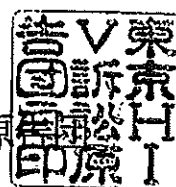


2000年10月10日

厚生大臣 津島 雄二 殿

H I V医療体制整備に関する 統一要求書

東京H I V訴訟原告



大阪H I V訴訟原告



<目 次>

1. はじめに (3)
2. 医療全般に関する要求 (3)
 - 2.1 ACC並びにブロック拠点病院への事業予算化
 - 2.2 文部省をはじめとする関係諸機関との連携について
 - 2.3 欧米等からの抗HIV新薬・抗日和見感染症新薬の緊急導入等
 - 2.4 抗HIV薬、抗日和見感染症薬の副作用とC型肝炎に関する研究促進
 - 2.5 エイズ医療体制の確立のための施策
 - 2.6 ACCおよびブロック拠点病院制度の理念・制度趣旨の徹底と広報強化
 - 2.7 血友病治療環境の整備、治療薬の安定供給および専門医の配置・人材育成など
 - 2.8 歯科診療体制の確立
 - 2.9 医療保険制度の運用の改善
3. エイズ治療・研究開発センターに関する要求 (8)
 - 3.1 要求事項：エイズ治療・研究開発センターの医療体制拡充の要求
 - 3.1.1 物的整備について
 - 3.1.2 人的配置・増員について
 - 3.1.3 その他
 - 3.2 感染症新法等とエイズ治療・研究開発センターの関係
 - 3.3 エイズ治療・研究開発センター (ACC) の将来構想 (独立)
4. 国立大阪病院に関する要求 (13)
 - 4.1 独立したHIV診療科の設置
 - 4.2 人的体制に関する要求
 - 4.3 物的体制に関する要求
5. ブロック拠点病院、拠点病院に関する要求 (14)
 - 5.1 ブロック拠点病院のスタッフの拡充、専任化および正規職員化、MSWの配属
 - 5.2 ブロック拠点病院の検査体制の強化
 - 5.3 医療スタッフの専門性の向上および包括的医療システムの構築
 - 5.4 HIV感染者・HIV-NGO職員の研修体制の確立、および派遣カウンセラー、派遣ピア・カウンセラー制度の充実
 - 5.5 ブロック拠点病院における病床設備の拡充
 - 5.6 関東・甲信越ブロックの件
 - 5.7 エイズ拠点病院・診療協力病院等の見直し
 - 5.8 各病院等との連携強化

1. はじめに

東京／大阪HIV訴訟原告団は、平成8年11月5日付厚生大臣との議事確認書で確認された薬害エイズ訴訟の恒久対策の要である救済医療について、和解成立から5年を経過した被害患者の原状と将来を鑑み、原状回復を図るためのHIV医療体制の確立に向け、国において緊急に整備／実施すべき事項を取りまとめた。

HIV薬害訴訟の救済医療については、1997年4月よりエイズ治療・研究開発センター（以下ACC）およびブロック拠点病院を中核とするHIV医療体制の本格的稼働が始まり、立ち遅れていた我が国のHIV医療水準は向上してきた。新たな抗HIV薬導入などで患者にとって命に対する希望が見え始めてきたところではあるが、その一方で薬害エイズ同様、非加熱濃縮製剤を原因とするC型肝炎悪化とHIV治療との問題など、かねてから懸念されていた血液製剤由来感染症の問題点や、提供される包括的HIV医療の質に関する問題点などが患者の行く末に立ちはだかっている。

こうした現状に対する国の姿勢は被害者の命を真剣に救う意欲を、改めて、厳しく問われるものである。しかるに、医療体制を支える研究班体制についても、被害患者の恒久的救済医療確立の趣旨と違った研究班編成などが見受けられるところである。また、抗HIV薬の導入問題も、薬剤耐性を獲得してしまったHIV感染被害者のため、これまで承認されてきた抗HIV薬と交叉耐性を持たない、そして作用機序の異なる抗HIV新薬の緊急導入可能な、恒常的新薬供給体制の構築も手つかずの状況にある。

我が国のHIV感染者全体の増加率は著しく高く、人命・人権を尊重して早期の医療を提供できる包括的HIV医療とそのコーディネート機能（コーディネーション）が、ひいてはHIV感染症の理解と偏見排除につながるところである。

国は、命の瀬戸際で危うく踏みとどまっているHIV感染被害患者のHIV医療環境を全力で確保しつつ、世界的課題であるHIV感染症克服のため先駆的医療や研究に国費を投じてさらに強化し、一人の犠牲者も出さないようHIV感染被害患者の原状回復に渾身の力を発揮されたい。

