

厚生労働省委託事業

血液凝固異常症 全国調査

平成21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21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 年度から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 21 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 リンパ球数の平均値、HIV-RNA コピー数ともに前年度の数值から大きな変化はなく、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、C 型肝炎ウイルスに起因する重篤な肝疾患である肝硬変、肝臓、肝不全による死亡報告は、最近では死因の主たるものでした。本年度は、HIV 感染例の死亡報告数は 7 人と平成 13 年以降では最も少ない数であり、肝疾患を死因とする死亡数も 2 人と少なく、昨年までの傾向と大きく異なる結果でした。この結果の解釈については来年以降の調査結果を待って慎重に行う必要があると考えられます。従来同様、積極的に PEG-IFN/RBV 療法などのインターフェロン治療を行うことが重要と思われれます。

インターフェロン治療に反応しない、あるいは使用できない肝疾患の患者さまに対しては肝庇護剤が使用されます。そのうち注射薬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 日に承認されましたが、その利用の割合は約 20% であり、まだ周知が不十分と考えられます。是非とも本剤の対象患者となる患者の皆さまに対して導入を考慮していただきたいと思ひます。

これからも皆様のご協力とご指摘をお願い申し上げる次第です。

平成 22 年 3 月吉日

血液凝固異常症全国調査委員会
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) 血液凝固異常症の状況	3
① 平成 21 年 5 月 31 日現在で生存中の HIV 非感染血液凝固異常症	3
② 生存中の類縁疾患症例内訳	9
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	11
⑤ 既往症と合併症	12
⑥ HIV 非感染血液凝固異常症における死亡報告	12
⑦ 小児の血液凝固異常症数	13
(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	14
① HIV 感染症例総数	14
② HIV 感染生存症例数	14
③ 新規の AIDS 発症例	14
④ AIDS 発症生存例数	14
⑤ HIV 感染例の死亡報告	14
⑥ HIV 感染後天性凝固異常症および 2 次・3 次感染の症例	14
⑦ HIV 感染死亡例の累積数	15
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	18
⑨ 血液凝固異常症における抗 HIV 薬の使用状況	24
⑩ リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	24
⑪ 血液凝固異常症における AIDS 指標疾患の状況	25
⑫ HIV 感染血液凝固異常症における CD4 陽性リンパ球数と HIV-RNA コピー数	27
(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	28
(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	29
(6) 血液凝固異常症における肝疾患の治療状況	30
① インターフェロンによる治療状況	30
② 血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	32
③ 肝移植の報告数	33
④ 肝庇護剤の使用状況	33
IV. 結語	33
V. 謝辞	34
調査通知文書	35
同意取得関係書類	39
医療調査票	43
調査協力施設一覧	53
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	65

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21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21年度の調査を遂行するに当たっては、これ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いただくようお願いした。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21年度の血液凝固異常症全国調査（以下「全国調査」とする）は、平成20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、1,362施設(1,500担当部所)に調査用紙を送付し、平成21年5月31日時点における状況を報告していただくよう依頼した。調査用紙は平成21年6月26日に発送した。

調査票に記入していただく担当者の多くは治療の担当医で、調査項目の記入をした後に、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20年度までの調査用紙を改訂して用いた。記入していただく項目は、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、新規の調査項目として合併症と既往症に関する項目を追加した。

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感染の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21年度の調査票は、pp. 43～48に添付した。

(3) 同意取得に関する書類

平成21年度の調査用紙の発送においても、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. 39～42に添付した。

なお、平成16年度末から同意説明文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、同大学の大学院アイソトープ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21年6月26日に、1,362施設（1,500担当部所）に送付した。このうち、回答をいただいたのは664施設（750担当部所）で、施設としての回収率は49%（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）2,942枚を収集し、重複報告を削除した結果、2,738症例となった。平成20年6月1日から平成21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の調査票14枚が回収され、重複報告はなかった。これに加え、過去の調査期間における死亡報告が5例あった。

HIV感染例に関しては生存症例調査票（様式1）610枚が回収され、重複報告数を削除すると545症例となった。HIV感染があり、平成20年6月1日から平成21年5月31日までに死亡した症例については調査票（様式2）8枚が回収され、重複報告数を削除すると7例となった。これに加え、過去の調査期間における死亡が3例報告された。

同意の取得状況は、調査票全体の61%において同意を得たことが報告されていた。

図1には、様式1と様式3による報告数を施設別に集計し、そのヒストグラムを示した。報告数は5人以下の施設が最も多く268施設であった。一方、50人を超えるような施設は11施設で、このうち100人以上の報告があるのは6施設であった。

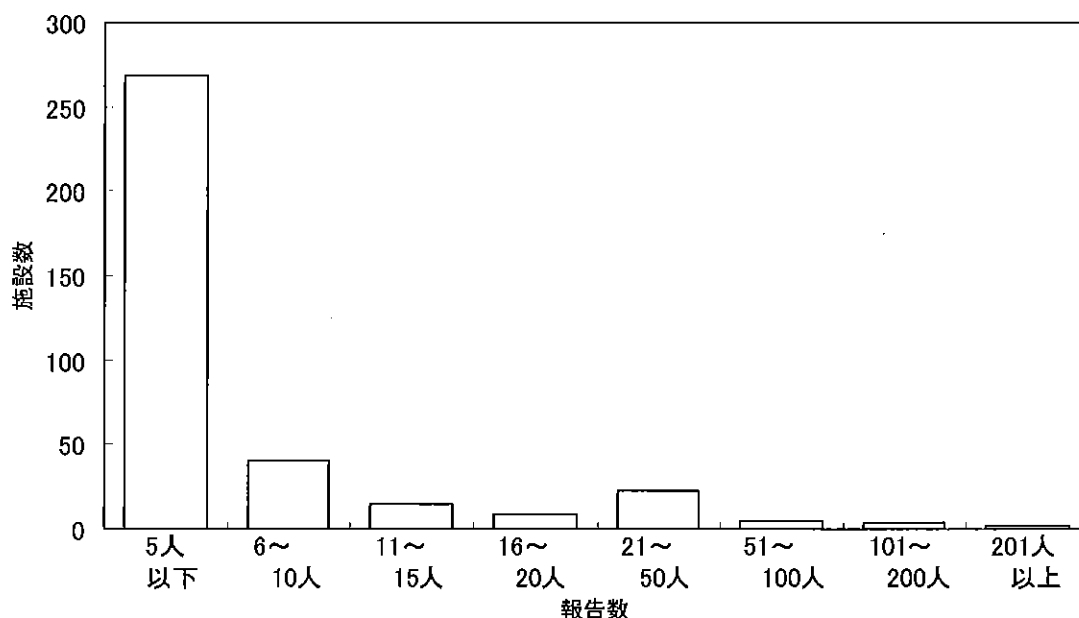


図1. 平成21年度調査への報告数(様式1および様式3)ヒストグラム

(2) 血液凝固異常症の状況

①平成21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20年6月1日から平成21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21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5,855例（血友病A 3,719例・血友病B 755例・VWD 910例・類縁疾患 471例）となった。昨年度の報告と比べ、180例（男性147例、女性33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～表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21年5月31日時点の年齢）は報告いただ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2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	3719	755	910	471	5855
(男性)	3694	744	417	249	5104
(女性)	25	11	493	222	751
HIV感染生存	598	178	7	3	786
(男性)	598	178	2	0	778
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4317	933	917	474	6641
(男性)	4292	922	419	249	5882
(女性)	25	11	498	225	759
AIDS発症(生存)	124	42	2	0	168
(男性)	124	42	0	0	166
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	489	147	1	9	646
(男性)	487	145	1	7	640
(女性)	2	2	0	2	6
HIV感染総数(生存および累積死亡)	1087	325	8	12	1432
(男性)	1085	323	3	7	1418
(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。

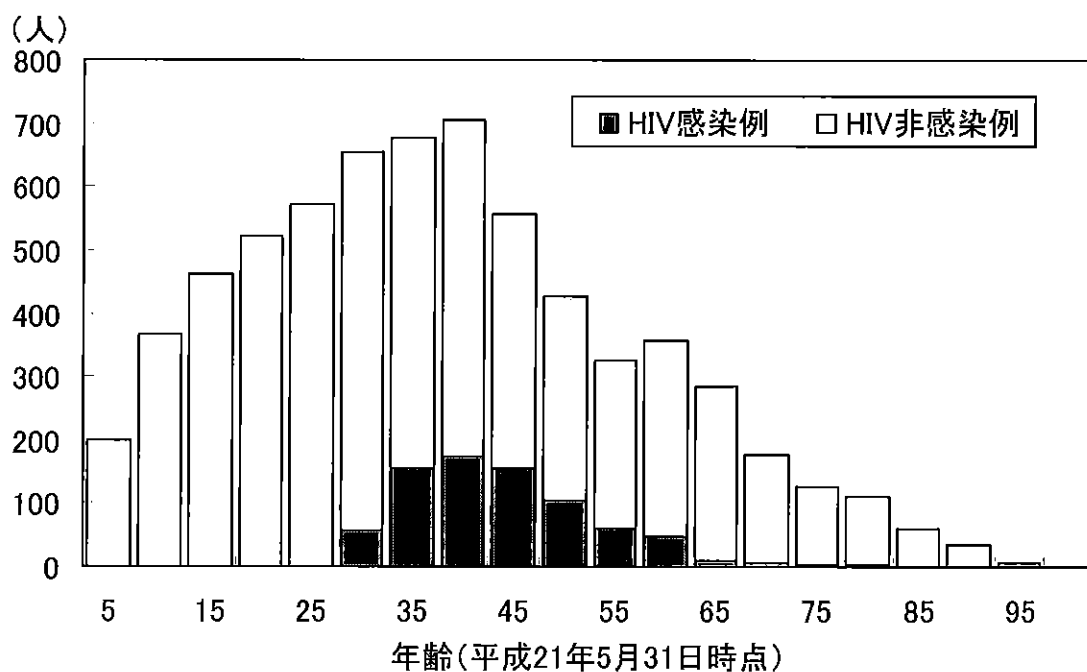


図2. 平成21年5月31日時点の血液凝固異常症生存例の年齢分布

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	157	39	29	13	238
(男性)	155	37	11	6	209
(女性)	2	2	18	7	29
HIV感染生存	36	6	0	0	42
(男性)	36	6	0	0	42
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	193	45	29	13	280
(男性)	191	43	11	6	251
(女性)	2	2	18	7	29
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)	18	3	0	2	23
(男性)	17	3	0	1	21
(女性)	1	0	0	1	2
HIV感染総数(生存および累積死亡)	54	9	0	2	65
(男性)	53	9	0	1	63
(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	288	63	33	22	406
(男性)	287	62	21	16	386
(女性)	1	1	12	6	20
HIV感染生存	51	7	1	0	59
(男性)	51	7	0	0	58
(女性)	0	0	1	0	1
HIV非感染・感染生存合計	339	70	34	22	465
(男性)	338	69	21	16	444
(女性)	1	1	13	6	21
AIDS発症(生存)	10	2	0	0	12
(男性)	10	2	0	0	12
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	56	11	0	3	70
(男性)	56	11	0	3	70
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	107	18	1	3	129
(男性)	107	18	0	3	128
(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	1327	265	381	219	2192
(男性)	1317	263	180	118	1878
(女性)	10	2	201	101	314
HIV感染生存	244	77	3	1	325
(男性)	244	77	1	0	322
(女性)	0	0	2	1	3
HIV非感染・感染生存合計	1571	342	384	220	2517
(男性)	1561	340	181	118	2200
(女性)	10	2	203	102	317
AIDS発症(生存)	64	21	2	0	87
(男性)	64	21	0	0	85
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	184	49	1	3	237
(男性)	183	49	1	3	236
(女性)	1	0	0	0	1
HIV感染総数(生存および累積死亡)	428	126	4	4	562
(男性)	427	126	2	3	558
(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	65	15	5	3	88
(男性)	64	15	1	2	82
(女性)	1	0	4	1	6
HIV感染生存	8	5	0	0	13
(男性)	8	5	0	0	13
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	73	20	5	3	101
(男性)	72	20	1	2	95
(女性)	1	0	4	1	6
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)	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)	29	9	0	0	38
(男性)	29	9	0	0	38
(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	481	108	93	34	716
(男性)	479	108	46	13	646
(女性)	2	0	47	21	70
HIV感染生存	47	21	1	0	69
(男性)	47	21	1	0	69
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	528	129	94	34	785
(男性)	526	129	47	13	715
(女性)	2	0	47	21	70
AIDS発症(生存)	5	5	0	0	10
(男性)	5	5	0	0	10
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	38	22	0	0	60
(男性)	38	22	0	0	60
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	85	43	1	0	129
(男性)	85	43	1	0	129
(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	660	135	212	86	1093
(男性)	657	132	92	46	927
(女性)	3	3	120	40	166
HIV感染生存	81	30	0	1	112
(男性)	81	30	0	0	111
(女性)	0	0	0	1	1
HIV非感染・感染生存合計	741	165	212	87	1205
(男性)	738	162	92	46	1038
(女性)	3	3	120	41	167
AIDS発症(生存)	13	5	0	0	18
(男性)	13	5	0	0	18
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	62	20	0	0	82
(男性)	62	20	0	0	82
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	143	50	0	1	194
(男性)	143	50	0	0	193
(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	200	31	36	30	297
(男性)	200	30	17	16	263
(女性)	0	1	19	14	34
HIV感染生存	30	10	0	0	40
(男性)	30	10	0	0	40
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	230	41	36	30	337
(男性)	230	40	17	16	303
(女性)	0	1	19	14	34
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	9	0	0	30
(男性)	21	9	0	0	30
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	51	19	0	0	70
(男性)	51	19	0	0	70
(女性)	0	0	0	0	0

