

研究ノート

エイズ診療拠点病院の現状と展望

岩田健太郎¹⁾, 土井 朝子²⁾, 日笠 聡³⁾¹⁾ 神戸大学医学部附属病院感染症内科, ²⁾ 神戸市立医療センター中央市民病院感染症科,³⁾ 兵庫医科大学病院血液内科

目的: エイズ診療拠点病院は HIV 陽性者, エイズ患者のケアを主たる目的として整備されている。しかし, そのケアの実態や効果は十分に検証されていない。

方法: 調査票を用いた横断研究である。2017年7月に郵便にてすべてのエイズ診療拠点病院に回答を依頼し, SurveyMonkey を用いたウェブ・ベースでの回答を得た。質問は当該施設での HIV/エイズ診療の実態についてである。

結果: 277 施設 (72.7%) から回答を得た。256 施設 (92.4%) で, 過去に HIV 感染者, エイズ患者の診療経験があると回答した一方, 診療経験がないと回答した施設が 18 施設 (6.5%) あった。診療経験があると回答した施設のうち, 71 施設 (27.4%) が, 回答時点で外来に 50 人以上の患者が受診していたが, 109 施設 (42.1%) では外来患者数は 10 人未満であり, うち 38 施設 (14.7%) では患者数はゼロであった。55 施設 (19.9%) では新規患者の受け入れに消極的であった。その理由としては, 「治療できる医師がいないから」が最も多く (33 施設, 53.2%), ついで「ソーシャルワーカーやカウンセラーなど, チーム医療体制がとれないから」(18 施設, 29.0%), 「他診療科の協力が得られないから」(12 施設, 19.4%) などであった。

結論: エイズ診療拠点病院の診療の内実は施設によってばらつきがあった。また約 2 割の施設で新規患者の受け入れに消極的であった。専門性のある医師など人的資源に不足しているのがその最大の理由であった。患者に求められるニーズが変化していく時代の中で拠点病院のあり方に再考を要する可能性が示唆された。

キーワード: エイズ診療拠点病院, 横断研究, プライマリ・ケア

日本エイズ学会誌 20: 179-185, 2018

緒言

効果的な抗レトロウイルス療法 (antiretroviral therapy, ART) の確立を受けて HIV 感染者, エイズ患者の生命予後は劇的に改善した。ART を服用し, 血中ウイルス濃度を検出感度以下に維持できている限り, 患者の余命は, 非感染者のそれとほぼ同等と考えられている¹⁾。一方, 患者の予後改善は長寿に伴う多種多様な非 HIV 関連疾患の合併を意味している。大腸癌や肺癌のような, 従来エイズと関連性が小さいと考えられてきた一般的な悪性疾患 (non-AIDS-defining cancers, NADCs), 心筋梗塞や脳梗塞といった血管性疾患, 糖尿病や高血圧, 脂質異常といった慢性疾患を合併する患者が増加している²⁻⁴⁾。HIV の抑制や CD4 陽性 T 細胞数の増加, 日和見感染の予防といった古典的なエイズ・ケアのみならず, 非感染者たちにも必要とされる包括的なケア, いわゆるプライマリ・ケアが重要度を増している^{5,6)}。

エイズ診療拠点病院は 1996 年 3 月の薬害 HIV 原告団と

著者連絡先: 岩田健太郎 (〒650-0017 神戸市中央区楠町 7-5-2 神戸大学医学部附属病院感染症内科)

2018 年 1 月 25 日受付; 2018 年 4 月 3 日受理

厚生省の間の和解条項が端緒となって全国に整備された⁷⁾。その診療実態は何度か調査されているが, 受療者の分析が主であり⁸⁻¹¹⁾, 診療体制や展望の調査は多くない⁷⁾。

