

結核病床の施設状況に関する
全国サンプリング訪問調査結果報告書（案）

本研究は平成22年度厚生労働科学研究費補助金（新型インフルエンザ等新興・再興感染症研究事業）「結核対策の評価と新たな診断・治療技術の開発・実用化に関する研究」（研究代表者：加藤誠也）の「結核病床現地調査」の一環として以下のメンバーによって実施された。

主任研究者

公益財団法人結核予防会結核研究所 副所長 加藤誠也

研究協力者

国立保健医療科学院施設科学部長 寛淳夫

公益財団法人結核予防会結核研究所 臨床疫学部 伊藤邦彦

公益財団法人結核予防会結核研究所 対策支援部看護科 永田容子

公益財団法人結核予防会結核研究所 対策支援部看護科 浦川美奈子

公益財団法人結核予防会複十字病院結核病棟看護師長 斉藤ゆき子

多忙な業務時間を割いて調査に協力していただいた多数の、各病院の病棟担当医・看護師・施設管理者・感染管理室の皆様へ深謝いたします。

1. 調査目的と概要

1.1. 調査の目的

結核病床の施設基準策定のための、結核病床施設の実態に関する全国調査を行うに先立ち、さまざまなタイプの結核病床を全国から抽出し実際に訪問してその施設やその管理に関する実態、および施設状況と関連した患者管理等に関する事項を予備調査する。

この予備調査により訪問調査対象の結核病床施設や管理に関する詳細な実態を把握して結核病床の施設基準策定の資料とするとともに、的確な内容の全国アンケート調査を作成することを可能とする。

1.2. 調査の概要

1.2.1. 調査対象の選定

全国の結核病床の選定に際しては平成21年に厚生労働省が実施した調査結果に基づき、病床の様式、地域性等を考慮し以下のように多様な病棟・病床が含まれるように選定した。以下でユニット化病床とは、ひとつの看護単位が結核病床とそれ以外の病床を担当している病棟を指している。病床の種類は、①結核病棟（下記②以外のもの、精神科閉鎖病棟結核患者収容施設、社会経済的弱者を中心に入院している施設を含む。）、②平成21年の厚生労働省調査で通常結核病棟だがユニット化されていると分類されているもの、③結核患者収容モデル病床事業（以下モデル病床）¹⁾で医療法上、一般病床に分類されるもの、④モデル病床で同じく精神科病床に分類されるもの、⑤結核病棟ではないが2種感染症病床を緊急退避的に結核患者収容に使用しているとの情報のある病院、の5つのタイプにわけて行った。また①～③についてはそれぞれ、大都市圏／非大都市圏2分類×小規模／中大規模2分類の計4種類の病院を可及的に選定するようにした。④につい

ては小規模／中大規模の2種類の病院選定を行った。

上記のように、本調査のサンプリングは様々なタイプの病床を調査することに主眼を置いており、代表性に関してはサンプル数から考慮しても保証しえないものである。

1.2.2. 調査の実際の概要

表 1.1. に示すように、各分類で A 病院～T 病院まで総計 20 病院を訪問調査した。訪問調査は 2010 年 7 月 28 日～同年 10 月 15 日に行った。対象となるような病院が見当たらない場合や、日程の関係上訪問できなかった病院カテゴリーもあった。

調査チームは本報告書にある主任研究者および研究協力者で形成し、加藤・伊藤は結核医療／対策の観点から、永田・浦川・斉藤は看護の観点から、寛は病院建築の観点から主に調査を行った。実際には各調査で全員が揃うことは難しかったが、できるかぎり多面的観点からの調査とするために、表 1.2. に示すように各病院の訪問調査者には最低でも 2 名以上で行った。各病院全体の概要について表 1.3. に示した。

実際の訪問調査は調査対象病院の結核病床担当医師・担当看護師長・施設管理者ならびに場合によって感染管理室員に対する聞き取り調査や病床図面調査を先に行い、その後実際に結核病床を見学した。また 2 種感染症病床を設置している病院ではこれらも合わせて見学した。

1.2.3. 調査項目

調査項目は調査チームによる合議で決定した。基本的には寛による「結核を想定した感染症指定医療機関の施設基準に関する研究」²⁾を元に米国 CDC ガイドライン³⁾をも参照して施設の実態に関する調査項目を設定し、さらにこれらと関連する患者管理に関する項目などを追加した。しかし調査が進むに従い、調査不要とみなされた項目や途中から調査の必要があると考えられたものを追加しており、常に同じ項目を全ての病院で調査できたわけではない。また 1 病院の調査時間は多忙な各病院職員の業務を考慮すると 1 時間程度が限度であり、その制約から質問できなかった項目も存在するが、概ねの傾向を把握するのには支障なかった。

調査項目大きく分けて結核病床の概要、感染粒子の制御、患者管理の状況、重症合併症管理、アメニティ設備の5分野にわかれた。以下ではこれらの調査結果を記載する。

2. 結核病床の概要

2.1. 病床数と利用率および築年数、改築時期、改築内容

調査を行った病院の病床数と利用率および築年数、改築時期、改築内容の一覧を表 2.1. に示す。各病院で複数の病棟ブロックを持っている場合にはこれらをそれぞれ 1 区画とし、また同じ病棟内で非陰圧室区域（ないし非陰圧室群）および陰圧室区域（ないし陰圧室群）を作っている場合にはさらにそれぞれ別の 1 区画として記載してある。全部で 20 病院 31 区画であった。

