

# 第 1 部

## 埼玉県合同輸血療法委員会報告

座長：石田 明 先生 埼玉医科大学国際医療センター 輸血・細胞移植部

### 報告 1 輸血業務検討小委員会検査技師部会の取り組み報告 ～血液製剤有効利用・不規則抗体保有カード～ (輸血業務検討小委員会)

演者：塚原 晃 戸田中央総合病院 臨床検査科

#### スライド 1

#### 輸血業務検討小委員会 検査技師部会の取り組み報告 ～血液製剤有効利用・不規則抗体保有カード～

- 塚原 晃<sup>1)</sup> 佐藤 隆博<sup>2)</sup> 野瀬 幸子<sup>3)</sup> 石田 明<sup>4)</sup>  
1) 戸田中央総合病院 2) 北里大学メディカルセンター  
3) 深谷赤十字病院 4) 埼玉医科大学国際医療センター

皆様こんにちは。輸血業務検討小委員会の委員長を務めさせていただいております、戸田中央総合病院の塚原です。今回は、検査技師部会の取り組み報告をさせていただきます。

#### スライド 2

#### はじめに

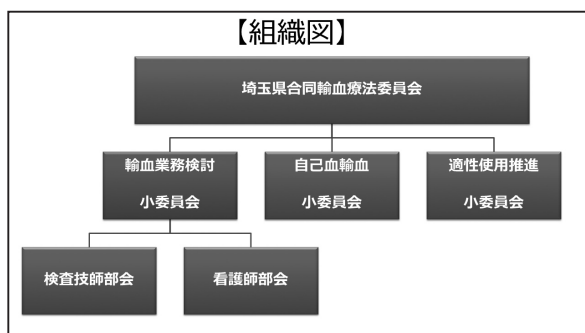
埼玉県合同輸血療法委員会設置の目的  
「安全かつ適正な輸血療法を推進」



平成22年  
下部組織として「輸血業務検討小委員会」が設置

はじめに、埼玉県合同輸血療法委員会は「安全かつ適正な輸血療法を推進」することを目的に設置されておりますが、それに伴い、平成22年下部組織として「輸血業務検討小委員会」が設置されました。

## スライド 3



こちらが埼玉県合同輸血療法委員会の組織図となります。

## スライド 5

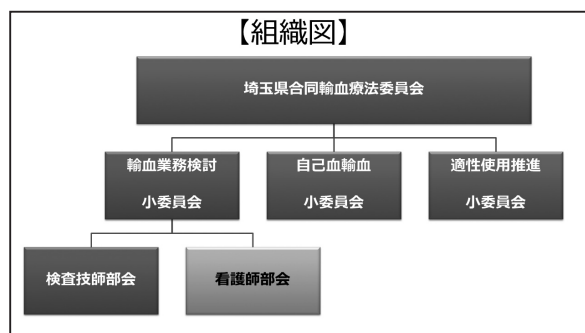
## はじめに

「輸血業務検討小委員会」の今までの取り組み

- ・ 危機的緊急発注運用の再構築
- ・ 血小板製剤の適性使用についての解析
- ・ 災害時の血液製剤備蓄についての確認、検討
- ・ 血液製剤有効利用（廃棄血削減）
- ・ 不規則抗体保有カード運用の推進

「検査技師部会」の今までの取り組みですが、過去、危機的緊急発注運用の再構築・血小板製剤の適性使用についての解析、災害の血液製剤備蓄についての確認、検討などを行ってまいりました。

## スライド 4



輸血業務検討小委員会として、検査技師部会は、看護師部会と一緒に活動を行っております。

## スライド 6

## はじめに

「輸血業務検討小委員会」の今までの取り組み

- ・ 危機的緊急発注運用の再構築
- ・ 血小板製剤の適性使用についての解析
- ・ 災害時の血液製剤備蓄についての確認、検討
- ・ 血液製剤有効利用（廃棄血削減）
- ・ 不規則抗体保有カード運用の推進

本日は、近年継続的に活動を行っている、血液製剤有効利用、不規則抗体保有カードについて、それぞれ活動リーダーより報告をさせていただきます。では、佐藤さん・野瀬さん、宜しくお願いいたします。

## 報告2 2020年度実施「血液製剤使用状況アンケート調査」

### 結果報告 第一報

#### (輸血業務検討小委員会報告)

演者：佐藤 隆博 北里大学メディカルセンター 検査部

#### スライド1

##### 2020年実施 「血液製剤使用状況アンケート調査」 結果報告 第一報

埼玉県合同輸血療法委員会 輸血業務検討小委員会  
・佐藤 隆博<sup>1)</sup> 酒井 美恵<sup>2)</sup> 久保居 由紀子<sup>3)</sup>  
塚原 晃<sup>4)</sup> 石田 明<sup>5)</sup>

- 1) 北里大学メディカルセンター  
2) 上尾中央総合病院  
3) JCHO 埼玉メディカルセンター  
4) 戸田中央総合病院  
5) 埼玉医科大学国際医療センター

