

輸血療法に関する調査（案）

Hiroshima 2025

この調査は、広島県の医療機関における輸血療法の現状と実態を把握するために、医療機関を対象として、広島県合同輸血療法委員会が実施主体となり行うものです。

なお、この調査解析は、広島大学疫学研究倫理審査の承認を受けています。

是非、調査にご協力頂きますようお願い申し上げます。

また、可能であれば、下記の二次元コード又はリンク URL から広島県電子申請システムの画面にログインいただいた後、画面上に入力する形で回答してください。

なお、この調査票に記入して提出される場合は、令和7年11月29日（水）までに、血液センター供給便により同センターに返送いただくか、血液センター担当課あてに FAX（082-504-5476）で送付いただくようお願いいたします。

この調査に関するお問い合わせは、下記の連絡先までお願いいたします。

アンケート回答用二次元コード



アンケート回答用リンク URL

https://apply.e-tumo.jp/pref=hiroshima-u/offer/offerList_detail?tempSeq=15403

※広島県電子申請システムにログインする際は、「利用者登録せずに申し込む方はこちら」からログインしてください。

【連絡先】

広島県健康福祉局 薬務課 製薬振興グループ
広島県合同輸血療法委員会「アンケート調査」係
電話 082-513-3223
メール fuyakumu@pref.hiroshima.lg.jp

質問1) 貴院の概要についてお尋ねします。

a) 貴院の病床数についてご記入ください。

必須

1. 一般病床数 : (_____) 床
2. 療養病床数 : (_____) 床
3. 精神病床数 : (_____) 床
4. 感染症病床数 : (_____) 床
5. その他病床数 : (_____) 床

b) 貴院の診療科数をご記入ください。

必須

[_____] 科 ※数字をご記入ください

c) 下欄の診療科のうち、貴院に設置されているものすべてに○をしてください。(複数回答可)

必須

- | | | |
|------------------|-----------------|----------------|
| () 1. 心臓血管外科 | () 2. 消化器外科 | () 3. 脳神経外科 |
| () 4. 呼吸器外科 | () 5. 整形外科 | () 6. 産婦人科 |
| () 7. 皮膚科・形成外科 | () 8. 泌尿器科 | () 9. その他の外科 |
| () 10. 血液内科 | () 11. 循環器内科 | () 12. 消化器内科 |
| () 13. 呼吸器内科 | () 13. 腎臓内科 | () 14. 神経内科 |
| () 16. 膠原病リウマチ科 | () 17. 内分泌代謝科 | () 18. その他の内科 |
| () 19. 精神科・心療内科 | () 20. 小児科 | () 21. 腫瘍治療科 |
| () 22. 救急科 | () 23. 歯科・口腔外科 | |
| () 24. その他の診療科 | | |

[_____]

質問2) 血液製剤の使用についてお尋ねします。

a) 貴院での、令和6年(又は令和6年度)の血液製剤の使用量を記入してください。

必須

1. 赤血球製剤 : [_____] 単位
2. 血小板製剤 : [_____] 単位
3. 血漿製剤 : [※ _____] 単位
4. アルブミン : [_____] グラム

(※120mLを1単位として換算してください)

b) 貴院での、**令和6年12月**の「血液製剤の使用量」「輸血を受けた実患者数」を記入してください。

なお、回答が困難な場合は可能な範囲とし、不明であれば空欄としてください。

1. 赤血球製剤 : [_____] 単位 / (実患者数 _____ 人)
2. 血小板製剤 : [_____] 単位 / (実患者数 _____ 人)
3. 血漿製剤 : [※ _____] 単位 / (実患者数 _____ 人)
4. アルブミン : [_____] グラム / (実患者数 _____ 人)

(※120mLを1単位として換算してください)

c) 貴院では、院内で赤血球製剤(RBC-LR又はlr-RBC-LR)を在庫していますか。

() 1. いいえ

() 2. はい → 在庫量をご記入ください。(通常の数)

