会長シンポジウム

質問者	質問内容	返信者	回答
Yuta Kaito	To Dr. Jeffrey S. Miller In my NK-92 cell line, the introduction of IL-15 enables cytokine-free growth. If IL-15 is introduced into iPS cell-derived NK cells, is there a concern that the NK cells will become tumorous? I would appreciate it if you could teach me.	Jeffrey S. Miller	This is an excellent question based on mouse studies showing that transgenic IL-15 can lead to Nk cell tumors. However, so far, there is no evidence that IL-15 transduced into human cells induces them to become malignant or to impact unchecked sustained growth.

2021/3/29

シンポジウム1「Recent progress in conditionings for allogeneic hematopoietic stem cell transplantation」

質問者	質問内容	返信者	回答
小笠原 励起	Fluによる二次性生着不全についてですが、カルシニューリン阻害薬の投与期間についての解析データはありますでしょうか。GVHDがなくとも長期にCIを投与することで混合キメラを予防することはできるでしょうか	賀古 真一	Flu使用例に限定した話ではないですが、混合キメラについての2次調査研究では、混合キメラや生着不全のない群の方が、CI減量開始が遅い印象はあります。ただしこれは混合キメラが認められてCI減量開始を早めるなどの要素が関与している可能性があります。一方、KSGCTの前向き研究ではCI減量開始の目安を移植後半年としました。混合キメラはそれなりに認められましたが、2次性生着不全は1例のみでしたので、CIを長めに投与することで少なくとも2次性生着不全の発症抑制に優位に働く可能性はあるのかもしれません。
小笠原 励起	MEAM, MCECの高齢者で治療成績が改善されている要因、逆にLEEDではなぜ改善されていないのかについて考えられることはあるでしょうか	近藤 英生	質問ありがとうございます。改善理由としては支持療法の改善や生理的年齢の改善などが想像されますが、現在のところ根拠として示すことができるものはありません。MEAM,MCEC,LEEDはいずれも同等としての成績を示すつもりで、以前のデータは確かにそうでしたが、近年は差がついており驚いています。論文内には、何らかの解釈が記載できるよう、努力します

2021/3/29

シンポジウム1「Recent progress in conditionings for allogeneic hematopoietic stem cell transplantation」

質問者	質問内容	返信者	回答
宮尾 康太郎	リサイオの添付文書が、BuTTのみしかできないような添付文書になっており、TBCレジメンが難しいと思われますが、本邦でTBCの実施可能性についてご意見を伺いたいです。	近藤 英生	ご指摘の通り、TBCレジメンは保険適応外と理解しています。以前は添付文書に併用薬の縛りは記載ありませんでしたが、昨今の事情により併用薬が明記されており、この点は開発開始時には想定していませんでした。なお、保険適応外の治療実施には、治験、特定臨床研究、55年通知（広義）に基づく日常診療での実施、がありますが、治験、特定臨床研究の実施予定は把握しておりません。なお、TBCレジメンは前向き研究、レジストリデータとも移植関連死亡が1割を超える治療であること、CARTの環境も変化していること、などを考慮の上、慎重に判断いただければと考えます。
内田 直之	CNS浸潤があったsystemic MLの至適前処置は何とお考えでしょうか？TTの位置づけは？	近藤 英生	TTはSecondary CNS lymphoma においてもキードラックです。IELSG-42試験（Lancet Hematol 2021）にあるBCNU-TTが良いと思いますが、日本にはBCNUがなくTTの量も倍なので無理です。ただIELSG-42 試験のBCNUが使えない場合にBusulfanを使うレジメン（day -6 and -5: Thiotepa 5 mg/kg day -4, -3 and -2: Busulfan 3.2 mg/kg）であり、今行っているBuTTと順番が逆ですが、保険適応内で可能であり、良いかもと思っています。
小笠原 励起	BuTTでの二次性血小板減少のメカニズムはなんでしょうか	近藤 英生	自験例での経験はないのですが、PSLにより改善しているようですので、免疫学的な機序と理解しています。

シンポジウム2「GVHD治療の現状と将来」

質問者	質問内容	返信者	回答
小笠原 励起	藤原先生のお話いただいた腸管内酸素濃度上昇と、橋本先生のお話いただいたmucus layerの破綻に関連性はあるでしょうか	藤原 英晃	ご質問ありがとうございます。 Mucus layerに関しては橋本先生のグループが示されているようにGoblet細胞やPanet細胞の影響が大きいかと思われます。私の系ではこの点（Goblet細胞の代謝やPanet細胞の代謝）は細胞数の関係から測定できておらず、どれほど影響があるかはわかりません。また、mucus layerの破綻により、細胞付近の酸素濃度の測定が容易にできていたことが影響を与えていた可能性も考えられます。この点は今後の検討課題だと思われます。私からは以上になります。
		橋本 大吾	現時点ではGoblet細胞の障害が生じる直接のメカニズムは明らかではありません。藤原先生の発表の大腸の低酸素状態をみている画像などをみると少なくとも一部のGoblet細胞での低酸素状態は消失しており, ミトコンドリア呼吸鎖複合体の異常がGoblet細胞の傷害の原因となっている可能性はあるうると思われます。今後の研究が待たれます。

