

平成 29 年度血液製剤使用量等アンケート調査報告

滋賀県輸血療法委員会

平成 31 年 3 月

【目次】

1. はじめに	1
2. 調査方法等	1
3. アンケート調査項目【院内体制】	2
アンケート調査項目【血液製剤の使用量・廃棄量等】	3
4. 調査結果の概要	4
5. 平成 29 年度滋賀県血液製剤使用量等アンケート調査協力医療機関	14

1. はじめに

平成 15 年の『安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律』の制定に基づき、同年厚労省からの「血液製剤の安全性の向上及び安定供給の確保を図るための基本的な方針等」を踏まえて、全国都道府県に合同輸血療法委員会が設置されるようになり、その活動を通じて血液製剤の適正使用に係る院内整備が推進されることになった。

本県においても国や県のがん拠点・支援医療機関や血液製剤の使用量の多い医療機関の代表者を中心に「滋賀県輸血療法委員会」を発足させ、県をあげて血液製剤の効率かつ適正な使用を推進していくことになった。

このアンケート調査は、個々の医療機関の輸血医療体制の現状を明らかにし、それぞれの医療機関がどのような位置づけや現状、そして、問題点を把握することを目的とし、その結果を基により良い方向性を探ることにより、本県の関連医療機関と地域医療の向上に役立てるために調査を行った。また、平成 26 年度調査から継続的に本調査を行なうことにより、年々、変化していく輸血医療の実態を把握することも調査目的とした。

2. 調査方法等

アンケート調査項目については、日本輸血・細胞治療学会アンケート調査内容を参考とし、委員会等にて議論を行い滋賀県輸血療法委員会にて決定し、平成 29 年 4 月から平成 30 年 3 月（平成 29 年度）までの期間を対象とした。アンケート対象は、平成 29 年度輸血用血液製剤供給実績のある県内医療機関 62 施設を対象とし、平成 30 年 10 月 10 日～平成 30 年 11 月 20 日を調査期間として郵送又は持参説明により調査を実施した。

3. アンケート調査項目

アンケート調査項目を以下に示した。【院内体制】に対する調査項目と【血液製剤の使用量と廃棄量】に対する調査項目を回答する内容とした。

血液製剤使用量等アンケート調査①（平成29年度調査：平成29年4月1日起算）						
医療機関名称（一般病床数）：（ 床）				報告先：滋賀県輸血療法委員会事務局（滋賀県赤十字血液センター）		
連絡先：所属（役職）名 回答責任者（氏名）				FAX:077-561-3051		
【院内体制】						
	項目	回答欄		備考		
1	輸血療法委員会設置の有無について	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
	* 設置有りの場合に記入願います。					
1-1	委員長の役職（及び専門領域）			記載例：院長（消化器外科）		
1-2	委員会事務局の担当部署又は担当者の部署					
1-3	開催頻度	回/年		記載例：6回/年		
2	輸血部門設置の有無について	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
	* 貴院の現状を記入願います。					
2-1-1	輸血用血液製剤の一元管理実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		輸血用血液の保管・管理と検査		
2-1-2	アルブミン製剤の一元管理実施の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		アルブミン製剤の保管・管理		
2-2	責任医師設置の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
2-3	専任担当技師設置の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
2-4	24時間の輸血用血液検査実施体制の構築	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
2-5	「血液製剤等に係る遊及調査ガイドライン」に基づく、使用済みバッグの冷蔵保存の実施	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 保管日数（ ）		有の場合保管日数		
3	輸血後感染症等監視体制の構築について	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		※有の場合は以下の設問に回答をお願いします。		
3-1	輸血前の感染症検査の実施	<input type="checkbox"/> 全て ・ <input type="checkbox"/> 一部 ・ <input type="checkbox"/> 無				
3-2	輸血後の感染症検査の実施	<input type="checkbox"/> 全て ・ <input type="checkbox"/> 一部 ・ <input type="checkbox"/> 無				
3-3	輸血前検体の保存	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		※有の場合 保存期間（ ）		
3-4	輸血後感染症検査実施率	%				
3-5	頻回輸血患者の感染症検査の実施状況	<input type="checkbox"/> 週1回程度 ・ <input type="checkbox"/> 月1回程度 ・ <input type="checkbox"/> 3ヶ月に1回程度 ・ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
3-6	輸血後感染症検査の主対応部署					
3-7	問題点					
4	院内での検査実施状況について	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		※有の場合は以下の設問に回答をお願いします。		
4-1	ABO血液型	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	RhD血液型	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	不規則抗体スクリーニング検査	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	交差適合試験	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	Type & Screenの実施	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	コンピュータークロスマッチの実施	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	不規則抗体同定	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	血液型亜型精査	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	血液型検査のダブルチェック(2回採血)の実施	<input type="checkbox"/> 実施 ・ <input type="checkbox"/> 未実施				
	* 手術時等の院内での血液の準備量について(待機予定手術時)	算出している <input type="checkbox"/>		算出している場合の平均C/T比		
	C/T比【準備血液量(C)/輸血量(T)】を算出しているか	算出していない <input type="checkbox"/>		()		
4-2	問題点					
5	危機的出血時の輸血体制について	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		※有の場合は以下の設問に回答をお願いします。		
5-1	緊急輸血や危機的出血時の輸血管理体制はとれていますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
5-2	「危機的出血への対応ガイドライン」の周知はされていますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
5-3	危機的出血時の院内マニュアルはありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
5-4	緊急時のO型赤血球製剤輸血の経験はありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
5-5	緊急時の交差適合試験省略の経験はありますか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
5-6	問題点					
6	日本輸血・細胞治療学会の認定医療従事者の有無 ※有の場合			認定医(名) ・ 認定輸血検査技師(名) 認定臨床輸血看護師(名) ・ ファレルズナース(名)		
7	日本自己輸血学会の認定医療従事者の有無 ※有の場合			自己輸血医師・看護師(名)		
8	院内在庫血液設定本数 ※院内で常時的に保管されている血液の種類と本数	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		※有の場合は以下の設問に回答をお願いします。		
	赤血球濃厚液	RBC-LR-1	A	O	B	AB
		RBC-LR-2	本	本	本	本
		FFP-LR120	本	本	本	本
	新鮮凍結血漿	FFP-LR240	本	本	本	本
		FFP-LR480	本	本	本	本
特記事項(血液製剤の廃棄量削減の効果があった事例)						

血液製剤使用量等アンケート調査②

【血液製剤の使用量・廃棄量等】(平成29年度実績(平成29年4月1日～平成30年3月31日))

9-輸血用血液製剤の廃棄について <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、以下の数量の記入をお願いします。						
	区 分	廃棄数(単位)	供給数(未記入で構いません)			
9-1	赤血球製剤合計	単位 (RBC-LR1を1単位)				
9-2	血小板製剤合計	単位				
9-3	血漿製剤合計	単位 (FFP-LR120を1単位)				
9-4	合 計	単位				
10-輸血用血液製剤の診療科別の把握について						
10-1	診療科別の輸血用血液製剤の使用量の把握		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
10-2	※使用量の多い診療科①赤血球製剤		①()	②()	③()	
	※使用量の多い診療科②新鮮凍結血漿製剤		①()	②()	③()	
	※使用量の多い診療科③血小板製剤		①()	②()	③()	
10-3	診療科別の輸血用血液製剤の廃棄量の把握		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
11-自己血輸血の実施について <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、以下の数量等の記入をお願いします。						
11-1	保管場所	<input type="checkbox"/> 輸血部門 ・ <input type="checkbox"/> その他()で保管)				
11-2	保管区分	①同種血と別保冷庫で管理	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない			
		②感染血液と別保冷庫で管理	<input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> していない			
11-3	方 式	疾患の症例数(例)	採血量(貯血量)(U)	使用量(輸血量)(U)	廃棄量(U)	
実 施 状 況	貯血式(液状保存)					
	回 収 式					
	希 釈 式					
	合 計					
12-アルブミン製剤使用について <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合、以下の数量等の記入をお願いします。						
12-1	(アル ブ ミ ン 製 剤)	人血清アルブミン	規格・製品名	重量換算① g/本	使用数量② 本	使用重量 ①×② g
			5%100mL	5		0
			5%250mL	12.5		0
			20%20mL	4		0
			20%50mL	10		0
			25%20mL	5		0
		25%50mL	12.5		0	
		加熱人血漿たん白 44mg/mL	100mL	4.4		0
250mL	11		0			
合 計 (g)					0	
12-2	診療科別のアルブミン製剤の使用量の把握		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
12-3	※アルブミンの使用量の多い診療科		①()	②()	③()	
12-4	アルブミン製剤の使用時のインフォームドコンセント取得の際、同意書に原料血液の採取国の情報を含んでいるか		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
12-5	アルブミンの使用に関して院内での使用基準や使用制限の工夫により、効果があった事例					
13-輸血事故・副作用対策について						
13-1	輸血療法委員会等で把握し、対策をとれる体制		<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無			
13-2	輸血副作用報告数	件(主な事例)				
	(上記のうち、自己血輸血に係る件数、主な事例:件数は再掲)	(件)(主な事例)				
13-3	事故・インシデント報告数	件(主な事例)				
14-輸血管理料等の取得の有無について						
14-1	輸血管理料を算定しているか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	有の場合、(<input type="checkbox"/> 輸血管理料Ⅰ ・ <input type="checkbox"/> 輸血管理料Ⅱ) 無の場合、算定できない理由 ()			
14-2	輸血適正使用加算を算定しているか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	無の場合、算定できない理由 ()			
14-3	貯血式自己血輸血管理体制加算を算定しているか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無				
15-輸血に関する勉強会・研修会の実施について						
15	院内で輸血に関する勉強会や研修会を実施しているか	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	テーマ() ・ 回数 / 年			
特記事項(ご意見があればお願いします。)						