以上のような現状に鑑み、厚生省は以下の要求に誠実に応えられたい。

2. 医療全般に関する要求

2.1 ACC並びにブロック拠点病院への事業予算化

現在ACC並びにブロック拠点病院に対しての研究費として配分している予算措置を事業予算化されたい。その事業費がHIV関連予算であることを施設側に強く認識させ、決して他の経

費として執行されることのないよう指導されたい。また、ACC、ブロック拠点病院のチーム医療を支えているリサーチレジデントに関する制度改革具体案も示されたい。

2.2 文部省をはじめとする関係諸機関との連携について

大学病院がブロック拠点病院として選定されている場合、そのブロック拠点病院機能を充実させるためには、文部省と厚生省との緊密な連携と協力体制が必要不可欠である。

厚生省は、今後は文部省も含めた医療協議を開催することを確約されたい。また文部省をはじめとする関係諸機関との連携・協力関係の構築について、今後の具体的施策をどのように予定されているかについて伺いたい。

2.3 欧米等からの抗HIV新薬・抗日和見感染症新薬の緊急導入等

我々、HIV感染被害患者は長年の単剤ないしは2剤治療の結果、体内のHIVが薬剤耐性を獲得してしまった者も少なくない。また、多くのHIV治療薬は強い副作用を有しており、治療法の変更後、新たに選択できる薬剤に重大な制約を受けている。

一昨年 平成10年11月6日開催の厚生大臣交渉において、「海外のHIV新薬の承認については、迅速な審査に最大限の努力をしていく」ことが確認され（平成11年3月8日付議事確認書）、新薬の迅速審査制度が開始された。しかし、HIV治療薬の市場性に乏しい日本においては、企業が承認申請をする誘因が必ずしも高いとは言えず、昨年来必要とされていた薬剤が本年9月によりやく認可されるという状況にある。今後欧米で次々と認可されてゆく薬剤については、企業が自ら積極的に承認申請をする保証はどこにもなく、また、日本に輸入代理店すら存在しない場合も予想される。

欧米等からの抗HIV新薬・抗日和見感染症新薬の迅速導入は、感染被害者救済のための最善の医療に不可欠であるばかりでなく、新感染症予防法に基づく、後天性免疫不全症候群予防指針においても明確に示されている。したがって、国は、必要な抗HIV薬・抗日和見感染症新薬の迅速導入および迅速供給をより具体的・効果的に実現する恒久的な体制を一刻も早く構築されたい。さらに、新規薬剤についての安全性、有効性、副作用等の情報を速やかに医師、患者に伝達するため最大限の努力を尽くされたい。

2.4 抗HIV薬、抗日和見感染症薬の副作用とC型肝炎に関する研究促進

我々HIV感染被害者の100%近くが、凝固因子製剤によりC型肝炎に罹患し、多くが発症期に有ると推定される。現在抗HIV薬や日和見感染症などのHIV医療に有効とされる薬剤の多くは、その副作用として深刻な肝機能障害悪化を引き起こす場合も多い。しかるに、H

I V医療とC型肝炎との重複感染に対する治療促進の研究は進んでいない。重複感染のサーベランスさえも出来ていないのが現状で、米国などのI N F投与やリバビリンとI N F併用療法、P E G化I N F治療などの積極的な治療とその研究に比べると、4年以上の立ち遅れがある。インターフェロン、リバビリン併用療法、P E G化I N Fの治療導入等、現に被害患者における最近の死亡原因において顕著なのは、C型肝炎とH I Vの重複感染による肝臓・肝硬変である。救済医療として、肝機能保全のためのI N F無期限投与・リバビリンとI N F併用療法・P E G化I N Fの早期導入や、強力ミノファゲンCの投与など、発症予防として有効となる治療の促進と、それを可能とする自己注射療法の普及を図り、かつ、副作用の少ないH I V治療法の確立を目指し、A C C / ブロック拠点病院を中心に研究及び調査を行いうるよう、より一層の人と予算を投入されたい。

生体肝移植治療とその研究に関しては、昨年度わが国でもA C Cの入院患者でH I V感染被害患者のC型肝炎悪化に伴ない生体肝移植の実際の検討とその実施が行われるところであったが、対象者2人ともその実現を期待していたにもかかわらず病状の悪化ないし医療連携の不備が原因と思われるところでの病状の急変などでその手術を受けられずに亡くなった。米国の一例であるがピッツバーグでは4例中3例が成功して、現在も元気で存命されているということである。わが国でもA C C等を中心に、早急にその磐石な対応を構築されるとともに、その手術に伴う費用についても救済医療で手当を行い、患者にさらなる苦しみを抱かすことのないよう強く要望する。

