

において医療と行政は逆転していた。また、ストレスおよび果物摂取においては福祉と医療が逆転していた。行政指導を必要としている状況は福祉、行政、学校、病院の順に低く、今後追加で栄養診断・栄養相談を実施する意欲は、「健康日本 21」に対する取り組み姿勢と同じ傾向を示し、学校、福祉、行政、医療の順に低かった。今後追加で実施する栄養等調査を実施する意欲は、福祉、学校、医療、行政の順に高かった。管理栄養士が活躍する機会に対する期待度および全 9 領域の目標の 50 % 以上の達成に対する期待度はともに、医療、福祉、行政、学校の順に高かった。

D. 考察

栄養士は男性比率が 4.4 %、年齢のピークは 40 歳代にあり、勤務地は 60 % が大都市圏にあり、職域は医療機関が 27 %、学校給食 21 %、行政機関、福祉施設、各々 15 % で、指導歴は 20 年以上と 5 年未満に 2 極分化していた。一方、健康運動指導士は男性比率が 43.3 %、年齢のピークは 30 歳代にあり、勤務地は 80 % が大都市圏にあり、職域は公立施設 30 %、民間クラブ 20 %、医療機関 17 %、フリー 16 % で、指導歴はピークが 10 ~ 15 年であった。以上のように両者の職能人材の属性には差異があり、両職能人材の特性となっている。この特性は人材活用のための基礎資料であり、日常業務の実態と健康づくり実践の意識を変容させる基本的要因になるものと考えられる。(表 1、表 2)

現状における主なる日常的業務として、栄養士の場合は給食管理運営、栄養教育・指導、食中毒・衛生管理、調理管理であり、健康運動指導士の場合

は運動プログラムの作成および実践、レジスタンストレーニング指導、体力の測定・評価がみられた。また、主なる予防医学的業務として、栄養士の場合は個別栄養指導、栄養診断・栄養相談であり、健康運動指導士の場合は個別運動指導、集団運動指導、体力診断・健康相談、血圧計等健康測定器具の使用がみられ、栄養士は健康運動指導士に比べて日常業務と予防医学的業務の間に対応がみられず、それゆえ予防医学的業務が現状において少ないものと考えられる。(表 3、表 4)

「健康日本 21」資料読後、栄養士の場合は栄養・食生活の領域のみに対して強い関心を示したが、健康運動指導士の場合は休養・こころの健康づくりの領域、身体活動・運動の領域、循環器病の領域、糖尿病の領域、生活習慣病 3 領域など多領域に対して強い関心を示した。このことは健康運動指導士の男性比率の高さ、年齢分布、指導歴の要因の影響があるのかもしれない。(表 5、表 2)

「健康日本 21」資料読後の、栄養・食生活に関して、身体活動・運動等、生活習慣改善に関して、生活習慣病の減少に関して、強い取り組み姿勢を示した「健康日本 21」の目標項目の数および今後追加実施の意欲のある予防医学的業務の数は、栄養士に比べて健康運動指導士が多く、健康運動指導士の取り組み姿勢の積極性が目立った(表 6、表 7、表 8、表 9)。このことは彼らの健康づくり実践に対する関心の強さによるものと考えられる。

栄養士の現状の予防医学的業務—なかでも健康栄養に関する学習会、糖尿病・生活習慣病予防教室、予防献立作成・評価、栄養診断・栄養相談、個別栄養指導、体力診断・健康相談、の 6

業務は、「健康日本 21」の 39 目標および今後追加実施の意欲のある予防医学的業務と強い有意な正の相関関係を示すことより、現状の予防医学的業務、特にこれら 6 業務に携わっている栄養士が「健康日本 21」推進人材として関心および意欲が高く、「健康日本 21」推進ために行動の変容が期待される人材と考えられる。(表 10)

栄養士の 4 つの職域－医療機関、学校給食、福祉施設、行政機関における健康づくり実践に対する関心度、取り組み姿勢、予防医学的業務の追加実施の意欲に差異がみられるが、その差異を十分に考慮して、その職域にマッチした実践方法が必要と考えられる。(図 1～図 15)

E. 結論

栄養士および健康運動指導士は国民の栄養・食生活および身体活動・運動に関わる重要な健康増進推進人材である。健康運動指導士有資格者は約 8000 人であり、現場にも相当勤務しているものと思われるが、今回の調査の結果、栄養士に比べて「健康日本 21」に対する関心度、取り組み姿勢および追加で予防医学的業務を実施する意欲は強く、「健康日本 21」推進人材として期待できることがわかった。一方、栄養士は約 8 万人が現場で勤務しているが、「健康日本 21」の各領域・各項目に対する取り組み姿勢と予防医学的業務の実施意欲に差異がみられた。職域別にみた場合、取り組み姿勢と実践意欲の強い領域・項目について現場の目標と計画を立て推進して行くことが効果的であると考えられる。以上、今回の調査により栄養士および健康運動指導士を「健康日本 21」推進人材として有効に活用するための若干の基礎資

料を得ることができたと思われる。

F. 今後の計画

健康増進を目的とする民間の事業所給食施設、スポーツクラブを含めた健康増進関連施設、高血圧や糖尿病の運動療法を行っている指定運動療法施設の施設長に対する「『健康日本 21』推進に関するアンケート調査」を実施し、施設における健康増進活動の実態と「健康日本 21」に対する意識および今後の取り組みについて調べ、これら施設が健康増進推進のための民間活力としていかに有効に活用できるかどうかを検討する。

G. 参考資料

- 1) 平櫻博子：「健康日本 21」への取り組みと栄養士の役割－石川県の場合－，栄養日本第 44 巻第 3 号，7～10 頁，2001
- 2) 田中記代：「健康日本 21」への取り組みと栄養士の役割－佐賀県の場合－，栄養日本第 44 巻第 3 号，10～13 頁，2001
- 3) 本田榮子：「健康日本 21」への取り組みと栄養士の役割－熊本県の場合－，栄養日本第 44 巻第 3 号，14～19 頁，2001
- 4) 藤沢良知：健康日本 21 と栄養士の役割，全栄施協月報第 494 号 5～31 頁，2001
- 5) 赤堀摩弥：栄養士が進める「健康日本 21」，栄養日本第 44 巻第 3 号，3～4 頁，2001
- 6) 原 正俊：日本栄養士会が進める「健康日本 21」，栄養日本第 44 巻第 3 号，5～6 頁，2001
- 7) 小野寺伸夫，他：厚生科学研究－健康増進に係る人材育成並びに民間活力導入に関する政策科学研究平成 12 年度報告，53～62 頁，2001

表1. 調査対象栄養士の属性

○ 管理栄養士	登録者153名(75.0%) 未登録者51名(25.0%)
1) 性別	男性9名(4.4%)、女性155名(95.6%) 計204名
2) 年齢	20代31名(15.2%)、30代39名(19.1%)、40代61名(29.9%)、50代54名(26.5%)、60代19名(9.3%)
3) 勤務地	東京都39名(19.1%)、千葉県40名(19.6%)、茨城県33名(16.2%)、富山県52名(25.5%)、兵庫県40名(19.6%)
4) 職域	医療施設54名(26.5%)、学校給食42名(20.6%)、幼稚園・保育園10名(4.9%)、福祉施設30名(14.7%)、事業所7名(3.4%)、行政31名(15.2%)、その他30名(14.7%)
5) 指導歴	5年未満40名(20.3%)、5~9年26名(13.2%)、10~14年27名(13.7%)、15~20年20名(10.2%)、20年以上84名(42.6%)

表2. 調査対象健康運動指導士の属性

1) 性別	男性39名(43.3%)、女性51名(56.7%) 計90名
2) 年齢	20代7名(7.9%)、30代42名(47.2%)、40代26名(29.2%)、50代12名(13.5%)、60代2名(2.2%)
3) 勤務地	東京都32名(36.0%)、千葉県16名(18%)、茨城県3名(3.4%)、富山県8名(9.0%)、兵庫県12名(13.5%)、大阪府11名(12.4%)、岩手県7名(7.9%)
4) 職域	公的施設27名(30.3%)、民間クラブ18名(20.2%)、保健組合4名(4.4%)、医療施設15名(16.9%)、フリー14名(15.7%)、その他11名(12.4%)
5) 指導歴	5年未満12名(13.5%)、5~9年21名(23.6%)、10~14年27名(30.3%)、15~20年16名(18.0%)、20年以上13名(14.6%)

表3. 健康増進人材の健康増進業務状況(割合%)

業務内容	栄養士			業務内容	健康運動指導士		
	主たる業務	副たる業務	業務なし		主たる業務	副たる業務	業務なし
健康増進	39.1	33.0	27.9	運動プログラムの作成	58.6	19.5	21.8
地域保健計画	5.6	20.2	74.2	運動プログラムの実施	63.6	15.9	20.5
個人の栄養状態の判定・評価	35.2	28.1	36.7	体力の測定・評価	47.7	23.9	28.4
病態栄養指導	39.5	21.0	39.5	運動負荷試験の補助	19.3	21.6	59.1
経腸・静脈栄養管理	7.5	12.6	79.9	エアロビクスダンス指導	40.9	10.2	48.9
治療食栄養管理	31.5	11.5	57.0	ウォーキング指導	39.8	34.1	26.1
在宅医療訪問指導	3.5	9.0	87.4	ジョギング指導	22.7	26.1	51.1
調理管理	55.0	19.5	25.5	リズム体操指導	34.1	14.0	48.9
給食管理運営	63.0	12.5	24.5	レジスタンストレーニング指導	48.9	20.5	30.7
食中毒・衛生管理	59.5	21.5	19.0	水泳・水中運動指導	26.1	13.6	60.2
栄養研究	19.6	26.1	54.3	運動関連機器開発研究・販売	3.4	5.7	90.9
食品開発研究	3.0	8.0	88.9	運動教育・運動指導者養成	27.3	19.3	53.4
スポーツ栄養管理	1.0	9.0	89.9	運動情報の管理	15.9	34.1	50.0
調査および研究	16.1	37.7	46.2	調査および研究指導	11.4	37.5	51.1
栄養教育・指導	60.3	24.6	15.1				
栄養情報管理	26.1	32.2	41.7				

