

G. 研究発表

1. 論文発表

Aoki N, Uda K, Ohta S, Kiuchi T, Fukui T. Impact of miscommunication in medical dispute cases in Japan. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(5):358-62, 2008

The Pemphigus Study Group (Kiuchi T as a member of the Independent Data and Safety Monitoring Committee) . A randomized double-blind trial of intravenous immunoglobulin for pemphigus. *Journal of the American Academy of Dermatology* 60(4):595-603, 2009

Zenitani S, Nishiuchi N, Kiuchi T. Smart-card-based Automatic Meal Record System Intervention Tool for Analysis Using Data Mining Approach. *Nutrition Research* 30(4):261-270, 2010

Ishikawa H, Kiuchi T. Health literacy and health communication. *BioPsychoSocial Medicine* 4:18doi:10.1186/1751-0759-4-18, 2010.

木内貴弘. 平成17年度日本医師会治験推進研究「治験IT化の現状と課題」成果. CRCとCRAのためのEDCガイドブック 184-190、メディカ出版, 2008

西内啓、青木則明、木内貴弘. わが国における臨床試験登録の現状と今後. *循環器科* 64(3):271-277, 2008

木内貴弘. 第9章 今後の治験IT化に向けた動きとEDC. EDCを使用した臨床試験の進め方 165-182、情報技術協会, 2008

木内貴弘、大津洋. 医師主導臨床試験の支援体制と人材教育 データ管理と生物統計を中心として CDISC標準の現状と今後及び臨床研究データ管理・統計解析への影響. *臨床研究・生物統計研究会誌* 28(1):9-49, 2008

西内啓、木内貴弘. 臨床試験登録の必要性、現状とその展望、臨床薬理 40(3):111-117、2009

木内貴弘、大津洋. CDISC標準の現状と今後及び臨床研究データ管理・統計解析への影響. *臨床研究・生物統計研究会誌* 28(1):39, 2009

宮田裕章, 後藤満一, 岩中督, 橋本英樹, 香坂俊, 本村昇, 村上新, 木内貴弘, 兼松隆之、永井良三、里見進, 杉原健一、高本眞一 . 大規模臨床データベースの意義と展望. *外科治療* 102(4):332-339, 2010

宮田裕章, 橋本英樹, 本村昇, 村上新, 木内貴弘, 後藤満一. 大規模臨床データベースの意義と展望II: 正当性と実現性の検証. *外科治療* 102(5):797-805, 2010

小出大介、木内 貴弘. CDISCと薬剤疫

学、医薬ジャーナル 46(8):2017-2021,
2010

2. 学会発表

Kiuchi T. Implementation and operation
of CDISC ODM-based EDC by UMIN. DIA 13th
Annual Workshop in Japan for Clinical
Data Management, Tokyo, 2010.

H. 知的財産の出願・登録状況

特になし

HIV 診療ネットワークの成り立ちと課題

研究分担者 岡村 牧男

特定非営利活動法人ネットワーク医療と人権 理事

はじめに 本稿は HIV 診療ネットワーク (A-net) の課題に関する仮説を形成するために、A-net 稼働当時の資料を検討し、A-net の課題を明らかにする事を目的とする。ただし、本稿記述者は、患者でありかつ HIV 診療ネットワークシステム部会 (A-net 部会) の構成員であることから、内部観測者の地位を免れない点は留意される必要がある。

研究要旨 共通電子カルテの構築は、医療情報の標準化規約の動向や、技術的整合性、費用対効果などを十分に検討したうえで、国レベルで推進されるべきであり、A-net のような単独のシステムで構築すべきではない。

議する場を設ける

A. 研究目的 B. 方法 C. 結果

本報告書は科学論文ではなく、過去からの記述に基づき記載され、考察されているため、他の研究者とは報告様式が異なることを予めお断りする。

A-net の成り立ち

A-net は、1996 年 3 月 29 日に成立した、HIV 訴訟 (いわゆる「薬害エイズ」裁判) 和解と力学的 (政治的) 関連性をもつ。被告と原告が締結した和解確認書に次のような記述がある。

八、その他恒久対策について

- 1、厚生大臣は引き続き原告ら HIV 感染者の意見を聴取しつつ、HIV 感染症の医療体制の整備等につき適切な措置をとることに努める
- 2、HIV 感染症の治療研究センターの設置、拠点病院の整備充実、差額ベッドの解消、二次・三次感染者の医療費、HIV 感染者の身体障害者認定等の HIV 感染症の医療体制及びこれに関連する問題については、厚生省において、原告ら HIV 感染者と協

