

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成 16 年度
報告書

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成16年度
報告書

財団法人エイズ予防財団

はじめに

血液凝固異常症全国調査は、平成13年度より厚生労働省委託事業として財団法人エイズ予防財団が実施して参りました。皆様からの多大な御協力により、平成16年度報告書も完成するに至りました。改めて厚く御礼申し上げます。

HIV感染した血液凝固異常症におきましては、エイズ関連疾患による死亡数は平成10年以後目立った上昇のないまま推移しています。一方、肝硬変、肝癌、肝不全といった重篤な肝疾患による死亡報告が増加しています。これらの疾患は、C型肝炎ウイルスに起因するものが多く、この傾向はHIV非感染の症例においても同様です。

このような背景から、今年度調査においてはC型肝炎の感染例に関する調査について新たな検討を加え、病態および治療の実態を把握することとしました。この調査成績に基づいて、肝炎のPeg-インターフェロンおよびリバビリンを含めた治療法ならびに今後の凝固因子異常症の治療法に対して、少しでも貢献出来ればと願っております。

これからも皆様の御協力と御指摘をお願い申し上げる次第であります。

平成17年3月31日

血液凝固異常症全国調査運営委員会

目次

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16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	8
③血友病におけるインヒビター症例	9
④HIV非感染血液凝固異常症における死亡報告	10
(3)HIV感染血液凝固異常症、HIV感染後天性血液凝固異常症および2次・3次感染症例	11
①HIV感染症例総数	11
②HIV感染生存症例数	11
③新規のAIDS発症例	11
④AIDS発症生存例数	11
⑤HIV感染例の死亡報告	11
⑥HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染の症例	12
⑦HIV感染死亡例の累積数	12
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	14
⑨血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況	18
⑩リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	18
⑪血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況	19
⑫HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数とRNAコピー数の推移	19
(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	21
(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	21
(6)血液凝固異常症における血清ビリルビン値と血小板数	21
(7)血液凝固異常症における肝疾患の治療状況	24
①インターフェロンによる治療状況	24
②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	25
③肝移植の報告数	25
IV. 結語	30
V. 謝辞	30
調査通知文書	31
同意取得関係書類	35
医療調査票	39
調査協力施設一覧	49
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	61

I. 緒言

日本における血液凝固異常症の病態を把握するための調査が、厚生労働省により平成13年度に事業化された。この調査は血液凝固異常症の病態を把握し、血液凝固異常症の治療の向上と生活の質の向上に寄与することを目的としている。また、調査の運営は、医療関係者および凝固異常症の患者による「血液凝固異常症全国調査運営委員会」がこれに当たっている。

平成16年度は血液凝固異常症全国調査運営委員会による4年目の調査を実施することとなり、C型肝炎ウイルスに関する調査項目を中心に検討を加えた。

また、平成16年度調査においては、個人情報保護の観点から、各施設において記入対象となる患者の方々から、可能な限り同意を取得して頂くようお願いした。これは平成17年4月1日をもって個人情報保護法が全面的に施行されることを踏まえ、今後の調査の継続性と合理性を維持することを目的として試みたものである。

ただし、法律の施行は平成16年度調査の終了後であるので、平成16年度に関しては記載対象者からの同意取得が未確認である調査用紙の記載内容についても、集計に含めることとした。

II. 調査方法

(1) 対象と方法

平成16年度の血液凝固異常症全国調査（以後、「全国調査」とする）は、平成15年度までの血液凝固異常症調査で構築されたネットワークをもとに調査用紙の発送・回収および集計を行った。

この調査は日本全国の血液凝固異常症患者の全員を対象とし、1,333施設(1,461担当部署)に調査用紙を送付し、平成16年5月31日時点における血液凝固異常症の調査を依頼した。担当者の多くは治療の担当医で、調査項目の記入を依頼した後に、施設単位で返送する方式とした。

(2) 調査用紙

医療調査の調査票は、血液凝固異常症全国調査運営委員会の医療調査委員において検討し、平成15年度までの調査用紙を改訂して用いた。とくに、C型肝炎ウイルス(HCV)の状況に関する項目を追加し、レイアウトの変更を行った。

調査票は、これまでと同様に様式1～様式4により構成される。各様式の対象は、HIV感染がある血液凝固異常症(血友病、von Willebrand病(以下VWDとする)、類縁疾患)、HIV感染後天性凝固異常症(所謂第4ルート)および2次・3次感染の患者で通院中の症例(様式1)と死亡症例(様式2)、HIV非感染の血液凝固異常症の患者で通院中の症例(様式3)と死亡症例(様式4)である。平成16年度の調査票はpp. 39～42に添付した。

(3) 同意取得に関する書類

平成16年度の調査用紙の発送においては、記載対象となる患者の方々からの同意の取得に関し、各担当医への説明と依頼の文書、同意説明文書、および同意書の見本を同封した。これらの文書は、pp. 35～37に添付した。

なお、同意説明書および同意書の見本は(財)エイズ予防財団のホームページの中に掲載し、必要に応じてPDFファイルをダウンロードできる環境を整えた(掲載場所のURLは<http://api-net.jfap.or.jp/>)。

(4) 集計方法

医療調査用紙の集計においては、同一症例について複数施設からの回答があるので、重複した症例を多重に集計する危険性を回避するために、生年月日と疾患名による重複報告の削除作業を行った。

これに先立ち、重複判定作業ができるだけ正確に行われるように、平成16年度記載内容の誤記入や不備などを可能なかぎり修正した。

医療調査用紙は平成16年8月27日に発送し、平成17年3月5日までに到着した回答について集計した。

以上の調査用紙の回収と、記載が不備であった用紙に関する確認等は聖マリアンナ医科大学小児科において行い、データ化と集計および解析は、同大学の大学院附属研究施設と医学統計学分野において行った。

Ⅲ. 調査結果

(1) 調査票の回収状況

医療調査票は平成16年8月27日に、1,333施設(1,461担当部署)に送付した。この内、回答を頂いたのは713施設(825担当部署)で、施設数としての回収率は53%、担当部署数としての回収率は56%であった。

HIV非感染の生存中の血液凝固異常症例に関しては、調査票(様式3)2,927枚を収集し、重複報告を削除した結果2,656症例となった。平成15年6月1日から平成16年5月31日までに死亡したHIV非感染の血液凝固異常症例については、様式4の調査表14枚が回収され、重複報告はなかった。なお、この調査期間以前の死亡報告例として2枚(重複なし)が回収された。

HIV感染例に関しては、生存症例調査票(様式1)618枚が回収され、重複報告数を削除すると528症例となった。死亡症例調査票(様式2)16枚が回収され、重複報告数を削除すると15症例となった。

同意の取得状況は、調査票全体の約33%において同意を得たことが報告されていたが、一方、21%においては取得に関する手続きは行われていなかった。さらに、47%においては、「未確認」が選択されているか、あるいは記載なしであった。

(2) HIV非感染の血液凝固異常症

①平成16年5月31日現在で生存中のHIV非感染血液凝固異常症

新規に報告された症例の追加と、平成15年6月1日から平成16年5月31日までの死亡報告、さらに重複の判明による減少を総合すると、平成16年5月31日現在で集計した日本全国に生存するHIV非感染の血液凝固異常症の総数は、表1に示すように5,078例(血友病3,294例・血友病B677例・VWD756例・類縁疾患350例)となった。昨年度の報告と比べ、105例(男性88例、女性17例)の増加となった。これらの症例の地域分布については、表2～10に地域ブロック別に集計した。

生存症例の年齢(報告された生年月日に基づいて計算した平成16年5月31日時点の年齢)分布を図1に示す。5歳ごとの分布においては、非感染例では20～25歳(20歳を含まず、25歳を含む)がもっとも多く、また、HIV感染例では30～35歳が最も多かった。

表1. 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	3294	677	757	350	5078
(男性)	3274	672	347	191	4484
(女性)	20	5	410	159	594
HIV感染生存	644	195	7	5	851
(男性)	644	195	2	2	843
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	3938	872	764	355	5929
(男性)	3918	867	349	193	5327
(女性)	20	5	415	162	602
AIDS発症(生存)	123	40	2	0	165
(男性)	123	40	0	0	163
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	441	128	1	7	577
(男性)	439	126	1	5	571
(女性)	2	2	0	2	6
HIV感染総数(生存および累積死亡)	1085	323	8	12	1428
(男性)	1083	321	3	7	1414
(女性)	2	2	5	5	14

VWD : von Willebrand病

AIDS発症 : 治療により症状が消失したり、検査所見が改善したのものも含む

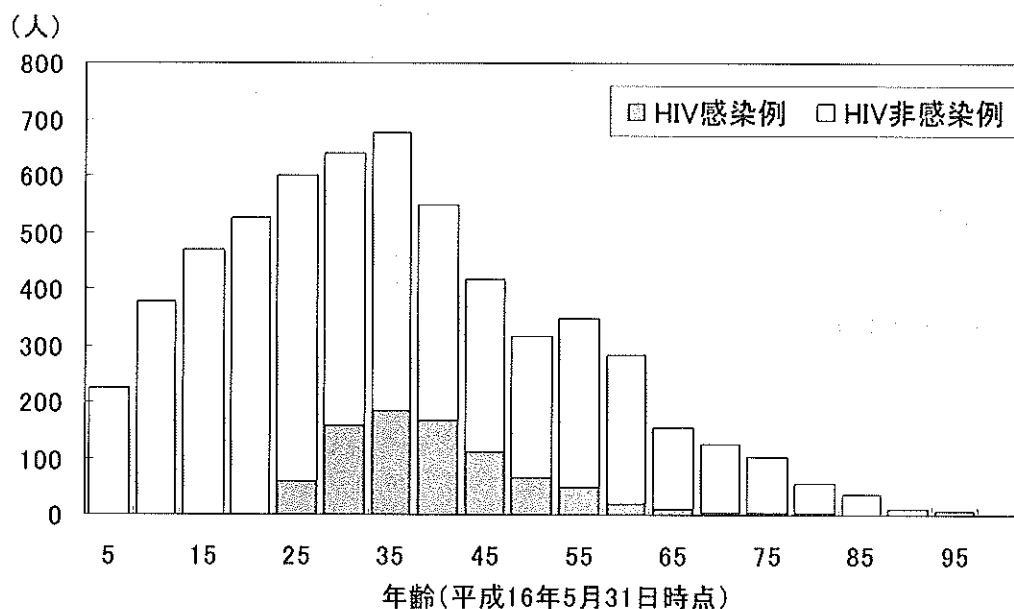


図1. 平成16年5月31日時点の血液凝固異常症生存例の年齢分布

表2. 北海道ブロック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	144	34	23	11	212
(男性)	142	33	9	6	190
(女性)	2	1	14	5	22
HIV 感染生存	35	7	0	0	42
(男性)	35	7	0	0	42
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 非感染・感染生存合計	179	41	23	11	254
(男性)	177	40	9	6	232
(女性)	2	1	14	5	22
AIDS 発症(生存)	6	1	0	0	7
(男性)	6	1	0	0	7
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	16	3	0	2	21
(男性)	15	3	0	1	19
(女性)	1	0	0	1	2
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	51	10	0	2	63
(男性)	50	10	0	1	61
(女性)	1	0	0	1	2

表3. 東北ブロック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	259	58	28	22	367
(男性)	258	57	15	16	346
(女性)	1	1	13	6	21
HIV 感染生存	64	8	2	0	74
(男性)	64	8	1	0	73
(女性)	0	0	1	0	1
HIV 非感染・感染生存合計	323	66	30	22	441
(男性)	322	65	16	16	419
(女性)	1	1	14	6	22
AIDS 発症(生存)	12	4	0	0	16
(男性)	12	4	0	0	16
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	46	10	0	3	59
(男性)	46	10	0	3	59
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	110	18	2	3	133
(男性)	110	18	1	3	132
(女性)	0	0	1	0	1

(東北ブロック:青森、岩手、宮城、秋田、山形、福島)

表4. 関東甲信越ブロック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	1138	225	325	162	1850
(男性)	1131	225	157	89	1602
(女性)	7	0	168	73	248
HIV 感染生存	250	79	2	3	334
(男性)	250	79	0	2	331
(女性)	0	0	2	1	3
HIV 非感染・感染生存合計	1388	304	327	165	2184
(男性)	1381	304	157	91	1933
(女性)	7	0	170	74	251
AIDS 発症(生存)	62	18	2	0	82
(男性)	62	18	0	0	80
(女性)	0	0	2	0	2
HIV 感染死亡(累積)	171	42	1	1	215
(男性)	170	42	1	1	214
(女性)	1	0	0	0	1
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	421	121	3	4	549
(男性)	420	121	1	3	545
(女性)	1	0	2	1	4

(関東甲信越ブロック:新潟、東京、茨城、栃木、群馬、埼玉、千葉、神奈川、長野、山梨)

表5. 北陸ブロック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	71	16	2	3	92
(男性)	70	16	0	2	88
(女性)	1	0	2	1	4
HIV 感染生存	8	7	0	0	15
(男性)	8	7	0	0	15
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 非感染・感染生存合計	79	23	2	3	107
(男性)	78	23	0	2	103
(女性)	1	0	2	1	4
AIDS 発症(生存)	1	0	0	0	1
(男性)	1	0	0	0	1
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	20	4	0	0	24
(男性)	20	4	0	0	24
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	28	11	0	0	39
(男性)	28	11	0	0	39
(女性)	0	0	0	0	0

(北陸ブロック:富山、石川、福井)

表6. 中部ブロック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	437	103	72	25	637
(男性)	435	103	39	10	587
(女性)	2	0	33	15	50
HIV 感染生存	56	21	1	0	78
(男性)	56	21	1	0	78
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 非感染・感染生存合計	493	124	73	25	715
(男性)	491	124	40	10	665
(女性)	2	0	33	15	50
AIDS 発症(生存)	5	3	0	0	8
(男性)	5	3	0	0	8
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	34	20	0	0	54
(男性)	34	20	0	0	54
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	90	41	1	0	132
(男性)	90	41	1	0	132
(女性)	0	0	0	0	0

(中部ブロック:岐阜、三重、静岡、愛知)

表7. 近畿ブロック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	607	120	182	75	984
(男性)	605	119	79	40	843
(女性)	2	1	103	35	141
HIV 感染生存	89	34	0	1	124
(男性)	89	34	0	0	123
(女性)	0	0	0	1	1
HIV 非感染・感染生存合計	696	154	182	76	1108
(男性)	694	153	79	40	966
(女性)	2	1	103	36	142
AIDS 発症(生存)	12	5	0	0	17
(男性)	12	5	0	0	17
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	55	17	0	0	72
(男性)	55	17	0	0	72
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	144	51	0	1	196
(男性)	144	51	0	0	195
(女性)	0	0	0	1	1

(近畿ブロック:滋賀、京都、大阪、兵庫、奈良、和歌山)

表8. 中国ブロック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	177	32	27	17	253
(男性)	177	31	12	8	228
(女性)	0	1	15	9	25
HIV 感染生存	33	10	0	0	43
(男性)	33	10	0	0	43
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 非感染・感染生存合計	210	42	27	17	296
(男性)	210	41	12	8	271
(女性)	0	1	15	9	25
AIDS 発症(生存)	9	3	0	0	12
(男性)	9	3	0	0	12
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	19	8	0	0	27
(男性)	19	8	0	0	27
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	52	18	0	0	70
(男性)	52	18	0	0	70
(女性)	0	0	0	0	0

(中国ブロック:山口、広島、鳥取、岡山、島根)

表9. 四国ブロック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	112	15	37	3	167
(男性)	110	15	15	0	140
(女性)	2	0	22	3	27
HIV 感染生存	9	4	0	1	14
(男性)	9	4	0	0	13
(女性)	0	0	0	1	1
HIV 非感染・感染生存合計	121	19	37	4	181
(男性)	119	19	15	0	153
(女性)	2	0	22	4	28
AIDS 発症(生存)	2	1	0	0	3
(男性)	2	1	0	0	3
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	9	6	0	0	15
(男性)	9	5	0	0	14
(女性)	0	1	0	0	1
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	18	10	0	1	29
(男性)	18	9	0	0	27
(女性)	0	1	0	1	2

(四国ブロック:徳島、香川、愛媛、高知)

表10. 九州ブロック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	349	74	61	32	516
(男性)	346	73	21	20	460
(女性)	3	1	40	12	56
HIV 感染生存	100	25	2	0	127
(男性)	100	25	0	0	125
(女性)	0	0	2	0	2
HIV 非感染・感染生存合計	449	99	63	32	643
(男性)	446	98	21	20	585
(女性)	3	1	42	12	58
AIDS 発症(生存)	14	5	0	0	19
(男性)	14	5	0	0	19
(女性)	0	0	0	0	0
HIV 感染死亡(累積)	71	18	0	1	90
(男性)	71	17	0	0	88
(女性)	0	1	0	1	2
HIV 感染総数(生存および累積死亡)	171	43	2	1	217
(男性)	171	42	0	0	213
(女性)	0	1	2	1	4

(九州ブロック:福岡、長崎、佐賀、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄)

②生存中の類縁疾患症例内訳

日本全国に生存する血液凝固異常症のうち、HIV非感染の類縁疾患として登録されている症例は表1に示すように350例(男191例、女159例)となっているが、その疾患分類と症例数を表11に示した。最も症例数が多いのは先天性フィブリノゲン欠乏・低下/異常症49例(男21例、女28例)で、先天性第XIII因子欠乏・低下/異常症44例(男21例、女23例)、先天性第VII因子欠乏・低下/異常症40例(男21例、女19例)がこれに次いだ。

表11. 生存中の類縁疾患症例の疾患別分類

疾患名	男性	女性	合計
先天性フィブリノゲン欠乏・低下/異常症	21	28	49
先天性プロトロンビン欠乏・低下/異常症	3	2	5
先天性第V因子欠乏・低下/異常症	10	9	19
先天性第VII因子欠乏・低下/異常症	21	19(2)	40(2)
先天性第X因子欠乏・低下/異常症	9	6(1)	15(1)
先天性第XI因子欠乏・低下/異常症	12(1)	7	19(1)
先天性第XII因子欠乏・低下/異常症	14	5	19
先天性第XIII因子欠乏・低下/異常症	21	23	44
先天性第V因子・第VIII因子欠乏症	3	4	7
血友病AB	2	0	2
先天性アンチトロンビン欠乏・低下/異常症	18	16	34
先天性プロテインC欠乏・低下/異常症	14	8	22
先天性プロテインS欠乏・低下/異常症	7	6	13
先天性 α 2-PI欠乏・低下/異常症	0	3	3
後天性血友病A	20	14	34
後天性血友病B	1	0	1
後天性VWD	5	0	5
その他	12(1)	12	24(1)

カッコ内はHIV感染症例数(内数)

③血友病におけるインヒビター症例

HIV非感染の血友病について、平成16年度の調査で報告されたインヒビターの有無を、平成15年度の結果とともに表12に示した。

HIV感染例と非感染例を合わせ、インヒビターを有すると報告された症例の割合を平成16年度調査結果より算出すると、血友病Aにおいて5%（不明例を除く割合は7%）、血友病Bにおいて3%（不明例を除く割合は4%）となり、前年度の結果とほぼ同様であった。

さらに、表13および14にはインヒビターを有する症例の割合を、血友病Aおよび血友病Bの双方について年齢別に集計した。ただし、ここではHIV非感染例と感染例とを合わせて集計した結果を示した。

表12. 血友病におけるインヒビターの有無

	あり			なし			不明		
		平成15年度	平成16年度		平成15年度	平成16年度		平成15年度	平成16年度
血友病A	HIV非感染	111	101	HIV非感染	1539	1284	HIV非感染	365	388
	HIV感染	13	12	HIV感染	354	281	HIV感染	168	99
	(小計)	124(5%)	113(5%)	(小計)	1893(74%)	1565(72%)	(小計)	533(21%)	487(22%)
血友病B	HIV非感染	13	11	HIV非感染	305	255	HIV非感染	81	89
	HIV感染	4	3	HIV感染	110	75	HIV感染	37	33
	(小計)	17(3%)	14(3%)	(小計)	415(76%)	330(71%)	(小計)	118(21%)	122(26%)

