



## HIV感染症の医療体制の整備に関する研究（H27-エイズ-指定-005）

研究代表者 横幕 能行

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター エイズ総合診療部長

研究協力者 伊藤 俊広<sup>1</sup>、山本 政弘<sup>2</sup>、岡 慎一<sup>3</sup>、豊嶋 崇徳<sup>4</sup>、茂呂 寛<sup>5</sup>、  
渡邊 珠代<sup>6</sup>、渡邊 大<sup>7</sup>、藤井 輝久<sup>8</sup>、宇佐美雄司<sup>9</sup>、  
池田 和子<sup>10</sup>、吉野 宗宏<sup>11</sup>、本田美和子<sup>12</sup>、葛田 衣重<sup>13</sup>、  
三木 浩司<sup>14</sup>、内藤 俊夫<sup>15</sup>、四柳 宏<sup>16</sup>

<sup>1</sup> (独)国立病院機構仙台医療センター 感染症内科医長、  
HIV/AIDS包括医療センター 室長

<sup>2</sup> (独)国立病院機構九州医療センター  
AIDS/HIV総合治療センター 部長

<sup>3</sup> 国立研究開発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 センター長

<sup>4</sup> 北海道大学病院 血液内科 教授

<sup>5</sup> 新潟大学医歯学総合病院 准教授

<sup>6</sup> 石川県立中央病院 免疫感染症科 診療部長

<sup>7</sup> (独)国立病院機構大阪医療センター  
臨床研究センターエイズ先端医療研究部 HIV感染制御研究室長

<sup>8</sup> 広島大学病院 輸血部 准教授

<sup>9</sup> (独)国立病院機構名古屋医療センター 歯科・口腔外科 医長

<sup>10</sup> 国立研究開発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 看護支援調整職

<sup>11</sup> (独)国立病院機構宇多野病院 薬剤部長

<sup>12</sup> (独)国立病院機構東京医療センター 高齢者ケア研究室 室長

<sup>13</sup> 千葉大学医学部附属病院 地域医療連携部 技術専門職員

<sup>14</sup> 小倉記念病院 緩和ケア・精神科 部長

<sup>15</sup> 順天堂大学医学部総合診療科 教授

<sup>16</sup> 東京大学医科学研究所 先端医療研究センター 教授

## 研究要旨

2018年1月18日に改正された後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針に沿って、血友病薬害被害者の救済医療体制及びその他のHIV感染者/エイズ患者の診療体制の整備に取り組む必要がある。それには、根拠となる十分な疫学・臨床情報が必要である。また、長期療養の課題への対応を検討するためには、血友病薬害被害者を含むHIV陽性者の現況及び医療必要度・福祉依存度に関する情報が必要である。

本研究により全国のエイズ診療拠点病院（拠点病院）には約23,000人、また、東京都内及び愛知県の拠点病院ではないクリニックにも1,100人以上の定期通院者があり、外国籍HIV陽性者が約1,200人を占めることが明らかになった（いずれも2018年2月末時点集計結果）。また、「いまできること」調査により、全国の拠点病院は、HIV陽性者の診療対応という観点からは貴重な地域の医療資源であることも明らかになった。

HIV感染症/エイズ、C型肝炎及び血友病の医療状況が大きく変化する中で、血友病薬害被害者の現況及び医療必要度・福祉依存度に関する情報が不足していることが明らかとなった。来年度以降、必要な医療・福祉体制を検討するための新たな指標を得るために、研究班に参画している多職種（包括ネットワーク）の視点による救済医療の現況の再評価を開始する。

### A. 研究背景と目的

全国の拠点病院の診療状況の調査によって、全国の約2万人の定期通院者の91.8%が抗HIV療法を受け、その99.1%でHIVの複製抑制が十分に達成されていること、しかも、地域・医療機関の間で差がないこと（抗HIV療法に関する診療レベルの均てん化達成）を示した。その成果は、我が国のHIV感染症診療に関するケアカスケードの論文発表に貢献した（Iwamoto A et al , PLoS One. 2017 Mar 20;12(3): e0174360）。

しかしながら、外国籍患者等の把握が十分でないことやHIV感染者及びエイズ患者（以下HIV陽性者）数の推計の多面的検討など課題が残る。また、血友病薬害被害者（以下被害者）の現況及び医療・福祉依存度の把握は未だ十分ではない。

そこで、本研究では、ケアカスケード作成に資する、より精度の高い疫学情報の継続的収集、被害者を含むHIV陽性者の状況把握と課題抽出を試みる。また、次代の救済医療及びHIV感染症/エイズ（以下エイズ）診療に必要な施策及び診療体制を検討する。

### B. 研究方法

#### a. 疫学情報の収集と解析

全国のブロック拠点病院の診療責任医師らからな

る医療ネットワークを構成し、拠点病院診療案内の掲載情報収集を通じて全国の拠点病院の診療状況を把握する。今年度調査より外国籍定期通院者数及びHCV重複感染被害者の状況把握を調査項目として加えた（添付資料1参照）。

#### b. 救済医療の重点対応項目の課題抽出

重点課題であるHCV感染症、歯科、健（検）診、長期療養について現状の把握を行なった。医療ネットワークに加えてチーム医療に関わる職種の代表者から構成される包括医療ネットワークでも専門職種の観点から課題抽出を行う。

#### c. エイズ診療体制の解析

全国のブロック拠点病院に対し、拠点病院診療案内の掲載情報収集時に現在対応可能な医療の内容を、チェックシート（添付資料2参照p23）を用いて回答を得る（以下「いまできること調査」）。

#### （倫理面への配慮）

本研究班の研究活動においても患者個人のプライバシーの保護、人権擁護に関しては最優先される。本研究班における臨床研究によっては、ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理審査、人を対象とする医学系研究に関する倫理審査を当該施設におい

て適宜受けてこれを実施する。

## C. 研究結果

### a. 我が国のエイズ診療の状況

都道府県担当者の多大なる協力を得て、全383施設から調査票の返却を得た。2016年末時点での定期通院者は23,141人（定期通院者数の記載があった370施設の合計）であった。定期通院者数、治療中患者数及び治療成功者数の全て記載があった329施設では、定期通院者に占める治療継続者の割合は91.9%（20,559人/22,382人）、そのうち治療成功患者の割合は99.2%（20,400人/20,559人）であった。把握できた2016年1年間の死亡者は134人。拠点病院で把握できている外国籍定期通院者は1,230人であった。東京都内及び愛知県内で積極的にエイズ診療に取り組むクリニックにも調査協力をお願いしたところ、現在、少なくとも1,134人が定期通院中で、治療継続中1,021人（90.0%）、治療成功1,020人（99.9%）という結果であった（上記、2018年2月末時点の集計結果）（医療ネットワーク）。

### b. 救済医療の重点課題への対応の現況

#### ● 肝疾患

把握できた通院中の被害者は609人でHCV感染症に対する治療介入が必要であった、もしくは必要な被害者は410人であった（2018年2月末時点の集計結果）。近年、各ブロックの拠点病院等でエイズ治療薬研究班等の協力も得てゲノタイプ3を含む症例のdirect acting antivirals（DAA）による治療が行われ、ほぼ全症例で良好な経過であった。医療者に向けて、診療ポイントをまとめた小冊子も作成され配布された。今後、sustained virological response（SVR）後の肝硬変の進展や肝細胞癌等の監視、また、非アルコール性脂肪性肝疾患（non-alcoholic fatty liver disease：NAFLD）への対応の重要性が指摘された（四柳）。

#### ● 歯科

「HIV感染者の歯科治療ガイドブック」が作成され、その内容をもとに大学歯学部及び全国の歯科医師会等で研修が実施されたことにより、歯科診療ネットワークの構築が進んだ（宇佐美）。

#### ● 健（検）診

1年間に実施すべき検査項目を共有し、ブロック拠点病院において自院かかりつけの被害者を主な対象として健（検診）を実施した。頭部MRI T2\*条件による微小脳出血の検出も試みているが、陽性とな

った患者はいなかった（医療ネットワーク）。各ブロックや施設の状況に応じた合併症検索が行われ、検査費用負担、通院滞在費の負担を始め課題が抽出された（医療ネットワーク）。

全国のレセプト情報をもとにした解析では、HIV陽性者が非HIV陽性者に対して明らかに罹患率の高い疾患があることが示された（内藤）。

#### ● 長期療養

地域における療養環境整備のため、特に被害者の救済医療に携わっている拠点病院の看護師、MSWへの啓発を目的とした研修を実施した（池田、葛田）。また、長期毒性が問題となっている抗HIV薬の変更を行った（医療ネットワーク）。ポリファーマシーの状態にある被害者が多く（内藤、吉野）、老健施設への入所等には費用面から大きな障壁となることが示された（本田、吉野、池田、葛田）。医療機関においては、抗HIV剤に加え凝固因子製剤の在庫の問題があることも示された（吉野）。様々なライフイベントに起因する薬害の記憶のフラッシュバックによる心的負荷が多いことが明らかになり、継続的な面接による課題抽出の重要性が示された（三木）。

### c. 拠点病院の診療状況（「いまできること調査」）別掲。

## D. 考察

現在拠点病院に定期通院中の外国籍HIV陽性者数は先行研究では、外国籍HIV感染者/患者の総発生届出数に他の研究班によって示された帰国HIV陽性者の割合を乗じて算出された。今回、拠点病院での調査では、総定期受診者数23,141人中外国籍HIV陽性者は1,230人であった。現在、確認作業を行なっているが、実際に現在定期通院中の外国籍HIV陽性者は、先行研究で検討当時に帰国したと推測される外国人籍HIV陽性者2,273人をもとに算出された数よりも少ない可能性がある。

また、今回の調査からHIV感染症診療を積極的に行なっている拠点病院以外の施設への調査を開始した。2018年2月末時点での結果では、1,000人から1,500人の定期通院者がおり、拠点病院と同等の抗HIV療法の治療成績をあげていることが明らかとなった。この数字を加えることにより、我が国で医療につながっているHIV陽性者のより正確な数が明らかになる可能性がある。

今後、HIV陽性者の累計総数の推計値が決定され

れば、先行研究で定期通院中のHIV陽性者数の検討に加えられなかった拠点病院以外の定期通院者数、拠点病院に定期通院中の外国籍HIV陽性者の実数が今回の検討で得られることから、より確度の高いケアカスケードの作成が可能になると期待される。

受診中断者数の評価が次の課題となるが、拠点病院の調査は今回で3年目となり疫学的な評価（総数、分布）も可能になる。適切に選定された定点施設での調査を行うことによって実態に近い推計値が得られる可能性がある。

本研究班で継続的に収集された情報は、我が国のエイズ診療の総体を現すものとして活用可能であり、詳細な診療・臨床情報収集を伴うような検討においては適切な定点の設定等に資するものと思われる。

救済医療に関しては、福祉疫学という観点で課題を評価整理し介入効果の検討を行う必要がある。しかしながら、これまでは、地域や職種間の普及啓発や個別対応が主に行われ、被害者の支援団体から対応を求められている個々の課題について、総体としての評価を可能とする指標設定に使用できる情報が欠如していた。

