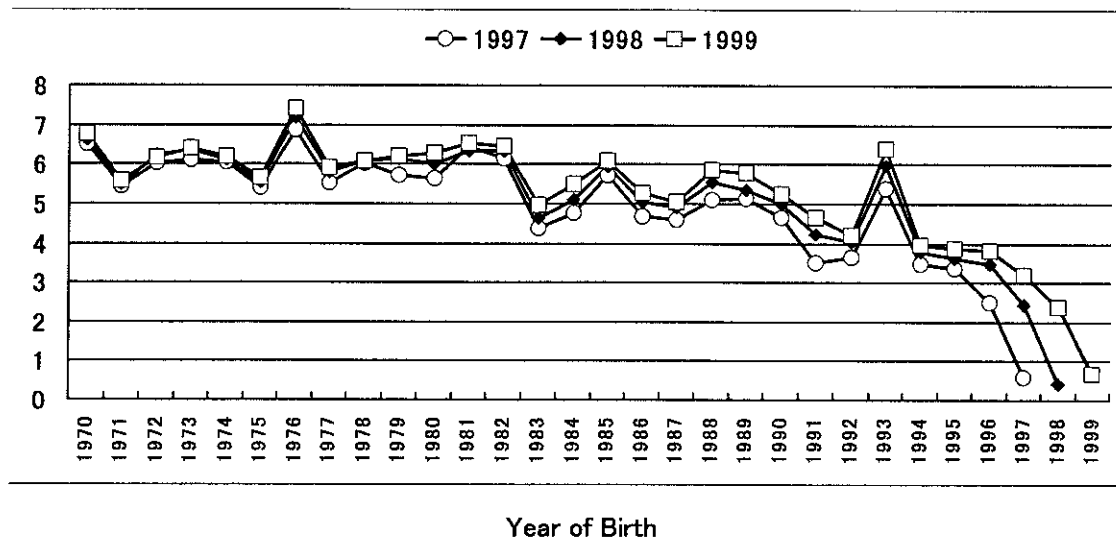


Registered Hemophiliacs in 1997, 1998, 1999

by Year of Birth in Every 100, 000 Live Births

Hemophilia A and B as of May 31, 1999

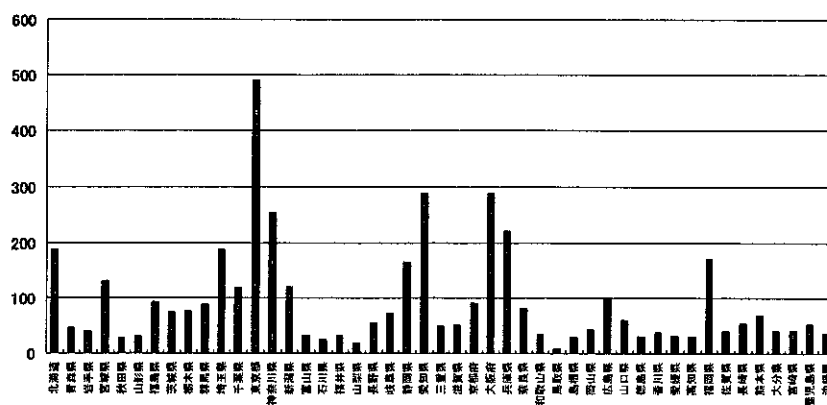


4. 都道府県別血友病患者数

図 V-7

都道府県別血友病患者生存数

(HIV感染・非感染者 1999/5/31現在)



都道府県別の血友病患者数は、1999 では東京都が 463 人と最も多く、愛知県の

288 人と大阪府の 288 人、神奈川県 of 253 人、兵庫県の 222 人の順であった。

1998 年度に比べて増加したのは、東京都の 29 人、埼玉県の 21 人、神奈川県 of 20 人、ついで北海道と大阪府の 13 人であった。

また、1998 年に比べて減少したのは、千葉県の 4 人、広島県と京都府の 3 人、山形県、福島県、山梨県、長野県の各 2 人であった。

表 V-4 血友病生存患者登録数（都道府県別）

1999/5/31 現在

都道府県	血友病A	血友病B	合計	都道府県	血友病A	血友病B	合計	都道府県	血友病A	血友病B	合計
北海道	155	34	189	石川県	20	5	25	岡山県	33	10	43
青森県	35	13	48	福井県	22	10	32	広島県	83	19	102
岩手県	37	3	40	山梨県	18	1	19	山口県	52	8	60
宮城県	113	18	131	長野県	41	13	54	徳島県	21	10	31
秋田県	19	8	27	岐阜県	60	13	73	香川県	36	2	38
山形県	24	6	30	静岡県	120	45	165	愛媛県	32	1	33
福島県	83	10	93	愛知県	238	50	288	高知県	25	5	30
茨城県	64	11	75	三重県	36	13	49	福岡県	144	27	171
栃木県	55	22	77	滋賀県	41	10	51	佐賀県	30	9	39
群馬県	73	16	89	京都府	77	13	90	長崎県	46	8	54
埼玉県	150	39	189	大阪府	240	48	288	熊本県	57	11	68
千葉県	100	17	117	兵庫県	181	41	222	大分県	34	6	40
東京都	390	102	492	奈良県	72	9	81	宮崎県	37	5	42
神奈川県	220	33	253	和歌山県	28	7	35	鹿児島県	47	6	53
新潟県	108	12	120	鳥取県	8	1	9	沖縄県	28	8	36
富山県	29	4	33	島根県	26	3	29	合計	3588	765	4353

5. 都道府県別有病率

都道府県別に 1999 年における男子人口 10 万人当りの血友病患者数を算出した。有病率の全国平均は男子人口 10 万人当り 7.1 人であった。1997 年度の調査において鳥取県と愛媛県が著しく低かったことから、同県内の調査対象施設について、研究協力者の県代表に県内の病院の調査を依頼し、従来の研究班の調査対象施設の再度見直しを行ったうえで再確認のための調査を行った。この結果、両県で新たな施設からの血友病患者の報告を得て、有病率がやや増加したが、なお周囲より低い値を示している。

図 V-8

都道府県別血友病患者有病率

男子人口10万人対の血友病患者数 1998/5/31現在

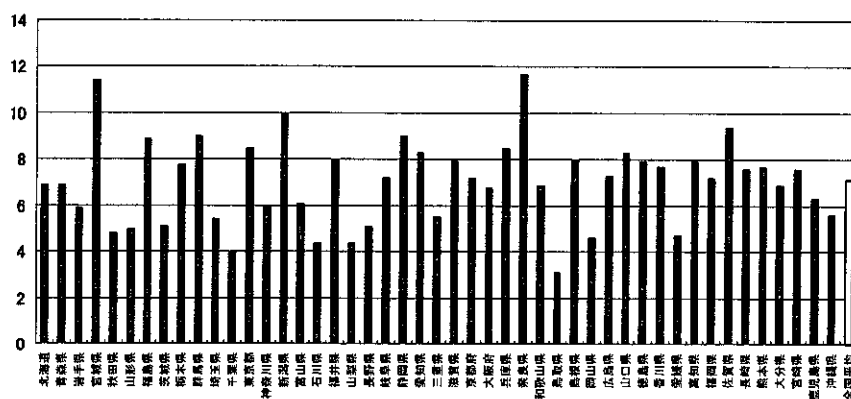


表 V- 5 血友病の有病率 (男子人口 10 万人当りの登録患者数)

