

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成19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19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まいりました。皆様からの多大なご協力により、平成19年度報告書を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の患者さまにおかれましては、エイズ関連疾患による死亡数は平成10年以後本年度も目立った上昇のないまま推移しています。CD4陽性Tリンパ球数の平均、HIV-RNAコピー数が測定感度未満の割合も前年度と変わりはなく、HIVの制御は比較的良好な状態であることが推定されました。一方、最近では肝硬変、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おり、本年度も死因の過半数を占めました。主な原因はC型肝炎ウイルスに起因するものです。HIV非感染の血液凝固異常症の患者さまにおかれましても最近、主としてC型肝炎ウイルスに起因する重篤な肝疾患による死亡報告が増加しており、本年度も死因の約半数を占めました。

その一方で、インターフェロン治療によるC型肝炎の治癒例も累積されています。最近、PEG-IFN/RBV併用療法による治療が徐々に増加し、その有効率も従来の成績よりも高い割合となっております。なお一層積極的にインターフェロン治療の導入を図ることが望まれるところです。

残念ながらインターフェロン治療に反応しない例も少なくないので、さらに強力で副作用の少ない新たな治療法の開発が是非とも望まれるところです。肝庇護剤であるグリチルリチン製剤の在宅自己注射が平成20年4月1日から承認される予定です。これは患者さまのQOLを考慮すると朗報でございます。本調査の報告が行政に反映された結果のひとつと確信しております。

これからも皆様のご協力とご指摘をお願い申し上げます。次第です。

平成20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 19 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
⑤ HIV 非感染血液凝固異常症における死亡報告	11
⑥ 小児の血液凝固異常症数	12
(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	13
① HIV 感染症例総数	13
② HIV 感染生存症例数	13
③ 新規の AIDS 発症例	13
④ AIDS 発症生存例数	13
⑤ HIV 感染例の死亡報告	13
⑥ HIV 感染後天性凝固異常症および 2 次・3 次感染の症例	13
⑦ HIV 感染死亡例の累積数	14
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	17
⑨ 血液凝固異常症における抗 HIV 薬の使用状況	20
⑩ リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	20
⑪ 血液凝固異常症における AIDS 指標疾患の状況	20
⑫ HIV 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	23
(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	24
(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	26
(6) 血液凝固異常症における肝疾患の治療状況	27
① インターフェロンによる治療状況	27
② 血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	28
③ 肝移植の報告数	29
④ 平成 19 年度調査による HIV 非感染の血液凝固異常症における出生年と HCV 抗体	29
IV. 結語	29
V. 謝辞	30
調査通知文書	31
同意取得関係書類	35
医療調査票	39
調査協力施設一覧	49
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	59



I. 緒言

平成13年度に厚生労働省により事業化された「血液凝固異常症全国調査」について、平成19年度の調査事業を行ったので、その集計結果を報告する。

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、医療関係者および血液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19年度の調査を遂行するに当たっては、前年度までの調査の経緯を踏まえ、個人情報の保護を重視することとし、調査用紙への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。一方、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り扱った。

II. 調査方法

(1) 対象と方法

平成19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18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、1,371施設(1,502担当部所)に調査用紙を送付し、平成19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19年6月20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18年度までの調査用紙を改訂して用いた。記載して頂く項目は、凝固因子製剤による出血の治療および予防、インヒビター、HIV感染、C型肝炎ウイルス（HCV）に関することを中心に配置した。

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19年度の調査票はpp. 39～44に添付した。

(3) 同意取得に関する書類

平成19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関し、各担当医への説明と依頼の文書、同意説明文書、および同意書の見本を同封した。これらの文書は、pp. 35～38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19年6月20日に、1,371施設（1,502担当部所）に送付した。この内、回答を頂いたのは638施設（746担当部所）で、施設としての回収率は47%（担当部所としての回収率は50%）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）2,755枚を収集し、重複報告を削除した結果2,487症例となった。平成18年6月1日から平成19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18枚が回収され、重複報告を削除すると17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3例あった。

HIV感染例に関しては、生存症例調査票（様式1）607枚が回収され、重複報告数を削除すると536症例となった。死亡症例調査票（様式2）は20枚が回収され、重複報告数を削除すると19例となった。

同意の取得状況は、調査票全体の63%において同意を得たことが報告されていた。

(2) HIV非感染の血液凝固異常症

①平成19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18年6月1日から平成19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19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5,556例（血友病A 3,550例・血友病B 726例・VWD 862例・類縁疾患 418例）となった。昨年度の報告と比べ、134例（男性112例、女性22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19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	3550	726	862	418	5556
(男性)	3523	719	394	231	4867
(女性)	27	7	468	187	689
HIV感染生存	609	189	7	4	809
(男性)	609	189	2	1	801
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4159	915	869	422	6365
(男性)	4132	908	396	232	5668
(女性)	27	7	473	190	697
AIDS発症(生存)	120	42	2	0	164
(男性)	120	42	0	0	162
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	477	136	1	8	622
(男性)	475	134	1	6	616
(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

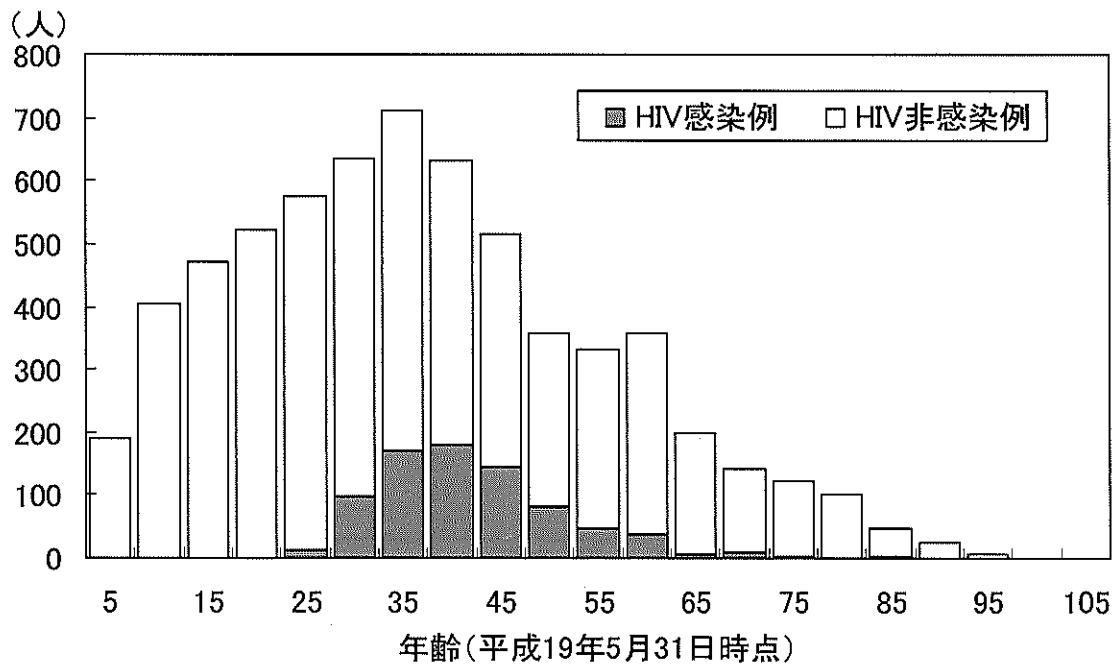


図1. 平成19年5月31日時点の血液凝固異常症生存例の年齢分布

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	145	37	24	11	217
(男性)	143	35	10	6	194
(女性)	2	2	14	5	23
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	180	44	24	11	259
(男性)	178	42	10	6	236
(女性)	2	2	14	5	23
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	283	66	34	22	405
(男性)	282	65	21	16	384
(女性)	1	1	13	6	21
HIV感染生存	56	8	2	0	66
(男性)	56	8	1	0	65
(女性)	0	0	1	0	1
HIV非感染・感染生存合計	339	74	36	22	471
(男性)	338	73	22	16	449
(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)	54	11	0	3	68
(男性)	54	11	0	3	68
(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	1255	248	371	198	2072
(男性)	1245	248	172	111	1776
(女性)	10	0	199	87	296
HIV感染生存	242	77	2	2	323
(男性)	242	77	0	1	320
(女性)	0	0	2	1	3
HIV非感染・感染生存合計	1497	325	373	200	2395
(男性)	1487	325	172	112	2096
(女性)	10	0	201	88	299
AIDS発症(生存)	61	19	2	0	82
(男性)	61	19	0	0	80
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	180	45	1	2	228
(男性)	179	45	1	2	227
(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	69	16	5	3	93
(男性)	68	16	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	76	23	5	3	107
(男性)	75	23	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	455	105	87	28	675
(男性)	452	105	45	10	612
(女性)	3	0	42	18	63
HIV感染生存	53	20	1	0	74
(男性)	53	20	1	0	74
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	508	125	88	28	749
(男性)	505	125	46	10	686
(女性)	3	0	42	18	63
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)	36	21	0	0	57
(男性)	36	21	0	0	57
(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	633	129	193	78	1033
(男性)	630	127	83	41	881
(女性)	3	2	110	37	152
HIV感染生存	82	33	0	1	116
(男性)	82	33	0	0	115
(女性)	0	0	0	1	1
HIV非感染・感染生存合計	715	162	193	79	1149
(男性)	712	160	83	41	996
(女性)	3	2	110	38	153
AIDS発症(生存)	12	6	0	0	18
(男性)	12	6	0	0	18
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	61	18	0	0	79
(男性)	61	18	0	0	79
(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	195	31	35	22	283
(男性)	195	30	16	12	253
(女性)	0	1	19	10	30
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	227	41	35	22	325
(男性)	227	40	16	12	295
(女性)	0	1	19	10	30
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	123	15	47	7	192
(男性)	121	15	23	2	161
(女性)	2	0	24	5	31
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	132	19	47	8	206
(男性)	130	19	23	2	174
(女性)	2	0	24	6	32
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	392	79	66	49	586
(男性)	387	78	23	31	519
(女性)	5	1	43	18	67
HIV感染生存	93	23	2	0	118
(男性)	93	23	0	0	116
(女性)	0	0	2	0	2
HIV非感染・感染生存合計	485	102	68	49	704
(男性)	480	101	23	31	635
(女性)	5	1	45	18	69
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)	79	20	0	1	100
(男性)	79	19	0	0	98
(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418例(男231例、女187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。なお、表11には、後述するHIV感染のある類縁疾患4例も含まれている。

