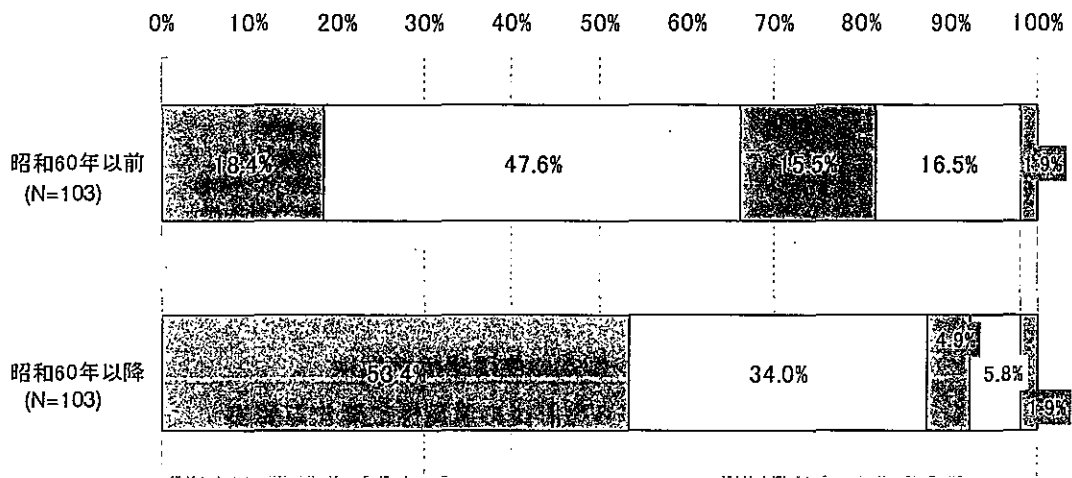


10. 非 A 非 B 型肝炎の予後の重篤性に関する認識

➤ 非 A 非 B 型肝炎が重篤な疾患であるとの認識については、「肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患」との回答が、昭和 60 年以前、以降で約 2 割から 5 割へと増加していることから認識の改善がみられるが、それでも、肝硬変や肝癌への進展は少ないもしくは進行しない等、予後不良と思っていないという回答が昭和 60 年以前で約 8 割、昭和 60 年以降で約 5 割と多くを占めた。

◇ なお、昭和 60 年以前および昭和 60 年以降でいずれも「その他」を選択した方の具体的な回答は、「肝硬変、肝癌へと進展する場合もある」および「覚えていない」というものであった。

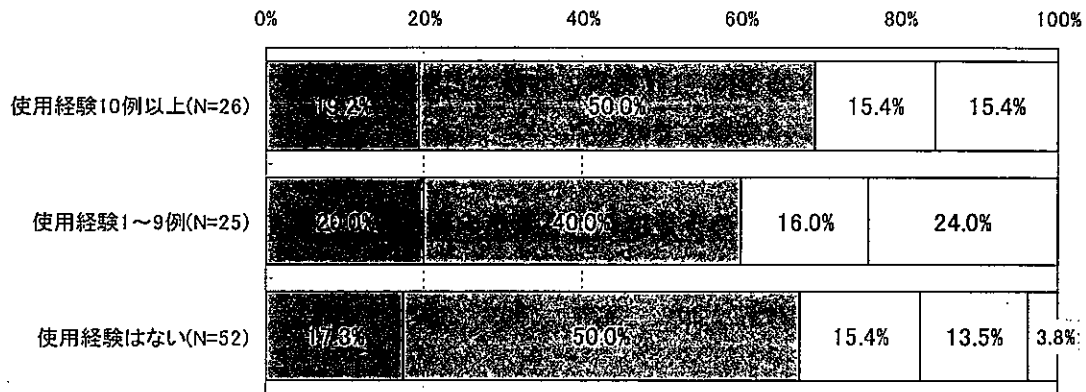
問 6. 非 A 非 B 型肝炎の予後に関する当時の認識をお答えください。



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

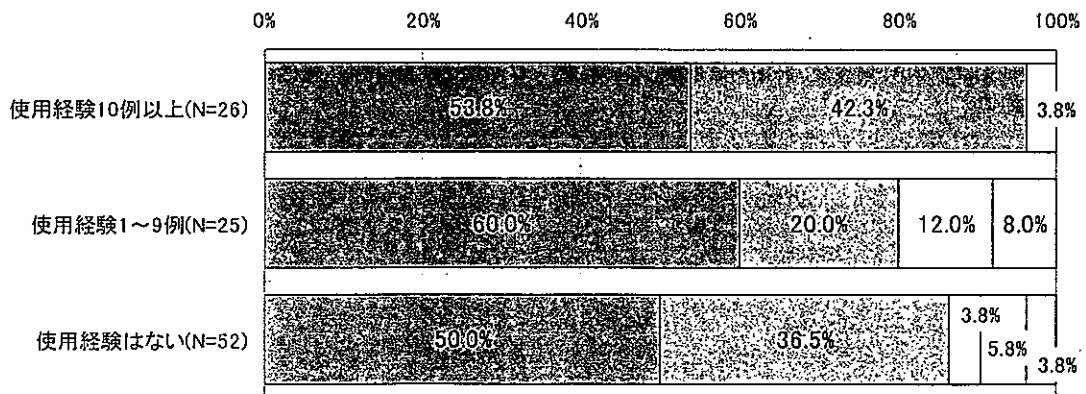
- フィブリノゲン製剤の使用経験の有無別にみても、非 A 非 B 型肝炎の重篤性の認識の差は見られなかった。

**フィブリノゲン製剤の使用経験例数別  
昭和 60 年以前の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識**



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

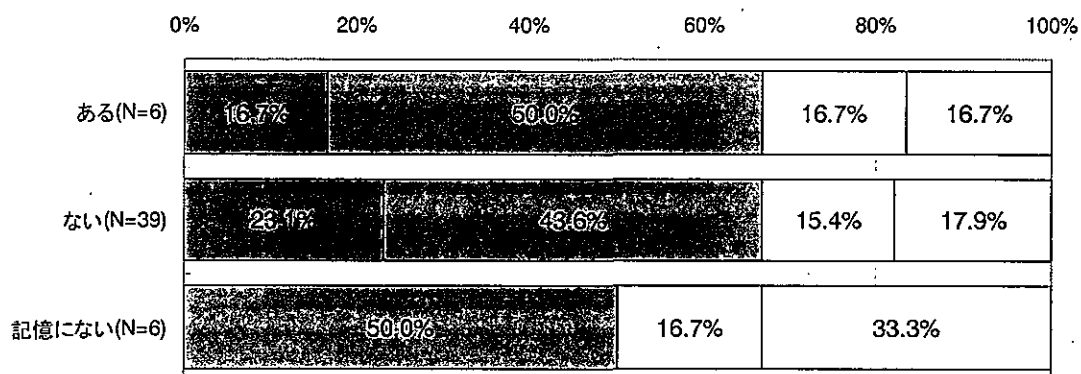
**フィブリノゲン製剤の使用経験例数別  
昭和 60 年以降の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識**



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

- 予防的な使用をしていた医師の数が少ないため評価は困難であるが、予防的な使用をしていない医師の方が非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識が高い可能性はある。

**フィブリノゲン製剤の予防的な使用の有無別  
昭和 60 年以前の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識**

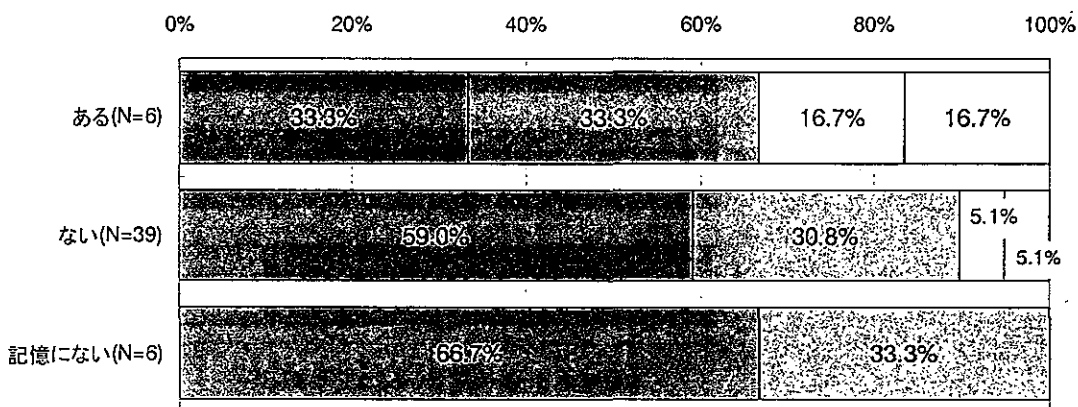


- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

※問 2 で①フィブリノゲン製剤について

「使用経験 10 例以上」または「使用経験 1~9 例」と回答した方についての集計

**フィブリノゲン製剤の予防的な使用の有無別  
昭和 60 年以降の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識**



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

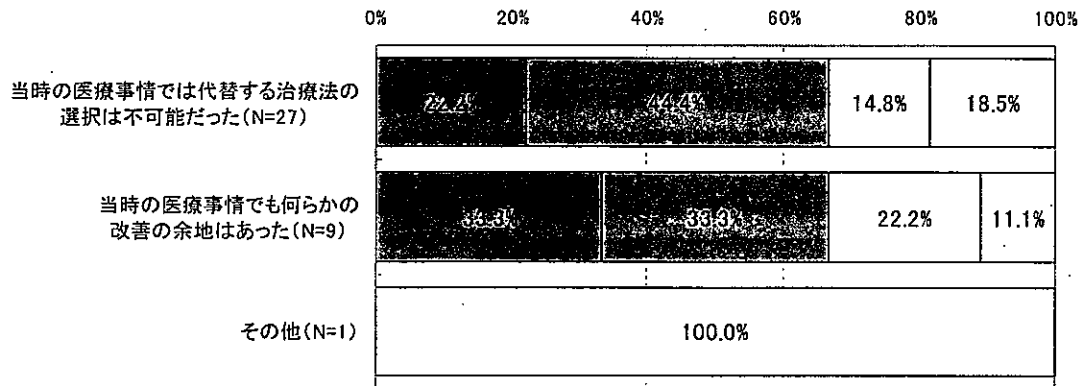
※問 2 で①フィブリノゲン製剤について

「使用経験 10 例以上」または「使用経験 1~9 例」と回答した方についての集計

- ▶ サンプル数が少ないため傾向を論ずることは困難であるが、「治療の改善の余地があった」としている医師の方が、前述の通り、血液製剤全般の肝炎罹患の危険性の認識が高い傾向がある可能性はあるだけでなく、非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識が高い傾向がある可能性もある。

フィブリノゲン製剤の代替治療法についての認識（昭和 60 年以前の認識）別

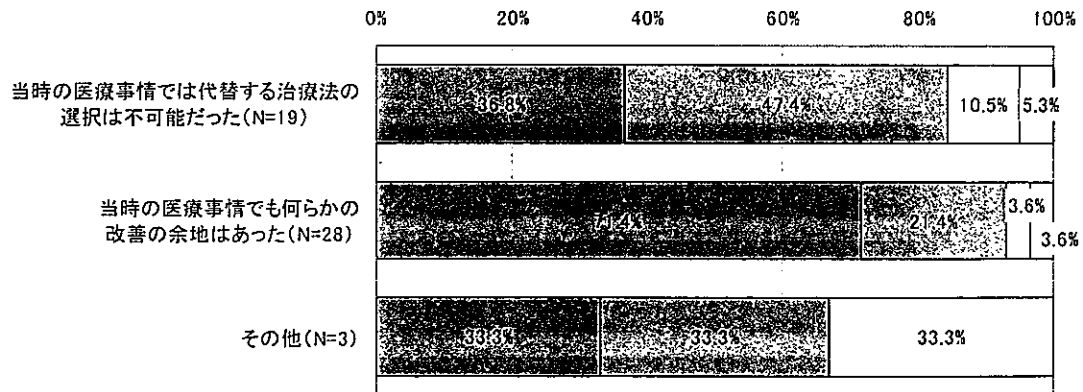
昭和 60 年以前の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

フィブリノゲン製剤の代替治療法についての認識（昭和 60 年以降の認識）別

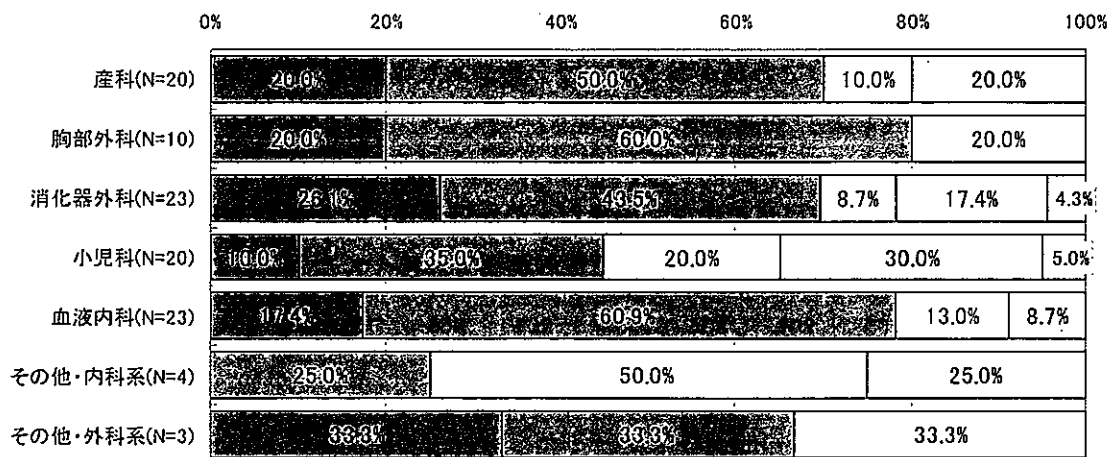
昭和 60 年以降の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

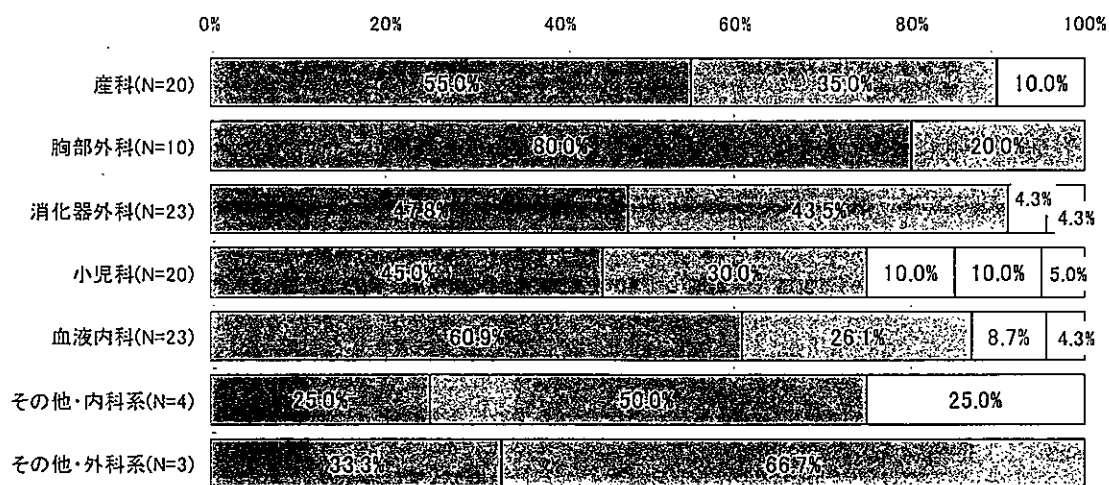
- 専門分野別の認識の違いについては、サンプル数が少ないため傾向を論ずることはできない。

**専門分野別 昭和 60 年以前の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識**



- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

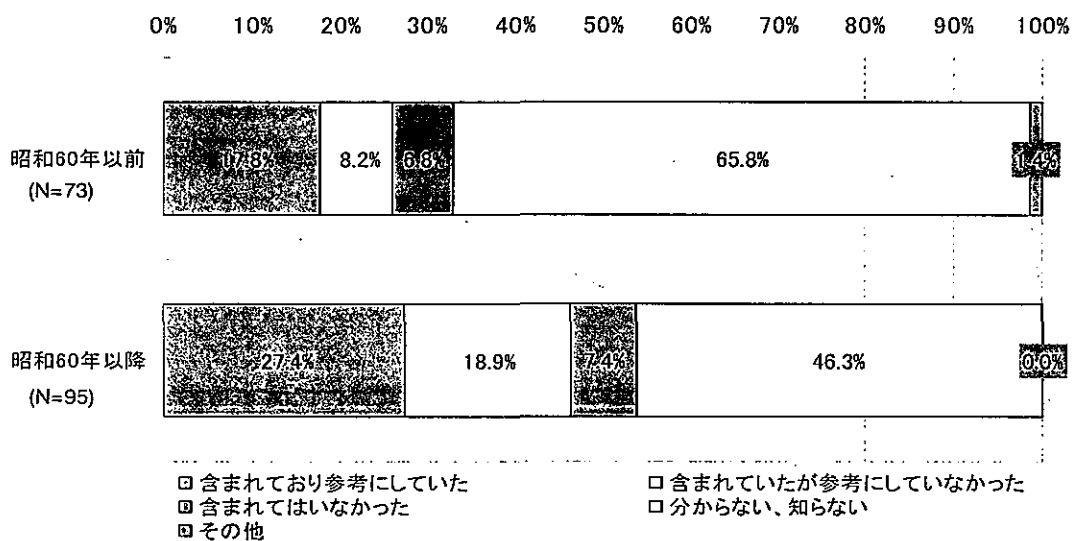
**専門分野別 昭和 60 年以降の非 A 非 B 型肝炎の重篤性に関する認識**



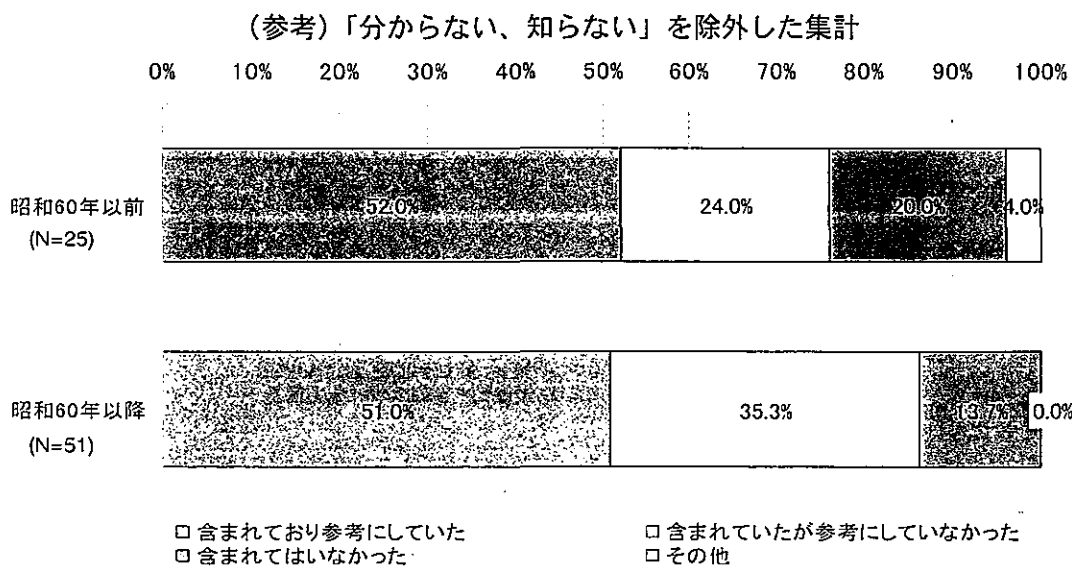
- 肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患
- 肝硬変、肝癌へと進展する場合もあるが頻度は低い
- 慢性化はするが、肝硬変、肝癌へは進展しない疾患
- 急性の疾患であり、慢性化することは稀である疾患
- その他

11. 昭和 40~60 年代当時における論文等の症例集積における血液製剤の使用症例について
- 当時の学会や論文発表の中で、これらの血液製剤の使用症例があることを認識していたのは昭和 60 年以前で約 25%、昭和 60 年以降で約 50%と低い値となった。ただし、「分からない、知らない」を除外すると半数程度が参考にしていたことが分かる。
  - ◇ なお、昭和 60 年以前の回答において、「その他」を選択した方の具体的な回答は、「高頻度で肝炎がおこるので、救命的な場面以外は使用するなど先輩から聞いていた」であった。

**問 7. 昭和 40~60 年代当時に見た学会、論文などの症例集積に、上記血液製剤の使用症例が含まれていましたか。ご記憶の範囲でお答えください。**

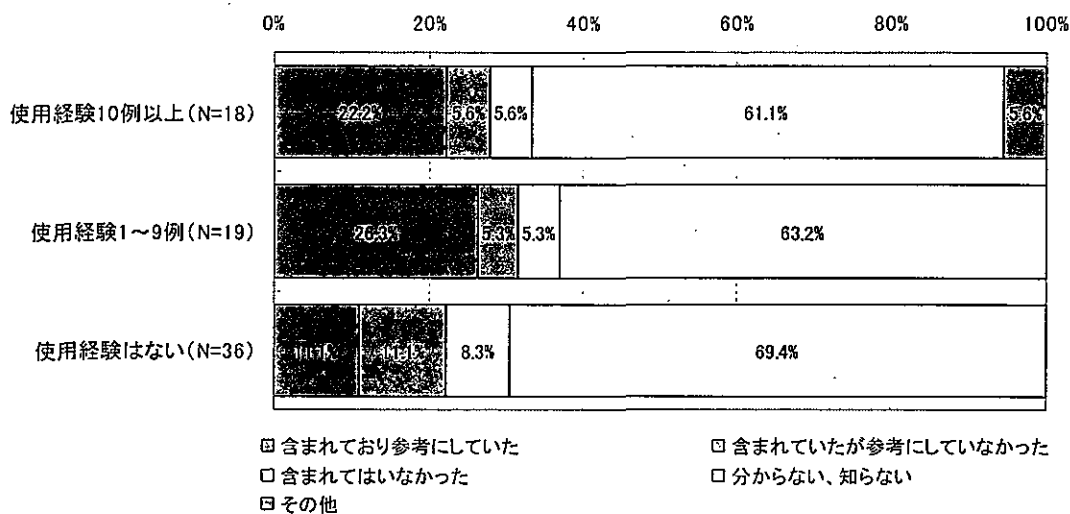


※問 1 で該当年代に治療行為を行っていたと回答した方に対する質問

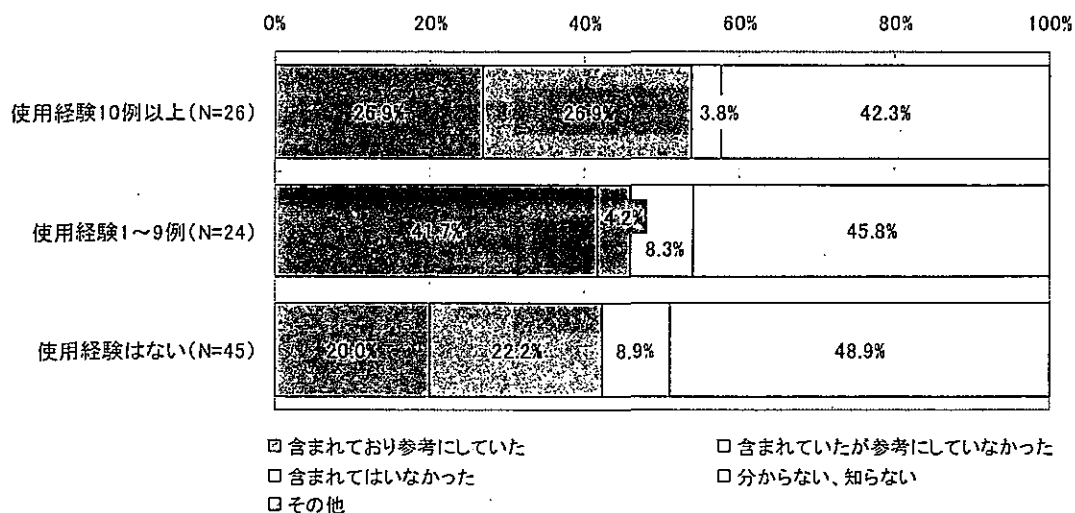


- なお、フィブリノゲン製剤使用経験者は、昭和 60 年代以前・以降問わず、使用症例を参考にしていた割合が高い傾向がみられる。

**フィブリノゲン製剤の使用経験例数別  
昭和 60 年以前の使用症例の蓄積について**



**フィブリノゲン製剤の使用経験例数別  
昭和 60 年以降の使用症例の蓄積について**



12. 昭和 40~50 年代当時に治療方針を決定する際に参考にしたもの

➤ 治療方針を決定する際に参考にしたものとして、「先輩、同僚等身近な経験豊富な医師の指導、助言」との回答が約 8 割と最も高い。次いで、「教科書の記述」、「学術論文等の記述」が 5 割程度、「学会発表」、「MR（当時の製薬メーカーのプロパー）からの情報提供」が 4 割程度、「専門分野において著明な医師の意見」、「診療ガイドライン」が 3 割程度、「治療のマニュアル本」は 2 割程度が参考にしてしていると回答していた。

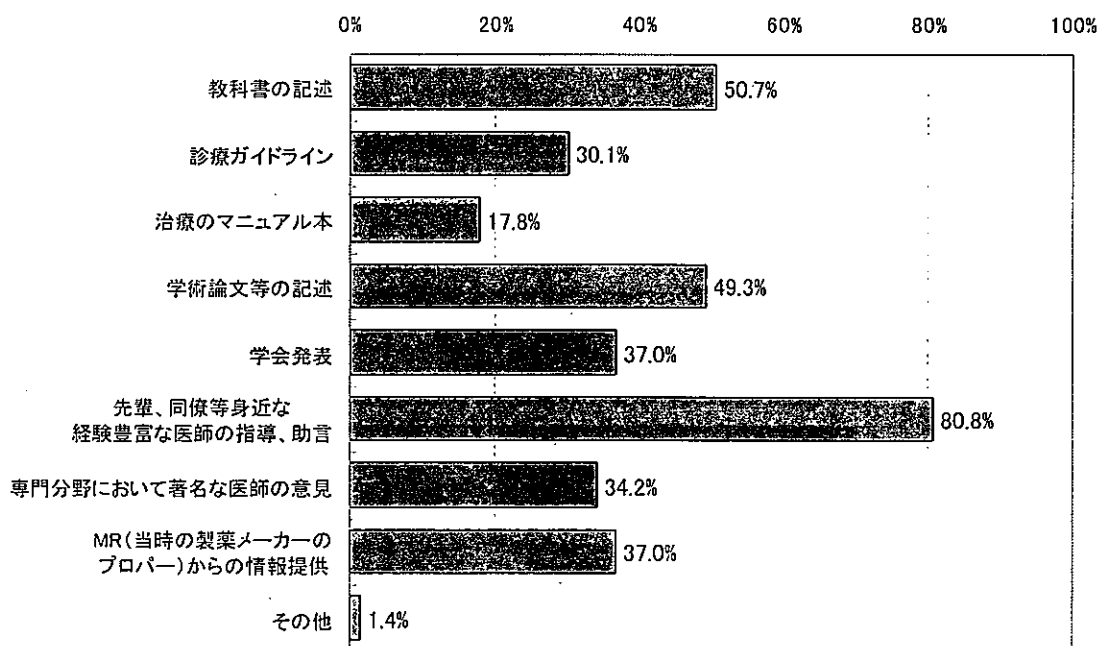
✧ なお、「その他」を選択した方の具体的な回答は「まだ医師でない」であった。

✧ 「治療のマニュアル本」を選択した方のうち、8 名が『今日の治療指針』、2 名が「覚えていない」と回答し、その他には、『産婦人科治療指針』『今日の小児科治療指針』『小児科』という回答があった。

問 8. 昭和 40~50 年代当時、治療方針を決定する際何を参考にしていましたか。

参考にしていたもの全てを回答してください。

(N=73)

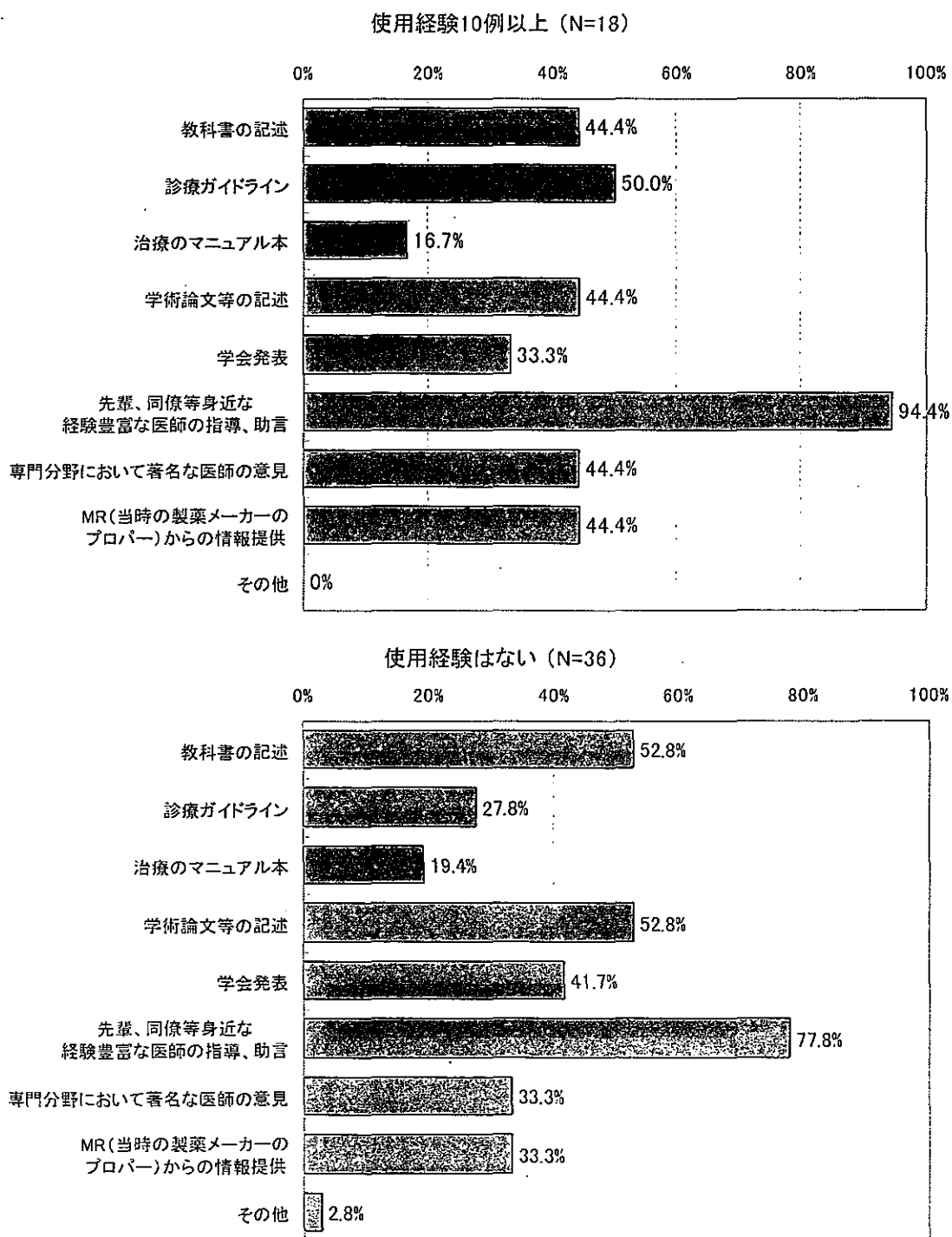


※問 1 で該当年代に治療行為を行っていたと回答した方に対する質問



- なお、フィブリノゲン製剤の10例以上の使用経験がある医師は、使用経験のない医師に比して、治療方針を決定するにあたって「先輩、同僚等身近な経験豊富な医師の指導、助言」を参考にしている割合が相対的に高い傾向が見られた。

**フィブリノゲン製剤の使用経験例数別  
治療方針を決定するにあたって参考にしていたもの**

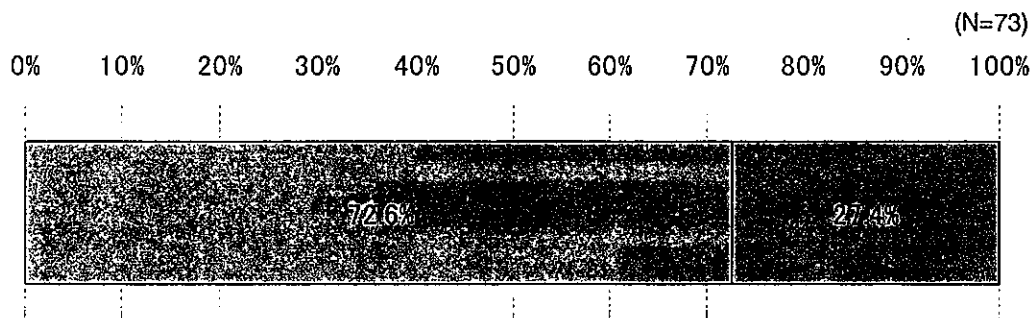


13. 昭和 40~50 年代当時における製薬企業からの情報提供

1) 昭和 40~50 年代当時における製薬企業からの当該製剤に関する情報提供の有無

> 製薬会社からの情報提供について、「情報提供はなかった」が約 7 割を占めた。

問 9. 昭和 40~50 年代当時、血液製剤の適用等に関し製薬企業からの  
情報提供はありましたか。



情報提供はなかった     情報提供はあった

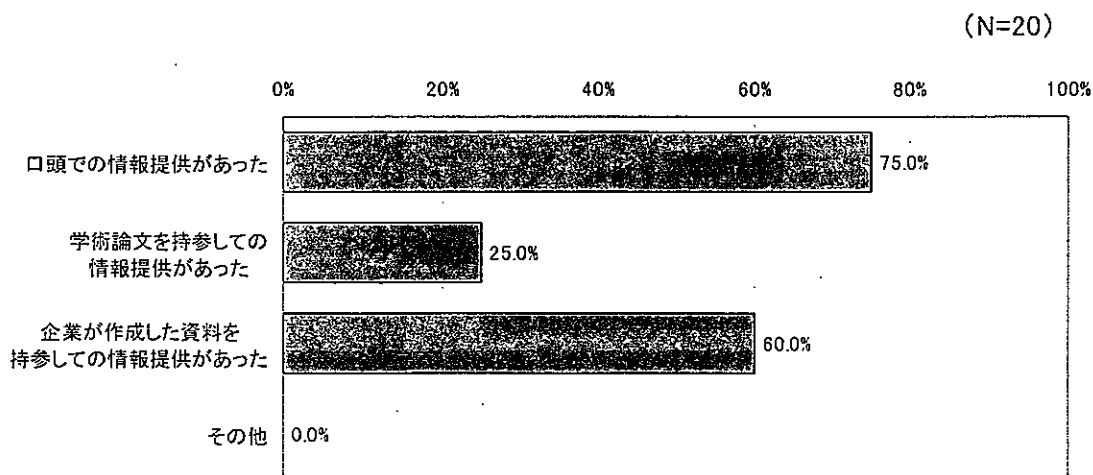
※問 1 で該当年代に治療行為を行っていたと回答した方に対する質問

2) 昭和 40~50 年代当時における製薬企業からの情報提供手段

> 情報提供手段としては、口頭での情報提供が 75%であり、次いで企業が作成した資料を持参しての情報提供が 60%であった。

問 9 S9. 上記設問で「2. 情報提供はあった」と回答した方にお伺いします。

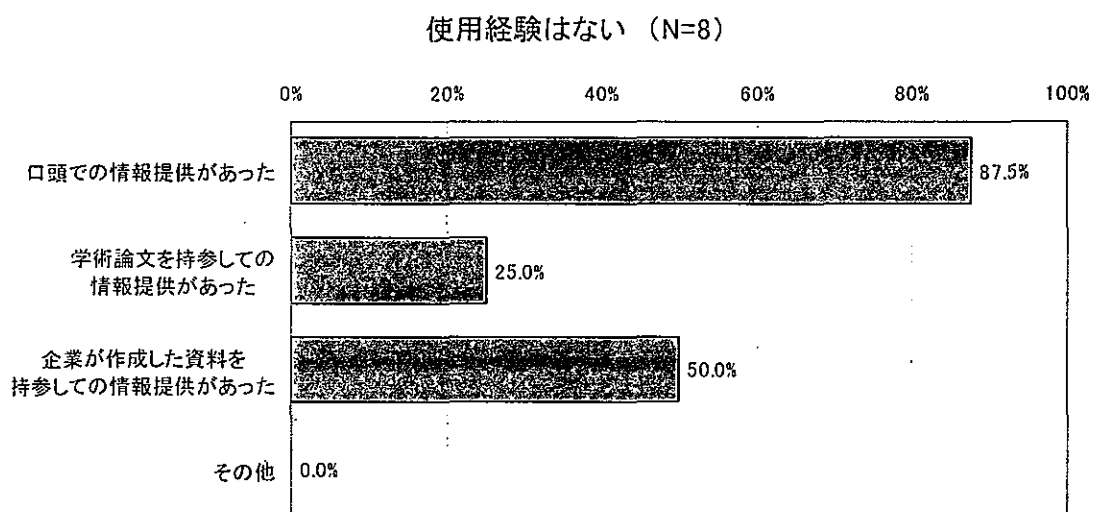
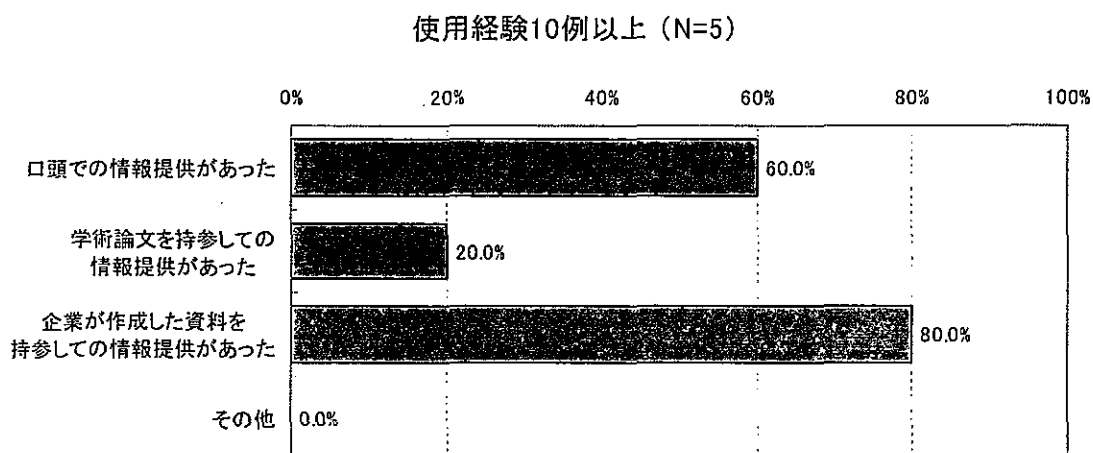
どのような形で情報提供がありましたか？