表13. 血友病Aにおける年齢とインヒビターの有無

年齢	n	あり	なし	不明	割合(不明除く)
0～9	301	37	202	62	15%
10～19	376	19	292	65	6%
20～39	889	21	670	198	3%
40～59	484	28	323	133	8%
60～	114	7	78	29	8%

表14. 血友病Bにおける年齢とインヒビターの有無

年齢	n	あり	なし	不明	割合(不明除く)
0～9	60	3	44	13	6%
10～19	90	5	67	18	7%
20～39	191	6	130	55	4%
40～59	92	0	66	26	0%
60～	33	0	23	10	0%

平成16年度調査では、インヒビターの値（ベセスダ単位）が報告されていたHIV非感染血液凝固異常症の総数は100例（血友病A90例、B10例）であった。その分布を図2および図3に示した。なお図2および図3においても前年度の結果を併記した。また、平成16年度調査に報告されたHIV感染例12例（血友病A9例、B3例）についても、図2および図3に同時に示した。

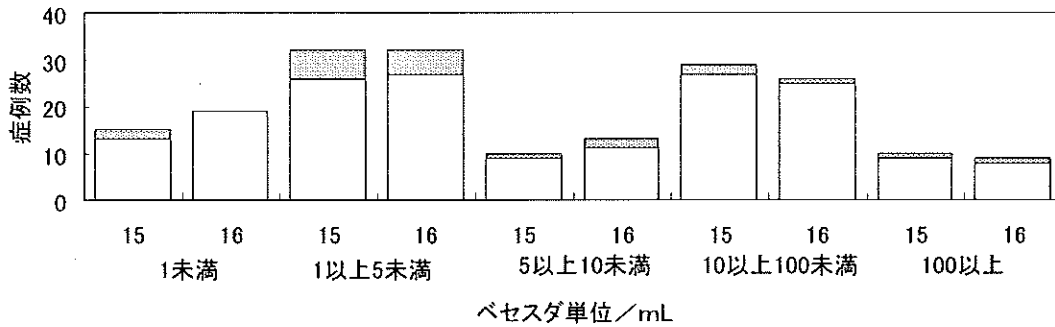


図2. 血友病Aにおけるインヒビター濃度の分布 (□ HIV非感染例、■ HIV感染例; 15は平成15年度調査結果、16は平成16年度調査結果)

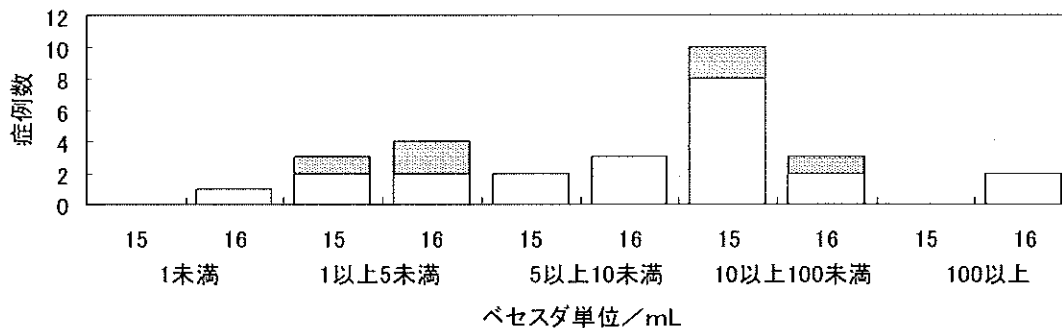


図3. 血友病Bにおけるインヒビター濃度の分布 (□ HIV非感染例、■ HIV感染例; 15は平成15年度調査結果、16は平成16年度調査結果)

④ HIV非感染血液凝固異常症における死亡報告

HIV非感染で平成15年6月1日から平成16年5月31日までに死亡した血液凝固異常症患者は14人であった。疾患別の内訳は、血友病Aが9例（重症型が4例、中等症が2例、軽症型が3例）、血友病Bの重症型が1例、VWDが2例、後天性血友病Aが1例、無フィブリノゲン血症が1例であった。男女別では、血友病AおよびB合計10例が男性で、他は全て女性であった。死因は肝疾患が4例（肝癌/肝不全）、頭蓋内出血が4例、消化管出血が1例、肝癌を除く悪性腫瘍2例、その他2例、不明1例であった。肝疾患の症例は全例ともHCVが原因であった。これらにおけるインターフェロン治療については、インターフェロン単独療法の実施歴がある報告が1例、未治療の報告が1例、不明が2例であった。

以上の平成16年度調査期間の死亡例と、これまでの調査に報告された死亡報告を累積した報告数の年次変化を図4に示した。HIV非感染の症例に関する死亡報告は、平成10年（1998年）度の調査以後に収集されることとなったので、図4では調査対象期間である平成9年（1997年）以後の年次死亡数を表示した。なお、HIV非感染の症例においてもHCV感染に起因する肝硬変や肝癌などの重篤な肝疾患の発症が増加しているため、図4ではHCVの感染があり、かつ、死亡時に重篤な肝疾患が報告された例と、それ以外の例とを分別して表示した。

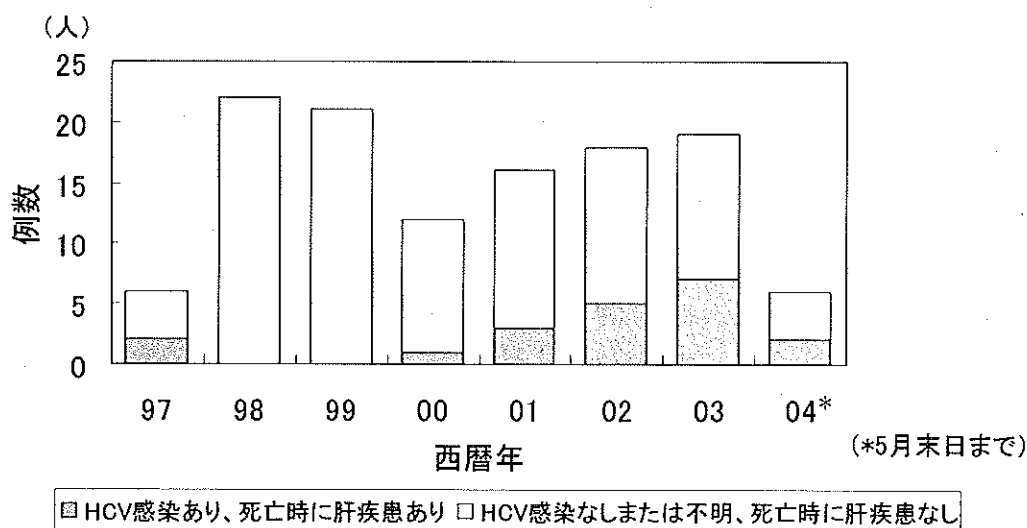


図4. HIV非感染血液凝固異常症における年次死亡報告数

(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

① HIV感染症例総数

HIV感染血液凝固異常症例については、これまでに登録されていなかった血友病Bの症例を1例追加した。その結果、血液凝固因子製剤によるHIV感染血液凝固異常症の総数は、生存例数と累積死亡例数を合わせ1,428例（男性1,414例、女性14例）となった。その内訳は表1に示したように、血友病A1,085例、血友病B323例、VWD8例、類縁疾患12例である。

② HIV感染生存症例数

平成16年5月31日現在で生存中のHIV感染血液凝固異常症は合計851例で、その内訳は血友病A 644例、血友病B195例、VWD7例、類縁疾患5例であった。これら総数とそのブロック別集計は、HIV非感染例数とともに表1～表10に示した。また、類縁疾患5例の内訳は、表11中のカッコ内に示したが、先天性第Ⅶ因子欠乏・低下/異常症2例、先天性第Ⅹ因子欠乏・低下/異常症1例、先天性第Ⅺ因子欠乏・低下/異常症1例、その他（後天性第Ⅴ因子欠乏症）1例である。

③ 新規のAIDS発症例

平成15年6月1日から平成16年5月31日までに新たにAIDSを発症した患者は、血友病Aおよび血友病Bの男性各1例ずつで、これに加え、2次・3次感染例として報告されていた女性1例に新たな発症が報告された。平成15年6月1日から平成16年5月31日までに罹患したAIDS指標疾患として、カリニ肺炎（血友病A男性）、進行性多巣性白質脳症およびカンジダ症（血友病B男性）、サイトメガロウイルス感染症（2次・3次感染女性）がそれぞれ報告されていた。

④ AIDS発症生存例数

平成16年度調査期間のAIDS発症例は3例であるが、当該期間以前にAIDSを発症していたとする修正報告が1例（血友病A）あった。これらを総合すると、生存中のAIDS発症例数（現在は指標疾患の罹患がないものを含む）は血液凝固異常症において165名（表1）、HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染症例において7例（表15）となっている。

⑤ HIV感染例の死亡報告

平成15年6月1日から平成16年5月31日までの死亡報告数は15例で、血友病Aが13例、血友病Bが2例であった。死因としてAIDSの指標疾患が含まれていた症例は2例（血友病A）で、AIDS指標疾患はそれぞれ非ホジキンリンパ腫とカリニ肺炎が報告されていた。残りの13例についての

死因としては、8例について「肝疾患」、1例が出血（脳）、「その他」が2例、「不明」が2例であった。「その他」が選択されていた2例については、膵炎およびHAARTによる急性膵炎との記載があった。死因が「不明」と報告された2例中、1例に肝硬変が報告されていた。

死因として「肝疾患」が選択されていた8例および死因「不明」が選択されていた肝硬変の1例（以上合計9例はすべてHCV陽性）における肝疾患の内訳は、肝癌2例、肝不全2例、肝硬変5例であった。さらに、これらの9例におけるインターフェロンによる治療については、1例についてインターフェロン単独治療1回が実施されていたことが報告されていた。

⑥HIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染の症例

HIV感染後天性凝固異常症(所謂第4ルート)症例については平成16年の変更はなく、様式1により3例について継続報告が得られている。

2次・3次感染については平成16年度調査において様式1として15例の調査票が回収された。登録症例合計は昨年度の報告と変化なく41例（13例は既に死亡）となっている。なお、生存中の2次・3次感染28症例の内訳は、凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染24例、母子感染3例、不明1例であった。

以上のHIV感染後天性凝固異常症(所謂第4ルート)および2次・3次感染の内訳を表15に示した。

表15. HIV感染後天性凝固異常症(所謂第4ルート)および2次・3次感染の登録症例内訳(平成16年5月31日現在)

		HIV感染後天性凝固異常症	2次・3次感染	計
生存		5	28	33
	男性	2	3	5
	女性	3	25	28
生存症例中のAIDS発症数*		2	5	7
	男性	1	1	2
	女性	1	4	5
死亡(累積)		2	13	15
	男性	1	1	2
	女性	1	12	13
総数(生存および累積死亡)		7	41	48
	男性	3	4	7
	女性	4	37	41

*治療により症状が消失したり、検査所見が改善したものを含む

⑦HIV感染死亡例の累積数

平成16年度調査における死亡報告の追加により、HIV感染の血液凝固異常症例の累積総数は、577例となった。その内訳は、血友病A441例、血友病B128例、VWD1例、類縁疾患7例である(表1)。なお、HIV感染後天性凝固異常症(所謂第4ルート)の累積死亡数は2例、2次・3次感染は13例となっている(表15)。

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次感染の累積死亡数については、年間死亡数の推移を集計した。ただし、年間死亡数は、1月1日を始期とする暦年と、6月1日を始期として5月31日付の情報を収集している調査期間の年次との間で差異があり、その引用に注意を要するため、表16および17に、双方の年次区分についての死亡数を記載した。

図5には表16の集計(1月1日を始期とする暦年)をグラフで示した。年間死亡数は平成9年に著しい減少を示した。その後、平成10年および平成11年と継続して減少していたが、平成12年では僅かな再上昇がみられた。平成14年の死亡例数は合計11例、平成15年は20例で、過去6年間の中では最大数となった。平成16年については、5月末日までの集計で4例の死亡が報告された。

表16. HIV感染例（血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症、2次・3次感染）における年間死亡数の変化（平成16年5月31日まで） — 1月1日を始期とする暦年による集計表

暦年	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	HIV感染後天性凝固異常症	2次・3次感染	計
昭和58年	0	1	0	0	0	0	1
59	1	0	0	0	0	0	1
60	2	1	0	0	0	0	3
61	6	3	0	0	0	0	9
62	16	3	0	0	0	0	19
63	20	9	0	1	0	1	31
平成元年	31	8	0	1	0	1	41
2	28	6	0	0	1	0	35
3	44	12	0	0	0	1	57
4	28	8	0	0	0	0	36
5	28	13	0	0	0	0	41
6	52	16	0	1	0	0	69
7	49	8	0	1	1	3	62
8	40	15	1	3	0	2	61
9	28	5	0	0	0	4	37
10	9	6	0	0	0	0	15
11	8	2	0	0	0	0	10
12	15	3	0	0	0	1	19
13	9	1	0	0	0	0	10
14	8	3	0	0	0	0	11
15	16	4	0	0	0	0	20
16*	3	1	0	0	0	0	4

*5月末日まで

表17. HIV感染例（血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症、2次・3次感染）における年間死亡数の変化（平成16年5月31日まで） — 6月1日を始期とする1年間ごとの集計表

集計期間	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	HIV感染後天性凝固異常症	2次・3次感染	計
昭和57.6.1~58.5.31	0	0	0	0	0	0	0
58.6.1~59.5.31	0	1	0	0	0	0	1
59.6.1~60.5.31	2	1	0	0	0	0	3
60.6.1~61.5.31	2	2	0	0	0	0	4
61.6.1~62.5.31	8	2	0	0	0	0	10
62.6.1~63.5.31	25	6	0	0	0	0	31
63.6.1~平成元年.5.31	26	10	0	1	0	1	38
平成元年.6.1~2.5.31	25	4	0	1	0	1	31
2.6.1~3.5.31	32	12	0	0	1	0	45
3.6.1~4.5.31	36	7	0	0	0	1	44
4.6.1~5.5.31	31	10	0	0	0	0	41
5.6.1~6.5.31	44	17	0	0	0	0	61
6.6.1~7.5.31	48	11	0	2	0	1	62
7.6.1~8.5.31	45	12	0	0	1	3	61
8.6.1~9.5.31	37	10	1	3	0	3	54
9.6.1~10.5.31	15	6	0	0	0	2	23
10.6.1~11.5.31	11	4	0	0	0	0	15
11.6.1~12.5.31	10	2	0	0	0	0	12
12.6.1~13.5.31	11	2	0	0	0	1	14
13.6.1~14.5.31	7	1	0	0	0	0	8
14.6.1~15.5.31	13	6	0	0	0	0	19
15.6.1~16.5.31	13	2	0	0	0	0	15

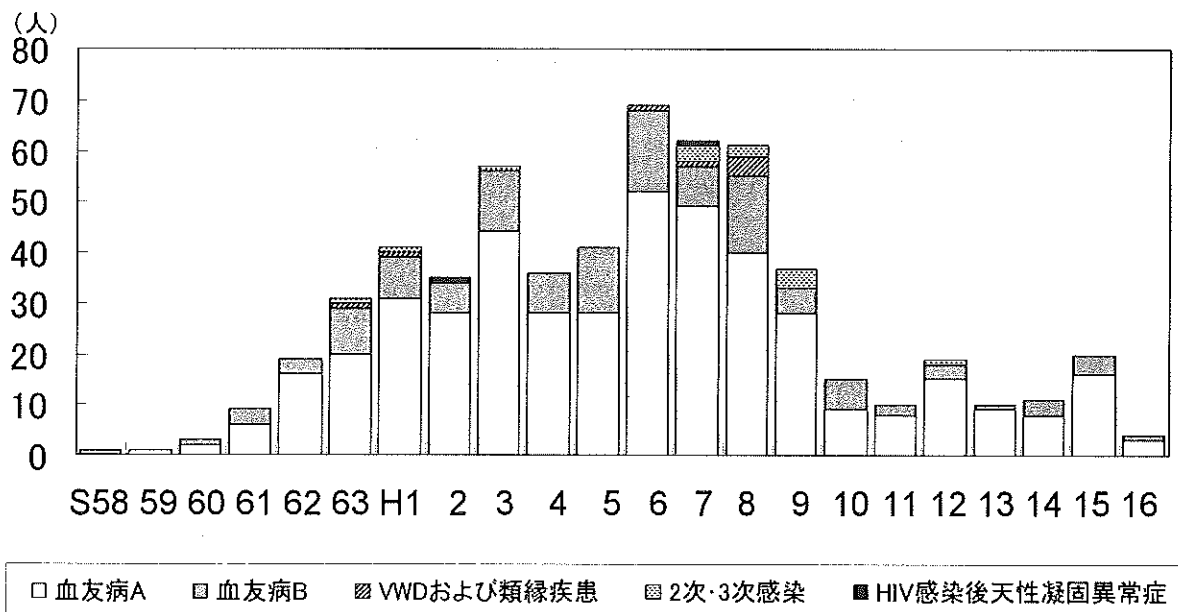


図5. HIV感染例(血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症、2次・3次感染)における年間死亡数の変化(平成16年5月31日まで)—1月1日を始期とする暦年による集計

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

HIV感染の血液凝固異常症の累積死亡総数は577例(表1)であるが、その中で死亡時にAIDS指標疾患の報告があった症例(肝疾患および出血等との併記報告例を含む)の累積数は395例であった。1月1日を始期とする暦年毎にその変化を図6に示す(グレー部分)。AIDS指標疾患を有する年間死亡報告数は、平成9年からの全体的な死亡報告数の減少とともに顕著に減少し、平成12年では2例となった。平成13年は僅かに再上昇し6例であったが、平成14年については、AIDS指標疾患を有する死亡報告はなかった。平成15年は3例で、平成16年については5月末までの集計で該当はなかった。

同じく577例の累積死亡報告の中で、死因として肝疾患の記載があった報告(AIDS指標疾患および出血との併記報告を含む)の累積数は129例であった。1月1日を始期とする暦年毎にその変化を図7に示す(グレー部分)。

以上の死亡時のAIDS指標疾患の有無と肝疾患の有無についても、1月1日を始期とする暦年と、6月1日を始期とする調査期間に対応した年次との双方について、それぞれの実数を表18~21に示した。

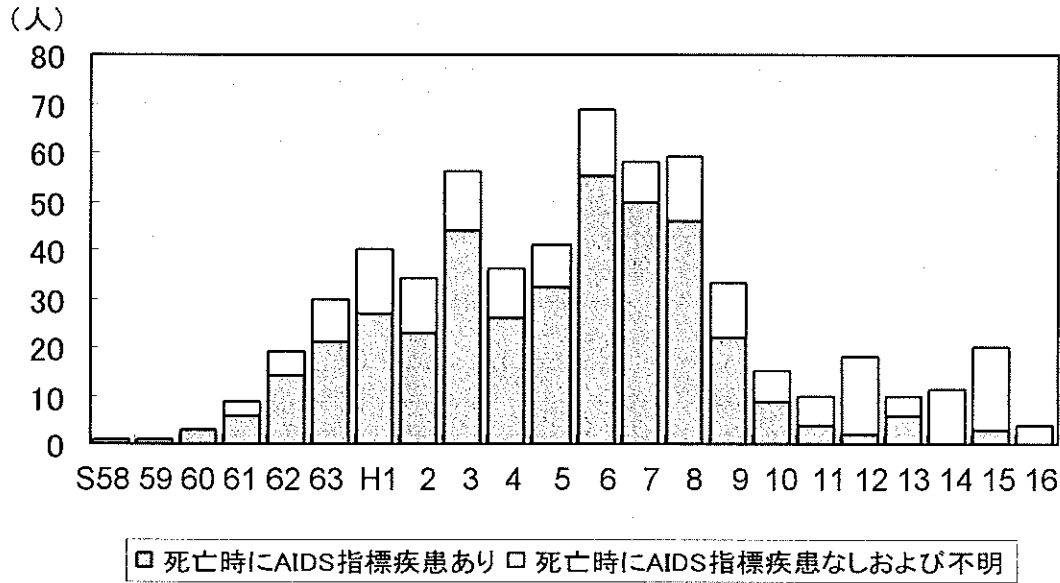


図6. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時のAIDS指標疾患の有無 (平成16年5月31日まで) — 1月1日を始とする暦年による集計

