



福岡県医発第 986 号（地）

平成 27 年 7 月 1 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 27 年度（第 49 回）臨床検査精度管理調査の実施について

時下 ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

標記調査につきまして、今年度も別添のとおり日本医師会により実施されます。

つきましては、臨床検査の重要性を鑑み、貴医師会関係の医師会共同利用施設はもとより多数の施設が本調査に参加されますよう周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、

- 1) これまで本調査に参加された施設等には、日本医師会より別添要綱により直接ご案内されております。
- 2) 本調査に初めてご参加される施設は、申込書等をお送りするための施設登録が必要となります。詳細につきましては、日本医師会にお問い合わせください。
- 3) 検体測定室は、診療の用に供さない検体検査と定義されていることと、使用される測定機器に対して適切な調査試料が提供できないため、対象外とされています。
- 4) 本会の臨床精度管理調査の案内につきましては、各医療機関へも含め、平成 27 年 6 月 18 日付文書にてご案内いたしております。

小郡三井医師会より

臨床検査担当理事 古川哲也
会長 廣瀬真恵

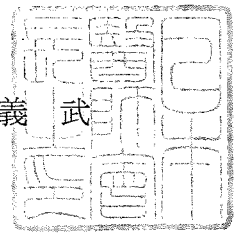
日医発第196号（地Ⅱ25）

平成27年6月26日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

横 倉 義 武



平成27年度（第49回）臨床検査精度管理調査の実施について

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では標記の臨床検査精度管理調査を今年度も実施することとし、これまで本調査に参加された施設等には、別添要綱をご案内申し上げております。

本調査の参加施設は、年々増加いたしておりますが、本調査に参加されていない施設もあると考えられます。

つきましては、臨床検査の重要性を鑑み、貴医師会関係の医師会共同利用施設はもとより多数の施設が本調査に参加されますよう、周知方よろしくお願い申し上げます。

なお、本調査に初めてご参加される施設は、申込書等をお送りするための施設登録が必要となりますので、詳細につきましては日本医師会にお問い合わせいただくよう周知方よろしくお願い申し上げます。



日 本 医 師 会

平成27年度（第49回）臨床検査精度管理調査実施要綱

日本医師会では、診療の用に供する臨床検査の質的向上を図るため、今年度も下記要領により本調査を実施することとなりました。

検査項目は貴施設で日常実施している項目についてのみ参加していただき、施設外に委託している外注項目は除外して下さい。ただし、検体検査院内委託（いわゆるブランチラボ）の場合は精度管理が重要ですので是非参加して下さい。

記

1. 参加対象施設：病院・診療所・療養型施設等に付設する臨床検査室等、医師会臨床検査・健診センター、登録衛生検査所、健診機関および臨床検査を日常業務として実施している機関とします。

なお、従来から参加していただいている試薬・機器メーカーについては、集計からは除外します。

また、検体測定室については、診療の用に供さない検体検査と定義されていることと、使用される測定機器に対して適切な調査試料が提供できないため、対象外とします。

2. 実施時期：平成27年 9月・10月

3. 試料送付日・回答締切日：

（臨床検査室等） 送付日：平成27年 9月29日（火）（到着予定）

締切日：平成27年10月 7日（水）

（試薬・機器メーカー） 送付日：平成27年10月 8日（木）（到着予定）

締切日：平成27年10月16日（金）

ただし、回答票は締切日消印有効、インターネット回答は締切日の17時で回答入力を締切ります。

4. 回答方法：回答票またはインターネット回答のいずれかを参加申込時に選択して下さい。申込後、回答票からインターネット回答への変更はできません。

5. 参加申込受付期間：平成27年7月1日（水）～平成27年7月31日（金）

6. 参加費用：52,000円（税込）

試料費・集計費・報告書作成費・送付料金等を含みます。ただし、振込み手数料は含みません。手数料は各施設でご負担をお願いします。

7. 参加費用振込締切日：平成27年8月31日（月）

8. 参加申込方法：

参加を希望する場合は、所定の参加申込書に必要事項を記入し郵送して下さい。申込を受付した施設には、所定の払込用紙を順次送付致しますので、到着を必ずご確認下さい。参加費用は、払込用紙をご利用のうえ、郵便局または銀行から払込み下さい。なお、一度振り込まれた参加費用の返金は致しかねますので、ご了承下さい。

申込をキャンセルされる場合は、必ずご連絡下さい。ご連絡がない場合、参加費用を負担していただきますので、ご注意下さい。

9. 検 査 項 目 : (49 項目)

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| (1) 総蛋白 | (26) TSH |
| (2) アルブミン | (27) FT ₄ |
| (3) 総ビリルビン | (28) CEA |
| (4) ブドウ糖 | (29) AFP |
| (5) 総カルシウム | (30) CA19-9 |
| (6) 無機リン | (31) CA125 |
| (7) マグネシウム | (32) PSA |
| (8) 尿素窒素 | (33) フェリチン |
| (9) 尿酸 | (34) HBs 抗原 |
| (10) クレアチニン | (35) HCV 抗体 |
| (11) 血清鉄 | (36) TP 抗体 |
| (12) AST | (37) CRP |
| (13) ALT | (38) リウマトイド因子 |
| (14) LD (LDH) | (39) 尿ブドウ糖 |
| (15) アルカリ性ホスファターゼ | (40) 尿蛋白 |
| (16) γ -GT (γ -GTP) | (41) 尿潜血 |
| (17) CK | (42) ヘモグロビン |
| (18) アミラーゼ | (43) 赤血球数 |
| (19) コリンエステラーゼ | (44) 白血球数 |
| (20) 総コレステロール | (45) 血小板数 |
| (21) 中性脂肪 | (46) ヘマトクリット |
| (22) HDL コレステロール | (47) プロトロンビン時間 |
| (23) LDL コレステロール | (48) 活性化部分トロンボプラスチン時間 |
| (24) HbA1c | (49) フィブリノゲン |
| (25) インスリン | |