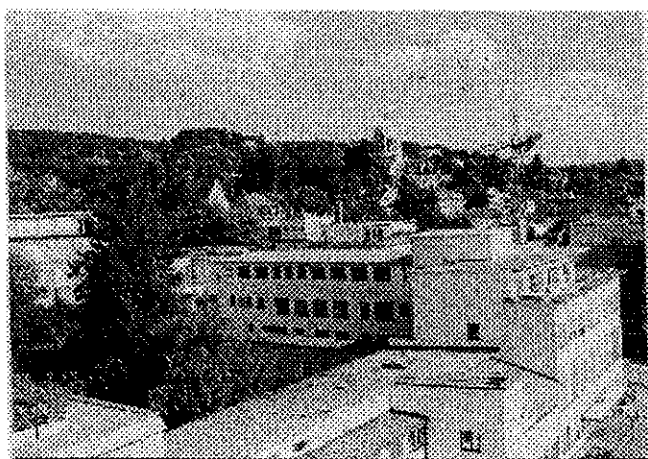
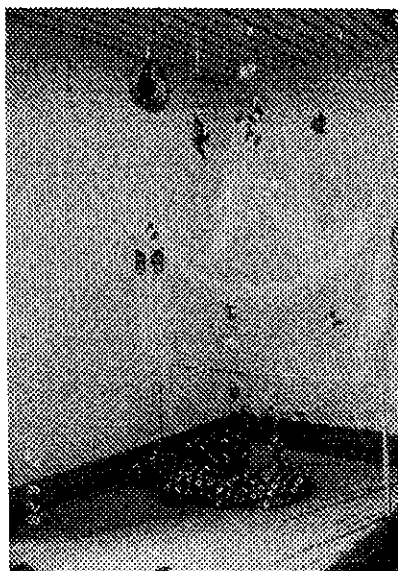


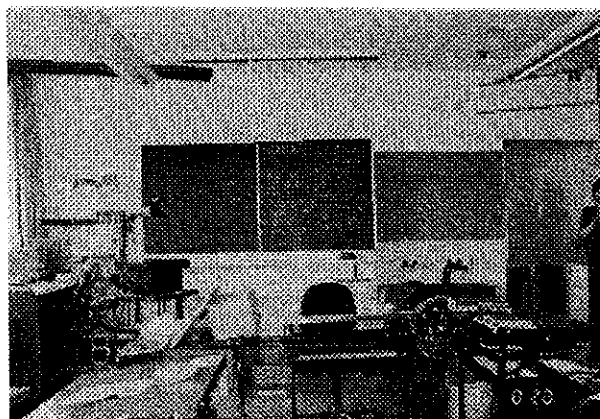


チューリッヒ大学子ども病院全景

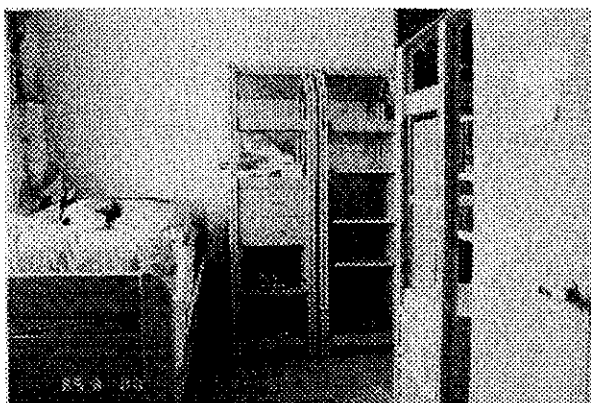


障害の重い子どものベッド。

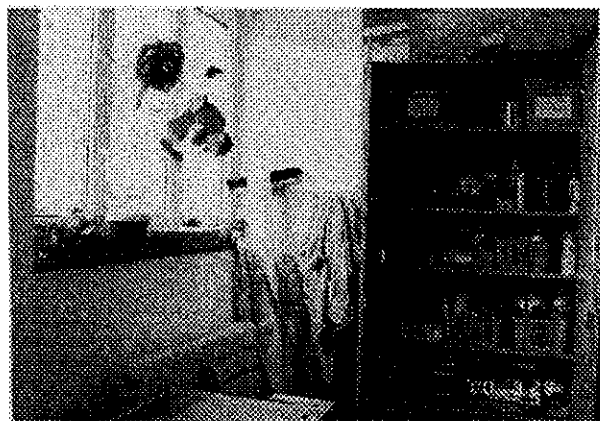
蛍光灯の光が目の刺激にならないように配慮されている



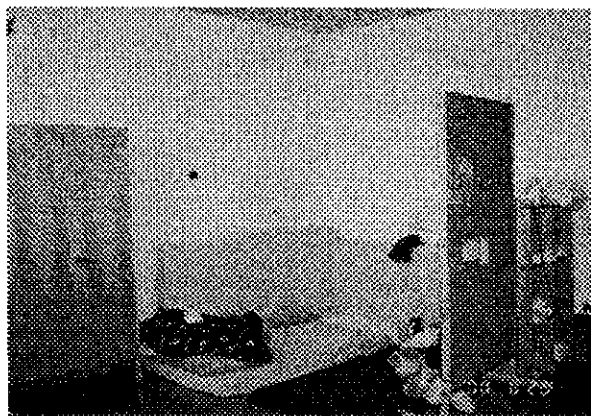
車いすで使いやすい教室



思春期の子どものベッド、プライバシーが守れるように戸棚で仕切りがされている



院内教育の教材が整理されている戸棚



座位で移動が可能な子どものベッド。

【スイスの病院】

D. 考察

「病院のこども憲章 (EACH 憲章)」をみると (図 1)、1 条では、子どもはできるだけ入院させるべきでないとする。デイケアや在宅ケアの基盤整備が必要になる。やむを得ず、子どもを入院させる場合、2 条、親は付き添う権利を有し、3 条、親には宿泊施設が提供され無料で付き添え、子どものケアへの参加が奨励される。これは、家族中心ケアである。

4～5 条、子どもの発達段階に応じたインフォームドコンセントも必要である。6 条、子どもは小児病棟に入院し、きょうだいやクラスメートの見舞いを受け、7 条、遊びや教育の専門スタッフの指導の下、プレイルームや教室において、遊びや学習に完全参加すべきとある。

更に、8～10 条、子どもたちは、小児専門スタッフによって、交替勤務の中でもケアの継続性を確保され、気配りと共感をもってケアされ、プライバシーは常に守られるべきなのである。

では、10 カ条のそれぞれに関する到達度と課題・対策について調査結果から、抽出整理し考察する。

1) デイケア、ホームケア (1 条について)

各病院では、デイケア病棟が充実し、デイケアがたいへん推進されていることがわかった。1980 年代以降、入院する子どもの入院期間は短期化し、アウトリーチ看護サービスの充実など、将来の小児医療のあるべき方向性はホームケアといわれるに至っている。

できるだけ入院させない。サテライトクリニックプログラムに属する地域ヘルスセンターから必要に応じて病院に転送 (アストリッド) / 病院をベースにした小児ホームナーシングは将来増加し一般化されるケア (アストリッド) / 昨年、高度医療を自宅で提供する、25 人の医師・看護婦からなるチームホームケアユニットを導入した (アストリッド) / ターミナルケアは自宅で行う (アストリッド) / 長期入院児は人工呼吸器をつけた子どもや極小未熟児 (アストリッド) / 最先端 IT を導入し、小児放射線透視科はすべてデジタル化、どこでも情報検索可でホームケア推進 (アストリッド) / 入院から外来

への転換は、西側諸国の傾向で、親子の利益にもかなう (サククス) / 将来の小児科医療のあるべき方向は、在宅ケアである (サククス)

2) 家族中心ケア (2～3 条について)

各病院では、入院する子どもの親は病室または家族室において宿泊でき、ケアに参加できるように支援されていることがわかった。また、スウェーデンでは両親が子どもの病室で付き添える病院が多い。

家族のケアへの参加は奨励されていることがわかった。子どもの入院時、家族にできることを話してもらい、家族ができないと感じる場合、話し合っできるように援助・指導していく。親は歓迎され、日常の家庭と同様のやり方で、病棟においても親が子どもをケアできる (C&W) / 親、きょうだい、祖父母など家族が訪れても看護婦が十分動けるように NICU 病室も広く確保 (ウィルヘルミナ) /

各看護単位は 15～20 床で、個室が多く、1 人の親が病室で付き添え、もう 1 人の親ときょうだいは病院内の家族室に無償滞在 (アストリッド) / 病院内の宿泊施設の他、親の会が所有するアパート 2 棟で家族は無料で長期滞在可能 (ウメオ) / 各病室は親子が一緒にいられることを重視した個室で、1 人の親、時には両親が付き添えるように 2 つのベッドが置かれ、親用のベッドは壁に収納 (サククス) / 1 人の親が病室で宿泊でき、更衣室が確保され、もう 1 人の親やきょうだいには宿泊室が提供され、そこには、ダイニングキッチンや居間も用意 (C&W) / 1 回の面会には、大人 2 人、子ども 1 人などの制限はあるものの、きょうだいの見舞いも行われて、特に感染の問題は起こっていない (チューリヒ) / スタッフは感染予防のため病室に入る時にはガウンを着用するが、NICU でも家族はガウンを着たり、くつのはきかえや消毒もせずにそのまま入室できる (ウィルヘルミナ) /

3) インフォームドコンセント (4～5 条について)