表4. 健康増進人材の予防医学的な健康増進業務状況（割合％）

業務内容	栄養士			業務内容	健康運動指導士		
	月1回以上	年1回以上	実施していない		月1回以上	年1回以上	実施していない
栄養メモ・ポスター等作成	38.4	35.4	26.3	生活習慣病改善事業	58.6	18.4	23.0
健康増進リーフ・パンフ作成	20.6	36.7	42.7	健康増進リーフ・パンフ作成	23.1	36.0	41.9
健康栄養に関する学習会	22.1	40.7	37.2	健康運動に関する学習会	27.4	45.9	26.4
料理講習会	14.5	37.7	47.7	運動指導スキルアップ講習会	26.4	44.8	28.7
糖尿病・生活習慣病予防教室	23.1	19.1	57.8	健康増進のための野外活動	13.7	40.2	46.0
予防食献立作成・評価	29.8	20.7	49.5	運動プログラムの作成・評価	57.0	24.4	18.6
栄養診断・栄養相談	44.2	22.1	33.7	体力診断・健康相談	62.4	22.3	15.3
集団栄養指導	37.1	29.7	33.2	集団運動指導	63.2	22.9	13.8
個別栄養指導	46.2	15.6	38.7	個別運動指導	63.9	10.5	25.6
訪問栄養指導	9.5	13.0	77.4	訪問運動指導	18.6	17.5	64.0
栄養・嗜好・残食等調査	35.6	40.2	24.1	生活状況・健康自覚調査の実施	29.5	30.3	45.3
血圧計等健康測定器具の使用	15.6	13.2	71.2	血圧計等健康測定器具の使用	61.6	19.8	18.6
健康フェスティバルの実施	2.5	28.1	69.3	健康フェスティバルの実施	7.0	51.2	41.9
体力診断・健康相談等	14.5	15.0	70.4	栄養診断・栄養相談等	37.1	11.7	51.2

表5. 「健康日本21」資料読後、強い関心を示したの者の割合（％）

設問の内容	栄養士	健康運動指導士	MW検定
生活習慣改善の6領域について	50.7	58.1	
生活習慣病の3領域について	53.7	61.6	
9領域・70項目の目標設定について	39.3	46.0	
栄養・食生活の領域14項目の内容について	64.9	48.3	**
身体活動・運動の領域6項目の内容について	42.7	68.9	***
休養・心の健康の領域4項目の内容について	42.5	69.0	***
たばこの領域4項目の内容について	36.5	54.7	**
アルコールの領域4項目の内容について	41.0	52.9	*
歯の健康の領域13項目の内容について	40.5	39.5	
糖尿病の領域8項目の内容について	58.5	62.8	
循環器病の領域11項目の内容について	56.0	65.1	
がんの領域7項目の内容について	51.5	59.3	

*: 0.01 < p < 0.05, **: 0.001 < p < 0.01, ***: p < 0.001

表6. 「健康日本21」資料読後の栄養・食生活に関する取り組み姿勢の状況

設問の内容	栄養士	健康運動指導士	MW検定
適性体重を維持している人の増加	3.06±1.78	3.37±1.57	
脂肪エネルギー比率の減少	3.01±1.76	3.44±1.54	
食塩摂取量の減少	3.56±1.64	3.07±1.66	*
野菜摂取量の増加	3.69±1.59	3.03±1.65	***
カルシウムに富む食品の摂取量の増加	3.60±1.62	2.99±1.67	**
適正体重を認識し体重管理を実践する人の増加	2.90±1.70	2.95±1.71	
朝食を欠食する人の減少	3.22±1.79	2.98±1.66	
量・質ともにきちんとした食事をする人の増加	3.16±1.72	3.13±1.66	
外食・食品購入時に栄養成分表示を参考にする人の増加	2.60±1.80	3.03±1.72	*
自分の適正体重を維持できる食事量を理解する人の増加	2.84±1.83	2.98±1.64	
自分の問題食生活に改善意欲のある人の増加	3.03±1.70	3.07±1.61	
ヘルシーメニューの提供と増加の促進	2.80±1.76	2.80±1.67	
健康や栄養に関する学習の場の増加と参加の促進	2.67±1.69	2.89±1.65	
健康や栄養に関する学習や活動の自主グループの増加	2.37±1.71	2.63±1.67	

表7. 「健康日本21」資料読後の身体活動・運動等生活習慣改善に関する取り組み姿勢の状況

設問の内容	栄養士	健康運動指導士	MW検定
意識的に運動を心がけている人の増加	2.43±1.88	4.00±1.49	***
日常生活における歩数の増加	2.42±1.89	3.59±1.51	***
運動習慣者の増加	2.19±1.83	3.79±1.45	***
高齢者の外出について積極的な態度を持つ人の増加	1.71±1.73	3.33±1.65	***
高齢者の何らかの地域活動を実践している人の増加	1.57±1.67	2.92±1.75	***
高齢者の日常生活におけ歩数の増加	1.71±1.74	3.41±1.55	***
ストレスを感じた人の減少	1.76±1.62	2.72±1.60	***
十分な睡眠を確保している人の増加	2.05±1.79	2.74±1.53	***
睡眠確保用アルコール等の使用者の減少	1.59±1.76	2.29±1.55	***
喫煙が及ぼす健康影響に関する知識の普及	2.27±1.92	3.01±1.58	**
職場等での分煙徹底と分煙知識の普及	2.39±1.97	2.88±1.80	*
多量飲酒者の割合の減少	2.03±1.94	2.51±1.66	**
節度ある適度な飲酒の知識の普及	2.21±1.97	2.89±1.66	**
間食として甘味食品や飲料の頻回習慣する幼児の減少	2.27±1.85	2.08±1.71	

*: 0.01 < p < 0.05、** : 0.001 < p < 0.01、*** : p < 0.001

表8. 「健康日本21」資料読後の生活習慣病の減少に関する取り組み姿勢の状況

設問の内容	栄養士	健康運動指導士	MW検定
糖尿病検診受診の促進	2.40±2.05	2.58±1.67	
糖尿病検診受診後の事後指導の推進	2.58±2.07	2.79±1.68	
生活習慣改善による糖尿病有病者の減少	2.63±2.01	2.88±1.64	
糖尿病有病者の治療の継続	2.63±2.09	2.64±1.73	
カリウム摂取量の増加	2.49±1.96	2.58±1.57	
生活習慣改善による高血圧の改善	2.71±1.99	3.29±1.53	*
生活習慣改善による高脂血症者の減少	2.78±1.99	3.34±1.52	*
健康診断の受ける人の増加	2.31±1.62	2.72±1.60	*
生活習慣改善による循環器病の減少	2.05±1.98	2.86±1.70	
1日に果物類の摂取している人の増加	2.40±1.97	3.13±1.58	**
がん検診の受診者の増加	2.44±1.95	2.66±1.76	