シンポジウム３「CAR-T療法の現状と将来」

質問者	質問内容	返信者	回答
Junichiro Yuda	γδ CAR-Tに特徴的なAEはあるのでしょうか？ご教示ください。	藤原　弘	γδ-T細胞に特徴的なAEはありません。むしろGVHDも無く扱い易いです。
宮尾 康太郎	BCMA-CARTで抗原escape後の患者細胞にも、MMG49CARTの有効性は期待できそうでしょうか？数年後、両方のCARTをMmni	保仙　直毅	BCMAの発現が低下したクローンでも活性型integrin β7の発現は残っていると思われますので有効性は期待できると思います。
宮尾 康太郎	途中になりました。両方のＣＡＲＴをMMに使えるようになったときに、先行しているであろうＢＣＭＡ-ＣＡＲＴに対する優位性は何だと考えられますでしょうか？	保仙　直毅	活性型integrin β7はMMと同じIgを持つclonotypic B cellにも発現しているのが特徴なのですが、その臨床的意義は臨床の結果を見てみないとわかりません。
Satoshi Yoshihara	腫瘍がMRDあるいはCRの状況で治療を行った場合のCAR-TのexpansionについてALLでは懸念されているように思いますが、疾患により差がありますでしょうか？	保仙　直毅	良く知らないので私見ですが、腫瘍が少ない場合は、投与細胞数を増やすというのはreasonableでないかと思います。
藤下 恵悟	活性化インテグリンβ７を発現していない骨髄腫細胞に特徴はあるのでしょうか？	保仙　直毅	陽性率という表現をするので、誤解を招いていますが、陰性分画があるわけではなくて、ほとんどの症例では発現レベルの差はありますが、多くの骨髄腫細胞に抗原の発現はあり、発現が二峰性になっている症例はほとんどありません。
赤塚 美樹	最後の方で、治療歴が長くても標的抗原発現が落ちることがないとお示しになりました。逆に、もともと低い骨髄腫患者さんは、治療後発現が増えることはないのでしょうか。また80％以上の発現が確保できる患者さんは何割くらいになるのでしょうか。	保仙　直毅	一人の患者さんで抗原の発現を追うという検討をしていないのでデータがありません。しかし、薬剤によって抗原の発現を上げようという試みは行っております。 80%%以上の発現率（すなわちほぼすべての骨髄腫細胞に活性型インテグリンb7の発現がある）を示す患者は約半数になります。

シンポジウム4「臍帯血移植の現状と将来」

質問者	質問内容	返信者	回答
藤下 惠悟	PD-1抗体を使用した再発ホジキンリンパ腫に対してCBTをする場合は拒絶が多いと思われますがどのような前処置を行えばよいでしょうか？	小沼 貴晶	年齢や合併症にもよりますので、難しいですが、リンパ腫に対してもTBI12Gy+Ara-C+CYで前処置を行う場合が多いです。PD-1抗体の前治療歴に関しての特別な対応するかどうかは、あまりデータもなくわかりません。
諫田 淳也	TBI/CYにAraC上乗せのメリットに、年齢の影響はありますでしょうか？年齢閾値がありましたら教えてください。	小沼 貴晶	当院では、60歳までTBI+Ara-C+CYを行なっておりますが、上乗せのメリットと年齢の関係はデータを持っておりません。
白鳥 聡一	HHV-6脳炎の有効な予防法はないものの、実臨床下で予防的にFCVを投与しておりますでしょうか？発症したとしても重症度や後遺症の頻度が低下するということはありますか	内田 直之	発症率は変わりませんが、人口呼吸器装着を要する程のけいれん発作の頻度は低下しております。
名和 由一郎	GFRSが良かったり、再発が少ないということで、alternative donorとして、ハプロと臍帯血では臍帯血を選びますか？	諫田 淳也	本邦における比較検討が必要と思います。現在はドナーや臍帯血の条件なども含め、個々に対応しています。
山本 久史	日欧のデータを比較検討して、日本の臍帯血移植の成績改善のために何が必要と感じましたでしょうか	諫田 淳也	日欧のデータの比較検討からは、日本の移植成績の改善に必要な結果は得られませんでした。日本のデータの詳細な解析が重要と思います。
高木 伸介	実臨床ではHLA一致度とCD34+細胞数のどちらを優先して臍帯血を選択していますか？	諫田 淳也	8アレル適合の臍帯血は再発率が高いため避けています。その次はCD34陽性細胞数を重要視しています。アレル不適合数としては1アレル不適合の成績がやや良いという結果が報告されていますので、可能なら選択します。
白鳥 聡一	神田先生へ。日本のCBTでも予後に不良な影響を及ぼすGVHDの発症臓器や重症度はありましたでしょうか？	諫田 淳也	個々の臓器ごとのインパクトは今後の課題といたします。