2020年実施血液製剤使用状況アンケート調査の結果報告になります。  
よろしくお願いします。

#### スライド2

##### アンケートの概要

###### 【対象施設】

赤十字血液センターと取引のあった県内の医療機関426施設

###### 【調査内容】

- 各医療機関の特徴と輸血管理体制
- ① 廃棄血削減対策方法
- ② 廃棄血削減の苦慮していること
- ③ 合同輸血療法委員会に望むこと
- 2019年度における各製剤の供給量、廃棄量、廃棄理由

アンケートの概要です。

対象施設は赤十字血液センターと取引があった県内医療機関 426 施設としました。

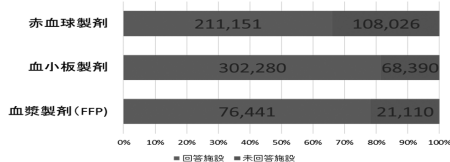
調査内容は各医療機関の特徴と輸血管理体制、廃棄血削減対策、廃棄血削減に苦慮していること、合同輸血療法委員会に望むこと、2019年度における各製剤の供給量、廃棄量、廃棄理由としました。

#### スライド3

##### 血液製剤実績集計の全体像

・144施設が回答(回収率33.8%)

県内供給単位数に対しアンケート回答施設の各製剤における供給単位数の割合(有効回答施設142施設)



血液製剤実績集計の全体を全体像です。

426 施設中 144 施設が回答してくれました、回収率は 33.8%でした。

県内供給単位数に対し、回答して頂いた施設の各製剤における供給単位数の割合は、赤血球製剤 66%、血小板製剤 81%、血漿製剤は 78% でした。

#### スライド4

##### 2017年実績アンケートとの平均廃棄率の比較

|                                       | 施設数 | 赤血球製剤<br>平均廃棄率 | 血小板製剤<br>平均廃棄率 | 血漿製剤 (FFP)<br>平均廃棄率 |
|---------------------------------------|-----|----------------|----------------|---------------------|
| 2017年(1月～12月)<br>赤血製剤供給単位数<br>100単位以上 | 142 | 2.2%           | 0.5%           | 2.2%                |
| 2019年度(4月～3月)                         | 142 | 1.5%           | 0.4%           | 1.5%                |
| 2019年度(4月～3月)<br>赤血製剤供給単位数<br>100単位以上 | 88  | 1.3%           | 0.4%           | 1.4%                |

前回行った 2017 年実績アンケートの各製剤における平均廃棄率の比較になります。

前は赤血球製剤の年間供給量 100 単位以上の施設を対象としましたので、2019 年度分は回答のあった全 142 施設と、赤血球製剤の供給単

位数が 100 単位以上の 88 施設の平均廃棄率を示します。

どの製剤も 2017 年と比べて廃棄率が減少していました。

#### スライド 5

病床数および赤血球製剤使用量  
における各製剤の平均廃棄率—1

|                                         | 施設数 | 赤血球製剤<br>平均廃棄率 | 血小板製剤<br>平均廃棄率 | 血漿製剤 (FFP)<br>平均廃棄率 |
|-----------------------------------------|-----|----------------|----------------|---------------------|
| ①-1 500床以上<br>赤血球製剤使用量<br>1000単位以上      | 12  | 0.6%           | 0.3%           | 0.9%                |
| ②-1 499～300床<br>赤血球製剤使用量<br>3000単位以上    | 7   | 1.6%           | 0.7%           | 1.1%                |
| ②-2 499～300床<br>赤血球製剤使用量<br>2999～1000単位 | 8   | 2.7%           | 0.5%           | 6.5%                |

注) 赤血球製剤使用量は供給量と廃棄量より算出

今回のアンケート結果から、病床数と赤血球製剤使用量から 8 つのグループに分け、それぞれにおける各製剤の平均廃棄率を集計しました。全体の平均と比べて廃棄率が高い所を赤で表示しています。

#### 1-1

500 床以上の施設で赤血球製剤使用量 1,000 単位以上、赤血球製剤平均廃棄率は 0.6%、血小板製剤平均廃棄率は 0.3%、FFP 平均廃棄率は 0.9% です。

#### 2-1

499 ～ 300 床以上で赤血球製剤 3000 単位以上使用の施設の廃棄率は 1.6%、0.7%、1.1% です。

#### 2-2

499 ～ 300 床で 2999 ～ 1000 単位の廃棄率は 2.7%、0.5%、6.5% です。

#### スライド 6

病床数および赤血球製剤使用量  
における各製剤の平均廃棄率—2

|                                       | 施設数 | 赤血球製剤<br>平均廃棄率 | 血小板製剤<br>平均廃棄率 | 血漿製剤 (FFP)<br>平均廃棄率 |
|---------------------------------------|-----|----------------|----------------|---------------------|
| ③-1 299～100床<br>赤血球製剤使用量<br>1000単位以上  | 10  | 2.4%           | 1.4%           | 4.7%                |
| ③-2 299～100床<br>赤血球製剤使用量<br>999～400単位 | 11  | 3.7%           | 0.0%           | 7.0%                |
| ③-3 299～100床<br>赤血球製剤使用量<br>399～100単位 | 10  | 2.3%           | 0.0%           | 3.9%                |

