|  |
| --- |
| **輸血医療に関するアンケート　（秋田県合同輸血療法委員会）** |

ご回答期限：令和3年1月25日（月）　回答データ送付先ph00118@akita.bc.jrc.or.jp

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ご施設名 |  | 病床数 |  |
| ご回答者氏名 |  |
| ご所属・職名 |  |
| 職種 | [ ] 医師　　　[ ] 看護師　　　[ ] 薬剤師　　　[ ] 臨床検査技師[ ] その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 連絡先電話番号※ |  |
| 連絡先メールアドレス※ |  |

※ご回答内容の確認や輸血関連資料の送付等に使用させていただく場合があります

|  |
| --- |
| **Ａ．病院情報及び管理情報** |

問1　現在、定期的に輸血を行っている患者はいますか。

|  |
| --- |
| 人 |

　　[ ] いる　　[ ] いない

問2　2019年4月〜2020年3月の輸血患者数は何人ですか。

問3　2019年4月〜2020年3月に使用したことのある血液製剤の種類を全てお答えください。

　　[ ] 赤血球製剤　　[ ] 血小板製剤　　[ ] 血漿製剤

問4　2019年4月〜2020年3月の各製剤輸血単位数は何単位ですか。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 赤血球製剤 | 血小板製剤 | 血漿製剤 |
| 単位 | 単位 | 単位 |

問5　2019年4月〜2020年3月で各製剤を廃棄したことはありますか。

　　　[ ] ある　　[ ] ない

問6　問5で「ある」と回答された施設のみお答えください。廃棄単位数と理由についてお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 赤血球製剤 | 血小板製剤 | 血漿製剤 |
| 単位 | 単位 | 単位 |

　　　6-1 廃棄単位数

　　　6-2　廃棄理由

[ ] 患者状態が変わった　　　[ ] 保管管理が悪かった　　[ ] 交差適合試験、不規則抗体スクリーニング等検査上の理由

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問7　厚生労働省の「輸血用血液の実施に関する指針」、「血液製剤の使用指針」をご存じですか。

　　　[ ] 知っている　　[ ] 知らない

問8　院内に輸血療法委員会又は同様の機能を持つ委員会はありますか。

　　　[ ] はい（輸血療法委員会がある）

　　　[ ] はい（同様の機能を持つ委員会がある）

　　　[ ] はい（委員会ではないが、検討事項が発生した際に集まっている）

　　　[ ] いいえ（全くない）

8-2　問8で「同様の機能を持つ委員会がある」と回答された施設のみお答えください。
どのような委員会ですか。内容についてお答えください。

|  |
| --- |
|  |

8-3　問8で「委員会ではないが、検討事項が発生した際に集まっている」と回答された施設のみお答えください。
どのような場合に実施しているかお答えください。

|  |
| --- |
|  |

問9　問8で「はい」と回答された施設のみお答えください。委員会等で討議されている内容で該当するものを全てお答えください。

　　　　[ ] 輸血療法の適応　　　　[ ] 血液製剤（血漿分画製剤を含む。）の選択

　　　　[ ] 輸血用血液の検査項目・検査術式の選択と精度管理

　　　　[ ] 輸血実施時の手続き　　　　[ ] 血液の使用状況調査

[ ] 症例検討を含む適正使用推進の方法と対策　　　　[ ] 輸血関連情報の伝達方法

[ ] 自己血輸血の実施方法

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問10　輸血療法委員会の内容を病院会議等へ報告をしていますか。

