

平成16年4月12日

厚生労働大臣
坂 口 力 殿

社団法人日本肝臓学会
理事長 沖 田 極

財団法人日本消化器病学会
理事長 藤 原 研 司

要 望 書

本邦では、インターフェロン α 製剤は1988年にB型慢性活動性肝炎、1992年にC型慢性活動性肝炎、1998年にはC型慢性非活動性をも含めて臨床使用が可能になりました。インターフェロンの使用により、これら慢性肝炎患者の多くで病状が改善・治癒し、健常人と同様の社会生活ができるようになった例も少なくありません。

現在、慢性肝炎の治療にはインターフェロンやインターフェロンと抗ウイルス剤の併用が極めて有効であるとの成績が多く報告され、インターフェロン製剤が非常に重要な薬剤であります。

インターフェロンは長期投与で治療成績が向上することも確認されており、特にC型肝炎では2002年2月にインターフェロンの投与期間の制限撤廃以来、C型肝炎ウイルスが排除され完治する例も増加し、また、肝細胞癌の発生も抑制されています。

しかし、インターフェロンの投与方法は、連日あるいは週に2～3回投与する事を必要とするため、外来治療では患者にとって通院が多大な負担となり、実際投与継続が不可能な患者があることも事実です。インターフェロン治療により良好な効果が予想される患者であってもやむを得ず治療を中断するといった不本意な例も少なくありません。

また、慢性肝炎におけるインターフェロン治療は、その症状が穏やかであり、また長年にわたる多くの治療成績、副作用の報告などから、一定の入院を経て経過が順調に推移している患者にはできる限り入院期間を短縮し外来治療に切り替えることが望ましく、そのことで患者のQuality of Life を高めることになると考えられます。

もしインターフェロン α 製剤の自己注射が可能になれば、これらの問題も解決され多くの肝炎患者の継続治療が可能になり、より有効な治療効果が期待でき、患者にとっても大きな福音になることに間違いのないと思われます。

欧米ではインターフェロン α 製剤は自己注射が認められており、Quality of Life の向上も含め高い有用性と治療効果が報告されています。

これらの理由により、日本肝臓学会としてインターフェロン α 製剤の自己注射が可能になるよう要望いただきますようお願い申し上げます。

以上



平成 15 年 9 月 24 日

厚生労働省保険局

保険局長 辻 哲夫 殿

財団法人 日本リウマチ財団
理事長 高久史麿



エタネルセプト(国内開発治験名: TNR-001、欧米での商品名: エンブレル)の
在宅医療における自己注射保険適用の要望書

近年、関節リウマチの治療薬の開発には著しい進歩がみられ、既に欧米では関節リウマチ治療に生物学的製剤が広く使用され患者に新たな福音をもたらしています。本邦においても生物学的製剤がようやく臨床に使用される状況になって参りました。

その生物学的製剤の一つであり、現在承認審査中のエタネルセプト(国内開発治験名: TNR-001、欧米での商品名: エンブレル、[日本ワイスレダリー(株)開発])は、現在 61 カ国にて承認されており、その有用性については多くの国内外の関節リウマチ専門医から高い評価が与えられています。

本邦においても、承認後にエタネルセプトの有用性が広く認知され、多くの医師、関節リウマチ患者に新たな関節リウマチ治療の展開をもたらすものと期待されます。

エタネルセプトは週 2 回の皮下注射という投与方法で使用されるため、いずれの既承認国においても患者が自己注射することが認められており、高いコンプライアンスが得られています。一方、我が国では自己注射が認められているリウマチ治療薬がない為、エタネルセプトの薬剤承認が得られたとしても、その投与方法として患者自己注射が合わせて保険適用されない場合、エタネルセプト投与患者は週 2 回も通院せざるを得ません。この場合の患者の身体的、経済的負担は膨大なものになり、海外の患者と同様の QOL 改善を得ることが困難なことが容易に予測されます。

