

〔資料〕

# 全国の「ファミリーハウス」の設備状況と利用状況の実態調査 —慢性疾患児家族宿泊施設以外のファミリーサポートハウスを対象として—

法橋 尚宏<sup>1)</sup> 加茂沙和香<sup>2)</sup>

## 要 旨

近年、ファミリーサポートハウスの建設が進んでいる。慢性疾患児家族宿泊施設以外のファミリーサポートハウス(ファミリーハウスと操作的に定義)を対象として、設備状況と利用状況の実態調査を行い、26施設からの有効回答を分析した。

運営主体はボランティアが50.0%で最も多く、ボランティアの総登録人数も平均23.5名と多く、運営と管理にボランティアが不可欠となっていた。1日の宿泊費は平均1,446円と廉価であり、運営が営利目的ではないことがわかるが、一方では運営資金の確保が課題となっていた。部屋の年間平均使用率は56.1%とやや低く、ファミリーハウスの認識度を向上させることが改善策として考えられた。

ファミリーハウスから最寄りの病院までは、徒歩圏内が76.0%で最も多かったが、複数の交通手段の利用も24.0%あり、立地条件にばらつきがみられた。全部屋数は平均8.1室であり、慢性疾患児家族宿泊施設と同様に小規模であった。部屋内および共同利用の設備の設置率は、ファミリーハウスのほうが慢性疾患児家族宿泊施設よりも低いものが多く、ファミリーハウスのアメニティーの向上が望まれた。

成人患者とその家族も受け入れるファミリーハウスは76.9%と多く、宿泊可能な者の利用制限が慢性疾患児家族宿泊施設よりも少なく、利用対象者が幅広いという利点があった。利用者からの相談に対応できる人材は、ソーシャルワーカーなどの専門職は少なく、相談機能の充実が今後の課題である。

キーワード：ファミリーサポートハウス、ファミリーハウス、実態調査、設備状況、利用状況

## 1. はじめに

先端医療は都心部の専門病院で提供されることが多く、遠隔地からそこに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<sup>1)</sup>。このような患者と家族のための社会資源として、病院の敷地内や隣接地で廉価で宿泊でき、患者と家族が安らげる滞在施設(宿泊施設)の建設が進んでいる<sup>2)3)</sup>。その名称や運営形態は画一的ではな

く<sup>3)</sup>、厚生労働省からの建設費の助成を受けて開設された慢性疾患児家族宿泊施設(親子なごみの家)<sup>3)4)</sup>、民間企業が寄付を募って運営しているドナルド・マクドナルド・ハウス(マクドナルドハウス)<sup>5)</sup>、家族への精神的ケアを理念にしているホスピタル・ホスピタリティー・ハウス<sup>6)</sup>、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<sup>7)</sup>などがある。

筆者らは、これらを「ファミリーサポートハウス」と総称することを提唱しており、「入通院する患者とその家族を対象として、病院の近くで第二のわが家として生活できる住環境を提供し、トータルケアを

<sup>1)</sup>神戸大学医学部保健学科小児・家族看護学

<sup>2)</sup>神戸大学大学院国際協力研究科

実践する非営利の滞在施設」と定義している。ハウスという用語を使うのは、単なる宿泊施設や廉価なホテルではなく、患者と家族が安寧を保つ家として機能することを目的としているからである<sup>8)9)</sup>。

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、部屋の利用率が低かったり、運営に不可欠なボランティアを確保することが難しかったり、運営・維持費が割高であるなどの実情により<sup>11)4)10)</sup>、ファミリーサポートハウスのあり方を模索している段階といえる。筆者らは、慢性疾患児家族宿泊施設を対象として設備状況と利用状況の実態調査を報告<sup>10)</sup>したが、慢性疾患児家族宿泊施設とその他のファミリーサポートハウスとでは状況が異なることが予想できる。とくに個人が設立したファミリーハウスでは、運営者は闘病生活経験がある当事者であることが多く、利用者本位で運営されていることが指摘されている<sup>11)</sup>。また、慢性疾患児家族宿泊施設は原則として小児患者とその家族が対象であるが、これ以外のファミリーサポートハウスでは成人患者とその家族も対象としており<sup>12)</sup>、両者の運営上の課題は異なることが考えられるが、これを調査した報告はない。

