

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成17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17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17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に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、HIV非感染の症例においても今後の死亡数の増加が懸念されます。

その一方で、本調査ではインターフェロン治療により肝炎の症状が治癒したという報告も累積されています。今後、インターフェロンの治療が普及することにより、治癒症例が増加することを期待しております。

このような背景から、今年度調査においてもC型肝炎ウイルス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。この調査が、肝炎のPeg-インターフェロンおよびリ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、少しでも貢献でき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ます。次第であります。

平成18年3月31日

血液凝固異常症全国調査運営委員会委員長 瀧 正志

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17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	11
(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	11
②HIV感染生存症例数	11
③新規のAIDS発症例	12
④AIDS発症生存例数	12
⑤HIV感染例の死亡報告	12
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	13
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	15
⑨血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況	19
⑩リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	19
⑪血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況	20
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	20
(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	22
(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	24
(6) 血液凝固異常症における肝疾患の治療状況	25
①インターフェロンによる治療状況	25
②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	26
③肝移植の報告数	27
IV. 結語	27
V. 謝辞	28
調査通知文書	29
同意取得関係書類	33
医療調査票	37
調査協力施設一覧	47
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	59

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年度に事業化されてから5年が経過した。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17年度の調査を遂行するに当たっては、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たことを踏まえ、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。収集された情報は連結可能匿名化データとして慎重に取扱った。

II. 調査方法

(1) 対象と方法

平成17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16年度までの血液凝固異常症全国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。

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、1,384施設(1,499担当部所)に調査用紙を送付し、平成17年5月31日時点における状況を報告して頂くよう依頼した。調査用紙は平成17年7月29日に発送した。

調査票に記入して頂く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16年度までの調査用紙を改訂して用いた。昨年度の調査に引き続き、とくにC型肝炎ウイルス（HCV）の状況に関する項目を検討し、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により構成した。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17年度の調査票はpp. 37～40に添付した。

(3) 同意取得に関する書類

平成17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. 33～36に添付した。

なお、平成16年度末より同意説明書および同意書の見本を（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備した（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17年度の記載内容の誤記入や不備などを可能なかぎり修正した。また、一部の不明例については記載して頂いた内容を、郵便によって記載者本人に再確認して頂く作業も行った。

以上の調査用紙の回収と、記載内容の点検作業は聖マリアンナ医科大学小児科において行い、データの集計および解析は、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17年7月29日に、1,384施設（1,499担当部所）に送付した。この内、回答を頂いたのは728施設（827担当部所）で、施設数としての回収率は53%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）2,845枚を収集し、重複報告を削除した結果2,586症例となった。平成16年6月1日から平成17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16枚が回収され、重複報告はなかった。

HIV感染例に関しては、生存症例調査票（様式1）659枚が回収され、重複報告数を削除すると586症例となった。死亡症例調査票（様式2）13枚が回収され、重複報告数を削除すると11例となった。以上に加え、昨年度の調査対象期間における死亡例の報告が3例あった。

同意の取得状況は、調査票全体の約46%において同意を得たことが報告されていたが、一方、54%においては同意に関しては未確認か不明であった。

(2) HIV非感染の血液凝固異常症

①平成17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16年6月1日から平成17年5月31日までの死亡報告による減少を総合すると、平成17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5,286例（血友病A3,415例・血友病B697例・VWD798例・類縁疾患376例）となった。昨年度の報告と比べ、208例（男性167例、女性41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17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	3415	697	798	376	5286
(男性)	3391	691	360	209	4651
(女性)	24	6	438	167	635
HIV感染生存	636	194	7	4	841
(男性)	636	194	2	1	833
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4051	891	805	380	6127
(男性)	4027	885	362	210	5484
(女性)	24	6	443	170	643
AIDS発症(生存)	125	44	2	0	171
(男性)	125	44	0	0	169
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	450	131	1	8	590
(男性)	448	129	1	6	584
(女性)	2	2	0	2	6
HIV感染総数(生存および累積死亡)	1086	325	8	12	1431
(男性)	1084	323	3	7	1417
(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ものも含む

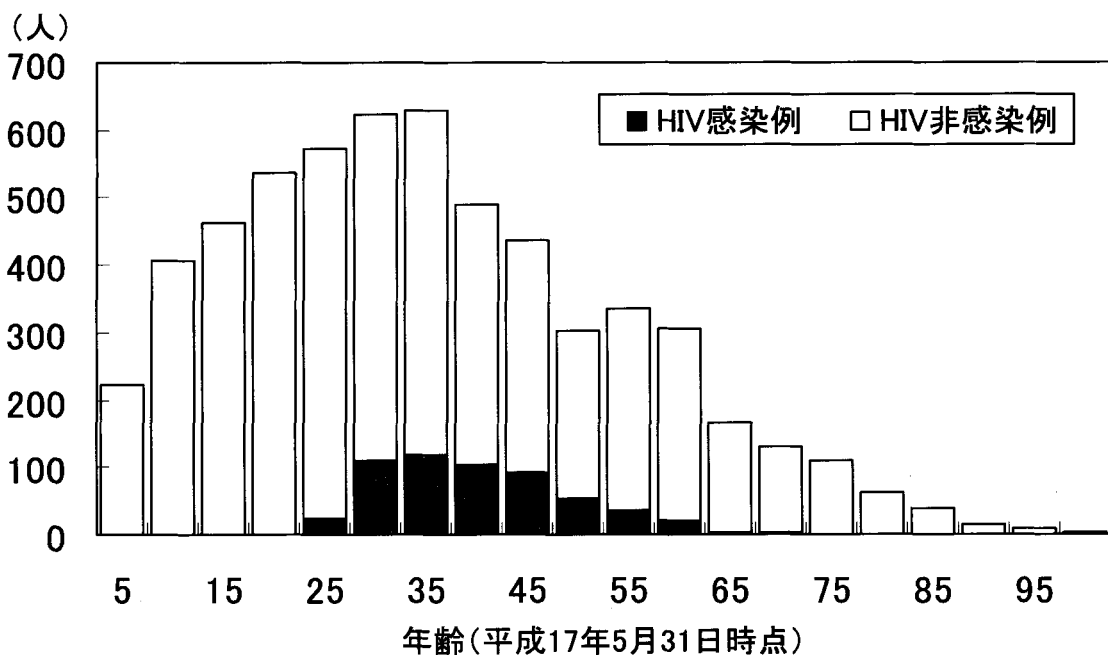


図1. 平成17年5月31日時点の血液凝固異常症生存例の年齢分布

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	150	34	24	11	219
(男性)	148	33	10	6	197
(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	185	41	24	11	261
(男性)	183	40	10	6	239
(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	276	64	30	22	392
(男性)	275	63	17	16	371
(女性)	1	1	13	6	21
HIV感染生存	62	9	2	0	73
(男性)	62	9	1	0	72
(女性)	0	0	1	0	1
HIV非感染・感染生存合計	338	73	32	22	465
(男性)	337	72	18	16	443
(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)	48	10	0	3	61
(男性)	48	10	0	3	61
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	110	19	2	3	134
(男性)	110	19	1	3	133
(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	1173	232	347	177	1929
(男性)	1164	232	161	98	1655
(女性)	9	0	186	79	274
HIV感染生存	248	78	2	2	330
(男性)	248	78	0	1	327
(女性)	0	0	2	1	3
HIV非感染・感染生存合計	1421	310	349	179	2259
(男性)	1412	310	161	99	1982
(女性)	9	0	188	80	277
AIDS発症(生存)	62	20	2	0	84
(男性)	62	20	0	0	82
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	174	44	1	2	221
(男性)	173	44	1	2	220
(女性)	1	0	0	0	1
HIV感染総数(生存および累積死亡)	422	122	3	4	551
(男性)	421	122	1	3	547
(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	72	15	4	3	94
(男性)	71	15	1	2	89
(女性)	1	0	3	1	5
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	80	22	4	3	109
(男性)	79	22	1	2	104
(女性)	1	0	3	1	5
AIDS発症(生存)	1	1	0	0	2
(男性)	1	1	0	0	2
(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	450	103	75	26	654
(男性)	448	103	39	10	600
(女性)	2	0	36	16	54
HIV感染生存	55	20	1	0	76
(男性)	55	20	1	0	76
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	505	123	76	26	730
(男性)	503	123	40	10	676
(女性)	2	0	36	16	54
AIDS発症(生存)	5	4	0	0	9
(男性)	5	4	0	0	9
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	34	21	0	0	55
(男性)	34	21	0	0	55
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	89	41	1	0	131
(男性)	89	41	1	0	131
(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	618	126	186	76	1006
(男性)	616	124	81	41	862
(女性)	2	2	105	35	144
HIV感染生存	88	34	0	1	123
(男性)	88	34	0	0	122
(女性)	0	0	0	1	1
HIV非感染・感染生存合計	706	160	186	77	1129
(男性)	704	158	81	41	984
(女性)	2	2	105	36	145
AIDS発症(生存)	13	5	0	0	18
(男性)	13	5	0	0	18
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	56	17	0	0	73
(男性)	56	17	0	0	73
(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	194	32	32	22	280
(男性)	194	31	14	12	251
(女性)	0	1	18	10	29
HIV感染生存	32	10	0	0	42
(男性)	32	10	0	0	42
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	226	42	32	22	322
(男性)	226	41	14	12	293
(女性)	0	1	18	10	29
AIDS発症(生存)	10	3	0	0	13
(男性)	10	3	0	0	13
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	20	8	0	0	28
(男性)	20	8	0	0	28
(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	120	15	39	5	179
(男性)	117	15	16	2	150
(女性)	3	0	23	3	29
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	129	19	39	6	193
(男性)	126	19	16	2	163
(女性)	3	0	23	4	30
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	362	76	61	34	533
(男性)	358	75	21	22	476
(女性)	4	1	40	12	57
HIV感染生存	99	25	2	0	126
(男性)	99	25	0	0	124
(女性)	0	0	2	0	2
HIV非感染・感染生存合計	461	101	63	34	659
(男性)	457	100	21	22	600
(女性)	4	1	42	12	59
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)	73	18	0	1	92
(男性)	73	17	0	0	90
(女性)	0	1	0	1	2
HIV感染総数(生存および累積死亡)	172	43	2	1	218
(男性)	172	42	0	0	214
(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380例(男210例、女170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。

表11. 生存中の類縁疾患症例の疾患別分類

病名	男性	女性	合計
先天性フィブリノゲン欠乏・低下／異常症	23	31	54
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	24	19(2)	43(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	14(1)	7	21(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	26	24	50
先天性第V因子・第VIII因子欠乏症	3	3	6
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	19	19	38
先天性プロテインC欠乏・低下／異常症	15	8	23
先天性プロテインS欠乏・低下／異常症	8	5	13
先天性 α 2-PI欠乏・低下／異常症	0	3	3
後天性血友病A	22	17	39
後天性血友病B	1	0	1
後天性VWD	5	0	5
その他	12	12	24

カッコ内はHIV感染症例数(内数)

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54例（男23例、女31例）で、先天性第XIII因子欠乏・低下/異常症50例（男26例、女24例）、先天性第VII因子欠乏・低下/異常症43例（男24例、女19例）がこれに次いだ。

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17年度の調査で報告されたインヒビターの有無を、平成15および16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17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6%）、血友病Bにおいて3%（不明例を除く割合は4%）であった。以上の値は3年間を通じてほぼ同様であった。