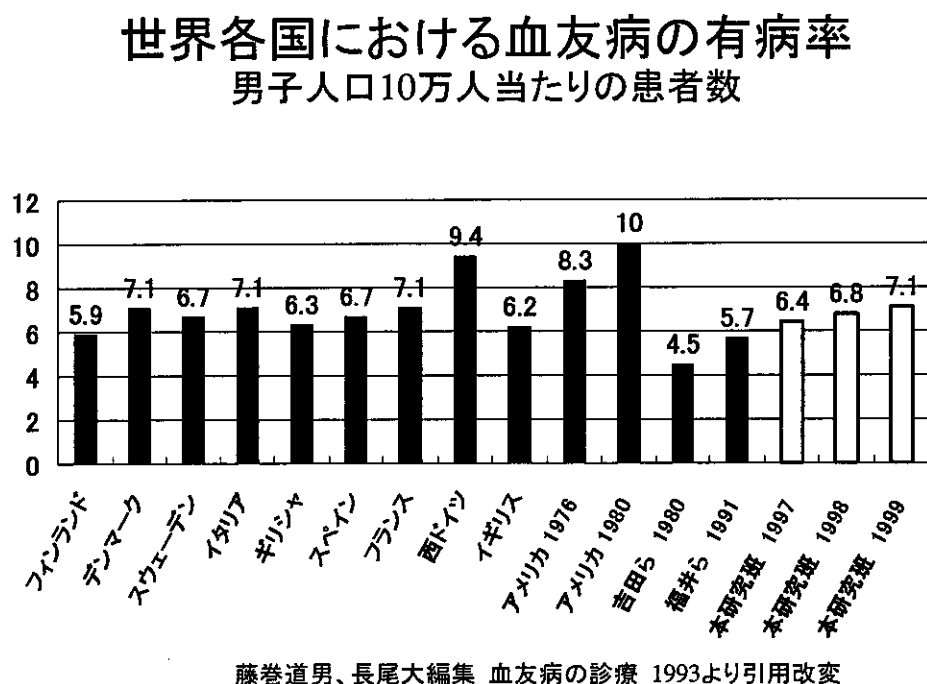
1999 年 5 月 31 日現在

都道府県	血友病患者数	男性人口	有病率	都道府県	血友病患者数	男性人口	有病率	都道府県	血友病患者数	男性人口	有病率
北海道	189	2,722,000	6.9	石川県	25	570,000	4.4	岡山県	43	936,000	4.6
青森県	48	698,000	6.9	福井県	32	399,000	8.0	広島県	102	1,388,000	7.3
岩手県	40	677,000	5.9	山梨県	19	435,000	4.4	山口県	60	722,000	8.3
宮城県	131	1,151,000	11.4	長野県	54	1,069,000	5.1	徳島県	31	393,000	7.9
秋田県	27	567,000	4.8	岐阜県	73	1,014,000	7.2	香川県	38	493,000	7.7
山形県	30	603,000	5.0	静岡県	165	1,833,000	9.0	愛媛県	33	706,000	4.7
福島県	93	1,040,000	8.9	愛知県	288	3,454,000	8.3	高知県	30	380,000	7.9
茨城県	75	1,480,000	5.1	三重県	49	892,000	5.5	福岡県	171	2,371,000	7.2
栃木県	77	989,000	7.8	滋賀県	51	648,000	7.9	佐賀県	39	417,000	9.4
群馬県	89	986,000	9.0	京都府	90	1,254,000	7.2	長崎県	54	714,000	7.6
埼玉県	189	3,468,000	5.4	大阪府	288	4,231,000	6.8	熊本県	68	880,000	7.7
千葉県	117	2,951,000	4.0	兵庫県	222	2,607,000	8.5	大分県	40	577,000	6.9
東京都	492	5,774,000	8.5	奈良県	81	692,000	11.7	宮崎県	42	554,000	7.6
神奈川県	253	4,241,000	6.0	和歌山県	35	507,000	6.9	鹿児島県	53	837,000	6.3
新潟県	120	1,205,000	10.0	鳥取県	9	293,000	3.1	沖縄県	36	641,000	5.6
富山県	33	539,000	6.1	島根県	29	363,000	8.0	全国	4353	61,358,000	7.1

6. 日本と世界各国における血友病の有病率

1999 年における日本の男子人口は 61,358,000 人であり、この 10 万人に対する同年の生存血友病患者数は 6.8 人であった。1980 年の吉田らの報告では 4.5 人、1991 年の福井らの報告では 5.7 人であり、これらと比較すると男子人口当たりの患者数は増加しており、本研究班の調査では、1997 年が 6.4、1998 年が 6.8、1999 年が 7.1 となり、今回の調査結果はわが国では過去と比べ最も多かった。この結果は米国よりかなり少ないが、欧州からの報告とは同等の値であった。

図 V-9



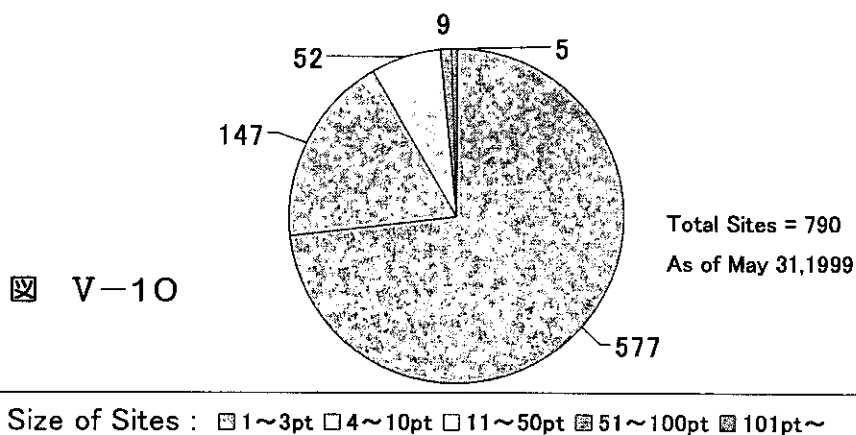
7. 診療施設と担当する患者数

調査に協力していただいた施設から報告された症例数を施設別に加算して、現在主に診療している施設が何人の血友病患者の治療に当たっているかを計算した。この数は概ね正しいものと思われるが、患者によっては現住所からかなり離れており、医日常的に診療を受けている施設は別にある患者もあると考えられる。

図 V-15 に示すように、血友病患者の診療に当たっている施設は、全国に 790 施設あり、そのうちの 577 施設は 1 人から 3 人以内の患者の治療に当たっていることになる。各施設が自力で診療の情報を得ることは非常に困難であり、良好な診療の環境を整えるためには適切な情報の提供が大切であると考えられる。

Number of Treatment Sites and Its Size

By Number of Hemophilia Patients



Size of Treatment Sites was classified by number of patients who were treated in the site.

