

名、診療所および病院からが356名、他ブロックやACCからが42名などであった(図5)。③抗HIV薬剤の使用状況 毎年のように新薬が登場しHIV治療ガイドラインも改訂されてきた。国立大阪医療センターでも使用薬剤と組み合わせは、年々変化してきた(図6)。抗HIV薬を同センターで処方された人数は平成10年は69人、平成11年109人、平成12年130人、平成13年171人、平成14年208人、平成15年248人、平成16年(12月末まで)288人であった。平成17年の組み合わせの上位には1日1回処方の組み合わせが増加した(図6)。④手術例も増加し累積で56件であった。尖圭コンジローマや痔の手術例が増加した。出産は12件であった。出産例は全例、母子感染予防を実施し感染児は認めなかった(図7)。⑤入院患者数 外来同様に入院患者数も増加した。AIDS発病による入院患者では、ニューモシステイス肺炎が半数を超え、CMV感染症、消耗症候群が続いた。悪性リンパ腫は8例(6%)であった。AIDS発病で入院した患者の13%が死亡した。⑥看護活動 内容は多岐にわたり、課題も多く認められた。内容は別項(Ⅲ 大阪医療センターの患者動向におけるセクシャル・ヘル

スと薬物問題に対する取り組み、IV 大阪医療センター 免疫感染症科におけるHIVコーディネーターナースの役割と課題)で詳述。

手術件数		出産(帝王切開)	
年度	件数	年度	件数
平成10年	1	平成10年	1
平成11年	2	平成11年	0
平成12年	5	平成12年	3
平成13年	0	平成13年	0
平成14年	7	平成14年	1
平成15年	4	平成15年	2
平成16年	13	平成16年	3
平成17年 ^(11月末)	24	平成17年	2
合計	56	合計	12

(平成9~17年11月末、現在)

図7

2. 国立大阪医療センターのHIV診療での新たな取り組み

外来診療でいくつかの取り組みを始めた。①国立大阪医療センターではHIV、HCV重複感染者を対象としたコンバインドクリニックを免疫感染症科で開始した。肝炎の専門家と免疫感染症科の主治医が外来で診療内容についての意見交換をする事で、密な診療の可能性が示唆された。②土曜日の再診外来を開始した。職場等で病名告知できない患者が多く、受診のための休暇申請もままならない現状を鑑みて、土曜日外来を月に1回開始した。平日受診が困難で土曜日に受診を希望する再診のみとし、全て予約制とした。月一回で10~20名程度が受診した。③臨床心理室が開設された。これまで免疫感染症科外来にあったカウンセリングルームを院内の臨床心理室として開設した。いずれも今後、評価を行ってゆく。

3. 近畿ブロックのカウンセリング体制

近畿ブロック内の派遣カウンセリングは2000年度(一部2001年度との比較)に比し増加している府県、減少している府県があった。今後の近畿ブロック内のカウンセリング体制整備には、カウンセリング利用経験を援助した介入が必要であることが示唆された。内容については別項(Ⅲ 近畿ブロック内のカウンセリング体制の整備に関する研究—モデル構築を目指して—)に詳述した。

紹介元施設の内訳 (平成17年12月末日現在、834名)

内訳	
保健所	114名
拠点病院	204名
一般医療機関	356名
献血	26名
NGO・その他	92名
ブロック拠点病院・ACC	42名

図5

年度別の組み合わせ上位(国立病院機構 大阪医療センター)

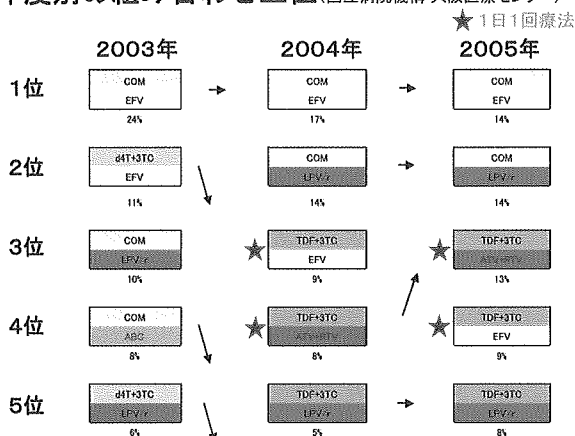


図6

4. HIV 感染症の治療のガイドライン（改訂版）

（研究協力者 中村哲也）

今年度の抗 HIV 治療ガイドライン改訂の主なポイントは次の通りである。①新規記載薬 平成 17 年度に国内で承認された抗 HIV 薬としては、エムトリシタビンとエムトリシタビン・テノフォビル合剤の 2 剤であった。両剤とも 2005 年 4 月に承認見込みであったため、前年度のガイドラインに既に記載していたので、今回の改訂では新規抗 HIV 薬はない。②プロテアーゼ阻害薬使用時の RTV ブーストについて ここ 1～2 年の報告で HAART の治療成績は主剤にどのクラスのキードラッグ（unboosted PI, boosted PI, NNRTI）を選択するかによって異なることが明らかになりつつある。治療効果は、ウイルス学的治療奏効率とアドヒアランス低下に基づく治療失敗率の両者の観点から評価すべきであり、unboosted のプロテアーゼ阻害剤の使用が好ましくない点を記載した。③ HAART の組み合わせ 本邦での組み合わせを最新の情報に改訂した。④ HAART の開始時期 いつから開始すべきかについては、HAART 開始時 CD4 数と治療後の生存率の関係の解析から、CD4 数が 200/μL 以上で開始すべきことが諸外国から既に報告されている。わが国においても市販後調査（CRO：株式会社日本アルトマーク社）による臨床検査の集計から 2236 名の症例（全国 31 施設、1997 年 4 月～2005 年 3 月）についての同様のデータが発表され、掲載した。併せて CD4 数が 350/μL 以上でも治療開始が好ましいとする報告につき言及した。⑤治療失敗時の薬剤変更 本章を原則論的なものからより実践的なものに大幅な書き換えを行った。⑥新規に追加した主な内容（カッコ内は執筆担当者） 抗 HIV 薬の TDM（国立病院機構大阪医療センター薬剤部 桑原先生）、日本の新規感染者の薬剤耐性頻度（国立感染症研究所エイズセンター 杉浦先生）、ウイルス肝炎合併時の抗 HIV 療法（東京大学医学部 小池先生）：「HIV 感染症に合併する肝疾患に関する研究」班が作成するガイドラインからエッセンスを記載・HIV 診療における社会資源の活用（桃山学院大学 小西先生、東京医科大学 藤平先生）。

結論

近畿ブロックでも性的接触による若者（多くは男性）を中心に、新規 HIV 感染者の受診患者数の増加が続き、特にエイズ診療における近畿ブロックのブロック拠点病院である国立大阪医療センターで著明であった。受診患者の特徴と状況を述べた。拠点病院は全科対応が必要と考えられた。患者の診療ニーズに応じた新しい診療体制の整備が必要と考えられた。看護、カウンセリングなどの職種が抱える課題が少なくなかった。いわゆるセックスドラッグの利用が伺え、これらの薬物では抗 HIV 療法との相互作用の問題等があり、今後の取り組みが必要であろう。本年度も新知見と本邦のデータを取り入れ、HIV 感染症の治療ガイドラインを改訂した。なお、本稿では、I 近畿ブロックにおける HIV 医療体制整備に関する研究、II 近畿ブロック内のカウンセリング体制の整備に関する研究—モデル構築を目指して—、III 大阪医療センターの患者の動向におけるセクシャル・ヘルスと薬物問題に対する国立大阪医療センターの取り組み、IV 免役感染症科における HIV コーディネーターナースの役割と課題につき、後項で詳述した。HIV 感染症の治療ガイドラインは別冊とした。

健康危険情報

該当なし

研究発表

論文発表

- 1) MATUSHITA S, YOSHIMURA K, KIMURA T, UEHIRA T, TAKANO M, ETO K, SHIRASAKA T, MITUYA H, OKA S.; Spontaneous recovery of hemoglobin and neutrophil levels in Japanese patients on a long-term CombivirR containing regimen. *J.Clin.Virol.* 33(3):188-93, 2005.
- 2) TUNEMI S, IWASAKI T, IMADO T, HIGASA S, KAKISHITA E, SHIRASAKA T, SANO H.; Relationship of CD4+CD25+ regulatory T cells to immune status in HIV-infected patients. *AIDS* 19(9):879-86, 2005.