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。

血友病Aについてはインヒビターの有無と年齢についてまとまった報告数が得られ（表13）、インヒビターを有する割合は9歳以下の年齢群で13%と最も高く、その後10～19歳、20～39歳の群において徐々に減少した後、40歳以後の年齢群で再び高くなっていく傾向が見られた。

表12. 血友病におけるインヒビターの有無

			平成15年度	平成16年度	平成17年度
インヒビターあり	血友病A	HIV非感染	111	101	94
		HIV感染	13	12	9
		(小計)	124(5%)	113(5%)	103(5%)
	血友病B	HIV非感染	13	11	12
		HIV感染	4	3	3
		(小計)	17(3%)	14(3%)	15(3%)
インヒビターなし	血友病A	HIV非感染	1539	1284	1308
		HIV感染	354	281	278
		(小計)	1893(74%)	1565(72%)	1586(75%)
	血友病B	HIV非感染	305	255	247
		HIV感染	110	75	76
		(小計)	415(76%)	330(71%)	323(75%)
インヒビター不明	血友病A	HIV非感染	365	388	342
		HIV感染	168	99	94
		(小計)	533(21%)	487(22%)	436(21%)
	血友病B	HIV非感染	81	89	64
		HIV感染	37	33	28
		(小計)	118(21%)	122(26%)	92(21%)

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	311	32	220	59	13%
10～19	345	16	267	62	6%
20～39	880	23	687	170	3%
40～59	467	22	328	117	6%
60～	122	10	84	28	11%

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	64	3	46	15	6%
10～19	88	6	71	11	8%
20～39	164	6	122	36	5%
40～59	84	0	62	22	0%
60～	30	0	22	8	0%

平成17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83例（血友病A74例、B9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においても平成15および16年度の結果を併記した。また、平成17年度調査に報告されたHIV感染例11例（血友病A8例、B3例）についても、図2および3に同時に示した。

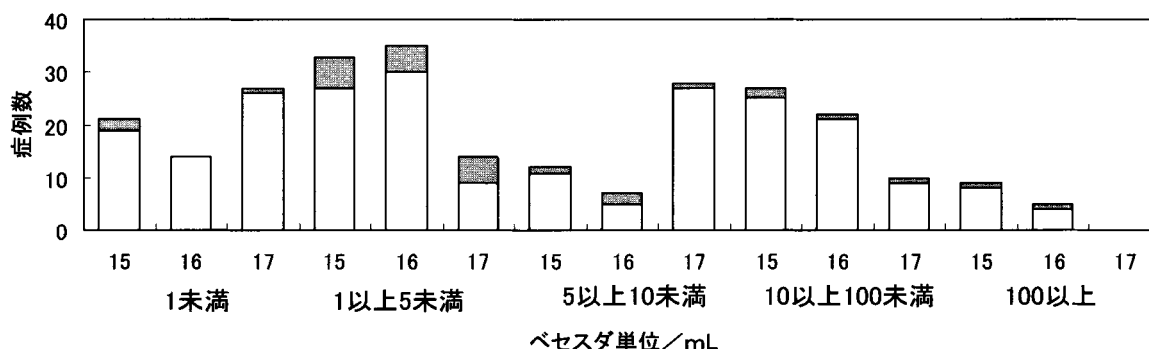


図2. 血友病Aにおけるインヒビター濃度の分布（□ HIV非感染例、■ HIV感染例；15、16および17はそれぞれ平成15、16および17年度調査結果）

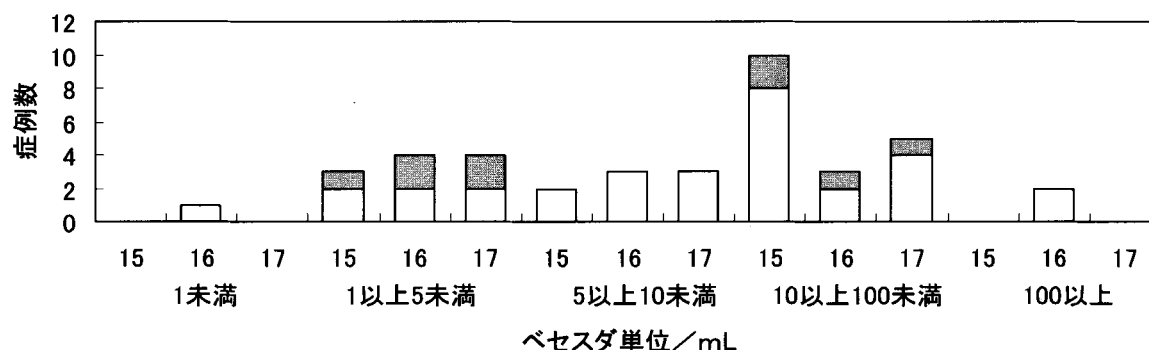


図3. 血友病Bにおけるインヒビター濃度の分布（□ HIV非感染例、■ HIV感染例；15、16および17はそれぞれ平成15、16および17年度調査結果）

④HIV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16年6月1日から平成17年5月31日までに死亡した血液凝固異常症患者は16人であった。疾患別の内訳は、血友病Aが11例（重症型が5例、中等症が3例、軽症型が3例）、血友病Bの重症型が1例、VWDが2例、類縁疾患が2例であった。男女別では、血友病AおよびBの12例と類縁疾患の1例、合計13例が男性で、他3例（VWD2例と類縁疾患1例）が女性であった。

死因は肝疾患が3例（肝硬変/肝癌/肝不全）、出血が7例（頭蓋内出血4例、消化管出血2例、胸腔内出血1例）、その他が6例であった。その他の内訳は肝癌を除く悪性腫瘍2例、肺炎3例、および心不全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2例であった。

以上の平成17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、平成12年以後、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（グレー部分）と、それ以外の例とを分別して表示した。

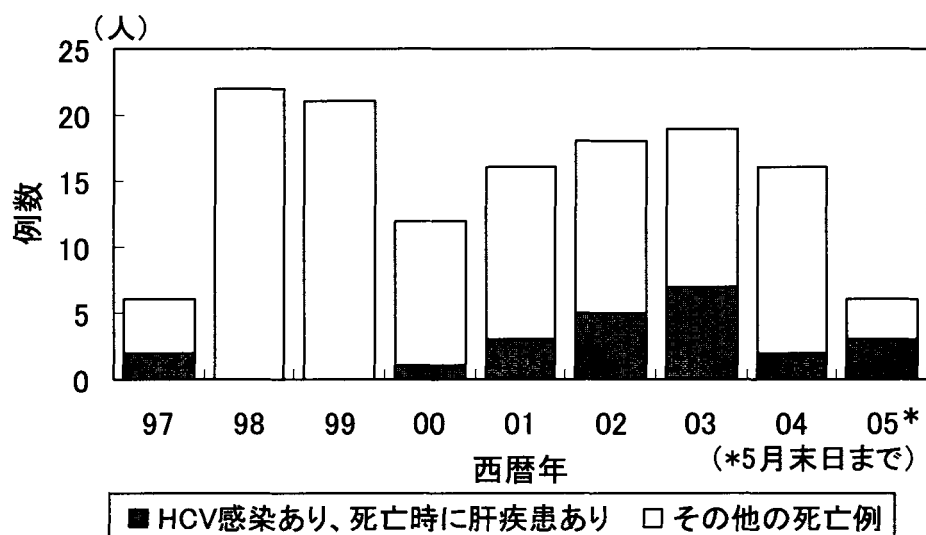


図4. HIV非感染血液凝固異常症における年次死亡報告数

(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

平成17年度調査においては、これまで登録されていなかったHIV感染血液凝固異常症例が4例報告され、また、これまで連続して報告されていた1例について、その疾患名を血友病Aから血友病Bに修正する報告があった。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1,431例（男性1,417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A1,086例、血友病B325例、VWD8例、類縁疾患12例である。

②HIV感染生存症例数

平成17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841例で、その内訳は血友病A636例、血友病B194例、VWD7例、類縁疾患4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4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例である。

③新規のAIDS発症例

平成16年6月1日から平成17年5月31日までに新たにAIDSを発症した患者は、血友病A1例、血友病B2例、および類縁疾患1例の合計4例で、類縁疾患の1例は平成17年度調査期間中の死亡例であった。罹患したAIDS指標疾患は、カンジダ(1例)、非ホジキンリンパ腫(2例)および活動性結核(1例)が報告されていた。

④AIDS発症生存例数

平成17年度調査期間のAIDS発症例は4例であるが、当該期間以前の過去の時点で、既にAIDSを発症していたとする修正報告が3例あった。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171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6例(表15)となっている。

⑤HIV感染例の死亡報告

平成16年6月1日から平成17年5月31日までの死亡報告数は11例で、血友病Aが8例、血友病Bが2例、類縁疾患1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1例(類縁疾患)で、AIDS指標疾患は非ホジキンリンパ腫が報告されていた。残りの10例についての死因としては、8例について「肝疾患」、2例が「その他」であった。

死因として「肝疾患」が選択されていた8例における肝疾患の内訳は、肝癌1例、肝癌・肝不全2例、肝不全2例、肝移植後の症例が3例であった。肝癌あるいは肝不全が報告された5例の内、肝癌の1例においては、過去にインターフェロン単独療法を行った報告があったが、他の4例についてはインターフェロンによる治療は行われていなかった。肝移植を行った3例では、2例についてインターフェロン単独療法、1例にインターフェロン・リバビリン併用療法が行われていた。

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17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17年度調査において様式1として17例の調査票が回収された。さらに、今年度調査期間の以前に死亡していた2次感染症例の報告があった。その結果、2次・3次感染の登録総数はこれまでの報告と変化なく41例であるが、累積の死亡数は14例となった。

なお、生存中の2次・3次感染27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23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17年5月31日現在)

		HIV感染後天性凝固異常症	2次・3次感染				小計	計
			2次感染	3次感染	その他	不明		
生存		5	23	3	0	1	27	32
	男性	2	0	2	0	1	3	5
	女性	3	23	1	0	0	24	27
生存症例中のAIDS発症数*		2	2	1	0	0	3	5
	男性	1	0	1	0	0	1	2
	女性	1	2	0	0	0	2	3
死亡(累積)		2	12	1	1	0	14	16
	男性	1	0	1	0	0	1	2
	女性	1	12	0	1	0	13	14
総数(生存および累積死亡)		7	35	4	1	1	41	48
	男性	3	0	3	0	1	4	7
	女性	4	35	1	1	0	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17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死亡総数は、590例となった。その内訳は、血友病A450例、血友病B131例、VWD1例、類縁疾患8例である（表1）。これに加え、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14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、表16、17および図5に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を生ずる。そこで、年次死亡数の引用が明確に行えるように、表16に1月1日を始期とする年次区分、表17に6月1日を始期とする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、平成15年以後の期間に関しては、平成15年の死亡数が最大であった。平成16年の集計は10例、平成17年については5月末日までの集計で8例の死亡が報告された。このように、年次死亡数は平成10年以後1、2年おきの増減を繰り返している。

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	6	2	0	1	0	1	10
17*	6	2	0	0	0	0	8

*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	14	3	0	0	0	1	18
16.6.1～17.5.31	8	2	0	1	0	0	11

