

感染性廃棄物処理マニュアルの改正

小野山攻

key words : 感染性廃棄物, マニフェスト, 不適正処分, 在宅医療廃棄物

要 旨

感染性廃棄物処理マニュアルが、2004年（平成16年）3月改正されました。

感染性廃棄物の判断基準が主観的なものから、より客観的なものに変更になりました。透析室より排出されるもの、ダイアライザー、血液回路などほとんどすべてのものが感染性廃棄物として処理する必要があります。非感染性廃棄物のラベル表示や排出事業者責任の明確化など、医療機関の責任は大変重いものとなっております。

はじめに

1987年（昭和62年）、B型肝炎の院内感染による医師の死亡事故発生を契機として、清掃作業員や廃棄物処理業者の二次感染を防止するために、厚生省（当時）は1988年（昭和63年）7月に「医療廃棄物処理対策検討会」を設置し、医療関係機関から排出される医療廃棄物、特に感染性廃棄物について適正処理の方法を検討し、1989年（平成元年）11月に「医療廃棄物処理ガイドライン」を策定しました。その後、1991年（平成3年）10月に廃棄物処理法が改正され、爆発性、毒性、感染性そのほかの人の健康または生活環境に被害を生ずるおそれがある性状を有する廃棄物を、特別管理一般廃棄物と特別管理産業廃棄物として定め、この特別管理廃棄物の一つとして感染性廃棄物が組み込まれました。これによって「医療廃棄物ガイドライン」を廃止し、1992年8月（平成4年）、「廃棄物処

理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」として策定し直しました¹⁾。それまでの「医療廃棄物」という一般用語を改め、「感染性廃棄物」という正式な用語が用いられるようになりました。その理由として、医療廃棄物がすべて感染性廃棄物ではないことが考えられます。

1997年（平成9年）6月に委託基準や施設の技術上の基準等が強化され、「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル改訂版」が発行されました。その後新しい環境にふさわしい制度に変革を図ることを目的として、1998年（平成10年）1月、行政改革推進本部（当時）に規制改革委員会が設置されました。2000年（平成12年）「規制改革についての見解」において、医療機関から排出される廃棄物の適正処理のための制度改善が提言され、

- ① 感染性廃棄物の判断においては、専門知識を有する医師等に委ねられているところがあり客観性を欠く
- ② 非感染性廃棄物においては、処理業者等の外部に対し感染性でないことを証明する方法が確立していない

などの問題が指摘されました。

環境省では2001～2002年（平成13～14年）度の2年間に亘り、「感染性廃棄物処理対策検討会」を設置し、感染性廃棄物の判断基準等を検討し、2004年（平成16年）3月に「廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル改訂版」が発行されました²⁾。

1 改正の概要

医療廃棄物とは医療機関における医療行為などに伴って発生する廃棄物をいい、感染性廃棄物とは、医療廃棄物のうち、感染症を生ずるおそれのある廃棄物をいいます。医療廃棄物がすべて感染性廃棄物ではありません。

廃棄物には一般廃棄物と産業廃棄物があり、その中に、爆発性、毒性、感染性その他の人の健康または生活環境に係る被害を生ずるおそれがある性状を有するものとして政令で定めているものを各々「特別管理一般廃棄物」および「特別管理産業廃棄物」といい、さらにその中に感染性一般廃棄物と感染性産業廃棄物があります(図1)。

