

施設長 様

医療機関名公表のお願い

広島県では、平成 23 年度から、各医療機関における輸血療法委員会相互の情報交換を図り、広島県内における輸血医療の標準化をめざすことを目的として、広島県合同輸血療法委員会を設置し活動しています。

活動には各医療機関の輸血医療の報告、訪問相談事業、研修会の実施の他、県内の輸血医療の実態調査を行いその結果を皆さまに還元してまいりました。

善意の献血という有限な資源に頼っている血液事業では、医療機関における適正使用の努力が欠かせません。今年度の「輸血療法に関する調査」では、社会に対する説明ができるように、これまでは匿名としていた医療機関名も明らかにして実態を提示したいと考えました。

今年度の調査への医療機関名の記載について、ご理解ご協力をたまり、別紙にて承諾の可否について「輸血療法に関する調査」と共に返信をお願い申し上げます。

2014 年 10 月 27 日
広島県合同輸血療法委員会
委員長 高田 昇

「輸血療法に関する調査」結果報告への
医療機関名の公表に関する承諾書

広島県合同輸血療法委員会
委員長 高田 昇 様

2014 年「輸血療法に関する調査」結果報告書への医療機関名の公表について
(□にチェックを入れてください。)

- ☐ 承諾します。
☐ 承諾しません。

確認日： 年 月 日

医療機関名： _____

所在地：(〒 -) _____

施設長の署名： _____ 印

輸血療法に関する調査

Hiroshima 2014

この調査は、広島県の医療機関における輸血療法の現状と実態を把握するために、医療機関を対象として、広島県合同輸血療法委員会が実施主体となり行うものです。

なお、この調査解析については、広島大学疫学研究倫理審査の承認を受けています。

是非、調査にご協力頂きますようお願い申し上げます。

調査票は記入後、**11月28日(金曜日)までに**、同封の返信用封筒で返送して頂きますようお願いいたします。

なお、調査に関するお問い合わせは、下記までお願いいたします。

広島県健康福祉局 薬務課製薬振興グループ
広島県合同輸血療法委員会「アンケート調査」係
電話 082-513-3223

【本調査にご回答いただく前の重要な確認】

本調査につきましては、昨年(2013年)までは、「医療機関名は匿名化して解析を行い、得られた集計結果の公表では、医療機関が特定できないよう配慮します。」とお断りしたうえで、ご協力いただいておりますが、本年(2014年)より、可能な限り医療機関名を公表できればと考えております。

つきましては、医療機関名の公表の可否についてお尋ねします。

()1.全ての項目について 可

()2.一部の項目について 可

└─▶ 公表可能な項目について○をつけてください。(複数回答)

()1.質問 1 ()2.質問 2 ()3.質問 3

()4.質問 4 ()5.質問 5 ()6.質問 6

()7.質問 7 ()8.質問 8

()9.その他

記入例:質問__の__は 可

()3.全ての項目について 不可

a) 貴院の病床数についてご記入ください。

- b) 貴院の診療科数をご記入ください。

c) 貴院の診療科名に○をつけてください。(複数回答)

- d) 貴院では、DPC(診断群分類包括評価)を導入していますか。

- 質問2)「輸血療法委員会」についてお尋ねします。

- () a. 血液製剤の使用状況調査
- () b. 輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策
- () c. 輸血療法の適応，血液製剤の選択
- () d. 症例検討を含む適正使用推進の方法
- () e. 輸血関連情報の伝達方法
- () f. 輸血療法に関する手順書等の作成・検討
- () g. 輸血療法全般に関する状況等の定期報告
- () h. その他

b) 貴院に「輸血療法委員会」は設置していますか。

() 1. いいえ → b-1) 今後、設置の予定はありますか。

() 2. はい

() 1. 予定はある → b-1-2) 予定はいつ頃ですか。

() 2. 予定はない [] 年

→ b-2) 設置年はいつですか。

[] 年

→ b-1-3) 設置しない(できない)理由は何ですか。

() 1. 不必要

() 2. どのように設置していいのかわからない

() 3. スタッフ不足で委員会を構成できない

() 4. その他 []

