

構成員、専門委員及び 研究代表者からの提言等

目 次

- 1 エイズ医療体制の現状と課題、それをふまえた提言・・・・・・・・・・ 1
（岡構成員提出資料）
- 2 エイズ診療におけるブロック拠点病院から見た
医療体制に関する課題および提言・・・・・・・・・・ 3
（白阪専門委員提出資料）
- 3 エイズ中核拠点病院から見た医療体制上の課題・・・・・・・・・・ 9
（味澤構成員提出資料）
- 4 厚生科研「医療体制」班における分担（看護）の立場から・・・・・・・・ 16
（島田恵（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 看護支援調整職）提出資料）
- 5 「医療体制」に関する現状、課題、提言・・・・・・・・・・ 18
（長谷川構成員提出資料）
- 6 「医療の提供」「研究開発の推進」について・・・・・・・・・・ 21
（大平構成員提出資料）
- 7 「H I V陽性者歯科診療に関する現状認識、問題点等」
ならびに「課題克服班でのH I V陽性者歯科診療の取組」・・・・・・・・ 24
（厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
研究分担者 前田憲昭（医療法人社団皓歯会）提出資料）
（厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業
研究分担者 中田たか志（中田歯科クリニック）提出資料）
- 8 「H I V／H C V重複感染者の肝硬変（に対する肝移植）」に関する資料・・・・・・・・ 33
（兼松構成員提出資料）
- 9 H I V／A I D S患者の長期療養と在宅療養における課題について・・・・・・・・ 41
（島田恵（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 看護支援調整職）提出資料）
- 10 抗H I V療法に伴う心理的負担、および精神医学的介入の必要性
に関する研究・・・・・・・・・・ 43
（白阪専門委員提出資料）
- 11 H I V感染予防対策の効果に関する研究・・・・・・・・・・ 49
（池上構成員提出資料）

エイズ医療体制の現状と課題、それをふまえた提言

ACC 岡 慎一

(Aの番号(課題)とBの番号(提言)が対応しています)

A. 現状と課題

1. ACC—ブロッカー中核—拠点病院のシステムの中で、均霑化を目指した講習会・研修会が、活発に行われており、多くの病院でH I V診療のレベルアップが認められる。
2. ブロックレベルへの患者集中が見られる。
3. 拠点病院の中にも、積極的なところとそうでないところの2極化が進んでいる。
4. H I Vを積極的に見ている病院においても、診療担当医に任せきりで、医師の孤立化、負担増が問題になっている。この点は、障害者自立支援法に依存した医療システムにも問題が生じている。医師一人に任せられてしまっていた場合、その医師が移動・退職などでいなくなると、翌日から処方医不在となってしまう事例が少なくない。
5. H I V診療が外来を主体とした慢性期疾患に移行している。この点を理解した医療システムの構築が必要である。
6. 患者の高齢化や、エイズ発病後の後遺症などで若いにもかかわらずねたきりとなった患者も少しずつ増加している。しかし、多くの拠点病院がその地域での急性期病院であるため、慢性期に入った入院患者の対応に問題が生じている。

B. 提言

1. 一極集中緩和のためには、継続的な均霑化の推進も不可欠で、研修・講習の継続が必要。
2. 患者集中を緩和するためには、医療連携・病診連携の推進が必要であり、そのためには、診療点数においてチーム医療加算の更なるインセンティブが必要。小児科や産科などが参考になる。最低限、中核拠点においてチーム加算が算定できるよう、中核拠点コーディネーターナースを養成できるよう提言する。
3. 拠点病院の見直しが必要。この場合、拠点病院にすべてを求めるのではなく、拠点病院の実績、意欲、機能(専門性)を勘案に入れ、複数の病院で1ブロックレベルを満たす、機能に応じた連携ができるようにする。
4. 自立支援法に規定された処方医の基準を緩和する事も検討課題である。医師の養成は、重要であるが、短期間に達成できるものではない。また、近年の医師不足もあり、H I V専門医を育てる事は容易ではない。処方に関する基準を個人の医師の実績でなく、病院での診療実績で代用できることなどは一案である。
5. 慢性疾患の治療は外来診療主体であるため、夜間や休日診療を行っているクリニックなどの活用も重要になってくる。これにより、安定期患者の社会復帰が促進される。

この推進のためには、大病院に付加されているチーム加算だけでなく、拠点病院との連携加算のような個人レベルのクリニックに対するインセンティブが不可欠。

6. 慢性期病院や養護施設との連携を推進するためには、それら施設における医療費問題が存在する。急性期病院でそれら患者を抱えるより、慢性期の施設で十分な医療を提供する方が、患者本人、及び、医療経済学的にも効率的であろう。現状では、それら施設のボランティア的な意思に頼っている部分があるが、この点も慢性期H I V加算など医療費面で改善するための仕組みが必要である。また、いきなりエイズ等で後遺症を残した 40 歳以下の若い患者の場合、介護保険等の既存の制度ではカバーされず、これら制度の適応拡大を検討することも必要である。

エイズ診療におけるブロック拠点病院から見た医療体制に関する課題および提言

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター 白阪琢磨

はじめに エイズ動向委員会の報告によると、HIV感染者、エイズ患者いずれも新規報告者数は年々増加を続けており、医学の進歩によってHIV感染症は慢性疾患となった今、診療が必要な患者が蓄積し、患者のニーズも変化してきており医療体制の構築と整備が必要である。以下、近畿のブロック拠点病院としての医療体制の課題と提言を述べる。

1. 当院の診療状況における課題と提言 当院は平成8年にエイズ診療における拠点病院に、平成9年には近畿ブロックのエイズ診療におけるブロック拠点病院に選定された。これまでの累積患者数は2000名を超え、最近では毎年200名を超える新規患者の受診が継続している。患者内訳を表-1に示した。初診患者は若者が多いが長期の加療が必要であるので年齢分布は幅が広く成ってきている。医学の進歩により当院の死亡者数は約60名であり、多くが治療で良好な健康状態を維持しているものの、エイズ発症時の重症の後遺症（PMLやHIV脳症などによる重度の高度中枢神経障害および運動機能障害、CMV網膜炎による失明）を抱える患者も少なからずあり、施設等の受け入れ先が見つからず急性期病院にとって大きな負担と成っている。さらに長期加療での副作用や種々の合併症（精神科領域、歯科、腎透析等）への対応、加齢に伴う高齢者対策が必要となってきた。現時点ではACCやブロック拠点病院等が担っているが（文献1）、拠点病院等だけの対応には数的、質的な限界が来ていると考えられる。HIV感染者での針刺し等暴露に対しては予防内服法も確立しており（文献2）、昨年には労災給付の対象とされた。HIV感染者・AIDS患者の診療はHIV感染症に専門的なものと、そうでないものとに大別できる。抗HIV療法の導入や重症のAIDSの治療には拠点病院での専門的医療が必要と考えるが、例えば、HIV感染者の花粉症、アトピー性皮膚炎、消化性潰瘍、急性虫垂炎の治療等はHIV感染症の専門的病院で無くとも診療可能であるので、拠点病院との連携の元、一般病院でもHIV感染者の診療が実施されるように強く望む。実際、近畿圏内で実施したアンケート結果でも、118施設が可能、病状により可能等との回答があり、今後の連携が必要と考える。

2. チーム医療における課題と提言 HIVは脆弱性の高い人に拡がると言われている。医療上も若者やMSMなどへの対応が必要であるが、心理的、社会的、経済的、精神的困難を抱えている例が多い。現在の治療は抗HIV薬の多剤併用療法を適切に長期継続する事が必要であるので、これらの困難の解決あるいは改善が治療に不可欠である。そのため、HIV診療は医師、看護師、薬剤師、臨床心理士、メディカルソーシャル・ワーカーらの多職種によるチーム医療の実践が必要である（文献3）。今、多くの分野で医師の育成と確保が困難であるが、HIV感染症の分野でも同様である。薬剤師に専門あるいは認定薬剤師の制度がある様に、看護師等のHIV医療における資格化が望まれる。

3. 自治体の課題と提言 福祉も含めた医療体制の構築には自治体の調整が求められるが、調整が困難な事例が少なくない。医療体制構築をはかる上で、中核拠点病院会議（拠点病院、協力病院等、自治体、関係者）の定期的実施と自治体の継続性が必要と考える。

4. 受診前相談の有用性について 当院では2007年からHIV担当MSWが受診前相談を開始し、毎年10名程度の相談がある。利用者の多くは医療になじみがない、あるいは経済的問題を抱えており相談がなければ受診の遅れあるいは医療機関に繋がらなかった可能性もあったと考えられる。無料匿名での本相談の必要性は高いと考えた。所要時間は1回あたり平均約30分（電話10～20分、面接30分～60分）であった。

5. 厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」班の研究分担者からの意見と提言

1) 各職種の育成と確保のためにも専門性を促す見地から指針の薬剤師に専門薬剤師を追加。

2) 第1条、第一項の病状変化等の任意報告を「義務化」へ

3) 研究者の育成に関して 現在の指針では第四条中に軽く「関係各方面の若手研究者の参入を促すこと」としか触れられておりませんが第三条の「人材の育成と活用」のように独立した項目として研究開発をささえる人材育成の重要性を謳っていただきたい

4) 日常生活を支援するための保健医療サービスと福祉サービスの連携強化については、第三医療の提供 — 総合的な医療提供体制の確保 の6に統合させてはどうか

第三 医療の提供 — 総合的な医療提供体制の確保

6. 療養継続と日常生活支援のための体制整備と連携強化

患者の療養期間の長期化に伴い、各地域において患者・家族等の主体的な療養環境の選択への意思を尊重し、個別の身体的心理的社会的状況に鑑みた支援を行うための体制を整備していくことが重要である。そのためには、医療機関においてはソーシャルワーカー（社会福祉士）やカウンセラーを含むチーム医療体制を強化すること、また地域においては在宅・福祉サービスの充実を図ると共に、保健医療サービス提供者と国、地方自治体、サービス提供事業者、NGO等（ピア・カウンセリングやセルフヘルプグループ等を含む）の連携を強化し、患者等が必要なサービス・支援を活用し、安心して療養継続と日常生活が営めるように努めることが重要である。

5) 前文に「市民の参加」を加えてはどうか

（案）こうした状況を踏まえ、今後とも感染の予防及びまん延の防止を更に協力を進めていくことが必要であり、そのためには国と地方公共団体及び地方公共団体相互の役割分担を明確にし、正しい知識の普及啓発及び教育並びに保健所などにおける検査・相談体制の充実を図ること、一方で、地域におけるケア・療養環境を市民と共に整備することにより、感染の早期発見

や予防に繋がるための戦略を立て、実行することが重要である。そのためには、国、地方公共団体、医療関係者、患者団体を含む非営利組織又は非政府組織（以下「NGO等」という。）、海外の国際機関等との連携を強化して、各地域の実情に即して重点的かつ計画的に取り組むことが必要となる。

文献1 白阪琢磨 特集：新しいエイズ対策の展望 第1部：エイズ対策を巡る新たな方向性 エイズ医療の課題81)：ブロック拠点病院によるチーム医療体制の現状と課題 J. Natl. Inst. Public Health, 186-191, 56(3):2007.

文献2 抗HIV治療ガイドライン（平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」）

文献3 HIV診療における外来チーム医療マニュアル（平成21年度厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業「HIV感染症及びその合併症の課題を克服する研究」）

当院を受診したHIV感染症患者の累積数の内訳（1902名。平成22年10月末現在。）

初診時年齢別の感染経路内訳（平成22年10月末現在）

	血液製剤 由来	異性間	同性間	薬物	母子感染	その他	合計
0-19歳	9	1	22	0	1	2	35
20-29歳	27	61	421	0	0	10	519
30-39歳	32	119	581	2	0	30	764
40-49歳	13	70	229	2	0	26	340
50-59歳	4	51	96	1	0	16	168
60歳以上	1	18	47	0	0	10	76
合計	86	320	1396	5	1	94	1902

性別

	人数	%
男	1807	(95.0 %)
女	95	(5.0 %)
合計	1902	(100.0 %)

初診時病期

	人数	%
HIV	1417	(74.5 %)
AIDS	485	(25.5 %)
合計	1902	(100.0 %)

紹介元内訳

一般医療機関	840	(44.2 %)
拠点病院	405	(21.3 %)
他ブロック拠点病院	48	(2.5 %)
ACC	31	(1.6 %)
保健所	278	(14.6 %)
献血	45	(2.4 %)
NGO	98	(5.2 %)
その他	156	(8.2 %)
不明(入力なし)	1	(0.1 %)
合計	1902	(100.0 %)

初診時居住地別内訳

近畿ブロック	1812
大阪府	1405
大阪府以外	407
関東甲信越ブロック	32
北海道ブロック	0
東北ブロック	1
北陸ブロック	3
東海ブロック	14
中国・四国ブロック	21
九州ブロック	3
海外	2
不明	14
合計	1902

近畿ブロック中核拠点病院の課題

- 1、患者数増加に対応困難
マンパワー不足、専任でなく、他の業務が多忙
院内の協力が得られない
- 2、長期療養が必要な症例の受け入れ先がない
 - 診療経験が乏しいことへの懸念
 - 在宅療養支援をやりやすい体制にできないのか？
 - ⇒開業医・訪問看護ステーションへのバックアップを行政面からできないか？
 - 抗HIV薬は高額であり在庫を抱えるリスクはある。その一方でメリットがない。
 - 長期療養施設をもつ病院を協力病院にできないか？
- 3、HIV診療は専門性が必要
ブロック拠点や中核拠点病院へ集中
一般医療の需要が増加しているが、すべてに対応することが困難
(歯科、透析、精神科・・・)

近畿ブロックのHIV感染者の一般医療の診療についての研究

【目的】

HIV感染者の一般医療に関する診療体制の構築

【方法】

近畿圏の100床以上の入院病床を有する施設に「HIV診療に関するアンケート調査」を実施した。

【調査項目】

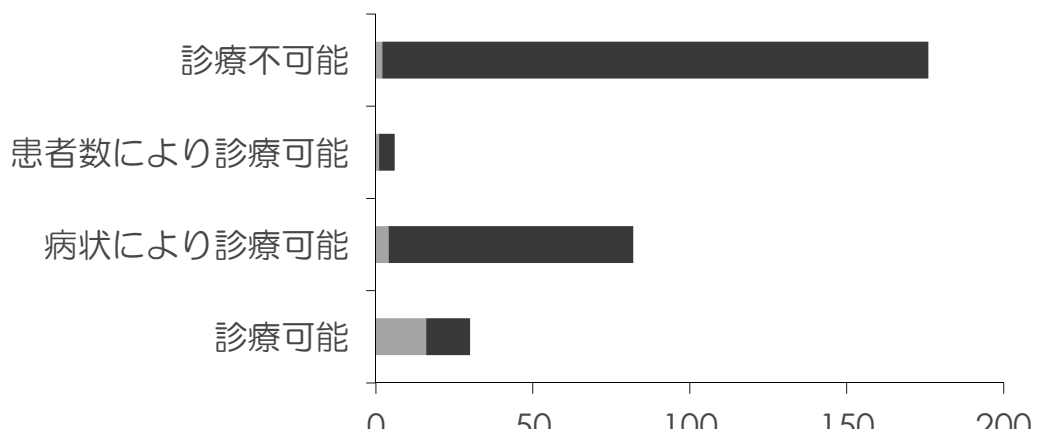
HIV患者の診療経験の有無
今後のHIV患者の診療が可能かどうか
不可能な場合の理由とその対策
術前や観血的処置の前にHIV抗体検査を実施しているかどうか、
HIV針刺しに関する対応マニュアルがあるか

【アンケートの発送総数】	848通
【回答数】	294通
【回収率】	35%
【回答者の職種】	82%が医師

拠点病院以外でも
HIV診療は可能か

今後のHIV陽性者の診療が可能かどうか？

n=294



6割が診療不可能
4割は病状や患者数により診療可能と回答

今後のHIV陽性者の診療が可能であるという回答と関連のある要因

要因	合計	診療		p*
		可能	不可能	
回答内容	293	118	154	
HIV陽性者の診療経験がある もしくは過去に診療経験がある	113	74	39	<0.001
HIV陽性者の診療を行う上で問題となったことある	54	35	19	0.37
HIV針刺しに関する対応マニュアルが有る	206	99	107	<0.001
針刺し事故後の対応を知っている	219	96	123	0.03

- HIV診療の専門医の育成
- 診療経験を増やすための工夫
- HIVの針刺し後の予防薬内服など感染対策の整備

*Chi-square test

厚労省の通知によるとエイズ中核拠点病院の機能としては

1. 高度な HIV 診療の実施
2. 必要な施設・設備の整備
3. 拠点病院に対する研修事業及び医療情報の提供
4. 拠点病院等との連携の実施

があげられている。

多くの中核拠点病院ではこれらの機能を十分有しているものと思われる。現在 HIV 治療の進歩とともに、HIV 感染者の余命は著明に改善している一方、さまざまな合併症が生じている。特に 1.高度な HIV 診療の実施に含まれる「全科による診療体制を確保すること」が重要と思われる。

2008 年に 42 中核拠点病院から他科受診に関するアンケートを取った。これによると中核拠点病院では、他科の受け入れはおおむね良好で（図 1）、外科手術（図 2）、精神科対応（図 3-4）、出産などの対応（図 5-6）は十分可能である。一方、31 パーセントの中核拠点病院は維持透析ができず、維持透析先の確保が重要と思われる（図 7）。

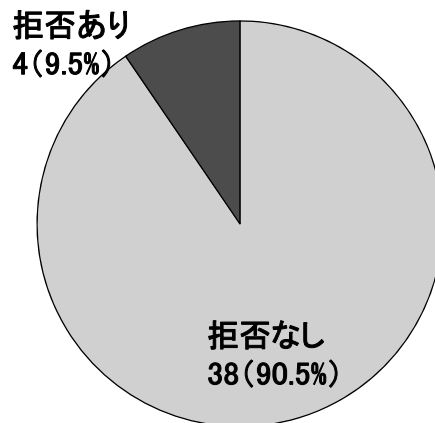
また当院での死因の変化をみると最近 7 年間では非 AIDS 指標悪性腫瘍の増加が目立つ。今後がん治療医との連携も必要と思われる（図 8）

同通知における都道府県の役割としては

1. 良質かつ適切な HIV 医療を提供する中核拠点病院の選定
2. 中核拠点病院が設置する連絡協議会運営への積極的関与
3. 中核拠点病院や拠点病院の診療の質の向上を図るための研修計画策定
4. 患者等に対する歯科診療確保のため、診療協力歯科診療所との連携推進があげられている。

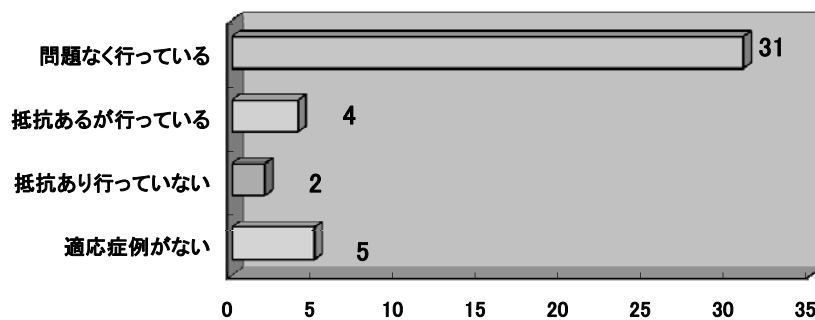
2008 年当院 HIV 感染者の歯科診療に関するアンケートを取ったが、これによると HIV 感染者は HIV 判明前 5 年以内に 72.8 パーセントが歯科診療を受けた（図 9）。また HIV 判明後も 68.9 パーセントが歯科診療を受けた（図 10）。うち 60 パーセントは当院および紹介歯科を受診したが、約 40 パーセントはそれまでのかかりつけや新規歯科を受診した（図 11）。その中で 20 パーセントしか HIV 感染を歯科に告げることができなかった（図 12）。これらのことから歯科には HIV 判明前の受診を考慮して標準予防策を推進すること、および HIV 判明後に紹介できる歯科ネットワークの充実をはかる必要があると思われる。