今後も救済医療の実践主体として個別対応の充実を図ることはもちろんであるが、客観的評価指標設定のために、残りの研究期間内で、包括医療ネットワークが中心となり、被害者の20%を目標に専門職種の観点から面接調査を行う方針である。

各地で診療担当医の退職を契機に拠点病院の返上が散見されるようになった。拠点病院の設置方針や診療状況は地域によって異なるが、全国で総HIV陽性者数が20,000～25,000人でそのほとんどが大都市圏に集中している状況を考えれば、多くの地域で拠点病院を核とした診療体制を構築維持するのは現実的な対応である。今回拠点病院を対象に行なった「いまできること調査」によれば、返答があったほとんど全ての拠点病院で、エイズ発症例の診療やエイズ以外の合併疾患への対応が可能であった。現在の日本のエイズの診療状況を考えれば、非常に貴重な医療資源であることは間違いない。新しく策定されたエイズ予防指針に従い地域の実情に応じて地域の行政、医療、福祉及び支援団体が一体となって医療・福祉環境を整える時に、拠点病院はその核となり得る施設である。

## E. 結論

拠点病院の診療状況を継続的に収集する仕組みが

機能し、定期通院者数等の実数を得ることができた。我が国のエイズ診療のケアカスケードに関する先行研究で課題とされた外国籍HIV陽性者の実数も把握可能である。また、拠点病院外に定期通院中のHIV陽性者の情報の収集も開始した。

被害者の救済医療については、ブロック拠点及びHIV陽性者診療に関わる職種の職域団体等を通じて一層普及啓発をはかるとともに個別救済の仕組みを充実させる取り組みとその均てん化が必要である。また、HIV感染症、血友病及びC型肝炎の医療度が大きく変わったことから、今後の救済医療の評価指標の再設定を行う必要がある。

拠点病院は我が国では他の医療機関に比べてHIV陽性者、エイズ、薬害被害者への理解が高い施設ともいうことができ、地域の貴重な医療資源である。エイズ予防指針の改正を契機に、地域の実情に応じて、連携して負担のない持続可能がHIV感染症/エイズの診療体制を再構築すべきである。

## F. 健康危険情報

なし

## G. 研究発表

各研究分担者の報告書を参照

## H. 知的財産権の出願・登録（予定を含む）

各研究分担者の報告書を参照

## 拠点病院毎の定期通院者数

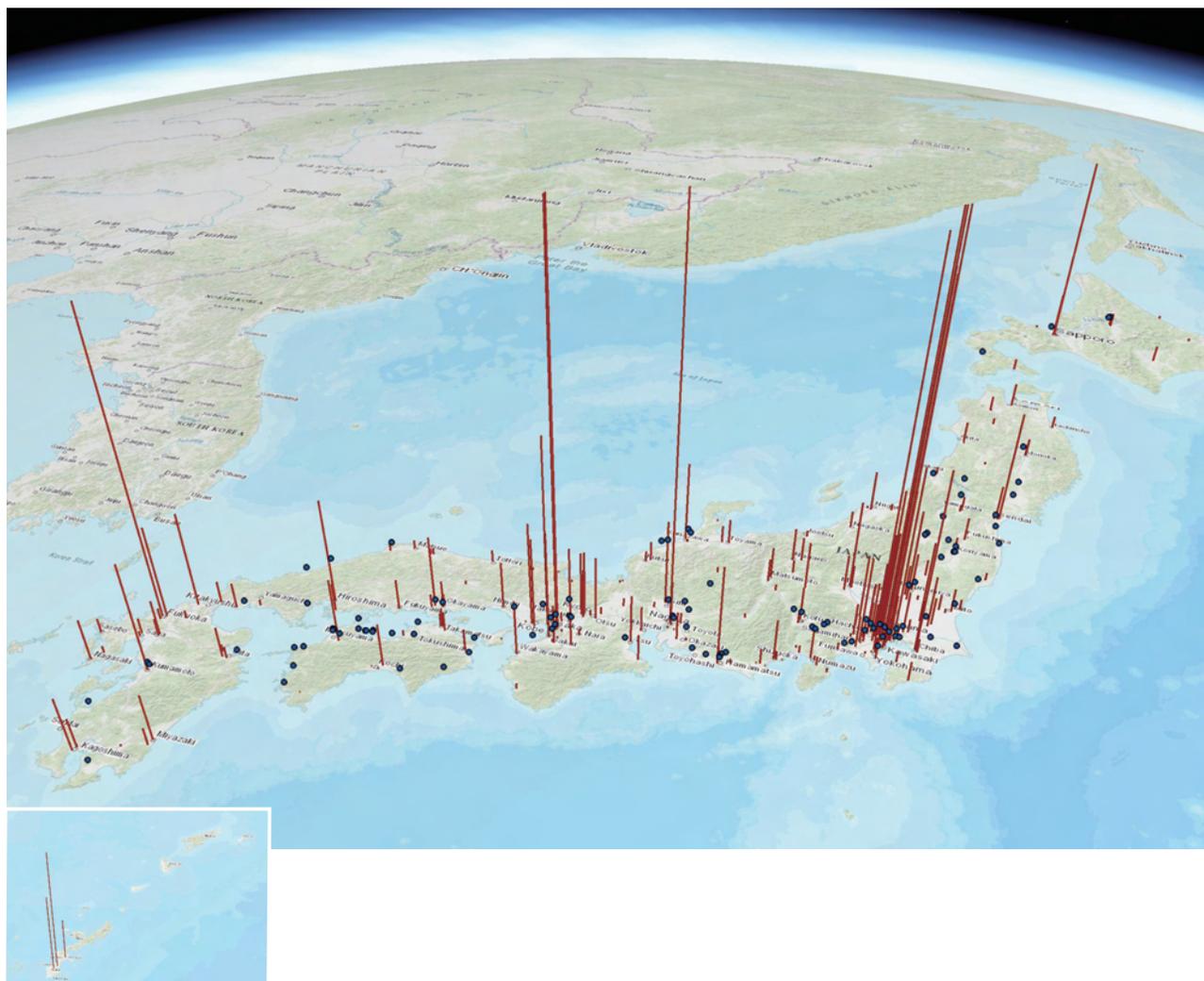
### 【図のみかた】

- 拠点病院案内の調査結果から、全国、全国8ブロック及び東京都、大阪市、名古屋市の拠点病院の定期受診者数を3Dマップで提示。
- 定期受診者数なし及び定期受診者数の回答がなかった拠点病院については青いドットで表記。
- 定期受診者がいる拠点病院は、人数に応じた赤い円柱で表記。
- 円柱の高さのスケールは全国、各ブロック及び都市圏で異なる。
- 「全国」の定期通院者数を示す円柱は上限が600人として表記。
- 「全国」以外の地区の地図では、定期通院者数が一定数以上の場合、赤い円柱は地図の上端でカットされている。上限は地区によって異なる。

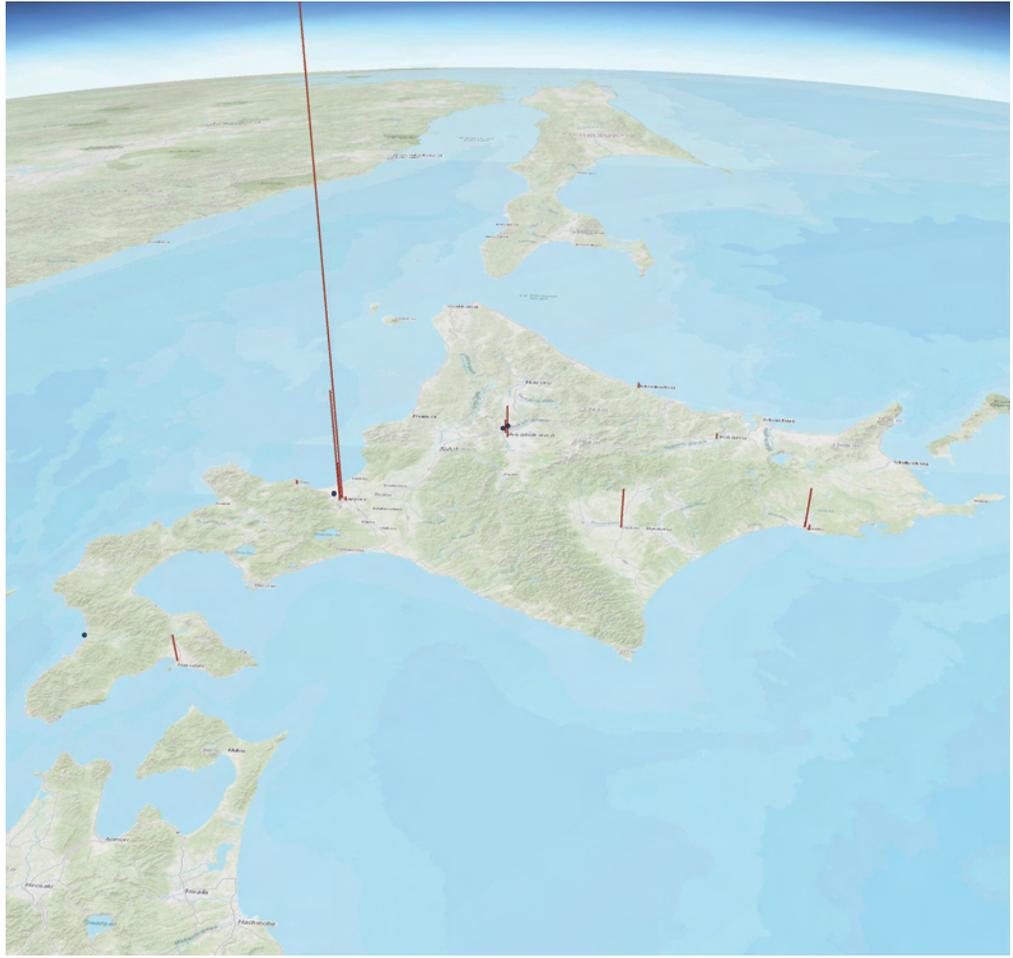
### 【拠点病院の HIV 陽性者の診療の現況】

- 地域間の定期通院者数の差が顕著。
- 首都圏は多くの拠点病院に HIV 陽性者が定期通院中。
- ブロック拠点病院の定期通院者数は多いが、大阪市は中核拠点病院等の定期通院者数も多い。
- 特定のブロック拠点や中核拠点病院に定期通院者が集中している地域では、その周辺の拠点病院の定期通院者が少ない。
- 地域内のほとんどの拠点病院が同等数の定期通院者の診療を行なっている地区もある。