　　　　[ ] 報告している　　[ ] 報告していない

|  |
| --- |
|  |

問11　輸血検査を行っている部門はどこですか。

　　[ ] 検査部門　　　[ ] 薬剤部門　　　[ ] 院外の検査機関に委託　　　[ ] その他

問12　輸血用血液製剤を管理している部門はどこですか。

|  |
| --- |
|  |

　　　[ ] 検査部門　　　[ ] 薬剤部門　　　[ ] その他

問13　輸血用血液の検査（検査の外部委託業務を含む）と保管管理を同じ部署で管理（一元管理）していますか。

　　　[ ] している　　　[ ] していない

問14　院内に臨床検査技師は所属していますか。

　　　[ ] 所属している　　　[ ] 所属していない

問15　輸血用血液製剤の使用記録（製剤製造番号、製剤名、入庫年月日、出庫年月日、使用年月日、患者ID番号、患者氏名が記載された記録）を20年間保管していますか。

　　　[ ] 保管している　　　[ ] 保管していない

問16　輸血用血液は品質保持の観点から納品済みの製剤は血液センターに返品できないことを知っていますか。

　　　[ ] 知っている　　　[ ] 知らない

|  |
| --- |
| **Ｂ．輸血用血液に関する検査について** |

問17　ABO血液型検査を実施していますか。

　　　[ ] 実施している　　[ ] 実施していない

問18　問17で「ABO血液型検査を実施している」と回答された施設のみお答えください。
ABO血液型検査の実施者で該当するものを全てお答えください。

[ ] 輸血部門の臨床検査技師　　　　[ ] 検査部門の臨床検査技師　　　[ ] 院内に派遣されている検査センターの臨床検査技師

|  |
| --- |
|  |

[ ] 看護師　　　　[ ] 担当医　　　　[ ] 院外の検査機関に委託　　　　[ ] その他

問19　RhD血液型検査を実施していますか。

　　　　[ ] 実施している　　　　[ ] 実施していない

問20　問19で「RhD血液型検査を実施している」と回答された施設のみお答えください。
RhD血液型検査の実施者で該当するものを全てお答えください。

[ ] 輸血部門の臨床検査技師　　　　[ ] 検査部門の臨床検査技師　　　[ ] 院内に派遣されている検査センターの臨床検査技師

|  |
| --- |
|  |

[ ] 看護師　　　　[ ] 担当医　　　　[ ] 院外の検査機関に委託　　　　[ ] その他

問21　不規則抗体スクリーニングを実施していますか。

　　　[ ] 実施している　　　　[ ] 実施していない

問22　問21で「不規則抗体スクリーニングを実施している」と回答された施設のみお答えください。
不規則抗体スクリーニング検査の実施者で該当するものを全てをお答えください。

[ ] 輸血部門の臨床検査技師　　　　[ ] 検査部門の臨床検査技師　　　[ ] 院内に派遣されている検査センターの臨床検査技師

|  |
| --- |
|  |

[ ] 看護師　　　　[ ] 担当医　　　　[ ] 院外の検査機関に委託　　　　[ ] その他

問23　交差適合試験を実施していますか。

　　　[ ] 実施している　　　　[ ] 実施していない

問24　問23で「交差適合試験を実施している」と回答された施設のみお答えください。
交差適合試験の実施者で該当するものを全てを回答して下さい。

[ ] 輸血部門の臨床検査技師　　　　[ ] 検査部門の臨床検査技師　　　[ ] 院内に派遣されている検査センターの臨床検査技師

|  |
| --- |
|  |

[ ] 看護師　　　　[ ] 担当医　　　　[ ] 院外の検査機関に委託　　　　[ ] その他

問25　問24で「交差適合試験を院外の検査機関に委託」と回答された施設のみお答えください。
院外の検査施設をお答えください。

　　　[ ] 医師会等の検査サービスを利用　　　[ ] 民間企業への外注検査を利用　[ ] 提携病院の検査部門に依頼

|  |
| --- |
|  |

　　　[ ] その他

問26　「院内で検査を実施」している施設のみお答えください。血液型検査で行っている主な検査方法をお答えください。

　　　　　[ ] 試験管法　　　[ ] カラム凝集法　　　[ ] マイクロプレート法　　　[ ] のせガラス法（紙使用も含む）

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問27　「院内で検査を実施」している施設のみお答えください。血液型検査で行っている検査内容をお答えください。

　　　[ ] 抗A、抗B試薬によるオモテ検査　　　[ ] A血球、B血球によるウラ検査　　　[ ] 抗D血清を用いたD抗原検査

問28　輸血に関する血液型検査は同一患者の二重チェック、同一検体の二重チェックを行っていますか。

　[ ] 行っている　　[ ] 行っていない

問29　問28で「行っていない」と回答した施設のみお答えください。行っていない理由で該当するものを全てお答えください。

　　　[ ] 意義が不明のため　　　[ ] 検体採取が困難なため　　　　[ ] 診療報酬請求が出来ないため

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問30　「院内で検査を実施」している施設のみお答えください。不規則抗体スクリーニング検査で行っている主な検査方法をお答えください。

|  |
| --- |
|  |

　　　[ ] 試験管法　　[ ] カラム凝集法　　[ ] のせガラス法（紙使用も含む）

　[ ] その他

問31　「院内で検査を実施」している施設のみお答えください。不規則抗体スクリーニング検査で行っている検査内容を該当するものを全てお答えください。

　　　[ ] 生理食塩液法　　[ ] 酵素法　　[ ] 間接抗グロブリン法

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問32　「院内で検査を実施」している施設のみお答えください。交差適合試験で行っている主な検査方法をお答えください。