図1 過去5年間で院内他科に紹介して拒否されたことがある



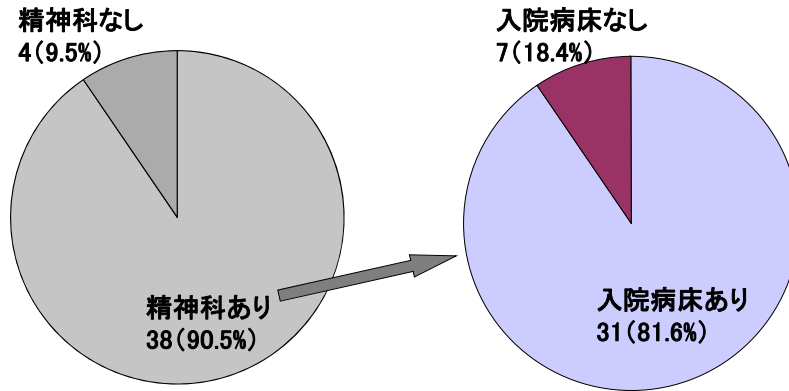
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図2 外科手術は問題なく行えているか



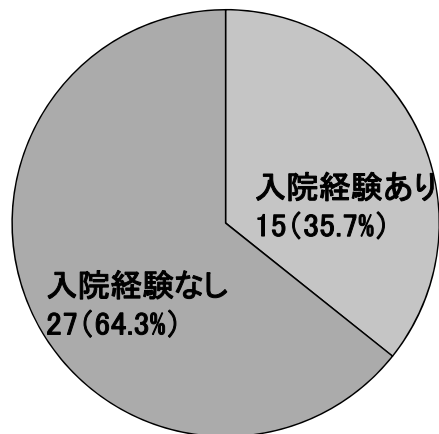
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図3 【院内に精神科はあるか】 【精神科入院の病床】



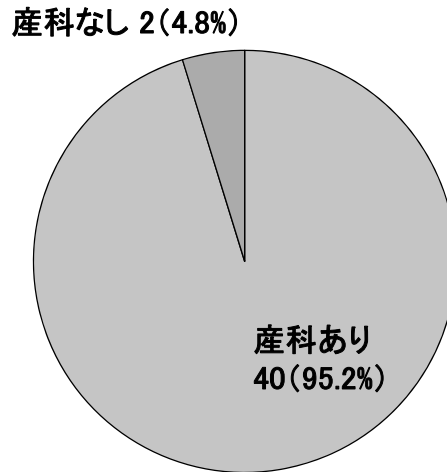
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図4 精神科への入院症例の経験はあるか



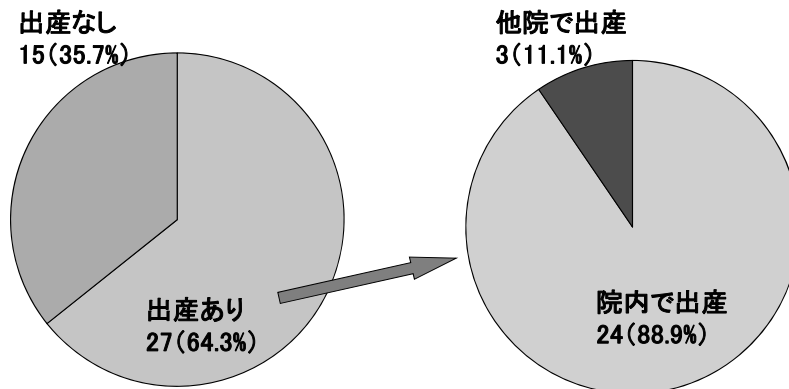
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図5 院内に産科はあるか



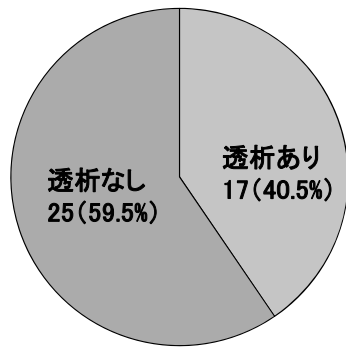
今村顕史 第22回日本エイズ学会

図6 【通院中患者の出産経験】 【出産した病院】

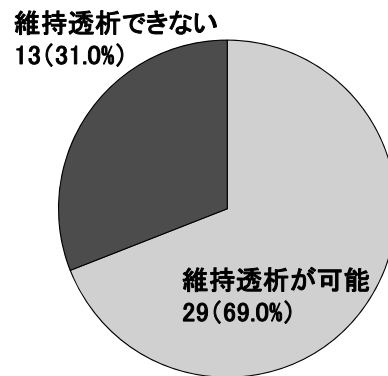


今村顕史 第22回日本エイズ学会

図7 【透析導入の経験】



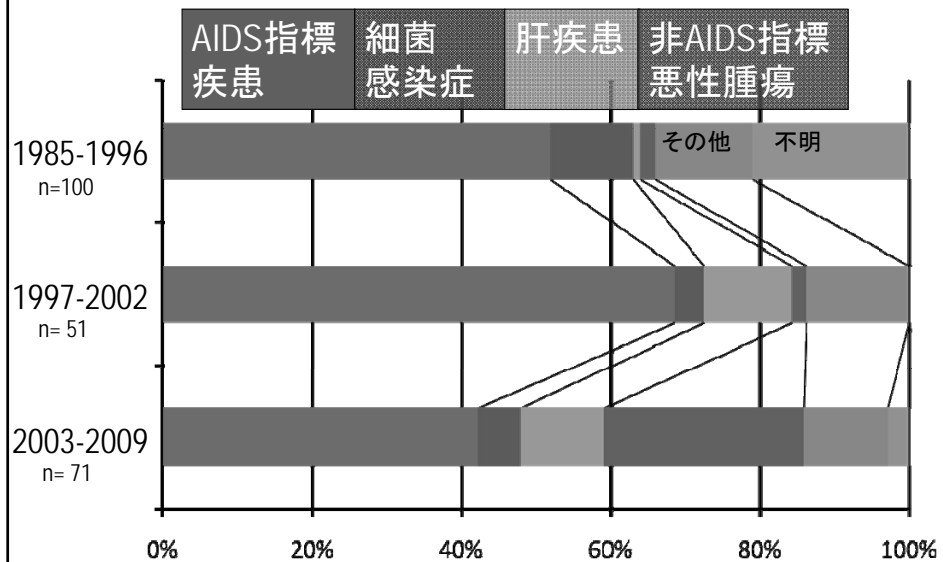
【院内での維持透析】



今村顕史 第22回日本エイズ学会

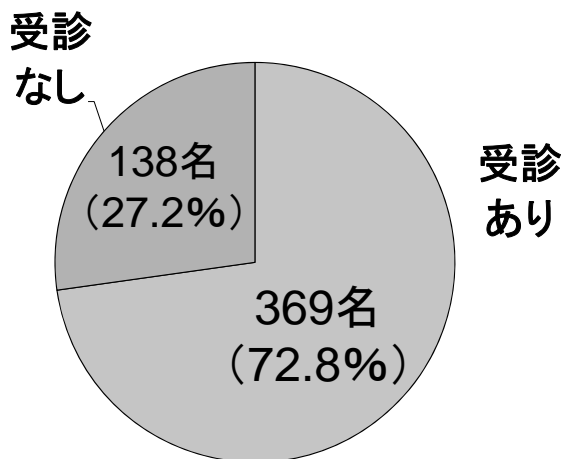
図8 死因の変化

2009年駒込病院



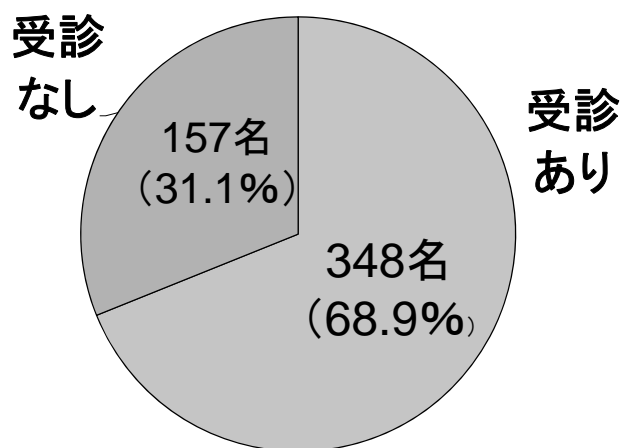
味澤篤 第24回日本エイズ学会

図9 当院初診前の5年以内に歯科受診があったか



村松 崇 第22回日本エイズ学会

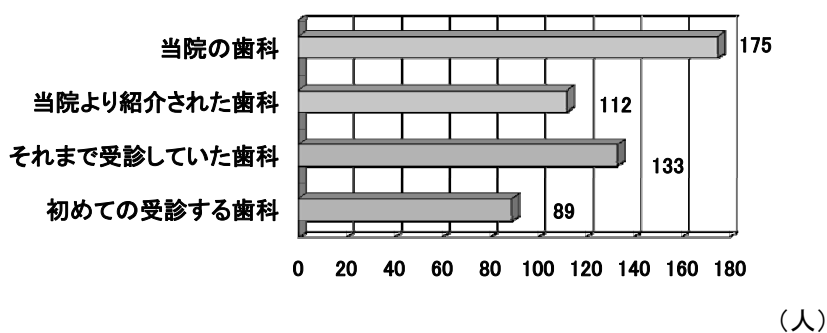
図10 当院初診以降に歯科受診があったか



村松 崇 第22回日本エイズ学会

図11 「初診後受診あり」と答えた人への質問

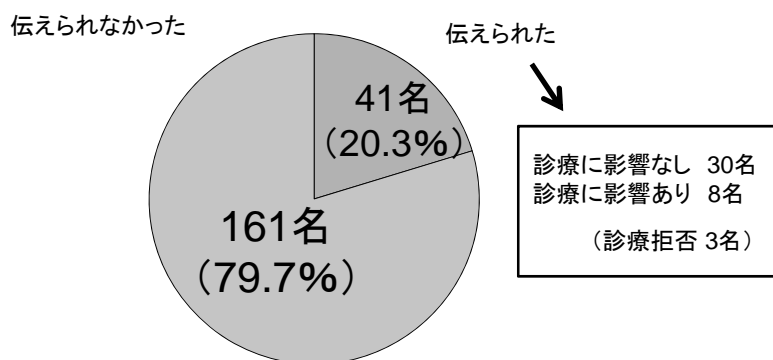
実際に受診した歯科はどこでしたか
(複数回答あり)



村松 崇 第22回日本エイズ学会

図12 それまでの歯科、初めての歯科を
紹介なしで受診した人への質問

HIV感染について、その歯科に知らせたか？



村松 崇 第22回日本エイズ学会

エイズ予防指針作業班「第三 医療の提供」検討会

厚生科研「医療体制」班における分担（看護）の立場から

独）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（ACC）

看護支援調整職 島田 恵

1. エイズ医療体制におけるコーディネーターナースの役割

1) コーディネーターナースとは

- ・ 進行性の慢性感染症である HIV/AIDS 患者のセルフマネジメントを支援することによって、患者自ら医療に参加できる環境を整える役割を担う看護師。
- ・ 患者にとっては相談窓口（ファーストコンタクト）であり、医療チームにとっては患者からのニーズを受け止めるゲートキーパーである。
- ・ 患者が治療と生活を両立させられるよう、医療チームの機能を最大限活かしながら支援する際のチームの要と考えられている。

2) 治療長期化に伴うケア焦点の変化

当初) 「1. 初診」から「5. HAART 開始時」に焦点をあてたアドヒアランス支援（治療成功を目指した看護支援）

今後) アドヒアランス支援を基盤としつつ「6・7. HAART 開始後」にも焦点をあてた長期療養支援（QOL 向上を目指した看護支援）

例：外来フォローアップ（副作用・合併症などのモニタリング・マネジメント、生活習慣病・依存症等の関連領域における看護、二次感染予防等の行動変容支援、社会参加のための支援）

コーディネート機能（院内外の他科・部門との連携・調整、特に在宅療養支援等における地域側サービスとの連携開拓）

HIV/AIDS外来療養支援

プロセス

●:実施 ○:必要性を検討し適宜実施

5つの活動項目		実施時期						
		1 初診	2 再診	3 未治療	4 治療前	5 開始時	6 後短期	7 後長期
1. 初診時の対応	トリアージ	●						
	オリエンテーション・問診	●						
2. 患者教育	概論	●						
	各論		●					
3. 服薬支援	オリエンテーション		●					
	アセスメント			●				
	スケジュール立案・シミュレーション				●			
	服薬指導					●		
	フォローアップ						●	
	6か月未満以降						●	
4. サポート形成支援	人的サポート	●	○	○	○	○	○	○
	経済的サポート	●	○	○	○	○	○	○
5. 連携・調整	他科・他部門との連携	○	○	○	○	○	○	○

2010/9 ACC

2. コーディネーターナース配置上の課題

1) コーディネーターナース (CN) 配置の現状

(H23.3 現在)

	CN 該当者	人数	備考
A	ACC 研修「CN コース」 修了者	14	H9～22 (14 年間) の総修了者 31 名 修了者の実働率 45.2% 所属内訳：ブロック 6 名、中核 5 名、拠点 3 名
B	ブロック拠点 8 病院 「担当看護師」	19	「CN コース」修了者 6 名 (A と重複) ブロック担当看護師の修了率 31.6% ブロック内訳：近畿 4 名、北海道・東海各 1 名 修了者のブロック配置率 37.5%
C	ACC「CN」	9	調整職 2 名含む
合計		42	
		36	重複を除外した実人数

患者数の増加に伴い、外来療養支援ニーズも増大しているが、コーディネーターナース数が不足しており、患者に十分な支援を実施できていない。また、チーム体制が整わない上、支援の難易度が高くなっているため、一部の医療者に負担が生じたり、患者に必要な支援につなげることができないなど、患者に対する支援の質を総合的に維持することが難しい状況にある。

2) コーディネーターナース配置の課題

厚生科研においても平成 9 年から、コーディネーターナースの育成や配置の前段階である「担当看護師の明確化」等を提唱してきたが、以下のような理由により進展していない。

理由 1) 担当看護師 (専従・専任・その他) の配置状況は病院の「患者数」と関係している (平成 18 年度日本看護協会委託研究) ため、患者数の少ない多くの拠点病院で担当看護師が配置されない状況になっている。

理由 2) 年々ケアの難易度が高まり、看護師が強いストレスを感じる看護であるにも関わらず、担当看護師として継続しえいくための体制が不十分であり、担当者が数年で交代してしまう。

3. コーディネーターナースに関する今後の提言

エイズ医療体制の整備 (均てん化) を進めるために、CN を確実に配置する必要がある。そのために、以下のことを提言する。

- 1) コーディネーターナースをブロック拠点病院および中核拠点病院に確実に配置する。
- 2) コーディネーターナース養成のための研修に関する条件 (研修期間、講義・実習内容、指導者条件等) を提示する。

日本H I V陽性者ネットワークでは平成22年、全国374のエイズ診療拠点病院を対象とした診療実態に関する独自調査を行いました。また全国のH I V陽性者から広く意見を求める **Positive voice project** を立ち上げエイズ施策へのより広い当事者の意見を募りました。これらの活動から医療体制の改善について次の通り課題と改善を提言します。

1、現状 患者数の増加と長期化による問題の双極化

- (ア) H I V感染者の増加によってH I V感染症治療を行う拠点病院の中でもブロック拠点病院や中核拠点病院に患者集中の傾向が見られる一方で患者を受け入れる経験が全くないあるいは意志がないとみられる拠点病院が20%近く存在する。
- (イ) 少人数の患者数の拠点病院が36%存在しており、その受入れ病院数は拡大しているものの、心理支援の提供可能な病院（外部派遣・紹介を含む）は40%にとどまり、形成外科、産婦人科、口腔外科等が受信可能な拠点病院は60%強にとどまっている。ただし、患者からは受信可能であっても出産、手術など観血処置を伴う治療行為において転院をさせられたり、専門知識がないという理由によって実質的診療拒否を受けた例も報告されている。

2、課題

- (ア) 患者の療養の長期化に伴いより高度な専門医療を必要とし、この臨床体制の整備とこの領域における臨床研究の推進が求められている。さらに、これらにおいて患者のニーズが十分に反映されているとは言い難い状況がある。臨床現場において患者のニーズを十分に把握し、これに応えうる医療体制の整備が必要。
- (イ) 拠点病院によっては心理支援や社会支援などへのアクセスが困難なところも未だ多く残されている。このことが告知後の患者のソーシャルネットワークの回復を損ない、医療現場の負荷を高める結果となっている。この意味においてH I V診療の患者への初期対応の在り方について再考が必要。
- (ウ) 未発症期の患者にとってH I V感染症治療体制が拠点病院に集約されている一方、歯科、外科、産科等の診療科においては地域で受信できないものも多く、これら他科診療までが拠点病院に集約されることは就労中の患者の利便性を著しく損なっている。今後の患者数の増加が予測される中、病診連携を含め地域社会における受信可能な環境の整備が急務である。

3、提言

- (ア) 拠点病院においてはH I V陽性患者の全科対応を原則とし、これを徹底する。そのために専門家と患者の協働により医療体制の整備に関する定期的な検討会を設け、これに基づき医療体制整備を推進する。ここには感染経路を問わず幅広い患者の意見を反映させる。
- (イ) 拠点病院と地域保健、NGO/NPOの連携・協働を推進する。また、これらのニーズに対応可能な連携モデルを構築するための研修機会を提供する。
- (ウ) 実質的な診療拒否をなくすために広く医療者を対象としたH I V理解のための人権啓発を推進する。ここでは厚生労働省がその主体となり、他省庁との協働のもとこれに患者も参画する。

参考資料:医療体制に関する提言

日本HIV陽性者ネットワーク（J a N P +）エイズ拠点病院アンケートより

1、調査概要

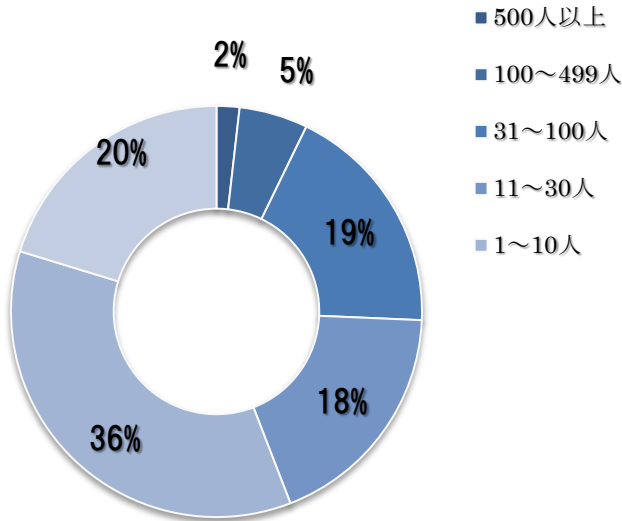
目的：HIV陽性者、保健所・検査所、支援団体や一般医療機関などへの情報提供

対象：全国エイズ診療拠点病院（374）

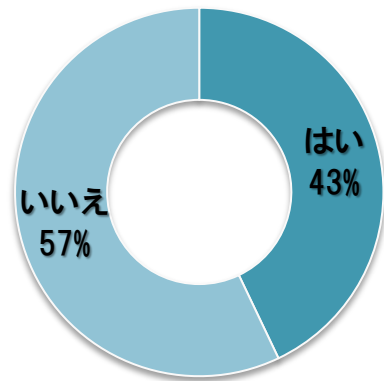
方法：回答内容を公開することを明記し自記式調査票を郵送にて依頼。有効回答数225（60%）。