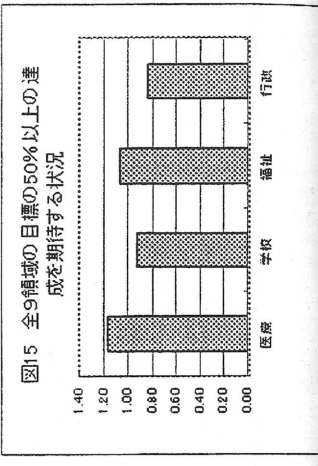
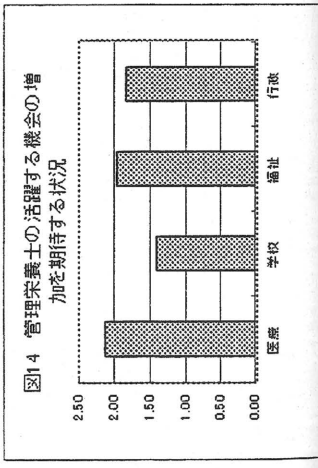
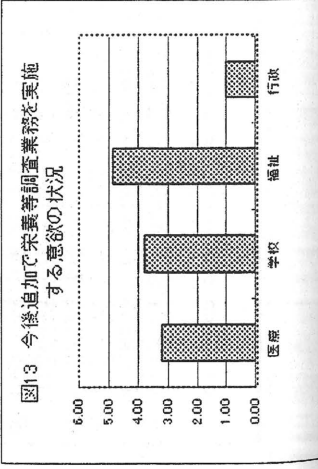
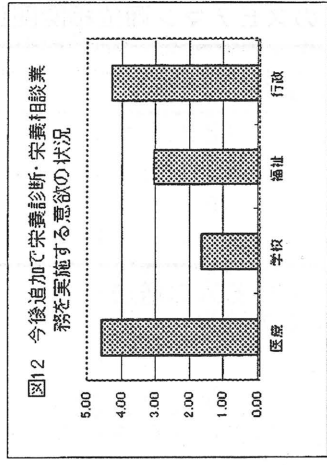
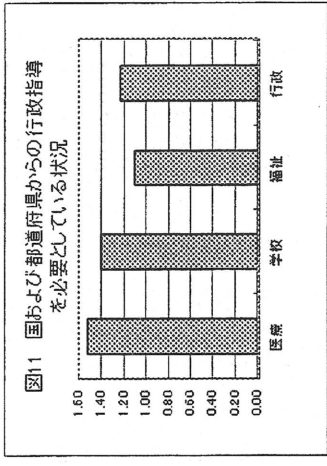
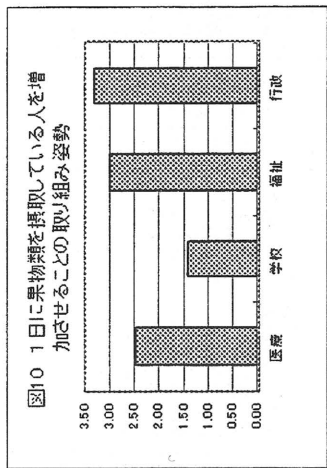
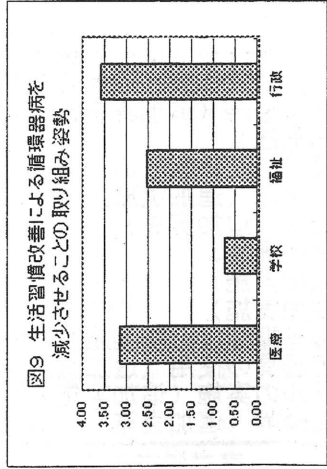
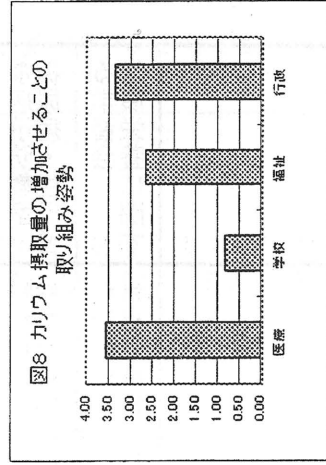
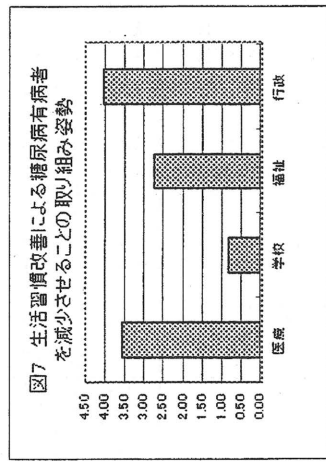
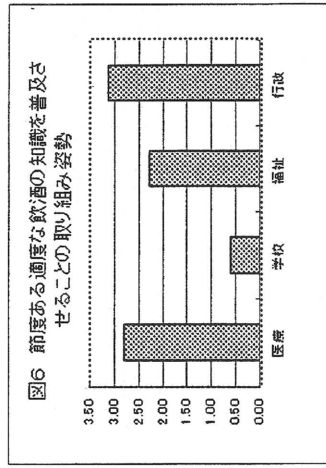
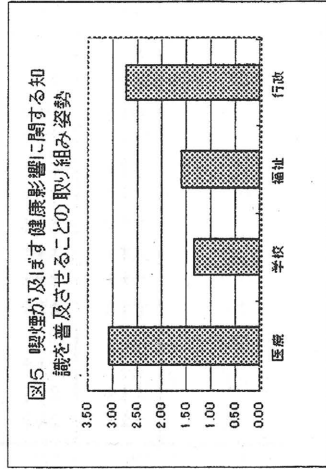
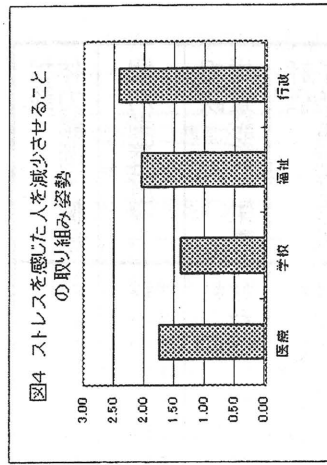
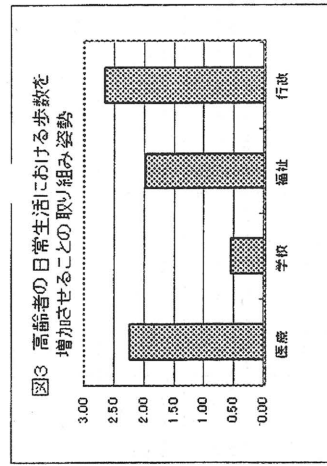
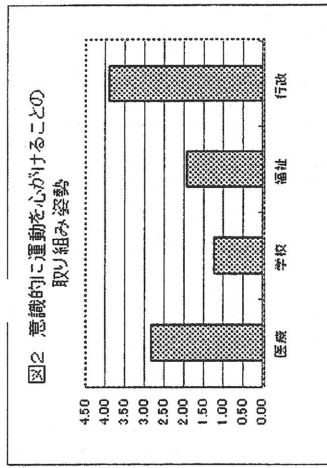
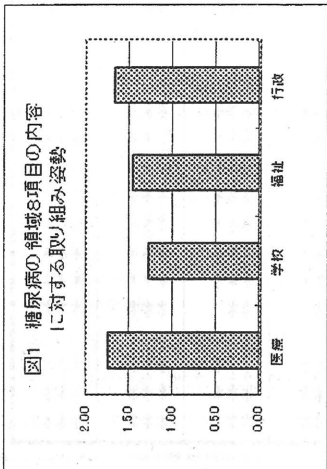
*: 0.01 < p < 0.05、** : 0.001 < p < 0.01

表9. 健康増進人材の今後追加実施意欲のある予防医学的な健康増進業務状況（割合%）

業務内容	栄養士			業務内容	健康運動指導士		
	月1回以上	年1回以上	実施しない		月1回以上	年1回以上	実施しない
栄養メモ・ポスター等作成	38.5	47.4	14.2	生活習慣病改善事業	25.3	50.6	24.1
健康増進リーフ・パンフ作成	22.2	58.2	19.6	健康増進リーフ・パンフ作成	33.7	47.0	19.3
健康栄養に関する学習会	27.5	56.1	16.4	健康運動に関する学習会	44.5	44.5	10.8
料理講習会	21.5	51.3	28.3	運動指導スキルアップ講習会	32.5	53.0	14.5
糖尿病・生活習慣病予防教室	29.9	42.4	27.7	健康増進のための野外活動	26.5	50.6	22.9
予防食献立作成・評価	34.7	37.9	27.4	運動プログラムの作成・評価	49.9	29.3	13.4
栄養診断・栄養相談	50.0	31.0	18.9	体力診断・健康相談	57.3	29.3	13.4
集団栄養指導	42.9	36.0	20.9	集団運動指導	68.4	20.7	11.0
個別栄養指導	50.0	27.4	22.6	個別運動指導	62.2	18.3	19.5
訪問栄養指導	29.1	22.2	48.7	訪問運動指導	39.0	20.7	40.2
栄養・嗜好・残食等調査	36.2	47.6	16.2	生活状況・健康自覚調査の実施	28.4	50.6	21.0
血圧計等健康測定器具の使用	33.4	28.8	37.7	血圧計等健康測定器具の使用	52.2	29.3	18.3
健康フェスティバルの実施	6.8	56.0	37.2	健康フェスティバルの実施	11.2	66.7	22.2
体力診断・健康相談等	20.4	46.6	33.0	栄養診断・栄養相談等	41.9	39.5	18.5