本邦での開発会社日本ワイスレダリー(株)では、本剤の自己注射保険適用実現に向け、本邦での自己注射経験例収集のため、長期試験の一環として自己注射の臨床試験を実施していますが、自己注射に起因した有害事象はみられておらず、試験参加患者に行ったアンケートによれば患者の多くが自己注射の継続を希望しているなど、明らかに自己注射へのニーズが伺えます。

当該開発会社では、患者の安全性に細心の注意を払うべく、関節リウマチ患者でも使用しやすい自己注射補助器具、および自己注射に関する患者教育用資材の準備も進めていると同時に、治療開始後に治療効果がみられ、患者本人が強く希望し医師が適切と判断した症例のみ、自己注射に移行するなどの一定の安全性確保対策を打ち出しており、本剤の市販後における自己注射の使用に関しては万全の準備を整えています。

これらの状況に鑑み、日本リウマチ財団は、医師、関節リウマチ患者の治療の選択肢をひろげ、また関節リウマチ患者の QOL を高める為に、本剤自身の早期承認、および在宅医療におけるエタネルセプトの自己注射保険適用を強く要望するものであります。何卒、よろしくお願い申し上げます。

以上

厚生科学研究費補助金肝炎等克服緊急対策研究事業（肝炎分野）

総括研究報告書

C型肝炎ウイルスの感染者に対する治療の標準化に関する臨床的研究

主任研究者 熊田博光 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 副院長

研究要旨；昨年度作成したC型肝炎ウイルス(HCV)感染者に対する治療の標準化のガイドラインを改訂、修正するために、過去5年間のインターフェロン(IFN)療法（Ribavirin 併用を含む）の治療成績を検討した。このIFN投与成績を踏まえかつ新たに使用可能となった持続型IFN製剤であるPegasysもガイドラインに加えて2004年度版のガイドラインを作成した。現在全国規模で施行されている節目検診において新たなHCV感染者の拾い上げが行われている。検診にて発見された新規症例も含めたC型慢性肝炎症例に対する治療がこのガイドラインに基づいて施行されることが望まれる。またIFN無効例、非適応例に対する治療についても実態調査を施行した。今回はそのデータに基づいてALT値を指標にした治療法の標準化のガイドラインも提示した。

個別研究においてはIFN投与後の長期経過の解析、IFN、Ribavirin 併用療法の臨床的、基礎的研究が施行された。難治性のC型肝炎に対してより効果的な治療法が検討されている。またB型慢性肝炎に対する治療法の確立も必要である。Lamivudineの治療成績の解析と基礎的研究が進められている。また従来施行されてきたIFNの治療成績も再検討していく必要がある。

実態調査協力施設

愛知医科大学	愛媛大学
大阪市立大学	金沢大学
清川病院	久留米大学
信州大学	虎の門病院
山口大学	山梨大学
大阪大学	京都府立医科大学
聖マリアンナ医科大学	名古屋市立大学
武蔵野赤十字病院	長崎医療センター

効果に関与する因子やウイルス遺伝子の変異とウイルス動態の検討

- (3) B型慢性肝炎に対するラミブジン治療効果や genotype との関係、B型急性肝炎と genotype の関係について

B. 研究方法

I、統一研究

上記施設においてC型慢性肝炎に対する治療法とその治療効果について実態調査を行った。調査項目は以下の2つである。

- 1) 1997年から2002年までにIFN療法（リバビリン併用療法を含む）を開始した症例の治療法と治療成績
- 2) 1997年から2002年までにIFN無効例、非適応例に対して施行した治療法とその治療成績

これらの治療法、治療成績をもとに2002年度に作成したIFN治療のガイドラインの修正とIFN無効例、非適応例に対する治療法についてのガイドラインを作成する。

II、個別研究

班員、班友の創意工夫に基づいて、それぞれの研究方法により施行した。

A. 研究目的

I、統一研究

全国でC型肝炎の治療を専門としている主要大学あるいは病院（班員が所属）において、1997年から2002年に治療を開始したインターフェロン(IFN)療法の治療成績の実態を調査し、2002年に提唱したC型慢性肝炎症例に対する治療の標準化に関するガイドラインを修正する。またIFN非適応例、無効例に対する治療法と治療効果の実態を調査し治療法に関するガイドラインをまとめる。

