

血液製剤使用適正に向けた医療施設内 輸血療法委員会活動の実態調査

埼玉県合同輸血療法委員会

樋口敬和(獨協医科大学埼玉医療センター 輸血部)

塚原 晃(戸田中央総合病院 臨床検査科)

坂口武司(なんてんクリニック 検査科)

岡本直子(さいたま赤十字病院 検査部)

山本晃士(埼玉医科大学総合医療センター 輸血部)

石田 明(埼玉医科大学国際医療センター 輸血・細胞移植部)



埼玉県マスコット「コバトン」



目的

- ① 「輸血療法の実施に関する指針(平成11年6月10日付け厚生省医薬安全局長通知、令和2年3月一部改正)」により、輸血療法を行う医療機関内に院内輸血療法委員会を設置することが求められているが、その具体的な活動等については各施設に任されている。埼玉県内医療機関の輸血療法委員会の実態を明らかにする。
- ② 埼玉県内医療機関の院内輸血療法委員会の課題を抽出して、委員会活動を改善・適正化・活性化することにより「安全かつ適正な輸血療法」を更に推進する。

方法

対象：2021年度～2022年度に血液製剤の使用実績（発注実績）
のある**437**埼玉県内医療施設

調査方法：Formsを用いたアンケート調査

「輸血療法の実施に関する指針」、日本輸血・細胞治療学会
「輸血療法委員会運用マニュアル（案）」の輸血療法委員会の
活動内容に沿って作成された設問。

調査期間：2023年9月13日～10月16日



埼玉県マスコット「コバトン」

**WEBアンケート
ご協力をお願い**

—輸血療法委員会活動に関する実態調査アンケート調査—

アンケート実施期間
2023/9/13
～
2023/10/16

…集計・検証…

2024/3/2(土)
第15回埼玉輸血
フォーラムにて発表

アンケートのQRコードはこちら↓

所要時間
約15分

★QRコードが読み込めない場合↓
<https://forms.office.com/r/EMSjnbTh5B>

★アンケート用紙を同封しておりますが、可能な限り
Forms上での回答をお願いします。

★アンケート用紙での回答の場合は、記入済アンケート
用紙を下記事務局まで FAX、郵送、もしくは PDF化
し、メールでお送りください。

【回答時の注意点】
①★のついた質問は必須回答項目です。

②各設問の選択肢で「その他」を選んだ方は、その内容も入力してください。
(未入力の場合、回答を完了できません)

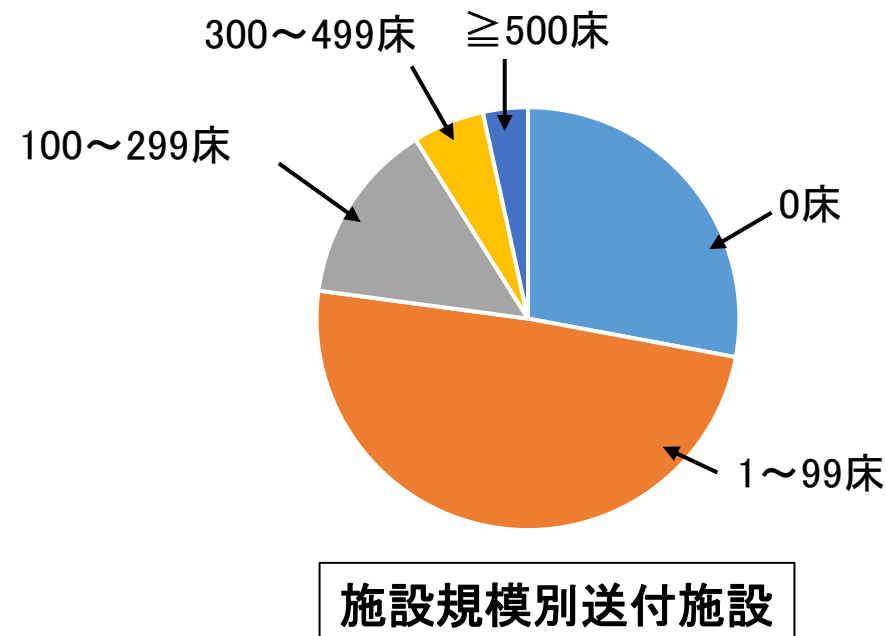
お問い合わせ 埼玉県合同輸血療法委員会・事務局
(埼玉県赤十字血液センター 学術情報・供給課 学術係)
〒337-0003 埼玉県さいたま市見沼区深作955-1
TEL：048-720-8006(直通)
FAX：048-720-8016
MAIL：st-godoyuketsu@ktns.bbc.jrc.or.jp

アンケート送付施設と回答施設

送付437施設中**155施設**から回答が得られた。

回答率 35.5%

| 病床数 | 回答 | 未回答 | 送付 | 回答率 |
|---------|-----|-----|-----|-------|
| 0 | 22 | 100 | 122 | 18.0% |
| 1～99 | 50 | 165 | 215 | 23.3% |
| 100～299 | 44 | 17 | 61 | 72.1% |
| 300～499 | 24 | 0 | 24 | 100% |
| ≥500 | 15 | 0 | 15 | 100% |
| 計 | 155 | 282 | 437 | 35.5% |



- ・300床以上の施設からの回答率は100%。
- ・対象施設の77.1%を占めた99床以下と無床の施設からの回答率は21.4%に留まった。

輸血療法委員会設置の有無

回答 155施設

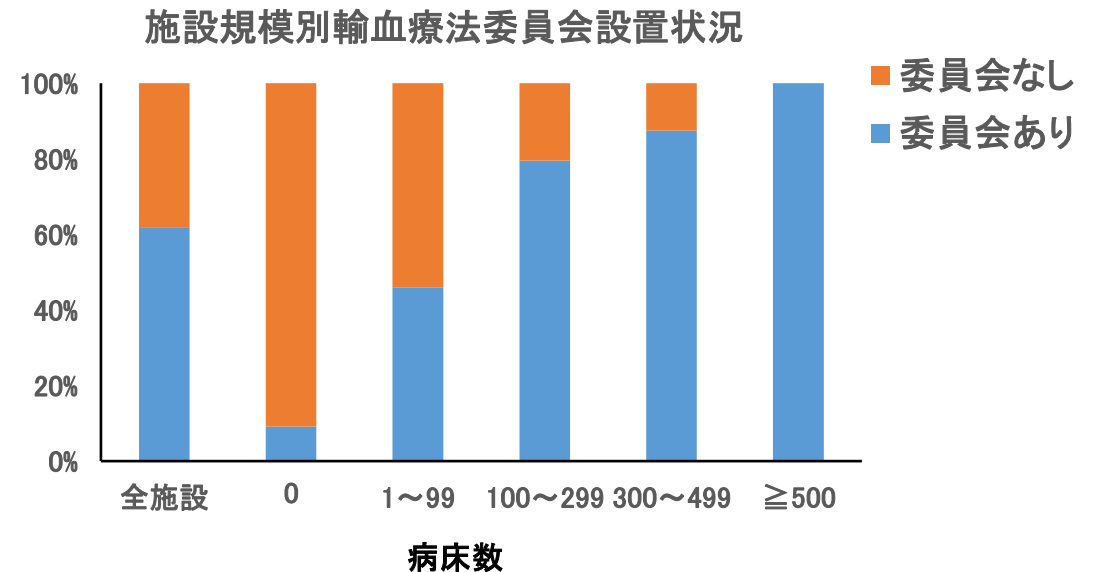


輸血療法委員会あり 96施設

| 病床数 | 委員会あり | 委員会なし | 回答施設数 | 委員会のあ る施設割合 |
|---------|-------|-------|-------|----------------|
| 0 | 2 | 20 | 22 | 9.1% |
| 1～99 | 23 | 27 | 50 | 46.0% |
| 100～299 | 35 | 9 | 44 | 79.5% |
| 300～499 | 21 | 3 | 24 | 87.5% |
| ≥500 | 15 | 0 | 15 | 100% |
| 計 | 96 | 59 | 155 | 61.9% |

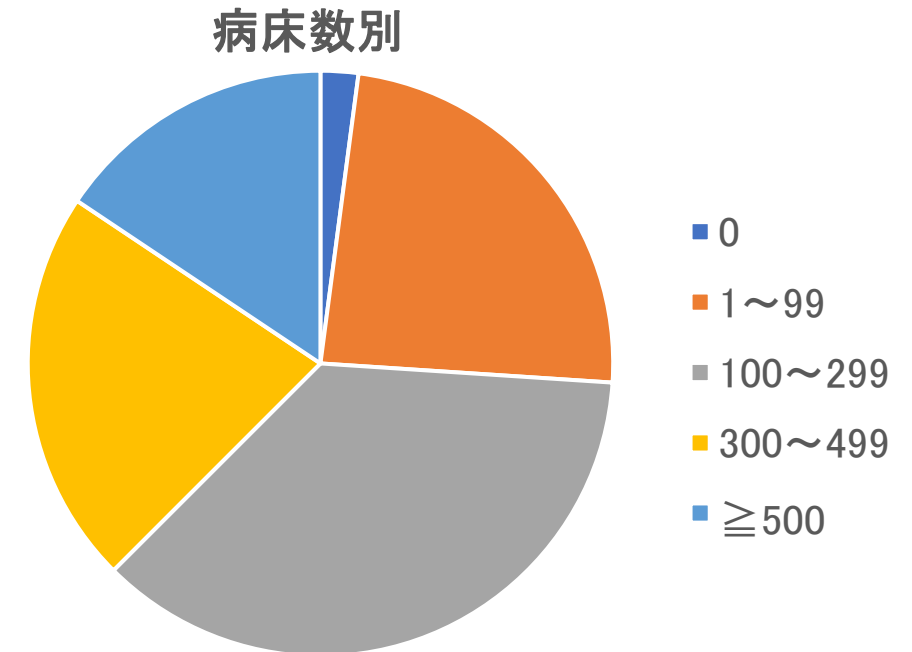


輸血療法委員会があると回答し
た96施設からの回答を検討した。



96輸血療法委員会の病床数別分布

| 病床数 | 施設数 | 割合 |
|---------|-----|-------|
| 0 | 2 | 2.1% |
| 1～99 | 23 | 24.0% |
| 100～299 | 35 | 36.5% |
| 300～499 | 21 | 21.9% |
| ≥500 | 15 | 15.6% |
| 計 | 96 | 100% |