注) 赤血球製剤使用量は供給量と廃棄量より算出

299 ～ 100 床の施設になります。

#### 3-1

1000 単位以上赤血球製剤使用の廃棄率は、2.4%、1.4%、4.7% です。

#### 3-2

999 ～ 400 単位赤血球製剤使用の廃棄率は、3.7%、0%、7.0% です。

#### 3-3

399 ～ 100 単位赤血球製剤使用の廃棄率は、2.3%、0%、3.9% です。

#### スライド 7

病床数および赤血球製剤使用量  
における各製剤の平均廃棄率—3

|                                    | 施設数 | 赤血球製剤<br>平均廃棄率 | 血小板製剤<br>平均廃棄率 | 血漿製剤 (FFP)<br>平均廃棄率 |
|------------------------------------|-----|----------------|----------------|---------------------|
| ④-1 99床以下<br>赤血球製剤使用量<br>400単位以上   | 10  | 2.6%           | 0.1%           | 0.5%                |
| ④-2 99床以下<br>赤血球製剤使用量<br>399～100単位 | 17  | 1.4%           | 0.0%           | 49.1%               |

注) 赤血球製剤使用量は供給量と廃棄量より算出

99 床以下の施設になります。

#### 4-1

400 単位以上赤血球製剤使用の廃棄率は、2.6%、0.1%、0.5%。

#### 4-2

399 ～ 100 単位赤血球製剤使用の廃棄率は、1.4%、0%、49.1% でした。

#### スライド 8

①～④以外の施設における赤血球製剤平均廃棄率

|     | 赤血球製剤<br>使用量 | 病床数     | 施設数 | 赤血球製剤<br>平均廃棄率 | 廃棄率0%<br>の施設数 |
|-----|--------------|---------|-----|----------------|---------------|
| ⑤-1 | 233～112単位    | 340～311 | 2   | 0.0%           | 2             |
| ⑤-2 | 96～50単位      | 196～18  | 13  | 13.3%          | 7             |
| ⑤-3 | 45～10単位      | 532～0   | 20  | 29.5%          | 17            |

注) 赤血球製剤使用量は供給量と廃棄量より算出

⑤-2、⑤-3から赤血球製剤廃棄率35%以上の施設を除いた平均廃棄率

|      | 赤血球製剤<br>使用量 | 病床数    | 施設数 | 赤血球製剤<br>平均廃棄率 |
|------|--------------|--------|-----|----------------|
| ⑤-2' | 233～50単位     | 196～18 | 11  | 2.3%           |
| ⑤-3' | 45～10単位      | 530～0  | 19  | 1.1%           |

注) 赤血球製剤使用量は供給量と廃棄量より算出

次に先ほど示したグループに属さない施設の赤血球製剤の平均廃棄率を示します。

#### 5-1

233 ～ 122 単位の赤血球製剤使用している 300 床以上の 2 施設の廃棄率は 0% でした。

5-2

赤血球製剤 96 ～ 50 単位使用の病床数 196 ～ 18 床の 13 施設の廃棄率は、13.3 %でした。

5-3

45 ～ 10 単位 530 ～ 0 床の 20 施設の廃棄率は 29.5 %となりましたが、5 のグループの 70 % 以上は廃棄率 0 %でした。

5-2 および 5-3 に廃棄率が 35 % 以上の施設が 3 施設ありましたので、その 3 施設を除いた平均廃棄率を集計しました。

5-2 'は 2.3 %、5-3 'は 1.1 %となりました。

#### スライド 9

##### まとめ

- 2017 年の実績と比べ全製剤での平均廃棄率は減少。
- 500 床以下では FFP 使用量は赤血球製剤および病床数に比例せず、FFP 平均廃棄率は参考値として頂きたい。
- 赤血球製剤の廃棄率が平均を超えている施設は、来年度の目標値設定の目安にして頂きたい。
- その他については現在集計中。まとも次第埼玉県合同輸血療法委員会 HP などでお知らせを予定。

まとめです。

2017 年の実績と比べて全製剤の平均廃棄率は減少していました。

集計中ではありますが各施設での廃棄血削減の取り組みの結果と考えます。

500 床以下では FFP の使用量にバラツキがあり、赤血球製剤および病床数とも比例していない為、今回の FFP の平均廃棄率は参考値として見てください。

自分の施設の赤血球製剤廃棄率が、当てはまるグループの平均値を超えている施設は、来年度の目標値設定の目安にいただけたら幸いです。

その他の調査については現在集計中です。

まとも次第、埼玉県合同輸血療法委員会 HP などでお知らせしていきます。

以上です。

## 質 疑 応 答

- 石田先生 佐藤さんご発表ありがとうございました。  
ただ発表について質問やご意見がございましたら、チャットからよろしくお願い致します。  
ご質問がないようですが、私の方から 1 つご質問させてください。  
どの世代も 2017 年と比べて、2019 年の調査で廃棄率が減少しているようですが、その理由についてわかることがあれば教えていただけますでしょうか？
- 佐藤先生 現在集計中ではありますが、2017 年のアンケートに対して回収率が若干、今回は低かったことが影響しているかもしれません、ただ各施設での廃棄削減の取り組みの結果とも考えられています。
- 石田先生 ありがとうございます。  
また、さらに詳細な解析によって来年度以降の課題が見えてくるものと思います。  
非常に詳細な解析、どうもありがとうございました。  
来年度に向けてぜひ続けて検討していただければと思います。
- 続いて、赤血球の不規則抗体保有カードの発行の現状について野瀬さんの方からお願いします。

