

スの許可を得た症例数である。もちろん、最終的に CJD を否定された症例も含まれている。

変異なし	251 例
129M/M, 219E/E	218 例
129M/V, 219E/E	20 例
129V/V, 219E/E	2 例
129M/M, 219E/K	9 例
24bp deletion	2 例

変異あり	56 例
P102L	2 例
P105L	2 例
V180I	35 例
E200K	10 例
M232R	6 例
96bp insertion	1 例

VV2 プリオンの滅菌法開発に関連して

昨年度の報告書で M^{MiK} (コドン 1 2 9 Met/Met の遺伝子型で、intermediate type の異常プリオン蛋白の分子量を示し、クル斑を有する) 症例が獲得性プリオン病の指標となることを明らかとした。それではこの M^{MiK} という指標が他の獲得性プリオン病で存在するのかを検討すると hGH 投与後の CJD と kuru で M^{MiK} が存在することが明らかとなった。

そして驚いたことに M^{MiK} の感染源である V2 プリオン感染が hGH-CJD 患者や kuru 患者で大多数を占めるという事実気づいた。硬膜移植後 CJD (d CJD) ではヨーロッパの s CJD の比率に良く相関して M1 プリオン由来の d CJD が 70%、V2 プリオン由来の d CJD が 30% の頻度である。一方同じヨーロッパの s CJD を感染源とする hGH-CJD の大多数が V2 プリオン由来なのである。実際にフランスの hGH-CJD を 5 例解析したとこ

ろ 2 例が MV2 であり、3 例が M^{MiK} 症例であろうという中間結果が出ている。また、最近報告された英国の hGH-CJD でも 8 例中 7 例が kuru 斑を有することが報告されており(文献 1)、我々が予測したように hGH-CJD のほとんどは VV2 プリオンの感染である。

加えて、末梢ルート感染の典型例である kuru の症例の報告例を検討したところ、1998 年の報告の 9 例全例で VV2 プリオンの感染であろうことが明らかとなった(文献 2)。

D. 考察

基本的に、遺伝子検索は例年通りの結果であった。

昨年度報告した獲得性プリオン病の指標である M^{MiK} という表現型が獲得性プリオン病の同定に役立つだけでなく、獲得性プリオン病の解析から末梢ルートと頭蓋内へ直接投与されるルートによって伝播するプリオン病の種類に差があることが明らかになりつつある。

E. 結論

307 例の遺伝子解析を行った。

[参考文献]

[雑誌]

(1) Jaunmuktane Z, Mead S, Ellis M, Wadsworth JD, Nicoll AJ, Kenny J, Launchbury F, Linehan J, Richard-Loendt A, Walker AS, Rudge P, Collinge J, Brandner S. Evidence for human transmission of amyloid- β pathology and cerebral amyloid angiopathy. *Nature*. 2015 Sep 10;525(7568):247-50.

(2) Cervenáková L, Goldfarb LG, Garruto R, Lee HS, Gajdusek DC, Brown P.

Phenotype-genotype studies in kuru: implications for new variant Creutzfeldt-Jakob disease. Proc Natl Acad Sci U S A. 1998 Oct 27;95(22):13239-41.

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表 (2015/4/1~2015/3/31 発表)

1. 論文発表

1) Kobayashi A, Parchi P, Yamada M, Mohri S, **Kitamoto T**. Neuropathological and biochemical criteria to identify acquired Creutzfeldt-Jakob disease among presumed sporadic cases. Neuropathology. 2015 Dec 15. doi: 10.1111/neup.12270. [Epub ahead of print] Review.

2) Hayashi Y, Iwasaki Y, Yoshikura N, Asano T, Hatano T, Tatsumi S, Satoh K, Kimura A, **Kitamoto T**, Yoshida M, Inuzuka T. Decreased regional cerebral blood flow in the bilateral thalami and medulla oblongata determined by an easy Z-score (eZIS) analysis of (99m)Tc-ECD-SPECT images in a case of MM2-thalamic-type sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. J Neurol Sci. 2015 Nov 15;358(1-2):447-52. doi: 10.1016/j.jns.2015.09.356. Epub 2015 Sep 25.

3) Oshita M, Yokoyama T, Takei Y, Takeuchi A, Ironside JW, **Kitamoto T**, Morita M. Efficient propagation of variant Creutzfeldt-Jakob disease prion protein using the cell-protein misfolding cyclic

amplification technique with samples containing plasma and heparin. Transfusion. 2015 Sep 8. doi: 10.1111/trf.13279. [Epub ahead of print]

4) Iwasaki Y, Akagi A, Mimuro M, **Kitamoto T**, Yoshida M. Factors influencing the survival period in Japanese patients with sporadic Creutzfeldt-Jakob disease. J Neurol Sci. 2015 Jun 30. pii: S0022-510X(15)00416-5. doi: 10.1016/j.jns.2015.06.065. [Epub ahead of print]

5) Kobayashi A, Teruya K, Matsuura Y, Shirai T, Nakamura Y, Yamada M, Mizusawa H, Mohri S, **Kitamoto T**. The influence of PRNP polymorphisms on human prion disease susceptibility: an update. Acta Neuropathol. 2015 Aug;130(2):159-70. doi: 10.1007/s00401-015-1447-7. Epub 2015 May 29.

6) Kobayashi A, Matsuura Y, Iwaki T, Iwasaki Y, Yoshida M, Takahashi H, Murayama S, Takao M, Kato S, Yamada M, Mohri S, **Kitamoto T**. Sporadic Creutzfeldt-Jakob Disease MM1+2C and MM1 are Identical in Transmission Properties. Brain Pathol. 2015 Apr 8. doi: 10.1111/bpa.12264. [Epub ahead of print]

7) Kobayashi A, Parchi P, Yamada M, Brown P, Saverioni D, Matsuura Y, Takeuchi A, Mohri S, **Kitamoto T**.

Transmission properties of atypical Creutzfeldt-Jakob disease: a clue to disease etiology? J Virol. 2015 Apr;89(7):3939-46. doi: 10.1128/JVI.03183-14. Epub 2015 Jan 21.

8) Nakamura Y, Ae R, Takumi I, Sanjo N, **Kitamoto T**, Yamada M, Mizusawa H. Descriptive epidemiology of prion disease in Japan: 1999-2012. J Epidemiol. 2015;25(1):8-14. doi: 10.2188/jea.JE20140022. Epub 2014 Oct 4.

9) Kon T, Miki Y, Arai A, Funamizu Y, Ueno T, Haga R, Nishijima H, Suzuki C, Nunomura J, Baba M, Oyama Y, Shiga Y, **Kitamoto T**, Tomiyama M. Creutzfeldt-Jakob disease with homozygous M232R mutation: A case report. J Neurol Sci. 2015 May 15;352(1-2):108-9. doi: 10.1016/j.jns.2015.03.017. Epub 2015 Mar 19. No abstract available.

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

サーベイランスデータに基づくわが国のプリオン病の疫学像（1999-2015年データ）

研究代表者：水澤英洋	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院
研究分担者：中村好一	自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門
研究分担者：山田正仁	金沢大学医薬保健研究域医学系脳老化・神経病態学(神経内科学)
研究分担者：齊藤延人	東京大学大学院医学系研究科脳神経外科学
研究分担者：北本哲之	東北大学大学院医学系研究科病態神経学分野
研究分担者：金谷泰宏	国立保健医療科学院健康危機管理部
研究分担者：村山繁雄	東京都健康長寿医療センター研究所老年病理学研究チーム・神経病理学
研究分担者：佐藤克也	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻リハビリテーション 科学講座運動障害リハビリテーション分野
研究分担者：原田雅史	徳島大学ヘルスバイオサイエンス研究部放射線科学分野
研究分担者：太組一朗	日本医科大学武蔵小杉病院脳神経外科
研究分担者：森若文雄	医療法人北祐会北祐会神経内科病院神経内科学
研究分担者：青木正志	東北大学大学院医学系研究科神経内科学
研究分担者：西澤正豊	新潟大学脳研究所神経内科学分野
研究分担者：田中章景	横浜市立大学大学院医学研究科神経内科学・脳卒中医学
研究分担者：犬塚 貴	岐阜大学大学院医学系研究科神経内科・老年学分野
研究分担者：望月秀樹	大阪大学大学院医学系研究科医学専攻青鞿総合医学講座神経内科学精神医学教室
研究分担者：阿部康二	岡山大学大学院医歯薬学総合研究科脳神経内科学
研究分担者：村井弘之	九州大学大学院 医学系研究科 神経内科学
研究分担者：古賀雄一	大阪大学大学院工学研究科生命先端工学専攻物質生命工学講座
研究分担者：黒岩義之	財務省診療所長
研究分担者：桑田一夫	岐阜大学大学院連合創薬医療情報研究科構造生物学
研究分担者：三條伸夫	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科脳神経病態学(神経内科学)
研究分担者：塚本 忠	国立研究開発法人 国立精神・神経医療研究センター病院神経内科

