



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

感染対策の基礎知識

#87

「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。後に改正、「**人権尊重**」や「**最小限度の措置の原則**」を明記した。本法は国民や医療関係者に責務を課す。よく勘違いする人がいるが、本法による「**感染審査協議会**」は保健所内に設置、**院内感染対策委？と感染症法は全く無関係**、措置権限は**都道府県知事にのみ付与**。【**感染対策会議**】厚労省は医療機関に①**院内感染対策会議**と②**固定の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とにかく権限のない会議は開く。20年前、感対会議をやっているとき、「**やらないより、やっておいたほうが良い**」といつも発言するDrがいて、「感染対策はゲリラ戦、無駄な作戦行動はなし。ドリルで消耗は負け戦。戦力温存が重要」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等なんでもやるべきだ。やって悪くないこと¹はどれもやるべきだ**」と主張して本当に困った。そのころMMWR²に目を通すように。CDCは「あれもやれこれもやれで、費用は急激に増大、それに見合う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 (registered nurse)の論文“Guidelines for Isolation Precautions ...”(1996)で医療施設(病院)の大幅な裁量を認めるカテゴリー方式に移行した。

カテゴリーIA すべての病院に対して強く推奨されるもので、十分に計画された**実験的または疫学的研究**による強力な裏づけがある。**カテゴリーIB** すべての病院に対して強く推奨されるもので、当該分野の専門家によって有効と見なされ、HICPACのコンセンサスがある。このカテゴリーの勧告は、**決定的な科学的研究がまだ実施されていないかもしれないが、強力な根拠と示唆的な証拠に基づいている**。**カテゴリーII** 多くの病院での実施が提案される。このカテゴリーの勧告は、示唆的な臨床的あるいは疫学的研究、**強力な理論的根拠**、全部ではなくとも一部の病院に当てはまる決定的研究などによって裏づけられている。**勧告なし(未解決問題)** 有効性に関する十分な証拠またはコンセンサスが得られていない方法。

「**カテゴリーIAとIB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。タイ女性の口内カンジダ症の方、ジフルカンを時々処方していた。呼吸困難で入院させるとカリニ肺炎+AIDS。O₂カニューラで鼻腔粘膜から出血！外国籍の場合は都の行政が利用しにくく、国際医療センターによく依頼した(Thanks→川名Dr)。**【感染症法】2条は人権尊重、4条の国民の責務で予防と患者の人権の保護、5条には医師等の責務で十分な説明、予防措置と記載。12条の1~4類については①氏名②年齢③性別④その他(住所)を直ちに、5類の一部は7日以内に届け出(住所、氏名を含まず)。22条2に「必要最小限」の原則。23条では「措置の文書化」24条「措置への苦情は口頭で可」。**感染症法では**予防の責任(と権限)は知事**にあり東京では**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(多摩総合医療センター)に依頼する場合が多い。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)のように警察捜査権の介入という事態を引き起こすこともある³。

¹ ついでに鯛の頭も！ ² これを知らないと**モグリ**と言われる。CDC発行のMorbidity and Mortality Weekly Report(有病率と死亡率週刊レポート) <https://www.cdc.gov/mmwr/index.html> ³ 都の立ち入り検査と**警視庁の捜査**、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/