

平成22年6月吉日

## 平成22年度「都臨技」データ標準化事業実施要綱

臨床検査データ標準化の全国実現を目標に、47都道府県を対象とした実践活動が(社)日本臨床衛生検査技師会(日臨技)で行われている。(社)東京都臨床検査技師会(都臨技)も平成20年度より都民を始めとした国民のための検査データ信頼性保証の達成を目指した事業を開始し、平成22年度も引き続き健康増進・疾病予防の支援を目的とする臨床検査データ信頼性保証の達成に向け精度管理調査事業を行う。

「注意事項」

平成22年度より日臨技による検査室精度保証認証制度が開始される予定であるが申請にこの調査結果が必要となる。

### 1. 事業概要

平成20年度より東京都内の医療施設を中心にデータ標準化を目的とした精度管理調査事業を実施してきたが、市販調査試料自体の問題によるデータの乖離が認められている。日臨技精度管理調査においても同様の乖離が認められているため、都臨技ではすべての精度管理調査試料にヒト生試料を用いることにより、**すべての測定機器・測定試薬で一様な精度管理評価**を行いデータ標準化の実践事業を行う。

### 2. 対象測定項目

本事業の対象項目は、標準物質が設定されている項目、および標準的な健診・保健指導プログラムで取り上げられる項目とする(下線は特定健診の基本項目)。

TG,HDL-C,LDL-C,TC,CRE,UN,UA,AST,ALT, $\gamma$ -

GT,CK,ALP,LD,AMY,ChE,Na,K,Cl,Ca,ALB,TP,TBil,IP,Fe,CRP,Glu,HbA1c, 血算  
(WBC,RBC,Hb,MCV,PLT)

※ 施設内で測定している項目を報告して下さい。

### 3. 実施日程

試料配布日 : 平成22年10月20日(水) 午前

測定希望日 : 平成22年10月20日(水) 午後

報告締切日 : 平成22年11月3日(水) 17時まで

### 4. 実施概要 **参加費 5,000円**

『配布試料の測定値報告』および『施設内の内部精度管理状況の報告』を行う。

- 1 配布試料 血算 「ヒト生試料2濃度」<sup>注1)</sup>  
HbA1c 「ヒト試料2濃度」  
生化学 「ヒト生血清2濃度」<sup>注2)</sup>

注1:血算試料はヒト生試料です。到着後ただちに測定して下さい。

注2:生化学試料は、安定化剤の添加は実施しておりません。出来る限り試料到着日に測定して下さい。

## ② 内部精度管理状況の報告

入力シートに対象測定項目の平成22年9月分の1ヶ月間の精度管理試料2濃度(低濃度・高濃度)の平均値およびCV%を入力する。

## 5. 参加申し込み方法

都臨技ホームページ「都臨技標準化事業」から直接申し込む方式か FAX 送信いずれかでお申し込み下さい。

[FAX:03-3556-9077]

申し込み締切日 : 平成22年8月20日(金)まで

## 6. 都臨技精度管理調査の特長

### ①最適な試料の選択

すべての測定試料にヒト実試料を採用するため、試料のマトリックス効果を考慮せずデータの互換性の判断が可能となる。

### ②許容範囲外データへの対応

測定値が許容範囲外であった施設へは FAX によるアンケート調査を実施するなどの対応を行う。

### ③報告会の開催

都臨技データ標準化および精度管理委員会にて、参加施設より報告された内容について集計し、平成23年2月～3月に報告会を開催する。

### ④検査室認証の必須事項

平成22年度より開始される検査室精度保証認証制度では、申請時に都道府県で実施しているヒト実試料を用いた外部精度管理調査に参加し、その評価結果が必要になる。

## 7. 注意事項

①参加施設への連絡事項は、原則メール送信にて実施する。

②手引書(各試料の取り扱い説明書)および入力ファイルは、平成22年10月中旬頃に都臨技ホームページよりダウンロード可能とする。

③参加費の請求は、メールまたは FAX による参加登録後、振込先を連絡する。

## 8. 連絡先

都臨技データ標準化委員会 委員長 荒木 秀夫(日大板橋病院)

☎ : 03-3972-8111 (PHS : 8373) E-mail : [araki.hideo@nihon-u.ac.jp](mailto:araki.hideo@nihon-u.ac.jp)

東京都臨床検査技師会

平成22年度精度管理調査申し込み FAX 用紙  
(WEB 登録できない場合にご利用ください。)

東京都臨床検査技師会事務局 行  
FAX. 03-3556-9077

平成 22 年 10 月 20 日 (水) 実施の都臨技精度管理調査について、施設番号 (日臨技精度管理調査と同じです。)・代表者氏名・施設名・住所・連絡先をご記入ください。

施設番号:

施設名:

代表者氏名:  
(振込用紙記名者)

氏 名 :  
(調査実施者)

連絡先住所: (〒            )

TEL        :

FAX        :

メールアドレス:

平成 22 年 8 月 20 日 (金) までにお申し込みください。