

令和元年度 第45回 呉地区七夕学会 抄録集



日時 : 令和元年7月6日(土) 13:30~17:20

会場 : ビューポートくれ 3階大ホール

主催 : 一般社団法人 広島県臨床検査技師会

令和元年度 第45回呉地区七夕学会プログラム

総合司会：佐々木彰子・津田真莉子（中国労災病院）

【開会挨拶】 呉地区理事：柴田 淳

【会長挨拶】 一般社団法人 広島県臨床検査技師会 副会長：米田 登志男

【一般演題】 13:40～14:50

病理細胞部門

座長：道中 孝典（中国労災病院）

① 「当院における院内グループウェアを利用した病理診断の伝達について」

高下 和樹（済生会広島病院）

臨床血液部門

座長：林田 理沙（呉共済病院）

② 「過去7年間における当院の血液疾患について～血液専門医のいない検査室ができること～」

中村 早也香（済生会呉病院）

臨床一般部門

座長：河野 雄一（済生会呉病院）

③ 「初めて経験した裂頭条虫について」

中原 幸子（呉市医師会臨床検査センター）

臨床微生物部門

座長：奥田 立子（済生会広島病院）

④ 「海外で治療歴のある患者からKPC型・NDM型カルバペネム耐性腸内細菌科細菌および多剤耐性アシネトバクターを同時に検出した1例」

東谷 麻未（呉医療センター）

臨床生理部門

座長：徳丸 雄介（呉共済病院）

⑤ 「ホルター心電図を用いたLP計測について」

高松 優衣（中国労災病院）

⑥ 「肺塞栓症が左内頸静脈血栓由来と考えられた1症例」

名越 咲（呉医療センター）

輸血細胞治療部門

座長：庄野 三郎（呉医療センター）

⑦ 「当院におけるアルブミン製剤の一元管理への取り組み」

在間 優花（呉共済病院）

【特別講演Ⅰ】 15:05～16:05

座長：柴田 淳（呉共済病院）

『人工知能が切り拓く未来 ～変わりつつある医療のかたち～』

浜松医科大学医学部附属病院 病理部 栗田 佑希 技師

【特別講演Ⅱ】 16:20～17:20

座長：鶴久森 淳一（中国労災病院）

『腹部超音波の悩みを一緒に考える』

済生会広島病院 消化器内科 神野 大輔 先生

当院における院内グループウェアを利用した病理診断の伝達について

済生会広島病院 医療技術部 臨床検査室¹⁾ 済生会広島病院 医療部 消化器内科²⁾
済生会広島病院 看護部 医療安全管理室³⁾ 広島大学大学院 医系科学研究科 分子病理学⁴⁾
○高下 和樹¹⁾ 二反田 裕美¹⁾ 池田 隆文¹⁾ 児玉 美千世²⁾ 竹内 香³⁾ 安井 弥⁴⁾

【はじめに】

日本医療評価機構は、医療機関で病理検査を行った際、病理診断結果報告書を確認しなかったことにより治療が遅れた事例を報告し、病理診断結果の内容が確認できる仕組みと、患者への説明がなされる仕組みを構築するよう注意喚起を行っている。

当院では、2013年電子カルテシステム導入と同時に、病院内のコンピュータネットワークを活用した情報共有のためのグループウェア『Desknet's NEO』の運用も行っており、このグループウェアのキャビネット機能を利用し、内視鏡医側と内視鏡病理診断結果を共有することで、臨床医側での病理結果未確認の対策を行っている。

当院で行っている内視鏡組織の病理診断結果の伝達方法について紹介する。

【方法】

- ① 非常勤病理医が、週に一度当院に来院し病理診断を行っている。
- ② 病理診断確定後、病理検査技師が病理システム診断画面において付帯として表示してある「良性」「悪性」「腫瘍」をチェックし保存する。追加で深切りあるいは免疫染色の依頼がある場合にはその旨をコメント欄に記入する。
- ③ 病理システムにて、診断日の内視鏡組織の病理診断結果を検索し、全症例の「標本番号」「採取日」「患者ID」「カナ氏名」「生年月日」「診療科」「病棟」「材料」「採取法」「組織診断」「組織所見」「診断日」「内視鏡医」「良性・悪性・腫瘍」そして「コメント」の一覧表をエクセルファイルで抽出、保存する。
- ④ Desknet's NEO 内には内視鏡検査専用のキャビネットフォルダを作成しており、そのフォルダ内に上記ファイルを保管する。尚、ファイルの公開は内視鏡

