

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成18年度
報告書

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18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。

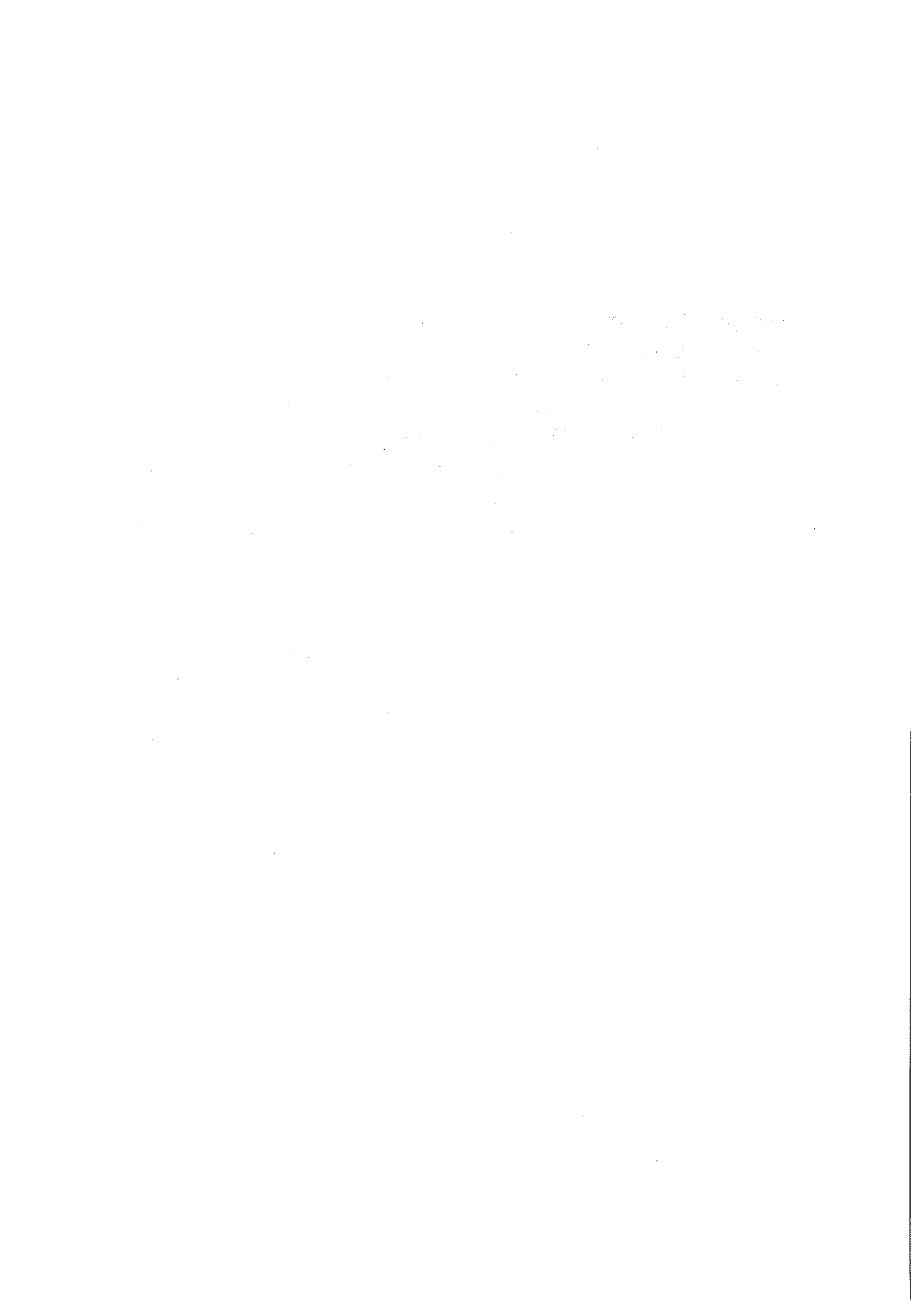
その一方で、本調査ではインターフェロン治療によりC型肝炎の治癒例も累積されています。今後、インターフェロンの治療が普及することにより、治癒症例が増加することを期待しております。

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。

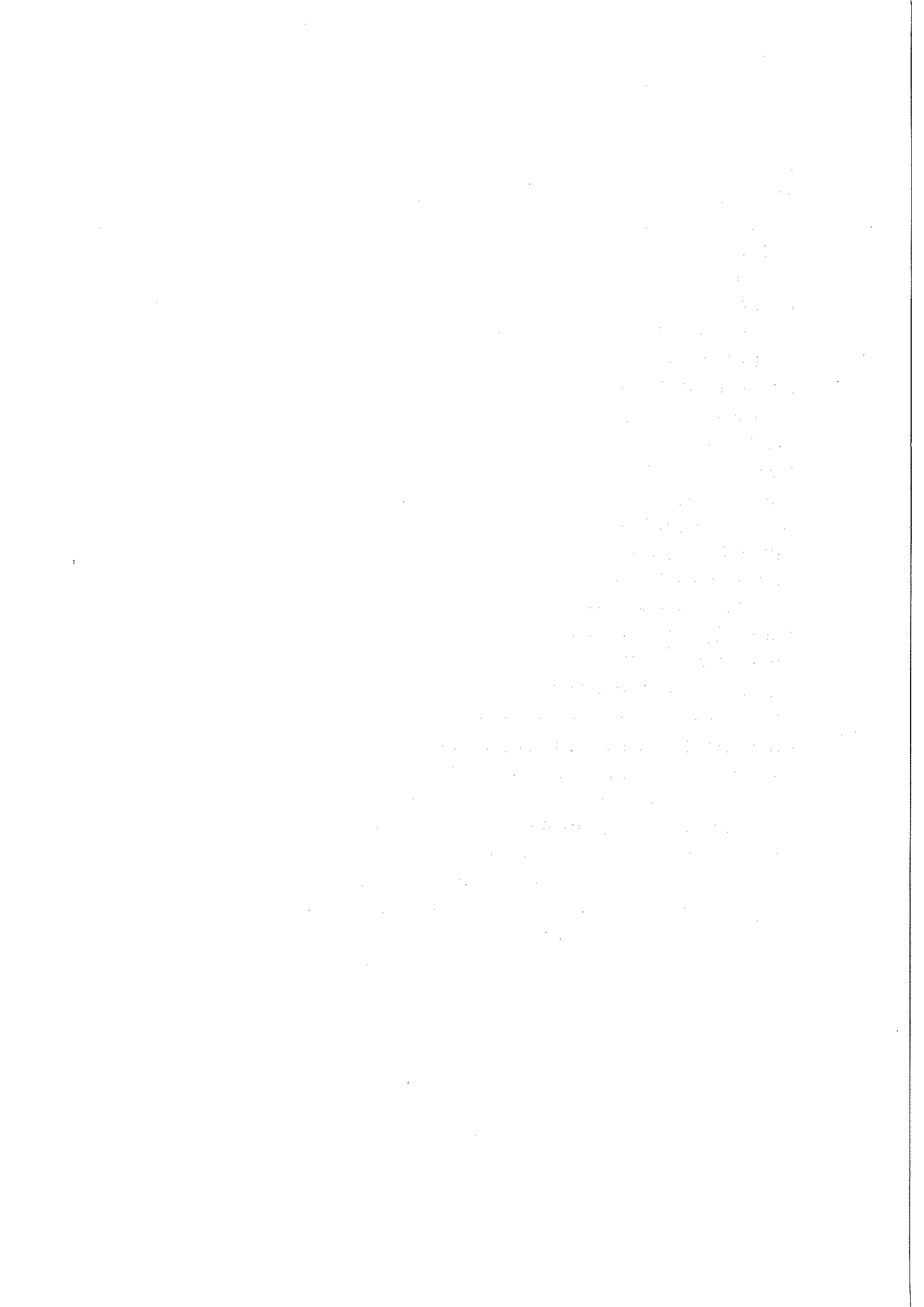
平成19年3月31日

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18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
④家庭療法および定期補充療法について	10
⑤HIV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感染後天性凝固異常症および2次・3次感染症例	12
①HIV感染症例総数	12
②HIV感染生存症例数	12
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	57



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。今般は、事業化後6年目となる平成18年度血液凝固異常症全国調査を実施した。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18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。また、同意の取得が確認されておらず、生年月日が報告されない症例についても、できるだけ集計に寄与するように考慮した。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18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17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、1,381施設(1,506担当部所)に調査用紙を送付し、平成18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18年7月28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17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18年度の調査票はpp. 37～42に添付した。

(3) 同意取得に関する書類

平成18年度の調査用紙の発送においても、記載対象となる患者の方々からの同意の取得に關し、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。

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18年7月28日に、1,381施設（1,506担当部所）に送付した。この内、回答を頂いたのは706施設（800担当部所）で、施設としての回収率は51%（担当部所としての回収率は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）2,861枚を収集し、重複報告を削除した結果2,492症例となった。平成17年6月1日から平成18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22枚が回収され、重複報告を削除すると21例となった。これに加え、過去の調査期間における死亡報告が1例あった。

HIV感染例に関しては、生存症例調査票（様式1）641枚が回収され、重複報告数を削除すると549症例となった。死亡症例調査票（様式2）は15枚が回収され、重複報告数を削除すると13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1例あった。

同意の取得状況は、調査票全体の58%において同意を得たことが報告されていた。一方、42%は同意に関しては未確認か記入なしであった。

(2) HIV非感染の血液凝固異常症

①平成18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17年6月1日から平成18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18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5,422例（血友病A 3,476例・血友病B 708例・VWD 836例・類縁疾患 402例）となった。昨年度の報告と比べ、136例（男性104例、女性32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18年5月31日時点の年齢）は報告頂いた生年月日をもとに計算し、生年月日の「日」について報告されていない症例に関しては、報告された月の15日を代入した。算出された年齢のヒストグラムを図1に示した。

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	3476	708	836	402	5422
(男性)	3451	701	379	224	4755
(女性)	25	7	457	178	667
HIV感染生存	624	192	7	4	827
(男性)	624	192	2	1	819
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4100	900	843	406	6249
(男性)	4075	893	381	225	5574
(女性)	25	7	462	181	675
AIDS発症(生存)	121	43	2	0	166
(男性)	121	43	0	0	164
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	462	133	1	8	604
(男性)	460	131	1	6	598
(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

