

記述は「環境ガイドライン（環境省 2003 年度版）」、「ステアークホルダー重視による環境報告レポートガイドライン 2001（経済産業省）」、GRI のガイドラインによる「サステナビリティ・リポーティング・ガイドライン 2002」などを参考にし、特に訴えたい取り組みは、特集としてまとめた。

・信頼性

CSR 分野の有識者からアドボカイスを得たほか、第三者の意見として、監査法人の公認会計士に所見を依頼し、また Web サイトでも同情報を掲載した。

当レポートで対象とした活動期間は、2005 年度（05 年 04 月～06 年 03 月）で、EMS（環境マネジメントシステム）対象となる事業所は国内 58 カ所であった。

当レポートは、A4 判 36 ページ・全カラーで、「地域とともに、保健、医療、福祉の未来を見つめて」というフレーズがレイアウトされた表紙からはじまる。開くと目次に続いて医療法人溪仁会理事長・秋野豊明氏と社会福祉法人南静会理事長・谷内好氏のトップメッセージ、溪仁会グループ概要、事業理念とビジュアルが続いていく。

秋野理事長はこのメッセージの中で、「私たちが創設当初から念頭においてきた『患者さま（ご利用者さま）と職員の信頼関係』。この“信頼関係”を築くには、『組織の社会的責任として誠実に責任を果たすこと』、つまり CSR 経営を確立していくことが基本です」と述べられている。ここに、この CSR レポート 2006 の刊行が、そのようなトップの強い意志から生まれていることをうかがい知ることができる。

また「事業理念」では、世界の潮流となりつつある、社会、経済、環境のトリプルボトムラインが CSR 経営に取り込まれる姿の図があり、続く「CSR を推進するために」、あるいは「CSR 座談会」では、溪仁会グループにおける CSR 経営の必然性が、大変わかりやすく示されている。

後半部に入ると「活動ハイライト」として、特色のある高齢者医療の展開（レポート）やドクターヘリ事業の取り組みが紹介されている。その後は、「社会性報告」として広報誌サラネットや職員教育・啓発活動、「環境報告」としての取り組みや結果データなどが記載されたものになっている。

●メディアによるブランド構築

信頼性の醸成や社会に対する還元活動という広報の目的を達成するためには新聞・テレビといったマスメディアに頼る広報だけでは果たし得ない面がある。それを補い、いっそう市民に効果的に浸透させるには、その“透き間”の部分を埋める必要がある。

2006 年 5 月、広報室は「持続可能なメディアによるブランドイメージ向上およ

び社会還元のための広報展開」と題した展開趣旨書を出した。これはその透き間を埋めるために、継続的なメディア露出を行うことで、市民・地域社会に対してブランド構築につながる「安心感」・「信頼感」・「満足感」などをもってもらうための施策である。溪仁会グループが取り組んでいる一連の CI (Corporate Identity の醸成) を強化するものともいえる。

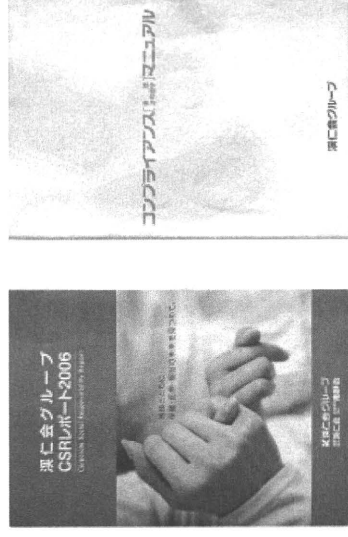
そのひとつは、市内中心部に設置した街頭ビジョン（4 プラメガビジョン）のスポット放送（毎日放送）による「かんかん体操」の放映である。道行く人々へのさり気ないコミュニケーション効果を狙ったものである。

また、ミニコミ誌やタウン誌に対して、「栄養士のレシピ」といった記事提供（広告）を掲載している。例をあげるなら、月刊パークゴルフ新聞。道内のパークゴルフ関連施設を中心に約 6 万部発行されるフリーペーパーである。溪仁会グループでは、パークゴルフコンペやセッションの情報の中に、全 2 段のカラードラ広告を出している。

体裁は、溪仁会円山クリニックの運動指導員による腰痛緩和・予防の運動法を、かわいイラストで紹介している。広告には、従来からの病院のイメージやいわゆる医療機関くささがなく、読者はなんの違和感もなく情報にふれることができ。あえて取り上げるなら、運動の注意書きのあとに、いちばん小さな文字で「腰痛には整形外科的な疾病を起こしている場合も考えられますので、まずは医師に診察や指示をうけましょう」の一行がはいっている。全く売り込み的要素は感じられないばかりか、あくまでも読者と地域医療の視点で表現し、気をつけてみれば「溪仁会グループ」というロゴが目にはいるというわけである。

また、ロゴ周りには、病院所在地や電話番号の表示がない。ホームページのアドレスが一行そえてあるだけで、読者にとって意味のない装飾や要素をいっさい省いた「広告」となっている。（図表 11）

図表 11：CSR レポート





●紹介ビデオ (DVD) の企画製作

健康フォーラムなどのイベントごとに収録された映像の多くは、DVD に落とさず、必要に応じて配布される。また、ドククアへリがテレビで紹介されたときの映像なども、努めて収録して管理しているという。

7. グループ内部への広報活動

いままできたような市民や地域社会、業界団体など外部に向けた広報活動とは対比的に、職員や地域社会に向けた院内広報は、インナー・ブランディングや医療の質、安全とともに、その活動は、密接にオーバーラップする重要な病院戦略である。散在する多くの施設を抱える浜仁会グループでは、外部広報以上に、日々欠かせないコミュニケーション活動となっている。

●「第2の創業期を走る」(新理事長メッセージ集) の刊行

A4 判変形で60ページ (内カラー36ページ) のレモンイエローの表紙の冊子には、「第2の創業期を走る」というタイトルがついている。2004年、札幌医科大学を退職して、医療法人浜仁会理事長に就任した秋野豊明氏が、1年半後に配布したといわれる小冊子である。多くの原稿はこの間に扱われた「行事と挨拶」「講演」そして「報道記事」が収録されている。ふんだんに配置されたカラー写真がその場の臨場感を雄弁に伝えてくれる。もちろん理事長の思想や人間味、人となりがうかがい知れて、取材者には大変ありがたい資料である。

トッピングによる挨拶とは、いつの場合も、それそのものが理念の表明であるといってもいい。年報など保存記録的な情報は、かざられたポイントでは重要な情報ではあるが、「より具体的な理念の表出」という意味で、このようなリアリティのある小冊子は、どこに配布しても有効な広報ツールである。

●「ほっと・LETTER (院内報)」の発行

浜仁会グループの職員向け広報誌は、「ほっと・LETTER」という誌名で親しまれている。A4判カラーで4～6ページ (号により変動) の体裁ながら月1回の発行である。トッピングマネジメントから約3,200名の職員を、公平につなぐ唯一のメディアである。業務上、職員に情報の受けわたしをする機能としては、別にグループウェア (desknet's) が活用されているが、これにアクセスできる職員は、役付責任者など一部に限られる。

その点、院内報「ほっと・LETTER」は、同時に配布され見ることのできる紙媒体であり、デジタルにない肌触り感や現実感がある。また、外へ持ち出して読みたいときに読めたり、家族や友人にもその場で見せることができるため、情報と



いうより現場の“必需品”であり、みんなが公平に所持できるといふ組織文化的な狙いも多分に含まれている。

いまのところ記事内容としては、折々のグループ内でのトッピングニュースや重大なお知らせ、理事長からのメッセージ、各施設や職員などの紹介、研修報告などが誌面を埋めている。

●「コンプライアンスマニュアル」の刊行

浜仁会グループの広報活動の特徴を語るときに欠かせないのは、明確に整理された「理念体系」である。その理念の具現と実践のためにわかりやすく明示したものが「浜仁会グループのサービスマニュアル」であることはすでに触れたが、そこに掲げられた11項目を、さらに職員向けの具体的な「行動基準」に落とし込んで配布されているのが、創設25周年 (2004年4月) を機に運用が始まった「コンプライアンス (倫理・法令遵守) マニュアル」(A4判28ページでそれぞれに2～3色を使った冊子) がそれである。

これは、1999年から取り組んできたISO9001「品質マネジメントシステム」およびISO14001「環境マネジメントシステム」につづく第3世代のISOである「企業の社会的責任」の国際規格化に対応したものである。

秋野豊明理事長は、目次に続く初めのページで、「いま求められているのは患者様、ご利用者様、地域の方々から信頼される浜仁会グループを作ることです。

浜仁会グループが提供するサービスマニュアルは、患者様の生命や生活の質にかかわる重要な役割を担うものです。その役割に伴う倫理上の原則は、『生命の尊厳』と『人権の尊重』にあるとの認識に基づき、経営層はもとより全職員が『浜仁会グループ事業理念』および『サービスマニュアル』の価値観を共有し、併せて各職能団体が掲げる倫理綱領を遵守し、職員一人ひとりが良心を持ち、公正で責任ある倫理的な行動をとることが肝要です」と述べられている。