実働病床数は 0～200 床以上と幅広く分布していた。D 病院は比較的新しい病院でありながら実働病床数が総病床数の 1/5 近く、ほとんどの病床が新築以来ほとんど使われていなかった。

実働病床数が多いところでは当然どこも利用率が高い傾向にあるが、病床数が少ない場合にはその利用率には大きな差がある。例えば、同じ通常結核病床でも実働 10～12 床の A, D, E 病院では利用率が高く常に患者がいるが、同じく実働 10 床の L 病院ではほとんどの場合空床状態である。

また O, Q, R, S, T 病院のモデル病床の入院患者数に比較しても、通常結核病棟である I 病院や L 病院の病床利用率は低い。入院期間で見ても通常結核病棟である H 病院では数日だが、逆にモデル病床（一般）の R 病院では数ヶ月となっている。のべ入院患者数の点でも入院期間の点で見ても、モデル病床と通常結核病床の境界は一部では曖昧になっている可能性が示唆される。

結核病床の建物自体の築年数はかなりばらばらであるが、調査の範囲では実働結核病床の多い場合には建物が古くあまり施設面での感染対策も十全には行われていない傾向にある印象がある。たとえば通常結核病床で実働 40 床以上の病院では 4/6 が築 30 年以上であるが、40 床未満では 2/7 である。実働病床数の多い病院では結核病床の不採算性が大きな問題になっており今後の建て替えの際には結核病床返上も考慮するというコメントが多く聞かれ、不採算性と老朽化が関連している可能性が示唆された。本調査は代表性のないサンプリング調査であるため全国的にこうした傾向が本当にあるかどうかは不明であるが、もしもこうした傾向が一般的でありこれが結核病床の不採算性と関連しているのであれば、結核病床の不採算性を放置した場合これら老朽化した結核病床のあり様が、結核対策において大きな課題になりかねない。

老朽化した病床では改装が行われている場合も多く、部分的なものが多いとは言え空気感染対策関連の改装が目立った。

2.2. 結核病床の配置

結核病床の配置状況を表 2.2. に示す。

別棟ないし準別棟は 4 病院で、以前と異なり建物内の一部である場合が多い。建物内の場合、最上階（ないし使用しているうちで最上階）に設置されている場合が多い。

通常結核病床の場合 13 病院中 8 病院は建築上独立した病棟（表 2.2. (a) 参照）を形成していた。さらに、建築上独立病棟であっても他病床と共に一看護単位を形成するユニット化（表 2.2. (b) 参照）を行っている病院が 2 病院あった。モデル病床では規模や趣旨の面から当然であるが、ユニット化されていることがほとんどである。ユニット化病床での、併設科は呼吸器（内）科が大半であるが、混合病棟や緩和ケア科なども見られた。

ユニット化されている場合には結核病床が同一フロア内で一箇所に集められ他から明確に区切られている場合（グループ化）されているのが常である。結核病床が専用区域を形成せずほぼ完全に一般病床と融合している病床単位での運営は 1 病院でしか見られなかった。モデル病床でも病棟単位運営の 1 病院を除くと、結核以外での使用頻度は少ない。ユニット化病床を有しているが患者が常に入院しているわけではない病院では、患者があっても特別な看護師配置はしないところが多い。2 病院では重症者の場合のみ増員を考慮するとのことであった。1 つの病院（L 病院）は空床状態がほとんどだが、患者入室の場合にはその都度看護師を結核病床専用に 1 人配置する体制をとっており、採算性の悪さから結核患者の受け入れが困難になっていた。

表 2.3. に個室と多床室の分布を示す。ここでは稼動していない病床（S 病院モデル病床）は参入していない。全 228 病室中個室が 39.5% を占めるが、病床数で見ると個室は全 704 床中 12.8% にすぎず、2 床室を重症患者が占有している状況もしばしば見られた。（表 3.7、3.8 参照）。

2.3. 入院対象者

入院対象者の一覧とおおよその患者層を表 2.4. に示す。

通常結核病床でも、少なくとも3つの病院が結核と確定していない患者の管理にも結核病床を使用していた。通常結核病床を持つ1病院では、結核確定前の患者管理にのみに結核病床を使用しており、結核と確定した場合には他の結核病床へ転院させる方針をとっていた。通常結核病床以外（モデルその他）でも2つの病院が結核と確定していない患者の管理にも結核病床を使用していた。一方で結核と確定していない結核疑い患者には結核病床は一切使用せず、専ら結核病床以外の陰圧室で管理する病院もみられた。

またモデル病床であるが、通常の結核病床と同様に地域における結核患者を入院させる施設として機能している病院もあり、この点でも通常結核病床とモデル病床の境界は曖昧になってきている可能性が推測された。

