

(輸血療法委員会事務局、医局、看護部、薬剤部、検査部 経由)

29 健第 4955 号

平成 29 年 10 月 3 日

各病院長 様

福島県保健福祉部長

(公 印 省 略)

平成 29 年度福島県自己血輸血講習会の開催について (通知)

血液事業の推進につきまして、日頃より御理解と御協力をいただき厚く御礼申し上げます。

このたび、福島県合同輸血療法委員会との共催により、標記講習会を別紙要領のとおり開催することとなりました。

本講習会は、自己血輸血を推進するために開催するものであり、貴病院の医師や看護師等医療関係者の方々に御出席いただけるよう御配慮をお願いするとともに、別紙参加申込書を平成 29 年 11 月 10 日 (金) までに薬務課あて FAX (024-521-7992) にて御提出くださいますようお願いいたします。

なお、会場となる福島県赤十字血液センターには駐車場がございますが、数に限りがありますので、相乗りでの御来場に御協力くださいますようお願いいたします。

(事務担当 薬務課 薬剤技師 佐々木 理子 電話 024-521-7232)

平成29年度福島県自己血輸血講習会 開催要領

- 1 日時 平成29年11月24日(金) 10:00~16:10
- 2 会場 福島県赤十字血液センター 会議室及び採血室 (福島市永井川字北原田17)
- 3 講師
中村 研一 先生 (JA福島厚生連 白河厚生総合病院 検査科部長(兼)第二内科副部長)
丸 浩明 先生 (公立藤田総合病院 麻酔科長)
峯岸 正好 先生 (福島県赤十字血液センター 所長)
菅野 隆浩 先生 (福島県赤十字血液センター センター付部長 (兼) 医務課長)
渡邊 弓子 先生 (公立藤田総合病院 看護部 学会認定自己血輸血看護師)
佐藤 真弓 先生 (公立藤田総合病院 看護部 学会認定自己血輸血看護師)

4 内容

◇午前の部：自己血輸血の理論講習（会議室）

- 10:00 開会のあいさつ
- 10:05 貯血式自己血輸血の適応と禁忌 講師 中村 研一 先生
(対象となる患者、禁忌となる合併症、ウイルスキャリアへの対応、ヘモグロビン値、
血圧・体温、1回採血量、採血間隔、循環血液量と補液、高齢者への対応)
- 10:35 同種血輸血の有害事象 講師 丸 浩明 先生
(ABO不適合輸血、遅発性溶血性副作用、非溶血性副作用、ウイルス感染、GVHD、
家族血使用の危険性、TRALI、TACO)
- 11:05 「血液製剤の使用指針」の改定と自己血輸血 講師 峯岸 正好 先生
- 11:20 自己血輸血の合併症と有害事象の予防 講師 菅野 隆浩 先生
(血管迷走神経反応 (VVR)、皮下出血、神経損傷、細菌増殖、凝固、溶血、
取り違い防止)
- 11:40 患者中心の輸血医療 (PBM:Patient Blood Management)、貯血式自己血輸血
患者の貧血対策 講師 菅野 隆浩 先生
(PBMとは、鉄代謝、採血によるHb低下、貧血の評価、EPOの使用)
- 12:00 質疑応答
- 12:10 昼 食

◇午後の部：自己血輸血の実技指導（会議室 及び 採血室）

- 13:10 自己血輸血学会のDVD視聴「貯血式自己血輸血の概要と実際」
- 13:45 採血等の実技指導
講師 渡邊 弓子 先生、佐藤 真弓 先生
丸 浩明 先生、菅野 隆浩 先生
(健康状態確認、ラベル自己署名、伝票の記録、血管の選定、消毒、採血中の
注意、輸液、冷蔵庫の点検等)
- 14:45 質疑応答
- 14:55 休憩
- 15:10 学会認定・自己血輸血医師看護師制度について 講師 菅野 隆浩 先生
- 15:40 質疑応答
- 15:55 受講証交付
- 16:00 閉会のあいさつ

〔 事務局 福島県保健福祉部薬務課 TEL 024-521-7232 FAX 024-521-7992 〕
〔 福島県赤十字血液センター TEL 024-544-2556 FAX 024-544-2557 〕

(添書不要)

送 信 先： 福島県保健福祉部薬務課 佐々木 行

F A X 番 号： 0 2 4 - 5 2 1 - 7 9 9 2

申 込 締 切： 平成 2 9 年 1 1 月 1 0 日 (金)

平成 2 9 年度福島県自己血輸血講習会 参加申込書

平成 2 9 年 1 1 月 2 4 日 (金) 開催の自己血輸血講習会への参加を申し込みます。

病 院 名				
申込担当者名				
連絡先電話番号				
参 加 希 望 者				
優先 順位	所 属	職 種	氏 名	昼 食 事前申込
1				
2				
3				
質問事項等 (質問事項等がありましたら記入願います。講習会の席上で回答します。)				

【記載上の注意】

- 1 申込は、各病院 3 名程度まででお願いいたします。なお、申込者が多数の場合には、優先順位の高い方から御案内させていただくことがありますので、あらかじめ御了承ください。(人数調整が必要な場合には、1 1 月 1 5 日までに御連絡いたします。)
- 2 昼食事前申込欄には、昼食(弁当とお茶)を注文する場合は「○」、注文しない場合は「×」を記入してください。昼食代(税込 1, 0 0 0 円)は、当日、会場受付にてお支払い願います。