## 報告3 埼玉県内の赤血球不規則抗体保有カード発行の現状

=アンケート調査結果より=

### (輸血業務検討小委員会報告)

演者：野瀬 幸子 深谷赤十字病院 検査部

#### スライド1

##### 報告4

#### 埼玉県内の 赤血球不規則抗体保有カード発行の現状 =アンケート調査結果より=

埼玉県合同輸血療法委員会 輸血業務検討小委員会  
野瀬 幸子<sup>1)</sup> 棚沢 敬志<sup>2)</sup> 鈴木 雅之<sup>3)</sup>  
三ツ橋 美幸<sup>4)</sup> 大塚 幸成<sup>5)</sup> 小林 真弓<sup>6)</sup>  
石田 明<sup>7)</sup>  
1) 深谷赤十字病院  
2) 埼玉医科大学国際医療センター  
3) 埼玉医科大学  
4) 自治医科大学付属病院さいたま医療センター  
5) 越谷市立病院  
6) 埼玉協同病院  
7) 埼玉医科大学国際医療センター  
第12回 埼玉輸血フォーラム 2021年3月6日

埼玉県内の設置、不規則抗体保有カード発行の現状アンケート調査より。

#### スライド2

##### はじめに

埼玉県合同輸血療法委員会では、遅発性溶血性副作用防止のため埼玉県内共用の「赤血球不規則抗体保有カード」(以下「カード」とする)を作成し2017年1月より運用を開始した。

2018年には145施設のアンケートにより40施設1162件の「カード」が発行され、22施設で患者からカードの提示があったことを「第10回輸血フォーラム」において報告した。

今回は、前回のアンケート結果で報告した運用方法等の問題点を中心に引き続き「カード」の発行状況、普及活動へのご意見を報告する。

はじめに、埼玉県合同輸血療法委員会では、遅発性溶血性副作用防止の為、埼玉県内共用の赤血球不規則抗体保有カード(以下カードとする)を作成し、2017年1月より運用を開始した2018年には145施設のアンケートに、より40施設、1162件のカードが発行され22施設で患者からカードの提示があったことを第10回輸血フォーラムにおいて報告した。

今回は前回のアンケート結果で報告した運用方

法等の問題点を中心に、引き続きカードの発行状況普及活動へのご意見を報告します。

#### スライド3

##### アンケート

##### ◆目的

- ・埼玉県における「カード」の発行状況の調査
- ・カードを運用している施設へ、前回の調査で要望の出た【患者にカードを渡す際にする説明の工夫、タイミング等】を調査
- ・患者からのカード提示に関わる看護師に「カード」の周知状況の調査
- ・円滑な運用にはカード発行、カード提示の際の手順の作成と周知が重要と思われるため、マニュアルの有無の調査
- ・周知に有効な広報活動の要望、提案をいただく

アンケートについてです。

埼玉県における「カード」発行状況の調査をする。前回の調査で要望のあった【患者にカードを渡す際にする説明の工夫、タイミング等】を、カードを運用している施設へ調査する。

患者からのカード提示に関わる看護師に「カード」の周知状況の調査をする。

円滑な運用にはカード発行、カード提示の際の手順書の作成と周知が重要と思われるため、マニュアルの有無の調査をする。

周知に有効な広報活動の要望、提案をいただくことを目的にアンケートを取りました。

## スライド 4

## ◆対象施設

2018年4月から2020年3月までに供給実績のあった埼玉県内の426施設すべて

## ◆回答対象者と調査内容:

輸血担当者には

不規則抗体検査の状況や「カード」の発行状況、マニュアルの整備、他院で発行した「カード」の受取件数と運用方法、問題点、普及活動の要望と提案

看護師には

不規則抗体、「カード」の認知度、普及活動の要望と提案

対象施設は、前回の年間 100 単位以上供給された 223 施設から、今回は 2018 年 4 月から 2020 年 3 月までに供給実績のあった埼玉県内の 426 施設すべてにアンケート用紙を配布しました。

また、今回は、輸血担当者へのカード運用状況のほかに看護師にも「カード」を知っているか、普及活動の要望を調査しました。

なお、看護師はなるべく輸血にかかわりのある方をお願いしました。

## スライド 5

## ◆アンケートの回収率

・輸血担当者向けアンケート  
32% (137施設/426施設)

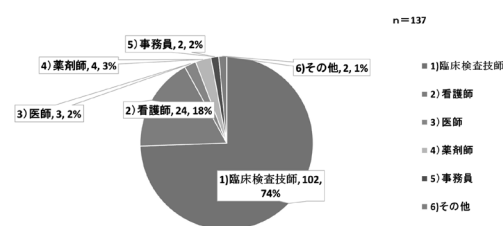
・看護師向けアンケート  
28% (119施設/426施設)

