

「輸血療法に係るアンケート調査の報告」

令和2年2月22日

令和元年度 長崎県輸血研修会



長崎県赤十字血液センター
山下 隆司

アンケート調査の概要

目的：

本県はアルブミン製剤使用量が全国でも非常に高く、平成26年3月に適正使用の協力依頼を通知し、その後は継続的なアンケート調査によるアルブミン製剤の使用量の推移を把握、集計結果等のフィードバックを行っている。本年度も適正使用の推進を目的にアルブミン製剤使用量を主体として安全で適正な輸血医療にも関わる輸血療法委員会活動や院内輸血管理体制のアンケートを実施した。

調査期間：令和元年11月1日～11月23日

調査対象の期間：**平成30年（1月～12月）**の使用量の実績等

及び**平成30年度（前年度）**の輸血療法委員会活動状況など

対象施設数：県内**254**施設

回答施設数：**188**施設（**74%**）

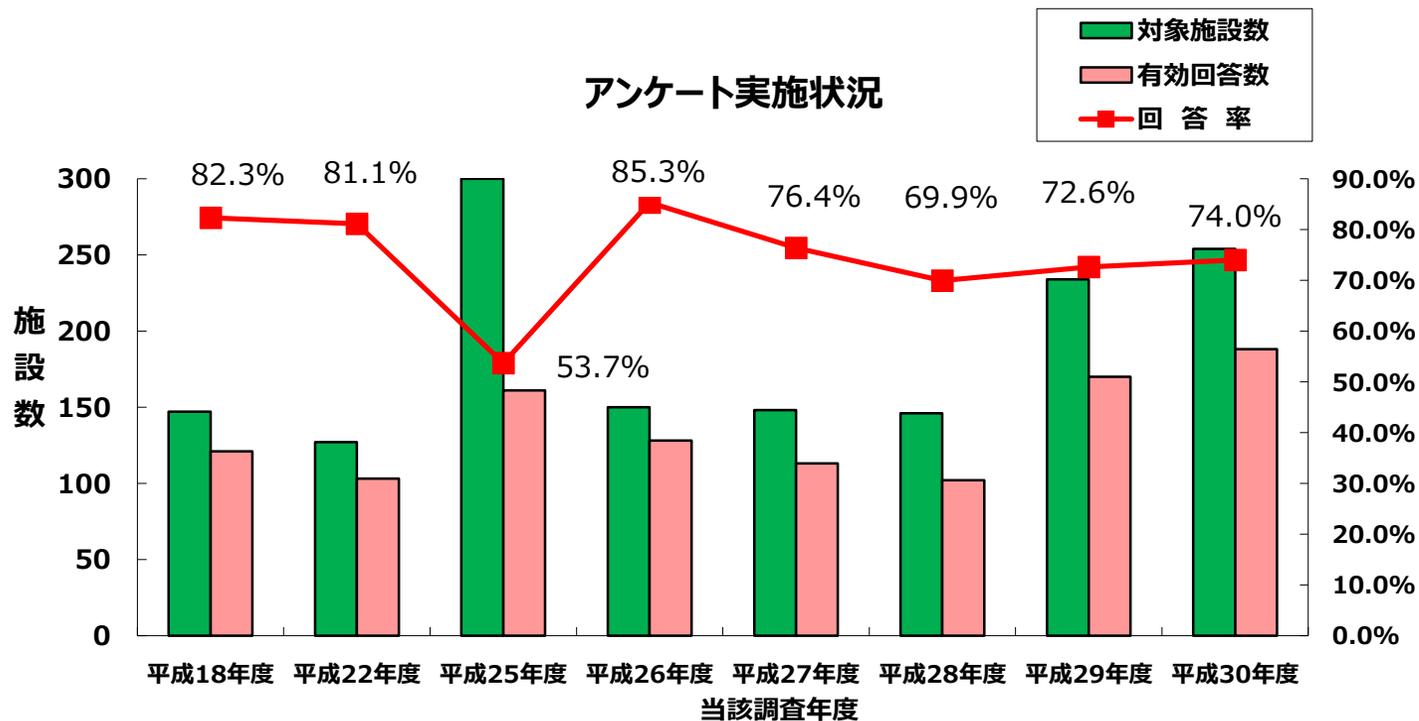
主な内容：

- 1) 血液製剤の使用量の調査：血液使用量や廃棄率、アルブミン使用量
- 2) 院内輸血療法委員会活動：規約、マニュアル整備、開催状況や問題点
- 3) 輸血療法にかかる実施状況：輸血増減、外来や在宅輸血、災害時マニュアル整備等

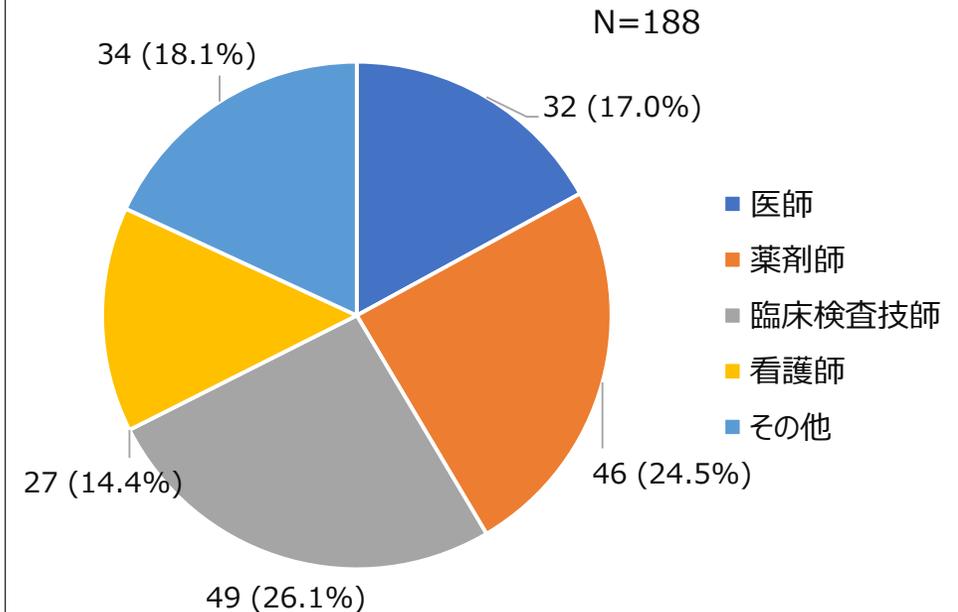
アンケート調査の回答数等

当該調査年度		平成18年度	平成22年度	平成25年度	平成26年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
対象施設数		147	127	300	150	148	146	234	254
有効回答数		121	103	161	128	113	102	170	188
回答率		82.3%	81.1%	53.7%	85.3%	76.4%	69.9%	72.6%	74.0%
回答者	医師	12人(9.9%)	11人(9.7%)	—	—	9人(8.0%)	8人(8.0%)	32人(18.8%)	32人(17.0%)
	薬剤師	39人(32.3%)	25人(24.3%)	—	—	33人(29.2%)	30人(29.4%)	37人(21.8%)	46人(24.5%)
	臨床検査技師	47人(38.8%)	53人(51.5%)	—	—	35人(31.0%)	49人(48.0%)	51人(30.0%)	49人(26.1%)
	看護師	8人(6.6%)	7人(6.8%)	—	—	5人(4.4%)	6人(5.9%)	17人(10.0%)	27人(14.4%)
	その他	15人(12.4%)	7人(6.8%)	—	—	31人(27.4%)	9人(8.8%)	33人(19.4%)	34人(18.1%)

アンケート実施状況



アンケート回答者

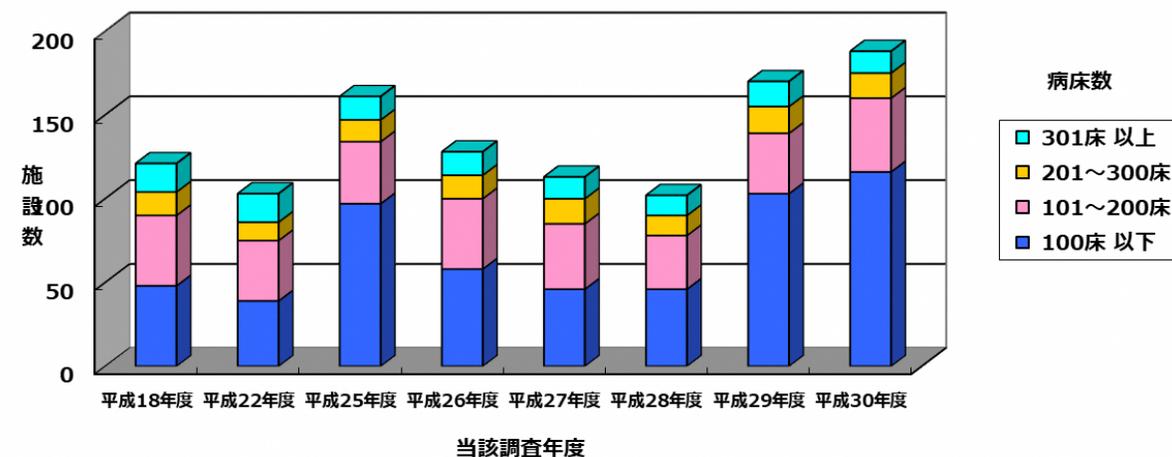


回答があった医療機関の規模別分布

当該調査年度	平成18年度		平成22年度		平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		平成30年度	
100床 以下	48	39.7%	39	37.8%	97	60.2%	58	45.3%	46	40.7%	46	45.1%	103	60.6%	116	61.7%
101～200床	42	34.7%	36	35.0%	37	30.0%	42	32.8%	39	34.5%	32	31.4%	36	21.2%	44	23.4%
201～300床	14	11.6%	11	10.7%	13	8.1%	14	10.9%	15	13.3%	12	11.8%	16	9.4%	15	8.0%
301床 以上	17	14.0%	17	16.5%	14	8.7%	14	10.9%	13	11.5%	12	11.8%	15	8.8%	13	6.9%
合 計	121		103		161		128		113		102		170		188	

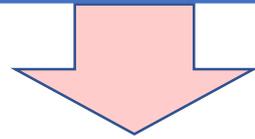
病床数変更によるカテゴリ変更（3施設）

医療機関	前年 病床数	今年 病床数	年間単位 赤血球	年間単位 血小板	年間単位 血漿	年間 g 5%AL	年間 g 20%AL	輸血 管理料	適正 使用
1	297	315	3,656	6,010	162	1,238	11,240	① I	①あり
2	208	159	939	1,320	146	0	2,460	② II	①あり
3	94	104	130	0	0	0	0	② II	①あり



アルブミン使用量が全国トップクラス (課題)

・平成22年度(2位)、27年度(2位)、28年度(1位)、29年度(4位)
() は全国順位 、 日本輸血・細胞治療学会調査



・アルブミンの適正使用の推進

- 1) パンフレット配布 (平成26年3月)
「アルブミン製剤の適正使用推進にご協力ください！」
- 2) 適正使用に関するアンケート調査実施 (前年使用量)
平成19年度、23年度、26年度～30年度
- 3) アンケート結果のフィードバック
 - ①輸血研修会での報告
 - ②施設長あてに同様の病床規模平均値と使用量記載した文書発出
 - ③集計結果をホームページ掲載 (施設名なし)

合同輸血療法委員会 & 薬務行政室

長崎県合同輸血療法委員会 2014年3月10日

アルブミン製剤の適正使用 推進にご協力ください！

「血液製剤の使用指針」(厚生労働省)に則った 計画的な使用が求められています。

長崎県の医療機関におけるアルブミン製剤使用量は、全国の都道府県の中でも **トップクラスです！**
(2010年、左図、日本輸血・細胞治療学会調査による)

長崎県の医療機関の輸血管理料取得率は、全国の都道府県の中でも **依然下位に甘んじています！**
(2012年、右図、療給の百分率の数値については、療法委員会設置、責任医師の配置等複数要因の複算値です)

アルブミン製剤を含む血液製剤の原料を国内自給する事は、我が国の「安全な血液製剤の安定供給の確保等に関する法律」(平成15年施行)の基本理念に掲げられています。

さらに、世界保健機構(WHO)も、平成22年総会において、倫理性と国際的公平性の観点から、血液製剤の原料血液を国内自給する為の必要な措置をとる事を加盟国に勧告しています。

しかし、本県では以前から、アルブミン製剤の使用量が多い状態が続いております。また、輸血管理料の適正使用加算取得医療機関の数は非常に少ない現状です。

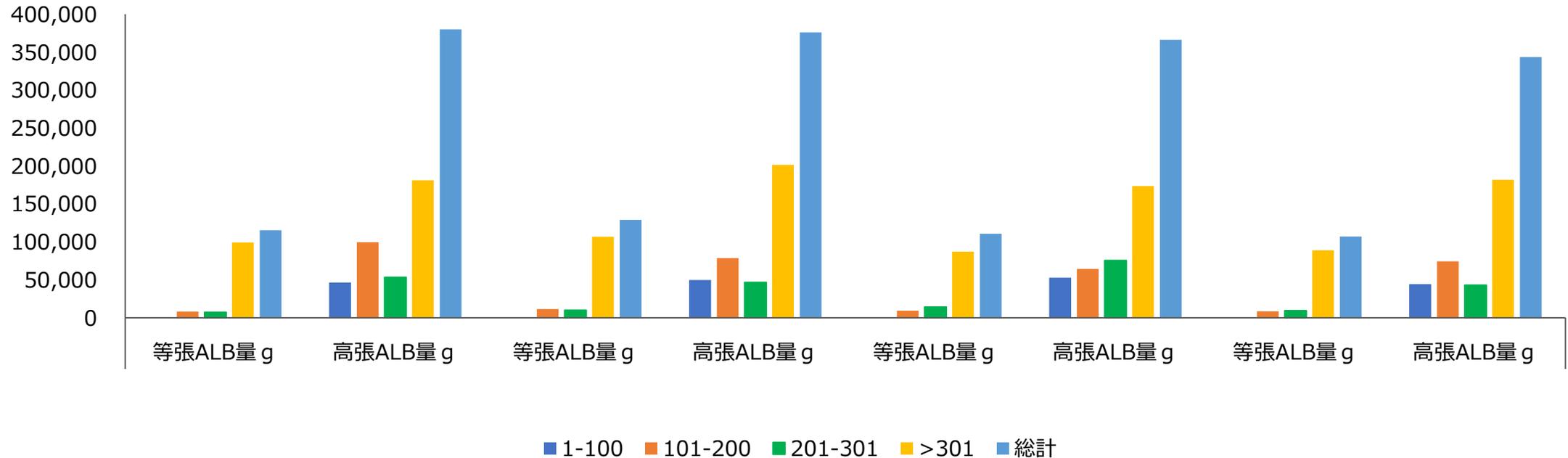
長崎県合同輸血療法委員会では、本県医療機関におけるアルブミン製剤の適正使用推進を重要課題の一つとらえ、実態調査をはじめとする様々な取り組みを展開して参ります。どうぞ、ご協力ほどお願い致します。

適応は正しいでしょうか？ 「血液製剤の使用指針」(厚生労働省)には、アルブミン製剤使用の基本となる考え方が示されています。高張および等張製剤を正しく使い分けましょう。	血清アルブミン値を測定して、計画的に使用していますか？ 正しい適応と計画的な使用の為に是非チェック願います。漫然と使用し続けることは避けましょう。使用2～3日で効果を確認してください。	説明と同意のうえで使用していますか？ 血漿分画製剤は、献血血液を原料とした血液製剤です。不活化の効果を確認されていない血液媒介感染病原体のリスクを勘案し、使用に際して説明と同意が必要です。
---	--	--

