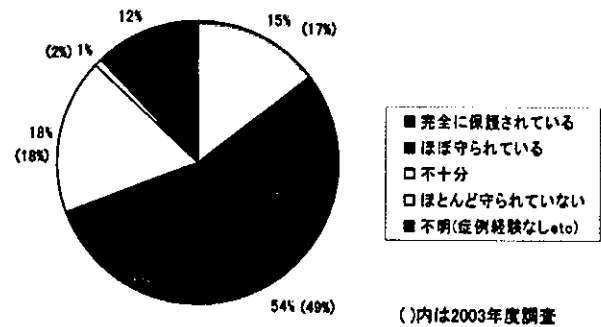
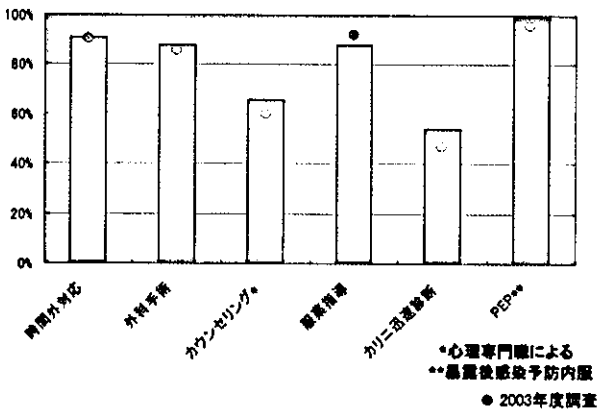
8. その他の診療機能 (資料 3 2-9,10,11)

時間外対応 (91.1%)、外科手術 (88.1%)、服薬指導 (88.0%)、針刺し事故後の予防内服 (99.5%) といずれも 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 66.0% と低値であったが、昨年度に比べて改善が見られていた。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 54.2% であり、いまだ十分とはいえないが、これも昨年度に比べ改善を認めていた。

対応可能な患者数は外来で、6 割近く (57%) が 3 人/日以下と回答し、うち 6% は現時点で対応可能な患者数は 0 人であると回答しており、これは昨年度の結果と比べても悪化している。入院も 7 割以上 (71.5%) の施設が 1-3 人以下までとしており、昨年度よりも悪化している。

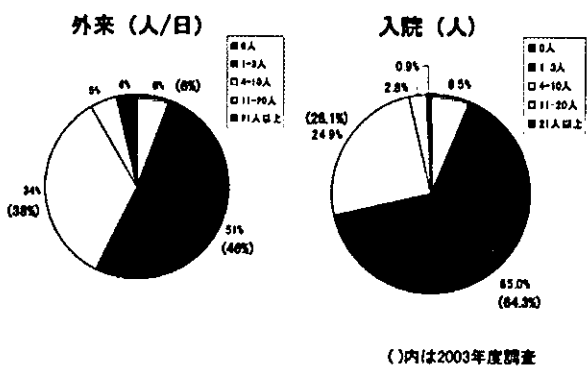
患者のプライバシーについては、69% でほぼ、もしくは完全に保護されていると回答したが、19% の施設が不十分、もしくは全く守られていない状況である。これは昨年度とほぼ同様の結果であった。

一方、患者受け入れについての医療スタッフの理解度は 84% の施設で良好もしくは問題なしと回答した。

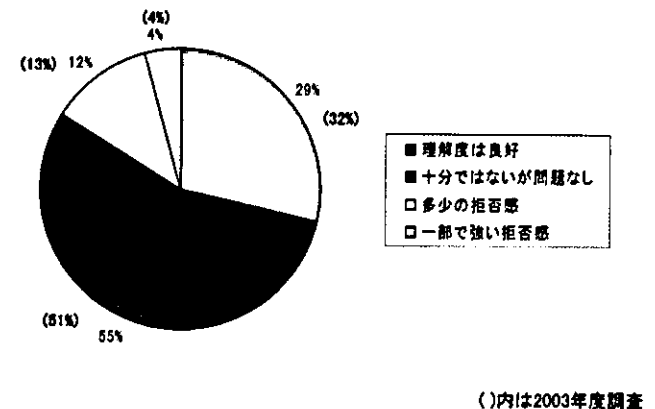


資料 3 2-10. 診療時の患者のプライバシーの保護について

資料 3 2-9. その他の診療機能(1) (可能と回答した割合)



資料 3 2-9. その他の診療機能(2) (対応可能な患者数)



資料 3 2-11. 患者受け入れに関する医療スタッフの理解度

(4) 診療実績

1. 診療経験(資料 3 3-1, 2, 3, 4)