以下の検討では無床の医療機関を1～99床の医療機関に含めて99床以下の医療機関として検討した。

院内輸血療法委員会の構成

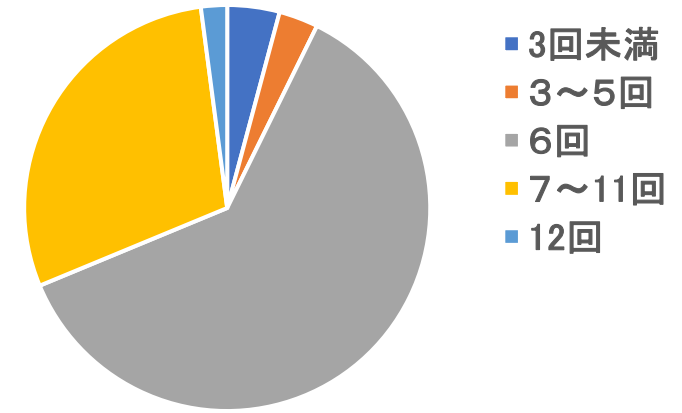
| 構成員の職種 | 委員会数 |
|------------------------------------|------|
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務 | 58 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師 | 16 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 事務 | 5 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師 | 4 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務, 血液センター職員 | 2 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務, 医療安全管理者 | 2 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務, 臨床工学士 | 2 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務, 診療放射線技師 | 1 |
| 医師, 看護師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務, 歯科医師 | 1 |
| 医師, 看護師, 臨床工学士 | 1 |
| 医師, 看護師, 事務 | 1 |
| 医師, 看護師 | 1 |
| 医師, 臨床検査技師, 薬剤師, 事務 | 1 |
| 医師, 臨床検査技師, 事務 | 1 |
| 合計 | 96 |

- ・85.4%の委員会が医師、看護師、臨床検査技師、薬剤師の4職種の委員を含んでいた。
- ・委員長は内科系、外科系の医師がそれぞれ約半数ずつ担っていた。

年間委員会開催頻度

| 年間開催頻度 | 施設数 | 割合 |
|--------|-----|-------|
| 3回未満 | 4 | 4.2% |
| 3～5回 | 3 | 3.1% |
| 6回 | 59 | 61.5% |
| 7～11回 | 28 | 29.2% |
| 12回 | 2 | 2.1% |
| 計 | 96 | 100% |

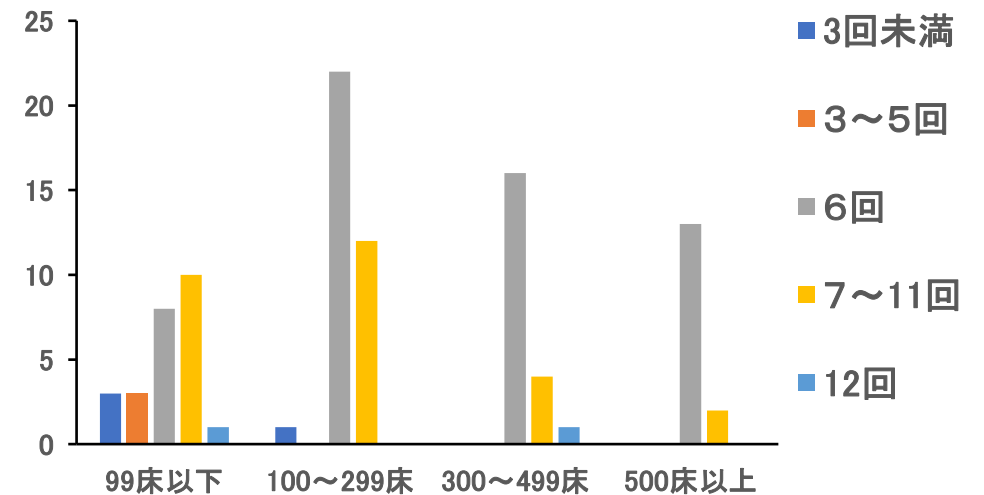
年間開催頻度(全施設)



- ・ 100床以上の施設は1施設以外すべて年間6回以上開催。
- ・ 年間7回以上開催している施設も31.3%。
- ・ 2施設は毎月開催。
- ・ 99床未満の施設の44.0%が年間7回以上開催。

施設数

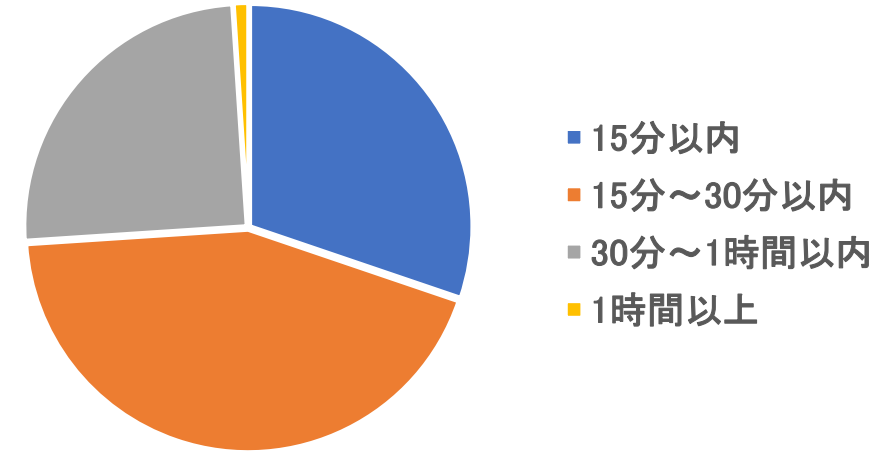
施設規模別年間開催頻度



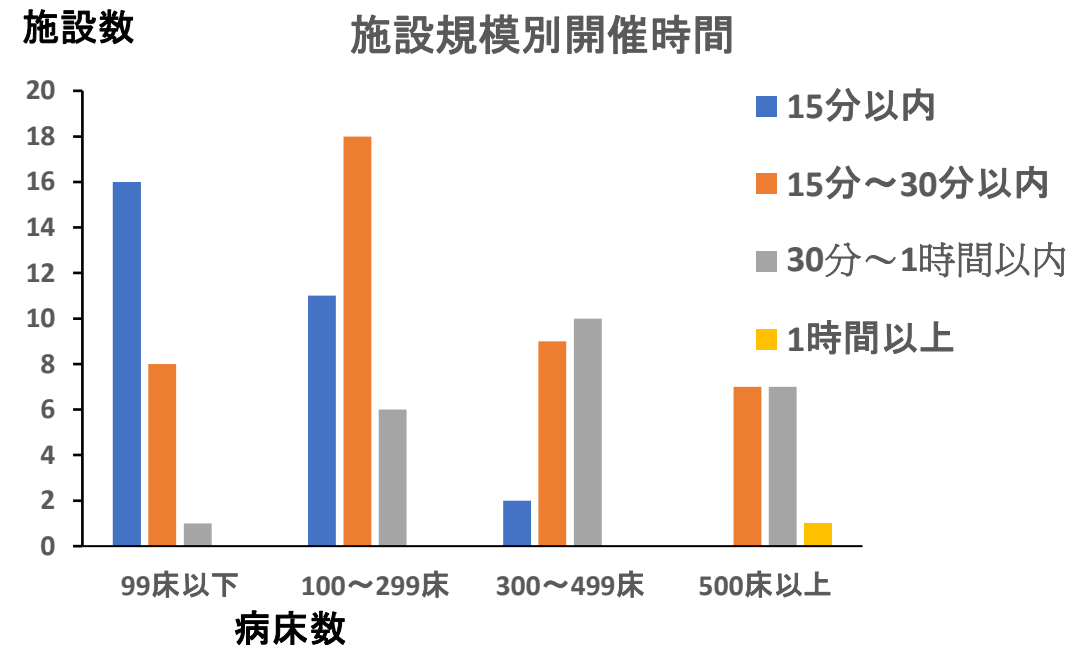
平均委員会開催時間

平均開催時間

| 平均開催時間 | 施設数 | 割合 |
|-----------|-----|-------|
| 15分以内 | 29 | 30.2% |
| 15分～30分以内 | 42 | 43.8% |
| 30分～1時間以内 | 24 | 25.0% |
| 1時間以上 | 1 | 1.0% |
| 計 | 96 | |



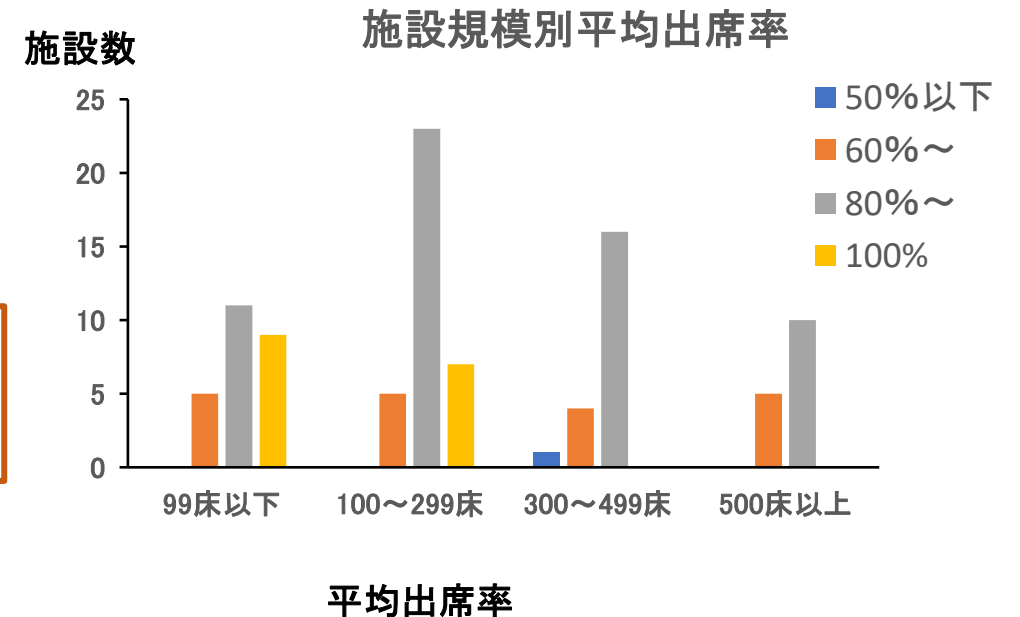
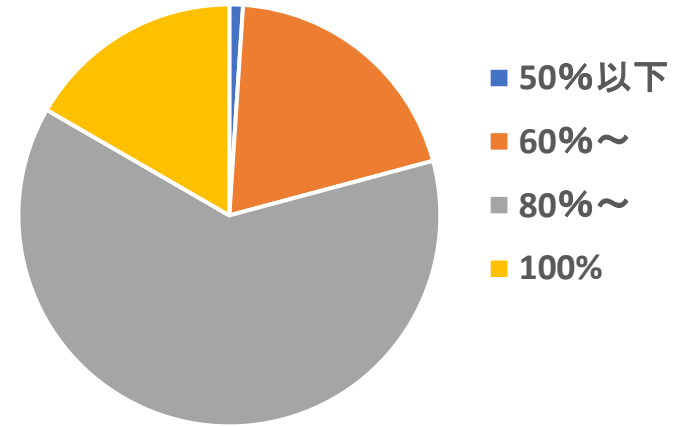
・開催時間が15分以内の施設は病床数の比較的少ない施設に多い傾向。