(中国ブロック:山口、広島、鳥取、岡山、島根)

表9. 四国ブロックにおける血液凝固異常症総数

	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	小計
HIV非感染生存	130	14	47	9	200
(男性)	128	14	23	2	167
(女性)	2	0	24	7	33
HIV感染生存	9	2	0	1	12
(男性)	9	2	0	0	11
(女性)	0	0	0	1	1
HIV非感染・感染生存合計	139	16	47	10	212
(男性)	137	16	23	2	178
(女性)	2	0	24	8	34
AIDS発症(生存)	2	0	0	0	2
(男性)	2	0	0	0	2
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	9	7	0	0	16
(男性)	9	6	0	0	15
(女性)	0	1	0	0	1
HIV感染総数(生存および累積死亡)	18	9	0	1	28
(男性)	18	8	0	0	26
(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	411	85	74	55	625
(男性)	407	83	26	30	546
(女性)	4	2	48	25	79
HIV感染生存	92	20	2	0	114
(男性)	92	20	0	0	112
(女性)	0	0	2	0	2
HIV非感染・感染生存合計	503	105	76	55	739
(男性)	499	103	26	30	658
(女性)	4	2	50	25	81
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)	80	22	0	1	103
(男性)	80	21	0	0	101
(女性)	0	1	0	1	2
HIV感染総数(生存および累積死亡)	172	42	2	1	217
(男性)	172	41	0	0	213
(女性)	0	1	2	1	4

(九州ブロック:福岡、長崎、佐賀、熊本、大分、宮崎、鹿児島、沖縄)

②生存中の類縁疾患症例内訳

日本全国に生存する血液凝固異常症のうち、HIV非感染の類縁疾患として登録されている症例は表1に示すように471例（男249例、女222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3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	34	58
先天性プロトロンビン欠乏・低下／異常症	3	3	6
先天性第Ⅴ因子欠乏・低下／異常症	10	13	23
先天性第Ⅷ因子欠乏・低下／異常症	31	22	53
先天性第Ⅹ因子欠乏・低下／異常症	9	6	15
先天性第ⅩⅠ因子欠乏・低下／異常症	17	9	26
先天性第ⅩⅡ因子欠乏・低下／異常症	16	7	23
先天性第ⅩⅢ因子欠乏・低下／異常症	30	27	57
先天性第Ⅴ因子・第Ⅷ因子欠乏症	3	3	6
血友病A	2	0	2
先天性アンチトロンビン欠乏・低下／異常症	21	25	46
先天性プロテインC欠乏・低下／異常症	18	8	26
先天性プロテインS欠乏・低下／異常症	11	6	17
先天性α ₂ -PI欠乏・低下／異常症	0	3	3
後天性血友病A	34	42	76
後天性VWD	6	3	9
後天性第Ⅴ因子インヒビター	1	0	1
後天性第ⅩⅢ因子インヒビター	2	0	2
Bernard-Soulier症候群	1	1	2
血小板無力症	6	6	12
Upshaw-Schulman症候群	3	0	3
その他	1	7	8

先天性の疾患で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 58例（男24例、女34例）および第ⅩⅢ因子欠乏・低下／異常症 57例（男30例、女27例）で、第Ⅷ因子欠乏・低下／異常症53例（男31例、女22例）、およびアンチトロンビン欠乏・低下／異常症 46例（男21例、女25例）がこれに次いだ。

後天性の疾患では、後天性血友病A が76例（男34例、女42例）で最大であり、昨年より11例増加した。

③血友病におけるインヒビター症例

平成21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（0.6BU以上）の有無について、その回答状況は表12のとおりで、また、インヒビター（0.6BU以上）が過去にあったが現在はないものに関して、その消失の理由は表13のとおり分布であった。

また、これまでのインヒビターの最大値に関する回答を、ハイレスポンダーとローレスポナーの割合を知る目的で5BUで区分すると、その分布は表14の状況であった。

免疫寛容療法の施行については、現在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95例、血友病Bについて9例で、昨年と比較して前者で15例、後者で2例増加した（表15）。また、免疫寛容療法（ITI）の効果は、表16に示したような集計結果となり、血友病A

に比較し血友病Bの成功率が低かった。

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に示すとおりで、血友病Aについては合計30例（定期的なもの14、不定期なもの16）、血友病Bについては合計8例（全例不定期なもの）に予防投与を行っている報告があった。定期的な予防投与の施行例は昨年と比較して増減はみられなかった。

表12. 現在インヒビターがある症例数

	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	48	29	4	12	5	0
HIV感染	1	4	0	1	0	0

表13. 過去のインヒビターの消失理由

	血友病A				血友病B			
	ITIで消失	自然消失	詳細不明	未回答	ITIで消失	自然消失	詳細不明	未回答
HIV非感染	55	34	9	4	2	4	2	1
HIV感染	2	6	0	0	0	1	1	0

表14. これまでのインヒビター最高値

	血友病A		血友病B	
	5BU以上	0.6～5BU未満	5BU以上	0.6～5BU未満
HIV非感染	113	34	19	2
HIV感染	7	3	1	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	90	71	3	9	14	0
HIV感染	5	9	0	0	3	0

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	52	16	23	1	3	6	0	0
HIV感染	3	1	0	1	0	0	0	0

表17. 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	不定期で 施行	行わない	不明	定期的に 施行	不定期で 施行	行わない	不明
HIV非感染	14	13	116	4	0	6	17	0
HIV感染	0	3	10	0	0	2	0	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18に、定期補充療法の有無に関しては表19と表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21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	936	280	16	45	526	44
HIV感染	347	9	3	14	21	13
合計	1283	289	19	59	547	57

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	159	52	4	6	130	4
HIV感染	83	2	2	2	22	4
合計	242	54	6	8	152	8

(*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	560	84	17	8	498	228	331	17	74
HIV感染	104	21	8	47	159	21	14	12	20
合計	664	105	25	55	657	249	345	29	94

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	67	20	4	2	101	65	74	4	13
HIV感染	10	7	2	9	44	18	9	8	8
合計	77	27	6	11	145	83	83	12	21

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	14	26	2	0	6	0
2歳以上6歳未満	71	43	3	5	11	0
6歳以上13歳未満	139	88	14	33	23	1
13歳以上20歳未満	131	90	8	24	35	3
20歳以上	494	1033	67	59	248	17
(HIV非感染例)	(314)	(827)	(47)	(31)	(169)	(9)
(HIV感染例)	(180)	(206)	(20)	(28)	(79)	(8)
計	849	1280	94	121	323	21

⑤既往症と合併症

平成21年度の調査では、新たに血液凝固異常症における合併症と既往症に関する調査を行った。

合併症の報告数については、表21に示すように、高血圧症が199例、糖尿病102例、高脂血症99例であった。

また、既往症の報告数は表22に示すように、脳梗塞が15例、心筋梗塞が4例で、その他の血栓症の既往症がある例が20例報告された。

表21. 血液凝固異常症における合併症の報告数

	HIV非感染	HIV感染
糖尿病	67	35
高血圧症	147	52
高脂血症	59	40
合計	273	127

表22. 血液凝固異常症における既往症の報告数

	HIV非感染	HIV感染
脳梗塞	14	1
心筋梗塞	2	2
その他の血栓症	19	1
合計	35	4

⑥HIV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20年6月1日から平成21年5月31日までに死亡した血液凝固異常症患者は14人であった。疾患の内訳は、血友病Aが6例（重症3例、中等症1例、軽症1例、インヒビター1例）、血友病Bが1例（中等症）、先天性第V因子欠乏症、先天性第VII因子欠乏症、先天性第XIII因子欠乏症、先天性アンチトロンビン欠乏症がそれぞれ1例、後天性血友病Aが2例、後天性第V因子インヒビターが1例であった。男女別では、先天性アンチトロンビン欠乏症の女性例を除き他は男性であった。年齢は、先天性凝固因子欠乏症（血友病A、血友病B、先天性第V因子欠乏症、先天性第VII因子欠乏症、先天性第XIII因子欠乏症）では平均値53歳、中央値53歳（20歳から87歳）、後天性凝固因子インヒビター（後天性血友病A、後天性第V因子インヒビター）では平均値78歳、中央値82歳（71歳から87歳）、先天性血栓素因（先天性アンチトロンビン欠乏症）では84歳であった。

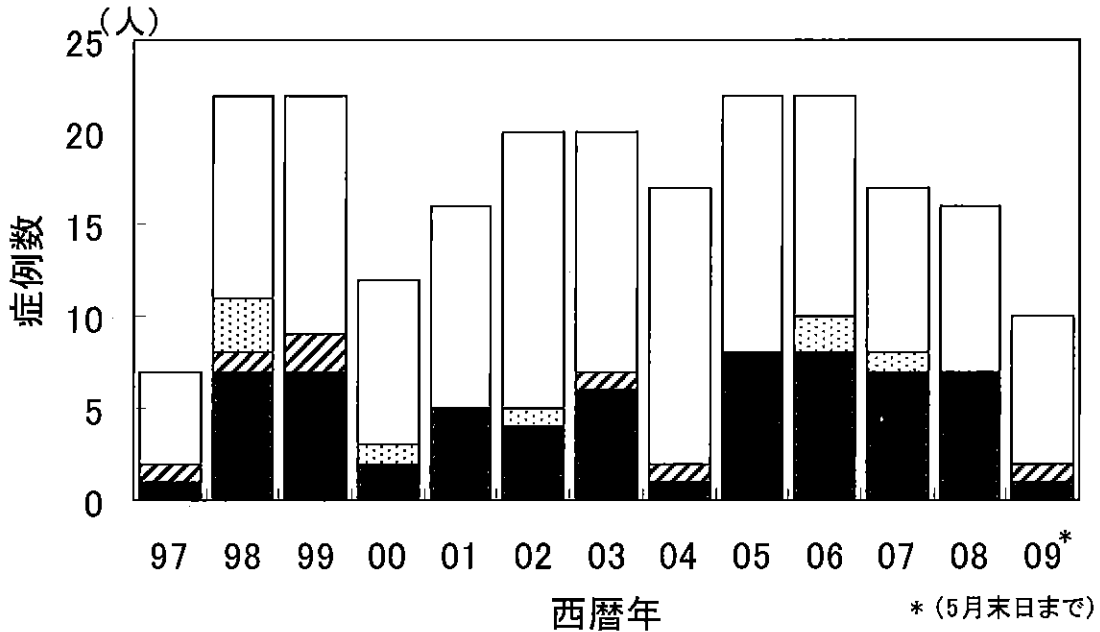
死因は、出血5例（頭蓋内出血4例、肺出血1例）、肝疾患2例（肝臓2例）、腎不全2例、重症感染症2例、急性骨髄性白血病1例、腸閉塞1例、自殺1例、不明1例であった。なお、肺出血の症例は重症感染症（重症肺炎）との合併例であった。

HCV抗体は血友病の4例のみが陽性で、他の9例は陰性、不明1例であった。HCV抗体陽性4例の内訳は、HCVが原因の肝臓2例、PEG-インターフェロンで治癒（SVR）1例、自然治癒1例であった。肝臓の2例ともインターフェロン治療が試みられた症例であったが、1例は副作用で中止、他の1例はインターフェロン治療中であった。肝臓保護薬のウルソデオキシコール酸の投与例は副作用によるインターフェロン治療中止例の1例のみであった。

