## 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

2**017. 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。後に改正されて「人権尊重」や「最小限度の措置の原則」を明記する。 注意すべきは、本法は国民や医療関係者に責務のみを課す。よく勘違いされる方がいるが、本法には感染対策委に調査、追跡、その他の権限を与える条文はない。 措置権限は都道府県知事のみに授与。【感染対策委】但し、厚労省は医療機関に①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、どの病院でも会議は開く。20年前、感染対委員をやっているとき、「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「余計な作戦行動はなし。 ドリルで体力消耗してはいけない戦力温存が重要」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するべき、やって悪くないこと」はどれもやるべきだ」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。 CDC は「あれもやれこれもやれと言って費用は急激に増大、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。

プテゴリー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。 タイ女性のロ内カンジダ症の方、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\*3。

<sup>\*&</sup>lt;sup>1</sup> ついでに鰯の頭も! \*<sup>2</sup>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)<u>https://www.cdc.gov/mmwr/index.html</u> \*<sup>3</sup>都の立ち入り検査と<mark>警視庁の捜査</mark>、病院 関係者を任意で事情聴取。 日経(2010/9/8) <u>http://www.nikkei.com/article/DGXNASDG0801A\_Y0A900C1CC0000/</u>