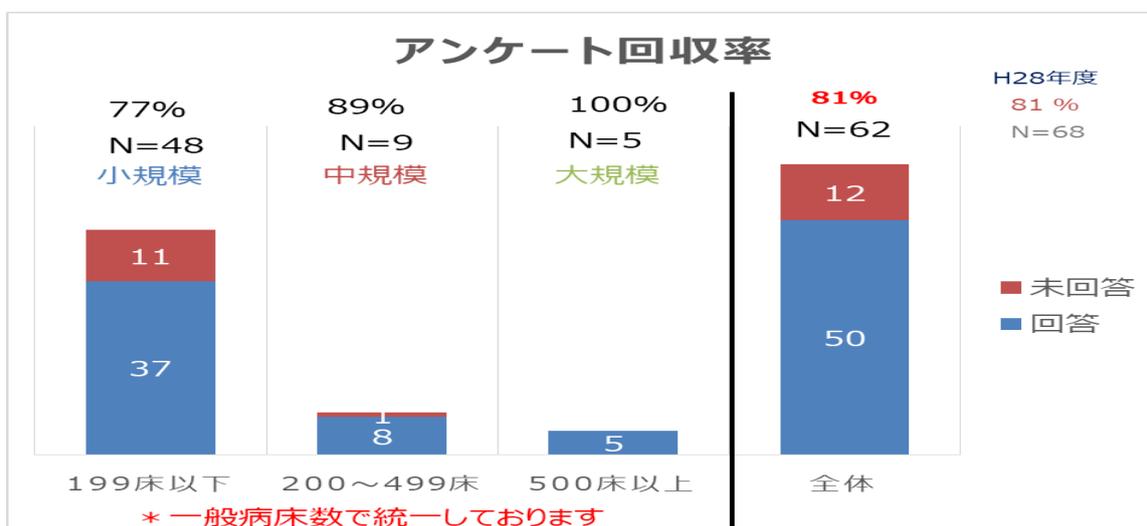
4. 調査結果の概要

本アンケート調査結果の詳細については個々のデータを参照していただきたいが、本調査結果をそのまま数値化し、集計した結果を概要とした。なお、輸血医療体制などが医療機関の規模によって異なると考えられるため、一部の項目に関しては、一般病床数500床以上（大規模施設）5施設、一般病床数200～499床（中規模施設）9施設、一般病床数199床以下（小規模施設）48施設の3区分に分けて集計を行った。

1) 調査対象及び集計対象（回答施設）について

全体のアンケート回収率は、62施設中回答50施設で81%（平成29年度県内総供給量の98%を占める）。病床規模別の回収率は、一般病床数500床以上（大規模施設）5施設で100%、一般病床数200～499床（中規模施設）8施設で89%、一般病床数199床以下（小規模施設）37施設で77%であった。（資料N o 1）

資料N o 1



2) アンケート調査結果集計（アンケート調査項目）について

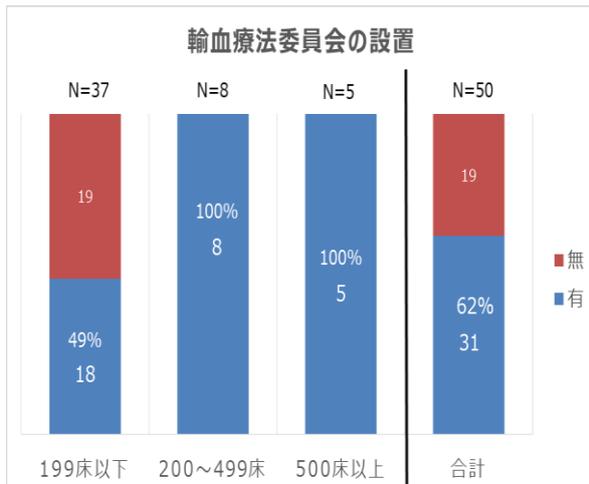
○【院内体制】に関する調査について

- (1) 輸血療法委員会の設置については、回答50施設中の62%が設置していた。病床規模別では大規模施設100%、中規模施設100%、小規模施設49%であった。（資料N o 2）

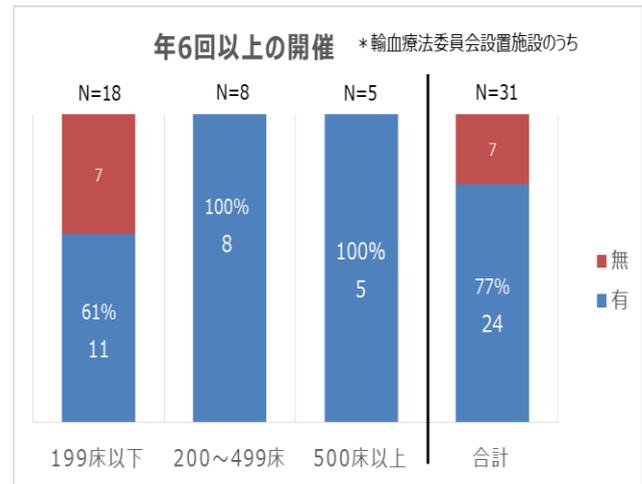
また、開催回数については、輸血管理料施設基準の年6回以上を満たす施設は、輸血療法委員会を設置していると回答のあった31施設中77%（24施設）であった。（資料N o 3）

その回答のあった輸血療法委員会委員長の役職は、院長7施設、副院長6施設、部長8施設、医師7施設、副部長、医長、院長補佐がそれぞれ1施設、（回答31施設）。その専門領域は、内科系14施設、外科系11施設、麻酔科、皮膚科、泌尿器科、呼吸器科、産婦人科、循環器科がそれぞれ1施設であった。また、輸血療法委員会事務局の担当部署は、輸血部・輸血管理部門が3施設、検査部門が18施設、医事課が2施設、薬剤部門が4施設、医療サービス部門、看護部門、総務課がそれぞれ1施設（回答30施設）であった。