8. 出生年齢別の日本人男性と血友病患者の人口

日本国内で暮らしている日本人男性の数と血友病患者の数を出生年齢別に見ると、1960 年以降はほぼ同率に生存しているが、それ以前は明らかに生存者が少ない。昨年の解析でも明らかのように、かつては特に重症血友病の生存率が非常に低かったために高齢者が少ない状況にある。

Number of Hemophiliacs by Year of Birth

Living Hemophilia A and B as of May 31, 1999

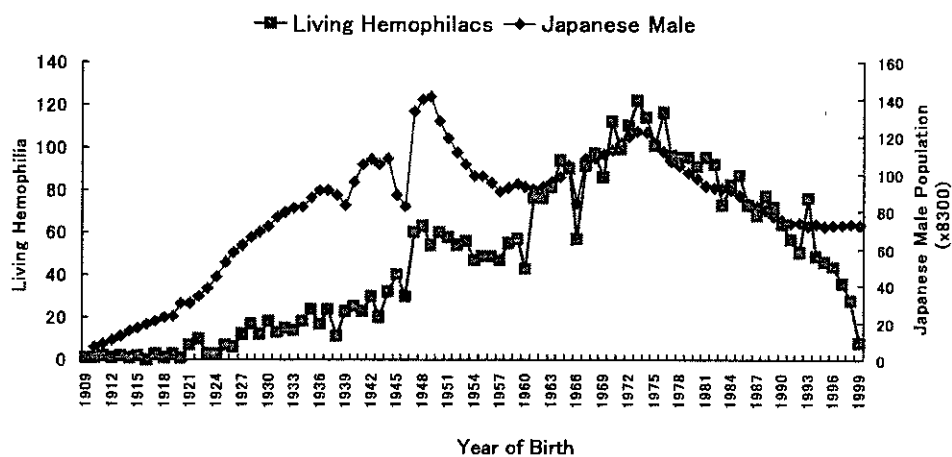


図 V-11

9. 出生年齢別の血友病患者の人口と血液製剤の導入の関係

先に図V-15で示したように、血友病患者は1960年以降に出生したものは生存率が高い。その要因として1961年に日本に導入されたクリオプレシピテート製剤やその後導入された、プロトロンビン複合体製剤、高度濃縮第Ⅷ因子製剤の役割が大きかったことがうかがえる。

図 V-12

Impact of Factor Concentrates on Hemophilia A as of Oct. 30, 1997

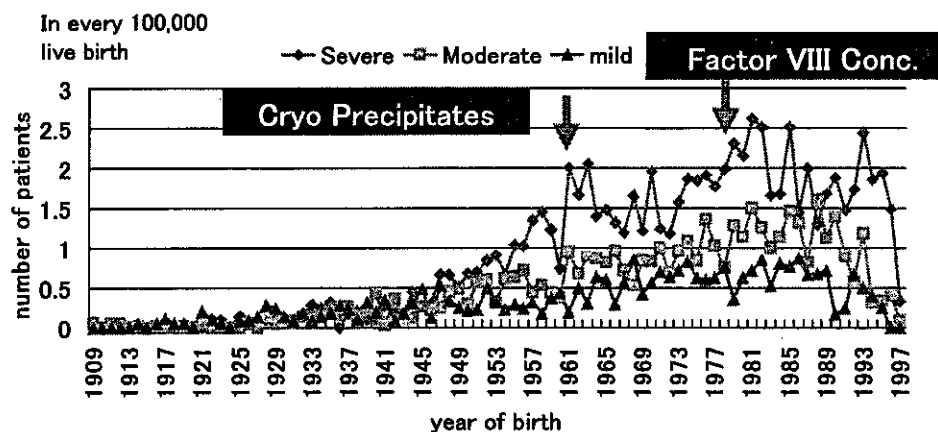
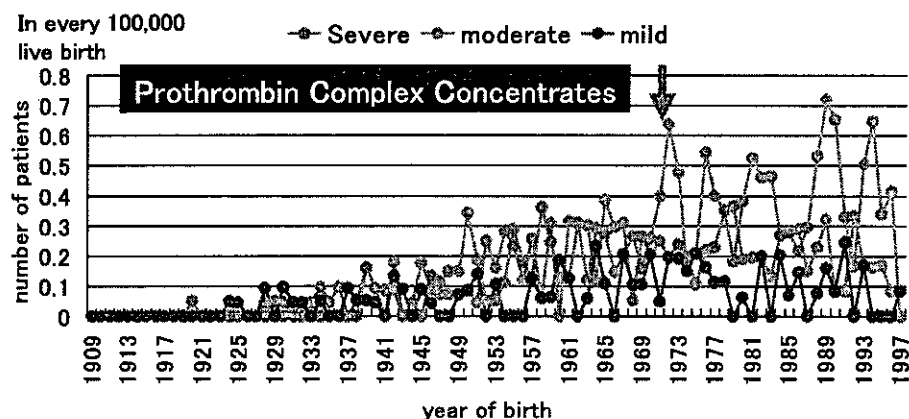