なお、平成20年5月31日以前の死亡例であるが、今回の調査で新たに7人が追加報告された。疾患の内訳は、血友病A 4例（重症2例、中等症1例、軽症1例）血友病B 2例、先天性アンチトロンビン欠乏症1例であった。男女別では先天性アンチトロンビン欠乏症の女性例を除き他は男性であった。年齢は平均値63歳、中央値70歳（35歳から90歳）であった。死因は、肝疾患5例（肝硬変3例、肝不全1例、肝臓1例）、脳梗塞1例、不明1例であった。肝疾患の原因ウイルスは全例がHCVであった。インターフェロン治療が行われたのは副作用のため中止された1例のみで、2例は未施行、2例は詳細不明であった。

以上の平成21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3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3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3では、報告された主たる死因が肝疾患と報告された症例（背景がグレーの部分）と、それ以外の例とに分別して表示した。



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3. HIV非感染血液凝固異常症における年次死亡報告数

⑦小児の血液凝固異常症数

平成21年5月31日現在で生存中の血液凝固異常症6,641例（表1）のうち、平成21年4月1日時点で満16歳未満であった1,157例（男女合計）を、表23と表24に示した。なお、表24の各ブロックの都道府県は、表2～表10と同様である。

表23. 小児の血液凝固異常症数

血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	小計
773	175	155	54	1157

表24. 小児の血液凝固異常症数ブロック別集計

	血友病A	血友病B	VWD	類縁疾患	小計
北海道	25	9	6	0	40
東北	42	14	7	1	64
関東甲信越	290	62	69	30	451
北陸	11	1	0	0	12
中部	103	23	24	5	155
近畿	124	28	23	7	182
中国	46	9	9	3	67
四国	30	5	11	2	48
九州	102	24	6	6	138

(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

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 1,432例（男性1,418例、女性14例）となっている。その内訳は表1に示したように、血友病A 1,087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21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786例で、その内訳は血友病A 598例、血友病B 178例、VWD 7例、類縁疾患 3例であった。これら総数とそのブロック別集計は、HIV非感染症例数とともに表1～表10に示した。

③新規のAIDS発症例

生存患者中で平成20年6月1日から平成21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、AIDS指標疾患はカンジダ症であった。

④AIDS発症生存例数

平成21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を発症していたとする報告が2例追加されたため、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168名（男166例、女2例）（表1）となっている。

⑤HIV感染例の死亡報告

平成20年6月1日から平成21年5月31日までの死亡報告数は7例で、血友病Aが4例、血友病Bが2例、類縁疾患が1例であった。死因としてAIDSの指標疾患が含まれていた症例は1例で、進行性多巣性白質脳症が報告されていた。

AIDS関連以外で報告された死因は「肝疾患」2例、「その他」1例で、3例の死因は不明であった。死因として「肝疾患」が選択されていた2例における詳しい内容は、肝臓/肝不全が1例で、他の1例は肝移植後であった。

なお、今回の死亡報告（様式2）に関しては、他施設で死亡されたという情報をご報告いただいたものが多く、そのため、内容の詳細が不明であるものの割合が高かった。

今回の調査期間における凝固異常症の死亡7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42歳および38歳で、その範囲は36歳～66歳であった。

なお、今年度の調査では今般の対象期間の以前の死亡が3例報告されたため、これらを累積死亡数に追加した。ただし、これら3例中1例は死亡時期不明のため、表1の累積死亡数には含まれているが、年次死亡数の集計表（表26～表31）には含まれていない。

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21年度調査で14例の継続的な報告が回収されている。生存中の2次・3次感染の累積数は26例で、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25に示した。

表25. HIV感染後天性凝固異常症(所謂第4ルート)および2次・3次感染の症例内訳(平成21年5月31日現在)

		HIV感染後天性凝固異常症	2次・3次感染				計	
			2次感染	3次感染	その他	不明		小計
生存	総数	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*	総数	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)	総数	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)	総数	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21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、646例となった。その内訳は、血友病A 489例、血友病B 147例、VWD 1例、類縁疾患 9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15例となっている(表25)。

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26、表27および図4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26に1月1日を始期とする年次区分、表27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4には表26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年ではわずかな再上昇がみられた。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21年については5月末日までの集計で3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26. 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21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	3	0	1	0	1	11
17	15	3	0	0	0	0	18
18	11	2	0	0	0	1	14
19	14	5	0	0	0	0	19
20	3	5	0	0	0	0	8
21*	2	1	0	1	0	0	4

*5月末日まで

表27. 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21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	1	0	38
平成元年.6.1～2.5.31	25	4	0	1	1	0	31
2.6.1～3.5.31	32	12	0	0	0	1	45
3.6.1～4.5.31	36	7	0	0	1	0	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	1	0	62
7.6.1～8.5.31	45	12	0	0	3	1	61
8.6.1～9.5.31	37	10	1	3	3	0	54
9.6.1～10.5.31	15	6	0	0	2	0	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	1	0	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	1	0	18
16.6.1～17.5.31	9	3	0	1	0	0	13
17.6.1～18.5.31	11	2	0	0	0	0	13
18.6.1～19.5.31	15	4	0	0	1	0	20
19.6.1～20.5.31	8	6	0	0	0	0	14
20.6.1～21.5.31	4	2	0	1	0	0	7

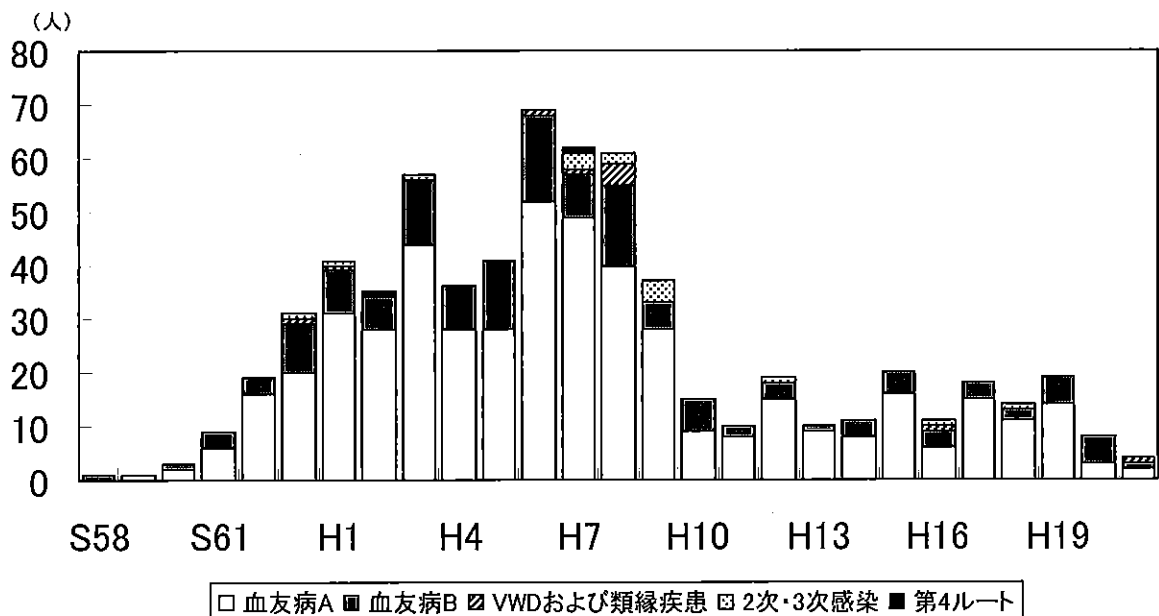


図4. HIV感染例(血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症(第4ルート)、2次・3次感染)における年間死亡数の変化(平成21年5月31日まで)—1月1日を始期とする暦年による集計

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646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403例となっている。1月1日を始期とする暦年ごとにその変化を図5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年はわずかに再上昇し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年から平成20年までの報告数はそれぞれ、3例、1例、1例、1例、4例、1例であった。平成21年については、5月末日までの集計中に、死亡時にAIDS指標疾患があった報告はなかった。

同じく646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171例となった。1月1日を始期とする暦年ごとにその変化を図6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30と表31に示した。

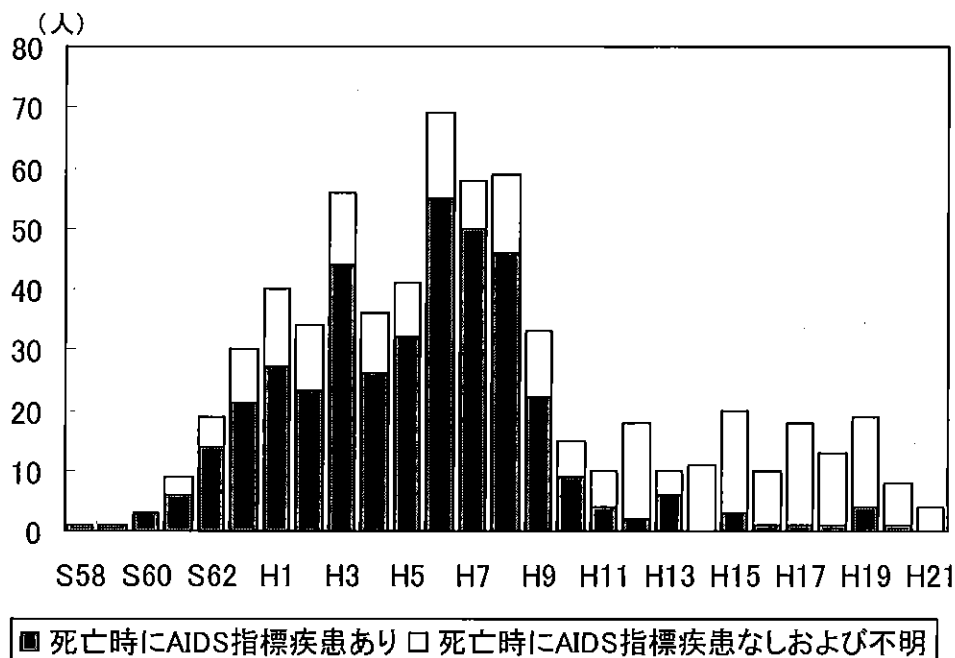


図5. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時のAIDS指標疾患の有無
（平成21年5月31日まで）
— 1月1日を始期とする暦年による集計—

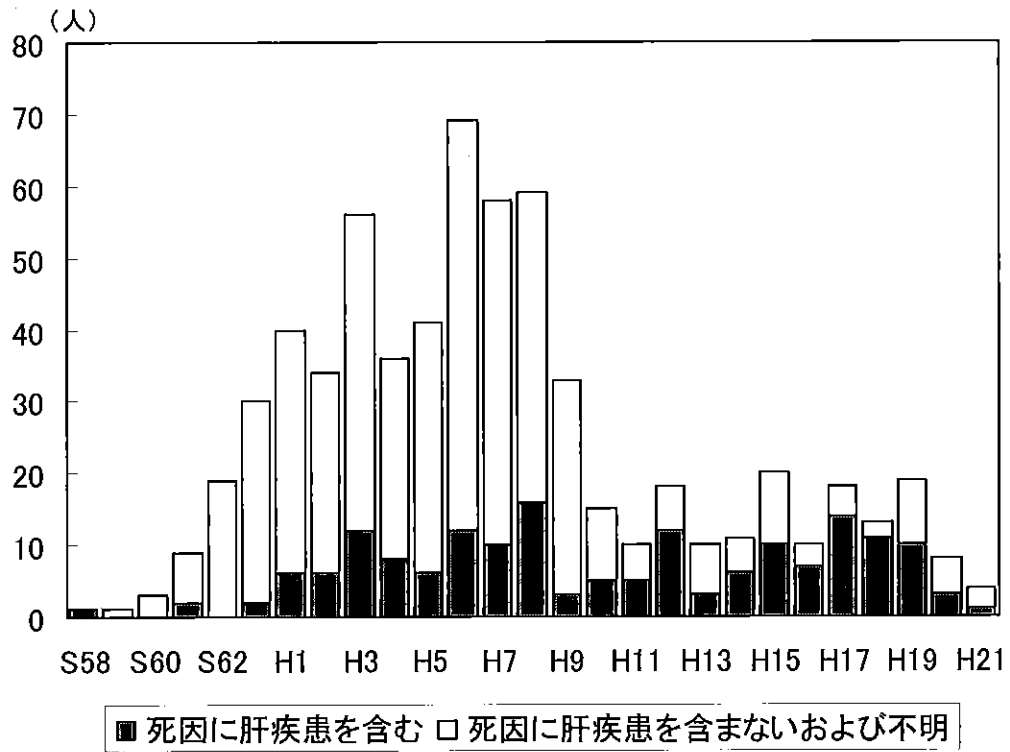


図6. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死因中の肝疾患の有無
 (平成21年5月31日まで)
 — 1月1日を始期とする暦年による集計 —

表28. 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	9	10
17	1	17	18
18	1	12	13
19	4	15	19
20	1	7	8
21*	0	4	4

