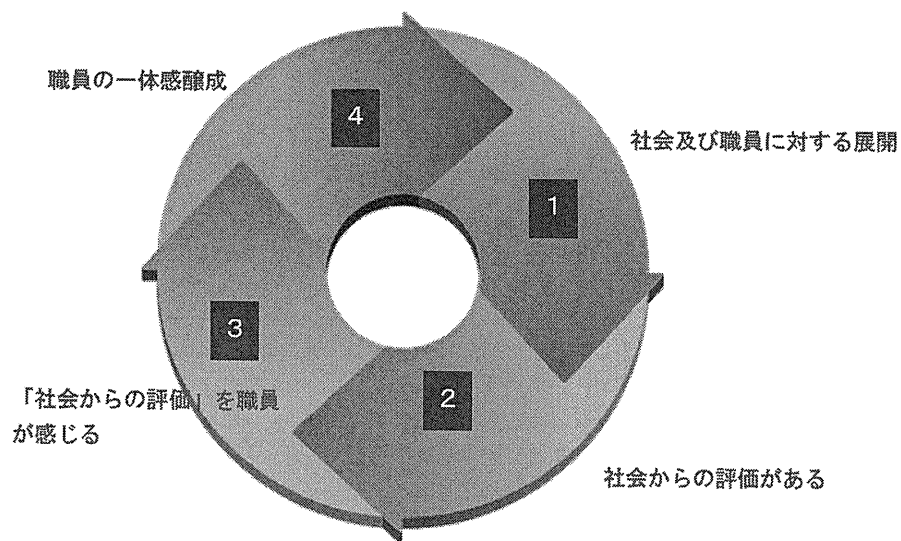


図表 12：アップスパイラル概念図



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
- 手稻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. 医療法人溪仁会（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
- 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、そののち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。個人情報保護の視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 手稲溪仁会病院 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・ハーティワークス 医療法人	109
バランスト・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・ハーティワークス	—

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 年にはバランスト・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溪仁会が引き受け、法人内に普及をはかった。溪仁会グループの 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、セクショ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、現在でも継続しており、各部署で取りまとめている。益々、部門セクショ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IS09001を中心に各職員へのマネジメント教育は行われており、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。溪仁会グループは、本来財務状況が良好で、それほど業務の改革をする必要性が低い状況である。

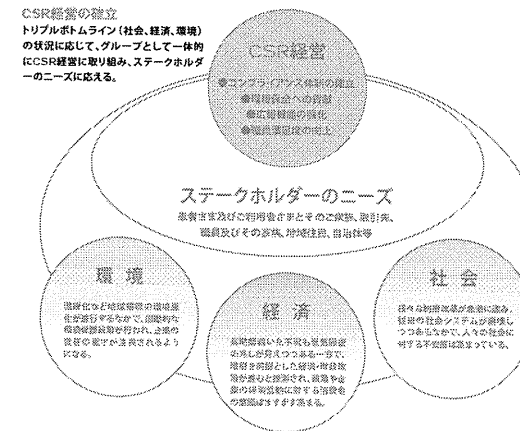
次に、理事長の提起するCSR経営については、2007年のCSRレポートにて理事長の秋野氏が提示した。これは“医療経営とはCSR経営である”という言葉に集約されている。“医療、保健、福祉の事業はそもそもが社会貢献の事業であり、公益的な事業を行うことで社会貢献した結果、得られた利益を原資として、さらに公益性のある取り組みを行って社会貢献し、地域に持続的にサービスと安心を提供していく”として本来医療の持つ公益性と企業（組織）の社会的責任であるCSRの内容は実のところ一致していると宣言している。そして、元医大の学長であった経験より“医療人のもつ職業的使命感、倫理観による日々の誠実な業務推進こそがCSR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、フィランソビー・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・福祉事業体では出発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。