※問 1 で該当年代に治療行為を行っていたと回答した方に対する質問

- ▶ フィブリノゲン製剤の使用経験の有無での、製薬企業からの情報提供状況の差については、サンプル数が少ないため評価は困難である。

フィブリノゲン製剤の使用経験例数別 製薬企業からの情報提供手段

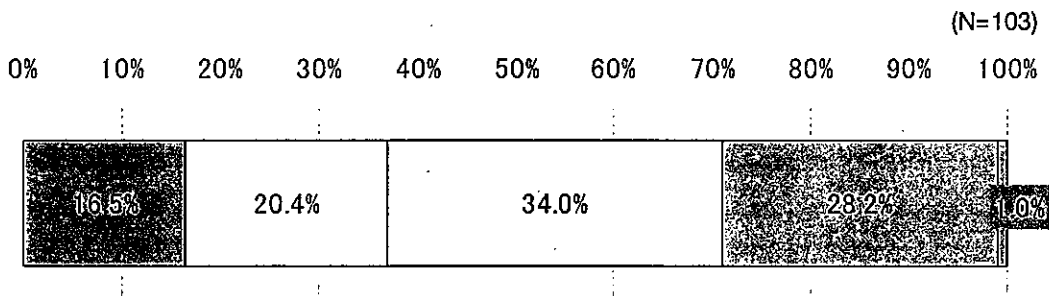


13. 「輸血用血液製剤は日本赤十字社がすぐには持ってきてくれないため、常備されている血液分画製剤を利用する」という意見について

➤ 輸血用血液がすぐに手に入らないときのためにフィブリノゲン製剤等の止血剤を用いる医師が16%、そのような考えを持つ医師が周囲にいた医師が約20%存在している。

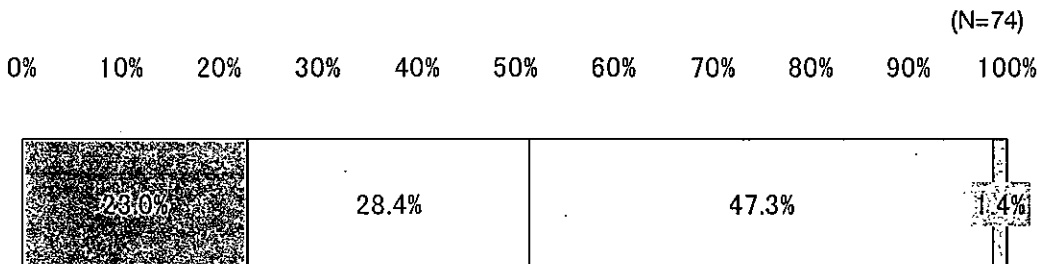
◇ なお、「その他」を選択した方の具体的な回答は、「最適の血液製剤を使用するのが原則であった。」であった。

問 10. 「輸血用血液製剤は日本赤十字社がすぐには持ってきてくれないため、常備されている血液分画製剤を利用する」という意見について、以下のの中から先生のお考えに近いものを1つお答えください。



- 当時そのような考えを持っていた
- そのような考えは持ってはいなかったが、周囲の医師がこのような発言をしていたのを聞いたことがある
- そのような考えは持ってはいなかったし、周囲でも聞いたことがない
- わからない
- その他

(参考) 「わからない」を除外した集計



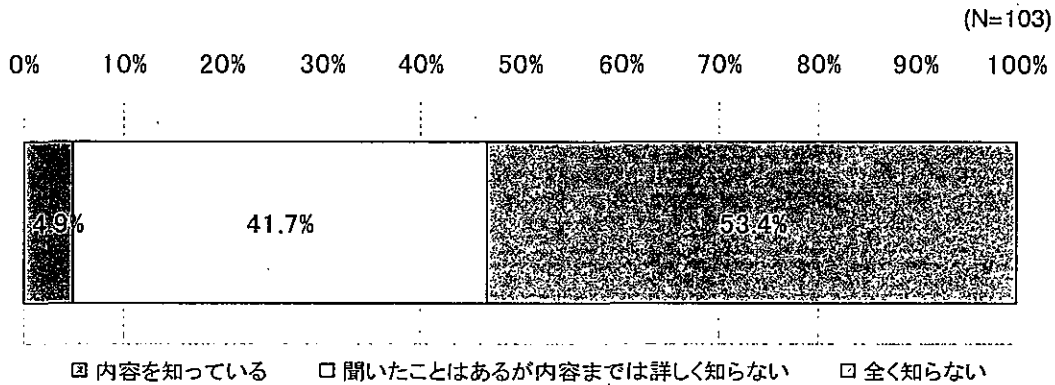
- 当時そのような考えを持っていた
- そのような考えは持ってはいなかったが、周囲の医師がこのような発言をしていたのを聞いたことがある
- そのような考えは持ってはいなかったし、周囲でも聞いたことがない
- その他

14. 東京地方裁判所昭和 50(1975)年 2 月 13 日判決「弛緩出血ショック止血措置輸血措置  
 懈怠」について

1) 判決の認知状況

- 東京地裁の判決の内容を知っている医師は 5%、聞いたことがある医師が約 4 割で  
 あり、半数以上は判決について全く知らなかった。

問 11. 東京地方裁判所昭和 50(1975)年 2 月 13 日判決「弛緩出血ショック止血措置輸血措  
 置懈怠」について伺います。上記裁判判決を知っていますか?

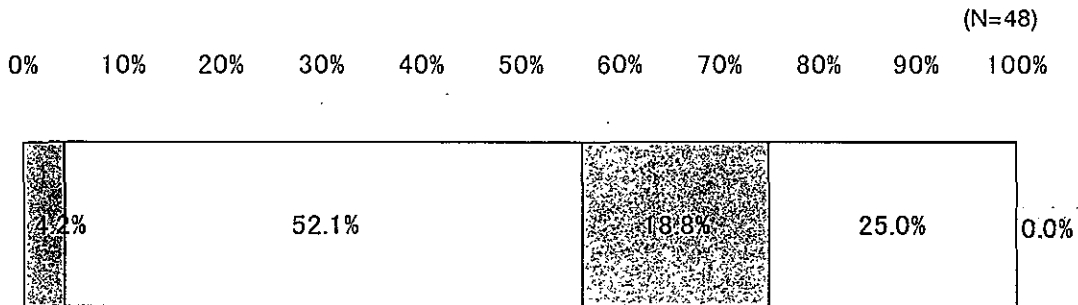


2) 判決の治療への影響

- 「内容を知っている」もしくは「聞いたことはあるが内容まで詳しく知らない」と  
 回答した医師の中で、この判決が治療に影響したと答えた方は 5 割を超えた。
- なお、前問で、「内容を知っている」と回答した 5 人の内訳は、「多少は影響した」  
 が 4 名、「影響はしなかった」が 1 名となっている。

問 11 S11-2. 上記 S11-1 で、1,2 と回答した方のみお答えください)

上記裁判判決は、自らの治療方針に影響しましたか

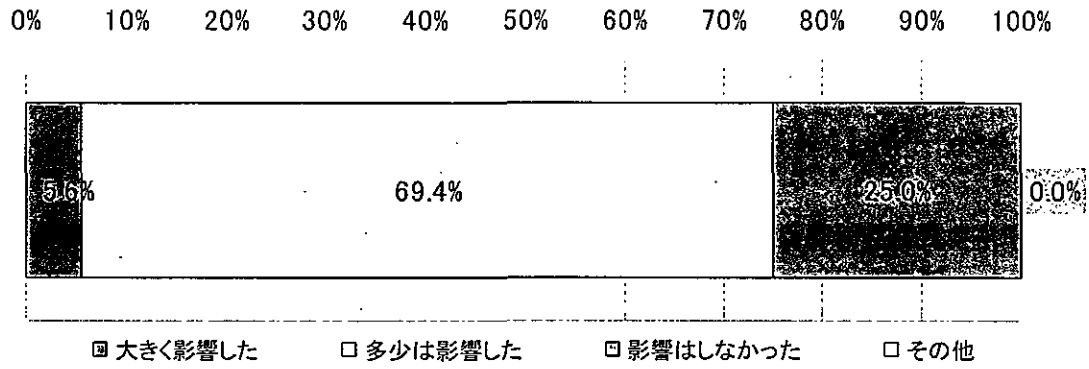


大きく影響した    多少は影響した    影響はしなかった    分からない    その他

※問 11 S11-1 で「内容を知っている」もしくは「聞いたことはあるが内容まで詳しく知らない」と回答し  
 た方に対する質問

(参考)「分からない」を除外した集計

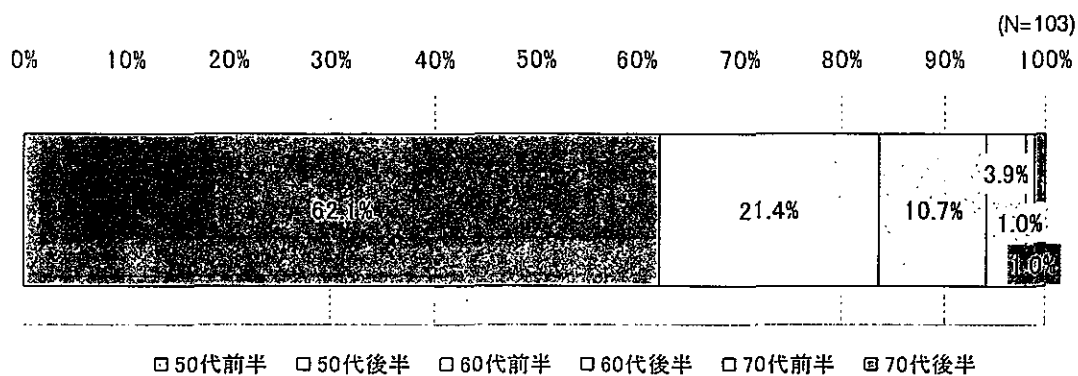
(N=36)



### 3) 回答者の属性

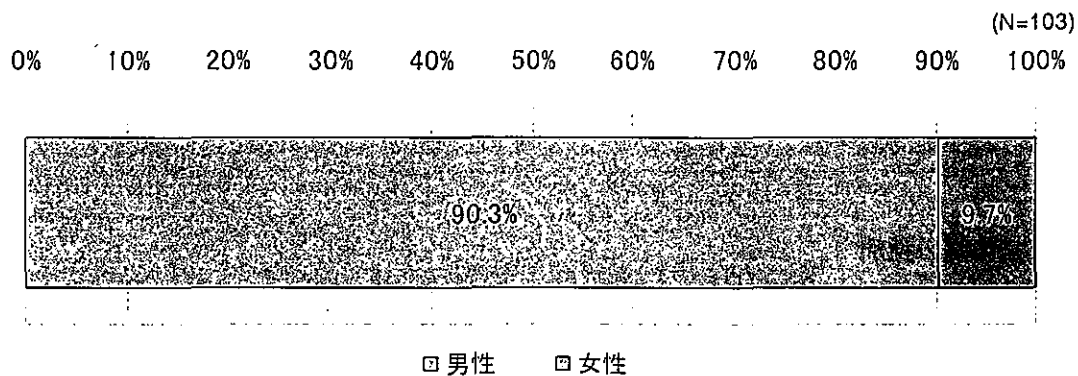
#### 1. 年齢

- 50歳代前半が62%、50歳代後半が21%と50歳代が83%と大部分を占めており、60歳代が14%、70歳代が2%であった。



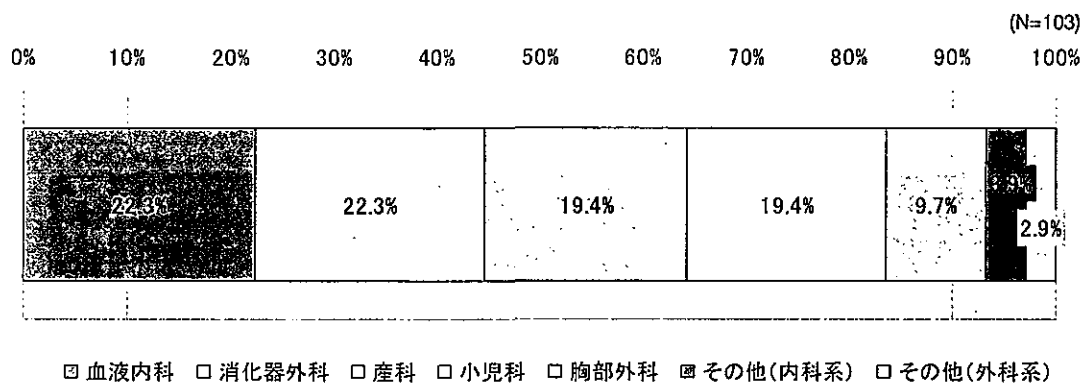
#### 2. 性別

- 男性9割、女性1割であった。



### 3. 専門分野

- 専門分野については、血液内科、消化器外科、産科、小児科に対して各々20サンプル程度の割付を行ったため、これらの専門分野で8割、他に胸部外科が1割、その他内科系、外科系が各3%であった。



#### その他（内科系）の記載内容

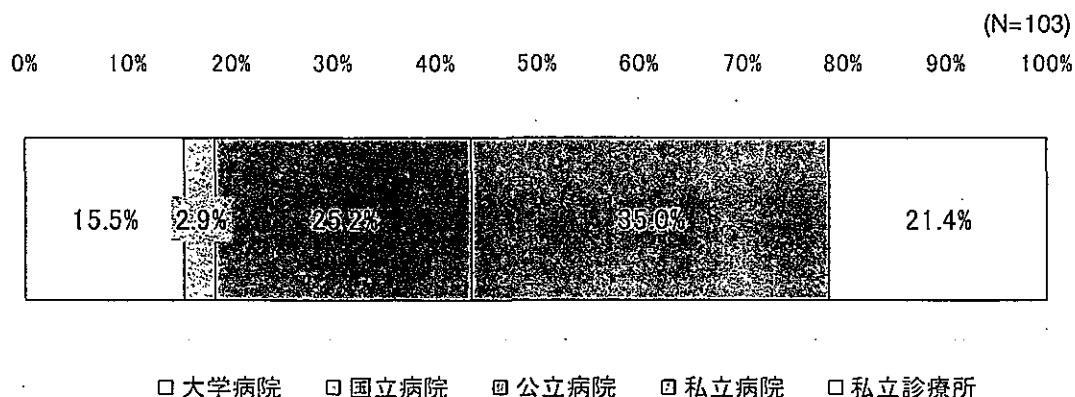
- 一般内科
- 内科
- 病理診断科
- 免疫・内分泌
- 総合

#### その他（外科系）の記載内容

- 呼吸器外科
- 産婦人科
- 心臓血管外科

### 4. 所属病医院の種別

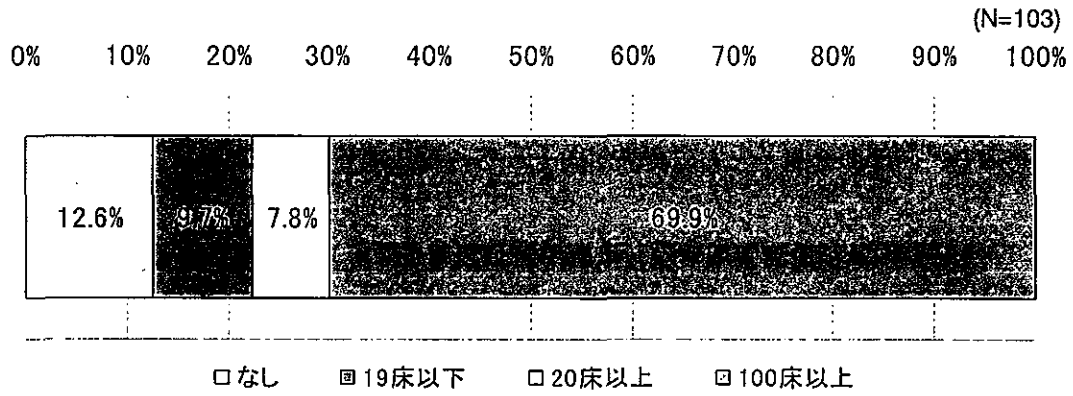
- 回答医師の現在の所属病院としては大学病院 15%、国立病院 3%、公立病院 25%、私立病院 35%、私立診療所 21%であった。





5. 所属する病医院の病床数

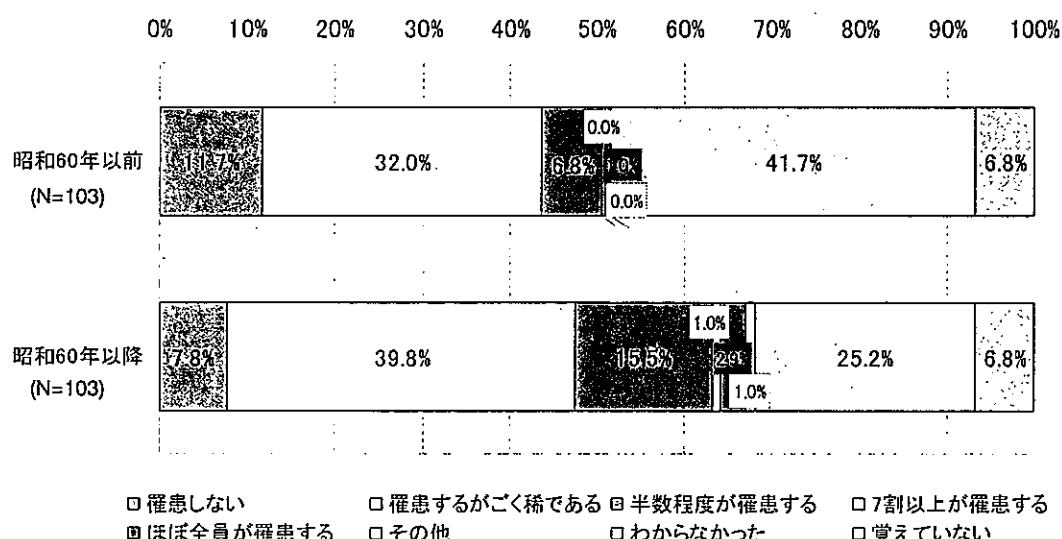
> 回答医師が現在所属する病院の病床数については、100床以上が約70%を占める。



4) 調査のまとめ

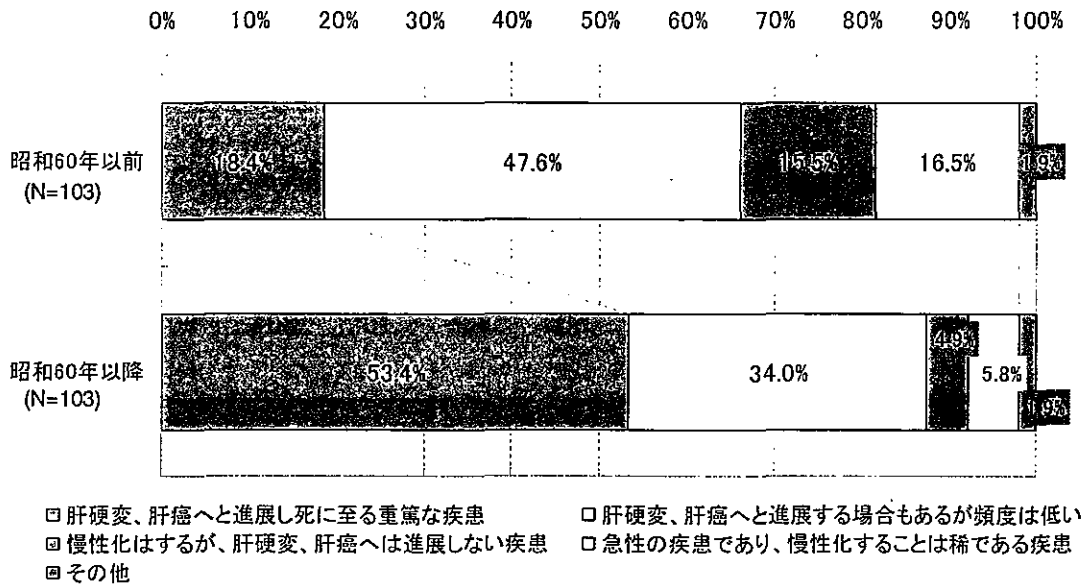
本アンケート調査により、フィブリノゲン製剤による非 A 非 B 型肝炎罹患についての認識が不十分であったことが明らかになった。昭和 60 年以前と昭和 60 年以降を比較しても、昭和 60 年以降には、「わからなかった」や「罹患しない」という回答が減少し、「半数程度以上が罹患する」という回答が増えているものの、「罹患するがごく稀である」という回答も増えており、時間の経過とともに認識が向上しているとは言い切れない。

上記製剤及び血液製剤全般（輸血用血液製剤を除く）の使用による、  
非 A 非 B 型肝炎罹患率について当時の認識をお答えください。 ①フィブリノゲン製剤



非 A 非 B 型肝炎の予後の重篤性の認識についても、「肝硬変、肝癌へと進展し死に至る重篤な疾患」との回答が、昭和 60 年以前、以降で焼く 2 割から 5 割へと増加していることから、認識の改善がみられるが、昭和 60 年以降においても予後不良と思っていないという回答が約 5 割となっており、十分な認識とはいえない。

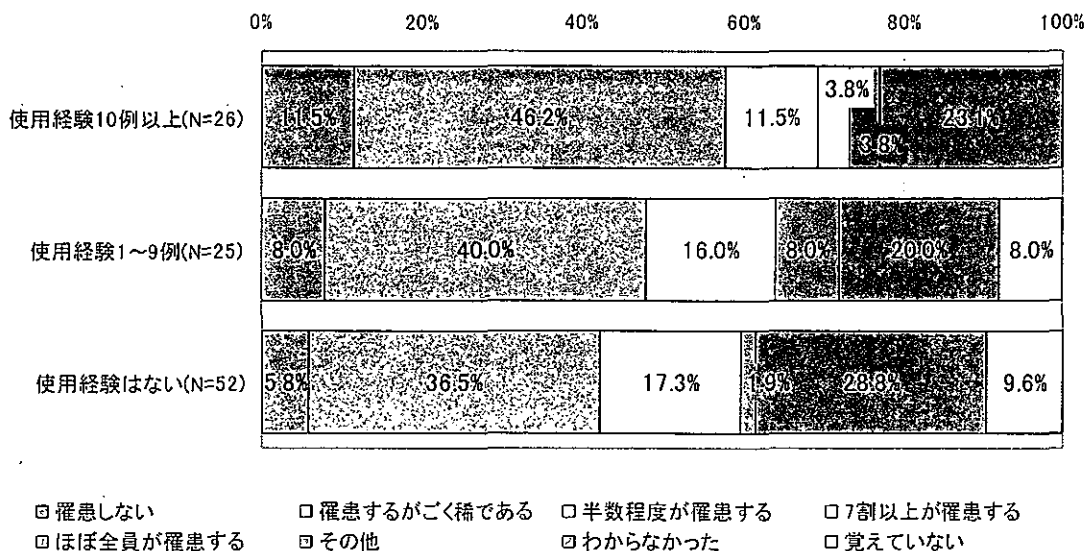
非 A 非 B 肝炎の予後に関する当時の認識をお答えください。



また、サンプル数は少ないものの、フィブリノゲン製剤の使用経験が多いほど、「罹患しない」や「罹患するがごく稀である」という回答をする割合が高い傾向にあり、非 A 非 B 型肝炎罹患の認識の低さが、フィブリノゲン製剤の使用の一因となっていた可能性が示唆された。

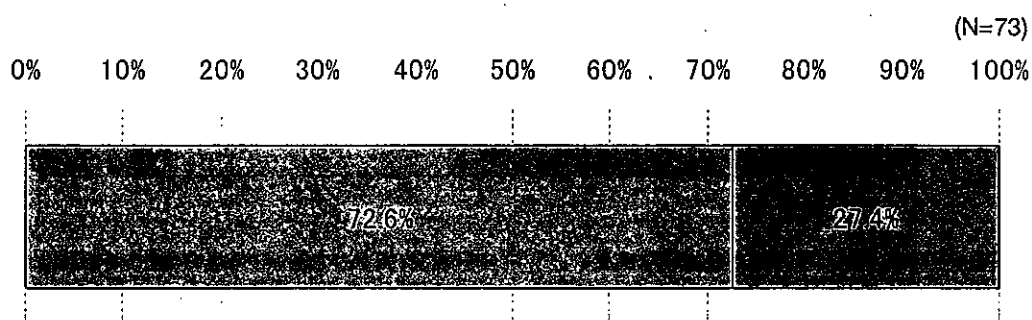
フィブリノゲン製剤の使用経験例数別

昭和 60 年以降のフィブリノゲン製剤による肝炎罹患に関する認識



非 A 非 B 型肝炎の罹患や予後の重篤性についての認識が低かった一因として、情報提供が不十分であったということが考えられる。実際、本調査では、昭和 40~50 年代当時に血液製剤の適用等に関して製薬企業からの情報提供がなかったという回答が 7 割を超えていた。

昭和 40~50 年代当時、血液製剤の適用等に関し製薬企業からの  
情報提供はありましたか。



情報提供はなかった     情報提供はあった

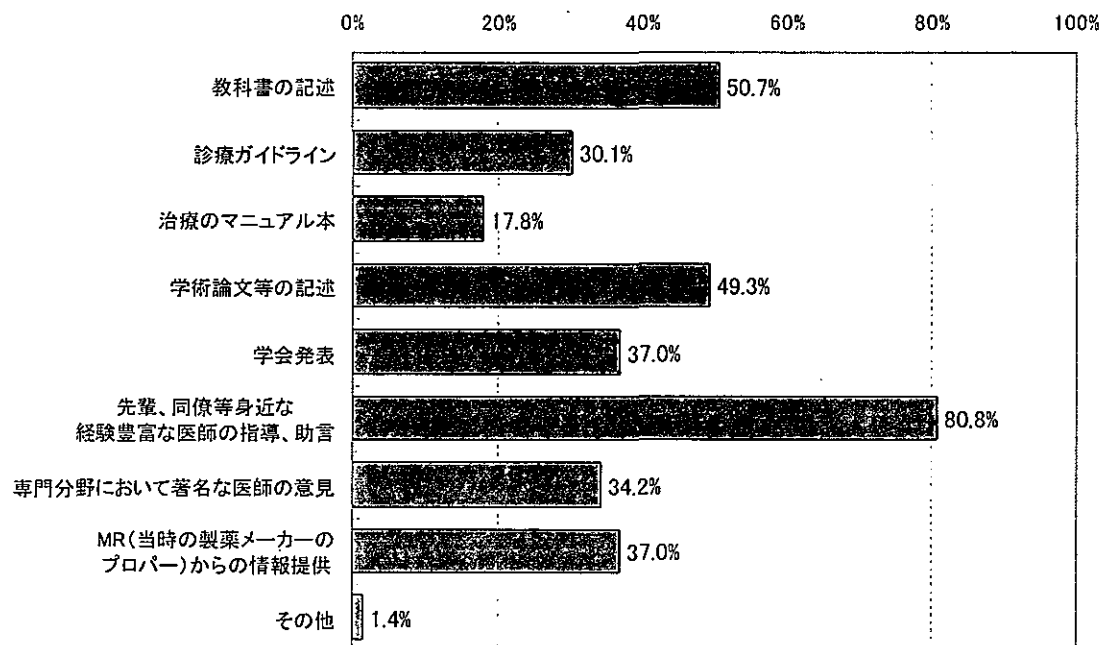
※問 1 で該当年代に治療行為を行っていたと回答した方に対する質問

また、治療方針の決定する際に参考にしたものとして、「先輩、同僚等身近な経験豊富な医師の指導、助言」を参考にすると回答した割合が 8 割と最も高い。このことから、当時は経験則に基づいた医療が行われていたことが推察され、これが非 A 非 B 型肝炎罹患および予後の重篤性に関する認識が低かった一因となっている可能性もあると考えられる。

昭和 40～50 年代当時、治療方針を決定する際何を参考にしていましたか。

参考にしていたもの全てを回答してください。

(N=73)



※問 1 で該当年代に治療行為を行っていたと回答した方に対する質問

## 5) アンケート調査の総括

今回の医師へのアンケート結果から、フィブリノゲン製剤の止血に対する効果自体が低い、あるいは評価困難と答えた医師が半数を超えていた。少数とはいえ産科医でさえ半数以上が評価困難と答えていた。第 IX 因子製剤では治療効果が高いと答えたものが 6 割を超えていた。さらに時代と共にそれら有用性は重きを置かれなくなっていった。しかしフィブリン糊についての有用性は 60 年以前では約 7 割の医師が認め、昭和 60 年以降においても 5 割は代替治療が無いとしており、現在でも手術で用いられているペリプラスト、タココンブなどにその名残をみることができる。このフィブリン糊を含め血液製剤による肝炎感染のリスク、その重篤性の認識が当時は低く、安易な使用の原因になっていたものと考えられる。また、治療方針の決定にあたっては身近な経験豊富な医師の意見を参考にするという回答が 8 割と最も多く、経験則に基づいた医療が行われていた中でフィブリノゲン製剤などの血液製剤も使用されていたと思われる。さらに、これらの製剤に関する製薬会社からの情報提供は少なく、当然安全性情報は十分には伝わっていなかった。

他方では、輸血が間に合わないときのために使用した医師が 2 割程度存在し、地裁の判決（産科ショック患者に製剤不使用で有罪とされた『弛緩出血ショック止血措置輸血措置懈怠』判例）は大半が認知していなかったとはいえ、知っていた医師にとっては治療方針に影響を与えたものであり、リスクの認知度の低さに、フィブリノゲン製剤の不使用による訴訟のリスクも重なり、使用することが無難な選択となっていた可能性が高い。

EBM の不十分な時代に、経験則に基づいて行われていた医療の一環としてのフィブリノゲン製剤の使用は、当時の医療水準からはやむをえない部分も認めざるを得ない。しかし昨年度の班会議のまとめも踏まえれば、肝炎発症率、その重篤性の当時の認識が、事実より極めて低く見積もられており、これに関する企業から医師への情報提供の不足、厚労省からの指導の遅れ、医師会や学会等内部での情報交換、さらに国の血液製剤指導に関する取組不足などの不作為による被害者増加の責任は関係者全てにおいて免れるものではないものとする。

フィブリノゲン製剤の使用経験がある医師は、使用経験がない医師に比べてフィブリノゲン製剤による肝炎罹患の危険性の認識が低い傾向があり、先輩、同僚等身近な経験豊富な医師の指導、助言により治療方針を決定している傾向が見られた。さらに、学会、論文等の使用症例を参考にしている割合も高い傾向が見られた。

このことからフィブリノゲン製剤の使用は肝炎罹患の認識が低い医師が周囲の意見を参考にしながら経験則に基づき、使用を続けていたということが推察できる。

昭和 60 年以前・以降どちらにおいても、フィブリノゲン製剤の治療効果が高いと考えていた医師の中には、肝炎罹患の危険性および非 A 非 B 型肝炎の重篤性を認識しながらも治療効果の高さからフィブリノゲン製剤を使用していた医師がいたと考えられる。また、フィブリノゲン製剤を使用しているにも関わらずその治療効果を低いと評価している医師は

フィブリノゲン製剤による非 A 非 B 型肝炎罹患の危険性、血液製剤全般の非 A 非 B 型肝炎罹患に関する危険性、非 A 非 B 型肝炎の予後の重篤性の認識がいずれも低く、危険性を認識していなかったために漫然と使用した可能性も否定できない。

治療効果は高かったと考え、フィブリノゲン製剤を使用していた医師においても昭和 60 年以降は治療法の改善が可能であったとする割合が高くなっている。この意識の変化の原因の一つにフィブリノゲン製剤による肝炎罹患の危険性の認識および非 A 非 B 型肝炎の重篤性の認識の高まりが考えられる。実際、昭和 60 年以降においては「治療法の改善の余地があった」と回答する医師は、「代替する治療の選択は不可能だった」という医師に比べて、肝炎罹患の危険性の認識および非 A 非 B 型肝炎の重篤性の認識がともに高いという傾向が見られた。また、それらの危険性の認識はフィブリノゲン製剤の予防的な使用の有無にも影響していたと考えられ、予防的な使用をしていない医師は危険性の認識が高いという傾向も見られた。

このような結果から、危険性を認識しながらもその治療効果の高さによりフィブリノゲン製剤の使用していた医師がいたものの、危険性の認識の低さからフィブリノゲン製剤の使用を続けた医師も存在すると推察され、フィブリノゲン製剤による肝炎罹患の危険性や非 A 非 B 型肝炎の重篤性の認識を広めることで、フィブリノゲン製剤の不必要な使用を防げた可能性が高いと考えられる。

## 6) 調査票

### 薬害肝炎に関するアンケート

薬害肝炎の検証および再発防止に関する研究班

班長 堀内 龍也

本調査は、薬害肝炎の再発防止策を検討するにあたり、C型肝炎ウイルス（以下当時の認識に則し非A非Bと記述します）感染が広がった当時のフィブリノゲン製剤、フィブリン糊、第Ⅸ因子複合体製剤の使用状況等についてお伺いするものです。お忙しい所恐れ入りますが、本研究班では当時の状況を、使用経験の可能性のある先生方に実態調査をさせていただき、詳しい情報を集積し分析しようとしています。

一般に、昭和40年代以降、輸血後に発生する肝炎・血清肝炎の病原体として、B型肝炎ウイルスが最初に注目されましたが、本調査では、1989(H1)年にHCVとして発見され確定診断が確立した非A非B型肝炎と血液製剤の関連について質問しております。長い時間が経過した当時の記憶に基づいてご回答されるのは大変な作業とは存じますが、B型肝炎と非A非B型肝炎の違いについては特に留意していただければ幸いです。

※製剤の商品名リストを付けますので、回答のご参考になさってください。

#### ①フィブリノゲン製剤

- ・フィブリノゲン-BBank
- ・フィブリノゲン・ミドリ、フィブリノゲン・ミドリ
- ・フィブリノゲン HT・ミドリ

#### ②フィブリン糊

- ・ボルヒール
- ・ベリプラスト

※ 製品としての「糊」のほかに、上記フィブリノゲン製剤をトロンピン等と混ぜて臨床現場で糊状にして使用したケースもあります

#### ③血液凝固第Ⅸ因子製剤

- ・PPSB・ニチャク
- ・コーナイン
- ・クリスマシン
- ・クリスマシン・HT



F1 年齢 (SA・必須) :

1. 50～54 歳    2. 55～59 歳    3. 60～64 歳    4. 65～69 歳    5. 70～74 歳  
5. 75～79 歳    6. 80～84 歳    7. 85 歳以上

F2 性別 (SA・必須) :            1.男性        2.女性

F3 専門分野 (SA・必須) :

- 1.産科        2.胸部外科    3.消化器外科    4.小児科    5.血液内科  
5.その他・内科系 (具体的に:        )  
6.その他・外科系 (具体的に:        )

F4 所属病医院の種別 (SA・必須) :

- 1.大学病院    2.国立病院    3.公立病院    4.私立病院    5.私立診療所

F5.所属する病医院の病床数 (SA・必須) :

- 1.なし        2.19 床以下    3.20 床以上    4.100 床以上

-----  
※赤字箇所はインターネット上での動作指示

問1. 昭和 40 年代～昭和 60 年代、臨床現場において治療行為を行っていましたか？

S1-1.昭和 40 年代

1. 臨床現場において治療行為を行っていた  
2. 臨床現場において治療行為を行っていなかった

S1-2.昭和 50 年代

1. 臨床現場において治療行為を行っていた  
2. 臨床現場において治療行為を行っていなかった

S1-3.昭和 60 年代

1. 臨床現場において治療行為を行っていた  
2. 臨床現場において治療行為を行っていなかった

問2. これまでに下記製剤を治療に使用したことがありますか。

おおまかな症例件数とともにお答えください。 (SA・必須)

① フィブリノゲン製剤 (糊としての使用は除く)

- 1.使用経験 10 例以上    2.使用経験 1~9 例    3.使用経験はない

②フィブリン糊

- 1.使用経験 10 例以上      2.使用経験 1~9 例      3.使用経験はない

③第Ⅸ因子複合体製剤

- 1.使用経験 10 例以上      2.使用経験 1~9 例      3.使用経験はない

問3. 問2でそれぞれの製剤について使用経験があると答えの方にお聞きします。

S3-1.各製剤をどのような疾病に対して利用しましたか？ (FA・必須)

①フィブリノゲン製剤 (                  )

②フィブリン糊 (                  )

③第Ⅸ因子複合体製剤 (                  )

S3-2.治療に使用した時点での各製剤の治療効果に関する評価をお聞かせください。

(SA・必須)

①フィブリノゲン製剤

- 1.治療効果は高かった
- 2.治療効果はあったがより治療効果の高い製剤が存在した  
(より治療効果が高い製剤名:                  )
- 3.治療効果は低かった
- 4.治療効果の評価は困難である
- 5.覚えていない

②フィブリン糊

- 1.治療効果は高かった
- 2.治療効果はあったがより治療効果の高い製剤が存在した  
(より治療効果が高い製剤名:                  )
- 3.治療効果は低かった
- 4.治療効果の評価は困難である
- 5.覚えていない