平均委員会出席率

平均出席率

| 平均出席率 | 施設数 | 割合 |
|-------|-----|-------|
| 100% | 16 | 13.7% |
| 80%～ | 60 | 32.5% |
| 60%～ | 19 | 19.8% |
| 50%以下 | 1 | 1.0% |
| 計 | 96 | |

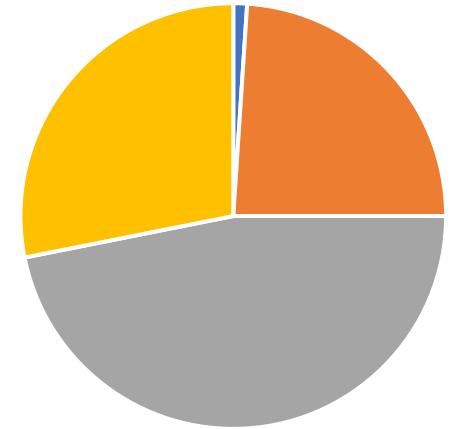


- ・委員の平均出席率は概ね60%以上。
- ・病床数の比較的少ない施設の出席率が高かった。

委員会の決定内容を院内ルールとする仕組み

| 院内ルールとする仕組み | 施設数 | 割合 |
|----------------------|-----|-------|
| ルールによって関係部署と協議する | 1 | 1.0% |
| 委員会のみで決定 | 23 | 24.0% |
| 委員会の後、病院全体の会議などを経て決定 | 45 | 46.9% |
| 委員会の後、病院長の承認を経て決定 | 27 | 28.1% |
| 計 | 96 | 100% |

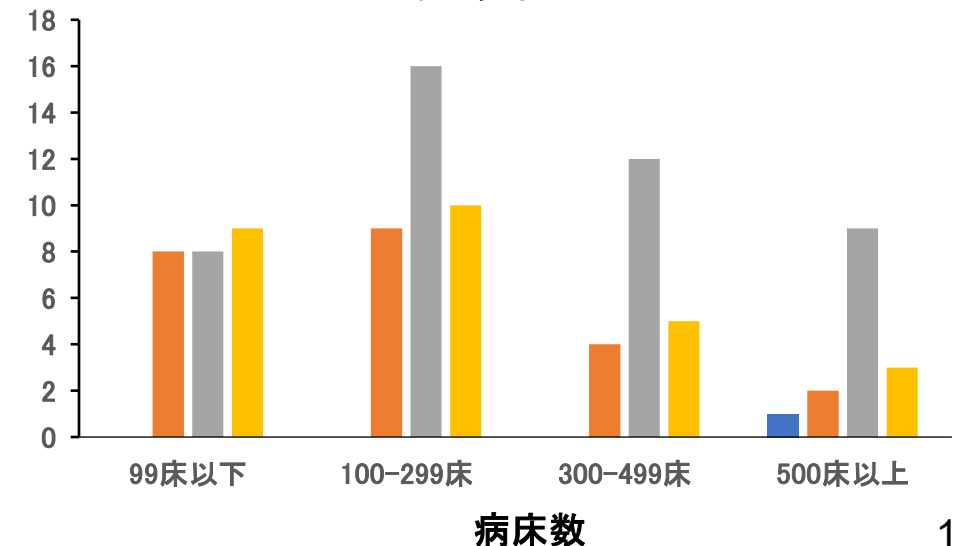
- ルールによって関係部署と協議
- 委員会のみで決定
- 委員会の後、病院全体の会議などを経て決定
- 委員会の後、病院長の承認を経て決定



- ・ 委員会の決定事項を委員会のみで院内ルール化されている施設が24.0%。
- ・ 他の施設は輸血療法委員会以外の承認等を経てルール化。

施設数

施設規模別

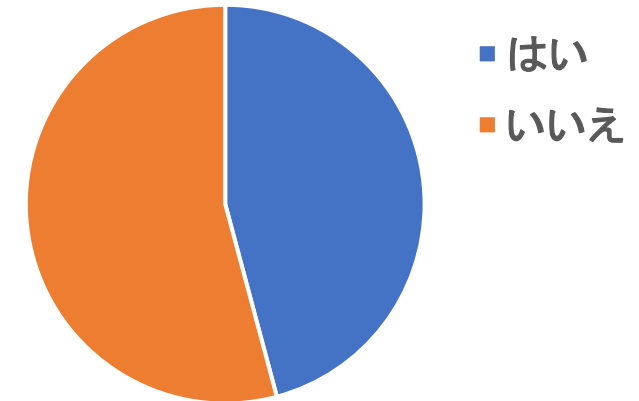


輸血療法委員会の活動内容

輸血の適応について院内で検討していますか？

| 輸血の適応を検討している | 施設数 | 割合 |
|--------------|-----|-------|
| はい | 44 | 45.8% |
| いいえ | 52 | 54.2% |
| 計 | 96 | |

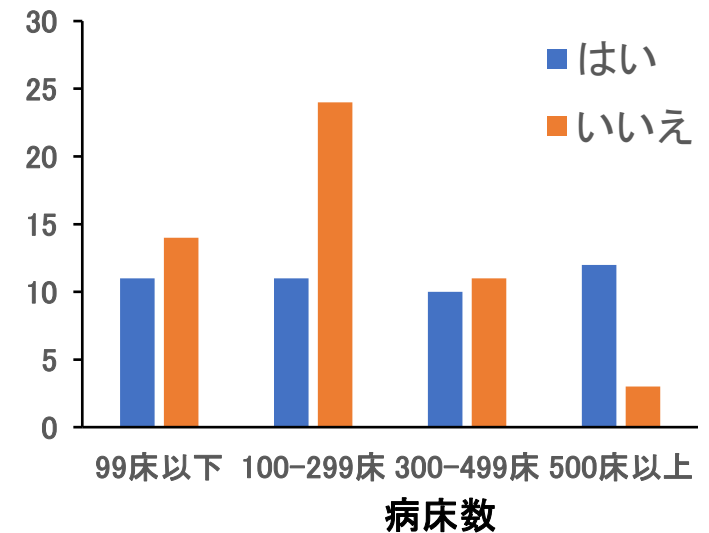
全施設



- ・輸血の適応を検討している委員会 と検討していないがほぼ半数ずつ。
- ・500床以上の規模の施設では80.0%の委員会が適応を検討。
- ・100～299床の施設では68.8%が検討していなかった。

