

献血の英国滞在歴の制限等に係る検討事項について

1 問診項目の修正について（案）

〔現 行〕

海外に住んでいたことはありますか。 はい・いいえ

それはどこですか。 （国、都市名 ）

この1年間に海外旅行をしましたか。

それはどこですか。 （国、都市名 ）

→〔修正案〕

1980年（昭和55年）以降、海外に旅行又は住んでいたことはありますか。 はい・いいえ

それはどこですか。 （国、都市名 ）

いつどのくらいの期間ですか。 （ ）

1980（昭和55年）～1996年（平成8年）の間に英国に1泊以上滞在しましたか。 はい・いいえ

2 血液製剤の在庫量に関する警戒情報の提供方法について（案）

各血液センターにおいて、赤血球製剤の在庫量の下限值を持続的に下回る可能性が予測されると総合的に判断した時点を緊急事態と位置づけ、速やかに日本赤十字社及び厚生労働省に情報提供する。

情報提供を受けた日本赤十字社は、短期的には当該センターに必要な製剤を供給するとともに（別紙参照）、多地域で長期間に及ぶ場合は、必要な体制を早急に整備するための方策を検討する。

一方、厚生労働省は当該地区の都道府県、経済関係団体等に対して献血の呼び掛けを早急に行う。

〔日本赤十字社で今後実施すること〕

- ・危険水準の設定及びその水準での危機管理体制の整備
- ・短期間に地域の在庫モニタリングを実施できる体制整備
- ・地域ごとの血液不足予報の体制整備
- ・全国レベルで、血液製剤を融通しあえる体制整備

3 血液製剤の回収・廃棄及び医療機関等への情報提供について（案）

日本赤十字社は、献血者から過去の供血血液がこの度の措置に該当するとの報告があった場合、今後 vCJD 患者が発生した際に遡及調査を行うことができるよう、事実関係を登録し、当該血液に由来する血液製剤について、以下の対応を行うこととする。

① 輸血用血液製剤

当該製剤が有効期限内であれば、回収等を行う。

② 血漿分画製剤

原料血漿について製造工程投入前であれば廃棄等するよう製造業者等に働き掛ける。

この際、日本赤十字社は、医療機関又は製造業者等に対し、当該製剤のリスク等について情報提供することとなる。情報提供を受けた医療機関は、次について適切に対応する必要がある。

- (1) 当該製剤が既に患者に投入されていた場合であっても、これによって vCJD に感染するリスクは極めて低いと考えられることから、受血者（患者）には当該情報を提供する必要のないこと。ただし、当該受血者（患者）の病状、検査結果等から vCJD 感染が疑われる場合は、従前の例にならい、主治医が受血者（患者）等の了解のもと、サーベイランス調査票に基づき厚生労働省へ提出すること。
- (2) 可能であれば当該製剤を投与した旨等を診療録等に記録しておくこと。
- (3) 従前のおり手術器具、内視鏡等の使用の際の洗浄、消毒等には留意すること。

※ 回収の対象となる製剤の範囲等について（案）

- ① 対象製剤は、製剤ごとの有効期限内の供血血液全てとする。
- ② 過去の供血血液に関する情報は、現時点では、献血者からの申し出、再献血時の確認によって知るしかない。より安全サイドにたつと、今回の措置の対象となる献血者から日本赤十字社に対して、過去の献血時の情報を提供してもらうことが適当である。

なお、実施する際には、国民の十分な理解を得る必要がある。

問 診 票

この問診票は、献血される方と輸血を受けられる方の安全を守るためにうかがうものです。
エイズ検査目的の献血は、血液を必要とする患者さんの安全のためにお断りしています。

| 質 問 事 項 | | | 質 問 事 項 | | |
|---------|---|---|--|---|---|
| 1 | 今日の体調はよろしいですか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 9 | 今までに輸血や臓器の移植を受けたことがありますか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 2 | この3日間に注射や服薬をしましたか。 歯科治療（歯石除去を含む）を受けましたか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 10 | B型やC型の肝炎ウイルス保有者（キャリア）と言われたことがありますか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 | 今までに次の病気等にかかったことがありますか。 または現在かかっていますか。 マラリア、梅毒、肝臓病、乾せん、心臓病、脳卒中、 血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、 ぜんそく、アレルギー疾患、外傷・手術、 その他（ ） | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 11 | 次のいずれかに該当することがありますか。 ①CJD（クロイツフェルト・ヤコブ病）及び 類縁疾患と医師に言われたことがある。 ②血縁者にCJD及び類縁疾患と診断された人がいる。 ③人由来成長ホルモンの注射を受けたことがある。 ④角膜移植を受けたことがある。 ⑤硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 | 次の病気や症状がありましたか。 3週間以内ーはしか、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹、水痘 1ヵ月以内ー発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6ヵ月以内ー伝染性単核球症 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 12 | 女性の方：現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6ヵ月間に産出、流産をしましたか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 5 | この1ヵ月間に家族にA型肝炎やリンゴ病（伝染性紅斑）を 発症した人はいますか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 13 | エイズの検査を受けるための献血ですか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 6 | この1年間に予防接種を受けましたか。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 14 | この1年間に次のいずれかに該当することありまし たか。（該当する項目を選ぶ必要はありません） ①不特定の異性と性的接触をもった。 ②男性の方：男性と性的接触をもった。 ③エイズ検査（HIV検査）で陽性とされた。 ④麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤①～④に該当する者と性的接触をもった。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 7 | 海外に住んでいたことはありますか。 それはどこですか。（国、都市名 ） この1年間に海外旅行をしましたか。 それはどこですか。（国、都市名 ） | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| 8 | この1年間に次のいずれかに該当することありまし たか。 ①ピアス、またはいれずみ（刺青）をした。 ②使用後の注射針を誤って自分に刺した。 ③肝炎ウイルス保有者（キャリア）と性的接触等親密な 接触があった。 | はい・いいえ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 回答訂正番号 _____ 番 私は以上の質問を理解し、正しく答えました。 献血した血液について、梅毒、HBV（B型肝炎ウイルス）、HCV （C型肝炎ウイルス）、HIV（エイズウイルス）、HTLV-I （ヒトTリンパ球向性ウイルス-I型）等の検査が行われることを 了解し、献血します。 | | |