また一般廃棄物は市町村の責任において、産業廃棄物は事業者の責任において自らの責任で処理をしなければならないことが法律で定められています。

感染性廃棄物処理マニュアルが、平成16年3月改正されました。特に感染性廃棄物かどうかの判断基準

が大幅に変更されました。「形状」、「排出場所」、「感染症の種類」の観点から、以下のとおり医療関係機関等がより客観的に感染性廃棄物を判断できる基準に変

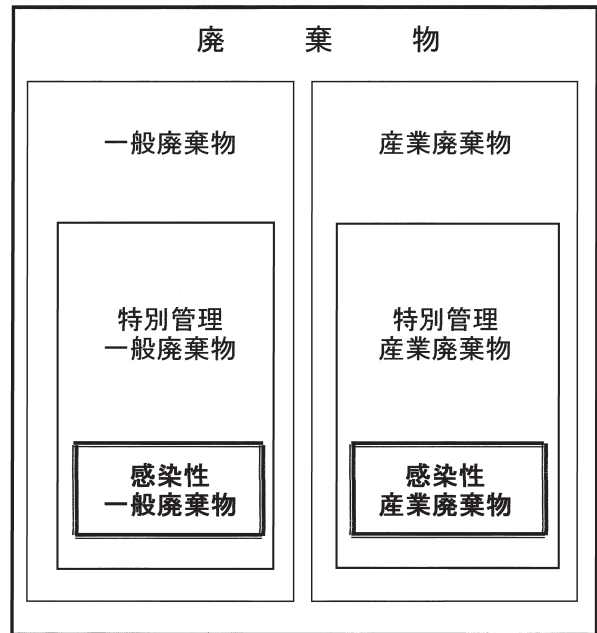


図1 廃棄物の分類

表1 感染性廃棄物の判断基準について

改正後	改正前
感染性廃棄物とは、医療機関等から発生する廃棄物	
<p>1. 形状の観点</p> <p>(1) 血液、血清、血漿及び体液(精液を含む。)(以下「血液等」という。)</p> <p>(2) 手術等に伴って発生する病理廃棄物</p> <p>(3) 血液等が付着した鋭利なもの</p> <p>(4) 病原微生物に関連した試験、検査等に用いられたもの</p> <p>2. 排出場所の観点</p> <p>感染症病床、結核病床、手術室、緊急外来室、集中治療室及び検査室において治療、検査等に使用された後、排出されたものの</p> <p>3. 感染症の種類</p> <p>(1) 一類、二類、三類感染症、指定感染症及び新感染症並びに結核の治療、検査等に使用された後、排出されたもの</p> <p>(2) 四類及び五類感染症の治療、検査等に使用された後、排出された医療器材、ディスポーザブル製品、衛生材料等</p> <p>通常、医療関係機関等から排出される廃棄物は、「形状」、「排出場所」及び「感染症の種類」の観点から感染性廃棄物の該否について判断できるが、判断できない場合は、血液等その他の付着の程度や付着した廃棄物の形状、性状の違いにより、専門知識を有する者(医師、歯科医師及び獣医師)によって感染のおそれがあると判断される場合は感染性廃棄物とする。</p> <p>なお、非感染性の廃棄物であっても、鋭利なものについては感染性廃棄物と同等の取扱いとする。</p>	<p>(1) 血液、血清、血漿及び体液(精液を含む。)並びに血液製剤(以下「血液等」という。)</p> <p>(2) 手術等に伴って発生する病理廃棄物</p> <p>(3) 血液等が付着した鋭利なもの</p> <p>(4) 病原微生物に関連した試験、検査等に用いられたもの</p> <p>(5) その他血液等が付着したもの</p> <p>(6) 感染症法、結核予防法その他の法律に規定されている疾患等により患した患者等から発生したもので感染のおそれがあるもの若しくはこれらが付着した又はそのおそれがあるもので(1)~(5)に該当しないもの</p> <p>血液等の付着の程度や廃棄物の形状、性状の違いにより、感染の危険性には大きな差があると考えられる。したがって、これら(5)、(6)を排出する場合、専門知識を有する者(医師、歯科医師及び獣医師)によって感染性の危険がほとんどないと判断されたときには、感染性とする必要はない。</p>

更されました（表1）。

感染症病床等のうち、検査室とは採血を行う室、透析室および微生物や病理学等に関する臨床検査室（検体検査を行う室）等をいうと解説されており、さらに透析等回路（ダイヤライザー、チューブ等）については、これらに含まれている血液等が分離されず一体的に処分されていることから、感染性廃棄物に該当します。輸液点滴セット（バッグを除く）については、血液等が付着している針が分離されず一体的に処分されていることから、感染性廃棄物に該当します。紙おむつの取扱いについて感染症ごとに感染性廃棄物に該当の有無が明確化されました（表2）。

これを整理したものが感染性廃棄物の判断フローで

す（図2）。

- ① 透析等回路、輸液点滴セット（バッグを除く）は感染性廃棄物とする。
- ② 外見上、血液と見分けがつかない輸血用血液製剤等は感染性廃棄物と同等の取扱いとする。
- ③ 血液等が付着していない鋭利なもの（破損したガラスくず等を含む）。
- ④ 紙おむつは感染症の種類に応じて取扱う。
- ⑤ 判断基準により判断できないものについては、専門知識を有する者（医師、歯科医師及び獣医師）により、感染のおそれがあると判断される場合は感染性廃棄物とする。

