

HIV 感染血友病等患者の医療福祉とケアに関する研究

研究分担者

大金 美和 国立国際医療研究センター ACC 患者支援調整職

研究協力者

大杉 福子 国立国際医療研究センター ACC 薬害専従コーディネーターナース

鈴木ひとみ 国立国際医療研究センター ACC HIV コーディネーターナース

野崎 弘江 国立国際医療研究センター ACC HIV コーディネーターナース

森下恵理子 予防財団リサーチレジデント HIV コーディネーターナース

栗田あさみ 国立国際医療研究センター ACC HIV コーディネーターナース

谷口 紅 国立国際医療研究センター ACC HIV コーディネーターナース

木村 聡太 国立国際医療研究センター ACC 心理療法士

杉野 祐子 国立国際医療研究センター ACC 副支援調整職

池田 和子 国立国際医療研究センター ACC 看護支援調整職

田沼 順子 国立国際医療研究センター ACC 医療情報室長 / 救済医療室長

瀧永 博之 国立国際医療研究センター ACC 治療開発室長

菊池 嘉 国立国際医療研究センター ACC 臨床研究開発部長

岡 慎一 国立国際医療研究センター ACC センター長

研究要旨

薬害 HIV 感染血友病等患者（以下、患者）の要望により創設された HIV コーディネーターナース（CN）は、薬害エイズ裁判史の中で、「チーム医療、包括医療システムの中で、個々の患者の側に立って患者をサポートするスタッフ」として位置づけられ、「診療科間の調整・連絡、患者の理解に応じて助言し相談を受ける」と記されている。

この度、ACC 救済医療室が病病連携を行った症例の実践を振り返り、患者の医療福祉の充実を含む医療提供と医療連携の在り方を明らかにすることを目的に CN による情報収集・アセスメント・連携調整等の支援過程を整理し、多職種連携・チーム医療による個別支援モデルを検討したので報告する。薬害被害救済の医療の特殊性には、国の実行責任のもと、定期協議を経て、議事確認書に基づく決定事項に対し、利用可能なリソース（恒久対策）を最大限活用し、患者家族の医療不信を払拭しながら、個別支援によって最善の医療と QoL 向上に努める責務がある。この度の症例における医療相談の課題には、①病状全体を把握している医師、医療スタッフの不在、②治療方針における本人の理解と医療者側の認識の違い、且つ患者の意思決定プロセスの不明確さ、③本人家族のコミュニケーション不足と患者の意思決定を妨げる要因の評価不足が抽出された。ACC 救済医療室に寄せられる相談対応を紐解いてみると、その実態は、包括的視点による意思決定に必要な情報共有や課題の整理、あらゆる領域を越えたチームビルディングの実践を行い対応することが求められており、薬害被害救済の対応を超えた普遍的な課題と対峙することが多い。個別支援モデルには、薬害の特殊性（恒久対策の確実な実践）と普遍性（意思決定支援、積極的な多職種連携・チーム医療の推進）を兼ね備えた個別支援を行うことが、患者における医療への信頼回復と患者参加型医療の実現につながると考える。

A. はじめに

日本のHIV医療体制は、薬害HIV訴訟の和解により、薬害被害救済の恒久対策として整備され、1997年4月にエイズ治療・研究開発センター（ACC）が設立された。全国にはHIV治療拠点病院として、8つのブロック拠点病院を含む、約380の中核拠点・拠点病院が整備されている。また、HIV感染症に関する医療資源も整備され、医師、看護師、薬剤師、心理療法士、メディカルソーシャルワーカー等の専門職によるチーム医療が実践されている。ACCには、薬害HIV感染血友病等患者（以下、患者）の要望により創設されたHIVコーディネーターナース（CN）が、設立当初から配置されている（資料1）。薬害エイズの教訓から、患者に開かれた医療を提供することを目的にCNは「チーム医療、包括医療システムの中で、個々の患者の側に立って患者をサポートするスタッフ」として位置づけられ、「診療科間の調整・連絡、患者の理解度に応じて助言し相談を受ける」と記されている（資料2）。CNは外来看護師配置でありながらも、実質的には、看護支援調整職、患者支援調整職のもと、面談業務を主として患者の意思決定を支援し、患者参加型医療の実現を目指している。ACCでは、より一層の薬害被害救済の医療の実践・推進する場として、2011年7月にACC救済