図 V-13

Impact of Factor Concentrates on Hemophilia B as of Oct. 30, 1997



都道府県	1997								1998							
	非感染血友病 A	非感染血友病 B	感染血友病 A (死亡例含)	感染血友病 B (死亡例含)	感染血友病 A 死亡 (再掲)	感染血友病 B 死亡 (再掲)	男子人口	男子 10 万人対	非感染血友病 A	非感染血友病 B	感染血友病 A (死亡例含)	感染血友病 B (死亡例含)	感染血友病 A 死亡 (再掲)	感染血友病 B 死亡 (再掲)	男子人口	男子 10 万人対
北海道	87	24	48	8	11	3	2738000	5.6	107	25	50	10	13	3	2728000	6.5
青森県	27	11	12	4	5	2	703000	6.7	27	12	12	3	5	2	700000	6.7
岩手県	26	2	2	5	0	2	681000	4.8	34	3	2	4	0	2	679000	6.0
宮城県	67	13	40	3	7	2	1152000	9.9	68	14	43	3	7	2	1150000	10.3
秋田県	11	7	16	3	7	2	573000	4.9	10	7	14	3	5	2	569000	4.7
山形県	19	6	10	2	4	2	606000	5.1	20	6	11	2	5	2	605000	5.3
福島県	64	8	26	2	16	0	1044000	8.0	71	9	29	2	16	0	1040000	9.1
茨城県	54	6	17	5	6	1	1489000	5.0	51	6	17	5	6	1	1478000	4.9
栃木県	38	13	16	12	4	6	995000	6.9	42	14	16	12	4	6	987000	7.5
群馬県	54	7	12	6	6	1	996000	7.2	60	9	14	7	6	1	984000	8.4
埼玉県	99	20	41	14	7	4	3463000	4.7	102	22	42	13	7	4	3453000	4.9
千葉県	78	10	35	10	10	3	2948000	4.1	80	10	34	10	10	3	2937000	4.1
東京都	262	69	170	48	69	16	5897000	7.9	258	71	173	47	70	16	5795000	8.0
神奈川県	126	19	85	12	19	2	4238000	5.2	137	21	87	11	21	2	4219000	5.5
新潟県	96	7	14	4	10	1	1213000	9.1	104	9	14	4	9	1	1208000	10.0
富山県	24	3	10	2	5	1	543000	6.1	23	3	11	2	5	1	539000	6.1
石川県	17	2	11	4	7	1	572000	4.5	17	2	11	4	7	1	570000	4.6
福井県	20	8	9	2	7	1	403000	7.7	20	7	8	3	7	1	399000	7.5
山梨県	12	0	8	0	2	0	438000	4.1	16	0	7	0	2	0	434000	4.8
長野県	34	9	15	4	9	1	1081000	4.8	37	10	14	5	9	1	1067000	5.2
岐阜県	36	7	17	8	3	3	1025000	6.0	41	8	16	9	3	3	1014000	6.7
静岡県	88	31	29	14	10	4	1851000	8.0	92	34	30	13	10	5	1830000	8.4
愛知県	191	35	44	12	16	3	3469000	7.6	207	35	42	12	15	3	3438000	8.1
三重県	36	11	2	9	0	7	901000	5.7	33	10	2	9	0	7	891000	5.3
滋賀県	31	4	10	6	3	1	647000	7.3	33	5	11	5	3	1	644000	7.8
京都府	55	7	25	7	11	2	1276000	6.3	66	9	25	6	11	2	1255000	7.4
大阪府	179	28	55	21	14	5	4318000	6.1	193	28	53	20	14	5	4234000	6.5
兵庫県	152	24	36	13	10	4	2624000	8.0	152	31	36	13	11	4	2598000	8.4
奈良県	56	8	13	3	4	0	694000	11.0	56	8	13	3	4	0	691000	11.0
和歌山県	18	5	9	1	3	0	511000	5.9	22	5	9	1	3	0	508000	6.7
鳥取県	2	0	2	1	1	0	294000	1.4	5	0	2	1	1	0	293000	2.4
島根県	26	2	3	0	2	0	367000	7.9	23	3	3	0	2	0	364000	7.4
岡山県	25	3	14	5	3	0	940000	4.7	26	4	12	5	3	0	935000	4.7
広島県	71	9	19	11	6	4	1397000	7.2	74	12	19	10	6	4	1389000	7.6
山口県	33	5	18	4	6	4	732000	6.8	39	6	18	4	6	4	724000	7.9
徳島県	13	6	8	4	3	1	395000	6.8	15	6	8	5	3	1	394000	7.6
香川県	32	2	2	1	1	1	494000	7.1	31	2	2	1	1	1	493000	6.9
愛媛県	18	0	4	3	1	2	711000	3.1	23	0	4	3	1	3	708000	3.7
高知県	16	2	3	4	2	1	382000	5.8	17	2	3	3	2	1	380000	5.8
福岡県	96	16	49	21	11	7	2371000	6.9	100	16	50	20	14	9	2366000	6.9
佐賀県	25	8	10	3	5	2	419000	9.3	26	8	10	3	5	2	417000	9.6
長崎県	28	5	28	4	9	0	722000	7.8	28	5	27	4	10	1	717000	7.4
熊本県	38	10	17	3	4	2	881000	7.0	37	10	18	3	4	2	881000	7.0
大分県	24	3	22	5	13	1	580000	6.9	25	2	21	5	12	1	578000	6.9
宮崎県	21	3	12	1	4	1	556000	5.8	25	3	12	1	4	1	555000	6.5
鹿児島県	33	2	17	4	8	1	840000	5.6	39	3	17	4	8	1	838000	6.4
沖縄県	20	6	16	3	7	2	634000	5.7	19	5	17	4	8	2	635000	5.5
合 計	2578	486	1081	321	371	109	61804000	6.4	2731	520	1089	317	378	114	61311000	6.8

表 V-6-1 都道府県別患者数と有病率

都道府県	1999										男子10万人対
	非感染血友病A(生存)	非感染血友病A(死亡)	非感染血友病B(生存)	非感染血友病B(死亡)	感染血友病A(死亡例含)	感染血友病B(死亡例含)	感染血友病A死亡(再掲)	感染血友病B死亡(再掲)	生存血友病患者数	男子人口	
北海道	118	3	27	0	52	10	15	3	189	2,722,000	6.9
青森県	29	1	11	0	11	5	5	3	48	698,000	6.9
岩手県	35	0	2	0	2	2	0	1	40	677,000	5.9
宮城県	75	0	16	0	45	4	7	2	131	1,151,000	11.4
秋田県	11	0	7	0	13	3	5	2	27	567,000	4.8
山形県	18	0	6	0	14	2	8	2	30	603,000	5.0
福島県	71	0	8	0	28	2	16	0	93	1,040,000	8.9
茨城県	53	0	8	0	17	4	6	1	75	1,480,000	5.1
栃木県	45	0	15	0	16	12	6	5	77	989,000	7.8
群馬県	66	1	10	0	13	7	6	1	89	986,000	9.0
埼玉県	115	0	29	0	43	14	8	4	189	3,468,000	5.4
千葉県	78	1	10	0	33	10	11	3	117	2,951,000	4.0
東京都	284	1	71	1	177	49	71	18	492	5,774,000	8.5
神奈川県	153	1	24	0	89	11	22	2	253	4,241,000	6.0
新潟県	104	1	10	0	13	4	9	2	120	1,205,000	10.0
富山県	23	0	3	0	11	2	5	1	33	539,000	6.1
石川県	17	0	2	0	10	4	7	1	25	570,000	4.4
福井県	21	0	7	0	8	4	7	1	32	399,000	8.0
山梨県	15	0	1	0	5	0	2	0	19	435,000	4.4
長野県	38	1	10	0	13	6	10	3	54	1,069,000	5.1
岐阜県	47	0	7	0	16	9	3	3	73	1,014,000	7.2
静岡県	101	0	37	0	29	13	10	5	165	1,833,000	9.0
愛知県	211	5	41	1	43	12	16	3	288	3,454,000	8.3
三重県	34	2	11	1	2	8	0	6	49	892,000	5.5
滋賀県	32	0	6	0	12	5	3	1	51	648,000	7.9
京都府	64	0	9	0	24	6	11	2	90	1,254,000	7.2
大阪府	204	0	32	1	50	21	14	5	288	4,231,000	6.8
兵庫県	158	2	32	0	35	13	12	4	222	2,607,000	8.5
奈良県	61	1	8	0	15	2	4	1	81	692,000	11.7
和歌山県	22	0	5	0	6	2	0	0	35	507,000	6.9
鳥取県	7	0	0	0	2	1	1	0	9	293,000	3.1
島根県	25	0	3	0	3	0	2	0	29	363,000	8.0
岡山県	25	0	5	0	11	5	3	0	43	936,000	4.6
広島県	72	2	12	0	17	10	6	3	102	1,388,000	7.3
山口県	40	1	8	0	18	4	6	4	60	722,000	8.3
徳島県	16	0	6	0	8	5	3	1	31	393,000	7.9
香川県	35	0	2	0	2	1	1	1	38	493,000	7.7
愛媛県	29	1	1	0	4	3	1	3	33	706,000	4.7
高知県	24	0	3	0	3	3	2	1	30	380,000	7.9
福岡県	106	0	16	1	53	19	15	8	171	2,371,000	7.2
佐賀県	25	1	8	0	9	3	4	2	39	417,000	9.4
長崎県	31	2	5	0	25	4	10	1	54	714,000	7.6
熊本県	42	0	10	0	19	3	4	2	68	880,000	7.7
大分県	25	0	3	0	20	4	11	1	40	577,000	6.9
宮崎県	29	0	4	0	12	1	4	0	42	554,000	7.6
鹿児島県	38	1	3	0	17	4	8	1	53	837,000	6.3
沖縄県	19	1	6	0	16	4	7	2	36	641,000	5.6
合 計	2891	29	560	5	1084	320	387	115	4353	61,358,000	7.1

