

特集：新しいエイズ対策の展望

第一部：エイズ対策を巡る新たな方向性

エイズ医療の課題（2）：病診連携への期待及び可能性を探る

島田恵，岡慎一

国立国際医療センター エイズ治療・研究開発センター

Medical Care for HIV/AIDS-Expectation of Hospital-Clinic Cooperation

Megumi SHIMADA, Shinichi OKA

AIDS Clinical Center, International Medical Center of Japan

抄録

抗 HIV 療法の進歩によって HIV/AIDS 患者の予後は改善され、HIV 感染症は慢性疾患の 1 つとなった。HIV/AIDS 患者が治療と生活を両立させられることが医療の目標となるが、HIV/AIDS 患者は若く、ライフイベントが治療に関係することを考慮し、医療もライフスタイルの変化に対応していく必要がある。また、一部の専門病院に患者が集中していることによって、通院にかかる距離や時間が長くなったり、外来の診療までの待ち時間がかかったりするなど、患者の利便性を考慮した方策が求められているところである。

そこで病診連携への期待と可能性が本格的に検討されつつある。当センターでは 1999 年に、HIV/AIDS 患者の病診連携第 1 号を経験し、今後同様の患者ニーズが高まることを予測、2001 年から厚生科学研究の一環として、HIV/AIDS 病診連携推進のための調査を開始した。患者の受診に対する期待と不安、開業医の診療に対する懸念を調査し、それらへの対応を盛り込んで 2002 年に「HIV/AIDS 病診連携プロセス」を作成、2003 年から「HIV/AIDS 病診連携モデル事業」を開始した。また HIV/AIDS 患者の診療経験のある開業医ほど、今後も対応可能と回答していたことから、このようなプロセスをもって、患者が安心して受診できることが QoL 向上に有効であるのはもちろん、開業医にとっても第 1 例目となる HIV/AIDS 患者の診療経験が成功体験となるよう支援することが、地道ながらも確実な病診連携の拡大方法である。一方、連携後の評価として、患者の受診・治療状況とニーズの充足度等を調査した。いずれの患者も受診・治療継続されており、クリニック受診のきっかけとなったニーズは満たされていた。エイズ拠点病院等とクリニックとの医療連携を推進するため、2006 年より厚生労働省委託事業でエイズ予防財団に「医療連携推進協議会」が発足し、エイズ拠点病院等とクリニックとの医療連携を推進するため、「病診連携システムモデル事業」の実施や患者のニーズを踏まえた「医療連携の手引き書」を作成することが計画されている。「病診連携システムモデル事業」では、HIV 診療専門クリニック設置の可能性およびそのあり方について検討するため、2007 年 3 月にエイズ予防財団が「水道橋三崎町クリニック」を開設し、ACC 等病院との連携を開始したところである。さらに病診連携を推進するには診療報酬が効果的であり、今後はすでに産科領域で設定されている「医療連携加算」や、糖尿病等で検討されている「地域連携クリティカルパス加算」などでも算定対象に出来るよう検討が必要であろう。

キーワード： HIV/AIDS, 病診連携, QoL, 診療報酬

Abstract

Nowadays, HIV/AIDS is one of the chronic diseases. The patients can continue their treatment while having their own social life so that medical support for the patients under the HIV treatment should have more flexibility. ACC sent the first patient to a clinic for patient's convenience and more needs for Hospital-Clinic Cooperation were predicted. The Ministry of Health has launched several research projects to provide the patients patient-friendly care since 2001. In 2001, the research

“Concerns about HIV treatment among Home-Doctors” was done and as the result of this, “Process of HIV Medical Care Cooperation between Hospitals and Clinics” was issued in 2002. Thus, “Model Project of HIV Medical Care Cooperation between Hospitals and Clinics” began in 2003. In the investigation, we found that the more HIV treatment experiences the doctors had, the more patients they would accept. Therefore, it is very important to take a certain process to establish such cooperation not only for the patient’s QoL, but also for the home doctors. To evaluate whether the cooperation worked or not, one research was done and the result showed all patients had ever moved to the clinic from ACC still visited the same clinic and continued their treatment This meant their requirements for the clinic were satisfied. Since 2006, the Ministry of Health and AIDS Prevention Federation have organized “Discussion Group to Promote Medical Cooperation”. This discussion group published “Medical Cooperation Handbook” based on the results of “Model Project of Hospital and Clinic Cooperation System” and research of patients’ needs. As one of this model projects, HIV clinic named Suidobashi Misakicho Clinic, operated by AIDS Prevention Federation and ACC started on a trial basis in 2007. Besides, the idea of “Cooperation Fee” paid by the national insurance could be effective for expanding such cooperation nationwide.