1. A型 : [_____] 単位

2. O型 : [_____]単位
3. B型 : [_____]単位
4. AB型 : [_____]単位

d) 貴院では、令和6年（又は令和4年度）に輸血用血液製剤を廃棄処分しましたか。

必須

- () 1. いいえ▶ e) にお進みください。
() 2. はい ※ d-1) 以下にお進みください。



d-1) 廃棄処分量をご記入ください。

1. 赤血球製剤 : [_____] 単位
2. 血小板製剤 : [_____] 単位
3. 血漿製剤 : [※ _____] 単位
(※120mLを1単位として換算してください)

d-2) 主な廃棄理由を下記からすべて選び○をしてください。(複数回答可)

- () 1. 院内在庫の期限切れ
() 2. 輸血予定の変更(中止等)による期限切れ
() 3. 手術用準備血 ※ d-2-1) にもお答えください。
() 4. その他 [_____]

d-2-1) 手術用準備血について採用している血液準備方法を下記からすべて選び○をしてください。(複数回答可)

- () 1. 血液型不規則抗体スクリーニング法(T&S)
- () 2. 最大手術準備量(MSBOS)
- () 3. 手術血液準備量計算法(SBOE)

e) 貴院では、令和6年度以降、現在までに自己血輸血を実施しましたか。 **必須**

- () 1. 実施していない▶ f) にお進みください。
() 2. 実施している ※次のいずれかに○をし、e-1) 以下にお進みください。

→ () 令和6年度、() 令和7年度、() 令和6年度及び7年度

→ e-1) 自己血輸血を実施している診療科名をすべて選び○をしてください。(複数回答可)

() 1. 心臓血管外科	() 2. 消化器外科	() 3. 脳神経外科
() 4. 呼吸器外科	() 5. 整形外科	() 6. 産婦人科
() 7. 皮膚科・形成外科	() 8. 泌尿器科	() 9. その他の外科
() 10. 血液内科	() 11. 循環器内科	() 12. 消化器内科
() 13. 呼吸器内科	() 13. 腎臓内科	() 14. 神経内科
() 16. 膠原病リウマチ科	() 17. 内分泌代謝科	() 18. その他の内科
() 19. 精神科・心療内科	() 20. 小児科	() 21. 腫瘍治療科
() 22. 救急科	() 23. 歯科・口腔外科	
() 24. その他の診療科		

[_____]

→ e-2) 自己血を採血している診療科(部門)をすべて選び○をしてください。(複数回答可)

- () 輸血科 () 検査科 () 各科外来・病棟
() その他

[_____] ※上記の診療科番号を記入してください。

→ e-3) 自己血輸血の方法をすべて選び○をしてください。(複数回答可)

- () 1. 貯血式 () 2. 回収式 () 3. 希釈式

→ e-3-1) 貴院では、平成26年4月の診療報酬の改定による貯血式自己血輸血管理体制加算を算定していますか。

- () 1. 算定していない
() 2. 算定している

f) 貴院では、令和6年度以降、現在までに自己血を除く院内採血による輸血（当日新鮮全血等）を実施しましたか。

必須

() 1. いいえ

() 2. はい ※次のいずれかに○をし、f-1) 以下にお進みください。

() 令和6年度、() 令和7年度、() 令和6年度及び7年度

f-1) 院内採血を実施している診療科名をすべて選び○をしてください。(複数回答可)

- | | | |
|------------------|-----------------|----------------|
| () 1. 心臓血管外科 | () 2. 消化器外科 | () 3. 脳神経外科 |
| () 4. 呼吸器外科 | () 5. 整形外科 | () 6. 産婦人科 |
| () 7. 皮膚科・形成外科 | () 8. 泌尿器科 | () 9. その他の外科 |
| () 10. 血液内科 | () 11. 循環器内科 | () 12. 消化器内科 |
| () 13. 呼吸器内科 | () 13. 腎臓内科 | () 14. 神経内科 |
| () 16. 膠原病リウマチ科 | () 17. 内分泌代謝科 | () 18. その他の内科 |
| () 19. 精神科・心療内科 | () 20. 小児科 | () 21. 腫瘍治療科 |
| () 22. 救急科 | () 23. 歯科・口腔外科 | |
| () 24. その他の診療科 | | |

