再生不良性貧血

小児科

軽症		中等症		やや重症		重症		最重症	
経過観察	3	経過観察	3	経過観察	0	経過観察	0	経過観察	0
→同化H	1	→同化H	1	→同化H		→同化H		→同化H	
→ CyA		→ CyA	1	→ CyA		→ CyA		→ CyA	
ATG + CyA	0	ATG + CyA	0	ATG + CyA	1	ATG + CyA	0	ATG + CyA	0
→ SCT		→ SCT		→ SCT	1	→ SCT		→ SCT	
SCT	0	SCT	0	SCT	2	SCT	3	SCT	3
合計	3	合計	3	合計	0	合計	3	合計	3

再生不良性貧血

微少PNH血球の測定

可能な限り全例	24
免疫抑制療法を予定する場合	7
溶血所見がある場合	6
ほとんど施行していない	3
他疾患との鑑別が困難なとき	2
治療方針変更の場合	1
無回答	1

回答38施設（内科・小児科）
複数回答あり

再生不良性貧血

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている（理解している）	21施設（54%）	11施設（28%）
半数以上の医師が知っている（理解している）	12施設（31%）	19施設（49%）
知っている（理解している）医師は僅かである	6施設（15%）	9施設（23%）

回答 39施設

再生不良性貧血

● 30歳代以下の若年者では、血縁ドナーが存在する場合でもまず ATG + CyAを選択する施設が多い。重症度が上がるほど、移植選択の回答が増えるが、ATG + CyAを先に行う施設がやはり多い。
● 高齢者では、まず同化ホルモンあるいはCyA単剤による治療を行い、その後 ATG + CyAを考慮するケースが多い。
● 微少PNH型血球検査は大部分の施設で行われているとの回答だが、その意義が必ずしも理解されていない場合があると思われる。啓蒙活動が必要。
● 参照ガイドの認知度・理解度は、全対象疾患の中で最も高い。

赤芽球癆（PRCA）

治療方針

内科・小児科

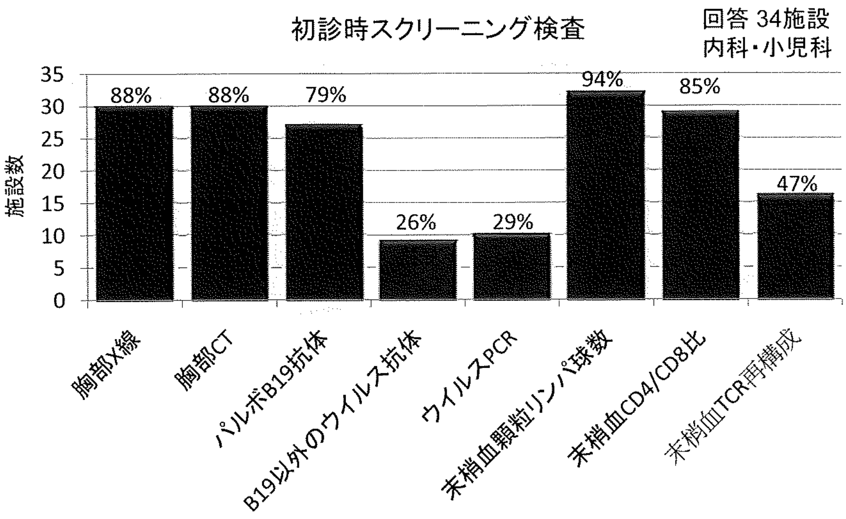
特発性		胸腺腫続発		LGL続発		その他続発	
		原疾患治療	28	原疾患治療	12	原疾患治療	17
		→ CyA（併用含む）	22	→ CyA（併用含む）	9	→ CyA（併用含む）	11
		→ PSL	1	→ PSL	1	→ PSL	1
		→ PSL or CPM	1	→ CPM	1	→ CPM	1
		→ CyA + PSL	1				
CyA	31	CyA	5	CyA	15	CyA	7
→ PSL（併用含む）	24	→ PSL	4	→ PSL	7	→ PSL	5
→ CPM	3	→ CPM	1	→ CPM（併用含む）	5	→ CPM	2
→ PSL or CPM	2			→ PSL or CPM	3		
PSL	3	PSL	0	PSL	2	PSL	5
→ CyA	2			→ CyA or CPM	2	→ CyA	2
→ CyA or CPM	1					→ CyA or CPM	1
CPM	0	CPM	0	CPM	1	CPM	0
				→ PSL	1		
無回答	0	無回答	2	無回答	5	無回答	6
合計	34	合計	35	合計	35	合計	35