研究要旨 1999年4月より実施されているクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)サーベイランスのデータベースを用いて、わが国におけるプリオン病の疫学像を明らかにした。2015年2月までにCJDサーベイランス委員会でプリオン病と認定された症例は2499人であり、昨年度から105人増加した。病態分類別の分布は主に、孤発性CJDが77%、家族性CJDが15%、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病が4%、硬膜移植歴を有するCJDが4%であった。プリオン病の罹患率は年々増加しているが、この背景には、プリオン病の患者が真に増加しているのではなく、全国の神経内科医の間でプリオン病の認知度が向上しているためと解釈するのが自然である。新たな検査法の導入やCJDサーベイランス委員会による診断支援体制の確立などにより、以前は診断がつかずに死亡していた症例（主に高齢層）が、適切にプリオン病と診断されるようになったことが罹患率上昇の主な要因と考えられる。

A. 研究目的

クロイツフェルト・ヤコブ病（CJD）に代表されるヒトプリオン病は、急速に進行する認知機能障害、ミオクローヌスなどの神経症状を呈し、無動性無言状態を経て死亡する致死的な神経変性疾患である。

本研究の目的は、プリオン病の全国サーベイランスのデータベースを解析し、わが国プリオン病の疫学像を概観することにある。

B. 研究方法

（サーベイランス体制・情報源）

「プリオン病のサーベイランスと感染予防に関する調査研究班」が組織した「CJDサーベイランス委員会」により、1999年4月以降、プリオン病の全国サーベイランスが実施されている。サーベイランスの目的は、

(1) 国内で発生する全てのプリオン病を把握することによりわが国のプリオン病の疫学像を明らかにすること、(2) 国内における変異型CJD（vCJD）の発生を監視することの2点にある。

全国を10のブロックに分け、その各々にCJDサーベイランス委員（神経内科や精神科の専門医）を配置し、各都道府県のCJD担当専門医（神経難病専門医）からの協力を得て、全例訪問調査による詳細な情報収集を行った。

サーベイランスの情報源は次の3つの経路で入手した。

- ① 特定疾患治療研究事業に基づく臨床調査個人票
- ② 感染症法に基づく届け出（5類感染症）
- ③ 東北大学に寄せられるプリオン蛋白遺伝子検索および長崎大学に寄せられる髄液検査の依頼に基づく情報提供

これらの端緒を元に、全ての調査は患者もしくは家族の同意が得られた場合にのみ実施した。

収集されたすべての情報をCJDサーベイランス委員会（年2回実施）で1例ずつ検討し、プリオン病かどうかの認定（最終診断）、診断の確実度、原因などを詳細に評価した。さらに、プリオン病と認定された症例については、死亡例を除き定期的に主治医に調査票を送付して追跡調査を行った（生存例は現在も追跡中）。

（分析対象）

1999年4月から2015年2月までの期間中に得られたに4936人（プリオン病以外の神経疾患や重複して報告された例も含まれる）のうち、CJDサーベイランス委員会でプリオン病と認定された2499人（昨年度から半年間で105人増加）を分析対象とした。なお、硬膜移植歴を有するCJD（dCJD）については、CJDサーベイランス委員会の設置以前に実施された1996年の全国調査および1997—99年の類縁疾患調査によりdCJDと認定された63人を合わせた合計149人（昨年度から半年間で1人増加）を分析対象とした。

（倫理面への配慮）

対象者の個人情報（生年月日、性別、氏名（イニシアルのみ）、住所（都道府県のみ）のみ）を収集しており、個人を特定できる情報の収集は行っていない。

CJDサーベイランスの実施には、すでに金沢大学の倫理審査委員会で承認されている。

C. 研究結果

（発病者数の年次推移） 図1

サーベイランスデータから発病者数の推移（ヒストグラム）を示し、人口動態統計データから死亡数の推移（折れ線グラフ）を示した（図1）。2000年以降、発病者数は増加傾向が認められたが、2010年以降はほぼ横ばいで推移している。新規患者の情報がCJDサ

サーベイランス委員会に提供され、プリオン病と認定（最終診断）されるまでの期間は、早くて半年（長くても数年）を要する。そのため、ここ数年の発病者数は今後も増加が見込まれる。特に、直近の2014年では未報告例や未検討例が多く含まれているため、発病者数は見かけ上（現段階では）少なくなっている。

わが国の人口動態統計の死因分類として使用されている第10回修正国際疾病分類（ICD-10th）では、プリオン病はA81.0（クロイツフェルト・ヤコブ病）とA81.8（中枢神経系のその他の非定型ウイルス感染症）に該当する。図1に示す死亡数は、このどちらかの病名（＝コード）が主治医によって死亡診断書に記載された死亡者の総数を意味している。2005年あたりから発病者数と死亡数との間のギャップが小さくなっており、この傾向は、サーベイランスの患者捕捉率が近年上昇してきていることを示している。すなわち、主治医から適切に患者情報がCJDサーベイランス委員会に提供され、正確にプリオン病と確定診断（あるいは除外診断）されるようになってきていることがうかがえる。

（罹患率の年次推移） 図2, 3

2013年（直近）におけるわが国のプリオン病罹患率（人口100万人対年間）は1.6であり、サーベイランスが始まった1999年の罹患率（0.7）と比べて約2倍に上昇している（図2）。この罹患率の上昇を詳細に分析するために、年齢階級別の罹患率を観察したところ、40歳代と50歳代の年齢層では罹患率がおおむね横ばいなのに対し、それより高い年齢層（60歳代、70歳代、80歳以上）では上昇する傾向が見られた。そこで、高齢層（70歳以上）とそれ以外（40-69歳）の2群に分けて罹患率を示した（図3）。2000年以降、40-69歳で罹患率にごくわずかな上昇を認める一方、70歳以上で著しく上昇していることが

わかる。このように、近年の発病者の大半は70歳以上の高齢層が占めている。

（病態分類別の特徴） 図4, 表1

孤発性CJD（sCJD）は1913人（77%）、遺伝性プリオン病では、家族性CJD（fCJD）が387人（15%）、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病（GSS）が99人（4%）、致死性家族性不眠症（FFI）が4人、変異挿入例が2人であった。獲得性CJDでは、vCJDが1人、dCJDが86人（4%）であった。分類未定で情報収集中のCJDは7人であった。これらの7人については現在追加情報収集中で、追加情報に基づいて病態が決定される予定である。

（性差） 図5, 6

全体のうち男が1074例（43%）、女が1424例（57%）と、女がやや多い傾向が見られた（図5）。

性・年齢別の人口あたりの患者数（年齢調整済）は男女ともに年齢とともに増加し、70歳代が最も多かった（図6）。40-70歳代までは女の患者数が男よりも多い一方で、80歳以上では逆に、男の患者数が女よりも多い傾向が認められた。なお、この数値は報告患者数を各年齢層の人口で除したものであり、年間の罹患率とは異なる。

（発病時の平均年齢） 図7, 表1

病態分類別の発病時平均年齢（標準偏差）は、全体では68.4（10.4）歳であった。sCJD 69.1（9.9）歳やfCJD 71.5（11.2）歳が高齢発病なのに対して、GSS 54.3（10.5）歳やdCJD 57.7（16.1）歳は比較的若年発病であった。ただし、dCJDの発病時年齢は、硬膜を移植した年齢と異常プリオンの潜伏期間に依存する。

(主要症候・検査所見の特徴) 表 2

プリオン病には、脳波上の周期性同期生放電 (PSD) や MRI での脳萎縮や皮質の高信号などの重要な所見が見られない例も多く存在する。たとえば、遺伝性プリオン病では PSD を欠く例が多い。表 2 に示す通り、家族性 CJD の 63%、GSS の 87% で PSD を欠くことが観察された。

