

検査ニュース

Vol. 1 No. 4

ご挨拶

平素より佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センターの業務にご協力及びご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

新規項目および検査受託中止、4月より変更する検査内容などについてご案内いたします。

公益財団法人佐賀県健康づくり財団
佐賀県健診・検査センター
専務理事 志 田 正 典

◆新規項目

●25ヒドロキシビタミンD (CLEIA)

(平成 30 年 2 月 9 日より受託可能)

ビタミンDは骨代謝やミネラル代謝に重要な役割を担っており、肝臓で水酸化され安定な 25 ヒドロキシビタミンDに変換されます。ビタミンDが不足すると小腸でのカルシウム吸収が不十分となり、小児では「くる病」、成人では「骨軟化症」など、骨の石灰化障害を引き起こします。25 ヒドロキシビタミンDの測定は、体内におけるビタミンDの充足状態の指標となり、低値の場合はビタミンD欠乏状態を示します。

項目コード	検査項目	検体量 (mL)	容器	実施料 判断料	検査方法	基準値 (単位)
1349	25ヒドロキシ ビタミンD (CLEIA)	血清 0.5	スピッツ	400 ※3	CLEIA法	ビタミンD欠乏 20以下 (ng/mL)

※3 生化学的検査(I)判断料

◆検査受託中止

(平成 30 年 3 月 30 日より受託中止)

案内書 掲載頁	項目コード	検査項目	備考
54	325	ヘパラスチンテスト (HPT)	平成30年度診療報酬改定において削除されたため
61	1561	クラミジア・トラコマ ティス抗原	検査試薬販売中止のため 【代替項目】 クラミジア・トラコマティス増幅同定(PCR)
	1569		



(代替項目)

項目コード No	検査項目	採取材料	所要日数	実施料 判断料	検査方法	基準値及び単位
2139	クラミジア・トラコマティス 増幅同定(PCR)	分泌物 専用容器 V50	2~4日	204 ※6	PCR (リアルタイムPCR)	(—)
2141		部分尿 専用容器 U10				



※6 微生物学的検査判断料

検査ニュース

Vol. 1 No. 4

◆検査内容変更一覧表

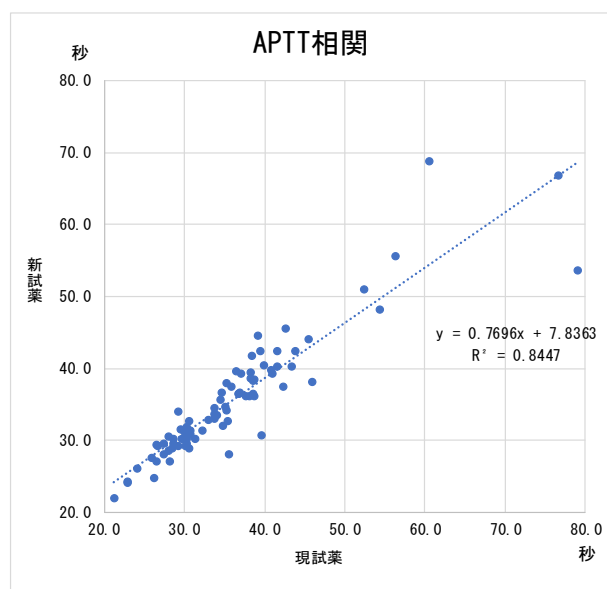
(平成 30 年 4 月 1 日ご依頼分より)

