

厚生労働省委託事業

# 血液凝固異常症 全国調査

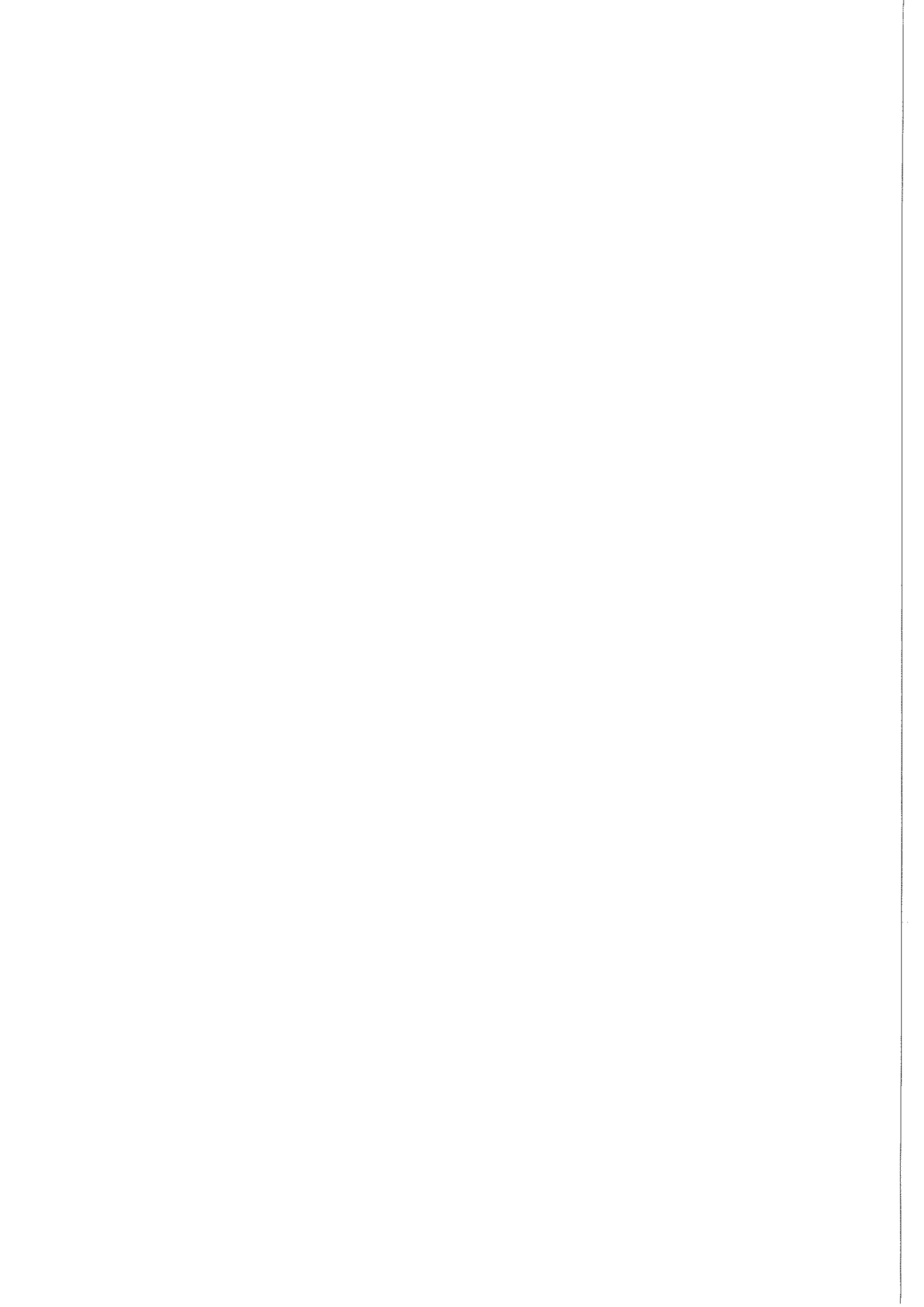
平成22年度  
報告書

厚生労働省委託事業

# 血液凝固異常症 全国調査

平成22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 22 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、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値から大きな変化は見られず、HIV の制御は一部の患者さまを除き比較的良好な状態であることが推定されました。

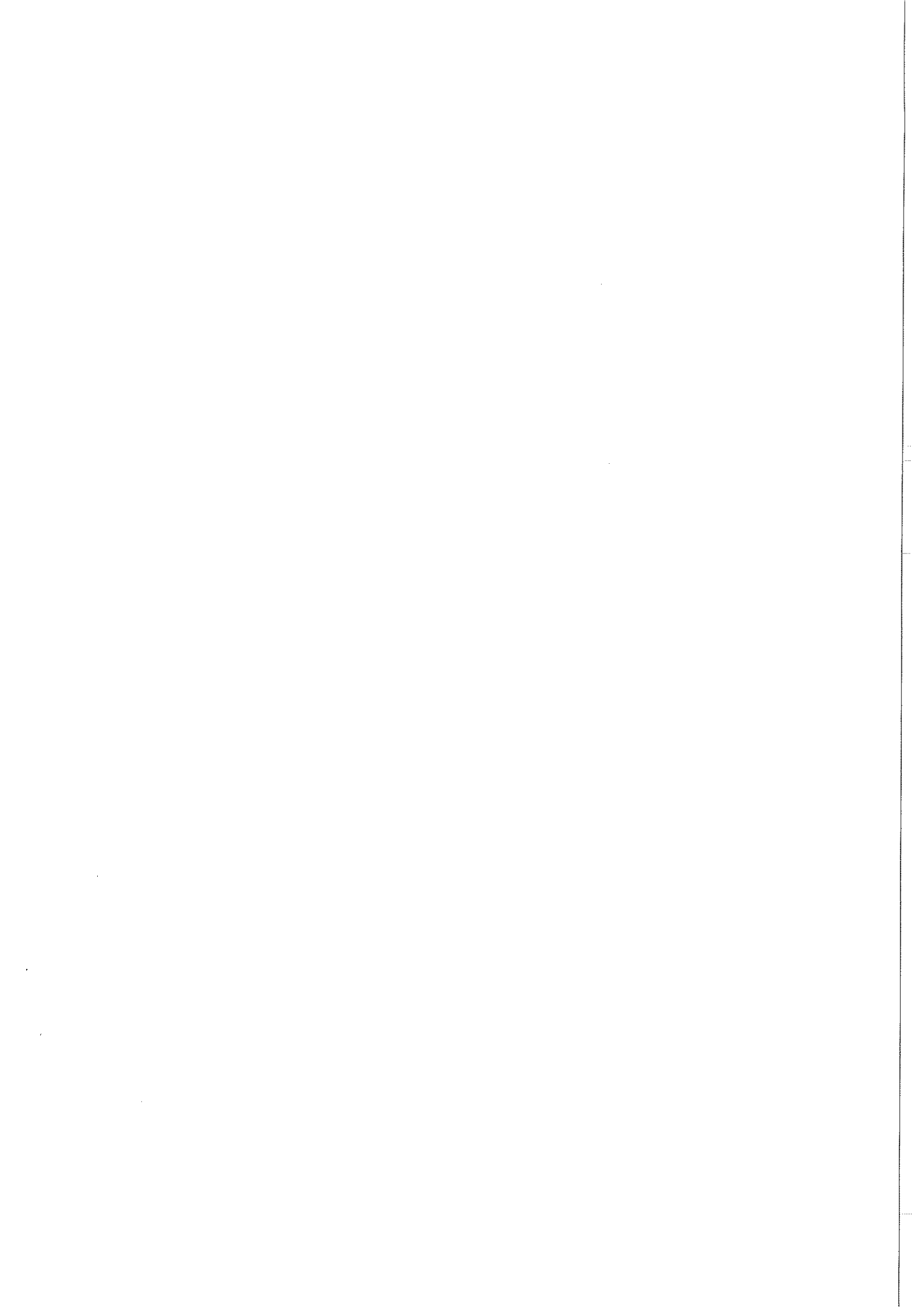
一方、C 型肝炎ウイルスに起因する肝硬変、肝癌、肝不全による死亡報告は、最近では死因の主たるものとなっております。本年度は、HIV 感染例の死亡報告数は 11 人であり、肝疾患を死因とする死亡数はそのうち 5 人でした。HIV 非感染例の死亡報告数は 15 人で、肝疾患を死因とする死亡数はそのうち 6 人でした。C 型肝炎ウイルス感染による慢性肝炎の患者さまに対して、時期を逸することなく積極的に PEG-IFN/RBV 療法などのインターフェロン治療を行うことが重要と思われまます。また、インターフェロン治療に反応しなかった患者さまに対しての有効な治療法の開発が望まれます。

この報告書には患者さまの QOL に関するインヒビター、家庭療法、定期補充療法、生活習慣病などの情報も掲載しております。

これからも皆様のご協力とご指摘をお願い申し上げる次第です。

平成 23 年 3 月吉日

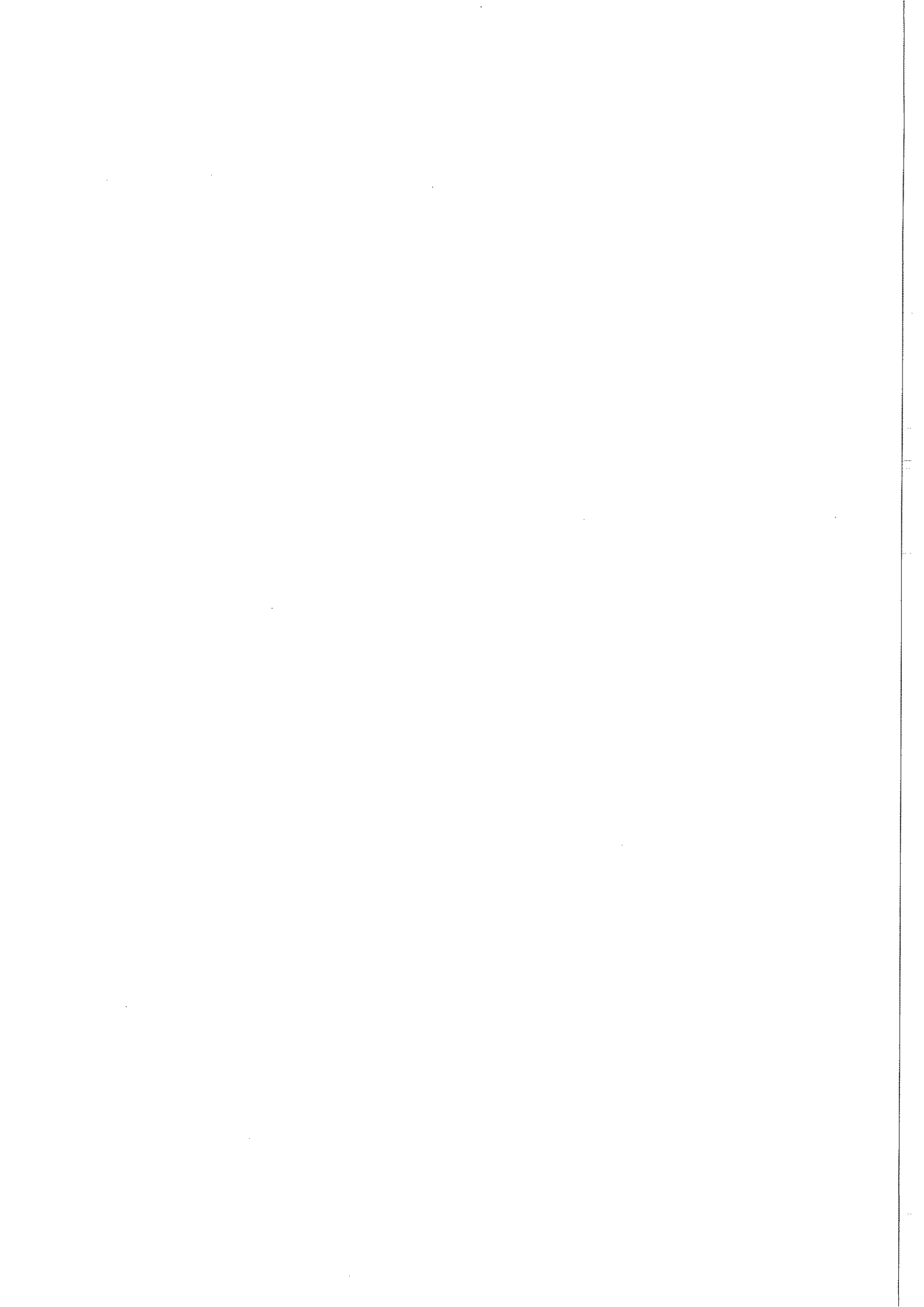
血液凝固異常症全国調査委員会  
委員長 瀧 正志



# 目次

## はじめに

I 緒言	1
II 調査方法	
(1) 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	
(1) 調査票の回収状況	2
(2) HIV 非感染の血液凝固異常症	
①平成 22 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	14
(3) HIV 感染血液凝固異常症、HIV 感染後天性凝固異常症および 2 次・3 次感染症例	
① HIV 感染症例総数	15
② HIV 感染生存症例数	15
③新規の AIDS 発症例	15
④ AIDS 発症生存例数	15
⑤ HIV 感染例の死亡報告	15
⑥ HIV 感染後天性凝固異常症および 2 次・3 次感染の症例	16
⑦ HIV 感染死亡例の累積数	16
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	19
⑨血液凝固異常症における抗 HIV 薬の使用状況	25
⑩リポジストロフィーおよび乳酸アシドーシスの状況	25
⑪血液凝固異常症における AIDS 指標疾患の状況	26
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	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	29
(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	30
(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	31
②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例	34
③肝移植の報告数	34
④肝庇護剤の使用状況	34
IV 結語	34
V 謝辞	35
調査通知文書	37
同意取得関係書類	41
医療調査票	45
調査協力施設一覧	55
血液凝固異常症全国調査運営委員会名簿	67



## 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22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22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22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21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、1,350施設(1,484担当部所)に調査用紙を送付し、平成22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22年6月18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21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た。なお、平成22年度の調査用紙では、合併症と既往症に関する項目および肝庇護剤の項目について、より正確な情報の収集ができるように回答の選択肢を改訂した。

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22年度の調査票は、pp. 45～50に添付した。

### (3) 同意取得に関する書類

平成22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. 41～44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22年6月18日に、1,350施設（1,484担当部所）に送付した。このうち、回答をいただいたのは689施設（770担当部所）で、施設としての回収率は51%（担当部所としての回収率は52%）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）2,929枚を収集し、重複報告を削除した結果、2,702症例となった。平成21年6月1日から平成22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15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3例あった。

HIV感染例に関しては生存症例調査票（様式1）581枚が回収され、重複報告数を削除すると517症例となった。HIV感染があり、平成21年6月1日から平成22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）12枚が回収され、重複報告数を削除すると11例となった。

同意の取得状況は、調査票全体の62%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264施設であった。一方、50人を超えるような施設は12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。