そこで, 著者らは全国のエイズ診療拠点病院 (ブロック拠点病院, 中核拠点病院含む) に対してアンケート調査を行い, HIV 感染者, エイズ患者の診療実態を調査した。これは過去に報告されたような「受療者」サイドの実態把握を目的にしておらず, むしろ供給者側, 拠点病院の現状を把握するために行ったものである。この調査結果を受けて, 将来あるべき日本の HIV/エイズ診療のあるべき姿を模索するのが本稿の目的である。

方法

2017 年 7 月に, 全エイズ診療拠点病院 381 施設 (当時の HIV/エイズ診療担当者宛に郵送でアンケート調査協力を依頼した。アンケートは SurveyMonkey を利用したウェブ・ベースのもので, 回答者の便宜を考慮して 10 分以内に回答できるものとした。質問内容は各施設の診療実態を把握することを目的とした (図 1)。

回答のなかった施設には同年 11 月まで電話にて再度要請を行った。二値の比較においては χ^2 分析あるいはフィッ

4. Q3で「できる」と回答されなかった方にお尋ねします。その理由を教えてください。(複数回答可)。

治療できる医師がいないから

スタッフ(看護師など)いわゆるコメディカル、事務その他)の協力が得られないから

他診療科の協力が得られないから

病院長(院長含む)の協力が得られないから

ソーシャルワーカーやカウンセラーなど、チーム医療体制がとれないから

施設での適切な感染対策が不可能だから

患者が増えず、これ以上の患者を診るキャパシティがないから

風評被害を恐れて

通訳など、外国人患者に対応する機能を欠いているから

その他(具体的に)

5. 貴施設名を入力してください

6. 貴施設の所属する地域ブロックを教えてください

北海道

東北

関東

関東・甲信越(東京を除く)

東海

北陸

近畿

中国・四国

九州(沖縄含む)

7. 本アンケートについて、あるいは別のことも結構ですのでコメントがあればどうぞ。

1. HIV感染者あるいはエイズ患者の診療経験はありますか。

ある

ない

把握していない

その他(具体的に)

2. Q1で「ある」とお答えになった方にお尋ねします。現在は、何人の患者が外来受診されていますか。

50人以上

40~49人

30~39人

20~29人

10~19人

5~9人

1~4人

0人

把握していない

その他(具体的に)

3. 新規のHIV感染者あるいはエイズ患者の紹介があったときは受診できますか。

できる

できない

不可能ではないが、できれば別の医療機関で受診してほしい

どちらともいえない

その他(具体的に)

図 1 アンケートの内容

シャー・テストを用いて解析した。統計解析にはRStudio Version 1.0.153を用いた。集計された回答結果は量的、質的に解析された。

本研究は神戸大学大学院医学研究科倫理委員会にて承認を得ている。

結 果

277 (72.7%) の施設から回答を得た。回答のほとんどは7月中に得られた (190/277, 71.8%)。回答率は北海道ブロック 100% (19/19), 東北ブロック 66.7% (28/42), 東京都 54.5% (24/44), 関東甲信越ブロック (東京都以外) 69.6% (55/79), 北陸ブロック 92.9% (13/14), 東海ブロック 64.6% (31/48), 近畿ブロック 83.7% (36/43), 中国・四国ブロック 71.7% (43/60), 九州ブロック 84.4% (27/32) であった。東京の回答率だけがその他の地域に比べて有意に回答率が低かった ($p=0.007$)。

回答のあった施設中 256 施設 (92.4%) が、過去に HIV 感染者、エイズ患者の診療経験があると回答した。一方、診療経験がないと回答した施設が 18 (6.5%) あった (図 2)。

