

【全員の先生へ】

Q30. 同種移植後の肺炎球菌等の予防についておたずねします。肺炎球菌等に対して、予防的抗生剤を投与していますか(バクタ連日投与も含む)。(〇は1つ)

1. 投与している(⇒Q31へ)
2. 投与していない(⇒Q33へ)

Q31. 【Q30=1「投与している」先生へ】

予防的抗生剤をお教え下さい。

薬剤名(具体的に:)

Q32. 【Q30=1「投与している」先生へ】

予防的抗生剤の投与期間をお教え下さい。(〇は1つ)

1. 3ヵ月
2. 6ヵ月
3. 12ヵ月
4. ステロイド投与中
5. CSP/Tacro投与中
6. すべての免疫製剤が終了するまで

【全員の先生へ】

Q33. 同種移植後の感染予防として、抗真菌剤を投与していますか。(〇は1つ)

1. 抗真菌剤を投与している(⇒Q34へ)
2. 抗真菌剤を投与していない(⇒Q36へ)

Q34. 【Q33=1「抗真菌剤を投与している」先生へ】

その抗真菌剤をお教え下さい。

薬剤名(具体的に:)

Q35. 【Q33=1「抗真菌剤を投与している」先生へ】

抗真菌剤の予防的投与期間をお教え下さい。(〇は1つ)

1. 1ヵ月
2. 3ヵ月
3. 6ヵ月
4. 12ヵ月
5. ステロイド投与中
6. CSP/Tacro投与中
7. すべての免疫製剤が終了するまで

【全員の先生へ】

Q36. 同種移植後のVZVの予防期間をお教え下さい。(○は1つ)

- | | |
|------------------|--------------------|
| 1. 1か月 | 2. 3か月 |
| 3. 6か月 | 4. 12か月 |
| 5. ステロイド投与中 | 6. CSP/Tacro投与中 |
| 7. VZVの予防は行っていない | 8. すべての免疫製剤が終了するまで |

Q37. 同種移植後のCMVモニタリング期間を、100日以内にCMVantigenemia(+)の場合と、100日までCMVantigenemia(-)の場合について、それぞれお教え下さい。(○はそれぞれ1つ)

100日以内にCMVantigenemia(+)

↓ (○は1つ)

- | |
|--------------------|
| 1. 3か月 |
| 2. 6か月 |
| 3. 12か月 |
| 4. ステロイド投与中 |
| 5. CSP/Tacro投与中 |
| 6. すべての免疫製剤が終了するまで |

100日までCMVantigenemia(-)

↓ (○は1つ)

- | |
|--------------------|
| 1. 3か月 |
| 2. 6か月 |
| 3. 12か月 |
| 4. ステロイド投与中 |
| 5. CSP/Tacro投与中 |
| 6. すべての免疫製剤が終了するまで |

Q38. 同種移植後に実施する予防接種の種類をお教え下さい。(○はいくつでも)

- | | | |
|----------------|---------|------------------|
| 1. インフルエンザウイルス | 5. 麻疹 | 9. HBV |
| 2. インフルエンザ桿菌 | 6. ムンプス | 10. その他(具体的に: ↓) |
| 3. 肺炎球菌 | 7. 風疹 | |
| 4. 水痘 | 8. ポリオ | |

Q39. 【Q38=1「インフルエンザウイルス」予防接種実施の先生へ】

インフルエンザ予防接種の開始時期をお教え下さい。(○は1つ)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 移植後半年以内 | 3. 移植後1-2年 |
| 2. 移植後1年以内 | 4. 2年以上経過後 |

Q40. 【Q38=4「水痘」予防接種実施の先生へ】

水痘予防接種の開始時期をお教え下さい。(○は1つ)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 移植後半年以内 | 3. 移植後1-2年 |
| 2. 移植後1年以内 | 4. 2年以上経過後 |

Q41. 【Q38=5「麻疹」予防接種実施の先生へ】

麻疹接種の開始時期をお教え下さい。(○は1つ)

- | | |
|------------|------------|
| 1. 移植後半年以内 | 3. 移植後1-2年 |
| 2. 移植後1年以内 | 4. 2年以上経過後 |

