

平成 30 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

令和2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 |
| 4. 1 調査対象及び集計対象（回答施設）について | |
| 4. 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 | |
| 5. 平成 30 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一覧 | 17 |

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 30 年 4 月から平成 31 年 3 月（平成 30 年度）までの期間を対象とした。アンケート対象は、平成 30 年度輸血用血液製剤供給実績のある県内医療機関 65 施設を対象とし、令和元年 10 月 10 日～令和元年 11 月 29 日を調査期間として郵送やメールまた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。なお、平成30年度より設問12-4～12-7と設問16を新設した。

血液製剤使用量等アンケート調査①（平成30年度調査：平成30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 「血液製剤等に係る適及調査が「ラシ」に基づき、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 | | | | |
| 血液型重型精査 | <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 <input type="checkbox"/> 算出していない <input type="checkbox"/> | 算出している場合の平均C/T比 () | | | |
| 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・フェロニース()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 | 本 | 本 | 本 | 本 |
| | RBC-LR-2 | 本 | 本 | 本 | 本 |
| | FFP-LR120 | 本 | 本 | 本 | 本 |
| | 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つた事例) | | | | | |

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30年度実績(平成30年4月1日～平成31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 | | | | | | | |
| | | ※使用量の多い診療科①赤血球製剤 | | ①() ②() ③() | | | | | | | |
| 10-2 | | ※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 | | | | | | | | | | | |
| 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 タ ブ ン ミ ン 製 剤) | 区 分 | 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 | 設問 12-4～12-7 は、平成 30 年度調 査より新設。 | | | | |
| | | | | | | | 人血清アルブミン | 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 | | 輸血療法委員会等で適正使用に関する目標(投与前ALB値など)を設定し活動しているか | | <input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 実施 → 【内科症例の目標項目と目標値: 】 実施 → 【外科症例の目標項目と目標値: 】 | | | | | | | |
| 12-5 | | 上記設問(12-4)に対し、実施の場合、目標に対しフィードバックを行っているか(複数回答可) | | <input type="checkbox"/> 輸血療法委員会で報告 <input type="checkbox"/> その他(主な方法:) <input type="checkbox"/> 未実施 | | | | | | | |
| 12-6 | | 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 | | | | | | | | | |
| 12-7 | | 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 | | | | | | | |
| 13-輸血事故・副作用対策について | | | | | | | | | | | |
| 13 | | 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 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 16-血液製剤の使用量の増加や減少について | | | | | | | | | | | |
| 16 | | 血液製剤の使用量が増加又は減少した原因・理由があれば記入をお願いします。 | | 例えば、増加原因:血液内科の増設。減少原因:ダビ ン子の導入。 | | 設問 16 は、平成 30 年度調査より新設。 | | | | | |
| 特記事項(ご意見があればお願いします。) | | | | | | | | | | | |

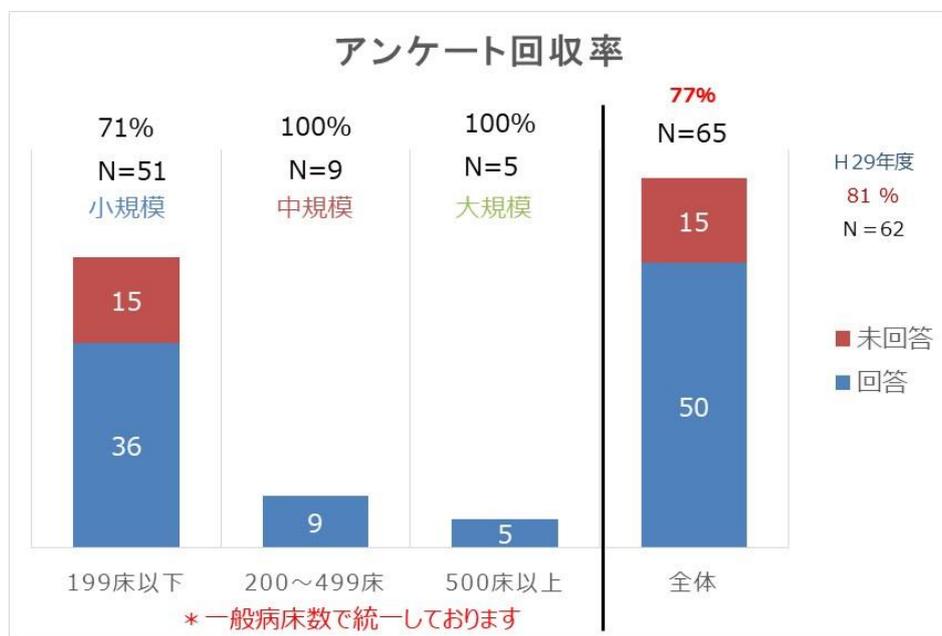
4. 調査結果の概要

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）、一般病床数200～499床（中規模施設）、一般病床数199床以下（小規模施設）の3区分に分けて集計を行った。

4.1 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、65施設中回答50施設で77%（平成30年度県内総供給量の99.7%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床～499床（中規模施設）9施設で100%、一般病床数199床以下（小規模施設）36施設で71%であった。（資料N o 1）

資料N o 1



4.2 アンケート調査結果集計（アンケート調査項目）について

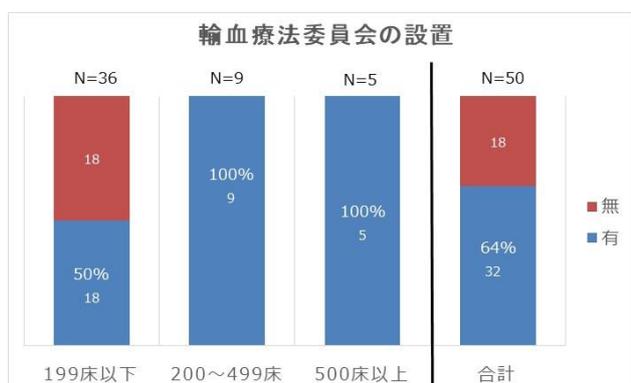
○【院内体制】に関する調査について

(1) 輸血療法委員会の設置については、回答 50 施設中の 64%（32 施設）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 50%（18 施設）であった。（資料N o 2）

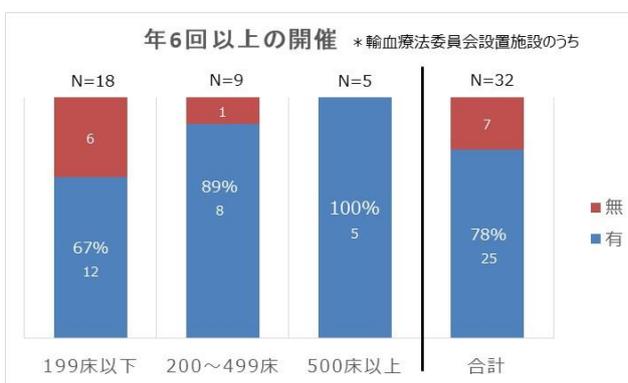
また、開催回数については、輸血管理料施設基準の年 6 回以上を満たす施設は、輸血療法委員会を設置していると回答のあった 32 施設中 78%（25 施設）であった。（資料N o 3）

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。回答のあった輸血療法委員会委員長の役職（資料N o 5）、輸血療法委員会委員長の専門領域（資料N o 6）、輸血療法委員会事務局の担当部署（資料N o 7）を下表に示した。

