

平成23年度臨床検査精度管理調査実施要領

1 目的

本調査は、健康診断施設及び登録衛生検査所が実施する臨床検査の検査精度を確認するとともに、必要な指導を行うことにより信頼性の高い優良な健康診断施設及び登録衛生検査所を育成することを目的とする。

2 対象施設

健康診断施設及び登録衛生検査所

3 調査の対象項目

1. 総コレステロール
2. 中性脂肪
3. 尿酸
4. クレアチニン
5. HDLコレステロール
6. LDLコレステロール
7. AST (GOT)
8. ALT (GPT)
9. γ -GT (γ -GTP)
10. 血糖
11. ヘモグロビンA1c
12. 尿糖 (半定量)
13. 尿蛋白 (半定量)
14. 尿潜血 (半定量)
15. ヘモグロビン
16. 赤血球数
17. 白血球数
18. ヘマトクリット
19. 血小板数
20. 平均赤血球容積 (MCV)

4 実施方法

精度管理試料を参加施設に送付し、測定結果を回収した上、測定値の精度を評価する。ただし、参考試料に関しては仮評価とする。

(1) 検査項目及び送付試料数

- | | |
|--|---------------------|
| ①総コレステロール、中性脂肪、尿酸、クレアチニン測定用 | 5 試料 |
| ②HDL、LDLコレステロール測定用 | 3 試料
(内1 試料生血清) |
| ③AST、ALT、 γ -GT及び血糖測定用 | 5 試料 |
| ④ヘモグロビンA1c 測定用 | 2 試料 |
| ⑤尿糖、尿蛋白、尿潜血定性判定用 | 5 試料 |
| ⑥ヘモグロビン、赤血球数、白血球数、ヘマトクリット、
血小板数、平均赤血球容積 (MCV)、ヘモグロビンA1c 測定用 | 4 試料
(内2 試料新鮮血液) |

<参考試料>

- 上記② (HDLコレステロール、LDLコレステロール測定試料) のうち生血清1 試料
上記⑥ (血液6項目 (No15~20)) のうち新鮮血液2 試料

注) 平成23年度においては、⑥の新鮮血液2 試料においてこれまでのヘモグロビン、赤血球数、白血球数、ヘマトクリット、血小板数、平均赤血球数容積を測定した残余の血液により、ヘモグロビンA1cの測定をお願いすることとしております。

(2)実施時期等

- ①参加申込 平成23年11月25日(金)
- ②試料送付 平成24年1月31日(火)
- ③報告期限 平成24年2月13日(月)
- ④集計分析 平成24年2月～3月
- ⑤結果報告 平成24年5月

(3) 送付資料の取り扱い

4の(1)の精度管理調査資料は全て精度管理参加施設に送付する。

なお、自施設では測定せず、全て外部の登録衛生検査所に委託している場合はであっても、精度管理試料を全数送付するので、この場合、送付された試料を確認し、尿糖及び尿蛋白(尿潜血)定性判定用等の自施設で測定する試料を分別した後、外部委託する項目の試料を通常委託している登録衛生検査所に送付して測定させるものとする。

(4) 結果の報告

ア 測定結果の回答は、自施設で測定した結果を所定の様式に記入して報告する。

イ 検査項目一部または全部について自施設で測定を行っていない場合は、外部委託する項目の試料を通常委託している登録衛生検査所に送付して測定させ、当該衛生検査所からの測定結果報告を確認後、所定の様式に記入して報告するものとする。

(5) 内部精度管理の実施状況に関する調査の報告

検査項目一部または全部について登録衛生検査所に委託している施設は、当該委託先に対する精度管理(全衛連の推奨する方法による委託先の精度管理)の実施内容について、別に定める様式により報告するものとする。

5 審査規準

別紙「臨床検査精度管理調査評価規準一覧」により評価する(詳細については、全衛連ホームページにより、平成22年度(第19回)臨床検査精度管理調査結果報告書により確認してください)。

なお、評価は臨床検査専門委員会が行う。

6 参加申込期限

平成23年11月25日(金)

7 申込先

公益社団法人 全国労働衛生団体連合会

〒108-0014 東京都港区芝4-4-5 三田労働基準協会ビル

TEL 03-5442-5934

FAX 03-5442-5937

8 参加費用(消費税込)

- (1) 55,000円(非会員65,000円)

臨床検査精度管理調査評価規準一覧

別紙

項目	評価規準		評価点	評価
総コレステロール		±0～4.0%	3	A
		4.1～8.0%	2	B
		±8.1～12.0%	1	C
		±12.1%～	0	D