赤芽球癆（PRCA）

治療方針　小児科

DB貧血	
PSL	3
→ CyA	2
→ SCT	1
合計	3

赤芽球癆(PRCA)



- その他に、自己抗体、T/NKマーカー測定

赤芽球癆(PRCA)

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている(理解している)	9施設(24%)	6施設(16%)
半数以上の医師が知っている(理解している)	16施設(43%)	15施設(40%)
知っている(理解している)医師は僅かである	12施設(32%)	16施設(43%)

回答 37施設

赤芽球癆（PRCA）

- 特発性、続発性共にほとんどの施設でCyAが（原疾患治療併用を含む）第一選択になっている。

- 初診時スクリーニング検査としては、胸部X線、CT、パルボB19抗体、末梢血顆粒リンパ球数、末梢血CD4/8比が広く行われている。

溶血性貧血（PNH）

治療方針　　　内科・小児科

補体溶血	
PSL	**18**
→ Eculizumab（併用含）	6
→ CyA	2
→ 同化H（併用含）	3
→ CyA or Eculizumab	1
Eculizumab	**9**
→ PSL	6
同化H	**1**
→ PSL	1
経過観察	**9**
→ PSL or Eculizumab	7
SCT	**1**
合計	**38**

骨髄不全			
ATG / CyA	**13**	**PSL or 同化H**	**1**
→ 同化H	2	**経過観察**	**6**
→ PSL	2	→ ATG / CyA	1
→ Eculizumab	1	→ PSL	2
→ SCT	1	→ PSL or 同化H	1
同化H	**10**	→ SCT	1
→ ATG / CyA	5	**SCT**	**2**
→ PSL	1	**Eculizumab**	**2**
→ SCT	2	→ SCT	2
PSL	**4**		
→ CyA	1		
→ 同化H	2		
→ SCT	1	**合計**	**38**

血栓症	
Warfarin	**34**
→ Eculizumab	4
→ PSL	3
→ Eculizumab or PSL	1
→ SCT	1
PSL	**1**
→ Eculizumab	1
無回答	**3**
合計	**38**

- 輸血が必要な場合はEculizumabを積極的に考える。
- 鉄欠乏患者では鉄投与
- SCTは重症度に応じて1st lineで考える。

溶血性貧血（PNH）

PNH血球の測定

全例	30 (81%)
汎血球減少例	6 (16%)
行っていない	1 (3%)

回答37施設
内科・小児科

※ FACSを使用していない施設があるかもしれません

溶血性貧血（PNH）

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている（理解している）	11施設（27.5%）	7施設（17.5%）
半数以上の医師が知っている（理解している）	18施設（45%）	17施設（42.5%）
知っている（理解している）医師は僅かである	11施設（27.5%）	16施設（40%）

回答 40施設

溶血性貧血（PNH）

● 溶血に対してはほとんどの施設でPSLが第一選択。Eculizumabに対する期待は高い。
● 骨髄不全については、ATG + CyAおよび同化ホルモンによる治療で大部分が占められる。再生不良性貧血に準じた治療が行われていると思われる。
● 血栓症については、ワーファリンが第一選択。ただ、経験例が少ないとの御意見あり。
● PNH血球検査はほぼ全ての施設で行われているが、FACSを使用した検査かどうかは不明。
● 必ずしも病態が理解されていない。啓蒙活動が必要と思われる。