A-net に関連して重要な点は、これに基づいて、エイズ治療・研究開発センター (ACC) が設置されたことと、定期協議の場の設置が確約されたことである。これにより HIV 原告団は、ACC について和解の確認書によって履行義務を負った国に対し、ACC の運営に関する諸要求を行う権限を確保することになる。さらに、ACC 設置に関する設立準備会に関する平成 8 年 12 月 9 日付合意文書の中の ACC の体制、機能面に関連する合意部分の記述を引用する。

4、エイズ治療・研究開発センターの施設・設備

一前略一

○設備

- ・総合的な HIV 感染症の診療に必要な医療機器の整備
- ・国内外の HIV 感染症の専門治療・研究開発機関やブロック拠点病院等との間で情報交換や診断等の医療支援が可能な情報システムの設置

—後略—

まさに、この後段の情報システムに関する、厚生省の回答が A-net にほかならない。この「医療支援が可能な」という部分に原告団側の思いがにじみ出ている。当時、ACC の設置を中心的課題とした東京原告団とブロック拠点病院による拠点病院の充実を主に主張した大阪原告団との A-net に対する温度差はあったものの、HIV 医療の格差問題が患者にとって命にかかわる大問題であるとの認識においては完全に一致していた。すなわち原告団にとって A-net はこうした格差を埋める機能をもつことが期待されたと言っている。しかし、A-net の設計は関係者が話しあって、求められる機能とそれを可能とする技術を検討してゆく形では行われなかった。

A-net は、上述の経緯から HIV 訴訟原告団のメンバーも参加した「HIV 診療ネットワークシステム部会（以下 A-net 部会）」において「HIV 診療支援ネットワークシステムの設置・運営に関すること」を協議することとし（エイズ治療・研究開発センター運営協議会 HIV 診療支援ネットワークシステム部会要綱第 1 条、第 2 条）、統括管理者は A-net 部会の意見を聞くこととしている。これらのしくみから、少なくとも形式的には A-net に関する重要事項を A-net 部会が決定権限を持つこととなった。しかしながら、A-net 部会が十分その役割を果たしきれ

ない幾つかの事情が存した。こうした事情は、正式に A-net 部会が設置される以前から、持たれていた非公式な協議まで

さかのぼる。

当時、大阪 HIV 訴訟原告団は、患者にとってプライバシーに関する懸念が大きいことから、実名を登録するシステムにすることによって、同意する患者が少ないことが懸念されることと、実名を登録せずとも目的達成可能であるから登録は ID 番号にとどめるべきとの要望書を提出した。こうした意見に対し、非公式協議で幾つかの意見がだされた。1998 年 10 月 26 日に開催された非公式会議は、厚生省・ACC・国立国際医療センター・ブロック拠点・システムベンダー・原告団・弁護士関係者でもたれた。当時の議事記録を引用する。

ブロック拠点関係者：医師としては、目の前の患者とディスプレイに現れた診療情報の主とが同一人物であるという確証がないと不安。そのためには、数字の羅列のような ID 番号では不確実なので、仮名でもいいから”名前”が欲しい

厚生省：厚生省は本名の記載が必要とは考えていない

原告団：仮名なら実質的には ID 番号と同じだからいいのではないか

<中略>

国立国際医療センター関係者：自分はいくまで「仮運用」に関して個人識別情報抜きに同意したのであって、本運用に際しては名前等は絶対必要と考える。

このようなやり取りをみると、A-net が個人情報を登録するシステムを希望していたのは、ステークホルダーの中で、国立

国際医療センターだけだと言うことになる。となると、A-net が個人情報登録するシステムとしてスタートしたこと自体不可解なことである。ここで発言している国立国際医療センター関係者は、実質的にはベンダーとともに A-net 当初から設計にたずさわった人物であり、当初から A-net に関して明確なポリシーを有していた。こうした事情から、以後このポリシーに基づく説得に行政、原告団が押し切られて行くこととなり、この後 ACC と厚生省も仮運用の段階から、個人情報なしはありえない、という立場に翻意し仮運用段階から個人情報を登録するシステムとして稼働することになる。

結局のところこうした事情は、さきに述べたように原告団にとっては「医療格差の是正」が目的であり、その手段が「国内外の HIV 感染症の専門治療・研究開発機関やブロック拠点病院等との間で情報交換や診断等の医療支援が可能な情報システム」であるにせよ、A-net はすでに具体的ハードウェアとソフトウェアを持つシステムとして存在しており、その設計思想は、前出の医療センター関係者とベンダーとの間で明確であった。畢竟、非公式会議の場や A-net 部会は、これらハードウェアとソフトウェアの稼働を承認することを前提として、運営に関する意見を述べる場としての役割に限定を余儀なくされることになる。