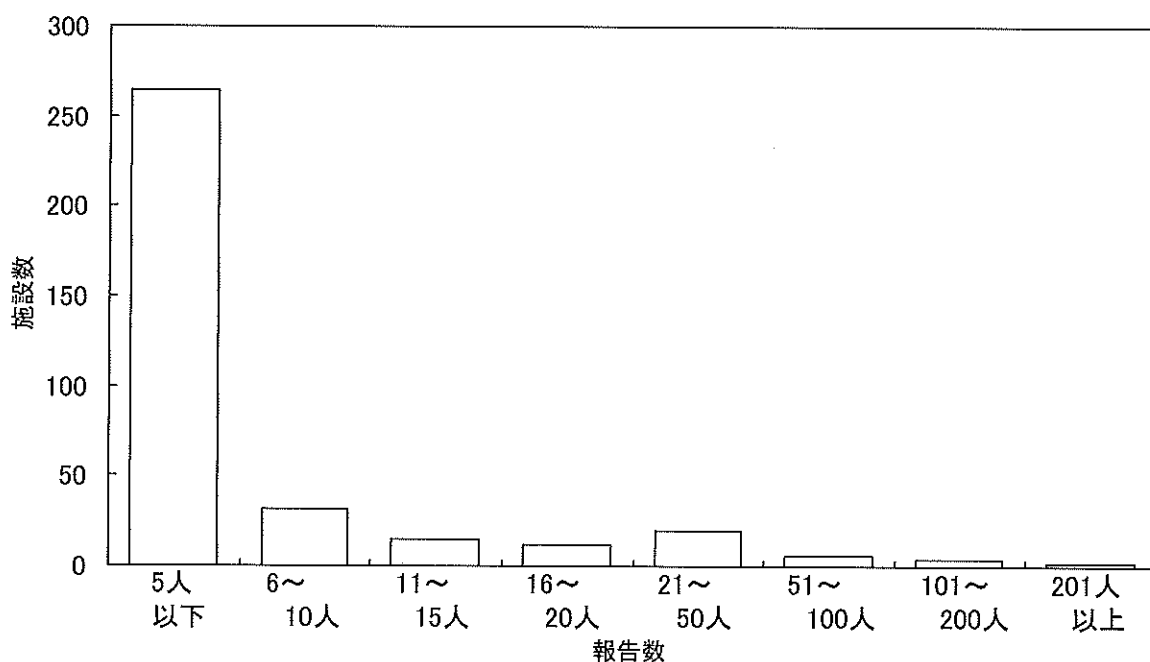


図1. 平成22年度調査への報告数(様式1および様式3)ヒストグラム

(2) HIV非感染の血液凝固異常症

①平成22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21年6月1日から平成22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22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6,017例（血友病A 3,804例・血友病B 777例・VWD 937例・類縁疾患 499例）となった。昨年度の報告と比べ、162例（男性130例、女性32例）の増加となった。これらの症例の地域分布については、表2～表10に地域ブロック別に集計した。

生存症例の年齢（平成22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	3804	777	937	499	6017
(男性)	3778	765	430	261	5234
(女性)	26	12	507	238	783
HIV感染生存	590	175	7	3	775
(男性)	590	175	2	0	767
(女性)	0	0	5	3	8
HIV非感染・感染生存合計	4394	952	944	502	6792
(男性)	4368	940	432	261	6001
(女性)	26	12	512	241	791
AIDS発症(生存)	122	41	2	0	165
(男性)	122	41	0	0	163
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	497	150	1	9	657
(男性)	495	148	1	7	651
(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。

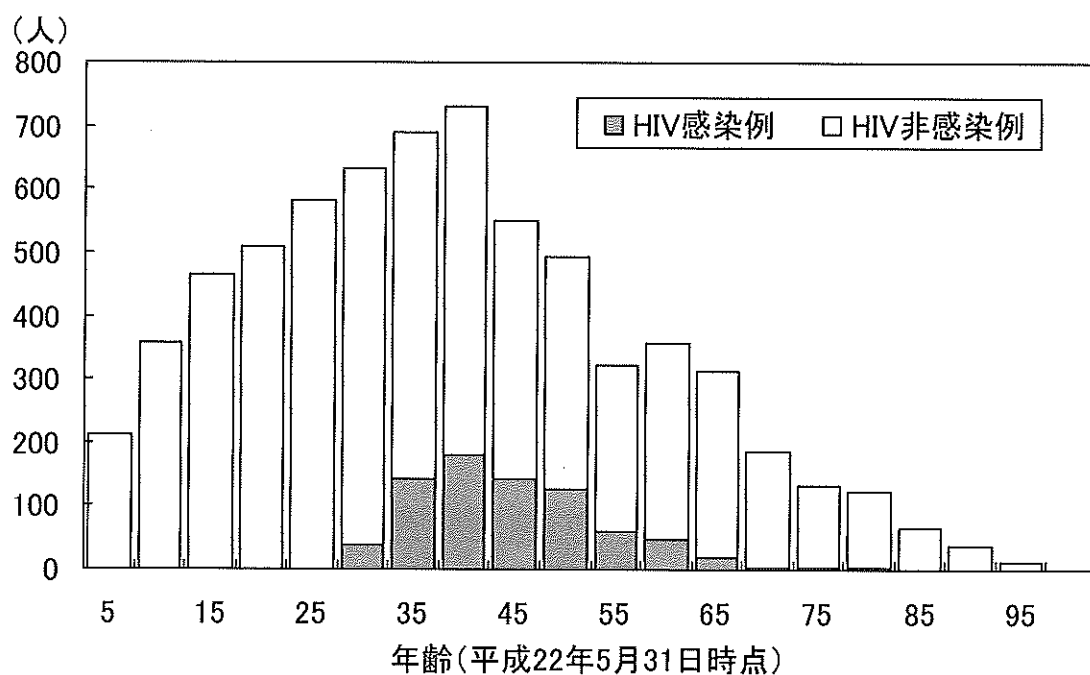


図2. 平成22年5月31日時点の血液凝固異常症生存例の年齢分布

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	154	40	30	14	238
(男性)	152	38	12	7	209
(女性)	2	2	18	7	29
HIV感染生存	35	6	0	0	41
(男性)	35	6	0	0	41
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	189	46	30	14	279
(男性)	187	44	12	7	250
(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)	53	9	0	2	64
(男性)	52	9	0	1	62
(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	296	64	35	23	418
(男性)	295	63	23	16	397
(女性)	1	1	12	7	21
HIV感染生存	49	8	1	0	58
(男性)	49	8	0	0	57
(女性)	0	0	1	0	1
HIV非感染・感染生存合計	345	72	36	23	476
(男性)	344	71	23	16	454
(女性)	1	1	13	7	22
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)	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)	105	19	1	3	128
(男性)	105	19	0	3	127
(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	1380	279	386	238	2283
(男性)	1369	276	180	122	1947
(女性)	11	3	206	116	336
HIV感染生存	240	75	3	1	319
(男性)	240	75	1	0	316
(女性)	0	0	2	1	3
HIV非感染・感染生存合計	1620	354	389	239	2602
(男性)	1609	351	181	122	2263
(女性)	11	3	208	117	339
AIDS発症(生存)	63	20	2	0	85
(男性)	63	20	0	0	83
(女性)	0	0	2	0	2
HIV感染死亡(累積)	192	51	1	3	247
(男性)	191	51	1	3	246
(女性)	1	0	0	0	1
HIV感染総数(生存および累積死亡)	432	126	4	4	566
(男性)	431	126	2	3	562
(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	68	15	4	3	90
(男性)	67	15	1	2	85
(女性)	1	0	3	1	5
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	76	20	4	3	103
(男性)	75	20	1	2	98
(女性)	1	0	3	1	5
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	486	109	95	36	726
(男性)	484	109	49	15	657
(女性)	2	0	46	21	69
HIV感染生存	45	21	1	0	67
(男性)	45	21	1	0	67
(女性)	0	0	0	0	0
HIV非感染・感染生存合計	531	130	96	36	793
(男性)	529	130	50	15	724
(女性)	2	0	46	21	69
AIDS発症(生存)	4	5	0	0	9
(男性)	4	5	0	0	9
(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)	83	43	1	0	127
(男性)	83	43	1	0	127
(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	672	139	219	88	1118
(男性)	669	136	93	48	946
(女性)	3	3	126	40	172
HIV感染生存	82	29	0	1	112
(男性)	82	29	0	0	111
(女性)	0	0	0	1	1
HIV非感染・感染生存合計	754	168	219	89	1230
(男性)	751	165	93	48	1057
(女性)	3	3	126	41	173
AIDS発症(生存)	14	4	0	0	18
(男性)	14	4	0	0	18
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染死亡(累積)	62	21	0	0	83
(男性)	62	21	0	0	83
(女性)	0	0	0	0	0
HIV感染総数(生存および累積死亡)	144	50	0	1	195
(男性)	144	50	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	200	30	38	32	300
(男性)	200	29	18	18	265
(女性)	0	1	20	14	35
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	40	38	32	340
(男性)	230	39	18	18	305
(女性)	0	1	20	14	35
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	127	14	51	9	201
(男性)	125	14	26	2	167
(女性)	2	0	25	7	34
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	136	16	51	10	213
(男性)	134	16	26	2	178
(女性)	2	0	25	8	35
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	421	87	79	56	643
(男性)	417	85	28	31	561
(女性)	4	2	51	25	82
HIV感染生存	92	19	2	0	113
(男性)	92	19	0	0	111
(女性)	0	0	2	0	2
HIV非感染・感染生存合計	513	106	81	56	756
(男性)	509	104	28	31	672
(女性)	4	2	53	25	84
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	41	2	1	216
(男性)	172	40	0	0	212
(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499例（男261例、女238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	25	33	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	12	14	26
先天性第Ⅶ因子欠乏・低下／異常症	30	24	54
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	4	3	7
血友病AB	2	0	2
先天性アンチトロンビン欠乏・低下／異常症	22	26	48
先天性プロテインC欠乏・低下／異常症	18	11	29
先天性プロテインS欠乏・低下／異常症	13	11	24
先天性α <sub>2</sub> -PI欠乏・低下／異常症	0	3	3
後天性血友病A	39	44	83
後天性VWD	6	4	10
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	3	0	3
Upshaw-Schulman症候群	3	1	4
その他	8	15	23

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25例、女33例）で、第ⅩⅢ因子欠乏・低下／異常症 57例（男30例、女27例）、第Ⅶ因子欠乏・低下／異常症54例（男30例、女24例）、およびアンチトロンビン欠乏・低下／異常症 48例（男22例、女26例）がこれに次いだ。

後天性の疾患では、後天性血友病A が83例（男39例、女44例）で最大であり、昨年より7例増加した。

③血友病におけるインヒビター症例

平成22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onderとローレスポonderの割合を知る目的で5BUで区分すると、その分布は表14のとおりであった。

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10例であった（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24例（定期的なもの11、不定期なもの13）、血友病Bについては合計6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	40	34	2	12	3	0
HIV感染	1	1	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	48	30	5	2	3	1	0	2
HIV感染	2	6	0	0	0	1	0	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	109	35	18	3
HIV感染	7	2	1	0

表15. 免疫寛容療法の施行

	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	91	71	4	10	15	1
HIV感染	4	7	3	0	4	1

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	50	14	25	6	3	7	0	1
HIV感染	2	1	0	4	0	0	0	1

表17. バイパス製剤による予防投与の施行例

	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	11	9	115	5	0	4	12	0
HIV感染	0	4	8	3	0	2	1	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22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	943	288	19	38	488	45
HIV感染	346	9	2	4	19	9
合計	1289	297	21	42	507	54

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	150	48	8	6	135	7
HIV感染	78	2	2	2	16	4
合計	228	50	10	8	151	11

(\*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	602	95	17	10	445	204	318	16	75
HIV感染	98	22	11	48	148	20	12	13	16
合計	700	117	28	58	593	224	330	29	91

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	64	15	0	0	106	68	75	4	18
HIV感染	10	5	4	10	42	12	7	8	6
合計	74	20	4	10	148	80	82	12	24

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	0	1	7	0
2歳以上6歳未満	81	37	5	2	14	0
6歳以上13歳未満	153	79	16	29	23	4
13歳以上20歳未満	129	85	11	22	38	3
20歳以上	526	949	59	54	240	17
(HIV非感染例)	(347)	(756)	(43)	(25)	(171)	(11)
(HIV感染例)	(179)	(193)	(16)	(29)	(69)	(6)
計	903	1176	91	108	322	24

⑤生活習慣病の合併と血栓性疾患の既往歴

血液凝固異常症患者のうち血栓性の疾患を除いた疾患を対象とし、血液凝固異常症における生活習慣病の合併と血栓性疾患の既往歴に関する調査を行った。

生活習慣病の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255例、糖尿病107例、高脂血症125例であった。

また、血栓性疾患の既往歴の報告数は、表22に示すように、脳梗塞が7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7例報告された。

なお、表21と表22においては各疾患の報告数とともに、平成22年度調査に報告があった総数から、該当部分の未記入、「不明」、および血栓性疾患の患者を除いた数を分母とした割合(%)を同時に示したが、HIV感染の有無により年齢分布に大きな差異があるので(図2)、数値の比較には注意を要する。

表21. 血栓性疾患を除いた血液凝固異常症における生活習慣病の合併症の報告数

	HIV非感染例	HIV感染例
合併症なし	1939 (87.9%)*	344 (75.8%)
糖尿病	73 (3.3%)	34 (7.5%)
高血圧症	196 (8.9%)	59 (13.0%)
高脂血症	74 (3.4%)	51 (11.2%)

\* (%)は、平成22年度調査に報告があった総数から、該当部分の未記入、「不明」、および血栓性疾患の患者を除いた数を分母とした数値である。

表22. 血栓性疾患を除いた血液凝固異常症における血栓性疾患の既往歴の報告数

	HIV非感染例	HIV感染例
既往症なし	2179 (99.5%)*	435 (98.9%)
脳梗塞	7 (0.3%)	0 (0.0%)
心筋梗塞	3 (0.1%)	1 (0.2%)
その他の血栓症	3 (0.1%)	4 (0.9%)

\* (%)は、表21の脚注と同じ。

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21年6月1日から平成22年5月31日までに死亡した血液凝固異常症患者は15人であった。疾患の内訳は、血友病Aが11例(重症5例、中等症4例、軽症2例)、血友病Bが2例(中等症2例)、後天性血友病Aが1例、後天性第V因子インヒビターが1例であった。男女別は全例とも男性であった。年齢は、先天性凝固異常症(血友病A、血友病B)では平均値58.6歳、中央値59歳(21歳から77歳)、後天性凝固因子インヒビターは後天性血友病Aが87歳、後天性第V因子インヒビターが74歳であった。

死因は、先天性凝固異常症(血友病A、血友病B)では、肝疾患6例(肝臓4例、肝硬変に消化管出血合併2例)、出血2例(脳出血1例、脳出血あるいは心筋梗塞の疑い1例)、急性膵炎1例、膀胱癌の疑い1例、自殺1例、不明1例であった。後天性凝固異常症の死因は、後天性血友病Aの1例は真菌性肺炎、後天性第V因子インヒビターの1例は直腸癌であった。

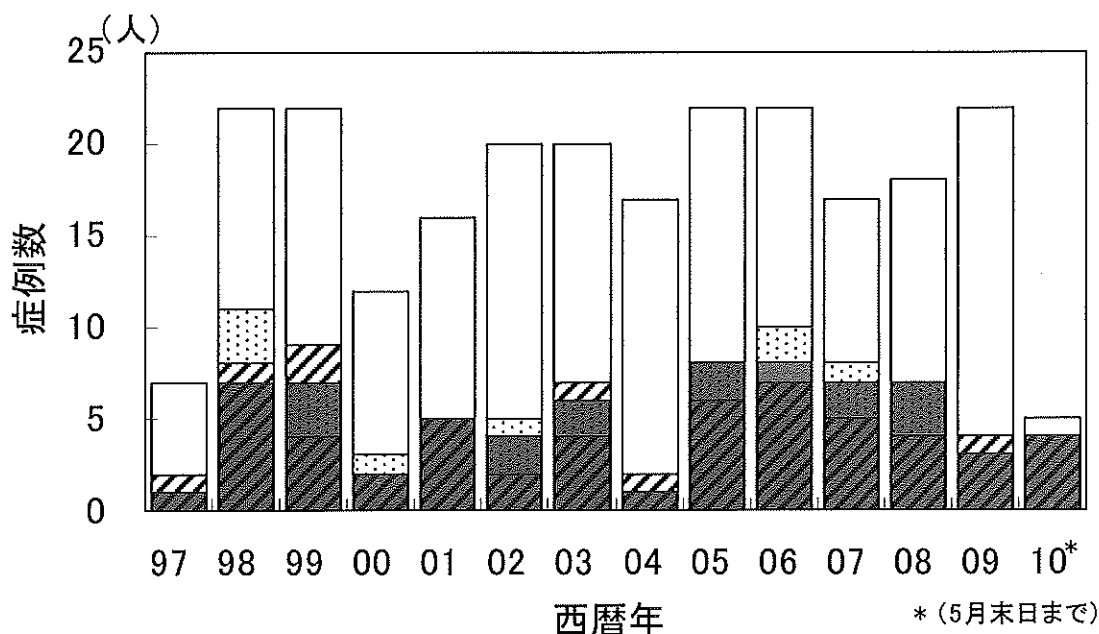
HCV抗体は血友病の9例が陽性で、他の5例は陰性、不明1例であった。HCV抗体陽性9例の内訳は、HCVが原因の肝臓4例、肝硬変2例、慢性肝炎2例、肝炎なしが1例であった。肝臓の3例はインターフェロン治療が行われなかった症例であったが、1例はインターフェロン治療でHCVウイルスが6カ月以上陰性化が持続し、肝機能が正常化した例であった。なお、平成21年5月31日以前の死亡例であるが、今回の調査で新たに3人が追加報告された。疾患の内訳は、先天性アンチトロンビン欠乏症2例、先天性第VII因子欠乏症1例であった。男女別では先天性アンチトロンビン欠乏症の2例は女性で、先天性第VII因子欠乏症は男性であった。年齢は前者が89、84歳で、