資料N o 2

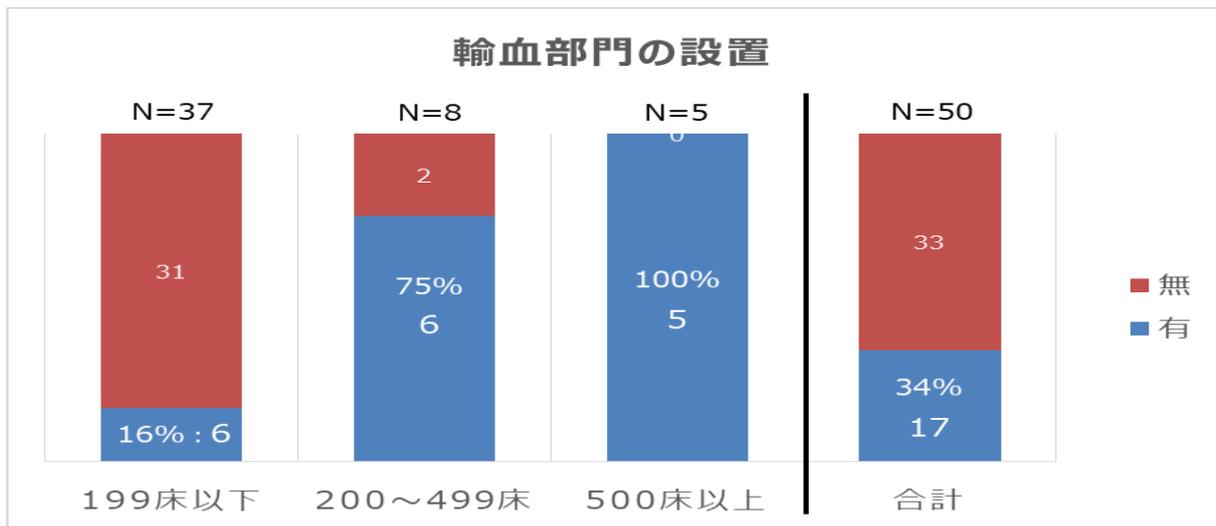


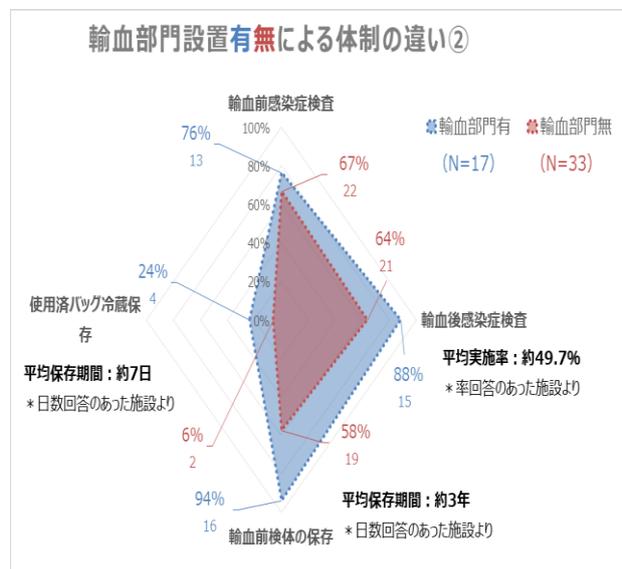
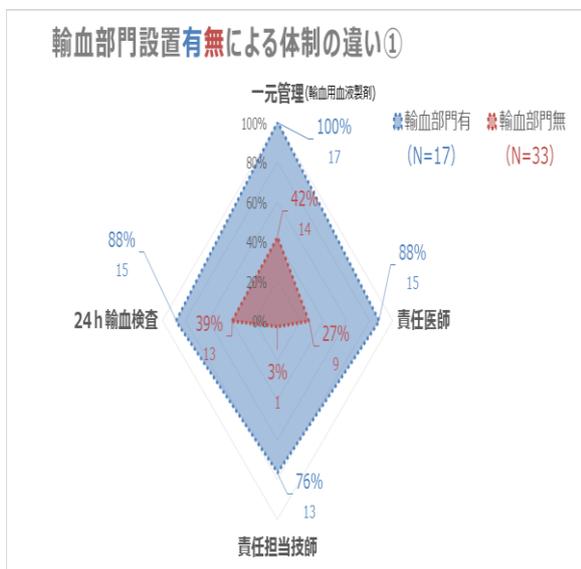
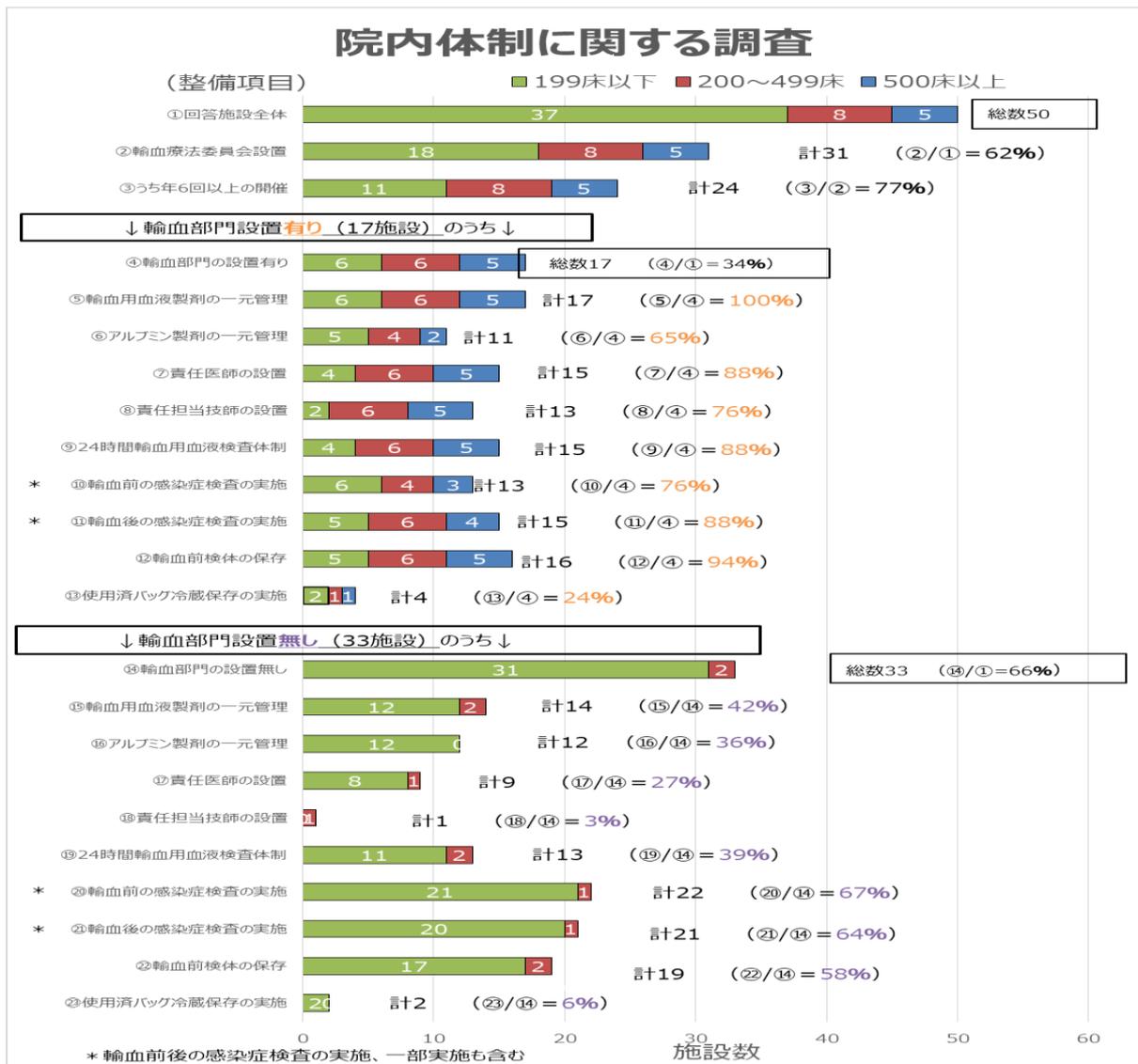
資料N o 3



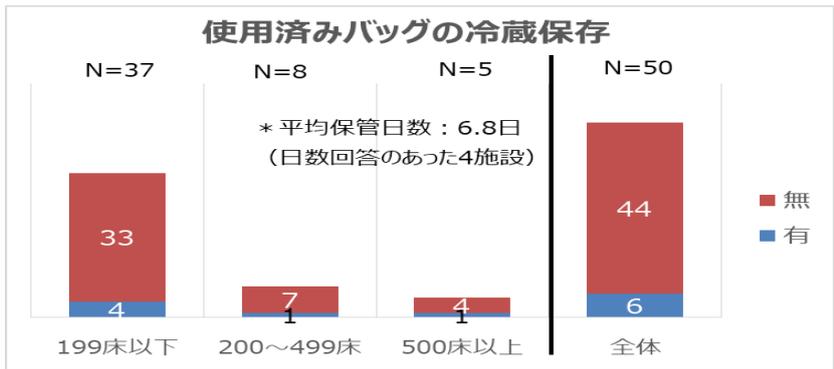
(2) 輸血部門の設置については、回答 50 施設中 34% (17 施設) (資料N o 4) が設置していた。その輸血部門の設置の有・無に分けて院内体制に関して血液製剤の一元管理以下、調査項目に従い集計を行なった。・・・ (資料N o 5、N o 6、N o 7、N o 8)

資料N o 4





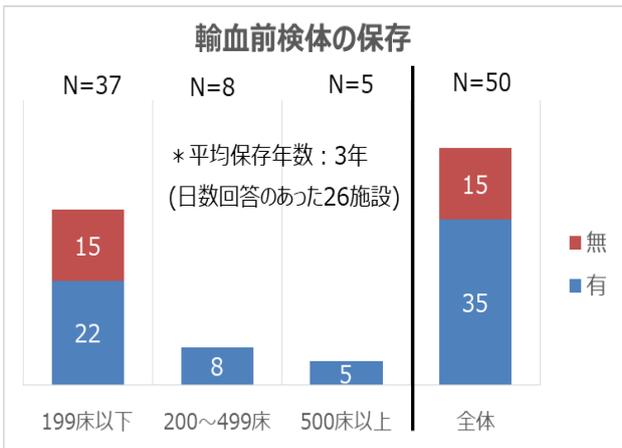
資料N o 8



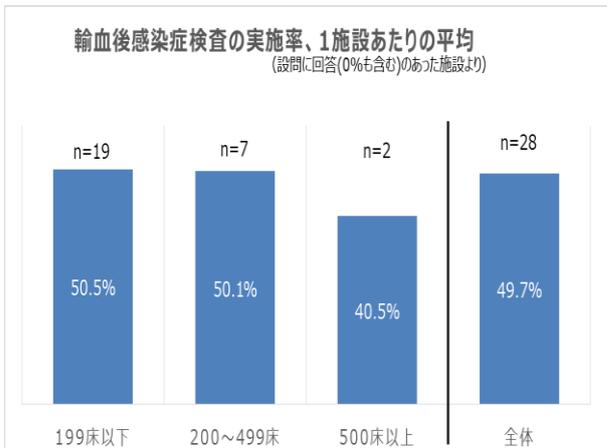
(3) 輸血後感染症等監視体制の構築について

- 輸血前感染症検査の実施 (資料N o 5)
- 輸血後感染症検査の実施 (資料N o 5)
- 輸血前検体の保存 (資料N o 9)
- 輸血後感染症検査実施率 (資料N o 10)
- 頻回輸血患者の感染症検査の実施状況 (資料N o 11)