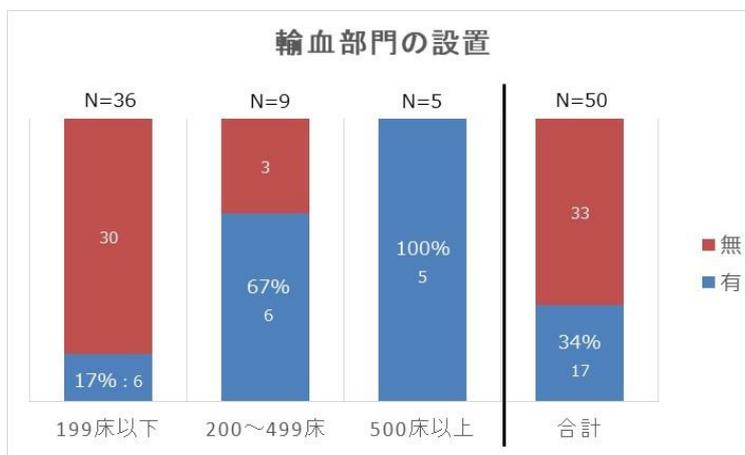
資料N o 2



資料N o 3



資料N o 4



資料N o 5



資料N o 6

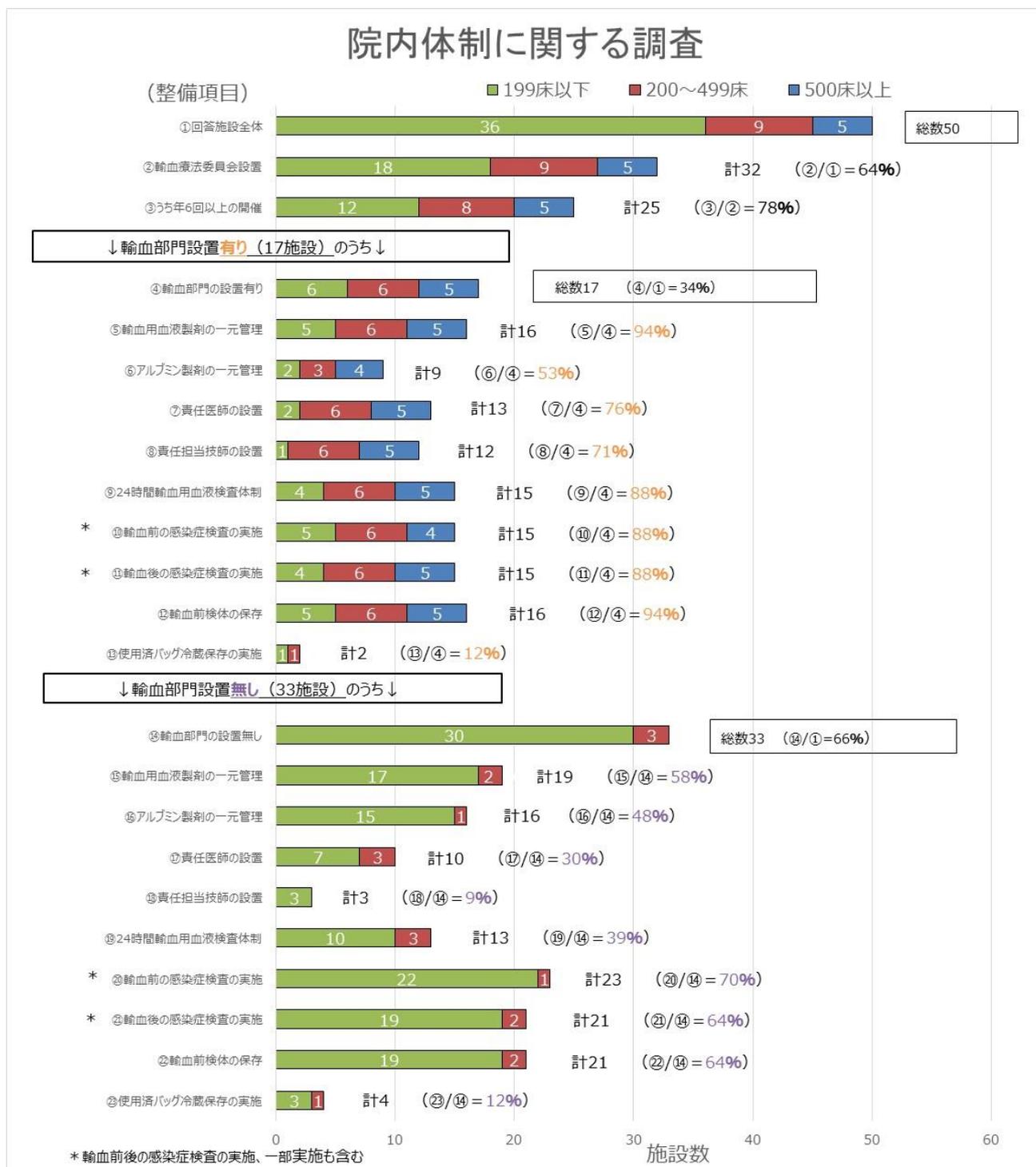


資料N o 7

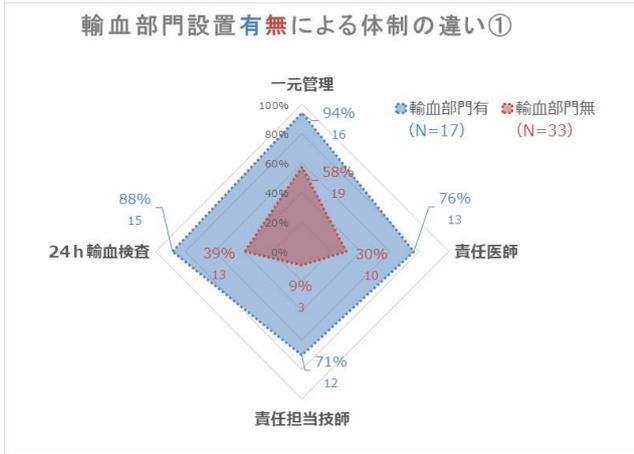


(2) その輸血部門の設置の有・無に分けて院内体制に関して血液製剤の一元管理以下、調査項目に従い集計を行なった。(資料No 8、No 9、No 10、No 11)