それでは、設計者にとっての A-net とはどのようなものであったのだろうか。それは、当時関係者に示された説明文書に端的に表れている。引用する。

1. HIV 診療支援ネットワーク (略称:A-net) のめざすもの

□エイズ治療を専門とする全国のエイズ診療拠点病院をネットワークでつなげます。

□全国のエイズ拠点病院での診療経過をエイズ治療の専門的観点でデータ・ベース化して記録します。

□エイズ治療・研究開発センター (ACC) 等を中心とする高いレベルの専門医師のコンサルテーション (診療に関する相談) ネットワークを介して提供可能にします。

□患者さんの実診療経過と ACC の高度な診療研究情報が全国の施設で治療に反映される仕組みが実現します。

□運用に関しては、患者さんのインフォームドコンセント (適切な説明に基づく同意権) に基づいて実施され、患者さんのデータ提供の同意のもとに、同意された範囲で治療の進歩の為につかわれます。

□ネットワーク及びデータベース上に記録されるデータについては、運営に関する委員会の監督のもとに万全のセキュリティ (安全の確保) 技術をもって保護されます。

—中略—

3. 運営に関する委員会の設置

エイズ治療の高度化と前進の為に、患者さんのデータを通院又は入院している病院内にとどめず、データベースとして記録し、診療を受けたことのある過去の全ての病院の情報も併せて参照する事により、経過情報の推移や投薬歴、ウイルス量の治療行為に伴う変遷が体系的に参照する事が可能になります。これは一病院一診療録 (カルテ) から一患者さん一診

療録（カルテ）への道を拓くもので、治療の全身のためには大いに有用と判断されますが、病院カルテが一病院から他の施設へ出て行くとも判断されますので、守秘義務や患者さんのプライバシー保護の観点から厳正な運用を確保する仕組み作りが必要となります。これらの問題に対応する為、エイズ治療にかかわる関係者による運営に関する委員会を設置します。

明らかに、A-netは共通電子カルテとしての運用が期待されている。（もちろん、制度的問題点からこの時点ではどのようなシステムを構築しても正式に共通電子カルテとは呼び得ないが、ここでは、機能論として共通電子カルテという表現を用いている。この点については、上記文書でも「これは一病院一診療録（カルテ）から一患者さん一診療録（カルテ）への道を拓くもので、」という表現をしている。）こうした前提に立つがゆえに、非公式会議の段階から、個人情報入力は必須である旨の主張がなされていたと考えられる。また同時に、同じデータベースを用いた疫学研究や臨床研究の可能性が示唆されている。これに対して、原告団が個人情報の登録を行う事なくA-netを稼働することを求めているのは、A-netが共通電子カルテであるとの認識がなかったためだと思われる。

D. 考察

当時の資料からA-netに関する、設計

者と関係者との間の齟齬が見て取れた。上記関係者への説明文書の3後段における記述は現在から考えても、理想的未来像であり、平成19年度に（財）医療情報システム開発センターが行った調査（病院9500件に送付1919件の回答）においても電子カルテの普及率が19%であり、導入の予定無しとの回答が49%であるという我が国の医療情報電子化の普及状況から見ても、1998年当時こうしたシステムを実装しようとした試みには無理があったと言わざるを得ない。また、技術的側面からも無理があった。A-netは、専用回線を用いて、専用のソフトウェアを専用端末のWebブラウザにダウンロードして利用する。また、インターネットを介した仮想LAN技術（VPN）も用いられており、当時の情報技術としては最善がつくされており、またユーザー資格の管理もかなり厳密なものであった。しかし、これらのいわば鉄壁のセキュリティはシステムのパフォーマンスとユーザーの利便性を大きく損なう事にもなった。さらに、一般の患者（国民）に自由に情報技術を利用するには至ってない当時においては、セキュリティ面への懸念が現在とは比べ物にならないほど大きかったことも災いしたと考えられる。さらに、大多数HIV医療機関は電子カルテを導入しておらず、オーダーリングシステムが稼働しているのみであった。また、オーダーリングシステムのデータを自動的にA-netに取り込むことは、ACC以外では構築不可能であった。こ

うした、実態に A-net を加える事は、医師に患者の同意をとったうえで、もう一つのカルテにマニュアルで打ち込む事を要求することとなり結果として実用性は皆無であるシステムとなってしまう。