この行動基準は、社会的責任の遂行のための具体的なプログラムであり、法令遵守とともに、組織と個人の倫理的責任を誓うものである。

全部で46項からなる行動基準は、実は、前の11項目のサービスマニュアルに準拠している。ここでは、1ページごとに「目的」「行動基準」「リスク」「主な関連法規」のそれぞれの行動基準が解説されていて、誰でも一目で理解できるようにになっている。

たとえば14ページを例にとれば、

「(7) チームワーク」では、「私たちは、職種を超えたチーム活動に徹します」という見出しに続いて…



〈目的〉

私たちがチームワークに徹するのは、多様な職種、多岐にわたるサービスの連携と専門性の発揮が、患者様・ご利用貴様の要望・ニーズに応えるという目的を達成する上で、効果的かつ効率的な手段として不可欠だからです。

〈行動基準〉

32 私たちは、自由闊達な意見交換を行い、お互いの状況を絶えず知り合えるようコミュニケーションを図ります。

33 私たちは、良識あるリーダーのもと、全ての職種にある者及び全てのサービスに携わる者が、その専門性を持って協力し、チームとしての成功を目指します。

〈リスク〉

他職種の連携がとれず、また専門性が発揮されないと、サービスの効率が上がらないため、患者様・ご利用者様と職員及び職員の信頼関係を損なうことになり得ます。更には、不満・苦情ばかりでなく、事故の発生につながるでしよう。

〈主に関連法規〉

医療法第1条の2（医療提供の理念）
社会福祉法第5条（福祉サービスの提供の原則）
介護保険法 厚生省令（事業者及び施設、人員、運営基準等）
各職能関連法令（医師法、歯科医師法、保健助産師看護師法、薬剤師法等）
…と展開される。

なお、このようなコンプライアンスの推進にあたっては、コンプライアンス・マニュアルに掲載の「実施要項」が適応される。行動基準の適応範囲（全職員）やコンプライアンス委員会の設置や教育訓練について、その詳細が明記されている。

なかでも重要なものが「コンプライアンスほつとライン」である。これはグループ職員を対象に、浜仁会グループ内に発生する諸問題の内部通報を受け付け、積極的に解決していくために設けた「相談報告窓口」であり、第三者の視点を重視して、企業内部通報専門を外部機関に委託して運用されている。

●「浜仁会グループ職員研究発表会」の開催

毎年11月の下旬になると、「浜仁会グループ職員研究発表会」が開催される。



これは1989年から続いている年中行事で、グループ内の病院や介護福祉施設から、医療・介護・福祉の現場職員および関係者約600名が参加、それぞれの分野に応じた研究テーマ約60題をもちより3会場において発表される。

日頃、仕事への工夫と努力を通じて行った改善例やサービスの質の向上に貢献した例やグループ内連携による成果など、専門的観点からの考察を中心に、グループ全体への提言に加え、患者・利用者・家族の心聲や本音からの発表なども歓迎されているようだ。

職員研究発表会は、このような日頃からの研究成果の交換はもろろんのことであるが、各施設間の相互理解の促進や多数の職員が一同に会してのFace to Faceの交流など、浜仁会グループ全体の“組織”を実感する数少ない機会であり、また、トップマネジメントから職員へメッセージを送ることのできる最高の院内広報の場として期待されている。

8. 広報力を強化する取り組み

●一般市民への意識調査の実施

2006年6月、潜在する市民の健康ニーズはどのようなものであり、その中における浜仁会グループの現在位置を正確に知る指標として、客観的かつ定量的に抽出するために市民に対する意識調査を行っている。当然これは、広報における費用対効果を測定するためであり、また、その後の広報活動にフィードバックするためである。調査は、「生活者の意見」を効率的に収集するために調査専門会社に協力を依頼した。

調査の方法は、札幌市内に居住する満18歳から60歳までの男女個人、統計学的に妥当とされる1,000サンプルを、エリア・クラスター法（調査地域をエリアに分け、その中から無作為に抽出）により、調査員が各戸を訪問し調査票を配布、後日直接回収する訪問留置法によった。期間は、2006年5月19日～6月2日、調査票回収率は100%であった。

この調査を行った考察として以下のことを判定することができた。

- 1) 医療機関の選択に当たって
 - ・ 一般の市民が病院を受診する際には、多岐にわたる情報を求めている。
 - ・ 医療の質や技術、サービスに対する情報に加え、“信頼感”を醸成させるような情報を訴求している。
- 2) 浜仁会グループの広報活動について
 - ・ マスメディアによるイメージ展開では、一定の効果が認められた。
 - ・ 広報誌「サラネット」の認知度は、高いとはいえないが、今後の運用での改



善の可能性がうかがわれた。

- ・ 医療機関が行う広報への期待度は高い。

この独自調査で得られた指標は、1) 効果の検証、2) 今後の広報へのフィードバック、3) 適切・適切な情報の公開、4) 定期的な調査の継続というアップスパイラルにつながるということが期待できるということであった。

●VI システムによる統一イメージの導入

このような広報効果の検証活動にくわえ、浜仁会グループの広報で特筆すべき取り組みとして、先にもふれてきたCI活動が挙げられる。浜仁会グループの「保健・医療・福祉のトータルサポート」という地域でのアイデンティティの浸透と確立を、すべての組織行動の中に意識させ一体感を育成しようとする試みである。内に向かつては、日々の医療活動とその改革に対する自問自答のために、また、外に向かつては「浜仁会らしい」イメージと情報発信の下敷きにしていくこうとするための取り組みである。

一般に組織のアイデンティティは、理念（マインド）や行動（ビヘイビア）にくわえ、視覚（ビジュアル）から生成されるといわれている。浜仁会グループが取り組んでいる VIS (Visual Identity System) とは、文字どおり、このうちの視覚イメージをシステム化して運用するものである。

浜仁会グループが用いるベクターデザインは、「K」をモチーフにした2トリーンプルで紙一したロゴマークであり、全体のキーイメージをなしている。このシンボルデザインは、「浜仁会グループ」というロゴと常に一体的に表示されることが多いが、時には、そのデザイン形態にイメージの広がりをもたせるため要素に分解して使用したりすることもある。

その顕著な例は、浜仁会グループの対外広報誌「サラネット」の表紙に見られる。意識しなければ気がつかないデザインであるが、実は、KEIJINKAI の「K」のデザインが再構築され、表紙デザインに転用されていて、無意識のうちに、この戦略イメージが人々に取り込まれるように考えられている。

このほか、浜仁会グループの多くの施設では、高齢者医療が行われているが、これらのサービスに使われる送迎車のボディに展開されるスーパー・グラフィックにも、大きな「K」マークが施されている。これは市街を運行する無料の移動広告であり、効率よく人々の目に記憶・認知され、ときに好意的に想起される仕組みとして運用されている。そのほか、当然のこととして、広告やホームページ、ビジネスフォーム、各種広報ツールには、必ずそのVI システムに準じて活用され、いわゆる「見た目」の統一が行われている。

このように、関係者や市民、職員の日々に知覚される、日々生起する断片的な「浜

仁会グループ」のイメージが、一体感や信頼感をともなうて知覚されるよう組織全体を統合的にマネジメントし、地域での存在理由や組織のアイデンティティをイメージで伝えることは、トップマネジメントによる重要な広報活動である。

●グループ内コミュニケーションと連携の促進

急性期医療から高齢者医療や福祉までのヒューマン・サービス、シームレスに、しかも一貫して提供できることが浜仁会グループの最大の特徴であり、それぞれの施設にとつての強みでもある。しかし、浜仁会グループ25年の歴史を見れば、それぞれの施設の成り立ちや経緯は少しずつ違い、理念の浸透度や現場の文化風土は、必ずしも一定であるとはいえない。当然、広報活動に対する理解度や実行能力はさまざまである。少なからず、グループの全容や自分の属する現場しか見えないという職員がいるという。

スケールメリットを生かした経営を進めるためには、広域に広がるこれらの施設および現場と本部をどのように一体化するか、多くの点において、そのコミュニケーションをどのようにとっていくか、つまり、組織内連携をいかに進めるかが最大の課題であり、またその達成は、広報部門の使命ともいえる。

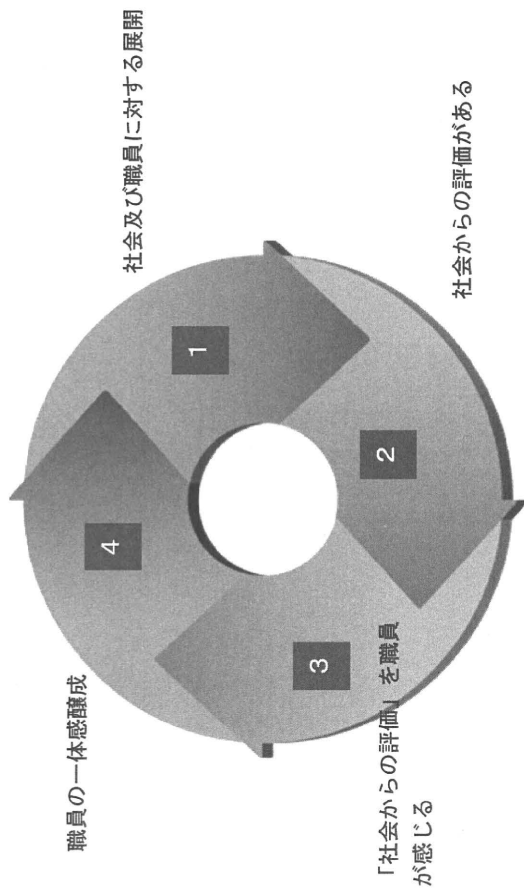
この点についてのアイデアを、広報室は、外部への広報と内部広報の相関による「アップスパイラル」という概念を使って説明している。

