



SARS対策でわかったこと

感染制御部 副部長 朝野 和典

— TITLE —

SARS対策の大きな問題点

「火事だ！」と電話をしたら、「いたずら電話かもしれませんので、確認の上消防車を出動させます」と消防署から言われたら、どうするだろう？

「どのくらいかかりますか？」と尋ねたら、「臨機応変に致しますので」との答えが返ってきたら、どう対処すればよいのだろうか？

すぐに来てくれると思うのは、間違いである。おそらくあなたの家が全焼し、隣家にも飛び火した頃にやっと来てくれるかもしれない。いや、町中が延焼しても来てくれないかもしれない。もう自己防衛しかない。

SARS（重症急性呼吸器症候群）の初期の対応で、いくつかの自治体は、こののんきな消防署と同じ対応をとった。

空気感染と飛沫感染

空気感染と飛沫感染は、感染経路別の院内感染対策であるが、その実施する規模において大きな相違がある。すなわち、飛沫感染は個人的な感染対策であるが、空気感染は地域全体の単位で考える必要のある感染対策である。そのことが明らかになったのは、重症急性呼吸器症候群（SARS）感染対策を実施する過程であった。

空気感染対策には、N-95マスクを装着することが医療従事者の個人的な感染対策となる。ところが、院内感染対策としては独立した換気システムを備えた陰圧個室が必要である。わが国のほとんどの病医院はそのような病室を持たない。その場合、これまでは空気感染をする感染症として、麻疹、水痘、結核を考えていたから、免疫のある医療従事者の診療や結核専門病院への転院で対応できた。しかし、2003年3月以降のSARSの問題は、空気感染に対する対応の難しさを改めて認識させた。すなわち、SARSの場合は、個々の医療機関の対応では、感染対策ができないと言うことである。そのために、感染症新法上の「新感染症」として、行政が感染対策に関与することが行われた。すなわち、空気感染対策は個々の医療機関の感染対策では不可能な感染対策であるということ、共通の理解とすべきであろう。接触感染、飛沫感染は個人的な感染予防対策で実践できるが、空気感染対策は個人ではなく、地域やあるいは国の医療として行われるべきものである。

SARS感染対策

SARSは接触感染、飛沫感染で主に感染伝播することが知られるようになった。しかし、飛行機内での感染や同一ホテル内での感染や高層マンション内での感染など感染経路不明の事例もあり、空気感染の可能性も否定されていない。そのために、初期のSARS感染対策はスタンダード・プリコーションに接触、飛沫、空気対策を加えた厳重な感染対策を必要としている。

個人の感染防御には、キャップ、フェイス・シールド、手袋、マスク(N95以上の濾過機能をもつもの)、ガウン、

シューカバーが必要である。また、患者の隔離には独立した空調を備えた陰圧病室での管理が要求されている。

SARSの感染力は麻疹やインフルエンザよりも弱いとみなされているが、感染様式が多様なため、かつ症状が重篤なため非常に厳しい院内感染対策が必要である。

SARS対策でわかったこと

2003年3月末からの重症急性呼吸器症候群（SARS）に対する感染対策を実施された医療関係者の多くは、理論としての感染対策と現実の感染対策の困難さを実感した。その困難さは技術的な問題もさることながら、最も大きな問題は行政の対応であった。

まず何よりも、日本の多くの病院には空気感染対策ができる陰圧病室がない。N-95マスクはあっても、空気感染をする患者が入院した場合は院内感染を防ぐことはできない、という現実を前に、危機感を覚えたはずである。それにもかかわらず、行政、とくに一部の地方自治体の初期の対応は実地臨床の現場からは大きな疑問を持たれるものであった。

一部自治体のSARS対策は、厚生労働省の通達*（SARS「確定例」を特定感染症指定病院に搬送入院とする）を盾に、頑迷にSARSを疑う患者あるいは可能性例については発症時に陰圧室のある病院への搬送の道を考えることはなかった。あろうことか、SARSと確定するまで一般病院での診療を行うことを強いた自治体もあった。おそらく、SARSの症例が設備も専門医もない施設でSARSと確定するまで診療を行われていれば、多くの医療従事者および入院患者にSARSが院内感染を起こすであろう。しかし、一方では、疑い例の段階で専門の病院への搬送と診療をマニュアル化した自治体も多くみられた。

それぞれの自治体によって事情も異なると思われるが、中国とベトナムのSARS感染に対する制御の違いは、この国の一部の自治体にはなんの参考にもならないようである。このような縦割り行政の弊害が、おそらく今後も国民を感染症の危機にさらし続けて行くであろうことが、今回のSARS問題で明らかになった。

感染症新法の5年ごとの見直しが定められているが、次回の見直しにおいては是非、この経験を活かしたより統一された感染症対策を全国規模で実施できるように改善することを望みたい。

*厚生労働省もこの点を重視し、5月2日付の通達（11報）で「可能性例」も「SARSの所見がある者」として感染症新法46条の特定感染症指定医療機関への入院を勧告した。

院内感染対策の将来

これまで、接触、飛沫、空気という感染経路別感染対策は、質的にそれほど大きく異なるものとは思われなかった。理論を理解し、スタンダード・プリコーションにそれぞれの感染経路別感染対策を加えて行けば、実施可能だと思われてきた。しかし、SARSの出現によって、

理論と現実のギャップに多くの医療従事者が直面した。院内感染対策は、個々の病院でできるものではなく、地域や地方自治体そして国が有機的にかつ専門的に情報を交換して初めて実行可能となることが明らかになった。

従って、今後SARSに対する感染対策で明らかになった問題点を同時進行しながら解決し、今後の新興再興感染症の脅威から国民の生命を守る有効な対策を実現できるように法制や行政の対応体制の整備を行うことが緊急の課題である。また、大阪大学医学部附属病院としても、院内感染や医療従事者への感染を防止するソフトやハードの確立を、各関連部署の協力を得ながら進めていきたい。