表10. 栄養士の日常の予防医学的健康増進業務と「健康日本21」39目標および追加実施意欲のある健康増進業務とのスパイマン順位相関関係

	健康栄養に関する学習会	糖尿病・生活習慣病予防教室	予防食献立作成	栄養相談・栄養診断・栄養	個別栄養指導	体力診断・健康相談
1) 適性体重を維持している人の増加	***	***	***	***	***	***
2) 脂肪エネルギー比率の減少	***	***	**	**	***	**
3) 食塩摂取量の減少	***	***	***	***	***	*
4) 野菜摂取量の増加	***	**		*	**	
5) カルシウムに富む食品の摂取量の増加	***	*	***	*	*	*
6) 適正体重を認識し体重管理を実践する人の増加	***	***	***	***	***	***
7) 朝食を欠食する人の減少	***	**	**	**	**	*
8) 量・質ともにきちんとした食事をする人の増加	***	***	***	***	***	*
9) 外食・食品購入時に栄養成分表示を参考にする人の増加	***	***	***	***	***	***
10) 自分の適正体重を維持できる食事量を理解する人の増加	***	***	***	***	***	***
11) 自分の問題食生活に改善意欲のある人の増加	***	***	***	***	***	***
12) ヘルシーメニューの提供と増加の促進	***	**	**	***	**	*
13) 健康や栄養に関する学習の場の増加と参加の促進	***	***	*	***	***	***
14) 健康や栄養に関する学習や活動の自主グループの増加	***	***		*	**	***
15) 意識的に運動を心がけている人の増加	***	***	***	***	***	***
16) 日常生活における歩数の増加	***	***	***	***	***	***
17) 運動習慣者の増加	***	***	***	***	***	***
18) 高齢者の外出について積極的な態度を持つ人の増加	***	***	***	***	***	***
19) 高齢者の何らかの地域活動を実践している人の増加	***	***	***	***	***	***
20) 高齢者の日常生活における歩数の増加	***	***	***	***	***	***
21) ストレスを感じた人の減少	***	**	*	**	**	***
22) 十分な睡眠を確保している人の増加	***	**	*		*	***
23) 睡眠確保用アルコール等の使用者の減少	***	***	***	***	***	***
24) 喫煙が及ぼす健康影響に関する知識の普及	***	***	***	***	***	**
25) 職場等での分煙徹底と分煙知識の普及	**		***	**	**	**
26) 多量飲酒者の割合の減少	***	***	***	***	***	***
27) 節度ある適度な飲酒の知識の普及	***	***	***	***	***	***
28) 間食として甘味食品や飲料の頻回習慣する幼児の減少	***	***				***
29) 糖尿病検診受診の促進	***	***	***	***	***	***
30) 糖尿病検診受診後の事後指導の推進	***	***	***	***	***	***
31) 生活習慣改善による糖尿病有病者の減少	***	***	***	***	***	***
32) 糖尿病有病者の治療の継続	***	***	***	***	***	***
33) カリウム摂取量の増加	***	***	***	***	***	***
34) 生活習慣改善による高血圧の改善	***	***	***	***	***	***
35) 生活習慣改善による高脂血症者の減少	***	***	***	***	***	***
36) 健康診断の受ける人の増加	***	***	***	***	***	***
37) 生活習慣改善による循環器病の減少	***	***	***	***	***	***
38) 1日に果物類の摂取している人の増加	***	***	***	***	***	***
39) がん検診の受診者の増加	***	***	***	***	***	***
1) 栄養メモ・ポスター等作成（追加実施）	*					
2) 健康増進リーフ・パンフ作成（追加実施）	**	*		*		
3) 健康栄養に関する学習会（追加実施）	***	***	***	***	***	***
4) 料理講習会（追加実施）	***	***	***	***	***	***
5) 糖尿病・生活習慣病予防教室（追加実施）	***	***	***	***	***	***
6) 予防食献立作成・評価（追加実施）	***	***	***	***	***	***
7) 栄養診断・栄養相談（追加実施）	***	***	***	***	***	***
8) 集団栄養指導（追加実施）	***	***	***	***	***	***
9) 個別栄養指導（追加実施）	***	***	***	***	***	***
10) 訪問栄養指導（追加実施）	***	***	**	**	***	***
11) 栄養・嗜好・残食等調査（追加実施）			*			
12) 血圧計等健康測定器具の使用（追加実施）	**	***	***	***	***	***
13) 健康フェスティバルの実施（追加実施）	***	***	***	***	***	***
14) 体力診断・健康相談等（追加実施）	***	***	***	***	***	***



医療系保育士の育成について

—医療機関側のニーズと

医療系保育士育成のためのカリキュラムの考察—

聖徳大学短期大学部保育科

野原 八千代

少子化時代を向かえ、また生涯にわたって働いていきたいと考える女性が増加する中で、子育てを取り巻く状況は大きく変化し、それに伴い行政は様々な対策を打ち出してきている。病気の子どもの環境についての対策もその一つに入ると考えられる。少子化時代に生きる子どもたちを、いかに健全な発育に導くかという事は、現代の社会に常に課せられている課題であり、病気や障害をもっている場合であっても、それを克服し社会で生きていく力を育てていくことが求められ、それを援助するための保育体制について十分に考えていかなければならない。

病気で入通院を余儀なくされる乳幼児の保育として、一つに入院している子どもの保育があり、近年これらの子どもの発達する権利、生活の保障、生活の質(QOL)の向上が大きく問われるようになってきている。厚生労働省は「病棟保育士導入促進事業」に引き続き、平成14年4月からは、小児病棟の保育士配置に対する保険点数加算の施策を打ち出し実施されることになった。このような病棟保育士に対する事業に先立ち病後児、病児保育は、乳幼児健康支援事業の一つとして進められ、関東地域においても徐々に広がりを見せている。これら小児病棟、病児保育または病後児保育に携わる保育士は、医療というものを理解し、個々の子どもの疾患、病状に即し保育をきめ細かく安全に進めていく必要がある。そのためには、保育士資格取得の教科に加えて、医療に関する多くの知識や技術を習得していかなければならない。現在、病棟や病児保育・病後児保育室で仕事をしている保育士は、それぞれの立場で全国規模の研修会、あるいは個別の研修会を利用し、その専門性がどこにあるのかを模索しながら、保育の向上に努めている。

本学では、平成10年度より保育科短期大学部の中に、医療系保育士養成講座を設け4年間講座を開講、平成14年度より医療保育専攻として新たな医療系保育士の育成のための教育体制を始めたところである。

“医療の中の保育”を推進していくためには、社会的ニーズを知り、さらにはそこで働く保育士の育成を図ることが必要である。そこで、今回は小児の入院を受け入れている病院側からみた病棟保育士のニーズについて、検討し報告する。また、医療の中で保育業務を遂行していく保育士が習得すべき必要度の高い知識・技術について、実際の保育業務内容を検討し、医療に携わる保育士育成に必要な体制、諸問題について考えていきたい。

1 方法

1) 医療機関のニーズを知る

今回は、医療の中で保育に携わる保育士(医療系保育士)を配置している、今後配置する可能性ということを考慮に入れ、関東甲信越・静岡の一般病床数100床以上で小児科を標榜している病院を対象に、保育士導入または配置の必要性をどう考えるかという内容でアンケート調査を実施、分析した。小児科を標榜している病院としたのは、小児科病棟もしくは小児病棟の有無を明らかにすることが難しかったためである。

アンケートの実施した地域を関東・甲信越地方・静岡に限った理由としては、本学の所在地からみての地域性を考えた為である。またアンケート調査はすべて記述式とした。記述式にした理由として、具体的な意見を把握することで、今後の教育にフィードバックできる有効な意見を多く検出できると考えたためである。

アンケート内容からは、次の項目を抽出検討する。

- (1) 医療系保育士の必要性
- (2) 現在の導入状況
- (3) 実際に保育士を導入する場合の保育士の処遇
- (4) 保育士のボランティア導入・実習等の受け入れについての考え方

2) 病棟保育業務の割り出しと必要なカリキュラム

(1) 保育業務についての検討

- ① 保育士との面接調査
- ② 病棟実習内容から見た保育業務の分析

(2) 現在、本学医療保育専攻で行われているカリキュラム内容の分析

現在使われているカリキュラムが実践に即したものであるかどうかを検証する。

2 結果

1) 医療機関のニーズを知るに対する結果

アンケートは797施設に郵送し、105施設から回答が得られた。回収率は13.2%である。アンケートは院長宛に送付し回答者は、病院長のほか、診療部長、小児科医長、小児科心理指導部長、看護部長・婦長など看護関係者、事務関係者など様々であった。小児科を標榜している病院がすべて小児科の病床をもっているとは限らず、中には外来のみであり、回答を控えるというものもみられた。回答のあった病院の中には、国立療養所関係の病院が10施設、児童福祉施設等が9施設含まれている。

質問1で医療系保育士の必要性に関する質問のねらいは、必要性に対する考え方、必要としている場合それに対してどのような方法で対処しているのかを知ることにある。

主なものまとめてみると、積極的な意見としては、すでに配置しているが18件(17.1%)、極めて強く必要性を感じているが11件(11.5%)、看護婦としては別に専門職として保育士が必要と思うが26件(24.8%)であった。消極的な意見としては、必要性を持っていないが6件(5.7%)、小児の長期入院が少なくまた人件費の問題があるが17件(16.2%)であり、その中には慢性疾患が多い場合は必要性があるという意見もみられた。また、本来は看護婦業務であるがいてくれればよい、母子入院の形で代替している、院内学級があるので必要ない等の意見も見られその病場合は乳幼児に対してはボランティアを導入しているということであった。

質問2は現在の導入状況である。30施設(28.6%)より保育士を導入しているという回答があったが、そのうち19施設(18.1%)は、国立療養所関係と保育士の配置が義務づけられている病院型児童福祉施設であった。

質問3は、実際に保育士を導入する場合の保育士の処遇についてであり、アンケート調査を実施した時点での保育士の導入の有無とその処遇を尋ねた。

主なものでは、医療系保育士としての導入を考えるが24件(22.9%)、看護助手の枠の中で10件(9.5%)、経済的メリットから難しい・不況のため定員増が難しい等が9件(8.6%)、保健点数化があれば考えるが2件(1.9%)、具体的に考えていないが27件(25.7%)などの回答が得られた。

質問4では保育士のボランティア導入・実習等の受け入れについての考え方、今後の導入の意向を尋ねた。

ボランティア導入・実習等の受け入れについては、各施設積極的な姿勢があり、病棟に保育士がいるいないにかかわらず、ボランティア、実習を含めると50カ所(47.6%)から受け入れてもよいという回答が得られた。

一方、今後の保育士の導入については、先に述べた国立療養所関係と病院型児童福祉施設を除いた病院では、すでに保育士を導入しているところを除くと、質問3に上げられた理由などによって、導入には消極的なところが多かった。また42件(40%)は無回答であった。

