

## 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感染症内科  
エイズ総合診療部長

研究協力者 岡 慎一<sup>1</sup>、伊藤 俊広<sup>2</sup>、山本 政弘<sup>3</sup>、内藤 俊夫<sup>4</sup>、豊嶋 崇徳<sup>5</sup>、  
茂呂 寛<sup>6</sup>、渡邊 珠代<sup>7</sup>、今橋 真弓<sup>8</sup>、渡邊 大<sup>9</sup>、藤井 輝久<sup>10</sup>、  
宇佐美 雄司<sup>11</sup>、池田 和子<sup>12</sup>、吉野 宗宏<sup>13</sup>、本田 美和子<sup>14</sup>、  
葛田 衣重<sup>15</sup>、三木 浩司<sup>16</sup>、四柳 宏<sup>17</sup>、日ノ下文彦<sup>18</sup>

<sup>1</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>2</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>3</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>4</sup> 順天堂大学医学部 教授

<sup>5</sup> 北海道大学大学院医学研究院 教授

<sup>6</sup> 新潟大学医歯学総合病院 准教授

<sup>7</sup> 石川県立中央病院免疫感染症科 診療部長

<sup>8</sup> (独)国立病院機構名古屋医療センター感染・免疫研究部感染症研究室  
室長

<sup>9</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

<sup>10</sup> 広島大学病院輸血部 准教授

<sup>11</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>12</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>13</sup> (独)国立病院機構宇多野病院薬剤部 薬剤部長

<sup>14</sup> (独)国立病院機構東京医療センター総合内科 医長

<sup>15</sup> 千葉大学医学部附属病院 技術系職員

<sup>16</sup> 小倉記念病院緩和ケア・精神科 部長

<sup>17</sup> 東京大学医科学研究所 教授

<sup>18</sup> 国立研究開発法人国立国際医療研究センター腎臓内科 診療科長

## 研究要旨

エイズ治療の拠点病院体制の見直しを提言する。

1. 全ての医療施設と医療者はエイズ治療を担うべきである。
  - 1) 機能や役割に応じて担当
  - 2) 拠点病院と連携
  - 3) 既存のシステムや医療・福祉資源を有効に活用
2. 都道府県は現状に即してエイズ治療体制を再構築すべきである。
  - 1) 当事者及び医療者と協働
  - 2) 定期通院者数、医療・福祉資源、地勢及びインフラ整備状況を考慮
  - 3) 適切な規模の医療圏を設定し、個々の拠点病院の役割を明確化
3. 国、都道府県及び拠点病院はエイズ治療体制の維持・刷新に努めるべきである。
  - 1) 各施設・地域で継続的に最新で正しい疾病知識の普及啓発を実施
  - 2) ブロック拠点・中核拠点で高次のエイズ治療を担う医療者を育成
  - 3) 高次のエイズ治療、人材育成及び啓発活動を担う拠点病院の機能拡充と維持

また、国及び都道府県は、エイズ治療が標準予防策により全ての医療・福祉施設で可能であることから、長期療養、歯科及び透析をはじめとする医療・福祉の現場でいまなお見受けられる差別偏見によるHIV陽性者の受入拒否を厳に禁じるべきである。

## A. 研究背景と目的

「エイズ治療の拠点病院の整備について」の通知がなされた平成5年から25年以上が経過した。当時、通知により全国に約380施設がエイズ治療の拠点病院に選定された。その後、平成9年には、国立国際医療センター（当時）にエイズ治療・研究開発センター（ACC）、また、全国8ブロックにブロック拠点が設置された。さらに、平成18年には各都道府県に1施設以上中核拠点病院が設置された。この拠点病院制度の整備の過程では、診療の主な目的はエイズ発症例の治療と抗HIV療法によるエイズ発症阻止であった。近年、医療体制の整備と抗HIV療法の進歩により、血友病薬害被害者（以下被害者）及びその他のHIV感染者及びエイズ患者（以下HIV陽性者）の予後は顕著に改善された。その結果、現代のエイズ治療に求められる要件は大きく変化し、現在の拠点病院に大きく依存したエイズの治療体制では、被害者及びHIV陽性者の医療・福祉のニーズに応えられない状況となった。本研究では、現在のエイズ治療の拠点病院の診療体制の現状を解析することにより、拠点病院体制の再構築に向けての提言を行う。

## B. 研究方法

### 1) 診療状況の収集と解析

拠点病院診療案内の掲載情報収集時に、都道府県から全ての拠点病院へ情報提供依頼を行なった。2016年、2017年及び2018年各年の10月から12月時点で該当する定期通院者数等の診療状況を調査票（添付資料1参照）により把握した。また、拠点病院以外でエイズ治療に関わっている医療施設にも情報提供を依頼した。また、各拠点病院の診療責任者の卒年を厚生労働省から開示されている資料から調査し、卒年時年齢を便宜的に一律25歳として、現在の年齢を算出し、55歳未満と55歳以上に分けて解析に使用した。

### 2) 診療体制整備に関する調査

#### （いまできること調査）

全拠点病院に対し、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」への回答協力を依頼した（「いまできること調査」）（添付資料2参照）。またこのうち、近年対応が求められている抗HIV療法及び血友病治療以外の課題への対応力を検討するため、抗HIV療法の開始、維持、変更、また

HIV陽性者への対応に限定するために血友病診療に関する部分（公費対応、凝固因子輸注）を除く全19項目、各項目1点で合計点を算出した（できることスコア）。これに診療現況調査の定期受診者数の情報を加え、現在の医療体制の現況の把握を試みた。

#### （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。情報の収集、解析及び公開等について、国立病院機構名古屋医療センター臨床研究審査委員会で承認を得た（整理番号：2016-86）。

### C. 研究結果

調査した3年間の調査票回収率は100%であった。以下の検討は、解析に必要な数値の欠損のある施設を除いて行なった。

#### 拠点病院が地域において果たしている一般診療に関する機能

2018年調査時点で全国のエイズ治療の拠点病院は380施設である。ほとんど急性期・高次医療や三次救急を担う総合病院で、エイズにとどまらず地域の基幹病院としての役割を担っている。

#### 二次医療圏毎の拠点病院の設置状況

自治体によって設置されている。拠点病院が設置されていない二次医療圏も存在する。大都市を含む二次医療圏には複数の拠点病院が設置されている（図1）。

#### エイズ治療に主に携わる医師の年齢層

2018年末時点で算出した診療責任医師の平均年齢は54歳であった（判明分）。二次医療圏に一つしかない拠点病院で診療責任医師（≡診療担当医師）が55歳以上という地域も少なくない（図2）。

#### 拠点病院においてエイズ治療に関わる診療科

2017年の拠点病院381施設を対象に解析を行った結果を示す（図3）。拠点病院で抗HIV剤処方を担当する主診療担当科は、総合内科（33%）、血液内

科（24%）、感染症科（20%）、呼吸器内科（9%）の4科で86%を占めた。

#### 拠点病院のエイズ治療に関わる医療資源

2015年の解析結果を示す。チーム医療加算を算定できている拠点病院は限られていた。定期受診者数が毎日外来診療を行うほど多くない施設がほとんどで、算定できない要因は看護師を専従で配置できないことであった（図4）。

#### 拠点病院の初診患者数と病期の年次推移

エイズ動向委員会から報告される毎年の発生届出数及びエイズ発症割合にほぼ一致する未治療初診HIV陽性者が拠点病院を受診していた。拠点病院からの情報によるエイズ発症率は動向委員会報告の発症率を2～8%上回る。初診時CD4数が200/μL未満のHIV陽性者の割合は動向委員会報告のエイズ発症者の割合を12～16%上回る（図5）。

#### 各拠点病院の定期通院者数

2018年末時点では、定期通院者数が0人の拠点病院は93施設であった。定期通院者数が100人以上、500人以上及び1000人以上の施設はそれぞれ49ヶ所、12ヶ所及び5ヶ所であった。全定期通院者の76%が定期通院者数100人以上の49施設（12.5%）に集中していた（図6）。

#### 拠点病院における抗HIV療法の治療状況と成績

定期通院者の94%が治療継続中で、その99%がHIV RNA量を200コピー/mL未満に抑制できていた。この治療成績は定期通院者数、ブロック、都道府県別の解析でも同様の結果を示した（図7）。

#### 我が国の定期通院者数の分布

二次医療圏毎の定期通院者数を算出し、それをエリアカルトグラムにより日本地図上の二次医療圏の面積で表す（図8）。定期通院者数は東京都区内、大阪市、名古屋市の3大都市及びその周辺に集中していることが明らかになった。

#### 拠点病院のエイズ治療以外に関わる診療機能

定期通院者数が0の拠点病院の“できること”を、全拠点病院と比較した（図9）。定期通院者のいない拠点病院では、総じてできることが少ない傾向があった。また、定期通院者の有無が関与する因子を調べると、自立支援医療（更生医療）への対



応、抗HIV療法の変更及び婦人科対応で有意差があった（表1）。定期通院者数0人かつできることスコアが0の“真の名ばかり拠点病院”は全国で8施設であった。

#### 静岡県東部及び愛知県のエイズ治療体制の現状

##### (1) 中核拠点病院機能維持が困難となった静岡県東部の状況

静岡県は東西広域にわたる県域を考慮して、県西部、中部、東部にそれぞれ中核拠点病院を設置している。静岡県東部の中核拠点病院は沼津市立病院である。チーム医療加算算定施設である。主たる診療科は呼吸器内科で約60名の定期通院者の診療や地域の医療者向けの研修会の実施等に取り組んできた。しかしながら、診療担当医の定年退職後の後継医確保の見込みがないことから、令和3年度以降は中核拠点病院機能の継続が困難であるとの申し出が静岡県に行われた。そもそも、施設全体の医師不足から三次救急機能の維持が困難な状況にあった。

この状況を受けて、静岡県の担当者とともに静岡県東部のエイズ治療の拠点病院全施設を訪問しエイズ治療の現状と課題の聞き取りを行なった。

静岡県東部には拠点病院が沼津市立病院を含めて6施設ある。すべての施設でエイズ治療の主たる診療担当医は55歳以上であり、血液内科等主たる診療科の繁多な業務に併せてエイズ診療に従事していた。定期通院者数は3～61人である。全施設とも沼津市立病院が果たしてきた中核拠点病院のエイズ治療に関する診療機能を代替することはできず、現在定期通院中の被害者及びHIV陽性者以外への診療対応は難しい状況であった。また、後継医不在や施設・地域の医師不足の状況は沼津市立病院と同じであった。HIV陽性者の通院手段はほぼ自家用車に限られ、道路事情等もあり、現状以上の特定施設への診療集約化は困難と考えられた。

沼津市立病院のエイズ治療チームが実施してきた地域医療者向けの各種研修の他施設への引き継ぎは、医師の専門性や診療経験、院内の医療資源やスキル、診療業務負荷を考えると不可能とされた。