インフォームドコンセントの必要性については理解され、プリパレーションもかなり定着しているが、完全実施するまでには至っていない。しかし、プリ

パレーションツールの開発によって、病気の子ども・家族・医師・看護婦・プレイセラピスト、教師、地域の健康な子ども、幼稚園などとの情報の共有化・オープン化が進展していることは注目された。

子どもには常に真実を話すことが大事で、こればすべてを話すことではない（チューリヒ）／心身のストレス軽減のための対策は更に必要であり、心理的治療はうまくいっているとは言いがたい（アストリッド）／子どもの不安軽減から診療場面においても親が付き添うことは最良のことという考えに基づき、親が同席していない時に検査・測定を行うことはない（サックス）／思春期の子どもには、すべてのケアが本人の同意を得て行われる。プリパレーションは重視され、今後、診療の一環、ルーチンワークとして受け入れていくことを重視し、無理解な医師への教育・啓発が必要（C&W）／やむを得ない状況下、プリパレーションを行えなかった子どもには、処置後の遊びが大事（C&W）／全診療科が協力してプリパレーションツールがつくられ、看護婦がプリパレーションを担当し、プレイセラピストがそのフォローアップを行う（ウメオ）／プリパレーションマテリアルは、親とスタッフにツールを提供する（ウメオ）／まわりの人々がプロセスを理解することが大事であり、幼児からプリパレーションは有効であり、大人にも必要である（ウメオ）／年一回コンタクトパーソンに会って情報収集し、内容を差し替えて、ホルダーを更新する（ウメオ）／「病院を訪ねてみよう」と題した入院準備アドバイス冊子と CD-ROM のアニメゲームによって不安軽減（チューリヒ）／プリパレーション用の人形はプレイセラピストの手作りが多い（NOBAB）／

オープンハウスは土日に行い、元気な子どもと大人に病棟を紹介する（ウメオ）／元気な4歳から10歳の子どものホスピタルツアーは20年前から実施し効果を上げている。小児病棟には行かないが、救急病棟には行ける（チューリヒ）／幼稚園などの子どもたちを対象として、ホスピタルツアーが実施され、突然病気になって病院を訪れる際の不安を軽減し、病院を身近な存在にする取り組みも定着している（チューリヒ）／

4) 小児病棟の確保、きょうだいの見舞い（6条について）

スウェーデンにおいて、子どもは必ずしも小児病棟に入院することができない問題を解決するためにも、プレイセラピー科が小児科と並ぶ科として位置づけられ、子どもと家族のサポートを行ってきたという経緯がある。小児病棟、思春期病棟の確保はこれらの国においても課題である。きょうだいの見舞いを受け入れ、きょうだいの理解を促すことは、家族中心ケアとして重視されている実態を把握した。

感染症のまん延を防ぐため10年前までは12歳以下の面会者を制限する風潮が強かったが、その頃と緩和された現在を比較すると特に感染症が増えたという事実はない（チューリヒ）／同年齢の子どもたちと一緒に治療することは病院の構造上難しく、プレイセラピー科や図書館が同年齢の子どもたちが集う役目を果たしている（アストリッド）／子どもが成人病棟に入院させられるケースでは、小児専門スタッフがいないため子どもはさまざまな不利益、ケアの低下を被っており問題（NOBAB）／病気の子どもの問題を家族で共有できるように、きょうだいや祖父母なども直接面会できる（ウメオ）／13～20歳を対象とする思春期病棟がスウェーデン初の試みとして開設（サックス）／（C&W）

5) 遊びプログラム（7条について）

スウェーデンでは、プレイセラピー、イギリスではホスピタルプレイという名称で、前者は、プレイセラピスト、後者は、プレイスペシャリストが、遊びプログラムを提供し、プリパレーションに取り組んでいる。オランダの子ども病院でもプレイセラピー科が設けられていたが、スイスの子ども病院では、プレイセラピー科は未設置で、病院学校が遊びやプリパレーションについてもカバーしていた。

プレイルームは幼稚園や保育所での日常生活を守る場所（C&W）／1976 勧告（当時、デイケア患者はいなかった）によって、入院患者10人に1人のプレイスペシャリストが基準で、多くの病院で達成済み（C&W）／プレイセラピー科の目標は、デイケア

センターとハビリテーション科における活動の充実、家族と子どもに安全安心な場の提供と病院での体験を切り抜けるためのサポート提供（ウメオ）／病気の子どものみならず、きょうだいが保育器に入っている子どももプレイルームで保育器に触って遊ぶことで心の安定を促す援助がされる（サックス）／子どものための小劇場には毎月やぎや豚などの動物が訪れ、1～2週間に1回はクリニカルクラウンも来て催しが行われ、そのコーディネートはプレイセラピー科が担当（ウィルヘルミナ）／

6) 教育プログラム（7条について）

各国では、入院すると病院において教育も受けられるシステムが確立していた。日本におけるように、長期入院児が養護学校や特殊学級に学籍移動、転校して、病弱教育を受ける状況は皆無である。むしろ、在籍する学校と緊密な連携をとって、退院後、スムーズに復帰できる支援が重視されたり、プレイセラピー科と学校との連携が推進され、効果的活動が展開されていた。また、病院における学校の位置づけが極めて重視されている事例など注目された。

すべての子どもは学業優先。授業優先。検査・処置は放課後行う（C&W）／学校が強調されるようになったのは、15～20年前（C&W）／病院学校の教室には、入院する子どものいとこや兄弟姉妹も来て、活動に参加して良い（C&W）／夏休み期間なので、アートばかり行う（C&W）／教師も医療チームの一員であり、10年前からプリパレーションを教師が行うこともある（チューリヒ）／子どもが在籍している学校との連携がより一層重視され、特別看護婦が入院する子どもの学校に出向き、病気について説明し、クラスメートの不安を緩和する取り組み（ウメオ）／タクシー通学の費用は、保険で支払うことができる（チューリヒ）／入院期間の短期化に伴い、病院学校教師は減りゆく職業。プレイスペシャリストが大事（スイス）／

7) 病院環境整備と哲学・理念・目標の明確化

家族中心ケアを推進するための病院環境を整備するためには、各病院・病棟における独自の理念や哲

学、目標の明確化が必用になる。それに基づいて、子どもと家族を受け入れる待合室、診察室、病室、家族室、プレイルームなどの空間確保、各室・スペースにおける楽しく豊かな家具・インテリア、絵画・彫刻・遊具・装飾などによる子どもにやさしい環境づくりが重要である。

子どもたちが空想をかきたてる環境が基本コンセプト（ウィルヘルミナ）／病院の目標に対して、税金だけでは賄えない場合、スポンサーの協力を得ており、室内温水プールを設置（アストリッド）／

各病棟には哲学があり（C&W）、病院には、クオリティスタンダード（看護、最適ケア、危険なケア、退院ガイドライン）がある（チューリヒ）／EACH憲章を履行するためのクオリティスタンダード作成がつぎの課題（スイス）／親、子ども、病院スタッフを対象に、EACH憲章=NOBABスタンダードの達成度についてアンケート調査を実施中（NOBAB）／子どもにやさしいヘルスケアイニシャティヴCFHIについて、内容に新しいものはなく、既実践済み、単純で実行可能、行動面でのツールを与え、少しの達成でも認められる。国連子どもの権利条約の中には、どのように実行するかは明記されていないのでCFHIが必要（C&W）／

E. 結論

視察したヨーロッパ4か国の先進的病院では、「病院のこども憲章（EACH憲章）」のうち、家族中心ケアや遊び・教育プログラムは概ね履行済みで、インフォームドコンセント、プリパレーションの定着には更なる努力がもてられていること、「ユニセフこどもにやさしいヘルスケア・イニシャティヴ」の12の基準は既実践済みと認識されていることがわかった。

これらの国では、1980年代以降、病院における子ども支援プログラムは大きく進展した。すなわち、入院する子どもの入院期間の短期化、デイケアの進展、アウトリーチ看護サービスの充実など、将来の小児医療のあるべき方向性はホームケアといわれるに至っている。入院期間が短期化し、デイケアが進展する中、病院において家族は歓迎され、家庭と同

様のやり方で、親が子どもをケアできるように、病室は広く、ファミリールーム、プレイルーム等が充実し、子どもの不安軽減から診療場面においても親が付き添うことは最良のことと考えられている。

全診療科の協力によるプリパレーションツールの開発、特別看護婦が退院する子どもの学校に出向き、病気について説明し、クラスメートの不安を緩和し受け入れ体制を整備する取り組み、すべての学齢の子どもの検査や処置は放課後実施されたり、教師も医療チームの一員としてプリパレーションに取り組むこと、地域の幼稚園児を対象として、ホスピタルツアーが実施され、突然病気になって病院を訪れる際の不安軽減を図るなど、病院環境と診療に関する情報が整理されて、家族・教師・クラスメート・地域の子どもの間でオープン化されている実態を把握した。

子どもたちの空想をかきたてる病院環境の中には、総合病院においても、思春期病棟、小児デイケア病棟、小児救急部待合室、小児外来部待合室、家族室などが、独立したエリアを確保して運営されており注目された。

日本において、子ども病院における家族中心ケアと病院環境整備を推進するためには、「病院のこども憲章」などを参考に、個々の病院・病棟がその基準や哲学を作成し、その実現に向けて、医療・看護・保育・教育等が連携できるようにすること、それを促すためにも、家族、子ども、医師、看護婦、プレイセラピスト、保育士、教師など関係者の共通言語としてのプリパレーションツールの開発に取り組み、具体的問題・課題を明確化し解決していくことが必要である。

