

# 熊本県 HTLV-1 抗体検査・相談事業実施要領

## (熊本県特定感染症検査事業)

### 1 目的

ヒトT細胞白血病ウイルス 型 (HTLV-1) 抗体検査を希望する人が、検査や相談を受けることができる体制を整備し、HTLV-1 感染が判明した際に、ATL 等の関連疾患に関する正しい知識を得ることで、過度の不安を抱くことがないようにするとともに、発症時の適切な医療機関への早期受診、診断、治療につなげる。

また、水平感染(性行為による主に男性から女性への感染)による感染拡大を予防する。

### 2 事業の内容

保健所において、検査希望者に対し HTLV-1 に関する事前説明を十分に行ったうえで、無料・匿名で HTLV-1 抗体検査及び相談を行う。なお、相談・検査日時は、各保健所が定めるものとする。

### 3 検査対象

検査を希望し、HTLV-1 に関する事前説明を十分に行ったうえで、検査を受けることに同意した高校生相当以上の者(妊婦を除く)

### 4 検査方法

スクリーニング検査	PA 法
確認検査	WB 法

検査は「健康危機管理課が契約した委託検査機関」に各保健所が依頼して実施する。

### 5 事業の流れ (別記フローチャート参照)

#### (1) 受付から採血まで

ア 電話等の問合せに対しては、HTLV-1 に感染していることが判明しても、現時点では HTLV-1 関連疾患の発症を予防する方法が無いことや検査を実施しても判定保留の結果がでる可能性があること等を十分に説明したうえで、検査に同意が得られた場合は、検査は無料・匿名(又は申込書に署名)で受けられること及び受付日時や検査の概要等について説明する。

イ 希望者が相談・検査のため来所した場合、速やかに個室等のプライバシーが十分確保できる場所に案内し、相談受付票(様式1)に記入してもらう。

ウ 検査申込みは、検査申込書(様式2)により行う。

エ 検査結果の通知は、概ね2週間後になることを説明する。

オ 未成年者に対しては、検査結果が「陽性」、「判定保留」の場合は、本人への告知後、

保護者同席による通知を行うことについて説明し、本人の同意を得るものとする。  
ただし、同意が得られないことを理由に、検査は拒否しない。

## (2) 検査手順等

### ア 採血量

3 ml

ただし、各保健所が依頼した委託検査機関の必要な量を確認しておく。

### イ 血液の処理

採血した血液を室温で10分間程度放置して凝固したことを確認後、遠心分離機で3000回転10分間遠心し、血清を分離する。

ただし、上記の処理の有無は、各保健所が依頼した委託検査機関に確認しておく。

### ウ 検査の実施

血液の処理後、委託検査機関へ連絡し、検査を依頼する(様式3)。委託検査機関は、結果が判明次第、依頼保健所に結果を通知する(様式4)。保健所は、検査結果を確認し、委託検査機関に委託料を支払う。なお、依頼用紙、報告用紙については、委託検査機関が使用する様式に代えることができる。

エ 相談担当職員は、保健所長へ結果を報告し、必要な指示を受ける。

## (3) 採血等の注意

ア 採血、検査業務に従事する者は、感染防止のために細心の注意を払い、フェイスガード、手袋、予防衣の着用や針刺し事故等の防止に努めるものとする。

イ 万一、手指等が血液により汚染された場合は、石けんを用いて流水で十分に水洗いする。

ウ 血液で汚染した物品は感染性廃棄物として適正に処理する。

## 6 検査依頼者への通知

### (1) 結果の通知方法

ア 検査結果の通知は、原則、保健所長が面接(口頭)により行う。

ただし、検査結果が「陽性」、「判定保留」の場合を除き、保健所長が指名した者が行うことができる。

イ 検査結果の通知は、本人が持参した控表の突合等により、検査依頼者本人であることを確認した上で行う。

ウ 検査結果の通知は、個室等のプライバシーが十分確保できる場所で行うものとする。

エ 未成年については、検査結果が「陽性」、「判定保留」の場合、本人への告知後、本人の同意の上、改めて保護者同席でカウンセリングを行う。

オ 検査結果については、原則文書の発行は行わない。ただし、本人が実名を持って

希望する場合については、免許証等身分を証明するもので本人であることを確認のうえ、検査依頼者本人の依頼書（様式5）の提出により、保健所長は手数料を徴収し、検査結果証明書（様式6）を発行することができるものとする。（検査結果のコピー渡しは不可、検査結果の書き写しは可能とする。）

特定感染症検査事業における検査結果通知の取扱い早見表(資料1)参照

(2) 確認検査「陽性」及び「判定保留」の者への対応

ア 確認検査「陽性」及び「判定保留」の場合は、検査結果を理解しているか確認しながら、HTLV-1に感染していること（HTLV-1キャリア）の意味やHTLV-1関連疾患の正しい知識、一般的な生活管理等について説明を行い、不安の解消に努める。