それは、まず本部により「広報施策が実施される」→そうすると「社会や市民利用者から一定の評価が生まれる」→その評価を「現場の職員が肌で感じる」→その結果、「広報を職員が評価する（次を期待する）」というコミュニケーション過程である。広報活動は、組織的にそれを意識して実行することが重要だと見ている。

著名人を動員しての健康フォーラムにしろ、全頁の新聞広告にしろ、それは確かに外部社会に向けて行われる広報活動の体裁をとっている。しかし、それらの活動は、職員やその家族・友人の期待や経験にもつながり、イメージを直接、肌で感じる機会ともなる。それを通してトップのやる気を感じるということもある。そのとき初めて職員は、あらためて浜仁会グループの全貌を実感し、自施設を見直すとともに、情報の発信サイトに立って考えることになる。「ここで働いてよかった」と組織との一体感を共有するのではないだろうか。

経営体とは、外部と内部世界を常に行き来することで生かされていく存在であろう。そこに会う多くの人が心身を傾ける場でもある。その意味で広報活動は、持続可能な最良の経営を照らし出して、組織に参画するさまざまな人々に、わかりやすく示すものでなければならぬ。(図表 12)

図表 12：アッパスバイラル概念図



医療機関トップマネジメント
研修コース

広報活動

「溪仁会グループの経営戦略と広報活動」
(ケースB)

改訂執筆者：伊藤 一

■ケースのねらい

- 外部評価制度の活用は成功しているか
- CSR 経営は医療事業に如何に貢献するか
- 手稲溪仁会病院の広報資源は如何に活用されているか

目次

ケースB

9. CSR 経営の展開

●法人としての経営管理体制

●CSR レポートによる内部広報

10. 医療法人浜仁会（手稲浜仁会病院）のPR 資源

●ドクターヘリ事業の概要と運行状況

●卒後研修医制度の概要

9. CSR 経営の展開

●法人としての経営管理体制

この法人での経営教育は外部認証制度を活用している。病院機能評価から始まり、ISO9001 を 2000 年に取得し、そのうち 4 年ごとに更新をしている。当該法人は内部監査員が 519 名おり、約 3,600 名の職員の約 15% をしめている。内部監査員による職員教育が活発におこなわれている。ただ更新を重ねるたびに医療法人の管理とかい離してきているのと、協会への支払う費用も高額になっている状況で、自らの医療施設向けのオーダーメイドの品質マネジメントを考案しようと現在検討中である。

次の環境マネジメントの外部認証により CSR レポートでもあるように、環境保全のための各種の取り組みが展開されている。個人情報保護の観点も情報セキュリティの外部評価制度を活用している。

図表 1：認証制度の活用

マネジメント名称	導入目的	導入年	導入施設	内部監査員数
病院機能評価	医療提供体制の向上	1998 ～ 2005 ～ 2007 ～	定山溪病院 手稲浜仁会病院 西円山病院	—
品質マネジメント (ISO9001)	サービス提供における 品質の継続的改善	2000 ～ 2004 ～ 2008 ～	施設単位で取得開始 グループとして審査登録	519
環境マネジメント (ISO14001)	環境保全活動の実施 と継続的改善	2004 ～	グループとして審査登録	256
情報セキュリティ (JISQ15001)	個人情報保護の徹底	2006 ～ 2007 ～	社会福祉法人 ソーシャル・ハートワークス 医療法人	109
バランス・スコア カード (BSC)	業務プロセスの業績を 定量評価	2005 ～	医療法人、社会福祉法人 ソーシャル・ハートワークス	—

最後の BSC カードについては、2005 年から導入した。当初は、積極的展開を図り、2007 年にはバランス・スコアカード学会を北海道で開催する際の主催者として浜仁会が引き受け、法人内に普及をはかった。浜仁会グループの BSC の展開は、法人本部の BSC と各病院が個別に BSC を展開した。また、予算と BSC を連動させて、重要なアクションプランに対して予算のつけて実現を促す方法を採用した。また部門別 BSC の実施も検討した。

ところが、現在はあまり効果を出しておらず形だけの取り組みをしているとの

ことであった。たとえば部門を超えたマトリックス組織の存在もなく、セクシヨナリズムを排除できないかたちとなっている。部門別BSCの活動は、現在でも存続しており、各部署で取りまとめている。益々、部門セクシヨナリズムを打破できないかたちとなっている。ただ、当該法人はISO9001を中心に各職員へのマネジメント教育が行われており、BSCをあえて展開するメリットはあまりないと職員は話す。

BSCにより、本来の部署を超えた、新しい発見・発想や組織の一体感の醸成のためのベクトルの摺合せなどは、理事長が5年ごとに提示する、中期計画書（マネジメントレビュー）を順守することにより理念の共有は果たされているとのことであった。浜仁会グループは、本来財務状況が良好で、それほど業務の改革を必要としない状況である。

次に、理事長の提起するCSR経営については、2007年のCSRレポートにて理事長の秋野氏が提示した。これは“医療経営とはCSR経営である”という言葉に集約されている。“医療、保健、福祉の事業はそもそも社会貢献の事業であり、公益的の事業を行うことで社会貢献した結果、得られた利益を原資として、さらに公益性のある取り組みを行うことで社会貢献し、地域に持続的にサービスと安心を提供していく”として本来医療の持つ公益性と企業（組織）の社会的責任であるCSRの内容は実のところ一致していると言っている。そして、元医大の学長であった経験より“医療人のもつ職業的使命感、倫理観による日々の誠実な業務推進こそがCSR経営を実現する方策”として、医療人の職業的使命感や倫理観の存在を確信し、普段の活動を忠実に行うことだけでCSR経営は実現できるというストレスのない提案をしている。

ちなみに企業の社会的責任とは1970年代に公害問題が深刻化した際、市民権意識が高まり、フィランソロピー・メセナなどの活動が企業において活発に展開されていった。2000年代に入ると、法令違反企業や不祥事が起こるたびに、企業のコンプライアンスについての意識が高まり、リスクマネジメントの必要性が叫ばれた。そこで利潤追求経営の反省としてのCSR経営が登場した。秋野氏の主張のとおり医療・保健・福祉事業体では出发点は社会貢献であり、医療人の職業的使命感・責任感に支えられた公益性の高い事業である、医療・介護・福祉事業はその事業本来が社会的責任をはたしている事業経営である。

企業が金銭的利益を得て、ステークホルダーに対し財務状況を開示している点と比較すると、医療事業の成果は公益性（質の高い医療サービスを提供）で測定するためにも、ステークホルダーに治療実績、医療内容、医療安全データなどの情報を積極的に開示すべきであるとの意見もあり、CSRレポート以外の年次報告書にて公表している。

CSR経営の内容はステークホルダーのニーズに合わせて展開するべきであるという視点を基に図表2にあるように、環境、社会、経済の広範囲にわたる展開を表現している。

図表2：CSR経営の確立とステークホルダーのニーズ

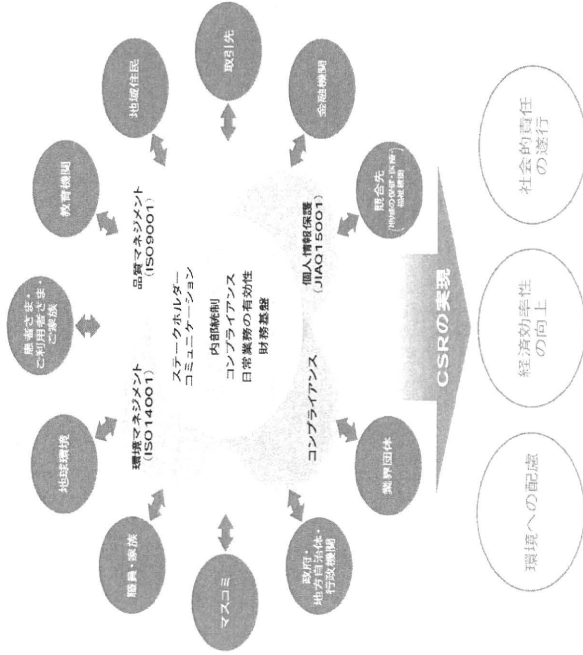


● CSRレポートによる内部広報

当初CSRレポート策定の目的は外部のステークホルダーへの自らの経営の説明という視点があったが、現在は内部の広報活動に活用されている。発行部数の30%は内部職員のマネージャー（課長、診療科長、師長等）レベルへ配布し日々の経営のベクトルを統一している。

また外部のステークホルダーと関係において、グループ内での認証制度による研修制度（ISO9001等）の遂行により理事長がはじめたマネージメントレビューをめざしCSR経営を展開している。（図表3）