特別企画「新型コロナウイルス流行期における造血細胞移植領域の危機管理」

質問者	質問内容	返信者	回答
Keigo Fujishita	日本人の感染者の中でいわゆるスーパースプレッダーは何%程度いるのでしょうか？	忽那 賢志	1年前くらいの報告ですが日本では2割が他の人に感染させているとされ、3密の環境で広がっているとされます。
Keigo Fujishita	中等症以上のステロイドに関しては症例ごとにある程度個別化すべきでしょうか？	忽那 賢志	個別化すべきかは明らかではなく、当院では画一的に投与しています
haradakaito	変異株のワクチン耐性はどういう機序になりますか？	忽那 賢志	スパイク蛋白の構造変化によって中和抗体が反応しにくくなるようです
山崎 聡	COVID-19肺炎治療時のヘパリンについてです。 血栓予防だけでなく、抗炎症反応にも効果があるとのことで日本の保険適応内ではフラグミンを使用しています。 APTTは指標にならないとのことで、海外のような抗Xa活性によるモニタリングや保険適応外の抗Xa阻害剤投与まで必要か、悩みながら投与しております。	忽那 賢志	入院24時間以内にヘパリンまたはenoxaparinを開始されると予後が改善するという報告が出ています。当院はヘパリン1万単位/日を使用しています。 https://www.bmj.com/content/372/bmj.n311
真部淳	忽那先生。小児のCOVID19の症状が軽いのは何故でしょうか？やはり免疫的にナイーブだからでしょうか	忽那 賢志	むしろ小児ではヒトコロナウイルスの抗体を持つ割合が高いからではないかという仮説があります。 https://news.yahoo.co.jp/byline/kutsunasatoshi/20210307-00226170/
山崎 聡	ヘパリンは海外では大量投与が有効との論文もあります。具体的な投与方法についてご指導いただければ幸いです。	忽那 賢志	至適投与量についてはまだ不明かと思います。当院ではヘパリン1万単位/日を中等症では皮下注、重症ではivで投与しています。
押尾 嘉久	健康上の理由によりマスクを着用できない患者、スクリーニングで引っかかった患者（三蜜等）の場合、入院対応はどうしますか（入院拒否でしょうか）？	忽那 賢志	入院拒否はできないと思いますが、飛沫を浴びるリスクが高くなりますのでフェイスシールドを装着するのが妥当かもしれません

2021/3/29

ワークショップ2「臍帯血バンクの現状と課題」

質問者	質問内容	返信者	回答
内田直之	成績は海外の報告と比べて日本の方が良い傾向があるにもかかわらず、日本の臍帯血の細胞数・CD34は相対的に少ないように思います。何らかの理由が想定されますか？赤ちゃんのサイズ？	東 史啓	胎盤あるいは赤ちゃんの大きさが臍帯血の採取量と関連することは知られていますが、海外と比べ、日本と採取量の差があるという明確なデータはありません。 また海外では移植時の臍帯血の細胞数基準を高く設定しているため、結果的に移植実施された細胞数が多くなっているという見方ができるのではないでしょうか。一方で、少ない細胞でも良好な成績が得られているのは、移植医の適切な移植手技、管理のほか、アロ反応性が多民族に比べて少ないと言われる日本人の特性が関与しているかもしれません。
Owner	両親の人種の記録はおこなっているのでしょうか？	東 史啓	人種の記録はバンク側では行っておりません。
山口 公平	先生方のお話からずれてしまう質問かもしれず恐縮ですが、臍帯血バンクの皆様のご尽力により、世界の中でも日本の臍帯血移植は移植数・移植成績ともにトップレベルにあるのだと思いますが、この新型コロナウイルスの影響により、日本以外でも臍帯血移植の件数は増加しているので	東 史啓	海外の移植実績については情報はまだなく、不明です。集計が公開されるのはしばらく先になると思われます。コロナ以前のトレンドとしては、ハプロ移植が増加し、臍帯血移植は微減とのことです。

ワークショップ３「骨髄腫治療における細胞療法の位置づけ」

質問者	質問内容	返信者	回答
Keigo Fujishita:	欧州のような前処置にBUを追加する方法は日本人にも一般化できますでしょうか？	萩原將太郎	BUを用いた前処置については、粘膜障害とFNが多く、日本人での検証が必要と思います。2019年Lancet Hematologyに掲載された報告ではPFSは有意にBU-Mel群が良好ですが、OSは有意差がありません。移植後療法として抗体医薬を用いた地固め療法なども合わせて、効果と毒性のバランスについて総合的に検討する必要があると思います。
junichiroy:	貴重なご講演有難うございます。今後承認を目指され開発を進めていると思いますが、BCMA CAR-Tとのすみ分けについて教えていただけますでしょうか。	渡辺　隆	NY-ESO-1 高発現腫瘍を対象とします。例えば講演中に言及しました髄外腫瘤形成性骨髄腫等です。再発時の骨髄検査で例えば染色体異常を伴う例で、骨髄内の骨髄腫細胞が骨髄生検検体でNY-ESO-1 を高発現していることが証明された患者さんでも構いません。（勿論HLA-A*02:01, A*02:06 をもつ患者さんのみが対象となります。）