b-3) 「輸血療法委員会」の規定・規約を作成していますか。

() 1. いいえ

() 2. はい

b-4) 「輸血療法委員会」は年間、何回開催していますか。

1 年間に [] 回

b-5) 「輸血療法委員会」において討議する議題について、あてはまるものすべてに○をしてください。

() 1. 診療科ごとの血液製剤使用状況の調査・報告等

() 2. 症例検討を含む適正使用推進の方法・検討等

() 3. 輸血療法に伴う事故・副作用・合併症の把握方法と対策

() 4. その他 []

b-6) 「輸血療法委員会」の機能は果たされていますか。

() 1. 大変良く機能している

() 2. 良く(充分)機能している

() 3. あまり機能していない

() 4. 全く機能していない

() 5. その他: []

<ここから、全員回答です>

質問3) 現時点の輸血の管理体制についてお尋ねします。

a) 貴院での、「輸血責任医師」について、あてはまるもの1つに○をしてください。

() 1. 輸血部門において、輸血業務全般に関する責任者として専任の常勤医師を輸血責任医師として任命している。(専任とは主にその業務を行うことをいう。)

() 2. 輸血部門において、輸血業務全般に責任を有する常勤医師を、輸血責任医師として任命している。

() 3. 輸血責任医師は任命していない。

b) 貴院では、現在専門の輸血部門(管理部門)を設置し、輸血用血液製剤の管理を行っていますか。

() 1. 輸血部門を設置し、輸血用血液製剤の管理を行っている。

()2. 輸血部門を設置しているが、輸血用血液製剤の管理は他の部門で行っている。

└─────────▶ 輸血用血液製剤の管理部門は:[_____]

()3. 輸血部門を設置していない。

└─────────▶ { 輸血用血液製剤の管理部門は:[_____]
輸血検査担当部門は :[_____] }

c) 貴院の、臨床(又は衛生)検査技師の配置について、あてはまるもの1つに○をしてください。

()1. 輸血部門において、常時配置されている専従の常勤検査技師が1名以上勤務している。

()2. 輸血部門において、専任の常勤検査技師が1名以上勤務している。

()3. これらに当てはまる検査技師はいない。

d) 貴院の、夜間休日の輸血検査体制について、あてはまるもの1つに○をしてください。

()1. 検査技師による輸血検査の24時間体制を実施している。

()2. 検査技師によるオンコール体制で輸血検査を実施している。

()3. 医師が輸血検査をしている。

()4. その他:[_____]

