

令和6年度 血液製剤使用状況等調査票

医療機関名、担当者ご氏名等をご記入ください。

医療機関名						
病床数	一般病床数	<input type="text"/>	床	療養病床数	<input type="text"/>	床
	精神病床数	<input type="text"/>	床	感染症病床数	<input type="text"/>	床
ご所属名、担当者氏名						
回答者職種						
電話番号						
メールアドレス						

1. 令和5年度の血液製剤使用状況等についてお尋ねします。

(1) 貴医療機関における「令和5年度(2023.4~2024.3)」の血液製剤の使用本数と廃棄本数を、種類別にご記入ください。

分類		製剤名、規格	単位、容量等	使用本数	廃棄本数	
血液成分製剤	赤血球製剤	照射赤血球液-LR	1単位	<input type="text"/>	本	
			2単位	<input type="text"/>	本	
		解凍赤血球液-LR	1単位	<input type="text"/>	本	
			2単位	<input type="text"/>	本	
		洗浄赤血球液-LR	1単位	<input type="text"/>	本	
			2単位	<input type="text"/>	本	
	血小板製剤	照射濃厚血小板-LR	1単位	<input type="text"/>	本	
			2単位	<input type="text"/>	本	
			5単位	<input type="text"/>	本	
			10単位	<input type="text"/>	本	
		照射濃厚血小板HLA-LR	10単位	<input type="text"/>	本	
			15単位	<input type="text"/>	本	
	血漿製剤	新鮮凍結血漿	10単位	<input type="text"/>	本	
			15単位	<input type="text"/>	本	
			20単位	<input type="text"/>	本	
		照射洗浄血小板-LR	10単位	<input type="text"/>	本	
			照射洗浄血小板HLA-LR	10単位	<input type="text"/>	本
			FFP-LR120	1単位	<input type="text"/>	本
分画製剤	5%アルブミン製剤	FFP-LR240	2単位	<input type="text"/>	本	
		FFP-LR480	4単位	<input type="text"/>	本	
		静注 12.5g	250mL	<input type="text"/>	本	
	20%アルブミン製剤	静注 4g	20mL	<input type="text"/>	本	
		静注 10g	50mL	<input type="text"/>	本	
		静注 12.5g	50mL	<input type="text"/>	本	
	5%グロブリン製剤	静注 0.5g	10mL	<input type="text"/>	本	
		静注 1g	20mL	<input type="text"/>	本	
		静注 2.5g	50mL	<input type="text"/>	本	
		静注 5g	100mL	<input type="text"/>	本	
		静注 10g	200mL	<input type="text"/>	本	
		10%グロブリン製剤	静注 0.5g	5mL	<input type="text"/>	本
	静注 2.5g		25mL	<input type="text"/>	本	
	静注 5g		50mL	<input type="text"/>	本	
	静注 10g		100mL	<input type="text"/>	本	
	静注 20g		200mL	<input type="text"/>	本	

(2) 輸血管理料取得状況について該当する番号をお書きください。

- 1) 輸血管理料 ①輸血管理料 I ②輸血管理料 II ③取得なし
 2) 適正使用加算 ①取得あり ②取得なし

(3)アルブミン製剤使用時に、患者又はそのご家族に採血国や採血方法の情報提供を、同意(同意書)取得の際に説明をしているかご質問いたします。該当する番号をお書きください。

同意(書)	<input type="text"/>	①取得あり ②取得なし
採血国	<input type="text"/>	①採血国(国内・国外)の説明がなされている ②なされていない
採血方法	<input type="text"/>	①献血由来・非献血由来の説明がなされている ②なされていない

(4)血液製剤の廃棄理由についてご回答ください。(複数回答可)

<input type="text"/>	①備蓄したが期限が切れた	②手術で準備したが使用がなかった
<input type="text"/>	③患者様が死亡退院された	④適正な温度で保管しなかった
<input type="text"/>	⑤製剤破損	⑥その他
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

