

血液製剤使用適正化方策調査研究事業に係る企画書募集要領

1 総 則

本平成21年度血液製剤使用適正化方策調査研究事業に係る企画競争の実施については、この要領に定める。

2 業務内容

本平成21年度血液製剤使用適正化方策調査研究事業の内容は、別添「血液製剤使用適正化方策調査研究事業に係る企画書作成のための仕様書」（以下「仕様書」という。）のとおりとする。

3 事業実施期間

契約締結日から平成22年3月31日（水）まで。

4 予算額

業務の予算額は7,314千円（消費税及び地方消費税額を含む。）以内を予定している。なお、採択1件あたりの予算額は約700千円である。

また、上記委託金額は、変動する可能性があり、変動後は速やかに受託者に通知する。

5 参加資格

- (1) 都道府県ごとに組織されている地域医療の代表者及び医療機関の管理者等の委員から構成された「合同輸血療法委員会」の研究代表者であること。
- (2) 国をはじめとして、各地方公共団体等関係機関、関係団体との各種調整を円滑に行うことが可能な者であること。
- (3) 本事業の趣旨を十分理解し、十分な調査結果を得ることが可能な者であること。

6 企画競争説明書に対する質問受付及び回答

(1) 受付先

〒100-8916

東京都千代田区霞が関1丁目2番2号

厚生労働省医薬食品局血液対策課総務係 担当：近藤、加藤

TEL 03-5253-1111（内線2903）

FAX 03-3507-9064

(2) 受付期間

平成21年7月24日（金）までの10:00～18:00

(3) 受付方法

F A X (A 4、様式自由)にて受け付ける。

(4) 回答

平成 2 1 年 7 月 2 9 日 (水) までに企画競争参加者に対して F A X にて行う。

7 企画書等の提出書類、提出期限等

(1) 提出書類

仕様書に基づいた研究計画書を (別添) に従って作成する。

「平成 2 1 年度血液製剤使用適正化方策調査研究事業」研究計画書
合同輸血療法委員会設置要綱等

すでに組織されている合同輸血療法委員会においては、その活動内容を示すもの

(2) 提出期限等

提出期限

平成 2 1 年 7 月 3 1 日 (金) 1 8 時

企画書等の提出場所及び作成に関する問い合わせ先

6 (1) に同じ

提出部数

各 1 部

提出方法

郵送とする。

提出に当たっての注意事項

ア 提出された企画書等は、その事由の如何にかかわらず、変更又は取消しを行うことはできない。また、返還も行わない。

イ 提出された企画書等は、提出者に無断で使用しない。

ウ 一者当たり 1 件の研究計画書を限度とし、1 件を超えて申込みを行った場合はすべてを無効とする。

エ 虚偽を記載した研究計画書等は、無効とする。

オ 参加資格を満たさない者が提出した研究計画書等は、無効とする。

カ 研究計画書等の作成及び提出に係る費用は、提出者の負担とする。

8 評価の実施

(1) 「平成 2 1 年度血液製剤使用適正化方策調査研究事業に係る企画書等評価基準」に基づき、提出された企画書等について評価を行い、業務の目的に合致し、かつ評価の高い企画書等を提出した 1 0 者を選定し、契約候補者とする。その際、必要に応じ事業の実施に係る条件等を付する場合がある。

(2) 評価結果は、企画書等の提出者に遅滞なく通知する。

9 その他

(1) 企画書の作成に用いる言語及び通貨は、日本語及び日本国通貨とする。

(2) 詳細については仕様書に従うものとする。

別添

平成 2 1 年度 血液製剤使用適正化方策調査研究事業 研究計画書

平成____年____月____日

医薬食品局長 殿

住 所 〒 _____
所属機関 _____
フリカ`ナ _____
研究代表者 氏 名 _____
TEL・FAX _____
E-mail _____

平成 2 1 年度血液製剤使用適正化方策調査研究を実施したいので次のとおり研究計画書を提出する。

- 1 . 研究課題名 : _____
- 2 . 経理事務担当者の氏名及び連絡先 (所属機関、TEL・FAX・E-mail) : _____

3 . 合同輸血療法委員会組織 (現時点では参加予定でも可)

研究者名	分担する研究項目	所属機関及び 現在の専門 (研究実施場所)	所属機関 における 職名

各自治体の合同輸血療法委員会の設置状況等

財団法人血液製剤調査機構提出資料より厚生労働省作成

2009.7

No	都道府県	平成20年度			平成21年度	
		合同輸血療法委員会等の設置あり*1	適正使用の話題あり*2	備考	合同輸血療法委員会等の設置予定あり*1	活動計画
1	北海道					
2	青森					未定
3	岩手			会議名：血液製剤使用適正化推進委員会		H21.12
4	宮城					H21.8, H22.3
5	秋田					H21.11
6	山形	×			×	
7	福島					H21.7,9
8	茨城	×			×	
9	栃木					H21.10
10	群馬					H21.9,11
11	埼玉	×				合同輸血療法委員会の設置は検討事項
12	千葉					H22.2
13	東京	×			×	
14	神奈川					H21.6, H22.1
15	山梨					H21.5, H21.9,10,12
16	長野	×				H21.8
17	新潟					H22.3
18	富山	×			×	
19	石川	×				未定
20	福井	×			×	
21	岐阜			会議名：岐阜県血液製剤使用適正化懇談会		
22	静岡					未定
23	愛知	×			×	
24	三重					H21.5,秋、H22.冬
25	滋賀	×			×	
26	京都					H21.7
27	大阪			会議名：輸血療法委員長会議		H21.11
28	兵庫					
29	奈良					未定
30	和歌山	×			×	
31	鳥取	×			×	
32	島根	×			×	
33	岡山					H21.11、未定
34	広島	×				合同輸血療法委員会 H21年度設置に向け 検討中
35	山口			会議名：輸血療法委員会合同会議		H21.11
36	徳島	×			×	
37	香川					H22.1
38	愛媛					未定
39	高知	×				合同輸血療法委員会 H21.6.26 開催
40	福岡					H21.11
41	佐賀	×			×	
42	長崎			会議名：血液製剤使用適正化に係る検討会		合同輸血療法委員会 H21年度設置検討
43	熊本	×			×	
44	大分	×		血液製剤使用適正化事業として実施		H21.9, H22.1,2
45	宮崎	×			×	
46	鹿児島	×				合同輸血療法委員会 H21.6.25 準備会、 H21.9.12 開催予定
47	沖縄					H21.10
合計		26			33	

*1 : 合同輸血療法委員会等の設置あり × : 合同輸血療法委員会等の設置なし

*2 : 合同輸血療法委員会等で「使用適正化に関する話題」あり × : 当該話題なし

(案)

平成 21 年 6 月 11 日

各都道府県
献血推進担当者 様

財団法人 血液製剤調査機構
調査課 佐藤 隆

「各自治体の献血推進情報」ご提供のお願い

拝啓 時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素より血液製剤調査機構に格別のご支援を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、当機構ホームページにて各都道府県の献血推進情報を掲載させることで、献血の推進に役立てるよう厚生労働省から要望されており、例年、血液関係ブロック会議開催の頃に、各自治体献血推進情報のご提供をお願いしておりました。今年度につきましても、当該情報のご提供をお願いいたしますとともに、「合同輸血療法委員会」に関しましては、6 月中に集約したいと考えております。

ご多用中、まことに恐縮に存じますが、合同輸血療法委員会に関する情報を 6 月 29 日までに、その他の項目については、7 月 17 日までに、ご提供くださいますよう、お願い申し上げます。

なおご提供いただく方法は、添付の Excel File にご記載戴き、E-mail でご送信くださいますよう、お願い申し上げます。

敬具

【送信先】

〒105-0011 東京都港区芝大門 2 - 3 - 3 寺田ビル 5 F

(財)血液製剤調査機構

TEL: 03-3438-4305

FAX: 03-3437-4810

E-mail:satoh@bpro.or.jp

平成21年度 献血推進情報入力表

[入力事項(事業名、対象など)の下にある黒枠で囲まれた空きセルに入力願います]
(6月29日までに、ご送付ください)

都道府県名	所属*	担当者名*
	TEL*	
	FAX*	
	MAIL*	

合同輸血療法委員会について		合同輸血療法委員会の有無をお教えてください。	
名 称	設置状況	備 考	
合同輸血療法委員会	有・無	有の場合：設置年月	
類似の委員会等	有・無	有の場合：名称	
		有の場合：設置年月	

合同輸血療法委員会、又は類似の委員会等がある場合、合同輸血委員会等と記載します。
この合同輸血委員会等の活動実績、活動予定をお教えてください。

平成21年度合同輸血療法委員会等の計画	
年 月	概 要

平成20年度合同輸血療法委員会等の開催実績			(プログラムがあれば添付してください)	
年 月	参加病院数	委員会できりあげた内容(具体的に)	適正使用の話題	成 果
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	
			有・無	

- * 所属は 保健**部 薬*課 とご記入ください。 ご協力ありがとうございました。
- * 献血推進ご担当者名は平成21年6月1日現在でご記入ください。
- * 献血推進ご担当者の電話、ファクス、メールアドレスをご記入ください。