医療室が発足し、2011年9月には、ACC血友病包括外来が併設され、全国から来院する患者への多職種による包括的医療ケアの提供を実践してきた経緯がある。

恒久対策の中には、公益財団法人友愛福祉財団からPMDA（医薬品機構）が委託を受け実施している調査研究事業により、患者の状態に応じて支給される「発症者健康管理手当」「発症予防のための健康管理費用」が含まれている。この事業のために提出された2つの報告書：健康状態報告書（発症者は任意提出、未発症は必須）、生活状況報告書（両者任意）は、患者の同意のもと、PMDAから患者支援団体やACC（必要に応じてブロック拠点病院）に届けられ、新たな薬害被害救済の医療の取り組みとして「PMDA個人データの提供による個別支援」に活用されている（資料3）。この取り組みが開始された2017年4月～2022年12月までにACC救済医療室で対応した薬害HIV感染血友病等患者（資料4）の累計数は398名であり、そのうち他院と病病連携により支援したのは142名であった（資料5）。本研究では、ACC救済医療室が病病連携を行った症例の実践を振り返り、薬害HIV感染血友病等患者の医療福祉の充実を含む医療提供と医療連携の在り方について明らかにすることを目的に研究したので報告する。

1980年代に患者が直面していた医療の課題
感染告知や説明が不十分、医療者主導型、医療機関や相談機関の未整備

薬害HIV感染被害の教訓から、
院内外の多職種・他部門・他施設との風通しの良い横断的な連携を
調整する職種として被害者の要望によりCNが創設された。



患者に対する開かれた医療の提供
「話し合いながら進める医療」
「患者参加型医療の実現」

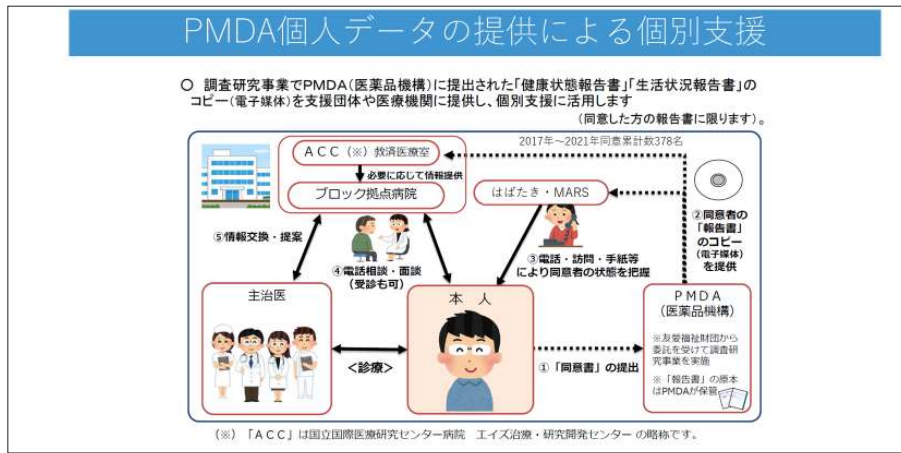
8つのブロック拠点病院内に38名のCN配置あり（2022年11月時点）

資料1 HIVコーディネーターナース（HIV coordinator nurse：CN）の創設

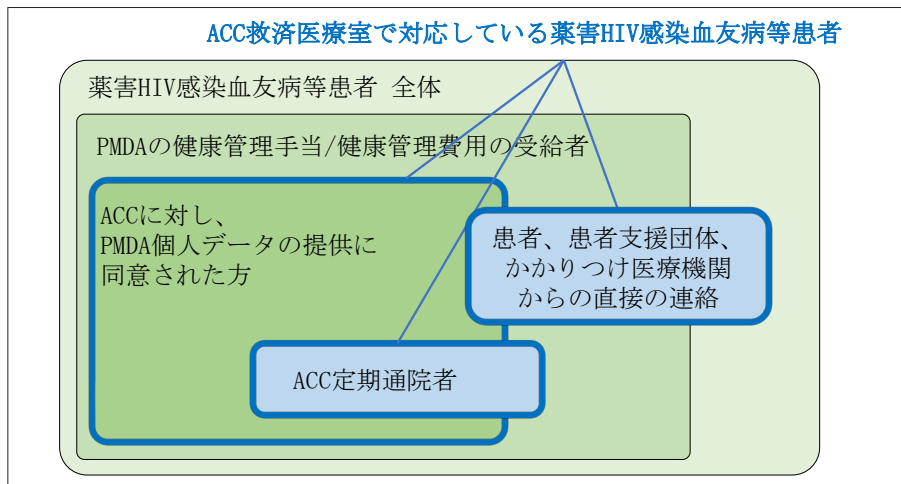
- ・患者に開かれた医療を提供することを目的に、チーム医療、包括医療システムの中で個々の患者の側に立って患者をサポートするスタッフである。