[_____]

f-2) 令和6年（又は令和6年度）に何回実施されましたか。 [_____]回

f-3) 院内採血を実施する場合にあてはまるものを下記からすべて選び○をしてください。

(複数回答可)

- () 1. 日本赤十字社血液センターから供給されない顆粒球やヘパリン化血を用いる場合
- () 2. 日本赤十字社血液センターから供給が間に合わない緊急事態の場合
- () 3. 稀な血液型で母体血液を使用せざるを得ない場合
- () 4. 出血時の止血を期待
- () 5. 赤血球の酸素運搬能を期待
- () 6. 血小板の凝集能を期待
- () 7. 血液凝固因子の凝固能を期待
- () 8. 高カリウム血症を回避するため
- () 9. その他 ※ 詳細を下欄に記載してください

[_____]

g) 貴院での、令和6年（又は令和6年度）において輸血用血液製剤の使用量の多かった上位3診療科を、前問 f-1 の診療科リスト内から選び、その番号を記入してください。

必須

例えば、「1位：総合診療科」の場合は、1位 [1] となります。

赤血球製剤：1位 [_____]、2位 [_____]、3位 [_____]

血漿製剤：1位 [_____]、2位 [_____]、3位 [_____]

血小板製剤：1位 [_____]、2位 [_____]、3位 [_____]

h) 貴院での、令和4年（又は令和4年度）の輸血用血液製剤を使用する下記の疾患のうち、上位3疾患（アルファベット）をご記入ください。

a. 悪性新生物(血液は除く)、 b. 血液・造血器疾患、 c. 循環器系疾患、 d. 消化器系疾患、
e. 尿路・生殖器系疾患、 f. 妊婦・分娩の合併症、 g. 損傷、中毒及びその他の外因、
i. その他 [_____]

※ 「1位：悪性新生物」の場合、1位 [a] となります。

必須

赤血球製剤：1位 [_____]、2位 [_____]、3位 [_____]

血漿製剤：1位 [_____]、2位 [_____]、3位 [_____]

血小板製剤：1位 [_____]、2位 [_____]、3位 [_____]

i) 血液製剤(特定生物由来製品)を使用した場合、患者へのウイルス感染などの恐れが生じた場合に対処するため、診療録とは別に、当該血液製剤に関する記録を作成し、少なくとも使用日から20年を下回らない期間、保存する必要があります。

必須

現在、貴院では血液製剤の使用に関する記録を作成し、保存を実施していますか。

() 1. 保存していない

() 2. 保存している → 保存期間をご記入ください：[_____] 年間

質問3) 遡及調査についてお尋ねします。

a) 「血液製剤等に係る遡及調査ガイドライン」(厚労省)においては、輸血実施前の患者検体を保管することが望ましいとなっています。現在、貴院では輸血前の検体の保管を実施していますか。

必須

() 1. 保管していない

() 2. 保管している → 保管期間をご記入ください：[_____] 年間

※半年の場合は0.5年としてください

b) 「血液製剤等に係る遡及調査ガイドライン」(厚労省)においては、

『輸血に使用した全ての「使用済みバッグ」に残存している製剤をバッグごと、清潔に冷蔵保存しておくことが望まれる(冷凍は不可。)なお、使用后数日経過しても受血者(患者)に感染症発症のない場合は廃棄しても差し支えないこととする。』

となっています。現在、貴院では「使用済みバッグ」の保存を実施していますか。

必須

() 1. 保存していない

() 2. 保存している ※ c-1) 以下にお進みください。

→ c-1) 保存温度をご記入ください。 (_____) °C ~ (_____) °C

→ c-2) 保存期間をご記入ください：[_____] 日間

質問4) 緊急時の輸血について、「輸血療法の実施に関する指針」(厚労省)、「危機的出血への対応ガイドライン」(日本麻酔科学会、日本輸血・細胞治療学会)の点からお尋ねします。