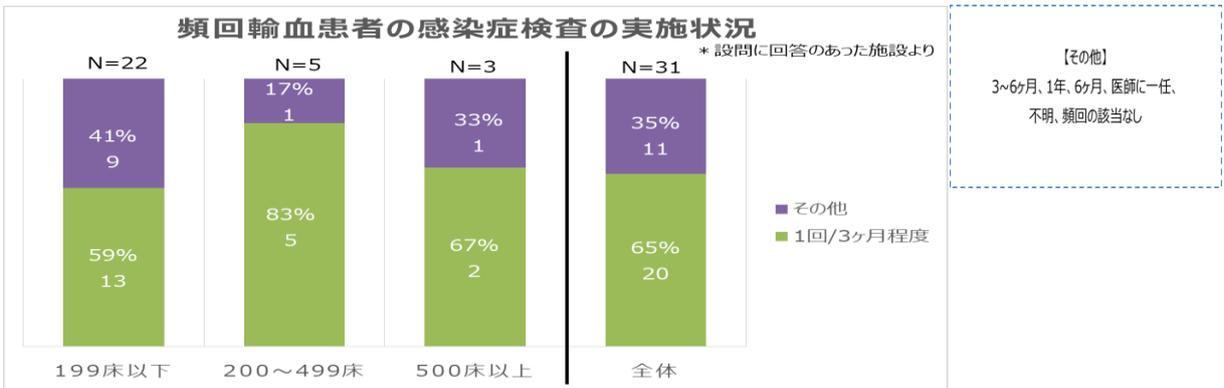
資料N o 9



資料N o 10



資料N o 11



輸血後感染症検査の主対応部署は、輸血・検査部門 23 施設、主治医 4 施設、医事課 2

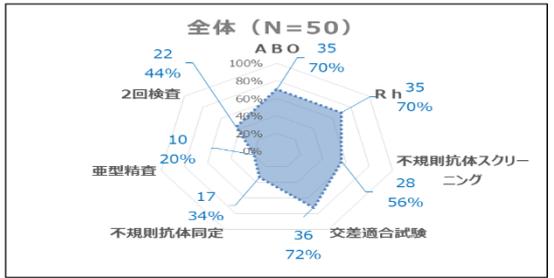
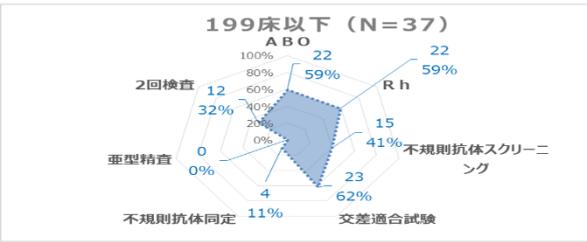
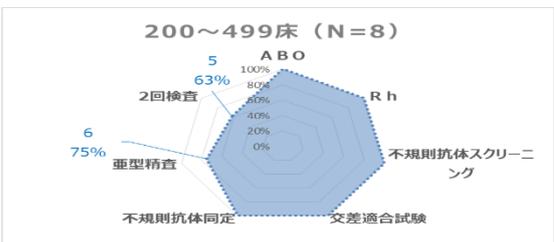
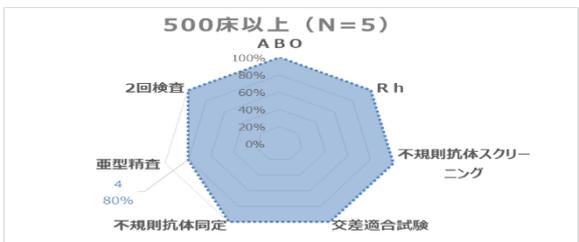
施設、診療部・薬剤部・輸血療法委員会が各1施設であった。(回答32施設)

○問題点：アンケート記載なし。

(4) 院内での検査実施状況について

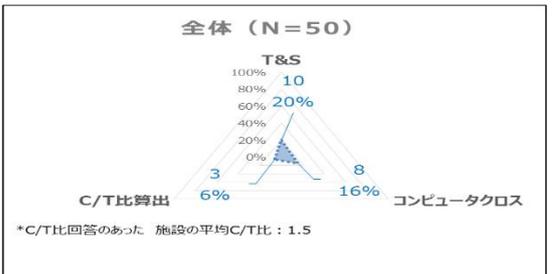
- A B O血液型・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No12)
- R h D血液型・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No12)
- 不規則抗体スクリーニング検査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No12)
- 交差適合試験・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No12)
- 不規則抗体同定・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No12)
- 血液型亜型精査・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No12)
- 血液型検査のダブルチェック(2回検査)の実施・・・・・・・・・・・・(資料No12)

資料No12



- Type&Screenの実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No13)
- コンピュータクロスマッチの実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No13)
- 手術時等の院内での血液準備量について(待機的予定手術時)
 C/T比【準備血液量(C)/輸血量(T)】を算出しているか
 算出している場合の平均C/T比・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料No13)

資料No13



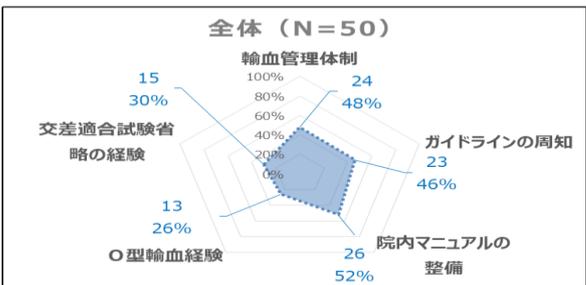
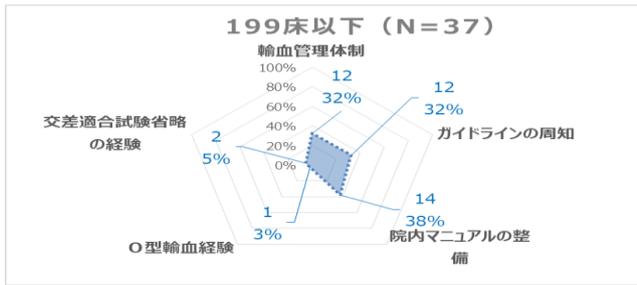
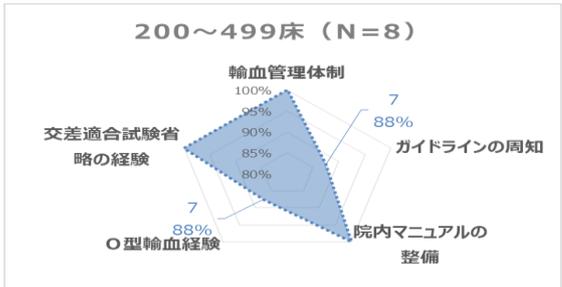
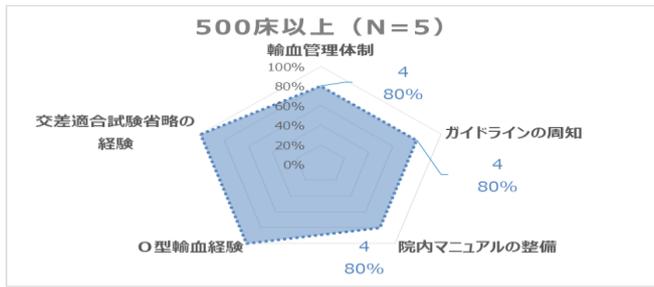
○問題点

- ・当院の輸血システムは診療科別に C/T 比が算出可能であるが、手術時に限定しての C/T 比はシステムで算出できない。C/T 比は例年同じ診療科の数値が悪い。そのため輸血療法委員会でも年に 1 回 C/T 比を報告しているが改善されない。
- ・準備血液量は医師任せになっており、準備された血液はすべて概ね使用されている。
- ・スクリーニング血球で同定出来なかった場合、同定を血液センターにお願いすることになるが、緊急対応できないので困っている。同定用血球を置くと費用もかかる。複合抗体や高頻度、低頻度抗原に対する抗体であれば、血液センターにお願いしやすいが、それ以外となると「検査センターに出して」と言われたことがあるので、躊躇する。(亜型精査も同じ)

