

医療機関名： _____

回答者ご芳名： _____ (ご所属 _____)

I 輸血業務全般に関する調査

1. 輸血の管理体制について

- 1.1. 輸血療法委員会(代替委員会も含む)が設置されていますか。 はい いいえ
- 1.2. 輸血用血液製剤の管理部門についてお答えください。
検査部門(輸血部門含む) 薬剤部門 その他 _____
- 1.3. アルブミン製剤の管理部門についてお答えください。
検査部門(輸血部門含む) 薬剤部門 その他 _____
- 1.4. 輸血部門は月締めまたは輸血療法委員会資料等でアルブミンの使用状況を把握していますか。
はい いいえ
- 1.5. 血漿分画製剤の使用時には患者または家族から同意(インフォームド・コンセント)を得ていますか。
はい いいえ
- 1.6. 1.5.で「はい」の場合、アルブミン製剤のインフォームド・コンセントについてお答えください。
原料血液の採血国について情報提供している はい いいえ
原料血液の献血/非献血について情報提供している はい いいえ
- 1.7. 輸血業務全般について十分な知識と経験が豊富な検査技師が配置されていますか。
はい いいえ
- 1.8. 輸血検査は検査技師による 24 時間体制で行われていますか。 はい いいえ
- 1.9. 1.8.で「はい」の場合、種類をお答えください。 当直 カール
- 1.10. 院内の輸血オーダについてお答えください。
伝票による運用 オーダリングシステムによる運用
- 1.11. 輸血用血液製剤の入出庫にコンピュータを使用していますか。 はい いいえ
- 1.12. 輸血業務全般に関する院内マニュアルは整備されていますか。 はい いいえ
- 1.13. 輸血用血液製剤を院内備蓄していますか。 はい いいえ
- 1.14. 1.13.で「はい」の場合、その単位数をお答えください。
A 型： ___ 単位 O 型： ___ 単位 B 型： ___ 単位 AB 型： ___ 単位

- 1.15. 輸血管理料を算定されていますか。 はい いいえ
- 1.16. 1.15.で「はい」の場合、その種類を教えてください。 I II
- 1.17. 1.15.で「いいえ」の場合、算定できない理由をお答えください。
- アルブミン/赤血球が 2 以上のため
 - 血漿/赤血球が 0.25(管理料 I は 0.5)以上のため
 - 責任医師が配置されていないため
 - 専任(専従)の検査技師が配置されていないため
 - 輸血用血液の一元管理がなされていないため
 - 輸血検査が常時実施できる体制が整備されていないため
 - 輸血療法委員会が未設置のため
 - その他 _____

2. 輸血検査について

- 2.1. ABO および Rh₀(D)血液型検査の方法についてお答えください（複数回答可）。
- カラム法 試験管法 外注 未実施
- 2.2. ABO および Rh₀(D)血液型検査について、同一患者からの異なる時点での 2 検体で検査を行っていますか。 はい いいえ
- 2.3. ABO および Rh₀(D)血液型検査について、同一検体を異なる 2 人の検査者がそれぞれ検査を行って照合確認していますか。 はい いいえ
- 2.4. 不規則抗体検査の方法、術式についてお答えください（複数回答可）。
- スクリーニング ⇒ カラム法 試験管法 外注 未実施
- 同定 ⇒ カラム法 試験管法 外注
- 術式 ⇒ 生食法
- 酵素法（酵素名： _____）
- クームス法（反応増強剤名： _____）
- 2.5. 不規則抗体検査を実施している場合、スクリーニング試薬だけでなく同定試薬もお持ちですか。 はい いいえ
- 2.6. 不規則抗体スクリーニングで自己対照を用いていますか。 はい いいえ

2.7. 交差適合試験の方法についてお答えください（複数回答可）

カラム法 試験管法 外注 未実施

2.8. 過去 3 か月以内に輸血歴や妊娠歴がある場合、又はこれらが不明な患者さんの交差適合試験に用いる検体は輸血予定日の何日前以内に採血していますか。 _____日以内