- 3) IWAHASHI N, NAKATANI S, KIKUCHI H, YAMAGISHI M, FUKUCHI K, ISHIDA Y, HIROOKA K, KORETUNE Y, UETA C, SHIRASAKA T, KITAKAZE M.; Cardiac tumor as an initial manifestation of acquired immunodeficiency syndrome. *Circulation Journal* 69:243-245, 2005.
- 4) 中村剛之、池田昌弘、森 正彦、白阪琢磨、武田雅司、真能正幸；代表的な免疫異常状態における消化管病変の特徴 AIDS の消化管病変の臨床:食道病変を中心に。胃と腸 40(8):1146-1154、2005.
- 5) 白阪琢磨；HIV感染症/AIDSの現状と今後の課題。日本口腔感染症学会雑誌 JOID 12(1):3-10、2005.
- 6) 吉野宗宏、白阪琢磨；抗HIV薬の変遷今後の動向。クリニカルプラクティス 24(4)：406-410、2005.
- 7) 白阪琢磨；わが国における AIDS への対応—もっと行動を—。医療 59(12)：635-636、2005.
- 8) 川戸美由紀、橋本修二、古金秀樹、織田幸子、下司有加、白阪琢磨；「近畿ブロック拠点病院における HIV/AIDS 患者の居住地、紹介元と受療継続の状況 (印刷中)」。日本エイズ学会誌。
- 8) 仲倉高広；HIV/AIDS患者の心理療法—生と死と性を支える視点—。第24回日本心理臨床学会。京都、2005.9.
- 9) 吉野宗宏、永井聡子、梶原 健、織田幸子、前川孝史、白阪琢磨；ブロック拠点病院における坑 HIV 薬院外処方箋発行の取り組みと課題。第59回国立病院総合医学会。広島、2005.10.
- 10) 笹川 淳、酒井美緒、牧江俊雄、山本善彦、上平朝子、白阪琢磨；当院で経験した進行性多巣性白質脳症 (PML) についての検討。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 11) 藤原良次、鬼塚なおき、早坂典生、宮島謙介、橋本 謙、岡本 学、木原正博；HIV感染予防介入の実践方法論としての「プリベンション・ケースマネジメント (PCM)」の理解と導入に関する研究。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 12) 山中京子、岳中美江、岡本 学、榎本てる子、土居加寿子、横田恵子；HIV抗体検査前後の個別相談—CHARMが実施した土曜抗体検査における相談活動の分析より—。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 13) 上平朝子、笹川 淳、森 正彦、牧江俊雄、長谷川善一、山本善彦、下司有加、織田幸子、白阪琢磨；当院におけるHBV/HIV重複感染例についての検討。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 14) 下司有加、織田幸子、森田美揚子、井上磨智子、白阪琢磨；受診中患者の背景と受診再開への支援と経緯。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 15) 山中京子、岳中美江、岡本 学、榎本てる子、土居加寿子、横田恵子；大阪・土曜日常設HIV抗体検査事業における受検者の動向。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 16) 杉浦 互、瀧永博之、吉田 繁、千葉仁志、浅黄 司、松田昌和、岡 慎一、近藤真規子、今井光信、貞升健志、長島真美、伊部史朗、金田次弘、浜口元洋、上田幹夫、正兼亜季、大家正義、渡辺香奈子、白阪琢磨、山本善彦、森 治代、小島洋子、中桐逸博、高田 昇、木村昭郎、南 留美、山本政弘、健山正男、藤田次郎；新規HIV-1感染者における薬剤耐性の頻度に関する全国疫学調査-2003年から2004年にかけての報告。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.
- 17) 吉野宗宏、永井聡子、梶原 健、下司有加、織田幸子、笹川 淳、森 正彦、牧江俊雄、長谷川善一、山本善彦、上平朝子、白阪琢磨；硫酸アタザナビルに至適血中濃度の検討。第19回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.

学会発表

- 1) YOSHINO M, NAGAI S, KUWAHARA T, ODA S, UEHIRA T, SHIRASAKA T; The clinical experience of Abacavir in HIV -infected Japanese. 7th ICAAP, Kobe. 2005.
- 2) ODA S, SHIMOJI Y, NAKATA M, SHIGEURA Y, UEHIRA T, YASUO T, AOKI R, ENOMOTO T, SHIRASAKA T; Problems of foreign patients of PLWHA in Japan and their support system. 7th ICAAP, Kobe. 2005.
- 3) YASUO T, SHIRASAKA T. Psychological difficulties on deciding to live with HIV Case studies of psychotherapy with PLWHAs in Japan. 7th ICAAP, Kobe. 2005.
- 4) MORI M, KOGANE H, MAKIE T, TAKAHAMA S, HASEGAWA Y, UEHIRA T, UETA C, YAMAMOTO Y, SHIRASAKA T; Clinical features of the elderly Japanese infected with HIV. 7th ICAAP, Kobe. 2005.
- 5) 上平朝子；HIV感染症と梅毒合併例について。第22回大阪STI研究会。大阪、2005.6
- 6) 仲倉高広；HIV感染症/AIDS医療におけるカウンセリング—性的指向が同性に向かう男性の心理臨床のなかで—。第24回日本心理臨床学会。京都、2005.9.
- 7) 白阪琢磨；新たに注目すべき薬物相互作用。第19回エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.

- | | |
|---|--|
| <p>18) 林田庸総、瀧永博之、白阪琢磨、塚田弘樹、松下修三、木村 哲、岡 慎一；Efavirenz の血中濃度に関わる cytochrome p450 2B6 の遺伝子多型とその頻度。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>19) 篠澤圭子、山元泰之、青木 眞、味澤 篤、菊池 嘉、木村 哲、白阪琢磨、高田 昇、花房秀次、三間屋純一、松宮輝彦、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 感染症至的治療法の開発に係る応用研究。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>20) 安尾利彦、仲倉高広、白阪琢磨；当院の HIV 感染症患者における心理的支援へのニーズに関する分析。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>21) 仲倉高広、安尾利彦、鈴木葉子；臨床心理学的アセスメントが治療に効果的に活かされた事例。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>22) 山元泰之、山中 晃、天野景裕、福武勝幸、坪井良治、入澤亮吉、斉藤万寿吉、中村哲也、根岸昌功、白阪琢磨；HIV 感染症に対するエムトリシタピン投与による安全性と皮膚変色発現に関する検討。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>23) 永井聡子、吉野宗宏、梶原 健、下司有加、織田幸子、笹川 淳、森 正彦、長谷川善一、牧江俊雄、山本善彦、上平朝子、白阪琢磨；フマル酸テノホビルジソプロキシルの血中濃度とクレアチニンの関係。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>24) 梶原 健、吉野宗宏、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 2 報）。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>25) 浅野智子、上平朝子、下司有加、織田幸子、白阪琢磨；当院における HIV 母子感染予防の現状について。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> <p>26) 酒井美緒、笹川 淳、森 正彦、牧江俊雄、山本善彦、上平朝子、白阪琢磨；HIV 感染症患者の中枢神経疾患早期発見における頭部 MRI の意義。第 19 回日本エイズ学会学術集会・総会。熊本、2005.12.</p> | <p>知的財産権の出願・登録状況</p> <p>特許取得
該当なし</p> <p>実用新案登録
該当なし</p> <p>その他
該当なし</p> |
|---|--|



I. 近畿ブロックにおける HIV 医療体制整備に関する研究

分担研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター 免疫感染症科）

研究協力者：若生 治友（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター、(財)エイズ予防財団）

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）

古金 秀樹（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター、(財)エイズ予防財団）

研究要旨

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）にて実施の全国共通様式 web アンケートによる回答の中で、近畿ブロックの拠点病院の回答につき集計を行った。本アンケートは平成 15 年度より 3 年実施され、全てに回答が得られた 19 施設について解析を行った。3 年間の比較では、患者が集中する施設と、患者数の少ない施設との格差が広がっていると思われた。毎年のように HIV 治療ガイドラインが変化し専門性が高まるにつれ、通院患者数が少ない施設では対応が困難である状況があった。また国立大阪医療センターなど特定の施設への患者の集中傾向は続いていた。患者が集中する施設では専門性が高まる一方で、患者数の増加は相対的マンパワー不足に繋がり、将来、患者個人当たりの医療サービスの質的低下や診療スタッフの疲弊が発生する危険性が危惧された。今後は拠点病院の診療レベルのアップに基づく患者の再分散を患者の地理的な利便性やニーズなどを考慮し検討する必要性があり、各地域での病病連携さらには病診連携を検討する必要性がある。

