

アンケート

「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」第 2 版のご評価のお願い

以下の項目 I ～ VIII について、差し支えのない範囲でご回答ください。() 内には記載を、それ以外は番号を○で選択してください。可能な場合は、個人ではなく、貴施設・診療科全体のご意見を反映しご回答いただけますと幸いです。ご回答を得ることによって本研究への協力に同意を頂けたことといたしますのでご了承ください。

ご回答いただいた施設について

- ・ 所在地 (都道府県名) ()
- ・ 施設名：匿名可 ()
- ・ 記載者名：匿名可 ()
- ・ 診療科名・役職：匿名可 ()

I. 貴施設について伺います。1) ～ 5) の質問にお答えください。

* 3), 4), 5) は、貴診療施設の医師全体が診られている推定の患者数をご回答ください。
おわかりの範囲で結構です。

1) 貴施設は (複数回答 可)

1. クリニック
2. 病院
3. 関節リウマチのセンター
4. 特定機能病院
5. その他 ()

2) 貴院の関節リウマチ患者は

1. 主に整形外科が診ている
2. 主に内科が診ている
3. 整形外科・内科で同じ程度診ている

3) 1 か月あたりの関節リウマチ患者数 (入院・外来を含む) 概数

1. 10 名未満
2. 10～100 名
3. 101～300 名
4. 301～500 名
5. 501 名 以上

4) 2018 年 1 月～2019 年 12 月までの 2 年間に、HTLV-1 陽性の関節リウマチ患者の診療経験は？

1. ある (大よその患者数がわかればお書きください：) 名程度)
2. ない
3. わからない

5) 2018 年 1 月～2019 年 12 月までの 2 年間に、妊婦健診や献血などを契機にすでに HTLV-1 陽性が判明している関節リウマチ患者の診療や相談を受けたご経験がありますか？

1. ある
2. ない
3. わからない

II. 貴施設の関節リウマチの日常診療についてお尋ねします。

下記1)～5)の質問にお答えください。

1) 次の薬剤の全患者における使用頻度はおおよそどの程度でしょうか？

貴施設の診療全体の推定値をお書きください。HTLV-1 感染の有無は関係ありません。

* 1名の患者さんに複数の薬剤使用中でもかまいません。

a. メトトレキサート

1. 10%未満
2. 10～50%未満
3. 50%以上

b. 副腎皮質ステロイド 5mg 以上

1. 10%未満
2. 10～50%未満
3. 50%以上

c. タクロリムス

1. 10%未満
2. 10～50%未満
3. 50%以上

d. 生物学的製剤

1. 10%未満
2. 10～50%未満
3. 50%以上

e. JAK 阻害薬

1. 10%未満
2. 10～50%未満
3. 50%以上

f. その他の抗リウマチ薬・免疫抑制剤

1. 10%未満
2. 10～50%未満
3. 50%以上

どのような免疫抑制剤ですか？

[]

* 2), 3), 4) は、**2018年1月～2019年12月までの2年間**についてお尋ねします。貴診療科全体についてわかる範囲でお答えください。

例数不明の場合は、() 内に✓点のみ記載してください。

2) メトトレキサート、副腎皮質ステロイド **5mg 以上**、タクロリムス、生物学的製剤、**JAK 阻害薬**で治療中の関節リウマチ患者で ATL, HAM, HU 患者の発生のご経験がありますか？

1. ある： ATL () 例 ・ HAM () 例 ・ HU () 例
2. ない
3. わからない

3) 上記薬剤を使用していない関節リウマチ患者で ATL, HAM, HU 患者の発生のご経験がありますか？

1. ある： ATL () 例 ・ HAM () 例 ・ HU () 例
2. ない
3. わからない

4) 関節リウマチの合併に関わらず ATL, HAM, HU 患者の診療のご経験がありますか？

1. ある： ATL () 例 ・ HAM () 例 ・ HU () 例
2. ない
3. わからない

5) 貴診療施設には、ATL, HAM, HU を診る専門診療科がありますか？（あてはまるものすべて）

1. ある： 血液内科 ・ 神経内科 ・ 眼科 ・ その他 () 科
2. ない

略称：

ATL：成人 T 細胞白血病

HAM：HTLV-1 関連脊髄症

HU：HTLV-1 関連ぶどう膜炎

III. 「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」について

1) このアンケート以前に「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」が公表されていることをご存知でしたか？

1. はい

「はい」とお答えの先生は、どのようなソースから情報をえられましたか？（複数回答 可）

学会 HP, 学会・講演の聴講, 同僚 (医師), 同僚 (医師以外),

患者 (その家族), インターネット検索, その他 ()

2. いいえ

2) 「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」が第2版に改訂 (2019年3月) されたのをご存じでしたか？

1. はい

2. いいえ

2) このアンケート以前に「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」第2版に目を通されたことがありますか？

1. はい

2. いいえ

3) 質問2)で「はい」とお答えになった方にお聞きします。「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」第2版は、診療のお役に立ったでしょうか？

1. はい (具体的な内容があればお書きください)

[

]

2. いいえ

4) 同封の「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」第2版の内容は妥当でしょうか？

	そう思う	どちらかといえばそう思う	どちらともいえない	どちらかといえばそう思わない	そう思わない	わからない
1. HTLV-1についての一般的なこと (P11~)	0	1	2	3	4	5
2. HTLV-1とRA (P14~)	0	1	2	3	4	5
3. HTLV-1抗体が陽性と判明しているRA患者さんの診療 (P17~)	0	1	2	3	4	5
4. HTLV-1陽性RA患者さんの抗リウマチ薬 (生物学的製剤を含む) 治療 (P19~)	0	1	2	3	4	5

