

R4年度血液製剤使用適正化方策研究事業

新潟県内の供給体制の実態を調査するためのアンケートです。ご協力お願いいたします。
R4年12月23日（金）までにご回答をお願いいたします。

* 必須

1. 医療機関名 *

2. 医療機関コード *

3. 分類番号（調査依頼時に同封した名簿に記載された貴施設の分類番号を選択してください）

*

- 1 上越エリア
- 2 魚沼エリア
- 3 村上・阿賀町エリア
- 4 新潟エリア
- 5 佐渡エリア
- 6 その他の長岡管内エリア
- 7 その他の新潟管内エリア

4. 記入者の所属・氏名 *

5. 現在の稼働一般病床数（数字のみご記載ください） *

6. 血液センターからの血液製剤定時搬送にかかるおよその時間（平均時間）を教えてください

*

- 30分以内
- 30分～1時間未満
- 1～1.5時間未満
- 1.5～2時間未満
- 2～2.5時間未満
- 2.5～3時間未満
- 3時間以上

7. 2021年度 赤血球製剤の使用量を血液型別で把握できますか*

- できる
 できない

8. 2021年度 血液型別の赤血球製剤の使用量について教えてください
A型使用量（単位数 数字のみご記載ください）*

9. 2021年度 血液型別の赤血球製剤使用量について教えてください
B型使用量（単位数 数字のみご記載ください）*

10. 2021年度 血液型別の赤血球製剤使用量について教えてください
O型使用量（単位数 数字のみご記載ください）*

11. 2021年度 血液型別の赤血球製剤使用量について教えてください
AB型使用量（単位数 数字のみご記載ください）*

12. 赤血球製剤の院内在庫を保有していますか*

- 保有している
 保有していない

13. 赤血球製剤の院内在庫数について教えてください
A型（単位数 数字のみご記載ください）*

14. 赤血球製剤の院内在庫数について教えてください
B型（単位数 数字のみご記載ください）*

15. 赤血球製剤の院内在庫数について教えてください
O型（単位数 数字のみご記載ください）*

16. 赤血球製剤の院内在庫数について教えてください
AB型（単位数 数字のみご記載ください）*

17. 院内在庫の補充方法を教えてください（例：使用した分都度補充 など）*

18. 輸血を実施する主な診療科を教えてください。複数ある場合は上位5つまで選択してください*

- 血液内科
- 消化器内科
- 循環器内科
- 消化器外科
- 呼吸器外科
- 心臓血管外科
- 整形外科
- 脳神経外科
- 泌尿器科
- 産婦人科（出産あり）
- 産婦人科（出産なし）
- 小児科
- 救急科
- その他の内科
- その他の外科

19. 外来輸血について教えてください*

- 外来輸血を実施している
- 外来輸血は実施していない、または輸血時は入院対応としている
- その他

20. 平日日勤帯での血液製剤の発注について教えてください（緊急は除く）*

- だいたい定時便で発注できている
- どちらかというと臨時便での発注が多い（緊急持出し血液（車載血）を含む）
- 定時便と臨時便（緊急持出し血液（車載血）を含む）が半々程度

21. 臨時便で発注（緊急持出し血液(車載血)を含む）する時はどんな時ですか。（臨時便での発注がない場合は臨時便なしとご記載ください）*

22. 2021年度 赤血球製剤の廃棄について教えてください*

- 廃棄あり
- 廃棄なし

23. 2021年度 赤血球製剤の血液型別廃棄量について教えてください
A型廃棄量（単位数 数字のみご記載ください）*

24. 2021年度 赤血球製剤の血液型別廃棄量について教えてください
B型廃棄量（単位数 数字のみご記載ください）*

25. 2021年度 赤血球製剤の血液型別廃棄量について教えてください
O型廃棄量（単位数 数字のみご記載ください）*

26. 2021年度 赤血球製剤の血液型別廃棄量について教えてください
AB型廃棄量（単位数 数字のみご記載ください）*

27. 赤血球製剤の主な廃棄理由を教えてください（複数回答可）*

- 院内在庫血の有効期限切れ
- 他の患者に転用できなかった
- 取扱いまたは管理に不備があった
- 患者都合（例：患者の状態が悪くなり輸血前に中止になった）
- その他

28. 廃棄血を減らす工夫や取組みがあれば教えてください（ない場合はなしとご記載ください）*

29. これまでに血液搬送遅延により困ったことがありましたか（例：高速道路の通行止め、大雪など）*

- はい
- いいえ

30. 困った事例について具体的な内容を教えてください*

31. 冬季や天候不良時に院内在庫血を増やすなどの対策をとっていますか*

- はい
- いいえ (必要性を感じないも含む)

32. 冬季や天候不良時に実施している対策を具体的に教えてください*

33. 上記のような対策を実施したことにより廃棄血が増加することはありますか*

- ある
- どちらともいえない
- ない

34. 血液製剤の供給体制について困っていること、問題点などがありますか (ない場合はなしとご記載ください) *

35. 緊急時 ABO 異型適合血を使用していますか。また、院内での理解はありますか*

- ABO 異型適合血を使用している
- ABO 異型適合血の使用経験はないが、院内での理解は得られており緊急時の使用は可能
- 院内での理解が得られず、緊急時であっても ABO 異型適合血は使用しない
- ABO 異型適合血を使用するような事例はない