The study of medical system providing care for patients infected with HIV in Kinki-area

Harutomoto Wako¹⁾, Katsuji Teruya²⁾, Hideki Kogane¹⁾

¹⁾National Hospital Organization Osaka National Hospital, AIDS Information Office, Japanese Foundation for AIDS Prevention and ²⁾AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

研究目的

近畿における HIV 感染者・患者に、より良質な医療を提供するために、HIV 医療体制の評価と問題点を検討する。

研究方法

ACC とエイズ診療における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）にて実施した、全国共通様式 web アンケートの近畿ブロックの拠点病院の回答をもとに集計した。本報告では、3 年続けて調査回答が得られた 19 施設について、この 3 年を比較し医療体制について評価した。

研究結果

近畿ブロックの拠点病院 43 施設中、3 年続けて回答が得られた 19 施設（回収率 44.2%）の項目について集計し、3 カ年の比較・解析を行った。

1) HIV 診療の人的側面の評価

・ HIV 診療担当医師数

HIV 診療を行う医師は、昨年度に比べ「3-10 人」および「11 人以上」配置されている施設が 1 施設増えていた（図 I.1）。担当医師が「決まっていない」施設については、1 施設減っていた。

寄せられたコメントの中には、通院患者数が 5 名以下で「日常業務が忙しく、兼業ではとても診れない。難しすぎる。」とあった。一部の拠点病院に患者が集中して、患者が少ない施設との格差が広がりつつあった。

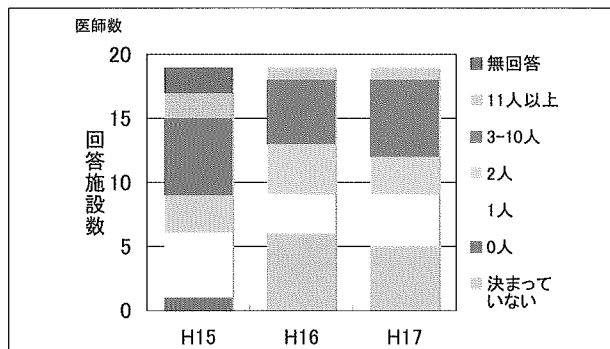


図 I.1. HIV 診療担当医数 (回答 19 施設)

・ 外来専任看護師数

外来で HIV 担当看護師が専任であるのは昨年度

に比べ 1 施設減少し、3 施設のみであった（図 I.2）。

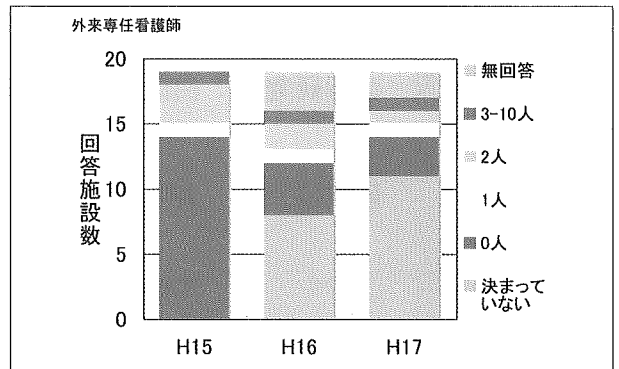


図 I.2. 外来専任看護師数 (回答 19 施設)

・ 薬剤師およびソーシャルワーカー (SW) 数

この項目については、平成 17 年度の回答のみを集計した。HIV 診療に携わる薬剤師・SW が、19 施設中 12 施設（63.2%）に 1 名以上配置されていた（図 I.3）。

相談室を確保している施設が 19 施設中 17 施設あった。

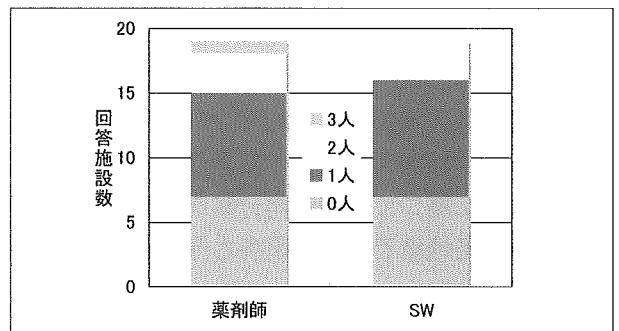


図 I.3. 薬剤師および SW 数 (回答 19 施設)

2) 診療実績

・ 現在の通院患者数

平成 15 年から平成 17 年の 3 年度における、4 月 1 日～10 月 31 日の期間中に、通院実績のある患者数について比較を行った（図 I.4）。

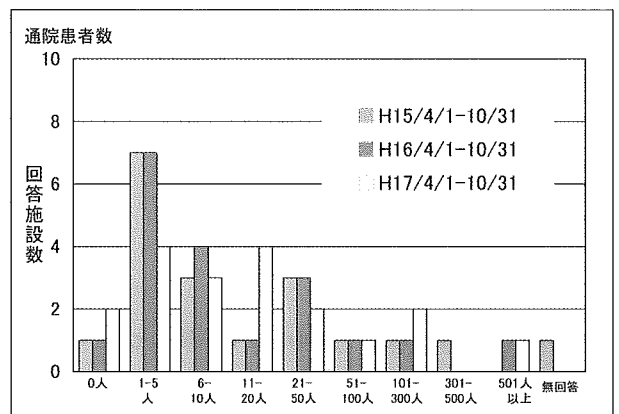


図 I.4. 現在の通院患者数 (回答 19 施設)

平成 15 年と平成 16 年では、国立大阪医療センターにおける患者数が増加していたが、平成 17 年では、患者数「11～20 人」の施設が 3 施設増えたり、「101～300 人」の施設が 2 施設になっている。確実に各拠点病院の患者数が増えている。一方で患者数「0 人」の施設が 1 施設増えていることから、患者増の施設と患者減の施設に分かれ、格差拡大の現状が推測される。

・ AIDS 発症状況

現在通院している患者の AIDS 発症状況を 3 カ年について比較した (図 I.5)。国立大阪医療センターおよび他 1 施設において、平成 15 年から平成 16 年にかけて AIDS 発症者の倍増 (もしくは 3 倍増) があつたが、平成 17 年においては、昨年と同程度の発症者数になっている。

むしろ通院患者数増加の多くは、未発症者であり、「6～10 人」、「11～20 人」の施設で起きている。

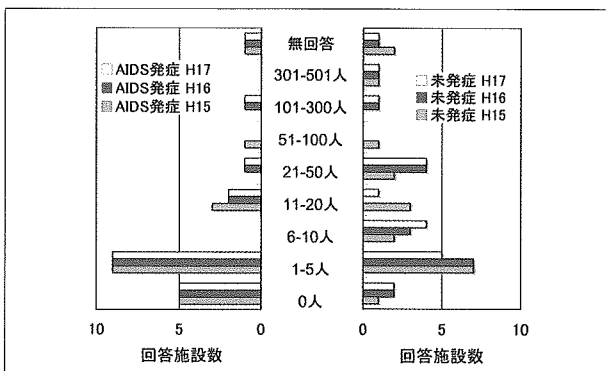


図 I.5 通院患者の AIDS 発症状況 (回答 19 施設)

・ 感染経路

現在通院している患者の感染経路を 3 カ年について比較した (図 I.6)。同性間の性的接触による感染者数は、平成 15 年から平成 16 年にかけて、国立大阪医療センターおよび他の 1 施設において受診者数が大幅に増大した (国立大阪医療センターの場合