【今後の移植後長期フォローのあり方について】

【全員のかたへ】

- Q42. 移植後の長期フォローの今後の在り方について、忌憚のないご意見をお教え下さい。
まず、「構造的な問題」についてはいかがでしょうか。

施設・設備、人材(担当医師・専従の看護師)、診療点数など何でも

- Q43. では、「診療プロセス」についてはいかがでしょうか。

慢性GVHD診断基準、ガイドライン、診療にかかる時間の充足度、多職種によるフォロー体制などの
必要性や要望

- Q44. では、「ケア」や「専門外来設置」等についてはいかがでしょうか。

- Q45. もしも診療報酬がついた場合には、移植専門外来を設置したいと思いますか。

1. はい 2. いいえ 3. どちらともいえない

その理由をお知らせください。

【最後に・・・】

【全員の先生へ】

以下の項目は、結果を統計的にとりまとめるために必要ですので、是非ともお知らせ下さい。

- Q46. 御施設名と、ご記入されたかたの氏名をお教え下さい。

施設名：

御記入された医師お名前：

以上でアンケートは終了です。ご協力ありがとうございました。

☆ このアンケートは移植にたずさわる看護師の方がご回答ください。

造血幹細胞移植患者の長期フォローに関する実態調査

ご回答に際してのお願い

- ご回答の記入は、
 - ① 該当する項目番号に○印をつける。
 - ② 記入欄に数字を記入する。
 - ③ 記入欄に文字を記入する。以上の方法でお願いいたします。

- このアンケートについて、ご不明な点などがございましたら、ご遠慮なく下記の担当者まで、ご連絡下さい。

- 尚アンケート用紙は、7月 7日(月)までに ご投函頂きますようお願い致します。

※ 本アンケートへのご回答は、移植業務にたずさわる看護師の方にご記入をお願いします。

ご記入頂きましたら、依頼医師にお渡しいただくか、同封の返信用封筒にて、切手を貼らずにそのままご返送下さい。

連絡先

国立国際医療センター血液内科
〒162-8655 東京都新宿区戸山1-21-1.
電話03-3202-7181 FAX03-3207-1038
担当者：萩原（5274）
shagiwar@imcj.hosp.go.jp

【移植後の長期フォロー患者のケアについて】

【全員のかたへ】

Q1. 外来長期フォローのケア担当者の、職種・経験等の背景と所属をお教え下さい。

担当者の職種 (記入)	⇒	
担当者の経験 等の背景(記入)	⇒	
担当者の所属 (〇は1つ)	⇒	1. 病棟 2. 外来 3. その他(具体的に:)

Q2. 外来での長期フォローにおいて実施しているケア内容を全てお教え下さい。(〇はいくつでも) また、実施しているケアについては内容を具体的にお教え下さい。

ケア内容	実施	実施内容(具体的に)
眼症状	⇒ 1. ⇒	
口腔症状	⇒ 2. ⇒	
眼症状	⇒ 3. ⇒	
その他	⇒ 4. ⇒	

Q3. 外来での長期フォローにおけるケアの、実施タイミングをお教え下さい。(〇は1つ)

1. 必要時にケアを実施
2. 定期的にケアを実施(⇒具体的に:)

Q4. 移植患者のケアに関して、入院病棟と外来との連携はありますか。(〇は1つ)

1. 連携あり(⇒Q5へ)
2. 連携なし(⇒Q6へ)

Q5. 【Q4=「連携あり」のかたへ】

どのような方法で連携されているのかお教え下さい。

--

【移植後の生活指導の実施状況について】

【全員のかたへ】

Q6. 移植後に生活指導を実施する担当者の、職種・経験等の背景と所属をお教え下さい。

担当者の職種
(記入)

⇒

担当者の経験
等の背景(記入)

⇒

担当者の所属
(〇は1つ)

⇒

1. 病棟

2. 外来

3. その他(具体的に:

)

Q7. 移植後の生活指導において、実施している指導内容をお教え下さい。(〇はいくつでも)

1. 退院後の生活についてのパンフレット等の使用
2. 感染予防策に関するセルフケアについての指導
3. GVHD症状に関するセルフケアについての指導
4. その他(具体的に:

)

Q8. 移植後の生活指導の実施時期を具体的にお教え下さい。

