6. 第１部：活動報告

【司　会】

さて、第１部では「安全な輸血のためにできること」をテーマに、報告および討議を行っていただきます。それではこれからの進行につきましては、本委員会代表世話人、福岡大学病院輸血部部長、熊川みどり先生にお願いしたいと思います。

【座長：熊川先生】

福岡大学病院　輸血部　　熊川みどり

それでは、第 1 部としまして「安全な輸血のためにできること」について皆さまに考えていただくということで、現在、いろいろな場面で活動されている方にご発表をお願いしたいと考えております。

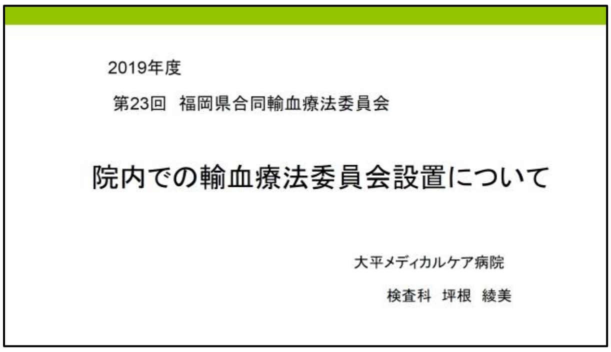
まず第 1 席は、輸血療法委員会の設置を、病院の臨床検査技師の方が各部署の方と協力して、技師さんが主体となって輸血療法委員会を設置された活動ということで、その後も定期的に活動を続けられているということです。

この会議に参加されている病院の中で、まだ未設置の病院の方もいらっしゃるかと思います。可能な限り設置を今後お願いしたいと考えておりますので、その参考にしていただきたいということで、これからの発表をお願いいたします。題は「院内での輸血療法委員会設置について」、ご発表は大平メディカルケア病院検査科の坪根綾美先生、お願いいたします。

①「院内での輸血療法委員会設置について」

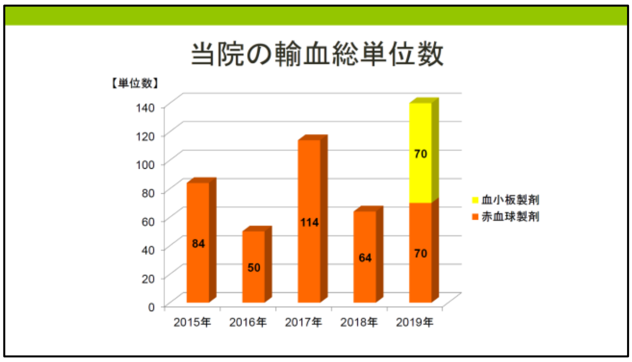
大平メディカルケア病院　検査科

坪根 綾美



大平メディカルケア病院検査科の坪根と申します。よろしくお願いいたします。本日は院内での輸血療法委員会の設置についてお話しさせていただきます。

当院の紹介です。北九州市八幡西区にあり、ご覧の診療科からなる一般 44 床、療養 120 床、計 164 床の病院です。臨床検査技師は 2 名います。



当院の輸血総単位数ですが、赤血球製剤が 2015 年 84 単位、2016 年 50 単位、2017 年 114 単位、2018 年 64 単位、2019 年 70 単位です。血漿製剤の使用はなく、2019 年に血小板数の上がらない患者さまに血小板製剤を 70 単位使用しています。

当院の廃棄血液（赤血球製剤）

	輸血単位数	廃棄単位数	廃棄率（%）
2015年	84	0	0
2016年	50	2	4.0
2017年	114	4	3.5
2018年	64	0	0
2019年	70	0	0

赤血球製剤の廃棄ですが、2016 年に 2 単位、廃棄率 4.0%、2017 年に 4 単位、廃棄率 3.5%です。いずれも患者さまの死亡により中止になったものです。

