

東京都病院協会 会報

東京都病院協会
医療共済制度 引受保険会社MetLifeSM
メットライフ生命

2016年(平成28年)4月26日

第228号

毎月1回 定価200円(会員購読料は会費含む)

発行所：一般社団法人東京都病院協会／発行人：河北博文 〒100-0003 千代田区一ツ橋 1-2-2 住友商事竹橋ビル 12階
TEL:03-5217-0896 / FAX:03-5217-0898 / URL: <http://www.tmha.net> / E-mail: tmha@mri.biglobe.ne.jp

感染症に対応する体制を一層強化 ～2016年4月1日、感染症法が改正～

前・東京都福祉保健局健康安全全部感染症対策課長
(東京都福祉保健局医療政策部医療安全課長)

西塚 至氏



西塚至氏

ようになった。

2012年9月以降、アラビア半島諸国を中心に発生した中東呼吸器症候群(MERS)では、15年5月韓国で初めての患者が確認され、12月24日の終息までの感染者は186人、死者は38人で、隔離対象者は延べ1万6693人にのぼった。韓国での最初の症例(68歳男性)が、中東地域から帰国して発症後、隔離までに10日間を要し、その間に4施設の医療機関を受診し、多数の医療従事者、患者等に

二次感染および三次感染が広がり医療現場に大きな混乱をもたらした。

エボラ出血熱やMERS以外にも様々な新興・再興感染症も国際的に脅威となるおそれがある。本年2月1日、中南米を中心に拡大するジカウイルス感染症について世界保健機関(WHO)は国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態を宣言し、国際的な感染症の危機にさらされているとの認識を示した。

そのようななか、16年4月1日改正感染症法が全面施行され、医療機関と自治体の連携による感染症に関する情報の収集体制の強化など感染症に対応する体制が強化された。

2 ジカウイルス拡大に WHOが緊急事態宣言

2015年5月にブラジルで感染が確認されて以来、蚊が媒介するジカウイルスが、中南米を中心に拡大している【図1】。今回の流行は、中南米など30以上の国や地域に拡大している。世界保健機関は、感染者が最大で400万人に達すると推計、ジカウイルス流行国における小頭症及び神経障害の集団発生を受けて、本年2月1日、「国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態(PHEIC: Public Health Emergency of International Concern)」と認定した³⁾。

世界保健機関がPHEICを宣言したのは4回目で、西アフリカを中心に拡大したエボラ出血熱に対して緊急事態を宣言した14年8月8日以来である【図2】。

国内では、ジカウイルス感染症は2

【図1】 ジカウイルス感染症とは

- 【疫学】 ジカウイルス感染症は、ジカウイルスによる蚊媒介感染症である。ジカウイルスは、1947年にウガンダの Zika forest (ジカ森林) のアカゲザルから初めて分離された。2007年ミクロネシア連邦のヤップ島で流行、2013年仏領ポリネシアで約1万人の感染が報告され、2014年にはチリのイースター島、2015年にはブラジルおよびコロンビアを含む南アメリカ大陸での流行が発生し、中南米を中心に30か国以上に広がっている。WHOは感染者数を最大400万人と推計している。
- 【病原体】 フラビウイルス科フラビウイルス属のジカウイルスである。
- 【媒介動物】 媒介蚊はヤブカ属のネッタイシマカ、ヒトスジシマカなどが媒介蚊として確認されている。ヒトスジシマカは日本にも生息する。
- 【潜伏期】 2～12日(多くは2～7日)。不顕性感染率は約80%(発病は5人に1人)とされている。
- 【症状】 発症者は主として軽度の発熱(多くは38℃未満)、頭痛、関節痛、筋肉痛、皮疹、結膜充血、疲労感、倦怠感などを呈し、血小板減少などが認められることもある。一般的に他の蚊媒介感染症であるデング熱、チクングニア熱より軽症といわれる。ポリネシア連邦やブラジルの流行では、ギラン・バレー症候群や神経症状を認める症例が報告され、ブラジルでは妊婦がジカウイルスに感染することで胎児が感染し、小頭症児が多発している。
- 【病原診断】 実験室診断はPCRによるジカウイルス遺伝子(RNA)検出、IgM抗体検査やベア血清による中和抗体検査など、血清学的診断を行う。
- 【治療・予防】 痛みや発熱に対して解熱鎮痛剤を投与する程度にとどまることがほとんどである。脱水症状が強い場合は輸液も実施する。予防に関しては、日中に防蚊対策が重要である。具体的には、長袖服・長ズボンの着用、昆虫忌避剤(DEETなど)の使用など。妊婦あるいは妊娠の可能性のある女性はジカ熱流行地への渡航を避けることが望ましい。
- 【感染症法の取扱】 2016年2月15日感染症法上の4類感染症に指定された。ジカウイルス感染症と診断した医師は最寄りの保健所へ直ちに届け出なければならない。