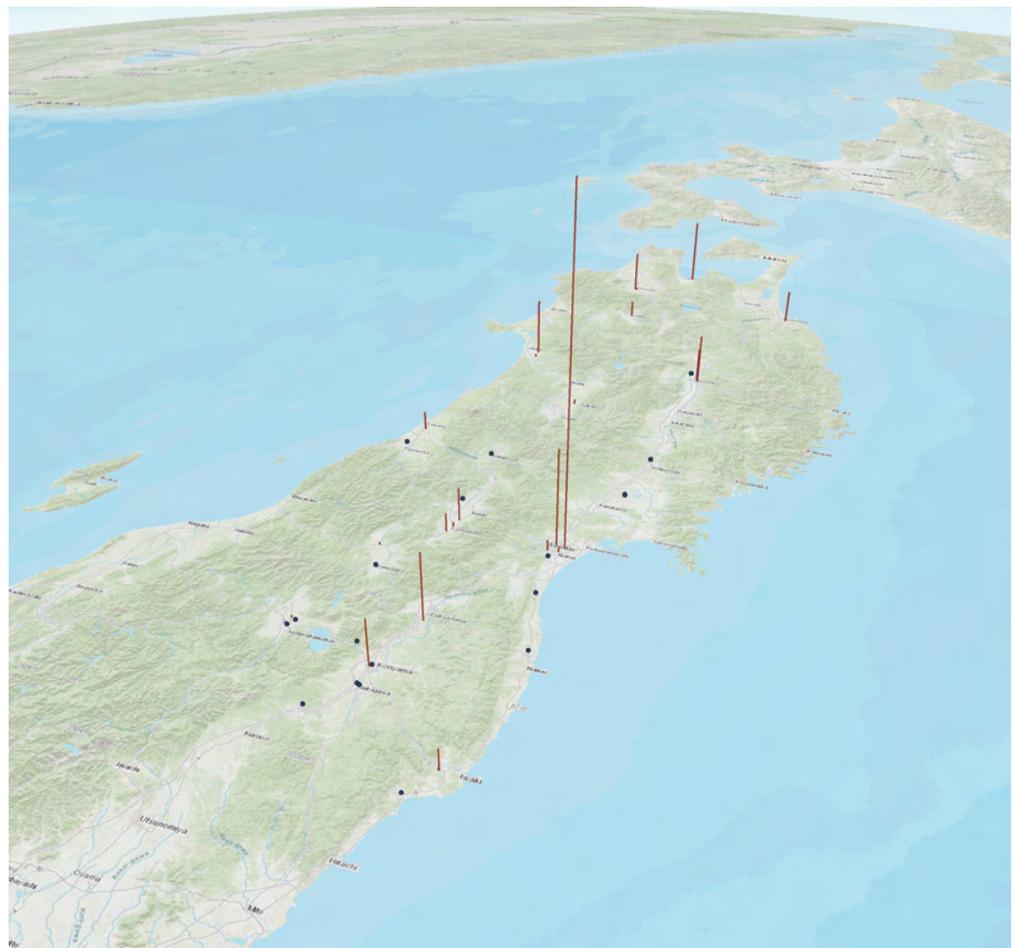
## 全 国



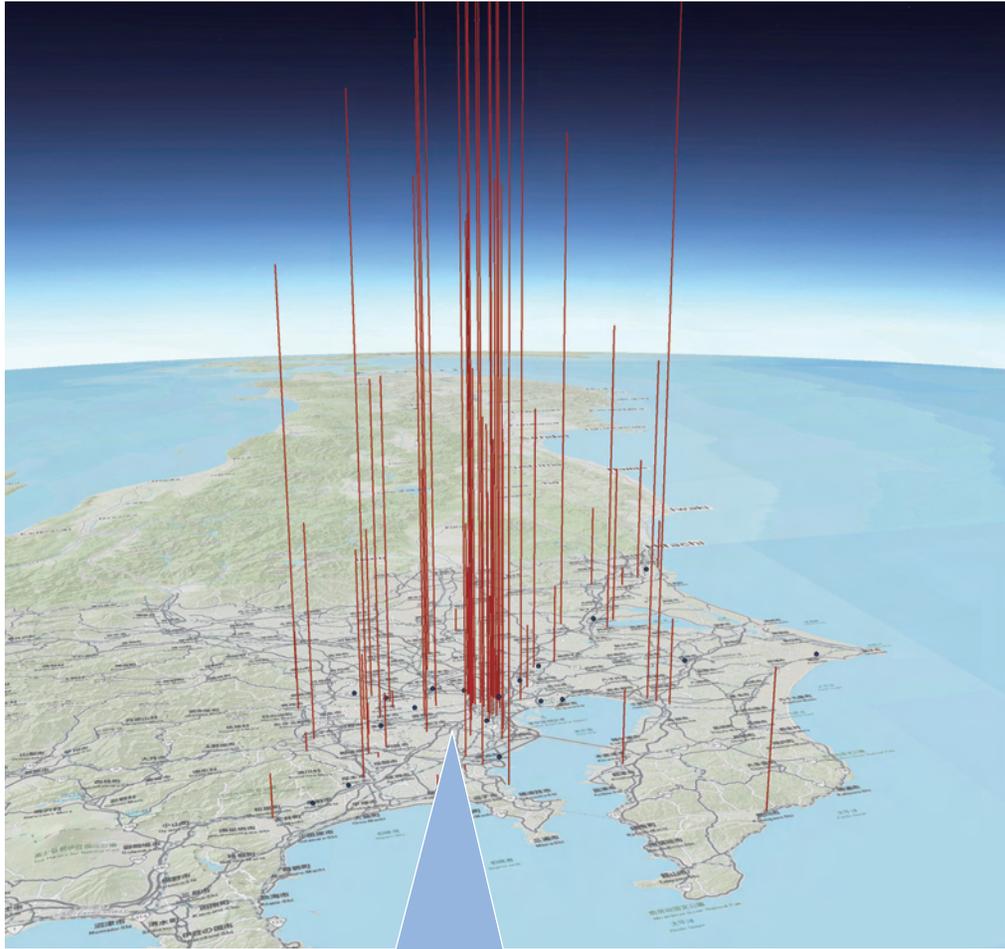
北海道  
ブロック



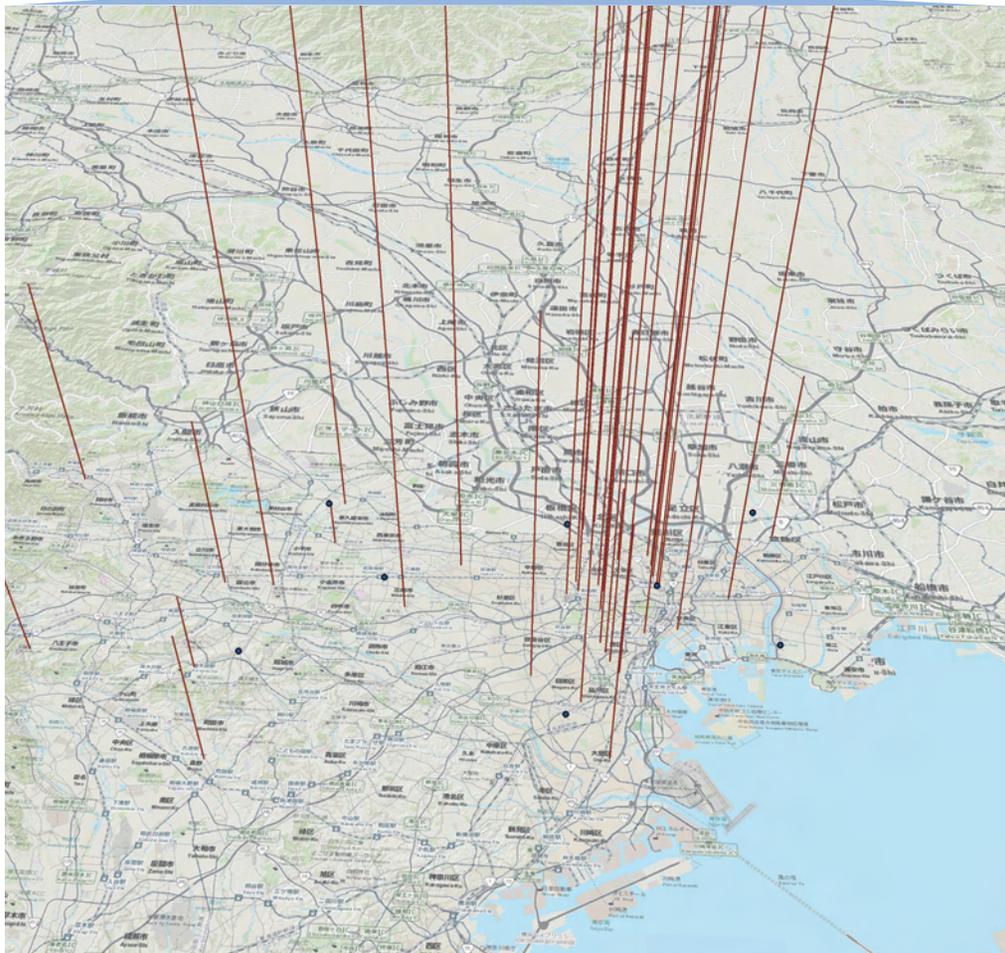
東北  
ブロック



関東・  
甲信越  
ブロック①



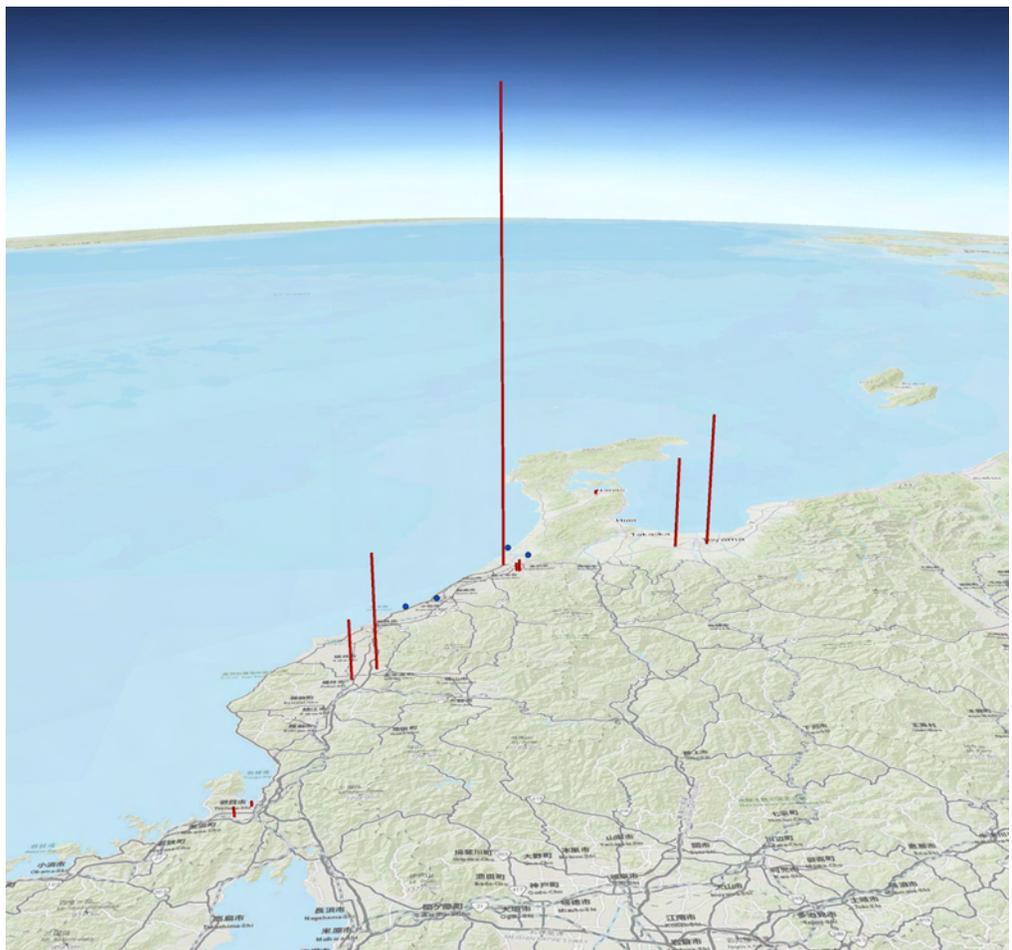
東京都



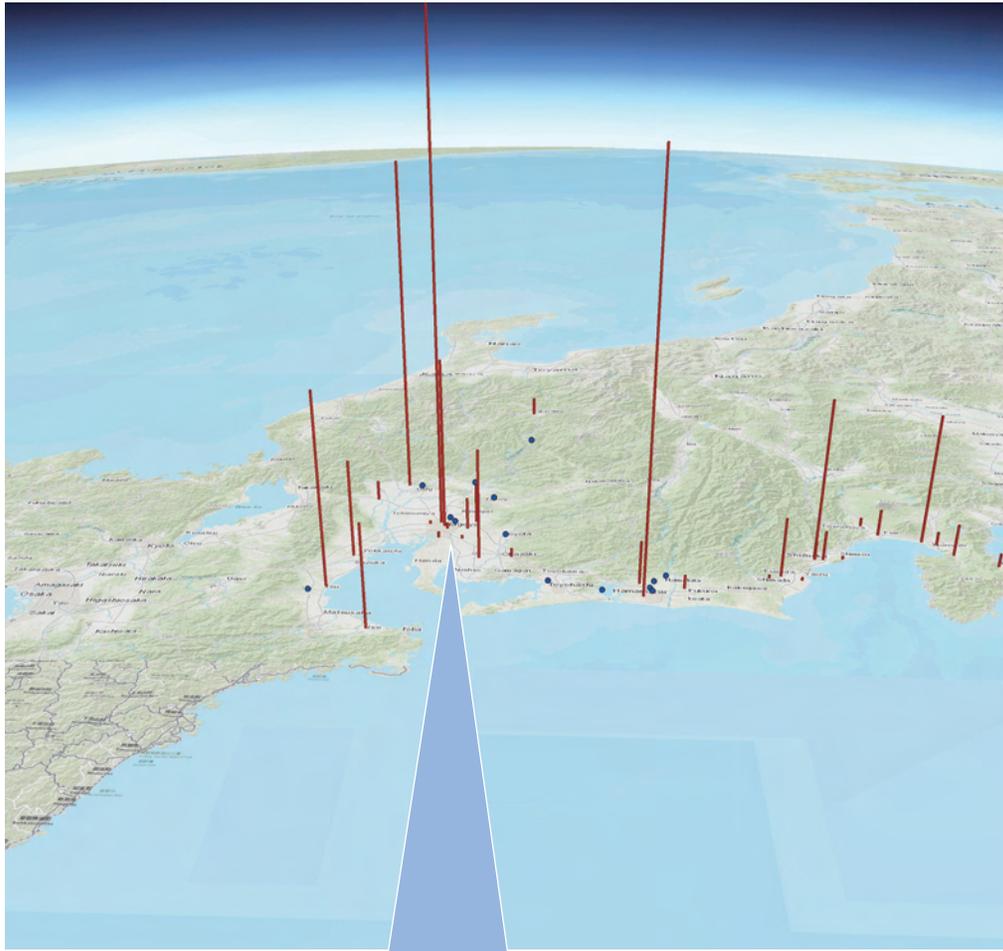
関東・  
甲信越  
ブロック②



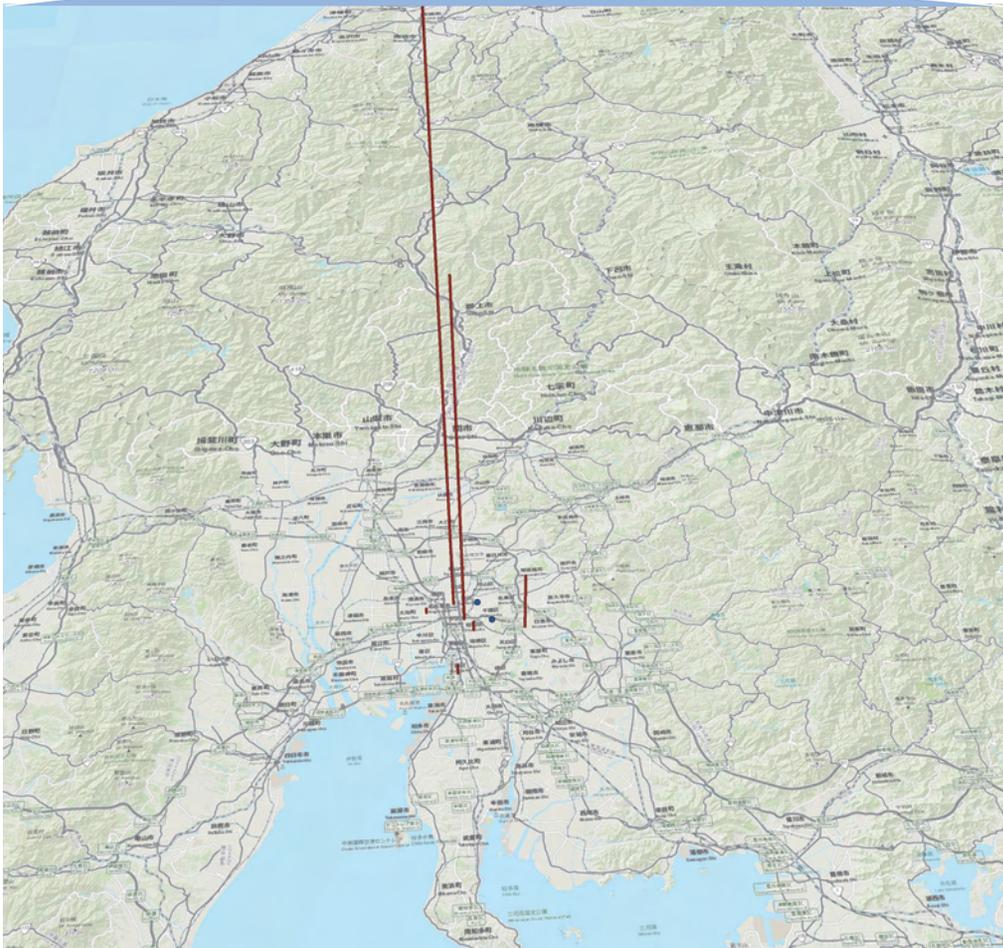
北陸  
ブロック



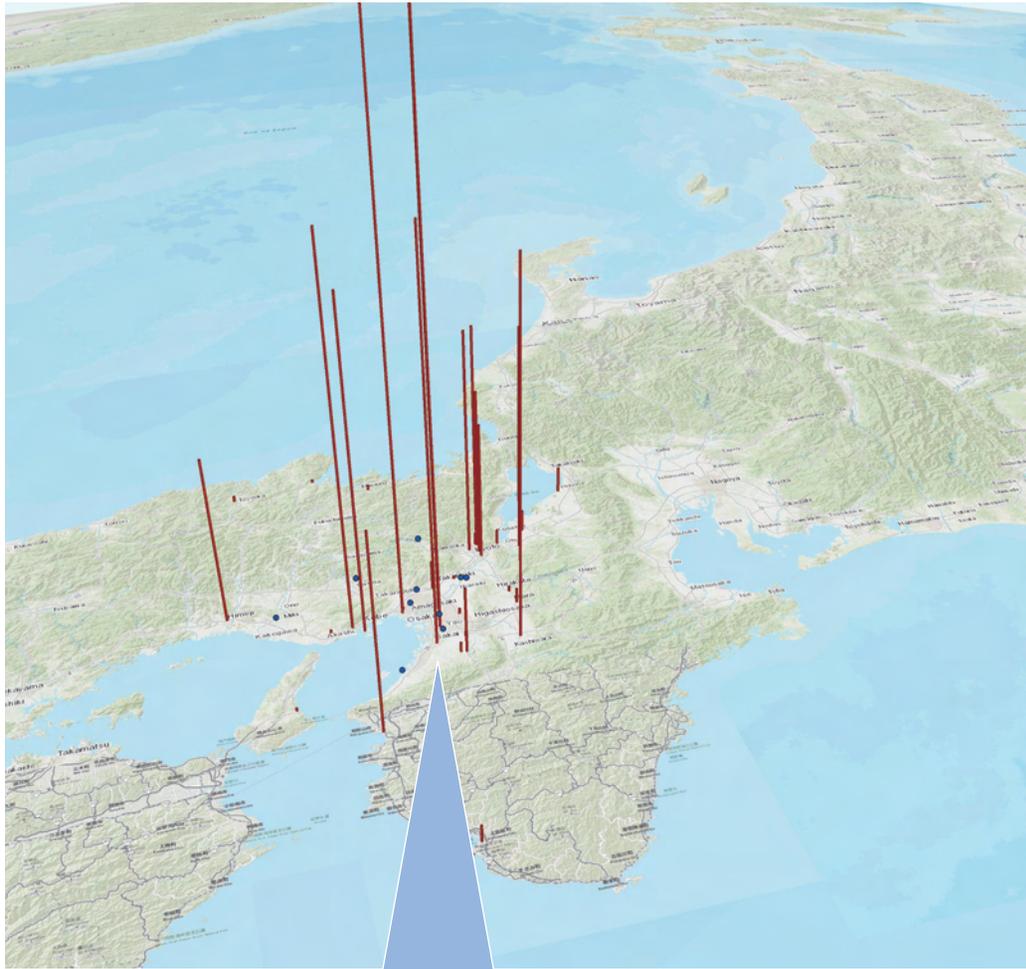
東海  
ブロック



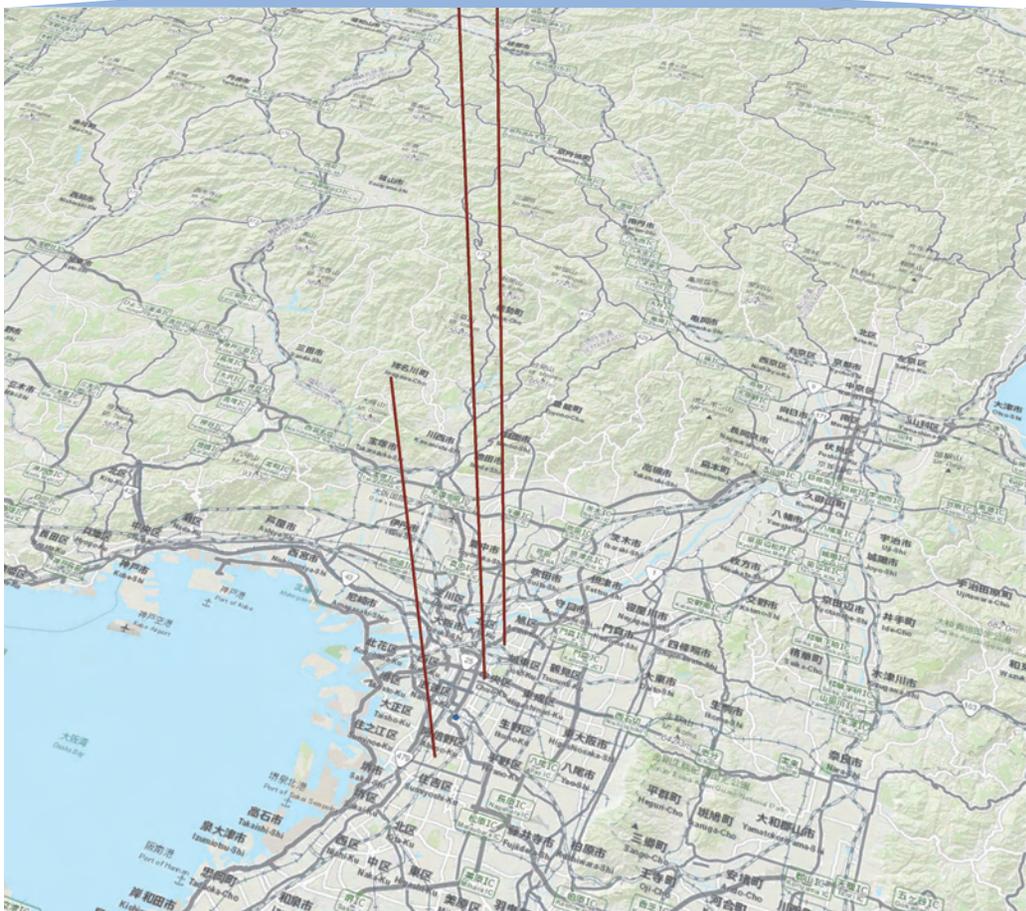
名古屋市



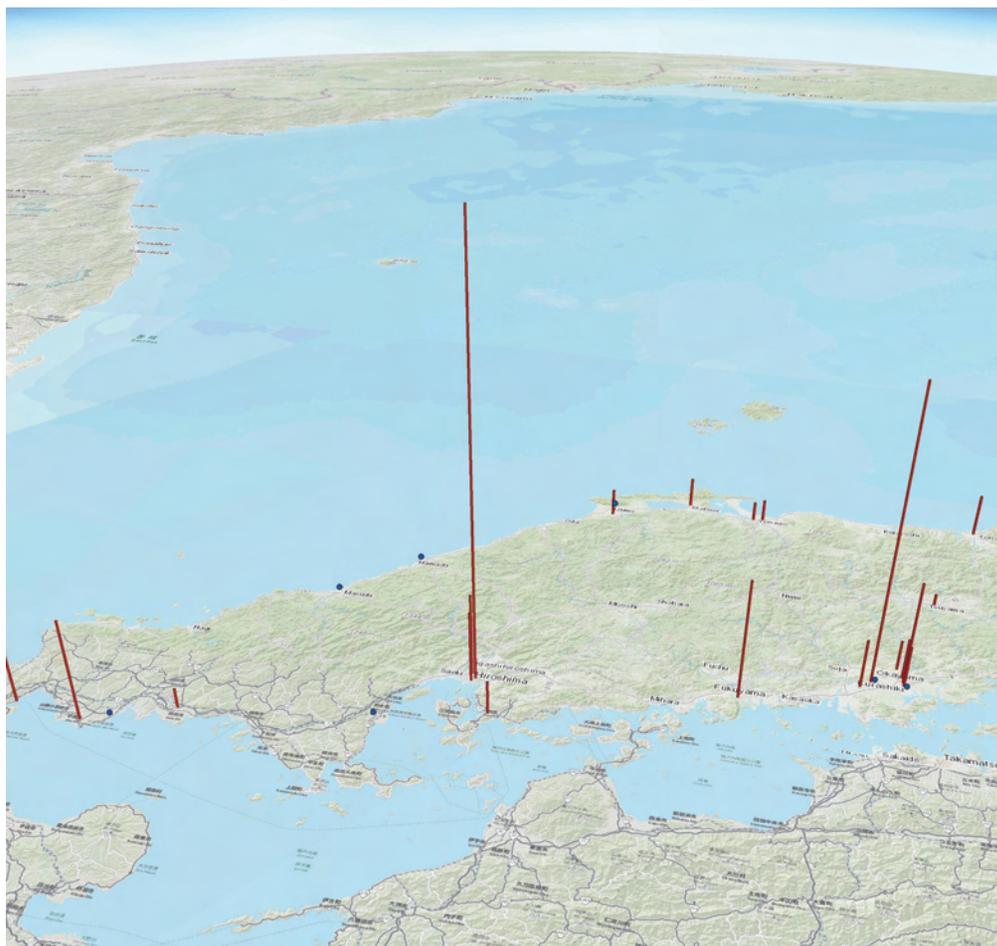
近畿  
ブロック



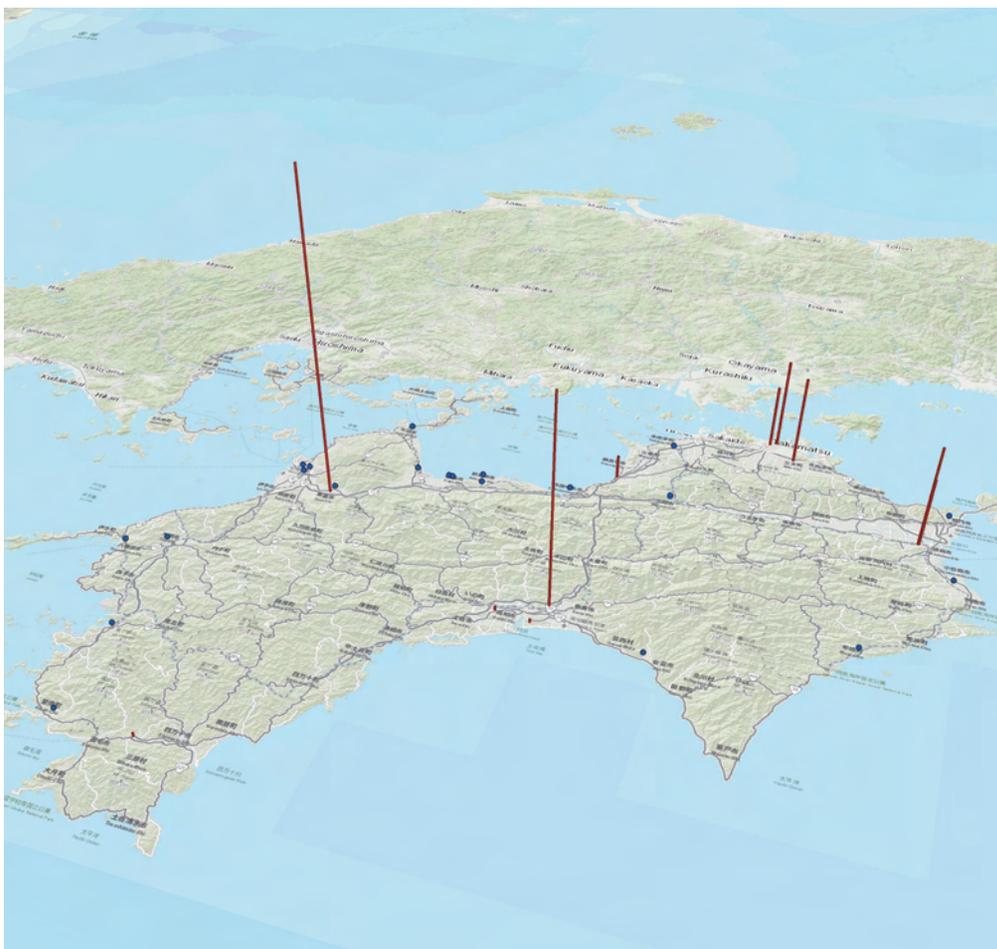
大阪市



中国・四国  
ブロック①



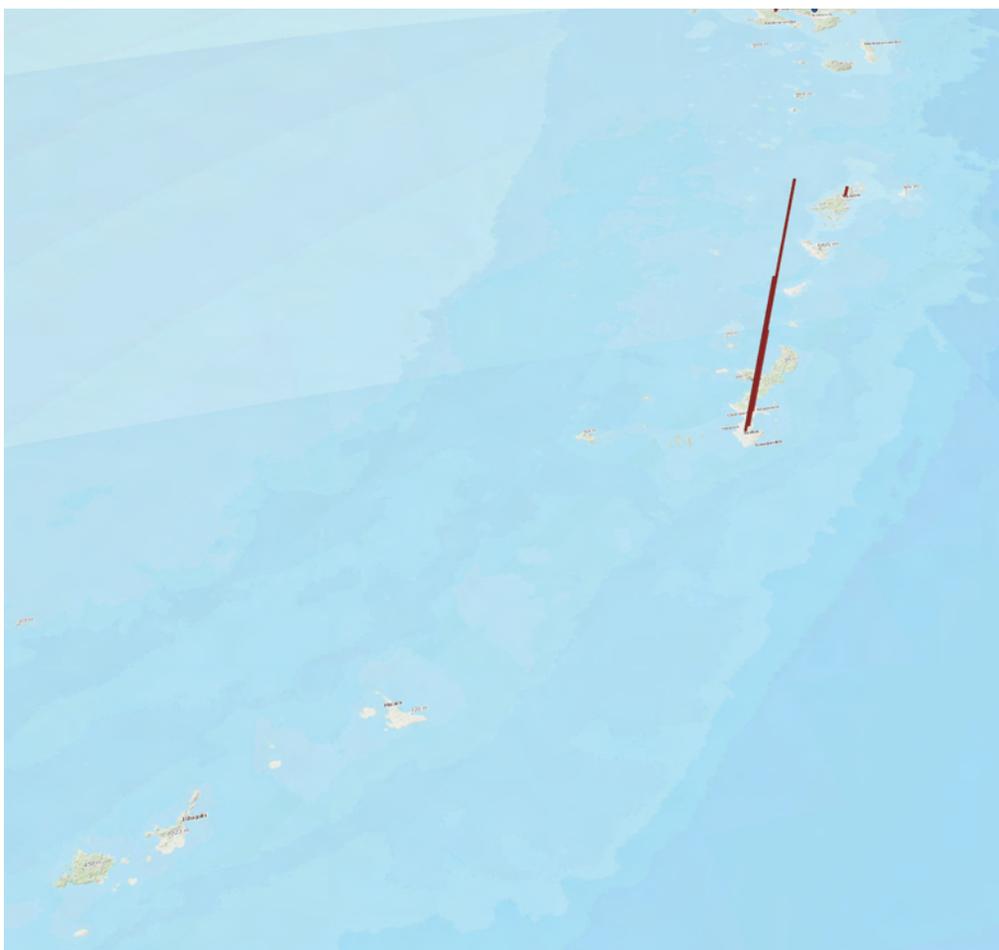
中国・四国  
ブロック②



九州  
ブロック①



九州  
ブロック②



資料1 拠点病院診療案内調査票（部分）

拠点病院診療案内 2017-2018年版 掲載項目お問い合わせ票

病院名		
住所		
電話	FAX	
URL		
病床数	総床数 床（内一般 床、精神 床、結核 床） （総床数と、医療法の区分に基づく一般、療養、精神、結核、感染症の床数をご記入ください。）	
救命救急	<input type="checkbox"/> 診療可能（ <input type="checkbox"/> 一次 <input type="checkbox"/> 二次 <input type="checkbox"/> 三次） <input type="checkbox"/> 診療不可	
歯科診療	<input type="checkbox"/> 診療科あり →（ <input type="checkbox"/> 診療可 <input type="checkbox"/> 診療不可） <input type="checkbox"/> 診療科なし	
透析	透析導入 <input type="checkbox"/> 可（ <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 腹膜 <input type="checkbox"/> 移植） <input type="checkbox"/> 不可 自施設での維持透析 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可	