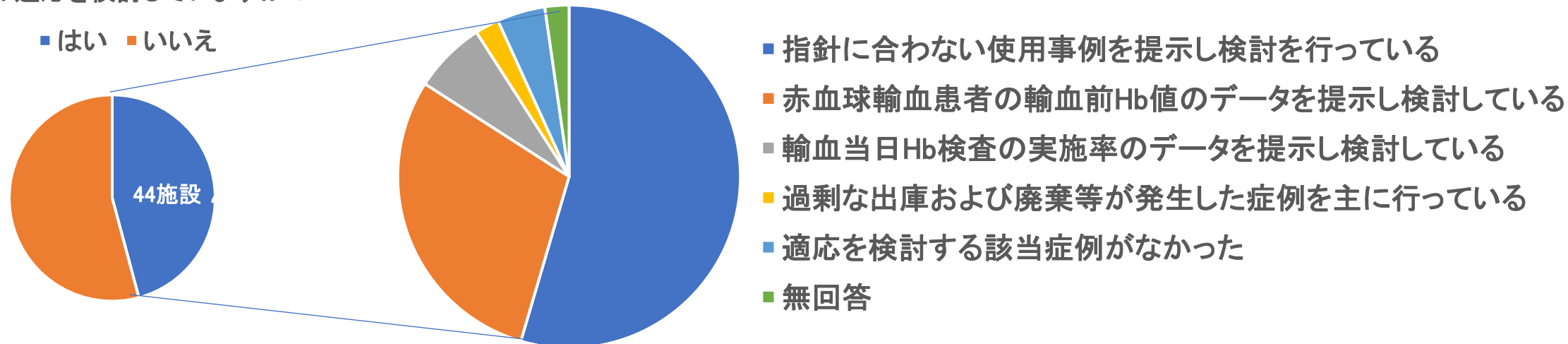
施設数

施設規模別



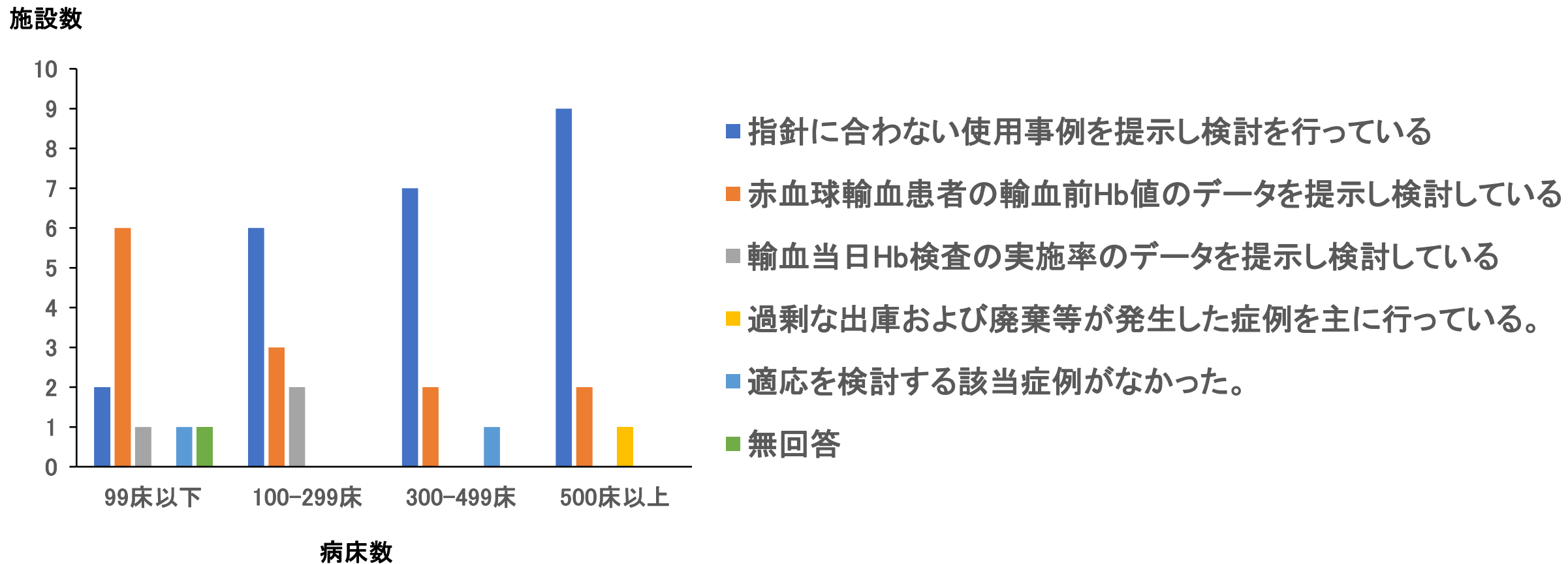
輸血の適応を検討している場合、どのようなことを検討していますか？

輸血の適応を検討していますか？



| 検討している施設の輸血の適応の検討事項 | 施設数 | 割合 |
|----------------------------|-----|-------|
| 指針に合わない使用事例を提示し検討を行っている | 24 | 54.5% |
| 赤血球輸血患者の輸血前Hb値のデータを提示し検討 | 13 | 29.5% |
| 輸血当日Hb検査の実施率のデータを提示し検討 | 3 | 6.8% |
| 過剰な在庫および廃棄等が発生した症例を主に行っている | 1 | 2.3% |
| 適応について検討する症例がなかった。 | 2 | 4.6% |
| 無回答 | 1 | 2.3% |
| 計 | 44 | 100% |

輸血の適応を検討している場合、どのようなことを検討していますか？

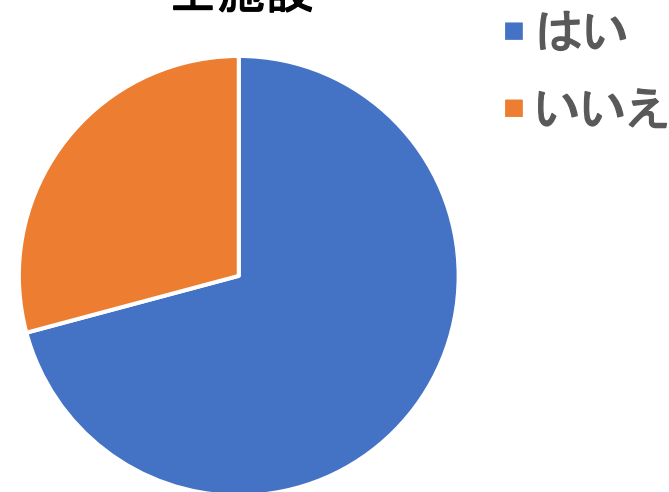


- ・「赤血球輸血患者の輸血前Hb値のデータを提示し検討」していると回答した委員会は99床以下の施設に多かった。
- ・病床数がより多い施設からは「指針に合わない使用事例を提示した検討」しているとの回答が多かった。

適正使用を委員会で推進していますか？

| 適正使用推進をしている | 施設数 | 割合 |
|-------------|-----|-------|
| はい | 67 | 69.8% |
| いいえ | 29 | 30.2% |
| 計 | 96 | |

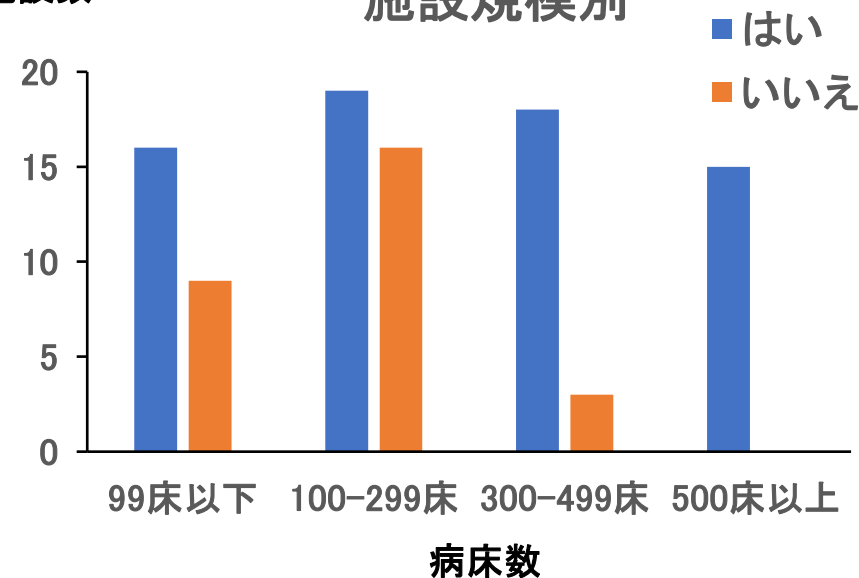
全施設



・69.8%が適正使用を推進していた。

施設数

施設規模別



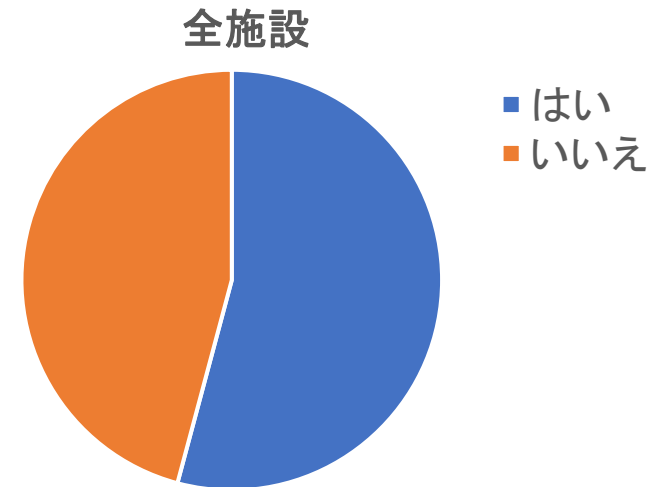
適正使用を推進している場合、どのようなことを推進していますか？

| 適正使用推進の内容 | 施設数 | 割合 |
|--|-----|-------|
| FFP/RBCの比率が高い診療科や使用量が急に増えた診療科の使用状況を検討している | 31 | 46.3% |
| 大量輸血事例を提示し適正に使用されたか検討している | 21 | 31.3% |
| 血液製剤の使用状況や廃棄について検討している | 1 | 1.5% |
| 輸血委員の麻酔科医とで手術患者におけるSBOEの活用やT&Sの推進、検討を勧めている | 1 | 1.5% |
| 製剤の廃棄事例を検証している | 1 | 1.5% |
| 輸血前後Hb値の評価, 疾患や使用目的報告 | 1 | 1.5% |
| 手術患者のMSBOSを提示し検討している | 3 | 4.5% |
| 輸血があまりないが、どういった患者だった抜粋報告 | 1 | 1.5% |
| 緊急輸血の投与時の適正使用について | 1 | 1.5% |
| 個々の輸血例にて適正かどうかを検討 | 1 | 1.5% |
| 該当症例が少ない(手術など) | 1 | 1.5% |
| 無回答 | 4 | 6.0% |
| 計 | 67 | |

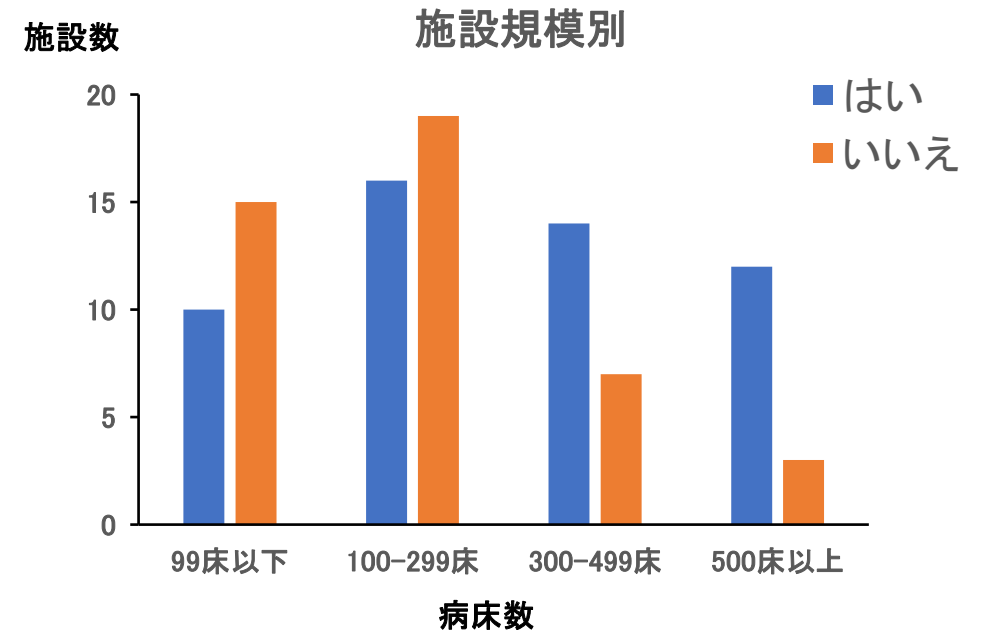
- ・「FFP/RBCの比率が高い診療科や使用量が急に増えた診療科の使用状況を検討」と「大量輸血事例を提示し適正に使用されたか検討」が適正使用推進の主な内容であった。