2、調査結果

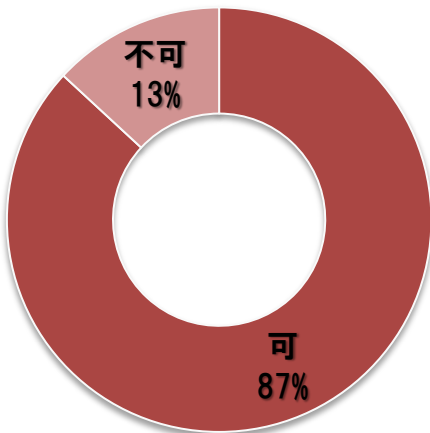
過去1年間におけるHIV・エイズ診療の受診者数



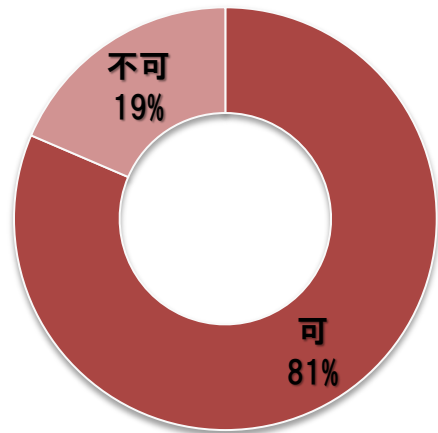
希望者に対する受検前カウンセリング



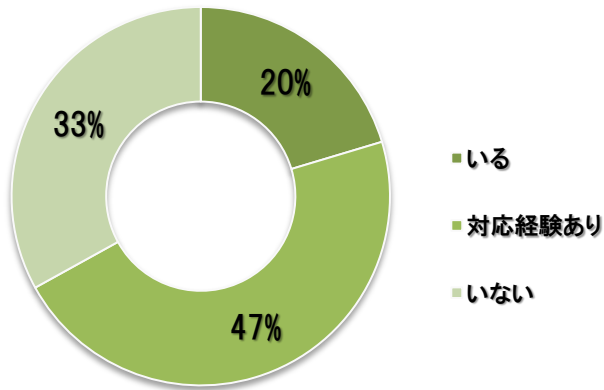
抗HIV薬の処方&服薬指導の可否



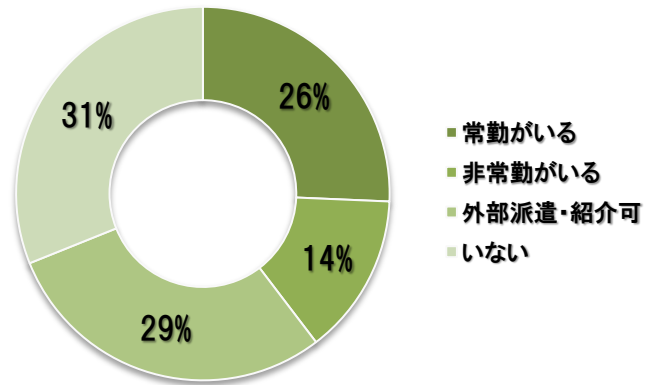
エイズ発症に対する治療の可否



HIV専門の看護師はいるか

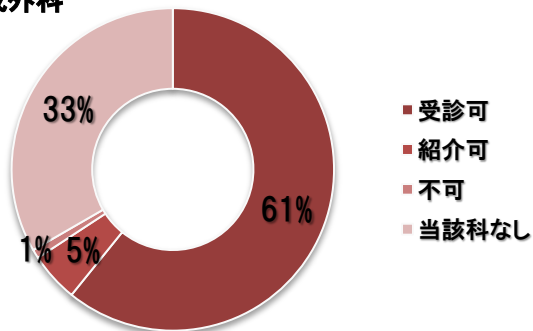


HIV陽性者に対応可能なカウンセラーはいるか

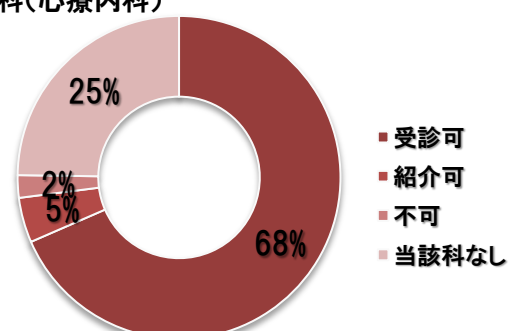


他科でのHIV陽性者受け入れ状況

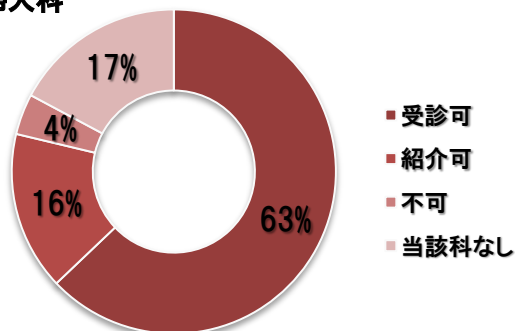
形成外科



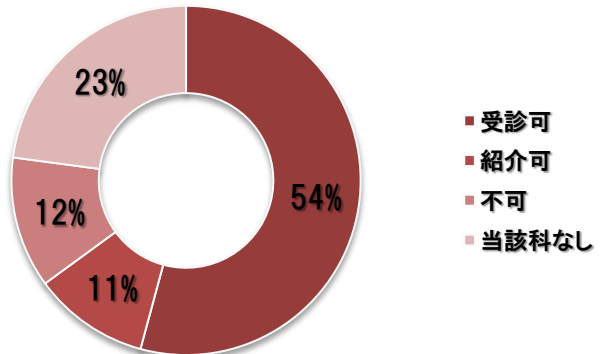
精神科(心療内科)



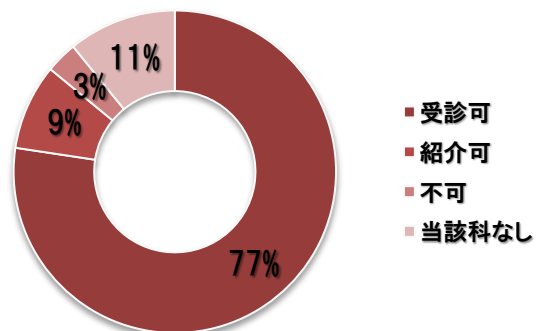
産婦人科



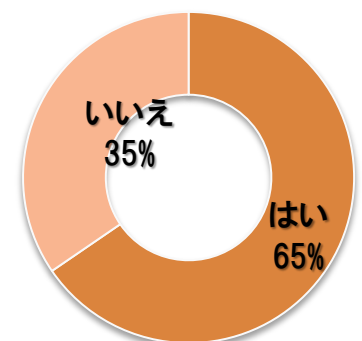
透析



眼科



過去3年間における他科の医療従事者を対象とした研修・教育等の実施



平成23年3月23日

後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針への意見
「医療の提供」「研究開発の推進」について

エイズ予防指針作業班 班長 木村哲 様

班構成員 大平勝美

医療についての現状の問題点

国のエイズ対策費の削減や地方公共団体の大幅予算カットによる医療の縮小

薬害HIV感染被害者の合併症等による病状悪化。768人が死亡、年間10人以上死亡している原因はHIV/HCV重複感染の悪化や長期感染によるリンパ腫や癌発生。

抗HIV薬の副作用（インジナビル等による腎障害、ddIによる門脈亢進症、d4Tなどの核酸系によるリポジストリフィーなど代謝系異常症、ネビラピンの肝障害、等々多様な障害が長期障害として続く）。

HIVそのものによる血管障害や悪性腫瘍、肝障害などの日和見感染症以外の発生。

変化の激しい合併症や副作用・抗HIV薬の発生や出現に、国のリーダーシップの欠如（縦割り行政）やナショナルセンターとして使命のあるACCの研究・情報集約と提供・指針の先駆的治療や実践的医療提供の遅滞がある。ブロック拠点病院もACCからの最新情報や医療提供が遅れていることから同様の傾向がある。このため、患者の不安やニーズの把握手遅れが救える患者の命をなくしている。

良質な医療の提供において、質の低下と医療機関の人材不足は深刻である。

総合的な医療提供体制の確保

国、都道府県 良質な医療の提供が何よりもHIV感染者にとって生活していく上で重要である。患者は増加していく中で、より身近な地域で良質な医療が受けられるよう中核拠点病院構想が5年前に打ち出されているが、全国設置に時間を要し、また患者の求める総合的ケアを提供できる態勢にないところがある。早急に都道府県でHIV医療の要となる中核拠点病院の指導体制を見直しして、早急に設置の使命を遂行できるようにすべきである。その指導体制としては、診療担当科医師が責任者とするのではなく、病院一体で取り組む体制にすべきである。

薬害HIV裁判で被害救済及び日本のHIV医療のナショナルセンターとしてACCはブロック拠点病院、中核拠点病院、拠点病院の医療体制について常に医療・情報・研修等の指導的役割をもって設置されている。その使命をACCには改めて自覚し、ブロック拠点病院との緊密な連携のもとに良質な医療をもって、居住地で安心して通院できる体制を確保すべき。

そのために、合併症や副作用など今後も想定される問題を視野に、ACC はモデル医療の創出や機能強化・使命の徹底に務める人的・物的体制を確立すべき。

また、ブロック拠点病院は中核拠点病院の大きなサポート拠点であることから、そのための機能が発揮できるための人材や医療の質向上の強化に努めるべき。

拠点病院は、HIV 診療の受け入れ態勢が出来ていない施設は少なくなく、また病院内での職員の共通認識ができていないところもある。一方、中核拠点病院規模の質が確保できているところもあり、再評価してランク分けしての対応も必要と考える。

高度医療の確保 変化する抗 HIV 薬やエイズ症状、合併症や副作用、そして生涯治療と一人一人の患者の生活との調整は、高度な医療調整を伴う長期療養の視野が必須である。基本的に良質な医療の確保が原則で、医療とその周辺の患者生活環境の調整はよりよく生きる患者のライフサイクルを保障する。そのためより院内外の調整を整えたチーム医療が要となる。概して病院内での縦割り診療だけでなく病院病院の壁が患者中心の医療を拒みひいては命の心配にさらされることとなる。チーム医療の要となる医療職として、ACC やブロック拠点病院の中にはコーディネーターナースが存在している。これらの職務について、専従看護師という形で診療報酬が加算されているが、中核拠点病院や拠点病院の規模の大きなところにはこうした医療調整をある範囲でできる一定の研修をした看護師に専任看護師としてチーム医療に貢献してもらうように努力してもらう。

また、歯科については、未だ安心、安定的に身近なところでしか診療が出来る体制はできていない。特に、最も日常的な診療機関でありながら、診療拒否が最も多く、そしてネットワーク化の構想も一部の地域以外では長きに進んでいない。この不利益は患者が負うことになる。打開策として患者側から提案されているブロック拠点病院の鹿を事務局としたネットワークをつくり、患者が希望する地域で登録されているしか診療所を紹介するシステムを導入すべき。連絡役には歯科医療に携わる歯科衛生士等を充て、人的余裕がない場合リサーチレジデントで補完する。

主要な合併症及び併発症への対応の強化 先の指針改定で強化が盛り込まれているが、適切な研究とそれを反映した成果が出ていなかった。特にけん引役を担うべき ACC はその任をおろそかにしてきたため、感染時期が早い薬害 HIV 感染被害者の犠牲は年間 10 人を超えている。改めてこの項目を入れた意義を確認し、国は研究及び対応する治療についての進展をはかる手立てを早急を実施すべき。そして、未知或は稀な合併症等のデータが個々の病院内で埋もれることなく公開してリスク情報等として共有され新たな治療法へと進展させるべきである。

A-net 薬害被害者の恒久対策の一環としてスタートした情報ハイウェイの機能を持って、専門医療機関と地域での診療機関双方向の医療データ共有をして高度な医療を受けることが期待された A-net は、運営管理の悪さでその期待を得ないまま一時的に

終了した。新たな A-net は、当面薬害被害者の救済に役立てるデータ集積と運用をもって HIV/HCV 重複感染研究や合併症、長期療養の課題について役立て、その成果を今後反映させるためのモデルとする。

在宅療養等の長期療養について

長期療養という視点を持つての施策は前の指針でも薄い箇所である。病院から出た自己管理を基本とする治療と生活を両立させ、高齢化や後遺症を持った発症者について医療を兼ね備えた受け入れ施設を開発したり、既存の制度にエイズ特有の項目を併せたものとして利用していく研究や実践が急務となってきた。これには、医療・福祉について調整する機能が強く求められ、コーディネーターナースと社会福祉等々を包含したシステムが必要とする。

治療薬については従来の迅速導入は維持されなければならない。併せて新薬だけでなく剤形変更や合併症や日和見感染症への対応も視野に入れた対策仮名更なければならない。

薬害 HIV 感染被害者への対応

裁判和解による恒久対策を国はその責務を果たし、原状回復医療を基本に、今後も未知の領域に常に踏み入った病状をきたす被害者に対する研究開発と実践的治療、貴重な資料を役立てるためにもそのデータ蓄積と解析を常に続け、将来に役立てるようしつかり体制作りを再構築させなければならない。

ありがとうございます。よろしく申し上げます。

現状認識（医療体制班からの所見）

HIV 感染者に歯科医療を提供する体制を確保するために2つの手段が進行しています。1つは開業医の大半を組織する日本歯科医師会、あるいはその傘下の都道府県歯科医師会を診療ネットワークに取り込む方法であり、他の1つは、組織に関係なく、自ずからの信念に基づいて、すべての方を区別・差別なく診療しようとする歯科医療従事者と個別にネットワークを組む活動です。前者の対応は医療体制班（研究分担者 前田憲昭）、後者の対応は課題克服班（研究分担者 中田たか志先生）と考えています。

1：日本歯科医師会の現状

① 世界歯科医師連盟（FDI）は、HIV 感染者への差別のない歯科診療の提供を決議し、その決議内容を公表しています。日本歯科医師会は FDI の主要メンバーとして、決議に賛成していますが、日本国内で具体的な活動はしていないように見えます。

② 日本歯科医師会は研究班の公開質問状に対して下記の回答をしています。残念ながら、現在のところ、あくまでも回答のため回答であり、会員に向けた行動基準となっていません。具体的な成果が確認できません。

下記は班が作成した冊子より引用（HIV 感染症歯科診療ネットワーク取組事例集）

<http://www.hiv-dent.com/uploads/photos/18.pdf>

3：日本歯科医師会 会長の HIV 感染者歯科治療に対する基本的姿勢の宣言

研究班の質問に対する日本歯科医師会会長の公式回答

日歯発第996号平成19年8月30日（地域保健課扱い）

厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業

「歯科の HIV 診療体制整備」 分担研究者前田憲昭様

社団法人日本歯科医師会 会長 大久保満男

H I V感染者歯科診療体制について（回答）

平素より本会会務運営に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、貴研究班より平成19年6月27日付にてご照会いただきました事項につきましては、下記の通りご回答申し上げます。

記

[照会事項要旨]

1. H I V感染症に対する日本歯科医師会の基本的態度の宣言について
2. H I V感染者歯科診療に積極的に取り組むか、具体的な指針の提示について

[回答]

1. 日本におけるエイズ感染の拡大防止及びH I V感染患者を含むすべての患者が安心して円滑に歯科医療を受けることができるよう日本歯科医師会は力をつくします。
2. その具体的な方法として、日本歯科医師会全会員が、H I V感染患者に対してあらゆる患者と等しく適切かつ安心・安全な歯科治療を提供し、歯科医療従者にも同様に、安全・安心が確保される環境の整備を図ります。また、都道府県歯科医師会に対し、地区に選定されたエイズ中核拠点病院と連携を図り、上記の対応が円滑に果たされるよう本会より要請します。さらに日本歯科医師会広報、日本歯科医師会雑誌等を通じ、適切なH I V感染者歯科診療体制の周知に努めます。

注) この文章は 研究班が日本歯科医師会 大久保会長に提出した質問状への回答です。
日本歯科医師会が HIV 感染症に対する基本姿勢を明確にすることで、今後の班の活動に明確な指針を与えるものと考えています。また、中核拠点病院と地域歯科医師会の連携にも基本的な関係を構築する基礎を与えるものです。 なお、大久保会長は財団法人日本エイズ予防財団の理事でもあります。F D I 会長も別途宣言を公表されています。(前田憲昭 会長は平成23年現在 評議員)

対策：日本歯科医師会に具体的な成果を求めます。また自主的にH I V感染者の歯科治療が全国で等しく提供される体制の確立が、何時になるか提示をして頂きたい。

2：HIV感染者歯科医療が一般歯科で受け入れられない背景

歯科はB，C型肝炎対策が来ているではないか？

B,C型肝炎対策が出来ていてもHIVが診れない理由

拠点病院システムがH I V感染者医療の認識の違いを生んでいる可能性

初期のH I V感染者医療受け入れ拒否と拠点病院システムの構築で

限定した医療機関が診療するものと認識されてきました。特別な対応が

必要なのではないか、と思われてしまいました。

また、最初に設定された拠点病院には、歯科医師養成機関がありませんでした。

対策：歯科診療だけを開業医に依頼するまえに、H I V感染者の医療のあり方を広く国民に知らせる必要があります。

3：歯科医療従事者が感染対策費を保険点数に盛り込むように要請する背景

同じ GNP の諸外国に比べて、歯科の技術点数が極端に低い現状があります。したがって、感染防御対策に出資する費用は、技術点数を割り込みます。

対策：臨床の現場の経営の厳しさを痛感しているため、一般開業歯科医師に厳しいことが言えません。

支出を抑制しながら、Standard Precautions の実施に一つずつ前進するように、研究班として励まし続けます。

5：医療体制班の活動

背景

- エイズ対策事業で歯科が研究代表者の活動がありません。
- エイズ対策予算の総額における歯科領域対策の予算総額は1%以下
- 研究班には権限がありません。
行政・歯科医師会・拠点病院に参加を呼びかけるが自由参加
患者を診るのは医療従事者の義務であるとの主張だけでは進みません。

対策：

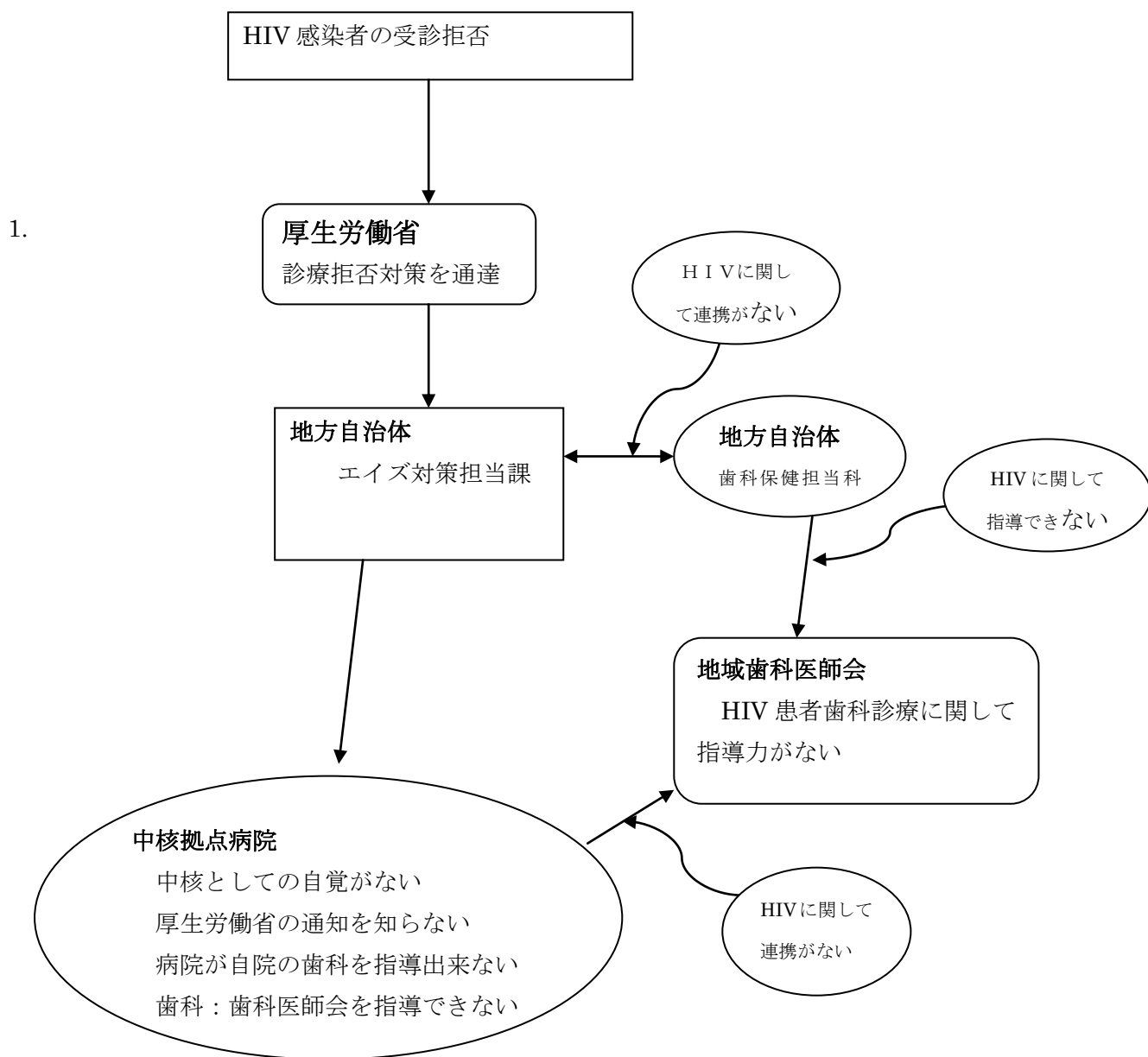
- ① ブロック拠点病院・中核拠点病院の改革
- ② ブロック拠点病院・中核拠点病院と当該歯科医師会のH I V感染者歯科診療ネットワーク立上げの義務化
- ③ 即効性の対応として、ブロック拠点病院歯科に歯科診療に関する対応を担う、コーディネーター歯科衛生士の配置
- ④ 歯科の HIV 診療体制整備班として
H I V感染症が明らかになって25年以上、もはや義務論を伝える時代ではない。観点を変えて、
病気の本質を正確に伝える
Standard Precautions の必要性を力説する
 - 何故必要か
 - どんなメリットが患者さんと医療従事者にあるか
 - 実施への努力が如何に歯科医療の質の向上に寄与するか