2.9. コンピュータ・クロスマッチを導入していますか。 はい いいえ

2.10. 検査試薬について日々またはロット変更時等、定期的な精度管理を実施していますか。
はい いいえ

2.11. 亜型や不規則抗体陽性の場合、患者さんに携帯カード等をお渡ししていますか。
はい いいえ

3. 血液製剤の保冷库、保管管理について

3.1. 冷蔵庫は血液製剤専用ですか。 はい いいえ

3.1.1. 冷蔵庫に次のものは付いていますか。

自記温度記録計 警報装置 自家発電装置 何れもなし

3.1.2. 冷蔵庫の点検で次の事項を記録していますか。また、点検回数をお答えください。

温度 確認者 点検回数：1日に _____回 記録していない

3.2. 冷凍庫は血液製剤専用ですか。 はい いいえ

3.2.1. 血漿製剤について“使用経験がない、使用することがない”等の理由で、3.2で「いいえ」と回答された場合はチェックを入れてください。 ⇒

3.2.2. 冷凍庫に次のものは付いていますか。

自記温度記録計 警報装置 自家発電装置 何れもなし

3.2.3. 冷凍庫の点検で次の事項を記録していますか。また、点検回数をお答えください。

温度 確認者 点検回数：1日に _____回 記録していない

3.3. 3.1.または3.2.で「いいえ」の場合、血液製剤の管理方法についてお答えください。

必要量のみ発注し、納品後は速やかに使用する

他の保冷库を一時的に使う、区分して保管する

温度計を使用する

その他 _____

3.4. 血小板製剤の保存のための「振とう器」をお持ちですか。 はい いいえ

3.5. 血漿製剤の解凍場所、解凍方法(①～④から選択)についてお答えください(複数回答可)。

解凍方法：①自動融解機器、②恒温槽、③洗面器等(温度計あり)、④洗面器等(温度計なし)

- | | | | | |
|---------------------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 検査部門(輸血部門含む) | <input type="checkbox"/> ① | <input type="checkbox"/> ② | <input type="checkbox"/> ③ | <input type="checkbox"/> ④ |
| <input type="checkbox"/> 病棟 | <input type="checkbox"/> ① | <input type="checkbox"/> ② | <input type="checkbox"/> ③ | <input type="checkbox"/> ④ |
| <input type="checkbox"/> 手術室 | <input type="checkbox"/> ① | <input type="checkbox"/> ② | <input type="checkbox"/> ③ | <input type="checkbox"/> ④ |
| <input type="checkbox"/> ICU | <input type="checkbox"/> ① | <input type="checkbox"/> ② | <input type="checkbox"/> ③ | <input type="checkbox"/> ④ |
| <input type="checkbox"/> その他_____ | <input type="checkbox"/> ① | <input type="checkbox"/> ② | <input type="checkbox"/> ③ | <input type="checkbox"/> ④ |

4. 輸血の実施体制について

4.1. Type & Screen(T&S)を導入していますか。 はい いいえ

4.2. MSBOS(最大手術血液準備量)またはSBOE(手術血液準備量計算法)を導入していますか。
はい いいえ

4.3. 血液製剤の払い出し時は、搬出者と受領者は所定欄にサイン(押印)していますか。
はい いいえ

4.4. 輸血実施前に輸血用血液の外観を確認していますか。 はい いいえ

4.5. リストバンドや携帯端末(PDA)等を用いて、患者と製剤の確認・照合を行っていますか。
はい いいえ

4.6. 輸血開始後5分間・15分後・終了時に患者さんの状態を観察・記録していますか。
はい いいえ

4.7. 宗教的輸血拒否患者への対策は講じられていますか。 はい いいえ

4.8. 4.7で「はい」の場合、その具体策をお答えください(複数回答可)。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 院内マニュアル整備 | <input type="checkbox"/> 学会ガイドラインに準拠 |
| <input type="checkbox"/> 免責証書等を提出してもらう | <input type="checkbox"/> 十分なインフォームド・コンセントで対応 |
| <input type="checkbox"/> その他_____ | |