*5月末日まで

表29. 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年間ごとの集計—

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	12	13
17.6.1～18.5.31	2	11	13
18.6.1～19.5.31	4	15	19
19.6.1～20.5.31	0	14	14
20.6.1～21.5.31	1	6	7

表30. 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	3	10
17	14	4	18
18	11	2	13
19	10	9	19
20	3	5	8
21*	1	3	4

*5月末日まで

表31. 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疾患の有無
— 6月1日を始期とする1年間ごとの集計—

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	4	13
17.6.1～18.5.31	9	4	13
18.6.1～19.5.31	13	6	19
19.6.1～20.5.31	6	8	14
20.6.1～21.5.31	3	4	7

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いただく方式とし、平成21年度も同様の形式で調査を行った。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」、「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21年5月31日付で生存中の血液凝固異常症については517例の報告が得られ、集計結果は表32に示したとおりとなった。

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407例(78.7%)、単剤あるいは2剤併用で治療されていたのは29例(5.6%)であった。休薬中のものは合計24例(4.6%)で、このうち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6例(1.2%)、別の理由によるものが17例(3.3%)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53例(10.3%)と昨年より15例減少した。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4例(0.8%)であった。

表32. HIV感染血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況
(平成20年6月1日～平成21年5月31日)

使用の状況	報告数	(%)
3剤以上の併用	407	78.7%
単剤、あるいは2剤併用	29	5.6%
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	6	1.2%
別の理由で休薬中	17	3.3%
他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与	53	10.3%
詳細不明	4	0.8%

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21年度調査の生存症例において508例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症：491例、HIV感染後天性凝固異常症：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33のとおりで、32.3%であった。

表33. HIV感染例におけるリポジストロフィーの有無

	有	無	発症率
症例数	164	344	32.3%

乳酸アシドーシスの有無については508例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症：491例、HIV感染後天性凝固異常症：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34に示すように2.8%であった。

表34. HIV感染例における乳酸アシドーシスの有無

	有	無	発症率
症例数	14	494	2.8%

⑩血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況

平成20年6月1日から平成21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症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)であった。この他にはサイトメガロウイルス感染症、非結核性抗酸菌症、単純ヘルペスウイルス感染症、ニューモシスチス肺炎、進行性多巣性白質脳症、HIV脳症、非ホジキンリンパ腫の報告がそれぞれ2例(進行性多巣性白質脳症については生存1例と死亡1例、他は生存2例)、活動性結核およびHIV消耗性症候群の報告が1例(すべて生存例)であった。なお、以上は同一の患者で複数の疾患が報告されている症例においても、疾患ごとに独立に集計した件数である。

平成9年から平成21年までの調査におけるAIDS指標疾患報告数の推移を表35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35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35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35ではこの間の推移を比較できるよう、5月31日付で集計した。

表35. 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	
	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
クリプトコッカス症	1	3	0	0	0	0	1	0	1	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
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
単純ヘルペスウイルス感染症	1	4	1	0	2	0	1	1	2	0	1	0	1	0
カポジ肉腫	0	1	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
リンパ性間質性肺炎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非結核性抗酸菌症	4	4	4	1	1	1	1	2	3	0	2	1	2	0
ニューモシスチス肺炎	10	9	7	2	7	1	6	0	3	1	2	0	4	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
トキソプラズマ脳症	1	2	0	0	1	0	3	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	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
HIV脳症	1	10	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
イソスポラ症	1	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
活動性結核	2	0	2	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
サルモネラ菌血症	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0
HIV消耗性症候群	3	14	2	2	2	2	4	1	4	0	2	1	3	0
反復性肺炎	11	3	5	1	4	1	2	0	0	1	0	0	0	0
浸潤性子宮頸癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

AIDS指標疾患	平成16年度		平成17年度		平成18年度		平成19年度		平成20年度		平成21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	4	0	4	0	4	0	5	0	6	0	5	0
クリプトコッカス症	0	0	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	0	0
サイトメガロウイルス感染症	1	0	0	0	1	0	1	1	2	0	2	0
単純ヘルペスウイルス感染症	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0
カポジ肉腫	0	0	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	0	0
リンパ性間質性肺炎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非結核性抗酸菌症	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0
ニューモシスチス肺炎	2	1	3	0	3	0	3	0	3	0	2	0
進行性多巣性白質脳症	2	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1
トキソプラズマ脳症	0	0	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	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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0
ヒストプラズマ症	0	0	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	0	0
非ホジキンリンパ腫	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	2	0
活動性結核	0	0	1	0	2	0	1	0	1	0	1	0
サルモネラ菌血症	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HIV消耗性症候群	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0
反復性肺炎	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
浸潤性子宮頸癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(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HIV-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21年度調査に報告があった514例における平均値、中央値および標準偏差は、それぞれ466.9、421.0、および247.2 / μ Lであった。

一方、HIV-RNAコピー数の総報告数は512例であり、そのうち、40 copies/ml 未満の該当例は340例で、これは総報告数の66%であった。HIV-RNAコピー数 (copies/ml) の分布は図7のとおりで、40未満が340例、40~999が114例、1,000~4,999が18例、5,000~9,999が9例、10,000~49,999が21例、50,000以上が10例であった。

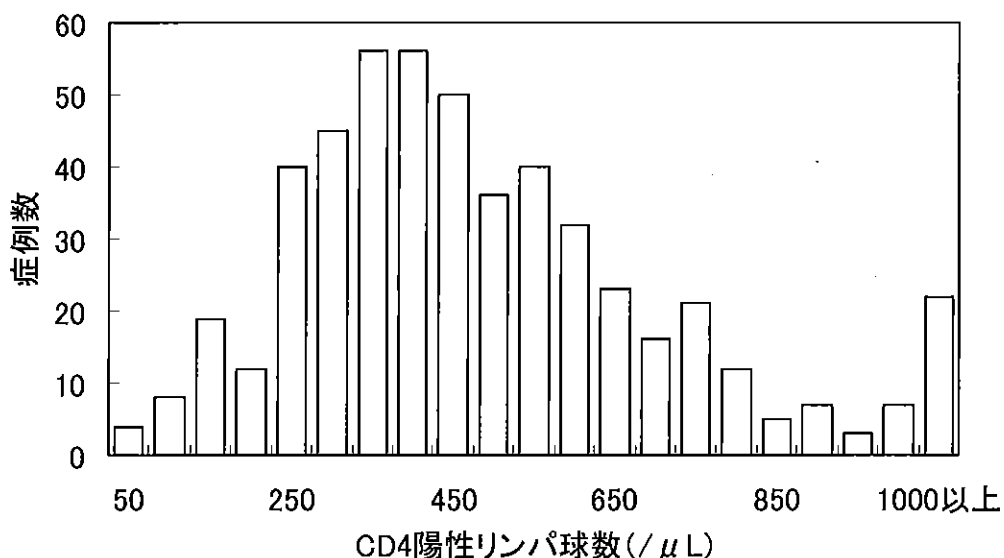
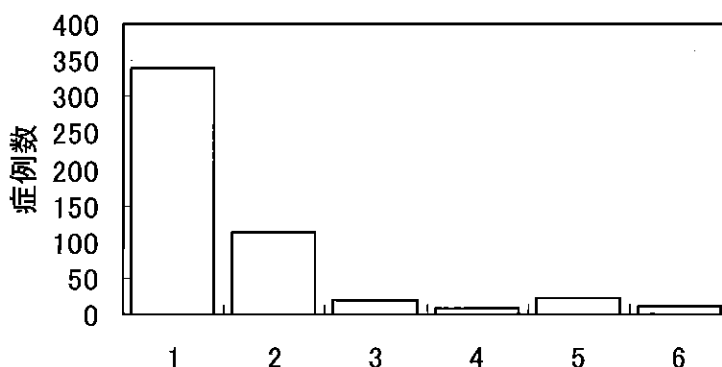


図6. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の分布



(横軸 1~6の説明: 1:40未満 2:40~999 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21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21年度の平均値は $466.9 \pm 247.2 / \mu\text{L}$ となり、前年度に比べて高い数値であったが、統計学的な有意差はみられなかった。

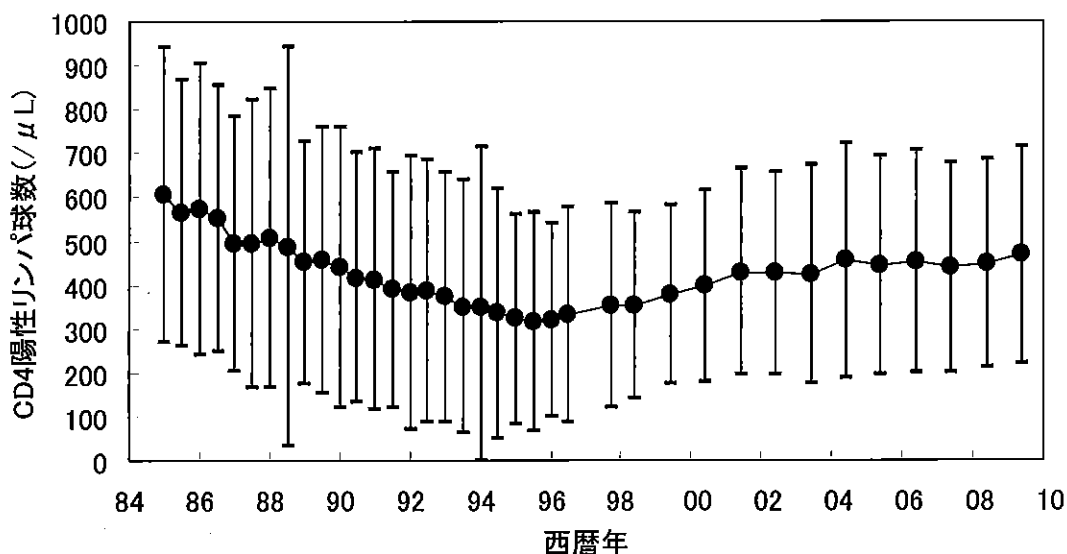


図8. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の推移

(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

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786例、HIV感染の血液凝固異常症例について412例の報告があった。平成21年度の報告値の分布状態を図9と図10に示した。

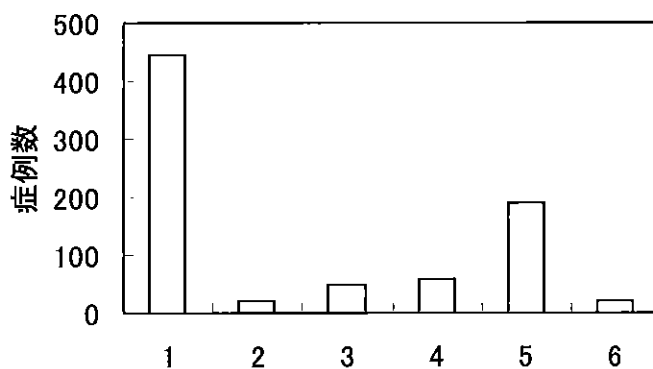


図9.HIV非感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布
 (横軸 1～6の説明: 1:検出せず 2:1.2未満で検出 3:1.2～5.0未満
 4:5.0～6.0未満 5:6.0(Log IU/mL)以上 6:上限値以上)

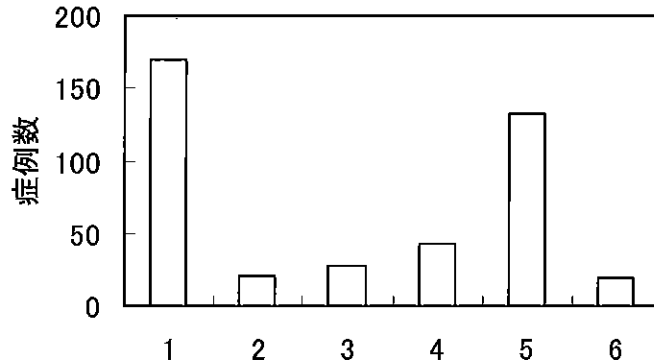


図10. HIV感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布
 (横軸 1~6の説明: 1:検出せず 2:1.2未満で検出 3:1.2~5.0未満
 4:5.0~6.0未満 5:6.0(Log IU/mL)以上 6:上限値以上)

図9と図10におけるHCVウイルス量をHIV感染の有無で比較すると、測定下限未満（「検出せず」および「<1.2で検出」）に含まれる症例数の割合はHIV非感染例で59.4%、HIV感染例で46.1%であり、両者間には統計学的な有意差(p<0.01)がみられた。

(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21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と表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、肝臓と肝不全がともに選択されていた例は肝臓の欄に集計した。さらに、平成21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47例、肝臓43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21年度調査時点で2,013例）の4.5%であった。