引用：国立感染症研究所ホームページ「ジカウイルス感染症のリスクアセスメント」(2016年2月16日更新)

【図2】 世界保健機関 (WHO) が認定した緊急事態 PHEIC: Public Health Emergency of International Concern

2009年4月25日	メキシコとアメリカの一部におけるブタ・インフルエンザA/H1N1事例
2014年5月5日	パキスタン、カメルーン、シリアの3か国から野生型ポリオウイルスの国際的な拡大
2014年8月8日	西アフリカのギニア、シエラレオネ、リベリアを中心にエボラ出血熱の感染拡大が継続
2015年2月1日	中南米などジカウイルス流行地域における小頭症と神経障害の集団発生

【注釈】 国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態宣言とは……

国際保健規則(IHR)に基づきWHOが国際的に懸念される公衆の保健上の緊急事態を構成すると認定した場合に宣言する。世界保健機関(WHO)憲章第21条が根拠。WHO事務局長が、自ら招集した緊急委員会の助言などを考慮して認定する。「国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態」と認定されると、事務局長はWHO加盟国に対し、国際保健規則の規定に基づく保健上の措置や国際交通等についての必要な勧告を行う他、国際専門家チームを動員する等の現地支援を行うとともに、加盟国に対して緊急事態の脅威にさらされる地域の支援を要請できる。

参考：厚生労働省ホームページ：日本とWHO、国際保健規則日本語(仮訳)、2016年2月29日閲覧

月15日に感染症法上の四類感染症に追加された。2月25日には、ブラジルから帰国し発熱や発疹の症状を訴えていた神奈川県10代の男性が、ジカウイルスに感染していることが確認された。16年8月から9月には、ブラジルのリオデジャネイロでオリンピック・パラリンピック競技大会が開催され、多くの邦人が渡航することが予測され、今後もジカウイルス感染症の国内流入に注意が必要である。

3 新興・再興感染症の脅威

世界保健機関は1996年、「我々は今や地球規模で感染症による危機に瀕している。もはやどの国も安全ではない」と警告した。

かつては知られていなかった、新しく認識された感染症である「新興感染症」は、70年以後これまでに、MERS、エボラ出血熱、ウエストナイル熱、重症熱性血小板減少症候群(SFTS)、クリプトスポリジウム症、腸管出血性大腸菌感染症、日本紅斑熱など30疾患以上あり、その多くは動物由来感染症(人獣共通感染症)である。

また、既知の感染症でも、かつては脅威であったものが、一度は制圧されたものの、再び勢いを盛り返して流行し始めた「再興感染症」は、結核、マラリア、デング熱、狂犬病などがある。

4 国内における感染対策強化の必要性

近年の我が国を取り巻く感染症に関する健康危機と大規模な国際イベントなどの主な出来事を図3に示す。毎年のように我が国は新興・再興感染症の脅威にさらされており、将来の感染症

