

討論の中で、外国人相談者のためには、自分の病状に関する情報を正しく知るための通訳の確保、十分な社会背景の把握に基づいた活用可能な社会資源の情報の提供、母国の医療事情の把握、将来設計のための自己決定の支援、母国の医療機関との橋渡しなどの支援の提供が必要だとの議論がされた。

b. 外国人診療ガイドラインの検討

過去の調査研究を元に以下のようなガイドラインを策定し、現場のソーシャルワーカーらの参加のもとで検討会を実施し改良を行った。更なる改良を加え、3月に最終版を作成の予定である。

外国人 HIV 診療ガイドライン要旨(ドラフト)

1. 説明と同意(インフォームドコンセント)に基づく医療の提供

相談者が正確に医療情報を把握した上で、自己決定ができるように、言葉の不自由な外国人に対して通訳が提供できるように努力が必要である。

2. 適切な技能を持つ通訳の確保

通訳の確保に当たっては、的確な技能を持ちプライバシーが守られる人材であることが求められる。このためには、通訳に一定の謝礼を払う財源を確保し、研修・派遣を行うシステムの開発が必要である。

3. 医療相談へのアクセスの保障

外国人感染者は一般に言語・経済・社会的な障壁により、治療が困難となる可能性が日本人より高く、ソーシャルワーカー等の相談が受けられるように特段の配慮が必要である。

4. 経済社会状況の把握

外国人感染者の相談を受けるにあたっては、滞在資格の種類、婚姻状況、療養環境・経済状況・就労環境や雇用条件など相談者を取りまく経済的・社会的状況について十分に把握したうえで、適切な支援を行う必要がある。

5. 社会制度の活用

結核予防法・労災保険・入院助産・養育医療・育

成医療など国籍や滞在資格によらず適用が認められている社会制度について十分な把握をし、積極的に活用できるよう支援しなければならない。また、行旅病人及び行旅死亡人取り扱い法・外国人救急医療費未払い補填事業・更生医療など自治体によって制度やその運用が異なるものに関しては、相談者の居住地の運用の状況を正確に把握し情報提供する必要がある。更に、現場の実情に基づく提言によって制度やその運用の改善が行なわれるように働きかける必要がある。

6. 母国の医療事情の把握

相談者が母国への帰国を希望する場合には、母国の医療事情等についてできるかぎり調べ、情報提供して行く必要がある。諸外国では、保健医療制度はきわめて多様である。ブラジルのように HIV 医療が全て公費負担で行なわれている国が有る一方で、多くの開発途上国では薬代は自己負担となり、HAART はもちろん、抗真菌剤の服用など日和見感染症の治療も経済的に裕福でなければ困難がある場合が多い。こうした母国の医療事情について把握することは相談者の将来の設計に極めて重要である。

7. 多様性の尊重

医療を提供していく過程の中で外国人の生活習慣や文化・宗教の違いを可能な限り尊重しなければならない。

8. 自己決定の尊重

外国人感染者の生活設計上の相談にあたる場合は、病状、日本国内での支援環境、雇用状態、母国での医療事情や療養環境などを踏まえ十分な社会資源の情報を提供した上で自己決定を促していく必要がある。

9. 帰国を希望する外国人患者への支援

相談者が母国への帰国を希望する場合には、帰国が円滑に行なわれ適切な医療にアクセスできるように最大限の配慮が必要である。治療の必要な外国人患者が帰国を選択する理由は、経済的・精神的な理由で日本での治療が困難となったためであることが多い。

この場合帰国の手続きや母国側の医療機関との連絡などきめ細かい援助をしていくことが望まれる。十分な情報提供がなかった場合や自己決定のプロセスが欠けていた場合に、結局帰国を断念し病状を悪化させて他院を受診したり院外の支援者に相談をするケースも少なくない。

必要な支援の中には、母国の家族や在日公館との連絡・帰国便の確保と搭乗許可の取得・母国側の医療機関の情報収集と連絡などが含まれるが、旅券や滞在許可が失効している場合などに旅券の再発行と出国手続きに時間がかかることが少なくない。また、重症者の帰国に関しては医療従事者などの同伴が求められる。

患者支援体制

a. タイの HIV 医療

1. 基本的な医療のインフラ

タイの医療機関は、村レベルから中央レベルまで公的な医療機関の縦のネットワークが形成されている(表1)。

都心部では私立病院も発達しているが公的医療機関のシステムとは全く独立したものである。政府によって農村部の医療を改善する為の取り組みが多年続けられているが、医療従事者の数が都心部と農村部で大きく異なっていることから分かるように地域間の格差はいまだ大きい(表2)。

タイの保健医療は複数の医療保障・保険制度により構成されている。医療扶助制度は、0～12歳児、13～15歳児、60歳以上老人、障害者、退役軍人とその家族に対して適応される。“Civil Servant Medical Benefit Scheme”は公務員・国営企業職員の医療保障制度で、公務員とその家族は国公立・民間いずれの医療施設でも利用できる。“Social Security Scheme”では従業員10名以上の事務所に従業員を社会保障制度に加入させることを義務付けている。公務員・学生・臨時労働者はこの制度に含まれない。この制度は傷病・出産・障害・死亡・失業などをカ

バーできる。2001年10月より全体的に導入された30パーツ医療制度は、上記の保障・保険でカバーされない一般低所得者層を対象に、1回の診察(薬も含む)が30パーツで受けられるというものである。対象者は、居住地により決められた病院または保健所で登録し、IDカードを発行してもらう。

エイズ関連の薬は、この制度の導入時には日和見感染の治療薬および予防薬のみが対象であったが、同年12月には抗レトロウイルス薬(ARV)も漸次この制度でカバーする方針であることを保健省は発表した。

2002年7月現在、政府の無料ARV治療“Access to Care”プロジェクトは約3,000人の患者しかカバーしていないが、同年3月よりタイ政府製薬機構(Government Pharmaceutical Organization)で安価なARV(製造が始まったことなどにより、9月までにその対象を10,000人にまで拡大する計画である。この拡大計画が成功するようであれば、政府はGPO製のARVも30パーツ医療制度の対象とする予定である。しかしながら、この30パーツ医療制度では各医療施設に対し年間1,202パーツ/登録人の補助金しか支給されないため、財政的に運営が困難であるとの声も上がっており、今後の動向が注目される。

地域の医療供給は、臨床的サービスは県・郡病院が担い、保健センターでは簡単な疾病や創傷の診断治療・出産介助・予防接種・栄養指導・家族計画・環境衛生などの業務を行う。タイの地域医療の問題点として、住民が保健センター飛び越して病院を受診するバイパス現象があったが、その対応策としてPrimary Care Unit(PCU)が2001年10月より各医療施設に設置され、患者は一旦PCUにかかり、医師の診断や高度な医療が必要と判断された場合のみ上位医療機関へ紹介される。

2. HIVの疫学的動向

a. 推定 HIV 感染者数

[UNAIDS: Epidemiological Fact Sheet 2002 update より]

2001年末で

- ・成人(15-49才)のHIV感染率: 1.8%
- ・成人HIV感染者数: 650,000
- ・うち女性: 220,000
- ・子供(0-15才)HIV感染者数: 21,000

b. AIDS患者報告数

[タイ公衆衛生省 Monthly Epidemiological Surveillance Report より]

1984年から2001年6月末まで

- ・AIDS患者数: 198,077 (うち死者数54,534)

(図1 & 2参照)

[疫学的動向]

- ・1989~1993年ではAIDS患者の男女比は6:1であったのに対し、1994~2001年では3:1にまで女性患者の割合が増加している。この背景として、HIV流行初期には、感染者は男性同性愛者・麻薬使用者が多く報告されていたが、1989~1990年は性産業従事者およびその顧客である労働者・農民といったより大きな人口へ拡がり、さらにその妻達・子供達へと感染が拡大していった状況がある。
- ・妊婦外来受診者・献血者などの一般人口のHIV陽性率は1990年代半ばをピークに減少に転じているが、数年前の感染の動向に影響を受けるAIDS発症患者数は若干の減少があっても、今後数年高値が続くと見られている。