医療機関から排出される廃棄物が、感染性か、非感

表2 感染症ごとの紙おむつの取扱い

感染症法の分類	感染症名	紙おむつの取扱い(※)	備考
一類	エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、重症急性呼吸器症候群（病原体がSARSコロナウイルスであるものに限る.）、痘そう、ペスト、マールブルグ熱、ラッサ熱	○	
二类	急性灰白髄炎、コレラ、細菌性赤痢、ジフテリア、腸チフス、パラチフス	○	
三类	腸管出血性大腸菌感染症	○	
四类	E型肝炎、A型肝炎、高病原性鳥インフルエンザ、サル痘、炭疽、ニパウイルス感染症、ボツリヌス症、レプトスピラ症	○	
	ウエストナイル熱、エキノコックス症、黄熱、オウム病、回帰熱、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、腎症候性出血熱、つつが虫病、デング熱、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、ブルセラ症、発しんチフス、マラリア、野兔病、ライム病、リッサウイルス感染症、レジオネラ症	×	ただし、血液等が付着したものは、感染性廃棄物に該当する。
五類	アメーバ赤痢、咽頭結膜熱、A群溶血性レンサ球菌咽頭炎、感染性胃腸炎、急性出血性結膜炎、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、ジアルジア症、水痘、手足口病、突発性発しん、梅毒、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、薬剤耐性緑膿菌感染症、流行性角結膜炎	○	
	RSウイルス感染症、インフルエンザ（高病原性鳥インフルエンザを除く.）、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く.）、急性脳炎（ウエストナイル脳炎及び日本脳炎を除く.）、クラミジア肺炎（オウム病を除く.）、後天性免疫不全症候群、細菌性髄膜炎、髄膜炎菌性髄膜炎、性器クラミジア感染症、性器ヘルペスウイルス感染症、尖圭コンジローマ、先天性風しん症候群、伝染性紅斑、破傷風、ヘルパンギーナ、マイコプラズマ肺炎、麻しん、無菌性髄膜炎、流行性耳下腺炎、淋菌感染症	×	ただし、血液等が付着したものは、感染性廃棄物に該当する。
指定感染症		○	
新感染症		○	

