

厚生労働科学研究費補助金
医療技術評価総合研究事業

地域で生活する障害児・者の自律生活を
支援する看護プログラムの開発
－居住型モデルの開発・実践－
(H16-医療-023)

平成16年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 杉下 知子

平成17 (2005) 年 3月

はじめに

我が国における平均寿命は、戦後間もない昭和22年には、男性50.06年、女性53.96年であったが、平成14年簡易生命表によると、男性の平均寿命は78.32年、女性の平均寿命は85.23年となり、今や世界一の水準に達している。これは、生活衛生の改善、医療技術の進歩、平和社会の維持など国民の努力と様々な社会的要因からもたらされたものであり、人類普遍の願いとして求められてきた「不老長寿」が近づいてきたと言えるかも知れない。しかし、長寿化は、一方では社会人口構造の高齢化をもたらしており、少子化と相まって21世紀の「少子・高齢社会」の様々な不安も懸念されている。疾患や障害をもつ人々の高齢化対策も深刻な問題となってきた。このような現代社会においては、人が生きていく上で、寿命の長い短いだけが重要なのではなく、「どのような生き方をしたか」という内容にこそ大きな意味があり、ひとり一人の「Quality of life:生活の質」を維持・向上することが、国民的な課題となっている。

看護職者は、これまで医療技術の進歩と共に実践・研究活動を行い、最先端医療に追いつくための知識と技術に注目してきた。しかし、「こう生きたい」という人の意思をも含めた生活の営みへの看護をより質の高いものへ向上させていくことにおいては不十分ではなかったか。疾患や障害があるなしに関わらず、生涯を通じて自分らしい自律した生活を営みたいという欲求は誰もが抱くものであり、医療・福祉サービス業種の多種多様化が進む現代、病院や施設、在宅など様々な看護実践の場で、「生活している人」として対象を理解し、看護を提供していくことは看護職としての役割を社会の中で位置づける上で、将来、ますます必要となっていく。

本研究は、疾病や障害を持つ障害児・者が地域の中で住みなれた家で家族と共に自律した生活を営むためには、どのようなサービスが必要かという課題に、看護がどのような役割を見出せるかを、実践活動をもとにしたプログラム開発という手法で挑戦した。医療技術の向上や在院日数の短縮等の医療の効率化により、以前なら施設や病院で入所・入院することを余儀なくされていた障害児・者が地域・在宅で生活できるようになったが、一方で生活管理や介護の問題、支援体制の不足から障害児・者とその家族が自律した生活を営むのが困難な現状がある。本研究の特色は、対象者(障害児・者とその家族)とサービス提供者である看護職者とが協同してプログラムを検討していくことにある。障害児・者やその家族と共に現状の課題を洗い出し、解決策を導くことは机上の空論でない実際に活用できるプログラムの構築につながり、看護職者も生活者の視点を踏まえた看護実践を再認識した上で確立できる。本研究は3年間で、障害児・者が自律した生活を家族と共に地域で営むための看護による支援プログラムの開発を、国内の3つのフィールドで実践活動を行いながら実施する。平成16年度は、本研究の1年目であり、国内外の先駆的研究・実践活動や自律支援ニーズの把握、自律支援の現状についての文献等による調査を行うと同時に、3つのフィールドにおいて本研究の意義の理解が得られ、実践活動と看護による自律支援プログラム試案の作成が開始された。17年度は、それぞれの試案を、障害児・者と家族・研究者・地域の看護職者が共同で、実践・評価・修正を繰り返し、自律生活に望ましい支援やニーズに適切な各種支援の方法論を導き出す。18年度には結果を共有して、わが国のこれまでの在宅看護システムと合わせて障害児・者のライフサイクルを通じての自律支援看護方法の検討を行ない、障害児・者の自律生活が可能になる看護支援プログラムを構築する。プログラムはホームページやパンフレット等で社会や看護実践の場に公表・提供し、看護職の社会的活動の適切性を提示する。また、公的負担の軽減等政策上の効果を踏まえながら看護職の社会における役割と適切な配置、さらに、実践活動は地域の看護職者と看護教員が協同で実施し、あるいは実践の場所が看護学部を持つ大学であることから、教育・研究機関である大学と教員がこのような活動の中で果たす役割について提案する。

最後に、本研究にご協力いただいた方々や関係諸機関に心より感謝申し上げます。

主任研究者 杉下知子(三重県立看護大学看護学部)

目 次

I. 総括研究報告

- 地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発
—居住型モデルの開発・実践— ----- 1
杉下知子
(資料) わが国の障害者福祉・老人福祉に関する統計資料

II. 分担研究報告

1. 地域で生活する障害児の自律生活を支援する居住型モデルによる
看護プログラムの開発・実践 ----- 12
鳥居央子、大脇万起子、法橋尚宏
2. 在宅に生活基盤を置く障害者への自律生活支援、介護負担が大きな家族への
通所・訪問・自律支援を伴った居住型サービスによる看護・介護プログラム開発
およびその体制作り」 ----- 22
石垣和子、山本則子、根本敬子
3. 医療依存度の高い障害者の在宅移行・地域交流を目的とする外出・外泊看護
プログラムの開発 ----- 28
杉下知子、河原宣子、深堀浩樹
(資料) 研究協力施設所在地
三重県における身体障害者・難病患者の現況に関する資料
三重県の社会福祉施設に関する資料
外出支援に関する訪問看護師との検討資料の一部
4. 各国における年少人口および老年人口の将来推移の比較検討 ----- 56
林邦彦、深堀浩樹
5. 地域で生活する障害者の自律支援に関する研究 ----- 65
飯田恭子

厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）

総括研究報告書

地域で生活する障害児・者の自律生活を支援する看護プログラムの開発—居住型モデルの開発・実践—

主任研究者 杉下 知子 三重県立看護大学看護学部

研究要旨

本研究は、障害児・者が家族と共に、地域において自律した生活を営むことを可能とするような看護による自律支援プログラムの開発を最終的な目的とする。プログラムの開発は、国内外の先駆的研究・実践活動の知見を踏まえた検討と共に、小児領域（滋賀フィールド）および成人・高齢者領域（千葉・三重フィールド）の3つのフィールドにおいて実際に看護実践活動を実施し、その結果をもとに検討・評価を行うという方法で進めている。平成16年度は、本研究の準備段階であり、小児及び高齢者人口の推移と将来予測に関する数量的動向と国内外における障害児・者の自律支援の現状を把握した。また、前述した3つのフィールドでは本研究の意義の理解が得られ、実践活動と看護による自律支援プログラム試案の作成が開始された。