II、個別研究

- (1) C型慢性肝炎症例に対するIFN療法の治療効果と長期予後
- (2) C型慢性肝炎症例に対するIFNとリバビリンの併用療法における治療法の工夫、治療

C. 研究結果

I. 統一研究

1) IFN療法の治療成績

各施設より集められた 1997 年から 2002 年に IFN 療法を開始した 3085 例のデータを解析した。背景は男：女=1800:1281、年齢 17-83 歳(中央値 53 歳)、投与回数 初回 2020 例、2 回目 879 例、3 回目以上 648 例、肝組織像 Staging F0-1/2/3/4=1365/879/482/166、IFN の種類 (Advaferon, Canferon A, Feron, Intron A, β Mochida, OIF, Sumiferon Pegasys, Ribavirin 併用療法(Intron A, Peg-Intron), Pegasys)であった。

このうち IFN 投与中や投与終了後の経過観察期間が不十分である症例を除き、IFN 治療効果が判定可能であった 2264 例を解析した。

A) 全体の治療成績 (完全著効率)

ウイルス量と Group(serotype)別に検討した。Genotype 1 の低ウイルス量の症例(209 例)の完全著効率は 71.3%、高ウイルス量症例(1176 例)では 20.2%であった。Group 2 の低ウイルス量症例(266 例)の完全著効率は 82.3%、高ウイルス量症例(613 例)では 57.3%であった。

B) Group、ウイルス量別の治療成績

Group 1、低ウイルス量：209 例の完全著効率 71%、不完全著効率 10%、無効 18%

1. IFN 単独 6 ヶ月以下投与 (158 例)

完全著効 70%、不完全著効 12%、無効 22%

2. IFN 単独 7 ヶ月以上投与 (28 例)

完全著効 68%、不完全著効 21%、無効 11%

3. IFN, Ribavirin 併用療法(25 例)

完全著効 80%、不完全著効 16%、無効 4%

Group 1、高ウイルス量 (IFN 単独)：587 例の完全著効率 16%、不完全著効率 25%、無効 60%

1. IFN 単独 6 ヶ月投与 (492 例)

完全著効 13%、不完全著効 22%、無効 63%

2. IFN 単独 1 年以上投与 (45 例)

完全著効 38%、不完全著効 36%、無効 27%

Group 1、高ウイルス量 (IFN, Ribavirin 併用療法)：571 例の完全著効率 25%、不完

全著効率 15%、無効 60%

1. IFN, Ribavirin 併用 6 ヶ月投与 (458 例)

完全著効 19%、不完全著効 15%、無効 66%

2. IFN, Ribavirin 併用 1 年投与 (74 例)

(Peg-interferon を含む)

完全著効 62%、不完全著効 18%、無効 20%

Group 2、低ウイルス量：266 例の完全著効率 83%、不完全著効率 7%、無効 10%

1. IFN 単独 6 ヶ月以下投与 (234 例)

完全著効 83%、不完全著効 7%、無効 11%

2. IFN 単独 7 ヶ月以上投与 (10 例)

完全著効 90%、不完全著効 10%、無効 0%

3. IFN, Ribavirin 併用療法(22 例)

完全著効 78%、不完全著効 0%、無効 22%

Group 2、高ウイルス量：613 例の完全著効率 57%、不完全著効率 20%、無効 22%

1. IFN 単独 6 ヶ月以下投与 (405 例)

完全著効 51%、不完全著効 26%、無効 23%

2. IFN 単独 1 年以上投与 (35 例)

完全著効 69%、不完全著効 9%、無効 18%

3. IFN, Ribavirin 併用療法(158 例)

完全著効 73%、不完全著効 8%、無効 18%

2) IFN 無効例、非適応例に対する治療

各施設より集められた 1997 年から 2002 年に治療を開始した 905 例のデータを解析した。背景は男：女=486:419、年齢 15-81 歳(中央値 60 歳)、過去の IFN 療法の有無 あり;369、なし;213、肝組織像 Staging F0-1/2/3/4 = 150/151/99/50 であった。治療法としては、UDCA、SNMC、IFN (少量投与)、瀉血、その他 (小柴胡湯、グリチロンなど) の単独または併用投与であった。