2.5 エイズ医療体制の確立のための施策

現在行われている、A C C・ブロック拠点病院・エイズ拠点病院等のH I V医療体制の整備において、H I V感染被害者の原状回復に向けた良質かつ高度なH I V医療を提供するため、各専門医師やコーディネーター・ナース (M C N) やカウンセラー、M S Wなどのチーム医療体制の確立を図られたい。特に医療者としてのコーディネーター・ナース (M C N) の地位と役割を確立させ周知されたい。

また、施設間の有機的連携の構築や全国の枠を超えた専門医療者の交流、医療従事者への研修、各種H I V関連情報の発信等のH I V医療を取り巻く問題解決が必要である。

薬害エイズ被害救済の約束に則し、国境の枠を超えて欧米・オーストラリアなどでの急速な進歩を遂げている抗H I V療法に関する研究や、ウイルス学的研究、医療体制などを緊急課題として導入するとともに、積極的に人材交流を図り、速やかにH I V感染被害者の原状回復を図るために実効的で有用なH I V医療体制整備に関するあらゆる施策を充実・強化されたい。

2.6 ACCおよび地方ブロック拠点病院制度の理念・制度趣旨の徹底と広報強化

ACCや地方ブロック拠点病院が設置された当初から、ACCやブロック拠点病院の設置の経緯およびその役割について、地方自治体などの行政当局や各地医療機関に周知徹底するように要求してきた。しかしながら、自治体広報にその旨が掲載されていないなどから分かるように、行政や医療者の多くもその理念と趣旨を知らないものが多いのが現実である。当然HIV感染者本人でさえ、どの病院が拠点病院かどうか十分に分からないため、検査や初期受診の機会を逃し症状が悪化することも少なくないのである。HIV医療での早期受診と発症予防治療の確保は患者のきわめて重要な生命線であることから、より一層医療機関・自治体等各方面に周知徹底を行うと共に、広く社会一般に対する広報を強化されたい。さらに感染が判明した患者が、すぐにACC、ブロック拠点病院、拠点病院に受診できるような広報・連携体制も確立されたい。

2.7 血友病治療環境の整備、治療薬の安定供給および専門医の配置・人材育成など

プロテアーゼ阻害剤を含む多剤併用療法は、大きな治療効果をもたらしているものの、HIV感染被害患者は、その副作用である異常出血に苛まれ、筋肉内深部出血の頻発や頻回にわたる関節内出血に悩まされるだけでなく、突然の頭蓋内出血などの深刻な出血を引き起こした事例もある。そのため、抗HIV薬治療を受けている感染被害患者の凝固因子製剤の使用量は以前に比べ大きくなり、肝臓への負荷もかかることから、凝固因子製剤やアルブミンなどの肝臓治療に供する血液製剤等の安全で安定した供給も重要である。

特に血液凝固因子インヒビターを保有する血友病患者においては、効果的なHIV治療（プロテアーゼ阻害剤）による異常出血の対症療法が困難であり、HIV感染による治療と血友病治療が両立しにくい極めて深刻な被害を受けているのである。こうしたインヒビターを保有する患者（A：20～30%、B：5%）の治療については、適応薬とされているバイパス製剤の安全で安定的な供給体制の確立と、多くの、適切な投薬ケースが減額査定対象になっている実情を踏まえ、審査会に専門医をいれるなど、インヒビター治療に関する専門的判断が可能な体制を構築されたい。

凝固異常出血を抱える血友病患者にHIV感染被害が及んだことにより、HIV感染症医療及び周辺諸症状できわめて綿密な止血管理が必要とされるにもかかわらず、ブロック拠点病院ですら、現在、血友病治療を専門的に行える医師が常勤していない状況にある。また全国的に見ても血友病専門医や血友病治療を行える医療機関も減少している。

したがって国は凝固異常出血症状に対応する血友病専門医をACCや各ブロック拠点病院に配置するとともに、将来的に血友病に携わる医師を育成するなど、血友病治療環境の整備に関

わる全てのことにあらゆる努力を尽くされたい。

2.8 歯科診療体制の確立

厚生省は、ACC、地方ブロック拠点病院の歯科診療体制及びその研修受け入れなど一層充実させるとともに、拠点病院・一般歯科診療体制をも確立されたい。

今般、厚生省のHIV医療体制の確立における歯科医療について、一般歯科医療推進への方向が足踏みしているように見受けられ極めて残念である。歯科については患者にとっても最寄りの身近な歯科診療所で適宜治療を受けられる態勢が必要であることは言うまでもない。しかし、最近また大きな病院でなければ歯科診療を受けられないような傾向にあることを、厚生省は把握すべきである。本来、歯科診療においては、HIV感染症のみならず、感染症患者にオールラウンドに対応できる、ユニバーサル・プレコーションの観点に立った具体的感染防御研修が必要とされる。しかし、大病院においてすら、未だ、HIV感染者に対してのみ、患者不在の旧態依然とした感染防御マニュアルに則った重装備での診療が行われているのが実情である。