11%の施設はこれまでの HIV 感染者の診療経験が皆無であると回答した。

現在の通院患者 (2004 年 4/1-10/31 に受診履歴のあるもの) は 24%の施設が 0 人であり、54%の施設が 5 人以下である。一方で 2%の施設では 100 人以上の通院患者を抱えていた。以上の傾向は昨年度実施の調査からほとんど変化がなかった。

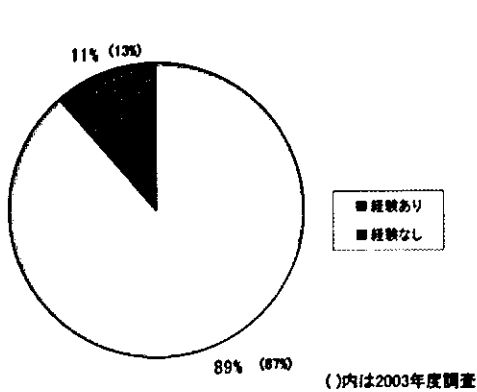
2002-2003 年度の 2 年間の入院患者数は、24.5%が 0 人と回答しており、4 分の 1 もの拠点病院が HIV 入院患者の診療経験を持っていない現状であった。全体の 7 割超 (71.2%) が 5 人以下である。

外科手術では 69.2%、分娩は 85.1%が 2002-2003 年度で経験がなかった。

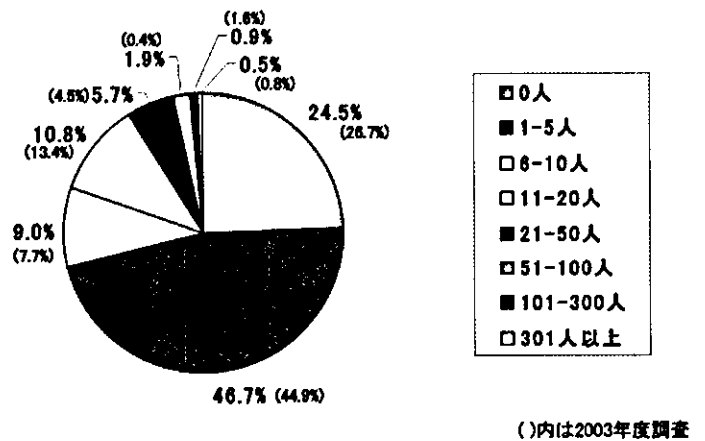
HIV 感染者に合併する主要疾患である、カリニ肺炎、食道カンジダ症、サイトメガロウイルス感染症、結核、非定型抗酸菌症、悪性リンパ腫の症例経験数は 2002 年-2003 年度で半数以上で全く症例経験がないという結果は昨年と同様であったが、悪性リンパ腫の未経験施設の割合が昨年度に比べ低下していた。1-5 件と回答した施設も CMV と悪性リンパ腫以外の疾患で明らかに低下しており、有経験施設の経験頻度がほぼ全疾患に渡って増加している可能性が示唆された。

2. 拠点病院としての活動 (資料 3 3-5)

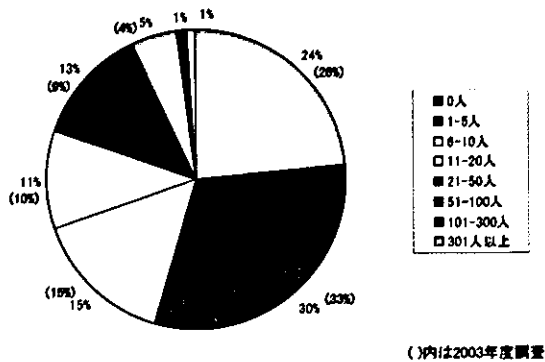
拠点病院としての、地域連携活動は 61%の施設が、予防啓発活動については 51%の施設が全く行っていないが、いずれも昨年度と比較すると改善が見られている。



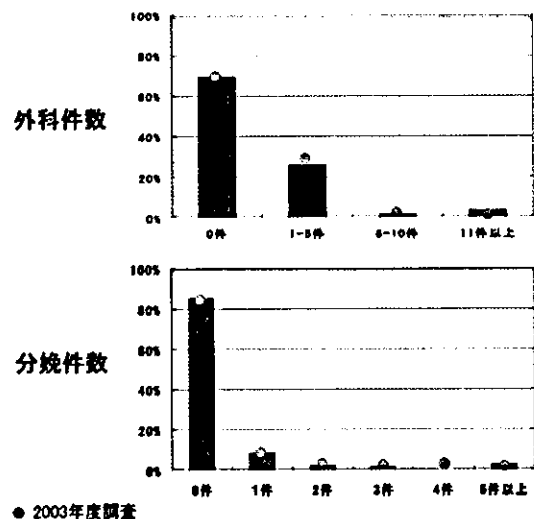
資料 3 3-1. これまでの診療経験の有無



資料 3 3-3. のべ入院患者数 (2002 年-2003 年度)