フィードバックを行っていますか？

| フィードバックしている | 施設数 | 割合 |
|-------------|-----|-------|
| はい | 52 | 54.2% |
| いいえ | 44 | 45.8% |
| 計 | 96 | 100% |



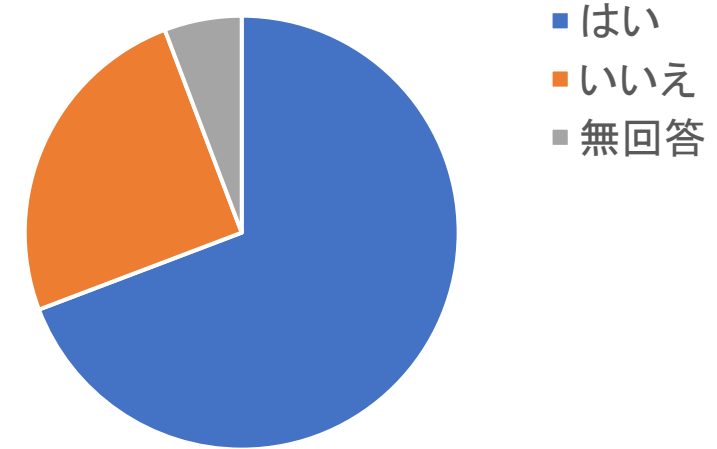
- ・ 54.2%がフィードバックを行っていた。
- ・ 299床以下の施設ではフィードバックを行っていない委員会が多い傾向がみられた。



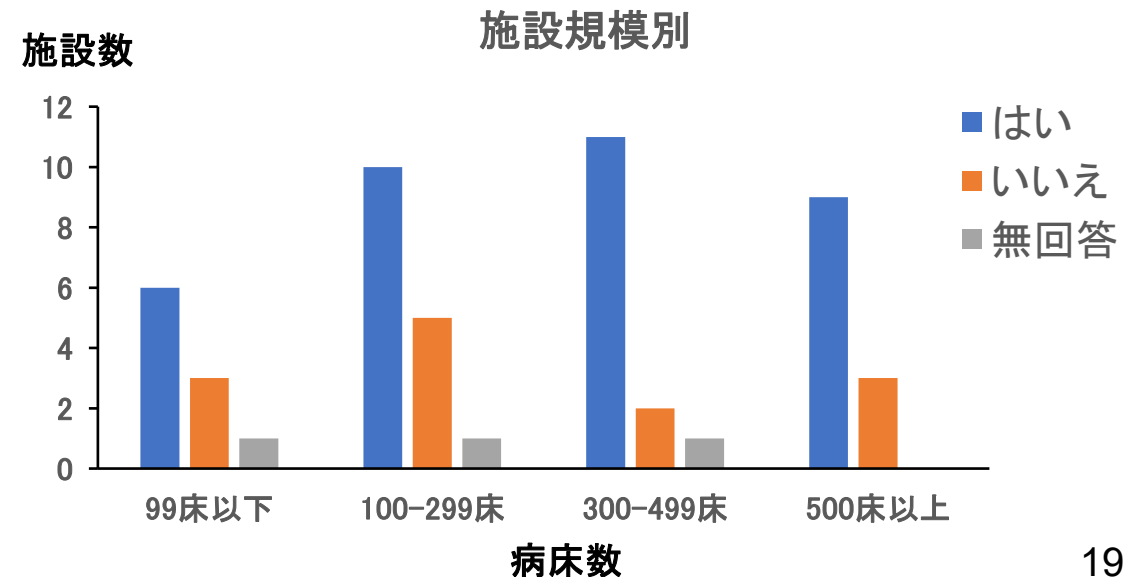
フィードバック後の改善状況を確認していますか？

全施設

| 確認している | 施設数 | 割合 |
|--------|-----|-------|
| はい | 36 | 69.2% |
| いいえ | 13 | 25.0% |
| 無回答 | 3 | 5.8% |
| 計 | 52 | 100% |

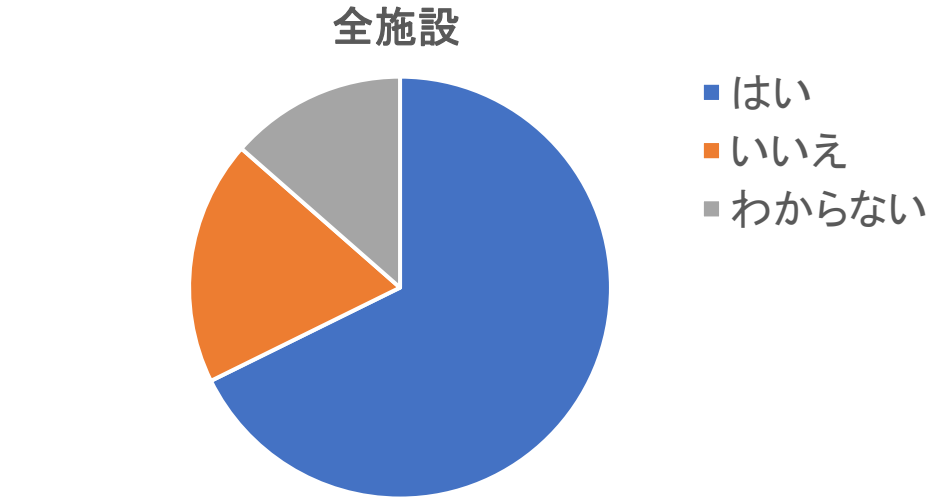


- ・フィードバック後の改善状況を確認しているのはフィードバックを行っている委員会の69.2%に留まっていた。

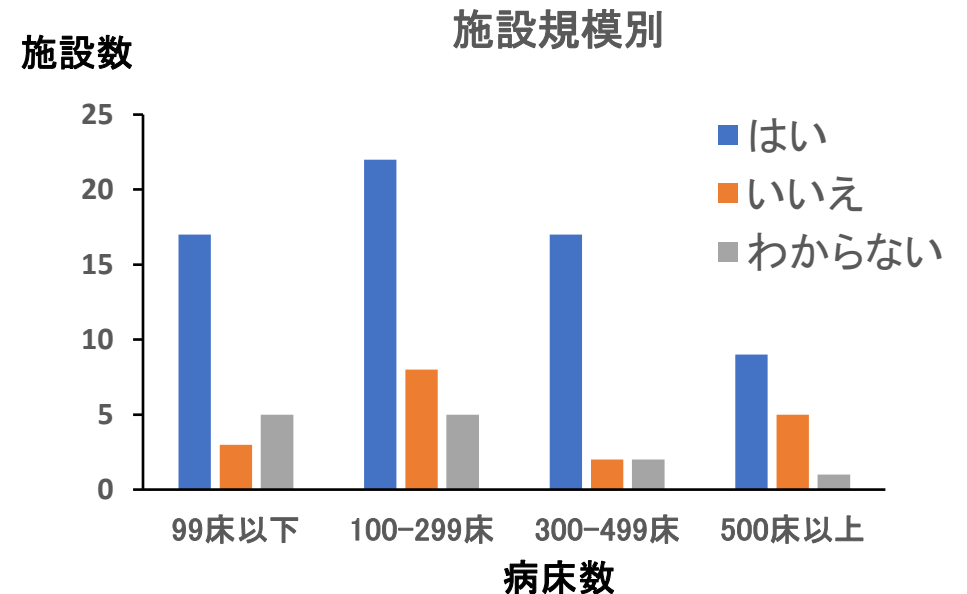


輸血に関わるすべてのインシデントを委員会で把握していますか？

| インシデントを把握している | 施設数 | 割合 |
|---------------|-----|-------|
| はい | 65 | 67.7% |
| いいえ | 18 | 18.8% |
| わからない | 13 | 13.5% |
| 計 | 96 | 100% |



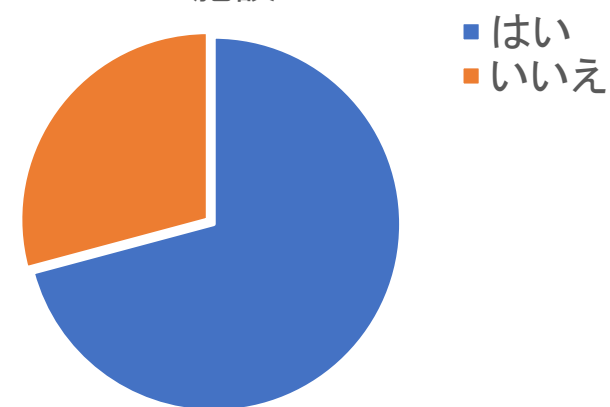
・67.7% が輸血に関わるすべてのインシデントを把握していた。



インシデント防止対策を協議していますか？

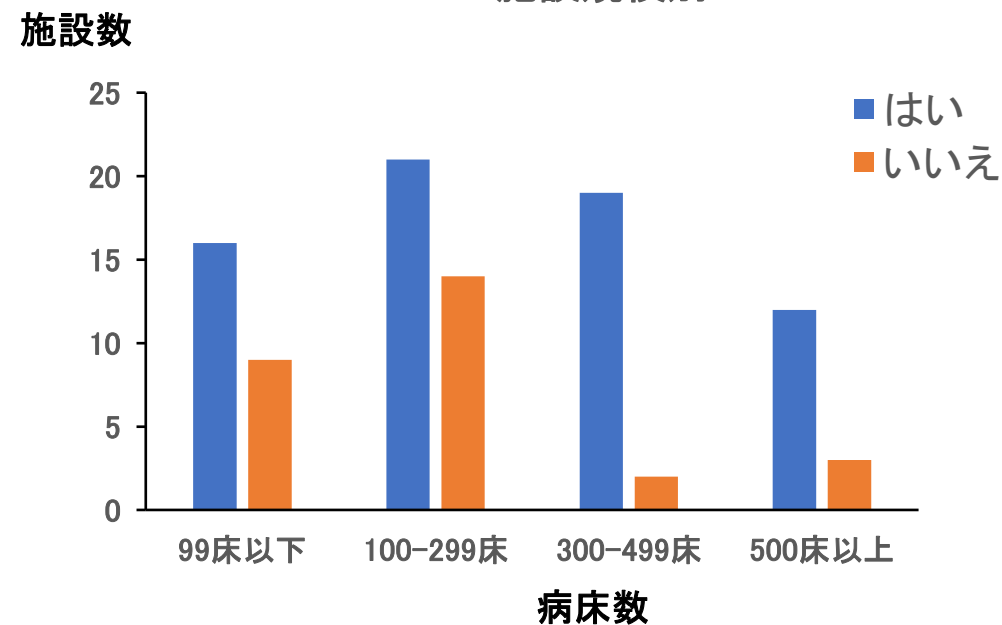
| インシデント防止対策を協議している | 施設数 | 割合 |
|-------------------|-----|-------|
| はい | 68 | 70.8% |
| いいえ | 28 | 29.2% |
| 計 | 96 | 100% |