分担研究者

鳥居央子

北里大学看護学部教授

大脇万起子

滋賀県立大学人間看護学部助教授

法橋尚宏

神戸大学医学部助教授

石垣和子

千葉大学看護学部教授

山本則子

千葉大学看護学部助教授

河原宣子

三重県立看護大学講師

林邦彦

群馬大学医学部教授

飯田恭子

東京都立保健科学大学教授

A. 研究目的

本研究は、増加する在宅障害児・者とその家族が、地域において生涯を通じて自律した生活が可能となるように、看護による自律支

援プログラムの検討を行い、実践活動をもとに、地域で実現可能なプログラムを開発することを目的とする。具体的には、国内外の障害児・者の動向や海外の先駆的施設・環境について資料収集や視察を行い知見を得るとともに、国内の複数の地域での看護実践の結果をもとに、居住型サービスへのニーズを把握し、障害児・者と家族・看護職者が共同で、プログラムの計画立案・実践・評価を行い、実現可能なプログラムを構築する。最終的には、各地の検討結果を統合し、小児期後期から成人期、高齢期まで生涯を通じて自律生活が可能になる支援プログラムを提案することを目的とする。平成16年度は、本研究の準備段階として、小児及び高齢者人口の推移と将来予測に関する数量的動向および国内外における障害児・者の自律支援の現状を把握し、また、国内の複数の地域で、看護による自律支援プログラム試案の作成に向けたニーズ調査、実践活動を実施することを目的とした。

B. 研究方法

① 看護による自律支援プログラム試案の作成に向けた実践活動の実施

滋賀フィールド（小児領域）・千葉フィー

ルド（成人・高齢者領域）・三重フィールド（成人・高齢者領域）の3フィールドにおいて、看護による自律支援プログラム試案の作成に向けたニーズ調査、実践活動を実施した。以下、フィールド毎に研究方法を記す。

<小児領域：滋賀フィールド>

滋賀をフィールドとし、在宅で生活する障害児と家族を対象に、講演会・質問紙調査の実施、および、障害児・者の外泊施設の設立準備を行った。

<成人・高齢者領域：千葉フィールド>

千葉をフィールドとし、障害者を対象とした聞き取り調査および千葉大学環境健康都市園芸フィールド科学センターでのデイケア実施の可能性を検討した。太田節子氏・根本敬子氏（以上、千葉大学）を研究協力者とする。

<成人・高齢者領域：三重フィールド>

三重をフィールドとし、身体障害者・難病患者の現況とサービスの把握、医療依存度の高い障害者が長期入院生活を営んでいる病棟における患者概要とニーズの把握、在宅療養者を対象とした外出支援の実施を行う。深堀浩樹氏（三重県立看護大学）を研究協力者とする。

また、今年度は財団法人日本救急医療財団

の厚生労働科学研究推進事業の助成を受け、カリフォルニア大学サンフランシスコ校看護学部での海外研修を行った。

② 高齢者人口の推移と将来予測に関する数量的動向と国内外における障害児・者の自律支援の現状の把握

・自律生活支援ニーズの数量的動向の把握として、小児・高齢者人口、障害児・者人口、ケア施設数、その利用者数の推移と将来予測といった基礎的資料を探索しまとめ、わが国における自律支援看護プログラムのニーズの特徴を検討した。

・日本および海外の障害者の自律支援の現状とアメリカにおける障害者福祉施策の現状を把握した。

<倫理面への配慮>

当該大学の倫理委員会の承認を得た。同時に、対象者へ研究の目的、内容、実施後の資料開示、協力拒否の権利、個人情報保護等を口述および書面にて十分に説明し、同意の得られた方を対象とし、契約書を交わすこととした。研究成果発表は毎回事前に内容を提示し発表承諾を得る。患者情報の守秘には万全の態勢を敷く。

C. 研究結果

1. 看護による自律支援プログラム試案の作成に向けた実践活動の実施

<小児領域：滋賀フィールド>

海外視察と試行プログラム実践の準備を行った。米国ノースキャロライナ州の自閉性障害者を対象とした Division TEACCHの Group homeの視察からは、家族も含めた同様の施設のモデルはアメリカでもほとんどないことがわかった。さらに、本事業以外の在宅の障害児への看護活動の対象者にニーズを聞き、自律支援の必要性の高い年長小児に焦点をあてることとし、協力を申し出た家族と共同で、活動の場（生活をする家）を確保し、協力の得られる複数の家族が一つの家で生活し、看護職が必要時ケアにあたる実践活動を計画した。今年度は、在宅で生活する障害児と家族を対象に、講演会・質問紙調査の実施、および、前述した障害児・者の外泊施設の設立準備を行った。

<成人・高齢者領域：千葉フィールド>

① 高齢者、障害児・者の保健福祉の先進国であるスウェーデンにおける在宅障害児・者のケア実情を把握した。

② 障害者を対象とした聞き取り調査の実施

障害者作業所および生活支援センターにおいて聞き取り調査を実施し、移動能力のある（介助による移動も含める）在宅障害児・者の行き場が大変不足していること、収入に結びつくような通所作業が通所の意欲を高めていること、在宅障害児・者は障害以外にも多くの健康課題を抱えていることが明らかとなった。

- ③ および千葉大学環境健康都市園芸フィールド科学センターにおいて、デイケア実施の可能性を検討した結果、本研究に施設利用が許可され、実践活動に向けての準備が整えられた。

<成人・高齢者領域：三重フィールド>

- ① 三重県における身体障害者・難病患者と移動支援や福祉・介護輸送といったサービスの現況を把握し、特に医療依存度が高い方々への外出・外泊プログラムへのニーズがあることが示唆された。
- ② 医療依存度の高い障害者（特に神経難病患者）が長期入院生活を営んでいる病棟における研修および看護師長からの意見聴取から、外泊・外出支援サービスへのニーズが存在することが考えられ、今後の研究における課題も明らかとなった。

③ 在宅療養者を対象とした看護による外出・外泊支援プログラムの検討・実施においては、訪問看護師のアセスメント能力・看護実践能力が必要であると示唆された。

- ④ 財団法人日本救急医療財団の厚生労働科学研究推進事業の助成によるカリフォルニア大学サンフランシスコ校での海外研修を行い、アメリカ合衆国と日本での高齢者ケアに関する制度や人々の意識、医療福祉制度、看護教育、ひいては文化や人口構成の共通点、および相違点に関する知見を得た。

3. 高齢者人口の推移と将来予測に関する数量的動向と国内外における障害児・者の自律支援の現状の把握

- ① 小児および高齢者人口の推移と将来予測に関する数量的動向の把握

北米、北欧、アジア、および日本における人口数、年少人口数、老年人口数の推移と将来予測に関する資料の検索・収集を実施した。その結果、2020年における自宅での生活支援プログラムのニーズの量は大きなものであることが示唆された。

- ② 国際的背景とアメリカの新しい取り組み
日本および海外の障害者の自律支援の現状

とアメリカにおける障害者福祉施策の現状と新しい取り組みについて把握した。先進国を中心として高齢者・障害者数は増加しており、また障害者の自律を推進する国際的意識が浸透してきた。障害者の地域生活を可能にする支援体制としてアメリカではNew Freedom Initiative に基づく取り組みが注目されている。国内外とも自律支援の必要な人口は増加しており、自律支援プログラムのニーズは大きいことが示唆された。

D. 考察

平成16年度は、小児及び高齢者人口の推移と将来予測に関する数量的動向と国内外における障害児・者の自律支援の現状を把握した。また、滋賀・千葉・三重の3つのフィールドでは本研究の意義の理解が得られ、実践活動と看護による自律支援プログラム試案の作成が開始された。

わが国において増加している在宅の障害児・者が、その持てる力を発揮し、地域の中で家族と自律した生活を営めることは、本人と家族にとってのみならず、医療費の増大する少子高齢化社会の中で重要なことである。それを可能にする支援は、彼ら自身と家族、支