③第Ⅸ因子複合体製剤

- 1.治療効果は高かった
- 2.治療効果はあったがより治療効果の高い製剤が存在した  
(より治療効果が高い製剤名:                  )
- 3.治療効果は低かった
- 4.治療効果の評価は困難である
- 5.覚えていない

S3-3.それぞれの製剤を予防的に使用したことはありますか？ (SA・必須)

- |                    |       |       |          |
|--------------------|-------|-------|----------|
| ① <u>フィブリノゲン製剤</u> | 1. ある | 2. ない | 3. 記憶にない |
| ② <u>フィブリン糊</u>    | 1. ある | 2. ない | 3. 記憶にない |
| ③ <u>第Ⅸ因子複合体製剤</u> | 1. ある | 2. ない | 3. 記憶にない |

S3-4. フィブリノゲン製剤を主に使っていた年代はいつですか？

一番多く使っていた年代に◎、使っていた年代に○をつけてください。(◎→SA、○→MA・必須)

1. 昭和 40 年代                      2. 昭和 50 年代                      3. 昭和 60 年代

S3-4-1. 上記 S3-4 で◎と回答した年代に所属していた病医院の種別をお知らせください。(SA・必須)

1. 大学病院    2. 国立病院    3. 公立病院    4. 私立病院    5. 私立診療所

S3-4-2. 上記 S3-4 で◎と回答した年代に所属していた病医院の病床数をお知らせください。(SA・必須)

1. なし                      2. 19 床以下                      3. 20 床以上                      4. 100 床以上

問4. 各年代で臨床現場において治療行為を行っていた方で（問1で自動的にチェック）、かつ、問2において、それぞれの製剤について使用経験があると答えた方にお聞きします。

当時、上記製剤の使用は非 A 非 B を始めとするウイルス性肝炎のリスクが存在したわけですが、現在から当時を振り返ってみて、何らかの代替療法によって肝炎罹患リスクを低減する可能性があったとお考えですか。製剤毎に当時のご認識をお答えください。

S4-1. 昭和 60 年以前の認識 (SA・必須)

①フィブリノゲン製剤

1. 当時の医療事情では代替する治療法の選択は不可能だった
2. 当時の医療事情でも何らかの改善の余地はあった
3. その他

②フィブリン糊

1. 当時の医療事情では代替する治療法の選択は不可能だった
2. 当時の医療事情でも何らかの改善の余地はあった
3. その他

③第Ⅸ因子複合体製剤

1. 当時の医療事情では代替する治療法の選択は不可能だった

2. 当時の医療事情でも何らかの改善の余地はあった
3. その他

S4-2. 昭和 60 年以降の認識 (SA・必須)

①フィブリノゲン製剤

1. 当時の医療事情では代替する治療法の選択は不可能だった
2. 当時の医療事情でも何らかの改善の余地はあった
3. その他

②フィブリン糊

1. 当時の医療事情では代替する治療法の選択は不可能だった
2. 当時の医療事情でも何らかの改善の余地はあった
3. その他

③第Ⅸ因子複合体制剤

1. 当時の医療事情では代替する治療法の選択は不可能だった
2. 当時の医療事情でも何らかの改善の余地はあった
3. その他

問5. 全員の方にお聞きします

上記製剤及び血液製剤全般（輸血用血液製剤を除く）の使用による、非 A 非 B 肝炎罹患率について当時の認識をお答えください。

S5-1. 昭和 60 年以前の認識 (SA・必須)

①フィブリノゲン製剤

1. 罹患しない
2. 罹患するがごく稀である
3. 半数程度が罹患する
4. 7割以上が罹患する
5. ほぼ全員が罹患する
6. その他（具体的に：                                 ）
7. わからなかった
8. 覚えていない

②フィブリン糊

1. 罹患しない
2. 罹患するがごく稀である
3. 半数程度が罹患する

4. 7割以上が罹患する
5. ほぼ全員が罹患する
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )
7. わからなかった
8. 覚えていない

③第Ⅸ因子複合体製剤

1. 罹患しない
2. 罹患するがごく稀である
3. 半数程度が罹患する
4. 7割以上が罹患する
5. ほぼ全員が罹患する
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )
7. わからなかった
8. 覚えていない

④血液製剤全般

1. 血液製剤である以上は全て非 A 非 B 肝炎罹患のリスクがあると認識していた
2. 血液製剤の一部は、非 A 非 B 肝炎罹患のリスクがあると認識していた
3. 血液製剤に非 A 非 B 肝炎罹患のリスクがあるとは認識していなかった
4. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )

S5-2. 昭和 60 年以降の認識 (SA・必須)

①フィブリノゲン製剤

1. 罹患しない
2. 罹患するがごく稀である
3. 半数程度が罹患する
4. 7割以上が罹患する
5. ほぼ全員が罹患する
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )
7. わからなかった
8. 覚えていない

②フィブリン糊

1. 罹患しない
2. 罹患するがごく稀である
3. 半数程度が罹患する
4. 7割以上が罹患する
5. ほぼ全員が罹患する
6. その他（具体的に： \_\_\_\_\_ )



にチェック)

昭和 40～60 年代当時に見た学会、論文などの症例集積に、上記血液製剤の使用症例が含まれていましたか。

ご記憶の範囲でお答えください。

S7-1. 昭和 60 年以前の認識 (SA・必須)

1. 含まれており参考に使っていた
2. 含まれていたが参考に使っていなかった
3. 含まれてはいなかった
4. 分からない、知らない
5. その他 (具体的に: )

S7-2. 昭和 60 年以降の認識 (SA・必須)

1. 含まれており参考に使っていた
2. 含まれていたが参考に使っていなかった
3. 含まれてはいなかった
4. 分からない、知らない
5. その他 (具体的に: )

問8. 各年代で臨床現場において治療行為を行っていた方にお聞きします (問1で自動的にチェック)

昭和 40～50 年代当時、治療方針を決定する際何を参考にしていましたか。

参考にしていたもの全てを回答してください。 (MA・必須)

1. 教科書の記述
2. 診療ガイドライン
3. 治療のマニュアル本 (『今日の治療指針』等 具体的に (診療科別のものでも可  
です): )
4. 学術論文等の記述
5. 学会発表
6. 先輩、同僚等身近な経験豊富な医師の指導、助言
7. 専門分野において著名な医師の意見
8. MR (当時の製薬メーカーのプロパー) からの情報提供
9. その他 (具体的に: )

問9. 各年代で臨床現場において治療行為を行っていた方にお聞きします (問1で自動的に

にチェック)

昭和 40～50 年代当時、血液製剤の適用等に関し製薬企業からの情報提供はありましたか。(SA・必須)

1. 情報提供はなかった
2. 情報提供はあった

S9. 上記設問で「2.情報提供はあった」と回答した方にお伺いします。

どのような形で情報提供がありましたか？(MA・必須)

1. 口頭での情報提供があった
2. 学術論文を持参しての情報提供があった
3. 企業が作成した資料を持参しての情報提供があった
4. その他(具体的に： )

問10. 全員の方にお聞きします

「輸血用血液製剤は日本赤十字社がすぐには持ってきてくれないため、常備されている血液分画製剤を利用する」という意見について、以下の中から先生のお考えに近いものを1つお答えください。(SA・必須)

1. 当時そのような考えを持っていた
2. そのような考えは持ってはいなかったが、周囲の医師がこのような発言をしていたのを聞いたことがある
3. そのような考えは持ってはいなかったし、周囲でも聞いたことがない
4. わからない
5. その他(具体的に： )

問11. 全員の方にお聞きします

東京地方裁判所昭和 50(1975)年 2 月 13 日判決「弛緩出血ショック止血措置輸血措置懈怠」※について伺います。

S11-1.上記裁判判決を知っていますか (SA・必須)

1. 内容を知っている
2. 聞いたことはあるが内容までは詳しく知らない
3. 全く知らない

S11-1-1. (上記 S11-1 で、1,2 と回答した方のみお答えください)

上記裁判判決は、自らの治療方針に影響しましたか



1. 大きく影響した
2. 多少は影響した
3. 影響はしなかった
4. 分からない
5. その他（具体的に：                                        ）

※東京地方裁判所昭和 50 (1975)年 2 月 13 日判決「弛緩出血ショック止血措置輸血措置懈怠」

医療現場のフィブリノゲン製剤の使用に関し、「弛緩出血ショック止血措置輸血措置懈怠」の裁判により医師側が敗訴したという事実がある。この裁判の概要を以下に示す。

分娩後、子宮の収縮不全を原因とする弛緩出血によりショック状態に陥った産婦に対し、医師としては迅速な止血措置を行うと共に、出血量、血圧数及び一般状態を確実に観察把握の上、輸血適応の状態に達したときには、時期を失することなく速やかに輸血措置を講ずべきであり、これを怠った過失があるものとされた昭和 42 年の事例。

この裁判の判決要旨にて、以下のように述べられている。

「分娩時の出血の中でも特に重大視されている弛緩出血、しかも子宮の収縮不全がその原因として疑われる状態であったのであるから、医師としては、これに対して迅速な止血措置を行うと共に、出血量、血圧数及び一般状態を確実に観察把握の上、輸血適応の状態に達したときには、時期を失することなく速やかに輸血措置を講ずべきであり、これに伴い、血液の性状につき凝固性が疑われるとき、又は多量の出血によって生ずる出血傾向を防止する必要があるときには、線溶阻止剤や線維素原の投与をなし、輸血にしても新鮮血の大量輸血を施すのが当を得た注意義務ということができるとすべきである。」

また、この判決では、輸血による血清肝炎の危険性についても以下のように述べられている。

「輸血には血清肝炎の問題があつて、昭和 40 年、同 41 年はその発生のピーク時であり、また昭和 42 年当時血液の供給体制も不備な状況にあったことから、血液に代わるものでまず体液のバランスを維持するということが医師の通念であつたが、前示のような理由から、産科医としては輸血に踏切るタイミングも念頭に置くべきであるとされ、また産科出血に際して行われる輸血は生命に関係し、緊急を要する場合が多いので、さしあたっての問題はその必要量を確保することであると唱えられていた。」

### (3) 医師へのインタビュー調査

#### 1) フィブリノゲン製剤の投与推奨派へのインタビュー結果

フィブリノゲン製剤の使用状況および有用性・危険性に関する認識について 2 名の医師 (医師 A (70 歳代、男性) および B (50 歳代、男性)) にインタビューを行い、2 名の医師 (医師 C (60 歳代、男性), 医師 D (50 歳代、男性)) から紙面によりご回答を頂いた。

それぞれの背景としては、フィブリノゲン製剤を

A 医師：実際に使用し、しかも実験的研究も行っていた産婦人科医

B 医師：用いた事は無いが中核病院で危機的産科出血患者を多く診療している産婦人科医

C 医師：先天性無、低フィブリノゲン血症にのみ用いた産婦人科医

これらの調査では、フィブリノゲン製剤の有効性について、以下のような意見を聞くことができ、いずれの医師もフィブリノゲン製剤の止血効果や常温で保存可能であるという利点を評価しており、過去・現在いずれにおいてもフィブリノゲン製剤は有用である認識を持っていることが明らかになった。また、いずれの医師からも産科出血は、他の出血とは異なった病態であるという意見が聞かれ、そのためフィブリノゲン製剤でなければ命を救えないケースが現在もあるという意見も聞くことができた。

#### 産科出血の特徴

- ・ 産科の場合、他の診療科の疾患と異なり、非常に早く DIC を起こすという特徴がある。
- ・ 産科の場合、出産後 30 分でフィブリノゲン値が 50mg/dL 以下になるような急激な出血が起こる。他科ではあまり聞かない急激な出血であり、現状では FFP を入れてフィブリノゲンを補っている。
- ・ 内科領域では前骨髄性白血病で DIC になる場合が多いが、その場合はフィブリノゲンではなく血小板が顕著に低下するため、フィブリノゲン製剤の投与は無効であり、血小板の補充が必要である。一方、産科領域においては、フィブリノゲン製剤が顕著に低下するため、産科 DIC に対しては、フィブリノゲン製剤が有効である。
- ・ 産科 DIC に対して、フィブリノゲン製剤の単独投与よりも FFP 等の投与の方が有効であるという論文を昭和 53 年に書いたことがあるが、それは内科領域の医師の意見に流された部分があったためである。この頃は、内科の医師たちが、前骨髄性白血病のデータを用いて、DIC に対してフィブリノゲン製剤は無効だということを盛んに言っており、凝固因子について解明されていない部分もあったため、当時は内科医の意見に流された部分もあった。

#### 現在の医療事情とフィブリノゲン製剤の有用性

- ・ 現状においても血液が迅速に入手できない地域が存在する上、血液センターの集約化により今後は血液の運搬が間に合わないケースが増加することが予想される。実際、東北地方では降雪で東北新幹線が運転を見合わせた影響で、弘前大学において作製した血液製剤を血液センターでの NAT 検査にかけられないがために 2 日間使え

- ないという問題等も起きている。
- ・ 現在でも、郊外の開業医では、2～3時間血液が届かないこともしばしばある。200床以上の病院でなければ血液のストックはないものと考えるべきで、確実にストックがあるのは500床以上の病院でしかない。したがって、今でも7～8割の病院では血液のストックはない状態にある。
  - ・ 妊産婦10万人のうち200人が死亡していた時代は、血液が届かなければ仕方ないと、ある意味で納得してくれていた。しかし、今はそうもいかない。病気もなく元気な女性が、出産という自然の行為で死亡してしまうことが納得される時代ではない。ただ、一方で、自宅の近くでお産がしたいという思いも依然として強く存在している。
  - ・ 大量出血は、300人に1人程度に突然起こるものなので、前もって血液を準備しておくことができない。現在でも、3,000mlの出血の後、運び込まれる妊産婦も少くない。
  - ・ ひどい産科出血のケースでは、現状で用いられているFFPではフィブリノゲンの濃度が違い低すぎて止血が間に合わないこともある。むしろ有効成分の薄い液体を大量に投与することにより肺水腫を起こしてしまい、最悪の場合亡くなるケースもある。
  - ・ 現在でも、適応外でのフィブリノゲン製剤の利用により、肺水腫を起こさずに、DICを防ぐことができ、一命を取り留めたというケースを数多く聞いている。
  - ・ 現在、羊水塞栓は、DICを抑えれば助かる時代になった。しかし、DICを抑えるには、フィブリノゲン製剤の存在が不可欠なケースもある。
  - ・ ハイリスク群を扱う病院ではフィブリノゲンの使用について、勉強したいと言っている。
  - ・ フィブリノゲン製剤の有効性は昔も今も変わっておらず、現在であってもフィブリノゲン製剤の使用を推奨する。世界中でフィブリノゲン製剤が用いられており、日本で使用できないことは悲劇的な状況と言ってよいだろう。
  - ・ フィブリノゲン製剤の優位性としては、1年間保存可能であることが挙げられる。クリオプレシピテートやFFP(新鮮凍結血漿)はすぐに用いる必要があり、保存ができない。また、フィブリノゲン製剤は溶解すれば使用でき、クリオプレシピテートのように注文して作成するという時間がかからないため、緊急時においては非常に有用である。
  - ・ 医療の進歩によりフィブリノゲン製剤を用いるべき場面は減少したが、今でも、田舎や離島など、血液が迅速に確保できない地域の産科ではフィブリノゲン製剤を救急用として常備しておく必要があると考えている。
  - ・ 今でも産科大量出血で死亡する妊婦さんは後を絶たず、フィブリノゲン製剤投与は絶対必要である。止血にとってフィブリノゲンほど重要な物質はない。
  - ・ フィブリノゲン製剤の使用に反対する産科医は知る限りではない。
  - ・ 産科DICに対するヘパリンの使用は怖くてできない。今日の治療指針に処方例としてヘパリンと記載しているようだが、理屈と現場は違う。(出血傾向が改善され、安定

してきたら用いる可能性はあるが)

#### 当時の医療事情とフィブリノゲン製剤の有用性

- ・ 問題となっている当時、日本の血液供給は、血の切れ目が命の切れ目という疾患が非常に多かった。大きな手術の場合は、事前に血液の準備ができるが、急を要する時は、血液を入手できないまま死に至るケースが多かった。
- ・ 一人開業医での出産が6割を占めていた時代には、すぐに使える血液は基本的に存在せず、その時代には FFP もなかったため、フィブリノゲン製剤が必須だったといえる。
- ・ これまでも、大きな病院に運び込まれるまでの間、アクセスの悪いところにある病院ほど、フィブリノゲン製剤を利用していた傾向にあるはず。その点、フィブリノゲン製剤は乾燥製剤であるため、保存がきき、かつ、大量出血の止血には有効であった。

フィブリノゲン製剤による感染発覚以降の対応については、以下のような意見が聞かれ、医師や行政側にも反省すべき点が大いにあると考えられる。

- ・ 医師が知らなかったことは仕方がないと感じるが、HIVの件にしても、肝炎にしても、医師として、感染があるとわかった時点で、早急に対策をとる必要があったと感じている。これは、医療界も、行政も多いに反省すべき点である。
- ・ 医療現場、行政、企業ともに対応が遅れたことも事実として認める必要がある。また、日本にはモニタリングシステムが欠落していたのは事実である。
- ・ 適応をしっかり持つことは非常に重要である。かつては、確かに必要もないのに使った医師が多い。特に血液製剤は、感染のリスクは常にゼロにはならないので、甘い適応での使用は絶対に避けないといけない。
- ・ 「匙加減」という言葉があるが、薬は、確かに少量過ぎては効かないが、大量では毒になるということを肝に銘じる必要がある。確かに、フィブリノゲン製剤が魔法の薬だった時代があり、その時代は、明らかに安易に使いすぎであり、悲惨な状況であったと感じている。したがって、もちろん救済はすべきであり、再発は防止すべく努力していく必要はある。
- ・ フィブリノゲン製剤の濫用をすることにより、(未知の)ウイルス感染のリスクが増すだけでなく、血管内凝固を促進し、血栓ができる可能性もある。

また、フィブリノゲン製剤による肝炎感染の危険性や、肝炎の重篤性については、以下のような意見が聞かれ、アンケート結果と同様に、当時は、肝炎感染の危険性や肝炎の予後の重篤性が十分に認識されていなかったことが裏付けられた。これらの情報が医療現場に届けられていれば、フィブリノゲン製剤の安易な投与は避けられた可能性が高いと考えられる。

- ・ 当時、産科領域では、肝炎は肝硬変や肝がんへと進展する疾患だという認識はなく、いつかは治癒する疾患だと考えていた。内科領域では肝炎の予後の重篤性の認識があったかもしれないが、産科領域には伝わっていなかった。
- ・ 薬の投与に関してはリスクとベネフィットのバランスが大切だが、当時輸血も含め血液製剤である限りは肝炎リスクがあると認識していたものの、そのほとんどは B 型肝炎であり、ごく一部に非 A 非 B 肝炎に罹患するかもしれないという認識しかなかった。我々産科医は肝炎の専門家ではないので、提供された情報しか分からない。
- ・ 産科出血は命に関わるため、昭和 60(1985)年頃までは、たとえ肝炎の予後が重篤であることを知っていても、フィブリノゲン製剤を使用していたと思う。ただし、その場合には、当時でも患者から了解を得る等のことをしていたかもしれない。
- ・ 仮に肝炎のリスクがあったとしても、目の前にいる大量出血で死に直面している患者を放置するわけには行かない。輸血がすぐ間に合わなければフィブリノゲン製剤を投与する。輸血は分娩室にはないが、フィブリノゲン製剤は常備されていた。したがって、適応があれば、仮に肝炎感染のリスクがあっても患者救命のためにフィブリノゲン製剤を投与するのは正しい診療であり、何ら非難されるものではない。
- ・ 悪いのはフィブリノゲンではなく、フィブリノゲン製剤の中に含まれていたウイルスである。
- ・ 時代とともに、少しずつフィブリノゲン製剤の使用が減少するという流れがあったかもしれないが、それは危険性の認識の浸透ではなく、トラジロール等の分解酵素阻害薬が使用されるようになる等、医療が進歩したためでもあると思う。また、生物製剤を使用するなという意見が、社会的に浸透していたことも影響しているかもしれない。

なお、今回話を聞くことができた 3 名の医師全員から、下記に挙げるとおり、フィブリノゲン製剤は現在においても有用であり、フィブリノゲン製剤がなければ救えない命もあることなどから、是非再認可して欲しいという意見が聞かれた。

#### フィブリノゲン再認可の必要性

- ・ 昔の、問題のある製剤であれば、もちろん、使う気も奨励する気もない。ただ、現在の製剤であれば、救える命を救うためにも、クリオ製剤もフィブリノゲン製剤も使えるよう見直すべきであろう。
- ・ かつてのフィブリノゲンと今のフィブリノゲンは別物であることも、客観的に理解する必要がある。現在のフィブリノゲン製剤は、膜の残っているウイルスは除去されるようになっているので、E 型肝炎かパルボウイルスの感染くらいしか考えられない。むしろ、想定し得る範囲で安全性が確認されていて、かつ、フィブリノゲン製剤でしか救えない命もあることを鑑みると、今はフィブリノゲン製剤をもっと使うべきだと思っている。かつての「汚染のあった悪しき血液製剤」というレッテルのために、感染のない今の製剤をも使えないということが、今後亡くなる方を増やす可能性がある。

- ・ 現在ではフィブリノゲン製剤からウイルスが除去されているため、日本でも後天性低フィブリノゲン血症に対しての使用を認可してもらいたい。
- ・ 適応を厳格にした上で、フィブリノゲン製剤を投与可能にすることが、妊産婦死亡を減らす上で極めて大切なことだと確信している。製剤の安全性は格段に違うので、今後フィブリノゲン製剤の後天性低フィブリノゲン血症に対する適応を取得するようにしたいと思っている。

### 小括及び感想

インタビューの結果から、フィブリノゲン製剤による肝炎感染の危険性や C 型肝炎の予後の重篤性について十分な認識がなされていなかったことは明らかであり、また安易に使用してきた時代があったことを認める医師もあり、過去のフィブリノゲン製剤の使用については、医療現場でも改善すべき点が少なからずあったと考えられる。これらの医療現場における危険性の認識不足や安易なフィブリノゲン製剤の使用が薬害を拡大させる原因であった。

ただ、危険性の認識不足や安易な使用等の問題もあったとしても、当時のフィブリノゲン製剤の問題の本質は、製剤にウイルスが混入していたことである。濫用に関しては否定的な声もあるが、フィブリノゲン製剤の有効性（治療効果）そのものが完全に否定されているわけではない。このような製剤へのウイルス混入という観点では、現在のフィブリノゲン製剤は C 型肝炎ウイルス以外のウイルスも含め、不活化処理法が格段に進歩しており、製剤の有用性が確かならばそれがわずかな感染性によってすべて否定されるのはどうか。

今回のインタビューからフィブリノゲン製剤の使用ニーズを有する医師がいて、中にはフィブリノゲン製剤でしか救えない命が存在するとする主張もなされた。感染の危険性がかなり減少している中で、フィブリノゲン製剤の使用に関する再検討の機会が、過去に薬害を起こしたからという理由のみで与えられないとしたら、残念なことではある。

今回の薬害肝炎事件のみに当てはまることではないが、被害が生じた原因・問題点を明確にし、その問題点が改善もしくは解決されており、かつ科学的・客観的に検討して有用性があり、医師や患者のニーズがある製剤については、再検討の可能性も視野に入れてもよいと考える。(cf.サリドマイド)

しかし、血液製剤である以上、未知のウイルスに感染する可能性が 100%否定されたわけでは無いので、まずは、適応を厳格にし、危険性に関する情報の伝達方法等についても改善される必要がある。

そして、これらの推奨者の主張は必ずしも明確なエビデンスによって裏付けされているわけではない。現に以下のような反論をする医師も存在するのである。

上記 3 名の産婦人科医以外に、輸血医学の専門医にも紙面でのアンケートに答えていた

だいた。以下に自由記載の全文を掲載する。

フィブリノゲン製剤について、多く使われていた当時と現時点でのお考えを是非お知らせ下さい、と言う問いに対して以下回答。

当時：非 A 非 B 型肝炎がさほど重篤な肝炎とは認識されていませんでした。フィブリノゲン製剤が時に輸血後非 A 非 B 型肝炎を合併することがあっても、大量出血を救命することが最も重要だとひろく受け止められていました。輸血が必ずしも十分に行きわたらない状況でフィブリノゲン製剤が数百、数千名の出血患者を救ってきたことは明白です。

現時点：今でも術中に大量出血で命を失う患者は毎年数百名います。事故や他の原因を含めると千名の方が出血に起因する病態で失命しています。フィブリノゲンが低値であれば止血は不可能で、フィブリノゲン製剤がこれを補うはずですが、保険がきかないので、違法混合診療になってしまいます。輸血医学の専門医として、保険収載されることを願っています。

輸血医学の専門医師からもこのようにフィブリノゲンの有用性を説く意見が寄せられた。このようにフィブリノゲンについては産科以外の専門領域でも使用が求められている事がわかった。

## 2) フィブリノゲン製剤の投与反対派へのインタビュー結果

フィブリノゲン製剤の使用を推奨しない医師 2 名（医師 D（40 歳代、男性）および医師 E（50 歳代、男性））からも紙面によりご回答頂くことが出来た。この 2 名の医師はフィブリノゲン製剤に対する考え方に違いがあるものの、フィブリノゲン製剤の使用を推奨していた 3 名とは異なった意見を有していた。

D 医師：フィブリノゲン製剤の使用経験は無く、すでに後天性の出血には使用禁止の状態  
で臨床経験が始まり現在に至っている地域中核病院の産婦人科医

E 医師：かつて大学病院で産科的出血の研究歴が有り、現在は開業している産婦人科医。

### 医師 D の意見

- ・ フィブリノゲン製剤の実際の使用経験は無い。
- ・ 産科 DIC の主な原因は出血でありフィブリノゲンのみでコントロールできる事例は多くない。
- ・ 赤血球輸血は必須で、新鮮凍結血漿で賄うことで治療を行っており、フィブリノゲンの必要性を強く感じる事は無い。
- ・ 危機的出血のガイドライン案では、出血増加が疑われた場合は輸血の準備をしながら高次医療機関へ搬送が推奨されている。
- ・ 輸血の準備ができない診療所のためにフィブリノゲン製剤が必要だという考えが当時



の事情で仕方の無いものであったのかは解らないが、現在の医療社会状況には合致しない。

- ・ 強いて言えば、最初からフィブリノゲン製剤を投与するというのではなく赤血球、血漿などを補給し、それでもフィブリノゲン値が低く止血し得ない場合に投与を検討するのが順序であろう。

#### 医師 E の意見

- ・ 産科 DIC は凝固に引き続き線溶系の亢進が生じ、他疾患（癌、感染症など）とは異なる病態を示すことは一般に認められている。線溶系亢進の結果、血中フィブリノゲン値は低下し、危機的レベルといわれる 100mg/dL 以下となる例が多く認められ、かつてはかかる症例に対してはフィブリノゲン製剤投与が推奨されていた。
- ・ しかし、止血には血小板、凝固因子、赤血球の補充など全てが必要である。フィブリノゲンは大事な凝固因子の一つではあるが、大量出血が続いている産科的 DIC において、一因子だけ補充しても何の意味も無い。
- ・ 大事なのは原因（基礎疾患）の除去である。例えば常位胎盤早期剥離では胎盤の排出が最も重要である。
- ・ 大学病院で 24 年間に 200 例以上の産科 DIC を経験した。その治療にあたっては血液の補充を行ったが、フィブリノゲン製剤は 1 度も使用せずに治療し救命してきた。治療に主に用いたのは新鮮血、FFP、赤血球濃厚液、血小板である。2 例の死亡例を経験したが、一人は心停止後搬送された重症例、もう一人は急性妊娠性脂肪肝の重症例でありいずれもフィブリノゲン製剤で救命し得たかどうか不明である。
- ・ 全てのケースでなく、ある特定のケースではフィブリノゲン製剤の単独投与によって産科的出血が止まることがあり得るかもしれないが、現状ではそのようなケースを同定することは出来ない。血中のフィブリノゲン値を測定している間にも何リットルも出血してしまい、適応を厳格化しようにも病態がそれを許さない事が多い。このような状況でフィブリノゲン製剤を投与するのか、あるいは意味が無いとして投与しないのかは医師の最終判断によるが、凝固因子のすべてが低下する産科的 DIC でフィブリノゲン製剤を単独で投与しても無意味である。
- ・ 個人的に、フィブリノゲンを使わなかったのは、肝炎などの副作用を考慮してのことではなく、フィブリノゲン製剤に効果がないから使用しなかった。産科の本の執筆をした際に、フィブリノゲン製剤が無効であると考えていたにも関わらず、共著者（上司）から追加するように指示され従った経緯がある。その際は、過量投与で無い限り病態を悪化させる事は無く、さらに効果は無いと考えてはいたが、無駄では無いだろうと考えていた。
- ・ 血液が専門で無い産科医は深く考えないで止血効果を期待して使用したであろうことが推察される。

### 小括及び感想

まず、医師 D の意見に対してであるが、当時の医療事情として診療所で分娩するケースが多かった時代を想定すればどうか？

ほとんどの分娩は正常分娩であるが、少数とはいえ一定頻度で治療を要する産科的出血が発生する。その際に、効果的な止血薬が少なく、保険適応で使用できる治療薬があれば、念のためにその治療薬を使用しようという心理が働いても仕方ないとは考えられないか？

あくまで本薬によって引き起こされる肝炎の重篤性が認識されていなかったことが前提であり、情報提供および伝達が間にあわなかった、という事情こそが最大の問題である。

短時間で2~3リッター出血してしまう患者も経験される。体内血液量が4~5リッターの患者がこれほどの量を出血してしまうのである。もともと健康であった妊婦がショックに陥るかどうかの状態で、児とともに救わなければならないという医療上の緊急性が、当時としては明確でなかった長期的な肝障害の予後への配慮を凌駕してしまう事態は全く論外とは言えない。当時とすれば何か処置を加えなければ、という意識が働くのは無理も無いことではないか。

ただし D 医師は一線病院で働く産婦人科医であり、実地臨床でフィブリノゲンが無いために診療が立ち行かないという経験をしておらず、そのため推奨派の意見に納得していない。

次に、医師 E の意見に対してであるが、実際の臨床経験に基づく説得力のある意見である。使えばもっと救える、救いやすくなる、と言う意見に対して、使う根拠の薄弱さを指摘し、使用しなくとも治療を遂行してきた実績は無視できない。しかしこういう専門的な立場から信念を持って使用反対を説いた医師が何人いたであろうか、決して多くは無いらあろう。

インタビューにより、当時フィブリノゲン製剤による肝炎感染の危険性や C 型肝炎の予後の重篤性について十分な認識がなされていなかったことが再確認され、これらの情報の伝達・共有方法に問題があったことが明確になった。

今回のインタビューから、フィブリノゲン製剤の使用ニーズを有する医師がいて、中にはフィブリノゲン製剤でしか救えない命が存在するとする主張もなされた。感染の危険性がかなり減少している中で、フィブリノゲン製剤の有用性に関する再検討の機会が、過去に薬害を起こしたからという理由のみで与えられないとしたら、残念なことではある。

フィブリノゲン製剤の使用については、現在でも全く相反する主張が未だになされている。これは、いわゆる医学的エビデンスの欠如を物語っている。昨年度の検証の中でも多くの論文を引いたが、フィブリノゲン使用群、非使用群と分けて論じた論文は皆無であり、疾患の特殊性（急性期、危機的状態で比較試験に馴染まない）などからデータの蓄積が乏しいものと思われる。肯定派の医師たちは後天性低、無フィブリノゲン血症に対するフィブリノゲン製剤使用の保険適応を求めているが、その際には十分なエビデンスの蓄積を求める必要がある。

当時の添付文書にフィブリノゲン使用に際しては「アメリカにおいては本剤の使用により、15～20%の急性肝炎の発症がある」との報告があり、使用の決定に際して患者のリスク負担と投与によって受ける治療上の利益とを秤量すべきである」と記載されているにも拘らずそのリスクは使用を制限し得なかった。そもそも使用の決定に際して患者のリスク負担と投与によって受ける治療上の利益とを秤量する、とはいかなることをせよというのであろうか。肝炎の重篤性の内容も知らせずにリスクと利益を秤量し得るはずも無く、今日の治療指針などにも記載されている、慎重に使用せよ、などの文言からはフィブリノゲンの使用を控えよとの意味合いは伝わっていなかったといわざるを得ない。当時の医師がプロパーと呼ばれたミドリ十字の社員からの情報提供によってどこまで使用制限したかどうかも定かでない。当時の医師—プロパーの関係は現在の医師—MR の関係より様々な意味で厳しさが足らなかったのでは無いかとも思える。

### 3) インタビュー結果の総括

フィブリノゲン推奨派の意見によればフィブリノゲンの必要性、有用性は過去から現在まで減じることはなく、保険使用がないため使用できない現状に不満を持っている。片やフィブリノゲン否定派の意見では実際の薬効自体を認めておらず、その有効性も必要性もないと言い切っている。この全く相反する主張が未だになされていることは、いわゆる医学的エビデンスの欠如を物語っている。昨年度の検証の中でも多くの論文を引いたが、日本ではフィブリノゲン使用群、非使用群と分けて論じた論文は皆無であり、疾患の特殊性（急性期、危機的状態で比較試験に馴染まない）などからデータの蓄積が乏しいものと思われる。海外では海外での使用状況、適応については、ランダム化試験(Fenger-Eriksen C, et al. 2009、 Karlsson M, et al, 2009 (参考1))が報告され始め、その有効性も報告されつつあるが、その著者ら自身もさらなるデータの蓄積の必要性を説いている(Fenger-Eriksen C, et al. Expert Opin Biol Ther 2009: 9: 1325-33)。わが国でも有効性、必要性を主張するのであればそれに見合うだけの evidence の構築が必要となろう。今後止血にフィブリノゲン製剤を用いるとする意見が台頭してくる場合には、関連の麻酔学会、血栓止血学会、輸血療法・細胞治療学会、産科婦人科学会、などにその有用性の evidence と副作用、適応などを明確にするよう求めたい。(各学会から現時点で提示されている緊急の出血に対する治療ガイドラインを参考資料2、3、として後述した。)

血液製剤の緊急出血における必要性はその効果を実感した医師、乃至は信奉している医師によって広められ、当時の教科書にも記載されそれを読んだ医師もそれに基づき使用したと思う。肝炎の危険性に触れながらも、その重篤性のエビデンスが当時は確立されておらず、なおかつ保険適応であったこと自体が医療現場での使用を促進させたものと考えられる。安全性が高まった現在ならばなおの事、推奨派の医師たちは後天性低、無フィブリノゲン血症に保険適応を求めており、その際には十分なエビデンスの蓄積を求める必要がある。患者の搬送、血液製剤の供給方法などの産科医療を取り巻く社会情勢の変化、

出血に対する総合的な管理を含めた医学の進歩が当時と現在では大いに異なっているにも拘らず、フィブリノゲン製剤が本当に必要なのか不要なのか、未だに結論は出ていないと言える。ただし肝炎患者の発生を回避する手段はより早期の段階から存在しており、それが遅れて多くの患者を発生させた事と製剤自体の薬効については全く別の検証が必要である。

今回のインタビューを通して、現在でもフィブリノゲンの有効性、必要性を是とする意見と非とする意見が存在し、使用できればさらには出血に対する治療が向上するのか変わらないのかについての結論が出ていないことがわかった。20年以上前に遡れば、フィブリノゲンの有用性を否定する根拠が乏しく、かつ有効な治療手段の少ない時代に推奨派の意見が全面に出、多くが使用された事は紛れもない事実である。しかし推奨派の医師にしても肝炎を現在のような予後不良疾患ととらえていれば当然使用は控えられたであろうし、被害を少なくできなかった事を残念であると感じていることもインタビューを通して十分伝わってきた。推奨派の医師たちは総じて産科出血の予測困難性、重篤性を熱っぽく語っており、現場での緊急対応の困難さを強調していた。彼らの語る言葉からは、フィブリノゲンを治療薬として用いた事とそれによってもたらされた肝炎という副産物は別個のものであり、フィブリノゲン投与は緊急の出血から母児を救命せんがための必須の医療行為であったのだという真摯な気持ちが伝わってきた。しかしそれによって肝炎に罹患し、進行し肝硬変、肝癌となり闘病され、或いは亡くなられた患者が厳然として存在している。正しいと信じて行われた医療行為にも負の側面がつきまとうこともまた事実であり、国家レベルでの手厚い補償が行われてしかるべきものと考ええる。

#### 4) 参考資料

##### 参考1 フィブリノゲン製剤の現状での薬効としての評価

産科（分娩）も含めた外科領域において、手術に伴う出血の予防、防止は現在も多くの努力が傾注されている最大の問題点の一つである。本研究班の調査結果からも、ウイルスの不活化が不完全なフィブリノゲン製剤が薬禍ももたらしたことは明白であるが、はたしてその使用がまったくの利益をもたらしていなかったのかどうかについては議論されてこなかった。医師の立場で薬害としての側面を追求し、当事者たる産科の医師に直接のインタビューを行ったところ、その医学的有用性は過去も現在も同様に存在するのだという意見をいくつも聞いた。しかしそれらの多くは経験則に基づくものであり、明確な無作為化試験(Randomized Controlled Trial, RCT) などを通して証明されたものではないことを今回の班研究のまとめとして報告してきた。そこに最近ようやく RCT の端緒となる論文が2報発表された。それについて簡単に紹介しておく。

Fibrinogen substitution improves whole blood clot firmness after dilution with hydroxyethyl starch in bleeding patients undergoing radical cystectomy: a randomized, placebo-controlled clinical trial.

Fenger-Eriksen C, Jensen TM, Kristensen BS, Jensen KM, Tønnesen E, Ingerslev J, Sørensen B.

J Thromb Haemost. 2009 May;7(5):795-802. Epub 2009 Mar 5.