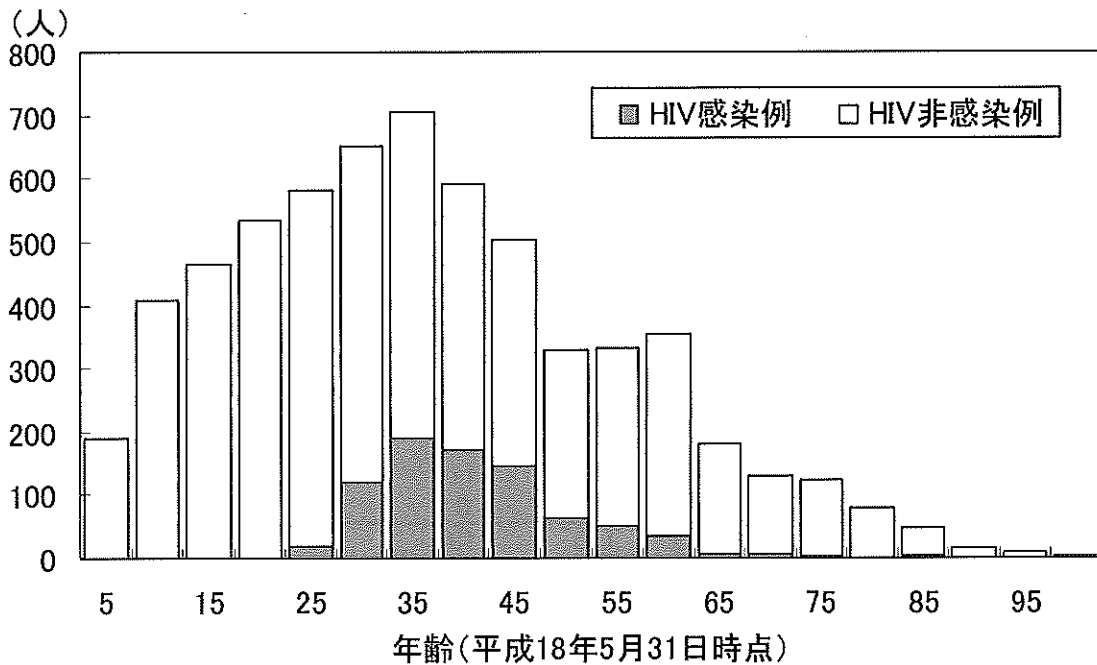


図1. 平成18年5月31日時点の血液凝固異常症生存例の年齢分布

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	147	34	23	11	215
(男性)	145	32	10	6	193
(女性)	2	2	13	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	182	41	23	11	257
(男性)	180	39	10	6	235
(女性)	2	2	13	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	270	62	34	23	389
(男性)	269	61	21	17	368
(女性)	1	1	13	6	21
HIV感染生存	61	8	2	0	71
(男性)	61	8	1	0	70
(女性)	0	0	1	0	1
HIV非感染・感染生存合計	331	70	36	23	460
(男性)	330	69	22	17	438
(女性)	1	1	14	6	22
AIDS発症(生存)	12	3	0	0	15
(男性)	12	3	0	0	15
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	49	11	0	3	63
(男性)	49	11	0	3	63
(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	1216	243	355	191	2005
(男性)	1206	243	163	107	1719
(女性)	10	0	192	84	286
HIV感染生存	243	78	2	2	325
(男性)	243	78	0	1	322
(女性)	0	0	2	1	3
HIV非感染・感染生存合計	1459	321	357	193	2330
(男性)	1449	321	163	108	2041
(女性)	10	0	194	85	289
AIDS発症(生存)	60	20	2	0	82
(男性)	60	20	0	0	80
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	179	44	1	2	226
(男性)	178	44	1	2	225
(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	70	15	5	3	93
(男性)	69	15	1	2	87
(女性)	1	0	4	1	6
HIV感染生存	7	7	0	0	14
(男性)	7	7	0	0	14
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	77	22	5	3	107
(男性)	76	22	1	2	101
(女性)	1	0	4	1	6
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)	21	4	0	0	25
(男性)	21	4	0	0	25
(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	454	102	87	27	670
(男性)	451	102	44	11	608
(女性)	3	0	43	16	62
HIV感染生存	54	20	1	0	75
(男性)	54	20	1	0	75
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	508	122	88	27	745
(男性)	505	122	45	11	683
(女性)	3	0	43	16	62
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)	88	41	1	0	130
(男性)	88	41	1	0	130
(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	626	127	190	79	1022
(男性)	624	125	82	43	874
(女性)	2	2	108	36	148
HIV感染生存	85	34	0	1	120
(男性)	85	34	0	0	119
(女性)	0	0	0	1	1
HIV非感染・感染生存合計	711	161	190	80	1142
(男性)	709	159	82	43	993
(女性)	2	2	108	37	149
AIDS発症(生存)	13	6	0	0	19
(男性)	13	6	0	0	19
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	58	17	0	0	75
(男性)	58	17	0	0	75
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	143	51	0	1	195
(男性)	143	51	0	0	194
(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	199	33	34	22	288
(男性)	199	32	16	12	259
(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	231	43	34	22	330
(男性)	231	42	16	12	301
(女性)	0	1	18	10	29
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)	21	8	0	0	29
(男性)	21	8	0	0	29
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	53	18	0	0	71
(男性)	53	18	0	0	71
(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	125	15	42	7	189
(男性)	123	15	19	2	159
(女性)	2	0	23	5	30
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	134	19	42	8	203
(男性)	132	19	19	2	172
(女性)	2	0	23	6	31
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	369	77	66	39	551
(男性)	365	76	23	24	488
(女性)	4	1	43	15	63
HIV感染生存	98	24	2	0	124
(男性)	98	24	0	0	122
(女性)	0	0	2	0	2
HIV非感染・感染生存合計	467	101	68	39	675
(男性)	463	100	23	24	610
(女性)	4	1	45	15	65
AIDS発症(生存)	13	4	0	0	17
(男性)	13	4	0	0	17
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	75	19	0	1	95
(男性)	75	18	0	0	93
(女性)	0	1	0	1	2
HIV感染総数(生存および累積死亡)	173	43	2	1	219
(男性)	173	42	0	0	215
(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402例(男224例、女178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	24	33	57
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	12	22
先天性第Ⅶ因子欠乏・低下／異常症	26	17	43
先天性第Ⅹ因子欠乏・低下／異常症	9	5	14
先天性第Ⅺ因子欠乏・低下／異常症	12	8	20
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	28	25	53
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	20	21	41
先天性プロテイン C 欠乏・低下／異常症	17	8	25
先天性プロテイン S 欠乏・低下／異常症	8	4	12
先天性α ₂ -PI 欠乏・低下／異常症	0	3	3
後天性血友病 A	28	18	46
後天性血友病 B	1	0	1
後天性 VWD	5	0	5
その他	14	14	28

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57例（男24例、女33例）で、先天性の疾患では先天性第Ⅷ因子欠乏・低下/異常症53例（男28例、女25例）、先天性第Ⅶ因子欠乏・低下/異常症43例（男26例、女17例）がこれに次いだ。

③血友病におけるインヒビター症例

平成18年度の調査では、血友病の症例についてインヒビターに関連した調査項目を追加して、その調査を行った。

まず、現在のインヒビター値と、過去のインヒビターの最高値に関する報告値の分布状況は、表12および表13の通りであった。なお、今回の調査でインヒビター陰性の症例に関してもインヒビター値の記載例があったため表12には現在1未満のインヒビター患者は除いた。

インヒビター症例に対するバイパス製剤による予防投与の有無に関する集計結果は表14に示す通りで、血友病Aについては合計29例（13.5%）、血友病Bについては合計2例（5.7%）に予防投与の報告があった。

免疫寛容療法に関しては、19例の血友病Aについて現在行われており、また血友病A 38例、血友病B 4例において過去に行った報告があった。また、免疫寛容療法の効果は、表16に示したような集計結果となった。

表12. 現在のインヒビター値

	血友病A			血友病B		
		HIV非感染例	HIV感染例		HIV非感染例	HIV感染例
1以上5未満	28	26	2	4	2	2
5以上10未満	13	10	3	2	2	0
10以上100未満	20	19	1	6	6	0
100以上	6	6	0	0	0	0

(ベセスダ単位)

表13. 過去のインヒビターの最高値

	血友病A			血友病B		
		HIV非感染例	HIV感染例		HIV非感染例	HIV感染例
1以上5未満	24	22	2	2	1	1
5以上10未満	9	8	1	3	3	0
10以上100未満	48	44	4	8	7	1
100以上	29	27	2	2	2	0

(ベセスダ単位)

表14. インヒビター症例に対するバイパス製剤による予防投与

	血友病A		血友病B	
	あり	なし	あり	なし
HIV非感染例	26	158	2	26
HIV感染例	3	28	0	7
合計	29	186	2	33

表15. 免疫寛容療法について

	血友病A			血友病B		
	現在 行っている	過去に 行った	未施行	現在 行っている	過去に 行った	未施行
HIV非感染例	18	35	133	0	4	23
HIV感染例	1	3	25	0	0	10
合計	19	38	158	0	4	33

表16. 免疫寛容療法の効果

	血友病A			血友病B		
	成功	失敗	導入中	成功	失敗	導入中
HIV非感染例	21	13	14	1	3	0
HIV感染例	2	1	1	0	0	0
合計	23	14	15	1	3	0

④家庭療法および定期補充療法について

家庭療法の有無については表17に、定期補充療法の有無に関しては表18および表19に集計結果を示した。なお、定期補充療法の有無については、血友病の重症度と平成18年5月31日時点の年齢により区分して、それぞれ表18と表19に集計した。

表17. 家庭療法の有無

	血友病A				
	あり			なし	不明
	本人*	保護者*	その他*		
HIV非感染例	790	233	11	495	79
HIV感染例	331	8	3	36	12
合計	1121	241	14	531	91
	血友病B				
	あり			なし	不明
	本人*	保護者*	その他*		
HIV非感染例	117	42	4	124	16
HIV感染例	76	3	4	30	5
合計	193	45	8	154	21

(*重複回答例含む)

表18. 定期補充療法の有無と血友病重症度

血友病A	あり				なし				不明
	重症	中等症	軽症	重症度不明	重症	中等症	軽症	重症度不明	
HIV非感染例	431	90	27	10	472	259	265	12	89
HIV感染例	81	17	8	47	173	29	17	18	16
合計	512	107	35	57	645	288	282	30	105
血友病B	あり				なし				不明
	重症	中等症	軽症	重症度不明	重症	中等症	軽症	重症度不明	
HIV非感染例	38	18	3	3	112	56	62	2	17
HIV感染例	12	5	6	8	37	23	9	11	8
合計	50	23	9	11	149	79	71	13	25

表19. 定期補充療法の有無と年齢

年齢区分	血友病A			血友病B		
	あり	なし	不明	あり	なし	不明
2歳未満	7	19	0	0	3	0
2歳以上6歳未満	52	55	4	6	18	1
6歳以上13歳未満	136	89	12	19	25	4
13歳以上20歳未満	105	107	14	14	39	0
20歳以上(HIV非感染例)	258	738	59	23	147	12
20歳以上(HIV感染例)	153	237	16	31	80	8
20歳以上小計	411	975	75	54	227	20
計	711	1245	105	93	312	25

⑤HIV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17年6月1日から平成18年5月31日までに死亡した血液凝固異常症患者は21人であった。疾患の内訳は、血友病Aが16例（重症型が12例、中等症が1例、軽症型が2例、インヒビター保有重症型が1例）、血友病Bが3例（中等症が2例、軽症型が1例）、VWDが1例、後天性血友病Aが1例であった。男女別は全例男性であり、年齢は平均値58歳、中央値55歳（39歳から83歳）であった。

死因は肝疾患が7例（肝臓6例、肝硬変1例）、出血7例（全例とも頭蓋内出血）、その他が7例であった。その他の内訳は、肝臓を除く悪性腫瘍3例（膵臓、膀胱癌、肺癌各1例）、感染症2例（肺炎、敗血症各1例）、事故1例、不明1例であった。なお、後天性血友病Aの死因は肺炎であった。

肝疾患の症例の原因ウイルスは4例がHCVであり、3例がHCV/HBVであった。これらの症例のうちHCV単独感染例の2例がインターフェロン単独治療の実施歴があり、1例はウイルス学的および生化学的効果とも認められず、1例は副作用のため中止された症例であった。他の症例についてインターフェロン治療は実施されていない。

以上の平成18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2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2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、図2では報告された主たる死因が肝疾患である例（グレー部分）と、それ以外の例とを分別して表示した。

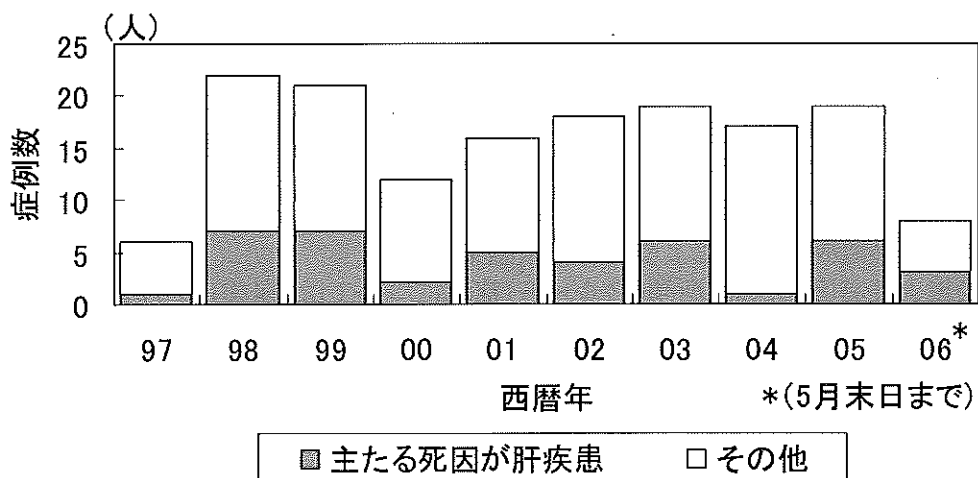


図2. HIV非感染血液凝固異常症における年次死亡報告数

(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

①HIV感染症例総数

平成18年度調査による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）で、昨年度の報告数と同じである。その内訳は表1に示したように、血友病A 1,086例、血友病B 325例、VWD 8例、類縁疾患 12例となっている。

②HIV感染生存症例数

平成18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827例で、その内訳は血友病A 624例、血友病B 192例、VWD 7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。

③新規のAIDS発症例

平成17年6月1日から平成18年5月31日までに新たにAIDSを発症した患者は、血友病Aの2例で、1例は進行性多巣性白質脳症を発症し、今年度調査期間中に死亡した。この症例は、肝硬変も発症していた。他の1例に報告されていたエイズ指標疾患は、非ホジキンリンパ腫であった。

④AIDS発症生存例数

平成18年度調査期間のAIDS発症例は前項の2例（内1例は死亡例）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2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166名（男164例、女2例）（表1）となっている。

⑤HIV感染例の死亡報告

平成17年6月1日から平成18年5月31日までの死亡報告数は13例で、血友病Aが11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1例に進行性多巣性白質脳症が、他の1例には 反復性肺炎、HIV脳症およびHIV消耗性症候群が報告されていた。