援者によって共同して検討されることに意義がある。本研究では、障害児・者とその家族と共に、協力しながらプログラムの立案・実践・評価検討を行うよう準備を進めてきた。このことにより、より適切なサービスを検討でき、実態に即した支援プログラムを構築できると考える。ところで、プログラムの支援者としては、医療ケアと生活の支援が可能な看護職が適していると考えられ、その人材開発も必要とされる。看護職者に必要とされる能力についても今後さらに検討していきたい。また、本研究が目的とする居住型モデルは、障害児・者が家族と24時間生活する場所であり、看護職者がその運営に参加することを想定している。これにより、医療が必要だが入院・入所は断られるような地域で不安をかかえて生活する障害児・者にとってこれらサービスが望ましい形であることを提示し、看護職の適切性も提示していきたい。さらに、看護職の対応やサービスの内容を検討することは、地域の医療・教育機関の看護職を効率的に配置することが可能となると考えられる。障害児・者にとっては、自律した生活が可能となり、障害児・者と家族のQOLが向上し尊厳が守られ、同時に高額な医療・福祉サー

ビスの利用が減少し、公的な負担を押さえることができるかもしれない。平成17年度以降は、実践活動と看護による自律支援プログラム試案についてさらに検討を重ね、実践活動を中心におき、その活動を通じて、障害者のケアを、在宅～施設、重度～軽度、サービスの受け手～相互サービス提供といった視野で、総合的に捉えることを継続するとともに、申請者・研究分担/協力者全員での会議を適宜行って情報を共有するとともに、小児から高齢者へライフサイクルに沿う継続的な支援を検討し、障害児・者のライフスタイルを通じての自律支援看護プログラム開発を本格的に開始したいと考える。

E. 結論

1. 国内外とも自律支援の必要な人口は増加しており、看護による自律支援プログラムのニーズは大きいことが示唆された。
2. 滋賀・千葉・三重の3つのフィールドでは本研究の意義の理解が得られ、実践活動と看護による自律支援プログラム試案の作成が開始された。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

平成16年度は、本研究事業の準備の段階であったため、学術的・国際的・社会的意義を示すまでには至っていない。

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし。

資 料

わが国の障害者福祉・老人福祉に関する統計資料
(厚生労働省ホームページ 厚生統計要覧より抜粋)

障害者福祉 246

障害者福祉 246

第3-27表 身体障害者(18歳以上)の全国推計数、障害の種類
×年齢階級-性-障害の程度-障害の原因別

(単位:千人) 平成13年(2001)8月1日現在

障害の程度区分等	総数	視覚障害	聴覚言語障害	肢体不自由	内部障害	複発障害 (両種)
総数	3 245(100.0)	301(9.3)	346(10.7)	1 719(53.9)	849(26.2)	175(5.4)
18-19歳	11 (0.3)	—	1	8	2	1
20-29	70 (2.2)	7	9	45	9	3
30-39	93 (2.9)	8	13	59	13	6
40-49	213 (6.6)	16	22	130	45	11
50-59	468 (14.4)	47	38	271	113	10
60-64	363 (11.2)	29	24	198	112	20
65-69	522 (16.1)	37	40	290	154	37
70歳以上	1 482 (45.7)	155	195	709	394	86
男	1 779 (54.8)	154	164	940	521	107
女	1 423 (43.9)	142	176	787	318	66
1 級	850 (26.2)	105	1	243	501	88
2 級	614 (18.9)	74	88	445	6	47
3 級	602 (18.6)	27	70	341	165	22
4 級	660 (20.3)	28	64	397	170	8
5 級	260 (8.0)	34	5	221	—	4
6 級	216 (6.7)	32	101	83	—	1
事故	553 (17.0)	33	35	460	27	27
交通事故	144 (4.4)	6	6	131	1	6
労働災害	204 (6.3)	10	13	164	17	10
その他事故	185 (5.7)	17	16	165	9	11
戦災	55 (1.7)	4	7	39	6	5
疾病	849 (26.2)	77	65	474	233	57
感染症	76 (2.3)	3	6	47	19	4
中毒性疾患	13 (0.3)	2	2	6	3	2
その他疾患	760 (23.4)	72	57	421	211	51
出生時損傷	145 (4.5)	16	24	91	14	9
加齢	154 (4.7)	14	27	70	44	11
その他	349 (10.8)	47	45	149	108	12
不明	461 (14.2)	58	60	173	170	18
(参考) 平成8年(1996)	2 933(100.0)	305(10.4)	350(11.9)	1 857(63.7)	621(21.2)	179(6.1)

注:括弧内は構成比(%)である。又、総数には不詳を含む。
資料:障害保健福祉部「平成13年身体障害者実態調査」

第3-28表 身体障害者手帳所持の状況、障害の種類別

(単位:千人) 平成13年8月1日現在

障害の種類別	総数	手帳有り	手帳無し	回答無し
総数	3 245	3 117	40	88
視覚障害	301	288	3	10
聴覚・言語障害	346	323	9	14
聴覚障害	305	286	7	12
平衡機能障害	7	6	—	1
音声言語機能障害	34	30	2	2
肢体不自由	1 749	1 682	20	47
上肢切断	98	96	—	2
上肢機能障害	479	464	4	11
下肢切断	49	47	—	2
下肢機能障害	563	542	9	13
体幹機能障害	187	181	1	5
脳原性全身性運動機能障害	60	55	1	3
全身性運動機能障害	333	318	5	10
内部障害	849	825	9	17
心臓機能障害	483	451	4	8
呼吸器機能障害	89	86	1	2
じん臓機能障害	202	199	2	1
ぼうこう・直腸機能障害	91	85	1	5
小腸機能障害	3	3	—	—
ヒト免疫不全ウイルス による免疫機能障害 (両種重複)	175	165	4	7

注:()内は構成比(%)
資料:障害保健福祉部「平成13年身体障害者実態調査」

わが国の障害者福祉・老人福祉に関する統計資料(その2)
(厚生労働省ホームページ 厚生統計要覧より抜粋)

障害者福祉 246

第3-29表 身体障害者の疾患別の状況

平成13年6月1日現在
(単位:千人)

疾患別	推計数
全数	3 245(100.0)
脳性マヒ	80 (2.3)
脊髄性小児マヒ	65 (1.7)
脊髄損傷1(小児マヒ)	58 (1.4)
脊髄損傷2(四肢マヒ)	42 (1.3)
進行性筋萎縮性疾患	22 (0.7)
脳血管障害	341 (10.5)
脳性痙攣	17 (0.5)
その他の脳神経疾患	72 (2.2)
脊髄損傷3	281 (8.7)
リウマチ性疾患	98 (3.0)
中耳性疾患	73 (2.2)
内耳性疾患	58 (1.8)
角膜炎	35 (1.1)
水晶体疾患	17 (0.5)
網膜剥離・視神経炎	97 (3.0)
じん臓疾患	163 (5.2)
心臓疾患	360 (11.1)
呼吸器疾患	83 (2.6)
ぼうこう疾患	26 (0.8)
大腸疾患	34 (1.0)
小腸疾患	2 (0.1)
その他の	383 (12.1)
不明	90 (2.8)
不詳	74 (22.8)

