

メディカルスタッフに対する血漿交換療法の研修体制

平成 27 年 2 月

(一社)日本アフェレシス学会 技術委員会

松金 隆夫、峰島三千男、篠田俊雄、佐藤元美、岩本ひとみ、

江口 圭、金子岩和、山家敏彦、面川 進

メディカルスタッフに対する血漿交換療法の研修体制

1. 研修目的

血漿交換療法は、その多くが難病指定の疾患であることなどから施設ごとの施行件数に大きな差が生じている。このことは、安全で質の高い血漿交換療法技術を普及する大きな障害となっている可能性がある。また、施設の専門性、施設環境に応じて経験する疾患も大きく異なっている懸念がある。さらに、当学会が行っている認定制度の受験資格および認定更新には治療実績を明記しなければならないことから、広く血漿交換療法技術を経験し習得可能な体制の確保が必要と考える。

そこで（社）日本アフレスシス学会技術委員会では、学会認定専門医施設、認定技士施設、認定施設および企業研修センターなどの協力を得て、広く血漿交換療法技術を学ぶための研修体制を構築することで前述の問題に対処し、技術の向上維持に寄与するものである。

2. 研修対象者

（社）日本アフレスシス学会会員の臨床工学技士、看護師、准看護師とする。研修申し込み時での入会を認める。

3. 研修計画

別途血漿交換療法研修計画に基づいて実施する。新卒臨床工学技士、看護師では、単純血漿交換法、二重濾過血漿分離法、血漿吸着法、直接血液吸着法全てについて行うものとし、その技術の習得基準としては、『各治療法について3回以上』実施するものとする。（最低12回、12日間以上）但し、アフレスシス学会認定技士を有する技士や、治療経験を有する疾患、治療法については、任意に治療方法や回数を選択できるものとする。

4. 研修施設および指導者

研修は、（社）日本アフレスシス学会専門医施設、学会認定施設、認定技士施設、企業研修センターとする。また、企業研修センターでは、血漿交換療法で使用される治療器材や治療装置等の操作、取り扱い等の基礎系について研修する。指導者は、原則として専門医、認定技士とする。研修承諾施設は、一覧表として開示し、研修可能な治療モードや主な専門疾患を明確にする。下記に現在の専門医施設、認定施設、認定技士施設、企業研修センター数を示す。

- 1) 専門医施設 165 施設
 - 2) 認定施設 83 施設
 - 3) 認定技士施設 142 施設
 - 4) 企業研修センター 3 施設
- (1) 旭化成メディカル(株)