- ・患者担当制を原則とし、それぞれの患者に対し、外来、病棟、在宅等療養の場にかかわらず継続した支援を提供する。HIV感染症および合併症管理のために診療科間の調整・連絡も担う。
- ・また服薬指導、インフォームド・コンセントなどにおいても、医師を補助し患者の理解度に応じて助言し相談を受ける。

抜粋：東京HIV訴訟弁護団（編）薬害エイズ裁判史第4巻恒久対策編，P50，2002年。

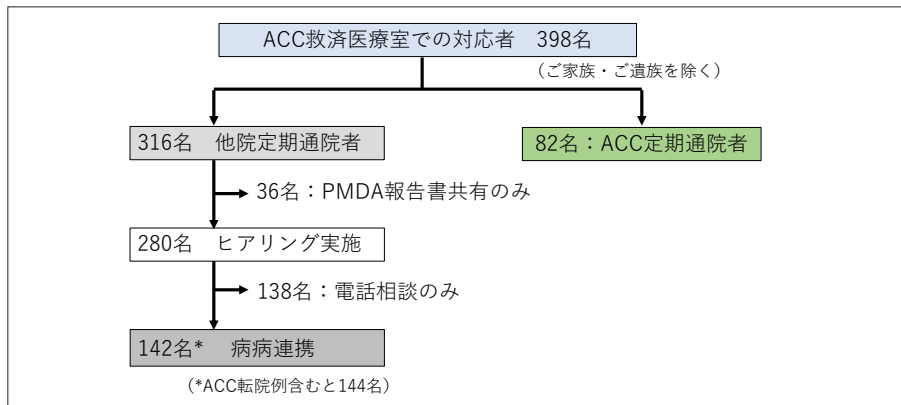
資料2 CNの役割と活動内容



資料3 PMDA 個人データの提供による個別支援の取り組み



資料4 ACC 救済医療室で対応している薬害 HIV 感染血友病等患者



資料5 ACC 救済医療室薬害 HIV 感染血友病等患者の相談対応区分 (2017年4月～2022年12月)

B. 研究目的

薬害 HIV 感染血友病等患者の医療福祉の充実を含む医療提供と医療連携の在り方について明らかにすること。

C. 研究方法

ACC 救済医療室が病病連携を行った症例の実践を振り返り、CN による情報収集・アセスメント・連携調整等の内容と支援過程を整理し、医療提供と医療連携の在り方について明らかにした後、多職種連携・チーム医療による個別支援モデルを提示する。

(倫理的配慮)

本研究は倫理審査の承認を得て実施した。(承認番号: NCGM-G-003551-02)

D. 研究結果

1. 症例紹介 (A氏)

50代男性、血友病A(重症)、HIV感染症、腎不全(血液透析中)・糖尿病、C型肝炎、肝硬変で地元拠点病院に通院。家族構成：90代の母と2人暮らし。母は軽度の認知症。50代の姉は結婚後、義理の両親と別都市に住む。

2. 相談開始までの経過

患者支援団体あてにAさんのPMDA個人データ提供の同意書とともに、PMDA報告書(健康状態報告書・生活状況報告書)が届いた。患者支援団体の相談員によるヒアリングでは、本人から、アンモニア高値、古い抗HIV薬の服用、整形外科の対応が困難との相談あり。本人の希望により相談員を通じてACC救済医療室に対応依頼の連絡があった。

