

令和5年度北海道合同輸血療法研修会

# 血液製剤適正使用に関する アンケート調査結果

令和6年3月2日

北海道保健福祉部地域医療推進局医務薬務課

# 調査の概要

## 1 目的

血液製剤適正使用が推進できる体制を構築するため、道内の医療機関における血液製剤適正使用の取り組み状況などを把握する。

## 2 調査対象施設

令和5年度内に輸血用血液製剤の供給実績のある道内の医療機関（病院、診療所）

## 3 調査対象期間

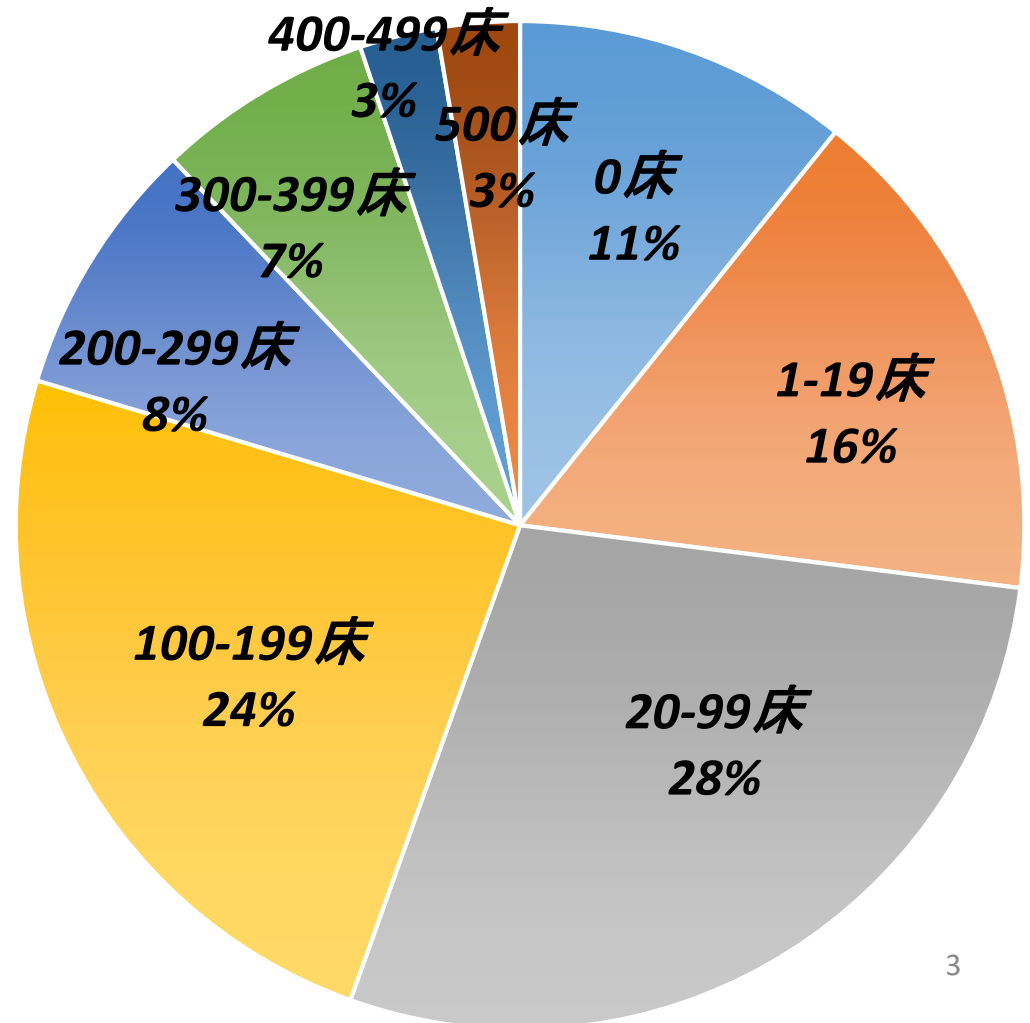
令和5年度上期（令和5年4月～令和5年9月）

# アンケート送付

アンケート送付医療機関数 604 施設

## 【病床数】

0床	65施設
1～19床	98施設
20～99床	172施設
100～199床	146施設
200～299床	50施設
300～399床	42施設
400～499床	15施設
500床～	16施設



# アンケート回答

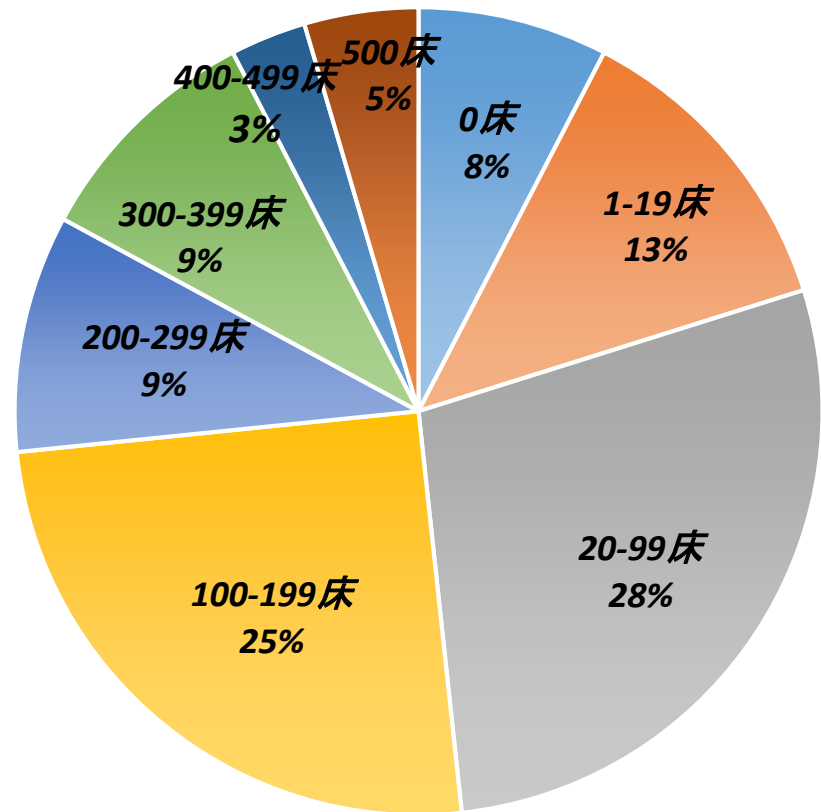
アンケート回収医療機関数 263 施設

(回答率 43.5%) うち、

血液製剤使用あり 252 施設(95.8%)

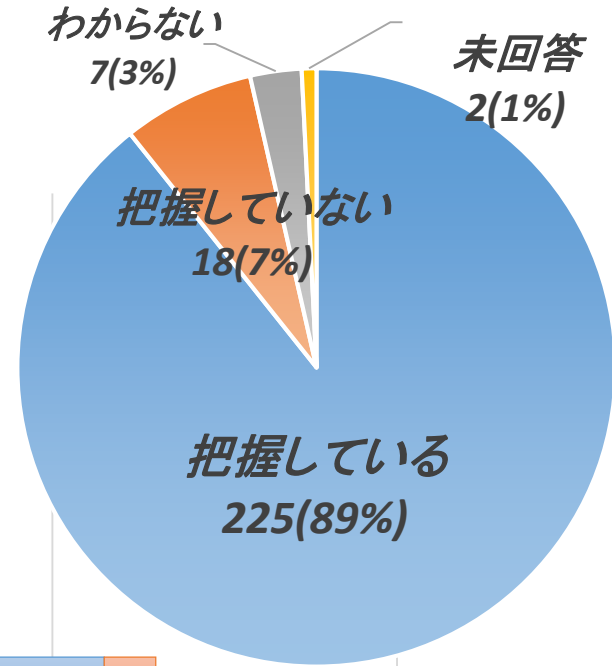
## 【病床数】

0床	20施設
1～19床	33施設
20～99床	74施設
100～199床	66施設
200～299床	25施設
300～399床	25施設
400～499床	8施設
500床～	12施設