アフレスシス・テクノロジー・スクエア（東京）

(2) (株) カネカ

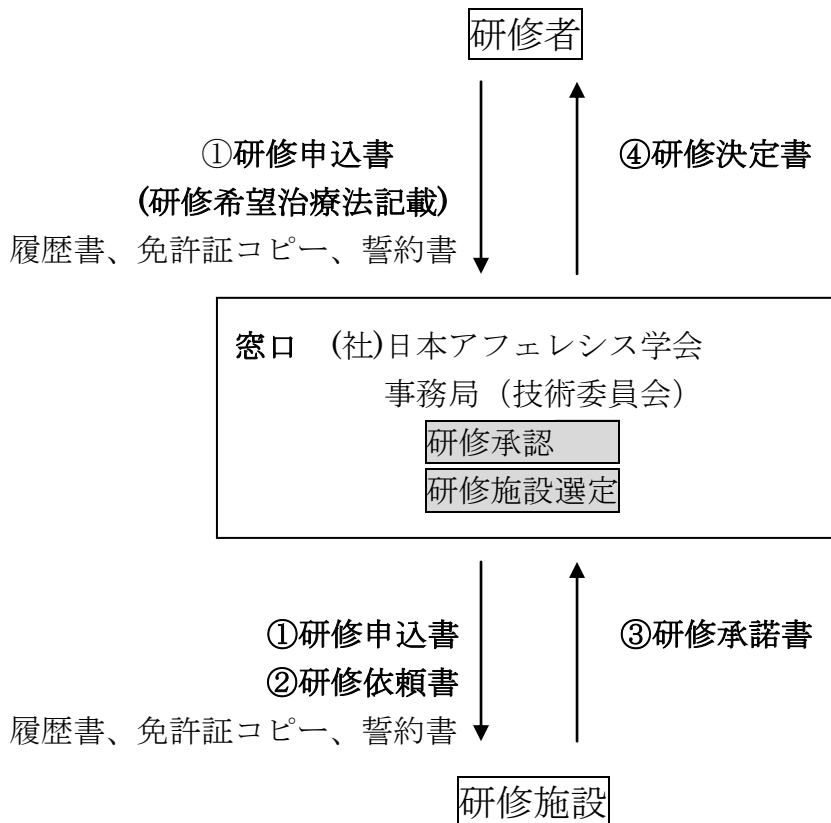
摂津カスタマーサービスセンター（大阪）

天王洲カスタマーサービスセンター（東京）

(3) 川澄化学工業（株）

カスタマー・テクニカル・センター（神奈川県川崎市）

5. 研修の申し込み手続きと研修確定



① 研修申込

研修希望者は、研修申込書（研修希望治療法を記載 様式1）、履歴書（様式2）、誓約書（様式3）、免許コピーを添えて(社)日本アフレスシス学会事務局（技術委員会）へ3ヶ月前にメールで送付する。

② 研修施設への依頼

(社)日本アフレスシス学会事務局（技術委員会）は、研修申込みを承認後、研修施設へ研修依頼書を送付する。

③ 研修施設よりの承諾

研修施設は、研修受け入れを承諾した後、研修承諾書を送付する。

④ 研修決定

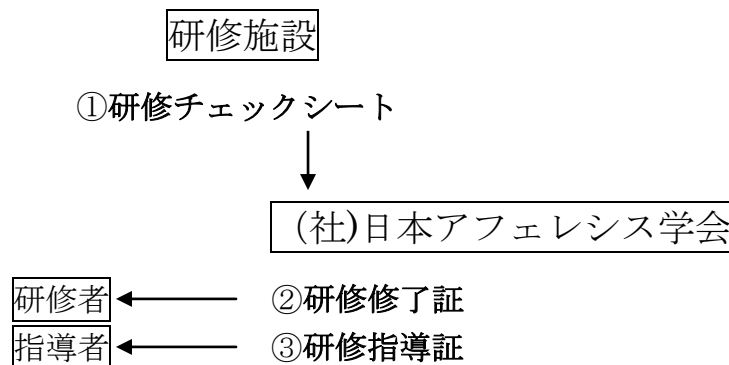
(社)日本アフェレシス学会事務局(技術委員会)は、研修希望者へ研修決定書を送付する。

6. 研修計画(案)

研修は、希望する治療法について、別途に示す血漿交換療法研修計画(案)に基づいて行うものとする。

7. 研修評価

研修施設の指導者は、各々研修チェックシートに基づいて技術習得の評価を行う。学会は、記載されたシートを基に、技術習得を確認し、研修者および指導者に対して、各々研修修了証、指導証明書を発行する。なお、研修修了証、指導証明書は、医療機関において『一治療法について3回以上』の研修をもって発行する。



8. 研修費

研修費は、自己(自施設)負担とし研修施設より研修者へ提示するものとする。支払いは、事前に払うものとする。なお、通信費等については実費とする。

9. 守秘義務、個人情報等に関して

臨床工学技士法、保健師助産師看護師法、個人情報保護法に基づくものとする。別途、誓約書を提出する。

10. アフェレシス認定技士更新時での単位加算について

医療機関において『一治療法について3回以上』を基準として4単位を与える。また、指導者についても同様に4単位を与える。

さらに企業研修(基礎系)においては2単位与える。指導者についても同様に2単位を与える。

【参照：日本アフェレシス学会が主催または認定した教育研修会または講演会への出席(2単位/回)およびその講師として講演(7単位/回)】

11. 研修体制の公表について

血漿交換療法研修体制を血液浄化関連団体のHPへの掲載依頼をして公表する。

血漿交換療法研修申込書

1) 研修者氏名 _____ 印

資格 臨床工学技士 看護師 准看護師

日本アフェレシス学会認定技士 有 無

賠償責任保険 加入 未加入

HBVワクチン接種 済 未

2) 勤務施設 _____

3) 所属 _____

4) 勤務先施設長 _____ 印

5) 勤務先住所 _____

6) 勤務先電話 _____

mail _____

7) 研修希望 (内をチェックする)

医療機関(臨床系)

単純血漿交換法・対象疾患等 _____

二重濾過血漿分離法・対象疾患等 _____

血漿吸着法・対象疾患等 _____

血液吸着法・対象疾患等 _____

企業 (基礎系)