残りの11例についての死因としては、8例について「肝疾患」、3例が「出血」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、肝臓3例、肝不全2例、肝硬変2例、肝移植後の症例が1例であった。以上の8例の内、1例においては過去においてインターフェロンによる治療が複数回（インターフェロン単独療法、インターフェロンとリバビリン併用療法、Peg-インターフェロンとリバビリン併用療法）行われた報告があったが、他の7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。

死因として「出血」が選択されていた3例は、すべて頭蓋内出血であった。以上調査期間における死亡症13例の死亡時年齢の平均値および中央値は、それぞれ45歳および42歳で、その範囲は23歳～61歳であった。

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、様式1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14例の調査票が回収されている。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22例、母子感染3例、不明2例となっている。

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20に示した。

表20. 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18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	22	3	0	2	27	32
	男性	2	0	2	0	1	3	5
	女性	3	22	1	0	1	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	34	4	1	2	41	48
	男性	3	0	3	0	1	4	7
	女性	4	34	1	1	1	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18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、604例となった。その内訳は、血友病A 462例、血友病B 133例、VWD 1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20)。

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21、22および図3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日を始期とする歴年と、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21に1月1日を始期とする年次区分、表22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3には表23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17年の集計は18例、平成18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ている。このように、年次死亡数は平成10年以後1、2年おきに増減を繰り返している。

表21. 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18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	15	3	0	0	0	0	18
18*	3	1	0	0	0	0	4

表22. 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18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	9	2	0	1	0	0	12
17.6.1～18.5.31	11	2	0	0	0	0	13

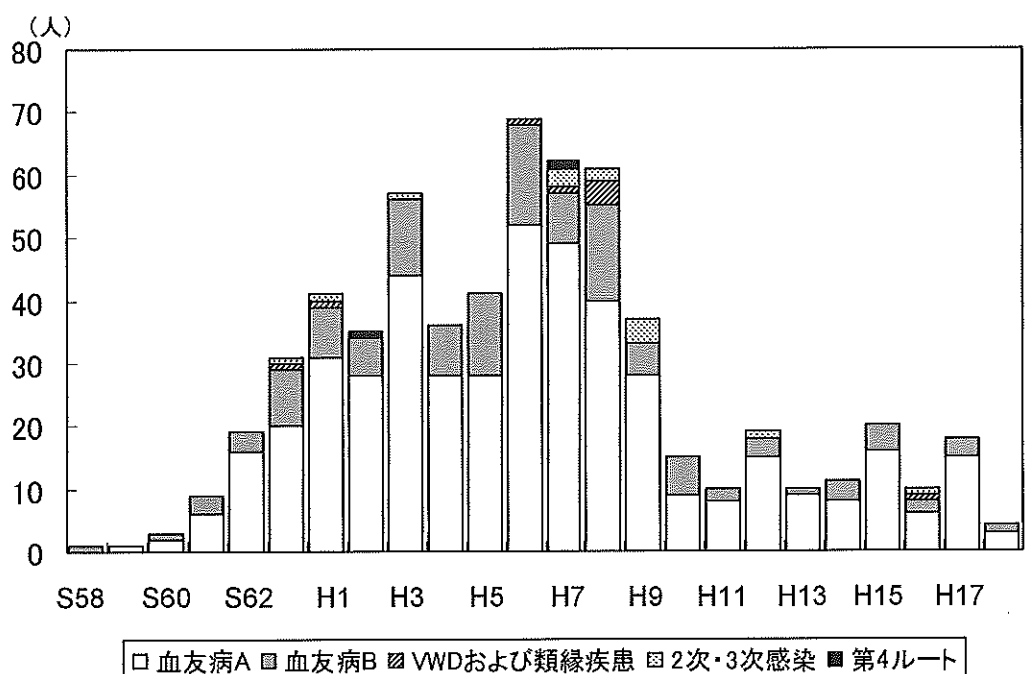


図3. HIV感染例（血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症、2次・3次感染）における年間死亡数の変化（平成18年5月31日まで）—1月1日を始期とする暦年による集計

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604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398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4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年および平成17年は1例、平成18年については5月末までの集計で1例であった。

同じく604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149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5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23～26に示した。

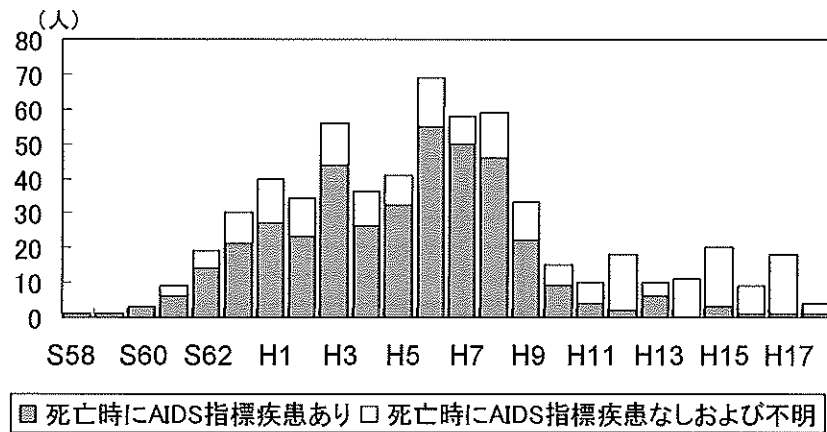


図4. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時のAIDS指標疾患の有無
（平成18年5月31日まで）
— 1月1日を始期とする暦年による集計—

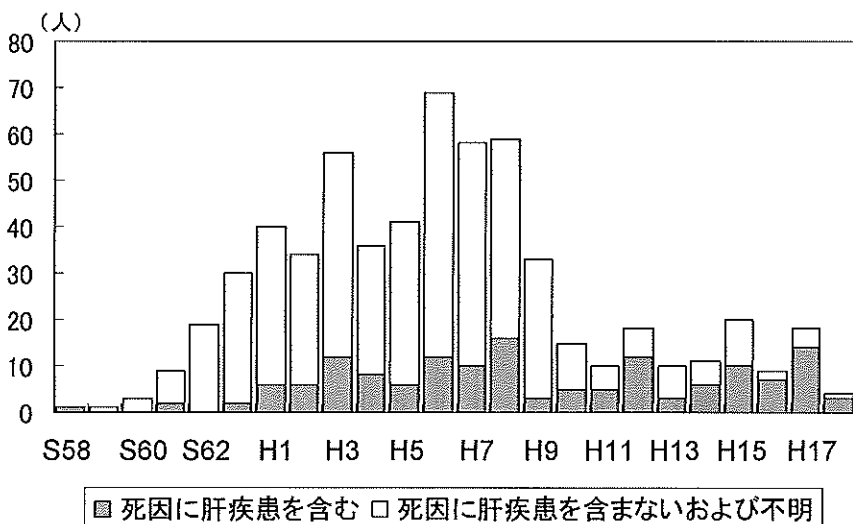


図5. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死因中の肝疾患の有無
（平成18年5月31日まで）
— 1月1日を始期とする暦年による集計—

表23. 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	1	17	18
18*	1	3	4

表24. 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	11	12
17.6.1～18.5.31	2	11	13

表25 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	14	4	18
18*	3	1	4

表26. 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	9	3	12
17.6.1～18.5.31	9	4	13

⑨血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況

平成18年度調査では、抗HIV薬の使用状況を総括的に報告して頂く方式とした。薬剤組み合わせの選択肢としては、「3剤以上の併用」、「単剤あるいは2剤併用」を設け、これに加えて「耐性ウイルスの出現のため休薬中」、「副作用のために休薬中」、「別の理由で休薬中」と、「他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与」および「詳細不明」の項目を設定した。

平成18年5月31日付で生存中の血液凝固異常症については524例の報告が得られ、集計結果は、表27に示した通りとなった。

報告があった症例中で、3剤以上の併用で治療されていたのは354例(67.6%)、単剤あるいは2剤併用で治療されていたのは44例(8.4%)であった。休薬中のものは合計33例(6.3%)で、この内耐性ウイルスの出現によるものが2例(0.4%)、副作用によるものが6例(1.1%)、別の理由によるものが25例(4.8%)であった。

これまでに抗HIV薬が投与されることがない症例は82例(15.6%)で、この数は表1の感染総数1431例の中では5.7%となる結果であった。

一方、抗HIV薬の使用状況に関する詳細は不明であった症例は11例(2.1%)であった。

表27. HIV感染血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況
(平成17年6月1日～平成18年5月31日)

使用の状況	報告数	(%)
3剤以上の併用	354	67.6%
単剤、あるいは2剤併用	44	8.4%
耐性ウイルス出現のため休薬中	2	0.4%
副作用のために休薬中	6	1.1%
別の理由で休薬中	25	4.8%
他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与	82	15.6%
詳細不明	11	2.1%

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18年度調査の生存症例において520例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症：503例、HIV感染後天性血液凝固異常症：3例、2次・3次感染：14例)。症例数とリポジストロフィーが認められる割合は表28の通りで、30.0%であった。

表28. 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	156	364	30.0%

乳酸アシドーシスの有無については516例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症：499例、HIV感染後天性血液凝固異常症：3例、2次・3次感染：14例)。乳酸アシドーシスが認められる割合は、表29に示すように1.6%であった。

表29. 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	8	508	1.6%

⑪血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況

平成17年6月1日から平成18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、死亡1例)、非ホジキンリンパ腫(生存1例)、活動性結核(生存2例)、HIV消耗性症候群(死亡1例)、および反復性肺炎(死亡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18年までの調査におけるAIDS指標疾患報告数の推移を表30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30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30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30ではこの間の推移を比較できるよう、5月31日付けで集計した。

表30. 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	平成9年度		平成10年度		平成11年度		平成12年度		平成13年度		平成14年度		平成15年度		平成16年度		平成17年度		平成18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	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	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	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	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	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	0	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	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	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	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	1	0
ニューモシチスカリニ肺炎	10	9	7	2	7	1	6	0	3	1	2	0	4	0	2	1	3	0	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	1	1
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	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	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	0	0
HIV脳症	1	10	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
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	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	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	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	2	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	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	0	0	0	1
反復性肺炎	11	3	5	1	4	1	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
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	0	0

(各年度の調査期間内は、前年6月1日から当該年5月31日までの1年間)

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

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6に示す。平成18年度調査に報告があった518例における平均値、中央値および標準偏差は、それぞれ452.4、406.0、および253.5(/ μ L)であった。

RNAコピー数(copies/mL)の分布は図7の通りで、測定感度未満が329例、測定感度~999が83例、1,000~4,999が45例、5,000~9,999が16例、10,000~49,999が31例、50,000以上が13例であった。

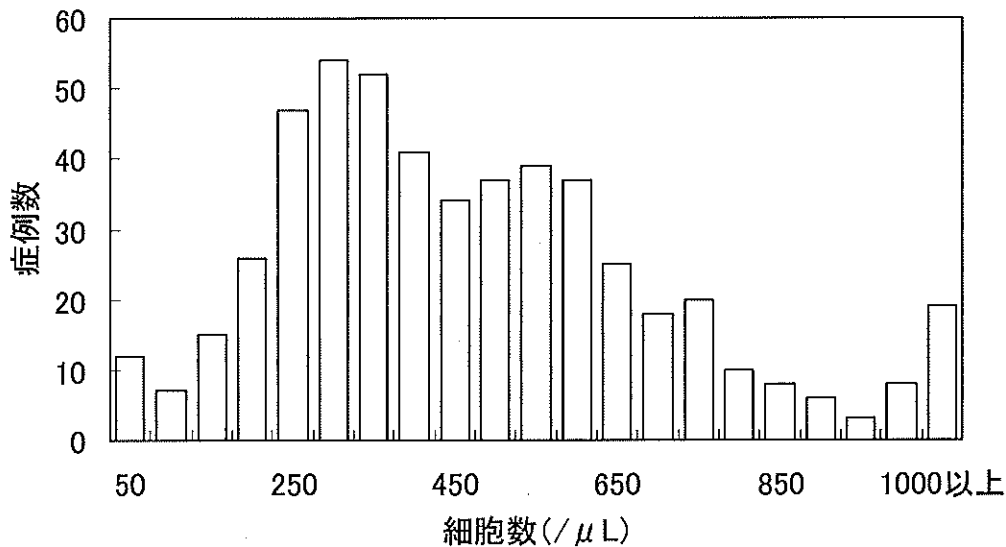
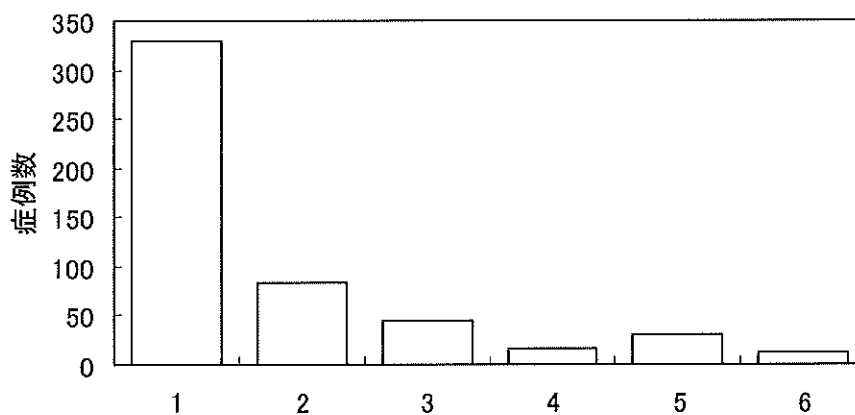