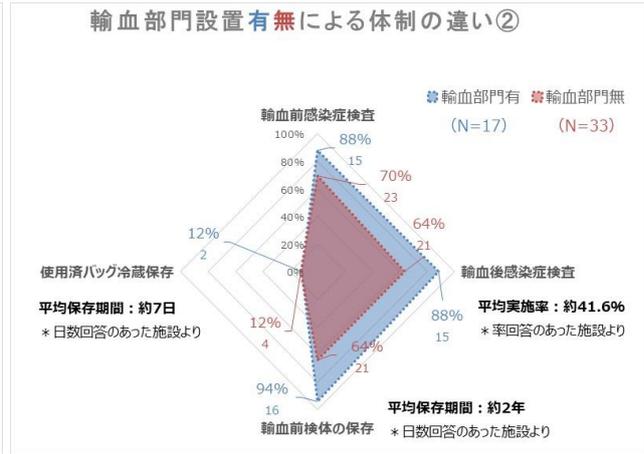
資料No 8



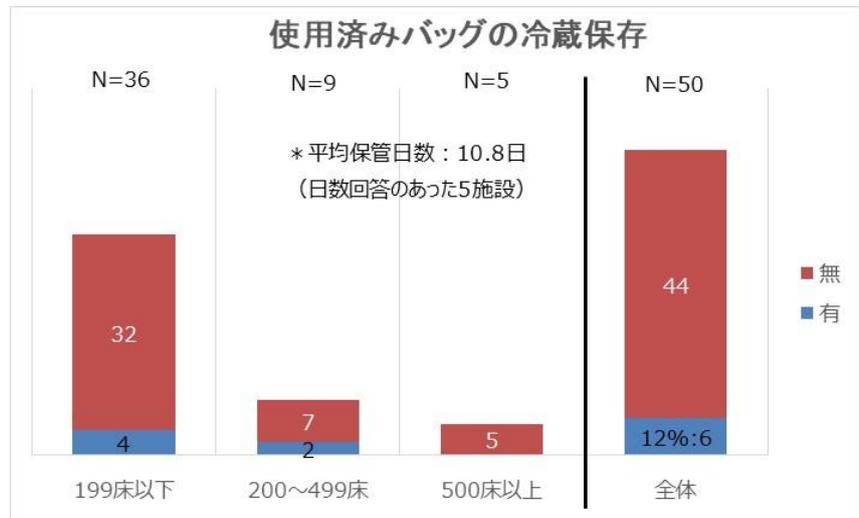
資料N o 9



資料N o 10



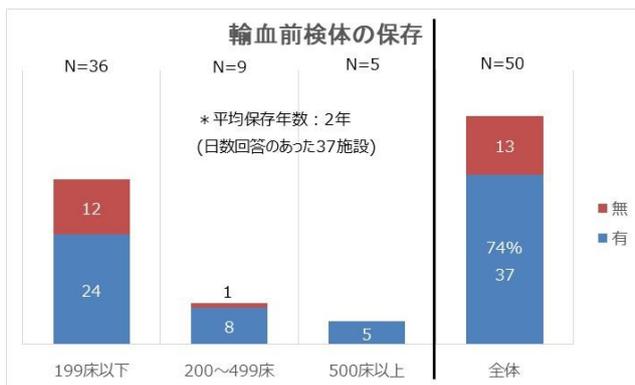
資料N o 11



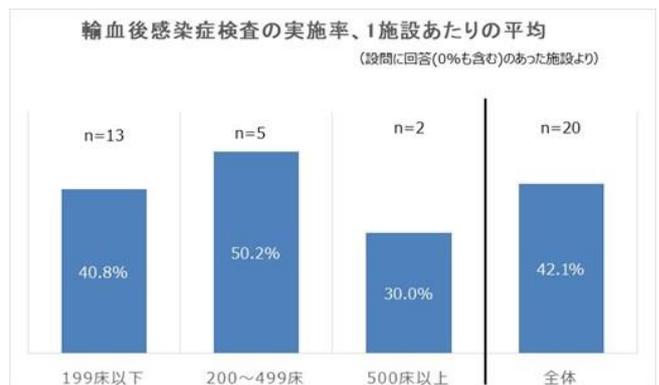
(3) 輸血後感染症等監視体制の構築について

- 輸血前感染症検査の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 8)
- 輸血後感染症検査の実施・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 8)
- 輸血前検体の保存・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 12)
- 輸血後感染症検査実施率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 13)
- 頻回輸血患者の感染症検査の実施状況・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 14)
- 輸血後感染症検査主対応部署・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 15)