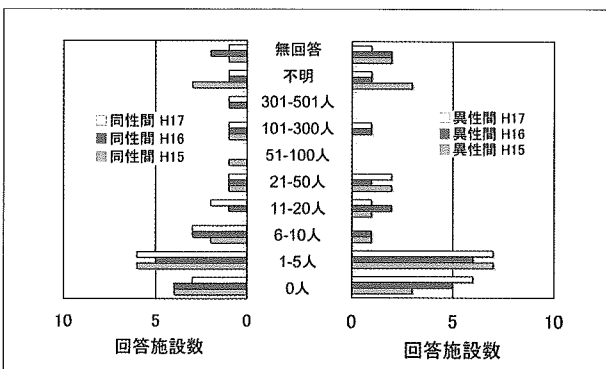


図 I.6 通院患者のうち感染経路内訳 (回答 19 施設)

「101～300 人」から「301～501 人」) が、平成 16 年から平成 17 年にかけては、各施設とも大きな変動はなかった。

異性間の性的接触による感染者数は、国立大阪医療センター以外に大きな変動はなかった。逆に患者数が「0 人」となる施設が増えている。

・ 新規感染者数

各施設で新規に受診した患者数 (AIDS 発症含む) を示す (図 I.7)。対象期間は、平成 13 年 4 月～平成 15 年 3 月、平成 14 年 4 月～平成 16 年 3 月、平成 15 年 4 月～平成 17 年 3 月である。それぞれ対象期間のうち 1 年間は重なり合っているため、重複してカウントされている患者はいるが、3 回の調査結果から、国立大阪医療センター以外の 3 施設で増加傾向にあった。2 施設で「11～19 人」→「20～39 人」、1 施設で「20～39 人」→「40～49 人」と、ほぼ倍増している可能性がある。

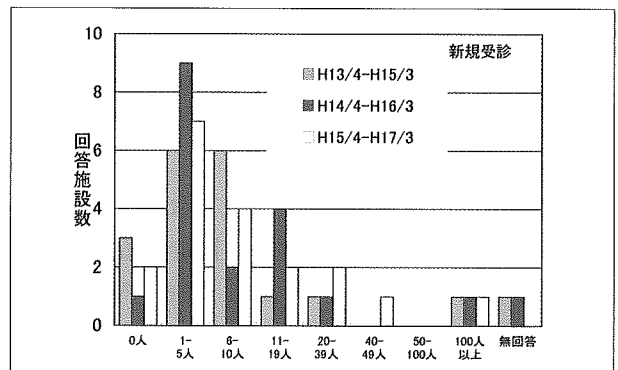


図 I.7 新たな HIV 感染者数 (AIDS 発症含む) (回答 19 施設)

上記新規受診患者のうち、AIDS 発症者数を調べたところ、国立大阪医療センターにおいて「40～49 人」→「50～79 人」と増加しており、AIDS 発症者が集中している現状があつた (図 I.8)。

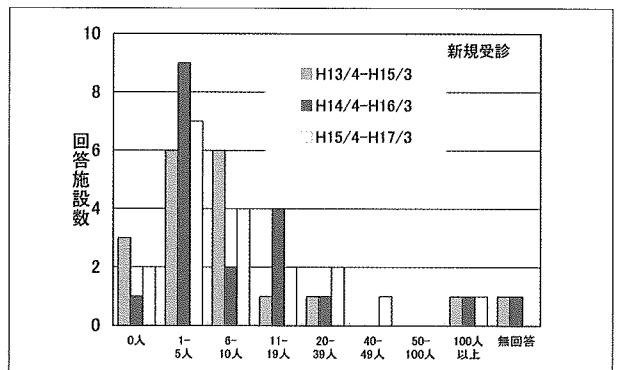


図 I.8 新たな HIV 感染者のうち AIDS 発症者数 (回答 19 施設)

3) 連携緊密度の評価

・現在の通院患者数

各拠点病院に対してエイズ治療・研究開発センター（ACC）、および国立病院機構大阪医療センターとの連携の緊密度について評価を求めた（図1.9）。国立大阪医療センターとの連携度は元々高いが、3年間ではわずかに低下傾向が見られた。ACCとの連携度は上昇している傾向が伺えた。

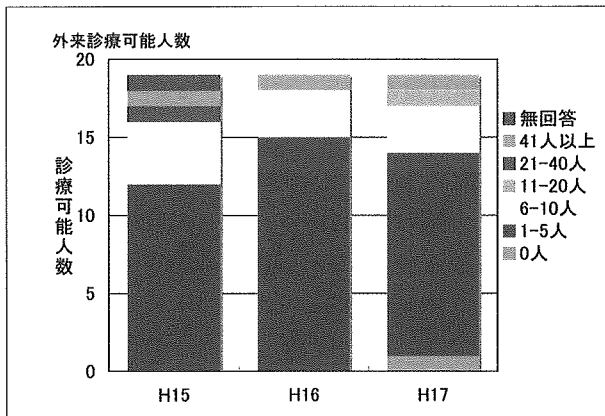


図 1.9 ACC と大阪医療センターとの連携緊密度の自己評価
(国立大阪医療センターを除く回答 18 施設)

拠点病院のニーズは様々と考えられ、ブロック拠点病院に期待する連携と ACC に期待する連携の内容が異なる可能性が考えられる。今後、内容を明らかにしてゆく必要があると思われる。

考察

全国共通様式アンケート（web 形式）を実施し、近畿ブロックの拠点病院の回答 3 カ年分を集計した。本報告では、平成 15 年度から平成 17 年度の 3 回の調査に回答が得られた 19 施設について集計し比較・解析を行った。

毎年のように HIV 治療ガイドラインが変化し専門性が高まるにつれ、通院患者数が少ない施設では対応が困難である状況があった。また国立大阪医療センターのように特定の施設に患者が集中する傾向は相変わらず続いていた。この増加および集中傾向は著しく、医療サービスの低下や診療スタッフの疲弊・燃え尽き等が将来発生する危険性が危惧された。今後は拠点病院の診療レベルのアップに基づく患者の再分散を患者の地理的な利便性やニーズなどを考慮し検討する必要性があり、各地域での病病連

携さらには病診連携を検討する必要がある。拠点病院との連携度では、ACC との連携度はやや増加傾向が伺えた一方で、ブロック拠点病院である国立大阪医療センターとの連携度は元々高いものの、3 年間ではわずかに低下傾向が見られた。拠点病院のニーズは多様と考えられ、ブロック拠点病院に期待する連携と ACC に期待する連携の内容が異なる可能性が考えられた。今後、内容を明らかにしてゆく必要があると考える。

結論

近畿ブロックの HIV 医療体制の評価に関して、3 年間の比較を試みた。患者が集中する拠点病院と、患者数の少ない施設との格差が広がっていた。今後の患者数の増加を考慮すれば、各拠点病院の診療レベルアップを図る事と、患者の地理的な利便性やニーズなどを考慮した患者の再分散の検討が必要であり、将来、各地域での病病連携さらには病診連携を検討する必要があると考えられた。



II. 近畿ブロック内のカウンセリング体制の整備に関する研究 —モデル構築を目指して—

分担研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター 免疫感染症科）

研究協力者：仲倉 高広（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
臨床心理室）

安尾 利彦（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
臨床心理室、財団法人エイズ予防財団）

研究要旨

近畿ブロック内のカウンセリング体制の整備のため、カウンセリング体制のモデルを構築することを目指し、近畿ブロック内で実施されている自治体の派遣カウンセリングの現状の把握、カウンセリングの形態やシステムの比較検討を行い、モデル化に必要なカウンセリング体制の特徴を明確にすることを目的とした。カウンセリング制度を有している自治体すべてを対象にカウンセリング利用状況の調査、および、各自治体のカウンセリングを担当している派遣カウンセラーを対象にしたフォーカスグループインタビューを行い、状況を把握し、現行のカウンセリング体制の特徴を抽出した。その結果、2000年度に比べ2004年度の利用のべ回数は6府県1市の内、4府県1市で増加が見られた。カウンセリング体制は、派遣や駐在などさまざまな形態があった。また、自治体のカウンセリング体制の特徴として、派遣では「稼働性」、「状況分析力」、「即時性」、駐在では「設備」、「実践力」、両形態に共通して「専門性」が抽出された。よって、一定期間、特定の機関に、「稼働性」と「専門性」を特徴とするカウンセリング体制を整備することが望ましいと考えられた。

The study of counseling system for patients infected with HIV in Kinki-area

Takahiro Nakakura, Toshihiko Yasuo

National Hospital Organization Osaka National Hospital, Clinical Psychologist's office

