

2018年4月
No.18-027a(全)

第3期の特定健康診査に関する弊社対応について

拝啓 時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。
平素は格別のお引き立てをいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、この度、平成30年度からの特定健康診査の制度変更にあたり、血液検査に関する部分について、弊社の対応を別紙のとおりご案内させていただきます。

誠に勝手ではございますが、事情をご賢察の上、何卒ご了承の程お願い申し上げます。

敬具

第3期の特定健康診査に関する弊社対応について

1. 検査について

(ア) LDLコレステロールは間接法（Friedewald式）の実施となりましたが、弊社は直接法を採用^{※1}させていただきます

※1 「LDLコレステロールは、中性脂肪400mg/dl以上や食後採血の場合を除き、Friedewald式で計算する。中性脂肪400mg/dl以上や食後採血の場合は、Non-HDLコレステロール値を用いて評価する。
ただし、LDLコレステロールの直接測定法も可。」

(イ) 血清クレアチニンが「詳細な健診」項目に採用されたのに伴う対応

クレアチニンが追加項目（必須）となっている保険者においては従来と同様ですが、それ以外の保険者の場合は、①または②の対応をお願いいたします。

① 健診当日の血圧の値が実施基準に該当し、クレアチニンをご希望する際は、プレ印字項目の「1615 クレアチニン」をご依頼ください。

② 糖の検査結果が実施基準に該当した場合にクレアチニンをご希望する際は、「1730 糖該当 CRE」^{※2}をご依頼ください。

^{※2}手書項目欄にご記入ください（セット欄への登録も可能です）。

※①または②のご依頼がない場合は、血圧および糖検査の結果が実施基準に該当したものでも、弊社から実施に関する問い合わせは控えさせていただきます^{※3}。

なお、報告後にクレアチニンの追加実施をご希望の際は、ご連絡ください。

また、クレアチニンの検査依頼があり、入力票に実施理由の記載が漏れた場合は、自動的に“1基準該当”または“2医師の判断”とさせていただきます。

^{※3}「基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する。」

(ウ) 「詳細な健診」項目の実施基準について
裏面に、実施基準を掲載しました。

2. 「詳細な健診」項目の実施基準について

(1) 12 誘導心電図

当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

(2) 眼底検査

当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、c のうちいずれかの基準に該当した者*

- | | | |
|------|----------------|------------|
| ① 血圧 | a 収縮期血圧 | 140mmHg以上 |
| | b 拡張期血圧 | 90mmHg以上 |
| ② 血糖 | a 空腹時血糖 | 126mg/dl以上 |
| | b HbA1c (NGSP) | 6.5%以上 |
| | c 隨時血糖 | 126mg/dl以上 |

* 眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち、(2) ①のうち a、b のいずれの血圧の基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の結果が(2) ②のうち a、b、c のいずれかの基準に該当した者も含む。

(3) 貧血検査

貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

(4) 血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、c のうちいずれかの基準に該当した者

- | | | |
|------|----------------|------------|
| ① 血圧 | a 収縮期血圧 | 130mmHg以上 |
| | b 拡張期血圧 | 85mmHg以上 |
| ② 血糖 | a 空腹時血糖 | 100mg/dl以上 |
| | b HbA1c (NGSP) | 5.6%以上 |
| | c 隨時血糖 | 100mg/dl以上 |