(5) 危機的出血時の輸血体制について

- 緊急輸血や危機的出血時の輸血管理体制・・・・・・・・・・(資料No 14)
- 危機的出血への対応ガイドラインの周知・・・・・・・・・・(資料No 14)
- 危機的出血時の院内マニュアル・・・・・・・・・・(資料No 14)
- 緊急時のO型赤血球製剤輸血の経験・・・・・・・・・・(資料No 14)
- 緊急時の交差適合試験省略の経験・・・・・・・・・・(資料No 14)

資料No 14



○問題点

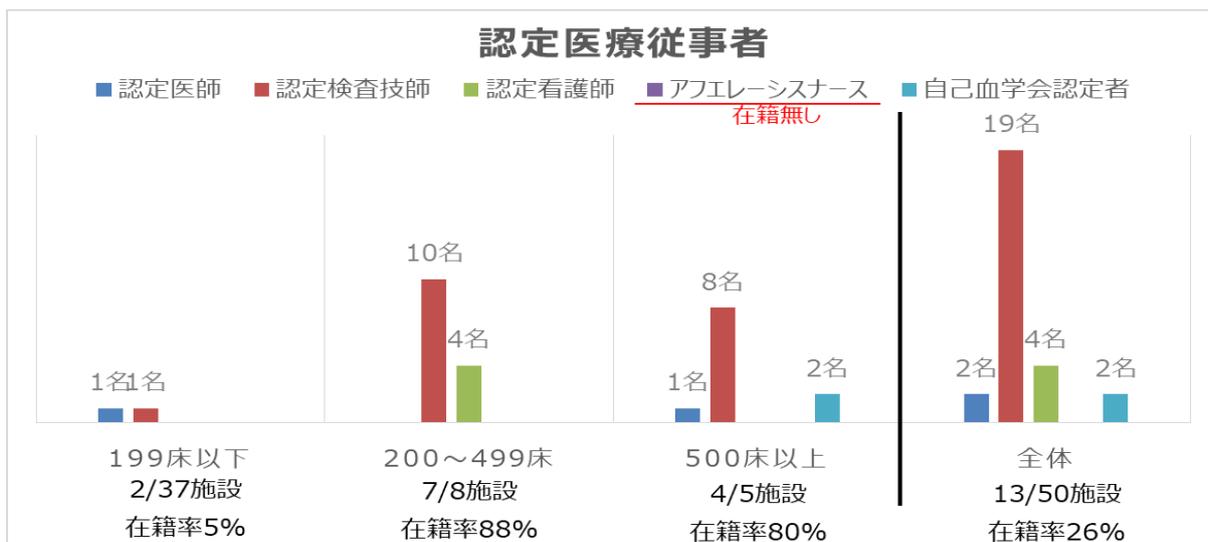
- ・危機的出血時の対応が明確になっていないことが、当院の問題点と考える。輸血療法委員会の議題に上げ、検討していきたい。

(6) 日本輸血・細胞治療学会認定の医療従事者の有無について

- 認定医師・・・・・・・・・・(資料No 15)
- 認定輸血検査技師・・・・・・・・・・(資料No 15)
- 臨床輸血看護師・・・・・・・・・・(資料No 15)
- 認定アフェレーシスナース・・・・・・・・・・(資料No 15)

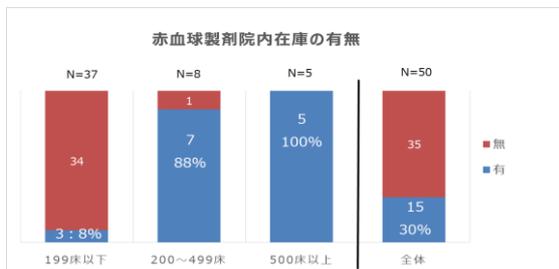
(7) 日本自己血学会認定医療従事者の有無について

資料N o 1 5

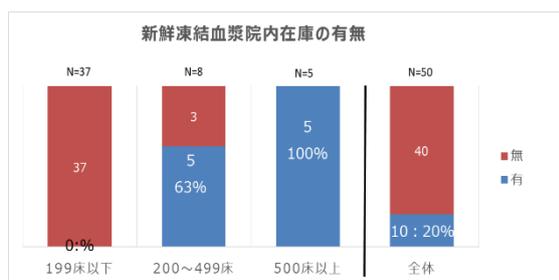


(8) 院内在庫血液設定数について
回答医療機関の在庫設定数・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料N o 1 6）

資料N o 1 6



平均院内在庫(u)	RBC : A	RBC : O	RBC : B	RBC : AB
199床以下(n=3)	2.0u	2.7u	1.3u	1.3u
200～499床(n=7)	6.3u	9.4u	3.1u	0.9u
500床以上(n=5)	9.2u	9.2u	5.2u	2.4u
全体(n=15)	6.4u	8.0u	3.5u	1.5u

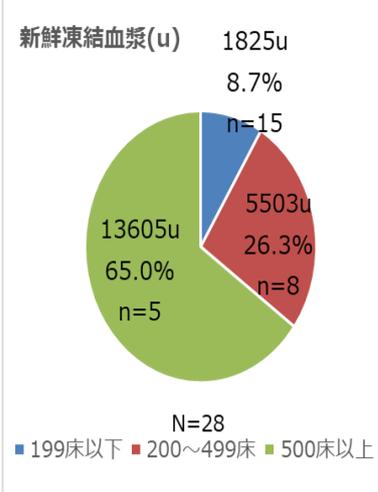
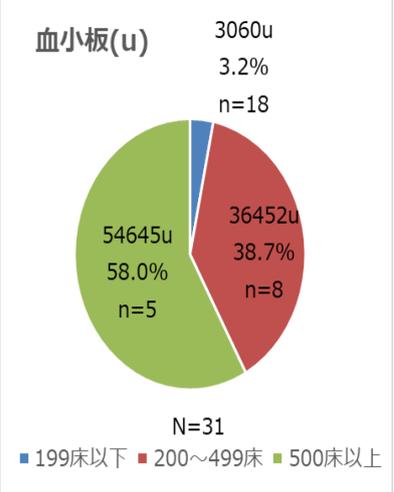
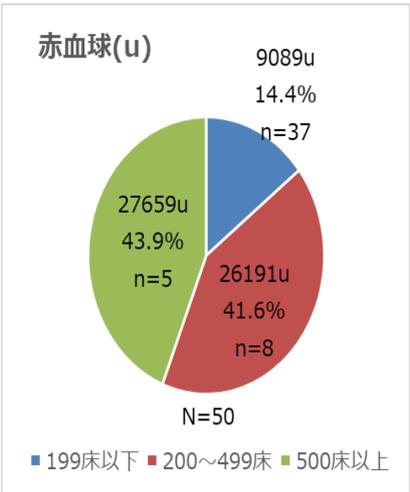


平均院内在庫(u)	FFP : A	FFP : O	FFP : B	FFP : AB
199床以下(n=0)	-	-	-	-
200～499床(n=5)	5.6u	5.6u	4.0u	9.6u
500床以上(n=5)	12.4u	12.4u	10.8u	9.2u
全体(n=10)	9.0u	9.0u	7.4u	9.4u

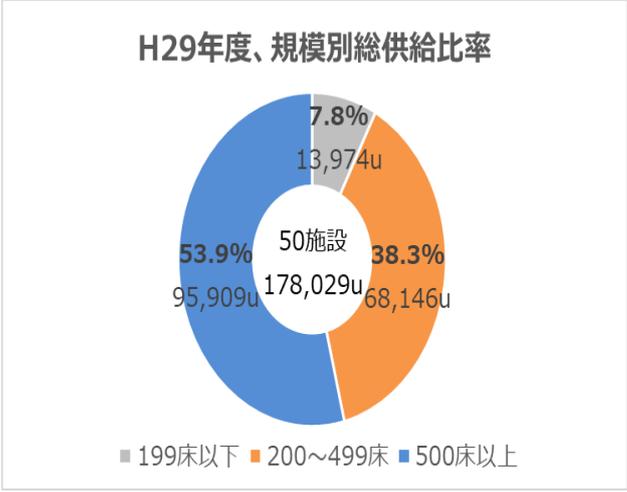
○【血液製剤の使用量・廃棄量等】について

- (9) 輸血用血液製剤
 - 輸血用血液製剤の廃棄に関する調査では、使用量を血液センターからの供給数として集計した。
 - 平成 29 年度各製剤規模別供給比率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料N o 1 7）
 - 平成 29 年度規模別総供給比率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料N o 1 8）
 - 滋賀県の廃棄率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料N o 1 9）
 - 製剤別、1 施設あたりの平均廃棄率 (%)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料N o 2 0）
 - 赤血球製剤の廃棄率と病床数の分布・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料N o 2 1）

