

第43回平成21年度 臨床検査精度管理調査報告会

【要旨報告】

日 時：平成22年3月5日（金） 午前10時～午後4時

会 場：日本医師会館（東京都文京区本駒込2-28-6）

1. 挨拶：唐澤 祥人（日本医師会会長）

平成21年度臨床検査精度管理調査報告会開催にあたりご挨拶申し上げます。

日本医師会では臨床検査の質的向上を図るため、昭和42年から臨床検査精度管理事業を行ってきております。本年その43回目に当たります。3,159施設にご参加いただきました。これもひとえに皆様方の本臨床検査精度管理事業へのご理解の賜ものとお礼申し上げます。日常診療において正しい臨床検査データは良質で安全な医療を提供するための基本であり、さらに健康診断などの疾病予防の場においても不可欠であります。

平成20年4月から特定健診・特定保健指導が開始されました。特定健診を行う健診機関においては外部精度管理を定期的を受け、検査値の精度が保障されていることが必須要件となっています。このようなことから臨床検査精度管理の重要性は今後ますます増大するものと考えています。

本日は、今年度の調査結果を各部門別に分析・検討いただきます。この報告会が本日参加いただいた各施設の臨床検査精度の更なる向上に繋がるよう心より願っています。

2. 来賓挨拶：阿曾沼 慎司（厚生労働省医政局長）代理代読

平成21年度日本医師会精度管理調査報告会の開催にあたり一言ご挨拶申し上げます。日本医師会におかれましては、日頃より地域発展と向上のためにご尽力をいただき、また、医療行政につきましても種々ご支援ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。さて、わが国の医療提供体制は国民が必要な医療を受けることが出来るよう整備が進められ、その結果、世界最高水準の平均寿命や高い保健医療水準を実現するなど国民の健康を確保するための重要な基盤となっています。一方で急速な高齢化の進行、医療技術の急速な進歩への対応、国民の意識の変化など医療を取り巻く環境は大きく変化しています。また、医療現場では地域や診療科における医師の偏在や国民の周産期医療に対する不安があります。このため厚生労働省では、各都道府県に設置された地域医療再生医療基金や救命救急医療センター・総合周産期母子医療への支援等を通じまして患者の視点に立った安心で信頼の出来る医療提供体制の整備強化に努めています。このような中、臨床検査は疾病の診断・治療におきまして不可欠な基礎的データを提供するものであり、その結果には常に高い正確性が求められています。そのため検査内容の多様化・検査技術の高度化に対応しつつ質の確保・向上を図っていくことが重要であります。

本報告会は参加施設の臨床検査における問題点を明確化させ、その後の改善を目的として昭和42年から長年にわたり開催されていますが、今回のこの報告会も全国の医療機関や衛生検査所における検査精度の向上に寄与するものをご期待申し上げます。最後に日本医師会のご発展と会員ならびに関係者の皆様のご健勝とご活躍を祈念してご挨拶といたします。