(5)(4)で⑥その他を選択された場合、その内容について教えてください。

(6)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。

①情報共有している ②していない ③他の院内会議等で共有している ④まったく共有なし

(7)血液製剤の廃棄状況はどうか。

①減少傾向 ②増加傾向 ③どちらともいえない

(8)血液製剤の廃棄を減少する取り組みで成功された事例や新たなアイデアなどありましたら記載してください。

2. 輸血療法委員会についてお尋ねします。

(1)院内に、輸血療法委員会(または同様の機能を有する委員会)を設置していますか。

①はい ②いいえ

※(1)の質問で①はい と回答した施設は(2)～(9)、②いいえ と回答した施設は(10)～(13)の質問にお答えください。

(2)輸血療法委員会の構成メンバーとして該当するものに「○」をご記入ください。

① <input type="text"/> 院長	② <input type="text"/> 副院長	③ <input type="text"/> 医師(輸血部門)
④ <input type="text"/> 医師(診療部門)	⑤ <input type="text"/> 臨床検査技師	⑥ <input type="text"/> 薬剤師
⑦ <input type="text"/> 看護師	⑧ <input type="text"/> 医療安全部門委員	⑨ <input type="text"/> 医療事務
⑩ <input type="text"/> 血液センター(※オブザーバー参加を含む。)		

その他、上記以外の構成メンバーの職種を記入ください

(3)輸血療法委員会の設置運営に関する要綱や規約を設けていますか。

①はい ②いいえ

(4)輸血療法委員会設置要綱や規約を設けている場合、委員会の開催回数は年何回と定めていますか。

①1回 ②2回 ③3回 ④4回 ⑤5回 ⑥6回 ⑦7回以上

(5)輸血療法委員会の令和5年度における開催頻度はどのくらいですか。

①定期的開催 ②不定期開催 ③開催していない

(6)(5)で①または②と回答した施設について、開催回数を教えてください。

①1回 ②2回 ③3回 ④4回 ⑤5回 ⑥6回 ⑦7回以上

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

<input type="text"/>	①問題なく運営できている	②輸血に詳しい医師・検査技師等がない
<input type="text"/>	③業務多忙で定期的な開催が難しい	④輸血療法委員会の活動方針が分からない
<input type="text"/>	⑤その他	
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		

(8)(7)で⑤その他を選択された場合、その内容について教えてください。

(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。

- ① 輸血用血液製剤(主に、赤血球製剤、新鮮凍結血漿、血小板製剤)の使用状況について、診療科毎に比較検討している。
- ② アルブミン製剤の使用状況について、診療科毎に比較検討している。
- ③ 毎月、診療科毎の発注量、使用量、廃棄量等を各診療科の長に配布し、診療科内に掲示している。
- ④ 血液製剤毎に、月次、年次の使用量の比較・分析を行うとともに、他医療機関と比較検討及び評価している。
- ⑤ 各診療科における各種指針の遵守状況について、検討するとともに、個々の事例に関し、当事者に指導を行っている。
- ⑥ 輸血実施症例の検討と使用指針に基づいた評価を行っている。
- ⑦ 必要に応じて、保険診療での査定状況も症例毎に検討している。
- ⑧ 輸血検査(血液型、不規則抗体、交差適合試験等)の方法について、輸血の安全性を高めるために適宜見直している。
- ⑨ 輸血実施時の手順について、マニュアルどおりに実施されているかどうかを院内で監査している。
- ⑩ 輸血療法に伴うインシデントや事故・副作用等について、各部署毎の状況を把握して具体的対策を講じている。
- ⑪ 輸血関連情報を、個々の医療従事者へ直接伝達する方法がある。
- ⑫ 自己血輸血の実施方法について、成分採血やフィブリン糊の導入を検討したことがある。
- ⑬ 輸血療法委員会議事録の院内への周知について、特に医師に周知されたことを確認している。