3. HIVに対するNational Policy

1991年に国家エイズ対策委員会が設置された。それ以降、本委員会においてエイズ予防対策に係る国家プログラムとして「エイズ予防対策国家5ヵ年計画」が策定されている。1992~1996年の5ヵ年計画では、ケアの向上と差別の防止が盛り込まれた。現在の2002~2006年の計画では、エイズによって生じるさまざまな社会の課題に対して、地域の多様なリソースが協力して取り組むための環境作りを積極的に推進している。また、「HIV/AIDSワクチン開発国家計画」に基づき、HIVワクチンの第3相臨床試験が現在進行中である。

4. HIV医療の現状

a. 予防

- ・母子感染予防:

国家的対応として、HIV感染妊婦へのAZT提供と新生児へのAZTシロップ提供、母乳に代わる粉ミルク供与。同時に妊産婦のカウンセリング&抗体検査、定期的フォローアップなどを含む包括的サービスが行われている。

現在ハーバード大学のプロジェクトが北部タイで実施されており、HIV感染妊婦に対し、ネビラピンとAZTの併用群が、AZT単独投与群に比べ母子感染率が大幅に低下したことがされた中間解析データ(2002年7月発表)により示された。

- ・日和見感染症予防:

ST合剤(バクタ)の予防内服が、30パーツ医療制度のもとで全国展開がされてきているが、農村部では2002年末現在では医療体制の整備途上である地域が多い。

b. 診断

ほとんどすべての県病院・地域病院で、またいくつかの保健所でもカウンセリングおよび抗体検査が可能である。

CD4は県病院から数県に1ヶ所設置されている地域中核病院へ検体を搬送し、測定可能。VLは検体をMOPH・AIDS Divisionまで搬送し、そこでの検査となる。(参考:検査費用は、東北部のルーイ県病院で、CD4測定が800パーツ、VL測定が3000パーツ。政府の無料ARV治療プロジェクトへの参加者は、ARV自体は無料だが、CD4検査費用は負担せねばならない。)

c. 治療・ケア

日和見感染症の治療は、30パーツ医療制度でカバーされる。

2001年2月より、パイロットプロジェクトとして、政府の無料ARV治療“Access to Care”プログラムが開始された。前述のように、2002年7月現在で3000人の患者しかカバーしていないが、9

月までに10000人をカバーする予定である。この拡大計画が成功すれば、ARVもGPO製などに限り30パーツ医療制度の対象となる予定である。

なお、都市部に存在する私立病院でも検査・治療が可能だが医療費の体系は全く異なっており、公的制度の枠外である。主として民間保険に加入が可能な都市富裕層や外国人が利用をしている。

d. 薬価

ARVの価格は、国際的世論の後押しがあり、値下げ交渉の努力ともあいまって、一部のブランド薬も値下がりが起こっている。タイでは政府製薬機構において、自国生産も開始しており、最も安い組み合わせでは月1200パーツ(GPO virの場合)の低コストで3剤療法が可能となった。(表3)

ただし、安いレジュメは極めて限られる。なお、2002年12月9日現在、1パーツ=2.91円である。

5. 社会的支援の現状

a. 公的な支援

制度としての公的支援はあるが、予算が少なく対象者数が極めて限られている。以下の公的支援は、全てのAIDS患者が受けられる訳ではないことに留意されたい。重要な公立病院には社会福祉課(医療相談室)が設置されており、患者の援助を行っている。患者が検査や治療のために公立病院に来院し、様々な問題を抱えていたり、薬代や医療費が払えない時は、社会福祉課に相談できる。

県福祉局は、HIV/AIDS感染者への生活費補助として、生涯500パーツ/月を支給し得る。生活費申請は、患者がその地域の住民であり、住居登録地が郡部であることが条件となる。(市街地区は特別区なので、県福祉局の担当でない。)また明らかに発症している患者である旨の診断書が必要である。しかし、現実にはこの予算は各県に数人~数十人(県の人口による)程度しか確保されておらず、対象となるにはきわめて狭き門である。

職業安定資金として、HIV/AIDS感染者に20,000パーツ以内が支給される。(解雇された、もしくは

失業中の患者に限る)。

生活困窮状態で医療費の支払いに大きな困難があると認められた場合に福祉援助金として1回2,000パーツ以内が薬代、医療費、生活費補助のため支給されうるという制度がある。請求には国民登録証、住居登録証、医師の診断書が必要である。エイズ孤児に対し、県福祉局は施設等と連携し、学業を続けるための援助を行う。乳幼児の場合は、1歳になるまでミルク代の援助を行う。

b. NGO活動

感染者に対する治療がまだ十分に行き届いていない現状では、NGOによるケアサポートや、感染者グループにおける自助活動は、感染者にとって不可欠のサポートである。NGOの活動は、カウンセリング、エイズ教育、ライフスキル教育、職業トレーニングなど、各NGOにより異なるが、ケアサポートだけでなく、感染者の声を政府に届ける役割も担っている。NGO、感染者グループともネットワークが構築されており、主に大都市に本部があるので、地方でコンタクトできるNGOもしくは感染者グループを紹介してもらうことも可能。以下、代表的なNGOとその活動。

- ・ Thai Network of People Living with HIV (TNP+) : 感染者グループ間のネットワーク組織
- ・ Thai NGO Coalition on AIDS (TNCA) : エイズ関連NGO連合
- ・ Thai Red Cross : 匿名クリニック、外来診療、各種治験、CD4測定など
- ・ MSF Belgium : 感染者の在宅ケア、医薬品の価格を下げる活動
- ・ Welcome House : 感染者のためのシェルター
- ・ Baan Peuan Cheewit : 仏教寺院ホスピス
- ・ CARE Rakthai Foundation : 感染者支援・国境地帯や工業団地での啓発
- ・ SHARE Thailand : 感染者グループ支援、農村でのエイズ啓発活動
- ・ Wednesday Friend's Club : 電話カウンセリング

グ、家庭訪問

- ・AIDS Access Foundation : カウンセリング、エイズ教育、政策提言
- ・AIDS Net : 政府・NGO・PHA グループ間の橋渡し、エイズ関連人材育成

b. ブラジルの HIV 医療

1. 医療制度とエイズ政策

ブラジルでは、1980年代後半に都市部の中産階級の男性を中心に HIV 感染が広がり、1990年の時点では、中南米で最も感染の広がりが深刻な国の一つであった。1992年には世界銀行が「2000年までにブラジルの感染者数が120万人に拡大する」と予想していた。しかし、その後積極的な対策が効を奏して2000年の推定感染者数は60万人にとどまった。

ブラジルでは、文民政権成立後の新憲法で「健康は全ての人の権利である」ことが明記された。これにより1988年に統一保健システム(SUS)のもとで国民皆保険が成立した。1990年代に入り、HIVは次第に都市から農村部に、富裕層から貧困層へ、男性から女性へと拡大していった。この結果エイズを発病し入院する人の数が1990年代に入り次第に増加、日和見感染症の治療にかかる経費が増加を続けていた。当初、ブラジル保健省が提供する無料医療には日和見感染に対する治療は含まれていてもARVによる治療は含まれていなかった。

1996年に、「ARVの無償提供を行わないことは憲法違反である」として感染者数名がサンパウロ州当局を提訴し、原告側の勝利に終わった。これをきっかけに政府のARV提供が全国的にはじめられることとなった。当初、ブラジル政府のこの決定を無謀であるとし、経済破綻や耐性ウイルスの蔓延に繋がるとの見方もあったが、ブラジル保健省の積極的かつ包括的な対策の推進により、現在では世界で最も成功した対策の例として高い評価を得るに至っている。