発生・拡大を念頭に、その予防や発生後の対応について、過去の教訓を参考にして各組織の有機的な連携の下、対策を推進する必要がある。

5 感染症サーベイランスの強化

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の一部を改正する法律(平成26年法律第115号)が2014年11月21日公布された。主な改正点は、(1)新たな感染症の二類感染症への追加、(2)感染症に関する情報の収集及び公表である。

(1) 二類感染症の追加

鳥インフルエンザ(H7N9)は13年5月6日に、中東呼吸器症候群は14年7月16日に暫定的措置として指定感染症に指定されたが、今回これらの疾患を二類感染症に位置づけられた。

(2) 五類感染症(全数届出)の届出方法の変更

(15年5月21日施行)

	改正後	改正前
二類感染症 (法第6条第3項第5号関係)	中東呼吸器症候群(病原体がベータコロナウイルス属MERSコロナウイルスであるもの)	(新設)
二類感染症 (法第6条第3項第6号関係)	鳥インフルエンザ(インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1、H7N9であるもの)	鳥インフルエンザ(インフルエンザAウイルスであってその血清型がH5N1であるもの)

【図3】国内を取り巻く感染症の動向

西暦・年	国内を取り巻く感染症等の動向	主な出来事
2001	アメリカ炭疽菌事件	
2002	北海道の学生170人クリプトスポリジウム集団感染	2002 FIFA ワールドカップ日韓大会
2003	SARS が世界流行。訪日台湾人が帰国後 SARS 発病	
2004	鳥インフルエンザ H5N1 アジア流行。国内家きん 79 年ぶり	
2005	ウエストナイル熱が川崎市で確認(国内初)	
2006	狂犬病(輸入例)が36年ぶり神奈川県、京都で報告	
2007	麻しん 10 代を中心に大流行	第1回東京マラソン
2008	国内の HIV/ エイズ報告数が過去最多(当時)	第34回主要国首脳会議(洞爺湖サミット)
2009	新型インフルエンザ世界的大流行	アジア太平洋 APEC 首脳会議(横浜)
2010	ニューデリー・メタロベクターラクタマーゼ(NDM-1)産生多剤耐性菌発見	
2011	系列店で腸管出血性大腸菌食中毒(発病181死亡5)	東日本大震災
2012	風しん 都市部で大流行	東京スカイツリー開業
2013	国内初の重症熱性血小板減少症候群(SFTS)患者確認	第68回国民体育大会(スポーツ祭東京2013)
2014	デング熱国内感染例が約70年ぶりに報告 エボラ出血熱が西アフリカで流行	全国高校総合体育大会(南関東総体2014)
2015	中東呼吸器症候群 MERS が韓国で感染拡大 山口県内の国際的イベントで髄膜炎菌性髄膜炎	関東・東北豪雨(台風18号)
2016	ジカ熱流行国での小頭症の集団発生でWHO緊急事態宣言	伊勢志摩サミット(三重県)

【図4】東京都感染症発生動向調査事業における定点医療機関の数

患者定点となる医療機関数は、小児科定点 264、内科定点 155、眼科定点 39、基幹定点 25、性感染症定点 55、疑似症単定点 24 が設定され、このうち 69 医療機関が病原体定点を兼ねている。なお、小児科定点と内科定点は、インフルエンザ定点及び疑似症定点としての機能も担っている。(表中の疾患及び定点医療機関の数は2016年3月1日時点)