後者は55歳であった。死因は、先天性アンチトロンビン欠乏症は大腸癌1例、脳出血1例で、先天性第Ⅶ因子欠乏症の死因は不明であった。肝疾患の合併は3例ともなかった。

今年度報告された合計18人（今年度集計期間15人、過去の集計期間3人）の死亡した病院は、エイズブロック拠点病院が2人、拠点病院が8人、その他の病院が8人であった。

以上の平成22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。

なお、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、表23および表24に、1月1日を始期とする年次区分と6月1日を始期とする年次区分のそれぞれについて年次死亡数を記載した。なお、表においても主たる死因が肝疾患と報告されていた例と、それ以外の例とを区分して集計した。



凡例の説明 主たる死因が肝疾患であるもの： (肝臓/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： (肝臓/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

表23. HIV非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  
— 1月1日を始期とする暦年による集計—

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
平成9年	1	6
10	7	15
11	7	15
12	2	10
13	5	11
14	4	16
15	6	14
16	1	16
17	8	14
18	8	14
19	7	10
20	7	11
21	3	19
22	4	1

表24. HIV非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  
— 6月1日を始期とする暦年による集計—

集計期間	死因に肝疾患を含む	死因に肝疾患を含まない
平成8.6.1～9.5.31	1	5
9.6.1～10.5.31	4	9
10.6.1～11.5.31	7	16
11.6.1～12.5.31	5	12
12.6.1～13.5.31	5	14
13.6.1～14.5.31	4	10
14.6.1～15.5.31	5	19
15.6.1～16.5.31	3	9
16.6.1～17.5.31	4	16
17.6.1～18.5.31	7	18
18.6.1～19.5.31	9	10
19.6.1～20.5.31	10	12
20.6.1～21.5.31	1	16
21.6.1～22.5.31	6	9

⑦小児の血液凝固異常症数

平成22年5月31日現在で生存中の血液凝固異常症6,792例（表1）のうち、平成22年4月1日時点で満16歳未満であった1,144例（男女合計）を、表25と表26に示した。なお、表26の各ブロックの都道府県は、表2～表10と同様である。

表25. 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
764	167	157	56	1144

表26. 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	22	8	5	0	35
東北	46	12	7	1	66
関東甲信越	288	65	70	32	455
北陸	11	0	0	0	11
中部	100	19	23	4	146
近畿	128	28	21	7	184
中国	44	7	10	3	64
四国	28	4	11	2	45
九州	97	24	10	7	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22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775例で、その内訳は血友病A 590例、血友病B 175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21年6月1日から平成22年5月31日までに新たにAIDSを発症した患者は血友病Aの2例で、AIDS指標疾患は1例にニューモシスチス肺炎が報告されていた。他の1例のAIDS指標疾患は記載がなかった。

④AIDS発症生存例数

平成22年度調査期間のAIDS発症例は前項の2例であるが、当該期間以前の過去の時点で、既にAIDSを発症していた報告と総合すると、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165名（男163例、女2例）（表1）となっている。

⑤HIV感染例の死亡報告

平成21年6月1日から平成22年5月31日までの死亡報告数は11例で、血友病Aが7例、血友病Bが4例であった。死亡時の年齢は、平均値51.9歳、中央値51.5歳（39歳から67歳）であった。

死亡時にAIDSの指標疾患が報告されていた症例は2例で（1例はカンジダ症、他の1例はHIV脳症およびHIV消耗性症候群）、カンジダ症のあった1例の死因としては脳出血が報告されていた。

AIDS関連以外で報告された死因は「肝疾患」5例、「出血」4例、「その他」1例であった。死因として「肝疾患」が選択されていた5例における肝疾患の病期は肝硬変が2例、肝癌/肝不全が3例であった。5例中1例に腎不全の合併、2例に食道静脈瘤破裂が併記されていた。死因が「出血」である4例は、全て脳の出血であった。死因が「その他」と報告された1例の死因は、血栓症（脳梗塞あるいは心筋梗塞以外）であった。

11例全員についてHCV抗体は陽性であり、6例についてはインターフェロンによる治療が行われていた。6例中では効果が「有効」と報告されたものはなく、その内訳は「無効」2例、「中止」3例、「詳細不明」1例であった。5例についてはインターフェロンによる治療は施行されていなかった。

今年度報告された合計11人の死亡した病院は、エイズブロック拠点病院が3人、拠点病院が8人であった。

なお、前年度までの調査において報告された死亡報告の内1例については、死亡時期が不明であるため、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28～表33）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22年度調査で15例の報告が回収された。生存中の2次・3次感染の累積数は27例で、内訳は、凝固因子製剤によるHIV感染者からの性感染23例、母子感染3例、不明1例となっている。

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27に示した。

表27. 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22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	23	3	0	1	27	32
	男性	2	0	2	0	1	3	5
	女性	3	23	1	0	0	24	27
生存症例中のAIDS発症数*	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	35	4	1	2	42	49
	男性	3	0	3	0	1	4	7
	女性	4	35	1	1	1	38	42

\*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22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、657例となった。その内訳は、血友病A 497例、血友病B 150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27）。

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28、表29および図4に年間死亡数の推移を集計した。なお、表28に1月1日を始期とする年次区分、表29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28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22年については5月末日までの集計で5例の死亡が報告されている。

表28. 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22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	6	3	0	1	0	0	10
22*	3	2	0	0	0	0	5

\*5月末日まで



表29. 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22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
21.6.1~22.5.31	7	4	0	0	0	0	11

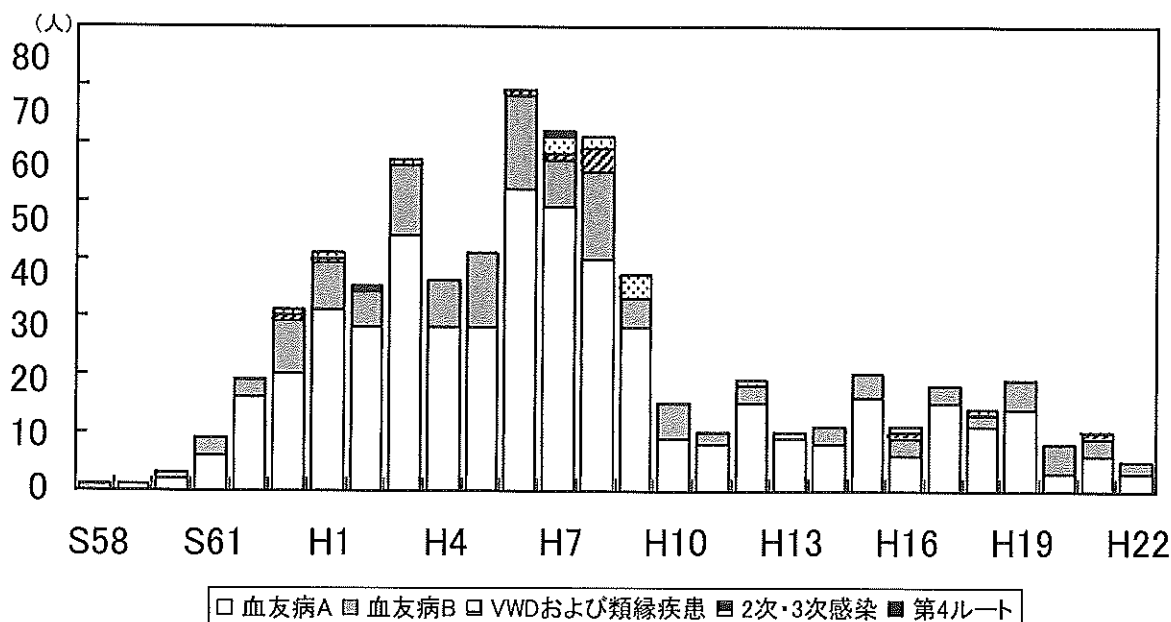


図4. HIV感染例(血液凝固異常症、HIV感染後天性凝固異常症(第4ルート)、2次・3次感染)における年間死亡数の変化(平成22年5月31日まで)—1月1日を始期とする暦年による集計

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657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406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に示した（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21年までの報告数はそれぞれ、3例、1例、1例、1例、4例、1例、1例であった。平成22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2例であった。

同じく657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176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～表33に示した。

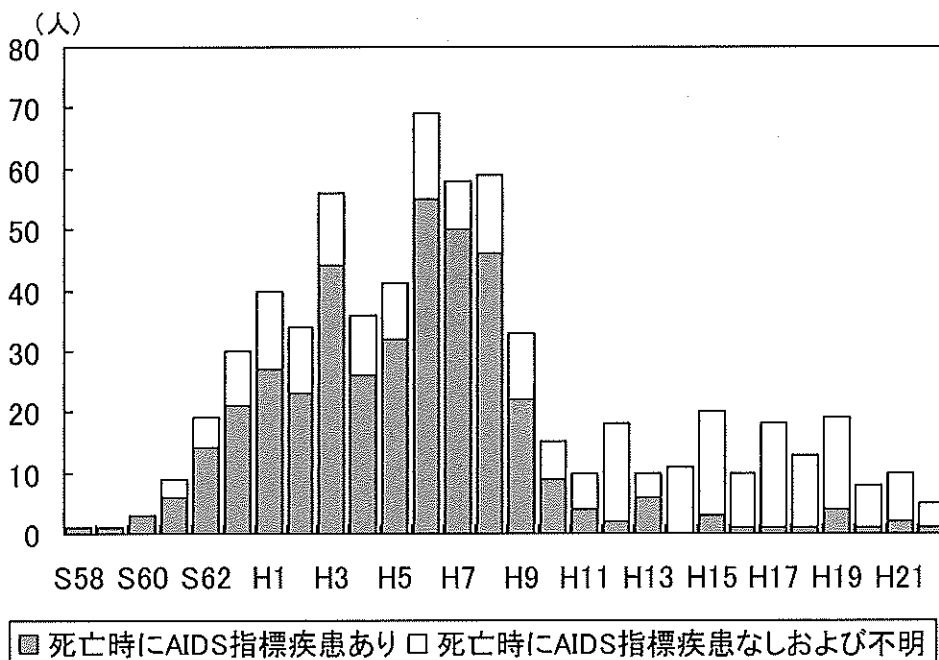


図5. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死亡時のAIDS指標疾患の有無  
 （平成22年5月31日まで）  
 — 1月1日を始期とする暦年による集計—

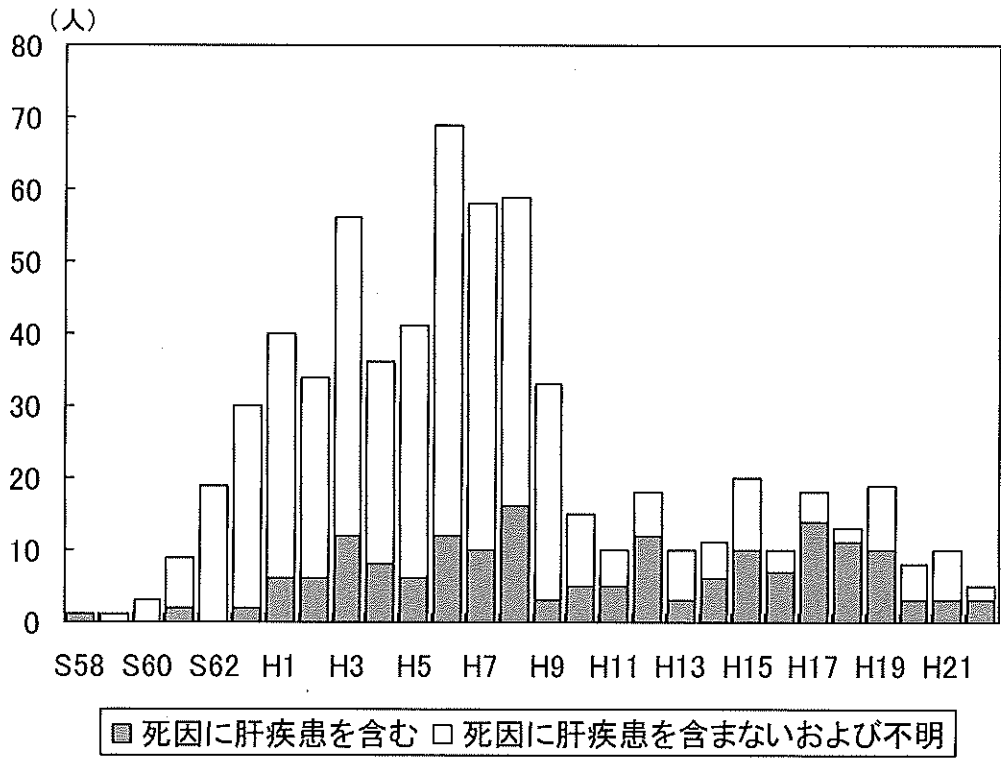


図6. HIV感染血液凝固異常症における年間死亡数の変化と死因中の肝疾患の有無  
 (平成22年5月31日まで)  
 — 1月1日を始期とする暦年による集計 —

表30. 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	2	8	10
22*	1	4	5

\*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	2	5	7
21.6.1～22.5.31	2	9	11

表32. 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	3	7	10
22*	3	2	5

\*5月末日まで

表33. 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
21.6.1～22.5.31	5	6	11

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22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22年5月31日付で生存中の血液凝固異常症については486例の報告が得られ、集計結果は表34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390例(80.2%)、単剤あるいは2剤併用で治療されていたのは29例(6%)であった。休薬中のものは合計16例(3.3%)で、耐性ウイルスの出現によるものはなく、副作用によるものが5例(1%)、別の理由によるものが11例(2.3%)であった。

これまでに抗HIV薬が投与されたことがない症例は46例(9.5%)と昨年より7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5例(1%)であった。

表34. HIV感染血液凝固異常症における抗HIV薬の使用状況  
(平成21年6月1日～平成22年5月31日)

使用の状況	報告数	(%)
3剤以上の併用	390	80.2%
単剤、あるいは2剤併用	29	6.0%
耐性ウイルス出現のため休薬中	0	0.0%
副作用のために休薬中	5	1.0%
別の理由で休薬中	11	2.3%
他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与	46	9.5%
詳細不明	5	1.0%

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22年度調査の生存症例において499例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症:482例、HIV感染後天性凝固異常症:3例、2次・3次感染:17例)。症例数とリポジストロフィーが認められる割合は表35に示すように、35.5%であった。