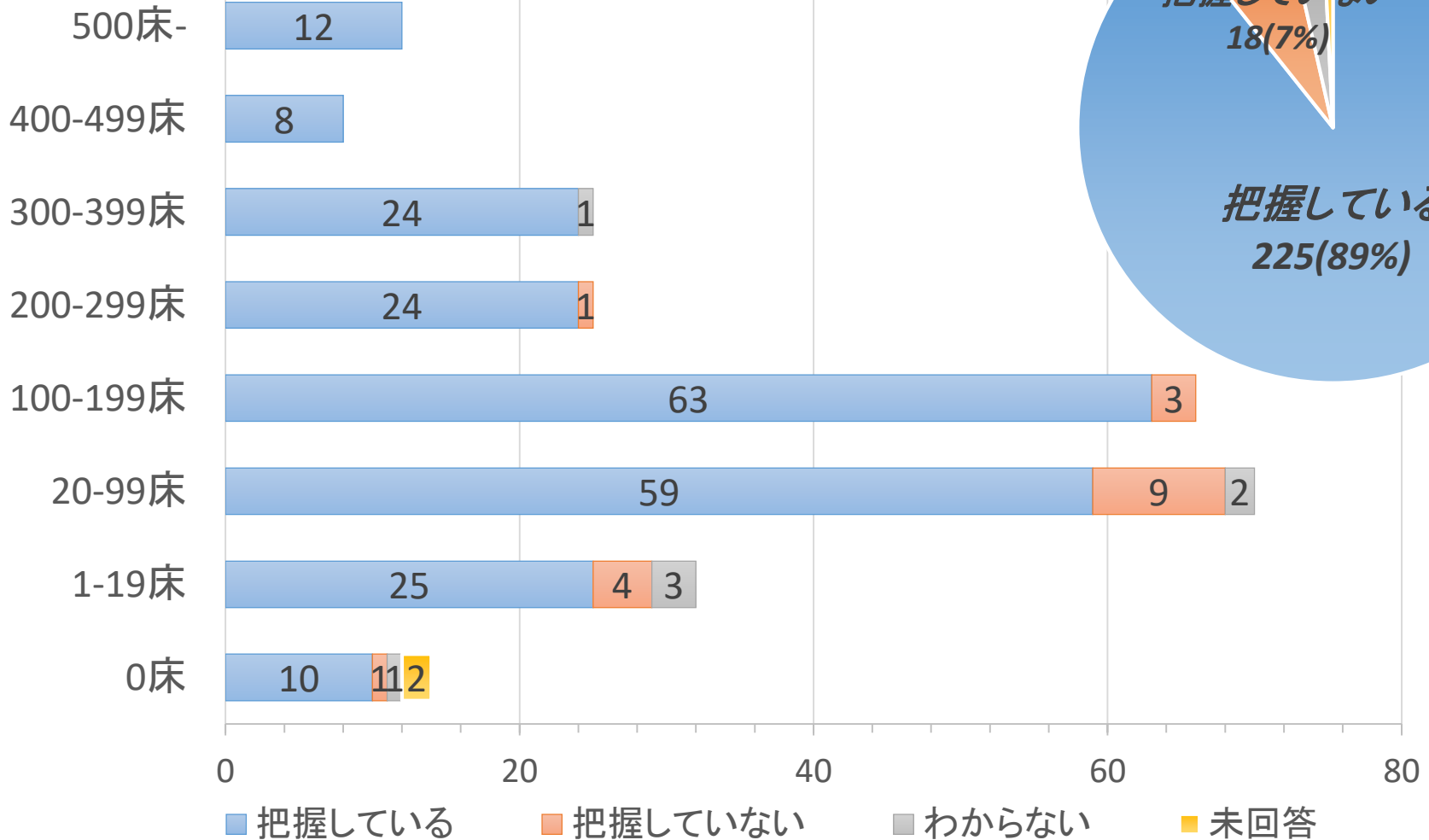


# 使用量の把握

【全体】

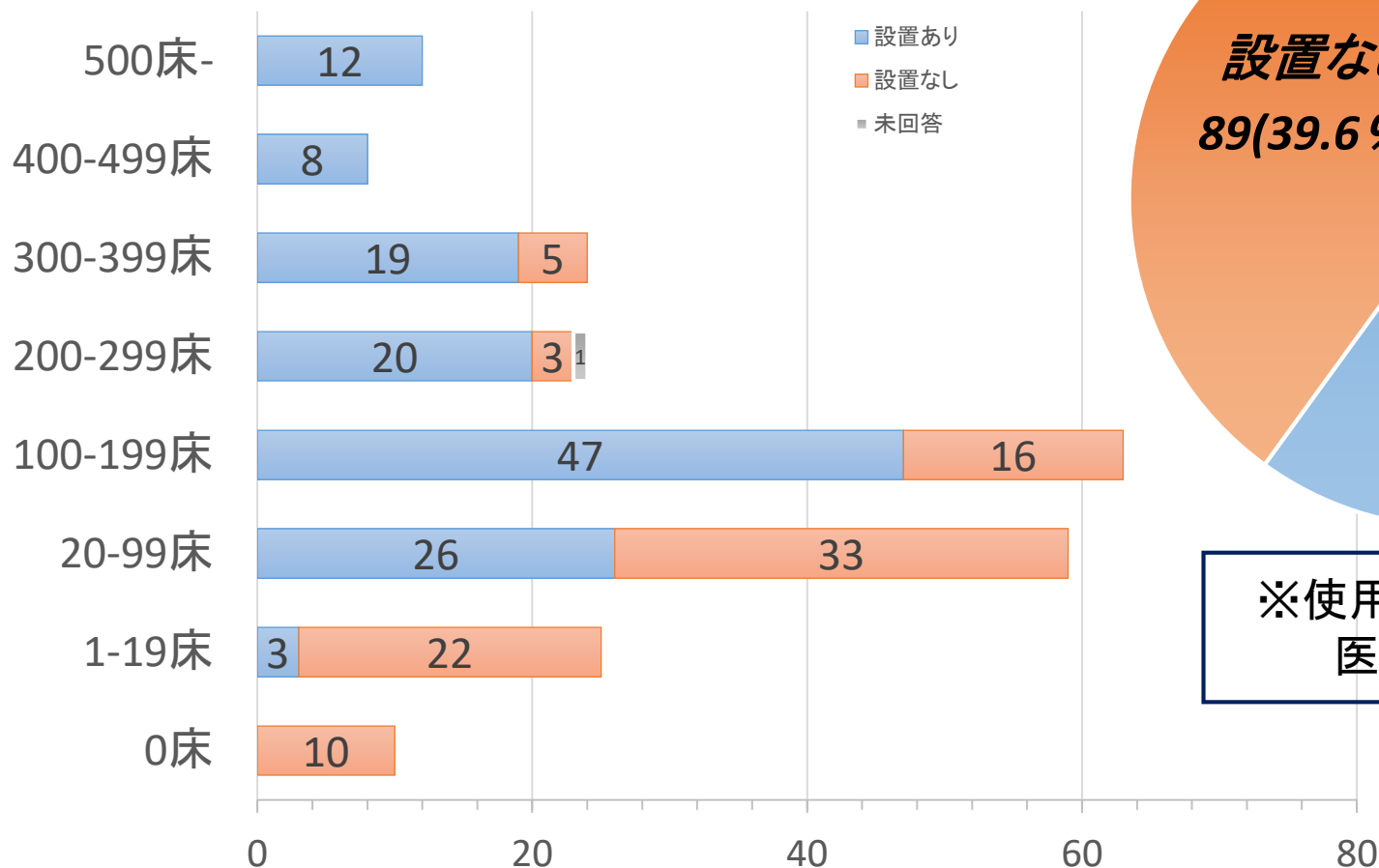


【病床数別】

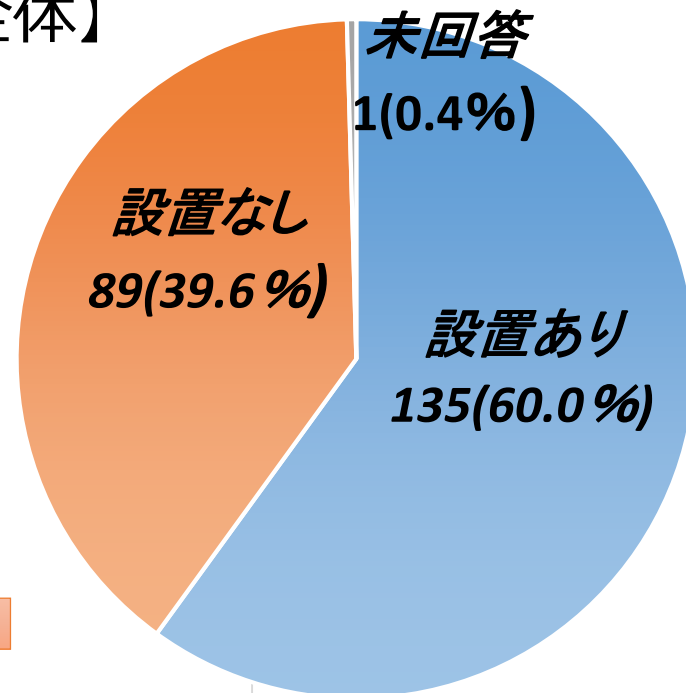


# 輸血療法委員会の設置状況

## 【病床数別】



## 【全体】



※使用量を把握している  
医療機関が回答

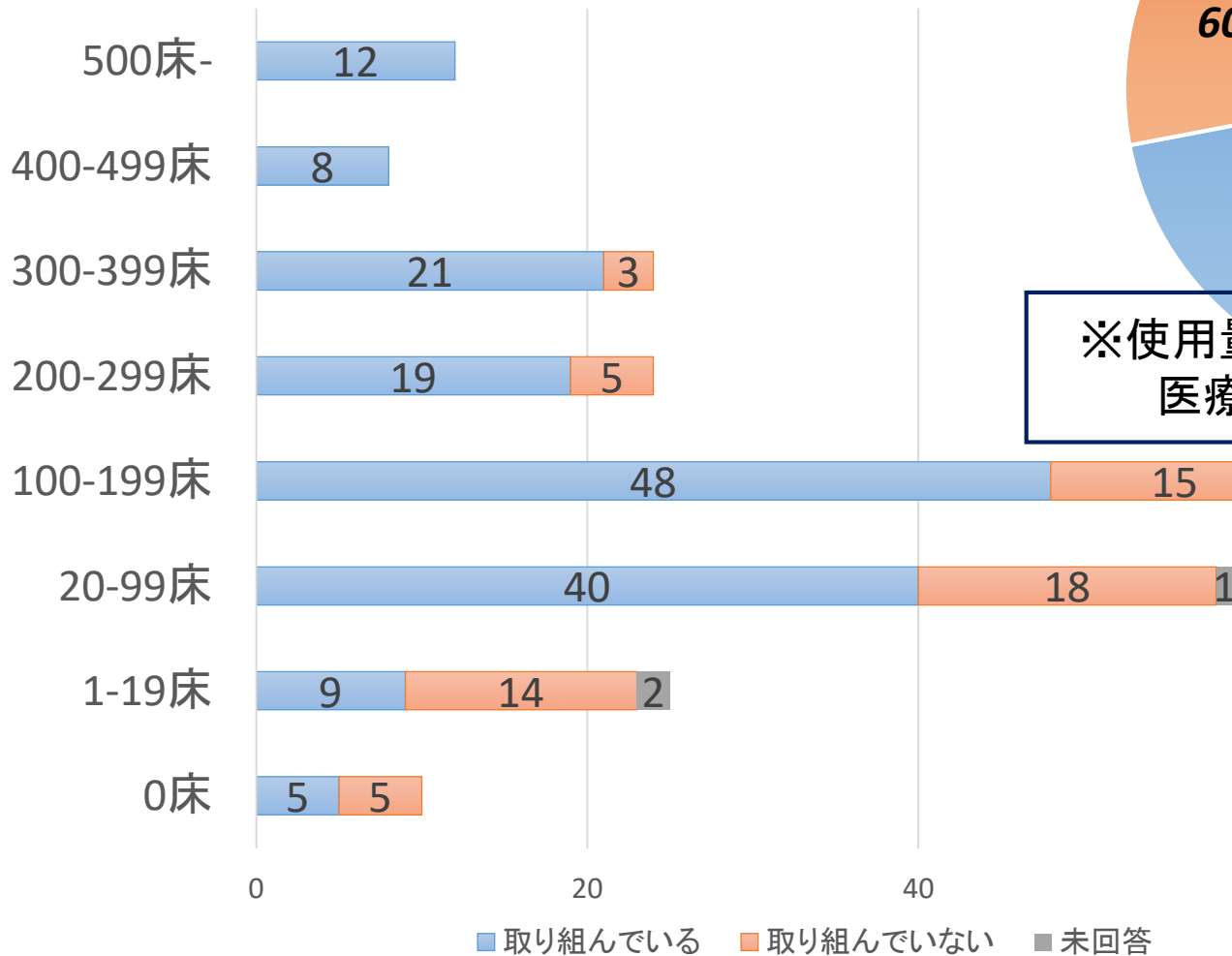
# 輸血療法委員会を設置していない理由

- 輸血の使用頻度はそれほど多くはなく、輸血療法委員会の必要性を感じていないため
- 人員不足のため（輸血責任医師、臨床検査技師）
- 業務多忙なため
- 医療安全管理委員会等で代用しているため
- 病棟看護師が使用量を把握しているため
- 設置検討中

