

先生各位

検査に関するご案内

謹啓 時下益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。また、平素はひとかたならぬお引き立てを賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、下記の項目におきまして、検査に関するご案内を申し上げます。

今後とも変わらぬご愛顧のほど、よろしくお願い申し上げます。

謹白

記

● 新規検査項目

《受託開始日》 平成31年4月1日（月）受付分より

《検査要項》

検査項目名称	肺炎球菌莢膜抗原 髄液
検査コード	7376
JLAC10	5E041-0000-041-190-11
診療行為コード	160177150
検体量	髄液 1.0mL
保存・容器	冷蔵・U2
実施料（判断料）	204点（免疫）
所要日数	2～4日
検査方法	イムノクロマトグラフィー法
基準値	陰性
備考	重複依頼不可

保険収載名称：肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）

保険注釈：肺炎球菌莢膜抗原定性（尿・髄液）は、免疫クロマト法により実施した場合に限り算定できる。

《検査要項》

検査項目名称	① 淋菌 TMA			② クラミジアトラコマチス TMA		
	尿	分泌物	うがい液	尿	分泌物	うがい液
検査コード	7373	7374	7375	7378	7379	7380
JLAC10	6B610-0000-001-886-11	6B610-0000-085-886-11	6B610-0000-079-886-11	5E021-0000-001-886-11	5E021-0000-085-886-11	5E021-0000-079-886-11
診療行為コード	160164150			160158650		
検体量	初尿 2.0mL	—	うがい液 2.0mL	初尿 2.0mL	—	うがい液 2.0mL
保存	2 ~ 30℃					
容器	Q24	Q23	Q25 (=Q24)	Q24	Q23	Q25 (=Q24)
実施料 (判断料)	204点 (微生物)					
所要日数	2 ~ 4日					
検査方法	TMA法					
基準値	陰性					
保険収載名称	淋菌核酸検出			クラミジア・トラコマチス核酸検出		
保険注釈	<p>ア. 淋菌核酸検出、淋菌抗原定性又は細菌培養同定検査（淋菌感染を疑って実施するもの）を併せて実施した場合は、主なもののみ算定する。</p> <p>イ. 淋菌核酸検出は、DNAプローブ法、LCR法による増幅とEIA法による検出を組み合わせた方法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、SDA法、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はTRC法による。淋菌核酸検出は、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体によるものである。ただし、男子尿を含み、女子尿を含まない。なお、SDA法、PCR法による増幅と核酸ハイブリダイゼーション法による検出を組み合わせた方法、TMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法による同時検出法又はTRC法においては咽頭からの検体も算定できる。</p>			<p>ア. クラミジア・トラコマチス核酸検出とクラミジアトラコマチス抗原定性を併用した場合は、主なもののみ算定する。</p> <p>イ. クラミジア・トラコマチス核酸検出は、PCR法、LCR法、ハイブリッドキャプチャー法若しくはTMA法による同時増幅法並びにHPA法及びDKA法若しくは核酸ハイブリダイゼーション法による同時検出法、SDA法又はTRC法により、泌尿器、生殖器又は咽頭からの検体により実施した場合に限り算定できる。</p>		

《解説》

本検査は、淋菌／クラミジアトラコマチス同時核酸増幅（尿・分泌物・うがい液）【TMA法】と同じ測定原理試薬を用いており、特異性・検出感度等の性能及び各種使用容器、検体採取方法に関しましては淋菌／クラミジアトラコマチス同時核酸増幅と同じです。

