

80. 自己フィブリン糊を作製していますか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体(未記入含む)	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	作製している	2	0.84%	35	6.63%	38	4.91%
2	作製していない	237	99.16%	493	93.37%	736	95.09%
	合計	239		528		774	

81. 主に使用している採血バッグの形状について

番号	項目	300床未満		300床以上		全体(未記入含む)	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	針付バッグ	164	76.64%	365	71.71%	533	73.01%
2	針なしバッグ	29	13.55%	68	13.36%	99	13.56%
3	針付バッグと針なしバッグの併用	21	9.81%	76	14.93%	98	13.42%
	合計	214		509		730	

2又は3の場合、針なしバックを使用する理由一覧

巻末 【別紙 1】を参照

82. 過去1年間(2006年1月~2006年12月)に血管迷走神経反射を経験しましたか

件数	I度			II度			III度		
	300未満	300以上	全体	300未満	300以上	全体	300未満	300以上	全体
0件	175	300	478	178	360	541	178	366	547
1件	4	36	40	2	13	15	2	3	5
2件	4	19	23	0	3	3	0	0	0
3件	0	19	19	0	2	2	0	0	0
4件	0	2	2	0	0	0	0	0	0
5件	0	10	10	0	0	0	0	0	0
6件	0	1	1	0	0	0	0	0	0
7件	0	6	6	0	0	0	0	0	0
8件	0	2	2	0	0	0	0	0	0
9件	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10件	0	1	1	0	0	0	0	0	0
11~20	0	4	4	0	0	0	0	0	0

83. 過去1年間(2006年1月~2006年12月)の貯血式自己血輸血採血の総件数は

300床未満						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
採血回数	172	1	368	45.68	7857	60.26

300床以上						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
採血回数	479	1	1350	197.28	94498	223.72

全体（未記入含む）						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
採血回数	655	1	1350	156.87	102750	205.2

84. 過去1年間（2006年1月～2006年12月）で貯血式自己血輸血において細菌感染および疑い例はありましたか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	ある	1	0.44%	12	2.30%	13	1.72%
2	ない	227	99.56%	509	97.70%	742	98.28%
	合計	228		521		755	

「1.ある」場合、症例数

症例／年	300床未満	300床以上	全体（未記入含む）
1症例	0	8	8
2症例	0	1	1
3症例	1	0	1
31症例	1	0	1
51症例	1	0	1

7) 血液法及び薬事法、指針の改訂について

85. 「薬事法」に規定された特定生物由来製品使用時の製剤名、製剤番号、ロット番号、患者氏名、患者住所などを記録し、20年間の保管義務が明記されていますが、その保管方法をお答え下さい

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	血液製剤の伝票をそのまま綴じている	53	17.04%	70	12.99%	125	14.57%
2	管理簿を作って記載している	125	40.19%	82	15.21%	210	24.48%
3	コンピュータで記録している	130	41.80%	372	69.02%	505	58.86%
4	その他	3	0.96%	15	2.78%	18	2.10%
	合計	311		539		858	

86. 改正薬事法では特定生物由来製品による感染症などの副作用が発生した場合、医療施設は厚生労働省に報告する義務があることが記載されていますが、このことに取り組んでいますか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	取り組んでいる	203	67.00%	439	82.06%	646	76.54%
2	取り組んでいない	30	9.90%	27	5.05%	58	6.87%
3	現在検討中である	70	23.10%	69	12.90%	140	16.59%
	合計	303		535		844	

87. 「生物由来製品感染等被害救済制度」について輸血同意説明書に明記し、説明していますか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	明記して説明している	116	38.54%	251	47.36%	370	44.15%
2	明記していないが説明している	61	20.27%	113	21.32%	176	21.00%
3	明記も説明もしていない	124	41.20%	166	31.32%	292	34.84%
	合計	301		530		838	

88. 「輸血療法の実施に関する指針」および「血液製剤の使用指針」が改訂され、平成17年9月に公表されたことをご存知ですか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	知っている	287	92.28%	530	99.07%	824	96.49%
2	知っているが、内容がわからない	22	7.07%	5	0.93%	28	3.28%
3	知らない	2	0.64%	0	0.00%	2	0.23%
	合計	311		535	99.07%	854	

89. 「輸血療法の実施に関する指針」は輸血検査管理実施体制などが記載され、「血液製剤の使用指針」には血小板製剤を含む輸血の適応の基本的な考え方が記載されていますが、その内容をご存知ですか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	はい	180	58.25%	441	82.12%	625	73.19%
2	だいたい知っている	113	36.57%	96	17.88%	213	24.94%
3	いいえ	14	4.53%	0	0.00%	14	1.64%
4	その他	2	0.65%	0	0.00%	2	0.23%
	合計	309		537		854	

90. 血液法と改正薬事法の理念および上記の両「指針」について、輸血療法委員会を通じて院内に周知していますか

番号	項目	300床未満		300床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	十分周知徹底している	103	34.11%	296	55.43%	401	47.57%
2	内容まで十分知らせていない	157	51.99%	207	38.76%	368	43.65%
3	全くしていない	32	10.60%	12	2.25%	45	5.34%
4	その他	10	3.31%	19	3.56%	29	3.44%
	合計	302		534		843	