また、ATLやHAM等のHTLV-1関連疾患の症状について説明を行い、今後、こうした症状が出た場合は、速やかに専門の相談・医療機関（別紙）に相談・受診するように指導する。

## 7 報告

保健所長は、毎月のHTLV-1関係の相談、検査件数を特定感染症検査等事業実施報告書（様式8）により、翌月の6日（必着）までに健康危機管理課に報告するものとする。

## 8 その他

- (1) 本事業に従事する職員は、HTLV-1関連疾患等に関する正しい知識を持ち、かつ個人のプライバシー等人権の保護を重視して業務に従事するものとする。
- (2) HTLV-1関連疾患は、現時点では発症を予防する方法はないため、受診者が検査を希望した場合には、HTLV-1関連疾患について十分に説明を行い、受診者の理解と同意が得られた上で実施することとし、安易に検査を勧めることのないように注意する。
- (3) 本事業に係る事務については、受診者のプライバシー等人権の保護の観点から、個人に関して知り得た情報については、その秘密保持に最大の配慮を払うことが必要であり、特に検査関係書類等については、細心の注意をもって整理保管する。

## 附則

- 1 この要領は、平成23年10月1日から施行する。

特定感染症検査等事業における検査結果告知の取扱い早見表

資料 1

	HIV抗体検査		性感染症(梅毒、性器クラミジア)検査		肝炎ウイルス検査		HTLV-1抗体検査	
	陰性	陽性又は判定保留	陰性	陽性	陰性	陽性	陰性	陽性又は判定保留
告知者	保健所長又は保健所長が指名した者	保健所長	保健所長又は保健所長が指名した者		保健所長又は保健所長が指名した者		保健所長又は保健所長が指名した者	保健所長
告知相手	本人							
	未成年	本人	本人 原則、保護義務者同席	本人	本人 原則、保護義務者同席	本人	本人 原則、保護義務者同席	本人 原則、保護義務者同席
告知方法	面接		面接 来所が困難な場合、本人からの電話に対し告知可能	面接	面接 来所が困難な場合、本人からの電話に対し告知可能	面接	面接	
結果判明後、来所しない者への対応	連絡しない。 ただし、一次スクリーニングで判定保留(陽性、擬陽性)となった場合のみ、本人同意により連絡先を確認する。(電話にて来所を促す。)		連絡しない。( )		連絡しない。( )		連絡しない。( )	
検査証明書の発行	<p>本人が実名で希望する場合、証明書を発行する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>申請書：本人の実名、受付番号を記載し申請する。</li> <li>証明書：実名、受付番号を記載し発行する。</li> </ul>							