感染防止対策加算	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> なし	
HIV感染症の外来診療におけるチーム医療加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
指定自立支援医療機関(免疫)の指定	<input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 受けていない	
主担当診療科	院内の表示が異なる場合：	
指定医師	「身体障害者福祉法第15条」 (ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害) の指定医師は、 <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
責任担当医師	氏名 (1名のみ記入)	職責：
主担当看護師	氏名 (1名のみ記入)	職責：
診療の現況（下記は全てHIV陽性者の人数をご記入ください）別掲の【「診療の現況」の記入について】をご参照ください。		
1) 平成27年度及び28年度の HIV 陽性者の新規受診者の状況	平成 27(2015) 年	平成 28(2016) 年
① 新規受診者の総数		
② ①のうちの自院受診時に未治療だった患者の数		
③ ②のうちのエイズ発症者数		
④ ②のうちの CD4 数 200/μL 未満の症例数		
2) HIV 陽性者の定期受診者数	平成 27(2015) 年	平成 28(2016) 年
① 定期受診者数		
② ①のうち外国籍 HIV 陽性者の数（新規項目）		
③ ①のうち血友病薬害被害者の数		
④ ②のうち HCV 陽性者の数（新規項目）		
⑤ ①のうち 15 歳未満の者の数		
3) 抗 HIV 療法	平成 27(2015) 年	平成 28(2016) 年
① 抗 HIV 剤の処方が開始、再開された人数		
② 抗 HIV 剤が処方されている総数（治療中の人数）		
②' 抗 HIV 剤が処方されていない人数（未治療者）		
③ 明らかに治療失敗していると判断される人数		
4) HIV 陽性者の死亡者数		
a) 年次死亡者数	平成 27(2015) 年	平成 28(2016) 年
① 死亡者数（年次毎の数）		
② ①のうちの血友病薬害被害者数		
b) 過去の死亡者の総数	累計(2015まで)	累計死亡者数
① 過去の死亡者数（総数）		
② ①のうちの血友病薬害被害者数		
5) HIV 陽性者の透析患者数	平成 27(2015) 年	平成 28(2016) 年
① 維持透析中の患者数		
② ①のうち新規透析開始患者数（新規項目）		
③ ①のうち血友病薬害被害者数		





## HIV感染症の医療体制の整備に関する研究 「いまできること調査」の結果

研究代表者 横幕 能行