アンケートの回収率は、輸血担当者向けアンケート 32%、137 施設、看護師向けアンケートは 28%、119 施設となっています

## スライド 6

## アンケート集計

## I. 輸血担当者向けアンケートの記入者

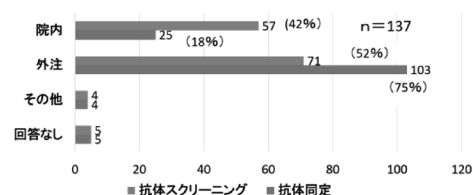


137 施設のアンケート集計結果です。

対象範囲を広げたことによりアンケート記入者の割合は、臨床検査技師が 90% から 74% に、看護師は 5% から 24% となりました。

## スライド 7

## 不規則抗体スクリーニング検査、不規則抗体同定検査は院内か、外注か



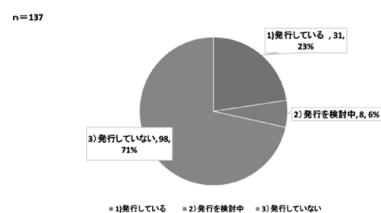
不規則抗体検査体制です。

今回 24 時間体制について調査は行ないませんでしたが、同定検査を含め検査を院内で行っているか調査しました。

不規則抗体のスクリーニングは 57 施設 42% が院内実施、71 施設 52% が外注という結果でした。

## スライド 8

## 「カード」発行運用状況



次にカード運用状況です。

31 施設が発行し、検討中は 8 施設、発行していない施設は 98 施設でした。

### スライド 9

#### 「カード」発行運用状況 ～前回からの推移～

| 前回と今回の比較 |          | 今回の調査 |     |      |      |
|----------|----------|-------|-----|------|------|
|          |          | 発行    | 検討中 | 予定なし | 回答なし |
| 前回調査     | 発行       | 24    | 0   | 0    | 16   |
|          | 検討中      | 3     | 3   | 16   | 15   |
|          | 予定なし     | 1     | 3   | 64   | ---- |
|          | 対象外、回答なし | 3     | 2   | ---- | ---- |

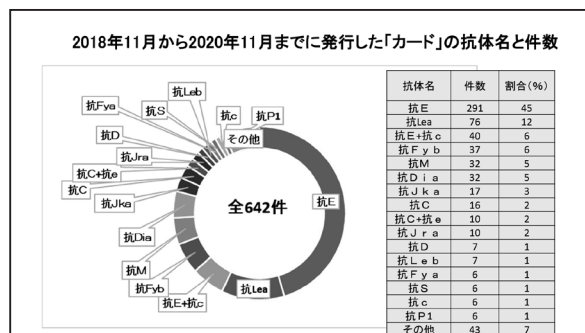
前回のカード運用状況からの推移です。

前回は左、今回が上になります、前回発行運用 40 施設のうち今回 16 施設の回答がありませんでした。

前回検討中の 3 施設、予定なしの 1 施設、対象外・回答なしの 3 施設、計 7 施設が新たに運用を始めました。

ただ、検討中だった 16 施設が検討をやめていました。

### スライド 10



次に、発行したカードの抗体名と件数です。

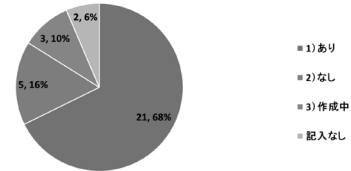
前回調査の 2018 年 11 月から 2020 年 11 月の間に 31 施設で 642 枚のカードが発行されています。

抗体の内訳は、ほぼ前回と同様で、前回も指摘した抗 L e b 抗体や抗 P 1 抗体など臨床的意義のない抗体も含まれていました。

### スライド 11

#### 「カード」発行施設での運用方法について

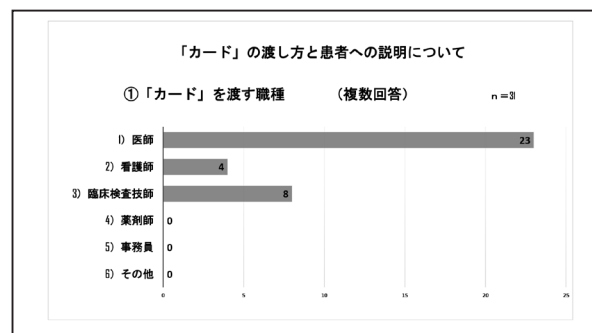
輸血マニュアルの記載 n=31



今回はカード発行施設での運用方法について詳しく調査しました。

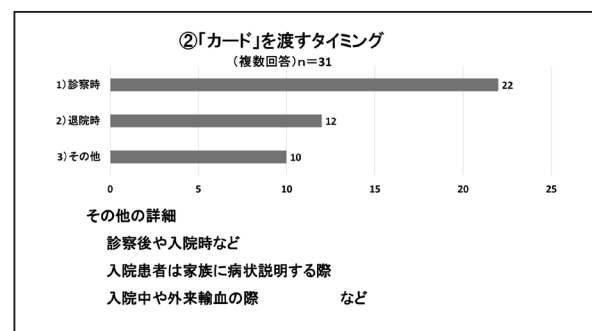
カードに関する手順が輸血マニュアルに記載されているのは 31 施設中 21 施設でした。

### スライド 12



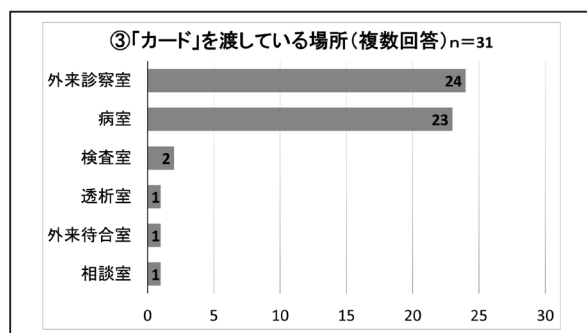
患者へカードを渡し説明しているのは、医師が行っている施設が多かったですが、臨床検査技師が直接渡しているのも 1/4 の施設で見られました。