項目	評価規準		評価点	評価
中性脂肪		±0～5.3%	3	A
		±5.4～10.6%	2	B
		±10.7～15.9%	1	C
		±16.0%～	0	D

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
尿酸	±0.1 mg/dL	±0～2.4%	3	A
		±2.5～4.8%	2	B
		±4.9～7.2%	1	C
		±7.3%～	0	D

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
クレアチニン	±0.05 mg/dL	±0～3.4%	3	A
		±3.5～6.8%	2	B
		±6.9～10.2%	1	C
		±10.3%～	0	D

項目	評価規準		評価点	評価
HDLコレステロール		±0～2.6%	7	A
		±2.7～3.5%	6	
		±3.6～4.4%	5	B
		±4.5～5.2%	4	
		±5.3～6.5%	3	C
		±6.6～7.8%	2	
		±7.9～9.1%	1	D
		±9.2%～	0	

項目	評価規準		評価点	評価
LDLコレステロール		±0～3.4%	7	A
		±3.5～4.5%	6	B
		±4.6～5.6%	5	
		±5.7～6.8%	4	C
		±6.9～8.7%	3	
		±8.8～10.2%	2	D
		±10.3～12.0%	1	
		±12.1%～	0	

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
AST	±1 U/L	±0～5.4%	3	A
		±5.5～10.8%	2	B
		±10.9～16.2%	1	C
		±16.3%～	0	D

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
ALT	±1 U/L	±0～6.0%	3	A
		±6.1～12.0%	2	B
		±12.1～18.0%	1	C
		±18.1%～	0	D

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
γ-GT	±1 U/L	±0~5.4%	3	A
		±5.5~10.8%	2	B
		±10.9~16.2%	1	C
		±16.3%~	0	D

項目	評価規準		評価点	評価
血糖		±0~2.2%	3	A
		±2.3~4.4%	2	B
		±4.5~6.6%	1	C
		±6.7%~	0	D

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
HbA _{1c}	±0.1%(結果)	±0~2.7%	7	A
		±2.8~3.6%	6	
		±3.7~4.5%	5	B
		±4.6~5.4%	4	
		±5.5~6.8%	3	C
		±6.9~8.1%	2	
		±8.2~9.5%	1	D
		±9.6%~	0	

項目	評価規準		評価点	評価
ヘモグロビン		±0～2.1%	7	A
		±2.2～2.6%	6	B
		±2.7～3.3%	5	
		±3.4～4.1%	4	
		±4.2～5.5%	3	C
		±5.6～6.2%	2	D
		±6.3～7.6%	1	
		±7.7%～	0	

項目	評価規準		評価点	評価
赤血球数		±0～2.2%	7	A
		±2.3～2.8%	6	B
		±2.9～3.6%	5	
		±3.7～4.4%	4	
		±4.5～5.9%	3	C
		±6.0～6.6%	2	D
		±6.7～8.1%	1	
		±8.2%～	0	

項目	評価規準(いずれか大きい方)		評価点	評価
白血球数	±1×10 ²	±0～7.3%	7	A
		±7.4～9.1%	6	B
		±9.2～11.7%	5	
		±11.8～14.6%	4	
		±14.7～19.5%	3	C
		±19.6～21.9%	2	D
		±22.0～26.8%	1	
		±26.9%～	0	

項目	評価規準		評価点	評価
ヘマトクリット		±0～2.1%	7	A
		±2.2～2.6%	6	B
		±2.7～3.3%	5	
		±3.4～4.1%	4	
		±4.2～5.4%	3	C
		±5.5～6.1%	2	D
		±6.2～7.4%	1	
		±7.5%～	0	

項目	評価規準		評価点	評価
血小板数		±0～6.7%	7	A
		±6.8～8.4%	6	B
		±8.5～10.8%	5	
		±10.9～13.4%	4	
		±13.5～17.9%	3	C
		±18.0～20.1%	2	D
		±20.2～24.6%	1	
		±24.7%～	0	

《全衛連総合精度管理事業参加機関》

平成23年度(第20回)全衛連臨床検査精度管理調査参加申込書

I 参加申込書提出機関

機関コード	
機関の名称	
TEL - -	FAX - -
本申込書の記載責任者	

II 試料の送付先

施設名			
所在地			
送付先を必ず記載してください。	〒 -	TEL -	-
精度管理用試料 受領責任者氏名		所属	

参加費用は平成23年12月2日(金)までに指定の銀行口座に振り込んでください

III 不参加の場合は、その理由を下記にご記入下さい。

- 理由 1. 臨床検査は実施していない(外部委託の場合を除く)
2. その他(余白に具体的に記載してください)

注:この参加申込書の提出期限は11月25日(金)です。