SUMMARY BACKGROUND: Infusion of artificial colloids such as hydroxyethyl starch (HES) induces coagulopathy to a greater extent than simple dilution. Several studies have suggested that the coagulopathy could be corrected by substitution with a fibrinogen concentrate. OBJECTIVES: The aims of the present prospective, randomized, placebo-controlled trial were to investigate the hemostatic effect of a fibrinogen concentrate after coagulopathy induced by hydroxyethyl starch in patients experiencing sudden excessive bleeding during elective cystectomy. METHODS: Twenty patients were included. Blood loss was substituted 1:1 with HES 130/0.4. At a dilution level of 30%, patients were randomly selected for intra-operative administration of a fibrinogen concentrate or placebo. The primary endpoint was maximum clot firmness (MCF), as assessed by thromboelastometry. Secondary endpoints were blood loss and transfusion requirements, other thromboelastometry parameters, thrombin generation and platelet function. RESULTS: Whole-blood MCF was significantly reduced after 30% dilution in vivo with HES. The placebo resulted in a further decline of the MCF, whereas randomized administration of fibrinogen significantly increased the MCF. Furthermore, only 2 out of 10 patients randomly chosen to receive fibrinogen substitution required postoperative red blood cell transfusions, compared with 8 out of 10 in the placebo group ( $P = 0.023$ ). Platelet function and thrombin generation were reduced after 30% hemodilution in vivo, and fibrinogen administration caused no significant changes. CONCLUSIONS: During cystectomy, fluid resuscitation with HES 130/0.4 during sudden excessive bleeding induces coagulopathy that shows reduced whole-blood maximum clot firmness. Randomized administration of fibrinogen concentrate significantly improved maximum clot firmness and reduced the requirement for postoperative transfusion.

抄訳：イギリスとデンマークの共同研究で、膀胱がん手術において前もって承諾を得た手術患者をフィブリノゲン投与、非投与の2群に分けて登録38名し、評価可能となった10名の placebo と10名の実薬群でその輸血量などの転機について比較したものである。17人は何らかの理由で登録されず、placebo 群の一人が手術中止となりさらに除かれ各群10名ずつとなった。結論から言うと術中の輸血には差がないが、手術後48時間以内の輸血は placebo 群では10人中8人が輸血を必要としたのに対して実薬群では10人中2人だけ輸血が必要であり有意に低かった、というものである。血液の凝血塊の硬さ (firmness) も実薬群で有意に増加しており副作用についても両群間で差がなかった。これについては著者に直接メールで確認したが、まだ数が少なく端緒となる仕事であるが、現在数を増やした研究が進行中であるとのこと。

Thromb Haemost. 2009 Jul;102(1):137-44.

Prophylactic fibrinogen infusion reduces bleeding after coronary artery bypass surgery. A prospective randomized pilot study.

Karlsson M, Ternström L, Hyllner M, Baghaei F, Flinck A, Skrtic S, Jeppsson A.

Department of Cardiothoracic Surgery, Sahlgrenska University Hospital, Gothenburg, Sweden.

It has been suggested that preoperative fibrinogen plasma concentration is independently associated to postoperative blood loss after cardiac surgery. Theoretically, prophylactic infusion of fibrinogen concentrate may thus reduce postoperative bleeding, but this has not previously been investigated. Twenty elective coronary artery bypass graft (CABG) patients with preoperative plasma fibrinogen levels <3.8 g/l were included in a prospective randomized pilot study. Patients were randomized to receive an infusion of 2 g fibrinogen concentrate (FIB group) or no infusion before surgery (control group). Primary endpoint was safety with clinical adverse events and graft occlusion assessed by multi-slice computed tomography. Predefined secondary endpoints were postoperative blood loss, blood transfusions, haemoglobin levels 24 hours (h) after surgery, and global haemostasis assessed with thromboelastometry, 2 and 24 hours after surgery. Infusion of 2 g fibrinogen concentrate increased plasma levels of fibrinogen by 0.6 +/- 0.2 g/l. There were no clinically detectable adverse events of fibrinogen infusion. Computed tomography revealed one subclinical vein graft occlusion in the FIB group. Fibrinogen concentrate infusion reduced postoperative blood loss by 32% (565 +/- 150 vs. 830 +/- 268 ml/12 h, p=0.010). Haemoglobin concentration was significantly higher 24 h after surgery in the FIB group (110 +/- 12 vs. 98 +/- 8 g/l, p=0.018). Prophylactic fibrinogen concentrate infusion did not influence global postoperative haemostasis as assessed by thromboelastometry. In conclusion, in this pilot study preoperative fibrinogen concentrate infusion reduced bleeding after CABG without evidence of postoperative hypercoagulability. Larger studies are necessary to ensure safety and confirm efficacy of prophylactic fibrinogen treatment in cardiac surgery.

抄訳：もう一報はスウェーデンからの報告で、心臓の冠動脈バイパス手術患者10名ずつを実薬群と placebo 群に分けて手術前に fibrinogen を投与し実薬群で有意に出血量が少なく、

ヘモグロビン値が高かった。副作用にも差が無かったが、実薬群で一例グラフト静脈の閉塞が見られた。術後の血液凝固状態には影響を与えなかった (Thromboelastography による検査) というものである。

この2報はいずれも RCT ではあるがいかにも pilot 的であり、さらなる症例の追加とその解析が必要であることは明白である。これらをもって、本剤が外科手術に明らかに benefit が有意なる薬剤として導入されるには時期尚早と言える。

ただし第一報は出血量の多い手術として知られる膀胱全摘を対象疾患としたこと、2報目はそもそも血液凝固亢進が現疾患に対して悪影響を与えることが懸念される冠動脈手術を対象とした点が評価されるべき点であり、産科領域での RCT はさらに困難なものとなることが予想される。

参考2 日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会からだされている『危機的出欠への対応ガイドライン』

日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会からだされている『危機的出血への対応ガイドライン』(添付資料1、2 ページ中段、赤枠)によれば、『大出血での希釈による凝固障害には複合した凝固因子の補充が必要なため新鮮凍結血漿を使用する。フィブリン形成に必要なフィブリノゲン濃度は 100mg/dl 以上であり、新鮮凍結血漿 450ml はフィブリノゲン 1g に相当するので、体重 60Kg (循環血漿量 3l) では約 30mg/dl 上昇する。』と記載されており、フィブリノゲン量が止血に要する新鮮凍結血漿の必要量の基準となる事が示されている。しかしこれはフィブリノゲンの検査値を参考にすると言っているのであって、フィブリノゲンだけを投与する事を推奨するものではないと考える。



制定日 2007年04月  
改訂日 2007年11月

社団法人 日本麻酔科学会 有限責任中間法人 日本輸血・細胞治療学会

# 危機的出血への対応ガイドライン

## I. はじめに

麻酔関連偶発症例調査によると、出血は手術室における心停止の原因の約1/3を占めている。手術には予想出血量に見合う血液準備・輸血体制を整えて臨むのが原則であるが、予見できない危機的出血は常に発生しうる。

### (1) 院内輸血体制の整備

危機的出血にすみやかに対応するには、麻酔科医と術者の連携のみならず、手術室と輸血管理部門（輸血部、検査部など）および血液センターとの連携が重要である。関係者は院内の血液供給体制（血液搬送体制、院内備蓄体制、輸血管理部門での手続きに要する時間など）、血液センターの供給体制、手術室での血液保管体制などについて熟知していることが必要である。危機的出血に対しては救命を第一にした対応が求められる。「危機的出血時の対応」について輸血療法委員会等で院内規定を作成し、日頃からシミュレーションも実施しておくことが望ましい。

### (2) 指揮命令系統の確立

危機的出血が発生した場合には、統括指揮者（コマンダー）\*を決定し、非常事態発生の宣言（マンパワー召集、輸血管理部門へ「非常事態発生」の連絡）を行う。コマンダーは、止血状況、血行動態、検査データ、血液製剤の供給体制などを総合的に評価し、手術継続の可否・術式変更等を術者と協議する。

\*担当麻酔科医、麻酔科上級医師、担当科上級医師などが担当する。

## II. 輸液・輸血の実際、 血液製剤の選択

血液製剤使用の実際については、2005年9月に厚生労働省が策定した「血液製剤の使用指針」および「輸血療法の実施に関する指針」の改訂版に則って行う。ただし、危機的出血における輸液・輸血療法においては救命を最優先して行う。

出血早期には細胞外液系輸液製剤を用いるが、循環血液量増加効果は一過性であるので、人工膠質液の投与を行う。循環血液量の維持のためには、人工膠質液やアルブミン製剤の大量投与がやむをえない場合もある。危機的出血での血液製剤の具体的な使用方法は以下のように行う。

### (1) 赤血球濃厚液

時間的余裕がない場合は交差適合試験を省略し、ABO同型血を用いる。同型適合血が不足する場合はABO異型適合血を用いる。（フローチャート参照）



## 危機的出血への対応ガイドライン

- \* RhD 陰性の場合は抗D 抗体がなければABO 同型RhD 陽性血を使用してよい。
- \* 不規則抗体陽性の場合でも、交差適合試験を行わず、ABO 型適合を優先する。
- \* 血液型不明の場合はO 型を使用する。

### ① 交差適合試験省略時のリスク

患者がRhD 陰性である可能性は0.5%、溶血反応を生じる可能性のある不規則抗体(抗RhE、抗Fy<sup>a&b</sup>、抗K<sup>a&b</sup> など)を保有している可能性は0.5%以下である。そのため、遅発性溶血のリスクは約1%である。

遅発性溶血は輸血終了数時間後から3週間後まで発生する可能性がある。反応が早いほど症状が重篤である。溶血が生じた場合、利尿薬と輸液による強制利尿を行なう。

### ② ABO 異型適合血輸血後の対応

輸血した後に、患者血液型と同じABO 型血の輸血に変更する場合は、新たに採取した最新の患者血液と食塩水法で交差適合試験を行い、主試験が適合する血液を用いる。

③ バーコードによる血液製剤認証システムを導入している施設では異型適合血輸血に対応できていないことがある。その手順を予め文書化したり、プログラムしておくことが望ましい。

### (2) 新鮮凍結血漿

出血が外科的に制御可能になるまでは凝固因子の投与は無効である。しかし、大出血での希釈による凝固障害には複合した凝固因子の補充が必要なため新鮮凍結血漿を使用する。フィブリン形成に必要なフィブリノゲン濃度は100mg/dL 以上である。新鮮凍結血漿450mLはフィブリノゲン1gに相当するので、体重60kg(循環血漿量3ℓ)では約30mg/dL 上昇する。

### (3) 血小板濃厚液

出血が外科的に制御可能になるまでは血小板の投与は無効である。外科的止血が完了した後、血小板数が5万/mm<sup>3</sup>を超えるまで投与する。体重60kg では、10単位血小板(2×10<sup>11</sup>個含有)投与で25,000/mm<sup>3</sup>程度の上昇が期待される。

### (4) 回収式自己血輸血法

大量出血で大量の赤血球輸血を要する場合、術野回収式自己血輸血が有効である。3ℓ以上出血がある場合、出血を吸引して洗浄し、返血すると40%の赤血球回収が可能である。

- (1) 代謝性変化(アシドーシス、クエン酸中毒、高カリウム血症、低体温)
- (2) 希釈性凝固障害(凝固因子、血小板低下)
- (3) 循環過負荷、鉄過負荷
- (4) その他: 発熱反応、溶血反応(不適合輸血など)、アレルギー反応(アナフィラキシー)、細菌感染症、輸血関連急性肺障害(TRALI: transfusion-related acute lung injury)、感染伝播(肝炎、HTLV、HIV、その他)、移植片対宿主病(GVHD: graft-versus-host disease)、免疫抑制など

## 1. 適応

急速大量出血に対し、急速輸液・輸血を行い、循環動態の安定を図る

## 2. 使用時の一般的注意

- 1) 適応を厳格にすること
- 2) 操作に熟知した者が常在し、責任を持って使用すること
- 3) 定期的および日常の保守・点検済みのものを使用すること
- 4) アラームを常に"ON"の状態で使用すること
- 5) 輸血路の血管外逸脱には特に注意すること

## 3. 各種の急速輸血装置の主なチェックポイント

加圧式とローラポンプ式がある。2005年の薬事法改正後、ローラポンプ式は急速輸血装置としては販売されていない。ローラポンプ式輸液装置を急速輸血に用いる場合、使用者の責任のもとで行う。使用に際しては各装置の使用説明書を精読しておくこと

### 1) 加圧式輸血装置

#### (1) レベルシステム1000(輸入販売元:スミスメディカルジャパン)

- ・輸液ラインに接続する前に循環水経路をプライムし、もれがないことを確認すること
- ・輸液、輸血バッグからすべての空気を取り除くこと
- ・ガスバント付きフィルタ内と患者間の静脈経路内に気泡がある場合、送液しないこと
- ・加圧インフューザーにガスポンペ、中央配管や他の圧力ソースを接続しないこと
- ・血小板濃厚液、クリオプレシピテートまたは、細胞懸濁液の加温には使用しないこと
- ・自己回収式輸血バッグは、返血用バッグ内に空気が含まれているので併用しないこと

### 2) ローラポンプ式輸液装置

#### (1) ニプロ補液ポンプMP-300(販売元:ニプロ株式会社)

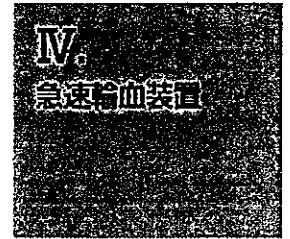
- ・使用するチューブサイズに応じ、ローラギャップを調整すること
- ・本装置の圧力ポートには、疎水性エアフィルタを介して圧力ラインを接続すること。
- ・圧力ラインの着脱時にはエアフィルタの漏れや汚染がないことを確認すること

#### (2) ME 輸血ポンプBP-102(販売元:テルモ株式会社)

- ・必ず専用チューブ(コード番号:XX-BP165L)を使用すること
- ・気泡検知器は必ず専用チューブに装着すること
- ・血液加温器は本機の下流に付けること

## 4. 急速輸血装置によるこれまでの主な重大事故原因

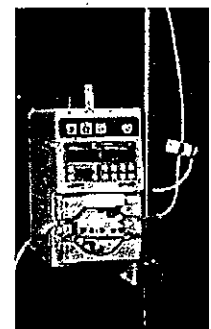
- (1) 操作に熟知していない者が操作した
- (2) 気泡検知器を適正な箇所に設置していなかったか、アラームをオンにしていなかった
- (3) 回路を大気にオープンにして使用した
- (4) アラームの意味を理解せず、それを無視した



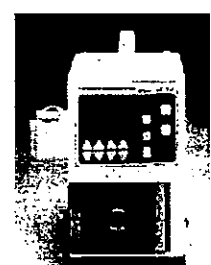
1) (1) レベルシステム1000  
輸入販売元  
スミスメディカルジャパン

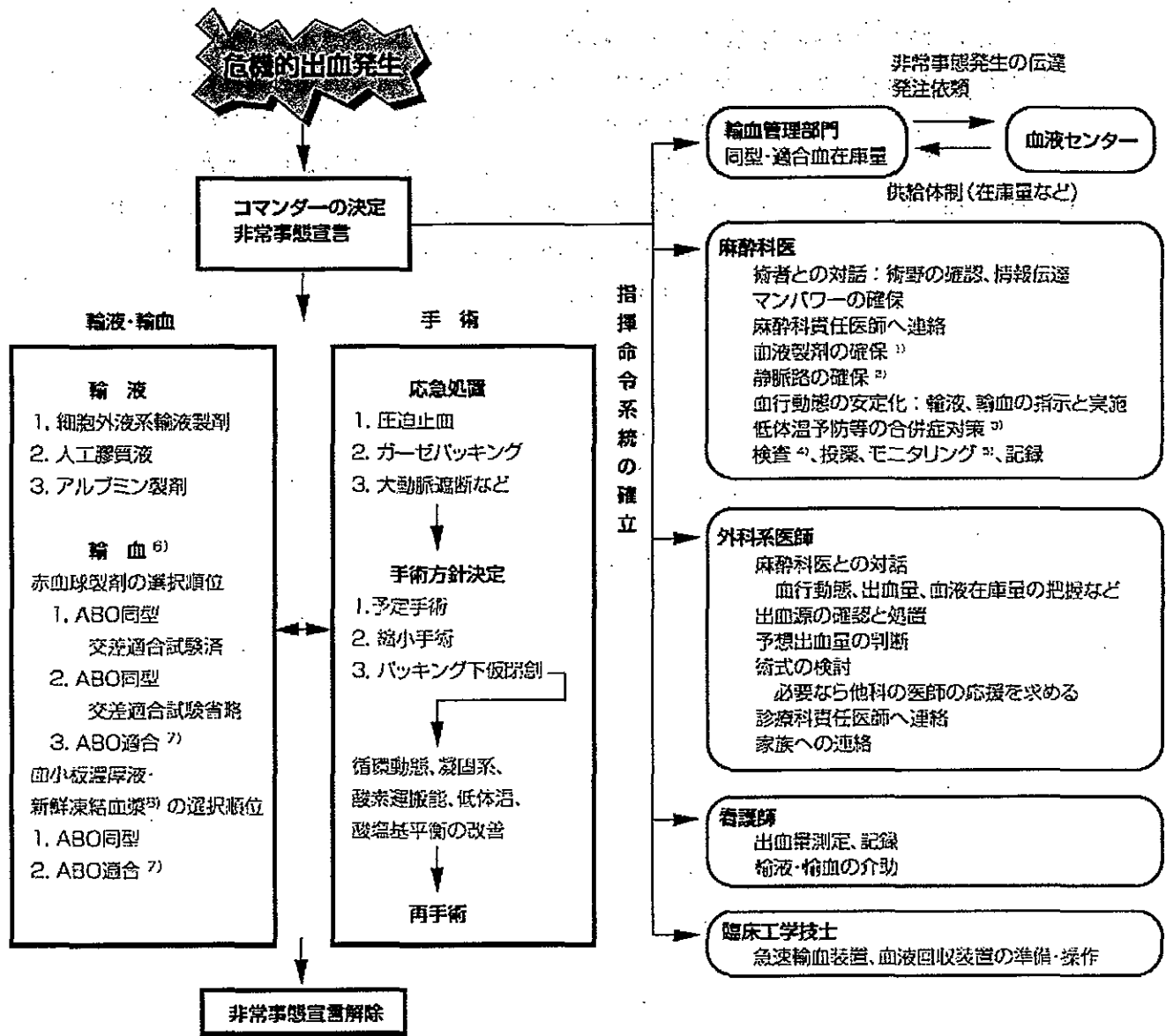


2) (1) ニプロ補液ポンプMP-300  
販売元:  
ニプロ株式会社



2) (2) ME 輸血ポンプBP-102  
販売元:  
テルモ株式会社





### 緊急時の適合血の選択

患者血液型	赤血球濃厚液	新鮮凍結血漿	血小板濃厚液
A	A>O	A>AB>B	A>AB>B
B	B>O	B>AB>A	B>AB>A
AB	AB>A=B>O	AB>A=B	AB>A=B
O	Oのみ	全型適合	全型適合

異型適合血を適用した場合、投与後の溶血反応に注意する

- 血液が確保できたら交差適合試験の結果がでる前に手術室へ搬入し、「交差適合試験未実施血」として保管する。
- 内径が太い血管カニューレをできるだけ上肢に留置する。
- 輸液製剤・血液製剤の加温。輸液・血液加温装置、逆流対流式加温プランケットの使用。  
アシドーシスの補正、低Ca血症、高K血症の治療など。
- 全血球算、電解質、Ab、血液ガス、凝固能など、輸血検査用血液の採取。

- 観血的動脈圧、中心静脈圧など。
- 照会は省略可。
- 適合試験未実施の血液、あるいは異型適合血の輸血でできれば2名以上の医師(麻酔科医と術者など)の合意で実施し診療録にその旨記載する。
- 原則として出血が外科的に制御された後に投与する。

参考3 日本産婦人科学会の提案している産科的出血への対応ガイドライン（案）

日本産婦人科学会の提案している産科的出血への対応ガイドライン（案、添付資料 2、3 ページ下段、赤枠）には、4. 凝固障害の回避、として『凝固因子、とくにフィブリノゲンも低下しやすいので、新鮮凍結血漿やフィブリノゲン製剤（保険適応外）投与も考慮。』と記載されている。案であり、パブリックコメントを求めている段階ではあるが、未だに根強いフィブリノゲン製剤への期待が残っている事が見てとれる。実際にはフィブリノゲン製剤についての記載は除かれる予定と聞いている。

# 産科危機的出血への 対応ガイドライン(案)

日本産科婦人科学会  
日本産婦人科医会  
日本周産期・新生児医学会  
日本麻酔科学会  
日本輸血・細胞治療学会  
(五十番期)

2009年●●月

## はじめに

周産期管理の進歩により母体死亡率は著明に低下したものの、出血は依然、母体死亡の主要な原因である。生命を脅かすような分娩時あるいは分娩後の出血は妊産婦の500人に約1人に起こり得る合併症で、リスク因子には帝王切開分娩、多胎分娩、前置・低置胎盤などが挙げられる。しかし、予期せぬ大量出血もあり、また比較的少量の出血でも産科DICを発症しやすいという特徴がある。

本邦の分娩の約半数は有床診療所で行われている。しかし、分娩時に突発的に発生する大量出血に対し、多くの小規模施設では輸血の準備が十分とはいえず、産科医、麻酔科医、助産師、看護師などのマンパワー不足も恒常化している。さらに、血液センターの集約化が進められており、供給体制が変化することも認識しておく必要がある。

このように、産科出血の特殊性に加え、本邦では分娩施設の輸血体制の脆弱性やマンパワー不足という現状を抱えているにもかかわらず、産科危機的出血に対する輸血療法の明確な指針はない。そこで、より安全な周産期管理の実現を目的に、関連5学会が対応ガイドラインを作成し、以下に提言するものである。

## 産科出血の特徴

基礎疾患（常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群、子癇、羊水塞栓、癒着胎盤など）を持つ産科出血では中等量の出血でも容易にDICを併発する。この点を考慮した産科DICスコアは有用といえる。輸液と赤血球輸血のみの対応では希釈性の凝固因子低下となりDICに伴う出血傾向を助長する。また、分娩では外出血量が少量でも生命の危機となる腹腔内出血・後腹膜腔出血を来す疾患（頸管裂傷、子宮破裂など）も存在するので、計測された出血量のみにとらわれることなく、バイタルサインの異常（頰脈、低血圧、乏尿）、特にショックインデックス（SI：shock index）に留意し管理する必要がある。

## 分娩時出血量

分娩時出血量の90パーセンタイルを胎児数、分娩様式別に示した（羊水量込み）。

	経陰分娩	帝王切開
単胎	800mL	1500mL
多胎	1600mL	2300mL

(日本産科婦人科学会周産期委員会、253,607分娩例、2008年)

## 産科出血への対応

妊娠初期検査で血液型判定、不規則抗体スクリーニングを行う。

通常の分娩でも大量出血は起こり得るが、大出血が予想される前置・低置胎盤、巨大筋腫合併、多胎、癒着胎盤の可能性のある症例では高次施設での分娩、自己血貯血を考慮する。分娩時には必ず血管確保、妊婦看視を行う。血液センターからの供給と院内の輸血体制を確認しておく。

経過中にSIが1となった時点で一次施設では高次施設への搬送も考慮し、出血量が経陰分娩では1L、帝王切開では2Lを目安として輸血の準備を行う。同時に、弛緩出血では子宮収縮、頸管裂傷・子宮破裂では修復、前置胎盤では剥離面の止血など行う。

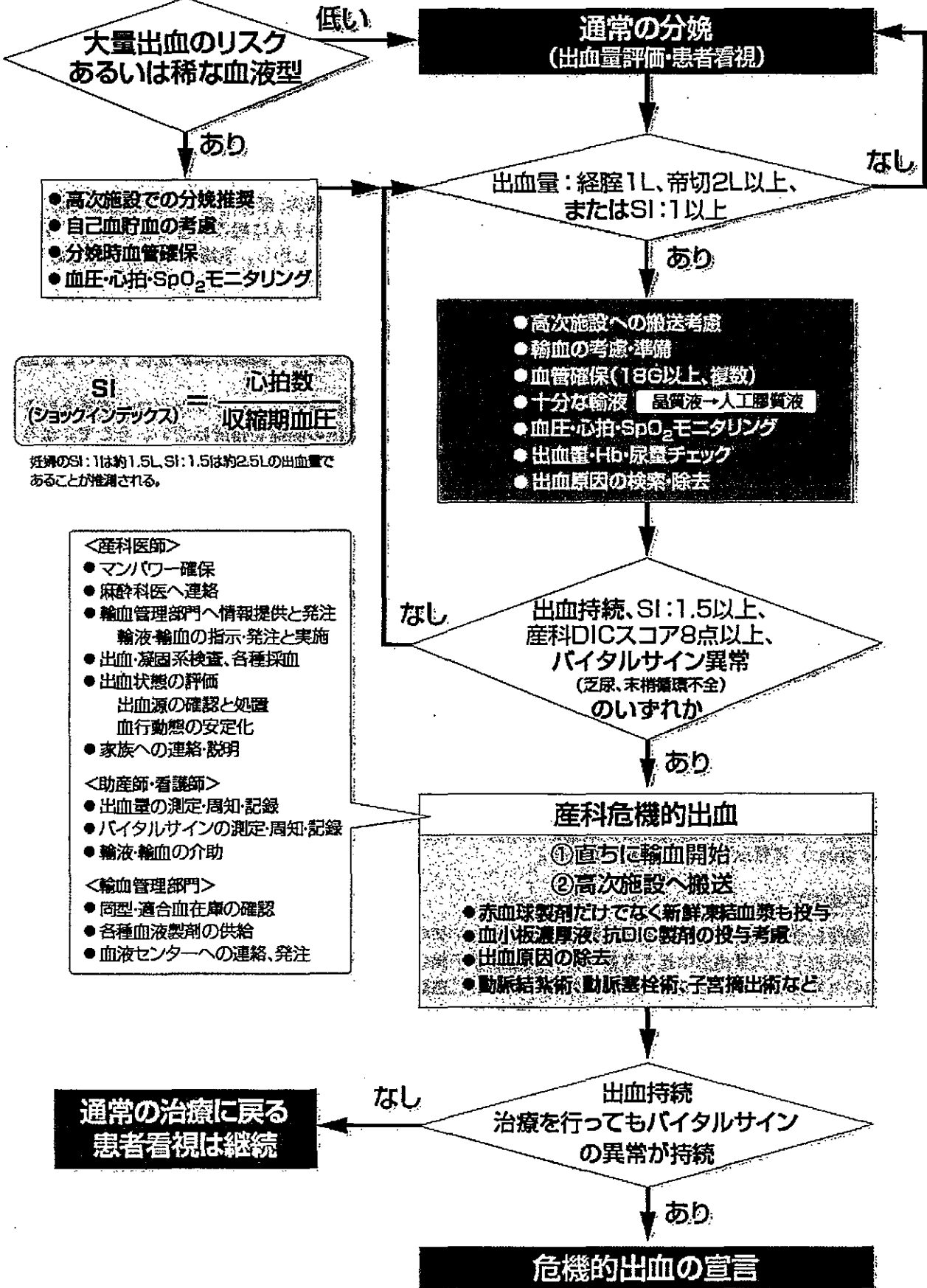
各種対応にも拘わらず、SIが1.5以上、産科DICスコアが8点以上となれば「産科危機的出血」として輸血を開始し、一次施設では高次施設への搬送を行う。産科危機的出血の特徴を考慮し、直ちに赤血球製剤だけではなく新鮮凍結血漿を投与し、血小板濃厚液、アルブミン、抗DIC製剤などの投与も躊躇しない。

これらの治療によっても出血が持続し、バイタルサインの異常が持続するなら、日本麻酔科学会、日本輸血細胞治療学会の「危機的出血への対応ガイドライン」に従う。産科的には、子宮動脈の結紮・塞栓、内腸骨・総腸骨動脈の結紮・塞栓、子宮腔上部摘出術あるいは子宮全摘出術などを試みる。

子宮摘除術を行っても止血ができない場合には保険適用外ではあるが国内外で実績のある遺伝子組み換え血液凝固第Ⅶ因子製剤の使用を考慮してもよい。この投与の前には十分量のフィブリノゲンと血小板を補充する。血栓を起こす可能性があるためトラネキサム酸の併用は避ける。なお、産科での使用は全例登録制であることにも留意する。

# 産科危機的出血への対応フローチャート

前置・低置胎盤、巨大子宮筋腫、既往帝王切開、  
癒着胎盤疑い、羊水過多・巨大児誘発分娩、多胎 など



$$SI \text{ (ショックインデックス)} = \frac{\text{心拍数}}{\text{収縮期血圧}}$$

経腔のSI：1は約1.5L、SI：1.5は約2.5Lの出血量であることが推測される。

- <産科医師>
  - マンパワー確保
  - 麻酔科医へ連絡
  - 輸血管理部門へ情報提供と発注  
輸液・輸血の指示・発注と実施
  - 出血・凝固系検査、各種採血
  - 出血状態の評価  
出血源の確認と処置  
血行動態の安定化
  - 家族への連絡・説明
- <助産師・看護師>
  - 出血量の測定・周知・記録
  - バイタルサインの測定・周知・記録
  - 輸液・輸血の介助
- <輸血管理部門>
  - 同型・適合血在庫の確認
  - 各種血液製剤の供給
  - 血液センターへの連絡・発注

通常の治療に戻る  
患者看視は継続

危機的出血の宣言

危機的出血への対応ガイドライン参照

産科危機的出血への対応ガイドライン

# 危機的出血発生時の対応

## 基本的事項

- 1. 非常事態宣言を躊躇しない ▶ 通常の対応では救命できない
- 2. コマンダー中心の指揮命令系統 ▶ 多数のスタッフの組織的対応が不可欠
- 3. 救命を最優先した輸血 ▶ 緊急度に応じて交差適合試験を省略
- 4. 緊急度コードによる輸血部への連絡 ▶ 情報の迅速かつ的確な伝達
- 5. ダブル・チェック ▶ 緊急時のヒューマンエラーを回避

## 緊急度コードを用いた輸血部への連絡と赤血球輸血の例

患者、出血の状態	緊急度コード	赤血球の選択例
出血しているが循環は安定	Ⅲ	交差適合型血
昇圧薬が必要な出血 (産科危機的出血)	Ⅱ	未交差適合型血
大量出血、心停止が切迫 (危機的出血)	Ⅰ	異型適合血 (緊急 O 型血)

## 緊急輸血の実際

### 1. 「危機的出血への対応ガイドライン」に準拠

(日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会合同作成、2007年11月改訂版)

日本麻酔科学会ホームページ：<http://www.anesth.or.jp/>

日本輸血・細胞治療学会ホームページ：<http://www.yuketsu.gr.jp/>

### 2. 異型適合赤血球について

- ①血液型不明の緊急患者でコードⅠと判断したら、O型赤血球製剤の輸血を開始。
- ②患者血液型がAB型の場合には、O型よりもA型ないしB型赤血球製剤を優先。
- ③異型適合血輸血開始前に、血液型検査・抗体スクリーニング用の採血。
- ④異型適合血輸血を開始しても、同型血が入手出来次第、同型血輸血。

### 3. RhD陰性、不規則抗体陽性の場合

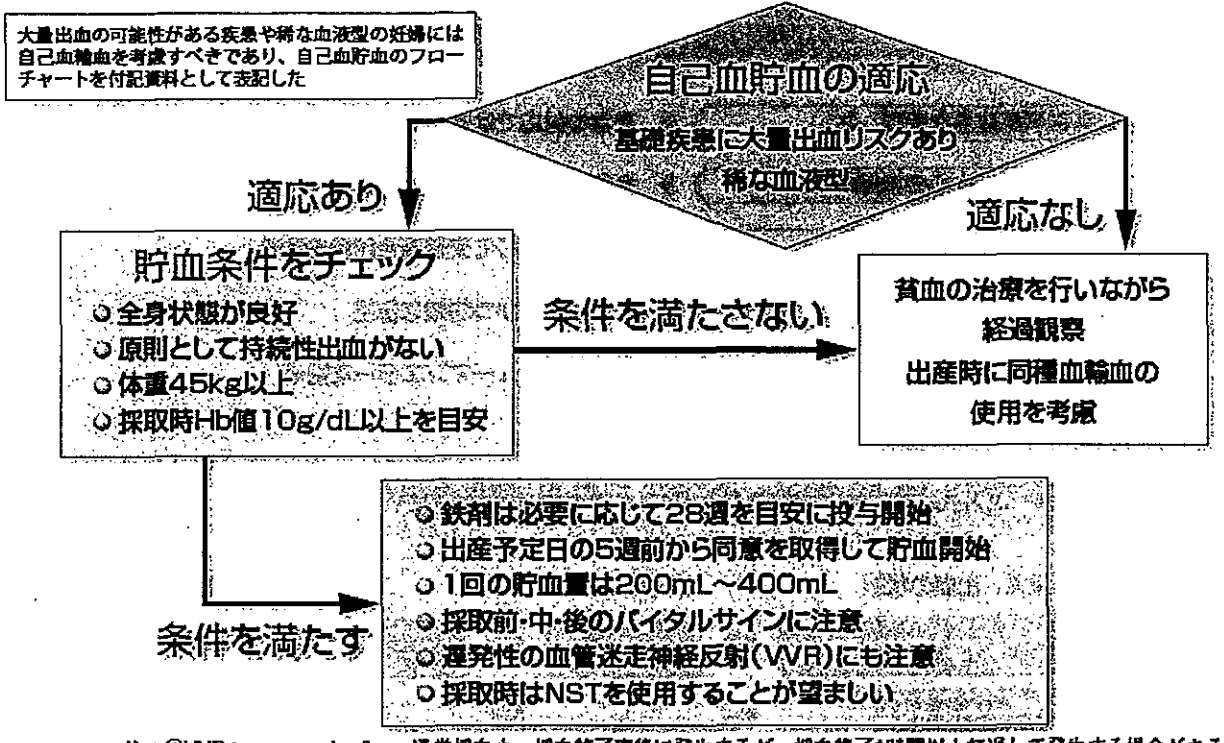
RhD陰性や臨床的に溶血反応を起こしうる不規則抗体陽性が判明している場合は、その結果を考慮して血液製剤を選択。ただし、緊急度コードⅠの場合には、ABO型適合赤血球を優先。

### 4. 凝固障害の回避

凝固因子、とくにフィブリノゲンは低下しやすいので、新鮮凍結血漿やフィブリノゲン製剤(保険適用外)の投与も考慮。

### 5. 回収式自己血輸血を考慮

# 妊婦における自己血貯血のフローチャート



注：①VVR：vasovagal reflex. 通常採血中、採血終了直後に発生するが、採血終了1時間以上経過して発生する場合がある  
 ②自己血有効期間はCPDA-1全血で35日、MAP調整製剤では凍結赤血球42日、新鮮凍結血漿1年とする

## 主に使用される輸血用血液製剤一覧と期待される輸血効果

販売名(一般名)	略号	貯蔵方法	有効期間	包装	期待される輸血効果(体重50kg)
照射赤血球濃厚液-LR「日赤」 (人赤血球濃厚液)	lr-RCC-LR	2~6℃	採血後 21日間	血液400mLに由来する 赤血球1袋 (約280mL)	左記製剤1袋でHb値は 1.5g/dL上昇
新鮮凍結血漿-LR「日赤」 (新鮮凍結人血漿) 全血採血由来製剤	FFP-LR	-20℃ 以下	採血後 1年間	血液400mL相当に由来 する血漿1袋 (約240mL)	左記製剤2袋で凝固因子 活性は20~30%上昇
照射濃厚血小板「日赤」 (人血小板濃厚液)	lr-PC	20~24℃ 振とう保存	採血後 4日間	10単位1袋約200mL (含有血小板数: 2.0 $\leq$ ~<2.2 $\times 10^{11}$ )	左記製剤1袋で血小板数 は約4万/ $\mu$ L上昇

日本赤十字社「血液製剤一覧」平成20年12月、厚生労働省「血液製剤の使用指針」平成19年11月参照

## 産科DICスコア(備考)

以下に該当する項目の点数を加算し、8点以上は産科DIC

基礎疾患	点数	臨床症状	点数	検査	点数
早 溺(児死亡)	5	急性腎不全(無尿)	4	FDP : 10 $\mu$ g/dL以上	1
◇ (児生存)	4	◇ (乏尿)	3	血小板 : 10万/mm <sup>3</sup> 以下	1
羊水塞栓(急性肺性心)	4	急性呼吸不全(人工換気)	4	フィブリノゲン : 150mg/dL以下	1
◇ (人工換気)	3	◇ (酸素療法)	1	PT : 15秒以上	1
◇ (補助換気)	2	臓器症状(心臓)	4	出血時間 : 5分以上	1
◇ (酸素療法)	1	◇ (肝臓)	4	その他の検査異常	1
DIC型出血(低凝固)	4	◇ (脳)	4		
◇ (出血量: 2L以上)	3	◇ (消化器)	4		
◇ (出血量: 1-2L)	1	出血傾向	4		
子 癇	4	シ ョ ッ ク(頻脈: 100以上)	1		
その他の基礎疾患	1	◇ (低血圧: 90以下)	1		
		◇ (冷汗)	1		
		◇ (蒼白)	1		



参考4 「Williams 産科学」における産科出血に対するフィブリノゲン関連の記載と考察  
 医師インタビューの中で、諸外国では外科的出血に対してフィブリノゲンの使用は認められる方向で検討されているという意見を聞き、参考1には最新の論文を引いたが、産科領域での指針として、「Williams 産科学」における産科出血に対する治療としてのフィブリノゲン関連の記載について経年的に調べた。「Williams の産科学」は産科領域の最も世界的な教科書である。