企業が金銭的収益を得て、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実現している。

図表2：CSR経営の確立とステークホルダーのニーズ

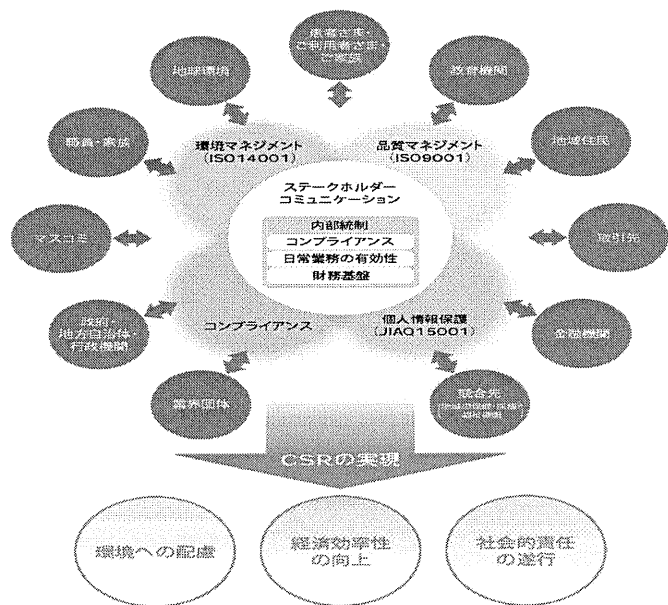


●CSRレポートによる内部広報

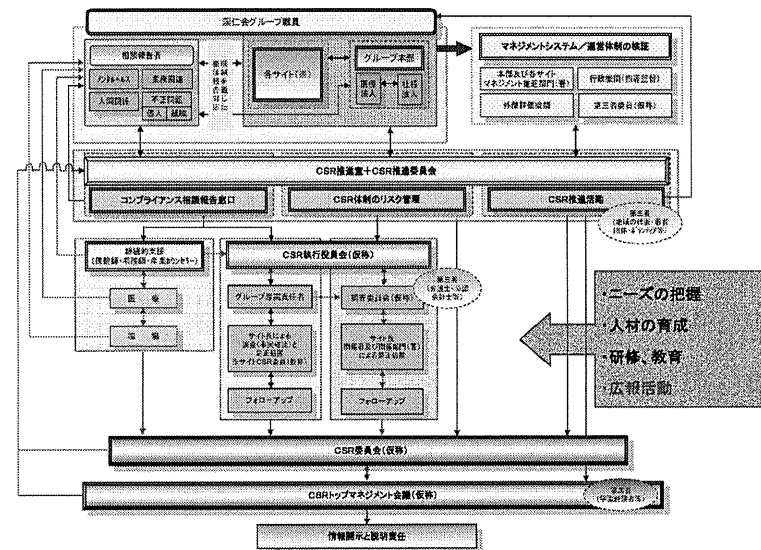
当初CSRレポート策定の目的は外部のステークホルダーへの自らの経営の説明という視点があったが、現在は内部の広報活動に活用されている。発行部数の30%は内部職員のマネジャー（課長、診療科長、師長等）レベルへ配布し日々の経営のベクトルを統一している。

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（IS09001等）の遂行により理事長がしめしたマネ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



図表 4 : CSR 経営執行体制



10. 医療法人溪仁会（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。機内には救命救急に必要な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。

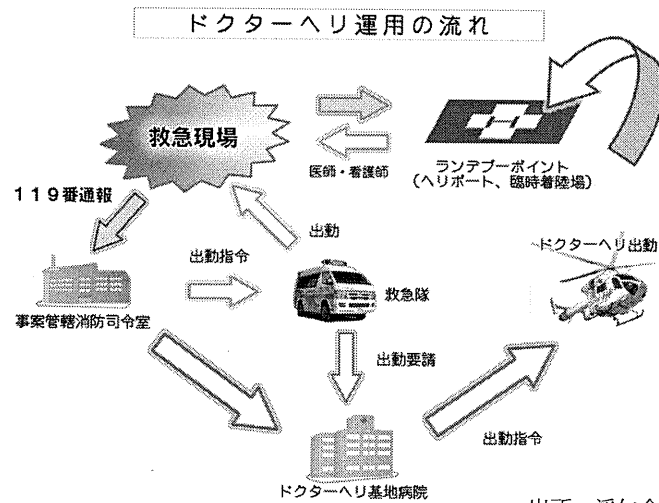
- ① 生命の危険が予想されるとき
- ② 重症多発外傷・四肢切断等の救急疾患
- ③ 長時間搬送が想定される重篤疾患など

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。

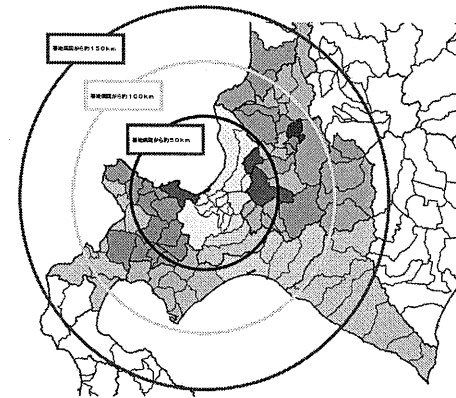
119番通報を受けた消防機関が救急現場で、医師による早期治療が必要と判断した場合に、ドクターヘリ運航管理センターに要請が入る。また、広地域の医療機関から、高度医療が必要と判断された場合などにも要請を受け出動することもある。基地病院を中心とした道央圏及び半径100km圏内を運航範囲としている。平均飛行時間は50kmで約15分、150kmで約45分になる。

図表5：ドクターヘリ運用の流れ



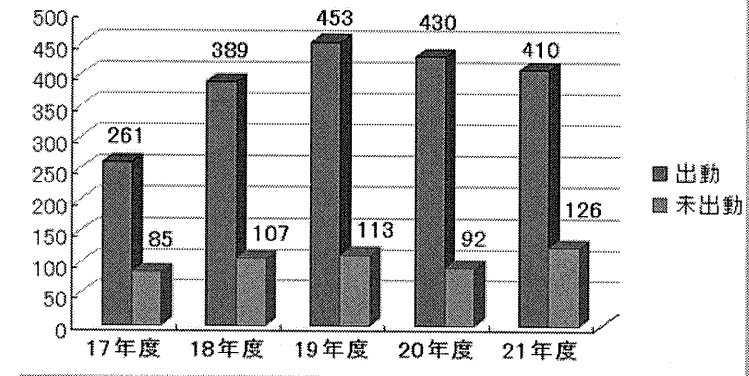
出所 溪仁会 HP より

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。当初の数年間には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。