(注意) 1. 献血される方は、「はい・いいえ」欄の該当する方に 印を
ご記入願います。
2. それ以外の欄には、問診を行う者が、必要事項を記入いたします。

| | |
|-----|--|
| 署 名 | |
|-----|--|

問 診 票

この問診票は、献血される方と輸血を受けられる方の安全を守るためにうかがうものです。
エイズ検査目的の献血は、血液を必要とする患者さんの安全のためにお断りしています。

記入例:

| 質 問 事 項 | | | 質 問 事 項 | | |
|---------|--|--|--|--|--|
| 1 | 今日の体調はよろしいですか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 9 | 今までに輸血や臓器の移植を受けたことがありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 2 | この3日間に注射や服薬をしましたか。 歯科治療(歯石除去を含む)を受けましたか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 10 | B型やC型の肝炎ウイルス保有者(キャリア)と 言われたことがありますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 3 | 今までに次の病気にかかったことがありますか。 または現在かかっていますか。 マラリア、梅毒、肝臓病、乾せん、心臓病、脳卒中、 血液疾患、がん、けいれん、腎臓病、糖尿病、結核、 ぜんそく、アレルギー疾患、外傷・手術、 その他() | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 11 | 次のいずれかに該当することがありますか。 ① CJD(クロイツフェルト・ヤコブ病)及び類縁疾患と 医師に言われたことがある。 ② 血縁者にCJD及び類縁疾患と診断された人がいる。 ③ 人由来成長ホルモンの注射を受けたことがある。 ④ 角膜移植を受けたことがある。 ⑤ 硬膜移植を伴う脳外科手術を受けたことがある。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 4 | 次の病気や症状がありましたか。 3週間以内-はしか、風疹、おたふくかぜ、帯状疱疹、水痘 1ヶ月以内-発熱を伴う食中毒様の激しい下痢 6ヶ月以内-伝染性単核球症 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 12 | 女性の方 : 現在妊娠中、または授乳中ですか。 この6ヶ月間に産、流産をしましたか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 5 | この1ヶ月間に家族にA型肝炎やリンゴ病(伝染性紅斑) を発症した人はいますか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 13 | エイズの検査を受けるための献血ですか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 6 | この1年間に予防接種を受けましたか。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 14 | この1年間に次のいずれかに該当することがありま したか。(該当する項目を選ぶ必要はありません) ① 不特定の異性と性的接触をもった。 ② 男性の方 : 男性と性的接触をもった。 ③ エイズ検査(HIV検査)で陽性と言われた。 ④ 麻薬・覚せい剤を注射した。 ⑤ ①~④に該当する者と性的接触をもった。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> |
| 7 | 1980年以降に、海外に旅行または住んでいたことがありま すか。①それはどこですか。(国・都市名) ②いつ、どのぐらいの期間ですか。() ③1980年~1996年の間に、英国に1日以上滞在してい たことがありますか。(はい いいえ) | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | | | |
| 8 | この1年間に次のいずれかに該当することがありま したか。 ①ピアス、またはいれずみ(刺青)をした。 ②使用後の注射針を誤って自分に刺した。 ③肝炎ウイルス保有者(キャリア)と性的接触等親密 な接触があった。 | はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> | 回答訂正番号 _____ 番 私は以上の質問を理解し、正しく答えました。 献血した血液について、梅毒、HBV(B型肝炎ウイルス)、HCV (C型肝炎ウイルス)、HIV(エイズウイルス)、HTLV-I (ヒトTリンパ球向性ウイルス-I型)等の検査が行われることを 了解し、献血します。 | | |

(注意) 1. 献血される方は、「はい・いいえ」欄の該当する方に 印をご記入願います。
2. それ以外の欄には、問診を行う者が、必要事項を記入いたします。

| | |
|-----|--|
| 署 名 | |
|-----|--|