現在の国内の HIV 感染者歯科診療の実態

例外 東京都 神奈川県 北海道 広島県（*）

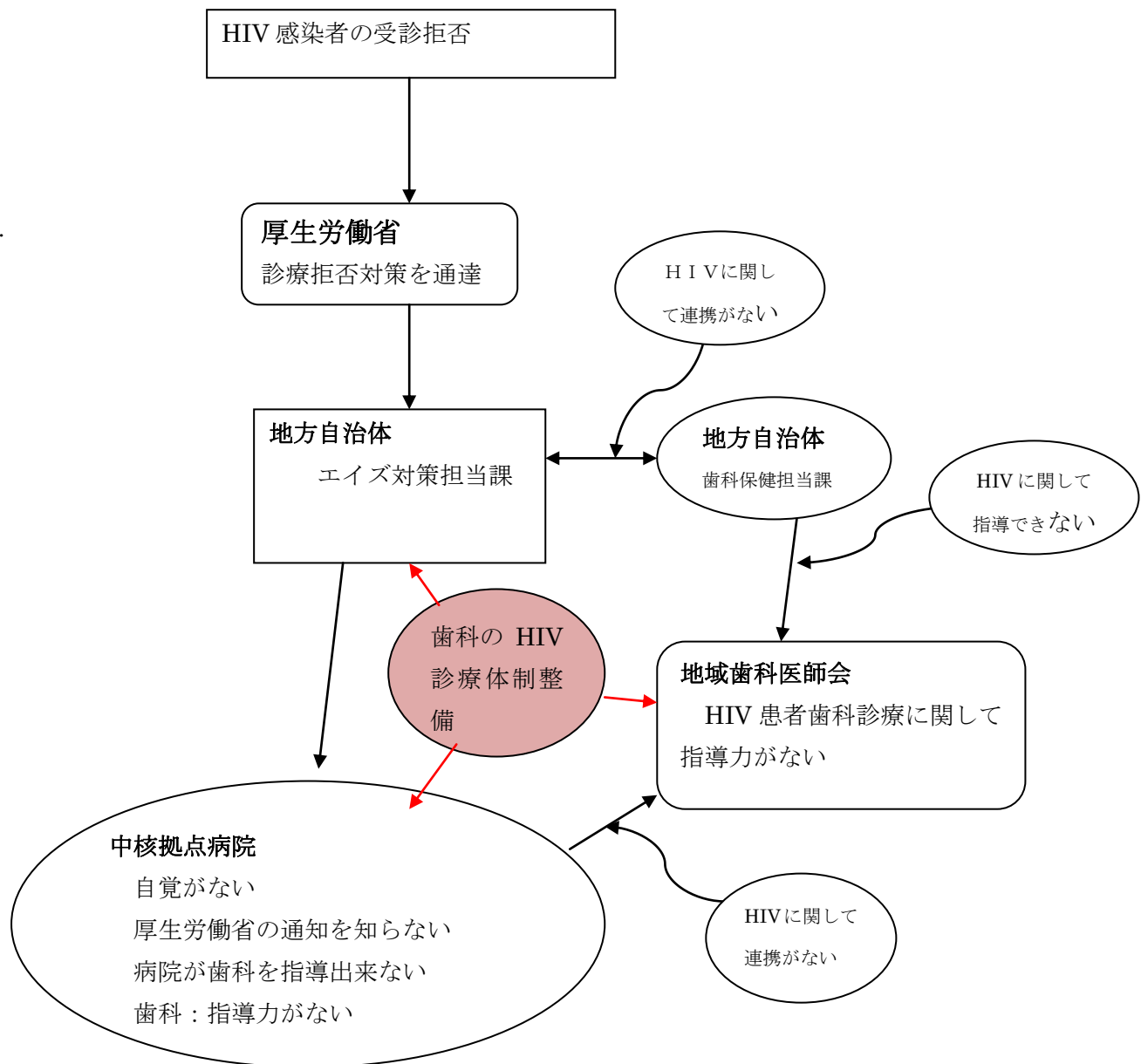
すでにネットワークを実施中の同都県の活動に関しては、「HIV 感染症歯科診療ネットワーク取り組み事例集」を参照して頂きたい。

* 中核拠点病院としての広島大学の活動（別途記載）

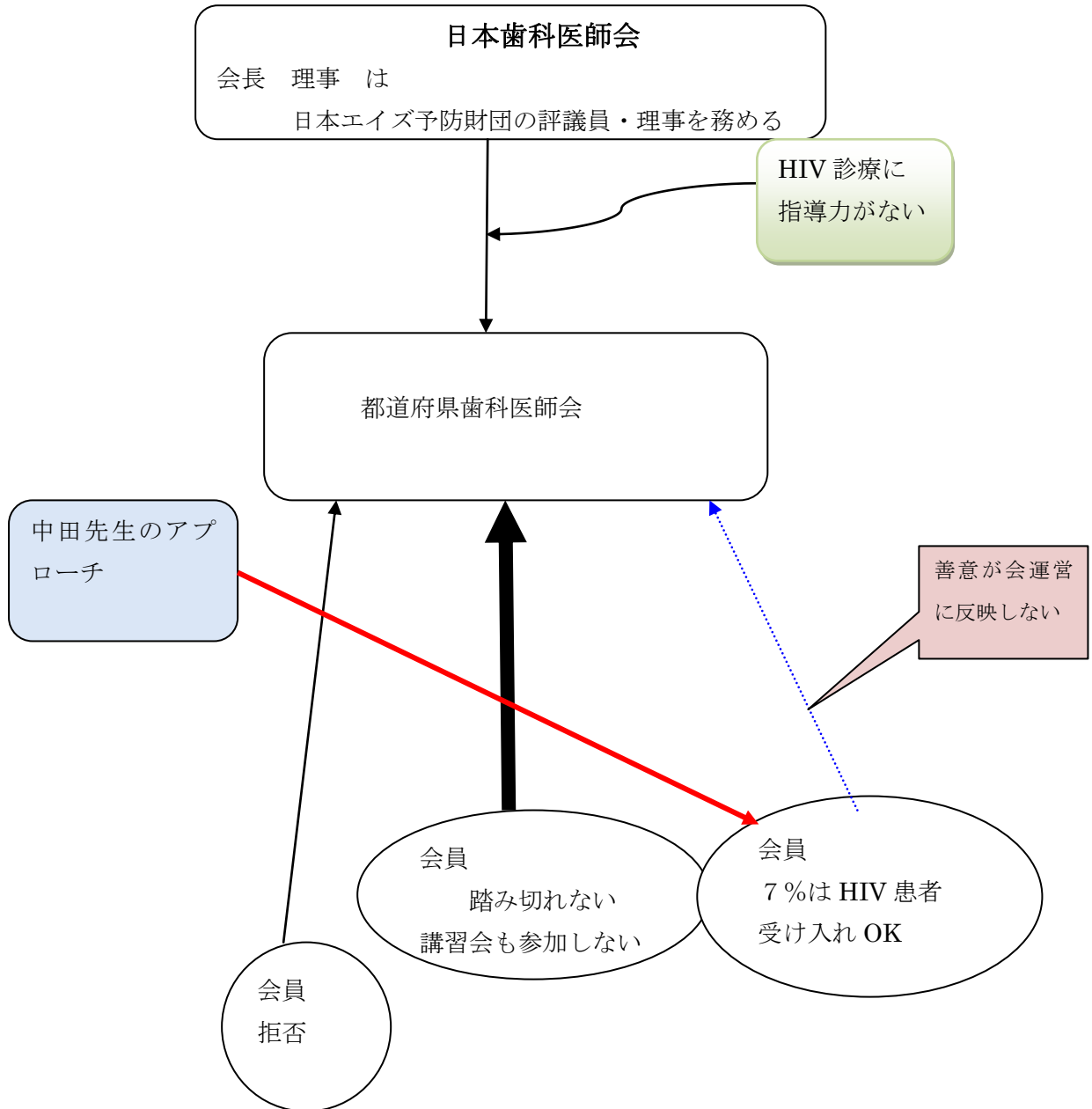


医療体制班 歯科の HIV 診療体制整備班の位置づけ

2.



日本歯科医師会と都道府県歯科医師会の構図



広島大学の取り組み（ブロック拠点病院・中核拠点病院としての模範）

これは平成23年2月6日に開催された研修会への案内です。厚生労働省の通達をよく理解されています。すべての府県で見習って頂きたと思います。

広島県歯科医師会 会長 山科 透

広島大学病院長 越智 光夫

第1回広島県歯科医師会の歯科医師及び院内歯科研修医のための HIV 感染症に関する講習会開催の案内

平成17年5月6日に厚生労働省医政局歯科保健課長から、「歯科医療機関における HIV 感染者等の診療体制について（依頼）」（医政歯発 第0506001号、健疾発第0506001号）が出されました。その主な内容は、HIV 陽性者等の診療を断る歯科医院が無いように、歯科医療従事者が HIV 感染症についての正しい理解を図り、適切な感染防止策を講じることにより、HIV 陽性者に対する歯科診療体制を確保することでした。

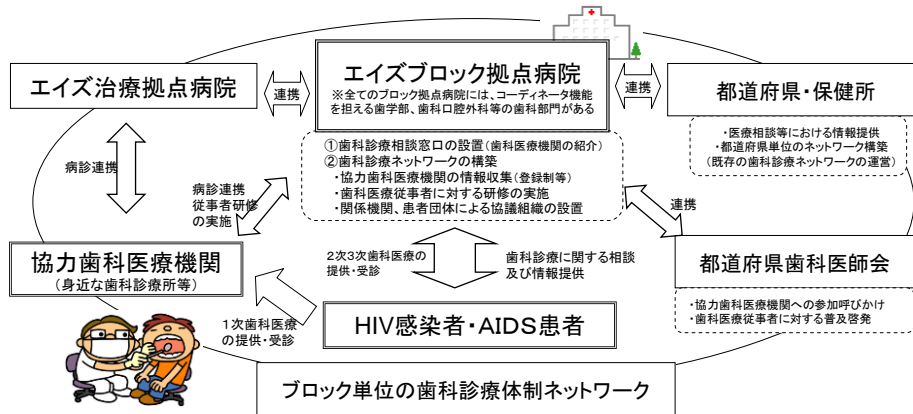
HIV 陽性者に対する歯科診療体制の確保には、エイズ拠点病院と地域歯科医師会との連携が必要であり、広島県においては広島県歯科医師会がエイズ拠点病院からの HIV 陽性者の歯科診療を受け入れるための HIV 歯科診療ネットワークが既に構築されています。このネットワークの構築は、HIV 陽性者がより近医での歯科受診を可能とする画期的な歯科診療体制の実現であると考えます。本邦では、HIV 陽性者の数は増加しており、今後、この歯科医療ネットワークに参加する歯科医師の確保が必要です。

本院は厚生労働省が定めたエイズ治療のための中国四国地方ブロック拠点病院として、医療従事者のための教育・研修の役割を担っております。つきましては、広島県歯科医師会の歯科医師および院内の歯科研修医にご参加頂き、歯科医療従事者が HIV 感染症についての正しい理解を図り、適切な感染防止策を講じることによって HIV 陽性者の歯科医療確保にご尽力くださるよう、別紙の通り、講習会を開催したく存じます。皆様、お誘い合わせのうえ、多数ご参加くださいますようご案内申し上げます。

ブロック拠点病院を中心としたHIV感染症歯科診療体制ネットワークの構築について(案)

本邦におけるHIV感染者、AIDS患者数は、年々増加傾向にあるほか、薬物療法の進歩により通常の社会生活を過ごすことが可能になりつつある。このため、HIV感染者・AIDS患者の方々が、日常生活に支障を来すことなく身近な地域で安心して歯科医療サービスを受けられる体制が求められている。しかし、実際には、歯科診療所の受入体制が不十分なため、HIV感染者が診療拒否等を恐れ、通院に時間のかかる拠点病院や大学病院等への受診を余儀なくされる場合や相談先がなく歯科治療を諦めている感染者、患者も多い。

このような状況を早急に改善するため、地域単位の歯科診療体制ネットワークの構築が必要である。具体的には、ブロック拠点病院を活用することが現実的かつ実効性があると考えられ、ブロック拠点病院に歯科診療に関する相談窓口を設置するほか、歯科医療従事者に対する研修や関係機関の連携促進を図る協議組織を設置するなど、各ブロックにおける歯科診療体制の構築を図るべきである。



課題克服班での HIV 陽性者歯科診療の取組

「HIVとその合併症の課題を克服する研究」

「HIV陽性者歯科診療の課題と対策」

研究分担者 中田たか志

平成 21 年度から課題克服班の分担研究「HIV 陽性者歯科診療の課題と対策」として、医療体制整備班での取組みとアプローチの方向を変えて、HIV 陽性者歯科診療を陽性者自身からの依頼や NGO 等の紹介、拠点病院医師・歯科医師等からの依頼、保健所からの依頼等で既に HIV 陽性者歯科診療を開始しているが地域にネットワークが構築されていない診療所のネットワークを構築し、その構築したネットワークの紹介機軸を地域の HIV 陽性者支援をしている NPO/NGO とする取組みを開始しました。

またそれらの地域で、歯科開業医として HIV 陽性者歯科診療を困難としている 3 大理由の設備の不備、スタッフの理解が得られない、風評被害の恐れが、本当にそうなのか？という視点、また HIV 陽性者歯科診療は拠点病院歯科で診療すべき事例なのか？という視点、歯科開業医が拠点病院歯科の歯科医師と決定的に違う経営者としての視点から、分担研究者が歯科開業医として 15 年以上 HIV 陽性者歯科診療に従事してきた経験と、開業医が現在置かれた現状の中での HIV 陽性者歯科診療の実際、また地域の拠点病院医師による HIV 診療についての総論とともに講習会を開催し、新たにこのネットワークに参加する歯科診療所を増やし、行政や歯科医師会主体の総合的なネットワークが構築できるまでのタイムラグを埋めるべく現実的な対策としての取組みを開始しており、昨年度までに大阪府、愛知県でこの取組みを開始し、ネットワークが構築されつつあります。

また本年度は大阪府、愛知県での取組みに加え、沖縄県、福岡県での取組みを開始する予定で進めています。

またこのネットワークへの参加のハードルを下げるために、歯科医師、歯科衛生士など、歯科医療従事者向けに、HIV 感染症や HIV 陽性者の現状、歯科におけるスタンダードプリコーションについての情報を提供し、その他の感染症をふくめた情報や対応について共有するネットワークである 1) 歯科医療従事者ネットワーク

HIV 陽性者歯科診療を既に取り組んでいる、または今後取組みを検討する歯科診療所のネットワークである 2) 歯科診療所ネットワーク

と二つのネットワークを構築し HIV 陽性者歯科診療の裾野を広げる取組みをしています。

<http://hiv-dentalnet.com/index.html>

合併症及び併発症への対応

「HIV/HCV重複感染者の肝硬変 (に対する肝移植)」 に関する資料

HIV感染症患者の予後

HAART登場以降HIV感染例の予後は改善。

1995年以降、HIV感染例の死亡数は減少するとともに、死因に大きな変化が見られた。

1997年-2000年に死亡した135人のHIV (+) 患者のうち、

AIDS関連死（日和見感染による死亡）は約50%。

残りの約半数のうち、約90%は肝疾患関連であり、多くはHCV感染症による死亡であった。

(Collaborations in HIV Outcomes Research United State, 2001)

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成20年度
報告書

財団法人エイズ予防財団

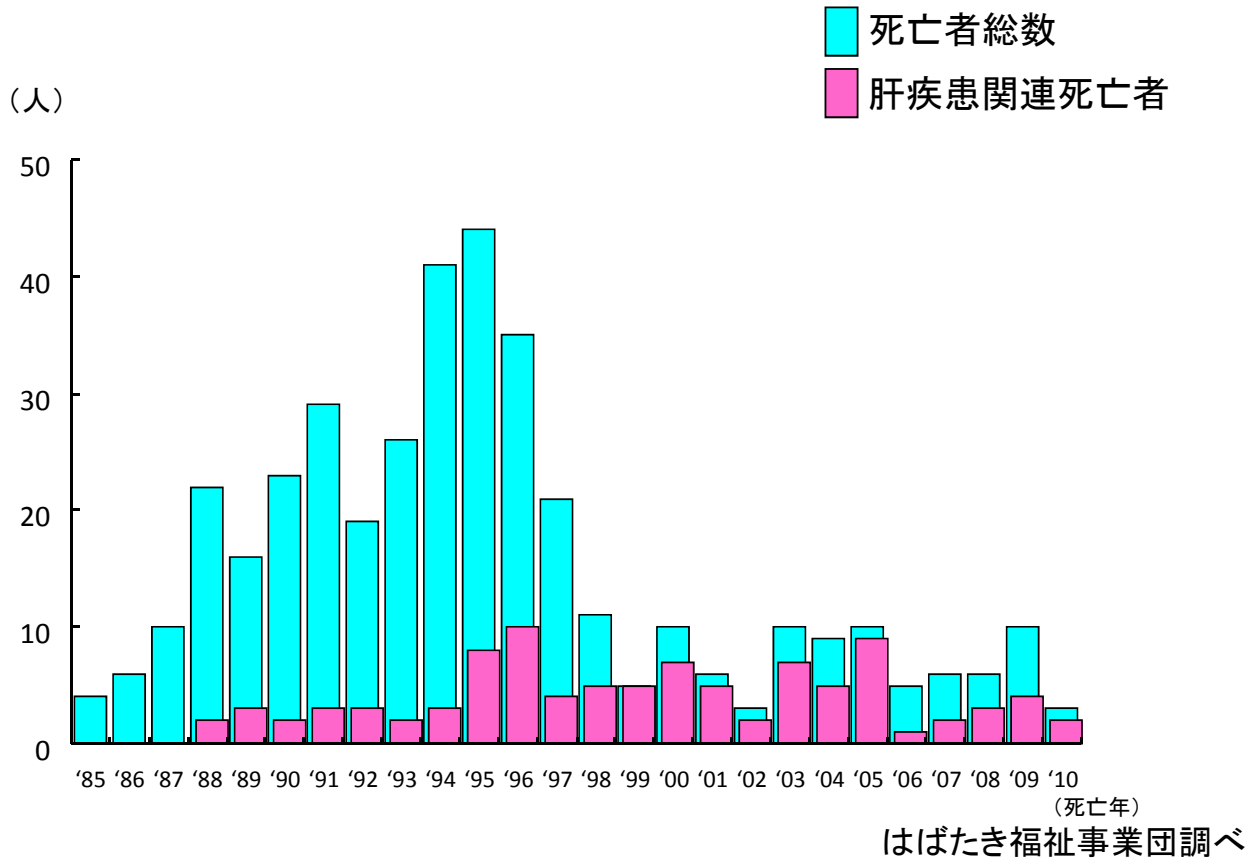
はじめに	
I. 緒言	1
II. 調査方法	1
(1) 対象と方法	1
(2) 調査用紙	1
(3) 同意取得に関する書類	1
(4) 集計方法	2
III. 調査結果	2
(1) 調査票の回収状況	2
(2) HIV非感染の血液凝固異常症	2
① 平成20年5月31日現在で生存中のHIV非感染血液凝固異常症	2
② 生存中の類縁疾患症例内訳	9
③ 血友病におけるインヒビター症例	9
④ 家庭療法および定期補充療法について	11
⑤ HIV非感染血液凝固異常症における死亡報告	12
⑥ 小児の血液凝固異常症数	13
(3) HIV感染血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染症例	14
① HIV感染症例総数	14
② HIV感染生存症例数	14
③ 新規のAIDS発症例	14
④ AIDS発症生存例数	14
⑤ HIV感染症の死亡報告	14
⑥ HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染の症例	15
⑦ HIV感染死亡例の累積数	15
⑧ 血液凝固異常症の死亡例における死亡時のAIDS指標疾患の有無と肝疾患の有無	18
⑨ 血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況	23
⑩ リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	23
⑪ 血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況	24
⑫ HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数とHIV-RNAコピー数	26
(4) 生存中のHCV感染血液凝固異常症におけるHCVウイルス量とウイルスのサブタイプ	27
(5) 生存中のHCV感染血液凝固異常症における肝疾患の病期	29
(6) 血液凝固異常症における肝疾患の治療状況	30
① インターフェロンによる治療状況	30
② 血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	33
③ 肝移植の報告数	33
④ 肝硬変剤の使用状況	33
IV. 結論	33
V. 謝辞	34
調査通知文書	35
同意取得関係書類	39
医療調査票	43
調査協力施設一覧	53
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	65