3. 第43回臨床検査精度管理調査報告

(1) 臨床化学一般検査：高木 康（日医臨床検査精度管理検討委員会委員長）

項目：総ビリルビン、ブドウ糖、総カルシウム、無機リン、尿素窒素、尿酸、クレアチニン、血清鉄

- ・ 試料：凍結乾燥血清 試料1：基準範囲血清、試料2：試料1 + 試料3（調整45：55）
試料3：異常血清
- ・ 測定法、製造販売メーカーの登録で存在し得ない組み合わせの場合は、〈アンマッチ〉として前年度同様に〈評価対象外〉とした。昨年よりインターネット回答方式を採用し誤入力防止対策が取られているため、昨年度より減少している。また、同じ項目でのアンマッチの施設が多い。3年連続は32施設で同じ項目でのアンマッチは17施設であった。
- ・ トレーサビリティについては70%に実施されている。企業の標準品が使用されている。医師会病院、検査センターで多く、精神科病院・療養所で少ない。トレーサビリティ確認標準品での比較では、良好な結果を得ている。
- ・ メーカー指定のキャリブレーターの使用は、80%となっている。
- ・ 測定法の変遷について総ビリルビンはジアゾ法が減少し化学酸化法、酵素法が90%以上になっている。無機リンについては大規模施設では、酵素法が主流となっている。クレアチニンについては、ほぼ酵素法が採用されている。
- ・ 評価方法・規準はNG試薬メーカーについて、変更が可能な施設も変更が正しいか不明なので「評価せず」で統一した。
- ・ 独立評価について同一測定法群の反復切断補正法による平均値からの偏位度を求め、全ての試料での合計が2.4以上あるいは3試料中2試料で1.0以上の乖離したものを独立評価する。これを2回繰り返した。
- ・ 評価規準
 - ① コンセンサスCV値と補正共通CVの併用
 - ② メタボリックシンドローム検診などで標準化・互換性が必要な項目では、2.0%、その他は2.5%（～7.0%）
 - ③ 共通CV値が大きい場合（低濃度、報告単位）には補正共通CV値で設定
 - ④ 誤登録項目、その他、少数施設については「評価せず」

まとめ

- ・ 臨床化学検査項目の方法内変動はきわめて良好な結果であった。

- ・方法間変動が5%以上の項目が存在したが、多くは変動因子が明らかな項目であった。
- ・トレーサビリティの確認を実施している施設が昨年度より増加した。メーカー標準品によるトレーサビリティの確認でも年に数回は実施して欲しい。
- ・「NG試薬メーカー」として誤記入の確認を行った。年ごとにNG数は減少しているが、回答票提出の際は測定方法、試薬について確認をお願いしたい。
- ・測定値が総平均値より大きく外れている施設はその原因について検討して欲しい。
- ・試料の取り違い、回答の誤記入の施設もあった。
- ・「日本医師会精度管理調査」の評価・評点は第三者評価として浸透・認定されている。調査手法による不利益を被る施設があることは好ましくない。このため、平均値からの乖離度合いにより別評価としている。乖離度合いの解消についてはメーカーごとに検討してほしい。
- ・精度管理は検査室の義務です。いっそうのご理解とご協力をお願いします。

(2) 酵素検査：前川 真人（同委員会副委員長）

項目：AST、ALT、CK、 γ -GT、LD、AMY、ChE

- ・試料：凍結乾燥血清 試料2は試料1と試料3を45：55で混合
- ・項目別調査参加施設数は、酵素8項目についてはChEがやや低めであるが、それ以外は90%を超えている。
- ・今回の調査では調査票に若干の変更があった。測定法は標準化対応法を使用しているか否か、測定値は整数で回答、利用している単位は何か、測定温度については選択していただき、試薬キットについては販売会社ではなく製造販売元を回答していただいた。トレーサビリティ、検量法の確認を回答していただいた。トレーサビリティの確認については参加施設の約8割と順調に行われていた。
- ・評価規準
 - ① 評価用CVは原則として補正共通CVを用いたが、それでは低すぎると判断した場合2～3%を下限CVとした。
 - ② 方法別評価を原則としたが、平均値が大きく外れた試薬は独立評価した。すなわち、調整平均値 M_{adj} からの偏位度（SDI）が、3試料で平均して0.8以上の場合、または3試料のうち2試料で1.0以上である場合には、独立評価した。ただし、外れた理由を書面で提出されたい。
 - ③ ドライケミストリー法もメーカーごとの独立評価とした。
 - ④ 施設数が10に満たない方法は評価対象外とした。標準化対応法の測定値と大幅に異なる方法については、測定法などを再考願いたい。
 - ⑤ ALPは、測定法の理解を確認するために用いている緩衝液についても尋ねており、誤登録を繰り返している施設には評価を厳しくした。3年連続で誤登録した施設は、評価「D」、評点を「0点」とした。
 - ⑥ AMYとChEに関して、JCCLS CRMの値付けにトレースできる勧告法互換試薬の