国は、患者が住んでいる地域での歯科診療が可能になるように、拠点病院との連携のうえで、各地の歯科医師会の協力を得ながら、「地域での歯科診療システム」の構築に努められたい。

2.9 医療保険制度の運用の改善

日和見感染症予防の投薬について、ACCやブロック拠点病院などでは、HIV感染症治療は発症予防医療が第1選択という常識から保険適用になっているにもかかわらず、その他の医療機関では今もなお保険適用にならなかった事例があると聞いている。したがって、発症予防治療・検査等を含むHIV診療に医療機関がかかわる上で障害となる医療保険制度の運用を以下のとおり改善されたい。

- 1) 新規に承認された抗HIV薬剤及び日和見感染症治療薬については、感染者からの要望を待つまでもなく、一律30日処方を認可すること。
- 2) 安定的な患者に対しては、専門医が厳格に判断の元での、抗HIV薬剤の2ヶ月処方を認可されたい。
- 3) 日和見感染症の発症予防のための検査及び投薬については、保険適用を認めること。
- 4) HIV感染症治療にかかる診療報酬査定においては、常に最新のHIV感染症治療ガイドラインが反映されるよう指導されたい。
- 5) HIV感染症治療においては、選択肢の限られた薬剤の組み合わせの治療を失敗するこ

とは、即座に患者の生命にかかわる問題となる。したがって、服薬アドヒアランスは極めて重要である。しかし、薬剤師による外来服薬指導と入院服薬指導に対する診療報酬に大きな開きがあり、このことが、薬剤師による服薬指導の大きな障害となっている。したがって、すくなくとも、HIV感染症治療薬に関しては、外来服薬指導を入院服薬指導並になるよう診療報酬を改定されたい。

3. エイズ治療・研究開発センターに関する要求

エイズ治療・研究開発センター（ACC）は薬害エイズ訴訟和解確認書および議事確認書に則り、救済医療の最高度医療を実施し、我が国のHIV感染症の最新・最高度の治療と治療研究・情報提供・研修を司る期間としての役割を果たすために設置された。それを踏まえ、平成10年11月6日における厚生大臣定期協議で、薬害エイズ被害患者救済の重責を担いつつ、我が国のエイズ医療を推進しかつ牽引して行くエイズ治療・研究開発センター（ACC）の医療体制拡充要求について、少なくとも「エイズ治療・研究開発センターのレジデント等の欠員について、ふさわしい者を早急に確保できるように努力するものとする。また、今後の患者数の変化等により診療などに支障があると認められる場合は、両原告団と協議の上、充実を図っていくものとする」ことが確認されている。また、平成11年度の厚生大臣定期協議の議事確認書においても、「厚生省は、エイズ治療・研究開発センターについては、関係機関に積極的に働きかけ、必要な人材が確保されるよう努めるものとする。」とある。患者数の増加（650人以上）や被害患者のHIV・HCV・血友病症状の多様化に伴ない、原状回復を根幹とする救済医療診療機能に支障をきたしている事にも鑑み、患者が安心して最先端医療を受けられる体制を満たすよう物的整備や人的整備等の早急なる具体的解決を要求するものである。また、エイズ治療・研究開発センターの機能に関する周辺諸問題や、独立に関するさらなる進展についての協議を要求する。

3.1 要求事項：エイズ治療・研究開発センターの医療体制拡充の要求

以下の件について要望する。特に、3.1.1.1)、3.1.1.2)、3.1.2.1) については、毎回の要求であり、厚生大臣の英断を求める。また、具体化をはかるため、厚生省・国立国際医療センター／ACC・原告団の三者で実務協議（非公式協議）をする場を設けられたい。

3.1.1 物的整備について

1) 病棟増床の件

薬害エイズ患者は感染から15年以上を経過し、HIV病状だけでなく、プロテアー

ぜ阻害剤（P I）を用い多剤併用療法による出血や、H C Vと重複感染など合併症から病状の重い患者が多い。そのため周辺地域だけでなく北海道から沖縄まで全国から救済医療を受ける頻回入院や長期入院が必要となる者が多い。特に最近是非加熱濃縮製剤由来のC型肝炎罹患とP I等の抗H I V薬や日和見感染症薬投与による慢性肝炎増悪からの肝硬変・肝臓がんの発生も深刻で、これにより入院患者が増加している。また肝炎とH I V感染症の治療を両立させるための肝炎発症予防治療（I N FやリバビリンとI N F併用）導入の入院も増えて、こうした傾向は肝炎の発症期にもなるところで特に増加するところである。