表 V-6-2 都道府県別患者数と有病率

VI. 凝固因子製剤による HIV 感染全国調査

東京医科大学 臨床病理科 福武 勝幸
 聖マリアンナ医科大学 小児科 瀧 正志
 産業医科大学 小児科 白幡 聡
 聖マリアンナ医科大学附属研究施設 立浪 忍
 静岡県立こども病院 血液腫瘍科 三間屋 純一
 名古屋大学医学部付属病院 輸血部 高松 純樹
 関西医科大学洛西ニュータウン病院 内科 上田 良弘
 奈良県立医科大学 小児科 吉岡 章
 広島大学医学部附属病院 輸血部 高田 昇

1. 血液凝固因子製剤による HIV-1 感染の状況

調査の対象とした 1446 施設の中から、救急診療のみの施設、調剤薬局等を除いた、実際の真の対象施設は 1386 施設と推定され、このうち 1154 施設から回答を得て回収率は 83%であった。血液凝固因子製剤により HIV に感染した患者の総数は、血液凝固異常症の生存例 913 例に死亡例 510 例を加えた 1423 例(血友病 A 1084 例・血友病 B 320 例・フォンヴィレブランド病 7 例・類縁疾患 12 例)にその他の疾患、いわゆる第 4 ルートの感染例の 7 例(生存 4 例、死亡 3 例)を加えて 1430 例となった。総数は昨年度調査より 2 例減少した結果となったが、この原因は新規登録症例の追加、調査票記載違いが原因の重複症例の削除などであり、血友病 A が 5 例の減少、血友病 B が 3 例の増加、フォンヴィレブランド病、類縁疾患、第四ルートは変化しなかった。

表 VI-1 凝固因子製剤による HIV 感染全国調査 (単位:人) 1999/5/31 現在

	血友病 A	血友病 B	類縁疾患	小計	その他	総数
HIV 非感染者	2891 (21)	558 (6)	855 (439)	4304 (466)	-	-
[1] HIV 感染者	1084 (2)	320 (2)	19 (9)	1423 (13)	7 (4)	1430 (17)
[2] AIDS 患者数	480 (2)	150 (2)	6 (2)	636 (5)	4 (2)	640 (7)
[3] 死亡数	387 (2)	115 (2)	6 (2)	508 (6)	2 (1)	510 (7)

() 内は女性数を再掲。[2] は [1] に含まれる。[3] は [2] に含まれる。[2] の AIDS 患者数には HIV 感染者の死亡は全て含まれる。

女性血友病 3 例 (前研究班からの死亡報告例。生年月日不明だが、該当する女性血友病死亡例の報告がないため重複なしと判定した。)

2. 血友病患者の HIV-1 感染率

血友病患者の HIV-1 感染率は汚染血液製剤への暴露の可能性があった患者として、血友病 A については 1985 年以前、血友病 B については 1986 年以前に出生した患者に対する割合として算出した。ここではウイルス不活化処理されていない血液凝固因子製剤の実際の使用の有無は加味されていない。

1999

表 VI-2 ブロック別患者数と感染率

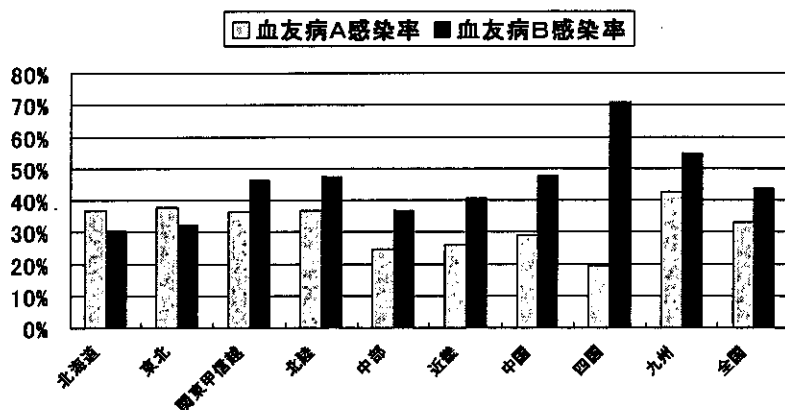
1998/5/31 現在

ブロック名	血友病A 感染	血友病A 非感染	血友病A 感染率%	血友病B 感染	血友病B 非感染	血友病B 感染率%
北海道	50	87	36.5%	10	23	30.3%
東北	111	182	37.9%	17	36	32.1%
関東甲信越	418	730	36.4%	114	133	46.2%
北陸	30	51	37.0%	9	10	47.4%
中部	90	275	24.7%	43	74	36.8%
近畿	147	421	25.9%	48	69	41.0%
中国	54	132	29.0%	20	22	47.6%
四国	17	70	19.5%	12	5	70.6%
九州	172	230	42.8%	44	36	55.0%
全国	1089	2178	33.3%	317	408	43.7%