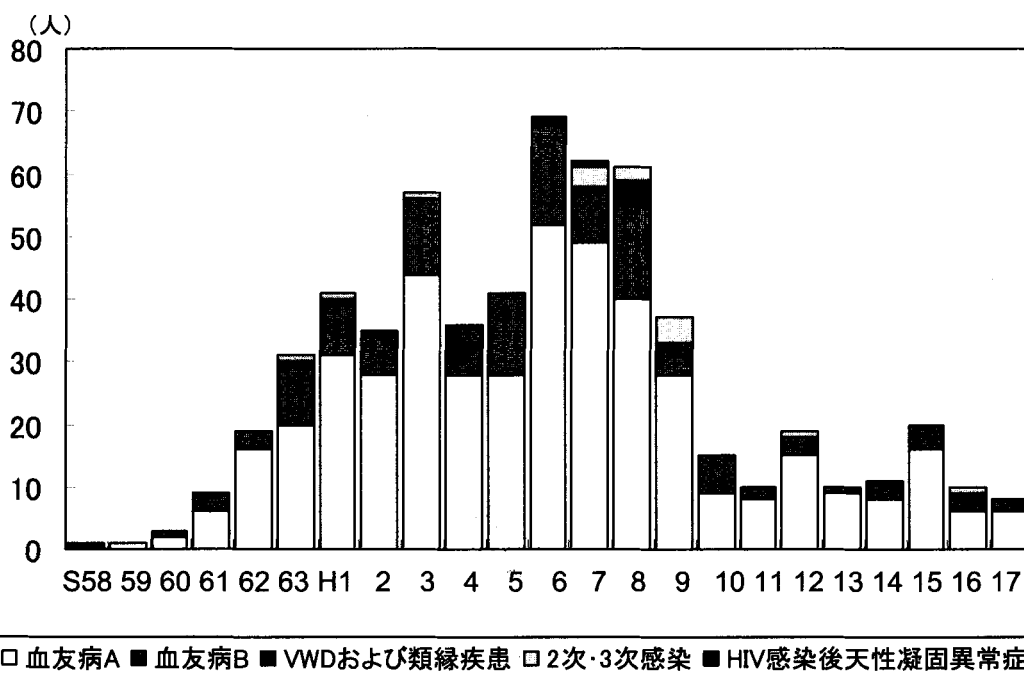


図5. HIV感染例（血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症、2次・3次感染）における年間死亡数の変化（平成16年5月31日まで）—1月1日を始期とする暦年による集計

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590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396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。その後、平成15年は3例、平成16年は1例で、平成17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590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139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。

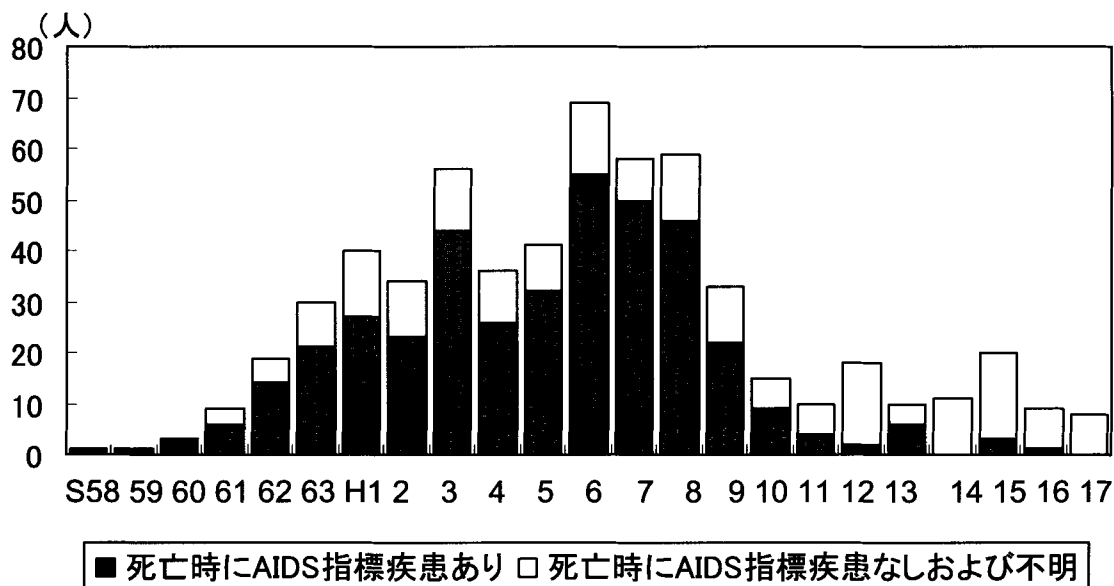


図6. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時のAIDS指標疾患の有無
 (平成17年5月31日まで)
 — 1月1日を始とする暦年による集計—

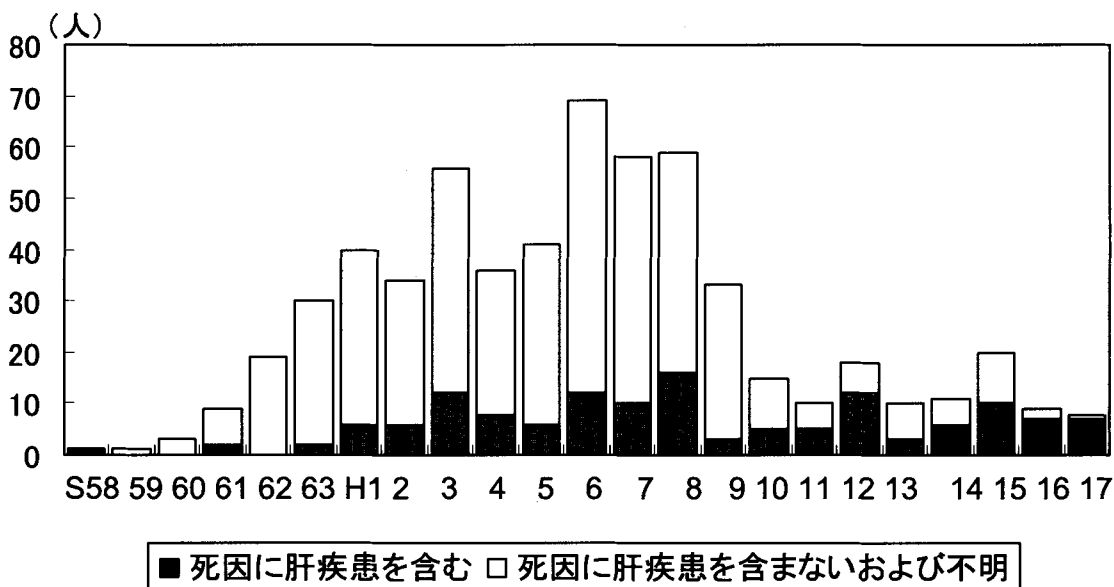


図7. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死因中の肝疾患の有無
 (平成17年5月31日まで)
 — 1月1日を始期とする暦年による集計—

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	1	8	9
17*	0	8	8

*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死亡時の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	15	17
16.6.1～17.5.31	1	10	11

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	7	2	9
17*	7	1	8

*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死亡時の肝指標疾患の有無
— 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	11	6	17
16.6.1～17.5.31	8	3	11

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(267例 (AZT/3TCを含めると278例))で、次にd4T(106例)、EFV (104例)、TDF97例、AZT(95例 (AZT/3TCを含めると106例))、NFV(82例)の順であった。

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29例、d4T+3TC+EFV が22例、3TC+EFV+TDFが21例、3TC+RTV+TDF+ATVが18例、AZT+3TC+NFVが17例 (AZT/3TC+NFVを含めると18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17年度調査に報告があった566例の血液凝固異常症の内、41例において抗HIV薬は「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16年6月1日～平成17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	29	
d4T+3TC+EFV	22	
3TC+EFV+TDF	21	
3TC+RTV+TDF+ATV	18	
AZT+3TC+NFV	17	18
NFV+AZT/3TC	1	
3TC+LPV/RTV+TDF	15	
AZT+3TC+EFV	14	15
EFV+AZT/3TC	1	
AZT+3TC	13	15
AZT/3TC	2	
d4T+3TC+LPV/RTV	10	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17年度調査の生存症例において529例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症:509例、HIV感染後天性血液凝固異常症:3例、2次・3次感染:17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、31.8%であった。平成14年度以後の集計値を比較すると、リポジストロフィーが認められる割合は、4年間で上昇している傾向が認められた(p<0.01)。

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	168	361	31.8%

乳酸アシドーシスの有無については525例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症:505例、HIV感染後天性血液凝固異常症:3例、2次・3次感染:17例)。乳酸アシドーシスが認められる割合は、表24に示すように2.5%であった。乳酸アシドーシスの有無については平成15年度に調査を開始したので今回が3度目の調査である。各年度の発症率はそれぞれ2.0%、1.3%および2.5%で、この3年間では今回の発症率が最も高い値であった。ただし、統計学的な有意差は認められなかった。

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	13	512	2.5%

①血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況

平成16年6月1日から平成17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)と、カリニ肺炎3例(生存3例)であった。これら以外には進行性多巣性白質脳症(生存1例)、非ホジキンリンパ腫(生存1例、死亡1例)、活動性結核(生存1例)、が報告されていた。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17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

	97年度		98年度		99年度		00年度		01年度		02年度		03年度		04年度		05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	生存例	死亡例
AIDS指標疾患	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	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	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	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	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	0	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	0	0
カポジ肉腫	0	1	0	0	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	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	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	0	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	3	0
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	1	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	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	0	0
コクシジオイデス症	0	0	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	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	0	0
イソスポラ症	1	0	0	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	1	1
活動性結核	2	0	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	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	0	0
HIV菌血症	3	14	2	2	2	2	4	1	4	0	2	1	3	0	1	0	0	0
反復性肺炎	11	3	5	1	4	1	2	0	0	1	0	0	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	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

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8に示す。平成17年度調査に報告があった524例における平均値、中央値および標準偏差は、それぞれ444.0、405.0、および249.9(μL)であった。

RNAコピー数(Kcopies/mL)の分布は図9の通りで、測定感度未満が314例、測定感度~999が87例、1,000~4,999が36例、5,000~9,999が13例、10,000~49,999が52例、50,000以上が23例であった。

