

き続き、CJD サーベイランス委員等の協力を得て患者への告知を含む医療機関による対応の助言を暫定的に行ってきたところである。

3 CJD 二次感染リスクの低減法

3・1 CJD 二次感染リスクについて

これまでに、脳外科の手術器具等を介したと考えられる感染事例が4例、脳深部電極を介した感染事例が2例、海外で報告されているが、いずれも1974年以前の事例であり、その後の数十年間では二次感染の報告はない。

しかしながら、硬膜移植後のCJD発症例が報告されていること、通常の処理では異常プリオンタンパクを完全に不活性化できないことから、CJD患者の手術に用いた器具を再使用することによるCJD二次感染リスクは、ゼロではないと考えられる。

また、動物実験により、感染ルート（頭蓋内投与、血管内投与、腹腔内投与、経口投与）と発病の関係が研究されている。マウス、ハムスター等による実験においては、頭蓋内投与が著しく発病率が高い（その他の投与方法による発病率は頭蓋内投与と比較して100分の1以下）ことが明らかとなっている。

3・2 組織・手技・患者別の二次感染リスク

CJD 二次感染リスクは、CJD の感染性が高いハイリスク組織を扱う手技（以下「ハイリスク手技」という。）を行った際の手術器具等を再使用した場合に発生する可能性がある。英国 CJD インシデントパネルによれば、CJD の感染性が高いハイリスク組織として、脳、脊髄、脳神経節（三叉神経節を含む）、脊髄後根神経節、硬膜、視神経および網膜が分類されている。また、ハイリスク手技として、硬膜を穿刺する全ての手技、三叉神経を含む脳神経節、脊髄後根神経節、松果体または下垂体に接触する手技、視神経または網膜に関する手技が分類されている。我が国においても、英国 CJD インシデントパネルを参考に、表1に掲げる手技をハイリスク手技とみなすこと