
[感染対策]

C型肝炎集団感染調査報告書の掲載にあたって

鈴木 満

平成12年10月24日の新聞報道により、C型肝炎の集団感染が発生したことを知った。同じ時期に千葉市保健福祉局保健衛生部によりC型肝炎集団感染調査委員会に取りまとめられた本件の報告書が作成され、当局のご好意により本誌に掲載することができた。千葉市保健福祉局保健衛生部に心から感謝の意を表したい。

透析施設の集団感染事故は、施設として致命的である。原因究明に対応する時間および付随する精神的損失が膨大すぎるからである。民間医療施設であれば、経営基盤も揺るぎかねない。再発防止への努力と改善も計り知れないものがある。透析施設の宿命は、かつて、神聖視されていた血液を汚染されたものとして取り扱い体外に循環させ、なお、一定空間の中で多数の症例に同時に治療を行うことである。単一ミスに対しては事故防止ができるが、複数のミスが重なると取り返しのつかない事故に連動する。本報告書の指摘により、透析施設が感染症新法を再認識することが求められている。また、日常の検査頻度・適正な透析室空間・抗凝固剤の準備状況・ディスポ医療材料の適正使用・再発防止策等を再考するように示唆されている。さらに、本報告書はC型肝炎の集団感染調査報告書としては本邦で初の報告書として貴重な存在である。

ひるがえって自施設の足元を見据えてみると、HCV陽性の症例すべてにHCV-RNAの検査を行っていなかった。

透析室の入り口付近に水洗場を設置して透析患者が入室時に手洗いをすることもできないでいる。消毒セットはディスポ化しているが、滅菌手袋までは使用していない。抗凝固剤の作成にしても隔離された場所では行っていないうえ、薬剤師による調製は困難である。年2回の肝炎検査と月1回の肝機能検査をすでに行った過去の検査結果と共に注意してチェックしているにすぎないが、幸い感染事故は発生していない。しかし、明日はわが身である。

本報告書が透析施設の感染防止対策、ひいては事故防止対策の有用な糧となることを、切に望んで止まない。