資料N o 1 7



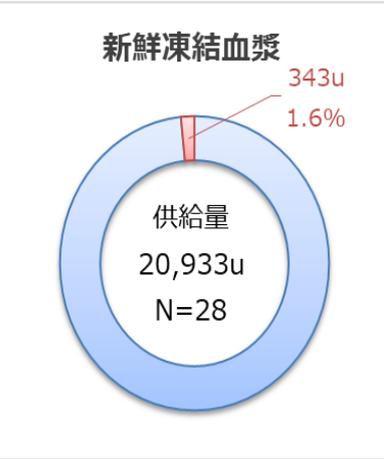
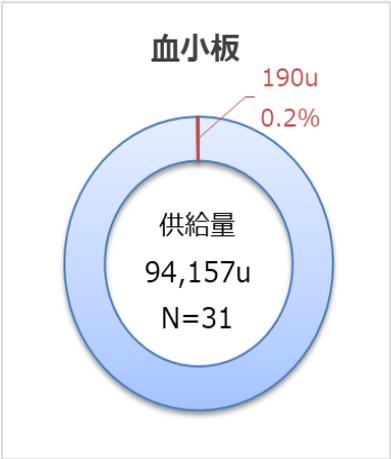
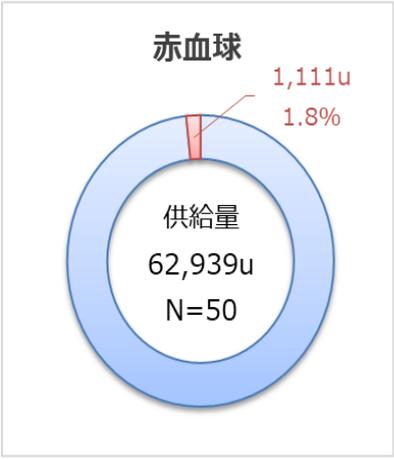
資料N o 1 8



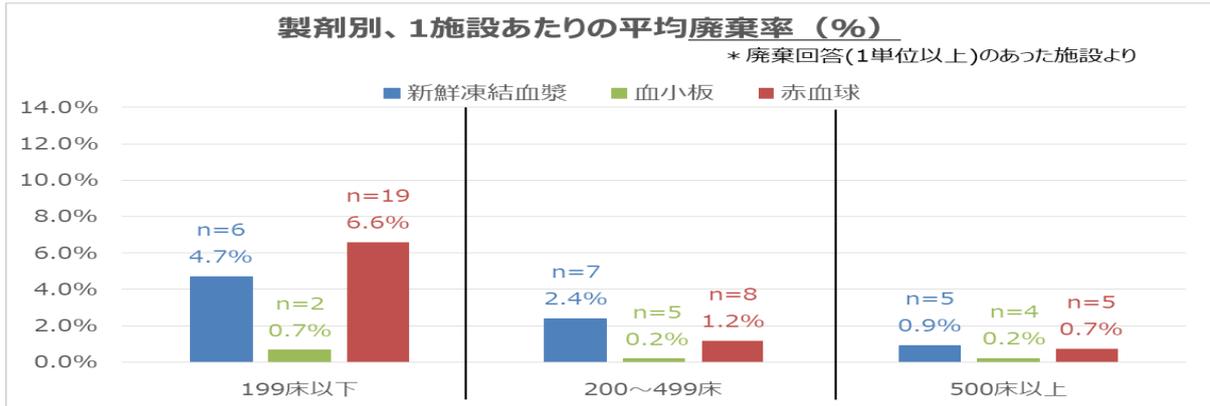
資料N o 1 9

滋賀県の廃棄率

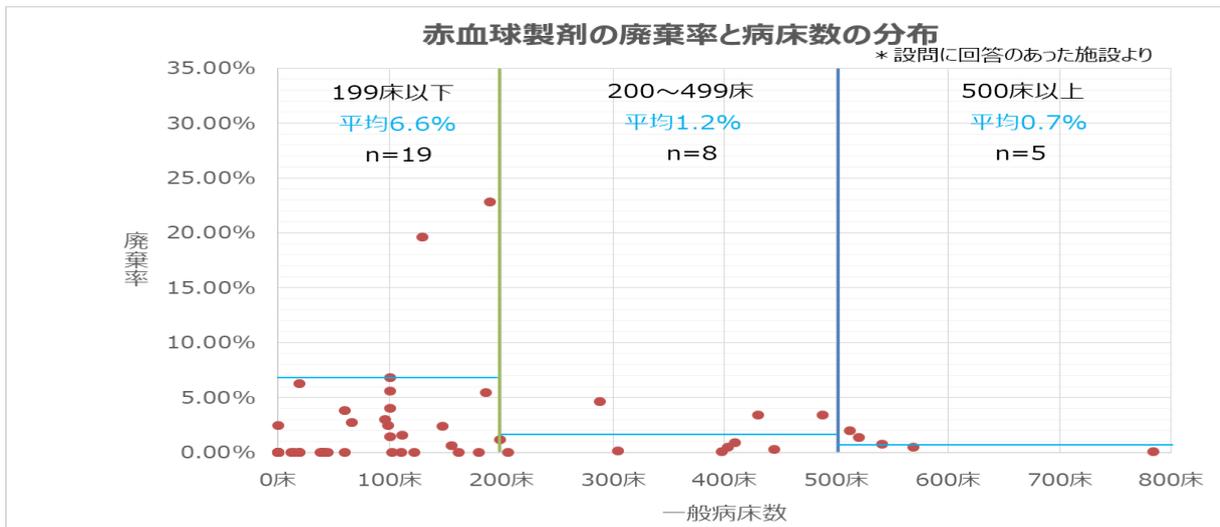
* アンケートに回答のあった50施設より



資料N o 2 0

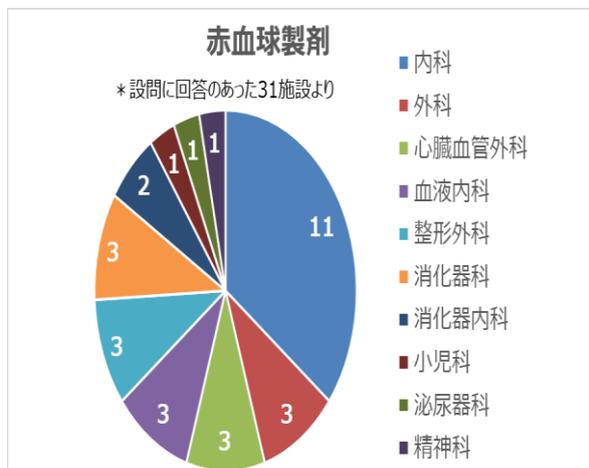


資料N o 2 1

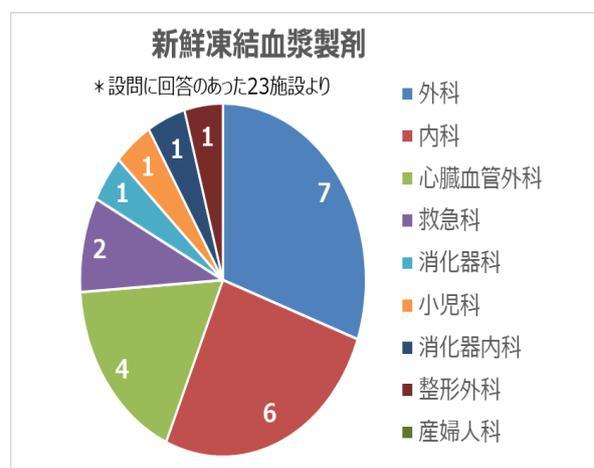


(10) 輸血用血液製剤の診療科別の把握については、55 施設中 38 施設で、診療科別の廃棄量については 30 施設で把握していた。また、回答医療機関で使用量の一番多い診療科を各製剤別で集計した。．．．．．(資料N o 2 2、N o 2 3、N o 2 4)