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	9	13	22
先天性第Ⅶ因子欠乏・低下／異常症	27	20	47
先天性第Ⅹ因子欠乏・低下／異常症	10	6	16
先天性第Ⅺ因子欠乏・低下／異常症	15	8	23
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	29	26	55
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	16	8	24
先天性プロテイン S 欠乏・低下／異常症	7	4	11
先天性α ₂ -PI 欠乏・低下／異常症	0	3	3
後天性血友病 A	32	23	55
後天性血友病 B	2	0	2
後天性 VWD	6	1	7
その他	13	14	27

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XIII因子欠乏・低下/異常症55例（男29例、女26例）および、先天性第VII因子欠乏・低下/異常症47例（男27例、女20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19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についても調査を行った。

まず、現在のインヒビターの有無と、これまでにインヒビターの値が5BU以上（ハイレスポンダー）になったことがある例数の分布状況は、表12および表13の通りであった。また、現在インヒビターがあると回答されていた例において、記載されていたインヒビター値を集計すると、表14のような分布であった。

免疫寛容療法を現在施行している、あるいは過去に行ったことがある報告数は、血友病Aについて64例、血友病Bについて8例であった（表15）。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。

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17に示す通りで、血友病Aについては合計23例（定期的なもの12例、不定期的なもの11例）、血友病Bについては合計6例（6例とも不定期）に予防投与を行っている報告があった。

表12. 現在または過去にインヒビターがあった例数

	血友病A				血友病B			
	現在あり	ITIで消失	自然消失	詳細不明	現在あり	ITIで消失	自然消失	詳細不明
HIV非感染	74	29	25	59	13	1	3	10
HIV感染	7	3	2	18	1	0	0	8

表13. ハイレスポンダー、ローレスポンドラーの割合

	血友病A			血友病B		
	ハイレスポンダー	ローレスポンドラー	不明	ハイレスポンダー	ローレスポンドラー	不明
HIV非感染	92	33	62	16	3	8
HIV感染	8	2	20	2	2	5

ハイレスポンダー： 5BU以上になったことがあるインヒビター患者
ローレスポンドラー： 5BU以上にならなかったインヒビター患者

表14. 現在インヒビター陽性の患者数

	血友病A			血友病B		
	5BU以上	0.6～5BU未満	不明	5BU以上	0.6～5BU未満	不明
HIV非感染	40	32	2	10	3	0
HIV感染	2	4	1	1	0	0

表15. 免疫寛容療法の施行について

	血友病A			血友病B		
	現在あるいは過去に施行	未施行	不明	現在あるいは過去に施行	未施行	不明
HIV非感染	60	83	44	8	11	8
HIV感染	4	11	15	0	6	3

表16. 免疫寛容療法の効果

	血友病A				血友病B			
	成功	失敗	導入中で判定できない	不明	成功	失敗	導入中で判定できない	不明
HIV非感染	37	11	10	2	1	6	1	0
HIV感染	3	1	0	0	0	0	0	0

表17. 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数

	血友病A				血友病B			
	定期的に施行	不定期に施行	行わない	不明	定期的に施行	不定期に施行	行わない	不明
HIV非感染	11	8	102	66	0	3	12	12
HIV感染	1	3	12	14	0	3	2	4

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18に、定期補充療法の有無に関しては表19および表20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19年5月31日時点の年齢により区分して、それぞれ表19と表20に集計した。

表18. 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*	施行者不明*		
HIV非感染例	827	242	21	65	476	59
HIV感染例	338	5	2	10	32	14
合計	1165	247	23	75	508	73

血友病B	あり				なし	不明
	本人*	保護者*	その他*	施行者不明*		
HIV非感染例	130	40	3	7	124	11
HIV感染例	79	2	1	3	20	7
合計	209	42	4	10	144	18

(*重複回答例含む)

表19. 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	469	101	21	8	488	239	283	3	62
HIV感染例	79	15	4	53	171	25	16	11	27
合計	548	116	25	61	659	264	299	14	89

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	39	16	4	2	106	68	63	2	14
HIV感染例	10	4	3	8	43	22	9	3	9
合計	49	20	7	10	149	90	72	5	23

表20. 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	8	24	4	0	4	0
2歳以上6歳未満	54	46	1	6	14	1
6歳以上13歳未満	141	86	11	18	23	3
13歳以上20歳未満	122	105	9	15	44	3
20歳以上(HIV非感染例)	274	752	37	22	154	7
20歳以上(HIV感染例)	151	223	27	25	77	9
20歳以上小計	425	975	64	47	231	16
計	750	1236	89	86	316	23

⑤HIV非感染血液凝固異常症における死亡報告

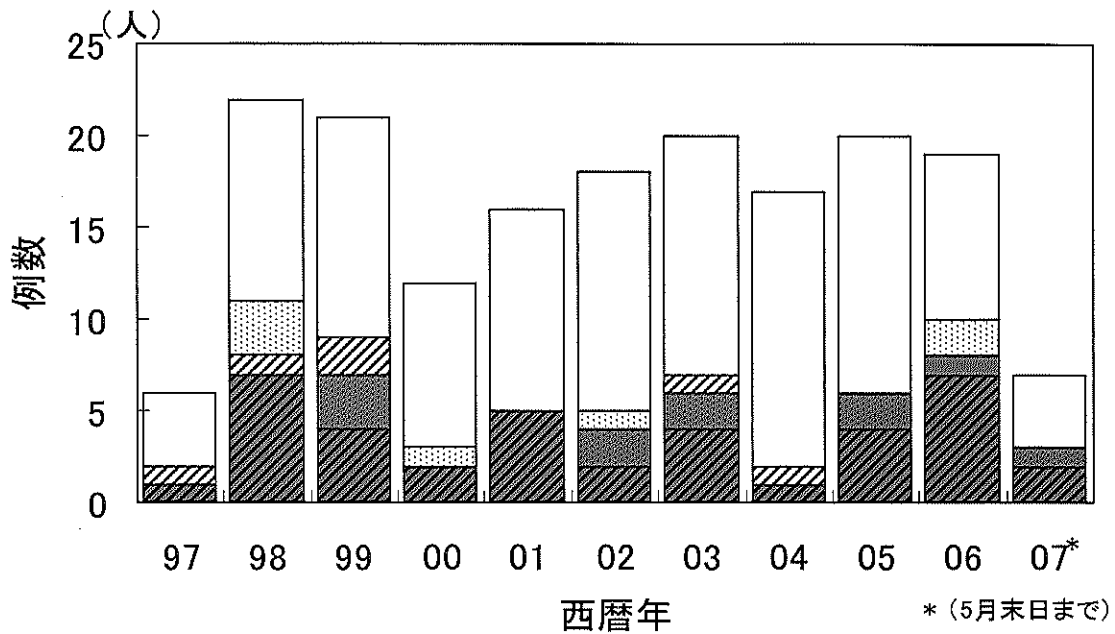
HIV非感染例で平成18年6月1日から平成19年5月31日までに死亡した血液凝固異常症患者は17人であった。疾患の内訳は、血友病Aが9例（重症型2例、中等症4例、軽症型2例、不明1例）、血友病Bが3例（重症型2例、中等症1例）、後天性血友病Aが5例であった。男女別では、後天性血友病Aの2例を除くと他は男性であった。年齢は、平均値65歳、中央値61歳（44歳から94歳）であった。

死因は肝疾患が8例（肝癌6例、肝硬変1例、肝臓移植後脾動脈破裂1例）、出血4例（頭蓋内出血3例、後腹膜出血1例）、肺炎3例、急性骨髄性白血病1例、不明1例であった。

肝疾患8例の原因ウイルスは7例がHCVであり、1例がHCV/HBVであった。このうち3例はインターフェロン治療が実施されており、1例は無効判定、1例は2回目のインターフェロン治療中に死亡、1例は副作用のため中止された症例であった。他の5例はインターフェロン治療が実施されなかった症例である。

なお、平成18年5月31日以前の死亡例であるが、今回の調査で新たに3人が追加報告された。疾患の内訳は、血友病A中等症 2例、後天性血友病A 1例であった。血友病A中等症の2例の死因は不明であったが、後天性血友病Aの死因は出血（頭蓋内出血、消化管出血）であった。

以上の平成19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と報告された例（背景がグレーの部分）と、それ以外の例とを分別して表示した。



凡例の説明 主たる死因が肝疾患であるもの：(肝癌/肝不全) (肝硬変) (肝移植後)
 主たる死因は肝疾患でないが、重篤な肝疾患のあったもの：(肝癌/肝不全) (肝硬変)
 死亡時に重篤な肝疾患はなかったもの：□

図2. HIV非感染血液凝固異常症における年次死亡報告数

⑥小児の血液凝固異常症数

平成19年5月31日現在で生存中の血液凝固異常症5,556例の内、平成19年4月1日時点で満16歳未満であった例数(男女合計)を、表21および表22に示した。なお、表22の各ブロックの都道府県は、表2から表10と同様である。

表21. 小児の血液凝固異常症数

血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	合計
764	175	168	59	1166

表22. 小児の血液凝固異常症数ブロック別集計

ブロック	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	小計
北海道	24	10	5	0	39
東北	49	16	7	3	75
関東甲信越	256	61	79	31	427
北陸	13	2	0	0	15
中部	100	21	24	5	150
近畿	137	28	25	7	197
中国	45	9	9	4	67
四国	33	7	15	2	57
九州	107	21	4	7	139

(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19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19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809例で、その内訳は血友病A 609例、血友病B 189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18年6月1日から平成19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1例であった。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19年度調査期間のAIDS発症例は前項の1例であるが、当該期間以前の過去の時点で、既にAIDSを発症していた例数と総合すると、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164名（男162例、女2例）（表1）となっている。