2. HIV の疫学的動向

a. 推定 HIV 感染者数

[UNAIDS : Epidemiological Fact Sheet 2002 update より]

2001 年末で

- ・成人(15-49才)の HIV 感染率 : 0.7%
- ・成人 HIV 感染者数 : 600,000
うち女性 : 220,000
- ・子供(0-15才) HIV 感染者数 : 13,000
- ・妊婦の抗体陽性率 : 0.61%

b. AIDS 患者報告数

[ブラジル保健省発表]

2002 年 3 月末までで

- ・AIDS 患者数 : 237,588 人
- ・AIDS による死者 110,000 人(推定)

[疫学的動向]

- ・初期は高学歴の男性同性愛者、続いて経静脈薬物使用者間で HIV 感染が広まったが、最近では貧困層、特に女性感染者、またそれに伴う母子感染が増加している。
- ・1985年には感染者の男性対女性の割合は25:1であったが、2001年では約2~3:1である(表4)。

3. HIV に対する National Policy

- ・国家 STD/AIDS プログラム(1987) : 感染予防及びケアに取り組む為の政策策定
- ・統一保健システム(SUS, 1988) : すべての医療に対するユニバーサルアクセス
- ・AZT 無料提供(1991)
- ・ARV 無料化(1996) : すべての患者へプロテアーゼ阻害剤を含むすべての ARV による治療が可能になる。

ブラジル政府が行なった包括的な対策のなかには、以下のようなものが含まれている。

- ・検査体制の整備
- ・薬剤供給体制の整備
- ・治療の中央モニタリングによる処方管理
- ・包括的医療の提供

・地域のケア・サポートの充実

4. HIV 医療の現状

a) 予防

ターゲットグループを疫学的・人口統計学的・行動学的に分類。それぞれに適した予防活動を展開。女性・子供・青少年・老人・貧困層・先住民・男性間性行為者・麻薬使用者・性産業従事者(男女)・トラック運転手・服役者・兵士・HIV 感染者

b) 診断

ラボ検査ネットワークシステム:SISCEL(1998年1月開始)(system for logistic control of laboratory testing)に登録すれば、無料でウィルス量及び CD4 測定検査を受けることができる。

c) 治療

抗 HIV 薬補給管理コンピュータシステム:SICLOM(1998年1月開始)(computerized system for the logistical control of anti-retroviral drugs)に登録すれば、全国に 424ヶ所あるエイズ治療薬調剤施設で無料で抗 HIV 薬がもらえる。コンピュータ管理をしたことで、電子カードを使った抗 HIV 薬の注文が可能となり薬の安定した供給、患者に正しい薬の取り方、保存の仕方等の情報配布が可能となった。また、国家 HIV/AIDS プログラムへの連絡によって、不適切な治療薬の使用があった場合に専門医が介入するなど、処方内容の適切性についても管理が可能となった。

また、従来、入院医療が中心であったものが、デイホスピタルや外来専門病院・ホームケアの充実などにより AIDS 患者の入院の頻度と入院期間は大幅に減少し、医療費の削減とともに、患者の QOL(生活の質)を上げることが出来た(表 5、表 6、図 3)。

d) ARV 無料化の成果

ブラジル政府は、ARV の一部国内生産の導入や製薬会社との粘り強い交渉により薬剤コストを下げ何とか無料 ARV 政策を維持した。この結果、1995 年から 2001 年の 6 年間にエイズによる死者の数を 50%

減少させることに成功した。また、結核・カリニ肺炎・トキソプラズマ症などの主要な日和見感染症の発現を 60~80%減少させた。

5. その他

・地域格差

医療体制の整備は全国で進められているが、アマゾン州など北部では現在も体制の整備を行っているところであり、薬の購入や医療サービスの享受が円滑に行かない可能性がある。人口の 80% は南の工業化の進んだ地域に住んでいるため多くの場合は問題がないが、北部地域にも日系人の入植地があるため日系ブラジル人の帰国後の相談をする場合出身地の確認が必要である。

・外国人

当初は、無料配布はブラジル国民と滞在資格のある外国人に限られていたようだが、ブラジルの長い国境線上には人の移動が激しく、滞在資格がないままブラジルで生活をする人も少なくない。

このため、現在は滞在資格のない外国人であってもブラジルに居住している実体が明らかであれば無償の ARV の提供を行なっているとのことであった。

結論

日本における外国人の HIV 診療においては、言語・経済・社会的障壁などにより外国人感染者の医療へのアクセスが大きく遅れている。こうした状況を改善するには、外国人感染者によりよい医療を実現する為に必要な事柄を明記したガイドラインの作成が重要である。その中には、通訳の確保・医療制度の運用・母国の医療事情の収集と現地側との連携といった具体的な改善を行う為の情報が含まれていることが求められる。

母国の医療事情は刻々と変わっており、特にタイは治療制度が整えられる途上にあり情報を頻回に更新していく必要がある。

ブラジル・タイともに先進国以外でエイズ対策を

成功させた国として高い評価を受けている。どちらの国も比較的早い時期にハイレベルの政策決定者の積極的な関与により国を挙げた取り組みを行ったこと、予防だけでなくケアと治療に力をいれ感染者のQOLの改善に努力をしたことで差別を減らすことができたこと、市民社会の参加による包括的な地域ケアを作り出したことなどが成功の鍵であったと言われている。

日本はこうした対策の面では遅れているが、諸外国に比べて感染の流行が遅れていたため、爆発的な流行を目にする状態には至っていない。しかし、日本では先進国で唯一エイズ患者数が増加を続けており、急速な感染拡大の兆しは既に現れている。

こうした中で、もっともvulnerable(脆弱)な立場にある外国人に対する積極的な対策が急務である。言語面でのサービスの充実や外国人にも相談を受けやすい体制を作ること、ガイドラインを基に医療機関内の業務の改善をすることなど外国人一般を対象とした取り組みを進めることは直ちに可能なことである。一方で、発病者の多くが滞在資格のない外国人であるという現実に対しての対応は不可欠である。まず、欧州と同様の救急医療の確保のための制度的裏づけをすることが必要である。

ブラジル政府が行っているような、滞在資格がなくともARVの無料提供をするという政策は労働力の移動が活発となった現代社会では検討すべき対策である。現状ではこうした政策を取る国は少数であるが今後ARVの価格が低下するとともに他の国でも政策の転換が行われる可能性がある。

現状では、在日外国人は受診が大きく遅れており予防のメッセージも届きにくい状況にある。このような状況下で感染の拡大を食い止めるためには、積極的なケアと治療の提供が不可欠であり、継続可能な形でARVを提供する何らかのプログラムをつくることもことも考慮する必要があるだろう。

健康危険情報

該当なし。

学会発表

沢田 貴志:外国人労働者とHIV/AIDS医療、第16回日本エイズ学会 公開国際シンポジウム—HIV/AIDS必要な人にケアは届いているか—名古屋、2002年11月30日

参考文献

- 1) 法務省入国管理局 2001年12月
<http://www.moj.go.jp/press/>
- 2) 厚生労働省エイズ動向委員会 2002年6月
http://www.acc.go.jp/mlhw_survey/2002/07/hyo_01.htm
- 3) Sawada T et al: Delayed access to health care among undocumented migrants in Japan :Population Mobility in Asia: Implications for HIV/AIDS Action Programmes, UNDP, pp33-39. 2000
<http://www.HIV-development.org/publications/mobility-action-programmes.htm>
- 4) 宇野賀津子、ほか:日本における在日外国人HIV感染者の医療状況と問題点、日本エイズ学会 3:72-81, 2001
- 5) 奥村 順子、ほか:医療費の点から見た在日外国人HIV診療の今後、日本エイズ学会誌(投稿中)
- 6) 山村淳平 :在日外国人結核に関する各機関の取り組み、呼吸器疾患・結核 資料と展望 39:9-16, 2001
- 7) 山村淳平:超過滞在外国人重症患者の搬送. 医療と福祉. Vol133(69), 70-77;2000

