

医科学実験用動物  
検査のしおり

一般社団法人予防衛生協会  
〒305-0003 茨城県つくば市桜 1-16-2  
Tel: 029-828-6889  
Fax: 029-828-6891

平成 28 年 4 月発行

## はじめに

当協会は、国立予防衛生研究所筑波医学実験用霊長類センター(現:国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所 霊長類医科学研究センター)発足と時を同じくして昭和 53 年 4 月に創設されました厚生労働大臣認可の公益法人であります。また、平成 25 年 4 月からは、一般社団法人予防衛生協会に社名を変更して活動を続けております。

私どもの協会では設立当初より国立予防衛生研究所(現:国立感染症研究所)から委託を受け、ワクチン国家検定並びに医科学研究に必要な実験用サル類の繁殖育成等とこれらサル類の健康管理や諸検査を実施して参りました。

この間、霊長類センターの指導のもとに実験用サル類に係る感染症研究、疾病解析及び検査技術の開発を行うとともに米国の VRL 社(前バイオリライアンス社)と提携して、Bウイルス病、サル水痘症などの検査を始めました。また、検査精度の点においても、VRL 社と技術協力を行い、標準化に取り組んで参りました。

このようなことから、サル類を取り扱う研究に対する支援を目的として、サル類に関連する感染症と健康管理に関する諸検査の受託事業を平成 5 年度より実施してきたところであります。

皆様もご承知のとおりサル類は系統的にヒトと近縁であるため、人獣共通感染症に係わる病原体を保持していることがあります。米国などでは早くからサル類を含めた輸入動物に対する法的規制が講じられておりましたが、我が国においても感染症の予防と蔓延の防止等を目的とした感染症新法を制定し、サル類を輸入検疫対象動物に、エボラ出血熱及びマールブルグ病を輸入検疫対象感染症に指定し、平成 12 年 1 月より法的規制が実施されました。

幸いにも私どもの協会では、昭和 53 年度より医科学実験用サル類の輸入検疫、繁殖飼育管理及び各種検査を手がけて参りましたので、どうか皆様方におかれましても安全で精度の高い医科学研究が行われますよう是非とも当協会の検査をご利用頂きたくご案内申し上げます。

平成 28 年 4 月

一般社団法人予防衛生協会

# 医科学実験用動物の検査

## 1. 目的

医科学研究開発のために使用される実験動物、主にサル類を対象とし、検疫及び健康管理のための各種検査をいたします。

## 2. 検査項目\*

細菌検査：赤痢菌、サルモネラ、大腸菌

寄生虫検査：蠕虫卵、赤痢アメーバ、ミクロフィラリア、マラリア

ウイルス抗体検査：MV、HSV-1、Bウイルス、SIV、フィロウイルス（エボラ、マールブルグ）\*\*  
SRV、SVV、STLV、S-EBV

ウイルス抗体・核酸検出セット検査：SRV 関連検査

血液一般検査（セット）：WBC、RBC、HGB、HCT、PLT、他 10 項目

血清生化学検査：TP、ALB、A/G、BUN、GLU、T-CHO、F-CHO、TG、P、Ca、AST (GOT)、ALT (GPT)  
ALP、CPK、LDH、Fe、CRP、CRE、T-BIL、D-BIL、I-BIL、Na、K、Cl

\*上記以外の検査項目についても、ご相談に応じますのでご用命ください。

\*上記の検査項目は略称ですので正式名称は、「検査方法」（3 ページ）をご参照下さい。

\*\*輸入検疫期間の検査材料については、フィロウイルス抗体検査は実施しておりません。

## 3. 検査手順

検査は、予防衛生協会の検査手順書に従って実施いたします。

## 4. 検査依頼

検査の依頼に当たっては、事前に予防衛生協会 試験検査部

(E-mail: kensa@primate.or.jp、Tel: 029-828-6889、Fax: 029-828-6891) までご連絡をお入れ下さい。

検査材料は感染性物質でもあります。紛失事故を防ぐためにも必ず E-mail 等で事前連絡をお願い致します。また、少数検体については、検査実施までに日数を頂く場合がありますので、早目にご連絡をお願い致します。検体発送に当たっては、動物臨床検査依頼票（別添）に必要な事項を記入し、検体と同じ箱に梱包して下さい。