注:()内は増減比(%)

障害者福祉 252-253

第3-37表 訪問介護員(ホームヘルパー)の設置市町村数・訪問介護員数・派遣対象世帯数、都道府県-指定都市-中核市(別掲)別

(2-1) 平成14年度末(FT2002)現在

都道府県 指定都市 中核市	設置市町村分		委託市町村分						派遣対象世帯数	
	市町村数	訪問介護員数	実施市町村数	市町村社会福祉協議会		社会福祉法人		その他		
				市町村数	訪問介護員数	市町村数	訪問介護員数	市町村数		訪問介護員数
全 国	2 775	108 859	2 544	2 050	32 535	699	26 282	529	47 377	82 534
北海道	138	2 873	120	100	1 315	16	602	38	831	1 733
青森県	60	1 311	48	39	534	23	491	6	270	577
岩手県	54	602	46	32	293	13	156	8	86	581
宮城県	66	855	55	30	420	7	77	25	331	364
秋田県	58	610	44	44	454	8	103	8	54	222
山形県	33	666	31	23	406	15	129	10	124	253
福島県	72	821	66	63	557	7	58	4	178	430
茨城県	78	1 106	70	58	671	12	103	9	328	601
栃木県	43	623	41	31	384	16	176	8	67	419
群馬県	45	819	44	40	562	9	83	4	130	563
埼玉県	87	4 102	76	63	1 524	33	1 443	34	983	1 880
千葉県	72	2 343	58	35	716	7	57	22	1 143	1 077
東京都	53	18 456	52	20	806	29	1 603	51	13 865	11 345
神奈川県	52	1 436	38	25	516	7	311	5	582	788
新潟県	90	1 331	88	72	935	16	118	15	234	725
富山県	30	333	25	16	187	8	57	7	34	184
石川県	30	234	26	17	115	9	70	5	36	268
福井県	35	330	24	22	279	-	-	5	48	199
山梨県	45	393	45	40	236	11	83	8	74	415
長野県	81	1 166	82	76	807	20	235	6	121	699
岐阜県	79	692	77	67	461	10	45	9	182	762
静岡県	72	1 544	69	63	1 091	21	169	9	190	795
愛知県	82	1 832	78	75	1 456	7	133	8	218	1 086
三重県	61	643	60	58	498	10	126	1	2	336
滋賀県	50	1 018	47	41	354	28	611	5	53	1 257
京都府	43	1 449	43	29	604	19	362	11	483	753
大阪府	42	4 612	40	21	1 004	29	1 334	22	2 190	4 348
兵庫県	83	4 293	73	53	731	23	1 694	19	1 374	2 043
奈良県	39	501	37	31	276	9	47	13	64	259
和歌山県	14	907	14	13	607	5	57	5	213	319
鳥取県	35	396	34	30	197	6	81	5	117	233
徳島県	46	859	40	30	216	17	299	11	342	418
香川県	50	343	44	38	242	7	7	3	28	262
愛媛県	76	912	76	47	572	25	272	4	68	669
高知県	56	1 642	48	33	564	19	604	10	474	656
福岡県	45	580	40	31	315	18	220	2	35	294
佐賀県	38	289	30	23	221	1	-	5	35	188
熊本県	68	1 283	54	54	939	5	158	8	186	822
大分県	41	429	35	26	282	6	66	3	73	207
鹿児島県	89	1 611	89	77	887	12	202	17	522	1 412
沖縄県	40	565	38	24	204	20	314	5	42	221
	72	1 112	72	58	561	11	420	3	121	519
	71	581	71	63	523	23	26	8	32	371
	44	717	44	34	304	21	203	11	210	511
	40	927	39	34	560	15	323	6	43	480
鹿児島	83	1 118	79	63	629	24	349	8	135	640
沖縄	38	974	37	26	297	13	601	6	67	587

資料:統計情報部「平成14年度社会福祉行政業務報告(福祉行政報告)」

わが国の障害者福祉・老人福祉に関する統計資料(その3)
(厚生労働省ホームページ 厚生統計要覧より抜粋)

障害者福祉 250-251

第3-36表 障害者関係施設の状況、年次別

各年10月1日現在

施設の種別	施設数						施設の種別	施設数(60年=100)						
	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)		平成14年 (2002)	平成2年 (1990)	平成7年 (1995)	平成10年 (1998)	平成11年 (1999)	平成12年 (2000)	平成13年 (2001)
施設数	3 662	4 723	5 537	5 658	6 123	6 948	7 601	117.6	140.8	156.8	162.1	169.2	173.7	206.4
身体障害者更生医療施設	1 033	1 321	1 517	1 668	1 766	1 883	2 022	116.9	136.5	150.4	154.1	159.1	163.3	195.7
(再掲)身体障害者療養施設	210	269	327	352	377	397	427	127.1	160.9	195.8	205.8	216.3	223.3	203.3
(再掲)身体障害者療養施設(入所・通所・療養)	313	392	443	462	461	467	486	117.1	135.4	143.8	145.3	149.3	149.6	155.3
児童福祉施設(障害児関係)	827	837	833	833	834	844	847	94.9	90.9	88.7	87.5	87.7	85.6	102.4
知的障害者医療施設	1 732	2 332	2 726	2 864	3 002	3 364	3 650	133.0	174.6	200.8	209.6	221.2	228.3	216.7
(再掲)知的障害者更生施設(入所・通所)	999	1 324	1 515	1 589	1 683	1 710	1 773	127.8	163.9	185.2	191.9	199.9	205.2	177.5
(再掲)知的障害者療養施設(入所・通所)	577	810	993	1 066	1 118	1 198	1 286	147.1	204.8	244.2	258.8	280.7	287.1	222.7
精神障害者社会復帰施設	90	233	401	473	521	557	1 082	108.2	233.0	401.0	473.0	521.0	557.0	1 082.0
(再掲)精神障害者生活訓練施設	31	80	149	152	205	232	246	31.0	80.0	149.0	152.0	205.0	232.0	246.0
(再掲)精神障害者療養施設(入所・通所)	26	79	145	171	190	205	236	26.0	79.0	145.0	171.0	190.0	205.0	236.0
施設数	164 975	221 395	246 652	254 947	266 027	273 048	288 132	168 092	203 578	228 539	237 179	247 840	256 296	256 296
身体障害者更生医療施設	38 965	46 509	50 151	51 368	52 780	54 434	56 622	34 889	41 494	45 113	47 343	49 905	50 156	52 099
(再掲)身体障害者療養施設	13 311	16 850	20 496	21 544	22 643	23 594	24 833	13 219	16 871	20 270	21 368	22 841	23 286	24 530
(再掲)身体障害者療養施設(入所・通所・療養)	14 849	17 160	18 236	18 425	18 932	18 893	19 283	13 615	16 029	17 257	17 678	17 929	18 062	18 341
児童福祉施設(障害児関係)	50 703	48 578	47 384	46 768	46 878	45 746	45 497	40 546	38 810	38 460	38 319	39 422	38 315	38 381
知的障害者医療施設	93 719	123 022	141 369	147 694	153 885	160 868	168 911	91 534	120 028	137 830	144 143	150 873	157 300	165 384
(再掲)知的障害者更生施設(入所・通所)	64 451	82 791	93 510	96 903	100 484	103 618	106 774	63 438	81 083	91 564	94 973	98 864	101 816	104 914
(再掲)知的障害者療養施設(入所・通所)	26 068	36 253	43 278	45 510	48 447	50 881	54 461	25 186	35 299	42 148	44 754	47 631	49 759	53 521
精神障害者社会復帰施設	1 588	4 246	7 748	9 117	10 200	12 001	15 093	1 123	3 259	6 236	7 374	8 640	10 525	13 668
(再掲)精神障害者生活訓練施設	693	1 711	3 084	3 739	4 223	4 775	5 063	466	1 149	2 133	2 812	3 064	3 587	3 822
(再掲)精神障害者療養施設(入所・通所)	562	1 820	3 434	3 999	4 500	4 941	5 813	446	1 614	3 216	3 772	4 457	4 969	5 651