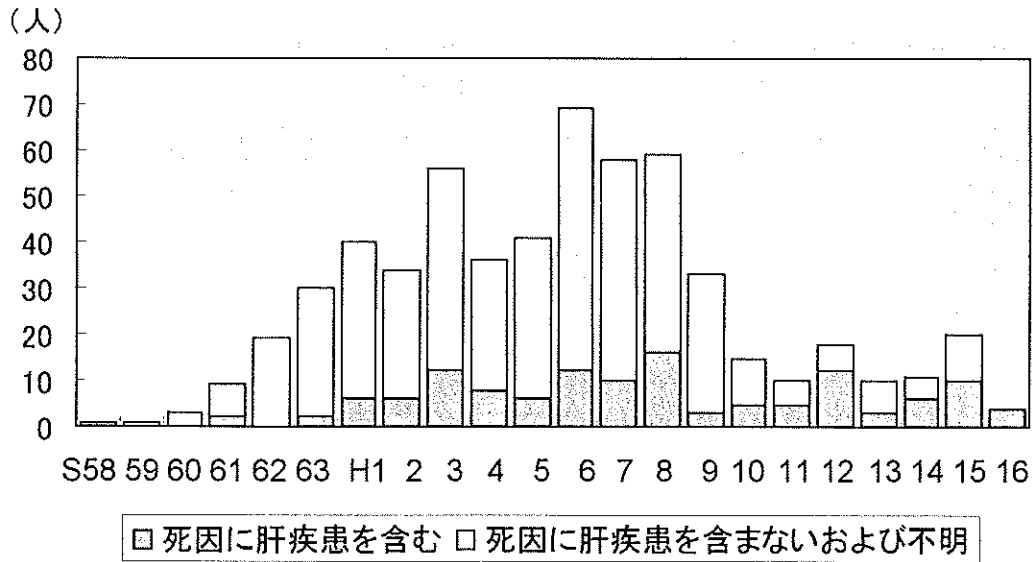


図7. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死因中の肝疾患の有無 (平成16年5月31日まで) — 1月1日を始期とする暦年による集計

表18. HIV感染血液凝固異常症の死亡報告における死亡時のAIDS指標疾患の有無
— 1月1日を始期とする暦年による集計 —

暦年	死亡時にAIDS指標疾患あり	死亡時にAIDS指標疾患なしおよび不明	計
昭和58年	1	0	1
59	1	0	1
60	3	0	3
61	6	3	9
62	14	5	19
63	21	9	30
平成元年	27	13	40
2	23	11	34
3	44	12	56
4	26	10	36
5	32	9	41
6	55	14	69
7	50	8	58
8	46	13	59
9	22	11	33
10	9	6	15
11	4	6	10
12	2	16	18
13	6	4	10
14	0	11	11
15	3	17	20
16*	0	4	4

*5月末日まで

表19. HIV感染血液凝固異常症の死亡数報告におけるAIDS指標疾患の有無
— 6月1日を始期とする1年間毎の集計 —

集計期間	死亡時にAIDS指標疾患あり	死亡時にAIDS指標疾患なしおよび不明	計
昭和57.6.1～58.5.31	0	0	0
58.6.1～59.5.31	1	0	1
59.6.1～60.5.31	3	0	3
60.6.1～61.5.31	3	1	4
61.6.1～62.5.31	7	3	10
62.6.1～63.5.31	21	10	31
63.6.1～平成元年.5.31	28	9	37
平成元年.6.1～2.5.31	18	12	30
2.6.1～3.5.31	34	10	44
3.6.1～4.5.31	34	9	43
4.6.1～5.5.31	29	12	41
5.6.1～6.5.31	49	12	61
6.6.1～7.5.31	50	11	61
7.6.1～8.5.31	47	10	57
8.6.1～9.5.31	40	11	51
9.6.1～10.5.31	10	11	21
10.6.1～11.5.31	8	7	15
11.6.1～12.5.31	4	8	12
12.6.1～13.5.31	2	11	13
13.6.1～14.5.31	4	4	8
14.6.1～15.5.31	1	18	19
15.6.1～16.5.31	2	13	15

表20. HIV感染血液凝固異常症の死亡報告における死亡時の肝疾患の有無
 — 1月1日を始期とする暦年による集計 —

暦年	死因に肝疾患を含む	死因に肝疾患を含まないおよび不明	計
昭和58年	1	0	1
59	0	1	1
60	0	3	3
61	2	7	9
62	0	19	19
63	2	28	30
平成元年	6	34	40
2	6	28	34
3	12	44	56
4	8	28	36
5	6	35	41
6	12	57	69
7	10	48	58
8	16	43	59
9	3	30	33
10	5	10	15
11	5	5	10
12	12	6	18
13	3	7	10
14	6	5	11
15	10	10	20
16*	4	0	4

*5月末日まで

表21. HIV感染血液凝固異常症の死亡数報告における肝指標疾患の有無
 — 6月1日を始期とする1年間毎の集計 —

集計期間	死因に肝疾患を含む	死因に肝疾患を含まないおよび不明	計
昭和57.6.1～58.5.31	0	0	0
58.6.1～59.5.31	1	0	1
59.6.1～60.5.31	0	3	3
60.6.1～61.5.31	0	4	4
61.6.1～62.5.31	2	8	10
62.6.1～63.5.31	1	30	31
63.6.1～平成元年.5.31	7	30	37
平成元年.6.1～2.5.31	1	29	30
2.6.1～3.5.31	10	34	44
3.6.1～4.5.31	10	33	43
4.6.1～5.5.31	6	35	41
5.6.1～6.5.31	11	50	61
6.6.1～7.5.31	12	49	61
7.6.1～8.5.31	10	47	57
8.6.1～9.5.31	11	40	51
9.6.1～10.5.31	4	17	21
10.6.1～11.5.31	5	10	15
11.6.1～12.5.31	8	4	12
12.6.1～13.5.31	8	5	13
13.6.1～14.5.31	3	5	8
14.6.1～15.5.31	10	9	19
15.6.1～16.5.31	9	6	15

⑨ 血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況

生存中のHIV感染血液凝固異常症については、最も多く使われていたのは3TC(226例 (COMを含めると244例))で、次にd4T(135例)、AZT(108例 (COMを含めると126例))の順であった。プロテアーゼインヒビターの中ではEFV(107例)の使用例が最も多く、NFV(78例)、LPV/RTV合剤 (67例) がこれについて多かった。

使用中の薬剤の組み合わせの中で、報告の多かったものはd4T+3TC+NFVが37例、d4T+3TC+EFV が29例、AZT+3TC+NFVが19例 (COM+NFVを含めると20例) 、AZT+3TC+EFVが17例 (COM+EFVを含めると21例) の順であった。10例以上の報告があった組み合わせを表22に示した。

なお、平成16年度調査に報告があった510例の血液凝固異常症の内、27例において抗HIV薬の投与は「中断中」と報告されていた。

表22. HIV感染血液凝固異常症における平成15年6月1日～平成16年5月31日の抗HIV薬の組み合わせ(合計10例以上の報告があるもの)

薬剤の組み合わせ	報告数	
d4T+3TC+NFV	37	
d4T+3TC+EFV	29	
AZT+3TC+EFV	17	21
(COM+EFV)	4	
AZT+3TC+NFV	19	20
(COM+NFV)	1	
AZT+3TC	14	17
(COM)	3	
d4T+3TC+LPV/RTV	11	
3TC+EFV+ABC	10	

⑩ リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況

リポジストロフィーの有無については平成16年度調査の生存症例において467例の報告があった (HIV感染血液凝固異常症：449例、HIV感染後天性血液凝固異常症：3例、2次・3次感染：18例) 。症例数とリポジストロフィーが認められる割合は表23の通りであった。

表23. HIV感染例におけるリポジストロフィーの有無

リポジストロフィーの有無	有	無	発症率
症例数	129	338	27.6%

乳酸アシドーシスの有無については468例の報告があった (HIV感染血液凝固異常症：450例、HIV感染後天性血液凝固異常症：3例、2次・3次感染：18例) 。症例数と乳酸アシドーシスが認められる割合を表24に示した。

表24. HIV感染例における乳酸アシドーシスの有無

乳酸アシドーシスの有無	有	無	発症率
症例数	6	462	1.3%

①血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況

平成15年6月1日から平成16年5月31日までの期間に、厚生労働省エイズ動向委員会の定義による23のAIDS指標疾患に罹患していた例について調査した。血液凝固異常症において最も報告が多かったのはカンジダ症4例(生存4例)で、これに次いで3例のカリニ肺炎(生存2例、死亡1例)、および2例の進行性多巣性白質脳症(生存2例)、非ホジキンリンパ腫(生存1例、死亡1例)が報告されていた。さらに、単純ヘルペス感染症(生存1例)、非定型抗酸菌症(生存1例)、サイトメガロウイルス感染症(生存1例)、HIV消耗性症候群(生存1例)の報告があった。なお、以上は同一の患者で複数の疾患が報告されている症例においても、疾患ごとに独立に集計した件数である。

平成9年から平成16年までの調査におけるAIDS指標疾患報告数の推移を表25に示した。ここでは各調査年の5月31日時点で生存していた症例における報告数(表25の生存例欄)と、各調査期間内(前年6月1日から当該年5月31日までの1年間)の死亡報告(表25の死亡例欄)における報告数とを併記した。ただし、平成9年度についてはAIDS指標疾患の調査は平成9年10月30日付で行われたが、表25ではこの間の推移を比較できるように、5月31日付けで集計した。生存例、死亡例ともにAIDS指標疾患の報告数は、平成9年以降、減少傾向が続いている。

表25. HIV感染血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の罹患状況

AIDS指標疾患	97年度		98年度		99年度		00年度		01年度		02年度		03年度		04年度	
	生存例	死亡例	生存例	死亡例	生存例	死亡例	生存例	死亡例	生存例	死亡例	生存例	死亡例	生存例	死亡例	生存例	死亡例
カンジダ症	20	13	13	3	12	0	9	0	7	1	4	0	6	0	4	0
クリプトコッカス症	1	3	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
クリプトスポリジウム症	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
サイトメガロウイルス感染症	4	13	6	2	3	1	3	0	3	1	1	0	0	0	1	0
単純ヘルペス感染症	1	4	1	0	2	0	1	1	2	0	1	0	1	0	1	0
カポジ肉腫	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
原発性脳リンパ腫	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リンパ性間質性肺炎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非定型抗酸菌症	4	4	4	1	1	1	1	2	3	0	2	1	2	0	1	0
ニューモシステスカリニ肺炎	10	9	7	2	7	1	6	0	3	1	2	0	4	0	2	1
進行性多巣性白質脳症	2	4	2	0	1	0	2	1	0	1	0	0	0	0	2	0
トキソプラズマ脳症	1	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
化膿性細菌感染症	0	2	1	0	1	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0
コクシオイド症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV脳症	1	10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
ヒストプラズマ症	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
イソスポラ症	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非ホジキンリンパ腫	0	0	1	0	0	1	0	0	2	0	0	2	1	0	1	1
活動性結核	2	0	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
サルモネラ菌血症	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
HIV消耗性症候群	3	14	2	2	2	2	4	1	4	0	2	1	3	0	1	0
反復性肺炎	11	3	5	1	4	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0
浸潤性子宮頸癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

②HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数とRNAコピー数の推移

血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数のヒストグラムを図7に示す。平成16年度調査に報告があった459例における平均値、中央値および標準偏差は、それぞれ454.9、423.0、および269.0 (/μL)であった。

RNAコピー数(Kcopies/mL)の分布は図8の通りで、測定感度以下が257例、測定感度~999が176例、1,000~4,999が52例、5,000~9,999が22例、10,000~49,999が38例、50,000以上が15例であった。

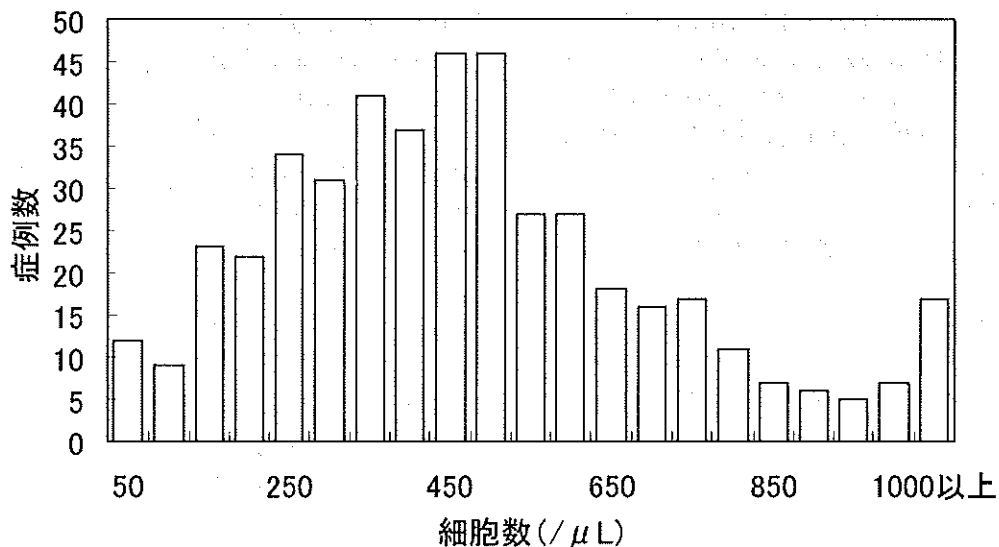
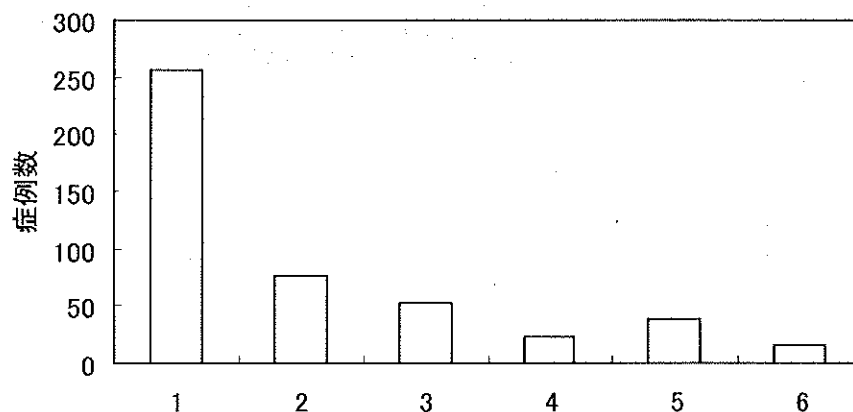


図7. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性細胞数の分布



(横軸1~6の説明: 1,測定感度以下; 2, 測定感度~999; 3, 1,000~4,999; 4, 5,000~9,999; 5, 10,000~49,999; 6, 50,000以上)

図8. HIV感染血液凝固異常症におけるHIV-RNAコピー数の分布

過去の厚生省研究班のデータも総括し、昭和60年から平成16年までのCD4陽性リンパ球数の経時的変化(平均値 \pm 1SD)を図9に示した。HIV感染血液凝固異常症のCD4陽性リンパ球数の平均値は、平成7年後期集計時において最小値を示した後、緩やかな上昇に転じていた。プロテアーゼ・インヒビターのIDVが認可されたのが平成9年3月であるが、この上昇は、それ以前に行われたプロテアーゼ・インヒビターの治験による使用の効果、あるいは、ヌクレオシド系逆転写酵素阻害薬(NRTI)の多剤併用の効果を示すものと推定される。

平成13年度調査以後はHIV感染血液凝固異常症のCD4陽性リンパ球数の平均値は殆ど変化がなく上昇傾向が停滞していたが、平成16年度の平均値は $455 \pm 269 / \mu$ Lで、前年度に比し、有意に高い値($p < 0.05$)であった。

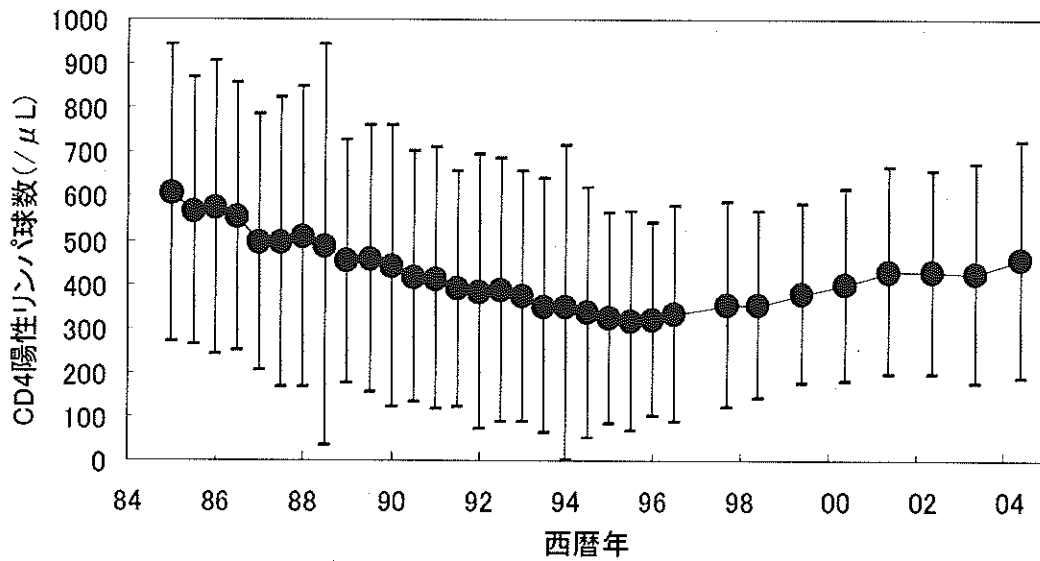
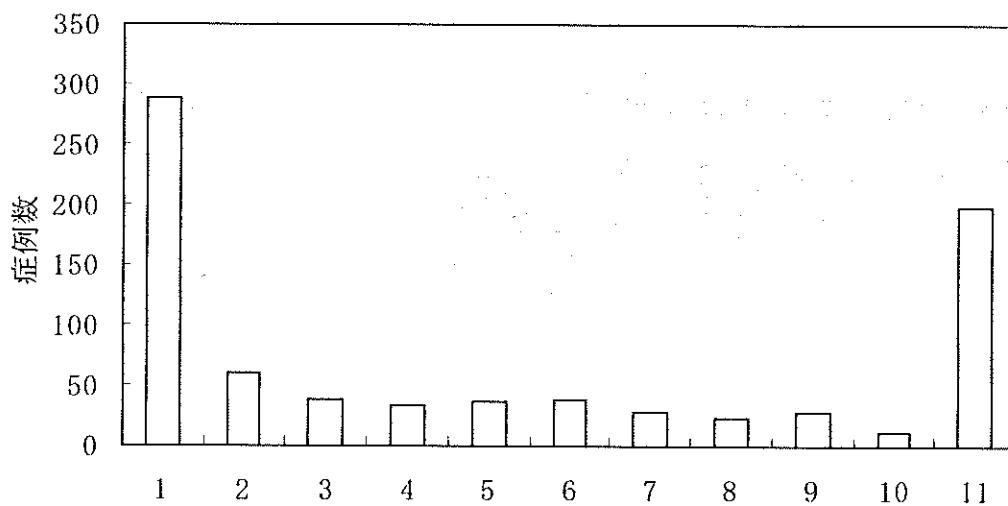


