

# 令和4年度 血液製剤の使用適正化に関する アンケート調査報告

熊本県合同輸血療法委員会

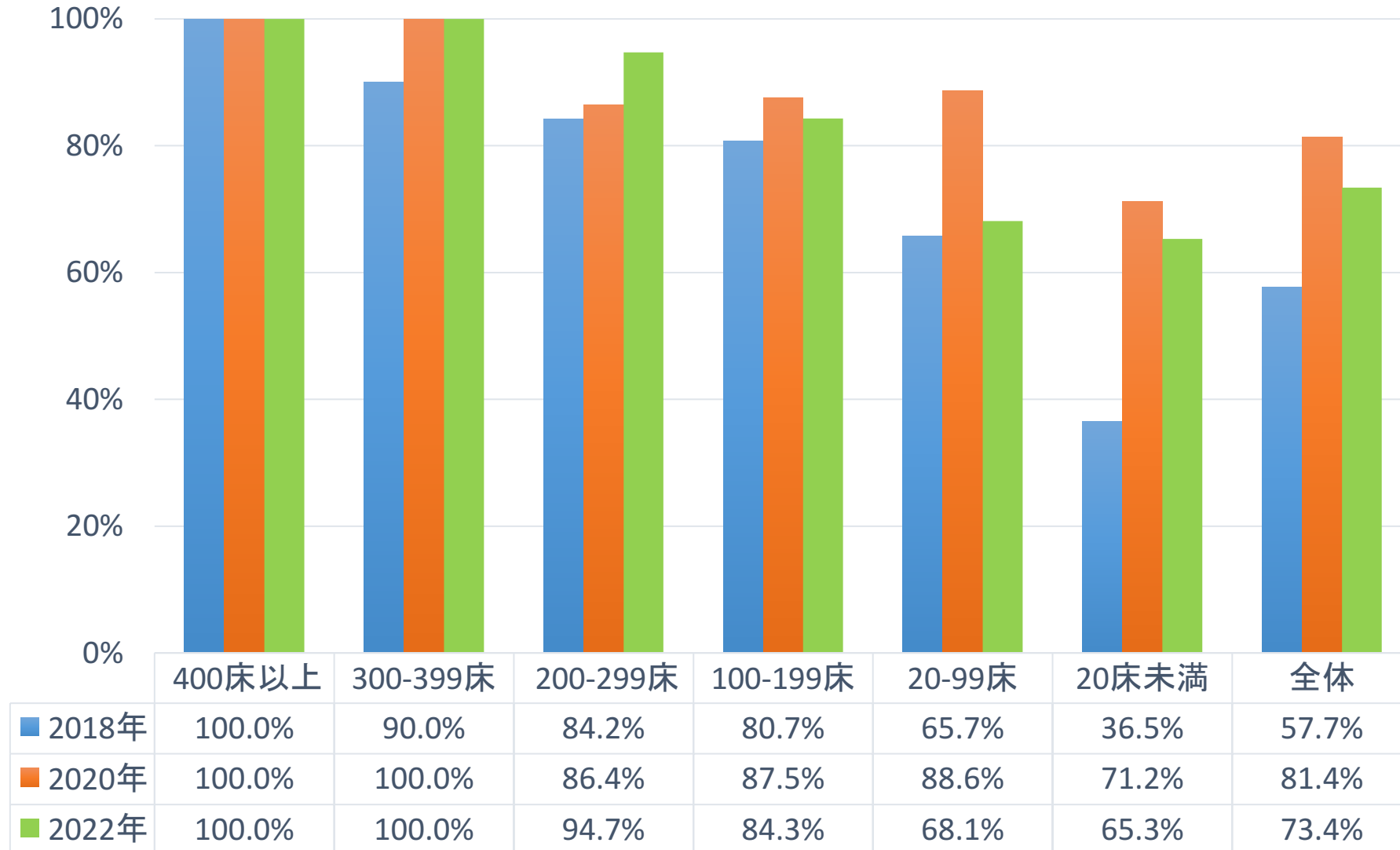
## 調査概要

- 1 【調査方法】：過去2年間に血液製剤が供給された282施設に郵送または持参した。
- 2 【調査期間】：令和4年8月24日～9月30日
- 3 【回収率】：73.4% (207/282)
- 4 【供給占有率】：県内の赤血球製剤使用量の95.6%を占める施設から回答を得た。

回答があった207施設を病床数毎に区切り評価を行った。

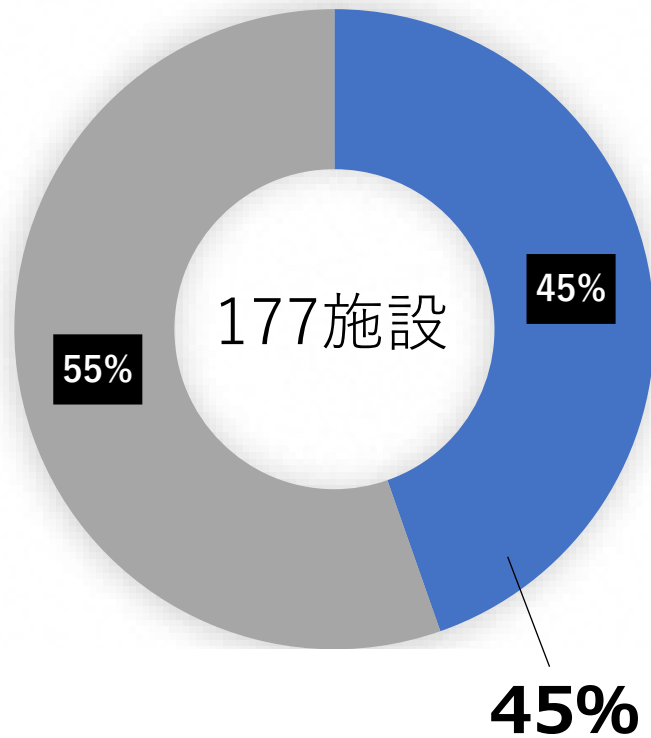
病床数	発送数	回収数	回収率
400床以上	8	8	100%
300～399床	8	8	100%
200～299床	19	18	94.7%
100～199床	51	43	84.3%
20～99床	72	49	68.1%
20床未満	124	81	65.3%
全体	282	207	73.4%

# アンケート調査回収率

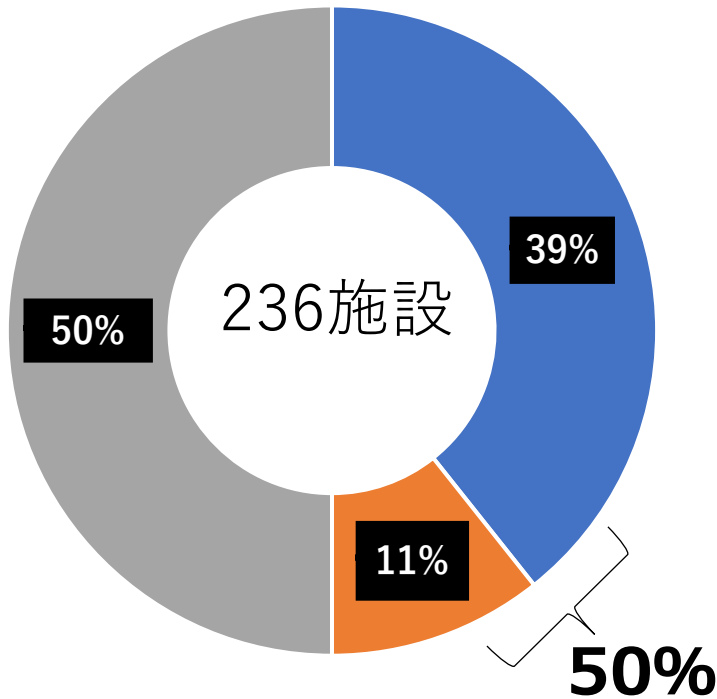


# Q1-1:輸血療法委員会がありますか

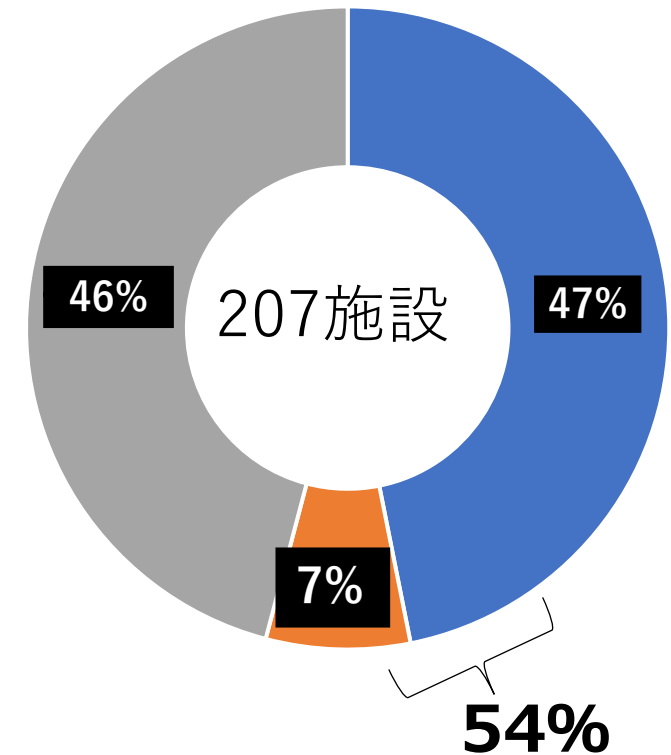
2018年



2020年



2022年



2019年12月～  
輸血療法委員会設置支援  
DVD配布スタート

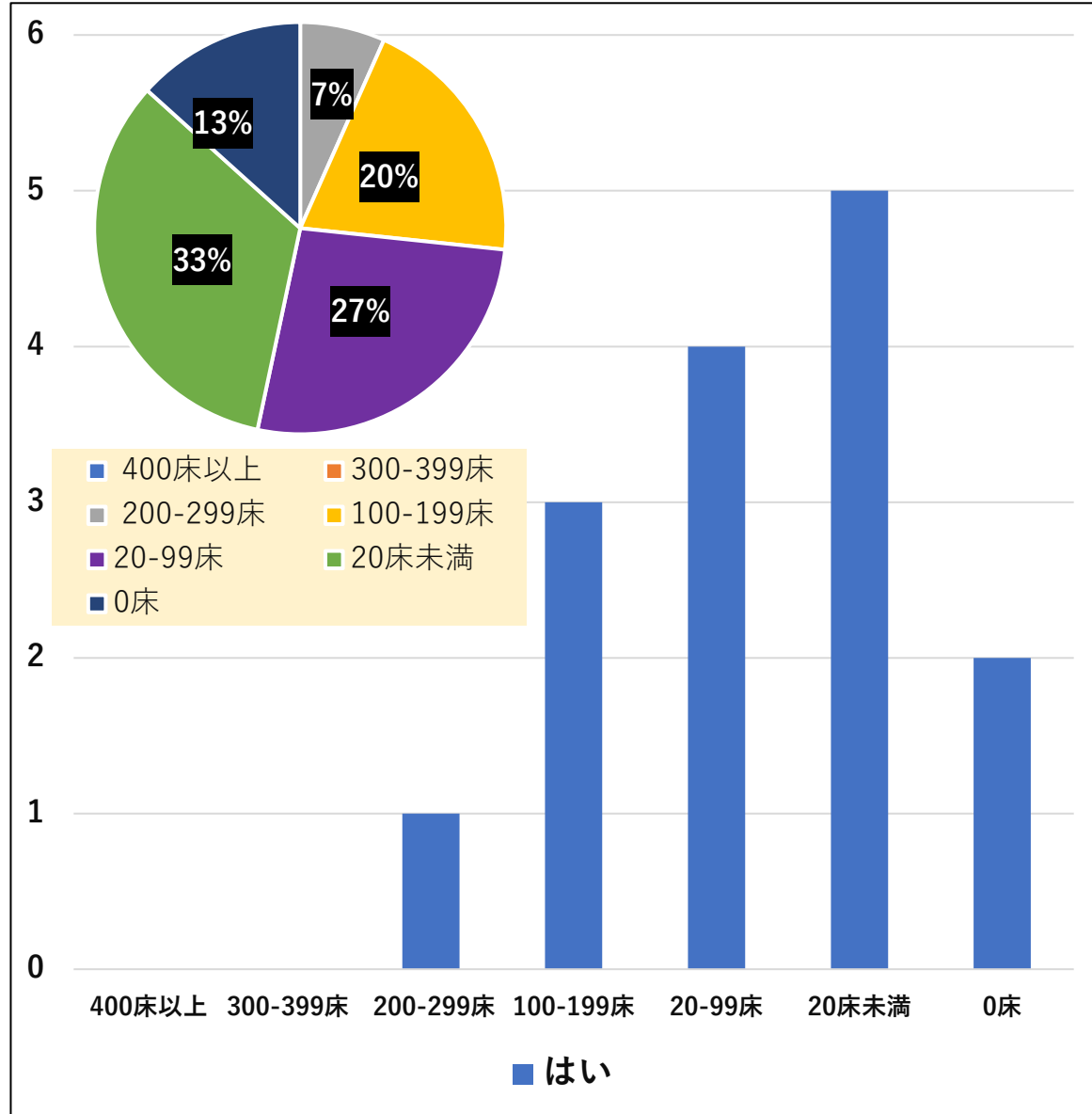
- はい
- 同様の機能もつ委員会あり
- いいえ

同様の機能もつ委員会あり 15施設

直近2年以内（2020年～現在まで）  
の設置 19施設

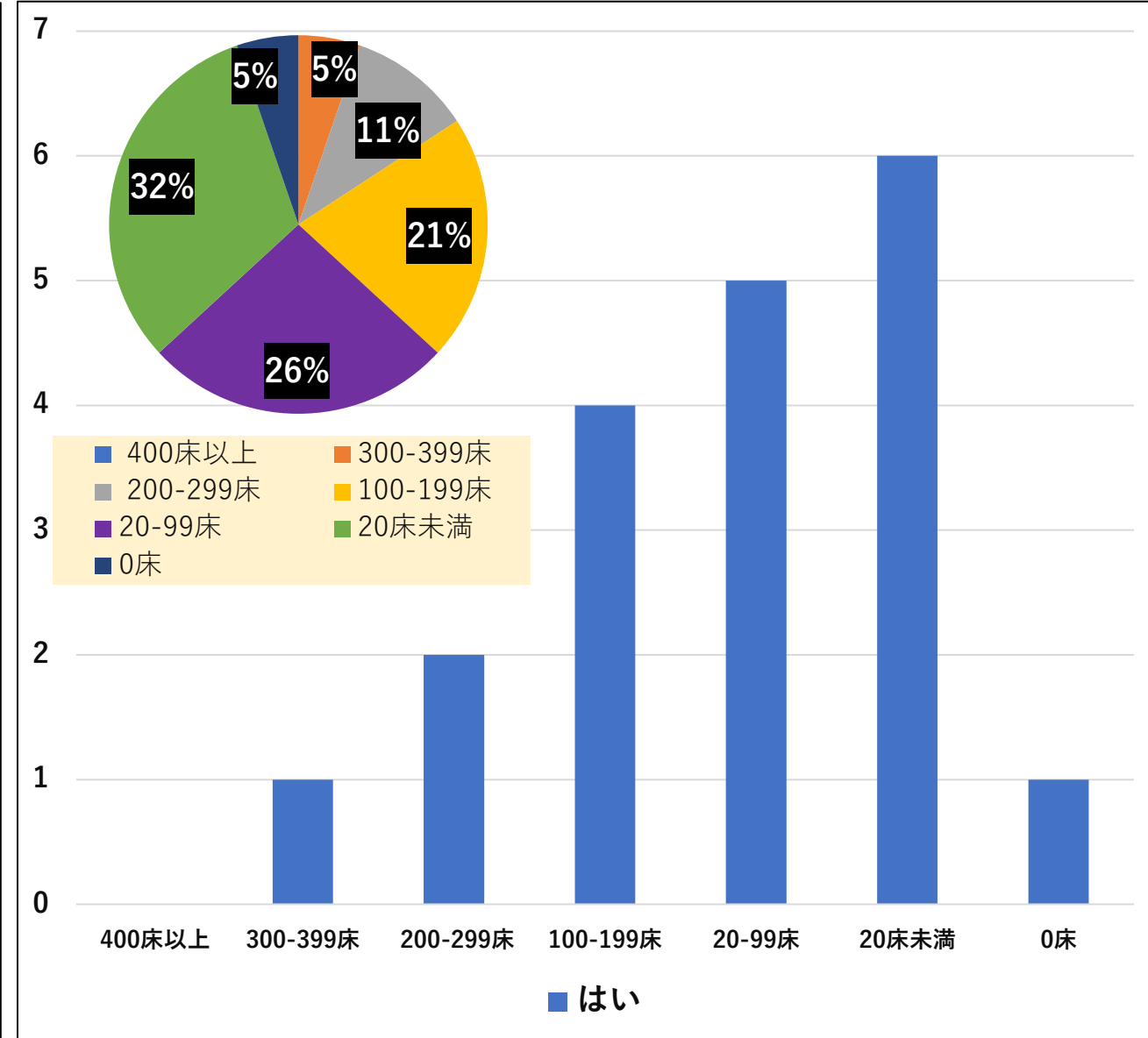
### Q1-2：輸血療法委員会と同様の機能を持つ委員会がありますか N = 15

(施設数)



### Q1-3 輸血療法委員会等は直近2年以内に設置しましたか N = 19

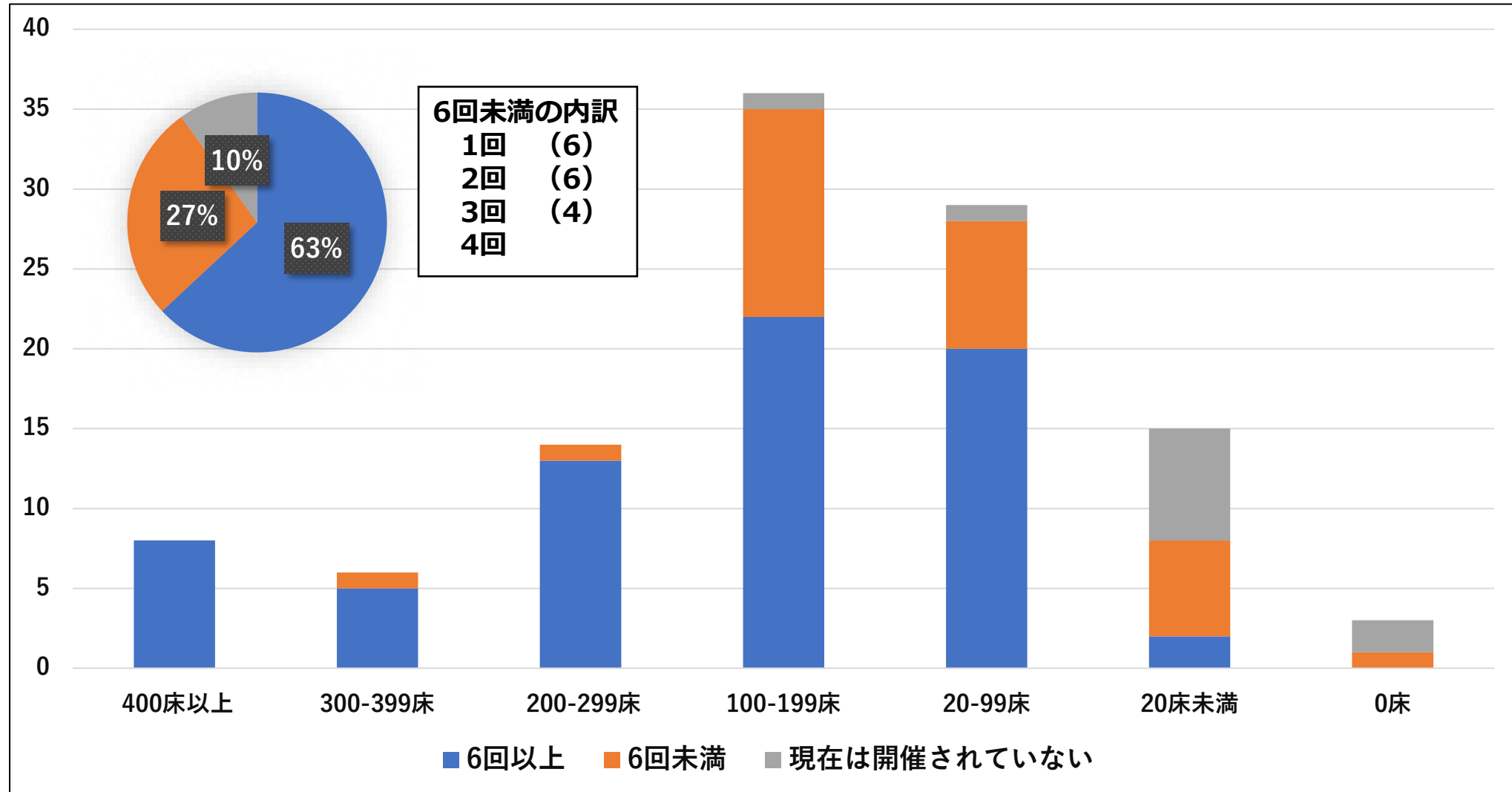
(施設数)



## Q2:輸血療法委員会の開催回数(年)

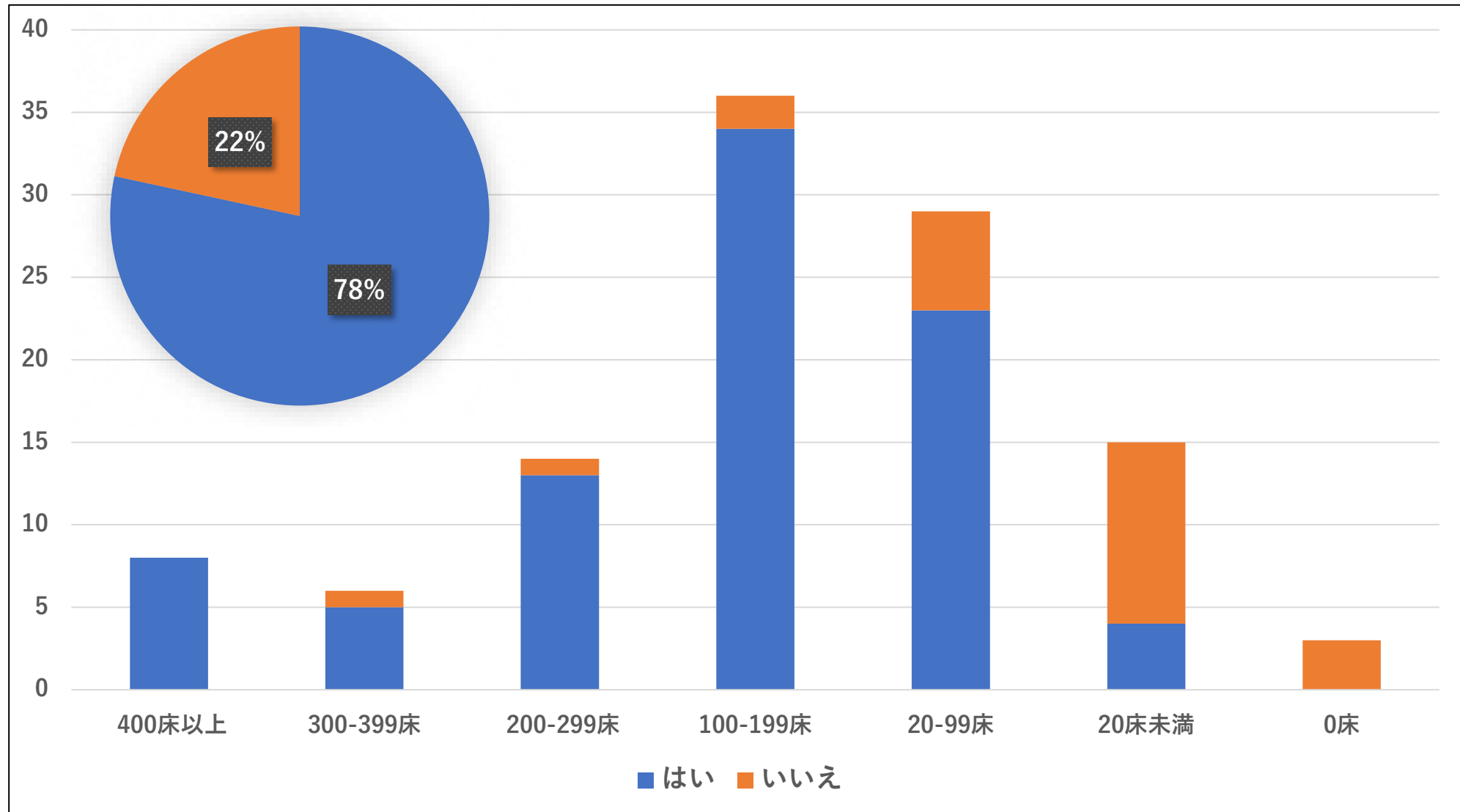
N = 111

(施設数)

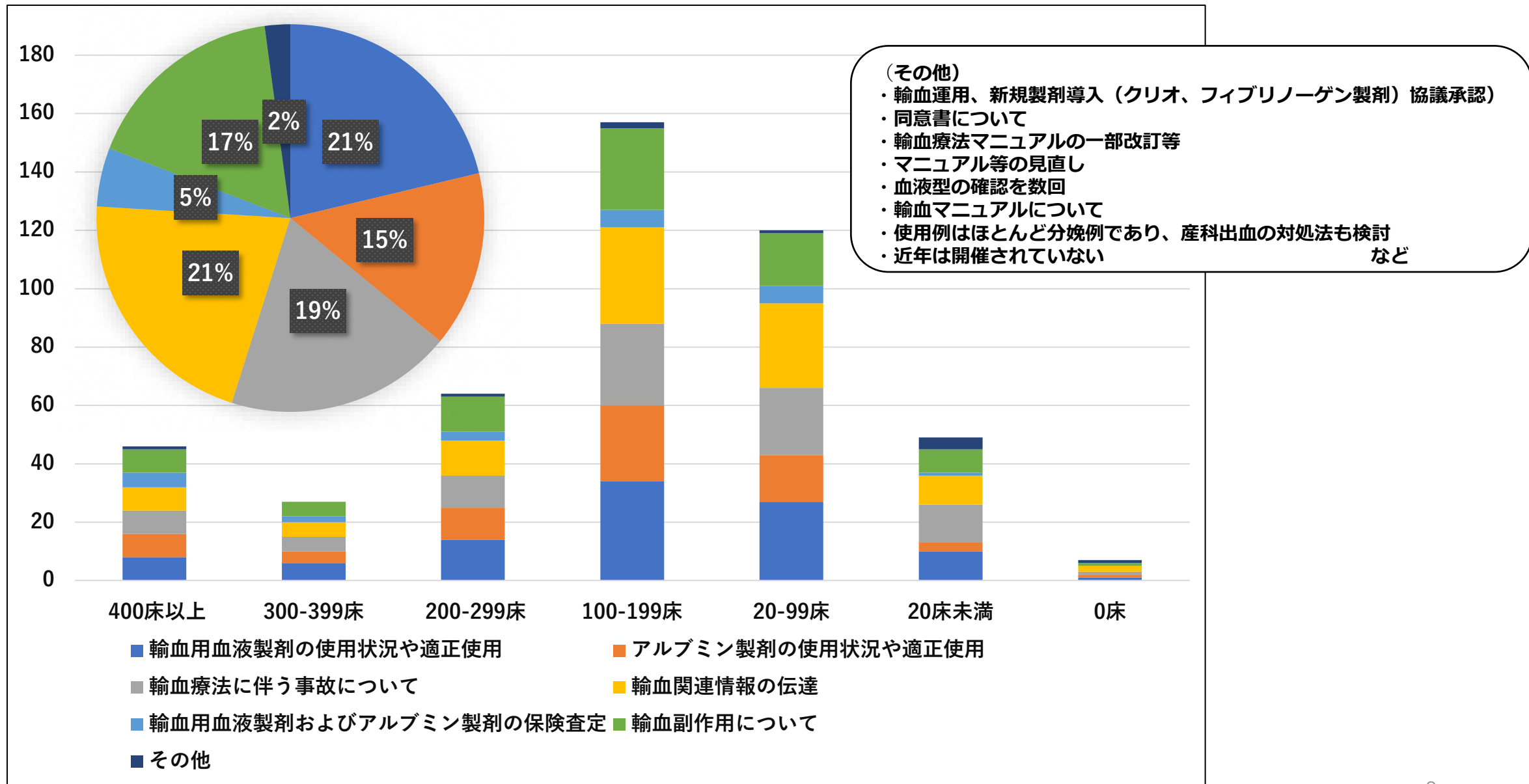


# Q3：輸血療法委員会の設置要綱はありますか N = 111

(施設数)