図6. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性細胞数の分布



(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 (copies/mL)以上)

図7. 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18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8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18年度の平均値は $452 \pm 253 / \mu$ Lとなり、前年度に比して高い数値であったが、統計学的な有意差は見られなかった。

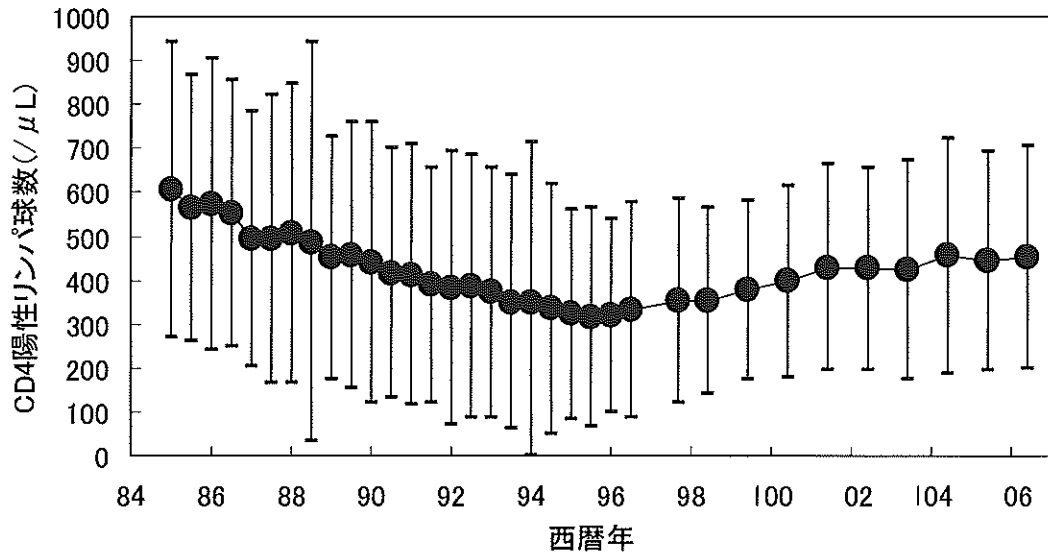
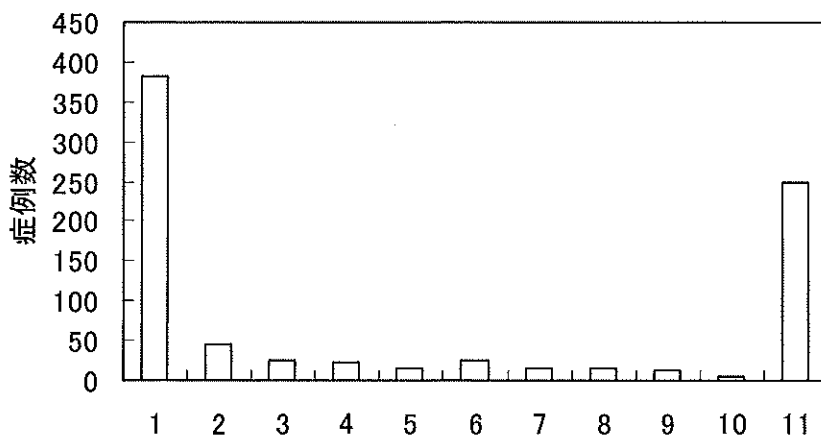


図8. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の推移

(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

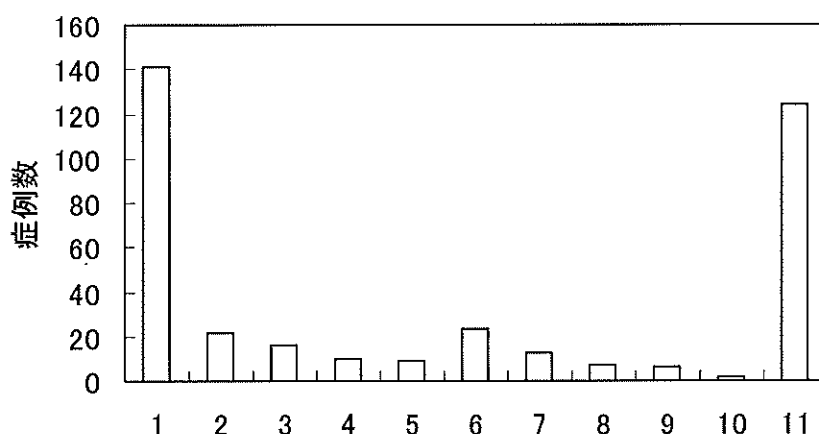
生存中のHCV感染症例における現在のHCVウイルス量については、HIV非感染の血液凝固異常症例について812例、HIV感染血液凝固異常症例について373例の報告があった。平成18年度の報告値の分布状態を図9および図10に示した。

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9. 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 copies/mL)

図10. HIV感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布

図9および10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47.2%、HIV感染例で37.8%であり、両者間には統計学的な有意差 ($p < 0.01$) 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31の結果となった。HIV非感染例では1bと1aが多く、次いで2a型が多かった。HIV感染例では3aの割合が1番高く、次いで、1aおよび1bの割合が同率で高かった。

表31. 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	81 (21%)	105 (27%)	45 (12%)	43 (11%)
HIV感染あり	52 (23%)	52 (23%)	20 (9%)	13 (6%)

V (3a)	VI (3b)	4a	mixed	判定不能	合計
31 (8%)	3 (1%)	2 (1%)	35 (9%)	39 (10%)	384
59 (26%)	0 (0%)	4 (2%)	29 (13%)	0 (0%)	229

HCVのserotypeについての報告があった症例についての集計結果を表32に示した。表32のHIV非感染例およびHIV感染例ともに、serotypeの分別ができたものに関してはserotypeの1群の割合が高かった。

表32. 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	43 (32%)	7 (5%)	85 (63%)	135
HIV感染あり	105 (83%)	20 (16%)	1 (1%)	126

(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18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33および表34に示した。なお、肝疾患の病期として肝硬変と肝不全がともに選択されていた例は肝不全の欄に、肝癌と肝不全がともに選択されていた例は肝癌の欄に集計した。さらに、平成18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49例、肝癌42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18年度調査時点で1,941例）の4.7%であった。

HIV感染血液凝固異常症では肝硬変46例、肝不全3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18年度調査時点で727例）の7.6%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（ $p < 0.01$ ）が認められた。

表33. 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	298	5	992	33	34	0
血友病B	55	0	176	13	7	0
VWD	38	0	69	1	1	0
類縁疾患	12	1	40	2	0	0
計	403	6	1277	49	42	0

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
68	66	2	1498
12	4	1	268
3	4	0	116
1	3	0	59
84	77	3	1941

表34. 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	50	4	399	34	2	3
血友病B	21	1	116	12	4	0
VWD	1	0	3	0	0	0
類縁疾患	3	0	1	0	0	0
計	75	5	519	46	6	3

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
37	13	2	544
12	7	2	175
0	0	0	4
0	0	0	4
49	20	4	727

(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18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、2年間の調査期間内（平成16年6月1日～平成18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。インターフェロンによる治療は、半年以上の長期間にわたる場合が多いので、今年度の調査においては、報告に該当する期間を2年間とし、治療効果の判定がある症例の集積を試みた。

表35に示したように、HIV非感染例については147例、HIV感染例については88例の報告があった。当該2年間における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140例（HIV非感染89例、HIV感染51例）、これについてPeg-IFN単独療法が61例（HIV非感染33例、HIV感染28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17例（HIV非感染13例、HIV感染4例）、単独療法が17例（HIV非感染12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。

インターフェロンの治療期間が既に終了し治療効果の判定ができた症例（効果不明、中止、投与中、および未記入を除いた症例）について、結果のまとめを表36および表37に示した。

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65%（HIV非感染65%、HIV感染66%）、ウイルスの消失かつ肝機能の正常化を見たものは50%（HIV非感染54%、HIV感染43%）であった。

表35. 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18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	5	5	17	16	43	0	1	8	11	20
2	0	1	0	2	3	0	1	1	2	4
3	1	2	2	9	14	1	0	2	1	4
4	0	1	1	6	8	0	0	1	2	3
5	0	0	1	6	7	2	0	1	6	9
6	1	2	2	2	7	0	0	1	6	7
7	3	1	8	35	47	2	1	10	16	29
8	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0
9	2	1	2	11	16	0	1	4	7	12
合計	12	13	33	89	147	5	4	28	51	88

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36. 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	6	0	6
効果なし	1	3	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	8	2	10
効果なし	2	0	2

(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	18	10	28
効果なし	4	4	8

(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	20	19	39
効果なし	21	9	30

表37. 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	0	5
効果なし	2	3	5

(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	1	6
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	17	8	25
効果なし	5	6	11

(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	16	11	27
効果なし	25	17	42

②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例

平成18年度調査では、前年度に引き続き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33および34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（平成18年度調査までの死亡例は除く）で133例（HIV非感染例84例、HIV感染例49例）、自然治癒の報告は累積で97例（HIV非感染例77例、HIV感染例20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年度の調査から肝移植に関する項目を設けて調査を行っている。

肝移植を行った後の生存症例としては、HIV非感染症例が3例（血友病A 2例、血友病B 1例）、HIV感染症例が4例（血友病A 2例、血友病B 2例）集計されている。

IV. 結語

平成18年度の血液凝固異常症全国調査では、昨年度とほぼ同数の調査票が回収され、これまでと継続した集計を行うことができた。

しかし、調査票を送付するために同意を獲得して頂けた割合は未だに58%程度で、忙しい診療業務の中で同意を取得して頂くことが難しい施設が多いのかも知れない。

なお、対象者からの同意の取得とその情報の提供という観点で見ると、同意が確認できなかった場合にも生年月日の「日」と、記載対象者が在住しておられる都道府県名、および各施設における識別用の番号を省いた場合には、調査票を送付して頂くことが可能である（疫学研究に関する倫理指針：平成14年6月17日、平成16年12月28日全部改正、平成17年6月29日一部改正、文部科学省・厚生労働省）。しかし、各施設における倫理委員会がこの指針を上回る厳格な基準を設けている場合には、これが不可能となってしまう。各施設における倫理委員会に、「血液凝固異常症全国調査」は厚生労働省からの委託事業であり、これが日本における血液凝固異常症の総数を掌握する唯一の調査であることを、充分ご理解頂けるようお願いしたい。

平成18年度の調査の結果では、昨年度までに引き続き、HIV感染症例においては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。同時に、肝硬変、肝癌、あるいは肝不全と報告される生存症例の割合が、HIV非感染の症例においても5%近くに達している。

このような状況に対応して、昨年度からPeg-インターフェロンによる治療が徐々に増加し、今回の調査では105例（Peg-インターフェロン単独療法36例、リバピリンとの併用療法69例）における治療の効果を集計することができた。この集計の結果では、HCVのRNAが消失し、かつ、肝機能が正常化した割合は、残念ながら極めて高い数値とはなっていない。しかし、時間の経過とともにHCVに起因する肝硬変、肝癌など重篤な肝疾患が発症する確率は着実に増加して行くと考えられるため、HCV感染に対する治療は今後も積極的に行われて行く必要がある。もちろん、現在の治療効果を上回る治療薬や、治療法の開発は、是非とも望まれるところである。

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452/ μ L、HIVのRNAコピー数は測定感度未満が約64%と、HIVに関しては比較的良好な状態が保たれている。

今回の調査から、個々の治療薬剤に関する使用の有無を報告して頂く代わりに、抗HIV薬の総括的な使用状況を調査することとした。この結果、HIV感染血液凝固異常症においては、3剤以上の併用療法が7割近い症例で実施されていることが判明した。抗HIV薬による重篤な副作用による休薬の割合は大きな割合を占めていなかった。しかし、リポジストロフィーが認められる割合は、昨年度と同様の割合で認められた。また、乳酸アシドーシスが認められる割合は1.6%であった。代謝異常への影響が少ない治療薬への変更などが一般化してきているのかも知れない。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は、今後とも注意深い観察が必要な状況であることに変わりはない。この点に関しても、調査を継続していきたい。