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター エイズ総合診療部長

### A. 研究背景と目的

我が国では、エイズの治療拠点病院（以下拠点病院）がほとんどのHIV陽性者の診療を担っている。特に、抗HIV療法の開始、維持については中心的な役割を果たしており、世界に誇るべき診療成績をあげていることはすでに述べたところである。しかしながら、定期通院者が0人または一桁という拠点病院も少なくない。昨今、診療担当医の退職と後継医師不在から拠点病院を返上したいと希望する拠点病院が多くなり、また、従前から診療実績が皆無または診療受入不可とする「名ばかり拠点病院」と呼ばれる医療機関が存在すると言われる。

HIV陽性者の予後が改善され、居住地域での療養体制を整える必要が生じる時代となり、改正されたエイズ予防指針には、拠点病院がその機能に応じて連携、機能を補完し、拠点病院以外の施設とも協力して地域包括的なエイズの診療体制再構築を行うことが必要とされたところである。今後、エイズの医療体制の再構築を行うにあたっては、現時点での拠点病院のエイズ診療に関する機能（いまできること）を把握しておくことが重要である。

そこで、今回、「定期受診者数によって拠点病院の診療環境や診療対応範囲に違いがある」という仮説を立て、エイズ診療、エイズ以外の一般診療、手術等観血的処置、地域連携、血友病診療に関して、定期受診者数により対応範囲に差があるかどうか、現状を把握し、報告する。

### B. 研究方法

全国383の拠点病院に対し、拠点病院診療案内の掲載情報収集時、現在対応可能な医療の内容を記したチェックシート（「いまできること調査」）（添付資料2参照）に回答いただくよう、協力を依頼する。

#### 1. 拠点病院毎の定期通院者数

拠点病院調査で回答があった定期通院者数を基

に、定期通院者数の区分を、1群：定期通院者数 なし、2群：定期通院者数 1-9人、3群：定期通院者数 10-99人、4群：定期通院者数 100人以上とし、それぞれの群に該当する施設数と割合を調べた。

#### 2. 定期通院者と対応可能な診療

上記の4つの群についてそれぞれ、エイズ診療（第15条指定医師の有無、自立支援医療施設認定、日和見感染症治療、抗HIV療法の開始、抗HIV療法の継続、抗HIV療法の変更）、一般診療（外来一般診療・検査、入院加療・検査、産科妊娠管理、産科周産期管理、婦人科疾患手術等の観血的処置、予定手術、緊急手術、産科緊急手術、外来小手術、血管内治療内視鏡（処置を含む））、地域連携（急変時の入院受入れ、曝露時対応）血友病（公費、救急での製剤準備）の各項目への対応の可否を調べた。