季節性インフルエンザの検体を提出する「指定提出機関」

定点種別	疾患数	届出対象疾患	患者定点 「指定届出機関」	病原体定点 (再掲)
小児科定点	14	1) RSウイルス感染症、2) 咽頭結膜熱、3) A 群溶血性レンサ球菌咽頭炎、4) 感染性胃腸炎、5) 水痘、6) 手足口病、7) 伝染性紅斑、8) 突発性発しん、9) 百日咳、10) ヘルパンギーナ、11) 流行性耳下腺炎、12) インフルエンザ、13) 不明発疹症【都独自】、14) 川崎病【都独自】	264 施設	26 施設
内科定点	1	1) インフルエンザ	155 施設	15 施設
眼科定点	2	1) 急性出血性結膜炎、2) 流行性角結膜炎	39 施設	4 施設
基幹定点	8	1) 感染性胃腸炎(ロタウイルス)、2) クラミジア肺炎(オウム病除く)、3) 細菌性髄膜炎(髄膜炎菌、肺炎球菌、インフルエンザ菌を除く)、4) マイコプラズマ肺炎、5) 無菌性髄膜炎、6) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症、7) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症、8) 薬剤耐性緑膿菌感染症、9) インフルエンザ(鳥インフルエンザ、新型インフルエンザ等感染症を除く)入院患者	25 施設	21 施設
性感染症定点	5	1) 性器クラミジア感染症、2) 性器ヘルペスウイルス感染症、3) 尖圭コンジローマ、4) 淋菌感染症、5) 膣トリコモナス症【都独自】	55 施設	4 施設
疑似症定点	2	1) 38℃以上の発熱及び呼吸器症状、2) 発熱及び発しん又は水疱	443 施設	—

出典：東京都感染症発生動向調査事業報告書(2014年版)

方法が変更され、診断後直ちに最寄りの保健所に行うことになった。

(3) 特定病原体等の類型の見直し

(15年5月21日施行)

三種病原体等として、病原体の保健・

	改正後	改正前
五類感染症(全数届出)の届出方法	侵襲性髄膜炎菌感染症、麻しん 上記2疾患以外	診断後直ちに最寄りの保健所に届出 診断後7日以内に最寄りの保健所に届出

所持に係る厚生労働大臣の届出、病原体の運搬に係る国家公安委員会の届出などの義務が課される結核菌について、多剤耐性結核菌(イソニコチン酸ヒドラジド、リファンピシンに耐性)

	改正後	改正前
三種病原体(法第6条第22項第2号関係)	広範囲多剤耐性(XDR)結核菌*	多剤耐性(MDR)結核菌**

※広範囲多剤耐性(XDR)結核菌とは…イソニコチン酸ヒドラジド、リファンピシン、オフロキサシン、ガチフロキサシン、シプロフロキサシン、スパルフロキサシン、モキシフロキサシン又はレボフロキサシンの何れかに耐性、かつ、アミカシン、カナマイシン、カプレオマイシンの3種類の薬剤のうち一種以上に耐性

※※多剤耐性(MDR)結核菌とは…イソニコチン酸ヒドラジド及びリファンピシンに対し耐性

を見直し、広範囲多剤耐性結核菌に範囲を限定するものである。

6 結核患者に対する直接服薬確認指導の体制整備

(15年5月21日施行)

	改正後	改正前
結核患者の家庭訪問指導等	保健所長は、結核患者について、必要があるときは、病院、診療所又は薬局等に対し、薬剤を確実に服用する指導の実施を依頼できる。(抜粋)	(新設)

援体制が強化された。具体的には、結核患者に対する直接服薬確認指導を徹底するため、感染症法に保健所と医療機関・薬局などとの連携協力について明文化された。

7 感染症に関する情報の収集体制の強化

〈16年4月1日施行〉
知事(緊急時は厚生労働大臣)は、全ての感染症の患者等に対し検体の採取等に応じること、また、医療機関等に申し保する検体を提出すること等を要請できる旨の規定が整備された。

あわせて、上記によっては対応できない場合、知事(緊急時は厚生労働大臣)は、一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は新感染症の患者等から検体の採取等の措置を取ることができるよう規定が整備された。

8 インフルエンザの検体を提出する指定提出機関制度

〈16年4月1日施行〉
流行しているインフルエンザの型や薬剤耐性ウイルスの発生状況を把握することで疫学調査の充実を図るために創設されたもの。都道府県等がインフルエンザの検体等提出を担当する医療機関(指定提出医療機関)を指定し、指定提出医療機関は、流行期には毎週、検体を提出する。