#### Williams 産科学の記載内容の変遷

年	版	記載内容
1985 (S60)	17	Lyophilized fibrinogen は低フィブリノゲン血漿を呈する胎盤剥離に年余に渡って用いられてきた。しかし理論的にはフィブリノゲン補充はDICの炎に燃料を加えるようなものだ、特に腎臓、副腎、下垂体、脳などの生体器官の微小循環において fibrin 沈着と閉塞という深刻な結果を伴う事となる。しかしながら、4-8gの有効投与量がそういう事態を引き起こすという証拠は得られていない (no good evidence) 例えば、帝王切開の直前の10分間以内で4gのフィブリノゲンを静脈注射しても中心静脈圧や血圧、脈拍、呼吸数には変化は無い。さらに良く見られる合併症である肺塞栓なども発症しない。典型的には4gのフィブリノゲンは有効投与量と考えられるが血中濃度を100mg/dl 上昇させる。凍結乾燥フィブリノゲンの主要な合併症は数千人のドナー血漿から商業的に作成されるため肝炎を誘発させる事である。この理由からもはや製剤としては手に入らない。クリオプレシピテートは数名のドナーから作成されるので数千人と比べれば肝炎の危険度ははるかに低くなる。4gのフィブリノゲンを供給するために15-20単位のクリオプレシピテートが必要である。
1989 (H1)	18	クリオプレシピテート1パックには60-420mgのフィブリノゲンが含まれ、平均270mgであった。他17版と同じ
1993 (H5)	19	AABB (アメリカ血液銀行) によればクリオ各パックには少なくとも150mgのフィブリノゲンが含まれている。他17版と同じ
1997 (H9)	21	FFP は全血から分離され凍結された血漿である。全ての安定した凝固因子を含んでいる。消費性、あるいは希釈性凝固障害を伴う女性の急性期治療に用いられる。特異的な凝固因子が欠損している場合には血液量保持のために用いるのは適当でない。フィブリノゲンが100mg/dl以下でプロトロンビン時間、部分プロトロンビン時間に異常がある場合に用いる。 Cryoprecipitate この成分はFFPから作られる。第VIII因子、von Willebrand factor、少なくとも150mgのfibrinogen、XIII因子、とfibronectinを含んでいる。FFPの代わりに凝固因子補充のために出血している婦人に投与するのは益がない。クリオは凝固因子欠乏状態でvolume overloadの懸念や特殊な因子が不足している場合にのみ用いる。胎盤早期剥離で重度の低フィブリノゲン血症に陥っている患者が主な適応症例である。
2001 (H13)	22	FFP は全血から分離され凍結された血漿である。全ての安定した凝固因子を含んでいる。消費性、あるいは希釈性凝固障害を伴う女性の急性期治療に用いられる。特異的な凝固因子が欠損している場合には血液量保持のために用いるのは適当でない。フィブリノゲンが100mg/dl以下でプロトロンビン時間、部分プロトロンビン時間に異常がある場合に用いる。 Cryoprecipitate この成分はFFPから作られる。第VIII因子、von Willebrand factor、少なくとも150mgのfibrinogen、XIII因子とfibronectinを含んでいる。FFPの代わりに凝固因子補充のために出血している婦人に投与するのは益がない。クリオは凝固因子欠乏状態でvolume overloadの懸念や特殊な因子が不足している場合にのみ用いる。胎盤早期剥離で重度の低フィブリノゲン血症に陥っている患者が主な適応症例である。

なお、実地医家向けの『今日の治療指針』を年度別に見てみると、1966(S41)年からフィ

ブリノゲン製剤の使用が推奨され、1990(H2)年まで続き、慎重投与としての肝炎の危険性についての記載は皆無に等しい。1989(H1)年の産科研修医向けの教科書にも、“慎重に”、と記載があるものの使用は認められている（前年度報告書 p432, 図表 5-27）。今日の治療指針で推奨されていた最終年 1990(H2)年の 5 年前である 1985(S60)の米国の教科書 (Williams)ではフィブリノゲン製剤の使用が否定されていた。しかしクリオプレシピテートに関しては、同教科書の最新版にもその使用を推奨する記載がある。このことから、感染の危険が無ければ低フィブリノゲン血症に対しては現在でもフィブリノゲンを含む製剤の使用が推奨されていると考えることも出来る。

#### (4) 総括

今回の医師へのアンケート、インタビューを通して、当時のフィブリノゲン使用者の中にも効果を認めていた医師ばかりでなく、評価困難とする医師も多いことが判明した。現在でもフィブリノゲン製剤の有効性、必要性を是とする意見と非とする意見が存在し、使用できればさらに出血に対する治療が向上するのかわ変わらないのかについての結論が出ていないことがわかった。ただしフィブリン糊については約7割がその有用性を認めており、局所止血の効果は肯定的にとらえられているものと考えてよいと思う。現在も多くの外科手術で用いられているが、実際には使用群、非使用群の無作為比較試験などによる止血の有効性の検証はなされておらず、本来であればそれも必要である。静注用のフィブリノゲン製剤の効果に対して否定派の意見は少数の人からしか聞くことはできなかった。フィブリノゲンの使用を待望する意見や論文は多く目にする半面、否定的な見解は学会や論文で報告されにくい事もその一因であろう。20年以上前に遡れば、フィブリノゲンは出血に対して保険適応で使用しえた数少ない薬剤で有り、かつ有効な代替治療手段の少ない時代に、推奨派の意見が全面に出、その有用性を否定する根拠も乏しい状態で多くの患者にフィブリノゲンが使用された事は紛れもない事実である。しかし推奨派の医師にしてもC型肝炎が現在のような予後不良疾患にとらえられていれば当然使用は控えられたであろうし、被害を少なくできなかった事を残念であると感じていることもインタビューを通して十分伝わってきた。推奨派の医師たちは総じて産科出血の予測困難性、重篤性を熱っぽく語っており、現場での緊急対応の困難さを強調していた。しかし少数とはいえ実際にフィブリノゲンを使用せずに出血の救急現場で医療を続け、その必要性を毅然として否定する意見も存在する事を提示した。今後止血にフィブリノゲン製剤を用いるとする意見が台頭してくる場合には、関連の麻酔学会、血栓止血学会、輸血療法・細胞治療学会、産科婦人科学会などにその有用性、副作用、ならびに適応ガイドラインなどを十分なエビデンスレベルから明確にするよう求めたい。今回の検証を各学会員に認知してもらうよう何らかの形で資料の提供を行うべきである。現に海外では少数例とはいえRCTが報告され始め大規模試験も進んでいる事も述べた。分娩という通常の外科手術とは異なる領域でのRCTを如何に組み上げて実施するのか。結論がでるまでのハードルは決して低くは無い。

医療界においても歴史は繰り返しており、治療行為が新たな疾患を作り出してしまう事は、特にその時代における未知なる感染症への対応が困難である場合に起き易い。医師自身が蔓延させたとされる産褥熱、エジプトにおける住血吸虫症に対する予防接種後の肝炎の蔓延の他、わが国でもB型、C型肝炎の輸血以外の感染のかなりの部分は予防接種を含めた医療行為によって発症したものと推察されている。またポリオ、ジフテリアの予防接種によってその疾患自体を発症させた事例もある。これら医原病とも呼ばれる医療禍はもちろん感染症に限らない。種痘後脳炎などワクチンを発端に異常免疫現象が起きて、新たな疾患を発症させたものもある。副作用回避、低減のために必要な科学的根拠の確立が不十分であるために薬害が起きた場合、それを人災とするのか、そうでないのか、あるいは不可抗力であるのかについては事実関係の検証は元より、哲学的な議論も必要ではないか

とつくづく感じた。今回 C 型肝炎を中心とした薬害肝炎の検証を行った。その間にも薬害とは別に B 型肝炎が新たな救済対象として検討されている。医療、治療薬の進歩は常に副作用などの負の側面を包含している。それらを克服しながら人類は進歩し繁栄してきた。過去の事例に学ぶべき事は多いが、医師は提供される薬剤、医療機器を活用して医療を行う上で自らが行使する医療行為にどこまで責任を負うべきなのか。さらに国が責任を追うと言うことは国民がその責任を果たすと言っているに等しく、薬害に対してどこまでの範囲で、補償額も含めたどの程度の責任を果たし得るのかも大きな問題であろう。今回の検証が広く医師を始めとする医療従事者、さらに国民の目に触れて薬害問題が議論され、再発防止の一助となることを願うものである。

最後に、当時、フィブリノゲン製剤の危険性についての情報提供不足が薬害拡大の要因の一つであったが、反面最近では、溢れんばかりの情報が逆に重大な情報を薄めていることも事実である。インターネットなどを通じて流入してくる夥しい量の薬物をはじめとする医療情報から、医療側が本当に必要かつ重要な情報を如何に効率よく選別し得るかも喫緊の課題と考える。

目次

はじめに

調査の概要と目的

用語解説 調査で使用した尺度について

1章 患者調査

1-1) 属性

1-2) C型肝炎感染の背景

1-3) 現在の肝炎の状態・自覚症状

1-4) 身体的被害の特徴

1-5) 精神的被害・QOL

1-6) 経済的被害の背景と実際(治療費・就労)

1-7) 社会的被害の背景と実際

1-8) 要望

2章 遺族調査

2-1) 遺族・故人の属性と肝炎感染の背景

2-2) 肝炎の診断と感染原因の告知

2-3) 支援状況

2-4) 経済的困難

2-5) 故人の気持ちの特徴・精神健康

2-6) 周囲との関係・差別経験

2-7) 要望

結語

## はじめに

### ■調査の概要と目的

本調査は、薬害C型肝炎感染被害者が受けた身体的・精神的・経済的・社会的被害の実態と要望等を明らかにし、今後の薬害肝炎対策に資することを目的としており、薬害肝炎全国原告団と薬害肝炎全国弁護団の多大な協力のもとに実施した。

### ■方法の選択と手順

調査のプロセスとして、調査対象者の抱える問題の解決やその実践に役立てられるよう、調査計画の立案からまとめと発表に至るまで、研究者と当事者が共同で行う方式である当事者参加型リサーチ法を採用した。調査手順として、まず、過去に明らかにされていない薬害C型肝炎感染被害者の困難やそれに関連する心理状況について当事者（患者・遺族それぞれ）にインタビューを行い、被害実態や心理状況の概要を把握した。その分布や広がりをも明らかにするために、インタビューをもとに研究班で作成した調査票を用いて、各地の担当弁護士を通じての託送配票調査を行った。

### ■調査対象と方法

調査対象者は2009年10月5日時点で訴訟により和解が成立した1205名とした。

- ・配布 患者1128名、遺族69名
- ・回収 患者（含む代筆）880名（回収率78.0%）、遺族54名（回収率78.3%）

### ■調査期間

2009年8月下旬よりインタビュー調査を開始し、インタビューをもとに研究班で作成した調査票を2009年11月20日に配布、2010年1月31日を回収の締め切りとした。

### ■倫理的配慮

本調査は、「日本社会福祉学会研究倫理指針」（2004年10月10日施行）に従い、東洋大学大学院福祉社会デザイン研究科研究等倫理委員会の承認を得て行った。調査における配慮として、まず、薬害肝炎全国原告団・弁護団に対し、調査・研究目的及び内容に関する説明とその協力依頼を文書及び口頭にて行い、10月5日付で「覚書」（次頁参照）を交わし、この「覚書」に従って調査研究を実施した。また調査対象者に対しては、調査協力に同意しない場合は記入しなくて良いこと、そのことで対象者に不利益が生じないこと、記入した後でも、協力を撤回できること、調査の手順と担当者を詳しく記載し、調査結果から個人が同定されることは決してないこと、調査により得られたデータは本研究以外の目的に使用することがないこと、調査票及び得られたデータは、最低5年は保存し、その後、研究が完了し不要になった時には速やかに廃棄することを約束した。

## 覚 書

薬害肝炎全国原告団及び同弁護団（以下、全国原告団・弁護団という）と薬害肝炎の検証及び再発防止に関する研究班（以下、研究班という）は、平成21年度において同研究班が実施する別紙記載の薬害C型肝炎被害実態・被害者ニーズ調査（以下、本調査という）に関し、本覚書を作成する。

1. 全国原告団・弁護団は、本調査に協力する。
2. 研究班は、次の点を確認する。
  - ① 本調査協力者に関する個人情報保護を厳守すること
  - ② 本調査により得られた一切のデータ及びその分析結果（以下、本件調査データという）を使用して他の肝炎患者等との比較を行わないこと
  - ③ 本件調査データは本調査報告書作成目的のみに使用すること
  - ④ 研究班を構成する研究者が、前項の目的以外のために本件調査データの使用を希望する場合は、当該研究者より全国原告団・弁護団に対して、事前にその内容を示して承認を得ること

平成21年10月5日

薬害肝炎全国原告団 代表 山口 美智子 ㊟

薬害肝炎全国弁護団 代表 鈴木 利 廣 ㊟

薬害肝炎の検証及び再発防止に関する研究班 （平成21年度厚生労働科学研究費補助金）

主任研究者 堀内 龍也 ㊟

同研究班 分担研究者（被害実態調査担当）

片平 洵彦 ㊟

研究協力者 山本 由美子 ㊟

## 用語解説 (使用した尺度について)

### ■QOL(Quality of Life)

一般的には、「生活の質」と訳されており、人間がどれだけ充実感や満足感をもって生活しているかを示す用語である。QOLは、健康と直接関連のある QOL (health-related QOL : HRQL) と健康と直接関連のない QOL (non-health related QOL : NHRQL) とに大別される。医療系の調査で用いられるものは前者で、これは人の健康に直接影響する部分の QOL であり、身体的・心理的・社会的・スピリチュアルな状態、役割機能、全体的 well-being などが含まれる<sup>1)</sup>。日本では、1993年に QOL 研究会が設立され、QOLを「生きがい」と定義している<sup>2)</sup>。

### ■SF-36 (MOS Short-Form 36-Item Health Survey) SF-36v2 日本語版

SF-36は、Ware & Sherbourne(1992)<sup>3)</sup>より開発された、医療評価のための QOL として、個人の健康に由来するもの(健康関連 QOL)を測定するための、科学的な信頼性・妥当性を持つ尺度である。SF-36は、疾患を持つ人だけでなく、健常者にも用いることが可能で、疾病の異なる患者間で健康関連 QOL の比較や、患者と健常者間の比較が可能であり、日本語版の信頼性妥当性の検討もされている<sup>4)5)</sup>。調査票は、身体的・精神的健康領域の2領域8下位尺度36項目から構成されている。身体的健康領域は身体機能、日常生活役割機能(身体)、体の痛み、全体的健康感の4つの尺度、精神的健康領域は活力、社会生活機能、日常生活役割機能(精神)、心の健康の4つの尺度である。各尺度の得点が高いほど、健康や各機能の状態が良い状態とされる(それぞれの尺度の得点の解釈は【表1】に示す)。

SF-36には国民の性、年齢、地域、都市規模等の分布と同じになるように標本抽出して行った全国調査から得られた、SF-36の平均値(国民標準値)が設定されており、ある対象から得られたSF-36の結果を評価する際に、国民標準値よりどの程度高いか低いかを検討することで、その対象者の健康状態を評価することができる。本調査では、患者用調査において、薬害肝炎患者の QOL と国民標準値との比較を行った。

【表1】

下位尺度	得点の解釈	
	低い	高い
身体機能 (Physical functioning)PF	健康上の理由で、入浴または着替えなどの活動を自力で行うことが、とてもむずかしい	激しい活動を含むあらゆるタイプの活動を行うことが可能である
日常役割機能(身体) (Role physical)RP	過去1か月に仕事やふだんの活動をした時に身体的な理由で問題があった	過去1か月に仕事やふだんの活動をした時に、身体的な理由で問題がなかった
身体の痛み (Bodily pain)BP	過去1か月に非常に激しい体の痛みのためにいつもの仕事が非常にさまたげられた	過去1か月に体の痛みはぜんぜんなく、体の痛みのためにいつもの仕事がさまたげられることはぜんぜんなかった
社会生活機能 (Social functioning)SF	過去1か月に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由で非常にさまたげられた	過去1か月に家族、友人、近所の人、その他の仲間とのふだんのつきあいが、身体的あるいは心理的な理由でさまたげられることはぜんぜんなかった
全体的健康感 (General health perceptions)GH	健康状態が良くなく、徐々に悪くなっていく	健康状態は非常に良い
活力 (Vitality)VT	過去1か月間、いつでも疲れを感じ、疲れはてていた	過去1か月間、いつでも活力にあふれていた
日常役割機能(精神) (Role emotional)RE	過去1か月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題があった	過去1か月間、仕事やふだんの活動をした時に心理的な理由で問題がなかった
心の健康 (Mental health)MH	過去1か月間、いつも神経質でゆううつな気分であった	過去1か月間、おちついていて、楽しく、おだやかな気分であった

※福原俊一、鈴鴨よしみ『SF-36v2™日本語版マニュアル』健康医療評価研究機構, 2004



## ■GHQ-12 (General Health Questionnaire)12項目版

GHQは非精神病性の軽度な精神障害をスクリーニングするための尺度であり、得点が高いほど、精神健康に問題がある疑いがあるとされる<sup>6)</sup>。今回本調査で使用した、GHQ-12日本語版はもともと簡便で広く用いられており<sup>7)</sup>、信頼性の検討も行われている<sup>8)</sup>。各項目の得点化や相関係数算出には、0,1,2,3のリッカート法、カットオフ値(病気の診断を目的として設定する値でこの値を超えた場合には注意喚起するなどの目安)を用いる場合には0,0,1,1のGHQ法を使用し<sup>9)</sup>、単純加算した。本研究では4点以上を精神健康に問題があるとするカットオフ値(3/4)<sup>10)</sup>を使用した。

### 用語解説に使用した文献

- 1) Spikler B, Revicki DA. Taxonomy of quality of life. In: Spikler B, edited. Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trial. New York: Lippincott Williams & Wilkins; (1996)25-31.
- 2) Yamaoka, K., Hayashi, F., Hayashi C., Takezawa, S., Maeda, M., Sato, H., Oe, S., Ogoshi, K. QOL Research Group. (1994):A Japanese version of the questionnaire for quality of life measurement. Ann Cancer Res Ther, 3: 45-53.
- 3) Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Status Survey (SF-36): 1. Conceptual framework and item selection. Med Care (1992); 30: 473-83.
- 4) Fukuhara, S., Bito, S., & Green, J. et al. (1997) Translation, adaptation and validation of the SF-36 health survey for use in Japan, Journal of Clinical Epidemiology, 51(11), 1037-1044.
- 5) Fukuhara, S., Ware, J. E., & Kosinski, M. et al. (1998) Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 health survey, Journal of Clinical Epidemiology, 51(11), 1045-1053.
- 6) Goldberg, D. P. and Hillier, V.F. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 9, 139-145.
- 7) 中川泰彬、大坊郁夫。(1985) 日本版GHQ 精神健康調査票手引。日本文化科学社。東京。
- 8) 本田純久、柴田義貞、中根允文 (2001). GHQ-12 項目質問紙を用いた精神医学的障害のスクリーニング。厚生学の指標, 48 (10), 5-10.
- 9) McDowell, I. and Newell, C. (1996) Measuring Health : A Guide to Ration Scales and Questionnaires, second edition. Oxford University Press, New York. 225-233.
- 10) Gold berg, D. P., Gater, R, Sartorius, N., Ustum, T. B., Piccinelli, M., Gureje, Oans Ruiiter, C. (1997) The Validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychological medicine 27 (1), 191-197.

## 1. 患者調査

### 1-1) 属性

患者調査の回答者は、性別では約80%が女性で、年齢は平均53歳、40～60歳代で全体の約50%以上を占めた。(表2. 以下の表は、本文の記載に対応する部分を点線で囲んだ。) 対象者がC型肝炎に感染し闘病してきた時期は、その多くが、一般に結婚、子供の誕生、マイホームの取得といった様々な人生の出来事を経験する時期であり、ある回答者は“私の人生30数年の大事な時期”と表現していた。

【表2】属性

		件数	割合(%)
回答者属性		N=866	
本人		809	93.4
代筆		57	6.6
代筆者続柄		N=57	
	配偶者	11	19.3
	親	25	43.9
	兄弟姉妹	2	3.5
	子	19	33.3
性別		N=876	
	男性	182	20.8
	女性	694	79.2
年齢		N=856 (平均 53.3歳)	
	20歳未満	1	0.1
	20～30歳未満	71	8.3
	30～40歳未満	30	3.5
	40～50歳未満	191	22.3
	50～60歳未満	324	37.9
	60～70歳未満	151	17.6
	70～80歳未満	64	7.5
	80歳以上	24	2.8
職業		N=866	
	常勤	170	19.6
	パート・アルバイト	159	18.4
	自営業	81	9.4
	家事従業・家事手伝い	35	4.0
	専業主婦	247	28.5
	学生	10	1.2
	無職	151	17.4
	その他	13	1.5
同居家族		N=867	
	同居人なし	60	6.9
	配偶者	626	72.2
	子供	469	54.1
	親(夫または妻の親も含む)	229	26.4
	兄弟姉妹	31	3.6
	その他	31	3.6

無回答を除く

## 1-2) C型肝炎感染の背景

肝炎感染の原因となった製剤は、フィブリノゲン製剤が802人(92.8%)、第Ⅸ因子製剤が59人(6.87%)、その他3人(0.3%)であった。製剤投与理由は、「出産時の出血」540人(62.4%)、「外科的手術」248人(28.7%)、「その他」71人(8.2%)等であり、外科的手術の内訳は心疾患に関する手術が多数で、「その他」には、「母子感染」「白血病治療」「新生児メレナ(出血症)」(いずれも6人)等が含まれていた。

「出産時の出血」と回答した540人のうち、無回答26人を除く514人中で、出産の前に陣痛促進剤を「使用していた」との回答は162人(31.5%)で、そのことを聞いたのは、「医師から」が112人(69.1%)、「看護師から」が34人(21.0%)等であった。「自由記述転記表」(資料●)の以下の部分に、この件に関する記載があった。[問2-1-3、問2-1-3-1、問3-1の42番、問3-7の3番、188番、問6-2の(医師に対して)54番、88番、253番、(国に対して)244番]。

製剤投与時・初回肝炎診断時ともに、当時の対象者の年齢は20~40歳代が過半数で、結婚・出産などの人生の大きな出来事を経験する時期であった。

肝炎と診断されたきっかけは、製剤投与理由が出産時の出血が多数であったが、出産直後の健康診断で明らかになったケースが20%前後にとどまり、他は体調不良で受診した時の検査結果や、割合の多かった「その他」には、他疾患の治療のための検査や、マスコミ等で出産後の肝炎感染被害者の記事を読み受診したという回答が多くあった。

【表3】肝炎感染の背景

	全体N=880	件数	割合(%)
肝炎感染の原因製剤	N=864		
フィブリノゲン製剤		802	92.8
第Ⅸ因子製剤		59	6.8
その他		3	0.3
製剤投与理由	N=865		
外科的手術		248	28.7
出産時の出血		540	62.4
その他		71	8.2
答えたくない		6	0.7
製剤投与時期	N=866		
1964年以前		0	0.0
1965~1969年		19	2.2
1970~1974年		31	3.6
1975~1979年		71	8.2
1980~1984年		148	17.1
1985~1989年		552	63.7
1990~1994年		34	3.9
1995年以降		0	0.0
不明		11	1.3
製剤投与时年齢	N=854		
0歳		62	7.3
10歳未満		30	3.5
10~20歳未満		21	2.5
20~30歳未満		333	39.0
30~40歳未満		278	32.6
40~50歳未満		70	8.2
50~60歳未満		48	5.6
60歳以上		12	1.4
無回答を除く			

【表4】 肝炎の診断

	全体N=880	件数	割合(%)
初回肝炎診断時期		N=829	
1964年以前		0	0.0
1965～1969年		6	0.7
1970～1974年		6	0.7
1975～1979年		24	2.9
1980～1984年		62	7.5
1985～1989年		373	45.0
1990～1994年		107	12.9
1995～1999年		65	7.8
2000～2004年		84	10.1
2005年以降		45	5.4
不明		57	6.9
初回肝炎診断時年齢 (平均 34.1歳)		N=771	
0歳		3	0.4
10歳未満		15	1.9
10～20歳未満		47	6.1
20～30歳未満		243	31.5
30～40歳未満		248	32.2
40～50歳未満		114	14.8
50～60歳未満		74	9.6
60歳以上		27	3.5
初回肝炎診断時の診断名		N=863	
肝炎		94	10.9
血清肝炎		43	5.0
輸血後肝炎		89	10.3
非A非B型肝炎		265	30.7
C型肝炎		339	39.3
その他		6	0.7
覚えていない		10	1.2
わからない (答えられない)		17	2.0
肝炎診断のきっかけ		N=849	
体調不良で受診した時の検査結果		268	31.6
出産直後の検査結果		172	20.3
献血時の検査		32	3.8
職場の健康診断の結果		53	6.2
その他		310	36.5
覚えていない		14	1.6

無回答を除く

### 1-3) 現在の肝炎の状態・自覚症状

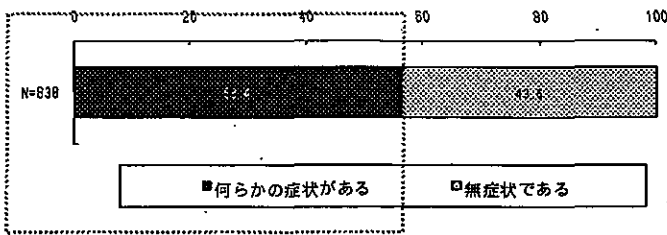
現在の病期は、「慢性肝炎」が最多で約半数を占めた。肝硬変・肝臓がんと肝炎の進行している回答者は合わせて約10%にのぼった。肝炎の自覚症状については、半数以上が「何らかの症状がある」と回答していた。また、自覚症状の頻度、苦痛度ともに高かったものは「疲れやすい」「全身倦怠感」であった。

【表5】 肝炎の状態

	全体N=880	件数	割合(%)
医師から告げられている肝炎の状態		N=850	
無症候性キャリア		116	13.6
慢性肝炎		424	49.9
肝硬変		67	7.9
肝臓がん		16	1.9
インターフェロンの治療後ウイルス検出されず		191	22.5
インターフェロン治療を受けていないが ウイルス検出されず		10	1.2
その他		26	3.1
特定フィブリノゲン製剤及び特定血液凝固第Ⅸ因子製剤による C型肝炎感染被害者を救済するための給付金の支給に関する特別 措置法における肝炎のステージ		N=817	
肝硬変もしくは肝臓がん罹患		74	9.1
慢性C型肝炎		587	71.8
上記以外		65	8.0
わからない		91	11.1

無回答を除く

【図1】自覚症状の有無



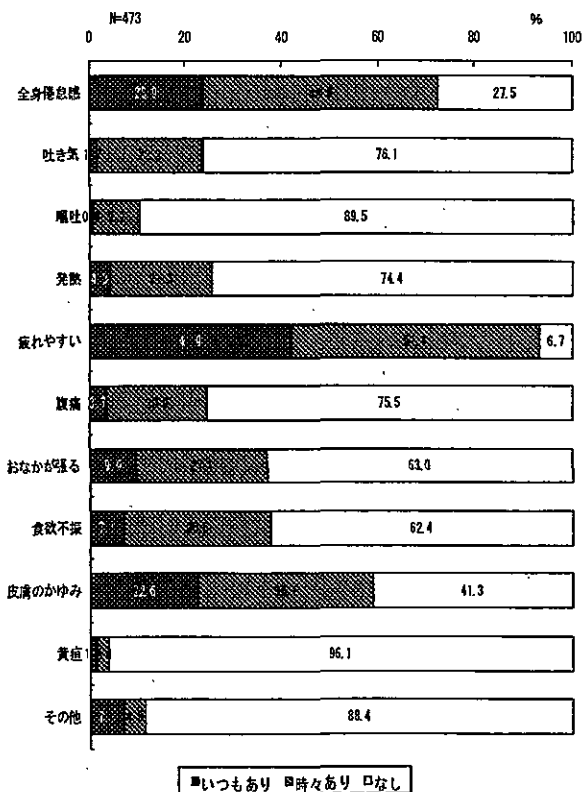
【表6】自覚症状の種類と頻度・その苦痛度（「何らかの症状がある」と回答した人にたずねた）

(N=880)

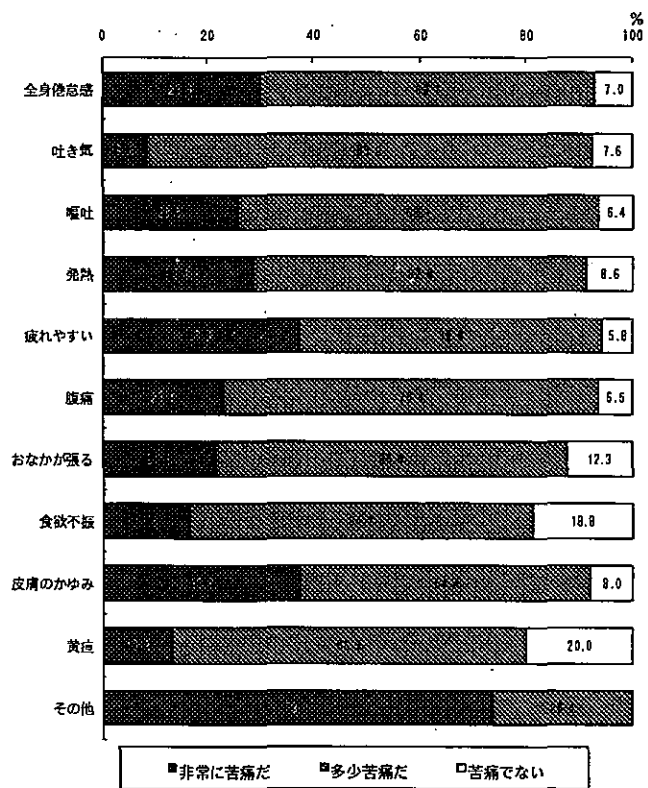
自覚症状の種類	N	自覚症状の頻度 (%)			自覚症状の苦痛度 (%)			
		いつもあり	時々あり	なし	非常に苦痛だ	多少苦痛だ	苦痛でない	
全身倦怠感	N=465	23.9	48.6	27.5	N=328	29.9	63.1	7.0
吐き気	N=465	1.7	27.2	76.1	N=105	8.6	83.8	7.6
嘔吐	N=465	0.9	9.7	89.5	N=47	25.5	68.1	6.4
発熱	N=465	4.3	21.3	74.4	N=116	28.4	62.9	8.6
疲れやすい	N=465	41.9	51.4	6.7	N=413	37.3	56.9	5.8
腹痛	N=465	3.7	20.9	75.5	N=108	23.1	70.4	6.5
おなかが張る	N=465	9.9	27.1	63.0	N=162	21.6	66.0	12.3
食欲不振	N=465	7.1	30.5	62.4	N=170	16.5	64.7	18.8
皮膚のかゆみ	N=465	22.6	36.1	41.3	N=263	37.6	54.4	8.0
黄疸	N=465	1.5	2.4	96.1	N=15	13.3	66.7	20.0
その他	N=464	7.1	4.5	88.4	N=53	73.6	26.4	0.0

無回答を除く

【図2】自覚症状頻度 (%) Nは【表6参照】



【図3】自覚症状苦痛度 (%) Nは【表6参照】



#### 1-4) 身体的被害の特徴

患者の自覚症状で回答が多かったものは、全身倦怠感・疲れやすい・皮膚のかゆみなどで、周囲から気付かれにくい、また、周囲に苦痛を訴えにくいという特徴があった。症状の中でも、「疲れやすい」については40%以上の方が「いつもあり」と回答しており、慢性的な疲労感の本調査の対象者の症状の特徴的なものであった。何らかの自覚症状を有している群と、無症状群のQOLについて比較したところ、8つのすべての項目において何らかの自覚症状を有している群の下位尺度得点が有意に高く、QOLが低いという結果が示された(t検定  $P < 0.001$ )【表7】。また、同様に、何らかの自覚症状を有している群と、無症状群の精神健康について比較したところ、何らかの自覚症状を有している群のGHQ-12の得点が有意に高かった(t検定  $P < 0.000$ )【表7】。自覚症状苦痛度と精神健康、QOLの相関については、自覚症状苦痛度とGHQ-12得点、SF-36の、8つの下位尺度すべての間に有意な負の相関(自覚症状の苦痛度が高いほどQOLが低く、精神健康状態が良好でない)、また、自覚症状苦痛度と、GHQ-12得点の間には有意な正の相関(自覚症状の苦痛度が高いほど精神健康状態が良好でない)が見られ、自覚症状の苦痛度は、精神健康やQOLに影響を与えていると考えられた【表8】。

【表7】 自覚症状有無によるQOL・精神健康の相違

	N	SF36下位尺度							GHQ-12	
		身体機能	日常役割機能 (身体)	体の痛み	全体的健康感	活力	社会生活機能	日常役割機能 (精神)	心の健康	
何らかの症状あり	473	***	***	***	***	***	***	***	***	***
症状なし	365									

\*\*\* $P < 0.001$  t検定

【表8】 症状の苦痛度とQOL(SF-36得点)・精神健康との相関

N=880

	GHQ-12	症状苦痛度合計
身体機能	-.329, $P < .01$ **	-.454, $P < .01$ **
日常役割機能(身体)	-.418, $P < .01$ **	-.553, $P < .01$ **
体の痛み	-.313, $P < .01$ **	-.504, $P < .01$ **
全体的健康感	-.475, $P < .01$ **	-.501, $P < .01$ **
活力	-.583, $P < .01$ **	-.524, $P < .01$ **
社会生活機能	-.429, $P < .01$ **	-.469, $P < .01$ **
日常役割機能(精神)	-.497, $P < .01$ **	-.512, $P < .01$ **
心の健康	-.617, $P < .01$ **	-.434, $P < .01$ **
症状苦痛度合計	.337, $P < .01$ **	

偏相関分析(年齢・性別を制御)

症状苦痛度合計は、自覚症状頻度(なし=0点、時々あり=1点、いつもあり=2点とし、10項目すべてを合計したもの)と、苦痛度(苦痛でない=0点、多少苦痛だ=1点、非常に苦痛だ=2点)を合計したものである

#### 1-5) 精神的被害・QOL

精神健康状態を示すGHQ-12を用いて尋ねた結果、精神健康状態が良好でない疑いがある人は、回答者の70%以上にのぼった【表9】。感染直後と現在の気持ちの比較では、すべての項目について有意な変化が見られた。「死んでしまいたいと思う」「何もかも投げ出したいと思う」気持ちの増加や「くよくよしても仕方がないので明るく前向きに生きようと思う」という気持ちの低下が示す結果からは、人生へ

のまなざしに対する消極的な気持ちが推察された。また、「もとの体を返してほしい」「肝炎により自分の人生を狂わされたことが悔しい」「健康な人がうらやましいと思う」といった気持ちの増加は、時間や補償では解決できない無念さの存在が示された。さらに、「苦痛をわかってもらえずつらい」「家族の協力が得られないことがつらい」「家族にいろいろと我慢してもらっていることを申し訳なく思う」「無理して元気なふりをしなければならないことが疲れる」「いつも検査数値を気にしながら暮らすことがいやになる」「周囲の人が肝炎のことを無知であるため生きづらい」「病気が進行して死ぬのがおそろしい」「これからどう生きていこうかと不安になる」という気持ちの有意な増強や、「この病気とうまく付き合っていこう」という気持ちの有意な低下からは、これらの気持ちを常に長期間持ち続けてきたことにより、生きるうえでの困難がさらに増強している可能性があることが予測された。【表 10、図 4】。

患者の QOL については、SF-36 を用いて、国民標準得点値と比較した。(まず、今回の対象者全体と国民標準値総数の値の平均を比較したが、今回の対象者の平均年齢が 53 歳であったため、50 歳代を抜き出し、国民標準値の 50 歳代との比較を行った)。その結果、下位尺度 8 項目のうち、体の痛み以外の項目において国民標準値より有意に低値であり、QOL が低い状態であることが示された【図 5-1、図 5-2】。

以上のような結果が示されたことは、肝炎の治療法の研究と普及、医療体制の確立がまさに急務であることを示している。

【表 9】精神健康スクリーニング

	N=774	件数	割合 (%)
GHQ-12得点			
精神健康不良の疑いなし		227	29.3
精神健康不良の疑いあり		547	70.7

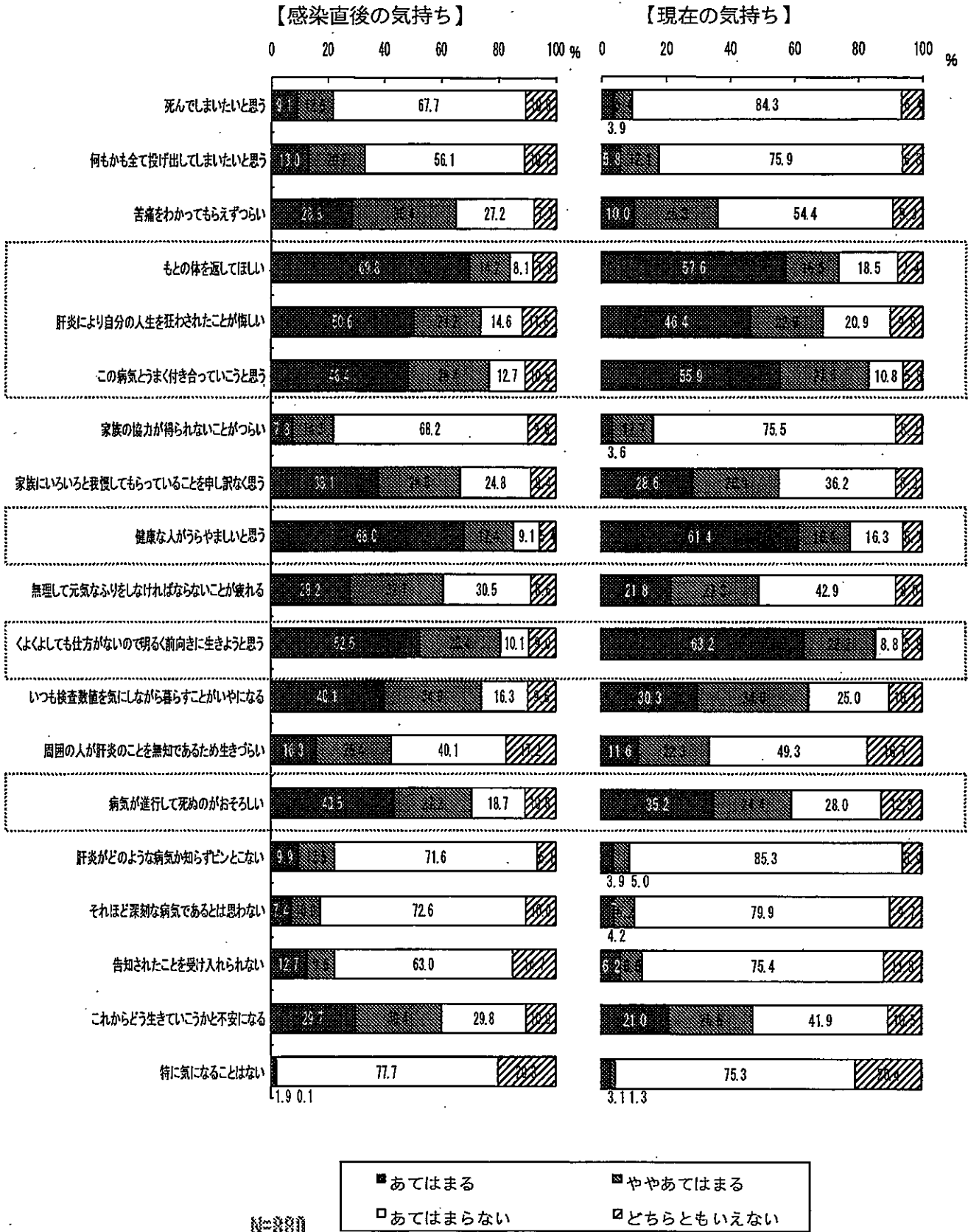
欠損値を除く

【表 10】感染直後と現在の気持ちの比較(1)