##### (2) 専従医がいる名古屋医療センターがある愛知県の状況

名古屋医療センターは東海ブロックのブロック拠点及び愛知県の中核拠点病院である。エイズ治療にあたる感染症内科の常勤の診療担当医は3名（専従2名、併任1名）である。その他に専従看護師4名の

他、専任薬剤師、専任MSW及び専従の公認心理師が配属され、チーム医療加算も算定している。

全国で5施設しかない定期通院者数が1,000人以上の施設である。また、未治療の新規HIV陽性者受診者数は毎年約100名で全国5指に入る。外来は2診で行なっており、1日あたりの平均外来受診者数は約30人である。1ヶ月あたりのエイズ発症例の診療等の主科としての入院者数は約2名である。医療事務作業補助者も配置され各種申請書類等の作成を担当している。

院内全科がそれぞれの専門治療に対応していることから、感染症内科医師はエイズ発症例の診療と抗HIV療法に特化・専従できる環境にある。抗HIV療法のみ限定すれば、現在の診療体制で愛知県内のすべてのHIV陽性者の診療を担うことは難しくない。

また、半径50km圏内から名古屋医療センターへの通院時間は公共交通機関を利用しておよそ1時間以内であることから、愛知県全域に加え、三重県北勢、岐阜県西濃・東濃地区在住のHIV陽性者の診療の集約化が進んだ。

しかしながら、診療担当医退職に伴い豊橋市民病院が中核拠点病院を返上した三河地区ではエイズ治療の集約化の結果、抗HIV療法及び地域での曝露事象に対応可能な拠点病院がなくなった。現在、三河地区で抗HIV療法に対応しているのはクリニック一カ所のみで、診療対象は病状が安定しているHIV陽性者に限られる。静岡県の中核拠点病院である浜松医療センターに通院する三河地区在住HIV陽性者は少なくない。

## D. 考察

### 抗HIV療法のみであれば診療負担は大きくない

ほとんどの治療導入後のHIV陽性者は3ヶ月に1度、定期外来受診する状態であり、HIV感染に関する病状は安定している。近年、被害者及びHIV陽性者は、抗HIV療法後にHIV感染そのものによる理由で急性期や高次医療を要することはほぼない。一方で、糖・脂質代謝異常や悪性疾患等HIV感染以外の課題で他の診療科や他の医療機関を受診する被害者及びHIV陽性者は増加している。

### エイズ治療の現状に即した見直しがなされていない拠点病院制度

拠点病院は平成5年に通知が出された当時に自治体が設置したまま経過していることが多い。また、

定期通院者数やHIV感染症/エイズの医療必要度の変化に応じた設置施設数、場所及び機能の見直しが行われていない。特に長期間にわたって定期通院者がいない施設の職員は、自施設が拠点病院であることを認識していないことすらある。

### エイズ治療に携わる医師の高齢化と後継医不在

多くの拠点病院においてエイズ治療を担う診療担当医は、拠点病院の整備に関する通知が出された当時、幹部等から個人的に指名された医長級の医師であることが多い。それから約25年が経過した現在、後継医がいなければ当時指名された診療担当医の年齢は60歳を超えている。院長や副院長という職責に就いてもなお診療現場でエイズ治療を担っている医師もいる。

### 診療科の廃止と同時に返上される拠点病院機能

現在、拠点病院では様々な診療科の医師がエイズ治療を担当している。拠点病院でエイズ治療を担当する診療科は、割合が高い順に、総合内科、血液内科、感染症内科及び呼吸器内科である。しかしながら、これらの診療科は医師不足が顕著であり、拠点病院に限らず診療科がなくなる病院も少なくなく、それが契機となってエイズ治療の拠点病院の返上が検討されることがある。

### 専門外の医師には診療の負担感が大きいエイズ治療

拠点病院でエイズ治療に関わる医師は、エイズ治療の専門医ではなく、自身の専門診療科の外来診察日に被害者及びHIV陽性者の診療も行なっていることがほとんどである。専門診療科の多数の受診者数の中での専門外の患者の対応は一般に負担感が大きい。ブロック拠点病院とは異なり、外来で看護師や薬剤師からの支援が得られることはほとんどないようである。

### エイズ治療に従事する医師に必要な人的技術的支援

令和2年度の診療報酬改定において、ウイルス疾患指導料（注2に規定する加算）の施設基準における看護師の専従の要件が見直され、専従を求められる業務を実施していない勤務時間において、他の業務に従事できる項目が拡大された。被害者及びHIV陽性者の外来診療時に専従要件を満たす看護師が配置されれば診療担当医の負担軽減につながると期待される。

### 抗HIV療法に関しては治療レベルの均てん化が進む

HIV感染が判明した未治療HIV陽性者は、診断された施設で診療経験の多い特定の拠点病院を紹介されることが多い。結果として、診療経験の多い特定の拠点病院の定期通院者が増加していく傾向がある。しかし、我が国の拠点病院における抗HIV療法の治療導入状況と治療成績は定期受診者数に依存せず、一人でも治療経験があればどの拠点病院でも極めて良好である。都市部では拠点病院以外の医療施設でのエイズ治療も行われ、そのレベルも拠点病院と全く差がない。

### 拠点病院の急性期高次医療機能とエイズ治療に求められる機能のミスマッチ

現在、拠点病院は、仮に定期通院者がいなくても、合併症罹患時等には対応するとする施設が多い。定期通院者がなく被害者及びHIV陽性者の一切の診療に対応不可という“真の名ばかり拠点病院”は多くない。しかしながら、例えば、高次急性期医療を担う地域の基幹病院である拠点病院が、要支援・要介護となった被害者及びHIV陽性者の療養支援に応えることは、定期通院者数の多寡に関係なく病院機能として対応困難なことが多い。

### エイズ治療の専従医としての従事要件と非専従医の大きな負担感

エイズ治療にのみに携わる専従常勤医を配置する場合、外来業務量としては医師一人当たり500人程度の定期通院者がいないと、他の診療科との仕事量に大きな差が生じる。入院診療においては、エイズ治療専従医が主治医となるのはエイズ発症者の入院加療時である。例えば年間100名の未治療新規受診HIV陽性者の約3割がエイズ発症例という名古屋医療センターでも、専従医が主科として関わる病棟業務は非常に少ないのが現状である。しかしながら、拠点病院でエイズ治療に携わる医師のほとんどは、専門診療科の医療必要度の非常に高い入院患者の診療を併せて被害者及びHIV陽性者の入院診療を行う。この場合、たとえ年間数症例であっても医師にとっては非常に大きな負担感がある。

### 拠点病院のエイズ治療に従事する医師の役割と支援体制

これらの状況を考えると、現在、拠点病院でエイズ診療に携わっている医療者の主たる役割は、抗HIV療法のマネジメントと多科他施設連携役程度と

するのが現実的である。また、エイズ治療を行うにあたっては、施設内では基礎知識や経験を有する看護師や薬剤師などの支援が継続的に得られる環境、地域内ではエイズ治療の経験のある医師や医療機関との連携体制を整えることが望ましい。

### エイズ治療の拠点病院の再整備について

ブロックや中核拠点病院は、エイズ治療に関する高次医療及び院内外の教育・啓発を担う人材の確保・育成を行わなければならない。現代のエイズ治療の現状と課題に応えるため、ブロックや中核拠点病院が中心となり、以下の方針に従って、エイズ治療の拠点病院体制の再構築を行うことを提案する。

### 基本的な方針

医療体制の再構築にあたっては、厚生労働省の昨今の「病院完結型」から「地域完結型」の方針に則って、HIV感染症/エイズ専従でない医師が診療することを前提に、がん、難病、地域連携等、既存の種々の診療連携体制を参考に、また、それに従事する医療・福祉資源を利用可能なように検討することが望ましい。

自治体や地域で行政、医療者及び当事者が検討を開始すべきである。ただし、この見直しにより、血友病薬害被害者の救済医療が決して後退させてはならず、血友病の拠点病院制度と連携を図る等を行い、充実させる方向で検討する必要がある。

### 具体的な検討項目と内容

- ① 拠点病院内の診療体制の見直し
  - 診療担当科（抗HIV療法の主体）の決定
  - 院内診療体制（診療対応可能な事項・範囲の明確化）の整備
  - 診療支援体制（特に薬剤師、看護師、MSW・PSWの配置）の整備
- ② 都道府県、政令市・中核市、二次医療圏単位等での地域の拠点病院体制の見直し
  - 病院数の検討
  - 配置の検討
  - 機能の検討（地域内の曝露時対応を含む）
- ③ 拠点病院の診療担当科医師の負担軽減
  - 属人的ではなく属組織的対応への転換（診療科内・院内の組織的支援体制構築）
  - エイズ発症例の治療支援及び抗HIV療法の開始・変更と維持の分担（院内・院外連携）

- 要介護・要支援者対応のための地域連携構築や連携クリニックでの抗HIV剤処方（自立支援医療の運用改善等を含む）

### 静岡県東部及び愛知県のエイズ治療体制の再構築に向けて

#### (1) 静岡県東部

単独で中核拠点病院機能を担える医療施設はない。①エイズ発症例の入院診療を含め被害者及びHIV陽性者に高次医療提供、②地域医療の中核として抗HIV療法の維持、③地域におけるエイズに関する知識の普及・啓発の役割、それぞれを担う医療施設を設定し、地域全体でエイズ治療の診療機能維持をはかるのも一つの方法である。抗HIV療法の導入・変更は県内の他の中核拠点病院と連携して対応することが可能で、Information and Communication Technology（ICT）の活用も有効である。また、各拠点病院においては、エイズ治療を担当する診療科の検討を行い、診療を主に担当する医師の育成を行う必要がある。

#### (2) 愛知県

名古屋医療センターはエイズ治療を担当する診療科はエイズ発症例の治療及び抗HIV療法への対応に特化している。また、院内他科の診療連携および血友病診療、腎移植、ハイリスク分娩、結核、リハビリなど診療分野ごとに機能分担する医療施設との連携が充実している。また、地域の拠点病院以外の施設との連携も増えている。現状をそのまま反映させ、既存の拠点病院を機能分化型拠点として役割を明確化させると各拠点病院の負担は少ない。

愛知県は居住する被害者・HIV陽性者数が多い一方で名古屋医療センターに診療のほとんどが集約されている現状から、ブロック・中核拠点病院を除き、拠点病院の枠組みを撤廃し「どの医療・福祉施設でも対応すべし」という方向性を示すことも検討に値する方策の一つである。

愛知県では近年、地域医療支援病院の承認要件を満たすためにエイズ治療の拠点病院になった医療機関2施設がある。「地域医療支援病院の承認要件等について」（医療法の一部を改正する法律の施行について（H10.5.19健康政策局長通知））には、「地域医療支援病院を開設することができる者は、次のいずれかであること」として、「次のいずれにも該当することとあり、「エイズ治療の拠点病院又は地