表35. 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	177	322	35.5%

乳酸アシドーシスの有無については501例の報告があった(HIV感染血液凝固異常症:484例、HIV感染後天性凝固異常症:3例、2次・3次感染:17例)。乳酸アシドーシスが認められる割合は、表36に示すように2.6%であった。

表36. 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	13	488	2.6%



⑪血液凝固異常症におけるAIDS指標疾患の状況

平成21年6月1日から平成22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 7例(生存6例、死亡1例)であった。この他にはサイトメガロウイルス感染症、ニューモシスチス肺炎がそれぞれ3例(すべて生存例)、HIV脳症が2例(生存1例、死亡1例)で、単純ヘルペスウイルス感染症(生存1例)、非結核性抗酸菌症(生存1例)、活動性結核(生存1例)、およびHIV消耗性症候群(死亡1例)が報告された。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年度から平成22年度までの調査におけるAIDS指標疾患報告数の推移を表37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37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37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37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37. 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		平成22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	4	0	4	0	4	0	5	0	6	0	5	0	6	1
クリプトコッカス症	0	0	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	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	3	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	1	0
カポジ肉腫	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
原発性脳リンパ腫	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
リンパ性間質性肺炎	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
非結核性抗酸菌症	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	2	0	1	0
ニューモシスチス肺炎	2	1	3	0	3	0	3	0	3	0	2	0	3	0
進行性多巣性白質脳症	2	0	1	0	1	1	1	2	1	0	1	1	0	0
トキソプラズマ脳症	0	0	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	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	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	1
ヒストプラズマ症	0	0	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	0	0
非ホジキンリンパ腫	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	2	0	0	0
活動性結核	0	0	1	0	2	0	1	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	0	0
HIV消耗性症候群	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1
反復性肺炎	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
浸潤性子宮頸癌	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

(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)

②HIV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7に示す。平成22年度調査に報告があった486例における平均値、中央値および標準偏差は、それぞれ468.1、435.0、および246.8 / $\mu$ Lであった。

一方、HIV-RNAコピー数の総報告数は482例であり、そのうち、40 copies/ml 未満の該当例

は388例で、これは総報告数の80.5%であった。HIV-RNAコピー数 (copies/ml) の分布は図8のとおりで、40未満が388例、40~999が47例、1,000~4,999が23例、5,000~9,999が6例、10,000~49,999が12例、50,000以上が6例であった。

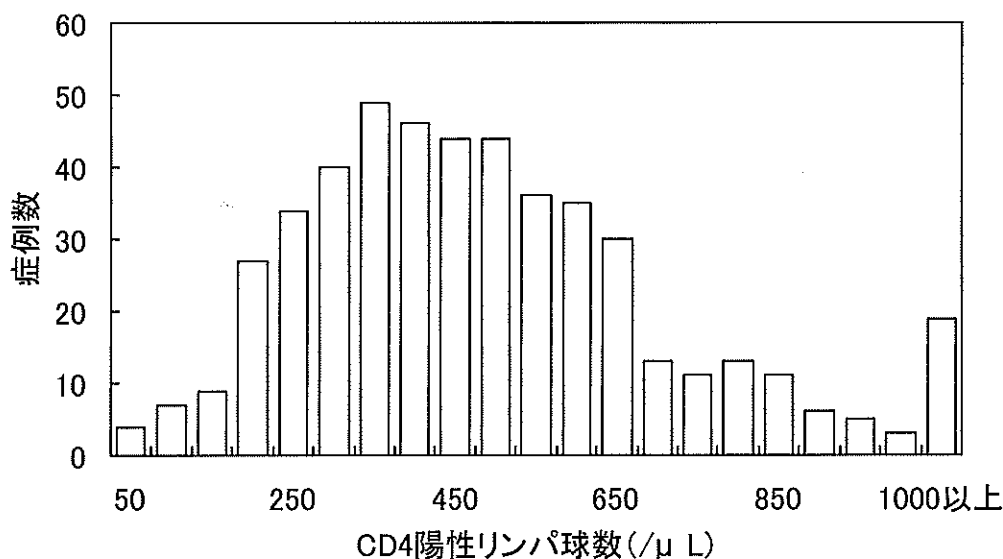
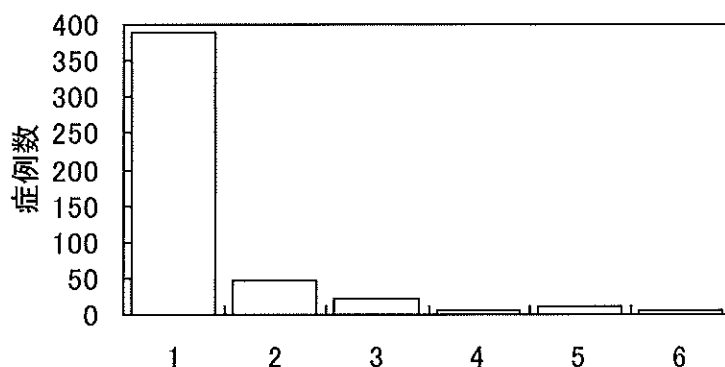


図7. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の分布



(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8. HIV感染血液凝固異常症におけるHIV-RNAコピー数の分布

過去の厚生省研究班のデータも総括し、昭和60年から平成22年までのCD4陽性リンパ球数の経時的変化 (平均値 $\pm$ 1SD) を図9に示した。HIV感染血液凝固異常症のCD4陽性リンパ球数の平均値は、平成7年後期集計時において最小値を示した後、緩やかな上昇に転じていた。プロテアーゼ・インヒビターのIDVが認可されたのが平成9年3月であるが、この上昇は、それ以前に行われたプロテアーゼ・インヒビターの治験による使用の効果、あるいはヌクレオシド系逆転写酵素阻害薬 (NRTI) の多剤併用の効果を示すものと推定される。

平成22年度の平均値は468.1 $\pm$ 246.8/ $\mu$ Lとなり、前年度に比べて若干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。

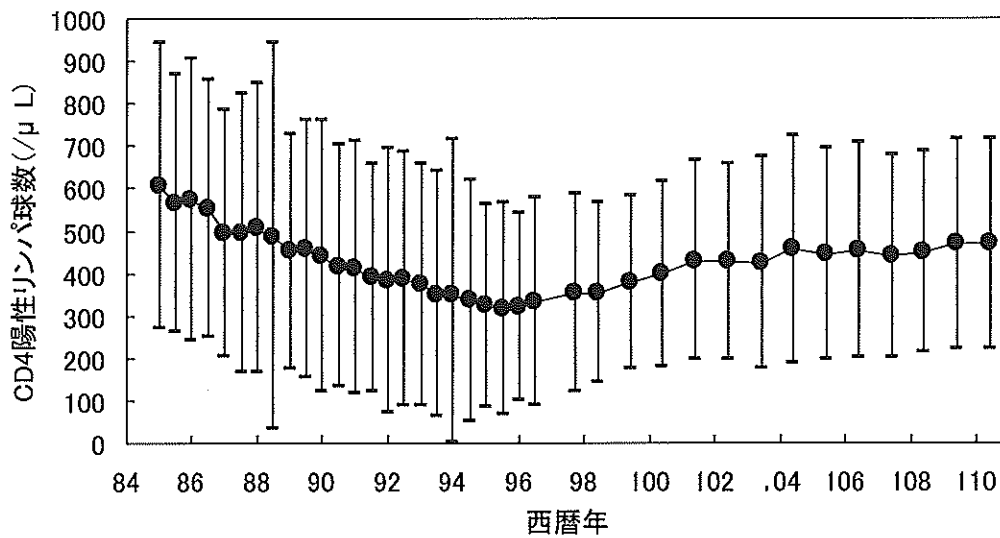


図9. HIV感染血液凝固異常症におけるCD4陽性リンパ球数の推移

(4) 生存中のHCV感染血液凝固異常症におけるHCVウイルス量

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760例、HIV感染の血液凝固異常症例について385例の報告があった。平成22年度の報告値の分布状態を図10と図11に示した。

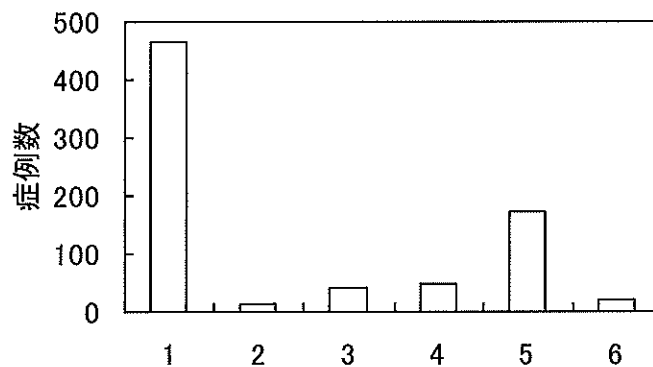


図10.HIV非感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布  
 (横軸 1~6の説明: 1:検出せず 2:1.2未満で検出 3:1.2~5.0未満  
 4:5.0~6.0未満 5:6.0(Log IU/mL)以上 6:上限値以上)

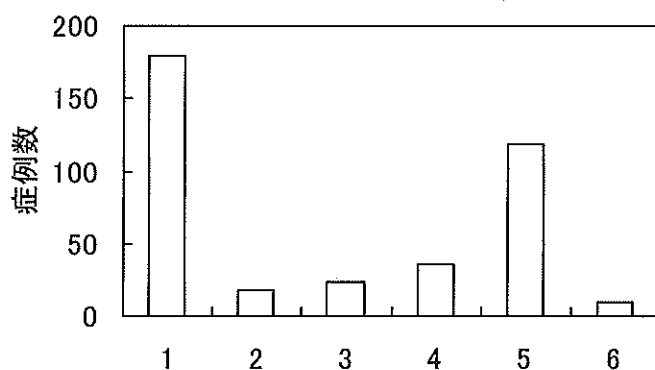


図11. HIV感染血液凝固異常症におけるHCV-RNA量の分布  
 (横軸 1~6の説明: 1:検出せず 2:1.2未満で検出 3:1.2~5.0未満  
 4:5.0~6.0未満 5:6.0(Log IU/mL)以上 6:上限値以上)

図10と図11におけるHCVウイルス量をHIV感染の有無で比較すると、測定下限未満（「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63.0%、HIV感染例で51.2%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22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38と表39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22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56例、肝癌46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22年度調査時点で2,001例）の5.1%であった。

HIV感染血液凝固異常症では肝硬変51例、肝癌14例、肝不全1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22年度調査時点で681例）の9.7%を占めた。

表38. 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	262	5	895	41	34	0
血友病B	43	0	173	10	8	0
VWD	34	0	71	2	3	0
類縁疾患	10	1	37	3	1	0
計	349	6	1176	56	46	0

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
180	109	1	1527
34	16	1	285
9	8	0	127
5	5	0	62
228	138	2	2001

表39. 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	35	2	323	41	8	1
血友病B	14	1	88	10	6	0
VWD	1	0	3	0	0	0
類縁疾患	3	0	0	0	0	0
計	53	3	414	51	14	1

IFN治療により治癒	自然治癒	肝臓移植	合計
77	30	2	519
26	7	2	154
0	1	0	5
0	0	0	3
103	38	4	681

(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22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20年6月1日～平成22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40に示したように、HIV非感染例については151例、HIV感染例については80例、合計231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177例（HIV非感染121例、HIV感染56例）、これについてPeg-IFN単独療法が19例（HIV非感染9例、HIV感染10例）となっていた。従来型のIFNによる治療については、リバビルンとの併用療法が4例（HIV非感染2例、HIV感染2例）、単独療法が17例（HIV非感染8例、HIV感染9例）で、Peg-IFNが選択されることが多くなってきている。

合計231例の報告のうち、インターフェロンの治療が既に終了し、治療方法と治療効果について回答があった99例と、調査期間における治療中止の報告27例を合わせて、表41と表42に集計した。

治療により肝機能の正常化をみたものは79例（63%）（HIV非感染63例（71%）、HIV感染16例（43%））、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61例（48%）（HIV非感染49例（67%）、HIV感染12例（41%））であった（表42）。

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53例（50%）（HIV非感染44例（57%）、HIV感染9例（32%））であった。

表40. 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	1	2	2	44	1	50
	正常化せず	0	0	0	2	0	2
	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	0	4	0	4
	正常化せず	0	0	0	1	0	1
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化した再び出現	正常化	0	0	1	4	0	5
	正常化せず	0	0	0	5	0	5
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化せず	正常化	0	0	0	5	0	5
	正常化せず	0	0	0	1	1	2
	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	0	0
効果報告数小計		1	2	3	66	2	74
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		8	2	9	121	11	151

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	1	2	9	0	12
	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	0	0	0	0
	正常化せず	0	0	0	1	0	1
	未回答	0	0	0	0	0	0
陰性化した再び出現	正常化	0	0	0	2	0	2
	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	1	0	1	5	0	7
	未回答	0	0	1	0	0	1
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	0	0
効果報告数小計		1	1	4	22	0	28
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		9	2	10	56	3	80

表41. 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	1	0	1
効果なし	0	1	1
中止	2	2	4

(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	1	3
効果なし	0	0	0
中止	1	1	2

(3)Peg-IFN単独療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	3	2	5
効果なし	0	1	1
中止	3	1	4

(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	57	13	70
効果なし	9	9	18
中止	11	6	17

表42. 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	1	0	1
効果なし	0	1	1
中止	2	2	4

(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	1	3
効果なし	0	0	0
中止	1	1	2

(3)Peg-IFN単独療法

	HIV非感染	HIV感染	合計
効果あり	2	2	4
効果なし	1	1	2
中止	3	1	4

(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	44	9	53
効果なし	22	13	35
中止	11	6	17



### ②血液凝固異常症における肝炎症状の消失例

平成22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38と表39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22年度調査までの死亡例は除く）で331例（HIV非感染228例、HIV感染103例）、自然治癒の報告は累積で176例（HIV非感染138例、HIV感染38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22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。

これまでに肝移植を行った後の死亡報告数については、様式4（HIV非感染）および様式2（HIV感染）による累積数がそれぞれ1例（血友病A）および6例（血友病A 3例、血友病B 3例）となっている。

### ④肝庇護剤の使用状況

肝庇護剤の使用については、強力ネオミノファーゲンC（静注用）62例（HIV非感染30例、HIV感染32例）、経口肝庇護剤（ウルソデオキシコール酸、グリチルリチン配合剤等）の使用が233例（HIV非感染131例、HIV感染102例）報告された。

強力ネオミノファーゲンC（静注用）については、医療機関で投与している例が41例、在宅で投与している例が14例で、場所の記載がないものが7例あった。

肝庇護剤の使用理由は表44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53例、HIV感染29例）、インターフェロン治療が無効だったため72例（HIV非感染33例、HIV感染39例）、その他が94例（HIV非感染52例、HIV感染42例）であった。

表43. 血液凝固異常症における肝庇護剤の使用状況

	強力ネオミノファーゲンC(静注用)					経口肝庇護剤 (ウルソデオキシコール酸、 グリチルリチン配合剤など)	なし
	医療機関で投与	在宅で投与	両方	不明	小計		
HIV非感染	24	5	0	1	30	131	665
HIV感染	17	9	0	6	32	102	334

表44. 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	53	29	82
IFN治療が無効だったため	33	39	72
その他	52	42	94

## IV 結語

平成22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21年6月1日から平成22年5月31日まで）におけるHIV感染の死亡報告は11例で、前回の集計期間と比べると4例多い結果であった。この中で重篤な肝疾患による死亡数は5例であり、死因に重篤な肝疾患を含むものが多かった。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

非感染例で5.1%、感染例で9.7%に達しているので、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231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50%であった。

肝庇護剤については、強力ネオミノファーゲンC（静注用）62例、経口肝庇護剤（ウルソデオキシコール酸、グリチルリチン配合剤等）使用233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、強力ネオミノファーゲンC（静注用）の在宅投与例が62例中14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このところ少なくなっている。さらに、今年度のCD4陽性リンパ球数の平均値は468.1/μL、HIVのRNAコピー数は40 copies/ml 未満が約80.5%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80.2%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、リポジストロフィーが認められる割合は35.5%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2.6%であった。代謝異常への影響が少ない治療薬への変更などが、これまでに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。