案内書 掲載頁	項目コード No	検査項目	変更内容	現	新
44	32	β-リポ蛋白	基準値 (単位)	190~500 (mg/dL)	220~650 (mg/dL)
			報告範囲	0~99999999	10未満、10~99999999
54	322	活性化部分トロンボ プラスチン時間(APTT)	試薬組成	リン脂質:ウサギ脳由来セファリン	リン脂質:合成リン脂質
70	437	HBs抗体	報告範囲	0~999.9、1000.0以上	2.5未満、2.5~999.9、 1000.0以上
			備考	10.0mIU/mLは、HBVワクチンの再接種 基準のためのカットオフ値です。(最小 防衛抗体価)	(基準値について) 10.0mIU/mLは、HBVワクチンの再接種 基準のためのカットオフ値です(最小防 御抗体価)。 抗体価の測定下限は2.5mIU/mLです。
70	3857	HBVゲノタイプ (EIA)	所要日数	2~8日	2~6日
87	2617	副甲状腺ホルモン -INTACT (PTH-INTACT)	報告範囲	3以下~1899、 1900以上	5以下、5~1999、 2000以上
89	2749	脳性Na利尿ペプチド (BNP)	検査方法	CLIA	CLEIA
89	2750	脳性Na利尿ペプチド 前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)	検査方法	ECLIA	CLIA
			所要日数	2~4日	1日
99	5035	塗抹	検査方法	塗抹法	直接塗抹法
			所要日数	1日	4~6日
	5039	集卵法	検査方法		集卵法 (浮遊法)
			所要日数		4~6日
			検査方法	大島変法	遠心沈澱法
			所要日数	1日	4~6日
115	2211	リチウム	検査方法	原子吸光分析法	比色法
			基準値 (単位)	0.60~1.20 (mEq/L)	0.3~1.2 (mEq/L)
100	5111 ~5115	一般細菌 培養・同定検査	菌名	カタル球菌	Moraxella catarrhalis
			備考	—	正式学名への変更

検査ニュース Vol.1 No.4

●活性化部分トロンボプラスチン時間 (APTT)

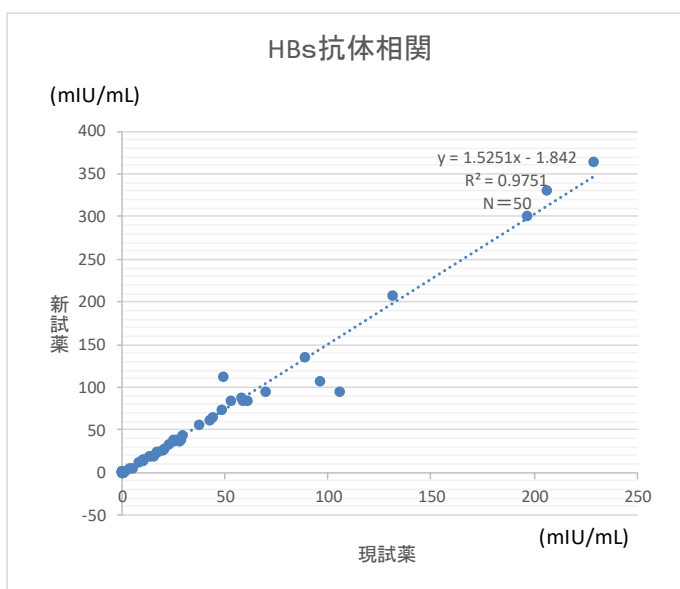
合成のリン脂質を用いたAPTT試薬に変更いたします。内因性凝固因子の欠乏、ループスアンチコアグラント、ヘパリンに対して高い感度を示します。