溶血性貧血（AIHA）

治療方針

内科・小児科

Hb >10 g/dL		Hb 7 – 10 g/dL		Hb <7 g/dL	
経過観察	28	経過観察	2	経過観察	0
→ ステロイド	9	→ ステロイド	1	→ ステロイド	
ステロイド	12	ステロイド	38	ステロイド	40
→ 脾摘		→ 脾摘	9	→ 脾摘	13
→ azathioprine	3	→ azathioprine	7	→ azathioprine	7
→ CyA	3	→ CyA	7	→ CyA	8
→ azathioprine or 脾摘		→ azathioprine or 脾摘	2	→ azathioprine or 脾摘	2
→ azathioprine or CyA		→ azathioprine or CyA	3	→ azathioprine or CyA	4
→ 脾摘 or CyA		→ 脾摘 or CyA		→ 脾摘 or CyA	1
合計	40	合計	40	合計	40

● リツキサン投与を行っている施設もあった

溶血性貧血(AIHA)

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている(理解している)	10施設(26%)	5施設(13%)
半数以上の医師が知っている(理解している)	17施設(44%)	19施設(49%)
知っている(理解している)医師は僅かである	12施設(30%)	15施設(38%)

回答 39施設

溶血性貧血(AIHA)

● ほとんどの施設でステロイドが第一選択。無効例では脾摘を選ぶ施設が多いが、azathioprineやCyAを選択する施設も多く、ステロイド無効例に対する治療をどのように行うべきなのか明らかにしていく必要がある。

● リツキサンへの期待が高い。リツキサン臨床研究への希望がとても多い。

骨髄異形成症候群(MDS)

内科からの回答

Low	
30歳代以下 (若年者)	約50%が経過観察、Lenalidomideが20%程度。他は、ビタミン、同化ホルモン、免疫抑制(CyA)などが同程度。化学療法の施行は無し。25%の施設は最終的に移植と考える。
40歳代－60歳代 (中高年)	ほぼ若年者と同様。最終的に移植と考える施設は17%。
70歳代以上 (高齢者)	約70%が経過観察。Lenalidomideが20%程度。他は、ビタミン、同化ホルモン、免疫抑制(CyA)などだが、同化ホルモンの使用が比較的目立つ。化学療法の施行は無し。
Int-1	
30歳代以下 (若年者)	経過観察は25%。他はビタミン、同化ホルモン、CyAが同程度。Lenalidomideは15%程度。化学療法の施行はないが、60%の施設で最終的に移植と考える。メチル化阻害剤は10%以下。
40歳代－60歳代 (中高年)	ほぼ若年者と同様だが、移植を考える施設は40%程度となる。メチル化阻害剤を選ぶ施設が15%と少し増える。移植は50歳までという施設あり。
70歳代以上 (高齢者)	経過観察が少し増えて35%。治療としてはビタミン、同化ホルモン、CyAが同程度選ばれる。化学療法施行はほとんど無し。Lenalidomideは25%程度。メチル化阻害剤はやや少なく15%程度。

骨髄異形成症候群(MDS)

内科からの回答

Int-2	
30歳代以下 (若年者)	移植を第一選択にする意見が圧倒的で、最終的に移植と考える施設まで含めると、80%に上がる。メチル化阻害剤が20%見られる。Lenalidomideの使用はほとんどなし。
40歳代－60歳代 (中高年)	ほぼ若年者と同じ。メチル化阻害剤が30%程度見られる。移植は50歳までという御意見の施設あり。
70歳代以上 (高齢者)	20%の施設は経過観察が第一選択。メチル化阻害剤と低用量化学療法が選択肢に入る施設がそれぞれ40%程度。同化ホルモン25%、Lenalidomideの選択はほとんど無い。低用量化学療法はCAGという御意見あり。
High	
30歳代以下 (若年者)	90%近くの施設が最終的には移植と考えている。30%の施設で高用量化学療法、15%の施設で低用量化学療法が選択肢に入る。メチル化阻害剤も20%。Lenalidomideの選択は無し。
40歳代－60歳代 (中高年)	ほぼ若年者と同じ。メチル化阻害剤が30%程度見られる。移植は50歳までという御意見あり。
70歳代以上 (高齢者)	25%の施設は経過観察が第一選択。40-50%の施設で低用量化学療法かメチル化阻害剤が選択肢に上がる。高容量化学療法はほとんどなし。同化ホルモンを選択する施設も20%程度あり。

骨髄異形成症候群(MDS)