患者層では当然高齢者が多く、寝たきり率の高い場合も見られた。これらが看護師の労働への過負荷となっているとの意見も聞かれた。

2.4. 結核病棟と2種感染症病床の関係

調査した20病院中5病院が2種感染症病床を設置していた。一覧を表2.5.に示す。

5病院中2病院は結核病床と一体化してユニットを形成しており他の1病院では今後一体化の予定とのことであった。また、これらとは別の2病院では2種感染症病床を主に結核患者に使用していた。特にS病院では陰圧化されていない結核モデル病床は結核患者には使用せず一般病床として使用し（実働0床）、陰圧化されている2種感染症病床（2種病床は結核とは別の病棟に設置されている）を結核患者に使用している。すでに一部ではかなりの程度結核病床と2種感染症病床の融合が進んでいる可能性が示唆された。

2.5. 小括

- 1) 一部の規模の大きな結核病床では建物の老朽化やそれに伴う設備更新の遅れの傾向が見られ、結核病床の不採算性が関係している可能性が示唆される。
- 2) ユニット化結核病床には構造上独立している結核病棟の一部を他の種別の病床と共に1看護単位で担当している場合と、1つの病棟を区切って結核病床にしている場合があった。
- 3) 今回訪問した医療機関の結核病床の設置状況や対象患者は様々であるが、通常結核病床とモデル病床の境界は病床面でも機能面でも一部で曖昧になっている可能性がある。
- 4) 全病床中に占める個室の割合はいまだ少ない。高齢患者や重症患者が多い医療機関では2床室等を占有している状況があった。
- 5) 一部では結核病床と2種感染症病床の融合が進んでいる可能性が示唆される。

3. 感染粒子の制御

3.1. 感染粒子除去システムの状況

表3.1.に20病院31区画の感染粒子除去システムの概要を示す。

5区画（4病院）では患者が入院している区画に対していかなる排気設備も有していないし、HEPAフィルター付き再循環装置もしくは紫外線殺菌灯付き再循環装置も備えていない。

24 区画（18 病院）では機械排気設備を有しており、その中の 4 区画（4 病院）が HEPA フィルター付きの再循環設備を、1 区画（1 病院）が紫外線殺菌灯付き再循環設備を備えている。感染粒子除去システムとしては機械排気設備による全排気が主流であるが機械的な感染粒子除去システムを持たない結核病床区画も少なくない。

外気導入回数に関しては 24 区画中 11 区画において不明との回答であり、換気回数については多くの施設が実態を把握していなかった。また回答を得た中でも 3 区画については極めて曖昧な回答であった。これらを除いた 10 区画において外気の 2 回以上 3 回未満が 5 区画、3 回以上 4 回未満が 1 区画、4 回以上が 3 区画であった。ただし、病室に導入している外気は給気設備によって供給されているもの以外に、廊下の空気が病室内に流入するシステムも少なくない。

CDC は実質換気回数として 6～12 回を推奨しているが³⁾、再循環を含む換気回数で 4 回以上の換気を行っているのは 2 区画のみで、常時 6 回以上であったのは 1 区画のみであった。

3.2. 換気システムの概要

表 3.2. に 20 病院 31 区画の換気システムの概要を示す。結核病床の換気システムはさまざまであり、機械換気の場合でも排気のみの場合や排気給気両方行っている場合などが見られた。把握できた限り給気が結核病床で独立しているのは 8 区画、共通給気は 4 区画であった。排気が他の病床と共通である区画はなかった。ファン連動ダンパなど給排気装置停止時対策があると確認できたのは 5 区画であった。

系統的な質問していないことからトイレや浴室等からの排気は以下では考慮の対象外とするが、機械換気のない結核病床区画でトイレや浴室からの排気に HEPA フィルターを設置しているところは確認されなかった。換気扇換気の区画で排気にフィルターを設置しているところはなく、4 区画（1 病院）は病棟横で排気していたが他の 1 区画（1 病院）での排気口については質問していない。表 3.3. にこれら以外の機械換気をしている区画である程度情報のある 16 区画の状況を示す。機械換気をしている限りほとんどの区画では排気に HEPA フィルターが設置してあった。これら HEPA フィルター設置の 15 区画でのフィルター交換頻度の分布を表 3.4. に示す。表に見るように交換の頻度は非常に幅が広いが 2～3 年に 1 回以上交換している施設が多い。質問した限りでは目詰まりや差圧計などを設置したり定期的に点検したりしている施設が多い。同じく 16 区画のうち 11 区画では排気口が病室窓から離れて設置してあった。病棟横で排気している 5 区画中 3 区画では排気口と給気口ないし病床窓とが近接している場合がありショートカットの可能性が示唆された。これら 3 区画のうち 1 区画では排気に HEPA フィルターが設置されていない。

3.3. 空気流の設定

表 3.5. に表 3.3. とおなじ 16 区画について、空気流の設定状況を示す。質問をした 14 区画中 6 区画では病室内の排気口が病室出入り口にあり、感染粒子が患者付近から病室入り口に向う可能性が示唆された。上記陰圧ないし陰圧区域が設定してある場合には区域内の空気流は適切に設定してある場合が多かったが、表中 16 区画以外では区画内にナースステーションがある場合でも陽圧化等の空気流設定がなされていないことがほとんどであった。中にはナースステーションに換気扇が設置され運転している区画も見られた。

3.4. 陰圧化の状況

表 3.6. に全 31 区画の陰圧化の状況を、また表 3.7. に稼動している 30 区画の個室・多床室の陰圧化状況、トイレ・浴室／シャワーの有無の詳細を示す。またこれを個室・多床室別に集計したものを表 3.8. に示す。