診療経験があると回答した施設のうち、71 施設 (27.4%) が、回答時外来に 50 人以上の患者が受診していた。近畿が最も多く 14 施設 (ブロック内 32.6%), ついで東京都が 14 施設 (同 31.8%), 九州が 10 施設 (31.3%), 関東甲信越が 18 施設 (22.8%), 北陸が 3 施設 (21.4%), 北海道が 2 施設 (10.5%), 東海が 5 施設 (10.4%), 中四国が 4 施設 (6.7%), そして東北が 1 施設 (2.4%) であった。また、109 施設 (42.1%) では外来患者数は 10 人未満であり、うち 38 施設 (14.7%) では患者数はゼロであった (図 3)。10 人未満の施設をブロックごとにみると、北海道が 10 施設 (52.6%), 近畿が 17 施設 (39.5%), 東海が 17 施設 (35.4%), 中四国が 20 施設 (33.3%), 東北が 12 施設 (28.6%), 北陸が 4 施設 (28.6%), 九州が 9 施設 (28.1%), 関東甲信越が 18 施設 (22.8%), 東京都が 2 施設 (4.5%) で

あった。患者がゼロの施設では、近畿が 8 施設 (18.6%), 中四国が 11 施設 (18.3%), 九州が 4 施設 (12.5%), 北海道が 2 施設 (10.5%), 東北が 4 施設 (9.5%), 東海が 4 施設 (8.3%), 関東甲信越が 4 施設 (5.1%), 東京都が 1 施設 (2.3%), 北陸が 0 だった。

新規患者の受け入れ体制については、205 施設 (74.0%) で「できる」という回答だったが、55 施設 (19.9%) では「できない」あるいは「不可能ではないが、できれば別の医療機関で受療してほしい」という回答であった (図 4)。内訳は東北が 12 施設 (28.6%), 近畿が 9 施設 (20.9%), 北海道が 2 施設 (15.8%), 九州が 5 施設 (15.6%), 中四国が 9 施設 (15%), 関東甲信越が 10 施設 (12.7%), 東海が 4 施設 (8.3%), 北陸が 1 施設 (7.1%), 東京都が 2

