

## よくあるご質問（コールセンターFAQ）

総合検査案内で  
お答えします

品質保証室 コールセンター

### はじめに

コールセンターでは集荷のご依頼から検査内容に関する質問まで、幅広い内容のお電話を受けております。今回はよくあるご質問のうち、『総合検査案内』を活用してお答えしているものをまとめて紹介します。

**Q1** 推算 GFR 計算値を出すために必要な項目を教えてください。

**A1** 「血清クレアチニン・性別・年齢」です。

◆その他、各種計算値・項目比・指数を依頼する場合の必須項目を一覧表にして掲載しております（p.84）。

項目コード	検査項目	容器	必須項目	自動報告※1	計算方法	備考
計	0374-02 LDL-コレステロール 計算値	X	・総コレステロール(TC) ・HDLコレステロール(HDL-C) ・中性脂肪(TG)	可	TC-HDL-C-1/5TG	中性脂肪が400mg/dL以上の場合は、LDL-コレステロール計算値は「計算不能」と表記されます。
	8180-02 nonHDL-C	X	・総コレステロール(TC) ・HDLコレステロール(HDL-C)	可	TC-HDL-C	中性脂肪が400mg/dL以上や食後採血の場合は、脂質管理目標値としてnonHDL-Cを使用し、その管理目標値はLDL-C+30mg/dLとされています。
	8064-02 LDL/HDL比 (L/H比)	X	・LDLコレステロール(LDL-C) ・HDLコレステロール(HDL-C)	可	LDL/HDL	
算	0194-02 動脈硬化指数	X	・総コレステロール(TC) ・HDLコレステロール(HDL-C)	可	(TC-HDL-C)/HDL-C	基準範囲：3.0以下
	8193-02 FIB-4index	X g	・AST (GOT) ・ALT (GPT) ・血小板数 ・年齢	—	年齢×AST/血小板数×(ALT) <sup>1/2</sup> ※2	「血小板に凝集あり」のコメントがある場合は血小板数の減少が認められるため、FIB-4indexは参考値となります。
項 目	8059-02 推算GFR(eGFR)	X	・血清クレアチニン(CRE) ・性別 ・年齢	可	194×血清CRE <sup>-1.094</sup> ×年齢 <sup>-0.287</sup> (女性の場合は×0.739) ※2	対象は18才以上です。
	8182-02 推算クレアチニン クリアランス	X	・血清クレアチニン(CRE) ・性別 ・年齢 ・体重	可	男性 {(140-年齢)×体重(kg)} / {72×血清クレアチニン値(mg/dL)} (女性の場合は×0.85) ※2	
	8086-54 推定1日食塩摂取量	㊉	・部分尿ナトリウム(Na) ・部分尿クレアチニン(CRE) ・年齢 ・身長 ・体重	可	・24時間尿クレアチニン排泄量予測値(mg/日)=[体重(kg)×14.89]+[身長(cm)×16.14]-(年齢×2.04)-2244.45 ・24時間尿ナトリウム排泄量(mmol/日)=21.98×[部分尿ナトリウム(mmol/L)÷部分尿クレアチニン(mg/dL)÷10×24時間尿クレアチニン排泄量予測値] <sup>0.392</sup> ・推定1日食塩摂取量(g/日)=24時間尿ナトリウム排泄量÷17 ※2	

上記の計算項目は診療報酬の対象ではありません。(計算に使用した項目が対象です。)

※1 自動報告「可」は事前にセンターに申し込みを頂くと、必須項目を満たした場合は自動計算し報告します。

※2 項目によっては身長・体重などが必要です。記載がない場合は「計算不能」と表記されます。

**Q2-1** T-SPOT 検査の検体はいつ提出しても大丈夫でしょうか。

**A2-1** 祝日を除く月曜日から金曜日の午前集荷便でご提出ください。  
 なお、お電話での事前予約が必要です。

◆項目名称備考欄にある曜日・時間指定や注意事項をご確認ください\*1。

**Q2-2** T-SPOT 検査の採取容器を教えてください。

**A2-2** 容器記号：G（ヘパリン入り）容器です。

◆各項目の容器欄に指定されています\*2。

項目コード	検査項目	検査方法	基準範囲(単位)	検体量 (mL)	容器	保存	所要日数	実施料	判断料	備考
6020-01	<b>曜日・時間指定</b> <b>予約</b> 結核菌特異的 IFN-γ (T-SPOT)	ELISPOT法	陰性	血液5.0 (ヘパリン)	G	室温	3~6	612	144 (免疫)	祝日を除いた月曜日から金曜日の15:00までに搬入されるようご提出下さい。他項目との重複依頼は避けて下さい。採血当日中にご提出下さい。