当院で行っている輸血検査

・ABO血液型
・Rh(D)血液型
・交差適合試験
・不規則抗体検査

現在、輸血管理料Ⅱを取得

当院では、生化学、血液一般、尿一般、輸血、心電図、肺機能等の検査を行っています。輸血検査ではABO 血液型、Rh 血液型、交差適合試験、不規則抗体検査を行っています。オンコール制で 24 時間対応しています。現在、輸血管理料Ⅱを取得しています。

輸血療法委員会発足に向けて

発足に際しては「輸血療法の実施に関する指針」やグループ病院の「輸血療法委員会規定」を参考にし当院の現状に沿って責任医師・構成委員・規定等を作成しました。

福岡県合同輸血療法委員会タスクホース作成の「輸血療法委員会スターターキット」も参考になると思います。

次に、輸血療法委員会の発足に向けてです。発足に際しては、輸血療法の実施に関する指針やグループ病院の輸血療法委員会規定を参考にし、当院の現状に沿って責任医師、構成委員、規定等を作成しました。今から輸血療法委員会を立ち上げる施設の方は、福岡県合同輸血療法委員会タスクフォース作成の、輸血療法委員会スターターキットも参考になると思います。

輸血療法委員会規程

（目　的）
第１条
大平メディカルケア病院における、輸血療法の安全確保と適正化を図る為に輸血療法委員会（以下「委員会」という）を設置する。
（審議事項）
第２条
委員会は次の事項について審議、検討する。
（１）輸血療法の適応に関すること（厚生労働省の指針を準用する）
（２）血液製剤の選択に関すること
（３）輸血時検査項目・術式の選択に関すること
（４）輸血業務実施時の手続きに関すること
（５）輸血事故時の対応に関すること
（６）副作用・合併症対策に関すること
（７）輸血業務の円滑な運営に関すること
（８）症例検討

（組　織）
第３条
委員会は下記構成委員で組織する。
（１）医師
（２）病棟師長・主任、外来主任
（３）薬剤師
（４）医事課主任
（５）検査技師

・委員会に委員長をおき、委員長は輸血業務責任医師をもって充てる。
・委員長は、委員会を代表し、議事その他の会務を統括する。
・委員長は、委員に事故のある時は、その代理を出席させることができる。
（運　営）
第４条
・委員会は隔月（奇数月）で委員長が召集し、議長となる。
・委員長が必要と認めるときは、委員会に該当担当の者を出席させ、その意見を聞く事ができる。
・委員会の運営に関し必要な事項は、委員会の議を経て委員長が定める。

附則　壱　この内規は、平成22年5月1日から施行する。

2010年5月発足

これが当院の輸血療法委員会の規定です。2010 年5 月に発足しました。

輸血療法委員会構成委員

委員長　医師：1名 ←輸血業務責任医師

委員　病棟師長・主任、外来主任：3名
薬剤師：1名
医事課主任：1名
検査技師：1名　　計7名

年6回開催

輸血療法委員会の構成ですが、委員長は医師 1 名、輸血業務責任医師となります。委員は病棟師長・主任、外来主任 3 名、薬剤師 1 名、医事課主任 1 名、検査技師 1 名、計 7 名です。年 6 回開催しています。

輸血療法委員会の検討内容

① 血液製剤の使用状況の報告
② 輸血による副作用の有無の報告
③ 輸血後感染症の結果の報告
④ 輸血情報の提供

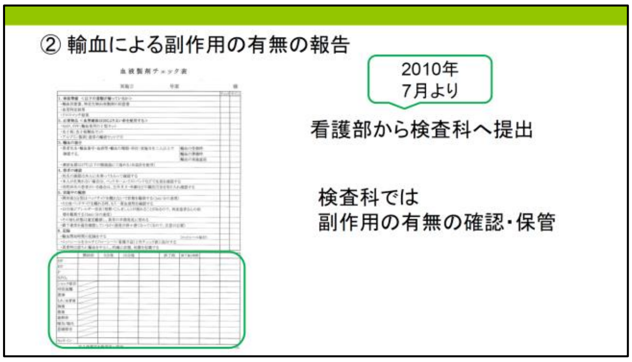
輸血療法委員会の検討内容ですが、①血液製剤の使用状況の報告、②輸血による副作用の有無の報告、③輸血後感染症の結果の報告、④輸血情報の提供が主な内容となります。