⑤HIV感染例の死亡報告

平成18年6月1日から平成19年5月31日までのHIV感染血液凝固異常症の死亡報告数は18例で、血友病Aが15例、血友病Bが3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4例（血友病A 3例、血友病B 1例）で、AIDS指標疾患は2例に進行性多巣性白質脳症が、他の2例にはサイトメガロウイルス感染症とHIV消耗性症候群がそれぞれ報告されていた。なお、4例中1例には死因として肝疾患（肝硬変・肝不全）も合わせて報告されていた。

残りの14例についての死因は、11例について「肝疾患」、3例について「出血」であったが、他の1例については死因は不明と報告されていた。

死因として「肝疾患」が選択されていた11例における肝疾患の内訳は、肝癌/肝不全2例、肝硬変/肝不全7例、肝硬変2例であった。これらの11例およびAIDS指標疾患と肝疾患の双方が死因となっている1例の中で、過去においてインターフェロンによる治療があったと報告されていたのは2例（IFN単独療法1例、Peg-IFN単独療法1例）で、どちらも副作用の出現によって治療が中止されていた。

死因として「出血」が選択されていた2例については、1例が脳出血、1例が消化管出血と報告されていた。

以上調査期間における凝固異常症の死亡報告18例においては、死亡時年齢の平均値および中央値は、それぞれ46歳および45歳で、その範囲は31歳～60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（いわゆる第4ルート）症例については、様式1により3例について継続報告が得られている。生存中の累積数は5例（男性2例、女性3例）となっている。

2次・3次感染については平成19年度調査により15例についての継続的な報告が回収されている。また、今回の調査期間における死亡例が1例報告された。生存中の2次・3次感染の累積数は26例となり、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1例となっている。

これまでの調査によるHIV感染後天性凝固異常症および2次・3次感染の累積数を表23に示した。

表23. 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19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	1	26	31
	男性	2	0	2	0	1	3	5
	女性	3	22	1	0	0	23	26
生存症例中のAIDS発症数*		3	3	1	0	0	4	7
	男性	2	0	1	0	0	1	3
	女性	1	3	0	0	0	3	4
死亡(累積)		2	12	1	1	1	15	17
	男性	1	0	1	0	0	1	2
	女性	1	12	0	1	1	14	15
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19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、622例となった。その内訳は、血友病A 477例、血友病B 136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(いわゆる第4ルート)の累積死亡数は2例、2次・3次感染は15例となっている(表23)。

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24、25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24に1月1日を始期とする年次区分、表25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24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年および平成18年の集計はそれぞれ、18例、12例で、平成19年については5月末日までの集計で10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24. 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19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	11	1	0	0	0	1	13
19*	7	3	0	0	0	0	10

*5月末日まで

表25. 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19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
18.6.1～19.5.31	15	3	0	0	0	1	19

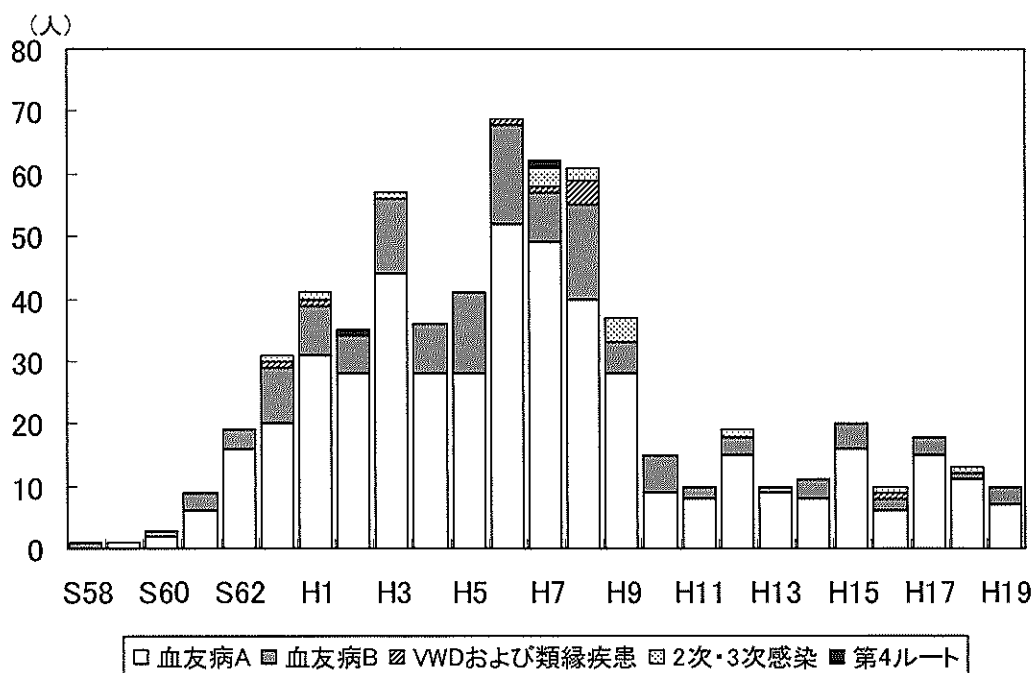


図3. HIV感染例(血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症、2次・3次感染)における年間死亡数の変化(平成19年5月31日まで)—1月1日を始期とする暦年による集計

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622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402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年は1例であったが、平成19年については5月末までの集計で4例であった。

同じく622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161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に示した（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26～29に示した。

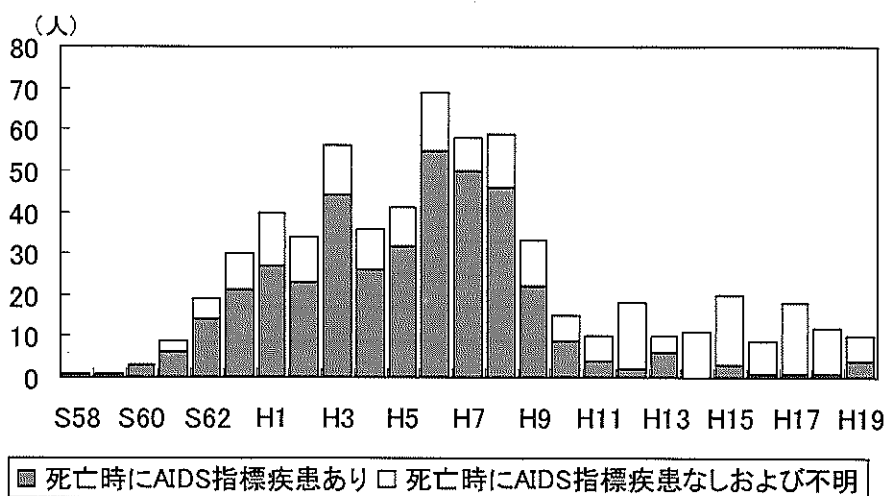


図4. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時のAIDS指標疾患の有無（平成19年5月31日まで）
— 1月1日を始期とする暦年による集計—

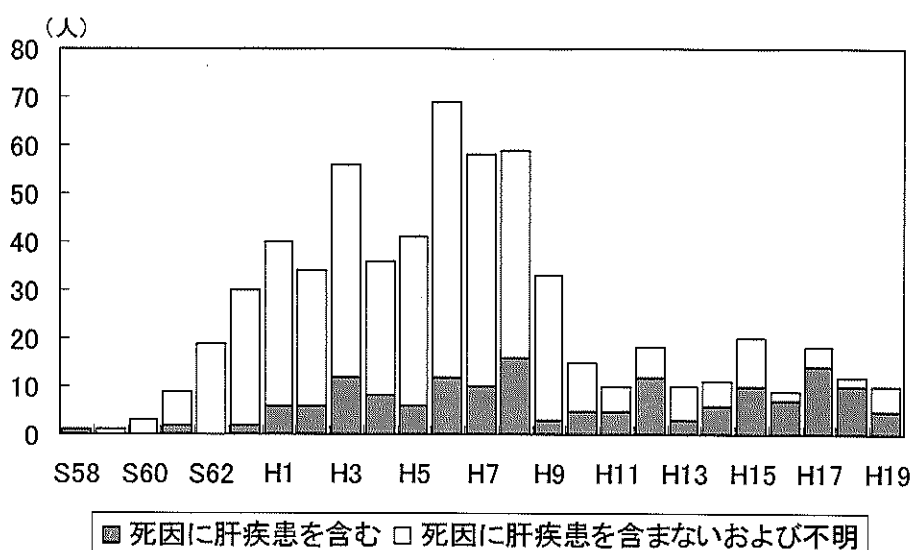


図5. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死因中の肝疾患の有無（平成19年5月31日まで）
— 1月1日を始期とする暦年による集計—

表26. 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	11	12
19*	4	6	10

*5月末日まで

表27. 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
— 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
18.6.1～19.5.31	4	14	18

表28 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	10	2	12
19*	5	5	10

*5月末日まで

表29. HIV感染血液凝固異常症の死亡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
18.6.1～19.5.31	12	6	18

⑨血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況

抗HIV薬の使用状況については、平成18年度調査から総括的に報告して頂く方式とし、平成19年度も同様の形式で調査を行なった。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」とした。

平成19年5月31日付で生存中の血液凝固異常症については506例の報告が得られ、集計結果は、表30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367例(72.5%)、単剤あるいは2剤併用で治療されていたのは38例(7.5%)であった。休薬中のものは合計25例(4.9%)で、この内耐性ウイルスの出現によるものが1例(0.2%)、副作用によるものが8例(1.6%)、別の理由によるものが16例(3.2%)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70例(13.8%)であった。一方、抗HIV薬の使用状況に関する詳細が不明であった症例は6例(1.2%)であった。

表30. HIV感染血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況
(平成18年6月1日～平成19年5月31日)

使用の状況	報告数	(%)
3剤以上の併用	367	72.5%
単剤、あるいは2剤併用	38	7.5%
耐性ウイルス出現のため休薬中	1	0.2%
副作用のために休薬中	8	1.6%
別の理由で休薬中	16	3.2%
他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与	70	13.8%
詳細不明	6	1.2%