また一般的なH I V感染者の増加に伴い、初診時から重篤な日和見感染症を発症した患者の入院も増加し、最近の高度な診療を提供する機関として重症患者を受け入れる必要がある。さらに副作用や耐性発生の問題が大きい抗H I V薬導入に際して教育的入院や副作用対処の入院も当然増加しつづけている。

また、昨今はC型肝炎増悪化の傾向から、そのための治療や発症予防治療の血友病患者も受け入れていただき、その救命救済に力を注いで頂いている。本来、原告団が要求してきた輸血感染症センターとしての機能をもACCは発揮し始めてきたところで、薬害エイズ被害患者や同じような苦しみを持つ血友病患者のC型肝炎治療問題にも対処して行くために、5階全体をACC病棟にするなど、増床が早急に必要である。

そこで平成12年7月10日のACC運営協議会では下記のように増床を要求した。

- ・ 緊急的課題として、現在の20床から、10床増の30床とする。
- ・ 5年をかけて、20床増床して、40床にする。

なお、原告団はいかなる意味においても、国立療養所東京病院の病床利用をもってACCの増床に代えることを了承した事実はない。にもかかわらず、平成11年度の厚生大臣との定期協議の議事録確認書作成において、原告団がこれを了承したかのごときの主張を繰り返すのは言語道断である。

しかし、厚生省はACCの機能と増床の必要性、東京病院との問題は別であることは認めたものの、スペースの問題等を理由に10年目処の検討を述べ、被害患者に対する緊急対応要望やセンター長の「ほぼ満床」という発言に全く応えようとしない。

2) 専門外来拡張の件

一般感染者増（年間100人のACC受診患者増）に対応して、専門外来を3診療室にすることを要求する。

昨年のACC運営協議会では、外来診療時間の延長で対応する旨を答えていたが、現時

点で既に午後3時頃まで診療しているのが実情である。また、被害患者の救済を含めHIV感染者の治療にはきめ細やかな診療対応が必要であり、ACCの診療の質を維持することが重要である。患者数の増加に対し診療時間の短縮により、対応することは患者の命と健康確保を削ることになるので受け入れられない。

3) 相談室の移設の件

新患受付近接にある現ACC相談室は外来から遠い。特に血友病HIV感染被害患者は血友病性関節機能障害による下肢障害者が多いこと、また重症患者に体力的負担を強いることなどから、外来に隣接した場所に相談室を移設することを求める。

現専門外来待合に相談室2室を設置できないか検討されたい。

4) 輸血部及び輸血療法委員会設置の件

薬害エイズの教訓が生かされず、血液製剤のずさんな管理が指摘されるところで、肝心の国立国際医療センター病院に輸血部がないことがわかり、驚愕したところである。輸血や血液製剤、その代替製剤の管理は患者の命に直結するものであり、早急に、国立国際医療センター病院に輸血部及び輸血療法委員会を設置されたい。

5) 移植医療確立の件

C型肝炎からの肝硬変・肝癌が増加するところで、厚生省の国民病という発言などは許されないところである。特に血液製剤からの被害を受けた私達にとっては、現在の最終的な治療のトライアルでもある生体肝移植について、救済医療の砦でもあるACCが併設されている国立国際医療センター病院に、生体肝移植に対応できる移植チームを設置されたい。

6) 高度救命救急医療センターの件

HIV医療体制の点検を行っているところで、国立国際医療センター病院には救急医療の該当はあるも、高度救命救急対応体制は設置されていない。患者としては高度救命救急医療が必要であると考え。その要望をしたい。

3.1.2 人的配置・増員について

1) ACC専門医療スタッフ増員の件

かねてから要求するところであるが医師は肝臓治療及び凝固止血管理の専門家を中心に以下の人員を要求する。肝臓・消化器専門医師(1名)、止血管理・研究の血液専門医師(1名)、情報・研修担当の医師(2名)。

看護婦は、HIV医療の包括ケア医療の質を向上・確保し、良質な医療を提供するコーディネーション機能をより充実させるため、コーディネーターナース(MCN)を中心

に以下の人員を要求する。

コーディネーターナース（3名）、病床増床に関わる病棟看護婦及び外来看護婦の増員。特に、コーディネーターナース（MCN）は現在一人あたり150人の患者を受け持ち、（米国やオーストラリアなどでは50人が限度と指摘されている）HIV医療に関する質の低下が患者から指摘された入る。患者のプライバシーを保持しつつ高度なHIV医療を実現して行くには、MCNの存在が大きいことは多くが認めるところである。一人でも多くの人員が確保されるよう強く要望する。

そのまた、同センターのHIV医療を研修・修練されたレジデント等（リサーチレジデント、派遣を含む）の正職員登用について、HIV医療の重要かつ貴重な人材として採用枠を含め検討されたい。