図9. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の推移

(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

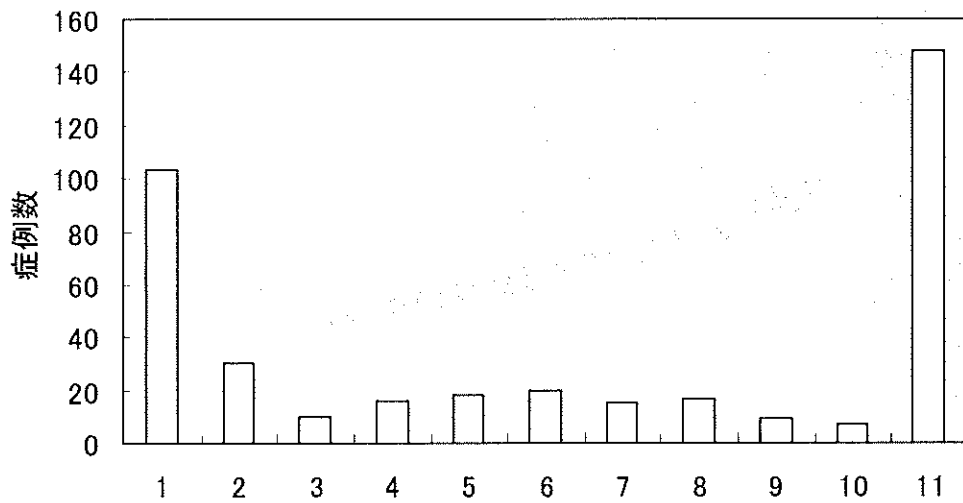
生存中のHCV感染症例における現在のHCVウイルス量については、HIV非感染の血液凝固異常症について786例、HIV感染血液凝固異常症例について393例の報告があった。平成16年度の報告値の分布状態を図10および図11に示した。

なお、HCVウイルス量についてはKcopies/mLおよび Meq/mLの2通りの単位で報告されているので、集計では1Meq/mL=100Kcopies/mLと換算した。



(横軸1～7の説明: 1, 測定感度以下; 2, 測定感度～100; 3, 101～200; 4, 201～300; 5, 301～400; 6, 401～500; 7, 501～600; 8, 601～700; 9, 701～800; 10, 801～849; 11, >850Kcopies/mL)

図10. HIV非感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布



(横軸1~7の説明:1, 測定感度以下; 2, 測定感度~100; 3, 101~200; 4, 201~300; 5, 301~400; 6, 401~500; 7, 501~600; 8, 601~700; 9, 701~800; 10, 801~849; 11, >850Kcopies/mL)

図11. HIV感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布

図10および11におけるHCVウイルス量をHIV感染の有無で比較すると、測定感度以下に含まれる例数の割合はHIV非感染例で36.8% (95%CI: 33.3~40.2%)、HIV感染例で26.2% (95%CI: 21.9~30.9%)であり、両者間には明らかな有意差(p<0.001)がみられた。

HCVのサブタイプについてgenotypeおよびserotypeの双方を集計したところ、表26および27の結果となった。

HIV非感染例および感染例ともに1aと1bが多く (HIV非感染例では1b、1aの順、HIV感染例では1a、1bの順)、次いで2aの割合が高かった。これらの3タイプの合計で過半数を占めた。

SerotypeではHIV感染の有無に関わらず1群の割合が高く、HIV非感染例で68%、HIV感染例で60%であった。

表26. 生存中のHCV感染血液凝固異常症におけるHCVのgenotypeとHIV感染の有無

Genotype	I (1a)	II (1b)	III (2a)	IV (2b)
HIV感染なし	79 (25%)	99 (31%)	48 (15%)	39 (12%)
HIV感染あり	48 (25%)	39 (20%)	20 (10%)	13 (7%)

V (3a)	VI (3b)	mixed	合計
22 (7%)	1 (0%)	34 (11%)	355
42 (22%)	1 (1%)	28 (15%)	216

表27. 生存中のHCV感染血液凝固異常症におけるHCVのserotypeとHIV感染の有無

Serotype	1群	2群	群別不能	合計
HIV感染なし	237 (68%)	47 (13%)	65 (19%)	349
HIV感染あり	95 (60%)	16 (10%)	48 (30%)	159

(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

平成16年5月31日現在で生存中のHCV感染例について、平成16年度調査による肝疾患の病期をHIV感染の有無と疾患別に表28および表29に示した。なお、肝不全とともに肝硬変あるいは肝癌が重複して回答されていた例については、それぞれ肝硬変あるいは肝癌の欄に集計した。さらに、平成16年度調査に報告がないものについては、これまでに報告されていた肝疾患の病期を用いて集計した。

肝疾患の病期が進行した症例は、HIV非感染血液凝固異常症では肝硬変54例、肝不全2例、肝癌32例となり全体（肝疾患の病期不明例を除く）の4.5%を占め、HIV感染血液凝固異常症では肝硬変44例、肝不全3例、肝癌5例で、全体（肝疾患の病期不明例を除く）の6.9%を占めた。なお、以上の肝疾患の病期が進行した症例の割合については、HIV感染の有無による統計学的な有意差（ $p < 0.05$ ）が認められた。

表28. HIV非感染血液凝固異常症における肝疾患の病期（生存症例中でHCV感染のあるもの（肝疾患の病期不明例を除く集計））

	肝炎なし	急性肝炎	慢性肝炎	肝硬変	肝癌	肝不全	IFN治療により治癒	自然治癒	合計
血友病A	317	5	1043	39	23	2	53	35	1517
血友病B	56	1	186	12	8	0	9	2	274
VWD	36	0	77	1	1	0	3	1	119
類縁疾患	9	2	44	2	0	0	1	1	59
計	418	8	1350	54	32	2	66	39	1969

表29. HIV感染血液凝固異常症における肝疾患の病期（生存症例中でHCV感染のあるもの（肝疾患の病期不明例を除く集計））

	肝炎なし	急性肝炎	慢性肝炎	肝硬変	肝癌	肝不全	IFN治療により治癒	自然治癒	合計
血友病A	51	3	454	34	3	2	17	7	571
血友病B	26	1	127	10	2	1	7	2	176
VWD	1	0	3	0	0	0	0	0	4
類縁疾患	3	0	2	0	0	0	0	0	5
計	81	4	586	44	5	3	24	9	756

(6) 血液凝固異常症における血清ビリルビンと血小板数

平成16年度調査では、調査用紙の様式1および様式3により、血液凝固異常症における血清ビリルビンの値と、血小板数の項目を新たに設けて調査した。

血清ビリルビンについては、HIV非感染例（様式3）について789例、HIV感染例（様式1）について398例の値が報告され、それぞれの平均±SDは、 0.82 ± 0.47 ($\times 10^4 / \mu\text{L}$) および 0.96 ± 0.68 ($\times 10^4 / \mu\text{L}$) であった。

報告された血清ビリルビンの値を、HIV感染の有無と肝疾患の病期により集計して表30に示した。肝硬変・肝癌・肝不全の群と、それ以外の群との間には、平均値間に有意差（ $p < 0.01$ ）がみられた。

表30. 肝疾患の病期と血清ビリルビンの値 ($\times 10^4/\mu\text{L}$)

	肝炎なし	慢性肝炎	肝硬変・肝癌・肝不全
HIV 感染なし	0.77 \pm 0.38 (n=30)	0.80 \pm 0.41 (n=689)	1.41 \pm 0.96 (n=41)
HIV 感染あり	0.75 \pm 0.24 (n=10)	0.91 \pm 0.55 (n=333)	1.60 \pm 1.35 (n=36)

血小板数については、HIV非感染例(様式3)について811例、HIV感染例(様式1)について407例の値が報告され、それぞれの平均 \pm SDは、19.3 \pm 6.82 (mg/dL) および16.2 \pm 7.08 (mg/dL)であった。

報告された血小板数の値を、HIV感染の有無と肝疾患の病期により集計して表31に示した。血小板数の平均値は病期の進行により低下し、肝硬変・肝癌・肝不全の群と、それ以外の群との間には有意差 ($p < 0.01$) がみられた。

表31. 肝炎の病期と血小板数 (mg/dL)

	肝炎なし	慢性肝炎	肝硬変・肝癌・肝不全
HIV 感染なし	21.99 \pm 4.91 (n=29)	19.43 \pm 6.54 (n=710)	9.97 \pm 5.73 (n=43)
HIV 感染あり	19.85 \pm 5.10 (n=10)	16.58 \pm 7.13 (n=340)	10.74 \pm 5.77 (n=37)

(7) 血液凝固異常症における肝疾患の治療状況

① インターフェロンによる治療状況

平成16年度は、インターフェロンによる肝疾患の治療状況について、調査期間内(平成15年6月1日～平成16年5月31日)における治療の有無と、その治療効果を中心に調査した。

血液凝固異常症全国調査において肝疾患の治療状況に関する調査を開始した平成13年度の時点から4年が経過したため、これまでにインターフェロンによる治療が2回以上行われた事例も現われ、また、治療の過程も多種多様である。そこで、平成16年度の様式1および様式3では、肝疾患の治療状況に関する調査項目を、選択肢に従って解答して頂く形式とし、記載箇所の配置もそれに合わせたものとした。

平成16年度調査期間におけるインターフェロンによる治療について、HIV非感染例については1183例(治療あり65例、治療無1118例)、HIV感染例については445例(治療あり47例、治療なし398例)の報告があった。これらの報告について、調査票の選択肢に対応する調査結果の一覧を、HIV非感染例およびHIV感染例のそれぞれについて、図12(HIV非感染例)および図13(HIV感染例)に示した。

インターフェロンによる肝疾患の治療が報告されたHIV非感染例の65件および、HIV感染例の47件において、リバピリンとの併用療法は、それぞれ58.5%および63.8%で行われていた。

これらの治療例における治療前ウイルス量(RNAコピー数)の分布は、HIV非感染例および感染例においてほぼ同様で、最も頻度の高い区分は850(Kcopies/mL)以上の群であった(HIV非感染例で38%、HIV感染例で44%)。

治療がされていない理由についても、HIV感染の有無に係わらず理由1「肝機能が正常であり開始時期でない」および理由3「治療対象ではあるが患者の事情で開始していない」が大きな

割合を占めていた。また、理由3の内訳については、HIV非感染例および感染例の双方において「仕事・学校が休めない」が最も高頻度で選択されていた。

図12および図13に示した集計において、治療効果をHIV感染の有無で比較した結果を表32および33に示す。IFNとリバビリンの併用療法における効果を、ウイルスの消失かつ肝機能の正常化で判定した場合、HIV非感染例で効果が認められた割合は62% (95%CI:44-78%)、HIV感染例で効果が認められた割合は21% (95%CI:8-41%)で、この場合についてのみHIV非感染例とHIV感染例との間に統計学的な有意差 ($p < 0.01$) が認められた。(Fisher直接確率による比較; 効果番号7番(現在投与中)、8番(不明)、9番(中止)を除いた解析)。

なお、HIV感染の有無にかかわらず報告数を合計すると、肝機能の正常化でみた有効率はインターフェロン単独療法で30% (95%CI:8-41%)、リバビリンとの併用療法で58% (95%CI:45-70%)であった(表32)。また、ウイルスの消失かつ肝機能の正常化でみた有効率はインターフェロン単独療法で30% (95%CI:8-41%)、リバビリンとの併用療法で44% (95%CI:31-57%)であった(表33)。

表32. 肝機能の正常化で判定した場合の治療効果

(1) IFN単独療法

	HIV非感染血液凝固異常症	HIV感染血液凝固異常症	合計
効果あり	5(38%; 95%CI:14~68%)	1(14%; 95%CI:0.4~58%)	6(30%; 95%CI:12~54%)
効果なし	8	6	14

(2) IFNとリバビリン併用療法

	HIV非感染血液凝固異常症	HIV感染血液凝固異常症	合計
効果あり	23(68%; 95%CI:49~83%)	13(46%; 95%CI:27~66%)	36(58%; 95%CI:45~70%)
効果なし	11	15	26

表33. ウイルスの消失かつ肝機能正常化で判定した場合の治療効果

(1) IFN単独療法

	HIV非感染血液凝固異常症	HIV感染血液凝固異常症	合計
効果あり	5(38%; 95%CI:14~68%)	1(14%; 95%CI:0.4~58%)	6(30%; 95%CI:12~54%)
効果なし	8	6	14

(2) IFNとリバビリン併用療法

	HIV非感染血液凝固異常症	HIV感染血液凝固異常症	合計
効果あり	21(62%; 95%CI:44~78%)	6(21%; 95%CI:8~41%)	27(44%; 95%CI:31~57%)
効果なし	13	22	35

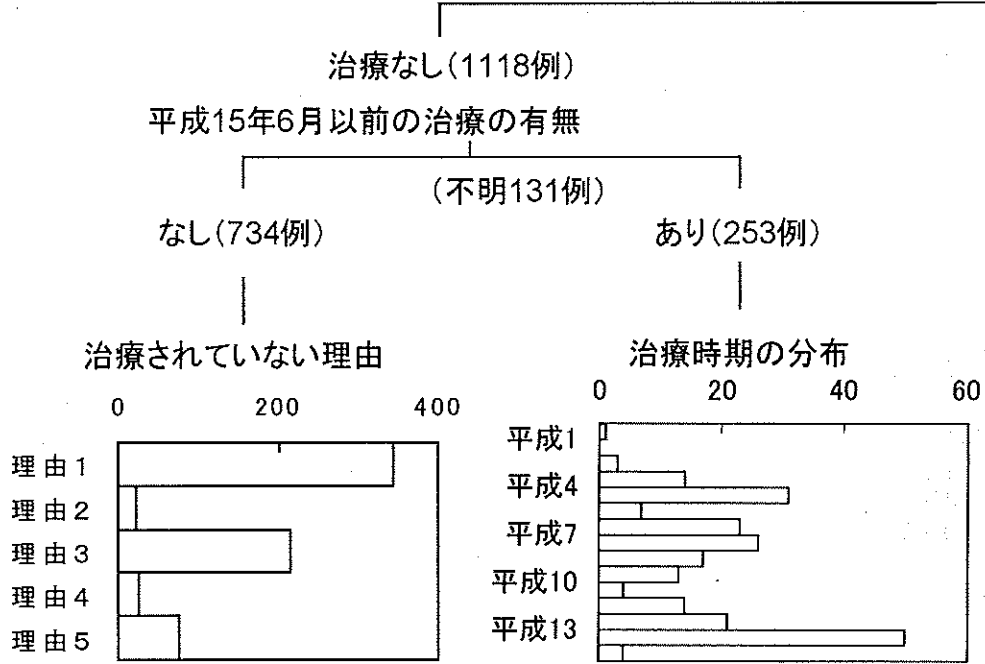
②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例

平成16年度調査では、肝炎の症状の選択肢として、調査用紙の様式1および3にインターフェロン治療により治癒したものと、自然治癒により肝炎の症状が消失したものを追加した。集計結果は表28および29に示したように、治療により治癒した報告は80例(HIV非感染例58例、HIV感染例22例)、自然治癒の報告は45例(HIV非感染例37例、HIV感染例8例)であった。

③肝移植の報告数

HCV感染に伴う肝疾患の治療の選択肢として、本邦では近親者をドナーとする生体肝移植が選択されるようになってきた。平成16年度の調査ではこれに関する項目を設けていなかったが、調査用紙の選択肢に追加するかたちで記入頂いた報告が2例あった(2例ともHIV感染がある血液凝固異常症)。今後の調査用紙にはこれに関する項目を設けるとともに、肝移植を行うに当たって他施設に移送された症例についても、可能な限りその後の報告を収集して行きたい。

平成15年6月～16年5月における
IFN治療の有無とその治療効果



理由番号	内容
1	肝機能正常であり開始時期でない
2	病期が進行しており治療対象でない
3	治療対象ではあるが患者の事情で開始していない
4	自然治癒した
5	その他

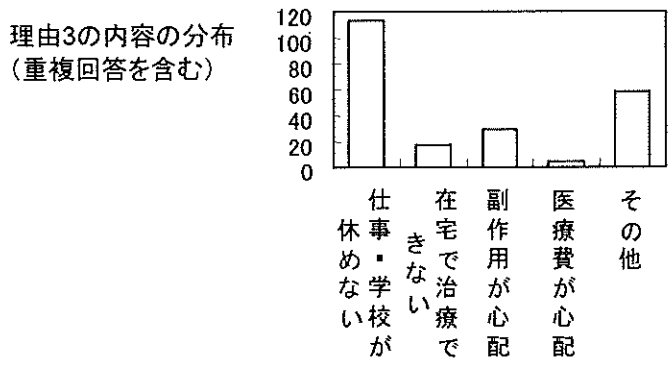
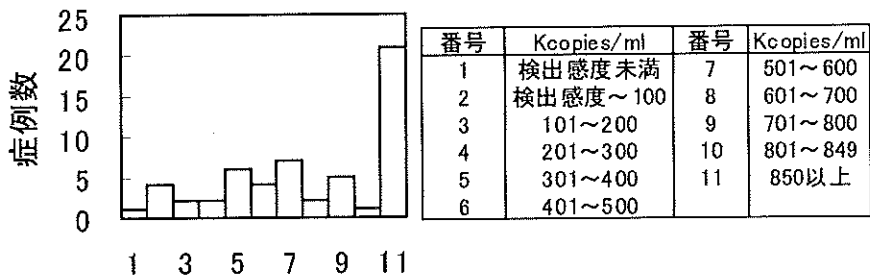


図12. HIV非感染血液凝固異常症におけるインターフェロンによる治療状況
に関する報告の総括

HIV非感染血液凝固異常症

治療あり(65例)

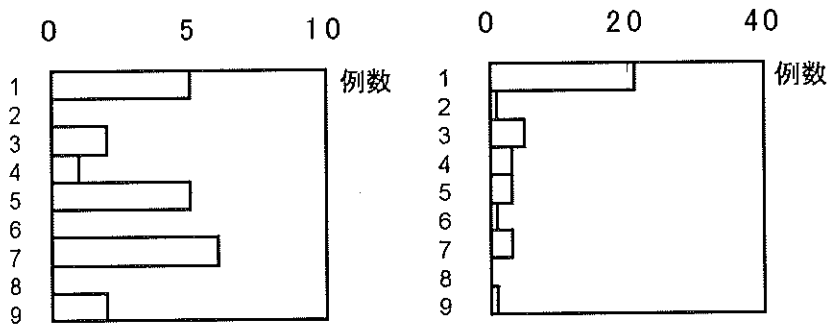
治療前ウイルス量分布



(不明5例)

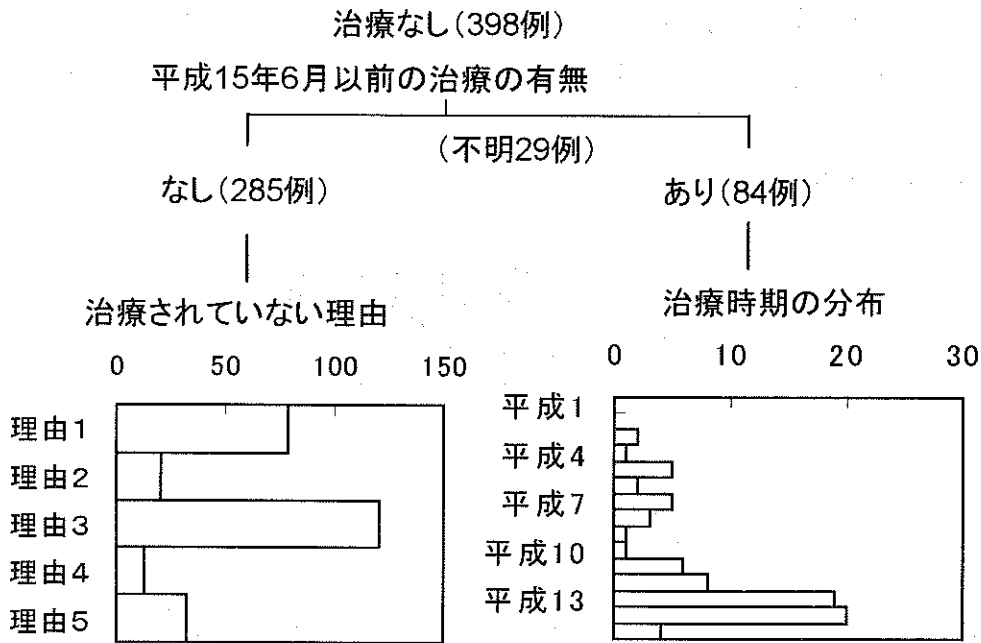
IFN単独療法(22例)