### スライド 13



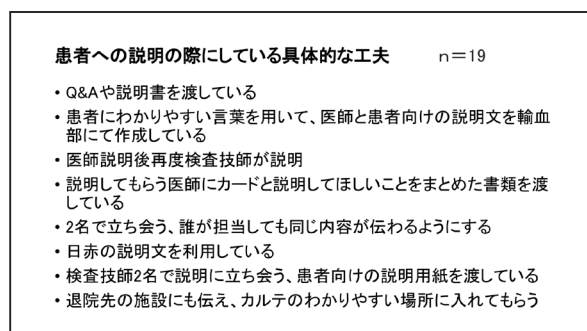
カードを渡すタイミングでは、技師が渡す場合は診察後や、入院中などでした。

## スライド 14



カードを渡している場所です、多くは病室、診察室ですが検査室、相談室を使っている施設もありました。

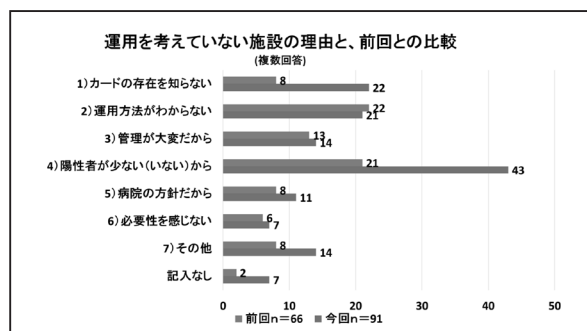
## スライド 15



患者への説明の際にしている工夫についてです。  
わかりやすい言葉を用いてQ & Aや説明書を作成している施設が多く、埼玉県合同輸血療法委員会の説明文を利用している施設もありました。

