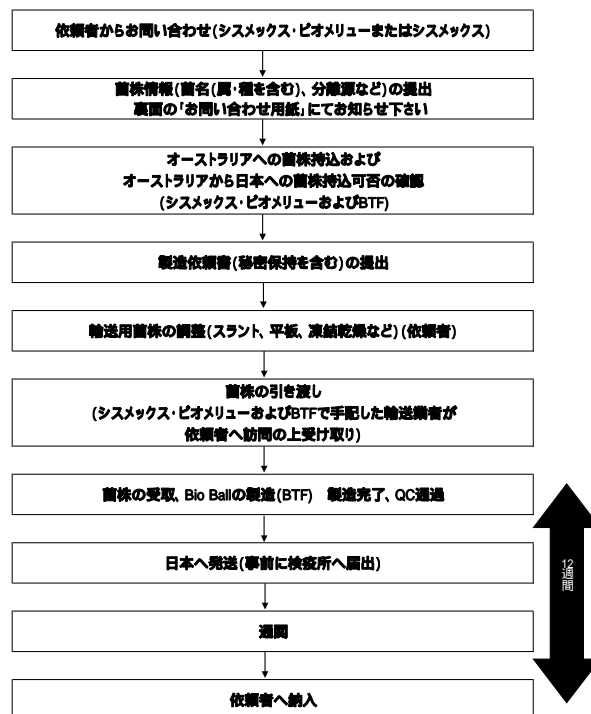




図1 外部精度管理配付試料

(別添1)

Bio Ball® Plant Isolate
お問い合わせから納品までの流れ



(別添3)

平成 25 年 7 月 吉日

衛生研究所長 殿
レジオネラ検査担当者 殿

平成 25 年度厚生労働科学研究補助金
健康安全・危機管理対策総合研究事業
「レジオネラ検査の標準化及び消毒等
に係る公衆浴場等における衛生管理手
法に関する研究」
研究代表者 国立感染症研究所
細菌第一部 倉 文明

「レジオネラ属菌検査外部精度管理調査」への参加協力依頼について

盛夏の候、皆様方におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。
日ごろから厚生労働科学研究補助金事業の推進につきましては、格別のご協力を頂き厚
くお礼申しあげます。

さて、このたび平成 25 年度厚生労働科学研究(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「レ
ジオネラ検査の標準化及び消毒等に係る公衆浴場等における衛生管理手法に関する研究」の一
環で、レジオネラ属菌検査の外部精度管理調査を試行することとなりました。

つきましては公務ご多忙中のところ誠に恐縮に存じますが、下記参加要件等を御一読頂き、
参加協力頂きますようよろしくお願い申し上げます。

記

- | | | |
|---|----------|---|
| 1 | ブロック内受付数 | レファレンス機関を除く 5 機関 |
| 2 | 受付締め切り | 8 月 31 日までに各レファレンス担当者へ連絡
なお、参加申込順による受付のため、5 機関決定次第、締め切
りとなる場合があります |
| 3 | 参加要件 | BioBall®(バイオボール) 使用要件 1、2、4 を満たし、
BioBall®(バイオボール) 使用承諾書 にご署名頂ける機関 |
| 4 | 参加費 | 無料(検査器材は各機関対応) |
| 5 | 実施時期(予定) | 9 月 30 日(月) 試料発送、到着次第 10 月 18 日(金)までに
検査開始、10 月 31 日(木) 結果回答締め切り |
| 6 | 回答提出先 | 各ブロックレジオネラレファレンス担当者 |
| 7 | 調査結果の報告 | 年度内(厚労科研報告書に合わせ報告) |

問い合わせ連絡先(取りまとめ担当者)
北海道立衛生研究所
感染症センター感染症部細菌グループ
森本 洋
TEL:011-747-2762, 2761
FAX:011-747-2757