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19年度調査の生存症例において488例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症：471例、HIV感染後天性血液凝固異常症：2例、2次・3次感染：15例)。症例数とリポジストロフィーが認められる割合は表31の通りで、32.0%であった。

表31. 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	332	32.0%

乳酸アシドーシスの有無については483例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症：466例、HIV感染後天性血液凝固異常症：2例、2次・3次感染：15例)。乳酸アシドーシスが認められる割合は、表32に示すように1.7%であった。

表32. 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	475	1.7%

⑪血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況

平成18年6月1日から平成19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5例(生存5例)で、これについて、カリニ肺炎3例(生存3例)、進行

性多巣性白質脳症3例（生存1例、死亡2例）であった。これら以外にはサイトメガロウイルス感染症2例（生存1例、死亡1例）、HIV消耗性症候群2例（生存1例、死亡1例）および非ホジキンリンパ腫1例（生存1例）、活動性結核1例（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19年までの調査におけるAIDS指標疾患報告数の推移を表33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33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までの1年間）の死亡報告（表33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33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33. 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	
	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
クリプトコッカス症	1	3	0	0	0	0	1	0	1	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
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
単純ヘルペス感染症	1	4	1	0	2	0	1	1	2	0	1	0
カポジ肉腫	0	1	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
リンパ性間質性肺炎	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
ニューモシスチスカリニ肺炎	10	9	7	2	7	1	6	0	3	1	2	0
進行性多巣性白質脳症	2	4	2	0	1	0	2	1	0	1	0	0
トキソプラズマ脳症	1	2	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0
化膿性細菌感染症	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
HIV脳症	1	10	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
イソスポラ症	1	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
活動性結核	2	0	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0
サルモネラ菌血症	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0
HIV消耗性症候群	3	14	2	2	2	2	4	1	4	0	2	1
反復性肺炎	11	3	5	1	4	1	2	0	0	1	0	0
浸潤性子宮頸癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

AIDS指標疾患	平成15年度		平成16年度		平成17年度		平成18年度		平成19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
カンジダ症	6	0	4	0	4	0	4	0	5	0
クリプトコッカス症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
クリプトスポリジウム症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
サイトメガロウイルス感染症	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1
単純ヘルペス感染症	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
カポジ肉腫	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
原発性脳リンパ腫	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
非定型抗酸菌症	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0
ニューモシスチスカリニ肺炎	4	0	2	1	3	0	3	0	3	0
進行性多巣性白質脳症	0	0	2	0	1	0	1	1	1	2
トキソプラズマ脳症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
化膿性細菌感染症	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
HIV脳症	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0
ヒストプラズマ症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
イソスポラ症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非ホジキンリンパ腫	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0
活動性結核	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0
サルモネラ菌血症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV消耗性症候群	3	0	1	0	0	0	0	1	1	1
反復性肺炎	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
浸潤性子宮頸癌	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19年度調査に報告があった501例における平均値、中央値および標準偏差は、それぞれ438.4、389.0、および239.4 (μL) 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327例、測定感度～999が100例、1,000～4,999が29例、5,000～9,999が10例、10,000～49,999が19例、50,000以上が16例であった。

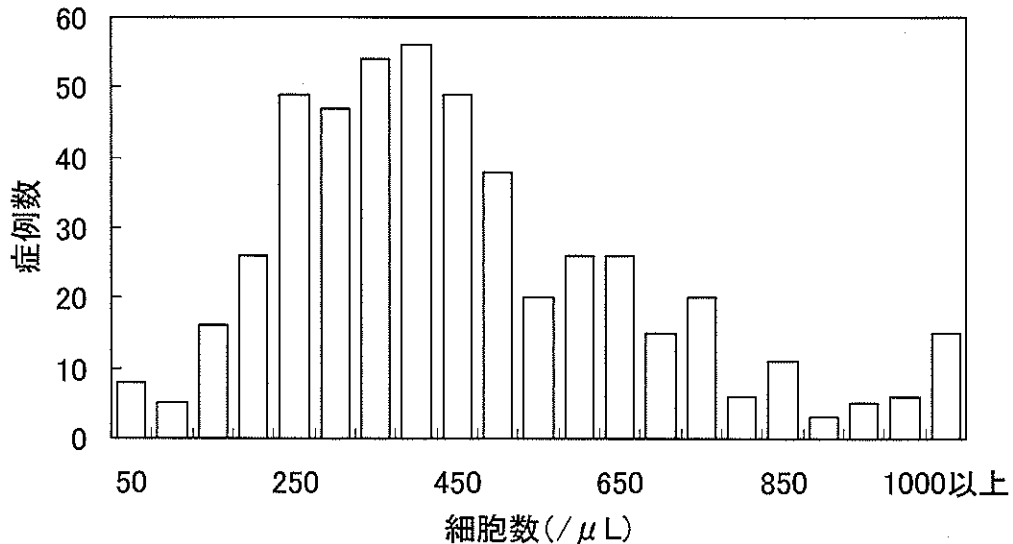
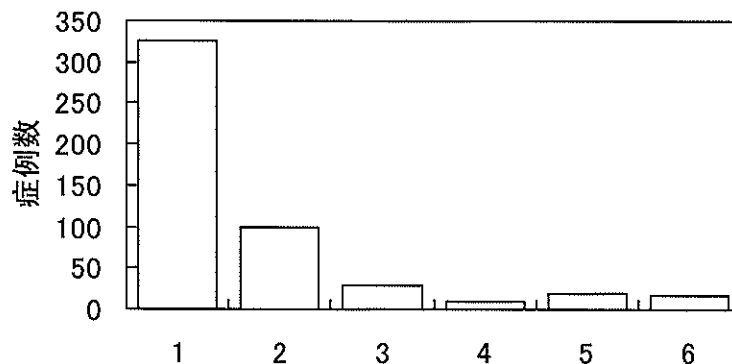


図6. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性細胞数の分布



(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19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19年度の平均値は438 \pm 239/ 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。

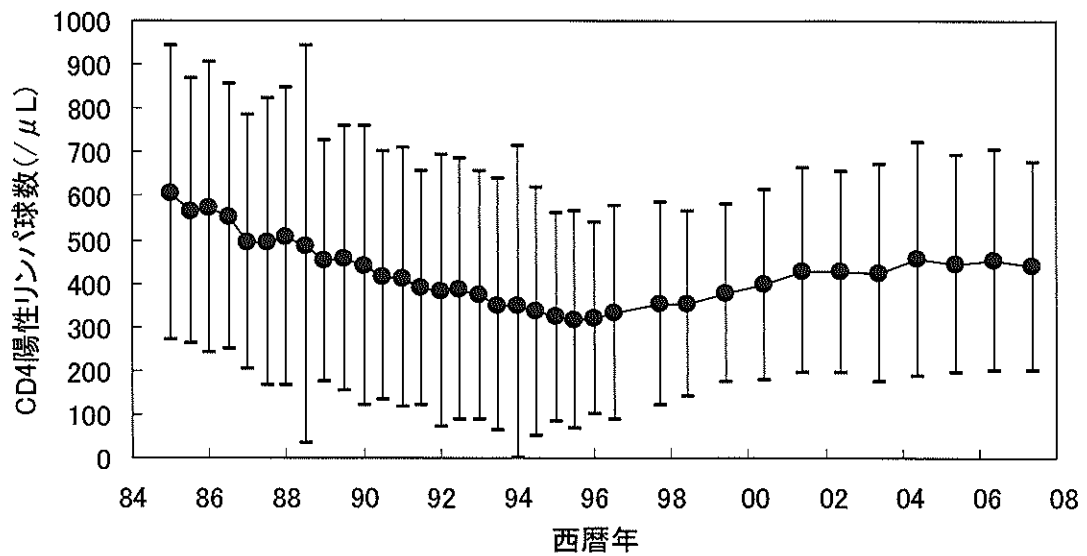


図8. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の推移

(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813例、HIV感染血液凝固異常症例について381例の報告があった。平成19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。

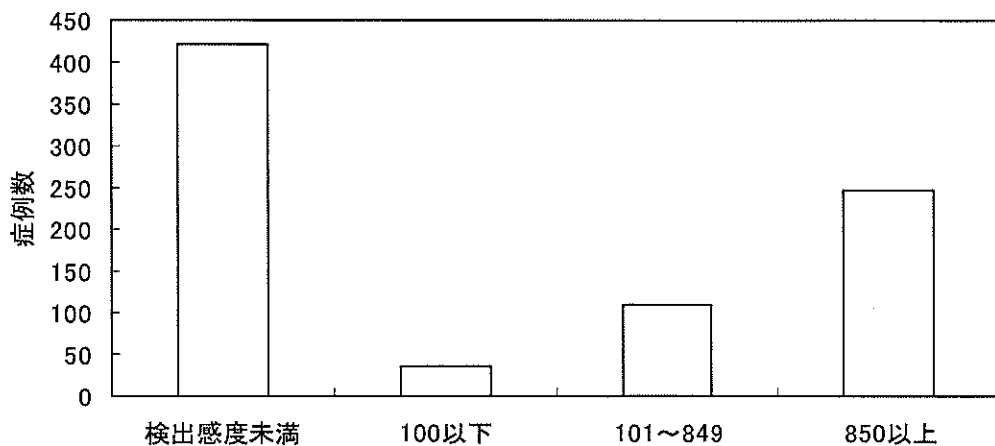


図9.HIV非感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布

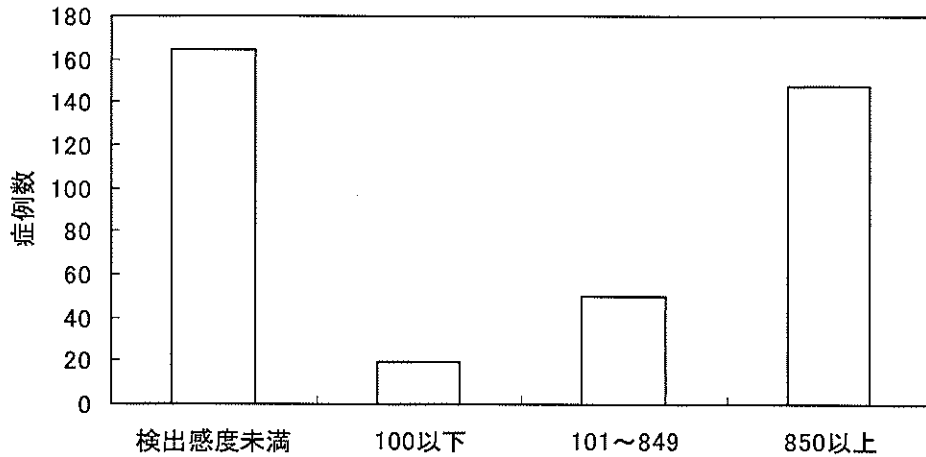


図10. HIV感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布

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51.8%、HIV感染例で43.0%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34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1a型と3a型の割合が最も高く、これらについて、1bの割合が高かった。