図 VI-1

ブロック別HIV感染率

1998/5/31現在

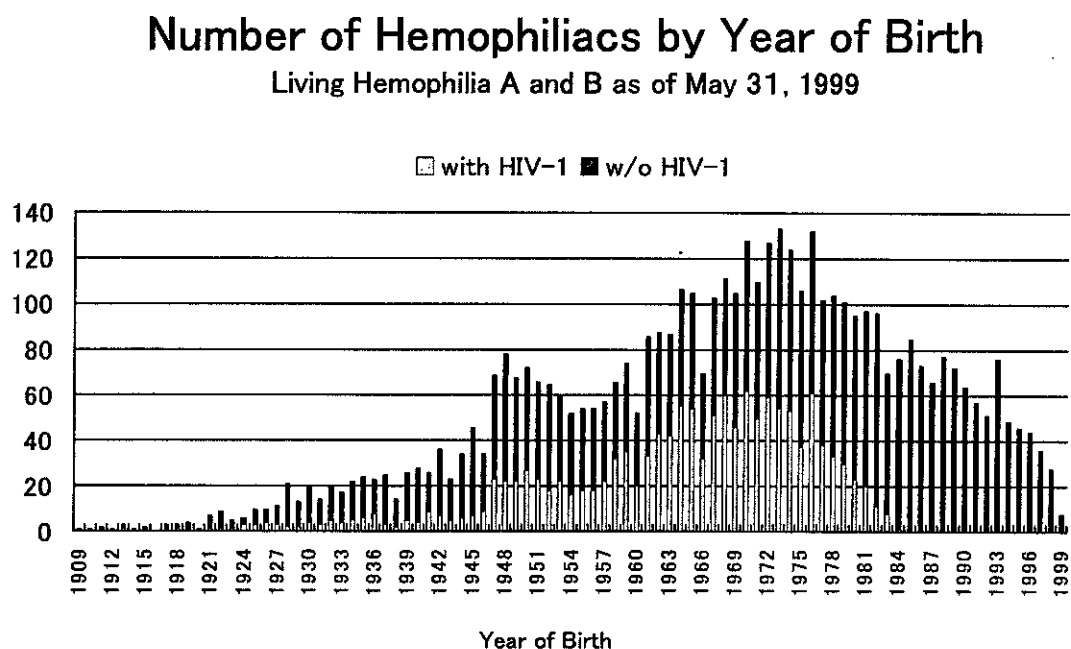


全国平均は、血友病Aで33.3%、血友病Bで43.7%であった。四国ブロックは血友病Aの感染率が低く、血友病Bの感染率が高いが、患者数が非常に少ないため、これらの感染率の高低を他のブロックと比較して評価するのは難しいと考えられた。

3. 出生年次別 HIV-1 感染・非感染血友病患者数

血友病について出生年次別に感染者と非感染者の数をグラフ（図VI-2）に示した。血液凝固因子製剤によるHIV-1感染者の最年少者は、血友病Aでは1983年生れ、血友病Bでは1984年生まれであった。グラフには示さないが、フォンヴィレブランド病では1980年生れ、類縁疾患では1984年生れ、その他の疾患（第4ルート症例）では1985年生れが感染者の最年少であった。

図 VI-2



4. 血友病患者の出生年次別感染率

血友病患者について出生年次別に感染率をみると、前述の図VI-2からも明らかであるが、若年者の感染率が著しく低くなっている。この原因として考えられることは、出生後1～2年程度は出血頻度が少なく、血液製剤の使用量が少ない症例が多いこと、中等症や軽症型について10歳以下では血友病の診断が確定していない症例がかなりあり、血漿分画製剤による治療が始まっていなかったなどの可能性が考えられる。また、米国血友病基金などの推奨に従って、若年の患者に濃縮製剤の投与を控えたり、少量の投与にクリオプレシピテートを用いた施設があったこと等が考えられる。ただし、これらの推奨に従うことが出来たのは多数を占める血友病Aだけであり、約20%の存在である血友病Bについては、このような対策は当てはまらなかった。

Ⅶ. 血液凝固因子製剤によるHIV感染症による死亡症例の調査

関西医科大学洛西コーナ病院 内科	上田 良弘
国立国際医療センターエイズ治療・研究開発センター	岡 慎一
都立駒込病院 感染症科	味澤 篤
名古屋大学医学部付属病院 輸血部	高松 純樹
東京医科大学 臨床病理科	福武 勝幸

1. 血液製剤による HIV-1 感染者の死亡数

血液凝固因子製剤により HIV に感染した患者の総数は、血液凝固異常症の生存例 913 例に死亡例 510 例を加えた 1423 例（血友病 A 1084 例・血友病 B 320 例・フォンヴィレブランド病 7 例・類縁疾患 12 例）にその他の疾患、いわゆる第 4 ルートの感染例の 7 例（生存 4 例、死亡 3 例）を加えて 1430 例となった。血液凝固因子製剤により HIV-1 に感染し、1999 年 5 月 31 日までに死亡した症例は 513 例（血友病 A 387 例・血友病 B 115 例・フォンヴィレブランド病 1 例・類縁疾患 7 例・その他 3 例）が集計された。

2. ブロック別血友病患者死亡数

患者数は関東甲信越ブロックへ集中しており、死亡者は関東、九州、近畿、中部、東北ブロックの順に多かった。

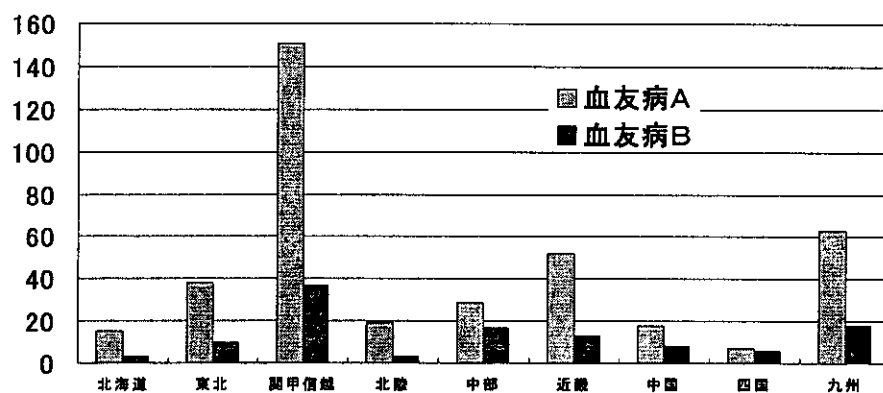
表 Ⅶ-1 HIV 感染血友病患者のブロック別死亡数

都道府県	血友病 A	血友病 B	合計	都道府県	血友病 A	血友病 B	合計
北海道	15	3	18	近畿	47	13	60
東北	38	10	48	中国	18	8	26
関東甲信越	151	37	188	四国	7	6	13
北陸	19	3	22	九州	63	18	81
中部	29	17	46	全国	387	115	502

図 VII-1

HIV感染血友病患者のブロック別死亡数

1999/5/31 現在



3. ブロック別死亡率の比較

全国的に死亡率は血友病A、Bともに約35%であった。北陸ブロックの血友病Aと東北ブロックの血友病Bで死亡率が高く見えるが、ともに症例数の少ない地域でありこの数値から他の地域との差があるとは評価できない。

表 VII-2 ブロック別死亡率（死亡数／感染数）

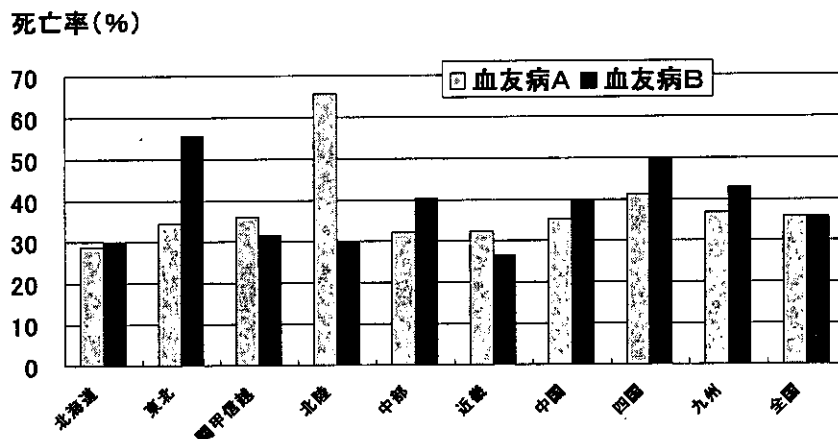
1999/5/31現在

都道府県	血友病 A			血友病 B		
	感染症例	死亡症例	死亡率	感染症例	死亡症例	死亡率
北海道	52	15	28.8	10	3	30.0
東北	110	38	34.5	18	10	55.6
関東甲信越	419	151	36.0	117	37	31.6
北陸	29	19	65.5	10	3	30.0
中部	90	29	32.2	42	17	40.5
近畿	145	47	32.4	49	13	26.5
中国	51	18	35.3	20	8	40.0
四国	17	7	41.2	12	6	50.0
九州	171	63	36.8	42	18	42.9
全国	1084	387	35.7	320	115	35.9