内科からの回答

低形成　芽球少	
30歳代以下 (若年者)	何らかの治療を行う施設がほとんど。CyAなどの免疫抑制を考える施設が30%、同化ホルモンは15%。Lenalidomideが8%あり、35%の施設では最終的に移植が必要と考えている。
40歳代−60歳代 (中高年)	ほぼ若年者と同じ。
70歳代以上 (高齢者)	25%程度の施設では経過観察。その他ではCyA、同化ホルモン、ビタミンが同程度に選択されており、再生不良性貧血の高齢者治療に類似。
低形成　芽球多	
30歳代以下 (若年者)	60%の施設が直ちに移植の準備を行い、90%の施設で最終的に移植が必要と考えている。低用量化学療法は40%、高容量化学療法は25%程度。メチル化阻害剤の選択が20%程度あり、Lenalidomideは少数。
40歳代−60歳代 (中高年)	ほぼ若年者と同じ。
70歳代以上 (高齢者)	経過観察は少ない。低用量化学療法が最も多く60%。メチル化阻害剤も33%を占める。Lenalidomideは15%、タンパク同化ホルモンやビタミンも10%程度を占める。

骨髄異形成症候群(MDS)

その他の御意見
骨髄細胞密度の差で治療方針は変えない。IPSSのみで方針を決めている。
PNH型血球が陽性、あるいは血小板・巨核数減少例では病型にかかわらずCyA。
INT-1は芽球比率5%未満であれば免疫抑制療法、5%以上は経過観察、INT-2は予後不良染色体があればメチル化阻害薬、低用量化学療法、予後良好染色体ならば出来れば化学療法。INT-1、INT-2のみの情報では選択肢のような治療決定は困難
当科では、「診療の参照ガイド」に従って、低・中・高の3つのリスク群に層別化し、年齢を加味して治療法を決定しています。「治療の参照ガイド」のアンケートなので、そもそもIPSSのリスク群毎の治療法に関する質問はいかがなものかと思います。

骨髄異形成症候群（MDS）

小児科

Low		Int-1		Int-2		High	
経過観察	1	経過観察	1	High dose chemo Tx. → SCT	1	High dose chemo Tx. → SCT	1
SCT	1	SCT	1	SCT	1	SCT	2
合計	2	合計	2	合計	2	合計	3
低形成　芽球少		低形成　芽球多					
ATG + CyA →SCT	3	High dose chemo Tx.	1				
		SCT	1				
合計	3	合計	2				

骨髄異形成症候群（MDS）

免疫抑制療法を行う際の微少PNH型血球の測定

全例施行している	18 (46%)
場合によっては施行する	16 (41%)
行っていない	5 (13%)

回答 39施設
内科・小児科

骨髄異形成症候群（MDS）

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている（理解している）	15施設（38%）	7施設（18%）
半数以上の医師が知っている（理解している）	17施設（44%）	20施設（51%）
知っている（理解している）医師は僅かである	7施設（18%）	12施設（31%）

回答 39施設

骨髄異形成症候群（MDS）

● 患者分類についてはIPSSで設問を設定したが、様々なケースが考えられ、必ずしも明確な回答ができなかったと思われる。

● 若年者～中高年患者においては、Low～Int-1では経過観察、同化ホルモンなど「軽い」治療が多いが、最終的に移植の可能性が高いと考えている施設が多い。Lenalidomide投与を考える施設も多い。高齢者では経過観察の割合が増え、移植非適応である以外、同様の傾向。CyA、同化ホルモンの選択に一定の傾向は見られない。

● Int-2～Highリスクでは、移植可能年齢では早期に移植を準備している。薬物治療では高・低用量化学療法が一般的で、メチル化阻害剤も選ばれる。Lenalidomideはほとんど選ばれない。高齢者では、低用量化学療法かメチル化阻害剤を選ぶ施設が多い。経過観察にとどめる施設も一定数認められる。

骨髄異形成症候群（MDS）

● 低形成MDSで芽球が少ない場合、移植可能年齢ではCyAなど一通りの免疫抑制療法を行った後、最終的には移植を準備している施設が多い。高齢者では再生不良性貧血と同様の治療方針。