G. 研究発表

1. 論文発表

現在までになし（投稿予定）

2. 学会発表

現在までになし（発表予定）

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

A-2 小児病棟の療養環境についての国内・外比較

2-1 研究の目的と方法

当研究においては、国内及び海外の小児病棟の療養環境についての調査を行い、その比較考察を行った。

調査の方法としては、国内の小児医療施設を対象としたアンケート調査を行うと共に、海外の小児病棟事例の平面図をもとに病室構成や主要室の面積の調査を行った。

1) 国内事例調査

国内の小児病棟の調査として、日本小児総合医療施設協議会に加盟している25施設を対象

としてアンケート調査を実施した。有効回答数は15施設で、回収率は60%であった(表1、写真1)。

調査項目は、各施設での病室やプレイルームの整備状況および広さに対する満足度に関するものとした。満足度については、-2～+2までとし、「どちらでもない」を±0とした。同時に各施設の小児病棟の図面を同一縮尺(1/400)で作成し、面積を算定した。

表1 国内事例調査対象施設一覧(日本小児総合医療施設協議会加盟施設)

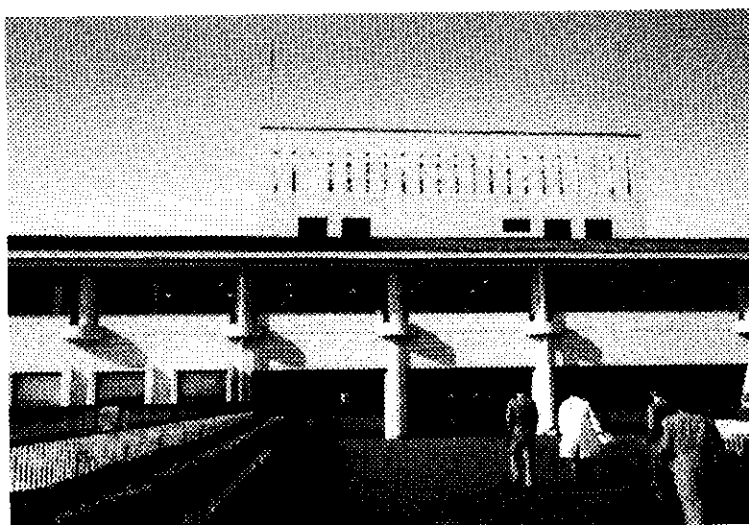
番号	施設名称	施設の型	病床数	開設者
1	北海道立小児総合保健センター	1. 独立病院型	105	北海道
2	茨城県立こども病院	1. 独立病院型	70	茨城県
3	群馬県立小児医療センター	1. 独立病院型	98	群馬県
4	埼玉県立小児医療センター	1. 独立病院型	110	埼玉県
5	千葉県こども病院	1. 独立病院型	177	千葉県
6	東京都立母子保健院	2. 療養所・乳児院型	110	東京都
7	国立小児病院	1. 独立病院型	224	国(厚生省)
8	東京都立清瀬小児病院	1. 独立病院型	255	東京都
9	東京都立八王子小児病院	1. 独立病院型	90	東京都
10	神奈川県立こども医療センター	1. 独立病院型	419	神奈川県
11	静岡県立こども病院	1. 独立病院型	200	静岡県
12	長野県立こども病院	1. 独立病院型	100	長野県
13	愛知県心身障害者コロニー中央病院	1. 独立病院型	165	愛知県
14	名古屋第一赤十字病院小児医療センター	3. 小児病棟型	900	日本赤十字社
15	国立療養所三重病院	2. 療養所・乳児院型	223	国(厚生省)
16	滋賀県立小児保健医療センター	2. 療養所・乳児院型	100	滋賀県
17	京都府立医科大学付属小児疾患研究施設	3. 小児病棟型	59	京都府
18	大阪府立母子保健総合医療センター	1. 独立病院型	375	大阪府
19	大阪府立総合医療センター	3. 小児病棟型	1017	大阪市長
20	兵庫県立こども病院	1. 独立病院型	182	兵庫県
21	国立岡山病院小児医療センター	3. 小児病棟型	-	国(厚生省)
22	県立広島病院母子総合医療センター	3. 小児病棟型	630	広島県
23	国立療養所香川小児病院	2. 療養所・乳児院型	455	国(厚生省)
24	福岡市立こども病院・感染症センター	1. 独立病院型	215	福岡市
25	聖マリア病院母子総合医療センター	3. 小児病棟型	1325	医療法人雪ノ聖母会



滋賀県立小児保健医療センター



群馬県立小児医療センター



埼玉県立小児医療センター

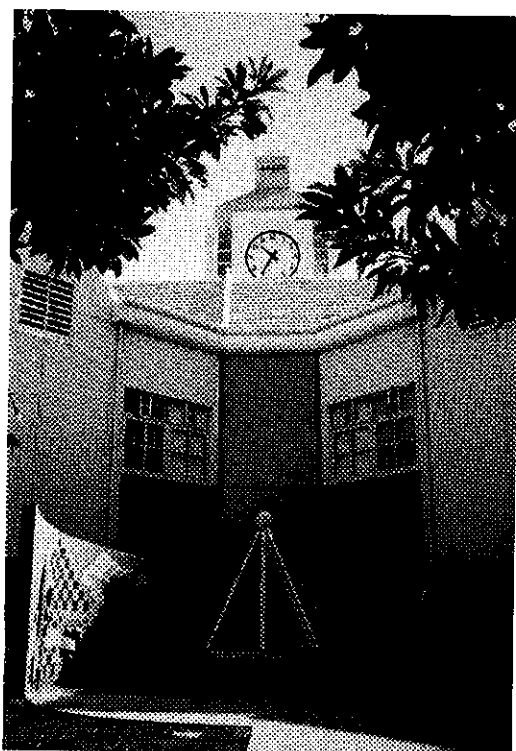
写真1 国内の小児医療施設の例

2) 海外事例調査

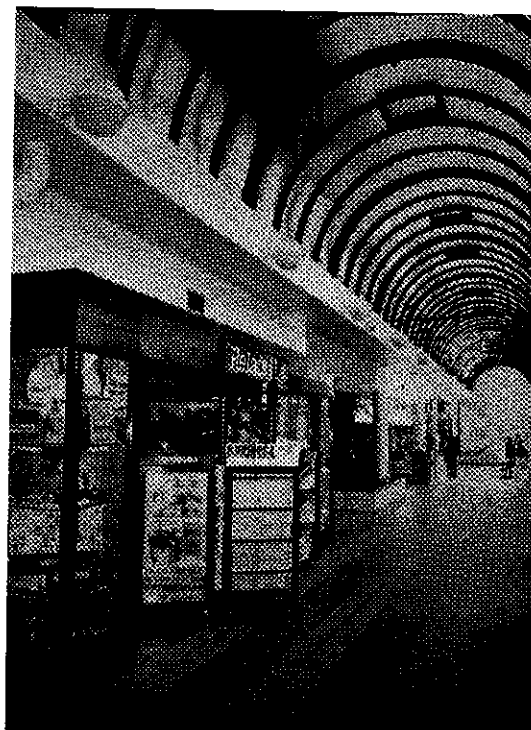
海外の小児病棟事例については、米国6施設、カナダ1施設、欧州2施設、豪州1施設の計10事例(表2、写真2)を対象として、病室やプレイルーム等の面積を算定した。

表2 海外事例調査対象施設一覧

番号	正式名称(病院名)	病床数	所在地	国名	略称
1	The Children's Hospital of Philadelphia	-	Philadelphia, Pennsylvania	U.S.A	CHOP
2	Children's Hospital and Health Center	227床	San Diego, California	U.S.A	San Diego
3	Children's Hospital	350床	Boston, Massachusetts	U.S.A	Boston
4	Hasbro Children's Hospital at Rhode Island Hospital	-	Providence, Rhode Island	U.S.A	Hasbro
5	Children's Medical Center of Dallas	322床	Dallas, Texas	U.S.A	Dallas
6	Lexington Unit, Shriners Hospitals for Crippled Children	-	Lexington, Kentucky	U.S.A	Lexington S.
7	The Hospital For Sick Children in Toronto	430床	Toronto, Ontario	Canada	Toronto
8	Great Ormond Street Hospital	305床	London	U.K	London
9	L'HOPITAL ROBERT DEBRE	506床	Paris	France	Paris
10	New Children's Hospital	350床	Sydney	Australia	NCH



Children's Hospital and Health Center
(San Diego)



L' HOPITAL ROBERT DEBRE
(Paris)

写真2 海外の小児医療施設の例

2-2 国内の事例

アンケート結果より、国内における小児病棟の病床別病棟構成や面積等の比較検討を行い、わが国の小児病棟の特色の抽出を試みている。

1) 病室構成

小児病棟の病床別病室構成比をみると、個室が全体の約27%であり、多床室では2床室が約20%、4床室が約23%、6床室が約19%である(図1)。3床室、5床室、7床室、9床以上はそれぞれ5%未満と少ない。4床室以下の病室は全体の約3/4であり、5床以上の病室が約1/4もあることが分かる。

また、それぞれの病室に入院している患者数から割り出した構成比についてみると図2のような構成となる。これによると、個室に入院している患児は全体の約8%に過ぎないことが分かる。また、多床室では2床室に約12%、3床室に4%、4床室に約28%、5床室に3%、6床室に約33%、それ以上の病室に約12%が入院している。