(※) ○：感染性廃棄物 ×：非感染性廃棄物

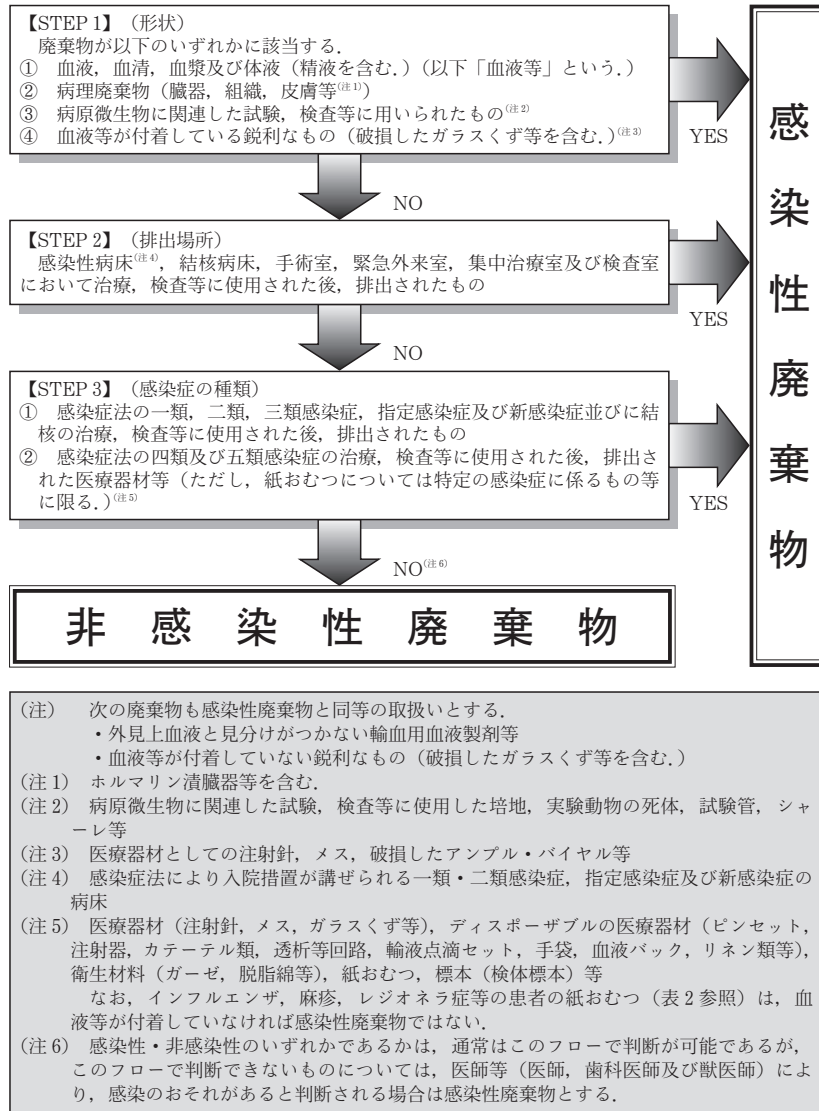


図2 感染性廃棄物の判断フロー

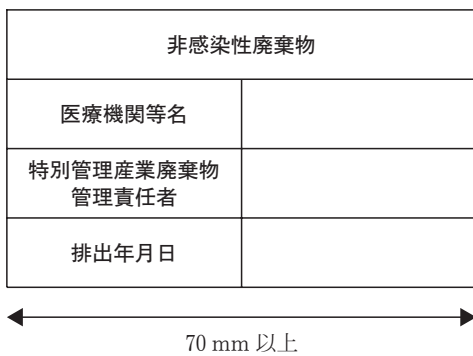


図3 非感染性廃棄物ラベルの例

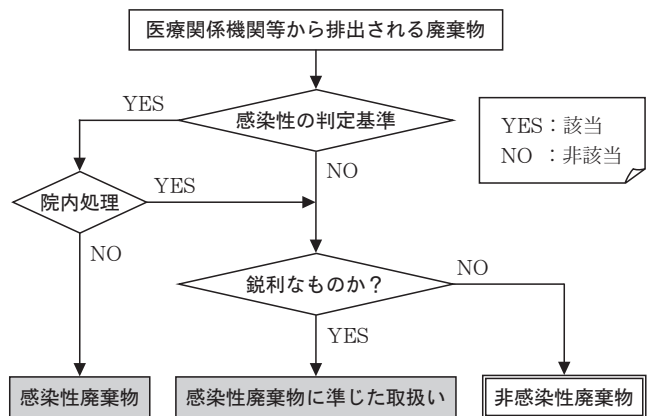
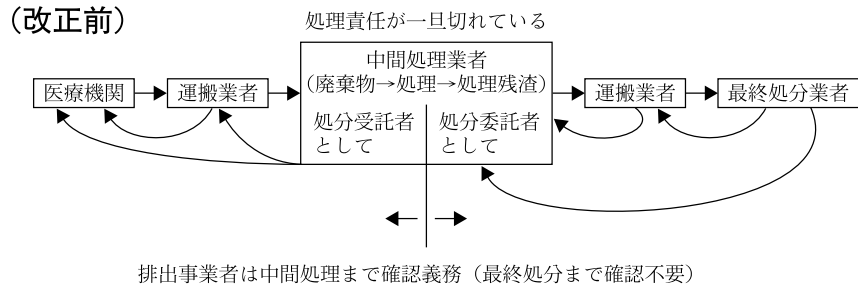


図4 非感染性廃棄物ラベルの対象となる廃棄物の分類フロー

染性かをできる限り客観的に判断できるような基準を策定する必要性から、今回非感染性廃棄物の非感染性表示のラベルを付けることを推奨します(図3)。ラベルの貼付は、紙おむつ、注射器、脱脂綿、ガーゼなどの外見的に判定が難しい廃棄物の識別に有効と考え