窓付きの換気扇による排気を行っている 5 区画を除き陰圧区画（陰圧化可能区域を含む、以下同様）は 16 区画であった。これは 31 区画全 704 床中の 193 床（27.4%）にあたる。また陰圧個室は 65 床で全体の病床数の 10%以下であった。陰圧室であってもトイレが室内にある病室数は 43.4%と半分以下で浴室／シャワーを設置してある陰圧室はさらに少なく 27.4%と約 1/4 程度であった。

病床の一部のみが陰圧化されている 5 病院での陰圧室の結核病床に占める比率は 14.4%、16.7%、17.9%、40.0%、50.0%であった。陰圧化区画 16 区画中、13 区画では廊下を含めた区画全体が陰圧化され陰圧化区域が形成されていた。

陰圧化 16 区画中 7 区画では陰圧のチェックなどのモニタリングを行っていなかった。何らかのモニタリングをおこなっている 9 区画中、機械の動作確認のみが 2 区画、毎日スモークテストを行い記録している区画が 2 区画（うち 1 区画は圧差計も記録）、毎日差圧モニターをチェックする区画が 2 区画（1 区画はナースステーションでリアルタイムに圧差のモニターが可能）であった。その他、ビルメンテナンス会社による 3 ヶ月に 1 回の点検や、中央施設管理での自動記録、特に決まりはないが時々チェックするが各々 1 区画あった。

CDC は結核院内感染対策における換気および陰圧化の優先順位を示していないが(3)、結核病棟の担当者は陰圧化には関心が高いが、換気ないし感染粒子除去に関してはあまり注意を払わない傾向があった。また換気と同じく陰圧化のモニターや維持運営にあまり注意を払っていない施設が多かった。

表 3.9. にドアと窓の状況と管理を示す。寛の推奨どおり²⁾、自閉式引き戸で常時閉鎖を原則としているところが多いが、陰圧化していても陰圧であるという理由でドアの開放を可としている区画があった。窓は施錠しておらず開放可能だが常時閉鎖を原則としその旨患者指導するようにしている区画が多い。

明確な推奨はないが(2)、陰圧区画 16 区画中 7 区画で区域全体が陰圧化されその出入り口に前室が設置されていた。

HIV 等易感染性の結核合併患者が結核病棟／病床区画内で外来性再感染をうけることを防ぐため、病室を陽圧化可能としこれに前室を設置することが理想的とされているが、調査した施設で陽圧化可能な部屋は 1 個室のみでこれには前室は設置されていなかった。陰圧室で HIV 陽性結核患者を入院治療している施設もあった。

3.5. 小括

1) 換気システムはさまざまであった。CDC の推奨どおり 6 回以上の実質換気が行われている施設は少数で、多くは 3 回未満であった。ほぼ自然換気状態の結核病室も少なくなかった。

2) 機械換気の場合 HEPA フィルターが設置されている場合が多かったが、病室内の空気流設定については考慮されていない施設が多かった。排気口と給気口ないし病室窓は離してある施設が多かったが、中には排気流を吸気口から吸い込む可能性の示唆される施設が見られた。

- 3) 調査病床中 1/4 程度の病床が陰圧化されていたが陰圧個室は 10%以下であった。陰圧室でも室内にトイレや浴室／シャワーを設置しているのはそれぞれ 1/2、1/4 程度と低かった。区域全体に陰圧化されている場合には半分ほどの区画で前室が設置されていた。
- 4) HIV 等のための陽圧化可能な病床はほとんど普及していなかった。
- 5) 換気の状態については施設管理者にも正確に把握されていないことが多く、保守管理の状態には大きな違いが見られた。
- 6) 結核病床担当者は陰圧化には関心が高いが換気にはあまり留意していないことが多かった。陰圧のモニターは半数弱の区画でなされていなかった。
- 7) ドアや窓は適切に管理されている施設が多かったが、陰圧化病室でもドアの開放を可能としている例があった。

4. 患者管理の状況

4.1. 個室対応の条件および、病室ないし病棟／病床区画外への移動の管理

稼動している 20 病院 30 区画での個室対応の条件および、病室／病棟ないし病床区域外への移動の管理の状況を表 4.1. に示す。

多床室を使用しているところでも、治療初期や薬剤耐性例は個室管理を原則とする／したいという意見が多いが、実際にはベッド運営上（男女比の構成や重症者の発生など）困難なことが多いという意見が多かった。

病室外ないし、病棟外／病床区域外への自由移動の条件は極めて様々で、実際にはほとんど自由に移動可能な病床から、かなり厳しいものまで様々なものが見られた。実際の病院内における移動の制限度合いは、入院する結核病床によってかなり異なっている。換気や陰圧など施設の空気感染対策設備が整備されている病院では患者の制限もより厳しくなる傾向が見られた。この相関は様々な解釈し得るが、施設基準を設定して全国結核病床の空気感染対策設備を充実させた場合には全般的に入院勧告を受けた結核患者の院内における感染管理（制限の度合い）が一般的に高まる可能性も示唆される。