表34. 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	86 (22%)	110 (28%)	42 (11%)	37 (9%)
HIV感染あり	58 (22%)	55 (21%)	20 (7%)	14 (5%)

V (3a)	VI (3b)	4a	mixed	判定不能	合計
35 (9%)	1 (0%)	3 (1%)	35 (9%)	43 (11%)	392
58 (22%)	3 (1%)	5 (2%)	20 (7%)	35 (13%)	268

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35に示した。表35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35. 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	240 (65%)	41 (11%)	89 (24%)	370
HIV感染あり	100 (59%)	20 (12%)	49 (29%)	169

(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19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36および表37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19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53例、肝癌41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19年度調査時点で1,952例）の4.8%であった。

HIV感染血液凝固異常症では肝硬変37例、肝不全2例、肝癌9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19年度調査時点で707例）の6.8%を占めた。

表36. 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	291	4	953	38	32	0
血友病B	49	0	176	12	8	0
VWD	34	0	72	1	1	0
類縁疾患	10	1	40	2	0	0
計	384	5	1241	53	41	0

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
115	73	2	1508
16	6	1	268
5	6	0	119
1	3	0	57
137	88	3	1952

表37. 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	44	2	391	28	5	2
血友病B	18	1	114	9	4	0
VWD	1	0	3	0	0	0
類縁疾患	3	0	1	0	0	0
計	66	3	509	37	9	2

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
42	14	2	530
14	7	2	169
0	0	0	4
0	0	0	4
56	21	4	707

(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19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17年6月1日～平成19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、本調査においては、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ている。

表38に示したように、HIV非感染例については159例、HIV感染例については93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189例(HIV非感染124例、HIV感染65例)、これについてPeg-IFN単独療法が44例(HIV非感染25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5例(HIV非感染3例、HIV感染2例)、単独療法が14例(HIV非感染7例、HIV感染7例)で、Peg-IFNが選択されることが多くなってきていた。

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について、結果のまとめを表39および表40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(効果番号1, 2および6)を見たものは70%(HIV非感染70%、HIV感染71%)、ウイルスの消失かつ肝機能の正常化(効果番号1)を見たものは58%(HIV非感染61%、HIV感染52%)であった。

表38. 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17年6月1日～平成19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	1	3	14	44	62	0	1	7	22	30
2	0	0	0	6	6	1	0	1	4	6
3	0	0	4	11	15	1	1	2	3	7
4	0	0	1	7	8	0	0	1	3	4
5	1	0	0	6	7	1	0	1	4	6
6	0	0	0	3	3	0	0	0	5	5
7	5	0	6	37	48	2	0	3	16	21
8	0	0	0	1	1	0	0	0	4	4
9	0	0	0	9	9	2	0	4	4	10
合計	7	3	25	124	159	7	2	19	65	93

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は一過性に陰性化となったが再び出現、肝機能正常化
3	HCV-RNAは一過性に陰性化となったが再び出現、肝機能正常化せず
4	HCV-RNA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39. 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	1	1	2
効果なし	1	2	3

(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	3	1	4
効果なし	0	1	1

(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	14	8	22
効果なし	5	4	9

(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	53	31	84
効果なし	24	10	34

表40. 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	1	0	1
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	3	1	4
効果なし	0	1	1

(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	14	7	21
効果なし	5	5	10

(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	44	22	66
効果なし	33	19	52

②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例

平成19年度調査では、前年度まで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36および37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19年度調査までの死亡例は除く）で193例（HIV非感染例137例、HIV感染例56例）、自然治癒の報告は累積で109例（HIV非感染例88例、HIV感染例21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。

④平成19年度調査によるHIV非感染の血液凝固異常症における出生年とHCV抗体

HIV非感染の血液凝固異常症におけるHCV抗体の有無について、様式3における「HCV抗体の有無」への記載内容を、出生時期別に集計して表41に示した。表41におけるHCV抗体の有無は陽性、陰性、不明とし、陽性には「治療により陰性化」が選択された例数も含めた。

HCV抗体陽性の報告数は1980年代になって減少し、1990年以後の出生例においては、極めて少ない状況となっている。

表41. HIV非感染血液凝固異常症の出生時期とHCV抗体の状況

出生時期	血友病A			血友病B			VWD・類縁疾患		
	陽性	陰性	不明	陽性	陰性	不明	陽性	陰性	不明
～1949.12.31	122	19	18	19	7	4	14	36	21
1950.1.1～1954.12.31	67	2	3	10	1	4	11	12	7
1955.1.1～1959.12.31	62	5	2	12	1	0	12	11	4
1960.1.1～1964.12.31	73	8	6	11	1	3	8	16	7
1965.1.1～1969.12.31	81	5	8	11	3	0	8	12	9
1970.1.1～1974.12.31	117	10	7	22	4	4	17	20	9
1975.1.1～1979.12.31	126	20	17	13	7	1	8	24	9
1980.1.1～1984.12.31	122	50	21	18	6	2	7	18	13
1985.1.1～1989.12.31	23	127	37	15	25	2	1	23	15
1990.1.1～1994.12.31	0	118	40	3	29	10	0	21	34
1995.1.1～1999.12.31	0	119	58	0	21	8	0	21	27
2000.1.1～2004.12.31	0	83	60	0	22	10	0	14	22
2005.1.1～	0	20	18	0	2	3	0	2	6

IV. 結語

平成19年度の血液凝固異常症全国調査では、HIV感染例については昨年度とほぼ同数、また、HIV非感染例については昨年度を上回る例数の調査票が回収され、継続した集計を行うことができた。

調査票を送付するために同意を獲得して頂けた割合は約63%であった。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、平成19年8月16日全部改正文部科学省・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、報告すること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、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19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、Peg-インターフェロンによる治療が徐々に増加し、今回の調査には149例が報告された。この内118例はリバビリンとの併用療法で、HCVのRNAが消失し、か

つ、肝機能が正常化した割合は56%であった。この値は、これまでの集計結果よりも高いものであった。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。

今年度の調査では、HIV非感染例におけるHCV抗体の陽性率を出生年ごとに集計した。陽性数が顕著に減少したのは1980年代以降であった。加熱製剤の導入以後に出生した患者においても少数ではあるが、血友病A、BともにHCV抗体陽性の報告が見られた。この要因を特定することは本調査では限界がある。

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438/ μ L、HIVのRNAコピー数は測定感度未満が約65%と、HIVに関しては昨年度までに引き続き比較的良好な状態が保たれている。

HIV感染血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況に関しては、3剤以上の併用療法が70%以上の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報告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32%で、昨年度と同程度であった。また、乳酸アシドーシスが認められる割合は1.7%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、昨年引き続いて一般化してきているのかも知れないが、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は変わりはない。この点に関しても、調査を継続していきたい。

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19年度の調査では、平成18年度までの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、昨年度の場合と同様に、平成19年度にお送り頂いたデータとこれまでのデータとの推定的な連結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19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19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。

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

梅雨の候、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部長の瀧正志委員長及び同大学医学統計学分野准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、平成17年4月に施行された「個人情報保護に関する法律」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19年6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19年8月31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。

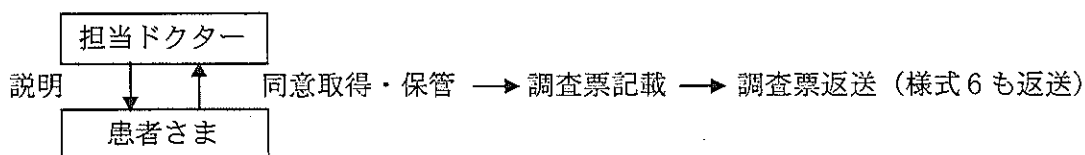
A 該当症例がない施設

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。

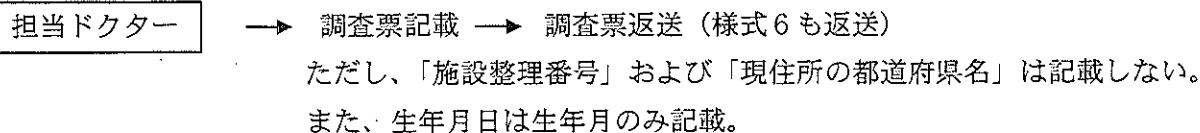
B 該当症例がある施設

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18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）」「18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いただけます。 <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19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18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18年6月1日から平成19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18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18年6月1日から平成19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19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: 03-5259-1812

- 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18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、18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、18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、協力を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19年6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」「18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。

医療調査票

記載医師名: 施設名・診療科:

施設整理番号	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		
疾患名	(日は記入しないで下さい)				

☆同意拒否の場合、以下の項目には記入しないで下さい。

性	男	女		
平成19年5月31日時点の状況	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 (上で2.転出、3.転入の場合もその施設名をご記載下さい)				
あり (施設名)				
□血友病A (重・中・軽・不明)				
□血友病B (重・中・軽・不明)				
□VWD				
□類縁疾患 (病名):				
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			
□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			