HIV感染血液凝固異常症では肝硬変49例、肝臓11例、肝不全2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21年度調査時点で688例）の9.0%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	肝臓	肝不全
血友病A	268	4	931	35	34	0
血友病B	47	0	181	9	6	0
VWD	36	0	70	1	2	0
類縁疾患	12	1	37	2	1	0
計	363	5	1219	47	43	0

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
169	100	1	1542
27	14	1	285
9	8	0	126
3	4	0	60
208	126	2	2013

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	38	2	332	37	6	2
血友病B	12	1	94	12	5	0
VWD	1	0	2	0	0	0
類縁疾患	2	0	0	0	0	0
計	53	3	428	49	11	2

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
76	30	2	525
23	7	2	156
0	1	0	4
0	1	0	3
99	39	4	688

(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21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19年6月1日～平成21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170例、HIV感染例については88例、合計258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181例（HIV非感染126例、HIV感染55例）、これについてPeg-IFN単独療法が30例（HIV非感染13例、HIV感染17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6例（HIV非感染2例、HIV感染4例）、単独療法が21例（HIV非感染13例、HIV感染8例）で、Peg-IFNが選択されることが多くなってきている。

合計258例の報告のうち、インターフェロンの治療期間が既に終了し、治療方法と治療効果について回答があった120例（HIV非感染86例、HIV感染34例）について、結果のまとめを表39と表40に示した。

肝機能の正常化とウイルスの陰性化に関する記載があった症例を表39に集計すると、治療により肝機能の正常化をみたものは93例（78%）（HIV非感染67例（78%）、HIV感染26例（76%））、さらにこのうちでウイルスの消失（6ヶ月以上）かつ肝機能の正常化をみたものは71例（59%）（HIV非感染51例（59%）、HIV感染20例（59%））であった（表40）。

特にPeg-IFNとリバビリンの併用療法が施行された症例に注目すると、6ヶ月以上のウイルスの持続的な陰性化と肝機能の正常化がみられたのは56例（62%）（HIV非感染42例（59%）、HIV感染14例（70%））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19年6月1日～平成21年5月31日)

HIV非感染例

HCV-RNAの評価	肝機能の評価	治療方法					小計
		IFN単独	IFN+ リバビリン	Peg-IFN	Peg-IFN+ リバビリン	未回答	
6ヶ月以上に渡り現在まで陰性化持続	正常化	5	1	3	42	5	56
	正常化せず	0	0	0	0	1	1
	未回答	0	0	0	0	0	0
6ヶ月未満ではあるが現在陰性化	正常化	0	1	0	9	0	10
	正常化せず	0	0	0	3	0	3
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化した再び出現	正常化	0	0	3	2	0	5
	正常化せず	0	0	0	11	0	11
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化せず	正常化	0	0	0	1	0	1
	正常化せず	1	0	1	3	0	5
	未回答	0	0	0	0	0	0
未回答	正常化	0	0	0	0	0	0
	正常化せず	0	0	0	0	0	0
	未回答	0	0	0	0	1	1
効果報告数小計		6	2	7	71	7	93
小計の内効果が定かでないもの		0	0	0	0	1	1
IFN治療の実施のみ報告(効果不明)		7	0	6	55	9	77
合計		13	2	13	126	16	170

HIV感染例

HCV-RNAの評価	肝機能の評価	治療方法					小計
		IFN単独	IFN+ リバビリン	Peg-IFN	Peg-IFN+ リバビリン	未回答	
6ヶ月以上に渡り現在まで陰性化持続	正常化	0	2	4	14	0	20
	正常化せず	0	0	0	1	0	1
	未回答	0	0	0	0	0	0
6ヶ月未満ではあるが現在陰性化	正常化	0	0	3	0	0	3
	正常化せず	0	0	0	0	0	0
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化した再び出現	正常化	0	0	0	1	0	1
	正常化せず	0	0	0	2	0	2
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化せず	正常化	0	0	0	2	0	2
	正常化せず	0	1	4	0	0	5
	未回答	0	0	0	0	0	0
未回答	正常化	0	0	0	0	1	1
	正常化せず	0	0	0	0	0	0
	未回答	0	0	0	1	0	1
効果報告数小計		0	3	11	21	1	36
小計の内効果が定かでないもの		0	0	0	1	0	1
IFN治療の実施のみ報告(効果不明)		8	1	6	34	3	52
合計		8	4	17	55	4	88

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	HIV感染	合計
効果あり	5	0	5
効果なし	1	0	1

(2)IFNとリバビリン併用療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	2	2	4
効果なし	0	1	1

(3)Peg-IFN単独療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	6	7	13
効果なし	1	4	5

(4)Peg-IFNとリバビリン併用療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	54	17	71
効果なし	17	3	20

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	HIV感染	合計
効果あり	5	0	5
効果なし	1	0	1

(2)IFNとリバビリン併用療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	1	2	3
効果なし	1	1	2

(3)Peg-IFN単独療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	3	4	7
効果なし	4	7	11

(4)Peg-IFNとリバビリン併用療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	42	14	56
効果なし	29	6	35

②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例

平成21年5月31日現在で生存中のHCV感染例について、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と表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21年度調査までの死亡例は除く）で307例（HIV非感染208例、HIV感染99例）、自然治癒の報告は累積で165例（HIV非感染126例、HIV感染39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、平成21年5月31日時点の生存症例としては、HIV非感染が2例（血友病A 1例、血友病B 1例）、HIV感染が4例（血友病A 2例、血友病B 2例）集計されている。

④肝庇護剤の使用状況

肝庇護剤の使用については、グリチルリチン製剤の使用が71例（HIV非感染43例、HIV感染28例）、ウルソデオキシコール酸の使用が238例（HIV非感染138例、HIV感染100例）報告された。

グリチルリチン製剤については、在宅で投与している例が15例（在宅のみが14例、医療機関と在宅の両方が1例）含まれていた。

肝庇護剤の使用理由は表42に示したとおり、患者がインターフェロン治療を希望しないため82例（HIV非感染52例、HIV感染30例）、インターフェロン治療が無効だったため70例（HIV非感染41例、HIV感染29例）、その他が96例（HIV非感染54例、HIV感染42例）であった。

表41. 血液凝固異常症における肝庇護剤の使用状況

	グリチルリチン(強力ミノファゲンC)					ウルソデオキシコール酸 (ウルソ)	なし
	医療機関で 投与	在宅で 投与	両方	不明	小計		
HIV非感染	35	8	0	0	43	138	714
HIV感染	15	6	1	6	28	100	338

表42. 肝庇護剤の使用理由

使用の理由	HIV非感染例	HIV感染例	合計
患者がIFN治療を希望しないため	52	30	82
IFN治療が無効だったため	41	29	70
その他	54	42	96

IV. 結語

平成21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、継続性のある集計を行うことができた。

調査の結果では、調査該当期間（平成20年6月1日から平成21年5月31日まで）におけるHIV感染の死亡報告は7例で、本調査の運営形態が現在の形式になった平成13年以後では最も少ない数であった。さらに、この中で重篤な肝疾患による死亡数は2例であり、死因に重篤な肝疾患を含むものが多い最近の傾向とは異なる集計結果であった。インターフェロンによる治療が普及し、HCV感染が原因と考えられる重篤な肝疾患を死因とするものが減少を始めた徴候であるならば幸いである。しかし、その反対に、肝疾患の重症化により移植治療を志向する施設への転院例が多くなり、その結果、血液凝固異常症の治療に携わる施設のネットワークを中心としている本調査の対象機関からはずれ、死亡報告の回収ができていない可能性も否定できない。生存中のHCV感染がある血液凝固異常症においては、肝硬変、肝癌あるいは肝不全と報告される割合がHIV感染例で9.0%、非感染例で4.5%に達しているため、重篤な肝疾患に関しては、今後も調査結果を注視する必要がある。

インターフェロンによる治療状況について、今回の調査では合計258例の報告を収集するこ

とができた。この中でPeg-インターフェロンとリバビリンの併用療法が施行された報告において、HCVのRNAが6ヶ月以上消失し、かつ、肝機能が正常化した割合は62%で、これは昨年度の集計結果を上回る数値であった。

肝庇護剤については、グリチルリチン製剤71例、ウルソデオキシコール酸の使用が238例の報告があった。インターフェロンによる治療効果の向上と、肝庇護剤の普及は、HCV感染による肝疾患の治療ということに関して歓迎すべきことではあるが、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。なお、グリチルリチン製剤の在宅投与例が76例中15例であり、本剤の在宅自己注射の承認についての認識がまだ医療者・患者双方で不十分である可能性が示唆された。

HIV感染症例においては、新たなAIDS指標疾患の発症は少数例で、かつ、死亡時にAIDS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陽性リンパ球数の平均値は466.9/ μ L、HIVのRNAコピー数は40 copies/ml 未満が約66%と、HIVに関してはこれ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78.7%の症例で実施されていることが判明した。抗HIV薬の重篤な副作用による休薬は大きな割合を占めていなかった。

しかし、HIV感染例の全体として、リポジストロフィーが認められる割合は32.3%であり、また、乳酸アシドーシスが認められる割合は2.8%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、昨年を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く、今後も調査項目として実施していきたい。

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いきたい。

V. 謝辞

平成21年度の調査では、これまでの調査に引き続いて同意の取得をお願いし、調査にご協力いただいている皆様に、甚大なご負担を強いる結果となったことをお詫びいたします。

平成21年度の調査用紙をご記入、ご返送いただいた皆様に深く御礼申し上げますとともに、今回ご報告いただけなかった施設におかれましても、今後できる限り再度ご協力くださるようお願い申し上げます。また、各施設における倫理委員会におかれましては、「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、わが国における血液凝固異常症の患者数を含め、その動向を掌握する唯一の調査であることを、十分ご理解いただくようお願いいたします。

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教授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お願い申し上げます。

敬具

平成21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21年8月31日（月）

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。

A 該当症例がない施設

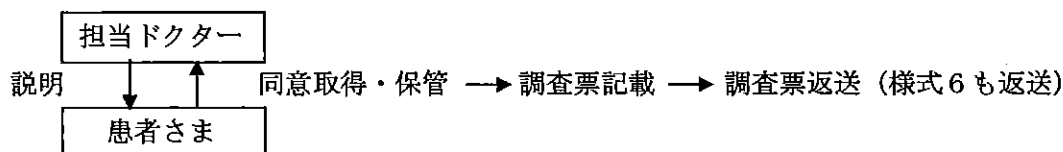
様式1～4の各調査票に医師名、施設名、診療科を記載し、該当症例なしと記載のうえお送り下さい。

「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。様式6をご返送頂けない場合は、報告書の調査協力施設一覧に記載することが出来ませんので、御了承下さい。

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20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

担当ドクター → 調査票記載 → 調査票返送（様式6も返送）

ただし、「施設整理番号」および「現住所の都道府県名」は記載しない。
また、生年月日は生年月のみ記載。

③ 患者さまが同意を拒否された場合

担当ドクター → 疾患名のみ記載（それ以外の項目は一切記載しない） → 調査票返送

※「同意説明文書」「同意書（例）」「20年度報告書」はエイズ予防情報ネットでもご覧になれます。
<http://api-net.jfap.or.jp/siryoku/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21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20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20年6月1日から平成21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20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20年6月1日から平成21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21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19年8月16日全部改正）における第4の3「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）の提供を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）。

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。

血液凝固異常症全国調査運営委員会

瀧 正志、白幡 聡、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20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、19、20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、エイズ予防情報ネット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、20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
瀧 正志、白幡 聡、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21年6月1日現在の運営委員は以下の7名です。

瀧 正志*、白幡 聡、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」「20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 でお問い合わせ下さい

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。

医療調査票

様式1 凝固因子製剤によるHIV感染例(H21(2009).5.31現在生存例)

記載医師名: 施設名・診療科:

施設管理番号	明・大・昭・平	年	月	日	出生
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	(日は記入しないで下さい)
生年月	明・大・昭・平	年	月	日	
疾患名	()				

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)にのみ記載して送致下さい。

☆同意拒否の場合、以下の項目には記入しないで下さい。

性別	男	女		
平成21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)	()			

次の疾患の合併の有無★

1. 糖尿病 2. 高血圧症 3. 高脂血症

次の疾患の既往の有無★

1. 脳梗塞 2. 心筋梗塞 3. その他の血栓症

□血友病A (重・中・軽・不明)

□血友病B (重・中・軽・不明)

□VWD

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

□類縁疾患(病名:)

□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 後天性の凝固因子製剤に対しての凝固因子製剤によるHIV感染

インヒビター保有血友病のみ(過去の例も含むが後天性血友病は除く) 該当の番号に○または詳細を記入

1. 現在インヒビターあり(0.6BU以上) → その値() BU

2. インヒビターは過去にあったが現在はなし(0.6BU未満) → (1. ITで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)