良質な療養環境を確保するには、4床室以下の病室が好ましいとされているが(注:診療報酬上の療養環境加算の基準として4床室以下が

条件となっている。)、4床室以下の病室に入院している患児は個室に入院している患児を含めても、全体の約半数に過ぎないことが分かる。残りの半数の患者は5床以上の多床室での生活を余儀なくされており、多くの患児の療養環境の改善が課題となっていることが伺える(図3～5)。

2) 病室の面積

病床別に病室の面積分布を調べたものが図6、図7である。これによると、個室の面積の平均は約12.6㎡であるが、内容としては6㎡代から24㎡まで約4倍近い差をもって広く分布していることが分かる(図6)。また、多床室についても4㎡/床代から17㎡/床代まで約4倍近くの差のある分布を示している(図7)。

病床別に病床当り面積の度数分布を示したものが図8であり、これによると個室の度数分布のばらつきに比較して、多床室ではばらつきが少ないことが分かる。また、それぞれの平均値は2床室が6.8㎡/床、4床室が6.2㎡/床、6床室が5.2㎡/床となっている。

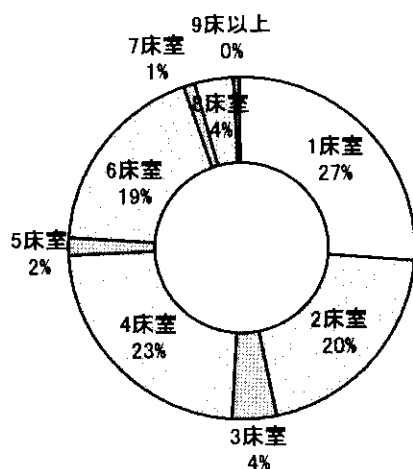


図1 病室数の構成比

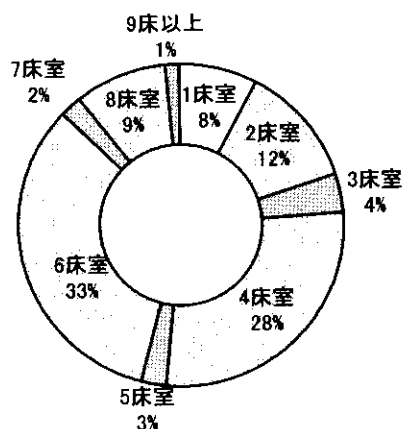


図2 入室人数の構成比

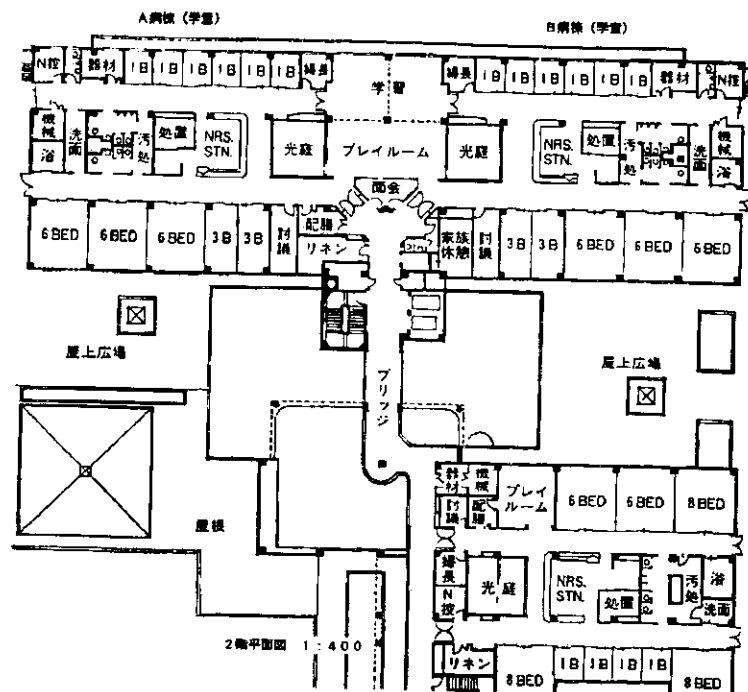


図3 国内事例の平面図の例(滋賀県小児保健医療センター)

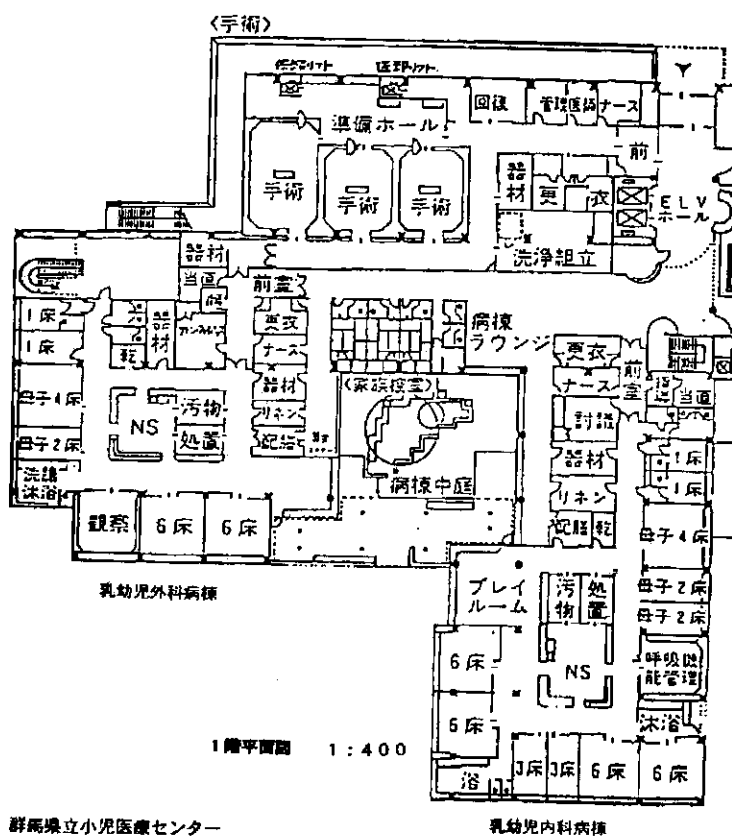
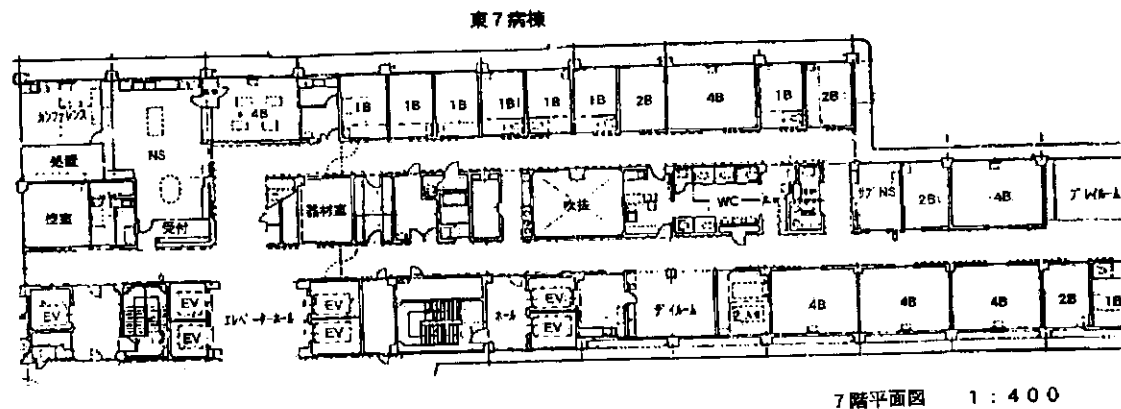


図4 国内事例の平面図の例(群馬県立小児医療センター)



県立広島病院母子総合医療センター

図5 国内事例の平面図の例(県立広島病院母子総合医療センター)