3. 個別支援の開始

CNより患者に電話連絡、医療福祉の関連機関と患者支援団体との情報共有に関する同意を委任状にて取得し、情報収集を行った。医療相談の開始にあたり、正確な情報を得るために、患者が指定した診療科主治医に診療情報提供書の作成依頼を郵送し受領したが、医学的判断のための情報は不足していたため、追加情報の確認を依頼した。その後、本人が骨折で入院したことを契機に、ACC救済医療室の医師とCNは、かかりつけ医療機関に出向き、入院病棟で本人家族と面談し、複数の診療科の医師、HIV感染症担当看護師、MSWの同席のもとカンファランスを行った。

1) 診療情報提供書から得た情報

- ・ AZT/3TC/RALでウイルスのコントロールは良好。
- ・ CD4陽性リンパ球数はやや低値。
- ・ 肝硬変 Child C
- ・ 透析中に呼吸停止・意識消失発作あり(肝性脳症の診断)。
- ・ 高度貧血(Hb5.0)で輸血をくりかえす(内視鏡では出血源の特定なし)。
- ・ 情報不足により医学的課題の整理と主治医の治療方針の確認が困難であった。

2) 追加情報の依頼

- ・ 貧血の原因精査：消化管出血、AZT、腎性貧血。
- ・ 非代償性肝硬変:DAA治療歴の有無、移植の検討、予後に関する説明。
- ・ 意識障害の原因：肝性脳症、低血糖。
- ・ 糖尿病の治療に関する情報。
- ・ 療養環境
- ・ 家族構成・本人との関係性。
- ・ 本人と家族の病気への理解

3) 本人家族との直接面談で得られた情報

- ・ 本人が整形外科より心臓が悪く骨折の手術ができないと聞いたが、心臓疾患の詳細は分からない。
- ・ 歩行は難しく車イスの生活になるだろうと言われた。
- ・ 自宅のバリアフリー化の工事は、MSWが進めている。
- ・ 10年前に肝移植の説明があったが、具体的な話にはならなかった。
- ・ 親も自分も歳をとったので大げさな治療はもういいと思っていたが、移植の話は一度きちんと聞きいてみたい。
- ・ 複数診療科の医師にそれぞれの臓器をバラバラに診てもらっている。
- ・ 医師以外に病気のことを相談できる医療者はいない。
- ・ 家族は、90代の母親(同居、軽度認知症)と50代の姉(結婚後義理の両親と別都市に住む)
- ・ 本人が望むなら肝移植が適応かどうかを検討してほしい。
- ・ 自分たち(母と姉)が手術時に付き添いをするのは難しいので、それが原因で治療ができないなら申し訳ないと思う。

4) 医療スタッフとのカンファランスで得た情報

<血液内科>

- ・ HIV感染症と血友病を担当している。
- ・ 心疾患についての詳細は不明である。
- ・ ARTはAZTのまままでよいと考えている。

<消化器内科>

- ・ 意識消失発作については、肝性脳症と考えている。
- ・ 貧血の原因は消化管出血と考えているが、出血源は特定できない。
- ・ 心疾患についての詳細は不明である。
- ・ 10年前に肝移植について提案したが患者が拒否した。
- ・ 長い間診療していた医師より引き継いだばかりである。
- ・ 今は血液透析中なので、移植医療の適応だと思わない。
- ・ 予後が厳しいことは本人には伝えているが、本人の理解は乏しいと思う。

4. 医療相談で明らかになった課題と対処

- ・ 消化器科の前医が退職し主治医を引き継いだばかり、治療方針への本人家族の意思決定に関する状況把握が困難だったこと、複数の診療科の情報は統合されず、病状全体を把握して

いる医師・医療スタッフが不在であった。

→腎臓内科医に心疾患の評価と「主治医」として医療情報の統括を依頼した。また、感染管理看護師に「リエゾン」の役割を依頼した。

- ・移植医療に対する本人の理解と医療者側の認識に違いがあり、脳死肝移植に関する検討が可能な専門職が不在であった。

→長崎大学病院移植外科医と本人家族との面談をかかりつけ医療機関を含め調整し、本人と家族に専門医より肝移植の説明が行われた。かかりつけ医療機関で移植適応判断に必要な検査を実施し、CN が連絡係として長崎大との情報共有をサポートしつつ、長崎大で移植適応を検討することになった。