IFN 無効例、非適応例に対する治療としては、単剤投与症例が 705 例(78%)、多剤投与症例が 200 例(22%)であった。

A) 単剤投与例

単剤で治療例の内訳は、UDCA 556 例 (79%)、SNMC59 例(8%)、IFN40 例(6%)、その他 33 例(5%)であった。

UDCA の治療成績(556 例)

投与量は 600mg 投与例 494 例(89%)、300mg 投与例 39 例(7%)であった。ALT 値でみた治療効果では正常化 203 例(38%)、1.1-1.5 倍 160 例(30%)、1.6-2 倍 98 例(18%)、2.1-4 倍 68 例(13%)、4.1 倍以上 12 例(2%)であった。また治療開始時 ALT 値 100IU/L 以下の症例での ALT 値の正常化率は 43%(400 例中 172 例)であった。

SNMC の治療成績(59 例)

1 回投与量は 60ml が 20 例、40ml が 18 例、100ml が 9 例であった。ALT 値の正常化症例は 10 例(17%)、1.1-1.5 倍 11 例(19%)であった。

IFN の治療成績(40 例)

1 回投与量は 3MIU が 23 例、6MIU が 7 例であった。ALT 値の正常化症例は 11 例(28%)、1.1-1.5 倍 16 例(40%)であった。

瀉血の治療成績(17 例)

ALT 値の正常化症例は 2 例(12%)、1.1-1.5 倍 5 例(29%)であった。

B) 多剤投与例

多剤投与で最も多かった投与薬剤は UDCA と SNMC の併用療法であった。(143 例)1 回投与量は UDCA600mg + SNMC60ml が 49 例、UDCA600mg + SNMC40ml が 38 例と多かった。治療による ALT 値の正常化症例は 29 例(20%)、1.1-1.5 倍 51 例(36%)、1.6-2 倍 40 例(28%)、2.1-4 倍 16 例(11%)、4.1 倍以上 6 例(4%)であった。

II、個別研究

(1) C 型肝炎

赤羽らは IFN monotherapy で完全著効となった症例で 5 年以上経過観察した症例の予後について検討し、HCV 抗体価(PHA 価)は平均 2 年で 1 管程度が低下すること、組織所見では fibrosis score が年平均 0.18 改善することを報告した。さらに熊田らは初回の IFN 投与後 10 年以上経過観察した症例の予後を

検討し、(a)1 回の IFN にて著効になった群、(b)1 回の治療にて著効にならなかったもののその後も 1 回以上の IFN 療法を施行した群、(c)1 回しか IFN を施行しなかった群で比較すると発癌率は(a)<(b)<(c)の順であることを報告した。沖田らは IFN 非著効例においても IFN を再投与することによって肝発癌率を有意に低下させることができることを報告した。

清沢らは、IFN 単独または IFN,Ribavirin 併用療法において *H.Pylori* の感染と治療効果の関係を調べたが、*H.Pylori* の感染は治療効果に影響しないことを報告した。恩地らは、IFN 単独療法において治療効果を規定する宿主側因子としてケモカインレセプター(CCR5 promoter)の SNP を測定しこの SNP の有用性を報告した。また金子らは肝組織、末梢血単核球における発現遺伝子を cDNA マイクロアレイ法を用いて解析し IFN の治療効果を予測することが可能であったと報告した。清沢らは、IFN,Ribavirin 併用療法において宿主の免疫機構である Th1/Th2 比率を経時的に測定し IFN 無効群では IFN 著効または有効群に比べ治療終了時の Th1/Th2 比が高値であったことを報告した。

