

# 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

(平成10年10月2日施行)

<https://l-hospitalier.github.io>

2017. 5

「伝染病予防法、性病予防法、エイズ予防法」の3法を統合し1998年制定、翌年施行。2007年「結核予防法」統合。後に「**人権尊重**」や「**最小限度の措置の原則**」を明記する改正。【**感染対策委**】20年前、感対委をやっているとき、いつも「やらないより、やっておいたほうが良い」と発言するDrがいて、感対はゲリラ戦だから「余計な作戦行動はしない、体力温存が重要」と言っても自分がやるわけでないから、「**安全のため隔離やガウンテクニック、できることは何でもするべきだ、いくらやってもやり過ぎではない<sup>\*1</sup>**」と主張して本当に困った！ そのころからMMWR<sup>\*2</sup>に目を通すようになった。CDCは「あれもやれこれもやれで費用は増大、効果はあがっていない！」という米国民の厳しい批判を受け、Julia S. Garner という registered nurse の論文 "Guidelines for Isolation Precautions ..." (1996) で医療施設の裁量によるカテゴリー方式 recommendations を導入。「**カテゴリー I A と I B はやったほうが良いかも！ II は余裕があればね！**」というので随分助かった（最近は知らない）。当時勤務する病院に AIDS 患者（後で判明）が来院、看護職員がパニックって、総婦長が感染症患者の入院の制限を医局に申し入れ（オイオイ！）、小生が関与することに（当時の「エイズ予防法」では報告は①国籍②年齢③性別のみと記憶、現在は5類で氏名も）。鷲口瘡（口内カンジダ症）を繰り返すタイのかわいい女性で、時々外来でジフルカンを処方していた。呼吸困難で入院させたらカリニ肺炎、経鼻 O<sub>2</sub> カニュラを装着したら鼻粘膜から出血が始まりアセッタ。外国籍が多く都行政が利用できず、国際医療センターによく依頼した（Thanks! 川名 Dr）。【**感染症法**】2条は**人権**、4条**国民の責務**で**予防と患者の人権の保護**、5条**医師等の責務**で十分な**説明、予防措置**と記載。12条1~4類については①氏名②年齢③性別④その他を直ちに、5類は7日以内に届け出。17~21条で**都道府県知事**は検査、入院、就業制限などの措置を取る義務あり。日本は一応法治国家なので医療関係者だからといって、法によらず感染者に**強制すると違法犯罪行為**。22条2「**必要最小限**」の**原則**。23条「措置」の文書化、24条「措置への苦情は口頭可」。感染症法では**予防の責任（と権限）は知事**にあり、当然東京では都立病院と保健所、およびその上部組織である**病院経営本部**（のサービス推進部）や**福祉保健局感染症対策課**が中心。このため、結核や AIDS などは都立病院に依頼をする場合が多い。注意すべきは、本法は**国民や医療関係者に責務のみを課し権限付与はなし**。但し、厚労省は医療機関に①感染対策会議と（固定の）②手指消毒装置の設置のセットで感染対策加算を認めたので、どの病院でも会議は開くが、outbreak の監視をまともにしているところはなさそう。主治医以外の会議の構成員は（自分が患者になるかも？という想像力はない、自分はかわいい、他人はどうでもいいので）他の患者のためと称して主治医の責任で患者の人権侵害を強く主張する（**最小限原則は無視<sup>\*3</sup>**）。院内感染発生時の対応能力の欠如は有隣病院（世田谷区）の多剤耐性アシネトバクター院内感染事件（2010）でも明らか<sup>\*4</sup>。

<sup>\*1</sup> 鯛の頭も！ <sup>\*2</sup> これを知らないのはモグリ。CDC 発行の Morbidity and Mortality Weekly Report（有病率死亡率週刊レポート）<https://www.cdc.gov/mmwr/index.html> <sup>\*3</sup> と言うより読んだことも聞いたこともない。 <sup>\*4</sup> 警視庁が捜査、病院関係者を任意で事情聴取。日経(2010/9/8) [http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0801A\\_Y0A900C1CC0000/](http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0801A_Y0A900C1CC0000/)