8) 輸血療法関連の診療報酬体系について

91. 平成 18 年度の診療報酬改訂で「輸血管理料 1 および 2」が設定されましたが、その取得状況をお尋ねします

番号	項目	300 床未満		300 床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	輸血管理料 1 を取得している	15	5.10%	92	17.33%	108	12.95%
2	輸血管理料 2 を取得している	88	29.93%	97	18.27%	189	22.66%
3	FFP/RBC の基準をクリアできない	33	11.22%	93	17.51%	127	15.23%
4	ALB/RBC の基準をクリアできない	64	21.77%	188	35.40%	254	30.46%
5	「3, 4」以外の理由で取得していない	94	31.97%	61	11.49%	156	18.71%
	合計	294		531		834	

問 91 で 5. 「3,4」以外の理由で取得していない場合その理由を簡単に記入してください

巻末 【別紙 2】を参照

92. 問 91 で「3. FFP/RBC の基準をクリアできない」又は「4. ALB/RBC の基準をクリアできない」を選択した施設にお尋ねします

番号	項目	300 床未満		300 床以上		全体（未記入含む）	
		回答数	比率	回答数	比率	回答数	比率
1	肝移植例を除外するとクリアする	0	0.00%	4	1.46%	4	1.06%
2	血漿交換を除外するとクリアする	11	11.00%	42	15.33%	53	14.02%
3	肝移植と血漿交換の両方を除外するとクリアする	2	2.00%	10	3.65%	12	3.17%
4	いずれにしてもクリアできない	87	87.00%	218	79.56%	309	81.75%
	合計	100		274		378	

93. 平成 20 年度の診療報酬改訂に向け、輸血管理料について忌憚のないご意見（問題点や改善点など）があれば以下に記入してください

巻末 【別紙 3】を参照

9) 健常ドナーからの院内採血（アフェレシス）および合併症／副作用調査

採取件数

採取件数	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	8	9	5
2	13	9	2
3	8	5	0
4	8	2	2
5	5	0	0
6	3	2	1
7	2	1	1
8	2	1	1
9	4	0	0
10	5	0	0
11	5	0	0
12	3	0	0
13	1	0	0
14	0	0	0
15	3	0	0
16~20	1	0	0
21~25	8	0	0
25~30	5	0	0
31~40	3	0	0
41~50	2	0	0
51~60	1	0	0
61~70	3	1	1

合併症／副作用発生件数

採取件数	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	6	2	0
2	3	1	0
3	3	0	0
4	3	0	0
5	0	0	0
6	0	0	0
7	1	0	0
8	0	0	0
9	1	0	0
10	0	0	0
11	1	0	0

採取関連合併症／副作用

件数	血管迷走神経反射（VVR）											
	同種末梢血幹細胞採取				ドナーリンパ球採取				顆粒球採取			
	疑い	I度	II度	III度	疑い	I度	II度	III度	疑い	I度	II度	III度
1	1	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

件数	クエン酸中毒								
	同種末梢血幹細胞採取			ドナーリンパ球採取			顆粒球採取		
	I度	II度	III度	I度	II度	III度	I度	II度	III度
1	7	1	0	1	0	0	1	0	0
2	7	0	0	2	0	0	0	0	0
3	3	0	0	0	0	0	0	0	0
4	2	0	0	0	0	0	0	0	0
5	2	0	0	1	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	1	0	0	0	0	0	0	0	0
8	1	0	0	0	0	0	0	0	0
9	2	0	0	0	0	0	0	0	0
10	1	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	0	0	0	0	0	0	0
41	1	0	0	0	0	0	0	0	0

件数	穿刺部血腫		
	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	5	0	0

件数	血圧低下		
	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	0	0	0

件数	ショック		
	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	0	0	0

件数	その他		
	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	2	0	0
2	0	0	0
3	1	0	0

その他記入一覧	
PBSCHの返血後、起立時に過呼吸出現	1
テタニー	1
肩の倦怠感のため、シップを使用（2件） 頭痛のため鎮痛剤を使用（1件）	1

件数	G-CSF 関連副作用		
	同種末梢血幹細胞採取	ドナーリンパ球採取	顆粒球採取
1	3	0	0
2	1	0	0
3	1	0	0
4	1	0	0

G-CSF 関連副作用の概要	
3例とも骨病（腫瘍）で一週性で自制内でした。	1
肝機能（LDH）上昇	1
腰が抜けるような感じがする。	1
担当科より造血細胞移植学会に報告	1
白血球増加に伴う腰痛。	1
脾腫	1

【特別集計 1】

病床数あたりの製剤使用量 (2006年1月～12月)

計算式 製剤別血液製剤使用量÷病床数

300床未満						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤(単位)	11	0.0117	3.56	0.5125	5.6372	1.0737
赤血球製剤(単位)	282	0.0273	62.8857	4.6569	1313.2456	5.8902
血小板製剤(単位)	250	0.0576	244.3103	6.0673	1516.8139	21.1378
新鮮凍結血漿(単位)	239	0.0124	52.1857	2.0275	484.5735	5.0276
自己血(単位)	190	0.0045	7.4419	0.4896	93.0176	0.7487
アルブミン製剤(g)	267	0.0049	327.2638	29.3385	7833.3663	35.3289