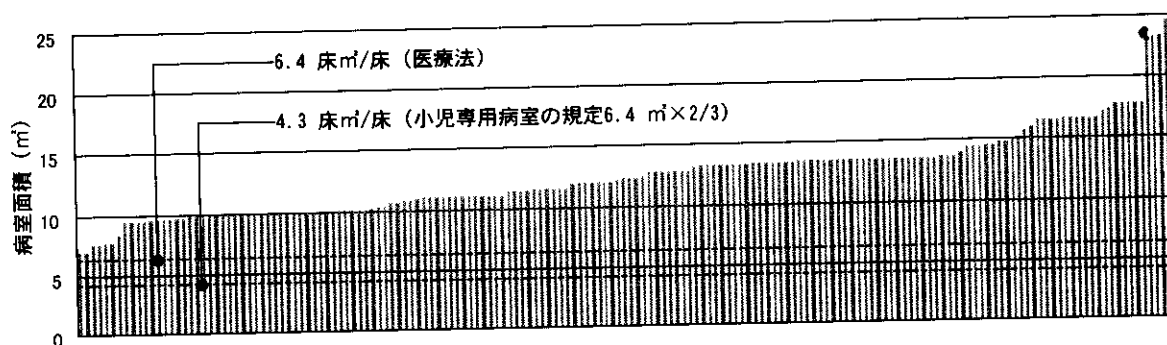


図6 1床室の病室面積の分布

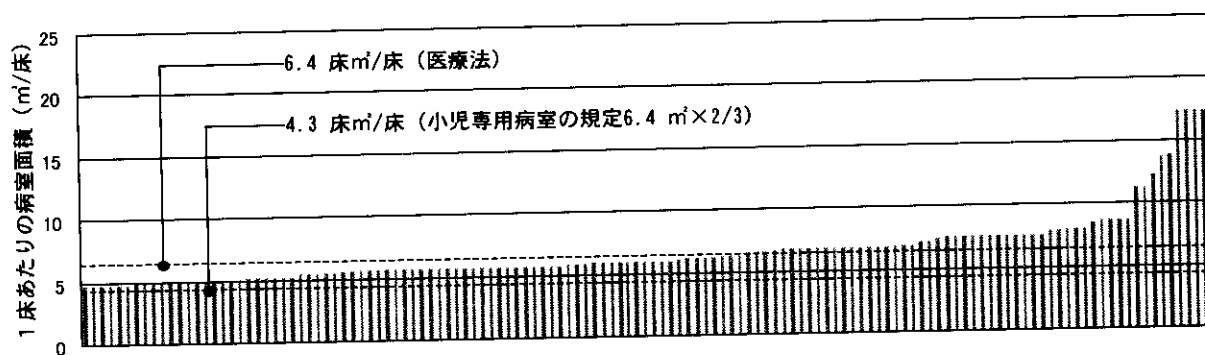


図7 多床室の1床あたり病室面積の分布

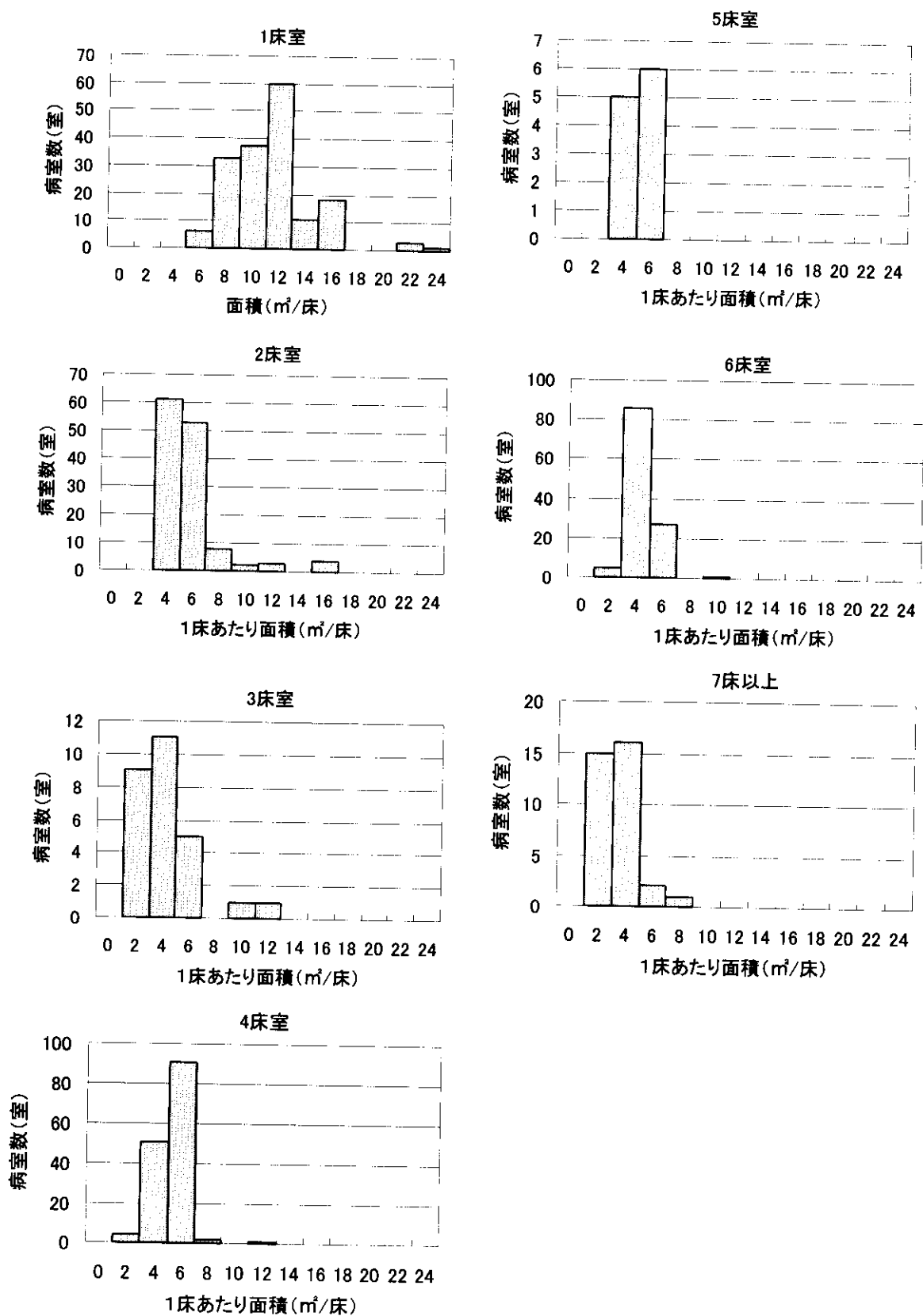


図8 1床あたり病室面積の度数分布

3) プレイルームの面積

プレイルームの現状面積を調べたものが図9であり、その平均値は約32.0㎡である。内容としては乳幼児を対象とする病棟よりも小学生以上を対象とする病棟の方がやや面積が広いことが分かる。

プレイルームの現状面積に対する満足度調査においては、5段階の評価尺度の内「非常に広い」と評価する回答はなく、「非常に狭い」が約14%、「やや狭い」が約66%であり、総じて

プレイルームの広さに対する満足度は低いことが明らかになった(図10)。また、満足度とプレイルームの現状面積の関係をみると、「非常に狭い」と回答したプレイルームの現状面積は平均約17㎡であり、全体平均値32㎡の5割程度であることが分かった(図11)。

プレイルームの希望面積は、平均約50㎡であり、現状の約1.5倍の面積を望んでいることが明らかになった(図12)。

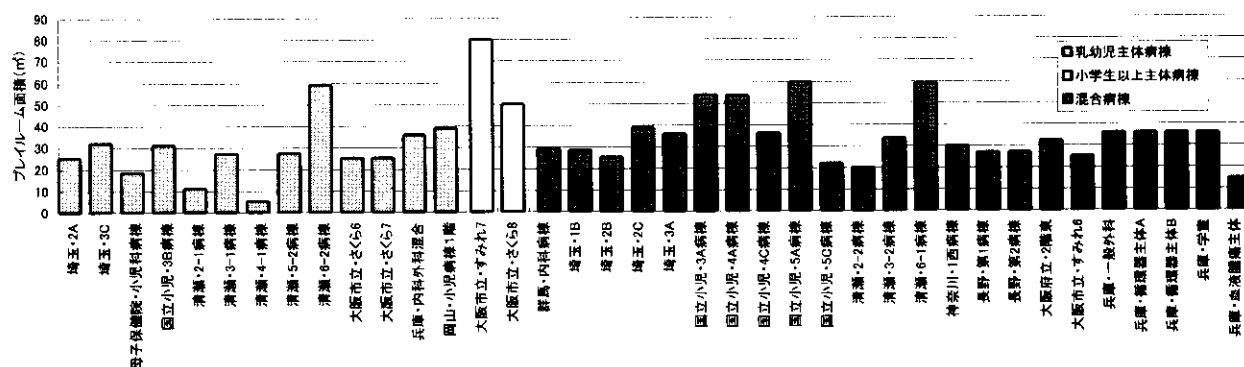


図9 プレイルームの現状面積

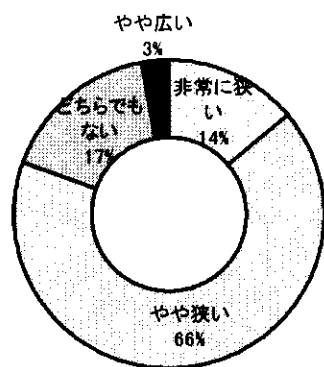


図10 プレイルームの現状面積

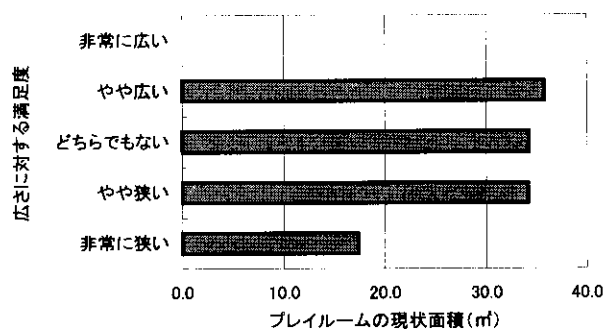


図11 プレイルームの満足度と現状面積

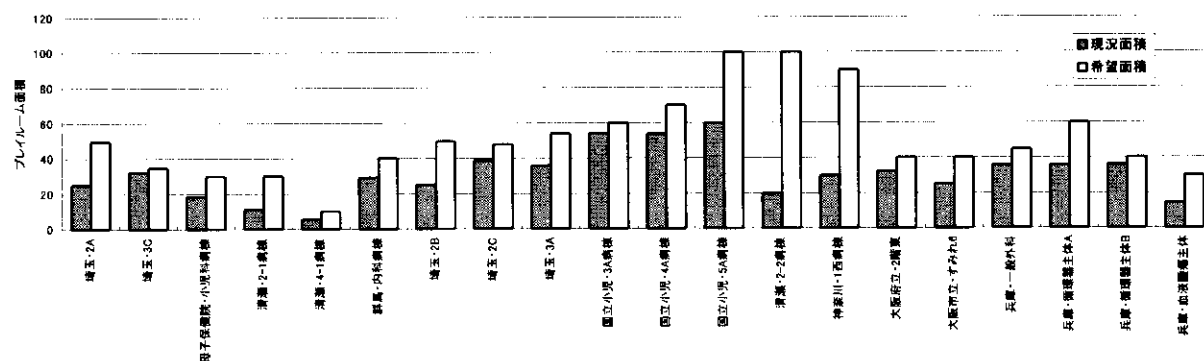


図12 プレイルームの現状面積と希望面積

2-3 海外の事例および比較

海外の事例について、平面図(図14~16)をもとに病室構成および面積を調査した。

1) 病室構成

病床構成は、米国やカナダにおいては個室もしくは2床室による事例が中心であり、欧州や豪州においては、わが国の病室構成と同じように、4床室や6床室の多床室を中心とした病室構成としていることが確認できた(図14~16)。ただし、欧州の事例としてとりあげている Great Ormond Street 病院(London)の病棟は一般外科病棟であり、既存病棟が多床室を中心とした構成であるにもかかわらず、ICU 等の急性期病棟と一緒に更新されたことからこの病棟は個室を中心とした病室構成となっている。