● 低形成で芽球が多い場合は、Highリスクと同様の治療を行う施設が多い。

● 骨髄細胞密度に関わらずIPSSのみで治療している施設やその他の要因（染色体異常）などを加味して治療方針を決定している施設もある。

● 免疫抑制療法を行う場合、大部分の施設ではPNH型血球検査を行っているようである。

骨髄線維症（MF; 低リスク）

内科・小児科

30歳代以下		40歳代－60歳代		70歳代以上	
経過観察	27	経過観察	26	経過観察	30
→同化H（併用含）	9	→同化H（併用含）	10	→同化H（併用含）	12
→L-PAM（併用含）	2	→L-PAM（併用含）	2	→L-PAM（併用含）	2
→Thalidomide	1	→Thalidomide	1	→Thalidomide	1
→SCT	2	→SCT	1	→SCT	
同化H	3	同化H	4	同化H	2
→HU	1	→HU	1	→HU	1
L-PAM	1	L-PAM	1	L-PAM	1
HU	0	HU	1	HU	0
L-PAM or HU	1	L-PAM or HU	1	L-PAM or HU	1
→SCT	1	→SCT	1	→SCT	
SCT	3	SCT	1	SCT	0
無回答	2	無回答	2	無回答	2
合計	37	合計	36	合計	36

骨髄線維症（MF; 高リスク）

内科・小児科

30歳代以下		40歳代－60歳代		70歳代以上	
経過観察	3	**経過観察**	3	**経過観察**	14
→ 同化H（併用含）	2	→ 同化H（併用含）	2	→ 同化H（併用含）	5
→ L-PAM（併用含）		→ L-PAM（併用含）		→ L-PAM（併用含）	1
→ HU		→ HU		→ HU	1
→ Thalidomide		→ Thalidomide		→ Thalidomide	1
→ VP16 or HU		→ VP16 or HU		→ VP16 or HU	2
→ SCT	1	→ SCT	1	→ SCT	
同化H	7	**同化H**	9	**同化H**	9
→ HU（併用含）	2	→ HU（併用含）	2	→ HU	2
→ L-PAM		→ L-PAM		→ L-PAM	1
→ L-PAM or Thalidomide		→ L-PAM or Thalidomide		→ L-PAM or Thalidomide	1
→ SCT	4	→ SCT	6	→ SCT	
L-PAM	3	**L-PAM**	2	**L-PAM**	4
→ SCT	3	→ SCT	1	→ HU or Thalidomide	1
HU	2	**HU**	2	**HU**	1
→ VP16	1	→ VP16	1	→ VP16	1
→ Low dose chemo Tx.		→ Low dose chemo Tx.	1	→ Low dose chemo Tx.	
Thalidomide	1	**Thalidomide**	1	**Thalidomide**	1
→ SCT	1	→ SCT	1		
L-PAM or HU or VP16	1	**L-PAM or HU or VP16**	2	**L-PAM or HU or VP16**	3
→ SCT	1	→ SCT	1	→ SCT	
SCT	14	**SCT**	12	**SCT**	0
決めていない・無回答	5	**決めていない・無回答**	5	**決めていない・無回答**	4
合計	36	**合計**	36	**合計**	36

※脾腫には放射線

骨髄線維症（MF; 白血化）

内科・小児科

30歳代以下		40歳代－60歳代		70歳代以上	
経過観察	1	経過観察	1	経過観察	7
→ HU（併用含）	1	→ HU（併用含）	1	→ HU（併用含）	1
				→ HU or VP16	1
				→ HU or Low dose chemo Tx.	1
				→ Low dose chemo Tx.	2
HU	1	HU	1	HU	1
→ VP16 or Low dose chemo Tx.	1	→ VP16 or Low dose chemo Tx.	1	→ VP16 or Low dose chemo Tx.	1
Low dose chemo Tx.	3	Low dose chemo Tx.	5	Low dose chemo Tx.	12
→ 同化H	1	→ 同化H	1	→ 同化H	1
→ HU		→ HU		→ HU	2
→ SCT	2	→ SCT	4	→ SCT	1
High dose chemo Tx.	9	High dose chemo Tx.	8	High dose chemo Tx.	2
→ SCT	7	→ SCT	6	→ VP16	1
High dose chemo Tx. 以外	2	High dose chemo Tx. 以外	4	High dose chemo Tx. 以外	10
→ SCT	2	→ SCT	2	→ SCT	0
SCT	17	SCT	14	SCT	0
無回答	3	無回答	3	無回答	4
合計	36	合計	36	合計	36