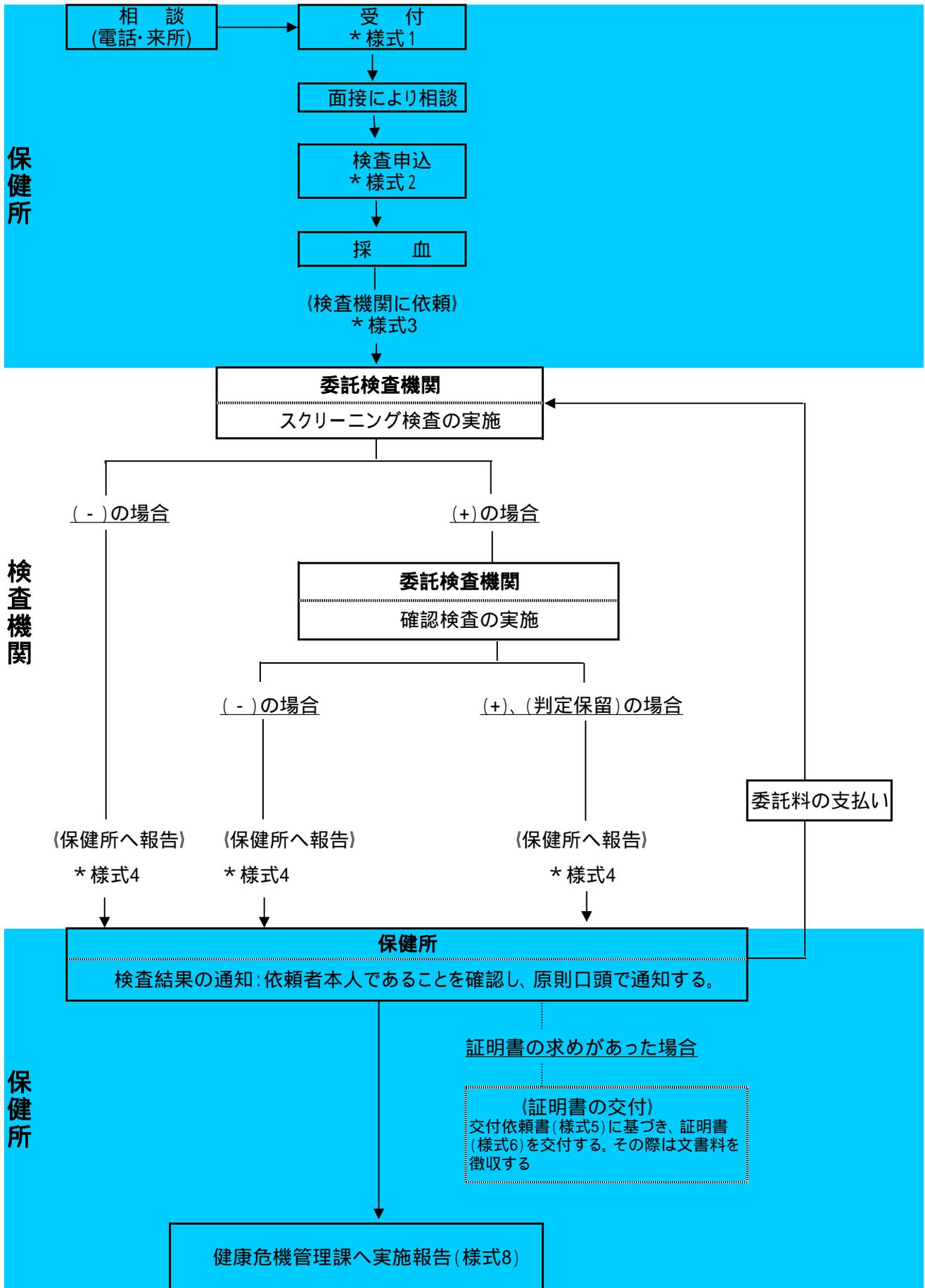
二次スクリーニングの結果告知の際に保護義務者同席となる。

本人への告知後、あらためて保護義務者同席の上、カウンセリングを行うことになる。

匿名検査が本人の自発的な意志によってのみ行われ、来所による告知という原則に立ち、本人の連絡先は確認しない。

# 5 事業の流れフローチャート

(別記)



【ATL相談・医療機関】

施設の名称	住所	電話	FAX	相談方法	受付曜日・時間	備考
熊本大学医学部附属病院がん支援相談室	熊本市本荘1-1-1	096-373-5676 直通		来所、電話	【月一金】8:30-17:15	
熊本市立熊本市市民病院相談支援センター(地域連携室内)	熊本市湖東1-1-60	096-365-1864 直通	096-369-9397	来所、電話、FAX	【月一金】8:30-17:00	
熊本赤十字病院がん相談支援センター	熊本市長嶺南2-1-1	096-384-2111 (内線6800・6870)		来所、電話	【月一金】8:30-17:00	
熊本医療センター相談支援センター(地域医療連携室内)	熊本市二の丸1-5	096-353-6501 (内線5815)		来所、電話	【月一金】8:30-17:15	
済生会熊本病院医療相談室	熊本市近見5-3-1	096-351-8000 (内線8161、携帯8161)		来所、電話	【病院診療日】9:00-17:00	
荒尾市民病院相談支援センター	荒尾市荒尾2600	0968-63-1115 (内線536)		来所、電話	【月一金】8:30-17:15	
熊本労災病院がん相談支援センター	八代市竹原町1670	0965-33-4151 代表	0965-34-5779	来所、電話、FAX	【平日】8:15-17:00	
健康保険人吉総合病院相談支援センター(医療福祉連携室内)	人吉市老神町35	0966-22-2191 (内線240)	0966-22-7879	来所、電話、FAX	【月一金】8:30-17:15	
健康保険八代総合病院がん相談支援室	八代市松江城町2-26	0965-32-7111		来所	【月一金】8:30-17:00	来所に当たっては事前予約が必要
天草地域医療センター 医療・福祉連携室	天草市亀場町食場854-1	0969-24-4111		来所、電話	【月一金】9:00-17:00	
健康保険天草中央総合病院 地域連携室内がん相談支援センター	天草市東町101番地	0969-22-0011		来所	【月一金】8:00-17:00	

【HAM相談・医療機関】

施設の名称	住所	電話	FAX	相談方法	受付曜日・時間	備考
熊本大学医学部附属病院 神経内科	熊本市本庄 I-1-1	096-344-2111 (代表)		来所	【月一金】8:30-11:00	来所に当たっては事前予約が必要
熊本再春荘病院 神経内科	合志市須屋2659	096-242-1000		来所、電話	【月・木(神経難病相談外来)】9:00-17:00	
独立行政法人国立病院機構 熊本南病院 神経内科	宇城市松橋町豊福2338	0964-32-0826 (代表)		来所	【月一金】8:30-11:00	
熊本県難病相談・支援センター	熊本市東町4丁目11番1号 熊本県総合保健センター3階	096-331-0555	096-369-3080	来所、電話	【月一金】9:00-16:00	