2021/3/29

ワークショップ4「小児移植医療の現状と課題」

質問者	質問内容	返信者	回答
しみず	小児期や過去に移植をされた患者さんで「長期フォローアップされていないことを悩んでいても聞ける環境が無い」と患者会で相談されていました。	清谷 知賀子	各地域の小児がん拠点病院には長期フォロアーアップ外来があり、別の施設で治療を受けられた患者さんも相談できます。成育の小児がん相談ホットラインでも相談をお受けしていますので、まずは相談してみていただけたらと思います。
黒澤彩子	移植拠点病院でツールを用いた連携、移植施設と非移植施設のトランジションを推し進める動きがあります。成人と小児のトランジションについてもツールを用いて効率的に進められると良いと考えております。 2017年に行ったLTFUの全国調査では、成人側の先生方より“小児患者さんの移植後FUのトランジションを経験したことがない“というご意見が多くございました。晩期合併症のフォローアップは血液領域の問題だけではなく他科の協力も必要なのですが、ここら辺について先生のご意見といただけましたらと思います。	清谷 知賀子	小児の移植後にはGVHDや臓器障害、成長発達や心理社会の問題も含めた多彩な問題があります。手間はかかりますが、トランジションには、血液・移植診療スタッフがハブとなって合併症診療科・多職種とチームを組み、送り手・受け手ともチーム対チームで情報共有し診療連携を進めることが重要なように思われます。

2021/3/29

教育講演6

質問者	質問内容	返信者	回答
橋本 由徳	ご講演ありがとうございました。MYSEC-PMではPVですと必ずnon-CALRとなるため、PVが不利になると思います。post-ET-MFと分ける必要性についてはどのようにお考えでしょうか。	吉永健太郎	ご指摘有難うございます。元論文でpostPVーMFの方が高齢であったり、Hb、Plt、脾腫など様々な因子でpostETーMFと差があります。しかし、単変量解析の段階で、病気のタイプ（postPV-MF, pst ET-MF), 施設、肝腫大は生存には影響なしになっていました。むしろ年齢、Hb、WBC, などMYSEC-PMに取り上げらえている因子に有意差があったということです。CALRはETのなかの２５％ですが、それだけインパクトがあるということと考えます。

教育講演10

質問者	質問内容	返信者	回答
柳町 昌克	CAEBVとPD-L1の関連はいかがでしょうか？	片岡 圭亮	我々の研究では、CAEBVについて十分に検討できていないので、分かりません。今後の研究が待たれます。

看護シンポジウム「新型コロナウイルス流行期における患者・家族・看護師の心のケア」

質問者	質問内容	返信者	回答
高坂久美子	一般患者さんでも受診を控えることで疾病の発見の遅れが生じているといわれていますが、退院後の患者さんが症状出現時受診が遅れたことはありませんか。また、受診が遅れないような指導等コロナ流行期に何か工夫されたことがありましたら教えて下さい　成人小児ともに質問です	吉田 千香	退院オリエンテーション時に、コロナ禍におけるセルフケア：症状のモニタリングと報告の必要性について意識的に注意喚起を行い退院後の患者家族の行動につながるように努めました。
		福地 朋子	相談窓口を明確にし、担当者を伝え、電話相談・電話診療を積極的に指導しています。初期症状の具体的な内容を書面で伝え退院時指導の工夫をしています。
ayako mori	各ご施設や地域による状況や取り組みの特徴がよくわかりました。ありがとうございます。医師のセッションでも、移植件数全体としてはコロナ前後の違いはなかったということでした。本セッションでは、施設により、LTFU件数への影響が異なるようでしたが、何が関わっているか、皆様のご意見を教えてください。	吉田 千香	がんセンターでは、LTFU件数へ影響は大きくはありませんでした。その要因として、コロナ禍における移植後だからこその不安が強く、その不安への対処として医療者とつながれるLTFU外来の受診の位置づけが高いことが挙げられると考えています。
		福地 朋子	コロナ受け入れ病院における感染予防対策が影響していると思います。
ayako mori	コロナ禍で制限やできなくなったことも多いですが、その解決のために取り組んだことで、今後活かせることや、発展を期待できることもあるように思いますが、先生方の取り組みのなかで、具体的に何かありますか？例えば、オン	吉田 千香	以下就業支援についてです。コロナ禍で就業形態がリモートワークへ移行している中、次の質問でお返事したように、リモートワークが必ずしも患者家族にとってポジティブな影響を与えるものではないということを経験し学びました。その中で、治療準備期からの関りとして、治療中の就業継続について、それらの視点をもってより詳細に確認して支援方法を検討していく必要があると考えています。

看護シンポジウム「新型コロナウイルス流行期における患者・家族・看護師の心のケア」

質問者	質問内容	返信者	回答
	ライン対応が普及すると、遠方からの通院やフォローアップの方法も変わっていけるのかなと思います。	福地 朋子	オンラインではありませんが、今回、改めて受診行動を振り返り私自身の印象は、電話診療はとても有効であったと思います。遠方に限らず、内服調整中の患者にとっては安心感が持てたようです。ただ、コスト的には看護師の指導料としては当センターは取れず、課題として挙げています。
yokota maki	貴重なご講演ありがとうございます。このような状況下でご苦労と工夫を知ることができ、大変参考になり、また、感銘を受けました。その中で、こんな状況下でも、患者さんが、リモートワークだから、予定より全然早く社会復帰できたと報告してくれた場面がありました。演者の皆様のご施設では、ポジティブにとらえられるような事象や出来事や変化などはありましたでしょうか。	吉田 千香	当初、就業や就学など心理社会的課題については、患者家族の方リモートで治療中も継続できることは比較的ポジティブな印象をうけました。しかし、一部の患者さんの中には、就業がリモートになることで、会社からも意識的ではないものの、治療中の仕事がタスクとして与えられる状況に強いストレスを感じられる方もいらっしゃいました。コロナ禍の就業支援を通じて、リモートワークがポジティブな影響を与えるのかどうかは、患者さんの就業に対する価値感などが影響すること、かならずしもポジティブに作用していないこともあること、を学びました。
		福地 朋子	有効なデータは取れていませんが、セルフケア能力は高くなったと思います。 今回、自施設では自宅でできるリハビリを意識的に導入することで、気分転換 となり日常生活習慣が変わり、日々の内服管理であったりスキンケアが丁寧に できるようになったという報告は、大きな変化と捉えています。

