

VI. 輸血のオーダーと管理について

Q20: 診療科別の準備単位数及び使用単位数

血小板製剤

準備単位数

施設 番号	準備単位数																
	血液 内科	消化器 内科	呼吸器 内科	循環器 内科	腎臓 内科	一般内科/ その他内科	心血管 外科	呼吸器 外科	消化器 外科	脳神経 外科	整形 外科	その他 外科	産婦人科	泌尿器科	小児科	救急科	その他 診療科
43																	
44																	
45																	
46																	
47																	
48																	
49											10						
50																	
51																	
52																	
53	1980																
54						680											
55																	
56			55														
57																	
58																	
59																	
60						110											
61							160										
62																	
63																	
64																	
65																	
66																	
67																	
68																	
69																	
70																	
71																	
72																	
73																	
74																	
75																	
76																	
77																	
78																	
79																	
80																	
81																	
82																	
83																	10

VI. 輸血のオーダーと管理について

		Q23	Q24
施設番号		MSBOS・SBOEの導入	廃棄血削減のための今後の対策
1	導入していない		
2			廃棄血を出したドクターに廃棄理由を提出してもらおう。1回に払い出す血液バッグ数(単位数)を決めておく。
3	手術を行う全診療科で導入		使用患者による供給製剤の有効期限の調整
4	導入していない		自己血の割合を増やし、予定OPEの100%を自己血でまかなうようにすればよい
5	導入を試みたが定着しなかった		
6	導入していない		現在廃棄は無い
7	導入していない		医局会などでDr.に周知し理解してもらおう。
8	導入していない		血液内科の様に常に輸血を必要としている診療科のない病院は廃棄血のコントロールは難しいと思われます。在庫を少なくするしか対応できません。
9	導入していない		
10	導入していない		
11	導入していない		T&Sの周知。適用量のオーダー。
12			院内在庫製剤数を減らす、院内在庫状況をリアルタイムで臨床に知らせる
13	導入していない		
14	導入していない		群馬県内の廃棄血を削減するためには、近隣病院との協力により手術等の準備血で使用されなかった製剤を他の施設で使用できるようにすればよいのではないか(保管状況の保証・運搬方法等難しいと思われるが)
15	導入していない		必要最少量のオーダーをする。予約日数の制限を設ける(keep期間を短くする)。輸血部門から各科へ連絡を密にする。情報を知らせる(金額など)。※地理的条件があり、なかなか難しいと考えている。
16	導入していない		当院に於ける廃棄血液製剤は非常に少ないと考えているが、更に少なくするには申込み医の自覚以外にないと思われる。
17	導入していない		T&Sの導入
18	導入していない		
19			
20	導入していない		可能な患者様には自己血輸血を推奨する。
21	導入していない		1回のオーダーの有効期限を、原則翌朝までとする。・術式毎の使用量についてデータを取り、エビデンスとして示す。
22	導入していない		
23			
24	導入していない		手術用などは、Type&スクリーンを実施しているので、血液センターからの立地の良さも考慮し、必要最低限の血液を準備する又、手術後は血液データや患者の状態により、不必要な血液をストックしないようにする
25	導入を試みたが定着しなかった		不要な発注を少なくする
26	導入していない		
27	導入していない		・外科手術の準備数を削減するE T&Sを導入するE夜間在庫を削減する
28	導入していない		
29	導入していない		MSBOS(最大手術血液準備量)およびSBOE(手術血液準備量計算法)を導入してみる
30	導入していない		脳外科の予定手術への貯蓄式自己血の導入
31	導入していない		
32	導入していない		輸血管理部門が使用期限の調整をする
33	導入していない		準備量の適正化
34	導入していない		
35	導入していない		必要な時に必要な量だけ請求してもらおう
36	導入していない		
37	導入していない		Drに最小限での発注をお願いする 委員会で検討
38	導入していない		T&Sの実施
39	導入していない		
40	導入していない		
41	導入していない		
42	導入していない		

VI. 輸血のオーダーと管理について

		Q23	Q24
施設 番号		MSBOS・ SBOEの導入	廃棄血削減のための今後の対策
43	導入していない		
44	導入していない	病床数が少なく他者への転用には限りがあるため、さらに減らすには過剰オーダーを削減することが必要。 術式別の使用率を算出して情報提供する取組を現在進行している。ただし専門医がいなかったため決定的な進言力にかけているのが現状。	
45	導入していない		
46	導入していない		
47	導入していない		
48	導入していない	病院内の在庫を少なくする。血液センターからの緊急供給体制がよくなればよいと思う。	
49	導入していない		
50	導入していない	血液製剤の保管を徹底する。必要最小限の発注にとどめる。	
51	導入していない		
52	導入していない		
53	導入していない		
54	導入していない	使用する分だけ発注すること(在庫はとらない)	
55	導入していない		
56	導入していない	必要時、毎回発注する。2日分とか発注しない。	
57	導入していない		
58	導入していない	最低限の血液製剤の準備	
59	導入していない	適正使用・過剰オーダーを無くす。	
60	導入していない		
61	導入していない		
62	導入していない		
63	導入していない		
64	導入していない		
65	導入していない	当院では小規模であり、輸血の必要な患者例も少なく、必要最小量(透析患者、消化管出血例、外傷による出血に限られる)を発注しているので、よい考えはうかばない	
66	導入していない		
67	導入していない	・医師がオーダーをする際、使用量を的確に判断し、最小量で注文を行う必要があると考えます。	
68	導入していない		
69	導入していない		
70	導入していない	保冷库保管の未使用製剤に関して払い戻しできるシステムが可能であれば貴重な血液の廃棄はなくなると考えます	
71	導入していない		
72	導入していない		
73	導入していない		
74	導入していない	当院の原因による廃棄血を出した事は無い	
75	導入していない		
76	導入していない		
77	導入していない		
78	導入していない		
79	導入していない		
80	導入していない		
81			
82			
83	導入していない		

