

輸血療法に関するアンケート調査依頼施設（72施設）

アンケートに回答する際に医療機関コードをご確認ください

医療機関コード	医療機関名
10106	新潟大学医歯学総合病院
10108	国立病院機構西新潟中央病院
10111	県立がんセンター新潟病院
10116	厚生連新潟医療センター
10128	信楽園病院
10132	日本歯科大学新潟病院
10138	猫山宮尾病院
15121	新潟市民病院
15126	新潟臨港病院
15128	新潟中央病院
15130	新潟万代病院
15132	木戸病院
15138	桑名病院
15144	新潟南病院
15145	みどり病院
20116	厚生連村上総合病院
20126	村上記念病院
20226	山北徳洲会病院
20511	県立坂町病院
25111	県立新発田病院
25126	北越病院
25132	新発田リハビリテーション病院
25136	新潟聖籠病院
25216	厚生連豊栄病院
25226	新潟リハビリテーション病院
25326	中条中央病院
25616	あがの市民病院
30126	下越病院
30128	新津医療センター病院
30226	新潟白根総合病院
30426	亀田第一病院
30530	五泉中央病院
30527	南部郷厚生病院
30711	県立津川病院
35116	厚生連三条総合病院
35126	済生会三条病院
35130	三之町病院
35136	富永草野病院
35211	県立加茂病院
40126	県立燕労災病院

医療機関コード	医療機関名
40228	新潟西蒲メディカルセンター病院
40311	県立吉田病院
40652	西蒲中央病院
40726	新潟脳外科病院
40728	済生会新潟病院
45101	長岡赤十字病院
45116	厚生連長岡中央総合病院
45126	立川総合病院
45138	長岡西病院
45621	見附市立病院
50121	魚沼市立小出病院
50216	厚生連小千谷総合病院
55126	斎藤記念病院
55130	魚沼基幹病院
55131	南魚沼市民病院
60111	県立十日町病院
60321	町立津南病院
65106	国立病院機構新潟病院
65116	厚生連柏崎総合医療センター
65126	柏崎中央病院
70111	県立中央病院
70116	厚生連上越総合病院
70121	上越地域医療センター病院
70126	新潟労災病院
70128	知命堂病院
70216	厚生連けいなん総合病院
70311	県立柿崎病院
70711	県立妙高病院
71111	県立松代病院
75116	厚生連糸魚川総合病院
80121	佐渡市立両津病院
80226	厚生連佐渡総合病院

R5年度 輸血業務全般・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. 医療機関コードをご記入ください *

3. 回答者氏名をご記入ください *

4. 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

5. 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

6. 輸血療法委員長の診療科（役職）、氏名をご記入ください *

7. 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

8. 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

9. 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
また、その他欄に資格取得者の人数をご記入ください（記入例：認定医：1名 認定技師：2名） *

- 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
- アフレシスナーズ
- 資格取得者なし
- その他

10. 輸血用血液製剤を在庫していますか。在庫している場合は在庫製剤と単位数をその他欄にA：O：
B：A Bの順にご記載ください（記入例 RBC 4：6：2：0、FFP 0：0：0：4） *

- 在庫なし
- その他

11. カリウム吸着フィルターを使用していますか。使用している場合はどのような患者に使用していますか *

- 急速または大量輸血
- 未熟児・新生児輸血など
- 腎不全患者
- カリウム値が高い患者
- 使用していない
- その他

12. 検査から払い出した血液製剤の返却についてお答えください *

- 原則返品不可
- 払い出し後30分以内であれば返品可
- 払い出し後60分以内であれば返品可
- 払い出し後温度管理されていない保冷庫であっても冷蔵保管してあれば返品可
- その他

13. 輸血セットの準備（血液製剤への取り付け、ルート内への血液充填など）はどこで行っていますか（外来輸血を除く） *

- 輸血セットの準備は全てナースステーションで行っている
- 輸血セットの準備は全て患者のベッドサイドで行っている
- 輸血セットの取り付けはナースステーションで行い、ルート内への血液充填はベッドサイドで行っている
- その他

14. 医療機関に納品された輸血用血液製剤は血液センターに返品できないことを医師や看護師は知っていますか *

- 知っている
- 知らない
- わからない
- その他

15. 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）
- 妥当性のチェックはしていない
- その他

16. 輸血実施後に輸血効果を評価していますか *

- はい
- いいえ
- その他

17. 適正使用を推進するための活動を行っていますか *

- はい
- いいえ
- その他

18. 適正使用を推進するために具体的にどんな活動を行っていますか *

19. 2023年1～12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

20. 緊急時に異型適合血を使用することについて院内で理解は得られていますか（抵抗なく使用できていますか） *

- 理解されている
- 一部の医師には理解されていない
- 全体的に抵抗がある
- 異型適合血を使用するような状況がない
- その他

21. 大量出血症例に対してフィブリノゲン製剤を使用していますか *

- 使用している
- 使用事例はないが準備はしている
- 今後準備する予定
- 準備も使用もする予定はない

22. 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

23. 外来輸血患者に帰宅後の輸血副作用について注意喚起していますか *

- はい
- いいえ
- 外来輸血を実施していない
- その他

24. 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

25. 輸血後感染症検査の必要性を判断する基準や検査を実施する範囲（診療科や疾患など）などを院内で設定していますか。している場合は設定している基準をご記載ください。設定していない場合は設定していないとご記載ください。 *

26. 輸血後感染症検査の運用について具体的にご記載ください *

27. 輸血前感染症検査についての方針をお聞かせください *

- 輸血前に必ず検査を実施している
- 検査は行わず検体のみ保管している
- 検査も検体保管も実施していない
- その他

28. 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

29. 2023年1月～12月に新規に何枚（何人に）発行しましたか（抗体追加等の更新は含まない） *

30. 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

31. 宗教的理由により輸血を拒否する患者の意思をどこかのタイミングで確認する体制がありますか *

- 手術の同意を取る時
- 輸血の同意を取る時
- 確認していない（患者からの自己申告）
- その他

32. 2023年1月～12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

33. 過去1年間(2023年1月～12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（発注ミス）
- 血液バッグの取り換え
- 患者の取り換え
- その他

34. 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）

35. 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