	N	肝炎感染当時	最近数週間	得点の変化	
		平均値	平均値		
死んでしまいたいと思う	795	1.5	1.7	***	有意に増加
何もかも全て投げ出してしまいたいと思う	795	1.3	1.6	***	有意に増加
苦痛をわかってもらえずつらい	789	0.9	1.3	***	有意に増加
もとの体を返してほしい	800	0.3	0.5	***	有意に増加
肝炎により自分の人生を狂わされたことが悔しい	797	0.5	0.6	***	有意に増加
この病気とうまく付き合っていこうと思う	810	0.5	0.5	***	有意に低下
家族の協力が得られないことがつらい	788	1.5	1.6	***	有意に増加
家族にいろいろと我慢してもらっていることを申し訳なく思う	805	0.8	1.0	***	有意に増加
健康な人がうらやましいと思う	808	0.4	0.5	***	有意に増加
無理して元気なふりをしなければならないことが疲れる	798	0.9	1.1	***	有意に増加
くよくよしても仕方がないので明るく前向きに生きようと思う	803	1.3	1.5	***	有意に増加
いつも検査数値を気にしながら暮らすことがいやになる	800	0.7	0.8	***	有意に増加
周囲の人が肝炎のことを無知であるため生きづらい	791	1.1	1.2	***	有意に増加
病気が進行して死ぬのがおそろしい	797	0.6	0.8	***	有意に増加
肝炎がどのような病気か知らずピンとこない	789	0.3	0.1	***	有意に低下
それほど深刻な病気であるとは思わない	792	0.3	0.1	***	有意に低下
告知されたことを受け入れられない	790	1.4	1.6	***	有意に増加
これからどう生きていこうかと不安になる	796	0.9	1.1	***	有意に増加
特に気になることはない	770	0.0	0.1	***	有意に増加

対応のあるt検定 \*\*\* $p < 0.001$  あてはまる=2点 やあてはまる=1点 あてはまらない・どちらともいえない=0点として  
各項目の点数を合計し肝炎感染当時と最近数週間の気持ちを比較  
無回答は除く

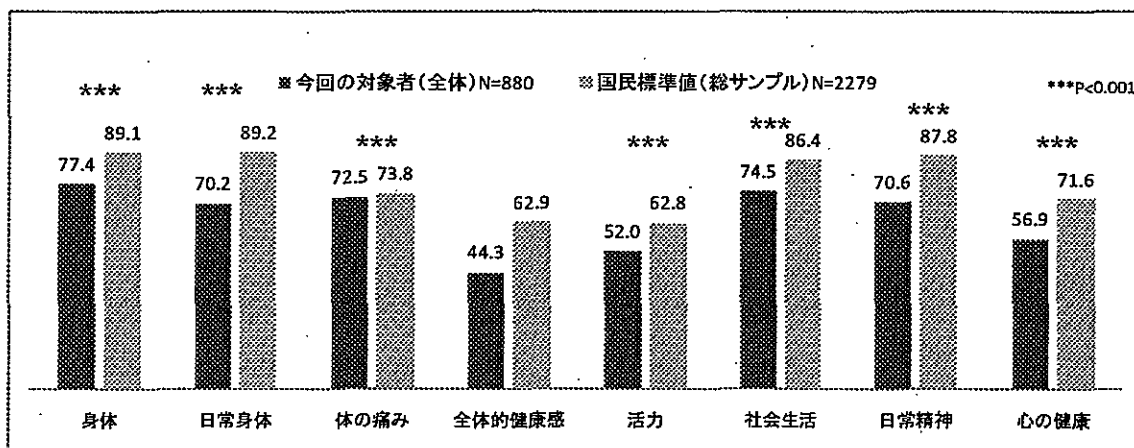
【図4】 感染直後と現在の気持ちの比較(2)



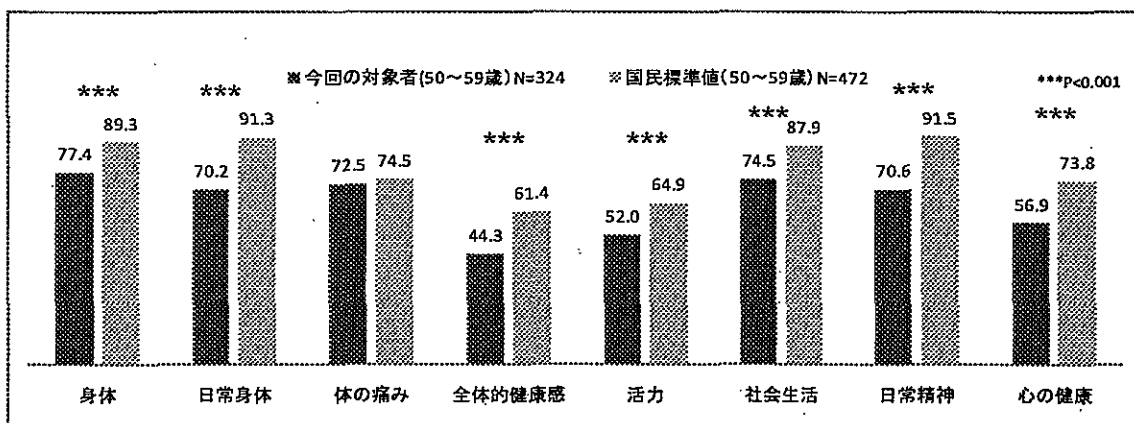
注：全体の N は 880、グラフの数値は無回答を除いたものである。



【図 5-1】 SF-36 今回の対象者と国民標準値比較（全体）（t検定による）



【図 5-2】 SF-36 今回の対象者と国民標準値比較（50歳代）（t検定による）



### 1-6) 経済的被害の背景と実際（治療費・就労）

肝炎治療の経験については、60%以上が過去にインターフェロン治療を経験しており、現在は、約45%が経過観察のみであった。治療数の平均では、過去が2.5個、現在は1.6個であった。しかし、現在インターフェロンは期間等の制限付きながら、医療費助成金の対象となっているものの、自由記述より、治療の効果が得られなかった人、うつ病（インターフェロン治療の副作用で起きることが指摘されている）になり、その治療をしている人の存在、インターフェロンの副作用の不安により治療に踏み切れない人も多く存在することが明らかになった。

#### ■自由記述より

“インターフェロンの治療も終わったのですが、1年6ヶ月治療しても全く治らず、効果がありませんでした・・・中略・・・もう疲れました。病気の事から離れたいです。”（50歳代 女性）

“副作用のことを考えると、インターフェロンを受けた方がいいのかどうか、とても悩みます。”

“インターフェロン治療を受け、ひどい副作用にも耐えて頑張りましたが、ウイルスは消えません。また闘いです。”（40歳代 女性）

治療費の負担については、回答者の3分の1が民間療法を含む医療費を200万円以上自己負担したと答えており【図6】、治療費の負担感では、約50%がとても負担であると回答していた。また、クロス集計から、肝炎の進行度・病期が進んだ人ほど重い医療費の負担を経験していることが示された【表13】。さらに、治療費に関する支出増に加え、病気を理由にした離職・転職経験「あり」と答えた34%の人は、就労に影響を受け、収入の減少・中断を余儀なくされたことが推測された【図9】。

■自由記述より

“C型肝炎感染を知ってから、治療まで年数がかかった理由は、治療費の高いこと、生活のために仕事を辞められなかったことです。治療費と、治療後のある程度の期間の生活費の確保なしでは、治療は難しいです。慢性肝炎ぎりぎりのところで退職し、治療に専念しました。”  
(50歳代 女性)

現在の暮らし向きは、「きつい」が13.5%、「あまりゆとりがない」が49.4%で、合わせて62.9%が暮らし向きの困難性を示していた【図7】。また、治療費と暮らし向きの相関に関しては、分析により、治療費が高額なほど暮らし向きが厳しい（スピアマンの相関係数  $P < 0.001$ ）という結果が示された。

■自由記載より

“23年間病気との闘いで、補償金は借金（返済）に消えた”（60歳代 男性）

【表11】肝炎治療経験の過去と現在

	過去		現在	
	回答数	割合(%)	回答数	割合(%)
	N=806		N=672	
肝炎治療経験	513	63.6	121	18.0
(複数回答)	268	33.3	62	9.2
インターフェロン	297	36.8	180	26.8
強力ミノファージェン	189	23.4	63	9.4
ウルソデスオキシコール酸（ウルソ）	26	3.2	13	1.9
リビリン（レベトール、コペガスなど）	77	9.6	26	3.9
アミノ酸製剤（リーバクト、アミノレバンなど）	235	29.2	20	3.0
肝庇護薬（グリチルリチン、プロヘパールなど）	33	4.1	21	3.1
漢方薬（小柴胡湯など）	24	3.0	9	1.3
利尿剤	26	3.2	9	1.3
食道静脈瘤内視鏡治療	16	2.0	6	0.9
肝癌に対する治療	25	3.1	18	2.7
わからない	83	10.3	296	44.0
その他	11	1.4	38	5.7
経過観察のみ				
治療も経過観察もしていない				

無回答を除く

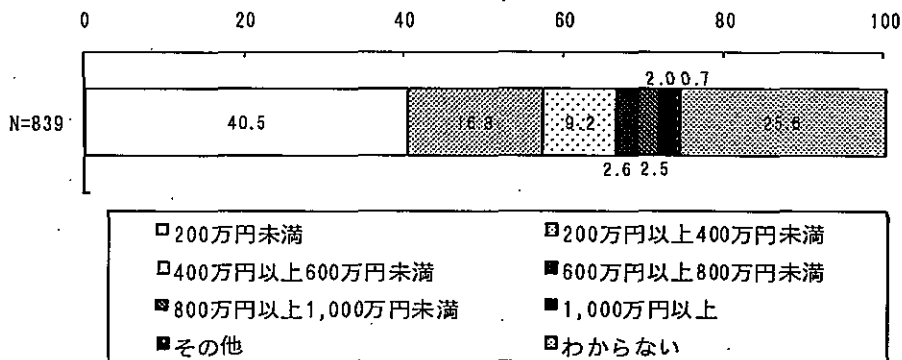
【表 12】 肝炎治療の数の過去と現在

	過去(平均2.5)			現在(平均1.6)		
	回答数	件数	割合(%)	回答数	件数	割合(%)
肝炎治療の数	N=696			N=332		
1		246	35.3		201	60.5
2		169	24.3		87	26.2
3		121	17.4		26	7.8
4		81	11.6		11	3.3
5		48	6.9		3	0.9
6		20	2.9		1	0.3
7		7	1.0		0	0.0
8		3	0.4		3	0.9
9		1	0.1		0	0.0

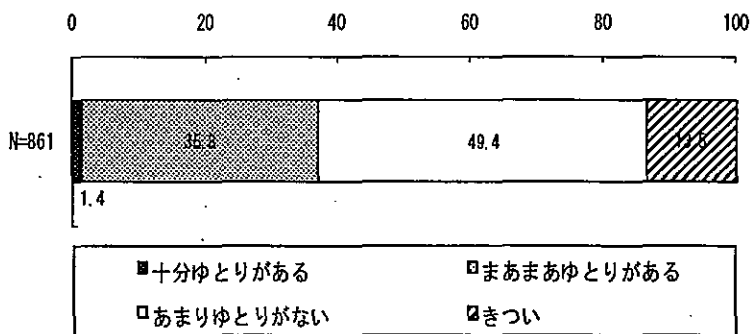
無回答を除く

肝炎治療経験について「わからない」「経過観察のみ」「治療も経過観察もしていない」及び無回答を除外

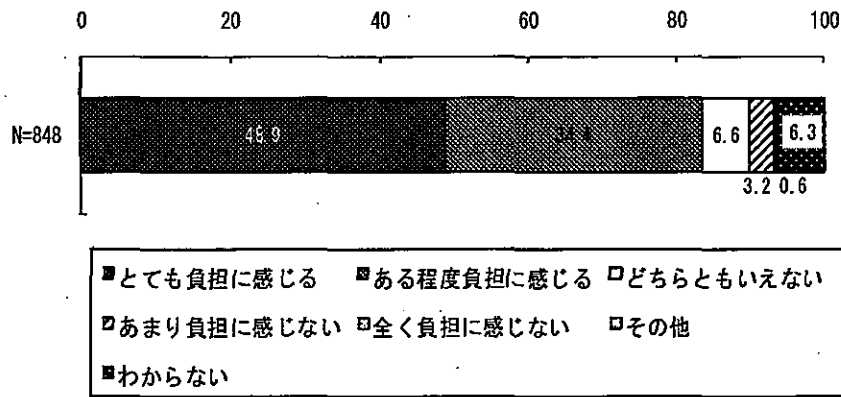
【図 6】 治療費自己負担額



【図 7】 暮らし向き



【図8】治療費の負担感

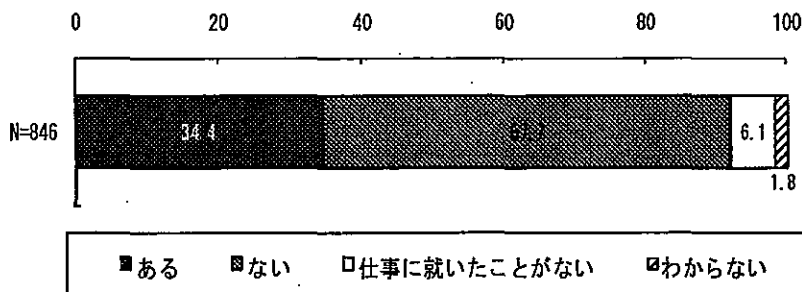


【表13】病期別に見た医療費自己負担額の程度(3区分)

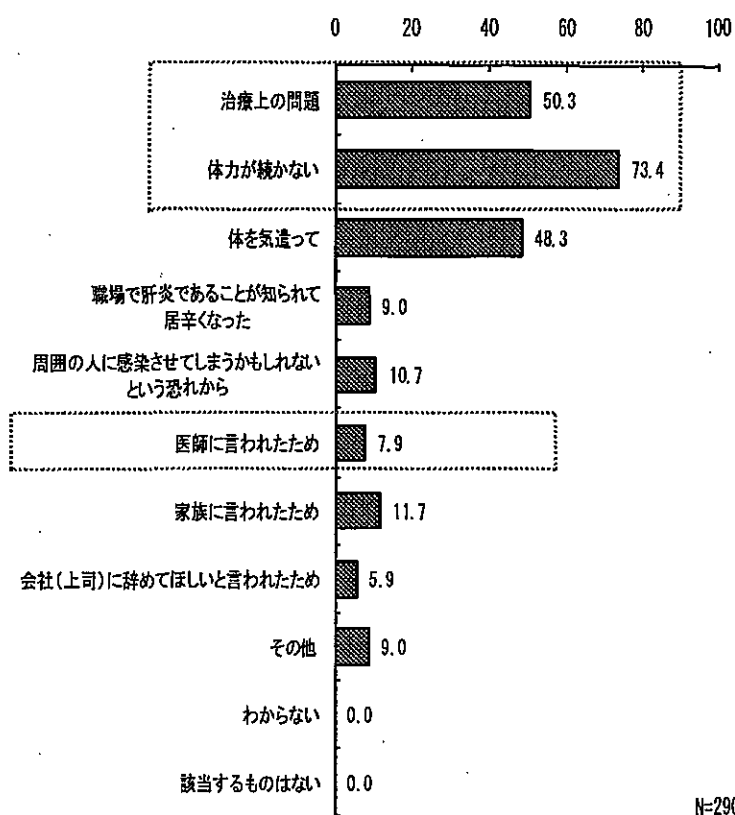
	400万円未満	800万円未満	800万円以上	合計
1. 現在ウイルス検出されず	87 56.1%	48 31.0%	20 12.9%	155 100%
2. 無症候性キャリア	64 88.9%	5 6.9%	3 4.2%	72 100%
3. 慢性肝炎	160 59.5%	69 25.7%	40 14.9%	269 100%
4. 肝硬変・肝臓がん	15 39.5%	11 28.9%	12 31.6%	38 100%
合計	326 61.0%	133 24.9%	75 14.0%	534 100%

$\chi^2 = 38.278$      $p < 0.000$

【図9】転職・離職経験



【図 10】 転職・離職理由



### 1-7) 社会的被害の背景と実際

患者の肝炎感染判明時の医師の説明の理解・認識を調べたところ、「使用した血液製剤のためにこの病気に感染した」と理解した人は約 60%であった【図 11】。また、感染症であることを認識した人は約 50%程度であり、感染原因や、その後経験する感染症に特有な社会的影響など、自己認識されていない状態であった。医師からの説明の納得度についても約 40%が納得できたとはいえない回答の状況【図 12】であり、また、「感染判明時は小学生であったため、きちんと病気の事について知ったのは大人になってから」という回答が複数あり、当時医師の説明を十分理解できない状況だった人もあった。感染原因を知ったきっかけについては、マスコミの C 型肝炎に関する報道で察した人が 70%以上にのぼった【図 13】。

肝炎に感染したことによる社会的被害については、感染後の経験に関する回答から、肝炎の症状を発症した患者は、体調不良を常に経験してきたが、その症状が「倦怠感」など他者からは認識し難いものであるため、周囲からの支援や配慮を受けられない状況にあったことが示唆された。前項の「離職・転職」の理由の中には、「肝炎であることが知られて居づらくなった」「会社に辞めてほしいと言われた」など、感染症に伴う理由も挙げられた【図 10】。

感染後の経験では、身体的なものでは「家では横たわりがちである」(64.4%)、「毎朝起床が辛い」(54.2%)、という、全身倦怠感や疲れやすさという自覚症状に関連すると考えられる経験の割合が多く、社会的なものでは、「人と話すときは病気のことについてふれないようにする」(55.0%)、「無理して元気なふりをする」(54.0%)、という、就労や周囲との付き合いに影響する要因を自主的に規制するような経験が特徴的に見られた。また、分析により、感染後にネガティブな経験数が多い人ほど(図 14 で「周囲

の人が親切にしてくれるようになった」以外の項目の“経験あり”の数を合計して スピアマンの相関係数を算出。 $\rho=0.295, p<0.01$ ) また、最近数週間に「健康な人がうらやましい」といったネガティブな気持ち強い人ほど、この病気と「うまく付き合っていこう」という気持ちが弱いほど、精神健康状態が悪いという結果が示された【表 14】。

■自由記述より

《就労に関すること》

“職場の上司に、この病気の事を伝えてある人は何人かいるが、健康管理の担当の方が変わるたびに、知られてしまうのが辛い。誰も病気の事で「辞めた方が・・・」と言う人はいないが、本当にこの職場にいていいんだろうか？自分から辞めるというのを、待っているんじゃないかと、時々不安に感じる時がある” (40 歳代 女性)

“健康診断で肝炎と知られて職場に居づらくなるかもしれないと思うと、正社員の仕事には就けなかった” (50 歳代 女性)

《家族・周囲との関係に関すること》

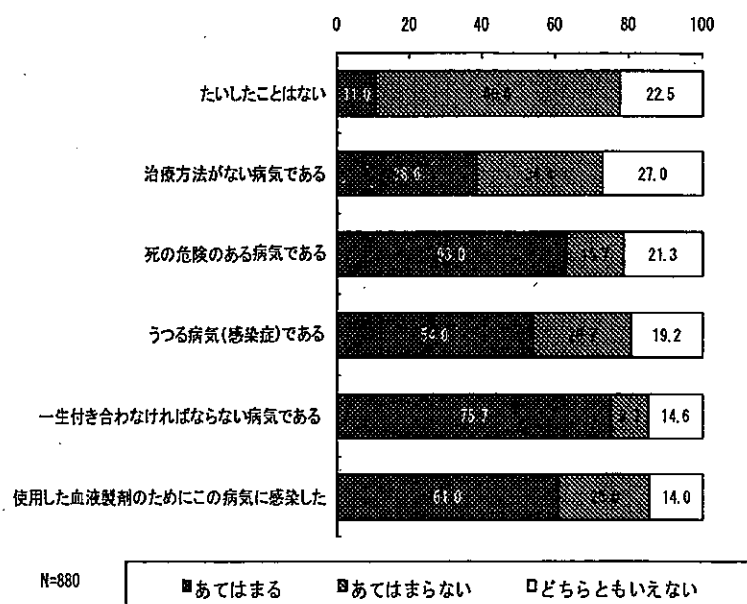
“見かけは元気そうに見えるので、「何故仕事ができない！」と家族に言われたりした”  
 動ける時に動きすぎて、その反動で動けなくなり、寝込んでしまい、周囲の人の理解がなく、仮病だと思われるのが辛かったです” (50 歳代 女性)

“夫の両親には、病気になったことさえも責められました” (50 歳代 女性)

《差別に関すること》

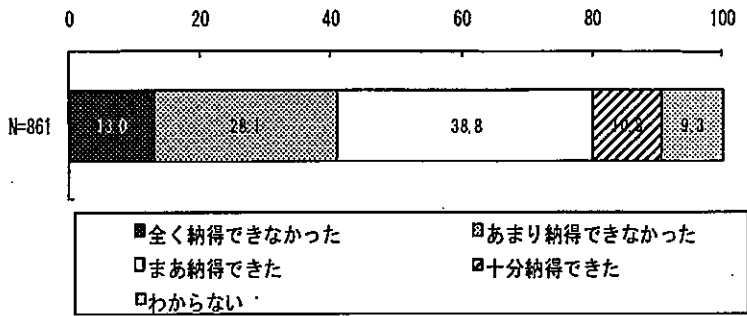
“以前、ある歯科医院で肝炎の事を告げると、肝炎患者の人は来てほしくないと言われ、ショックでした” (70 歳代 女性)

【図 11】 肝炎感染判明時の医師の説明の理解・認識

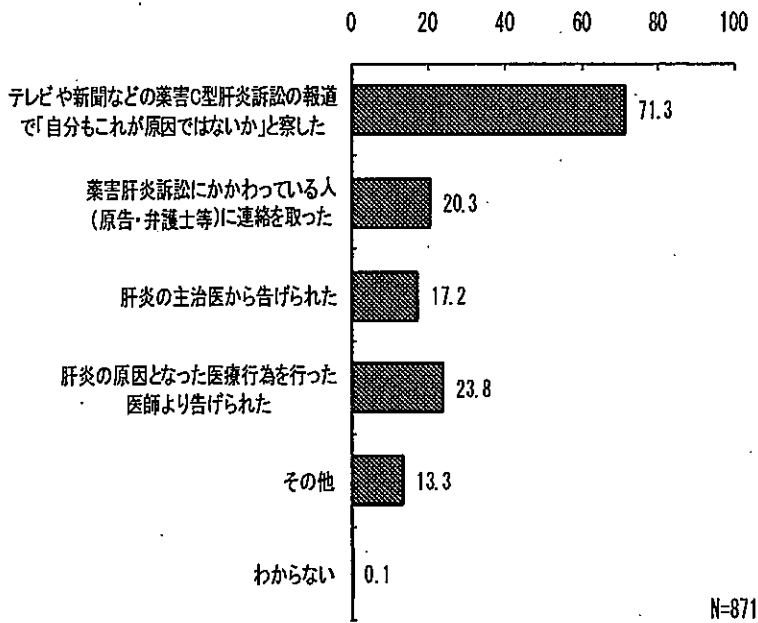


注：全体の N は 880、グラフの数値は無回答を除いたものである。

【図 12】 医師からの説明の納得度

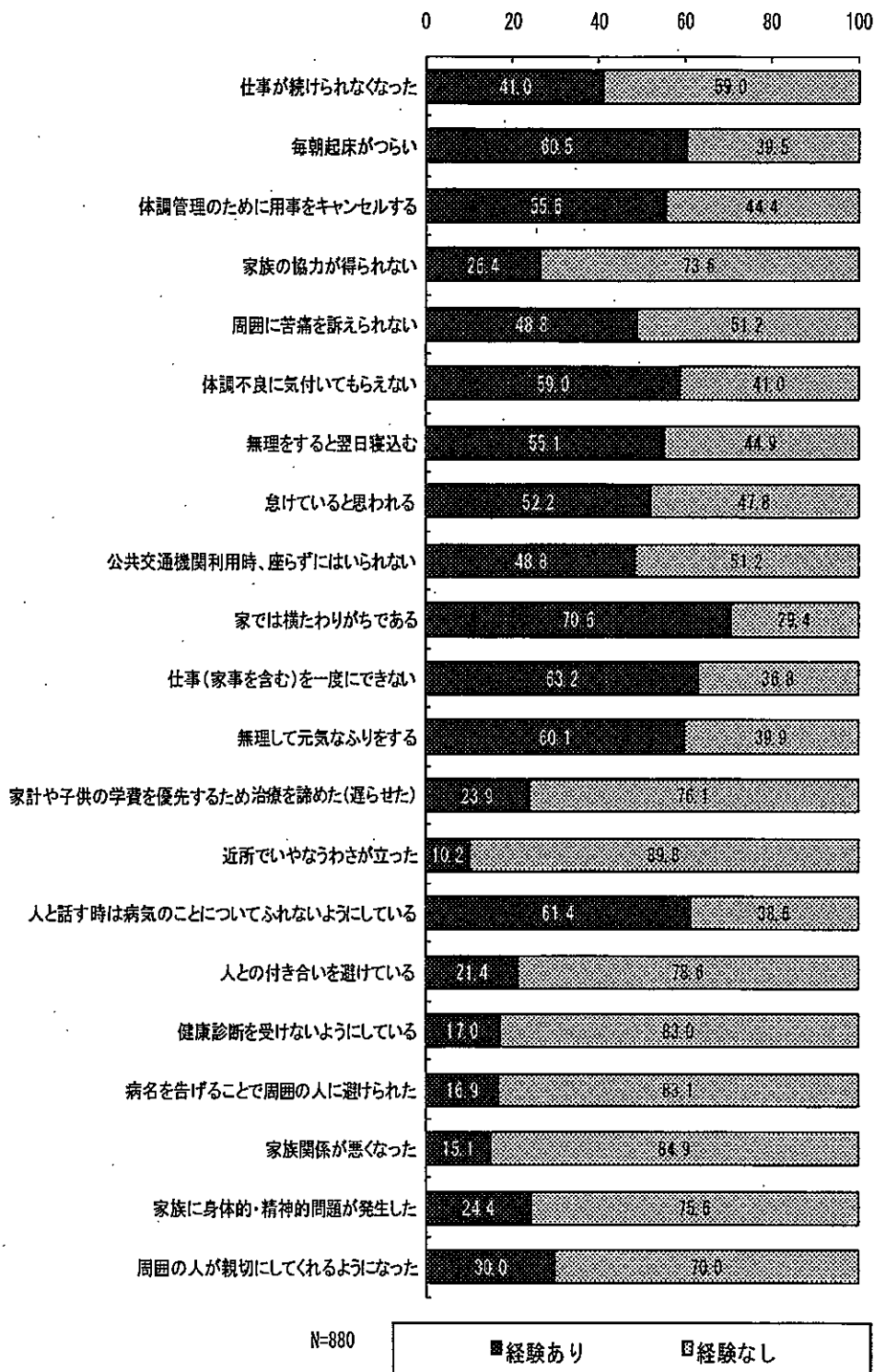


【図 13】 肝炎感染原因認知のきっかけ（複数回答）





【図 14】感染後の経験



注：全体の N は 880、グラフの数値は無回答を除いたものである。

【表 14】最近数週間の気持ちと精神健康の相関

N=880	GHQ-12 との相関	
死んでしまいたいと思う	.139, p <.01	**
何もかも全て投げ出してしまいたいと思う	.177, p <.01	**
苦痛をわかってもらえずつらい	.220, p <.01	**
もとの体を返してほしい	.139, p <.01	**
肝炎により自分の人生を狂わされたことが悔しい	.182, p <.01	**
この病気とうまく付き合っていないと思う	-.125, p <.01	**
家族の協力が得られないことがつらい	.134, p <.01	**
家族にいろいろと我慢してもらっていることを申し訳なく思う	.134, p <.01	**
健康な人がうらやましいと思う	.241, p <.01	**
無理して元気なふりをしなければならないことが疲れる	.238, p <.01	**
くよくよしても仕方がないので明るく前向きに生きようと思う	.100, p <.01	**
いつも検査数値を気にしながら暮らすことがいやになる	.224, p <.01	**
周囲の人が肝炎のことを無知であるため生きづらい	.137, p <.01	**
病気が進行して死ぬのがおそろしい	.158, p <.01	**
肝炎がどのような病気か知らずピンとこない	.021, ns	
それほど深刻な病気であるとは思わない	.093, p <.05	*
告知されたことを受け入れられない	.033, ns	
これからどう生きていこうかと不安になる	.266, p <.01	**
特に気になることはない	.139, ns	

ns=有意でない

スピアマンの相関係数

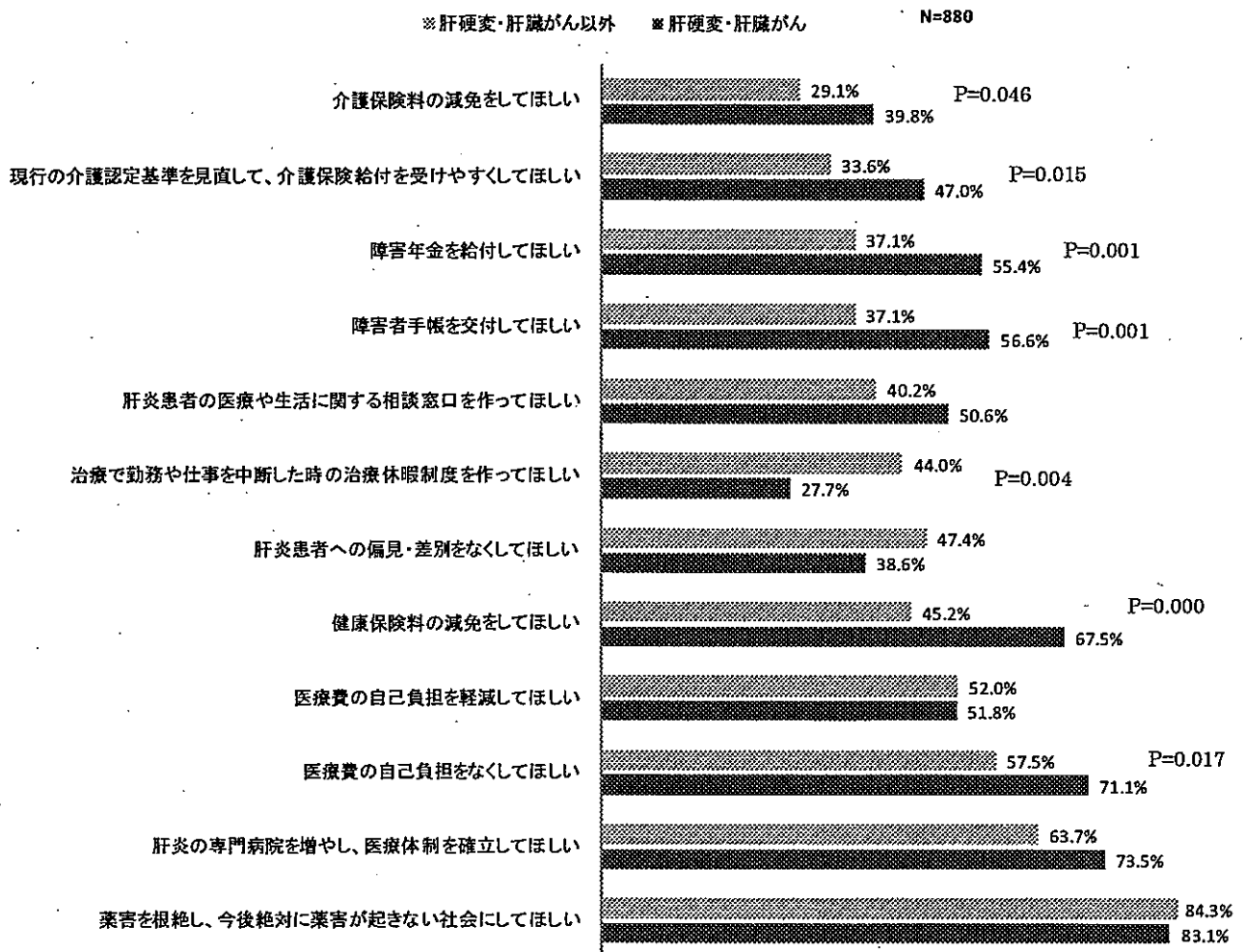
あてはまる=2点 ややあてはまる=1点 どちらともいえない・あてはまらない=0点

として各項目ごとに点数を合計したものとGHQ-12得点との相関性を検討した

### 1-8) 要望

恒久対策の要望に関する 12 項目の選択割合は 30~85%と幅があり、被害患者の状況による違いが考えられた。そこで、病期が「肝硬変・肝がん」の人と「それ以外」の人に区分して差を調べた結果、「肝硬変・肝がん」の人は、「医療費の自己負担をなくしてほしい」「介護保険給付を受けやすくしてほしい」「障害年金を支給してほしい」等 6 項目について、それ以外の人よりも有意に高率に回答していた [図 15]。この結果は、とりわけ肝硬変・肝がんの人たちの、医療・介護・福祉に対する極めて切実な要求を反映していると考えられる。

【図 15】恒久対策への要求割合



## 2. 遺族調査

### 2-1) 遺族・故人の属性と肝炎感染の背景

故人との関係では、妻 37%、子 33%、夫 22.2%の順で多く、性別は男性 46%、女性 54%、平均年齢 62 歳であった。回答者と故人との関係は、妻 37%、夫 22%、子 33%、兄弟姉妹 4%等であった【表 15】。故人の性別は、男性 65%、女性 35%【図 16】、死亡時年齢の平均は 66 歳であった【図 17】。故人の肝炎診断から死亡までの時期は、180~240 ヶ月が最も多く 27.5%を占め、約半数が 15 年以上の長期にわたる闘病をしていた【図 18】。故人の肝炎感染の原因となった製剤は、フィブリノゲン製剤が 94%、第IX 因子製剤が 4%であった【図 19】。製剤投与理由は「外科的手術」76%、「出産時の出血」23%であり、前記患者本人調査の結果と大きく逆転していた【図 20】。これは、遺族調査の対象となった故人が、外科的手術を受けた男性が多かったため (P<0.001) と考えられる【表 16】。

【表 15】

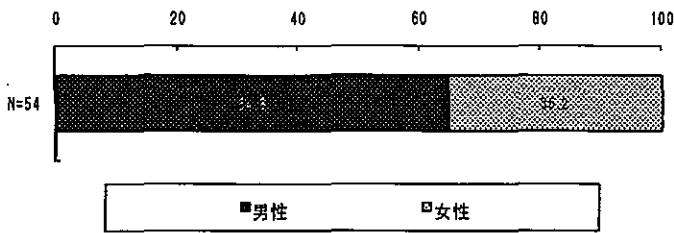
		N=880	割合(%)
故人との関係	夫	12	22.2
	妻	20	37.0
	父親	1	1.9
	母親	0	0.0
	子供	18	33.3
	兄弟姉妹	2	3.7
	嫁	1	1.9
	婿	0	0.0
	義父	0	0.0
	義母	0	0.0
	その他	0	0.0
性別	男性	25	46.3
	女性	29	53.7
年齢	(平均 61.5歳 N=54)		
	40歳未満	2	3.7
	40~50歳未満	9	16.7
	50~60歳未満	13	24.1
	60~70歳未満	16	29.6
	70~80歳未満	13	24.1
	80歳以上	1	1.9
職業	常勤	170	19.3
	パート・アルバイト	159	18.1
	自営業	81	9.2
	家事従業・家事手伝い	35	4.0
	専業主婦	247	28.1
	学生	10	1.1
	無職	151	17.2
	その他	13	1.5
	無回答	14	1.6

無回答を除く

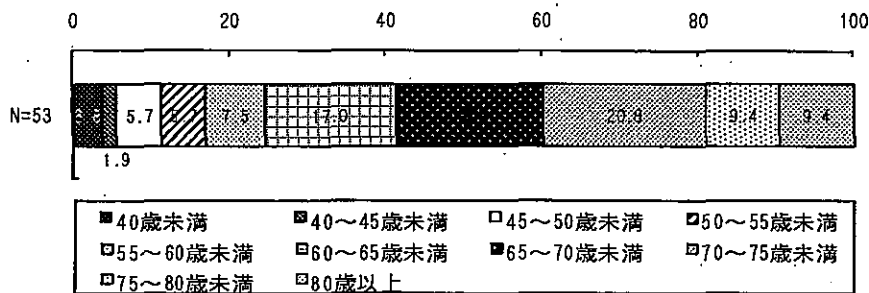
【表 16】 被害者のうち、「外科的手術」に伴い血液製剤投与を受けた人の割合の比較