300床以上						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤(単位)	34	0.0014	0.71	0.0777	2.6421	0.1556
赤血球製剤(単位)	530	0.1778	59.637	7.3717	3907.0038	4.7228
血小板製剤(単位)	527	0.0467	183.6291	12.2432	6452.1519	14.6274
新鮮凍結血漿(単位)	525	0.0049	52.1127	4.0589	2130.9223	4.5594
自己血(単位)	512	0.0064	3.3769	0.6308	322.955	0.5499
アルブミン製剤(g)	505	0.0273	417.4277	52.001	26260.5233	43.3274

全体						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤(単位)	45	0.0014	3.56	0.184	8.2793	0.562
赤血球製剤(単位)	812	0.0273	62.8857	6.4289	5220.2494	5.3144
血小板製剤(単位)	777	0.0467	244.3103	10.2561	7968.9659	17.2259
新鮮凍結血漿(単位)	764	0.0049	52.1857	3.4234	2615.4958	4.8009
自己血(単位)	702	0.0045	7.4419	0.5926	415.9726	0.6128
アルブミン製剤(g)	772	0.0049	417.4277	44.1631	34093.8896	42.1203

【特別集計 2】

実施患者あたりの製剤使用量 (2006年1月～12月)

計算式 製剤別血液製剤使用量÷実施患者数(合計)

300床未満						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤(単位)	9	0.0059	4.45	0.5838	5.2545	1.4529
赤血球製剤(単位)	231	0.4286	1024	11.1692	2580.0932	68.1397
血小板製剤(単位)	206	0.0519	5290	33.1269	6824.1389	368.6195
新鮮凍結血漿(単位)	202	0.0265	254	3.3607	678.8571	18.1241
自己血(単位)	165	0.0102	10	0.6423	105.9735	1.0593
アルブミン製剤(g)	224	0.0111	3118	60.8521	13630.8766	225.0771

300床以上						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤(単位)	32	0.0006	0.541	0.0606	1.9402	0.115
赤血球製剤(単位)	467	0.6825	220.5	7.2157	3369.7406	12.4099
血小板製剤(単位)	464	0.0883	242	10.4357	4842.1733	14.9186
新鮮凍結血漿(単位)	462	0.0206	66.6	3.457	1597.1125	4.5721
自己血(単位)	457	0.0122	3.2727	0.5165	236.0508	0.396
アルブミン製剤(g)	446	0.0182	1925.25	50.9331	22716.1434	97.5122

全体(未記入含む)						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤(単位)	41	0.0006	4.45	0.1755	7.1947	0.6932
赤血球製剤(単位)	702	0.4286	1024	8.512	5975.4179	40.3639
血小板製剤(単位)	674	0.0519	5290	17.3324	11682.0585	204.0915
新鮮凍結血漿(単位)	668	0.0206	254	3.4163	2282.1131	10.6518
自己血(単位)	625	0.0102	10	0.5488	342.9705	0.6427
アルブミン製剤(g)	674	0.0111	3118	54.5716	36781.2813	152.2768

【特別集計 3】

廃棄率 (2006年1月～12月)

計算式 廃棄量 ÷ 製剤別血液製剤使用量

300床未満						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤 (単位)	7	0.0606	0.8108	0.3454	2.4178	0.2691
赤血球製剤 (単位)	250	0.0008	0.952	0.1178	29.4489	0.1431
血小板製剤 (単位)	59	0.0008	0.3333	0.0442	2.6076	0.0576
新鮮凍結血漿 (単位)	165	0.0028	0.8889	0.1666	27.4904	0.1981
自己血 (単位)	115	0.0054	1	0.1712	19.6835	0.2075
アルブミン製剤 (g)	29	0.0005	0.4141	0.0288	0.8343	0.0783

300床以上						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤 (単位)	8	0.0172	0.8571	0.424	3.3922	0.2712
赤血球製剤 (単位)	521	0.0007	0.8544	0.0562	29.2707	0.0793
血小板製剤 (単位)	379	0.0004	1	0.0167	6.315	0.0599
新鮮凍結血漿 (単位)	495	0.001	1	0.0662	32.7545	0.1233
自己血 (単位)	441	0.0001	1	0.1532	67.5669	0.1701
アルブミン製剤 (g)	123	0.0001	1	0.0105	1.2932	0.0901

全体 (未記入含む)						
項目	施設数	最小	最大	平均	合計値	標準偏差
全血製剤 (単位)	15	0.0172	0.8571	0.3873	5.8099	0.2635
赤血球製剤 (単位)	777	0.0007	0.952	0.0766	59.5014	0.1084
血小板製剤 (単位)	442	0.0004	1	0.0205	9.0624	0.0601
新鮮凍結血漿 (単位)	666	0.001	1	0.0908	60.4666	0.1512
自己血 (単位)	560	0.0001	1	0.1565	87.662	0.178
アルブミン製剤 (g)	153	0.0001	1	0.0139	2.1281	0.0877