(別添4) 平成25年度レジオネラ属菌検査外部精度管理調査実施要領

このたびは、平成25年度厚生労働科学研究(健康安全・危機管理対策総合研究事業)「レジオネラ検査の標準化及び消毒等に係る公衆浴場等における衛生管理手法に関する研究」の一環による、レジオネラ属菌検査の外部精度管理調査に参加協力いただきありがとうございます。本調査につきまして、以下の内容についてご理解いただき、結果回答をよろしくお願い致します。

記

- | | |
|------------|--|
| 1 試料の発送 | 10月21日(月) |
| 2 試料発送元 | シスメックス・ピオメリュー |
| 3 試料の到着 | 場所により異なる場合がありますが、22日(火)~23日(水)到着予定(25日までに届かない場合はご連絡下さい。) |
| 4 試料内容 | BioBall 1 バイアル/本×2/箱の計2バイアル
(うち1バイアル/本は予備、有効期限2014年9月18日) |
| 5 試料受領について | 試料の箱に貼付されている送り状をコピーし、そのコピーした用紙に、「本製品を受け取りました」と記載、受取日・施設名記載、受取者(使用承諾書担当者)サイン、押印、をして貴ブロックレファレンス担当者まで送付願います。 |
| 6 検査方法について | 試料到着後、検査開始日までマイナス18~マイナス30で適切に保管し、検査開始日に500mlの滅菌生理食塩水にBioBall 1 バイアルを溶かし、よく混和したものを模擬試料とし、貴機関の検査方法で検査を進めて下さい。また、濃縮後のフィルター洗い出しや遠心沈渣懸濁液についても滅菌生理食塩水をご使用下さい。 |
| 7 検査結果について | 添付した検査結果記入ファイルに記入し、レファレンス担当者までメール添付して下さい。(本調査では、発育コロニー数、換算菌数を求めており、菌種名は求めていません) |
| 8 締め切り日 | 11月25日(月)
本締め切りに合わせ、貴機関の検査日程に従い検査を開始して下さい。なお、締め切りに間に合わない場合は、貴ブロックレファレンス担当者までご連絡下さい。 |

以上

問い合わせ連絡先(取りまとめ担当者)
北海道立衛生研究所
感染症センター感染症部細菌グループ
森本 洋
TEL:011-747-2762, 2761
FAX:011-747-2757
e-m: morimoto@iph.pref.hokkaido.jp

(別添5 - 1)

検査結果記入ファイル

検査機関名：

担当者名：

検査開始日：2013年 月 日、結果判定日：2013年 月 日

- ・貴施設で行った検査方法に従い、該当する記入欄のみに結果を記入願います。
- ・複数種類の培地を使用している場合は、培地の種類ごとに記入願います。
- ・貴施設で判定する場合のコロニー数とCFU/100mLに換算した値で記入願います。
- ・特殊な換算方式を行っている場合は、備考・その他欄に換算方式を記入願います。
- ・濃縮条件に係るアンケートにご協力下さい。

検査結果記入：未処理

使用分離培地名 (メーカー名)	
非濃縮検体結果	
濃縮検体結果	

検査結果記入：酸処理

酸処理条件	
使用分離培地名 (メーカー名)	
非濃縮検体結果	
濃縮検体結果	

検査結果記入：熱処理

熱処理条件	
使用分離培地名 (メーカー名)	
非濃縮検体結果	
濃縮検体結果	

(別添5 - 2)

*濃縮条件に係るアンケート

【ろ過濃縮採用施設】

ろ過に供した量： mL

フィルターメーカー：

フィルター種類：

フィルターポアサイズ：

フィルターの洗い出し方法

a) 手振り(分)

b) ボルテックス(分)

c) その他：

【遠心濃縮採用施設】

遠心に供した量： mL

G (遠心加速度)：

回転数：

遠心時間：

設定温度：

上清除去について

方法

a) デカンテーション

b) ピペット等による吸引

c) その他：

次のうち採用した条件を選んでください。

a) 上清液完全除去後、滅菌水を添加し濃縮検体とした。

b) 上清液を一部残し濃縮検体とした。

c) その他：

*備考・その他(ご自由に記入下さい)

ご協力ありがとうございました。