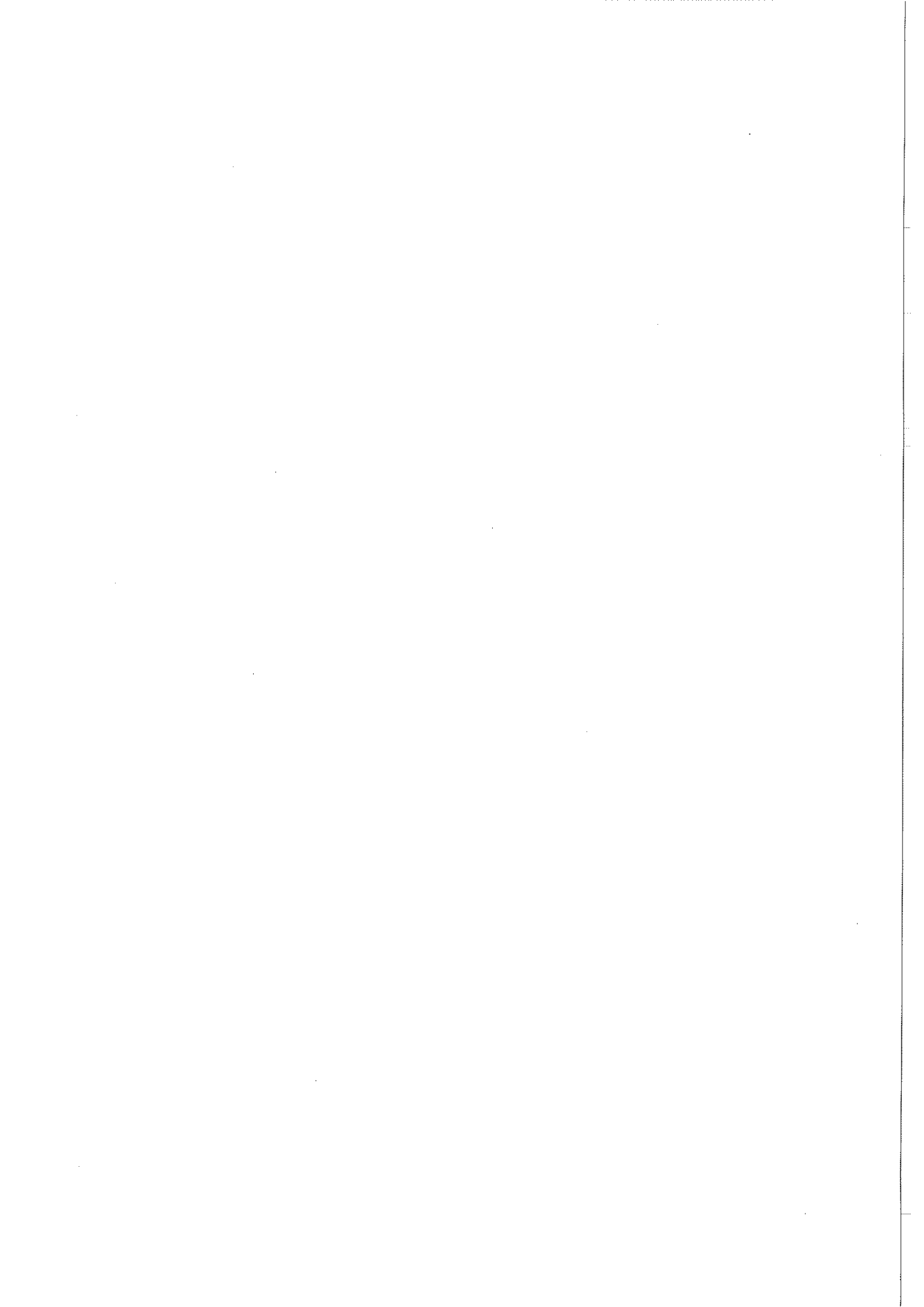
血液凝固異常症全国調査は本邦における血液凝固異常症の全体を調査対象とし、その現状および問題点を把握するための唯一の調査であるため、血友病のインヒビターや、家庭療法、予防投与の状況についても調査を行ってきた。例えば、定期補充療法の普及については調査を開始した平成18年度以後、報告数の増加が続いている。

HIV感染の有無に係わらず、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少しでも寄与できるよう、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。

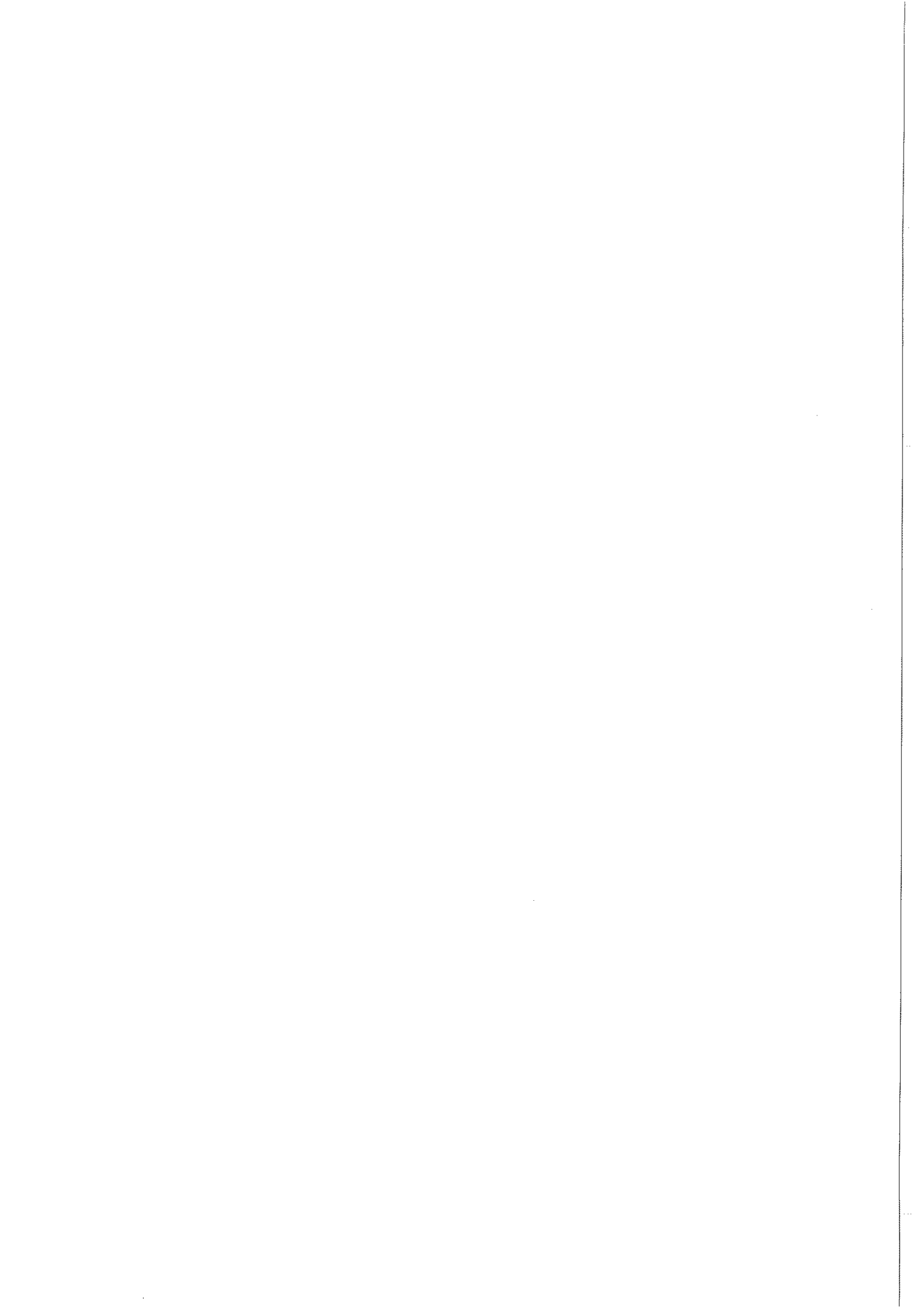
## V 謝辞

平成22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とお詫びいたします。

平成22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併せてお願い申し上げます。

敬具

平成22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ご協力いただき、御礼申し上げます。以下の記載方法をご確認下さい。

**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22年8月31日（火）  
**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。

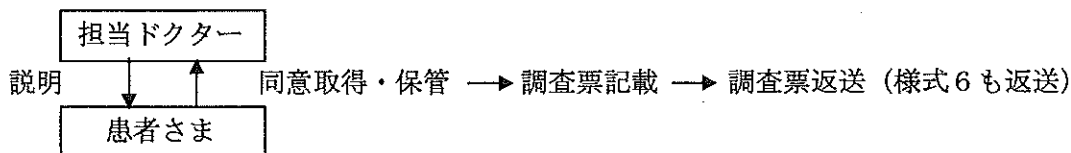
### A 該当症例がない施設

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をご返送いただけない場合は、報告書の調査協力施設一覧に記載することができませんので、ご了承下さい。

### B 該当症例がある施設

#### ① 原則：同意の取得をお願いいたします。

患者さまに「同意説明文書」と平成21年度報告書をお見せしながらご説明下さい。



#### 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）」「21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/library/alliedEnt/02/index.html> 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）、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22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種類の調査票を作成しました。

様式1：現在貴施設に通院あるいは入院中の凝固因子製剤によるHIV感染例の調査票です。

[なお、前回の血液凝固異常症全国調査（平成21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21年6月1日から平成22年5月31日までの期間に死亡した症例および昨年度の血液凝固異常症全国調査に未報告の症例の調査票です。

様式3：現在貴施設に通院あるいは入院中のHIV非感染の血友病および類縁疾患の調査票です。

[なお、前回の調査（平成21年5月31日時点）以降に転出の症例を含みます。]

様式4：平成21年6月1日から平成22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22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いただいた施設にはコピーを同封いた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、同意書についてのご質問は下記にFAXでお願いいたします。

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

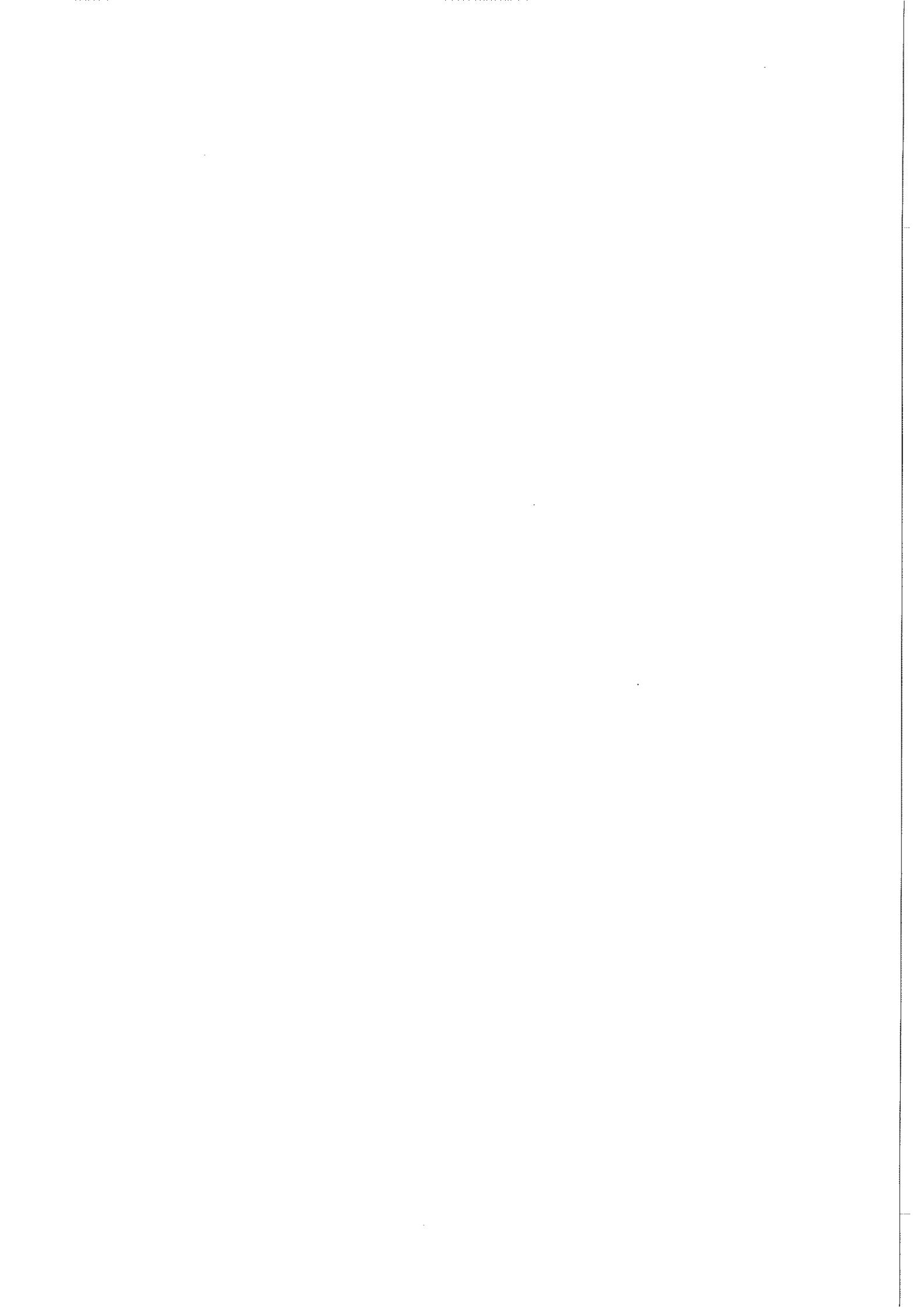
本調査は疫学研究に関する倫理指針（平成19年8月16日全部改正）における第4の3「他の機関等の資料の利用」に該当する研究と位置づけております。全国の施設から既存資料等（この場合は調査票にご記載いただく医療情報）の提供を受けることについて、聖マリアンナ医科大学生命倫理委員会の審査を受け、承認されております（承認番号：844）。