図 VII-2

HIV感染血友病患者の ブロック別死亡率(死亡数/感染者数)

1999/5/31 現在



7. 死亡者数の年次推移

AIDSの特徴的症状を呈した死亡者は、表Ⅶ-4に示すように1995年に年間49人と最高値となった。1994年、1995年、1996年は46人、49人、43人と高い水準であったが、1997年には22人にまで減少した。米国でのAIDSの特徴的疾患による死亡者数は1996年から減少に転じたが、日本では抗HIV薬、特にプロテアーゼインヒビター（PI）導入が遅れたことに一致し、死亡数の減少が1年間遅れたものと考えられる。これは日本での死亡者の減少とPIの消費量増加が米国と同様に鏡像を描いていることから推測できる。そして、HIV-1感染症のように進行する致死性疾患に対しては、海外で開発された有効性の高い新薬を導入する上で、遅れを最小限にすることが患者の生命を守るために極めて重要であることを示している。

AIDS以外の原因で死亡した患者数は1989年以降、年間10人程度で安定しており、死因としては頭蓋内出血が最も多く、その他の出血、事故死が続いていた。

1999

図 VII-6

Annual Deaths among Patients with HIV

as of May 31, 1999

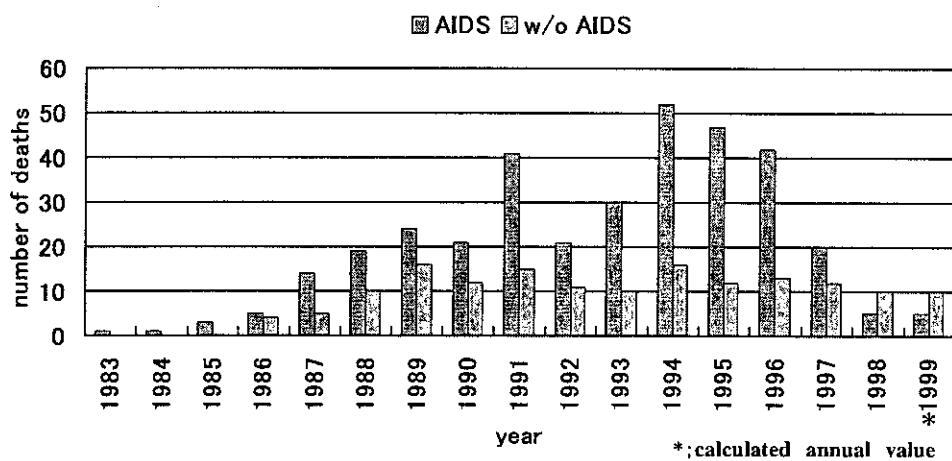


表 VII-4 死亡者数の年次推移

year of death	1997 調査		1998 調査		1999 調査	
	AIDS	w/o AIDS	AIDS	w/o AIDS	AIDS	w/o AIDS
83	1	0	1	0	1	0
84	1	0	1	0	1	0
85	2	1	2	1	2	1
86	5	3	5	3	5	3
87	14	5	14	5	14	5
88	20	7	19	9	19	9
89	24	11	24	12	24	12
90	20	10	21	10	21	10
91	43	12	44	12	44	12
92	25	10	25	11	25	11
93	26	9	26	9	26	9
94	47	14	46	15	46	15
95	45	8	49	9	49	9
96	42	14	43	14	43	14
97	19	12	22	14	22	14
98			2	12	2	12

9. まとめ

この調査による血液凝固因子製剤によるHIV-1感染者総数は、1999年5月31日現在で1430例であり、1996年度研究班報告書の調査結果である1996年5月31日現在の感染者総数1868例に対して434例減少したが、これまでの調査方法では重複例が多かったものと考えられる。感染後、十数年が経過したと考えられる現時点での死亡者数は510例であり、感染者中での死亡率は35.9%であった。これはI.R.Walkerらが示したカナダのHIV-1感染血友病患者の1995年までの死亡率45%より低い数値であった。この原因としては、感染者の年齢分布の違いが大きいかもしれない。

死亡者数は前年度までの報告の493例を8例上回った501例となった。死亡者を出生年代別に解析したところ、累積死亡数として最も多いのは1970年代に出生した感染者であったが、この年代は感染者数も最も多いため感染者中の死亡者の割合を死亡率として求めると約20%となり、感染者数が少ない1930年以前に出生した高齢患者の死亡率の方が50%以上と高率であった。これは従来の報告にもあるように、感染時の年齢が高いことに加えて、エイズ以外の疾患で死亡した群でも高齢者の死亡率が高いことから、加齢の影響が加わったことによると考えられる。

死因として報告されたエイズに特徴的な疾患の累積報告数でカリニ肺炎が105件と最も多いのは、この調査が治療法の発達経過を含むことから当然である。しかし、近年ではカリニ肺炎や非定型抗酸菌症などは、HIV-1感染に伴う免疫機能の低下があらかじめ判明している患者では、発症予防が可能となってきた疾患であり、1997年においてもこれらの疾患が死亡例において高頻度に認められたことは残念であるが、1998年には報告がなくなり、本邦の治療水準が全国的に向上したものと考えられる。しかし、これには健康保険による診療の制約も影響していると考えられ、免疫機能の低下した患者に対する日和見感染症の最新の治療管理方法の普及とそれらに対する健康保険の適応の確立が重要である。

Ⅷ. プロテアーゼインヒビターによる出血傾向

奈良県立医科大学 小児科 吉岡 章
 東北大学 第3内科 石川正明
 帝京大学内科 木下忠俊
 東京医科大学臨床病理学 香川和彦
 金沢大学 第3内科 朝倉英策
 東大阪市立総合病院 小児科 木下清二
 兵庫医科大学第2内科 日笠 聡

目的

抗HIVプロテアーゼインヒビターによるHIV治療の凝固線溶系への影響を調査研究した。出血傾向の増悪を評価するための調査を行い、原因の究明と適切な対応方法の検討をおこなった。

対象

委員の所属施設で治療を受けているHIV感染血友病及び類縁疾患の患者でプロテアーゼインヒビターを連続して1週間以上服用している者とした。

対象患者		
血友病A	血友病B	合計
26	11	37
年齢 33.8±11.8 歳		

血友病の重症度				
重症	中等症	軽症	不明	合計
19	13	4	1	37
インヒビター保有者は含まない				

結果

初回治療に使用したプロテアーゼインヒビターの種類について調査したところ、次ぎの表のようにインジナビルが最も高頻度に用いられていた。

初回服用のPI					
SQV	RTV	IDV	NFV	不明	合計
8	4	15	9	1	37 例

プロテアーゼインヒビター開始後の出血傾向の増悪のについて調査した結果は次ぎの表に示す通りであり、不変が最も多いが27% (10/37) の症例で出血傾向の増悪が認められた。