また、これまでに抗HIV薬が投与されることがない症例は82例（15.6%）で、この数は表1のHIV感染のある血液凝固異常症総数1,431例の中では5.7%となる結果であった。このような服薬歴のない症例は、長期未発症者あるいはこれに近い特性を有しているものと考えられる。

以上のように、血液凝固異常症全国調査は本邦における血液凝固異常症の全体を調査対象とし、その現状および問題点を把握するための唯一の調査であり、今後も調査票の回収率の向上に努めつつ、慎重な調査を継続して行きたい。

V. 謝辞

平成18年度の調査では、平成16年度および平成17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18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18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18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横浜市西部病院小児科助教授の瀧正志委員長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、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おり、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お願い申し上げます。

敬具

平成18年7月吉日

厚生労働省健康局疾病対策課

調査票記載方法

血液凝固異常症全国調査に御協力頂き、御礼申し上げます。以下の記載方法を御確認下さい。

- 返送書類：** 調査票（様式1～4）、「調査協力医師名の記載についての同意書」（様式6）
提出期限： 平成18年9月30日（土）
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 ☆同封の返信封筒をご使用下さい。
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下さい。なお、倫理委員会に関しては、聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会で既に承認を得ているため、必ずしも各施設で委員会に諮る必要はありません。しかし、施設における規定が異なるので、各々の施設のご判断にお任せ致します。

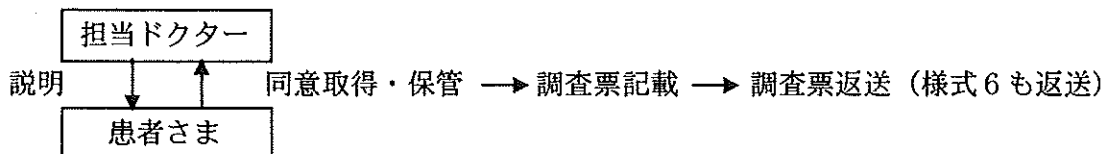
A 該当症例がない施設

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。

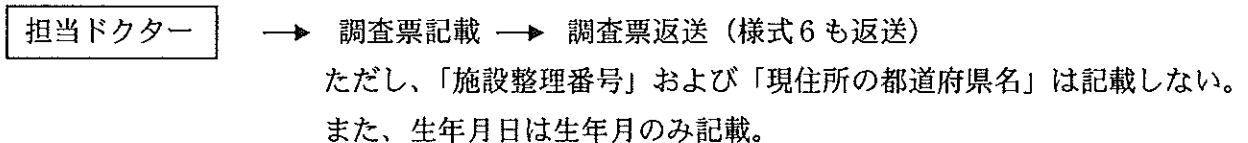
3 該当症例がある施設

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17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）」「17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/siryu/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18年5月31日現在の状態に対する調査です。その概要を1)～4)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17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17年6月1日から平成18年5月31日までの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17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17年6月1日から平成18年5月31日までの間に死亡した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18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。

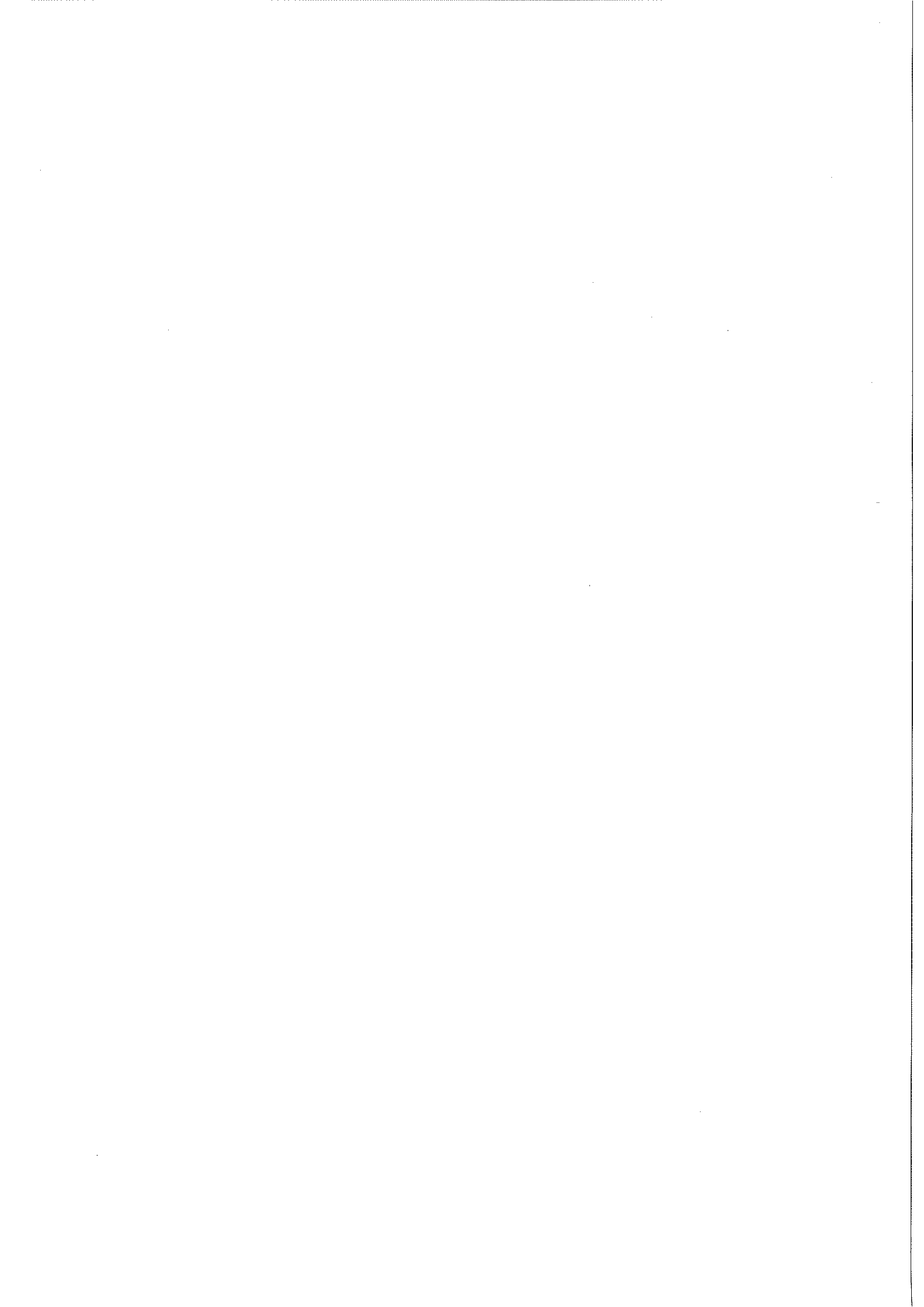
聖マリアンナ医科大学小児科学教室 瀧 正志、浅原 美恵子 FAX: 044-976-8603

*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、昨年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

同意取得に関するお願い

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17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、17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、今後も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、17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18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
(*委員長)

(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」「17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

同意書（見本）

〇〇〇〇〇〇〇病院
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に〇)

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○)

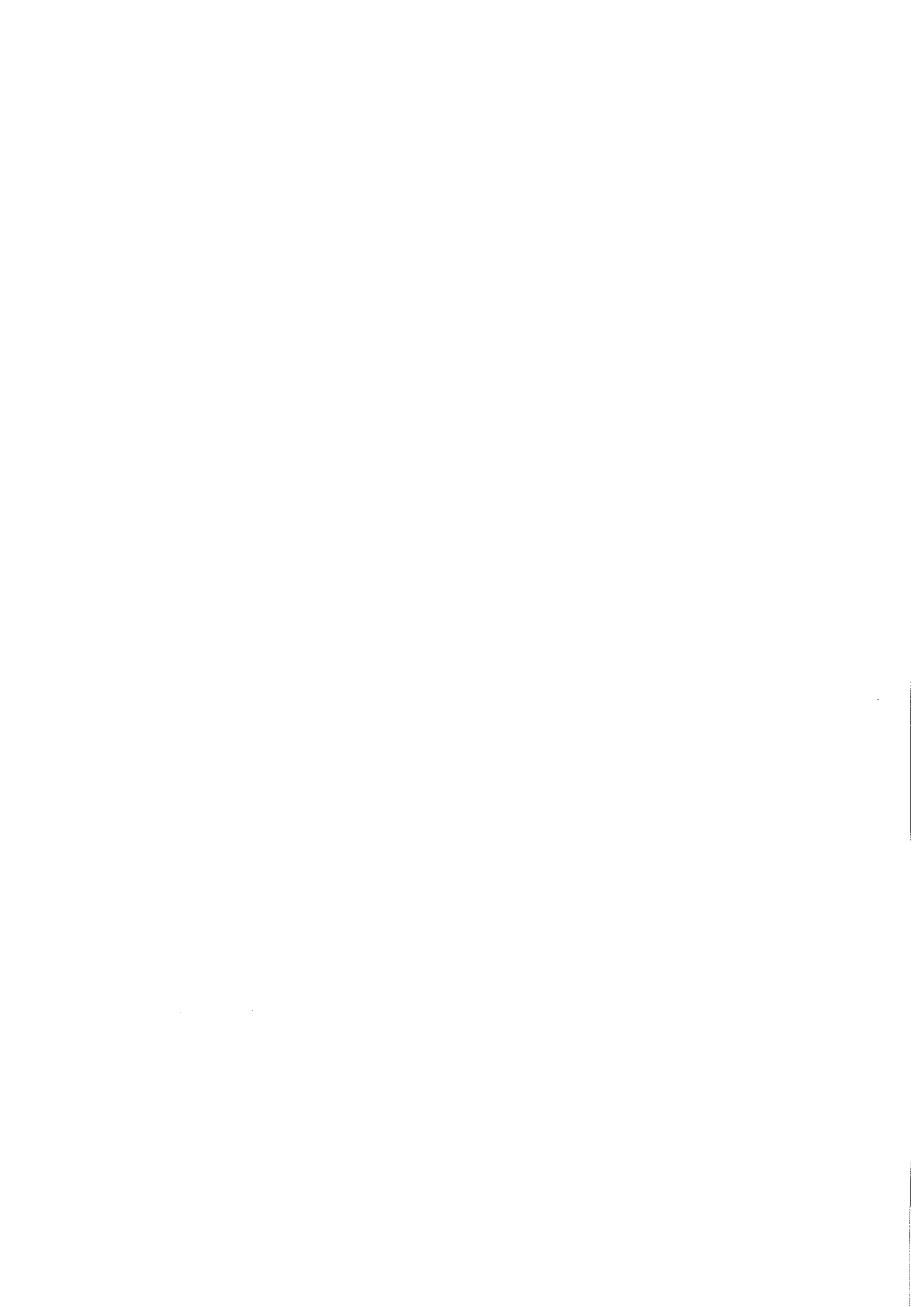
2. の場合続柄()