(死亡者の特徴) 図 8, 9

追跡調査を含めて現段階で 1951 人の死亡が確認された (図 8)。

発病から死亡までの平均期間 (標準偏差) は、全体では 18.7 (20.0) ヶ月であり、わが国では発病からおよそ 1 年半で死亡することが明らかとなった (図 9)。病態分類別では、sCJD が 16.3 (16.1) ヶ月と最も短く、次いで dCJD 20.2 (17.5) ヶ月、fCJD 22.6 (24.0) ヶ月であった。GSS は 63.8 (47.4) ヶ月と最も長かった。全体的に、昨年度と比較して標準偏差が上昇する傾向が見られた。

(診断の確実性) 図 10

WHO 分類に基づく診断の確実度は、病態分類別に sCJD (確実例: 10%, ほぼ確実例: 77%, 疑い例: 13%), dCJD (44%, 40%, 16%), fCJD (13%, 85%, 2%), GSS (10%, 88%, 2%) であり、すべての病態分類で確実例あるいはほぼ確実例が全体の 80% 以上を占めた。

(剖検率) 表 3

剖検実施率は全体で 16% (死亡者 1951 人のうち 311 人) であった。dCJD や fCJD は sCJD と比較して剖検率が高い傾向が観察された。

(dCJD の特徴) 図 11, 12, 表 4

現段階で 86 人 (昨年度 +1 人) が dCJD

としてデータベースに登録されている。CJD サーベイランス委員会の設置以前に実施された 1996 年の全国調査と、1997—99 年の類縁疾患調査により dCJD と認定された患者 (63 人) を含めると、dCJD は全体で 149 人であった。

硬膜移植を受ける原因となった病態は脳腫瘍が 66 例 (44%) と半数弱を占め、次いで Jannetta 手術 (顔面痙攣・三叉神経痛) 26 例 (18%)、脳出血 25 例 (17%)、などであった (表 4)。

dCJD 発病者の大半は 1987 年の硬膜処理方法変更以前に移植を受けた者であったが、その翌年の 1988 年以降でも dCJD を発病した症例が 9 人 (6%) 確認された。

硬膜移植から dCJD 発病までの平均期間は、現段階では 13.2 年であり (図 11)、昨年度から微増した。多くの患者が硬膜処理方法変更以前に移植を受けた者であり、発病までの平均期間は今後も長期化することが示唆された。

硬膜移植年から dCJD 発病までの分布を図 12 に示した。

D. 考察

プリオン病の発病者数の年次推移は、諸外国¹⁾では概ね横ばいであるのに対し、わが国では増加傾向にある。この背景を探るために、年齢層別罹患率の記述疫学観察を行ったところ、若年者 (40~50 歳代) では罹患率が横ばい傾向であるのに対し、高齢者 (70~80 歳代) では上昇傾向であることが明らかとなった。すなわち、近年の発病者の大半は 70 歳以上の高齢層が占めていることが明らかとなった。

わが国でプリオン病の発病者数および罹患率が上昇している背景には、プリオン病の患者が真に増加しているのではなく、全国の神経内科医の間でプリオン病の認知 (recognition) が向上しているためと解釈す

るのが自然である²⁾。新たな検査法の導入や CJD サーベイランス委員会による診断支援体制の確立などにより、以前は診断がつかずに死亡していた症例（主に高齢層）が、適切にプリオン病と診断されるようになったことが罹患率上昇の主な要因と考えられる。実際に、近年では CJD サーベイランス委員会に報告される症例数も著しく増加している。神経内科医を主とする全国の臨床医がプリオン病を疑い、適切に診断（あるいは除外診断）できるようになってきていることが裏付けられる。

European Creutzfeldt-Jakob Disease Surveillance Network (EUROCJD) は、EU 諸国における国ごとの CJD 死亡数の年次推移を公開している¹⁾。わが国とは異なり諸外国では、近年、プリオン病患者数の増加を明確に示した国は存在しない。

CJD サーベイランス委員会には次の2つの課題がある。ひとつは、剖検の実施状況が依然として低迷していることにある。実施率向上への援助が今後の課題として挙げられるが、最近では剖検率の向上をめざして、様々な支援や取り組みが積極的に試みられている。

もうひとつの課題は、dCJD 発生の監視である。1987 年以降、ヒト乾燥硬膜に 1 規定水酸化ナトリウムの処理が行われるようになった以降も、少数ではあるが dCJD 患者の発病が認められる。これまでの調査から得られた潜伏期間を併せて考えると、(ピークは過ぎていると推測できるが) 今後も国内で dCJD の患者が発病することが推察される。dCJD の発病監視と追跡は、引き続き CJD サーベイランス委員会の重要な課題と言える。

E. 結論

サーベイランスのデータベースを用いて、

わが国におけるプリオン病の疫学像を明らかにした。

[参考文献]

- 1) EUROCJD:
<http://www.eurocjd.ed.ac.uk/>
- 2) Nakamura Y, Ae R, Takumi I, et al. Descriptive epidemiology of prion disease in Japan : 1999-2012 . J Epidemiol. 2015 ; 25 : 8-14.

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表 (2015/4/1~2016/3/31 発表)

1. 論文発表

阿江竜介, 中村好一. わが国のプリオン病の疫学. 神経内科. 2016 : 84 ; in press.

2. 学会発表

阿江竜介, 中村好一, 古城隆雄, 他. 全国サーベイランスデータに基づくわが国のプリオン病の疫学像. 第 26 回日本疫学会学術総会 (2016 年 1 月 21-23 日 : 米子)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む.)