研究目的

近畿ブロック内の拠点病院において、すべての HIV/AIDS 患者や家族等が専門的な臨床心理学的支援を利用する機会を得ることができる体制整備のため、カウンセリングや心理アセスメントの機能の定着を支援することが必要である。

矢永ら（2002 年）によると、全国の拠点病院でのカウンセリング体制には、心理職の現状のケース数が多く多忙、また所属診療科が HIV/AIDS 診療を行う科と違う、カウンセリングの依頼システムの不備があるという (①)。また、神谷ら（2005 年）は、カウンセリング制度の利用の有無に関わらず、カウンセリング制度の存在自体が医師にとって安心感につながっていること、しかし、カウンセリング制度の利用経験のない医師の約 30% が制度について知らないという現状 (②) を報告している。安尾ら（2005 年）は、臨床心理の専門性や、派遣先の組織に属さないため患者をとりまく状況を分析し介入できることが重要な機能である (③) と示唆している。同じくカウンセラーを派遣している制度としてスクールカウンセリング制度があるが、そこでは、教師以外の専門家として「外部性」や「専門性」が評価され、不登校発生率に差があるとされている（2004 年、スクールカウンセラー活用事業補助）。

よって、近畿ブロック内の HIV/AIDS 患者や家族等に対する臨床心理学的支援においては、専門性を保持し (③より)、利用しやすいカウンセリング体制やシステムの構築 (①、②より) が求められる。

上記を踏まえ、本研究では、近畿ブロック内で実施されているカウンセリングの現状を把握すること、また、カウンセリングの形態やシステムの比較検討を行い、現状に必要なシステムやカウンセリング体制のモデルを構築することを目的とする。特に本年度は現状把握を基本に行い、現状のシステムの特徴を明確にすることを目指した。

研究方法

1. 現状把握

派遣カウンセリング制度を有している近畿ブロック内の 6 府県、および 1 市の自治体担当窓口を対象に、カウンセリング利用状況を 2005 年 6 月 3 日に調査した。2000 年度より 2004 年度までの年度ごと

のカウンセリング年間利用者数（のべ人数）と、男女の内訳を調査内容とした。各自治体の 2000 年度と 2004 年度の利用者数を比較した。

派遣カウンセリングの形態や体制に関しては、派遣カウンセリングに携わっているカウンセラーを対象にフォーカスグループを行い（2005 年 10 月）、派遣方法、派遣状況、派遣先など情報を収集した。

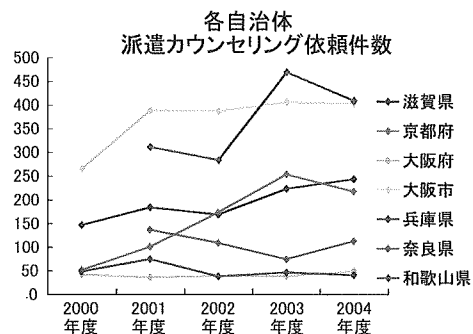


図 II.1. 各自治体派遣カウンセリング依頼件数

(倫理面への配慮)

患者個人情報を含まないのべ人数などを調査内容とし、本調査の目的を説明し実施した。

2. モデル構築のためのカウンセリング体制の特徴の抽出

上記調査をもとにモデルを構築したうえで、試験的に実施し、効果測定を行うことを目標に設定した。そのため、派遣の形態の比較検討、モデルを考案するにあたり、カウンセリング体制の特徴の抽出を図った。

研究結果

1. 現状把握

調査協力機関すべてより回答が得られた。ただし、男女別の集計は行っていない自治体があった。奈良県、和歌山県は 2000 年度の集計は不明であった。よって、奈良県と和歌山県は 2001 年度との比較を行った。

年度間の推移は図 II.1 参照。増加が見られた自治体は、京都府（166 回増）、大阪市（137 回増）、和歌山県（98 回増）、滋賀県（97 回増）、大阪府（7 回増）であった。逆に奈良県（24 回減）、兵庫県（8 回減）は減少していた。

派遣カウンセリングの形態は、要請のあった医療機関や抗体検査機関において、HIV/AIDS 患者や抗体検査受検者に提供しているもの（大阪府、大阪市）、要請のあった医療機関において、HIV/AIDS 患者のみに限定したもの（京都府）、要請のあった医療機関において、カウンセリングのみならずさまざまな社会資源の提供も行っているもの（兵庫県）、定期的に拠点病院に出向き、カウンセリングや研修、カンファレンスを行っているもの（和歌山県）、一定の時間、一定の機関に駐在しているもの（滋賀県：電話相談も行っている、奈良県）とさまざまであった。

形態は、大阪府・市、京都府、兵庫県などの要請があったときに派遣されるもの（以下、派遣とする）と、滋賀県、奈良県、和歌山県などのように一定期間、特定の機関に駐在するもの（以下、駐在とする）とに大きく2つに分類された。

2. モデル構築ためのカウンセリング体制の特徴の抽出

フォーカスグループインタビューを通して、派遣という形態の特徴として、派遣先の当該医療機関の制約を受けず、さまざまなニーズに対応可能であるという「稼働性」と、患者の状態のみならず治療チームなどの状況を分析できる「状況分析力」が抽出された。駐在する形態においては、必要時に対応可能な「即時性」と、検査道具などの必要なアセスメントなど「設備」、「実践力」が抽出された。そして、両形態に共通して臨床心理学的な支援が実施できる「専門性」が抽出された。

考察

近畿ブロックにおけるカウンセリング体制は、派遣や駐在とカウンセリング体制はさまざまであった。近畿ブロック内の HIV/AIDS 医療におけるカウンセリングの特徴は、派遣では「稼働性」、「状況分析力」、「即時性」、駐在では「設備」、「実践力」、両形態に共通して「専門性」が抽出された。「稼働性」、「状況分析力」、「即時性」、「設備」、「実践力」、「専門性」を備えたカウンセリング体制のモデルが必要と思われた。

モデル構築に際して、両形態のカウンセリング体制の6特徴をまとめると「稼働性」、「専門性」に集約できると思われる。「稼働性」のあるカウンセリ

ング体制として、「即時性」と「設備」を備えていることが、また、「専門性」を備えたカウンセリング体制として、「実践力」と「状況分析力」が備えていることがそれぞれ重要であろう。

中核拠点病の設定に際しては、「稼働性」と「専門性」を特徴とするカウンセリング体制を整備することが望ましいであろう。その特徴を加味したシステムとしては、一定期間、特定の機関に駐在する、つまり、中核拠点病院に一定期間駐在し、専門的な臨床心理学的支援を「即時」的に適用できるよう、中核拠点病院内に「設備」を整え、「実践力」や「状況分析力」を備えた「専門性」の高い臨床心理士を配置することが大切ではないかと思われる。

結論

近畿ブロック内の HIV/AIDS 医療におけるカウンセリングの機能は、派遣では「稼働性」、「状況分析力」、「即時性」、駐在では「設備」、「実践力」、両形態に共通して「専門性」が抽出された。近畿ブロックにおいては、「稼働性」、「専門性」を備えたカウンセリング体制のモデルを構築することが望ましいと考えられた。そのためには、中核拠点病院などの場合には、特に、一定期間、専門性の高い臨床心理士が駐在するカウンセリング体制の整備が望ましいと考えられた。

参考文献

- 1) 矢永ら（2002）、HIV 医療と拠点病院勤務心理職の実態－現状と課題、今後のブロック・派遣カウンセリングとの連携に向けて－（「HIV 感染症の医療体制に関する研究」平成 13 年度研究報告書）
- 2) 神谷ら（2005）、派遣カウンセリングの利用促進に関する研究（「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」平成 16 年度研究報告書）
- 3) 安尾ら（2005）、HIV 感染症のチーム医療におけるカウンセラーによる他職種との協働に関する研究（「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」平成 16 年度研究報告書）
- 4) 文科省初等中等教育局児童生徒課（2004）、スクールカウンセラー活用事業補助研究発表



III. 大阪医療センターの患者の動向における セクシャル・ヘルスと薬物問題に対する当院の取り組み

分担研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター 免疫感染症科）

研究協力者：織田 幸子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター看護部）
下司 有加（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター看護部）

Activities for problems with sexual health and drug use in Osaka National Hospital