外泊や外出は原則認めない施設が多いが、中には時間や区域を決めて周辺の散歩を許可する施設も見られた。

4.2. エレベーター管理と病棟／病床区画出入り口のセキュリティー

表 4.2. に、稼動している 20 病院 30 区画での、患者移動時のエレベーター管理と病棟／病床区画出入り口のセキュリティーの状況を示す。

患者移動時のエレベーター使用時の対応もさまざまに質問した限りでは、マスクを着用すれば他疾患の患者の同乗も認めている施設と、結核患者使用時は専用化するかないしは他患者の同乗を謝絶する施設がほぼ半々であった。一つの施設では機械制御で結核患者使用時は目的階以外止まらないようにするシステムが設置されている例もあったが本来の設置目的は結核対策以外であるとのことであった。エレベーターボックス自体が換気されている施設もあったがこれがどの程度結核病床を有する病院で普及しているのかについては不明であった。

病棟／病床区画の出入り口の常時チェックや施錠ないしアラーム等なんらかのセキュリティー装置の設置は、特に認知症合併の感染性結核患者が病棟／病床区画外へ無断で出ることを防止する上で考慮されるが、精神科以外で施錠やアラーム等の手段を用いているところは少数であった。

4.3. 病室／病棟ないし病床区域外／病院外施設への無許可移動と対策の実情

稼動している 20 病院 30 区画での、病室／病棟ないし病床区域外／病院外施設への無許可移動の実情を表 4.3. に示す。

病室／病棟ないし病床区域外への無許可移動は、都市部でホームレス等社会周辺層の多い病床以外ではあまり問題になってはいないようであった。しかしこうした患者への有効な対策は難しいとする見方が多かった。これ以外では、多くの病院では認知症患者での無許可移動の経験があり、対策として離床センサーやドアセンサー等で早期発見に努めるようにしている施設が多かった。中には一般病床でも施錠や拘束を余儀なくされる例も見られた。また結核病床がナースステーションから遠いため、こうした認知症患者への対応は最初から不可能として入室させない方針の施設も見られた。今回調査した精神科モデル病床はみな閉鎖病棟に設置されていたが、閉鎖病棟内で感染性結核患者の病室ないし区画外無断移動が見られる場合には区域出入りに施錠することも行われており、精神科医の正式な審査と書類作成の下に病室施錠している施設もあった。

病院外施設（飲食店やパチンコなど）への無許可外出も、都市部のホームレス等社会周辺層の多い病床以外ではあまり問題になってはいなかったが、近隣からの苦情が寄せられている場合も見られた。こうした問題の経験のあるところでは有効な対策は困難との見方が多かった。

4.4. 小括

1) 治療初期や薬剤耐性例は原則個室にしたいという施設が多いが、病床構成上原則どおりに運用できない場合が多かった。

2) 自由移動の条件は極めて様々で、同じ入院勧告でも実際の自由制限度合いは病床により異なっていた。

3) エレベーターの結核患者使用時の対応は様々であった。

4) 非精神科病棟においても、病棟／病床区画出入り口の施錠等なんらかのセキュリティー設置が少数の施設で見られる。

5) 都市部の社会周辺層患者の病棟／病床区画／病院外への無許可移動が経験されているが有効な対策は難しいと考えられていた。

6) 認知症患者の病棟／病床区画への無許可移動への対応は、センサー／施錠／拘束などさまざまであった。管理不可能として入院を制限する場合も見られた。

5. 重症合併症管理

5.1. 重症者対応の状況

稼動している 20 病院 30 区画での重症者対応の状況を表 5.1. に示す。ユニット化されている病床では看護ステーションが遠いところが多く、病棟内に陰圧区域がある場合では陰圧室が看護ス

テーションから遠いところが多い。施設によっては結核患者のプライバシーに配慮して区画入り口のドアが曇りガラス等になっており区域外から中を見通すことが難しく、患者の様子観察をより困難にしている場合も複数見られた。看護配置や看護ステーションの位置の問題から結核病床区画内ないし病棟内陰圧区画では重症者管理は不可能として転院を原則とする施設もあった。また感染性がある重症患者の場合には結核病床区画外にある陰圧室ないし、結核病床区画内にある非陰圧室で管理する等の施設も見られた。しかし看護ステーションが離れている等の理由で重症者への対応不可とする施設がある一方で、同じような条件下でありながら頻回の訪問等に対応している施設もあり、重症者対応の可／不可は施設状況だけで決まっているわけではないようであった。

5.2. 合併症対応

表 5.2. に全 20 病院の合併症対応の状況を示す。合併症が重篤ないし不安定である場合には、上記 5.1. で記載したのと同様の問題が発生する。

結核病床以外の病床に陰圧化等空気感染対策設備を設置した病床を持つ病院は 4 病院見られた。

認知症を除くと特殊な合併症の対応に迫られた経験のある病院はそれほど多くはなく、個々の合併症への対応方針を質問しても、そのときにならない（自院で管理可能かどうかわからない等）という回答が多かった。また陰圧化可能な手術室のあるところでも、排菌陽性結核患者での使用経験がないという施設がほとんどであった。

認知症への対応でもっとも問題となる病床区画外への徘徊については 4. 患者管理の項で述べた。

合併症結核では、看護面で普段経験しない合併症の患者を扱うことになるため、これを理由に結核病床で合併症結核患者の受け入れは困難とする施設もあったが、結核であればどんな合併症でも入院させるという施設もあり、さまざまであった。