●HBs抗体

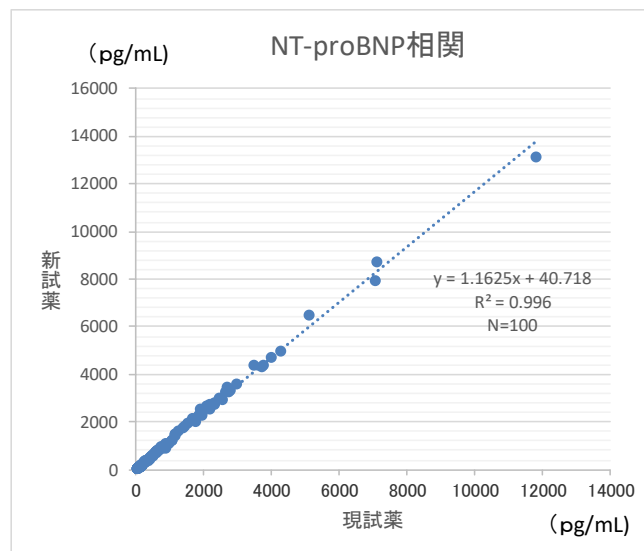
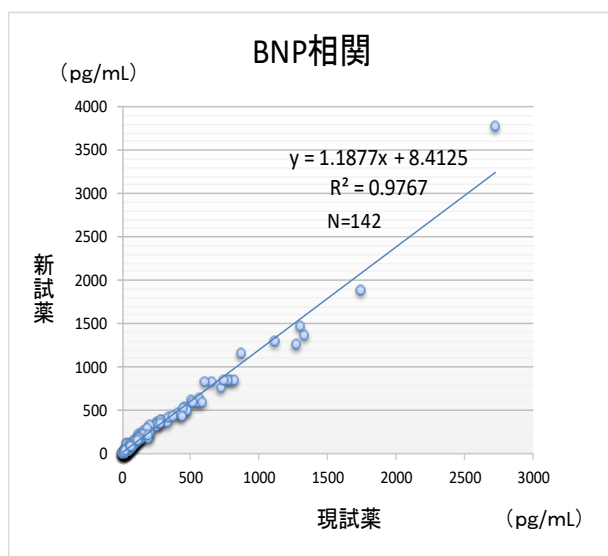
測定試薬の標準品が「WHO 1st」から「WHO 2nd」の変更に伴い、検査内容を変更いたします。定量値の報告下限は、「2.5mIU/mL」です。HBVワクチンの再接種基準のためのカットオフ値は「10.0mIU/mL」です（最小防御抗体価）。

なお、新試薬では測定値が高値傾向となります。



●脳性Na利尿ペプチド (BNP)

●脳性Na利尿ペプチド前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)



検査ニュース Vol. 1 No. 4

◆センターセット検査の一部見直しのご案内 (平成 30 年 4 月 1 日より)

センターセット「S-36 妊婦-GC」を厚生労働省告示(平成 27 年 3 月 31 日)の変更後の検査の目安が「B群溶血レンサ球菌(GBS):妊娠 33 週~37 週までの間に 1 回」、「性器クラミジア:妊娠 初期~30 週までの間に 1 回」となっていることにより、センターセット検査項目から削除致します。

検体検査判断料	週期	B群溶血レンサ球菌 (GBS)	性器クラミジア
①尿・糞便検査 34点 ②血液学的検査 125点 ③生化学的検査(I) 144点 ④生化学的検査(II) 144点 ⑤免疫学的検査 144点 ⑥微生物学的検査 150点 ⑦病理学的検査 150点	初期 : 29週 30週 31週 32週 33週 34週 35週 36週 37週 38週 :	33週から37週までの間に1回実施	30週までに1回実施

S-33 (妊婦-A2)	S-34 (妊婦-B2)	S-36 (妊婦-GC)
スピッツ アンチ 血糖・特別	スピッツ アンチ 血糖・特別	スワブ クラミジア専用
R P R 血液型(ABO式) 血液型(Rh式) HBs抗原(定性) HCV抗体 間接クームス 風疹抗体 HTLV-I HIV抗原抗体 末梢血一般 糖	R P P HBs抗原(定性) HCV抗体 間接クームス 風疹抗体 HTLV-I HIV抗原抗体 末梢血一般 糖	G B S (B群溶連菌) クラミジア抗原
※	※	※
※②+③+⑤	※②+③+	※⑤+⑥
※413	※413	※294

平成30年4月より
削除

◆膠質反応検査(ZTT・TTT)検査の有償化 (平成 30 年 4 月 1 日より)

平成 30 年度の診療報酬改定で、膠質反応検査(ZTT・TTT)が保険診療より削除されましたので、本年 4 月 1 日より同検査のご依頼いただく場合は、検査料金を徴収させていただくことと致しました。