- ・本人と家族とのコミュニケーション不足

→本人は病気や治療のことで家族への負担や迷惑になることを避け、家族への遠慮から治療希望のあることを言いだしにくかった。一方、家族は病気の話は嫌がるだろうと家庭内で病気に関する話をするのを避けていた。本人家族とのコミュニケーション不足は、治療方針の意思決定に影響するため、本人の病状精査の間に本人が家族と十分に話し合えるよう、CN は双方の思いを共有した上で、家族間の話し合いを促し、本人の治療方針の意思決定を支援した。

5. 医療方針の検討の結果

- ・心疾患は、「大動脈弁狭窄症」と判明した。
- ・長崎大よりカテーテル手術・開胸手術はどちらも適応がなく、心機能も不良で肝腎同時移植は実施困難の判断となった。
- ・ご本人の希望により支援団体の相談員同席のもと、本人と家族に上記を説明した。
- ・本人は、移植はできなかったが、自身の気持ちを表出し家族と相談できたこと、自身の病状があいまいだったが、疾患とその状況が詳細にわかり、今後の生活の在り方を考えられるようになったと話された。
- ・MSW により訪問看護、ヘルパー導入を調整し、退院の方針となる。
- ・認知症の母の拒否によりヘルパー導入が保留となっていたが、本人の在宅支援導入に伴い、母も含めた支援検討につながった。
- ・車いすの生活を考慮し、自力で車いすの乗り入れが可能な自家用車を購入するなど、在宅療養の充実に向けて明るく対応する姿が見られた。
- ・訪問看護師向けに事前勉強会を開催したいと、感染管理看護師より CN にアドバイスを求められ情報伝達した。

E. 考察

1. 患者参加型の医療の実現

ACC 救済医療室が病病連携を行った症例の医療相談では、医療者側の課題のみならず、患者と家族間の課題にも対応する必要があることが明らかとなった。患者は、移植はできなかったが、自身の気持ちを表出し、家族と相談できたこと、自身の病状があいまいだったが、疾患とその状況が詳細にわかり、今後の生活の在り方を考えられるようになったと話された。このことは、これまで患者自身が病期の見通しと、それに伴って心身がどうなるかを具体的に理解し見通すことが難しかったが、個別支援の介入により、ACP (アドバンス・ケア・プランニング) を考えるきっかけにもつながった。ACP は患者の意向が最も重要であるが、ACP 疎外要因には、療養者を支える支援者や連携のつながりの不足があげられる。ACC 救済医療チームによる個別支援は、かかりつけ医療機関内のチーム医療の構築を促し、患者参加型の医療を展開し、医療をベースとした課題に対応しつつ、家族を含む療養生活の安定や ACP の検討にもつながることが示された。

2. 個別支援モデルの提示

個別支援の対応について、CN における多職種との連携調整による協働支援を抽出し、その内容と支援の流れを整理した。個別支援は、ACC 救済医療チーム内での検討 STEP1 (本人同意、情報収集・情報の整理・医療的課題と緊急性の評価・初回 Goal 設定) と、他施設との連携による STEP2 (医学的な連携の必要性・他施設チーム形成・課題の整理と評価・共通 Goal 設定) から成り立っていると考える。以下に CN の視点における多職種連携・チーム医療による個別支援モデルを提示する (資料 6)。

<個別支援対応 STEP1 >

1) 本人同意と情報収集

- ・ CN から本人に電話連絡。
- ・ ACC 救済医療チームの介入に対する本人の希望の意思確認を行う。
- ・ 関係機関、患者支援団体等との情報共有に関する委任状を取得する。
- ・【医療】【福祉・介護】情報収集シート/療養アセスメントシートを用いてヒアリングする。

2) 情報の整理

- ・ 医療方針に関する本人と家族の理解と意向、生活状況 (療養環境や制度等) を確認し整理する。
- ・ かかりつけ医療機関での主治医、情報統括と連携調整を担う職種と連絡先を確認する。
- ・ 必要な診療科への診療情報提供書の作成依頼と