IFNとリバビリン併用療法(38例)



効果番号	治療効果
1	HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化
2	HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化
3	HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず
4	HCV-RNAは陰性化した肝機能正常化せず
5	HCV-RNAは陰性化せず肝機能正常化せず
6	HCV-RNAは陰性化せず肝機能正常化
7	現在投与中
8	不明
9	中止

平成15年6月～16年5月における
IFN治療の有無とその治療効果



理由番号	内容
1	肝機能正常であり開始時期でない
2	病期が進行しており治療対象でない
3	治療対象ではあるが患者の事情で開始していない
4	自然治癒した
5	その他

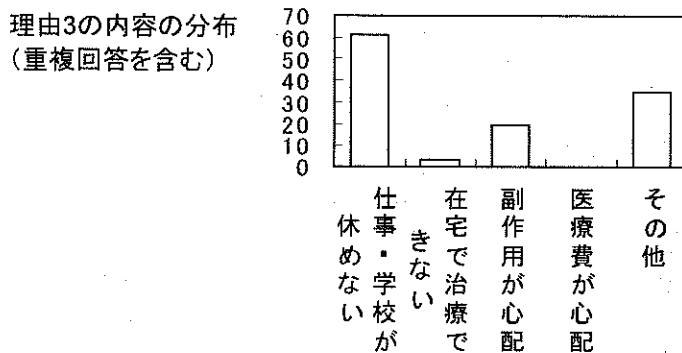
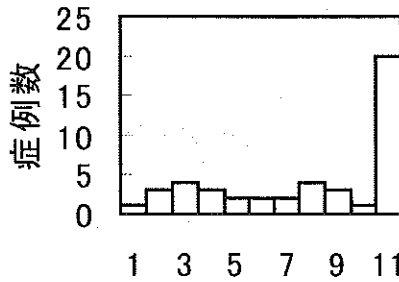


図13. HIV感染血液凝固異常症におけるインターフェロンによる治療状況に関する報告の総括

HIV感染血液凝固異常症

治療あり(47例)

治療前ウイルス量分布

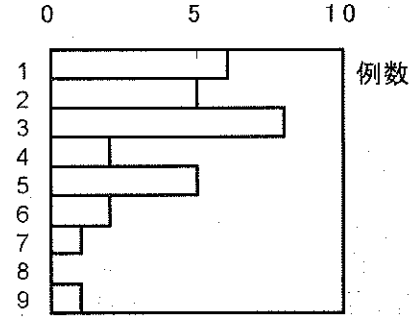
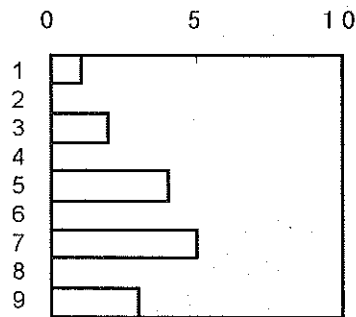


番号	Kcopies/ml	番号	Kcopies/ml
1	検出感度未満	7	501~600
2	検出感度~100	8	601~700
3	101~200	9	701~800
4	201~300	10	801~849
5	301~400	11	850以上
6	401~500		

(不明2例)

IFN単独療法(15例)

IFNとリバビリン併用療法(30例)



効果番号	治療効果
1	HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化
2	HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化
3	HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず
4	HCV-RNAは陰性化した肝機能正常化せず
5	HCV-RNAは陰性化せず肝機能正常化せず
6	HCV-RNAは陰性化せず肝機能正常化
7	現在投与中
8	不明
9	中止

IV. 結語

本邦の血液凝固異常症において、HCVの感染が原因と考えられる重篤な肝疾患が、HIV感染のない症例およびHIV感染がある症例の双方において増加している。HIV非感染の生存症例中では、平成16年5月31日時点において32例の肝臓、2例の肝不全、および54例の肝硬変が集計されている（表28）。また、平成16年度調査期間（平成15年6月1日～平成16年5月31日）における死亡例14例中に、肝疾患を死因とするものが4例含まれていた。一方、HIV感染症例においては、生存症例中に5例の肝臓、3例の肝不全、および44例の肝硬変が認められ（表29）、また、合計15例の死亡報告中に、9例の重篤な肝疾患が報告されていた。このようなことから、HCVによる肝疾患に対する対策が緊急課題である。

平成16年度の調査結果をみても、平成15年度までに調査された傾向と同様に、インターフェロンによる肝疾患の治療は未だ広く普及したとは言い難いが（図12および13）、一方、今年度から調査を開始した、インターフェロンの治療により肝炎の症状が治癒したという症例も、合計で90例（HIV非感染の血液凝固異常症で66例、HIV感染血液凝固異常症で24例）報告されている（表28および表29）。

今年度の調査期間に行われた治療における成績は、インターフェロンとリバビリンの併用療法において、ウイルスが消失し、かつ肝機能の正常化が認められた割合は44%であったが（表33-（2））、今後はPeg-インターフェロンの導入により、これまで以上の効果が期待される。したがって、この調査によって今後の治療成績を経時的に追跡するような解析も重要となろう。

血液凝固異常症全国調査においては、プライバシー保護の観点から、患者の個人名に直結した情報を収集していない。したがって、全国の施設から報告された症例の識別には生年月日の正確な記載に多くを依存しており、平成16年度調査においても疾患別総数等の厳密な把握には至っていない。さらに、平成17年4月に個人情報保護に関する法律が全面的に施行されたため、今後の識別作業は、更に困難になって行くものと考えられる。しかし、これまでに集積されたデータと、新たに収集されるデータとの照合は調査の根幹をなす重要な過程であり、個人情報の秘匿を確保しつつも、可能な限り続けて行くことが不可欠である。

この調査は日本全国の血液凝固異常症の実体を掌握するための唯一の調査であり、全国規模の状況を獲得することにより、本邦の血液凝固異常症患者の治療の向上と生活の質の向上に寄与することを目的としているものである。さらに、HIV非感染例の年次死亡数、HIV感染例のAIDS発症や死亡数の調査という項目に限っても、この調査に代わってこれらを掌握できる手段は、現在のところ存在しない。したがって、諸般の状況は困難となりつつあるが、今後も全国の関係各位のご理解、ご協力を得て調査を継続して行くことが必要であろう。

V. 謝辞

終わりに当り、平成16年度の調査ではこれまで行っていなかった同意の取得をお願いし、調査にご協力頂いている皆様に、これまで以上の御負担を強いる結果となったことを深謝致します。また、同意取得の実施により、御記入頂いた調査用紙の収集に時間がかかり、集計作業が例年より遅れ、調査項目の一部について十分な報告ができなかったことをお詫び申し上げます。

平成16年度の調査用紙を御記入、ご返送頂いた皆様に深く御礼申し上げますとともに、平成16年度にご報告頂けなかった施設につきましても、今後できる限り再度のご協力をお願い申し上げます。

調查通知文書

関係各位

血液凝固異常症全国調査へのご協力をお願い

拝啓

晩夏の候、皆様方におかれましては益々ご清勝のこととお慶び申し上げます。
また、日頃より厚生労働行政の推進にご協力いただき厚く御礼申し上げます。

13年度から（財）エイズ予防財団に委託しました「血液凝固異常症全国調査」事業につきましては、皆様のご協力により貴重なデータを収集することができました。改めて厚く御礼申し上げます。

今年度におきましても、昨年度と同様に本調査を（財）エイズ予防財団に委託し、血液凝固異常症全国調査運営委員会において、調査を行うことといたしました。

この調査の集計作業等につきましても、昨年度と同様に同運営委員会委員であります聖マリアンナ医科大学小児科学教室助教授の瀧正志委員及び同大学医学統計学分野講師の立浪忍委員が担当いたします。

皆様におかれましては、何かとお忙しいところ大変恐縮ですが、本事業の趣旨・経緯をご理解いただき、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、今回の調査より、個人情報保護の観点から、患者の皆様からの「同意書」が必要となっていることを申し添えます。

敬具

平成16年8月吉日

厚生労働省健康局疾病対策課

関係者各位

拝啓

晩夏の候、皆様にはますます御健勝で御活躍のこととご推察申し上げます。

血液凝固異常症全国調査では御協力頂き、心から感謝申し上げます。

早速でございますが、平成16年度の調査用紙をお送り申し上げます。お忙しいところ誠に恐縮でございますが、よろしく御記入、御返送下さいますようお願い申し上げます。

なお、患者の皆様より御署名頂いた「同意書」は、各先生方で保管して下さいますようお願い申し上げます。事務局宛にご返送頂く必要はございません。詳細は添付の「平成16年度からの調査に関するお願い」「患者の皆様への同意説明文書」「同意書（例）」をご確認下さい。

患者の皆様には「同意説明文書」と、出来れば15年度報告書（6月に貴院宛ご送付済）をお見せしながらご説明頂けましたら幸いです。

以上、重ねてお願い申し上げます。

敬具

平成16年8月吉日

血液凝固異常症全国調査運営委員会

白幡 聡、瀧 正志、立浪 忍、三間屋純一
大平勝美、仁科 豊、花井十伍

調査資料は調査票（様式1、2、3、4）および調査用紙請求のファクシミリレター（様式5）、研究協力者名の記載についての同意書（様式6）、サーベイランスのための HIV 感染症/AIDS 診断基準、そして今年度より同封の、患者の皆様への同意説明文書および同意書（例）です。

今回の調査は、平成16年5月31日現在の状態に対する調査です。その概要を1)～7)に列挙しました。

1) 調査対象は下記のように4群に分類し、様式1～4の4種類の調査票を作製しました。

様式1：現在貴施設に通院あるいは入院中の凝固因子製剤による HIV 感染例の調査票です。[なお、前回の血液凝固異常症全国調査（平成15年5月31日時点）以降に転出の症例を含みます。]

様式2：凝固因子製剤による HIV 感染例（死亡例）で平成15年6月1日から平成16年5月31日までの期間に死亡した症例および昨年度の血液凝固異常症全国調査に未報告の症例の調査票です。

様式3：現在貴施設に通院あるいは入院中の HIV 非感染の血友病および類縁疾患の調査票です。[なお、前回の調査（平成15年5月31日時点）以降に転出の症例も含みます。]

様式4：平成15年6月1日から平成16年5月31日までの期間に死亡した HIV 非感染の血友病および類縁疾患の調査票です。

2) 今回の調査は、平成16年5月31日現在の状態に対する調査です。前回の血液凝固異常症全国調査で調査票をお送り頂いた施設にはコピーを同封致しますので参考にして下さい。

3) 調査票、「調査協力者名の記載についての同意書」の提出期限は、平成16年9月30日と致します。集計作業の関係上宜しく御願い致します。

4) 調査用紙が不足の場合は、様式1、2、3、4各々の不足枚数を同封の用紙（様式5）を利用して、血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局（財）エイズ予防財団 に FAX でご請求下さい。FAX: 03-3592-1182

「同意説明文書」および「同意書（例）」は、（財）エイズ予防財団のホームページ <http://api-net.jfap.or.jp/> の画面右上の「おしらせ」にアクセスし、ダウンロードしてご使用下さい。ご支障がある場合は、様式5を利用して必要枚数をお知らせ下さい。

- 5) 該当症例のない施設および該当症例のない様式の調査票に関しましても、様式1～4の各調査票に医師名、施設名、診療科、住所を記載し、該当症例なしと記載のうえお送り下さい。
- 6) **調査票返送先**：調査票および同封の返信用封筒に施設名、診療科、担当者名、住所、施設番号をご記入のうえ下記まで郵送して下さい。「調査協力者名の記載についての同意書」(様式6)も調査票といっしょにご郵送下さい。

〒216-8511 神奈川県川崎市宮前区菅生2-16-1
聖マリアンナ医科大学小児科学教室
厚生労働省・(財)エイズ予防財団委託事業
血液凝固異常症全国調査(医療調査)
瀧 正志 宛

- 7) 調査票、同意書についての御質問は下記にFAXで御願い致します。
聖マリアンナ医科大学小児科学教室 瀧 正志、 浅原 美恵子
FAX: 044-976-8603

返送して頂きたい書類：

調査票、 調査協力者名の記載についての同意書(様式6) ←ドクターがご記載

返送不要な書類：

患者さまとの同意書 ←患者様にご署名

同意取得關係書類



平成 16 年度からの調査に関するお願い

ご担当の各先生へ：

日頃は「血液凝固異常症全国調査」にご協力頂き、誠に有り難うございます。

さて、同封の厚生労働省よりの文書にもございますが、個人情報保護の観点から、この調査においても研究対象者からの同意を頂く体制を整備して行くこととなりました。

もとより、この調査は無記名の情報を収集しているものではありませんが、重要な個人情報を送付頂いていることも事実であり、情報の保護について更なる整備を計ることは、この調査の将来に互る継続性を期待する上でも、重要なことであろうと考えます。

そこで、誠に恐縮ではありますが、各患者の皆様方より、可能な限りの同意を得て頂きたいと存じます。同意を取得して頂くための「同意説明文書」を同封致しました。

なお、得られた同意書は保管が必要となります。ただし、同意書を事務局にご返送頂きますと、無記名で行っている本調査の意味がなくなってしまうので、同意書は各先生方において保管して頂くようお願い致します。

調査用紙(様式1、様式3)に、同意取得に関する確認欄も設けましたので、御記入頂ければ幸いです。調査期間に来院がない場合の例については、この欄の「未確認」を選択し、ご送付下さい。

また、同意書の例を同封致しましたので、御参照下さい。未成年の場合は法定代理人の同意が必要となりますが、12 歳以上の場合は、本人からの同意も取得することが望ましいと考えます。

本調査に関しては、ご記入頂くだけでもかなりの御負担をお掛けしている上に、同意の取得までお願いすることになり、誠に恐れ入りますが、何卒ご了承の上、今後よろしく御協力賜りますよう、お願い申し上げます。

なお、同封の同意書(例)および同意説明文書は、(財)エイズ予防財団のホームページ〔 <http://api-net.jfap.or.jp/> の画面右上の「おしらせ」〕にも掲載いたしましたので、必要な場合はこれをダウンロードして御利用下さい。

血液凝固異常症全国調査運営委員会
白幡 聡、瀧 正志、立浪 忍、三間屋 純一
大平勝美、仁科 豊、花井十伍

患者の皆様への同意説明文書

この説明文書は、「血液凝固異常症全国調査」へのご協力をお願いするために、当該調査について説明したものです。

この調査への協力をお断りになられても、何ら不利益を受けることはありません。また、協力に同意された場合でも、自由意思でこれを撤回できます。

同意書に署名される前に、この説明文書を熟読して下さい。担当医師は、この説明文にしたがって口頭で説明を加えますので、わからないことがありましたら、気軽に質問して下さい。

(1)血液凝固異常症全国調査の目的

この調査は、日本全国における血友病、フォン・ヴィレブランド病、血友病類縁疾患など、血液凝固異常症の病態を把握することにより、これら疾患の治療の向上と生活の質の向上に寄与することを目的としています。

(2)運営組織について

この調査は厚生労働省から(財)エイズ予防財団に委託され、同財団から任命された委員が「血液凝固異常症全国調査運営委員会」を組織して運営しています。平成16年7月1日現在の運営委員は以下の7名です。

白幡 聡、瀧 正志*、立浪 忍、三間屋 純一、大平勝美、仁科 豊、花井十伍
(*調査責任者)

(3)調査に協力して頂くとはどういうことか

この調査は、全国で血液凝固異常症の治療に携わっている医師の方々から、カルテに記載されている医療データの一部分を調査用紙に転記して送って頂き、これを全国規模で集計することにより行われています。

「調査に協力して頂く」というのは、担当医師から運営委員会へ、転記したデータを送ることを承諾して頂くということです。

(4)個人情報の保護について

この調査では、もともと患者の皆様のお名前を、担当医師から運営委員会へ伝えておりません。今後も調査は氏名情報なしで行います。したがって、この調査によって個人情報が氏名と共に漏洩することはありません。

(5)調査結果の公表

この調査の結果は、報告書の冊子として毎年印刷され、担当医に届きます。この報告書に、個人を特定するような情報は一切掲載されません。この冊子は、担当医から患者の皆様にお渡しすることとなっております。

なお、調査結果の一部が医学雑誌、学会などに発表されることがありますが、個人を特定するような情報は一切発表されません。

以上

血液凝固異常症全国調査運営委員会

(問合せ・連絡先) FAXでお願い致します

FAX: 044-976-8603

聖マリアンナ医科大学 小児科

瀧 正志、浅原 美恵子



医療調査票

様式1 凝固因子製剤によるHIV感染例(2004.5.31現在生存例)

平成 年 月 日記載

記載医師名: 施設名・診療科:

住所:

施設整理番号	都・道・府・県
生年月日 明・大・昭・平	現住所 日生 性別 男・女
平成16年5月31日	1. 入院/通院中 2. 転出()
現在の状況	3. 転入() 4. 不明
他施設への通院の有無	有(施設名))・無・不明
<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (現在インヒビター有()ベセスタ単位・無・不明)	
<input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (現在インヒビター有()ベセスタ単位・無・不明)	
<input type="checkbox"/> VWD	
<input type="checkbox"/> 類縁疾患 (病名:)	
<input type="checkbox"/> 先天性および後天性の凝固因子異常 阻止因子異常を指す。後天性の血友病・VWDもこれを意味	
<input type="checkbox"/> 凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染	
<input type="checkbox"/> 2次感染 1. 凝固因子製剤 2. 針刺し 3. 母子感染 4. その他 5. 不明	
<input type="checkbox"/> 第4レート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染	
血友病、VWD、類縁疾患の場合は現在使用中の凝固因子製剤名 ()	
エイズ発症の有無(過去の発症有無) 未発症・発症・不明	
発症の場合、その発症時期 西暦 年 月 発症 発症時期不明	
平成15年6月から16年5月までの期間に罹患したエイズ関連の日和見疾患(別紙診断基準参照。複数回答可)	
無・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・不明	
CD4+リンパ球数(平成16年5月31日以前で最もこの時点に近いもの) () / μ l	未検査
血中HIV-RNA量(平成16年5月31日以前で最もこの時点に近いもの)	
(<input type="checkbox"/> × 10 copies/ml)	
測定方法 1. アンプリコア法 2. ブラン法 3. 高感度RT-PCR法 4. 高感度プラン子法	
投与中の抗HIV薬 1.AZT 2.ddI 3.ddC 4.d4T 5.3TC 6.RTV 7.IDV 8.SQV 9.NFV 10.NVP	
(平成16年5月31日現在・複数回答可) 11.EFV 12.DLV 13.ABC 14.APV 15.COM 16.LPV/RTV合剤	
17.TDF 18.ATV 19.その他	
投与していない場合 未投与・中断中・情報不明	
リボネーストロフィー 有・無 乳糖アジドシス 有・無	
定期投与(週2~3回): 有(開始時期 歳)・無	
自己注射(家庭療法): 有(開始時期 歳)・無	
患者さんからの同意確認欄	
同意の取得 1. 同意取得あり 2. 取得なし 3. 未確認	
同意書の保管 1. 同意書保管あり 2. 同意書保管なし	