注：1 児童福祉施設(障害児関係)とは、知的障害児施設、自閉症児施設、知的障害児通園施設、育児施設、ろうあ児施設、難聴児通園施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、肢体不自由児療養施設、重症心身障害児施設及び情緒障害児1施設等の施設である。
2 平成10年の児童福祉施設改正により定額児施設が廃止されたため、平成9年以前の数値は定額児施設を除外して計上している。
資料：統計情報部「平成14年社会福祉施設等調査報告書」

老人保健・医療 265

老人保健・医療 268

第4-2表 介護保険施設の施設数・構成割合、開設主体別

平成14年10月1日現在

開設主体	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
	施設数	構成割合(%)	施設数	構成割合(%)	施設数	構成割合(%)
施設数	4 870	100.0	2 372	100.0	3 903	100.0
都道府県	66	1.4	5	0.2	7	0.2
市区町村	323	6.6	119	5.0	177	4.5
広域連合・一部事務組合	170	3.5	29	1.0	-	-
日本赤十字社・社会保険関係団体	5	0.1	61	2.6	45	1.2
社会福祉協議会	14	0.3	2	0.1	8	0.2
社会福祉法人	4 292	88.1	154	6.5	3 588	92.0
医療法人	-	-	2 092	88.2	2 858	73.2
社団・財団法人	-	-	90	3.8	102	2.6
その他の法人	-	-	20	0.8	62	1.6
その他	-	-	-	-	644	16.5

注：「日本赤十字社・社会保険関係団体」とは、日本赤十字社、厚生(医療)農業協同組合連合会、健康保険及び労働保険組合連合会、国家公務員共済組合及び国家公務員共済組合連合会、地方公務員共済組合、国等町村職員共済組合連合会、日本私立学校振興・共済事業団、国民健康保険組合及び国民健康保険組合、全国社会保険協議会連合会をいう。
資料：統計情報部「平成14年介護サービス施設・事業所調査」

第4-6表 介護保険施設の在所者の構成割合(年次推移)、要介護度別

各年10月1日現在

要介護度	介護老人福祉施設			介護老人保健施設			介護療養型医療施設		
	平成14年	平成13年	平成12年	平成14年	平成13年	平成12年	平成14年	平成13年	平成12年
施設数	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
要介護1	9.1	10.0	12.3	13.0	13.2	16.0	4.7	4.7	5.9
要介護2	15.0	15.0	14.9	21.3	21.3	21.2	8.1	8.1	8.7
要介護3	18.2	18.2	19.0	22.9	23.5	24.0	12.1	11.9	14.6
要介護4	28.2	28.4	28.7	25.8	25.8	24.9	28.0	28.9	32.0
要介護5	28.9	27.7	22.9	16.7	16.0	13.4	44.2	43.3	37.9
その他	0.5	0.6	1.9	0.3	0.2	0.6	2.9	3.2	-0.9

資料：統計情報部「平成14年介護サービス施設・事業所調査」

わが国の障害者福祉・老人福祉に関する統計資料(その4)
 (厚生労働省ホームページ 厚生統計要覧より抜粋)

老人保健・医療 268

第4-7表 介護保険施設の在在者数・構成割合、主な傷病別

平成13年9月

傷病分類	介護老人福祉施設		介護老人保健施設		介護療養型医療施設	
	在在者数 (人)	構成割合 (%)	在在者数 (人)	構成割合 (%)	在在者数 (人)	構成割合 (%)
総数	309 710	100.0	223 895	100.0	109 329	100.0
I 感染症及び寄生虫症	1 236	0.4	651	0.2	222	0.2
II 新生物	4 336	1.4	2 826	1.3	1 652	1.5
III 血液及び造血系の疾患並びに免疫機能の障害	910	0.3	421	0.2	183	0.2
IV 内分泌、栄養及び代謝疾患	9 310	3.0	6 611	3.0	2 611	2.4
糖尿病(再掲)	8 273	2.7	5 983	2.7	2 470	2.3
V 精神及び行動の障害	74 296	24.0	65 987	29.5	14 975	13.7
痴呆(再掲)	64 879	20.9	63 217	28.2	14 014	12.8
VI 神経系の疾患	29 425	9.5	18 670	8.3	7 844	7.2
パーキンソン病(再掲)	8 047	2.6	6 248	2.8	3 348	3.1
アルツハイマー病(再掲)	13 996	4.5	10 337	4.6	2 459	2.2
VII 眼及び付属器の疾患	1 645	0.5	590	0.3	36	0.0
VIII 耳及び乳突突起の疾患	246	0.1	136	0.1	3	0.0
IX 循環器系の疾患	112 455	36.0	87 532	39.1	65 472	59.9
高血圧性疾患(再掲)	18 625	6.0	9 512	4.2	2 464	2.3
心疾患(再掲)	14 756	4.8	9 121	4.1	4 108	3.8
脳血管疾患(再掲)	107 254	34.6	68 115	30.4	58 495	53.6
X 呼吸器系の疾患	3 868	1.2	2 078	0.9	1 459	1.3
XI 消化器系の疾患	5 146	1.7	2 384	1.1	907	0.8
XII 皮膚及び皮下組織の疾患	454	0.1	185	0.1	170	0.2
XIII 筋骨格系及び結合組織の疾患	18 752	6.1	17 100	7.6	6 616	6.1
骨粗しょう症(再掲)	3 480	1.1	3 059	1.4	1 087	1.0
XIV 泌尿生殖器系の疾患	2 283	0.7	1 931	0.9	972	0.9
XV 先天畸形、変形及び染色体異常	238	0.1	109	0.0	31	0.0
XVI 症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見 で他に分類されないもの	402	0.1	384	0.2	123	0.1
XVII 損傷、中毒及びその他の外因の影響	10 020	3.2	15 680	7.0	5 895	5.4
骨折(再掲)	4 894	1.6	11 559	5.2	3 274	3.0
XXI 健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	-	-	20	0.0	20	0.0
不詳	4 720	1.5	697	0.3	138	0.1

注：1 傷病分類は「疾病及び関連保健問題の国際統計分類第10回修正」による。
 2 「XV妊娠、分娩及び産後」、「XVI産前・産中に発生した病態」及び「XXI傷病及び死亡の外因」は計数がないため掲載していない。
 資料：統計情報部「平成13年介護サービス施設・事業所調査」