A-net の課題に関する仮説

これまで見てきたように、A-netは、共通電子カルテが普及する理想を当時の技術で構築した実験的システムであり、当時のHIV診療の課題を踏まえた実践的システムではなかった。医療情報の電子化に関する環境は、13年経過した現在でも、共通カルテの実装にはほど遠い状況にある。制度的にもカルテの電子保存が認められたのはA-net稼働の翌年であり（平成11年4月22日健政発第517号 医薬発第587号 保発第82号通知「診療録等の電子媒体による保存について」）、医療施設の外のネットワーク保存が可能になったのは平成14年であり（平成14年3月29日医政発第0329003号 保発第0329001号通知「診療録等の保存を行う場所について」）、かなりゆっくりとしたペースで制度的整備が行われていると言える。一方で、情報技術（IT- Information Technology）の進歩は急速であり、最新のシステムは速やかに陳腐化してしまう。

であることを確認できたことの意義は大きい。

E. 結論

これらを踏まえるとA-netは、次のような課題の下運用されるべきだと考える。

1、共通電子カルテの構築は、医療情報の標準化規約の動向や、技術的整合性、費用対効果などを十分に検討したうえで、国レベルで推進されるべきであり、A-netのような単独のシステムで構築すべきではない。

2、共通電子カルテの実装が現在においても時期尚早であることを踏まえ、当初の課題である診療格差の是正は、ガイドラインの策定など学会等の活動、中核拠点病院の充実強化や研究班の設置など行政施策の充実によって推進されるべきであり、A-netによって解決するという方法論は見直すべきである。

3、A-net が当初期待された機能として疫学研究データベース的なものがあげられるが、この点に関しては現在において実現可能な機能であり、必要性も高い。

4、疫学研究データベースないし臨床研究データベースとして A-net を位置づけるとすれば、データ量の確保が重要な課題である。

5、データ量の確保を優先した場合、倫理的観点を検討し、患者の同意が不必要ないし簡単な同意で運用可能かを検討すべきである。こうした観点からの検討を前提とすると、A-net はデータベース上に患者特定可能情報が存在しないシステムである必要がある。

6、データ量の確保という観点からは、現場医師の負担が大きいシステムでは実現が困難である事から、少なくとも電子カルテが運用されている医療機関のデータは自動的に A-net に読み込むシステムが必要である。

7、疫学研究データベースないし臨床研究データベースを構築するとしても、国際的標準化の動向を踏まえた設計とすべきであり、ITについてもなるべく汎用的で普及したものを利用すべきである。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

(ア) 論文発表

なし

H. 知的財産の出願・登録状況

特になし

共同研究機関との診療データ共有による
多剤併用療法の成果解析報告書

(第 1.0 版)

平成 23 年 3 月 31 日

変更履歴表

項番	版数	変更理由	変更箇所	年月日	備考
1	1.0	新規		2011/01/08	

目次

はじめに	3
背景 3	
今年度研究概要	4
第1章 各病院治療データ解析	5
実装ツール処理内容	5
解析データ	6
解析結果	6
解析ツール修正	10
総括 10	

はじめに

背景

『HIV 診療支援ネットワークシステム（以下、「A-net」と称する）』は、患者プライバシー保護を図りながら、患者の診療情報の一部をエイズ治療・研究開発センターのホストコンピュータに入力し、エイズ治療・研究開発センターとエイズ治療ブロック拠点病院、拠点病院をネットワークで結ぶことにより、患者が受診される病院相互で診療情報を共有し、HIV 診療を円滑にし、かつ患者の地元で質の高い診療を可能にすることを目的としていた。しかしながら、A-net は平成 10 年に試験運用を開始したシステムであり、システムを構成するハードウェアやソフトウェアの老朽化に加え、利便性という観点からみると満足のものではなく、蓄積されたデータ量とその内容からシステムの利用価値も高いとはいえなかった。

□HIV診療支援ネットワークシステム概要図(平成16年1月末現在)