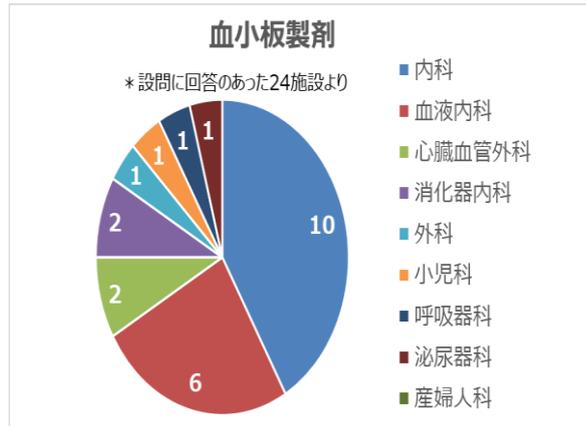
資料N o 2 2



資料N o 2 3



資料N o 2 4

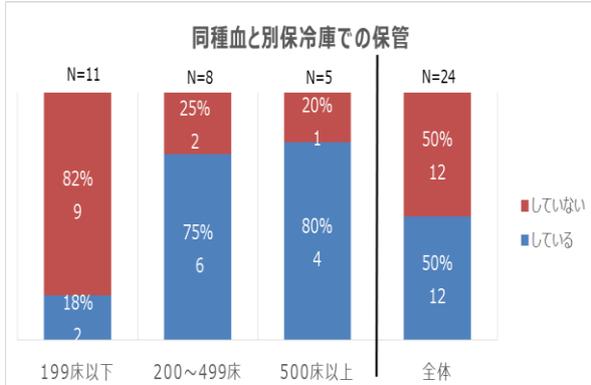


○血液製剤の廃棄量削減の効果があつた事例：アンケート記載なし。

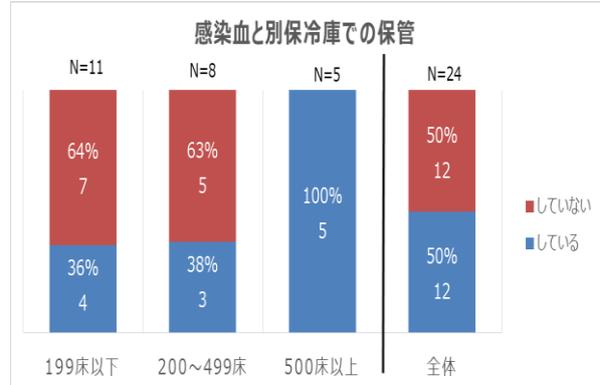
(11) 自己血輸血について

- 同種血と別冷蔵庫で管理しているか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 5)
- 感染症血液と別冷蔵庫で管理しているか・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 6)
- 自己血方法別症例比 (500床以上)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 7)
- 自己血方法別症例比 (200～499床)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 7)
- 自己血方法別症例比 (199床以下)・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 7)

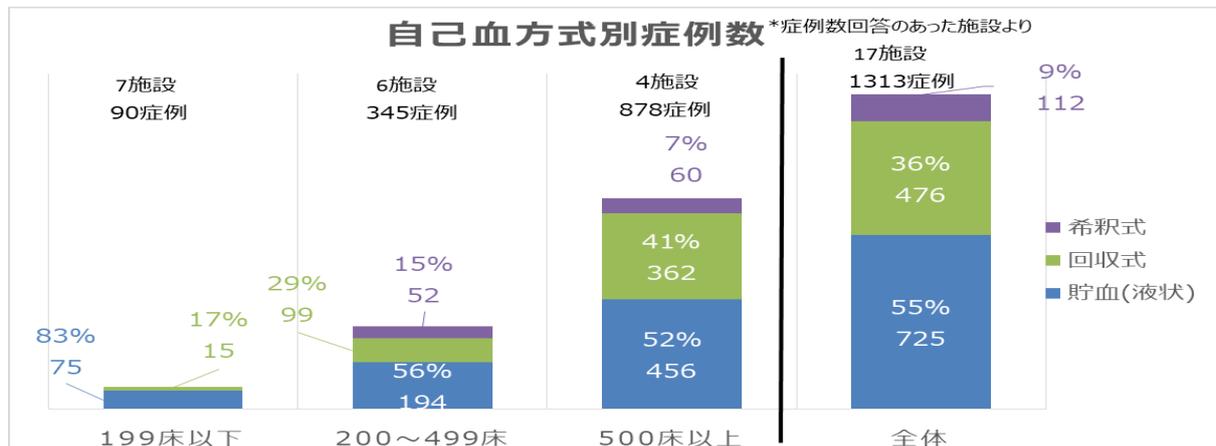
資料N o 2 5



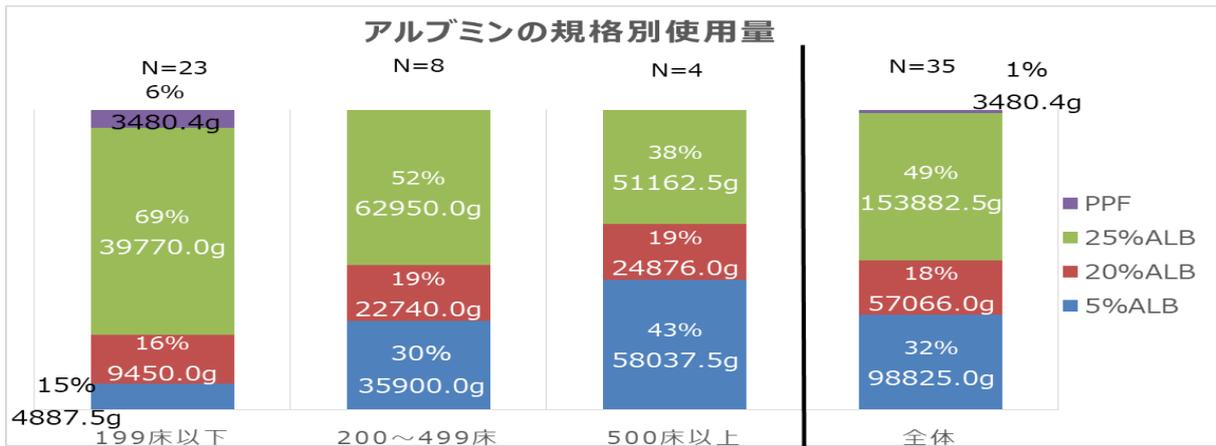
資料N o 2 6



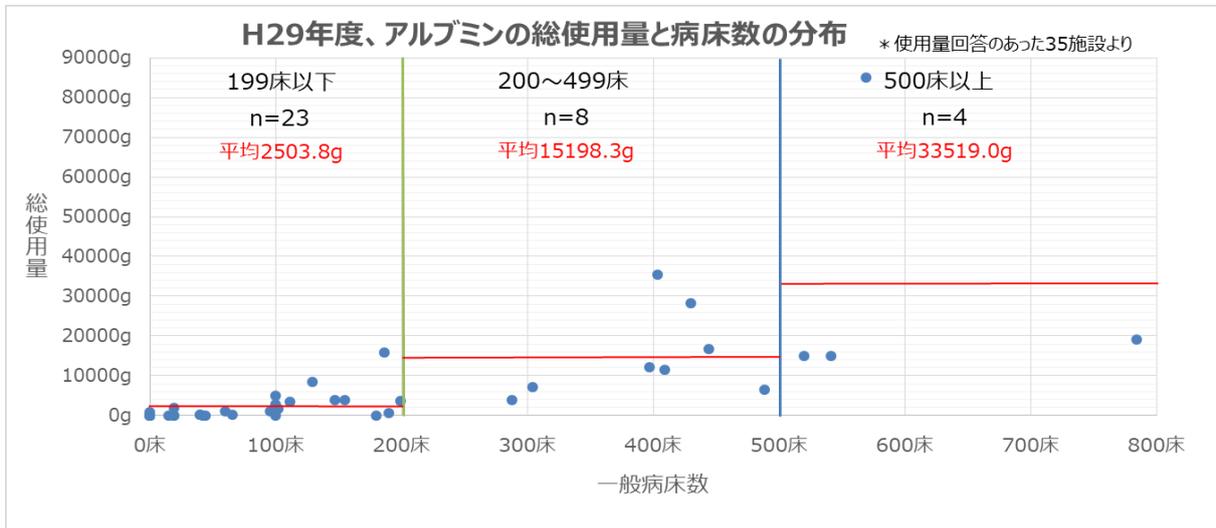
資料N o 2 7



資料N o 2 8



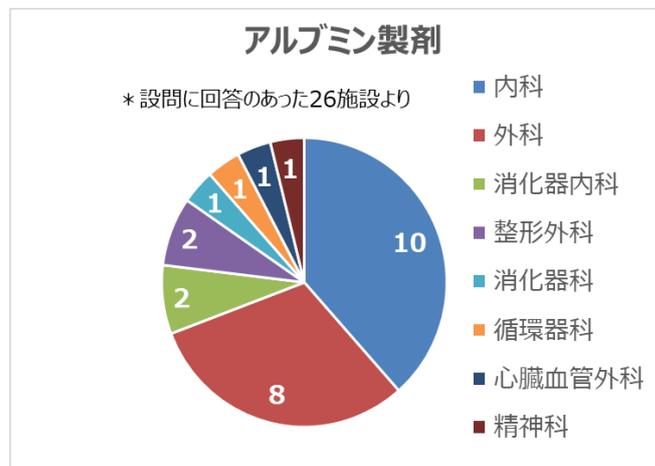
資料N o 2 9



診療科別のアルブミン製剤の使用量の把握

アルブミン製剤の使用量の多い診療科・・・・・・・・・・・・・(資料N o 3 0)