域がん診療拠点病院であること」が求められている。

三河地区以外でも、そもそもの地域医療の充実と要介護・要支援の被害者及びHIV陽性者が増加している現状を併せて考え、地域医療支援病院をエイズ治療の拠点病院としても整備していく方策もあり得る。豊橋市民病院は地域がん診療連携拠点病院として地域医療支援病院の承認要件を満たしているとのことである。

#### HIV 陽性者が利用する社会福祉制度による制限

現在、抗HIV療法の導入及び継続には自立支援医療制度などの社会福祉制度を適用し、被害者及びHIV陽性者の経済的負担の軽減を図る必要がある。抗HIV療法の継続を拠点病院以外のクリニック等と共に担う体制を考慮する場合、主に診療に従事する医師及び施設（病院及び薬局）が自治体から認定を受けなければならないことや指定医療機関や薬局が1ヶ所に制限されることが障壁になる可能性がある。

#### E. 結論

被害者個々の状況を理解し、現在、適切な個別救済医療が適時提供できる体制を整えるには、エイズ治療の拠点病院体制の再整備が必要である。

拠点病院との連携のもと、どの医療機関でもその機能に応じて被害者及びHIV陽性者に必要な医療・福祉サービスを提供可能な体制の構築が必要である。

抗HIV療法の診療レベルが高い我が国においては、HIV感染が医療・福祉サービスの提供ができない理由にはならず、被害者及びHIV陽性者の受入の障壁が存在する場合、それは差別偏見の存在を示すことと同値である。課題が多いとされる長期療養、歯科及び透析領域では、HIV感染の事実によって医療・福祉サービスの提供が阻害されることはあってはならない。

現在、被害者及びHIV陽性者の受入に特別な施策やスキルは要しない。既存の医療・福祉サービス提供の仕組みや他領域の医療・福祉従事者のスキルを活用した、現代のエイズ治療の現状に即し、持続可能かつ診療内容の変化への適応力を有する医療体制の構築が望まれる。

#### 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

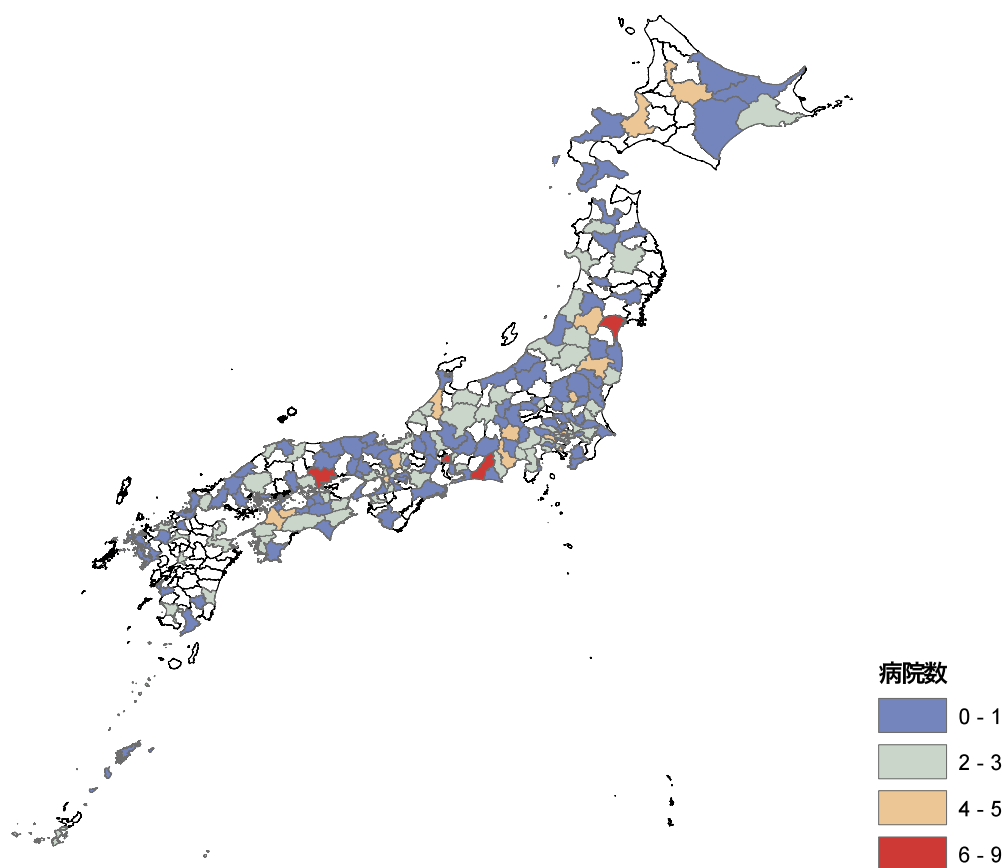


図1 二次医療圏内に設置された拠点病院数

二次医療圏内の拠点病院数を凡例に従って図示する。定期通院者数が多い二次医療圏には多くの拠点病院が設置されている。定期通院者数が少ない都道府県では拠点病院が設置されていない二次医療圏がある。

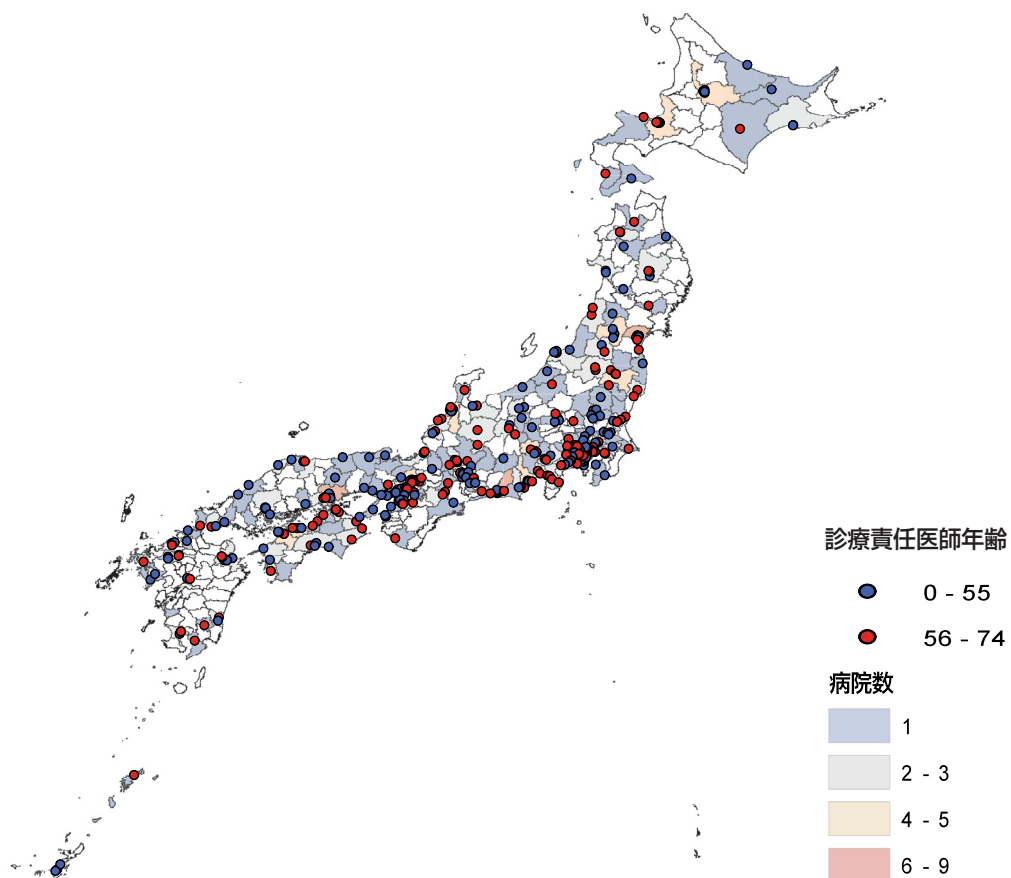


図2-1 病院数が1つの医療圏と診療責任医師の推定年齢



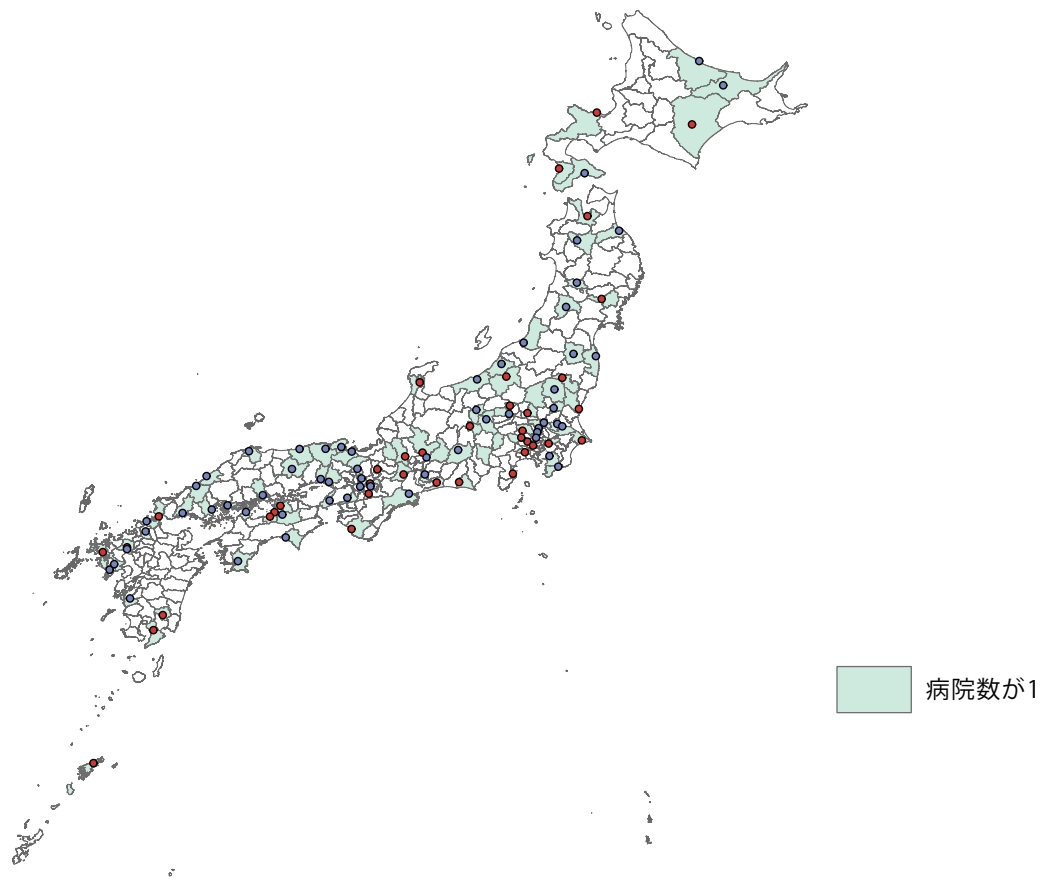


図2-2 診療責任医師の推定年齢

厚生労働省で公開されている卒年データを参照し、卒年時25歳と仮定して2018年末時点の診療責任医師の推定年齢を示す。平均年齢は54歳（判明分）であった。図2-1より55歳以上である施設は188施設（49.5%）と約半数を占めることがわかる。また、図2-2から、拠点病院が1施設のみの二次医療圏で診療責任医師が55歳以上である割合も高い（38.8%）ことがわかる。

