２０２４年１０月１８日

非血縁者間骨髄採取認定施設

採 取 責 任 医 師 各 位
麻 酔 責 任 医 師 各 位

公益財団法人 日本骨髄バンク

ドナー安全委員会

（通知）骨髄採取 術前健診における呼吸機能検査の運用変更について

平素より骨髄バンク事業の推進に格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

これまで非血縁者間骨髄採取術の術前健診における呼吸機能検査は必須項目でしたが、今後は任意項目へ変更することになりました。

骨髄採取マニュアル及び骨髄採取計画書を下記の通り変更しますので、施設内で周知の上、ご対応くださいますようお願い申し上げます。

記

1. 変更箇所

◆骨髄採取マニュアル ３．採取前健康診断の実施について （Ｐ５１）

【 術前健診の必要検査項目（必須） 】＜削除＞ 呼吸機能検査

◆骨髄採取計画書

【呼吸機能】＜追加＞ 実施する・実施しない

呼吸機能検査が必要な場合は術前健診日に実施すること。

2. 運用

・呼吸機能検査を実施する場合は、患者の前処置スケジュールへの影響を考慮し、必ず術前健診日に行なってください。

・施設の方針で感染症対策として呼吸機能検査を実施しない施設では、現行の運用で構いません。

3. 変更の経緯

近年 COVID-19 流行下、術前健診時に呼吸機能検査を採取施設の判断で実施しない症例が複数あった。そこで改めて本委員会で呼吸機能検査を必須とすることについて審議した結果、問診で必要と判断されるドナーにだけ実施することでよいという結論となった。なお、ドナー適格性判定基準については従来どおりとし、変更しない。

ドナー適格性判定基準：呼吸機能検査 以下、不可 %VC<70%、FEV1.0%<70%

以上

【お問い合わせ先 ：（公財）日本骨髄バンク ドナーコーディネート部 TEL 03-5280-2200 】

骨髄採取マニュアル(2024/10/18) 新旧対照表

旧	新
３．採取前健康診断の実施について　（Ｐ５１） 【 術前健診の必要検査項目（必須） 】 〇呼吸機能検査 ※<u>他の検査</u>については、採取施設の判断で実施すること。	３．採取前健康診断の実施について　（Ｐ５１） 【 術前健診の必要検査項目（必須） 】 ~~〇呼吸機能検査~~　＜削除＞ ※<u>呼吸機能等の検査</u>については、採取施設の判断で実施すること。

送付先FAX番号12XXXXXXXXXX　３０XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

骨髄採取施設・連絡責任者→　３ＸＸ事務局 →　ドナー安全委員会・事務局

骨髄採取計画書（兼 採取判定保留報告・採取中止報告）　（１／２）

1. 骨髄採取予定日　：　20　　年　　月　　日（　　）午前・午後

ドナーＩＤ（9XXXXXXXX）　身長＿＿cm　体重＿＿Kg　血液型＿＿型 ＋－　年齢＿＿ M・F

患者　ＩＤ（8XXXXXXX）　身長＿＿cm　体重＿＿Kg　血液型＿＿型 ＋－　年齢＿＿ M・F

2. 骨髄採取計画量　：＿＿＿＿ml ←【骨髄採取マニュアルを参考に骨髄採取量を決定してください】

3. ドナー上限量　：＿＿＿＿ml ←【ドナー体重とＨｂ値（術前健診時）により算定、原則1200ml以下】

4. 最大採取量　：＿＿＿＿ml ←【ドナー上限量と採取上限量（（ドナー体重50kg以上：自己血+600ml）または（ドナー体重50kg未満：自己血+500ml））の少ない方】

※ 注）最大採取量《ドナー上限量と採取上限量の少ない方》を超えて採取しないこと。

5. 自己血採血の予定　↓【自己血貯血総量は800ml以下、骨髄採取マニュアル［自己血貯血量の算出の例］を参考にする】

自己血貯血総量　：＿＿＿＿ml　＝　□ ドナー体重50kg以上：骨髄採取計画量 － (600ml～300ml)
□ ドナー体重50kg未満：骨髄採取計画量 － (500ml～200ml)

1)　　月　　日（Day-　　）＿＿＿＿ml（全血・MAP）　当院・その他（　　）

2)　　月　　日（Day-　　）＿＿＿＿ml（全血・MAP）　当院・その他（　　）

▼術前鉄剤投与の有無→ なし・あり　：処方日＿＿月＿＿日（種類・量・回数）＿＿＿＿＿＿＿＿

6. 予定希釈液　：　□ 生食　□ その他（　　）

7. 術前・術中における予防的抗生剤投与　□ 有　薬剤名（:　　）
投与時期　□ 術前　□ 術中
□ 無

8. 術前健康診断実施日　20　　年　　月　　日（　　）

【血算】
WBC ＿＿＿＿/μl
RBC ＿＿＿＿×10⁴/μl
Hb ＿＿＿＿g/dl
↑Hb値は採取量算定の基準となります
（男性≧13.0　女性≧12.0）
Hct ＿＿＿＿%
MCV ＿＿＿＿Fl
MCH ＿＿＿＿pg
MCHC ＿＿＿＿%
Plt ＿＿＿＿×10⁴/μl
分画の異常　なし・あり

【特記事項】

【胸部XP】　異常なし・異常あり
【心電図】　異常なし・異常あり
【検尿】　異常なし・異常あり
【呼吸機能】実施する・実施しない
↓ 呼吸機能検査が必要な場合は術前健診日に実施すること。
実施した場合（異常なし・異常あり）
【血圧】＿＿＿＿/＿＿＿＿mmHg
【凝固系】　異常なし・異常あり
（PT＿＿＿＿秒：APTT＿＿＿＿秒）

【妊娠反応検査】
実施　・　実施せず
（妊娠検査は同意確認の上、原則実施）
同　　意　：　あり・なし
検査結果　：　－・検査中・＋

【感染症】
梅毒（STS）　－・検査中・＋
梅毒（TPHA）　－・検査中・＋
HBs抗原　－・検査中・＋
HBc抗体　－・検査中・＋
HBs抗体　－・検査中・＋
HCV抗体　－・検査中・＋
HTLV-1抗体　－・検査中・＋
HIV1/2抗体　－・検査中・＋
CMV抗体　－・検査中・＋

※CMV抗体の検査結果は、ドナー適格性に影響ありませんので、検査結果判明前であっても採取可否判定を行い地区事務局へご報告ください。

【不規則抗体検査】　－・検査中・＋

【その他・理学的所見】
異常なし・異常あり

※11月1日出力分より変更

DRA054_B 2024.11.1