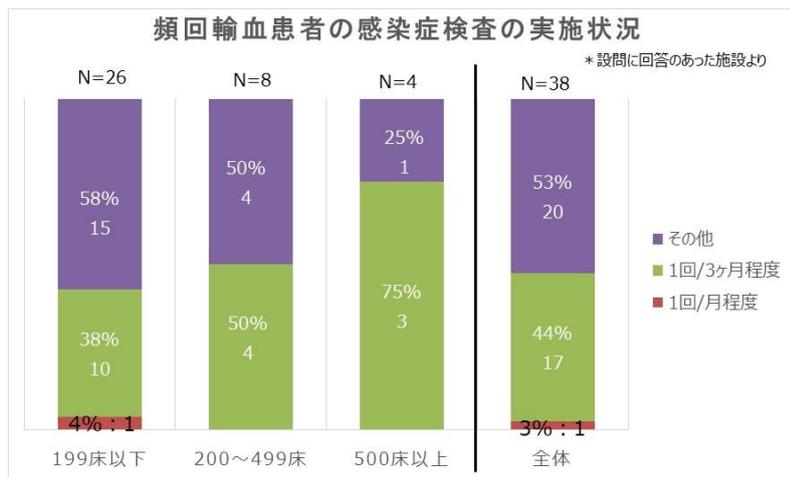
資料N o 12



資料N o 13

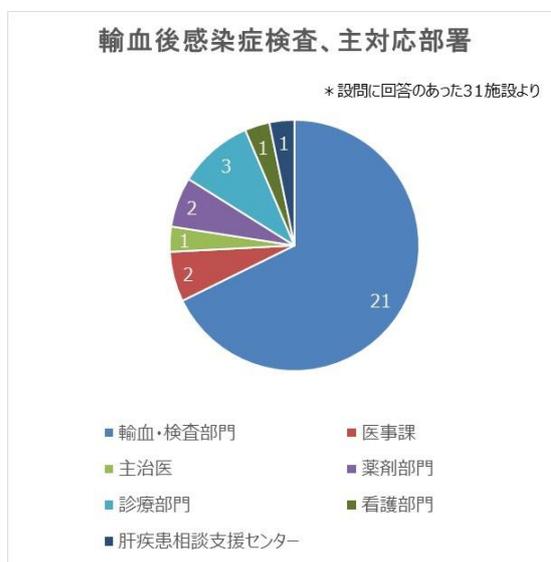


資料N o 1 4



【その他】
1回/6ヶ月、1回/年、2回/年、
医師判断、必要時

資料N o 1 5



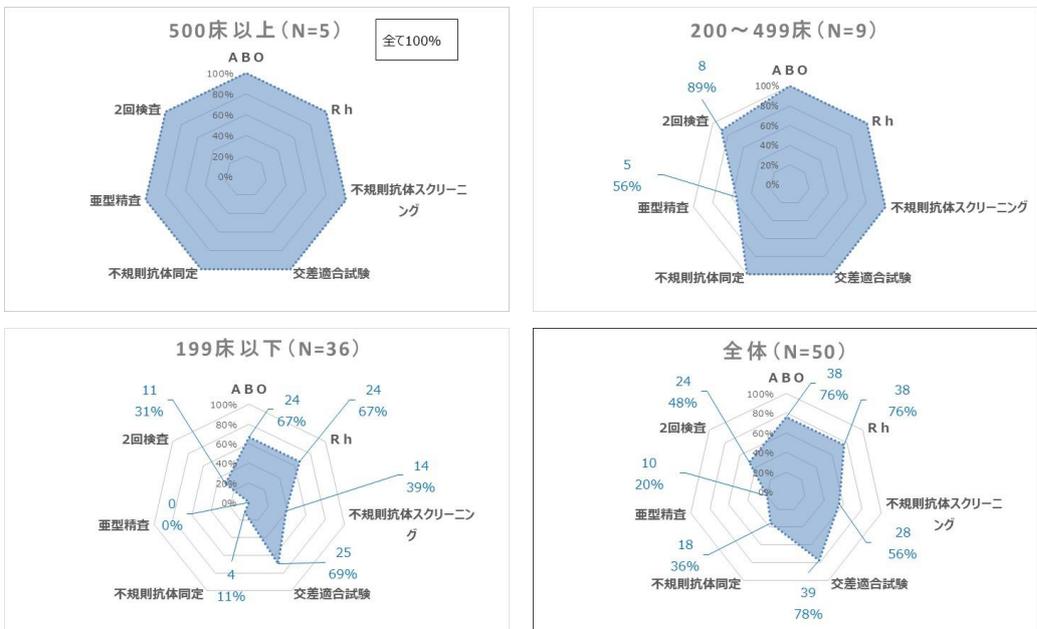
○問題点：

- ・電子カルテのシステムで、最終輸血から90日以降にオーダーするようアラート出現するが、検査実施は主治医の判断であり、介入まではできていない。頻回輸血患者にはアラートが出現しない。
- ・転院先での感染症検査の有無を、全ては追跡できていない。
- ・輸血後検査対象者で連絡の付かない方への方法（独居・施設で意思疎通等困難者への連絡方法）。
- ・診療終了または転院患者のその後の把握。
- ・HBVはともかくHCVやHIVは低陽性率、今後続けていく意義、輸血前保管のみで代用は可能か。
- ・輸血後感染症検査実施に向けた取り組みの中で、医師の協力がなかなか得られない。
- ・主治医に一任している。
- ・輸血3ヶ月目以降に依頼があり、保険請求できなく困っている。

(4) 院内での検査実施状況について

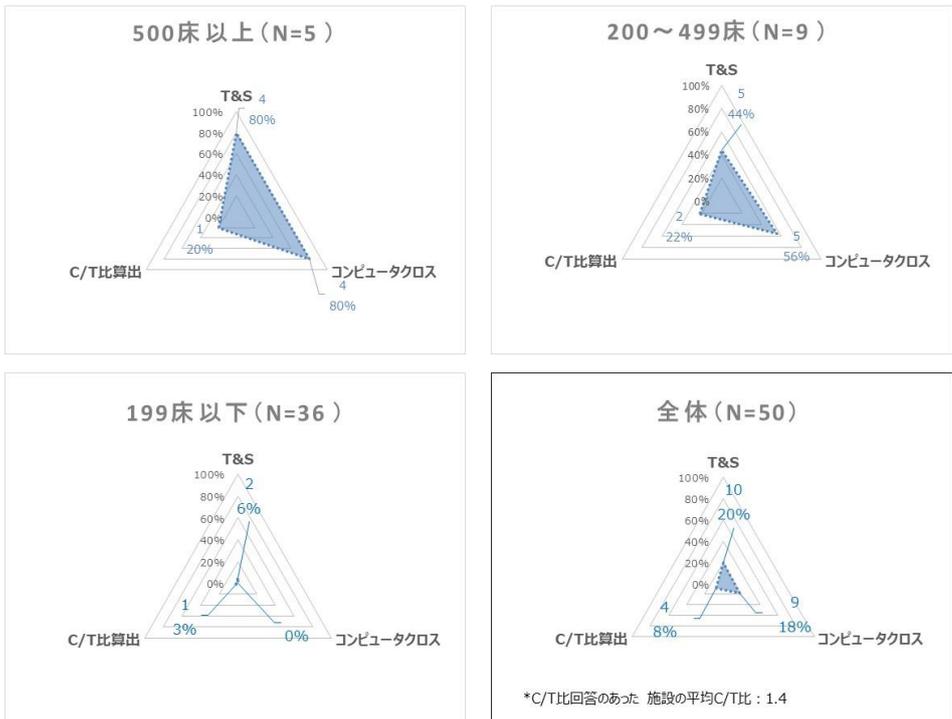
- A B O血液型 (資料N o 1 6)
- R h D血液型 (資料N o 1 6)
- 不規則抗体スクリーニング検査 (資料N o 1 6)
- 交差適合試験 (資料N o 1 6)
- 不規則抗体同定 (資料N o 1 6)
- 血液型亜型精査 (資料N o 1 6)
- 血液型検査のダブルチェック (2回検査) の実施 (資料N o 1 6)

資料N o 1 6



- Type&Screen の実施 (資料N o 1 7)
- コンピュータクロスマッチの実施 (資料N o 1 7)
- 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N o 1 7)

資料N o 1 7

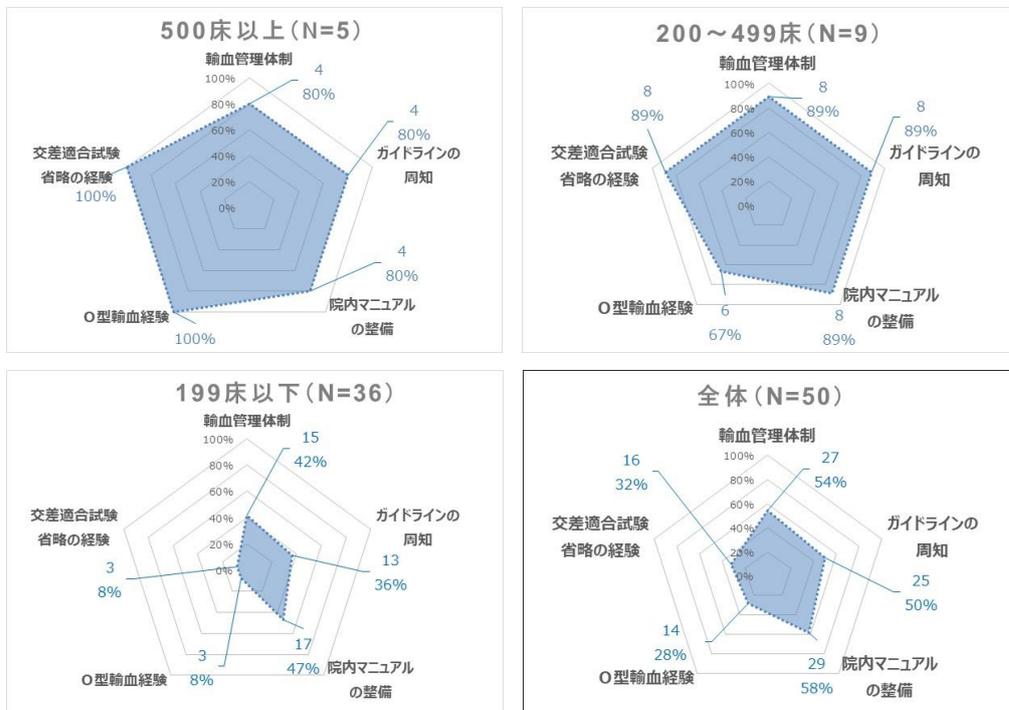


○問題点
記載なし。

(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N o 18)
- 危機的出血への対応ガイドラインの周知・・・・・・・・・・(資料N o 18)
- 危機的出血時の院内マニュアル・・・・・・・・・・(資料N o 18)
- 緊急時のO型赤血球製剤輸血の経験・・・・・・・・・・(資料N o 18)
- 緊急時の交差適合試験省略の経験・・・・・・・・・・(資料N o 18)

