

平成 20 年 5 月 20 日

非血縁者間骨髄採取認定施設  
採取責任医師 各 位

財団法人 骨髄移植推進財団  
ドナー安全委員会  
医療委員会

### 骨髄採取量と細胞数のカウントについて(通知)

平素は、骨髄バンク事業の推進に格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、非血縁ドナーの骨髄採取につきまして、細胞数が少なかった事例が数例報告されております。この件について、ドナー安全委員会と医療委員会において検討しました。その結果を受け、「非血縁者間骨髄採取完了報告書」を一部変更いたします(別紙)。また、「骨髄採取マニュアル」と合わせて下記について改めてご確認ください、ご対応くださいますようお願い申し上げます。

マニュアルに掲載されていない点については、太字で示しています。

#### < 骨髄採取量と細胞数のカウントについて > (「骨髄採取マニュアル」第 3 版 P57～58 参照)

如何なる場合も、ドナーの骨髄採取上限量を超えて採取しないこと。

ドナーの採取上限量もしくは標準採取量の少ない方を骨髄採取計画量とする。

但し、血漿除去・血球除去が必要な場合は、事前に移植施設と調整し、適切な量を決定すること。

骨髄採取計画量以上の採取は従前通り行わない。

**但し、骨髄採取計画量の半分程度を採取した段階で、必ず途中カウントを行い、最終細胞数を予測しながら採取すること。**

**細胞数が少ない場合は、骨髄採取上限量を超えない範囲で自己血 + 400ml までの採取は止むを得ないこととする。**

自己血準備量の計算方法も変更しない。

**但し、採取計画量が 300～399ml の場合には、200ml までの自己血貯血は可とする。**

骨髄採取当日の出血量は、原則 400ml 以下とする。

なお、骨髄採取量については、標準体重を用いて算出する方法や小児における算定方法等について継続して検討される予定です。今後の検討を含めて次回「骨髄採取マニュアル」改訂時に反映いたします。ご意見等がございましたら、下記までお寄せください。

財団法人 骨髄移植推進財団  
ドナーコーディネート部 TEL : 03-5280-2200  
移植調整部 TEL : 03-5280-4771

採取施設担当医師

移植施設担当医師

## 非血縁者間骨髄採取完了報告書

ご記入の上骨髄運搬担当者にお渡してください。

下記、骨髄採取が終了したことを報告いたします。

1. ドナーID ( ) 血液型 : ( • Rh + - )

2. 骨髄採取日 : 20 年 月 日 ( )

3. 骨髄採取量 : \_\_\_\_\_ ml

希釈液 : \_\_\_\_\_ ml

生食 RPMI1640 その他 ( )

抗凝固剤

ヘパリン \_\_\_\_\_ 単位・ml (総量中)

ACD 液 \_\_\_\_\_ ml (総量中)

その他 \_\_\_\_\_ ml (総量中)

総量 + = \_\_\_\_\_ ml

4. 細胞集 :

有核細胞数 : ( )  $\times 10^9$  ( )  $\times 10^8$ /kg(患者体重)

5. コメント

20 年 月 日

採取施設名 : \_\_\_\_\_ 病院 : \_\_\_\_\_ 科

採取担当医師 : \_\_\_\_\_

## 非血縁者間骨髄採取完了報告書

ご記入の上骨髄運搬担当者にお渡してください。

下記、骨髄採取が終了したことを報告いたします。

1. ドナーID ( ) 血液型 : ( • Rh + - )

2. 骨髄採取日 : 20 年 月 日 ( )

3. 骨髄採取量 : \_\_\_\_\_ ml

希釈液 : \_\_\_\_\_ ml

生食 RPMI1640 その他 ( )

抗凝固剤

ヘパリン \_\_\_\_\_ 単位 / ml (総量中)

ACD 液 \_\_\_\_\_ ml (総量中)

その他 \_\_\_\_\_ ml (総量中)

総量 + = \_\_\_\_\_ ml

4. 細胞数 :

(1) 途中カウントの経過

カウント時の採取量 (ml)	有核細胞数	
_____ ml	$\times 10^9$	$\times 10^8/\text{kg}$ (患者体重)
_____ ml	$\times 10^9$	$\times 10^8/\text{kg}$ (患者体重)

(2) 総細胞数 : 有核細胞数 : ( )  $\times 10^9$  ( )  $\times 10^8/\text{kg}$ (患者体重)

細胞数が少ない場合は、骨髄採取上限量を超えない範囲で自己血 + 400ml までの採取はやむを得ないこととする。

5. コメント

20 年 月 日

採取施設名 : \_\_\_\_\_ 病院 : \_\_\_\_\_ 科

採取担当医師 : \_\_\_\_\_