2) 人事交流（ブロック拠点病院内等）

医師や看護婦の専門性向上のため、また地方医療機関との連携強化のため、ACCスタッフがブロック拠点病院（当面は国立のブロック拠点病院）との人事交流が可能な制度を検討されたい。

また、コーディネーターナースを含むACC看護婦の異動や採用については、ACCの特別な使命を鑑み、特段の配慮を求める。

3.1.3 その他

1) 研修機能の拡充

ACCの重要な責務として、HIV診療に対するブロック拠点・拠点病院等の診療スタッフに対する研修機能がある。全国的に見れば、わが国のHIV医療は、医療者の数が少なく、またその水準も高くなく、地方在住の被害患者やその他の患者に十分な満足を与えるものとなって いない。現在ACCでは、これら病院からの研修を受け入れ、その責務を果たすべき努力を行っているが、今後の人材育成のためにも、ACCの研修機能を強化（特別の予算措置、体制拡充）されたい。

2) 専門医療充実の件

急務の肝炎治療（発症予防を含む）、整形外科（偽腫瘍、関節置換手術等）、婦人科・産科医療、インヒビター保有血友病患者の対応等々の治療体制・研究体制（内外の連携も含む）についてさらに強化・充実を願いたい。

3) コーディネーターナース（MCN）活動及び調整官役割の整理

看護・患者支援調整官やコーディネーターナースの配置とその活動は医療モデルの比較的新しい試みであり、ACCのHIV包括的医療の象徴になっている。しかし、その新

しい職能のため、十分な活動が生かされていないところが多々見受けられる。

MCNが看護部に所属するが故に、その本来的業務の制約を受けないよう配慮された
い。

コーディネーターナースは外来看護婦定数に含まれ、運用上コーディネーターナースとして活動しているが、所属は看護部にある。設立準備会においてコーディネーターナースについて、患者それぞれが最善の治療を受けられるように院内・院外の調整を果たすという重い役割を十分に発揮することを求め、そのためにもACCに所属させ制約のない活動ができるよう強く要求した。しかし、実質的には調整官の下で監督指導されるので問題は生じないとの理由で現在の状態にある。HIV医療指針における、HIV医療のコーディネーション機能を十分発揮するためにも、設置後3年が経過しACC本来の活動の要でもある専門職務をより充実するよう、今回改めて、コーディネーターナースが選任された段階で、その所属を看護部から、ACCに移管し、かつその職能を認知させられるよう求める。

4) 最新治療薬・未承認薬等の購入の件

ACCが最新医療及び濃厚治療を実施し、また、そのための治療研究開発を行うに際し、最新治療薬・治験薬や未承認薬、それに付随する医療器具等が迅速に使用できるよう、引き続き便宜をはかられたい。その障害となるものがあるとしたら、ACC本来の機能を発揮できるようその障害を取り除くようにされたい。

5) ACC医療スタッフの海外・国内研修や学会参加等について、研究促進機関としての位置付け等の件

ACC医療者等が、わが国のHIV医療のナショナルセンターとしての重責を果たすため、国際学会や国内の学会に参加し情報を得たり、研究成果を発表・比較することの重要性は再三指摘してきた。また、HIV医療のレベル向上のための講演などはACCの役割として大変重要なものである。国の先端技術に関する研究促進機関としてACCを指定し、医療スタッフがこれら学会等に出席し、高度先端情報を収集するとともに交流を通じて、ACCの医療・治療研究開発等に発揮できるよう強く要望する。また、上記施策で解決を見ない場合は、ACCスタッフと協議の上、早急に特別枠を設け、干渉されずにHIV医療に関わる研鑽ができる体制をつくることを求む。

3.2 感染症新法等とエイズ治療・研究開発センターの関係

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」いわゆる感染症新法が、平成10年9月に私達被害者の要望も取り入れ成立した。その感染症新法との関係で、国立国際

医療センターやACCの整備などについては、厚生省の計画段階ですぐ原告団と協議の場を設けていただきたい。また、2004年に国立病院の多くが独立法人化される問題で、存続する国立国際医療センターがどういう機能を持つ病院として計画されているのかお教え願いたい。

なお、上記の計画立案段階において、ACCの位置づけ・組織、人的・物的体制等につき、わずかなりとも変更があるときには、必ず原告団と協議する場を設けることを厚生省は確約されたい。