36. フィブリノゲン製剤の院内在庫・使用状況について教えてください*

- 使用経験はないが在庫はしている
- 院内在庫しており必要時に使用している
- 院内在庫も使用経験もない
- その他

37. 血液製剤が準備できない場合、輸血実施可能施設へ患者搬送、病院間での血液製剤相互融通などの体制は整っていますか (複数回答可) *

- 患者搬送の体制が整っている
- 緊急時の血液製剤相互融通の体制が整っている
- 体制整備中
- 必要性を感じているが体制が整っていない
- 必要性を感じていないため整備していない
- その他

38. 血液搬送装置 A T R を活用したいと思えますか *

- 活用したい
- 必要ない
- どちらともいえない
- わからない
- ATRを知らない

39. 血液搬送装置 A T R を活用できるとしたらどのような状況で使用したいと思えますか *

40. ATRを用いたブラッドローテーションを実施した場合、再出庫製剤の受入れは可能ですか
(貴施設の発注に応じて再出庫製品を納品) *

- 受入れ可能
- 条件付き (残り有効期間の日数など) で受け入れ可能
- 受入れ不可
- わからない

41. 新潟県合同輸血療法委員会では2020年度、2021年度の血液製剤使用適正化方策調査研究事業において佐渡でのATRを用いたブラッドローテーションを実施しました。 研究事業の内容や成果をご存じですか *

- 知っている
- なんとなく知っている
- 全く知らない

42. 上記設問に回答するうえで、回答しづらかったこと、回答に追記したいことなど自由にご記載ください

このコンテンツは Microsoft によって作成または承認されたものではありません。送信したデータはフォームの所有者に送信され
ず。

R4年度 輸血業務・輸血療法委員会に関する調査

* 必須

1. 医療機関名をご記入ください*

2. 回答者氏名をご記入ください*

3. 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

4. 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

5. 輸血療法委員長の診療科（役職）、氏名をご記入ください*

6. 輸血医療に責任を持つ輸血責任医師を任命していますか（輸血管理料算定条件）*

はい

いいえ

7. 輸血管理料や輸血適正使用加算、貯血式自己血輸血管理体制加算を算定されていますか*

輸血管理料I

輸血管理料II

輸血適正使用加算

貯血式自己血輸血管理体制加算

該当なし

8. 日本輸血・細胞治療学会等の認定制度について、院内の資格取得状況をお答えください
(取得者がいる場合は該当する資格をチェックしてください) *

- 認定医
- 認定輸血検査技師
- 細胞治療認定管理師
- 自己血輸血看護師
- 臨床輸血看護師
- アフェレーシスナース
- 資格取得者なし
- その他

9. 夜間や休日の血液製剤の発注はどの部門が行っていますか *

- 検査部門
- 薬剤部門
- 看護部門
- その他

10. 血液製剤を使用する際に使用目的や検査データの提示要求など輸血の妥当性をチェックしていますか *

- 輸血オーダー時に使用目的を提示
- 輸血オーダー時に輸血前データを提示
- 輸血前データを確認 (検査部門)
- 患者情報を確認 (検査部門)
- 主治医に確認 (検査部門)
- その他

11. 2022年1~11月の間に緊急時等 (移植関連は除く) で異型適合血を使用したことがありますか *

- O型赤血球
- O型以外の赤血球
- AB型血漿
- AB型以外の血漿
- 使用なし

12. 輸血副作用が発生した場合速やかに輸血検査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
- その他

13. R2年3月「輸血療法の実施に関する指針」一部改訂に伴い輸血前後の感染症検査の考え方が変更されました。貴施設の現在の輸血後感染症検査に関する方針（実施率とは関係なく病院としての方針）をお答えください*

- 輸血した全症例について実施（輸血患者全てに検査案内をする、指針改定前と変更なしも含む）
- 担当医が必要と判断した患者のみ実施
- 輸血後感染症検査は実施していない
- 指針改定前と検査項目を変更して全症例に実施
- 指針改定前と検査項目を変更し、担当医が必要と判断した患者のみ実施
- その他

14. 不規則抗体保有者に不規則抗体カードを発行する体制をとっていますか*

- 新潟県共通カードを発行
- 日本輸血・細胞治療学会のカードを発行
- 自施設オリジナルのカードを発行
- 発行する体制を準備中
- 発行していない
- その他

15. 2022年1月～11月に何枚（何人に）発行しましたか*

16. 他施設が発行した不規則抗体カードを提示された場合の対応は整備されていますか*

- 整備している
- 準備中または検討中
- 整備していない（必要性を感じない）
- その他

17. 2022年1月～11月の間に自施設又は関連施設（訪問介護ステーションを含む）において在宅輸血の実施がありましたか*

- はい
- いいえ

18. 過去1年間(2022年1月～11月)に過誤輸血につながるようなインシデント(実際には過誤輸血を回避できたものを指します)の発生がありましたか
あった場合は発生したインシデントの分類をチェックしてください*

- なかった
- 患者検体の取り換え
- 血液型判定ミス
- 検査室内での血液型転記ミス(誤入力、伝票への誤記など)
- 病棟等での血液型転記ミス(カルテ、輸血伝票への誤記など)
- カルテの血液型の確認ミス
- 血液バッグの取り換え
- 患者の取り換え
- その他

19. インシデント事例の簡単な概要を「発生の原因」「過誤に至らなかった要因」「対応策」を含めてご記入ください(インシデントがなかった場合にはなしとご記載ください)

20. 新潟県合同輸血療法委員会の活動についてご意見・ご要望等ご自由にお書きください

このコンテンツは Microsoft によって作成または承認されたものではありません。送信したデータはフォームの所有者に送信されます。