a) 貴院では、緊急時の輸血対応がありますか。

必須

() 1. いいえ▶ b) にお進みください

() 2. はい

└─▶ a-1) 貴院では、緊急時の輸血に対応するための院内体制は整備されていますか。

() 1. いいえ▶ b) にお進みください

() 2. はい

└─▶ a-2) 手順書、マニュアル等を作成していますか。

() 1. はい () 2. いいえ

b) 貴院では、「危機的出血への対応ガイドライン」は周知されていますか。

必須

() 1. よく周知されている () 2. かなり周知されている

() 3. あまり周知されていない () 4. 全く周知されていない

() 5. その他 ※ 詳細を下欄に記載してください

[_____]

質問5) 大量輸血プロトコール (Massive Transfusion Protocol : 以下「MTP」という。) についてお尋ねします。

a) 「血液製剤の使用指針」(H31.3 厚生労働省) あるいは、「大量出血症例に対する血液製剤の適正な使用のガイドライン」(H31.1 日本輸血・細胞治療学会) において、MTPが推奨されていることを知っていますか。

必須

() 1. 知っている

() 2. 知らない

b) 貴院では、救急部門等で大量輸血患者 (概ね6時間以内に10単位以上) に FFP : PC : RBC=1 : 1 : 1 を目標とする輸血 (MTP) を実施していますか。

必須

() 1. 実施している

() 2. 実施していない

└─▶ b-1) 今後、どのような条件が揃えば実施する可能性がありますか。

()

c) 貴院では、文書 (手順書等) に基づいたMTPを実施されていますか。

必須

() 1. 実施している

() 2. 実施していない ⇒ (質問6)へお進みください。

d) MTPの実施対象となる症例について文書で限定していますか。

必須

() 1. 限定している

() 2. 限定していない ⇒ (質問6)へお進みください。

e) MTPの実施対象となる文書で定めた症例は以下のうちどれですか。(当てはまるものすべて)

- 1. 外傷
- 2. 心臓血管外科疾患
- 3. 産科疾患
- 4. その他 ()

必須

f) MTPを実施する際に事前に(血液型確定前に)準備しておくRBC、FFP、PLTのそれぞれの数量(単位数)はいくらですか。

- 1. RBC : [_____] 単位
- 2. FFP : [_____] 単位
- 3. PLT : [_____] 単位

g) f)のFFP製剤のうち、MTP発動後直ちに解凍する数量(単位数)を決めていますか。その数量はいくらですか。

- 1. 決めている (FFP : _____ 単位)
- 2. 特に決めておらず状況に応じて

h) 過去3年間における年間当たりの平均実施数は何例ですか。

- 1. 0~5
- 2. 6~10
- 3. 11~20
- 4. 20超

質問7) 在宅輸血についてお尋ねします。

a) 「在宅赤血球輸血ガイド」(H29.9 日本輸血・細胞治療学会)について、内容の詳細を知っていますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

必須

b) 貴院は、在宅輸血に対応できる施設ですか。

- 1. はい
- 2. いいえ

必須

c) 貴院では、在宅輸血を必要とする患者様がいらっしゃいますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

必須

質問8) 輸血用血液製剤の新規品目についてお尋ねします。

a) 次のような血液製剤があれば使用したいと思いませんか。

1) 冷蔵保管の血小板の製剤

→ 1. はい

2. いいえ

b) どのような輸血用血液製剤があると良いと思いますか。

()

◎ 輸血療法、血液製剤の使用について、問題点・質問がございましたらご記入ください。また、広島県合同輸血療法委員会への意見・要望等がございましたらご記入ください。

アンケートの調査項目は以上です。

ご協力ありがとうございました。

医療機関名 : _____

記入担当者氏名 : _____

記入担当者所属部署: _____

電子メールアドレス : _____

記入担当者職種 : 医師、薬剤師、検査技師、看護師、その他(_____) 必須

連絡先: TEL _____ 必須

FAX _____

※お手数をお掛けしますが、11月29日(水)までに、血液センター供給便に乗せて返送していただくか、血液センター担当課にFAX(082-504-5476)で送付してください。