肝炎の有無とその病期	1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療により治癒 9. 自然治癒
上記肝炎の要因	1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明
HCV抗体の有無	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化
肝炎のある場合は血清ビリルビンと血小板数を記入ください	
血清ビリルビン <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> mg/dl	血小板数 <input type="checkbox"/> . <input type="checkbox"/> × 10 ⁴ / μ l
HCVが肝疾患の原因である場合は以下の質問に答え下さい	
HCVの subtype(genotype)か serotype を選び、該当する type に○印。 genotype は複数回答可)	
1. HCV genotype: I (1a) II (1b) III (2a) IV (2b) V (3a) VI (3b) 判定不能	
2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能	
3. 不明/未検査	
【現在のHCVウイルス量】	
1. PCR法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上	
2. DNAプローブ法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上	
3. 不明/未検査	
平成15年6月~16年5月におけるインターフェロン(IFN)治療の有無 (あり・なし)	
1. あり(この下の欄に進んでください)	2. なし(この下の欄に進んでください)
【その治療効果】	【過去におけるIFN治療の有無】
1. IFN単独療法	1. あり 2. なし
1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化	平成()年
2. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化	これまで治療されていない理由
3. HCV-RNAは一過性に陰性となったが再び出現、肝機能正常化せず	1. 肝機能正常であり開始時期ではない
4. HCV-RNAは陰性化したすが、肝機能正常化せず	2. 病期が進行しており治療対象でない
5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化せず	3. 治療対象ではあるが患者の事情で開始していない
6. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化	(3に○の場合は理由は次のどれですか?)
7. 現在投与中	a. 仕事・学校が休めない
8. 不明	b. 在宅で治療できない
9. 中止	c. 副作用が心配
	d. 医療費が心配
	e. その他
	4. 自然治癒したため
	5. その他
【IFN治療前のウイルス量】	
1. PCR法: 検出感度未満	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上	
2. DNAプローブ法: 検出感度未満	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上	
【過去におけるIFN治療の有無】	
1. あり 平成()年	2. なし

様式2 凝固因子製剤によるHIV感染例(死亡例:2003.6.1~2004.5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む)

記載医師名:		施設名・診療科:		住所:	
施設整理番号	死亡時の住所	都・道・府・県	性別	男	女
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	生
エイズ発症の有無(過去の発症を含む)		未発症・発症・不明			
発症の場合、その発症時期		西暦	年	月	日
死亡年月日	昭・平	年	月	日	死亡
<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター 有()ベセスダ単位・無・不明) <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター 有()ベセスダ単位・無・不明) <input type="checkbox"/> vWD <input type="checkbox"/> 類縁疾患 (病名:) <small>先天性および後天性の凝固因子異常、阻止因子異常を指す。後天性の血友病→vWDもこれを選択</small> <input type="checkbox"/> 2次感染 1. 凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染 2. 針刺し 3. 母子感染 4. その他 5. 不明 <input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に対しての凝固因子製剤によるHIV感染		肝炎の有無とその病期 1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療による治癒 9. 自然治癒 肝炎“有”の場合、その原因 1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明 HCV抗体の有無 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 HCV抗体陽性の場合、以下の(1)~(3)にお答え下さい。 (1) HCVウイルス量(PCR法かDNAプローブ法を選び、ウイルス測定値を記入) 【死亡時に最も近い時点のウイルス量】 1. PCR法: 検出感度未満 / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上 2. DNAプローブ法: 検出感度未満 / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上 3. 不明/未検査 (2) HCVのsubtype(genotype)を選び、該当するtypeに○印。genotypeは複数回答可) 1. HCV genotype: I(1a) II(1b) III(2a) IV(2b) V(3a) VI(3b) 判定不能 2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能 3. 不明/未検査 (3) 過去におけるインターフェロン(IFN)治療の有無 (1回目 平成 年) (2回目 平成 年) 1回目 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明 2回目 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明			
死亡直前の血中HIV-RNA量 (<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> × 10 ^{copies/ml}) 測定感度以下・未検査		死亡直前のCD4+リンパ球数 (<input type="text"/>) / μl ・ 未検査			
測定方法 1. AZT 2. ddI 3. ddC 4. d4T 5. 3TC 6. RTV 7. IDV 8. SQV 9. NFV 10. NVP 11. EFV 12. DLV 13. ABC 14. APV 15. COM 16. LPV/RTV/合剤 17. TDF 18. ATV 19. その他		2. ブランチ法 3. 高感度RT-PCR法 4. 高感度ブランチ法			
死亡直前に投与中またはいた抗HIV薬(複数回答可)		未投与 ・ 中断中 ・ 情報不明 有 ・ 無 有 ・ 無			
投与していない場合		有 ・ 無 有 ・ 無			
リポテイストロフィーの有無		有 ・ 無 有 ・ 無			
乳酸アシドーシスの有無		有 ・ 無 有 ・ 無			
死因がエイズ関連疾患の場合、その疾患名(詳細診断基準参照。複数回答可) 無・1・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23・不明		1. エイズ関連疾患 2. 出血(部位:) 3. 肝疾患(具体的に) 4. その他(具体的に) 5. 不明			

様式4 血友病および類縁疾患のHIV非感染例(死亡例:2003.6.1~2004.5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む)

平成 年 月 日記載

記載医師名:	施設名・診療科:	住所:
施設整理番号		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生	
性別	男・女	
死亡時の住所・都道府県名	都・道・府・県	
死亡年月日 (H15.6.1~H16.5.31までに死亡した人のみ記載。但し、未報告の症例については記載)	昭・平 年 月 日 死亡	
疾患名 (口)を 入れ 詳細 記入)	<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター 有 () べセスタダ単位・無・不明)	
	<input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター 有 () べセスタダ単位・無・不明)	
	<input type="checkbox"/> vWD	
	<input type="checkbox"/> 類縁疾患 (病名:) 先天性および後天性の凝固因子異常・阻止因子異常を指す。後天性の血友病・vWDもこれを選択	
治療に使用していた凝固因子製剤名	()	
他施設への通院の有無	有 (施設名)・無・不明	
死因(重複回答可)	1. 出血(部位) 2. 肝疾患(具体的に) 3. その他(具体的に)	
肝炎の有無とその病期	1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療により治癒 9. 自然治癒	
肝炎“有”の場合、その原因	1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明	
HCV抗体の有無	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明	
HCV抗体陽性の場合、以下の(1)~(3)にお答え下さい。		
(1)HCVウイルス量 (PCR法かDNAプロブ法を選び、ウイルス測定値を記入) 【死亡時に最も近い時点のウイルス量】	1. PCR法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上 2. DNAプロブ法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上 3. 不明/未検査	
(2)HCVのsubtype(genotype)かserotypeを選び、該当するtypeに○印。genotypeは複数回答可)	1. HCV genotype: I (1a) II (1b) III (2a) IV (2b) V (3a) VI (3b) 判定不能 2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能 3. 不明/未検査	
(3)過去におけるインターフェロン(IFN)治療の有無 (1回目 平成 年) (2回目 平成 年)	1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明 2回目 1. 未実施 2. IFN単独療法実施 3. IFNとリバビリン併用療法実施 4. 不明	

ファクシミリレター

【送付先】

FAX: 03-3592-1182

血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局
(財)エイズ予防財団 御中

下記の調査用紙が不足しています。

様式 1 を () 枚

様式 2 を () 枚

様式 3 を () 枚

様式 4 を () 枚

送付お願いします。

平成 年 月 日

施設番号 _____

施設名 _____

診療科名 _____

担当医 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

ご返送下さい

様式6

調査協力者名の記載についての同意書

ご説明

血液凝固異常症全国調査運営委員会では、平成16年度の全国調査について皆様から御回答を得た後、集計結果の解析をし、報告書として公表する予定です。つきましては、報告書作成の際に調査協力者として、ご協力頂いた皆様の御名前と御所属を記載させて頂きたいと考えております。結果の公表に際しては患者様および先生方のプライバシーを侵害することがないように致します。調査協力者としての氏名の掲載について、この同意書にて御希望をお知らせ下さい。記載を希望されない場合でも先生には何ら御迷惑をおかけすることのないように致します。

私は調査協力者としての名前と所属を記載することに

同意します。 同意出来ません。

(上記のうち該当するものに丸をつけて下さい。)

施設名

氏名

印

(御署名) _____

平成16年 月 日

血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局
(財)エイズ予防財団御中

サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準

(厚生省エイズ動向委員会、1999)

I HIV感染症の診断

1 HIVの抗体スクリーニング検査法(酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等)の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にHIV感染症と診断する。

(1) 抗体確認検査(Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等)

(2) HIV抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法(PCR等)等の病原体に関する検査(以下、「HIV病原検査」という。)

2 ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の児の場合は少なくともHIVの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にHIV感染症と診断する。

(1) HIV病原検査が陽性

(2) 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数/CD8陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

II AIDSの診断

Iの基準を満たし、IIIの指標疾患(Indicator Disease)の1つ以上が明らかに認められる場合にAIDSと診断する。

III 指標疾患(Indicator Disease)

A. 真菌症

1. カンジダ症(食道、気管、気管支、肺)
2. クリプトコッカス症(肺以外)
3. コクシジオイデス症 ①全身に播腫したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
4. ヒストプラズマ症 ①全身に播腫したもの ②肺、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの
5. カリニ肺炎 (注)原虫という説もある

B. 原虫病

6. トキソプラズマ脳症(生後1か月以後)
7. クリプトスポリジウム症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)
8. イソスポラ症(1か月以上続く下痢を伴ったもの)

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症(13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により以下のいずれかが2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの)

①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿症

10. サルモネラ菌血症(再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)

※11. 活動性結核(肺結核又は肺外結核)

12. 非定型抗酸菌症

①全身に播腫したもの②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)

14. 単純ヘルペスウイルス感染症 ①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの

②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの

15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カボジ肉腫

17. 原発性脳リンパ腫

18. 非ホジキンリンパ腫 LSG分類により①大細胞型 免疫芽球型 ②Burkitt型

※19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他

20. 反復性肺炎

21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満)

22. HIV脳症(痴呆又は亜急性脳炎)

23. HIV消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)

※C11活動性結核のうち肺結核及びE19浸潤性子宮頸癌については、HIVによる免疫不全を示唆する症状または所見がみられる場合に限る。

(付記) 厚生省エイズ動向委員会によるAIDS診断のための指標疾患の診断法

ここには基本的な診断方法を示すが、医師の判断により、より最新の診断法によって診断する場合もあり得る。

A. 真菌症

1. カンジダ症（食道、気管、気管支又は肺）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①内視鏡もしくは剖検による肉眼的観察によりカンジダ症を確認②患部組織の顕微鏡検査によりカンジダを確認

(2) 臨床的診断 嚥下時に胸骨後部の疼痛があり、以下のいずれかが確認される場合

①肉眼的に確認（いずれか一つ）〈A〉紅斑を伴う白い斑点〈B〉プラク（斑）

②粘膜擦過標本で真菌のミセル様繊維を顕微鏡検査で確認できる口腔カンジダ症が存在

2. クリプトコッカス症（肺以外）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部組織又はその浸出液においてクリプトコッカスを検出

3. コクシジオイデス症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に又はそれらの部位に加えて全身に播種したもの）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液においてコクシジオイデスを検出

4. ヒストプラズマ症（肺、頸部もしくは肺門リンパ節以外に又はそれらの部位に加えて全身に播種したもの）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液において ヒストプラズマを検出

5. カリニ肺炎

(1) 確定診断 顕微鏡検査により、ニューモシスチス・カリニを確認。

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

①最近3か月以内に（いずれか一つの症状）〈a〉運動時の呼吸困難〈b〉乾性咳嗽

②（いずれか一つに該当）〈a〉胸部X線でび慢性の両側間質像増強

〈b〉ガリウムスキャンでび慢性の両側の肺病変

③（いずれか一つに該当）〈a〉動脈血ガス分析で酸素分圧が70mmHg以下〈b〉呼吸拡散能が80%以下に低下

〈c〉肺胞-動脈血の酸素分圧較差の増大

④細菌性肺炎を認めない

B. 原虫症

6. トキソプラズマ脳症（生後1か月以後）

(1) 確定診断 組織による病理診断により、トキソプラズマを確認

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

①〈a〉頭蓋内疾患を示唆する局所の神経症状 または、〈b〉意識障害

②〈a〉CT、MRIなどの画像診断で病巣を認める または、

〈b〉コントラスト薬剤の使用により、病巣が確認できる

③〈a〉トキソプラズマに対する血清抗体を認める または、〈b〉トキソプラズマ症の治療によく反応する

7. クリプトスポリジウム症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

(1) 確定診断 組織による病理診断または一般検査により、クリプトスポリジウムを確認

8. イソスポラ症（1か月以上続く下痢を伴ったもの）

(1) 確定診断 組織による病理診断または一般検査により、イソスポラを確認

C. 細菌感染症

9. 化膿性細菌感染症（13歳未満で、ヘモフィルス、連鎖球菌等の化膿性細菌により、①敗血症 ②肺炎 ③髄膜炎 ④骨関節炎 ⑤中耳・皮膚粘膜以外の部位や深在臓器の膿症のいずれかが、2年以内に、二つ以上多発あるいは繰り返して起こったもの）

(1) 確定診断 細菌学的培養により診断

10. サルモネラ菌血症（再発を繰り返すもので、チフス菌を除く）

(1) 確定診断 細菌学的培養により診断

11. 活動性結核（肺結核又は肺外結核）

(1) 確定診断 細菌学的培養により診断

(2) 臨床的診断 培養により確認できない場合には、X線写真等により診断

12. 非定型抗酸菌症

(1) 確定診断 細菌学的培養により診断

(2) 臨床的診断

下記のいずれかにおいて、顕微鏡検査により、結核菌以外の抗酸菌を検出した場合は、非定型抗酸菌症と診断。

〈a〉糞便、汚染されていない体液 〈b〉肺、皮膚、頸部もしくは肺門リンパ節以外の組織

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症（生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外）

- (1) 確定診断 組織による病理診断により、核内封入体を有する巨細胞の確認
- (2) 臨床的診断 サイトメガロウイルス性網膜炎については、特徴的臨床症状で診断可。（眼底検査によって、網膜に鮮明な白斑が血管にそって遠心状に広がり、数か月にわたって進行し、しばしば網膜血管炎、出血又は壊死を伴い、急性期を過ぎると網膜の痂皮形成、萎縮が起こり、色素上皮の斑点が残る。）

14. 単純ヘルペスウイルス感染症（1ヵ月以上継続する粘膜、皮膚の潰瘍を形成するもの、生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を合併するもののいずれか）

- (1) 確定診断 ①組織による病理診断、②培養、③患部組織又はその浸出液からウイルスを検出することにより診断

15. 進行性多巣性白質脳症

- (1) 確定診断 組織による病理診断
- (2) 臨床的診断 CT、MRIなどの画像診断法により診断

E. 腫瘍

16. カボジ肉腫

- (1) 確定診断 組織による病理診断
- (2) 臨床的診断 肉眼的には皮膚または粘膜に、下記のいずれかを認めること。
①特徴のある紅斑 ②すみれ色の斑状の病変
ただし、これまでカボジ肉腫を見る機会の少なかった医師は推測で判断しない。

17. 原発性脳リンパ腫

- (1) 確定診断 組織による病理診断
- (2) 臨床的診断 CT、MRIなどの画像診断法により診断

18. 非ホジキンリンパ腫（LSG分類による ①大細胞型、免疫芽球型 ②Burkitt型）

- (1) 確定診断 組織による病理診断

19. 浸潤性子宮頸癌

- (1) 確定診断 組織による病理診断

F. その他

20. 反復性肺炎

1年以内に二回以上の急性肺炎が臨床上又はX線写真上認められた場合に診断

21. リンパ性間質性肺炎／肺リンパ過形成：LIP／PLH complex（13歳未満）

- (1) 確定診断 組織による病理診断
- (2) 臨床的診断
胸部X線で、両側性の網状小結節様の間質性肺陰影が2か月以上認められ、病原体が検出されず、抗生物質療法が無効な場合

22. HIV脳症(痴呆又はHIV亜急性脳炎)

下記のいずれかの状態があり、①脳脊髄液の検査、②脳のCT、MRIなどの画像診断、③病理解剖のいずれかによっても、HIV感染以外にこれを説明できる疾病や状況がない場合

(a) 就業もしくは日常生活活動に支障をきたす認識もしくは運動障害が臨床的に認められる場合

(b) 子供の行動上の発達障害が数週から数か月にわたって進行

これらは確定的な診断法ではないがサーベイランスの目的のためには十分である。

23. HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

①通常の体重の10%を超える不自然な体重減少 ②慢性の下痢（1日2回以上、30日以上継続）又は慢性的な衰弱を伴う明らかな発熱（30日以上にわたる持続的もしくは間歇性発熱） ③HIV感染以外にこれらの症状を説明できる病気や状況（癌、結核、クリプトスポリジウム症や他の特異的な腸炎など）がない

これらは確定的な診断法ではないがサーベイランスの目的のためには十分である。



調 査 協 力 施 設 一 覧

調査協力施設一覧

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
総合病院旭川厚生病院	北海道	小児科	坂田 宏
市立旭川病院	北海道	内科	三宅 高義
旭川赤十字病院	北海道	小児科	三浦 純一
旭川医科大学医学部附属病院	北海道	小児科	古谷野 伸
旭川医科大学医学部附属病院	北海道	第三内科	鳥本 悦宏
旭川医科大学医学部附属病院	北海道	歯科口腔外科	竹川 政範
JA 北海道厚生連 倶知安厚生病院	北海道	外科	高橋 雅俊
豊浦町国民健康保険病院	北海道	内科	能登屋 久志
浦河赤十字病院	北海道	内科	松浦 喜徳
本間内科医院	北海道	理事長/内科	本間 潤
さとう小児科	北海道	院長/小児科	佐藤 琢司
医療法人新さっぽろ脳神経外科病院	北海道	脳神経外科	中川 俊男
医療法人溪仁会手稲溪仁会病院	北海道	血液内科	安藤 精章
札幌医科大学医学部附属病院	北海道	小児科	鈴木 信寛
市立札幌病院	北海道	免疫血液内科	向井 正也
市立札幌病院	北海道	小児科	福島 直樹
愛育病院	北海道	内科	森岡 正信
札幌徳洲会病院	北海道	小児科	岡 敏明
勤医協菊水こども診療所	北海道	所長/小児科	岡田 靖
札幌あゆみの園	北海道	小児科	吉本 享
清田小児科医院	北海道	理事長/小児科	三戸 和昭
国家公務員共済組合連合会 幌南病院	北海道	内科	西浦 洋一
北海道大学歯学部附属病院	北海道	第一口腔外科	杉浦 千尋
北海道大学病院	北海道	血液内科	今村 雅寛
北海道大学病院	北海道	第三内科	橋野 聡
北海道大学病院	北海道	第三内科	太田 秀一
北海道大学病院	北海道	第三内科	小林 寿美子
北海道大学病院	北海道	第二内科	藤本 勝也
枝幸町国民健康保険病院	北海道	院長/内科	三谷 深泰
内科小児科 小田医院	北海道	院長	小田 稔
今金町国保病院	北海道	内科	鈴木 三章
帯広厚生病院	北海道	第四内科	小林 一
進藤医院	北海道	院長/内科	進藤 恒彦
道北勤医協 宗谷医院	北海道	院長/内科	仲谷 了
関寺外科小児科胃腸科	北海道	外科	関寺 恭朗
王子総合病院	北海道	小児科	小林 徳雄
北海道社会事業協会 函館病院	北海道	外科	鬼原 史
函館中央病院	北海道	内科	川村 詔導
市立函館病院	北海道	内科	政氏 伸夫
市立函館病院	北海道	小児科	依田 弥奈子
渡辺小児科医院	北海道	院長/小児科	渡辺 信彦
JA 北海道厚生連 遠軽厚生病院	北海道	小児科	石岡 透
道立紋別病院	北海道	小児科	須貝 理香
相原内科医院	青森県	院長/内科	相原 守夫
弘前大学医学部附属病院	青森県	小児科	高橋 良博
沢田内科医院	青森県	院長/内科	沢田 美彦
三沢市立三沢病院	青森県	小児科	鶴田 靖
十和田市立中央病院	青森県	小児科	小田 誠
公立七戸病院	青森県	内科	鈴木 仁