採用施設は、標準化対応法基質別測定法か、自分の登録が正しいかどうかを再確認願いたい。

まとめ

各自が標準化を目標とすること、標準化の意味を知ること、常に現状を知ること（外部精度管理の実施）、なすべきことを実践すること。

(3) 脂質検査・甲状腺マーカー：利根川洋二（同委員会委員）

項目：甲状腺マーカー TSH、FT4

- ・ 試料 9・10・11は腫瘍マーカーと同一試料。試料 9：低濃度、試料10：試料 9 と試料11を 8：2 に調整、試料11：高濃度

TSH

- ・ 参加施設は増加。測定法はCLIA法がさらに増加。
- ・ 方法間変動が大きい（試薬・機器間差がある）
- ・ 方法内変動は小さい。標準物質を統一できれば測定値収束の可能性はある。

FT4

- ・ 参加施設は増加。測定法はCLIA法がさらに増加。
- ・ 方法間変動はTSHよりも大きい（試薬・機器間差がある）
- ・ 方法内変動は小さい。標準物質を統一できれば測定値収束の可能性はある。

項目：脂質検査 TCH、TG、HDL-C、LDL-C

- ・ 試料：試料 4 液状品 試料 5 凍結乾燥品 試料 6 凍結乾燥品
(TGとHDL-Cの測定値は一般的に反比例のため、脂質 4 項目の単一試料作成は困難である。)

TCH

- ・ 収束性が高く施設間差は、ほぼ是正されている。
- ・ 極端値を報告した施設は測定系の全体的な見直しが必要と思われる。
- ・ ウェット法では概ね施設間差無しと判断できる。

TG

- ・ 方法間変動が大きいのは、FG消去、非消去法で平均値が異なるため。
- ・ ドライケミストリーは全てFG非消去法である。
- ・ 酵素比色法とUV法は、ほぼ一致した値である。
- ・ 試料 6 でFG非消去法試薬が昨年度と同様に低めに測定された。

HDL-C

- ・ 主要メーカー 2 社（K社、S社）の測定値に明らかな差がある。
- ・ 試料 5・6は凍結乾燥品であるにもかかわらず、各試薬の性能を的確に評価できた。
- ・ 80mg/dl近辺の高値試料の調査を行いたいが、試料の確保が困難であった。

LDL-C

- ・ 方法間変動が大きいのが、試料 5・6の分散度合いが近似しているため、標準化により試

薬間差はある程度解消されると思われる。しかし本項目は、測定試薬間に選択性の相違（IDL分画の測り込み度合い）がある限りは標準品を用いても施設間差は是正されない可能性が高い。

- ・試料5・6は凍結乾燥品ではあるが、よい反応性を示した。

(4) HbA1c・腫瘍マーカー：佐守 友博（同委員会委員）

項目：HbA1c

- ・試料：凍結乾燥血液
- ・HbA1c評価方法は、臨床検査精度管理検討委員会にて定めた評価規準を適用し、HPLCは測定法別、HPLC法以外の測定法は試薬別に評価した。
- ・評価対象外：参加施設10施設未満、測定法「その他」に記入したとき、測定法を誤登録したとき評価対象外にした。
- ・測定法はHPLC法、酵素法が増加している。
- ・日本糖尿病学会標準品による校正については97.5%の施設が行っている。

項目：CEA、AFP、CA125、CA19-9、PSA

- ・試料：凍結乾燥血清
- ・腫瘍マーカー評価方法は、臨床検査精度管理検討委員会にて定めた評価規準を適用し、試薬別に評価した。
- ・評価対象外：参加施設10施設未満、測定法「その他」に記入したとき、評価対象外とした。
- ・各項目の方法内変動は4%前後に収束してきている。方法間変動も収束してきているが今回、特にCEAがよくなっている。
- ・CA19-9については各試薬の傾きを比較すると傾きの幅が大きい。