1. 特許取得

なし

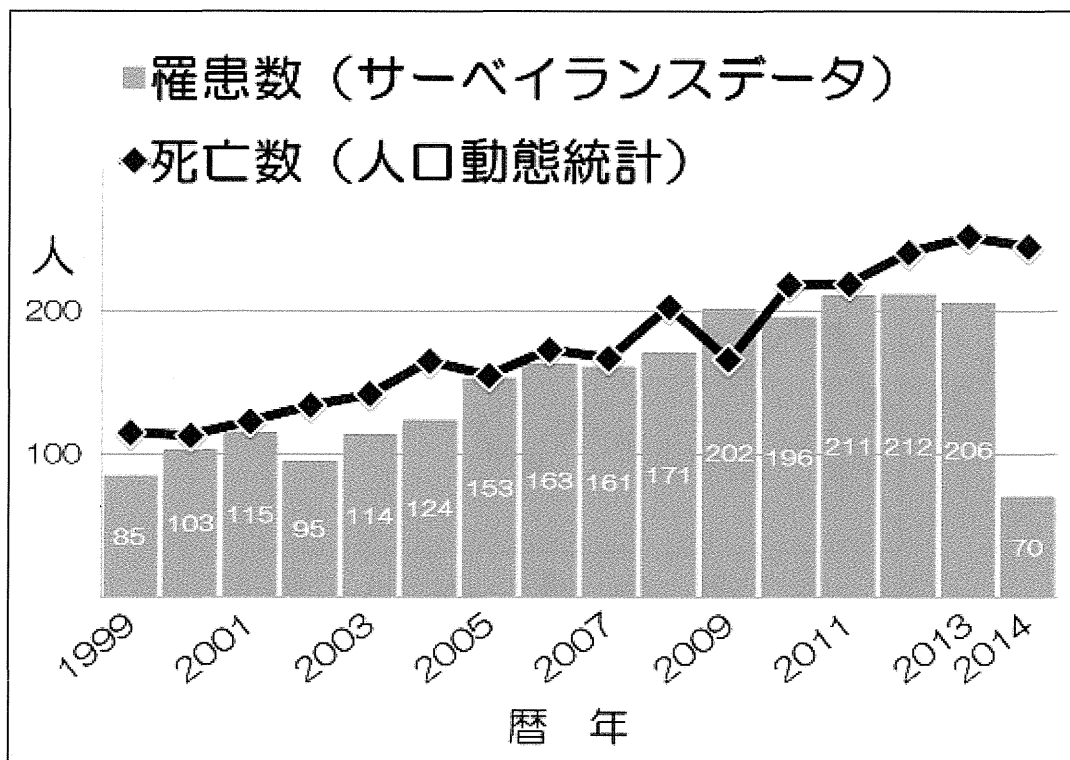
2. 実用新案登録

なし

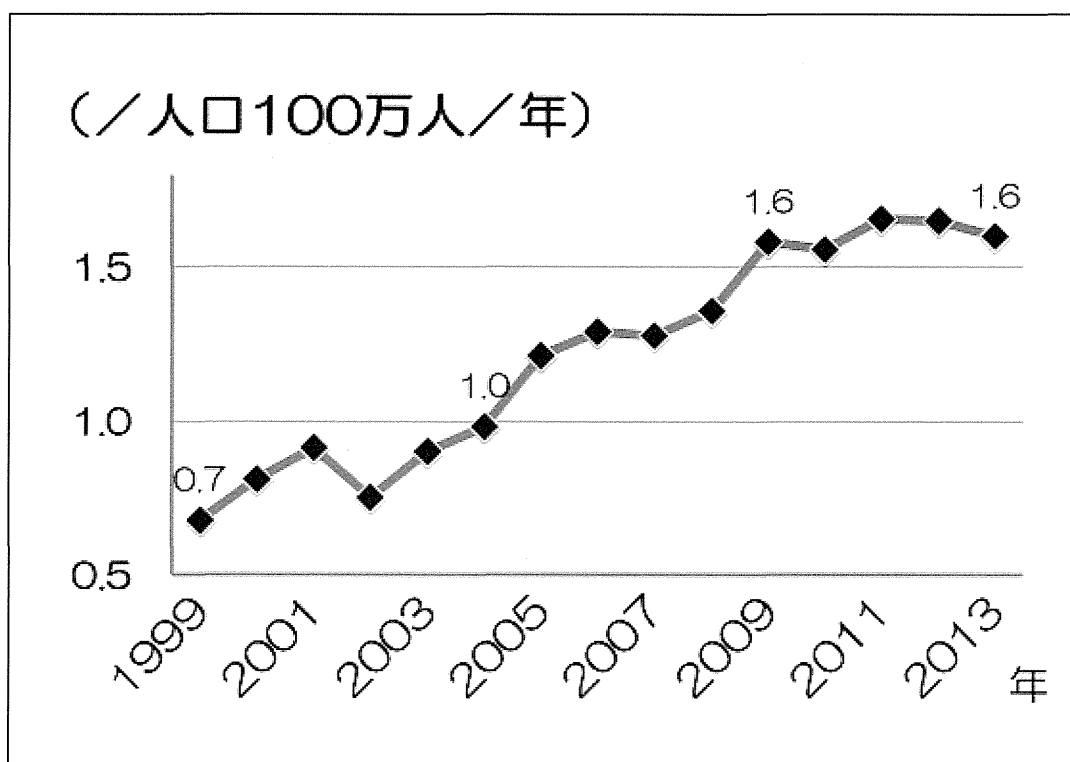
3. その他

なし

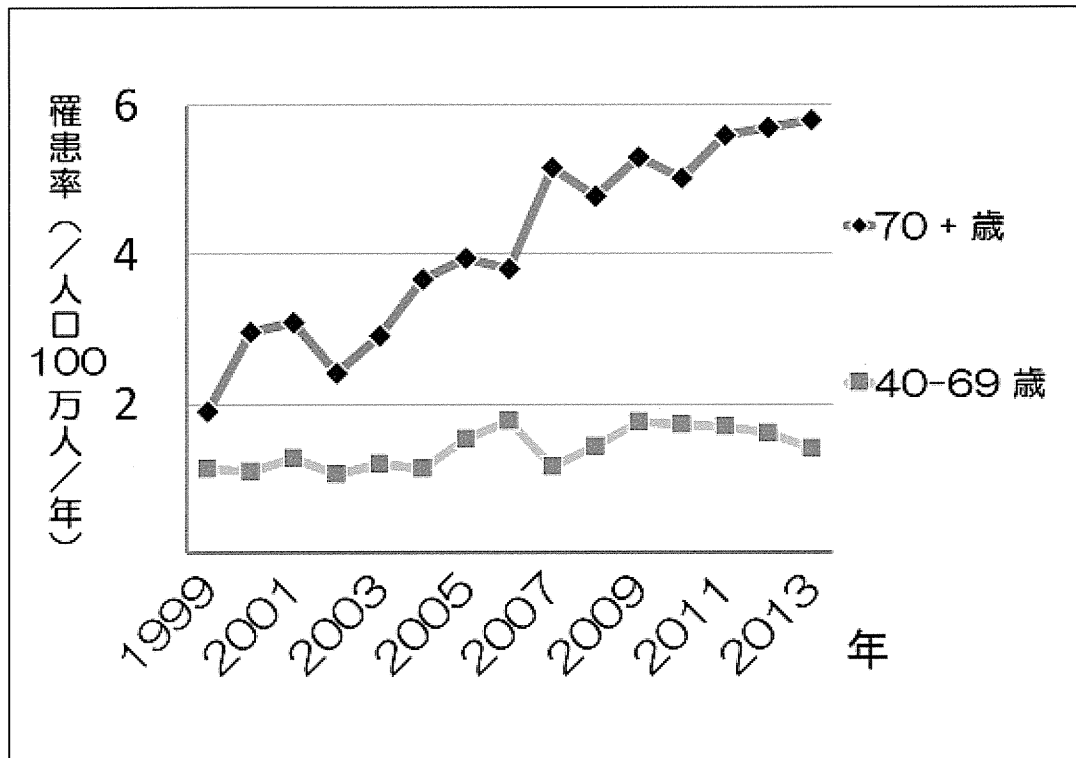
【図1】プリオン病：発病者数と死亡者数の年次推移（N=2499）



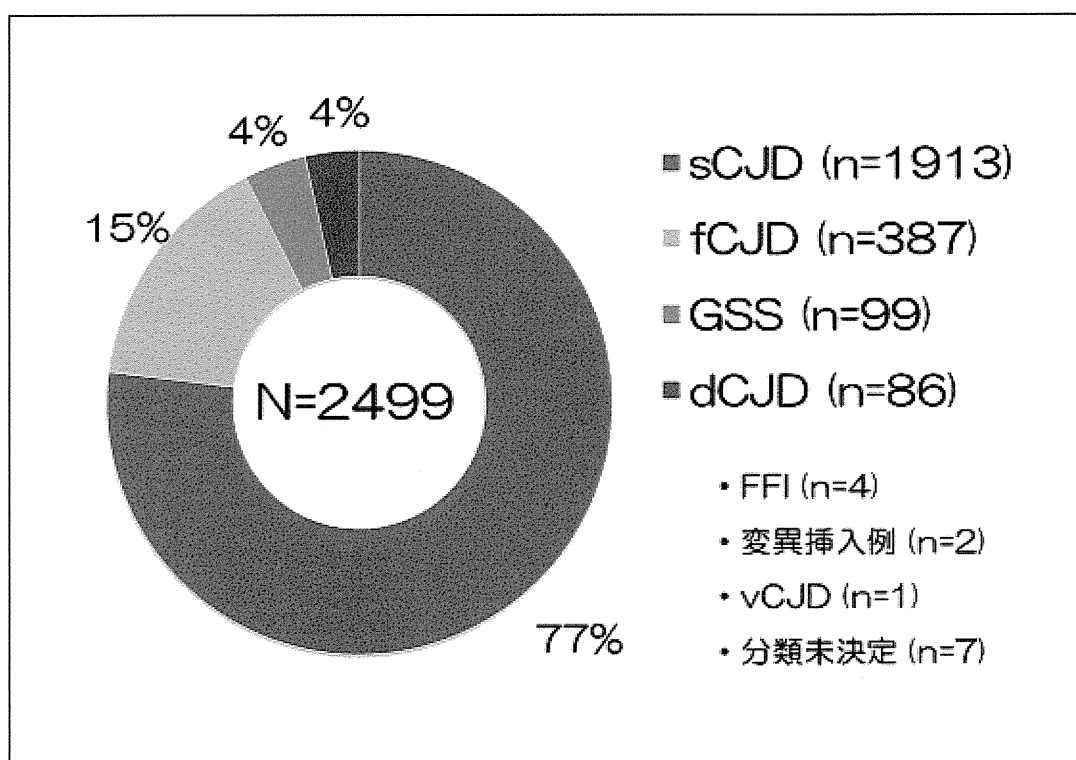
【図2】プリオン病：罹患率（全体）の推移（N=2499）



【図3】プリオン病：罹患率（年齢2群）の推移（N=2499）



【図4】プリオン病：病態分類別の分布（N=2499）



【表 1】プリオン病：病態分類別の性・発病時年齢分布（N=2499）

	全患者	孤発性CJD*		遺伝性プリオン病			獲得性(感染性)プリオン病		分類 未定の CJD* ⁴
		1	家族性CJD* 2	GSS	FFI	その他* ³	硬膜移植 歴のあるCJD	変異型 CJD	
性									
男	1075 (43)	817 (43)	167 (43)	47 (47)	3	1	37 (43)	1	2
女	1424 (57)	1096 (57)	220 (57)	52 (53)	1	1	49 (57)		5
発症年齢(歳)									
10-19	4		1 (0)			1	2 (2)		
20-29	9 (0)	1 (0)	1 (0)	2 (2)			5 (6)		
30-39	31 (1)	13 (1)	1 (0)	10 (10)			7 (8)		
40-49	81 (3)	47 (2)	11 (3)	12 (12)	1	1	7 (8)	1	1