単純血漿交換法・器材・装置等 _____

二重濾過血漿分離法・器材・装置等 _____

血漿吸着法・器材・装置等 _____

血液吸着法・器材・装置等 _____

8) 希望研修先

第1) _____

第2) _____

申込み受付

事務局 (技術委員会) _____ 年 _____ 月 _____ 日 印

履歴書

1) 研修者氏名 _____

2) 生年月日 _____

3) 職歴
_____年

_____年

_____年

4) 血漿交換療法 (実績等)

誓約書

研修施設 _____

施設長 _____ 殿

貴施設の規律を守り、研修中は、指導者の指示に従って行うことを誓います。
また、研修で知り得た患者様の情報については、臨床工学技士法、保健師助産師看護師法、個人情報保護に関する法律に基づいて遵守することを誓います。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

研修者 _____ 印

(学会作成/管理→研修施設)

血漿交換療法研修依頼書

研修施設 _____

施設長 _____ 先生

(社)日本アフェレシス学会

専門医 _____ 先生

(社)日本アフェレシス学会

理事長 _____ 印

下記、血漿交換療法の研修を依頼いたします。宜しくご指導下さいますようお願い申し上げます。

研修者氏名 _____

勤務先名 _____

添付書類

- 1) 研修申込書
- 2) 履歴書
- 3) 誓約書
- 4) 免許証コピー

学会問い合わせ

事務局（技術委員会）

TEL _____

mail _____

(研修施設作成→学会管理)

血漿交換療法研修承諾書

(社)日本アフェレシス学会

理事長 _____

平成 年 月 日

研修施設 _____

研修施設長 _____ 印

学会専門医 _____ 印

学会認定技士 _____ 印

企業指導者 _____ 印

下記、研修を承諾します。

研修者氏名 _____

1)研修日程に関して _____

2)研修方法に関して _____

3)その他 _____

(学会作成/管理→研修者)

研修施設決定書

施設名 _____

研修者氏名 _____ 様

平成 年 月 日
(社)日本アフェレシス学会

理事長 _____

血漿交換療法の研修施設が決定しましたのでお知らせ致します。

研修施設 _____
研修施設長 _____
学会専門医 _____
学会認定技士 _____
企業指導者 _____
施設住所 _____
電話/FAX _____
研修日程 _____

学会問い合わせ先
事務局（技術委員会）

TEL _____

mail _____

血漿交換療法研修報告 チェックシート 1 (単純血漿交換法)

研修者氏名 _____

研修日 _____

指導者

研修施設 _____

学会専門医 _____ 印

学会認定技士 _____ 印

企業指導者 _____ 印

確認事項

1. 基礎系

- 血漿分離器の機能の理解
- 使用血漿分離器の名称 _____
- 血漿交換療法装置の操作の理解と習熟 使用装置名称: _____
- 血漿分離器・血液回路・血漿回路の装置装着、洗浄充填の手技
- 操作条件に関する理解と実施
- 血液・血漿回収の手技 1)
- トラブル対応 (TMP 上昇、装置異常等) に関する理解 1)
- その他 _____

2. 臨床系

- 血漿交換法の適応疾患、病態の理解、指標と評価
疾患名 1) _____ 疾患名 2) _____ 疾患名 3) _____
- 置換液の準備 (種類、置換量・濃度設定) に関する理解と実技
- F F P での HD 併用法の理解
- 抗凝固法に関する理解と実技
- V A の理解
- 治療条件に関する理解と実施
- 血液・血漿回収の手技 2)
- トラブル対応 (血圧低下、溶血、凝固、TMP 上昇等) に関する理解 2)
- その他 _____

事務局 (技術委員会) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印

血漿交換療法研修報告 チェックシート2 (二重濾過血漿分離法)

研修者氏名 _____

研修日 _____

指導者

研修施設 _____

学会専門医 _____ 印

学会認定技士 _____ 印

企業指導者 _____ 印

確認事項

1. 基礎系

- 血漿分離器、血漿成分分画器の機能の理解
- 使用血漿分離器、血漿成分分画器の名称： _____ / _____
- 血漿交換療法装置の操作の理解と習熟 使用装置名称： _____
- 血漿分離器、血漿成分分画器、血液回路・血漿回路の装置装着、洗浄
充填の手技
- 操作条件に関する理解と実施
- 血液・血漿回収の手技 1)
- トラブル対応（血漿分離器・分画器TMP上昇、装置異常等）に関する
理解 1)
- one-way 法等の手技 1)
- その他 _____