血友病インヒビター(過去の症例も含む)。ただし、後天性血友病は除く
 ↓
 現在のインヒビター ()BU ITで消失 自然消失 ()不明 ()
 インヒビターの値が5BU以上になったことがありますか? () あり () 不明 ()
 今迄のインヒビターの最高値 ()BU ()不明 ()
 免疫寛容療法(ITI)について () 現在施行中あるいは過去に施行 () 未施行 () 不明 ()
 ITIの効果は () 成功 () 失敗 () 導入中で判定できない () 不明 ()
 パイバス製剤による予防投与 () 定期的に施行 () 不定期で施行 () 行わない () 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 ()
 血友病、VWD、類縁疾患の場合
 エイズ発症の有無と発症時期(過去の発症を含む)
 発症時期: 西暦 / (昭・平) 年 月 発症 () 発症時期不明
 未発症 () 発症 () 不明 ()
 平成18年6月から19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・2・3・4・5・6・7・8・9・10・11・12・13・14・15・16・17・18・19・20・21・22・23

住所:

CD4陽性リンパ球数	平成19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19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. ブランチ法	3. 高感度RT-PCR法	4. 高感度ブランチ法
抗HIV薬による治療の状況 (平成19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薬中			
	4. 副作用のために休薬中			
	5. 別の理由で休薬中			
	6. 他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与			
	7. 詳細不明			
リポダイストロフィー	あり・なし	乳酸アシドーシス	あり・なし	
肝炎の有無	1. 無	2. 急性肝炎	3. 慢性肝炎	4. 肝硬変
とその病期	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抗体が陽性の場合に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) VII (4a) 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 /	□□□□	Kcopies/ml	/ 上限値以上
2. DNAプロブ法:	検出感度未満 /	□□□□	Meg/ml	/ 上限値以上
3. 不明 / 未検査				
平成17年6月1日から平成19年5月31日までのインターフェロン(IFN)治療の有無				
1. あり	実施期間	平成 ()年 ()月 ~		
1. IFN単独療法				
2. IFN・リナバリン併用療法				
3. Peg-IFN単独療法				
4. Peg-IFN・リナバリン併用療法				
2. なし				
【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)				
理由を必ずお書き下さい ()				

(死亡例:H18(2006).6.1~H19(2007).5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む)

記載医師名: _____		施設名・診療科: _____		住所: _____		死亡直前の血中HIV-RNA量 () / μl () x 10 copies/ml 測定感度未滿
施設整理番号	明・大・昭・平	年	月	日	生	
生年月日	都 道 府 県	性 別	男	女		
死亡時の住所	昭・平	年	月	日	死亡	
エイズ発症の有無と発症時期(過去の発症を含む)						
未発症・発症	不明	年	月	発症	発症時期不明	
死亡年月日	(H18.6.1~H19.5.31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)					
発症時期: 西暦 / (昭・平) 発症時期: 年 月 発症 発症時期不明						
死亡年月日 (H18.6.1~H19.5.31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						
□血友病A (重・中・軽・不明) □血友病B (重・中・軽・不明) □VWD						
□類縁疾患(病名:) 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						
血友病インヒビター症例(過去の症例も含む。ただし、後天性血友病は除く) の場合は以下の質問にお答え下さい。						
死亡直前のインヒビター (あり () BU IIで消失 自然消失 不明) インヒビターの値が5BU以上になったことがありますか? (あり 不明) 今迄のインヒビターの最高値 (() BU 不明) 免疫寛容療法(ITI)について (死亡直前まで施行あるいは過去に施行 未施行 不明) ITIの効果は (成功 失敗 導入中であつたため判定できない 不明) バイパス製剤による予防投与 (定期的に施行 不定期に施行 行なわない 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 あり (施設名) ・なし						
死 因 (重複回答可)						
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						
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 1. 3剤以上の併用 2. 単剤、あるいは2剤併用 抗HIV薬による治療 3. 耐性ウイルス出現のため休薬中 4. 副作用のために休薬中 5. 別の理由で休薬中 6. 他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与 7. 詳細不明 リポドイストロフィアの有無 あり・なし 乳酸アシドーシスの有無 あり・なし 肝炎の有無とその病期 1. 無 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療による治癒 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、以下の欄にお答え下さい。 過去におけるインターフェロン(IFN)治療の有無 (あり・なし) 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とリバビリン併用療法実施 3. Peg-IFN単独療法実施 4. Peg-IFNとリバビリン併用療法実施 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)						
理由を必ずお書き下さい()						

記載医師名: 施設名・診療科:

住所:

新規の報告症例ですか? 1. はい 2. いいえ

施設整理番号

1. 同意取得済の場合

2. 同意が未確認の場合

3. 同意拒否の場合は疾患名(右の欄)のみ記載しご返送下さい。

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 都・道・府・県

現住所 明・大・昭・平 年 月 (日は記入しないで下さい)

疾患名 ()

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抗体が陽性の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) VII (4a) 判定不能

2. HCV 群別 (serotype): 1群 2群 群別不能

3. 不明/未検査

☆同意拒否の場合、以下の項目には記入しないで下さい。

【現在のHCVウイルス量】

性 別 男 女

平成19年5月31日時点の状況

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 (上で2.転出、3.転入の場合もその施設名をご記載下さい)

あり (施設名) ・ なし

□血友病A (重・中・軽・不明)

□血友病B (重・中・軽・不明)

□VWD

□類縁疾患(病名):

1. PCR法: 検出感度未済 / Kcopies/ml / 上限値以上

2. DNAプローブ法: 検出感度未済 / Meq/ml / 上限値以上

3. 不明/未検査

疾患名

()

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

平成17年6月1日から平成19年5月31日までのインターフェロン(IFN)治療の有無

1. あり 実施期間 平成 ()年()月~ ()年()月 / 現在投与中

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

2. なし

血友病インヒビター(過去の症例も含む。ただし、後天性血友病は除く) の場合は以下の質問にお答え下さい。 ↓

現在のインヒビター ()BU ITIで消失 自然消失 不明 ()

インヒビターの値が5BU以上になったことがありますか? () あり 不明 ()

今迄のインヒビターの最高値 () ()BU 不明 ()

免疫寛容療法(ITI)について () 現在施行中あるいは過去に施行 未施行 不明 ()

ITIの効果は () 成功 失敗 導入中で判定できない 不明 ()

パバイス製剤による予防投与 () 定期的に施行 不定期で施行 行わない 不明 ()

【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)

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

使用中の凝固因子製剤 ()

血友病、VWD、類縁疾患の場合

理由を必ずお書き下さい ()

様式4 血友病および類縁疾患のHIV非感染例
(死亡例:H18(2006).6.1~H19(2007).5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む)

記載医師名: _____		施設名・診療科: _____		住所: _____	
施設整理番号	明・大・昭・平	年	月	日	生
死亡時の住所	都	道	府	県	性別 男・女
死亡年月日 (H18.6.1~H19.5.31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
<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(病名: _____)					
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					
血友病インヒビター(過去の症例も含む。ただし、後天性血友病は除く)					
死亡直前のインヒビター (あり () BU ITIで消失 自然消失 不明)					
インヒビターの値が5BU以上になったことがありますか? () あり () 不明					
今迄のインヒビターの最高値 () BU () 不明					
免疫寛容療法(ITI)について (死亡直前まで施行あるいは過去に施行 未施行 不明)					
ITIの効果は () 成功 () 失敗 () 導入中であつたため判定できない () 不明					
ハイパス製剤による予防投与 () 定期的に施行 () 不定期に施行 () 行なわない () 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 () あり (施設名 _____) () なし					
理由を必ずお書き下さい ()					
(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 _____)					
4. 不明					

ファクシミリレター

【送付先】

FAX: 03-5259-1812

血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局
(財)エイズ予防財団 御中

下記の調査用紙が不足しています。

様式 1 を () 枚

様式 2 を () 枚

様式 3 を () 枚

様式 4 を () 枚

送付お願いします。

平成 年 月 日

施設番号 _____

施設名 _____

診療科名 _____

担当医 _____

郵便番号 _____

住所 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

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 19 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 19 年 月 日

血液凝固異常症全国調査運営委員会事務局

(財)エイズ予防財団御中

サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準
(厚生省エイズ動向委員会、1999)

I HIV感染症の診断

- 1 HIVの抗体スクリーニング検査法(酵素抗体法(ELISA)、粒子凝集法(PA)、免疫クロマトグラフィー法(IC)等)の結果が陽性であって、以下のいずれかが陽性の場合にHIV感染症と診断する。
 - (1) 抗体確認検査(Western Blot法、蛍光抗体法(IFA)等)
 - (2) HIV抗原検査、ウイルス分離及び核酸診断法(PCR等)等の病原体に関する検査(以下、「HIV病原検査」という。)
- 2 ただし、周産期に母親がHIVに感染していたと考えられる生後18か月未満の児の場合は少なくともHIVの抗体スクリーニング法が陽性であり、以下のいずれかを満たす場合にHIV感染症と診断する。
 - (1) HIV病原検査が陽性
 - (2) 血清免疫グロブリンの高値に加え、リンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数の減少、CD4陽性Tリンパ球数/CD8陽性Tリンパ球数比の減少という免疫学的検査所見のいずれかを有する。

II AIDSの診断

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

III 指標疾患(Indicator Disease)

A. 真菌症

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

B. 原虫病

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

C. 細菌感染症

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

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

10. サルモネラ菌血症(再発を繰り返すもので、チフス菌によるものを除く)

※11. 活動性結核(肺結核又は肺外結核)

12. 非定型抗酸菌症

①全身に播腫したもの②肺、皮膚、頸部、肺門リンパ節以外の部位に起こったもの

D. ウイルス感染症

13. サイトメガロウイルス感染症(生後1か月以後で、肝、脾、リンパ節以外)
14. 単純ヘルペスウイルス感染症 ①1か月以上持続する粘膜、皮膚の潰瘍を呈するもの
②生後1か月以後で気管支炎、肺炎、食道炎を併発するもの