50-59	359 (14)	251 (13)	39 (10)	47 (47)	2		20 (23)		
60-69	732 (29)	594 (31)	87 (22)	23 (23)	1		25 (29)		2
70-79	923 (37)	740 (39)	156 (40)	5 (5)			18 (21)		4
80-89	338 (14)	253 (13)	83 (21)				2 (2)		
90-99	18	10 (1)	8 (2)						
不明	4	4							
病型別の患者数分布	2499 (100)	1913 (77)	387 (15)	99 (4)	4	2	86 (3)	1	7
発症平均年齢(歳)	68.4	69.1	71.5	54.3	54.5		57.7		
標準偏差(歳)	10.4	9.9	11.2	10.5	6.4		16.1		
最年長(歳)	95	95	93	75	61		81		
最年少(歳)	15	22	15	22	46		15		

略語) CJD = Creutzfeldt-Jakob disease; GSS = Gerstmann-Sträussler-Scheinker syndrome; FFI = fatal familial insomnia 括弧内は%(四捨五入の関係で合計が100%にならないこともある)

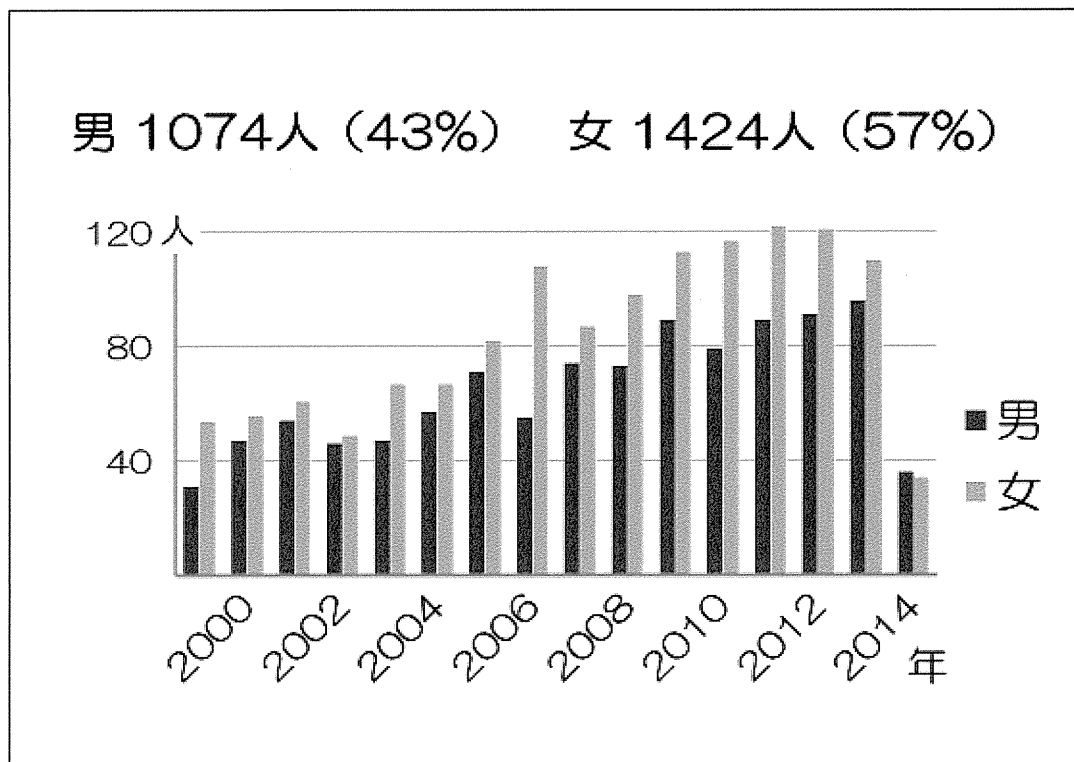
*¹ プリオン蛋白遺伝子の検索を行っていない例を含む。

*² プリオン蛋白遺伝子の変異を認めないが、CJDの家族歴がある例を含む。

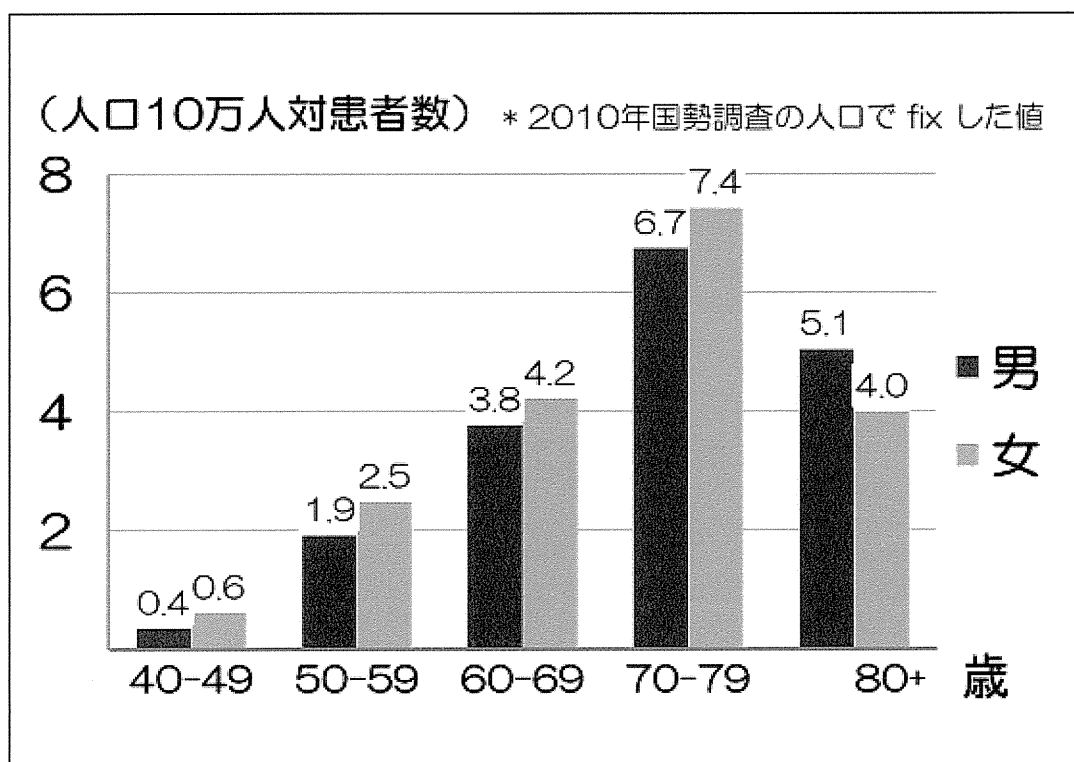
*³ 遺伝性プリオン病(挿入変異例)