　　　[ ] 試験管法　　[ ] カラム凝集法　　[ ] のせガラス法（紙使用も含む）

|  |
| --- |
|  |

 [ ] その他

問33　「院内で検査を実施」している施設のみお答えください。交差適合試験で行っている検査内容を該当するものを全てお答えください。

　　　[ ] 生理食塩液法　　[ ] 酵素法　　[ ] 間接抗グロブリン法

|  |
| --- |
|  |

 [ ] その他

問34　2019年4月〜2020年3月に臨床検査技師以外の職員が交差適合試験を行って、赤血球輸血を施行した症例はありますか。

　　　　[ ] ある　　[ ] ない　　[ ] 不明

問35　輸血に関する血液型検査の診療報酬にD区分（免疫学的検査）とK区分（手術）の２つがあることを知っていますか。

　　　　　[ ] 知っている　　[ ] 知らない

|  |
| --- |
| **Ｃ．輸血の取扱い** |

問36　不規則抗体検査を実施している施設へお伺いします。輸血日を0日として、採血日、検査日、検査施設についてお答えください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 採血日 | 検査日 | 検査施設 |
| 例）　輸血日から〇日前 | 例）　輸血日から〇日前 | 院内　　外注 |
|  |  |  |

問37　輸血日を0日として血液センターへの血液発注日、納品日についてお答えください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 時期 |
| 例）　血液発注日 | 例）　輸血日から〇日前 |
| 血液発注日 |  |
| 血液納品日 |  |

問38　血液センターから血液が院内に納品されてから輸血開始までどれくらいの時間がかかるかお答えください。

　　　[ ] 納品後すぐ　　　　[ ] 数時間　　　　[ ] 半日程度　　　　[ ] 翌日午前　　　　[ ] 翌日午後

|  |
| --- |
|  |

　　　[ ] その他

問39　赤血球製剤の保管に適した保冷庫（2〜6℃）を保有していますか。

　　　[ ] 保有している　　　　[ ] 保有していない

問40　輸血用血液専用保冷庫には、自記温度記録計、警報装置が付いていますか

　　　[ ] 自記温度記録計、警報装置、両方とも付属　　　　　[ ] 自記温度記録計のみ付属

[ ] 警報装置のみ付属　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[ ] 両方とも付いていない

問41　問39で「保有していない」と回答された施設のみお答えください。赤血球製剤の保管は何で行っていますか。

　　　[ ] 試薬用冷蔵庫　　　　[ ] 家庭用冷蔵庫　　　　[ ] 保管していない

|  |
| --- |
|  |

☐その他

問42　各製剤の保管温度を①～⑥の中から選択してお答えください。その他の場合は、⑦を選択し保管温度をお書きください。

　　　①2〜6℃　　　②1〜10℃　　　③10〜15℃　　　④20〜24℃　　　⑤−40℃　　　⑥−20℃　　　　⑦その他

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 赤血球製剤 | 血小板製剤 | 血漿製剤 |
|  |  |  |