全施設



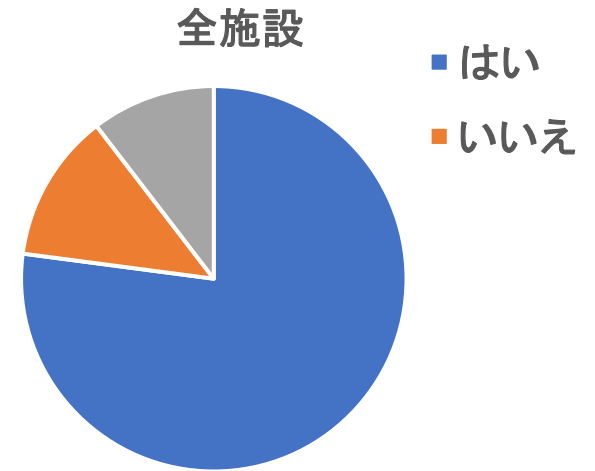
・70.8% がインシデント防止対策を協議していた。

施設規模別

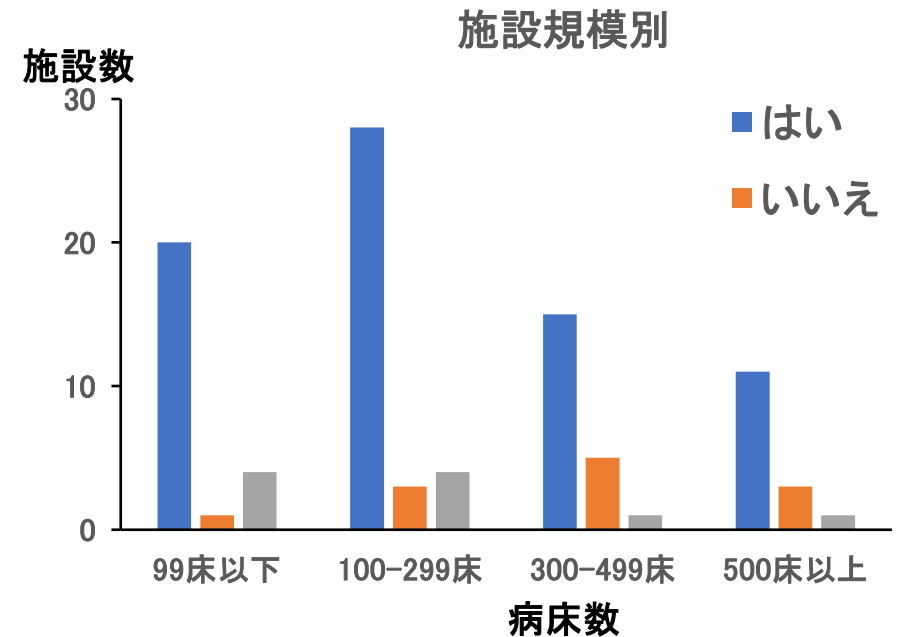


すべての輸血副反応事例を把握していますか？

| 副反応を把握している | 施設数 | 割合 |
|------------|-----|-------|
| はい | 74 | 77.1% |
| いいえ | 12 | 12.5% |
| わからない | 10 | 10.4% |
| 計 | 96 | 100% |



・77.1%がすべての輸血副反応事例を把握していた。



輸血マニュアル作成している施設

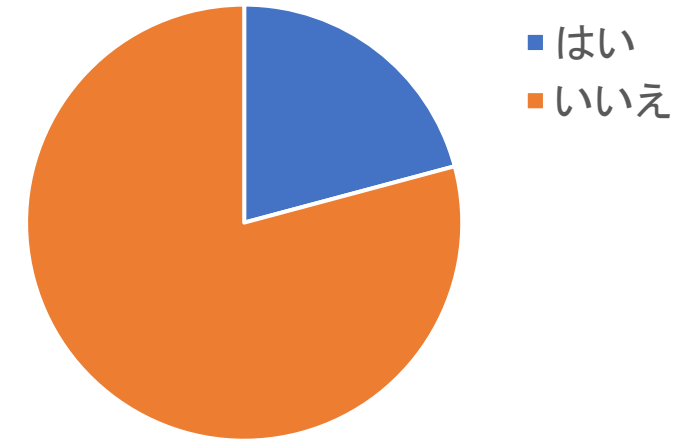
$$96/96 = 100\%$$

・院内輸血マニュアルはすべての施設で作成されていた。

輸血マニュアルを遵守されているか確認していますか？

| マニュアル遵守を監査している | 施設数 | 割合 |
|----------------|-----|-------|
| はい | 20 | 20.8% |
| いいえ | 76 | 79.2% |
| 計 | 96 | 100% |

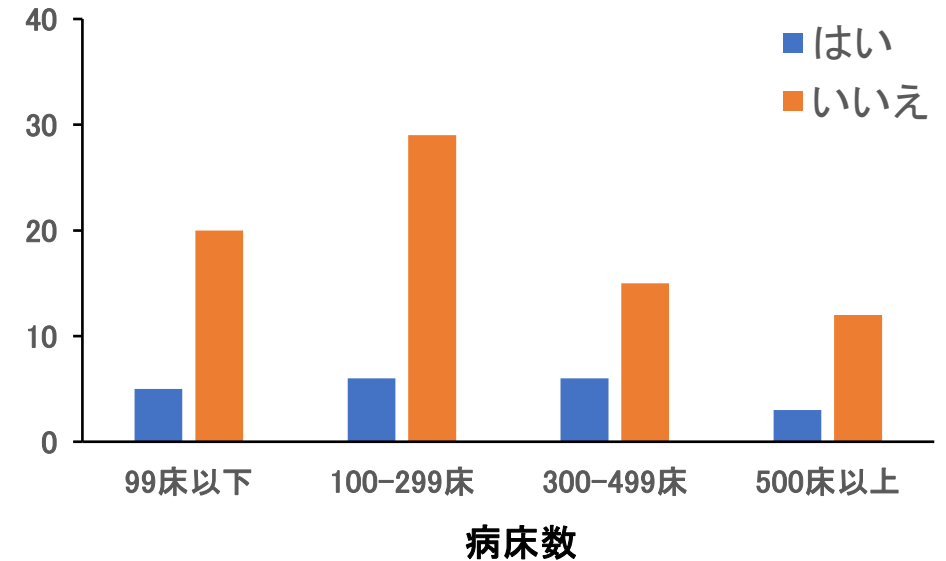
全施設



・マニュアルが遵守されているかを確認している委員会は20.8%に留まっていた。

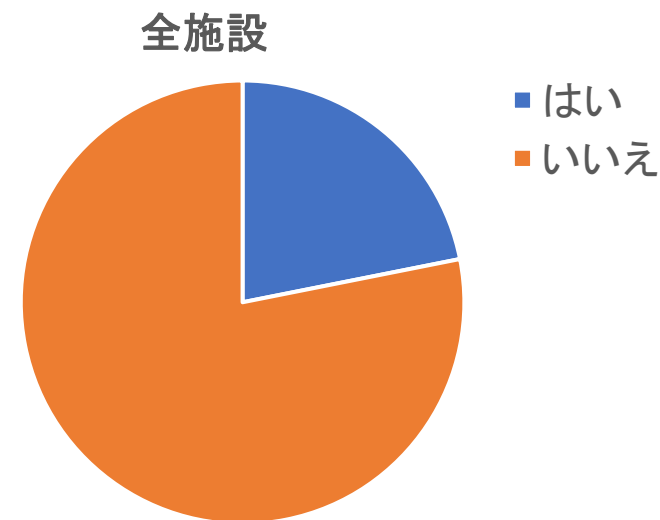
施設数

施設規模別

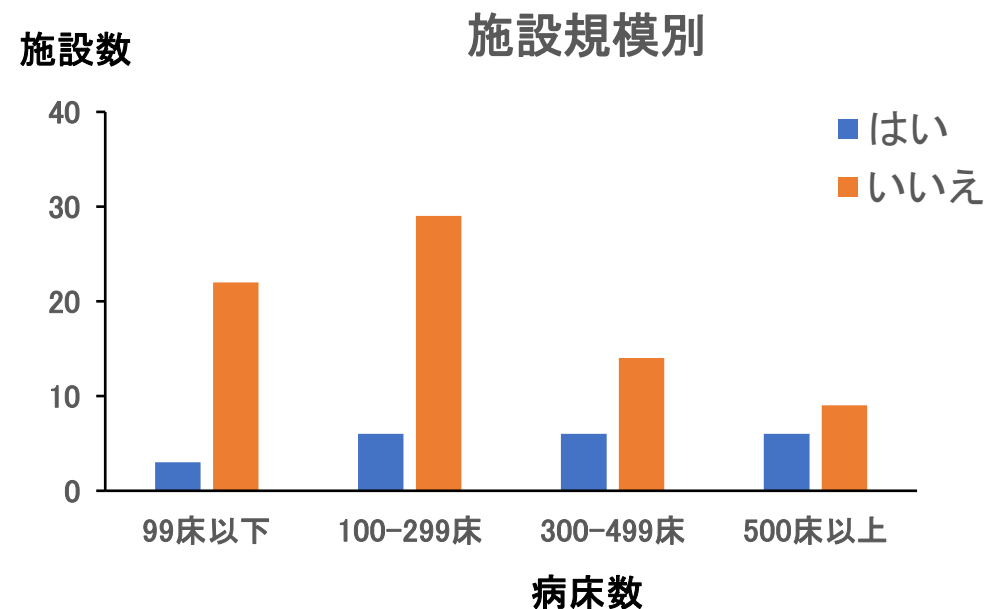


他の医療施設の委員会と情報交換を行っていますか？

| 他の医療施設の委員会と情報交換している | 施設数 | 割合 |
|---------------------|-----|-------|
| はい | 21 | 21.9% |
| いいえ | 75 | 78.1% |
| 計 | 96 | 100% |