日本全国における血液凝固異常症総数

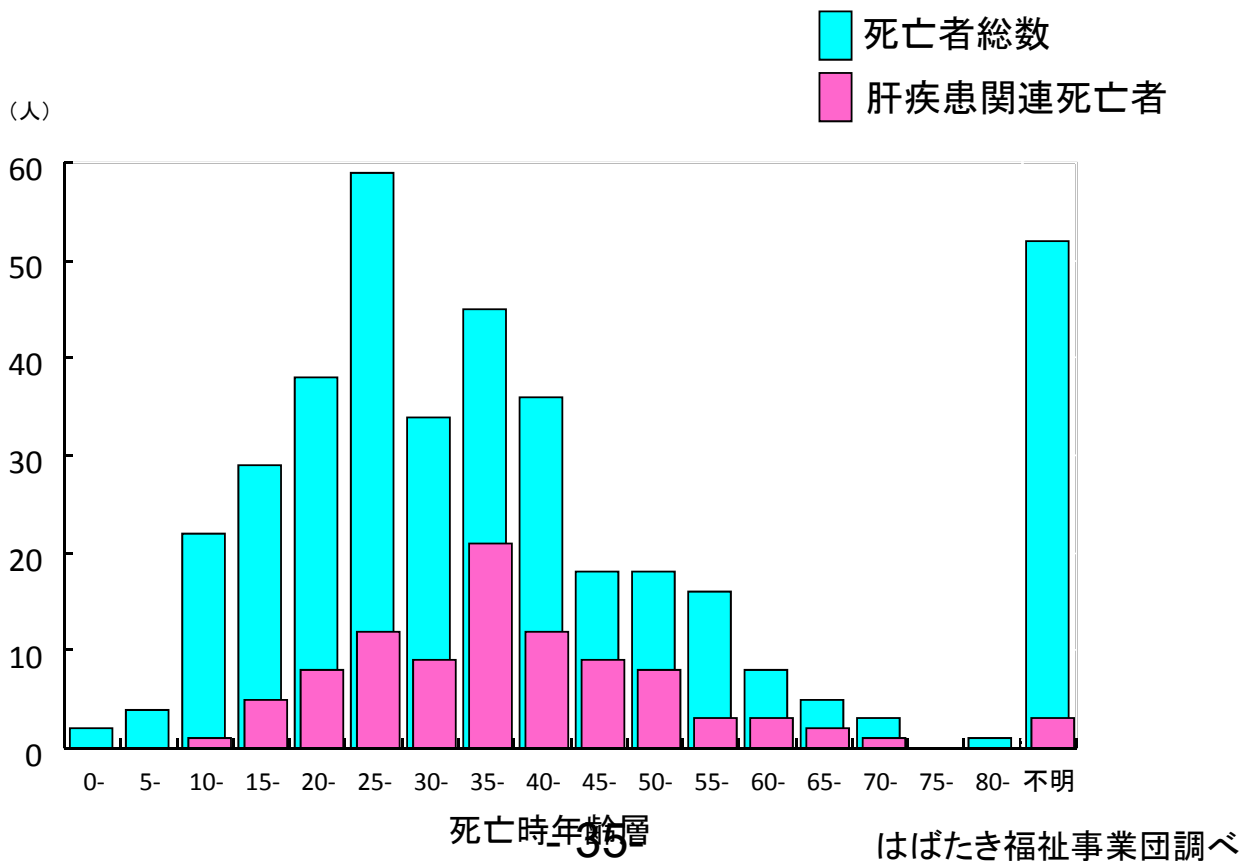
	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	小計
HIV非感染生存	3609	733	885	448	5675
(男性)	3583	725	404	245	4957
(女性)	26	8	481	203	718
HIV感染生存	602	183	7	4	796
(男性)	602	183	2	1	788
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4211	916	892	452	6471
(男性)	4185	908	406	246	5745
(女性)	26	8	486	206	726
AIDS発症(生存)	123	41	2	0	166
(男性)	123	41	0	0	164
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	485	142	1	8	636
(男性)	483	140	1	6	630
(女性)	2	2	0	2	6
HIV感染総数(生存および累積死亡)	1087	325	8	12	1432
(男性)	1085	323	3	7	1418
(女性)	2	2	5	5	14

肝炎重複感染の方が97%と言われており、今後深刻な事態が予想されます。

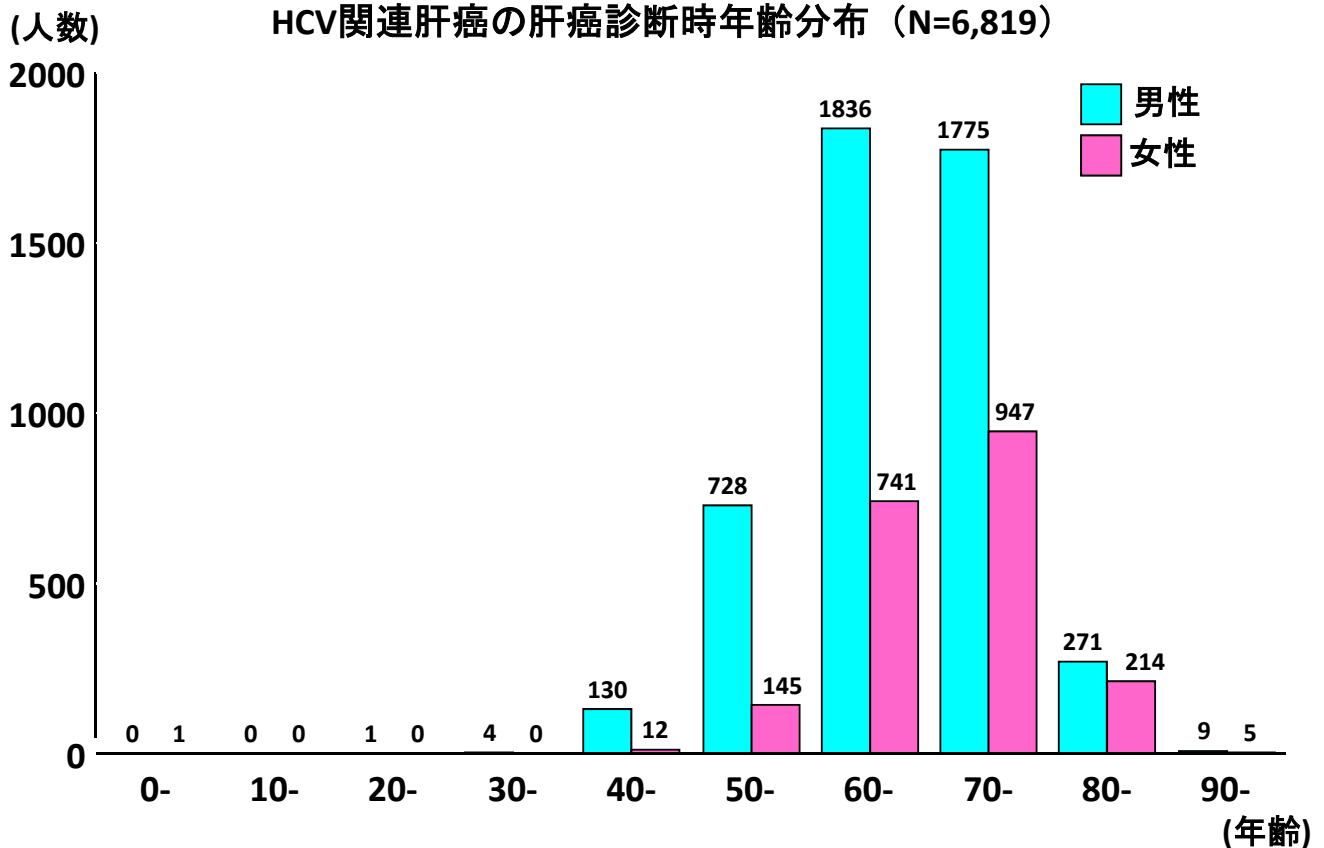
HIV感染者、死亡数の年次推移 (N=390)



HIV感染者、死亡時年齢別患者数の分布 (N=390)



1996-2008年の九州肝癌研究会登録症例
HCV関連肝癌の肝癌診断時年齢分布 (N=6,819)



N.Taura, N. Fukushima, H. Yatsushashi : Medical Science Monitor 2010

HIV/HCV重複感染者

- 肝硬変へ進行するのが早い。
- 若年で死亡する例あり。
- HAART薬剤の影響もありそう。



肝移植により救命できないか？

HIV/HCV重複感染者に対する肝移植

Impact of Human Immunodeficiency Virus on Survival After Liver Transplantation: Analysis of United Network for Organ Sharing Database

Ayse L. Mindikoglu,^{1,4} Arie Regev,² and Laurence S. Magder³

Transplantation • Volume 85, Number 3, February 15, 2008

- HAART登場以降、1997年1月1日以降の肝移植症例（HIVの原因は問わず）.
- retrospective study.
- HIV (+) 137名、HIV (-) 30520名を対象.

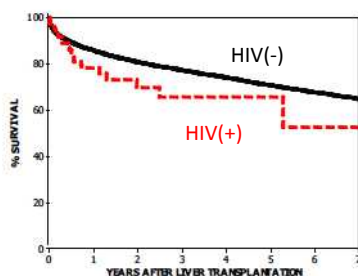


FIGURE 1. Comparison of survival probabilities of all human immunodeficiency virus (+) and non-human immunodeficiency virus patients after LT ($P < 0.047$).

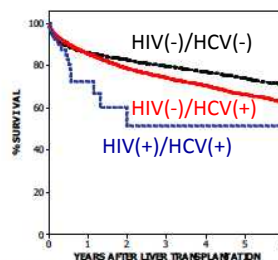


FIGURE 2. Comparison of survival probabilities of patients with human immunodeficiency virus (HIV)/hepatitis C virus (HCV) coinfection and non-HIV patients with and without HCV after LT ($P < 0.0001$).

HIV (+) HCV (-) 患者の予後は比較的良好.

HIV (+) HCV (+) 患者予後はHIV (-) HCV (+) 患者に比較して若干低下

わが国のHIV感染例に対する生体肝移植

2005年3月の時点で、HIV・HCV重複感染例に対する肝移植は、
東京大学6例、広島大学1例.

2011年頭でも日本で約10例程度の報告のみ

東京大学で肝移植を受けた6例

症例	予後	術後期間 (ヶ月)	IFN+ リバビリン治療	現在のHCV- RNA (KIU/ml)	HAART	HIV-RNA (copies/ml)
1	生存中	48	副作用にて中止	(-)	-	530
2	死亡	3	投与できず	421	-	16,000
3	生存中	26	完了	(-)	投与中	100
4	生存中	12	投与中	5,000	投与中	<50
5	死亡	5	投与された	881	投与された	470
6	生存中	3	投与中	1,530	投与中	440

(年齢等はプライバシー保護のため省いた)

(小池班報告書より)

当該患者のベースにあるもの

1. 免疫不全（HIV感染）
2. 肝炎ウイルスによる肝障害（HCV感染）
3. 先天性凝固異常（血友病）
4. 血管炎、門脈圧亢進症、（HIV関連サイトカイン、HARRT治療）
5. 薬剤性肝障害（HARRT治療）
6. 代謝異常（脂肪肝、NASH、糖尿病）



移植成績の向上のためには
多方面よりの研究が必要！

HIV・HCV重複感染 -HIVがHCVに与える影響-

・ 10年後の肝硬変率 HCV単独 2.6%
 HIV/HCV重複 14.9% J Hepatol 1997;26:1-5.

・ 血友病患者を対象
 肝硬変への進行速い Br J Haematol 1996;94:746-52.
 Hepatology 1990;30:1054-8.
 J AIDS 1993;6:602-10.

非代償性肝硬変まで中央値15年で、HCV単独より、21倍risk高い。

Br J Haematol 1994;87:555-61.

肝硬変での累積死亡4倍。

Lancet 1997;350:1425.

肝疾患死亡率 7倍。

J Infect Dis 1999;179:1254-8.

肝癌もより早期に発症。

Am J Gastroenterol 2001;96:179-83.

HIVの進行と肝生検所見に関連なし。

Haemophilia 2002;8:668-73.

HIV・HCV重複感染 -HCVのHIVに与える影響-

- AIDS関連疾患死亡率 HIV/HCVではHIV単独に比較し1.7倍。 Lancet 2000;356:1800-5.
I型予後不良 Haemophilia 2002;8:534.
(Swiss) J Infect Dis 1997;175:164-8.
予後変わらない (USA) JAMA 2002;288:199-206.

Swiss: young, F, white v.s. USA: aged, African American

- PEGインターフェロン-Rib CD4陽性T 500/uI以上、 HIV RNA 10⁴以下
Clin Infect Dis 1996;23:585-91.
SVR率 44－65% AIDS 2002;16:813-28.

世界でのHIV感染者に対する肝移植の報告 (1)

報告年、移植施設 (報告誌)		n	生存	備考
2003 Pittsburgh (J Inf Dis ²¹)	HIV	24	3年 72.8%	患者死亡のリスクファクターはHCV+, CD4+<200 / μ l, HAART開始不可, HIV viral load>400 copies/ml。
	HIV+HCV	15	3年 56.9%	
2003 Pittsburg Miami (Liver Transpl ³⁹)	HIV+	16	14/16 生存	2例が肝障害にてHAART中止。 13/16が移植前に HIV検出感度以下。 CD4+<200 / μ l (6/16), <100 / μ l (2/16), 急性拒絶 (6/16), FKLレベル上昇 (6/16)。
	HIV+HCV	11		
2004 Review (Liver Transpl ³⁵)	全世界	51	80% 生存	68%がHCV重複感染。
	Pittsburg	29	20/29 生存	26%が血友病。
2004 King's (Liver Transpl ⁴⁰)	HIV+HCV	7	2/7 生存	4名はHCV再発、敗血症で死亡。 HBV再発なし。
	HIVのみ	7	7/7 生存	
2005 Madrid (Liver Transpl ⁴¹)	HIV+HCV	4	3/4 生存	1例17ヶ月でFCHIにて死亡。 CD4+<100 / μ l (2/16)。 急性拒絶(1/4), 日和見感染なし。
2005 Essen (Liver Int ⁴²)	HIV+HCV	5	2/5 生存	2生存例はHAARTあり。

HIV: human immunodeficiency virus, HCV: hepatitis C virus, HBV: hepatitis B virus, HAART: highly active antiretroviral therapy,

世界でのHIV感染者に対する肝移植の報告（2）

報告年、施設名 (報告誌)		n	生存率	備考
2007 Barcelona (J HIV Ther ²⁸)	HIV+HCV (n>200)	Review	1年 50-55% (OLTなしで)	移植適応: CD4+>100 / μ l。HIV検出感度以下。 SVR率 15-20%。
2007 Miami (Transplantation ²⁹)	HIV+ HIV-	15 857	3年 73.3% 3年 79.4%	感染性合併症 26.7% vs 8.7% (p=0.006)。 適応: CD4+>100 / μ l, HIV<200 copies/mm ³ 。
2008 Vienna (Eur J Clin Inv ⁴³)	HIV-HCV HIV-HCV HCVのみ	31(移植後) 20 (移植前) 25(移植前)	SVR率 28% SVR率 50% SVR率 56%	免疫抑制剤はHCVウイルス量を増やす。 CD4+が保たれていればIFN効果的。
2008 UNOS (Transplantation)	HIV+ HIV-	137 30520	5年 60% 5年 70%	HCV+では予後悪い
2008 France (THEVIC study group) (Hepatology ³⁰)	HIV-HCV HCVのみ	35 44	2年 73% 5年 51% 2年 91% 5年 81%	多変量解析にて術前MELDスコアが生存に最も寄与。 HIV重複でF2以上への進展早い。 移植適応: CD4+>100 / μ l。HIV検出感度以下。
2009 France (J Hepatolo ⁷¹)	HIV+HCV	14	2年 93%	移植適応: HIV検出感度以下。AIDSなし。 FK、HAARTとも術後2Wより再開。FKの過剰投与 5/14 (36%)。 FCHで1例死亡。1年でF2 2、F3 1、F4(FCH) 2例。
2009 Bilbao, Spain (Transplant Proc ⁵⁸)	HIV-HCV HCVのみ	12 59	3年 62% 3年 84%(p=0.09)	患者生存、HCV再発、FCHの頻度など変わらない。

HIV: human immunodeficiency virus, HCV: hepatitis C virus, FCH: fibrosing cholestatic hepatitis, SVR: sustained virological response

エイズ予防指針作業班「第三 医療の提供」検討会

HIV/AIDS 患者の長期療養と在宅療養における課題について

独) 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 (ACC)

看護支援調整職 島田 恵

○前提

- ・「療養」とは、治療（医療）と養生（生活）を行いながら暮らすことであり、HIV/AIDS 患者の療養期間は長期化している。
- ・「在宅療養」とは、自宅や施設など病院以外の生活の場で治療と生活を両立させながら暮らすことである。

○現状と課題

1. 長期療養が課題となる点

1) 外来受診の長期化 →在宅療養でいかに外来受診を継続するか

例：・脳梗塞後の ADL 低下のため自宅で介護サービスを利用

- ・進行性多巣性白質脳症（PML）治療後の内服確認、健康管理のため施設で介護サービスと訪問看護を利用
- ・外来における療養支援の再考

受診中断の予防と継続の支援、副作用のモニタリングと対処 など

2) 急性期病院における入院期間の長期化 →病院からいかに退院し在宅療養するか

2. 入院期間長期化の理由

1) 治療に長期間を要する

日和見感染症（悪性腫瘍、播種性非定型抗酸菌症など）によっては、治療期間が長期化する。

2) 急性期病院において医学的に退院可能となったが、他の理由で退院が難しい

(1) 医療ニーズが高く慢性期病院への「転院」が望ましい場合

①転院を要する主な目的

- ・併存・合併疾患の治療が必要 例：がん治療、依存症治療
- ・入院によるリハビリテーションが必要

例：PML、HIV 脳症等の中枢神経疾患発症後の ADL 低下に対し在宅療養までのリハビリテーション

②転院困難の主な理由

- i) 急性期病院側の理由
 - ・転院の見通しをたてるのが難しい
 - ・転院先を開拓するのが難しい
- ii) 慢性期病院側の理由
 - ・受け入れの経験や感染管理などの知識がない

- ・受け入れ後の入院期間の長期化は困る
- ・医療区分の低さによる入院費用の採算性が低い
- ・抗 HIV 療法のマルメによる医療費の問題
- iii) 患者側の理由
 - ・転院に対する不安
 - ・キーパーソンの不在
- (2) 介護ニーズが高く病院ではない「自宅・施設への退院」が望ましい場合
 - ①自宅・施設への退院を検討する理由
 - ・高齢化に伴う障害 例：転倒骨折後の認知障害
脳梗塞後の ADL 障害
 - ・若年者のエイズ発症に伴う障害 例：エイズ脳症による高次機能障害
PML 後の ADL 障害
 - ②自宅・施設への退院困難の理由
 - i) 急性期病院側の理由
 - ・在宅への退院の見通しを立てるのが難しい
 - ・施設を開拓するなど療養環境を整えるのが難しい
 - ii) 在宅側の理由
 - ・受け入れの経験や感染管理などの知識がない
 - ・一般的に高齢者、若年障害者に対する社会資源が不足
 - iii) 患者側の理由
 - ・入院継続の希望と在宅療養への不安感
 - ・キーパーソンの不在

3. HIV/AIDS 患者の背景的要因

転院または在宅療養に関する支援をすすめていく際、患者本人だけでなく、両親、同胞、配偶者や子供など患者の私的な関係者が支援者として鍵となる。しかし、支援者の方が年上（高齢）である場合が多く、また患者が家族等に対し病名を伝えることを望まない場合には、適切な支援を得られにくい事例がある。このような場合、その役割を医療チームとして補う必要があるが、医療現場のマンパワー不足と医療者の支援経験・スキル不足があり、支援を十分提供できていない可能性がある。