老人保健・医療 270

第4-10表 介護保険施設の退所者数・平均入所日数、
退所後の行き先別

平成13年9月

退所後の行き先	介護老人福祉施設	介護老人保健施設	介護療養型医療施設
総数(人)	2 773	17 416	4 366
	(100.0%)	(100.0%)	(100.0%)
家	1.6	40.5	21.4
介護老人福祉施設	1.5	7.7	5.5
その他の社会福祉施設	0.2	1.5	0.5
介護老人保健施設	0.3	7.6	9.2
医療機関	28.9	39.3	34.1
死亡	65.5	2.3	28.6
その他	2.1	1.1	0.7
平均入所日数(日)	1 502.2	229.2	359.3

注：「その他」には行き先不詳を含む。
 資料：統計情報部「平成13年介護サービス施設・事業所調査」

厚生労働科学研究補助金（医療技術評価総合研究事業）

分担研究報告書

地域で生活する障害児の自律生活を支援する居住型モデルによる看護プログラムの開発・実践

分担研究者 鳥居 央子（北里大学看護学部教授）

大脇 万起子（滋賀県立大学人間看護学部助教授）

法橋 尚宏（神戸大学医学部保健学科助教授）

研究要旨

障害児と家族の自律生活を可能にする看護支援プログラムを開発し、対象者・研究者・地域の看護職者が共同で実践・評価を行い、実行可能なプログラムを提案することを目的に、今年度は調査分析・プログラムの開発・実践を行った。①障害児の自律生活を支援する看護プログラムの例はほとんどなく、米国の高齢者対象のものや、教育・福祉領域のものについて調査分析し、本研究の参考とした。②面接調査等から、年長の障害児の家族で自律生活支援のニーズが大きいことが確認されたが、看護職への期待はさまざまであった。③2名の障害児を対象に実践活動を実施し、看護による支援が可能であること今後の検討事項を確認した。また、試作したITシステムも活動実施に有効であることが確認された。

A. 研究目的

障害児と家族が地域の中で安心して生活できる場を、看護職者と協力して作っていききたいとの声が、家族から聞かれている。彼らは通常は専門的医療を要しないが、必要な支援は生活全般にわたることから、対応できる最適な専門職者として看護職が求められたと考えられる。そこで、本研究では、障害児・者の自律生活を可能にする生活支援と家族支援のための看護支援プログラムを、各種資料やこれまでの実践結果をもとに開発し、障害児と家族・研究者・地域の看護職者が共同で実践・評価を行い、実行可能なプログラムを提案することと、並行して、IT技術を利用した支援方法の検討を行い、効果的・効率的な方法を提案することを目的とした。

本プログラムで想定している場合は、基本的に障害児・者が24時間生活する場所（住宅）であり、家族の出入りが自由な形態である。それらは、彼ら自身によって運営されるものであり、看護職者は、定時および必要時の対応を行うものとするが、どのような形をとるかについては順次検討する。効率よく、地域の教育・医療機関の看護職者と連携することをめざす。

B. 研究方法

自律生活を看護職が支援する居住型モデルとして、まず米国で高齢者を対象として開発されている Assisted living facilities についての検討を行った。さらに、障害児・慢性疾患児を対象とするものとして、米国の自閉性障害者を対象とした Division TEACCH、慢性疾患児と家族を対象とするファミリーハウスの視察・資料収集を

行い、現状把握した。

以上と並行して、障害児を持つ家族のニーズおよび看護職への期待を面接調査等や文献から整理し、障害児と家族が看護職の支援を受けながら生活するモデル住宅とそこでの支援について検討した。同時に、本研究を周知させ、対象となる人々からのアクセスを容易にするようなホームページと、IT機器による観察システムを試案した。

（倫理面への配慮）

本研究は、主任研究者の所属機関の研究倫理委員会の承認を得た。対象者へは、研究の目的、内容、活用等についての説明、個人情報の保護、協力拒否の権利、実施後の資料開示についての保証に関し、口頭および書面で説明し、契約書を交わした。また、研究成果発表については、事前に内容を提示し承諾を得ることとした。なお、動物実験は行わない。

C. 研究結果

1) 資料・視察結果等による検討結果

Assisted living home (facilities) は、日常生活に何らかの介助・補助が必要な高齢者を対象とした、スタッフが24時間体制で生活面の援助（食事・入浴から投薬の補助まで）にかかわる居住型施設で、個々の入所者のQOLを重視したものである。スタッフとして看護職が配置されていることが多く、看護が主体的にかかわり、対象者の自立した生活を基本とする施設としては唯一のものと考えられた (Wallace M, 2003 ; Winn P, et al, 2002)。しかし、障害児・者を対象とした同様のものは認められなかった。

障害児・慢性疾患児を対象としたものとして、アメリカ合衆国の、自閉症者の施設（A）と、マクドナルドハウス（B）を見学した。これらの施設は、ボランティアを中心に運営され、医療スタッフもいるが、看護師が運営するものではない。Aは、大学（教育・福祉領域）によって運営されているもので、米国ノースキャロライナ州における自閉性障害者を対象とした Division TEACCH(Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children) の Group home であった(Mesibov GB, Schopler E, 1983)。Bについては、次ページ以降に詳しく報告する。

2) 障害児と家族が看護職の支援を受けながら生活する居住型施設とそこでの支援についての検討

①在宅の障害児と家族へのインタビューや文献等から検討したところ、年長の児の家族で今日中が他施設へのニーズが高いことがわかった。そのため、今年度は10代後半の障害児を対象として、実践を行うこととした。また、看護職者の役割や能力についての理解や期待はさまざまであり、実践で支援の提供を行い、対象者との共通認識を深め、その結果を広く発信する必要性が認められた。これらの詳細な調査結果の報告は、次の機会とする。

②①の結果をもとに、場所の確保、対象者の検討、実践スタッフの選定等も含めて、プログラムの検討を行った。今年度の実践活動は、平成17年3月に滋賀県内で行うこととなり、その地域に居住する対象者、および本研究と実践活動の関心があり障害児のケアに経験のある看護職者を選定し、2名の対象者について実施された。

③IT機器等の検討

実践に先立ち、本活動の広報を行うホームページを開設した。

さらに、施設内の対象者の居室について、動画・音声の状況が、ケア担当者の居室、その家庭、および研究室で観察できるモニタリングシステムを試行した。

④今年度の実践活動（上記②③）に関しては、5ページ後から詳しく報告する。

D. 考察

障害児と家族が、看護職者の援助のもとに自律した生活を行える場のモデルとしては、高齢

者を対象とするアメリカのAssisted living home (facilities) があるが、障害児・者を対象とするものについては見当たらない。しかし、同じくアメリカには、教育・福祉領域の施設や、ボランティアによって運営される施設もあり、看護職としての支援という点で、検討していく必要性が感じられた。また、障害児と家族の自律生活へのニーズについては、さらに検討を重ね、同時に、看護職の役割や能力についても周知していくことが重要と思われた。