(5) 感染症マーカー・免疫グロブリン・尿検査：♂谷 直人（同委員会委員）

項目：感染症マーカー：HBs抗原、HCV抗体、CRP

- ・試料：液状血清
- ・参加施設数はHBs抗原は全参加施設の77.9%、HCV抗体は全参加施設の75.2%、CRPは全参加施設の95.7%となっている。
- ・測定法はHBs抗原、HCV抗体でEIA・CLIA・イムノクロマトグラフィ法に収束されてきている。CLIAが増加傾向にある。
- ・HBs抗原、HCV抗体ではイムノクロマトグラフィ法での誤判定が多い。
- ・CRPは前年同様94%以上がラテックス免疫法だった。ドライケミストリー法は3.7%だった。ラテックス免疫法についてのCVは良好であった。

・HBs抗原測定法と成績

測定法	施設数	試料12			試料13		
		陽性	判定保留	陰性	陽性	判定保留	陰性
RIA	0	0	0	0	0	0	0
EIA	989	986	2	1	3	0	986
FIA	17	17	0	0	0	0	17
CLIA	711	711	0	0	0	0	711
ECLIA	23	23	0	0	0	0	23
ラテックス免疫測定法	105	103	2	0	27	6	72
RPHA	0	0	0	0	0	0	0
粒子凝集法	11	11	0	0	0	0	11
イムノクロマトグラフィ法	605	585	6	14	4	1	600
その他	1	1	0	0	0	0	1
総数	2,462	2,437	10	15	34	7	2,421

・HCV抗体の測定法と成績

測定法	施設数	試料12			試料13		
		陽性	判定保留	陰性	陽性	判定保留	陰性
RIA	0	0	0	0	0	0	0
EIA	1,055	2	0	1,053	1,051	2	2
FIA	5	0	0	5	5	0	0
CLIA	690	0	0	690	690	0	0
ラテックス免疫測定法	126	0	0	126	126	0	0
RPHA	0	0	0	0	0	0	0
粒子凝集法	9	0	0	9	9	0	0
イムノクロマトグラフィ法	488	2	0	487	487	0	1
イムノプロット法	2	0	0	2	2	0	0
その他	1	0	0	1	1	0	0
総数	2,376	4	0	2,372	2,371	2	3

項目：免疫グロブリン：IgG、IgA、IgM

- ・参加施設は全参加施設の28.8%だった。
- ・標準品の使用状況はCRP同様ERM-DA470が98.1%だった。
- ・トレーサビリティの確認については約7割が実施している。
- ・測定法は免疫比濁法TIA、免疫比ろう法、ラテックス免疫法であった。
- ・IgG、IgAについては良好に収束された。

項目：尿検査、尿ブドウ糖、尿蛋白、尿潜血

- ・目標値

項目	試料番号	目標ランク値	(試験紙)
尿ブドウ糖	試料16	100mg/dl前後	(1+)
	試料17	陰性	(-)
尿蛋白	試料16	30mg/dl前後	(1+)
	試料17	陰性	(-)
尿潜血	試料16	0.06mg/dl前後 (ヘモグロビン) 20個/ μ L前後 (赤血球)	(1+)
	試料17	陰性	(-)

・問題点

- ① 尿潜血（試料16）で目標ランク値±1ランクと回答している施設は、921/1,830施設（50.3%）と173/1,830施設（9.5%）であった。
- ② 本調査における尿潜血陽性の試料の設定濃度は、ヘモグロビン0.06mg/dL（定性で1+）としているが、管理試料提供メーカー以外のメーカーによる検討結果では測定値が0.045mg/dlであった。0.03mg/dlが（±）であるため0.045mg/dlでは（±）<試料<（1+）という関係になり、設定濃度の75%である0.045mg/dlは微妙な濃度（低い濃度）である。また、試料溶解後の安定性の検討において1時間後の測定で反射率が上がり（1+）が（±）になる傾向が見られた。