骨髄線維症（MF）

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている（理解している）	10施設（27%）	6施設（17%）
半数以上の医師が知っている（理解している）	14施設（38%）	11施設（31%）
知っている（理解している）医師は僅かである	13施設（35%）	18施設（52%）

回答 37施設

骨髄線維症（MF）

● 低リスク患者では、基本的に経過観察が多く、治療を行う場合でも同化ホルモンを選ぶ施設が多い。移植を積極的に選ぶ施設も見られる。

● 高リスク患者では、治療方針が施設によってかなり異なるが、移植可能年齢では移植を第一選択にしている施設が比較的多い（ただし、移植適応に悩んでいる施設もある）。薬物療法では、同化ホルモン、L-PAM、HU、VP-16など様々。同化ホルモンを選ぶ施設が多いが、一定の規則は見られない。高齢者では、経過観察になる施設が多く、薬物では同化ホルモンを選択する施設も多い。脾腫がある場合は放射線。Thalidomideへの期待も見られる。

● 白血化患者では、移植可能患者では移植（化学療法行う場合もあり）。高齢者では低用量化学療法を選ぶ施設が多い。

輸血後鉄過剰症

どの程度の余命が見込まれる場合に治療すべきでしょうか？　（回答 39施設）

	回答(%)
余命に関係なく治療すべき	2 (5%)
余命1年以下でも治療すべき	6 (15%)
現行通り、余命1年以上でよい	27 (69%)
余命が2, 3年以上で治療すべき	3 (8%)
余命が5年以上で治療すべき	0
その他	1 (3%)

●鉄過剰症の改善で全身状態の改善が得られる例もあり、半年以上生存可能なら考えても良い。

輸血後鉄過剰症

何歳くらいまで治療すべきでしょうか？　（回答 35施設）

	回答(%)
年齢に関係なく治療すべき	19 (54%)
70歳程度まで治療すべき	4 (11%)
80歳程度まで治療すべき	10 (29%)
90歳程度まで治療すべき	2 (6%)

● 高額なので患者との相談になると思う。
● 治療対象年齢を明記するのは困難。余命の記載だけで十分ではないか。

輸血後鉄過剰症

ヘモグロビンの維持レベルは？　（回答 35施設）

	回答(%)
現在より低いレベルで維持すべき	2 (6%)
現状の7.0 g/dLで差し支えない	16 (46%)
8.0 g/dLの維持が望ましい	14 (40%)
9.0 g/dLの維持が望ましい	2 (6%)
10.0 g/dLの維持が望ましい	1 (3%)
それ以上での維持が望ましい	0

- 患者の活動性や自覚症状次第で決めるのが望ましい。
- 単なる貧血なら7 g/dL, 化学療法に伴うものなら8 g/dLと考える。
- 高齢者は8 g/dL、それ以外は7 g/dLと考える。
- 活動性の高い若年者は10 g/dLでも良いと思う。心・腎障害がある場合は現在でも8 g/dLが目標。
- 輸血依存患者において、維持するHbレベルと必要輸血量について臨床研究を行うべき。
- 供血量の問題を解決する必要がある。

輸血後鉄過剰症

ヘモグロビン 7 g/dL以上で輸血した場合の保険査定はいかがでしょうか？

回答(都道府県別)
8 g/dL台で輸血しても査定されていない。それほど厳格ではない。(東京)
厳しくない。(熊本)
それほど厳しくない。(長野)
あまり問題にならない印象。(大分)
査定されていません。(福岡)
今のところありません。(奈良)
現在のところ査定はありません。(福島)
症状詳記で何とか対応できると思います。(埼玉)
心不全があれば9 g/dLでも輸血しますが、これまでHb値で査定が問題になった記憶はありません。実際の臨床現場では臨床症状や他の合併症を考慮して輸血しています。(愛知)
査定されていないと思います。(長崎)
厳格な査定の対象にはなっていません。(群馬)
症状詳記による説明で、厳格には査定されていません。(茨城)
症状詳記を行えば査定されることはほとんどありません。(山梨)
特にHb値に厳格な基準はないように思います。(広島)
特に査定が厳しいという印象はありません。(北海道)
輸血の際のヘモグロビン値について厳格な査定は今のところありません。(秋田)
査定はゆるい。おそらく問題なし。(京都)