○提言

HIV/AIDS 患者が抗 HIV 療法によって免疫コントロール良好となった後も、治療経過や状態に適した療養の場を選択できることが重要である。

- ・広く保健・医療・福祉職に対し HIV/AIDS 患者の長期療養に関する啓発・教育を行う。
- ・長期療養支援を行う医療チームに対して支援に必要な技術の研修を行う。
- ・急性期病院の後方支援病院として、慢性期病院の採算性を踏まえた適切な技術評価をする。

抗HIV療法に伴う心理的負担、および 精神医学的介入の必要性に関する研究

平成22年12月6日

研究分担者 廣常秀人（大阪医療センター 精神科）

研究協力者 吉田哲彦 梅本愛子（大阪医療センター 精神科）
安尾利彦 大谷ありさ 倉谷昂志 森田眞子
藤本恵里 宮本哲雄 仲倉高広（臨床心理室）

HIV感染症と精神疾患

- ・HIV感染症患者の**17.5%**に抑うつ傾向、**24.3%**に高い不安、**13.0%**に認知機能の低下が認められた（国立大阪精神科 越智ら,2006）
- ・精神科診断名としては、うつ病(**25%**)、適応障害(**12.5%**)、人格障害(**10.7%**)、HIV脳症(**7.1%**)が高頻度で認められる（国立大阪精神科 廣常ら,2007）
- ・国内6施設での新規患者462名の中で精神科を受診した患者は44名(**9.5%**)であった（廣常ら,2008）
- ・海外の文献では、精神障害と抗HIV療法の服薬アドヒアランスとの関連性が多く指摘されている（Whetten, et al,2008; Pezge, et al,2007など）

感染症内科を初診のHIV感染症患者に心理検査を診療の一環で実施(2008年6月より)

GHQ30(精神健康調査票)

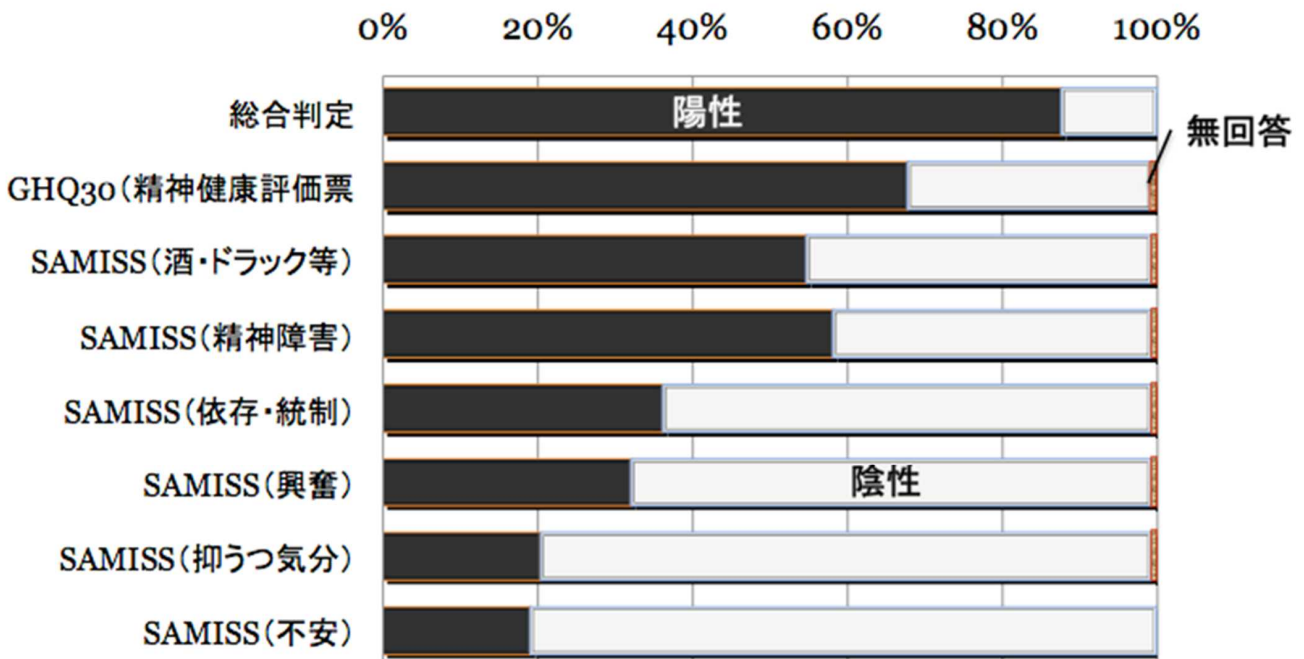
- 6因子(各5項目)30項目中、7項目以上で陽性(中川・大坊ら, 1996)
- (A) 一般的疾患傾向: 疲れ、主観的な病気の感覚など
 - (B) 身体的症状: 頭痛、頭重感、発汗など
 - (C) 睡眠障害: 早朝覚醒、入眠困難など
 - (D) 社会的活動障害: 仕事、日常生活がうまくいっているかなど
 - (E) 不安と気分変動: 怖さ、重荷、自信のなさ
 - (F) 希死念慮・うつ傾向: 望みの喪失、消えたい、死んだ方がまし、など

SAMISS(Substance Abuse and Mental Illness Symptoms Screener: 日本語版)

- アルコール摂取・薬物使用状況
- ・アルコール摂取: 13点中5点以上で陽性
 - ・薬物使用: 8点中3点以上で陽性
 - ・アルコール摂取・薬物使用の依存・統制: 8点中1点以上で陽性
- 精神症状
- ・過去1年間の精神症状(興奮、抗うつ薬服用、抑うつ気分、興味減退、不安、不安発作、心拍の異常、心的外傷体験、フラッシュバックの継続、心理的動揺による日常生活の障害)の有無: 1つでも有であれば陽性

GHQ30およびSAMISS 初診時の傾向

(08年6月~09年8月、n=146)



初診の1年後調査

調査期間:2010年1月～6月

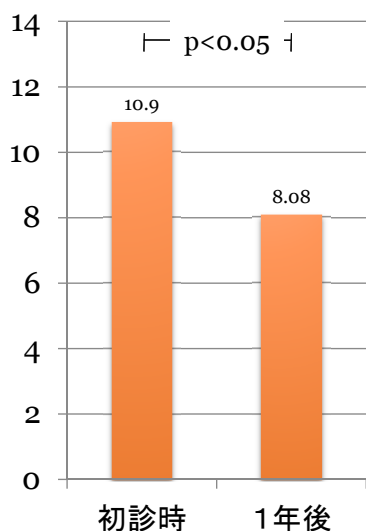
対象:初診より1年を経過し上記の期間中に受診し同意を得られた50名。(平均年齢:39.0歳)

追加の調査項目:1年間の生活での経験

- ・治療状況、服薬状況
- ・精神科受診、カウンセリング利用状況
- ・医療スタッフとの関係性に関する主観的評価
- ・配偶者、パートナー、友人、家族への告知や相談の状況と、関係性の変化の有無に関する主観的評価
- ・他のHIV感染症患者との接触の有無
- ・性に関する体験(性欲、性行動、主観的満足度)・・・など

GHQ30 1年後 vs 初診時

GHQ30の平均値は、初診時は10.9点で32名(64%)が陽性と判定されたが、1年後の平均点は8.08点となり、陽性と判定された人は21名(42%)に減少した。



	初診時	1年後
全得点	10.9±7.43	8.08±6.95*
一般的疾患傾向	2.42±1.68	1.80±1.56*
身体的症状	1.76±1.35	1.40±1.46
睡眠障害	2.44±1.83	1.90±1.91
社会的活動障害	1.24±1.45	0.64±1.08*
不安と気分変調	1.76±1.83	1.66±1.72
希死念慮とうつ傾向	1.24±1.84	0.84±1.42

* : $p < 0.05$

1年後に、全得点、一般的疾患傾向、社会的活動障害で有意に改善

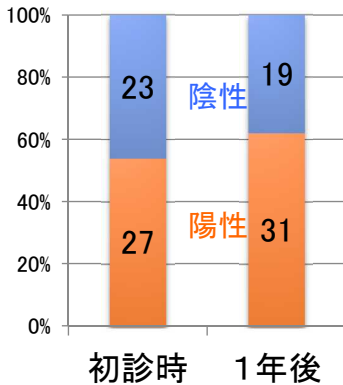
SAMISS 1年後 vs 初診時

飲酒・物質使用関連 (n=50)

① 飲酒・物質使用・物質に対する依存・統制 各項目の得点および陽性判定数

	初診時	1年後
飲酒	4.55±3.34(23名)	4.43±3.27(23名)
物質使用	0.41±0.71(0名)	0.37±1.25(1名)
依存・統制	0.59±0.49(15名)	0.88±1.41(21名)

② 飲酒・物質使用 陽性者の割合



☆1年後は陽性例が微増。

☆有意な差は見られなかった。

③ 飲酒・物質使用状況 陽性・陰性のクロス集計

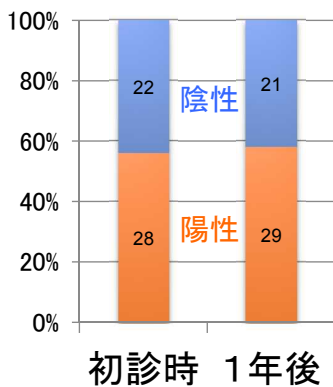
		1年後	
		陽性	陰性
初診時	陽性	20(40%)	7(14%)
	陰性	11(22%)	12(24%)

☆初診時は陰性であったが、1年後に陽性となる人が11名(22%)認められた。

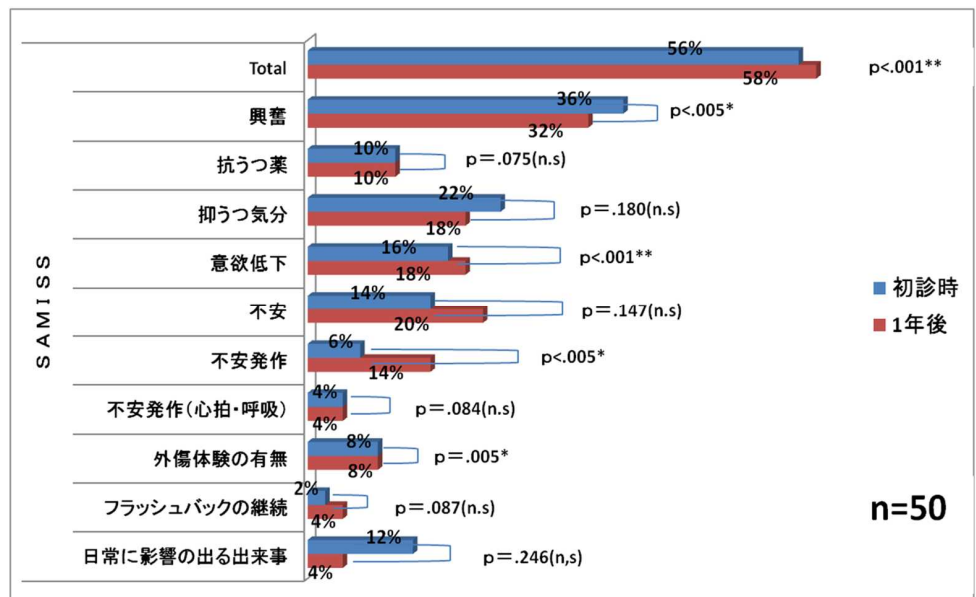
SAMISS 1年後 vs 初診時

精神症状 (n=50)

① 精神症状 陽性者の割合



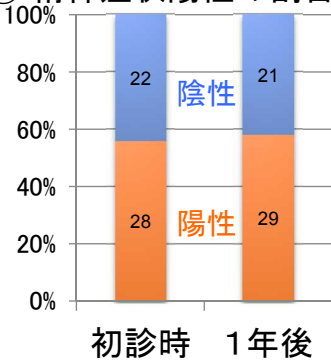
② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



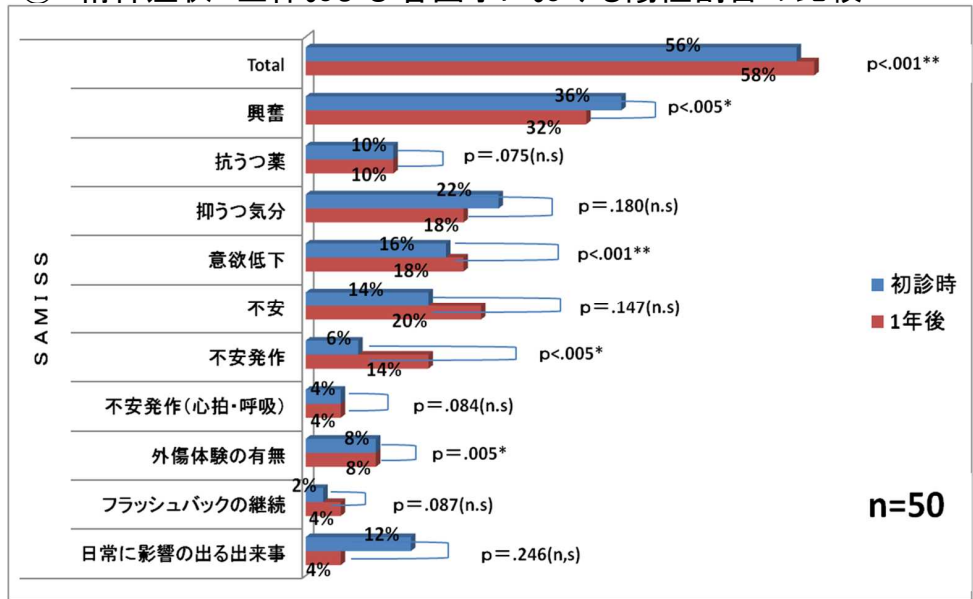
☆興奮は1年後に陽性判定割合が有意に減少しているが、意欲低下や不安発作は1年後に陽性判定割合が有意に増えていた。

SAMISS 1年後 vs 初診時 精神症状 (n=50)

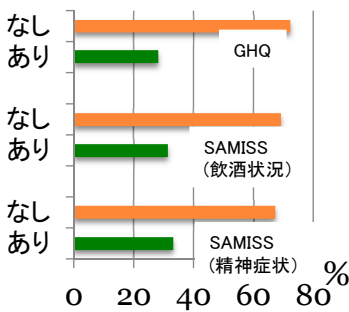
① 精神症状陽性の割合



② 精神症状 全体および各因子における陽性割合の比較



③ カウンセリングの有無による1年度の陽性割合



☆興奮は1年後に陽性判定割合が有意に減少しているが、意欲低下や不安発作は1年後に陽性判定割合が有意に増えていた。

← いずれも有意差は認められなかったが、カウンセリングの「利用あり」群の方が1年後の陽性判定割合は少なかった。

考察

- ・GHQ30の結果からは、全体的には初診から1年後においてメンタルヘルスが改善することが認められた。
- ・しかしSAMISSの結果から1年後において部分的にメンタルヘルスの悪化が認められること、1年後においてもGHQ30では約4割、SAMISSでは約6割が陽性と判定されることから、感染告知からある程度時間が経過したあともメンタルヘルスのフォローが必要と考えられる。
- ・約2割において初診時は飲酒・物質使用で陰性ながら1年後に陽性と判定されることなどから、告知後の様々な情緒に対処するためにアルコールや薬物が用いられている可能性が考えられる。
- ・カウンセリング利用経験と1年後のメンタルヘルスの改善との間に関連が認められた。利用経験のない群のメンタルヘルスをフォローする必要性が示唆された。

課題提起

- ・HIV感染症患者の1割が精神科を受診していた。
- ・初診時のメンタルヘルススクリーニングでは大半が陽性判定であり、精神的・心理的介入のニーズは高いと考えられた。
- ・カウンセリングによるメンタルヘルスの改善傾向が観察された。
- ・特に、精神疾患を有する例では服薬の自己中断が多く認められた。服薬アドヒアランスや定期的な受診行動の維持などの保健行動の観点からも、心理的介入および精神医学的介入が必要と考えられた。

提言

- 診断早期よりメンタルヘルススクリーニングを含む精神医学的介入を効果的に行うことが、必要である。また、医療従事者に対する、HIV感染患者に対する精神医学的介入に関する講習を実施し、精神疾患の早期発見し、HIV感染症全体の治療効果を高めることも重要。今後、このような精神疾患等の克服に関する研究は重要であり、推進されなければならない。予防指針の見直しも、患者の目線を常に意識した、現場に即したものであってほしい。

厚生労働科学研究費補助金

エイズ対策研究事業

H I V感染予防対策の効果に関する研究

行政とNGOの連携を促進するための検討報告書

主任研究者 池上千寿子

平成18(2006)年 3月

はじめに

本報告書は、後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会による報告書（2005）のうち以下、Ⅲ－（2）をうけて設置された検討会による6回の討議をまとめたものである。

Ⅲ 施策の評価等

（2）NPO、NGO等との連携及び財団法人エイズ予防財団の機能の見直し

個別施策層を対象とする施策を実施する際には、感染者・患者団体を含むNPO、NGO等の民間団体と連携することが有効である。エイズ対策を今後も長期にわたって展開していく必要性にかんがみれば、こうした団体等における人材確保が重要であり、財団法人エイズ予防財団は、人材育成、活動支援等において、こうした団体等を支援する核となって機能すべきである。また、どの都道府県地域で、どのような団体等がどのような活動を行っているのかという情報を、地方公共団体に提供できる体制を確保することが望まれるとともに、支援するに相応しい団体等を評価するための手法の確立が必要である（後天性免疫不全症候群に関する特定感染症予防指針見直し検討会による報告書、2005年）

本検討会は、以下を主な目的とした。

「エイズ予防財団がNGOの活動を支援し、行政との連携を促進するためにNGOのプログラム評価をするための手法及び指標を検討し、その考え方を整理すること」

検討会の構成委員

エイズ予防財団事務局長、専務理事 他担当者

厚生労働省健康局疾病対策課担当者

市川誠一（名古屋市立大学）

長谷川博史（JaNP+）

生島嗣、池上千寿子（特定非営利活動法人ふれいす東京）

講師として山岡義典氏（日本NPOセンター副代表理事）を招聘した。

検討会は2005年7月から12月まで以下の日程で毎月1回開催した。

2005年7月13日、8月12日、9月30日、10月21日、11月14日、12月19日

目次

総論

- 1 予防指針見直しによる今後5年間の課題
- 2 5年間の課題に対する現状
- 3 現状の分析と改善点及び課題の整理
- 4 目標を達成するために NGO連携委員会の設置

各論

- 1 NGOの役割とNGO活動支援の必要性と重要性について
- 2 エイズ予防財団によるNGO支援についてー現状と課題
- 3 NGO活動およびプログラム評価について 考え方の整理
- 4 自治体とNGOの連携についてー現状と課題
- 5 NGOの活動に関するリソースガイドについて
- 6 NGOプログラム評価のための人材育成について：プログラム・オフィサー
- 7 NGO連携委員会の設置と活動について

- 添付資料 1 「助成事業の評価について」山岡義典氏作成の検討会レジュメ（2005）
- 2 「事例別にみた評価手法一覧」田中弥生『NPOと社会をつなぐ NPOを変える評価とインターメディアリー』東京大学出版会（2005）
 - 3 「実施者視点評価と参加型評価の概念比較」田中弥生 前掲書