Ⅶ. 適正使用への取り組みについて

施設 番号	Q1					Q2	Q3
	血液製剤適正使用に関する院内研修会の実施					院内の適正使用を定着させるために必要なもの	合同輸血療法委員会による施設見学は可能か
	はい いい え	頻度 (回/年)	全職員	輸血に 関わる 職員	新人職員		
1	いいえ						はい
2	いいえ					定期的な勉強会	はい
3	はい	1	○			医師への適正使用の周知徹底	はい
4	はい	1			○		わからない
5	いいえ						わからない
6	いいえ						はい
7	いいえ					医師への研修会等	はい
8	はい	1			○		わからない
9	はい	1	○				いいえ
10	はい	1			○		はい
11	いいえ						はい
12	はい	1			○	献血製剤の貴重さを医師・看護師に分からせること。 そのためには、検査技師のコミュニケーション力のアップとスキルアップが必要	はい
13	はい	1			○		わからない
14	いいえ					適正使用についての意見を聞いていただける医師ばかりではないので外部の圧力(保健所・厚生労働省等)を利用する。	はい
15	はい	1	○			情報を知らせていく(新しい指針とか)。研修会等くり返し実施していく。他の医療機関の取り組みなど紹介する。	はい
16	はい	1	○			各職員が共通の意識を持つこと	はい
17	いいえ					適正使用を推進する院内研修会を行うこと。	はい
18	いいえ						わからない
19	いいえ						わからない
20	いいえ					MSBOSの施行	わからない
21	いいえ					医師個人への働きかけ	はい
22	いいえ						わからない
23	はい	1		○			はい
24	いいえ					医師各人に適正使用指針、血液投与早見表など資料の配布は行っているが、 参考にして頂いているかは不明。勉強会等を開き、共通認識としての浸透させる事が必要かと思えます。	わからない
25	はい	1			○	院内ホームページや勉強会などを開催し職員に周知する	はい
26	いいえ						わからない
27	はい	1	○			・定期的な周知徹底	はい
28	はい	6					わからない
29	はい	1			○	各診療科への周知徹底を常に行う事	わからない
30	いいえ					医師の意識改革・非侵襲手術の推進・低血圧麻酔の導入	いいえ
31	いいえ						
32	いいえ					使用状況を輸血療法委員会で正しく周知していくこと	いいえ
33	はい	1	○			院内マニュアルの周知	わからない
34	いいえ						わからない
35	はい	2		○		医師とのコミュニケーション	いいえ
36	はい	1	○				はい
37	いいえ					委員会の充実とラウンド	わからない
38	はい	1			○	検査技師のみではなく、輸血認定医又は輸血療法に強い関心のある医師が必要と考えます。	わからない
39	はい						
40	いいえ						いいえ
41	いいえ						わからない
42	はい	1	○				わからない

VII. 適正使用への取り組みについて

施設 番号	Q1					Q2	Q3
	血液製剤適正使用に関する院内研修会の実施						
	はい いい え	頻度 (回/年)	全職員	輸血に 関わる 職員	新人職員		
						院内の適正使用を定着させるために必要なもの	合同輸血療法委員会による施設見学は可能か
43	いいえ						わからない
44	はい	1	○			臨床への情報提供がまず必要だと考えます。また、将来的にはオーダーに対して輸血委員が介入していくべきではあるが進言するにあたっての根拠に困惑している。	わからない
45	いいえ						わからない
46	いいえ						わからない
47	いいえ						わからない
48	いいえ					学習会や啓蒙活動、厚生労働省や県、血液センターなど公的なところからのお願い	はい
49	いいえ						わからない
50	はい	0~1	○				はい
51	いいえ					輸血ガイドラインを周知させる。	わからない
52	いいえ						わからない
53	はい	2	○				いいえ
54	いいえ					医師の輸血に関する知識	わからない
55	いいえ						わからない
56	いいえ					輸血療法委員会での考えを医師に助言できる体制	わからない
57	いいえ						いいえ
58	いいえ					医師の教育	いいえ
59	はい	1		○	○	貧血の時はなるべく輸血に頼らず、栄養管理や鉄剤投与等に対応している。	わからない
60	はい	2				適正使用の基準作り	いいえ
61	いいえ					輸血療法に関する広く受け入れ可能なエビデンスの提示。	わからない
62	いいえ						わからない
63	はい	1	○				わからない
64	いいえ						わからない
65	いいえ						いいえ
66	いいえ						わからない
67	いいえ					・行政より医師向け適正使用の研修が必要と考えます。	わからない
68	いいえ						いいえ
69							いいえ
70	いいえ						わからない
71	いいえ					委員会の設立や定期的な勉強会、研修を行う	わからない
72	いいえ						いいえ
73	いいえ						わからない
74	いいえ					血液製剤は使用しない	わからない
75	いいえ						いいえ
76	いいえ					・適切な情報・知識の取得とスタッフの教育 ・確認	はい
77	はい	1		○			いいえ
78	いいえ						いいえ
79	いいえ						いいえ
80	いいえ						いいえ
81	いいえ						いいえ
82	いいえ						いいえ
83	いいえ					適正使用を推進する院内研修会を行う。	はい