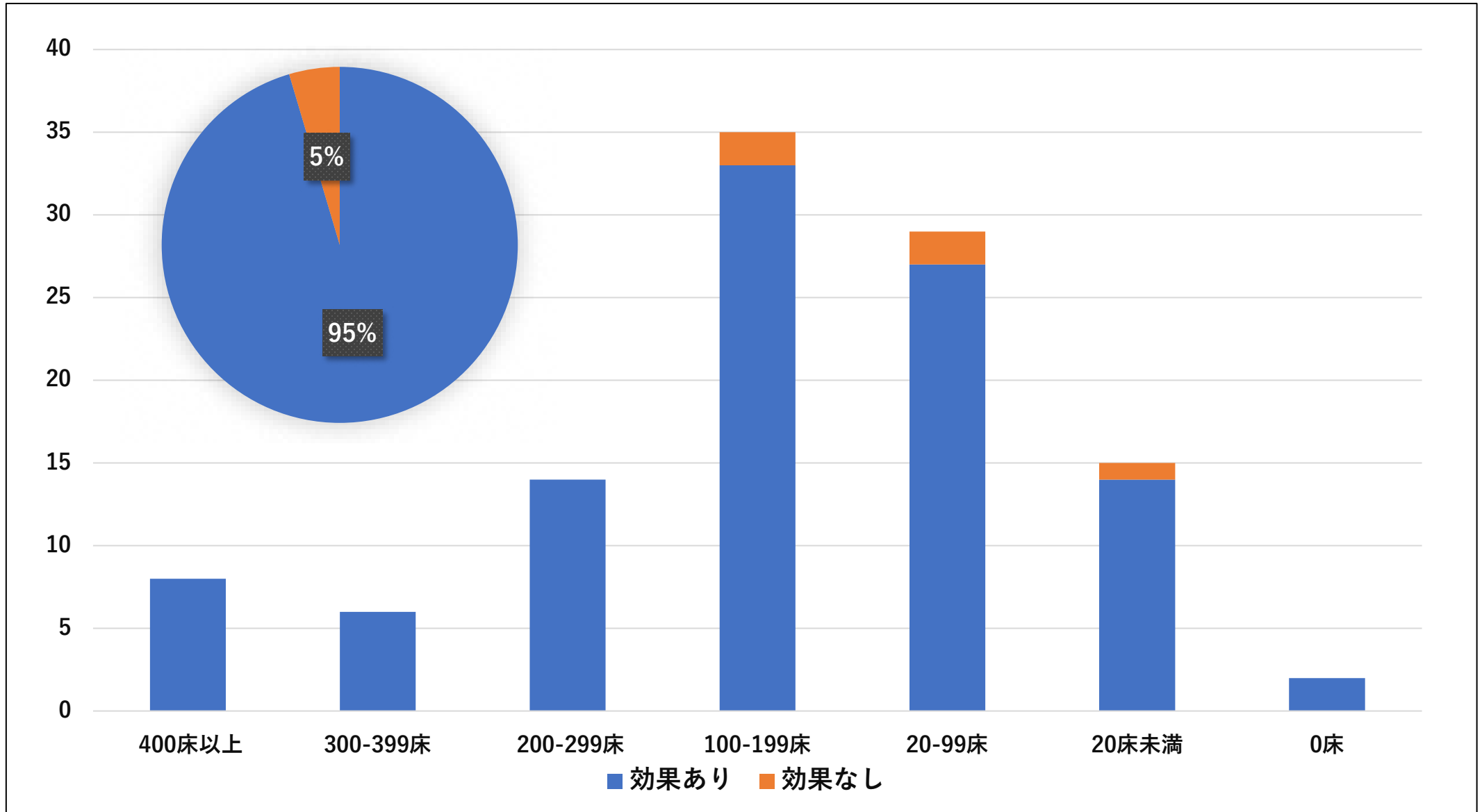
# Q4：輸血療法委員会での検討内容 N = 111（複数回答可）



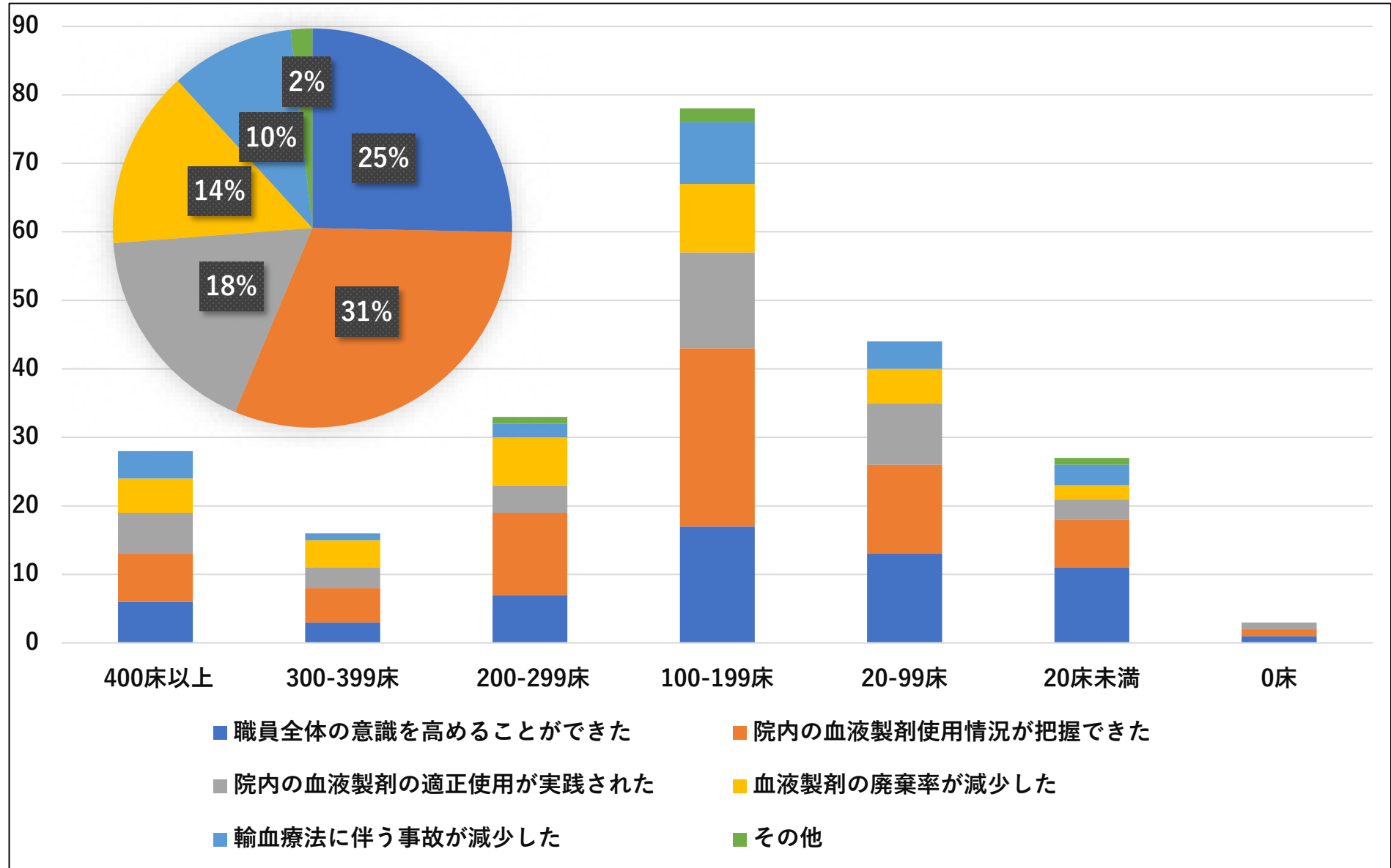


# Q5-1：輸血療法委員会開催の効果はありましたか N = 109

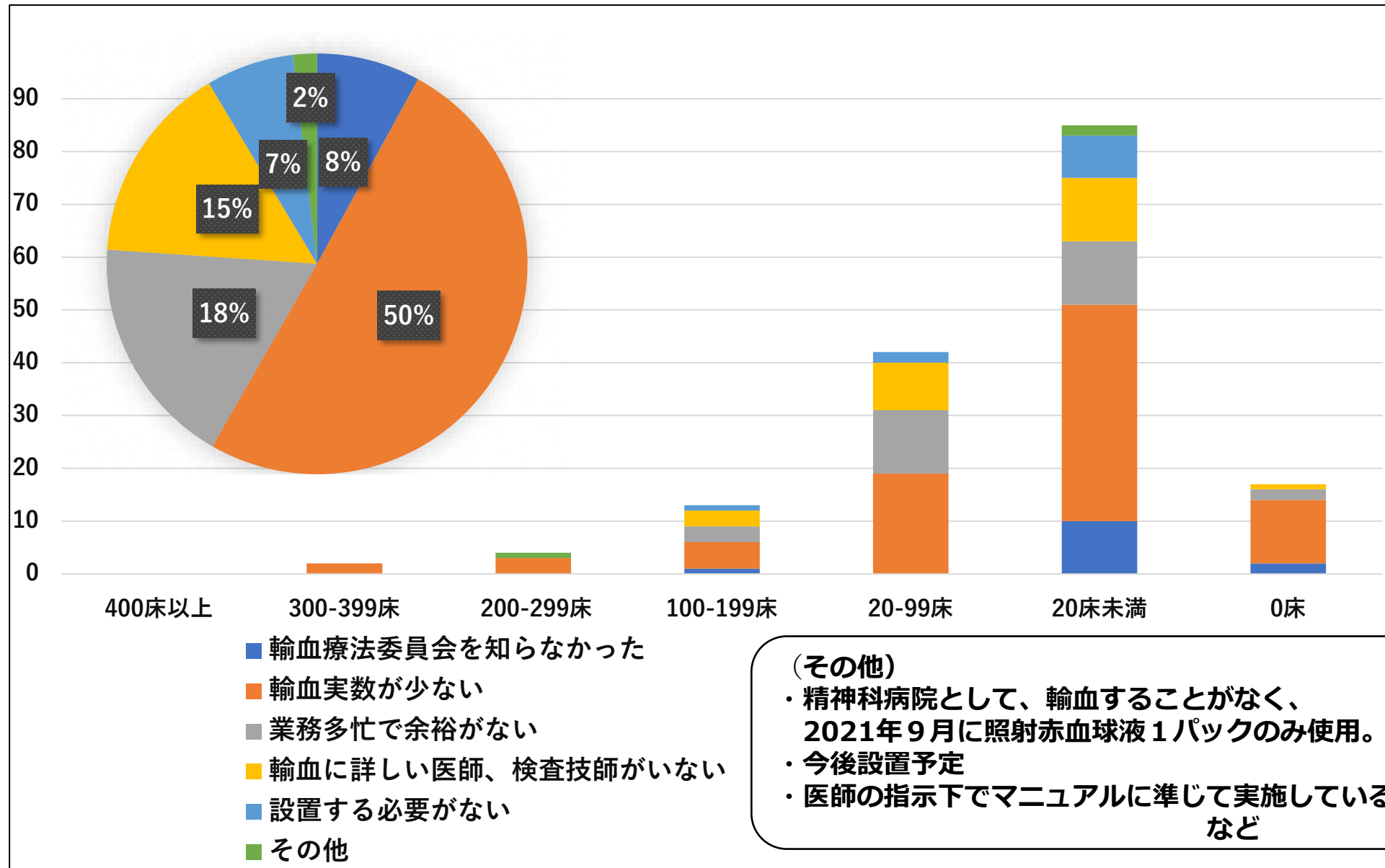
(施設数)



# Q5-2：どのような効果がありましたか N = 104 (複数回答可)

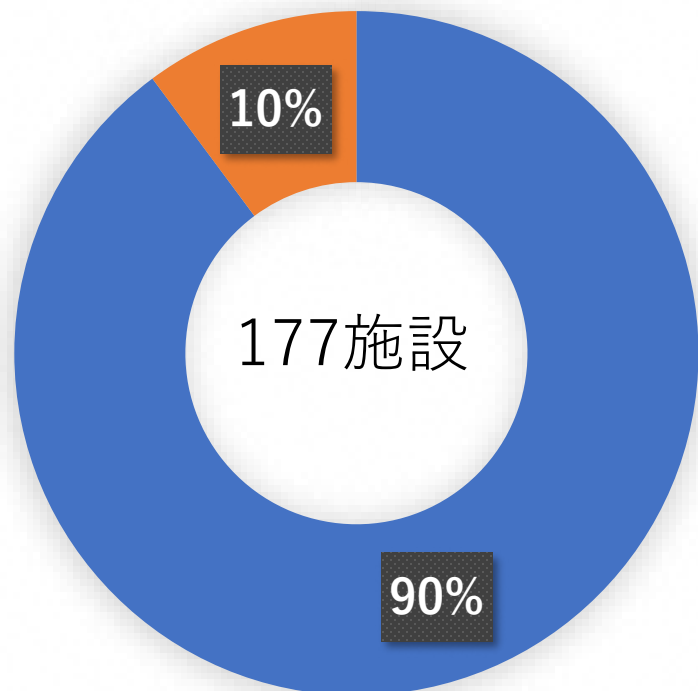


# Q6:輸血療法委員会を設置していない理由 N = 95 (複数回答可)

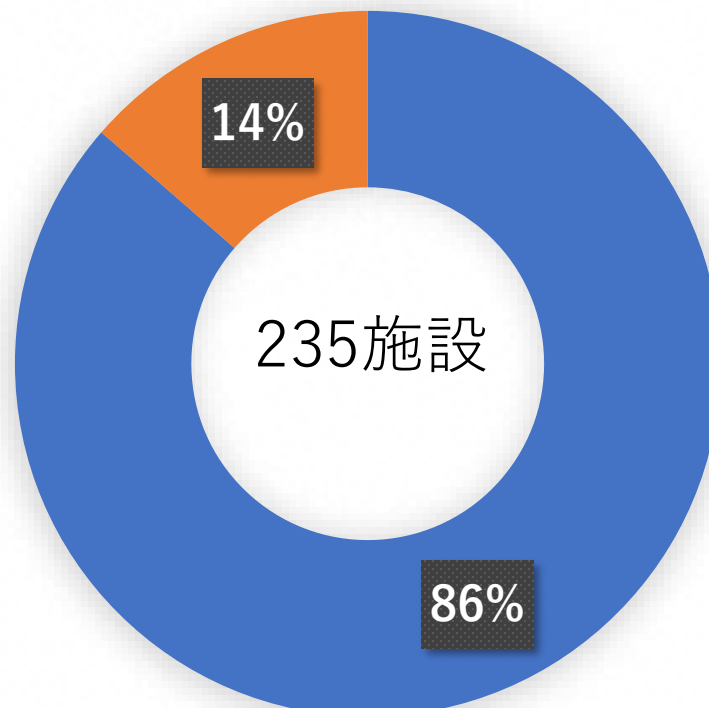


# Q7：「血液製剤の使用指針」および「輸血療法の実施に関する指針」の改定について知っていますか

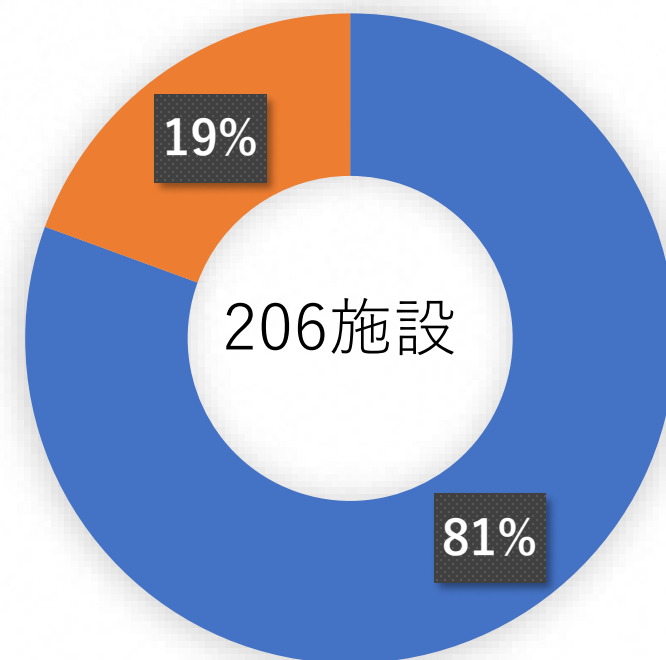
2018年



2020年



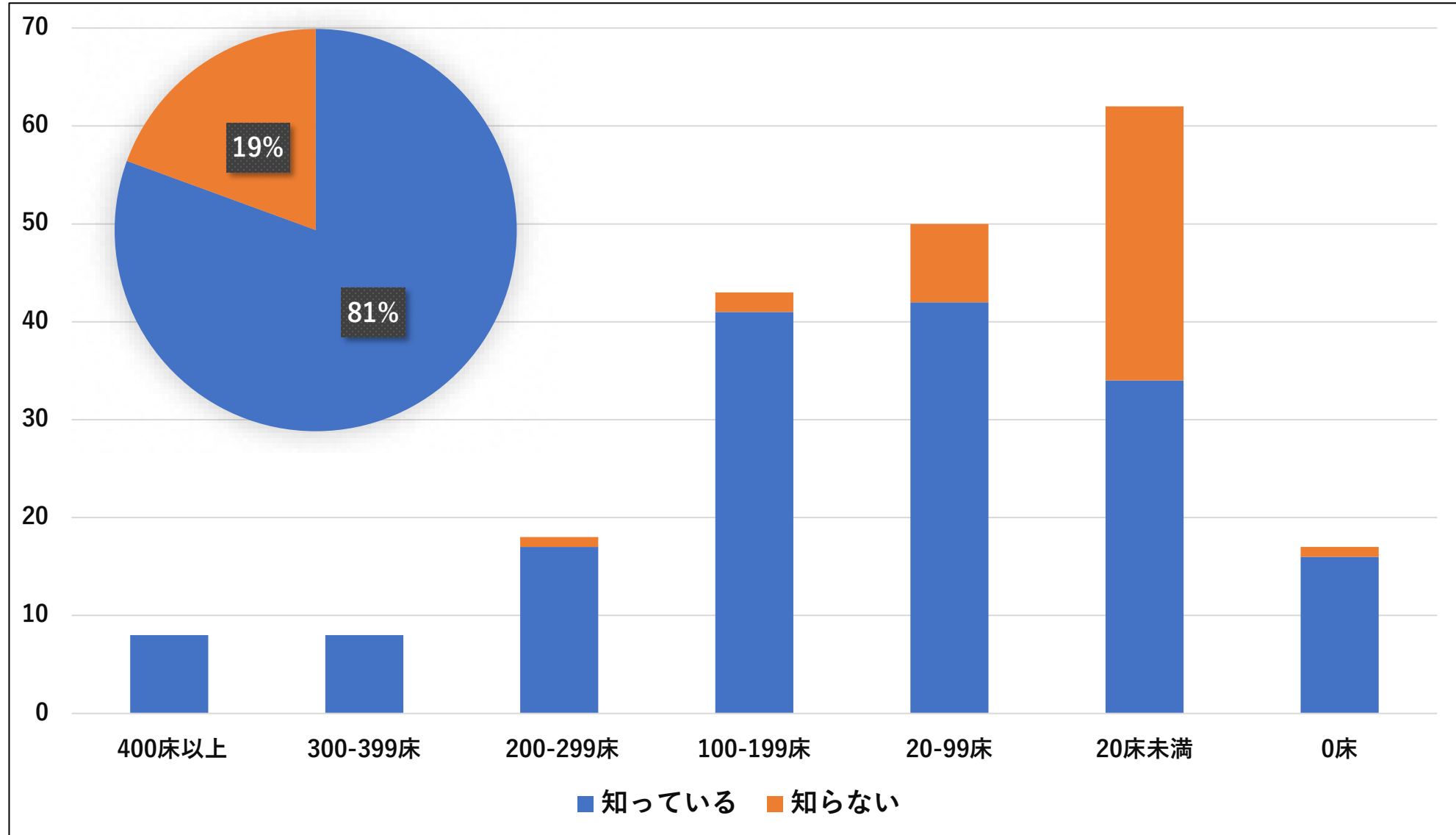
2022年



■ 知っている ■ 知らない

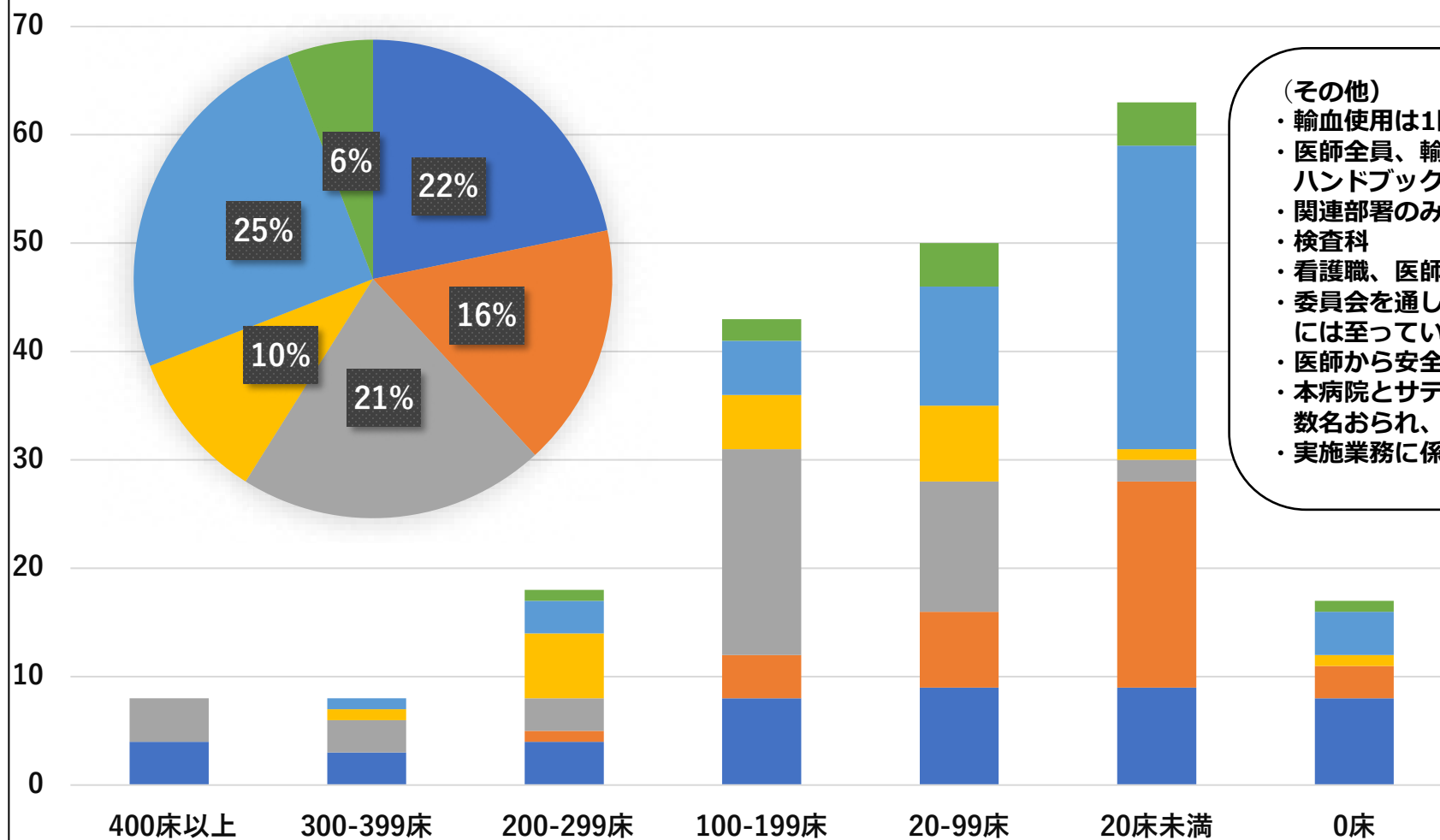
# Q7： 「血液製剤の使用指針」 および 「輸血療法の実施に関する指針」 の改定について知っていますか N = 206

(施設数)



# Q8 : 「血液製剤の使用指針」および「輸血療法の実施に関する指針」の周知状況をお答えください N = 207

(施設数)



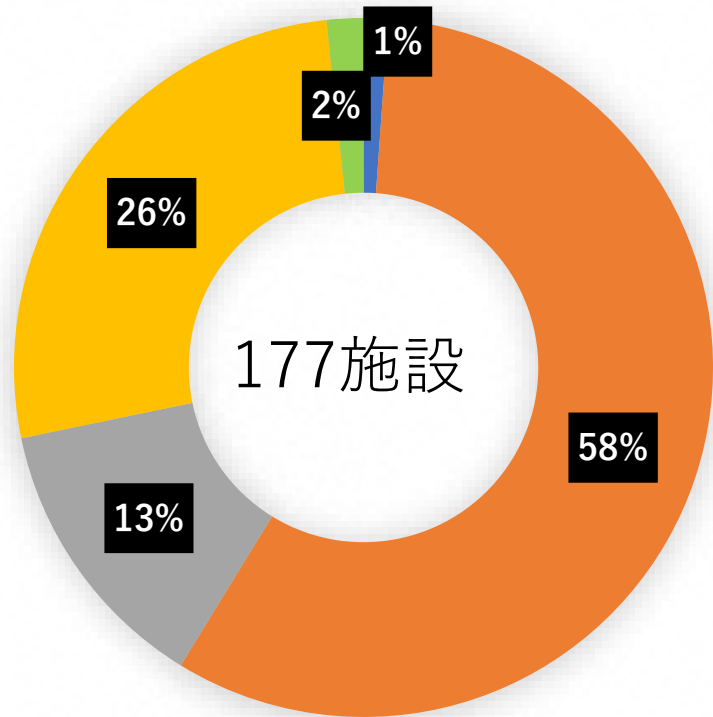
(その他)

- ・輸血使用は1回のみにて、そのときに読んだ。
- ・医師全員、輸血療法委員会委員、各部署、その他、多くの職員にハンドブックを配布しているが、完全に周知出来ているかは不明
- ・関連部署のみで周知している
- ・検査科
- ・看護職、医師
- ・委員会を通し指針を含んだマニュアル配布しているが周知の徹底には至っていない
- ・医師から安全委員会で指導
- ・本病院とサテライト病院の両方の病院で仕事をされている医師が数名おられ、全職員が完全に周知出来ているかは不明
- ・実施業務に係る部分のみ医師・看護師に周知しているなど

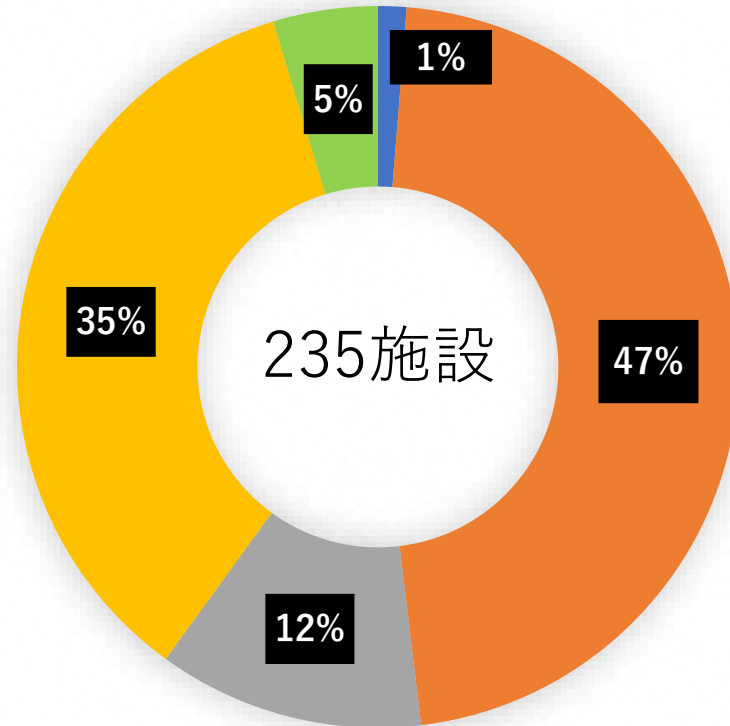
- 施設全体で周知している
- 輸血療法委員会まで周知している
- ほとんど周知されていない
- 主要医師のみ周知している
- 輸血管理部門のみ周知している
- その他