Sachiko Oda, Yuka Shimoji

National Hospital Organization Osaka National Hospital, Department of Nursing

研究目的

1997年、近畿ブロック拠点病院に認定され、実質的なHIV診療が開始された。2005年10月31日現在、累積患者数は802名である。診療開始初期の頃に関わった患者と、現在関わっている患者のHIV感染症の告知時の受け止め方は多様に変化していることが窺える。又、近年HIV感染前、HIV感染後、ほぼ同時にSTI感染した患者の増加や、さらに薬物使用患者の増加など問題の顕現化があり、それらへの対策の検討を行った。診療開始初期に比べて多様な対策が現場では必要とされている。本報告では、平成10年度と17年度を比較し現在の国立大阪医療センターにおけるHIV医療の課題を明確にし対策の考慮することを目的とした。

研究方法

診療開始当初（1998年10月～1999年10月）と現在（2004年10月～2005年10月）の患者数推移、性別、年齢、初診時の病期、感染経路、紹介元を比較し、初診時の問診表から検査を受けた動機、感染告知時の気持ちを比較、STI感染とその時期、そして薬物使用者の現状把握を行った。

研究結果

1997年4月から2005年10月31日現在の累積患者数は、802名であった（図III.1）。外国人患者は、男女合わせて40数名で、国籍も様々であった。対象期間の月別新規患者数の推移を比べると、現在では診療初期の3倍増（58名→180名）になっていた（図III.2）。性別、年代別、感性経路、病気別、紹介元別の比較を図III.3～III.5に示した。

性別を比較すると、現在でも男性が多く、ほとんどがMSMの感染者であった。年代は30歳代が多く、20歳代、40歳代の順であった（図III.6）。感染経路を比較すると、現在は性感染が90%以上を占めており、母子感染、薬物使用によると考えられた感染者もある。紹介元機関を比較すると、今でも一般医療機関からの紹介が最も多いが、保健センターからの紹介も多くなった（図III.7）。

受診に至る抗体検査の回数について（図III.8）は、診療開始初期では1～2回がほとんどであったが、現在では半数以上が初回で、3回以上が30数名であった。検査を受けた動機を、自主的、非自主的に分けると図III.9のようになった。自主的は「何となく気になる」、「リスク行為があったから」、「症状からHIV感染と結びつくと進められて」、「友人に陽性者がいる」と答える者もあり、自分は感染しないとか、他人のしんどさを見ていながらも他人事と

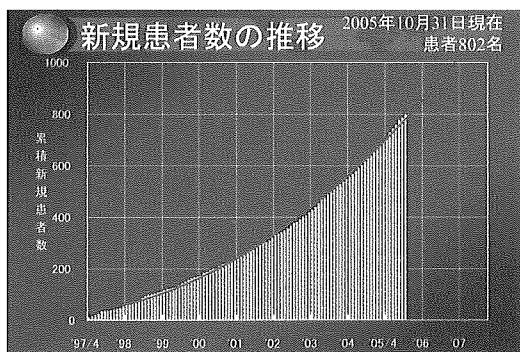


図 III.1

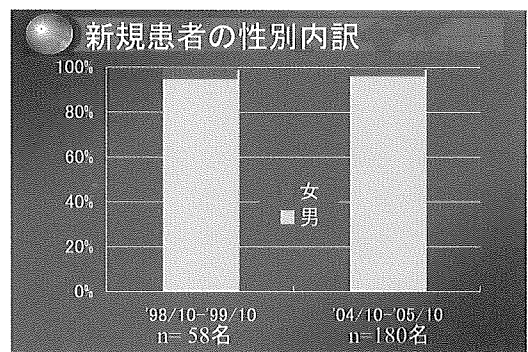


図 III.3

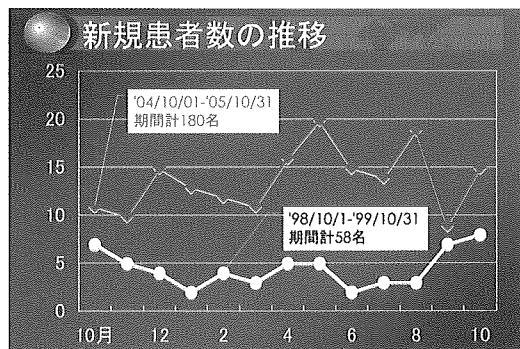


図 III.2

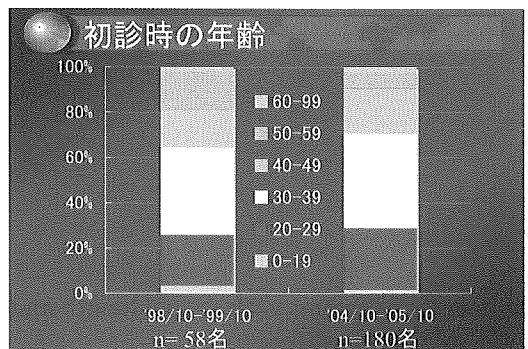


図 III.4

とらえている者の感染も問診から窺えた。非自立的は「献血」、「術前検査」、STI を指摘された時に「一緒に検査を進められた」等が最近の傾向であった。

陽性告知時の気持ちの変化 (図 III.10) は、かつては「感染イコール=死」というイメージから、現在は「感染しても死ぬ病気でないから薬を飲めば良い」、「慢性疾患となった」等と危機感が無くなっていった。しかし、一方では何とも言いようのないしんどさや不安 (将来、病気、偏見・差別も含めて) を常に感じていることが窺われた。