資料 3 3-2. 現在の通院患者数 (2004/4/1-10/31 に受診履歴のある患者)



資料 3 3-4. 2 年間の診療実績(1) (2002 年-2003 年度)

(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 3 4-1)

針刺し事故対応マニュアルについては 99.6% 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 57% の施設で行われていた。

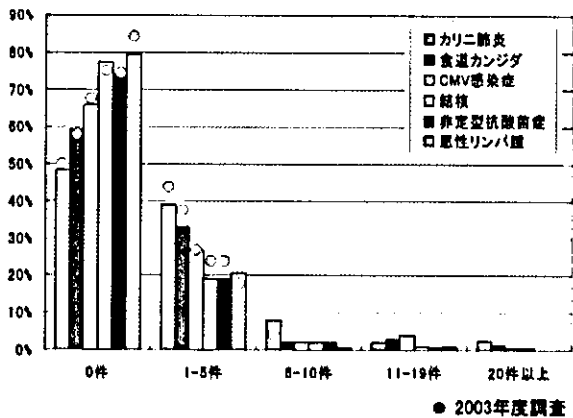
2. HIV スクリーニング実施状況 (資料 3 4-2)

14% の施設で、入院時に HIV スクリーニング検査を実施している。その他の実施率も昨年とほぼ同様の結果であり、STD の既往があっても HIV 検査が行われる割合が低く、針刺し事故発生時や妊婦に対する HIV 検査が 6 割程度にしか行われていないという現状は不変であった。昨年度の結果と比較すると、STD 既往がある時に HIV 検査を実施している

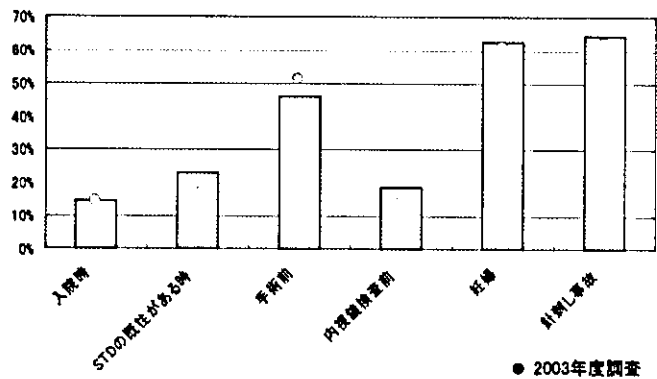
と回答した施設の割合が増加し、手術前に実施すると回答した施設の割合が減少していた。

3. 採血業務 (資料 3 4-3)

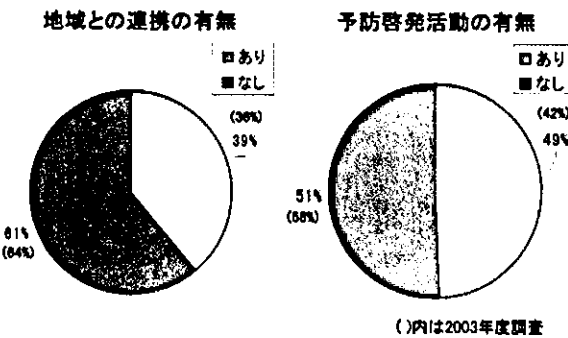
HIV 感染者の採血時に 81% 以上、手袋を着用していると回答したのは、50% であり、昨年度の 44% と比較して改善がみられた。実態不明 (10%) を含め、全体の 26% で手袋着用率は 2 割以下であったが、昨年度の 34% と比較して大きな改善が見られている。一方、使用后針の針捨てボックスへの破棄に関しても、昨年度の調査と比較して、81% 以上で実施できていると答えた施設が 77% から 79% へ、51%-80% と答えた施設が 7% から 8% と若干の改善が見られていた。



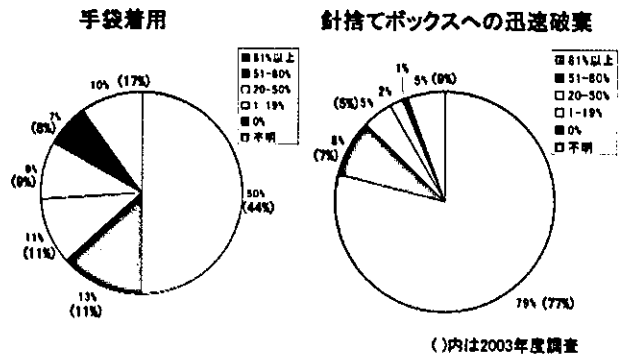
資料 3 3-4. 2 年間の診療実績 (2) (2002 年-2003 年度)