米国大学と提携した内科研修である、米国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、米国の内科研修では、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、卒後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国人医師と、30年間以上米国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、司会の米国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、米国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で米国の正式な

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も、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との提携料、教育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：卒後臨床研修状況（導入後の推移）

	初年度 臨床研修 (3年)	手稲で研修	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		
	1-2年目	3年目		手稲研修		他病院	道外
H14	10(6)	10	0	7【1】	3[2]		
H15	11(10)	9	2	6【3】	6[5]		
H16	16(10)	13	3	8	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。

以上ドクターヘリ事業と卒後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

「クライシスマネジメント」

執筆者：
東邦大学 松本邦愛、長谷川友紀

■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？

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）	19
7. 事件以降追加されたマニュアル	20

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、グループホーム延齢草、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、患者の人権を尊重し「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、入退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階に関しては、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
- ⑥4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ため、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日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く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

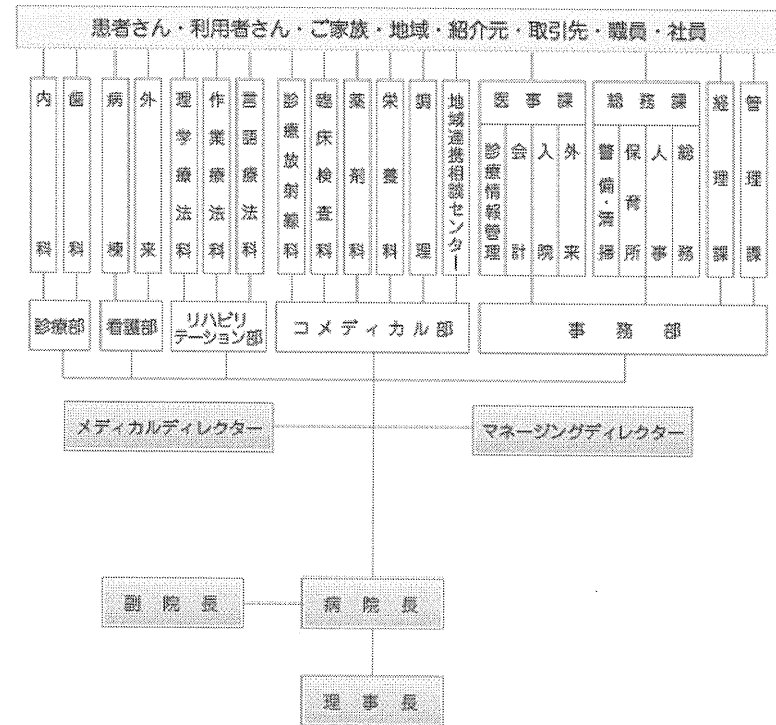
今回のノロ・ウイルスの集団感染が起きる以前にも、感染に対するマニュアルはあった。マニュアルには、まず、ノロ・ウイルスの定義、感染ルートが記され、それに続いてノロ・ウイルス感染症と診断された場合のマニュアルが記されていた(添付資料6)。しかし、マニュアルを理解してきちんと守っているか徹底はされておらず、自分の施設でこのようなノロ・ウイルスの感染が発症するかもしれないとの危機感は薄かった。標準予防策についても理解はしていたが、実際は手袋をして患者に接するのは失礼にあたるとの意識もあり、徹底していたとは言い難い。

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ていない。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ができたと考えられる。しかし、また新たな課題も発見された。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