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



様式1 凝固因子製剤によるHIV感染例(2006.5.31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: _____	
患者さんからの同意取得 1. 既に同意書を取得し、今年度も説明 2. 既に同意書を取得、今年度は未説明 3. 今年度に同意書取得 4. 未確認 *同意拒否の場合、この用紙は返送の必要はありません		抗HIV薬による治療の状況 (平成18年5月31日現在)		1. 3剤以上の併用 2. 単剤、あるいは2剤併用 3. 耐性ウイルス出現のため休業中 4. 副作用のために休業中 5. 別の理由で休業中 6. 他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与 7. 詳細不明	
同意が取得されている場合		施設整理番号		リポドイストロフィー	
同意が未取得の場合		生年月日		有・無	
性別		現住所		乳酸アシドーシス	
平成18年5月31日		都・道・府・県		1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝臓 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	
現在の状況		生年月		上記肝疾患の要因	
施設への通院の有無		男・女		1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明	
□血友病A (重・中・軽・不明)		□血友病B (重・中・軽・不明)		HCV抗体の有無	
□VWD				1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化	
□類縁疾患(病名): _____				HCV抗体が陽性場合は以下の質問に進んで下さい	
先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻止因子異常および後天性の血友病・VWDを指す				HCVのsubtype(genotype)かserotypeを選び、該当するtypeに○印。genotypeは複数回答可)	
□2次・3次感染		1. 凝固因子製剤によるHIV感染		1. HCV genotype: I (1a) II (1b) III (2a) IV (2b) V (3a) VI (3b) 判定不能	
□第4ルート		後天性の凝固因子製剤に対する凝固因子製剤によるHIV感染		2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能	
現在のインピター値 () BU, 不明 ()				3. 不明/未検査	
過去のインピターの最高値 () BU, 不明 ()				【現在のHCVウイルス量】	
予防投与(バイパス製剤による) () あり なし 不明 ()				1. PCR法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kcopies/ml / 850Kcopies/ml以上	
免疫寛容療法について (現在行っている 過去に行った 未施行 不明)				2. DNAプローブ法: 検出感度未満 / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meq/ml / 10Meq/ml以上	
免疫寛容療法施行の場合その効果は (成功 失敗 導入中 不明)				3. 不明/未検査	
家庭療法の有無		あり(本人 保護者 その他) なし		平成16年6月1日から平成18年5月31日までのインターフェロン(IFN)治療の有無 (あり・なし) “あり”の場合は下にご回答ください	
定期補充療法の有無		あり		実施期間 平成 ()年()月~()年()月	
使用中の凝固因子製剤 ()		←血友病、VWD、類縁疾患の場合		1. IFN単独療法 2. IFN・リバビリン併用療法 3. Peg-IFN単独療法 4. Peg-IFN・リバビリン併用療法	
エイズ発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明		西暦 年 月 発症・発症時期不明		【その治療効果】 (該当のものに○)	
発症の場合、その発症時期				1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・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	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				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	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				4. HCV-RNAは陰性化したすが、肝機能正常化せず	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				5. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化せず	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				6. HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				7. 現在投与中	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				8. 不明	
発症の有無(過去の発症を含む) 未発症・発症・不明				9. 中止(理由)	
CD4陽性リンパ球数		血中HIV-RNA量 平成18年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの			
平成18年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの		() /μl () x 10 copies/ml 測定感度未満			
HIV-RNA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			

記載医師名: _____ 施設名・診療科: _____ 住所: _____

施設整理番号	死亡直前のCD4陽性リンパ球数	死亡直前の血中HIV-RNA量
生年月日	() / () / ()	() . () . () x 10 copies/ml) 測定感度未滿
死亡時の住所	1.アンプリコア法 2.プラナチ法 3.高感度RT-PCR法 4.高感度プラナチ法	
性別	男 . 女	
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 発症 年 月 発症 年 月 死亡	
死亡年月日	(H17.6.1~H18.5.31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)	
(口にしをえんれきんをいん) 感染ルート	<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明)	1. 3剤以上の併用 2. 単剤、あるいは2剤併用
	<input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明)	3. 耐性ウイルス出現のため休業中
	<input type="checkbox"/> VWD	4. 副作用のために休業中 5. 別の理由で休業中
	<input type="checkbox"/> 類縁疾患 (病名:)	6. 他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与 7. 詳細不明
	先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻止因子異常および後天性の血友病・VWDを指す	有 . 無
<input type="checkbox"/> 2次・3次感染	1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝臓 6. 肝不全	
<input type="checkbox"/> 第4ルート	7. 不明 8. IFN治療による治療 9. 自然治療 10. 肝臓移植後	
死亡直前のインヒビター値 () BU, 不明 ()	肝炎“有”の場合、その原因	
過去のインヒビターの最高値 () BU, 不明 ()	1. HCV 2. HBV 3. HDV 4. 薬剤性 5. その他 6. 不明	
予防投与(バイパス製剤による) (あり なし 不明)	HCV抗体の有無	
免疫寛容療法について (死亡時行っていた 過去に行った 未施行 不明)	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化	
免疫寛容療法施行の場合その効果は (成功 失敗 導入中 不明)	HCV抗体陽性の場合、以下の欄にお答え下さい。	
家庭療法の有無 (あり (本人 保護者 その他) なし)	過去におけるインターフェロン(IFN)治療の有無 (有 . 無)	
定期補充療法の有無 (あり (本人 保護者 その他) なし)	治療「有」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。	
他施設への通院の有無 (有(施設名) . 無)	(1回目 平成 年) (治療効果 番号:)	
死因	治療方法番号	(2回目 平成 年) (治療効果 番号:)
	治療効果番号	(治療方法 番号:) (治療効果 番号:)
家庭療法の有無 (あり (本人 保護者 その他) なし) 定期補充療法の有無 (あり (本人 保護者 その他) なし) 他施設への通院の有無 (有(施設名) . 無)	1 IFN単独療法実施	1 HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化
	2 IFNとリバ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 肝機能正常化
	4 Peg-IFNとリバビリン併用療法実施	4 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
	5 不明	5 HCV-RNAは陰性化した後、肝機能正常化せず
		6 HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化せず
		7 HCV-RNAは陰性化せず、肝機能正常化
		8 現在投与中
		9 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		

様式3 血友病および類縁疾患のHIV非感染例(2006.5.31現在生存例)

平成 年 月 日記載

住所:

施設名・診療科:

患者さんからの同意の取得	1. 既に同意書を取得し、今年度も説明 2. 既に同意書を取得、今年度は未説明 3. 今年度に同意を取得 4. 未確認 *同意拒否の場合、この用紙は返送の必要はありません
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
同意が未取得の場合	生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 現住所 都・道・府・県 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18年5月31日現在の状況	1. 入院/通院中 2. 転出() 3. 転入() 4. 不明
他施設への通院の有無	有(施設名)・無
疾患名	<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明) <input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明) <input type="checkbox"/> VWD <input type="checkbox"/> 類縁疾患 ()
先天性血友病の例の場合	先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻止因子異常および後天性の血友病・VWDを指す 現在のインヒビター値 ()BU. 不明 () 過去のインヒビターの最高値 ()BU. 不明 () 予防投与(バイパス製剤による) ()あり なし 不明 () 免疫寛容療法について (現在行っている 過去に行った 未施行 不明) 免疫寛容療法施行の場合その効果は (成功 失敗 導入中 不明)
家庭療法の有無	あり(本人 保護者 その他) なし
定期補充療法の有無	あり なし
使用中の凝固因子製剤 ()	
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
上記肝疾患の要因	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抗体が陽性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)	
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"/> Mec/ml / 10Mec/ml以上	
3. 不明/未検査	
平成16年6月1日から平成18年5月31日までのインターフェロン(IFN)治療の有無 (あり・なし) "あり"の場合は下にご回答ください	平成 ()年 ()月 ()日 ~ ()年 ()月 ()日
治療期間	
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 4. Peg-IFNとリバビリン併用療法	
【その治療効果】 (該当のものに○)	
1. HCV-RNAは以後消失、肝機能正常化	
2. HCV-RNAは一過性に陰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は陰性化した後、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)	

記載医師名: _____ 施設名・診療科: _____		住所: _____	
施設整理番号	明・大・昭・平	1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌	
生年月日	年 月 日 生	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	
性別	男・女	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	
死亡時の住所・都道府県名	都・道・府・県	HCV抗体の有無 1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化	
死亡年月日(H17.6.1~H18.5.31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	HCV抗体陽性の場合、以下の欄にお答え下さい。	
疾患名 (ロにしろをいれず漢字記入)	<input type="checkbox"/> 血友病A (重・中・軽・不明)	(1回目 平成 年) (治療効果 番号:) (治療効果 番号:)	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 現在致在中 8 不明 9 中止(理由)
	<input type="checkbox"/> 血友病B (重・中・軽・不明)	(2回目 平成 年) (治療効果 番号:) (治療効果 番号:)	
	<input type="checkbox"/> VWD	治療方法番号	
	<input type="checkbox"/> 類縁疾患 (病名:)	1. IFN単独療法実施	
	先天性の血友病、VWDを除く凝固因子異常・阻止因子異常および後天性の血友病・VWDを指す	2. IFNとリバビリン併用療法実施	
死亡直前のインヒビター値 (() BU, 不明)	3. Peg-IFN単独療法実施		
過去のインヒビターの最高値 (() BU, 不明)	4. Peg-IFNとリバビリン併用療法実施		
予防投与(バイパス製剤による) (あり なし 不明)	5. 不明		
免疫寛容療法について (死亡時行っていた 過去に行った 未施行 不明)			
免疫寛容療法施行の場合その効果は (成功 失敗 導入中 不明)			
家庭療法の有無	あり(本人 保護者 その他) なし		
定期補充療法の有無	あり なし		
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)		

ファクシミリレター

【送付先】

FAX: 03-5259-1812

(10月よりFAX番号が変わりました)

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

- ① 調査用紙を紛失したので再発行して下さい。
- ② 「調査協力医師名の記載についての同意書」(様式6)を紛失したので再発行して下さい。
- ③ 下記の調査用紙が不足しています。送付お願いします。

様式1 を () 枚

様式2 を () 枚

様式3 を () 枚

様式4 を () 枚

- ④ 様式1～様式4に関し、対象患者はいません。

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 18 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 18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全身に播種したもの 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全身に播種したもの 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全身に播種したもの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か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