看護シンポジウム「新型コロナウイルス流行期における患者・家族・看護師の心のケア」

質問者	質問内容	返信者	回答
高坂久美子	移植病棟の看護師をコロナ対応に参加しないことを決定できた要因は何ですか？ＩＣＴからの提案ですか？移植医師からの提案ですか？	吉田 千香	がんセンターでは、移植病棟の看護師がコロナ対応している状況にあり、当質問には該当致しません。
		福地 朋子	ICTからの提案です。
上杉史世	LTFU休止期間のcGＶHDのスクリーニングの遅れやワクチン導入の遅れなどはどのように対応されていましたか。工夫された点があれば教えて下さい	吉田 千香	セッション中にも発表しましたが、多職種が参加するLTFUカンファレンスで情報共有と注意喚起、移植科各主治医との情報共有と注意喚起、外来看護師との情報共有と協働ど意識的に行い、LTFU対象の患者のスクリーニングに努めました。

看護教育講演 1

質問者	質問内容	返信者	回答
白井 裕子	医療者がジムや趣味などで人の集まる場所へ行くことは、しないほうがいいのでしょうか。現在はジムなどでも感染予防対策をとっています。本人も注意しながらならよいのでしょうか。	新井　誉子	COVID-19により医療者の行動制限もかかっており、相当なストレスを抱えていると推測します。 当院においても都内では医療者の行動が注目され、COVID-19の患者集積があると、都民の厳しい目が向けられます。 ジムでは相当な感染対策を講じ営業をしていると思います。その方策を一つ一つ守ることで感染はある程度は防げると思いますが、 実際にCOVID-19になった時に行動歴からリスクのある行動をしていたと簡易に判断されるかもしれません。 その時にしっかりと講じていた感染対策について説明できればと思います。
福地朋子	BOのある高校生が進路として畜産系に行きたいと言ってます。進学指導としてアドバイスはありますか	新井　誉子	この件については医師にも問い合わせました。患者さんの希望を叶えるべく体調を整えられるようケアしていくことが医療者の努めとのことです。学業の途中で実習等もあると思います。その環境に入るにあたっての防塵マスクの選択や手指衛生の方法、グローブ選択なについて相談にのるなど、最大の応援者になりたいと思います。
川口 綾	当院で移植後の患者さんが家族の持ち込みと思われるCOVID-19に感染しお亡くなりになるという事例が年明けにありました。家庭内感染を予防するのために、退院後は一定期間、家庭内でもマスクの着用をしてもらうことを推奨したほうがよいでしょうか	新井　誉子	濃厚接触にならない家庭内での分離は共有スペース(風呂、トイレ)は使用したら洗浄、消毒を行い、 食事も部屋の前に置き、全く接触しないということになっています。 家庭内ではマスクのみでCOVID-19の伝播を防ぐことは難しいと言えます。 環境を常に清潔に保ち、食事は一緒に取らない等、マスクを外す時間の共有を避けていくことが重要と思います。

看護教育講演2

2021/3/29

質問者	質問内容	返信者	回答
Hisayo Doi	造血器悪性腫瘍のゲノム検査のタイミングはいつになりますか。聞き逃していたらすみません。	小笹 由香	正確な診断の補助、予後予測、治療方針の決定、再発・治療抵抗性の病態評価など、遺伝子異常によっても、病状によっても利用される局面は多様です。詳しくは、日本血液学会のガイドライン（http://www.jshem.or.jp/genomgl/about.html#a06）をご参照ください。
mtukagos	固形がんの患者さんでしたが、自分が関わる前に遺伝子検査がされていました。結果が出て、使える薬剤がありましたが、適応外使用だったため、治療が受けられませんでした。 患者さんから時間とお金の無駄だったと言われ、結果の伝え方治療が受けられるか探し方など難しいと感じました。 看護師としてどう関わったらよかったかご助言いただけますでしょうか。	小笹 由香	途中から関わることは、とても難しいですよね。治す方法がないという事実を突きつけられ、やるせない気持ちを看護師にぶつけたのかもしれません。患者さんは、白黒つけたいと思っている！！などと語っておられても、多くの方は何か治療できることを期待し、使える薬剤はあっても適応外などという複雑な状況は、理解が難しいこともあります。まだまだ研究段階の診療なので、遺伝子検査を受けるということは、【検査して結果がわかったら治療できる】という単純な状況ではなく、その結果がどのようであっても受けとめて、その後を生きていくことになることを、検査前にお話しすることが重要です。そのうえで、あなたにとってどのようなことがメリットなのかデメリットなのか、一緒に考えてることが、意思を決定するための支援となると思います。最後まで積極的治療にこだわりぬくのか、できることをやっていく人生を考えるのか、患者にも家族にも私たちにもつらいことですけれど、いのちの限界に向きあうことは必要ですよね。恐れず、逃げず、あなたが大切にしていること、やりたいと思っていること、できればこんな風になったらいいなと思っていることはどんなことですか？と患者に問い、一緒に考えてみてください。