3.3 エイズ治療・研究開発センター（ACC）の将来構想（独立）

和解におけるエイズ治療研究センターについて、原告団は当初から特別の使命を遂行するため、また既存の制約や干渉による運営障害を避けるため、独立の施設として要求した。しかし、厚生大臣交渉の過程で独立の施設を作るには3年はかかるとの話から、その設置の緊急性に鑑み、当面の措置として国立国際医療センター病院に特別な位置づけとして置くこととした。国の責務として薬害エイズ被害患者の被害回復に全力を尽くすため、また我が国だけでなく国際的にもエイズの治療研究開発の推進はきわめて重要な問題である。そうしたエイズ治療の実効を挙げて行くために、当初の要求の通りエイズ治療・研究開発センターが治療研究開発・研究施設を含め独立した施設として大規模な形をとることを求める。

4. 国立大阪病院に関する要求

4.1 独立したHIV診療科の設置

国立大阪病院における独立したHIV診療科の設置は、1998年3月23日付医療協議要望事項ですでに要求しており、それ以来国の回答は「患者動向を見ながら設置時期を考える」であった。現在、国立大阪病院に通院する患者数は200名を越え、我々の予想を上回る勢いで増加している。もはや独立診療科の設置を検討している時間はなく、一刻も早く独立診療科を設置しなければならない。

したがって国および国立大阪病院は、薬害HIV感染者を救済する恒久対策の一環として、国立大阪病院に独立したHIV診療科を早急に設置し、最新かつ最高のHIV診療の専門性と専任性を担保されたい。また、薬剤部による細やかな投薬指導や臨床検査科における検査体制などは、国立大阪病院のHIV診療にとって不可欠なものとなっている。こうした体制を今後継続してゆくことはもちろん、よりいっそうの充実を求める。

4.2 人的体制に関する要求

1) HIV診療科

- ・ HIV専門医師 4名に増員されたい。
- ・ レジデント 2名の欠員を早急に増員されたい。
- ・ 看護職 外来3名、病棟1名の計4名に増員されたい
- ・ 血友病医師 1名（現状の非常勤から常勤職を求める）

2) 医事課

以下の職種に対しては増員及び継続雇用・常勤職員化などの身分保障を求める。

- ・ カウンセラー 3名に増員されたい
- ・ M S W 2名を配置されたい

3) 臨床研究部ウイルス研究室

研究補助員及び事務補助員の継続雇用、常勤職員化などの身分保証を求める。

4.3 物的体制に関する要求

増床について

現在8床ある個室病床を12床に増床すること求める。

（病棟工事計画のなかで明確に位置づけられたい）

5. ブロック拠点病院、拠点病院に関する要求

ブロック拠点病院が設置されてから、地方のHIV医療が充実し、首都圏との治療格差が相当程度縮小して来た。しかしながら本年2月27日に開催されたシンポジウム「エイズ医療体制の確立を目指して」の中では、各方面から地方ブロック特有の問題点や人員・設備不足などの問題点が指摘されていた。厚生科学研究費エイズ対策研究事業「エイズ治療の地方ブロック拠点病院と拠点病院間の連携に関する研究」においても、同様の問題点が指摘されている。

ブロック拠点病院は、その機能と位置づけから、HIV診療以外にそのブロック内の拠点病院との連携や、ブロック全体の治療水準向上と治療格差の解消等の診療外業務が大きく期待されており、その内容は重く業務量も膨大である。しかしながら、上記の地方特有の問題点は、ブロック拠点病院の限られた今の医療スタッフだけでは、ブロック全体に関わる支援業務を展開するには限界があることを示している。

そこで、ブロック拠点病院を中心とした地方ブロック全体のHIV感染症治療環境をより一層充実させるため、以下の事項について要求する。

5.1 ブロック拠点病院のスタッフの拡充、専任化および正規職員化、MSWやMCNの配属

ブロック拠点病院は、院内のHIV感染症の医療水準向上のみならず、各ブロック内のエイズ拠点病院への支援業務等を、その責務として持っている。しかしながら、その支援業務が拡大し、HIV医療に携わるスタッフの業務量が激増している。さらにはHIV医療が高度化し、ますます専門性が要求されHIV診療のコーディネーションが必要となっている。しかるに、主に病院の都合により専門医をはじめ、チーム医療スタッフが一般医療に忙殺されるなど、本来のHIV感染症医療の専任化については遅々として進んでいないのが現状である。

また情報担当職員・カウンセラー・研究補助員等、非正規職員の正規職員化も全く進んでいないのが現状である。水準の高いHIV医療を構築し、継続して勤務できる体制を整えるためには、経済的・精神的保証として正規職員化が必要不可欠である。