#### 3. 定期通院者と対応可能な診療の関連

定期通院者数による区分を、A：定期通院者数なしvsあり（1人以上）、B：定期通院者数 10人未満vs10人以上、C：定期通院者数 100人未満vs100人以上とし、上述したエイズ診療、エイズ以外の一般診療、手術等観血的処置、地域連携、血友病診療に関連して設定した項目の対応の可否への関連の有無を、ロジスティック解析を用いて検討した。

### C. 研究結果

#### 1. 拠点病院毎の定期通院者数

今回、「いまできること調査」には316施設から回答を得た。以後、定期通院者等今回の解析に必要な情報が揃っていた309施設で解析を行なった。これから解析する309施設について、定期通院者なしは64施設（20.7%）、1人～9人が84施設（27.2%）、10人～99人が122施設（39.5%）、100人以上が39施設（12.6%）であった（図1）。

ロジスティック解析に用いる患者区分(A)～(C)に従って検討すると、(a)で定期通院者なし、(b)で定期通院者が10人以上、(c)で定期通院者が100人以上の施設は、それぞれ309施設中64施設(20.7%)、161施設(52.1%)、39施設(12.6%)であった。

## 2. 定期通院者数との対応可能な診療

定期通院者数なしの拠点病院は、第15条指定医師不在もしくは自立支援医療機関の認定を受けていない施設が多い。エイズ発症例の治療も定期通院者がいる施設の方が対応可能とする割合が高い。抗HIV療法への対応の可否は第15条医師在職や自立支援医療機関認定の有無が直接影響する。定期通院者

が一人以上の施設と比較すると、開始と変更は、定期通院者数が10人未満の施設に比べて10人以上の施設で対応可能とする割合が高い。HIV感染症が直接関係しない合併症の外来及び入院診療については、定期通院者の有無に関わらず多くの施設で対応可能である。一方、観血的処置については、予定手術や内視鏡検査に比べて緊急手術や血管内治療などで対応困難とする施設が多い。在宅療養中や施設入所中のHIV陽性者の急変時等の入転院受け入れは定期通院者数に依存せず一定の施設で困難であった。自院以外の施設の曝露時の対応は定期通院者が100人以上の施設で対応可能な場合が多かった(図2)。

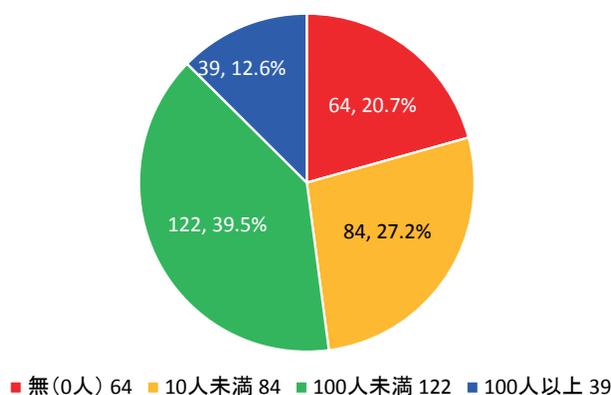


図1 定期受診者数と施設数

309施設で検討。1群 定期通院者なし、2群 10人未満、3群 100人未満及び4群 100人以上の施設数と割合。

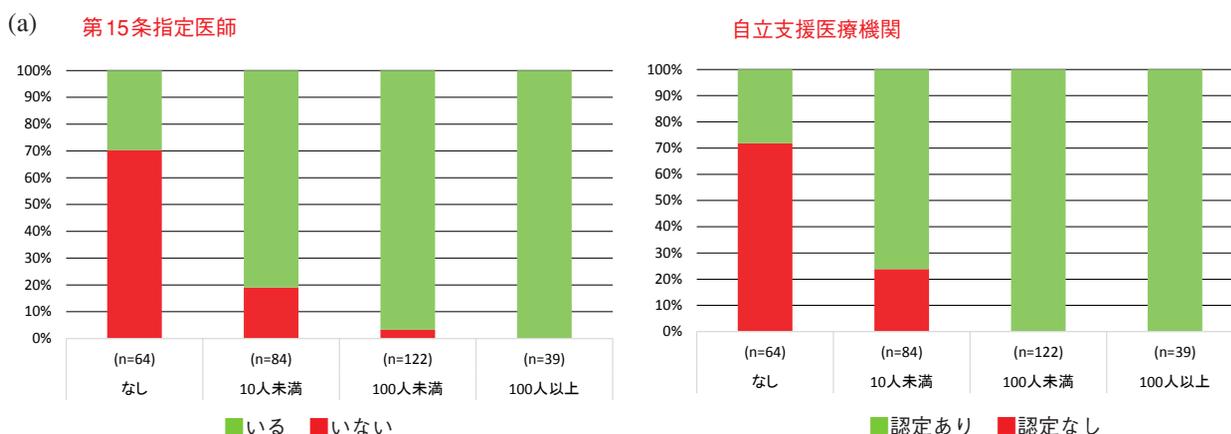


図2 定期通院者数との対応可能な診療：(a) エイズ診療

第15条指定医師とは身体障害者福祉法第15条の指定医を指す。身体障害者手帳の申請に必要な「身体障害者診断書・意見書」を作成することができる。

自立支援医療機関とは自立支援医療（HIV感染症/エイズの場合は更生医療）制度が利用できる医療機関。身体の障害の除去・軽減により日常生活を可能にするための治療等に要する医療費の一部が公費負担となる。