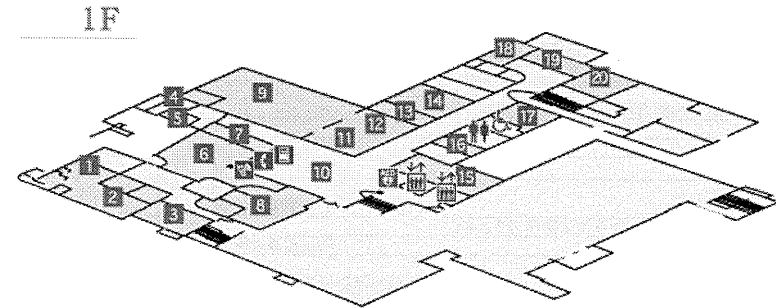
資料2：病院の沿革

年月日	承認許可関係	その他(動き)	職員数
S54.8.17	花川病院開設	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	医療法人設立許可		
S61.1.1	医療法人花川病院 経営主体の変更		
S63.1.15	院内保育所「ちびっこハウス」開園		
H2.9.25	入院管理料(Ⅱ)承認「第12号」	ヘルパー廃止	
H2.10.1	介護力強化病院(定額制)		124名
H3.2.1	運動理学療法承認「連第10号」		
H3.10.1	労災保険指定医療機関「0142816」-1		
H3.12.9		スプリンクラー設置	
H4.1.1		完全4週5休	141名
H4.5.11		老人訪問看護ステーション ポプラ開設 1090014号(道1号)	
H4.10.25		定款変更	
H4.7.1	入院医療管理料(Ⅱ→Ⅰ)「第15号」		
H5.1.1		完全週休2日制	
H5.2.1		事務室、オープンカウンター化	
H5.3.10		ナースステーション、オープンカウンター化	
H5.4.1		6時給食化	
H5.5.24		定款変更	
H5.7.1	法人名 医療法人喬成会と改称		
H5.12.6		第一次増改築完了	
H6.1.1	老人作業療法施設基準承認		
H6.4.1	老人病棟療養環境加算「第1号」		
H6.6.1	入院医療管理料(Ⅰ)「第9016号」		
H6.6.1	薬剤管理指導承認「第96号」		
H6.6.8		定款変更	
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痴呆専門棟第5号	
H6.10.20		オアシス21 100床満床記念祝賀会 94名	
H7.9.4		喫煙室設置(分煙化)	
H8.4.1	院内感染加算 夜勤看護加算(Ⅱ)「第4号」 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」		166名
H8.4.22		定款変更	
H8.8.1		ナースキャブ廃止	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		石狩市在宅介護支援センター「ホットライオン21」	
H9.3.1		老人病院機能評価委員会発足	
H9.6.18		院内土足化に踏み切る	
H9.10.1		厚田訪問看護ステーション	
H9.12.19		第2次増築工事完了	
H10.1.5		病院外来午前中のみ	
H10.3.1	歯科標榜外来開始		
H10.3.31	療養型病床群「第34号」		
H10.4.1		医療法人喬成会新理念掲示 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	
H11.7.1		抑制廃止(99.7.1)宣言「苦痛・窮屈・ない」	
H12.3.22		定款変更	
H12.4.1	夜勤看護加算(Ⅳ)	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. 感染対策指導管理	
H12.6.6	療養病棟入院基本料「第169号」		
H13.4.2	介護療養・回復期リハ病棟病床種別届	3F(療養病床)、2F・4F(介護病床)	
H13.7.1	回復期リハ病床入院料承認(回)「第6号」 夜勤看護加算(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		グループホーム延齢草設立 ふれあいクリニック増築	
H14.3.19		厚田ほっと館・ポプラⅡ統廃合と合併	
H14.4.1		理念の見直し	
H14.4.5	言語聴覚療法(Ⅱ)申請	褥創対策委員会発足	195名
H14.5.1	言語聴覚療法(Ⅰ)届出		
H14.5.15		定款変更	
H14.9.2	医療安全管理体制届出		
H14.9.2	褥創対策届出		
H14.12.11		病院機能評価事業受容申込	
H15.2.3	総合リハB施設基準承認(リ総)「第42号」		
H15.4.1	夜勤看護加算(Ⅲ)介護病床 短期入所療養介護リハビリテーション提供体制届出 介護療養型医療施設リハビリテーション提供体制届出	施設内外完全禁煙化	193名
H15.5.1	定款変更(支援費3法)13・14年変更分		331名
H15.7.30		ホームページ開設	
H15.9.8		接遇委員会発足 トイレウォッシュレット増設取付	
H15.10.29	日本医療機能評価機構受容		
H16.1.7		病院汚物庫増築	
H16.4.9	日本医療機能評価機構受審結果報告		
H16.4.14		人事考課	347名
H16.5.6	褥創患者加算(16.4.1付)第281(補)号		
H16.7.26	日本医療機能評価機構認定(第JC 248号)		
H16.8.1	小児科標榜科変更削除		
H16.8.31		オアシス21増改築(トイレ・風呂完成)	
H17.3.1	土・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	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 脳血管疾患等リハビリ(脳Ⅰ)第66号 運動器リハビリ(1)(連Ⅰ)第288号	地域包括支援センター開設	

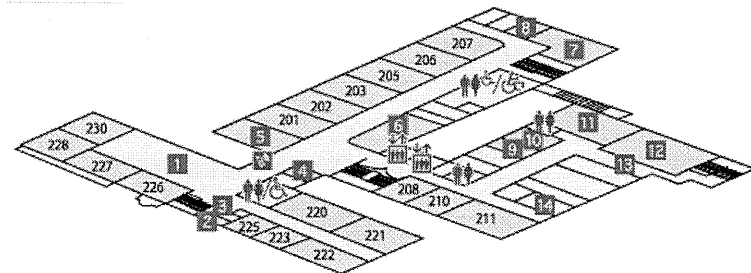
年月日	承認許可関係	その他(動き)	職員数
H18.5.31		定款変更	
H18.7.1		地域包括支援センター承認許可	
H18.11.29		認知症通所介護事業所(3名)	
H19.5.24	定款変更 役員数11名(認可19、6、14)	オアシス21汚物庫増築	
H20.5.1	4F医療療養病棟承認		
H20.8.1	回復期リハビリ病棟入院2 療養病棟入院基本料第1596号 療養病棟入院基本料(2.4病棟)第1581号 療養病棟療養環境加算I(2.4病棟)第186号 回復期リハビリテーション病棟入院料第6号返上 療養病棟入院基本料(4病棟療養8割未満)第1596号 療養病棟療養環境加算I(4病棟)第183号 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		
H20.12.1	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1(2.3病棟)第36号	重症患者回復病棟加算	
H21.3.26		ボブラ移転、落成式 石狩ほっと館病院内に移転	
H21.4.1		竹川節男理事長着任	433名
H21.4.3	電子化加算第4739号辞退		
H21.6.29-30		日本医療機能評価機構更新訪問調査	
H21.8		患者トイレ・洗面所改築	
H21.8.1	歯科外来診療環境体制加算第133号		
H21.10.26		リハビリガーデン「虹の橋」除幕式(開院30周年記念事業)	
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	重症患者回復病棟加算	
H21.11.9		温冷配膳車8台導入	
H21.12.9		日本医療機能評価機構更新認定(第JC248-2号)	
H21.12.24-25		新キャビネット(床頭台)導入	
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	
H22.4.1	運動器リハビリテーション料I第288号辞退 退院調整加算第54号辞退 運動器リハビリテーション料(I)第96号 慢性期病棟等退院調整加算1第52号		455名
H22.5.1	回復期リハビリテーション病棟入院料1第79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	
H22.11.1	地域連携診療計画退院時指導料(1)第305号		
H23.1.1	集団コミュニケーション療法料第25号辞退		