資料N o 3 0



アルブミン製剤の使用時のインフォームドコンセント取得の際、同意書に原料血液の採取国の情報を含んでいるか・・・・・・・・・・・・・・・・・・（資料No31）

資料No31



○アルブミンの使用に関して院内で使用基準や使用制限の工夫により、効果があった事例：アンケート記載なし。

(13) 輸血事故・副作用対策については、輸血療法委員会等で把握し、対策をとれる体制については、50施設中35施設で体制を整えられていた。

○以下に回答があった事例を示す。

・輸血副作用事例

皮膚症状、血圧低下、嘔吐、発熱、

・自己血副作用事例

発熱、皮膚症状

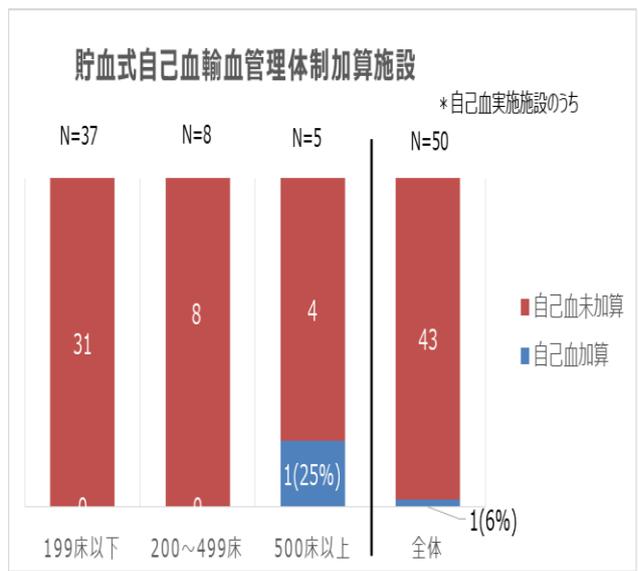
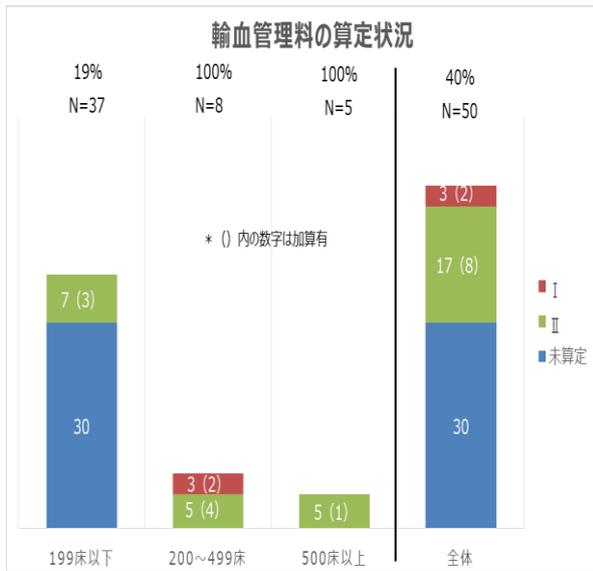
・事故・インシデント事例

- ・製剤の取扱い。
- ・輸血指示関連。
- ・認証作業。
- ・血液型検体採取時刻が同時刻。
- ・自己血の出庫遅れ。
- ・輸血前認証の忘れ。
- ・同血液型患者での血液バック取違い。
- ・血液バックの輸血口にプラスチック針を差し込むとき誤って自分（輸血手技者）の手の指を指してしまった。

(14) 輸血管管理料等の取得については、県内全体で輸血管管理料Ⅰを取得施設3、輸血管管理料Ⅱを取得施設17であった。輸血適正使用加算を取得しているかについては、輸血管管理料Ⅰの加算を取得3施設中2施設、輸血管管理料Ⅱを取得17施設中8施設であった。また、貯血式自己血輸血管管理加算を取得している施設は、1施設であった。

・・（資料No32）

資料N o 3 2



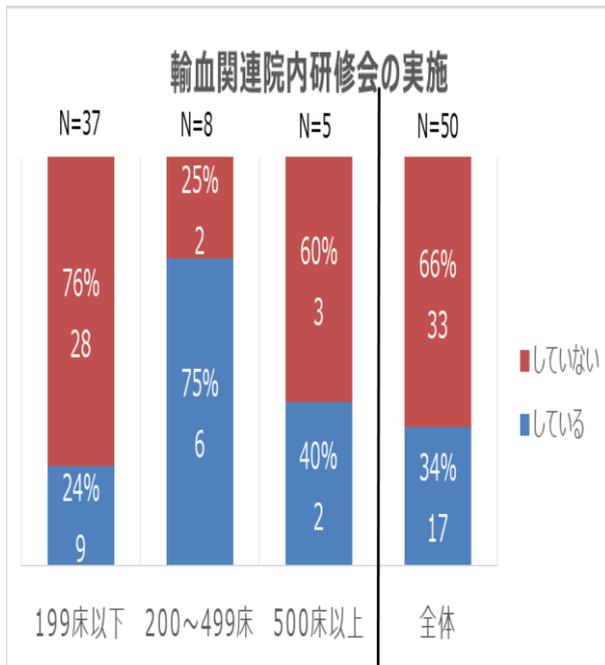
○算定又は加算取得ができない施設の理由。

- ・施設基準を満たすことができない。専従、専任の検査技師。
- ・FFP/RBC比、ALB/RBC比の基準がクリアできない。

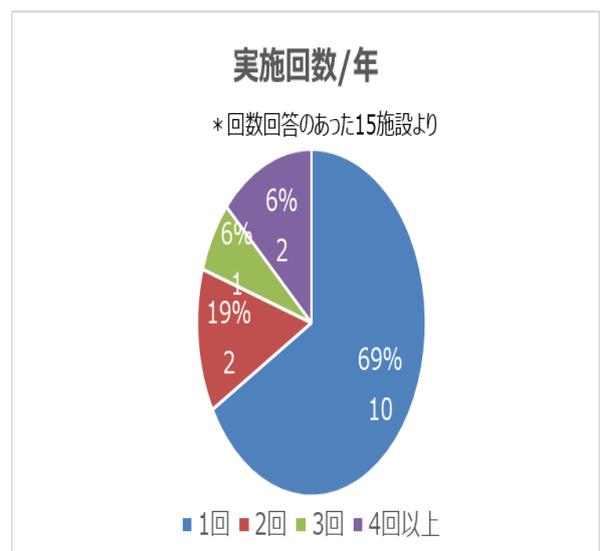
(15) 輸血に関する勉強会・研修会の実施

院内で輸血に関する勉強会や研修会を実施しているか.....(資料N o 3 3)

資料N o 3 3



【主なテーマ】
 取扱い、副作用、輸血医療、危機的出血への対応



○その他ご意見等

- ・整形外科の術式によって、ヘモグロビン値が何であろうが、毎回、Ir-RBC-LR 1単位を輸血をされ、委員会より毎回、不適正使用であったこと、及び、適正使用の文章を主治

医に渡しているが、この術式の場合、輸血をすると教科書に書かれているの一点張りで、委員長（院長）からも言ってもらったが、受け入れてもらえなく困っている。

平成29年度血液製剤使用量等アンケート調査

協力医療機関一覧 *順不同、敬称略

No.	医療機関名
1	大津赤十字病院
2	滋賀医科大学医学部附属病院
3	滋賀県立総合病院
4	草津総合病院
5	市立長浜病院
6	市立大津市民病院
7	彦根市立病院
8	長浜赤十字病院
9	公立甲賀病院
10	近江八幡市立総合医療センター
11	済生会滋賀県病院
12	東近江総合医療センター
13	JCHO滋賀病院
14	野洲病院
15	彦根中央病院
16	豊郷病院
17	紫香樂病院
18	近江草津徳洲会病院
19	琵琶湖大橋病院
20	湖東記念病院
21	守山市民病院
22	東近江市立能登川病院
23	甲南病院
24	友仁山崎病院
25	大津赤十字志賀病院
26	県立小児保健医療センター
27	生田病院
28	長浜市立湖北病院
29	ヴォーリス記念病院
30	東近江敬愛病院
31	琵琶湖養育院病院
32	南草津病院

No.	医療機関名
33	甲賀市立信楽中央病院
34	山田整形外科病院
35	ハートクリニックこころ
36	草津ハートセンター
37	東近江市蒲生医療センター
38	浮田クリニック
39	下坂クリニック
40	青葉病院
41	瀬田川病院
42	富田クリニック
43	わたなべ湖西クリニック
44	セフィロト病院
45	山崎クリニック
46	琵琶湖病院
47	布引内科クリニック
48	加藤乳腺クリニック
49	今津病院
50	びわこ学園医療福祉センター草津

本調査にご協力いただきました医療機関に厚く御礼申し上げます。
滋賀県輸血療法委員会事務局（滋賀県赤十字血液センター）