# Q9:輸血用血液製剤の管理部門はどこですか

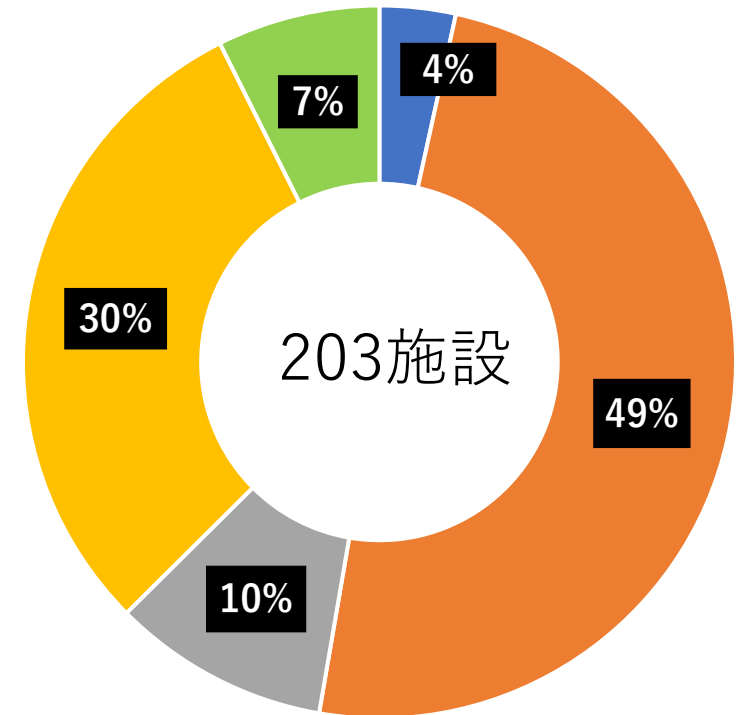
2018年



2020年



2022年

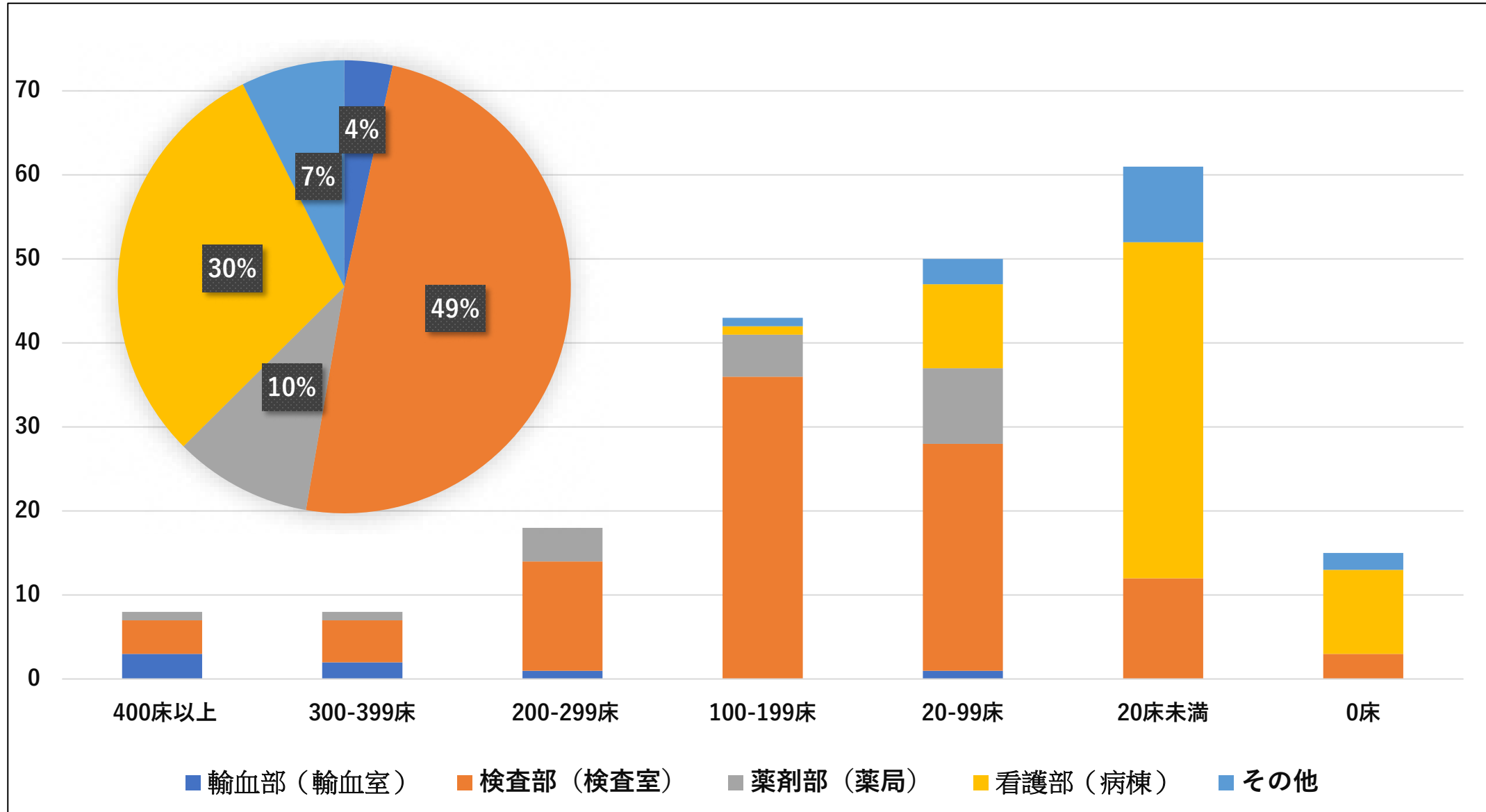


- 輸血部 (輸血室)
- 検査部 (検査室)
- 薬剤部 (薬局)
- 看護部 (病棟)
- その他

(その他)  
医師・事務・診療部 など

# Q9：輸血用血液製剤の管理部門 N = 203

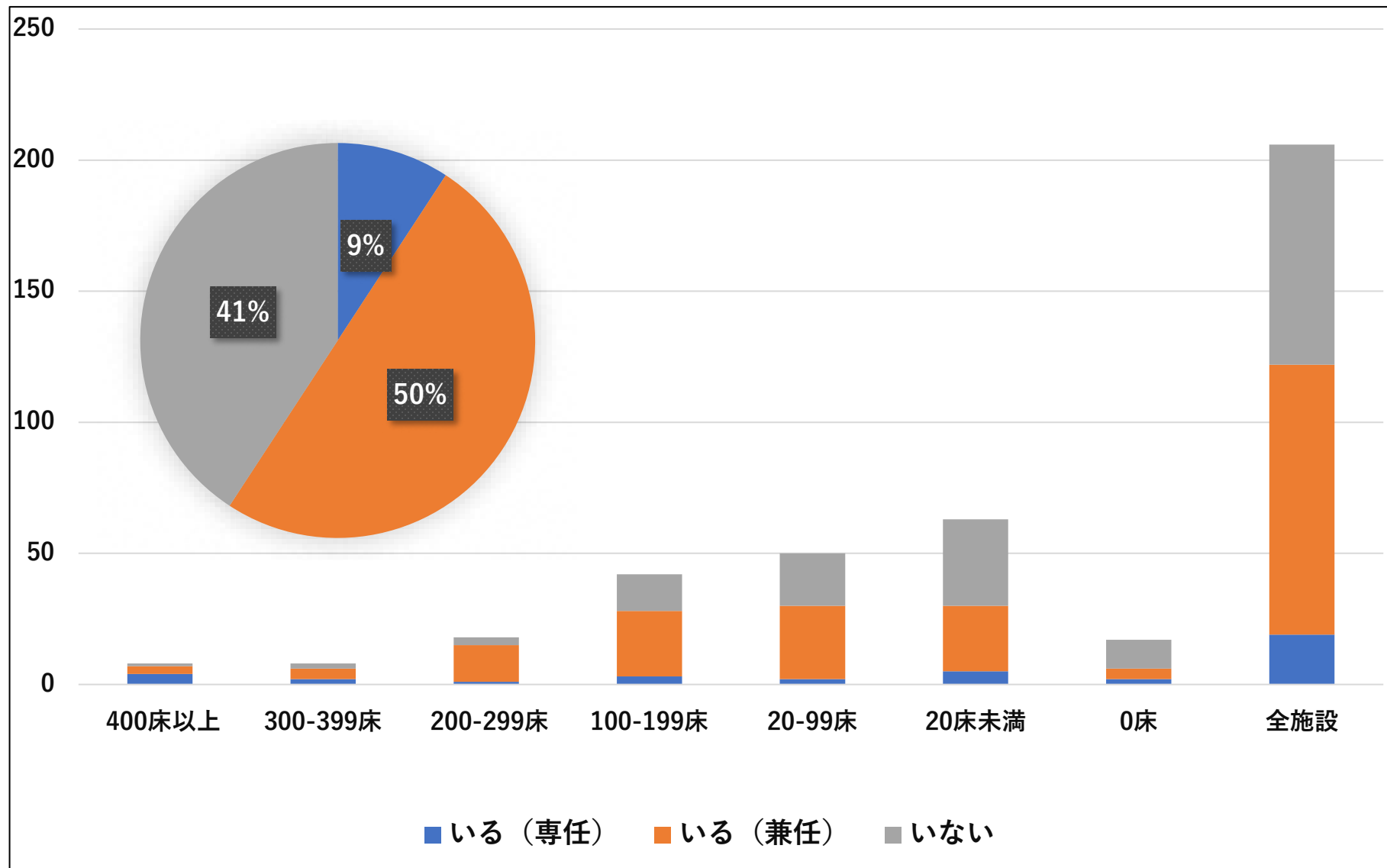
(施設数)





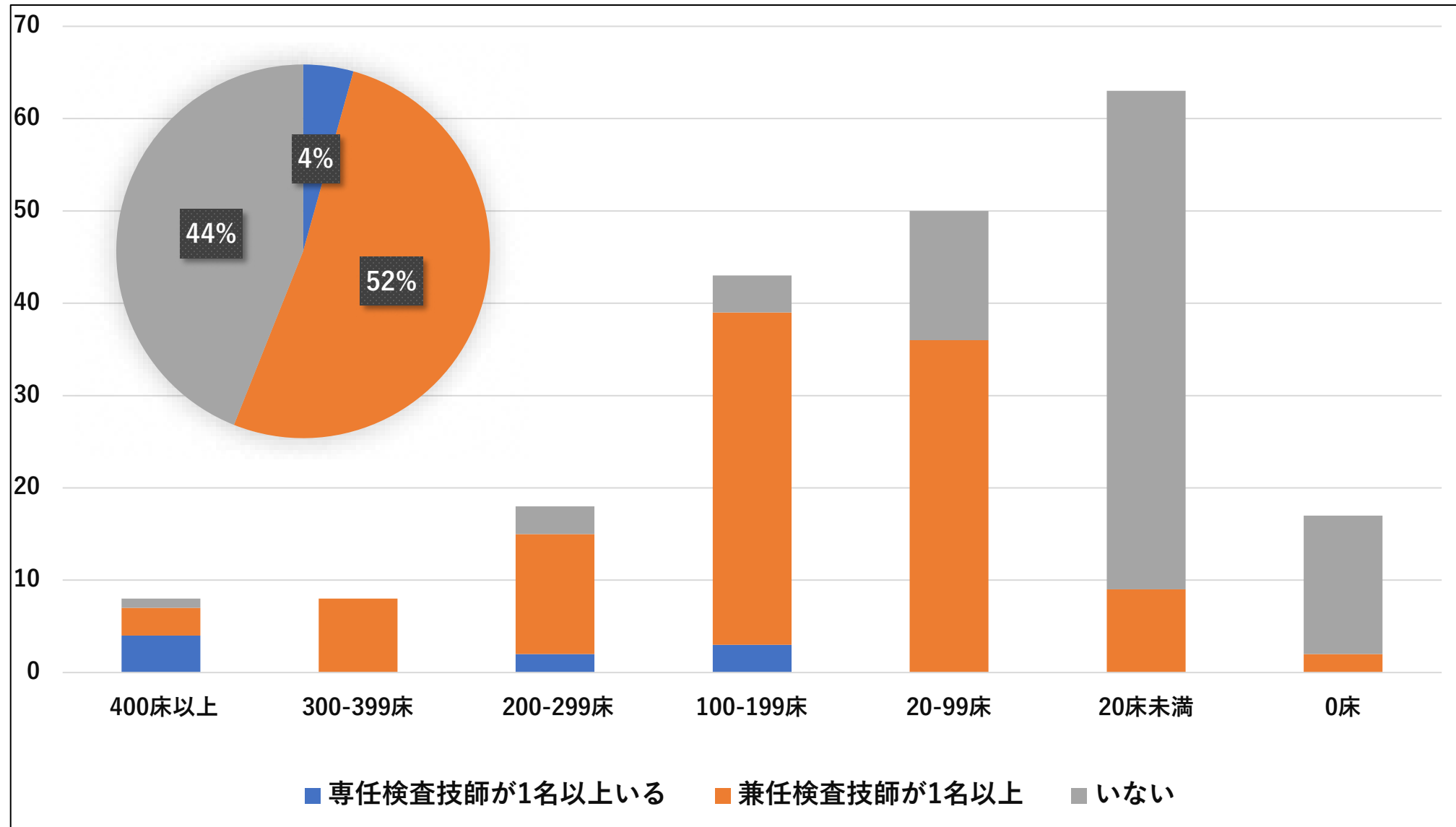
# Q10：輸血責任医師はいますか N = 206

(施設数)



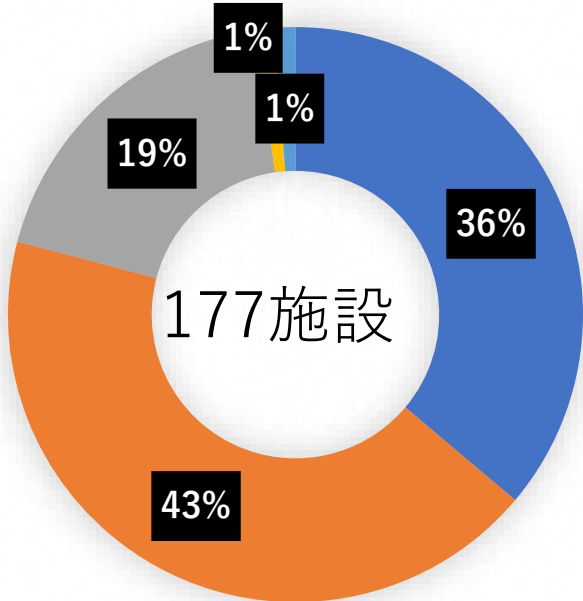
# Q11：輸血部門における臨床検査技師の配置 N = 207

(施設数)



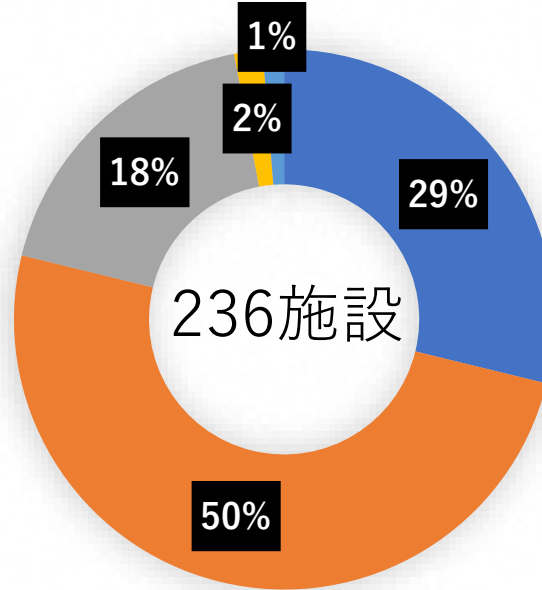
# Q12:輸血検査業務の体制はどのようにしていますか

2018年



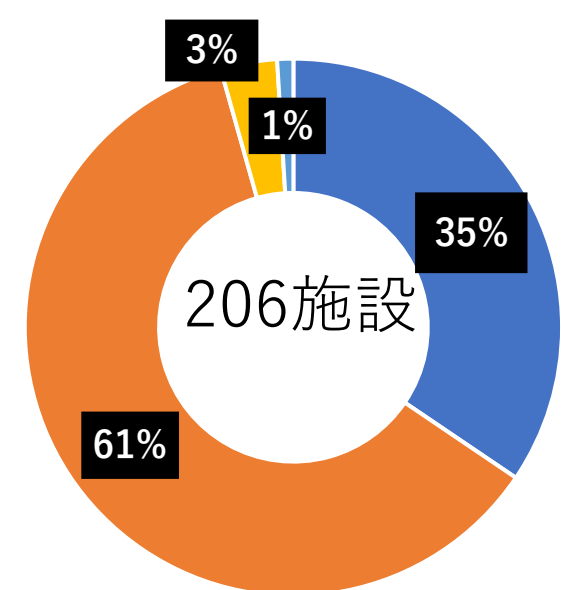
- 24時間体制で検査技師が実施
- 全検査を外部検査施設へ委託
- 一部の検査を外部検査施設へ委託
- 全検査を検査技師以外の職員が実施
- その他

2020年



- 24時間体制で検査技師が実施
- 全検査を外部検査施設へ委託
- 一部の検査を外部検査施設へ委託
- 全検査を検査技師以外の職員が実施
- その他

2022年

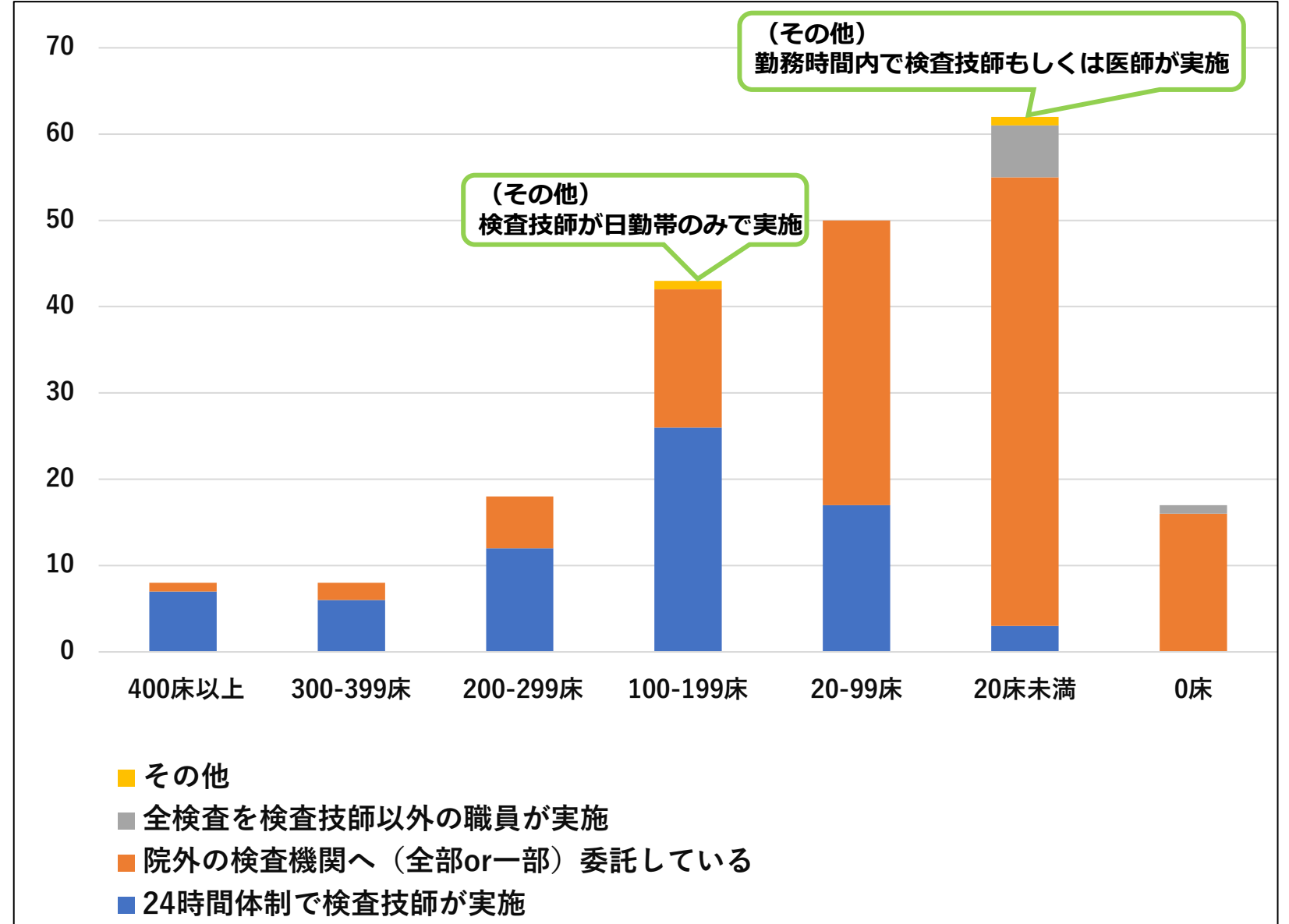
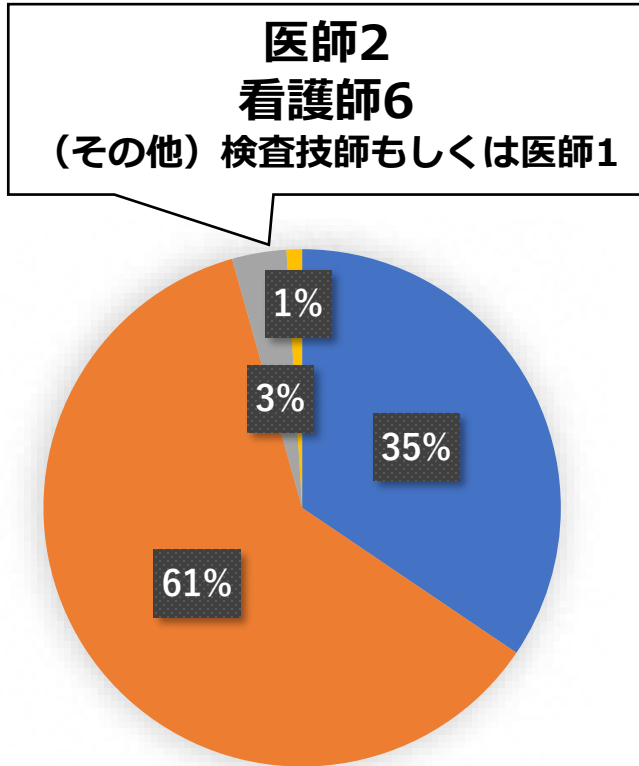


- 24時間体制で検査技師が実施
- 院外の検査機関へ（全部or一部検査）委託している
- 全検査を検査技師以外の職員が実施
- その他

# Q12：輸血検査業務の体制

N = 206

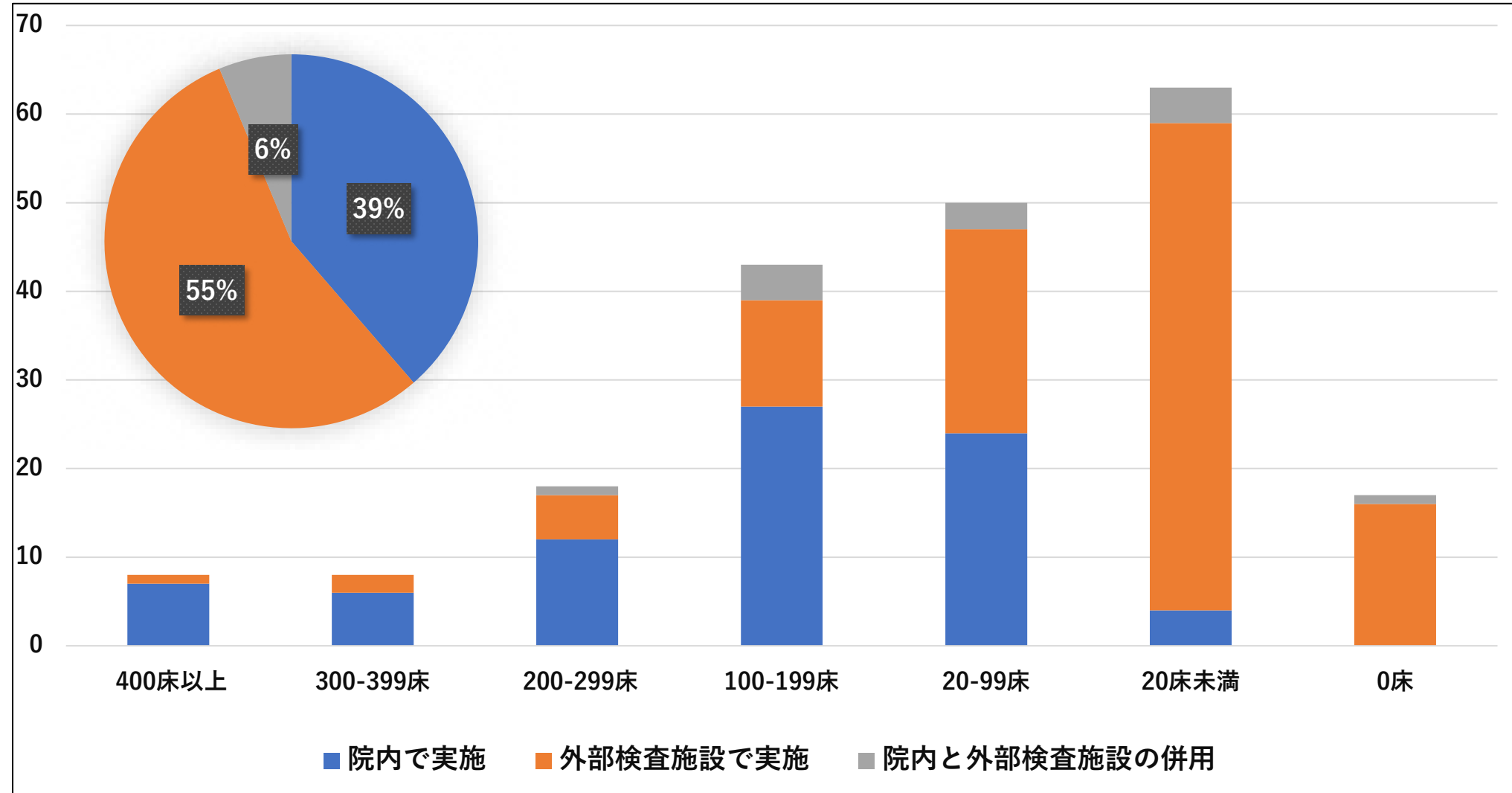
(施設数)



# Q13：輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(1)：ABO、Rh血液型検査 N = 207

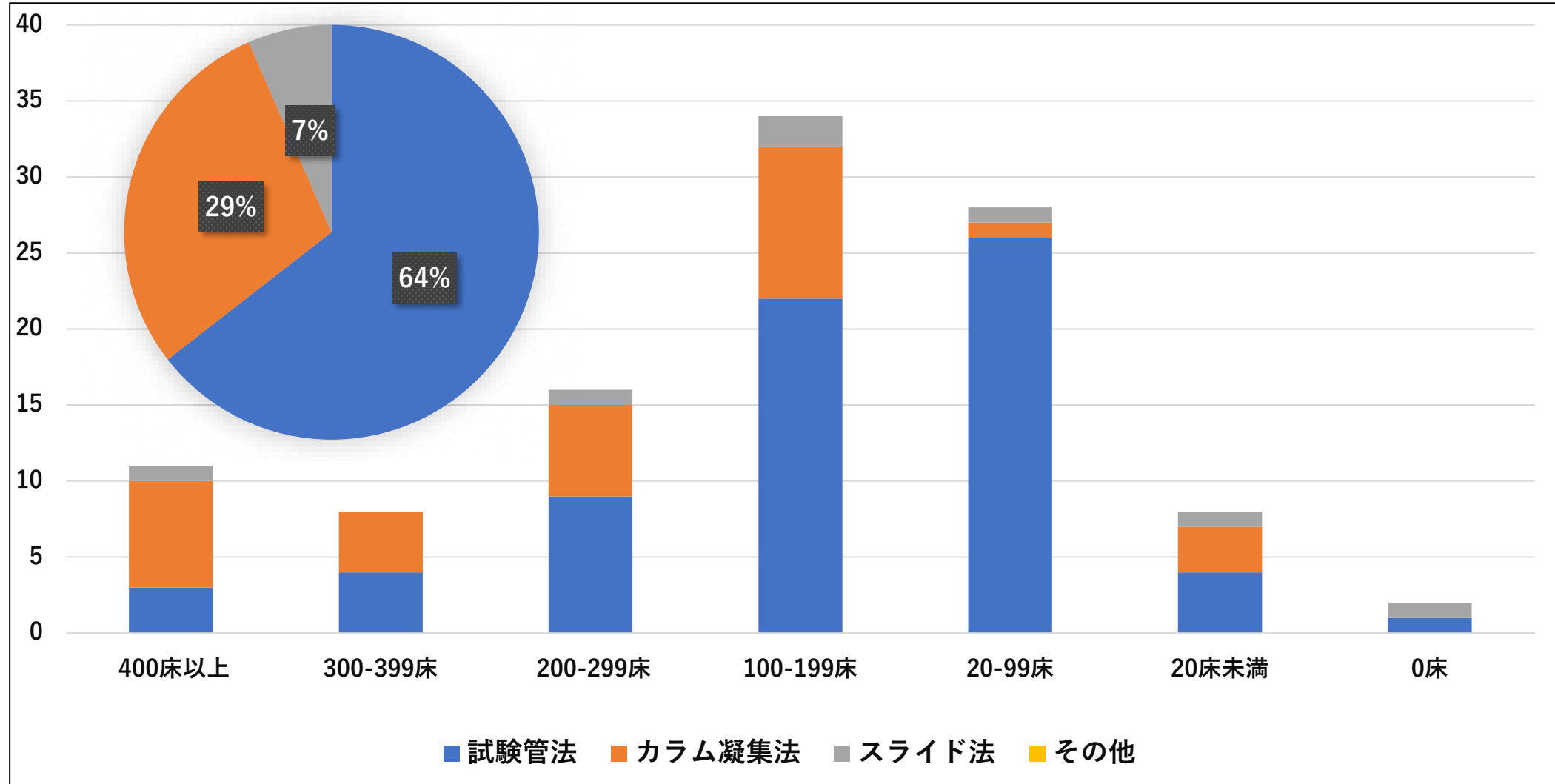
(施設数)



