

赤ちゃんと一緒に

いのちの サポーター

これからママになるあなたに知ってほしい
公的さい帯血バンクのコト



きずなちゃん
公的さい帯血バンク シンボルキャラクター

©やなせたかし/やなせスタジオ

さい帯血って何？

さい帯血とは、ママと赤ちゃんを結ぶへその緒(＝さい帯)と胎盤の中に流れる血液のことです。さい帯血には、**血液をつくる細胞(＝造血幹細胞)**がたくさん含まれています。



どのように使われるの？

白血病などの病気で血液を正常につくれなくなった患者さんに、さい帯血を移植することによって、**患者さんの血液をつくる力を回復させることができます。**

公的さい帯血バンクって何？

さい帯血移植には、患者さんの体重やHLA(白血球など全身の細胞にある型)に適したさい帯血を使います。そのためには、たくさんのさい帯血を保存しておく必要があります。**さい帯血の採取、調製、保存、検査と、移植病院への引き渡しを行うのが公的さい帯血バンクです。**

さい帯血は
出産のときにしか
採取できません

さい帯血には
血液をつくる
細胞が豊富に
含まれています

出産後不要となった
さい帯と胎盤の中に
残ったさい帯血を
採取します

基準を満たした
さい帯血が
患者さんへ
届けられます

提供した
さい帯血を
優先的に使用
することは
できません

費用負担は
ありません

採取時の痛みや赤ちゃんへの影響はまったくありません

詳しい提供の流れは中面をご覧ください

もっと知りたい！

さい帯血バンクQ&A

Q さい帯血はどこで産科施設でも提供できますか？

A.さい帯血移植を受ける患者さんの安全を確保するには、さい帯血の品質を管理する必要があるため、公的さい帯血バンクと提携している産科施設でのみ提供を受け付けています。

Q 個人情報を守られますか？

A.個人情報は厳重に管理しています。さい帯血が患者さんに移植される場合などの手続きは、さい帯血に付けられた番号で行われるため、個人情報は守られます。

Q さい帯血プライベートバンクとはどのように違うのでしょうか？

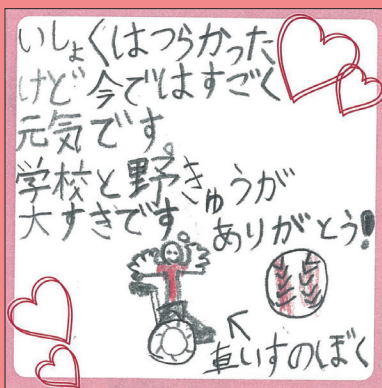
A.さい帯血プライベートバンクは、公的さい帯血バンクとは異なり、国の許可を得た事業者ではないため、さい帯血の調製・保存などは国が定める基準と同様に行われているとは限りません。また、さい帯血プライベートバンクでは、本人や家族が将来治療に使うことができるようになる可能性を想定して、保存を希望される方から費用を受け取ってさい帯血を保存しています。一方、公的さい帯血バンクでは、さい帯血を無償で提供していたき、移植を必要とする患者さんのために保存しています。

移植を受けた患者さん家族からの、感謝のメッセージ

息子の「今」をくれた方々に感謝する毎日です

息子は4歳のとき、突然歩けなくなり、神経芽腫(神経の細胞にできる「がん」)と診断されました。発覚した2日後には抗がん剤治療を開始。その後、「さい帯血移植」という治療法に出会い、幸運にも息子に適したHLAのさい帯血が見つかり、移植を受けることができました。

移植から4年が過ぎた現在、息子は神経芽腫の後遺症で車椅子生活ですが、毎日大好きな学校に通っています。さい帯血をバンクに提供してくれた方をはじめ、たくさんの方々のおかげで、息子の「今」があることに日々感謝しています。



患者さんからの直筆メッセージ

ママ・赤ちゃんから患者さんへ、さい帯血提供の流れ

STEP 1 同意書の記入

産科施設のスタッフから、
さい帯血バンクの説明を受けます。
さい帯血を提供することを決めたら、
同意書を記入します。



STEP 2 出産・採取

出産後、赤ちゃん和さい帯が
切り離された後で、さい帯和胎盤に
残っているさい帯血を採取します。



STEP 3 血液検査

感染症等の検査のため、
ママの血液(約10mL)を退院までに
採血し、検査を行います。



STEP 4 保存

さい帯血の検査を行い、
ママの血液検査と共に合格した
さい帯血は、調製して液体窒素
(-196℃)の中で保存します。



STEP 5 最終チェック (出産後4ヶ月以降)

さい帯血バンクからママと
赤ちゃんの健康状態を確認する
お手紙が届きます。



STEP 6 患者さんのもとへ

最終チェックの結果、基準を満たした
さい帯血は、病院から移植用に
申し込みが受けられるようになります。
病院から申し込みがあると、
移植が必要な患者さんのもとへ
届けられます。