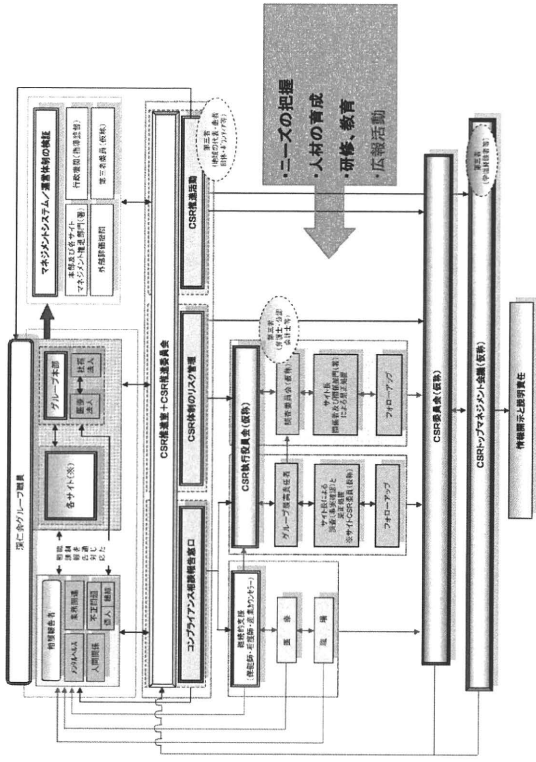
図表3：CSR経営と研修制度



ガバナンスの確立はグループの経営理念である事業理念、サービス憲章・行動基準により詳しく職員に説明され、共有することを実現している。特にコンプライアンス体制の充実が大切である。内部通報システム(ほっとライン)を活用し、社会の要請に誠実に応える組織風土が醸成されている。また社会との調和と実現するために環境保全活動を実施し、継続的に改善し、さらに情報公開により説明責任を果たし、広報活動を強化している。また職員研修については、先に見たように外部認証制度をもとにした、全職員対象の階層別、職種別の研修が活発におこなわれている。

また、2005年発行当時はCSRの執行組織として次の図にある組織が形成された。これは現在展開しているCSR経営の推進母体となっている。ただ現在組織の見直しが展開中である。(図表4)

図表4：CSR経営執行体制



10. 医療法人 深仁会 (手稲溪仁会病院) のPR資源

●ドクターヘリ事業の概要と運行状況

救命救急医療を必要とする患者のもとへ、救急医療に精通した医師・看護師を可及的速やかに現場に派遣し、一刻も早い初期治療を開始するための「救急医療専用ヘリコプター」をドクターヘリと呼んでいる。

北海道のドクターヘリは2年9ヶ月間の実験運航を経て、2005年4月1日、全国で9番目に正式運航を開始した。広域な北海道では、救急患者が発生してから初期治療を開始するまでの所要時間や、地域医療格差が問題視されている。こういった地域医療格差を少しでも縮小し、一人でも多くの患者を救うために、ドクターヘリは救命救急の切り札として、導入された。

出動時には、運航のための知識と経験豊富な操縦士・整備士が各1名、そして手稲溪仁会病院救命救急センターに待機する専任の医師1名(または2名)、看護師1名が搭乗し、要請からわずか数分で基地病院を離陸する。機内には救命救命に必要医療機器や医薬品が常備され、患者の容態にあわせて、出動時点から救命処置の準備を整え現場に直行する。

現在、北海道で使用されている機体は2機種(MD-902・EC-135)、いずれも小型で機能性と安全性に優れ、救急医療専用ヘリコプターとして欧米でも高い評価を

得ている。また、北海道最大の特徴である「降雪」から機体を守るため、ヘリポートには融雪装置を備えた格納庫を完備している。

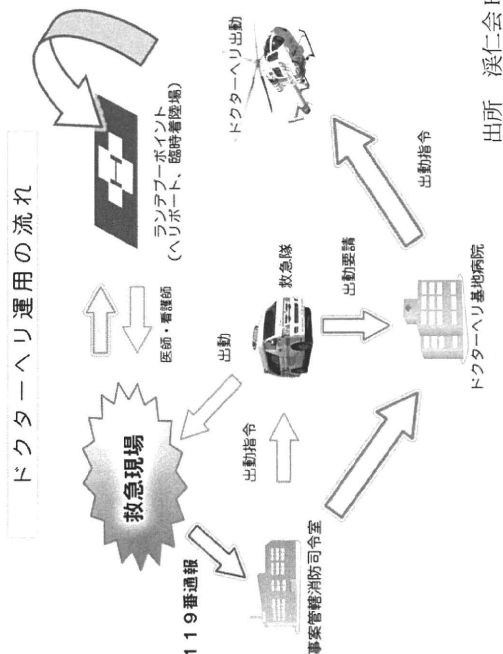
出動する条件としてはおおむね3点である。

- ① 生命の危険が予想されるとき
 - ② 重症多発外傷・四肢切断等の救急疾患
 - ③ 長時間搬送が想定される重篤疾患など
- 搭載機器はドクターヘリの機内には人工呼吸器や心電図モニター、電気除細動器、超音波診断機器などの装備、患者搬送用のストレッチャーや酸素ボンベなどが搭載されている。

運航体制は有視界飛行が義務付けられているので、時間内であっても日没や悪天候等により出動できない場合もあるが、365日の運航体制をとっている。おおむね8：30～17：00（冬季は16：00）までの運航となっている。

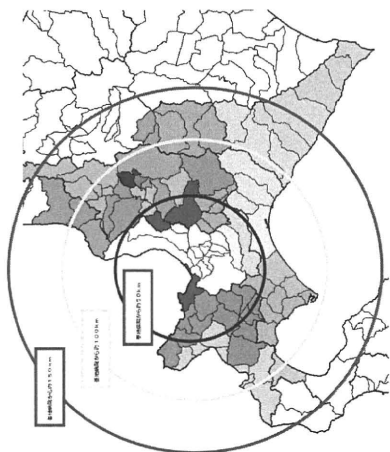
119番通報を受けた消防機関が救急現場で、医師による早期治療が必要と判断した場合に、ドクターヘリ運航管理センターに要請が入る。また、広地域の医療機関から、高度医療が必要と判断された場合などにも要請を受け出動することもある。基地病院を中心とした道央圏及び半径100km圏内を運航範囲としている。平均飛行時間は50kmで約15分、150kmで約45分になる。

図表5：ドクターヘリ運用の流れ



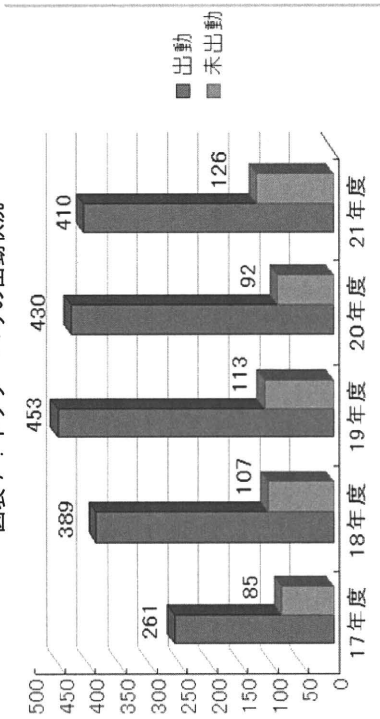
出所 溪仁会 HP より

図表6：ドクターヘリ対応エリア



出所 溪仁会 HP より

図表7：ドクターヘリの出動状況



出所 溪仁会 HP より
(手稲溪仁会病院のホームページより)

● 卒後研修医制度の概要

卒後臨床研修制度の変更時、約70人の希望者を集め、16人の研修医の定員を確保した。手稲溪仁会病院は、臨床研修病院の指定を受け、総合診療方式による研修を始めたのも98年である。当初の数年間は1～2人の研修医を受け入れるにとどまっていた。だが、3年前に米国型の研修方式を導入して以来、研修希望者が増え始め、昨年のマッチングで一躍、全国の人気研修施設の一つに数えられる

ようになった。

米國大学と提携した内科研修である、米國ピッツバーグ大学メディカルセンター（UPMC）と提携して3年間行う総合内科研修に、多くの学生が魅力を感じている。手稲溪仁会クリニック院長（当時臨床研修委員会委員長）の酒井圭輔氏は人気の理由を雑誌記事にてこう語った。

『2001年から始めたというその研修の目的は、総合内科医（General Internal Medicine；GIM）の養成だ。総合内科とは、日本では聞き慣れない言葉だが、米國の内科研修では、消化器内科や循環器内科などの専門分野を専攻する前に、総合内科の3年間の研修が必要とされている。』

何らかの症状を訴えて来た患者に対し、病歴と身体所見を取る。その間にどんな疾患が想定できるかを考え、問診と診察を通して病気の診断を絞り込む。あらゆる病気に対し、画像診断装置や内視鏡など高度医療機器を使わず、“素手”だけで正確な診断を下せるのが、総合内科医である。

従来のが国の内科研修は、卒業すぐに消化器内科や循環器内科といった専門科で行われてきた。そのため現場で最も即戦力となる総合内科医は、日本の医学教育ではほとんど養成されてこなかった。同病院では、UPMCの研修プログラムを基に、研修医は最初の2年間内科系診療科や救急部、外科を幅広く回る。3年目は研修医の希望に応じて総合内科系、内科専攻系、外科系、小児科系の四つの専門科に分かれて研修する。指導医には、米ハーバード大関連施設で内科研修を修了した米國人医師と、30年間以上米國式研修を行っている医師を専任スタッフとして置いてきた。