# Q13：輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(1): ABO、Rh血液型 院内で実施している検査の検査法 N=207

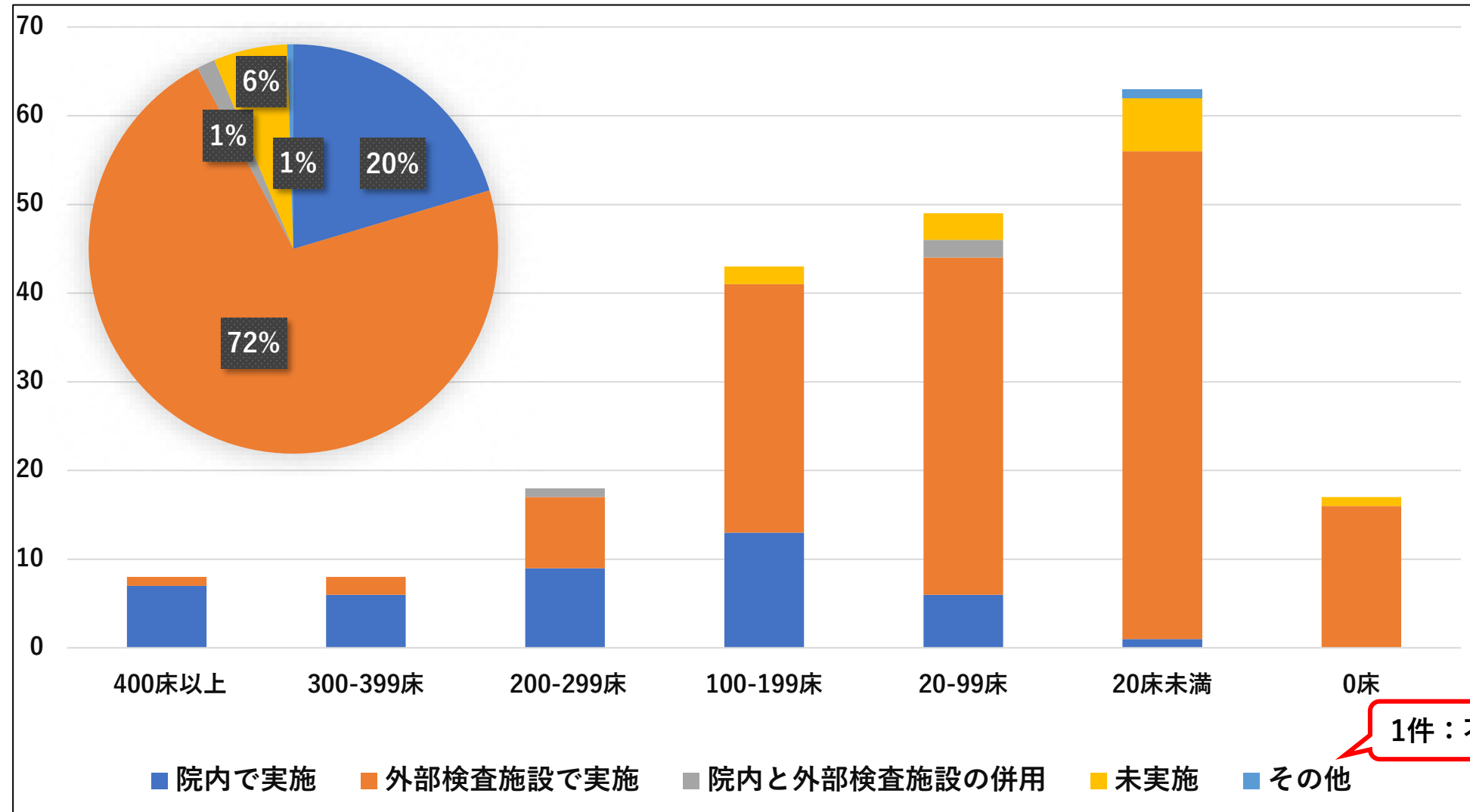
(施設数)



# Q13 : 輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(2):不規則抗体スクリーニング検査 N = 207

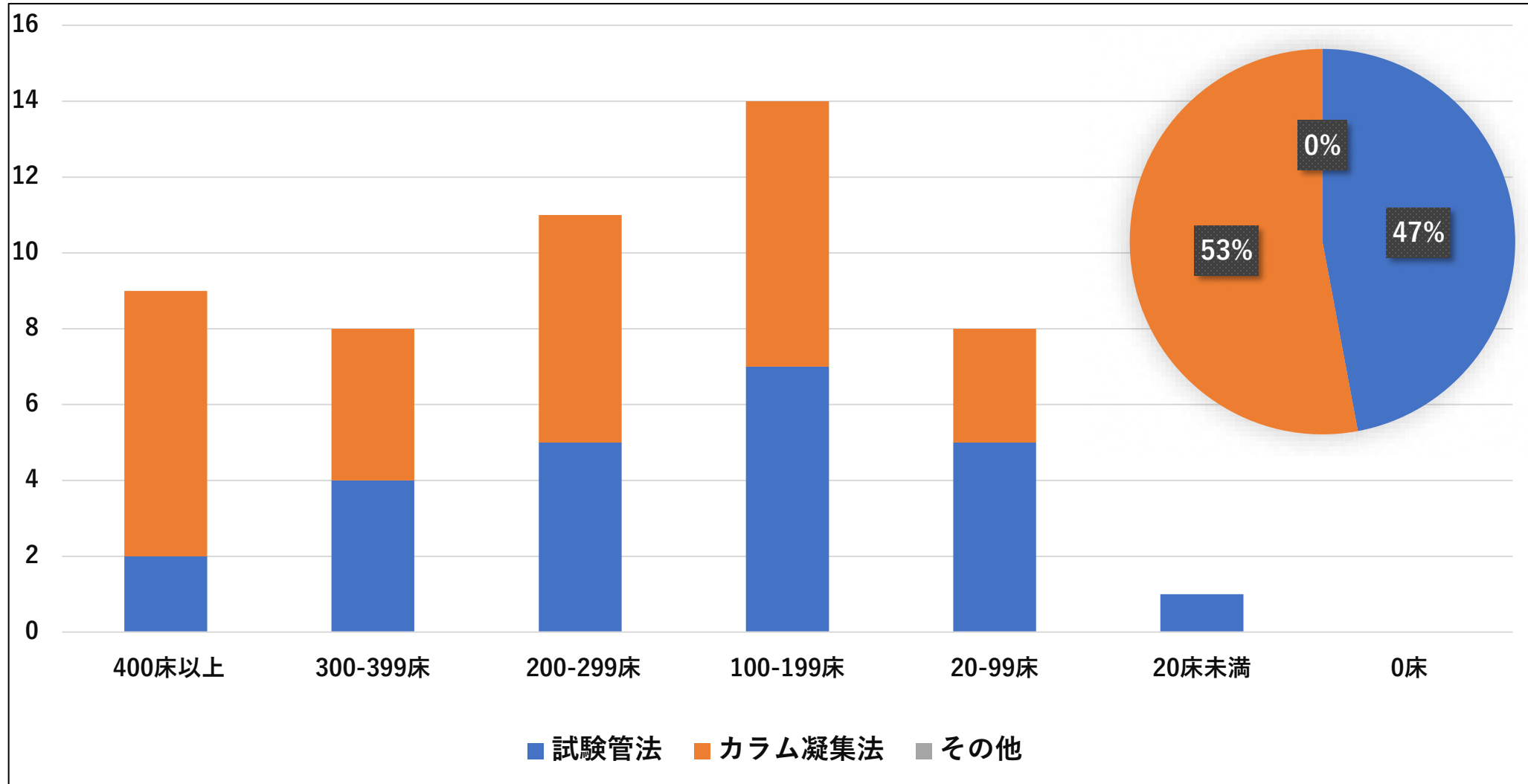
(施設数)



# Q13：輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(2):不規則抗体スクリーニング検査 院内で実施している検査の検査法 N=51

(施設数)

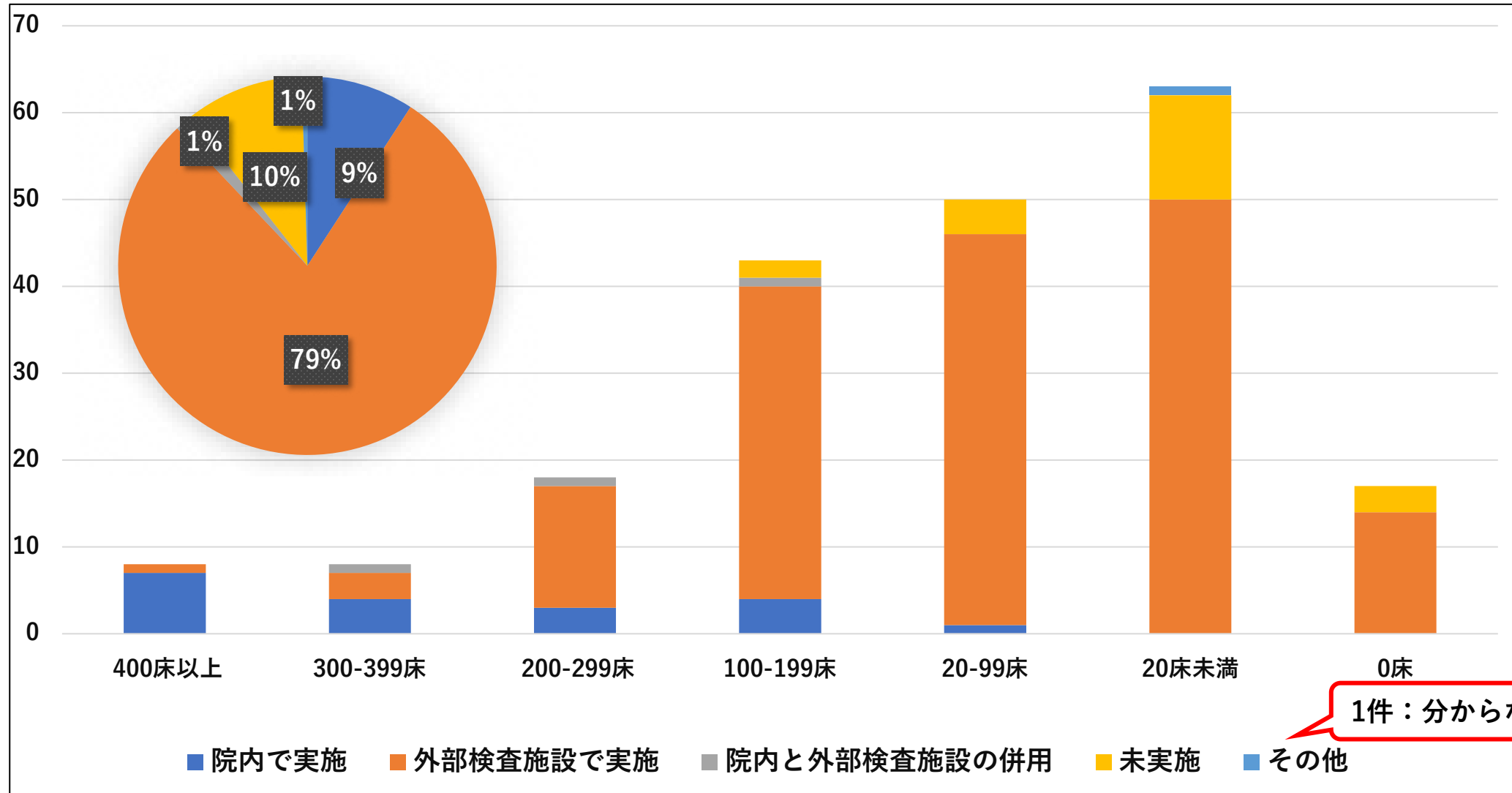




# Q13 : 輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(3):不規則抗体同定検査 N=207

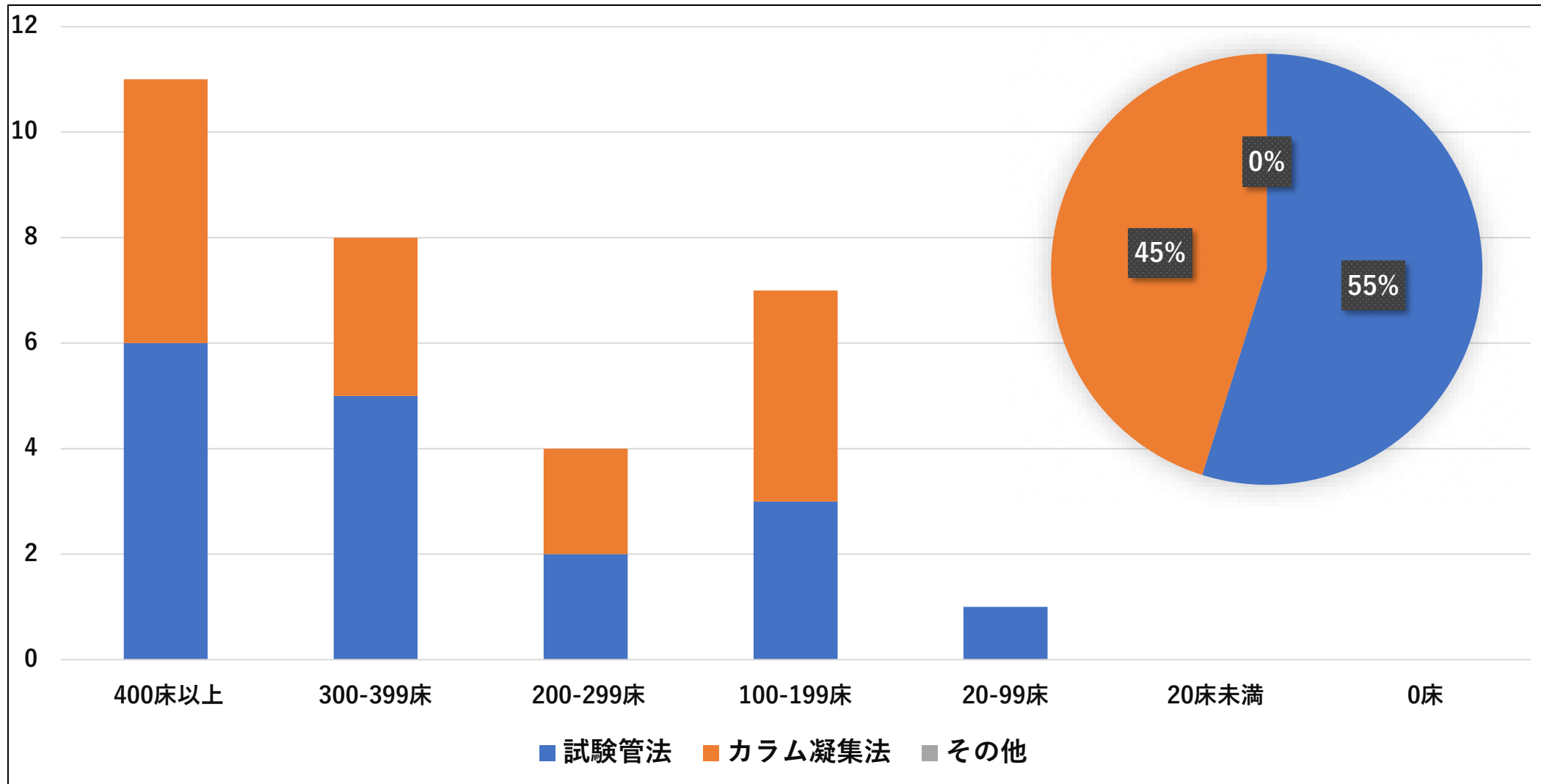
(施設数)



# Q13：輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(3):不規則抗体同定検査 院内で実施している検査の検査法 N=31

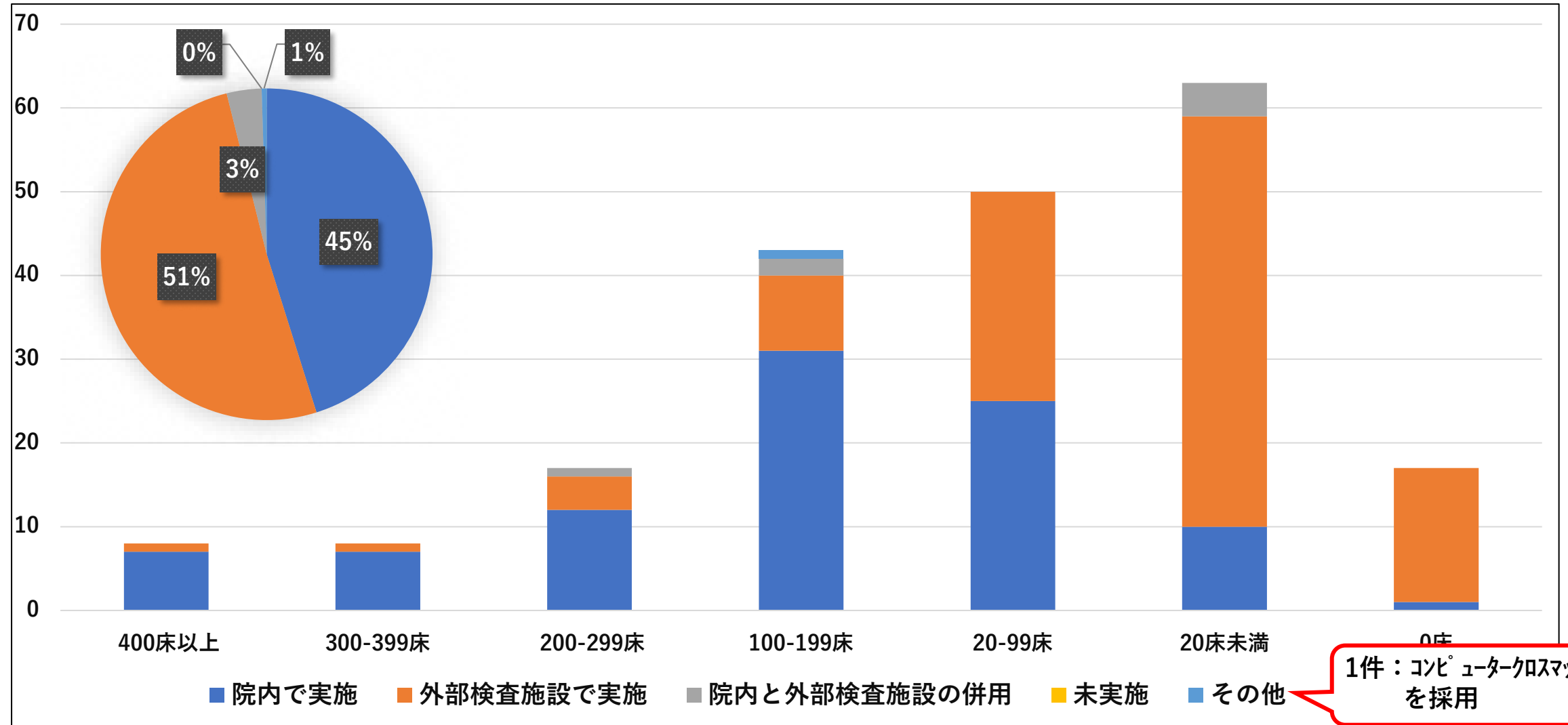
(施設数)



# Q13 : 輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

(4)交差適合試験 N = 206

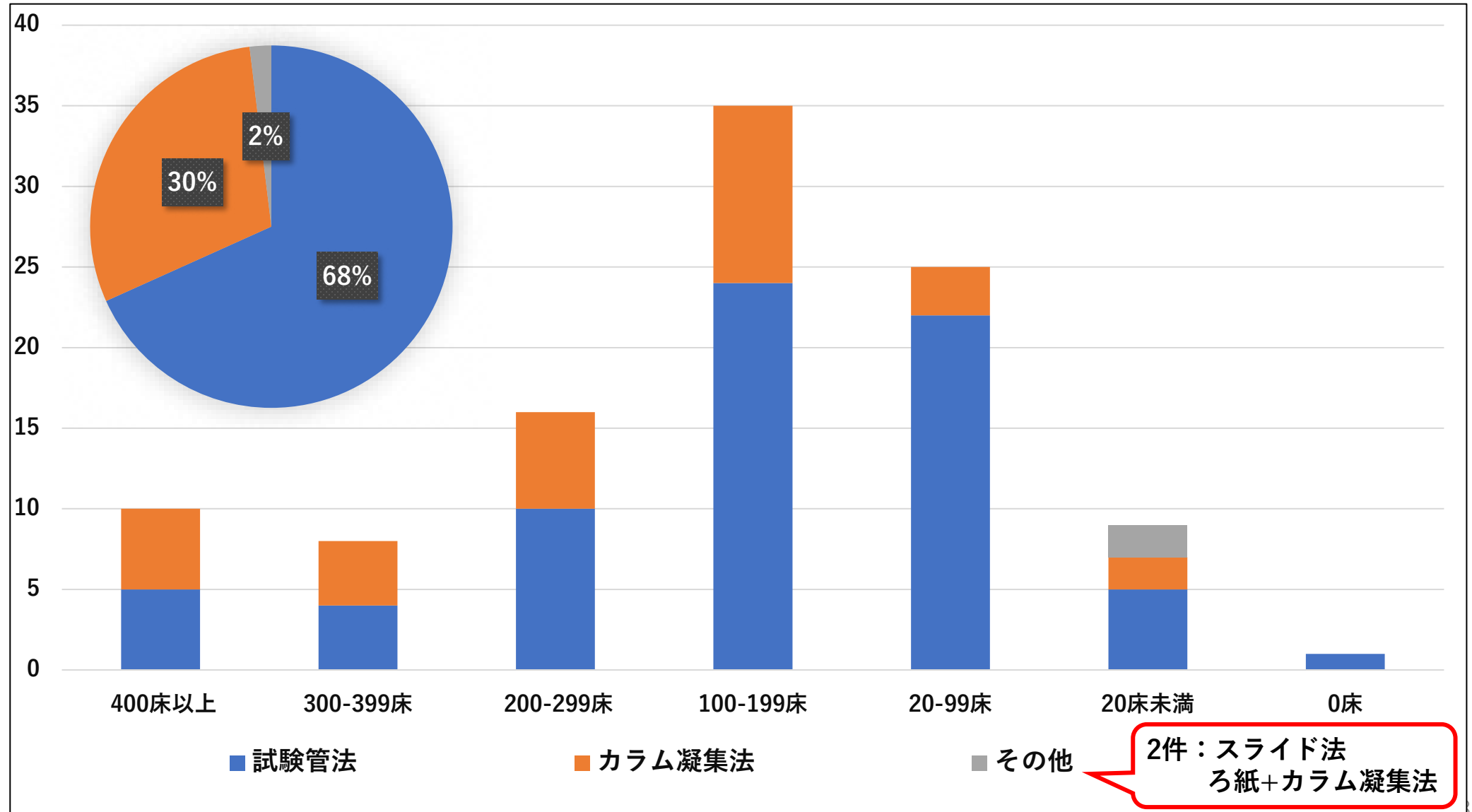
(施設数)



# Q13：輸血検査の実施項目、検査実施施設、検査法について

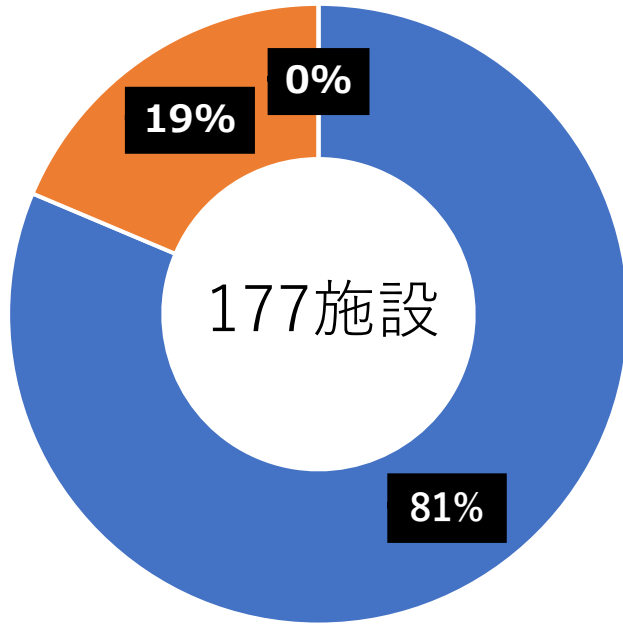
(4)交差適合試験の検査 院内で実施している検査の検査法 N=104

(施設数)