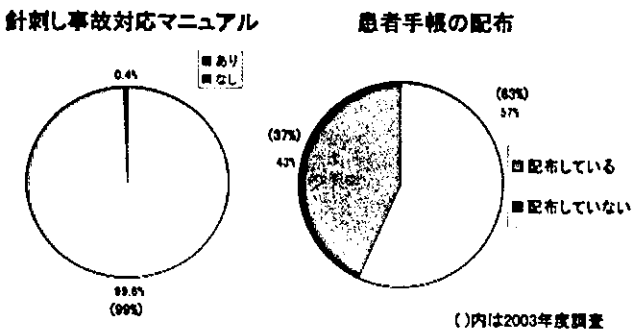
資料 3 4-2. HIV スクリーニング検査実施状況



資料 3 3-5. 拠点病院としての活動



資料 3 4-3. HIV 感染者の採血業務に関する事項



資料 3 4-1. 診療体制

(6) ACC およびブロック拠点病院との連携度の評価(資料3 5-1, 2)

2002 年-2003 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 へ患者紹介を行ったと回答した施設は 40% であり、昨年度(47%)と比べ減少していた。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 27.5% で行われ、昨年度の 24.1% と比べ増加していた。

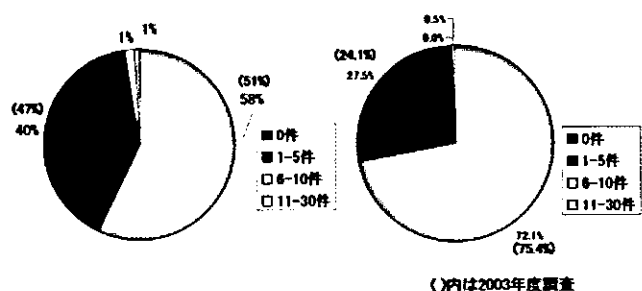
ブロック拠点病院および ACC との連携度の評価では、HIV 症例がないため評価不明という回答を含め、それぞれ 57.3%, 75.7% が連携はほとんどない、ないしは今ひとつと回答したが、いずれも昨年度の調査に比べ若干の改善を認めていた。

(7) 1997 年度調査との比較検討 (資料 4)

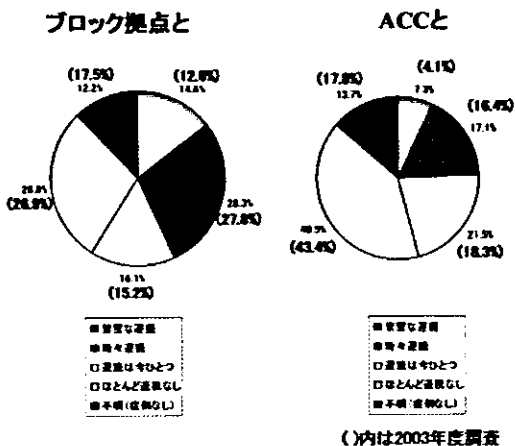
1997 年度に実施された全国拠点病院アンケート調査結果 (吉崎班) と共通する質問項目について、今年度および昨年度の結果の推移を資料 4 に示した。1997 年当時と比較して、2003 年に悪化が見ら

れていた ACC およびブロック拠点病院との連携評価については、2004 年度でいずれも改善が見られた。その他は、2003 年度と比較し 2004 年度の調査で大きな変化は見られていない。

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 3 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 (2002-2003 年度)