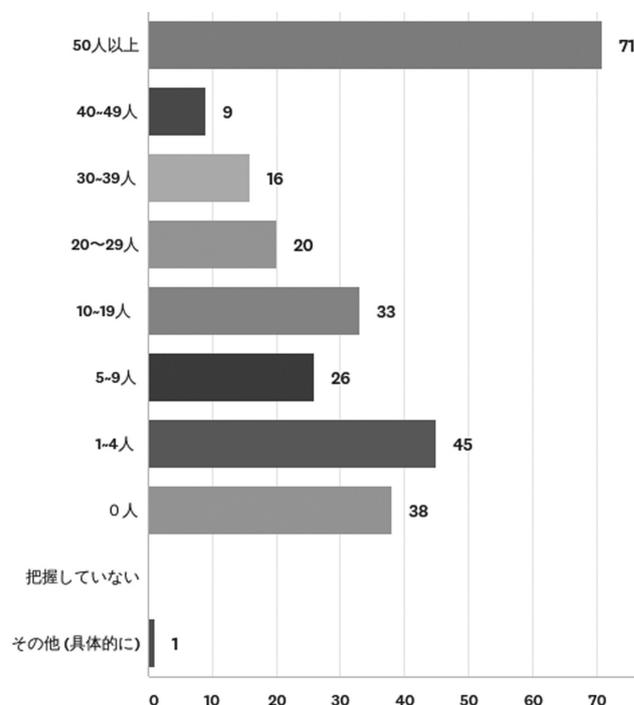


図 3 施設における外来受診者数

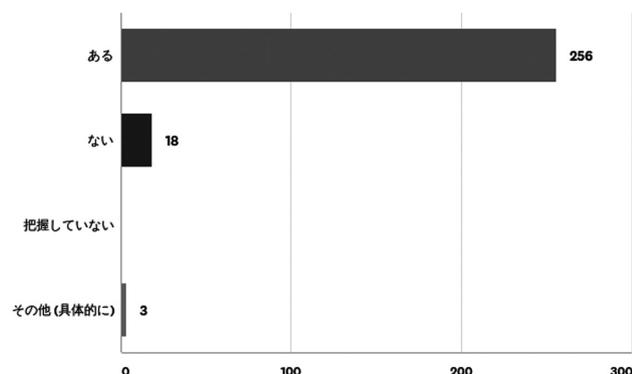


図 2 診療経験の有無

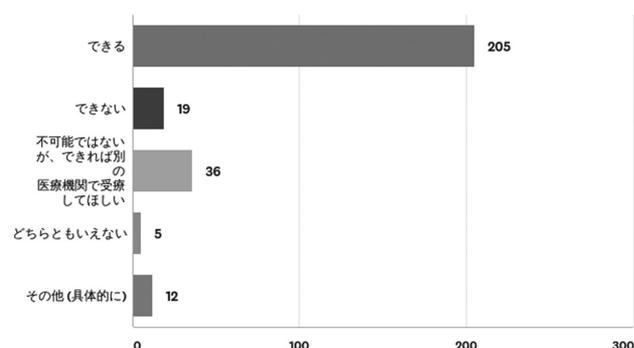


図 4 新規患者の受け入れ姿勢

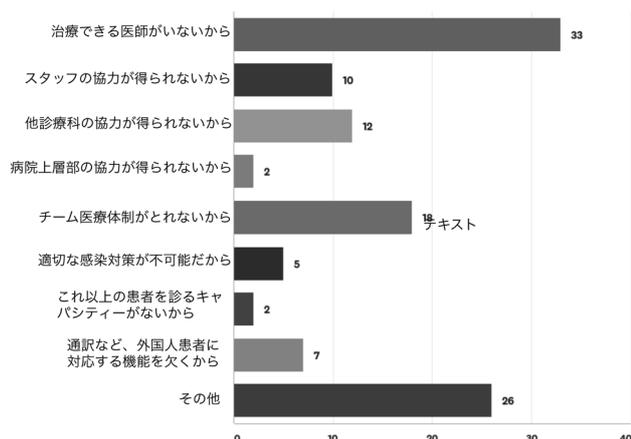


図5 新規患者を受け入れがたい理由

施設 (4.5%) であった。その理由としては、「治療できる医師がないから」が最も多く (33 施設, 53.2%), ついで「ソーシャルワーカーやカウンセラーなど, チーム医療体制がとれないから」(18 施設, 29.0%), 「他診療科の協力が得られないから」(12 施設, 19.4%), 「スタッフ (看護師などいわゆるコメディカル, 事務その他) の協力が得られないから」(10 施設, 16.1%), 「通訳など, 外国人患者に対応する機能を欠いているから」(7 施設, 11.3%), 「自施設での適切な感染対策が不可能だから」(5 施設, 8.1%), 「病院上層部 (院長含む) の協力が得られないから」(2 施設, 3.2%), 「患者が増えすぎてこれ以上の患者を診るキャパシティーがないから」(2 施設, 3.2%) であった。「風評被害を恐れて」という回答はゼロだった (図5)。また, 自由記載の回答としては「血液内科医が担当だが医師不足で血液疾患診療も不十分」「血液内科医が非常勤」「常勤の専門医がない」「感染症外来専任医師がない」「感染症内科が存在しない」といった人員の問題, 「治療経験が少ない, ない」「IRIS (免疫再構築炎症症候群) の対応, 判断が困難」といった診療経験や質の問題, 「治療薬を採用していない」「病棟がない」といった診療体制構築の問題などが指摘された。

考 察

これまで「HIV 感染症の医療体制の整備に関する研究」(厚生労働科学研究費補助金エイズ対策研究事業)などで拠点病院における診療体制の調査は継続的に行われてきた。しかし, こうした研究事業の多くが査読付き論文として発表されておらず, 一般の医療者などの目に触れることは少ない。また, 各拠点病院の患者受け入れへの積極性や展望, その理由にまで踏み込んだ研究は少ない。本研究は現状分析のみならず「展望」も検証しており, そこが先行研究との違いである。