表 1 タイの医療施設分類 (1998 年)

行政レベル	医療施設	施設数	ベッド数
バンコク		5	1000-2300
首都圏	総合病院	29	300-1000
	専門病院・研究所	19	150-500
	保健所/支所	60/83	
	10 床病院	3	10
	民間病院	131	
	民間診療所	3143	
	薬局	3499	
行政地域	大学医学部教育病院	4	600-1000
	地域病院	25	500-1000
	専門病院	38	
75 県	総合病院(保健省管轄) ('99)	67	150-500
	軍病院(防衛省管轄)	56	
	民間病院	342	
	診療所	9063	
	薬局	9049	
795 郡および	地域病院	712	10-120
81 亜郡	拡大外来	1	
	特別保健所	212	
7255 集合村	保健所	9689	
	PHC センター (農村部)	67376	
	PHC センター (都市部)	1732	

表 2 タイの医療従事者数 (1997 年)

・ 医師 :	バンコク	7771 人	(人口 10 万人あたり 139 人)
	中央部	3100 人	(人口 10 万人あたり 22 人)
	北部	2079 人	(人口 10 万人あたり 17 人)
	南部	1510 人	(人口 10 万人あたり 19 人)
	東北部	2109 人	(人口 10 万人あたり 10 人)
・ 歯科医師 :	バンコク	1651 人	(人口 10 万人あたり 30 人)
	中央部	557 人	(人口 10 万人あたり 5 人)
	北部	398 人	(人口 10 万人あたり 3 人)
	南部	248 人	(人口 10 万人あたり 3 人)
	東北部	460 人	(人口 10 万人あたり 2 人)
・ 薬剤師 :	バンコク	2847 人	(人口 10 万人あたり 51 人)
	中央部	1145 人	(人口 10 万人あたり 8 人)
	北部	757 人	(人口 10 万人あたり 6 人)
	南部	507 人	(人口 10 万人あたり 6 人)
	東北部	685 人	(人口 10 万人あたり 3 人)
・ 大卒看護婦 :	バンコク	15190 人	(人口 10 万人あたり 272 人)
	中央部	13915 人	(人口 10 万人あたり 100 人)
	北部	10130 人	(人口 10 万人あたり 85 人)
	南部	7290 人	(人口 10 万人あたり 92 人)
	東北部	9841 人	(人口 10 万人あたり 47 人)

表3 タイの政府製薬機構(GPO)での薬価(2002年6月調査) *注文により製造

薬剤	容量	価格 (パーツ)	1日量	1ヶ月のコスト (パーツ)
AZT	100mg	6	400mg	720
	300mg	17		
	60cc	50		
	200cc	150		
ddI (sache)	30mg*	7.5	340mg	1,680
	60mg*	12		
	115mg	20		
	170mg	28		
	230mg	25		
	285mg	30		
D4T	1mg/ml	25	60mg 80mg	210 210
	15mg*	2.5		
	20mg*	3.0		
	30mg	3.5		
	40mg	4.5		
3TC	150mg	10	300mg	600
	60cc	60		
NVP	200mg	15	400mg	900
Combivir	AZT 300mg + 3TC 150mg	25	2cap	1,500
GPO-VIR	3TC 150mg+NVP 200mg+d4T 30mg	20	2cap	1,200
	3TC 150mg+NVP 200mg+d4T 40mg	25	2cap	1,500

表4: ブラジルの感染経路別 AIDS 感染者累計

	人	%
異性間性交	59,208	27.4
同姓・両性間性交	57,698	26.7
麻薬使用 (IDU)	39,109	18.1
母子感染	6,007	2.8
輸血、血液製剤	2,861	1.3
不明	50,916	23.6
計	215,799	100.0

出典: UNAIDS Epidemiological Fact Sheet 2002 update

表5: ブラジルの医療制度

*ADT/SAE/HDの3つを代替医療と呼ぶ。

略称	英語名	日本語訳	役割
AH	Accredited Hospital	認定病院	拠点病院
SAE	Specialized Care Services	特別ケアサービス	外来専門病院。医者、歯医者、看護婦、精神分析医、ソーシャルワーカーによるケア
HD	Day Hospital	デイホスピタル	従来なら入院していた軽い手術や生検も入院させずに安静を取るだけにする。
ADT	Home Therapeutic Care	ホームケア支援	入院を要する患者だが、家族も治療に加わり在宅治療をする。

表6：ブラジルの各医療施設の全国分布

		北部	北東部	南東部	南部	中央西部	全体
一般情報	土地面積分布(%)	45.3	18.3	10.8	6.7	18.9	100
	人口分布(%)	7.0	28.9	42.6	15.1	6.4	100
	人口密度(人/km ²)	2.6	28.5	70.2	39.8	6.1	18.1
(AIDS)認定病院	AH: AIDS 専門病院 (施設)	8	34	23	251	49	365
代替医療	SAE: 特別ケアサービス (施設)	7	21	81	27	19	155
	HD: デイホスピタル (施設)	1	11	38	15	3	68
	ADT: ホームケア支援 (施設)	2	7	35	7	1	52
SICLOM	AIDS 薬調剤施設 (施設)	12	48	264	85	15	424
SISCCEL	CD4 測定ネットワーク (施設)	6	11	38	11	4	70
	ウイルス量測定ネットワーク (施設)	4	12	32	11	4	63

図1 Reported AIDS cases in Thailand

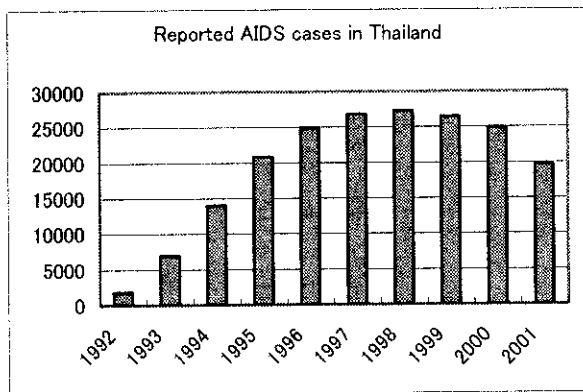
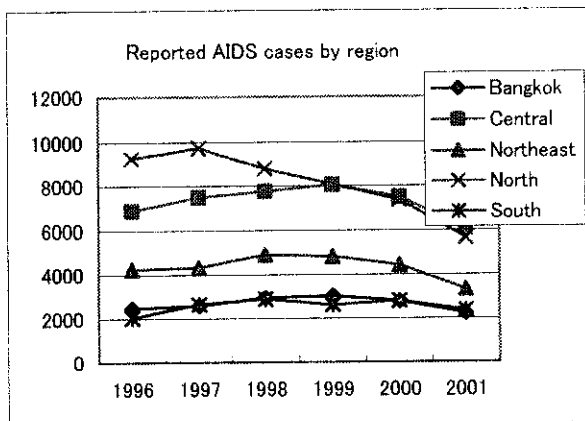


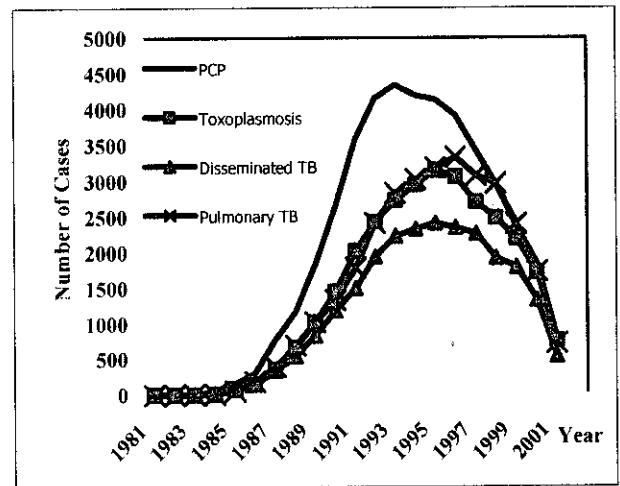
図2 Reported AIDS cases by region in Thailand