	男性	女性	
患者	130	115	245
	53.1%	46.9%	100%
故人	33	7	40
	83%	17.5%	100%

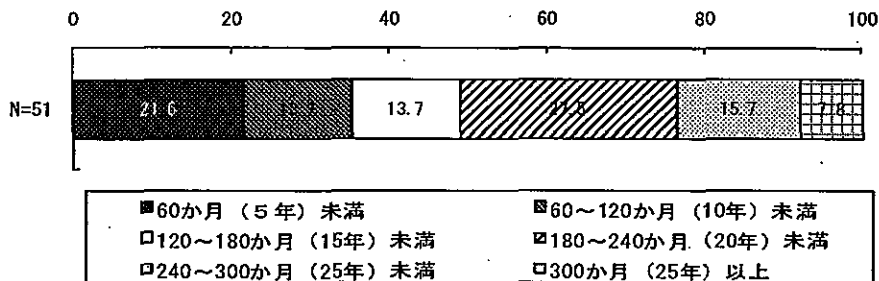
【図 16】 故人の性別



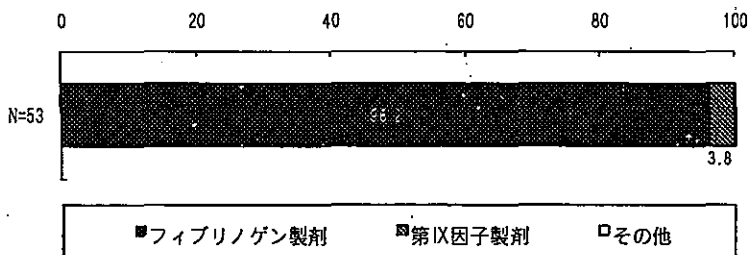
【図 17】 故人死亡時の年齢



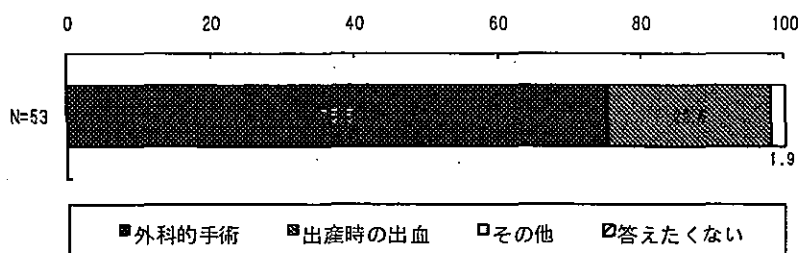
【図 18】 故人の肝炎感染から死亡までの期間



【図 19】 感染原因製剤



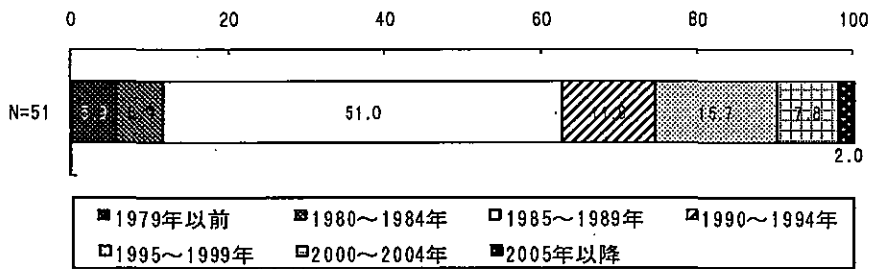
【図 20】 製剤投与理由



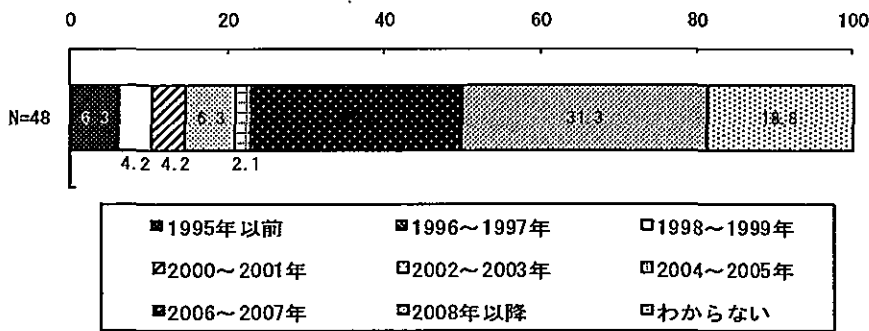
### 2-2) 肝炎の診断と感染原因の告知

故人が肝炎と診断された時期は1980年~1984年で全体の半数以上を占め、回答者の90%が1999年以前に肝炎と診断されているが【図21】、故人の肝炎感染原因が薬害であったことを知った時期については、訴訟が準備された2002年以降と回答した人が67%に及び、2001年以前に感染原因を知らされたのは僅か15%に過ぎない【図22】。また、62%が故人の死亡後であったと回答した【図23】。これらの数字は、原因告知の遅れを如実に示している。

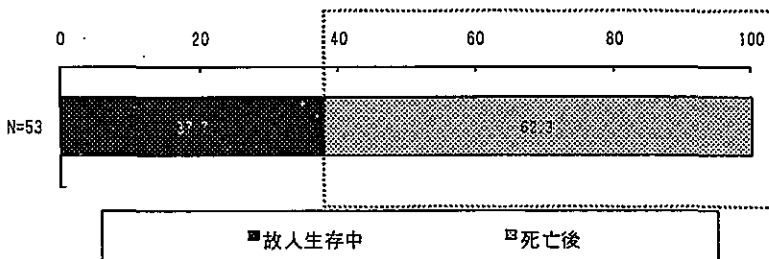
【図21】 故人が肝炎と診断された時期



【図22】 薬害であることを告知された時期 (年代)



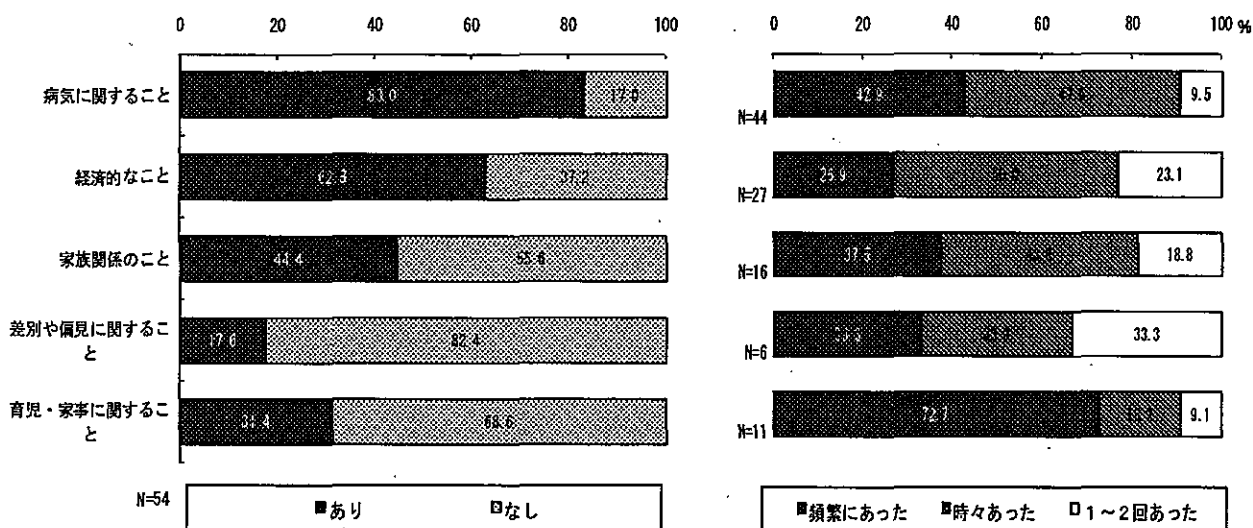
【図23】 薬害であることを告知された時期の故人の状態



### 2-3) 支援状況

回答者が故人から受けた相談は、内容では病気に関することが8割以上、経済的なことが6割以上と多かったが、頻度では育児・家事に関することが7割以上と最も多く、行った支援でも家事や育児を手伝ったとの回答が約6割みられた。故人の訴えていた症状の多くは倦怠感や易疲労感などで、これらは家事・育児に困難をきたし、周囲の特段の支援が必要であったと思われる。

【図 24】 受けた相談の内容と頻度



■自由記述より

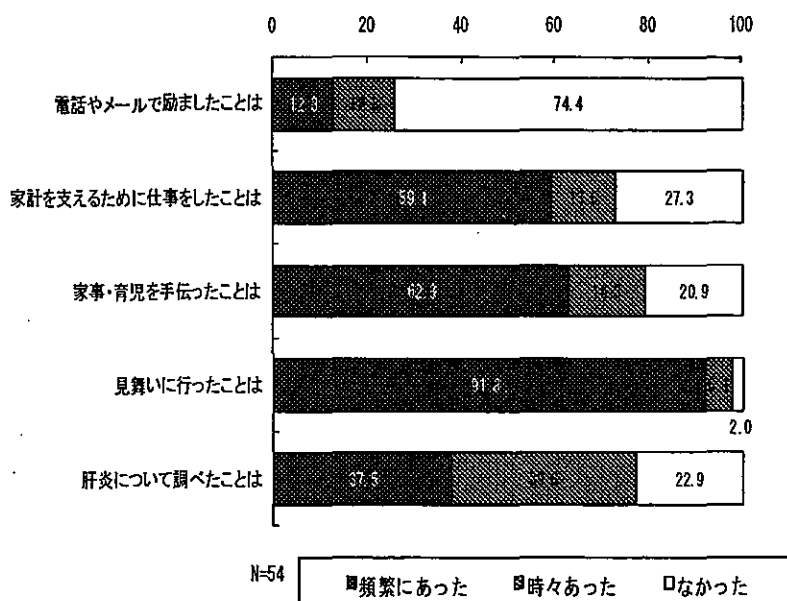
《病気にすること》

“なかなか良くならないので、病院の先生が何か言っていなかったかと私に聞いてきました。本人は何で治らないのかわからないので不安だったと思います。” (60歳代 女性・故人の妻)

《経済的なこと》

“成長期の子どもにかかる教育費は重く本人にのしかかり、病気を抱えて大変であった。治療にも同じである。” (60歳代 女性・故人の兄弟/姉妹)

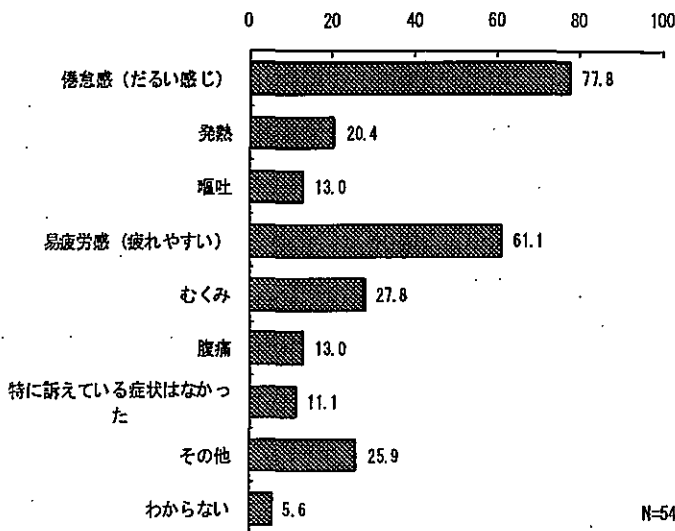
【図 25】 行った支援



■自由記述より

その他の支援として、“医療費の立替、看病の応援など” (70歳代 男性・故人の夫)

【図 26】 故人の訴えていた症状



故人闘病中の気持ち

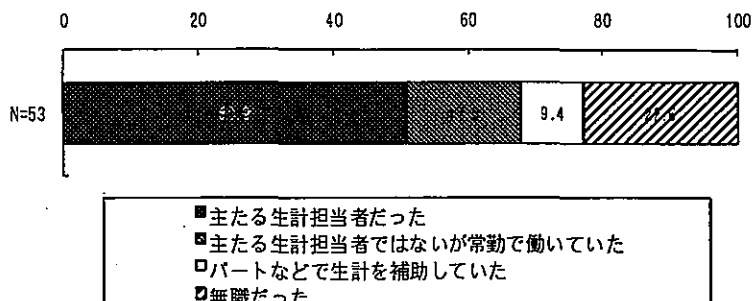
■自由記述より

“倦怠感や食欲不振をよく訴え、病気について自分の置かれている状況など、よく聞かされていたが、私としては、話を聞いてやるくらいしかできず、時には口論になったりすることもあったが、後で空しくなり、介護している自分もどうして良いか分からず、悩んでいた” (40歳代 男性・故人の子供)

2-4) 経済的困難

故人の 51%が「主たる生計担当者」だったこと、77%が何らかの仕事を持って生計を支えていたこと等から、故人は病気を抱えながら就労していた人が多かったことが示され、また、回答者が故人から受けた相談内容においても経済的なことが6割以上みられ、故人の経済的困難の存在がうかがえた。

【図 27】 故人の役割





## 2-5) 故人の気持ちの特徴・精神健康

故人との死別直後と現在の遺族の気持ちを比較した結果、「生存中もっと支えてあげたかった」「医療が原因で家族を亡くして無念だ」等、8項目全てで有意な変化がみられず、現在も後悔や無念さなどの気持ちが変わらない状態であることが判明した【表 17】。また、患者本人と同様に GHQ-12 を用いて質問した遺族の精神健康については、良好でない疑いのある人は 57%であった【表 18】。

【表 16】 死別直後と現在の気持ちの変化

	死別直後	現在
故人の生存中にもっと支えてあげたかった		有意差なし
故人が困っていることに気付くことができず申し訳なかった		有意差なし
肝炎感染により命を奪われた故人が気の毒だ		有意差なし
故人は肝炎に感染しなければ普通の生活を送ることができた		有意差なし
肝炎感染により、故人本人だけでなく、その家族の人生も変えられてしまった		有意差なし
医療が原因で家族を亡くして無念だ		有意差なし
故人は十分な支援を受けることができて良かった		有意差なし
故人に対して自分に出来る限りのことをしたので悔いはない		有意差なし

それぞれの項目について、そう思った/そう思う=2点 時々そう思った/時々そう思う=1点  
 そうは思わなかった/そうは思わない=0と得点化し、死別直後と現在のスコアを比較した。(対応のあるt検定)

【表 17】

	N=43	件数	割合(%)
GHQ-12得点			
精神健康不良の疑いなし		12	27.9
精神健康不良の疑いあり		31	72.1

欠損値を除く

### ■自由記述より

“何もする気にならず、取り残された気持ちと、何故という気持ちが今もある。”

(70歳代 男性・故人の夫)

“家族の中心であった主人が亡くなり、私や子供達の悲しみは、月日が経っても癒えることはない。

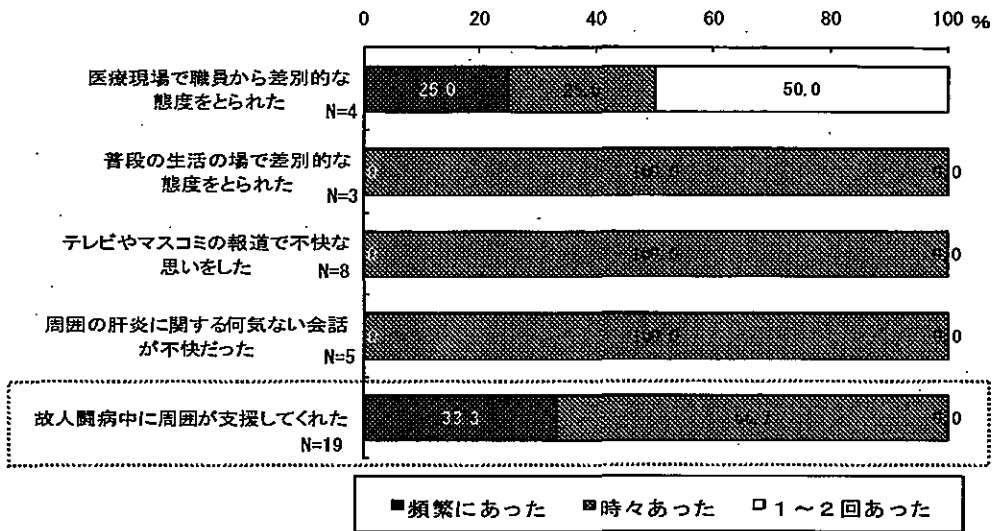
和解成立し、給付金もいただきましたが、これからの人生を考えると、不安で仕方がない。”

(50歳代 女性・故人の妻)

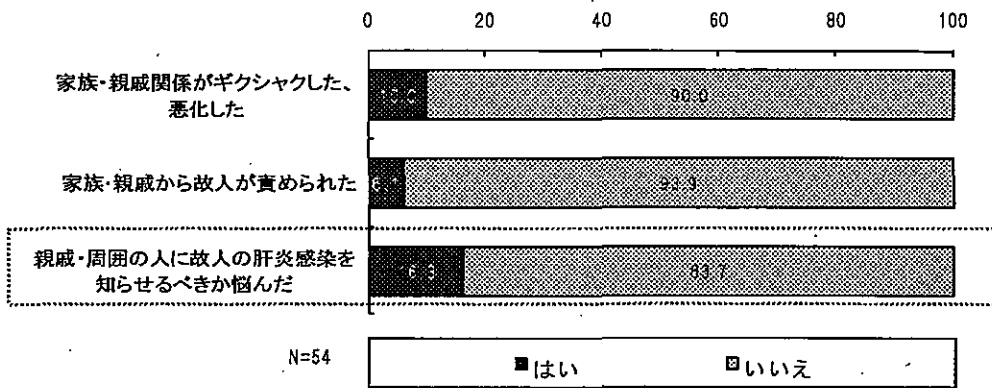
## 2-6) 周囲との関係・差別経験

故人の肝炎感染判明後に医療現場や普段の生活の場における故人に関する経験で、闘病中に周囲が支援してくれた「経験あり」と回答した割合は 35.2%であり、逆に言えば、半数以上が周囲の支援を受けられない状態であったことを示している【図 27】。また、感染判明後に起きた問題では、「親戚・周囲の人に故人の肝炎感染を知らせるべきか悩んだ」が 14.8%【図 28】、差別不安に関する行動では「病気のことについて触れないようにした」が 24.1%あり【図 29】、支援を求めにくい状況にあった可能性がうかがえた。

【図 27】 故人に関する経験



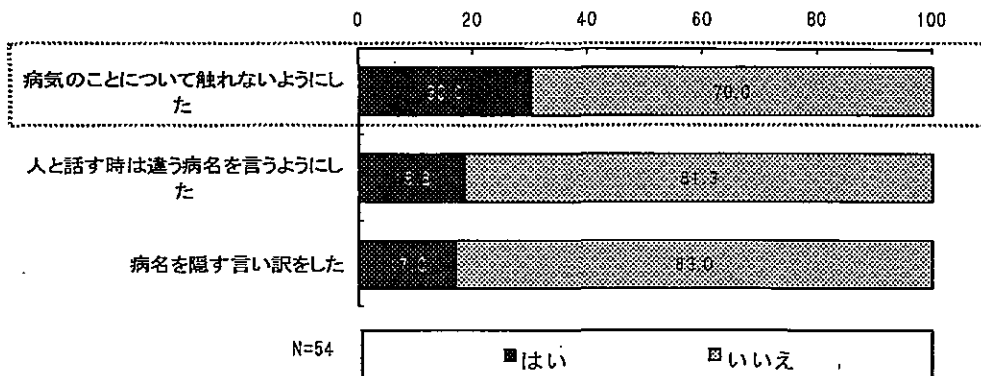
【図 28】 肝炎感染判明後に起きた問題



■自由記述より

家族・親戚から故人が攻められた内容として、“何もしないでだらけた生活をしているといわれた。”  
(50歳代 男性・故人の夫)

【図 29】 差別不安に関する行動



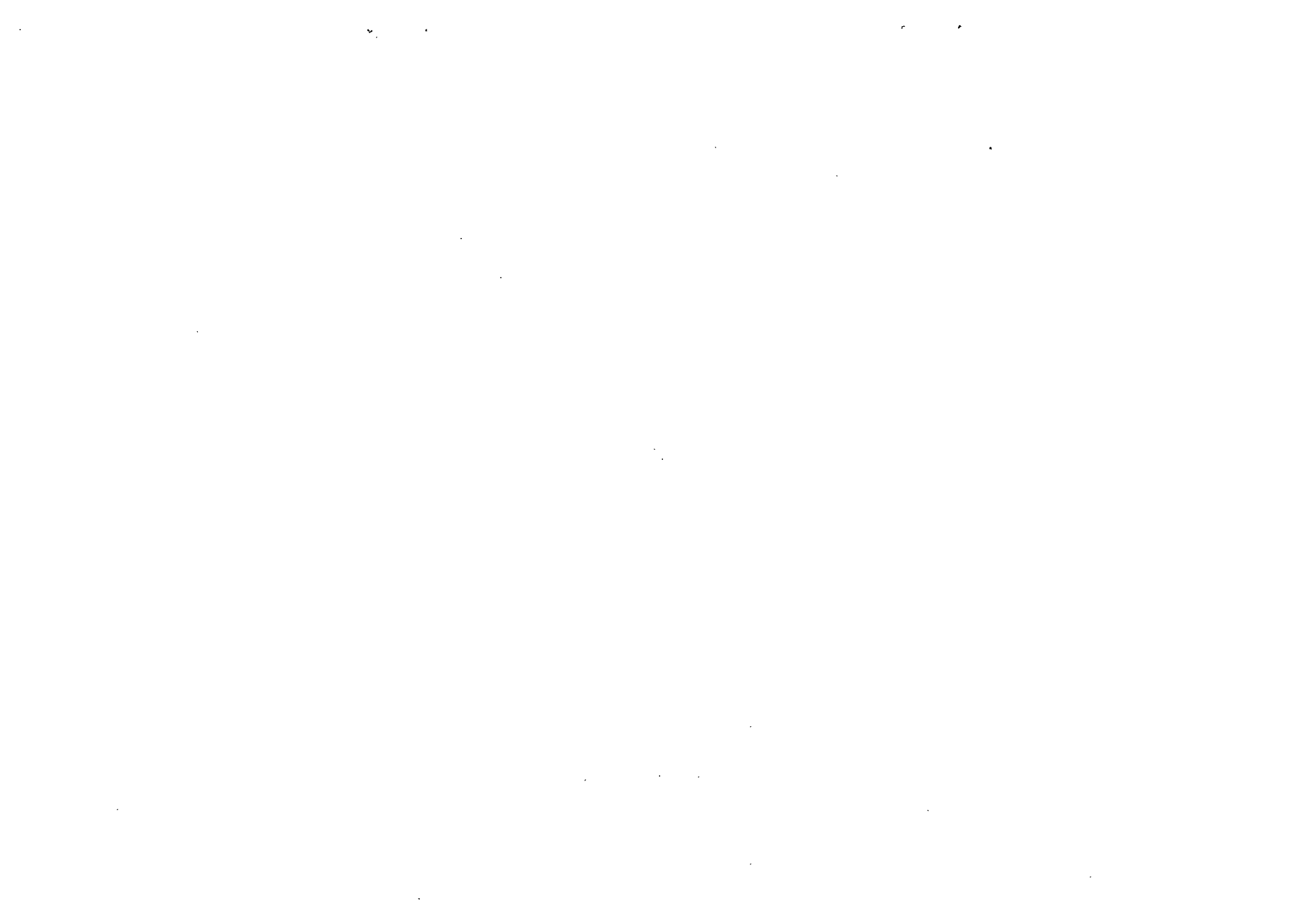
## 2-7) 要望

遺族の恒久対策への要望でも、「肝炎の専門病院を増やし、医療体制を確立してほしい」が63%で「薬害根絶」に続いて第2位であり、治療・医療に関しては、「意見・感想等」の欄にも多数の記載がみられた。

## 結語

以上から、患者本人、遺族ともに、被害の可能な限りの回復をはかるため、それぞれの実態に即した、保健・医療・介護・福祉・生活にわたる恒久対策の迅速な確立と実施が急がれる。また、患者・遺族調査とともに、今後に関して、「薬害を根絶し、今後絶対に薬害が起きない社会にしてほしい」という要望が首位を占めたことは、甚大な被害を受けた被害者たちの切なる声として受け止めるべきであろう。

謝辞：末筆ながら、多大なご協力をいただいた薬害肝炎全国原告団・弁護団の皆様に、厚く御礼申し上げます。



# 薬害C型肝炎の被害実態に関する調査 (ご本人様)

## 《目次》

	←→
「ご意見、ご感想」欄の回答内容分類表	2
自由記述「ご意見、ご感想」	3
各設問の「その他」欄への自由記述	
問3-1 肝炎感染が判明した時に医師から受けた説明－その他	28
問3-6 肝炎の感染原因が、血液製剤だったことを知った経緯－その他	38
問3-7 肝炎の感染原因が血液製剤だったことを知った時、感じたこと－その他	42
問3-9 肝炎感染後、経験したこと－その他	52
問3-10-1 肝炎に感染していることを知った当時の気持ち－その他	59
問3-10-2 最近数週間の気持ち－その他	67
問6-2 フィブリノゲン製剤ないし第Ⅸ因子製剤を使用した医師に対して	76

## 《注》

本資料は、原則として、記載内容をそのまま転記した。但し、誤字・脱字等については訂正した。

固有名詞は、プライバシー保護のため、実名公表で住所・氏名記載部分も含め伏字とさせていただいた。

## ● 自由記述

「ご意見、ご感想」欄の回答内容分類表

分類No.	回答内容	回答数	%
1	治療, 医療内容, 病状	39	11.1%
2	医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を	16	4.6%
3	薬の効果と副作用	59	16.9%
4	医師・医療従事者への思い, 意見	7	2.0%
5	家族への思い, 家計, 就労	14	4.0%
6	同じ被害者の人たちへの思い	22	6.3%
7	原告団・弁護団への感謝, 意見	61	17.4%
8	この調査・調査票への御意見	22	6.3%
9	過去の辛かったこと, 被害を受けたこと	37	10.6%
10	将来への不安・展望, 生き方	42	12.0%
11	国・会社・医師などへの意見	30	8.6%
12	その他	1	0.3%
		350	100%

ご意見、ご感想

No.	ご意見、ご感想	回答内容分類
1	<p>肝炎ウイルス検査を、普通の定期健診に組み込むべきである。国はあらゆる手段を使い、国民にウイルス感染者の治療放棄が、将来に及ぼす悪影響を知らせるべきである。患者が周囲からの偏見、差別に心を痛めている事実を、医療従事者が知らないようだ。これからの医学生には、病気だけではなく、患者の思い、苦しみを学ぶ努力をしてほしい。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
2	<p>子宮筋腫の手術で、C型肝炎になるとは夢にも思わなかった。それも60才を過ぎてから、市の検査で、「大きな手術、輸血等していたら、ウイルスの検査をして下さい」と言われ、受けて初めて分かった。今から30年も前に受けた手術なのに。今思えば、手術3日後夜、大出血をし開腹手術をされ、輸血を10本もされ、10日以上も40度の熱にうなされ、当時は大変でした（私、家族には何の話もなく開腹された）。これが急性肝炎になったのかなと思う。医者も、肝炎にかかったとは一言も言わなかった。それが、今年の1月に新聞で、フィブリノゲンを使った病院の一覧を見て、手術をした病院名が出ていたのでびっくりした次第です。手術をして下さった先生が院長になっていて、看護師に当時の事をいろいろ細かく説明して下さい、今回は助かりました。当時は術後1年は何もできず、病院通い。母が元気だったので、すべて母にお願いして、生活していました。今思い出すと、本当に辛かったです。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
3	<p>始まりは心臓手術で、25年後に再度手術（弁置き換え）し、身障手帳組なので、医療費は1割負担で済むが、キャリアなので、検査受診はしっかり行っている。不安感の心の中にある。今のところ、肝炎の影響（行動制限は、むしろ心臓にあると言える）は分からない。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
4	<p>私は肝硬変と診断され、残り少ない年月を、精一杯前向きに生活しております。採血をして、CT、エコーと定期的に検査をしています。症状は何もありませんが、爆弾を抱えての生活は、気の休まることはありません。ただ、これまでなんとか生きてこられたことは、家族や周囲の皆様のお陰だと、感謝しています。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
5	<p>私は、C型肝炎という点では、お陰様で症状が軽いと思う。体質的に、血液が成分的に貧困な部分があり、それが肝炎の進行を遅らせているという説明を受けた。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
6	<p>最近、坐骨神経痛になったため、体の調子がよくありません。それと、いろいろ悩む事があったので、C型肝炎とは別です。今は治療から3年も経ち、元気な状態でした。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
7	<p>03年にC型肝炎が分かり、この年から高価な漢方薬を服用しています。GOT、GPT、アルブミン、総ビリルビンは低いのです。高価な漢方薬が飲めるのも、今は亡き両親のお陰です。両親に感謝しています。今も、3ヶ月に1回の血液検査と、6ヶ月に1回のCT、エコーを撮っています。以前は、CTもエコーも3ヶ月に1回でしたので、これだけでもホッとしています。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
8	<p>2009年7月に県立中央病院で、脾臓をつめる手術をしました。その時、術後、ひどい吐き気がして出血が止まらなくなり、医師が主人に、「命が危ない」と言いましたが、手当てと大量の血清とか輸血で、何とか命は助けてもらいました。ですが、退院してもしばらくは、家事も何もできず、本当に手術前の元気な体になるのかとても心配でした。2ヶ月程入院して、9月の初めに退院して約3ヶ月程経ちましたが、今は少し元気がでてきて、家事などもできるようになりました。でも、週3回、近くの病院で、強ミノファゲンを打っています。薬も長年飲んでいますが、今後の事を考えると、不安でいっぱいです。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
9	<p>注射するのに血管がでなくて嫌になるけれど、しないとガンになるので、仕方なしに病院に行っています。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
10	<p>子供の頃から健康で、病気したことがありません。初めて筋腫で入院し肝炎。いまだに病気と二人三脚。手術でフィブリノゲンを投与され入院生活7ヶ月。肝機能検査のため、22年間の採血の結果、今では血管が固くなり、採血時に痛い思いをしています。フィブリノゲンという名前が、今でも頭から離れません。医師からインターフェロンの治療を勧められています。年齢的にもこれが限度です。フィブリノゲンの怖さからインターフェロン治療の副作用を聞き、恐ろしさ、怖さから足踏み状態です。7月29日に肝臓ガンの手術を受け、快方に向かっております。健康に戻り、皆様と共に活動させていただきます。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
11	<p>毎日毎日いろんな検査の数値を気にしながら過ごすことは、大変なストレスと不安なことです。何をしても疲れやすい。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
12	<p>私は産後腎不全になり、透析をして、姉からの提供により腎移植を受けています。C型肝炎と診断されても、腎機能がずっと悪いので、インターフェロンもリバビリンも使用できません。肝ガンになるのは恐ろしいですが、現段階では治療ができないので、不本意です。腎臓にも負担のかからない治療が確立することを、切に希望します。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状

No.	ご意見、ご質問	回答内容分類
13	今肝硬変まで進行し、できる治療がなくなってきた、医者からは移植を勧められています。移植はあまりに犠牲にするものが多く、毎日悩み苦しんでいるところです。肝硬変に進行しても、可能な治療があつてほしいと思います。本当にこの1年間で、自分でも信じられないくらい進行していました。ずっと頑張って治療してきたのと思うと悲しいし、怖いです。毎日が不安です。できる限り笑える事を見つけようとしているのですが・・・。	1. 治療, 医療内容, 病状
14	20数年前、左肺下葉切除の手術が済んでの退院後、1週間も過ぎない日に病院からの電話で、「再入院せよ」の通知がありました。理由は肝臓の検査数値が悪いということです。この年の12月まで入院治療が続きました。退院後も通院で、ラクトフェリン（森永製菓製）等の試薬を1年間服用しましたが、ウィルスの現象がないまま今日に至っております。C型肝炎という病名を明確に知ったのは、病院からの通知によるもので、つい最近の事です。血液検査の数値は良いのですが、ウィルスの数は依然変わらないそうです。年齢的に、薬剤による治療は、体力が持たないとのこと。	1. 治療, 医療内容, 病状
15	一生病気と付き合っている人達が、どんな気持ちで生活を送っているか？毎日の薬が大変というのは通り越しました。健康がどれほど大切かも、当たり前じゃなく考えて。	1. 治療, 医療内容, 病状
16	7月に父を亡くしました。亡くなった時に、大きな声で「お父さ～ん」と言いました。その一声でたった一粒できていた食道静脈瘤が破裂してしまい、通夜、葬儀等にも出られず、入院してしまいました。父を亡くした同じ病院でオペをしました。そのあとPSEというカテーテルを使って、脾臓を小さくするオペもしました。今年4月から4回入院し、4回のオペをしました。体力がなくなり、肝臓病の怖さを知りました。本当に怖い病気です。	1. 治療, 医療内容, 病状
17	私は幸いにも症状もなく、めずらしい例で治りましたが、不安な毎日を過ごされている肝炎の方々に、1日も早く和解と良い薬ができることを祈ります。	1. 治療, 医療内容, 病状
18	出産後から、肝炎とはしっかり付き合ってきました。ただ、薬害肝炎に対しては全く無知でした。皆さまの活動を知り、新たに自身の体と向き合い、治療していくきっかけになりました。有り難いことに、私の場合は症状が軽いので、幸いしています。インターフェロンの副作用も軽くすんでいます。多くの方がもっと気軽に肝炎に向き合い、治療していける社会になればいいと思います。	1. 治療, 医療内容, 病状
19	薬害肝炎が判明した時点で、84才で高齢。軽度の認知症もあり、治療中でした。税金で和解金を受取り、治療をと思っても、身体、心理的に積極的な治療を行うことができない心苦しさがあります。病気を他者に知られることも大変ですが、大金を手に入れたことも、心の負担があります。高齢になってからの発症では、治療する大変さの方が大きいと思います。肝硬変や肝がんに進行する前と思っています。	1. 治療, 医療内容, 病状
20	今は、比較的GOTもGPTも共に落ち着いている。血小板数も28万7,000とたくさんあるが、正常値近くにあっても、少しずつ肝炎進行が進むのではないかと心配している。特に、心臓手術をやったので、医師からは、インターフェロンは危険を伴うのでやらないと言われてる。	1. 治療, 医療内容, 病状
21	肝炎という病気を発症するまで、全く知りませんでした。それまで入院したこともなかったのですから。日本の国民病院だと知り、本人が知らずに生活している人が、いかに多いかびっくりです。人のためにと、平気で献血に行くのは大変危険です。10cc輸血してもかかってしまうのですから・・・。是非、自分の血液検査を希望します。	1. 治療, 医療内容, 病状
22	慢性肝炎、肝硬変から癌になるのを、早く医学研究が進み、癌にならないように待っています。	1. 治療, 医療内容, 病状
23	肝炎のことが問題になったことで、あきらめていた自分の病気に対して、少し前向きに、何とかならないかと向き合うようになりました。ウィルスは消失させたいです（インターフェロンは、もう使える状態ではないですが）。	1. 治療, 医療内容, 病状
24	病状について、肝炎としては協力できませんでしたが、主治医からは一生ものだと言われております。	1. 治療, 医療内容, 病状
25	私の場合、肝炎に関しては無症なので、現在の体調は年齢的なものかもしれませんが、気持ちの浮き沈みがあります。肝炎の進行に対する不安もあります。他の科にかかる時、いちいち報告する苛立ちなど感じます。でも、薬害の証明ができない方々がたくさんいるので、早く証明して、治療の心配を少しでも減らしていただきたいです。	1. 治療, 医療内容, 病状



No	質問文	回答内容分類
26	<p>肝炎になっていなければ、私はどんな人生を送っていたのだろうと、この頃よく考える。出産後の肝炎発症当時は、太ってしまってお産が大変だったのだと、自分を責めることしかできなかった。自分が悪かったのだと。ただ、たった1本の輸血で病気になった自分の運の悪さを恨んだりもした。その後は生活に精一杯で、通院も遠のいてしまった。一時薬害問題が報道されると、「もしかして私もそうなのじゃないか」と思うと同時に、「私は違う」と否定する日々の中で、やっぱり認めたくないという気持ちに負けて、確認することをしなかった自分を、今では後悔しています。あの時、きちんと真実と向き合っていたら、病気の進行は防げたかもしれないと、もっと自分に勇気があったなら・・・と。それに、もっと自分の病気のことを真剣に受け止めていたら、きちんと通院を怠らずに続けていたら、ここまで進行しなかったのではないかと。これも後悔です。あの頃は病状もなく、無理もできたことに安心しきっていたのだと思います。本当にこの病気の怖さはこれなのですね。症状がなければ認識も薄れます。これは私の実感です。もっともこの病気の怖さをみんなに知ってもらうこと。PRは重要になると思います。</p> <p>もうひとつの後悔は、医療機関の選択です。地元で市民病院の医師を今でも許せません。肝臓専門医ではありませんが、何人もインターフェロン治療をしている医師でした。私の場合、太っている事を理由に、なかなかインターフェロン治療を始めてもらえませんでした。太っていると、効果が薄いというのが理由でした。それと、数値が少し高い程度で安定していたことも、理由のひとつでした。数値が上がって、ウィルスが暴れ出したら始めるのが普通と言われました。その後、薬害と分かり、調査依頼に何度か手を煩わせることがあった時、「ぼくが投与した理由でもないのに、その当時のことなんか分からない」と言われ、ショックでした。看護師は、予約の電話を入れるたび、「またですか～」という返事。今でも忘れられない言葉です。半年毎の血液検査と超音波検査のみで、触診を受けることもなく、時間だけが過ぎ、私が生検を受けたいと申し出ると、とても不機嫌になり、「今はそんな検査を受ける人はいない」とか「インターフェロン治療で入院することはない」と言われ、また不信感が増すばかり。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
27	<p>やっとの思いで紹介状を書いてもらい、大学病院へ行くと、「太っているからインターフェロンは受けられないが、生検は必要ないということはないですよ」と言われ、自分の思いを伝えられる医師に会えてホッとしました。生検の結果はショックなものでした。肝硬変。しばらく受け入れることはできませんでした。結果を持って市民病院へ行くこと、ビックリする言葉を聞くことに・・・。「生検なんか受けるから・・・。受けなければそのままインターフェロン治療を受けられたのにね」ですって・・・。何とも許せない言葉です。今では肝臓外来の医師として治療しているようですが・・・。先月お送っていただいた資料の中に、●●県fの現状の中で、この医師が名前入りで名医と紹介されていて、ショックでした。たまたま私とは相性が悪かったのだと思うようにしないと、やりきれないですね。これからの私達にとって、どんな医師と出会うかということで、人生が変わってしまうことも考えられます。そして、これからは、自分で医師を選ぶことも大事だと痛感しています。医療機関の充実を望みます。</p> <p>今、片道1時間かけて治療通院しています。そのたび主人が仕事を休み、付き添ってくれています。家族の負担を思うと、申し訳なく思うばかりです。もう少し近くで充実した医療機関があったらと思います。私の主治医は、8:50からの診察時間を、いつも8:30から患者を診てくれています。それくらいしないと、患者が多くて間に合わないそうです。「この病気に完治はないから、ずっと継続する病気。患者が減ることはないよ」とおっしゃった言葉が印象的でした。一生つきあっているかなければならない病気。少しでもガンや今の症状の進行を防ぐことを優先していくことでしか、私の健康は保てないのです。医学は進歩していることを支えに、今できることを、していこうと思っています。過去のことを悔やんだり、後悔しても仕方がない。助けられた生命と感謝し、前向きに生きていくことに、努力していこうと思っています。いつも同じ気持ちでいることは難しいですが、こんな私の生き方が、同じ病気で苦しむ人に、少しでも役に立つことができたと思う毎日です。この治験を受けることも、そんな気持ちもあって後押しされています。1日でも早く良い結果がでて、肝硬変の人達も治療ができることを、願っています。そして、みんなが安心して治療ができる、不安なく生活できることを願ってやみません。最後に、肝炎は数値や超音波検査だけで安心しないでと、声を大にして伝えたいです。怖い恐ろしい病気だということを、伝えたいです。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
28	<p>肝硬変もかなり進み、CT検査ではガンの芽だらけとのこと。11月も肝ガンではないかとの疑いで、検査でした。もう肝ガンがすぐ目の前なんだなあと感じています。ガンになったら、体力にも自信がなく、家族にも迷惑がかかるし、経済的負担を考えると、何もせず終末医療か自殺を考えた方がいいかなと感じる毎日です。なぜ健康だった私が、そして私の家族が、どうしてこんな人生を送らなければならなかったのでしょうか。私の健全な体と時間を返してほしい。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
29	<p>治療できる人が1人でも多くなるよう、身体に負担の少ない治療方法の研究、開発ができればいいなあと思います。又、治療費の負担も軽減できるようになればいいと思います。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状
30	<p>この国に生まれて良かったと思って死にたいです。このまま死ぬのは悔しいです。もう一度仕事ができるようになりたいので、医療体制を確立して下さい。以前よりは劣った体力でもいいからお願いします。</p>	1. 治療, 医療内容, 病状