5.3. 小括

1) ユニット化病床や病棟内陰圧区画が形成されている場合、これらは看護ステーションから遠いことが多く、重症者や合併症のある患者ではこれらの結核病床を有効に使用できていないことが多かった。

2) 今回の調査対象であった医療期間では重症の合併症を持った結核の頻度は少なく、陰圧化が可能な手術室などがあっても使用頻度は少なかった。

6. アメニティ設備

6.1. 患者ひとりあたりの病床面積

稼動している 20 病院 30 区画を集計した、患者ひとりあたりの病床面積の状況について表 6.1. に示す。

算は結核患者の病室としてトイレ浴室を除くひとりあたりの病床面積について 15 m²以上を推奨しているが、これを満たしていたのは推定で 2.8% (18/650) の病床に過ぎず、推奨面積の半

分以下（7.5㎡未満）の病床が推定 75.4%（490/650）と大半であった。

6.2. 共有空間の状況とテレビや電話等の設置状況

表 6.2. に稼動している 20 病院 30 区画の共有空間の状況とテレビや電話等の設置状況を、表 6.3. にアメニティに関するその他の状況を示す。

病床としてユニット化している 10 区画（病室単位運営を除く）のうち共同室がない施設は 4 施設あった。独立病棟を形成している 18 区画では 17 区画で共同室が設置されている。共同室の面積が判明している 22 室の床面積は 12.8 - 92.7㎡に分布しているが 30㎡台がもっとも多く、平均は 37.3㎡であった。

病室単位運営を除く 29 区画で、区画内で（区域を形成しない病室群の場合には病床全体の区域内で）公衆電話利用可能なのは全体で 58.6%、病床ユニット化で 50.0%、独立病棟で 63.1%、テレビ設置（共有）はそれぞれ 65.5%、50.0%、73.6%、飲料の自動販売機設置は 10.3%、10.6%、10.5%であった。ネット接続可能な PC を設置しているところはなかったが質問した施設のすべてではネット接続可能な PC の持込を許可していた。携帯電話の区画内使用は、結核病床に限らず使用可としている病院が多かったが、結核病床区画のみ可ないし制限を緩めている施設も見られた。

入院中の買い物については可能／不可能は半々くらいであった。可能の場合はほとんどが院内売店のカタログ販売の形式をとっていた。病床が建物の最上階にある場合が多いが、病床区画から屋上など外気に自由に触れることができる施設はほとんどなかった。以前には許可していても近隣からのクレームや無断の喫煙などで不可とした施設もあった。長期入院に適した特別なアメニティはほとんどの施設では設置されていなかった。

結核病床全体の印象は様々であったが、厳密に区画内に長期隔離されることを想定した場合には、あまり長期入院に適さないのではないかという印象が持たれた病床が目立った。

小括

- 1) 多くの結核病床ではひとりあたりの床面積が推奨の半分以下であった。
- 2) 1 病棟を区切ってユニット化された病床では共同室がないことも多かった。
- 3) テレビや公衆電話は半数以上の区画で設置されているが自販機の設置は 1 割程度で、ネット接続可能な PC を設置している区画はなかった。携帯電話の使用は多くの施設で許可されていた。日用品などの購入は半数ほどの病院で可能であった。
- 4) 病床が建物の最上階にある場合が多かったが、病床区画から屋上など外気に自由に触れることができる施設はほとんどなかった。その他長期入院に適した特別なアメニティはほとんど見られなかった。

総括

結核病等、ユニット化病床、モデル病床それぞれ施設の様態は多様であり、それらを把握できる調査方法を検討の上、全国的な調査を行う必要がある。一部の規模の大きな結核病床では建物の老朽化やそれに伴う設備の遅れの傾向が見られ、結核病床の不採算性が改装の障害になってい

るという意見も聞かれた。このような状況で、既存施設に厳格な施設基準を適用すると結核医療からの撤退を招く懸念があることから、基準の設定や適用に際しては財政的な支援も含めて十分な配慮が必要と考えられた。

換気システムも多様であり、施設管理者にも十分把握されていない実態があり、質問票による詳細な調査には困難な伴うものと予想される。病床担当者は陰圧化に関心が高いが換気には留意されていないことが多かった。換気回数が把握されている場合でも、CDC の推奨どおり 6 回以上の実質換気が行われている施設は少数で、多くは 3 回未満であった。ほぼ自然換気のままである結核病床も多く見られた。空気流の設定を含めた換気システムは非常に様々に給排気の設定などが理想的な配置になっていないことも多くみられる。また施設管理者自身が詳細を把握していないことが多く、陰圧のモニターなどもあまり普及しておらず、HEPA フィルターの保守管理の方法も様々であった。

全病床中に占める個室の割合はいまだ少なかった。病床中 1/4 程度の病床が陰圧化されているが陰圧個室は 10% 以下であった。陰圧室でも室内にトイレや浴室／シャワーを設置しているのはそれぞれ 1/2、1/4 程度と低かった。このため病棟内外来性再感染を防止するため治療初期や薬剤耐性例は原則個室にしたいとする施設が多いが、病床利用率の高い施設では病床構成上の理由から原則どおりに運営できない場合が多かった。

