



福岡医発第824号(地)
平成22年 7月12日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 松田 峻一 良
(公印省略)

平成22年度(第39回)福岡県医師会臨床検査精度管理調査について(ご案内)

時下 貴職ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

臨床検査は、どこで施設で行っても、限りなく同じ値が出るよう、精度をあげることが重要であります。また、恒常的に高いレベルを維持するために、毎年、本会におきまして精度管理調査を実施し、その結果をもとに研修会を実施いたしております。特に、平成8年度からは、県内検査の検査値の標準化に努めているところであります。

さて、今年度も、標記精度管理調査を昨年度同様に、県内施設一括して九州臨床検査精度管理調査に参加して行ないますので、多数ご参加いただきますようご案内申し上げます。

なお、

1) 福岡県独自の解析を行います。

2) 準備の都合上、恐れ入りますが、ご参加の有無を8月13日(金)までに、FAX(092-411-6858)にてご回答いただきますようお願い申し上げます。
(参加されない場合もアンケート調査にご協力いただきますようお願いいたします。)

3) 参加費につきましては、下記口座へ郵便振替票又は電信扱いで9月末日までにご入金をお願い致します。(振込手数料は各施設でご負担願います)

※郵便振替口座番号：01780-6-96047

加入者名：福岡県医師会

4) 福岡県臨床衛生検査技師会では、臨床化学検査の標準化を目指す年間10回のサーベイが行われています(年会費3,000円)。

申し込み・お問合せは、福岡県臨床検査技師会 篠原克幸(福岡大学筑紫病院臨床検査部、Tel 092-921-1011)へ直接ご連絡下さい。

(※注) 本臨床検査精度管理調査とは異なります。本調査についてのお問い合わせは福岡県医師会地域医療課(092-431-4564)までお願い致します。

記

1. 平成22年度（第39回）福岡県医師会臨床検査精度管理調査

①調査方法

福岡県医師会で県内施設を一括して九州臨床検査精度管理調査に参加する。

②参加資格（対象）

臨床検査に関係する病院・診療所・保健福祉環境事務所・衛生検査所等

③試料発送日：平成22年9月2日（金）（クール宅急便で直接各施設へ発送）

※日水製薬(株)からの試料発送日であって、各施設への到着日ではありません。

④参加費：25,000円

※EIA・RIAの参加につきましては、別途10,000円の追加をお願いいたします。（EIA・RIAのみを参加される場合の料金は35,000円です。）

⑤調査項目について

以下のとおりです。

1. [生化学]

- | | | | |
|--------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|
| 1) ブドウ糖 | 2) 総コレステロール | 3) HDLコレステロール | 4) LDLコレステロール |
| 5) 中性脂肪 | 6) クレアチニン | 7) 尿酸 | 8) 尿素窒素 |
| 9) 総ビリルビン | 10) 直接ビリルビン | 11) 無機リン | 12) 鉄 |
| 13) カルシウム | 14) ナトリウム | 15) カリウム | 16) クロール |
| 17) マグネシウム | 18) ALP | 19) γ -G T | 20) A S T (G O T) |
| 21) A L T (G P T) | 22) C P K | 23) A M Y | 24) L D |
| 25) C H E | 26) 総蛋白 | 27) アルブミン | 28) 蛋白分画 |
| 29) ヘモグロビン | 30) 尿（尿蛋白・尿糖・尿潜血） | 31) H b A _{1c} | |
| 32) C R P | 33) I g G | 34) I g A | 35) I g M |
| 36) C ₃ | 37) C ₄ | 38) C H 50 | 39) R F |

2. [免疫血清]

- | | | |
|--------------|--------------|--------|
| 40) H B s 抗原 | 41) H C V 抗体 | 42) 梅毒 |
|--------------|--------------|--------|

3. [EIA・RIA]

- | | | | |
|------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| 43) C E A | 44) A F P | 45) C A 1 9 - 9 | 46) P S A |
| 47) T S H | 48) F T ₃ | 49) F T ₄ | 50) インスリン |
| 51) β_2 -M | 52) I g E | 53) フェリチン | |

4. [輸 血]

- 54) A B O 式血液型、R h 血液型

5. [微生物]

- | | | |
|--------|----------|---------|
| 55) 検鏡 | 56) 分離同定 | 57) 感受性 |
|--------|----------|---------|

6. [血液凝固]

- | | | |
|---------|-------------|--------------|
| 58) P T | 59) A P T T | 60) フィブリノーゲン |
|---------|-------------|--------------|

⑥調査結果の評価につきましては、昨年同様の基準で予定しております。さらに、今年度調査は、A～D評価の割合を福岡県医報に掲載する予定です。

⑦結果発表：△と き 平成23年2月13日（日）午後2時

△ところ 九州大学百年講堂（福岡県独自のデータ解析を行ないます）

※九州臨床検査精度管理研究会発表会：同日の午前中に同会場で開催。

※詳細につきましては、後日ご案内いたします。

⑧その他、ご不明な点がございましたら、福岡県医師会地域医療課（TEL092-431-4564）までご連絡願います。

平成22年度(第39回)福岡県医師会臨床検査精度管理調査について

※①②については、いずれかの【 】に○印をお願いします

①【 】 参加する

※参加検査項目番号に○印をつけて下さい。

※もしよろしければ、() 内に1か月の平均検体数をご記入ください。

1. 生化学 (/月) 2. 免疫血清 (/月) 3. E I A · R I A (/月)
4. 輸 血 (/月) 5. 微生物 (/月) 6. 血液凝固 (/月)

②【 】 参加しない

参加しない理由

※以下③のアンケート調査につきましては、今回の調査に参加されない場合でもご回答いただきますようご協力をお願いします。

③アンケート調査

(1) 貴施設は、別紙の福岡県医師会共通基準範囲を使用しておられますか。

- 1) 使用している 2) 一部使用している 3) 使用していない
4) 今後使用する予定 5) その他（ ）

(2) もし、評価結果が A 判定の場合、医療機関名を公表するとなれば、希望されますか。

※今年度は、A～D 評価の割合のみの公表を予定しております。(A 判定の施設・・・〇%など)

- 1) 希望する 2) 希望しない

(3) (2) で希望しないと回答された施設は、よろしければその理由をご記入願います。
()

貴施設についてご回答ください

施設名

住 所

TEL

検査室責任者名 _____

試料受取責任者名

(試料を送付する時の宛名になります。不参加の場合は記入不要です。)

記入者名