(b) 日和見疾患の治療

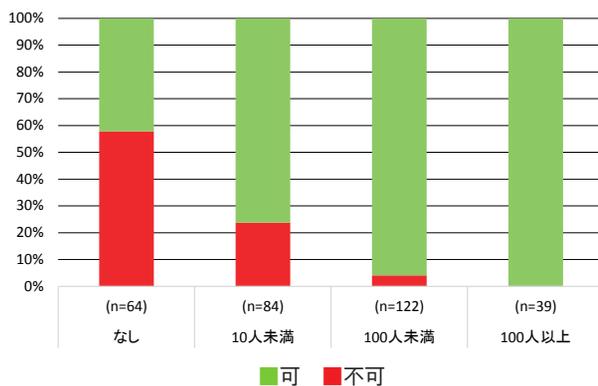
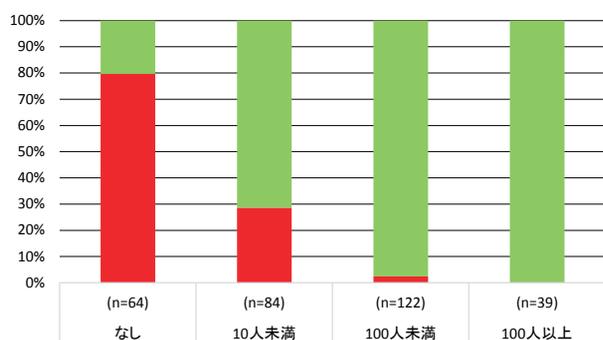


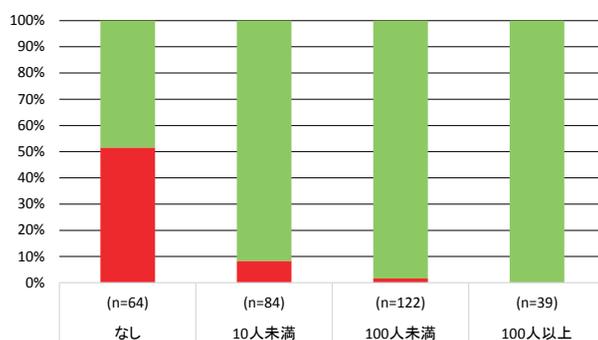
図2 定期通院者数との対応可能な診療：(b) 日和見疾患の治療

エイズ発症例（HIV 陽性者）の発症日和見感染症の治療の可否。初期対応から抗 HIV 療法導入前までの治療の可否。

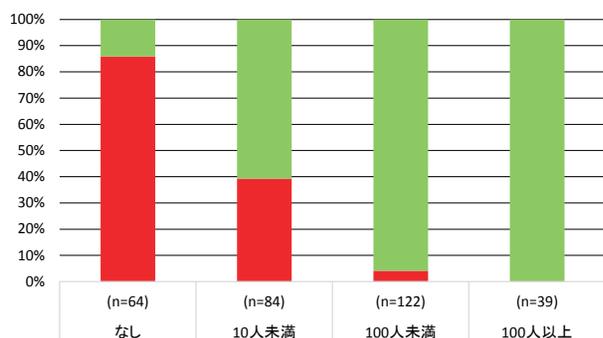
(c) 抗 HIV 療法の開始



抗 HIV 療法の維持



抗 HIV 療法の変更



■可 ■不可

図2 定期通院者数との対応可能な診療：(c) 抗 HIV 療法への対応

自立支援医療（更生医療）制度を利用する HIV 陽性者に対して、抗 HIV 療法の開始（導入）、維持（定期処方）、変更への対応の可否。

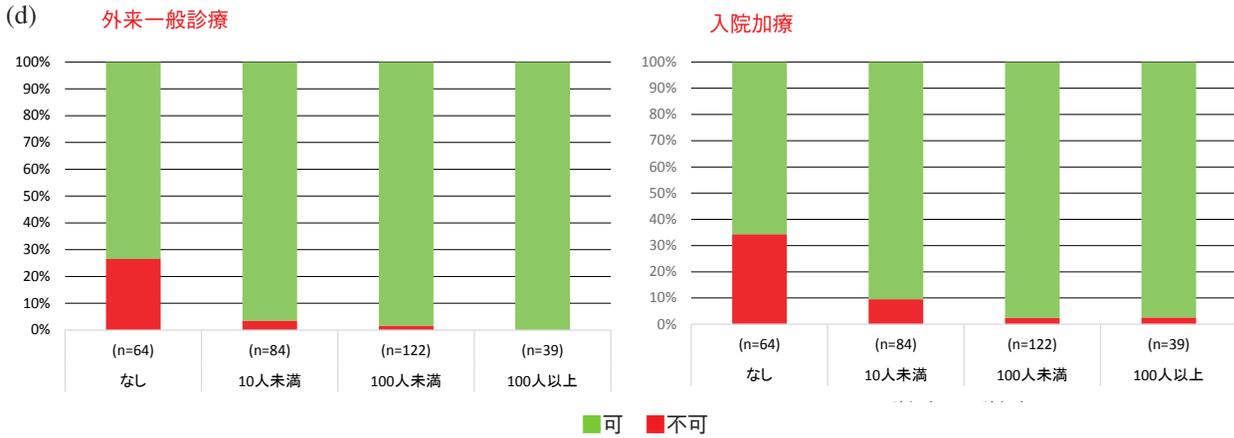


図2 定期通院者数との対応可能な診療：(d) 外来/入院診療

「外来」とは、HIV陽性者のHIV感染症以外の疾病に対する外来一般診療・検査が可能かどうか（例：上気道炎、胃腸炎等の内科疾患への対応（検査、治療）、外来化学療法、生物学的製剤を用いた治療、腫瘍、挫傷、打撲・骨折等への外科・整形対応。花粉症、湿疹等の眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科等の対応）

「入院」とは、HIV陽性者のHIV感染症以外の疾病に対する入院加療・検査が可能かどうか（例：入院主病名がHIV感染症/後天性免疫不全症候群でない場合の入院加療。一般市中肺炎、脳血管障害、心血管障害、骨折等外傷、悪性疾患、教育・検査入院など）



図2 定期通院者数との対応可能な診療：(e) 観血的処置

HIV陽性者への予定手術（手術室。全挿、腰麻含む）、緊急手術（手術室。全挿、腰麻含む）、外来小手術（小切開、縫合、生検等）、血管内治療（心血管、脳血管、消化器内科領域など）及び内視鏡による処置、治療（生検、止血処置、切除）への対応の可否。

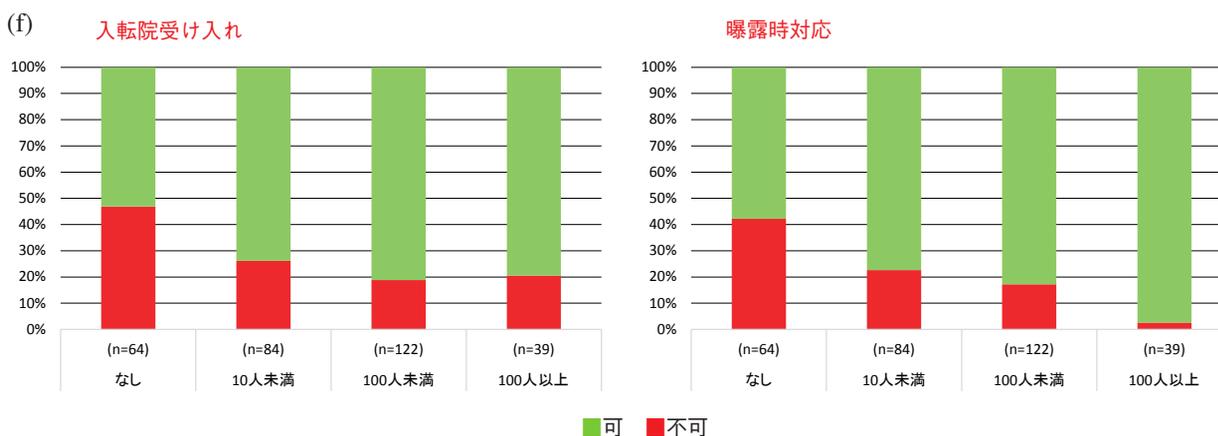


図2 定期通院者数との対応可能な診療：(f) 地域連携

在宅等療養先や地域の医療機関からのHIV陽性者の入院や転院受け入れ（例：施設で寝たきり療養中のHIV陽性者が誤嚥性肺炎を発症）の可否。また、近隣の医療（歯科を含む）及び福祉施設等での曝露時対応（例：曝露後感染予防薬の配置またはコンサルテーション）の可否。

### 3. 定期通院者に対応可能な診療の関連

今回、産科関連（産科妊娠管理、産科周産期管理、婦人科疾患手術等の観血的処置、産科緊急手術）及び血友病（公費、救急での製剤準備）は診療科や施設の有無等に大きく依存するため今回の解析からは除外した。

なお、血友病への対応については、公費での会計処理（特定疾病療養受給者証、先天性血液凝固因子欠乏症治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業への対応）は拠点病院が地域の基幹病院であることから対応可能な施設が多かったが、救急外来等での緊急時の凝固因子製剤の輸注については被害者

及び被害者以外の血友病患者の通院の有無が対応の可否に影響する可能性が示された。

解析結果の抜粋であるが、まず、区分AからC全ての場合で、日和見感染症治療、一般診療（解析した全項目）、急変時の入院受入に有意差はなかった。Aの定期通院者の有無は、第15条指定医師の有無、自立指定医療施設認定及び抗HIV療法の変更に関連があることが示された。また、Bの定期通院者が10人以上か否かは抗HIV療法の変更に、Cの定期通院者100人以上か否かは、曝露時対応と関連があることが示された（図3）。

#### A 定期通院患者の有無

項目	オッズ比	Std. Err.	p値	[95% CI]	
第15条指定医師の有無	4.659	2.601	0.006	1.560	13.913
自立支援医療機関認定の有無	4.720	2.593	0.005	1.608	13.852
抗HIV療法の開始	2.413	1.936	0.272	0.500	11.631
抗HIV療法の維持	2.743	1.840	0.132	0.737	10.211
抗HIV療法の変更	5.619	4.205	0.021	1.296	24.361
曝露時対応	0.770	0.480	0.675	0.227	2.614