① 血液製剤の使用状況の報告

日付	病棟・外来	氏名	ID	種類	単位	輸血前データ	輸血後データ
4/23～4/25	OF	○○○ ○○○	○○○○○○○	Ir-RBC-LR	6	Hb5.8	Hb10.4
4月26日	OF	○○○ ○○○	○○○○○○○	Ir-PC-LR	10	血小板2万/μl	血小板1.1万/μl
4/27～4/30	OF	○○○ ○○○	○○○○○○○	Ir-PC-LR	30	血小板1.1万/μl	血小板22.5万/μl
6月11日	OF	○○○ ○○○	○○○○○○○	Ir-RBC-LR	2	Hb6.8	Hb10.0
6/28～6/29	OF	○○○ ○○○	○○○○○○○	Ir-RBC-LR	4	Hb6.0	Hb10.3

使用状況、輸血前後のデータの報告

検討内容①の「血液製剤の使用状況の報告」です。このような表を検査科で作成します。輸血日、病棟、患者名、輸血製剤の種類、単位数、輸血前・輸血後のデータの報告をします。

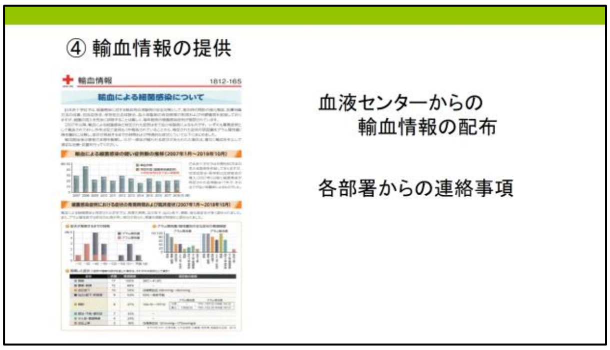


次に２番目になります「輸血による副作用の有無の報告」。当院ではこのような表を使用しています。輸血時、この表に沿って必要な物品、確認事項、注意事項のチェックを行い、輸血前・輸血中・輸血後の血圧、脈拍、体温、SpO_2 の測定、それから副作用の有無の記録を行います。この部分に副作用を書き込む欄があります。輸血終了後に看護部から検査科へ提出されます。これを 2010 年７月より行っています。検査科では副作用の有無の確認、保管を行います。