(様式1)

## HTLV-1抗体検査・相談受付票

平成 年 月 日

本日の御相談の内容等について御記入ください。

1 あなたの年齢・性別を教えてください。

【年齢】 10代          20代          30代          40代  
                 50代          60代          70代以上

【性別】 女 ・ 男

2 相談に来られた理由として当てはまるものにお付けください。

(          ) HTLV-1抗体検査を受けたい。

(          ) HTLV-1 やHTLV-1感染によって起こる病気について知りたい。

(          ) その他(よろしければ理由をお書きください)

3 2で「HTLV-1抗体検査を受けたい」に を付けられた方、よろしければ検査を希望された理由を教えてください。

4 その他、お気づきの点がありましたら御記入ください。

受付番号：

(様式2)

(保健所控)

平成 年 月 日

## HTLV-1 抗体検査申込書

HTLV-1 抗体検査を受けるにあたり、以下の点をご確認いただき、検査を受けるかどうか、もう一度よくお考えください。

- ・ HTLV-1 に感染しても、多くの人は症状も無く過ごすことができますが、まれにヒト T 細胞白血病 (ATL) や HTLV-1 関連脊髄症 (HAM) 等を発症することがあります。
- ・ ATL は、これまで有効な治療法が確立されておらず、また、HAM は難病に指定されている疾患です。
- ・ 検査により HTLV-1 に感染していることが判明したとしても、現在のところ、ATL や HAM の発症予防法はありません。
- ・ 検査をしても、結果が判定保留 (感染の有無が不明) になる場合があります。
- ・ 女性の方は、妊婦健診時にかかりつけの産婦人科医療機関で HTLV-1 抗体検査を受けることができます。

以上の点をご確認の上、検査を希望される方は太線枠内に記入してください。

この検査は匿名で受けることができます。「欄」内は、仮の名前あるいは番号でも結構です。

	男	年齢
	女	歳代

受付番号
------

検査結果は 年 月 日 時 分にお知らせしますので、検査申込書 (控) をご持参のうえ、必ず来所してください。

----- <キ リ ト リ> -----

(申込者控票)

## 検査申込書 (控)

平成 年 月 日

	男	年齢
	女	歳代

受付番号
------

検査結果は 年 月 日 時 分にお知らせしますので、検査申込書 (控) をご持参のうえ、必ず来所してください。  
都合により、上記日時に来所できない方は、必ず御連絡ください。

連絡先：熊本県 保健所 (担当： )  
Tel

(様式3)

(検査機関控)  
第 号  
平成 年 月 日

委託検査機関長 様

保健所長

## HTLV-1 抗体検査依頼

このことについて、下記のとおり検査を実施していただきますようお願いします。

### 記

#### 1 依頼検査項目

(1) HTLV-1 抗体検査 PA 法

(2) PA 法が陽性の場合、WB 法

#### 2 依頼検体

番 号	採血年月日	性別	年齢
	年 月 日	男・女	歳代
	年 月 日	男・女	歳代
	年 月 日	男・女	歳代

(様式4)

(保健所控)

平成 年 月 日

保健所長 様

委託検査機関長

### HTLV-1 抗体検査結果について

平成 年 月 日付け第 号で依頼のありましたこのことについて、  
下記のとおり報告します。

#### 記

番号	採血年月日	性別	年齢	検査結果		検査年月日
				PA法	WB法	
		男・女	歳代			
		男・女	歳代			
		男・女	歳代			

(様式5)

平成 年 月 日

### HTLV-1 抗体検査等事業に関する検査証明書交付依頼書

\_\_\_\_\_保健所長 様

下記の検査結果について証明書の交付を依頼します。

#### 記

太線枠内のみ記入してください。

氏 名	受付番号 ( )
住 所	
電 話 番 号	
生 年 月 日	M・T・S・H 年 月 日
性 別	男 ・ 女
検 査 項 目	HTLV-1抗体検査
検 体 番 号	
備 考	本人確認の方法 【免許証、保険証、社員証、学生証、その他 ( )】

(様式6)

## 検査証明書

氏名： \_\_\_\_\_ 受付番号( \_\_\_\_\_ )

住所： \_\_\_\_\_

生年月日： \_\_\_\_\_

性別： \_\_\_\_\_

あなたの検査結果は次のとおりであることを証明します。

採血年月日	平成 年 月 日	
検体番号		
検査項目	検査方法	検査結果
HTLV-1抗体		

平成 年 月 日

熊本県 保健所長 