そこで本研究では、慢性疾患児家族宿泊施設以外のファミリーサポートハウスを対象として、先行研究<sup>10)</sup>と同様に設備状況と利用状況の実態調査を行い、その役割と課題を検討することを目的とした。

## II. 対象と方法

2003年1月現在のファミリーサポートハウス一覧<sup>2)</sup>から、39ヶ所の慢性疾患児家族宿泊施設を除いた28施設を対象とした。本研究では、慢性疾患児家族宿泊施設以外のファミリーサポートハウスをファミリーハウスと操作的に定義する。2003年6月にファミリーハウスの運営者宛に送付状と自記式質問紙を郵送した。書面にて本研究の趣旨を説明し、同意が得られた場合のみ2003年6月末日までに返信するように依頼した。

質問項目は、先行研究<sup>10)</sup>に一部追加し、カテゴリ型(運営主体と立地条件、部屋と利用状況、部屋内の設備、共同利用の設備、利用料金、利用対象者、患者自身の宿泊、利用にあたっての優先条件、利用申請の手続き)および自由回答型(施設運営上の問題、患者の利用にあたっての配慮と環境整備)で構成した。データの集計には、Macintosh版の統計解析ソフトウェア JMP 5.1.1 (SAS Institute Japan) を使用し、記入漏れの項目がある場合はその項目を無効として処理した。

## III. 結果

2003年6月末日までに28施設中27施設から返信(回収率は96.4%)があったが、1施設は閉鎖予定であることを理由に全項目が無記入であった。以下では、26施設からの有効回答の集計結果を記載する。

### 1. 運営主体と立地条件

運営主体は、「ボランティア組織」が13施設(50.0%)で最も多く、「NPO法人」は4施設(15.4%)、「病院」は3施設(11.5%)、「財団法人」「個人」は各2施設(各7.7%)、「会社」「国」は各1施設(各3.8%)であった(n=26)。開設からの経過月数(2003年6月末日現在)は、 $68.5 \pm 56.2$ ヵ月(範囲は6~245ヵ月)であった(n=26)。

ボランティアの有無は、「いる」は19施設(82.6%)、「いない」は4施設(17.4%)であった(n=23)。ボランティアの総登録人数と1日あたりの活動人数は表1に示した。なお、運営主体別にボランティアの総登録人数をみると、「財団法人」は $100.0 \pm 113.1$ 名(範囲は20~180名)、「NPO法人」は $49.0 \pm 34.4$ 名(範囲は12~80名)、「ボランティア組織」は $15.5 \pm 13.2$ 名(範囲は1~47名)、「個人」は $3.5 \pm 2.1$ 名(範囲は2~5名)、「病院」「会社」「国」は各0名(各0%)であった(n=23)。

利用者からの相談に対応できるファミリーハウス内の人材については、表2に示した(n=26)。

表1. ファミリーハウスの主な設備状況と利用状況

	平均	最小値	最大値	n
ボランティアの総登録人数 (名)	23.5 ± 39.6	0	180	23
1日あたりのボランティア活動人数 (名)	2.9 ± 5.5	0	20	17
最寄りの病院までの所要時間 (分)	13.1 ± 11.1	0	45	24
全部屋数 (室)*	8.1 ± 8.1	1	37	25
施設の最大収容可能人数 (名)*	21.5 ± 21.5	3	100	24
1部屋の面積 (m <sup>2</sup> )	19.5 ± 11.5	8.1	49.5	25
1部屋の最大収容可能人数 (名)	4.2 ± 2.5	2	13	25
部屋の年間平均使用率 (%)	56.1 ± 27.5	10.0	98.0	23
利用者の滞在日数 (日)	21.7 ± 30.2	2	110	21
1日の宿泊費 (円)	1,446.2 ± 597.5	0	2,500	26