なお、東京都感染症発生動向調査事業定点医院医療機関を図4に示す。五類感染症の患者の検体又は病原体の提出を担当する患者定点(感染症法第14条第2項に基づく指定届出機関)となる医療機関数は、小児科定点264、内科定点155、眼科定点39、基幹定点25、性感染症定点55、疑似症単独定点

24が設定され、このうち69医療機関が病原体定点を兼ねている。

このうち、小児科定点と内科定点は、インフルエンザ定点及び疑似症定点としての機能も果たしている。改正感染症法の施行(16年4月1日)により、東京都で「指定提出機関」に指定されることになる小児科病原体定点と内科病原体定点の数は合計41施設である(16年3月1日時点)。

平成28年度診療報酬改定について

事務管理部会部会長 田野倉 浩治



田野倉 浩治

常勤従事者の産前産後・育児・介護休業の扱いが緩和

東京都病院協会医療保険・経営管理委員会と事務管理部会は3月25日、日本教育会館で「平成28年度診療報酬改定」の説明会を開催した。厚生労働省保険局医療課の井口豪氏による概要説明に続き、田野倉浩治部会長が登壇し、算定漏れが起きやすい項目や新設された項目を中心に解説した。

田野倉部会長は今回の改定について2月10日にまとめた答申「個別改定項目について」以降も、「点数表新旧対照表」「関係告示」「関係通知」が発出

9 まとめ

近年の病原体の遺伝子解析技術等の飛躍的な進歩に伴い、感染症のまん延防止対策等の立案のために、感染症の患者等や動物からの検体を確保し、病原体の遺伝子情報、薬剤耐性等の情報の収集・解析の重要性が高まっている。16年4月1日から、感染症に対する情報収集体制が強化された。各医療機関のご理解ご協力をお願いしたい。

される過程で改定項目内容の変更が散見されることから、自院に関係する改正点は特に最新の関連資料を照会するよう「今回は点数だけでなく中身も変わる改定なので、関係する箇所についてはしっかりと読み込んでいただきたい」と呼びかけた。

また事務管理部会では「診療報酬点数改正点の解説該当ページ一覧」を作成、説明会で配布したほか協会ホームページにも掲載していることを報告した(<http://www.tmh.net/>)。

算定漏れが起きやすい項目としては、「再診料及び外来診療料」を挙げた。時間外、休日、深夜における再診後に緊急で入院することになった場合、従来は再診料を算定することはできなかったが、今回の改定で再診料こそ算定できないものの、「時間外、休日及び深夜加算(再診料・外来診療料の加算)」は算定できるようになっている。ただし「緊急入院」がキーワードで、予約入院については慎重な対応が求められる」と付け加えた。

また常勤配置の要件緩和についても触れた。施設基準上求められる常勤の従事者が産前産後・育児・介護休業を取得した場合、同等の資質を持つ複数の非常勤従事者を常勤換算することで施設基準を満たすことが認められることになったことを紹介。「非常勤従事者といえども集めるのは簡単ではないが、ご検討いただきたい」と述べた。

さらに育児休業後などの従事者が短時間勤務制度を利用して正職員として勤務する場合、週30時間以上の勤務であれば常勤としてカウントできることになっている。短時間勤務制度を利用し、就業規則や院内規定で明示するよう呼びかけたほか、当該職員の活躍の場としては「医療安全対策加算」や「感染防止対策加算」のように専従要件を設けているものについて、当該業務に従事してもらうことも考えられる」と提案した。

また看護職員の月平均夜勤時間数の計算にあたって、従来は実人員数と延べ夜勤時間数に「月あたりの夜勤時間数が16時間以下」の者は除外するとしていたが、今回の改定では「月あたりの夜勤時間数が16時間未満」の者を除外することとされた。「実質的に月1回でも夜勤に従事すれば実人員数と延べ夜勤時間数に加えることができる」と、大きな要件緩和であることとの認識を示した。

