

血管腫・血管奇形に対する硬化療法・塞栓術の保険適用を求める陳情署名簿

厚生労働大臣 殿

一般に血管腫・血管奇形と呼ばれている疾患は、小児期に自然退縮する良性腫瘍の「乳児血管腫」以外は、血管の形成異常による「血管奇形」であり、自然退縮することなく成長に伴い不可逆的に増大し、疼痛や潰瘍、不意の出血、患肢の成長異常、機能障害、整容上等の問題で長期に渡り日常生活に著しい影響を及ぼす深刻な疾患です。患者数は全国に1万人（1万2～3千人に1人）程度と推測されており、その希少性が故に確立された分類が未だ国内で浸透していないことなどから、患者は診断の確定までに多くの病院を受診せざるを得ないことが多く、また、診断がついても、比較的侵襲の少なく、より効果的な治療法とされている「硬化療法・塞栓術」は保険適用外となっており、これらを行っている施設は非常に限られています。

「硬化療法・塞栓術」は、異常血管を硬化剤で直接硬化または塞栓することにより患部を退縮させる治療法で、国内でも食道静脈瘤・下肢静脈瘤には硬化療法が保険診療として行われています。また、一部領域の血管奇形に対する硬化・塞栓術についても有用性が認められ保険診療となっているところですが、しかし、大半の血管奇形を対象とした硬化療法・塞栓術には制度の壁が立ち上がり、未だ保険適用外であることから、通常は複数回の治療を要することが多いこれらの治療による患者の精神的・経済的負担は非常に大きく、治療に携わる医師にとってもリスク・負担の大きい治療であることは明らかです。

このような事態を一刻も早く打開し、多くの患者が基礎的な社会保障制度による受益ができるよう保険適用をすべきと考えます。つきましては、すべての領域に係る血管腫・血管奇形に対する硬化療法・塞栓術を保険適用としていただけますよう早期実現を強く要望いたします。

署名開始日： 年 月 日

住所	氏名
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	
都道 府県	

※ 黒のペンまたはボールペンで（鉛筆不可）、「ㄥ」「々」「同上」などで省略せず、都道府県から正確に記入してください。

※ 署名は署名者の自筆をお願いいたします。自筆以外の場合は押印が必要です。

※ 内容が理解でき、本人の意思で署名ができる方であれば未成年でも結構です。

※ ご記入いただいた個人情報は、署名を提出する目的以外には使用いたしません。

※ 署名は欄がすべて埋まっている必要はありませんので、1名分でもお送りください。

【問い合わせ先】血管腫・血管奇形の患者会 代表 阿部香織 pavamail2006@gmail.com

【署名用紙返送先】〒134-0083 東京都江戸川区中葛西 4-12-4-501

(株)ウチミヤ内「血管腫・血管奇形の患者会」長尾 宛