各務らは、C 型肝炎に対する 1 年投与の IFN の効果を検討し IFN,Ribavirin 併用療法 6 ヶ月投与後に IFN 単独投与を継続した場合 Serotype 1 の高ウイルス量でも治療効果が上昇することを報告した。同様に笠原らは Serotype 1 の高ウイルス量症例で IFN, Ribavirin 併用療法 6 ヶ月投与後に IFN 単独投与 24 週間投与を行うことによって治療後の HCV RNA の再出現を抑制できることを報告した。西口らは、IFN 抵抗性の肝炎症例に対して IFN β と Ribavirin の併用療法を施行し IFN α と同等以上の効果を認め副作用が軽度であることを報告した。折戸らも IFN, Ribavirin 併用療法 6 ヶ月投与の成績を解析し、完全著効群では開始後 4-8 週までに 86%が HCV RNA が陰性化することを報告した。佐田らも IFN,

Ribavirin 併用療法 6 ヶ月投与の成績を多変量解析し、治療効果に寄与する因子として HCV serotype、IFN 中止の有無、IFN1 日投与量があると報告した。泉らは、IFN, Ribavirin 併用療法施行時の HCV 動態と IFN 誘導蛋白の発現を検討し Ribavirin 併用によるウイルス減少曲線の第 2 相の改善と IFN β 2 分割投与にて IFN 誘導蛋白の高発現の維持が見られたことを報告した。飯野らは、IFN, Ribavirin 併用療法施行時の投与 4 週目および 8 週目の HCV RNA 量から完全著効を得るのに必要な治療期間が推定できる可能性を報告した。折戸らは、Ribavirin 単独療法中の遺伝子変異パターンを検討し Ribavirin が RNA mutagen として作用する可能性を報告した。沖田らは、IFN, Ribavirin 併用療法施行時赤血球膜内リン脂質の脂肪酸分析を経時的に施行しイコサペンタ酸が治療開始後 8 週目と終了時に有意に低下し、イコサペンタ酸濃度とヘモグロビンの低下には有意な逆相関があることを報告した。

恩地らは、T7 アデノウイルスベクターおよび T7 持続発現細胞株を用いて HCV full-genome が発現し細胞毒性の少ない実験系を構築したことを報告した。西口らは、HCV core のトランスジェニックマウスにおける心筋症の発症についての基礎的研究結果を報告した。四柳らは、IFN, Ribavirin 併用療法施行時の眼底所見を検討し眼底異常が 17.1% に出現することとその経過について報告した。また C 型慢性肝炎患者血清中から新たな自己抗体 (抗 AK094050 抗体) を発見したことを報告した。矢野らは、国立病院・療養所での IFN 療法の治療効果を報告した。

(2) B 型肝炎

四柳らは、B 型急性肝炎の最近の動向を検討し、genotype A が増加傾向にあることを報告した。折戸らは、B 型慢性肝炎患者に対する Lamivudine 治療成績を genotype B と C で比較し両群間で有意な差を認めなかったことを報告した。岡上らは、Lamivudine 耐性

ウイルスの高感度検出系を開発し臨床的有用性を報告した。熊田らは、本邦における Lamivudine の治療効果と耐性ウイルスの出現、その治療について報告した。

(3) 全国調査

沖田らは、肝炎ネットワーク全国ブロック会議が設立され平成 14 年度の検診で「C 型肝炎ウイルスに感染している可能性が極めて高い」と判定された者 (要精検者) の二次医療機関受診状況について報告した。全国平均では 65.4% であり、このうち IFN 治療をうけた割合は 13.8% であった。

D. 考察

I、統一研究

昨年度に提示した C 型肝炎に対する治療の標準化ガイドラインを補足、修正するにあたり今回 IFN 療法の治療効果を最近 5 年間のデータで再検討した。また IFN 無効例、非適応例に対する治療についても治療方法とその効果について実態調査を施行し検討した。

1) IFN 治療成績

従来の報告と同じく Group 1 および 2 の低ウイルス量症例では IFN の治療効果はそれぞれ 71%、83% と高率であった。これらの群では IFN の単独投与でも比較的高率に著効が得られていた。IFN, Ribavirin 併用療法の症例数はまだ少なく今後の検討、解析を必要とする。