◆各容器については p.137～ p.156に詳細（一覧）を掲載しています。

専用容器一覧			
容器形態	主要検査項目	採取量	検体取り扱い方法
G ヘパリン入り (5mL)	LPL (リポ蛋白リパーゼ)	血液 5.0mL	早朝空腹時にヘパリンを体重1kg辺り30単位静注し、15分後に左図の容器に採血し、よく混和させ、冷蔵のうえ提出下さい
	白血病・リンパ腫解析検査 (LLA) CD45 ゲーティング	血液 5.0mL	<b>曜日・時間指定</b> 祝日を除いた月曜～金曜日の15:00迄に搬入されるようご依頼下さい。 採血後、よく混和させ、室温保存のうえご提出下さい。腫瘍細胞が高率に出現している検体をご提出下さい。
	モノクローナル抗体によるリンパ球表面マーカーの自動解析	血液 各3.0mL	<b>曜日・時間指定</b> 祝日を除いた月曜～金曜日の15:00迄に搬入されるようご依頼下さい。
	Two-color解析によるリンパ球表面マーカー検査	血液 各3.0mL	採血後、よく混和させ、室温保存のうえご提出下さい。
	ニコチン酸 (ナイアシン)	血液 1.5mL	採血後、よく混和させ、冷蔵保存のうえご提出下さい。
	エタノール	血液 1.0mL	
	結核菌特異的IFN-γ (T-SPOT)	血液 5.0mL	<b>曜日・時間指定</b> <b>予約</b> 祝日を除いた月～金曜日の15:00までに搬入されるようにご提出下さい。採血後、よく混和し、室温保存のうえ、当日中にご提出下さい。他項目との重複依頼は避けて下さい。
T細胞百分率 B細胞百分率	血液 3.0mL	<b>曜日・時間指定</b> 祝日を除いた月曜～金曜日の15:00迄に搬入されるよう	

**Q3** 肝炎ウイルス検診（行政）で必要な採取容器を教えてください。

**A3** 肝炎ウイルス検診では「肝炎ウイルス検診」「肝炎ウイルス検診＜C型のみ＞」「肝炎ウイルス検診＜B型のみ＞」があり、項目によりX（生化学）容器、P1（HCV RNA 定量）容器が必要となります（p.70）。

◆検査をスムーズに進めるために、指定しております容器に採血いただきますようお願いいたします。p.70に検査の流れを図解しております。

肝炎ウイルス検診（行政）

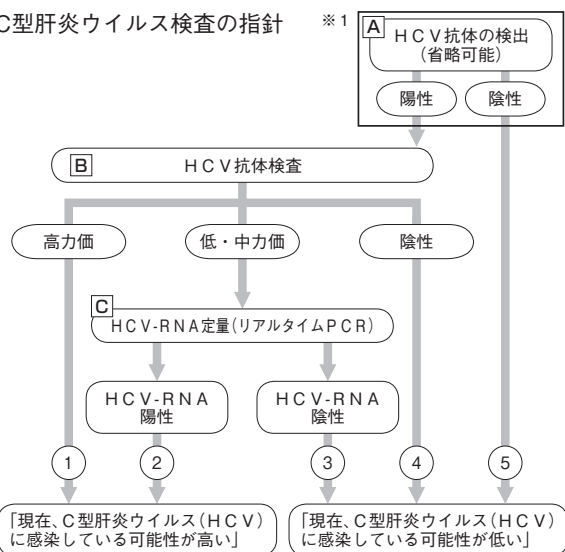
項目コード	検査項目	検体量 (mL)	容器	保存	所要日数	備考
8250-02	肝炎ウイルス検診	血液5.0 + 血液5.0 (P1)	X + P1※	室温	1~10	P68 3856-02 HBs抗原 [CLIA] P69 3675-02 HCV抗体 [CLIA] 3310-02 HCV抗体 (第3世代) P69 7370-26 HCV-RNA定量 ※
8257-02	肝炎ウイルス検診<C型のみ>	血液5.0 + 血液5.0 (P1)	X + P1※	室温	1~10	P69 3675-02 HCV抗体 [CLIA] 3310-02 HCV抗体 (第3世代) P69 7370-26 HCV-RNA定量 ※
8258-02	肝炎ウイルス検診<B型のみ>	血液5.0	X	室温	1~2	P68 3856-02 HBs抗原 [CLIA]