看護教育講演2

2021/3/29

質問者	質問内容	返信者	回答
高坂久美子	予想外の遺伝子情報が判った時どうするのか疑問でした。事例の紹介でイメージが少しできました。自身の想いが反映しそうですが、患者が主人公として支援する一員としていることを再確認できました。ありがとうございます	小笹 由香	医療者間の価値観の相違は、お互いに人間関係も影響することがあります。私たちはあくまで、患者の意思決定を支援するという立場であることを、お互いに確認しつつ、一緒の方向に伴走していければいいのかなと思います。
rie nakagawa	とてもわかりやすい説明をしていただきありがとうございました。 かなり精神的なフォローが必要と感じましが、リエゾンなどが介入したケースはありましたか	小笹 由香	遺伝子検査の結果を受けとめられるのか、発症前診断のような状況では精神神経科の受診を必須にすることもあります。（衝撃を受けた際のうつ傾向などについて）ただ、がんゲノムの診療領域は、急速に推進されたので、このあたりのフォロー体制が急務となっています。
ayako mori	ご講演ありがとうございました。遺伝子異常が見つかった後、どのようにフォローするかは長期間にわたり複雑な問題が絡み、根気と思慮深くあることが必要だな、と思いました。一方で、がんゲノム医療における遺伝子パネル検査では、10%程度での発見頻度で、そのうち治療につながる人は少ないので、そもそも、標準治療のない予後不良の患者さんが検査を受ける時点での意思決定支援とその後のフォローも重要と感じています。特別な役割を担う人だけでなく、普段から日常的に関わる看護師みんなが関わる必要があるなと思いました。感想でした。	小笹 由香	コメント頂いたように、もう遺伝子検査は普及されており、検査結果が開示されるスピードも確実に早くなっています。また、研究段階のものがいきなり臨床に出てきた感覚で、様々なフォロー体制の整備が間に合っていません。なので、日常的に関わる看護職が気づき、窓口になって、まだまだ多くない専門家につなげるという役割が、実は最も重要になります。それが、私が今回学会でお話しさせていただいた、最も大きな理由です。

看護ブラッシュアップ研修

2021/3/31

質問者	質問内容	返信者	回答
mami goto	予防接種実施後、抗体検査で抗体がつかない事例も多いと思うのですが、その場合LTFU外来での予防接種の推奨の目安等は各施設でどのようになっておりますか。	森　有紀	麻しん風しんについては、1回接種後抗体価が上がらない場合は再接種。水痘、おたふく風邪は2回接種後抗体測定のみ。

HCTCワークショップ

質問者	質問内容	返信者	回答
石関 香織	HLA検査から採取まで数年かかっているケースがあるというお話がありました。当院でも、その様なケースがあり（まだ採取には至っておりません）ドナー候補の心理的な負担が長く続くのではないかと懸念しております。何か対処している方法がありましたら、ご教授ください。（その後当院では、ドナー候補の方に直ぐに検査を受けるか、移植の話が具体的になってから受けるかの確認を取っております）	立花 美智子	ご指摘の通り、移植の話が具体的になってから、ドナー候補の方のHLA検査をするかどうかを十分な説明の後に決めるべきであり、当院でもそのように対応しております。 しかしながらすでにHLA検査を実施されて転院されてくる例は存在しており、今後の課題であると思います。 すでにHLA検査を受けられているものの、採取の実施が決定しないドナー候補者の方には、気がかりなことは、いつでもHCTCにご相談いただける体制を敷いております。
		武田 みずほ	医師によっては病状進行時の待機的移植でも早めに本人・血縁のHLA検査を始める場合もあります。 ドナー候補の心理的負担を軽減するためにあくまでも今は検査段階であり、改めて移植の目途が立った際にはその時点での意思と健康状況を再度確認させて頂いた上で進めさせて頂くことを患者本人・血縁者の方にお伝えしています。ですがやはりHLAが一致となればドナー候補の背負う心理的負担は否めないので医師側の希望との狭間で悩ましい問題であると感じています。
		井上 雅美	そのような事例を当科は経験していませんので、 当科の経験をお伝えできません。申し訳ないです。
小出利江	メーリングリストの個人情報保護はどのようにされていらっしゃいますか？	立花 美智子	名前やイニシャル、生年月日などの詳細情報は載せないようにして秘匿化しています。
Tatsuo Ichinohe	HLA検査が安易に行われないように近隣施設とのネットワークを構築されていることを素晴らしいと感じました。実際にこのシステムを導入されるにあたり、利用された資材などがあれば教えてください。	立花 美智子	以前より関連病院間で気軽に相談ができるメーリングリストが存在していたため、そのネットワークを利用しました。その中でHCTCが主体的に関与するなど、ソフト面での対応も重要かと思います。