*⁴ 硬膜移植歴を調査中が4例、患者死亡(剖検なし)により追加情報なしが1例、プリオン蛋白遺伝子検索中が1例、家族歴を調査中が1例ある。

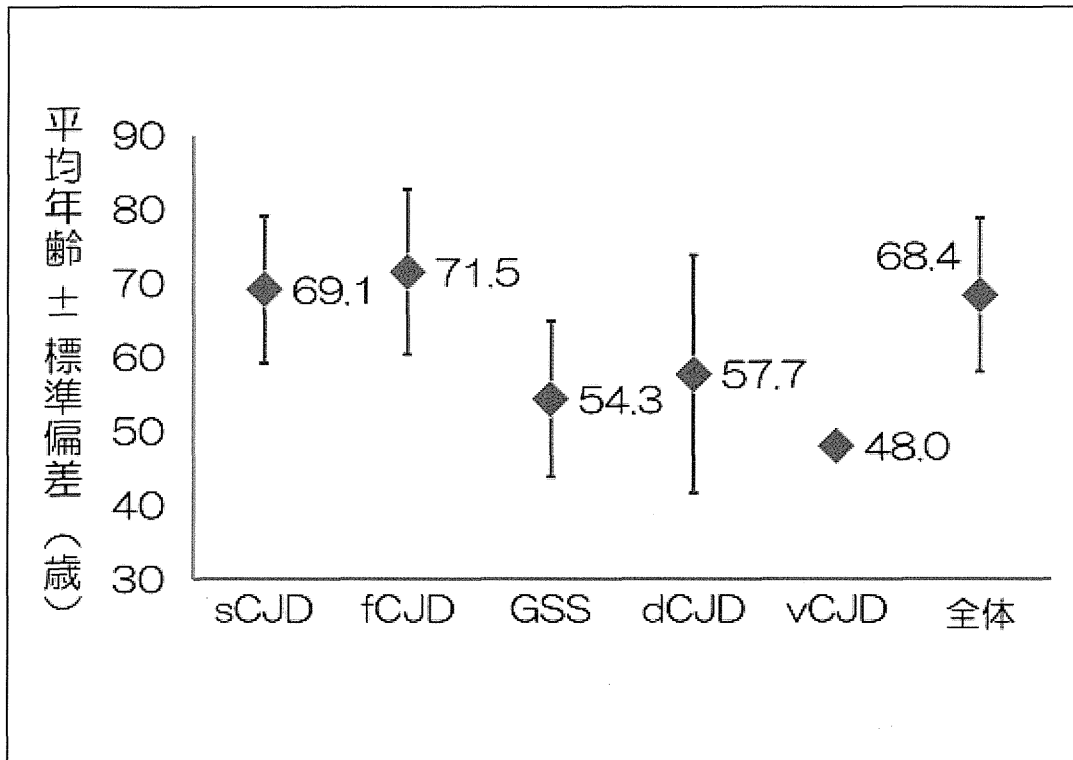
【図 5】 プリオン病：男女別の年次推移（N=2499）



【図 6】 プリオン病：男女別の年齢調整患者数（N=2499）



【図 7】プリオン病：病態分類別の発病時平均年齢（N=2499）



【表 2】プリオン病：病態分類別の主要症候・検査所見の特徴；出現頻度（N=2499）

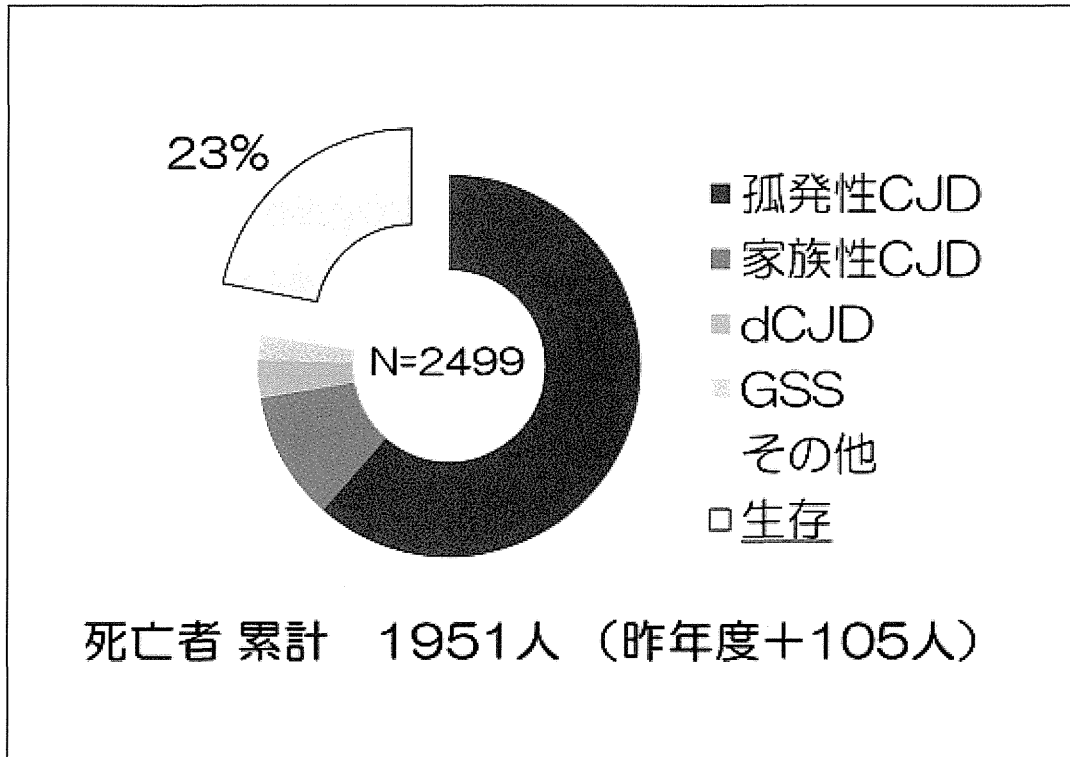
	全患者 (N = 2499)	孤発性CJD* ¹ (n = 1913)	家族性CJD* ² (n = 387)	GSS (n = 99)	硬膜移植歴の あるCJD (n = 86)
経過の進行性 (+)	2478 (99)	1900 (99)	380 (98)	99 (100)	85 (99)
臨床症候					
ミオクローヌス	1926 (77)	72 (4)	211 (55)	24 (24)	72 (84)
進行性認知症又は意識障害	2434 (97)	1891 (99)	378 (98)	68 (69)	84 (98)
錐体路症状	1489 (60)	1179 (62)	196 (51)	46 (46)	60 (70)
錐体外路症状	1353 (54)	1062 (56)	200 (52)	30 (30)	54 (63)
小脳症状	1243 (50)	937 (49)	152 (39)	81 (82)	64 (74)
視覚異常	896 (36)	781 (41)	71 (18)	6 (6)	36 (42)
精神症状	1441 (58)	1161 (61)	182 (47)	40 (40)	52 (60)
無動・無言状態	1959 (78)	1580 (83)	257 (66)	43 (43)	73 (85)
脳波所見					
PSD (+)	1811 (72)	1593 (83)	144 (37)	13 (13)	56 (65)
MRI所見					
脳萎縮 (+)	1498 (60)	1162 (61)	215 (56)	51 (52)	59 (69)
高信号 (+)	2116 (85)	1670 (87)	356 (92)	34 (34)	49 (57)

略語) CJD = Creutzfeldt-Jakob disease; GSS = Gerstmann-Sträussler-Scheinker syndrome 括弧内は%