医、内視鏡担当看護師、病理担当検査技師のみとしている。

その後、内視鏡医および内視鏡担当看護師に、Desknet's NEO 内のキャビネットの確認を促すよう回覧板を送信する。

内視鏡医は週に一度開催される消化器カンファレンスにてキャビネット内の病理診断ファイルを確認し、悪性腫瘍等の問題となる症例については主治医に連絡するよう内視鏡担当看護師に依頼している。その後、連絡をした内視鏡担当看護師が電子カルテで確認可能な内視鏡検査報告書に主治医連絡済と記載する。

【まとめ】

当院導入の電子カルテ・病理システムにおいては、主治医が診断結果を確認したか否かについてのチェック機能はないが、少なくとも「悪性」あるいは「悪性疑い」の症例については、主治医には連絡出来ており、内視鏡医および内視鏡担当看護師が診断結果を共有していることが、病理結果未確認防止の一助になっていると考える。

【結語】

当院でのグループウェアを用いた病理診断結果の伝達方法を紹介した。当院で行う伝達方法により、臨床的に問題となる症例に関して、主治医への情報提供は問題なく行えていると考えられる。今後は現在の電子カルテ・病理システムを使用する中で、内視鏡組織の病理診断結果だけでなく手術材料での報告方法や、主治医が実際に病理結果の説明を患者に行ったか否かについて、病理側でも確認できるシステムの構築も検討していく必要があると考えられる。

連絡先：(082) 884-2566 内線：2148

過去7年間における当院の血液疾患について

～血液専門医のいない検査室ができること～

済生会呉病院 臨床検査室

○中村 早也香 山口 朋未 森實 夏子 河野 雄一 有谿 俊一

【はじめに】

当院は急性期病床 100 床、地域包括ケア病床 50 床の急性期病院である。内科、心療内科、外科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、皮膚科、泌尿器科の 8 科の診療を行っている。一日の平均外来患者数は 200 名、人間ドック受診者数 20 名、CBC 平均 80 件行っている。当院では血液専門医がおらず血液内科の診療は行っていないため、血液疾患が疑われた患者に対しては積極的に臨床側へアプローチしている。今回当院の血液疾患の状況を把握するために過去7年間の集計を行ったので報告する。

【症例数】

当院において 2012 年 1 月から 2019 年 5 月までの約 7 年間に検査技師から臨床側へ血液疾患疑いと報告した症例 36 件を集計した。内訳は、急性骨髄性白血病 5 件、悪性リンパ腫 5 件、骨髄異形成症候群 6 件、慢性骨髄性白血病 3 件、多発性骨髄腫 2 件、血球貪食症候群 2 件、溶血性貧血 1 件、溶血性尿毒症症候群 1 件、巨赤芽球性貧血 8 件、銅欠乏性貧血 1 件、その他 2 件であった。

このうち当院検査室においてもっとも臨床に貢献できたと思われる症例 4 例を報告する。

<症例 1>

70 代 女性 内科受診

Hb 低下で施設から紹介入院された。

検査所見：WBC $2.9 \times 10^9/L$ 、RBC $1.11 \times 10^{12}/L$ 、Hb 3.5 g/dL、Plt $112 \times 10^9/L$ 、MCV 97fl、MCHC 32.4g/dl、網状赤血球 18.3%、血清鉄 $97 \mu g/dl$ 、UIBC $95 \mu g/dl$

<症例 2>

70 代 女性 内科受診

検査所見：WBC $11.5 \times 10^9/L$ 、RBC $3.16 \times 10^{12}/L$ 、Hb 8.9 g/dL、MCV 88fl、MCHC 32.0g/dl、Plt $155 \times 10^9/L$ 、TP 5.0g/dL、ALB 3.5g/dL、Ca 16.4mg/dl、CRP 0.19mg/dl

<症例 3>

30 代 男性 人間ドック受診

検査所見：WBC $0.9 \times 10^9/L$ 、RBC $3.86 \times 10^{12}/L$ 、Hb 12.3 g/dL、MCV 88fl、MCHC 36.3g/dl、Plt $33 \times 10^9/L$

<症例 4>

60 代 女性 人間ドック受診

検査所見：WBC $7.7 \times 10^9/L$ 、RBC $4.48 \times 10^{12}/L$ 、Hb 14.1 g/dl、Ht 42.1% Plt オーダーなし