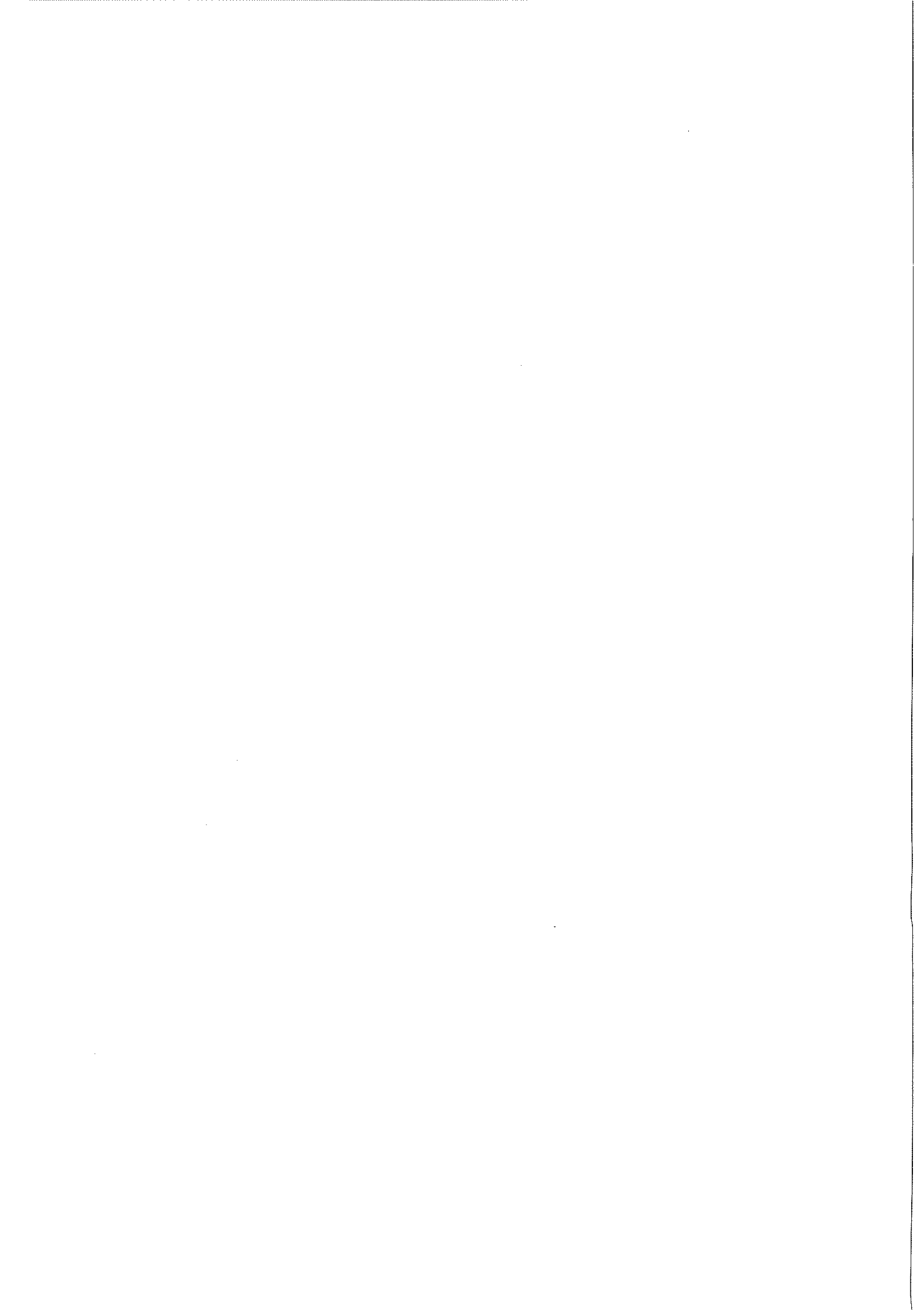
(b) 子供の行動上の発達障害が数週から数か月にわたって進行

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。

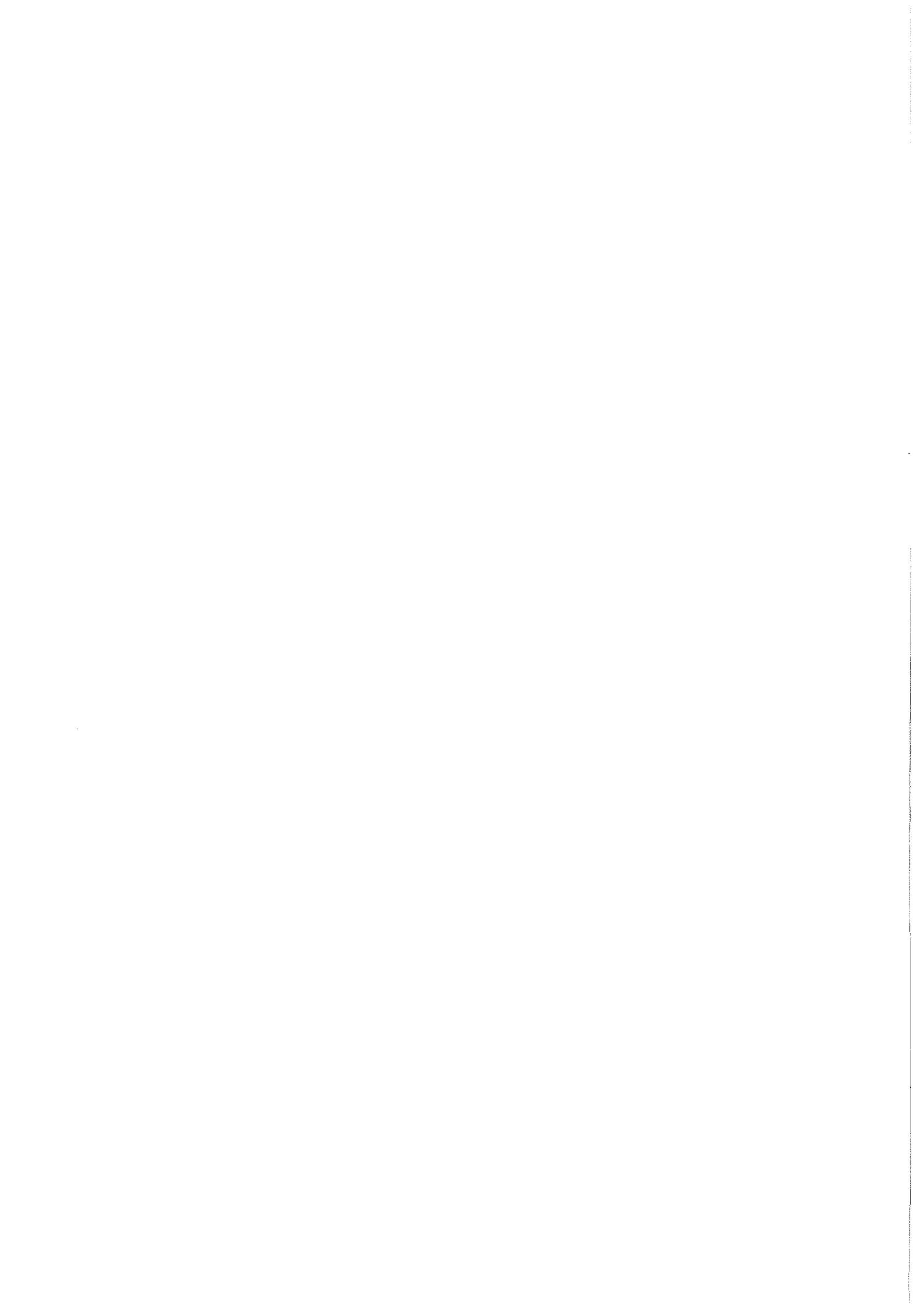
23. HIV消耗性症候群（全身衰弱又はスリム病）

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)
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
旭川医科大学病院	北海道	小児科	古谷野 伸
旭川医科大学病院	北海道	菌科口腔外科	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	小児科	畑江 芳郎
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	リウマチ血液内科	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
北海道大学病院	北海道	菌科診療センター	杉浦 千尋
北海道大学病院	北海道	第二内科	藤本 勝也
医療法人社団日鋼記念病院	北海道	内科	坂井 俊哉
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
せたな町立北松山国保病院	北海道	内科	篠田 文博
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
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
市立美唄病院	北海道	小児科	永田 康
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
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
三和医院	北海道	院長/内科	三上 徹成
江別市立病院	北海道	循環器科	佐藤 文彦
北海道立小児総合保健センター	北海道	血液腫瘍科	小田 孝憲
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	佐藤 澄人
相原内科医院	青森県	院長/内科	相原 守夫
弘前大学医学部	青森県	第一内科	高見 秀樹
十和田市立中央病院	青森県	小児科	小田 誠
青森市民病院	青森県	小児科	池田 保彦
国立病院機構青森病院	青森県	内科	坂本 佳穂
八戸赤十字病院	青森県	小児科	大沼 良一
労働福祉事業団 青森労災病院	青森県	第二内科	河津 俊太郎
黒石市国民健康保険黒石病院	青森県	小児科 輸血療法管理室	北澤 淳一
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
県立胆沢病院	岩手県	内科	勝又 宇一郎
国立病院機構盛岡病院	岩手県	内科	佐藤 正男
有馬医院	宮城県	院長/内科・小児科	有馬 恒彦

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
新仙台湾鈴木診療所	宮城県	院長/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
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
東北公済病院	宮城県	内科	小針 瑞男
東北大学病院	宮城県	血液免疫科	石川 正明
国立病院機構西多賀病院	宮城県	内科	三浦 明
医療法人医徳会 真壁病院	宮城県	院長/内科	真壁 道夫
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
済生会山形済生病院	山形県	副院長/産婦人科	金杉 浩
山形大学病院	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
こども医院さいとう	山形県	院長/小児科	斎藤 慶一
酒田市立酒田病院	山形県	内科	浅野 正二
酒田市立酒田病院	山形県	小児科	高久 巖
鶴岡市立荘内病院	山形県	内科	須田 克幸
国立病院機構米沢病院	山形県	神経内科	田郷 英昭
社団医療法人呉羽総合病院	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
公立藤田総合病院	福島県	小児科	岸 幹二
いづかファミリークリニック	福島県	小児科	飯塚 敦夫
(財)太田西ノ内病院	福島県	副院長/血液内科	松田 信
三愛会 池田温泉病院	福島県	外科	池田 史仁
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	雷 毅
福島医療生協わたり病院	福島県	小児科	北條 徹
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
筑波大学附属病院	茨城県	血液内科	長谷川 雄一
取手協同病院	茨城県	内科	伊藤 孝美
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
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
労働者健康福祉機構 鹿島労災病院	茨城県	内科	鏡味 勝
佐野市民病院	栃木県	内科	新井 弘一
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
自治医科大学附属病院	栃木県	移植外科	河原崎 秀雄
自治医科大学附属病院	栃木県	院長/循環器内科	島田 和幸
上都賀総合病院	栃木県	小児科	谷田部 道夫
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
桐生厚生総合病院	群馬県	小児科	桑島 信

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
いわた内科クリニック	群馬県	院長/内科	岩田 展明
利根中央病院	群馬県	内科	長坂 一三
医療法人本島総合病院	群馬県	小児科	茂木 洋一
くすの木病院	群馬県	院長/内科	鷲田 雄二
埼玉県立小児医療センター	埼玉県	血液・腫瘍科	菊地 陽
埼玉県厚生連幸手総合病院	埼玉県	内科	渡辺 恒家
国立病院機構西埼玉中央病院	埼玉県	小児科	土橋 浩
防衛医科大学校病院	埼玉県	血液内科	木村 文彦
川口市立医療センター	埼玉県	内科	山崎 博之
大宮中央総合病院	埼玉県	内科	神戸 成美
蕨市立病院	埼玉県	小児科	大角 勝彦
みどりこどもクリニック	埼玉県	院長/小児科	斉藤 みどり
医療法人桜ヶ丘病院	埼玉県	内科	水野 弘
松戸市立病院	千葉県	小児科	小森 功夫
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
社会保険船橋中央病院	千葉県	内科	小島 彰
船橋市立医療センター	千葉県	呼吸器内科	多部田 弘士
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
キッコーマン病院	千葉県	内科	三上 繁
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
昭和大学附属豊洲病院	東京都	院長	鬼塚 卓彌
東京大学医科学研究所	東京都	感染免疫内科	中村 哲也
西東京警察病院	東京都	内科	遠藤 素彦
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
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
国立国際医療センター	東京都	エイズ治療・研究開発センター長	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	大瀧 学
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	尾形 享一
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
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	田村 陸
荻窪病院	東京都	血液科	花房 秀次
常泉クリニック	東京都	精神科・内科・小児科	常泉 いづみ
(財)東京都保健医療公社荏原病院	東京都	感染症科	角田 隆文
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
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
帝京大学医学部	東京都	第一内科	後藤 守孝
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

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
昭和大学医学部	東京都	血液内科	齋藤 文護
たつのこどもクリニック	東京都	院長/小児科	田角 恭子
東京都立府中病院	東京都	血液内科	香西 康司
東京都立府中療育センター	東京都	小児科	倉田 清子
日本医科大学付属病院	東京都	第三内科	檀 和夫
日本医科大学付属病院	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
東京大学医学部附属病院	東京都	感染症科	塚田 訓久
都立駒込病院	東京都	感染症科	味澤 篤
国立病院機構東京医療センター	東京都	血液内科	矢野 尊啓
西東京中央総合病院	東京都	内科	山野辺 武
銀座メデントクリニック	東京都	口腔外科	伊藤 正夫
国際医療福祉大学附属三田病院	東京都	小児科	高木 正稔
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
横須賀市立市民病院	神奈川県	小児科	中村 昌徳
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
総合病院横浜南共済病院	神奈川県	血液内科	五味 聖二
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	小児科	磯山 恵一
国際親善総合病院	神奈川県	小児科	石川 明道
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
厚木市立病院	神奈川県	泌尿器科	岩室 紳也
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	小児科	長江 千愛
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	小児科	山下 敦己
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	西村 浩
神奈川県立足柄上病院	神奈川県	総合診療科	宮本 一行
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
林こどもクリニック	神奈川県	小児科	林 秀樹
済生会三条病院	新潟県	小児科	千葉 高正
三条総合病院	新潟県	副院長/内科	上村 旭
財団法人小千谷総合病院	新潟県	内科	小幡 明博
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	田邊 嘉也
新潟市民病院	新潟県	血液科	高井 和江
日本歯科大学新潟病院	新潟県	歯科麻酔・全身管理科	佐野 公人
新潟県立吉田病院	新潟県	小児科	柳原 俊雄
JA新潟厚生連 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
新潟県立がんセンター新潟病院	新潟県	小児科	浅見 恵子
新潟県立加茂病院	新潟県	内科	高橋 芳右
庄司こども医院	新潟県	理事長	庄司 義興
高岡市民病院	富山県	内科	渡辺 彰
国立病院機構富山病院	富山県	小児科	金兼 千春
富山大学附属病院	富山県	感染症治療部	安岡 彰
富山赤十字病院	富山県	内科	平岩 善雄

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
公立加賀中央病院	石川県	小児科	清水 眞
金沢医科大学	石川県	血液リウマチ膠原病科	正木 康史
石川県庁職員診療所	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
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	小児科	加藤 貞人
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	小児科	梶原 真清恵
福井赤十字病院	福井県	小児科	谷口 義弘
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	永嶋 貴博
山梨赤十字病院	山梨県	小児科	古市 嘉行
上野原市立病院	山梨県	院長/内科	両角 敦郎
塩山市民病院	山梨県	内科	矢崎 明彦
峯村内科医院	長野県	院長/内科	峯村 直
国立病院機構松本病院	長野県	内科	北野 善良
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
厚生連篠ノ井総合病院	長野県	小児科	諸橋 文雄
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
佐久総合病院	長野県	小児科	細谷 まち子
佐久総合病院	長野県	小児科	中林 洋介
佐久総合病院	長野県	小児科	宇都宮 朋宏
川西赤十字病院	長野県	内科	原口 正史
岐阜県厚生農業共同組合連合会 中濃病院	岐阜県	内科	山崎 健路
岐阜赤十字病院	岐阜県	小児科	清水 信雄
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
中津川市民病院	岐阜県	薬剤部	桐本 智美
医療法人厚生会木沢記念病院	岐阜県	泌尿器科	石原 哲
岐阜厚生連 東濃厚生病院	岐阜県	内科	野坂 博行
共立蒲原総合病院	静岡県	内科	河合 勉
掛川市立総合病院	静岡県	内科	五島 一征
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	副院長/第一内科	塩村 惟彦
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
南あたま第一病院	静岡県	外科	岡田 典之
遠州総合病院	静岡県	内科	伊藤 歩
国立病院機構天竜病院	静岡県	小児科	伊熊 正光
熱海熱函病院	静岡県	内科	五十嵐 寛
厚生連 渥美病院	愛知県	小児科	鈴木 賀巳
勝見内科	愛知県	院長/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
一宮市立市民病院	愛知県	血液内科	北村 邦朗
医療法人木芽会 平谷小児科	愛知県	小児科	平谷 良樹
岡崎市民病院	愛知県	血液内科	鈴木 久三