受領。

3) 医療的課題と緊急性の評価

- ・ 救済医療室スタッフ内のカンファランス開催を調整する。
- ・ 専門医療機関への情報共有と相談（打診）、カンファランス開催を調整する。

4) ACC 救済医療チーム全体で方針を共有し、支援の初回 Goal を設定する。

- ・ STEP2 に移行する見とおしとプロセスを検討し課題を共有（初回 Goal）する。

<個別支援対応 STEP2 >

1) 第3の機関を巻き込む医学的な連携の必要性の検討。

- ・ かかりつけ医療機関以外、ブロック拠点病院、移植実施施設、往診医等の連携の必要性を検討する。

2) 役割分担

- ・ 個別支援に必要な多職種・他施設からなるチームを形成する。
- ・ 多職種を尊重した活動内容の把握と、役割を分担する。
- ・ 多職種による支援内容と実施のタイミングを調整する。

3) 課題の整理と適宜評価

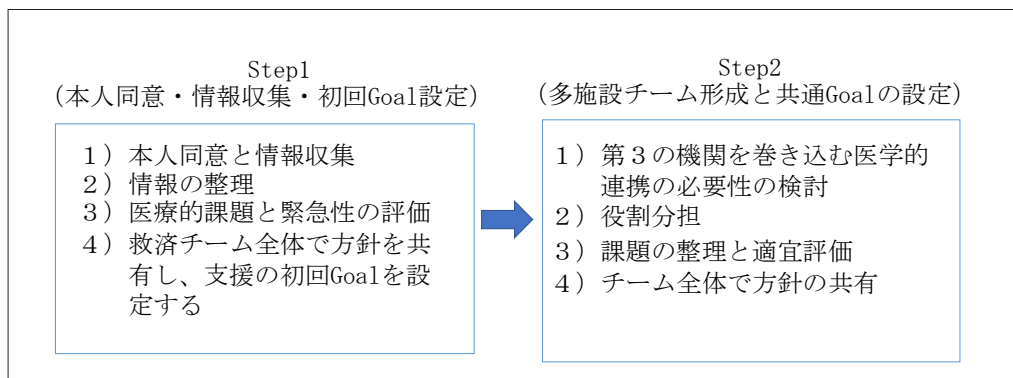
- ・ チーム全体の情報共有の連絡係、会議開催を調整する。
- ・ 支援介入の必要性と緊急性を評価する。
- ・ 他施設間の医師らが話し合い、主治医が医療方針を決定する

4) チーム全体で方針の共有

- ・ 誰がいつまでに何を行うのか、支援プロセスの共有と共通 Goal を設定する。

3. 薬害被害救済の特殊性と普遍性を兼ね備えた個別支援

薬害被害救済の医療の特殊性には、国の実行責任のもと、定期協議を経て、議事確認書に基づく決定事項に対し、利用可能なリソース（恒久対策）を最大限活用し、患者家族の医療不信を払拭しながら、個別支援を行い最善の医療と QoL 向上に努める責務がある。しかし、ACC 救済医療室に寄せられる相談対応を紐解いてみると、その実態は、包括的視点による意思決定に必要な情報共有や課題の整理、あらゆる領域を越えたチームビルディングの実践を行い対応することが求められており、薬害被害救済の対応を超えた普遍的な課題と対峙することが多い。個別支援モデルには、薬害の特殊性と普遍性を兼ね備えた取り組みが必要である（資料7）。



資料6 個別支援モデル（実践の振り返りのまとめ）



資料7 特殊性と普遍性を兼ね備えた個別支援

4. 医療者向け・患者向けの支援ツール

1) 【医療】情報収集シート／療養支援アセスメントシートの改訂

- ・ PMDA 個人データの提供による個別支援への参加が進むよう、その仕組みについての解説を備考に追加し、支援団体、ACC、ブロック拠点病院への同意の有無の確認も追加した。
- ・ 長崎大学病院で行われている肝検診や、ACC・各ブロック拠点病院で行われている癌スクリーニング等の治療検診、研究・治験などが行われていることの周知と、その参加の有無がわかるように項目を追加した。
- ・ 複数の慢性疾患を抱える患者が多く、他科診療の他に透析施設の情報や、BMI（身長体重含む）が記入できる欄を設けた。
- ・ C 型肝炎の進行による肝がんの再発例もあり、より病状の深刻な項目が活用しやすいように追加した。
- ・ 定期補充療法による凝固因子製剤の他に、定期予防療法としての抗体製剤の使用が加わり、製剤投与に関する欄の項目を変更した。