\*: 北海道ファミリーハウスを除く

表2. 利用者からの相談に対応できるファミリーハウス内の人材

	いる (対応可能)	いない
運営者	16 (61.5)	10 (38.5)
ボランティア	13 (50.0)	13 (50.0)
ソーシャルワーカー	6 (23.1)	20 (76.9)
看護師	6 (23.1)	20 (76.9)
医師	5 (19.2)	21 (80.8)
カウンセラー	5 (19.2)	21 (80.8)
ヘルパー	1 (3.8)	25 (96.2)
社会福祉士	1 (3.8)	25 (96.2)
介護支援専門員	1 (3.8)	25 (96.2)
福祉用具専門相談員	1 (3.8)	25 (96.2)

施設数 (%), n = 26

表3. 部屋内の設備

	あり	なし
トイレ	17 (65.4)	9 (34.6)
風呂	17 (65.4)	9 (34.6)
台所	13 (50.0)	13 (50.0)
冷蔵庫	13 (50.0)	13 (50.0)
電子レンジ	9 (34.6)	17 (65.4)
テレビ	21 (80.8)	5 (19.2)
電話	11 (42.3)	15 (57.7)
クローゼット	15 (57.7)	11 (42.3)
その他	11 (42.3)	15 (57.7)

施設数 (%), n = 26

ファミリーハウスから最寄りの病院までの所要時間は表1に示した。交通手段は、「徒歩のみ」は19施設(76.0%)で最も多く、その他の6施設(24.0%)は「徒歩」「電車」「バス」「車」「自転車」の複数利用であった(n=25)。

## 2. 部屋と利用状況

全部屋数、施設の最大収容可能人数、1部屋の面積、1部屋の最大収容可能人数、部屋の年間平均使用率、利用者の滞在日数は表1に示した。なお、北海道ファミリーハウスは、アパートのオーナーやホテルなどから提供された部屋を紹介・提供する形態をとっており、札幌市内に合計127部屋を確保している。この北海道ファミリーハウスを含むと、全部屋数は12.7±24.6室(範囲は1~127室)(n=26)、施設の最大収容可能人数は28.6±41.5名(範囲は3~200名)であった(n=25)。

## 3. 部屋内の設備

部屋内の設備の有無は表3に示した(n=26)。「その他」の内訳は、「エアコン」が7施設(26.9%)、「ビデオ」が5施設(19.2%)、「インターネット端末」「ファックス」「炊飯器」「掃除機」「洗濯機」「こたつ」が各1施設(各3.8%)であった(複数回答あり)。

## 4. 共同利用の設備

共同利用の設備の有無は表4に示した(n=23)。「その他」の内訳は、「トイレ」「電子レンジ」が各2施設(各8.7%)、「コンピュータールーム」「公衆電話」「車椅子」「除湿器」「アイロン」「布団乾燥機」が各1施設(各4.3%)であった(複数回答あり)。

駐車場の有無は、「あり」は16施設(61.5%)、「なし」は10施設(38.5%)であった(n=26)。

## 5. 利用料金

1日の宿泊費は表1に示した(n=26)。宿泊費以外に必要な費用の有無は、「あり」は15施設(57.7%)、「なし」は11施設(42.3%)であった(n=26)。その費用の内訳は、「リネン代」が8施設

表4. 共同利用の設備

	あり	なし
台所	12 (52.2)	11 (47.8)
冷蔵庫	13 (56.5)	10 (43.5)
洗濯機	17 (73.9)	6 (26.1)
風呂	11 (47.8)	12 (52.2)
プレイルーム	9 (39.1)	14 (60.9)
集会室	6 (26.1)	17 (73.9)
図書室	2 (8.7)	21 (91.3)
その他	5 (21.7)	18 (78.3)
施設数 (%), n = 23		

表5. 入通院する患者の年齢による利用制限

制限あり (小児患者とその家族のみ)	6 (23.1)
18歳未満	5 (19.2)
20歳未満	1 (3.8)
制限なし (成人患者とその家族も可能)	20 (76.9)
施設数 (%), n = 26	

(30.8%), 「光熱費」が5施設 (19.2%), 「共同費」「洗濯機使用料」が各2施設 (各7.7%), 「入浴料」が1施設 (3.8%) であった (複数回答あり).