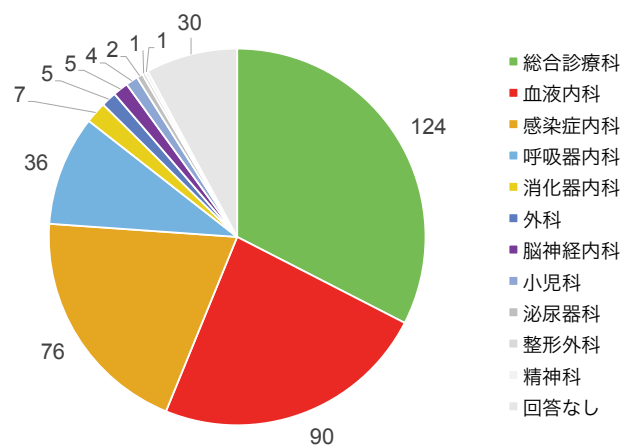


図3 拠点病院で主にエイズ治療に携わる診療科

2017年の拠点病院381施設を対象に解析を行った結果を示す。拠点病院で抗HIV剤処方を担当する主診療担当科は、総合内科、血液内科、感染症内科、呼吸器内科の4診療科で86%を占めた。

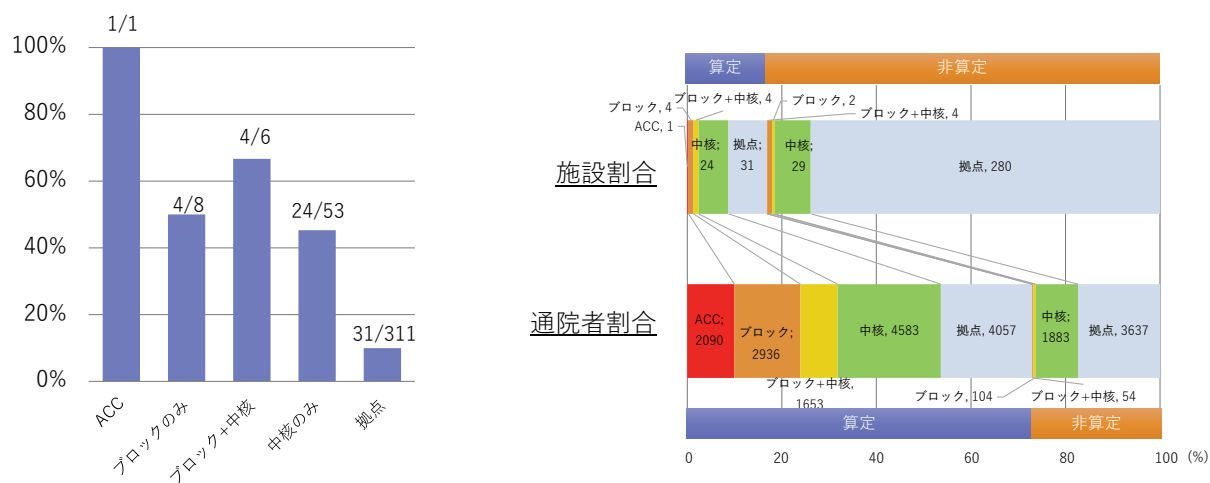


図4 チーム加算の算定状況

全国の拠点病院382施設を対象に2015年12月末時点におけるチーム医療加算の算定状況を調査した。回答がなかった3施設（定期受診者数231名）をのぞいた379施設、その定期通院者20,997人について解析を行った。チーム医療加算を算定している拠点病院等は約3割の60施設のみで、ブロック拠点病院であっても算定施設割合は57%であった。

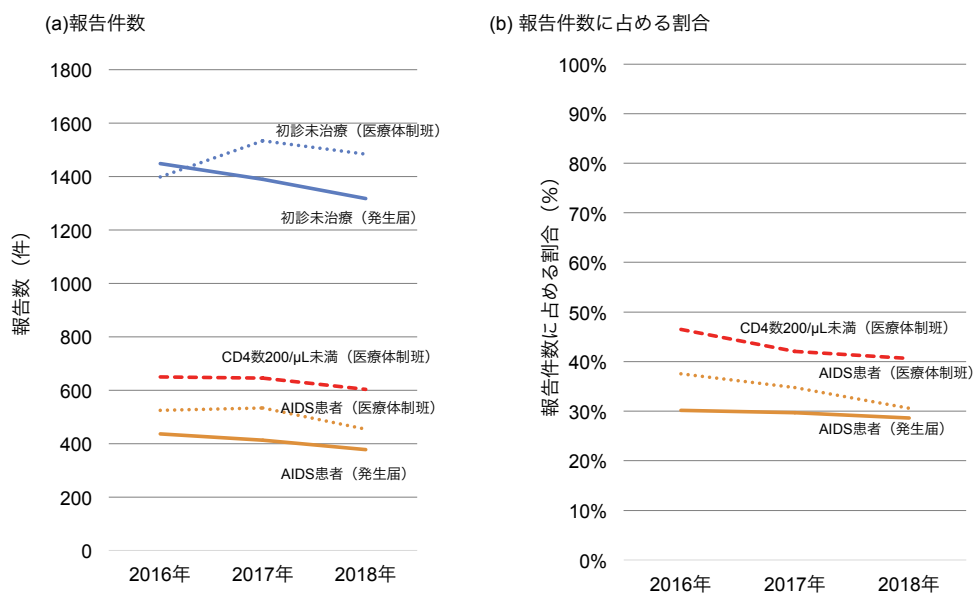


図5 拠点病院の初診診療件数と病期の年次推移及び発生届数との比較

2016年から2018年の各年次における、発生届に基づくHIV感染者とAIDS患者の合計とAIDS患者の報告件数および本研究の調査に基づくHIV感染者とエイズ患者の合計、エイズ患者数較およびCD4数200/μL未満の症例数をグラフに示す。CD4数200/μL未満の割合は発生届けに基づくエイズ患者の割合を10%以上上回る。

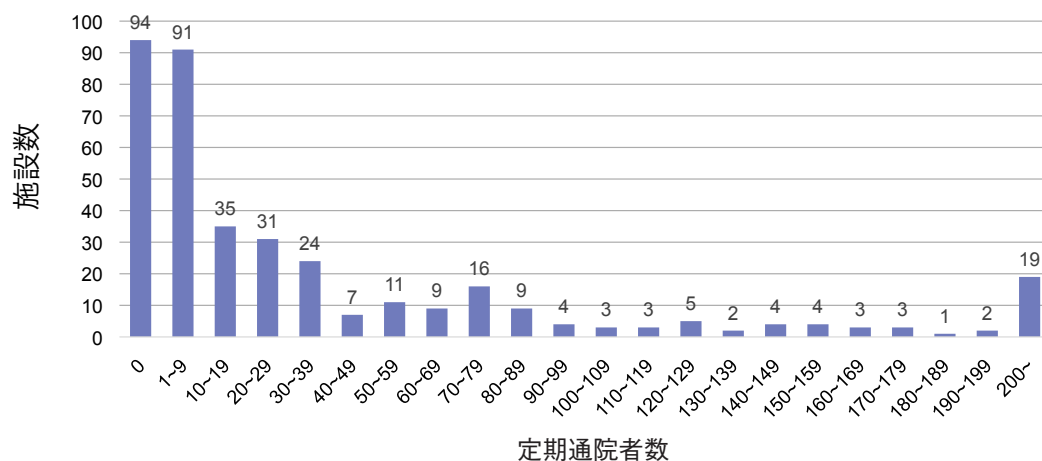


図6 拠点病院毎の定期通院者数の分布

エイズ治療の拠点病院の定期通院者数を示す。横軸は定期通院者数区分、縦軸は施設数である。全380拠点病院のうち、定期通院者数がないのは94施設、200人以上が19施設であった。