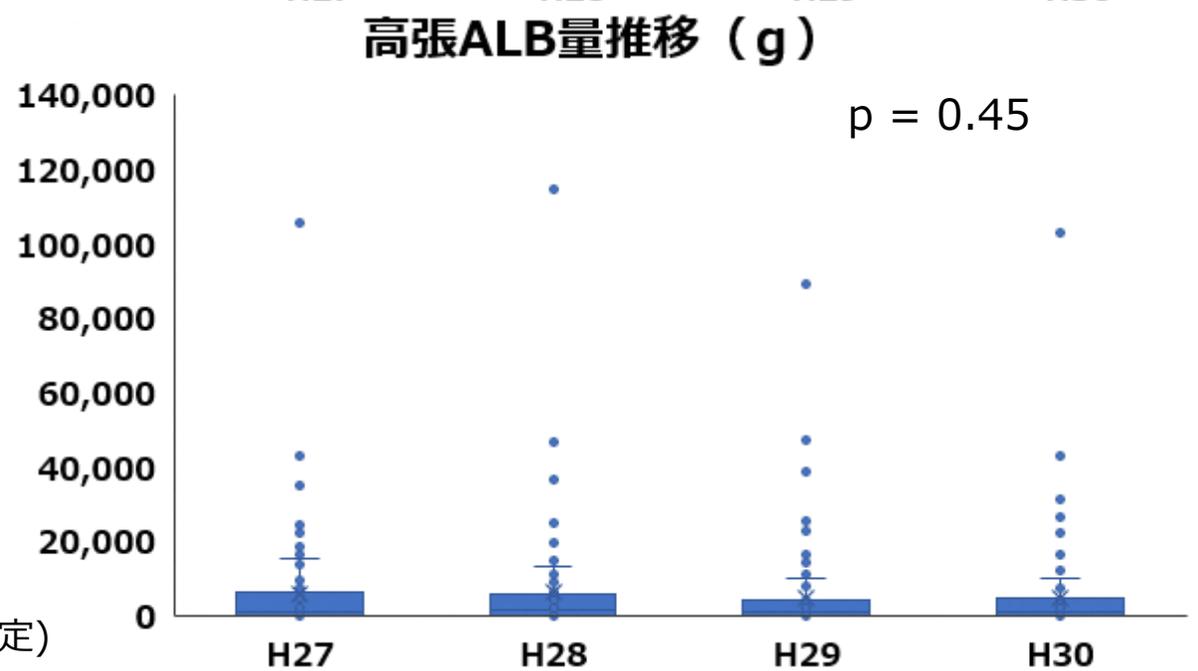
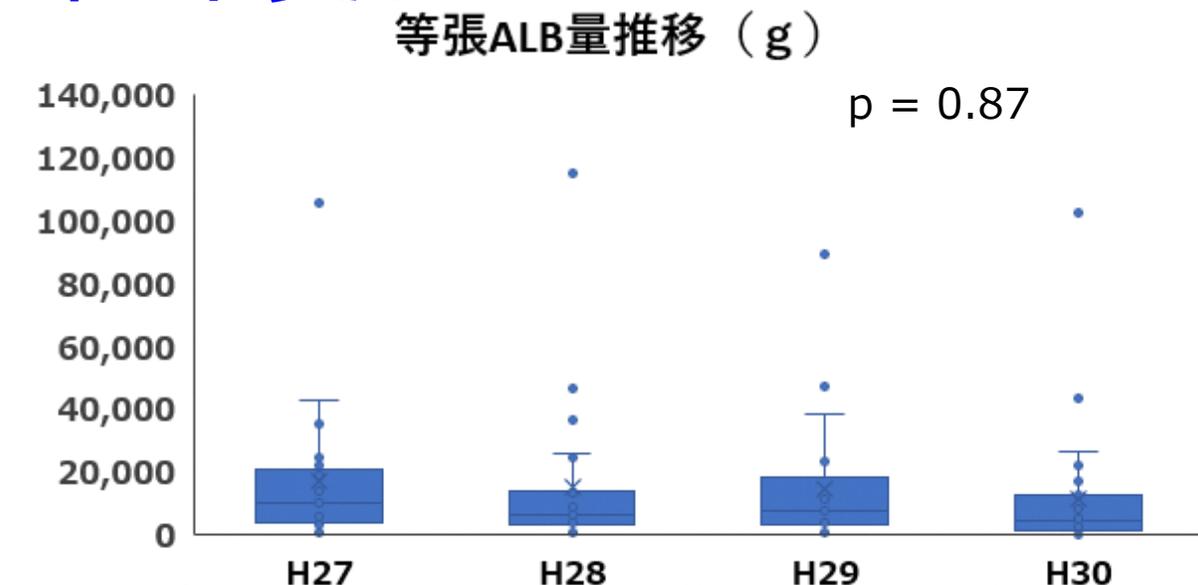
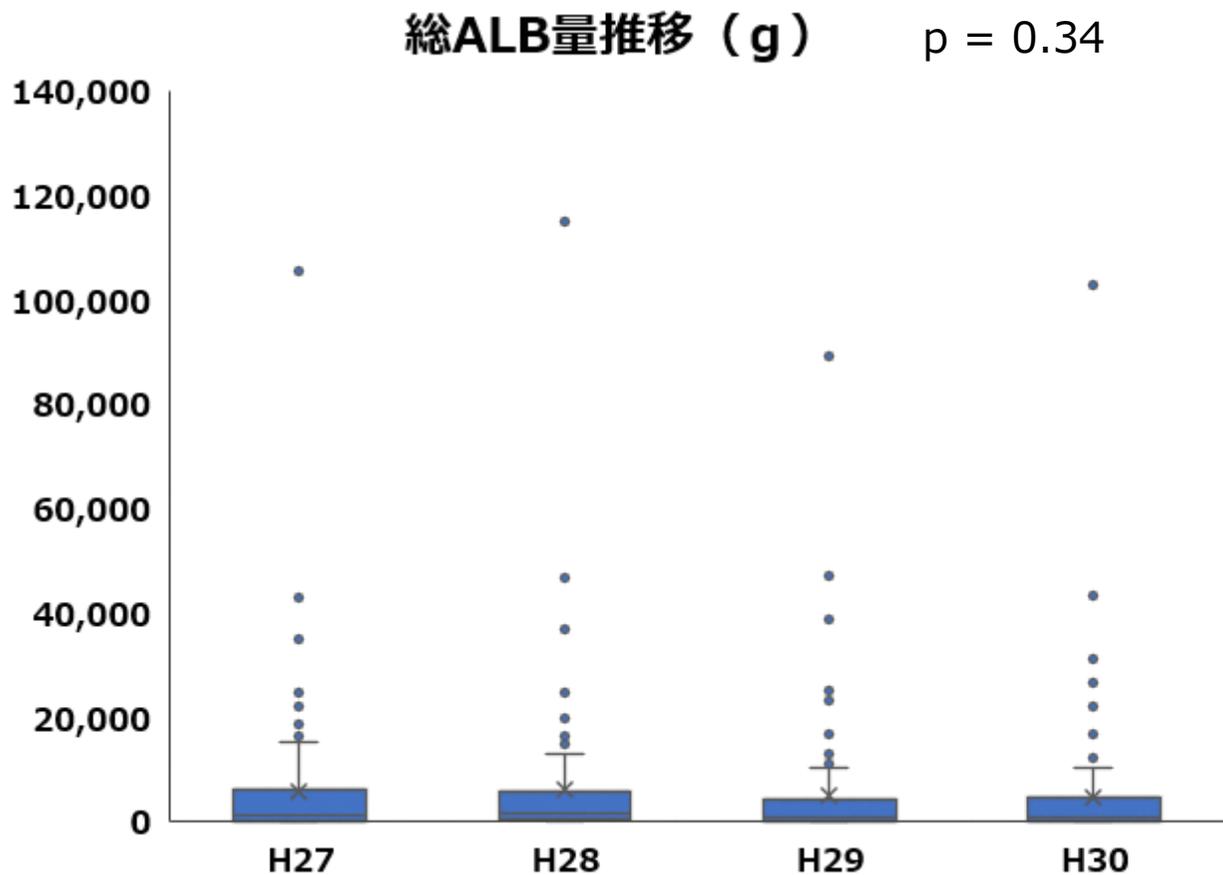
ALB使用量の概要

調査該当年	H27			H28			H29			H30		
病床数	施設数	等張ALB量 g	高張ALB量 g									
1-100	46	638	46,313	46	425	49,528	103	313	52,808	116	563	44,203
101-200	39	8,138	99,385	32	11,538	78,488	36	9,250	64,258	44	8,238	74,410
201-301	15	7,225	53,200	12	10,038	46,498	16	14,188	75,628	15	9,400	43,108
>301	13	99,125	181,209	12	106,763	201,498	15	86,975	173,678	13	88,838	181,716
総計	113	115,125	380,106	102	128,763	376,010	170	110,725	366,370	188	107,038	343,436

等張・高調ALBの病床規模別使用量



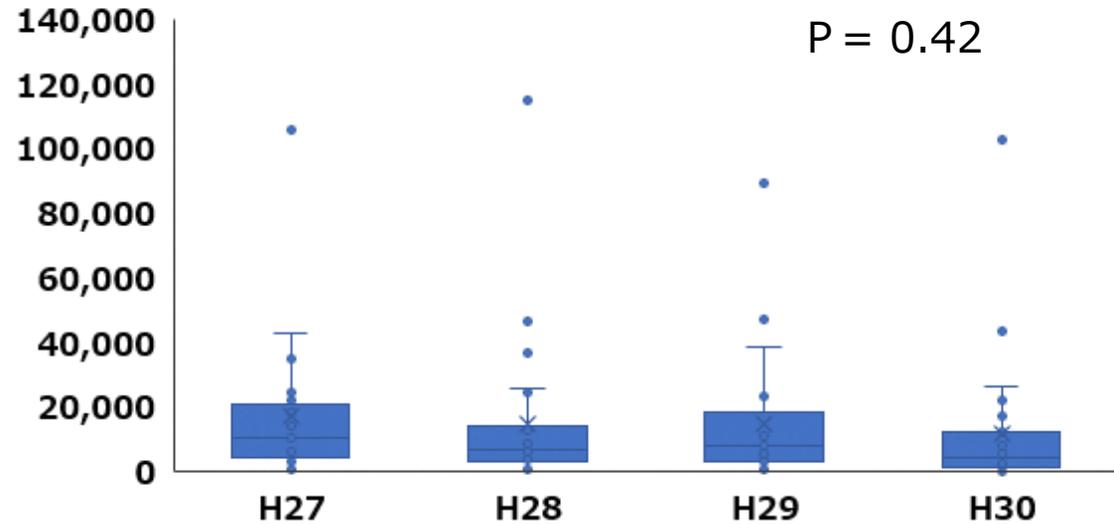
ALB使用量の経年変化



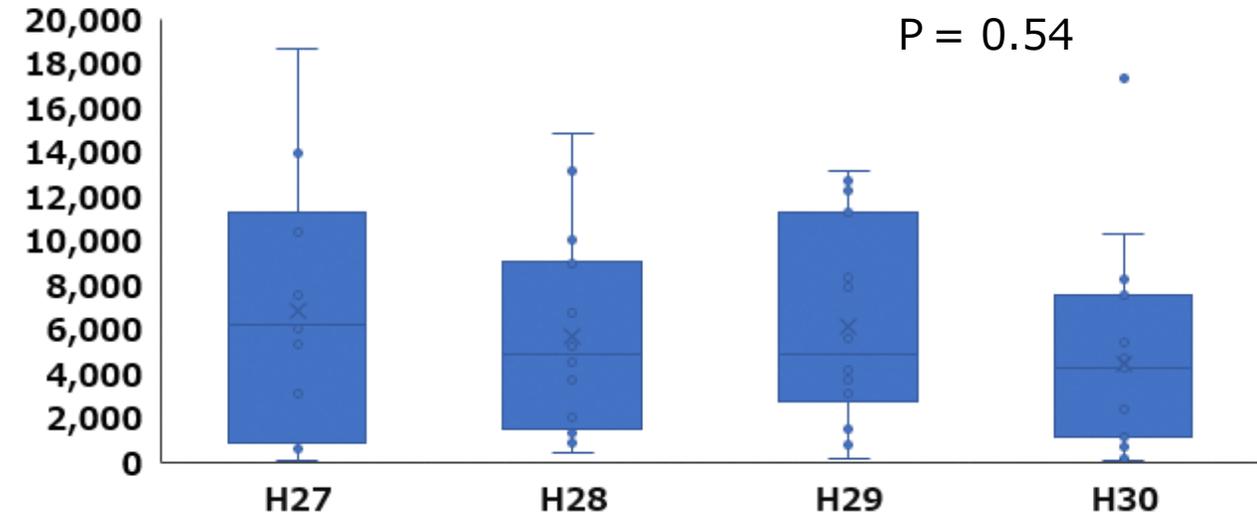
3群以上の間の比較(Kruskal-Wallis検定)

病床規模別の等張5%ALB使用量

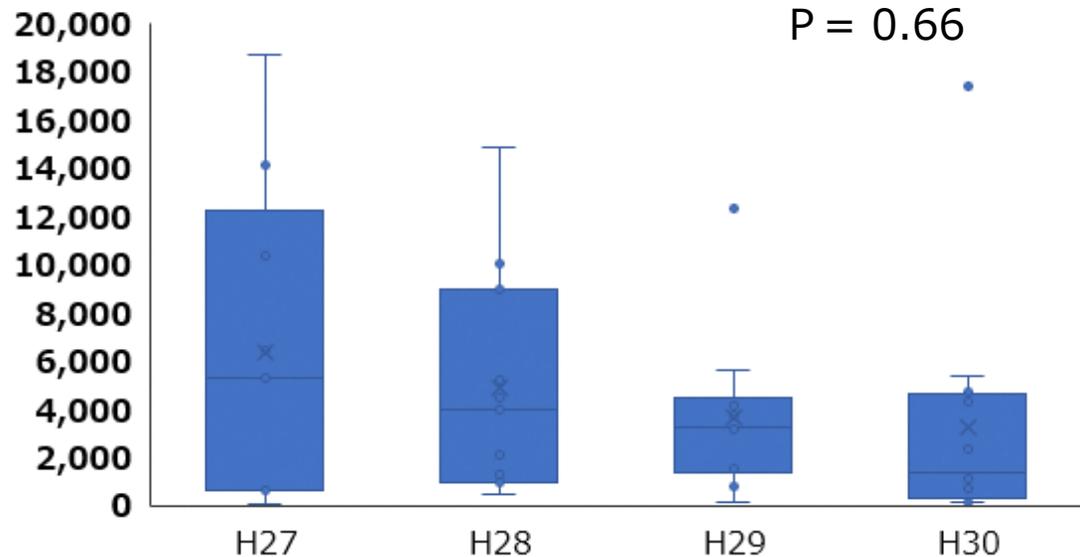
等張ALB量推移 (g) 301床以上



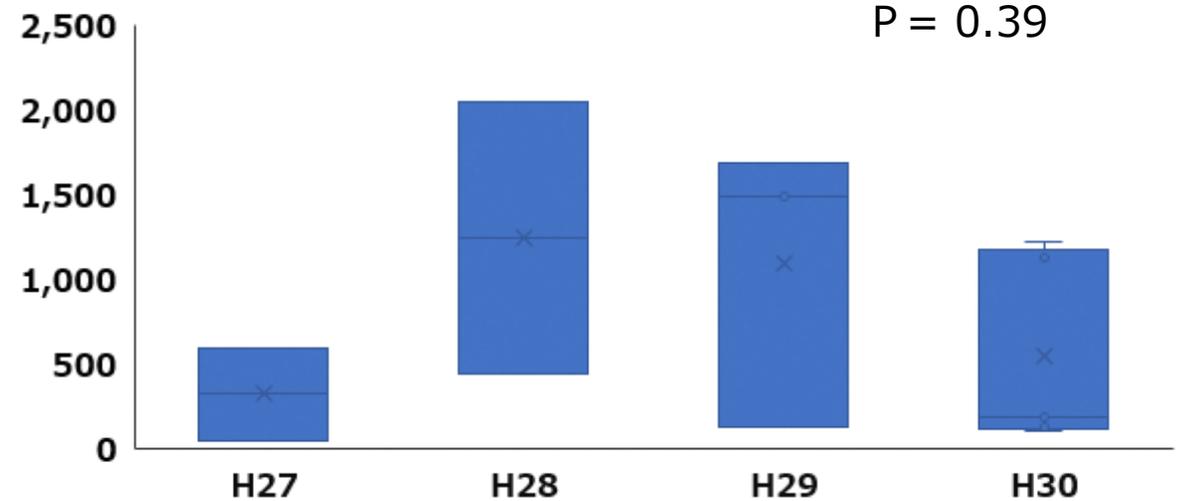
等張ALB量推移 (g) 201-300床



等張ALB量推移 (g) 101-200床



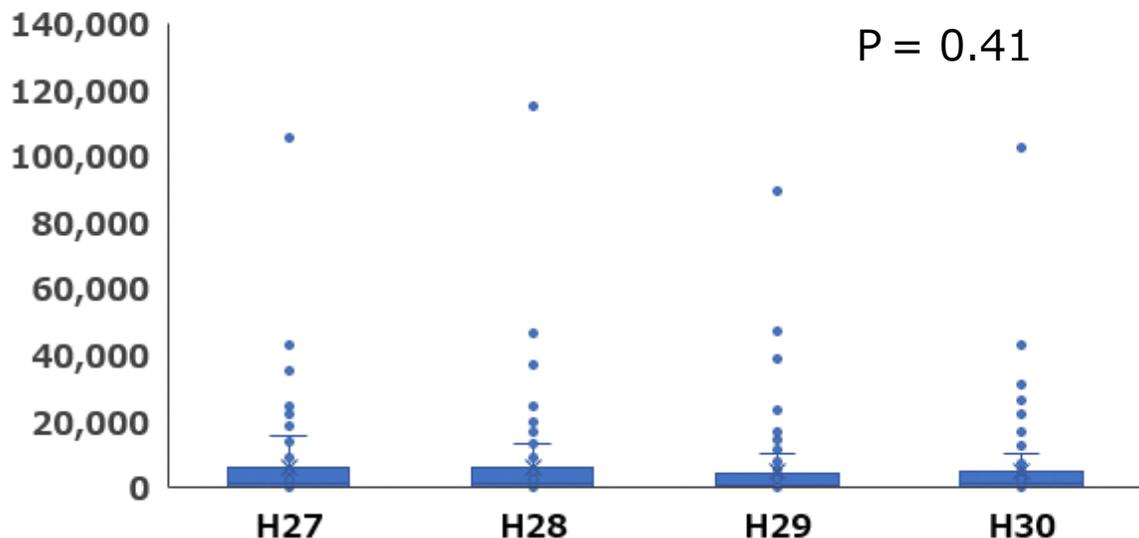
等張ALB量推移 (g) 100床以下



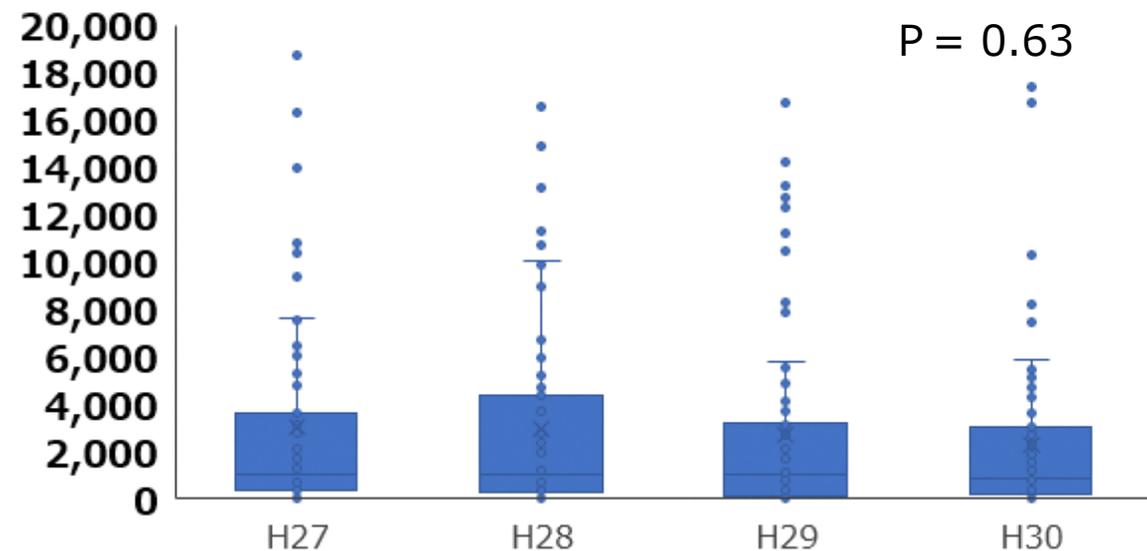
3群以上の間の比較(Kruskal-Wallis検定)