本調査の結果, 大多数のエイズ診療拠点病院で HIV 感染者, エイズ患者の診療経験を持つことが分かった。しかし, 実際の実受療者数には施設ごとのばらつきがあり, 4 割以上の施設で外来受診者数が 10 名未満, 1 割以上の施設で患者数ゼロであった。日本の場合患者数に大きな地域差があり, 少数の患者を受け入れる施設も必要な地域もあろうことから, 一概に患者数が少ない施設だからよくないと断ずることはできない。しかし, 施設によっては社会, 患者の需要にできていない可能性はあろう。特に患者ゼロの施設が 2 割近くもある近畿と中四国についてはその原因について詳細な検証が必要だろう。

また, 新規患者の受け入れ体制についても, 7 割以上の施設が受診可能と回答しているのに対して, 2 割近くの施設では受け入れに消極的であった。「総合的なエイズ診療の実施」がエイズ診療拠点病院の「あり方」である以上, 許容できない数値といえよう¹²⁾。特に施設の 2 割以上が受け入れに消極的な東北と近畿は問題である。患者通院が困難な地域などで請願されて拠点病院となった施設もあるかもしれないが, ならばやはり患者受入を積極的にできるようなキャパシティーと意欲を持たねばならないだろう。また, ART レジメンが格段にシンプルになり, 患者の予後が改善, 合併症も減った現在においては拠点病院での受診は必須とはいえず, 非拠点病院に通院, 投薬が可能な患者も多いと思われる。わずかな患者の通院の便宜のために経験値の浅い拠点病院を保持する価値がどのくらいあるのか, 現代的な視点で再検証する必要がある。

本アンケートに回答していない施設はエイズ診療拠点病院が全体の 2 割以上を占めた。東京都にいたっては半数近くが回答しておらず, 他地域と比べて有意に低い回答率であった。これは本研究のリミテーションの 1 つである。東京都は HIV 感染者, エイズ患者が全国で最も多い¹³⁾。この地域の拠点病院の実情は重要であり, 今後, 回収率の高い調査で詳細な検証が必要であろう。

一部の拠点病院が HIV/エイズ診療に消極的な理由としては, 医師などの専門性を有する職員が不足していることが最大の原因のようだ。また, 風評被害を恐れて診療を拒む拠点病院はないとの回答であったが, 一方で通訳がない, 感染対策ができないという回答もあった。日本の HIV/エイズ患者の大多数が日本人であり, 感染者の感染対策は標準予防策で十分な事実を考えると, これらは施設の知識不足か, あるいは患者を拒むための口実である可能性がある。

HIV 感染者, エイズ患者の平均余命が飛躍的に延びるなかで, 感染者・患者を総合的に診療する体制が必要とされている。従来, 重点が置かれていたウイルスの抑制, 細胞性免疫の再構築, 日和見感染の予防といった, 古典的な

HIV ケアに加えて、非エイズ関連の悪性疾患の検診や治療、禁煙指導、食事指導、高血圧や糖尿病といったコモンな疾患への対応、メンタルヘルスの充実など多様な対応、いわゆるプライマリ・ケアの提供が必須となる²⁻⁶⁾。

また、ART の充実は新たな感染の防止にも有用である。ART でウイルスを抑制すればコンドームなしでのセックスでも HIV 感染は起きないというデータもある¹⁴⁾。諸外国では種々の対策により新規感染者が減少しているところも多いが、日本ではここ 10 年以上新規感染者の数はおおむね横ばいであり、期待される新規患者数減少は起きていない¹³⁾。これにはさまざまな原因が考えられるが、未診断の感染者が多いことと、診断された患者に（新規感染を抑制するだけの）迅速な治療の提供が行われていないことも原因にあげられよう^{15,16)}。日本ではいわゆる 90-90-90（感染者の 90% の診断、そのうち 90% の治療、そのうち 90% のウイルス抑制）のうち、90% のウイルス抑制は達成できているが、診断、治療開始においては目標は達成できていない^{17,18)}。他方、海外ではすでに診断日同日での ART 開始が試みられており、これが患者の予後をさらに改善させることが示唆されている¹⁹⁻²¹⁾。ほとんどの患者が診断後に拠点病院に紹介、その後に治療が開始されている現行の日本の拠点病院制度、さらには治療開始まで 1 カ月程度もかかる身体障害者制度や自立支援制度では、とうてい不可能な診療であり²²⁾、現行制度を維持していると日本の HIV 感染、エイズ診療の質は諸外国に比べて大きく遅れることとなる。