【特別集計 4】 使用基準値分布（輸血管理料） （2006年1月～12月）

新鮮凍結血漿／赤血球製剤／自己血は単位数／アルブミンはg数÷3 とする。

300床未満					
項目	施設数	最小	最大	平均	標準偏差
新鮮凍結血漿／赤血球製剤	237	0.0123	4.1309	0.3237	0.3996
新鮮凍結血漿／（赤血球製剤+自己血）	179	0.0108	3.8792	0.2994	0.3803
アルブミン製剤／赤血球製剤	252	0.0023	34.4033	2.4927	2.8144
アルブミン製剤／（赤血球製剤+自己血）	170	0.0064	10.4979	1.9982	1.4693
項目	施設数	0.8未満／0.4未満			0.8以上
新鮮凍結血漿／赤血球製剤	237	220(92.83%)／176(74.26%)			17(7.17%)
新鮮凍結血漿／（赤血球製剤+自己血）	179	169(94.41%)／136(75.98%)			10(5.59%)
項目	施設数	2.0未満			2.0以上
アルブミン製剤／赤血球製剤	252	138(54.76%)			114(45.24%)
アルブミン製剤／（赤血球製剤+自己血）	170	103(60.59%)			67(39.41%)
項目	0.8未満／2.0未満（比率）				
使用基準を両方達成している施設	217	114(52.53%)			
使用基準を両方達成している（自己血含）	162	93(57.41%)			

300床以上					
項目	施設数	最小	最大	平均	標準偏差
新鮮凍結血漿／赤血球製剤	525	0.004	3.1959	0.4963	0.351
新鮮凍結血漿／（赤血球製剤+自己血）	510	0.0038	2.6803	0.4589	0.3173
アルブミン製剤／赤血球製剤	499	0.0007	17.6532	2.5679	1.9425
アルブミン製剤／（赤血球製剤+自己血）	482	0.0006	13.1017	2.3074	1.6048
項目	施設数	0.8未満／0.4未満			0.8以上
新鮮凍結血漿／赤血球製剤	525	443(84.38%)／247(47.05%)			82(15.62%)
新鮮凍結血漿／（赤血球製剤+自己血）	510	446(87.45%)／259(50.78%)			64(12.55%)
項目	施設数	2.0未満			2.0以上
アルブミン製剤／赤血球製剤	499	218(43.69%)			281(56.31%)
アルブミン製剤／（赤血球製剤+自己血）	482	234(48.55%)			248(51.45%)
項目	0.8未満／2.0未満（比率）				
使用基準を両方達成している施設	495	197(39.80%)			
使用基準を両方達成している（自己血含）	480	215(44.79%)			

全体（未記入含む）					
項目	施設数	最小	最大	平均	標準偏差
新鮮凍結血漿／赤血球製剤	769	0.004	4.1309	0.4442	0.3787
新鮮凍結血漿／（赤血球製剤+自己血）	694	0.0038	3.8792	0.4177	0.3435
アルブミン製剤／赤血球製剤	758	0.0007	34.4033	2.5576	2.3211
アルブミン製剤／（赤血球製剤+自己血）	657	0.0006	15.7274	2.2419	1.6631
項目	施設数	0.8未満／0.4未満			0.8以上
新鮮凍結血漿／赤血球製剤	769	668(86.87%)／428(55.66%)			101(13.13%)
新鮮凍結血漿／（赤血球製剤+自己血）	694	619(89.19%)／399(57.49%)			75(10.81%)
項目	施設数	2.0未満			2.0以上
アルブミン製剤／赤血球製剤	758	360(47.49%)			398(52.51%)
アルブミン製剤／（赤血球製剤+自己血）	657	340(51.75%)			317(48.25%)
項目	0.8未満／2.0未満（比率）				
使用基準を両方達成している施設	719	314(43.67%)			
使用基準を両方達成している（自己血含）	647	311(48.07%)			

【別紙 1】

81. 主に使用している採血バッグの形状について

「2. 針なしバッグ」又は「3. 針付きバッグと針なしバッグの併用」の場合、針なしバッグを使用する理由一覧

・血管の細い患者が多い・VVR 予防のため
17G でのルート確保が困難な場合や採血後輸液を行う場合に使用している。
18G 針での採決が困難な患者等へ対応するため
18G 翼状針を使用しているため。
1 回の脱血時に 2 バッグ使用
1 単位 (200ml) を 2 パック連続で採血するとき
サーフロー針にて静脈穿刺を行なっているため
テフロン留置針を用い、途中少し手を動かされても大丈夫なようにしている
安全性
安全面などから針つきバッグへの移行を検討中。以前はコスト面、(穿刺失敗時) 等から針なしになったと思われる。自己血採取基準の取り決め等も同時に行う方向。
医師の意向により。
医師の裁量により選択
医師の指示。安全である。
回路に点滴ルート確保のため
患者さんごとに血管の状態が異なるため
患者によって医師が使いやすい針を選択できるから
患者によって針が要なることがある
患者の血管の状態に適した採血針を選択するため
患者の血管の太さに合わせて適切なゲージの針を選択している。
患者の痛み軽減のため。
患者の年齢などを考慮
患者血管状態に応じ使い分けしている
患者様の血管により使い分けしている。
看護師の希望のため
希釈式のみ針なしを使用し留置針を静脈路として残す
金属針を使用したくない為
血液希釈式自己血輸血に針なしバッグを使用している。又 CPDA が針なしバッグを採用している。
血管が細い。貯血後に点滴がある。
血管が細いため
血管が細い患者に対応するため。
血管が細い患者はサーフロ針を用いて採血するため
血管が細い患者様に対応する為
血管が細い場合
血管が細い場合と CPDA バッグ採血対象者には、針なし CPDA バッグを使用する。
血管が細い場合など、18G を使用するため。
血管が細い場合など 18G を使用する為 Dr によっては留置針を使用する為
血管が細い人が多いため既存の針が使えないから
血管が細い方用
血管が細く、サーフロ針にて採血する、または採血後輸液を実施する場合
血管が細く針が安定しない場合にエラストー針を使うため
血管が出にくそうな人手術室で貯血する場合 (IVH からとる)
血管の細い患者に針なしを使用する。
血管の細い患者に対応するため