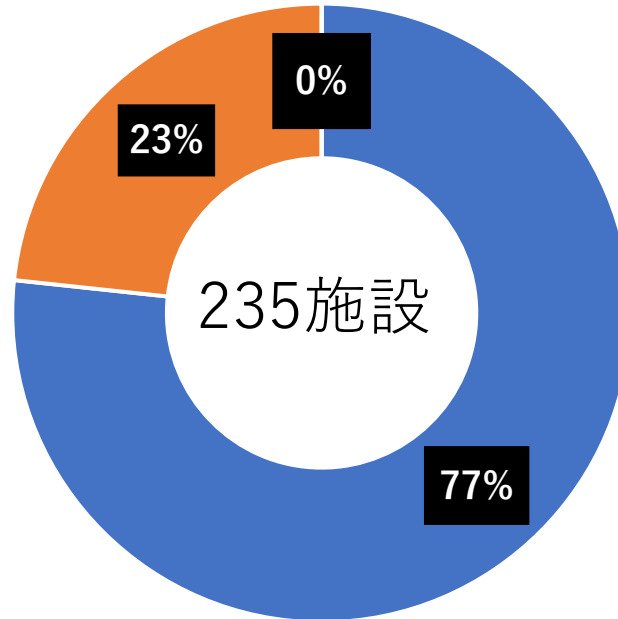


# Q14-1:同意書をとっていますか

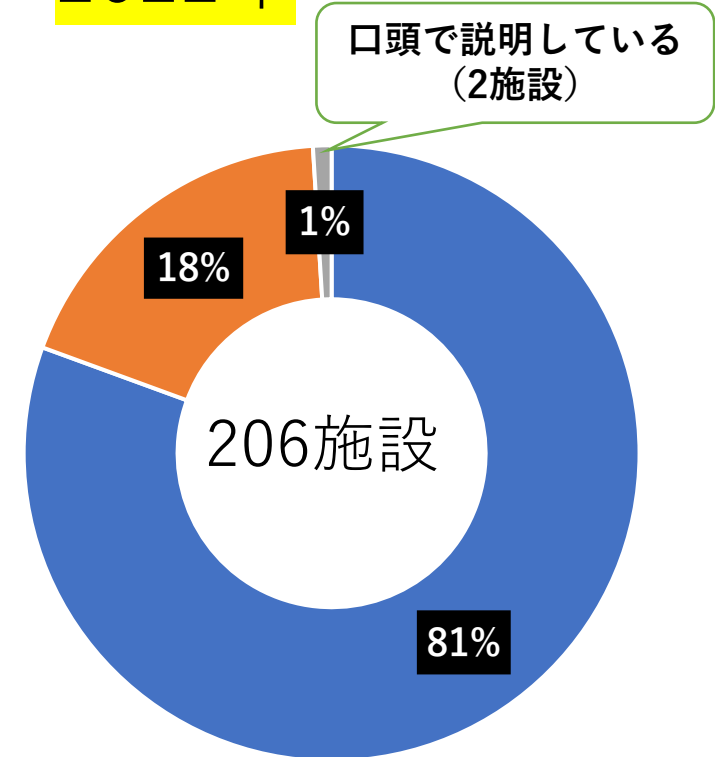
2018年



2020年

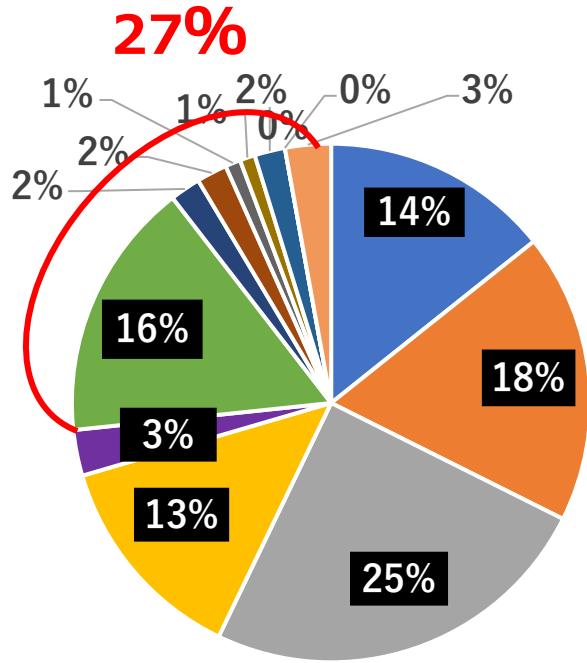


2022年

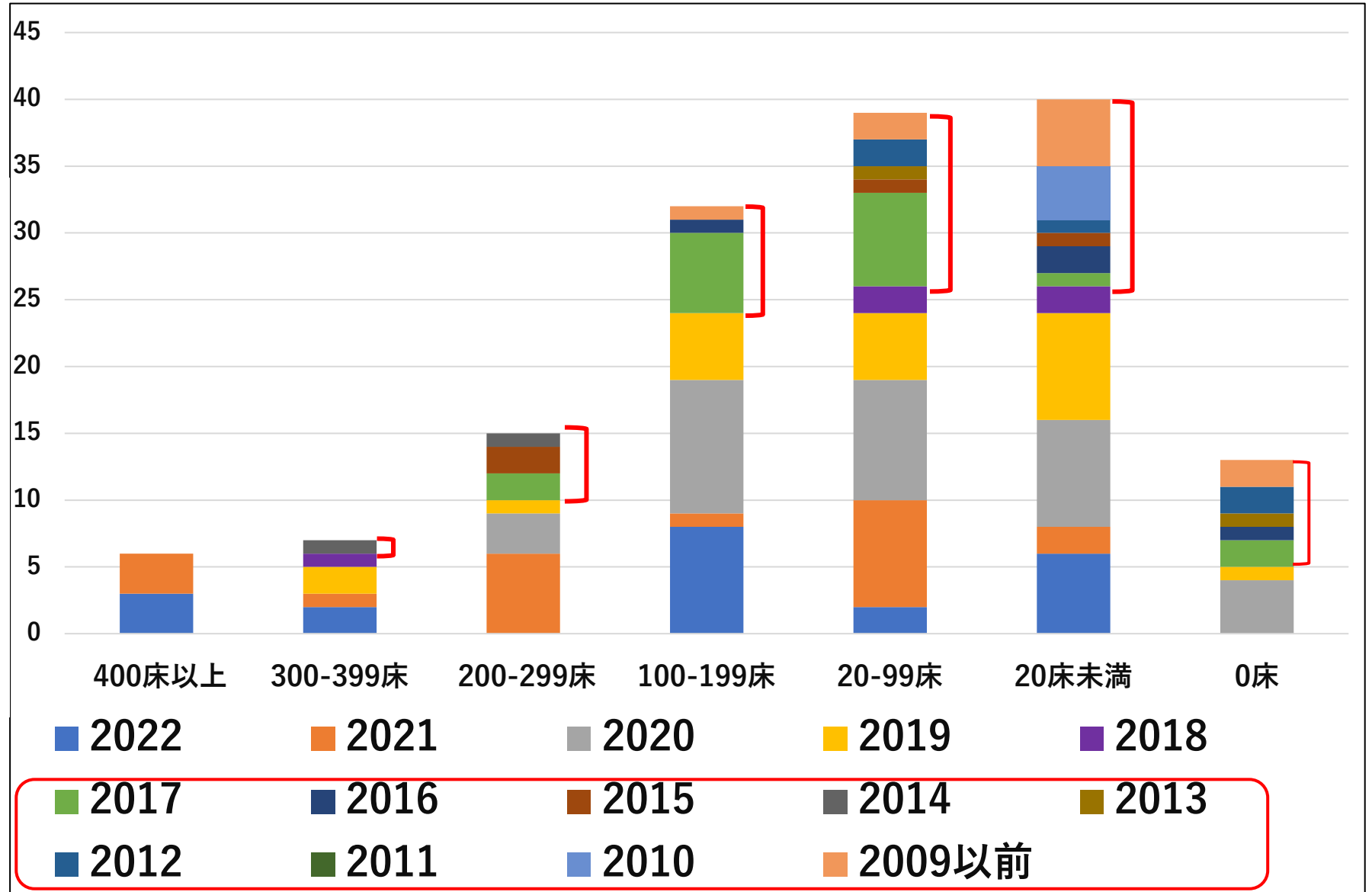


- 輸血用血液製剤と血漿分画製剤
- 輸血用血液製剤のみ
- 同意書はとっていない

(施設数) Q14-2:同意書の作成 (更新) 時期 N = 152

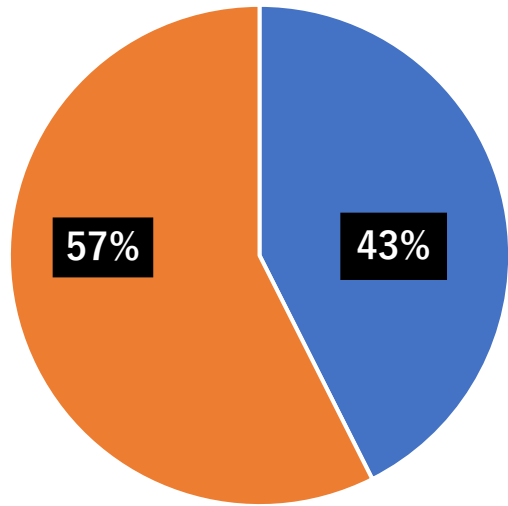


作成 (更新) 後  
5年以上経過している  
施設 27%



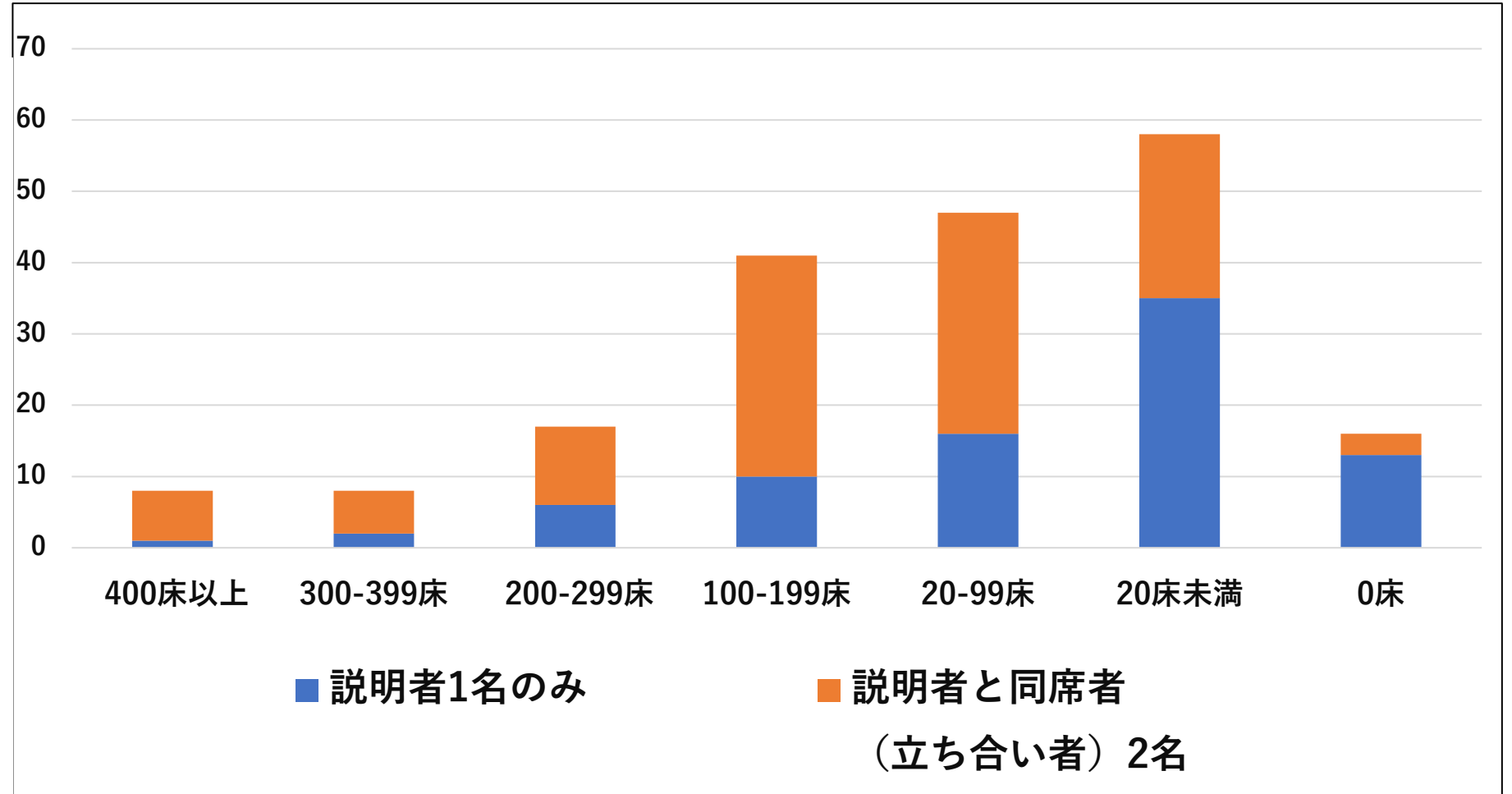
# Q15:同意書の説明時の同席者（立ち合い者）について N=195

(施設数)



■ 説明者1名のみ

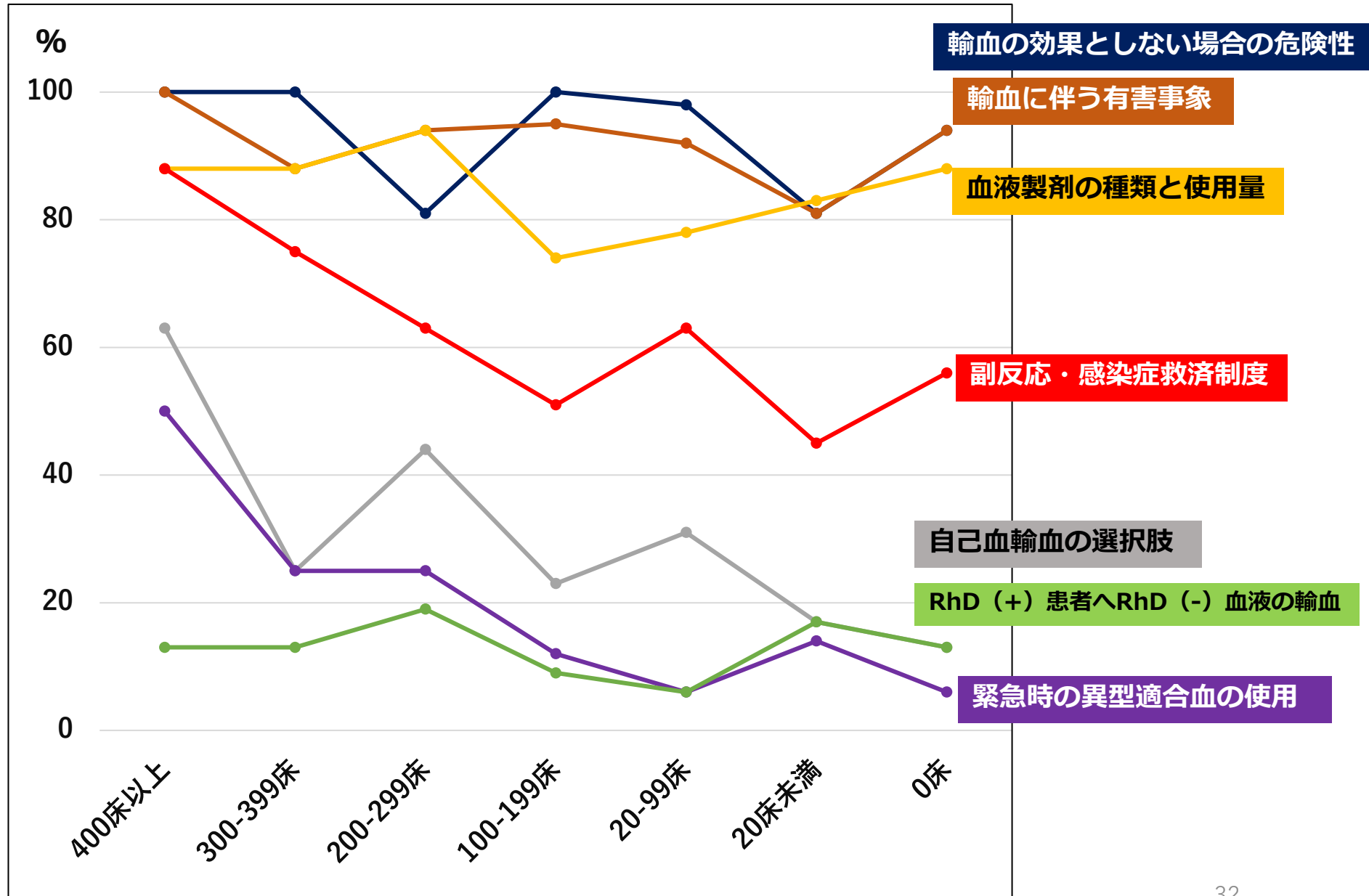
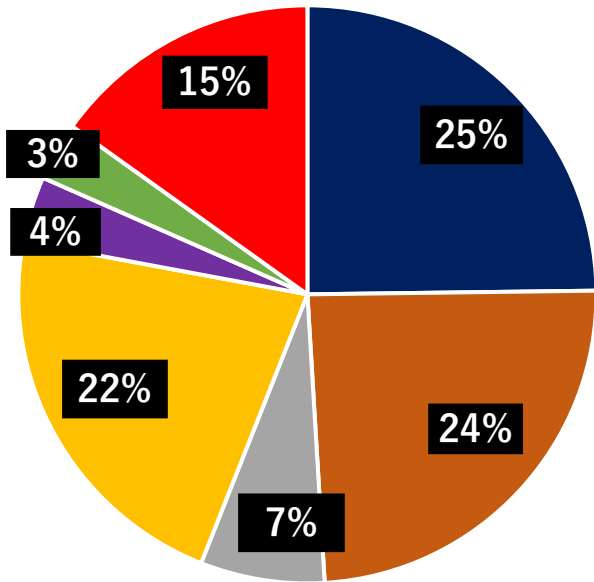
■ 説明者と同席者  
(立ち合い者) 2名



■ 説明者1名のみ

■ 説明者と同席者  
(立ち合い者) 2名

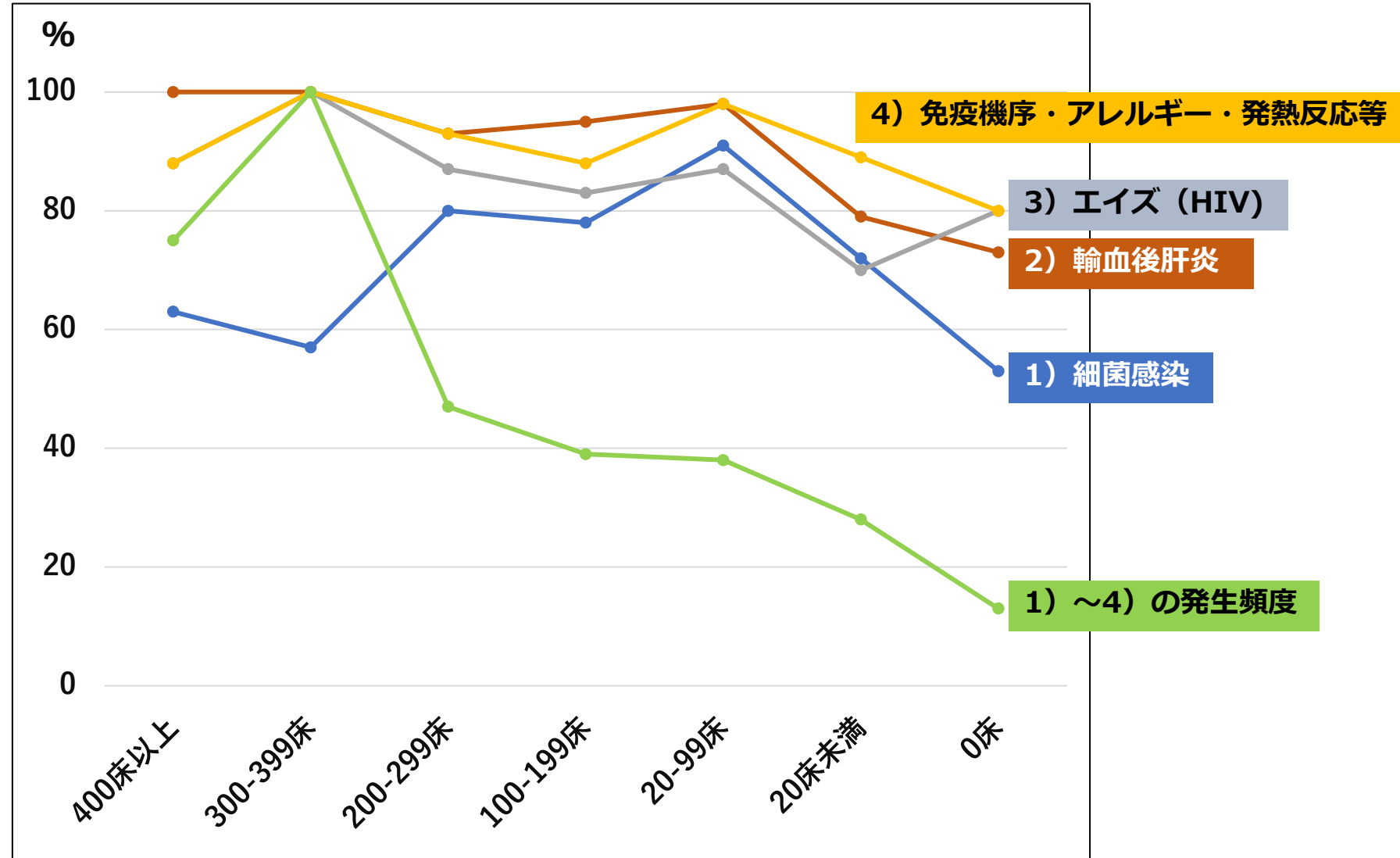
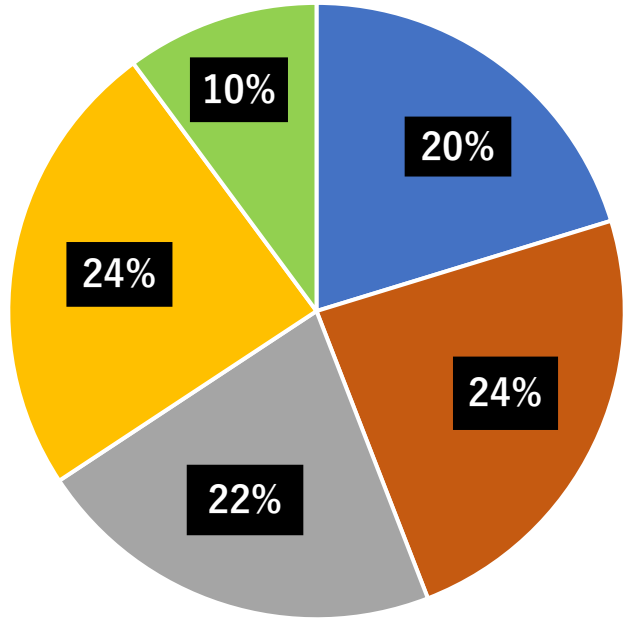
# Q16-1:同意書の説明内容はどのような項目ですか（複数回答可） N = 198





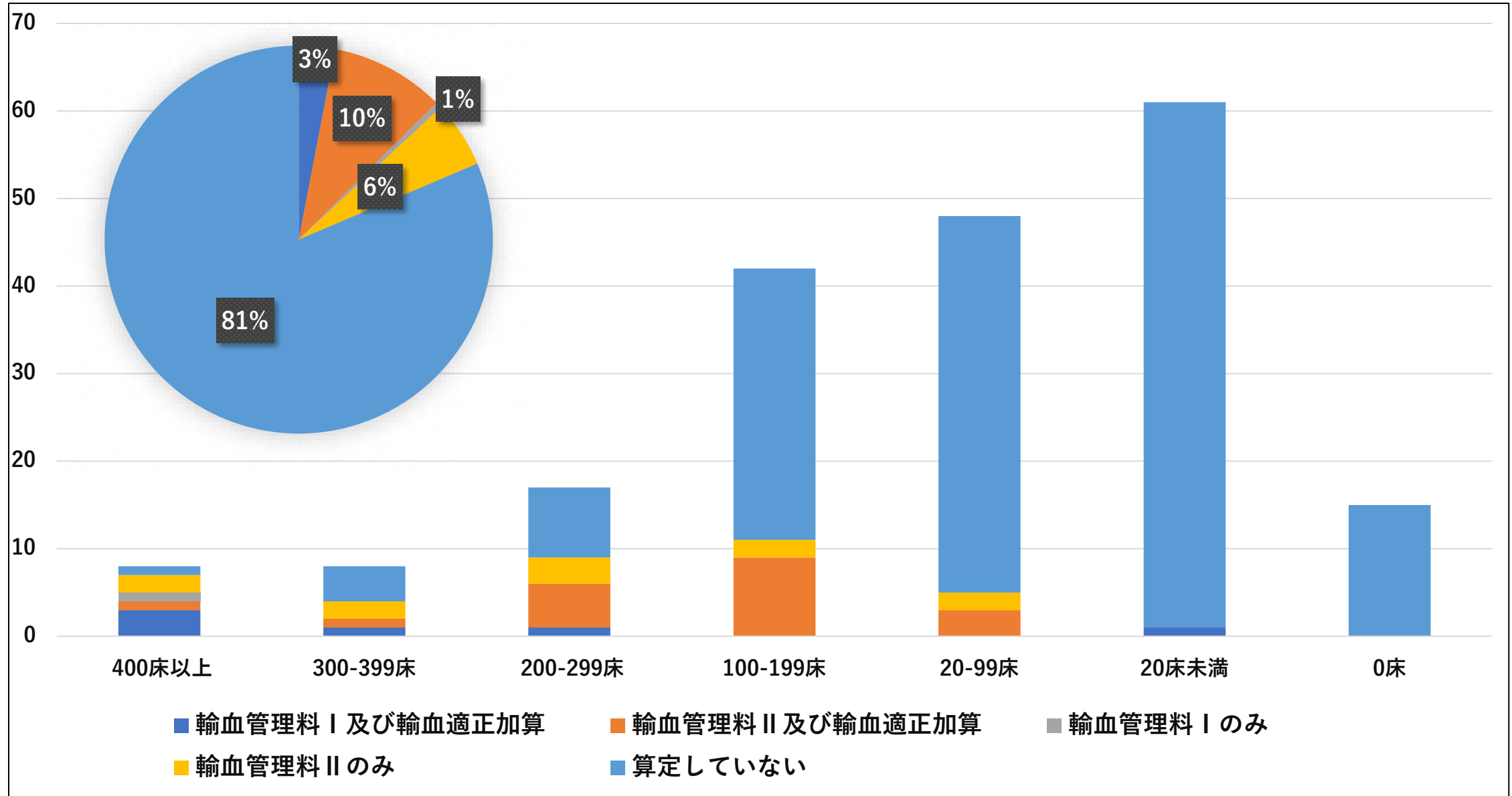
# (同意書の説明内容について)

## Q16-2：輸血に伴う有害事象の詳細内容（複数回答可） N = 178



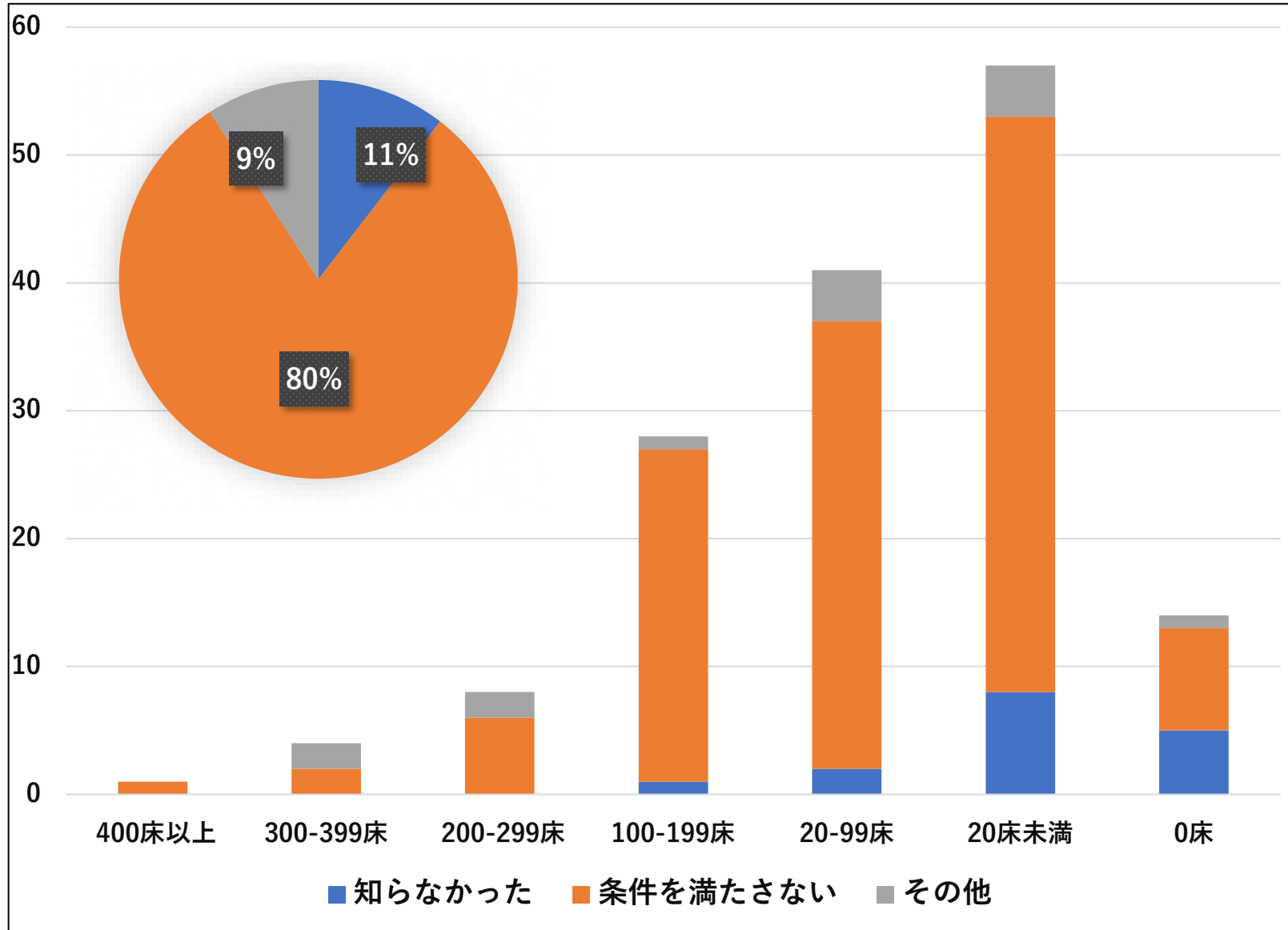
# Q17-1：輸血管管理料を算定していますか N = 199

(施設数)

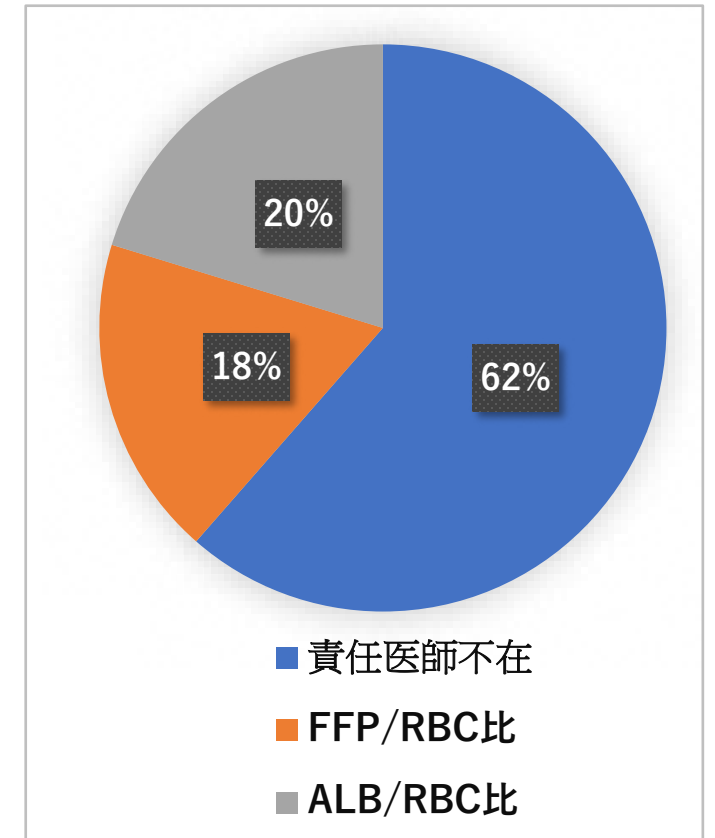


# Q17-2 : 輸血管管理料を算定していない理由 N = 153

(施設数)