2) 看護単位

病室構成には違いがあるものの、いずれの病棟も1看護単位の構成は約30床前後であることが分かった(図13)。

看護単位が約30床前後と小さいものの、小児病棟においてはそれぞれの病室に目が届くことが重要であり、事例ごとにさまざまな工夫が凝ら

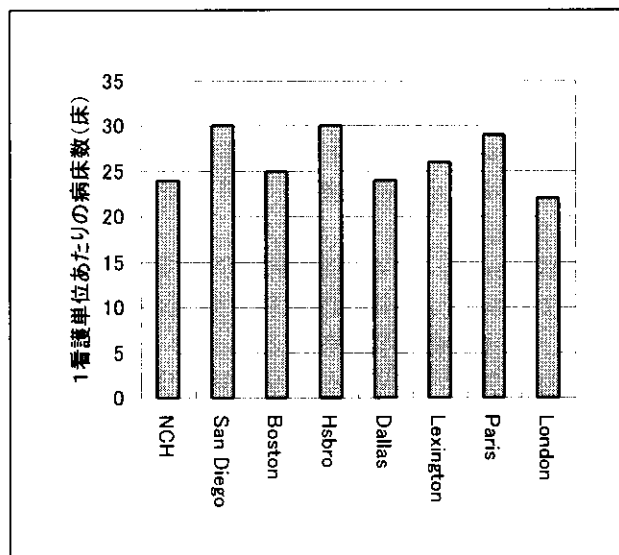


図13 病床数の構成

されている。中でも San Diego 小児病院においては、米国型の個室を中心とした病室構成であることから、1看護単位30床を3分割し、それぞれ10床ごとにナースカウンターを設け各病室へのアイコンタクトが十分取れるように配慮した計画となっている(図14)。

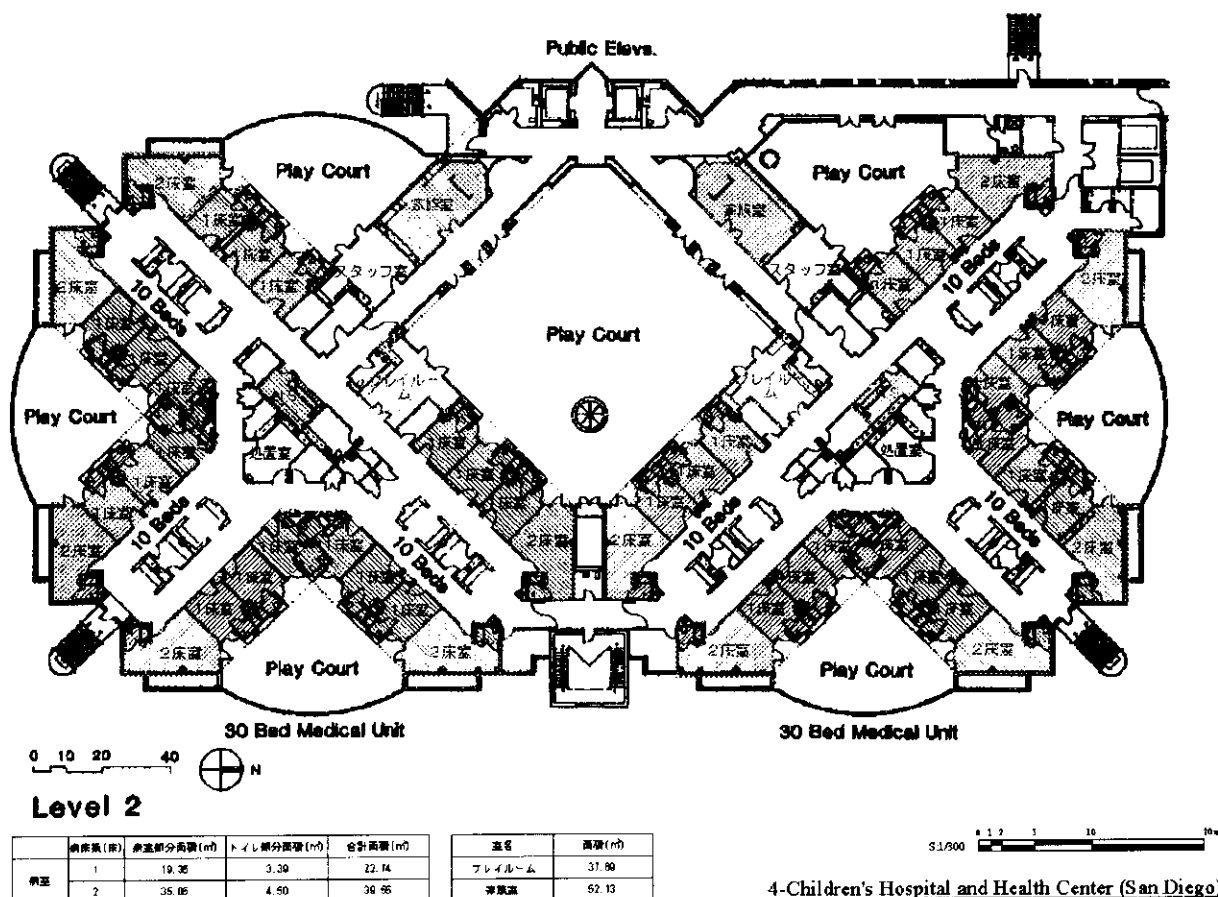
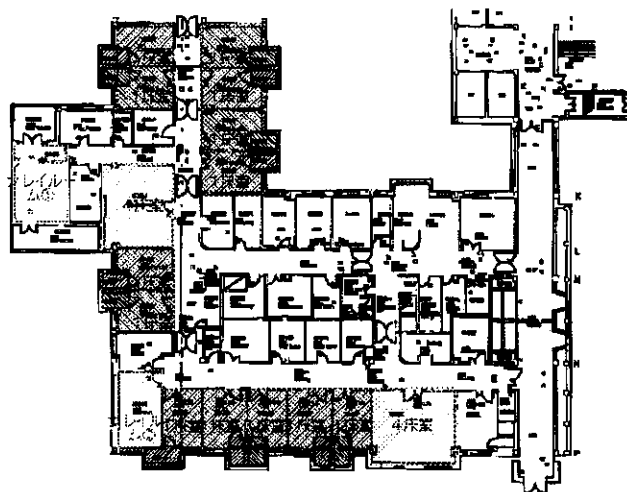


図14 海外事例の平面図の例 (San Diego)



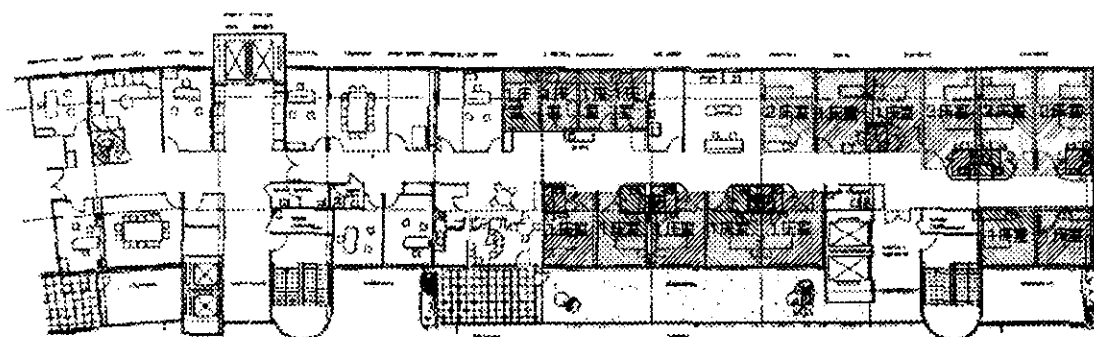
	病室数(棟)	病室部分面積(m ²)	トイレ部分面積(m ²)	合計面積(m ²)
病室	1	18.94	4.10	23.13
	2	-	-	-

室名	面積(m ²)
ブレイルームD	33.24
ブレイルームC	27.54

S:1/300 0 1 2 3 10 20m

12-Great Ormond Street Hospital (London)

図 15 海外事例の平面図の例 (London)