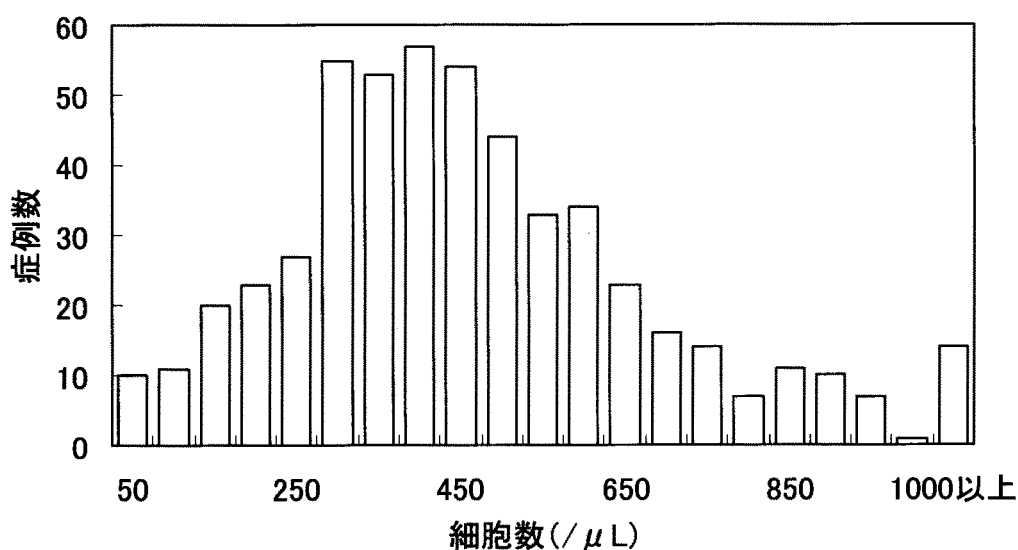
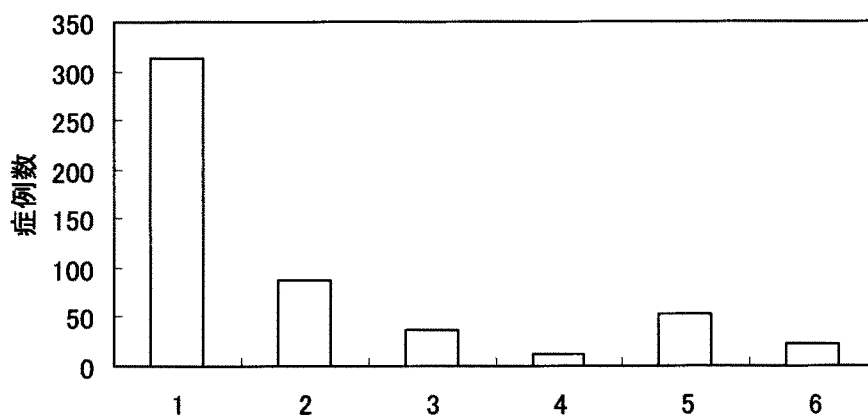


図8. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性細胞数の分布



(横軸1～6の説明: 1, 測定感度未満; 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9. 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17年までのCD4陽性リンパ球数の経時的変化(平均値±1SD)を図10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±269/μLで、前年度に比し、有意に高い値(p<0.05)であった。平成17年度の平均値は444±250/μLとなり、前年度に比して低い数値であったが、統計学的な有意差は見られていない。

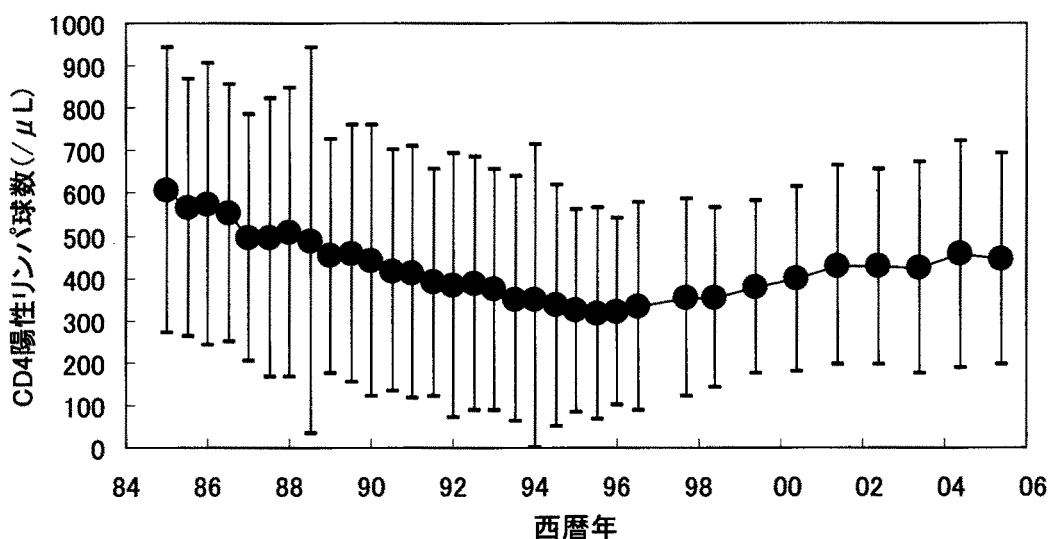
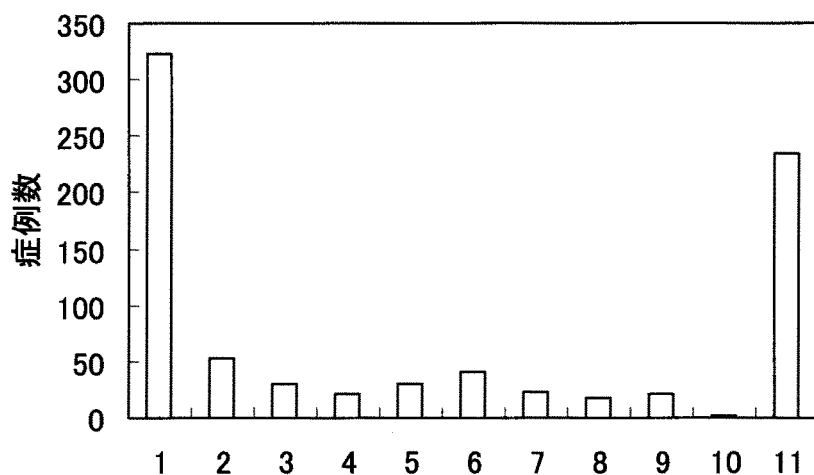


図10. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の推移

(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

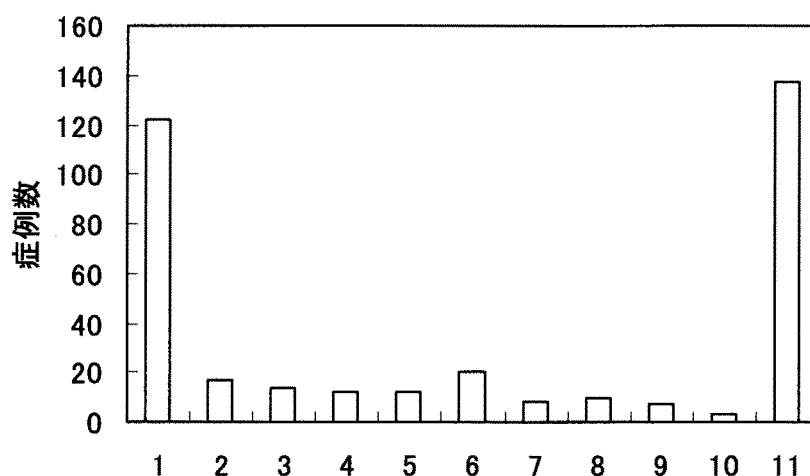
生存中のHCV感染症例における現在のHCVウイルス量については、HIV非感染の血液凝固異常症について797例、HIV感染血液凝固異常症例について362例の報告があった。平成17年度の報告値の分布状態を図11および図12に示した。

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, 測定感度未満; 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, ≥ 850 Kcopies/mL)

図11. 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, 測定感度未満; 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, ≥ 850 Kcopies/mL)

図12. HIV感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布

図11および12におけるHCVウイルス量をHIV感染の有無で比較すると、測定感度未満に含まれる例数の割合はHIV非感染例で40.5% (95%CI: 37.1~44.1%)、HIV感染例で33.7% (95%CI: 28.9~38.8%) であり、両者間には統計学的な有意差 ($p < 0.05$) がみられた。

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

HIV非感染例および感染例ともに1bと1aが多く (HIV非感染例およびHIV感染例ともに1b、1aの順)、次いでHIV非感染例では2a、HIV感染例では3a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。

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	82 (24%)	108 (31%)	47 (14%)	41 (12%)
HIV感染あり	56 (23%)	60 (25%)	23 (10%)	17 (7%)

V (3a)	VI (3b)	mixed	合計
28 (8%)	1 (0%)	37 (11%)	344
53 (22%)	0 (0%)	31 (13%)	240

HCVのgenotypeが報告されず、serotypeについてのみ報告がある症例についての集計結果を表27に示した。表28のHIV非感染例においてはserotypeの1群の割合が高かった。なお多くのHIV感染例においては、HCVサブタイプについてgenotypeおよびserotypeの双方が報告されているので、表27には合計8例 (serotype 1: 2例, serotype 2: 1例, 群別不能: 5例) のみをまとめた。

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
(HCVのgenotypeが不明なもの)

Serotype	1群	2群	群別不能	合計
HIV感染なし	169 (66%)	31 (12%)	58 (22%)	258
HIV感染あり	2 (25%)	1 (13%)	5 (63%)	8

(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17年5月31日現在で生存中のHCV感染例について、今年度の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17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46例、肝不全2例、肝癌38例となり、HCV感染があり肝疾患の状況が報告されている症例全体（平成17年度調査時点で1977例）の4.4%であった。

HIV感染血液凝固異常症では肝硬変41例、肝不全2例、肝癌6例で、HCV感染があり肝疾患の状況が報告されている症例全体（平成17年度調査時点で747例）の6.6%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感染があり、肝疾患の病期が報告されているもの)

	肝炎なし	急性肝炎	慢性肝炎	肝硬変	肝癌	肝不全
血友病A	312	5	1031	33	29	2
血友病B	52	0	183	10	8	0
VWD	37	0	73	1	1	0
類縁疾患	13	1	40	2	0	0
計	414	6	1327	46	38	2

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
65	52	1	1530
13	4	0	270
4	3	0	119
1	1	0	58
83	60	1	1977

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感染があり、肝疾患の病期が報告されているもの)

	肝炎なし	急性肝炎	慢性肝炎	肝硬変	肝癌	肝不全
血友病A	52	2	434	31	3	2
血友病B	23	1	122	10	3	0
VWD	1	0	3	0	0	0
類縁疾患	3	0	1	0	0	0
計	79	3	560	41	6	2

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
26	11	3	564
9	5	2	175
0	0	0	4
0	0	0	4
35	16	5	747

(6) 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17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16年6月1日～平成17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。

HIV非感染例については89例、HIV感染例については65例の報告があった。以上の合計154例について報告されていた治療方法と、その治療効果を表30に示した（治療効果については調査票の効果番号で表示）。

治療方法についてはPeg-IFNとリバビリンの併用療法が最も多く66例（HIV非感染33例、HIV感染33例）、これについてPeg-IFN単独療法が43例（HIV非感染24例、HIV感染19例）となっていた。従来型のIFNによる治療については、リバビリンとの併用療法が25例（HIV非感染17例、HIV感染8例）、単独療法が20例（HIV非感染15例、HIV感染5例）で、Peg-IFNが選択されることが多くなってきている傾向であった。

治療効果については、半数近くの73例（HIV非感染37例、HIV感染36例）について「投与中」と報告されており、また、8例（HIV非感染5例、HIV感染3例）について「中止」、8例（HIV非感染6例、HIV感染2例）については「不明」が選択されていた。したがって、効果が判定できない報告が合計89例であった。残りの65例を用いて、治療効果をHIV感染の有無で比較した結果を表31および32に示した。

表31および32では治療法方が4通りとなり、それぞれの治療法における例数が十分でないため、HIV感染の有無により治療効果に統計学的な有意差が見られるものはなかった。

全体として集計すると、治療により肝機能の正常化を見たものは52%（HIV非感染56%、HIV感染46%）、ウイルスの消失かつ肝機能の正常化を見たものは46%（HIV非感染49%、HIV感染42%）であった。

