

共用基準範囲の導入を経験して

◎和田 香織¹⁾

社会医療法人 岡本病院（財団） 京都岡本記念病院¹⁾

【はじめに】

2014年JCCLsが策定した全国で適用可能な「共用基準範囲」の導入率は2020年日本医師会精度管理調査によると半数に満たない。共用基準範囲導入への問題点は、各施設によってそれぞれ異なると考えられるが、中規模病院である当院で導入に向けて検討した経験を報告する。

【注釈付きで臨床判断値を採用】

一般的には、「基準値＝正常値」と認識されていると思われる、特定の疾患について判定するための基準となる臨床判断値とは異なる。その認識を当院職員も含めて理解を得るための労力は小さくなく、混乱が生じる可能性があった。また、当院には健診部門も共存し、共通の電子カルテを利用しているため、どちらの視点からも混乱が小さい基準値を選択すべきと判断した。他施設において、臨床判断値を採用している施設も散見され、区別化するために注釈を記載している手段を参考にした。

【血球計数は範囲のみ採用】

PLT凝集による偽性低値症例においてインシデントを経

験しており、現状の $10^4/\mu\text{l}$ から $10^3/\mu\text{l}$ 表記への変更は、低値時に見間違いを誘発する恐れがある。またWBCでは $10^2/\mu\text{l}$ を採用している施設も散見され、桁数に関しては必要時に換算可能と考え、現状を維持した。

【考察】

当院の検体検査はFMSから自主運営に転換したが、院内基準範囲はそのままであった。法改正によるSOP作成において基準範囲の明記を求められ、昨年のALP/IFCC及びLD/IFCC法への変更は、共用基準範囲を導入する最適なタイミングと考えた。基準範囲変更は臨床検査科主導で行い、臨床に及ぼす影響について憂慮したが、患者側、臨床側どちらも大きな混乱なく1年が経過した。慢性疾患患者は基準値ではなく前回値との比較、その他の場合でも臨床判断値との併用が混乱を小さくしたと考えられた。

【結語】

今回、完全な共用基準範囲の導入は断念したが、自施設の特徴に合わせて部分導入を行った。時代とともに変化する臨床検査に柔軟に対応していきたい。(0774-48-5580)