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
鯉ヶ沢町立中央病院	青森県	小児科	佐藤 雄一
青森市民病院	青森県	小児科	池田 保彦
青森県立中央病院	青森県	小児科	立花 直樹
虹ヶ丘内科クリニック	青森県	院長/内科	工藤 育男
八戸市立市民病院	青森県	小児科	工藤 正文
岩手県立釜石病院	岩手県	内科	川上 幹人
釜石市民病院	岩手県	内科	星 進悦
社団医療法人栃内病院	岩手県	内科	菊地 研
国立病院機構盛岡病院	岩手県	内科	佐藤 正男
岩手医科大学附属病院	岩手県	小児科	遠藤 幹也
岩手県立大船渡病院	岩手県	小児科	淵向 透
恩賜財団済生会北上済生会病院	岩手県	内科	成ヶ澤 靖
有馬医院	宮城県	院長/内科・小児科	有馬 恒彦
新仙台湾鈴木診療所	宮城県	小・内科	鈴木 ヒトミ
北川小児科医院	宮城県	理事長/小児科	北川 郁夫
国立病院機構仙台センター	宮城県	内科	佐藤 功
財団法人仙台市医療センター仙台オープン病院	宮城県	院長	山崎 匡
福井医院	宮城県	院長/神経内科	福井 俊彦
仙台市立病院	宮城県	小児科	大竹 正俊
東北大学大学院医学系研究科	宮城県	免疫血液制御学分野	石川 正明
東北労災病院	宮城県	小児科	石澤 志信
高橋内科クリニック	宮城県	院長/内科	高橋 秀典
国立病院機構西多賀病院	宮城県	内科	酒井 秀章
公立志津川総合病院	宮城県	内科	西澤 匡史
今村記念クリニック	秋田県	小児科	後藤 敦子
中通総合病院	秋田県	副院長/内科	福田 光之
秋田大学医学部附属病院	秋田県	第三内科	三浦 偉久男
大館市立総合病院	秋田県	小児科	高橋 義博
男鹿みなと市民病院	秋田県	内科	市川 喜一
済生会山形済生病院	山形県	内科	武田 博明
山形県立日本海病院	山形県	内科	齋藤 宗一
医療法人社団健好会 サイトー内科	山形県	理事長/内科	齋藤 好正
こども医院さいとう	山形県	院長/小児科	齋藤 慶一
市立酒田病院	山形県	内科	浅野 正二
市立酒田病院	山形県	小児科	高久 巖
米沢市立病院	山形県	第三内科	八幡 芳和
社団医療法人具羽総合病院	福島県	院長/内科	窪田 幸男
いわき市立 総合磐城共立病院	福島県	小児科	鈴木 潤
北福島医療センター	福島県	血液内科	志賀 隆
いづかファミリークリニック	福島県	小児科	飯塚 敦夫
財団法人竹田総合病院	福島県	消化器科	若林 博人
池田医院	福島県	内科	池田 良彦
(財)太田西ノ内病院	福島県	血液疾患センター	松田 信
池田記念病院	福島県	院長/内科	土屋 一之進
三愛会 池田温泉病院	福島県	外科	池田 史仁
双葉厚生病院	福島県	外科	手塚 徹
公立相馬総合病院	福島県	小児科	片寄 雅彦
県立三春病院	福島県	内科	斎藤 光正
福島県立南会津病院	福島県	院長/内科	鈴木 啓二
福島県立医科大学	福島県	第一内科	七島 勉
福島医療生協わたり病院	福島県	小児科	北條 徹

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
さいとう医院	福島県	院長/内科	斎藤 孝一
須川診療所	福島県	内科	山本 喜代志
筑波大学附属病院	茨城県	血液内科	長谷川 雄一
茨城県立こども病院	茨城県	小児科	土田 昌宏
国立病院機構水戸医療センター	茨城県	血液内科	米野 琢哉
土浦協同病院	茨城県	内科	小林 敏貴
医療法人渡辺会大洗海岸病院	茨城県	内科	会沢 治
茨城東病院	茨城県	内科	斎藤 武文
株式会社日立製作所日立総合病院	茨城県	内科	平井 信二
北茨城市立総合病院	茨城県	小児科	小宅 泰郎
栃木県県南総合病院	栃木県	内科	新井 弘一
済生会宇都宮病院	栃木県	小児科	井原 正博
国立病院機構栃木病院	栃木県	内科	中山 成一
独協医科大学病院	栃木県	小児科	杉田 憲一
上都賀総合病院	栃木県	小児科	谷田部道夫
芳賀赤十字病院	栃木県	小児科	三浦 琢磨
足利赤十字病院	栃木県	副院長/内科	小松本 悟
大田原赤十字病院	栃木県	小児科	小林 靖明
社団法人伊勢崎佐波医師会病院	群馬県	内科	吉田 寿春
桐生厚生総合病院	群馬県	小児科	桑島 信
国立病院機構高崎病院	群馬県	内科	内山 俊正
いわた内科クリニック	群馬県	院長/内科	岩田 展明
医療法人社団 昭和病院	群馬県	外科	尾澤 正俊
利根中央病院	群馬県	内科	長坂 一三
済生会前橋病院	群馬県	血液内科	富脇 修一
群馬県立がんセンター	群馬県	血液内科	村山 佳予子
医療法人本島総合病院	群馬県	小児科	茂木 洋一
宝診療所	群馬県	小児科	高木 恭子
島田記念病院	群馬県	検査科	平井 洋介
埼玉社会保険病院	埼玉県	小児科	鈴木 敏雄
獨協医科大学越谷病院	埼玉県	小児科	村上 信行
獨協医科大学越谷病院	埼玉県	内分泌代謝・血液・神経内科	栗原 一郎
丸山内科クリニック	埼玉県	院長/内科	丸山 元孝
三愛会総合病院	埼玉県	小児科	稲名 市郎
防衛医科大学	埼玉県	総合臨床部	小林 裕幸
防衛医科大学校病院	埼玉県	第三内科	木村 文彦
防衛医科大学	埼玉県	小児科	関根 勇夫
国立身体障害者リハビリテーションセンター病院	埼玉県	院長	関 寛之
埼玉協同病院	埼玉県	内科	村上 純子
草加市立病院	埼玉県	小児科	土屋 史郎
大宮中央総合病院	埼玉県	内科	神戸 成美
東松山医師会総合病院	埼玉県	内科	岡岡 寿
済生会栗橋病院	埼玉県	内科	成富 琢磨
北里研究所メディカルセンター病院	埼玉県	副院長/内科	島田 肇
さいたま赤十字病院	埼玉県	内科	星野 茂
蕨市立病院	埼玉県	小児科	大角 勝彦
柏戸病院	千葉県	院長/内科	柏戸 正英
千葉市立青葉病院	千葉県	内科	横田 朗
力武医院	千葉県	内科	力武 知之
銚子市立総合病院	千葉県	副院長/内科	東野 廣也
柏厚生総合病院	千葉県	医事課	高島 栄

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
東京慈恵会医科大学附属柏病院	千葉県	小児科	出口 靖
公立阿伎留病院	東京都	内科	西成田 進
稲城市立病院	東京都	内科	若林 行雄
昭和大学附属豊洲病院	東京都	院長/内科	吉田 文英
東京慈恵会医科大学	東京都	小児科	藤沢 康司
東京大学医科学研究所	東京都	感染免疫内科	中村 哲也
石戸谷小児科	東京都	院長/小児科	石戸谷 尚子
東京慈恵会医科大学附属病院第三病院	東京都	小児科	加藤 陽子
平井クリニック	東京都	内科	平井 慶徳
稲垣クリニック	東京都	小児科	稲垣 稔
東京女子医科大学病院	東京都	小児科	大澤 真木子
慶應義塾大学病院	東京都	輸血・細胞療法部	半田 誠
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	大瀧 学
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	山中 晃
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	守谷 研二
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	西田 恭治
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	尾形 享一
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	天野 景裕
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	加藤 宏基
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	内田 泰斗
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	鈴木 隆史
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	佐々木 昭仁
社会保険中央総合病院	東京都	内科	柳 富子
荻窪病院	東京都	血液科	花房 秀次
救生軍ブース記念病院	東京都	内科	及能 克宏
米川外科医院	東京都	院長/外科・セ外	米川 潔
常泉クリニック	東京都	精神科・内科・小児科	常泉 いづみ
都立荏原病院	東京都	感染症科	角田 隆文
都立荏原病院	東京都	小児科	松井 猛彦
聖路加国際病院	東京都	内科感染症科	古川 恵一
日野市立総合病院	東京都	内科	村上 円人
日本大学医学部附属板橋病院	東京都	第一内科	伊藤 武善
日本大学医学部附属板橋病院	東京都	小児科	麦島 秀雄
永見内科医院	東京都	院長/内科	永見 省
昭和大学医学部	東京都	血液内科	中牧 剛
たつのこどもクリニック	東京都	院長/小児科	田角 恭子
東京都立府中療育センター	東京都	小児科	倉田 清子
日本赤十字社東京都支部 武蔵野赤十字病院	東京都	小児科	日下 隼人
日本医科大学附属病院	東京都	第三内科	檀 和夫
日本医科大学附属病院	東京都	小児科	前田 美徳
東京医科歯科大学医学部附属病院	東京都	血液内科	小山 高敏
東京医科歯科大学医学部附属病院	東京都	小児科	梶原 道子
小平記念東京日立病院	東京都	内科	宮崎 純
東京大学医学部付属病院	東京都	感染症科	塚田 利久
東京大学医学部	東京都	小児科	小林 美由紀
都立駒込病院	東京都	感染症科	味澤 篤
国家公務員共済組合連合会 立川病院	東京都	内科	菊池 正夫
東海大学医学部	神奈川県	血液・腫瘍内科	米倉 修司
横須賀市立市民病院	神奈川県	小児科	藤井 裕
聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院	神奈川県	血液腫瘍内科	佐野 文明
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	小児科	山田耕一郎

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	内科	新倉 春男
国際親善総合病院	神奈川県	小児科	石川 明道
横浜市立港湾病院	神奈川県	小児科	甲斐 純夫
横浜市立市民病院	神奈川県	感染症部	相楽 裕子
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	小児科	大井 千愛
川崎市立井田病院	神奈川県	内科	栗原 夕子
関東労災病院	神奈川県	血液内科	入江 誠治
西村クリニック	神奈川県	理事長/内科	西村 浩
神奈川県立足柄上病院	神奈川県	内科	宮本 一行
大和市立病院	神奈川県	小児科	七尾 謙治
平塚市民病院	神奈川県	小児科	山田 健一郎
済生会平塚病院	神奈川県	内科	野口 憲一
燕労災病院	新潟県	内科	斎藤 弘行
済生会三条病院	新潟県	小児科	千葉 高正
医療法人知命堂病院	新潟県	院長/内科	野村 穰一
新潟県立中央病院	新潟県	内科	永井 孝一
新潟大学医歯学総合病院	新潟県	第一内科	瀧澤 淳
新潟大学医歯学総合病院	新潟県	第二内科	塚田 弘樹
新潟市民病院	新潟県	血液科	高井 和江
新潟南病院	新潟県	内科	大西 昌之
日本歯科大学新潟歯学部	新潟県	麻酔科	佐野 公人
巻町国民健康保険病院	新潟県	内科	帯刀 亘
新潟県立吉田病院	新潟県	小児科	柳原 俊雄
厚生連村上総合病院	新潟県	内科	瀬賀 弘行
刈羽郡総合病院	新潟県	内科	小林 勲
白根健生病院	新潟県	院長/内科	広野 修
佐渡市立両津病院	新潟県	内科	高宮 治生
厚生連滑川病院	富山県	内科	打田 諭
高岡市民病院	富山県	胃腸科	伊藤 博行
富山赤十字病院	富山県	内科	平岩 善雄
公立加賀中央病院	石川県	小児科	清水 眞
山崎外科胃腸科医院	石川県	院長/外科	山崎 軍治
金沢医科大学	石川県	血液免疫制御学	和野 雅治
国立病院機構医王病院	石川県	小児科	大野 一郎
国立病院機構金沢医療センター	石川県	小児科	奥田 則彦
石川県立中央病院	石川県	血液免疫内科	上田 幹夫
石川県立中央病院	石川県	小児内科	久保 実
金沢大学医学部	石川県	血液内科	朝倉 英策
小松市民病院	石川県	小児科	上野 良樹
中川外科医院	石川県	院長/外科・胃腸科	中川 公三
公立松任石川中央病院	石川県	内科	中源 雅俊
福井医科大学附属病院	福井県	第一内科	岩崎 博道
川口小児科	福井県	院長/小児科	小林 文雄
国立病院機構福井病院	福井県	リハビリテーション科	竹谷 英之
市立敦賀病院	福井県	内科	村田 了一
福井赤十字病院	福井県	小児科	林 修平
福井赤十字病院	福井県	内科	豊岡 重剛
市立甲府病院	山梨県	小児科	青山 香喜
加納岩総合病院	山梨県	内科	千葉 直彦
山梨赤十字病院	山梨県	小児科	古市 嘉行
富士吉田市立病院	山梨県	小児科	小鹿 学

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
上野原町立病院	山梨県	院長/内科	両角 敦郎
市立岡谷病院	長野県	院長	会田 靖夫
長野県救急センター	長野県	救急部	平林 秀光
国立病院機構松本病院	長野県	内科	北野 善良
市立大町総合病院	長野県	小児科	大嶽 富夫
厚生連篠ノ井総合病院	長野県	副院長/外科	市川 英幸
厚生連篠ノ井総合病院	長野県	小児科	諸橋 文雄
長野赤十字病院	長野県	第一内科	四本 美保子
厚生連 長野松代総合病院	長野県	内科	北澤 邦彦
長野県立こども病院	長野県	血液腫瘍科	石井 栄三郎
佐久総合病院	長野県	小児科	牛久 英雄
川西赤十字病院	長野県	内科	原口 正史
医療法人白樺会 柳澤医院	長野県	院長	柳澤 伸孔
長野県立木曽病院	長野県	小児科	井上 賢治
岩佐医院	岐阜県	院長/内科	岩佐 充矩
岐阜県立下呂温泉病院	岐阜県	小児科	鹿野 博明
岐阜大学医学部附属病院	岐阜県	血液感染症内科	鶴見 寿
岐阜市民病院	岐阜県	小児科	鷹尾 明
岐阜県立岐阜病院	岐阜県	小児科	今村 淳
郡上市民病院	岐阜県	小児科	篠田 紳司
郡上市国保和良病院	岐阜県	内科	宮田 雅史
大垣市民病院	岐阜県	小児科	山崎 松孝
医療法人厚生会木澤記念病院	岐阜県	泌尿器科	山本 直樹
掛川市立総合病院	静岡県	内科	五島 一征
共立湖西総合病院	静岡県	産婦人科	菊池 猷
国立病院機構静岡医療センター	静岡県	小児科	守田 利貞
沼津市立病院	静岡県	呼吸器科	吉田 康秀
焼津市立総合病院	静岡県	血液科	飛田 規
静岡県立こども病院	静岡県	血液腫瘍科	三間屋 純一
静岡県立総合病院	静岡県	血液内科	塩村 惟彦
順天堂大学医学部附属順天堂伊豆長岡病院	静岡県	血液内科	小池 道明
市立島田市民病院	静岡県	血液リウマチ科	中坊 幸晴
藤枝市立総合病院	静岡県	小児科	池谷 健
中嶋小児科医院	静岡県	院長/小児科	中嶋 成剛
聖隷浜松病院	静岡県	小児科	松林 正
浜松医科大学付属病院	静岡県	第3内科	竹下 明裕
浜松医科大学付属病院	静岡県	小児科	本郷 輝明
国立病院機構天竜病院	静岡県	小児科	井上 紀子
勝見内科	愛知県	内科	勝見 乙平
愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	愛知県	小児科	宮島 雄二
大雄会クリニック	愛知県	小児科	杉本 和優
医療法人木芽会 平谷小児科	愛知県	小児科	平谷 良樹
稲沢市民病院	愛知県	小児科	柳瀬 陽一郎
医療法人 深田小児科	愛知県	理事長/小児科	深田 昭彦
岡崎市民病院	愛知県	血液内科	鈴木 久三
岡崎市民病院	愛知県	小児科	近藤 勝
公立尾陽病院	愛知県	内科	鈴木 英夫
医療法人豊田会 刈谷総合病院	愛知県	内科	岩田 勝
医療法人豊田会 刈谷総合病院	愛知県	小児科	美濃和 茂
岡部外科	愛知県	院長	岡部 一誠
愛知県厚生連昭和病院	愛知県	副院長/小児科	尾崎 隆男

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
高浜市立病院	愛知県	小児科	平田 清二
志水こどもクリニック	愛知県	院長/小児科	志水 哲也
常滑市民病院	愛知県	血液内科	高木 規夫
西尾市民病院	愛知県	小児科	横山 孝雄
神谷整形外科	愛知県	院長/整形外科	神谷 守雄
豊橋市民病院	愛知県	小児科	伊藤 剛
愛知県厚生農業協同組合連合会 加茂病院	愛知県	内科	星野 洋
榎本内科	愛知県	理事長/内科	榎本 一成
藤田保健衛生大学病院	愛知県	血液内科	江崎 幸治
日本特殊陶業診療所	愛知県	血液内科	安達 興一
愛知三の丸病院	愛知県	内科	緒方 完治
名古屋掖済会病院	愛知県	血液内科	竹山 英夫
大曾根こどもクリニック	愛知県	小児科	加藤 友義
社会保険 中京病院	愛知県	血液科	津下 圭太郎
医療法人 宏潤会 大同病院	愛知県	薬剤科	柘植 能友
名古屋市立城北病院	愛知県	小児科	渡辺 勇
名古屋市立城北病院	愛知県	小児科	濱嶋 直樹
市立伊勢総合病院	三重県	内科	向井 賢司
榑原温泉病院	三重県	副院長/内科	藤田 光次
医)仁こどもクリニック	三重県	院長/小児科・アレルギー科	伊藤 仁
岡波総合病院	三重県	内科	松岡 信良
三重大学医学部附属病院	三重県	口腔外科	村田 琢
三重大学医学部附属病院	三重県	血液内科	村嶋 正幸
医療法人社団太田医院	滋賀県	小児科	太田 志朗
滋賀県立成人病センター	滋賀県	血液内科	鈴木 孝世
まつかわ小児科	滋賀県	院長/小児科	松川 誠司
国民健康保険 能登川病院	滋賀県	小児科	永井 秀之
国立病院機構滋賀病院	滋賀県	内科	志村 和穂
彦根中央病院	滋賀県	小児科	成宮 正朗
野洲病院	滋賀県	小児科	上田 達哉
(財)綾部市医療公社 綾部市立病院	京都府	内科	高升 正彦
社会福祉法人宇治病院	京都府	小児科	松本 良文
第二岡本総合病院	京都府	小児科	角田 裕明
医療法人太田病院	京都府	内科	荒川 昌昭
関西医科大学洛西ニュータウン病院	京都府	内科	上田 良弘
京都第一赤十字病院	京都府	小児科	高梨 万美
京都九条病院	京都府	内科	松井 淳棋
末木医院	京都府	院長/外科・整形外科	末木 守
京都地域医療学際研究所附属病院	京都府	院長/内科	木谷 輝夫
舞鶴市民病院	京都府	院長	田中 明
国立病院機構舞鶴医療センター	京都府	小児科	中島 文明
西村小児科	大阪府	院長/小児科	西村 拓也
高槻病院	大阪府	小児科	橋本 直樹
大阪労災病院	大阪府	小児科	山崎 剛
国立病院機構近畿中央胸部疾患センター	大阪府	呼吸器科	小河原 光正
浜寺中央病院	大阪府	内科	松山 泰三
守口敬任会病院	大阪府	外科	岡 博史
関西医科大学附属香里病院	大阪府	内科	水谷 俊平
関西医科大学附属香里病院	大阪府	小児科	安原 昭博
りんぐう総合医療センター 市立泉佐野病院	大阪府	内科	玉置 俊治
りんぐう総合医療センター 市立泉佐野病院	大阪府	小児科	多田羅 竜平