Source : Division of Epidemiology,
Ministry of Public Health, Thailand

図3 Distribution of PCP, Toxoplasmosis and Tuberculosis

in Reported AIDS Cases to MOH (Brazil, 1981-2001)



source : MOH, Brazil

17

続発性悪性腫瘍に対する診療連携についての研究

分担研究者：中尾 篤人(順天堂大学医学部アトピー疾患研究センター)

研究協力者：パウィーナ・チャラガン(マヒドール大学ラムチボディ病院内科家庭医学部門・助手 Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, Ramthibodi Hospital, Medical School, Mahidol University, faculty member, Dr. Paweena Chalugun)

研究要旨

近年の HIV 感染患者数の増加、ならびに予後の改善にともない、その合併症について診療する頻度が増加している。本研究は、HIV 感染患者の合併症として予後を規定するものとして最も重要である悪性腫瘍に焦点を絞り、全国のエイズ拠点病院 (366 施設) に対するアンケート調査によって、HIV 感染症における続発性悪性腫瘍に対する診療連携についての現状、問題点を把握することを目的として行った。

アンケートは 366 施設に送付され、238 施設から回答を得た (回答率 65%)。回答を得た施設において診療された HIV 感染患者総数は 5061 人、そのうち悪性腫瘍合併例は 195 人 (全体の 3.85%) であった。悪性腫瘍の種類としては悪性リンパ腫 85 人 (悪性腫瘍のうちの 43%)、カポジ肉腫 75 人 (同 38%)、肝癌 12 人 (同 6%) 等であった。HIV 感染患者悪性腫瘍診療についてなんらかの問題が生じたケースは悪性腫瘍合併例を経験した 70 施設中 15 施設 (21%) で認められた。その内訳は 1) 診断が困難であった。(3 施設) 2) 治療方針が決められない。(8 施設) 3) 院内における担当科が決められない。(3 施設) 4) 放射線等の設備が不足しているため該当施設での診療ができない。(1 施設) であった。

さらに、診断困難であったと答えた 3 施設の、HIV 感染患者に合併した悪性腫瘍は、全例脳原発性悪性リンパ腫であった。また治療方針が決められないと答えた 8 施設では、エイズ患者における悪性リンパ腫合併時における化学療法ガイドラインがないため、化学療法剤の用法用量について妥当な判断ができなかったというケースが 7 例あった。院内における担当科が決められない 3 施設のうち 2 施設は診療を他科から拒否されていた (悪性腫瘍合併例経験 70 施設中 2 施設 : 2.8%)。

以上のアンケート結果から、わが国の大多数のエイズ拠点病院においては、比較的スムーズな診療連携が HIV 感染患者悪性腫瘍合併例について院内において行われていることが示唆された。問題点として挙げられたものも、診療連携に関するものではなく、悪性腫瘍合併症例に対する診断や治療に関する臨床上の事柄が主たるものであった。HIV 感染患者の予後の改善に伴い、悪性腫瘍合併例も増加することが予想されるため、悪性腫瘍早期診断体制の整備や悪性腫瘍合併時における治療ガイドラインの作成が今後必要と思われる。

研究の背景

近年の HIV 感染患者数の増加ならびに予後の改善に伴い悪性腫瘍合併症例についての診療体制の確立が重要な問題となってきた。しかしながらわが国の HIV 感染症における続発性悪性腫瘍に対する診療体制の現状ならびに問題点は明らか

かではない。

目的

本研究の目的は、HIV 感染症における続発性悪性腫瘍に対する診療連携についての現状、問題点を把握することである。

方法

我々は、全国のエイズ拠点病院（366 施設）に対して、HIV 感染症における続発性悪性腫瘍に対する診療連携についての現状、問題点について平成 13 年度にアンケート調査を行い、その結果を集計、解析した。

結果

アンケートは 366 施設に送付され、238 施設から回答を得た（回答率 65%）。回答を得た施設において診療された HIV 感染患者総数は 5061 人、そのうち悪性腫瘍合併例は 195 人（全体の 3.85%）であった。悪性腫瘍の種類としては悪性リンパ腫 85 人（悪性腫瘍のうちの 43%）、カポジ肉腫 75 人（同 38%）、肝癌 12 人（同 6%）、子宮頸部癌 10 人（同 5%）、白血病 4 人（同 2%）、胃癌 3 人（同 1.5%）、ザルコーマ、陰茎癌各 2 人（同 1%）、大腸癌、胆管癌各 1 人（同 0.5%）であった。（前年度報告済み）

HIV 感染患者悪性腫瘍診療についてなんらかの問題が生じたケースは悪性腫瘍合併例を経験した 70 施設中 15 施設（21%）で認められた。その内訳は 1) 診断が困難であった。（3 施設） 2) 治療方針が決められない。（8 施設） 3) 院内における担当科が決められない。（3 施設） 4) 放射線等の設備が不足しているため該当施設での診療ができない。（1 施設）であった。

さらに、診断困難であったと答えた 3 施設の、HIV 感染患者に合併した悪性腫瘍は、全例脳原発性悪性リンパ腫であった。また治療方針が決められないと答えた 8 施設では、エイズ患者における悪性リンパ腫合併時における化学療法のガイドラインがないため、化学療法剤の用法用量について妥当な判断ができなかったというケースが 7 例あった。院内における担当科が決められない 3 施設のうち 2 施設は診療を他科から拒否されていた（悪性腫瘍合併例経験 70 施設中 2 施設：2.8%）。連携した診療科は皮膚科、産婦人科、消火器内科、

外科があげられていた。

考察

HIV 感染症における悪性腫瘍合併例を経験した 70 施設中で 2 施設（2.8%）においてのみ診療連携に問題が生じていた。HIV 感染患者悪性腫瘍診療における診療連携以外の問題はほとんどが合併症例の診断、治療に関する臨床上的のものであった。

結論

HIV 感染症における悪性腫瘍合併例についてわが国のエイズ拠点病院では、診療連携は比較的スムーズに行われている。HIV 感染症における悪性腫瘍合併例の診療に対する臨床上の問題を解決するために、今後効率的な早期診断（検診）体制の構築、個々の悪性腫瘍治療に対するガイドラインの作成が必要であると考えられた。

健康危険情報

該当なし。

研究業績

1. Piti Palungwachira, Pornchai Chirachanakul, Pranee Palungwachira, Paweena Chalugun, Atsuhito Nakao, Koji Takamori, and Hideoki Ogawa. Cutaneous findings in HIV-1-positive patients in Thailand. *The Journal of Dermatology* 28: 584-585, 2001.

