

次の質問に 、 又は直接ご記入ください。
2011年1月1日～2011年12月31日までの期間でお答えください。
アンケート内の意見は輸血療法委員会としてお答えください。

施設名 【必要に応じて、施設名の公表(可 不可)】

回答者名 所属

I. 貴施設について

1. 貴施設の病床数(一般病床のみ)をお答え下さい。

床

2. 対象期間中の血液製剤の使用量をお答え下さい。

赤血球製剤 単位
血漿製剤 単位
血小板製剤 単位
アルブミン製剤 g

※FFP-LR-1=1単位
FFP-LR-2=2単位
FFP-LR-Ap=3.75単位

II. 輸血の管理体制の在り方について

1. 輸血用血液製剤に係る輸血業務(血液製剤入出庫、輸血検査、台帳管理等)は一元管理していますか。

- はい
 いいえ

2. アルブミン製剤の管理は、どの部門で行われていますか。

- 輸血・検査部門
 薬剤部門
 病棟
 手術室
 その他 ()

3. 輸血責任医師(病院内における輸血業務の全般について、実務上の監督及び責任を持つ医師)は任命されていますか。

- はい (科の医師 / 専任 兼任)
 いいえ
 任命予定

4. 日本輸血・細胞治療学会認定医はいますか。

- はい ()名
 いいえ (是非必要 いた方がよい 必要ない)
 取得予定

5. 輸血担当技師(輸血検査や製剤管理等、輸血業務全般の担当者)は配置されていますか。

- はい (専任 名、兼任 名)
- いいえ
- 任命予定

6. 輸血検査は検査技師により24時間体制で実施していますか。

- 24時間当直体制
- 一部オンコール体制
- 未実施
- 実施予定

7. 日本輸血・細胞治療学会の認定輸血検査技師はいますか。

- はい ()名
- いいえ (是非必要 いた方がよい 必要ない)
- 取得予定

8. 輸血療法委員会等(輸血療法委員会又はそれに代わる委員会等)が設置されていますか。

- はい (設置年月: 年 月設置)
- いいえ
- 設置予定

9. 輸血療法委員会等が設置されている場合、委員会を定期的を開催していますか。

- はい (開催頻度: 年 回)
- いいえ

10. 輸血療法委員会等はどのような職種で構成されていますか。あてはまるものすべてを選択してください。

- 医師
- 検査技師
- 看護師
- 薬剤師
- 事務
- その他 ()

11. 輸血療法委員会等で実施している事項について

(1) 血液製剤適正使用に関する院内マニュアルを定めていますか。

- はい
- いいえ

IV. 自己血採血について

1. 自己血採血の実績についてお答え下さい。

自己血採血人数 人
自己血採血単位数 単位
自己血輸血人数 人
自己血輸血単位数 単位
自己血廃棄単位数 単位

* 200mL採血:1単位 300mL採血:1.5単位 400mL採血:2単位

2. 自己血採血対象患者についてわかる範囲でお答え下さい。

悪性腫瘍患者 人
非悪性腫瘍患者 人

3. 自己血採血を実施した診療科についてお答え下さい。(複数回答可)
また、分かる範囲で実施人数についてもお答え下さい。

内科 人
 心臓血管外科 人
 消化器外科 人
 その他の外科 人
 産科・婦人科 人
 小児科 人
 泌尿器科 人
 整形(形成) 人
 耳鼻科 人
 皮膚科 人
 その他 () 人

4. 自己血採血業務にたずさわる看護師についてお答え下さい。

自己血専任の看護師
 その他の業務と兼務の看護師
 看護師はたずさわらない
 その他 ()

5. 自己血採血の静脈穿刺は主にどなたが行っていますか。

主治医
 特定の医師
 自己血専任の看護師
 その他の業務と兼務の看護師
 その他 ()

6. 自己血の採取場所は主にどこですか。

自己血専用の採血スペース
 病棟
 外来
 その他 ()

7. 自己血採血にともない、有害事象はありましたか。(複数回答可)