15. 進行性多巣性白質脳症

E. 腫瘍

16. カボジ肉腫
17. 原発性脳リンパ腫
18. 非ホジキンリンパ腫 LSG分類により①大細胞型 免疫芽球型 ②Burkitt型

※19. 浸潤性子宮頸癌

F. その他

20. 反復性肺炎
21. リンパ性間質性肺炎/肺リンパ過形成:LIP/PLH complex(13歳未満)
22. HIV脳症(痴呆又は亜急性脳炎)
23. HIV消耗性症候群(全身衰弱又はスリム病)

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

(付記) 厚生省エイズ動向委員会によるAIDS診断のための指標疾患の診断法

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

A. 真菌症

1. カンジダ症（食道、気管、気管支又は肺）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

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

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

①肉眼的に確認（いずれか一つ）〈A〉紅斑を伴う白い斑点〈B〉プラク（斑）

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

2. クリプトコッカス症（肺以外）

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

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

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

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液においてコクシジオイデスを検出

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

(1) 確定診断（いずれか一つに該当）

①顕微鏡検査、②培養、③患部又はその浸出液において ヒストプラズマを検出

5. カリニ肺炎

(1) 確定診断 顕微鏡検査により、ニューモシスチス・カリニを確認。

(2) 臨床的診断（すべてに該当）

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

②（いずれか一つに該当）〈a〉胸部X線でび慢性の両側間質像増強

〈b〉ガリウムスキャンでび慢性の両側の肺病変

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

〈c〉肺泡-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性に広がり、数か月にわたって進行し、しばしば網膜血管炎、出血又は壊死を伴い、急性期を過ぎると網膜の痂皮形成、萎縮が起こり、色素上皮の斑点が残る。）

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

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

15. 進行性多巣性白質脳症

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

E. 腫瘍

16. カボジ肉腫

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

17. 原発性脳リンパ腫

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

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

- (1) 確定診断 組織による病理診断

19. 浸潤性子宮頸癌

- (1) 確定診断 組織による病理診断

F. その他

20. 反復性肺炎

1年以内に二回以上の急性肺炎が臨床上又はX線写真上認められた場合に診断

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

- (1) 確定診断 組織による病理診断
- (2) 臨床的診断

胸部X線で、両側性の網状小結節様の間質性肺陰影が2か月以上認められ、病原体が検出されず、抗生物質療法が無効な場合

22. HIV脳症(痴呆又はHIV重急性脳炎)

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	歯科口腔外科	竹川 政範
旭川医科大学病院	北海道	第三内科	佐藤 一也
JA 北海道厚生連 俱知安厚生病院	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
伊達赤十字病院	北海道	消化器科	久居 弘幸
釧路市医師会病院	北海道	循環器内科	中村 智晴
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
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
北海道大学病院	北海道	口腔診断内科	北川 善政
北海道大学大学院歯学研究所	北海道	口腔診断内科	杉浦 千尋
北海道大学病院	北海道	第二内科	遠藤 知之
枝幸町国民健康保険病院	北海道	院長 / 内科	三谷 深泰
医療法人社団日鋼記念病院	北海道	内科	熊野 弘毅
市立小樽病院	北海道	内科	鈴木 隆
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	院長 / 内科	楯 秀貞
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
北海道社会事業協会帯広病院	北海道	消化器科	新沼 猛
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
函館中央病院	北海道	副院長 / 内科	川村 詔導
町立長沼病院	北海道	内科	倉 敏郎
札幌逡信病院	北海道	第一内科	田中 雅則
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
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	消化器血液内科	高見 秀樹
沢田内科医院	青森県	院長 / 内科	沢田 美彦
三沢市立三沢病院	青森県	小児科	鶴田 靖
公立七戸病院	青森県	内科	鈴木 仁
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
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
奥州市総合水沢病院	岩手県	小児科	半井 潔
国立病院機構盛岡病院	岩手県	内科	佐藤 正男
財団法人 宮城厚生協会坂総合病院	宮城県	副院長 / 外科	小熊 信
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)
公立気仙沼総合病院	宮城県	産婦人科	今井 紀昭
国立病院機構仙台医療センター	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
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
大館市立総合病院	秋田県	小児科	高橋 義博
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	副院長/産婦人科	金 杉 浩
山形県立日本海病院	山形県	内科	斎藤 宗一
医療法人社団健好会 サイトー内科	山形県	理事長/内科	齋藤 好正
こども医院さいとう	山形県	院長/小児科	斎藤 慶一
本間病院	山形県	内科	谷川 秀樹
みゆき会病院	山形県	内科	加藤 修一
鶴岡市立荘内病院	山形県	内科	小池 千里
国立病院機構米沢病院	山形県	神経内科	田郷 英昭
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
財団法人太田総合病院附属太田熱海病院	福島県	内科	田中 鉄五郎
国立病院機構福島病院	福島県	小児科	氏家 二郎
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
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	渡辺 直彦
福島県立南会津病院	福島県	院長/内科	鈴木 啓二
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	小児科	太田 正康
水戸赤十字病院	茨城県	内科	小原 克之
茨城県立こども病院	茨城県	小児科	土田 昌宏
国立病院機構水戸医療センター	茨城県	血液内科	米野 琢哉
茨城県立中央病院	茨城県	総合診療	植草 義史
土浦協同病院	茨城県	血液内科	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
遠藤産婦人科医院	茨城県	小児科	三浦 琢磨
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	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
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	荒木 千晶
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)
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
公立藤岡総合病院	群馬県	小児科	五十嵐 恒雄
群馬県立小児医療センター	群馬県	血液腫瘍科	外松 学
星医院	群馬県	外科	星 広人
獨協医科大学越谷病院	埼玉県	小児科	村上 信行
医療法人社団弘人会中田病院	埼玉県	小児科	中田 恵久子
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
三愛会総合病院	埼玉県	小児科	稲名 市郎
防衛医科大学	埼玉県	総合臨床部	小林 裕幸
埼玉協同病院	埼玉県	内科	村上 純子
内藤クリニック	埼玉県	院長	内藤 毅嗣
大宮中央総合病院	埼玉県	内科	山本 泰
伊奈中央病院	埼玉県	理事長	佐藤 通夫
医療法人高橋外科整形外科	埼玉県	院長	高橋 公男
みどりこどもクリニック	埼玉県	院長/小児科	斉藤 みどり
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	深澤 元晴
船橋市立医療センター	千葉県	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
医療法人社団 仁者会 おかにわクリニック	千葉県	小児科	岡庭 信一
公立阿伎留医療センター	東京都	内科	西成田 進
稲城市立病院	東京都	内科	若林 行雄
昭和大学附属豊洲病院	東京都	小児科	田中 大介
東京大学医科学研究所	東京都	関節外科	竹谷 英之
東京女子医科大学東医療センター	東京都	小児科	和田 恵美子
東京女子医科大学東医療センター	東京都	小児科	加藤 文代
石戸谷小児科	東京都	院長/小児科	石戸谷 尚子
東京慈恵会医科大学附属病院第三病院	東京都	小児科	加藤 陽子
杏林大学医学部附属病院	東京都	小児科	吉野 浩
日本赤十字社医療センター	東京都	血液内科	鈴木 憲史
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	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	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	藤田 進
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 睦
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
国立成育医療センター	東京都	血液科	熊谷 昌明
米川外科医院	東京都	院長/外科・セク	米川 潔
井上病院	東京都	内科	早川 貴美子
(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

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
聖路加国際病院	東京都	内科	古川 恵一
聖路加国際病院	東京都	小児科	真部 淳
都立八王子小児病院	東京都	副院長 / 小児科	西田 朗
東京都老人医療センター	東京都	血液科	宮腰 重三郎
帝京大学医学部	東京都	内科学講座	松田 重三
昭和大学医学部	東京都	血液内科	中牧 剛
昭和大学医学部	東京都	血液内科	齋藤 文護
松平小児科医院	東京都	小児科	松平 隆光
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	東京都	小児科	康 勝好
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
銀座メデントクリニック	東京都	院長 / 口腔外科	伊藤 正夫
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
新宿東口クリニック	東京都	院長	山中 晃
横須賀市立市民病院	神奈川県	小児科	中村 昌徳
総合病院横浜南共済病院	神奈川県	血液内科	五味 聖二
(医) 小川クリニック	神奈川県	産婦人科	小川 博康
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	内科血液	森 啓
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 / 内科	竹岡 和宏
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	酒井 リカ
茅ヶ崎市立病院	神奈川県	小児科	小田 洋一郎
三浦中央医院	神奈川県	院長	吉田 順
曾我病院	神奈川県	院長	長谷 川剛
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
神奈川県立足柄上病院	神奈川県	総合診療科	宮本 一行
藤沢市民病院	神奈川県	血液膠原病科	竹村 佐千哉
平塚共済病院	神奈川県	小児科	城崎 慶治
平塚市民病院	神奈川県	小児科	山田 健一郎
済生会平塚病院	神奈川県	内科	野口 憲一
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
医療法人知命堂病院	新潟県	院長 / 内科	野村 稔一
労働福祉事業団 新潟労災病院	新潟県	内科	太幡 敬洋
新潟大学医歯学総合病院	新潟県	第一内科	瀧澤 淳
新潟大学医歯学総合病院	新潟県	第二内科	田邊 嘉也
新潟大学医学部	新潟県	第二内科	手塚 貴文
新潟市民病院	新潟県	血液科	高井 和江
新潟医療生活協同組合木戸病院	新潟県	名誉院長 / 皮膚科	猪股 成美
日本歯科大学新潟病院	新潟県	口腔外科	山口 晃
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
長岡中央総合病院	新潟県	内科	小林 政
佐渡市立両津病院	新潟県	内科	高宮 治生
新潟県立加茂病院	新潟県	内科	高橋 芳右
さとう小児科医院	新潟県	理事長	佐藤 雅久