【まとめ】

CBC データは臨床側にも伝わるが質的異常を伴った血液疾患は技師の技量にかかっている。血液像の依頼の有無に関わらず、一人一人の CBC 測定データを確認しスクリーニングすることで疾患の早期発見につながる。当院検査室は生化・血液・一般検査がワンフロアであり、また、血液・一般・細胞診の認定資格を取得している技師もおり、分野を超えて相談できることも利点である。今後も引き続き一人一人のデータと向き合い、分野に留まらず技師同士のコミュニケーションをとり、臨床側へ貢献できるように努めていきたい。

連絡先 0823-21-1601 (内線 201)

初めて経験した裂頭条虫について

呉市医師会臨床検査センター

○中原幸子 奥田綾子 山本香 満留ひとみ

【はじめに】

近年日本では寄生虫感染症は数少ないと思われがちだが、グルメ志向・国内外の生鮮食品の流通の発達・海外旅行者の増加を背景に寄生虫感染症は減少していない。そして年齢・性別に関わりなく嗜好に関与すると考えられており、患者の低年齢化がうかがえる。

今回当検査センターにおいて開業医よりひも状の物体が提出され、虫体鑑別依頼を受け広節裂頭条虫症と診断された症例を報告する。

【症例】

患者；9歳 男児

主訴；2018年11月排便時に長いひも状の物体が排出
自覚症状；なし

【経過】

2017年1月「排便後に長いものが排出された。昨年の春頃にも同じものが出た。」と近医を受診、糞便を持参される。当検査センターにおいて直接薄層塗抹法は陰性であった。

2018年11月再び「便にオレンジ色が混じる。排便時長いひも状のものがでた。」と訴えあり、長いひも状の物体を近医へ持参。当検査センターに虫体鑑別依頼があり、外部委託先へ提出。結果は広節裂頭条虫であり、基幹病院へ紹介となる。

12月上旬外来にて駆虫、また下旬には5日間入院し駆虫を行うも虫体の排出は認められず、集卵法を2回実施するも

結果は陰性であった。

【当検査センターで確認した虫体・虫卵所見】

提出された虫体の一部を切断し、当検査センターでも鏡検・観察。虫体は20cm程の長さ、目視にて片節が確認され、その中央には生殖器様構造が確認された。また片節の一部を細切し、スライドガラス上で圧平し顕微鏡で観察。卵殻があり、小蓋らしきものがある虫卵が多数確認された。虫体、虫卵の形態学的所見から裂頭条虫と考えられた。

【今後の課題】

当検査センターへ検体が提出された際の患者・家族への聞き取りが不十分であった。また虫体鑑別を外部委託する際20%ホルマリンに保存したため、遺伝子解析ミトコンドリアのチトクロームオキシダーゼサブユニット1遺伝子の塩基配列を用いての同定を行うことができなかった。

正確な虫種の同定を行うためには患者への聞き取り、虫体の取り扱いなど知識を深める必要がある。

【まとめ】

今回当検査センターで初めて裂頭条虫に遭遇した。患者家族からの聞き取り不足、寄生虫検査の知識不足から同定まで至らなかった。

今後は寄生虫検査の知識を深め、検査マニュアルの整備や専門機関の連携により検査の質の向上を目指したい。

海外で治療歴のある患者から KPC 型・NDM 型カルバペネム耐性腸内細菌科細菌

および多剤耐性アシネトバクターを同時に検出した 1 例

NHO 呉医療センター・中国がんセンター 1) 臨床検査科 2) 病理診断科

3) NHO 岩国医療センター 4) NHO 東広島医療センター

○東谷 麻未¹⁾ 吉崎 瑞穂¹⁾ 田中 友梨¹⁾ 佐伯 由美¹⁾ 宮野 秀昭¹⁾

下花 純一³⁾ 笠井 昇⁴⁾ 倉岡 和矢^{1) 2)}

<はじめに>

多剤耐性菌は、臨床的に用いられるほとんどの薬剤に耐性を獲得しているため、予後不良なことが多く国際的に大きな懸念事項となっている。カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(以下 CRE)もその一つであり日本では IMP 型が主である。国外では KPC 型、NDM 型が多く海外で入院治療歴のある患者によって国内に持ち込まれたと考える報告も少数認められる。今回我々は、中国での入院治療を契機として、KPC 型・NDM 型 CRE 及び多剤耐性 *Acinetobacter baumannii* (以下 MDRA) に感染したと考えられた症例を経験したので報告する。