【 全国の公的さい帯血バンク 】

- ・日本赤十字社北海道さい帯血バンク
- ・日本赤十字社関東甲信越さい帯血バンク
- ・一般社団法人 中部さい帯血バンク
- ・日本赤十字社近畿さい帯血バンク
- ・認定特定非営利活動法人 兵庫さい帯血バンク
- ・日本赤十字社九州さい帯血バンク

もっと知りたい方はこちら



造血幹細胞移植情報サービス
<https://www.bs.jrc.or.jp/bmdc/>

検 索

Instagram・facebookをチェック

@bank.bank.jrc



《 詳しいお問い合わせは 》

第2版 令和2年3月



日本赤十字社
Japanese Red Cross Society

日本赤十字社は造血幹細胞提供支援機関として、公的さい帯血バンクの活動をサポートしています。

さい帯血 提供用書類の ご記入ガイド



- ボールペン等ではっきりとご記入下さい。



- **記入漏れ**や**あいまいな記述**などがありますと、
後日確認のお手紙を郵送させていただくため、
再度お手数をお掛けすることになってしまいます。
ご提出前に確認をお願い致します。



- 質問に「はい」と回答した場合、状況や内容について
さい帯血バンクで詳細を確認し、移植用として適して
いるかどうかの判定を行います。
必ずしもご提供いただけないわけではありません。

他にもご不明な点がございましたら
スタッフまでお問い合わせ下さい



採取医療機関名

家族歴調査票のご記入例

明らかでない場合は、
空いているスペースに状況をご記入ください

家族歴調査票

安全なさい帯血移植を実施するために伺います。

「赤ちゃん」に
対するご家族について
お聞きしています

ご家族の中に次の病気をお持ちの方がいますか
明らかな場合には「はい」に○をして下さい。

		赤ちゃんの					
		母親	父親	兄・姉	祖父母	おじ おば	曾 祖父母
1	赤血球の病気	鎌状赤血球症、サラセミア、球状赤血球症、 橢円赤血球症、ファンコニ貧血、 G6PD 他赤血球酵素異常、ポルフィリン症、 ダイヤモンドブラックファン症候群等					
	白血球の病気 および 免疫不全症	重症複合免疫不全、慢性肉芽腫症、 低ガンマグロブリン血症、ネゼロフ症候群、 ウィスコット-アルドリッチ症候群、 ディジョージ症候群、PNP 欠損症、 ADA 欠損症、毛細血管拡張性運動失調症等					
	血小板の病気	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ ・ 該当なし	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ ・ 該当なし	はい ・ いいえ
	代謝の病気	テイ-サ ゴーシ レッシ ロイコ					
	その他	遺伝性疾患、 クロイツフェルト-ヤコブ病および類縁疾患					
2	悪性腫瘍に罹患したことがある、又は現在罹患している	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ		
	「はい」の場合、その悪性腫瘍が「家族性」または「遺伝性」と診断された	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ		
3	白血病や悪性リンパ腫などの造血器腫瘍、再生不良性貧血などの造血不全に罹患したことがある、又は現在罹患している	はい ・ いいえ					
4	慢性疾患(インスリン依存性糖尿病、内分泌疾患、神経疾患、膠原病等)に罹患したことがある、又は現在罹患している	はい ・ いいえ	「はい」で使用薬剤がある場合はご記入ください				

「該当なし」とは一人っ子である
など対象の方がいない場合です。
「該当なし」の場合は、下枠の
回答は不要です

「はい」と
回答された場合は
ご記入下さい

上記で「はい」に○をした部分について書いて下さい。

病名、治療時期、現在の状況など

おじ: 球状赤血球症 12年前に他界
祖父: 大腸がん通院中
祖母: 8年前に乳がん 再発なし

記入年月日 ○○○○ 年 ○○ 月 ○○ 日 ご記入者署名 :

さい帯 花子

お母さまご本人のご署名をお願いいたします



記入漏れや不明瞭な記述などがありますと、確認のお手紙を郵送させていただくため、再度お手数料をお掛けすることになってしまいます。
ご提出前に確認をお願い致します。



問診票のご記入例

問 診 票

(問診票、家

「はい」の場合は、
こちらにも
ご記入ください

この問診票は、より安全なさい帯血移植を行うために皆様方の出産前の健康状態について伺うものです。
質問ごとに「いいえ」「はい」の該当する方に○をつけてください。不明な点はさい帯血バンクまでお尋ね下さい。