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
加賀市民病院	石川県	小児科	清水 眞
石川県庁職員診療所	石川県	内科	坂井 宣彦
石川県立中央病院	石川県	血液免疫内科	上田 幹夫
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
恵寿総合病院	石川県	内科	真智 俊彦
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
福井県立病院	福井県	内科	森永 浩次
加納岩総合病院	山梨県	内科	千葉 直彦
塩山市民病院	山梨県	内科	矢崎 明彦
市立岡谷病院	長野県	内科	平山 二郎
佐久市立国保浅間総合病院	長野県	内科	仲 元司
信州大学医学部附属病院	長野県	血液内科	石田 文宏
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
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
岩佐医院	岐阜県	院長/内科	岩佐 充矩
岐阜市民病院	岐阜県	小児科	鷹尾 明
岐阜県総合医療センター	岐阜県	小児科	今村 淳
郡上市民病院	岐阜県	小児科	篠田 紳司
岐阜厚生連 東濃厚生病院	岐阜県	内科	野坂 博行
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
市立御前崎総合病院	静岡県	内科	大橋 弘幸
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	内科	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
南あたま第一病院	静岡県	外科	岡田 典之
聖隷三方原病院	静岡県	総合診療内科	志智 大介
聖隷浜松病院	静岡県	小児科	松林 正
富士宮市立病院	静岡県	内科	米村 克彦
磐田市立総合病院	静岡県	小児科	本郷 輝明
愛知医科大学	愛知県	血液内科	三原 英嗣
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
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
一宮市立市民病院	愛知県	小児科	三宅 能成
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
岡崎市民病院	愛知県	小児科	近藤 勝
公立尾陽病院	愛知県	脳神経外科	大野 正弘

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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	外科	田中 守嗣
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	愛知県	耳鼻咽喉科	高橋 正克
岡部外科	愛知県	院長	岡部 一誠
愛知県厚生連昭和病院	愛知県	小児科	西村 直子
西尾市民病院	愛知県	小児科	横山 孝雄
医療法人医仁会さくら病院	愛知県	薬剤科	伊藤 元信
東海産業医療団中央病院	愛知県	内科	下川 高賢
碧南市民病院	愛知県	小児科	野口 弘道
豊川市民病院	愛知県	小児科	安藤 仁志
藤田保健衛生大学病院	愛知県	血液内科	江崎 幸治
中部労災病院	愛知県	内科	河村 孝彦
聖霊病院	愛知県	血液内科	岡本 昌隆
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
医療法人 宏潤会 大同病院	愛知県	血液内科	小島 博嗣
名古屋市立城北病院	愛知県	小児科	濱嶋 直樹
名古屋記念病院	愛知県	血液・化学療法科	片岡 孝江
千里クリニック	三重県	理事長/内科	東 憲太郎
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	青田 卓実
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
三重大学医学部	三重県	血液内科	松本 剛史
国立病院機構三重病院	三重県	副院長/小児科	庵原 俊昭
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
滋賀県立成人病センター	滋賀県	血液内科	鈴木 孝世
滋賀県立小児保健医療センター	滋賀県	小児科	鬼頭 敏幸
まつかわ小児科	滋賀県	院長/小児科	松川 誠司
彦根中央病院	滋賀県	小児科	和田 志乃
彦根市立病院	滋賀県	小児科	石上 毅
京都協立病院	京都府	外科	川崎 繁
(財)綾部市医療公社 綾部市立病院	京都府	内科	高升 正彦
第二岡本総合病院	京都府	小児科	大前 禎毅
宮津武田病院	京都府	内科	荒川 昌昭
医療法人鴨菜会 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	石川 隆之
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
末木医院	京都府	院長/外科・整形外科	末木 守
京都地域医療学際研究所附属病院	京都府	院長/内科	木谷 輝夫
京都府立与謝の海病院	京都府	内科	時田 和彦
京都市立病院	京都府	小児科	黒田 啓史
京都桂病院	京都府	一般内科	金地 研二
亀岡市立病院	京都府	消化器科	上田 和茂

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
高槻病院	大阪府	小児科	橋本 直樹
浜寺中央病院	大阪府	院長/内科	柿原 昌弘
大阪大学医学部附属病院	大阪府	小児科学	山岸 義之
大阪大学医学部附属病院	大阪府	消化器外科	丸橋 繁
南大阪病院	大阪府	院長/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
大阪赤十字病院	大阪府	小児科	田中 晴樹
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
星ヶ丘厚生年金病院	大阪府	小児科	中島 充
府中病院	大阪府	血液内科	麦谷 安津子
和泉市立病院	大阪府	小児科	村上 城子
淀川キリスト教病院	大阪府	小児科	玉井 晋
ペルランド総合病院	大阪府	小児科	大島 利夫
市立伊丹病院	兵庫県	副院長/内科	多胡 基
財団法人甲南病院 加古川病院	兵庫県	内科	塩沢 和子
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
ときわ病院	兵庫県	院長	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
兵庫県立のじぎく療育センター	兵庫県	副院長/小児科	八木隆 三郎
神鋼病院	兵庫県	血液腫瘍内科	小高 泰一
甲南病院	兵庫県	内科	松岡 彰
六甲アイランド病院	兵庫県	内科	北垣 一成
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
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
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	千代延 友裕
明石回生病院	兵庫県	内科	郡 義隆
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	院長/内科	樋口 光宏
奈良県立医科大学	奈良県	小児科	吉岡 章
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	野並 一馬
県立奈良病院	奈良県	小児科	平 康二
清水整形外科	奈良県	院長/整形外科	清水 豊信
健生会土庫こども診療所	奈良県	所長/小児科	石丸 敏博
国民健康保険日高総合病院	和歌山県	小児科	岩橋 誠司
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
吉岡医院	島根県	院長/外科	吉岡 太佑

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
島根大学医学部附属病院	島根県	血液内科	石倉 浩人
鳥取県立厚生病院	鳥取県	小児科	奈良井 栄
岡山大学医学部・歯学部附属病院	岡山県	血液腫瘍内科	久保西 四郎
岡山赤十字病院	岡山県	小児科	榎原 幸二
(医)天成会 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
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/内科	治徳 通博
金田病院	岡山県	外科	金田 道弘
医療法人恒和会 庵谷医院	岡山県	院長/内科	庵谷 和夫
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	血液内科	井原 章裕
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
三原市医師会病院	広島県	内科	奥崎 健
市立三次中央病院	広島県	小児科	大西 博之
星田医院	広島県	院長/内科	星田 昌吾
国立病院機構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	呼吸器科	村上 功
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
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
広島逓信病院	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
国立病院機構岡門医療センター	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
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	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
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
香川県立中央病院	香川県	小児科	三宅 進
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
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	呼吸器科	阿部 聖裕
愛媛大学医学部	愛媛県	第一内科	羽藤 高明
済生会 今治病院	愛媛県	小児科	高橋 龍太郎
井石内科医院	愛媛県	内科	井石 安比古
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
高知赤十字病院	高知県	小児科	阿部 孝典
国立病院機構高知病院	高知県	内科	岩原 義人

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
自衛隊福岡病院	福岡県	小児科	大川 貴司
医療法人誠心会 井上病院	福岡県	院長/外科	井上 朝生
米の山病院	福岡県	外科	塩塚 真二
石原小児科クリニック	福岡県	小児科	石原 修
社会保険田川病院	福岡県	内科	田尻 能祥
飯塚病院	福岡県	血液内科	田口 文博
福岡大学病院	福岡県	腫瘍・血液・感染症内科	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	高濱 宗一郎
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	林 純
入江内科	福岡県	院長/内科	入江 公
福岡和白病院	福岡県	副院長	村田 厚夫
村上こどもクリニック	福岡県	院長/小児科	村上 龍夫
国立病院機構九州がんセンター	福岡県	小児科	永利 義久
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
日本海員援済会門司病院	福岡県	内科	木村 頼雄
おかもと小児科クリニック	福岡県	理事長/小児科	岡本 茂樹
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
医療法人社団 真仁会 境野病院	佐賀県	整形外科	境野 正武
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
国立病院機構嬉野医療センター	佐賀県	小児科	佐藤 忠司
桑原医院	佐賀県	院長/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
佐世保共済病院	長崎県	内科	岡村 秀樹
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	第3内科(血液内科)	城 達郎
十善会病院	長崎県	院長/内科	木原 正高
長崎県立島原病院	長崎県	血液内科	小川 大輔
内田医院	長崎県	理事長/小児科	内田 信三
長崎県済生会病院	長崎県	小児科	伊藤 正宣
長崎県離島医療圏組合 中対馬病院	長崎県	院長/外科	糸瀬 薫
福田町山口医院	長崎県	内科	山口 国太郎
球磨郡公立多良木病院	熊本県	小児科	師井 敏裕
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
健康保険人吉総合病院	熊本県	内科	樺田 三郎
NTT 西日本九州病院	熊本県	血液免疫内科	鈴島 仁
大分大学医学部附属病院	大分県	呼吸器内科	平松 和史
大分記念病院	大分県	理事長/内科	高田 三千尋
医療法人敬和会大分岡病院	大分県	小児科	立花 秀俊
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

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
別府発達医療センター	大分県	小児科	清水 未希
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
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
小林市立市民病院	宮崎県	院長 / 内科	野本 浩一
のだ小児科医院	宮崎県	院長 / 小児科	野田 隆
県立薩南病院	鹿児島県	内科部長	加藤 吉保
今給黎総合病院	鹿児島県	神経内科	丸山 芳一
鹿児島市立病院	鹿児島県	小児科	川上 清
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科	鹿児島県	神経内科	橋口 照人
鹿児島大学病院	鹿児島県	小児科	岡本 康裕
財団法人慈愛会 今村病院分院	鹿児島県	院長 / 血液内科	宇都宮 與
沖縄県立中部病院	沖縄県	内科	玉城 和光
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
沖縄協同病院	沖縄県	小児科	新田 宗秋
古波倉医院	沖縄県	院長 / 内科	古波倉 正照
沖縄県立八重山病院	沖縄県	小児科	宍田 紀夫

以上の他、482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

委員長

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)

委員

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学教授)

立 浪 忍 (聖マリアンナ医科大学医学統計学准教授)

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 19 年度報告書

発行日 平成 20 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