<症例>

患者：中国在住歴のある 50 代日本人男性。

既往歴：糸球体腎炎、腹部大動脈瘤

現病歴：20XX 年心停止のため中国の病院にて治療されたが、低酸素性脳症となる。地元である当院に転院となる。CRP 上昇を認め血液、喀痰、尿の一般細菌培養検査が提出された。

<細菌学的検査>

喀痰から *K.pneumoniae* が検出され、CMZ>32、IPM>8、MEPM>8。追加検査を行い、CVA 陰性、BA、SMA、CIM、MHT テスト陽性であった。また尿から *A.baumannii* が検出され、DRPM>8、IPM>8、MEPM>8、AMK>32、CPFX>2、LVFX>4 であり SMA と CIM は陰性だった。CRE 及び MDRA を疑い ICT へ連絡後、感染対策を強化した。【β-ラクタマーゼ遺伝子】CRE：KPC 型及び NDM 型。MDRA：OXA-51-like、OXA-23-like が検出された。血液培養は 2 セットともに陰性であった。

<考察>

今回、中国での入院治療を契機として、KPC 型・NDM 型 CRE および MDRA に感染したと考えられた症例を経験した。こうした海外から持ち込まれる多剤耐性菌を見逃さないように、海外の医療機関で診療を受けた経歴を有する患者については多剤耐性菌の存在を念頭においた検査や感染対策の実施を検討する必要があると考える。

ホルター心電図を用いた LP 計測について

独立行政法人労働者健康安全機構 中国労災病院 1) 中央検査部 2) 循環器内科

○高松 優衣¹⁾ 松崎 侑実¹⁾ 佐々木 彰子¹⁾ 芝 千穂¹⁾ 大方 靖子¹⁾ 花田 君恵¹⁾

白川 勝己¹⁾ 鵜久森 淳一¹⁾ 園山 裕靖¹⁾ 松田 圭司²⁾

【はじめに】ホルター心電図は長い時間軸に沿って心電現象を評価できるため、不整脈の診断と治療に重要である。さらに近年心電図解析の応用で加算平均心電図による心室遅延電位 (late potential :以下 LP) 計測が可能となった。LP は不整脈発見の基質の存在を示す微小電位として注目されており心臓突然死の予知が可能な非侵襲的検査としてガイドラインにも挙げられている。当院においても、ホルター心電図による LP 計測が可能になったため、その使用経験について報告する。

【使用機器】日本光電社製の長時間心電図記録器 (RAC-5203)、長時間心電図解析装置 (DSC-5500) を使用した。

【検査条件】XYZ 誘導を用い、サンプリングレート 1kHz、時定数 3.2 秒で記録した。

【方法】ホルター心電図のノイズ拍など誤判定を手動で修正し、LP 検出を行う。LP 検出法は対象波形を 10 分間ごとに 200 拍平均加算し、vector magnitude 法により f-QRS (filtered QRS duration)、RMS40 (Root Mean Square)、LAS40 (Low Amplitude Signal Duration) を計測する。その後、低ノイズレベル区間 (0.3 μ V 以下) を 3~5 ヶ所選択し報告を行った。

【考察】LP は心室局所の伝導遅延を反映し、心室細動や心室頻拍などの致死性不整脈の診断に有用とされている。当院でも高いサンプリングレートで記録可能なホルター心電図を導入したことにより LP 計測が可能になった。ホルター心電図による LP 計測の利点は、夜間睡眠時の記録が可能になったことによる低ノイズレベルでの計測、経時的変化の記録、実波形記録による不整脈の評価が行えることが挙げられる。また、LP 計測においてはノイズの影響による偽陽性を防ぐため、低ノイズレベルでの計測が望ましいとされている。そのため当院では LP 計測として選択するノイズレベルは 0.3 μ V 以下とした。実際の症例では夜間時に選択した区間のノイズレベルの平均は 0.2995 μ V であった。また、経時的変化が記録できることは、Brugada 症候群、J 波を有する特発性心室細動 (IVF) で有用であると報告されている。欠点としては、ホルター心電図による LP 計測は通常のホルター心電図と比べて高いサンプリングレートで記録することでノイズが多くなるため、編集作業に時間がかかることである。実際の症例では約 2 倍の編集時間を要した。そのため、通常のホルター心電図は当日報告としているのに対し、LP 計測については翌日報告としている。そのほかに、長時間型の機器と異なり、記録時に必ずしも安静仰臥位でない点が欠点として挙げられる (表 1)。

