

(別添)

輸血の管理体制等に関する調査票

医療機関名、担当者氏名等を御記入ください。

医療機関名	
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. 病床数、常勤医師の人数及び常勤検査技師の人数についてお尋ねします。

(1) 貴医療機関の一般病床数について、該当する番号を御記入ください。

- ①病床なし ②1～19床 ③20～99床 ④100～299床 ⑤300～499床
⑥500床以上

(2) 貴医療機関の常勤医師の人数について、該当する番号を御記入ください。

- ①1人 ②2人 ③3～4人 ④5～9人 ⑤10人以上

(3) 貴医療機関の常勤(臨床)検査技師の人数について、該当する番号を御記入ください。

- ①0人 ②1人 ③2人 ④3～4人 ⑤5人以上

2. 輸血管理体制についてお尋ねします。

(1) 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あり ②なし

(2) 2. (1)で①と回答した施設について、委員会の平成29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

(3) 2. (2)で①または②と回答した施設について、委員会の平成29年度における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

(4) 輸血業務(輸血検査、血液製剤の請求・保管・払出し等の事務的業務、輸血療法委員会の検討事項の実施等)を一元管理していますか。(一括して行っていますか。)

- ①はい ②いいえ

(5) 2. (4)で①と回答した施設について、その部門はどこですか。

- ①検査部門 ②薬剤部門 ③看護部門 ④事務部門
⑤その他()

(6) 輸血責任医師を任命していますか。

- ①あり ②なし

(7) 2. (6)で①と回答した施設について、当該医師の専任、兼任の別を教えてください。

- ①専任 ②兼任

(8) 輸血担当技師(臨床検査技師)を配置していますか。

- ①あり ②なし

(9) 2. (8)で①と回答した施設について、当該担当技師の専任、兼任の別を教えてください。

①専任 ②兼任

(10) 2. (8)で①と回答した施設について、輸血検査は検査技師が24時間体制で実施していますか。

①はい ②いいえ

(11) 輸血用血液製剤専用の保冷庫を設置していますか。

①あり ②なし

(12) 2. (11)で①と回答した施設について、輸血用血液製剤専用保冷庫に自記温度記録計、警報装置は設置されていますか。

①自記温度記録計のみ設置 ②自記温度記録計と警報装置の両方を設置 ③なし

3.輸血検査業務についてお尋ねします。

(1) 輸血検査業務はどのような体制で実施していますか。(検査・試験項目ごとに該当の番号を御記入ください。)

ア ABO・Rh血液型検査

①民間検査センター等に外注 ②自院内で検査を実施

イ 不規則抗体検査(スクリーニング)

①民間検査センター等に外注 ②自院内で検査を実施

ウ 不規則抗体検査(抗体同定)

①民間検査センター等に外注 ②自院内で検査を実施

エ 交差適合試験

①民間検査センター等に外注 ②自院内で検査を実施

(2) 輸血検査業務に関する課題がありますか。

①あり ②特になし

(3) 3. (2)で①と回答した施設について、課題に該当するものに「○」を御記入ください。(複数回答可)

① 検査項目

② 結果の解釈

③ その他()

4. 輸血業務についてお尋ねします。(この設問については、1. (1)で①～④と回答した医療機関(一般病床数299床以下)のみ御記入ください。)

(1) 輸血を行う際に、厚生労働省の「輸血療法の実施に関する指針」及び「血液製剤の使用指針」を参考にしていますか。

① 知っており参考にしている ② 知っているが参考にしていない ③ 指針を知らない

(2) 輸血の準備・ルート確保・輸血の実施を主に誰が行っていますか。

① 主に医師 ② 主に看護師 ③ その他()

(3) 貴院に輸血療法に関するマニュアル等がありますか。

① ある ② ない

(4) 血液製剤を使用する際に患者への説明を行い、同意書を取得していますか。

① はい ② いいえ ③ 説明のみ

(5) 貴施設の輸血に関する考えの該当するものに「○」を御記入ください。(複数回答可)

- ① 自施設に輸血体制(検査・保管等)があり、特に不安はない。
② 輸血が必要な患者は極力、中核病院等へ紹介する。
③ 輸血の必要性だけで患者を紹介し難いため、当院で輸血せざるを得ない。
④ 緊急(or 至急)のため、当院で輸血せざるを得ない。
⑤ その他()

(6) 訪問診療などで、在宅での輸血を実施したことがありますか。

① あり ② なし

(7) 4. (6)で①と回答した施設について、平成29年度に在宅輸血を行った患者は何人程度ですか。

① 0人 ② 1人 ③ 2～5人 ④ 6～10人 ⑤ 11～50人 ⑥ 51人以上

(8) 4. (6)で①と回答した施設について、医療従事者が輸血副作用を確認するために、患者を観察する時間はどの程度ですか。

① 行っていない ② 輸血開始から5分間程度 ③ 輸血開始から15分間程度
④ 輸血開始から30分間程度 ⑤ 輸血開始から1時間程度
⑥ 輸血終了まで ⑦ その他()

(9) 4. (6)で①と回答した施設について、輸血を行う際に、(一社)日本輸血・細胞治療学会作成の「在宅赤血球輸血ガイド」を参考にしていますか。

① 知っており参考にしている ② 知っているが参考にしていない ③ ガイドを知らない

5. 愛知県合同輸血療法委員会の活動についてお尋ねします。

(1) 愛知県合同輸血療法委員会の活動について、今後期待するもの(望むもの)がありますか。

① ある ② ない

(2) 5. (1)で①と回答した施設にお尋ねします。どのような活動を期待しますか。該当するものに「○」を御記入ください。(複数回答可)

- ① 電話による相談窓口
② 研修会・説明会
③ メール・リストによる相談等
④ その他()

(3)5. (1)で①と回答した施設にお尋ねします。どのような内容の活動を期待されますか。該当するものに「○」を御記入ください。(複数回答可)

- ① 輸血の適応や血液製剤の選択
- ② 輸血検査
- ③ 輸血実施手順(製剤の取扱いを含む)
- ④ 輸血副作用
- ⑤ その他()

御協力ありがとうございました。

その他に御意見等がございましたら、下記へ御記入ください。

メールの件名及びファイル名を「輸血等調査票(医療機関名)」とし、
電子メールで**平成30年7月31日(火)まで**に下記宛て送付してください。

送付先: 愛知県 健康福祉部 保健医療局 医薬安全課
電 話: 052-954-6305(ダイヤルイン、毒劇物・麻薬・血液グループ)
FAX: 052-953-7149
メール: iyaku@pref.aichi.lg.jp