#### 6. 利用対象者

小児患者とその家族のみならず, 成人患者とその家族も利用対象者とするか否かについては表5に示した (n=26).

宿泊可能な人 (患者からみた続柄) は, 「父」「母」「きょうだい」「祖父」「祖母」は各26施設 (各100%) で, 「親類」は23施設 (88.5%) であった (n=26). これ以外に宿泊可能な人は, 「友人」は2施設 (7.7%), 「付き添いの人とその人をフォローする人」が1施設 (3.8%) であり, 「制限なし」は5施設 (19.2%) あった.

#### 7. 患者自身の宿泊

患者自身の宿泊の可否は, 「可能」は20施設 (76.9%), 「条件付きで可能」は4施設 (15.4%), 「禁止」は2施設 (7.7%) であった (n=26). 「条件付きで可能」の内訳は, 「病院から外泊許可が出ている場合」「運営者が承認した場合」が各2施設 (各7.7%), 「家族が同伴する場合」「全責任は保護者が負う旨の誓約書を書いた場合」「患者がターミナル期の場合」が各1施設 (各3.8%) であった (複数回答あり).

#### 8. 利用にあたっての優先条件

施設利用にあたっての優先条件の有無は, 「あり」は12施設 (46.2%), 「なし」は14施設 (53.8%) であった (n=26). 優先条件の内訳は, 「患者の年齢, 症状, ケアによる優先」は11施設 (42.3%), 「居

住地などの地理的条件による優先」は5施設 (19.2%) であった (複数回答あり).

#### 9. 利用申請の手続き

事前予約の可否は, 「可能」は17施設 (68.0%), 「不可能」は8施設 (32.0%) であった (n=25). 事前予約ができる施設の予約受付期間は, 「1ヶ月前から」「1週間前から」は各2施設 (各8.0%), 「1日前から」「10日前から」「90日前から」は各1施設 (各4.0%) であり, その他の10施設 (40.0%) では規定がなかった. また, 即日利用の可否は, 「可能」は24施設 (96.0%), 「不可能」は1施設 (4.0%) であった (n=25).

#### 10. 施設運営上の問題に関する自由記載

施設運営上の問題に関する自由記載を文脈から同じ内容でまとめると, 国や地方自治体をもっと援助して欲しいなどの「施設運営の財政難」が4施設, 施設の老朽化に伴い利用率が減少しているなどの「施設の老朽化と施設提供者の高齢化」が2施設, 「ファミリーハウスへの病院の理解が低いこと」「ターミナル期の患者に対する病院との緊急対応体制の確立」が各1施設であった (n=6, 複数回答あり).

#### 11. 患者の利用にあたっての配慮と環境整備に関する自由記載

患者に対して配慮している点, 特別に行っている環境整備に関する自由記載欄を文脈から同じ内容でまとめた (n=15, 複数回答あり). 「感染・衛生面の配慮」は5施設で, 生け花の設置禁止, 消毒薬の設置, 感染状況に応じて個室へ移動, 念入りな清掃などがあった. 「できる限り家庭と同じような環境整備」は4施設あり, 子どもが安心して休めるように配慮する, 家族ごとに団欒のひとときを過ごしても

らうなどがあった。「医療的配慮」は4施設で、宿泊管理者にヘルパー有資格者を配置、医師の指示があれば遵守、吸引器の貸し出し、ナースコールの取り付けがあった。「施設のバリアフリー」は2施設で、車椅子を設置しているなどがあった。