【まとめ】ホルター心電図を用いた LP 計測について、夜間時に低ノイズレベルでの計測が行えることが経験により分かった。

連絡先 0823-72-7171(内線 455)

表 1 : ホルター心電図による LP 計測の利点・欠点

利点	欠点
低ノイズレベルでの LP 計測が可能	ホルター編集作業に時間がかかる
経時的記録ができる	記録時に必ずしも安静仰臥位でない
実波形記録ができる	行動制限がある

肺塞栓症が左内頸静脈血栓由来と考えられた一症例

独立行政法人国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

1) 臨床検査科 2) 病理診断科

名越 咲¹⁾ 清代 帝¹⁾ 富田 亜美¹⁾ 山本 政子¹⁾ 村上 梨華¹⁾ 住吉 尚江¹⁾ 田岡 恵美¹⁾
榎田 香子¹⁾ 藤山 香¹⁾ 都甲 真弓¹⁾ 宮野 秀昭¹⁾ 石川 洸¹⁾ 倉岡 和矢^{1,2)}

【症例】70歳代女性

【既往歴】巨赤芽球貧血,慢性C型肝炎,卵巣嚢腫

【現病歴】数日前に嘔吐,下痢を主訴に救急外来を受診された。一度帰宅したが単純CTにて肺塞栓を疑われたため翌日再度受診し,造影CTにて両肺動脈と左内頸静脈の血栓が認められた。しかし右心負荷所見等認めず,non-massivePEと診断され,経口抗凝固剤を処方の上,外来加療となった。さらに翌日腰痛と呼吸苦のため整形外来を受診し,腰部の局所麻酔注射を行った際に嘔吐と酸素化の低下を認め,循環器科紹介となった。

【身体所見】血圧 182/96mmHg 脈拍 72 回/分 SpO₂90%

【血液検査】PLT $10.4 \times 10^4 \mu\text{l}$, D-dimer 14.9 $\mu\text{g/ml}$, NT-proBNP 244pg/ml

【造影CT所見】前日と比し肺動脈血栓の軽度増大と左内頸静脈の巨大な血栓を認めた。その他深部静脈血栓は指摘されず。

【経胸壁心臓超音波所見】軽度の三尖弁逆流を認め,前日 TRPG=24mmHgであったが,翌日 TRPG=39mmHgに上昇していた。右室による軽度の左室圧排像も認め,肺高血圧症が示唆された。

【頸静脈超音波所見】左鎖骨上窩から左総頸動脈分岐部の高さに観察される範囲の左内頸静脈内に巨大血栓と血管径の拡張を認めた。血栓の性状は低輝度,内部不均一で,線状や膜様エコーあり,境界は比較的整であった。

【静脈カテーテル検査】左内頸静脈に巨大血栓を認めた。腕頭動脈と胸骨による腕頭静脈の圧排が認められた。

【経過】肺動脈血栓の軽度増大と sub-massivePE を認

めたため,肺塞栓症治療目的に入院し,経静脈へパリン投与による抗凝固療法が開始された。数日後には右心負荷の改善と肺動脈血栓の縮小が見られ退院となったが,左内頸静脈の血栓は改善が認められず,抗凝固療法を継続し外来にて経過観察となった。

【考察】本症例において肺塞栓症の原因は内頸静脈血栓であると診断された。肺塞栓症の塞栓源は,そのほとんどが下肢静脈血栓由来とされており,本症例のように内頸静脈血栓が塞栓源となる事は稀である。上肢静脈における血栓の発生頻度は深部静脈血栓症全体の1~4%とされている。血栓成因としては中心静脈カテーテル留置による血管内皮細胞の損傷や,悪性腫瘍などによる凝固能亢進,静脈の圧排による血流の停滞などが挙げられる。本症例では腕頭動脈と胸骨による腕頭静脈の圧排に加え,嘔吐下痢によって脱水になった事で血栓形成の誘発に至ったと考えられた。