資料N o 18



○問題点
記載なし。

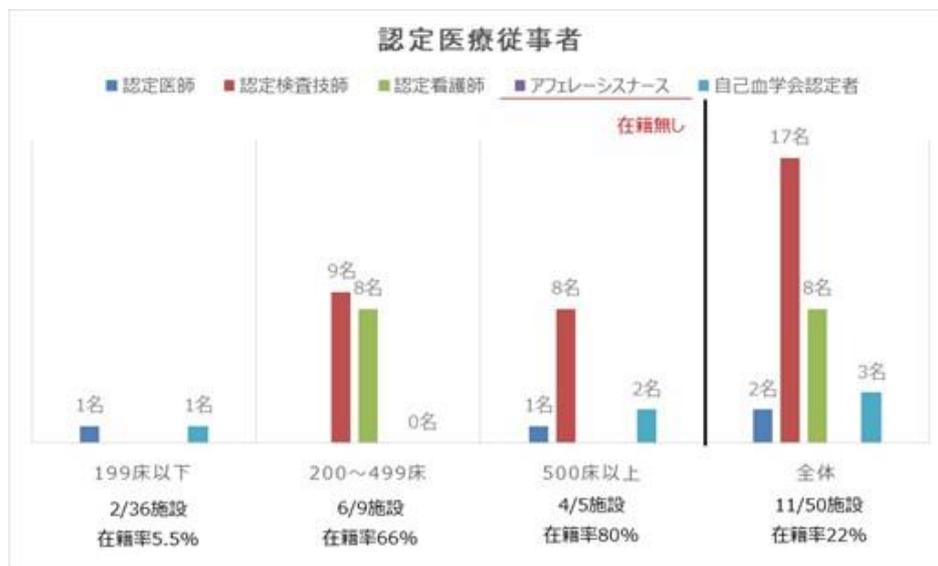
(6) 日本輸血・細胞治療学会認定の医療従事者の有無について

- 認定医師・・・・・・・・・・(資料N o 19)
- 認定輸血検査技師・・・・・・・・・・(資料N o 19)
- 臨床輸血看護師・・・・・・・・・・(資料N o 19)
- 認定アフェレーシスナース・・・・・・・・・・(資料N o 19)

(7) 日本自己血学会認定医療従事者の有無について

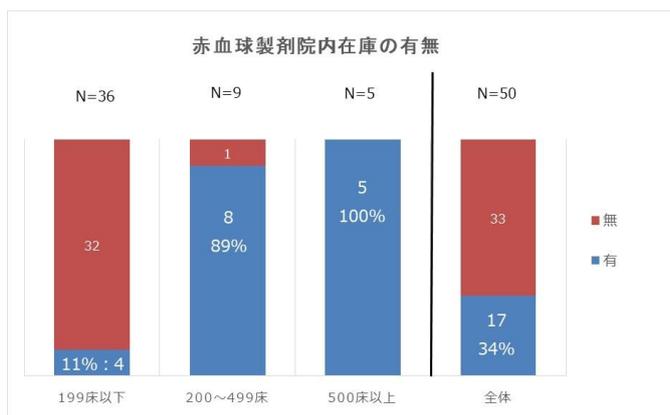
- 自己血輸血医師・看護師・・・・・・・・・・(資料N o 19)

資料N o 19



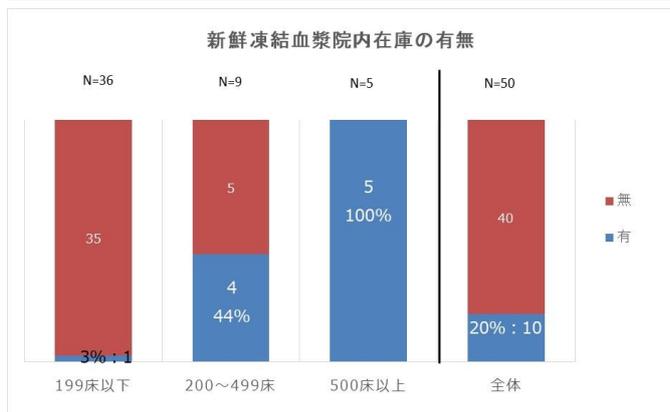
(8) 院内在庫血液設定数について

院内在庫の有無と平均在庫単位数・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 0)



資料N o 2 0

| 平均単位 | RBC : A | RBC : O | RBC : B | RBC : AB |
|---------------|---------|---------|---------|----------|
| 199床以下(n=4) | 2.0u | 2.5u | 1.0u | 1.0u |
| 200~499床(n=8) | 6.0u | 7.5u | 3.0u | 0.8u |
| 500床以上(n=5) | 9.2u | 9.2u | 4.4u | 2.0u |
| 全体(n=17) | 6.0u | 6.8u | 2.9u | 1.2u |



| 平均単位 | FFP : A | FFP : O | FFP : B | FFP : AB |
|---------------|---------|---------|---------|----------|
| 199床以下(n=1) | 4.0u | 4.0u | 4.0u | 4.0u |
| 200~499床(n=5) | 7.5u | 7.5u | 5.0u | 6.5u |
| 500床以上(n=5) | 13.2u | 13.2u | 13.2u | 11.6u |
| 全体(n=11) | 10.0u | 10.0u | 9.0u | 8.8u |

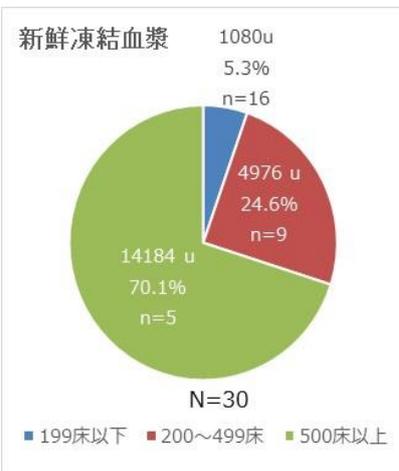
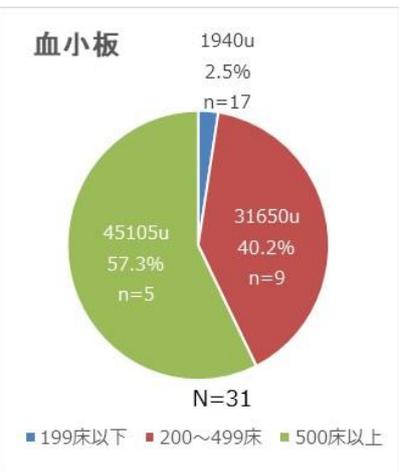
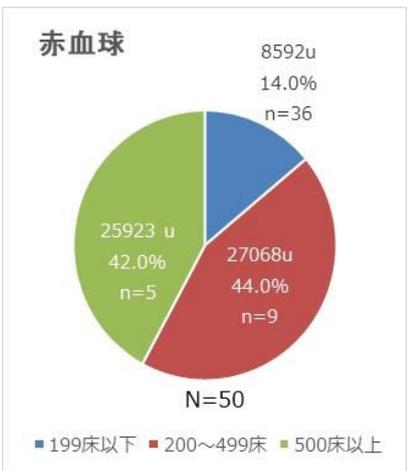
○【血液製剤の使用量・廃棄量等】について

(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 30 年度各製剤規模別供給比率・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 1)
- 滋賀県の廃棄率・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 2)
- 製剤別、1施設あたりの平均廃棄率 (%)・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 3)
- 赤血球製剤の供給量と病床数の分布・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 4)
- 赤血球製剤の廃棄率と病床数の分布・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 5)
- 赤血球院内在庫 (総単位) と廃棄率の関係・・・・・・・・・・・・・(資料N o 2 6)