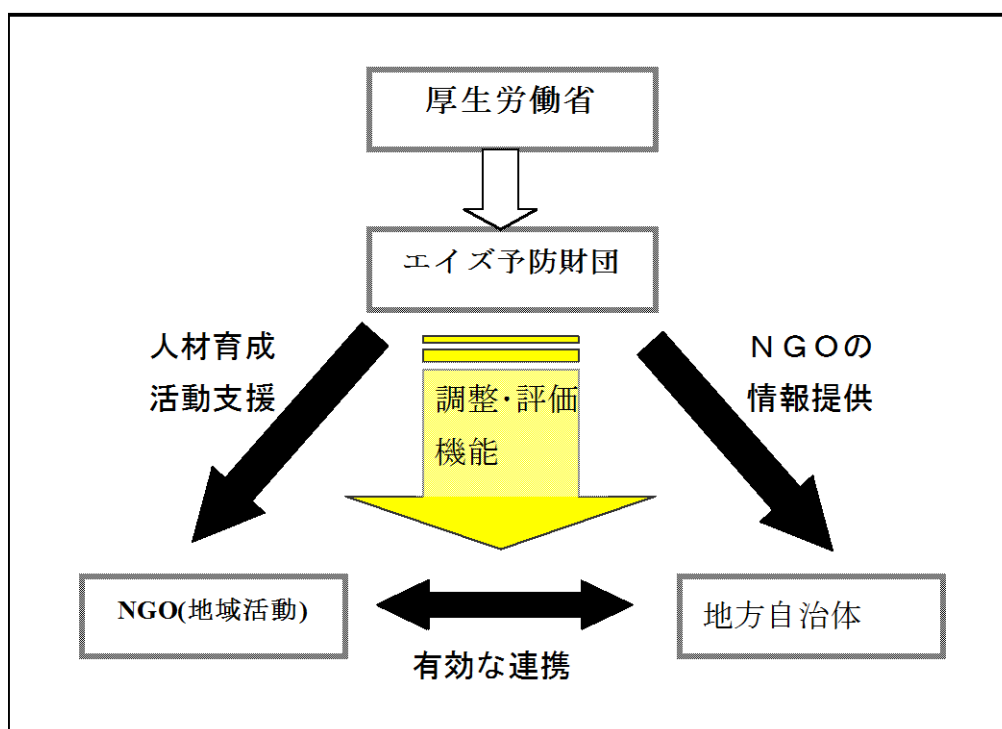
総論

1 予防指針見直しによる今後5年間の課題

エイズ予防指針見直し検討会は、施行以来5年を経過したエイズ予防指針をうけて5年間の施策を見直し、問題点や課題を整理し、今後5年間の指針を構築することを目的として開催された。その報告書(2005)「Ⅲ-(2) NPO, NGO等との連携及び財団法人エイズ予防財団の機能の見直し」が今回の検討会の課題となるテーマである。

この課題で示された理念のイメージを構造的に図示すると以下のように示される。いいかえると、以下のような連携や機能が具体的かつ有効に果たされることが今後5年間の目標であるといえる。

図1 エイズ予防財団の機能に関するイメージ



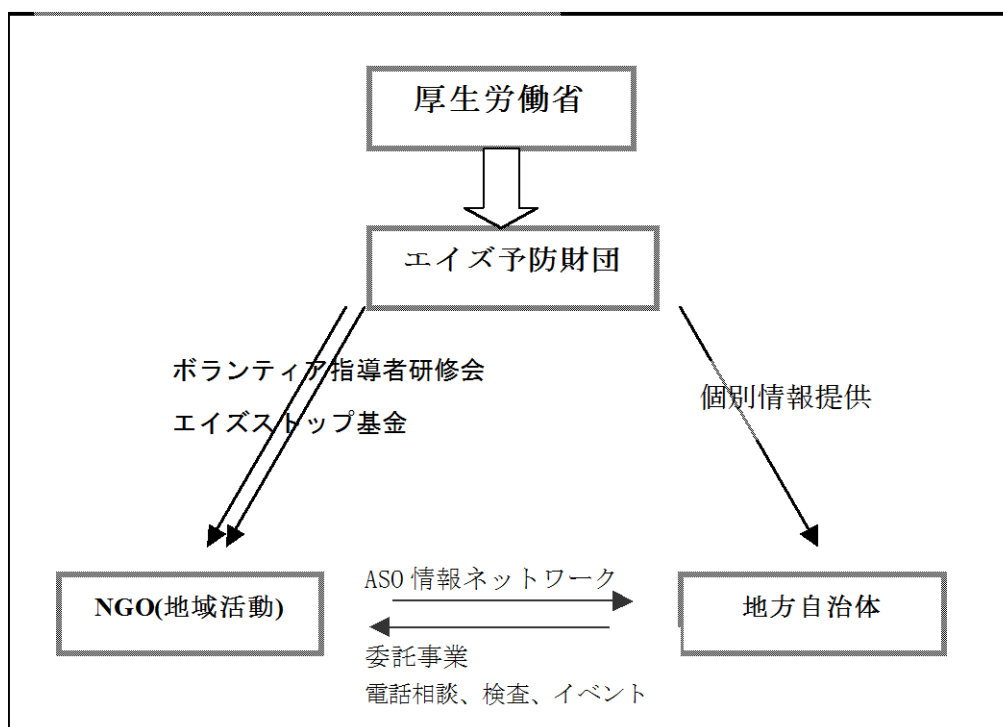
まず、図1で示すNGOとはなにか整理しておきたい。直訳すれば「非政府組織」であり、特定非営利活動法人という法人格を有する組織と任意の団体として法人格を有しない組織とが含まれる。広義には財団法人エイズ予防財団もNGOであるが、ここではエイズに関する予防やケア等の具体的な活動を地域に密着して継続的に運営している組織に限定する。

ただし地域密着といっても市町村等に限定されている場合もあれば、対象者のニーズにあわせて行政の管轄枠を超えてより広域にサービスを提供している場合も含まれる。具体的活動といっても週に1回ボランティアで電話相談を実施しているだけという活動もあれば、専従職員がいて予防とケアに関する複数のプログラムをフルタイムで運営している組織もある。サービス対象者をゲイ、外国人等特定の集団に限る組織もあれば対象者の属性を問わない組織もある。一口にNGOといっても実際にはじつに多様である。

2 5年間の課題に対する現状

では、上記課題に対して現状はどのようになっているのだろうか。現状をわかりやすく認識するために以下に図示してみる。

図2 NGO支援と連携の現状



エイズ予防財団によるNGOの人材育成プログラムとして「ボランティア指導者研修会」が毎年実施されている。NGO活動支援としては「ストップエイズ基金」がある。

NGOに関する情報提供としては、エイズNGOの傘組織といえるエイズ&ソサエティ一研究会議（NGO）が発行した「ASO情報ネットワーク」等がある。

また、NGOは地方自治体の委託事業として電話相談事業や検査事業を実施したりしている。これらは継続的な委託事業であるが、単発的な事業としてはエイズデー関連で自治

体が企画したイベントにNGOが参加したり、保健所による啓発事業でNGOスタッフが地域の学校や研修会等に派遣されることもあり、参加の仕方は多様である。

3 現状の分析と改善点及び課題の整理

さて、上記のような現状からいかにして目標を達成したらよいのだろうか。まずはエイズ予防財団による既存のプログラムが実際どのような役割を果たし効果をあげているのかを分析する（プログラム評価）必要がある。つぎに、プログラム評価を中心にNGO活動の評価とはいかなることかについて整理し、さらにNGOと自治体とが有効に連携することとはどういうことなのかを検討し、そのために財団が果たすべき調整及び評価機能について具体的に考察する必要がある。これらの項については各論でくわしくふれる。

4 目標を達成するために NGO連携委員会の設置

現状を把握し課題を整理したうえで、予防指針の見直しで指摘された目標を達成するための具体的な方策を提言する。結論からいえば、NGO連携委員会をエイズ予防財団に設置することを提言する。この委員会は目標を達成するための活動母体である。

6回の検討会で議論されたことから言えるのは、改善のための実行母体がなければ指針の見直しによる課題の達成は有名無実に終わりがねない、ということである。予防指針の見直し検討会でも、「指針自体はよくできているが実行されていない、指針にもられた施策のモニタリングがされていない」と多くの委員から何度も指摘された。今後はこのような指摘をうけないようにすることこそ、今次見直しによる成果をあげることに他ならない。

各論

1 NGOの役割とNGO活動支援の必要性と重要性について

エイズ予防財団によるNGO活動支援、人材育成の現状分析をする前に、エイズ対策におけるNGOの役割及びNGOの活動支援がなぜ必要で重要なのかを整理しておきたい。

1) エイズ対策におけるNGOの役割について

1988年、WHOはエイズNGOの国際的ネットワークICASO (International Council of AIDS Service Organizations)及び感染者の国際的ネットワークGNP+ (Global Network for People Living with HIV/AIDS) の設立を経済的に支援した。ICASO及びGNP+は各地域(アジア太平洋、アフリカ、ラテンアメリカ、北アメリカ、ヨーロッパ、カリブ地域)に支部ネットワークを持ち、それぞれの地域ネットワークは各国のNGO、感染者団体の傘組織として機能するだけでなく国際エイズ会議、地域エイズ会議の共催団体としてエイズ対策の最前線で活動している。このことはNGO、感染者活動がエイズ対策において必要かつ重要なパートナーであるという国際的認識を示す。エイズは、単なる一疾患として医学的に対応するだけでは解決できない社会的、経済的、倫理的、文化的課題を提起するものであり、社会をうつす鏡であるともいえる。

社会を活性化し、市民にとってよりよい社会を形成していくためには、行政による公助、地域市民による互助、個人の自助のいわゆる三助がそれぞれに有機的に機能し合うことが不可欠であるが、エイズにあてはめれば、公助とは国家的政策の構築、医療、福祉などの整備であり、互助とはNGO活動、自助とは感染者・患者活動であるといえよう。

予防においては、個別施策層それぞれの真のニーズを把握するためには当事者コミュニティと研究者や行政の協働が不可欠であり、ケアにおいてもサービスの消費者たる感染者・患者を無視しては有効な対策を講じることは困難であろう。

2) NGO活動支援の必要性と重要性について

日本ではNGOすなわちボランティアという固定観念が強いために、NGOが安定した経済基盤を確保することはきわめて困難である。しかし安定した経済基盤なくしては事務所の確保も専従スタッフの維持も難しい。そこで、NGOは事業助成や寄付を可能な団体や個人に申請するが、事業助成はプログラム事業に係る経費は認めてもNGO運営に係る経費は認めない。したがって、NGO活動は狭い事務所に無償労働がつきものになってしまっている。NGOの脆弱な経済基盤という問題については厚生労働科研による調査によってもすでに指摘されている(我妻2002)

とりわけエイズNGOについては社会的偏見が経済的困難さを強化してしまう。企業に

よる助成金提供プログラムを含む社会貢献活動においては、「環境」「人権」「女性」「子ども」などのテーマは歓迎されるが、「エイズ」は「企業イメージが悪くなる」と敬遠されてしまう。寄付においても同様である。日本社会は残念ながら、エイズを「だれにでも関係する基本的かつ社会的な課題」として捉えていないのが現状である。

このような社会的意識の喚起は国家的対策としてきわめて重要であるが、コミュニティーや地域での意識喚起はNGOの重要な活動のひとつであり、このことから行政によるNGO活動支援は必要かつ重要である。

各論

2. エイズ予防財団によるNGO支援について一現状と課題

エイズ予防財団がNGO支援を目的として継続して実施してきた事業(プログラム)には、「日本エイズストップ基金」及び「ボランティア指導者研修会」がある。各論1で述べた視点から現状のプログラムが十分に成果を挙げているのか否かを検討する。

1) 日本エイズストップ基金について

これは民間から集められた寄付金を直接NGOに配分するものであり、直接的な経済的支援であるといえる。しかし、検討会では、以下のような問題点が指摘された。

- ① 寄付収入が減少傾向を示し続けている。
- ② 寄付収入の減少にも関わらず配分対象のNGOが多いために個別の配分金額が減少している。
- ③ 基金配分の基準や配分をうけるNGOの選定基準が不明瞭である。
- ④ 配分された助成金がどのように活用されたかに関するモニタリングや評価がない。

寄付収入の減少は社会的意識の希薄さもさることながら、寄付者に対して配分先のNGOの名称しか広報されないために寄付の成果がわかりづらい。NGOにとっては申請書を提出しても選定・配分基準が不明瞭で小額づつばら蒔かれる、という印象をぬぐえない。したがって、寄付者(支援者)にとっても成果(コストパフォーマンス)がわかりにくく、受益者であるはずのNGOにとってもメリット感が希薄であるというのが実情である。このままでは寄付金はさらに減少し、助成はさらに小額になりかねない。

ここで必要なのは、日本エイズストップ基金プログラムについてのプログラム評価である(評価については次項を参照のこと)。

日本エイズストップ基金は、そもそもNGO活動へのファンドレイジングという役割をもつが、さらには社会的意識を喚起するという波及効果も期待されており、受益者(NGO)、支援者(寄付者)、市民という3つの立場の評価が必要であろう。評価の目的は、基金の委員会の構成もふくめたプログラム全体に関する改善点の提示である。

2) ボランティア指導者研修会

これはNGOの人材育成を目的とした支援事業であるが、研修会の企画・運営をNGOに委託することにより、受託したNGOにとっては事業運営のスキルビルディングにもなると考えられる。

この委託方式はNGOとの連携事業のモデルのひとつになりうる。なぜならば、この方

式は事業の立案及び実施において当事者参加レベルがきわめて高いことを示している（事業の連携レベルについては後にふれる）からである。具体的には以下の3点にまとめられる。

- ① NGOで活動するためにどのような人材が求められ、そのためにはどのような研修が必要であるかは受益者たるNGO自身がより正確に把握していると考えられる。
- ② 当事者であるNGOが人材育成の立案から参加し運営、評価まで実施し、財団は育成の場と資金を提供している。
- ③ プログラム及び参加者による評価結果も情報として開示されており、次にこのプログラムを受託するNGOは過去のプログラム情報を次なる研修企画への貴重な資料として活用することができる。

このような方式で継続されている委託事業を指導者養成研修だけでなく新人研修等にも発展させることが求められる。

3) エイズ対策研究事業に関連した支援：リサーチレジデントについて

個別施策層への啓発におけるNGO、コミュニティー支援

厚生労働省によるエイズ対策研究事業では法人格を有するNPOが主任あるいは分担研究者として採用されてきた。この結果、主任あるいは分担研究者であるNGOが、研究事業の一環としてエイズ予防財団によるリサーチレジデント制度を利用して人材(若手研究者)を確保したり、研究成果物を広く市民やコミュニティーに配布するための経費等の支援をうけることができた。

しかしながら、これらの支援はあくまでも研究の一環として実施されるもので研究期間が終了すれば継続不可能になる。また、あくまでも研究という枠組みにしばられるという制約がある。このためNGOやコミュニティーのニーズにあわせて継続する支援にはなりにくい。

とはいえ、ブロック拠点病院には、エイズ予防財団のリサーチレジデントとして「情報官」を継続的に配置しているという実績がすでにある。そのような人材をコミュニティーあるいはNGOにおいても確保しネットワークを作ることは、コミュニティーの自助能力を高め、NGOの人材を育成するという点で有効であろう。

個別施策層への対策について、たとえば「対象となるMSMが地域にいかに存在するのかわからない」、「対象へのアクセスが困難で、アクセスできたとしてもアプローチの手法がわからない」、「したがって対策を講じられない」と説明する自治体が少なくない。しかしMSMは日本のほとんどの地域にいるし、コミュニティーとはいわないまでも、情報伝

達窓口になりうるキーパーソンは存在するのである。広域のMSMコミュニティーあるいはNGOとつながることによってキーパーソンとつながることができる。その意味からもNGOやコミュニティーでの「情報官」的な人材ネットワークをエイズ予防財団が育成し支援することは、地域行政とコミュニティーとの重要な調整機能をはたすことにつながるだろう。

各論

3. NGO活動およびプログラム評価について 考え方の整理

1) 「評価」とはなにか

歴史的には1960年代アメリカで、貧困撲滅のために莫大な予算を投じて福祉政策を実施したが問題は解決されず、政策に優先順位をつけるために「評価」が導入されたことから始まるとされる。その後、事業成果の説明責任、事業の改善を目的としても評価が実施されるようになった。日本では、行政評価、政策評価という言葉が広く使用されているが、**evaluation**（評価）とは価値判断そのものをさすのではなく「客観的な数値のものさしで測定し、客観的な結論を提示するものである。政策の良し悪しの議論ではなく、良し悪しの判断の材料を提供する」（山谷 1997）ものとされる。しかし、数値だけで測定できるものには限界がある。とくに社会事業においては地域社会のなんらかの変容をめざすものであり、コミュニティのイニシアティブという側面を重視し、可能な限り客観的なデータに翻訳するという作業が必要になる。

では、評価で得た材料を判断するのはだれか。「日本では評価者に最終判断まで委ねる依頼主が多いが、これはコンサルタント会社に自社の方針を決めてもらうのと同じことである」（田中 2005）。評価の最終判断はサービス提供者自身である。

つまり、評価とはまず、対象となる事業やプログラムの良否、改善点を判断するための客観的データの収集と分析（評価者が行う）であり、データに基づく判断行為（事業主が行う）である。なぜなら「評価依頼主や事業実施者が評価結果を有効に利用しなければ評価の意味は無い（Patton1997）」からだといえる。

2) 組織評価とプログラム評価

そこで、NGOを客観的に測定するものさしのひとつが組織評価である。

① 組織評価

組織評価とはたとえば、設立年(継続年数の把握)、法人格の有無（格付け）、有給職員の有無、活動スタッフの数、賛助会員(法人)の数、運営資金（寄付金、助成金内訳等を含む）、活動報告書や会報の有無、連絡先（ホームページアドレス、メールアドレス、電話、ファックス番号等）、活動内容（事業項目、事業毎の活動時間、サービス利用者数等）など組織のパフォーマンスを可能な限り数値データで示すものである。

日本ではこれらのNGOデータを収集した「ASO情報ネットワーク」（2001）「エイズ啓発活動におけるNGO活用マニュアル」（2003）があるが、いずれもNGOへのアンケート調査による自記式回答をまとめたものである。したがって内部評価をしているだけであり

外部評価という視点はいってこない。そもそも調査対象にもれているNGOがあるかもしれない、なんらかの理由で回答しなかったNGOもあろう。

さらには、これらの数値は年度ごとに更新されないと意味がない。過去のパフォーマンスが現在にひきつがれるとは限らず、活動が継続されるとは限らないからである。

また、組織評価はNGOの規模を多方面から測定したものであるが、たとえばA団体の寄付収入がB団体の2倍であったとしても、それはA団体の社会的評価がB団体の2倍であるとは限らない。組織評価は、それぞれの事業(プログラム)の具体的内容と成果についてはデータを提供してはいない。それについてはプログラム評価が必要になる。

② プログラム評価

一方で、プログラム評価は、プログラムの成果を評価するためのものである。プログラムは各プロジェクトによって構成されるシステムである。これは、だれが(評価の立場)、いつ(評価の段階)、何のために(評価の目的)するかにより整理できる。

表 1

評価の立場	自己(内部評価)(たとえばNGOが自身の活動成果を評価) 受益者(サービス消費者がいかにか満足しているか) 支援者(ドナーからみた成果:コストパフォーマンス) 社会(社会的な波及効果など)
評価の段階	事前評価(予想される成果、アセスメント) 途中評価(予想した成果があがりつつあるのか、フィードバック) 事後評価(終了後の成果 直後の成果と中長期的成果)
評価の目的	プログラムを実施するか否かを判断するため 軌道修正して実施するため(改善策の提示) 社会的な広報や認知を得るため(成果の確認)

たとえば、自治体を実施する検査事業を考えてみよう。事前評価で受検者数の増加を予測し事後評価において受検者数の増加が確認されると、自己評価としては目的を達成したことになるだろう。しかし、このような評価だけでは受検者の立場が考慮されていないことになる。検査事業の目的は、受検者の増加だけでなく、まずは陽性者をすみやかに医療機関につなげることであり、検査行動を予防行動につなげることであったり、検査を通して社会的な意識喚起も促したいということでもあるだろう。となれば受益者の立場からの評価こそ重要であり、社会の立場からの評価(検査事業はエイズに対する誤解や偏見を解消するのに成果があるだろうか等)も無視はできないだろう。

受検者はふえたけれども陽性者に対するカウンセリングやケアという体制が不備であったために、陽性者が検査・医療不信を抱き医療機関につながりにくかったという事例はす

で指摘されている。陰性の結果を告知するだけでは予防行動につながらないだけでなく「自分は今後も大丈夫」という誤解を与えかねないこともすでに指摘されている。つまり検査を受ける人は増えても、検査の結果被害を受ける人もありうるのである。数値目的だけが重視されると、受益者の立場（じつは受損者もいるかもしれない）、社会の立場（偏見を助長するかもしれない）は無視される。その時点に限定したコストパフォーマンスのみが問題になると、安くあげるためにNGO等に委託（下請け）したりする。その結果、フォロー体制がないということになり、中長期的には受検者が減ってしまいかねない。陰性であった受検者が後に予防できずに感染することも防げないだろう。

3) 評価のコスト

以上のように、組織評価もプログラム評価も本格的に行うにはコストがかかることがわかる。とくにプログラム評価においてはプログラム・オフィサー(21 ページ参照)などの専門的スキルをもった人材が必要になるだろう。どの程度のコストをかけ、そのコストをだれが負担するのかによって評価の方法は変わってくる。もしコストをかけないのならば、目に見える数値という成果だけしか入手できない。その結果、プログラム自体の総合的な成果をつかむことはできないため、プログラムの改善もできなくなる。