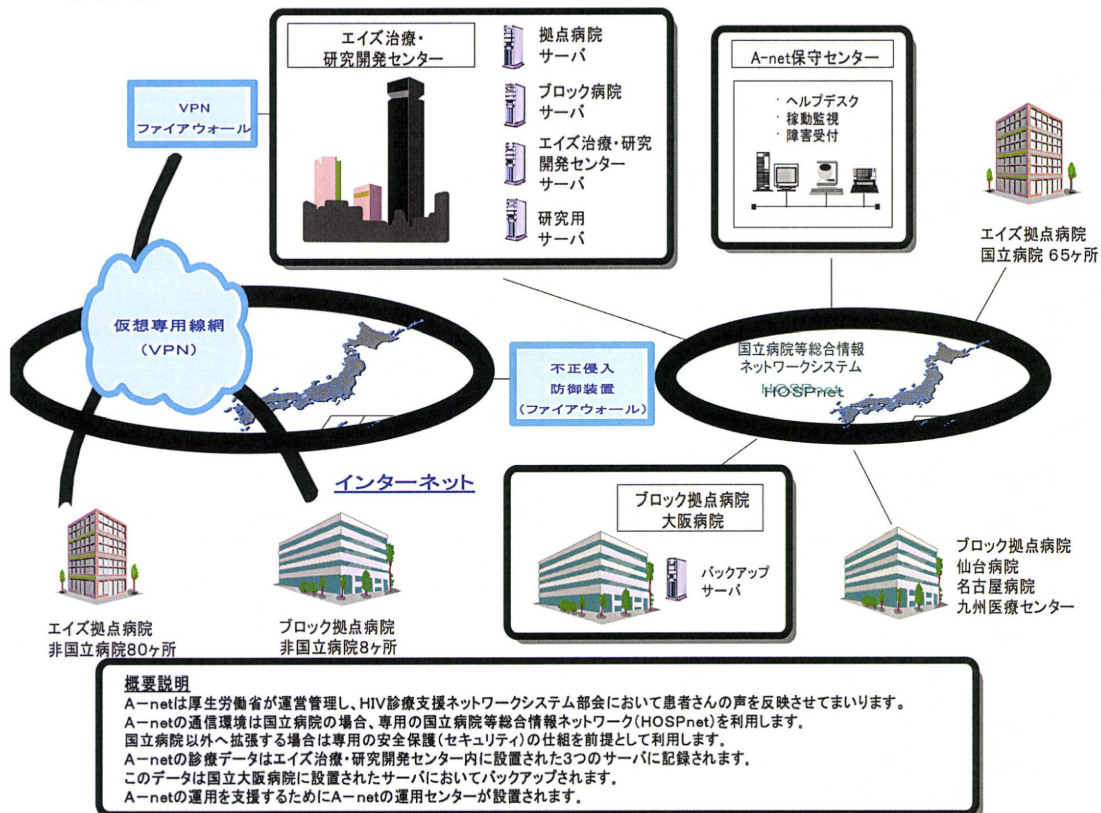


図 1 HIV 診療支援ネットワーク概要図

また、HIV 診療支援ネットワークシステムがこのような状況にあるなか、多剤併用療法を行っている各ブロック拠点病院においては継続的にそれぞれの機関において独自に診療データの蓄積を行っている背景がある。

今年度研究概要

1997年のACC開設以降、年間200名前後の新規患者が受診し、2008年には累積登録患者が2500名を突破。エイズ関連疾患は多岐にわたることから、患者ケアでは疾患ごとに各診療科との連携をとる必要がある。悪性リンパ腫では血液内科と連携をとり、サイトメガロウイルスによる疾患では眼科、カポジ肉腫では皮膚科、結核は呼吸器科との連携をとりながら診療を行っている。ニューモシスチス肺炎では口腔カンジダがほとんどのケースでみられるため、口腔外科、食道にまで浸潤している場合は消化器科との連携も欠かせない。このほか、生活習慣病の併発に対する腎臓内科、循環器科など、他科との連携がより重要になってきているのが最近の傾向である。

多剤併用療法（HAART療法）の登場で、HIV感染症は、医学的にコントロール可能な慢性疾患。抗HIV薬の進歩により治療の中心は外来となり、治療を開始した患者も、治療開始後の3～6ヶ月で状態は安定、その後は1～3ヶ月の間隔での外来通院。十分な抗ウイルス効果を得るためには、長期的な予後を考えた治療をする必要がある。感染者であっても、普通の人と同じように働きながら、主体的に治療と生活の両立に取り組み、副作用や合併症が併発しない限り、一端はじめた治療は途中で中断することなく継続しなければならない。

本年度においては、多剤併用療法を実施しているHIV診療ブロック拠点病院のうち患者数の多い主だった共同研究機関がそれぞれ独自のデータ形式で保管している診療データの共有を行い、多剤併用療法やそれに用いられる薬剤の有効性を確認するための統計をとることを目的とする。

併せて、データの統合解析において人的労力を削減するために継続して研究を行ってきた各機関が保管・出力可能なデータの統合解析ツールの修正を行うとともに、システムの専門家ではなくても操作可能なユーザーインターフェイスを簡易的に作成する。

第1章 各病院治療データ解析

治療データ集計・解析ツールを試作する目的を記載する。

各病院の HIS から抽出したデータは、フォーマットが統一されておらず、VL 値に関しては様々な入力となっており、良好・その他を判断する際の障害になっている。また、データ件数も多く、人間が手作業でデータの整形から集計・解析を行うのには、多大な時間が必要となっていた。