また、妥当でない理由や追加したほうが良い内容など、ご意見をいただければ幸いです。

今後の手引改訂の課題といたします。

ご意見 (自由記載) :

[

]

IV. HTLV-1 検査について

1) 関節リウマチ患者（以下患者）診療に関連して HTLV-1 抗体検査を行っていますか？

1. はい
2. いいえ、検査したことはない

2) 質問1)で「はい」とお答えになった先生にお尋ねします。どんな時に検査を行いますか？

(複数回答 可)

1. ルーチンで検査している
2. ATL, HAM, HU など HTLV-1 関連疾患の合併を疑った時
3. 関節リウマチの診断時
4. 患者から希望があった時
5. 患者の家族歴や出身地を考慮して
6. ステロイド 投与時
7. 免疫抑制剤 投与時
8. JAK 阻害薬や生物学的製剤 投与時
9. 手術を行う時
10. その他：内容を記載してください

[]

3) 質問1)で「はい」とお答えになった先生にお尋ねします。HTLV-1 陽性を確認された際にどのような対応をされていますか？ (複数回答 可)

1. HTLV-1 に関する資料を利用して説明する
2. 血液内科に相談する
3. 血液内科のある他のリウマチ医療機関へ紹介する
4. 特別な対応はしていない
5. その他 (記載：)

4) 質問3)で1. を選ばれた方はよくご利用される資料がありますか？ (複数回答 可)

1. HTLV-1 陽性関節リウマチ診療の手引 (Q&A) (リウマチ学会 HP でダウンロード可能)
2. HTLV-1 キャリア向けパンフレット (Web でダウンロード可能なものも含む)
3. HTLV-1 キャリア向けホームページ (Web 情報)
4. その他 (資料の名称が分かれば記載：)

5) HTLV-1 陽性がわかっている患者の診療で HTLV-1 の説明に困ったことがありますか？

1. ある
2. ない

6) 質問5)で「ある」とお答えになった先生は、どのようなことについて困られましたか？

[]

V. HTLV-1 陽性関節リウマチ患者の診療経験のある先生にお尋ねします。

A. 「HTLV-1 陽性関節リウマチ患者診療の手引 (Q&A)」では診療フローチャートを掲載しています (同封の手引 P. 23 を参照)。

ご診療経験を踏まえ、下記 1) ~ 5) の質問の回答に○をつけていただき、理由があれば教えてください。

1) - 1 HTLV-1 抗体スクリーニング検査が陽性の場合、確認検査を実施する。

1. 実施している
2. 実施したことがない (下記に理由をご教示ください: 自由記載)

“したことがない” の理由:

[]

1) - 2 HTLV-1 抗体確認検査としては 2019 年 3 月より従来のウェスタンブロット法は受注中止となり、新たなラインブロット法 (LIA 法) に移行しておりますが、ご存知でしたでしょうか? (手引きに記載なし)

1. はい
2. いいえ

2) 治療開始時や経過中に ATL, HAM, HU を疑わせる所見がないか確認する。

1. する
2. していない (下記に理由をご教示ください: 自由記載)

“していない” の理由:

[]

3) 治療開始時や経過中に ATL, HAM, HU を疑わせる所見があれば専門医に相談する。

1. する
2. しない (下記に理由をご教示ください: 自由記載)

“しない” の理由:

[]

4) 治療開始時や経過中に ATL, HAM, HU の一般的発症リスクについて説明する。

1. する
2. しない (下記に理由をご教示ください: 自由記載)

“しない” の理由:

[]

5) 治療開始後や経過中に ATL, HAM, HU の発症に注意しながらフォローアップする。

1. する
2. しない (下記に理由をご教示ください: 自由記載)

“しない” の理由:

[]

B. 手引 P.16、 Q6:HTLV-1 プロウイルス量は測定できますか、をご参照ください。

HTLV-1 プロウイルス量が多いことは、ATL や HAM の発症リスク因子の一つと報告されています。

1) HTLV-1 陽性関節リウマチ患者の診療において、HTLV-1 プロウイルス量の測定は臨床的意義が高い検査と思われませんか?

1. はい
2. いいえ
3. わからない

2) HTLV-1 プロウイルス量の測定が可能であれば、測定したいと思われませんか?

1. はい
2. いいえ
3. わからない

(以下の設問は、全員お答えください)

VI. 今後の関節リウマチ・膠原病診療を行ううえでご質問します。

1) 免疫抑制剤・生物学的製剤を使用する際に HTLV-1 抗体を測定したほうが良いと思われますか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

2) HTLV-1 抗体が陽性の患者では治療に注意が必要であると思われますか？

1. はい
2. いいえ
3. わからない

VII. 貴施設で診療中の HTLV-1 陽性関節リウマチ（あるいは膠原病）の患者さんについて、2 次調査を実施できれば幸いです。ご協力いただけるでしょうか？

1. はい
2. いいえ
3. 該当患者なし

VIII. そのほかご質問・コメントがあればご自由にお書きください。

[]

ご協力ありがとうございました。

返信用封筒に本調査票を入れ、ご投函よろしく申し上げます。

(締め切り：2020 年 7 月 31 日)