2) 病棟保育業務の割り出しと必要なカリキュラムについて

保育業務は、大きく分けると、1) 生活の保障、これに付随する生活の援助、社会性の発達の援助がある。2) 発達の援助、ここには運動発達だけでなく精神発達、情緒の発達も含まれる。遊び、活動、学習などの援助に負うところが多い。3) 環境整備、できるだけ子どもの生活に相応しい環境を整備するとともに、安全の確

保が大きな仕事である。4) 家族の援助、両親、兄弟との連携が大きい、入院している子ども以外の兄弟についての援助、相談が必要な場合もでてくる。5) これらが十分満たされることにより心身の安定は図れるが、心身の安定には、病気である、その治療のために入院しているということと関連して生ずる不安に対する対応、解消も考え保育をしていかなければならない。

いずれにしてもこれらの業務は、看護師の業務とオーバーラップするところが多い。また近年の動きとして、看護助手の職種に対しても遊び、生活援助を学ぶようにしている病院もでてきている。おり、保育士の専門性を生かすだけ早い構築が必要であると考えられた。

(2) 現在、本学医療保育専攻で行われているカリキュラム内容の分析

現在使われているカリキュラムが実践に即したものであるかどうかは、医療系保育士の育成に非常に重要なものである。

表1、2は、本学で実際に行っているカリキュラムである。表1は短期大学のなかで設けた医療系保育士養成講座のものであり、表2は専攻科医療保育専攻のカリキュラムである。

後者は、前者をもとに作成されているが、大きな違いは、前者は病棟の保育士養成を中心に考えたものであり、また短期大学の2年の課程の中に納めたため、科目を最小限に絞っている。そのため医学概論、倫理などを含め、医療に携わるために欠かせないと考えられる人間理解に必要な科目が除かれてしまっている。後者の特徴は、病児保育、障害児も考慮して考えられていること、音楽療法など近年病気療養に効果をあげている医療を側面から援助する科目が盛り込まれたこと、乳幼児、児童の発達に重要な五官からの刺激を、病棟の保育の中に取り入れるため、遊び・学習・活動などの科目を演習科目とともに多くしたことである。

3 考察

病棟保育士の社会的ニーズとして、医療機関からの

表1 医療系保育士養成講座のカリキュラム

領域	授業科目
社会の中の病院	社会と病院
子どもの病気に対する理解	小児医学Ⅰ、Ⅱ
病児の生活Ⅰ	療養保育Ⅰ
	療養保育Ⅱ
	乳児保育Ⅰ、Ⅱ
病児の生活Ⅱ	療養保育Ⅲ
	音楽リズム
家族理解と関係調整のための技術	家族関係学
子どもの発達理解	発達臨床心理学Ⅰ、Ⅱ
総合	病棟実習

表2

医療社会学
カンファレンスⅠ、Ⅱ
乳児期の病態生理学
小児医学Ⅰ、Ⅱ
医療保育論
保育看護Ⅰ、Ⅱ
乳児保育Ⅰ、Ⅱ
療養保育Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ
音楽療法研究
家族理解と援助の社会学
カウンセリングⅠ、Ⅱ
発達臨床心理学Ⅰ、Ⅱ
障害児心理研究
病児保育研究
障害児保育研究
医療保育実習
終了論文

その他、選択で保育内容指導研究、幼児教育課程研究、教育方法技術研究、地域福祉、児童館論ほか

意見では、50%余では配置が望ましい、あるいは配置しても良いと考えており、特に小児科病床をもち、な

お慢性疾患が多い場合においては、特に必要性があると考えている。導入については、この時点では、保険点数化がまったくなかったために、経済的な問題で導入できない、保険点数によっては導入を考えるという病院もあったが、平成14年4月から、一応保険点数の保育士加算が病院の条件が整えば可能となり、保育士を配置する病院が増加することが期待される。

その場合問題となるのは、保育士の育成である。医療を理解し現場で医師、看護職や他のコ・メディカルと連携し保育を実践していける保育士を養成することであり、そのような保育士を病院に送り出せることである。医療保育では、医療を理解し、子どもの病気について十分な知識を身につけると同時に、帆足が提唱している保育看護の領域、つまり看護職と仕事が重なる領域について、保育の基本と医療を統合し、病気の子どもの保育という点からその技術を構築することが必要である。病棟の保育士の研修の場を増やすこと、また、これから病棟保育、病児保育、あるいは障害児の保育に進もうとする学生のために、医療保育としてのカリキュラムを充実したものに改定していくことが求められる。通信教育や、夜間の授業として、科目履修の形で医療関係の授業を学べるところがあることも望ましい。

現在の本学で実施しているカリキュラム内容と実際の病棟保育の保育内容を対比した場合、小児医学、小児看護学ならびに病気や障害を持つ子どもの心理学、カウンセリング、家族理解と援助の社会学などがあり保育士の業務のうち、生活の援助、心身の安定、家族援助、環境の整備については、その要素が十分取り入れられ、このカリキュラムの中で概略学ぶことができると判断するが、発達援助に必要な、遊び・活動などについては、講師が子どもの病気を理解していること、病棟という環境を理解していること、その上で内容を検討していかなければ充実には困難であり、実際に病棟で保育を実践している保育士がその点を補っていく必要が生じている。将来的には、医療に携わっている保育士が、教育のなかに入ることにより、他の業務、生活の援助、心身の安定、家族援助、環境の整備につい

てもより具体化され、さらに保育士からみた教育の課題が示されうる。そのことがよりよい教育に結びつくものと考えている。そのためには現在、医療の中で仕事をしている保育士自信が自分自身の研鑽を積むことも求められる。

医療の中で仕事をする保育士の社会的ニーズについて、病気の子どもをもつ親側からの意見についても報告する予定であったが、アンケートの作成に留まり、実施母体を決めるのに時間を要し、研究が途中の段階にあることをお断りし、これについては機会を見つけて報告をする。

キーワード 1) 施設 2) 痴呆性高齢者 3) 問題行動 4) 異常行動 5) ストレス

I、研究目的

前回の研究では、特別養護老人ホームで生活する痴呆性高齢者の問題行動や異常行動にはどのようなものがあるかを述べた。その結果、問題行動の中では暴力行為が最も多く、異常行動では徘徊が最も多かった。また、各事例を見ると、それぞれの行動はその行動単一で発生するのではなく何らかの行動と重複して発生している。例えば、暴力行為と帰宅願望、徘徊と異食などである。現れる行動は実に多様で複雑である。

今回は、それら問題行動や異常行動を出現させる原因はどこにあるのかについてまとめた。前回でも述べたが、ストレスがこれらの問題の根底にあると思われる。C. ジャーメインは、ストレスの原因として①生活の変化②環境の圧力③不適応な対人関係をあげている。人や環境との交互作用が適応的である場合は問題ないが、そのバランスが一旦崩れるとストレスが生じると述べている。普段私たちは、生活の変化や環境の圧力、対人関係にも多少の不適応を体験しながらも、なんとかバランスを保って生活している。しかし、人、時間、場所の認知を失っている痴呆性高齢者の多くは、これらの変化にうまく適応することは困難である。

本研究では、痴呆性高齢者に発生する問題行動、異常行動はなぜ出現するのか、その原因を見いだすことを目的とし、なら、原因を見いだすことによってストレ

ス解消の手立てが見つかると思ったからである。

II、研究方法

調査は前回と同様、特別養護老人ホームで発生した痴呆性高齢者の問題行動、異常行動を事例から抽出した。前回は30事例であったが、今回は3事例を追加し、3事例（関東地区）で調査を行った。事例には個別的なものが多いので、事例のフォーマットは前回と同様、日本老年行動科学会の高齢者ケースワーク研究会（ACS）で用いられているものを使用した。

なお、1事例で複数の行動が見られるものもあるので、行動は1事例必ずしも1行動ではない。

また、調査の方法は、いつ、だれに対して、どのような行為が見られその原因は何かについて行った。

III、研究結果

問題行動

①暴力行為

問題行動で一番出現率の高いのは、暴力行為であった。

暴力行為は、33事例のうち12事例あった。たばこを吸う習慣のある高齢者の要求を制限したときに起こす暴力が2件、職員や利用者との意志の疎通が、言語による障害や誤解などによってうまくいかないために起こす暴力が3件あった。また、おもしろくないことがあって起こす暴力が3

件あり、その他は4件であった。

次に、だれに対して暴力を奮うかであるが、その相手は、同じ施設で生活する利用者であった。その中でも暴力の標的となるのは弱者であり、弱者の中でも重度の痴呆性高齢者だった。

暴力の発生原因については、喫煙者ではたばこの制限が暴力を奮う原因となっており、飲酒者では、飲酒が暴力を奮う原因となっている。飲酒が暴力への引き金となるのは、権力誇示や承認欲求によるものであった。その他軽度の痴呆者では、自分の痴呆状態を受け入れがたい、認めたくないために弱者に暴力を奮うものがあった。また意志の疎通がうまく行かず、言っていることを誤解されたり、上手に話すことができないために暴力に及ぶ場合もあった。

②不定愁訴

問題行動のうち暴力行為に次いで多かったのは不定愁訴であった。

不定愁訴は5事例あったが、5事例中すべてが、常時、しかもいつということなしに訴えが起こっている。そして訴える相手はすべてが職員であった。また、不定愁訴の原因を調べてみると、身体の不調からくるものがほとんどで、たとえば、パーキンソン、メニエル病、抑うつ、不眠などであった。