資料3：花川病院院内案内図



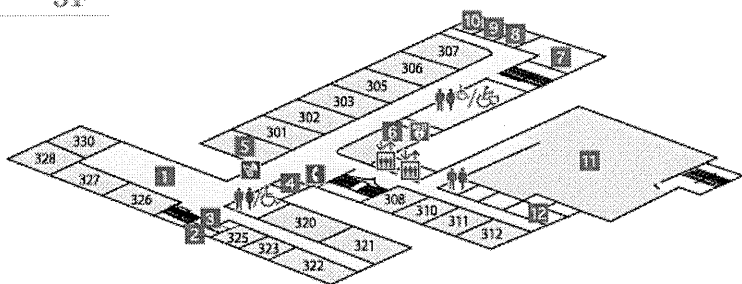
1	石狩市地域包括支援センターホットライン21	11	受付
2	ホットライン21 在宅介護支援事業所	12	地域連携相談センター
3	石狩ほっと館訪問介護事業所	13	診察室
4	警備室	14	処置室
5	正面玄関	15	薬局
6	中庭	16	相談室
7	売店	17	検査室
8	歯科	18	X線室
9	事務室	19	受付
10	待合ホール	20	CT室

2F



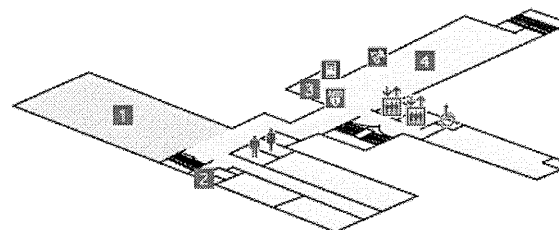
1	デイルーム	8	言語療法室(2)
2	乾燥室	9	理髪室
3	洗面・洗濯室	10	一般浴室
4	カンファレンスルーム	11	特浴室
5	機能訓練室	12	介護浴室
6	ナースステーション	13	準備室
7	言語療法室(1)	14	配膳室

3F



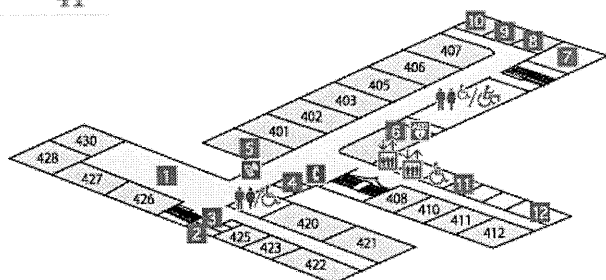
1	デイルーム	7	理学療法室
2	乾燥室	8	言語療法室(3)
3	洗面・洗濯室	9	言語療法室(4)
4	カンファレンスルーム	10	言語療法室(5)
5	機能訓練室	11	リハビリテーション室
6	ナースステーション	12	配膳室

5F



1	機能訓練室	3	図書コーナー
2	洗面室	4	食堂

4F

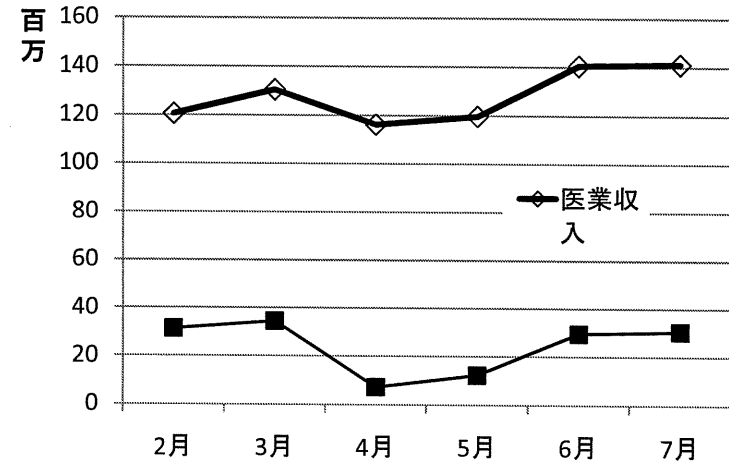


1	デイルーム	7	図書室
2	乾燥室	8	言語療法室(6)
3	洗面・洗濯室	9	言語療法室(7)
4	カンファレンスルーム	10	言語療法室(8)
5	機能訓練室	11	一般浴室
6	ナースステーション	12	配膳室