● 検査内容変更

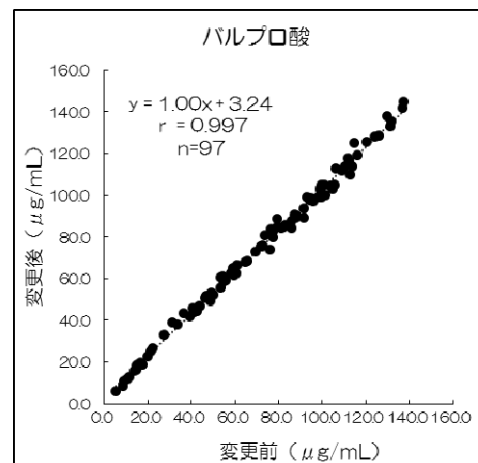
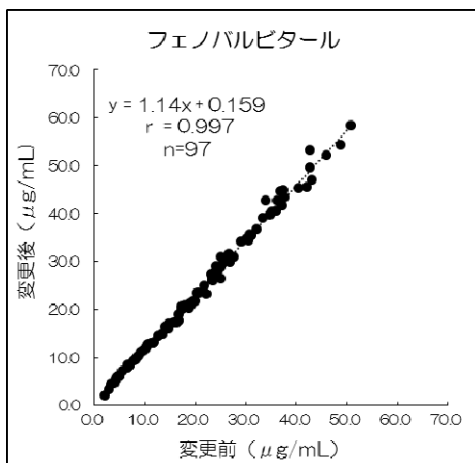
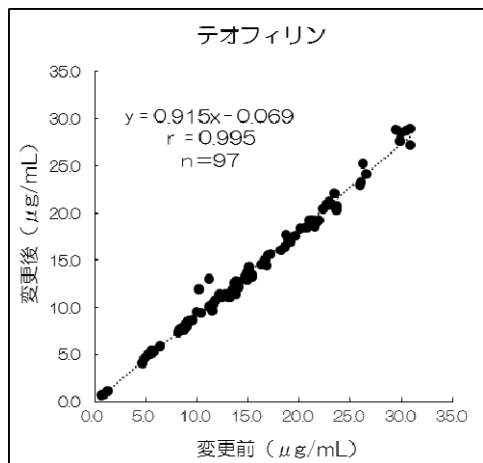
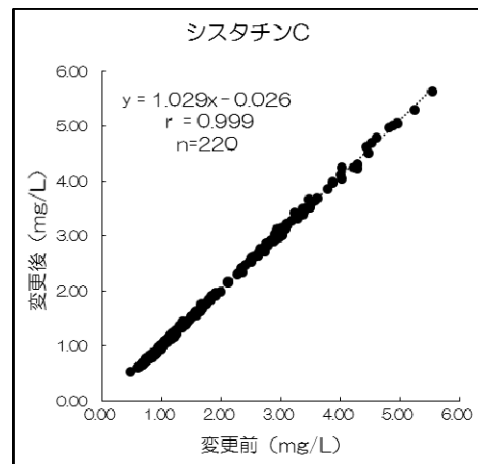
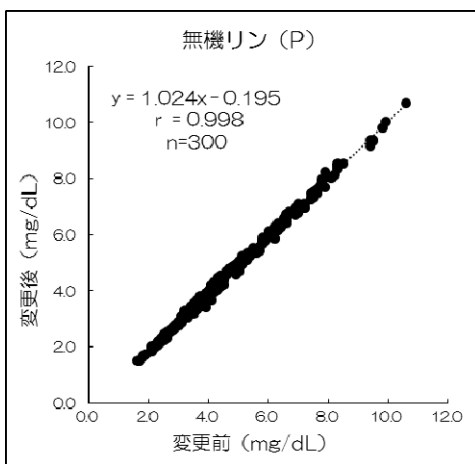
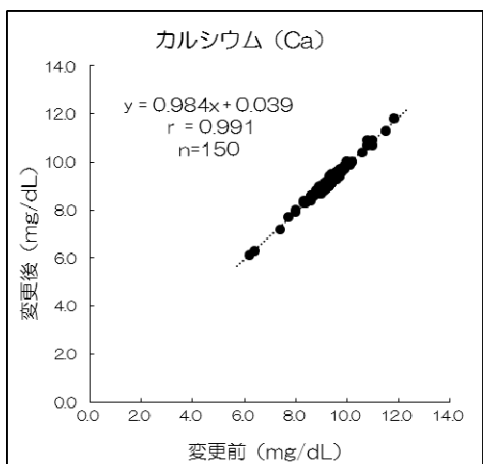
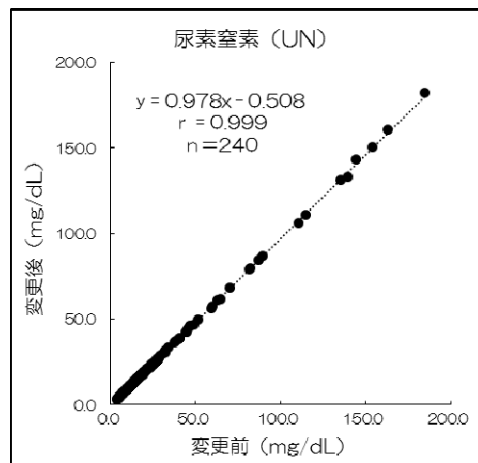
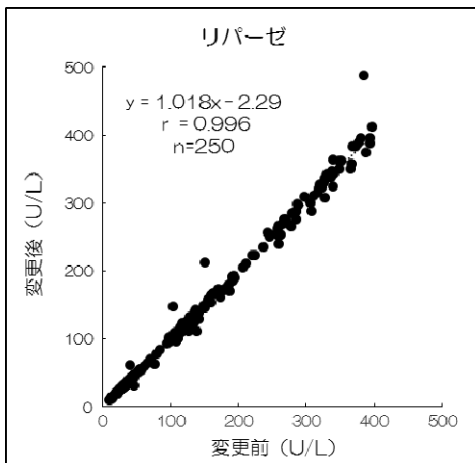
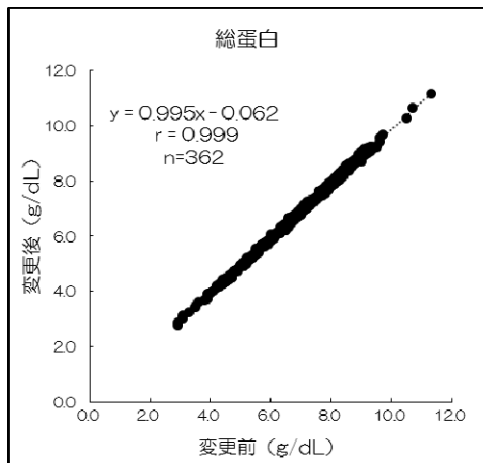
《変更日》 平成 31 年 4 月 1 日 (月) 受付分より