今年度の実践活動は、安全に行われ参加者から不満が聞かれたわけではないが、個々の日常生活面・医療面については、ケア内容や人員・体制の改善の検討が期待されていた。

ホームページについては、今後、活動の状況を逐次掲載し、活動の予定についても詳しく広報し、対象者の受付を行うことを考えている。

ITシステムについては、スタッフ間の連絡、対象者の安心のために有効であることが確認されたが、今後は、さまざまな通信環境にある家庭においても動画・音声の双方向通信が安価で可能なように、汎用性とユーザインターフェイスを考慮した通信環境、すなわちインターネット、携帯電話、ゲーム機器の間で、相互のやりとりが可能な環境の構築を検討し、試作する必要がある。

E. 結論

障害児の家族では、児が自律した生活を行っていきける場を必要としており、看護職者とその支援者として期待されている。本研究における実践活動により、そのモデルが提示された。看護職者は、対象者に対して安全で満足のいくケアを提供できるが、ケア内容やスタッフ・体制等の検討が必須である。また、さまざまな環境において利用可能な安価なITシステムの開発が望まれている。

F. 健康危険情報：特記すべきものなし。

G. 研究発表

1. 論文発表：なし
2. 学会発表：なし

H. 知的所有権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得：なし
2. 実用新案特許：なし
3. その他：なし

アメリカと香港におけるファミリーサポートハウスの運営実態に関する視察調査 法橋尚宏（神戸大学医学部保健学科小児・家族看護学）

日本では、先端医療は都心部の専門病院で提供されることが多く、遠隔地から入・通院する患者とその家族は、経済的・身体的・精神的に大きな負担を抱えている。このような患者と家族を支援する社会資源として、病院の敷地内や隣接地において廉価で宿泊でき、患者と家族が安らげる宿泊施設の建設が進んでいる。その名称は統一されていないが、筆者はファミリーサポートハウスと総称することを提唱している。その運営形態は画一的ではなく、厚生労働省から建設費の助成を受けた慢性疾患児家族宿泊施設（親子なごみの家）、団体や個人の篤志家により設立されたファミリーハウスやドナルド・マクドナルド・ハウスなどがある。

しかし、日本ではファミリーサポートハウスの歴史が浅く、運営に不可欠なボランティアが確保できなかつたり、運営・維持費が割高であるなどの実情により、そのあり方を模索している段階にある。そこで、1974年にドナルド・マクドナルド・ハウスが誕生したという運営実績をもつアメリカ（7施設）、香港（2施設）におけるファミリーサポートハウスの視察調査をもとに運営実態を検討したので、その一部を施設別に報告する。

1) ドナルド・マクドナルド・ハウス・ダラム（図1-1）

最寄りの Duke Children's Hospital まで約1.6キロの距離があり、送迎のためのバンを所有する。23室のベッドルーム（5室は移植患児の家族用）があり、1泊\$10（移植患児の家族用は\$15）である。年間運営費は\$450,000におよぶが、その約90%は寄付金によってまかなわれている。地域住民の協力による Pop Tab Program（図1-2）があり、年間\$5,000の収入になる。母乳冷凍庫（図1-3）が設置されているなど、利用者のニーズに応じた配慮がなされている。

2) ロスアンゼルス・ドナルド・マクドナルド・ハウス（図2-1）

Childrens Hospital Los Angeles の隣接地にあり、32室のベッドルームを提供している。1泊の利用料は、短期利用は\$7、長期利用は\$10、移植患児の家族用は\$15である。ただし、利用者の55%は年収が少ないためにこれを免除されている。キッチンやダイニング、プレイルーム、図書室やビデオ室などの他、バーベキュー設備（図2-2）やエクササイズルーム（図2-3）も完備している。現在、隣接地に52室のベッドルームをもつ施設を増築中である。

3) Mission Hospital のドナルド・マクドナルド・ファミリールーム（図3-1）

ドナルド・マクドナルド・ハウスの新しい運営スタイルとして、Children's Hospital of Orange County (CHOC) at Mission には、5階の PICU (Pediatric Intensive Care Unit) の入り口に Ronald McDonald Family Room が開設されている。1室はテレビ、ソファー、パソコン、自動販売機などが設置されている休憩室（図3-2）で、入院児の家族が自由に利用できる。その隣にベッドルーム（図3-3）が1室あり、特定の家族が宿泊できるようになっている。

4) ドナルド・マクドナルド・ハウス・オーランド（図4-1）

Florida Hospital の隣接地に Ronald McDonald House of Orlando on the campus of Florida Hospital があり、22室のベッドルームを提供している（図4-2）。パントリー（図4-3）には、寄付されたリネンや洗剤などが多数保管されている。各ベッドルームと共同の電話室に電話があるが、地域の電話会社の協力により、入院児がいる病院など近距離電話は電話料金が無料である。約200名のボランティアが登録されており、家族への精神的サポートも実施している。

5) Matilda International Hospital の Sharp House（図5-1）

香港で有名な私立病院のひとつである Matilda International Hospital は、敷地内に Sharp House というホテルスタイルの家族宿泊施設を独自に開設している。客室は合計7室あり、そのうち4室がワンルームになっているが、大家族にも対応できるようにダブルルーム、トリプルルーム、4ルームになっている客室が各1室ある。各室にはキッチン（図5-2）などの設備に加えて、コット（図5-3）などの医療機器も完備している。

6) ドナルド・マクドナルド・ハウス・香港（図6-1）

1996年にアジアで最初のドナルド・マクドナルド・ハウスとして、Prince of Wales Hospital の隣接地に開設された。20室のベッドルームがあり、1泊の利用料はHK\$70（約1,000円）である。缶ジュースの自動販売機（図6-2）が設置されているが、その売り上げは運営費への補填として使われる。ボランティアが作ったパッチワーク（タペストリー）（図6-3）、絵画などがいたるところに飾られている。なお、筆者はここでボランティアを務めた経験がある。



図 1-1. 自然が豊かで、静かな場所に立地している Ronald McDonald House of Durham (Durham, North Carolina, U.S.A.) の概観



図 1-2. 運営費を得るための Pop Tab Program (アルミ缶のプルタブ回収運動のこと) の掲示板和回収されたプルタブ



図 1-3. 母親が搾乳した母乳を凍結保存しておくための母乳用冷凍庫の内部 (共同キッチン内に設置)

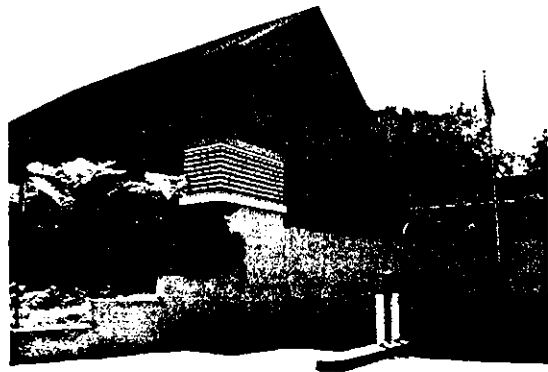


図 2-1. 32 室のベッドルームを提供している Los Angeles Ronald McDonald House (Los Angeles, California, U.S.A.) の概観