③被害妄想

被害妄想は4件あったが、随時に発生している。妄想は利用者に対して抱くものが2件、職員に対して抱くものが2件あった。利用者に対しては、人ものを自分のものと思い込んでとられたと思う物とられ妄想、金銭を盗まれたといった被害妄想。職員に対しては、他の利用者にはしてくれることを、自分だけにはしてくれないと言って訴え続ける妄想であった。

④強迫観念

強迫観念は3事例あり、常時発生している。訴えは職員に対してであり、強迫観念の中身は失禁に対する恐れ（失敗したらどうしようという失禁恐怖）と体の不調による薬の頻繁な要求であった。

⑤危険行動

危険行動は3件あり時折発生している。中身は、歩けると勘違いし車椅子から転げ落ちる。抑制されることから自由になりたくて立ち上がり転倒する、というものであった。

⑥その他

その他は7件あり、盗癖、不潔行為、生活意欲の極端な低下、金遣いが荒い、職員の関わりの少ない夜間に不安が募り不眠、昼夜逆転、他の入居者に対する迷惑行動などであった。

異常行動

①徘徊

徘徊は3事例あった。徘徊は頻繁に見られ、帰宅願望や無目的な徘徊であった。無目的な徘徊では、やることがない、なんとなく落ち着かないといった理由によるものだった。

②異食

異食は2事例あった。随時発生し、異食の内容は便、枕、タオル、タオルケット、石鹼などを口にするというものであった。原因は口寂しいなどであり、職員は対応に苦慮し、解決の難しい行動であった。

③過食

過食は2事例あった。過食とは、必要以上に食べ物を食べてしまうというもので、時間に関係なく常に何かを口にしていなければ落ち着かないというものであった。原因は、抑制により気持ちが不安定になって

いる場合、また、同室者の死による不安であった。

④その他

その他は4件あった。随時に見られ、トイレトペーパーを必要以上に使ってしまふもの、所かまわず放尿する、作話するなどであった。原因は、在宅生活から施設生活への移動による環境の変化、自己顕示欲によるものであった。

次に、問題行動、異常行動はどのようなことが原因で発生するのか、その発生原因について調査した。

①体の不調が原因で発生するものは7事例あった。7事例すべて問題行動によるものであった。

②自分が痴呆と認識できないことが原因で発生するものが6事例あった。6事例ともすべて問題行動によるものであった。

③自分が周囲に承認されないことが原因で発生する承認欲求は5事例あった。5事例ともすべて問題行動によるものであった。

④物をとられるという妄想が原因で発生するものが3事例あった。3事例とも問題行動によるものであった。

⑤失禁してしまつたらどうしようという恐怖が原因で発生するものが2事例あった。2事例とも問題行動によるものであった。

⑥抑制が原因で発生するものは7事例あった。そのうち問題行動によるものは5事例、異常行動によるものは2事例あった。

⑦喪失感（配偶者その他の死）が原因で発生するものは3事例あった。そのうち問題行動によるものは1事例、異常行動によるものは2事例あった。

⑧その他原因がつかめない、あるいは不明なものが8事例あった。例えば、盗癖、放尿、原因不明の徘徊などであった。

IV 考察

ストレスが原因で痴呆性高齢者にさまざまな問題行動、異常行動が現れることは前述した。生活の変化、環境の変化、不適切な人間関係が原因でストレスが生じるのは必ずしも健常者だけとは限らない。痴呆性高齢者においてもまた、同じように発生する。人間である以上、だれにでもストレスは発生するといつていいだろう。しかし問題なのは、痴呆性高齢者にはそれらの行動が問題、あるいは異常であるといった認識や、その行動が基でストレスが発生するといった認識が全くないことである。したがって問題行動や異常行動が発生しても、それを自分で取り除くことができず、だれかに取り除いてもらわなければ解決できないということである。健常者への援助は自分で問題を解決できるよう手助けすることだが痴呆性高齢者への援助の場合、援助者は問題に介入し、その原因を突き止め、人的、物的環境を整えていかねばならない。いずれにしろ痴呆性高齢者のストレスは、周囲の者がそれに気づき人的、物的資源を用いて解決していかねばならないものである。

今回取り上げた33事例からストレスの原因を見てみると、事例そのものは個別的で把握しがたく見えるものの一般的な傾向が分かる。

体調不良によって起こる行動、自分で痴呆と認識できずに発生する行動、承認欲求が原因で発生する行動、失禁恐怖によって発生する行動、そのいずれもが問題行動という結果がでている。このことから考えられるのは、問題行動が生じる高齢者には、まだ人や周囲の環境に対する認識を失っていないということである。例えば、体調不良は、自分の体が思わしくないと認識でき

るからであり、失禁恐怖も、他人に失敗を見られることへ羞恥心であり、承認欲求は周囲の人に自分の存在を認めてもらいたいという欲求である。問題は、あきらかに自分の体を意識した行動あるいは社会を意識した行動といえる。問題行動への対応は痴呆性高齢者への接触を密にし体を気遣うこと、あるいは社会性を失わないためにも、承認欲求を満たし、社会的な達成感を高めるなど、職員側からの適切な対応が望まれる。こうした職員の適切な対応なしに問題行動の軽減はあり得ない。

反面、異常行動については原因不明なものが多かった。おそらく痴呆症状が重度になるにしたがって人や環境の認識が殆どできなくなり、そのことが発生原因を不明瞭なものにしている。人や環境の認識ができなくなるにしたがって問題行動から異常行動へと移行していくのではなかろうか。

問題行動、異常行動双方に見られるものとして、抑制によるものと喪失感によるものがあった。抑制によって体の自由がきかないというストレス感、近親者の死という悲しいできごとは、自分の痴呆状態を認識できていようがいまいが、高齢者にとって大きな痛手になると思われる。抑制では拘束せずすむ施設環境を整えていく必要があるだろうし、近親者の死については喪失感に対する配慮から、高齢者との対人関係に留意し、立ち直るきっかけを作ることが必要となる。

以上、高齢者の問題行動、異常行動、その原因について考察してきたが、今まで述べてきたように、特別養護老人ホームの痴呆性高齢者の心身の健康を考えた場合、いかにストレスを軽減し、住みやすい環境を整えるかが課題となる。人的、あるいは物

的環境を十分整え、高齢者の抱える問題一つ一つを分析し、それぞれに対応できる仕組みを作っていく必要がある。そうした積み重ねが高齢者のストレスを軽減し、ひいては高齢者の健康につながる。それには、職場研修が大きな役割を果たすであろうしさらに、施設を地域に開放し、情報の提供を行い、施設の評価を第三者に委ねるといふ、すでに行われている施策でもあるが、今後さらに積極的に進めていく必要がある。

参考資料

- 1) 井上 勝也監修 事例集「高齢者のケア」1巻～6巻 中央法規
- 2) ACS事例「入所後、施設の生活に不
適応と思われる状態を示している女性」 他32事例
- 3) カレル・ジャーメイン他著 小島蓉子
編訳・著「エコロジカル・ソーシャル
ワーク」 学苑社

医業経営コンサルタントの活用による医療施設設計手法

田中 一夫（株式会社 病院システム 代表取締役社長）

1. 建築設計業界を取り巻く環境の変化

－恒常的設計需要のある病院建築－

国内における、建設投資額は、旧建設省の平成11年度建築着工統計によると平成11年度で土木工事を除き、年間32.2兆円の規模とされている。設計監理費は工事額の約4～5%と考えられるので建築設計市場規模は年間約1兆3000億円から1兆6000億円の規模と推定される。さらに病院をはじめとする医療福祉施設系の設計を設計案件全体の約10%とすると約1300億～1600億円がその市場と言うこととなる。

医療福祉施設設計を手がける設計事務所は住宅、商業生産系建築の絶対需要からみてもその割合において小規模の分野にはいるが、バブル経済の終焉と共に設計需要が激減した商業建築系設計市場と異なり、恒常的な設計需要が存在する。それには2つの要因がある。

一つは、昭和30年代から40年代にかけて病院の拡充時期に建設された病院施設が、ちょうど今が築後30年から40年の建物のリニューアル時期に当たること。これは旧厚生省が平成4年と5年の二度にわたって調査した「緊急経営実態調査」において調査対象となった民間病院の86%が病院建て替え時期であると回答したことから伺える。

もう一つの要因は、平成11年度までのゴールドプラン（高齢者福祉推進十か年計画）とそれに続くニューゴールドプランの達成に向けて、各自治体で官主導の高齢者福祉関連施設建設を行っており、それぞれの目標値達成までの経済支援策である。これら状況が医療福祉施設の設計需要をしばらく恒常的に支えるものと考えられる。