さらに、本アンケートで明らかになったのは、人的資源の問題であった。HIV 感染/エイズ診療に慣れた専門医の不足、周辺をサポートする医療者の不足、さらには他診療科の協力の欠如が指摘されており、これらは質の高い HIV/エイズ診療に必要不可欠な条件である。現行の拠点病院制度は、施設内の HIV/エイズ診療の質を担保していないのである。

拠点病院の存在そのものが包括的な患者ケアの阻害要因になっている可能性もある。先行研究によると、全国の透析施設の大多数は HIV 感染者の受け入れ経験がなく、そのうち半数以上は今後も受け入れが難しいと回答し、その理由の最多なものが「感染者専用のベッドが確保できない」というものであった²³⁾。HIV 感染者の透析ガイドラインが整備され、「感染者専用のベッド」が必要ないにもかかわらず、である²⁴⁾。筆者個人（岩田）も、担当感染者の他院での内分泌疾患治療や、緊急手術すら拒否された経験を持つ。拠点病院があることが、非拠点病院での患者受入拒否の正当化につながり、今後さらにニーズが高まるであろう、包括的プライマリ・ケアの実践を阻んでいる可能性がある。拠点病院と周辺医療機関の連携は拠点病院制度が

できた当時からの理念ではあったが、具体的な実践策を欠いており¹²⁾、また実践できていないことも多い。

本研究では回答者の利便を図り、回答項目を少なくしたが、そのため情報量は小さくなる結果となった。診療実態に関する実情はインタビューなどを用いた質的研究も必要となろう。さらなる研究で本研究が得なかった情報を明らかにする必要がある。

結 論

本研究により、エイズ診療拠点病院の患者受入体制にはばらつきがあり、患者受入に消極的な拠点病院も少なからずあることが明らかになった。また、本来の拠点病院の理念に合致した人的資源などを備えていない拠点病院もあることが明らかになった。ART による劇的な患者の予後、感染リスクの変化を受けて、日本の HIV/エイズ診療のあり方も大きく変更することが望まれている。その変更に見合った形で、拠点病院のあり方も大きく変更されることが望ましい。

謝 辞

アンケートの実施にあたり中田陶子、左右田由紀子両氏の協力を得た。この場を借りて感謝申し上げます。

利益相反：本研究において利益相反に相当する事項はない。

文 献

- 1) The Antiretroviral Therapy Cohort Collaboration : Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013 : a collaborative analysis of cohort studies. *Lancet HIV* 4 : e349-356, 2017.
- 2) Brugnaro P, Morelli E, Cattelan F, Petrucci A, Panese S, Esemme F, Cavinato F, Barelli A, Rauseo E : Non-AIDS defining malignancies among human immunodeficiency virus-positive subjects : epidemiology and outcome after two decades of HAART era. *World J Virol* 4 : 209-218, 2015.
- 3) Divala OH, Amberbir A, Ismail Z, Beyene T, Garone D, Pfaff C, Singano V, Akello H, Joshua M, Nyirenda MJ, Matengeni A, Berman J, Mallewa J, Chinomba GS, Kayange N, Allain TJ, Chan AK, Sodhi SK, van Oosterhout JJ : The burden of hypertension, diabetes mellitus, and cardiovascular risk factors among adult Malawians in HIV care : consequences for integrated services. *BMC Publ Health* 16 : 1243, 2016.
- 4) Gaziano TA, Abrahams-Gessel S, Gomez-Olive FX, Wade A, Crowther NJ, Alam S, Manne-Goehler J, Kabudula CW,