## 5. 検査報告

検査結果は、郵送にて一定の様式で報告いたします。お急ぎの場合は、E-mail あるいは Fax で仮報告をいたしますので、ご用命下さい。検査結果に係わるご質問、または検査結果に伴う治療等のご相談は、予防衛生協会 試験検査部 (E-mail: kensa@primate.or.jp、Fax: 029-828-6891) までお問い合わせ下さい。

赤痢等の感染症法第 13 条に規定されている感染症に感染している又は感染している疑いがあると判断された場合は、至急ご連絡致します。

## 6. 秘密保持

予防衛生協会は業務上知り得た依頼者に係わる一切の知見及び秘密について、これを第三者に漏洩いたしません。また他の目的にも利用いたしません。

## 7. 検査料金の請求及び支払い

検査料金は「受託検査料金表」（5 ページ）の通りです。検査料の請求は、検査報告終了後、翌月 5 日までの発送をもって行います。銀行振込でお支払いをお願いします。

また、料金表に載っていない検査項目（外部検査発注分）については、保険点数に準じてご請求いたします。

## 「組換え体を含む検体」の検査について

昨今、病原体を含む検体の取り扱いに対する社会的認識が厳しくなっております。(社) 予防衛生協会では、「組換え体を含む検体」につきまして一般の検査検体と区別して検査を受け付けることにいたしました。

- 1、検査依頼手順は通常の検体の場合とは異なります。事前に「組換え DNA 実験安全委員会」への申請と審査が必要です。

検査をご希望される場合、まず試験検査部 試験検査課へご連絡ください。

(E-mail: kensa@primate.or.jp TEL: 029-828-6889 FAX: 029-828-6891)

後日、審査に必要な書類(電子ファイル)をE-mailにてお送りいたします。

必要事項をご記入後、試験検査部 試験検査課までご返送ください。

(E-mail、郵送どちらでも構いません)

- 2、受け取りました書類に基づき検査実施について、委員会へ審査手続きをいたします。

(審査は無料です)

- 3、審査には日数を要します。審査終了後、審査の可否についてご連絡いたします。

審査に不合格の場合、当協会では検査を出来ません。また一切の責任も負いません。

予めご了承ください。

- 4、審査に合格の場合、様式 D-1 検査依頼書および様式 D-2 動物臨床検査依頼票(組換え DNA 専用)を電子ファイルの形でE-mailにてお送りします。

印刷していただき必要事項をご記入後、検体と共にお送りください。

(検体輸送に必要な専用輸送箱などの準備は、3 ページ「検体の取扱いと輸送方法」に従い、審査合格後にご依頼主様にてお願いいたします)

\*発生するすべての料金は、ご依頼主様の負担となります。

検査ご依頼の際には、時間的に十分な余裕を持ってご依頼いただきますよう、お願い申し上げます。

## 検体の取扱いと輸送方法

検査項目	検査材料	必要量	輸送条件	備考
赤痢菌・サルモネラ・大腸菌	直腸便	滅菌綿棒で直腸便を採取	4℃	栄研化学（株） シードスワブ 1号
蠕虫卵	自然排泄便	約 1g	4℃	採便用チューブ
赤痢アメーバ	自然排泄便	約 1g	4℃	採便用チューブ
ミクロフィラリア	全血	1ml 以上	4℃	EDTA-2Na
マラリア	全血	1ml	4℃	EDTA-2Na
ウイルス抗体	血清	100μl/ 項目	4℃または凍結	血清保存用チューブ
核酸検出	全血 血清/血漿	500μl 以上 500μl 以上	4℃または凍結	血清保存用チューブ
血液一般	全血	500μl 以上	室温または 4℃	EDTA-2Na
血清生化学	血清	1ml	4℃または凍結	血清保存用チューブ