資料N o 2 1



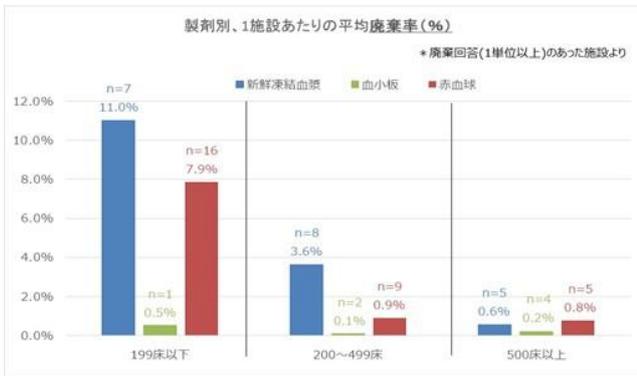
資料N o 2 2

滋賀県の廃棄率

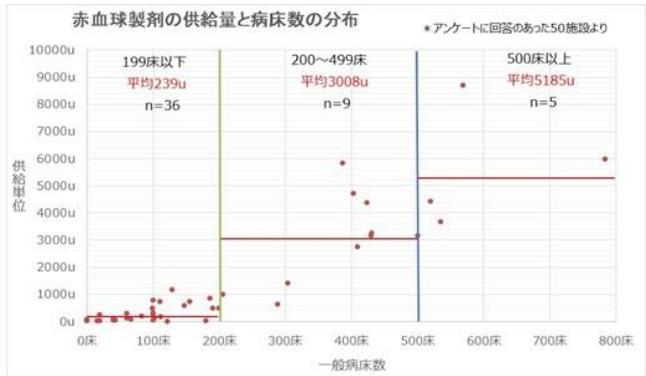
* アンケートに回答のあった50施設より



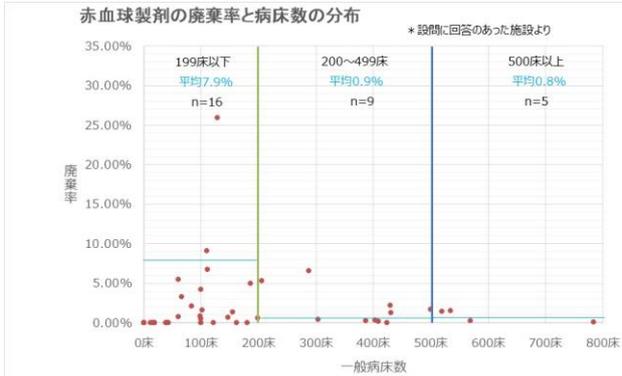
資料N o 2 3



資料N o 2 4



資料N o 2 5



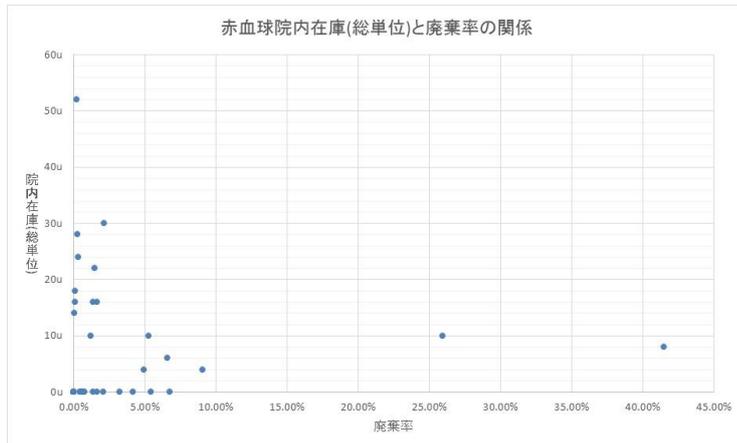
【参考】

平成29年度血液製剤使用実態調査
(日本輸血・細胞治療学会)

赤血球製剤の廃棄率

| | |
|----------|------|
| 500床以上 | 0.8% |
| 300~499床 | 2.0% |
| 299床以下 | 4.3% |

資料N o 2 6

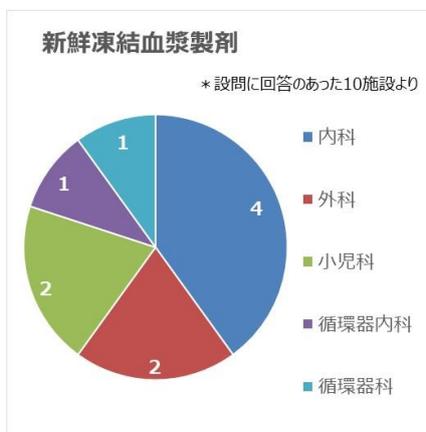


(10) 輸血用血液製剤の診療科別の把握については、55 施設中 38 施設で、把握していた。また、回答医療機関で使用量の一番多い診療科を各製剤別で集計した。・・・・・・・・(資料No27、No28、No29)

資料No27



資料No28



資料No29



(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No30)

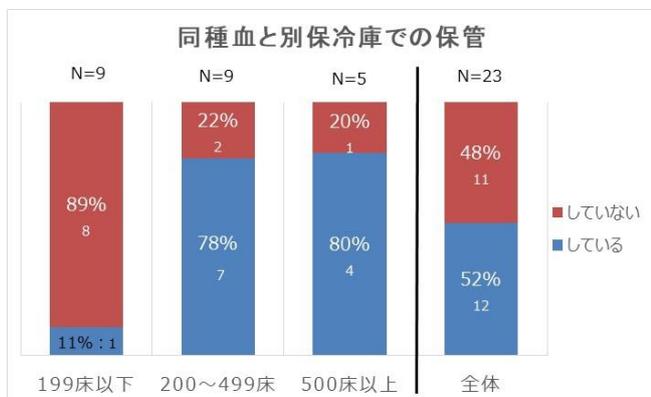
感染症血液と別冷蔵庫で管理しているか・・・・・・・・(資料No31)

貯血式自己血実施医療機関・・・・・・・・(資料No32)

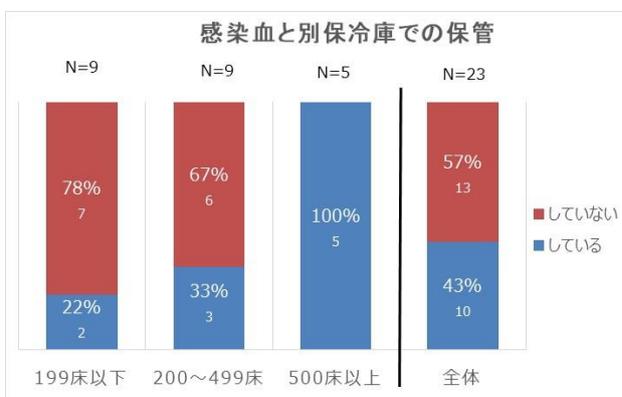
自己血方式別症例数・・・・・・・・(資料No33)

貯血式自己血廃棄率と病床数の分布・・・・・・・・(資料No34)