資料 3 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

| | 1997年 | 2003年 | 2004年 |
|-------------------------------|-------|-------|-------|
| HIV症例経験あり | 82% | 87% | 89% |
| HIV症例経験なし | 18% | 13% | 11% |
| 入院実績あり | 75% | 73% | 76% |
| 入院実績なし | 25% | 27% | 24% |
| 過去2(3)年以内のHIV感染者 | 過去3年 | 過去2年 | 過去2年 |
| 0例 | 23% | 33% | 30% |
| 1-9例 | 55% | 53% | 51% |
| 10-19例 | 11% | 6% | 12% |
| 20-99例 | 9% | 6% | 6% |
| 100例以上 | 1% | 2% | 1% |
| 緊急時対応(*重複回答あり) | | | |
| 当直医 | 40% | 79% | 75% |
| 主治医 | 55% | 46% | 45% |
| 不可能 | 6% | 6% | 9% |
| 外来診療 | | | |
| 診療時間が別に区別していない | 14% | 20% | 24% |
| 個室診療(専用か否かわからず) | 22% | 27% | 34% |
| HIV専用個室あり | 22% | 27% | 34% |
| 選択肢なし | 13% | 0% | 0% |
| その他 | 13% | 0% | 0% |
| 感染者受け入れの理解度(4段階評価) | | | |
| 4 | 28% | 32% | 29% |
| 3 | 39% | 51% | 55% |
| 2 | 32% | 13% | 12% |
| 1 | 2% | 4% | 4% |
| 入院は可能か? | | | |
| 可能 | 77% | 94% | 94% |
| 不可能 | 3% | 2% | 2% |
| 不明 | 20% | 3% | 4% |
| 外来での観血処置 | | | |
| 可能 | 71% | 81% | 83% |
| 不可能 | 10% | 12% | 13% |
| 不明 | 19% | 7% | 4% |
| 歯科処置 | | | |
| 可能 | 57% | 69% | 70% |
| 紹介可能 | 12% | 14% | 19% |
| 紹介できる病院なし | 21% | 6% | 5% |
| その他 | 10% | 11% | 7% |
| 派遣カウンセラー制度 | | | |
| 利用している | 20% | 19% | 21% |
| 利用したことがある | 20% | 14% | 11% |
| 利用したことがない | 80% | 67% | 67% |
| ブロック拠点病院との連携度(4段階評価) | | | |
| 4 | 15% | 13% | 15% |
| 3 | 16% | 28% | 28% |
| 2 | 40% | 15% | 16% |
| 1 | 28% | 44% | 41% |
| **連携度不明と回答した施設含む | | | |
| 連携内容(全回答施設数で下記該当項目にYesと答えた割合) | | | |
| 患者紹介 | 16% | 50% | 43% |
| 研修参加 | 32% | 46% | 58% |
| 意見交換 | 30% | 54% | 58% |
| ACCとの連携度 | | | |
| 4 | 5% | 4% | 7% |
| 3 | 11% | 16% | 17% |
| 2 | 27% | 18% | 22% |
| 1 | 57% | 61% | 54% |
| **連携度不明と回答した施設含む | | | |

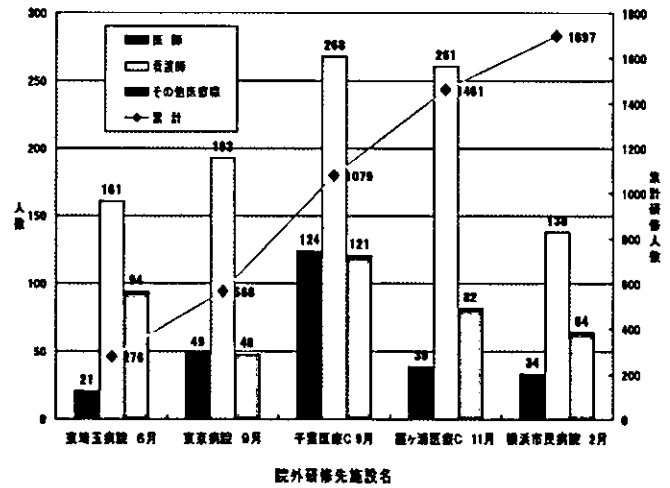
資料 4

3. 首都圏を対象とした ACC 出張研修

首都圏 5 箇所で開催を実施した。のべで医師 267 人、看護師 1021 人、その他の職種 409 人の合計 1697 人の参加者があった (資料 5)。研修終了後に参加者を対象にアンケートを実施した。今後もこのような研修スタイルを望みますか?、の問いに 95% 近くの参加者が「非常にそう思う」もしくは「そう思う」と回答した。(資料 6)

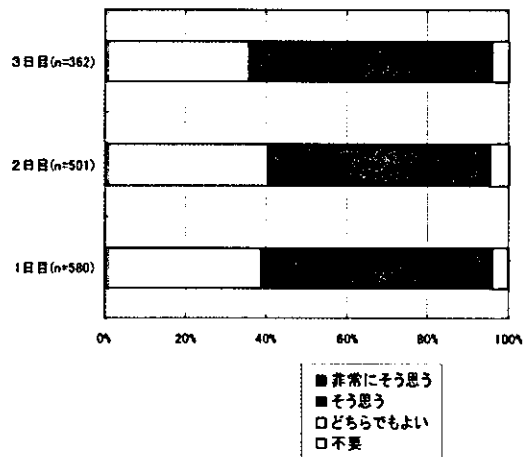
4. 「HIV 診療のためのブックレット」の作成

ブックレットに掲載する内容については、ACC 医師で診療現場でのニーズの観点から種々の項目について優先度の観点から数回の協議を行い、最終的に資料 8 のように決定した。2005 年 3 月現在で、すべての原稿の執筆が終了し、校正や表紙デザイン等の選定を行っている。サイズは 17×9.3cm で厚さは 5mm 程度、70-100 ページの小冊子となった。資料 7 にブックレットの内容の一部を提示する。2005 年 6 月までには 3000 部を発行し、まずは拠点病院医師を中心に配付を開始する予定である。



資料 5

Q: 今後もこのような研修スタイルを望みますか?