これまでのインヒビターの最高値は? → () BU

免疫寛容療法(IT)について (1. 現在あるいは過去に施行 2. 未施行 3. 不明)

ITの効果は (1. 成功 2. 失敗 3. 導入中で判定できない 4. 不明)

パピルス製剤による予防投与 (1. 定期的に施行 2. 不定期で施行 3. 行なわない 4. 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(週に1回以上)の有無 あり (開始年齢 才・開始年齢不明) ・ なし

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 発症時期: 西暦 / (明・平) 年 月 発症・発症時期不明

平成20年6月から21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

★は新たに追加項目

平成 年 月 日 記載

CD4陽性リンパ球数 (平成21年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの) 使用中の凝固因子製剤 () / μl ()

血中HIV-RNA量 (TaqMan法) (平成21年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの) 検査値 () × 10³ コピー/mL 上限値 (1.0 × 10³) 以上

検査せず 40未満で検出 ()

抗HIV薬による治療の状況 (平成21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. 毒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

リポストロフィンの有無 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抗体が陽性の場合には以下の質問に進んで下さい。

【現在のHCVウイルス量】 (TaqMan法) いずれかに○または記入

検査せず 12未満で検出 () log IU/ml 上限値(7.8)以上

平成19年6月1日から平成21年5月31日までにインターフェロン治療の有無

1. 治療あり (医療機関で実施 ・ 在宅で実施) 2. 治療なし

実施期間 (最新のもの) いずれかに○

平成 () 年 () 月 ~ () 年 () 月 / 現在投与中

【IFN治療の効果は】 1. 有効 2. 無効 3. 現在投与中 4. 詳細不明 5. 中止

(理由を必ず以下にお書き下さい)

【中止の場合の理由】

IFN治療の効果で1または2の場合はHCV-RNA、肝機能それぞれについて詳細を以下から選んで○

【HCV-RNAは】 1. 6ヶ月以上に渡り現在まで陰性化持続 2. 6ヶ月未満ではあるが現在陰性化 3. 陰性化した后再び出芽 4. 陰性化せず

【肝機能は】 1. 正常化 2. 正常化せず

【肝臓薬剤の使用について】

1. グリチルリン(強カミノファアザンG) → (1. 医療機関で投与 ・ 2. 在宅で投与)

2. ウルソデオキシコリール酸(ウルソ) 3. なし

【肝臓薬剤使用の理由】 ★

1. 患者がIFN治療を希望しないため 2. IFN治療が無効だったため

3. その他 ()

様式2 凝固因子製剤によるHIV感染例

(死亡例:H20(2008).6.1~H21(2009).5.31の間に死亡した症例、但し未報告の症例も含む)

平成 年 月 日 記載

記載医師名: 施設名・診療科:

施設整理番号	明・大・昭・平	年	月	日	日生
死亡時の住所	都	道	府	県	性別
次の疾患の合併の有無★	1. 糖尿病	2. 高血圧症	3. 高脂血症	男	女
次の疾患の既往の有無★	1. 脳梗塞	2. 心筋梗塞	3. その他の血栓症		
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)				
未発症・発症・不明	発症時期不明				
死亡年月日(H20.6.1~H21.5.31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				
感染ルート	<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:) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 第4ルート 後天性の凝固異常(対しての凝固因子製剤によるHIV感染)				
インヒビター保有血液のみ(過去の例も含むが後天性血友病は除く) 該当の番号に○または詳細を記入	1. 死亡直前のインヒビターあり(0.6BU以上) → その値()BU 2. インヒビターは過去にあったが死亡直前にはなし(0.6BU未満) → (1. ITIで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)				
家庭療法の有無	あり(本人)	保蔵者	その他	なし	なし
定期補充療法(週に1回以上)の有無	あり(開始年齢	才	開始年齢不明)	なし	なし
他施設への通院の有無	あり(施設名				なし
死因	1. エイズ関連疾患 (別紙診断書参照、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 2. 出血(部位:) 3. 肝疾患(具体的に) 4. 血栓症(脳梗塞 心筋梗塞 その他の血栓症) 5. 悪性腫瘍(エイズ関連疾患を除く)(部位:) 6. その他(具体的に) 7. 不明				

死亡直前の血中HIV-RNA量 (TaqMan法)	いずれかに○または記入	
検出せず	40未満で検出	() × 10 ⁷ コピー/ml 上限値(1.0 × 10 ⁷)以上
死亡直前のCD4陽性リンパ球数	1. 3剤以上の併用	2. 単剤、あるいは2剤併用
() / μl	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
リポヌチロフィアの有無	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. 肝臓 6. 肝不全
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	7. 不明 8. IFN治療による治療 9. 自然治療 10. 肝臓移植後
HCV抗体の有無	1. 陽性 2. 陰性 3. 不明 4. 治療により陰性化	
過去におけるインターフェロン治療	() あり / なし	
実施期間(最新のもの)	平成 () 年 () 月 () 年 () 月	
【IFN治療の効果は】	1. 有効 2. 無効 3. 投与中だったため判定できず	4. 詳細不明
(中止の場合の理由	理由を必ず以下にお書き下さい	
IFN治療の効果で1または2の場合はHCV-RNA、肝機能それぞれについて詳細を以下から選んで○	1. 6ヶ月以上に渡り陰性化持続 2. 6ヶ月未満ではあるが陰性化	
【HCV-RNAは】	3. 陰性化した后再び出現 4. 陰性化せず	
【肝機能は】	1. 正常化 2. 正常化せず	
【肝臓薬の使用について】	1. グリチルリチン(強カミノプリアゲンC) → (1. 医療機関で投与 ・ 2. 在宅で投与)	
	2. ウルソデオキシコール酸(ウルソ)	
	3. なし	
【肝臓薬使用の理由】★	1. 患者がIFN治療を希望しないため 2. IFN治療が無効だったため	
	3. その他 ()	

★は新たに追加項目

記載医師名: 施設名・診療科:

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 → 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生 都・道・府・県

2. 同意が未確認の場合 → 生年月 明・大・昭・平 年 月 (日)は記入しないで下さい

3. 同意拒否の場合は疾患名(右の欄)のみ記載して送達下さい。 → 疾患名 ()

☆同意拒否の場合、以下の項目には記入しないで下さい。

性別 男 女

平成21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

次の疾患の有無 ★

1. 糖尿病 2. 高血圧症 3. 高脂血症

次の疾患の既往の有無 ★

1. 脳梗塞 2. 心筋梗塞 3. その他の血栓症

□血友病A (重・中・軽・不明)

□血友病B (重・中・軽・不明)

□VWD

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

□類縁疾患(病名:)

インヒビター-単有血友病のみ(過去の列も含むが後天性血友病を除く) 該当の番号に○または詳細を記入

1. 現在インヒビターあり(0.6BU以上) → その値()BU

2. インヒビターは過去にあったが現在はなし(0.6BU未満) → (1. ITIで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)

これまでのインヒビターの最高値は? → ()BU

免疫寛容療法(ITI)について (1. 現在あるいは過去に施行 2. 未施行 3. 不明)

ITIの効果は (1. 成功 2. 失敗 3. 導入中で判定できない 4. 不明)

ハイパス製剤による予防投与 (1. 定期的に施行 2. 不定期で施行 3. 行わない 4. 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(週1回以上)の有無 あり (開始年齢 才・開始年齢不明) ・ 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抗体が陽性の場合には以下の質問に進んで下さい。

【現在のHCVウイルス量】(TagMan法) いずれかに○または記入

検出せず 1.2未検出 () log IU/ml 上限値(7.8)以上

平成19年6月1日から平成21年5月31日までにインターフェロン治療の有無

1. 治療あり (医療機関で実施・在宅で実施)

2. 治療なし

実施期間(最新のもの) 平成 ()年 ()月 ~ ()年 ()月 / 現在投与中

【IFN治療の効果は】 1. 有効 2. 無効 3. 現在投与中にて判定できず 4. 詳細不明

5. 中止 理由を必ず以下にお書き下さい

(中止の場合の理由)

IFN治療の効果で1または2の場合はHCV-RNA、肝機能それぞれについて詳細を以下から選んで○

【HCV-RNAは】 1. 6ヶ月以上に渡り現在まで陰性化持続 2. 6ヶ月未満ではあるが現在陰性化

3. 陰性化した再び出現 4. 陰性化せず

【肝機能は】 1. 正常化 2. 正常化せず

【肝庇護剤の使用について】

1. グリチルリチン(強カミノファゲンC) → (1. 医療機関で投与 ・ 2. 在宅で投与)

2. ウルソデオキシコール酸(ウルソ)

3. なし

【肝庇護剤使用の理由】★

1. 患者がIFN治療を希望しないため 2. IFN治療が無効だったため

3. その他 ()

様式4 血友病および類縁疾患のHIV非感染例

(死亡例:H20(2008).6.1~H21(2009).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:

施設整理番号	明・大・昭・平	年	月	日	記載
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	生
死亡時の住所	都 道 府 県				
性別	男	女			
次の疾患の合併の有無★	1. 糖尿病	2. 高血圧症	3. 高脂血症		
次の疾患の既往の有無★	1. 脳梗塞	2. 心筋梗塞	3. その他の血栓症		
死亡年月日(H20.6.1~H21.5.31までに死亡した人のみ記載。但し、未報告の症例については記載)	昭・平	年	月	日	死亡
疾患名 (口にしをいれ詳細記入)	<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				
	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 <input type="checkbox"/> 類縁疾患(病名:)				
インヒビター保有血友病のみ(過去の例も含むが後天性血友病は除く) 該当の番号に○または詳細を記入 ↓					
1. 死亡直前のインヒビターあり(0.6 BU以上) → その値 () BU					
2. インヒビターは過去にあったが死亡直前はなし(0.6 BU未満) → (1. ITTで消失 2. 自然消失 3. 詳細不明)					
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(週1回以上)の有無	あり(開始年齢	才・開始年齢不明)	なし		
他施設への通院の有無	あり(施設名)	なし		

(重複回答可) 死因	1. 出血(部位:)
	2. 肝疾患(具体的に)
	3. 血栓症 (脳梗塞 心筋梗塞 その他の血栓症)
	4. 悪性腫瘍(部位:)
	5. その他(具体的に)
	6. 不明
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
肝炎の有の場合、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
過去におけるインターフェロン治療→ (あり・なし)	HCV抗体陽性の場合、以下の欄にお答え下さい。
実施期間(最新のもの)	平成 ()年()月~()年()月
【IFN治療の効果は】	1. 有効 2. 無効 3. 投与中だったため判定できず 4. 詳細不明 5. 中止 理由を必ず以下にお書き下さい
(中止の場合の理由)	()
IFN治療の効果で1または2の場合はHCV-RNA、肝機能それぞれについて詳細を以下から選んで○	
【HCV-RNAは】	1. 6ヶ月以上に渡り陰性化持続 2. 6ヶ月未満ではあるが陰性化 3. 陰性化した再び出現 4. 陰性化せず
【肝機能は】	1. 正常化 2. 正常化せず
【肝保護剤の使用について】	1. グリチルチン(強カミノプラーゲン○) → (1. 医療機関で投与 ・ 2. 在宅で投与) 2. ウルソデオキシコリコ酸(ウルソ) 3. なし
【肝保護剤使用の理由】★	1. 患者がIFN治療を希望しないため 2. IFN治療が無効だったため 3. その他()

★は新たに追加項目

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 _____

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 21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 21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

2007年より診断基準の一部が変更になりましたので、ご注意ください。
なお、調査票の御記入に使用して頂く際の、指標疾患の番号はこれまでと同じです。

サーベイランスのためのHIV感染症/AIDS診断基準

(厚生労働省エイズ動向委員会, 2007)

我が国のエイズ動向委員会においては、下記の基準(平成18年3月8日健感発第0308001号厚生労働省健康局結核感染症課長通知「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項及び第14条第2項に基づく届出の基準等について」)によってHIV感染症/AIDSと診断され、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項に基づき届け出がなされた報告の分析を行うこととする。この診断基準は、サーベイランスのための基準であり、治療の開始等の指標となるものではない。近年の治療の進歩により、一度指標疾患(Indicator Disease)が認められた後、治療によって軽快する場合もあるが、発生動向調査上は、報告し直す必要はない。しかしながら、病状に変化が生じた場合(無症候性キャリア→AIDS、AIDS→死亡等)には、必ず届け出ることが、サーベイランス上重要である。

なお、報告票上の記載は、

- 1) 無症候性キャリアとは、Iの基準を満たし、症状のないもの
- 2) AIDSとは、IIの基準を満たすもの
- 3) その他とは、Iの基準を満たすが、IIの基準を満たさない何らかの症状があるものを指すことになる。