血管の細い患者様に使用
血管の細い人には、付属の針では太すぎる為。
血管の状況により穿刺針を変えている。また清潔を期するため、穿刺後吸引された最初の血液を捨てているため。
血管の状況に応じて採血針を変更できるため
血管の太さによって針のサイズを変える
血管の太さによる。
血管確保がしにくい患者用
血管確保が難しい場合に小径針を使用する為に針なしとの併用となる。
血管確保に苦渋する場合
血管狭小患者への対応
血管撮影時など、既存のルートを使用して採血することがあるため。
血管小
原則的には針付きバッグを使用。血管がきわめて細い症例の場合、針なしバッグ+18G針で採血する。
現場で翼状針の使用を望むため
高齢者の為、血管確保が難しいのでサーフロ針を使用している。
採決後、点滴をするため
採決時、患者様により異なる
採決時、失敗したとき、針のみ交換するため
採決時に穿刺を失敗すると、セットごと廃棄になるから
採血する主治医の好み患者様の血管が細い時に使用する場合
採血後、続けて点滴をすることがある為
採血後の点滴ラインを確保する為
採血後の補液実施に備え留置針を用いるため
採血後点滴をつなぐため、および穿刺失敗によるバッグの無駄を防ぐため
採血後補液を行っており、安全性から留置針で穿刺を行うことが多いため。
採血後輸液する場合は針なしを使用し、血液バッグを早期に患者サイドから離す。
採血困難な場合
採血困難者のため、翼状針及びインサイト針を用いる
採血針のサイズなど変更可能であるため。
使用しているバックに針がついていない細い針を利用する場合があるから
使用に慣れているから
使用頻度が少ないから
児の場合や戻し輸血のとき
自己血採取後に Fe 剤の点滴(リウマチ科のみ)。17Gが使用できない患者の場合。
主治医の意向
主治医の希望
取扱説明書で、感電防止のため金属針付きチューブへのチューブシーラーの使用が禁止とされている。
手術室での術前採血では針なし。
初流血除去と Hb 値検査用検体採取のため
初流血除去及び献体採取のため 小児用貯血、細い血管への対応のため
小さいサイズの針を使用するため。
小児
小児、採決困難者のみ針なしバックを使用する事例
小児のため針が太すぎる。
小児や妊婦など、血管の細い患者に使用するため
小児領域など、時に 18G・17G での採血が困難な場合があるため。
診療科の要望
針なし；ルート確保に使用する先生が用いている

針のゲージを血管の状態に応じてかえているため
針のサイズを変更できる点と採血後の補液が行ないやすい。
針のサイズを落として採血、点滴ラインからの採血、動脈採血
針はバッグの針が太いため
針を確実に穿刺した後にバッグにつなぐ為
針刺しを防ぐため。血液バッグの安全性も。
針付きは17G、針なしは18G針をつけて使用
針付きは18Gの直針なので、長時間を要する自己血採血には患者さんの為に当院では18Gのトンボ針を使用している
針付きバッグについている針が太すぎて採取しづらいため。
針付バックでは17Gの為、リウマチ患者等の血管の細い患者に使用するのが難しいので、針なしバックと併用し、血管の太さに合わせてバックを使い分けている。
製品が針なしのみのため
静脈の太さに合わせて針の太さを変更
穿刺が確実にできるかどうかわからないから
穿刺をしないケースがあるため
穿刺者の希望
側管からの薬剤投与のため
対象が小児のため
担当医の好み、または患者さんの血管の太さ
貯血後同ルートで点滴するため
貯血前に点滴を確保している患者がいるため。
当センターでは、採血時のルート確保のため、カワスミ輸血セットに針なしバックを接続して使用し、採血後の補液を施行しています。
当院では17G針付きバックを使用しており、血管の細い患者様にはそれだと採血困難の為。
特になし
特になし
特に理由はないが、長年使用してきたため
付属の17G針以上の針を使用するような血管の細い患者に対して使用する
末梢血管の確保困難な患者の場合、針なしバックと翼状針を使用して採血を行っている。
翼状タイプの針を使用する為。
落下式採血なので、秤までの距離を長くする為
留置針を使用の場合 e t c .
留置針等でつなげる場合