まとめ

- ① 目視法の判定方法や機器判定法の測定原理による原因
 - ・目視法の判定方法としては「近似法」「切り捨て法」「切り上げ法」の3方法があるが、JCCLSによる「標準判定法」が決まっていない。
 - ・尿試験紙法の測定原理はブドウ糖がGOD/POD酵素法、蛋白がpH指示薬の蛋白誤差法、潜血がヘモグロビンの偽ペルオキシターゼ反応であり、各メーカーの尿試験紙もその測定原理に準じているが、機器判定法の測定原理はまちまちである。
- ② 尿の採取・保存、測定法・判定法、管理試料（サンプル）、試験紙などの「標準化」

が尿検査の精度を保証するキーワード

- ・(1+)の濃度はJCCLSによって標準化されているが、(2+)以上の濃度は標準化されていない。

(6) 血液検査：高松 純樹（同委員会委員）

項目：血液学的検査、ヘモグロビン、赤血球数、ヘマトクリット、網赤血球比率、白血球数、血小板数、(参考調査)赤血球指数

- ・試料：加工ヒト全血2濃度（試料番号18、19）、網赤血球用試料（試料番号20）、冷蔵
- ・ヘモグロビン、赤血球数、白血球数、ヘマトクリットは、装置別に評価した。
- ・網赤血球比率は、用手法は測定法別、機械法は測定装置別に評価した。
- ・赤血球指数、白血球数分類（白血球5分類比率）に関しては、参考調査とし評価・評点は実施しないものとした。
- ・評価用CVはそれぞれの項目で一部変更した。
- ・昨年同様に、ヘモグロビン、赤血球数、血小板、白血球については一定の標準化が出来たといえる。
- ・ヘマトクリットは人工的な試料ゆえの問題があり、統一的な集計は出来なかった。
- ・網状赤血球については用手法、機械法ともバラツキが多い結果となった。来年度は検討の対象外とする。

項目：凝固検査 PT、APTT、Fbg

- ・試料 基準範囲域（試料番号21）、異常域（試料番号22）、凍結乾燥
- ・プロトロンビン時間、活性化部分トロンボプラスチン時間、フィブリノゲンは、施設数が10以上の試薬（キット）別測定装置別に評価した。
- ・プロトロンビン時間の評価・評点は、2試料の測定値から求められるINRで行い、INRが記載されていない場合はPT比で行った。
- ・活性化部分トロンボプラスチン時間が活性%により報告されている場合は、評価対象外とした。
- ・CBCと異なり試薬・機器とも種類が多く、両者の組み合わせは結果として多くなっている。したがって、その解析結果は組み合わせによる。
- ・活性化部分トロンボプラスチン時間、フィブリノゲンは基準域試料、異常域試料の双値図でほぼひとつにまとまっており、一定の標準化が見られている。

(7) 測定装置利用の動向：細萱 茂実（同委員会委員）

- ・分野別分析装置の利用状況としては、電気泳動装置と微生物検査装置が継続的に大きな減少傾向にあった。
- ・各分野別の分析装置の機種構成は、従来と概ね同様の傾向であり、特別な状況は見られない。
- ・測定装置コードの誤記入は0.11%で、インターネット回答の影響で減少したが、臨床検査の信頼性向上に向けて、継続的な改善に努める必要がある。