- Wagner R, Rohr J, Montana L, Kahn K, Bärnighausen W, Berkman LF, Tollman S : Cardiometabolic risk in a population of older adults with multiple co-morbidities in rural South Africa : the HAALSI (Health and Aging in Africa : longitudinal studies of INDEPTH communities) study. *BMC Publ Health* 17 : 206, 2017.
- 5) Aberg JA, Gallant JE, Ghanem KG, Emmanuel P, Zingman BS, Horberg MA : Primary care guidelines for the management of persons infected with HIV : 2013 update by the HIV medicine association of the infectious diseases Society of America. *Clin Infect Dis* 58 : e1-34, 2014.
 - 6) Foong ALS, Ng SF, Lee CKC : Identifying HIV/AIDS primary care development needs. *J Adv Nurs* 50 : 134-142, 2005.
 - 7) 吉崎和幸 : 日本のエイズ, その医療体制の現状と問題点. *日本エイズ学会誌* 3 : 31-38, 2001.
 - 8) 宇野賀津子, 内海眞, 沢田貴志, 岩木エリーザ, 吉崎和幸. 日本における, 在日外国人 HIV 感染者の医療状況と問題点. *日本エイズ学会誌* 3 : 72-81, 2001.
 - 9) 山口拓洋, 川戸美由紀, 橋本修二, 中村好一, 木村博和, 市川誠一, 松山裕, 木村正博, 白阪琢磨 : エイズ治療の拠点病院における HIV/AIDS 受療者数. *日本エイズ学会誌* 4 : 91-95, 2002.
 - 10) 川戸美由紀, 橋本修二, 山口拓洋, 松山裕, 中村好一, 木村博和, 市川誠一, 木村正博, 白阪琢磨 : エイズ拠点病院における HIV/AIDS 受療者数の推移. *日本エイズ学会誌* 6 : 31-36, 2004.
 - 11) 川戸美由紀, 橋本修二, 古金秀樹, 下司有加, 織田幸子, 白阪琢磨 : 近畿ブロック拠点病院における HIV/AIDS 受療者の居住地, 紹介元と転院先. *日本エイズ学会誌* 8 : 34-40, 2006.
 - 12) 厚生省保健医療局長通知 : エイズ治療の拠点病院の整備について. 平成 5 年 7 月 28 日. http://api-net.jfap.or.jp/library/MeaRelDoc/03/htmls/doc_02_24.htm
 - 13) 厚生労働省エイズ動向委員会 : 平成 28 (2016) 年エイズ発生動向年報. http://api-net.jfap.or.jp/status/2016/16nenpo/16nenpo_menu.html
 - 14) Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, Corbelli GM, Estrada V, Geretti AM, Beloukas A, Asboe D, Viciano P, Gutiérrez F, Clotet B, Pradier C, Gerstoft J, Weber R, Westling K, Wandeler G, Prins JM, Rieger A, Stoeckle M, Kummerle T, Bini T, Ammassari A, Gilson R, Krznaric I, Ristola M, Zangerle R, Handberg P, Antela A, Allan S, Phillips AN, Lundgren J : Sexual activity without condoms and risk of HIV transmission in serodifferent couples when the HIV-positive partner is using suppressive antiretroviral therapy. *JAMA* 316 : 171-181, 2016.
 - 15) Gilmour S, Li J, Shibuya K : Projecting HIV transmission in Japan. *PLoS One* 7 : e43473, 2012.
 - 16) 橋本修二, 川戸美由紀 : エイズ発生動向調査の報告・未報告の HIV 感染者数と AIDS 患者数における近未来予測の試み. *日本エイズ学会誌* 11 : 152-157, 2009.
 - 17) Iwamoto A, Taira R, Yokomaku Y, Koibuchi T, Rahman M, Izumi Y, Tadokoro K : The HIV care cascade: Japanese perspectives. *PLoS ONE* 12 : e0174360, 2017.
 - 18) 90-90-90 : Treatment for all [Internet]. Available from : <http://www.unaids.org/en/resources/909090> (cited Jan 17, 2018).
 - 19) Koenig SP, Dorvil N, Dévieux JG, Hedt-Gauthier BL, Riviere C, Faustin M, Lavoile K, Perodin C, Apollon A, Duverger L, McNairy ML, Hennessey KA, Souroutzidis A, Cremieux PY, Severe P, Pape JW : Same-day HIV testing with initiation of antiretroviral therapy versus standard care for persons living with HIV : a randomized unblinded trial. *PLOS Med* 14 : e1002357, 2017.
 - 20) CATIE (Canada's source for HIV and hepatitis C information) : HIV diagnosis followed by initiation of treatment on the same day. 8. 2016. <http://www.catie.ca/en/catieneews/2016-12-08/hiv-diagnosisfollowed-initiation-treatment-same-day>
 - 21) CATIE (Canada's source for HIV and hepatitis C information). Starting ART on the same day as an HIV diagnosis in British Columbia. 2015. <http://www.catie.ca/en/treatmentupdate/treatmentupdate-210/anti-hiv-therapy/starting-art-same-day-hiv-diagnosis-british-col>
 - 22) HIV 感染症及びその合併症の課題を克服する研究班 : 資料 6). 自立支援医療. http://www.haart-support.jp/manual/c04_06.html
 - 23) 秋葉隆, 日ノ下文彦 : HIV 感染患者における透析医療の推進に関する調査. *透析会誌* 46 : 111-118, 2013.
 - 24) 日本透析医学会 : HIV 感染患者透析医療ガイドライン. 2010. <http://www.jsdt.or.jp/info/1084.html>