※(10)～(13)は輸血療法委員会を設置されていない施設のみお答えください。

(10) 今後輸血療法委員会の設置を検討していますか。

①はい ②いいえ

(11) 輸血療法委員会を設置していない(できない)理由を教えてください。(複数選択可)

- ①問題なく運営できている
- ②輸血に詳しい医師・検査技師等がない
- ③輸血責任医師(輸血業務担当や責任者として病院等から任命されている医師)がない
- ④業務多忙で定期的な開催が難しい
- ⑤輸血療法委員会の活動方針が分からない
- ⑥その他

(12) (11)で⑥その他を選択された場合、その内容について教えてください。

(13) 輸血療法を実施するうえで適正使用、安全性等に問題を抱えていましたら、具体的に記載してください。

3. その他 1) 県内の輸血状況の変化を調査するために、令和4年度に比し令和5年度の輸血傾向についてお教えください。

(1) 院内で一番輸血する診療科を記載下さい。

赤血球:
血漿:
血小板:

(2) 輸血患者数の変化はありますか。

①増加 ②減少 ③変化なし ④わからない

(3) 製剤別の輸血数に変化はありますか。

- 1) 赤血球輸血 ①増加 ②減少 ③変化なし ④わからない ⑤輸血なし
- 2) 血漿輸血 ①増加 ②減少 ③変化なし ④わからない ⑤輸血なし
- 3) 血小板輸血 ①増加 ②減少 ③変化なし ④わからない ⑤輸血なし

(4) 輸血を伴う手術件数に変化はありますか。
 ①増加 ②減少 ③変化なし ④わからない ⑤手術なし

(5) 輸血を伴う診療科に変化はありますか。
 ①増加 ②減少 ③変化なし ④わからない

(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？
 ①あり ②なし ③今後計画あり ④わからない

(7) (6)で①あり、又は③今後計画ありを選択された場合、その内容について教えてください。

(8) 外来での輸血はありますか
 ①あります ②ありません ③わからない

(9) (8)で①ありますを選択された場合、患者帰宅後の輸血副反応発生時の対策・マニュアル等がありますか？
 ①あります ②ありません ③わからない

(10) (8)で①ありますを選択された場合、問題点や疑問点などありますか。

問題点又は疑問点など記載下さい。

(11) 在宅での輸血はありますか
 ①あります ②ありません ③わからない

(12) (11)で①ありますを選択された場合、問題点や疑問点などありますか。

問題点又は疑問点など記載下さい。

(13) 輸血副反応発生時の対策・マニュアル等がありますか？
 ①あります ②ありません ③わからない

(14) 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。
 ①知っている ②知らない

(15) (14)で①知っているを選択された場合、臨床輸血看護師に求めること(活動等)をご記載下さい。

(16) 災害対応時の輸血マニュアルはありますか
 ①あります ②ありません ③わからない

(17) 災害対応時マニュアルのテンプレート等があれば必要ですか？
 ①必要 ②不必要 ③わからない

(18) 院内の輸血療法委員会の立上げや支援に関して長崎県合同輸血療法委員会に期待(要望)※があれば教えてください。

※例)輸血療法委員会の運営、活動に関する助言、輸血療法における問題点への質疑応答 等

(19) 今年度より、アンケートにご回答いただいた施設の施設名を、合同輸血療法委員会(輸血セミナーの資料の中で)、あるいは各施設へ調査結果を報告する際に、公表することを検討しております。

そこで、施設名の公表の可否についてお聞きします。

※非公表希望の場合、医療機関名を伏せたくうえでデータのみ公表いたします。

※毎年調査結果を長崎県のHPIに掲載しておりますが、こちらについては施設名は非公表とする予定です。

①公表する ②公表しない

アンケート調査にご協力いただきありがとうございます。
廃棄製剤の詳細(別紙)についても、よろしくお願ひします。