2) 【福祉・介護】情報収集シート／療養支援アセスメントシートの改訂

- ・ 生きがい探しにつながるヒント、長期療養生活の苦難を乗り越えるために患者が行うストレス解消法などを確認し、対策に努められるよう項目を追加した。
- ・ 薬害 HIV 感染血友病等患者の医療費助成に関する自己負担の発生が全国から寄せられていること、障害者医療費助成（重度心身障害者医療費助成制度、自立支援医療）を優先して使用しているケースが散見されるため、適切な医療費助成に関する説明を備考に加えた。
- ・ 厚生労働省で作成された血友病薬害被害者手帳について紹介し、利用可能なリソース（恒久対策）の不足がないよう確認できるようにした。
- ・ 受診困難へのリスクに対し、同行者の支援状況や通院にかかる費用負担の項目を追加した。
- ・ 患者の姉妹、子供や孫に関する保因者の相談も増えており、当事者の健診の有無も追加した。

3) 多職種でつなぐ外来診療と患者支援（医療者向け支援ツール）

薬害エイズ訴訟の教訓には、全国の HIV 医療体制の整備にとどまらない、患者と主治医のみの密室で行われる医療あるいは患者不在の医療方針決定のあり方を見直し、多職種によるチーム医療、患者の意思決定支援による患者参加型医療を目指すことの理

念がある。患者経験の少ない医療者を対象に情報発信する。HIV 感染症は医学の進歩により抗 HIV 療法が功を成し、原疾患の血友病の治療は、長期作用型の血液製剤による定期補充療法の普及が進み、C 型肝炎ウイルスの排除も可能となった。しかし肝癌をはじめとする悪性疾患、生活習慣病や血友病性関節症の進行、そして療養環境や QoL 向上への対応など、懸念すべき課題が多数残され、患者参加型医療の実践は、地域や施設ごとに格差があるのが実情である。この冊子では、ACC 血友病包括外来での外来診療における多職種の支援の実践を示し、「患者と話し合いながら進める医療」の重要性について説明し、特殊性を踏まえた医療と、多職種による普遍的な医療（包括的視点と積極的な連携によるチーム医療）について解説する。