こうした各科での指導と並行して病院が力を入れているのが、週4回朝7時30分から始まる「モーニングレポート」と呼ばれるカンファレンスだ。毎回、特に教育効果が高いと思われる症例を取り上げ、担当の研修医が何に注意を払って診察や検査をし、どのような疾患を考えて治療方針を決めたかなどを報告する。しかも、使う言語はすべて英語だ。発表した研修医に対しては、司会の米國人指導医や他の研修医から、下した診断の根拠や指示した検査の必要性などに関する厳しい質問がなされることもある。

「この病院では様々な症例を数多く経験できるので、とても勉強になる。英語を学ぶ機会も多く与えられていて、米國で研修できる道も開かれているのも魅力的」と初期研修2年目の研修医は話す。

手稲溪仁会病院は、年間約2万ドル（約220万円）の提携料をUPMCに支払っている。これによって、カリキュラムや教育技法などのUPMCのノウハウを利用できるとともに、3年間の研修修了後、病院が推薦した研修医はUPMCで米國の正式な

レジデントとして臨床研修を受けられる。

UPMCは、全米の研修施設の中でも総合内科研修が活発な施設の一つであり、UPMCも、その研修ノウハウを日本に伝えるプロジェクトを進めている。手稲溪仁会病院の提携はUPMCに在籍する北大出身の日本人医師を介して実現したものだ。当初、総合内科医が収益に貢献していた。専門特化が進む急性期病院にとって、総合内科医の養成は必要な戦略だった。「専門科が細分化すると、例えば、同じ内科なのに胃腸疾患は診断できても心臓疾患はわからないといったことが起こる。『それはうちの科の病気じゃない』と突き放されたり、専門科間をたらい回しにされる患者が増えることになる」（前出、酒井氏）。

さらに同病院は、救急部を拡充し、「総合内科」という診療科を新設する計画を立てている。救急部に総合内科医がいれば、歩いて来る軽症患者に対しても適切な対応ができるなど1次救急にも手を広げられる。

「今後さらに、DPCの導入、在院日数短縮が進む中で、過剰な検査をせずに診断を下し、合併症を作らず確実に治せる医師が必要になる。UPMCとの提携科、教習スタッフや研修医の人件費は病院にとっては大きな負担だが、病院機能拡充のための必要な投資ととらえている」（前出、酒井氏）。

図表8：卒業臨床研修状況（導入後の推移）

	初年度 臨床研修 (3年)	手稲で研修 3年目	その他の 病院にて		後期臨床研 修(3年)	初期研修は 他の病院
			手稲研修	他病院		
H14	10(6)	10	7 [1]	3 [2]		道内
H15	11(10)	9	2	6 [3]		
H16	16(10)	13	3	0 [5]		
H17	16(13)	16	0			

()内数値が道外大学出身者、

[]内数値はピッツバーグメディカルセンターレジデンス採用数、

[]内数値は道外の他病院にて研修。

以上ドクターへより事業と卒業研修医制度の概要である。当該病院では、これら資源を対外的に広報資源として活用をしている。いくつかの新聞・雑誌記事やテレビ番組の取材などのパブリシティで取り上げられ、当該病院のPRとイメージによるブランド形成がなされている。



医療機関トップマネジメント 研修コース

目次

1. 病院の概要	3
2. ノロ・ウイルス流行の概要と当面の危機対応（事件の経緯）	4
3. 行政、患者・家族・連携機関、メディアへの対応	7
4. 流行が病院経営に及ぼした影響	8
5. 院内体制の強化	9
資料	
1. 花川病院組織図	10
2. 病院の沿革	11
3. 花川病院院内案内図	14
4. 入院患者数の推移（2009年2-7月）	17
5. 医業利益と医業収入の推移	18
6. ノロ・ウイルスに関するマニュアル（感染事件の前のもので）	19
7. 事件以降追加されたマニュアル	20

「クライシスマネジメント」

執筆者： 松本邦愛、長谷川友紀
東邦大学

■ディスカッションのポイント(ケースのねらい)

＜クライシスマネジメント＞

- 重大事故発生時の適切な対応方法を、院長としてどのように意志決定するか？
- 重大事故への対応の際、どのような体制を整えるべきか？
- マスコミ、患者、警察、家族にはどのように対応するか？
- どのような損害賠償保険に加入すべきか？

1. 病院の概要

医療法人喬成会花川病院は、北海道札幌市北側に隣接する石狩市にある病床数180床（回復期リハビリテーション病棟120床、医療療養病棟60床）の病院で、昭和54年8月1日に開院した。2008年からは健育会グループに参画している。病院の位置は、石狩市と札幌市手稲区の境界線近くにあり、最寄り駅も札幌側に位置している（地下鉄南北線麻生駅、JR手稲駅）。2010年9月の病床稼働率は98.7%、平均在院日数は140.1日である。職員数は、235名（平成22年4月1日現在）であり、内訳は常勤医師6名、常勤歯科医師1名、看護師65名、看護補助者29名、介護福祉士23名、理学療法士43名、作業療法士32名、言語聴覚士14名、管理栄養士5名、薬剤師3名、等となっている。診療科は、内科、歯科、リハビリテーション科があり一部外来も行っているが、回復期リハビリテーション病棟と医療療養病棟を中心にサービスを提供している。関連施設としては、ふれあいクリニック（内科、リハビリテーション科）、訪問介護ステーションポプラ、介護老人保健施設オアシス21（100床）、訪問介護事務所石狩ほっと館、グループホーム延輪草、ホットライン21居宅介護支援事務所、石狩市地域包括支援センターホットライン21等がある（添付資料1、2）。

病院は5階建てであり、病棟があるのは2階、3階、4階である（添付資料3）。看護介護体制は、回復期リハビリテーション病棟には入院患者3人に対し1人以上の看護職員と入院患者6人に対し1人以上の介護職員を、医療療養病棟には入院患者5人に対し1人以上の看護職員と入院患者5人に対し1人以上の介護職員を配置している。理学療法士、作業療法士の数も多い。（財）日本医療機能評価機構認定病院（Ver.5.0）であり、病院の理念として、確かな医療、質の高いリハビリテーションの提供と利用者の心豊かな人生を支援することを掲げている。特徴的なのは、患者の人權を尊重し「抑制」を一切廃止していることである。

2. ノロウイルス流行の概要と当面の危機対応（事件の経緯）

2009年4月7日（火）

午前10時30分ごろ、急性期病院より回復期リハビリテーション病棟に78歳の女性患者が転院してきた。患者は2階病棟へ入院した。午前11時30分ごろ、患者は2回嘔吐したが、職員は車酔いのため気持ちが悪くなったものと考え、特に気にしなかった。患者は翌日には回復した。

8日（水）

2階病棟に入院している別の患者が2回嘔吐した。便の性状は軟便から水様便であった。

10日（金）

2階病棟の別の2名の患者が嘔吐、下痢も見られた。同一症状であることが看護師から主治医に伝えられた。

12日（日）

午前11時、3名の患者の同一症状の発症と9日にグループホームへ移動した入所者の発症の連絡が総看護師長に届く。昼から夕方にかけて患者は増え、2階病棟の8名が嘔吐、下痢の症状を見せた。発症患者は4つの病室に隔離され、総看護師長はマニュアルに沿って対応するように指示を出した。午後4時30分総看護部長に連絡が入り、午後5時に病院に急行した。また、夜には保健所にも報告を行ったが、休日対応であり、伝言し担当者から折り返し連絡をもらった。12日の時点で行った対策は以下のとおりである。

- ①職員に感染手順指導、2階病棟内の消毒
- ②栄養科長と食事に関する対応を協議（13日朝から使い捨て食器使用）
- ③症状のあった夜勤介護職員の勤務交代を指示
- ④主治医、院長に連絡、院長来院
- ⑤院長指示にて江別保健所保健予防課に連絡（19時時点患者8名、職員5名）
- ⑥緊急連絡網にて2階病棟職員全員の症状確認
- ⑦20時時点での発症者25名（患者13名、職員12名）

13日（月）

午前9時、臨時院内感染対策会議を開き、入院院を全病棟で当面中止し、2階病棟には外部からの出入り禁止、清掃の徹底、どうしても必要な患者以外の外来の中止などを決定した。午前10時30分には保健所保健予防課から4名が来院し、

病院内を点検した。保健所からは、病院の対応には問題がないこと、病院の閉鎖に関しては法的な決まりはないので、病院の対応に任せる旨が伝えられた。12日の時点では食中毒の可能性も考えられていたが、13日時点ではノロ・ウイルスを想定した対応となった。

午後1時30分よりこの日2度目の臨時院内感染対策会議を開き、使い捨て食器使用の継続、2階病棟の封鎖（勤務中の病棟職員は、他の病棟への出入りを原則禁止した）、入退院の1週間の中止（13-19日）、外来の14日からの再開、面会の中止（3階4階病棟は15日まで、2階病棟は1週間（13-19日））などを決定した。この時点での発症者は39名（患者21名、職員18名）であった（全て2階病棟）。

14日（火）

本部から派遣されたリスク・マネージャーの指導により、模擬記者会見を実施した。

関連施設である介護老人保健施設オアシス21にて、10日に病院から移動した入所者が下痢、嘔吐との連絡が入る。

15日（水）

3階病棟で1名発症。午前11時、臨時院内感染対策会議を開き、3階4階に關しては、入浴は中止するものの、リハ、面会は開始することを決定。歯科は今週中止（15-19日）、入退院の見学も中止することを決定した。