【別紙 2】

問 91 で 5. 「3.4」 以外の理由で取得していない場合その理由を簡単に記入してください

(3)(4)ともに基準をクリアできない
(3)と(4)がクリアできない。
「輸血部門に専任の常勤医師が配置」されていない事。「輸血実施にあたっての適正化の取り組み」がなされていない事。
1) ALBは、薬剤部で管理している。
2) ALB/RBCがクリア出来ていない。
19年度はアルブミン比未達成のため、返上する。
1元管理がされていない。
③④どちらもクリアしていない
ALBの使用が多かったが徐々に改善してきている
ALBの使用料が多い
FFP,ALB 両方の基準をクリアできない。
FFP/RBC,ALB/RBC の基準をクリアできない可能性がある。
FFP/RBC 及び ALB/RBC いずれもクリア出来ていない。
FFP使用量が多すぎた為
H18.12月に届出を提出したところです
アルブミン/RBCの基準未クリア。
アルブミンの輸血部門での管理ができていない。
アルブミンの一元管理
アルブミンの一元管理がなされていない。
輸血前後の感染症が完全実施されていない。
アルブミン一元化不十分
アルブミン製剤が薬剤部管理のため。
アルブミン製剤の一元管理ができていない
アルブミン製剤の一元管理体制が整ってない。
アルブミン製剤の一元管理体制の不備 専任医師不在
オンコール体制（当院では当直ではなく、30分以内に検査が行える範囲に待機しています）ではダメだというように言われました。
つい最近輸血委員会を立ち上げたばかりで、それが理由で管理料を取得していません。
委員会などの業務に対する収益が低いため
委員会の開催回数が満たないため
委員会の取り込み状況、及び臨床検査技師のオンコール体制を検討中
委員会の設置が困難なため（医師が多忙）
委員会の名称変更と責任医師の任命を検討している。
委員会活動を本格化したばかりなので。
一元化されていない
一元化してない アルブミン管理ができない
一元化の準備中
一元管理
一元管理ができていない
一元管理ができていないから。
一元管理ができていないため。
一元管理できていないから
一元管理できないため。
一元管理と技師の24時間当直体制はマンパワーが少なく不可能です
一元管理の実施 輸血検査の24時間当直体制
一元管理の体制がとれていないため

一元管理の未実施
一元管理化されていない
院内での体制がとれていないため。
管理料Ⅰは専任の医師がいないため取得していない。管理料Ⅱは取得できる状況にあるが届けていない。
管理料Ⅰは専任医師不在のため取得できない。管理料ⅡはFFP/RBC基準をクリアできない。
管理料の取得条件の数値の根拠が不明
数値目標において①があまく②がきびしい意味が不明
点数がひくすぎる
肝疾患の患者が多く低アルブミン血症でアルブミン製剤を多く使用
件数が多いため
検査技師による24時間体制の不備
検査技師の24時間体制ができていないため
現在、準備中
現在アルブミン製剤は薬剤部で管理されており、適正使用への介入がなされていないため。
現在とりこみ中
現在検討中
現時点で、殆どどの項目がクリア出来ていない状況である。
今後取得予定です。
施設が小さく細菌検査より輸血まで2名の検査技師でこなしている。一元管理と情報提供により適性使用は実現できたが、専任常勤の臨床検査技師はクリアできない。
施設基準の一部、適合していなかった為
実施基準をおいて満たしていない
主に非常勤の技師が製剤管理をしているため
取得しない方針である
取得に向けて準備中
取得基準を満たしていない
準備中
小規模病院なのに心外があり対応できない。
申請準備中です
申請中です
申請予定
診療報酬体系についてよく解らない。
製剤の一元管理がまだであるため。取得のため現在準備中である。
責任とか専任の医師、及び検査技師が確保できない。また輸血療法の例数も少ない。
専従の臨床検査技師が不在（施設の規模・技師人数的に難しい）
専従医師、専任技師の確保が不可能。血漿分画製剤を含む輸血製剤の一元化が未。
専任 Dr、専任技師不在
夜中の体制が実際に整っていない
専任のスタッフを確保できない為
専任の医師、技師がいない
専任の医師、検査技師が勤務していない
専任の医師、検査技師の確保
専任の医師、臨床検査技師等を置く事が出来ない所以施設基準を満たすことができない為。
専任の常勤医師がいない
専任の常勤医師がいない。輸血製剤とアルブミン製剤の一元管理がなされていない。他、基準をクリア出来ない。
専任の常勤医師が配置されていないため。
専任の常勤医師と、専任の常勤臨床検査技師ともに、いない。
専任の石野確保ができない
専任の輸血検査技師をおいていないから。

専任医師の不在
専任医師及び専任臨床検査技師の確保がむずかしく、24時間当直体制の実施も困難
専任技師がいないから。
専任検査担当の配置
専任担当者の不在
前年度の輸血療法委員会の開催回数が、6回に満たない。
体制が整っていない
体制は基準をクリアしていない
体制整備の段階
当院は、肝臓病を専門に外科・内科での患者が多い。肝臓の手術では、県下でもトップで担っていることや、内科領域では、慢性の肝疾患での腹水除去の目的で、アルブミン使用量が多い。また、血液内科がないためにMAPの使用量が少ないので比にするとどうしても不利になる。
当院は技師の当直体制がないため
特別生物由来製剤（アルブミン等）使用歴などの管理
届出に準備中
年6回の輸血療法委員会の開催が行われていない。
不規則抗体検査の常時実施がクリアできずに輸血管理料2の取得ができない。（現在トレーニング中）
平成18年11月より
夜間オンコール体制のため
夜間は検査技師がオンコール体制で対処しているので、24時間体制でないため。（当直ではないため）
輸血することが稀
輸血の管理体制が一元化されていない。
輸血の専任医師、検査技師がいない。会議の開催は年2回～3回。一元管理が出来ていない。
輸血委員会がない
輸血委員会の開催が2回のみため
輸血委員会の開催回数と内容が施設基準を満たしていない
輸血一元化ができていない。
輸血一元化が未実施
輸血患者の検体保存と輸血前後の感染症が完全でない
輸血管理料1の取得目標であるが専従技師の確保に苦慮している
輸血管理料2の取得を目指している
輸血管理料2を申請中
輸血管理料があまりにも安いのでクリアする努力に見合っていないのであまり積極的になれないのが事実である。（点数が1ケタ違うのではないかと）
輸血管理料にある臨床検査技師の常時配置（24時間体制）が困難のため。
輸血管理量Iを申請中
輸血業務に関する責任医師・技師がいない。副作用監視体制が構築されていない。など。
輸血業務一元管理ができていない
輸血業務全般に責任を有する常勤医師が不在のため
輸血検査、輸血用血液の一元管理未実施のため
輸血検査においてオンコール体制であるため。（24時間体制ではない）
輸血責任医師がいない
輸血専任医不在。アルブミン製剤を一元管理できない。ブランチャラボ。
輸血専任技師を検査室内に配置できない。（人員不足）
輸血前後感染症の実施
輸血前後感染症実施が確立されていない
輸血部の独立が困難。24時間当直体制が組めない。
輸血部門がある事となっており、検査部門で輸血管理をしているために請求不能と考えている。
輸血部門がない