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	内訳			
					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	4,989 178.2	3,324 118.7	1,655 59.1	1,669 59.6	1,665 59.5
平成21年3月	31	52	51	5,515 177.9	3,672 118.5	1,825 58.9	1,847 59.6	1,843 59.5
平成21年4月	30	16	35	5,154 171.8	3,391 113.0	1,691 56.4	1,700 56.7	1,763 58.8
平成21年5月	31	59	54	5,032 162.3	3,231 104.2	1,625 52.4	1,606 51.8	1,801 58.1
平成21年6月	30	57	41	5,334 177.8	3,550 118.3	1,782 59.4	1,768 58.9	1,784 59.5
平成21年7月	31	42	43	5,554 179.2	3,712 119.7	1,861 60.0	1,851 59.7	1,842 59.4

資料5：医業利益と医業収入の推移



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、くるむように取ります。
- 3) 吐物を拭き取った後、次亜塩素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枚重ねしたビニール袋の1枚目に入れ手袋も、裏返しにしながら脱ぎしっかり縛ります。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剤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ばって出す。
- 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をします。
- 6) 手洗いは石鹸と流水で行います。
- 7) ウイルスは逆性石鹼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塩素剤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倍次亜塩素剤を噴霧し口を閉じさらに袋にいれ燃えるごみとする。
- 9) 症状がなくなって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。

平成21年4月27日作成

ノロ・ウイルス患者発生時の対応

平成 21 年 4 月 27 日作成

患者配置	・個室対応が基本。集団発生時は病室をまとめ、使用するトイレを専用化する。転棟は避ける。
職員配置	・担当者を限定する。(病室担当、必要時外回り業務担当者を配置)
手洗い	・流水で手指殺菌消毒剤(液体石鹸)を使用する。アルコール速乾式手指消毒剤は無効。 ・手袋を脱いだ後も、流水下で手洗い。
防護具	・手袋、マスクを装着して入室。病室内でガウンを装着する。靴はスリッパに履き替える。 ・使用後の防具類は、感染性廃棄物として処理する。 ・病室に用意する物品:手袋・マスク・アイソレーションガウン・スリッパ・感染性廃棄物容器・消毒液専用スプレー容器・キャップ・靴拭きマット(使い捨て)。
吐物・排泄物の処理	ノロセットを用いて処理する。 ①手袋(2枚重ね)ガウン、キャップ、マスクを装着する。 ②吐物・排泄物が飛び散らないように、100倍次亜塩素酸Na液に浸したペーパータオルで吐物・排泄物の上面を覆う。 ③吐物、排泄物を周囲から中心に向けて静かにかき集め、拭き取る。 ④拭き取ったペーパーは速やかにビニール袋へ密封し、感染性廃棄物容器に廃棄する。 ⑤その後、手袋を1枚脱ぎ、100倍次亜塩素酸Na液で再度拭き消毒する。 ⑥防護具を脱ぎ、流水下で手洗いを行う。
環境対策	・清掃者は手袋、マスク、ガウンを着用。 ・ノロウイルス患者の使用する病室、トイレは100倍次亜塩素酸Na液を用いる。金属部分は、さび防止のため後で空拭きする。 ・ノロウイルスで汚染された区域で使用された清掃用具は専用とし、モップは100倍次亜塩素酸Na液で消毒、雑巾は使い捨てにする。清掃は他区域の清掃の最後に行う。 ・病棟内の拭き掃除は午前。午後2回行う。 ・患者のベット周囲の高頻度接触表面、トイレの便座、ドアノブなどは消毒液(100倍溶液)使い複数回(2~3回)行う。
入浴	・下痢、嘔吐症状のある場合、入浴は避ける。回復後も4週間は最後に入浴し、カビキラーで洗浄消毒。
汚染リネン・寝具	・湿性生体物で汚染されたリネンは100倍次亜塩素酸Naで1次消毒後B(ノロ)と書いてビニール袋に密閉し、1F汚物室に下ろす。 ・自宅に持ち帰る場合は、汚物を落とし、100倍溶液で30分以上漬けた後、ビニール袋に密封する。 ・枕、ベッドパット、掛け布団、マットレスはそのままビニール袋に入れ密封してB(ノロ)と書き1F汚物室に下ろす。
食器	・400倍次亜塩素酸Na液に30分以上漬けた後、ビニール袋に入れ厨房に下ろす。残食は100倍溶液を噴霧後ビニール袋に入れ1Fごみ置き場へ(焼却処分)。 ・栄養科に患者名を伝える。
患者指導	・患者さんには、排泄後・食事前に、流水で手を洗うよう説明する。要介助の患者さんには職員が実施。 ・生ものの差し入れを控えるよう患者家族に協力をお願いする。 ・面会は原則禁止とする。 ・面会を必要とする時は、流水下の手洗い、防護具の着用を指導する。 ・患者の吐物や排泄物の処理は、看護師が行う事を伝える。 ・患者とのタオル類の共用を避けるよう説明する。
新規入院患者・外泊から帰院	・問診を十分に行う。嘔吐、下痢症状のある患者やノロウイルス患者に接触歴がある場合は、感染を疑い個室対応する。 ・外泊中に嘔吐、下痢があった場合、帰院後直ちに(可能であれば帰院前に)連絡してもらう。
職員の対応	・標準順予防策を実行、勤務終了時は制服を洗濯に出す。シャワーを浴びて帰宅する。