### (検査材料の輸送方法)

検査材料は、万国郵便条約の施行規則第 120 条の規定に従ってお送りいただくこととなりますが、具体的には次の輸送方法によりお願いします。

1. 検体を容器に入れ、フタにビニールテープ等を巻いて固定する。
2. 検体番号等を容器に標識する。
3. 万一容器が破損しても、内容物を十分吸収可能な量の保護材（ペーパータオル、脱脂綿など）で梱包し、ビニール袋で密閉する。
4. フタの付いた缶など耐圧容器に収納する。（密閉容器内には、ドライアイスを入れないこと。破裂します。）
5. 適正輸送条件が保てる箱（保冷剤、ドライアイスを利用）に入れ、郵送する。

\*航空輸送される場合は国連基準の輸送箱でしか輸送できませんので、別途ご用意していただく必要があります。また、使用は陸送に限られますが、国連基準の 2 次容器を使用した専用の検体輸送箱をご用意しております。空箱の送料はお客様のご負担とさせていただきますが、無料で貸し出ししておりますので、是非ご利用下さい。

\*\*血清保存用チューブは外ネジタイプをご使用下さい。

## 検査方法

検査名	検査項目	検査方法
細菌検査	赤痢菌	培養同定検査
	サルモネラ	抗原同定検査
	大腸菌	
寄生虫検査	蠕虫卵検査	ホルマリン・エチル沈殿法
	赤痢アメーバ	トリクロム染色標本検査
	ミクロフィラリア	Knott 法
	マラリア	塗抹標本検査
ウイルス抗体検査	麻疹 (MV)	HI (赤血球凝集抑制試験)
	単純ヘルペスウイルス (HSV-1)	EIA (免疫酵素抗体法)
	B ウイルス (BV)	EIA
	サル免疫不全ウイルス (SIV)	EIA
	フィロウイルス (エボラ、マールブルク)	EIA
	サルレトロウイルス (SRV)	EIA
	サル水痘ウイルス (SVV)	EIA、IFA (間接蛍光抗体法)
	サル T 細胞白血病ウイルス (STLV)	EIA
	サル伝染性単核症ウイルス (S-EBV)	IFA
ウイルスセット検査	SRV 関連検査	抗体検査と核酸検出
血液検査一般	白血球数 (WBC)	使用機種：東亜医用電子自動血球計数装置 Sysmex K-4500
	赤血球数 (RBC)	
	血色素 (HGB)	
	赤血球容積 (HCT)	
	血小板数 (PLT)	
	他 10 項目	
血清生化学検査	総蛋白 (TP)	使用機種：バックマン・コールター AU480
	アルブミン (ALB)	ビウレット法
	アルブミン・グロブリン比 (A/G)	BCG 法
	尿素窒素 (BUN)	項目間演算法
	血糖 (GLU)	UV 法
	総コレステロール (T-CHO)	HK-G-6-PDH 法
	遊離コレステロール (F-CHO)	酵素法
	中性脂肪 (TG)	酵素法
	無機リン (P)	酵素法
	カルシウム (Ca)	酵素法
	AST (GOT)	JSCC 標準化対応法
	ALT (GPT)	JSCC 標準化対応法
	アルカリフォスファターゼ (ALP)	JSCC 標準化対応法
	クレアチンキナーゼ (CPK)	JSCC 標準化対応法
	乳酸脱水素酵素 (LDH)	JSCC 標準化対応法
	鉄 (Fe)	ニトロソ-PSAP 法
	C 反応性蛋白 (CRP)	ラテックス免疫比濁法
	クレアチニン (CRE)	酵素法
	総ビリルビン (T-BIL)	酵素法
	直接ビリルビン (D-BIL)	酵素法
	間接ビリルビン (I-BIL)	項目間演算法
	ナトリウム (Na)	電極法
	カリウム (K)	電極法
	クロール (Cl)	電極法