一方本邦で最も患者数の多い Group 1 で高ウイルス量の症例では、IFN 単独投与と IFN, Ribavirin 併用療法に分けて検討した。IFN 単独 6 ヶ月投与の成績は完全著効率 13% と従来の報告よりも高かった。この原因として投与法の工夫や高ウイルス量であつても比較的低い症例を選んで治療した影響が考えられた。IFN 単独 1 年以上投与症例の完全著効率は 6 ヶ月投与症例よりも高く、投与中に HCV RNA が陰性化する症例では期待のもてる治療法である。IFN, Ribavirin 併用療法の治療効果は 6 ヶ月投与の場合、完全著効率 20% 弱であった。Peg-IFN を含む併用療法での 1 年投与の場合、症例数は十分ではな

いものの完全著効率は62%と高く今後1年投与に期待が持たれる。

Group 2の高ウイルス量症例ではIFN単独6ヶ月投与、1年以上の投与、IFN, Ribavirin 併用療法の順に治療効果が高くなった。IFN単独投与無効群に対して今後単独1年投与またはIFN, Ribavirin 併用療法が効果として期待される。

これらの治療成績を踏まえ、2002年度に作成したC型肝炎に対する治療の標準化のガイドラインを補足、修正した。(表1、2) Group 1および2の低ウイルス量の症例は初回投与の場合IFNの8-24週間投与とし、再治療の場合はIFN, Ribavirin 併用療法、IFN単独長期、コンセンサスIFNによる治療が適切と判断した。Group 1の高ウイルス量症例ではIFN, Ribavirin 併用療法、IFN単独長期、コンセンサスIFN等の治療が優先される。ただしコンセンサスIFNはウイルス量700 KIU/mL(または10 Meq/mL, 4000fmol/L)の超高ウイルス量症例では効果が少なく700 KIU/mL以下の症例とした。再投与の場合IFN, Ribavirin 併用療法、IFN単独長期が必要となる。Group 2の高ウイルス量症例では、低ウイルス症例よりも治療効果が劣るためIFN, Ribavirin 併用療法、IFN単独長期、コンセンサスIFNが必要である。再投与例においても同様の治療法が適切と考えられた。これらの治療法に新たにPeg-IFN, Ribavirin 併用療法等の治療法が今後新たに加わるものと考えられガイドラインは今後も改訂していく必要がある。

2) IFN無効例、非適応例に対する治療

治療薬として主として使用されているのはUDCAであり、次にSNMCであった。併用療法に関してもこの2剤の併用が最も多かった。UDCAの治療効果は比較的良好であり、特にALT値が100 IU/L以下の症例でALT値の改善が認められていた。UDCA, SNMCの併用療法のALT値改善率がUDCA単独療法より悪いのは多くの症例でUDCA単独の治療効果不良例が併用療法を施行されているためと考えられた。これらのデータを踏まえ治療のガイドラインとして1.ALT値100IU/L以下の症例に対しては、第一選択はウルソ 600mg、2.ALT値