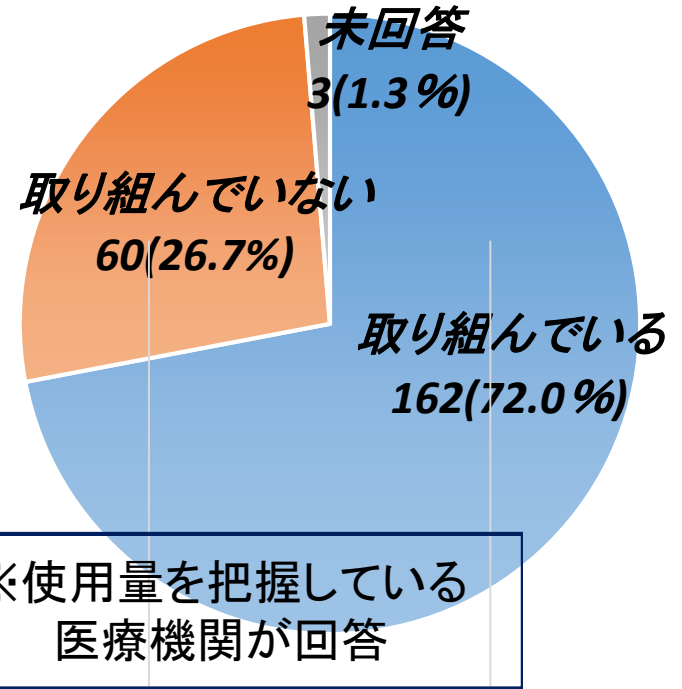
など

# 適正使用推進の取組

## 【病床数別】



## 【全体】





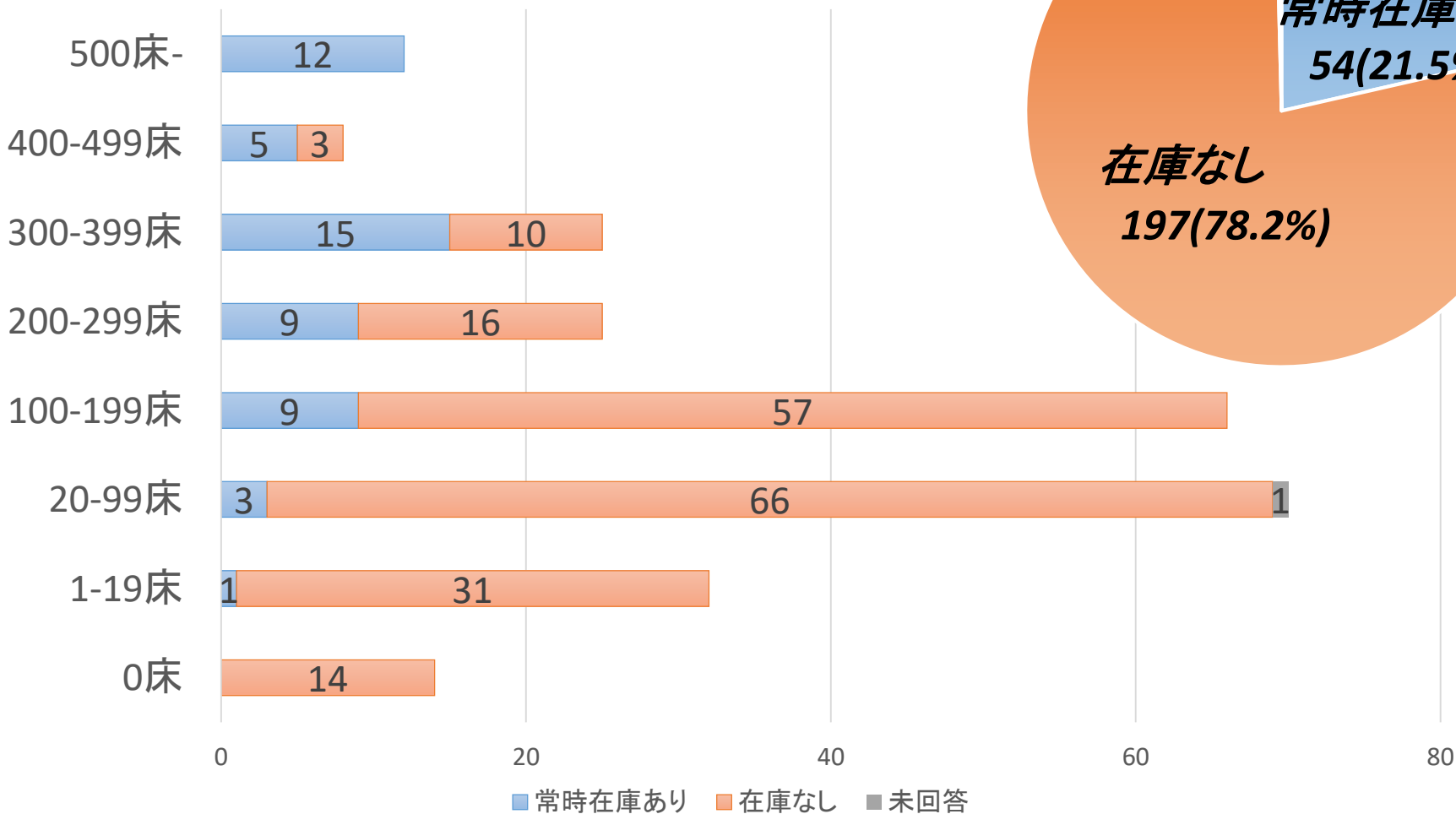
# 適正使用推進の取組

- 診療科毎に使用量、廃棄量のデータを纏め、輸血療法委員会の資料としている。
- 過剰と思われる場合は、使用指針を提示し、医師と適正使用について相談している。
- 電子カルテの掲示板で、血液製剤の使用期限をお知らせしている。
- 手術準備血量と実際の輸血量を評価し、手術準備血量を見直すようにしている。
- 患者ごとに使用量やトリガー値を検討している。