られます。

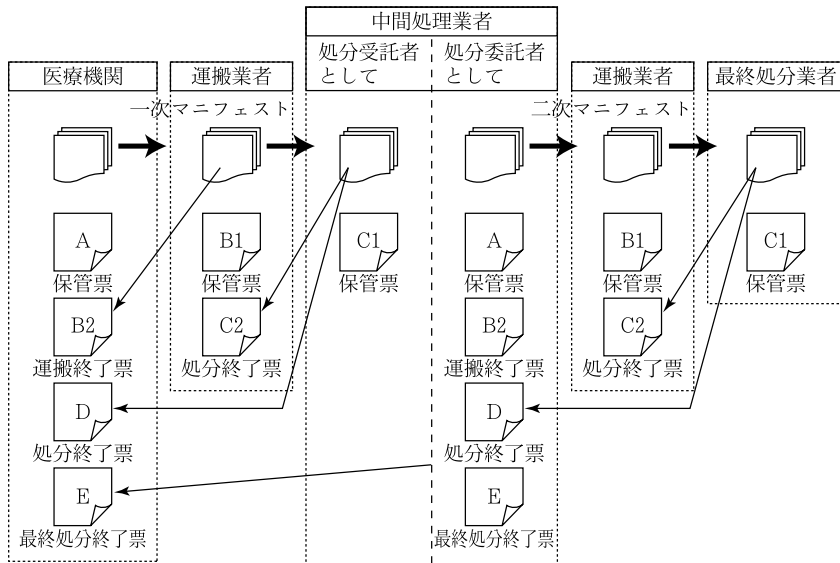
図4に医療機関等から排出される廃棄物に関し、非感染性廃棄物ラベルの対象となる廃棄物の分類フローを示します³⁾(図4)。感染性廃棄物については、容器



(改正後) 【平成13年4月1日施行】

排出事業者が最終処分まで確認する流れを新たに創設

○最終処分を記載した写しの送付を義務化（規第8条の25の2）



- (1) 必要事項を記入します。
7枚複写のマニフェストに必要な事項を記入し、署名した後、廃棄物とともに7枚全部を収集運搬業者にわたします。
- (2) 引きわたした控えを受け取ります。
収集運搬業者に廃棄物を引きわたした際に、お互いに記載事項を確認します。
運搬担当者欄に収集運搬担当者の署名をしてもらい、引きわたした控えとして「A票」を受け取ります。
- (3) 収集運搬業者から返された「A票」は確実に保管しておきます。
あとで、廃棄物の処分などが終了した際に戻されるマニフェストと照らし合わせる必要があるからです。
- (4) 中間処理業者、最終処分業者（再生業者を含む）への引きわたしを確認します。
収集運搬業者が廃棄物を中間処理業者又は最終処分業者に引きわたした確認として、中間処理業者又は最終処分業者により署名された「B2票」を、収集運搬業者より受け取ります。
これを控えの「A票」と照らし合わせて確認します。
- (5) 中間処理業者からの処分終了通知を受け取ります。
処分委託先が中間処理業者の場合には、廃棄物の処分が終了した後、中間処理業者により所定欄に署名された「D票」が返送されてきます。
伝票交付後、60日以内（産業廃棄物については90日以内）に「D票」が返送されなかった場合、あるいは返送された「D票」に虚偽記載等があれば、収集運搬業者又は中間処理業者に照会し、当該委託に係る処分等の状況を把握し行政へ報告するなど、適切な処置を講じてください。詳しくは産業廃棄物担当行政にお問い合わせください。
- (6) 中間処理業者から最終処分終了の確認通知を受け取ります。
処分委託先が中間処理業者の場合、中間処理業者により、最終処分終了日、最終処分（再生を含む）を行った場所の所在地/名称が記載された「E票」が返送されてきます。
伝票交付後、180日を過ぎて「E票」が返送されなかった場合、あるいは返送された「E票」に虚偽記載等があれば、収集運搬業者又は中間処理業者に照会し、当該委託に係る処分等の状況を把握し行政へ報告するなど、適切な処置を講じてください。詳しくは産業廃棄物担当行政にお問い合わせください。