HCTCワークショップ

質問者	質問内容	返信者	回答
田中舘麻美:	HLA採取前のICを十分実施し、HLA結果をレシピエントに報告後に提供を拒否された場合トラブルになってしまい、その場合ドナー、レシピエント間の調整はどうすればよいでしょうか？	立花 美智子	当院で最初からコーディネートをした例では、ご質問と同様のトラブル事例は経験していないため、答えになっていないかもしれませんが、HLA検査結果が判明した後に、再度ドナー候補者に意思確認をしてトラブルを未然に防ぐようにしています。また、ドナー状況によってはコーディネートのどの段階においても中止・延期の可能性があること、中止理由については明示できないことを、コーディネート開始時に患者さんに説明し、承諾書にご署名いただいています。
田村めぐみ	非移植施設への幹細胞採取依頼の際には、バンクの採取の際の運用と同じように、覚書の締結などをする必要があるのでしょうか。	立花 美智子	今回の事例では、骨髄バンクの合意書と同様の内容で契約締結しました。
27watanabe	ドナーの採取施設を探した具体的な方法ツールが有れば教えて頂きたいです	立花 美智子	骨髄バンクのホームページ「移植施設一覧」から探しました。https://www.jmdp.or.jp/hospitals/view1/
miyoko kanemoto	このような血縁者間での移植の場合、移植施設と採取施設の費用面でどのような契約をかわされたのでしょうか？	立花 美智子	今回の事例では、骨髄バンクの合意書と同様の内容で契約締結しました。また、ドナーが健診で不適格になった場合の対応について事前に決めておく方が良いかもしれません。
小川丈二	ドナーが年少のきょうだいの場合でも患者主治医と別にした方がよいでしょうか？	井上 雅美	基本的には主治医を別にすることが推奨されていますが、実際には家族が同じ主治医を希望される場合もあり、一律に対応することが難しい場合もあります。
田中舘麻美	移植後、レシピエントが亡くなられた場合、以降の血縁ドナーの支援として、介入のタイミングについてご教示いただきたく存じます。当施設ではドナーから希望される場合はもちろん対応しておりますが、術後検診時は連絡しますが、それ以外でこちらから血縁ドナーに連絡することは避けておりました。患者が亡くなったあとに施設側からアプローチするケースはありますか？	武田 みずほ	当院でもドナーの術後健診以降にレシピエント死亡の場合は特別なアプローチはしておりません。ドナーから相談があった場合のみ対応としていますがそのようなケースはほとんど経験がありません。

HCTCワークショップ

質問者	質問内容	返信者	回答
田村めぐみ	基本的な事でご質問させて下さい。HCTCとしてのドナーやレシピへの対応プロセスは、アセスメントも含め、全て記録に残されていらっしゃいますでしょうか。	武田 みずほ	基本的には記録を残しますが、家族間のトラブルなどがある場合は詳細な記録は控えています。
ICT	病気の子どもと同様に兄弟姉妹の権利や気持ちの尊重が大切だとおもいます.	井上 雅美	その通りだと考えます。有り難うございます。
ASUKA.HIRAGA	ドナー説明のパンフレット作成にあたりご参考にされたものがありましたらご教授ください。	立花 美智子	骨髄バンクの『ドナーのためのハンドブック』を参考にしました。
小川丈二	当院は年少の兄弟ドナーのHLA検査前から臨床心理士さんにかかわっていただいているのですが、ほかの職種の方への協力要請の例はありますか？	井上 雅美	素晴らしい取り組みですね。当センターは、チャイルドライフスペシャリストや保育士さんに関与してもらったことがありますが一貫して最初から採取後まで関与してもらうのは難しい状況です。
ICT	そういう意味で話して分かる年齢、病院によってはドナーの年齢は3歳以上くらいに設定している病院もあると思います。そろそろ学会でもドナー選定のガイドラインを再検討するべきではないでしょうか？	井上 雅美	ご意見、有り難うございます。同感です。
Naoko Takenouchi	ただ、レシピエント、ドナーの親は同じです。違う立場の医師からのかかわりがあり、それが混乱しないように整理しつつ、ドナー、レシピエントのそれぞれの利益を尊重するコーディネートが大切かと思います。	井上 雅美	ご意見、有り難うございます。その通りだと思います。
miyoko kanemoto	先ほどのグリーフケアの問題ですが、HCTCだけが抱えるのではなく、チーム医療の一環として家族外来などを活用するのもいいと考えますが…	武田 みずほ	ありがとうございます。多職種で共有し必要時は専門外来を活用していきます。

チーム医療

質問者	質問内容	返信者	回答
内田 直之	１．面会許可される患者さんは個室のみでしょうか？ 大部屋患者さんも対象ですか？	熱田 雄也	当院では面会許可される場合は病態増悪時や臨死期に現状は限定しておりますので結果的にそういった場合、既に個室での入院状態となっており、個室患者のみの面会となっています。
		小山 美樹	当施設では、臨死期の患者の家族、もしくはPCR検査を受けて患者に付き添う家族に限って、患者と直接会うことを許可しています。そのため必然的に個室の患者さんになることがほとんどです。
内田 直之	２．病棟横断的な活動をする医療スタッフ（PTさんやNST、リエゾンチームなど）はクリーンルームへの出入りの制限等はありますか？	熱田 雄也	本来であれば、移植病棟では専属のリハビリスタッフやリエゾンチームが望ましいと考えますが、現実的にはマンパワーの問題でそれらは厳しく、制限は行っておりません。しかし、リエゾンチームの介入については以前はチーム回診等をしていただいておりましが、現在は回診時の人数を絞って頂いたり、あるいは以前は全例でDrを含めたリエゾン介入としていましたが現在は心理士面談でDrか介入が必要と判断した方にDr介入するといった形式をとっています。
高坂久美子	小山先生　。CNS等で取り組まれている面会制限下でのケアの具体的な取り組みを教えてください	小山 美樹	CNSだけで動くというよりは、領域の近しいスペシャリストが協働して取り組みを行っています。移植に関連した取り組みはまだ検討段階ですが、多領域ではスペシャリストが医師に働きかけて、外来で実施していた患者指導をオンライン形式で行う取り組みなども始まっています。