治療法には外科的治療として血栓除去,保存的治療として抗凝固療法,線溶療法が挙げられる。外科的治療は血栓の遊離が肺塞栓など重篤な合併症を引き起こす可能性があるため,一般的に保存的治療が選択されることが多い。本症例でも抗凝固療法が行われ,肺動脈血栓は縮小しているが,内頸静脈血栓の消失には至っておらず,抗凝固療法が継続されている。引き続き検査にて血栓のサイズや性状の評価などを継続していくことが必要である。

【まとめ】左内頸静脈血栓由来と考えられる肺塞栓症の1例を経験した。内頸静脈血栓の発生頻度は稀であるが,その可能性を考慮し検査を行うことが重要であると再認識した症例であった。

当院におけるアルブミン製剤の一元管理への取り組み

国家公務員共済組合連合会 呉共済病院 1) 輸血科 2) 検査部

○在間 優花¹⁾ 宗本 聖¹⁾ 月原 麻美²⁾ 平本 淳也²⁾ 能美 伸太郎²⁾

【はじめに】

当院では以前より、アルブミン製剤を薬剤科で管理しており、輸血科では2013年よりアルブミン製剤使用記録を薬剤科から受け取り、データ管理のみを行っていた。2018年4月の電子カルテ・輸血検査システム更新を機に輸血科でのアルブミン製剤一元管理を開始した。一元管理開始から1年が経過し、現時点で見えてきた課題と今後の展望について報告する。

【運用方法】

以前は薬剤科の処方箋オーダーから依頼し、薬剤科より払い出しを行っていた。現在は輸血オーダーから通常の製剤と同様に依頼し、輸血科より払い出しを行っている。薬剤科ではロットのみの管理であったが、運用変更後はアルブミン製剤入庫時にロット番号の末尾に枝番を付与しバーコード管理をしている。

アルブミン製剤は院内の複数カ所に定数配置されている状態であったため、輸血科管理になった際に定数配置の廃止を提案した。しかし、臨床側より緊急時用に確保しておきたいなどの理由により、廃止には至らなかったが定数を減らす方向で管理を行っている。

アルブミン製剤のオーダー方法として、通常使用オーダーの場合と定数配置使用後の事後入力の場合と2通りあり、原則定数配置のものは緊急時のみの使用として運用している。緊急使用時には、定数配置製剤使用後に医師が事後入力用のオーダーをし、使用伝票を輸血科に送ってもらい輸血科で実施入力している。製剤の補充は状況把握や臨床とのコミュニケーションも兼ねて輸血科から出向いて行っている。

またアルブミン製剤使用者リストを作成し、当院輸血療法委員長に不適切な使用がないかチェックをしてもらい、輸血療法委員会にて検討を行っている。

【結果】

輸血科管理を開始した2018年のアルブミン製剤使用量は14912グラムで前年度と比較すると約2510グラム

の削減となった。ALB/RBC比も1.81と輸血適正使用加算の条件を達成し加算が可能となった。

一方で、不適切使用と思われる事例も散在している。このような事例については輸血療法委員会から主治医に確認し、使用方法の見直しを促している。

また、1年間の定数配置アルブミン製剤の使用本数を集計し、輸血療法委員会を介して働きかけることで不要な定数配置を減らすことができた。

【課題】

アルブミン製剤が薬剤科管理であった際、使用理由の明記はほとんどない状態であった。運用変更後は輸血オーダーの際に他の輸血製剤と同様に、使用目的の選択を必須入力とした。何種類もあると煩雑であるという理由で2種類に絞ったが、依然として正確な使用理由の把握ができていないのが現状である。日本輸血細胞治療学会より出されている「科学的根拠に基づいたアルブミン製剤の使用ガイドライン(第2版)」と比較をしても推奨されるものに当てはまるものは少ないと思われた。アルブミン製剤が輸血部門で管理されていることがまだ一般的ではなく、使用の実態把握やガイドラインについても徹底されていないため臨床側に他の輸血製剤と同様、使用条件やガイドラインの周知徹底を呼び掛けていく必要があると感じた。

【まとめ】

輸血科でアルブミン製剤を管理することにより、院内におけるアルブミン使用の実態を知ることができた。

ALB/RBC比など輸血適正使用加算の数値上の条件はクリアしているが、適正使用の面においても理解を深めてもらうよう、院内メールや各診療科での呼びかけなどによる体制づくりが重要となってくると考える。

これからも臨床側とコミュニケーションを図っていき、状況に応じた適切な使用を促していくことで患者にとって安全な輸血を提供していきたい。

連絡先:0823-22-2111 内線(3195)