※ 処分委託先が最終処分業者あるいは再生業者の場合には、中間処理業者の場合と異なり、(5)・(6)の部分(6)のようになります。

(6) 最終処分業者、再生業者からの処分終了通知を受け取ります。
廃棄物の処分が終了した後、最終処分業者、再生業者により所定欄に署名された「D票」及び最終処分終了日、最終処分（再生を含む）を行った場所の所在地/名称が記載された「E票」が返送されてきます。
伝票交付後、60日以内（産業廃棄物については90日以内）に「D票」「E票」が返送されなかった場合、あるいは返送された「D票」「E票」に虚偽記載等があれば、収集運搬業者又は中間処理業者に照会し、当該委託に係る処分等の状況を把握し行政へ報告するなど、適切な処置を講じてください。詳しくは産業廃棄物担当行政にお問い合わせください。

- (7) 処分を確認し、保存します。
中間処理業者等から返送された「D票」「E票」を保管していた「A票」と照合し、指示取りに処分が行われたかチェックします。
なお、「A票」「B2票」「D票」「E票」は5年間保存する義務があります。

図5 マニフェスト伝票の流れ

衛環第 71 号
平成 10 年 7 月 30 日

各都道府県
一般廃棄物処理行政担当部(局)長 殿

厚生省生活衛生局
水道環境部環境整備課長

在宅医療に伴い家庭から排出される廃棄物の適正処理の推進について（通知）

標記については、かねてより御尽力を願っているところであるが、在宅医療の普及に伴い、注射器、点滴バッグ等が一般家庭からも多く排出されるようになってきた。この結果、一部の市町村においては、こうした廃棄物の扱いに混乱が生じている例や、一方ごみ収集時に針刺し事故等が発生している例が報告されているところである。在宅医療の推進は、今後の高齢化社会においてますますその重要性が指摘されているところ、これに係る廃棄物の適正な処理が強く望まれているところである。

ついては、貴管下市町村等に対し、在宅医療に伴い家庭から排出される廃棄物（以下「在宅医療廃棄物」という。）の適正な処理の推進、及びごみ収集時の安全確保の観点から、下記事項に留意の上、ごみ処理事業を実施されるよう周知徹底方よろしく願います。

なお、在宅医療廃棄物の適正な処理については、今般、財団法人廃棄物研究財団が、厚生科学研究費補助金を受け、別添のとおり「在宅医療廃棄物の適正処理方策に関する研究報告書」をとりまとめたとところであるので、参考とされたい。

記

1 在宅医療廃棄物は一般廃棄物であることから、廃棄物の処理及び清掃に関する法律（昭和 45 年法律第 137 号。以下「廃棄物処理法」という。）第 6 条の 2 第 1 項の規定に基づき、市町村が一般廃棄物処理計画に従って、その区域内における当該廃棄物を生活環境の保全上支障が生じないうちに収集し、これを運搬し、及び処分しなければならないことになっている。

したがって、在宅医療廃棄物の収集を通常の収集方法以外の方法で行う場合には、予め患者団体や郡市医師会等の関係団体から事情を十分に説明聴取し、その理解を得て一般廃棄物処理計画の中に位置づける等の所要の手続きをとり、生活環境の保全上支障が生じないうちに収集し、これを運搬し、及び処分し得ることが必要となること。また、こうして決められた収集方法については、予め住民に対して普及・啓発に努めること。

2 糖尿病用自己注射等の実施に伴って家庭から排出される使用済みの注射針等の廃棄物は、ごみ収集時等の針刺し事故の原因となること等を踏まえ、住民等に対し次のように指導されたい。

- (1) 医師等の指示等に基づき医療機関に持参する際には、危険防止の観点から堅牢で耐貫通性のあ
る容器を用いることが望ましいこと。
- (2) 通常のごみ回収に排出する場合は、危険防止の観点から、予め針部分にキャップを被せた上で、
堅牢で耐貫通性のある容器に入れて排出すること。その際、安全な処理の確保の観点から、「廃
棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル」（平成 4 年 8 月 13 日付衛環第 234 号厚生省生
活衛生局水道環境部長通知の別紙）に基づき、医療関係機関等から感染性廃棄物を排出する際に
運搬容器に付けることとされているバイオハザードマークの付いた容器がある場合にはそれ（な
い場合は「取扱注意」等の記載をした容器）を利用すること。

また、空き缶やペットボトル等に入れて廃棄することは、リサイクル選別される可能性がある
ことから望ましくないこと。

なお、注射針等は衛生的処理の観点から燃えるごみとして処理することが望ましいので、市町
村においては、体制を整備するとともに、地域住民に対して可燃ごみとして排出するよう指導に
努められたいこと。