《変更内容》

◇ 測定試薬変更に伴う変更：相関図は次頁参照

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.2	0037	総蛋白 (TP)	備考	記載なし	溶血により高値傾向を示す
P.3	0131	リパーゼ 血清	基準値	13~55 U/L	13~49U/L
			最小報告値	2 U/L以下	1 U/L
P.5	0425	尿素窒素 (UN) 血清	検査方法	ウレアーゼGLDHアンモニア消去法	ウレアーゼGLDHアンモニア未消去法
			基準値	8.0~20.0 mg/dL	8.0~22.0 mg/dL
P.13	0354	カルシウム (Ca) 血清	検査方法	8.8~10.1 mg/dL (JCCLS)	8.4~10.2 mg/dL
	0356	無機リン (P) 血清		酵素法	モリブデンブルー法
	0372	無機リン (P) 尿	基準値	2.7~4.6 mg/dL (JCCLS)	2.5~4.5mg/dL
P.18	6161	シスタチンC	検査方法	酵素法	モリブデンブルー法
			JLAC10	ラテックス免疫比濁法	金コロイド法
			最小報告値	3C016-0000-023-061-01	3C016-0000-023-117-01
P.24	0752	テオフィリン	検査方法	EIA法	ラテックス凝集法
			JLAC10	3M070-0000-023-021-01	3M070-0000-023-062-01
			最小報告値	0.10 mg/L以下	0.04 mg/L以下
P.25	0702	フェノバルビタール	検査方法	EIA法	ラテックス凝集法
			JLAC10	3L175-0000-023-021-01	3L175-0000-023-062-01
			最小報告値	0.4 μg/mL以下	0.8 μg/mL以下
	0706	バルプロ酸	検査方法	EIA法	ラテックス凝集法
			JLAC10	3L195-0000-023-021-01	3L195-0000-023-062-01
			最小報告値	0.4 μg/mL以下	12.0 μg/mL以下

《 相 関 図 》



◇ 検査結果値の変更 ①：自社設定値から JCCLS 表記に準拠

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.102	3256	沈渣 尿	血球系・上皮系結果値	1未満 /HPF	0~1 数視野
				1~4 /HPF	1~2 每視野
					2~3 每視野
					3~5 每視野
				5~9 /HPF	5~7 每視野
					7~9 每視野
				10~19 /HPF	10~15 每視野
					15~20 每視野
			20~29 /HPF	20~25 每視野	
			25~30 每視野		
			30~49 /HPF	30~50 每視野	
			50~99 /HPF	50~100 每視野	
			100以上 /HPF	100以上 每視野	
			円柱系結果値	(1+) ~ (5+) にて報告 (ただし、検出された場合のみ)	1/20 視野
1/10 視野					
1/5 視野					
1/3 視野					
1/3以上は血球系・上皮系の結果値に準ずる					

※HPF：high power field 強拡大視野（400倍）

◇ 検査結果値の変更 ②：「動脈硬化性疾患ガイドライン 2017 年版」（日本動脈硬化学会）の記載内容に添った変更

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
未掲載	0260	LDLコレステロール（計算法）	計算法	TGが400mg/dL以上の場合	
				計算対象外です ※「中性脂肪高値のため、別法にてご確認下さい」のコメント付加	TC-HDL-C-TG/6