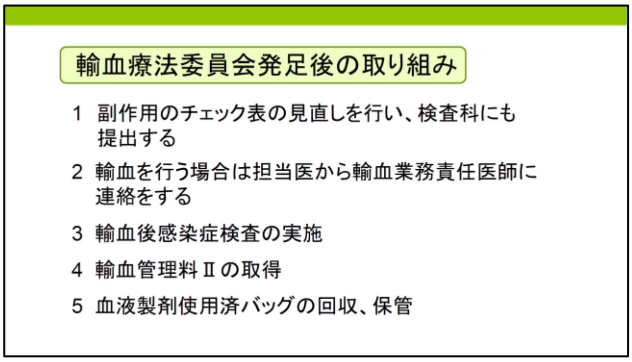
輸血後感染症検査

輸血実施日	氏名	ID	入/退	検査実施予定日	実施	結果
H29.5.1～5.3	○○○ ○○○	○○○○○○○	6/12死亡退院	H29.8.1頃	無	無
H29.5.2～5.4	○○○ ○○○	○○○○○○○	8/9退院	H29.8.2頃	H29.8.4	HCV抗体(－) HBs抗原(－)
H29.5.29～5.31	○○○ ○○○	○○○○○○○	8/9退院	H29.8.31頃	H29.8.4	HCV抗体(－) HBs抗原(－)
H29.6.1	○○○ ○○○	○○○○○○○	6/12死亡退院	H29.9.1頃	無	無
H29.6.13～6.16	○○○ ○○○	○○○○○○○	6/22死亡退院	H29.9.13頃	無	無
H29.6.21～6.23	○○○ ○○○	○○○○○○○	入院中	H29.9.21頃	H29.10.3	HCV抗体(－) HBs抗原(－)
H29.6.29～7.1	○○○ ○○○	○○○○○○○	入院中	H29.9.29頃	H29.10.11	HCV抗体(－) [illegible]
H29.7.4～7.5	○○○ ○○○	○○○○○○○	7/10死亡退院	H29.10.4頃	無	無

３ 番目に「輸血後感染症の結果の報告」。これもこのような表を検査科で作成します。輸血日、患者名、現在の状況、入院等、それから検査の実施予定日、検査実施日、検査結果の報告をします。輸血の ３ カ月後に検査を行うようにしています。検査予定日近くに担当医に検査科から連絡し、検査を行っています。



４ 番目に「輸血情報の提供」。血液センターからの輸血情報の配布。それから各部署からの連絡事項、例えばアルブミン製剤の期限が近いものがある等です。これを議事録にて院内に周知するようにしています。年に１度、マニュアルと規定の見直しを行うようにしています。



輸血療法委員会発足後の取り組みですが、①副作用のチェック表の見直しを行い、検査科にも提出する。先ほどの血液製剤チェック表は以前からあったのですが、内容の見直しを行い、検査科にも提出するようにしました。②輸血を行う場合は、担当医から輸血業務責任医師に連絡をする。③輸血後感染症の実施。④輸血管理料Ⅱの取得。輸血療法委員会発足当初はアルブミン製剤の使用量が多く、委員会の中でアルブミン製剤の使用量の見直しを行いました。その他の取り組みと合わせて要件を満たしたので、輸血管理料Ⅱを取得しました。⑤血液製剤使用済みバッグの回収・保管。これは 2019 年７月より開始しました。血液製剤の払い出し時に、輸血日、患者名の書いたビニール袋を渡し、輸血終了後、検査科に返却してもらい、１週間冷蔵保管しています。

輸血療法委員会を設置する以前は輸血に関して話し合う場がなく、輸血療法委員会の設置により、各部署との情報共有ができるようになってきたと思います。まだまだ内容的には十分とは言えませんが、血液センターの方にもご協力いただきながら、安全な輸血のために輸血療法委員会の中で話し合いを行い、改善していきたいと思います。

以上で発表を終わります。ありがとうございました。

【座長：熊川先生】

坪根先生、ご発表ありがとうございました。今のご発表につきまして、どなたかフロアの方からご質問、コメント等はいかがでしょうか。

私から質問よろしいですか。発足して今年で 10 年目になるということで、発足時を振り返った時に、発足に向けてのところを書かれていますが、一番大変だったことは何ですかというのを聞くと、ありますか。

【演者：坪根先生】

まず各部署に周知するということです。発足しますよとなりましたけれども、看護部、先生方にも周知をしていただくというところで、ちょっと苦労があったかなと思います。

【座長：熊川先生】

時に、輸血責任医師のなり手が見つからなくてという話を聞くこともあるのですが、今回、発足時に先生の協力は問題がなかったですか。

【演者：坪根先生】

今回は、事務部門から先生のほうに働きかけをしていただいて、先生のほうが引き受けていただいたので、その辺は事務部門の方に頑張っていただきました。

【座長：熊川先生】

そうなんですね。ありがとうございました。

他にどなたか質問なければ、よろしいでしょうか。ありがとうございました。