図 6 厚生省課長通知

にバイオハザードマークの貼付，あるいは感染性廃棄物であることの明記を行うことは今までどおりです。

2001年（平成13年）4月より医療機関（排出事業者）は最終処分まで終了したことを確認するよう制度が改正され，マニフェスト（産業廃棄物管理票）制度が見直され，マニフェスト伝票も7枚に変更になりました。医療機関は産業廃棄物の処理を委託する際に，最終処分が終了するまでの一連の行程における処理が正しく行われたかどうかみきわめる注意義務が課せられ，マニフェストにより最終処分まで確認することが義務付けられました⁴⁾（図5）。

以下の場合措置命令の対象となります。

- ① 「委託基準」に違反した場合
- ② マニフェストの虚偽記載をした場合
- ③ マニフェストの写しの送付を受けないときに，適切な措置を講じない場合
- ④ 極端に低い料金で委託した場合

措置命令とは，不法投棄等の不適正処分が行われた場合に，都道府県知事または保健所設置市長が，生活環境保全上の支障の除去等の措置を講ずるよう命令することをいいます。措置命令の対象となるのは，不法投棄を行った者だけでなく，医療機関も不適正処分された廃棄物を回収し，原状復帰するための費用を負担しなければならなくなりました。医療機関には，排出事業者としての責任があり，廃棄物処理を業者まかせにすると，思わぬ責任を強いられます。

「在宅医療廃棄物」については1998年（平成10年）7月に厚生省（当時）より，各都道府県一般廃棄物処理行政担当部長あてに通達を出し，家庭から排出される在宅医療廃棄物は，一般廃棄物であり，家庭ゴミとして市町村が収集し，運搬，処分しなければならないとしています（図6）。

2 考案

50万トンもの産業廃棄物が不法投棄された香川県豊島の本格的な撤去が2003年9月にスタートしましたが，完全撤去までは十数年要するといえます。不法投棄されたまま撤去されずに残っている産業廃棄物が2003年4月時点で，全国に約2,500件，約1,100万立方メートルあることが，環境省の調査でわかっています。一方医療廃棄物が年間約30万トン排出されるとみられ，医療廃棄物も不法投棄現場からも見つか

っています。国内最大規模とされる青森・岩手県境の不法投棄現場では，排出者は医療業が最多であることが判明しています⁵⁾。

透析器具については1989年（平成元年）の「医療廃棄物処理ガイドライン」においては，透析器具は感染性廃棄物とされましたが，1992年（平成4年）の「感染性廃棄物処理マニュアル」においては，透析器具を含めた体外循環用ディスプレイ器具は，一律に感染性廃棄物とされるのではなく，血液の付着の程度，損傷性のおそれの有無等の状態に応じて，感染性，非感染性を決定することになり，医師の判断にまかされるようになりました。ところが，2004年の「感染性廃棄物処理マニュアル改訂版」では，透析等回路，輸液点滴セット（バッグを除く）については，感染性廃棄物として処理する必要があるに変更されました。変更理由としては，透析等回路に含まれる血液等が分離されずに一体的に処分されていること，輸液点滴セットについては，血液等が付着している針が分離されずに一体的に処分されていることが述べられています。

2001年（平成13年）4月より，不法投棄を防止するために法改正され，医療機関（排出事業者）の責任強化とマニフェスト制度の改正があり，医療機関にとっては頭の痛い問題です。排出者責任を強化することによって，環境省は不法投棄の8割は解消できると期待していたようですが，現実はその甘くはなさそうです。

環境省は不法投棄対策として，産廃排出者の責任強化，最終処分場の確保，取り締まりと罰則の強化の3点をあげています。筆者は不法投棄問題は産廃処理業界の問題ではないかと思えてなりません。不法投棄の原因は排出ゴミが多すぎて処理しきれないことにあります。産廃処理は，収集運搬，中間処理（焼却等），最終処分の三業態を基本フレームとしています。中間処理施設でのオーバーフロー状態が考えられ，この基本フレームが崩れると不法投棄が発生し，全国各地で環境汚染が始まることとなります。また自治体も「産廃税」等の制度を定めた所もあり，住民の処分場建設反対運動も活発で新規設置が激減し，逆に不法投棄が増えるという悪循環がみられます。