16日（木）

2階病棟で最終発症（以降の発症なし）。3階病棟、4階病棟で1名ずつの発症があった。

17日（金）

3階病棟の看護師1名発症（14日に2階へサポートに行った）。職員の最終発症であった。

19日（日）

3階病棟で1名の発症。これが全体の最終発症であった。

28日（火）

関連施設である介護老人保健施設オアシス21にてノロ・ウイルス終息宣言が出された。

5月1日（金）

3階4階病棟の入院が再開された。

5月11日（月）

2階病棟の入院が再開された。およそ1カ月間2階病棟は閉鎖されていたことになる。

5月12日（火）

ノロ・ウイルス終息宣言を出す。

最終的な保健所届出総数は44名（患者25名、職員19名）、関連施設介護老人保健施設オアシス21の最終保健所届出数は43名（入所者33名、職員10名）であった。

3. 行政、患者・家族・連携機関、メディアへの対応

行政へは12日午後7時に江別保健所へ最初の報告をしてから19日まで、毎日連絡を行った。最初の報告では、日曜日の午後5時以降であったので保健所に担当官がいなく、警備職員に伝言をして45分後に担当者から連絡をもらった。翌日13日に保健予防課の4名が来院した時に提出した資料は以下のとおりである。

- ① 感染性胃腸炎発生状況 32 名分（患者 19 名、職員 13 名）
- ② リハ職員 4 名分は詳細が判明していなかったため FAX で送付
- ③ 患者検体 11 名分
- ④ 入院患者名簿（生年月日、部屋割が分かるもの）
- ⑤ 職員名簿
- ⑥ 4 月分勤務表（2 階病棟看護師、看護補助者、リハ、栄養科、清掃）
- ⑦ 業務分担表（2 階病棟看護師、看護補助者、4 月 1 日～12 日）
- ⑧ 陶芸教室参加者名簿（4 月 9 日実施）
- ⑨ 入退院名簿（4 月 6 日～10 日）
- ⑩ 施設見取り図

保健所からは、院内感染に対する対応については問題なしとされたが、同一の有症者が 10 名以上発生しているの、病院名を伏せて公表することになる旨を告げられた。

ノロ・ウイルス感染への苦情は、4 月 14 日に入院患者の家族から面会に来た患者の孫が下痢、嘔吐症状が出て学校を休まなければならなくなったことに対する苦情 1 件であった。これに対しては、看護部長とソーシャル・ワーカーで家族宅に出向き謝罪と説明をして了解してもらった後、保健所に報告をした。

その他苦情は来なかったものの、患者・家族・連携機関には謝罪の意を示した。13 日の時点で、入院受け入れできなかった医療機関、転院できなかった医療機関、当該週において影響が予想される医療機関に電話・お詫び状を送り、15 日には患者の家族へお詫び状を送付した。以後、退院後に感染が拡大したグループホームや他の関係機関にも順次お詫び状を送り、またお詫び訪問を繰り返した。このような対応の結果、補償の問題や治療費などの請求は 1 件も発生しなかった。

メディア対策としては、14 日に模擬記者会見を実施したが、結果としてメディアの取材は一件もなかった。花川病院のノロ・ウイルス感染事件の後に周辺でも同様な感染事件はあったが、新聞などではほとんど報じられていない。

4. 流行が病院経営に及ぼした影響

4 月 5 月と病床が空いてしまったので、病院の収支には大きな影響が出た（添付資料 4、5）。病床の変更などがあったため、前年同月との比較はできないが、ノロ・ウイルス事件の前月の 3 月と比較すると、4 月の医業収入は 1436 万円減（-11.8%）、5 月は 1077 万円減（-8.2%）であった。経常利益でみると、対 3 月で 4 月は 2719 万円減（-80.0%）、5 月は 2460 万円減（-66.3%）であった。6 月に入ると収益は回復し、医業収入も対 3 月で 1097 万円増（+8.7%）となっていることから、ノロ・ウイルス事件の影響が非常に大きかったことが分かる。

今回のノロ・ウイルス事件は、スタッフの士気に悪い影響を及ぼすことはなかった。むしろ損失を回復するため空病床を埋めることを目指し、職員の士気は向上した。また、感染に関する意識が向上し、勉強会が立ち上がり、委員会活動が活発化するなどの効果がみられた。

また、患者や近隣の医療施設に関しても、今回の事件によって評判が落ちたり、紹介患者数が減ったりするようにはなかった。これは、患者に対しては起きたことを正直に話し、どのように対策をとっていかにかについて説明したり、医療施設に対しては医療機能を全うできなかったことに対し、電話、文書、訪問を通じて謝罪を徹底して行ったりしたことが功を奏したと思われる。ただ、最初の患者が誰かということに関しては、内部にも外部の連携機関にも一切公表することはしなかった。

今回、ノロ・ウイルス感染の影響が最悪の状況になるのを防げたのは、大事をとって病棟を閉鎖し、新規患者の受け入れを一時的に止めたことが大きいと考えられる。心がけたのは、まず患者の重症化を防ぐことと、職員間での感染を防ぐこと、さらに苦情への対応は丁寧に行うことであった。ノロ・ウイルス患者が院内に入ってくるのを完全に防ぐことは難しい。感染を広げないのが病院の責任である。その結果、病棟を閉鎖することに至ったのだが、病棟機能の停止は、徹底した感染の抑制につながる反面、収益を大きく落ち込ませることになり、また入院している患者のストレスを増大させることにもつながった。そのバランスを考え、病棟閉鎖をどのように考えるか経営者にとっては大きな選択であった。

5. 院内体制の強化

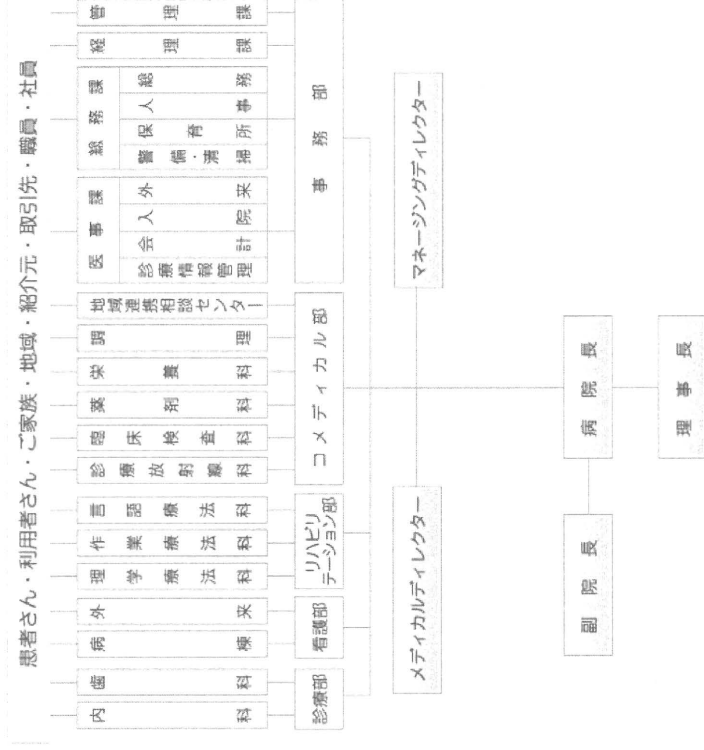
今回のノロ・ウイルスの集団感染が起きる以前にも、感染に対するマニュアルはあった。マニュアルには、まず、ノロ・ウイルスの定義、感染ルートが記され、それに続いてノロ・ウイルス感染症と診断された場合のマニュアルが記されていた(添付資料6)。しかし、マニュアルを理解してきちんと守っているか徹底はされておらず、自分の施設でこのようなノロ・ウイルスの感染が発症するかもしれないとの危機感は薄かった。標準予防策についても理解はしていたが、実際は手袋をして患者に接するのは失礼にあたるとの意識もあり、徹底していたとは言い難い。

集団感染が起きてからは、院内の感染症マニュアルに多くが追加された(添付資料7)。ノロ・ウイルス発生時の感染報告体制、患者発生時の対応、病院内の個々の場所の環境の整備の基準、病棟管理の基準に加えて、嘔吐物処理の手順やリネン類の処理の手順から消毒液ブリーチの作り方に至るまで、具体的な対応が事細かに作成されることとなった。

しかし、このような予防に関するマニュアルや患者発生後のマニュアルは導入しただけでは十分ではない。花川病院においてもアンケートの結果、標準予防策の遵守は十分なものとはいえない。そこで、管理項目を作成し、手洗いの状況は1カ月おきに機器を使用して検査したり、手袋・消毒液の減少状況をチェックしたりしている。

花川病院では、2009年4月5月のノロ・ウイルスの後、2010年1月にもノロ・ウイルス患者が発生した。しかし、この時は限局的な発生にとどまった。職員には標準予防策は浸透しつつあったので、この時には前年の経験を生かすことのできたと考えられる。しかし、また新たな課題も見られた。それは、患者の教育の問題である。2010年の場合は、感染した患者の手洗いが不十分であり、食事時に同じテーブルに着いた他の患者への感染がみられた。そこで、現在は患者の衛生教育にも力を入れ、特にトイレ後、食事前の手洗いに関してチェックをしようとしているが、患者は認知症の進んだ人も多く、また患者に強く強制することも難しいので、この問題にどう対処したらいいか思案中である。