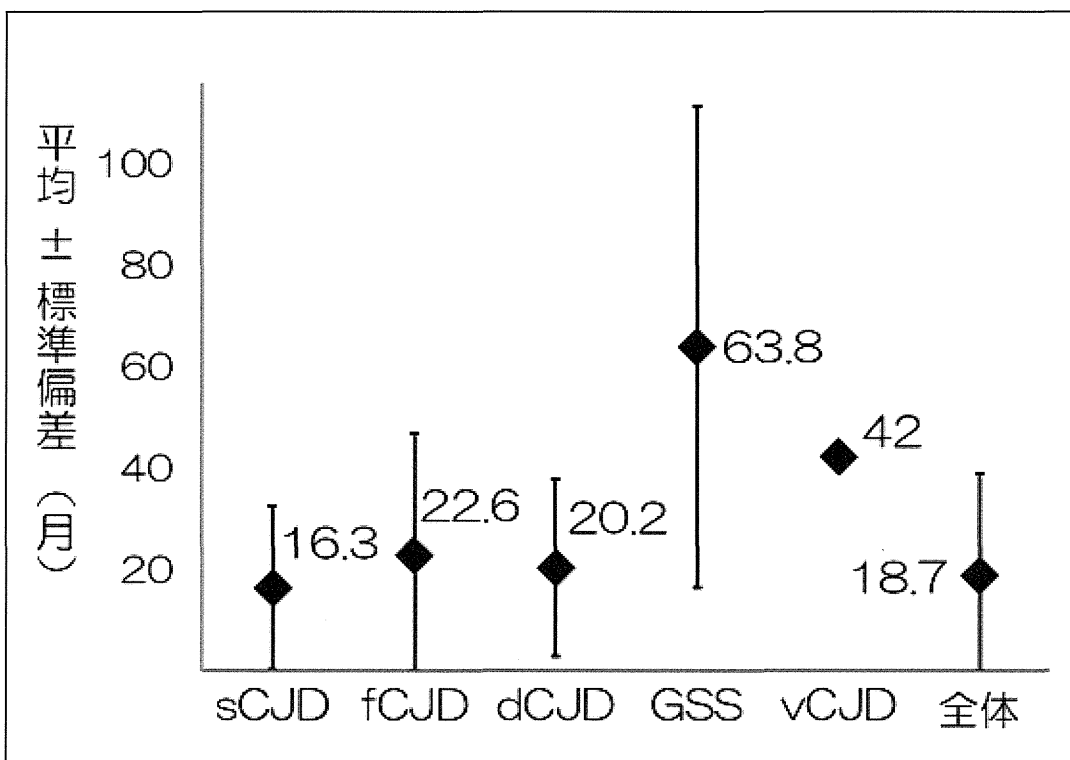
*¹ プリオン蛋白遺伝子の検索を行っていない例を含む。

*² プリオン蛋白遺伝子の変異を認めないが、CJDの家族歴がある例を含む。

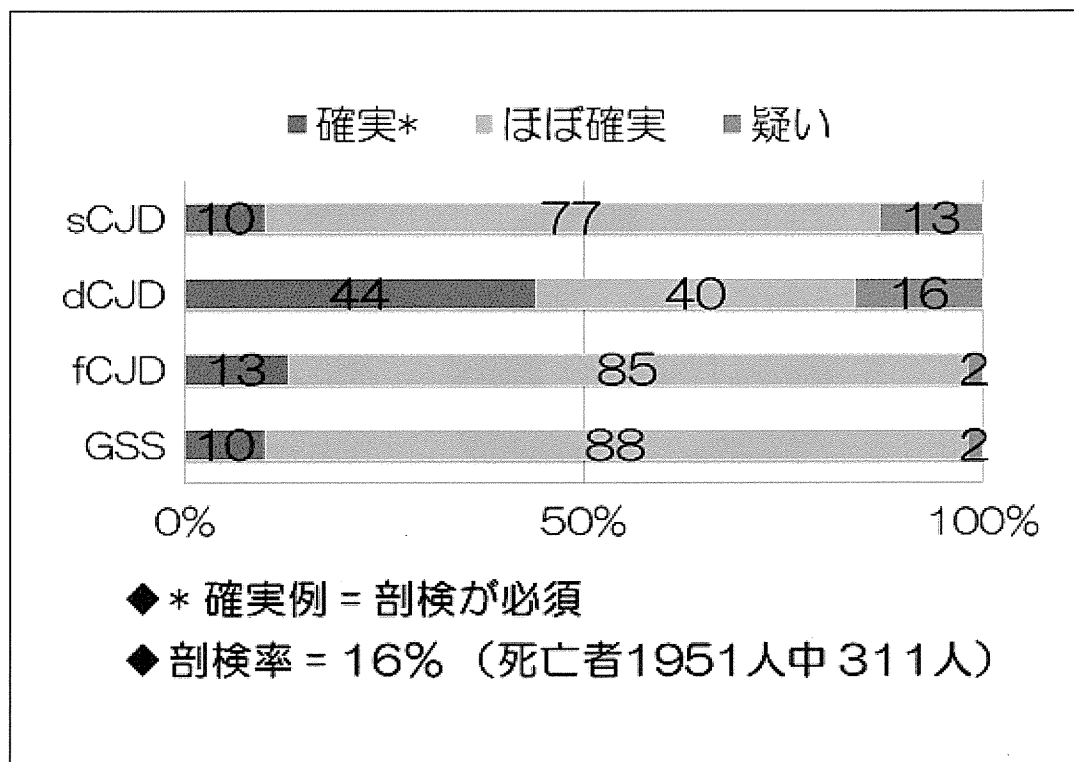
【図8】プリオン病：死亡者の状況（N=2499）



【図9】プリオン病：病態分類別の発病～死亡までの期間（n=1951）



【図 10】 プリオン病：病態分類別の診断の確実度 (N=2499)



【表 3】 プリオン病：病態分類別の剖検率 (n=1951)

	死亡者数	剖検実施者数	剖検実施率(%)
孤発性CJD	1535	207	13
変異型CJD	1	1	100
硬膜移植歴を有するCJD	80	35	44
家族性CJD	272	55	20
GSS	54	9	17
FFI	3	3	100
分類未定のCJD	6	1	17
合計	1951	311	16

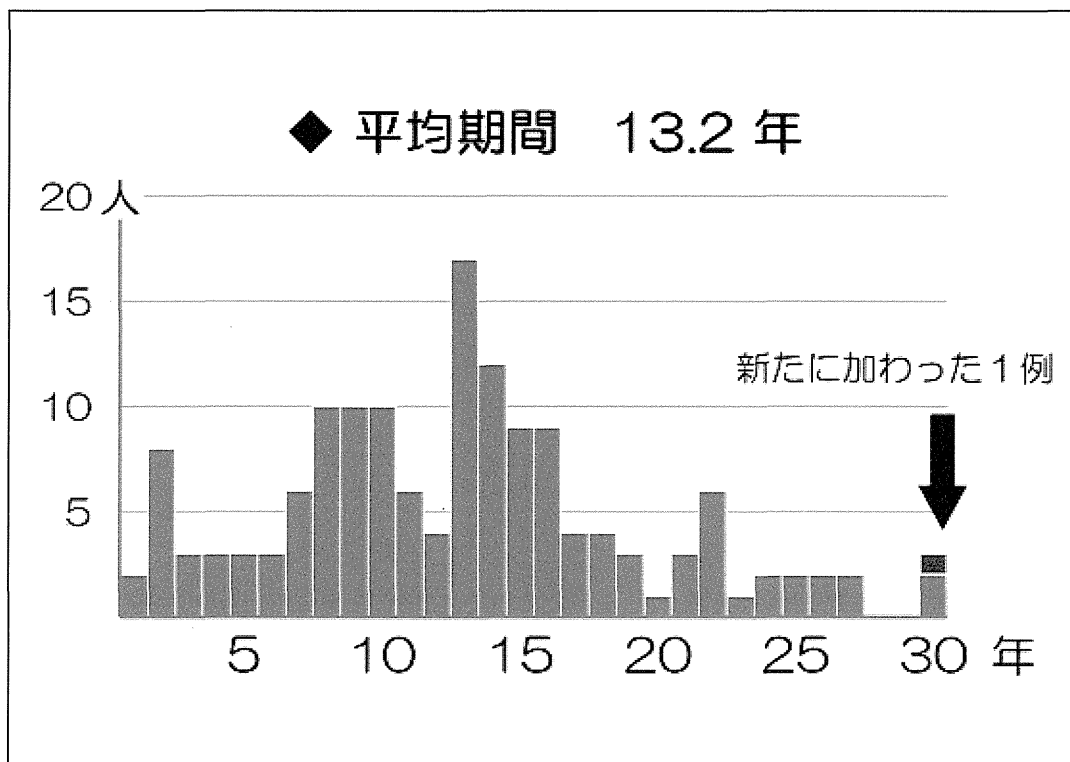
剖検の実施は判明しているが結果がまだサーベイランス委員会で検討されていない例や生検によって確実例となった例が存在する。