わが国最大の不法投棄である青森・岩手の例では，回収業者が医療機関から回収後処分せずに，施設内に感染性廃棄物を放置したまま倒産したものです⁶⁾。

2003年8月、東海地方で収集運搬業者の倒産の結果、約2万ケースの透析施設の医療廃棄物の不法保管および放置問題が発覚しています。いずれも回収業者は認可されていますが、マニフェストの照合にて発見されています。排出医療機関名が確認された廃棄物は、医療機関が再び処理費用を負担させられました。

医療機関としては業者と契約するときも、契約した後も、つねにチェックし、マニフェストが返ってこなかったら、追跡調査をし、必ず都道府県知事に報告しましょう。業者の選択については地区医師会が中心になって推薦している場合が多くなっています。安全のための保険として、医療廃棄物排出者責任保険が発売されており

ます。処理業界としても自浄・自助努力が行われており、全国産業廃棄物連合会が中心になって、処理業者優良化促進事業や医療廃棄物適正処理推進プログラム(ADPP)を通して、優良化の促進と広報に努めています⁷⁾。日本透析医会でも全国産業廃棄物連合会と情報交換を密にすることによって、より改善されるものと信じております。

連携強化策として、東京都医師会、東京産業廃棄物協会と行政とが一体となったモデル事業が開始されており、医療廃棄物の回収システムを構築し、模範となるよう期待しています。

生産者責任の問題もあり、生産した物品についてメーカーが廃棄物処理の段階まで責任を負う義務があるかどうかや、リサイクル化等が廃棄物減量への取り組みとして試みられています。無線ICタグを使い、医療廃棄物処理の追跡システムを構築し、収集から最終処理までのICタグ情報を無線でやりとりしてネットで一括管理する方法が来年度から実施されることになっています。

今回の法改正により廃棄物排出量の多い透析施設では廃棄物処理費用が切実な問題となっています。当院でのダイアライザー1本当当たりの処理費用は約140円です。平成14年の千葉県における透析医療機関の感染性廃棄物の現状に関するアンケート調査(第4報)では、ダイアライザー1本当当たりの処理費用は、平均153.5円となっていました⁸⁾。処理費用については診療

報酬の中で考慮されるべきと考えますが、国の見解は、医療廃棄物の処理についてその費用は、現行の診療報酬の中に含まれているというスタンスは崩していませんが、「透析分野では処理コストがかさむダイアライザーについては人工腎臓の処置料の設定においてこうした点にも配慮した」と、平成6年の診療報酬改定についての中で、厚生省(当時)保険局医療課が述べています⁹⁾。しかしその後の診療報酬改定ではこうした配慮は見られず、多大な費用が医療機関の負担となり、経営圧迫の一要因となっています。日本透析医会では、要望書の中の感染症対策費の中で、廃棄物処理費用の補填を今後も訴えていくつもりです。

おわりに

不法投棄を防ぐには、排出者(医療機関)廃棄物業者、行政および国民の一層の協力が必要です。特に透析医療機関では、ダイアライザーなどの感染性廃棄物費用が膨大なものとなり、なんらかの形で補填が必要です。次回の診療報酬改定でなんらかの配慮がみられることを期待します。

文 献

- 1) 厚生省:廃棄物処理法に基づく感染性廃棄物処理マニュアル, 1992.
- 2) 環境省:廃棄物処理法に基づく改正感染性廃棄物処理マニュアル, 2004.
- 3) (財)日本産業廃棄物処理振興センター:日廃振センター情報, 4春号, 2004.
- 4) 大阪府医師会:感染性廃棄物処理のポイント Q & A, 2004, 5.
- 5) 石渡正佳:産廃処理に決定打はあるか, 日本の論点 2004; 文藝春秋, p. 468.
- 6) 山崎親雄:透析医療と Pitfall. 日本透析医会雑誌, 18(3); 337, 2003.
- 7) (社)全国産業廃棄物連合会:医療廃棄物適正処理推進プログラム, 2000.
- 8) 佐藤孝彦, 田島知行, 入江康文, 他:平成14年度千葉県における透析医療機関感染性廃棄物の現状に関するアンケート調査(第4報). 日透医誌, 19(1); 123, 2004.
- 9) 平野雄一郎:平成6年診療報酬改定について(3). 社会保険旬報, 1836; 15, 1994.