質問4) 輸血管理料についてお尋ねします。

a) 貴院では、輸血管理料の算定をしていますか。

()1. 算定していない

()2. 算定している

─────────▶ 種類を選択してください

()1. 輸血管理料Ⅰ

()2. 輸血管理料Ⅱ

} ──▶ b)にお進みください

└─────────▶ a-1) 算定をしていない理由を下記から選び○をしてください(複数回答可)。

()1. 輸血部門において、輸血業務全般に関する[専任 or 責任]常勤医師を配置していない。

()2. 輸血部門において、[専従 or 責任]常勤臨床検査技師を配置していない。

()3. 輸血部門において、[輸血用血液製剤及びアルブミン製剤 or 輸血用血液製剤]の一元管理をしていない。

()4. ABO 血液型、Rh(D)血液型、血液交差試験又は間接クームス検査、不規則抗体検査を常時実施できる体制が構築されていない。

()5. 輸血療法委員会を設置し、年6回以上開催していない。

()6. 輸血前後の感染症検査に実施又は輸血前の検体保存が行われていない。

()7.その他 {

}

b) 貴院では、輸血適正使用加算も算定をしていますか。

()1. 算定していない

()2. 算定している

└─────────▶ b-1) 算定をしていない理由を下記から選び○をしてください(複数回答可)。

()1. 新鮮凍結血漿の使用量を赤血球の使用量で除した値が[0.54or0.27]未満でない。

()2. アルブミンの使用量を赤血球の使用量で除した値が 2 未満でない。

()3.その他 {

}

a) 貴院での、平成 25 年(又は平成 25 年度)の血液製剤の使用量をご記入ください。

1. 赤血球製剤: [_____] 単位 / (実患者数 _____ 人)
2. 血小板製剤: [_____] 単位 / (実患者数 _____ 人)
3. 血漿製剤: [※ _____] 単位 / (実患者数 _____ 人)
4. アルブミン: [_____] グラム / (実患者数 _____ 人)
- (※120mL を 1 単位として換算してください)

()1. 血液型不規則抗体スクリーニング法(T&S)
()2. 最大手術準備量(MSBOS)
()3. 手術血液準備量計算法(SBOE)

e) 貴院では、平成 25 年度以降、現在までに自己血輸血を実施しましたか。

() 1. 実施していない▶ f) にお進みください

() 2. 実施している--→() 平成 25 年度、() 平成 26 年度、() 両年度

└─▶ e-1) 自己血輸血を実施している診療科名を選び○をしてください。(複数回答可)

- | | | |
|-----------------------|-----------------|----------------|
| () 1. 総合診療科 | () 2. 内科 | () 3. 呼吸器内科 |
| () 4. 循環器内科 | () 5. 神経内科 | () 6. 腫瘍内科 |
| () 7. 消化器内科 | () 8. 血液内科 | () 9. 外科 |
| () 10. 整形外科 | () 11. 形成外科 | () 12. 心臓血管外科 |
| () 13. 呼吸器外科 | () 14. 脳神経外科 | () 15. 乳腺外科 |
| () 16. 消化器外科 | () 17. 小児科 | () 18. 小児外科 |
| () 19. 小児循環器科 | () 20. 耳鼻咽喉科 | () 21. 泌尿器科 |
| () 22. 皮膚科 | () 23. 産科 | () 24. 婦人科 |
| () 25. 放射線科 | () 26. 麻酔科 | () 27. 救急科 |
| () 28. リウマチ科 | () 29. 歯科・口腔外科 | |
| () 30. その他 [_____] | | |

e-2) 自己血を採血している診療科名(部門名)をご記入ください。(複数回答)

() 輸血科 () 検査科 () 各科外来・病棟

() その他 [_____] <上記、診療科番号でお答えください>

e-3) 自己血輸血はどの方法を実施していますか。(複数回答)

() 1. 貯血式 () 2. 回収式 () 3. 希釈式

└─▶ e-3-1) 貴院では、平成 26 年 4 月の診療報酬の改定による貯血式
自己血輸血管理体制加算を算定していますか。

() 1. 算定していない

() 2. 算定している

<ここから、全員回答です>

f) 貴院では、平成 25 年度以降、現在までに自己血を除く院内採血による輸血(当日新鮮全血等)を実施しましたか。

() 1. いいえ

() 2. はい --> () 平成 25 年度、() 平成 26 年度、() 両年度

└─> f-1) 院内採血を実施している診療科名を選び○をしてください(複数回答可)。

- | | | |
|-----------------------|-----------------|----------------|
| () 1. 総合診療科 | () 2. 内科 | () 3. 呼吸器内科 |
| () 4. 循環器内科 | () 5. 神経内科 | () 6. 腫瘍内科 |
| () 7. 消化器内科 | () 8. 血液内科 | () 9. 外科 |
| () 10. 整形外科 | () 11. 形成外科 | () 12. 心臓血管外科 |
| () 13. 呼吸器外科 | () 14. 脳神経外科 | () 15. 乳腺外科 |
| () 16. 消化器外科 | () 17. 小児科 | () 18. 小児外科 |
| () 19. 小児循環器科 | () 20. 耳鼻咽喉科 | () 21. 泌尿器科 |
| () 22. 皮膚科 | () 23. 産科 | () 24. 婦人科 |
| () 25. 放射線科 | () 26. 麻酔科 | () 27. 救急科 |
| () 28. リウマチ科 | () 29. 歯科・口腔外科 | |
| () 30. その他 [_____] | | |

f-2) 平成 25 年(又は平成 25 年度)に何回実施されましたか。 [_____] 回

f-3) どのような場合に院内採血を実施されますか。(複数回答可)