- ・ 現在HIV医療に携わるスタッフの中で非常勤勤務を余儀なくされている医療スタッフを正規職員化し、専任性・専門性の強化・向上を図りたい。
- ・ 社会福祉資源を使うことによって、HIV感染者の社会復帰の機会が増え、HIV感染者のニーズも大きくなってきた。ところがブロック拠点病院に配属されているメディカルソーシャルワーカー（MSW）は不在もしくは非常に少なく、たとえ配属されていても医事課職員対応であったり、病院全体の疾患を担当するのみで、HIV感染者の複雑な背景を理解し的確なソーシャルワークのできる人材とはいえない場合がほとんどである。そこでHIV感染者のため、適切な資質をもったMSWをブロック拠点病院に配属し、HIVチーム医療のメンバーとして携われるよう尽力されたい。
- ・ また、患者の安定した医療を支えていく上で、医療現場でのコーディネーターナース（MCN）の存在は大きい。ACCや東大医科研での実績が示すように、患者のプライバシーを守りつつHIV医療での医療等のコーディネートを行い、包括的HIV診療の軸となる専門看護職のMCNをブロック拠点病院に配置することを強く望むものである。これらの要望は、HIV診療に積極的に対応しているACCなどに研修に来る看護婦・医師からも出ているものである。

5.2 ブロック拠点病院の検査体制の強化

研究的検査としてHIVの薬剤耐性検査、日和見感染症のウィルス検査等の先端的検査機器の導入及びその稼働についても、徐々に整備されてきているが、これらの各種検査の意義を再確認し、さらなる予算措置を講じられたい。

5.3 医療スタッフの専門性の向上および包括的医療システムの構築

全身疾患を伴うAIDSおよび日和見感染症に対応できるよう、眼科、消化器科、呼吸器科

等、HIV薬剤の副作用に強く関連する各科の専門性を向上させると共に、整形外科、外科、婦人科、皮膚科、産科、歯科等手術時の対応を含め高度な全科対応体制のため、国内外への研修派遣などにより、一層成熟した医療スタッフの養成を図られたい。

さらにHIV感染症に中心的に関わる医療スタッフ（医師、看護職(MCNを含む)、薬剤師、カウンセラー、MSW、情報担当官等）が、患者に対して包括的なHIV医療を提供できるシステムを構築するために、病院管理部門への働きかけ、各種予算措置など、あらゆる努力を尽くされたい。

5.4 HIV感染者・HIV-NGO職員の研修体制の確立、および派遣カウンセラー、派遣ピア・カウンセラー制度充実

HIV感染者を包括的にサポートする場合、各種サポートを実施できるHIV感染者やHIV-NGOの存在が欠かせない。そこでHIV感染者やHIV-NGO職員が各種研修へ参加できるよう支援を行うなど、その専門性を養成し向上させることを図られたい。

さらに現在の派遣カウンセラー制度を充実し、HIV感染者をピアカウンセラーとして派遣できるよう制度を拡充していただきたい。

5.5 ブロック拠点病院における病床設備の拡充

ブロック拠点病院は、維持療法を中心とした長期入院を必要とするHIV感染者を受け入れるべきであり、かつ高度なHIV医療を提供するために、緊急入院を必要とする重症患者を受け入れなければならない。しかしながら、患者の入院が増加している現状があるため、現状の病床数では決して十分であるとはいえない。

したがって国は、ブロック拠点病院に対して一層の予算措置・設備整備などの施策を行われたい。

5.6 関東・甲信越ブロックの件

「関東・甲信越ブロックの運営について」と題する書面1項の「当面の間は新潟県・山梨県及び長野県を中心とした活動を行う。」とあるのを、「当面の間は新潟県、群馬県及び長野県を中心とした活動を行う。」に改める。この問題については、新潟大学附属病院から現実的対応をとるため、ぜひ改めるよう求められたものである。

5.7 エイズ拠点病院・診療協力病院等の見直し

今もなお一度もHIV感染者を診ていない拠点病院が指定されていたり、各都道府県の拠

点病院選定状況に大きなばらつきがある。

最近の抗HIV薬の多剤併用療法は、非常に専門的な知識や最新情報を必要とし、これらの専門的情報を日常的に入手しているHIV専門医師や看護職、薬剤師等のチーム医療スタッフの存在が欠かせなくなっている。

したがって、ACCやブロック拠点病院をはじめとする、診療経験・患者数の多い医療機関がHIV医療の核となり、他のエイズ拠点病院・診療協力病院等は、そのHIV医療機関のフォローにあたるなど、その機能・役割を整理していく必要がある。そのためにも、これらの医療機関については、重点的かつ優先的に予算措置・設備整備などの施策を行われたい。また現在のエイズ拠点病院・診療協力病院等については、原告団の意見も聞きながら、実状に合ったように選定を見直されたい。

5.8 各病院等との連携強化

エイズ研究・治療開発センター・ブロック拠点病院・拠点病院・HIV診療に当たる医師のネットワークを、現場の医療関係者の声をよく聴取のうえ、制度面、設備面の両方を通じて一層整備強化されたい。

以 上