#### B 10人以上定期通院患者がいるかどうか

項目	オッズ比	Std. Err.	p値	[95% CI]	
第15条指定医師の有無	3.080	2.601	0.183	0.588	16.121
自立支援医療機関認定の有無	1.000			(omitted)	
抗HIV療法の開始	3.148	3.159	0.253	0.440	22.502
抗HIV療法の維持	1.223	2.069	0.905	0.044	33.698
抗HIV療法の変更	22.069	17.793	0.000	4.544	107.169
曝露時対応	0.561	0.361	0.369	0.158	1.984

#### C 100人以上定期通院患者がいるかどうか

項目	オッズ比	Std. Err.	p値	[95% CI]	
第15条指定医師の有無	1.000			(omitted)	
自立支援医療機関認定の有無	1.000			(omitted)	
抗HIV療法の開始	1.000			(omitted)	
抗HIV療法の維持	1.000			(omitted)	
抗HIV療法の変更	1.000			(omitted)	
曝露時対応	11.704	14.025	0.040	1.118	122.548

図3 「いまできること」と定期通院者数との関連

309施設で、定期通院者数と「いまできること」（項目）との関連の有無を、ロジスティック解析により検討した。[omitted]は、群内に該当施設0で解析から除外されたことを示す。赤字は有意差ありを示す（有意水準0.05（5%））。

## D. まとめ

今回の調査からは、現在、拠点病院に指定されている医療機関であれば、現在、定期通院者がいないもしくは少ない場合であっても、エイズ発症者の初期対応（日和見感染症治療）の可否は有意差がないと考えられる。また、HIV陽性者であっても、一般外来診療や観血的処置も定期通院者の有無で対応可否に有意差がなかったことから、拠点病院はいわゆる適切に標準予防策を実施できる医療機関であると思われる。

一方、定期通院者数が多い拠点病院でも緊急手術や観血的処置の対応が困難とする施設が一定数ある。また、地域からの転入院が困難な施設も同様の傾向がある。これは、拠点病院が必ずしも全科対応可能ではなくまた病院機能的に対応困難な事例が存在することを示唆している。HIV陽性者の長期療養環境整備については地域内での病診及び病病連携が必要である。

抗HIV療法については、第15条指定医師の在職の有無や自立支援医療等の制度適用の可否が対応に影響している可能性はある。この問題を除けば、定期通院者数に関係なく抗HIV療法の導入と維持は可能とする施設が多いと思われる。抗HIV剤の変更については経験を有することから、10人以上定期通院者がいる施設と連携することが望ましいと思われる。定期通院者数が100人以上の施設は院内の抗HIV剤の在庫がある、また、医師以外の医療スタッフの充足度が高いことから、曝露時対応も可能な施設が多いと考えられる。

「名ばかり拠点病院が多い」と批判されるが、今回の調査結果から判断すると、HIV陽性者の診療経験がある医療施設である拠点病院は、今後地域で包括的なエイズ診療体制を構築する上では、有効に利用すべき貴重な医療資源と言えると考ええる。

### 【診療体制構築に参考となる地域】

医療ネットワークの分担研究者に、それぞれが所属するブロックで拠点病院を中心としたエイズ診療で注目すべき都市や地区及び地域の紹介を依頼した。以下に概要を転記する。

#### 【北海道】道央地区

それぞれの拠点病院および一般病院において役割分担がある程度明確になっている。また、北海道で構築している歯科・透析・福祉サービスの各ネットワークの登録施設が最も多い地域である。

#### 【東北】青森地域（青森県立中央病院）

県庁所在地の典型的な急性期病院であるが、病院幹部もHIV診療スタッフの育成や診療体制の構築に積極的である。透析（導入、維持）、歯科診療、カウンセリング体制も整えられつつある。ブロック主催の会議や研修会に積極的に参加しており、HIV診療担当者を中心に、院内だけでなく行政や医師会などとの連携がとれており、情報・意思疎通が良好である。

#### 【関東甲信越①】首都圏

病診連携がすでに進んでいる。安定期のHIV陽性者は、地域のクリニックに紹介。クリニックでの定期通院が可能になっている。

#### 【関東甲信越②】新潟県

県内に6ヶ所拠点病院が地理的にバランス良く配置され、県内の各地域（上、中、下越）をカバーしている、またそれぞれの役割が明確である。新潟大学医歯学総合病院内では全科での対応が可能。また歯学部も併設であるため、歯科診療についても担当者が積極的に対応している。

#### 【東海】静岡県西部（浜松市周辺）

中核拠点病院である浜松医療センターのリーダーシップで、診療体制が構築されている。後継医師の育成も行われている。維持透析可能。地域内の医師会、歯科医師会との関係は良好で啓発が積極的に実施。地域のNGOの活動も支援。県からは浜松医療センターに対する研修医枠増等の支援あり。

#### 【北陸】石川県

定期通院者は石川県立中央病院に集中している。しかしながら、生活保護や心身障害者医療費助成制度を利用している安定期のHIV陽性者は、通常自宅近くの医院や病院で抗HIV剤の処方を受け年に一度のみ石川県立中央病院を受診するなど、近隣医療機関との併診による診療の共負担が進んでいる。

石川県立中央病院の研修医の多くがHIV感染症/エイズ診療科である免疫感染症科で研修を行うことでHIV感染症/エイズのマネジメントができる医師の育成もはかられている。

石川県からの委託による患者支援NGOの北陸HIV情報センターによる支援も充実している。

#### 【近畿】大阪府

大阪府は近畿ブロック内で最も症例数が多いが、大阪府内のブロック拠点及び中核拠点病院で患者集中の問題は軽減されてきている。府内でHIV陽性者であっても診てくれる医療機関が増えてきており、

地域全体でHIV感染者の診療に当たる機運が高くなっている。

#### 【中国四国】岡山県

中核拠点病院の川崎医科大学を中心に、拠点病院が参加した「岡山HIV診療ネットワーク」を構築しており、横の連携が取れている。また県、市との行政との関係も良好であり、行政と協働してイベント検査を実施するなど個別施策層に対する取り組みもできている。

啓発活動も、年4回の会議・講演会を行っており、今年で25周年、延べ開催回数は144回にも及ぶ。お互い担当者で連絡を密にすることで、困難事例等もお互いに助け合える体制構築にも寄与している。

#### 【九州】福岡県

全7拠点病院でエイズ診療については診断から治療まで行えている。ブロック拠点病院があるだけでなく、中核拠点病院をはじめとして各拠点病院で出前研修を行うなど地域連携を推進している。中核拠点病院である産業医科大をはじめとして血友病治療の素地がある。地域における連携も他県より進んでいる。

### E. おわりに

20年以上にわたりHIV陽性者の診療に関わり続けてきた拠点病院はエイズ診療において、現時点ではやはり貴重な医療資源である。定期通院者数が多い地域では拠点病院以外のクリニックに積極的にHIV陽性者を紹介しているが、拠点病院と連携していることが前提である。

各自治体においては、現在、拠点病院で従事している医療者と共に、現代のエイズ診療の医療及び福祉必要度に応じた、次代のエイズ診療体制の構築のための施策を立案し実行に移していただきたい。拠点病院でエイズ診療に携わる医療者は、行政と連携し、地域の医療及び福祉資源を有効に活用したエイズ診療体制の再構築に協力していただきたい。

## 資料2 できること調査

## 拠点病院が HIV 陽性者に対して、いまできること調査

昨年度までの調査から、定期受診中の HIV 感染者 / エイズ患者 (HIV 陽性者) 数は地域、医療機関によって大きく異なることが明らかになりました。一方、抗 HIV 療法の成績は、高いレベルで均てん化が達成されていることが明示されました。今後、この優れた治療成績を維持するため、HIV 陽性者の長期療養体制を整えて行く必要があります。

しかしながら、全ての拠点病院が最高レベルの HIV 感染症 / エイズの診療から非感染性合併症及び長期療養支援に至るまで「広義の HIV 感染症 / エイズ診療」を提供可能な体制を整えることは現実的ではありません。抗 HIV 療法を行うためには自立支援医療等、制度上の制限もあります。

そこで、まずは拠点病院が HIV 陽性者に対して現時点で提供可能な診療機能 (いまできること) を明らかにし、多施設が連携・機能補完することにより地域全体で医療体制を再構築することを提案したいと考えます。

つきましては、右のリストで、自施設で提供可能な診療内容すべて (複数可) に、レ (チェックマーク) を入れてご教示いただきたく存じます。

個々の医療・福祉施設が無理なく維持可能な診療・長期療養支援体制を構築することが長期的大局的に HIV 陽性者の療養継続に最も有益で、社会における HIV 感染症 / エイズのコントロールに必須です。

## HIV 感染症 / 後天性免疫不全症候群 (エイズ診療関連)

- エイズ発症例の発症日和見疾患の治療 (抗 HIV 療法導入前まで)
  - 以下、自立支援医療 (更生医療) 制度を利用する HIV 陽性者に対して
- 抗 HIV 療法の開始 (導入)
- 抗 HIV 療法の維持 (定期処方)
- 抗 HIV 療法の変更

## HIV 感染症以外の傷病に対する診療

- HIV 陽性者の HIV 感染症以外の傷病に対する外来一般診療・検査
  - 例：上気道炎、胃腸炎等の内科傷病への対応 (検査、治療)、外来化学療法、生物学的製剤を用いた治療、腫瘍、挫傷、打撲・骨折等への外科・整形対応。花粉症、湿疹等の眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科等の対応)
- HIV 陽性者の HIV 感染症以外の傷病に対する入院加療・検査
  - 例：入院主病名が HIV 感染症 / 後天性免疫不全症候群でない場合の入院加療。一般市中肺炎、脳血管障害、心血管障害、骨折等外傷、悪性疾患、教育・検査入院など)
- 産科 (妊娠管理 (周産期まで))
- 産科 (周産期管理)
- 婦人科 (女性の HIV 陽性者の一般的な婦人科的問題に対する診療対応の可否)

## 地域医療支援病院

- 在宅等療養先や地域の医療機関からの入院、転院受け入れ
  - 例：施設で寝たきり療養中の HIV 陽性者が誤嚥性肺炎を発症した時など
- 近隣の医療 (歯科を含む) 及び福祉施設等での曝露時対応
  - 例：曝露後感染予防薬の配置またはコンサルテーション

## 手術・観血的処置関連

- 予定手術 (手術室。全挿、腰麻含む)
- 緊急手術 (手術室。全挿、腰麻含む)
- 産科の緊急手術 (小児科の協力を必要とする緊急帝王切開を想定)
- 外来小手術 (小切開、縫合、生検等)
- 血管内治療 (心血管、脳血管、消化器内科領域など)
- 内視鏡による処置、治療 (生検、止血処置、切除)

## 血友病関連

- 公費での会計処理 (特定疾病療養受給者証、先天性血液凝固因子欠乏症治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業への対応)
- 救急外来等での緊急時の凝固因子製剤の輸注の可否 [患者持ち込みの製剤の輸注対応可や第 VIII 因子製剤または第 IX 因子製剤の院内薬局在庫ありなど (ただし自院通院中以外のインヒビター症例までは想定せず)。]