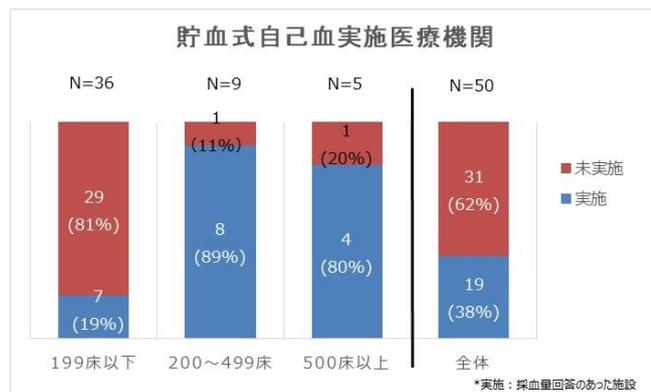
資料No30



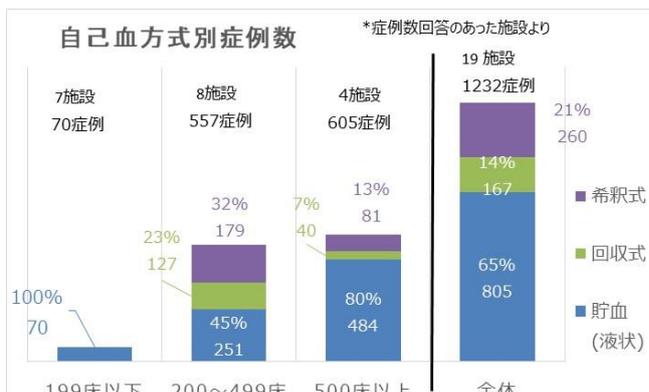
資料No31



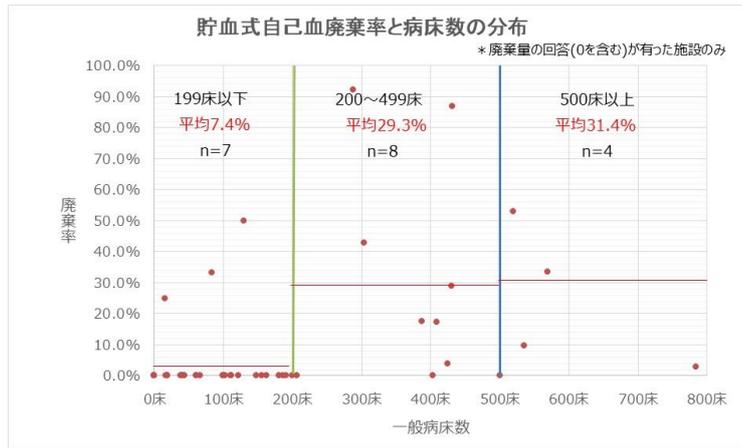
資料No32



資料No33



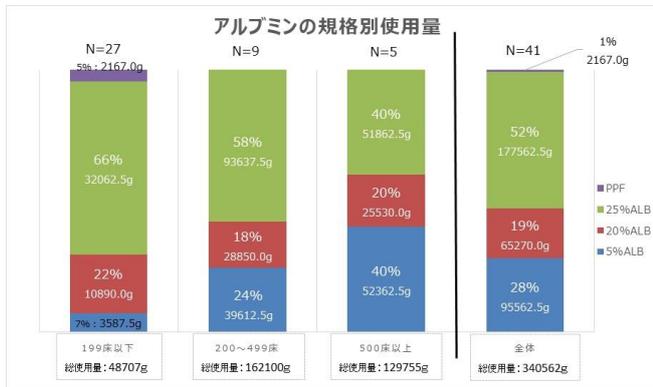
資料N o 3 4



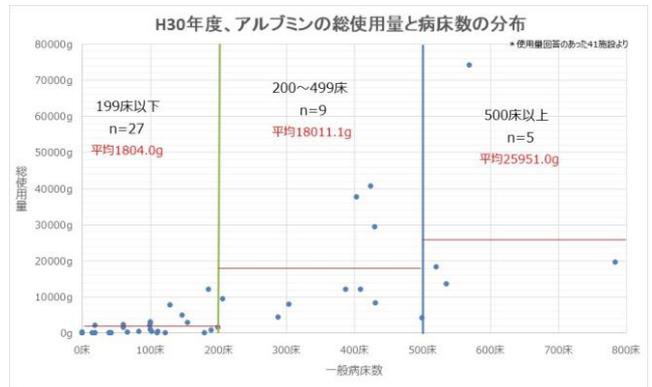
(12) アルブミン製剤の使用量について

- 規格別使用量・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 3 5)
- 総使用量と病床数の分布・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 3 6)
- 使用量の多い診療科・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 3 7)
- 適正使用に関する目標の有無・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 3 8)
- 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・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・(資料N o 3 9)
- 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N o 4 0)

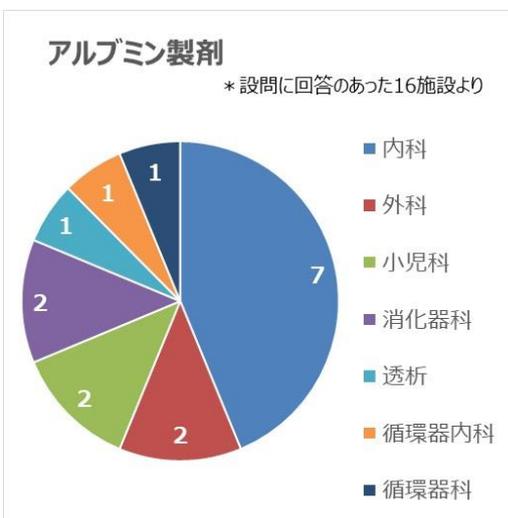
資料N o 3 5



資料N o 3 6



資料N o 3 7



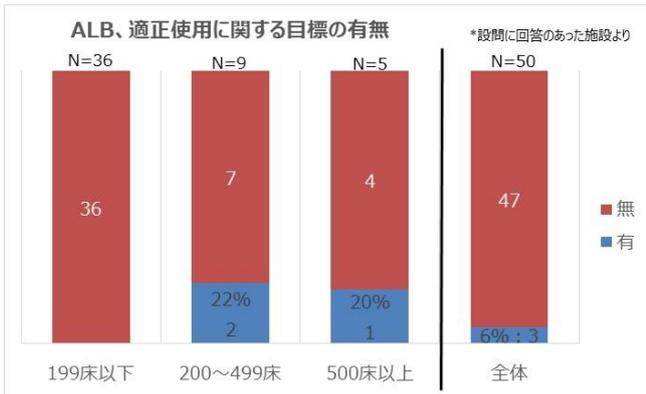
【参考】

平成29年度血液製剤使用実態調査
(日本輸血・細胞治療学会)

アルブミン製剤の平均使用量

| | |
|----------|---------|
| 500床以上 | 40791 g |
| 300~499床 | 12353 g |
| 299床以下 | 1948 g |

資料N o 3 8



資料N o 3 9

【目標値】
 外科：2.0g/dL、ガイドライン参照
 内科：2.0g/dL、ガイドライン参照

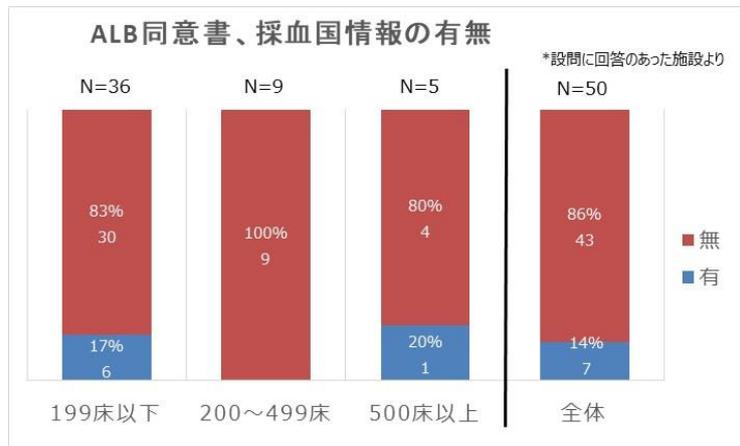
*ガイドライン、急性：3.0g/dL
 慢性：2.5g/dL

【フィードバックの方法】
 輸血療法委員会へ報告

【効果があった事例】

- ・連続投与は3日オーバー可能とし、それ以上に必要な場合は検査結果を確認後再度オーバーしてもらうよう周知、依頼した。
- ・医師別の使用量把握を行い、診療科にフィードバック。
- ・不適切な使用例を注意し、併せて委員会でも報告する。