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. ニューモシスティス肺炎

B. 原虫症

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か月以上続下痢を伴ったもの)
8. イノスポラ症(1か月以上続下痢を伴ったもの)

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瘍
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. 非結核性抗酸菌症
 - 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
 - 1) 1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
 - 2) Burkitt 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(認知症又は亜急性脳炎)
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又は所見がみられる場合に限る。

(付記)厚生労働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
 - 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. ニューモシスティス肺炎
 - (1)確定診断
顕微鏡検査又はPCR法により、*Pneumocystis jiroveci*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
 - 乾性咳嗽
 - 2)(いずれか一つに該当)
 - <a> 胸部X線又はCTでび漫性の両側間質像増強
 - ガリウムスキャンでび漫性の両側の肺病変
 - 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
 - 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
 - <d> 酸素飽和度の低下
 - 4)細菌性肺炎を認めない又はβ-D-グルカン高値

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又は髄液PCR法により、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又は、 意識障害

2) <a> CT、MRIなどの画像診断で病巣を認める又は、 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又は、 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又は一般検査により、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又は一般検査により、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瘍のいずれかが、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

細菌学的培養又はPCR法により診断

(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. 非結核性抗酸菌症

(1) 確定診断

細菌学的培養又はPCR法により診断

(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

 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る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痲皮形成、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又は髄液PCR法により、JCウイルスを確認

(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

肉眼的には皮膚又は粘膜に、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診断しない。

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2)Burkitt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(認知症又は亜急性脳炎)

下記のいずれかの状態があり、1)脳脊髄液検査、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

 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)

以下のすべてに該当するもの

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)の継続)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)

3)HIV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
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
釧路赤十字病院	北海道	内科	西川 哲裕
さとう小児科	北海道	院長 / 小児科	佐藤 琢司
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	北海道	血液内科	安藤 精章
医仁会 中村記念病院	北海道	脳神経外科	大里 俊明
札幌医科大学医学部附属病院	北海道	第四内科	瀧本 理修
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	小児科	福島 直樹
札幌厚生病院	北海道	第二内科	岩崎 博
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
勤医協札幌病院	北海道	内科	石原 敏道
清田小児科医院	北海道	理事長 / 小児科	三戸 和昭
KKR 札幌医療センター	北海道	内科	西浦 洋一
北海道大学病院歯科医療センター	北海道	歯科診療センター	北川 善政
北海道大学大学院歯学研究科	北海道	歯科診療センター	杉浦 千尋
北海道大学病院	北海道	血液内科	今村 雅寛
北海道大学病院	北海道	第三内科	橋野 聡
北海道大学医学部	北海道	第三内科	近藤 健
北海道大学病院	北海道	第二内科	山口 圭介
医療法人母恋 日鋼記念病院	北海道	小児科	小杉山 清隆
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
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	青柳 勇人
苫小牧市立病院	北海道	内科	遠藤 知之
函館五稜郭病院	北海道	院長	高田 竹人
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
市立美唄病院	北海道	内科	山口 修央
JA 北海道厚生連 遠軽厚生病院	北海道	小児科	石岡 透
北海道立子ども総合医療・療育センター	北海道	小児科	工藤 亨
紋別みなと病院	北海道	院長	横山 登
相原内科医院	青森県	院長 / 内科	相原 守夫
沢田内科医院	青森県	院長 / 内科	沢田 美彦
五戸総合病院	青森県	内科	新井田 修久
三沢市立三沢病院	青森県	小児科	鶴田 靖
十和田市立中央病院	青森県	小児科	小田 誠
公立七戸病院	青森県	内科	鈴木 仁
青森市民病院	青森県	小児科	池田 保彦
虹ヶ丘内科クリニック	青森県	院長 / 内科	工藤 育男
労働福祉事業団 青森労災病院	青森県	消化器内科	河津 俊太郎
黒石市国民健康保険黒石病院	青森県	小児科	北澤 淳一
国民健康保険葛巻病院	岩手県	内科	小林 研
済生会岩泉病院	岩手県	内科	柴野 良博
県立江刺病院	岩手県	消化器科	野呂 明弘

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
国立病院機構盛岡病院	岩手県	内科	佐藤 正男
岩手県立大船渡病院	岩手県	小児科	瀧 向 透
恩賜財団済生会北上済生会病院	岩手県	内科	成ヶ澤 靖
有馬医院	宮城県	院長/内科・小児科	有馬 恒彦
大崎市民病院	宮城県	小児科	工藤 充哉
北川小児科医院	宮城県	小児科	北川 郁夫
国立病院機構仙台医療センター	宮城県	内科	佐藤 功
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
医療法人医徳会 真壁病院	宮城県	内科	佐藤 功
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
市立秋田総合病院	秋田県	血液内科	新津 秀孝
済生会山形済生病院	山形県	副院長/産婦人科	金杉 浩
山形大学医学部附属病院	山形県	第三内科	田嶋 克史
山形県・酒田市病院機構日本海総合病院	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
日本海総合病院酒田医療センター	山形県	消化器科	鈴木 義広
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
いわき市立総合磐城共立病院	福島県	小児内科	鈴木 潤
いづかファミリークリニック	福島県	小児科	飯塚 敦夫
財団法人竹田総合病院	福島県	消化器科	若林 博人
(財)太田西ノ内病院	福島県	副院長/血液内科	松田 信
星総合病院	福島県	小児科	佐久間 弘子
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
南相馬市立総合病院	福島県	内科	金沢 幸夫
三愛会 池田温泉病院	福島県	院長	池田 史仁
公立相馬総合病院	福島県	小児科	片寄 雅彦
福島県立南会津病院	福島県	内科	阿部 論史
(医)社団真子会 すやま小児科	福島県	院長/小児科	陶山 宏
福島県立医科大学医学部附属病院	福島県	血液内科	野地 秀義
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
友愛記念病院	茨城県	小児科	杉山 節郎
取手協同病院	茨城県	内科	伊藤 孝美
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	小児血液腫瘍科	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	総合診療科	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
労働者健康福祉機構 鹿島労災病院	茨城県	内科	鏡味 勝
医療法人社団善仁会 小山記念病院	茨城県	内科	池田 和穂
自治医科大学附属病院	栃木県	血液科	外島 正樹

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
自治医科大学附属病院	栃木県	移植外科	真田 幸弘
佐野厚生総合病院	栃木県	小児科	堀 尚明
上都賀総合病院	栃木県	小児科	谷田部 道夫
杉村病院	栃木県	院長/内科	杉村 栄一
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	内科	小林 裕幸
桐生厚生総合病院	群馬県	小児科	桑島 信
国立病院機構高崎総合医療センター	群馬県	内科	内山 俊正
いわた内科クリニック	群馬県	院長/内科	岩田 展明
関口病院	群馬県	院長/整形外科	関口 欽五郎
前橋赤十字病院	群馬県	血液内科	小倉 秀充
群馬県立がんセンター	群馬県	血液内科	入沢 寛之
医療法人本島総合病院	群馬県	小児科	茂木 洋一
宝診療所	群馬県	小児科	高木 泰子
くすの木病院	群馬県	内科	鷺田 雄二
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 廣人
獨協医科大学越谷病院	埼玉県	小児科	村上 信行
獨協医科大学越谷病院	埼玉県	内科(内分泌代謝・血液・神経)	森田 公夫
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	康 勝好
埼玉県厚生連幸手総合病院	埼玉県	内科	渡辺 恒家
丸山内科クリニック	埼玉県	院長/内科	丸山 元孝
三愛会総合病院	埼玉県	小児科	宮本 幸伸
防衛医科大学校病院	埼玉県	血液内科	木村 文彦
埼玉医科大学総合医療センター	埼玉県	血液内科	森 茂久
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
川島領診療所	埼玉県	内科	広原 公昭
医療法人高橋外科整形外科	埼玉県	院長	高橋 公男
国立病院機構埼玉病院	埼玉県	小児科	上 牧 勇
国立病院機構下志津病院	千葉県	内科	末 石 眞
医療法人社団保健会谷津保健病院	千葉県	小児科	塚田 日出樹
千葉大学医学部附属病院	千葉県	血液内科	中世古 知昭
柏戸病院	千葉県	内科	柏戸 正英
千葉県こども病院	千葉県	血液腫瘍科	沖本 由理
千葉県こども病院	千葉県	血液腫瘍科	坂尾 詠子
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	院長	高原 善治
力武医院	千葉県	内科	力武 知之
東葛クリニック柏	千葉県	透析科	小林 政美
医療法人社団 仁者会 おかにわクリニック	千葉県	理事長	岡庭 信一
公立阿伎留医療センター	東京都	内科	西成田 進
昭和大学附属豊洲病院	東京都	院長	松川 正明
東京大学医科学研究所	東京都	関節外科	竹谷 英之
西東京警察病院	東京都	内科	遠藤 素彦
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
日本赤十字社医療センター	東京都	血液内科	鈴木 憲史

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
平井クリニック	東京都	内科	平井 慶徳
稲垣クリニック	東京都	院長/小児科	稲垣 稔
国立国際医療センター戸山病院	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	篠澤 圭子
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	村松 崇
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	稲葉 浩
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	福武 勝幸
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	四本 美保子
荻窪病院	東京都	理事長/血液科	花房 秀次
国立成育医療センター	東京都	血液腫瘍科	森 鉄也
自衛隊中央病院	東京都	内科	高橋 行広
ベトレハムの園病院	東京都	病院長/内科	前村 大成
米川外科医院	東京都	院長/外科・セ外	米川 潔
常泉クリニック	東京都	精神科・内科・小児科	常泉 いづみ
東邦大学医学部附属大森病院	東京都	口腔外科	工藤 泰一
聖路加国際病院	東京都	小児科	長谷川 大輔
聖路加国際病院	東京都	小児科	神谷 尚宏
聖路加国際病院	東京都	小児科	真部 淳
新山手病院	東京都	内科	穴倉 祐子
帝京大学医学部	東京都	内科学講座	松田 重三
日本大学医学部附属板橋病院	東京都	血液膠原病内科	小林 寿美子
日本大学医学部附属板橋病院	東京都	小児科	麦島 秀雄
日本大学医学部附属板橋病院	東京都	小児科	七野 浩之
昭和大学医学部	東京都	血液内科	松田 功
日本医科大学付属病院	東京都	血液内科	山田 隆
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
小平記念東京日立病院	東京都	内科	宮崎 純
順天堂大学医学部附属順天堂醫院	東京都	小児科	齋藤 正博
東京大学医学部附属病院	東京都	感染症内科	小池 和彦
東京大学医学部附属病院	東京都	感染症内科	畠山 修司
東京大学医学部	東京都	小児科	菊地 陽
都立駒込病院	東京都	感染症科	味澤 篤
東邦大学医療センター大橋病院	東京都	小児科	風間 浩美
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	内科	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

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
国立横浜病院	神奈川県	リウマチ膠原病科	曾我 隆義
(医)小川クリニック	神奈川県	院長/産婦人科	小川 博康
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	小児科	山本 将平
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	内科血液	森 啓
昭和大学藤が丘病院	神奈川県	内科血液	原田 浩史
国際親善総合病院	神奈川県	小児科	石川 明道
横浜市立みなと赤十字病院	神奈川県	内科	山本 晃
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
三浦中央医院	神奈川県	院長	吉田 順
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	武藤 真二
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	小児科	山下 敦己
聖マリアンナ医科大学	神奈川県	小児科	庄司 朋子
川崎市立川崎病院	神奈川県	感染症科	中島 由紀子
聖マリアンナ医科大学東横病院	神奈川県	病院長/心臓外科	舟木 成樹
平塚共済病院	神奈川県	循環器科	丹羽 明博
平塚市民病院	神奈川県	小児科	山田 健一朗
林こどもクリニック	神奈川県	小児科	林 秀樹
労働者健康福祉機構燕労災病院	新潟県	内科部長	樋口 渉
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	院長/内科	上村 旭
三之町病院	新潟県	内科	山本 賢
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
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	阿部 崇
新潟大学医学部附属病院	新潟県	小児科	今井 千速
新潟市民病院	新潟県	血液科	高井 和江
信楽園病院	新潟県	内科	宮崎 滋
総合病院国民健康保険水原郷病院	新潟県	院長	尾崎 進
新潟県立小出病院	新潟県	院長/内科	布施 克也
佐渡市立両津病院	新潟県	内科	齋藤 悠
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
あがの内科クリニック	新潟県	内科	鈴木 康稔
厚生連滑川病院	富山県	内科	橋本 直輝
南砺市民病院	富山県	内科	荒幡 昌久
氷見市民病院	富山県	総合診療科	神田 享勉
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	鳴河 宗聡
富山赤十字病院	富山県	内科	高田 裕之
山崎外科胃腸科医院	石川県	院長/外科	山崎 軍治
金沢医科大学	石川県	血液リウマチ膠原病科	正木 康史
国立病院機構金沢医療センター	石川県	小児科	太田 和秀
金沢聖霊総合病院	石川県	内科	土屋 晴生
石川県立中央病院	石川県	血液免疫内科	上田 幹夫
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
公立能登総合病院	石川県	小児科	和田 英男
恵寿総合病院	石川県	内科	真智 俊彦