病棟内ないし病院内の自由移動の条件は極めて様々で、同じ入院勧告でも実際の自由制限度合いは病床により異なっていた。非精神科病棟での、病棟／病床区画出入り口の施錠等なんらかのセキュリティー設置は少数の施設で見られる程度であった。特に都市部の社会周辺層患者の病棟／病床区画／病院外への無許可移動が経験されているが有効な対策は難しいと考えられていることが多かった。認知症患者の病棟／病床区画への無許可移動への対応ではどの施設も苦慮しているが、対応策としてはセンサー／施錠／拘束などさまざまであった。管理不可能として認知症患者の入院入室を制限する場合も見られた。

ユニット化や病棟内陰圧区画形成の場合これらは看護ステーションが遠いことが多く、重症や合併症のために看護・介護の必要度が高い患者はこれらの病床を有効に使用できていないことが多く見られた。

多くの結核病床は狭く、ひとりあたりの床面積が推奨の半分以下である。病床面でユニット化されている病床では共同室がないことも多い。テレビや公衆電話は半数以上の区画で設置されているが自販機の設置は 1 割程度で、ネット接続可能な PC を設置している区画はなかった。携帯電話の使用は多くの施設で許可されていた。日用品の購入は半数ほどの病院で可能であった。病床が建物の最上階にある場合が多いが、病床区画から屋上など外気に自由に触れることができる施設はほとんどなかった。その他長期入院に適した特別なアメニティはほとんど見られなかった。施設の改築や運用にあたっては留意事項として啓発の必要があると考えられた。

総じて結核病床の施設や患者管理の実態はきわめて多様であるが、²⁾ 或 CDC⁽³⁾ の推奨する理想的な状態からは程遠いことが多い。施設基準策定の際にはこうした多様性にも配慮をする必要があると思われる。

文献資料

1) 平成4年12月10日健医発第千四百十五号の厚生労働省通知. 結核患者収容モデル事業の実施について(事業趣旨は「・・・結核患者に対して、(合併症等の)医療上の必要から、一般病床において収容治療するためのより適切な基準を策定するため」とされている。)

2) 寛淳夫. 結核を想定した感染症指定医療機関の施設基準に関する研究. 平成20年度厚生労働科学研究費補助金(新興・再興感染症研究事業)わが国における一類感染症の患者発生時の臨床的対応に関する研究 分担研究報告書, 平成21年3月

3) CDC. Guidelines for Preventing the Transmission of *Mycobacterium tuberculosis* in Health-Care Settings, 2005. MMWR 2005;54 (No. RR-17, 1-141)

URL : <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5417a1.htm>

病床タイプ	病床規模/特性	地域	病院	
結核病棟	10床前後以下	Urban	(該当なし)	
		Rural	L	
	20床前後以上	Urban	C	M
		Rural	B	G
	特定患者中心 精神閉鎖病棟	Urban	K	J
ユニット化病 床	4床前後以下	Urban	(該当なし)	
		Rural	H	I
	10床前後以上	Urban	A	D
			E	
		Rural	F	
モデル病床 (一般)	4床前後以下	Urban	(訪問できず)	
		Rural	R	
	10床前後以上	Urban	Q	
		Rural	S	
モデル病床 (精神)	4床前後以下	any	P	
	10床前後以上	any	O	
2種感染症病床結核病棟併設無し			T	

表1.1.訪問調査対象の結核病床属性

病院名	訪問者
A	筧、加藤、伊藤、浦川
B	筧、加藤、伊藤、齊藤
C	筧、加藤、伊藤、永田
D	加藤、伊藤、永田、浦川
E	加藤、伊藤、浦川
F	筧、加藤、伊藤、浦川
G	加藤、伊藤、永田
H	筧、伊藤、浦川
I	筧、伊藤、浦川
J	加藤、伊藤、浦川、
K	筧、加藤、伊藤、浦川
L	伊藤、浦川
M	伊藤、浦川
N	筧、加藤、伊藤、浦川
O	加藤、伊藤、永田
P	加藤、伊藤、浦川
Q	伊藤、永田、浦川
R	加藤、伊藤、浦川
S	筧、加藤、伊藤、永田
T	筧、伊藤、永田

表1.2 各病院調査者

病院名.	病院総病床数 (A～Bは「A以上B未満」の意)	精神科病院 ／一般病院	通常結核病床／モデル病床の別	2種感染症 病床数
A	>1000	一般	通常	0
B	300～400	一般	通常	0
C	100～200	一般	通常	0
D	800～1000	一般	通常	0
E	400～600	一般	通常	0
F	300～400	一般	通常	0
G	400～600	一般	通常	4
H	400～600	一般	通常	0
I	100～200	一般	通常	4
J	100>	一般	通常	0
K	300～400	一般	通常	0
L	400～600	一般	通常	6
M	400～600	一般	通常	0
N	>1000	精神科病院	精神科閉鎖病棟／非モデル病床(a)	0
O	400～600	精神科病院	精神科モデル病床(精神科閉鎖病棟)	0
P	300～400	精神科主体	精神科モデル病床(精神科閉鎖病棟)	4
Q	400～600	一般	モデル病床(一般)	0
R	800～1000	一般	モデル病床(一般)	0
S	400～600	一般	モデル病床(一般)	6
T	400～600	一般	結核病床なし(c)	10