【表 4】 dCJD の特徴：硬膜移植のもととなった病態（n=149）

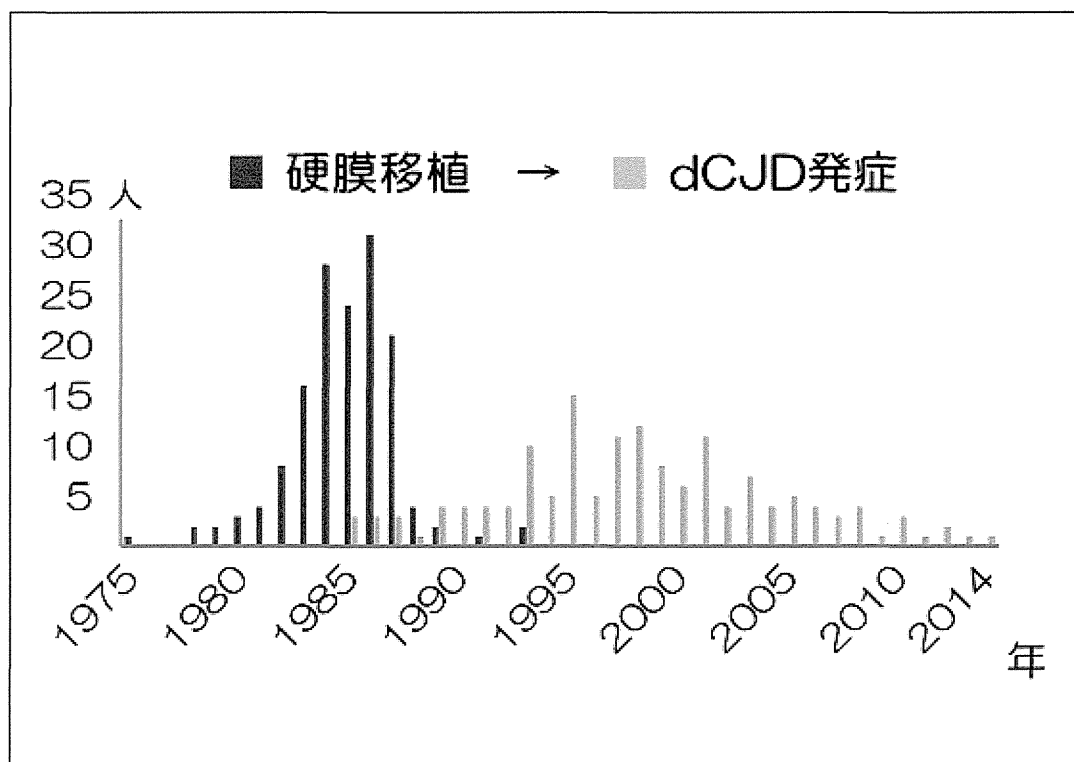
病態(疾患)	人数(%)
脳腫瘍	66(44)
脳出血	25(17)
未破裂動脈瘤	9(6)
脳血腫	7(5)
奇形	8(5)
事故	6(4)
顔面痙攣	19(13)
三叉神経痛	7(5)
その他 ¹⁾	2(1)
計	149(100)

1) 後縦靭帯骨化症1例, および
外傷後てんかんのfocus除去手術1例

【図 11】 dCJD の特徴：硬膜移植から発病までの期間の分布（n=149）



【図 12】 dCJD の特徴：硬膜移植と dCJD 発症の分布 (n=149)



プリオン病サーベイランスデータの管理・運用の研究

研究分担者：金谷 泰宏 国立保健医療科学院 健康危機管理研究部

研究協力者：中谷 英仁 先端医療振興財団 臨床研究情報センター 統計解析部

研究要旨

今日、新変異型プリオン病の早期探知に向けて、プリオン病の全国規模でのサーベイランスとサーベイランスの精度の向上に向けた調査体制が平成 13 年度より組まれてきたところである。平成 27 年に成立した難病法における基本指針においては、医療費助成に際して医療費助成の対象とならない指定難病患者についてもデータベースへの登録が盛り込まれたところである。しかしながら、疾患登録については、平成 28 年度以降にずれこむ状況にあることから、平成 27 年度における当該疾患の全国規模での把握はプリオン病サーベイランス体制に依存するところが多い。一方で、発症から無動無言までの期間が極めて短いプリオン病については、診断と同時にすみやかに研究班にデータが吸い上げられ、適切にプリオン研究班において把握される登録体制の構築が急務である。そこで、本研究においては、医療機関と保健所を結ぶことで、リアルタイムに症例の届け出が可能となるシステムを準備することができたので報告する。

A. 研究目的

平成 26 年度に成立した難病法に基づき、平成 27 年 1 月より同法による特定医療の認定を受けた患者については、平成 28 年 4 月より難病データベースに医療機関より登録されることとされた。プリオン病についても、指定難病として厚生労働省の示す認定基準（<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000062437.html>）に沿って認定が開始されたが、平成 26 年度に示された認定基準においては、従来の診断基準に新たに重症度基準（Barthel Index 85 点以下）が加味されたことから、Barthel Index で 85 点を超える症例について把握することは困難となった。

これまでプリオン病症例については、特定疾患治療研究事業の対象として、プリオン病の診断が得られた症例については、すべて登

録の対象として、迅速な疾患の把握が行われてきたところである。一方で、平成 25 年度より、医療機関から直接的に都道府県に難病患者情報を登録できるシステムの設計が進められてきたところであるが、医療機関から直接的に都道府県に登録情報を送付することは難しく、電子カルテ上から患者情報を送り出せる仕組みが求められてきた。我々は、平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（難治性疾患克服研究事業）「今後の難病対策のあり方に関する研究」班で検討を進めてきた難病登録テストベッドを用いて、各難病指定医のレベルでプリオン病の登録を行い、入力情報を都道府県の所定の個人票の形で出力できるアプリケーションを作成し、現行の紙の形式のプリオン病の登録を電子的に行える形にすること

で全国規模での疾患登録と、早期の疾患把握を可能とするものである。

B. 研究方法

(倫理面への配慮)

該当なし。

C. 研究結果

1. 疾患登録プロトタイプの開発

国立保険医療科学院サーバーに、平成 25 年度に厚生労働省において設計されたシステムを導入し、研究班が試験利用できる環境を整備した。これを用いて、医療機関、都道府県、厚労省等それぞれの立場の機能を検証できるプラットフォームを構築した。

2. ローカル版登録システム設計と構築

前述の試験運用を行いつつ、都道府県や医師会、医療機関等に対するヒアリングにおいて、都道府県衛生部、保健所、医療機関等ではインターネット接続ができないところが多いことが分かった。モバイル閉域網による安全な医療用ネットワーク基盤の構築を検討したが、コスト面における負担が大きいと判断した。一方で、紙での調査票が都道府県に提出されると、事後、その情報の利活用が困難となる。このため、平成 27 年度においては、Web システムと同様な画面をローカルで入力し、その結果を暗号化して保存しながら、患者が都道府県に提出する書類を電子的に作成するソフトを構築した。これを用いることで、デジタル化された調査票となるため、OCR による読み取りも可能となる。また、ローカルに保存されたデータは暗号化されるため、安全でありつつ更新の際に利用できる等、将来、厚生労働省において導入される登録システムがこのファイルをアップロードすることで、本システムへの登録も可能となることを示した。また、アップロードの仕組みを作成する

ことで、将来的に、病院情報システムにおいても個人票作成システムの構築ができた際の受け口となりうる。さらに、検査データなどの転記が煩雑であるとの指摘がユーザーからも出されており、このような方向性を含めた設計を提案した。

3. 将来的な拡張性の保持

将来的に、指定難病の範囲が拡大されることが検討されていることから、登録項目および登録システム開発の負担が予想される。そこで、平成 26 年度に 110 の指定難病(第 1 次)を対象に 13 分野 21 疾患群に区分し、登録項目を、分野共通、疾患群別、疾患個別に整理することで将来的な拡張性を持たせることを可能とするデータベース機能を構築した。

D. 考察

1. 疾患ごとの登録項目

疾患ごとの登録項目に関しては、疾患ごとの特殊性を考慮しながら、分野単位、疾患群単位での共通項目を統一した。また、臨床検査などについては、検査名や測定値の単位などがバラバラであったことからさらなる項目の標準化が必要と考える。

2. 電子登録に向けた個人票の作成方針

従来の紙情報を電子化する流れから、電子化を前提とした患者情報登録の考え方とその表示方法について検証を行った。しかし、それぞれの疾患ごとに定義されている診断基準や重症度基準を判断するための項目が抜けているものも散見され、可能な範囲で補足されたがまだ不足しているものもある。これについては、引き続き見直しが必要と考えている。とりわけ、平成 27 年度より日本医療研究推進機構において難病に対する創薬研究が加速される予定であるが、登録された項目がそのまま医師主導臨床治験等に生かされる構造が望