質問事項	回答	(「はい」の場合は、こちらの質問にもお答えください)
1 出産前 3日以内 に、以下に該当することがあった ・ 出血を伴う歯科治療(抜歯、歯石除去等)を受けた ・ 薬を飲んだり、注射を受けた	いいえ はい いいえ はい	薬の名前を教えてください (マグミット)
2 出産前 1週間以内 に、発熱、下痢等の体調不良があった	いいえ はい	
3 出産前 3週間以内 に、はしか(麻疹)、風疹、おたふくかぜ、帯状ほうしん、水ぼうそうに罹った	いいえ はい	
4 出産前 4週間以内 に、海外から帰国(入国)した。	いいえ はい	
5 出産前 1カ月以内 に、以下のどれかに該当することがあった ・ 発熱を伴う食中毒様の激しい下痢があった ・ 家族や職場・学校で、肝炎やリンゴ病(伝染性紅斑)になった人がいる ・ デング熱に罹った	いいえ はい	
6 出産前 6カ月以内 に、以下のどれかに該当することがあった ア 伝染性単核症、リンゴ病(伝染性紅斑)に罹った イ 使用後の注射針を誤って自分に刺した ウ 肝炎ウイルス持続感染者(キャリア)と性的接触等親密な接触があった エ アスホールを開けた、又はいれずみ(タトゥー、アートメイク)をした オ 特定の異性又は新たな異性と性的接触を持った カ 薬、覚醒剤を使用した キ 上記オ・カに該当する人 ク エイズ検査(HIV検査)結果陽性の人 コ 男性同性愛者	いいえ はい いいえ はい	該当する項目の記号(ア～キ)を教えてください () (エ)のピアスホールを開けたに該当する場合、以下について教えてください いつ頃でしたか。(年 月頃) 開けた部位 () 該当するものに○をつけてください () 医療機関で開けた () 医療機関以外で開けた → () 器具を他人と共有した () 器具を他人と共有していない (自分専用の器具を使った) () その他()
7 出産前 1年以内 に、以下のどれかに該当することがあった ・ 外傷、肝臓病、腎臓病、糖尿病、結核、性病、ぜん息、アレルギー疾患に罹った、または手術をした ・ 予防接種を受けた	いいえ はい いいえ はい	疾患名、または手術の内容を教えてください (ぜんそく) 現在の状態を教えてください (服薬中、シムビコート)
8 今まで に、以下のどれかに該当することがあった ア 輸血(自己血を除く)や臓器または角膜の移植を受けた イ 1997年(平成9年)以前にヒト由来硬膜移植を伴う脳外科手術を受けた ウ 1995年(平成7年)以前にヒト由来成長ホルモンの注射を受けた エ 乾乾生治療薬(チガソン)、ヒト由来ブラセンタ注射薬(ラエンネック・メルスモン)を使用した オ 自分自身または血縁者がクロイツフェルト・ヤコブ病(CJD)もしくはその類縁疾患と診断された カ B型肝炎、がん(悪性腫瘍)、血液疾患、心臓病、脳卒中、てんかん、C型肝炎、梅毒、マラリア、バベシア症、シャーガス病、リーシュマニア症、アフリカトリパノソーマ症のいずれかに罹ったことがある キ エイズ検査(HIV検査)の結果が陽性だった ク あなた(児の母)または、あなたの母が中南米諸国・メキシコで生まれた、または育った	いいえ はい いいえ はい	該当する項目の記号(ア～ク)を教えてください () カに該当する場合は、疾患名も教えてください ()
9 今までの 海外渡航歴について、以下のいずれかに該当するものがある ・ 出産前1年以内にヨーロッパ、米国、カナダ以外の外国に滞在した ・ 出産前4年以内にヨーロッパ、米国、カナダ以外の外国に1年以上滞在した ・ イギリスに1980年(昭和55年)～1996年(平成8年)の間に通算31日以上滞在した ・ ヨーロッパ(英国も含む)・サウジアラビアに1980年(昭和55年)以降、通算6カ月以上滞在した ・ 中南米諸国・メキシコに連続4週間以上滞在した ・ 海外滞在中にマラリアを思わせる症状があった	いいえ はい いいえ はい	下の表に滞在先等を記入してください。 (スペースが足りない場合は裏面に記入してください。)

国名)	タイ	都市・地域)	バンコク	期間)	0000 年 00 月頃	0000 年 00 月頃
国名)		都市・地域)		期間)	年 月頃	～ 年 月頃
国名)		都市・地域)		期間)	年 月頃	～ 年 月頃

(後日、さい帯血バンクより回答内容について確認させていただく場合があります。)

記入年月日 **0000 年 00 月 00 日** : 署名 **さい帯 花子**
(出産日以降の日付をご記入ください。)

お母さまご本人のご署名をお願いいたします

出産日以降の日付をご記入下さい

ご記入ありがとうございました