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
国立病院機構石川病院	石川県	院長/心臓血管外科	関 雅 博
川口小児科	福井県	院長/小児科	小林 文雄
中山クリニック	福井県		中山 真里子
福井赤十字病院	福井県	小児科	谷口 義弘
山梨赤十字病院	山梨県	内科	渡邊 浩之
富士吉田市立病院	山梨県	内科	滝 克己
峯村内科医院	長野県	院長/内科	峯村 直
市立岡谷病院	長野県	小児科	高木 峰生
健静会上田病院	長野県	理事長	森 寛夫
国立病院機構長野病院	長野県	内科	田中 征雄
諏訪赤十字病院	長野県	血液内科	塩原 信太郎
長野県立須坂病院	長野県	院長/内科	斉藤 博
市立大町総合病院	長野県	小児科	大嶽 富夫
厚生連篠ノ井総合病院	長野県	小児科	諸橋 文雄
長野赤十字病院	長野県	感染症内科	増 淵 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
岐阜県立下呂温泉病院	岐阜県	小児科	寺澤 大祐
岐阜大学医学部附属病院	岐阜県	血液・感染症内科	鶴見 寿
岐阜市民病院	岐阜県	小児科	鷹尾 明
岐阜県総合医療センター	岐阜県	小児科	今村 淳
県立多治見病院	岐阜県	血液内科	花村 明利
大垣市民病院	岐阜県	小児科	永田 智子
医療法人厚生会木沢記念病院	岐阜県	小児科	岡本 博之
美濃市立美濃病院	岐阜県	内科	三 浦 淳
羽島市民病院	岐阜県	院長/消化器科	天野 和雄
総合病院養老中央病院	岐阜県	内科	西脇 伸二
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	院長/内科	五島 一征
共立湖西総合病院	静岡県	産婦人科	菊池 献
国立病院機構静岡医療センター	静岡県	小児科	守田 利貞
沼津市立病院	静岡県	呼吸器内科	吉田 康秀
沼津市立病院	静岡県	小児科	村林 督夫
静岡県立こども病院	静岡県	血液腫瘍科	堀越 泰雄
総合病院静岡赤十字病院	静岡県	血液内科	田 口 淳
順天堂大学医学部附属静岡病院	静岡県	血液内科	小池 道明
市立島田市民病院	静岡県	血液・リウマチ科	中坊 幸晴
南あたま第一病院	静岡県	外科	岡田 典之
浜松赤十字病院	静岡県	小児科	柴田 幸信
聖隷三方原病院	静岡県	総合診療内科	志智 大介
聖隷三方原病院	静岡県	総合診療内科	田中 敏秀
浜松医科大学附属病院	静岡県	小児科	岡田 周一
国立病院機構天竜病院	静岡県	小児科	伊熊 正光
富士宮市立病院	静岡県	内科	米村 克彦
袋井市立袋井市民病院	静岡県	血液内科	田中 正士
磐田市立総合病院	静岡県	小児科	本郷 輝明
勝見内科	愛知県	院長/内科	勝見 乙平

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
愛知県立循環器呼吸器病センター	愛知県	冠動脈外科	宮原 健
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	副院長 / 整形外科	荒川 喜邦
愛知県厚生農業協同組合連合会海南病院	愛知県	血液内科	矢野 寛樹
蒲郡市民病院	愛知県	小児科	河辺 義和
江南厚生病院	愛知県	小児科	西村 直子
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
豊川市民病院	愛知県	小児科	加藤 伴親
豊田厚生病院	愛知県	呼吸器アレルギー科	谷川 吉政
中部労災病院	愛知県	内科	河村 孝彦
聖霊病院	愛知県	内科	岡本 昌隆
名古屋大学医学部付属病院	愛知県	血液内科	山本 晃士
名古屋大学医学部付属病院	愛知県	血液内科	松下 正
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	濱口 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
社会保険 中京病院	愛知県	血液科	津下 圭太郎
千里クリニック	三重県	内科	東 憲太郎
市立伊勢総合病院	三重県	内科	向井 賢司
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	三重県	輸血部 / 血液内科	松本 剛史
鈴鹿中央総合病院	三重県	血液内科	川上 恵基
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
名張市立病院	三重県	小児科	須藤 博明
小山田記念温泉病院	三重県	内科	村嶋 正幸
まつかわ小児科	滋賀県	院長 / 小児科	松川 誠司
社会保険滋賀病院	滋賀県	血液内科	井上 徹也
彦根中央病院	滋賀県	小児科	成宮 正朗
彦根市立病院	滋賀県	小児科	石上 毅
(財) 綾部市医療公社 綾部市立病院	京都府	内科	高升 正彦
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
京都第一赤十字病院	京都府	小児科	中林 佳信
京都ルネス病院	京都府	小児科	富士原 誠次
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
(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	臨床研究部	松本 智成
西村小児科	大阪府	院長 / 小児科	西村 拓也
高槻赤十字病院	大阪府	院長	田淵 政郎
大阪大学医学部附属病院	大阪府	小児科	山岸 義晃
大阪大学医学部附属病院	大阪府	消化器外科	丸橋 繁
大阪府済生会千里病院	大阪府	小児科	瀬戸 真澄
近畿大学医学部附属病院	大阪府	血液内科	前田 裕弘

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
南大阪病院	大阪府	院長	柿本 祥太郎
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
国立病院機構大阪医療センター	大阪府	免疫感染症科	西田 恭治
四天王寺病院	大阪府	内科	高田 典
青山病院	大阪府	院長/内科	牧野 泰博
八尾市立病院	大阪府	小児科	高瀬 俊夫
PL病院	大阪府	内科	松田 光弘
星ヶ丘厚生年金病院	大阪府	小児科	中島 充
和泉市立病院	大阪府	小児科	村上 城子
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
加東市民病院	兵庫県	内科	大竹 啓夫
ときわ病院	兵庫県	院長	関田 幹雄
医療法人慈恵会新須磨病院	兵庫県	内科	郡山 健治
神戸赤十字病院附属須磨診療所	兵庫県	内科	高井 豊
六甲アイランド病院	兵庫県	内科	北垣 一成
社会保険神戸中央病院	兵庫県	内科	足立 陽子
神戸アドベンチスト病院	兵庫県	内科	森 経春
兵庫医科大学	兵庫県	血液内科	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
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/呼吸器内科	望月 吉郎
姫路赤十字病院	兵庫県	内科	奥新 浩晃
姫路赤十字病院	兵庫県	血液腫瘍内科	多田 寛
姫路赤十字病院	兵庫県	血液腫瘍内科	平松 清史
姫路赤十字病院	兵庫県	小児科	高橋 宏暢
兵庫県立柏原病院	兵庫県	副院長/産婦人科	上田 康夫
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
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	嶋 緑倫
国立病院機構奈良医療センター	奈良県	小児科	野並 一馬
西奈良中央病院	奈良県	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
社会保険紀南総合病院	和歌山県	小児科	比嘉 明日美
有田市立病院	和歌山県	院長/外科	尾野 光市
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
鳥取県立中央病院	鳥取県	内科	田中 孝幸
鳥取大学医学部附属病院	鳥取県	小児科	呉 彰
鳥取県立厚生病院	鳥取県	小児科	奈良井 栄
大田市立病院	島根県	内科	古家 寛司
吉岡医院	島根県	院長/外科	吉岡 太佑
島根大学医学部附属病院	島根県	小児科	金井 理恵

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
岡山大学医学部・歯学部附属病院	岡山県	血液腫瘍内科	近藤 英生
医療法人医済会 山本医院	岡山県	理事長/内科	山本 二平
岡山労災病院	岡山県	内科	矢野 朋文
国立病院機構岡山医療センター	岡山県	内科	朝倉 昇司
玉野市立玉野市民病院	岡山県	内科	木村 文昭
玉野市立玉野市民病院	岡山県	小児科	松原 恒則
新見中央病院	岡山県	院長/内科	治徳 通博
赤磐市立赤磐市民病院	岡山県	内科	田中 良治
こまざわ小児科医院	岡山県	院長/小児科	駒 澤 勝
マツダ(株) マツダ病院	広島県	消化器科	田村 徹
国立病院機構賀茂精神医療センター	広島県	副院長	坂尾 良一
呉医療センター	広島県	血液腫瘍内科	新美 寛正
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	血液内科	斉藤 誠司
三原市医師会病院	広島県	内科	奥崎 健
国立病院機構広島西医療センター	広島県	内科	下村 壮司
広島県立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
奥坊クリニック	広島県	院長/泌尿器科	奥坊 剛士
日本鋼管福山病院	広島県	内科	奥野 哲二
広島逡信病院	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	小川 亮介
社会保険徳山中央病院	山口県	血液内科	高橋 徹
(医)豊愛会 徳山病院	山口県	外科	赤尾 伸二
医療法人医誠会都志見病院	山口県	院長	都志見 陸生
下関市立神玉診療所	山口県	内科	吉兼 隆大
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
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	大原 克明
香川小児病院	香川県	小児科	岩井 朝幸
香川大学医学部附属病院	香川県	輸血部	窪田 良次
香川医科大学	香川県	小児科	今井 正
高松平和病院	香川県	小児科	平野 明子
市立宇和島病院	愛媛県	小児科	村上 至孝
国立病院機構愛媛病院	愛媛県	小児科	松田 俊二
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
十全総合病院	愛媛県	内科	古林 太加志
済生会西条病院	愛媛県	外科	常光 謙輔

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
公立学校共済組合 四国中央病院	愛媛県	内科	長谷 加容子
大州中央病院	愛媛県	内科	大久保 啓二
ごとう小児科	愛媛県	小児科	後藤 悟志
市立八幡浜総合病院	愛媛県	小児科	小西 恭子
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
高知県立幡多けんみん病院	高知県	内科	川村 昌史
高知大学医学部附属病院	高知県	総合診療部	武内 世生
健康リハビリテーション内田病院	福岡県	院長/内科	内田 泰彦
天神会新古賀病院	福岡県	血液内科	今村 理恵
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	副院長/外科	井上 健
米の山病院	福岡県	副院長/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
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	歯科・口腔外科	古場 朗洋
飯塚病院	福岡県	血液内科	田口 文博
福岡大学病院	福岡県	小児科	畠中 道己
国立病院機構九州医療センター	福岡県	内科	高濱 宗一郎
浜の町病院	福岡県	小児科	磯部 菜摘
福岡輝栄会病院	福岡県	院長/外科	中村 吉孝
九州大学医学部	福岡県	血液腫瘍内科	宮本 敏浩
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	総合診療科	村田 昌之
入江内科	福岡県	院長/内科	入江 公
村上こどもクリニック	福岡県	院長/小児科	村上 龍夫
国立病院機構九州がんセンター	福岡県	小児科	永利 義久
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
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/外科	小関 一幸
佐賀県立病院好生館	佐賀県	内科	権藤 久司
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	小児科	尾形 善康
渡辺内科医院	佐賀県	院長/内科	渡邊 講一
佐世保市立総合病院	長崎県	内科	森内 幸美
国立病院機構長崎医療センター	長崎県	血液内科	吉田 真一郎
長崎大学医学部・歯学部附属病院	長崎県	血液内科	塚崎 邦弘
日本赤十字社長崎原爆病院	長崎県	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
上五島病院	長崎県	小児科	小森 一広
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	村瀬 邦彦
福田町山口医院	長崎県	内科	山口 国太郎
熊本市民病院	熊本県	小児科	中村 紳二
熊本中央病院	熊本県	小児科	永野 幸治

**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名簿

大 平 勝 美 (はばたき福祉事業団理事長)

白 幡 聡 (産業医科大学名誉教授、北九州総合病院副院長)

瀧 正 志 (聖マリアンナ医科大学小児科学教授・同大学横浜市西部病院小児科部長)

立 浪 忍 (聖マリアンナ医科大学教育文化部門医学統計学分野准教授)

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 (静岡県熱海健康福祉センター医監兼熱海保健所所長)

(五十音順)

血液凝固異常症全国調査 平成 21 年度報告書

発行日 平成 22 年 3 月 24 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