「重症度」評価は薬剤師やリハ職も一部可能に

一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」の見直しにも言及し、B項目は看護師以外の従事者が一部評価でき

文献 1)WHO: Summary and risk assessment of current situation in Republic of Korea and China, 19 June 2015

2)独立行政法人国立印刷局「官報」平成26年11月21日(号外第258号)、P7-11, 2014年11月

3)WHO Media centre: WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations, 1 February 2016

4)東京都福祉保健局「感染症発生動向調査事業報告書」2014年、p4, 2015年7月

るようになった点を紹介した。

具体的には評価対象の処置・介助の実施者は、従来の「当該病棟に所属する看護師等でなければならない」から、「看護師以外の職種(薬剤師、理学療法士等)がそれぞれの業務範囲内で実施した処置・介助等を評価する場合は、病棟所属の有無は問わない」に改められている。「薬剤師が病棟に服薬指導を行った際、話が通じにくい、理解が乏しいといったことを評価し、記録を

とることでカウントすることが可能だ」と語り、薬剤師やリハビリセラピストに周知するよう促した。

ADL維持向上等体制加算の施設基準にも触れた。従来は理学療法士等の専従1人以上が求められ、かつ加算点数も25点にとどまっていたが、今回は「専従2人以上または専従1人+専任1人以上、あらかじめ登録した従事者が病棟で6時間以上勤務」すれば算定できるうえ、点数も80点に引き上げら

れた。「かなり緩和された。リハビリの施設基準のない医療機関はぜひ前向きに取り組み、本来の疾患は治ったけれど褥瘡ができたために退院が遅れたといったことがないようお願いする」

また20対1療養病棟が算定できる「在宅復帰機能強化加算」での在宅復帰率についても、施設基準に「当該病棟から退院した(自院の他病棟から当該病棟に転棟した患者については、当該病棟に入院した期間が1月以上のも

のに限る。)に占める在宅に退院した患者の割合が5割以上であること」が求められているが、これは「他院からの転院患者については『入院期間1か月以上』の要件がなくなったことを意味する。当該患者に無理に1か月間入院していただく必要はないのだ」と説明した。

7対1一般病棟入院基本料の「重症度、医療・看護必要度の該当患者割合」は25%(200床未満で病棟群単位での届出を行わない病院は23%)とされているが、総合入院体制加算1・2においては30%となっていることから、次期改定では25%から30%に引き上げられるとの観測も出ており「30%をめざしてほしい」と呼びかけた。

後発品切り替えや 多剤投薬対策への対応促す

そのほか、医薬品関連の変更点にも触れた。後発医薬品使用体制加算については、従来は「後発医薬品の採用品目数/全医薬品の採用品目数」を指標としていたが、「後発医薬品の数量/(後発医薬品ありの先発医薬品+後発医薬品の数量)」と、品目数から数量に変更され、その指標も50%以上となっている。「院内での使用量の半分は変えようと思えば変えられる医薬品というイメージだ。若干ハードルは高めに感じるかもしれないが、取り組んでいただきたい」と述べた。

また、多剤投薬の患者の減薬を伴う指導の評価として、「薬剤総合評価調整加算」「薬剤総合評価調整管理料」が新設されている。「薬剤師は持参薬を管理しているはず。まずそこから着手してはいかがだろうか」と述べた。

私の医道

福井光壽

元東京都医師会会長

平成3年に法制化され、4年に第一号が誕生した「救急救命士」制度は、東京都医師会が強力なエンジン役を果たした制度の一つである。

あるとき、副会長の菊田能敬先生が私に「専門的な知識を習得した救急救命士を救急車に同乗させてはどうか」と言ってきた。菊田先生を副会長に選んだのは、彼が救急救命士を担っていた中野病院の院長で、消防庁との関係改善にも一役買ってくれたと思っただけだった。言うまでもないが人柄と手腕も高く評価しており、実際、救急救命士の問題ではそれがいかに発揮された。