- () 1. 日本赤十字社血液センターから供給されない顆粒球やヘパリン化血を用いる場合
() 2. 日本赤十字社血液センターから供給が間に合わない緊急事態の場合
() 3. 稀な血液型で母体血液を使用せざるを得ない場合
() 4. 出血時の止血を期待
() 5. 赤血球の酸素運搬能を期待
() 6. 血小板の凝集能を期待
() 7. 血液凝固因子の凝固能を期待
() 8. 高カリウム血症を回避するため
() 9. その他

[_____]

g) 貴院での、平成 25 年(又は平成 25 年度)の輸血用血液製剤を使用する上位3診療科をご記入ください。

<上記問 f-1 の口内の診療科番号でお答えください>

赤血球製剤: 1位 [_____], 2位 [_____], 3位 [_____]

血漿製剤: 1位 [_____], 2位 [_____], 3位 [_____]

血小板製剤: 1位 [_____], 2位 [_____], 3位 [_____]

h) 貴院での、平成 25 年(又は平成 25 年度)の輸血用血液製剤を使用する下記の疾患のうち、上位3疾患(アルファベット)をご記入ください。

a.悪性新生物(血液は除く), b.血液・造血器疾患, c.循環器系疾患, d.消化器系疾患,
e.尿路・生殖器系疾患, f.妊婦・分娩の合併症, g.損傷、中毒及びその他の外因,
i.その他[_____]

赤血球製剤:1位[_____], 2位[_____], 3位[_____]

血漿製剤:1位[_____], 2位[_____], 3位[_____]

血小板製剤:1位[_____], 2位[_____], 3位[_____]

i) 血液製剤(特定生物由来製品)を使用した場合、患者へのウイルス感染などの恐れが生じた場合に対処するため、診療録とは別に、当該血液製剤に関する記録を作成し、少なくとも使用日から20年を下回らない期間、保存する必要があります。現在、貴院では血液製剤の使用に関する記録を作成し、保存を実施していますか。

() 1. 保存していない

() 2. 保存している → 保存期間をご記入ください:[_____]年間

質問6) 輸血に関するインフォームド・コンセント(説明と同意)についてお尋ねします。

a) インフォームド・コンセントは、どなたが行っておられますか。

() 1. 医師

() 2. 看護師

() 3. 検査技師

() 4. 薬剤師

() 5. その他 [_____]

() 6. 診療科により異なる

 └─ a-1) 異なる理由をご記入ください:

b) インフォームド・コンセントを行った際、輸血同意書のほか、何か文書を渡しておられますか。

() 1. 何も渡していない

() 2. 渡している → 文書名をご記入ください:

質問7) 遡及調査についてお尋ねします。

- a) 「血液製剤等に係る遡及調査ガイドライン」(厚労省)においては、輸血実施前の患者検体を保管することとなっています。現在、貴院では輸血前の検体の保管を実施していますか。

() 1. 保管していない

() 2. 保管している → 保管期間をご記入ください: [_____] 年間

※半年の場合は 0.5 年としてください

- b) 貴院での、「血液製剤等に係る遡及調査ガイドライン」に則った、輸血前後の感染症検査の実施について、それぞれあてはまるもの1つに○をしてください。

【輸血前検査】 輸血前の検査を実施していますか。

() 1. 全例実施している。

() 2. 全例ではないが、実施している。

() 3. 輸血前検査は実施していない。

() 4. その他: [_____]

【輸血後検査】 輸血後の検査を実施していますか。

() 1. 全例実施している。

() 2. 全例ではないが、実施している。

() 3. 輸血後検査は実施していない。

() 4. その他: [_____]