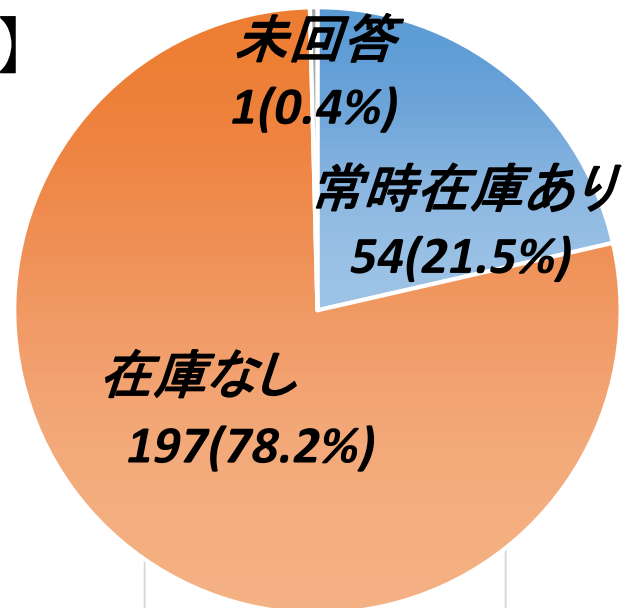
など

# 常時在庫の有無

## 【病床数別】

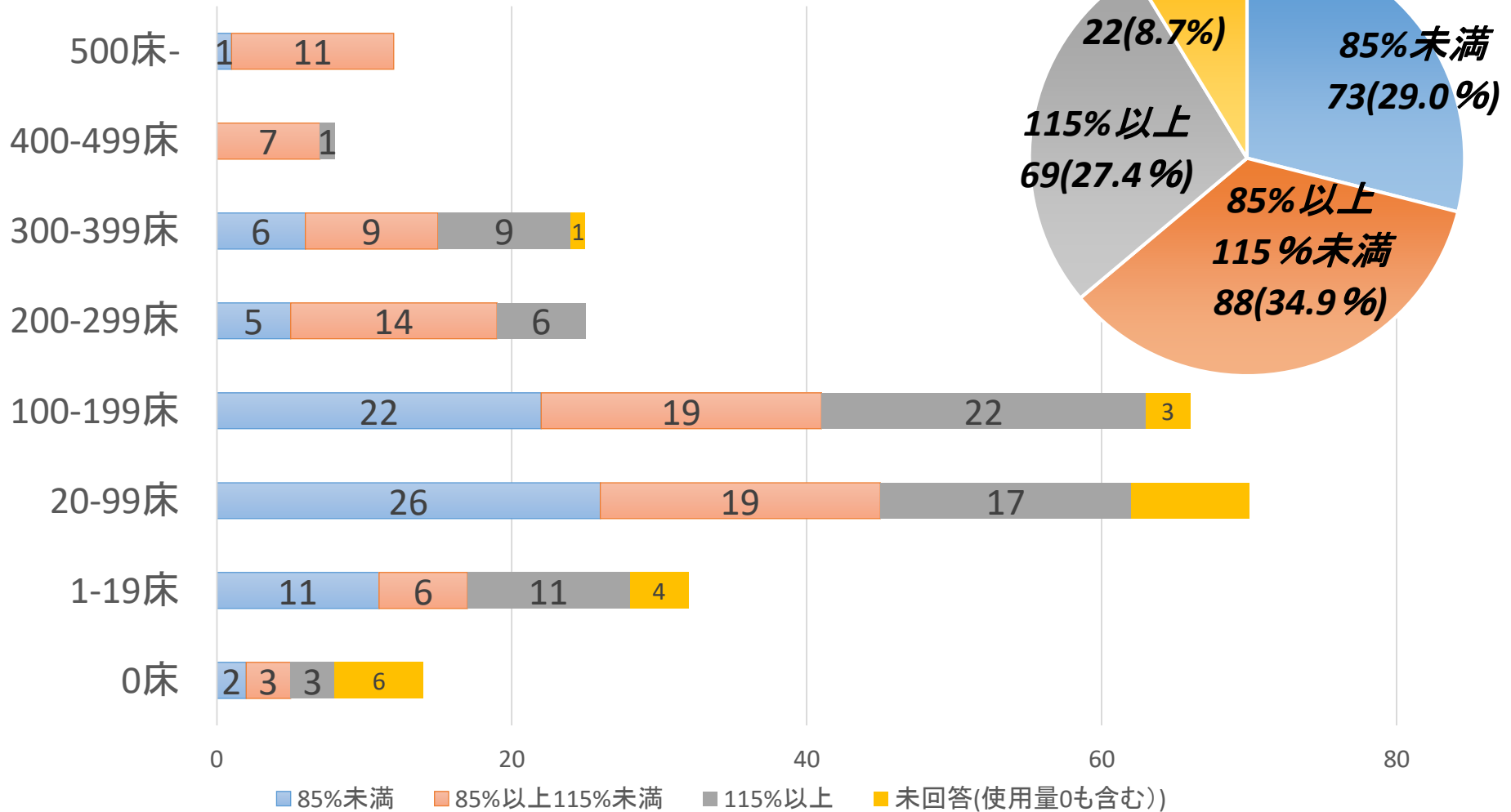


## 【全体】



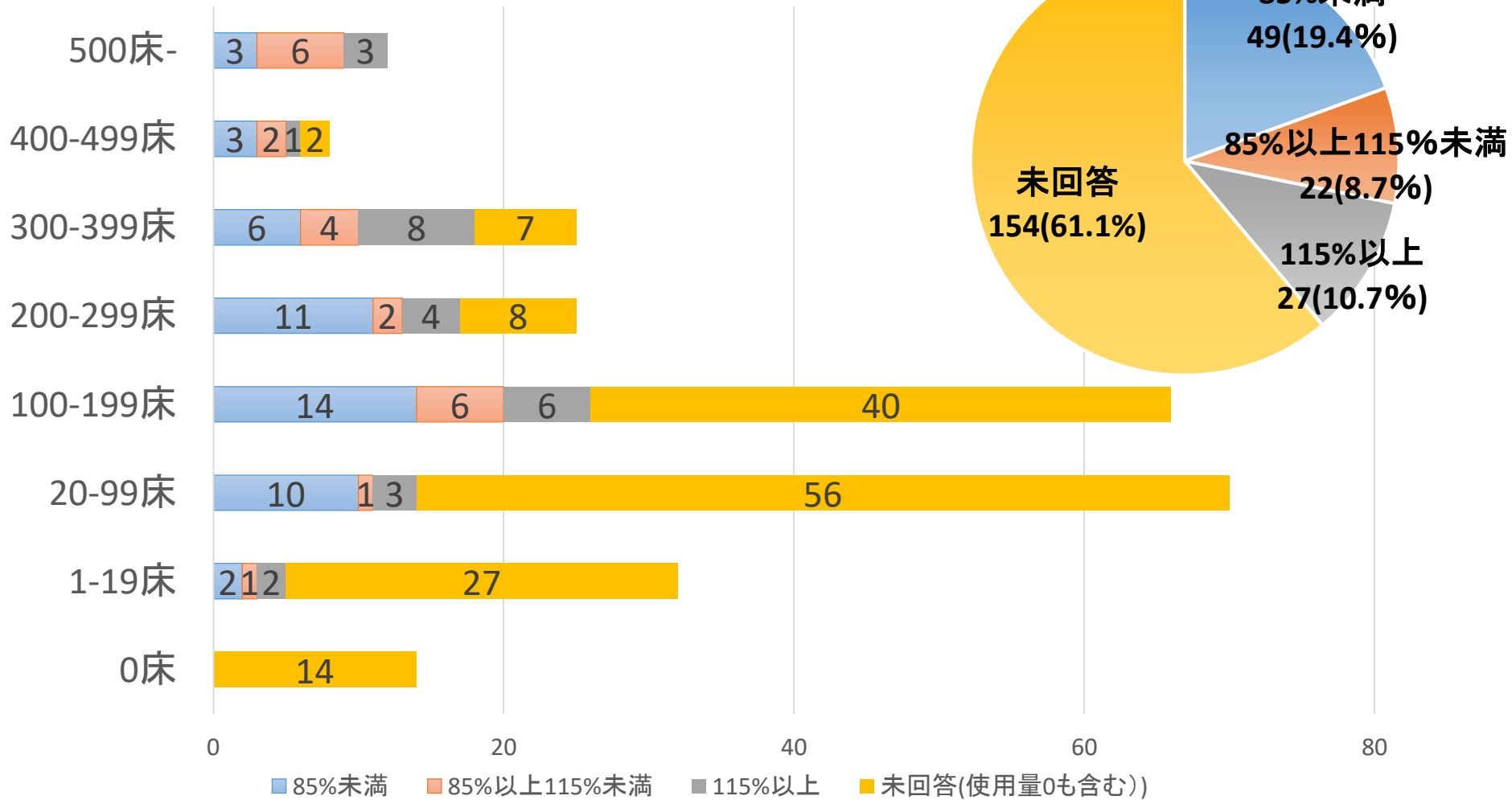
# 血液製剤の使用量（前年比）

## 【RBC全体】



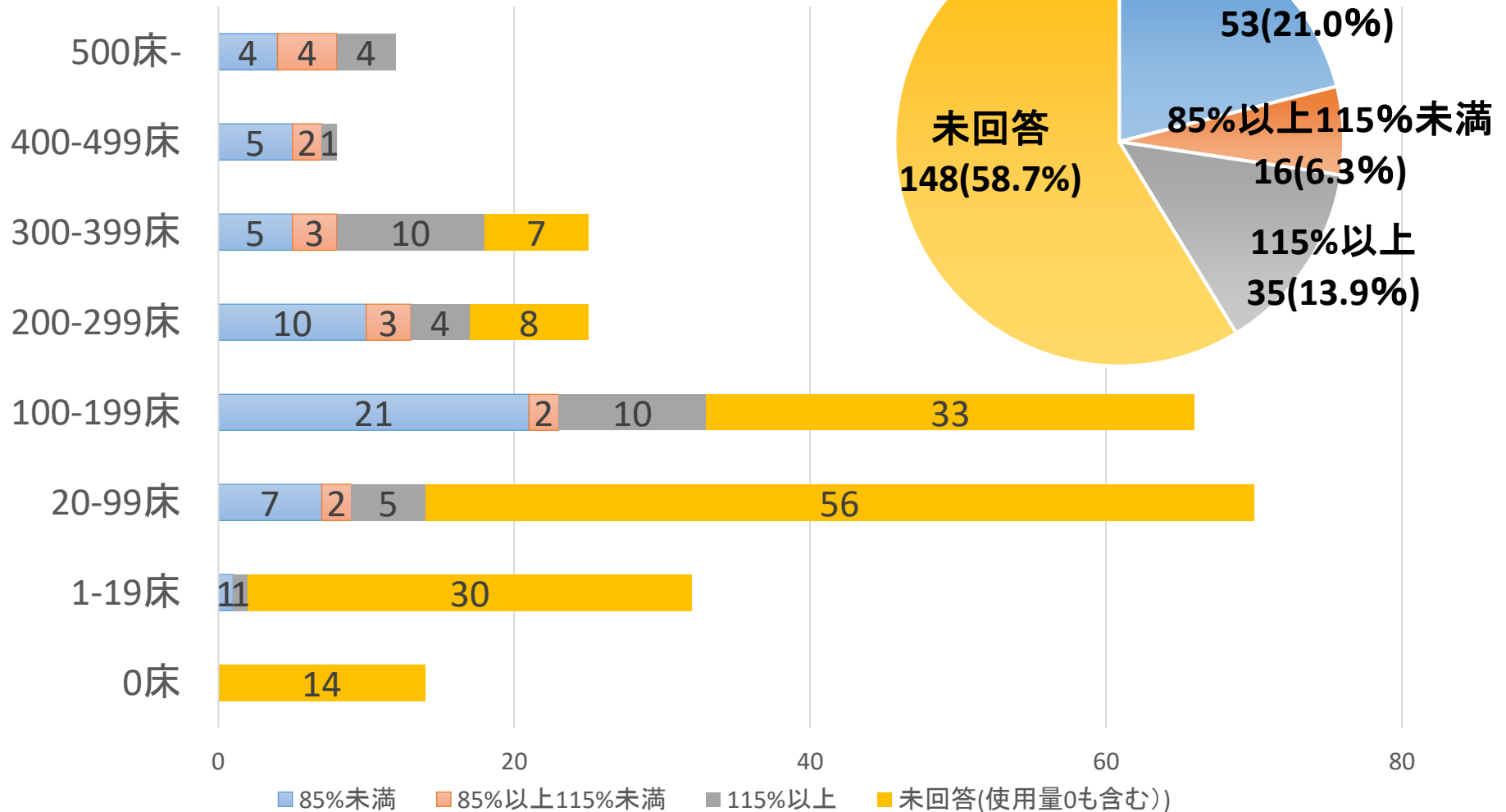
# 血液製剤の使用量（前年比）

## 【FFP全体】



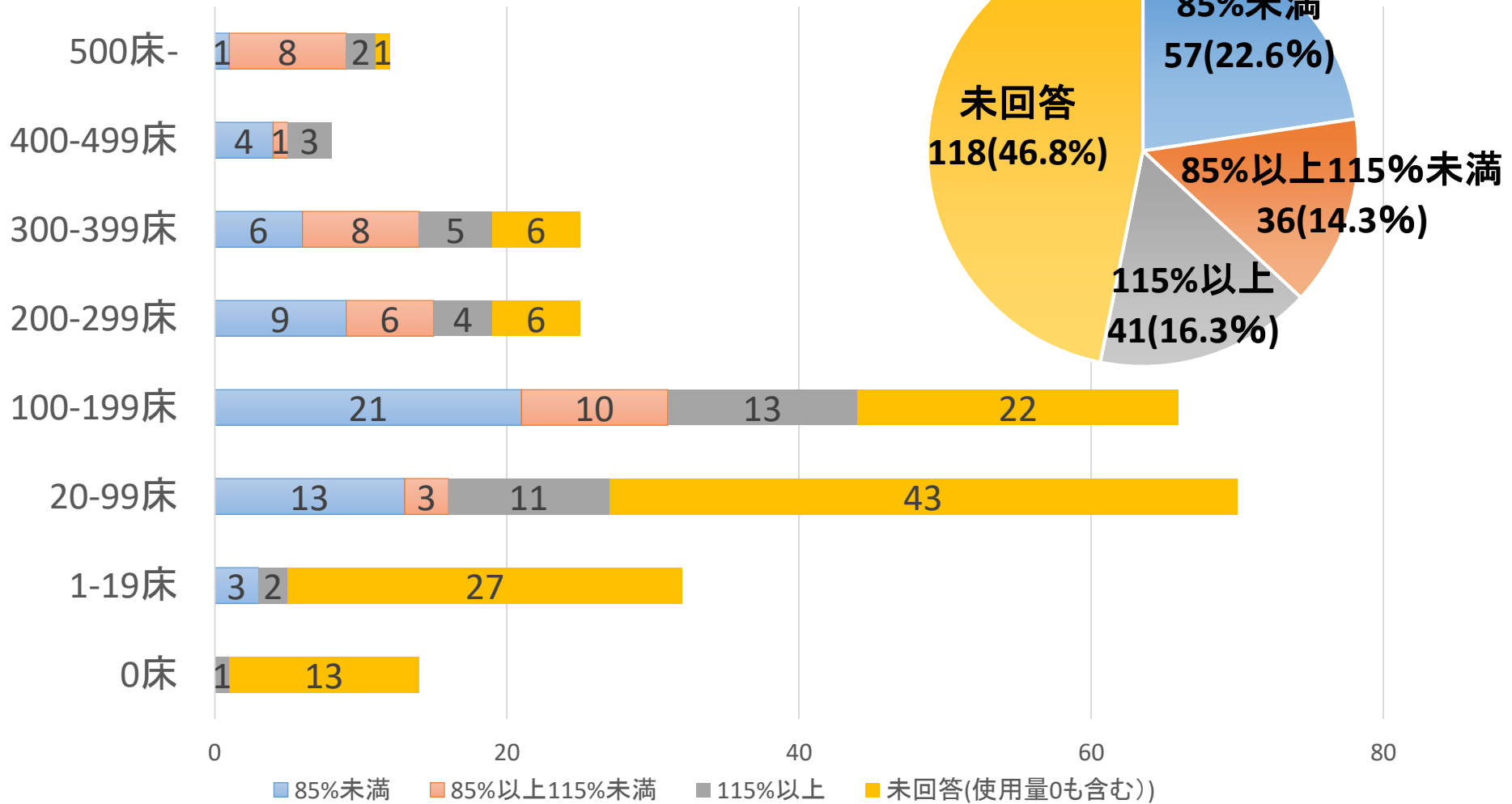