|  |
| --- |
|  |

問43　輸血の際に使うルートは何を使用していますか。

　　　　[ ] 輸血セット　　[ ] 輸液セット　　[ ] その他

問44　輸血の適切な滴下速度を知っていますか。

　　　[ ] 知っている　　[ ] 知らない

|  |  |
| --- | --- |
| 最初の5分間 | その後 |
| mL/分 | mL/分 |

問45　問44で「知っている」と回答された施設のみお答えください。輸血の滴下速度をお書きください。

問46　輸血用血液の準備の際、医師と看護師の複数により、患者（ID）またはリストバンド、輸血用血液、支給票（適合票）の3点をダブルチェックしていますか。

　　　[ ] している　　[ ] していない

問47　問46で「している」と回答された施設のみお答えください。以下の観察項目で該当するものを全てお答えください。

　　　[ ] 患者氏名　　　　[ ] 血液型　　　　[ ] 血液製造番号　　　　[ ] 有効期限　　　　[ ] 交差適合試験の検査結果

　[ ] 放射線照射の有無　　　[ ] 輸血バッグの破損の有無　　　　[ ] 輸血バッグの色調の有無

|  |
| --- |
| **Ｄ．副作用及び患者観察について** |

問48　輸血の際、患者観察すべき時間帯について該当するものを全てお書き下さい。

　　　[ ] 輸血前　　　[ ] 最初の5分間　　　[ ] 輸血開始から10〜15分後　　　[ ] 終了時

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問49　ABO不適合輸血のご経験はありますか。

　　　[ ] ある　　[ ] ない

問50　ABO不適合輸血以外の副作用で経験した副作用について該当するものを全てお書き下さい。

　　　　[ ] 発熱　　　[ ] 悪寒・戦慄　　　[ ] 熱感・ほてり　　　[ ] 掻痒感　　　[ ] 発赤・顔面紅潮

　　　　[ ] 発疹・じんま疹　　　[ ] 呼吸困難　　　[ ] 嘔気・嘔吐　　　[ ] 胸痛・腹痛・腰背部痛

　　　　[ ] 頭痛・頭重感　　　[ ] 血圧低下　　　[ ] 血圧上昇　　　[ ] 動悸・頻脈　　　[ ] 血管痛

|  |
| --- |
|  |

　　　[ ] 意識障害　　　[ ] 赤褐色尿（血色素尿）　　　[ ] その他

|  |
| --- |
| 輸血開始から　　　　　　　　　　　　　分 |

問51　問50で「副作用の経験有り」と回答された施設のみお答えください。

副作用が発生した時間をお書きください。

問52　輸血副作用発生時の対応に関する院内マニュアルはありますか。

　　　　　[ ] ある　　[ ] ない

問53　2019年4月〜2020年3月に輸血のヒヤリハット等医療安全面に関わる問題が発生したことはありますか。

　　　　　[ ] ある　　[ ] ない

|  |
| --- |
| 件 |

問54　問53で「ある」と回答された施設のみお答えください。

ヒヤリハット等の件数と差し支えなければ概要についてお答えください。

|  |
| --- |
| （事例の概要） |

※ヒヤリハットは医療的準則に従った医療行為が行われなかった（人的なエラーが発生した）が結果として被害（不利益）が生じなかった事例

|  |
| --- |
| **E.その他** |

問55　患者に輸血が必要になる例として該当するものを全てお答えください。

[ ] 紹介元で輸血を実施しており、フォローのため　　　[ ] 内科的疾患（血液疾患等）によるHb値低下のため

[ ] 下血や吐血、外科的疾患による急性出血のため

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問56　輸血の際に患者から同意書を取得していますか。

　　　　　　　[ ] している　　　　[ ] していない

問57　問56で「している」とされた施設のみお答えください。輸血同意書の内容で説明している項目で該当するものを全てお答えください。

[ ] 輸血療法の必要性　　　[ ] 使用する血液製剤の種類と使用量　　　[ ] 輸血に伴うリスク

[ ] 副作用・感染症救済制度と給付の条件　　　[ ] 自己血輸血の選択肢　　　[ ] 感染症検査と検体保管

[ ] 投与記録の保管と遡及調査時の使用　　　　[ ] その他，輸血療法の注意点

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問58　貴院で輸血を実施した患者さんに特別な理由がありますか。

　　[ ] 病院まで距離が遠いため　　　[ ] 身体障害があり通院に支障があるため　　　[ ] 在宅治療を行っているため

|  |
| --- |
|  |

　　[ ] 終末期医療のため　　　　[ ] 病診連携で病院より依頼されたため　　　　[ ] 患者さんからの希望

[ ] その他

問59　予定以外で緊急に輸血が必要になった症例はありますか。

　　　　[ ] ある　　　　[ ] ない

問60　問59で「ある」と回答された施設のみお答えください。緊急輸血の際血液はどのように準備しましたか。

　　　[ ] 血液センターに発注し、納品まで輸血を待った　　　　[ ] 近隣病院、総合病院等に患者を転院させた

　　　[ ] 提携病院から血液を融通した　　　　[ ] 近隣医師会病院から血液を融通した　　　　[ ] 輸血は実施しなかった

|  |
| --- |
|  |

　　　[ ] その他

問61　輸血に関して困っている点はありますか。該当するもの全てお書きください。

[ ] 最新の輸血療法の知識を取得する機会がない

[ ] 輸血検査の実施方法や結果の解釈について不安がある

[ ] 血液製剤の管理方法に不備がある

[ ] 輸血の確認・実施方法に不明な点がある

[ ] 輸血副作用発生時の対応が困難である

[ ] 患者（家族）へのインフォームド・コンセントの方法がわからない

|  |
| --- |
|  |

[ ] その他

問62　地域での輸血に関する勉強会の開催希望はありますか。

[ ] 強く希望する　　　[ ] 多少希望する　　　[ ] 少し希望する　　　[ ] 全く希望なし

問63　血液センター職員が訪問し輸血に関する勉強会の開催希望はありますか。

[ ] 強く希望する　　　[ ] 多少希望する　　　[ ] 少し希望する　　　[ ] 全く希望なし

問64　輸血の実施に関してどのように思われるかお答えください。

[ ] 特に問題ない　　　[ ] できれば実施したくない　　　[ ] 実施したくない

問65　秋田県合同輸血療法委員会へご意見・ご要望などありましたらお書きください。

|  |  |
| --- | --- |
| 問68 |  |

質問は以上です。ご協力ありがとうございました