2. 病院建築設計手法の変化

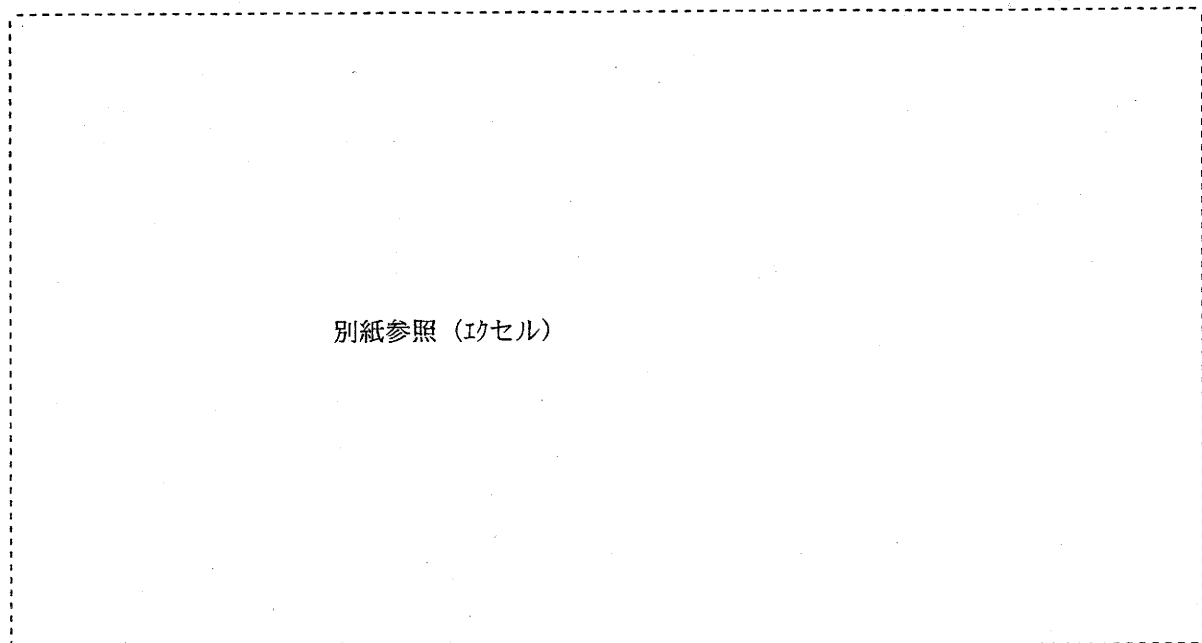
－病院設計は他の設計業務量の約2倍－

建築プロジェクトに対する社会的関心が高まり建築設計における検討範囲が拡大の方向にあることや病院建築そのものの高度化に伴う設計対象の拡大、医療技術、機器に対する設計上の対応の複雑化、医療環境の変化、経済環境の変化など病院建築設計プロジェクトは複雑化してきている。

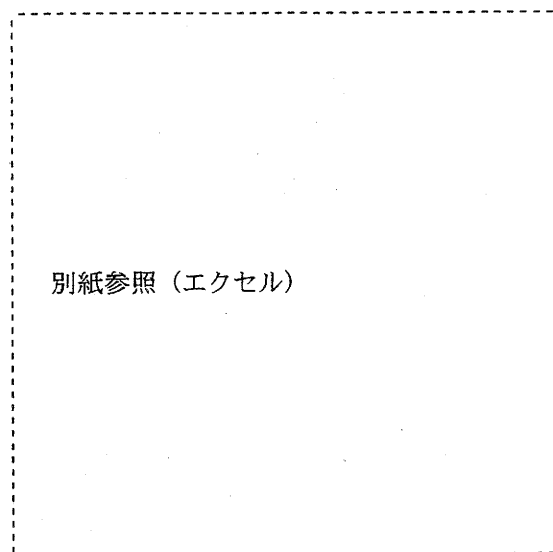
（表－1）は、昭和52年の病院設計と平成7年の病院設計の設計業務量を比較した資料である。設計料は、15年間の物価上昇、業務量の増大（約1.8倍）により約3倍になったが、設計者1人1日当たり換算の設計料収入では、1.54倍と収益性については逆に低下していることがわかる。これに引き替え同表の例示のマンション設計においては、この1人1日当たりの設計料が病院建築の約2倍の値となることから病院設計は他施設の設計業務量の2倍以上に手間がかかる設計ともとれる。

業務量の変化では、設計業務全体に占める各業務の割合の伸び率が2.58倍となった調査、条件把握作業が最も変化量が多い。次いで昭和 年当時にはなかった防災審議、構造審査等の申請業務が加わった許認可関連の申請業務、そして基本設計作業、実施設計作業の順だ。工事監理についてはあり大きな変化はな

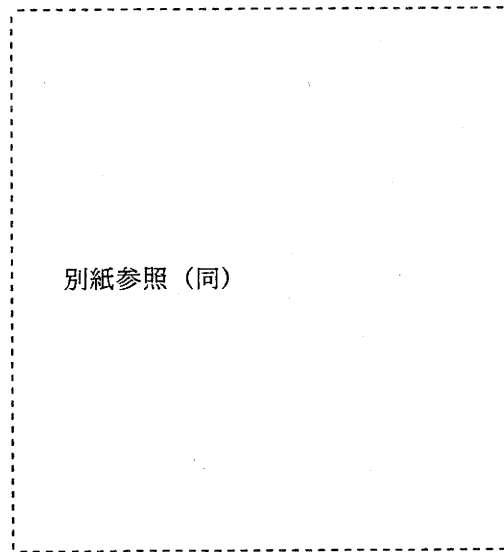
い。明らかに設計は、「図面を描くもの」という従来の概念から「調査し、条件を知り、要求を組み立て、図面化する」というものになってきた。



(表-1) 設計業務量の変化に関する比較 (某大手設計事務所業務管理統計資料より)



(図-1) 業務別の差



(図-2) 業務量の変化率

3. 病院設計手法の変化

— 病院システムコンサルタントが必要 —

設計業務量の増大の原因の一つに設計条件の把握、整理にかかる時間の割合が大きい。これは病院建築

においてこの設計と条件整理が非常に複雑になってきていることによる。

近年の医療施設を取りまく環境の変化には、医学の進歩、医療機器の発達や、医療法改正や診療報酬改訂、介護保険法など医療行政の動向と病院経営環境の厳しさや、医療、工業技術の発達に伴い病院内に多くの設備や最新機器の導入が計られるなど、設計と条件として整理すべき項目が多くなってきた。建築設計の多くは、病院建築に限らず、発注者側の設計と条件に従って基本設計、実施設計の順で設計を進める事となるが、病院側がこれら設計条件を整理するには、検討内容が多岐に亘り、その結果、未消化のままと条件として設計者に提示するケースが多くみうけられる。

設計者がいつも直面するものに、医療情報システムとしてオーダリングシステムを導入するという条件を病院側から提示された場合、設計者側では、外来患者の流れ、医事課側の受付業務フロー、他の患者動線、設置機器、台数を条件として提示を受けたいが、病院側からの明確な回答はなかなか期待できない。また、院内物品物流管理において、在庫量を減らすために定数管理方式を導入し、集中供給管理を行うという設計条件が与えられたとき、このレベルの条件だけでは情報不足で、設計者側ではどのようなワゴンを利用し、定時供給の時間帯はいつか？、管理対象物品は何か？、臨時物品は自走台車搬送システムを導入するのか？、コンピュータシステムは？、台数は？、運用体制は？、というレベルまでの情報を必要とする。また、病院で新たに購入予定の医療機器について、病院側の設計条件としては購入機器リストの提供までが設計条件なのか、機器の具体的なレイアウトや供給エネルギーの仕様提示までが条件なのか。病院側では当然、設計者が全て整理してもらえるものだとの思い込みがあり、逆に設計者では整理された条件が示されるものとの思い込みがあるので設計者と病院側でもめることが多い。これは、これらの条件整理にかかる業務量が極めて大きくなることから設計者側は、打ち合せ回数の低減やプロジェクトの手戻り及び空転の防止、設計事務所経営コストの削減策の上からも、限りなく具体的な条件提示を病院側へ求めることになる。

ここで問題なのは病院側が設計条件を設計者に伝えるという役割を担ったとした場合、設計者が求める条件レベルを的確に設計者に伝えられるかということである。その逆に設計者が整理することにおいても人件費が合わない。従って通常は、この条件整理がなされることは希で、病院側、設計者双方とも医療器械のメーカーやディーラー、その他関係業界の協力を仰ぐケースが多い。この場合、病院側において機器導入先のメーカーが決定されているものや専門知識を必要とする関係業界からの協力は設計の一部と見なされるが、対処の仕方によっては、病院、設計者共に主体性を失う結果となることさえある。これらの状況が続く限り、設計者側では病院側の条件未整理や主体性の欠如ということから病院側に対する不信感が生まれ、病院側では設計者に対する期待と設計者の行為の間のギャップから設計者の職能に対する信頼感喪失など病院側、設計者共マイナス面が多い。ここで恐れるのは、このことが病院建築の質の向上に対する障害となってしまうことである。（図-3参照）

そこで、必要なのが、病院の運営システムに熟知し、設計条件整理の重要性を認識した病院システムコンサルタントの存在である。米国では病院運営システムの構築から設計条件や基本設計などを手がける会社が病院建築設計では重要な位置を占めている。州によっては、病院システムコンサルタントを病院設計プロジェクトのメンバーに参加させることを義務づけているところもある。数年前に完成した東京築地の聖路加国際病院では、米国ロサンゼルスに本社を持つ病院専門のコンサルタント会社の MPA