#### IV. 考 察

以下では、慢性疾患児家族宿泊施設を対象として行った先行研究<sup>10)</sup>との比較を交えながら考察していく。

##### 1. ファミリーハウスの運営と管理

ファミリーハウスの運営主体はボランティアが50.0%で最も多かったが、慢性疾患児家族宿泊施設の運営主体は75.9%が病院であり、両者は大きく異なっていた。また、ボランティアの総登録人数は、慢性疾患児家族宿泊施設では平均2.6名であったが、ファミリーハウスでは平均23.5名(表1)と多かった。ファミリーハウスでは、施設運営から清掃までボランティアが行っているところも多く<sup>8)13)</sup>、廉価な利用料金を維持していくためにも、運営と管理にボランティアの活躍が不可欠になっている<sup>5)11)</sup>ことが裏づけられた。

1日の宿泊費は、ファミリーハウスでは平均1,446円であり(表1)、慢性疾患児家族宿泊施設の平均1,228円と同様に廉価であり、いずれも患者と家族の経済的負担の軽減が目的であって、営利目的ではないことがわかる。一方で、施設運営上の問題に関する自由記載では「施設運営の財政難」があげられており、原則的に宿泊費で黒字になるファミリーハウスはない<sup>11)</sup>ことをあわせると、財政基盤の充実が課題である。企業や個人からの寄付を募ることも必要となり、講演会やチャリティーコンサートなどにより収入を得ることも多いが<sup>32)</sup>、安定した運営資金の確保がファミリーハウスの維持に必要であると考ええる。

部屋の年間平均使用率は56.1%とやや低く、施設により10.0~98.0%とばらつきがみられた(表

1)が、この状況は慢性疾患児家族宿泊施設でも同様であり、施設によっては利用しにくい環境や体制があることも予測される<sup>4)</sup>。また、慢性疾患児家族宿泊施設を併設している病院を対象とした調査<sup>4)</sup>では、病児の両親の32.9%が慢性疾患児家族宿泊施設の存在を知らないことが報告されており、ファミリーハウスでも同様に需要があるにもかかわらず施設の認識度が低いことが年間平均使用率を低くする要因のひとつとして考えられる<sup>5)</sup>。ファミリーハウスの関係者が潜在的なニーズがある病院を訪問して宣伝しているという報告もある<sup>15)</sup>が、さらなる認識度の向上を図ることが課題といえる<sup>16)</sup>。

利用者の滞在日数は、ファミリーハウスでは平均21.7日であり(表1)、慢性疾患児家族宿泊施設の平均16.1日より長かった。ファミリーサポートハウスには、利用期間に制限を設けて短期滞在者を対象とした施設、長期滞在者を優先している施設、短期滞在者と長期滞在者の区別をしない施設があり<sup>11)</sup>、この方針によって滞在日数の違いが生じる可能性があるが、さらなる検討が必要である。

##### 2. ファミリーハウスの立地条件と設備

ファミリーハウスから最寄りの病院までの交通手段は、徒歩が76.0%で最も多かったが、複数の交通手段の利用が24.0%であり、利用する施設によっては交通費や労力の負担が生じる。また、所要時間の最長は45分であり(表1)、慢性疾患児家族宿泊施設の100%が最寄りの病院から徒歩圏内にあることに比べて、ファミリーハウスの立地条件にはばらつきがみられる。しかし、慢性疾患児家族宿泊施設では利用者が特定の病院の患者と家族に限定されることが多いのに対し、ファミリーハウスでは複数の病院の患者と家族を受け入れるという利点もある<sup>2)15)</sup>。ただし、病院に隣接していないとファミリーハウスとしての機能が十分に果たせない<sup>11)14)</sup>、地理的な条件で病院が特定されていくことが多いと思われる<sup>11)</sup>。