資料N o 4 0

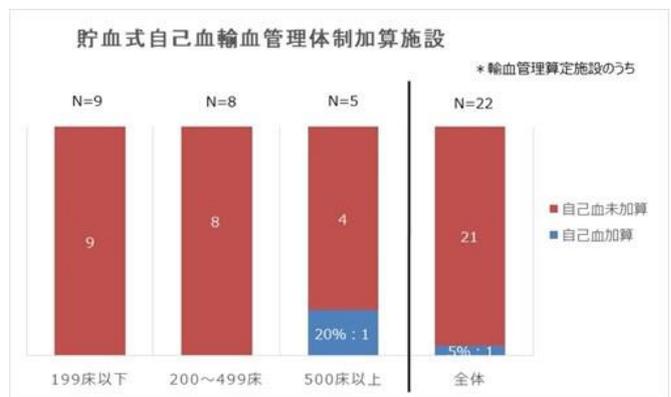


(1 3) 輸血事故・副作用対策については、輸血療法委員会等で把握し、対策をとれる体制については、50 施設中 34 施設で体制を整えられていた。

(1 4) 輸血管理料等の取得については、県内全体で輸血管理料Ⅰを取得施設 8、輸血管理料Ⅱを取得施設 14 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、輸血管理料Ⅰの加算を取得 8 施設中 6 施設、輸血管理料Ⅱを取得 14 施設中 8 施設であった。また、貯血式自己血輸血管理体制加算を取得している施設は、1 施設であった。

..... (資料N o 4 1)

資料N o 4 1



14-1.輸血管理料を算定しているか(算定できない理由)

- ・輸血部を設置していない
- ・専任・専従の技師不在
- ・Alb↑orRBC↓
- ・施設基準を満たさないため
- ・人員不足 委員会等の設置、医師の設置
- ・輸血療法委員会が設置されていない
- ・施設基準外
- ・施設基準を満たしていないため
- ・臨床検査技師が不在のため

14-2.輸血適正使用加算を算定しているか(算定できない理由)

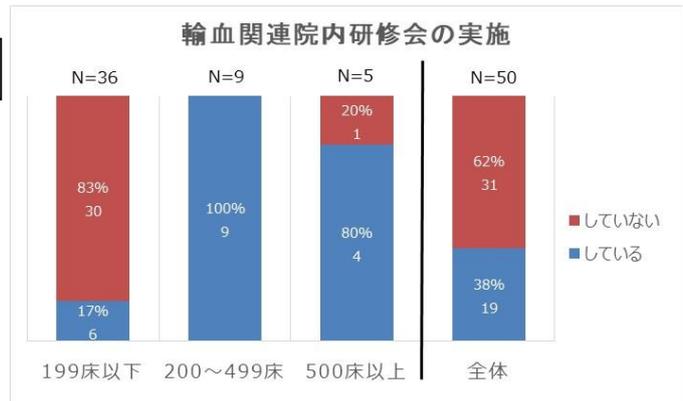
- ・Alb/RBC比、FFP/RBC比が問題
- ・アルブミンの使用量が多いため
- ・一時的にアルブミン製剤の使用量が増加したため。
- ・アルブミン製剤の使用量
- ・輸血部を設置していない
- ・専任・専従の技師不在
- ・FFP/RBC・アルブミン/RBC共に高い
- ・FFP/RBC、ALB/RBC比が満たないため
- ・Alb↑orRBC↓
- ・アルブミンの使用量が多い
- ・施設基準を満たさないため
- ・H29.3月基準を満たしていない為辞退届提出
- ・委員会等の設置
- ・輸血療法委員会が設置されていない
- 施設基準外
- ・施設基準を満たしていないため
- ・輸血管理料を未算定のため

(15) 輸血に関する勉強会・研修会の実施

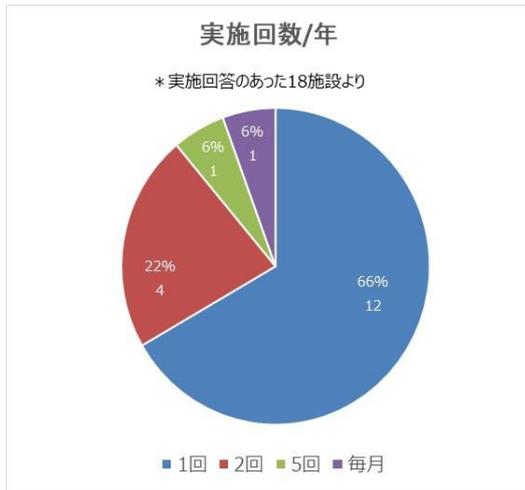
院内で輸血に関する勉強会や研修会を実施しているか・・・・・・・・・・(資料No42)

主なテーマ及び実施回数/年・・・・・・・・・・(資料No43)

資料No42



資料No43



【主なテーマ】

輸血用血液製剤の取扱い、輸血副作用、
電子カルテ入力方法、カリウム吸着フィルター、
新採用医師研修、新任看護師研修

(16) 血液製剤の使用量が増加又は減少した原因・理由について

- ・年、年度ごとに増減あり、
- ・増加傾向でも減少傾向でもない
- ・消化器内科の常勤医が一人退職した。
- ・心外がなくなったため 減少./手術の件数が激減
- ・血液内科の医師退職により減少

5. 平成30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 | 滋賀医大附属病院 |
| 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 | 長浜赤十字病院 |
| 8 | 彦根市立病院 |
| 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 | 地域医療機構滋賀病院 |
| 14 | 高島市民病院 |
| 15 | 市立野洲病院 |
| 16 | 彦根中央病院 |
| 17 | 豊郷病院 |
| 18 | 国立病院機構紫香楽病院 |
| 19 | 近江草津徳洲会病院 |
| 20 | 琵琶湖大橋病院 |
| 21 | 湖東記念病院 |
| 22 | びわこ学園医療福祉センター草津 |
| 23 | 済生会守山市民病院 |
| 24 | 日野記念病院 |
| 25 | 東近江市立能登川病院 |
| 26 | 甲南病院 |
| 27 | 大津赤十字志賀病院 |
| 28 | 友仁山崎病院 |
| 29 | 滋賀県立小児保健医療センター |
| 30 | 生田病院 |
| 31 | 長浜市立湖北病院 |
| 32 | ヴォーリス記念病院 |

| No. | 医療機関名 |
|-----|--------------|
| 33 | 東近江敬愛病院 |
| 34 | マキノ病院 |
| 35 | 琵琶湖養育院病院 |
| 36 | 南草津病院 |
| 37 | 山田整形外科病院 |
| 38 | 甲賀市立信楽中央病院 |
| 39 | ハートクリニックこころ |
| 40 | 東近江市蒲生医療センター |
| 41 | 草津ハートセンター |
| 42 | 浮田クリニック |
| 43 | 下坂クリニック |
| 44 | 青葉病院 |
| 45 | 富田クリニック |
| 46 | わたなべ湖西クリニック |
| 47 | 山崎クリニック |
| 48 | 若林クリニック |
| 49 | 第二富田クリニック |
| 50 | 滋賀八幡病院 |

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）

（滋賀県健康医療福祉部薬務感染症対策課）