4.9. 緊急時の輸血マニュアルは整備されていますか。 はい いいえ

4.10. 緊急度コードを採用している施設は、そのコードをお答えください(左から緊急度が高い順)。

_____ > _____ > _____ > _____ > _____

4.11. 2011年1-12月の間に緊急時等(移植関連は除く)でO型赤血球を含む異型適合血を使用したことがありますか。 はい いいえ

5. 輸血副作用への対応について

- 5.1. 輸血副作用は速やかに輸血部門へ報告される体制が整備されていますか。 はい いいえ
- 5.2. 急性型副作用(不適合輸血、アナフィラキシーショック、TRALI 等)が出現した場合、その対応マニュアルは整備されていますか。 はい いいえ
- 5.3. 外来患者さんに輸血し、病院から出られた後で副作用が発生した場合の対策を講じていますか。 はい いいえ
- 5.4. 5.3.で「はい」の場合、具体策についてお答えください(複数回答可)。
 連絡先が記載されている注意喚起文書の提供
 口頭で説明する
 万一の際は電話連絡をもらう
 その他 _____
- 5.5. 輸血前の患者検体について 3 カ月以上 2 年を目安に冷凍保管していますか。 はい いいえ
- 5.6. 5.5.で「はい」の場合、検体種類についてお答えください(複数回答可)。
 交差適合試験の残り 保管専用検体
- 5.7. 血液バッグのセグメントチューブ(赤血球製剤)を冷蔵保管していますか。 はい いいえ
- 5.8. 5.7.で「はい」の場合、保管期間をお答えください。 _____
- 5.9. 血液バッグのセグメントチューブ(血漿製剤、血小板製剤)を冷蔵保管していますか。 はい いいえ
- 5.10 5.9.で「はい」の場合、保管期間をお答えください。 _____
- 5.11. 輸血後の使用済みバッグを冷蔵保管していますか。 はい いいえ
- 5.12. 5.11.で「はい」の場合、保管期間・製剤の種類・冷蔵庫の種類・清潔に保存するための具体策についてお答えください。
保存期間： _____ 日間
製剤の種類： すべて(赤血球・血漿・血小板の各製剤) 血小板製剤のみ
冷蔵庫の種類： 輸血用血液の保冷库とは、 別 同一
清潔保存の具体策： チャック付ビニール袋 シーラー その他 _____
- 5.13. 輸血前の感染症検査を実施していますか。 はい いいえ

5.14. 5.13 で「はい」の場合、実施時期・実施項目・およその実施率についてお答えください。

実施時期： 輸血実施を確認してから検査する 輸血実施に関係なく検査する

実施項目： HBs 抗原 HBs 抗体 HBc 抗体 HCV 抗体 HCV コア抗原
 HIV 抗体 その他 _____

実施率： _____%

5.15. 輸血後の感染症検査を実施していますか。 はい いいえ

5.16. 5.15. で「はい」の場合、実施時期・実施項目・およその実施率についてお答えください。

実施時期： 2 か月後 3 か月後 4 か月後 その他 _____

実施項目： HBV 核酸増幅検査 HCV コア抗原 HIV 抗体
 HBs 抗原 HCV 抗体 その他 _____

実施率： _____%

5.17. 輸血前後の感染症検査の実施率を向上させるために、取り組んでいる工夫があればお答えください。

6. 自己血輸血について

6.1. 自己血輸血を実施していますか。 はい いいえ

6.2. 6.1. で「はい」の場合、実施している種類をお答えください。

貯血式 希釈式 回収式

6.3. 6.2. で「貯血式」と回答された場合、保冷库・適合試験・輸液についてお答えください。

保冷库： 自己血専用である 日赤血保冷库と同じである

感染血液専用保冷库が設置されている

ウイルス感染者からは採血しない

適合試験： 交差適合試験を実施 血液型検査を実施 何れも実施していない

自己血採血後の輸液： 行っている 行っていない

6.4. 自己血輸血に関する手順書は整備されていますか。 はい いいえ

6.5. 自己血輸血を行う際の説明書、同意書は整備されていますか。 はい いいえ

6.6. 2011 年 1-12 月における、赤血球輸血に占める自己血の割合「自己血/（日赤 RCC+自己血）」を
お答えください。 _____%