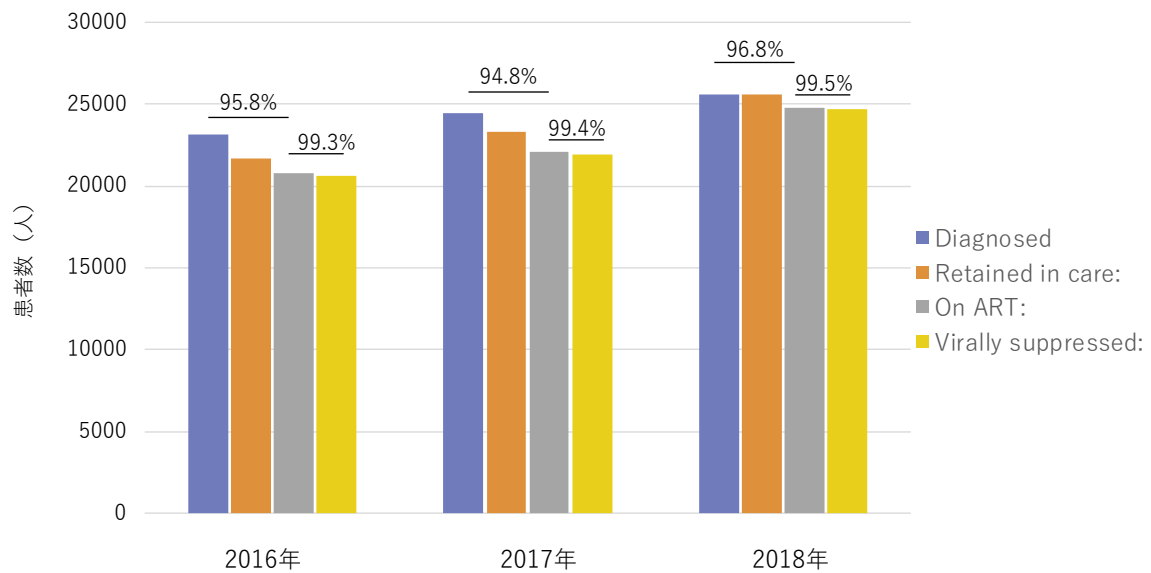


図7-1 我が国の抗HIV療法の現況—我が国の90-90-90の2<sup>nd</sup>90と3<sup>rd</sup>90の結果

UNAIDSが2020年の達成目標に掲げた“90-90-90”のうち、2<sup>nd</sup>90と3<sup>rd</sup>90の結果を示す。

Diagnosedの算出は先行研究（岩本ら PLoS One. 2017 Mar 20;12(3)）の方法に従った。

2018年の結果は暫定値である。2<sup>nd</sup>90と3<sup>rd</sup>90は高い水準で達成されている。

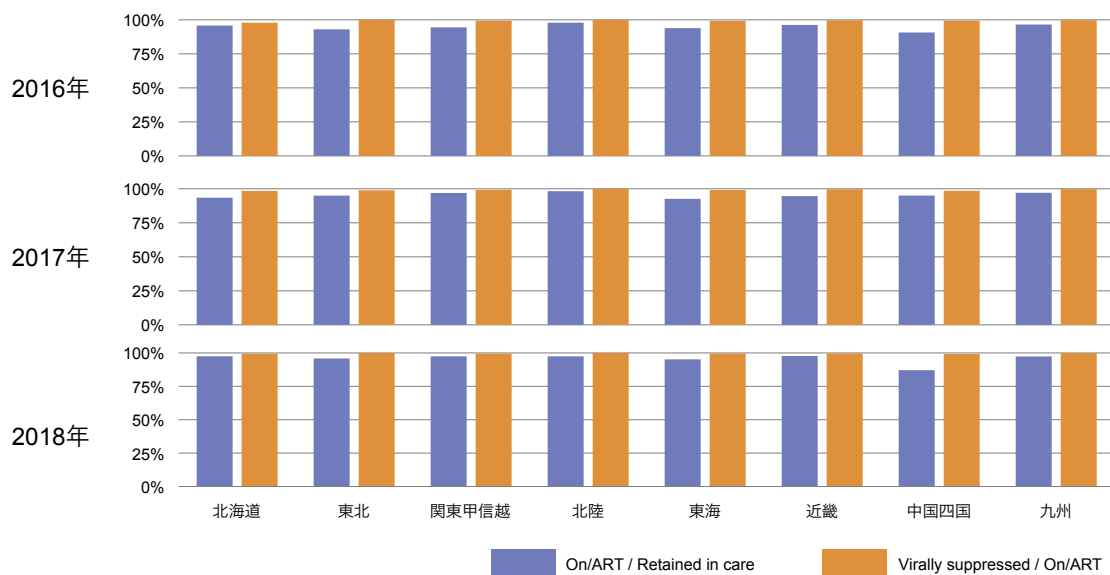


図7-2 ブロック毎の抗HIV療法の継続率と治療成功率

ブロック毎に定期通院者に占める治療継続者率（On/ART / Retained in care）及び治療継続者に占める治療成功者率（Virally suppressed / On/ART）を示す。

2018年の治療成功率は、全ブロックで99%以上となった。

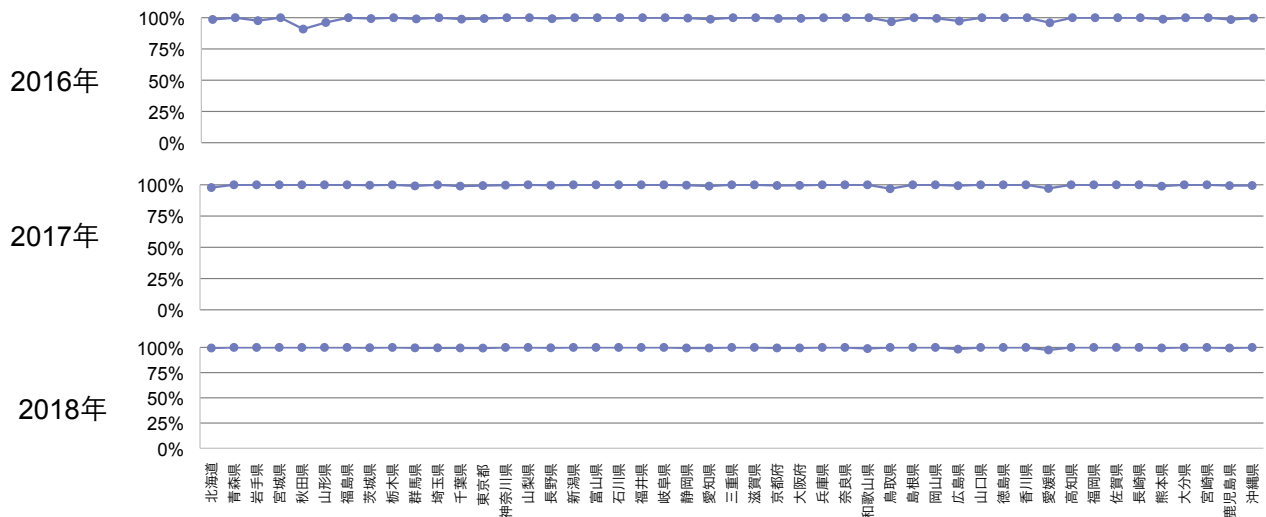


図7-3 都道府県毎の治療成功率

都道府県毎に治療継続者に占める治療成功率（Virally suppressed / On/ART）を示す。  
2018年の治療成功率は、全都道府県で99%以上となった。

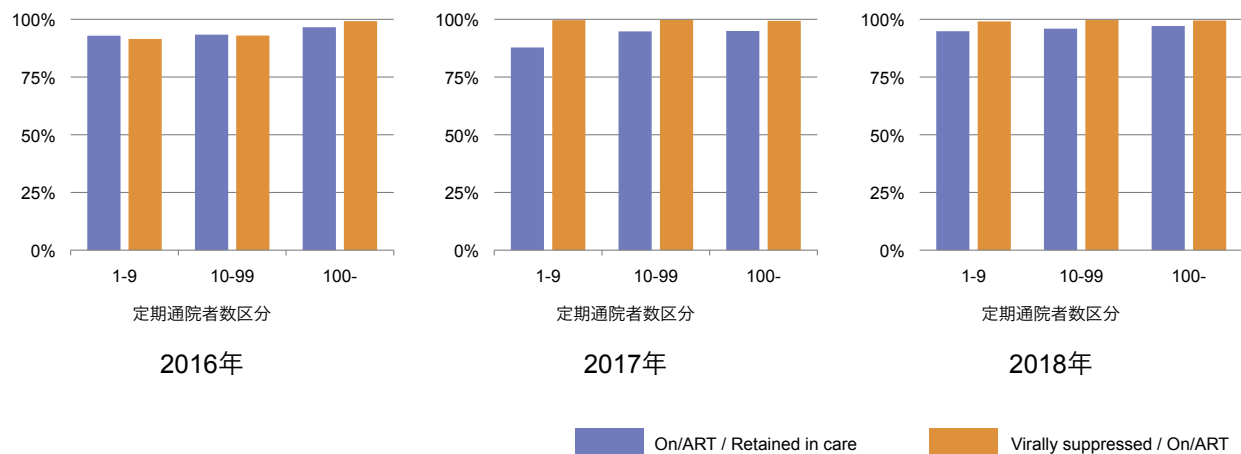
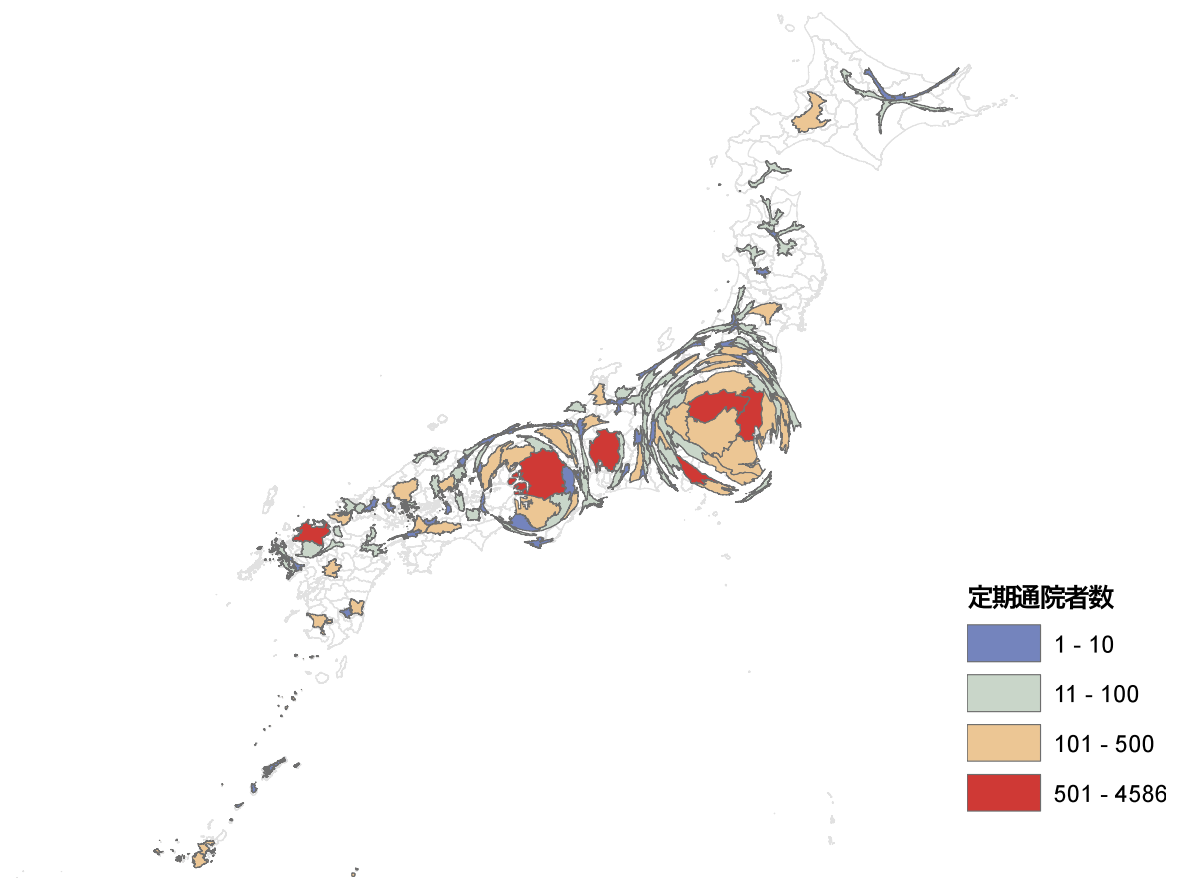
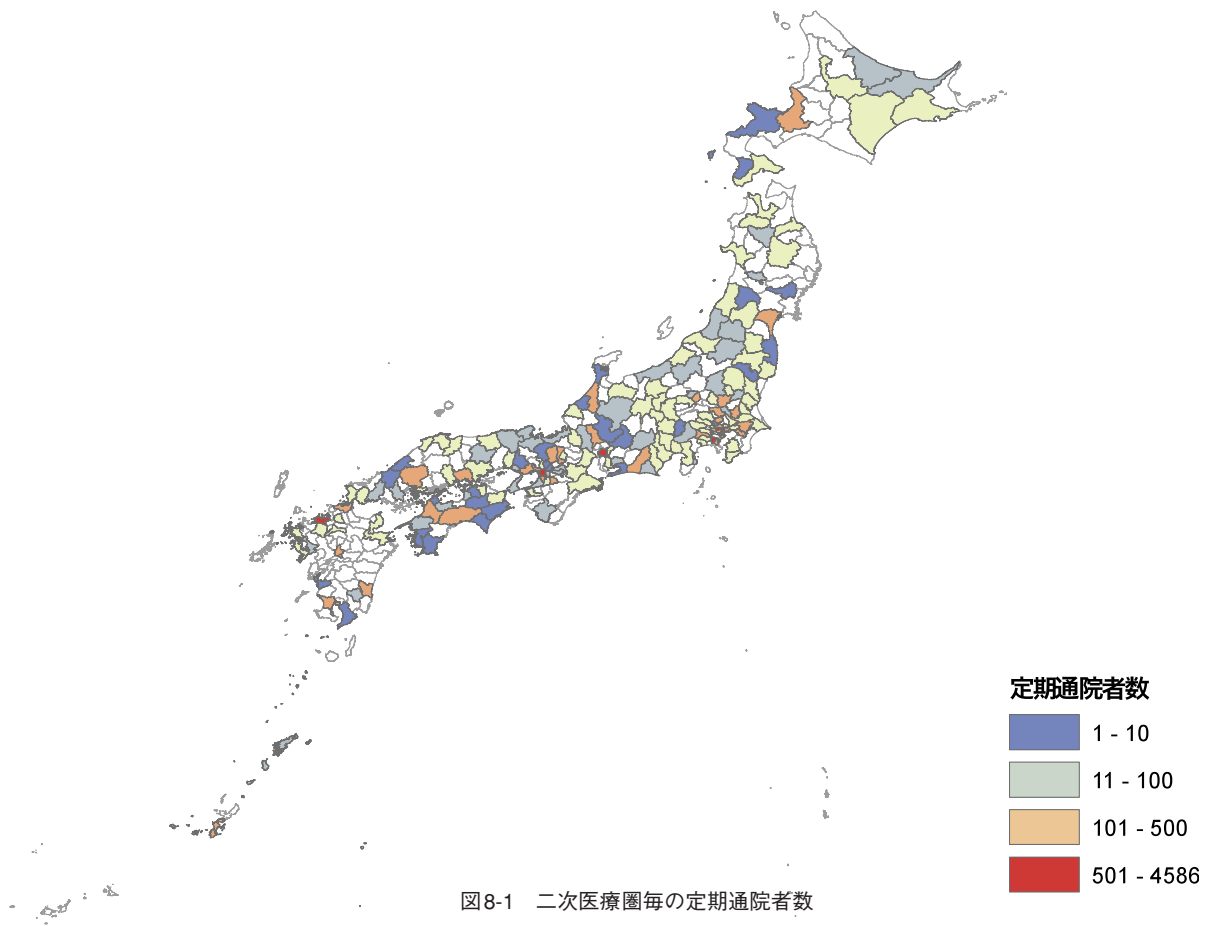