◇ 基準値の変更 ①：「亜鉛欠乏症の診療指針 2018」（日本臨床栄養学会）の記載内容に添った変更

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.16	0400	亜鉛（Zn）血清	基準値	80~130 μg/dL	66~118 μg/dL

◇ 基準値の変更 ②：自社設定値から文献値へ変更

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.9	0262	遊離コレステロール	基準値	40~80 mg/dL	30~75 mg/dL
未掲載	0263	エステル型コレステロール		80~170 mg/dL	100~180 mg/dL
	0264	エステル比		60~80 %	65~80 %

◇ 検査体制見直しにおける変更

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.45	9792	心筋トロポニンI (TnI) 血清	項目名称	高感度心筋トロポニンI	心筋トロポニンI (TnI)
			保存条件	必凍	冷蔵
			所要日数	4～7日	1～3日
			最小報告値	4.0 pg/mL未満	1.9 pg/mL未満
			最大報告値	500,000 pg/mL以上	設定なし
P.31 P.94	4382	尿中I型コラーゲン架橋 N-テロペプチド (NTx)	検体量	尿 2.0mL (午前中第二尿)	尿 1.5mL (午前中第二尿)
			保存条件	必凍	冷蔵
			所要日数	5～8日	2～5日
			検査方法	EIA法	ELISA法
			最小報告値	0.1 nmolBCE/mmol・CRE	設定なし
			最大報告値	∞ nmolBCE/mmol・CRE	300.0 nmolBCE/mmol・CRE以上

◇ 試薬添付文書の記載内容に添った変更

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.26	0797	タクロリムス	保存条件	冷蔵	凍結
P.42	7171	TARC	基準値 (表記)	小児(6～12ヶ月未満)：1367未満 小児(1～2歳未満)：998未満 小児(2歳以上)：743未満 成人：450未満	小児(6～12ヶ月)：1367未満 小児(1～2歳)：998未満 小児(2歳以上)：743未満 成人：450未満
P.86	0926	IgG-HA抗体	基準値 (表記)	S/CO 1.00未満 陰性	S/CO 1.0未満 陰性
			最小報告値	S/CO 0.01以下	S/CO 0.1以下
			報告形態	小数点第2位	小数点第1位
P.86	0930	IgM-HA抗体	基準値 (表記)	S/CO 0.80未満 陰性	S/CO 0.8未満 陰性
			判定基準	陰性：<0.80 判定保留：0.80～1.20 陽性：>1.20	陰性：<0.8 判定保留：0.8～1.2 陽性：>1.2
			最小報告値	S/CO 0.01以下	S/CO 0.1以下
			報告形態	小数点第2位	小数点第1位

◇ 項目名称の変更：新規受託項目との検査材料を明確にするため

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.66	7071	尿中肺炎球菌英膜抗原	項目名称	肺炎球菌英膜抗原 尿	尿中肺炎球菌英膜抗原

◇ 最小報告値の変更

総合検査案内	項目コード	検査項目	内容	変更後	変更前
P.3	0217	P型アミラーゼ	最小報告値	3 U/L以下	2 U/L
P.4	0144	CK-MB (CPK-MB) 【免疫阻害法】			
	0170	ACE (アンギオテンシン I 転換酵素)		0.3 mU/mL以下	0.3 mU/mL
	0172	グアナーゼ		0.3 U/L以下	0.3 U/L
P.5	0436	クレアチン 尿 ※注1		0.02 mg/dL以下	設定なし
P.11	0321	総胆汁酸		1.0 μmol/L以下	0.3 μmol/L
P.16	0393	UIBC (不飽和鉄結合能) ※注2		10 μg/dL以下	10 μg/dL
P.66	0801	抗streptリジン-O (ASO)		8 IU/mL以下	6 IU/mL

※ 注 1 : 計算に用いられるクレアチンが 0.02mg/dL 以下になった場合、計算項目は算出不可

※ 注 2 : UIBC が 10 μg/dL 以下となった場合、TIBC および鉄飽和率、トランスフェリン飽和率は算出不可

● 受託中止項目

《最終受付日》 平成 31 年 3 月 30 日 (土) まで受託

《中止項目》

◇受託数僅少のため

総合検査案内	項目コード	検査項目	代替項目
P.19	0477	PSPクリアランス (PSP試験)	eGFR 【検査コード 6824】
P.45	9793	心筋トロポニン I (Tnl) 血漿	心筋トロポニン I (Tnl) 血清 【検査コード 9792】