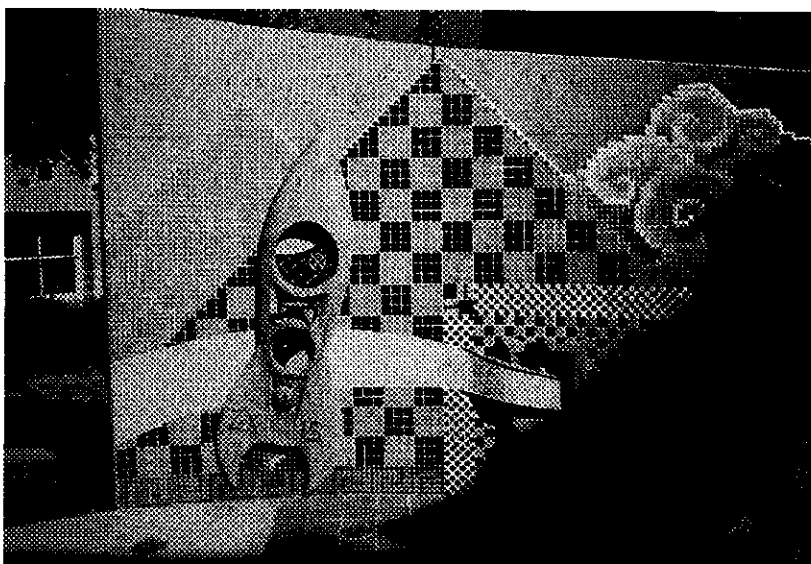
	病室数(棟)	病室部分面積(m ²)	トイレ部分面積(m ²)	合計面積(m ²)
病室	1	12.72	3.56	16.28
	2	10.81	3.56	23.37

室名	面積(m ²)
ブレイルーム	60.72
-	-

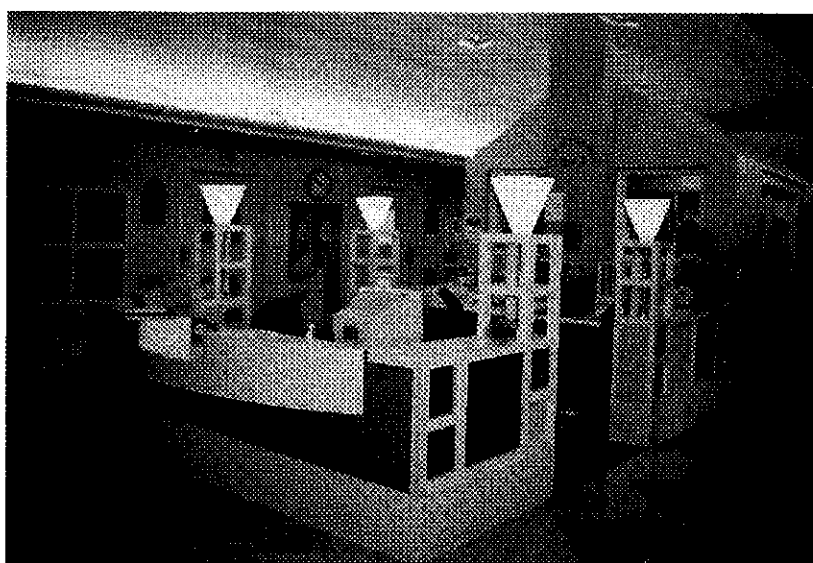
S:1/300 0 1 2 3 10 20m

11-L'HOPITAL ROBERT DEBRE (Paris)

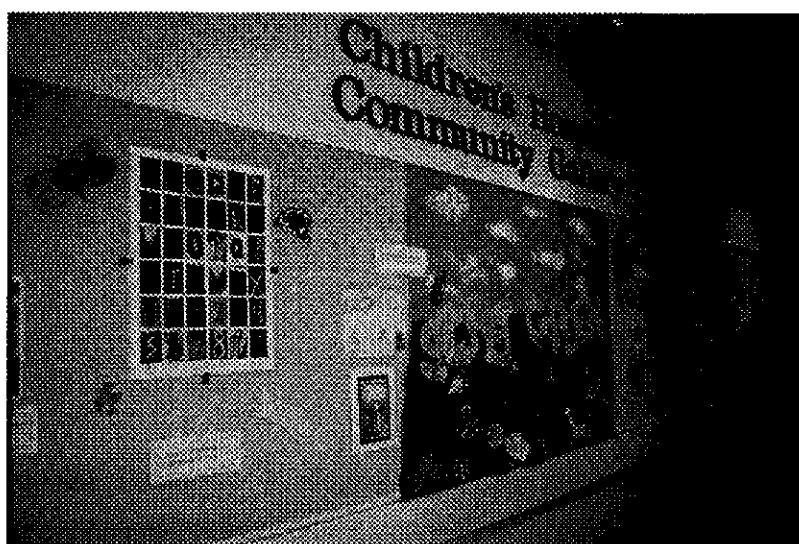
図 16 海外事例の平面図の例 (Paris)



中庭



ナースステーション



ギャラリー

写真3 Children's Hospital and Health Center (San Diego)における療養環境の例

3) 病室の面積

海外事例の病室の面積を図18に示す。これによると、個室の面積は約20㎡前後(トイレ・バスユニットを含む)で、わが国の平均値(12.6㎡)と比較すると約1.5倍近くの広さを有していることが分かる。

また、多床室については、2床室はばらつきがあるものの30㎡前後であり、4床室、6床室は例数が少ないため参考値であるが、60㎡を超えるかなり広い病室がみられ、2床室、4床室、6床室のいずれも、わが国の平均面積を大きく上回ることが明らかになった。

4) プレイルームの面積

海外事例のプレイルームの面積を図17に示す。これによると平均的な面積は45㎡前後であり、わが国の約3割から4割だけ大きいことが明らかになった。また、これは国内事例を対象としたアンケート調査によるプレイルームの希望面積をほぼ満たす広さとなっている。

病室の面積においてはその差が1.5から2.0倍あることと比較すると、その差が幾分か小さいことが分かる。これは海外事例の多くが超急性期病棟で、入院期間も3～4日であり、日本の30日前後の入院期間から比べると極端に短く、プレイルームを利用する患児が少ないことを示しているものと推察される。

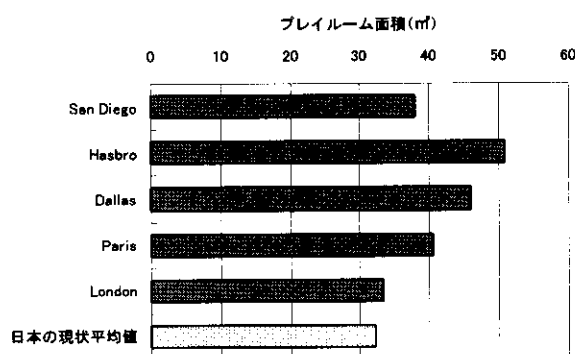
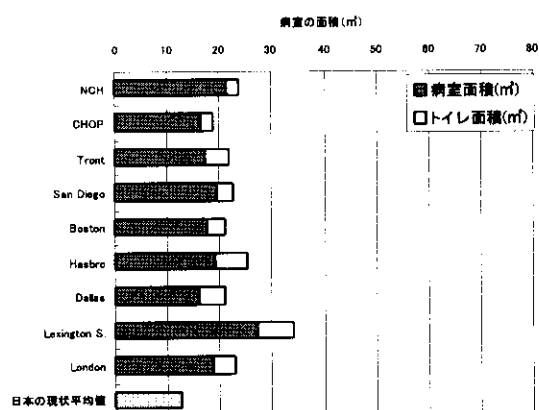
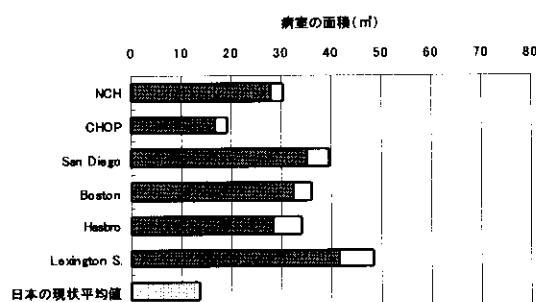


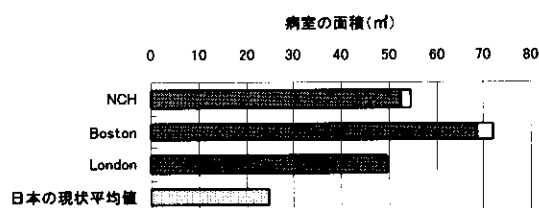
図 17 プレイルームの面積



< 1 床室 >



< 2 床室 >



< 4 床室 >



< 6 床室 >

図 18 病室の面積

2-4 医療法等による面積基準

わが国の法体系では、病室等の面積基準は、建築基準法および医療法により規定されている。建築基準法では利用者の安全避難面から廊下の中や避難口までの距離が規定されており、医療法では患者の療養環境確保の面からの規定がされている。

また、診療報酬において、療養環境を豊かにする上から、広い病室や食堂等を確保した場合の療養環境加算が規定されている(表3)。

1) 面積基準の国際比較

国別の病棟面積に関わる面積基準を図19に示す。これによるとわが国の面積基準は他国に比べてもっとも低い面積規定であることが分かる。

今回の医療法の改正により、約1/4世紀ぶりに病室の面積基準が見直され、これまでの4.3㎡/床から6.4㎡/床へと約1.5倍の面積に上げられた。これはまだ他国と比較して狭い部類に属するが、幾分かは先進国に近づいたといえよう。