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併せてお願い申し上げます。

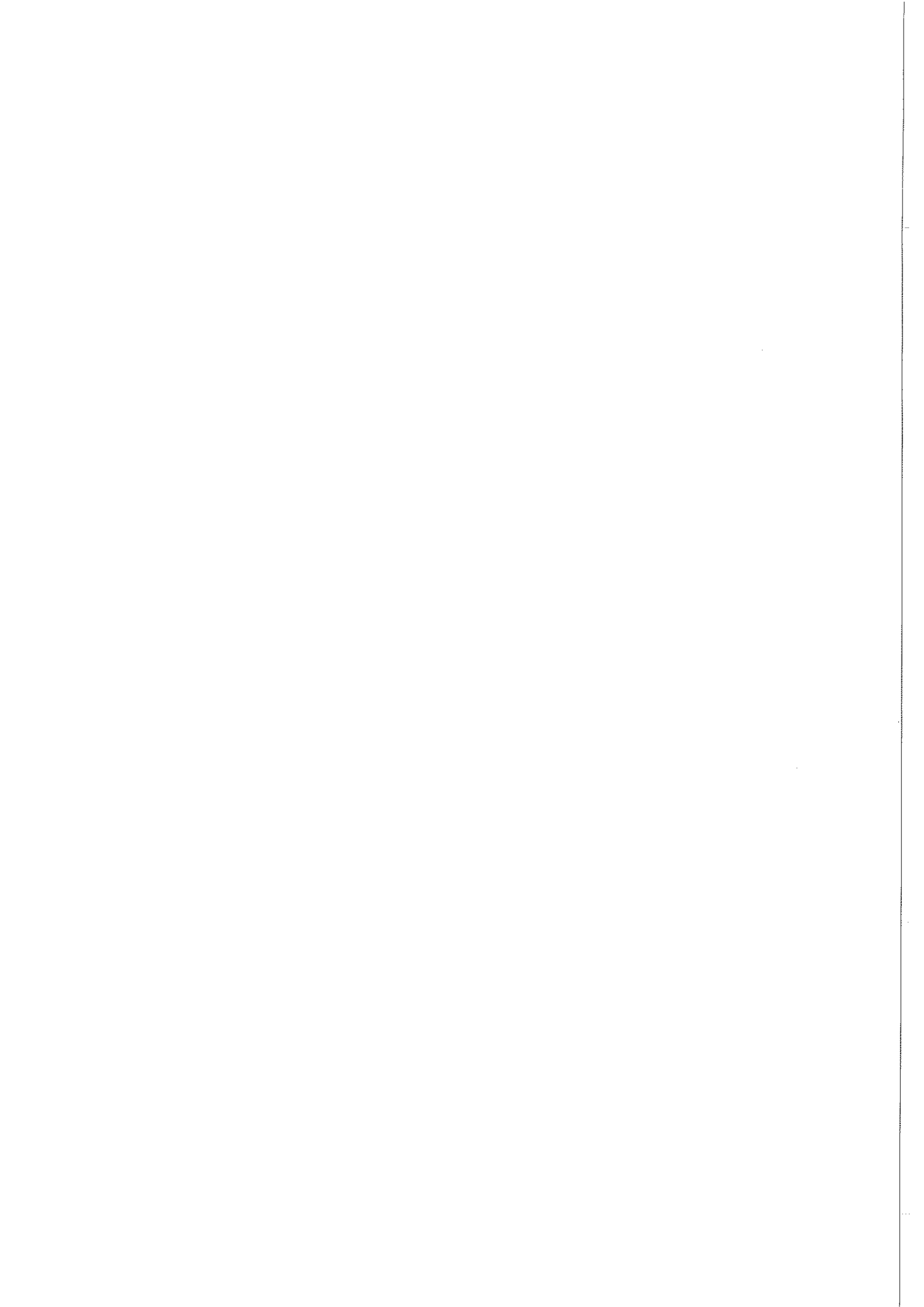
血液凝固異常症全国調査運営委員会

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：

日ごろは「血液凝固異常症全国調査」にご協力いただき、誠にありがとうございます。

さて、同封の厚生労働省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いただく体制を更に整備してい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いただ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図ることは、この調査の将来にわた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、各患者の皆様方から、可能な限りの同意を得ていただきたいと存じます。同意を取得していただくための「同意説明文書」を添付いたしました。この同意説明文書と平成21年度報告書を患者の皆様にお見せしながらご説明いただ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いただきますと、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いただくようお願いいたします。

平成16、17、18、19、20、21年度の当該調査時に文書で同意を得た患者様からは、同意書を再取得いただかなくて結構です。ただし、今後も引き続き情報をご提供いただけるか、患者様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下さい。

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、ご記入いただければ幸いです。

同意書の例を同封いたしましたのでご参照下さい。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、ご記入いただくだけでもかなりのご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、何とぞご了承の上、今後もよろしくご協力賜りますよう、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/library/alliedEnt/02/index.html> 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。同様のURLにて、平成21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、協力で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22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)調査に協力していただ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いただき、これを全国規模で集計することにより行われています。

「調査に協力していただく」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いただくということです。

### (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」「21年度報告書」のホームページ掲載場所

<http://api-net.jfap.or.jp/library/alliedEnt/02/index.html> 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（お名前）」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お名前が調査関係者に伝達されることはありません。

# 同意書

## 血液凝固異常症全国調査へのデータの提供

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

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

を理解しました。

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

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

平成 年 月 日

1. 本人

氏名 2. 法定代理人 \_\_\_\_\_

(1あるいは2に○)

2. の場合続柄( )

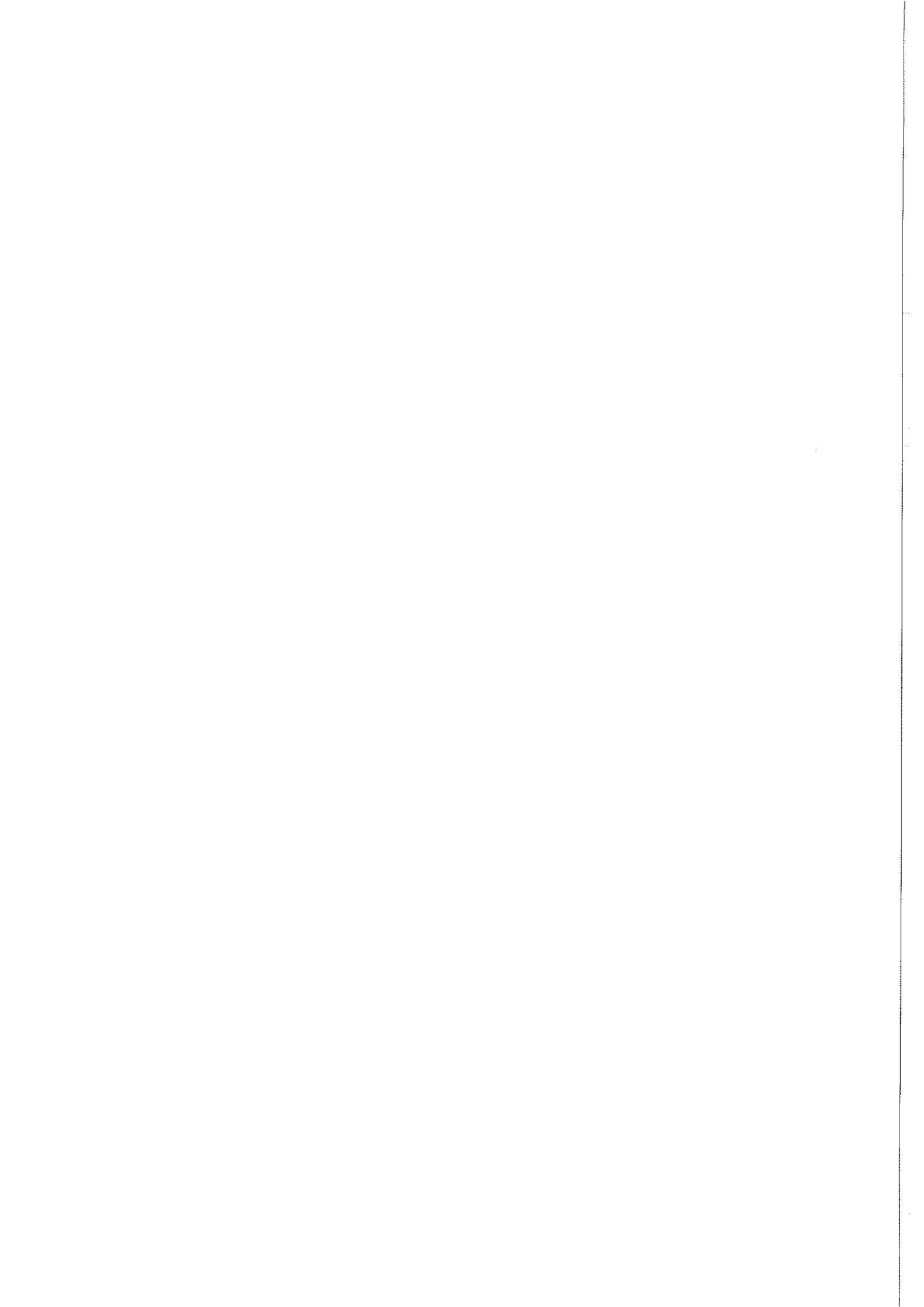
説明日：平成 年 月 日 \_\_\_\_\_

説明医師名： \_\_\_\_\_

この同意書は「血液凝固異常症全国調査」には送付されません。したがって、記載あるいは署名されたお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(H22(2010).5.31現在生存例)

記載医師名: 施設名・診療科:

施設整理番号	明・大・昭・平	年	月	日生
生年月日	都・道・府・県	年	月	日生
現住所	明・大・昭・平	年	月	日生
生年月日	疾患名	年	月	日生
疾患名		年	月	日生

CD4陽性リンパ球数 (平成22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22年5月31日以前で、最もこの時点に近いもの)  × 10<sup>6</sup> コピー/mL 上限値(1.0 × 10<sup>6</sup>)以上

検査せず 40未満で検出 ( )  × 10<sup>6</sup> コピー/mL 上限値(1.0 × 10<sup>6</sup>)以上

検査せず 40未満で検出 ( )  × 10<sup>6</sup> コピー/mL 上限値(1.0 × 10<sup>6</sup>)以上

検査せず 40未満で検出 ( )  × 10<sup>6</sup> コピー/mL 上限値(1.0 × 10<sup>6</sup>)以上

検査せず 40未満で検出 ( )  × 10<sup>6</sup> コピー/mL 上限値(1.0 × 10<sup>6</sup>)以上

抗HIV薬による治療の状況 (平成22年5月31日現在)

1. 3剤以上の併用 2. 単剤、あるいは2剤併用 3. 耐性ウイルス出現のため休業中

4. 副作用のために休業中 5. 別の理由で休業中 6. 他施設も含め、これまで抗HIV薬は未投与 7. 詳細不明

リポソーム製剤の有無 あり 無し

乳酸アシドーシスの有無 あり 無し

肝炎の有無と 1. なし 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝臓 6. 肝不全

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 5. 自然に陰性化

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)  log IU/ml 上限値(7.8)以上

検査せず 1. 2未満で検出 ( )  log IU/ml 上限値(7.8)以上

平成20年6月1日から平成22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 (最新のものを)  年 ( ) 月 ( ) 日 ~  年 ( ) 月 ( ) 日 / 現在投与中

平成 ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 ~ ( ) 年 ( ) 月 ( ) 日 / 現在投与中

1. IFN単独療法 2. IFN・リビリン併用療法 3. Peg-IFN単独療法 4. Peg-IFN・リビリン併用療法

【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

(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、またはその場合は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特続 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

【肝臓薬の使用について】

1. 強力な免疫抑制剤(タクロシロール、シクロスポリン、ステロイド) ( ) 2. 在宅で投与 ( )

2. 経口肝臓薬(グリチルピロキシオン酸、グリチルピロ配合剤など) 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 ( )

性別 男 女

平成22年5月31日時点の状況 1. 入院/通院中 2. 転入 3. 転出 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. なし 2. 糖尿病 3. 高血圧症 4. 高脂血症 5. 不明

次の疾患の既往の有無 1. なし 2. 脳梗塞 3. 心筋梗塞 4. その他の血栓症 5. 不明

□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: ) ( )

□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

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)

バ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) ( )

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) ( )

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(昭・平) 年 月 発症・発症時期不明

平成21年6月から22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

記載医師名: 施設名・診療科:

平成 年 月 日 記載

様式2 凝固因子製剤によるHIV感染例

(死亡例:H21(2009).6.1~H22(2010).5.31の間に死亡した症例、ただし未報告の症例も含む)

記載医師名:

施設名・診療科:

平成 年 月 日 記載

施設整理番号	明・大・昭・平			年	月	日	出生	男	女	
死亡時の住所	都道府県			性別						
次の疾患の合併の有無	1. なし	2. 糖尿病	3. 高血圧症	4. 高脂血症	5. 不明					
次の疾患の既往の有無	1. なし	2. 脳梗塞	3. 心筋梗塞	4. その他の血栓症	5. 不明					
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 / ( 昭・平 )			年	月	日	発症	発症時期不明		
死亡年月日(H21.6.1~H22.5.31までに死亡した人のみ記載。ただし、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 (口ヒレを介する経路記入)	<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									
	<input type="checkbox"/> 類縁疾患(病名)									
インヒビター一保有害抗体のみ(過去の別も含むが後天性血友病は除く) 該置の番号に○または詳細を記入	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									
インヒビター一保有害抗体のみ(過去の別も含むが後天性血友病は除く) 該置の番号に○または詳細を記入	2. インヒビターは過去にあったが死亡直前ばなし(0.6BU以上) → その値( ) BU									
家庭療法の有無	あり(本人)	保護者	その他							
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)							
他施設への通院の有無	あり(施設名									
1. エイズ関連疾患 (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									
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)	いづれかに○または記入	
検出せず	( ) × 10 <sup>コピー/ml</sup>	上限値(1.0×10 <sup>7</sup> )以上
死亡直前のOD4陽性リンパ球数		
( ) / μl		
リポヌスプロフィアの有無	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. なし 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝臓 6. 肝不全 7. 不明 8. IFN治療による治癒 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 5. 自然に陰性化	
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	
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		
【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治療の効果ではまたは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	
【肝臓薬剤の使用について】		
1. 強力ネオミノフアールガンC(静注用) → ( 1. 医療機関で投与 2. 在宅で投与 )		
2. 経口肝臓薬剤(ウルソデオキシコール酸、グリチルチン配合剤など)	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3 血友病および類縁疾患のHIV非感染例(H22(2010).5.31現在生存例)

記載医師名: 施設名・診療科: 平成 年 月 日記載

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)のみに記載しご送達下さい。 → 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22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. なし 2. 糖尿病 3. 高血圧症 4. 高脂血症 5. 不明

次の疾患の既往の有無 1. なし 2. 脳梗塞 3. 心筋梗塞 4. その他の血栓症 5. 不明

疾患名 (口血友病A (重・中・軽・不明) )

疾患名 (口血友病B (重・中・軽・不明) )

疾患名 (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(限有血友病のみ(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 )

バイパス製剤による予防投与 ( 1. 定期的に施行 2. 不定期に施行 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 1. なし 2. 急性肝炎 3. 慢性肝炎 4. 肝硬変 5. 肝癌 6. 肝不全

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 5. 自然に陰性化

【現在のHCVウイルス量】(TaqMan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20年6月1日から平成22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 / 現在致事中

1. IFN単独療法 2. IFN・リビリン併用療法 3. Peg-IFN単独療法 4. Peg-IFN・リビリン併用療法

【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

【肝臓製剤の使用について】

1. 強力ネオミノファンゲンC(静注用) → ( 1. 医療機関で投与 2. 在宅で投与 )

2. 経口肝臓製剤(ウルソデオキシコール酸、グリチルリチン配合剤など) 3. なし

【肝臓製剤使用の理由】

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:H21(2009).6.1~H22(2010).5.31の間に死亡した症例、ただし未報告の症例も含む)

記載医師名:		施設名・診療科:		平成 年 月 日 記載	
施設整理番号	明・大・昭・平	年	月	日	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	
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. なし	2. 糖尿病	3. 高血圧症	4. 高脂血症	5. 不明
次の疾患の既往の有無	1. なし	2. 脳梗塞	3. 心筋梗塞	4. その他の血栓症	5. 不明
死亡年月日 (H21.6.1~H22.5.31までに死亡した人のみ記載。ただし、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 入れ詳細 記入)	□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)				
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. 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	)			
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. なし 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					
肝炎の有無の場合、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 5. 自然に陰性化 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治療 (あり・なし) 実施期間(最新のもの) 平成 ( )年( )月~( )年( )月					
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 【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					
【肝臓薬剤の使用について】 1. 強カオノミノアゲンC(静注用) → ( 1. 医療機関で投与 2. 在宅で投与 ) 2. 経口肝臓薬剤(ウルソデオキシコール酸、グリチルリジン配合剤など) 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( )					

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

送付をお願いします。

平成 年 月 日

施設番号 \_\_\_\_\_

施設名 \_\_\_\_\_

診療科名 \_\_\_\_\_

担当医 \_\_\_\_\_

郵便番号 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

ご返送下さい

様式 6

調査協力医師名の記載についての同意書

ご説明

血液凝固異常症全国調査運営委員会では、平成 22 年度の全国調査について皆様からご回答を得た後、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、ご協力いただいた皆様のお名前とご所属を記載させていただ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いたします。調査協力者としての氏名の掲載について、この同意書にてご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ご迷惑をおかけすることのないようにいたします。