各論

4. 自治体とNGOの連携について—現状と課題

1) NGOと自治体の連携事業—現状の問題点

既に述べたように地方自治体とNGOが連携して実施しているプログラムには継続的委託事業と単発的なプログラムに対するNGOの参加協力とがある。この現状における問題点は次の2つに要約されるだろう。

①NGOが安価な労働力として使われる

自治体が本来やるべきプログラムであるにもかかわらず予算や人材不足からNGOに下請けすることで安くあげようとする。たとえば週日の勤務時間には自治体職員が行っている電話相談を夜間や休日に行うと人件費や庁舎の経費がかかりすぎるという理由ですでに電話相談を実施しているNGOに下請けするような場合である。このような場合、電話相談員のトレーニングから電話相談スペースの維持等、電話相談事業に係る運営費はすべてNGOの負担となり、そのための経費は助成されない。したがって相談員のトレーニングやら相談事業の質の維持について保障することは難しい。自治体とNGOは電話相談に関する必要情報を共有し、相談に対する回答が自治体職員とNGOスタッフによってちがってしまうというような事態を避けるために緊密な情報交換や連絡会をもつ必要があるが下請け関係ではこのような活動経費も無く協働関係を構築するのは難しい。このことは電話相談のみならず検査事業をふくむ下請け的委託契約事業一般にいえることである。

② 調整機能がない

自治体とNGOの連携を成功させるためには関係者間の調整機能が重要である。一般的に自治体の担当者は数年で入れ替わるのが常である。その結果、たとえNGOとの連携がうまくいっても次の担当者にひきつがれるとは限らないだけでなく、NGOがNGOの役割や連携の重要性という基礎的なことから次の担当者に説明し納得してもらわなければ事が進まないという事態に陥りがちである。関係者が増えるにつれて調整機能はより重要になる。調整機能がないということは関係者間での責任の主体が曖昧になる、ということでもある。

以上の2点の問題点からいえることは、現在のところプログラムをモニターし、受益者による評価をフィードバックし、よりよいプログラムに向けて改善してゆくというプロセスがなく、その責任の主体が不明である、ということである。その結果、プログラムを継続するか否かということについてもコストパフォーマンスだけで判断されがちとなる。こうなると、「だれのために、なにをしているのか」というプログラムについての根本的な問いが問われないままとなる。

2) 有効な連携とはなにか

では、なんのために連携するのか。自治体とNGOが連携することによって、エイズ対策事業が、受益者にとってより満足できるものになり、そのために受益者が増えて事業の成果がさらにあがり、受益者との信頼関係ができて彼らからたしかなフィードバックを得ることができ、その結果をふまえて事業をさらに改善しながら継続できること、そしてこのプロセスが経済的にも人材育成の意味でもNGO支援にもなる、このようであれば連携は有効であるといえる。受益者がふえ、NGO支援になり、社会的な波及効果もあり、自治体にとっては対策の成果をあげるという目的を果たせたことになる。

しかし、現実にはいくつかの課題がある。まず、連携にはいくつかのレベルがある。ここでは連携レベルについて、事業の立案における当事者の参加レベルと事業の実施における民間資源ネットワークレベルで整理しておく。

3) 連携のレベル

① 当事者の立案参加レベル

行政とNGOの連携の重要性は国際的に広く認識されており、とくに事業の対象である当事者がいかに事業に参加したか（参加度レベル）が問われる。国家的エイズ対策でいえばGIPA（Greater Involvement of PHA 対策の立案、計画、実施、評価に感染者・患者が積極的に参加すること）が、1996年のパリエイズサミット宣言以来、国家的対策を構築するうえでのひとつの指標になっている。

連携の事例として、たとえば地域の若者への普及啓発事業を取り上げる。以下、表2は、受益者である若者がどの程度、事業立案にかかわるのかの程度を指標化したものである（厚生労働省エイズ対策研究事業 池上班研究報告 2005）。

表2 事業参加度段階

若者の立案参加度	
1段階	行政の担当者だけで事業案を決める
2段階	行政の担当者が、事業内容について医師などの「専門家」の意見を聞き、立案に反映させる。
3段階	行政の担当者が地域で若者と活動している養護教諭やNGOと話し合い、立案に反映させる。
4段階	行政の担当者が直接地域の若者たちの意見を聞き、立案に反映させる。
5段階	行政の担当者が若者たちに「自分たちで話し合い事業を考える」場所を提供し、若者自身が立案する

② 実施における民間資源とのネットワークレベル

表3は、ネットワークの程度をレベルごとに整理したものである。事業の実施において、地域の社会資源がどれくらい関与したかは社会的波及効果が期待され社会的立場からの評価につながりうる。

表3

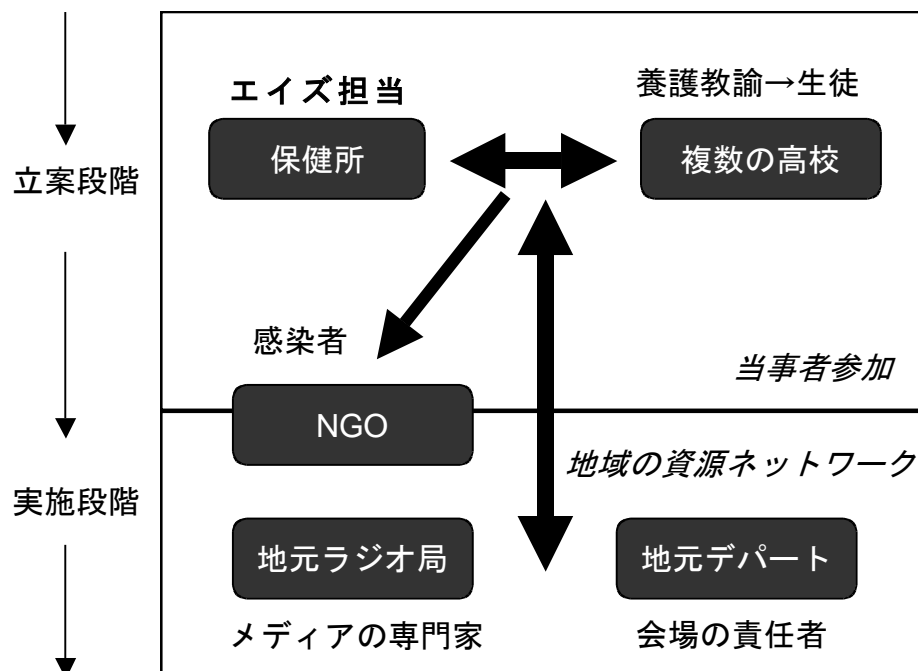
ネットワーク度	
1段階	行政の担当者だけで実施する。
2段階	行政が医師などの専門家、学校関係者、NGO、女性センター、若者グループ、企業など地域の資源のどれか一つとともに実施する
3段階	行政が複数の地域資源（個人や組織）とともに実施する

4) 連携の課題；継続性と実現可能性—事例研究をとおしての整理

次に、事業の立案・実施において高い連携レベルを示した保健所による若者への啓発事業に関する具体的な事例を紹介する。

図3 S保健所の事例

高校生によるエイズに関するラジオ番組の制作



事業の立案段階での試み：

- 保健所の担当者が地域の養護教諭をとおして複数の高校に呼びかけた。
- 自発的に立案に参加する高校生を集めた。
- 保健所で高校生に立案する場を何回も提供した。
- 地域のNGOに連絡をとり若者たちが感染者の生の声に接する機会を提供した。
- 若者たちはエイズデー事業としてエイズに関するラジオ番組の制作を立案した。

事業の実施段階での試み：

- 若者の立案に基づき、担当者は地元のラジオ局及び地元のデパートと話し合った。
- メディア専門家の協力と放送会場の提供をとりつけた。

S市の事業は大いに盛り上がったが残念ながら継続されていない。担当者は自己達成感は大いに得たものの関係者間の調整に疲れきってしまった。次の担当者には前任者のような情熱は無く継続する意志はない。立案に参加した若者たちの満足度は高かったが、地域の若者への効果についての事後評価はない。今回は地域の資源の無料の提供があったが、一般的にはネットワークが広がるほど調整の時間と実施コストが増加する。当事者による立案参加レベルについても、一般的には1段階から5段階にいくほど時間とコストが増えてゆく。

○ どのレベルの連携を考えるか：継続性と実現可能性

当事者による事業立案参加度、実施におけるネットワーク度は高い方が望ましいとはいえるが、現実問題としては高ければよいとはいえない。エイズ対策事業においては予防にしろケアにしろ地道だが良質なプログラムの「継続性」が問われる。単発のプログラム評価はたとえば「イベント参加者〇〇名！」という数値にとどまらざるをえないし、担当者は自己満足を得やすいが、それ以外の成果は疑問である。

継続性を確保するためには、どのレベルでの連携なら維持できるか調整できるかを考慮すべきだろう。あるいは高度な連携で立案実施した事業の評価をきちんと行い、継続できる予算と人材を確保すべきである。さもなければエイズ対策事業は「やる気のある担当者がいたときだけできる連携できる」ということにしかならない。

5) 連携によるデメリットを生じさせないために

以下に行政とNGOの連携の試みによるデメリットの可能性を整理しておきたい。

① あやまった連携相手による失敗

事業の対象となるコミュニティーをもっとも適切に代表するNGOはどれなのかの判断は難しい。組織評価だけでは判断できない。NGOによる対象者に対する事業のサー

ビスについての受益者評価がいかに実施されているかは大事なポイントである。これは自己評価では捉えきれない。なぜなら対象者には受損者もありうるわけで、その声はプログラム改善のための評価に役立つ。専門家による評価が必要になる。

② 連携ではなく下請け関係

すでに述べたが、予算や人材上の制限から安いNGOに事業を任せるということを「連携」とはいわない。事業の種類や内容によって事業主体は自ずと定められよう。たとえば、HIV抗体検査と告知はまずもって保健所あるいは医療機関の役割であろう。それに付随する相談体制を無料でNGOにおしつけるのはNGO支援ではなくNGO酷使でしかないが、相談体制の重要性を認識するならば検査事業の一環として相談事業を位置づけ予算化し連携事業にすべきであろう。NGOを行政の下請け化することは、公助と互助の健全な関係とは言えず、NGO支援ではなく、支援の必要の無い下請け可能なNGOのみ存続させるという本末転倒になりかねない。

③ 調整で失敗、不信感が残る

連携における関係者間の調整機能の必要性と重要性については説明を要しないと考えるが、これをだれが責任をもって果たすのかを明確にせず曖昧に始まる連携事業が少なくない。日本社会の特徴かもしれないが、責任の所在が曖昧である。このため事業の立案や実施において関係者間で「そんなはずではない」がおこりやすい。その結果、関係者間で不信やしこりが残ったりする。これはまさにマイナス効果である。調整機能の必要性と重要性を十分に認識し、評価すべきである。

各論

5. NGOの活動に関するリソース・ガイドについて

日本各地でエイズのNGOが活動しているが、その規模や活動内容はじつに多様である。地域や近隣で活動するNGOあるいは広域にサービスを提供しているNGOもある。普及啓発のための電話相談だけをしているNGOもあれば、予防だけでなくケアのプログラムをもつものもある。有給の専従職員がいないので週に数回しか活動しないNGOもあれば、専従職員を中心にフルタイムで活動しているNGOもある。サービスをうける主な対象者がMSM、外国人、SW、若者、感染者等に限定されるNGOもあれば、さまざまな対象にむけてプログラムを展開しているNGOもある。他の社会資源との連携を進めているNGOもあればそうでないNGOもある。

組織形態も規模も活動内容も多様であるのがNGOだといえる。このように多様なNGOのそれぞれの実態を適格に把握することは難しい。

ここで、リソースとしてのNGO紹介の手法をいくつか提案しておく。

1) エイズNGOのネットワークを利用する：「ASO情報ネットワーク」の更新

エイズ&ソサエティー研究会は自身がNGOであるが、国内のNGO、研究者、医療従事者、行政、メディア、企業等なんらかの形でエイズに関わっている組織及び個人のネットワークである。主な活動はエイズの今日的課題や課題をテーマにしたフォーラムの開催（隔月）である。エイズ&ソサエティー研究会は『ASO情報ネットワーク』という全国NGOリストを発行した。組織評価で述べたような項目に関する質問紙への自記式回答による情報集であるが、資金難から更新されていない。

このネットワークによるNGOリソース集の更新を支援することもできる。印刷媒体だけでなくwebによる情報提供も行い、内容の改定、更新をすみやかに行えるようにすることが望ましい。

2) 日本エイズストップ基金を利用する：基金提供先の情報集

現在は、日本エイズストップ基金の提供を受けた団体について名前と提供された金額のみが情報公開されている。具体的にどのようなプログラムが実施されているのか不明である。基金を受けたNGOは申請書および報告書を提出しているので、その概要を公開することは、それぞれのNGOの活動実態の一端を広く広報する上で重要であろう。同時に基金の提供（あるいは打ち切り）基準、基金の提供理由も明らかにすることが望ましい。

3) NGOホームページを利用する

質問紙への自記式回答集では、組織評価としての情報の一部は入手できるが、それ以外の情報は得られない。現在では多くのNGOがホームページを開設しているが、これらホ

ホームページをみればある程度NGOの顔がみえてくる。ホームページ一覧を地域別のマップにすることなども考えられる。

NGO評価については、NGO自身が行う内部評価と外部の機関が行う外部評価という視点もある。ホームページはいわば内部評価のメニューといえる。リソースガイドは組織評価の一つである。ストップ基金は外部評価の一つの指標だと考えられる。ストップ基金以外の助成団体によるエイズ関連のNGOへの助成記録も外部評価の一つになる。

地域行政がNGOとの連携や活動支援を考えるときには、あくまでも、どのような事業で連携したいのか、どのような支援の形がありうるのか（冊子作成の経費の提供なのか、事業委託なのかなど）によってふさわしい相手を決める必要がある。この意味からも、エイズ予防財団が必要に応じて調整あるいはコンサルティングの機能を果たすことが求められるが、そこで必要になるのがエイズ予防財団に専門的なプログラム・オフィサーが存在し活動すること、適切な構成委員によるNGO連携委員会が存在し機能することである。

各論

6 NGOプログラム評価のための人材育成について：プログラム・オフィサー

1) プログラム・オフィサーとは何をするのか

たとえば、行政が特定の事業を設定し予算を決め、連携するNGOを探すとする。一般的には、ここで情報を公開し公募することになる。するとNGOが申請書を提出する。申請書で判断して決定して実施する。終了後に成果を数値で報告する（冊子配布数、イベント参加者数など）。

しかしここで注意しなければならないのは以下の点である。

① 申請書どおりに実施できるのか否か

申請書だけでは、申請書類の出来具合いかんで判断され実際になにがどのようにできるのかについて不明なままである。より具体的な事前評価が必要ではないか。それをふまえて複数の候補のなかから決定することが望ましい。

② 特に、継続する事業の場合には予想された成果に対する途中評価が必要ではないか。必要に応じて改善をくわえなければならないからである。

③ 事後評価について、数値指標だけでは事業実施者の立場による評価でしかない。受益者の立場からの評価、社会への波及効果なども必要ではないか。

以上のような点について行政とNGOの間に入って、専門的視点からアドバイスをし、行政に対してはよりよい事業展開と成果の達成を手伝い、NGOにとってはキャパシティービルディングの手助けになりNGO支援にもなるのがプログラム・オフィサーの役割であり機能である。

2) 評価手法とプログラム・オフィサーの役割

添付資料2は、笹川平和記念財団が自主企画事業「NPOのための評価」の一環としてMDRC（Manpower Demonstration Research Corporation フォード財団がアメリカ政府6省の事業評価専門に設立したNPO。アメリカでは政府による評価とNPOによる評価を区別せず、地域イニシアティブという視点で市民サービスプログラムの事業評価をしている）に調査を委託した結果を表にまとめたものである（2000）。。

この表からは、以下、対象事業によって評価において注目すべき面が異なり、それに伴って評価の手法と評価を実施する母体が異なることがわかる。

○青少年へのトレーニング事業であれば、事業をいかに形成するかの評価、および当事者(受益者)である青少年の評価参加が重視され、手法としては面接調査が実施されている。

○ヘルパーの労働環境改善事業であれば、労働環境だけでなくヘルパーの生活がどう変わ

ったかが評価として重視され、手法としてはヘルパーへの質問紙調査、聞き取り調査となる。

- 保育園が保育サービス政策への提言をするための事業では、事業の成果と効果に着目し、過去10年間の比較をする手法を用いる。

添付資料3は、国際協力事業団国際協力総合研究所が作成したもので、評価を事業実施者の視点である場合と、受益者からの視点（参加型）である場合の概念を比較したものである。

近年、受益者である市民とともに評価を行うことがより有効なプログラムへつながるといわけで、参加型評価を促進する傾向にあるが、参加型評価を促進するための課題も指摘されている。

① 参加型評価の主観性

バイアスは否めない。そこは、実施者視点評価と組み合わせて対処する。

② 参加型評価に参加する対象の選択の問題

受益者もいるが、損害、被害を受ける人もいるかもしれない。

どのように選ぶか。その妥当性。

つまり、評価手法のそれぞれにはメリット、デメリットがある。評価者がそのことをよく認識すること、適切な評価手法を選び、組み合わせることが重要であることが指摘されている。

事業で重視すべき評価の面はなにか、その評価のための適切な手法はなにか、選んだ手法の利点と限界はなにか、限界を克服するにはどのような対応が可能なのか、これらの重要な課題について、決定するのではなく、あくまでも適切なアドバイスをし、実施者や参加者が経験をつみ重ね学習することの手伝いをするのもプログラム・オフィサーである。

3) プログラム・オフィサーの育成

NGO活動支援と行政との連携の促進について、プログラムを評価しよりよい成果をあげるために、エイズ予防財団が、プログラムオフィサーを育成する必要がある。

日本でも、「市民社会創造ファンド」など、企業からの金を集めて企業にかわってNGOからの事業申請についての事前評価を行い助成事業を決定しNGOを支援する民間組織が活動している。そこでは何人ものプログラム・オフィサーが活動している。

各論

7. NGO連携委員会の設置と活動について

イメージ図に示したとおり、エイズ予防財団は独自でNGO支援、人材育成等を実施する一方で、自治体に対してNGOとの連携を促すパイプ役を期待されている。そのパイプとしての具体的な機能が、NGOの情報提供、プログラム評価という手法の紹介やそれを実践できる人材の育成、および連携に不可欠な調整機能だといえる。

この重要かつ必要な機能を果たしていくために何が必要なのだろうか。

今回、予防指針の見直しを機にエイズ予防財団、厚生労働省、NGO、感染者組織、研究者が一堂に会して6回の検討会をもったが、そこで共有されたポイントが2点ある。

一つは、行政、NGOにかかわらず、事業に対する評価が十分になされているとはいえない現状である。行政による事業についてモニタリングや評価がなされてこなかったことは見直し検討会でも指摘された。とりわけ、事業の成果を受益者の立場や社会の立場から参加型手法をとりいれて評価することは十分には行われていない。したがって評価に関わる専門家(プログラム・オフィサー)を育成する必要がある。

二つには、NGO支援あるいは行政との連携促進とはいうが、そもそもエイズ予防財団とNGOとの間のコミュニケーションが不足しており、コミュニケーションと議論を保障する場がないことである。

そこで、本検討会として、NGO連携委員会を設置することで情報を共有しあい、支援のあり方や連携の促進、プログラム評価について検討する場を定期的に設置することを提言する。この委員会はプログラム・オフィサーと共にエイズ予防財団の中に設置され、自治体とNGOとのパイプ役をはたすだけでなく、連携の調整及びコンサルティングの機能を果たすことを目的とする。

以下は、委員会についての提案である。

委員会の名称：NGO連携委員会（仮称）

委員会の目的：NGO支援、行政とNGOの連携を促進することを目的とする。

委員会の設置：エイズ予防財団内におく。

委員会の活動；NGOプログラム評価、連携の調整、コンサルティング
支援、連携事業についての政策提言

委員会の構成：財団、NGO、感染者組織、研究者(以上エイズ関係)

NPO関連専門のNGO、プログラム・オフィサー等

委員の任期：別に定める

委員会の活動資金：NGO支援・連携促進事業として位置づけ予算化する。

最後に、今回の検討会は厚生労働省エイズ対策研究事業の一環として研究班が実施し報告書を作成したが、こうした活動は、本来厚生労働省のエイズ対策事業として整備され、継続されるべきものであると考える。