Current Status and Future Prospects of AIDS Core Hospitals in Japan

Kentaro IWATA¹⁾, Asako DOI²⁾ and Satoshi HIGASA³⁾

¹⁾ Division of Infectious Diseases, Kobe University Hospital,

²⁾ Division of Infectious Diseases, Kobe City Medical Center General Hospital,

³⁾ Department of Hematology, Hyogo College of Medicine

Background : Japan has 381 designated AIDS core hospitals for the care of patients with HIV/AIDS. However, actual care they provide and their effectiveness has not been fully evaluated.

Methods and Materials : Cross sectional survey was conducted by sending letters to all 381 AIDS core hospitals. They were given access to web based questionnaire using Survey Monkey and were asked several questions regarding the current situation about HIV/AIDS care.

Results : Among 277 core hospitals among 381 (72.7%), which responded to our survey, 18 or 6.5% of the hospitals had never experienced HIV/AIDS care. While 71 hospitals (27.4%) stated that they take care of more than 50 patients as of the survey, 109 hospitals (42.1%) had only <10 patients to follow, and 38 (14.7%) had no patient to care. For the possibility of referral, 55 hospitals (19.9%) were reluctant to accept new HIV/AIDS patients. The most common reasons for not being able to see HIV/AIDS patients was the absence of physicians who are able to take care of HIV/AIDS patients (33, 53.2%), followed by lack of health care personnels such as social workers or counsellors (18, 29.0%), and no aid from other subspecialties (12, 19.4%).

Conclusion : While majority of AIDS core hospitals in Japan are actively engaged in and are committed to HIV/AIDS care, some lacked experience and expertise in this field, and some even expressed unwillingness to see the patients. There might need a reform of the system to harmonize expertise and willingness of those core hospitals and needs of the community and patients. Restructuring or even abandonment of core hospital system needs to be considered since there needs more cooperation from other specialties (physicians and non-physicians) in care of AIDS/HIV patients in an era when the patients live longer and the needs for non-HIV issues such as primary care and cancer prevention/management are to be increased further.

Key words : AIDS core hospitals, cross sectional survey, primary care