輸血後鉄過剰症

ヘモグロビン 7 g/dL以上で輸血した場合の保険査定はいかがでしょうか？

回答（都道府県別）
査定の対象になることあり。（栃木）
担当者によって異なることがあるが、以前7 g/dL以下で査定されて抗議したこともある。（栃木）
これまでを見ると査定は厳しい傾向。当県では症状詳記で査定を免れていると考えるべきか。（栃木）
Hb 8 g/dL以上だと査定の対象になることが多い。（大阪）
現行では特に問題になっていない。（大阪）

輸血後鉄過剰症

参照ガイドの認知度

	参照ガイドの存在	参照ガイドの内容
ほとんどの医師が知っている（理解している）	14施設（39%）	9施設（25%）
半数以上の医師が知っている（理解している）	14施設（39%）	14施設（39%）
知っている（理解している）医師は僅かである	8施設（22%）	13施設（36%）

回答 36施設

輸血後鉄過剰症

● 余命については現行通り1年とする意見がほとんど。

● 治療対象年齢については、年齢に関係なく治療を行うのが基本という意見が最も多い。コストなど様々な問題が関係するため、余命を考慮した上で、患者の希望を聞いて適応を考えればよいと思われる。

● ヘモグロビン維持レベルは7.0～8.0 g/dLを適切とする意見が大半。患者の活動性や自覚症状、年齢、合併症を考慮しつつ、8.0 g/dL程度までのレベルでコントロールするのが現時点では現実的か？

● ほとんどの地域で8.0 g/dL程度までなら(少なくとも症状詳記を書けば)査定は問題になっていないと思われる。

ま と め

● 全国の血液疾患診療施設にアンケートフォームを送付し、当班に関係する各種骨髄不全疾患(および鉄過剰症)について、現在の診療内容および当班に望むことなどについて調査を行った。

● 疾患・患者の状態によっては、施設毎に診断時検査や治療法にかなりばらつきがあることが判明した。

● 同時に、診療ガイドの内容や当班の今後の活動(他施設共同臨床研究の方向性)につき、貴重な御意見をいただくことができた。

● いただいた御意見は今後の班運営に生かしていく方針である。

アンケート回答施設（全41施設）

	施設
1	自治医科大学　血液科
2	九州大学　血液腫瘍内科・宮崎大学　消化器血液科
3	京都大学　血液・腫瘍内科
4	大阪大学医学部　血液・腫瘍内科
5	東京大学医学部附属病院　血液・腫瘍内科
6	秋田大学　血液・腎臓病・膠原病内科
7	金沢大学　細胞移植学
8	京都大学　小児科・聖路加国際病院　小児科
9	長崎大学病院　血液内科
10	北海道大学　血液内科
11	名古屋医療センター　臨床研究センター
12	東邦大学医療センター大森病院　輸血部小児科
13	近畿大学医学部　血液内科
14	群馬大学医学部附属病院　輸血部
15	広島大学病院　血液科
16	旭川医科大学　消化器・血液腫瘍内科
17	名古屋大学　小児科
18	山梨大学医学部　血液・腫瘍内科
19	岡山大学　血液・腫瘍内科
20	日本医科大学　血液内科
21	筑波大学　血液内科
22	和歌山県立医科大学　血液内科
23	埼玉医科大学国際医療センター　造血器腫瘍科
24	獨協医科大学　血液科
25	名古屋大学医学部附属病院　血液内科
26	東京医科大学　第1内科
27	昭和大学藤が丘病院　内科血液
28	熊本大学　血液内科
29	川崎医科大学　血液内科
30	信州大学　血液内科
31	小山市民病院　内科
32	九州大学別府先進医療センター　免疫血液代謝内科
33	自治医科大学大宮医療センター　血液科