# 血液製剤の使用量（前年比）

## 【PC全体】

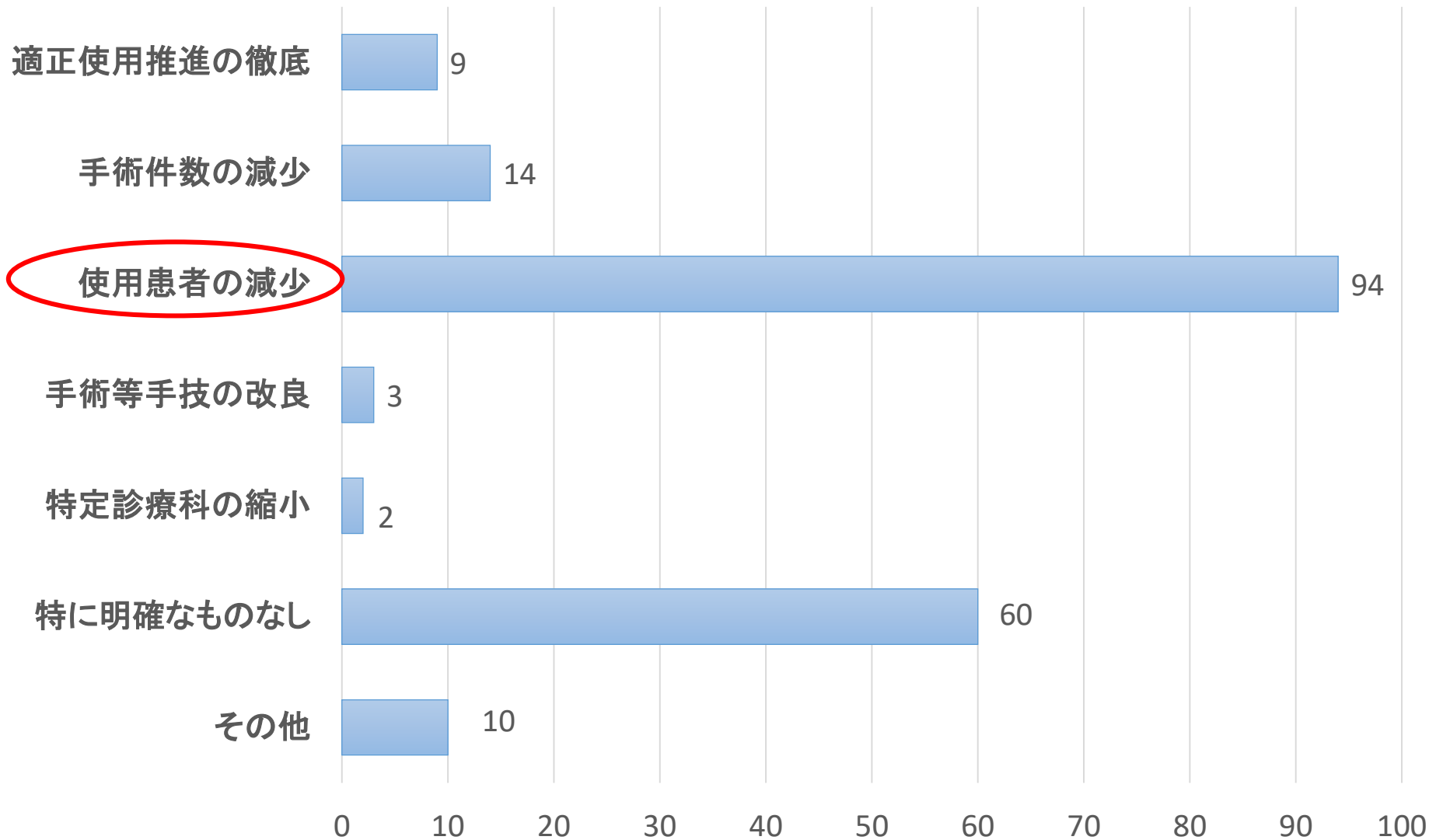


# 血液製剤の使用量（前年比）

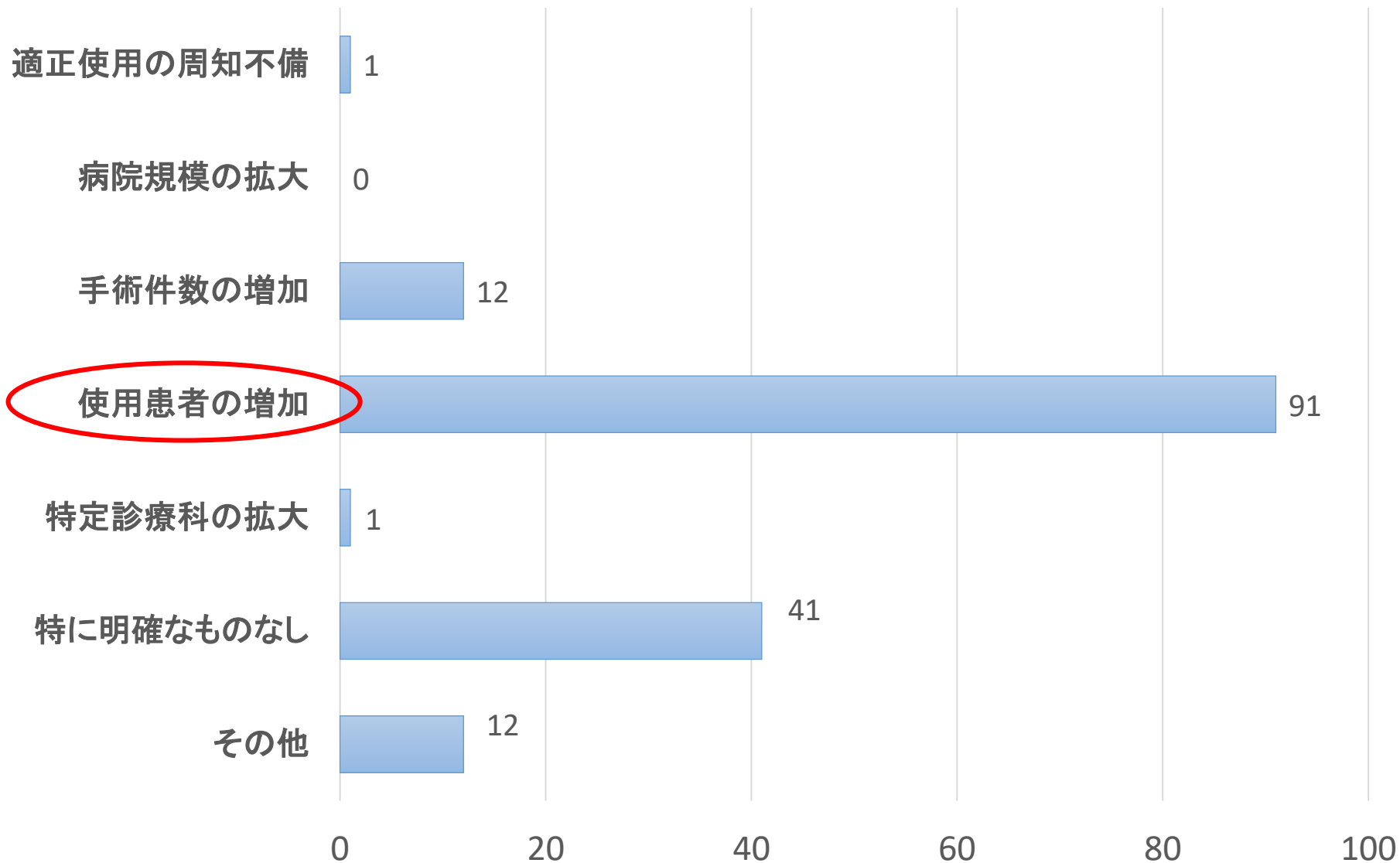
## 【ALB全体】



# 使用量減（85%未満）の理由



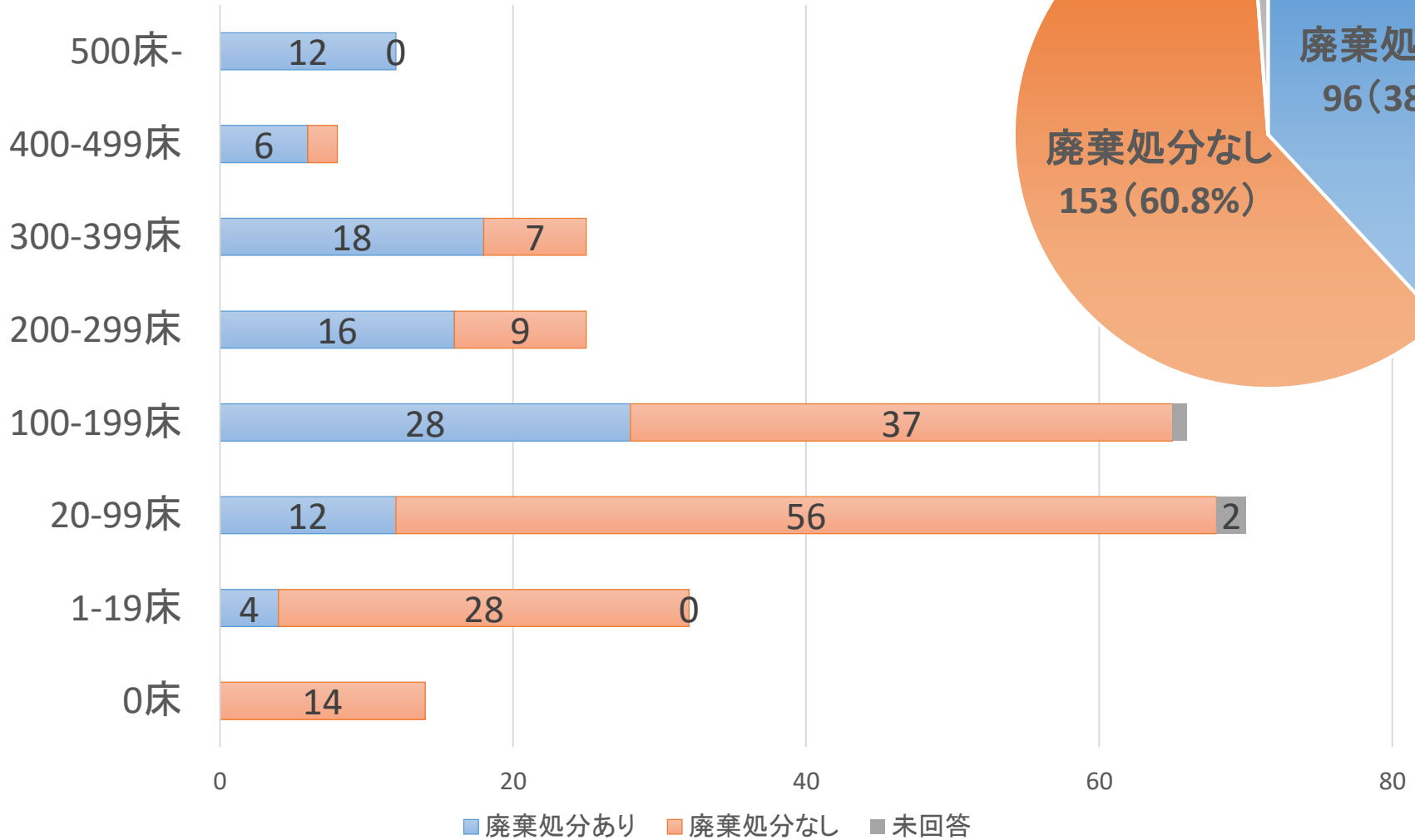
# 使用量増（115%以上）の理由



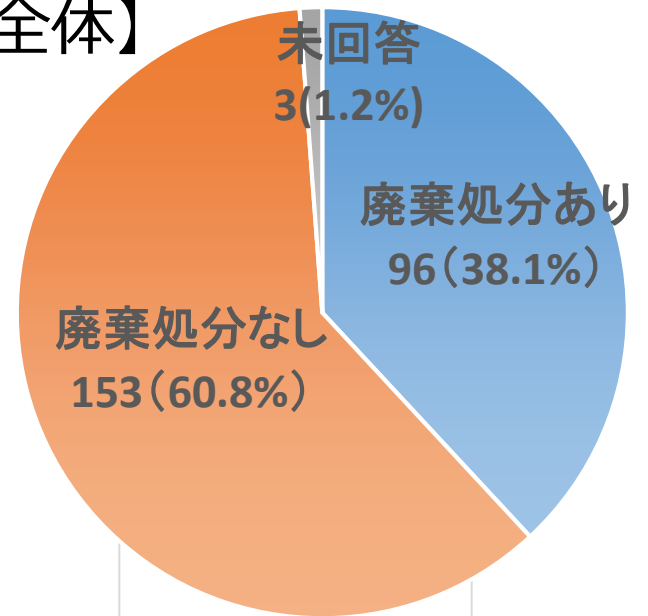