→ b-1) 輸血後どの位を目途に検査を実施していますか。 輸血後 [_____] か月

- c) 貴院では、【輸血後検査】を実施するためにどのような取り組みをされていますか(複数回答可)。

() 1. 輸血医療に関わる部門・医療従事者に【輸血後検査】の重要性を周知

() 2. 【輸血後検査】を実施するための手順書、マニュアル等を作成

() 3. 輸血療法に係るインフォームド・コンセントの際、患者又はその家族に説明し、一定期間経過後の【輸血後検査】を促す

() 4. 輸血ごとに患者又はその家族に説明し、一定期間経過後の【輸血後検査】を促す

() 5. 退院時に患者又はその家族に説明し、一定期間経過後の【輸血後検査】を促す

() 6. 輸血後一定期間経過時に、電話・郵便はがき等により、【輸血後検査】を促す

() 7. その他

[_____]

- d) また、「血液製剤等に係る遡及調査ガイドライン」(厚労省)においては、輸血に使用した全ての「使用済みバッグ」に残存している製剤をバッグごと、清潔に冷蔵保存しておくことが望まれる(冷凍は不可。使用後数日経過しても受血者(患者)に感染症発症のない場合は廃棄しても差し支えない。)となっています。現在、貴院では「使用済みバッグ」の冷蔵保存を実施していますか。

() 1. 保存していない

() 2. 保存している → 保存期間をご記入ください: [_____] 日間

質問 8) 緊急時の輸血について、「輸血療法の実施に関する指針」(厚労省)、「危機的出血への対応ガイドライン」(日本麻酔科学会, 日本輸血・細胞治療学会)の点からお尋ねします。

a) 貴院では、緊急時の輸血に対応するための院内体制は整備されていますか。

() 1. いいえ▶ b) にお進みください

() 2. はい

└─▶ a-1) 手順書、マニュアル等を作成していますか。

() 1. はい () 2. いいえ

<ここから、全員回答です>

b) 貴院では、「危機的出血への対応ガイドライン」の周知状況は以下のどれと思いますか。

() 1. よく周知されている () 2. かなり周知されている

() 3. あまり周知されていない () 4. 全く周知されていない

() 5. その他 [_____]

c) 貴院では、緊急時、患者のABO式血液型を判定する余裕がない場合、同型血が不足した場合、あるいは血液型判定が困難な場合等は、O型赤血球を輸血する体制となっていますか。

() 1. いいえ

() 2. はい ─────────▶ 過去 1 年間に実施されたことはありますか。

() 1. いいえ () 2. はい

d) 貴院では、緊急時、同型血が不足した場合、同型血を確保する時間的余裕が場合等、O型赤血球以外の適合赤血球を輸血する体制となっていますか。

() 1. いいえ

() 2. はい ─────────▶ 過去 1 年間に実施されたことはありますか。

() 1. いいえ () 2. はい

質問 8) 宗教的輸血忌避患者への対応についてお尋ねします。

a) 貴院では、「宗教的輸血拒否に関するガイドライン」(日本輸血・細胞治療学会)は周知されていますか。

() 1. よく周知されている () 2. かなり周知されている

() 3. あまり周知されていない () 4. 全く周知されていない

() 5. その他 [_____]

b) 貴院では、宗教的輸血忌避患者への対応について、手順書、マニュアル等を作成していますか。

() 1. いいえ

() 2. はい

- ◎ 輸血療法、血液製剤の使用について、問題点・質問がございましたらご記入ください。また、意見・要望等がございましたらご記入ください。

アンケートの調査項目は以上です。 ご協力ありがとうございました。

医療機関名 : _____

記入担当者氏名 : _____

記入担当者所属部署: _____

電子メールアドレス : _____

記入担当者職種 : _____ 医師, 薬剤師, 検査技師, 看護師, その他(_____)

連絡先:TEL _____ — —

FAX _____ — —

※お手数をお掛けしますが、**11月28日(金曜日)まで**に同封の返信用封筒で返送してください。