第10回

救命士誕生秘話

救急救命士はそれまで本格的な医療処置を認められておらず、「運び屋」というひどい言われ方さえあったのだが、気管内挿管によって気道確保さえできるようなれば、救命率は確実に上がるだろうということは、私も外科医だったので容易に想像できた。

良いアイデアだと思ったのでさっそく具体化を図ったが、ここで地区医師会から大反対の声があがった。素人に

医者まがいのことをさせるなどとならない、医師法違反というわけだ。第一に優先すべきは患者さんの命であると考えていた私は、菊田先生とともに反対している地区医師会に乗り込み、こう言い放った。「反対なら、この案はつぶします。その代わり、消防署から要請があった時は医師会の先生が同乗してください」

救命率の向上をめざすなら気管内挿管による気道確保が必須で、その技術を習得するのはそれほど難しくないと。挿管技術を身に付けた救急救命士が救

急車に同乗するのが最善だが、無理だというなら医師会員自ら救急車に乗るべきと訴えたのだ。

畳み掛けるように「ところで先生方、挿管はできるのですよね」と迫ると、一部の先生から「そんなことはできません」という答えが返ってきた。それならば救急救命士を同乗させるしかないではないか。

もちろん教育には力を入れるし、マニュアルづくりも都医がすべて指導すると約束した。今振り返っても、会長在任期間8年で一番気迫がこもってい

たのはこの時だったと思う。ついに地区医師会も救急救命士を認める方向でまとまった。

約束どおり救急救命士の業務範囲を決め、1年半ほどの講習を受けた後に資格を与えるというカリキュラムも整備した。

平成4年4月に第1回救急救命士国家試験が実施され、215人の救急救命士が誕生した。これらはすべて菊田先生の尽力によるものだ。

この後、消防庁との関係が劇的に改善し、平成5年1月6日の出初式に東京都医師会会長として招待を受けることになった。救急現場がいかに救急救命士の誕生を待ち望んでいたかがうかがえた。

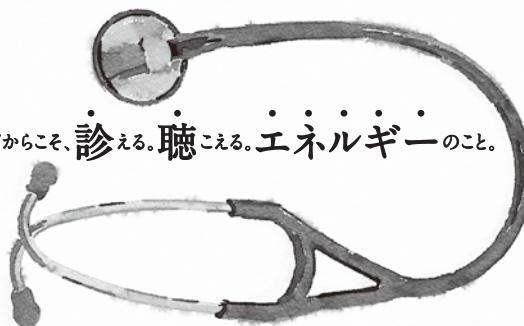
行ってみると都知事、消防総監、都議会議員らと並んで席が設けられ、担当者も一人、私のためにつけてくれたり、寒いだろうからとカイロを差し入れてくれたりと、さまざまな細かい気配りに触れ、感激させられた。

さらにこれ以降、年に1、2回、総監と医師会との定期的な会合も開かれるようになり、私が会長職を退く際には小宮多喜次消防総監から感謝状をいただいた。苦労が実を結んだという思いのする感謝状だった。

エネルギーの悩み、 お聴かせください

東京ガスは約900件の医療施設へのエネルギー供給を通じて、医療業界に深く関わってきました。医療施設を取り巻く環境が変化している中で、災害対策・経営効率化・地域への貢献などの課題に対して、東京ガスは培ったノウハウを活かし、お客さまとともに解決策を探していきます。

東京ガスだからこそ、診える。聴こえる。エネルギーのこと。



東京ガスの電気

2016年4月から東京ガスは
低圧のお客さま向けに
電気の販売を開始しました。
下記までお問い合わせください。

東京ガス株式会社

都市エネルギー事業部 公益営業部

東京都港区海岸1-5-20 TEL.03-5400-7735