# 廃棄処分

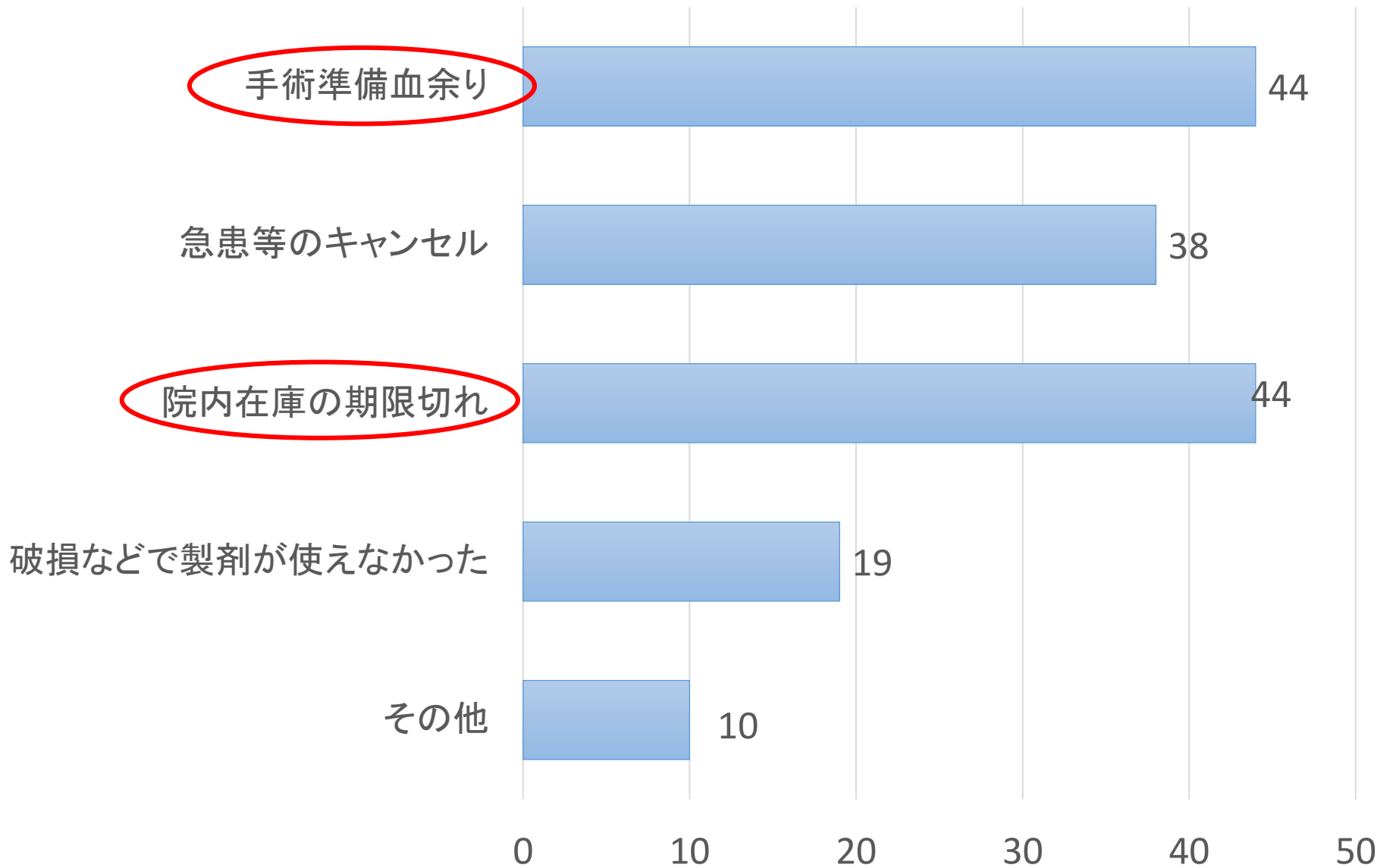
## 【病床別】



## 【全体】



# 廃棄理由



# 廃棄率減少の取り組み

- 院内在庫はせず、使用時に発注している。
- 院内メールで在庫状況を周知している。
- 期限切れ3日前になった場合、院内周知している。
- 輸血キャンセルになった場合、他患者への転用を模索している。
- 輸血療法委員会で、廃棄率について情報共有している。
- T & S (Type & Screen)の導入。