病床規模別の高張20%、25%ALB使用量

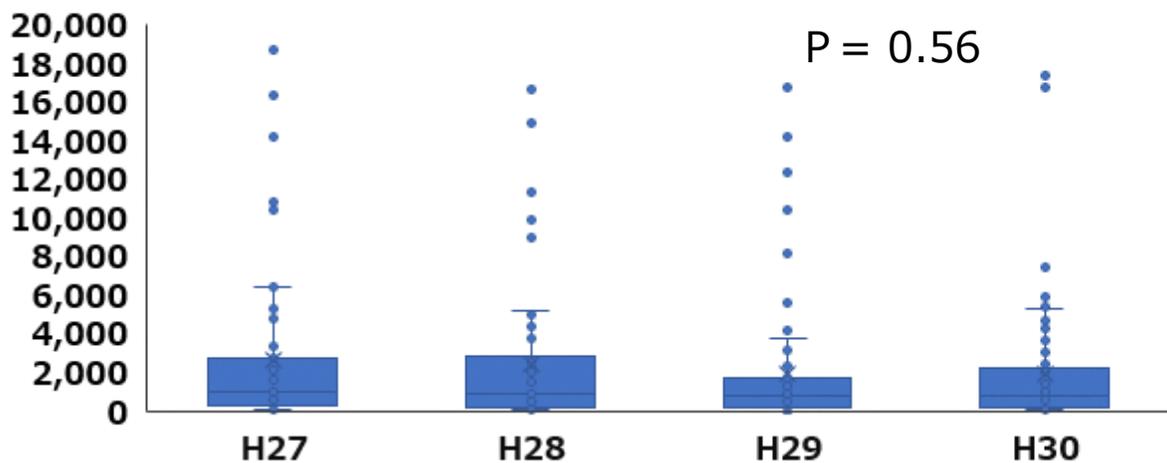
高張ALB量推移 (g) 301床以上



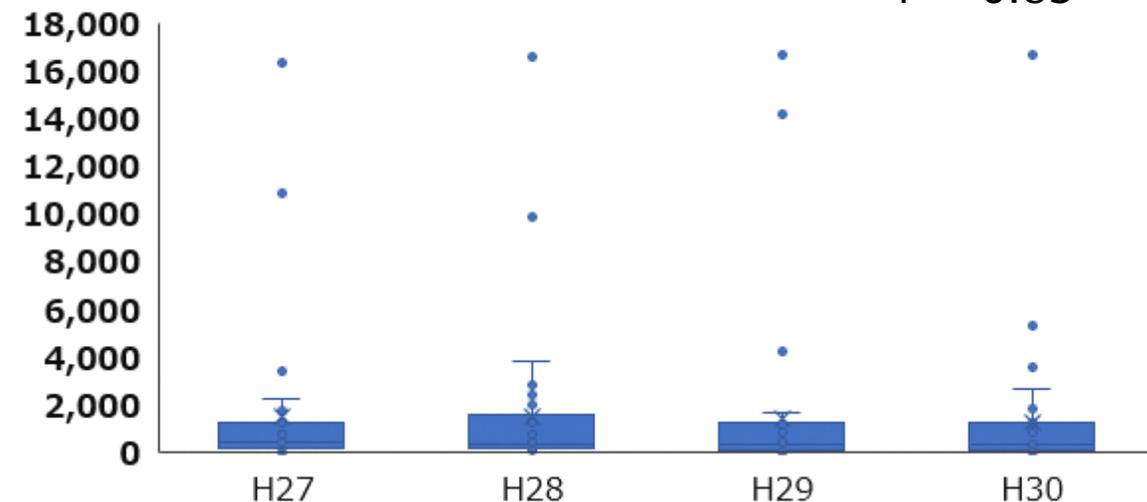
高張ALB量推移 (g) 201-300床



高張ALB量推移 (g) 101-200床



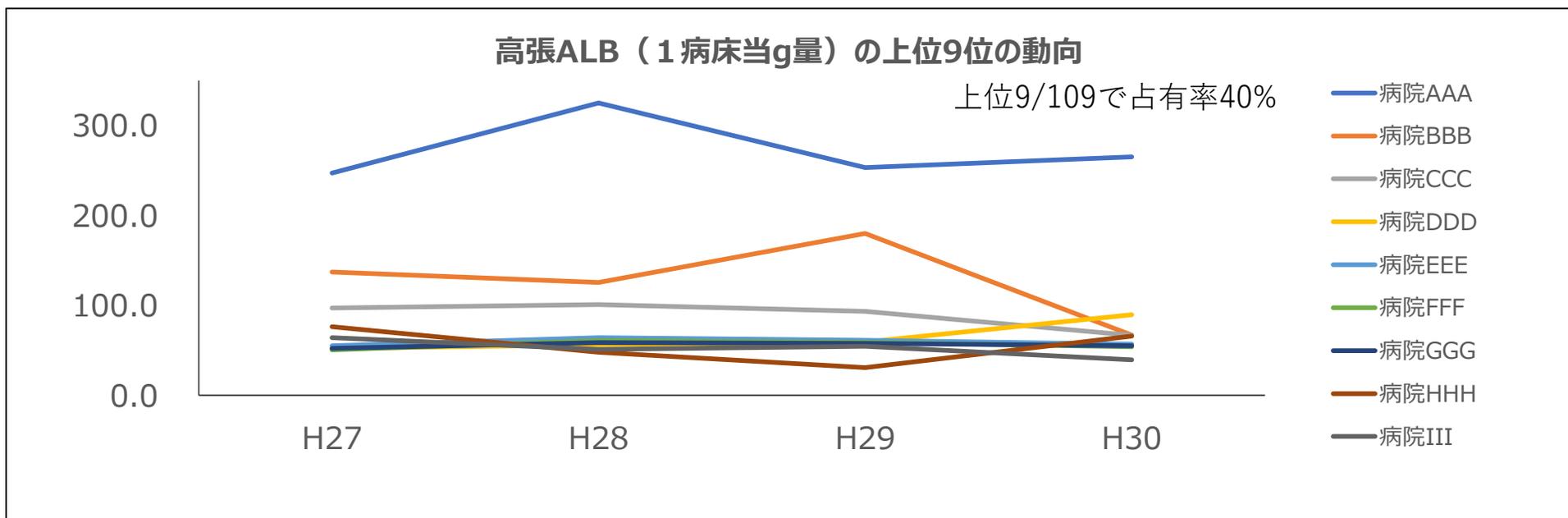
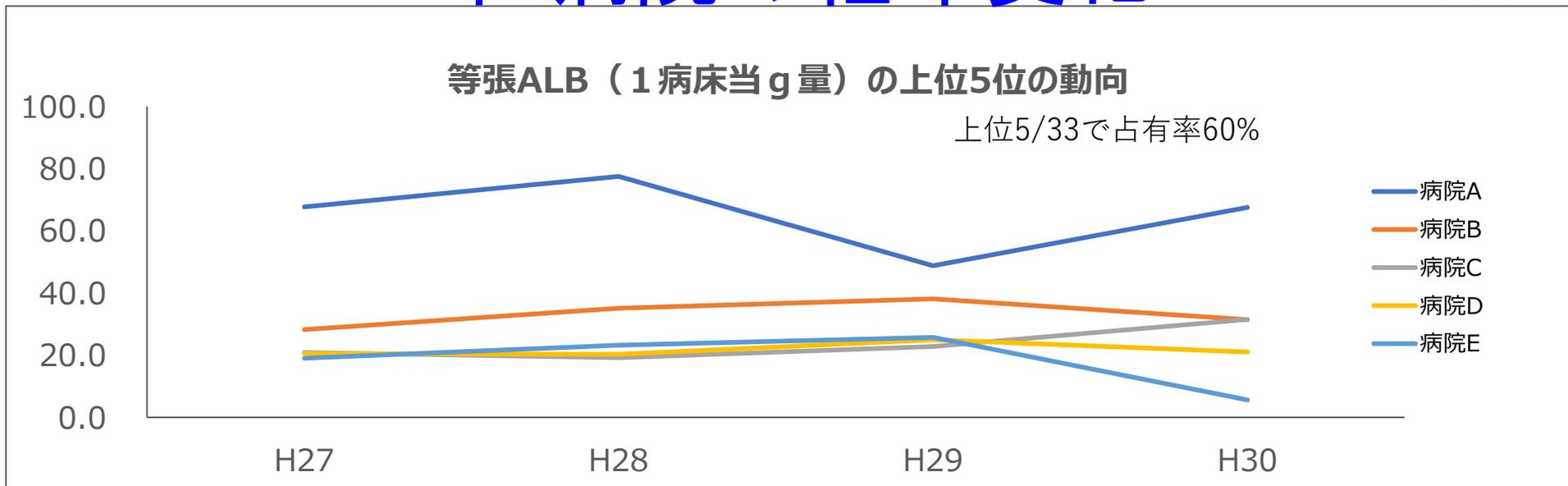
高張ALB量推移 (g) 100床以下



3群以上の間の比較(Kruskal-Wallis検定)

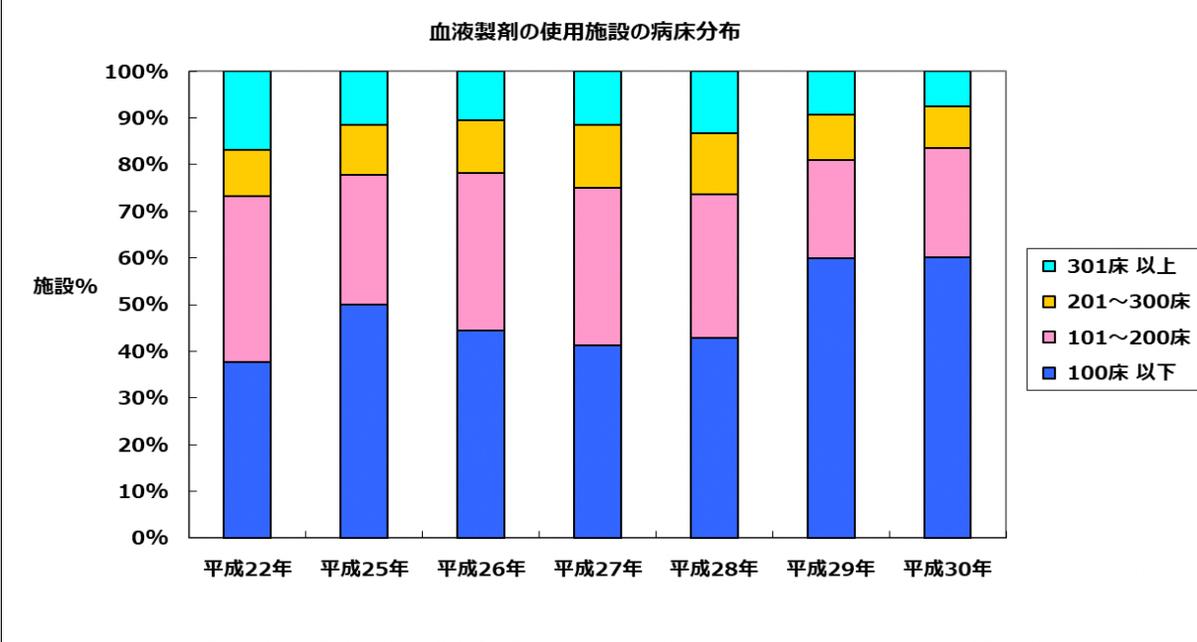
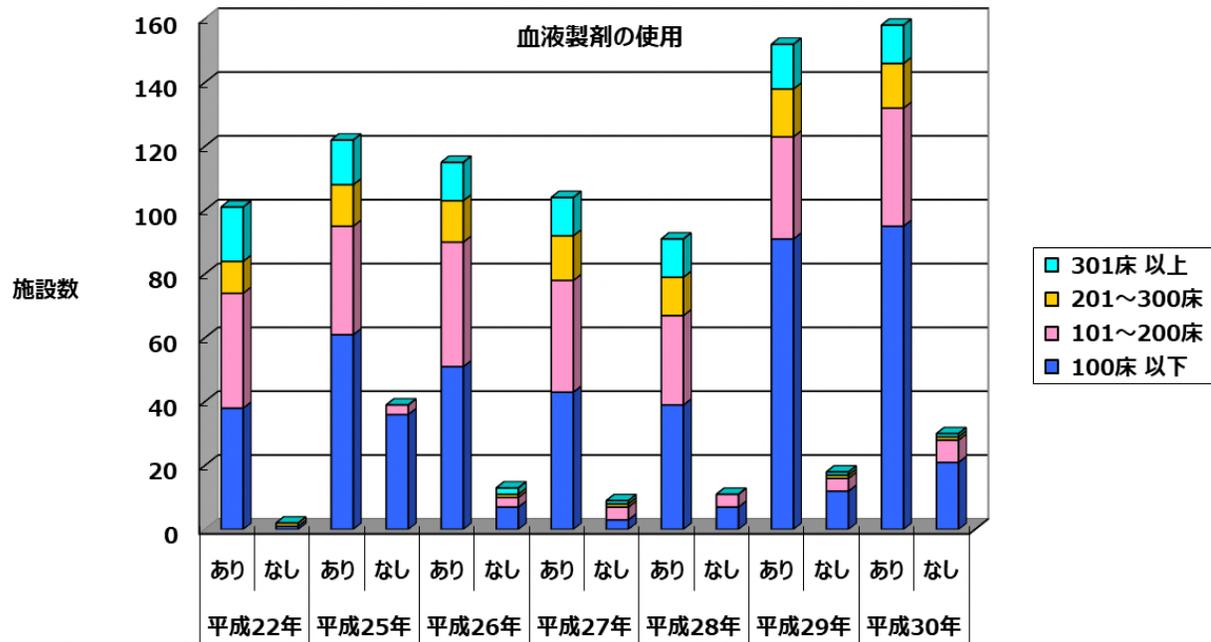
上位病院の経年変化

20床未満の診療所除く



血液製剤の使用施設の割合

当該調査年 病床数	平成22年			平成25年			平成26年			平成27年			平成28年			平成29年			平成30年		
	あり	なし	合計																		
100床 以下	38	1	39	61	36	97	51	7	58	43	3	46	39	7	46	91	12	103	95	21	116
101～200床	36	0	36	34	3	37	39	3	42	35	4	39	28	4	32	32	4	36	37	7	44
201～300床	10	1	11	13	0	13	13	1	14	14	1	15	12	0	12	15	1	16	14	1	15
301床 以上	17	0	17	14	0	14	12	2	14	12	1	13	12	0	12	14	1	15	12	1	13
合 計	101	2	103	122	39	161	115	13	128	104	9	113	91	11	102	152	18	170	158	30	188



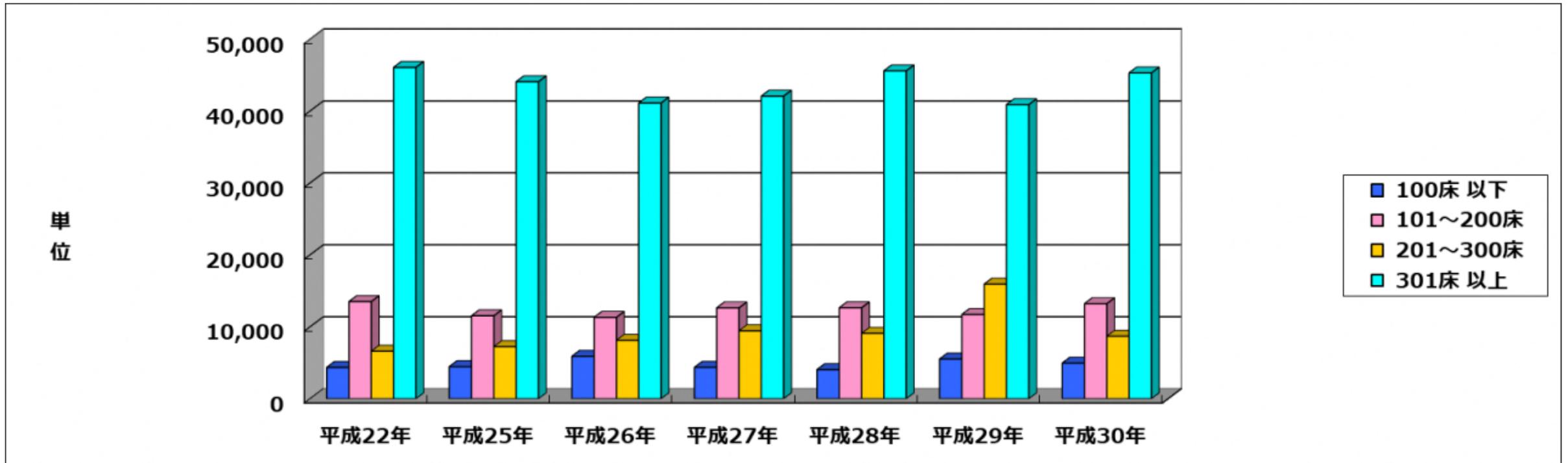
赤血球製剤使用量(病床規模別)

当該調査年	平成22年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年
100床 以下	4,346	4,457	5,892	4,358	4,049	5,516	4,949
101~200床	13,502	11,529	11,311	12,632	12,645	11,716	13,211
201~300床	6,601	7,238	8,124	9,444	9,087	15,924	8,687
301床 以上	46,054	44,065	41,106	42,063	45,577	40,880	45,287
合 計	70,503	67,289	66,433	68,497	71,358	74,036	72,134

【平成30年供給実績】(血液センター)

75,724 単位

(供給に占める割合： 95.3%)