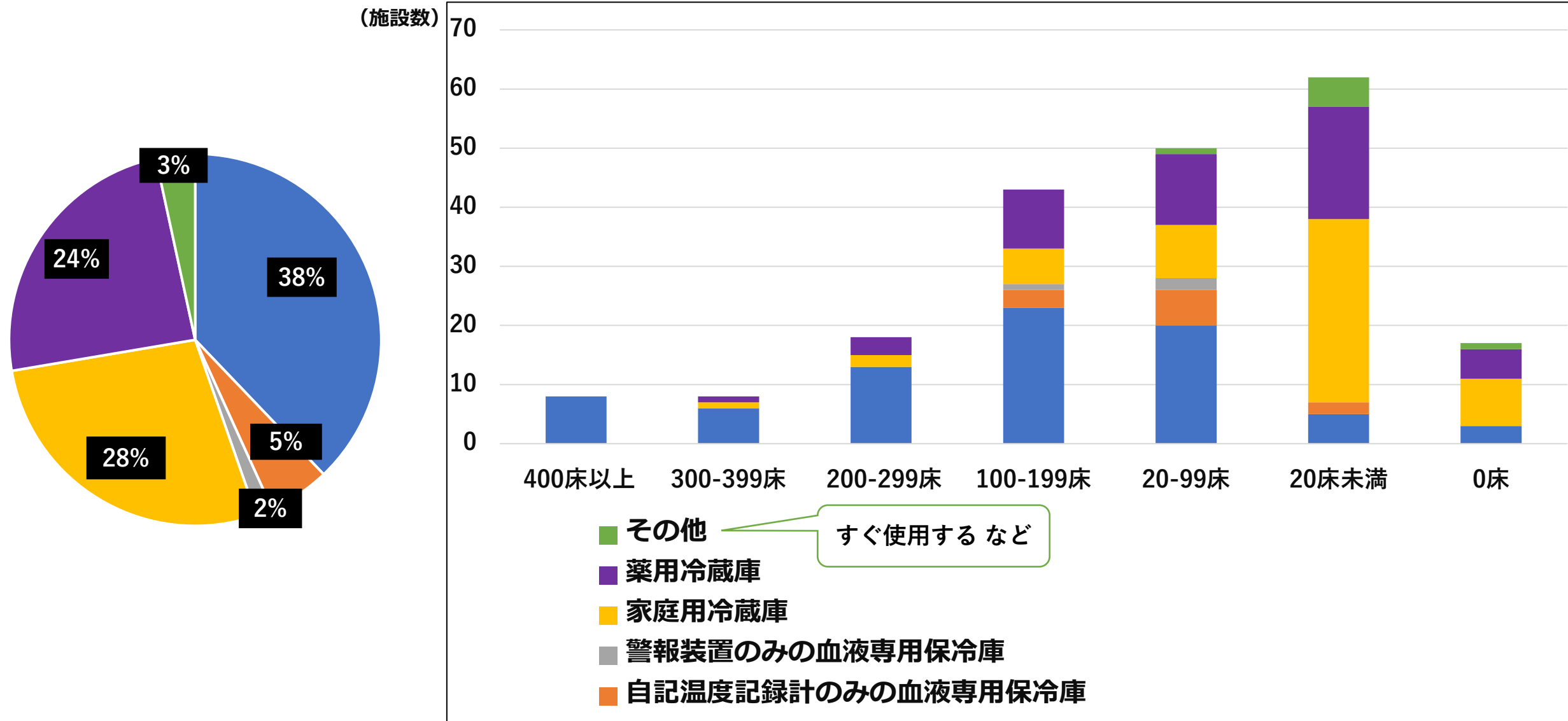
# Q17-3 : 条件を満たさない理由 N = 153 (複数回答可)



## Q17-2：輸血管理料を算定していない理由 N = 153

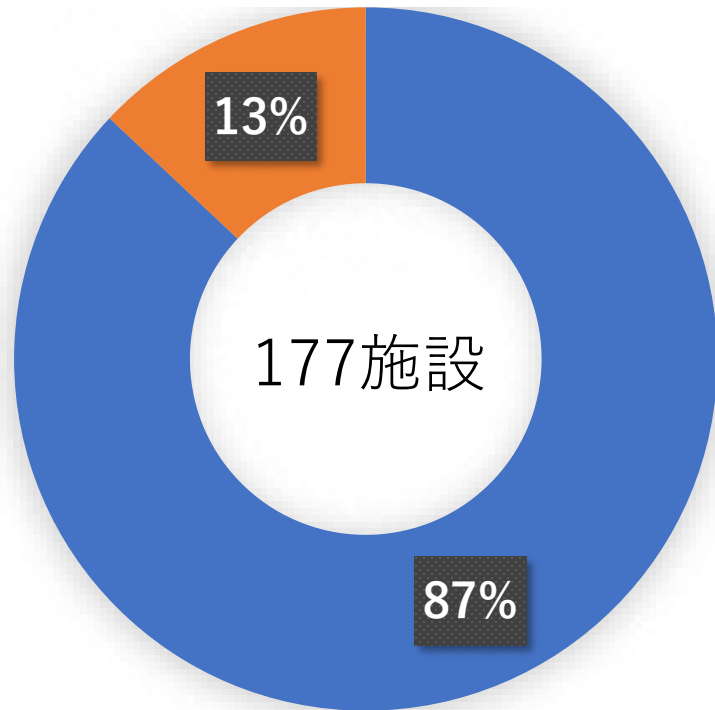
- ・ 輸血室による一元管理が出来ていない
- ・ 認知症病棟での使用のため点数加算できなかった。しかし、精神科一般病棟では加算可能。
- ・ 不規則抗体を院内で行っていない
- ・ 常勤検査技師不在
- ・ 不規則抗体検査等実施していない
- ・ 不規則抗体が常時できる体制ではない。不規則抗体が外注で、院内化すると試薬維持コストが管理料を上回ってしまう。
- ・ 輸血件数が少ない為
- ・ 4時間検査体制にない為
- ・ 臨床検査技師がいない
- ・ 届け出提出していない
- ・ 輸血療法委員会の開催回数をクリア出来ない
- ・ 輸血療法がない
- ・ 輸血管理委員会の未設置

# Q18:輸血用血液製剤の保管設備はどのようにしていますか N = 206

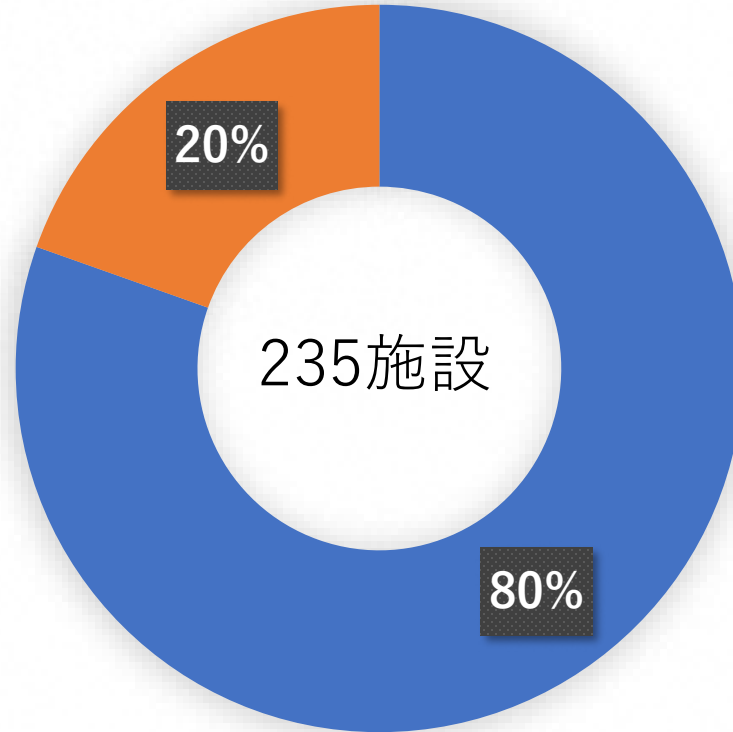


# Q19-1：輸血療法に関する院内のマニュアルはありますか

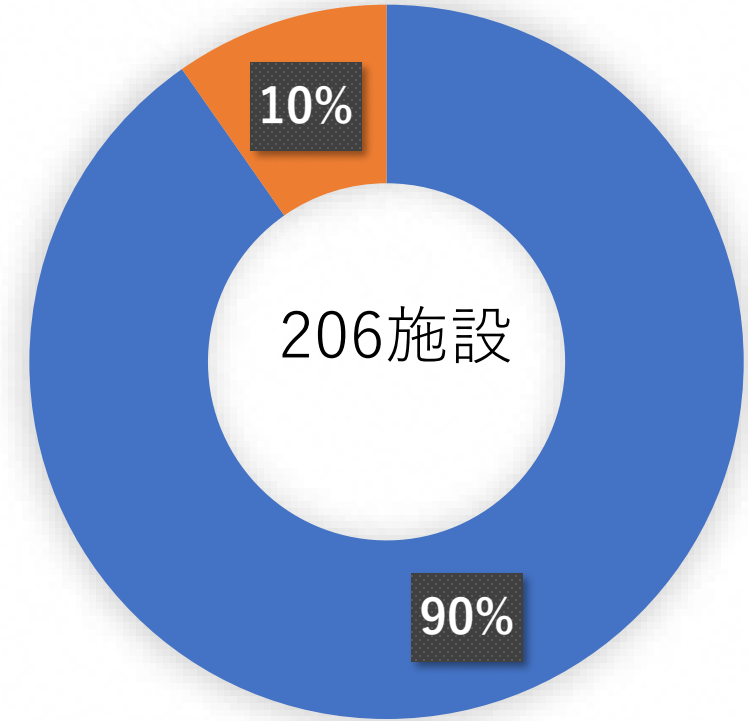
2018年



2020年



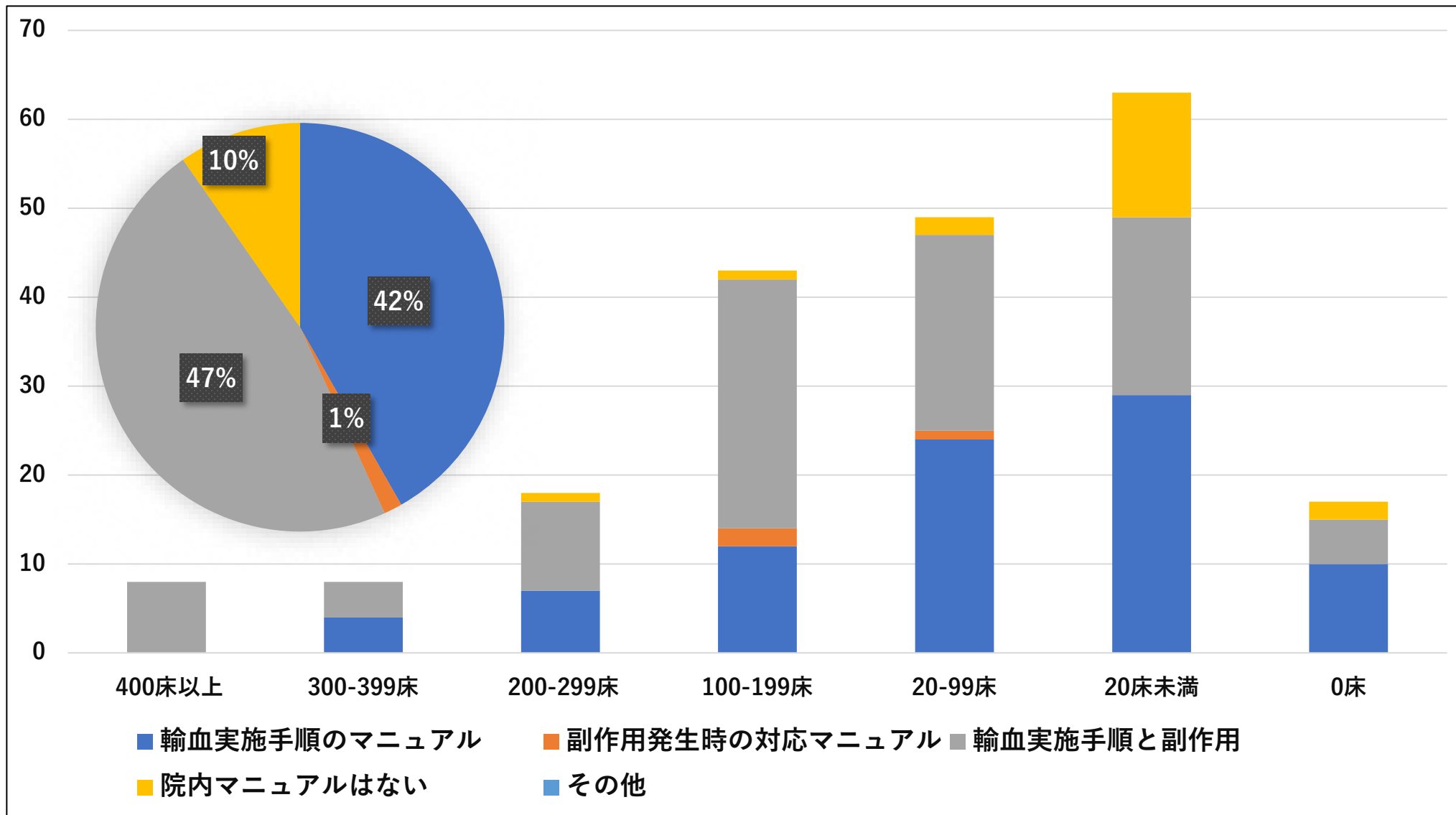
2022年



■ ある ■ ない

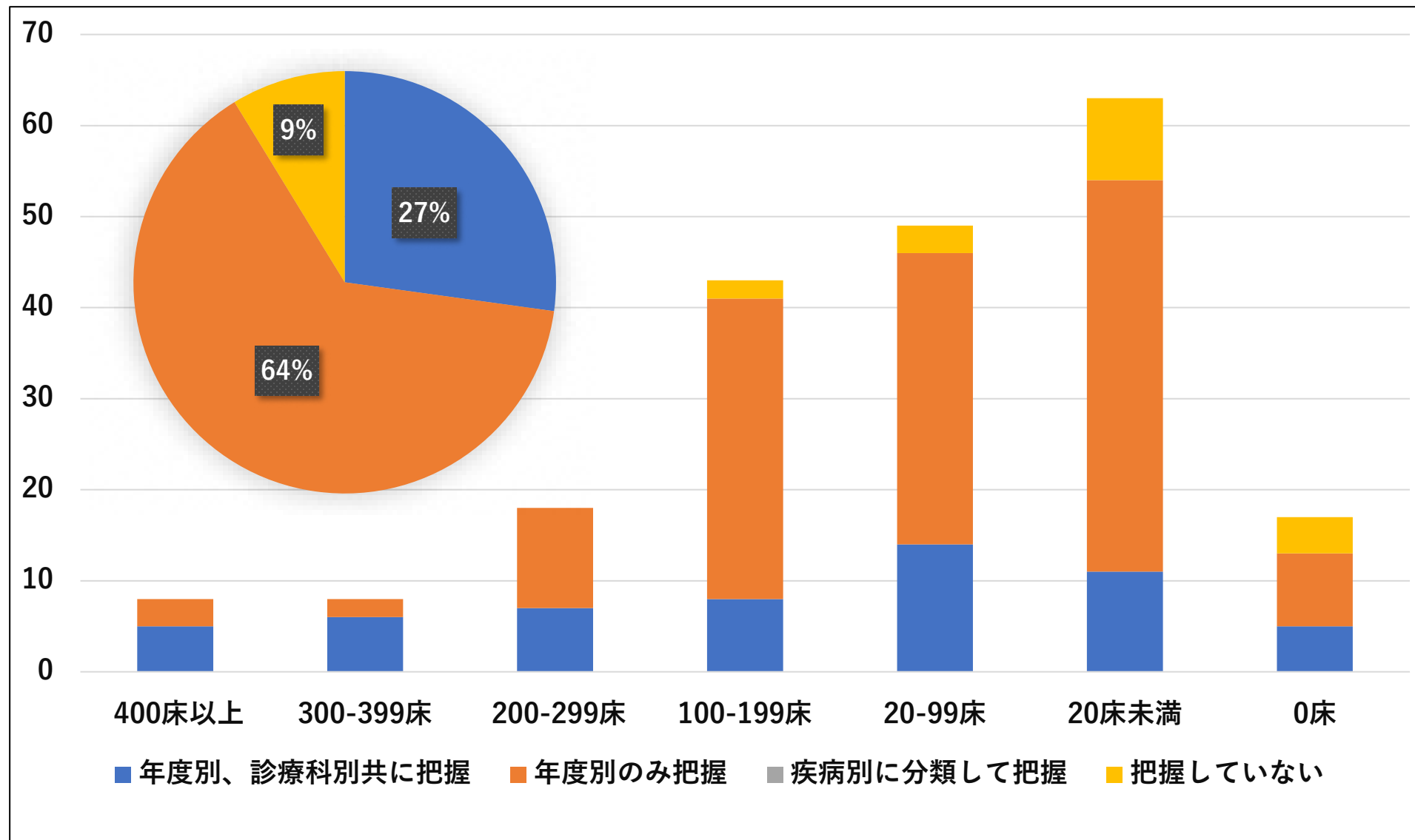
# Q19-2:輸血療法に関する院内のマニュアルはどのようなものがありますか。N=206

(施設数)



## Q20:血液製剤の使用量を把握していますか N = 206

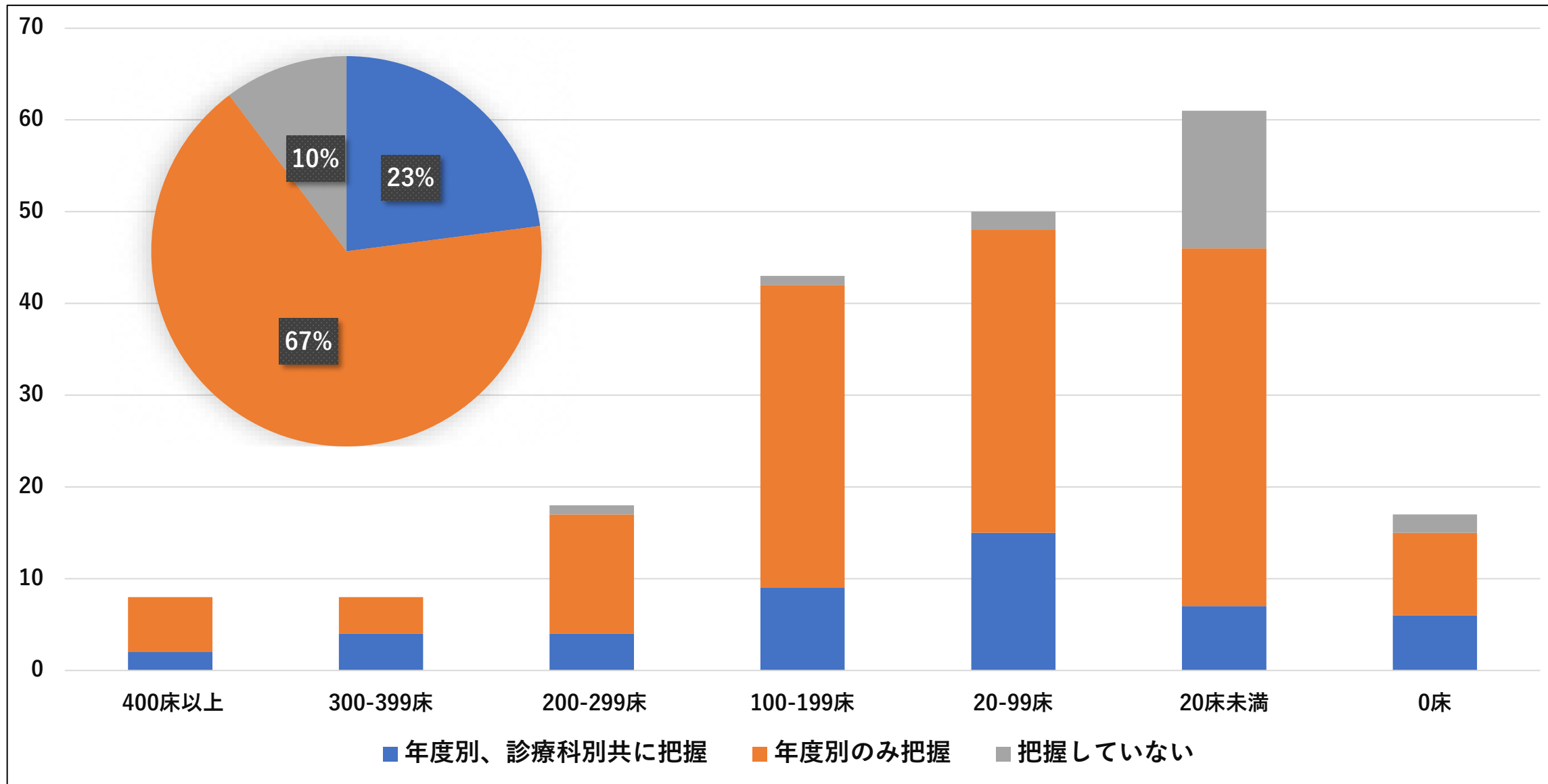
(施設数)





# Q21:血液製剤の廃棄率を把握していますか N=205

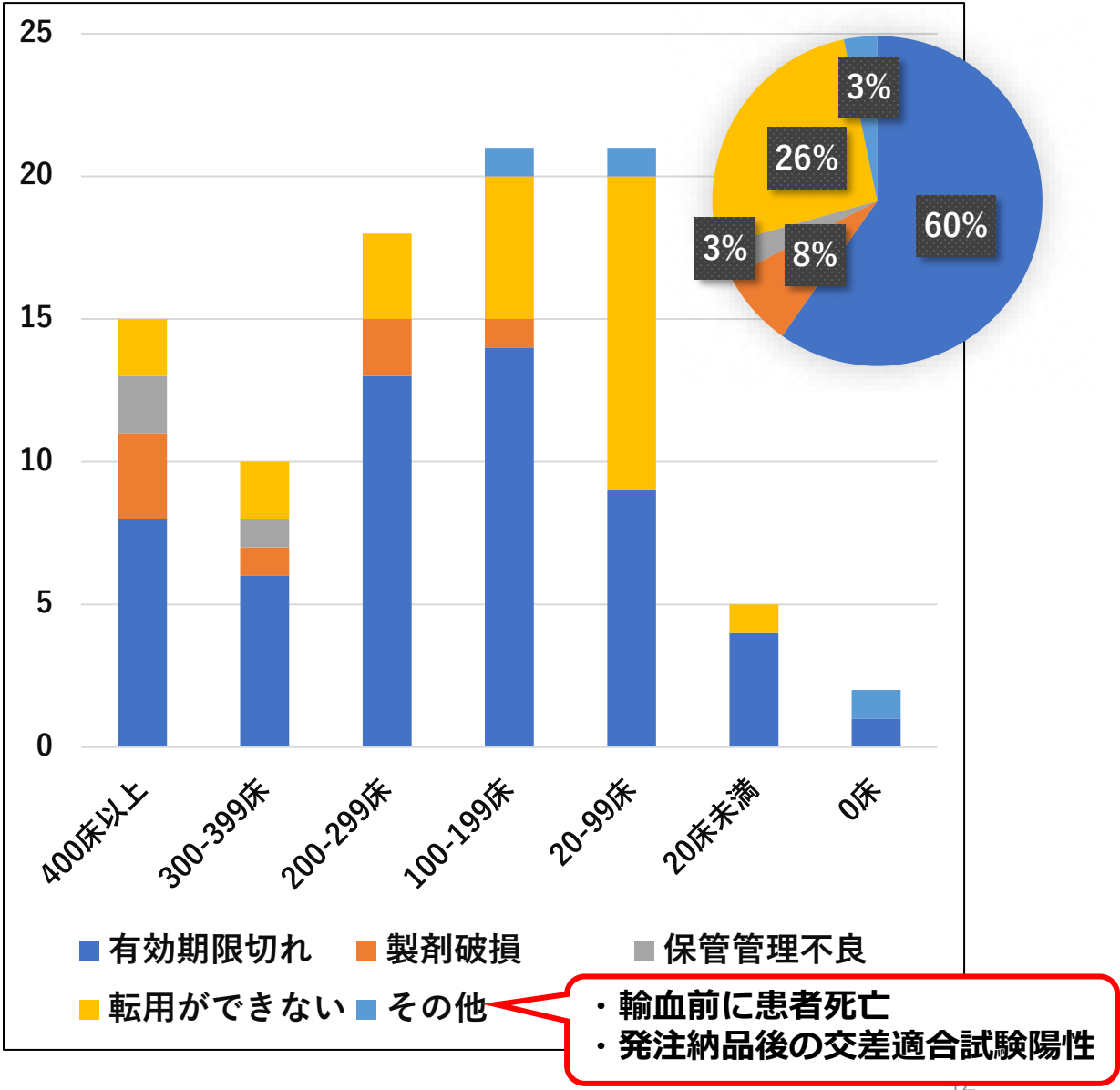
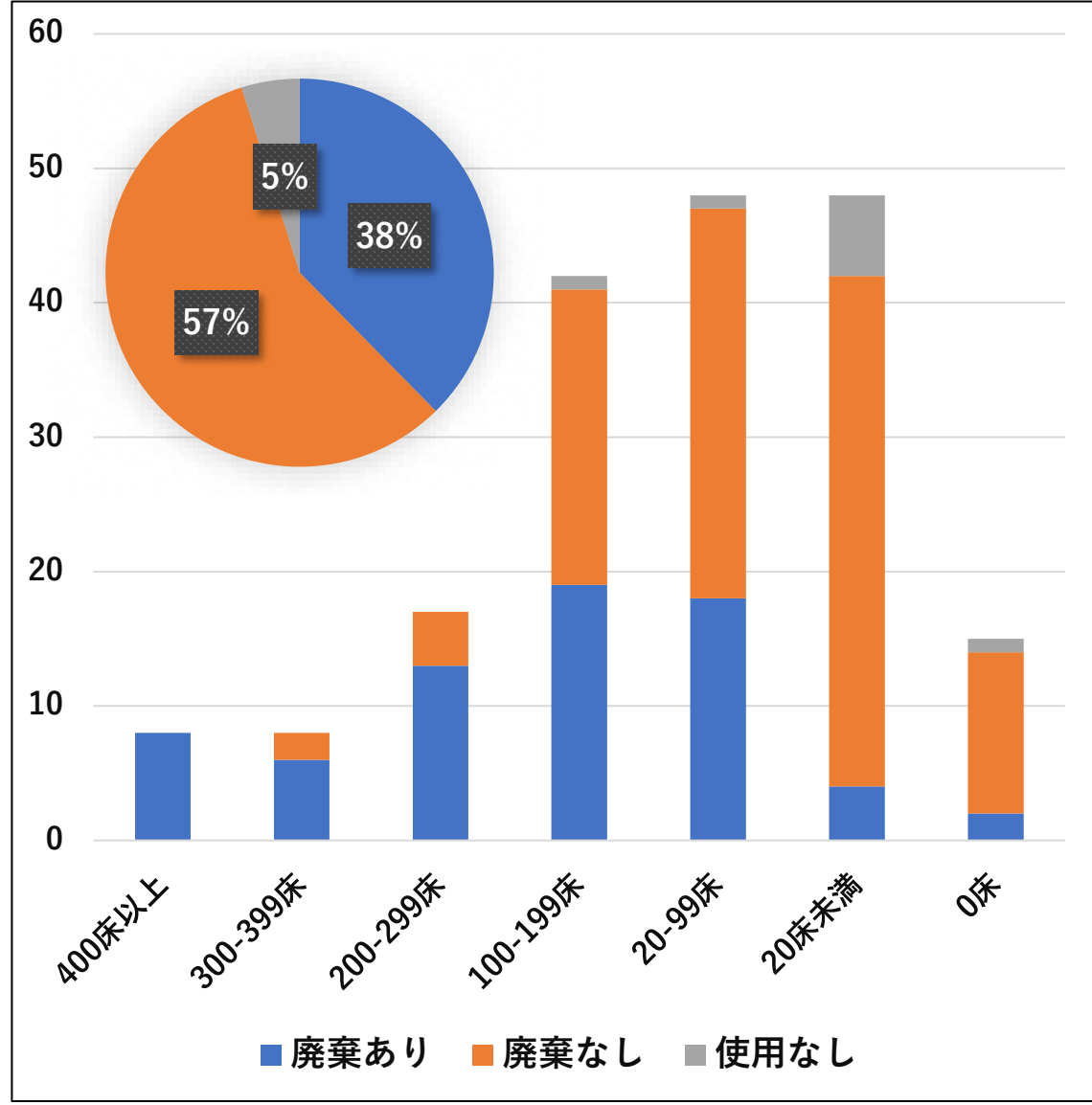
(施設数)