現在の初診時における STI の状況は、「あり」が 117 名 47% で、STI は「梅毒」に次ぎ「B 型肝炎」の順で多かった (図 III.11)。

薬物使用者は、特に近年増加しており、半年間で緊急入院が 5 名であった。使用薬物も多種にわたっており、IDU 使用者もあった (図 III.12)。

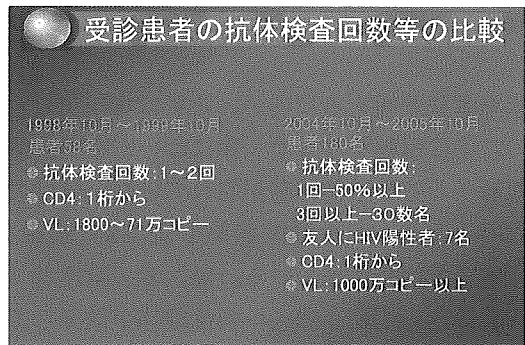


図 III.8

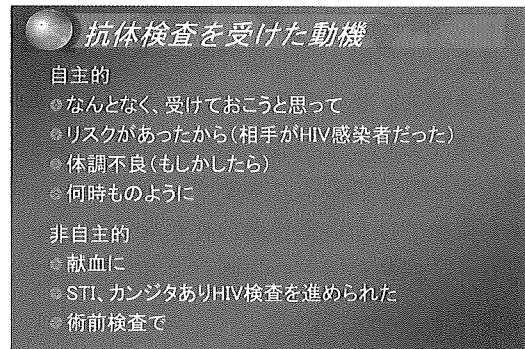


図 III.9

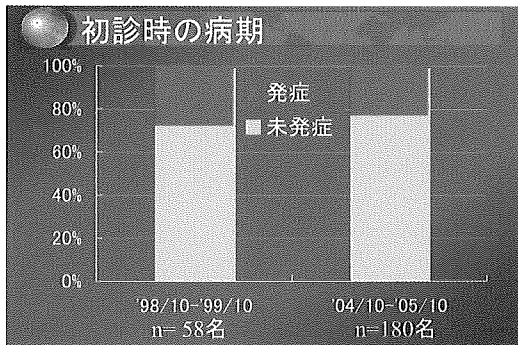


図 III.5

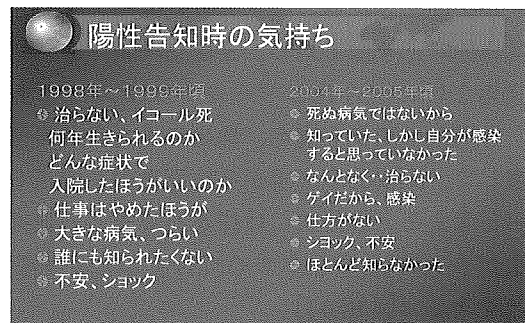


図 III.10

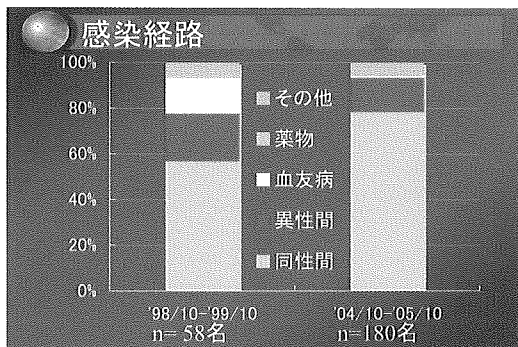


図 III.6

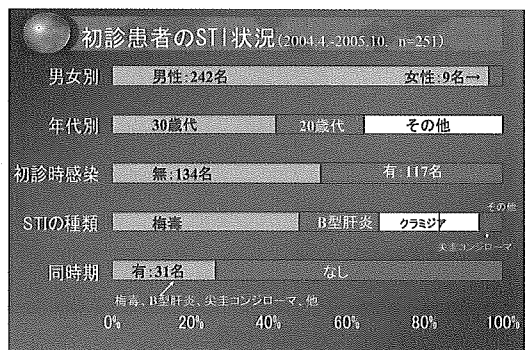


図 III.11

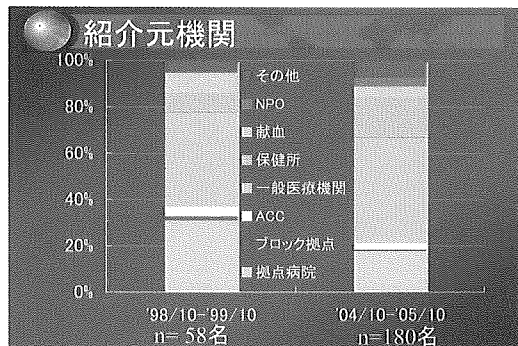


図 III.7

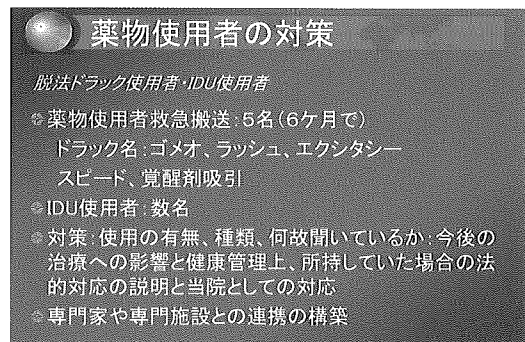


図 III.12

考察

感染者数が増えるに従い、背景は複雑化し、個々への対応は困難をきわめ一律にはいかない。感染後も他者への感染予防行動が取れていない陽性者もあり、パートナーへの HIV 感染や他の STI 罹患など、重複感染を生じさせている。陽性者・陰性者（未確認も含む）いずれも感染への危機感が低下している現状が窺われる。医療者が関わろうとしても、関わること事態が難しい陽性者、あまり関わられたくない陽性者、専門職や同じ陽性者とは会いたがらない陽性者もいる。また感染告知できるプライベートな友人関係があっても、孤立感や閉塞感は拭いきれない様子が観察されることも多い。もともと人間関係構築が得意ではない陽性者の存在も予想され、カウンセラー、精神科医との連携による支援もさらに重要となっている。

薬物使用者、IDU 者の増加も伺われ、より専門的介入が必要とされる。国立大阪医療センターとしての具体的対応を図るため、まずワーキンググループを立ち上げた。今後はワーキンググループを中心に、専門家の意見を聞き、地域や患者会との連携を考慮して、医療者の立場から注意喚起や矯正を促したいと考える。最終的には様々な資源との連携を行いながら HIV 医療をすすめて行くことが大切であると考える（図 III.13）。

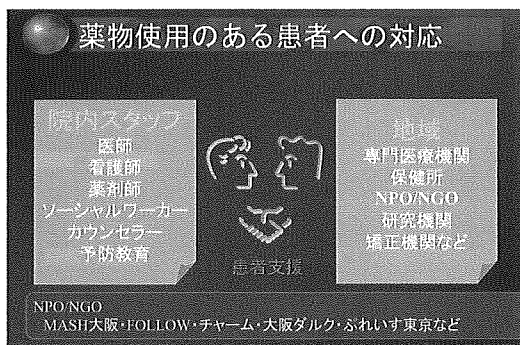


図 III.13



IV. 免疫感染症科における HIV コーディネーターナースの役割と課題

分担研究者：白阪 琢磨（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
HIV/AIDS 先端医療開発センター 免疫感染症科）

研究協力者：織田 幸子（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター看護部）
下司 有加（独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター看護部）

The role and problems of Coordinator Nurse in HIV division

Sachiko Oda, Yuka Shimoji

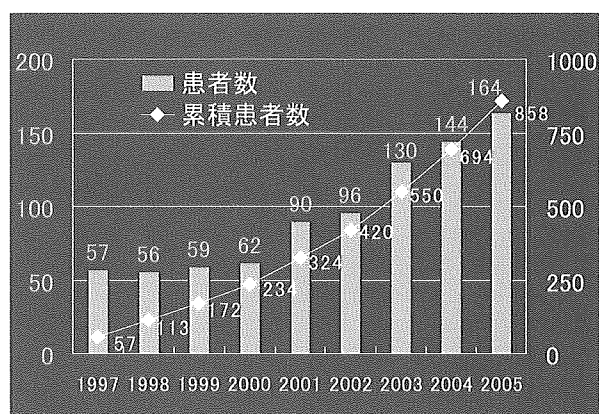
National Hospital Organization Osaka National Hospital, Department of Nursing

研究背景

平成 8 年に薬害エイズ訴訟の和解が成立し、その和解確認書に基づいた恒久対策として、ACC と全国 8 ブロックのエイズ診療におけるブロック拠点病院を核とした HIV 医療体制の整備が行われた。国立大阪医療センターは平成 9 年 4 月より近畿地方のエイズ診療ブロック拠点病院として診療を開始し、平成 17 年 1 月から、免疫感染症科外来として独立し現在に至っている。

平成 18 年 2 月現在の累積患者数は、外国人感染者 40 数名を含む 850 名を越えた。

資料 1



平成 9 年当初は、一ヶ月あたり平均 4.8 名の新規患者数があったが、現在では月平均 15 名を越え 3 倍以上に増えている。患者数の増加に伴って患者が抱える背景も複雑・多岐に渡り、患者へのきめ細かな対応や専門職による対応が一層必要となっている。さらに HIV 感染症と合併疾患（日和見感染症等）、併存疾患とが複雑に絡みあい、治療の複雑・困難を極めている事例もある。従って、患者支援には、身体、精神、経済状況を含む社会的な背景に対応するため、より密度の高いものが必要とされている。

国立大阪医療センターでは、医師、看護師、薬剤師、他専門職（臨床心理士・MSW・NGO 等）を含めたチーム医療の体制を取り、個々の患者への治療、抱えている問題の解決に向けて取り組んでいる。又、免疫感染症科では、HIV 感染症患者の他、膠原病などの免疫疾患系の患者の診療も行っている。現在の外来看護体制は、コーディネーターナース（以下、CN）2 名、クラーク 1 名、非常勤看護師 1 名で対応しているが、外来新設や患者数増加に伴って新たな業務が加わり、業務が肥大、煩雑化を極

めつつある。そのため HIV 感染者の初診、再診患者への対応や受診中断者、最近になり問題となっている薬物使用者への対応等、十分関わらず、結果、予防を含めたそれぞれの患者への健康管理への支援は困難な状況にある。本研究は、CN の業務の見直しと整理、他専門職との連携からとも検討したので報告する。

研究目的

免疫感染症科における CN の役割と業務内容から課題を明確にするため、現状の問題点・課題を整理し、今後の対応を検討する。

研究方法

- 1) CN が現在行っている業務内容と活動を整理する。
- 2) 平成 16 年 1 月～12 月と平成 17 年 1 月～10 月の CN のコーディネート時間の月平均と面接・指導・教育時間の月平均の比較。
- 3) 新たに加わった業務と他専門職との連携から検討。