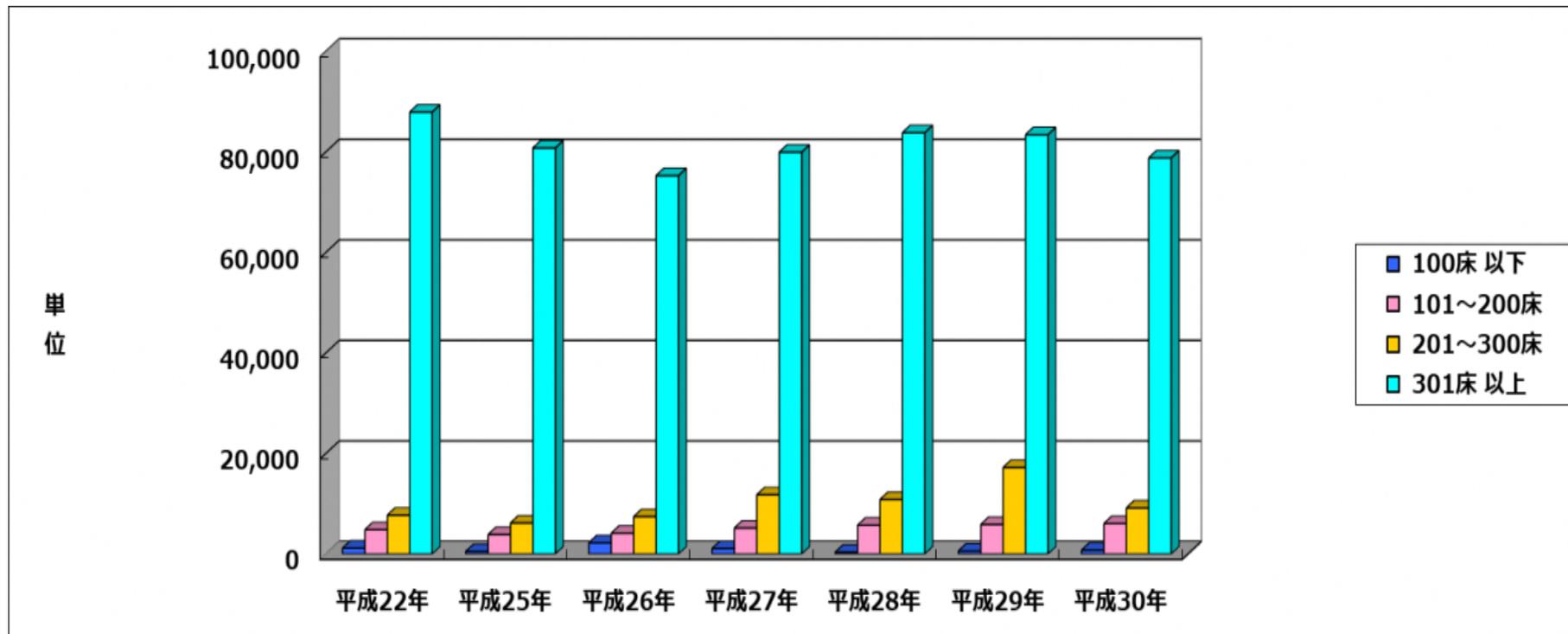
血小板製剤使用量(病床規模別)

当該調査年	平成22年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年
100床 以下	1,170	488	2,227	1,090	360	600	770
101～200床	4,837	3,865	4,136	5,173	5,730	5,860	6,060
201～300床	7,730	6,165	7,420	11,780	10,830	17,210	9,160
301床 以上	87,915	80,770	75,280	79,935	83,812	83,420	78,800
合 計	101,652	91,288	89,063	97,978	100,732	107,090	94,790

【平成30年供給実績】 (血液センター)

96,210 単位

(供給に占める割合) : 98.5%)



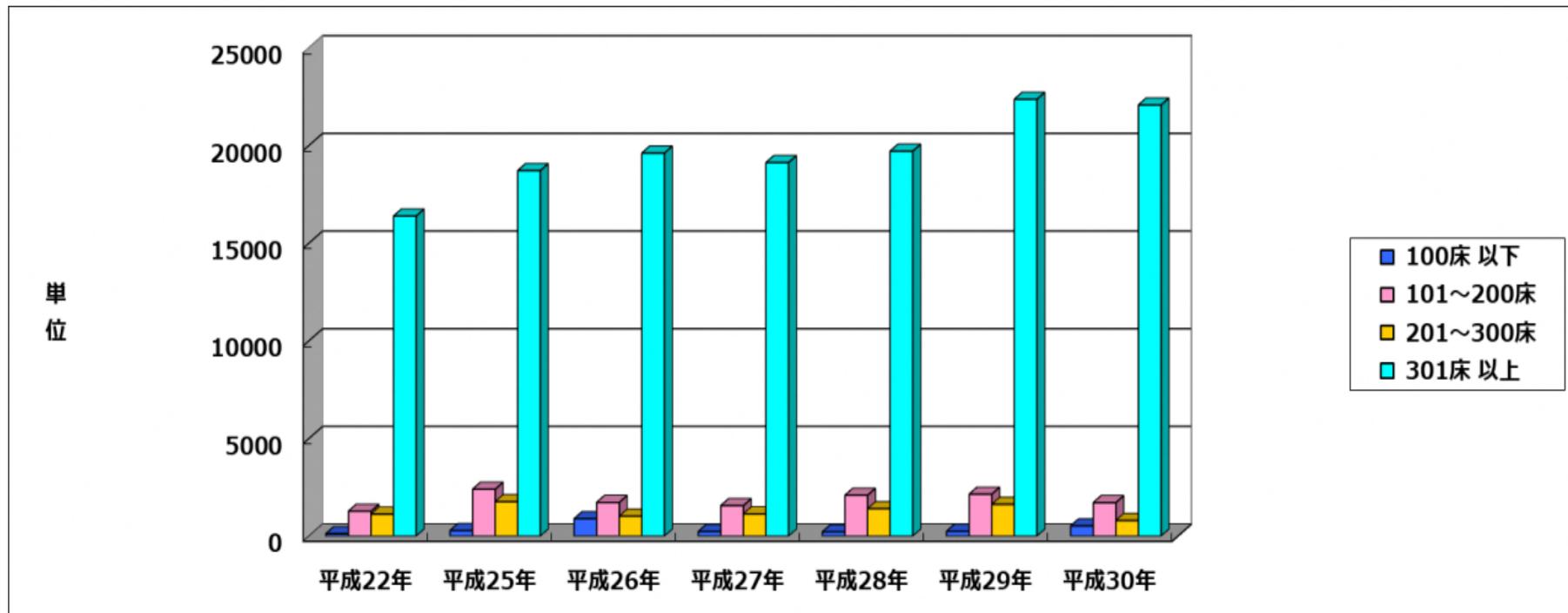
血漿製剤使用量(病床規模別)

当該調査年	平成22年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年	平成30年
100床 以下	119	285	890	234	218	248	523
101～200床	1,272	2,397	1,725	1,561	2,091	2,144	1,714
201～300床	1,128	1,762	1,022	1,142	1,404	1,626	802
301床 以上	16,382	18,708	19,608	19,121	19,704	22,360	22,069
合 計	18,900	23,152	23,245	22,058	23,417	26,378	25,108

【平成30年度供給実績】(血液センター)

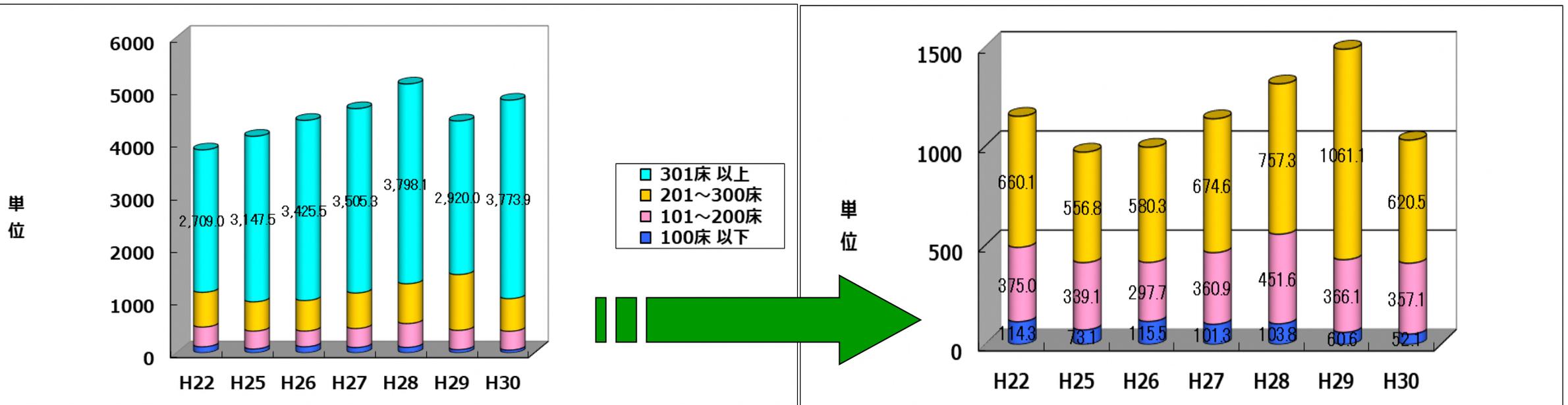
25,345 単位

(供給に占める割合： 99.1%)



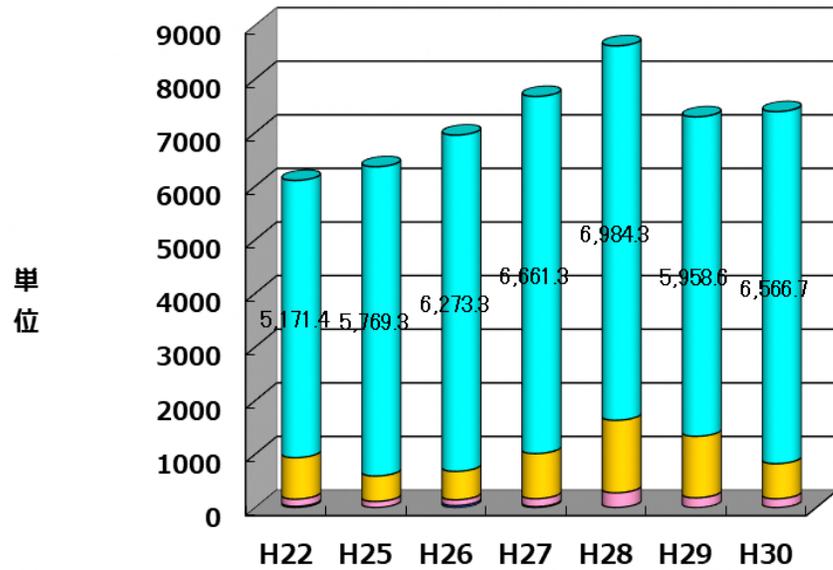
1施設あたりの使用量(赤血球製剤)

当該調査年	H22	H25	H26	H27	H28	H29	H30
100床 以下	114.3	73.1	115.5	101.3	103.8	60.6	52.1
101～200床	375.0	339.1	297.7	360.9	451.6	366.1	357.1
201～300床	660.1	556.8	580.3	674.6	757.3	1061.1	620.5
301床 以上	2,709.0	3,147.5	3,425.5	3,505.3	3,798.1	2,920.0	3,773.9
平均値	698.0	551.5	577.7	658.6	784.2	490.3	456.5

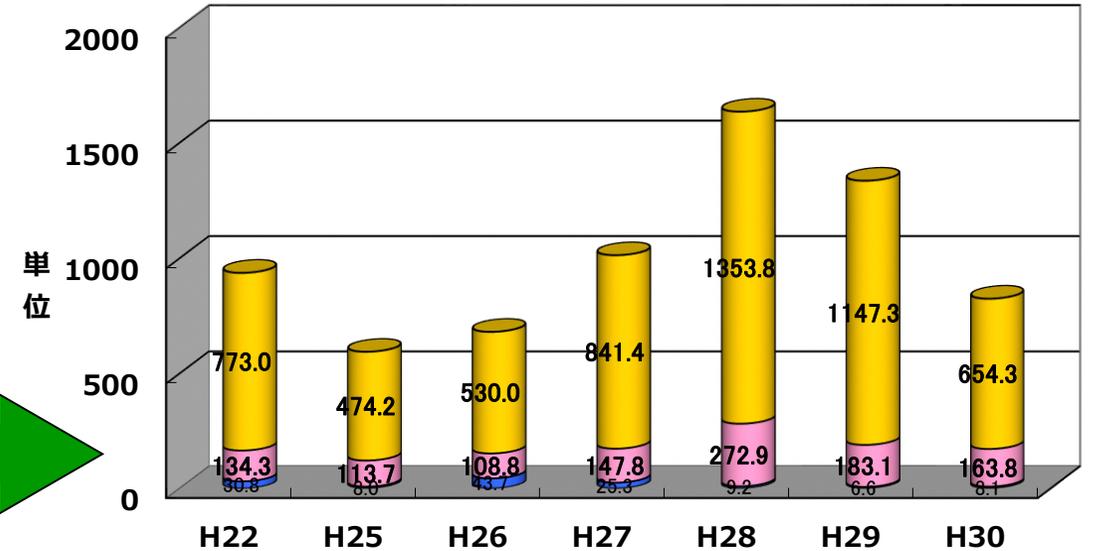
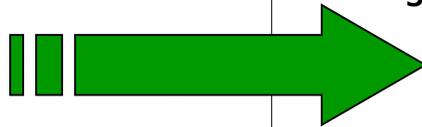


1施設あたりの使用量(血小板製剤)

当該調査年	H22	H25	H26	H27	H28	H29	H30
100床 以下	30.8	8.0	43.7	25.3	9.2	6.6	8.1
101~200床	134.3	113.7	108.8	147.8	272.9	183.1	163.8
201~300床	773.0	474.2	530.0	841.4	1353.8	1147.3	654.3
301床 以上	5,171.4	5,769.3	6,273.3	6,661.3	6,984.3	5,958.6	6,566.7
平均値	1,006.4	748.3	774.5	942.1	1,106.9	717.4	599.3

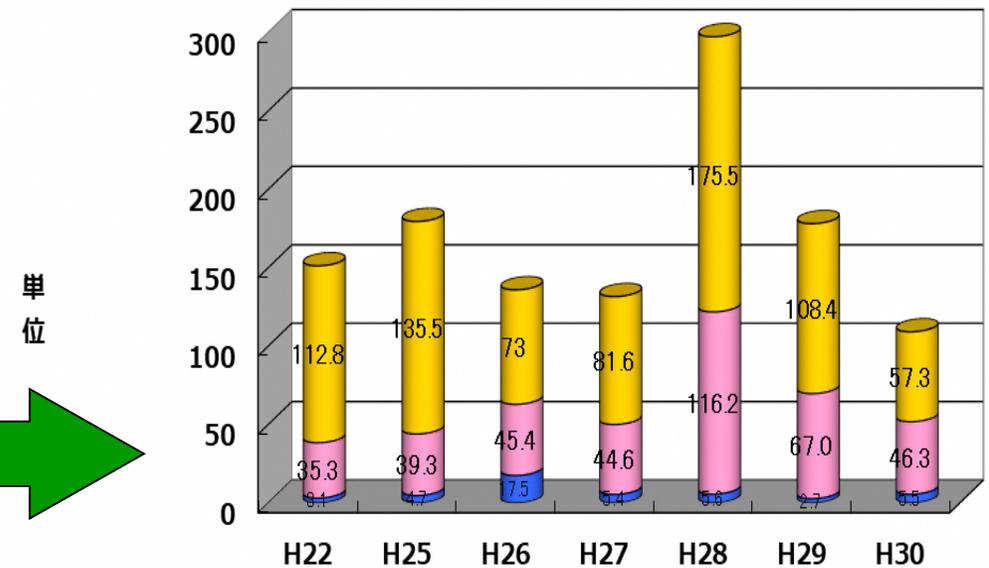
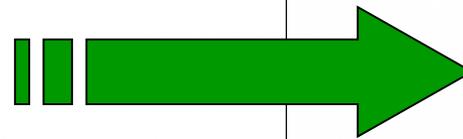
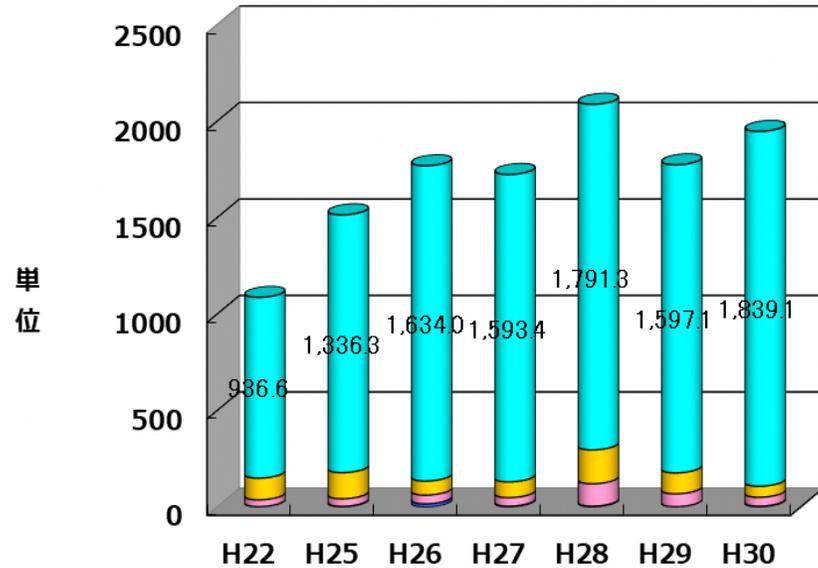


- 301床 以上
- 201~300床
- 101~200床
- 100床 以下



1施設あたりの使用量(血漿製剤)

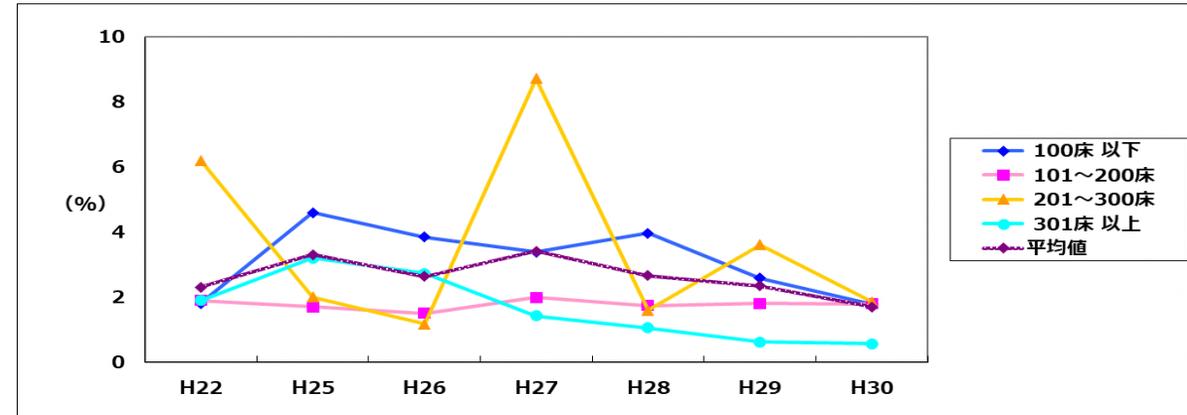
当該調査年	H22	H25	H26	H27	H28	H29	H30
100床 以下	3.1	4.7	17.5	5.4	5.6	2.7	5.5
101～200床	35.3	39.3	45.4	44.6	116.2	67.0	46.3
201～300床	112.8	135.5	73	81.6	175.5	108.4	57.3
301床 以上	936.6	1,336.3	1,634.0	1,593.4	1,791.3	1,597.1	1,839.1
平均値	187.1	189.8	202.1	212.1	257.3	174.7	158.9