- ・21.9%の委員会が他の施設の輸血療法委員会と情報交換を行っていた。
- ・2施設で埼玉県赤十字血液センター職員が委員会メンバーに加わっていた。



輸血療法委員会の課題

委員会についてどのような課題があると考えていますか？

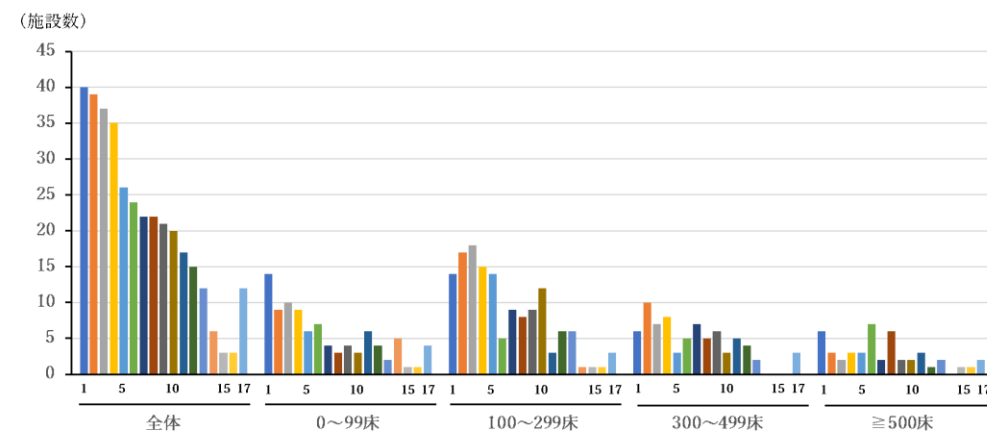
| | 課題 | 全体 (n=96) |
|----|---------------------------------------|--------------|
| 1 | 委員からの活発な意見・発言がない | 40 |
| 2 | 委員会内に学会認定看護師がいない | 39 |
| 3 | 委員会内に認定輸血検査技師がいない | 37 |
| 4 | 委員に輸血領域に詳しい看護師や薬剤師等がいない | 35 |
| 5 | 委員会内で適正使用についての議論ができていない | 26 |
| 6 | 各部門からの輸血療法に対する要望が委員会へ上がってこない | 24 |
| 7 | 適正使用を疑われる事案に対して全例対応する事ができていない | 22 |
| 8 | 各部門で発生している輸血に関する困りごとが委員会に意見として上がってこない | 22 |
| 9 | 委員会活動が技師中心で他職種との協力が得にくい | 21 |
| 10 | 輸血管理料施設基準のために開催している・形骸化している | 20 |
| 11 | 委員会の議論や決定事項が院内に反映されにくい | 17 |
| 12 | 委員会の立場が脆弱 | 15 |
| 13 | 院内の輸血に関するインシデントが委員会として把握できていない | 12 |
| 14 | 各部門任せでマニュアルが統一できていない (委員会として統一できない) | 6 |
| 15 | 委員・委員長の交代が多い | 3 |
| 16 | 委員の出席率が低い | 3 |
| 17 | 特になし | 12 |

課題数

| | |
|-----|-----|
| 最大 | 13 |
| 最少 | 0 |
| 平均 | 3.6 |
| 中央値 | 3.0 |

院内輸血療法委員会の施設規模別の課題

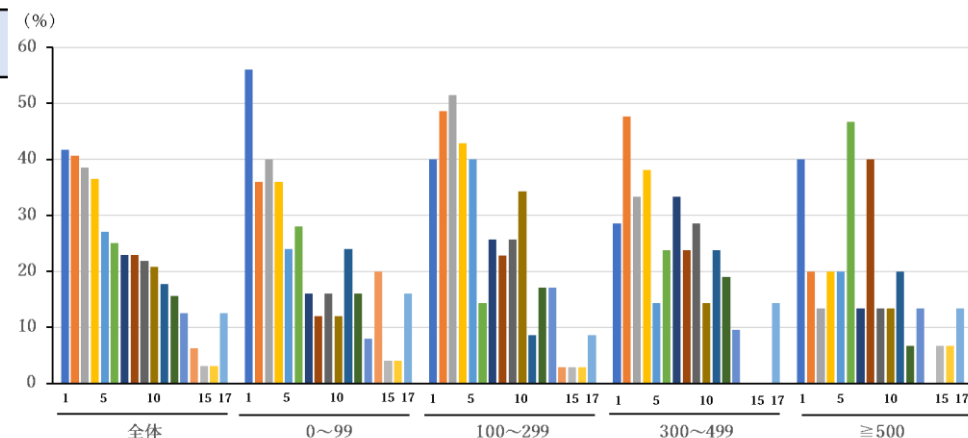
| 課題 | 全体 (n=96) | 0~99床 (n=25) | 100~299床 (n=35) | 300~499床 (n=21) | ≧500床 (n=15) |
|---|--------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| 1 委員からの活発な意見・発言がない | 40 | 14 | 14 | 6 | 6 |
| 2 委員会内に学会認定看護師がない | 39 | 9 | 17 | 10 | 3 |
| 3 委員会内に認定輸血検査技師がない | 37 | 10 | 18 | 7 | 2 |
| 4 委員に輸血領域に詳しい看護師や薬剤師等がない | 35 | 9 | 15 | 8 | 3 |
| 5 委員会内で適正使用についての議論ができていない | 26 | 6 | 14 | 3 | 3 |
| 6 各部門からの輸血療法に対する要望が委員会へ上がってこない | 24 | 7 | 5 | 5 | 7 |
| 7 適正使用を疑われる事案に対して全例対応する事ができていない | 22 | 4 | 9 | 7 | 2 |
| 8 各部門で発生している輸血に関する困りごとが委員会に意見として上がってこない | 22 | 3 | 8 | 5 | 6 |
| 9 委員会活動が技師中心で他職種の協力が得にくい | 21 | 4 | 9 | 6 | 2 |
| 10 輸血管理料施設基準のために開催している・形骸化している | 20 | 3 | 12 | 3 | 2 |
| 11 委員会の議論や決定事項が院内に反映されにくい | 17 | 6 | 3 | 5 | 3 |
| 12 委員会の立場が脆弱 | 15 | 4 | 6 | 4 | 1 |
| 13 院内の輸血に関するインシデントが委員会として把握できていない | 12 | 2 | 6 | 2 | 2 |
| 14 各部門任せでマニュアルが統一できていない（委員会として統一できない） | 6 | 5 | 1 | 0 | 0 |
| 15 委員・委員長の交代が多い | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 16 委員の出席率が低い | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| 17 特になし | 12 | 4 | 3 | 3 | 2 |



各委員会の課題数は100~299床の施設で多く500床以上の施設で少ない傾向がみられたが、有意差はなかった

課題を有している委員会の施設規模別割合

| 課題 | 全体 (n=96) | 0~99床 (n=25) | 100~299床 (n=35) | 300~499床 (n=21) | ≧500床 (n=15) |
|---|--------------|-----------------|--------------------|--------------------|-----------------|
| 1 委員からの活発な意見・発言がない | 41.7% | 56.0% | 40.0% | 28.6% | 40.0% |
| 2 委員会内に学会認定看護師がない | 40.6% | 36.0% | 48.6% | 47.6% | 20.0% |
| 3 委員会内に認定輸血検査技師がない | 38.5% | 40.0% | 51.4% | 33.3% | 13.3% |
| 4 委員に輸血領域に詳しい看護師や薬剤師等がない | 36.5% | 36.0% | 42.9% | 38.1% | 20.0% |
| 5 委員会内で適正使用についての議論ができていない | 27.1% | 24.0% | 40.0% | 14.3% | 20.0% |
| 6 各部門からの輸血療法に対する要望が委員会へ上がってこない | 25.0% | 28.0% | 14.3% | 23.8% | 46.7% |
| 7 適正使用を疑われる事案に対して全例対応する事ができていない | 22.9% | 16.0% | 25.7% | 33.3% | 13.3% |
| 8 各部門で発生している輸血に関する困りごとが委員会に意見として上がってこない | 22.9% | 12.0% | 22.9% | 23.8% | 40.0% |
| 9 委員会活動が技師中心で他職種の協力が得にくい | 21.9% | 16.0% | 25.7% | 28.6% | 13.3% |
| 10 輸血管理料施設基準のために開催している・形骸化している | 20.8% | 12.0% | 34.3% | 14.3% | 13.3% |
| 11 委員会の議論や決定事項が院内に反映されにくい | 17.7% | 24.0% | 8.6% | 23.8% | 20.0% |
| 12 委員会の立場が脆弱 | 15.6% | 16.0% | 17.1% | 19.0% | 6.7% |
| 13 院内の輸血に関するインシデントが委員会として把握できていない | 12.5% | 8.0% | 17.1% | 9.5% | 13.3% |
| 14 各部門任せでマニュアルが統一できていない（委員会として統一できない） | 6.3% | 20.0% | 2.9% | 0.0% | 0.0% |
| 15 委員・委員長の交代が多い | 3.1% | 4.0% | 2.9% | 0.0% | 6.7% |
| 16 委員の出席率が低い | 3.1% | 4.0% | 2.9% | 0.0% | 6.7% |
| 17 特になし | 12.5% | 16.0% | 8.6% | 14.3% | 13.3% |