資料 6

サイトメガロウイルス網膜炎、腸炎

1. 病原体
サイトメガロウイルスは、日本人の9割以上が保有しているが、通常は正常な免疫能でコントロールされている。HIV感染などで免疫能が低下した場合に、問題になってくる。

2. 臨床像
網膜炎は、AIDSに伴うサイトメガロウイルス感染症の中で最も多く、初期は無症状であるが、まれに陥没や視野欠損、視力低下で気付かれることもある。無治療で放置した場合、約2ヶ月で失明に至る。CD4が100/μlを下回ったら、定期的な眼底検査を行うべきである。腸炎は、典型的な腸症例では下血を来さず。他に、サイトメガロウイルスによる食道炎、副腎炎、脳炎、肺炎が起こりうる。

3. 診断
網膜炎については、出血を伴う特有の眼底所見(コッチェージチーズとケチャップ像)(写真1)。腸炎については、潰瘍性病変が見られることが多く、病理学的には核内封入体が見られ(フクロウの目のサイン)(写真2)、免疫染色にて確定診断される。サイトメガロウイルスの活性化に伴い、血液中にサイトメガロウイルスDNAが検出されるようになり、サイトメガロウイルスアンチゲネミアが陽性になる。

4. 治療
網膜炎に対しては、Valganciclovir(バリキサ)900mg po 1日2回を3週間、または、Ganciclovir(デノシン)5mg/kg IV 12時間おきを2-3週間、または、Foscarnet(フォスカビル)90mg/kg IV 12時間おきを2-3週間。腸炎に対しては、Ganciclovir(デノシン)、または、Foscarnet(フォスカビル)を初めに3-5週間、Valganciclovir(バリキサ)も有効と思われる。

5. その他
サイトメガロウイルス感染症の治療後、再発予防として、valganciclovir(バリキサ)900mg po 1日1回、または、Ganciclovir(デノシン)5mg/kg IV 1日1回、または、Foscarnet(フォスカビル)90-120mg/kg IV 1日1回を、HAARTを開始して6ヵ月以上経過しCD4が100/μlを安定して上回るまで継続する。


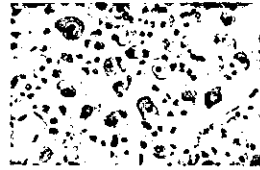


写真1



資料 7

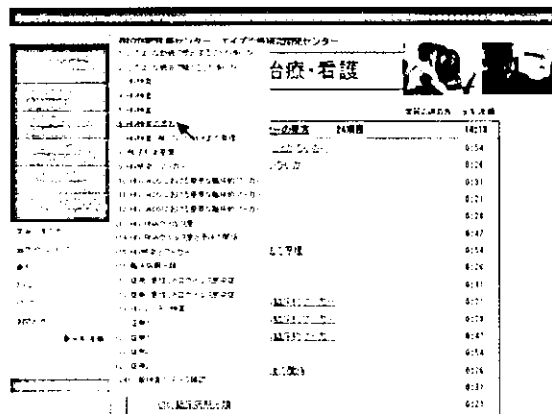
| | |
|---|--|
| <p>(図表のみ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●急性感染の症状 ●CD4数と考えられる疾患 ●エイズ指標疾患の表 ●針刺し事故時の対応 ●薬剤耐性変異の表 ●日和見感染の予防 ●抗HIV薬の表：投与量、投与方法、食事の影響、半減期、副作用、薬物相互作用 ●抗結核薬とPIの投与量 ●血中乳酸値上昇の場合の対応 ●治療薬研究班で入手可能な未承認薬の一覧 ●血中濃度の目標値一覧 <p>(解説、自由構成) 4000字以内、図表は400字換算</p> <ul style="list-style-type: none"> ●C型肝炎の管理：フォローアップ、治療について ●免疫再構築症候群 ●小児の治療 ●母児感染予防、感染妊婦の管理および治療 ●一般診療においてHIV検査を考慮すべき場合 症状、検査データ、実際のケース ●HIV治療 <ul style="list-style-type: none"> ①治療開始のガイドライン(DHHSガイドライン)、治療薬選択のポイント ②治療薬剤の解説 | <p>(見開き2ページ。左解説(800-1200字)、右図表、写真の構成を原則)</p> <ul style="list-style-type: none"> ●主な日和見疾患の治療 ①カンジダ(口腔内、食道) ②クリプトコッカス ③クリプトスポリジウム ④サイトメガロウイルス網膜炎、腸炎 ⑤細菌性肺炎 ⑥アメーバ赤痢(腸炎、肝膿瘍) ⑦帯状疱疹 ⑧PML ⑨播種性MAC感染症 ⑩結核 ⑪カリニ肺炎 ⑫トキソプラズマ脳炎 ⑬脳リンパ腫 ⑭STDの治療(梅毒、淋病、クラミジア尿道炎) ⑮カポジ肉腫 ⑯悪性リンパ腫 ⑰伝染性軟属腫 ⑱血小板減少性紫斑病 |
|---|--|