Keywords: HIV/AIDS, hospital-clinic cooperation, QoL, medical fee

緒言

抗 HIV 療法の進歩によって HIV/AIDS 患者の予後は改善され (図 1), HIV 感染症は慢性疾患の 1 つとなった。他の慢性疾患と同様, 医療がめざすものは「HIV/AIDS 患者が治療と生活を両立させられること」であるのは間違いない。しかし HIV/AIDS 患者は, 他の慢性疾患患者と比べて若く (図 2), 進学, 転勤等の移動や就職, 結婚等のライフイベントが治療に影響することを考慮し, 医療側もライフスタイルの変化に対応する必要がある (図 3)。治療は患者が自分の人生を生きるための必要条件であり, HIV/AIDS 患者の QoL 改善には欠かせない。多剤併用療法 (Highly Active Anti-retroviral Therapy: HAART) によって HIV コントロールが可能となり, 政策医療によってエイズ拠点病院体制がつけられてから 10 年。これからの 10 年は, HIV/AIDS 患者が自分のライフスタイルに合わせて医療機関を選択できる環境を整備することが大きな課題の 1 つである。

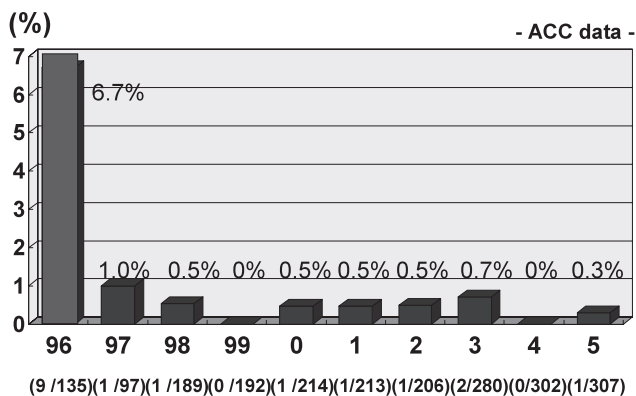


図 1 6ヶ月以上 HAART を受けていた患者がエイズ関連疾患で死亡した割合 - 対入院患者数 -
 自験例。HAART を 6ヶ月以上内服していた患者のうち, エイズ関連疾患で死亡する人数の入院患者における割合は, 1997年以降激減した。

当センターにおける病診連携のとり組み

1) 病診連携第 1 号の経験

1999年, 当センターに通院中の HIV/AIDS 患者からコーディネーターナース (HIV/AIDS Coordinator Nurse: CN)²⁾に「仕事が忙しくて受診するのが大変」と相談があった。前の病院からすでに 10 年近くの通院歴があり,