血液製剤廃棄率(%)

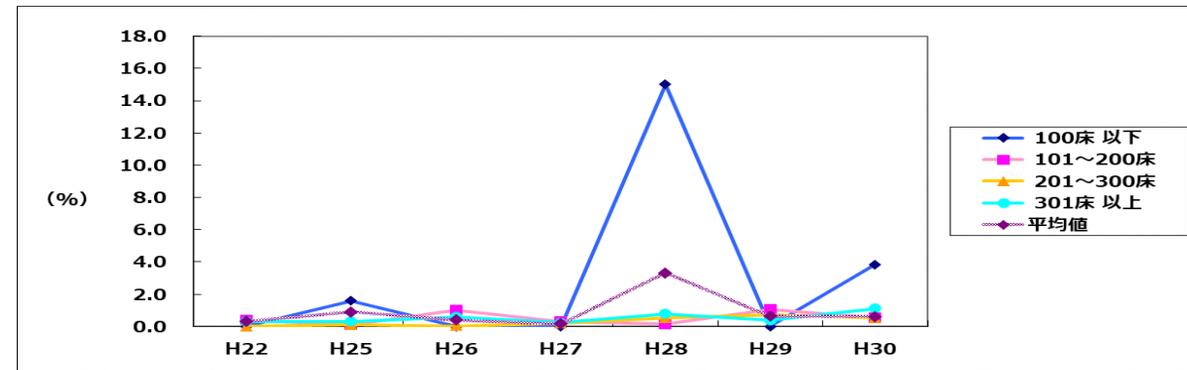
【赤血球：RBC】

当該調査年	H22	H25	H26	H27	H28	H29	H30
100床 以下	1.8	4.6	3.85	3.39	3.97	2.58	1.79
101～200床	1.9	1.7	1.50	1.99	1.74	1.81	1.79
201～300床	6.2	2.0	1.17	8.72	1.60	3.61	1.86
301床 以上	1.9	3.2	2.72	1.42	1.05	0.62	0.57
平均値	2.3	3.3	2.63	3.41	2.66	2.35	1.70



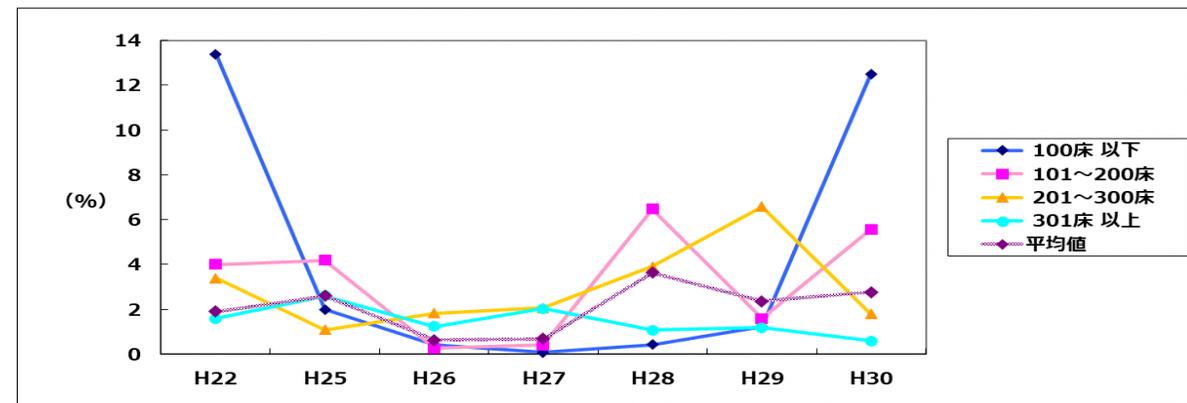
【血小板：PC】

当該調査年	H22	H25	H26	H27	H28	H29	H30
100床 以下	0.0	1.6	0.00	0.00	15.00	0.00	3.85
101～200床	0.4	0.1	1.02	0.31	0.14	1.06	0.54
201～300床	0.0	0.1	0.03	0.19	0.52	0.73	0.52
301床 以上	0.3	0.3	0.59	0.25	0.79	0.39	1.11
平均値	0.3	0.9	0.40	0.16	3.33	0.64	0.63



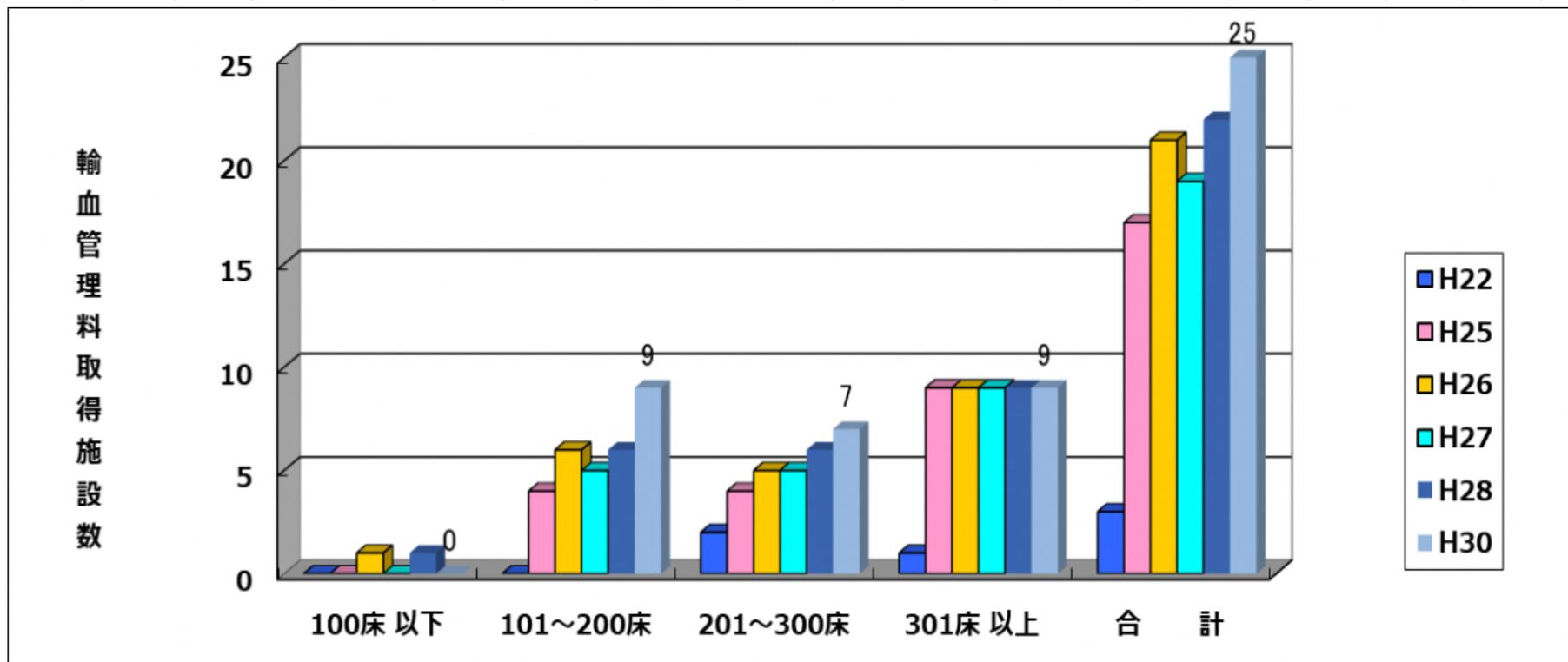
【血漿：FFP】

当該調査年	H22	H25	H26	H27	H28	H29	H30
100床 以下	13.4	2.0	0.44	0.08	0.43	1.25	12.50
101～200床	4.0	4.2	0.26	0.42	6.48	1.60	5.58
201～300床	3.4	1.1	1.83	2.08	3.92	6.59	1.80
301床 以上	1.6	2.6	1.25	2.03	1.08	1.18	0.59
平均値	1.9	2.6	0.64	0.69	3.64	2.37	2.78



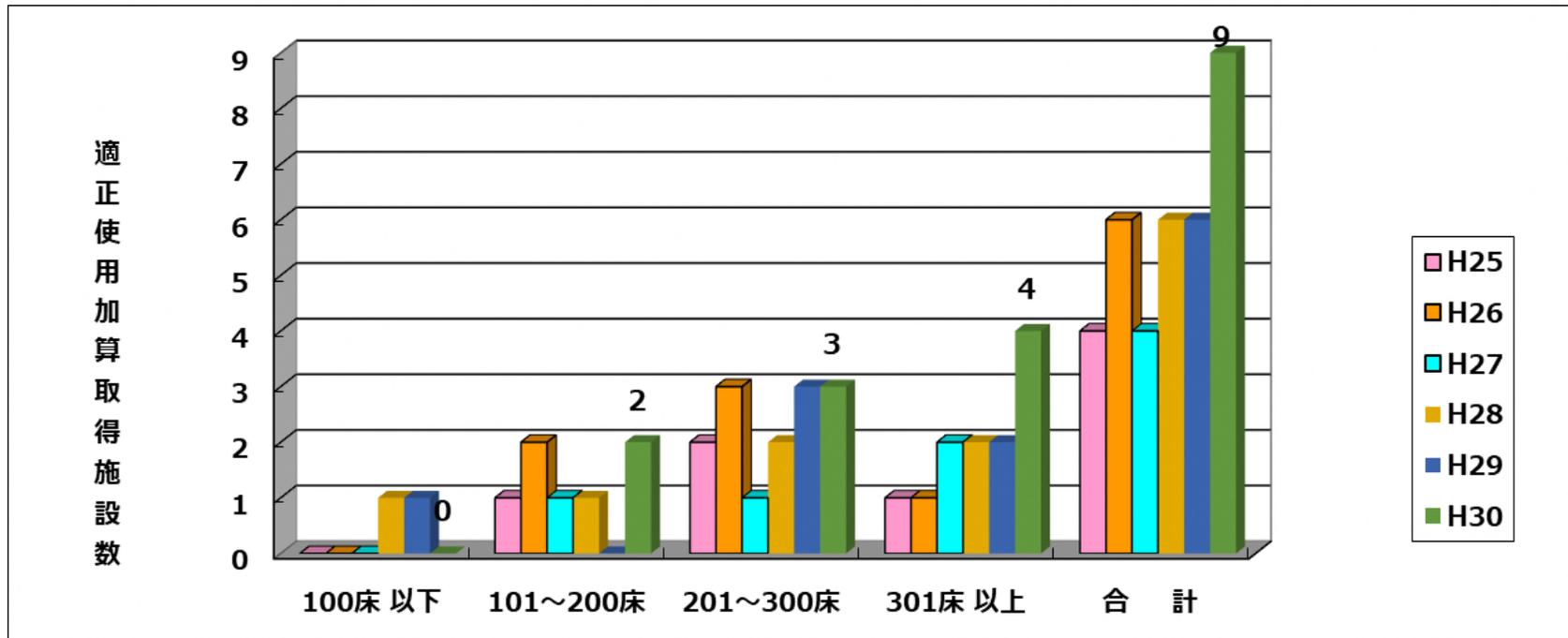
輸血管理料の取得状況

当該調査年度 病床数	平成22年度			平成25年度			平成26年度			平成27年度			平成28年度			平成29年度			平成30年度		
	輸血施設数	管理料		輸血施設数	管理料		輸血施設	管理料													
		I	II																		
100床 以下	38	0	0	61	0	0	51	0	1	43	0	0	39	0	1	91	0	1	94	0	0
101～200床	36	0	0	34	0	4	39	0	6	35	1	4	28	0	6	32	0	7	37	0	9
201～300床	10	1	1	13	0	4	13	0	5	14	0	5	12	0	6	15	1	7	14	0	7
301床 以上	17	0	1	14	1	8	12	1	8	12	1	8	12	2	7	14	2	6	12	3	6
合 計	101	1	2	122	1	16	115	1	20	104	2	17	91	2	20	152	3	21	157	3	22



適正管理加算の取得状況

当該調査年度 病床数	平成25年度		平成26年度		平成27年度		平成28年度		平成29年度		平成30年度	
	輸血施設数	取得施設										
100床 以下	61	0	51	0	43	0	39	1	91	1	94	0
101～200床	34	1	39	2	35	1	28	1	32	0	37	2
201～300床	13	2	13	3	14	1	12	2	15	3	14	3
301床 以上	14	1	12	1	12	2	12	2	14	2	12	4
合 計	122	4	115	6	104	4	91	6	152	6	157	9



輸血療法委員会の設置状況

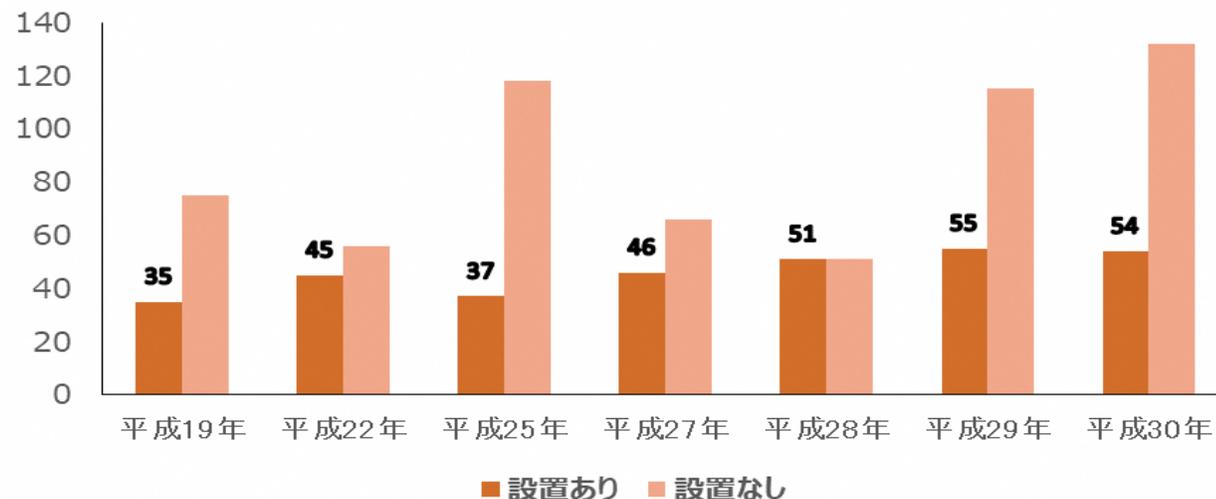
各医療機関の設置状況

当該調査年度	平成19年度	平成22年度	平成25年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
設置あり	35	45	37	46	51	55	54
設置なし	75	56	118	66	51	115	132
未回答	0	0	6	1	0	0	2
合計	110	101	161	113	102	170	188

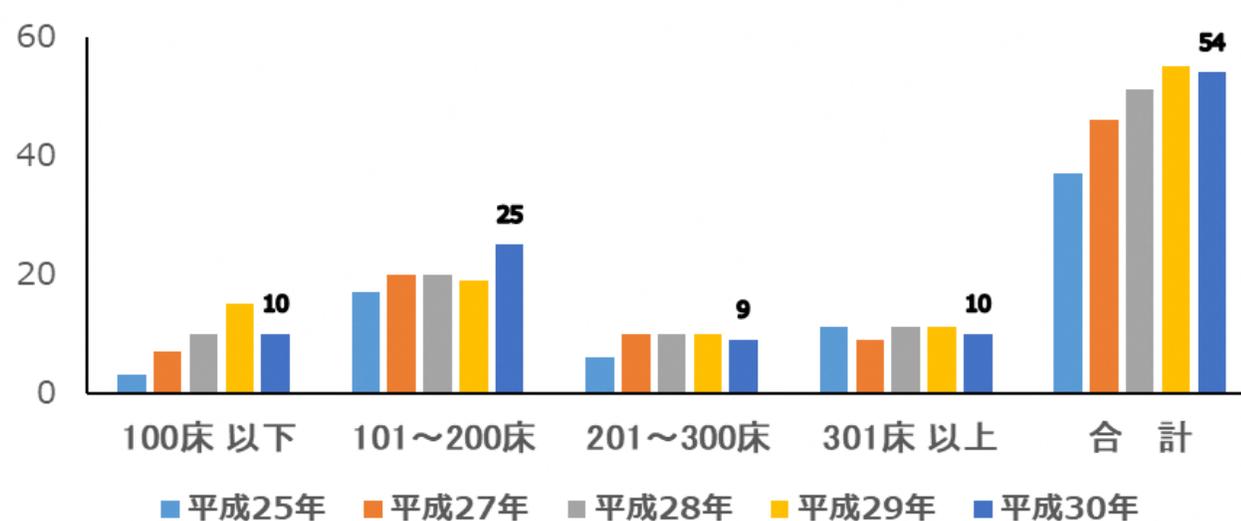
病床別の設置数

当該調査年度	平成25年度	平成27年度	平成28年度	平成29年度	平成30年度
100床以下	3	7	10	15	10
101～200床	17	20	20	19	25
201～300床	6	10	10	10	9
301床以上	11	9	11	11	10
合計	37	46	51	55	54