100IU/L以上の症例に対しては、第一選択はSNMC(40-100ml/日)+ウルソ 600mgとした。

II、個別研究

- (1) C型慢性肝炎に対するIFN療法が本邦で開始されてから10年以上が経過している。IFN療法の長期効果を検討すると著効例では有意に発癌率が低下し肝組織像の改善が得られることが明らかになった。しかし少数ながらも完全著効例からも発癌症例が出現し経過観察の重要性が指摘されている。またIFNにて完全著効に至らない場合でもIFNの複数回投与によって発癌率が低下することも示され、IFNの有用性が示唆されている。これらの点に関しては今後も継続した研究が必要である。
- (2) IFNの治療効果は、ウイルス側因子(ウイルス量、genotype)と伴に宿主側(生体側)の因子によっても規定されている。宿主側因子に関しては近年種々の報告がなされ、特にヒトゲノム解析に期待が寄せられている。今後ゲノム解析はIFN単独療法のみならずIFN, Ribavirin 併用療法においても施行され、肝炎治療の進歩に寄与するものと考えられる。
- (3) 本邦においてIFN, Ribavirin 併用療法はC型慢性肝炎に対して最も効果のある治療法であるが、24週間の投与ではGroup 1の高ウイルス症例で約20%の完全著効率である。著効率の改善を図るために併用療法後IFNの単独投与を続ける方法も有用である。将来的には欧米と同様のIFN, Ribavirin 併用48週間投与(Peg-IFN, Ribavirin 併用療法も含む)が最も効果のある治療として期待されている。また基礎的研究としてはRibavirinの作用機序と副作用に関する興味深い報告がなされた。しかしRibavirinについては依然不明な点も多く今後解明されていく必要がある。
- (4) C型慢性肝炎患者では肝炎のみならず他臓器の病変(肝外病変)も報告されている。その病態解明は今後必要である。
- (5) 急性B型肝炎では近年そのGenotypeの分布に

大きな変化がみられている。つまり欧米で多いとされる Genotype A の症例が増加傾向にあることが報告された。Genotype A は成人感染例においても carrier 化する可能性が指摘されており、今後注意が必要である。B 型慢性肝炎に対する Lamivudine の使用症例数も増加傾向にある。Lamivudine 療法においては耐性ウイルスの出現が最も重要な因子であり基礎的、臨床的研究が今後必要である。また新しい核酸アナログ製剤(Adefovir Dipivoxil, Entecavir など)の効果も検討すべき点である。今後は B 型肝炎に対しても治療の標準化を目指したガイドラインの作成が必要である。

E. 結論

2002 年度に C 型肝炎ウイルス感染者に対する治療の標準化のガイドラインを作成した。今回過去 5 年間の IFN 療法の治療効果を再検討し、さらに新たに治療薬である Pegasys も加えた 2004 年度版のガイドラインを作成した。今後このガイドラインを基に C 型肝炎の治療が進められ、医療格差の是正、医療経済への効率的還元がなされるものと考えられる。また今回は IFN 無効例、非適応例に対する治療のガイドラインも新たに作成した。今後はこれらのガイドラインを基に治療を進めていくが、その治療効果を常に検討しながら改訂していく必要がある。また B 型肝炎に対しても治療の標準化のガイドラインを今後作成していく予定である。

表1. 初回投与に対する治療の標準化ガイドライン(2004年度版)

genotype ウイルス量	2a	2b	1b
10 Meq/mL以上 700 Kcopy/mL上 4000 fmol/L以上	・イントロンA+リバビリン(24週間) ・コンセンサスIFN(24週間) ・IFN(24~48週間) ・ペグ-IFN(48週間)		・イントロンA+リバビリン(24~[48]週間) ・IFN長期(2年間)
1~10 Meq/mL 100~700 Kcopy/mL 300~400 fmol/L			・イントロンA+リバビリン(24~[48]週間) ・IFN長期(2年間) ・コンセンサスIFN(24~[48]週間) ・ペグ-IFN(48週間)
1 Meq/mL未満 100 Kcopy/ml未満 300 fmol/L未満	・IFN(8~24週間) ・ペグ-IFN(24~48週間)		・IFN(24週間) ・ペグ-IFN(24~48週間)

表2. 再投与に対する治療の標準化ガイドライン(2004年度版)

genotype ウイルス量	2a	2b	1b
10 Meq/ml以上 700 Kcopy/ml以上 4000 fmol/L以上	・イントロンA+リバビリン (24～[48]週間) ・コンセンサスIFN(48週間) ・IFN(48週間) ・ペグ-IFN(48週間)		・イントロンA+リバビリン(24～[48]週間) ・IFN長期(2年間) ・ペグ-IFN(48週間)
1～10 Meq/ml 100～700 Kcopy/mL 300～4000 fmol/L			
1 Meq/ml以下 100 Kcopy/ml未満 300 fmol/L未満			

1b型、高ウイルス量に対する IFN 単独長期療法のガイドライン (2004 年度)