Q22:各血液製剤の廃棄 ①赤血球製剤 N = 186

①赤血球製剤 廃棄ありの理由 N=92 (複数回答可)

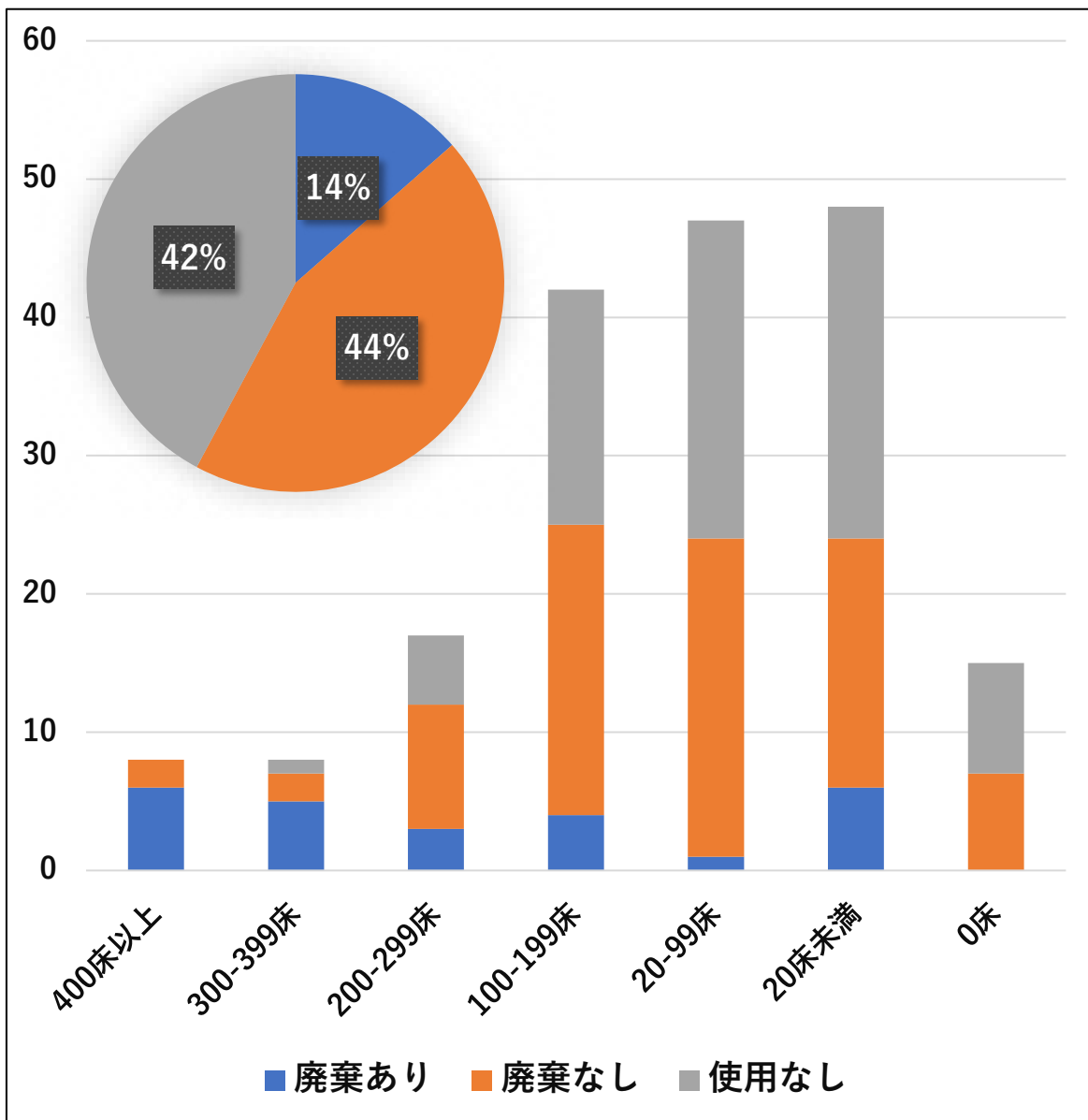
(施設数)



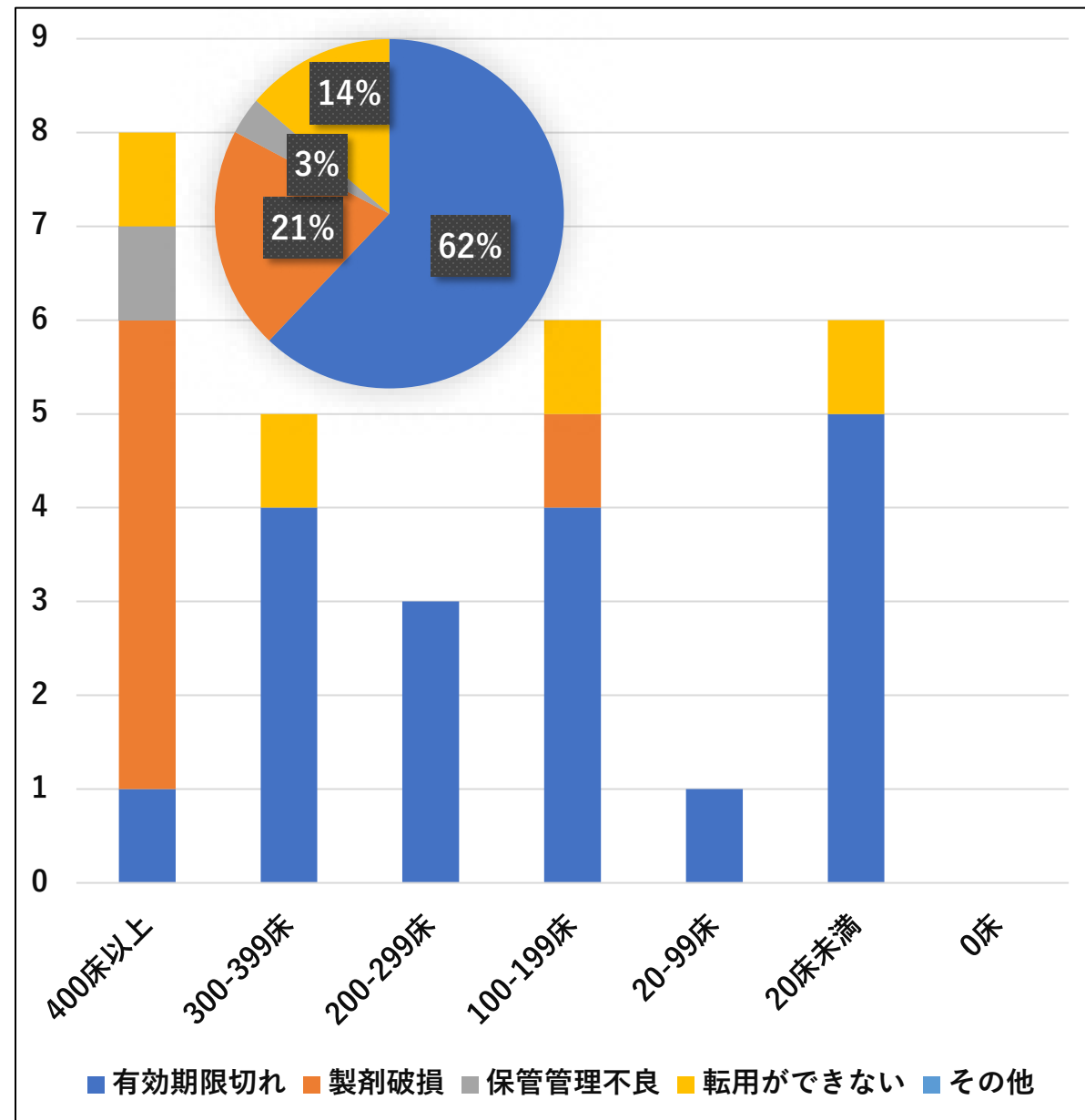
・輸血前に患者死亡  
・発注納品後の交差適合試験陽性

# Q22 : 各血液製剤の廃棄 ②血漿製剤 N = 185

(施設数)

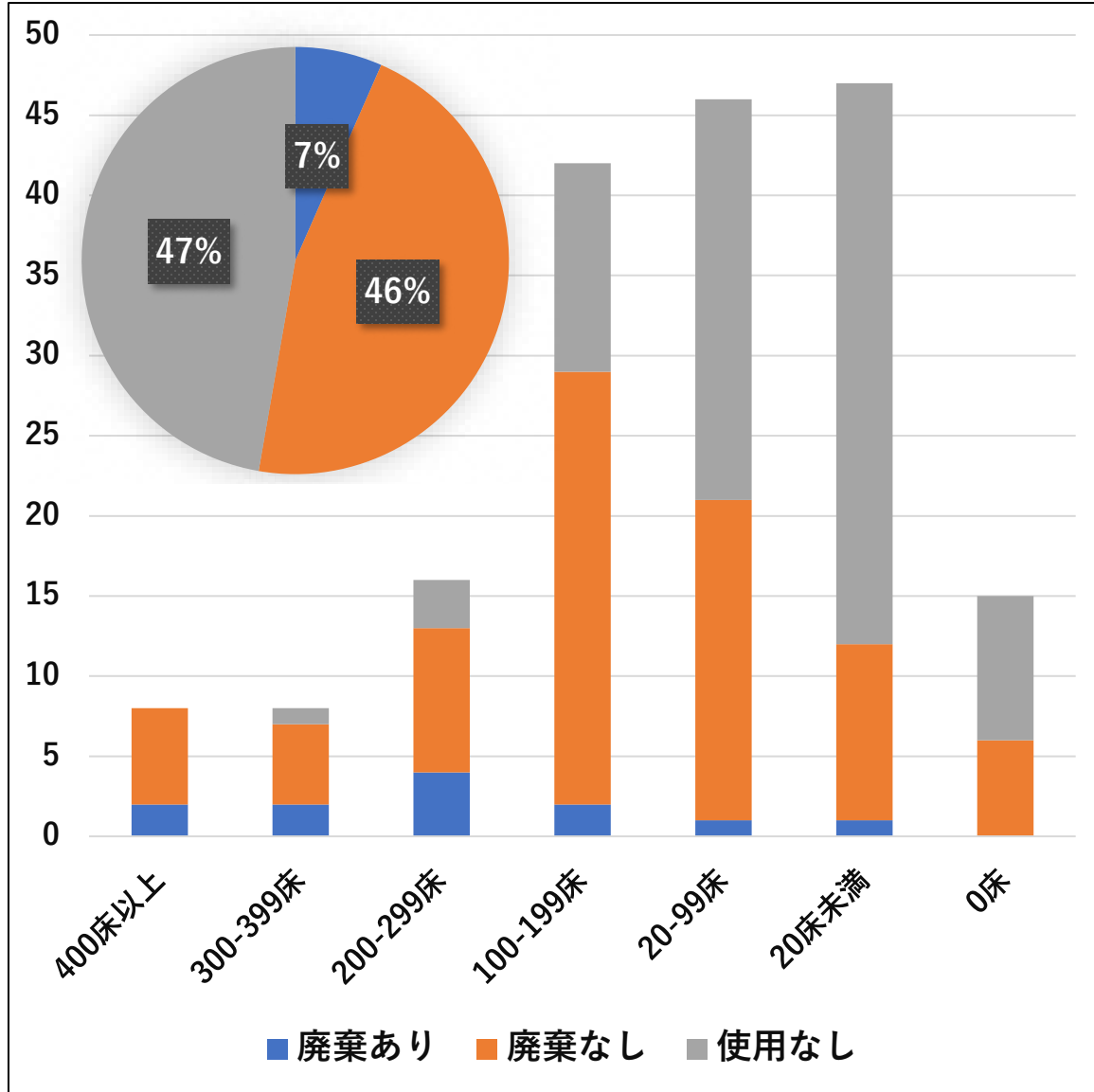


# ②血漿製剤 廃棄ありの理由 N=29 (複数回答可)

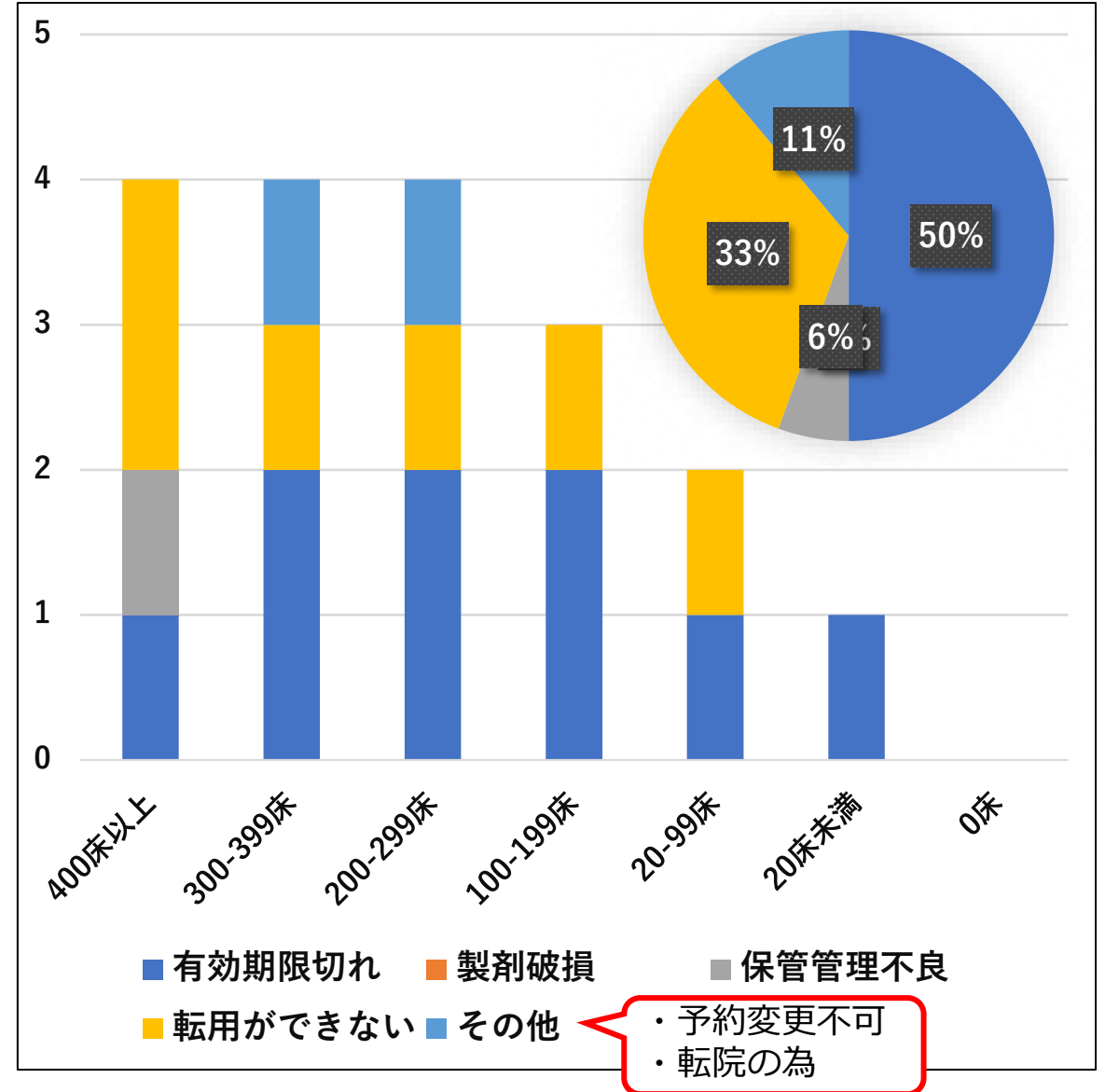


# Q22 : 各血液製剤の廃棄 ③血小板製剤 N = 182

(施設数)

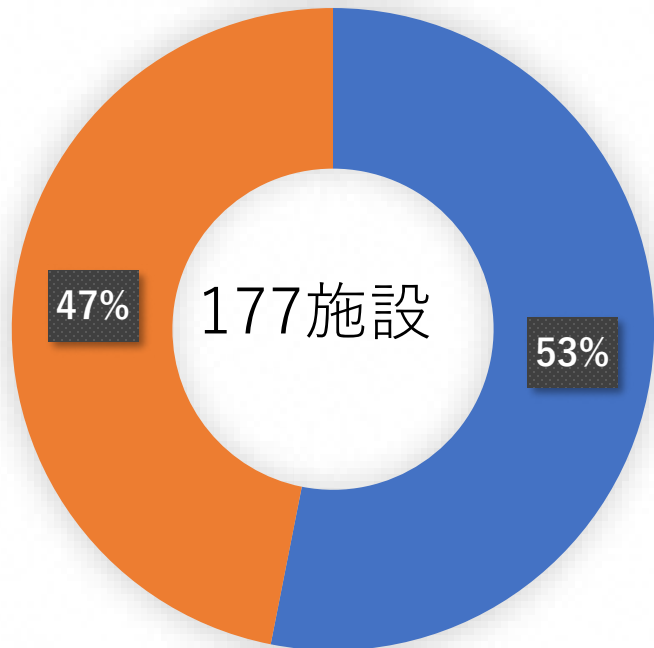


# ③血小板製剤 廃棄ありの理由 N=18 (複数回答可)

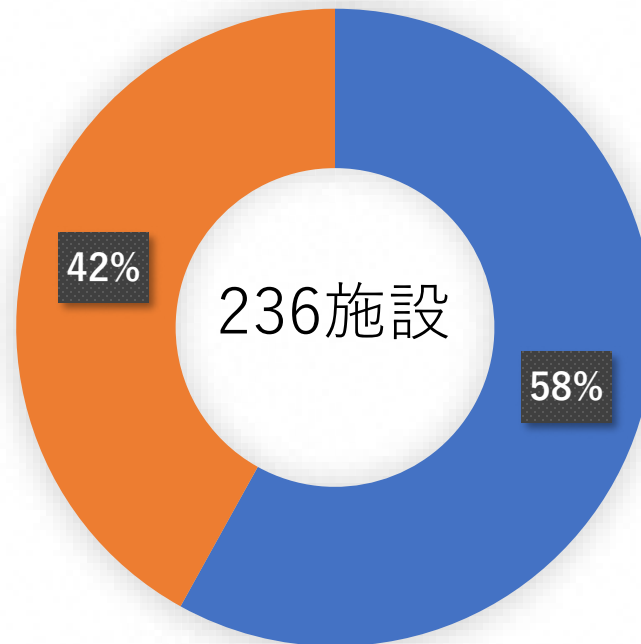


# Q23-1:輸血副作用管理体制はありますか

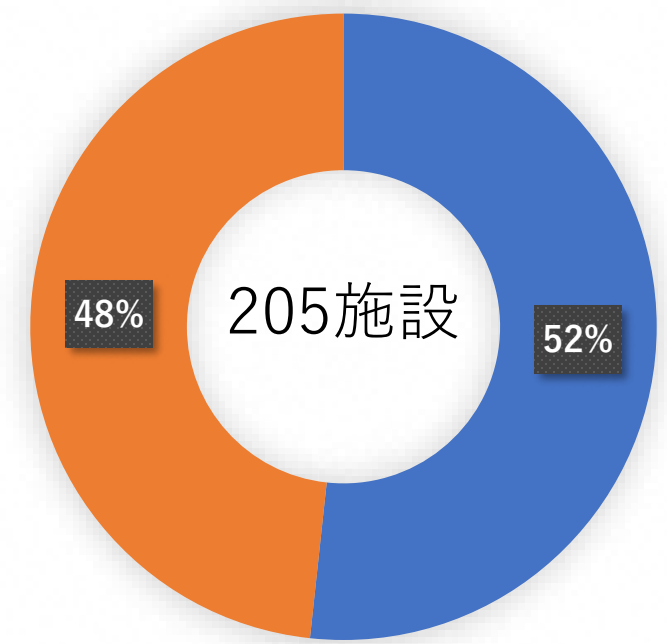
2018年



2020年



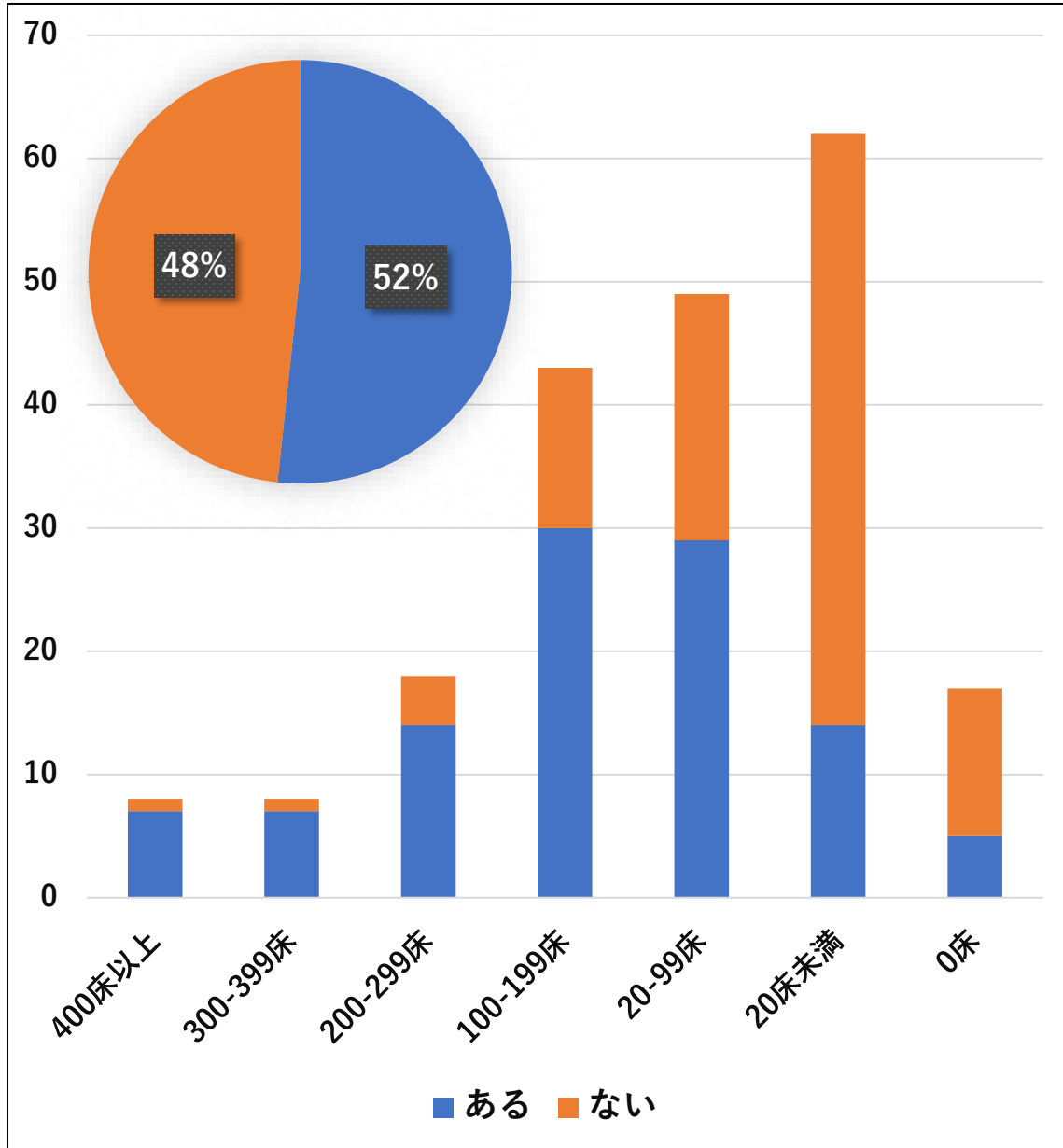
2022年



■ ある ■ ない

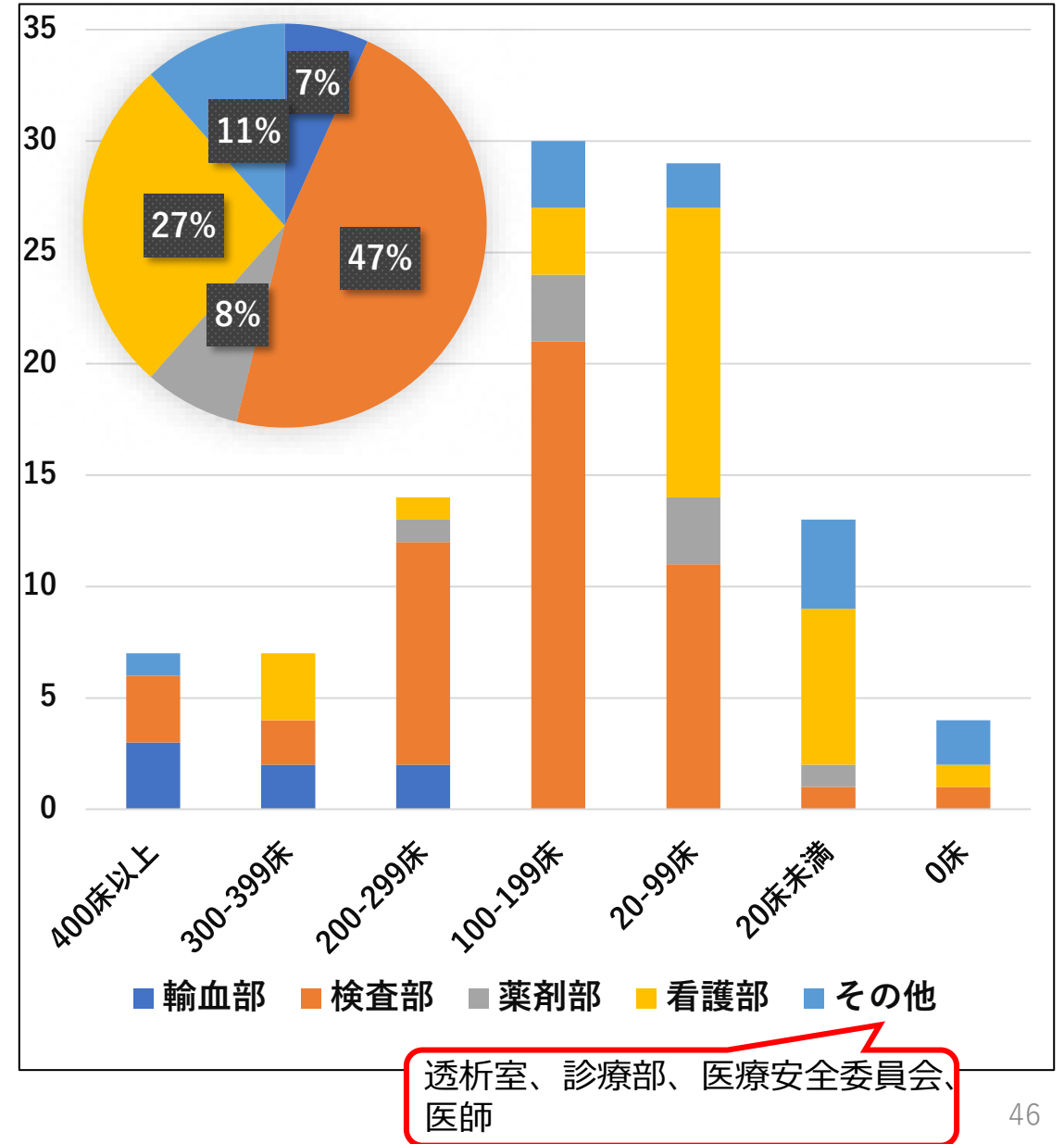
Q23-1:輸血副作用管理体制はありますか N = 205

(施設数)