が同病院の設計に際し1

(企画 調査 分析)、2

(規模計画)、3

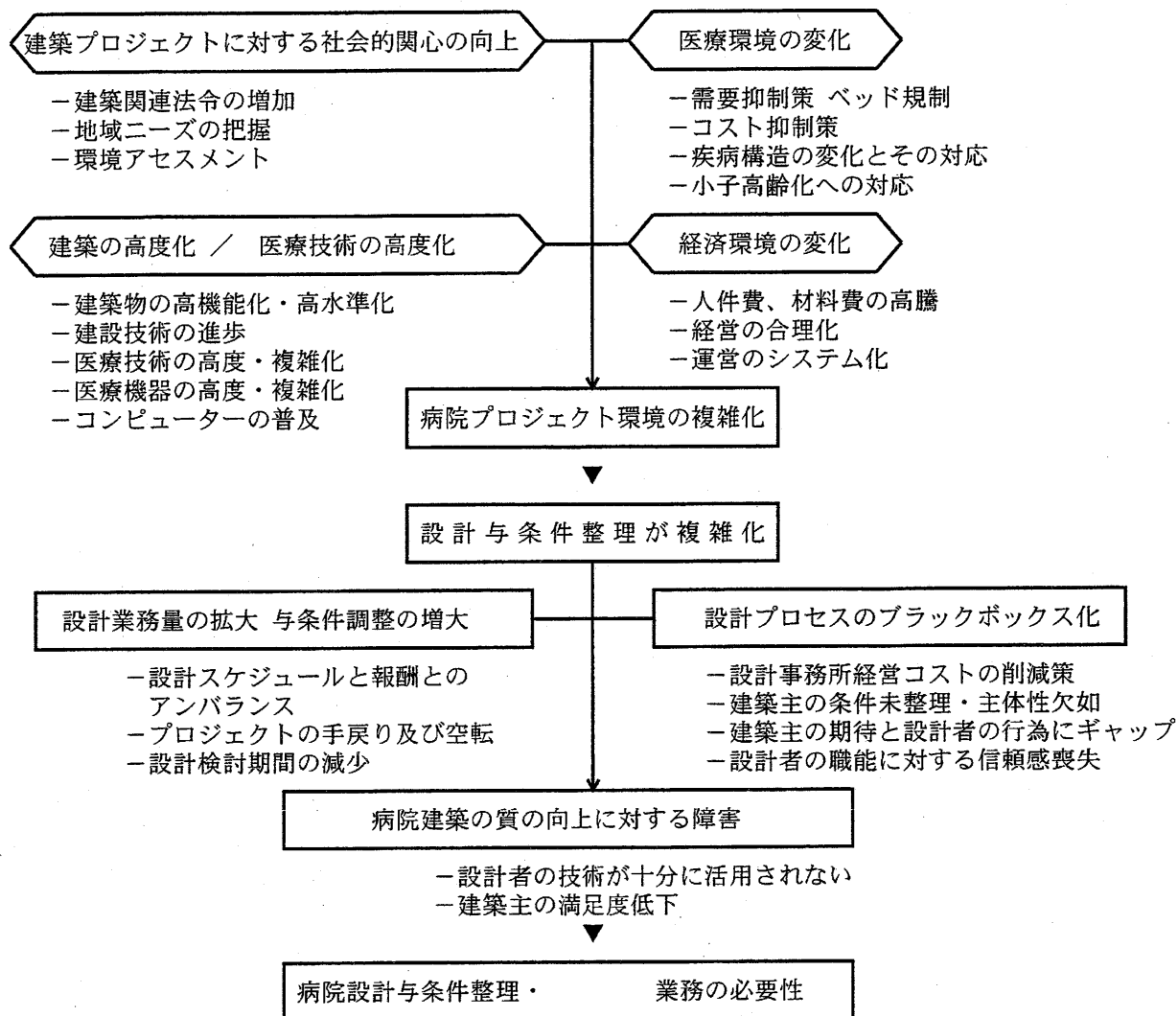
(基本計画)、4

(基本設計)、5

(運営システム対応施設設計条件作成)の5つのフェーズを受け持ち、実施設計を日

建設設計が担当した例は新聞でも報道された。最近では、このMPAと同様な事業形態を持つ弊社のような

コンサルタント会社が国内でも実際に業務に携わってきており、病院側の抱える諸問題の解決や設計条件の整理、作成を行い設計者に設計条件を伝える役割を担い始めた。



(図-3) 設計業務量拡大のプロセスと与条件整理の必要性の構図 (参考: 公共建築設計懇談会作成資料)

4. 病院設計と条件整理とコンサルティング業務

—病院設計産業の新たな仕組みの構築へ向けて—

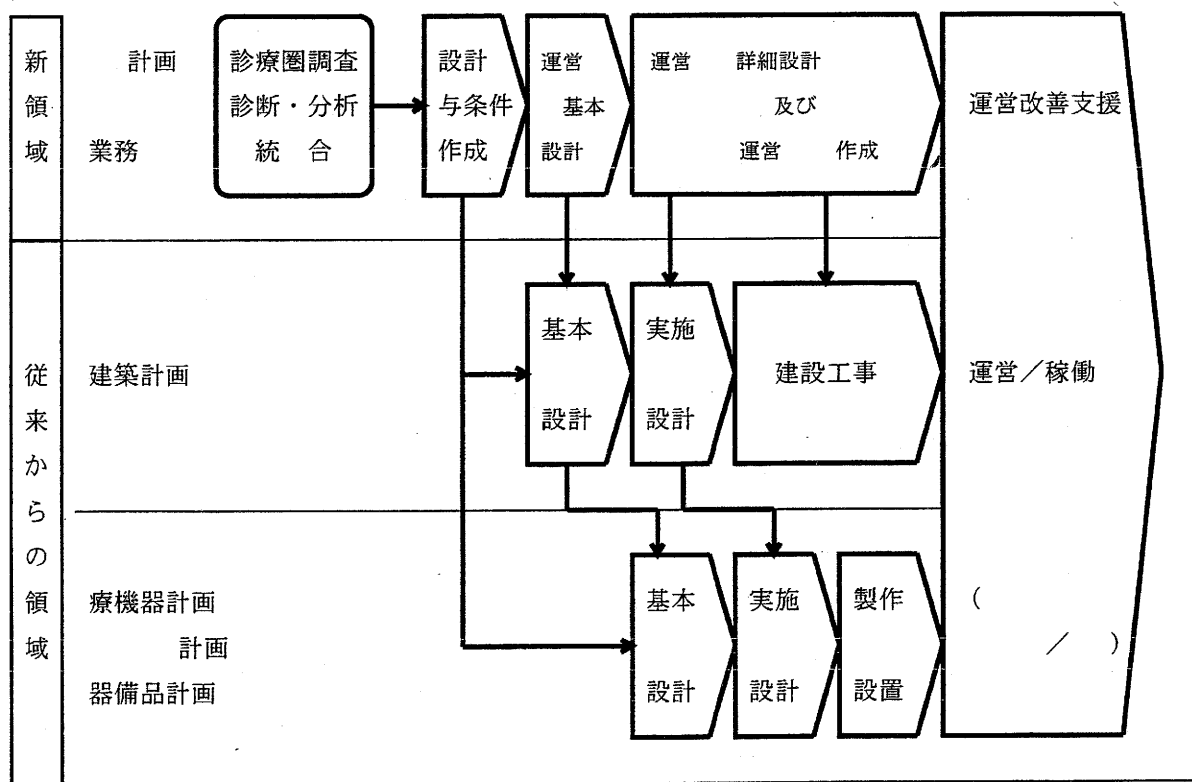
設計プロセスの中での設計の条件化作業とその前提となる調査、分析作業の成果は、その後の設計作業量を大いに左右する。前出のMPAのコンサルティング手法においても第1、第2段階の調査分析と規模計画に至る部分を最も重要な業務と位置づけ、十分な時間を割いている。

病院側の漠然とした、抽象的な要求の背景にある様々な事象の調査分析が、病院の現状での問題点であり、病院建設時における解決すべき課題となるからだ。この病院の内的要因の調査分析に対し、病院を取

り巻く外的要因として地域の患者の疾病傾向、数の把握など診療圏における患者の動向、競合する医療機関の調査分析も病院設計においては重要な要素となる。病院が備えるべき診療科、提供すべき医療サービスの種類、患者が求めているものの把握があって初めて病院の機能と規模が定まる。こうした設計の前段階の作業を行い、設計すべき病院の基本的な条件をまとめるのが病院システムコンサルタントの役割の一つとなる。そのほかコンサルタントは、患者への負担を軽減する事務手続きや待ち時間の短縮方法の確立、スタッフの業務の効率化、医療材料供給の確実性の実現等に向けて設備、コンピューターをどのようにに利用していくかなど院内の「人・物・情報」のシステム化を医師、看護婦、コ・メディカルスタッフと共同で行い、病院全体の管理・運営システムを設計者に伝える役割を負うプロジェクトマネージャーである。また、最近ではこれら策定した運営システムのオペレーションに必要な運営マニュアルを作成する病院が増えてきた。その分野においてもコンサルタントへの期待は大きいといえる。

このようにしてみるとこの新たな業務は、今までの病院の設計の概念からは、明らかに別の領域の業務で、これを設計者の業務範囲にすることには無理がある。

病院の組織、運営、人を設計し、それが設計条件となり初めて行為と空間の一体化がなされるものである。病院建築は単なるハードの設計では、病院の目的を達成できない。今後、病院経営はますます厳しさを増すが、病院の方々を中心に設計者、病院システムコンサルタントがそれぞれの役割と責任を明確にして、患者本位のよりよい病院づくりを実現させることが必要である。



(図-4) 設計建設のフローと病院システムコンサルタントの業務領域