(8) 総括 結果の講評：高木 康（同委員会委員長）

- ・トレサビリティ確認は約70%前後の施設で実施されており、健診施設で高率であった。
- ・臨床化学一般項目、酵素項目でバラツキが小さく、施設間互換性が確保できている状態と考える。
- ・酵素項目は、JSCC勧告法、ERMの普及で収束化が進んでいる。
- ・総コレステロールは収束していたが、HDLおよびLDLコレステロールは試薬間差が見られた（特に液状試料）。
- ・HBs抗原では、陽性試料を15施設（0.6%）が陰性、陰性試料を34施設（1.4%）が陽性、HCV抗体では陰性試料を4施設（0.2%）が陽性、陽性試料を3施設（0.1%）が陰性とした。
- ・腫瘍マーカーのバラツキはあまり改善されておらず、装置、試薬間差が大きい。
- ・尿検査では判定が分散しないような濃度設定としたが、左右にずれた施設もあった目視法での判定基準、判定装置の設定基準を再検討してほしい。
- ・CBCはほぼ収束しているが、網赤血球はバラツキが大きい。
- ・PTは試薬と装置の組み合わせ数が多く、バラツキが大きく問題である。

(9) 総合討論（質疑応答）：高木 康（同委員会委員長）、前川 真人（同委員会副委員長）

Q 1：トレサビリティの確認はキャリブレーションの打ち返しでもよいか。参考資料は？

A 1：調査票にトレサビリティについて説明をしているのでそれを参照してください。

Q 2：トレサビリティの確認はどのように行えばよいか。企業の標準品、HECTEFの標準品を使用し表示値、認証値を比較するだけでよいか。

A 2：ルーチンは企業標準品で行い、年に一回HECTEF等の標準品を使用していただければ問題ない。

Q 3：企業の酵素標準品の安定性が認められないためJCCLS標準品を使用している。JCCLS標準品を使用することはメーカーから了承を得ている。その場合、検量法はどれを選択すればよいか。

A 3：企業の酵素標準品の安定性がないということは大きな問題である。メーカーが了承しているのであればメーカー標準品としてよい。しかし、一点問題がある。JCCLS標準品をルーチンで使用すると数少ない貴重な物質なので枯渇してしまう。ルーチン業務では企業の標準品の使用していただき、年一回は上位の標準品を使用していただきたい。

Q 4：単位についてU/LとIU/Lの違いについて教えていただきたい。

A 4：IU/Lは30℃で測定された活性、ルーチンは37℃を使用しているためU/Lを使用している。厳密な違いはなく使用されている。

Q 5：昨年〇社は偏位があるので独立評価だったが、今回は独立評価としなかったのはなぜか。

A 5：12月までに要望書を出していただければ委員会で検討する時間がある。委員会では標準化に逆行するので機器と試薬との関連まで検討していない。試料も毎年変わるので今回も独立評価するとは限らない。しかし、要望書を出していただければしっかりと

- 検討する。要望書が出ていないと検討は行わない。今回は、評価しないほうが問題ではないかということで評価対象とした。
- Q 6 : LDL-CHOについて中性脂肪80~100mg/dl以上ではS社とK社試薬では測定値に差が出る。定期健診の結果安定性、経過観察において不都合が生じている。現行での解決策はあるか。またデータの統一化は可能か。
- A 6 : 解決策は難しい。データの統一化はメーカーがデータを共有し、協力して統一していただくより方法がないのではないかと考える。
- Q 7 : IgG、IgMで免疫比ろう法が高値になっているのはなぜか。
- A 7 : 昨年一昨年も同様の傾向であった。調査試料のマトリックスと試薬との関係と思われる。詳細についてはメーカーに問い合わせてください。
- Q 8 : 試料18、19は加工人全血が使用されているが、加工とはどのような処理がされているのか。
- A 8 : 長期保存のために溶血や血球成分の変化が起こらないよう、安定化のための加工をしている。
- Q 9 : 網赤血球比率についてD評価であった。メーカーに原因究明を依頼しても人工血液との相性の問題で血液検体はコントロールも含めて問題ないとのことだった。機種別評価されているので納得できない。今後の対策を教えてください。
- A 9 : 他機種と比較し評価分類が偏っていれば問題であるが、他機種とほぼ同様の評価分類であるので測定に問題はないかご検討いただきたい。
- Q 10 : APTTの判定について機種Cは評価対象外となった。この機種のラインナップでの評価はできないのか。
- A 10 : 血液凝固の分野では機種と試薬の組み合わせが多いが、多い組み合わせでも300足らずである。いろいろな組み合わせがあり全てを集計するのは難しい。ご質問の機種での組み合わせは6施設のみである。ゆえに評価対象外となった。メーカーは試薬、機種をもう少し整備していただきたい。
- Q 11 : 基準範囲の統一化が叫ばれて数年が経過したが、医師会での統一の指針を出していただきたい。
- A 11 : 臨床検査医学会で医師国家試験の項目で学生が覚えておかなければならない項目の基準値の設定を検討していただいている。それを学会として世に出そうと考えている。技師会でも基準値の設定を行っている。それについても出していただき統一できればと思っている。大部分の項目が変動率5%以下で統一化が可能と考えられる。
- Q 12 : 参加項目の多少による公平な評価はおこなわれているか。
- A 12 : 参加項目修正点、評価項目修正点、総合評点で評価を行っている。最終的には総合評点で評価をしていただきたい。調査を行った46項目は、検査室で実施していただきたい項目である。「評価せず」の項目については、誤記入で「評価せず」とピュアグループが9施設以下で「評価せず」とは意味が異なる。次年度からは分けて考えたい。「評

