

外来維持血液透析患者におけるインフルエンザおよび
新型コロナウイルス感染症の現況に関するアンケート

施設概要

■都道府県名()

■施設名(任意)()

■電話番号(市外局番から)()

※例:0312345678。この番号記載は重複回答の防止目的です。

■施設の種類 ☐ 病院 ☐ 有床診療所 ☐ 無床診療所 ☐ その他■維持血液透析 ☐ 施行している ☐ 施行していない→(施行していない場合は以上で回答は終了です)

■2025年3月31日時点での維持血液透析患者数()名

※維持血液透析患者数は外来通院している血液透析患者数を記載してください。

※ここで解答終了の場合も
必ずアンケート用紙を
郵送ください。

外来通院維持血液透析患者を対象としたアンケートとなります。

- ① 2024年10月1日以降で、貴院における新型コロナウイルス感染症感染状況とワクチン接種状況に関して、下記の表のご記入をお願いいたします。

	維持血液透析患者対象		新型コロナ感染 維持血液透析患者対象			新型コロナ感染にて入院した 維持血液透析患者対象				新型コロナ感染 1 か月以内に 死亡した維持血液透析患者対象		
	透析患者数 *1	ワクチン 接種人数 *2	感染者数	ワクチン 接種人数 *2	抗ウイルス薬の 投与人数 *3	入院数	ワクチン 接種人数 *2	抗ウイルス薬の 投与人数 (診断時) *3	転帰判明数 *4	死亡数	ワクチン 接種人数 *2	抗ウイルス薬の 投与人数 (診断時) *3
60 歳未満	名 ()	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()
60 歳以上 65 歳未満	名	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()
65 歳以上 75 歳未満	名	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()
75 歳以上	名	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()

*1 2025 年 3 月 31 日現在の貴院の外来通院維持血液透析患者数を記載してください。

*2 ワクチン接種とは、2024 年 10 月 1 日から接種が開始された JN.1 対応の**新型コロナワクチン**接種の有無で記載ください。

*3 抗ウイルス薬とは、レムデシビル（ベグルリー®）、モルヌピラビル（ラゲブリオ®）、エンシトレルビル（ゾコーバ®）いずれかの使用の有無について記載ください。

*4 転帰判明数は入院後の生存死亡が判明している患者数を記載してください。

- ② 2024年10月1日以降で、貴院におけるインフルエンザ感染症感染状況とワクチン接種状況に関して、下記の表のご記入をお願いいたします。

	維持血液透析患者対象		インフルエンザ感染 維持血液透析患者対象			インフルエンザにて入院した 維持血液透析患者対象				インフルエンザ罹患1か月以内に 死亡した維持血液透析患者対象		
	透析患者数 *1	ワクチン 接種人数 *2	感染者数	ワクチン 接種人数 *2	抗ウイルス薬の 投与人数	入院数	ワクチン 接種人数 *2	抗ウイルス薬の 投与人数 (診断時)	転帰判明数 *3	死亡数	ワクチン 接種人数 *2	抗ウイルス薬の 投与人数 (診断時)
60 歳未満	名 ()	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()
60 歳以上 65 歳未満	名	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()
65 歳以上 75 歳未満	名	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()
75 歳以上	名	名 接種の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()	名	名	名 接種の有無不明 ()	名 投与の有無不明 ()

*1 2025 年 3 月 31 日現在の貴院の外来通院維持血液透析患者数を記載してください。

*2 ワクチン接種とは、2024 年 10 月 1 日以降の**インフルエンザワクチン**接種の有無で記載ください。

*3 転帰判明数は入院後の生存死亡が判明している患者数を記載してください。

2枚目もご記入ください。

③ 新型コロナウイルス感染症で入院となった貴院の外来維持血液透析患者のワクチン接種状況について教えてください。

☐ 入院患者あり ☐ 入院患者なし

↳ ワクチンの接種回数別に人数をご記入ください。

未接種: ()名 2回以下: ()名 3回以上: ()名 不明: ()名

④ 新型コロナウイルス感染症で死亡した貴院の外来維持血液透析患者のワクチン接種状況について教えてください。

☐ 死亡患者あり ☐ 死亡患者なし

↳ ワクチンの接種回数別に人数をご記入ください。

未接種: ()名 2回以下: ()名 3回以上: ()名 不明: ()名

⑤ 貴院の外来維持血液透析患者に対するワクチン接種の考え方と状況について教えてください。

★貴院の医師やスタッフから透析患者へのインフルエンザワクチンの接種推奨について教えてください。

- ☐ 重症化や死亡のリスクを説明し全患者に推奨
☐ 対象患者を絞って推奨(年齢や基礎疾患、合併症など)
☐ 特に推奨せず患者の意思に委任
☐ 推奨しなかった

■上記で選択したワクチン接種の推奨状況となった理由を教えてください。

(自由記載) ()

★貴院の医師やスタッフから透析患者への新型コロナワクチンの接種推奨について教えてください。

- ☐ 重症化や死亡のリスクを説明し全患者に推奨
☐ 対象患者を絞って推奨(年齢や基礎疾患、合併症など)
☐ 特に推奨せず患者の意思に委任
☐ 推奨しなかった

■上記で選択したワクチン接種の推奨状況となった理由を教えてください。

(自由記載) ()

★自施設で新型コロナワクチン接種は可能でしたか?

- ☐ はい
☐ いいえ

★自施設以外での新型コロナワクチン接種状況を把握していますか?

- ☐ はい
☐ いいえ

★患者が新型コロナワクチンを接種した理由は?(複数回答可)

- ☐ 自分の感染予防 ☐ 家族や友人への感染伝播防止 ☐ 社会全体として感染拡大を抑えるため
☐ 重症化予防 ☐ 死亡のリスク軽減 ☐ 後遺症のリスク軽減
☐ 仕事のため ☐ 旅行やイベントに行くため ☐ 医師やスタッフからの推奨
☐ その他()

★患者が新型コロナワクチンを接種しなかった理由は?(複数回答可)

- ☐ コロナは風邪と同様であるため ☐ 年齢が若いから不要と考えたため ☐ ワクチンの副反応
☐ ワクチンの安全性への不安 ☐ 接種費用が高いため
☐ 効果が期待できないため ☐ 基本的な感染防止策で十分と考えるため ☐ 接種場所が遠いため
☐ 忙しく時間がないため ☐ 疾患やアレルギーにより接種が出来ないため
☐ 透析施設で推奨していないため ☐ その他()

★今年は新型コロナワクチン接種を推奨しますか?

- ☐ 全患者に推奨 ☐ 対象者を絞って推奨(年齢や基礎疾患、合併症など) ☐ 特に推奨せず患者の意思に委任
☐ 推奨しない

アンケートへのご協力ありがとうございました。