そこで可能な限り汎用的に、各病院の HIS から抽出した検査データを取り込めるツールを作成する。同様に処方データも取り込めるようにする。

今回作成するツールは、取り込んだ検査データ・処方データを使い、ある一定のルールのもと集計・解析までを自動的に行うツールとする。

実装ツール処理内容

データ解析・集計について、処理内容を記述する。

データ解析・集計は大きく分けて、「データ取込」、「解析・集計結果の表示」、「データ取込書式設定」から構成される。

1. データ取込について。

データ取込は、「処方データの取込」、「検査データの取込」、「データ変換」を行う機能となっている。

・処方データの取込。

処方データの取込は、取込対象ファイルに格納されている処方データを全件取り込む。取り込んだデータは、DB に格納し、保存する。

・検査データの取込。

検査データの取込は、取込対象ファイルに格納されている検査データを全件取り込む。取り込んだデータは、DB に格納し、保存する。

・データ変換。

データ変換は、次の処理を行う。

処方データから、抗 HIV 薬一覧として登録されている薬剤のデータのみを抜き出す。検査データを、患者別採取日別のデータとして整形する。(抽出する検査項目は CD4(実数値)、CD8、LYMPH、WBC、VL の 5 項目を抽出)

絞込み・整形を行った処方データ・検査データを結合し、処方データが存在する来院日は、治療有りとして扱う。(処方のみの場合も治療有りとして扱う。検査のみの場合は、治療なしとする。)

2. 解析・集計結果の表示について。

解析・集計については、次の処理を行う。データ変換が終了したデータについて、以下のデータを除外する。

- ・「治療有り」が一件も無い患者のデータ。
- ・2008 年以降のデータが無い患者のデータ。
- ・2008 年以降のデータが存在するが、登録されているデータが 6 カ月未満の

患者のデータ。

- ・直近 6 カ月のデータで「治療有り」が一件も無い患者のデータ。
- ・直近 6 カ月のデータで VL 値にデータが一度も入力されていない患者のデータ。

データ除外完了後、治療経過期間（年単位）別に良好・その他を集計する。良好・その他の振分けを次の基準で行う。

最終来院日から 6 カ月間の VL 値で判定を行う。VL 値に含まれている文字列が、「ミケンシュツ」、「<40+」、「LT50」、「LT400」、「50 以下」の場合、良好と判断する。直近 6 カ月のデータ全てが良好と判断出来る場合に、該当の患者のデータは良好とする。データが全て良好と判断出来ない場合は、その他と判断する。

良好・その他を判断した結果表示については、次のような表示を行う。新規にシートを作成し、治療経過期間別に良好・その他を集計した表を表示する。表示された表を元に、年度別の棒グラフ、年度別に良好・その他の割合を表示するグラフを作成し、表示する。

3. 各病院へのデータ取込対応について。

VL 定数、VL 指数は次のように変換し取込を行う。VL 定数と VL 指数を結合し、新たな値を作成する。“[VL 定数] × E10 [VL 指数] “（VL 定数は小数点以下 10 桁程度のデータが登録されている為、少数点以下の切り上げを行う。）また、次の値を良好として判断する。「0 × E100」、「0 × E100. 3」、「0 × E101」、「0 × E102」無治療は値を反転させて取込を行う。（0 のデータは 1 に、1 のデータは 0 に変換する。）