※HCV-RNA検査はP1容器を使用し、HCV抗体(第3世代)の結果により検査は実施する。

検査の流れ

- ①B型肝炎ウイルス検査では、採血した血液からHBs抗原を測定し、陽性が陰性で判定します。
- ②C型肝炎ウイルス検査手順については、下表をご覧ください。

C型肝炎ウイルス検査の指針 ※1



※1 HCV抗体の検出 (省略可能) の検査は、約9割が陰性と報告されます。報告日数短縮のため本検査を実施しています。  
参考：健肝発0409第1号平成27年4月9日 厚生労働省健康局

報告書見本

それぞれの検査結果の他、緊急肝炎ウイルス検査での請求に必要な判定区分①～⑤を表示いたします

肝炎ウイルス検診 報告書

437 氏名: 中村 けん 様 住所: 999999-05 仙台市青葉区 検査施設: テスト施設 様  
検査番号: カイ研 検査科: 病棟  
受付番号: 01-701019501 受付日: 14年10月1日 提出日:  
採取日: 14年10月1日 報告日: 14年10月2日

項目名	検査結果	基準値	単位
HBs抗原 [CLIA]	0.05未満	0.05 未満	IU/mL
HBs抗原判定	陰性	陰性	
HCV抗体の検出判定	陰性	1.00未満	S/CO
HCV抗体検査判定	1.2 未満 判定 陰性	1.0 未満	COI
HCV RNA定量7% HCV判定区分	検出せず ③	参考基準値参照	Log IU/mL

【コメント】  
A: 再検査済みです。  
B: 再検査済みです。  
【検査結果】検査結果の表示パターン (4種)  
「検出せず」・・・ウイルスは検出されませんでした  
「1.2 未満」・・・極めて少ないウイルスが存在します  
「1.2~7.8」・・・ウイルスが存在します (検出量は3.0以上)  
「7.8 以上」・・・測定上限を超える量のウイルスが存在します

C型肝炎ウイルス検査の指針 ※1

検査責任者: 亀石 猛  
1. (検) エスアールエル 2. その他

**Q4** 風疹のワクチン接種の目安を教えてください。

**A4** 風疹 EIA (IgG) 検査の場合は抗体値8.0未満が目安となります。

◆医療従事者の各種ワクチン接種の目安を掲載しております (p.53)。

■ 医療従事者におけるワクチン接種の判断基準 (日本環境感染学会 平成26年9月 環境感染誌 第29巻supplementⅢ)

疾患名	検査法	ワクチン接種目安	検査センター基準範囲 (メーカー設定値)	付 記
麻疹	PA法	128倍以下	16倍未満	麻疹ウイルス抗体価確認では、PA法とEIA (IgG) が同等の感度であり推奨されています。
	EIA (IgG)	16.0未満	2.0未満	
風疹	HI	32倍未満	8倍未満	風疹ウイルス抗体価確認では、HI法とEIA (IgG) が同等の感度であり推奨されています。
	EIA (IgG)	8.0未満	2.0未満	
流行性耳下腺炎	EIA (IgG)	4.0未満	2.0未満	ムンプスウイルスの抗体価確認では、高感度のEIA (IgG) が推奨されています。
水痘	EIA (IgG)	4.0未満	2.0未満	

**Q5** B型肝炎ウイルス訴訟の申請のため、HBc 抗体<IgG>検査の試薬会社と試薬名が必要なので教えてください。

**A5** p.68の検査項目の備考欄へ詳細を記載しておりますのでご確認ください。

◆皆さまのお問合せにお答えし、p.68検査項目の備考欄へ掲載いたしました。

項目コード	検査項目	検査方法	基準範囲(単位)	検体量(mL)	容器	保存	所要日数	実施料	判断料	備 考
5958-02	HBc抗体<IgG>	CLEIA	1.0未満 C.O.I	血液3.0	X	室温	2~5	137	144 (免疫)	試薬会社:富士レボ株式会社 試薬名:ルミパルスプレストHBcAb-III 高力価の指標:100.0以上(C.O.I) &

## おわりに

総合検査案内には詳細な情報を掲載しております。お問合せの際には、総合検査案内をお手元にご準備ください。掲載ページをご一緒に確認しながら回答させていただきます。

新型コロナウイルス検査の依頼増加に伴い、お電話が繋がりにくく、ご迷惑をおかけしておりますが、コールセンターはこれからも皆様の立場に立ち“迅速・正確・丁寧な対応”を目指してまいりますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

担当：佐々木 加恵 (品質保証室 コールセンター)

\*ウェブサイトでもご覧いただけます。 <http://www.labo.city.hiroshima.med.or.jp/>