表30. 血液凝固異常症によるインターフェロンの治療状況
(平成16年6月1日～平成17年5月31日)

治療効果番号	HIV非感染例					HIV感染例				
	治療方法					治療方法				
	IFN単独	IFN+リバビリン	Peg-IFN	Peg-IFN+リバビリン	小計	IFN単独	IFN+リバビリン	Peg-IFN	Peg-IFN+リバビリン	小計
1	2	5	6	7	20	2	3	3	2	10
2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1
3	2	2	5	1	10	0	1	5	0	6
4	0	0	1	2	3	0	0	3	0	3
5	2	1	1	1	5	0	0	1	0	1
6	0	1	0	1	2	0	0	0	3	3
7	5	2	10	20	37	2	3	6	25	36
8	1	4	0	1	6	0	1	0	1	2
9	3	1	1	0	5	1	0	1	1	3
小計	15	17	24	33	89	5	8	19	33	65

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

表31. 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	2	2	4
効果なし	4	0	4

(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	7	3	10
効果なし	3	1	4

(3)Peg-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	6	3	9
効果なし	7	9	16

(4)Peg-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	8	3	11
効果なし	4	3	7

表32. 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	2	2	4
効果なし	4	0	4

(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	5	3	8
効果なし	5	1	6

(3)Peg-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	6	3	9
効果なし	7	9	16

(4)Peg-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	7	2	9
効果なし	5	4	9

②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例

平成17年度調査では、肝炎の症状の選択肢として、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調査した。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これまでの累積で118例（HIV非感染例83例、HIV感染例35例）、自然治癒の報告は累積で76例（HIV非感染例60例、HIV感染例16例）となった。

③肝移植の報告数

HCV感染に伴う肝疾患の治療の最終選択肢として、本邦では近親者をドナーとする生体肝移植が行われるようになってきた。そこで、平成17年度の調査ではこれに関する項目を設けて調査を行った。

肝移植を行った後の生存症例としては、これまでにHIV非感染の症例が1例（血友病A）、HIV感染例が5例（血友病A3例、血友病B2例）報告されている。なお、平成16年度までの調査に肝移植の実施が報告されたHIV感染凝固異常症3例については、1例（血友病B）に死亡報告があったが、2例（血友病Aおよび血友病B各1例）については今年度調査への報告はなかった。この2例は生存例として扱い、表29の「肝移植」欄にはこれら2例を含め、合計5例を集計した。

平成17年度の調査の一環として、凝固異常症の治療を行っている施設に限らず、日本において生体肝移植を実施している施設からの情報を得るための準備として、生体肝移植の実績が多い18施設を対処に簡単な質問表を発送した。

13施設から返信があり、その中の2施設においては凝固異常症の症例を対象とした生体肝移植が行われていた。今後、このような調査を拡張していく必要がある。

IV. 結語

昨年度までに引き続き、HCVの感染が原因と考えられる重篤な肝疾患の報告が増加している。これに対応して、インターフェロンによる治療も徐々に一般化し、HIV感染凝固異常症において平成13年度からの報告を累積すると、治療したことがあるという報告のあるものは246例（内10例は既に死亡）であった。平成17年5月31日時点で生存中のHIV感染凝固異常症は841例（表1）と集計されているので、HIV感染がある症例においては、治療経験のある生存症例の割合は28%となる。この数値からみても、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がたい。HCV感染に対する治療がより積極的に行われ、この割合が上昇していくことが必要であろう。

しかしながら、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118例（HIV非感染の血液凝固異常症で83例、HIV感染血液凝固異常症で35例）報告されている（表28および表29）。今後、とくにPeg-インターフェロンとリバビリンを用いた治療が普及することにより、症状が治癒した症例が増加していくことを期待したい。

なお、治療によってHCV-RNAの消失と肝機能の正常化を見た症例の一部については、現在の肝疾患の病期が慢性肝炎と報告される傾向があるので、確かな治療効果が認められている症例数は、実際には118例よりも多いものと考えられる。今後の調査においては、このような状況が更に正確に把握できるよう、調査項目の設定や配置に改善を行っていききたい。

今年度の調査期間内に行われた治療における成績をHIV感染の有無によらずに総合すると（表32）、従来型の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57%、Peg-インターフェロンとリバビリンの併用療法においては50%であった。現在のところ、従来型のインターフェロンとPeg-インターフェロンがともに治療に使われるため、治療方法の分類群数が前年度までの2倍となっている。そのため、HIV感染の有無や治療方法の違いによる効果の比較のために必要な症例数が、単年度では十分に収集できない状況となっている。今後の調査の継続により、治療効果についての解析が可能となるように検討して行きたい。

HIV感染症例においては、新たなエイズ指標疾患の発症は少数例で、かつ、死亡時にエイズ指標疾患を有する例も少なくなっている。さらに、今年度のCD4陽性細胞数の平均値は444/?L、HIVのRNAコピー数は測定感度未満が約60%と、HIVに関しては比較的良好な状態が保たれている。しかし、リポジストロフィーが認められる割合については、この4年間で明らかに上昇している傾向が認められ、また、乳酸アシドーシスが認められる割合が2.5%に達している。このように、HCVによる肝疾患のみならず、抗HIV薬の長期服薬によってもたらされる代謝異常についても、注意と対策が必要な状況となってきている。この点に関しても、慎重な調査を継続していききたい。

V. 謝辞

平成17年度の調査では、平成16年度調査に引き続いて同意の取得をお願いし、調査にご協力頂いている皆様に、甚大な御負担を強いる結果となったことを深謝致します。また、平成17年度にお送り頂いたデータを、これまでのデータと推定的に連結する作業に膨大な時間がかかり、調査項目の一部について十分な解析ができなかったことをお詫び申し上げます。

平成17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17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下さるようお願い申し上げます次第であります。

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

盛夏の候、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。

さて、平成13年度から財団法人エイズ予防財団に委託し、実施しております「血液凝固異常症全国調査」事業につきましては、皆様方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、従来同様、本調査を財団法人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。

また本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助教授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、当該事業における調査内容につきましては、本年4月に施行された「個人情報の保護に関する法律」に規定する「個人情報」には該当しないと考えますが、法の趣旨を踏まえ、患者の皆様から「同意書」を取得していただくようお願いしており、同意書の取得にご協力いただくとともに当該情報の適切な管理を図っていただくよう併せてお願い申し上げます。

敬具

平成17年7月吉日

厚生労働省健康局疾病対策課

調査票のご記載にあたって

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。

以下の記載方法を御確認の上、17年度も御協力下さいますようお願い申し上げます。

返送書類： 調査票、「調査協力医師名の記載についての同意書」（様式6）

調査票提出期限：平成17年9月30日（金）

調査票返送先： 〒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 ☆同封の返信封筒使用のこと

返送不要書類： 患者さまとの同意書(担当ドクターが手元に保管)

お願いしたい点：該当症例がある場合、個人情報保護法の観点から、生存例に関しては可能な限り患者の皆様から同意を取得して頂きたい

A 該当症例がない施設

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。「調査協力医師名の記載についての同意書」(様式6)も一緒にご返送下さい。

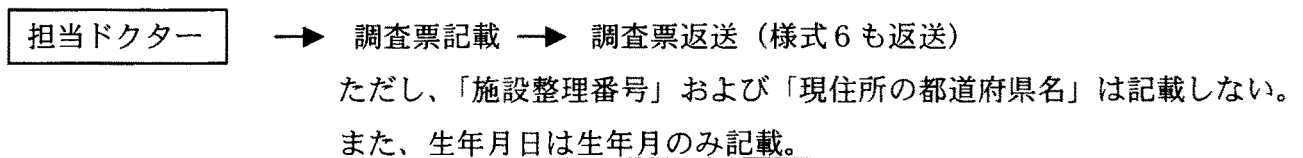
B 該当症例がある施設

① 原則：同意の取得をお願い致します。

患者様に「同意説明文書」と16年度報告書をお見せしながら御説明下さい。



② 例外：同意の確認がどうしてもできない場合



③ 患者さまが同意を拒否された場合



※「同意説明文書」「同意書(例)」「16年度報告書」は(財)エイズ予防財団のホームページでもご覧になれます。<http://api-net.jfap.or.jp/siryou/research.htm> にアクセスし、必要な場合はこれをダウンロードしてご使用下さい。

その他注意事項

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）、調査協力医師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、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17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。

[尚、前回の血液凝固異常症全国調査（平成16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16年6月1日から平成17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。

[尚、前回の調査（平成16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16年6月1日から平成17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17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

4) 調査票、同意書についての御質問は下記にFAXでお願い致します。

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

*疫学研究における倫理指針について

本調査は疫学研究に関する倫理指針（平成16年12月28日全部改正）における第4の11「他の機関等の資料の利用」に該当する研究と位置づけております。全国の施設から既存資料等（この場合は調査票にご記載頂く医療情報）の提供受けることについて、聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会の審査を受け、承認されております（承認番号：844）。したがって、同指針第4の11（2）に照らし、調査票をご提出頂く皆様の各施設において、その提出の是非について、倫理委員会の承認を得ることは、必ずしも必要ございません。しかし、本年4月に個人情報保護法が全面的に施行された折でもありますので、それぞれの施設における規定をご確認下さい。

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

同意取得關係書類

平成17年度からの調査に関するお願い（同意書）

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、個人情報保護法の施行から、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更に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、重要な個人情報をご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」を添付致しました。この同意説明文書と16年度報告書を患者の皆様にお見せしながらご説明頂けましたら幸いです。

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。

16年度の当該調査時に文書で同意を得た患者様からは、同意書を再取得頂かなくて結構です。但し、今後も引き続き情報を御提供いただけるか、患者さまの意思を口頭で再確認して下さい。また、同意はいつでも自由に撤回できる旨もご説明ください。

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。

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にも掲載いたしました。<http://api-net.jfap.or.jp/siryou/research.htm> にアクセスし、必要な場合はこれをダウンロードして御利用下さい。同様のURLにて、16年度報告書もご覧になれます。

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17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。

(6)「同意説明文書」「同意書」「16年度報告書」のホームページ掲載場所

<http://api-net.jfap.or.jp/siryou/research.htm> にアクセスし、必要な場合はこれをダウンロードしてご利用下さい。

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 でお願ひ致します

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

同意書（見本）

〇〇〇〇〇〇病院
病院長
〇〇〇〇〇〇 殿

血液凝固異常症全国調査へのデータの提供

私は、上記の調査についてその目的、方法、個人情報の保護について十分説明を受け、

- 1) この調査が無記名情報のみを収集して行われること
- 2) 調査結果の公表は、調査対象となった個人を全く特定できない形でのみ行われること

を理解しました。

そこで、自らの自由意思により、今後、上記調査に「〇〇 〇〇（御名前）」に関するデータ（カルテ記載事項の一部）を提供する事に同意します。

なお、この同意はいつでも自由に撤回でき、撤回による何ら不利益を被らないことを確認していることを申し添えます。

平成〇〇年〇〇月〇〇日

1. 本人
氏名 2. 法定代理人 〇〇 〇〇 _____

(1あるいは2に○)

2. の場合続柄()