資料8「HIV診療のためのブックレット」内容

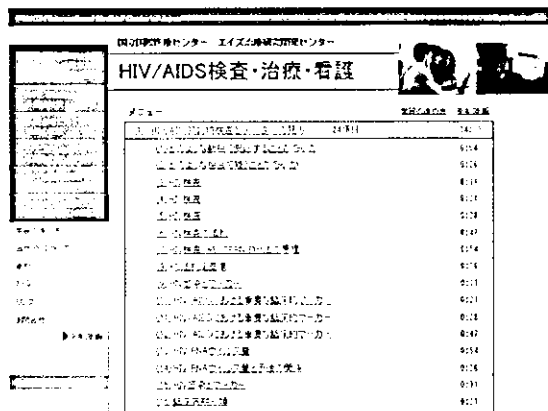
5. 教育用CD-ROM「HIV診療の実際」の作成

2005年3月現在、音声データ以外のコンテンツの作成が終了している(資料9)。トップページに講義名とそのスライドが一覧表示され、視聴者はスライド単位で視聴を選択できる(資料9-1)。左のサブメニューから、各スライドを選択することもできる(資料9-2)。各スライドには30秒程度の音声解説が加えられる。同じスライドをリピートして視聴したり、スライドをとばして視聴したりすることが、画面上のサブメニューで行える構成とした(資料9-3)。また索引を作成し、キーワードからスライドを参照できることができるよう配慮した。(注：本CDの構成に関する著作権はCOLBY GROUP INTERNATIONAL, INC.にある。)本CD-ROMは

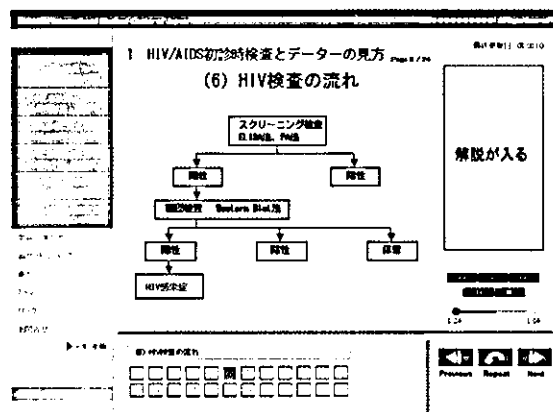
1000枚作成し、各拠点病院に配付する予定。同様のコンテンツをACCのホームページ上にも公開する。2005年6月完成予定。



資料9-2



資料9-1



資料9-3

6. ACC 研修修了者ネットワークの構築

130 人の研修修了生に参加案内を行い、2005 年 3 月現在までに 60 人の医療従事者から参加登録を頂いた（医師 26 人、看護師 34 人）。登録率は医師が 63.4%、看護師が 38.2%であった。

考察

我が国における HIV 患者数爆発の可能性を見据え、今後拠点病院間での連携強化および相互診療支援を目的として、今回、全国 364 箇所の拠点病院に電子メールアドレス登録を呼びかけたところ、86.2%の施設から賛同、同意を頂くことができた。昨年度にも各拠点病院の HIV 担当者の個人メールアドレスのリストを作成し、これを用いたアンケート調査や各種連絡等を実施したが、個人メールアドレスは病院全体の調査依頼等の窓口としては不適切であるという指摘が一部でなされたこと、また個人メールアドレスは担当者の転職等の事由により容易に消失する可能性がある点が問題であった。そこで今回は、事情がある場合を除き個人メールアドレスではなく、各施設の代表メールアドレスを登録したリストを作成した。本リストは各拠点病院の施設長が承認した正式な連絡窓口であり、病院宛の正式な依頼を問題なく行えるようになったうえ、施設代表アドレスは今後のアドレス消失のリスクが少ないというメリットがある。今後は残り 50 施設にも引き続き協力を依頼し、全国の拠点病院のすべてをつなげるネットワークを作成する予定である。ただし電子メールによる連絡網の欠点は、施設代表アドレスに連絡を行っても開封されない可能性が懸念される点にある。2004 年 11 月に実施した開封率調査では全体の 3 割強で開封していないという実態も明らかになった。今後は、開封を確実にしてもらうための方策も平行して行っていく必要があると思われる。本ネットワークは今後検討されなければならない、さまざまな形の診療支援を行っていく上での有用な足がかりになると考えている。