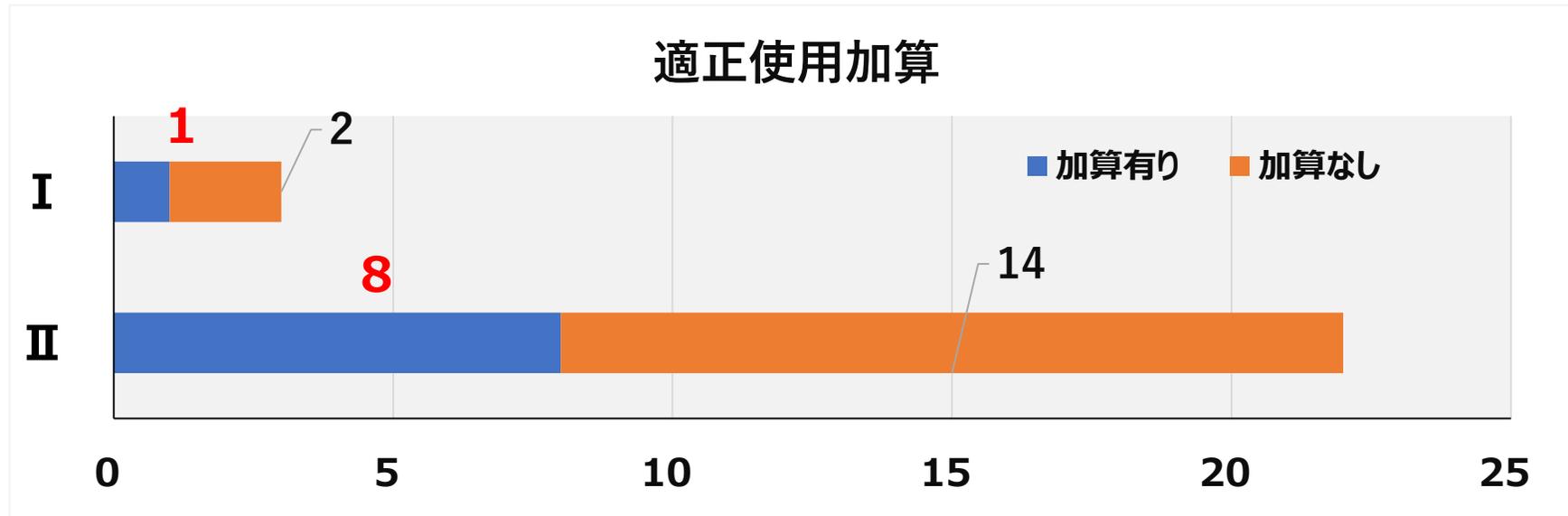
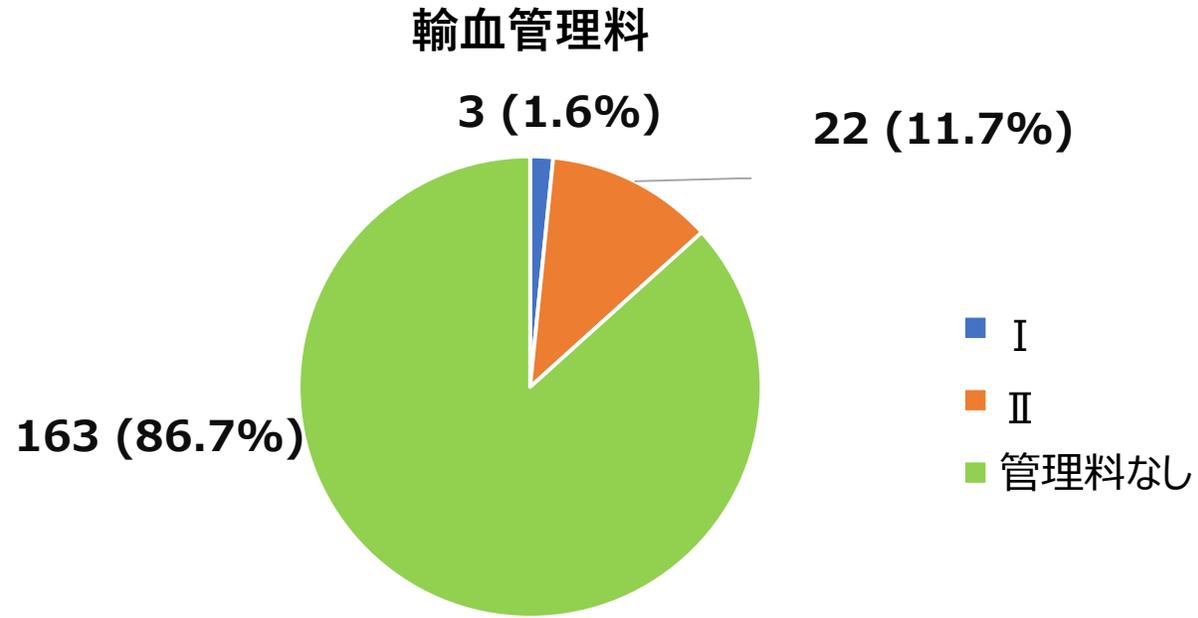
輸血療法委員会設置の推移



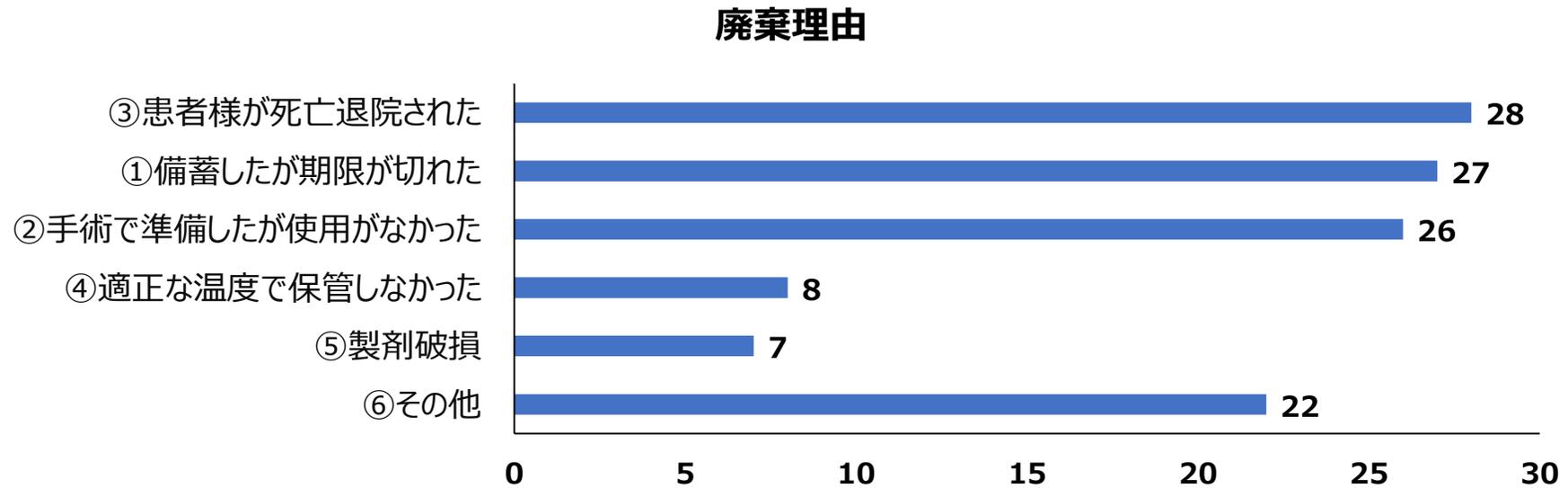
病床別の設置数推移



(2) 輸血管理料取得状況について



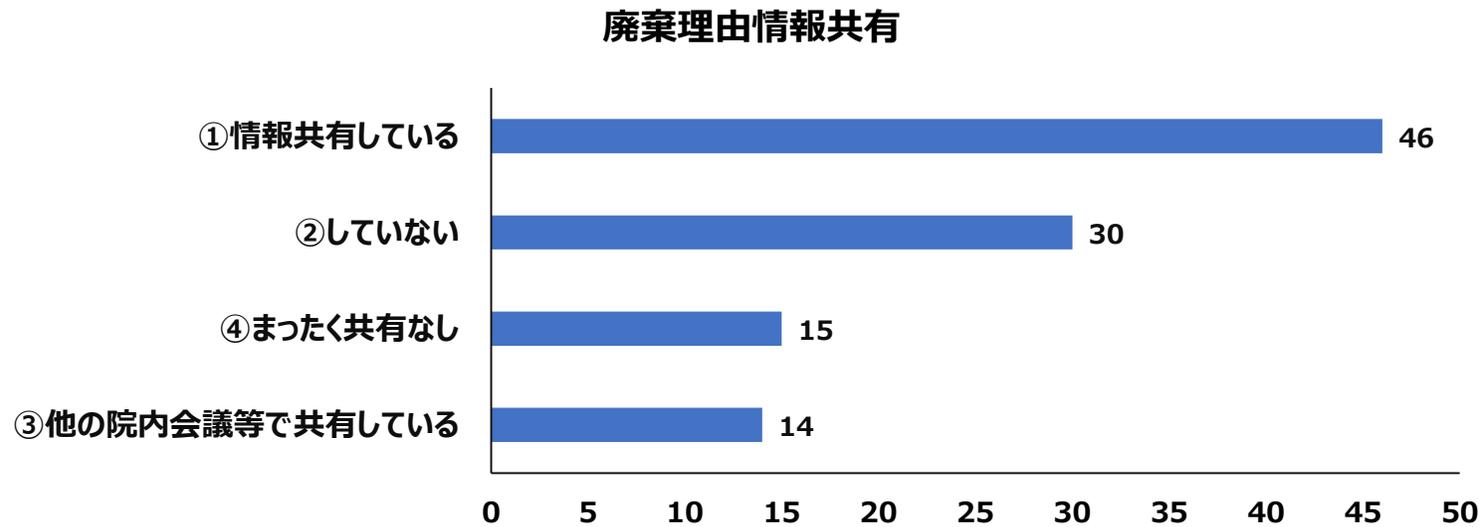
(3) 血液製剤の廃棄理由について (複数回答可)



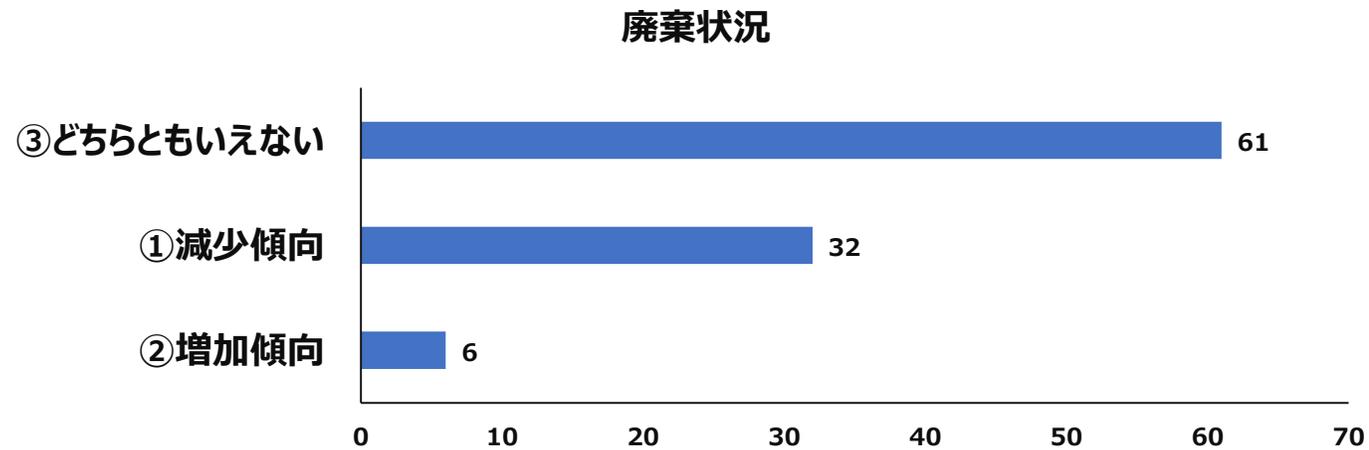
(4) 廃棄理由で④その他の内容について

- ・手術中の輸血直前に麻酔科医がRBCを加温したが、急遽輸血中止となり手術後もこの患者への輸血はされなかった。
- ・医師の指示変更のため。
- ・夜間血液保冷库の故障による温度上昇。
- ・手術室で加温した製剤を使用しなかったため廃棄になった。
- ・製剤払い出し後、すぐに使用されず病棟にて室温放置されていた。
- ・使用予定だったが急遽転院になった。
- ・患者様の状態が悪化し救急搬送隣受領後中止、期限が切れて廃棄となる。
- ・交差適合試験で凝血があったため使用しなかった。

(5) 血液製剤の廃棄状況は、輸血療法委員会で情報共有していますか。



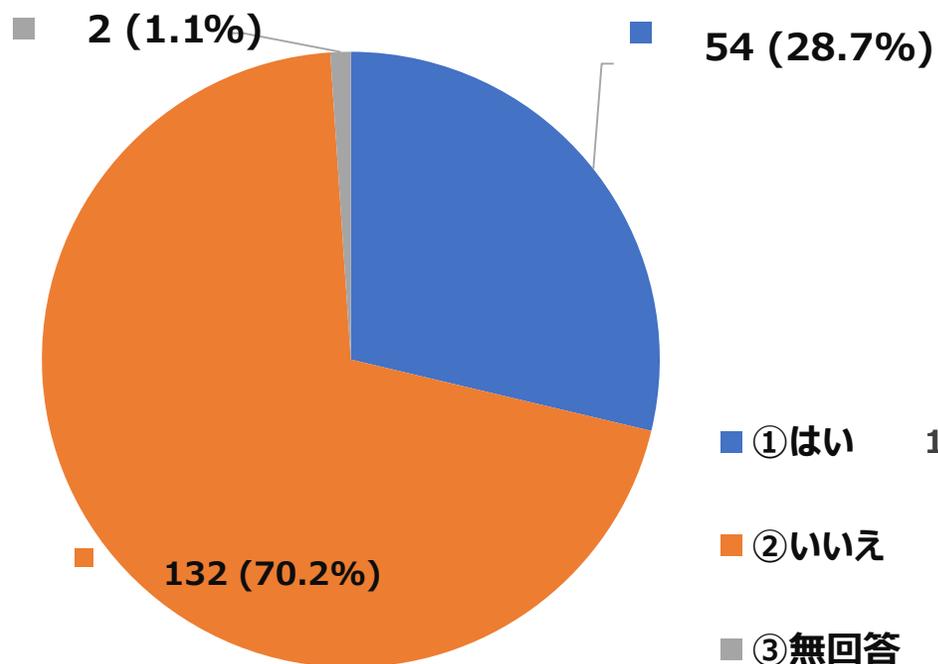
(6) 血液製剤の廃棄状況はどうですか。



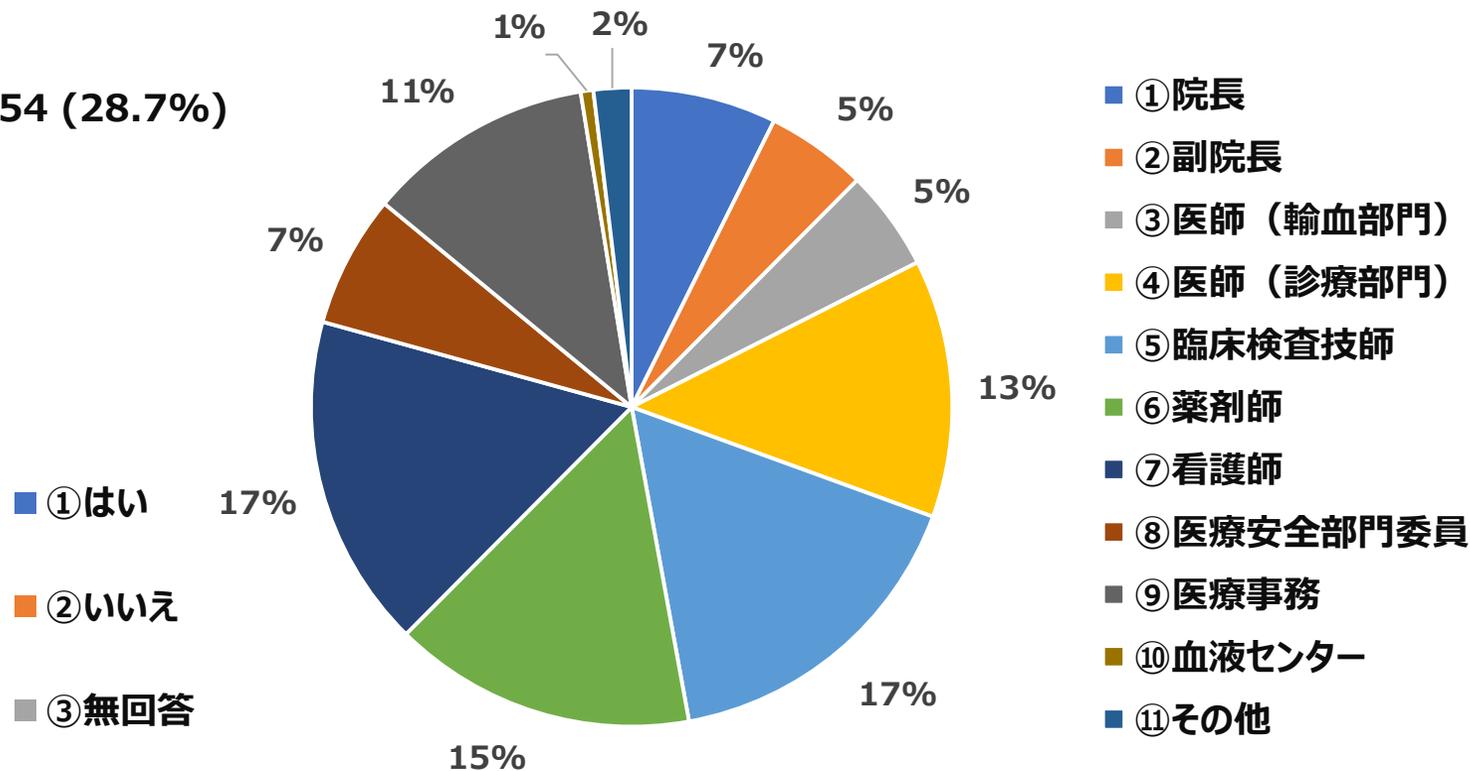
(1) 院内に、輸血療法委員会を設置していますか。

(2) 輸血療法委員会の構成メンバーをご記入ください。

輸血療法委員会の設置

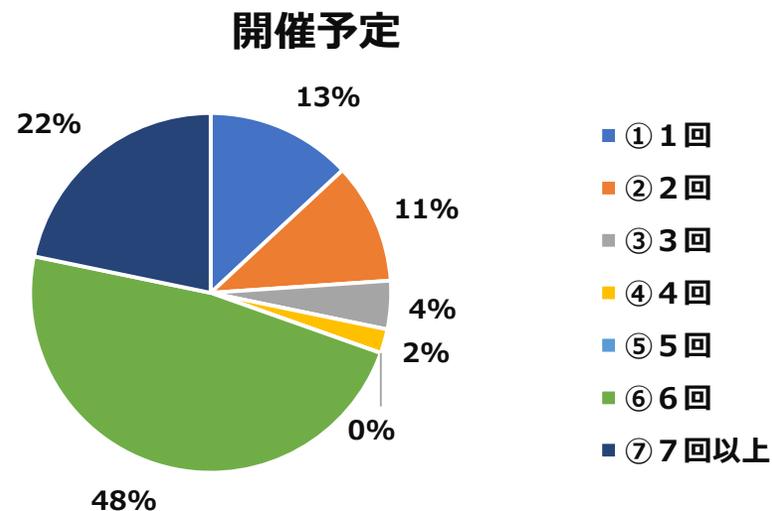
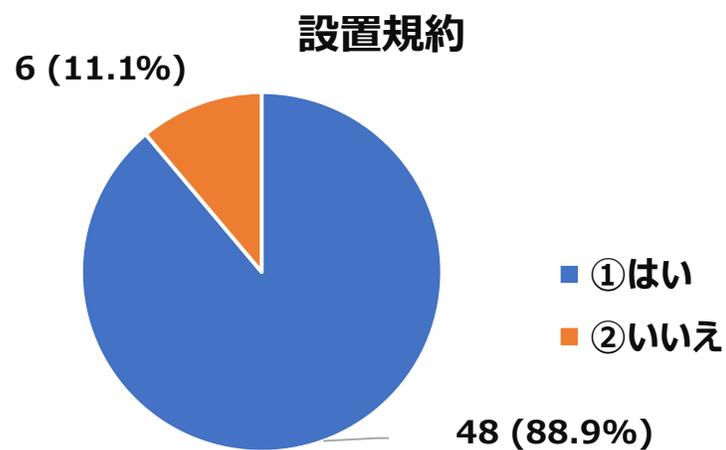