説明日：平成 〇〇年〇〇月〇〇日

説明医師名： 〇〇 〇〇 _____

この同意書は「血液凝固異常症全国調査」には送付されません。したがって、記載あるいは署名された御名前が調査関係者に伝達されることはありません。

同意書

血液凝固異常症全国調査へのデータの提供

私は、上記の調査についてその目的、方法、個人情報の保護について十分説明を受け、

- 1) この調査が無記名情報のみを収集して行われること
- 2) 調査結果の公表は、調査対象となった個人を全く特定できない形でのみ行われること

を理解しました。

そこで、自らの自由意思により、今後、上記調査に「(御名前)」に関するデータ（カルテ記載事項の一部）を提供する事に同意します。

なお、この同意はいつでも自由に撤回でき、撤回による何ら不利益を被らないことを確認していることを申し添えます。

平成 年 月 日

1. 本人

氏名 2. 法定代理人 _____

(1あるいは2に○)

2. の場合続柄 ()

説明日：平成 年 月 日 _____

説明医師名： _____

この同意書は「血液凝固異常症全国調査」には送付されません。したがって、記載あるいは署名された御名前が調査関係者に伝達されることはありません。

医療調査票

記載医師名: 施設名・診療科:

住所:

患者さんからの同意確認欄		1. 同意取得		2. 昨年度同意を取得して、今年も説明を加えた		3. 未確認	
同意の取得		*同意拒否の場合、この用紙は返送の必要はありません					
施設整理番号		生年月日		明・大・昭・平		年 月 日 生	
同意が取得されている場合⇒		現住所		都・道・府・県			
同意が未取得の場合⇒		生年月		明・大・昭・平		年 月 (日は記入しないで下さい)	
性別		男		女			
平成17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・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・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もこれを意味</small>		1. 凝固因子製剤によるHIV感染		2. 針刺し		3. 母子感染	
<input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常症に列しての凝固因子製剤によるHIV感染 <small>エイズ発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明</small> <small>発症の場合、その発症時期 西暦 年 月 発症 発症時期不明</small>		4. その他		5. 不明			
平成16年6月から17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陽性リンパ球数		() / μl ・ 未検査					
平成17年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの		血中HIV-RNA量(平成17年5月31日以前で最もこの時点に近いもの)					
() × 10 copies/ml		測定感度以下		未検査			
測定方法		1. アンブリアア法		2. ブランチ法		3. 高感度RT-PCR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		4. 高感度プランチ法			
平成17年5月31日現在・複数回答可)		10.NVP 11.EFV 12.DLV 13.ABC 14.APV 15.AZT/3TC 16.LPV/RTV		17.TDF 18.ATV 19.ABC/3TC 20.FPV 21.その他			
投与していない場合		未投与		中断中		情報不明	
リポテイストロフィー		有・無		乳酸アシドーシス		有・無	
定期投与(週2~3回の):		有(開始時期 歳)		無			
自己注射(家庭療法):		有(開始時期 歳)		無			
肝炎の有無とその病期		1. 無		2. 急性肝炎		3. 慢性肝炎	
上記肝炎の要因		6. 肝不全		7. 不明		8. IFN治療により治療	
HCV抗体の有無		1. HCV		2. HBV		3. HDV	
HCVのsubtype(genotype)かserotypeを選び、該当するtypeに○印。genotypeは複数回答可)		1. 陽性		2. 陰性		3. 不明	
1. HCV genotype: I(1a) II(1b) III(2a) IV(2b) V(3a) VI(3b) 判定不能		1群		2群		群別不能	
2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能		3. 不明		4. 治療により陰性化			
3. 不明/未検査		HCVが肝疾患の原因である場合は以下の質問に進んで下さい		HCVのsubtype(genotype)かserotypeを選び、該当するtypeに○印。genotypeは複数回答可)			
【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"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上		2. DNAプロブ法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上		3. 不明/未検査	
平成16年6月~17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】		1. IFN単独療法		2. IFNとリバビリン併用療法		3. Peg-IFN単独療法	
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は陰性化したが、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(理由)		【IFN治療前のウイルス量】		1. PCR法: 検出感度未満		2. DNAプロブ法: 検出感度未満	
3. 現在投与中		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"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上			
4. 自然治癒したため		5. その他		1. あり		2. なし	
5. その他		これまで治療されていない理由		1. 肝機能正常であり開始時期ではない		2. 病期が進行しており治療対象でない	
6. 在宅で治療できない		7. 現在投与中		8. 不明		9. 中止(理由)	
7. 現在投与中		10. 自然治癒したため		11. その他			
8. 不明		12. その他		13. その他			
9. 中止(理由)		14. その他		15. その他			
10. 自然治癒したため		16. その他		17. その他			
11. その他		18. その他		19. その他			
12. その他		20. その他		21. その他			

記載医師名: 施設名・診療科: 住所:

患者さんからの同意確認欄		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	
同意の取得 *同意拒否の場合、この用紙は返送の必要はありません		上記肝炎の要因		6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療により治癒 9. 自然治癒 10. 肝臓移植後	
同意が取得されている場合⇒		HCV抗体の有無		1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明	
同意が未取得の場合⇒		HCVが肝疾患の原因である場合は以下の質問に進んで下さい		1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化	
性別		HCVのsubtype(genotype)かserotypeを選び、該当するtypeに○印。genotypeは複数回答可)			
出生年月日		1. HCV genotype: I(1a) II(1b) III(2a) IV(2b) V(3a) VI(3b) 判定不能			
現住所		2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能			
生年月日		3. 不明/未検査			
出生年月		【現在のHCVウイルス量】			
性別		1. PCR法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上			
平成17年5月31日		2. DNAプロブ法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上			
現在の状況		3. 不明/未検査			
他施設への通院の有無		平成16年6月～17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)	
有(施設名)		【その治療効果】		【過去におけるIFN治療の有無】	
□血友病A(重・中・軽・不明)(現在インヒビター有()ベセスタ・無・不明)		1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化		1. IFN単独療法 2. IFNとリバビリン併用療法	
□血友病B(重・中・軽・不明)(現在インヒビター有()ベセスタ・無・不明)		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. Peg-IFN単独療法 4. Peg-IFNとリバビリン	
□vWD		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			
□類縁疾患(病名):		4. HCV-RNAは陰性化した後、肝機能正常化せず			
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		5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化せず			
□2次・3次感染		6. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化			
□第4ルート 後天性の凝固因子製剤に対しての凝固因子製剤によるHIV感染		7. 現在投与中			
□未発症・発症・不明		8. 不明			
発症の場合、その発症時期		9. 中止(理由 ())			
西暦 年 月 発症 年 月 発症 発症時期不明		【IFN治療前のウイルス量】			
平成16年6月から17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)		1. PCR法: 検出感度未満			
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		2. DNAプロブ法: 検出感度未満			
CD4陽性リンパ球数 ()/μl・未検査		3. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上			
平成17年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの		4. DNAプロブ法: 検出感度未満			
血中HIV-RNA量(平成17年5月31日以前で最もこの時点に近いもの)		5. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上			
() x 10 copies/ml 測定感度以下・未検査					
測定方法					
1. アンブリア法					
2. プランチ法					
3. 高感度RT-PCR法					
4. 高感度プランチ法					
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 11.EFV 12.DLV 13.ABC 14.APV 15.AZT/3TC 16.LPV/RTV					
平成17年5月31日現在・複数回答可)					
17.TDF 18.ATV 19.ABC/3TC 20.FPV 21.その他					
投与していない場合					
未投与・中断中・情報不明					
リポネイストロフィー					
有・無					
乳酸アシドーシス					
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					

様式2 凝固因子製剤によるHIV感染例(死亡例:2004.6.1~2005.5.31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:

施設整理番号	死亡時の住所	都・道・府・県
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 日生	性別 男・女
エイズ発症の有無(過去の病歴を含む)	未発症・発症・不明	
発症の場合、その発症時期	西暦 年 月 日 発症	発症時期不明
死亡年月日	昭・平 年 月 日 死亡	

住所:

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 10. 肝臓移植後

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 4. 治療により陰性化

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 / Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上

2. DNAプロブ法: 検出感度未満 / 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 (有・無)

治療ありの場合は治療時期、治療方法、治療効果の番号を記入して下さい。

(1)回目 平成 年 (治療方法 番号:) (治療効果 番号:)

(2)回目 平成 年 (治療方法 番号:) (治療効果 番号:)

治療方法番号

1	IFN単独療法実施
2	IFNとリバリン併用療法実施
3	Peg-IFN単独療法実施
4	Peg-IFNとリバリン併用療法実施
5	不明

治療効果番号

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(理由)

□血友病A (重・中・軽・不明) (インヒビター有()ベセスダ・無・不明)

□血友病B (重・中・軽・不明) (インヒビター有()ベセスダ・無・不明)

□vWVD

□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

□2次・3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

□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

他施設への通院の有無 有(施設名)・無・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

死因がエイズ関連疾患の場合、その疾患名(別紙診断基準参照。複数回答可)

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

死亡直前のCD陽性リンパ球数 ()/μl・未検査

死亡直前の血中HIV-RNA量

(× 10 copies/ml)

測定方法

1. アンプリコア法	2. プランチ法	3. 高感度RT-PCR法	4. 高感度プランチ法
1.AZI 2.ddI 3.ddG 4.d4T 5.3TC 6.RTV 7.IDV 8.SQV 9.NFV 10.NVP 11.EFV 12.DLV 13.ABC 14.APV 15.AZT/3TC 16.LPV/RTV 17.TDF 18.ATV 19.ABC/3TC 20.FPV 21.その他			

死亡直前に投与中されたいた抗HIV薬(複数回答可)

投与していない場合 未投与・中断中・情報不明

リポテイストロフィーの有無 有・無

乳酸アシドーシスの有無 有・無

記載医師名: 施設名・診療科:

住所:

患者さんからの同意確認欄		1. 同意取得 *同意拒否の場合、この用紙は返送の必要はありません		2. 昨年度同意を取得して、今年も説明を加えた		3. 未確認	
新規の報告症例ですか?		1. はい		2. いいえ			
同意が取得されている場合⇒		施設整理番号		生年月日		年月日	
同意が未取得の場合⇒		現住所		明・大・昭・平		都・道・府・県	
性別		生年月		明・大・昭・平		年 月	
平成17年5月31日現在の状況		1. 入院/通院中		2. 転出()		3. 転入()	
疾病名		□血友病A (重・中・軽・不明) (現在インビター有()ベセスダ・無・不明)		□血友病B (重・中・軽・不明) (現在インビター有()ベセスダ・無・不明)		□VWD	
他施設への通院の有無		有(施設名)		無		不明	
定期投与(週2~3回の):		有(開始時期 歳)		無			
自己注射(家庭療法):		有(開始時期 歳)		無			
肝炎の有無とその病期		1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬化 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療により治癒 9. 自然治癒 10. 肝臓移植後		上記肝炎疾患の要因		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		HCVが肝疾患の原因である場合は以下の質問に進んで下さい		HCVのsubtype(genotype)かserotypeを並び、該当するtypeに○印。genotypeは種別(番号)	
HCVのsubtype(genotype):		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"/> 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"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上		3. 不明/未検査	
平成16年6月~17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)		【過去におけるIFN治療の有無】	
【その治療効果】		1. IFN単独療法 2. IFNとリビリン併用療法 3. Peg-IFN単独療法 4. Peg-IFNとリビリン		1. あり		2. なし	
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		【IFN治療前のウイルス量】		1. PCR法: 検出感度未満		2. DNAプローブ法: 検出感度未満	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上	

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

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 10. 肝臓移植後

肝臓“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。

死亡年月日 (H16.6.1~H17.5.31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

(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 / Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上