図7-4 定期通院者区分別の抗HIV療法の継続率と治療成功率

定期通院者数1-9、10-99、100～区分に従って拠点病院を分け、それぞれの区分の拠点病院の抗HIV療法の継続率と治療成功率を算出した。  
定期通院者数の多寡にかかわらず治療継続率と治療成功率は高く差を認めなかった。





二次医療圏内の拠点病院の定期通院者数の合計を示す。図8-1は通常の日本地図上に凡例に従って図示したものである  
図8-2にエアリアルグラムにより面積で二次医療圏毎の定期通院者数を表す。東京、大阪及び名古屋の3大都市圏の定期通院者数が多い。また、定期通院者数は二次医療圏毎に大きな差があることがわかる。

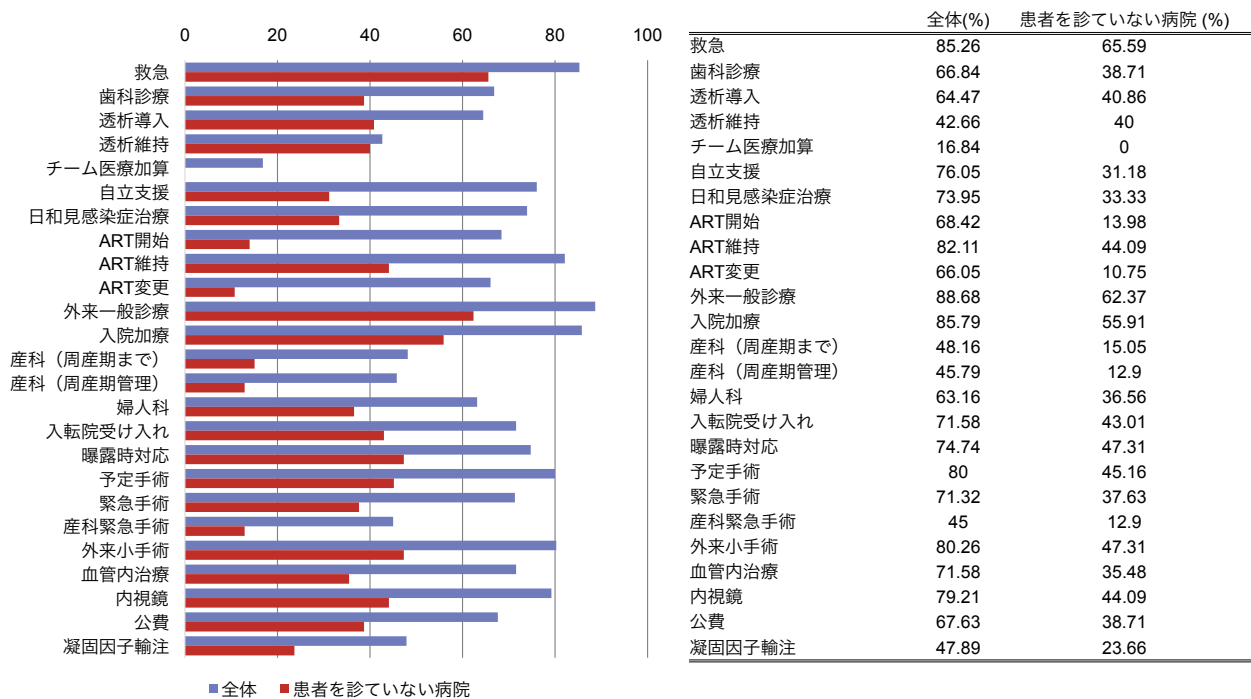


図9 できること調査の項目毎の“できること”の割合

全施設の回答結果を青、定期通院者数が0の施設の回答を赤で示す、定期通院者のいない拠点病院は総じてできることが少なく、抗HIV療法では、開始や変更に対応できないと回答した施設が多かった。また、産婦人科の対応が困難と回答する率が高く、チーム医療加算の算定施設は0であった。

表1 患者を診ている病院と診ていない病院に關与する因子

	OR	p-value	95%CI	
救急	0.525193	0.301	0.154843	1.781338
歯科診療	0.862702	0.743	0.356905	2.085305
透析導入	0.423584	0.137	0.136493	1.314523
透析維持	1.592383	0.38	0.564152	4.49468
チーム医療加算	2.124552	0.319	0.482411	9.356586
自立支援	0.288136	0.007	0.116015	0.715618
日和見感染症治療	1.293871	0.655	0.417801	4.006942
ART開始	0.317404	0.17	0.061736	1.63186
ART維持	0.351636	0.061	0.118042	1.047486
ART変更	0.136702	0.015	0.027496	0.679652
外来一般診療	2.28249	0.418	0.310437	16.78204
入院加療	0.48719	0.417	0.085787	2.76677
産科（周産期まで）	0.222945	0.18	0.024909	1.995438
産科（周産期管理）	1.318987	0.824	0.115471	15.06638
婦人科	7.269274	0.006	1.784	29.62014
入転院受け入れ	1.401362	0.589	0.411627	4.770866
曝露時対応	1.081578	0.887	0.366113	3.195215
予定手術	1.531921	0.611	0.296719	7.909111
緊急手術	1.078662	0.919	0.248495	4.682229
産科緊急手術	0.762991	0.733	0.161706	3.600078
外来小手術	0.756766	0.735	0.15102	3.792174
血管内治療	1.154639	0.848	0.266135	5.009456
内視鏡	0.195021	0.068	0.033624	1.13114
公費	0.622006	0.43	0.191271	2.02274
凝固因子輸注	1.924054	0.266	0.606883	6.099995

定期通院者の有無が關与する因子を調べた。

定期通院者数がない施設では自立支援医療（更生医療）への対応、抗HIV療法の変更及び婦人科対応ができないと回答する施設が多かった。

## 参考資料

健 医 発 第825号  
平成5年7月28日  
各 都道府県知事 殿  
厚生省保健医療局長

### エイズ治療の拠点病院の整備について（通知）

エイズ対策の推進については、日頃より種々ご協力いただいているところであるが、急増するエイズ患者等が安心して医療を受ける体制を整備することが緊急の課題となっていることに鑑み、今般、エイズ治療の拠点病院整備について、下記のとおり、考え方をとりまとめたので、各都道府県におかれても、これを踏まえ、エイズ医療体制の整備を図るようお願いする。

また、各都道府県において、拠点病院を選定された場合には、速やかに当職あて、御連絡いただくようお願いする。

なお、拠点病院名の公表等その取扱いについては、当該病院や各都道府県等の御意向を十分踏まえ対処することとしているので、念のため申し添える。

記

#### 1 エイズ診療の基本的あり方

エイズ診療の基本的な考え方は、どこかの医療機関でもその機能に応じてエイズ患者等を受け入れることである。すなわち、住民に身近な医療機関において一般的な診療を行い、地域の拠点病院において重症患者に対する総合的、専門的医療を提供する等、その機能に応じて診療を行うことができるようにすることが必要である。そのため、各地域の中でエイズ診療の拠点となる病院を確保し、そこを拠点として地域の他の医療機関においてもエイズ患者等の受け入れを進めていくことが適切である。

#### 2 エイズ診療の拠点病院の整備

エイズ診療の拠点病院の機能として、エイズに関する総合的かつ高度な医療の提供があげられる。また、エイズ診療については常に新しい知見が報告されることから、拠点病院においては、情報の収集と地域の他の医療機関への情報提供及び地域内の医療従事者に対する教育を行う機能も期待される。

都道府県は、地域の実状を勘案しつつ関係機関と協議の上、エイズ診療拠点病院を選定・確保するとともに、地域のエイズ対策推進協議会を活用すること等により、拠点病院と地域の他の医療機関とのエイズ診療の連携システム及び教育・技術的支援システムを作ることが望ましい。