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
岡崎市民病院	愛知県	小児科	近藤 勝
蒲郡市民病院	愛知県	小児科	河辺 義和
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	愛知県	小児科	美濃 和 茂
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	愛知県	耳鼻科	高橋 正克
岡部外科	愛知県	院長	岡部 一誠
高浜市立病院	愛知県	院長	岩井 彰
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	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	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
名古屋第二赤十字病院	愛知県	血液内科	小椋 美知則
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	内科	下川 高賢
名古屋第一赤十字病院小児医療センター	愛知県	血液腫瘍科	加藤 剛二
大曾根こどもクリニック	愛知県	小児科	加藤 友義
津島市民病院	愛知県	小児科	沼田 真一郎
榊原温泉病院	三重県	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
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
山田赤十字病院	三重県	小児科	井上 正和
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
名張市立病院	三重県	小児科	須藤 博明
甲賀郡国民健康保険病院組合 公立甲賀病院	滋賀県	内科	瀬川 秀和
公立高島総合病院	滋賀県	小児科	有田 泉
公立高島総合病院	滋賀県	内科	日下 輝俊
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
滋賀医科大学	滋賀県	小児科	太田 茂
社会保険滋賀病院	滋賀県	内科	井上 徹也
国立病院機構滋賀病院	滋賀県	内科	岡野 晃
(財)綾部市医療公社 綾部市立病院	京都府	内科	高升 正彦
宮津武田病院	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	血液・腫瘍内科	菱澤 方勝
洛西ニュータウン病院	京都府	内科	上田 良弘
毛利病院	京都府	内科	上田 良弘
京都第一赤十字病院	京都府	小児科	中林 佳信
京都九条病院	京都府	内科	松井 淳棋
社会保険京都病院	京都府	内科	春山 春枝
京都市立病院	京都府	小児科	黒田 啓史
(医) 井下外科クリニック	大阪府	院長/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
高槻病院	大阪府	小児科	橋本 直樹
大阪労災病院	大阪府	小児科	川村 尚久

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
大阪大学医学部附属病院	大阪府	消化器外科	丸橋 繁
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	山根 孝久
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
青山病院	大阪府	内科	牧野 泰博
八尾市立病院	大阪府	小児科	高瀬 俊夫
箕面市立病院	大阪府	小児科	山本 威久
橋本小児科医院	兵庫県	院長	橋本 能直
財団法人甲南病院 加古川病院	兵庫県	内科	塩沢 和子
神鋼加古川病院	兵庫県	副院長/小児科	三舛 信一郎
ときわ病院	兵庫県	消化器外科	関田 幹雄
神戸赤十字病院附属須磨診療所	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	総合診療部	秋田 穂東
神戸大学医学部附属病院	兵庫県	血液腫瘍科	西郷 勝康
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
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
兵庫医科大学	兵庫県	血液内科	澤田 暁宏
西脇市立西脇病院	兵庫県	小児科	許 永龍
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
兵庫県立柏原病院	兵庫県	産科	上田 康夫
明石市立市民病院	兵庫県	小児科	千代延 友裕
植田医院	兵庫県	院長/内科	植田 基生
くろだ小児科	兵庫県	院長/小児科	黒田 英造
樋口内科医院	兵庫県	内科	樋口 光宏
神戸協同病院	兵庫県	内科	西郷 勝康
奈良県立医科大学	奈良県	小児科	吉岡 章
奈良県立医科大学附属病院	奈良県	小児科	田中 一郎
健生会 土庫こども診療所	奈良県	小児科	石丸 敏博
国立病院機構奈良医療センター	奈良県	小児科	新家 興
社会福祉法人恩賜財団済生会奈良病院	奈良県	内科	今井 照彦
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
新宮市立医療センター	和歌山県	小児科	足立 基
社会保険紀南総合病院	和歌山県	小児科	吉益 哲
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

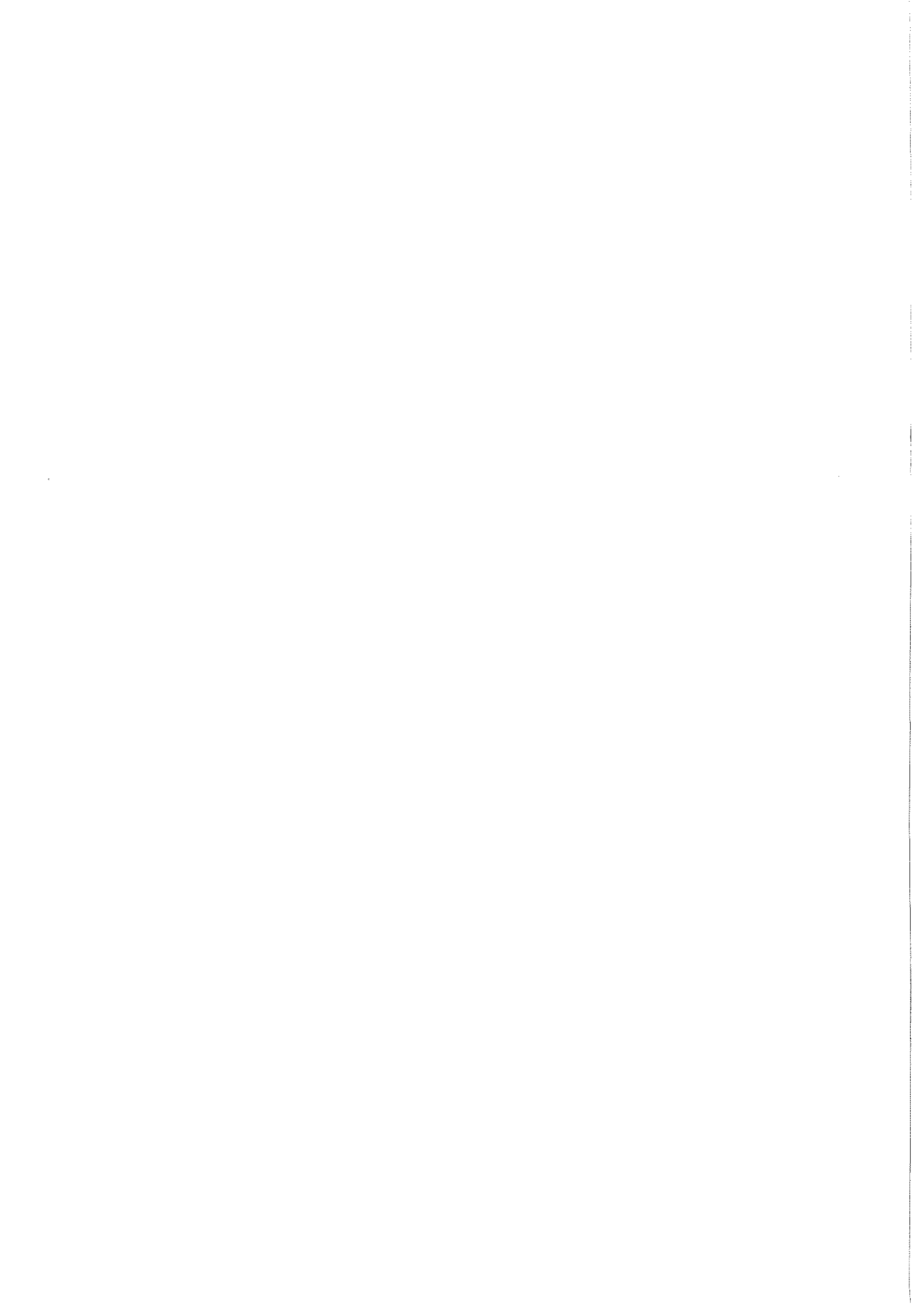
施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
吉岡医院	島根県	院長/外科	吉岡 太佑
島根大学医学部附属病院	島根県	血液内科	石倉 浩人
岡山大学医学部・歯学部附属病院	岡山県	血液腫瘍内科	石丸 文彦
医療法人医清会 山本医院	岡山県	理事長/内科	山本 二平
おおもと病院	岡山県	外科	村上 茂樹
岡山労災病院	岡山県	内科	矢野 朋文
医療法人さとう記念病院	岡山県	院長	稲田 洋
新見中央病院	岡山県	院長/外科	万波 徹也
国立病院機構南岡山医療センター	岡山県	内科	竹内 誠
こまざわ小児科医院	岡山県	院長/小児科	駒澤 勝
豊田小児科耳鼻咽喉科医院	広島県	院長	豊田 作次郎
マツダ(株) マツダ病院	広島県	内科	五明 幸彦
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
広島大学病院	広島県	小児科	石川 暢恒
広島大学病院	広島県	内科(原医研)	斉藤 誠司
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
国立病院機構広島西医療センター	広島県	院長/内科	沖田 肇
国立病院機構東広島医療センター	広島県	小児科	下田 浩子
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
広島通信病院	広島県	小児科	川野 妙子
あいクリニック	広島県	内科	西原 龍司
下関市立中央病院	山口県	内科	岡村 秀樹
光市立光総合病院	山口県	内科	畑尾 満佐子
徳島大学病院	徳島県	血液内科	尾崎 修治
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
屋島総合病院	香川県	小児科	村川 和義
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
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
香川小児病院	香川県	小児科	岩井 朝幸
高松平和病院	香川県	小児科	平野 明子
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 今治病院	愛媛県	小児科	高橋 龍太郎
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
市立八幡浜総合病院	愛媛県	小児科	廣井 一浩
高知医療センター	高知県	小児科	西内 律雄
国立病院機構高知病院	高知県	内科	岩原 義人
高知大学医学部附属病院	高知県	総合診療部	武内 世生
久留米大学医学部	福岡県	小児科	松尾 陽子

施設名	都道府県	所 属	氏名(敬称略)
久留米大学病院	福岡県	血液内科	岡村 孝
久留米大学病院	福岡県	第一内科	本田 順一
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
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
九州大学大学院医学研究院	福岡県	小児科	大賀 正一
九州大学病院	福岡県	総合診療部	村田 昌之
国立病院機構九州がんセンター	福岡県	小児科	永利 義久
産業医科大学病院	福岡県	神経精神科	坂田 深一
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
佐賀県立病院好生館	佐賀県	内科	松石 英城
佐賀大学医学部附属病院	佐賀県	血液内科	末岡 栄三朗
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
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
日本赤十字社長崎原爆病院	長崎県	内科	城 達郎
長崎県立島原病院	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
福田町山口医院	長崎県	内科・消化器科・循環器科	山口 国太郎
公立玉名中央病院	熊本県	内科	牛島 正人
公立玉名中央病院	熊本県	小児科	米峰 かず子
熊本中央病院	熊本県	小児科	古瀬 昭夫
熊本大学医学部附属病院	熊本県	小児外科・移植外科	猪俣 裕紀洋
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
N T T西日本九州病院	熊本県	血液免疫内科	鈴島 仁
とうぼ小児科医院	大分県	院長/小児科	東保 裕の介
三池循環器科内科医院	大分県	院長	三池 善朗
大分大学医学部附属病院	大分県	消化器内科	小野 雅美
大分記念病院	大分県	理事長/内科	高田 三千尋
大分赤十字病院	大分県	副院長/内科	岡田 薫
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	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
諫山整形外科医院	大分県	院長	諫山 哲郎
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
のだ小児科医院	宮崎県	院長/小児科	野田 隆

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
鹿児島市立病院	鹿児島県	小児科	川上 清
つかさとクリニック	鹿児島県	院長	塚里 孝和
宜野湾胃腸科医院	沖縄県	院長/内科	與那原 稔
医療法人 友愛会 南部病院	沖縄県	小児科	島袋 直茂
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	沖縄県	小児科	岡村 隆行
沖縄南部徳洲会病院	沖縄県	名誉院長/内科	平安山 英達
沖縄県立南部医療センター・こども医療センター	沖縄県	小児科	百名 伸之
沖縄県立八重山病院	沖縄県	小児科	宍田 紀夫
ぐしこどもクリニック	沖縄県	院長	具志 一男

以上の他、338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横浜市西部病院小児科部長兼周産期センター長)

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 18 年度報告書

発行日 平成 19 年 3 月 31 日

発行 財団法人エイズ予防財団

〒101-0061

東京都千代田区三崎町 1-3-12

水道橋ビル 5 階

電話 03 (5259) 1811

FAX 03 (5259) 1812