チーム医療

質問者	質問内容	返信者	回答
ayako mori:	患者さんの移植適応を判断したり、治療経過の中でBSCを考えなくてはいけないとき、コロナ感染症のリスクやコロナ感染が重なってしまったとき、移植をするかどうか、コロナ重症化のときに人工呼吸器装着をどう考えるか、など倫理的な問題を検討することが必要になる場面もあるかと思います。先生方のご施設で、そのような検討の機会をどのようにもたれているか、どのような職種で検討しているか、など、倫理的検討のご経験があれば、お聞かせください。	熱田 雄也	当院では、移植適応については血液内科の全医師（現在は各チームリーダー）、輸血科医師、病棟看護師、精神科医師、心理士、コーディネーター、薬剤師で判定会議を行ってきました。コロナ感染下での移植となればそこに感染症科Drや感染管理スタッフの参加をお願いしたり、BSCの方針へ切り替えていく際には緩和ケア科スタッフにも介入を依頼する形が良いのではないかと考えております。
Tetsuya Nishida:	カンファレンス時にマスク着用以外に特別な感染対策は実施されていますでしょうか。	熱田 雄也	当院ではまず、カンファレンス室を変更して、これまでも広い会議室でカンファを行い、席の間隔を空けて、換気を行いながらカンファレンスを実施しています。
田中舘麻美	JMDPからの通達は、通常はドナー終了理由は知らされないのに、なぜコロナ陽性の報告が来るのでしょうか？	金本 美代子	コロナ禍において、採取施設でバンクドナーにPCR検査を実施する施設が増え、その日程と項目（COVD-19PCR検査）がバンク経由で移植施設に連絡が入ります。それ故に結果（陽性/陰性）もバンク経由で移植施設に連絡がきます。しかし、患者さんにはあくまでもこれまで通り「ドナー都合」とお知らせすることになっています。
川口 綾	当院では一般床、クリーンルームのどちらも診療、ケア時においてマスクの着用のみです。アイガードの併用も行うべきでしょうか。	熱田 雄也	患者様、及び医療者が常に適切にマスクを着用しているという条件であればマスクのみでも問題ないように思いますが、実際にはかなり近い距離で診察やケアを行ったり、患者様にマスクを外してもらって口腔内観察を行ったり、場合によっては排便解除等をすることもあると思いますので、そういっ他状況を想定すると一般床であってもクリーンルームであってもアイガードを使用していただくことがより安全と思います。

プレナリーセッション

質問者	質問内容	返信者	回答
宮尾 康太郎	日欧の違いがaGVHD治療方法の差という可能性はありますでしょうか？	諫田 淳也	ご質問ありがとうございます。ご指摘の通り、aGVHDの初期治療のPSL投与量の差なども原因の一つと考えられます。欧州のレジストリーデータではGVHD初期治療の詳細な情報が得られず、十分な解析は行えておりません。
川先 康太	CBTにおけるGVHDの影響に人種差がある理由はどう考えますか？	諫田 淳也	ご質問ありがとうございます。急性GVHD発症頻度および非再発死亡率に関して人種間で差があることが、血縁および非血縁者間移植で示されており、GVHDのリスクに関する遺伝子多型の差などの原因も指摘されています。臍帯血においても同様の可能性があります。
村田 誠	同じG2の急性GVHDであっても、欧州の場合は、ATGを予防投与したにも関わらず発症した（より難治性の）G2のGVHDだった、という理解でよろしいでしょうか？	諫田 淳也	ご質問ありがとうございます。欧州ATG群に関してはご指摘の可能性はあると思います。欧州非ATG群に関しても同様の傾向がありましたので、日欧の差がATGのみで説明はできないかもしれません。
赤星 佑	この研究結果から軽度のGVHDを誘導するような免疫抑制調整は推奨されますでしょうか？	諫田 淳也	ご質問ありがとうございます。免疫抑制剤の早期減量などにより、軽度のGVHDが誘導できれば良いと思います。臍帯血移植においては免疫抑制剤の早期減量が可能となる症例も多く経験しますが、現時点では"ちょうどよい"GVHDの誘導は困難かもしれません。
赤星 佑	またlimited cGVHDでNRMが低いことに関してどういった理由が考えられますでしょうか？	諫田 淳也	ここの解釈は非常に難しいです。免疫回復が早い群が含まれるのかもしれません。
小笠原 励起	現行のMSCと比べてどのような利点が予測されますか	長村 登紀子	小笠原先生　質問ありがとうございます。国内ドナーからのMSCで、安定的に供給できること、今回無血清培養、無血清凍害保護液ということで安全性が高い、増殖力が高いのでより早く大量に培養できる（コスト面）、HLA-DRが陽性にならないことで抗原が一つ低い、等が挙げられます。