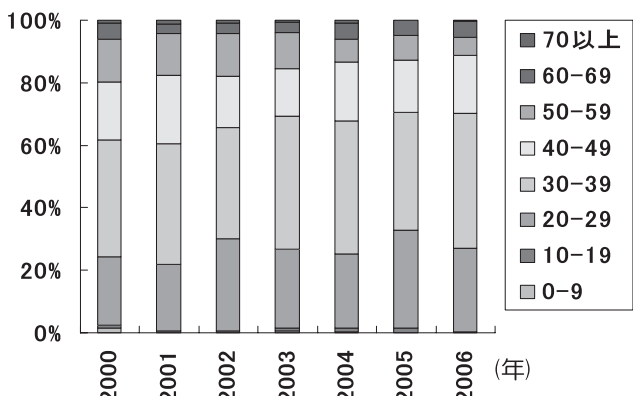


図 2 ACC 新規患者の年齢構成の推移
 自験例。年齢構成はほぼ変わらず, 20歳代, 30歳代, 40歳代の順に多い。

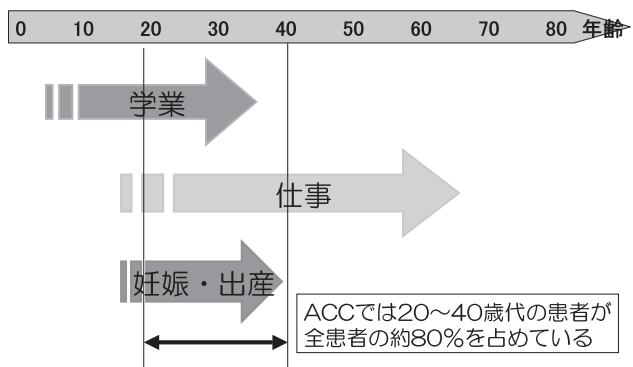


図 3 HIV/AIDS 患者の年齢とライフイベント
 患者の年齢層からライフイベントやライフスタイルの変更に伴って, 医療も継続できる環境が必要とされる。

アドヒアランスは良好で、免疫学的にもウイルス学的にもコントロール良好な状態であった。また、治療継続が自分の生活にとって基礎になることを十分理解しており、それ故の相談であった。主治医と検討し、受診利便性を改善する目的で、開業医への紹介を試みることとなった。CNは開業医に関する要望を患者から聞き取り、職場近くのエリアであるA医師会の情報からB開業医を選出し、電話をした。HIV/AIDS患者を紹介したいこと、患者の状態、開業医に依頼したいこと、こちらの協力体制などを説明した。B医師はご自分にできること、できないことを我々にお伝えになり、「その範囲でそちらと患者さんの希望に添えるのであれば診ましょう。入院が必要な時にはよろしく。」と受け入れを快諾いただいた。その後、月1回の診察、検査、処方B開業医に、半年に1回の診察、検査は当方で、という病診連携が実現した。

これは当センターにおける連携例であり、チーム編成によってはMSW、医師、看護師などが連携の窓口となっている。

2) HIV/AIDS 病診連携モデル事業へ

その後、治療を継続するための通院利便性の改善に関する相談やニーズが徐々に増えたため、病診連携第1号の経験を踏まえ、2001年から厚生科学研究の一環として、HIV/AIDS 病診連携推進のための調査を開始した。まず患者が開業医受診を希望する際の期待と不安や、開業医がHIV/AIDS患者の診療にどのような懸念をもっているかを調査し¹⁾(図4)、それらへの対応を盛り込んで2002年に「HIV/AIDS 病診連携プロセス」(図5)²⁾を作成、2003年から「HIV/AIDS 病診連携モデル事業」を開始した。プロセスのポイントは、1) 患者のクリニック受診に対する希望確認と2) 患者はクリニック受診可能な状態であるかのアセスメント、3) 患者受け入れ前の開業医側の準備支援と4) 受け入れ後の開業医、患者双方に対するフォローアップである。このような連携を通じ、HIV/AIDS患者が

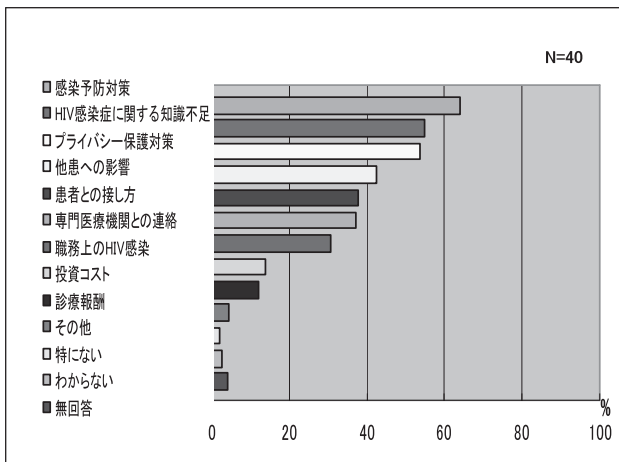


図4 開業医のHIV診療上の懸念
A医師会対象のアンケート調査。感染予防対策64.0%、HIV感染症に対する知識不足54.9%、プライバシー保護対策53.7%の懸念がみられた。

安心して受診継続できることはもちろんであるが、過去にHIV/AIDS患者の診療経験のある開業医ほど、今後も対応可能と回答していることから(図6)、開業医にとって受け入れ1例目となるHIV/AIDS患者の診療経験が、成功体験となるよう支援することが、地道ながらも確実な病診連携の拡大方法と考えられる。

3) 病診連携後の評価

病診連携後は、患者が定期的を受診し、治療効果が継続していること、そして診療所への通院を希望した患者のニーズが充たされ、慢性疾患患者としての医療環境が改善されたことが重要である。そこで、連携後の患者を対象に受診・治療状況と期待の充足度、不安の解消度等を調査した。患者の期待には、受診利便性やプライバシー保護の向上が、不安にはプライバシーへの配慮、感染予防対策(注:開業医がきちんと予防策をとってくれるかという不安)、開業医が専門医ではないことによる診療に対する信頼性があげられた³⁾。また、2000年から2005年6月までの当センター新規受診患者1005名中、患者の希望により他医療機関へ紹介したのは57名、約6%で、希望理由は「自