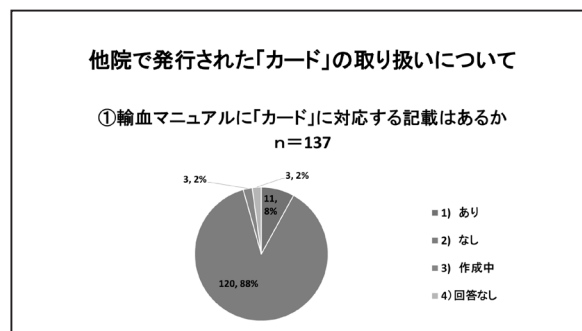
また、2名で立ち合い、だれが担当しても同じ内容が伝わるように工夫していました。

## スライド 16



運用を考えていない施設の理由としては、陽性者が少ない、運用方法がわからないなど前回と同様でした。

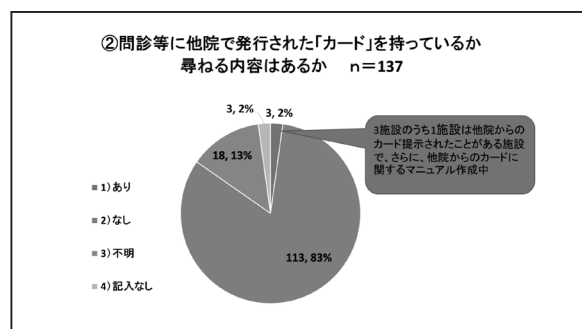
## スライド 17



次に患者から、他院で発行された「カード」の取り扱いについて調査した結果です。

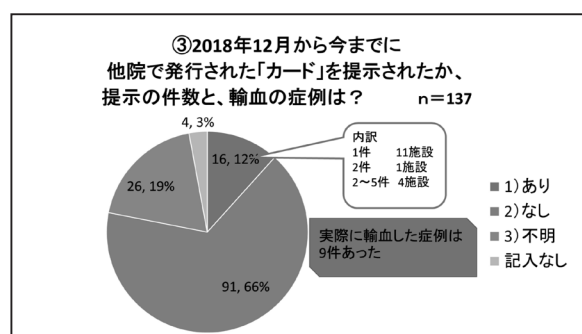
このような場合の手順がマニュアルに記載されている施設は 11 施設でした。

## スライド 18



カードを持っているかを問診等に確認している施設は 3 施設あり、そのうち 1 施設はカード提示の経験があると回答していました。

## スライド 19

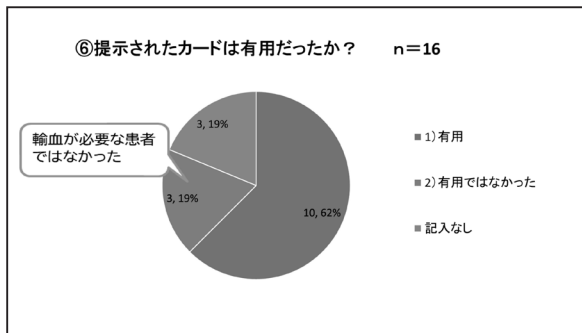


患者からカードを提示された施設は 16 施設ありました。

提示件数は 1 件が 11 施設、2 件が 1 施設、2 ～ 5 件が 4 施設でした。

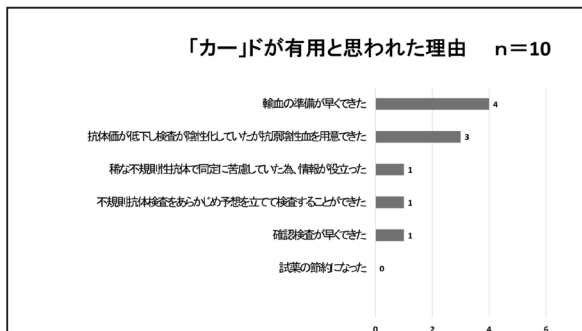
また、実際に輸血した症例は 9 例ありました。

#### スライド 20



カードは有用だったかの問いでは、10 施設で有効あり、との回答でした。

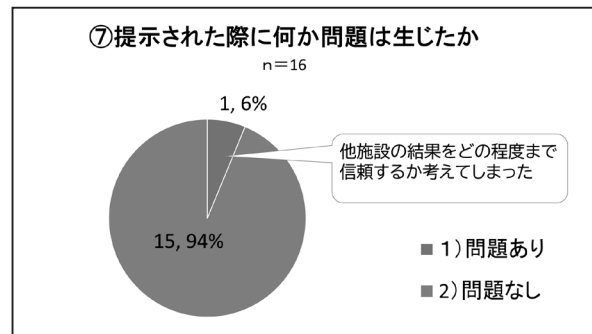
#### スライド 21



カードが有用と思われた理由です。

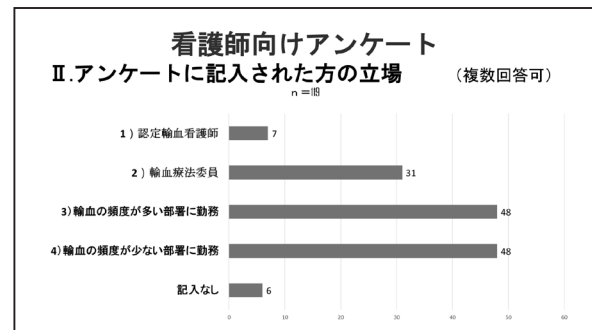
輸血の準備や検査に役立った、他、抗体価が低下しカードがなければ、溶血性の副作用を起こす可能性があった患者に、抗原陰性血を用意できたとの回答が 3 施設ありました。

#### スライド 22



前回のアンケートでは患者からのカードの情報が検査室に届かないとの問題がありましたが、今回はほぼ問題なく運用されていました。

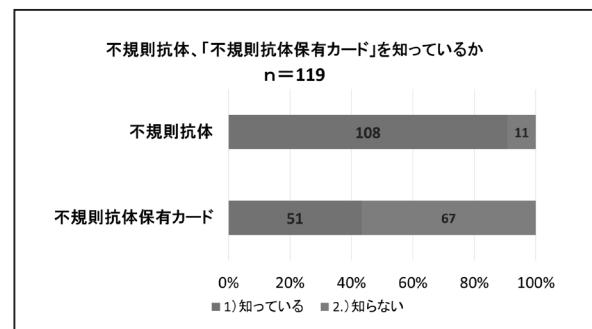
#### スライド 23



次に、看護師向けアンケートの結果です。

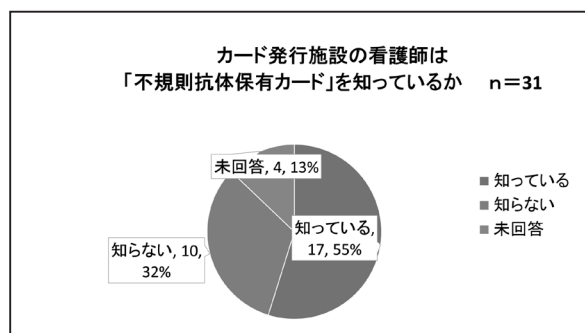
認定輸血看護師や、輸血療法委員も多くいましたが、輸血の頻度が少ない部署に勤務している方も 40% いました。

#### スライド 24



これらの方のうち不規則抗体を知っている看護師は 90% 以上でしたが、カードを知っていたのは約 40% でした。

## スライド 25



カード発行施設に絞り、見てみますと、カードを知らないとの回答も 10 施設ありました。

## スライド 26

皆様からいただいた  
「カード」の普及活動への提案と要望

- ・ポスター  
医療従事者及び患者がみてもわかるような内容  
カードの見本や、イラストをいれわかりやすく
- ・勉強会  
不規則抗体を産生する原因、患者への説明方法  
不規則抗体のリスク、注意する点
- ・その他  
パンフレット  
患者への説明マニュアル