構成メンバー



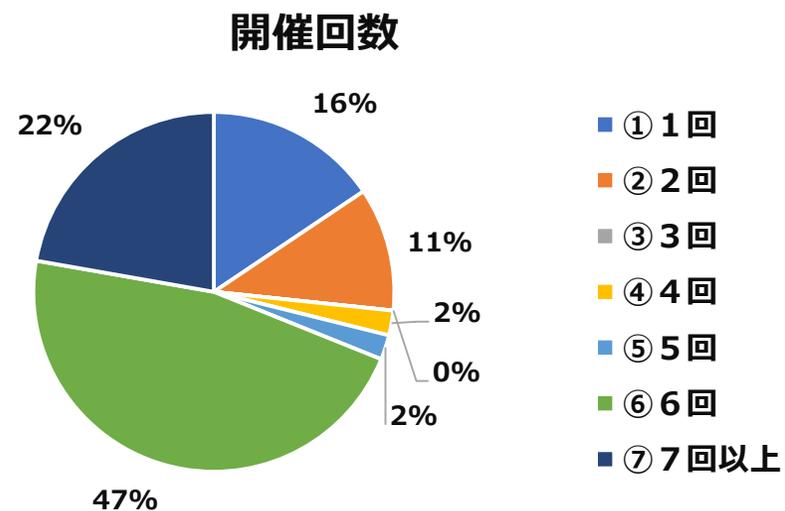
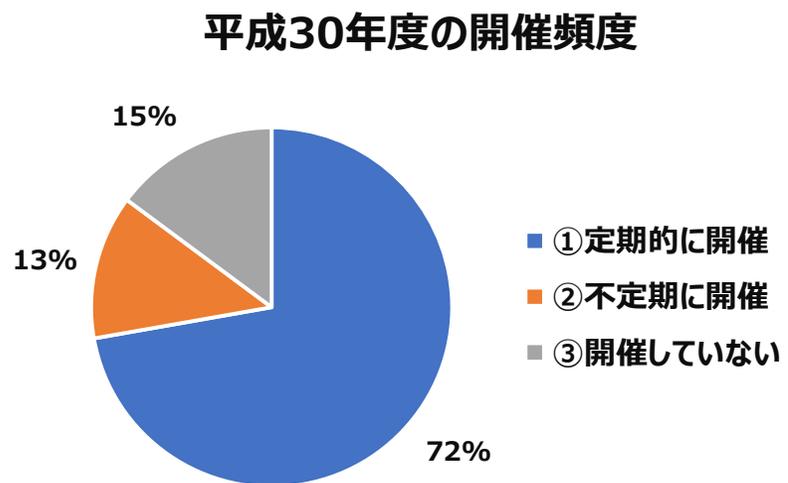
⑪その他: 事務長、総務課、医事課、診療放射線技師、臨床工学技士、作業療法士、助産師

(3) 輸血療法委員会要綱や規約を設けていますか。(4) 開催回数は年何回と定めていますか。

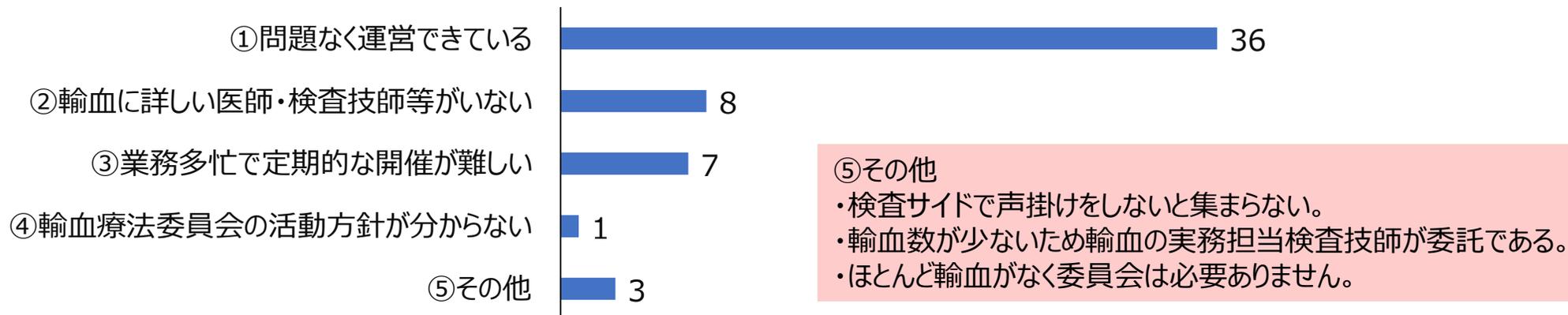


(5) 昨年度の開催頻度はどのくらいですか。

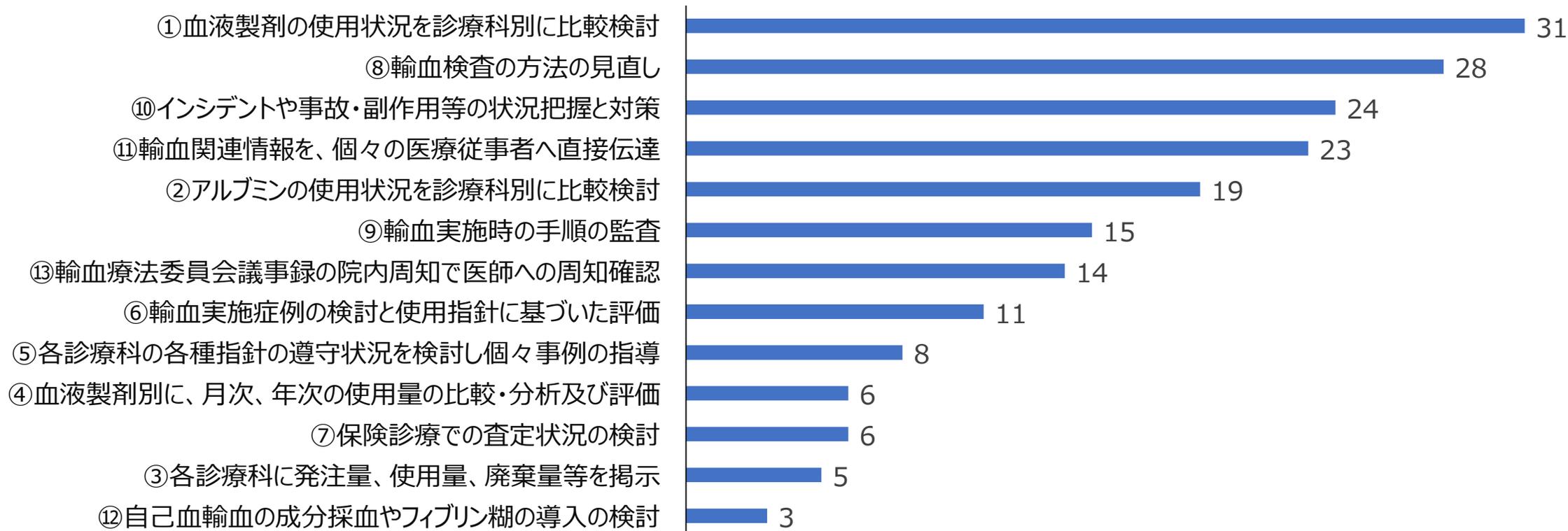
(6) ①定期的または②不定期の開催回数を教えてください。



(7) 輸血療法委員会の運営に際して問題点等を教えてください。(複数選択可)

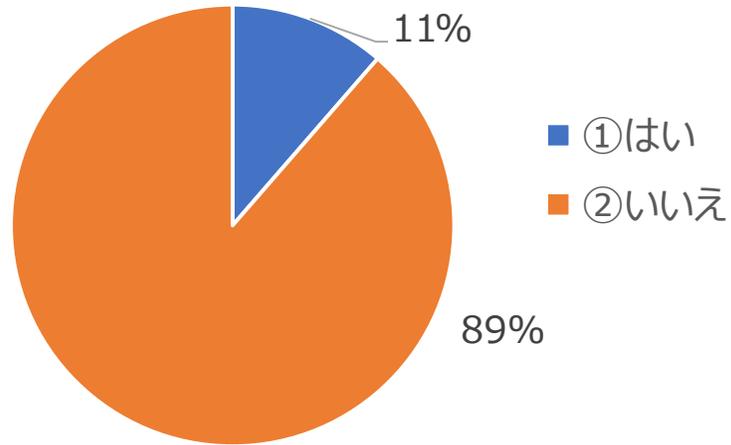


(9) 輸血療法委員会での協議事項、院内への周知等について該当するものに「○」をご記入ください。

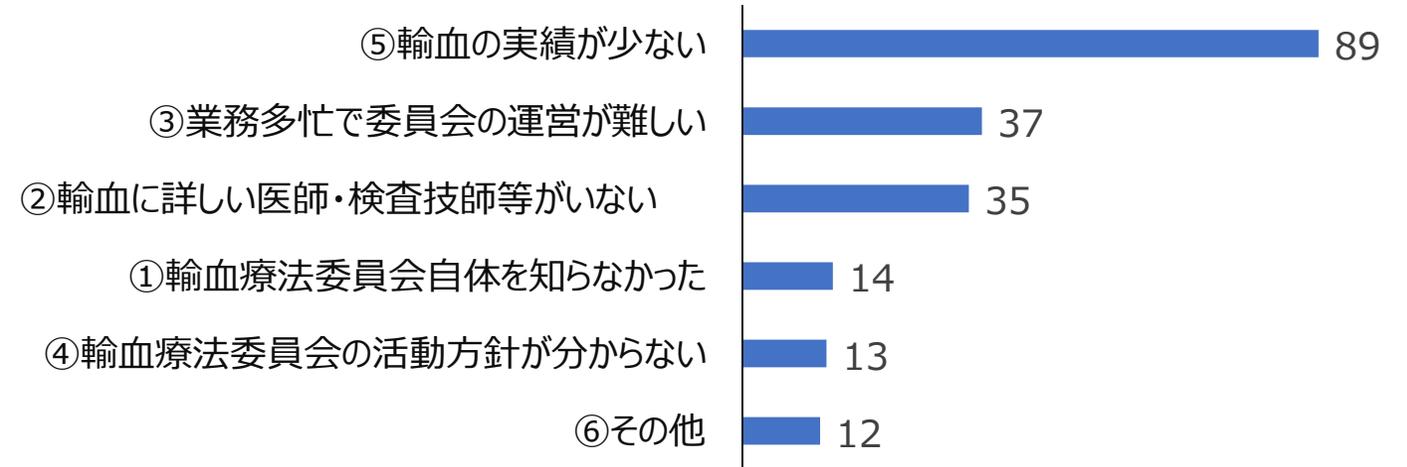


(10) 今後輸血療法委員会の設置を検討していますか。

N=132



(11) 輸血療法委員会を設置しない理由を教えてください。(複数選択可)



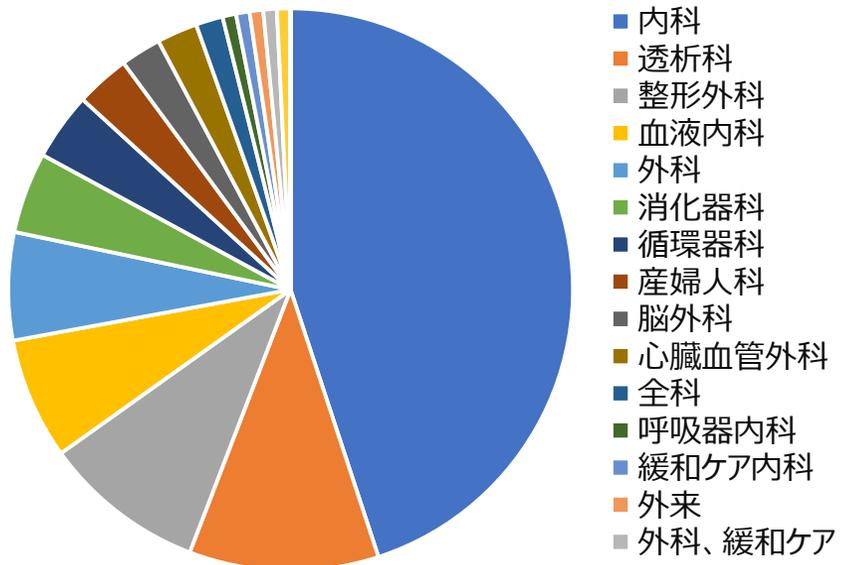
- ⑥その他
- ・輸血の実績がない。
 - ・検査技師として輸血療法委員会設置の有無は理解しているが輸血件数が少ない。
 - ・委員会がなくても輸血業務が上手くできているため
 - ・小さい病院なので、複数の会議を開催できない。問題があった時には、院内一斉メールや代表者会議で連絡している
 - ・委員会は設置していないが輸血情報のパンフレットでみんなで共有している
 - ・今後は輸血は行う予定なし（病棟の休止のため）
 - ・医療安全会議において問題点等を協議、安全体制を確立できている。
 - ・基本的に輸血施行を判断する医師が1人しかいない
 - ・弛緩出血による出血性ショック時のみ輸血が緊急で必要となることから
 - ・クリニックであり設置困難