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。 同意できません。

(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22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
  - 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
      - <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. 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
      - <b> 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
      - <b> 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
      - <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
      - <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、<b> 意識障害

2) <a> CT、MRIなどの画像診断で病巣を認める又は、<b> コントラスト薬剤の使用により、病巣が確認できる

3) <a> トキソプラズマに対する血清抗体を認める又は、<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

<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痂皮形成、萎縮が起こり、色素上皮の斑点が残る。)

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

#### (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临床上又は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

<b> 子供の行動上の発達障害が数週から数月にわたって進行

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

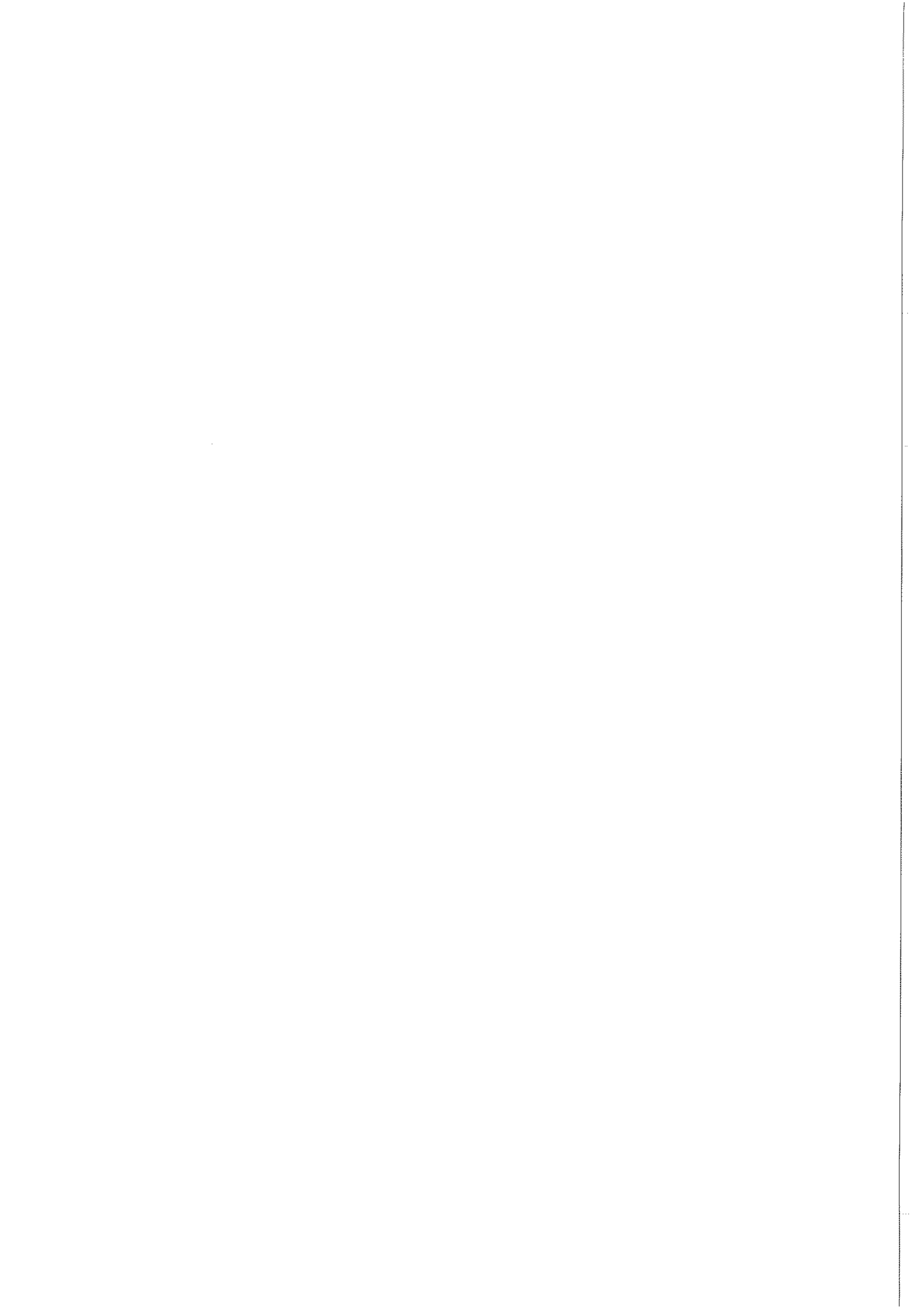
1) 通常の体重の10%を超える不自然な体重減少

2) 慢性の下痢(1日2回以上、30日以上)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。

# 調查協力施設一覧



## 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
道北勤労者医療協会 一条通病院	北海道	内科	鈴木 和仁
JA 北海道厚生連 倶知安厚生病院	北海道	院長/外科	高橋 雅俊
豊浦町国民健康保険病院	北海道	内科	能登屋 久志
浦河赤十字病院	北海道	内科	三田 昌輝
釧路赤十字病院	北海道	小児科	仲西 正憲
労働福祉事業団 釧路労災病院	北海道	内科	宮城島 拓人
医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院	北海道	血液内科	安藤 精章
札幌医科大学医学部附属病院	北海道	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	血液内科	吉田 美穂
市立札幌病院	北海道	小児科	山本 聡
市立札幌病院	北海道	小児科	佐野 仁美
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
札幌北楡病院	北海道	内科	小林 直樹
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所	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
北海道大学病院	北海道	第二内科	後藤 秀樹
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
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
おち小児科医院	北海道	院長/小児科	越智 仁司
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	老松 寛
函館中央病院	北海道	副院長/内科	川村 詔導
市立美唄病院	北海道	内科	山口 修史
市立美唄病院	北海道	小児科	永田 康
JA 北海道厚生連 遠軽厚生病院	北海道	小児科	石岡 透
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	横山 登
苫小牧日翔病院	北海道	内科	圓谷 敏彦
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
黒石市国民健康保険黒石病院	青森県	小児科	北澤 淳一
済生会岩泉病院	岩手県	内科	柴野 良博
県立胆沢病院	岩手県	内科	勝又 宇一郎
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

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
岩手医科大学附属病院	岩手県	血液・腫瘍内科	石田 陽治
財団法人 宮城厚生協会坂総合病院	宮城県	副院長	小熊 信
有馬医院	宮城県	院長/内科・小児科	有馬 恒彦
国立病院機構仙台医療センター	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
東北厚生年金病院	宮城県	心臓血管外科	渡辺 卓
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
秋田大学医学部附属病院	秋田県	第三内科	斉藤 宏文
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
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
県立山形中央病院	山形県	血液内科	大本 英次郎
山形大学医学部附属病院	山形県	第三内科	田嶋 克史
山形大学病院	山形県	小児科	三井 哲夫
山形県・酒田市病院機構日本海総合病院	山形県	内科	斉藤 宗一
医療法人社団健好会 サイトー内科	山形県	理事長/内科	齋藤 好正
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
鶴岡市立荘内病院	山形県	内科	小池 千里
公立置賜総合病院	山形県	小児科	仁科 正裕
社団医療法人呉羽総合病院	福島県	院長/内科	窪田 幸男
いわき市立総合磐城共立病院	福島県	小児内科	鈴木 潤
公立藤田総合病院	福島県	小児科	大西 周子
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
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
国立病院機構福島病院	福島県	小児科	河原田 勉
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
福島県立医科大学医学部附属病院	福島県	血液内科	小川 一英
福島県立医科大学医学部附属病院	福島県	小児科	鈴木 順造
須川診療所	福島県	内科・小児科	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
茨城県立こども福祉医療センター	茨城県	小児科/整形外科	堀田 秀樹
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
土浦協同病院	茨城県	血液内科	鴨下 昌晴

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
医療法人渡辺会大洗海岸病院	茨城県	内科	金丸 修三
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
健清会那珂クリニック	茨城県	泌尿器科	高橋 康之
大空こどもクリニック	茨城県	小児科	三浦 琢磨
佐野市民病院	栃木県	診療部長/外科	関口 昭彦
比企病院	栃木県	理事長/外科	比企 達男
済生会宇都宮病院	栃木県	小児科	井原 正博
国立病院機構栃木病院	栃木県	内科	中山 成一
独協医科大学病院	栃木県	小児科	杉田 憲一
自治医科大学附属病院	栃木県	血液科	外島 正樹
自治医科大学附属病院	栃木県	血液科	坂田 洋一
自治医科大学附属病院	栃木県	内科	三室 淳
自治医科大学附属病院	栃木県	血液科	窓岩 清治
自治医科大学附属病院	栃木県	血液科	大森 司
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
あしかがの森 足利病院	栃木県	副院長/小児科	道廣 成実
足利赤十字病院	栃木県	内科	小松本 悟
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
社会保険群馬中央総合病院	群馬県	院長/小児科	田代 雅彦
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	村山 佳予子
医療法人本島総合病院	群馬県	小児科	本島 敏乃
群馬県立小児医療センター	群馬県	血液腫瘍科	外松 学
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
三愛会総合病院	埼玉県	小児科	熊谷 千晶
川口市立医療センター	埼玉県	内科	山崎 博之
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	院長/内科	神戸 成美
川島領診療所	埼玉県	内科	広原 公昭
済生会栗橋病院	埼玉県	血液内科	兼村 俊範
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
さいたま赤十字病院	埼玉県	内科	星野 茂
医療法人誠昇会 北本共済病院	埼玉県	院長	竹並 麗
医療法人桜ヶ丘病院	埼玉県	内科	水野 弘
みどりこどもクリニック	埼玉県	院長/小児科	斉藤 みどり
医療法人社団保健会谷津保健病院	千葉県	小児科	塚田 日出樹
松戸市立病院	千葉県	小児科	小森 功夫
柏戸病院	千葉県	内科	柏戸 正英



施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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	診療局	丹羽 淳子
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
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
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
稲垣クリニック	東京都	院長/小児科	稲垣 稔
公立昭和病院	東京都	血液内科	藤田 彰
東京女子医科大学病院	東京都	小児科	坂内 優子
東京女子医科大学病院	東京都	血液内科	泉二 登志子
国立国際医療研究センター病院	東京都	エイズ治療・研究開発センター長	岡 慎一
慶應義塾大学病院	東京都	輸血・細胞療法センター	半田 誠
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	尾形 享一
東京医科大学病院	東京都	臨床検査医学科	近澤 悠志
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	萩原 剛
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	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
救世軍ブース記念病院	東京都	内科	及能 克宏
国立成育医療センター	東京都	血液内科	石黒 精
バトレヘムの園病院	東京都	病院長/内科	前村 大成
東京歯科大学水道橋病院	東京都	内科	仁科 牧子
医療法人社団苑田会苑田第一病院	東京都	内科	伊藤 武善
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
(財)東京都保健医療公社荏原病院	東京都	小児科	松井 猛彦
神津島村国民健康保険直営診療所	東京都	診療所長	長島 健太郎
聖路加国際病院	東京都	内科	古川 恵一
多田町診療所	東京都	内科	右近 智雄
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
たつのこどもクリニック	東京都	院長/小児科	田角 恭子
東京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
順天堂大学医学部附属順天堂医院	東京都	小児科	齋藤 正博
東京大学医学部	東京都	小児科	井田 孔明
都立駒込病院	東京都	感染症科	味澤 篤

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
(財) 癌研究会 有明病院	東京都	血液腫瘍科	畠 清彦
東邦大学医療センター大橋病院	東京都	小児科	風間 浩美
立川相互病院	東京都	血液内科	横田 昌
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
銀座メデントクリニック	東京都	院長/口腔外科	伊藤 正夫
緑成会病院	東京都	内科	向井 順之輔
すずしろ診療所	東京都	内科	赤松 智孝
新宿東口クリニック	東京都	内科	山中 晃
聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院	神奈川県	小児科	山下 敦己
(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	磯山 恵一
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	小児科	川野 豊
ふれあい鶴見ホスピタル	神奈川県	院長	山本 史歩
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
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	足利 朋子
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
関東労災病院	神奈川県	血液内科	入江 誠治
平塚共済病院	神奈川県	院長	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
済生会三条病院	新潟県	小児科	千葉 高正
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
日本歯科大学新潟病院	新潟県	院内感染防止対策委員長	水谷 太導
新潟県立吉田病院	新潟県	小児科	柳原 俊雄
新潟県立六日町病院	新潟県	院長/内科	吉田 和清
国立病院機構新潟病院	新潟県	内科	小澤 哲夫
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
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
富山労災病院	富山県	血液内科	細川 晃平
厚生連高岡病院	富山県	内科	経田 克則
南砺市民病院	富山県	内科	荒幡 昌久
金沢医科大学氷見市民病院	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	副院長/小児科	滝澤 昇
富山大学附属病院	富山県	感染症治療部	渡邊 珠代
富山赤十字病院	富山県	内科	高田 裕之

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
公立羽咋病院	石川県	内科	鶴浦 雅志
山崎外科胃腸科医院	石川県	院長/外科	山崎 軍治
金沢医科大学	石川県	血液免疫内科	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	伊藤 利之
石川県立中央病院	石川県	血液免疫内科	上田 幹夫
石川県立中央病院いしかわ総合母子医療センター	石川県	小児内科	堀田 成紀
小松市民病院	石川県	小児科	上野 良樹
中川外科医院	石川県	院長/外科・胃腸科	中川 公三
公立松任石川中央病院	石川県	内科	河合 昂三
恵寿総合病院	石川県	内科	真智 俊彦
国立病院機構石川病院	石川県	院長/心臓血管外科	関 雅博
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
福井県済生会病院	福井県	内科	岡藤 和博
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	内科	堀江 史朗
町立辰野総合病院	長野県	内科	漆原 昭彦
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/総合診療科	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
長野県立須坂病院	長野県	小児科	樋口 司
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	内科	長沢 正樹
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
長野県立本曾病院	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	岩井 明日香
岐阜赤十字病院	岐阜県	血液内科	澤田 道夫
岐阜市民病院	岐阜県	小児科	鷹尾 明
国立病院機構長良医療センター	岐阜県	小児科	内田 靖
郡上市民病院	岐阜県	小児科	篠田 紳司
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	棚橋 義浩
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
岐阜厚生連 東濃厚生病院	岐阜県	院長	平石 孝
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	小児科	村林 督夫
松原医院	静岡県	院長	松原 正典
静岡県立こども病院	静岡県	血液腫瘍科	堀越 泰雄
静岡県立こども病院	静岡県	血液腫瘍科	工藤 寿子

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
市立高田市民病院	静岡県	血液・リウマチ科	中坊 幸晴
国際医療福祉大学附属熱海病院	静岡県	小児科	板倉 敬乃
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
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
磐田市立総合病院	静岡県	小児科	本郷 輝明
厚生連 渥美病院	愛知県	小児科	鈴木 賀巳
勝見内科	愛知県	院長 / 内科	勝見 乙平
愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	愛知県	小児科	宮島 雄二
愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	愛知県	内科	小野 芳孝
総合大雄会病院	愛知県	小児科	杉本 和優
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	小児科	近藤 勝
あま市民病院	愛知県	副院長 / 整形外科	荒川 喜邦
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院	愛知県	歯科口腔外科	宇佐美 雄司
常滑市民病院	愛知県	小児科	高橋 秀明
医療法人秋田病院	愛知県	小児科	樋口 雄巳
半田市立半田病院	愛知県	内科	松井 俊和
豊橋市民病院	愛知県	小児科	伊藤 剛
藤田保健衛生大学病院	愛知県	内科学 血液・化学療法科	恵美 宣彦
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	歯科口腔外科	宇佐美 雄司
名古屋第一赤十字病院小児医療センター	愛知県	小児科	加藤 剛二
大曽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
N T T西日本東海病院	愛知県	内科	塚田 勝比古
津島市民病院	愛知県	血液内科	今釜 静香
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
総合病院松阪市民病院	三重県	内科	駒田 文彦
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
せきクリニック	三重県	内科	曾我 俊彦
小山田記念温泉病院	三重県	内科	村嶋 正幸
医療法人社団太田医院	滋賀県	小児科	太田 志朗
まつかわ小児科	滋賀県	院長 / 小児科	松川 誠司
東近江市立能登川病院	滋賀県	内科	竹内 孝幸
大津市民病院	滋賀県	内科	中尾 光成
大津市民病院	滋賀県	小児科	榊原 敏記
彦根中央病院	滋賀県	小児科	大神 文