凝固異常症の病態把握に関する研究

分担研究者：瀧 正志(聖マリアンナ医科大学小児科)

研究協力者：立浪 忍(聖マリアンナ医科大学附属研究施設)

研究要旨

わが国における血液凝固異常症の病態を把握し、当該患者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、全国の血液凝固異常症患者を対象とした QOL に関する全国調査を行った。平成 13 年度は調査用紙の作成、配付、および回収と単純集計を行い、その結果を公表した。平成 14 年度は遅着分の入力を行った後、クロス集計、記述統計および解析統計を用いて結果を分析した。

最終的な回収総数は 1,289 件であった。2001 年 5 月 31 日現在の医療調査の結果から、本調査における対象者総数を 5,651 人とすると、QOL 調査用紙の回収率は 23%であった。

集計および解析の結果、血液凝固異常症において、出血による種々の「行動制約」が家庭生活および医療の面で大きな障害となっており、また、疾患の重症度がそれらの「行動制約」に大きく影響していることも明らかとなった。また、HIV 感染は、血液凝固異常症患者の社会生活に大きな影響を及ぼしており、生命保険の加入に関する不安や就労者における欠勤の頻度と密接に関係しているようであった。HCV 感染の影響は現在のところ HIV ほど大きくないようである。しかし、HCV 感染の起因する肝硬変や肝癌などの重篤な肝疾患の増加が予測されるため、今後も調査を継続する必要がある。

研究の背景

本邦における血液凝固異常症の全国調査が厚生労働省により事業化され、(財)エイズ予防財団内に設置された「血液凝固異常症全国調査運営委員会」により、全国的な医療調査が実施されることとなった。また、これと同時に全国の血液凝固異常症を対象とした QOL に関する調査が「HIV 感染症の医療体制に関する研究班」の分担研究として、平成 13 年度から実施されることとなった。

平成 13 年度は調査票の作成、配付、回収と単純集計を行い、その結果を公表した。平成 14 年度は遅着分の入力を行った後、クロス集計、記述統計および解析統計により結果を分析した。

目的

本研究は、わが国における血液凝固異常症の病態を把握し、当該患者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た。

方法

(1) 対象と方法

凝固異常症の病態把握に関する研究は、平成 12 年度までに構築されたネットワークをもとに QOL 調査用紙の発送・回収および集計を行った。調査は、わが国の血液凝固異常症患者を対象とし、平成 12 年度までに「HIV 研究の評価に関する研究班」で把握していた医療施設の担当医を介し、血液凝固異常症の患者/保護者に配付した。

記入した調査用紙は、料金後納郵便として事務局に直接返送して頂いた。

(2) 調査用紙

QOL 調査用紙は、血液凝固異常症全国調査運営委員会の QOL 調査委員(大平勝美、仁科豊、花井十伍)を中心として作成された原案をもとに同調査運営委員会の医療調査委員(白幡聡、瀧正志、立浪忍、三間屋純一、山田兼雄)との討議を経て作成された。その内容は、疾患、自己注射、出血

の頻度、HIV、肝炎、社会生活、差別、医療給付などである。

(3) 集計方法

QOL 調査用紙は患者あるいはその保護者が直接記入するので、重複報告はないものとして取り扱い、各項目を集計した。

QOL 調査用紙の回収と整理は聖マリアンナ医科大学小児科において行い、集計および解析は同大学附属研究施設において行った。

結果

1. 回収状況

QOL 調査用紙は平成 14 年 9 月末までに 1,289 例が回収された。2001 年 5 月 31 日現在の医療調査の結果によれば血液凝固異常症例の総数は、HIV 非感染者が 4,729 例、HIV 感染例が 890 例、さらに HIV 感染後天性凝固異常症(所謂第 4 ルート)および 2 次・3 次感染例が 32 例であるので、全対象者中の 23% について調査ができたこととなった。

2. クロス集計および記述統計による解析結果

(1) 回答者の属性

回答用紙に記載頂いた解答者の属性については、患者本人が最も多く 758 件で、ついで父親あるいは母親が 416 件で、配偶者が 9 件であった。

疾患別では血友病 A が 972 件、血友病 B が 197 件、その他の類縁疾患が 103 件で、17 件については疾患が不明であった。

(2) 出血回数と血友病重症度

血友病患者の出血回数を重症度および年齢によりクロス集計したところ、血友病 A、B とともに各年齢層において、重症型の出血回数が中等症および軽症を上回っていた。

血友病の重症度と出血回数との順位相関係数を算出したところ、血友病 A において $\tau = 0.187$ ($p < 0.001$)、血友病 B において $\tau = 0.156$ ($p < 0.001$) と算出され、重症度の上昇により出血回数が増加

する傾向が認められた。

なお、血友病における出血回数、重症度、年齢との関係については、詳細なクロス表を作成し、表 1 および表 2 に掲載した。

(3) 血液製剤の使用回数および自己注射の有無

1 年間の血液製剤使用回数は、10 回以上 50 回未満が最も多く 361 例、ついで 50 回以上 100 回未満が 329 例で、10 回未満(238 例)、100 回以上(21 例)の順であった。血液製剤使用回数は重症型が中等症あるいは軽症型に比べ、各年齢ともに多い傾向であった。

なお、血友病における血液製剤の年間使用回数と、重症度、年齢との関連については、クロス表を作成し、表 3 および表 4 に掲載した。

血友病において自己注射(家庭療法)が行われている割合は、重症型において、10 歳未満では 50~60% で、10 歳以上の年齢群では凡そ 80% 以上で行われていた。中等症および軽症型においては、血友病 A、血友病 B いずれの年齢群においても、重症型よりも低い割合であった。

なお、血友病における自己注射(家庭療法)の割合についても、重症度、年齢との関連については、クロス表を作成し、表 5 および表 6 に掲載した。

(4) ウイルス性肝炎について

ウイルス性肝疾患は、全体の 679 例において「感染している」、486 例において「感染していない」と回答されていた。また、症状の有無については 142 例において「症状がある」、396 例において「症状はない」と回答されていた。

原因ウイルスについては、B 型が 101 例、C 型が 679 例、B 型、C 型ともに感染した例が 80 例で、その他が 5 例であった。B 型の場合、感染例の年齢の平均値 \pm SD は平均 36.3 ± 12.7 歳(中央値 36.5 歳)、一方、C 型の場合には 38.1 ± 14.4 歳(中央値 37.0 歳)であった。また B、C 共に感染している症例では 37.3 ± 12.6 歳(中央値 38.0 歳)であった。

C型肝炎ウイルスの感染例におけるインターフェロン治療については、「受けたことがある」が185件、「現在受けている」が20件に対し、「受けたことがない」は476件で、前者を大きく上回った。さらに、リバビリンの併用が報告されていたのは全体で20件であった。インターフェロン治療が行なわれない理由は、「肝機能が正常であり治療時期ではない」、「主治医から薦められていない」などの医学的理由が多くを占めたが、「費用が大変」との誤解をしている事例を含め、「仕事や学校が休めないため」、「副作用が心配」なども少なくなかった。

(5) 血友病の重症度と身体障害による行動制約について

身体障害による行動制約に関する設問のうち、設問3-3「家庭生活における不安」および設問3-4「医療面における不安」の2つの設問の回答を順序変数化し、血友病の重症度との関連をみた。

図1に示すように、HIV非感染例では重症型および中等症における行動制約は、軽症型に比し、より重度になる傾向があり、統計的にも有意差が検出された($\chi^2=17.43$ (df=4)、 $p<0.01$)。

一方HIV感染例では重症、中等症、軽症ともに身体障害による行動制約「あり」の得点が非感染例に比し高く、重症度による有意差は検出されなかった(図2)。

(6) 生命保険への加入についての不安と HIV 感染の有無

生命保険への加入の問題については設問3-5-②においてHIV感染の有無の関係を比較した。20歳以上の回答者に限定すると、HIV非感染例では132人、また、HIV感染例では81人が加入に不安を感じていると回答していた。それぞれの比率は27%および29%で、統計的な有意差は認められなかった。

(7) 就労における欠勤と HIV 感染との関係

就業例における欠勤の状況については設問

3-7-(5)「体調不良や治療の都合で欠勤が多い」に関する回答状況と、HIVおよびHCV感染の有無により比較した。設問3-2-①により就業者に限定すると、HIV非感染例においては19%が「はい」と回答していたのに対し、HIV感染例においては31%が「はい」と回答しており、両者の間には有意差が見られた($p<0.01$)。