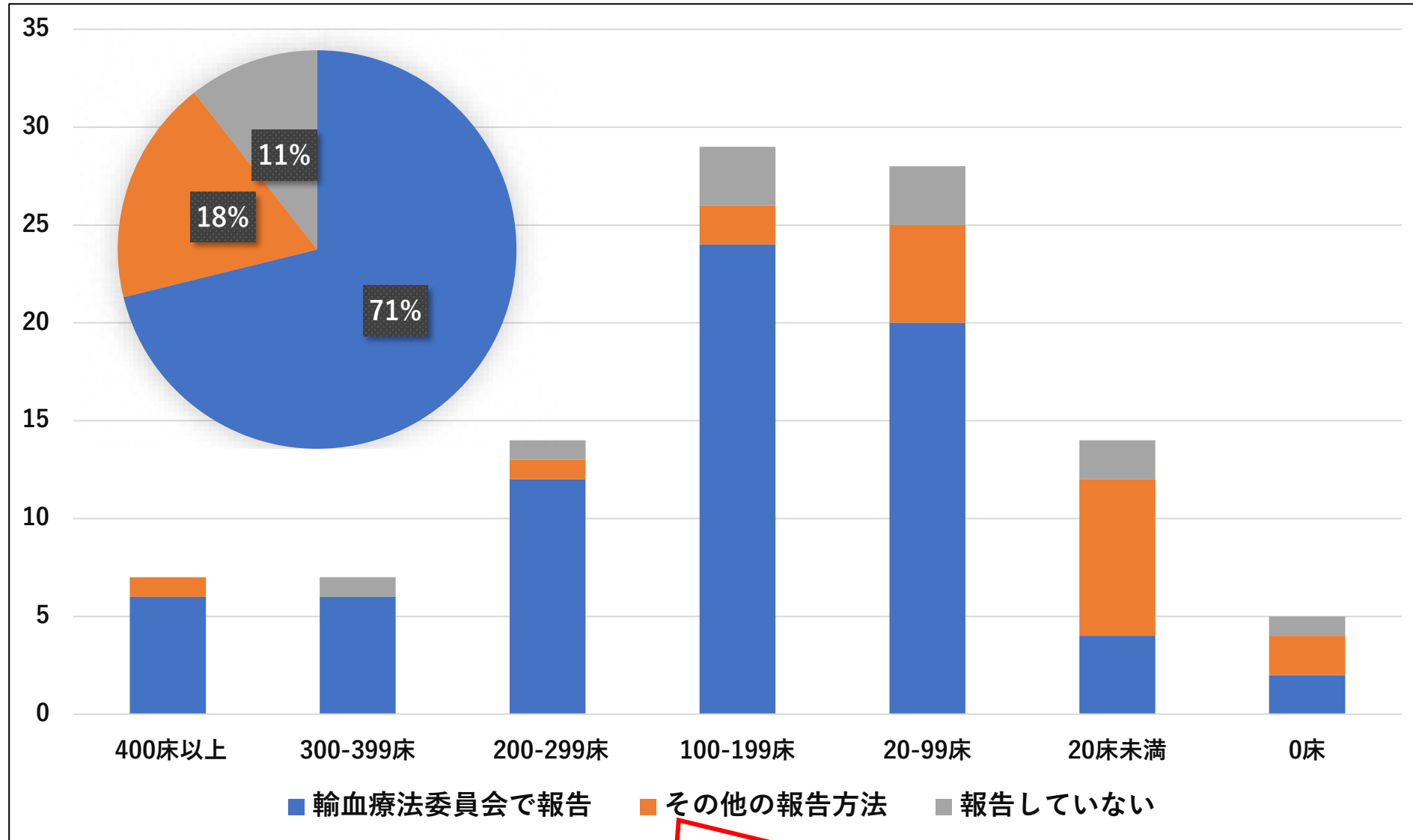
Q23-2:輸血副作用の管理部門は N = 104

(施設数)



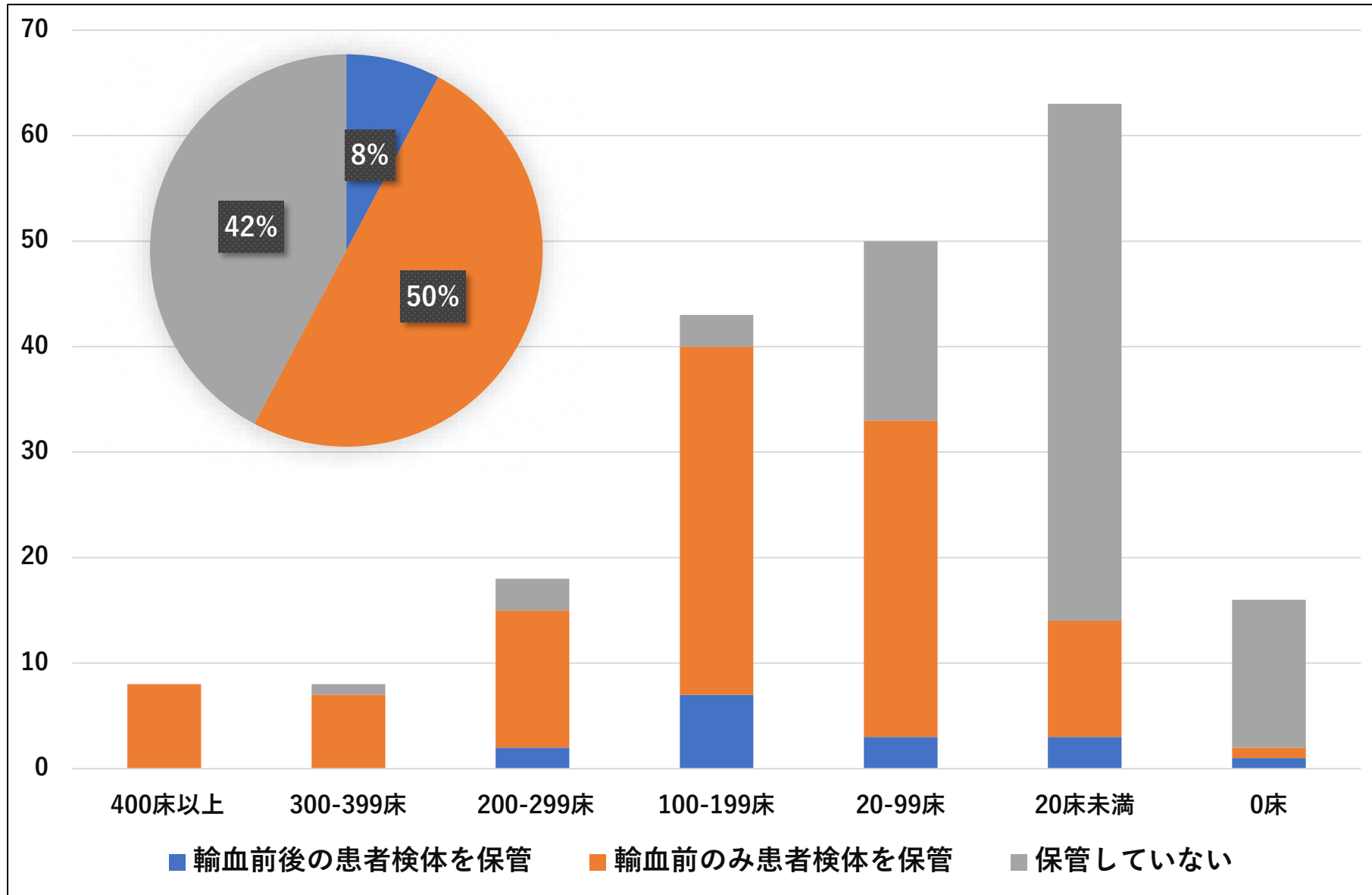
# Q24：副作用を院内で報告しているか N = 104

(施設数)



医師、医療安全委員会、院内カンファレンス  
薬事委員会、病棟会議

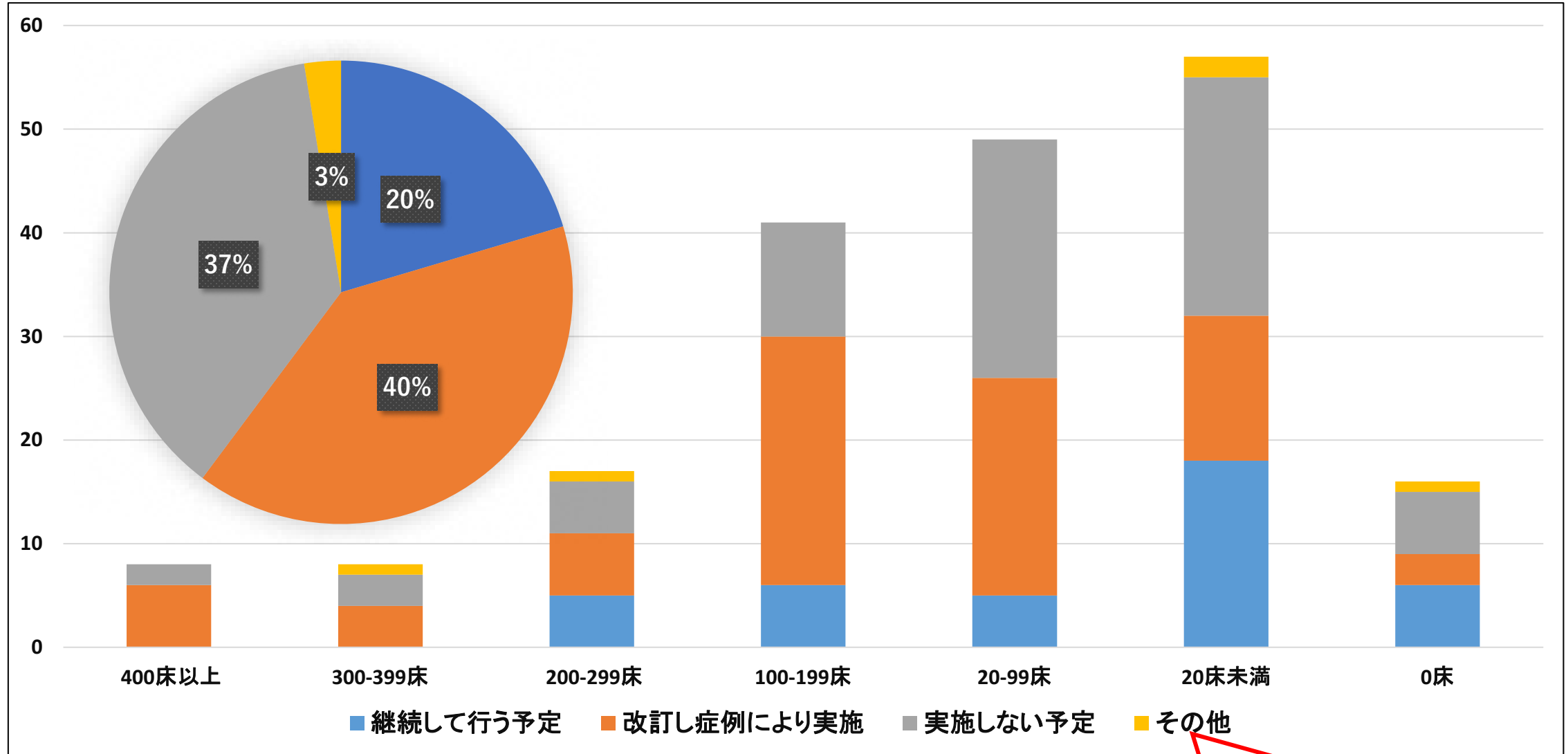
(施設数) **Q25-1:輸血患者の検体保管について** **N = 206**





# Q25-2:輸血後感染症検査実施症例の選択について N = 196

(施設数)

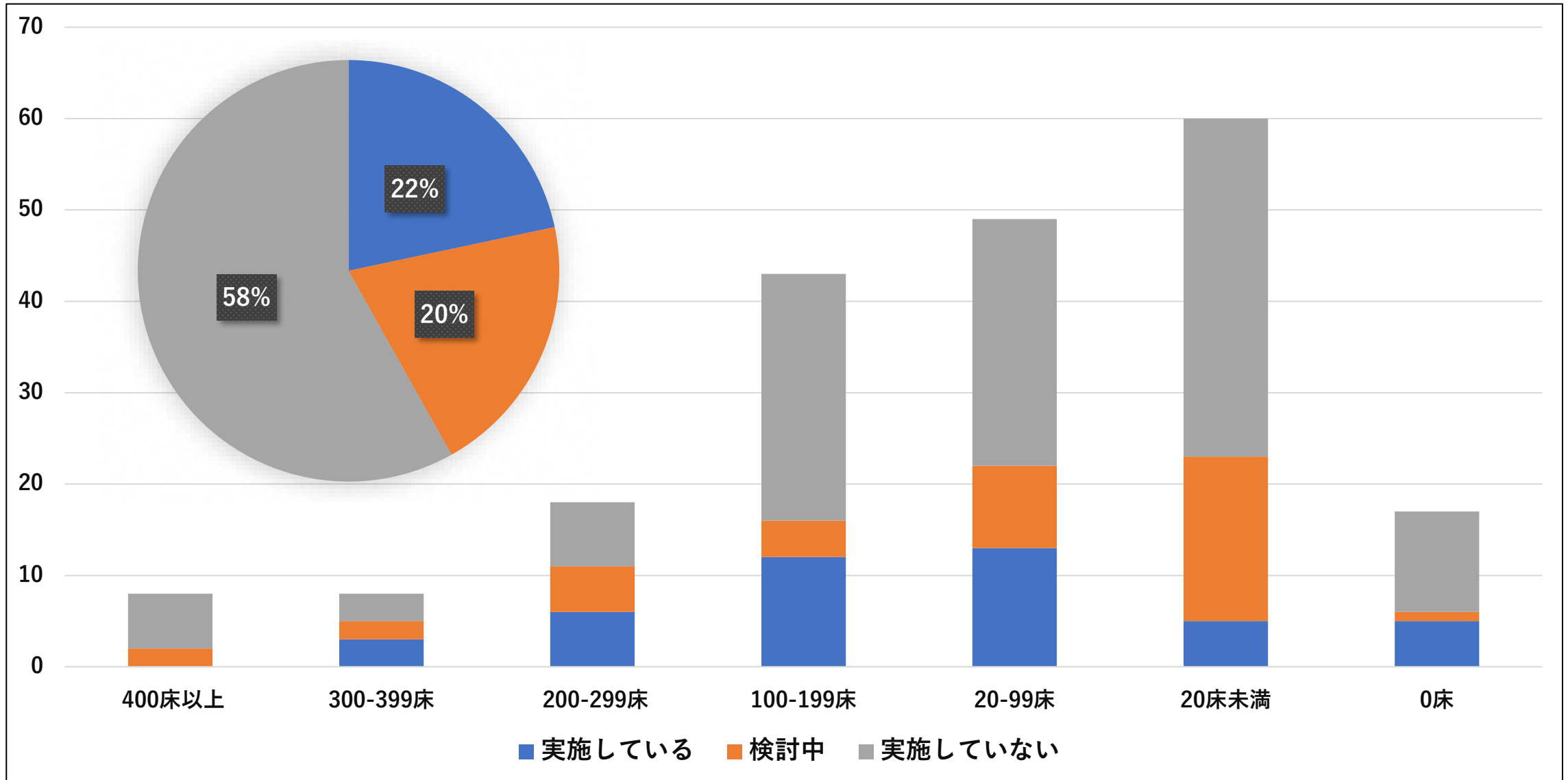


今後検討、輸血の必要な患者は転院 など

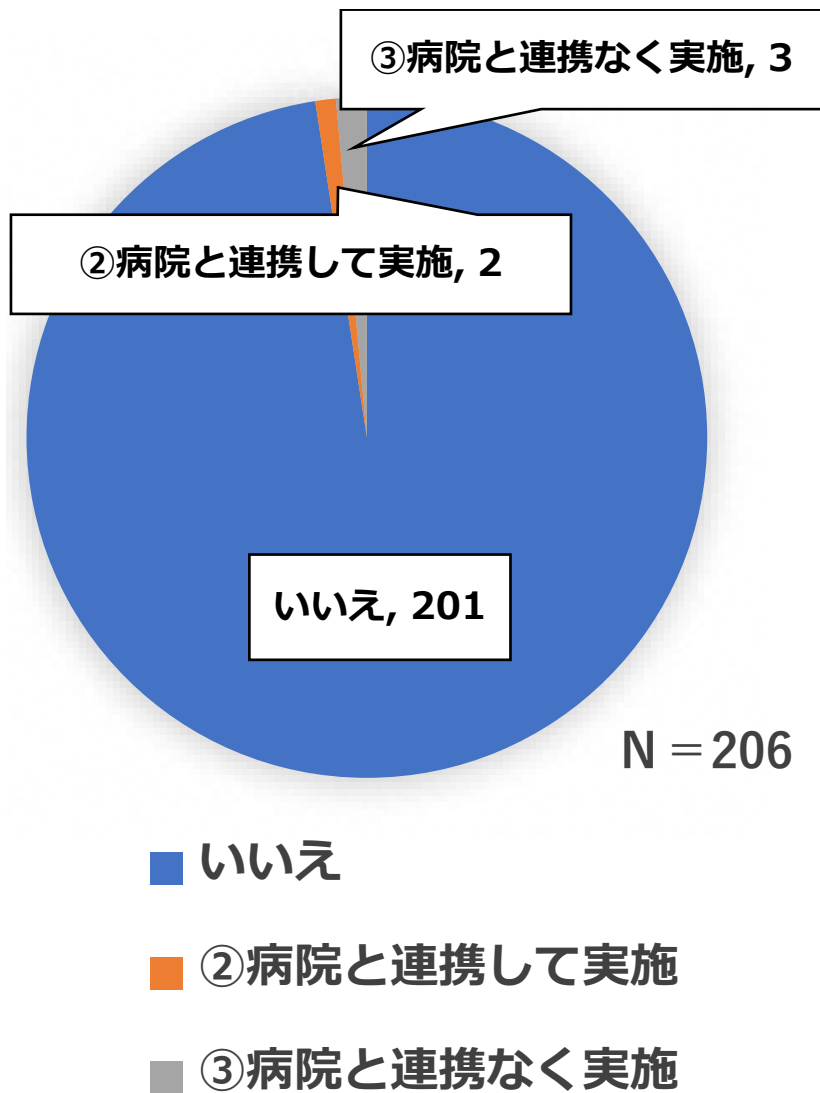
# Q26：使用済みバッグの冷蔵保存について

N = 203

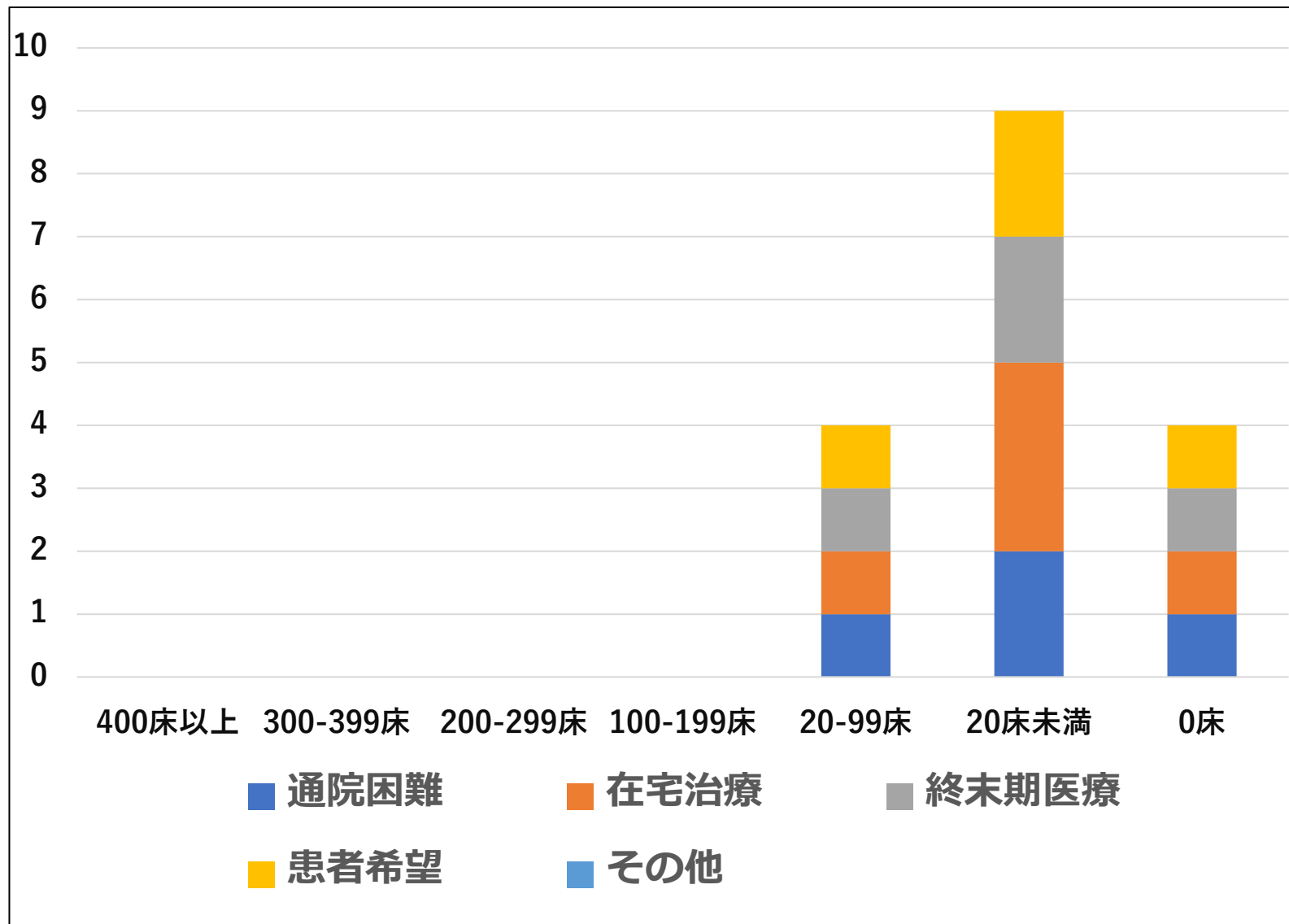
(施設数)



### Q27:今までに病院外で輸血を行いましたか



### (②③より) Q28:病院外で輸血を実施した特別な理由がありますか N = 5 (複数回答可)



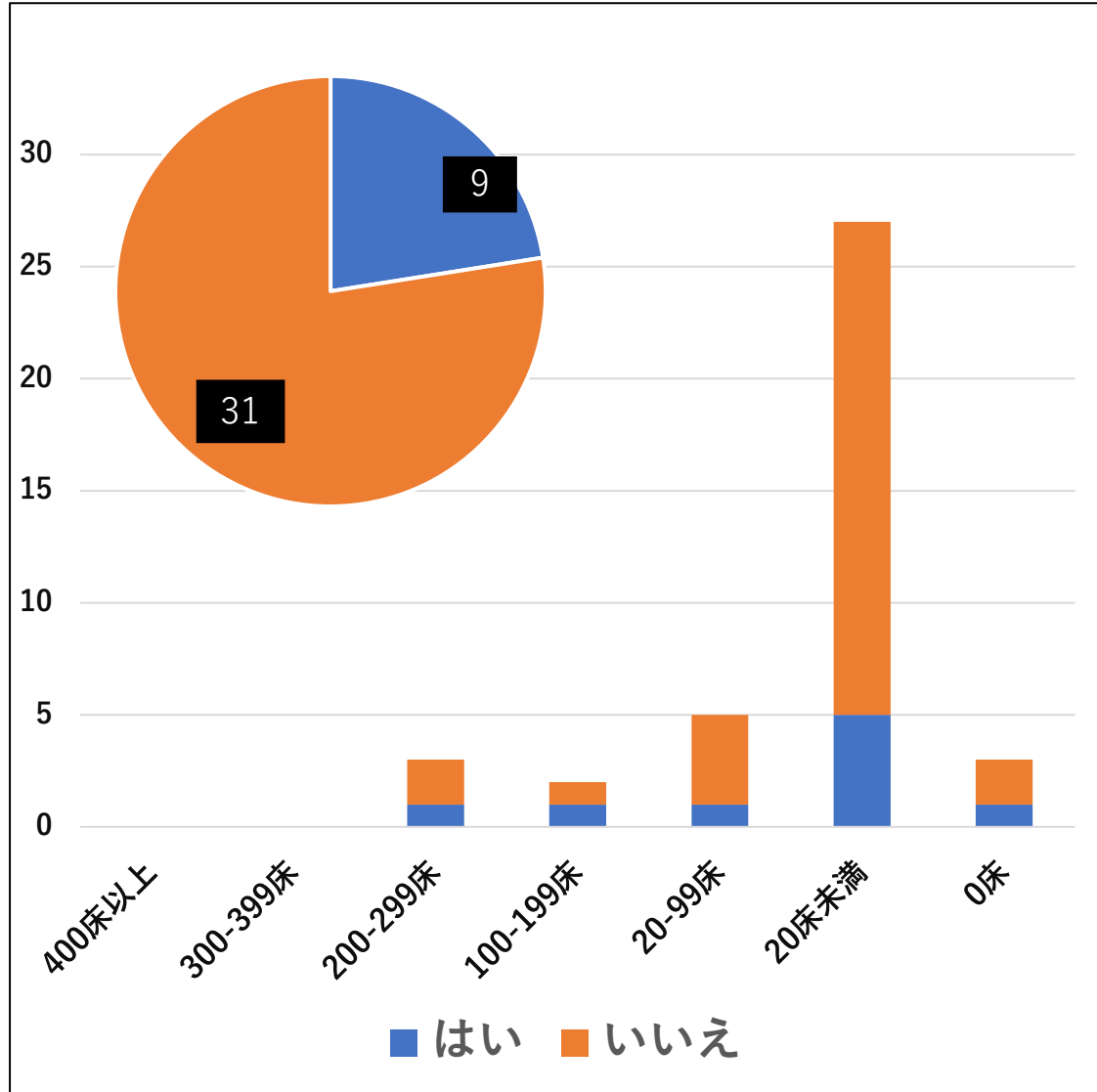
## 院外輸血において、病院と連携なく実施した医療機関の詳細（3施設）

病院と連携 なく実施	検査体制				供給単位数 (2019～2021年)	
	検査技師	血液型 検査	不規則抗体 検査	クロス マッチ	赤血球	血小板
A	有	外注	未実施	外注	79	100
B	無	外注	外注	外注	24	0
C	無	外注	外注	外注	66	40

# (通年継続して輸血用血液製剤を使用されていない施設)

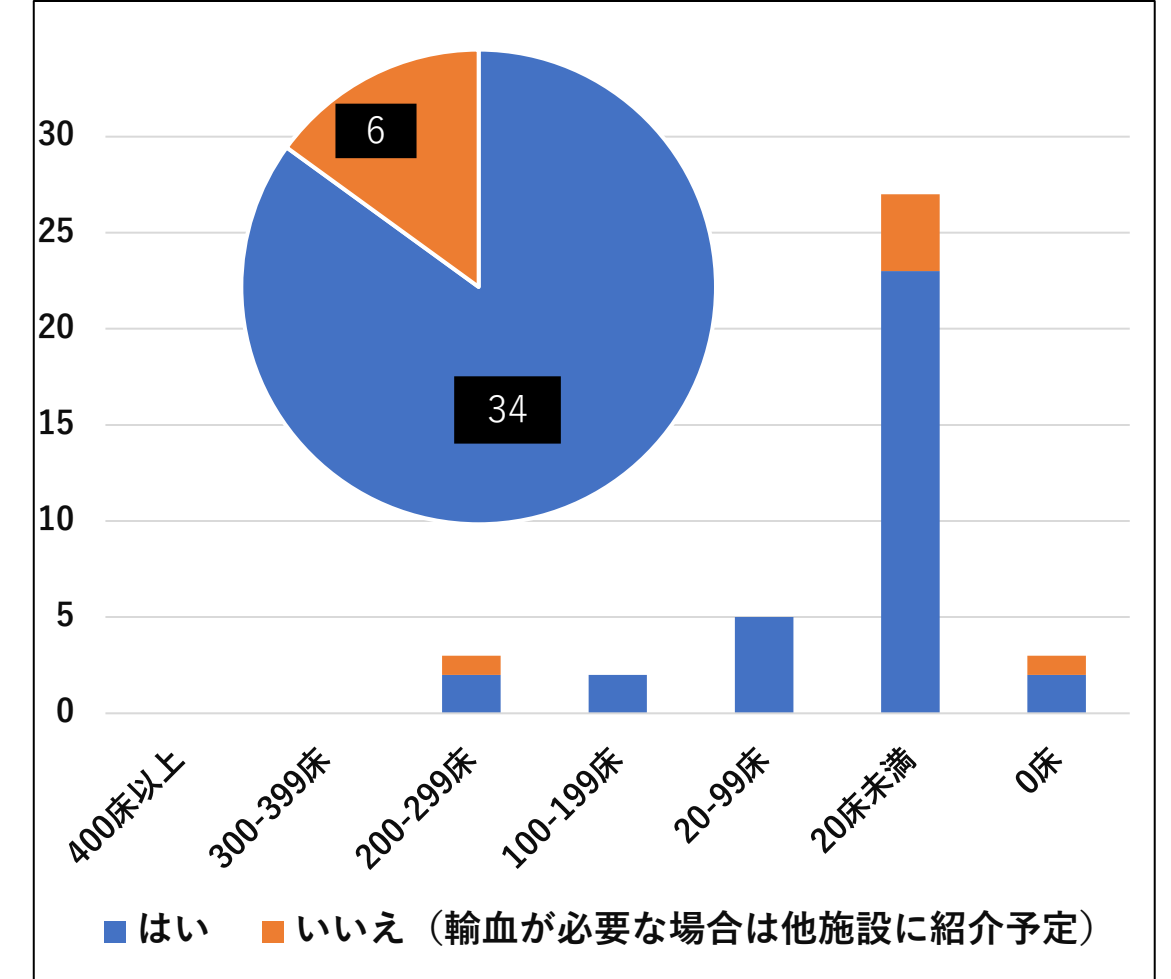
Q29-1:熊本県合同輸血療法委員会講演会に参加されたことがありますか N=40

(施設数)



Q29-2:今後も貴院にて輸血医療を継続されますか N=40

(施設数)



(**いいえの詳細**) 輸血医療を継続されない施設の診療科  
**整形外科2、内科3、精神科1**