全部屋数は平均8.1室であり(表1)、慢性疾患児家族宿泊施設の平均5.7室と同様に小規模といえ

る。これは、地域によっては大規模なものを必ずしも必要としないことが理由として考えられる<sup>5)</sup>。また、需要が高いところでは、多くの人の善意と熱意によって小規模なファミリーハウスが誕生している<sup>2)6)</sup>という経緯も関係しているだろう。

部屋内の設備については、表3にあげている8つの設備の設置率は、ファミリーハウスのほうが慢性疾患児家族宿泊施設よりもすべて低値であった。とくに台所(ファミリーハウス50.0%、慢性疾患児家族宿泊施設82.8%)と冷蔵庫(ファミリーハウス50.0%、慢性疾患児家族宿泊施設96.6%)の設置率が大きく異なる。これらは、深夜に空腹でファミリーハウスに戻って来て自炊したり、治療薬の副作用で食欲がない患者に好物の手料理を差し入れるためなどに利用されている<sup>8)</sup>。共有スペースにある設備に関する利用者への調査では<sup>14)</sup>、使用時間が限られ、長く使うと迷惑になるので気を遣うという意見があげられているので、台所と冷蔵庫は部屋内に設置したほうが望ましいと考える。一方、マクドナルドハウスでは台所は共同利用とし、他の家族と交流を図るように方向づけており<sup>5)17)</sup>、利用者に望まれる運営方針は一長一短の面があるといえる。

共同利用の設備については(表4)、プレイルームの設置率に大きな相違があり、ファミリーハウス(39.1%)のほうが慢性疾患児家族宿泊施設(69.0%)よりも低値であった。とくに小児患者のためにプレイルームの必要性は高く<sup>3)8)14)</sup>、ファミリーハウスのアメニティーの向上が望まれる。

患者自身の利用にあたっての配慮と環境整備に関する自由記載では、「感染・衛生面の配慮」と「医療的配慮」が多かった。患者の外泊許可が出ても体力的な理由などから遠隔地の自宅に帰ることができないときなどに、ファミリーハウスは外泊医療の場として機能することが期待されるようになっており<sup>7)</sup>、易感染状態にある患者への感染防止対策はますます重要になってくるであろう。なお、海外のマクドナルドハウスでは、骨髄移植などの子どものために隔離室を完備しているところもある<sup>18)</sup>。

### 3. ファミリーハウスの役割と課題

原則として慢性疾患児を対象としている慢性疾患児家族宿泊施設とは異なり、成人患者とその家族を受け入れるファミリーハウスは76.9%と多かった(表5)。ICUへの入院や臓器移植を受ける場合など、成人患者でもファミリーサポートハウスの必要性は同じであり<sup>3)9)11)12)</sup>、ファミリーハウスは慢性疾患児家族宿泊施設の役割を補完していると考ええる。

宿泊可能な人については、慢性疾患児家族宿泊施設では母親の利用は100%で可能であったが、父、きょうだい、祖父母の利用は95%前後にとどまっていた。一方、すべてのファミリーハウスで、父、母、きょうだい、祖父母の利用が可能であった。また、患者自身の宿泊を禁止している施設は、ファミリーハウスではわずかに7.7%であり、慢性疾患児家族宿泊施設の31.0%よりも低かった。ファミリーハウスにおいて一家団欒することが重要であり<sup>19)</sup>、患者、父、きょうだいなどの宿泊制限がないほうがよい。この考え方は、患者の利用にあたっての配慮と環境整備に関する自由記載において、できる限り家庭と同じような環境に近づけるという配慮とも一致しており、ここにファミリーハウスの存在意義があると考ええる。