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
泉大津市立病院	大阪府	小児科	宮下 律子
近畿大学医学部附属病院	大阪府	血液内科	前田 裕弘
大阪市立大学医学部附属病院	大阪府	血液内科	日野 雅之
南大阪病院	大阪府	循環器内科	宮越 一徳
国立病院機構大阪医療センター	大阪府	免疫感染症科	白阪 琢磨
四天王寺病院	大阪府	外科	畑中 利弘
大阪赤十字病院	大阪府	小児科	新居 正甫
大阪市立総合医療センター	大阪府	小児内科	迫 正廣
行岡病院	大阪府	内科	古満 豊
野崎徳洲会病院	大阪府	院長/内科	藤林 保
医療法人徳洲会 八尾徳洲会総合病院	大阪府	循環器内科	福田 貢
八尾市立病院	大阪府	小児科	高瀬 俊夫
星ヶ丘厚生年金病院	大阪府	小児科	澤本 好克
和泉市立病院	大阪府	小児科	米澤 澄子
市立伊丹病院	兵庫県	副院長/内科	多胡 基
橋本小児科医院	兵庫県	院長	橋本 能直
大西医院	兵庫県	内科	小林 哲夫
神鋼加古川病院	兵庫県	副院長/小児科	三舛 信一郎
兵庫県立こども病院	兵庫県	血液腫瘍科	小阪 嘉之
国立病院機構神戸医療センター	兵庫県	呼吸器科	宮武 博明
神戸赤十字病院	兵庫県	内科	高井 豊
神戸大学医学部附属病院	兵庫県	小児科	竹島 泰弘
神戸労災病院	兵庫県	内科	大西 一男
甲南病院	兵庫県	内科	松岡 彰
六甲アイランド病院	兵庫県	内科	北垣 一成
社会保険神戸中央病院	兵庫県	内科	足立 陽子
神戸アドベンチスト病院	兵庫県	内科	森 経春
兵庫医科大学	兵庫県	血栓止血・老年病科	澤田 暁宏
西宮市立中央病院	兵庫県	小児科	尾崎 元
赤穂市民病院	兵庫県	呼吸器科	塩田 哲広
とみもと小児科医院	兵庫県	院長/小児科	富本 康仁
三栄会 ツカザキ病院	兵庫県	院長/脳神経外科	夫 由彦
新日鐵広畑病院	兵庫県	副院長/内科	石田 健次郎
八家病院	兵庫県	整形外科	小林 勝
国立病院機構姫路医療センター	兵庫県	副院長/内科	望月 吉郎
姫路赤十字病院	兵庫県	小児科	桜井 隆
宝塚市立病院	兵庫県	内科	岡本 隆弘
明石市立市民病院	兵庫県	小児科	大曾根 眞也
明石回生病院	兵庫県	院長/外科	茂田 廣守
奈良県立医科大学	奈良県	小児科	吉岡 章
松本快生会 西奈良中央病院	奈良県	副院長/内科	藤本 隆由
県立奈良病院	奈良県	小児科	西野 正入
清水整形外科	奈良県	整形外科	清水 豊信
国保橋本市民病院	和歌山県	小児科	大石 興
国民健康保険日高総合病院	和歌山県	内科	東 克彦
新宮市立医療センター	和歌山県	内科	古田 一朗
南和歌山医療センター	和歌山県	呼吸器科	秋山 裕由
社会保険紀南総合病院	和歌山県	小児科	中山 京子
和歌山労災病院	和歌山県	小児科	奥田 真珠美
鳥取大学医学部附属病院	鳥取県	小児科	西川 健一
博愛病院	鳥取県	院長/小児科	渡邊 淳子

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
大田市立病院	島根県	内科	古家 寛司
安来市立病院	島根県	整形外科	大森 敏雄
吉岡医院	島根県	院長/外科	吉岡 太佑
岡山赤十字病院	岡山県	小児科	国富 泰二
小林内科診療所	岡山県	院長/内科	小林 完治
医療法人医清会 山本医院	岡山県	理事長/内科	山本 二平
岡山労災病院	岡山県	内科	矢野 朋文
玉野市立玉野市民病院	岡山県	小児科	江口 直宏
玉野市立玉野市民病院	岡山県	内科	木村 文昭
玉野三井病院	岡山県	内科	岡本 章一
新見中央病院	岡山県	外科	万波 徹也
国保町立熊山病院	岡山県	院長/内科	内藤 絃彦
水島中央病院	岡山県	内科	松尾 龍一
こまざわ小児科医院	岡山県	院長/小児科	駒澤 勝
豊田小児科耳鼻咽喉科医院	広島県	院長	豊田 作次郎
益田眼科小児科医院	広島県	院長/小児科	益田 嘉朗
広島市立安佐市民病院	広島県	内科	浦城 三四郎
広島市立広島市民病院	広島県	内科	野田 昌昭
広島赤十字・原爆病院	広島県	小児科	浜本 和子
三原市医師会病院	広島県	内科	奥崎 健
市立三次中央病院	広島県	小児科	大西 博之
星田医院	広島県	院長/内科	星田 昌吾
国立病院機構東広島医療センター	広島県	小児科	加藤 恭博
広島県立身体障害者リハビリテーションセンター医療センター	広島県	小児科	澤野 邦彦
厚生連尾道総合病院	広島県	小児科	佐々木 伸孝
厚生連府中総合病院	広島県	内科	中西 紀男
国立病院機構福山医療センター	広島県	内科	坂田 達朗
奥坊クリニック	広島県	泌尿器科	奥坊 剛士
日本鋼管福山病院	広島県	内科	奥野 哲二
山口大学医学部	山口県	小児科	鮎川 浩志
まつざき小児科	山口県	院長/小児科	松崎 博幸
済生会下関総合病院	山口県	小児科	前場 進治
国立病院機構関門医療センター	山口県	小児科	平岡 興三
下関市立中央病院	山口県	内科	岡村 秀樹
社会保険徳山中央病院	山口県	内科	井上 幹茂
社会保険徳山中央病院	山口県	小児科	藤田 京子
萩市大島診療所	山口県	内科	村田 和弘
徳島県立中央病院	徳島県	小児科	湯浅 安人
徳島大学病院	徳島県	第一内科	東 博之
徳島大学医学部歯学部附属病院	徳島県	小児科	二宮 恒夫
麻植協同病院	徳島県	小児科	山田 正
健康保険鳴門病院	徳島県	内科	武市 俊彰
小川内科医院	香川県	院長/内科	虫本 光徳
香川県立中央病院	香川県	内科	田村 敬博
公立三豊総合病院	香川県	内科	脇 正人
香川小児病院	香川県	小児科	岩井 朝幸
香川医科大学	香川県	小児科	今井 正
国立病院機構愛媛病院	愛媛県	呼吸器科	阿部 聖裕
愛媛大学医学部	愛媛県	第一内科	羽藤 高明
済生会松山病院	愛媛県	内科	宮岡 弘明
池田内科医院	愛媛県	院長/内科	池田 匡一

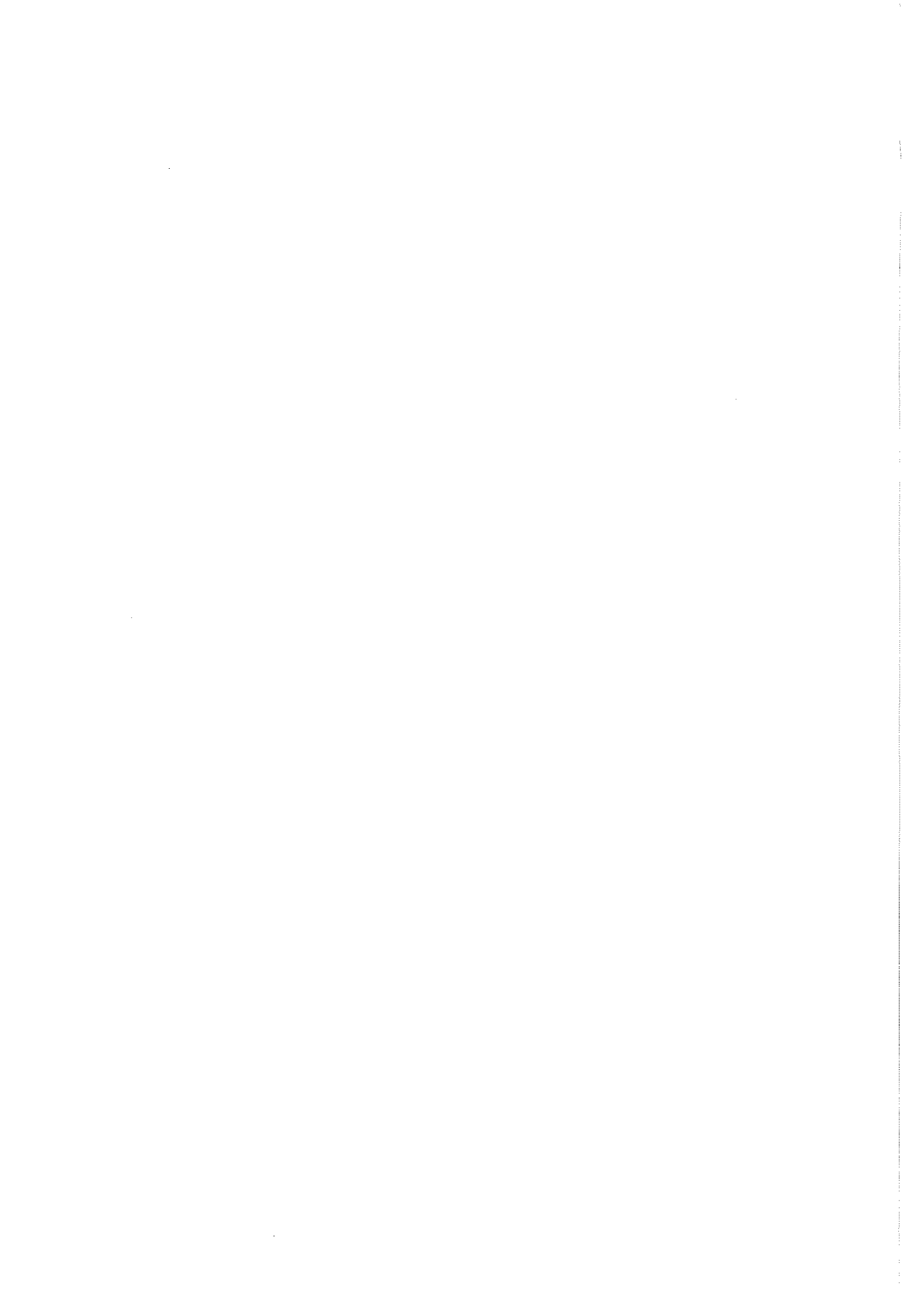
施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
松山赤十字病院	愛媛県	内科	藤崎 智明
松山赤十字病院	愛媛県	小児科	小谷 信行
井石内科医院	愛媛県	内科	井石安比古
愛媛労災病院	愛媛県	小児科	伊地知 園子
済生会西条病院	愛媛県	院長/外科	常光 謙輔
大州中央病院	愛媛県	内科	大久保 啓二
高知中央病院	高知県	小児科	西内 律雄
高知県立幡多けんみん病院	高知県	呼吸器科	宗石 秀典
高知大学医学部附属病院	高知県	総合診療部	武内 世生
高知大学医学部附属病院	高知県	小児思春期医学	脇口 宏
久留米大学病院	福岡県	第一内科	田中 健
久留米大学病院	福岡県	血液内科	岡村 孝
天神会新古賀病院	福岡県	臨床検査部	高田 真智子
大原病院	福岡県	内科	野波 篤
自衛隊福岡病院	福岡県	内科	島崎 加恵
医療法人誠心会 井上病院	福岡県	院長/外科	井上 朝生
大牟田天領病院	福岡県	小児科	生田 正幸
大牟田市立総合病院	福岡県	小児科	豊田 温
石原小児科クリニック	福岡県	小児科	石原 修
川崎町立病院	福岡県	内科	伊森 裕晃
社会保険田川病院	福岡県	内科	宮島 一郎
飯塚病院	福岡県	血液内科	田口 文博
福岡大学病院	福岡県	第一内科	木村 暢宏
福岡大学病院	福岡県	小児科	柳井 文男
国立病院機構九州医療センター	福岡県	免疫感染症	南 留美
浜の町病院	福岡県	小児科	中山 秀樹
九州大学病院	福岡県	小児科	大賀 正一
入江内科	福岡県	院長/内科	入江 公
村上こどもクリニック	福岡県	院長/小児科	村上 龍夫
国立病院機構九州がんセンター	福岡県	小児科	永利 義久
きしだ小児科医院	福岡県	院長/小児科	岸田 邦雄
産業医科大学病院	福岡県	神経精神科	新開 隆弘
産業医科大学病院	福岡県	小児科	白幡 聡
倉重こどもクリニック	福岡県	小児科	倉重 弘
佐賀県立病院好生館	佐賀県	副館長/内科	宮本 祐一
佐賀県立病院好生館	佐賀県	小児科	稲田 成安
ひよし小児科	佐賀県	院長/小児科	日吉 保彦
渡辺内科医院	佐賀県	院長/内科	渡邊 講一
対馬いづはら病院	長崎県	副院長/小児科	立花 一憲
佐世保市立総合病院	長崎県	内科	池田 柊一
国立病院機構長崎医療センター	長崎県	内科	本多 幸
長崎大学医学部・歯学部附属病院	長崎県	血液内科	塚崎 邦弘
日本赤十字社長崎原爆病院	長崎県	内科	樫田 三郎
十善会病院	長崎県	院長/内科	木原 正高
内田医院	長崎県	理事長/小児科	内田 信三
五島中央病院	長崎県	小児科	尹 忠秀
坂口医院	熊本県	院長	坂口 哲夫
公立玉名中央病院	熊本県	内科	牛島 正人
熊本市民病院	熊本県	小児科	入部 兼繁
熊本中央病院	熊本県	小児科	古瀬 昭夫
冨野内科医院	熊本県	院長/内科	冨野 新八郎

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
熊本赤十字病院	熊本県	小児科	右田 昌宏
国立病院機構熊本医療センター	熊本県	小児科	高木 一孝
熊本大学エイズ学研究センター	熊本県	病態制御分野	松下 修三
荒尾市民病院	熊本県	内科	宮島 真史
高浜内科医院	熊本県	院長/内科	高浜 俊勝
八代総合病院	熊本県	内科	坂口 守
尾上小児科医院	熊本県	小児科	尾上 昭六
熊本労災病院	熊本県	内科	伊藤 清隆
N T T西日本九州病院	熊本県	血液免疫内科	鈴島 仁
とうほ小児科医院	大分県	院長/小児科	東保 裕の介
大分大学医学部附属病院	大分県	輸血部	菊池 博
大分記念病院	大分県	理事長/内科	高田 三千尋
細川内科クリニック	大分県	院長/内科	細川 隆文
大分赤十字病院	大分県	副院長	織部 元廣
大分県立病院	大分県	小児科	糸長 伸能
中津市立中津市民病院	大分県	小児科	坪井 千鶴
大分県済生会日田病院	大分県	内科	岩橋 正人
別府発達医療センター	大分県	小児科	丹生 文
国立病院機構別府医療センター	大分県	内科	加藤 和彦
国立病院機構別府医療センター	大分県	小児科	旭 隆宏
医療法人 松本小児科	大分県	副院長/小児科	松本 重孝
志多内科胃腸科医院	宮崎県	院長/内科	志多 武彦
小林市立市民病院	宮崎県	院長/内科	野本 浩一
小林市立市民病院	宮崎県	小児科	山崎 俊輔
県立薩南病院	鹿児島県	小児科	徳田 浩一
医療法人 浩然会 指宿浩然会病院	鹿児島県	院長/内科	大重 太真男
今給黎総合病院	鹿児島県	神経内科	丸山 芳一
鹿児島市立病院	鹿児島県	小児科	川上 清
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	鹿児島県	神経内科	橋口 照人
鹿児島大学医学部附属病院	鹿児島県	小児科	伊地知 修
済生会 川内病院	鹿児島県	小児科	田中 主美
琉球大学医学部	沖縄県	第二内科	増田 昌人
琉球大学医学部	沖縄県	第一内科	前城 達次
琉球大学医学部附属病院	沖縄県	第一内科	健山 正男
琉球大学医学部附属病院	沖縄県	第一内科	大城 武春
琉球大学医学部	沖縄県	小児科	百名 伸之
沖縄協同病院	沖縄県	院長	与儀 洋和
古波倉医院	沖縄県	院長/内科	古波倉 正照
沖縄県立北部病院	沖縄県	小児科	喜瀬 智郎
西町クリニック	沖縄県	小児内科	真栄田 篤彦
江別市立病院	北海道	循環器科	佐藤 文彦
東京医科大学霞ヶ浦病院	茨城県	感染症科	高橋 一郎
鹿島労災病院	茨城県	名誉院長/内科	佐藤 重明
群馬県立小児医療センター	群馬県	血液腫瘍科	設楽 利二
東邦大学医学部付属佐倉病院	千葉県	小児科	沢井 清
山田医院	千葉県	院長/小児科・内科	山田 善三郎
西東京中央総合病院	東京都	内科	山野辺 武
鶴見大学歯学部	神奈川県	第一口腔外科	石井 宏昭
市立砺波総合病院	富山県	内科	杉本 立甫
公立能登総合病院	石川県	院長/内科	村本 信吾
飯山赤十字病院	長野県	内科	古川 賢一

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
羽島市民病院	岐阜県	副院長/内科	天野 和雄
メデント歯科センター	愛知県	院長/歯科口腔外科	伊藤 正夫
木曾川病院	愛知県	内科	澤田 道夫
国立病院機構三重病院	三重県	副院長/小児科	庵原 俊昭
京都市立病院	京都府	小児科	黒田 啓史
淀川キリスト教病院	大阪府	小児科	玉井 普
くろだ小児科	兵庫県	院長/小児科	黒田 英造
島根大学医学部附属病院	島根県	神経・血液・膠原病内科	石倉 浩人
広島通信病院	広島県	小児科	川野 妙子
国立病院機構嬉野医療センター	佐賀県	小児科	清水 貴士
長崎県済生会病院	長崎県	小児科	伊藤 正宣
特定医療法人児玉病院	大分県	院長/内科	児玉 敏幹
鹿児島徳洲会病院	鹿児島県	小児科	後山 和彦
沖縄県立八重山病院	沖縄県	小児科	尖田 紀夫
三重県立看護大学	三重県	内科	村嶋 正幸
新潟県立加茂病院	新潟県	内科	高橋 芳右
林こどもクリニック	神奈川県	小児科	林 秀樹
のだ小児科医院	宮崎県	小児科	野田 隆
みどりこどもクリニック	埼玉県	院長/小児科	斉藤 みどり
樋口内科医院	兵庫県	内科	樋口 光宏
健生会土庫こども診療所	奈良県	所長/小児科	石丸 敏博
桑原医院	佐賀県	内・小児科	桑原 武文
神戸協同病院	兵庫県	内科	西郷 勝康
京都桂病院	京都府	一般内科	金地 研二
ぐしこどもクリニック	沖縄県	院長	具志 一男
ふじかわクリニック	山口県	内科	藤川 佳範

以上の他、243名の御協力により本調査は行われました。

血液凝固異常症全国調査
運営委員会名簿



血液凝固異常症全国調査運営委員会

大 平 勝 美 (はばたき福祉事業団理事長)

白 幡 聡 (産業医科大学小児科教授)

瀧 正 志 (聖マリアンナ医科大学小児科助教授)

立 浪 忍 (聖マリアンナ医科大学医学統計学講師)

仁 科 豊 (仁科法律事務所 弁護士)

花 井 十 伍 (大阪 HIV 訴訟原告団代表)

三問屋 純 一 (静岡県立こども病院第一診療部長)

(五十音順)

血液凝固異常症全国調査 平成16年度報告書

発行日 平成17年3月31日

発行 (財)エイズ予防財団

〒105-0001

東京都港区虎ノ門1丁目23番11号

電話 03 (3592) 1181

FAX 03 (3592) 1182