3. 解析統計による分析結果

(1) Correspondence analysisによる社会生活に関する不安要因についての解析

現状の社会生活における不安については、設問3-3、3-4、3-5において、それぞれ家庭生活、医療、経済的側面について合計25項目の選択肢により調査した。これらの項目は互いに関連性があると考えられるため、これらの選択についての全般的な傾向とHIV感染の有無による差異を把握するために、correspondence analysisによる解析を行った。

まず、HIV感染例の年齢は20歳以上が大半であるため、20歳以上の年齢の回答に限定し、さらに、HIV感染の有無が不明の回答は除いた。この結果、解析対象数は、HIV非感染例は495件、HIV感染例は278件となった。

設問3-3、3-4、3-5の中で3-3-⑨、3-4-⑩および3-5-⑤の「特になし」を除いた項目について、選択されている項目には1、選択されていない項目には0を代入し、correspondence analysisを行った。各設問項目を列変数、回答者個人を行変数とした。

HIV非感染例と感染例を同時に計算し、個人得点の1軸-2軸平面上の分布を比較して見ると、HIV非感染群、HIV感染群ともにその主たる部分の分布状況はほぼ共通していたが、これらと異なる選択の仕方をするサブグループの傾向には若干の差違が見られた。

そこで、HIV非感染例と感染例とに分類し、再度計算を行い、行変数である設問項目間の関連を

検討した。

HIV 非感染例について得られた行変数プロットでは、「結婚」、「セックス」、「子どもをつくること」が近接してプロットされ、これらと回答傾向が近い項目としては「健康保険」、「生命保険」、「医療費」と、家庭生活における「差別」が抽出されていた。また、1軸についてこれらとは対称の領域に家庭生活および医療面での「行動制約」が位置し、これらには「給料」、「年金」、「収入」という設問3-5の項目と「現在の病状」が近接していた。医療面の「主治医を信頼できない」および「希望する医療がうけられな」はこれらとは離れて位置していた。

HIV 感染例についての行変数プロットでも、「結婚」、「セックス」、「子どもをつくること」が極めて近接するものとしてプロットされていたが、HIV 感染がある場合には、これらと「主治医を信頼できない」、「希望する医療がうけられない」、「給料」といった項目がHIV 非感染の場合よりも、より近くに抽出されていた。

(2) Logistic regressionによる通院に関する解析

血友病を中心とする血液凝固異常症においては、現在でもHIV 感染に対する差別などを警戒して医療機関への通院にも特別な配慮をしている場合があるため、設問3-6-(4)の「地元の人や知人に会う可能性の少ない病院に受診している」への回答について、logistic regressionによる解析を行った。

すなわち、当該項目が選択されている場合には1、選択されていない場合には0を対応させ、これを従属変数とした。

独立変数には年齢、凝固異常症の疾患名、その重症度、血液製剤の定期投与の有無、自己注射の有無、肝疾患、インターフェロンによる治療状況、AIDS発症の有無、設問3-6-3による差別経験の有無に加え、生きがい・サポートに関する項目からサポートをしてくれる人の有無(設問4-2の(1)、

(2)および(3))を用いた。独立変数の前半の9項目は属性と病状を表す項目として採用し、これに加え、過去の体験と社会的サポートの状況を端的に記述する変数として残りの4項目を選択した。

これら13項目の状況と、「地元の人や知人に会う可能性の少ない病院に受診している」こととがどのように関連しているかを検討した。なお、年齢は計量変数、重症度、肝疾患およびインターフェロンによる治療状況は順序変数とし、他は名義変数として取り扱った。

順序変数のコードは、疾患の重症度については重症、中等症、軽症をそれぞれ3,2,1とした。肝疾患については設問2-11により肝炎ウイルスの感染があり症状がある場合を2、感染はあるが症状がない場合を1、感染がない場合を0とした。同様にインターフェロンによる治療状況は治療中である場合は2、治療経験がある場合は1、ない場合には0を対応させた。

以上の独立変数に加え、HIV 非感染例および感染例の双方を対象とした設問である3-6-1-(4)の解析にはHIV 感染の有無を独立変数に追加した。

解析の結果では、「HIV 感染の有無」、「差別経験の有無」、および「就労や就学、福祉制度の利用などに役立つ情報を提供してくれたり、相談できる人の有無」(設問4-2-(2))が統計的に有意な変数として抽出された。とくにHIV 感染の有無は「地元の人や知人に会う可能性の少ない病院に受診している」ことへの影響が大きく、そのodds ratioは3.63(95%CI:2.51-5.25)であった。

考察

平成14年度に行った解析から、血液凝固異常症の生活実態における種々の問題が明らかとなった。とくに出血による「行動制約」は家庭生活および医療の面で大きな障害となっているのが現状であった。また、疾患の重症度はそれらの行動制約を大きく左右していることも明らかとなった。

HIV 感染の有無は、今日でも血液凝固異常症患者の社会生活に大きな影響を及ぼしており、生命保険の加入についての不安や就労者における欠勤の頻度と密接に関係しているようであった。

これに対し、HCV 感染の有無は現在のところ HIV ほど大きな影響を及ぼしていないようである。しかし、血液凝固異常症全国調査委員会による医療調査の結果からは、HCV 感染の起因する肝硬変や肝癌といった重篤な肝疾患の増加が HIV 感染および HIV 非感染双方において予測されるため、肝疾患についての調査は、今後も項目を検討しながら継続した監視が重要と考えられる。

インターフェロン治療に関しては、既に受けたあるいは現在受けている患者の割合は 30%であった。インターフェロン治療が行なわれない理由は、医学的理由が多くを占めたが、治療のための休職、休学ができないため、副作用の心配、また一部に「費用が大変」との誤解をしている事例もあった。インターフェロン治療法に関しては、入院、通院日数をできる限り少なくする治療法の開発が望まれる。

結論

本研究の調査用紙は、「血液凝固異常症全国調査運営委員会」の患者代表である QOL 調査委員が中心となって原案を作成した。そのため、患者の視点に立った調査を行うことができた。これにより、治療の向上と生活の質の向上に、これまでの調査以上に寄与するものとなってきたと言えよう。

平成 14 年度以後の QOL 調査の運営組織は未定であるが、患者にとって定着した有益な調査となるように位置づけて行きたい。

健康危険情報

該当なし。

研究業績

- 1) Taki M, Tatsunami S, Shirahata A, Yamada K. Prevalence of HCV infection in coagulation disorders in (Abstract 10 P0 34), The 25th WFH World Congress (Seville), 2002.
- 2) Tatsunami S, Taki M, Fukutake K, Yamada K. Follow up of survival in Japanese haemophiliacs infected with HIV-1, (Abstract 11 P0 10), The 25th WFH World Congress (Seville), 2002
- 3) 瀧正志。血友病の予防治療，第 44 回日本小児血液学会(東京)、2002
- 4) 瀧正志、立浪忍、白幡聡、三間屋純一、山田兼雄。2001 年度全国調査によるわが国の HIV 感染血液凝固異常症死亡例の検討，第 44 回日本臨床血液学会(横浜)、2002
- 5) 立浪忍、瀧正志、白幡聡、三間屋純一、山田兼雄。2001 年度血液凝固異常症全国調査による症例数の動態について，第 44 回日本臨床血液学会(横浜)、2002
- 6) 瀧正志、立浪忍、白幡聡、三間屋純一、山田兼雄。わが国の HIV 感染血液凝固異常症における C 型肝炎の現状と治療の状況，第 16 回日本エイズ学会(名古屋)、2002
- 7) 立浪忍、瀧正志、白幡聡、三間屋純一、山田兼雄。HIV 感染血友病における 2001 年 5 月までの死亡数、死亡率および死因中の肝疾患の推移、第 16 回日本エイズ学会(名古屋)、2002