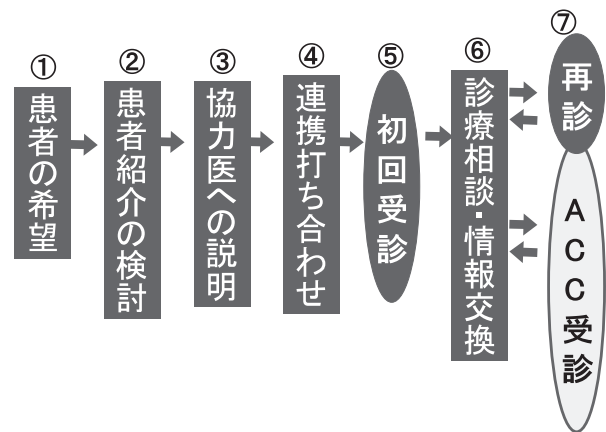


図5 HIV/AIDS 病診連携プロセス
ポイントは1) 患者のクリニック受診に対する希望確認、2) 患者はクリニック受診可能な状態であるかのアセスメント、3) 患者受け入れ前の開業医側の準備支援、4) 受け入れ後の開業医、患者双方に対するフォローアップである。

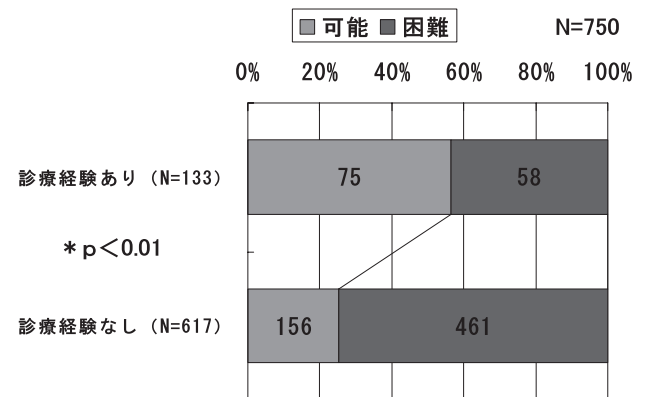


図6 HIV/AIDS患者の診療経験と診療可否
過去にHIV/AIDS患者の診療経験があるほど、今後も診療可能と回答している。

宅・勤務先近くの受診先希望」「土曜・夜間診療希望」が全体の60%を占めていた⁴⁾。これら期待は、開業医受診によってかなえられ、不安も解消されていたものの、唯一、「開業医が専門医ではないことによる診療に関する不安」は依然残っていた。

これは連携初期（半年から1年）の段階では払拭困難と考えられ、今後、開業医受診が継続される中で、徐々に改善が期待される。また、開業医を6ヶ月以上継続して受診していた患者は、概ね自分のCD4数とウイルス量を把握しており、開業医との良好なコミュニケーションのもと、開業医の利便性を活用し受診継続していた⁵⁾。この結果から、HIV/AIDS患者のアドヒアランス低下を防ぎ、治療成果が維持でき、上記のような患者の診療に関する不安を改善するためには、1) HIV/AIDS患者が協力医とコミュニケーションをとりつつ、自分のデータを把握し、クリニックの利便性を活用して受診継続できるような患者-開業医関係があること、2) 開業医とデータを供覧して確認したり、開業医にアドヒアランスの確認方法等について説明したりできる開業医-専門医関係があること、3) HAARTの副作用や合併症のコントロールのために、HIV/AIDS患者が開業医と専門医を適切にかかり分けできる患者-開業医-専門医関係のあることが必要と考えられる。これらは、他の慢性疾患における病診連携においても同様に指摘されている。

病診連携の新たな取り組み — HIV/AIDS 専門クリニック —

1) エイズ医療連携推進協議会

厚生労働省の委託事業による「エイズ医療連携推進協議会」は、エイズ予防財団が2006年から2年間実施するもので、エイズ拠点病院等とクリニックとの医療連携を推進するため、「病診連携システムモデル事業」や患者ニーズ調査を通じて連携のあり方を検討するとともに、その成果として「医療連携の手引き書」を作成、普及を図ることを目的としている。委員は医師会、薬剤師会、地元自治体、都内主要拠点病院、ACC、NPO、厚生労働省により構成されている。

2) 病診連携システムモデル事業

このモデル事業を通じて、1) HIV診療専門クリニック（エイズ診療のみ行う）設置の可能性およびそのあり方、2) 既存の一般診療クリニック（他疾患中心でエイズ診療も行う）を活用しつつネットワーク利用した場合のあり方の2つを検討する。2) については、都内ですでにHIV/AIDS患者の診療実績のあるクリニックや厚生科学研究における当センターでのとり組み例がある。一方、1) については、HIV診療専門クリニックとして2007年3月にエイズ予防財団が開業した「水道橋三崎町クリニック」を開業し、ACC等病院との連携を開始している。このクリニックで診療にあたる医師（3名）、看護師（3名）は、ともにHIV診療、ケア経験があり、火、木、土の週3日、