各都道府県に必要な拠点病院数は、エイズ患者数等とその将来予測により異なるが、エイズ患者等の交通の利便性を考慮し、各都道府県に2ヶ所以上整備する必要がある。さらに、この拠点病院については、地域の医療機関に周知するとともに、エイズ患者等にも明らかにすることが望ましい。

#### 3 エイズ診療拠点病院のあり方

##### (1) 総合的なエイズ診療の実施

エイズ患者には、全身症状や呼吸器症状、消化器症状、眼科的症状、神経症状、悪性腫瘍等様々な症状が現れ、その対応が必要ことから、拠点病院において、総合的なエイズ診療を行うことが期待される。拠点病院においては、少なくとも拠点病院内の内科においてエイズ患者等の入院治療を行うことができることが必要である。さらに、拠点病院内あるいは他の医療機関との連携により、外科、皮膚科、精神科、眼科、産科、歯科等の協力が得られる体制を確保することが望ましい。

##### (2) 必要な医療機器及び個室の整備

拠点病院においては、院内感染防止等の観点から、エイズ患者等の診療のための機器及び備品や、医療従事者を保護するためのゴーグル、手袋、マスク等やディスポーザブルの器具等が整備されている必要がある。

また、重症の感染症、下痢、中枢神経障害のある重症のエイズ患者に対処するために、あるいは、エイズ患者等の心理的ストレスを軽減するために、エイズ患者等のための個室が整備されていることが望ましい。

##### (3) カウンセリング体制の整備

エイズ診療において、患者やその家族へのカウンセリングは不可欠であるため拠点病院においては、カウンセリングの講習を受けた医師や看護婦等を含め、カウンセリングを行える体制をとることが望ましい。

##### (4) 地域の他の医療機関との連携

拠点病院は、エイズ患者等の状況に応じて、地域の他の医療機関との役割分担・連携に努めるとともに、他の医療機関に対して教育・技術的支援を行う。

##### (5) 院内感染防止体制の整備

拠点病院内においては、「HIV医療機関内感染予防対策指針」（平成元年4月、厚生省作成）を参考とし、感染予防対策委員会を設置するとともに、医療用器具や検査材料の取扱い、汚染物の処理、針事故等の汚染事故時の対処方法等について院内関係者に徹底を図ることが重要である。

##### (6) 職員の教育、健康管理

拠点病院内においては、その職員に対し、エイズに関する学習会や講習会の開催に努めるとともに、希望する医療従事者に対して任意にHIV抗体検査を受ける機会を用意することが望ましい。

#### 4 拠点病院に対する支援体制等

##### (1) 地域の他の医療機関の役割

拠点病院がその本来の機能を発揮し、十分なエイズ診療を行うためには、地域の他の医療機関による支援が不可欠である。すなわち、地域の他の医療機関でも、適切なエイズ診療を行うとともに、拠点病院との連携に努める必要がある。

##### (2) 都道府県による支援

エイズに関する医療体制を整備するため、都道府県は拠点病院に対して積極的に支援を行う。

## 「エイズ治療の拠点病院のあり方に関する検討会」報告

平成5年7月2日

## 1 はじめに

我が国においては、近年、HIV感染者及びエイズ患者（以下「エイズ患者等」という。）が急増し、その分布が全国的に拡大しており、今まさに大規模なエイズ対策を講じる必要がある。政府においては、エイズの蔓延を防止するため、エイズ問題総合対策大綱に基づいて、積極的かつ重点的な対策を講じているところであるが、とりわけ、増加するエイズ患者等が安心して医療を受けられる医療機関を確保することは緊急の課題である。そのため、今般、エイズ患者等に対する治療やケア（以下「診療」という）の拠点病院のあり方について検討を行い、以下のとおり取りまとめたので報告する。

## 2 エイズ患者等をめぐる診療の現状

エイズ患者等に対する医療体制を整備していく際の基本原則は、どこかの医療機関でも安心して医療を受けられるようにすることである。しかし、1) エイズ診療の経験のない医療機関が多いこと、2) HIVに対する治療法が確立していないため、医療現場での感染に対して不安感をもつ医療従事者がいること、3) エイズ患者等を診療することで他の疾患の患者に対する診療が阻害されることを恐れる医療機関があること、等の理由からエイズ患者等の診療を行っている医療機関は必ずしも多くない。そのため、エイズ患者等が医療機関の受け入れに対して不安を持ったり、一部の医療機関に集中している状況にある。

## 3 エイズ診療の基本的あり方

エイズ診療の基本的な考え方は、どこかの医療機関でもその機能に応じてエイズ患者等を受け入れることである。すなわち、住民に身近な医療機関において一般的な診療を行い、地域の拠点病院において重症患者に対する総合的、専門的医療を提供する等、その機能に応じて診療を行うことができるようにすることが必要である。そのため、各地域の中でエイズ診療の拠点となる病院を確保し、そこを拠点として地域の他の医療機関においてもエイズ患者等の受け入れを進めていくことが適切である。

## 4 エイズ診療の拠点病院の整備

エイズ診療の拠点病院の機能として、エイズに関する総合的かつ高度な医療の提供があげられる。また、エイズ診療については常に新しい知見が報告されることから、拠点病院においては、情報の収集と地域の他の医療機関への情報提供及び地域内の医療従事者に対する教育を行う機能も期待される。

都道府県は、地域の実状を勘案しつつ関係機関と協議の上、エイズ診療拠点病院を選定・確保するとともに、地域のエイズ対策推進協議会を活用すること等により、拠点病院と地域の他の医療機関とのエイズ診療の連携システム及び教育・技術的支援システムを作ることが望ましい。

各都道府県に必要な拠点病院数は、エイズ患者数等とその将来予測により異なるが、エイズ患者等の交通の利便性を考慮し、各都道府県に2カ所以上整備する必要がある。さらに、この拠点病院については、地域の医療機関に周知するとともに、エイズ患者等にも明らかにすることが望ましい。

## 5 エイズ診療拠点病院のあり方

## (1) 総合的なエイズ診療の実施

エイズ患者には、全身症状や呼吸器症状、消化器症状、眼科的

症状、神経症状、悪性腫瘍等様々な症状が現れ、その対応が必要なことから、拠点病院において、総合的なエイズ診療を行うことが期待される。拠点病院においては、少なくとも拠点病院内の内科においてエイズ患者等の入院治療を行うことができる必要がある。さらに、拠点病院内あるいは他の医療機関との連携により、外科、皮膚科、精神科、眼科、産科、歯科等の協力が得られる体制を確保することが望ましい。

## (2) 必要な医療機器及び個室の整備

拠点病院においては、院内感染防止等の観点から、エイズ患者等の診療のための機器及び備品や、医療従事者を保護するためのゴーグル、手袋、マスク等やデイスポーザブルの器具等が整備されている必要がある。

また、重症の感染症、下痢、中枢神経障害のある重症のエイズ患者に対処するために、あるいは、エイズ患者等の心理的ストレスを軽減するために、エイズ患者等のための個室が整備されていることが望ましい。

## (3) カウンセリング体制の整備

エイズ診療において、患者やその家族へのカウンセリングは不可欠であるため拠点病院においては、カウンセリングの講習を受けた医師や看護婦等を合め、カウンセリングを行える体制をとることが望ましい。

## (4) 地域の他の医療機関との連携

拠点病院は、エイズ患者等の状況に応じて、地域の他の医療機関との役割分担・連携に努めるとともに、他の医療機関に対して教育・技術的支援を行う。

## (5) 院内感染防止体制の整備

拠点病院内においては、「HIV医療機関内感染予防対策指針」を参考とし、感染予防対策委員会を設置するとともに、医療器具や検査材料の取扱い、汚染物の処理、針事故等の汚染事故時の対処方法等について院内関係者に徹底を図ることが重要である。

## (6) 職員の教育、健康管理

拠点病院内においては、その職員に対し、エイズに関する学習会や講習会の開催に努めるとともに、希望する医療従事者に対して任意にHIV抗体検査を受ける機会を用意することが望ましい。

## 6 拠点病院に対する支援体制等

## (1) 地域の他の医療機関の役割

拠点病院がその本来の機能を発揮し、十分なエイズ診療を行うためには、地域の他の医療機関による支援が不可欠である。すなわち、地域の他の医療機関でも、適切なエイズ診療を行うとともに、拠点病院との連携に努める必要がある。

## (2) 医学情報支援体制

拠点病院が地域のエイズ情報提供機関として機能するために、国立病院医療センターにあるエイズ医療情報センターの機能拡充を図り、拠点病院に対する情報提供、情報交換を積極的に進める等の学術的支援を行う。

## (3) 国及び都道府県による支援

エイズに関する医療体制を整備するため、国及び都道府県は拠点病院に対して積極的に支援を行う。

## 7 むすび

エイズ診療の拠点病院の確保は、エイズ患者等が安心して医療を受けることができる体制を整備するうえで必要である。また、拠点病院がその機能を果たすためには、地域の他の医療機関との連携と地域住民の理解が不可欠である。そのため、国としても、エイズ拠点病院の整備が円滑に推進されるよう、最大限の支援を行い、我が国におけるエイズ診療の積極的な推進を図ることが望まれる。



## 資料1-1 拠点病院診療案内調査票（部分）

## 「診療の現況」の記入について

平成29年（2017年）の欄には前回のお問い合わせで提供いただいた数値が記入されています。平成29年の件数に空欄のある医療施設の方は、平成29年時点のデータを下記の条件に沿って記入してください（何卒ご協力お願い申し上げます）。  
訂正があれば赤字で二重線を入れていただいたのちその上に新しい数値をご記入ください。

## 1) 平成30年（2018年）HIV陽性者の新規受診者の状況

HIV感染者及びエイズ患者で

- ① 新規受診者の総数
  - ・ 他院から転院紹介例も含めた数。治療開始後、未治療問いません。
- ② 自院受診時に未治療だった患者の総数
  - ・ 自院初診時（他院からの紹介も含め）抗HIV療法開始前の人数。治療中断例は含みません。
- ③ エイズ発症者数
  - ・ 厚生労働省の基準によるエイズ発症者数を記入してください。
- ④ CD4数 200/  $\mu$  L未満の症例数
  - ・ 治療開始前の最下点（nadir）のCD4数が200/  $\mu$  L未満だった人数を記入してください。
  - ・ 追跡困難な場合、自院初診時の検査数値もしくは他院紹介状にあるCD4数が200/  $\mu$  L未満の症例としてください。

## 2) HIV陽性者の定期受診者数

HIV感染者及びエイズ患者で

- ① 定期受診者数
  - ・ 平成30年10月1日～平成30年12月31日までに、HIV感染症または後天性免疫不全症候群を確定傷病名として外来受診（+入院）件数（疑いは除く）を記入してください。  
例えば、電子カルテデータから機械的に抽出した件数で結構です。
  - ・ ほぼ同等数と思われる代替データがあればその件数でも結構です。  
例1 平成30年中の一定期間のデータから算出した年間定期受診者数  
例2 平成30年中のある1ヶ月間の定期受診者数の3倍
- ② 外国籍HIV陽性者の数
  - ・ 基準は「（日本人が渡航先で出産等を除き）外国で出生」した人としします。
  - ・ 実際のところ診療現場で全数の特定は困難と考えます。従って、今現在、各医療機関で「（日本人が渡航先で出産等を除き）外国で出生」、「在留カードを所持」「明らかに外国籍の人の名前」など外国籍と判断している（考えている）患者数を記載してください。
- ③ 血友病薬害被害者の数
  - ・ 抗HIV剤や製剤を定期的に主に自院で処方している受診者数を記入してください。