No	ご意見、ご感想	回答内容分類
31	アンケートを通して、肝炎の事を見直すことができました。持病があるので、どちらの症状が分からなかったりするのですが、少しでも病状の進行を遅らせる努力をしようと思いました。私の持病の方に重大な副作用が出るので、インターフェロン等の治療は行えませんが、家族の協力を得ながら、生活しようと思っています。	1. 治療, 医療内容, 病状
32	このたび給付金をいただけるようになり、大変お世話になり、本当にありがとうございました。いただいたもので、改めて治療致します。現在、ウィルスが右肩上がりになっていますので、担当の先生と相談していきます。	1. 治療, 医療内容, 病状
33	治療を終えて14年経ちました。でもまだ毎年1回検査をしています。この検査は一生続くと言われていています。毎年検査に行くたびに、つらかった日々を思い出し、イヤな気持ちになります。	1. 治療, 医療内容, 病状
34	内科の医師は慢性肝炎だと言われるのですが、キャリアとしか認めてもらっていません。昨年11月GOT40、GPT37、今年3月GOT57GPT91、5月GOT91GPT128、6月GOT20GPT18と、また正常になりました。今後また上がるのではないかと不安です。慢性肝炎と認めてもらえないでしょうか。	1. 治療, 医療内容, 病状
35	半年に一度検査に行っていますが、ウルソ1日3回飲んでます。今のところは落ち着いています。今後ともよろしくお願い致します。	1. 治療, 医療内容, 病状
36	今年6月下旬に脳幹梗塞で現在入院中です。話すことも体も自分の意志で動かしたりできません。家族として、いつ死亡するか心配する日々が続いています。あとどのくらい生きることができるかわかりませんが、苦しむことがないように願っています。大変お世話になりました。	1. 治療, 医療内容, 病状
37	本人(39才)は生後7ヶ月で大手術。脳に障害が残り、知的障害者になり、20才から授産施設でお世話になっております。本人はよく理解できていないので、この質問票は親から見た目で書かせていただきました。親亡き後が心配です。現在、ハスミワクチン(免疫療法)と田七酵素(活理株)を服用中。民間療法でもウィルス減少の効果があつたなどのデータがあれば、情報として流してほしい。本人がインターフェロン治療が理解できないため。	1. 治療, 医療内容, 病状
38	地域に治療できる医者も病院も、支援してくれる看護師もヘルパーも不足している。せつかく法案ができて、治療できる患者はごくわずかだ。今の医療体制が改善、向上するまで恒久対策として、命を助けてほしい。治療に携わる医者も限界だ。	1. 治療, 医療内容, 病状
39	肝炎から肝硬変、肝臓ガンに移行することは聞いていたが、腎臓も肺も内臓全部、それに目まで影響されるとは思わなかった。改めて肝臓は大事だと思った。肝炎は恐ろしいというのが実感です。弁護団、原告団のみなさん、大変だしお世話になりますが、がんばって下さい。	1. 治療, 医療内容, 病状
40	脳性マヒと肝炎と重複しているのです。このアンケートは難しかったです。今、内科系は調子もよく元気ですが、足の調子が悪く、車いすを使ったり送迎したりの状態です。	1. 治療, 医療内容, 病状
41	・医療費について、愛知県で肝炎に感染し慢性肝炎になり、特定疾患として自己負担がなく助かったが、転居してから負担が大変になった。 ・インターフェロン治療をしていないのは、Ib型で効きにくい型であることと、良い状態が続いているので、副作用が強いため、良い治療ができるのを待っている。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障
42	インターフェロンを失敗しているため、他の治療法もぜひ見つけてほしいです。この先状態が悪くなれば、自分だけではなく、家族にも迷惑をかける事になる。ぜひ減免、給付等生活の保障をしてほしい。肝炎患者皆への偏見、差別をなくしてほしい。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障
43	所得に応じて、医療費の負担が違うのは残念です。都(国?)の難病補助も受けられません。もう少し検査費用、投薬料が安くなれば助かります。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障
44	C型肝炎感染を知ってから、治療まで年数がかかった理由は、治療費の高いこと、生活のために仕事を辞められなかったことです。治療費と、治療後のある程度の期間の生活費の確保なしでは、治療は難しいです。慢性肝炎ぎりぎりのところで退職し、治療に専念しました。病気に理解も協力も得られない夫とは離婚し、現在の所に転居し、子供と2人で生活しています。先々の生活と健康に、大変不安を持っています。血小板の数値も低いので、わずかな切り傷が、5~6日間も治りません。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障
45	再発時の救済を完全にすることと、生活支援も、以前の生活水準にできるように、お願い致します。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障
46	23年間ずっと病気と闘いながら生きてきました。やっと昨年国の補償金が入りましたが、これまでの借金に消えました。助けていただいた親兄弟、姉妹に、やっと人間扱いしてもらい、ほっとしました。でも、この身体では働くこともできず、肝臓の治療費も、年金だけではどうすることもできません。国保代や治療費の不安を抱え、毎日地獄です。国の救済が、早く実現することを願います。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障

No.	ご意見、ご要望	回答内容分類
47	助成制度ができたとはいえ、副作用がきつく、パートも休みがちになり、収入は激減している。治療費もかかります。せめて、治療費だけでも無料になってほしい。薬害肝炎患者だけではなく、すべての肝炎患者に対して、安心して治療が受けられるように、1日も早くお願いしたい。私の周りにも沢山いらっしゃいます。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
48	肝硬変、肝ガンになった時点で、障害手帳を交付してほしい。インターフェロンを打てない患者には、せめて医療費の負担をお願いし、このストレスを軽減させてほしいです。現在非課税で、1回で4～6万円は大きなストレスです。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
49	自分の事で良かったと思っています。家族や子供だったら、もっと悲しくて苦しいだろうと思います。健康の有り難さを感じておりますが、毎日飲んでいるサプリメント（免疫力を上げる）代がかかるのが不安です。飲めばとても元気でうれしいのですが・・・。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
50	11月上旬に、ニュースジャパンで、北海道の女性（56才）の方を放映されていました。驚いたのは、腰の上に2ヶ所穴を開けて、画面を見ながら抗ガン剤を注入していたのです。今まで私が見たことのない原始的なやり方だと思いました。どうしてこの女性は、この方法を選んだのかと、なぜか悲しくて一晩中眠れませんでした。最新医療を受けるためには、治療費が高いのです。先月、「粒子線の治療」の講演に行ってきましたが、ワンクール300万円かかるそうです。ワンクールで済む人はいいのですが、やはり、お金がないと死んでしまうのかなあと、痛感しているところです。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
51	インターフェロンを打ちに行く時は毎日だったので、バスで行って、帰りは具合が悪い時はタクシーで帰っていたので、交通費がかかりました。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
52	36才で肝炎と診断され、それから入退院を繰り返し、23年が過ぎて現在59才です。やがて60才になりますが、この先仕事もできないし、毎日が不安です（肝硬変から肝ガン）。体は弱くなる一方です。医療費の自己負担をなくしてほしい。障害者手帳を交付してほしい。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
53	なかなか日常生活では肝炎の方と話す場面がなく、医師からの話ししか聞くことができません。この20年でも治療方法がずいぶん進歩し、これから先も日々医学が進み、より効果的な治療ができるのではないかと考えているのですが、助成制度は7年間という期限付きで、とても疑問を感じています。子供がまだ中学生なので、家庭生活に支障のないように生活したいと思っています。副作用のことを考えると、インターフェロンを受けた方がいいのかどうか、とても悩みます。ウイルスIA型はデータも少なく、なかなか勇気もできません。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
54	障害者年金を給付してほしい。身体手帳を交付してほしい。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
55	たまたま私は和解し、決着がつけましたが、その他の方々にも、早く治療体制の充実を図ってほしい。そして、障害給付（年金）をするべきだと思います。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
56	子供に感染していないか心配です。もし、子供がC型肝炎に感染していた場合、その子供の医療の助成も考えていただきたい。又、私は専業主婦（時々パート、アルバイト）ですが、収入がほとんどなく、働きたくても、体力の低下が著しく、金銭面でも非常に不安があります。できれば早期に、障害年金の給付を表現してほしいです。	2. 医療費, 交通費, 福祉の充実, 生活保障を
57	本当に当時の事を思い出すと、毎日泣いてばかりいた。20年後には、肝硬変で死んでしまうんだと、暗い日々を送っていた。幸い、当時の内科の主治医が、肝炎発症から半年後に、インターフェロンの治療を始めてくれて治癒した。今回の肝炎立法では、インターフェロンの自己負担の軽減を、強く願う。少しでも多くの方が、インターフェロンの治療を開始できますように。	3. 薬の効果と副作用
58	22年間肝炎と闘ってきましたが、インターフェロンが（2度目）効いて、ウイルスがなくなりました。辛い副作用は大変なものでしたが、現在は病状も安定しています。今までより、少しは元気に精神的に楽になりました。このままの状態生きていけたら、本当にうれしいのですが・・・。検査はこれからもしていきます。	3. 薬の効果と副作用
59	20年も前の事なので、忘れていた事が多いです。今は、インターフェロン治療のおかげで、何ともないですが、今後にも多少の不安はあります。でも、毎日前を向いて歩いていきたいと思っています。病気になってから、1日の大切さを改めて感じたので、後悔のない日々を過ごしていきたいと思っています。	3. 薬の効果と副作用
60	私は2型で、24週で終わりと言われていた。4本投与した時、ウイルスは消えていた。現在18週目。ウイルスは消えました。詳しい病名も分からず、医療講演会でよく理解できた。今年の8月から●●●●●へ通院しています。担当医が専門医で、説明も分かりやすく好感が持てます。良かったです。	3. 薬の効果と副作用

No.	意見、ご感想	回答内容分類
61	私は1b、2回目のインターフェロン治療をしています。1回目は5年前で1年間48週。インターフェロン（ペグトリベトール）終了後、ウイルス復活。2回目は昨年の7月末より、ペガシスとコペガスを週1回180を投与しています。48週でウイルス1.2復活してしまい、72週になり、終了間際にまた1.2ウイルス復活になり、抗体検査をすると主治医に言われ、主治医との信頼関係を2、3度なくしそうになります。今は、ペガシスだけを投与してほしいと、ひたすらお願いしている。1.2ウイルスが消えるまで、2年間でもやってほしいのですが、20年のお付き合いの主治医は、何か問題が起きれば「がん」とするので、しばしば疲れてしまいます。精神的に参っています。病院を変えたい気持ちもあります。	3.薬の効果と副作用
62	3回目のインターフェロン治療（レベトール使用）を開始したが、2回目の時（中断）と同じく、ひどいうつ病になり、うつ病の治療中です。肝炎治療も中断して、経過観察中。前回は、回復に1年以上かかりました。現在4ヶ月目です。インターフェロン治療ができない患者もいることを、知ってほしい。	3.薬の効果と副作用
63	・インターフェロン+レベトール治療の副作用としてのアレルギー症状をやわらげるために、漢方薬を処方してもらっていますが、健康保険から漢方薬が外されたら困ります。 ・インターフェロン治療をする時、アレルギーのある患者（特に食物アレルギー）には、副作用の事をよく説明して行ってほしい。私は大豆と乳製品のアレルギーがあり、肝炎発生後の静注、錠剤を止めてから、肝機能が下がり、長時間の労働ができるようになったので、それ以降、肝臓病に処方するという薬を断っていました。インターフェロン治療する時も、アレルギーに関する話はなく、2回目の診療時、食物アレルギーが疑われ、インターフェロンとレベトールの成分を調べてもらったところ、レベトールのカプセルにゼラチンが使われていることが分かりました。乳製品アレルギーの私には、毎日3錠飲み続けると、白血球が減少しすぎて、インターフェロンが打てない時が何回もあり、76本で中止した後、なかなか白血球の値が回復しなかったせいと、過度の食物アレルギーになったのではないかと思います。本当の原因を知りたいと思います。	3.薬の効果と副作用
64	インターフェロン治療するにあたり、必ず肝精検は必要なのでしょうか？医者はタイプ、ウイルス量、現在の治療が分かっているならば、肝精検はしなくても良いと言いましたが、実際はどうなのでしょうか。	3.薬の効果と副作用
65	フィブリノゲンもインターフェロンも両方使いました。今は手も足もふるえます。それにうつ病のようです。悔しいです。地元の新聞に出てから、病院の先生が、私にフィブリノゲンを使ったと言いました。	3.薬の効果と副作用
66	IFN治療中ですので、その日の体調により、気分の浮き沈みがあるかもしれません。	3.薬の効果と副作用
67	インターフェロン治療を1年8ヶ月経っていますけれど、ウイルスが出ていないので、今は、とても良かったと思っています。	3.薬の効果と副作用
68	肝炎を発症してから6年後に、最初のインターフェロン治療を受けましたが、ウイルスは消えず、肝硬変、肝癌への不安を抱えながら、自分で体力をつける努力をするしかないと思って過ごしてきました。しかし、原告団に加えていただくことで、再度病院で診察を受け、昨年10月より2度目のインターフェロン治療を開始。24週で終了しました。その後、ウイルスの検出はなく、今のところ順調です。	3.薬の効果と副作用
69	同じ原告の方でも、現在の症状が重い方や軽い方がいると思われれます。自分の場合、手術によって肝炎になってから、インターフェロンを受けるまでは、日常生活を自分でコントロールしていたので、非常に苦痛なことでした。インターフェロン後は、おかげさまで数値も全く問題ありませんし、ウイルスも検出されていません。ここ最近は、ジムに通って体を鍛えていて、かなり激しいトレーニングを行って、スポーツに取り組んでいます。普通の人よりは、はるかに体力があると思います。これからの人生も、このままいけば良いなと思っています。	3.薬の効果と副作用
70	弁護団の皆さまご苦勞様です。いろいろ有り難うございます。42才肝臓ガン告知。肝臓2/3切除。誤診血管腫肝炎、C型肝炎告知。インターフェロン治療の副作用による苦痛。6ヶ月目に副作用によるI型糖尿病を発症し、毎日4回インシュリン。肝炎継続。しかし、頑張っ生きていければ・・・。	3.薬の効果と副作用
71	昨年1年間（48週）のインターフェロン治療により、ウイルスが消えましたが、その間副作用の苦しみは大変なもので、二度と体験したくありません。一生半年ずつの検査を受けなければならず、初回の検査が1月末にあります。結果が心配で、いつもどきどきした生活ですが、他の皆さまの事を思うと、何も不満を言うことはできません。	3.薬の効果と副作用
72	ずっと健康だった体がC型肝炎に感染してから、一生病院と付き合いがなければならなくなり、大変です。インターフェロンをして、大丈夫と言われ安心していたら、エコーで病気になる所があると言われ、不安も命がなくなるまで続くのかと思うと、とても辛いし、精神的にもまいります。どうか、1日でも早く完全に治る薬ができることを、祈るばかりです。	3.薬の効果と副作用
73	私はH20年5月からインターフェロン治療を始め、72回の注射を終えましたが、仕事も休み、H21年12月から仕事にも復帰できます。皆さんの協力があって治療もできましたが、副作用も残り、完治もせず、この先の不安もありますが、普通の生活の有り難みがよく分かり、がんばって病氣と向き合い生きています。前向きに考えていますが、いつまで仕事ができるか、少し不安です。	3.薬の効果と副作用

No.	意見・苦情	回答内容分類
74	<p>フィブリノゲン等の薬害のために闘ってくださった人達に感謝します。20年にわたり、自覚症状なしに健康に過ごしてきました。しかし、病気は静かに進行していたのですね。慢性肝炎と診断され、現在インターフェロン治療をしていますが、菌の多いタイプなので、もし菌が撲滅しなければ、これから先一生付き合わなければなりません。</p>	3. 薬の効果と副作用
75	<p>私の病状は、現在ウイルスが消え、経過を見る段階にある。従来の飲み薬と併用するインターフェロンではなく、一世代前の2日に1回の注射で効果を得た。完治かどうかは2010年3月に分かるのだが、完治すれば全国的に希有な例であるため、他の患者さんの治療の選択肢の1つとなるので、私が完治して患者さんの治療の道標になりたいです。</p>	3. 薬の効果と副作用
76	<p>慢性C型肝炎と知るまで、手術より20年近く経過していたため、家族への感染を心配したが、幸いなことに、感染はありませんでした。本当に安心しました。まさか自分がC型肝炎になるとは。知った当時は原因も分からず、ただただ然然。インターフェロン治療も持病のMDSのため、主治医もこの足を踏んでいる状態。いつかはインターフェロン治療をやりたいと思う反面、その苦しさを思うと、もうこのままでいいと諦めの気持ちもあり、複雑です。カルテがないため、証明ができない感染者の方々を思うと、切ないです。何とかならないでしょうか。</p>	3. 薬の効果と副作用
77	<p>私は現在、助成制度は使っていません。今の制度で私の負担は月5万円ですが、インターフェロンの注射の量が通常より少ないため、1ヶ月45,000円位です(血小板が少なくなりすぎるため)。やはり、1ヶ月5万円の医療費は大変です。治療費は肝炎治療だけではありません。なるべく自己負担を少なくと切に願います。収入はあっても、支出も多い年代です。又、現在治療中ですが、完全に治るかどうか不安です。ウイルスが完全に消滅するまで、治療費の自己負担を軽減してほしいです(本当はなくしてほしい気持ち)。</p> <p>私は、27年前に非A非B型肝炎になり、その時肝臓病の本当の恐ろしさを学びました。その頃の治療は安静第一でしたので、食べたら横になり肝臓を修復し、余ったエネルギーで生活をする時代でした。本当は、働かなければならなかったのですが、家族の理解で、1日2～3時間のパートで生活費の足しにしてみました。8年前にC型肝炎と分かり、医師に相談したところ、インターフェロン治療をしても治癒率50%と言われ、治療する勇気もなく、経済的にも無理なため、採血検査の数値を見ながら、不安な生活をしてきました。昨年、国で認めていただき和解し、給付金をいただいた時には、「これで安心して治療が受けられる、家族にも安心してもらえる」と本当に嬉しく思いました。しかし、私のように訴訟して和解できたのは、ほんの一部の人達だけと分かりました。カルテのない肝炎患者がほとんどで、苦しんでおられる方々が大勢いることを知りました。2度目、3度目のインターフェロン治療でも治らないため、一生、インターフェロンを打ち続けなければならぬ方もいます。助成金制度の72週目以降は実費です。1ヶ月分1本1万円×4～5回です。どうか助けて下さい。元の健康体に戻して下さい。それが無理なら、せめて治療費を少なくしてほしいと思います。インターフェロン治療があるなどと、簡単に言ってほしくないです。これは、実際に体験した人でなければ分かりません。本当に苦しく苦痛です。副作用にも苦しみます。</p>	3. 薬の効果と副作用
78	<p>友人がインターフェロン治療を始め、副作用により転倒し、肋骨を折り、ますます体調が悪くなってしまった印象を持っています。私の夫は現在単身赴任中で、1人で生活しているので、家に戻ってきてくれたら、治療に入りたいと思っています。1人では不安です。薬害肝炎であることを知らなかったとはいえ、毎年献血センターに行っていたことが、重く心にのしかかっています。</p>	3. 薬の効果と副作用
79	<p>C型肝炎の治療はインターフェロンしかないのですが、私は、インターフェロンに対して、アレルギーが出てしまいます。他の治療法を開発してほしい。</p>	3. 薬の効果と副作用
80	<p>今は、肝機能等安定しているので、様子を見ている状態ですが、4回目のインターフェロン治療には、少しおじけづいています。また副作用の苦しみを味わわなければならないと思うと、このままでいたいと考えてしまいます。いつも前向きに生きていますが、本当にインターフェロンは嫌です。医学の進歩を望みつつ、薬害はこりこりです。</p>	3. 薬の効果と副作用
81	<p>心臓と肝臓の薬7種を、多年にわたり飲んだ故か、腎臓が次第に悪くなり、年中身体がだるく、長時間(3時間以上)外出すると、口臭がひどくなり、疲れがひどく、人の集まりや集合等には参加するのが苦手です。又、薬に関連があるのか、最近腰痛があり、小用が近くて困っております。</p>	3. 薬の効果と副作用
82	<p>副作用が軽い、医療費も安い、ウイルスが100%近く除去できる薬ができることを、一番望んでいます。</p>	3. 薬の効果と副作用
83	<p>現在治療中であるが、副作用のため白血球、赤血球、ビリルビン等一気に下がり、しんどい状態である。でも、たまに知人に会ったりすると、顔色はよさそうだと言われ、辛い事が理解されない。そして、テレビでC型肝炎のCMをよく見かけるが、レベトールはとて高く、私達薬害の患者によって儲けているイメージがあり、嫌な気持ちになる。C型肝炎撲滅を願う会社なら、薬価を下げしてほしい。</p>	3. 薬の効果と副作用
84	<p>30年以上、時限爆弾を抱えたような気持ちで、教師という激務をやってきました。退職して、今やっとインターフェロン治療を受けていますが、副作用が厳しく、自分の人生は一体何だったのかと考えます。原告団で闘う人達の姿勢に感銘を受け、今、がんばることがやっとなできています。</p>	3. 薬の効果と副作用

No	ご意見、ご感想	回答内容分類
85	医師よりインターフェロン治療を勧められています、副作用の事を思うと、まだ決心が付きません。	3. 薬の効果と副作用
86	今年2月に入院で、ペグインターフェロンの治療をしました。今現在も1週間に一度注射、血液検査、尿検査に通院しています。副作用で熱がでたり、頭が痛くなったり、体がかゆくなったり、筋肉痛や髪がすぐ抜け、精神的にも肉体的にも金銭的にも不安な気持ちで、毎日が憂鬱で、今が一番不安定な時期です。	3. 薬の効果と副作用
87	私は14年前に、インターフェロンの治療を受けましたが、ウィルスが残っています。もうインターフェロン治療は辛いのでこりごりと思っていたのですが、もう一度受けたらウィルスを取りきれぬか聞いたところ、インターフェロンが効いているためか安定しているので、インターフェロンをすると、寝た子を起すようなことになり、かえって悪くなることがあるので、様子を見て悪くなってから治療をした方がいいと言われました。このままの状態だといのですが、年を重ねて免疫が悪くなり、インターフェロンも体力的に無理にならないか心配です。主治医の先生も肝臓の専門ではないと思うので、確実にウィルスが取れるようならば、もう一度インターフェロンをやりたいと思います、判断ができません。	3. 薬の効果と副作用
88	主治医からは、そろそろ治療をと勧められているが、副作用の事を考えると、このまま仕事が続けられるか、職場に病気の事を言わないとけないなどを思い、なかなか踏み出すことができません。	3. 薬の効果と副作用
89	インターフェロンを投与していましたが、黄疸のため治療を中止したまま、現在に至っています。早く完治できる新薬を希望致します。	3. 薬の効果と副作用
90	今後、インターフェロンの治療をしたいと思えます。	3. 薬の効果と副作用
91	最近、テレビ等でインターフェロンと飲み薬でC型肝炎が治るという番組を見たのですが、本当なのでしょうか。型により、治るものと治らないものがあると聞いていますが、データがあれば知りたいです。	3. 薬の効果と副作用
92	37年前に2人目を出産。出血多量で輸血、止血剤の投与を受け、何の説明もなく、8年位前にC型肝炎と言われましたが、6年位は3ヶ月に1回の診察を受けるだけでした。64才にインターフェロンを受け始め、今日に至っています。途中10ヶ月中断しました。副作用がひどく、家族の手助けで頑張っています。何もお手伝いできずすみません。どうぞよろしくお願い致します。	3. 薬の効果と副作用
93	せっきくのインターフェロン治療の機会も、現在治療にあたっている病院(指定)では、高齢、心疾患、ウィルス数が多いとの理由で、拒否されている。又、現在の状況についての説明をほかにしており、将来が不安である。いつも肝硬変→肝ガンへの進行に怯えている。	3. 薬の効果と副作用
94	今CMで、インターフェロンの事をしきりに言っているが、どのような副作用があるか、しっかりと伝えてほしい。	3. 薬の効果と副作用
95	私個人は、1年間のインターフェロン治療終了後、6ヶ月が経過し、SVRの状態だと言われた直後のため、質問に答える時、迷う事が多くて、20年間の慢性肝炎で、常に安静を心掛けていた時の気持ちと今現在の気持ちを、質問によって混同して答えている所があります。元気いっぱい、何の苦痛もない肝炎患者はいないのではないのでしょうか？今CMで、インターフェロン治療について、頻りに流れているが、製薬会社の利益のために利用された身としては、あまり良い気がしない。やるのであれば、国がやることだと思う。	3. 薬の効果と副作用
96	2006年秋より、インターフェロン治療をしました。72週しましたが、2ヶ月後に+になりました。その後、肝機能が上がり始めました。リバウンドと言われました。グリチロンを処方され、現在は安定しています。私のように、治療を受けたがうまくいかなかった者の調査が、このアンケートでは分からないのではと思います。	3. 薬の効果と副作用
97	約15年前に、インターフェロンによる治療をし、ウィルスは一になり、今現在は普通の生活を送っていますが、今後、大丈夫か不安になることもあります。	3. 薬の効果と副作用
98	私はインターフェロン治療を9ヶ月受けたところで、リウマチの症状が出てしまった。これから先、インターフェロン治療はできないと、医師から言われている。このような者は、どうしたらいいのか。	3. 薬の効果と副作用
99	こういう形で私達にアンケートを提供していただき、病気で闘っている私にとって、とても嬉しく感謝しています。病院でよく耳にするのですが、1年～1年半位で注射を終えたと思ったら、3～6ヶ月過ぎたらまたウィルスが出たと。人間としてショックです。あの副作用を知る人々は、もっと良いインターフェロンはないのかと。私は肝機能、ウィルスも良いのですが。	3. 薬の効果と副作用
100	・このアンケートが、望みどおりの方向に役立てることを願います ・インターフェロン治療でウィルスが消えてはいますが、いつまた再発するのでは？と毎日おびえています。	3. 薬の効果と副作用

No	ご意見・ご感想	回答内容分類
101	4年前にインターフェロン治療が終わり、ウイルスがなくなりましたが、体調はいまだにスッキリしません。疲れやすく無理はあまりできません。でも、病気の事がテレビでよく取り上げられはじめ、家族も少しずつ理解してくれるようになりました。来年は孫も生まれ、これからは、楽しい生活が待っているような気がします。	3. 薬の効果と副作用
102	インターフェロンの治療でウイルスは消えたものの、この時同時に甲状腺の異状、自律神経失調症など、今も尚病気と闘っています。ほんとうにつらいです。今後、このように苦しむ人が出ないように願います。	3. 薬の効果と副作用
103	C型肝炎で入院した時、インターフェロンの治療中、臀部に注射されたインターフェロンの筋注が、筋肉ではない部位、神経に打たれシコリとなり、椅子にも畳にも床にも座ることさえできなくなり、毎日辛い思いをしております。リハビリもずっと続けていますが、いまだに治らず、痛みがひどくなり、なんとか楽になればと願っているのですが・・・。主治医にも、痛くなった時に話をしたのですが、「もうそれは治らないよ」とひとこと言われただけ。がっかりしたし、誠意も何もない言い方でビックリしました。C型肝炎になっていなければと思いました。	3. 薬の効果と副作用
104	2回目のインターフェロンの治療が8月に終わり、今のところは落ち着いています。このまま治ることを祈るだけです。	3. 薬の効果と副作用
105	肝炎基本法が成立したこと。弁護団の先生方、薬害肝炎原告団代表の方、本当にお疲れさまでした。体調不良で入院し、今現在インターフェロン治療中で、薬の副作用で体がだるく、1日1日を頑張って生活しています。これからは、薬害被害者が安心して暮らせるようフォローして下さいますようお願い致します。	3. 薬の効果と副作用
106	知人がインターフェロンを1年打って終了した後に、わずか3ヶ月でまたウイルスが見つかりました。治療補助は受けられず、自己負担でまた始めるとのこと。絶対におかしいです。治癒率がまだ6割程度しかないのに、1回のインターフェロンで完治するとは思えません。肝臓専門の医師団で、声をあげてもらうことはできないのでしょうか？	3. 薬の効果と副作用
107	私はインターフェロン、ペガシスと3年間にわたり治療してきて、この3月に一応終了しておりますが、治療中もまったくそれまで通りの生活ができました。言われている副作用もほとんどなく、好きなスポーツもできました。治療には、体質的なものもあるかと思いますが、あまり考えすぎずに、まず始めてみたらいいのではないかと思います。しかし、医療費の負担はここ最近補助があるといえども、負担に感じます。前向きに考えて生活するのが一番かと思えます。	3. 薬の効果と副作用
108	人の命は地球より重いと、臨床や看護学校で何度も言われてきました。その通りだと思えます。人間は健康であれば、色々な道が開ける。健康であることが一番の宝です。肝炎以外に、どうしようもなく、何の罪もなく、難病等で入院生活を余儀なくされ、亡くなっていかれる人も沢山いらっしゃいます。薬は「人の命を救うもの、疾患を快方へ向かうお手伝いをするもの」です。その薬が人の人生を狂わすものには、絶対にならばほしくない。なってはいけません。	3. 薬の効果と副作用
109	11月にインターフェロン治療が終わったばかりです。昭和61年出産1ヶ月後に急性肝炎。その後C型肝炎と診断され、20数年病院にて経過観察してきました。肝機能は特に悪くはなかったが、将来、肝ガン、肝硬変になる可能性を考えた時、怖くなり、毎年おびえながら年をとっていくより、1年間のインターフェロン治療に専念しようと思ひ治療しました。とてもきつかったです。もともと元気だったので、思うように日常生活ができなくて、とても辛かったです。何度も止めようかと思いましたが、C型肝炎ウイルスに負けてたまるかと思ひ、頑張り無事治療が終わりました。肝炎患者の人達は皆とても辛く、治療も大変です。ぜひ、医療体制、治療休暇制度を確立してほしいです。	3. 薬の効果と副作用
110	8年前のインターフェロン治療の時、うつ状態になりました。その時から安定剤を使用していました。今現在も、朝起きて安定剤を飲まなければ、1日が始まらない状態です。	3. 薬の効果と副作用
111	平成20年8月から、インターフェロン治療を1年間、副作用に耐え終了しましたが、ウイルスがまた見つかりました。会社を退職して受けた治療だったため、今現在、再発のショックから立ち上がれない状態です。	3. 薬の効果と副作用
112	インターフェロンの治療も終わったのですが、1年6ヶ月治療しても全く治らず、効果がありませんでした。治るまで治療していくべきだとは思っているのですが、経済的、精神的にまいってしまいます。もっと100%治る薬品があればと思っています。もう疲れしました。病気の事から離れたいです。	3. 薬の効果と副作用
113	一年前、父はうつと診断されました。今、入退院を繰り返し、治療を行っております。毎日、非常に苦しんでおります。肝炎で体を動かすこともできず、気分転換をすることもできません。うつになったのも、C型肝炎の治療や薬害肝炎の訴訟が原因とのこと。毎日、きついきつと言って泣いている父を見るのが、とても辛いです。	3. 薬の効果と副作用

No	ご意見 ご感想	回答内容分類
114	昨年5月から1年間、ペグインターフェロンとレボトーラの併用で治療しましたが、一度だけウィルスが陰性になり、喜んだのも束の間、すぐに再度陽性になり、今年の5月で治療終了。その後8月の検査では、GOT、GPT、ウィルスの量はもちろん高くなっていました。10月からは、早期に肝癌を発見できる「ソナゾイド」という薬剤を用いた造影エコーを3ヶ月に1回と週2回のインターフェロン600、強ミノの点滴注射を受けています。1回の治療費が14,950円と高額で、今後いつまでこのような生活を続けなければいけないのか、とても不安です。	3. 薬の効果と副作用
115	インターフェロンの治療を始める前、ネットで検索すると、治療時の悪い事ばかりの書き込みです。まあ本当の事だと思いますが、良かったという書き込みは、少ないと思います。私は、軽かったこともあります。3ヶ月で注射も終わり、現在は、経過を見ている段階です。千葉大でも2ヶ月で終了した方もいると、先生から伺いました。情報が片寄っているように思います。悩んでいる方に、いろいろな情報を教えられたらと思います。	3. 薬の効果と副作用
116	・世の中に、C型肝炎や止血剤等の問題が取り上げられた最中に、疑いを持ち問い合わせた私に、「何も使っていません」と、口答で告げた当時の医師に、腹が立ちます。同席していた職員と医師と、病院の管理責任者に、目の前で謝罪を望みます。 ・75才の義母に、とても迷惑をかけました。義母を看取るまでは死ねません。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
117	命は助けられました。当時、肝臓は二の次でした。医者に文句は言えません。患者はみな泣きました。どうしても患者の立場は弱い。自然そうなります。医者も、命を助けたというプライドがあります。それは分かるのですが、強い立場と弱い立場(患者)があるのは明白であります。本当に辛いところです。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
118	昨年(73才)、何としてもインターフェロン治療を受けてみたいと思い、主治医は今までもあまり積極的ではなかったけれど、もうこれが最後のチャンスと、専門医を紹介していただき、実現に至りました。血小板は8万を切るくらいどんどん下がるし、このまま死ぬにしても、ウィルスなど余分なものを持って死にたくないと思ったのです。消化器の医師にかかっていたのですが、C型肝炎の専門医がいることなど、知りませんでした。20年以上も診てもらっている間に、専門医の診察を勧めてもらいたかったです。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
119	肝炎の検査を受けるように言われていますが、専門医が少ないため、予約していても2時間待ちでの2~3分診療です。先生もとても忙しく大変そうです。是非医療体制を何とかしてほしいです。特に、地方には専門の先生が少ないです。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
120	歯科医師には肝炎患者への偏見があり、治療を拒まれたことは、過去に数回経験しています。こんなことはどうしようもないことなのでしょうか。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
121	なぜ、フィブリノゲンを使ったのですかと、先生に聞きました。親子両方危ない状態だった。それに、フィブリノゲンのこともよく分からなかった。こんなことになると分かっていたら、使わなかったとの返事でした。病院の先生が悪いのか、それともやはり出した国が悪いのか、病気にされた私達は・・・。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
122	認定されるまでの道のりは長く、苦痛でした。病院でのカルテ保存年限を見直していただきたい。	4. 医師・医療従事者への思い、意見
123	C型肝炎(薬害肝炎)を発症して、23年目になろうとしている。次男が高1の時、「俺が生まれたせいで、母さんは病気になり、離婚したんだろう。俺なんか生まれてこなければよかったんだ」と言った時、子供には何の罪もないのに、次男の心の中は辛く、苦しく、淋しい思いをしながら、小さい頃から口には出さず、生きてきたんだと思った。本当に子供達には辛く、苦しく、淋しく、可哀相な思いをさせてしまったと、申し訳なく思う。	5. 家族への思い、家計、就労
124	一人暮らしではどうにもならないと思いますが、家族が一緒なので、生活できると思う。もう90才を過ぎているので、いろいろ考えなくても・・・。	5. 家族への思い、家計、就労
125	親兄弟を悲しませたくはありませんので、告知しておりません。	5. 家族への思い、家計、就労
126	私の場合、産科の医師にしても、かかりつけの医師にしても、人間性が良い方々に恵まれました。きっとフィブリノゲンを使用しなければ、命がなかったのかも知れません。肝炎と分かった時は、自暴自棄にもなりましたが、早くから分かっていたので、24年間検査を受けられました。ただ、これから段々年をとります。肝炎も進行します。医療費も高くなり、支払えるか不安です。今は主人がいますので、心配はありませんが、これからは不安です。私の母のデイサービスでも、うつる病気に肝炎が出てきています。実際、私がデイサービスに行くようになると、もし拒否されたら、そのような施設に入ることもできません。近い将来、それが現実になります。	5. 家族への思い、家計、就労