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
宮津武田病院	京都府	内科	荒川 昌昭
総合病院日本バプテスト病院	京都府	医務部長	江川 晴人
洛西エーケン病院	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
金井病院	京都府	内科	杉山 健生
舞鶴市民病院	京都府	消化器内科	野中 恒幸
亀岡市立病院	京都府	消化器科	上田 和茂
洛和会音羽病院	京都府	総合診療科	金地 研二
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
医療法人徳洲会岸和田徳洲会病院	大阪府	小児科	橋本 卓
国立病院機構近畿中央胸部疾患センター	大阪府	内科	露口 一成
阪南中央病院	大阪府	小児科	中田 成慶
大阪大学医学部附属病院	大阪府	小児科	山岸 義晃
南大阪病院	大阪府	院長	柿本 祥太郎
森整形外科	大阪府	院長	森 泰壽
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
大阪市立総合医療センター	大阪府	感染症センター	後藤 哲志
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
箕面市立病院	大阪府	内科	山口 充洋
府中病院	大阪府	血液疾患センター	麦谷 安津子
和泉市立病院	大阪府	小児科	村上 城子
市立伊丹病院	兵庫県	血液内科	徳嶺 進平
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
医療法人慈恵会新須磨病院	兵庫県	内科	林 謙宏
国立病院機構神戸医療センター	兵庫県	院長	由宇 芳才
神戸赤十字病院附属須磨診療所	兵庫県	内科	高井 豊
神戸市立医療センター中央市民病院	兵庫県	免疫血液内科	高橋 隆幸
甲南病院	兵庫県	院長/内科	松岡 彰
六甲アイランド病院	兵庫県	内科	北垣 一成
社会保険神戸中央病院	兵庫県	内科	足立 陽子
神戸アドベンチスト病院	兵庫県	内科	森 経春
兵庫医科大学	兵庫県	血液内科	澤田 暁宏
西宮市立中央病院	兵庫県	外科	左近 賢人
西脇市立西脇病院	兵庫県	小児科	許 永龍
赤穂市民病院	兵庫県	小児科	白石 英幸
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	麻酔科	田崎 大喜
医療法人水野内科医院	兵庫県	内科・消化器内科	水野 修
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	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
明石市立市民病院	兵庫県	小児科	貫名 貞之
くろだ小児科	兵庫県	院長/小児科	黒田 英造

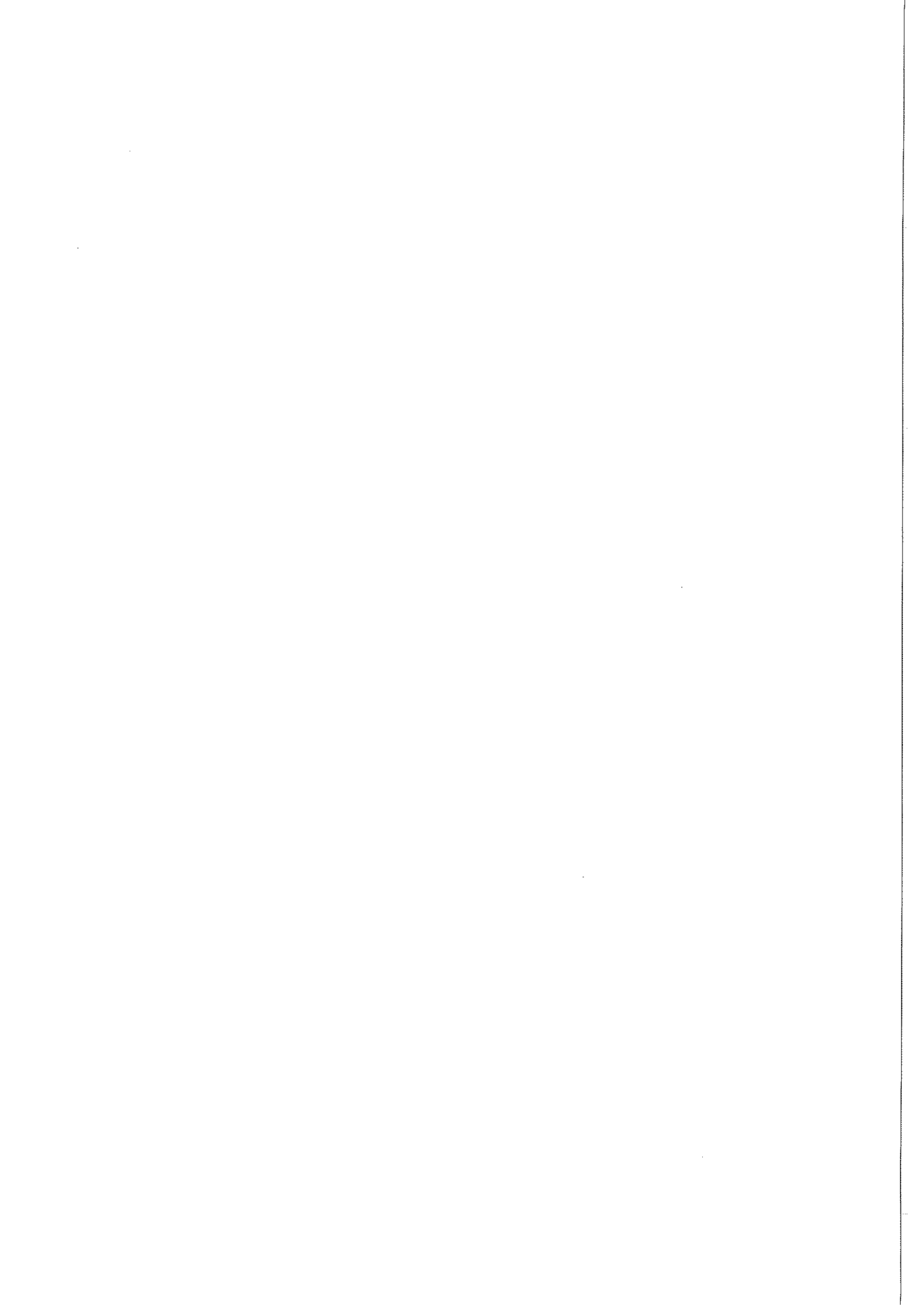
施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
奈良県立医科大学	奈良県	小児科	嶋 緑 倫
国立病院機構奈良医療センター	奈良県	小児科	野 並 一 馬
西奈良中央病院	奈良県	院長 / 内科	藤 本 隆 由
清水整形外科	奈良県	院長 / 整形外科	清 水 豊 信
橋本市民病院	和歌山県	小児科	大 石 興
国民健康保険日高総合病院	和歌山県	小児科	岩 橋 誠 司
南和歌山医療センター	和歌山県	呼吸器科	秋 山 裕 由
社会保険紀南総合病院	和歌山県	小児科	平 松 知 佐 子
有田市立病院	和歌山県	院長 / 外科	尾 野 光 市
鳥取県立中央病院	鳥取県	小児科	星 加 忠 孝
鳥取県立中央病院	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
博愛病院	鳥取県	院長	角 賢 一
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
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
岡山赤十字病院	岡山県	小児科	楢 原 幸 二
医療法人医清会 山本医院	岡山県	理事長 / 内科	山 本 二 平
湯原内科医院	岡山県	院長	湯 原 淳 良
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
津山中央病院	岡山県	小児科	梶 俊 策
こまぎわ小児科医院	岡山県	院長 / 小児科	駒 澤 勝
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
市立三次中央病院	広島県	小児科	小 野 厚
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	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
県立安芸津病院	広島県	内科	井 上 正 規
医療法人医誠会都志見病院	山口県	院長	都 志 見 睦 生
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	高 橋 朋 子
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

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
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
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
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	近藤 陽一
愛媛生協病院	愛媛県	院長 / 小児科	有田 孝司
井石内科医院	愛媛県	内科	井石 安比古
済生会西条病院	愛媛県	内科	岡田 眞一
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
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
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
久留米大学医学部	福岡県	小児科	松尾 陽子
天神会新古賀病院	福岡県	血液内科	今村 理恵
福岡徳洲会病院	福岡県	小児科	村松 和彦
医療法人誠心会 井上病院	福岡県	外科	井上 朝生
石原小児科クリニック	福岡県	小児科	石原 修
福岡大学病院	福岡県	腫瘍・血液・感染症科	村橋 睦了
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	内科	高濱 宗一郎
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
九州大学大学院医学研究院	福岡県	小児科	土居 岳彦
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
小倉記念病院	福岡県	血液内科	今田 和典
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
日本海員救済会門司病院	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
佐賀県立病院好生館	佐賀県	血液内科	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
国立病院機構佐賀病院	佐賀県	内科	江島 英理
ひよし小児科	佐賀県	院長 / 小児科	日吉 保彦
渡辺内科医院	佐賀県	院長 / 内科	渡邊 講一
対馬いづはら病院	長崎県	小児科	高野 弘之
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
医療法人太寿会この医院	長崎県	院長 / 小児科	河野 浩太
聖フランシスコ病院	長崎県	内科	高崎 由美
田上病院	長崎県	内科	黒木 麗喜
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

施設名	都道府県	所属	氏名(敬称略)
十善会病院	長崎県	内科	麻生 憲史
長崎県立島原病院	長崎県	血液内科	小川 大輔
国立病院機構長崎神経医療センター	長崎県	呼吸器科	川上 健司
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
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
熊本赤十字病院	熊本県	小児科	右田 昌宏
国立病院機構熊本医療センター	熊本県	内科	長倉 祥一
熊本大学エイズ学研究センター	熊本県	血液内科	松下 修三
健康保険人吉総合病院	熊本県	血液内科	樫田 三郎
とよぼ小児科医院	大分県	院長/小児科	東保 裕の介
大分大学医学部附属病院	大分県	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
細川内科クリニック	大分県	院長/内科	細川 隆文
大分県立病院	大分県	小児科	糸長 伸能
公立おがた総合病院	大分県	内科	工藤 政信
中津市立中津市民病院	大分県	小児科	坪井 千鶴
大分県済生会日田病院	大分県	血液内科	岩橋 正人
別府発達医療センター	大分県	小児科	井上 久子
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	院長/小児科	松本 重孝
のだ小児科医院	宮崎県	院長/小児科	野田 隆
都農町国民健康保険病院	宮崎県	小児科	坂元 幸子
鹿児島県立薩南病院	鹿児島県	院長/内科	加藤 吉保
国分生協病院	鹿児島県	小児科	酒井 勲
医療法人浩然会 指宿浩然会病院	鹿児島県	院長/内科	大重 太真男
今給黎総合病院	鹿児島県	神経内科	丸山 芳一
鹿児島市立病院	鹿児島県	内科	太良 光利
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	検査部	橋口 照人
鹿児島大学病院	鹿児島県	血液・膠原病内科	魚住 公治
鹿児島大学病院	鹿児島県	小児科	岡本 康裕
済生会 川内病院	鹿児島県	小児科	田中 主美
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 興
鹿児島徳洲会病院	鹿児島県	小児科	後山 和彦
琉球大学医学部附属病院	沖縄県	第一内科	健山 正男
沖縄協同病院	沖縄県	小児科	嘉数 健二
古波倉医院	沖縄県	院長/内科	古波倉 正照

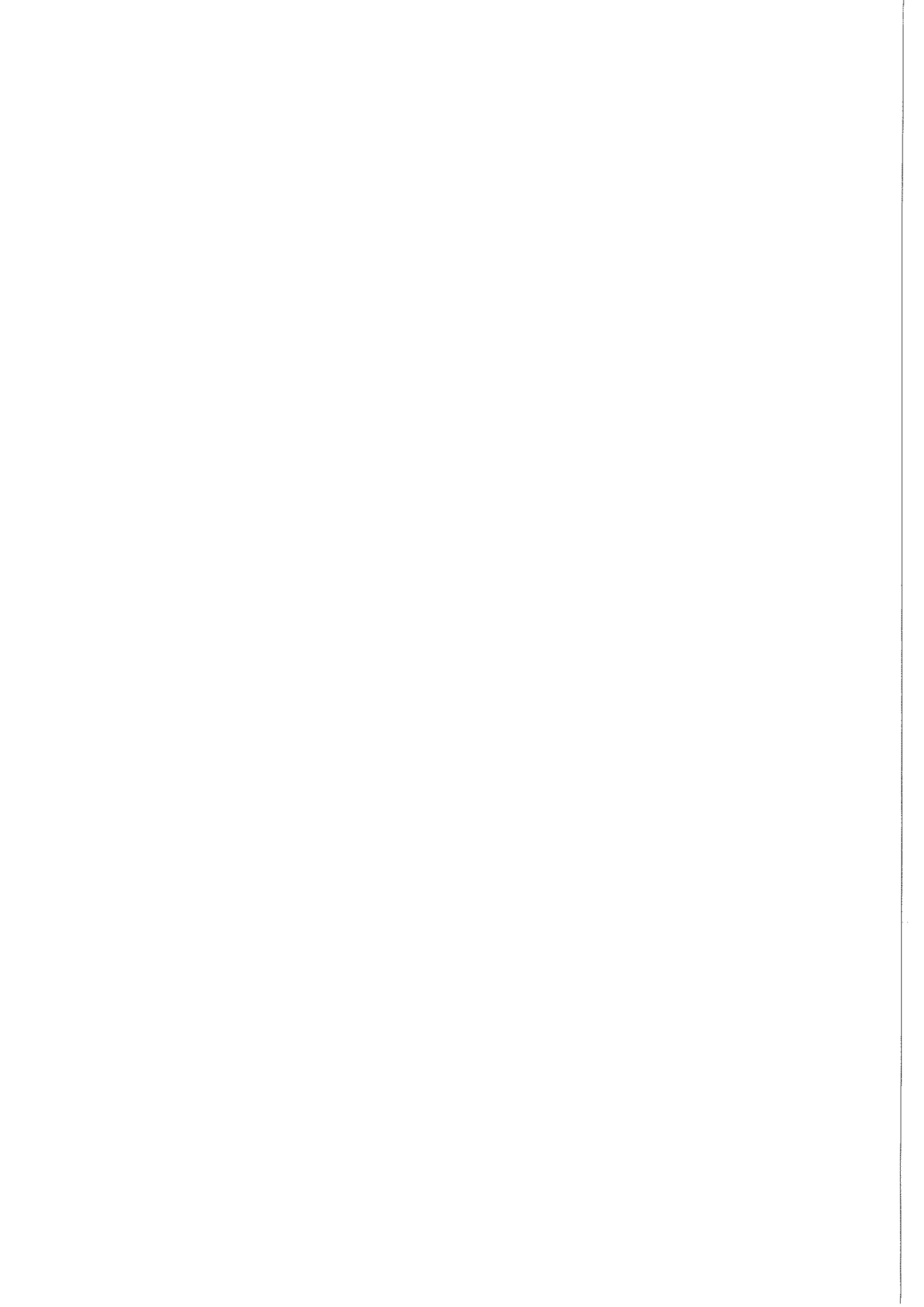
以上の他、234名のご協力により本調査は行われました。





# 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所長兼熱海保健所所長)

(五十音順)

## 血液凝固異常症全国調査 平成 22 年度報告書

発行日 平成 23 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