環境整備の基準

場所	項目	フェイズ1	フェイズ2	フェイズ3	フェイズ4
トイレ	ドアノブ	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	蛇口	△	◎(2)	◎(2)	◎(3)
	ペーパーホルダー	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	ウォシュレットパネル	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	流水ボタン	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	安全バー・手すり	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	ナースコール	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	洗浄レバー	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
汚物庫	便座	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	ドアノブ	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	汚物洗浄器	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	蛇口洗浄・レバー	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
病室	ゴミ箱ふた	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	一般病棟	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	罹患者病床 病室内蛇口	△	◎(2)	◎(2)	◎(3)
ナースステーション	ベット・棚	△	○(2)	◎(2)	◎(3)
	ドアノブ・テーブル 椅子・蛇口など	△	△	◎(2)	◎(3)
ロビー	椅子・手摺り・車イス	△	△	○(2)	◎(3)
	エレベーターボタン 公衆電話・自動販売機など				
リハビリ室	器具類	△	△	○(2)	◎(3)
浴室		△	△		◎(3)

フェイズ1 :地域での発生を確認した際。

フェイズ2 :一病棟で単発した際。

フェイズ3 :一病棟で2名以上の発生を認めた際。

フェイズ4 :複数病棟で発生した際。

△:日常の清掃

○:400倍次亜塩素酸Na

◎:100倍次亜塩素酸Na

()内は回数を示す。

病棟管理の基準

患者発生	フェイズ2	個室管理。
	フェイズ3 ～	複数管理としてもよい。 同室者も疑わしい場合は早急に隔離。
	フェイズ4	
面会	フェイズ2	病室のみ閉鎖、面会禁止だが洗濯物日用品は病棟で家族対応とする。
	フェイズ3	病棟閉鎖、当該患者の家族の面会禁止、病棟で家族対応とするが管理病室以外の家族へは入室前後の手洗い指導、短時間とする
	フェイズ4	病棟閉鎖、全入院患者の家族全員の面会禁止、受付で家族対応とする。職員も病棟外へ出ることは必要最小限とする。 ※隔離などの対応をした時はできるだけ早く電話などで家族へ事情説明する。その期間は1週間とする。 ※高齢者が発症した場合はリスクが高いため家族へは細やかな対応をする。 ※後日文書で改めて事情を説明し理解を求める。
リハビリ	フェイズ2	当該患者のリハビリは中止。
	フェイズ3	症状の回復をもって主治医が再開を判断する。有症当該患者は中止。 当該患者の同室者も中止し経過を見る。
	フェイズ4	当該患者のリハビリは中止。同室者も中止。 当該患者以外は発症状況で感染委員会で協議する。
入浴	フェイズ2 ～	下痢・嘔吐症状がある時は中止。同室者も中止。 回復後も4週間は最後に入浴(シャワー)しカビキラーで洗浄
	フェイズ4	
食器	フェイズ2 ～	400倍次亜塩素酸液に30分以上つけた後、ビニール袋に入れ厨房へおろす。 複数人の場合は次亜塩素酸容器を栄養科にお願いする。
	フェイズ4	残食は100倍溶液を噴霧しビニール袋2重にし1Fゴミ置き場へ。
※隔離個室に用意するもの アイソレーションガウン、キャップ(2人用、1日使用し交換)、マスク、手袋、ペダル付きごみ入れ、サンダル、ゴミ袋、嘔吐時対応キット、次亜塩素酸スプレー ※ユニフォームは隔離患者に関わった者は毎日交換、シャワー後の帰宅とする。 フェイズ4では全員毎日交換とする。		

平成 21 年 9 月 1 日作成



医療機関トップマネジメント 研修コース

「職員・患者・地域がよかったといえる病院を造る」

執筆者：

財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院院長 飯田修平

■ディスカッションのポイント(ケースのねらい)

- 病院新築・移転において、一般には、何が制約条件となりますか。列举してください。
- N病院では、何が、制約条件となっていましたか。
- N病院では、その制約条件にどう対処しましたか。
- その成果、結果はどうでしたか。
- その成果、結果をどう考えますか。
- あなたが、N病院の院長であれば、どう対応しましたか。
- 自院が新築（移転）するとしたら、何が制約条件となりますか。
- 自院が新築（移転）する場合の制約条件に、どう対処しますか。

目次

練馬総合病院新築移転事例 職員・患者・地域がよかったといえる病院を造る	5
I 夢の実現に向けて	7
年末の移転	9
建て替えの必要性	9
建て替えの検討	10
建設用地の取得	10
サンダースおじさんの教訓	11
建設用地の取得	12
建築基本構想	12
新病院落成	13
建築が夢の実現ではない	13
公益法人としての役割	14
質向上活動の成果の反映	15
練馬総合病院就業規則	17
II 医療の再生に向けて 総括として	18
連載の枠組み	18
再生に向けて	18
III 連載の院長総括概要	20
夢の実現に向けて（1回：連載の順番）	20
建設準備室の役割の理解が要点（2回）	20
行政手続きは建築プロジェクト進捗の要（5回）	21
施設課の役割とリーダーシップ（3回）	22
情報システムの移設と構築における企画情報推進室の役割（4回）	22
情報システム委員会の役割（10回）	23
糖尿病に関するチーム医療の再構築と展開（6回）	24
内視鏡センターを核としたチーム医療・地域連携の再構築（7回）	24
SPD構築を通じた職員の意識改革（8回）	24
「看護とは療養上の世話」を実感（9回）	25
健康医学センターの意義（11回）	25
発展に向けて（12回）	26
参考文献	27