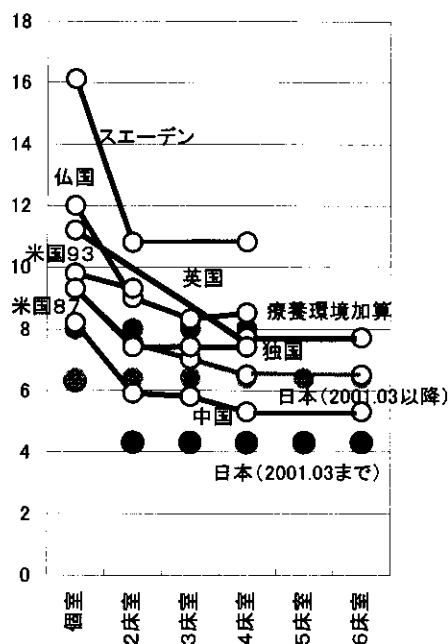


図19 各国の面積基準

2) 医療法改正による面積基準

適正な医療資源の配分の観点から、政府はこれまでの医療施設類型を見なおし、一般病室型と療養病室型とに類別し、医療スタッフの配置基準や面積基準を改定することにより、高度医療を必要とする患者を対象とする一般病室と、療養環境を必要とする患者を入院させる長期療養型の療養病室とに大きく類別していこうとしている。

一般病室の面積基準の改定に際しては、国民の生活水準の向上に合わせ上げると同時に、必要に応じて一般病室から療養病室へ移行しやすいように、一般病室の面積基準も療養病室の面積基準(6.4㎡/床)と同じ大きさとした。

また、廊下巾の基準に関しては、一般病室においてはこれまでの1.2mから1.8mに上げられた。これは療養病室の場合と同じ広さではあるが、両側に居室のある廊下においては、一般病室が2.1m、療養病室の場合が2.7mとされている。この規定は療養病室の場合において、廊下

出典

英国: Hospital Planning Note 1963. 厚生省のガイドライン
独国: Ernst Neufert; Bauentwurfslehre. 31版, 1982年, 日本語訳「建築設計大事典」より, Nordrhein-Westfalen州の最小寸法。

仏国: Le Medecin Hospitalier 1976. Centre Hospitalier Regionalの規定。

米国: Guidelines for Construction and Equipment of Hospital and Medical Facilities 1987年版, 1992/93年版. 厚生省の支持の下に建築家協会保健施設委員会が策定したものであるが多くの州で基準。

スウェーデン: ストックホルム特別市医療部標準計画, 1980. 最低基準ではなく標準としている。

中国: 総合医院建築設計, 1978. 南京工学院を中心に国家建委建築科学研究院の了解の下で編纂とした参考書とされている。その中から最小寸法と表示されたもの。

日本: 医療法施行規則第16条3項. 社会保険診療報酬

表3 医療法構造設備改正概要

(平成13年1月31日公布、同年3月1日施行)

区分	一般病床	療養病床
1 患者当り 病床面積 (内法面積)	■新設(全面改築を含む)の場合 1) 一般病室 $6.4 \text{ m}^2/\text{床}$ 以上 2) 小児だけを入院させる病室にあつては その $2/3$ 以上 ($6.4 \times 2/3 \div 4.3 \text{ m}^2/\text{床}$) ■既設の場合 1) 個室 $6.3 \text{ m}^2/\text{床}$ 以上 2) 他床室 $4.3 \text{ m}^2/\text{床}$ 以上 3) 小児だけを入院させる病室にあつては その $2/3$ 以上 ($4.3 \times 2/3 \div 2.9 \text{ m}^2/\text{床}$)。た だし、1つの病室の面積が $6.3 \text{ m}^2/\text{床}$ 以下 であつてはならない。	$6.4 \text{ m}^2/\text{床}$ 以上
廊下幅 (内法幅)	■新設(全面改築を含む)の場合 1) 一般 1.8m 以上 2) 両側に居室のある場合 2.1m 以上 ■既設の場合 1) 一般 1.2m 以上 2) 両側に居室のある場合 1.6m 以上	■新設(全面改築を含む)の場合 1) 一般 1.8m 以上 2) 両側に居室のある場合 2.7m 以上 ■既設の場合 1) 一般 1.2m 以上 2) 両側に居室のある場合 1.6m 以上

も療養空間の延長と考えて広くするようにした規定ではあるが、ただ廊下が広いだけでは豊かな療養環境とは言えないであろう。病室の配置とバランスの取れた廊下の計画が望まれるところである。

かにより、療養環境加算が規定されており、病床当たりの病室面積が 8.0 m^2 を超える場合につき医療費が加算されることとなる。年間を通じるとかなりの金額となるために、この規定が大きな誘導要因となって、 $8.0 \text{ m}^2/\text{床}$ を超える病室面積を確保した病院が近年多く建てられるようになってきている。

医療法はあくまで最低基準であり、診療報酬のように誘導基準ではないことに留意する必要があるが、日常の診療や療養に支障の出る劣悪な面積基準であつてはならない。

3) 小児病棟は成人の $2/3$ で良いとする基準

今回の医療法改正にあたっては、一般病棟の面積基準は約 1.5 倍の面積基準にかさ上げされ、小児病棟の基準においても同じ比率で大きくなったわけではあるが、「小児のみを入院させる病室にあつては、その $2/3$ の面積」で良いとする基準ははずされなかった。

小児の入院環境としては、酸素tentやレスピレーター等の医療機器が病室に持ちこまれる場合が多いことや、母親等の付き添いがあること、小児の成育にとって重要な学習や遊びのための療育環境が必要なことなどから、成人の病室と同じかそれ以上の面積を要する。

今回のアンケート調査によっても、各病院の希望し必要としている病室面積は成人の病室に比べて、低いものではないことが分かる。

小児の身体が小さいことから短絡的に病室も小さくてよいとするこの基準は早急に見直されなければならないと考える。

2-5 考察

小児病棟の療養環境についてわが国における実情を調査するとともに、海外の小児病棟の事例との比較考察を行った結果、総じてわが国の小児病棟の病室やプレイルームの面積は海外事例に比べ狭いことを改めて明らかにすることができた。今回海外事例とした小児病棟は優良事例からの選定であることから、国内の平均的な事例との比較には多少飛躍があるかとは考えられるが、今回選定した国内事例はわが国を代表する施設であることから、あながち的外れであるとは言いきれないであろう。比較の結果、いずれもわが国の場合が狭く、個室では約1.5倍、多床室では約2倍、プレイルームでは1.3～1.4倍の開きがあることが分かった。

今回医療法が1/4世紀ぶりに改正され、病室の面積基準がこれまでの4.3㎡/床から6.4㎡/床へと約1.5倍の面積へ大幅に改正された。内容において、「収容する」の文言が「入院させる」等に改められたことなどから、現在の病院は主体が、医療側から患者側にシフトしてきていることが読み取れる。患者側の療養環境を形成する上での最低限の面積は確保されなければならない時代になってきている。医療法は最低基準であり、診療報酬上の療養環境加算は、誘導水準であると捉えれば、6.4㎡/床はそれなりに意味を持つ数値であると言えるであろうが、海外基準の比較においても述べたように、この基準は豊かな療養環境を形成する上ではまだ十分とは言えない数値である。診療報酬において療養加算対象としている8.0㎡/床以上の広さがあることが望ましいと考えられる。このことは、国内のアンケート調査結果からも、多くの病棟で望ましいとしている数値と合致する。

しかし、現状の病室を調査した結果、多床室において最低限とする6.4㎡/床の基準値に満たない病床が約3割も存在することが分かった。医療法は既存遡及する法律であることから、社会資産に及ぼす影響は大きい。すなわち、たちまちこれらの3割の病室が改変を余儀なくされるわけである。

ところが、今回の改正においては従来からの「小児専用の病室にあっては2/3が良い」とする基準が取り払われなかったことにより、数%の病床を除いて、全ての病床は新しい基準をク

リアーすることができている。

小児は成人に比べて身体が小さいから、病室はそれに比例して狭くても良いとする考え方は、病室に「収容する」といった医療側の都合により決められてきた過去の遺物である。現在の小児医療の内容や付き添いの考え方、小児の成育環境から病室を捉えなおした場合、小児病室の面積は成人の2/3が良いとはもはや言えないであろう。

わが国の小児医療の場の現実は非常に貧しい状況であることが分かる。少なくともこの成人の病室の2/3が良いとする緩和基準が取り払われる日が一日も早く訪れることを願う次第である。

面積基準以外にも、わが国の小児病棟の療養環境は未だ多くの問題と改善の余地が残されている。小児医療のより豊かな療養環境の構築に向けてさらに多くの努力を払われることが求められている。

謝辞

今回のアンケート調査等にご協力頂いた日本小児総合医療施設協議会の各病院の関係者各位に対し、記して謝意を表します。

参考文献

- 1) Health Facilities Review 1986 Selected Projects 1, The American Institute of Architects Press
- 2) Health Facilities Review 1986 Selected Projects 2, The American Institute of Architects Press
- 3) Health Facilities Review 1990 Selected Projects, The American Institute of Architects Press
- 4) Health Facilities 1995-96 Review, The American Institute of Architects Press
- 5) 社団法人 日本医療福祉建築協会:海外医療福祉建築視察団 '95 報告書
- 6) 社団法人 日本医療福祉建築協会:海外医療福祉建築視察団 '98 報告書