- 大規模施設では規模が大きい施設に内在する特性に関連してみられると予想される課題が多かった。
- より小規模な施設ではスタッフの不在に関する課題が多かった。

院内輸血療法委員会の埼玉県の地域区分別分布

| 地域 | 輸血療法委員会数 |
|----|----------|
| 東部 | 22 |
| 中央 | 28 |
| 北部 | 8 |
| 西部 | 37 |
| 秩父 | 1 |
| 計 | 96 |



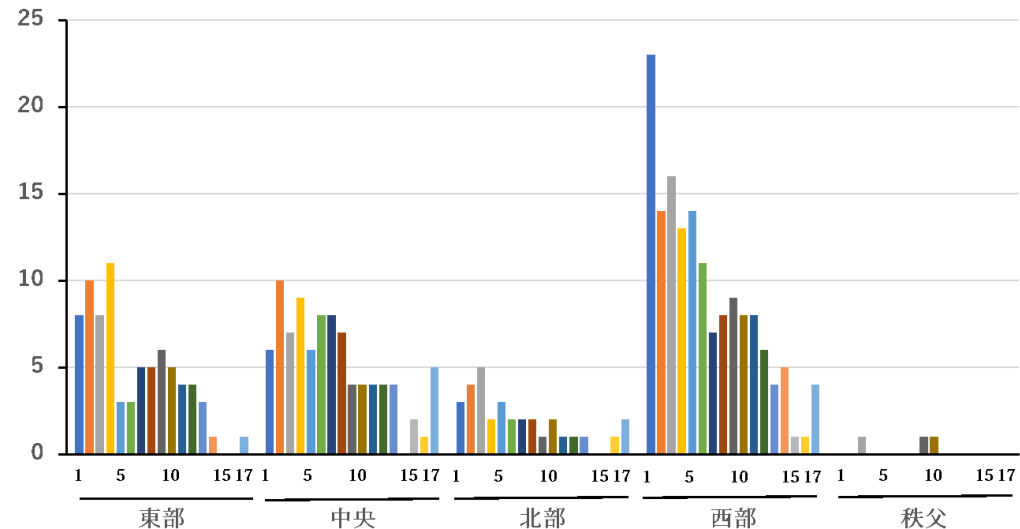
- ・院内輸血療法委員会が設置されている施設は、医療施設の地域別分布を反映して、県南部に多く北西部には少ない分布であった。
- ・秩父地方は1施設のみであった。



埼玉県内地域別の院内輸血療法委員会の課題

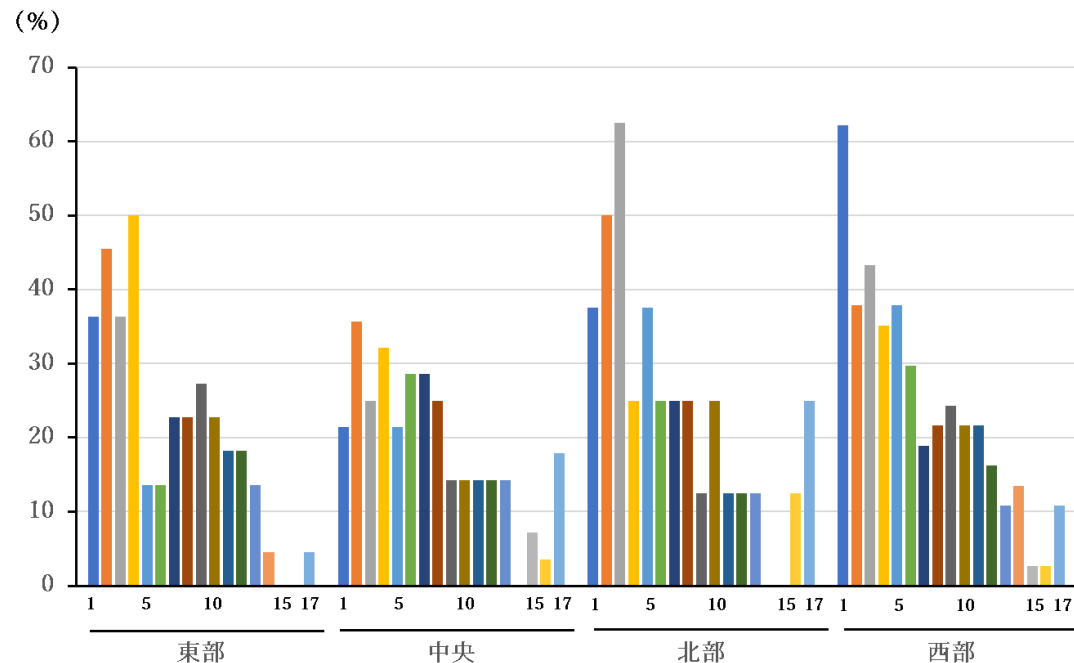
| 課題 | 東部 (n=22) | 中央 (n=28) | 北部 (n=8) | 西部 (n=37) | 秩父 (n=1) |
|---|--------------|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 1 委員からの活発な意見・発言がない | 8 | 6 | 3 | 23 | 0 |
| 2 委員会内に学会認定看護師がない | 10 | 10 | 4 | 14 | 0 |
| 3 委員会内に認定輸血検査技師がない | 8 | 7 | 5 | 16 | 1 |
| 4 委員に輸血領域に詳しい看護師や薬剤師等がない | 11 | 9 | 2 | 13 | 0 |
| 5 委員会内で適正使用についての議論ができていない | 3 | 6 | 3 | 14 | 0 |
| 6 各部門からの輸血療法に対する要望が委員会へ上がってこない | 3 | 8 | 2 | 11 | 0 |
| 7 適正使用を疑われる事案に対して全例対応する事ができていない | 5 | 8 | 2 | 7 | 0 |
| 8 各部門で発生している輸血に関する困りごとが委員会に意見として上がってこない | 5 | 7 | 2 | 8 | 0 |
| 9 委員会活動が技師中心で他職種の協力が得にくい | 6 | 4 | 1 | 9 | 1 |
| 10 輸血管理料施設基準のために開催している・形骸化している | 5 | 4 | 2 | 8 | 1 |
| 11 委員会の議論や決定事項が院内に反映されにくい | 4 | 4 | 1 | 8 | 0 |
| 12 委員会の立場が脆弱 | 4 | 4 | 1 | 6 | 0 |
| 13 院内の輸血に関するインシデントが委員会として把握できていない | 3 | 4 | 1 | 4 | 0 |
| 14 各部門任せでマニュアルが統一できていない（委員会として統一できない） | 1 | 0 | 0 | 5 | 0 |
| 15 委員・委員長の交代が多い | 0 | 2 | 0 | 1 | 0 |
| 16 委員の出席率が低い | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| 17 特になし | 1 | 5 | 2 | 4 | 0 |

(施設数)



課題を有している委員会の埼玉県内地域別の割合

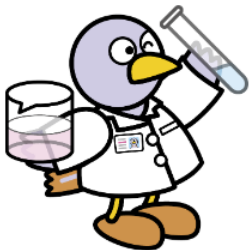
| 課題 | 東部 (n=22) | 中央 (n=28) | 北部 (n=8) | 西部 (n=37) |
|--|--------------|--------------|-------------|--------------|
| 1 委員からの活発な意見・発言がない | 36.4% | 21.4% | 37.5% | 62.2% |
| 2 委員会内に学会認定看護師がない | 45.5% | 35.7% | 50.0% | 37.8% |
| 3 委員会内に認定輸血検査技師がない | 36.4% | 25.0% | 62.5% | 43.2% |
| 4 委員に輸血領域に詳しい看護師や薬剤師等がない | 50.0% | 32.1% | 25.0% | 35.1% |
| 5 委員会内で適正使用についての議論ができていない | 13.6% | 21.4% | 37.5% | 37.8% |
| 6 各部門からの輸血療法に対する要望が、委員会へ上がってこない | 13.6% | 28.6% | 25.0% | 29.7% |
| 7 適正使用を疑われる事案に対して、全例対応する事ができていない | 22.7% | 28.6% | 25.0% | 18.9% |
| 8 各部門で発生している輸血に関する困りごとが、委員会に意見として上がってこない | 22.7% | 25.0% | 25.0% | 21.6% |
| 9 委員会活動が技師中心で他職種の協力が得にくい | 27.3% | 14.3% | 12.5% | 24.3% |
| 10 輸血管理料施設基準の為に開催している・形骸化している | 22.7% | 14.3% | 25.0% | 21.6% |
| 11 委員会の議論や決定事項が院内に反映されにくい | 18.2% | 14.3% | 12.5% | 21.6% |
| 12 委員会の立場が脆弱 | 18.2% | 14.3% | 12.5% | 16.2% |
| 13 院内の輸血に関するインシデントが委員会として把握できていない | 13.6% | 14.3% | 12.5% | 10.8% |
| 14 各部門任せでマニュアルが統一できていない（委員会として統一できない） | 4.5% | 0.0% | 0.0% | 13.5% |
| 15 委員・委員長の交代が多い | 0.0% | 7.1% | 0.0% | 2.7% |
| 16 委員の出席率が低い | 0.0% | 3.6% | 12.5% | 2.7% |
| 17 特になし | 4.5% | 17.9% | 25.0% | 10.8% |



- ・東部地域でスタッフの不在、西部地域で「委員からの活発な意見・発言がない」ことを挙げた委員会が多かった。
- ・しかし輸血療法委員会が抱えている課題に明らかな地域による差異はみられなかった。

まとめ1

- 埼玉県内各医療機関の輸血療法委員会の現状、活動内容、課題などについて初めて明らかにすることができた。
- 本調査結果は各医療施設の輸血療法委員会活動に関する貴重な情報が多く含まれる。
- これらは、合同輸血療法委員会が「より多くの医療機関で輸血療法委員会が設置され活発に活動ができるように支援する」ための貴重な情報である。



埼玉県マスコット「コバトン」



埼玉県マスコット「コバトン」



まとめ2

- 今回の調査結果を活用することによって埼玉県内の安全かつ適正な輸血療法の推進につながることが期待できる。
- 埼玉県合同輸血療法委員会として、各輸血療法委員会活動がより円滑に行えるように、積極的に働きかけていく計画である。



埼玉県マスコット「コバトン」



埼玉県マスコット「コバトン」



謝辞

今回の調査にご協力いただいた埼玉県内医療機関に深謝いたします。



埼玉県マスコット「コバトン」