「職員・患者・地域がよかったといえる病院を造る」
財団法人東京都医療保健協会 練馬総合病院院長 飯田修平

平成 18 年 12 月 30 日、新病院建築・移転という貴重な経験をした。「職員・患者・地域がよかったといえる病院を造る」は、筆者が院長就任の挨拶で、経営理念を表現し職員に明示したものである。

新築・移転という一大事業は一生のうちでも、1 回経験するかどうかという稀なものである。したがって、多くの人には初めての経験である。その上に、土地、金、時間、人材等限られた資源を用いて、患者や職員の“移り気”かつ“限りない要望”に対処するという、解決困難な課題が突きつけられる。したがって、できあがったものは、満足できるものにはならない。こうすれば良かった、ああすれば良かった、という反省ばかりである。次はこうしよう、ああしたいと思って後祭りの祭りである。次の機会はまずないのである。

したがって、失敗しないためには、経験した人の本音の話を参考にすることが重要である。しかし、運営主体、立地、規模、機能、予算、理念（基本的考え方）等々多様であり、そのままでは参考にできない。また、建築家や評論家の立場から書かれた書籍はあるが、医療者側から書かれた書は少ない。仮にあっても、一部の部門や、一部の事項に関する表面的なものであり、また、一昔以上前の内容であったり、全体として参考になるものはない。

そこで、当院の経験を、いくつかの切り口で振り返り、全体像が分かるように提示した。

建築プロジェクトと当院で実施している医療の質向上活動（MQI）とを連動させて活動した。

また、当院では、教育委員会と MQI 活動は毎年、同じ統一主題で活動している。新病院建設中の平成 17 年度は「創る」、平成 18 年度は「造る」を主題とし（表 1）、12 のプロジェクトを実施した（表 2）。①健康医学センターの基盤構築と円滑な運用、②引越し、③DPC を利用して経営・医療の質を管理する、④外来におけるがん化学療法標準化、⑤新病院における効率的な物流管理（SPD）の構築、⑥亜急性期病床、⑦地域における医療機関等と真の連携体制を構築する、⑧地域に信頼される救急システムの構築、⑨情報システムの新病院移転、⑩地域住民、医療機関に信頼され、新たな医療情報発信のできる糖尿病センター、⑪内視鏡センターの確立、⑫情報システムの整備 ペーパーレス化・フィルムレス化である。

新築移転の計画の段階から設計、施工、移転まで一貫して、大きな問題もなく進捗できたことは、今から振り返っても驚異的なことである。この要因は、院長就任以来、組織横断的な継続的質向上を目指してきたことに尽きる。医療の質向

展開である。院内の多職種・多部署の連携のみならず、関係する多くの方々との連携である。

設計・監理はナイスパートナーズ、施工と構内ネットワーク（LAN）設計は竹中工務店、情報システム構築・移転計画は東芝情報機器、建築計画全体と構内ネットワーク（LAN）構築の客観的な立場からの助言は慎コンサルタントオフィス、そして、行政、近隣町会等々多くの組織の方々のご支援に感謝申し上げる。これらの方々には、建築の経過中の平成 18 年、平成 19 年の MQI 発表大会に参加いただき、「造る」「創る」の発表の議論に参加していただいた。平成 22 年度の現在まで、継続して参加いただいている。

病院の建設・移転を検討するすべての立場の方に参考になれば、当院の職員および関係者の努力と苦労が活きることになる。病院を、医療を、より良くするように、新しい革袋に新しい酒を仕込み中である。

主題	H17 創る	H18 造る
活動テーマ	急性期病院の機能向上のための数値管理の仕組み、	救急システム再構築
	退院時リハビリテーション指導の充実と算定	新病院における効率的な物流管理（SPD）の構築
	入院食事指導の統一	地域の医療機関等と真の連携体制を構築する
	看護計画の説明と同意	地域、患者のニーズに応えられる内視鏡センターの設立
	地域医療連携室の再構築	地域住民、医療機関に信頼され、新たな医療情報発信のできる糖尿病センター
	SPD構築	亜急性期病床の創設
	看護研究：糖尿病性壊疽患者の創傷管理能力の実態と看護師による指導の効果	健康医学センターの基盤構築と円滑な運用
	創傷ケアセンター報告：医療の質向上のためのデータベースの活用	外来がん化学療法標準化
	薬剤科報告：医療の質向上を目指した薬剤システムの機能強化	DPCを利用して経営、医療の質を管理する
	特別プロジェクト：MQI8年間のまとめ	患者・機器・家具什器を円滑安全に新病院に移送する
		情報システムの整備 ～ペーパーレス・フィルムレス化～
		情報システムの移転

表 1 MQI 活動テーマ