など

# クリオ製剤等の使用状況

## クリオ製剤やフィブリノゲン製剤の使用状況（複数回答可）

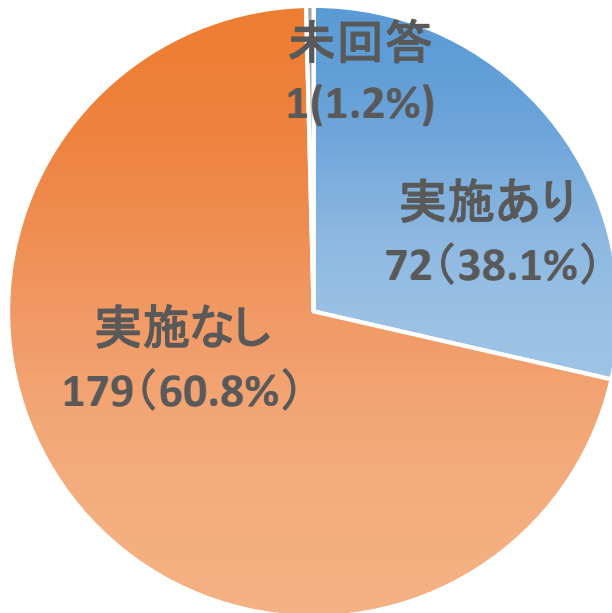
クリオプレシピテート	4件
クリオシール	2件
フィブリノゲン製剤	31件
使用していない	210件

## 調製にあたり使用している製剤（複数回答可）

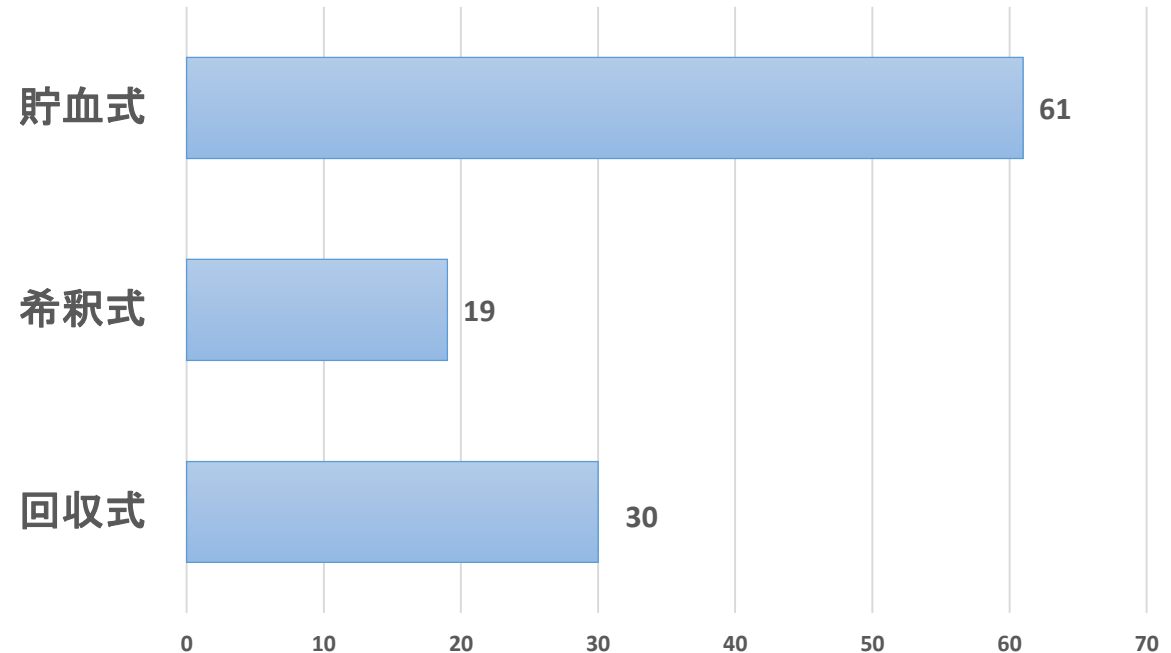
FFP-LR120	0件
FFP-LR240	0件
FFP-LR480	4件

# 自己血輸血の使用状況

【実施状況】



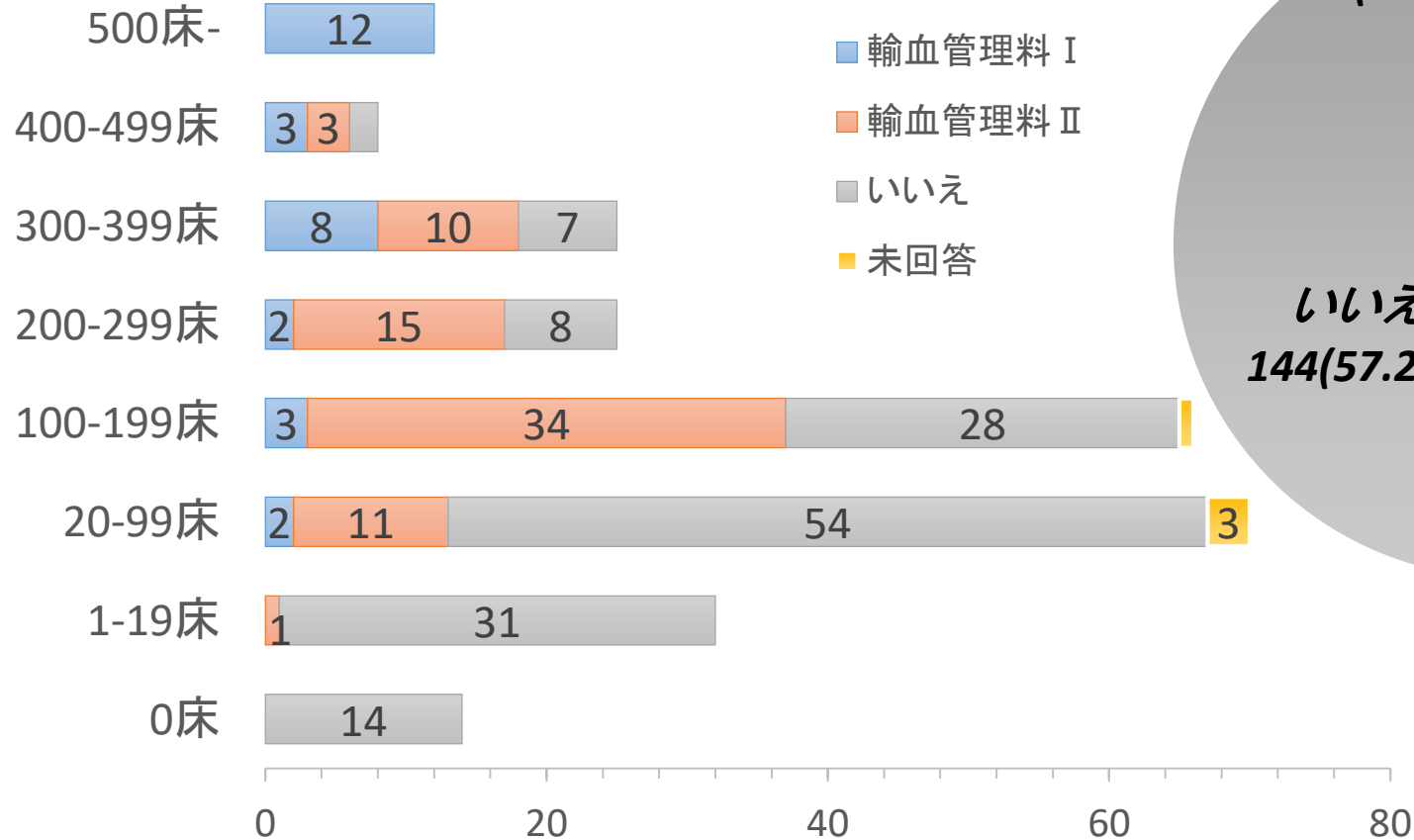
【方法】



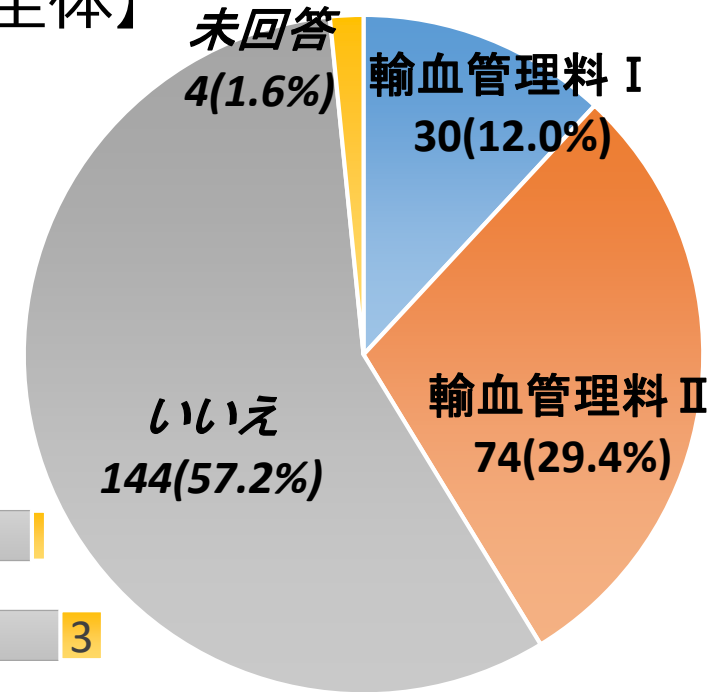
	貯血式	希釈式	回収式
整形外科	80%	0%	20%
心臓血管外科	3%	37%	60%
産婦人科	94%	3%	3%