解析データ

全国の病院を対象に、病院にて検査・処方を受けた患者 6088 人分のデータにて集計・解析を実施した。

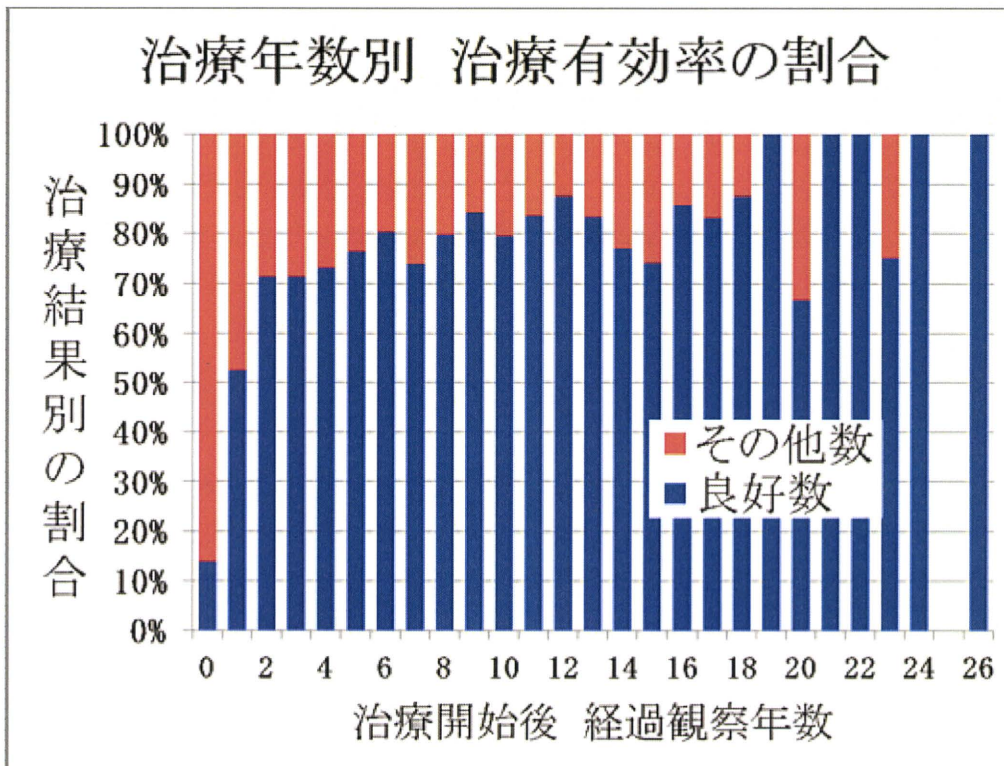
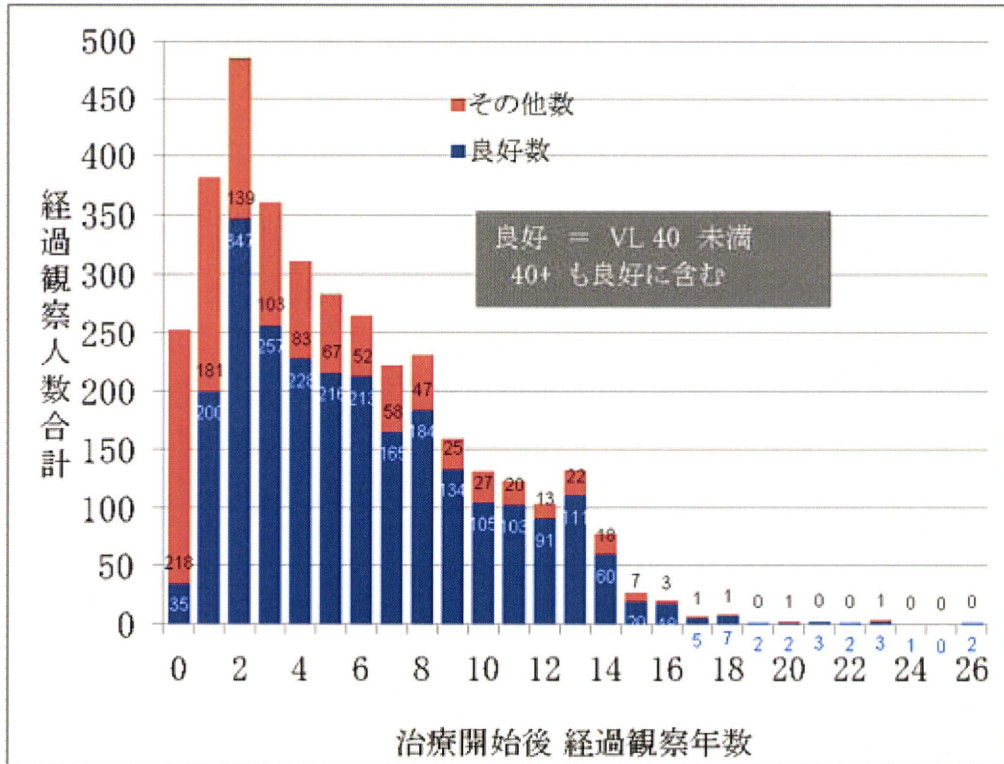
解析結果

データ集計・解析結果は以下の通り。

総患者数（単位：人）	
データ集計・解析対象者	3601
データ集計・解析対象外者	2487

データ集計・解析対象者の内訳は以下の通り。

経過観察年数	良好数	その他数
0	35	218
1	200	181
2	347	139
3	257	103
4	228	83
5	216	67
6	213	52
7	165	58
8	184	47
9	134	25
10	105	27
11	103	20
12	91	13
13	111	22
14	60	18
15	20	7
16	18	3
17	5	1
18	7	1
19	2	0
20	2	1
21	3	0
22	2	0
23	3	1
24	1	0
25	0	0
26	2	0
total	2514	1087