PI服用開始後の症状の変化					
増悪	やや増悪	不変	減弱	不明	合計
4	6	26	0	1	37

結論

プロテアーゼインヒビターによる出血傾向の増悪の機序について検討した。臨床検査成績からは出血傾向の増悪を招く因子を推定することは困難であつたが、プロテアーゼインヒビター使用患者の血液製剤使用量の変化を調査したところ、症状悪化例では服用開始以前に比べて血液製剤の使用量が127%と明らかに増加していた。現在のところ出血傾向の増悪の原因は不明であるが、臨床症状への注意と早期の凝固因子製剤投与による重症化の防止が重要であると考えられた。

IX. 抗 HIV 薬の服薬アドヒアランスへの関連因子について

ー 維持因子の構造と働き

横浜市立大学医学部付属病院	清水 延美
国立名古屋病院	清水 恵
横浜市立大学医学部付属病院	中村 優子
横浜市立大学医学部付属病院	根本 佳代子
HIV/AIDS看護研究会	乃村 万里
兵庫医科大学	日笠 聡
HIV/AIDS看護研究会	堀 成美
川崎医科大学付属病院内科	三宅 晴美
川崎医科大学付属病院内科	山田 治
東京都衛生局福祉部エイズ対策室	山本 博之
東京医科大学病院	山元 泰之
東京都衛生局福祉部エイズ対策室	我妻 コシ子

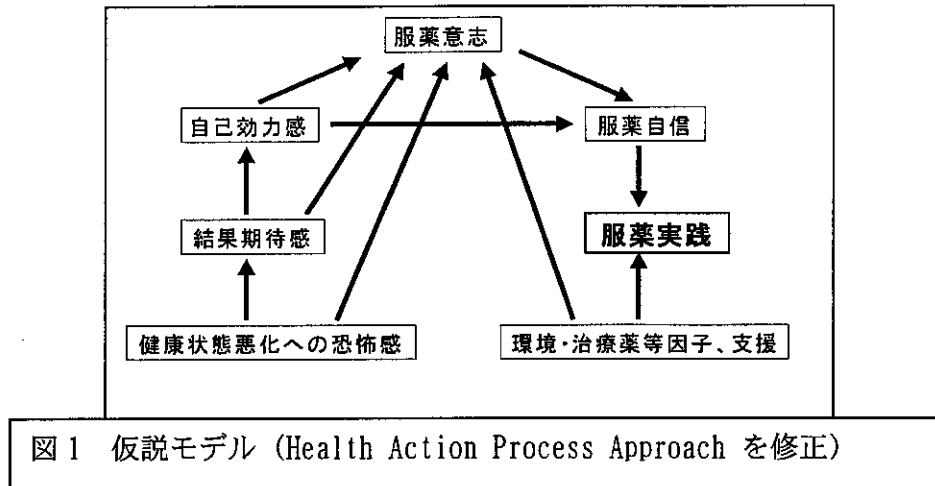
A. 目的

我々は 1998 年に「抗 HIV 薬の効果的な服薬援助のための検討会」を立ち上げ、抗 HIV 薬の服薬援助の在り方を探ってきた。この検討会で服薬に関する先行研究を調べたところ、抗 HIV 薬の服薬に関する調査研究は多いが、大部分が「服薬を妨げているもの（＝阻害因子）」に焦点をあてており、臨床実践でも阻害因子の除去に力点が置かれていることに気がついた。一方「服薬を支えているもの（＝維持因子）」についての重要性は言及されるものの、その検討はあまりなされていない。そこで、本研究は維持因子の構造と働きを検討し、今後の抗 HIV 薬服薬援助に役立てることを目的とした。

B. 方法と対象

(1) 仮説モデル

仮説モデルとして、Schwarzer の Health Action Process Approach を修正し、このモデルに従ってそれぞれの項目を検討した。なお、以下において「服薬を妨げているもの」を「阻害因子」、「服薬を支えているもの」を「維持因子」と呼ぶこととする（図 1）。これらのうち、「自己効力感」とは「望んだ結果を実現するために必要な行動を実行する能力に関する信念」を、「結果期待感」とは「結果が自らにとって有益であると信ずる信念」を指す。これらは、Bandura によって提唱された社会的認知理論（1986）における人間の動機づけと行動に影響を及ぼす概念であるが、その中で Bandura は、「健康行動を身につけそれを保持するためには、行動—結果の因果性を認識するだけでは十分とは言えず、自分が求められる行動を実行する能力を持っていると信ずる必要がある」と説いている。



(2) 対象と方法

対象は、抗 HIV 薬による治療を受けている患者のうち、同じレジメンを半年以上続けていて、「1 日服薬回数が 2 回の場合、過去 1 ヶ月間の飲み忘れが週に 1 回以内」、すなわち単純計算で 1 ヶ月の服薬率が 93%以上の対象者を「服薬良好群」、それ以外の者を「服薬困難群」、各群 20 名として全国多施設にてリクルートを行った。なお、今回は性感染者に限っている。

良好群と困難群間では、性別、年齢、エイズ発症の有無、抗 HIV 薬のレジメンのうち、逆転写酵素阻害剤である ddI とプロテアーゼ阻害剤全種類の有無の 4 項目についてマッチングを行い、一致した者を対象とした。

調査の方法は、無記名自記式調査と構造化質問紙を用いた面接調査との併用とし、面接は各対象者の診療には直接関わらない者が行った。調査実施期間は 1999 年 7 月から 2000 年 3 月末日までであるが、本報告では、服薬良好群 20 名、服薬困難群 6 名についての中間結果について報告する。

C. 結果

(1) 対象者の属性、健康状態

属性は、年齢全体平均 40.2 歳、性別 88.5%が男性。健康状態は、まず主観的健康度について、「0：かなり悪い～4：とても良い」の 5 点尺度で回答してもらい得点化したところ、現在の健康状態、更に健康状態のこれまでの推移両方において、良好群の対象者の方が自らの体調をより良いと感じていることが推察された。また、現在感じている身体症状について 13 項目からの複数回答の結果、下痢 69.2%、易疲労感 65.4% 等が多く挙げられていた。なお、回答項目数では両群の差は有意では見られなかった。精神健康度の指標である GHQ12 項目スコアはレンジ 0～36 であり、高得点なほど精神健康の不良度を示す。これは全体平均 13.06 で、日本人の一般住民調査と比較するとやや良好と考えられたが、統計学的な有意差はなく、また、両群の差もなかった。抗 HIV 薬による治療継続期間は、困難群の方が長かった。

(2) 両群間での各項目の平均値

仮説モデル関連項目について 5 点尺度で回答した平均得点の結果を示す。結果期待感、服薬自信、更に自己効力感、服薬開始時の説明の満足度について、両群間で統計学的有意差を認めた (表 1)。