# 輸血管理料の算定

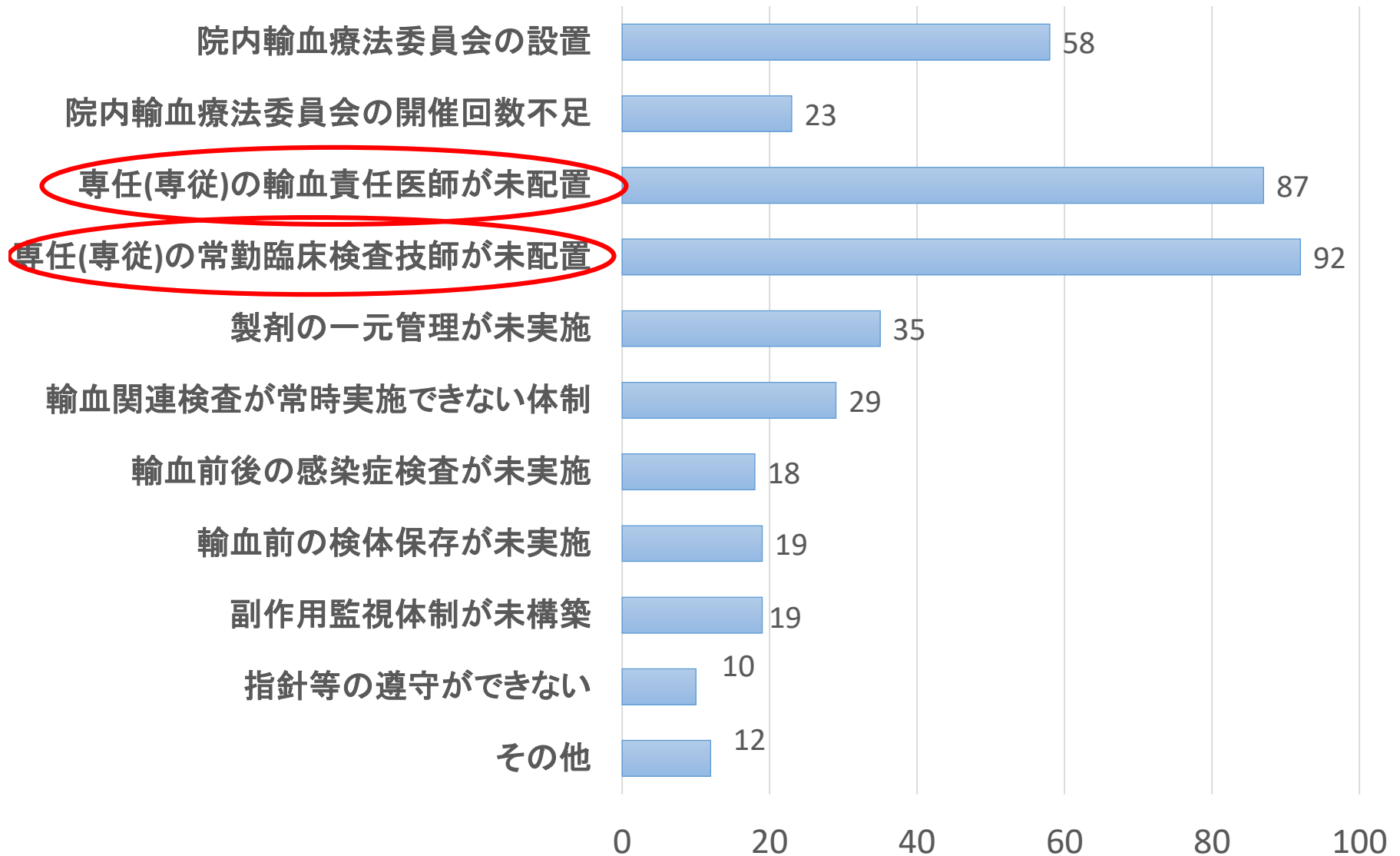
【病床数別】



【全体】

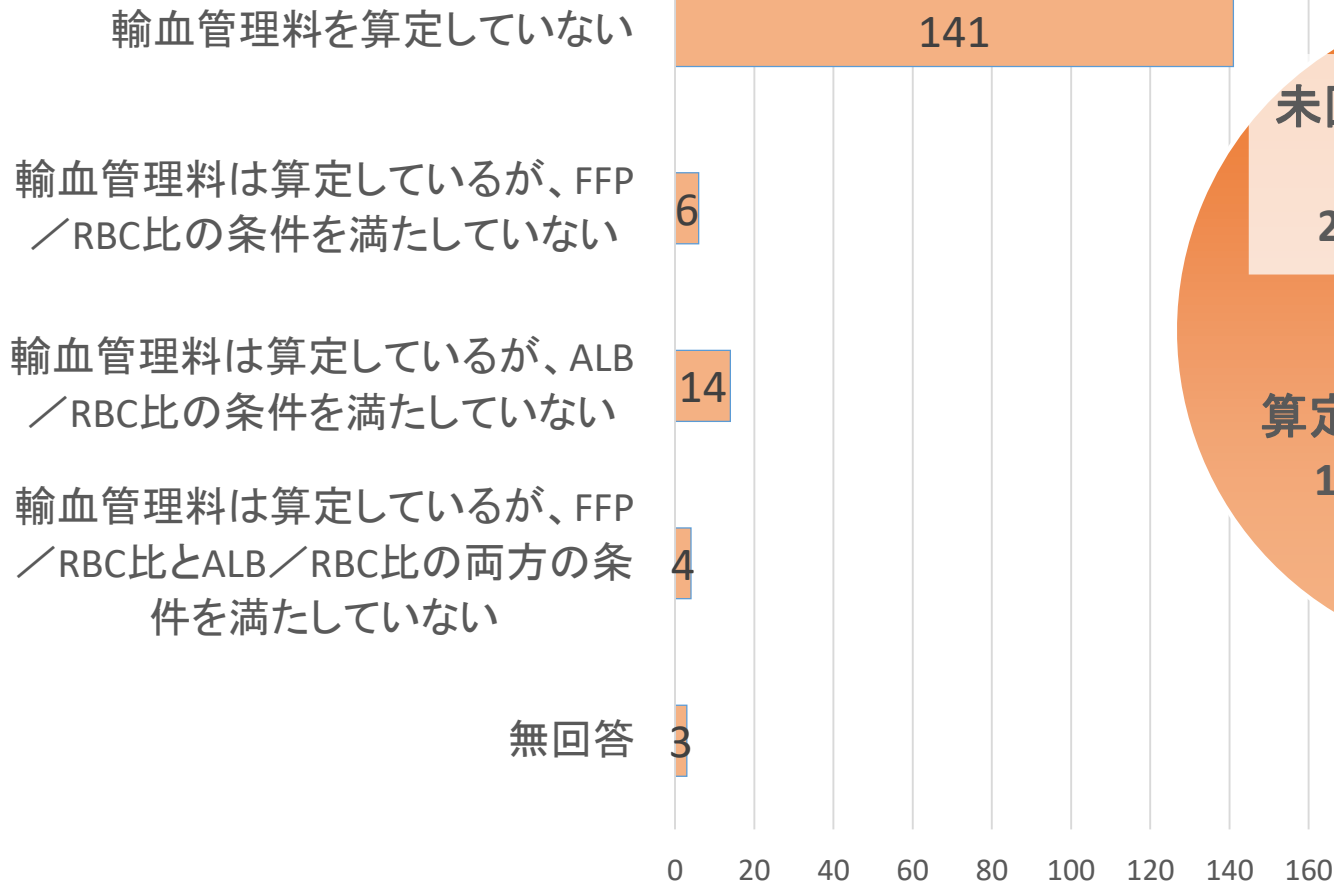


# 輸血管理料を算定していない理由

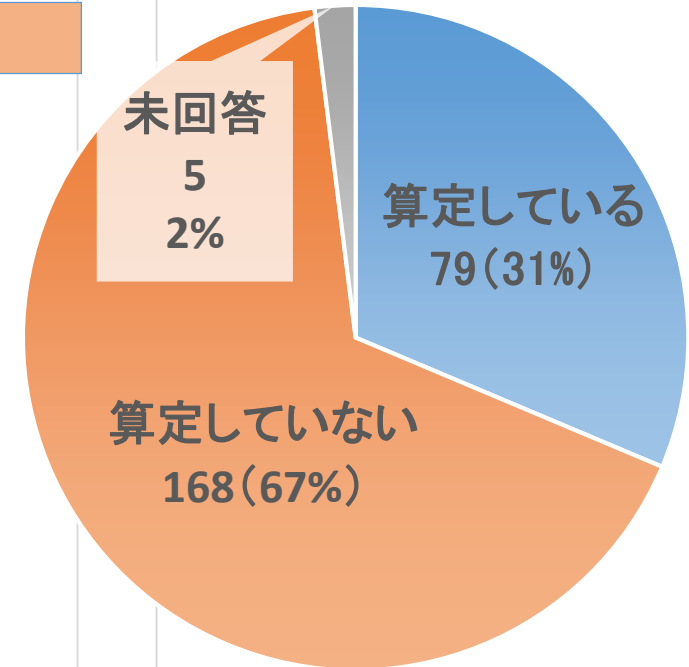


# 輸血適正使用加算の算定

## 【算定していない理由】



## 【全体】





# まとめ

- 血液製剤の使用量の推移

約9割の医療機関で把握していた。

- 輸血療法委員会

約6割程度の医療機関で設置していた。

設置していない理由として人員の不足、実施件数が少ない、他の委員会で代用があげられていた。

- 適正使用の推進の取組

約7割の医療機関で実施していた。

使用量や廃棄量を把握する、使用期限を周知する等の取り組み。

- 使用量の増減

使用患者の増減の影響が大きかった。

# まとめ

- 廃棄処分

約 4 割の医療機関で廃棄処分していた。

廃棄の理由は、手術準備血の余り、院内在庫の期限切れが多かった。

- 輸血管理料

輸血管理料を算定していない理由として、人的要件を満たせない、院内理由輸血療法委員会の未設置が多くあげられた。

- 今後の取組み

各医療機関の血液製剤の使用実態を把握し、適正使用の推進を進めていく必要がある。

ご清聴ありがとうございました。