2. DNAプロブ法: 検出感度未満 / Meq/ml / 10Meq/ml以上

3. 不明/未検査

疾患名 (口にしをいれ詳細記入)

血友病A (重・中・軽・不明) (現在インヒビター 有()ベセスダ・無・不明)

血友病B (重・中・軽・不明) (現在インヒビター 有()ベセスダ・無・不明)

vWD

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

(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

他施設への通院の有無 有()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)

(3)過去におけるインターフェロン(IFN)治療の有無 (有・無)

治療ありの場合は治療時期、治療方法、治療効果の番号を記入して下さい。

(1回目 平成 年) (治療効果 番号:)

(2回目 平成 年) (治療効果 番号:)

(治療方法 番号:) (治療効果 番号:)

治療方法番号	治療効果番号
1. IFN単独療法実施	1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化
2. IFNとリビリン併用療法実施	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. Peg-IFN単独療法実施	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. Peg-IFNとリビリン併用療法実施	4. HCV-RNAは陰性化した。肝機能正常化せず
5. 不明	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(理由)

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

送付をお願いします。

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

調査協力医師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 17 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17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. カポジ肉腫
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70 mmHg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. カポジ肉腫

- (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、これまでカポ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)
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	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	院長 / 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
釧路赤十字病院	北海道	内科	西川 哲裕
釧路市医師会病院	北海道	循環器内科	中村 智晴
恵み野病院	北海道	外科	近藤 博
さとう小児科	北海道	院長 / 小児科	佐藤 琢司
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
医仁会 中村記念病院	北海道	脳神経外科	大里 俊明
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	院長 / 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
北海道大学大学院	北海道	歯学研究科口腔診断内科学教室	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	近藤 健
北海道大学医学部	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
せたな町立北松山町国保病院	北海道	内科	篠田 文博
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
社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院	北海道	小児科	松本 憲則
道北勤医協 宗谷医院	北海道	内科	桂川 高雄
王子総合病院	北海道	小児科	小林 徳雄
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
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
社会福祉法人北海道社会事業協会 余市病院	北海道	副院長 / 内科	谷川 淑郎
滝川市立病院	北海道	院長 / 内科	黒田 義彦
紋別みなと病院	北海道	院長	扇本 全
五所川原市立西北中央病院	青森県	小児科	工藤 耕
相原内科医院	青森県	院長 / 内科	相原 守夫
国立病院機構弘前病院	青森県	小児科	杉本 和彦
弘前大学医学部附属病院	青森県	小児科	高橋 良博
弘前大学医学部	青森県	第一内科	高見 秀樹
五戸総合病院	青森県	副院長 / 産婦人科	井戸川 敏彦
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)
鱒ヶ沢町立中央病院	青森県	小児科	佐藤 雄一
青森県立中央病院	青森県	リウマチ・血液内科	久保 恒明
虹ヶ丘内科クリニック	青森県	院長 / 内科	工藤 育男
八戸赤十字病院	青森県	小児科	大沼 良一
黒石市国民健康保険黒石病院	青森県	小児科	北澤 淳一
国立病院機構釜石病院	岩手県	小児科	杉江 信之
釜石市民病院	岩手県	内科	星 進悦
国保種市病院	岩手県	外科	漆久保 潔
水沢市国民健康保険総合水沢病院	岩手県	肝臓科	妻神 重彦
盛岡赤十字病院	岩手県	小児科	高野 長邦
国立病院機構盛岡病院	岩手県	内科	佐藤 正男
岩手県立大船渡病院	岩手県	小児科	渕向 透
有馬医院	宮城県	院長 / 内科・小児科	有馬 恒彦
国立病院機構仙台センター	宮城県	内科	佐藤 功
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
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
宮城県立こども病院	宮城県	血液腫瘍科	今泉 益栄
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
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
山本組合総合病院	秋田県	内科	波多野 善明
済生会山形済生病院	山形県	産婦人科	金杉 浩
山形大学医学部附属病院	山形県	小児科	三井 哲夫
山形県立日本海病院	山形県	内科	斉藤 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
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
公立藤田総合病院	福島県	小児科	岸 幹二
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
(財)太田西ノ内病院	福島県	副院長 / 血液内科	松田 信
原町市立病院	福島県	小児科	長澤 克俊
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
公立岩瀬病院	福島県	循環器内科	大谷 弘
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	国分 正恵
福島県立南会津病院	福島県	院長 / 内科	鈴木 啓二
福島県立医科大学医学部附属病院	福島県	第一内科	七島 勉
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
吉田外科医院	福島県	内科	吉田 瑞穂
筑波大学	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
土浦協同病院	茨城県	内科	鴨下 昌晴

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
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
自治医科大学附属病院	栃 木 県	移植外科	河原崎 秀雄
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
あしかがの森 足利病院	栃 木 県	副院長 / 小児科	道 廣 成 実
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
伊勢崎市民病院	群 馬 県	小児科	前 田 昇 三
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
関口病院	群 馬 県	院長 / 整形外科	関 口 欽 五 郎
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
星医院	群 馬 県	外科	星 広 人
埼玉社会保険病院	埼 玉 県	小児科	鈴 木 敏 雄
越谷市立病院	埼 玉 県	内科	福 井 光 峰
埼玉県厚生連幸手総合病院	埼 玉 県	内科	渡 辺 恒 家
丸山内科クリニック	埼 玉 県	院長 / 内科	丸 山 元 孝
国立病院機構西埼玉中央病院	埼 玉 県	小児科	西 野 力 男
国立病院機構西埼玉中央病院	埼 玉 県	小児科	土 橋 浩
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	子 川 和 宏
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	内科	佐久間 肇
埼玉協同病院	埼 玉 県	内科	村 上 純 子
草加市立病院	埼 玉 県	血液内科	小 谷 省 三
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
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
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
東京慈恵会医科大学附属柏病院	千 葉 県	小児科	小 林 尚 明
済生会習志野病院	千 葉 県	血液内科	藤 川 一 寿
稲城市立病院	東 京 都	内科	若 林 行 雄
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
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
国立国際医療センター	東 京 都	臨床研究開発部医療情報室	岡 慎 一
東京医科大学病院	東 京 都	臨床検査医学科	香 川 和 彦
東京医科大学病院	東 京 都	臨床検査医学科	高 橋 陽 子
東京医科大学病院	東 京 都	臨床検査医学科	山 元 泰 之
東京医科大学病院	東 京 都	臨床検査医学科	辻 川 昭 仁
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	清 田 育 男
東京医科大学病院	東 京 都	臨床検査医学科	天 野 景 裕

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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	腰原 公人
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
自衛隊中央病院	東京都	内科	小針 伸一
東京歯科大学水道橋病院	東京都	歯科口腔外科	柿澤 卓
日本歯科大学歯学部附属病院	東京都	臨床検査室	荒井 千明
都立荏原病院	東京都	小児科	松井 猛彦
神津島村国民健康保険直営診療所	東京都		小坂 至
聖路加国際病院	東京都	感染症科	古川 恵一
多摩川病院	東京都	循環器科	天野 茂夫
新山手病院	東京都	内科	宍倉 祐子
日野市立総合病院	東京都	小児科	宮川 三平
東京都老人医療センター	東京都	血液科	大田 雅嗣
帝京大学医学部	東京都	第一内科	松田 重三
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
東京都立府中療育センター	東京都	小児科	倉田 清子
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 美穂
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
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
西東京中央総合病院	東京都	内科	山野辺 武
国際医療福祉大学附属三田病院	東京都	内科	大山 邦雄
社会福祉法人賛育会 賛育会病院	東京都	内科	合地 研吾
公立福生病院	東京都	小児科	松山 健
東海大学医学部	神奈川県	血液・腫瘍・リウマチ内科	米倉 修司
横浜市立大学附属病院	神奈川県	第一内科	上田 敦久
国際親善総合病院	神奈川県	小児科	石川 明道
社会福祉法人総持寺 鶴見総合病院	神奈川県	院長	中條 能正
横浜市立大学附属市民総合医療センター	神奈川県	血液内科	富田 直人
山近記念総合病院	神奈川県	内科	武尾 宏
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	血液腫瘍内科	小池 満
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	血液腫瘍内科	加藤 雅之
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	小児科	大井 千愛
川崎市立川崎病院	神奈川県	感染症科	中島 由紀子
川崎市立井田病院	神奈川県	内科	関田 恒二郎
聖マリアンナ医科大学東横病院	神奈川県	血液腫瘍内科	野村 眞智子
関東労災病院	神奈川県	血液内科	入江 誠治
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 健一朗
済生会平塚病院	神奈川県	内科	野口 憲一
鶴見大学歯学部	神奈川県	第一口腔外科	川口 浩司
林こどもクリニック	神奈川県	小児科	林 秀樹
綾瀬厚生病院	神奈川県	小児科	浜之上 聡

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
労働者健康福祉機構燕労災病院	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附属病院	新潟県	歯科麻酔・全身管理科	佐野 公人
厚生連村上総合病院	新潟県	小児科	山本 浩介
刈羽郡総合病院	新潟県	院長 / 内科	小林 勲
総合病院国民健康保険水原郷病院	新潟県	内科	鈴木 康稔
佐渡市立両津病院	新潟県	内科	高宮 治生
さとう小児科医院	新潟県	理事長	佐藤 雅久
庄司こども医院	新潟県	小児科・アレルギー科	庄司 義興
新潟県立加茂病院	新潟県	内科	高橋 芳右
佐渡総合病院	新潟県	内科	桃井 明仁
厚生連滑川病院	富山県	内科	打田 諭
国立病院機構富山病院	富山県	小児科	金兼 千春
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
石川県庁内診療所	石川県	内科	坂井 宣彦
金沢聖霊総合病院	石川県	内科	伊藤 利之
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
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	小児科	加藤 貞人
公立宇出津総合病院	石川県	内科	三崎 嗣穂
国立病院機構石川病院	石川県	外科	関 雅博
福井大学医学部附属病院	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
福井赤十字病院	福井県	小児科	谷口 義弘
林小児科クリニック	福井県	院長	林 修平
加納岩総合病院	山梨県	内科	千葉 直彦
山梨大学医学部附属病院	山梨県	血液内科	柳 光章
山梨赤十字病院	山梨県	小児科	古市 嘉行
峯村内科医院	長野県	院長 / 内科	峯村 直
市立岡谷病院	長野県	院長	塚田 昌滋
信州大学医学部	長野県	血液内科	石田 文宏
国立病院機構中信松本病院	長野県	神経内科	大原 慎司
国立病院機構松本病院	長野県	内科	北野 善良
健静会上田病院	長野県	外科	森 崇高
国立病院機構長野病院	長野県	内科	田中 征雄
長野県立須坂病院	長野県	院長 / 内科	斉藤 博
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
佐久総合病院	長野県	小児科	牛久 英雄