資料1：花川病院組織図

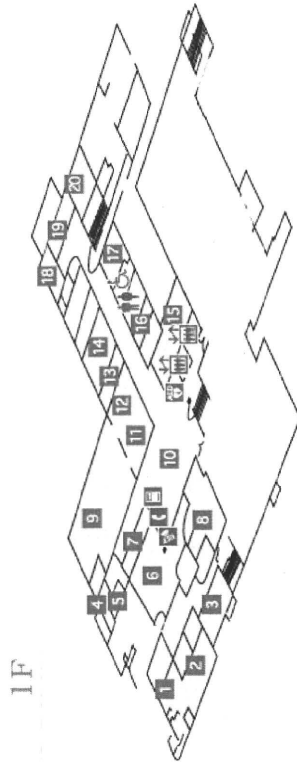


資料 2 : 病院の沿革

年月日	承認許可関係	その他(動き)	職員数
S54.8.17	花山病院開設	162床	45名
S57.12.15	全身用CT導入		
S58.5.10	特別許可老人病院	6/1病床許可180床	79名
S59.10.30	北海道病院厚生年金基金加入		
S60.11.26	医療法人花山病院 経営主体の変更		
S63.1.15	院内保育所(ちびっ子)の開設		
H2.9.25	入院管理科(Ⅱ)承認(第12号)	ヘルパー廃止	124名
H2.10.1	介護力強化病院(定額制)		
H3.10.1	運動理学療法承認(第10号)		
H3.12.9	労災保険指定医療機関(0142816)ー1	スプリングカー設置	141名
H4.1.1		完全4週5休	
H4.5.11		老人訪問看護ステーション ポプラ開設 1090014号(連1号)	
H4.10.25		定款変更	
H4.7.1	入院医療管理科(ⅡーⅠ)(第15号)		
H5.1.1		完全週休2日制 事務室、オープンカウンター化	
H5.2.1		ナーズステーション、オープンカウンター 化	
H5.3.10		6時給食化	
H5.4.1		定款変更	
H5.5.24		第一次増改築完了	
H5.7.1	法人名 医療法人喬成会と改称		
H5.12.6			
H6.1.1	老人作業療法施設基準承認		
H6.4.1	老人病棟看護増設(第1号)		
H6.6.1	入院医療管理科(Ⅰ)(第9016号)		
H6.6.8	薬剤管理指導承認(第96号)		
H6.6.20		定款変更	
H6.7.13		老人訪問看護ステーション ポプラⅡ開設	
H6.8.1		老人保健施設オアシス21開設 10,80033病室専用棟第5号	
H6.10.20		オアシス21 100床病床記念祝賀会 94名 喫煙室設置(分煙化)	
H7.9.4			
H7.9.4			
H7.9.4			
H8.4.22	院内感染加算		166名
H8.8.1	夜間看護加算(Ⅱ)(第4号)		
H8.9.13	小児科外来診療加算(第58号)		
	老人慢性疾患外来総合診療(第33号)		
H8.4.22		定款変更	
H8.8.1		ナーズキャブ廃止	174名
H8.9.13		ふれあいクリニック開設 老人デイケア(Ⅱ)(第33号)	
		老人慢性疾患外来総合診療(第151号)	
		24時間連携体制に係る届出(第81号)	
		寝たきり老人在宅総合診療に係る届出 (第283号)	
H8.12.1		石府市在宅介護支援センター(ホトリイ ン21)	
H9.3.1		老人病院機能評価委員会発足	
H9.6.18		院内土足化に決める	
H9.10.1		厚田訪問看護ステーション 第2次増改築工事を完了	
H9.12.19		病院外来午前中のみ	
H10.1.5			
H10.3.1	歯科診療外来開始		
H10.3.31	療養型病棟群(第34号)		
H10.4.1	医療法人喬成会新理念揭示 法人本部の人事・経理設立		

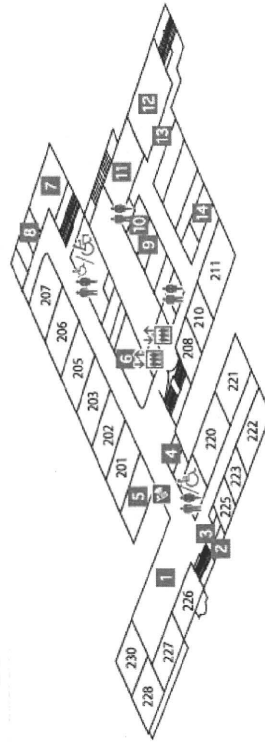
年月日	承認許可関係	その他(動き)	職員数
H11.4.30		石狩ほっと館開設ヘルパーステーション 定款変更 抑制廃止(99.7.1)宣言「苦痛・窮屈・な い」	
H11.7.1			
H12.3.22	夜間看護加算(Ⅳ)		
H12.4.1	介護保険スタート		
H12.5.1	(療養入院)入院基本料4(第146号)		
H12.5.8	特定診療料の施設基準 1. 薬剤管理指導 2. 理学療法・作業療法 3. 感寒対策指導管理		
H12.6.6	療養病棟入院基本料Ⅱ(第69号)		
H13.4.2	介護療養・回復期リハビリ病棟病棟種別届 回復期リハビリ病棟入院料承認(回)第6 号		
H13.7.1	夜間看護加算(回復期なし・介護Ⅳ)		
H13.7.11		定款変更	
H13.9.1		外来受付9時～10時	
H13.12.4		グループホーム延輪葛設立	
H14.3.19		ふれあいクリニック増築	
H14.4.1		厚田ほっと館・ポプラⅡ統廃合と合併 理念の員直し	195名
H14.4.5		審判対策委員会発足	
H14.5.15		定款変更	
H14.9.2		医療安全管理体制届出	
H14.9.2		掲載対策届出	
H14.12.11		総合リハビリ施設基準承認(り総)第42 号	
H15.2.3		夜間看護加算(Ⅲ)介護病棟 短期入所療養介護リハビリテーション提 供体制届出	193名
H15.4.1		介護療養型医療施設リハビリテーション 提供体制届出	
H15.5.1		定款変更(支援費3法)13・14年変更分	331名
H15.5.30		ホーンページ開設	
H15.9.8		接遇委員会発足 トイレラフオムレット増設取付	
H15.10.29		病院内汚物庫増築	
H16.1.7		日本医療機能評価機構受審結果報告	
H16.4.14		日本医療機能評価機構受審結果報告	347名
H16.5.6		播創患者加算(16.4.1付)第281(替)号 日本医療機能評価機構認定(第JC 248 号)	
H16.7.26		小児科腫瘍科変更前除	
H16.8.1		オアシス21増改築(トイレ・風呂完成)	
H16.8.31			
H17.3.1		士・日・祝日直者登用(シルバー人材セ ンター派遣)	
H17.7.14		シエル土地購入(973.6m ²)	
H17.8.1		地域連携室設立開設	
H17.11.16		増築事務室	
H17.12.5		ふれあいクリニック24時間(在総241)第293 号	
H18.4.1		地域包括支援センター準備室	
H18.5.12		地域包括支援センター開設	
		電子化加算電子化第216号	
		栄養管理実施加算栄養管理第458号	
		脳血管疾患等/小児(脳Ⅰ)第66号	
		運動器リハビリ(Ⅰ)(連Ⅰ)第288号	

資料3：花川病院院内案内図



1	石狩市地域包括支援センターホットライン21	11	受付
2	ホットライン21居室介護支援事業所	12	地域連携相談センター
3	石狩ほっと館訪問介護事業所	13	診察室
4	整備室	14	処置室
5	正面玄関	15	薬局
6	中庭	16	相談室
7	売店	17	検査室
8	歯科	18	X線室
9	事務室	19	受付
10	待合ホール	20	CT室

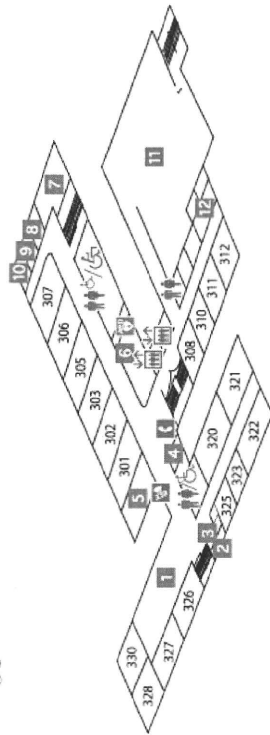
2F



1	デイルーム	8	言語療法室(2)
2	乾燥室	9	理髪室
3	洗面・洗濯室	10	一般浴室
4	カンファレンスルーム	11	特浴室
5	機能訓練室	12	介護浴室
6	ナースステーション	13	準備室
7	言語療法室(1)	14	配膳室