ファミリーサポートハウスの役割は、家族の経済的・精神的負担の軽減、日常生活の保障、居場所の提供が基本である<sup>11)14)</sup>。最近では、患者と家族のトータルケアの機能が望まれるようになり<sup>20)</sup>、ソーシャルワーカーを常駐したファミリーハウスも開設されている<sup>11)</sup>。利用者からの相談に対応できるファミリーハウス内の人材をみると(表2)、運営者とボランティアが多かった。利用者は、同じような経験をした運営者に話を聞いてもらったり<sup>21)</sup>、医療職でなくても重い気持ちのときに運営者の顔を見ると安堵する<sup>22)</sup>ことが報告されている。また、運営者側からは、個人的に話を聞いたり、食事をして、患者とその家族の心のケアに力を入れていることが報告されている<sup>23)</sup>。ファミリーハウスは、運営者自身も闘病生活経験者が多く、小規模で利用者本位の運営をこころ

がけている<sup>11)</sup>ので、患者や家族に状況に応じてかわっていきやすいと思われる。

一方で、ソーシャルワーカー、看護師、医師などの専門職が対応できるファミリーハウスは20%前後と低かった(表2)。小児慢性特定疾患児とその家族に対するニーズ調査<sup>24)</sup>では、病院以外で日頃から気軽に相談できる窓口が必要であることが報告されているので、第二のわが家であるファミリーハウスでも相談機能をどのように充実していくかが今後の課題であろう<sup>11)10)</sup>。

〔受付 '04.11.19〕  
〔採用 '05.2.3〕

#### 文 献

- 1) Hohashi, N. & Koyama, C. : A Japan-U.S. Comparison of Family Functions from the Perspective of Mothers Utilizing "Family Houses" —Cross-Cultural Research Using the Feetham Family Functioning Survey—, Japanese Journal of Research in Family Nursing, 10 (1) : 21—31, 2004
- 2) 岩井啓子：病院近くのわが家—難病の子と家族の滞在施設をつくる, 自由国民社, 東京, 2003
- 3) 松谷美和子：患者家族滞在施設設立の経緯と課題・1, 病院, 59 (10) : 880—886, 2000
- 4) 法橋尚宏, 石見さやか, 岩田志保, 他：入院病児への付き添いと慢性疾患児家族宿泊施設の利用に関する調査—慢性疾患児家族宿泊施設を併設する病院を対象として—, 小児看護, 27 (2) : 235—240, 2004
- 5) 長瀬淑子：社会が医療を支援する21世紀の医療—輪が拡がる「マクドナルドハウス」などの患者家族宿泊施設—, ビオス, 5 (3) : 3—6, 2000
- 6) 梶原早千枝：ふたたびのいのち, 光文社, 東京, 2004
- 7) 江口八千代：予後不良な子どもの家族を支援するために—ファミリーハウスができること—, 小児看護, 26 (13) : 1782—1784, 2003
- 8) 西村由美子：ボランティアがつくり支える病院・5 Home away from Home—マクドナルド・ハウス, 看護管理, 12 (5) : 402—405, 2002
- 9) 信州大学病院看護部：家族への関わり②—家族のための宿泊施設—, Emergency Nursing, 13 (3) : 413—418, 2000
- 10) 法橋尚宏, 石見さやか, 岩田志保, 他：全国の「慢性疾患児家族宿泊施設」の設備状況と利用状況の実態調査—家族が利用しやすい施設に向けての問題点と課題について—, 家族看護学研究, 9 (1) : 44—49, 2003
- 11) 植田洋子：日本における患者家族滞在施設とその現状について, 日本看護医療学会雑誌, 5 (1) : 1—8, 2003
- 12) 松谷美和子：患者家族滞在施設設立の経緯と課題・2, 病院, 59 (11) : 960—964, 2000
- 13) 粟津祐子, 橋本直子, 宮崎つた子, 他：家族宿泊施設「三重ファミリールーム」ボランティア活動と今後の課題, 小児がん, 40 (2) : 273—274, 2003
- 14) 高橋明子, 石黒彩子, 三浦清世美, 他：慢性疾患児家族宿泊施設(ファミリーハウス)利用の現状とその役割—利用家族の調査から—, 日本看護医療学会雑誌, 6 (1) : 25—33, 2004
- 15) 岩井啓子：難病と闘う親子のための「愛の家」増加—ボランティアの輪が広がって“ぶどうのいえ”誕生, Nursing Today, 11 (2) : 62—64, 1996
- 16) 田原卓浩, 秋山 洋, 開原成充, 他：「入院中の難病の子どもを持つ家族のための宿泊施設」に関する医療提供者の意識調査, 日本小児科学会雑誌, 106 (2) : 240, 2002
- 17) 長瀬淑子：病気の子どもの家族を支える社会の仕組み—ドナルド・マクドナルド・ハウス, 近代建築, 56 (11) : 78—79, 2002
- 18) 岩井啓子：ドナルド・マクドナルド・ハウスとアメリカの小児病院 Part 2—難病の子と家族をサポートするネットワーク, Nursing Today, 12 (2) : 68—71, 1997
- 19) 徳永和夫, 岡村 純, 生野芽子：難治性血液腫瘍疾患の患者・家族の支援施設—「愛の家」福岡の現状について—, 小児がん, 35 (4) : 504—508, 1998
- 20) 大藤佳子：「ファミリーハウス」と「トータルケア」—愛媛における試み—, 日本小児科医会会報, 24 : 143—146, 2002
- 21) 岩井啓子：地域の公的住宅を闘病の子と家族に—東京都中央区「あかつきハウス」の試み, Nursing Today, 11 (5) : 58—59, 1996
- 22) 岩井啓子：癌の子どもと家族のために宿泊施設を！—日本版マクドナルドハウス「愛の家」建設運動, Nursing Today, 8 (3) : 26—29, 1993
- 23) 高岸久美：慢性疾患児家族宿泊施設「めばえ」概要と患者家族支援の必要性, 小児がん, 40 (2) : 284, 2003
- 24) 伊佐地真知子, 鈴木励子, 杉本敏子, 他：小児慢性特定疾患児および家族への支援をめざして—ニーズ調査結果—, 日本公衆衛生雑誌, 44 (8) : 586—591, 1997