価せず」が多いと評価項目修正点が高くなる。

Q13：報告書はグレースケールで一部が消えていたり、強調部分等がわかりづらい。

A13：金銭的な問題もあり、グレースケールでも見やすい報告書作成に努める。

Q14：独立評価試薬について偏位した理由の解析を各メーカーに求められていると思うが、その調査結果を報告書に載せてほしい。

A14：偏位した理由はメーカーの責任である。メーカーで検討し事務局へ結果を報告していただきたい。来年のこの場所で報告し次年度の調査報告書に掲載したい。

Q15：一部の腫瘍マーカーなどでは方法間差が存在し、それに伴うさまざまな問題が存在するが、国際共同治験などでそのデータは世界中を駆け巡って利用されている。今後の方向性としてデータも国際的に統一されていくようになる。機器装置についてアジア、ヨーロッパ、アメリカなど世界での使用状況を視野に入れながら機器装置の選択をしていくことが必要となる。方法間差のあるもの限定してもよいが、そのような情報も提示していただきたい。

A15：アジアでは日本ほどいろいろな検査を行っている国はシンガポールを除きない。ヨーロッパ、アメリカは調査できればと思う。

Q16：電解質データは収束し精度管理が必要なくなった。また、インターネット回答の導入で誤報告が減ったとの報告があったが、そのような経緯を報告書にしてほしい。

A16：4年に1度くらいは、まとめて報告したい。

以上、第43回平成21年度臨床検査精度管理調査報告会の要旨を報告しました。

インターネット回答が昨年より導入され、昨年は44.7%、今年度は57.2%の施設がインターネット回答を行っていました。これからはインターネット報告が主流となっていくとされます。今回、質疑応答の最後に佐守先生から「《りんしょう犬さん》を知っていますか？」との質問がありました。《りんしょう犬さん》は臨床検査振興協議会のシンボルマークであり、パンフレットやファイルなども用意されています。パンフレットの中に“臨床検査とは？”の見出しがあり、その説明が「病気の診断や（中略）……臨床検査技師という国家資格を持つ専門職および医師（臨床検査専門医）が携わっています。」と書かれています。下記の参考資料に臨床検査振興協議会のアドレスを記載しました。

会員の皆様にとって、今回の資料が各施設での検査の質の改善・向上に少しでもお役に立てていただければ幸いです。

（参考資料）

日本医師会「平成21年度 臨床検査精度管理調査報告会」配布資料

日本医師会「平成21年度 第43回臨床検査精度管理調査報告書」

社団法人日本医師会「臨床検査精度管理調査」<http://www.jmaqc.jp/index.php>

臨床検査振興協議会 <http://www.jpclt.org>

（広報学術：松林 渡邊）