昨年度に引き続き今年度も拠点病院のアンケートによる診療機能調査を行った。今回のアンケート調査では回収率が 61.8%であり、7 割の回収率であった昨年度よりも低下していた。アンケートの回答とともに寄せられた意見では、質問項目の多さを指摘

するものが少なくなく、これが低い回収率の原因となった可能性が高い。調査方法別に回収率を見ると、web アンケート群では 67.8%の回答率である一方、郵送群ではわずか 24%であり、昨年度と同様 web アンケート群で高い回収率が得られていた。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る。web アンケート形式は今後の同種のアンケートの実施法として今後も積極的に行っていく価値があると考えられる。

今回の調査で、HIV 担当医師が不在と回答した拠点病院は全体の 15.9%であり、昨年度（18%）より若干の改善が見られた。ところが 32.7%の施設は担当医師が 1 名のみであり、昨年度の 24.6%よりも増加していた。これらの施設は担当医師の退職等で容易に診療能力の低下が起ころうという点から問題があり、その点では昨年度より潜在的状況は悪化しているといえるかもしれない。血友病の診療経験が豊富な医師は 64.9%の施設で不在であり、これも昨年度（60.8%）に比べわずかに悪化している。一方、HIV 担当看護師を決めている施設は 58%であり、昨年度の 42%から大幅な改善が見られていた。これらの 9 割程度は専任看護師は 0-1 人としており、担当看護師のほとんどは兼任でまかなわれている。他職種の調査ではソーシャルワーカーの数が昨年度に比べ減少している傾向を示していた。

設備、診療機能の面では昨年度とほとんど同一の結果が得られた。ペンタミジン吸入室が半数の施設で確保できない点という問題点は現状維持であった。内視鏡検査が実施可能と答えた施設の割合はさらに増加の傾向が見られている。歯科受け入れが出来ないと回答した施設の中で、他施設に紹介できると回答した施設は、昨年の 52%から 62%と大幅な改善が見られていた。患者受け入れに対する医療スタッフの理解度も昨年同様 8 割以上の施設で良好～問題なしという結果が得られた。一方 15%の施設が一部で強い拒否感、あるいは多少の拒否感があると回答している点については、拠点病院としては、受け入れがたい状況であり、今後、教育活動および診療経験を積むことにより改善されていく必要があると考えられた。

診療実績面の評価も多くの質問項目で昨年度とほぼ同様の結果であったが、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、悪性リンパ腫では、経験がある施設での経験頻度が昨年度に比べ増加している傾向が読み取れた。

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は今年も同様であり、昨年度からほとんど変化が見られていない。妊婦や針刺し事故時のスクリーニング検査は本来 100%行われるべきであり、スクリーニング検査の実施に関する啓蒙活動が必要であると考えられた。一方、採血時の標準予防策（手袋着用など）については、まだまだ不十分ではあるが、昨年度に比べ大きな改善が見られている。診療面における ACC およびブロック拠点病院との連携度の評価も、両者ともに昨年度に比べ改善が見られている。

首都圏を対象とした ACC 出張研修はのべで 1700 人以上の参加者が得られており、研修後の評価も良好で、95%近くが今後も同種の研修を継続することを望んでいた。出張研修のスタイルは、患者が急増している首都圏で、ACC 主導の研修をより多くの参加者を対象として行える点で非常に有用であると考えられる。各県の主要病院と連携して研修を行うことにより、ACC と病院間の診療連携の強化にもつながっていると考えられた。

「HIV 診療のためのブックレット」は、HIV 診療に必要なエッセンスを①日本語で見開き 2 ページでまとめ、②ポケットに入るサイズで、③多くの図表や写真を盛り込んだ、ものとなる予定である。HIV 診療に有用なガイドとして、HIV の臨床経験が少ない医師でも、各疾患の診断と治療に必要な事項が簡単に参照できるようなブックレットを目指した。今後、拠点病院を対象に配本していく予定であるが、その有用性についてはその後の臨床現場での評価を待ちたい。教育用 CD-ROM と同内容の web ページも、ブックレットと同様、本邦の HIV 診療レベルの底上げを目指したものであり、広く医療従事者を対象に、ACC で行っている研修と同一に内容の学習ができるようにした。このような方法が、果たして有効に機能するかどうかについて、今後注視していかねばならないと考えている。

健康危険情報

なし

研究発表

総括研究報告の「研究発表」に同じ

知的財産権の出願・登録状況

なし