4) 知ってる？会ってる？話してる？

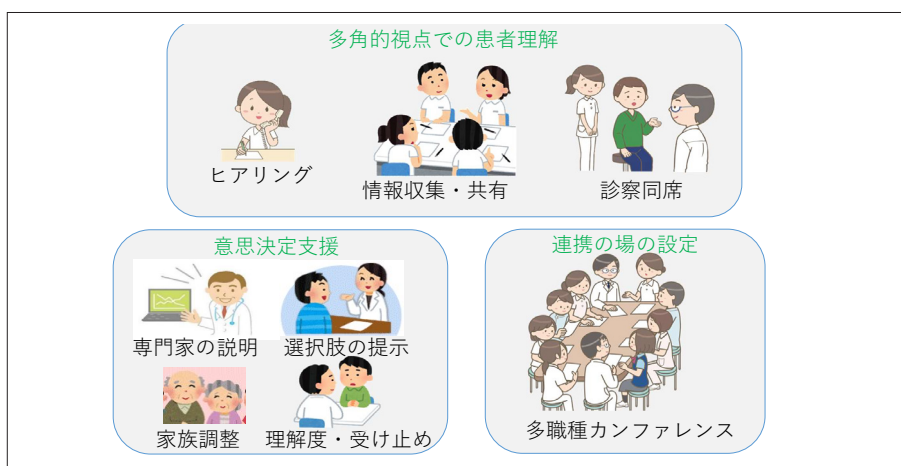
あなたとつなぐチーム医療

～外来診療のかかり方ハンドブック～（患者・医療者向け）

これは、患者を含めた多職種によるチーム医療、患者参加型医療を普及するための外来診療のかかり方を紹介するハンドブックである。他院との連携の際に連携窓口となる担当者を患者にたずねると、医師以外のスタッフの存在を知らない患者や、多職種がいることを知っていても、会って話をしたことがないという患者の声が寄せられている。医療スタッフの患者に対する積極的な面談への働きかけ、患者から医療スタッフに対する相談依頼など、双方の歩み寄りによるチーム医療の実現を目指すものである。患者自身が、医療継続、QoL 向上に対し関心を寄せられるように、また、各種相談に多職種が積極的に対応することを促すものである。

F. まとめ

- ・ CN（看護職）には医療をベースとする課題を取扱いながら、医療方針に関する本人と家族の理解と意向について、患者の療養環境や生活状況等を確認しながら課題を整理し、院内外の多職種との連携による支援の枠組みを形成し支援する役割がある（資料 8）。
- ・ 薬害被害救済の医療支援の特殊性（恒久対策の確実な実践）と、普遍性（意思決定支援、積極的な多職種連携・チーム医療の推進）を兼ね備えた個別支援を行うことが、患者における医療への信頼回復と患者参加型医療の実現につながる。



資料8 医療への信頼回復と患者参加型医療の実現につながるCNの3つの実践

G. 今後の展望

- ・薬害被害救済の個別支援の実践モデルから、CNが担う支援内容と支援過程に必要な情報収集の項目等を整理し、各種アセスメントや連携調整を含む看護支援の指針となるツール（情報収集シート/療養支援アセスメントシートの改定等）の作成を検討する。
- ・ACCと8ブロック拠点病院のCNからなるコアメンバーで薬害被害救済の個別支援の質の向上に関する事項を整理した後、情報発信として、各ブロック内の薬害HIV感染血友病等患者に携わる医療・福祉のスタッフに幅広く伝達し、患者の医療継続を支え、患者自身が最善の医療を選択できるように、患者家族が安心できる社会づくりに貢献していく。

H. 健康危険情報

なし

I. 研究発表

1. 口頭発表（国内）
 1. 大金美和. 多職種との医療連携の必要性とその実態について「多職種との協働による個別支援とは」. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.
 2. 白阪琢磨, 川戸美由紀, 橋本修二, 三重野牧子, 天野景裕, 大金美和, 岡本学, 湯永博之, 日笠聡, 八橋弘, 岡慎一. 血液製剤によるHIV感染者の調査成績, 第1報, 健康状態と生活状況の概要. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.
 3. 川戸美由紀, 三重野牧子, 橋本修二, 天野景裕, 大金美和, 岡慎一, 岡本学, 湯永博之, 日笠聡, 八橋弘, 白阪琢磨. 血液製剤によるHIV感染者の調査成績, 第2報, 悪性新生物, 循環器疾患, その他の疾患. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.

4. 三重野牧子, 川戸美由紀, 橋本修二, 天野景裕, 大金美和, 岡慎一, 岡本学, 湯永博之, 日笠聡, 八橋弘, 白阪琢磨. 血液製剤によるHIV感染者の調査成績, 第3報, 健康意識と心の状態. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.
5. 大杉福子, 大金美和, 野崎宏枝, 鈴木ひとみ, 池田和子, 上村悠, 田沼順子, 湯永博之, 岡慎一. ACC救済医療室における他施設との連携事例の検討. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.
6. 大金美和, 大杉福子, 野崎宏枝, 鈴木ひとみ, 森下恵理子, 栗田あさみ, 谷口紅, 杉野祐子, 木村聡太, 池田和子, 上村悠, 田沼順子, 湯永博之, 菊池嘉, 岡慎一. 薬害HIV感染者の就労継続に関する個別支援の検討. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.
7. 牧村遥香, 田沼順子, 大金美和, 大杉福子, 野崎宏枝, 鈴木ひとみ, 木村聡太. HIV感染血友病患者における歯科受診とセルフケアの実態に関する調査. 日本エイズ学会学術集会, 2022年, 静岡.

J. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし