

## 輸血テクニカルセミナー2018 募集要項

一般社団法人 日本輸血・細胞治療学会 理事長 室井 一男  
 輸血検査技術講習委員会 委員長 奥田 誠  
 一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会 代表理事 会長 宮島 喜文

日本輸血・細胞治療学会は、輸血検査技術の向上のみならず、標準的技量を持ち、輸血検査の質を担保出来る輸血検査担当技師の育成を目指しております。

様々な異常反応に対応する知識、技術を得るためには、経験が大変重要となります。

本年度のテーマは、「異常反応に対応できる技師の育成」として企画しました。

近年話題となっている“分子標的治療薬剤”を使用した患者は、自己抗体保有患者もしくは高頻度抗原に対する抗体保有患者と類似した反応態度を示します。今回のセミナーでは、前記の患者を想定し、それぞれの検査の対処法についての手技を確認する予定であります。

是非とも多くの参加者のお申し込みをお願いいたします。

## 記

1. 日程：2019年3月16日(土) 13:00～17:00、3月17日(日) 8:30～16:00
2. 会場：京都府立医科大学
3. 対象：日本輸血・細胞治療学会会員または日本臨床衛生検査技師会会員
4. 募集人数：① 講義+実技 80名 ② 講義のみ 20名  
 (募集定員を超えた場合、抽選とさせていただきます。また、1施設1名の参加とさせていただきます。)
5. 参加費：① 講義+実技 20,000円 ② 講義のみ 5,000円
6. テーマ：異常反応に対応できる技師の育成
  - A. 講義 (3月16日(土) 13:00～17:00)
 

司会：東邦大学医療センター大森病院 輸血部 奥田 誠  
 近畿大学医学部附属病院 輸血・細胞治療センター 井手 大輔

    - 1) 輸血検査における異常反応時の対応(案)  
 東北ブロック血液センター 品質部検査一課 伊藤 正一 先生
    - 2) 自己抗体保有患者における検査の進め方・輸血の選択について  
 都立駒込病院 輸血細胞治療科 森山 昌彦 先生
    - 3) 多発性骨髄腫患者の治療と検査室へのアプローチ  
 日本赤十字社血液事業本部 技術部次長 高梨 美乃子 先生
    - 4) Daratumumab 使用患者の検査～手技を中心に  
 東邦大学医療センター大森病院 輸血部 奥田 誠 先生
  - B. 実技 (3月17日(日) 9:00～16:00)
 

進行：青森市民病院 臨床検査部 本田 昌樹  
 熊本大学医学部附属病院 輸血・細胞治療部 福吉 葉子  
 都立駒込病院 輸血細胞治療科 森山 昌彦

    - 1) 間接抗グロブリン試験で汎反応を示す検体に対する不規則抗体検査
    - 2) PEGを用いた自己抗体吸着法
    - 3) 赤血球のDTT処理と分子標的薬剤の投与検体に対する不規則抗体検査
7. 主催：一般社団法人 日本輸血・細胞治療学会  
 共催：一般社団法人 日本臨床衛生検査技師会
8. 事務局：東海大学医学部附属病院 臨床検査技術科 輸血室 連絡先：FAX 0463-92-6911  
 受付担当：板垣 浩行  
 実行委員長：東邦大学医療センター大森病院 輸血部 奥田 誠
9. 申込要綱：別紙QRコードもしくはURLからのWeb申込み、または(輸血テクニカルセミナー2018参加申込書)に記入の上、FAXでお申し込みください。
10. 申込み開始日、締切日：2019年1月18日(金) 9:00から2019年2月1日(金) 17:00まで  
 抽選結果は、2019年2月8日(金) 発送で各施設へ郵送でお知らせいたします。
11. 昼食・宿泊については各自で手配お願いします。
12. 実技を受講される方は、白衣、筆記用具、試験管立て(12mm管、50本用)、検査用手袋、タイマー、20～50μLが取れるマイクロピペットとチップ数本を持参してください。

## Web での申込み

### 輸血テクニカルセミナー2018 申込み

URL : <http://ur0.biz/LuCo>

QR コード



Web に申込書がございます。指示に従って入力をお願いします。

# FAX での申込み：0463-92-6911

東海大学医学部附属病院 臨床検査技術科 輸血室 板垣 浩行 宛

## 輸血テクニカルセミナー2018 参加申込書

※ 必須入力（楷書で丁寧に記載をお願いします）

施設名※	(所属)	
施設住所※	郵便番号	都道 府県
受講者氏名※（ふりがな）	（ふりがな： ）	
日本輸血・細胞治療学会会員番号		
日本臨床衛生検査技師会会員番号		
輸血検査経験年数※	検査技師歴 年	輸血検査歴 年
認定輸血検査技師資格の有無※	①はい	②いいえ
希望受講コース※ ○でコースを囲んでください	2019年3月16日、17日 ① 講義+実技	2019年3月16日 ② 講義のみ
参加依頼状(委嘱状)の有無  (委嘱状が必要な方は 記載してください)	有 所属上長 または 職名 ( ) 宛名 ( )	無
連絡先※(正確に記載してください)	TEL	FAX
E-mail (正確に記載してください)		
貴施設についてアンケートにご協力ください		
病床数	床	
輸血検査の業務体制について	①専任で行っている	②兼務で行っている
貴施設で実施している業務について 教えてください(☑してください)	<input type="checkbox"/> ABO, RhD 血液型 <input type="checkbox"/> 不規則抗体スクリーニング <input type="checkbox"/> 抗体同定試験 <input type="checkbox"/> 亜型検査(吸着解離試験、唾液抑制試験、糖転移酵素測定など) <input type="checkbox"/> 交差適合試験 <input type="checkbox"/> HLA 検査(抗原検査、抗体検査など) <input type="checkbox"/> 幹細胞採取・処理・保存(末梢血、BMなど)	
専任の輸血検査技師はいますか?	①はい	②いいえ
認定輸血検査技師はいますか?	①はい	②いいえ
輸血管理料 I または II を取得していますか?	①はい	②いいえ
適正輸血使用加算を取得していますか?	①はい	②いいえ
今回 DTT (ジチオスレイトール) を 使用した検査を予定しておりますが、 貴施設で DTT はお持ちですか?	①はい	②いいえ