2. 臨床系

- 適応疾患、病態の理解、指標と評価
 - 疾患名 1) _____ 疾患名 2) _____ 疾患名 3) _____
 - 置換液準備（置換量・濃度設定）に関する理解と実技
 - 抗凝固薬の選択および準備に関する理解と実技
 - VAの理解
 - 治療条件に関する理解と実施
 - 血液・血漿回収の手技 2)
 - トラブル対応（血圧低下、回路凝固、TMP上昇など）に関する理解 2)
 - one-way 法等の手技 2)
 - その他 _____
-

事務局（技術委員会） _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印

血漿交換療法研修報告 チェックシート 3 (血漿吸着法)

研修者氏名 _____

研修日 _____

指導者

研修施設 _____

学会専門医 _____ 印

学会認定技士 _____ 印

企業指導者 _____ 印

確認事項

1. 基礎系

- 血漿分離器、血漿吸着器の機能の理解
- 血漿分離器、血漿吸着器名称： _____ / _____
- 血漿交換療法装置の操作の理解と習熟 使用装置名称： _____
- 血漿分離器、血漿吸着器、血液回路・血漿回路の装置装着、洗浄充填の手技
- 操作条件に関する理解と実施
- 血液・血漿回収の手技 1)
- トラブル対応（血漿分離器TMP上昇、吸着器差圧上昇、装置異常等）に関する理解 1)
- その他 _____

2. 臨床系

- 適応疾患、病態の理解、指標と評価
疾患名 1) _____ 疾患名 2) _____ 疾患名 3) _____
- 抗凝固薬の選択および準備に関する理解と実技
- VAの理解
- 治療条件、操作条件に関する理解と実施
- 血液・血漿回収の手技
- トラブル対応（血圧低下、回路凝固、TMP、差圧上昇など）に関する理解 2)
- その他 _____

事務局（技術委員会） _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印

血漿交換療法研修報告 チェックシート4 (血液吸着法)

研修者氏名 _____

研修日 _____

指導者

研修施設 _____

学会専門医 _____ 印

学会認定技士 _____ 印

企業指導者 _____ 印

確認事項

1. 基礎系

血液吸着器の種類と機能の理解 血液吸着器名称: _____ / _____

血液吸着装置の操作の理解と習熟 装置名称: _____

血液吸着器、血液回路の装着、洗浄充填の手技

操作条件に関する理解と実施

血液・血漿回収の手技 1)

トラブル対応 (差圧上昇、装置異常等) に関する理解 1)

その他 _____

2. 臨床系

適応疾患、病態の理解、指標と評価

疾患名 1) _____ 疾患名 2) _____ 疾患名 3) _____

抗凝固薬の選択および準備に関する理解と実技

V A の理解

治療条件に関する理解と実施

血液回収の手技

トラブル対応 (血圧低下、回路凝固、差圧上昇など) に関する理解 2)

その他 _____

事務局 (技術委員会) _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 印

(認定施設、企業他作成→学会管理)

研修受け入れ確認書（事前確認用）

(社)日本アフェレシス学会

平成 年 月 日

研修施設 _____
研修施設長 _____ 印
学会専門医 _____ 印
学会認定技士 _____ 印
企業指導者 _____ 印

メディカルスタッフの血漿交換療法研修受け入れについて

(□内にチェックを入れてください。)

研修を受け入れます

医療機関

- 単純血漿交換法・対象疾患等 _____
 二重濾過血漿分離法・対象疾患等 _____
 血漿吸着法・対象疾患等 _____
 血液吸着法・対象疾患等 _____

企業（基礎系）

- 単純血漿交換法・器材・装置等 _____
 二重濾過血漿分離法・器材・装置等 _____
 血漿吸着法・器材・装置等 _____
 血液吸着法・器材・装置等 _____

研修受け入れを辞退します

事務局（技術委員会） 年 月 日 印

(学会作成/管理→研修者)

研修修了証

施設名 _____

研修者名前 _____

血漿交換療法の研修を修了したことを証します。

研修先 _____

研修日 _____

研修内容

単純血漿交換法・疾患名 _____

二重濾過血漿分離法・疾患名 _____

血漿吸着法・疾患名 _____

血液吸着法・疾患名 _____

平成 年 月 日

(社)日本アフェレシス学会

理事長 _____ 印

(学会作成/管理→指導者)

研修指導証明書

施設名_____

名前_____

血漿交換療法研修制度において臨床工学技士、看護師の技術指導を行ったことを証します。

研修指導日_____

指導内容

単純血漿交換法・疾患名_____

二重濾過血漿分離法・疾患名_____

血漿吸着法・疾患名_____

血液吸着法・疾患名_____

平成 年 月 日

(社)日本アフェレシス学会

理事長_____印