## 受託検査料金表

検査名	検査項目	検査料金 (円)	
細菌検査	赤痢菌	2,400	
	サルモネラ	2,400	
	大腸菌抗原同定	3,500	
	感受性試験	1 菌種 3 薬剤	2,000
		2 菌種 3 薬剤	3,000
3 菌種 3 薬剤		4,000	
寄生虫検査	蠕虫卵	3,000	
	赤痢アメーバ	3,000	
	ミクロフィラリア	2,000	
	マラリア	3,000	
ウイルス抗体検査	麻疹 (MV)	2,000	
	単純ヘルペスウイルス (HSV-1)	2,000	
	B ウイルス (BV)	3,600	
	サル免疫不全ウイルス (SIV)	3,600	
	フィロウイルス (エボラ、マールブルク)	4,000	
	サルレトロウイルス (SRV)	3,600	
	サル水痘ウイルス (SVV)	3,600	
	サル T 細胞白血病ウイルス (STLV)	3,600	
	サル伝染性単核症ウイルス (S-EBV)	3,600	
	A 型肝炎 (HAV)	(外部検査発注) 3,000	
	B 型肝炎 (HBV)	(外部検査発注) 3,000	
C 型肝炎 (HCV)	(外部検査発注) 3,000		
ウイルス検査セット	SRV 関連検査 (抗体検査+核酸検出検査)	10,000	
	RT-PCR 追加検査	10,000	
血液一般検査	セット	500	
血清生化学検査	1～4 項目 (1 項目につき)	400	
	5～7 項目	2,000	
	8～9 項目	2,250	
	10～14 項目	2,500	
	15～19 項目	3,000	
	20 項目以上	3,500	

\* 表に掲載されていない外部検査発注分については、保険点数に準じてご請求いたします。

注 1) 以下の両条件に該当する場合は、検査料金を割引致します。

- i) 依頼者が、検査結果報告希望日を特に指定しない場合。
- ii) 上記受託検査料金表の中欄に掲げる検査項目につき検体受付日を単位として、その検査項目ごとに次の区分に従い、料金をそれぞれ割引します。

(割引必要件数) (割引率)

- ・ 50 件 以上 10%
- ・ 100 件 以上 15%

注 2) 検査材料の輸送等に係わる費用は、ご依頼主の負担となります。

注 3) 料金には消費税が加算されます。

注 4) 組換え体を含む検体の場合、検査項目に関わらず外部検査発注はできません。予めご了承ください。

様式 1

平成 年 月 日

一般社団法人予防衛生協会  
代表理事 吉川 泰弘

住 所  
会社名  
代表者

## 検査依頼書

貴協会にサル類等に係わる検査を別添の動物臨床検査依頼票により依頼する。



別添

# 動物臨床検査依頼票

検査依頼機関名  
代表者名  
所在地:〒  
電話

検査依頼日	平成 年 月 日	検査結果報告希望日	月 日	<input type="checkbox"/> 輸入 検査中 検体
検査動物	サル種	産地	検査材料	<input type="checkbox"/> その他
検体数	担当者氏名 (印)	連絡先	全血 血清 血漿 糞便 その他	
件	(Tel	Fax		
	(E-mail			
細菌検査	ウイルス抗体検査	寄生虫検査	血清生化学検査	
赤痢菌	MV	蠕虫卵	TP	
サルモネラ	HSV-1	赤痢アメーバ	ALB	
大腸菌抗原同定	B ウイルス	マイクロフィラリア	A/G	
薬剤感受性試験	SIV	マラリア	BUN	
菌名 ( )	フィロウイルス		GLU	
ホスホマイシン	SRV		T-CHO	
コリスチン	SVV		F-CHO	
リファンピシン	STLV		TG	
ST 合剤	S-EBV	血液学検査	P	
	HAV	血液一般(セット)	Ca	
	HBV		AST (GOT)	
	HCV		ALT (GPT)	
	SRV 関連検査	SRV は抗体陰性でもウイルス陽性の場合がありますので、抗体検査と PCR のセットをお勧め致します。	ALP	
	抗体+ PCR (DNA)		CPK	
	RT-PCR 追加検査		LDH	
			Fe	
			CRP (定量)	
			CRE	
検査依頼項目に○印をしてください。				T-BIL
備考:				D-BIL
				I-BIL
				Na
				K
				Cl

個体番号を記入してください

1		11		21		31		41	
2		12		22		32		42	
3		13		23		33		43	
4		14		24		34		44	
5		15		25		35		45	
6		16		26		36		46	
7		17		27		37		47	
8		18		28		38		48	
9		19		29		39		49	
10		20		30		40		50	

一般社団法人予防衛生協会

試験検査部

URL: <http://www.primate.or.jp>

E-mail: [kensa@primate.or.jp](mailto:kensa@primate.or.jp)