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
川西赤十字病院	長野県	内科	原口 正史
長野県立木曾病院	長野県	小児科	井上 賢治
飯山赤十字病院	長野県	内科	古川 賢一
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
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
市立恵那病院	岐阜県	内科	細江 雅彦
医療法人厚生会木澤記念病院	岐阜県	泌尿器科	石原 哲
掛川市立総合病院	静岡県	内科	五島 一征
国立病院機構静岡医療センター	静岡県	小児科	守田 利貞
医療法人社団賢仁会 杉山病院	静岡県	院長 / 内科	中嶋 正敏
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
聖隷浜松病院	静岡県	血液内科	玉嶋 貞宏
遠州総合病院	静岡県	内科	伊藤 歩
浜松医科大学付属病院	静岡県	小児科	本郷 輝明
県西部浜松医療センター	静岡県	感染症科	矢野 邦夫
国立病院機構天竜病院	静岡県	小児科	井上 紀子
熱海熱函病院	静岡県		五十嵐 寛
袋井市立袋井市民病院	静岡県	小児科	辻 徹
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
愛知県立循環器呼吸器病センター	愛知県	副院長 / 呼吸器内科	杉浦 孝彦
一宮市立市民病院	愛知県	血液内科	北村 邦朗
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	川口 正展
医療法人豊田会 刈谷総合病院	愛知県	小児科	美濃和 茂
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
西尾市民病院	愛知県	小児科	横山 孝雄
東海産業医療団中央病院	愛知県	内科	下川 高賢
神谷整形外科	愛知県	院長 / 整形外科	神谷 守雄
碧南市民病院	愛知県	小児科	野口 弘道
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	呼吸器内科	谷川 吉政
名古屋大学付属病院	愛知県	移植外科	木内 哲也
名古屋市立東市民病院	愛知県	第二内科	脇田 充史
愛知三の丸病院	愛知県	内科	緒方 完治
国立病院機構名古屋医療センター	愛知県	血液内科	浜口 元洋
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	血液内科	小島 博嗣
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
市立伊勢総合病院	三重県	内科	向井 賢司

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
総合病院松阪市民病院	三重県	内科	三谷 英嗣
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
国立病院機構三重病院	三重県	副院長 / 小児科	庵原 俊昭
三重県立看護大学	三重県	内科	村嶋 正幸
医療法人博仁会村瀬病院	三重県	内科	出口 克巳
近江八幡市民病院	滋賀県	小児科	西澤 嘉四郎
医療法人社団太田医院	滋賀県	小児科	太田 志朗
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
滋賀医科大学	滋賀県	小児科	太田 茂
滋賀医科大学	滋賀県	血液内科	木藤 克之
彦根中央病院	滋賀県	小児科	成宮 正朗
彦根市立病院	滋賀県	小児科	石上 毅
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
医療法人鴨葵会 市田医院	京都府	小児科	大久保雄二郎
京都大学医学部附属病院	京都府	小児科	足立 壮一
関西医科大学附属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
京都地域医療学際研究所附属病院	京都府	院長 / 内科	木谷 輝夫
社会保険京都病院	京都府	内科	春山 春枝
京都府立与謝の海病院	京都府	消化器科	上田 享司
井下外科クリニック	大阪府	外科	井下 勝男
大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	大阪府	内科	鳥羽 宏和
高槻赤十字病院	大阪府	小児科	林 敬次
大阪労災病院	大阪府	小児科	山崎 剛
浜寺中央病院	大阪府	内科	松山 泰三
大阪大学医学部附属病院	大阪府	消化器外科	門田 守人
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 一穂
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
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
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	内科	蓮池 孝夫
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
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
神戸大学医学部附属病院	兵庫県	小児科	矢内 友子
神戸大学医学部附属病院	兵庫県	小児科	宮本 宣友
神戸大学医学部附属病院	兵庫県	血液腫瘍科	西郷 勝康

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
甲南病院	兵庫県	内科	松岡 彰
門田外科医院	兵庫県	院長 / 外科	門田 尚武
川本医院	兵庫県	院長 / 内科・小児科	川本 一祚
社会保険神戸中央病院	兵庫県	内科	足立 陽子
済生会兵庫県病院	兵庫県	小児科	池田 和茂
兵庫医科大学	兵庫県	血液内科	澤田 暁宏
西宮市立中央病院	兵庫県	副院長 / 内科	吉本 崇彦
赤穂市民病院	兵庫県	消化器科	小野 成樹
加美町立松井庄診療所	兵庫県	外科	道上 俊高
とみもと小児科医院	兵庫県	院長 / 小児科	富本 康仁
関西労災病院	兵庫県	内科	橋本 光司
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
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	内科	郡 義隆
くろだ小児科	兵庫県	院長 / 小児科	黒田 英造
奈良県立医科大学	奈良県	小児科	吉岡 章
町立大淀病院	奈良県	小児科	河原 信吾
健生会 土庫病院	奈良県	小児科	石丸 敏博
西奈良中央病院	奈良県	副院長 / 内科	藤本 隆由
清水整形外科	奈良県	院長 / 整形外科	清水 豊信
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	小児科	岩橋 誠司
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	平松 知佐子
和歌山労災病院	和歌山県	小児科	奥田 真珠美
和歌山労災病院	和歌山県	小児科	青柳 憲幸
公立那賀病院	和歌山県	小児科	山家 宏宣
鳥取県立中央病院	鳥取県	小児科	星加 忠孝
鳥取大学医学部附属病院	鳥取県	小児科	西川 健一
公立雲南総合病院	鳥取県	小児科	根宜 由美
鳥取県立厚生病院	鳥取県	小児科	奈良井 栄
大田市立病院	島根県	内科	古家 寛司
吉岡医院	島根県	外科	吉岡 太佑
国立病院機構浜田医療センター	島根県	呼吸器科	賀戸 重允
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
岡山大学医学部・歯学部附属病院	岡山県	第二内科	石丸 文彦
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
国立病院機構岡山医療センター	岡山県	血液内科	朝倉 昇司
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	院長 / 外科	万波 徹也
赤磐市立熊山病院	岡山県	院長 / 内科	内藤 紘彦
水島中央病院	岡山県	内科	松尾 龍一
津山中央病院	岡山県	小児科	藤本 佳夫

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
呉医療センター	広島県	小児科	西村 裕
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
広島大学医学部附属病院	広島県	小児科	石川 暢恒
広島大学医学部附属病院	広島県	小児科	小林 正夫
広島大学医学部附属病院	広島県	血液内科	藤井 輝久
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	院長 / 泌尿器科	奥坊 剛士
福山市民病院	広島県	小児科	安井 雅人
日本鋼管福山病院	広島県	内科	奥野 哲二
あいクリニック	広島県	内科	西原 龍司
済生会下関総合病院	山口県	小児科	石川 雄一
国立病院機構関門医療センター	山口県	小児科	平岡 興三
光市立光総合病院	山口県	内科	畑尾 満佐子
社会保険徳山中央病院	山口県	小児科	藤田 京子
医療法人医誠会都志見病院	山口県	院長	都志見久令男
若槻クリニック	徳島県	院長	若槻 真吾
徳島大学病院	徳島県	第一内科	東 博之
徳島大学病院	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
徳島健生病院	徳島県	内科	松田 知子
小川内科医院	香川県	院長 / 内科	虫本 光徳
高松赤十字病院	香川県	小児科	高橋 朋子
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
土庄中央病院	香川県	院長 / 内科	三宅 賢一
香川医科大学	香川県	小児科	今井 正
国立病院機構善通寺病院	香川県	小児科	辻 正子
香川労災病院	香川県	内科	木口 亨
市立宇和島病院	愛媛県	内科	金子 政彦
国立病院機構愛媛病院	愛媛県	小児科	松田 俊二
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
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	雀部 誠
愛媛生協病院	愛媛県	小児科	有田 孝司
新居浜 十全総合病院	愛媛県	内科	古林 太加志
済生会西条病院	愛媛県	外科	黒河 達雄
公立学校共済組合 四国中央病院	愛媛県	内科	楠 完治
ごとう小児科	愛媛県	小児科	後藤 悟志
高知医療センター	高知県	小児科	西内 律雄

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
高知医療センター	高知県	内科	瀧本 秀隆
高知赤十字病院	高知県	小児科	阿部 孝典
高知大学医学部附属病院	高知県	総合診療部	武内 世生
鎌田病院	福岡県	院長	鎌田 正博
久留米大学病院	福岡県	第一内科	田中 健
聖マリア病院	福岡県	血液内科	長部 誠志
大原病院	福岡県	内科	橋本 大吾
医療法人誠心会 井上病院	福岡県	院長 / 外科	井上 朝生
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	免疫感染症科	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
福岡和白病院	福岡県		原崎 弘章
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	院長 / 小児科	倉重 弘
くさば内科クリニック	福岡県	院長	草場 信秀
伊万里市立市民病院	佐賀県	院長 / 内科	田中 俊郎
佐賀大学医学部附属病院	佐賀県	小児科	尾形 善康
ひよし小児科	佐賀県	院長 / 小児科	日吉 保彦
桑原医院	佐賀県	内・小児科	桑原 武文
白石共立病院	佐賀県	院長 / 内科	宮本 祐一
国立病院機構長崎医療センター	長崎県	内科	本多 幸
医療法人太寿会こうの医院	長崎県	院長 / 小児科	河野 浩太
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
聖フランシスコ病院	長崎県	内科	吉田 善春
長崎県立島原温泉病院	長崎県	内科	松尾 裕司
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
長崎県済生会病院	長崎県	小児科	伊藤 正宣
坂口医院	熊本県	院長	坂口 哲夫
勝久病院	熊本県	院長	勝久 文雄
公立玉名中央病院	熊本県	小児科	米峰 かず子
熊本市民病院	熊本県	血液免疫科	津田 弘之
熊本市民病院	熊本県	小児科	入部 兼繁
高野病院	熊本県	胃腸科、肛門科、外科	山田 一隆
富野内科医院	熊本県	院長 / 内科	富野 新八郎
熊本赤十字病院	熊本県	小児科	右田 昌宏
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
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
労働者健康福祉機構 熊本労災病院	熊本県	内科	伊藤 清隆
とうぼ小児科医院	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	血液内科	菊池 博
大分記念病院	大分県	理事長 / 内科	高田 三千尋

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
医療法人敬和会大分岡病院	大分県	小児科	立花 秀俊
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
別府発達医療センター	大分県	小児科	阿南 亜紀
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	菅 尚浩
医療法人 松本小児科	大分県	副院長 / 小児科	松本 重孝
宮崎大学医学部附属病院	宮崎県	第二内科	久富木 庸子
宮崎大学医学部附属病院	宮崎県	小児科	下之段 秀美
志多内科胃腸科医院	宮崎県	院長 / 内科	志多 武彦
のだ小児科医院	宮崎県	小児科	野田 隆
県立薩南病院	鹿児島県	小児科	徳田 浩一
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
鹿児島大学病院	鹿児島県	血液膠原病内科	魚住 公治
済生会 川内病院	鹿児島県	小児科	田中 主美
今村病院分院	鹿児島県	血液内科	宇都宮 興
琉球大学医学部附属病院	沖縄県	第一内科	健山 正男
沖縄県立那覇病院	沖縄県	内科	大城 一郁
県立那覇病院	沖縄県	内科	嘉数 光一郎
ぐしこどもクリニック	沖縄県	院長	具志 一男

以上の他、301名のご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助教授）

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）

三間屋 純 一（静岡県立こども病院副院長）

（五十音順）

血液凝固異常症全国調査 平成 17 年度報告書

発行日 平成 18 年 3 月 31 日

発行 財団法人エイズ予防財団

〒105-0001

東京都港区虎ノ門 1 丁目 23 番 11 号

寺山パシフィックビル 4 階

電話 03 (3592) 1181

FAX 03 (3592) 1182