## 資料1-2 拠点病院診療案内調査票（部分）

## ④ 血友病薬害被害者のうち HCV 陽性者の数

- ・ 下のア)、イ) にあてはまる血友病薬害被害者の人数の合計を記入してください。
- ア) 現在 HCV 抗体陽性かつ HCV RNA が陽性的人数（現在 DAA による治療中で SVR12 を確認できていない被害者も含む）
- イ) かつて一度でも HCV RNA が陽性で、IFN、DAA 等何からの治療によって陰性となった人数

## ⑤ 15 歳未満の者の数

- ・ 平成 30 年 12 月 31 日時点で満 15 歳になっていない受診者数を記入してください。

## 3) 抗 HIV 療法

以下、該当する人数を、2) HIV 陽性者の定期受診者数の①定期受診者数を基にお答えください。

## ① 抗 HIV 剤の処方が開始された、再開された人数

- ・ 抗 HIV 療法が開始された、もしくは再開された人数を記入してください。治療期間は問いません。

## ② 抗 HIV 剤が処方されている総数（治療中的人数）（または②' 抗 HIV 剤が処方されていない人数）

- ・ ②または②' いずれかの数値を記入してください。
- ・ ②の場合、年末時点での治療中の患者の総数（処方期間を問わず）を記入してください。
- ・ ②の場合、ある 1 ヶ月の抗 HIV 剤の処方箋の数の 3 倍等、同等と思われる数字で代用していただいても構いません。
- ・ 年末時点で抗 HIV 剤が処方されていない人数の把握の方が容易であれば、②' にその人数を記入してください。

## ③ 明らかに治療失敗していると判断される人数

- ・ 抗 HIV 療法中であるがウイルス量が抑制されていないと臨床的に判断される人数を記入してください。治療開始後およそ半年以降の症例で検討してください。
- ・ ウイルス量を目安に治療失敗例をカウントされる場合、ウイルス量が 2 回連続して 200 コピー /mL 以上を示した時に治療失敗とみなしてください。
- ・ 一部の症例でみられるように良好な治療アドヒアランス下 1000 コピー /mL 未満で安定していて治療失敗ではないとする場合は治療失敗から除外してください。

## 4) HIV 陽性者の死亡者数

HIV 感染者及びエイズ患者で

## a) 年次死亡者数

## ① 年次別死亡者数

- ・ 自院にカルテがあり院内外を問わず死亡が確認できた人数を記入してください。
- 例 1 自院で死亡
- 例 2 合併症で他院入院または転院後に死亡
- 例 3 警察や他院からの照会で死亡を確認
- ・ 死亡日時が特定できない場合は、死亡を把握できた日時をもって死亡日としてください。

## ② 血友病薬害被害者数

- ・ 自院に定期通院中【2-③に該当】に死亡した人数を記入してください。血友病薬害被害者で死亡した方から上記の（例）の基準に従って検討してください。

## 資料1-3 拠点病院診療案内調査票（部分）

## b) 過去の死亡者の総数

## ① 過去の死亡者数（総数）

- 累計死亡者数（平成30年12月末までの過去全ての死亡者数）を記入してください。確認できている死亡者の総数で構いません。基準は【4-aの①】と同じです。

## ② 血友病薬害被害者数

- 自院に定期通院中【2-③に該当】に死亡した人数を記入してください。血友病薬害被害者で死亡した方から【4-a】の（例）の基準に従って検討してください。

## 5) HIV 陽性者の透析患者数

## HIV 感染者及びエイズ患者で

## ① 維持透析中の患者数

- 透析中の患者数をお答えください。
- 自院にカルテがある患者で維持透析中の患者数を記入してください。以下の例をすべて含みます。
  - ◇血液透析（維持）、腹膜透析（維持）
  - ◇腎移植後の管理（免疫抑制剤の処方など）
  - ◇自院では抗 HIV 剤の処方、自院で維持透析
  - ◇自院では抗 HIV 剤の処方、他院で維持透析
  - ◇自院では維持透析のみ実施
- 集中治療室での一時的な緊急透析を行った例数は含みません。

## ② 新規透析開始患者数（新規項目）

- ①のうち平成30年1月1日から12月31日までに新規に透析が導入された HIV 感染者及びエイズ患者の数を記入してください。可能であれば、平成29年についてもご回答ください。

## ③ 血友病薬害被害者数

- ①のうち血友病薬害被害者の数を記入してください。

**問い合わせ表(2)**でご回答いただいた病院情報は下記のようにアイコンで記載されます。

（救命、歯科、透析などの受入は各施設によって異なりますので、照会の際にご説明ください。）



救命救急が可能（数字は一次、二次、三次の区分は対応可能な最も高次の内容を表示します。）



歯科診療は、口腔外科を含み診療科の有無を記載しています。



透析導入が可能： 導入 維持透析が可能： 維持



感染防止対策加算があります。（数字は加算1、2の区分）



HIV 感染症の外来診療におけるチーム医療加算があります。



指定自立支援医療機関（免疫）の指定を受けています。



「身体障害者福祉法第15条」指定医師（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害）の指定医師がいます。

資料1-4 拠点病院診療案内調査票（部分）

## 拠点病院診療案内 2019-2020年版 掲載項目お問い合わせ票

病 院 名																							
住 所	〒	貴病院の主な診療科																					
電 話																							
FAX																							
URL																							
病 床 数	(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)																						
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	この部分の冊子での表示の説明は 8ページを参照してください。																					
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																						
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) 6ページの【「診療の現況」の記入について】をご参照ください。																							
1) 平成29年及び30年のHIV陽性者の新規受診者の状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成29年 (2017)</th> <th>平成30年 (2018)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>① 新規受診者の総数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>② ①のうちの自院受診時に未治療だった患者の数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>③ ②のうちのエイズ発症者数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>④ ②のうちのCD4数 200/μL未満の症例数</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				平成29年 (2017)	平成30年 (2018)	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								
	平成29年 (2017)	平成30年 (2018)																					
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 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017年</th> <th>2018年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>① 定期受診者数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>② ①のうち外国籍 HIV陽性者の数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>③ ①のうち血友病薬害被害者の数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>④ ③のうちHCV陽性者の数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>⑤ ①のうち15歳未満の者の数</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				2017年	2018年	① 定期受診者数			② ①のうち外国籍 HIV陽性者の数			③ ①のうち血友病薬害被害者の数			④ ③のうちHCV陽性者の数			⑤ ①のうち15歳未満の者の数					
	2017年	2018年																					
① 定期受診者数																							
② ①のうち外国籍 HIV陽性者の数																							
③ ①のうち血友病薬害被害者の数																							
④ ③のうちHCV陽性者の数																							
⑤ ①のうち15歳未満の者の数																							
3) 抗HIV療法 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017年</th> <th>2018年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>① 抗HIV剤の処方が開始、再開された人数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>② 抗HIV剤が処方されている総数(治療中の人数)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>②' 抗HIV剤が処方されていない人数(未治療者)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>③ 明らかに治療失敗していると判断される人数</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				2017年	2018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								
	2017年	2018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 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017年</th> <th>2018年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) 年次死亡者数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>① 死亡者数(年次毎の数)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>② ①のうちの血友病薬害被害者数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>b) 過去の死亡者の総数</td><td>2017まで累計</td><td>累計死亡者数</td></tr> <tr><td>① 過去の死亡者数(総数)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>② ①のうちの血友病薬害被害者数</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				2017年	2018年	a) 年次死亡者数			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	2017まで累計	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		
	2017年	2018年																					
a) 年次死亡者数																							
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	2017まで累計	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 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>2017年</th> <th>2018年</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>① 維持透析中の患者数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>② ①のうち新規透析開始患者数</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>③ ①のうち血友病薬害被害者数</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				2017年	2018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			③ ①のうち血友病薬害被害者数											
	2017年	2018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																							
③ ①のうち血友病薬害被害者数																							



## 資料2-1 いまできること調査

## 「いまできること」（現在対応可能な診療内容）リスト 記入のお願い

今年度も、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）をご回答いただきたく存じます。今年度、領域ごとに「すべて該当なし」のチェックボックスを作りました。今回、各施設の昨年度のご回答内容を「すべて該当なし」を含めて調査票に ☒ をいれさせていただきます。昨年度から変化があった部分があれば、赤の二重線で消していただいた上で新たに該当する項目に赤字で ☒ を記入してください。また、昨年度ご回答いただけなかったご施設については、ご教示いただきますようお願い申し上げます。

平成5年（1993年）、我が国で拠点病院を中心とした診療体制の整備が開始されて25年以上が経過しました。この間、抗HIV療法は劇的に進歩しました。また、各施設やそれぞれの地域におけるHIV感染症/エイズに関わる医療環境も大きく変化しています。

HIV感染症/エイズ診療の根幹である抗HIV療法の開始・維持・変更は、診療担当医の異動や退職により「いきなり対応不可」となる施設があります。地方では医師不足による診療科の廃止等により、HIV感染症以外の一般診療がそもそも地域の全患者に提供できなくなる施設もあります。また、地域の医療計画の中で、診療機能の特化により“慢性期”のHIV陽性者に関わる医療の全てに対応ができなくなる施設もあります。

これからのHIV感染症/エイズの医療体制整備のために重要なことは、施設や地域のHIV感染症/エイズに関わる医療への対応状況を可視化することと考えます。これにより、我々は行政と共に、それぞれの地域のHIV陽性者数や個々の医療・福祉必要度及び地域の医療・福祉資源にあわせたHIV感染症/エイズ診療体制の刷新を継続して行うことが必要です。

HIV感染症/エイズ診療体制の再構築のため、地域のHIV感染症/エイズ診療に関する医療資源や体制の現状を確認するための試みです。決して対応できないことを糾弾するものではありません。是非、率直にご回答いただきますよう、お願い申し上げます。

## 資料2-1 いまできること調査

**HIV 感染症 / エイズ関連.....すべて該当なし ☐**

- ☐ 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 感染症以外の一般診療.....すべて該当なし ☐**

- ☐ 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  
例：上気道炎、胃腸炎等の内科疾病への対応（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 感染症以外の疾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）

**地域の医療・福祉施設に対する支援機能.....すべて該当なし ☐**

- ☐ 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（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（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.....すべて該当なし ☐**

- ☐ 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.....すべて該当なし ☐**

- ☐ 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）。〕