尚、ユーザーセットにて同検査をご依頼いただいている医療機関におかれましては、セットより削除の方向でのご検討お願い致します。

◆2018 年度診療報酬改定関連資料

【削除された代表的な項目】

- ・膠質反応 (ZTT・TTT)
- ・へパプラスチン など

【注の見直し】

・HPV核酸検出及びHPV核酸検出(簡易ジェノタイプ判定)については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保健医療機関において、細胞診によりベセスダ分類がASC-USと判定された患者又は過去に区分番号K867に掲げる子宮頸部(膣部)切除術若しくは区分番号K867-3に掲げる子宮頸部摘出術(膣部切断術を含む。)を行った患者に対して行った場合に限り算定する。



NT-proBNP

血液検査で心不全の診断および病態把握

NT-proBNPの測定値は、心不全（収縮及び拡張機能障害）で早期より測定値が上昇するため、疾患の診断や病状の経過観察さらには予後予測等に活用できます。心不全の重症度を鋭敏に反映するため、本検査の測定値により慢性・急性心不全の除外診断が可能となります。

生化学と同時にNT-proBNPの測定ができます

NT-proBNPの特徴

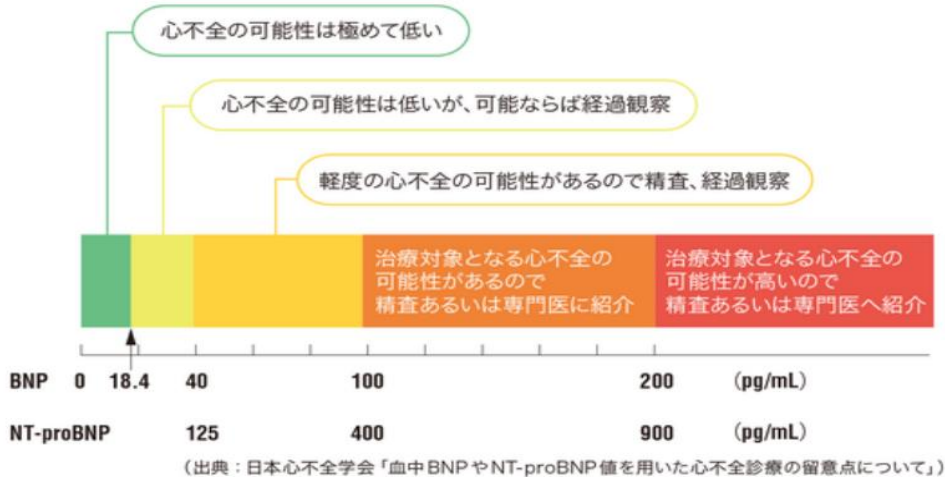
- ◆ 血中濃度の上昇率が高く明確
- ◆ 他の生化学項目と同一採血管（血清）で測定
- ◆ 検体保管は冷蔵で8日間安定

心不全/心疾患のスクリーニング注意点

- ◆ 腎機能が低下すると高値を呈します。
- ◆ 加齢により男女ともに高値を呈します。
- ◆ 肥満では低値を呈する傾向があります。

心不全におけるBNPとNT-proBNPカットオフ値

●心不全診断におけるBNPとNT-proBNPのカットオフ値



項目コード No	検査項目	採取材料	所要日数	実施料 判断料	検査方法	基準値及び単位	備考
2750	脳性Na利尿ペプチド 前駆体N端フラグメント (NT-proBNP)	スピッツ	1日	140 ※4	CLIA	125以下 pg/mL	125pg/mLは心不全除外 カットオフ値です。

※4 生化学的検査(Ⅱ)判断料

<NT-proBNPの診療報酬請求の注意点>

心不全の診断または、病態把握のため実施した場合に月に1回限り算定する。

1週間以内にNT-proBNP、BNP及びANPのうち2項目以上を併せて実施した場合は、主たるもの1つに限り算定する。本検査を実施した場合は、診療報酬明細書の摘要欄に本検査の実施日を記載する。