患者の受診利便性を考慮して平日夜間と土曜日の診療を行う。受診患者は病院からの紹介が基本で、1) HAART開始前で治療を要する合併症・併存疾患がない患者への定期診察、または2) HAART開始後の免疫レベルやHIVコントロールが安定している患者への定期診察、処方を中心としている。HAART開始が近くなる（目安はCD4数350/ μ lを下回り始めた時期）と、開始前の患者教育等の各種準備から開始後初期の副作用確認までの時期を、紹介元の病院に通院して行う。HAART開始後6ヶ月以降の評価により、治療が安定したと判断された場合には、再びクリニックへの通院に戻ることを検討する。こうして、クリニックと病院を上手にかかり分け、治療と仕事や学業などの生活との両立を支援しようというとり組みである。この専門クリニックと病院との連携経験をもとに、一般開業医と病院との連携へと発展できれば、患者QoL改善が一層期待できる。

エイズ医療連携の推進を後押しする条件

開業医受診のニーズがあるHIV/AIDS患者一人ずつについて、病院側から丁寧な連携を行う事により病診連携を拡大していく地道なとり組みに加え、診療報酬が設定されることにより、開業医におけるHIV/AIDS患者の受け入れが進むことは想像に難くない。すでに産科領域では診療報酬上に「医療連携加算」が設定されており、糖尿病等では「地域連携クリティカルパス加算」が検討されている。これは、医療の難易度や内容によって開業医と病院との役割分担をすすめて、それぞれの特徴を生かして効率よい医療提供を目指すものである。産科では、地域で大小の医療機関が連携し、出産前は診療所で、分娩や異常時は設備の整った病院で役割を分担し、40歳以上の初産や早産（妊娠22～27週）などの「ハイリスク分娩」を扱った場合、役割分担した大小の医療機関に診療報酬がつく仕組みになっている。一方、検討されている「地域連携クリティカルパス加算」については、例えば糖尿病の場合、治療導入時やコントロール不良時の患者教育は病院で、日常の診察やインシュリン処方はクリニックでという役割分担を、パスを用いて継続することに加算される仕組みである。

これらの先行例にならない、エイズ医療においても新しい診療報酬のしくみが検討できないだろうか。HAART開始前の治療計画立案や患者教育は病院で、まだHAART開始の必要ない患者やHAART開始後、免疫レベルやHIVコントロールが良好な患者の診察、処方は開業医でという役割分担が可能である。このような連携に診療報酬加算が設定されれば、連携推進に効果的と考えられる。しかしもちろん忘れてはならないのは、患者が安心して通院でき、治療が継続されることであり、そのために連携の仕組みをしっかりと作りあげることが急務である。

注) コーディネーターナース：主治医とともに患者担当制で患者の療養支援を専門に担当する看護師で、現在ACC

に8名, ブロック拠点病院8施設に18名が勤務している。

参考文献

- 1) 島田恵. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」(主任研究者:木村哲)平成15年度総括研究報告書. 2006. p.382.
- 2) 島田恵. HIV/AIDS患者の療養継続への支援システムに関する研究. 厚生労働科学研究費補助金「HIV感染症の医療体制の整備に関する研究」(主任研究者:木村哲)平成16年度研究報告書. 2007. p.173-205.
- 3) 島田恵, 武田謙治, 福山由美, 山田由紀, 大金美和, 池田和子, 岡慎一, 木村哲. HIV/AIDS病診連携モデル事業による療養継続支援のための条件の検討; その
2. 第18回日本エイズ学会学術集会; 2004.12.9-11; 2004. 同学会講演抄録集. p.444.
- 4) 武田謙治, 島田恵, 池田和子, 大金美和, 山田由紀, 畑中祐子, 石垣今日子, 岡慎一, 木村哲. エイズ治療・研究開発センターから国内他医療機関に紹介した連携事例の背景と療養継続支援の検討. 第19回日本エイズ学会学術集会; 2005.12.1-3; 2005. 同学会講演抄録集. p.329.
- 5) 武田謙治, 矢野麻子, 島田恵, 池田和子, 大金美和, 山田由紀, 畑中祐子, 石垣今日子, 井上誉子, 岡慎一. 当センターから一般医療機関に紹介した HIV/AIDS患者の受診状況調査. 第20回日本エイズ学会学術集会; 2006.11.30-12.2; 2006. 同学会講演抄録集. p.333.