- 血管迷走神経反射(VVR)
- 穿刺部位の広範囲な内出血
- 神経損傷
- その他 (_____)
- なし
- 不明or把握していない

8. 採血時のトラブル対応のマニュアルはありますか。

- はい (具体的な内容 _____)
- いいえ

9. 自己血採血の基準を設けていますか？

- | | | | |
|-----------|--------------------------|-------|---------------------------|
| 体重 | <input type="radio"/> はい | _____ | <input type="radio"/> いいえ |
| 年齢 | <input type="radio"/> はい | _____ | <input type="radio"/> いいえ |
| Hb値 | <input type="radio"/> はい | _____ | <input type="radio"/> いいえ |
| 1回の採血量の上限 | <input type="radio"/> はい | _____ | <input type="radio"/> いいえ |

10. 自己血採血のマニュアルはありますか。

- はい
- いいえ

11. 自己血採血にともない、鉄剤の投与をしますか。

- 基本的に投与している
- 患者によっては投与している
- 投与しない
- その他 (_____)

鉄剤を投与する場合の薬剤商品名 _____

12. 自己血採血にともない、エリスロポエチン製剤の投与をしますか。

- 基本的に投与している
- 患者によっては投与している
- 投与しない
- その他 (_____)

エリスロポエチン製剤を投与する場合の薬剤商品名 _____

13. 採血後の補液の投与をしますか。

- 基本的に投与している
- 患者によっては投与している
- 投与しない
- その他 (_____)

補液する場合の薬剤商品名 _____

14. 自己血採血の際の、消毒方法を教えてください。

15. 主に採用している自己血バッグの構造について教えてください。

- | | | |
|----------|----------------------------|-----------------------------|
| 針とバッグ | <input type="radio"/> 一体型 | <input type="radio"/> 非一体型 |
| 側管 | <input type="radio"/> あり | <input type="radio"/> なし |
| 保存前白血球除去 | <input type="radio"/> している | <input type="radio"/> していない |

V. 自己血の保管と輸血

1. 採血した自己血の保管・管理は主にどこで行っていますか。

- 輸血・検査部門
- 薬剤部門
- 病棟
- 外来
- その他 ()

2. 自己血の保管はどのような保冷庫で行っていますか。

- 自己血専用の血液製剤専用保冷庫
- 同種血と併用の血液製剤専用保冷庫
- 血液製剤専用保冷庫以外の保冷庫
- その他 ()

3. 自己血の保管・管理は主にどの職種が行っていますか。

- 医師
- 検査技師
- 看護師
- 薬剤師
- その他 ()

4. 自己血の保管にともない、有害事象はありましたか。(複数回答可)

- 血液凝固のため、返血不能に
- 不適切な保管温度により使用不可に
- 血液バッグの破損
- その他 ()
- なし
- 不明or把握していない

5. 自己血輸血にともない、有害事象はありましたか。(複数回答可)

- 発熱
- 蕁麻疹
- 発赤
- 細菌感染
- 血圧低下
- ショック状態
- その他 (_____)
- なし
- 不明or把握していない

6. 自己血輸血にともない、行っている検査は何ですか。(複数回答可)

- 本人の血液と自己血セグメントとの交差適合試験
- セグメントのABO血液型の確認
- 検査はしない
- その他 (_____)

7. 主に採用している自己血バッグに含まれる保存液の種類と採血した自己血の有効期間を教えてください。

- 保存液
- CPD液
 - CPDA液
 - ACD液
 - ACDA液
 - MAP液
 - その他 (_____)

- 有効期間
- 21日以内
 - 35日以内
 - 42日以内

8. 日本自己血輸血学会から、貯血式自己血輸血実施基準(2011)が提示されていることをご存じですか。

- 知っている
- 聞いたことがある
- 知らない

9. 他院と、自己血の受け渡しをしましたか。

- 受け渡しをした経験がある
- 病院として受け渡しに理解があるが、実際に経験はない
- 今後も受け渡しをするつもりはない

アンケートは以上となります。ご協力ありがとうございました。

結果につきましては11月7日に行われます群馬県合同輸血療法委員会にて発表いたします。