3. 昨年に比し今年の輸血傾向について教えてください。

(1) 院内で一番輸血する診療科を記載下さい。

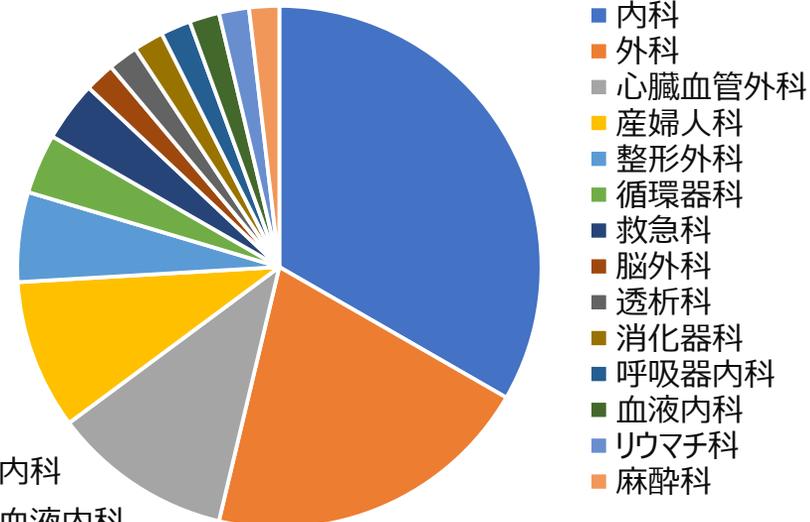
RBC輸血の診療科

n=129



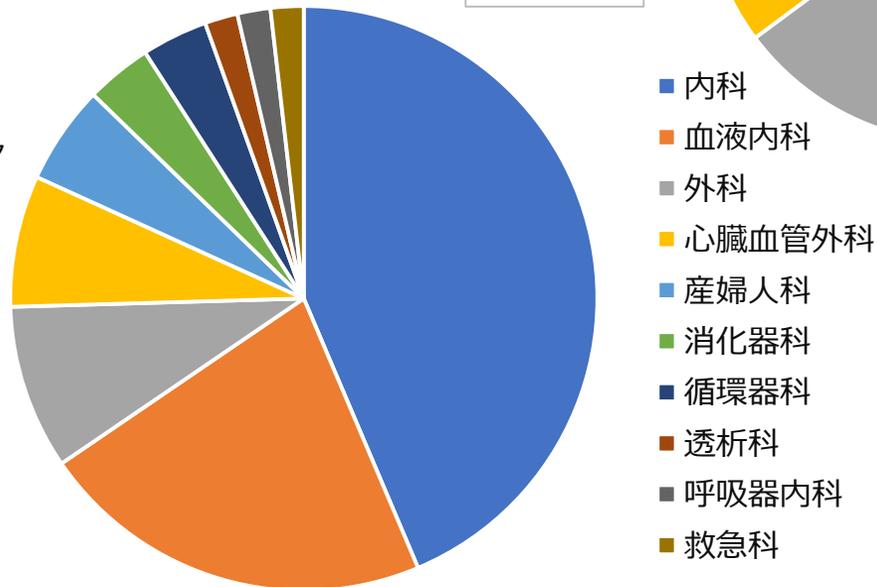
FFP輸血の診療科

n=54

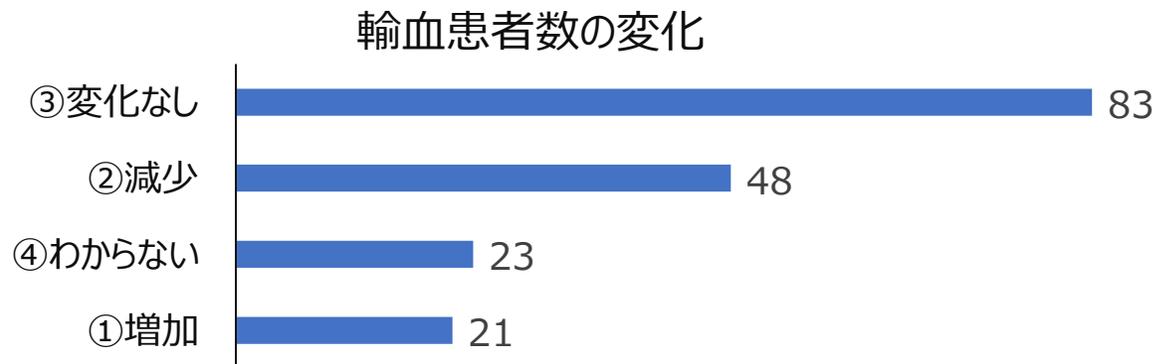


PC輸血の診療科

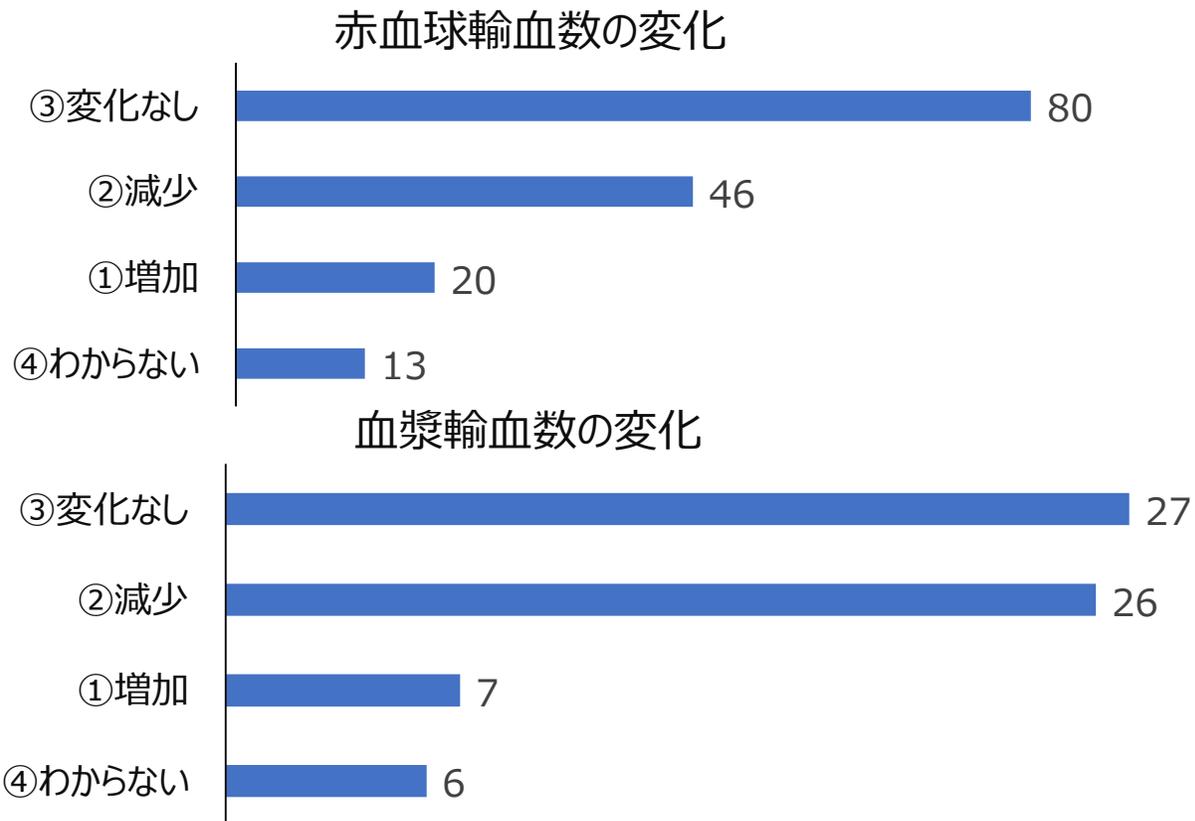
n=55



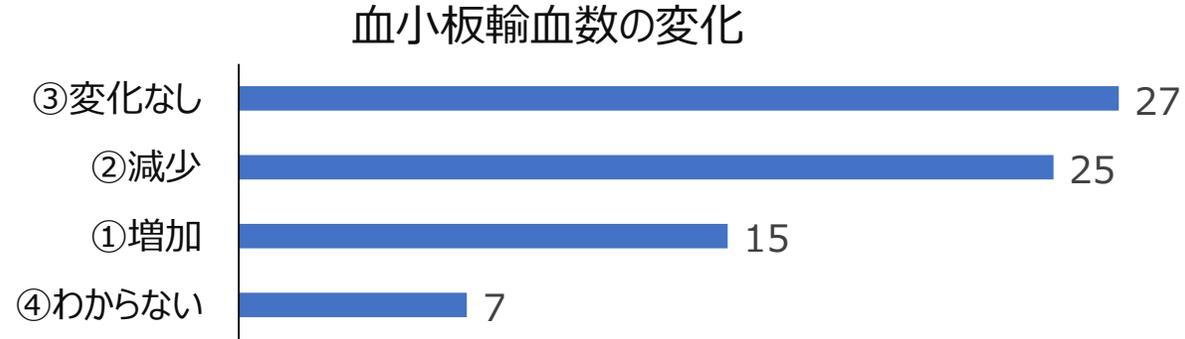
(2) 輸血患者数の変化はありますか。



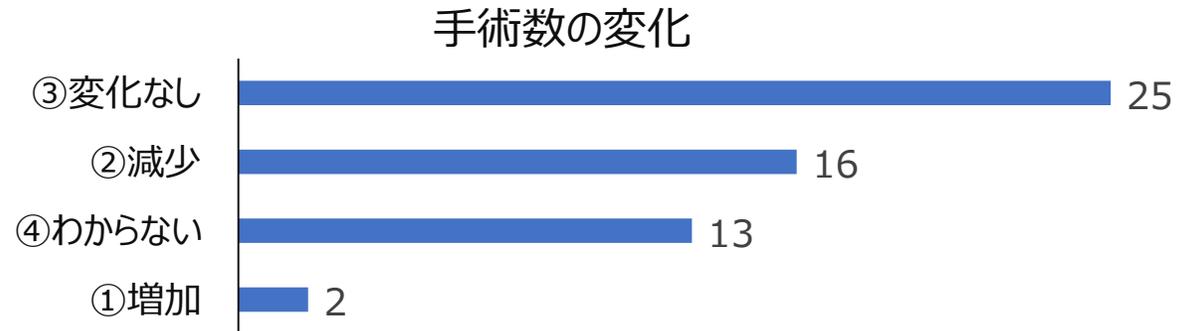
(3) 製剤別の輸血数に変化はありますか。



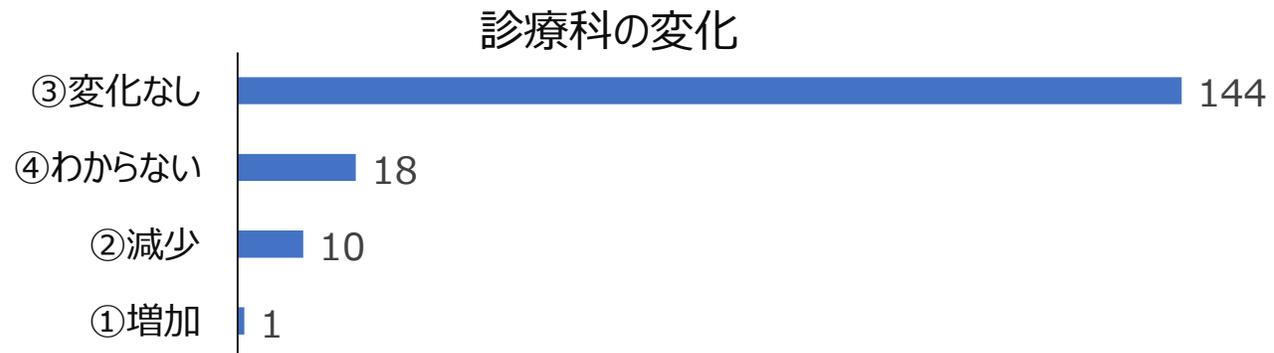
(3) 製剤別の輸血数に変化はありますか。



(4) 輸血を伴う手術件数に変化はありますか。



(5) 輸血を伴う診療科に変化はありますか。



(6) 輸血に影響するような院内での体制変更はありましたか？



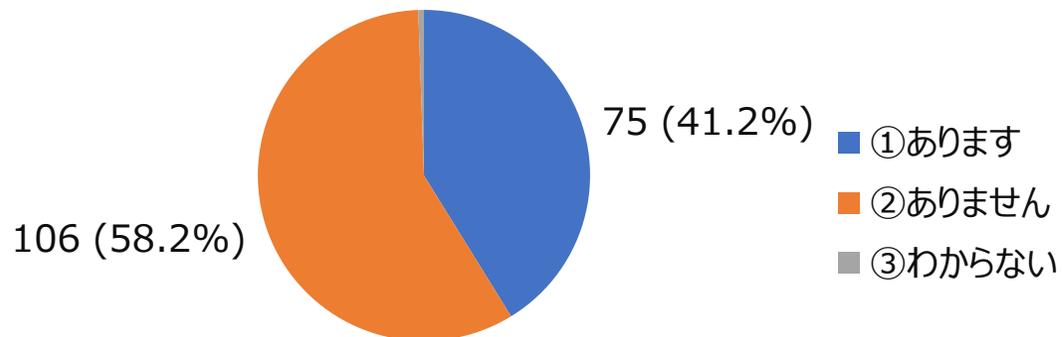
(7) ①あり、③今後計画ありの内容について

- ・総合周産期母子医療センターの指定を受け、NICU、GCU、MFICUが整備された。そのため出血のリスクがある妊婦が入院・搬送されることによって輸血件数が増加する可能性がある。
- ・病院移設に伴い製剤搬送にダムウェーターを使用している。FFP解凍を使用場所から輸血管理室へ変更した。
- ・臨床検査室の併設及び臨床検査技師の常勤。
- ・備蓄病院体制が廃止になり、発注をかけてから製剤到着まで最大2時間かかる。そのため多くの在庫を抱える必要があり、廃棄数の増加が予想される。
- ・外科系医師の減少。
- ・整形外科の手術がなくなった。
- ・平成30年度より輸血療法委員会を立ち上げ、委員会の委員長に相談して輸血を行う流れに変更した。
- ・呼吸器内科、消化器内科医師の増員。
- ・院内での輸血検査の実施を止めた。手術をしなくなった。
- ・分娩後、帝王切開時児娩出後にオキシトシン10単位投与を必ず行うようになった。
- ・新病院新築移転に伴い、診療科が増える可能性がある。

(8) 外来での輸血はありますか。

外来輸血はありますか

1 (0.5%)

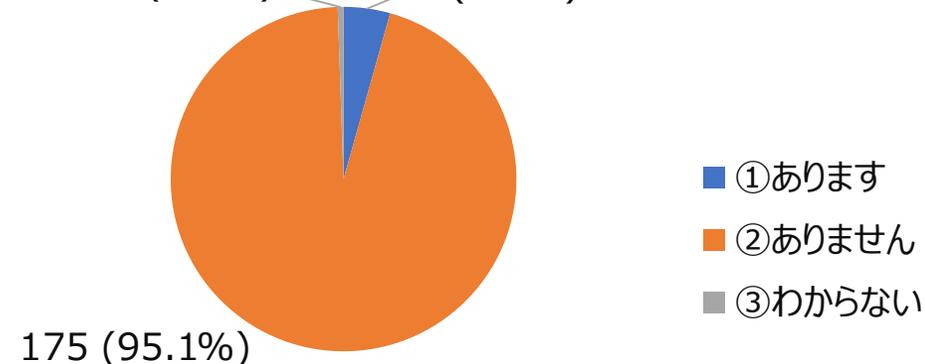


(10) 在宅での輸血はありますか。

在宅輸血はありますか

1 (0.5%)

8 (4.3%)



(9) 外来輸血の問題点や疑問点などありますか。①

- ・輸血終了後、時間をおかずに帰宅されるため、副作用の把握が難しい。また、あった場合、どこに連絡するようになっているのかを把握していない。
- ・帰宅後の輸血副作用発症が不明。
- ・今のところ報告はないが、帰宅後に副作用が起こった場合の対応など。
- ・多くは入院で行っており実地数が少ないため、手順・手技等が不慣れである。
- ・患者が離院された後に輸血副作用が発生した場合の対応
- ・急な予定変更へ対応が難しい
- ・午後からになる時が多い
- ・頻度が少ないため、急に依頼が入ると経験のない外来看護師が担当することも多く、時間や手間がかかる
- ・マニュアルに則って実施。現在特別になし。
- ・輸血終了が業務時間を超えることが問題

(9) 外来輸血の問題点や疑問点などありますか。②

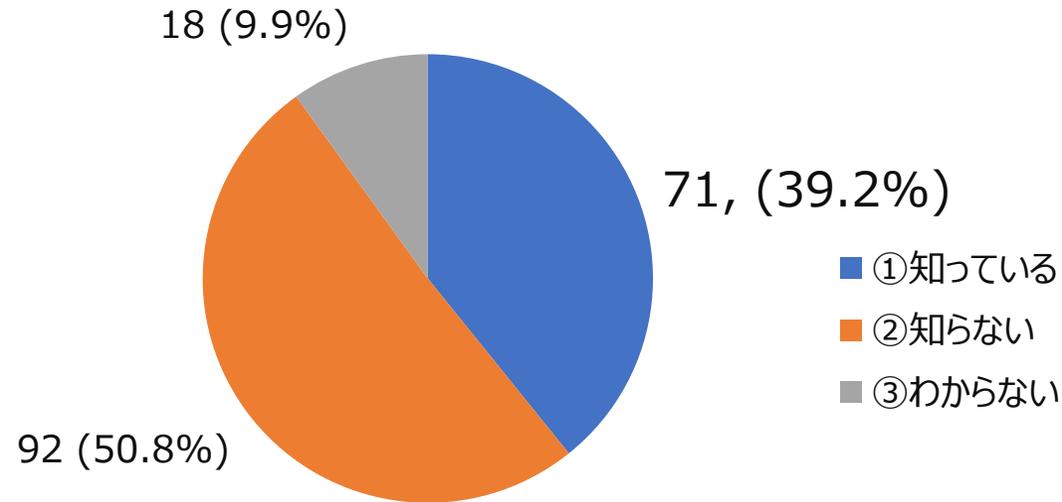
- ・当院は外来で輸血を実施しても入院の設備があるため急変時などはすぐに対応できるのでよい
 - ・透析患者の貧血に対する輸血ですが、問題点はありません
 - ・当院で血液保存が出来ないため、血液の到着～クロスマッチ（外部委託）～輸血までの血液管理に不安がある。
 - ・特に問題はありませんでした。
 - ・外注でクロスマッチを行ってもらう間、患者を待たせる時間が長い
 - ・慢性疾患で定期的にしてましたが特に問題なし
 - ・入院も外来も透析中に行っているため透析前半に終了し経過観察しやすい
 - ・輸血後、帰宅してからの症状の変化時は直ちに連絡をしてもらうようにしている
 - ・クロスマッチ等は検査会社、血液は日赤、一旦血液を受け取るともし適合でない場合廃棄になる可能性あり。開業医等たまにしか輸血がないところでは、日赤でクロスマッチ等を行い適正な製剤を払い出して欲しい。
-

(11) 在宅輸血で問題点や疑問点などありますか。

- ・体制は整えたが、実際に行ったことはない。
 - ・特に問題ありません。（2件）
 - ・クロスマッチ用採血のために1回訪問し結果を得て輸血に伺う事で1日2回以上訪問しないといけない。輸血終了時の状態観察は訪問看護に頼んでいるが輸血終了が遅くなると当番が訪問するため臨時の出動が重なると患者宅への訪問のタイミングが悪くなることもあり結果医師が3回訪問ということもある。予定の訪問になるので1日何度行っても点数は取れない。
 - ・院内に血液製剤を24時間以上置くときの保管方法マニュアルがあれば欲しいです。
 - ・クロスマッチ等は検査会社、血液は日赤、一旦血液を受け取るともし適合でない場合廃棄になる可能性あり。開業医等たまにしか輸血がないところでは、日赤でクロスマッチ等を行い適正な製剤を払い出して欲しい。
-

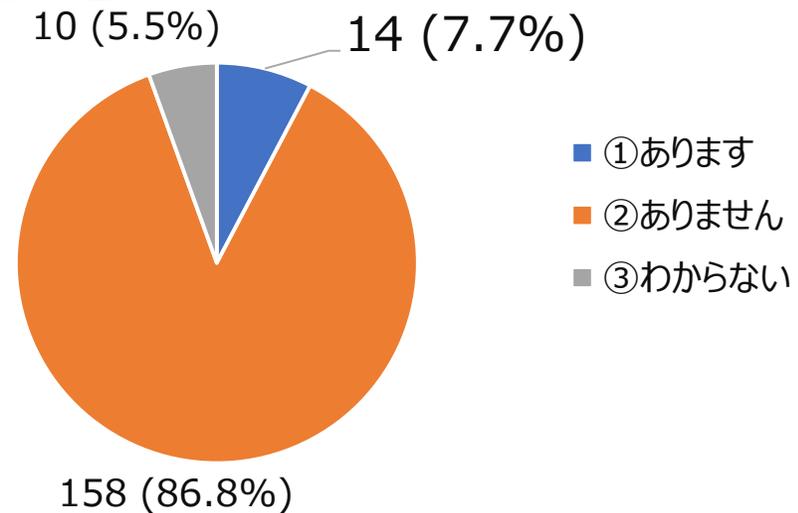
(12) 輸血学会認定の臨床輸血看護師制度があるのをご存知ですか。

輸血学会認定の輸血看護師制度



(13) 災害対応時の輸血マニュアルはありますか。

災害対応時の輸血マニュアル



まとめ

・アルブミン使用量は、アンケートの集計を通じて同様病床規模の平均値との比較等を施設長あてに文書発出したり輸血研修会での報告や長崎県のホームページ掲載を行い適正使用の啓発を実施した所、減少傾向の施設も見られたが、全体の経年分布では変動は確認できなかった。新たな啓発活動を加える必要があるのではと考えられた。

・輸血療法委員会活動は、年6回の開催が多く概ね問題ないとする意見が多い反面、輸血に詳しいスタッフ不足や業務多忙が支障をきたしている意見も散見された。輸血マニュアルや情報資料を豊富に提供し療法委員会の話題に上がるような資材についてホームページでの掲載を充実させていく必要があると思われた。

・平成30年の輸血は変化なしが減少したとの回答が多かった。一方、診療科の新設や病院移転などの今後の輸血に影響する情報も寄せられた。また、今後増加の可能性のある外来や在宅輸血では、患者観察や副作用の処置に不安があるとする意見が複数寄せられた。対応についての情報提供を実施する必要があると思われた。