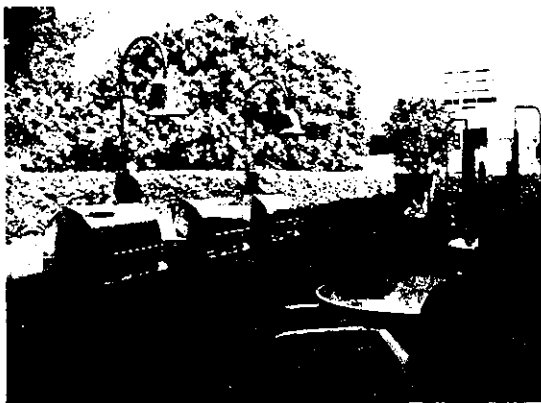


図 2-2. 施設内の庭でバーベキューを楽しむために設置されたコンロとテーブル・椅子

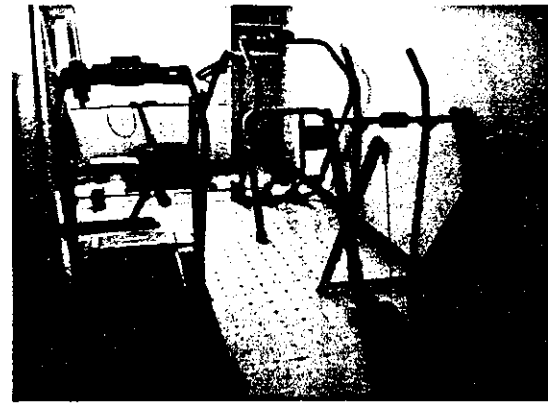


図 2-3. 運動を楽しめるように、トレッドミルやエアロバイクなどが設置されたエクササイズルーム

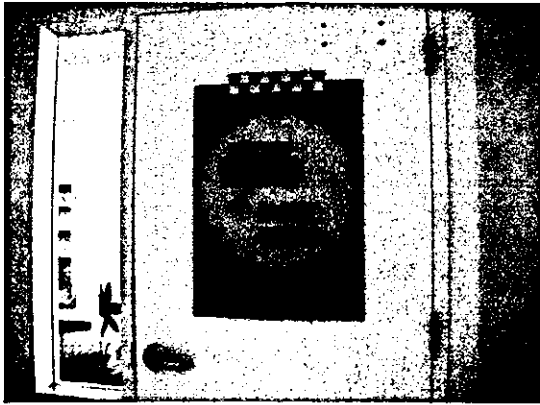


図 3-1. Mission Hospital (Mission Viejo, California, U. S. A.) の病棟にある Ronald McDonald Family Room の入り口



図 3-2. ソファ、テレビ、パソコンなどが設置されている Ronald McDonald Family Room の内部

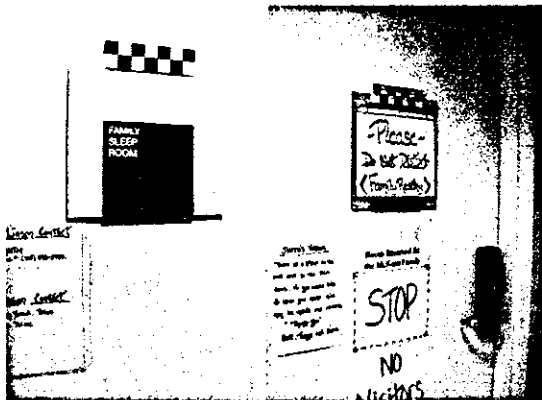


図 3-3. Ronald McDonald Family Room の横に設置された Family Sleep Room の入り口



図 4-1. Ronald McDonald House of Orlando on the campus of Florida Hospital (Orlando, Florida, U. S. A.) の外観



図 4-2. バスケットボールのテーマにしたがって裝飾されたベッドルーム



図 4-3. 寄付されたリネンや洗剤などが多数保管されているパントリーの内部



図 5-1. 病院独自に家族宿泊施設 Sharp House を開設している Matilda International Hospital (The Peak, Hong Kong SAR) の外観

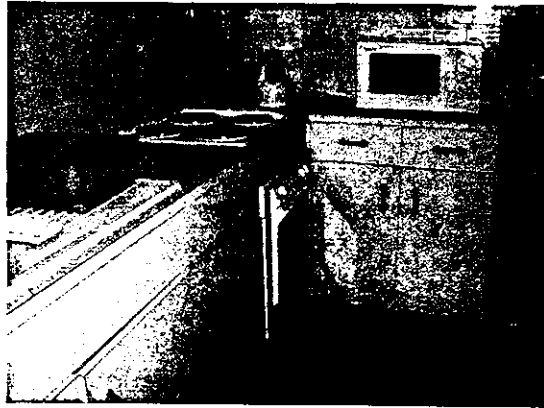


図 5-2. Sharp House の各室に設置されているキッチン

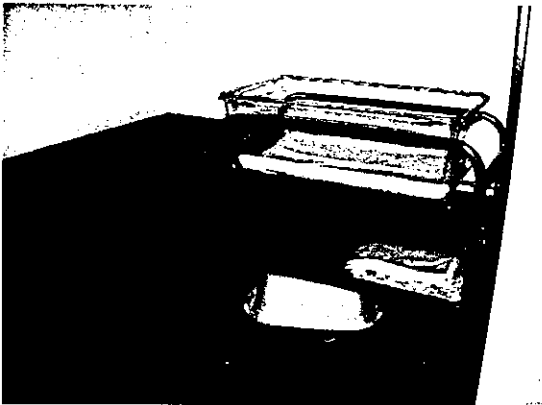


図 5-3. Sharp House の各室に設置されているコット



図 6-1. アジアで最初のドナルド・マクドナルド・ハウスとして開設された Ronald McDonald House Hong Kong (Shatin, Hong Kong SAR) の外観

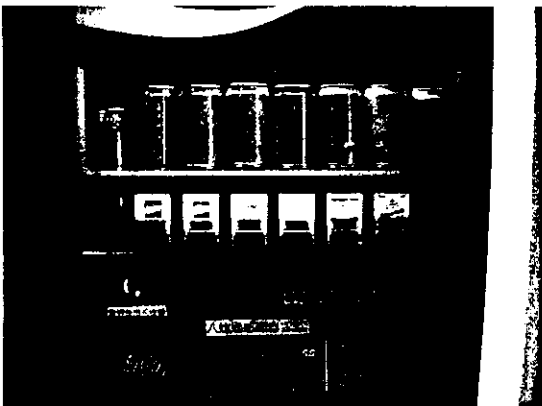


図 6-2. 売り上げが施設の運営費への補填として使われる缶ジュースの自動販売機

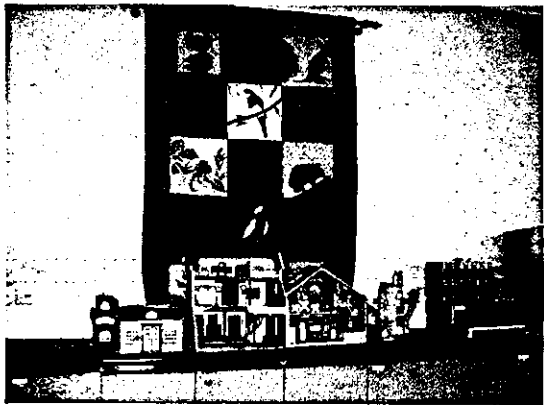


図 6-3. ボランティアが作ったパッチワーク (タペストリー)