輸血部門が存在しない為
輸血部門において輸血用血液製剤が一元管理できない
輸血部門の一元化ができないため
輸血部門への専従の常勤臨床検査技師の配置が困難なため
輸血部門専任医師の不在 血液製剤及びアルブミン製剤の一元管理不可 輸血委員会の年6回以上の開催が難しい
輸血用血液製剤、アルブミン製剤の一元管理はまだできていない。専任の責任医師がいない。
輸血用製剤の一元管理体制が確立していないため
輸血療法委員会がない
輸血療法委員会がないため
輸血療法委員会が設置されていない。
輸血療法委員会が設置されてなかった
輸血療法委員会の開催回数が満たしていない。
輸血療法委員会の開催回数不足。来年度新生予定
輸血療法委員会の開催回数不足のため、H19年4月より申請予定
輸血療法委員会の実施回数
輸血療法委員会の設営が出来ない。
輸血療法委員会の年開催数が足りない。
輸血療法委員会の年間開催数不足。
輸血療法委員会を年6回以上開催していなかった。
輸血療法委員会開催の回数が少ないため
輸血療法委員会開催回数
アルブミン製剤管理の一元化
臨床検査技師が専任ではない
輸血療法委員会を年6回実施できない
臨床検査技師による輸血検査の24時間当直体制の実施は不可能だから

【別紙 3】

93. 平成 20 年度の診療報酬改訂に向け、輸血管理料について忌憚のないご意見（問題点や改善点など）があれば以下に記入してください

<ul style="list-style-type: none"> ・ alb/RBC 基準と実状の隔たり。 ・ 臨床側のアルブミン使用中止への抵抗感（「使わなくても大丈夫」なエビデンスが必要）。 ・ マンパワー不足、診療システムの不対応（血漿分画製剤について常時輸血部門で監視することは困難）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 肝不全等の患者の血漿交換の配慮をお願いします ・ 適正管理の割に点数が低い
<ul style="list-style-type: none"> ・ 点数をもう少し上げて欲しい。 ・ 血漿交換で使用した血漿は計算に入れないようにして欲しい ・ 専任技師を認定輸血検査技師として欲しい
<ul style="list-style-type: none"> ・ 輸血専任医師を任命することは困難で、兼任でしか行けない。
<ol style="list-style-type: none"> 1. ALB/RBC の基準を緩和または除外希望します 2. 専任医師等の基準を明記してほしい
<ol style="list-style-type: none"> 1. 血漿交換を除外し、FFP/MAP 比 I・II 共に 0.40 以下にして本当に努力している施設に点数をつけて欲しい。 2. 管理 I と II の点数の見直し <ol style="list-style-type: none"> 1) 点数 I と II があまりにも違いすぎると思われる。 2) 専任の医師を置くとそれだけでコストがかかり加算額より人件費が上回る。専任でなくとも輸血管理は出来ると思われる。
<p>I、II については点数の引き上げを望みます。理由：交差試験において再検査などを行った場合、今の点数では不十分ではないでしょうか？</p>
<p>300 床内科外科、消化器系が中心の病院は肝機能低下によるアルブミン製剤凍結血漿製剤を必要とする患者が多くいるが保険請求できない使用量を減らす、国の政策は患者にとって不利益と考える。厚生労働省は十派一絡の診療報酬ではなく地域性、病院特性を見た政策を考えてほしい。</p>
<p>3 次救急、急性期患者指定病院は特別機能別に基準を設けるべきである。</p>
<p>ALB/RBC が 2.0 以下の根拠が不明確である。高度先進医療を行っている施設においては、ALB/RBC が 2.0 の基準をもっと広げるべきである。</p>
<p>ALB/RBC がクリアが困難。 肝、腎の内科系での使用が多く、診療報酬で認められている使用でもクリアできない。MAP の使用量が年々減少しているため MAP を基準にすると ALB 比が高くなる。また血漿交換が多い時は上記理由で FFP/RBC も高くなる。</p>
<p>ALB/RBC ではなく、ALB/ベッド等に改善してほしい。</p>
<p>ALB/RBC の基準が厳しい様に思われます。</p>
<p>ALB/RBC の基準と輸血専任医師の基準が現行通りである限り、市内の病院の多くは輸血管理料は取得できないと思われる。</p>
<p>ALB/RBC は肝移植及び血漿交換例に大きく左右されるため、両症例を除外してほしい。</p>
<p>ALB/RBC は納得できない。救命救急が無く、手術での輸血が少なくなった現在、血液疾患患者の更なる増加が無ければ、かなり難しい。アルブミンの使用例について検討しているが、明らかな、不適用はほとんど認められていない。</p>
<p>ALB/RBC 基準が厳しい</p>
<p>FFP、Alb、RBC の比について、診療科などの内容を考慮した基準を設定してほしい。</p>
<p>FFP、ALB 使用量において、血漿交換分は除外してほしい。</p>
<p>FFP/RBC、ALB/RBC の 0.8、2 未満。。。これは適切な数字か？</p>
<p>FFP/RBC、ALB/RBC の施設基準は廃止して欲しい。</p>
<p>FFP/RBC の基準で 1 年間で 1 回でもだめな月があれば管理料は取れないのかどうか？都道府県によって違うのかどうか。明記したものが無いので取得できなかった。</p>
<p>FFP/RBC の基準を輸血管理用 2 も 0.8 以下にして欲しい。血漿交換があると苦しい。</p>