表1. 血友病Aにおける年間出血回数と年齢および血友病重症度

年齢	重症度	年間出血回数						
		0~10回	11~20回	21~30回	31~40回	41~50回	51回~	未記入
(10才未満)	重症	43	18	10	4	3	7	23
	中等症	17	4	1	1	0	0	3
	軽症	9	2	0	0	0	0	1
	不明/未記入	2	0	0	0	0	0	0
	(小計)	71	24	11	5	3	7	27
(10才以上 20才未満)	重症	41	16	9	6	1	7	28
	中等症	19	4	2	0	3	3	8
	軽症	27	0	0	0	0	0	2
	不明/未記入	3	0	1	0	2	1	3
	(小計)	90	20	12	6	6	11	41
(20才以上 30才未満)	重症	20	16	11	8	13	12	16
	中等症	18	4	3	1	2	1	3
	軽症	16	0	0	0	1	0	6
	不明/未記入	19	5	0	2	0	2	7
	(小計)	73	25	14	11	16	15	32
(30才以上 40才未満)	重症	22	11	11	5	9	14	19
	中等症	16	3	2	3	3	2	6
	軽症	9	1	0	1	1	1	3
	不明/未記入	6	2	2	1	1	2	6
	(小計)	53	17	15	10	14	19	34
(40才以上 50才未満)	重症	16	11	10	5	6	14	11
	中等症	9	5	2	2	2	4	2
	軽症	10	1	0	0	1	0	1
	不明/未記入	8	1	1	0	0	0	1
	(小計)	43	18	13	7	9	18	15
(50才以上 60才未満)	重症	8	8	7	1	4	7	6
	中等症	15	3	1	3	0	0	4
	軽症	13	2	0	0	1	0	1
	不明/未記入	8	0	0	1	0	0	3
	(小計)	44	13	8	5	5	7	14
(60才以上 70才未満)	重症	3	4	4	0	1	2	1
	中等症	9	4	0	0	0	0	0
	軽症	4	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	3	1	0	0	0	0	3
	(小計)	19	9	4	0	1	2	4
(70才以上 80才未満)	重症	7	2	0	0	0	0	2
	中等症	1	1	0	0	0	1	1
	軽症	3	1	0	0	0	0	1
	不明/未記入	0	0	0	0	0	0	0
	(小計)	11	4	0	0	0	1	4
(80才以上 90才未満)	重症	0	0	0	0	0	0	0
	中等症	1	0	0	0	0	0	0
	軽症	1	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	0	0	0	0	0	0	1
	(小計)	2	0	0	0	0	0	1
(不明)	重症	2	0	0	0	0	0	4
	中等症	2	0	0	0	0	0	0
	軽症	0	0	0	0	0	1	0
	不明/未記入	0	0	0	0	0	0	0
	(小計)	4	0	0	0	0	1	4

表2. 血友病Bにおける年間出血回数と年齢および血友病重症度

年齢	重症度	年間出血回数						未記入
		0~10回	11~20回	21~30回	31~40回	41~50回	51回~	
(10才未満)	重症	15	2	1	0	1	1	2
	中等症	3	3	2	0	0	0	1
	軽症	4	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	1	0	0	1	0	0	0
	(小計)	23	5	3	1	1	1	3
(10才以上 20才未満)	重症	2	4	3	1	1	1	4
	中等症	8	1	3	3	0	0	4
	軽症	6	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	0	0	1	0	1	0	2
	(小計)	16	5	7	4	2	1	10
(20才以上 30才未満)	重症	4	2	3	0	2	1	2
	中等症	4	2	0	0	1	1	0
	軽症	4	2	0	0	0	0	1
	不明/未記入	5	3	0	1	0	0	2
	(小計)	17	9	3	1	3	2	5
(30才以上 40才未満)	重症	3	2	1	0	0	1	2
	中等症	2	0	0	0	0	0	0
	軽症	0	0	1	0	0	0	0
	不明/未記入	3	2	0	0	0	0	2
	(小計)	8	4	2	0	0	1	4
(40才以上 50才未満)	重症	3	1	3	0	2	1	1
	中等症	8	1	0	0	1	1	1
	軽症	3	1	0	0	0	0	0
	不明/未記入	2	0	0	0	1	0	1
	(小計)	16	3	3	0	4	2	3
(50才以上 60才未満)	重症	2	2	0	0	0	0	0
	中等症	2	2	1	0	0	0	0
	軽症	2	0	1	0	0	0	0
	不明/未記入	1	0	0	0	0	0	1
	(小計)	7	4	2	0	0	0	1
(60才以上 70才未満)	重症	0	0	0	0	0	0	0
	中等症	4	1	0	0	0	0	0
	軽症	0	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	0	0	0	0	0	0	0
	(小計)	4	1	0	0	0	0	0
(70才以上 80才未満)	重症	0	0	0	0	0	0	0
	中等症	0	0	0	0	0	0	0
	軽症	1	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	2	0	0	0	0	0	1
	(小計)	3	0	0	0	0	0	1
(80才以上 90才未満)	重症	0	0	0	0	0	0	0
	中等症	0	0	0	0	0	0	0
	軽症	0	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	0	0	0	0	0	0	0
	(小計)	0	0	0	0	0	0	0
(不明)	重症	0	0	0	0	1	0	0
	中等症	0	0	0	0	0	0	0
	軽症	1	0	0	0	0	0	0
	不明/未記入	0	0	0	0	0	0	0
	(小計)	1	0	0	0	1	0	0

表3. 血友病Aにおける血液製剤の年間使用回数と年齢および血友病重症度

年齢	重症度	血液製剤の年間使用回数				
		10回未満	10～49回	50～99回	100回以上	回数未記入/不明
(10才未満)	重症	6	27	36	36	3
	中等症	8	10	2	5	1
	軽症	8	4	0	0	0
	不明/未記入	1	0	0	1	0
	(小計)	23	41	38	42	4
(10才以上 20才未満)	重症	3	16	34	50	5
	中等症	3	8	13	12	3
	軽症	19	6	3	0	1
	不明/未記入	1	2	2	3	2
	(小計)	26	32	52	65	11
(20才以上 30才未満)	重症	3	28	32	31	2
	中等症	3	10	9	9	1
	軽症	10	7	3	1	2
	不明/未記入	4	13	13	2	3
	(小計)	20	58	57	43	8
(30才以上 40才未満)	重症	5	20	41	24	1
	中等症	11	12	7	5	0
	軽症	5	4	2	2	3
	不明/未記入	1	6	6	7	0
	(小計)	22	42	56	38	4
(40才以上 50才未満)	重症	5	21	22	25	0
	中等症	7	5	12	1	1
	軽症	7	3	0	3	0
	不明/未記入	2	7	1	1	0
	(小計)	21	36	35	30	1
(50才以上 60才未満)	重症	3	13	15	10	0
	中等症	7	11	6	2	0
	軽症	6	6	2	1	2
	不明/未記入	4	4	3	1	0
	(小計)	20	34	26	14	2
(60才以上 70才未満)	重症	3	5	3	4	0
	中等症	4	4	2	1	2
	軽症	2	2	0	0	0
	不明/未記入	1	3	1	2	0
	(小計)	10	14	6	7	2
(70才以上 80才未満)	重症	1	4	0	5	1
	中等症	1	1	0	2	0
	軽症	2	1	0	0	2
	不明/未記入	0	0	0	0	0
	(小計)	4	6	0	7	3
(80才以上 90才未満)	重症	0	0	0	0	0
	中等症	0	1	0	0	0
	軽症	0	1	0	0	0
	不明/未記入	0	0	0	0	1
	(小計)	0	2	0	0	1
(不明)	重症	0	3	1	2	0
	中等症	1	0	1	0	0
	軽症	1	0	0	0	0
	不明/未記入	0	0	0	0	0
	(小計)	2	3	2	2	0