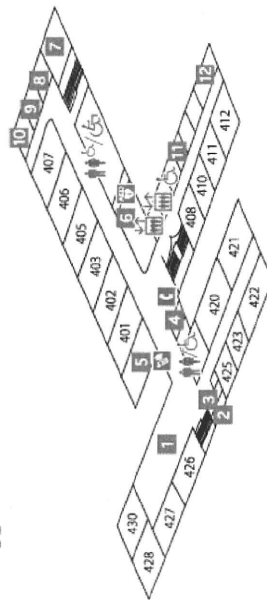
年月日	承認許可関係	その他(動き)	職員数
H18.5.31		定款変更 地域包括支援センター承認許可 認知症通所介護事業所(3名) オアシス21汚物庫増築	
H18.7.1			
H18.11.29		定款変更 役員数11名(認可19、6、14)	
H19.5.24		4F医療機器搬入承認	
H20.5.1		回復期リハビリテーション病棟入院料第1596号 療養病棟入院基本料(2.4病棟)第1581号 療養病棟療養環境加算I(2.4病棟)第186号 回復期リハビリテーション病棟入院料第6号返上	
H20.8.1		療養病棟入院基本料(4病棟療養8割未満)第1596号 療養病棟療養環境加算I(4病棟)第183号	
H21.3.26		回復期リハビリテーション病棟入院料2(2.3病棟)第108号 回復期リハビリテーション病棟入院料2(2.3病棟)第109号 回復期リハビリテーション病棟入院料1(2.3病棟)第36号	
H21.3.26		重症患者回復病棟加算 ボンプ移転、落成式 石狩ほっと館病棟内に移転 竹川節男理事専任	433名
H21.4.1			
H21.4.3		電子化加算第4739号辞退	
H21.4.30			
H21.8		日本医療機能評価機構更新訪問調査 患者トイレ・洗面所改築	
H21.8.1		リハビリテーション「虹の橋」除幕式(開院30周年記念事業) リハビリテーション科をリハビリテーション部に再編	
H21.10.26			
H21.11.1		回復期リハビリテーション病棟入院料1(3.4病棟)第50号 療養病棟入院基本料(2病棟療養8割未満)第1677号 療養病棟療養環境加算I(2病棟)第239号 地域連携診療計画退院時指導料第228号	
H21.11.9		温冷配膳車8台導入 日本医療機能評価機構更新認定(第IC248-2号) 新キヤベネット(床頭台)導入	
H21.12.9			
H21.12.24・25			
H22.1.1		診療録管理体制加算第251号	
H22.3.23~25		全床低床電動ベッド導入	455名
H22.4.1		運動器リハビリテーション科(1)第288号辞退 運動器リハビリテーション科(1)第96号 慢性期病棟等退院調整加算1第52号	
		医療相談室・地域連携室を地域連携相談センターに再編 リハビリテーション充実加算、休日リハビリテーション提供加算	
H22.5.1		回復期リハビリテーション病棟入院料1第79号	
H22.11.1		地域連携診療計画退院時指導料(1)第305号 集団コミュニケーション療法料第25号辞退	
H23.1.1			

3F



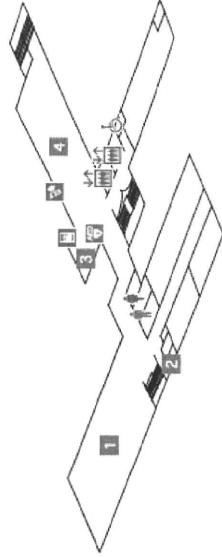
1	デイルーム	7	理学療法室
2	乾燥室	8	言語療法室(3)
3	洗面・洗濯室	9	言語療法室(4)
4	カンファレンスルーム	10	言語療法室(5)
5	機能訓練室	11	リハビリテーション室
6	ナースステーション	12	配膳室

4F



1	デイルーム	7	図書室
2	乾燥室	8	言語療法室(6)
3	洗面・洗濯室	9	言語療法室(7)
4	カンファレンスルーム	10	言語療法室(8)
5	機能訓練室	11	一般浴室
6	ナースステーション	12	配膳室

5F



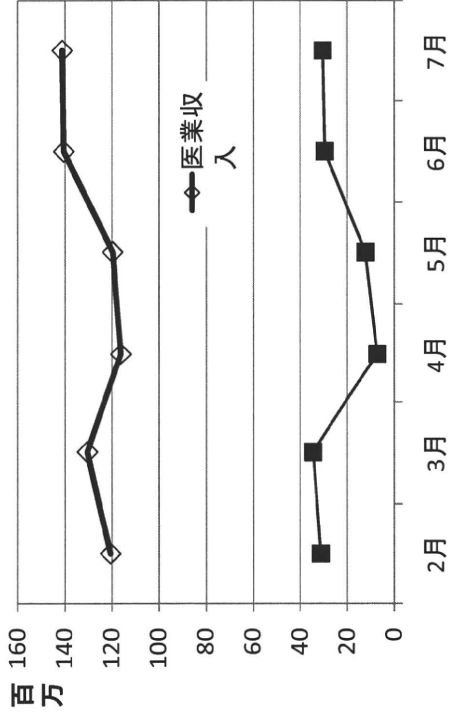
1	機能訓練室	3	図書コーナー
2	洗面室	4	食堂

資料4：入院患者数の推移（2009年2-7月）

月別	日数	入院数	退院数	延患者数 一日平均患者数	回復期病床 4病棟(回復期)	3病棟(回復期)	2病棟(医療療養)
平成21年2月	28	48	48	178.2	118.7	59.1	1.655
平成21年3月	31	52	51	515	367.2	182.5	1.843
平成21年4月	30	16	35	171.8	113.0	56.4	1.763
平成21年5月	31	59	54	503.2	323.1	162.5	1.801
平成21年6月	30	57	41	533.4	355.0	178.2	1.784
平成21年7月	31	42	43	554	371.2	181.1	1.842
				179.2	119.7	60.0	59.4

内訳

資料5：医療利益と医療収入の推移



資料6：ノロ・ウイルスに関するマニュアル（感染事件の前のもの）

1. 定義

ノロ・ウイルスは、冬季の感染性胃腸炎の主要な原因となるウイルスで、集団感染を起こすことがあります。感染者の便や嘔吐物に触れた手指を介して、二次感染を起こす場合が多くなっています。
主症状は嘔気、嘔吐、腹痛、下痢で、通常は1～2日続いた後、治癒します。

2. 感染ルート

ほとんどが経口感染で、汚染された貝類（カキなどの二枚貝）を生あるいは十分加熱しないで食べた場合に感染します。感染した調理者を介して汚染した食品を食べた場合、便や嘔吐物に触れた手指を介して、あるいは人同士の接触により二次感染を起こすことがあります。

3. ノロ・ウイルス感染症と診断された場合のマニュアル

- 1) 患者の便や嘔吐物、おむつを処理するときは、使い捨て手袋を着用します。
- 2) 嘔吐の場合には、2枚重ねにした手袋、ガウン、マスクを付けペーパータオルに霧吹きでブリーチ100倍液をかけ、くるむように取り扱います。
- 3) 吐物を拭き取った後、次亜塩素酸液に浸したペーパータオルで外側から中心に向かって拭き取り、2枚重ねたビニール袋の1枚目に入れ手袋も、裏返しにしながら脱ぎしつかり縛ります。2枚目のビニール袋に残りの手袋とマスクも捨て口を縛り捨てます。
- 4) 汚染されたリネン類は次亜塩素酸液100倍液に30℃で5分以上浸し、透明ビニール袋に「ノロ・ウイルス」「消毒済み」と表示し袋の口をしぼって出す。
- 5) 介助後、配膳前、食事介助時、また手袋を脱いだときも手洗いします。
- 6) 手洗いは石鹸と流水で行います。
- 7) ウイルスは逆性石鹸やエタノールでは死滅しません。
- 8) 感染者が使用した食器類は厨房へ戻す前に次亜鉛素剤400倍液に30分浸してビニール袋に入れ下膳する。残飯はビニール袋にいれ100倍次亜塩素酸液を噴霧し口を閉じさらに袋にいれ燃えるごみとする。
- 9) 症状がなくなつて2～3週間は体内にウイルスはいるので、排泄物等の取り扱いには十分注意する。
- 10) 下痢・嘔吐症状がある場合は入浴を避ける。回復後もしばらくは最後に入浴し、浴室はカビキラーなどで洗浄する。

資料7：事件以降追加されたマニュアル

ノロ・ウイルス感染報告体制

- 1) 患者が発症
 - ・院内感染報告マニュアル1に沿って、院内感染委員会に報告する。
 - ・集団発生した場合は、院内感染集団発生手順2に沿って報告する。
 - ・報告を受け、院内感染委員長は、随時臨時感染委員会を招集し対応を協議する。
- 2) 職員が発症、または疑わしい場合
 - ・下痢、嘔吐、発熱、などの症状がある職員は所属長に報告する。
 - ・所属長は、外来又は消化器受診を指示する。
 - ・有症状の職員は出勤を控える。回復後も48時間は調理食事介助等業務を避ける。
 - ・所属長はノロ・ウイルス陽性の結果がでたら、感染委員会に報告する。
 - ・感染職員の欠勤は有休扱いとする。
 - ・欠勤中の職員は、症状について所属長に報告を義務付け出勤停止期間は委員会で指示する。
- 3) 行政への届出
 - 保健所への報告基準
 - ①同一の感染症もしくは食中毒によると思われる死亡者又は重篤な患者が1週間に2名以上発生した場合
 - ②同一の有症状者等が10名以上または入院患者の半数以上発生した場合
 - ③①及び②に掲げる場合のほか、通常の発生動向を上回る感染症の発生が疑われ、特に管理者等が必要と認めた場合
- 4) ノロ・ウイルス検査について
 - ・検査のコストは、保険点数表未収載項目であるため、感染管理上検査が必要と認められた場合、病院負担で実施する。
 - ・保健所に提出した検体の検査結果は個人名では公表されないため、感染の有無を個々に把握することは出来ない。