FFP/RBC は 220 床の病院で 1-2 名の肝硬変や血液疾患患者様に FFP を使用しますと、もうそれだけでこの比はクリアできなくなってしまいます。
FFP/RBC や ALB/RBC に関して自己血輸血を推進すると分母の RBC が減少し基準をクリアできなくなります。輸血管理上、自己血輸血を増やしており自己血も分母に加える必要性があるように思われます。
FFP/RBC 比、ALB/RBC 比は施設規模や診療内容によって基準値を設定すべき。また血漿交換で使用した FFP は計算から除外すべきではないか。
FFP/RBC 比の基準において血漿交換を除外してほしい。ALB/RBC 比が厳しい
FFP と ALB を個別にではなく合計で算定してほしい。
FFP に関して、血漿交換は例外的使用として、算定基準から除外すべきだと考えます。容量逆転する FFP-LR-1、-2 と FFP-5 への対応を考えて頂きたい。また、ALB/RBC の算定基準値について絵美田巖に基づく根拠が欲しい。
FFP のしよについて血漿交換等の特殊治療と算定からはずしていただきたい。
FFP やアルブミンの使用量は、適切な使用であれば、使用量が多くても管理料が取れるようにしたほうが良い。
FFP 使用量のうち、血漿交換療法への使用分について考慮してほしい。血漿交換に使用した FFP には使用数に一定の割引率を設ける、など。
FFP 使用量は血漿交換等があれば大幅に増加する。したがって連続した月に発生すれば、基準をクリアできなくなる。 単純な使用量のみでの判断では厳しし場合も有り得るのではないか。
FFP/RBC 及び ALB/RBC の基準値設定が低い。もう少し基準がゆるくなることを願います。
I を取得できる施設がどのくらいあるか不思議です
MAP 使用料自体が少ない施設にとって、ALB/RBC 2.0 以下の基準は妥当でしょうか
PPF やプラズマネートカッターなどのアルブミン製剤の使用について、研修医に適正使用を徹底させてほしい。委員会や検査室からのアナウンスだけでは ALB の使用量を減らすのに限界がある。(歳をとった医師では不可能)
RBC を適正使用になるように抑制し減少させていると、ALB/RBC の基準 2 以下をクリアするのは不可能
T&S の場合は輸血しなくても保険請求できるようにしていただきたい。
アルブミン/MAP 比 2.0 未満は重症例の多い大学病院では厳し過ぎせめて 2.5 未満位にしたい。
アルブミン/RBC の基準が厳しすぎるのではないか。
アルブミンの一元管理の基準を明確に示してほしい。
アルブミンを含めた一元管理は現実的に困難。血漿交換を行った場合の FFP/MAP の算定方法は別あつかいにすべきと考える。
アルブミン使用量について、輸血室で管理していなかったため、これから適正使用を徹底していきたいが、救急救命センターを有しているため、クリアするのは困難と思われる
アルブミン製剤の他院での使用状況、使用判断が当院とどう違うのか知りたい。
アルブミン製剤の輸血部門での一元管理が求められていますが、いずれ、グロブリン、最終的に特定生物由来製品までを視野に入れていますか？(システムの改修を小出しに行うのは回避したいので)
アルブミン製剤は通常輸血検査を実施せずに投与可能な製剤である。これを臨床検査技師のみで構成されている輸血検査部門で管理することに合理性がない。
アルブミン製剤等のバーコード化を早期に進めていただきたい。
どんなにしっかり管理していても、病院の専門により基準をクリアできないのはおかしい。肝臓専門や血漿交換の多い病院は明らかに不利である。
なぜ、オンコール体制ではいけないのか。技師が 5~6 名であるため、当直は不可能です。
ハードルの割には評価が低い
愛知県の社会保険所が他県と比較して、輸血管理料の取得に対しての条件が厳しすぎると感じる。
安すぎます。専従検査技師と書かれているが、『輸血認定技師が望ましい』等の記載をしてほし