Actual Condition Survey of Facility Conditions and Utilization Status of "Family Houses" throughout Japan  
—Focused on family support houses other than the accommodation facilities  
for families of children with chronic diseases—

Naohiro Hohashi<sup>1)</sup>, Sayaka Kamo<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>Child and Family Health Nursing, Kobe University School of Medicine

<sup>2)</sup>Graduate School of International Cooperation Studies, Kobe University

**Key words** : Family Support House, Family House, Actual Condition Survey, Facility Conditions, Utilization Status

In recent years, more family support houses continue to be built. A survey focused on facility conditions and utilization status of family support houses other than the accommodation facilities for families of children with chronic diseases (operationally termed "family houses") was conducted, and analysis performed on responses from 26 such facilities.

Among the operators of these facilities, the greatest number (50.0%) were volunteers, with the overall number of registered volunteers averaging a relatively large figure of 23.5, indicating that volunteers were indispensable for operation and management of the facilities. The cost of accommodations averaged an inexpensive 1,446 Japanese yen per night, and while it is understood that operation was not conducted with the aim of achieving profit, on the other hand securing operating funds represented a problem. The average year-round occupancy rate was a fairly low 56.1%, which points to the need for measures to raise awareness of the existence of family houses.

The largest number of responses, 76.0%, gave the distance between the family houses and the nearest hospital as within walking distance, but 24.0% required use of multiple modes of transport, indicating a diversity in location conditions. On the average facilities had 8.1 rooms, the same small scale as the accommodation facilities for families of children with chronic diseases. The degree of installation of facilities in the room and common areas in family houses was lower than those of the accommodation facilities for families of children with chronic diseases, indicating the desirability to improve amenities.

Many family houses (76.9%) said they also accommodate the families of sick adults, and their utilization restraints for users tended to be fewer than the accommodation facilities for families of children with chronic diseases, thus indicating their advantage to a wider scope of users. Few facilities, however, had social workers or other professional staff to counsel the users, making the provision of counseling functions one issue to be dealt with in the future.

---