研究結果

1. 現在行っている CN の業務内容と活動

1-1. 看護業務

- 1) 身体状態の把握
 - ①初診患者の問診聴取
 - ②再診患者の状態の把握
- 2) 身体の健康状態維持への日常生活の相談と指導
- 3) 服薬支援
- 4) 抗体検査前後のカウンセリング的関わり：保健教育、不安への対処
- 5) 在宅療養患者への支援
- 6) 処置介助：ペンタミジン吸入等の特殊処置を含む
- 7) 治験業務等の補助

1-2. 他職種との連携

- 1) 医師との連携
- 2) カウンセラー（C0）との連携

- 3) ソーシャルワーカー（MSW）との連携
- 4) 薬剤師との連携
- 5) 上記職種との間の合同カンファレンスの実施
- 6) 訪問看護ステーション、保健師とのカンファレンス
- 7) NPO、NGO との協力、連携（外国人症例への支援など）

1-3. 看護師ほかへの教育・啓発活動

- 1) 院内・院外の医療従事者に対する教育
- 2) 小中高学生に対する性教育を含む予防教育

1-4 西日本のエイズセンターとしての役割

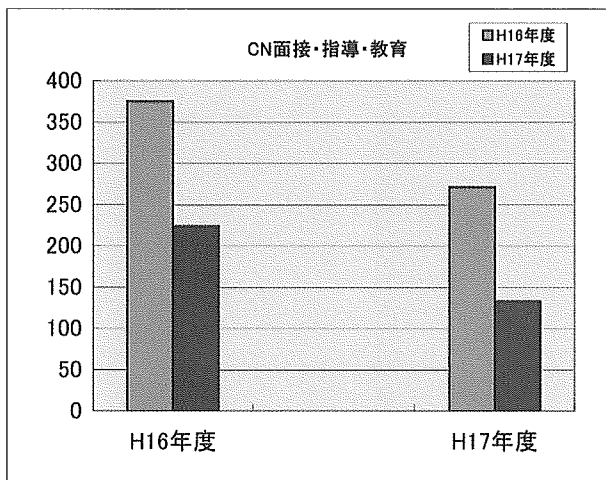
エイズ治療開発センター（ACC）、各ブロック拠点病院との連携、情報交換、会議、研修

1-5 各種研究活動等

2. CNの継時的業務内容比較

平成 16 年 1 月～12 月と平成 17 年 1 月～10 月において CN のコーディネート時間の月平均と面接・指導・教育時間の月平均を比較した。時間換算すると平成 16 年では、1) 初診時・再診時のコーディネート（患者の問題解決のため計画的に各専門職へ紹介）は月平均 375 時間、2) 面接指導時間は 224 時間であったが、平成 17 年はそれぞれ 1) 271 時間、2) 133 時間であった。資料 2 参照

資料 2



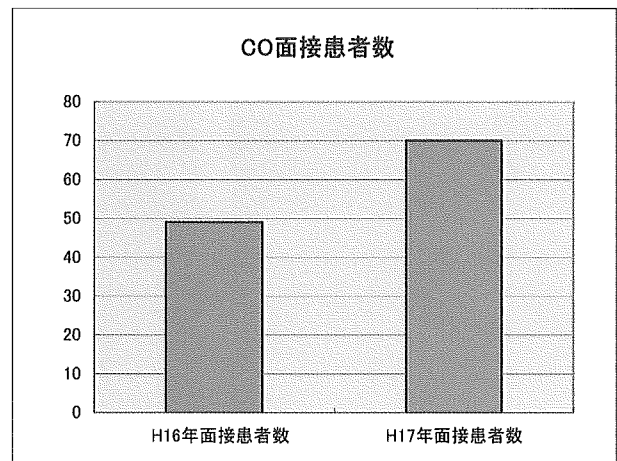
考察

主に 2) について考察する。HIV コーディネーターナース（CN）の役割は、初診・再診患者の状態把

握、日常生活の相談・指導、服薬支援、在宅療養支援、処置の介助等、日常生活・社会生活全般に渡り、多くの業務を抱えている。また、他職種に対するコーディネートも重要であり、医師、薬剤師、臨床心理士、MSW 等の専門職種との連携の中で CN は業務を遂行しなければならない。加えて、ブロック拠点病院として、院内業務だけでなく他の医療機関や行政機関への教育講演、学生等への予防啓発活動・講演も行っており、CN の果たす役割は大きい。

免疫感染症科は、HIV 感染症患者と他の膠原病などの免疫疾患患者の診察及び処置もしており、平成 17 年度における HIV 以外の延べ外来受診患者数は 1987 名で初診患者数は 147 名であった。総合内科の 1 グループとして診療を行っていた頃は、カルテの管理や患者への処置等、その他の外来業務は総合内科外来全体で取り組んでいたため、CN の負担は現在より少なかった。平成 17 年 1 月に新外来として移転はしたが、免疫感染症科外来は新設であるため、既存の病院システムが一部利用できないことから、カルテや薬品等の受け取り、返却は以前の総合内科でしかできないため、追加、頻回の往復を余儀なくされる等の様に、独立に伴って付加された事務業務もある。総合的に見て、実際の業務は以前より増加し様々な事務業務が 2 名の CN にも課せられており、外来窓口での患者対応に限界が出ている。患者が CN に用事がある場合、窓口の CN がいない、或いは窓口の CN が多忙なため声をかけずに素通りして帰宅する事になる等、CN のゆとりある対応が困難になってしまったことから適切な介入のタイミングを逃すことが多くなった。そこで、コーディネート機能を積極的に生かす事を考え、CO や MSW と連携を強化しながら、業務負担の軽減を図った。

資料 3



CN が CO を紹介し、カウンセリングを利用した延べ患者数は、平成 16 年は月平均 49 名から、17 年は月平均 70 名となっている。資料 3 参照

MSW へ紹介した患者数は、平成 17 年度は、延べ 382 名となっている。CN の業務の中で平成 16 年度に比べて平成 17 年度の 2) 面接指導時間が減った理由は、前述の新たな事務業務が加わった事があげられ、他専門職へ依頼することが多くなり、それに対して CO の患者面接回数や、MSW の面接回数が増えた。CN が関わらなくてはいけない患者の問題を、CO や MSW へ依頼することになっている可能性もこのデータの中から窺える。

HIV 感染症患者の新規受診は増加の一途を辿っている中、受診中断患者、薬物使用者等の問題も現実となった。もはや CN2 名の対応では困難であり、その結果、患者の健康教育（感染予防と健康管理）という役割等の遂行は十分果たせない現状にある。CN が担当すべき看護内容の見直しについては今後の課題と考える。



中国四国地方における HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究

分担研究者：木村 昭郎（広島大学病院血液内科）

研究協力者：高田 昇（広島大学病院エイズ医療対策室、輸血部）

藤井 輝久（広島大学病院輸血部）

石川 暢恒（広島大学病院エイズ医療対策室、広島大学医学部小児科）

河部 康子（広島大学病院エイズ医療対策室）

喜花 伸子（広島大学病院エイズ医療対策室）

大江 昌恵（広島大学病院エイズ医療対策室）

小林 正夫（広島大学医学部小児科）

小川 良子（広島大学病院看護部）

木平 健治（広島大学病院薬剤部）

畝井 浩子（広島大学病院薬剤部）

藤田 啓子（広島大学病院薬剤部）

兒玉 憲一（広島大学大学院教育学研究科）

内野 悌司（広島大学保健管理センター）

桑原 正雄（県立広島病院総合診療科）

土井 正男（県立広島病院総合診療科）

磯亀 裕子（県立広島病院看護部）

平岡 毅（県立広島病院健康推進センター）

野田 昌昭（広島市立広島市民病院内科）

松本 俊治（広島市立広島市民病院薬局）

望月 陵子（広島市立広島市民病院看護部）

塚本 弥生（広島市立広島市民病院総合相談室）

中村 哲也（東京大学医科学研究所感染免疫内科）

天野 景裕（東京医科大学病院臨床検査医学科）

菊池恵美子（国立病院機構名古屋医療センター）

奥村 直哉（国立病院機構名古屋医療センター薬剤科）

井門 敬子（愛媛大学医学部附属病院薬剤部）

山本 博之（聖カタリナ大学社会福祉学部）

大下 由美（県立広島大学人間福祉学科）

安尾 利彦（国立病院機構大阪医療センター免疫感染症科）

Sさん

Nさん