皆様から「カード」の普及活動へこれらのご提案をいただきました。

## スライド 27

アンケート調査結果のまとめ

- ・不規則抗体検査の院内実施率は42%であった
- ・「カード」を運用している施設は31施設で600件以上のカードが発行されていた
- ・「カード」運用検討施設は前回調査より減少した
- ・「カード」を渡すのは主に医師で診察時や病状説明の際に渡している施設が多く、臨床検査技師も1/4の施設で関わっていた
- ・「カード」を渡す際は説明用紙を添えて解りやすい言葉を使うなど工夫していた
- ・16施設で患者から「カード」が提示されており、9件は実際に輸血をしていた、その際問題はなく「カード」は有効だった
- ・90%以上の看護師は不規則抗体を知っていたが、「カード」を知っていたのは約40%で、カード発行施設のうち30%の看護師は「カード」を知らなかった

アンケート調査結果のまとめです。

不規則抗体検査の院内実施率は 42%であった。

「カード」を運用している施設は 31 施設で 600 件以上のカードが発行されていた「カード」運用検討施設は前回調査より減少した。「カード」を渡すのは主に医師で診察時や病状説明の際に渡している施設が多く、臨床検査技師も 1/4 の施設で関

わっていた。カードを渡す際は説明用紙を添えて解りやすい言葉を使うなど工夫していた。

16 施設で患者からカードが提示されており、9 件は実際に輸血をしていた、その際問題はなく、カードは有効だった。

90%以上の看護師は不規則抗体を知っていたが、カードを知っていたのは約 40%で、カード発行施設のうち 30%の看護師はカードを知らなかった。

## スライド 28

問題点と今後の課題

- ・不規則抗体検査の院内実施率は42%と低く、緊急時交差試験のみでは抗体価の低い抗体を見逃す可能性があるため24時間体制での検査を推奨していく。
- ・今回の調査で「カード」は不規則抗体保有の把握ができ有用と分かった。不規則抗体検査を院内で実施していない施設においては「カード」はより患者のために重要となる。「カード」の運用方法を提示し、さらに勧めていく。
- ・「カード」運用している施設でも「カード」を知らない看護師がいた。看護師の周知は円滑な運用に重要であり、勉強会やパンフレット等作成し、看護師にも周知していく。
- ・患者に対しても「お薬手帳のように問診時に提出するカード」と認識してもらえるように広報活動を行いたい。
- ・埼玉県合同輸血療法委員会では、今後も継続的に調査を行い、啓蒙活動していきたい。

問題点と今後の課題です。

不規則抗体検査の院内実施率は 42%と低く、緊急時交差試験のみでは抗体価の低い抗体を見逃す可能性があるため、24 時間体制での検査を推奨していく。

今回の調査でカードは不規則抗体保有の把握ができ有用と分かった。不規則抗体検査を院内で実施していない施設においては、カードはより患者のために重要となる。カードの運用方法を提示し、さらに勧めていく。

カード運用している施設でもカードを知らない看護師がいた。看護師の周知は円滑な運用に重要であり、勉強会やパンフレット等作成し、看護師にも周知していく。

患者に対しても「お薬手帳のように問診時に提出するカード」と認識してもらえるように広報活動を行いたい。

埼玉県合同輸血療法委員会では、今後も継続的に調査を行い、啓蒙活動していきたい。 本日の発表は以上です。

お忙しい中アンケートにご協力ありがとうございました。

## 質 疑 応 答

- 石田先生 野瀬さんご発表ありがとうございました。  
不規則抗体カードの発行状況について、これまでも何回かご発表いただきましたけれども、さらに詳しい状況が新しく分かったかと思います。  
特に運用方法の問題点、カードの発行状況や普及活動に力を入れておられる施設もあるということがよくわかりました。  
どうもありがとうございました。  
ご質問やご意見がある方がおられましたら、チャットに記入していただけますでしょうか？  
チャットの方に意見が挙がっているようです。  
意見があるようです、よろしくお願いいたします
- 池淵先生 埼玉医科大学病院の池淵です。  
まとめのところにあった、輸血の履歴とか、あるいはこの不規則抗体の存在とか、手元で持つような輸血手帳をこれから埼玉県内では進めていこうというようなそういう動きは今のところありますでしょうか？  
よろしくお願いいたします。
- 野瀬先生 今、そこまでは始めていないのですが、検討はしています。
- 石田先生 池淵先生、ご質問ありがとうございました。  
手帳も非常に興味深いと思いますが、一方であのカードや手帳をなくしてしまう方もおられるかと思うので、場合によっては保険証や何かに簡単なシールを貼っておくとか、何かそういう目安を作って聞いてみるような工夫も 1 つ面白いのかなと思っています。  
また、手帳等の検討について引き続きお願いします。  
他にございますか？  
もしご意見がないようでしたら、また後日でも構いませんので、是非お知らせ頂ければ、ご質問に答えることができるかと思います。  
私の方から 1 つだけ質問させてください。  
さらにこのカードの有効活用を行う上で、さまざまな鍵となる情報が今回得られたかと思いますが、今後どのような点をさらに改善していけばさらにカードの有効活用が可能になるというふうにお考えでしょうか？そのあたりについて教えていただけますか？
- 野瀬先生 医師や看護師、患者にカードを知ってもらい、患者がカードを提示してくれるように説明すること、また提示してもらえるように誘導することだと思います。
- 石田先生 ありがとうございます。  
やはり医師や看護師にカードについて情報共有して行くと言うことが非常に重要だなと考えます。  
さらに活動を続けて、今後また情報を教えていただければと思います。  
以上で、検査技師分科会からの報告を終わります。  
ご発表ありがとうございました。