データ集計・解析対象外の内訳は以下の通り。

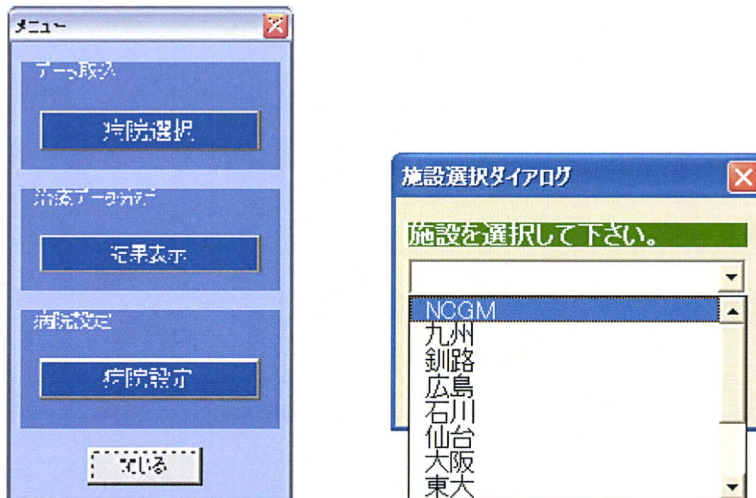
対象外理由	総対象外者中の割合（単位：人）
一度も処方が無い患者データ	1726 名
2008 年以降のデータが無い患者	449 名
入力されているデータが 6 ヶ月以上無い患者	162 名
最後に入力されたデータから 6 ヶ月以上処方データが無いデータ	83 名
最後に入力されたデータから 6 ヶ月以上治療データが無いデータ	67 名

上記の表の通り、データ集計・解析対象外となった患者の数が、40.85%となっている。その内訳をみると、「治療実績が一度も無い人」のデータが、対象外患者の実に 69.4%を占めている。症例全体でみると「治療実績が一度も無い人」は 28.4%にあたり、約 3 割の患者は治療開始前であることがわかる。次年度以降に再度解析を行う場合、治療実績が一度も無い患者（処方を受けていない患者）も解析対象とすることで、さらに多くの患者データを集計・解析対象として扱うことが出来る。

その他にも、2008 年以前のデータしかない患者も対象に入れることで、集計・解析の母数（対象となる患者数）を増やすことが可能となる。

昨年度からデータを集計・解析して判明していたことは、各病院でデータフォーマット（CSV ファイルのフォーマット）やデータの入力値に、非常に大きな違いがあるということであった。この違いは、作成したツールでその差を吸収することは困難である。各病院データの取込を行う際には、取込の設定だけでなく、大幅な修正を行うことで取込を行ったが、本年度においてはツールの修正を行うことでこの労力の軽減を図ることができた。

解析ツール修正



2009 年度より継続して行っている本統計データの解析取得作業であるが、共同研究機関と定期的実施してきたことで統計取得にあたっての数値記載の違いなどの問題などへのツール上での対策を講じることができた。

これまで統計取得にあたっては大きな人的労力を要してきたが、大部分の自動化に成功するとともに、システムエンジニアだけではなく研究者自身がツールを操作することで今後の大幅なコスト低減を図れるようになっている。(画像左：ツール TOP 表示 画像右：研究機関の選択画面)

総括

我が国の HIV 治療を担う HIV 診療ブロック拠点病院がそれぞれに持つ多剤併用療法の診療記録データは、保管されているデータの形式の差こそあれ、大変貴重かつ有用な資産に他ならない。平成 10 年に発足した HIV 診療支援ネットワークシステムが目指したこれらの情報の共有は、現在のところまで同システムを用いても成し遂げることは非常に困難な状況におかれてきた。その要因としては、臨床現場におけるリソースの問題や個人情報保護の観点、組織的枠組みの問題などが挙げられる。それでも、各診療機関が労力を割いて蓄積してきたこれらのデータをシステムツールを用いることで、研究者の手によって大きな労力を割くことなく容易に機関横断的に統計解析できるようになった意義は非常に大きい。

青年行動調査

HIVに感染していたら何処に情報を求めるか

平成20年～22年にかけての調査結果

独立行政法人 国立国際医療研究センター エイズ治療・研究開発センター
臨床研究開発部長 菊池嘉

調査機関: 日本カーライフアシスト株式会社

調査概要

□ 対象

-自動車学校に通学している18歳～23歳の若者

□ 男女比率

-男性51% 女性49%

□ エリア

-全国 / 北海道9.3% 関東39.7% 北陸、甲信越4.6% 東海10.9%
近畿21% 中国4.3% 中国2.1% 九州、沖縄8.1%

□ サンプル数

総数 7,400名
20年度 3,650名
21年度 750名
22年度 3,000名