表1.3.各病院の概要

(a): 慣例上の「結核病棟」で平成21年の厚生労働省調査の結核病床リストにはない。

(b): 通常結核病床が42床あるが休止中(結核病棟が他の病棟から離れているため少数の患者であると管理し難いため)で調査対象外とした。近いうちに新築計画あり、その際には2種感染症病棟と結核を同じフロアーにし結核病室も病床数を減らして再開し、精神科のモデル病床もまた別につくり直す計画とのこと。

(c): 2種感染症病棟を緊急退避的に結核に使用。

病院名	精神科 単科or 一般病 院	モデル病 床 or 通 常結核病 棟	総結 核病 床数	病床区画	実働結 核病床 数	通常時利用状況 (概ね)	平均的な結核 病床入院日数	築年数	最近改 装から の年数	改装内容
A	一般	通常	12	同一病棟内陰圧化 不可能室群	10	8床程度	3ヶ月	40	4	2個室にHEPA付排気ユニット 設置。
				同一病棟内陰圧化 可能室群	2					
B	一般	通常	60	同一病棟内非陰圧 区域	40	30床程度	4ヶ月	33	8	陰圧区域の増築等
				同一病棟内陰圧区 域	20					
C	一般	通常	55		55	30床程度	2ヶ月	10		
D	一般	通常	47		10	5床程度	1-3ヶ月	13		
E	一般	通常	10		10	満床に近い	1ヶ月	7		
F	一般	通常	37		実質29	質問せず	1-6ヶ月	15		
G	一般	通常	50	同一病棟内非陰圧 区域	30					
				同一病棟内拡大陰 圧区域	12	30床程度	1.5-3ヶ月	45	9	換気等
				同一病棟内固定陰 圧区域	8					
H	一般	通常	10		3	年17人程度(a)	2-3日(a)	38	5	陰圧化と減床
I	一般	通常	4		4	年1-2人程度(b)	数ヶ月(b)	25	11	2種感染症・結核を減床し同じ 区域に設置
J	一般	通常	46		46	満室に近い	数ヶ月(長い)	35		
K	一般	通常	235	2階病棟	59					
				3階病棟	58	190床程度	5ヶ月	29		
				4階病棟	59					
				5階病棟	59					
L	一般	通常	10		10	年2人 (d)	2ヶ月	11		
M	一般	通常	111	〇〇病棟	51			42	6	内装等
				△△病棟一部十 □□病棟一部	44	80-90床	2-3ヶ月	44	8	内装等
				△△病棟内MDR 区域	16		年余入院者あ り	42-44	3-4	MDR区域設置/換気改装(f)
N	精神科 病院	精神科非 モデル(g)	30	同一病棟内非陰 圧室群	実質20	15床程度	治療終了まで	33		
				同一病棟内陰圧 室群	5					
O	精神科 病院	精神科モ デル(g)	30		8	3床程度(h)	治療終了まで	9		
P	精神科 が主	精神科モ デル(g)	2		2	0	収容実績なし	35	4	
Q	一般	モデル病 床(一般)	15		15(k)	月1-2人	平均15.4日(j)	18	4	モデル事業開始(k)
R	一般	モデル病 床(一般)	3		3	年10人程度	1-5ヶ月	28	4	モデル事業開始
S	一般	モデル病 床(一般)	8	モデル病床	0	0	非稼働	32	15	質問せず
				2種感染症病床(l)	6	年10人程度	2週間以内	32	10	空気感染対策(結核とは別の 理由)
T	一般	2種感染 症病床(m)	0		10[m]	年10人程度(d)	3-4日(n)	19	10	換気等

表2.1.結核病床の概要

(a):重症/合併症患者(この場合長期化あり)を除き2-3日(診断がつくまで)の入院で空床状態が殆ど

(b):若い移動できる人であれば1ヶ月程度の入院。空床状態が多い。

(d):空床が多い

(e):西6病棟の非MDR区域20床と隣接する東6病棟一部分24床

(f):MDR患者が少ないためMDR区域に中仕切りとびらを設け手前6室を非MDR区域転換してある

(g):閉鎖病棟

(h):年10人程度

(i):収容実績なく今後も受け入れ困難

(j):長期入院する結核患者は重症患者であることが多い。自分で自由に移動できる場合には他結核病棟へ(数日で)転院。

(k):陰圧空調の病室は院内に全部で21室(新築当時から設置)あり、モデル事業としてうち15床を改装し陰圧強化/排気口にHEPA設置

(l):陰圧化されていない結核モデル病床は結核患者には使用せず、陰圧化されている2種感染症病床を使用

(m):2種感染症病床10床を緊急退避的に結核に使用。記載は2種病床に関するもの。

(n):年間2-3例は院内で治療する場合あり。入院期間は2-4ヶ月。殆どが寝たきり。感染性がなくなれば(この判断も主治医判断で基準はない)がかなり早期に一般病床に移動する。感染症病床には長くて20日程度しかいない場合が多い。

病院名	精神科 単科or 一般病 院	モデル 病床 or 通常結 核病床	病床区画	実働 結核 病床 数	別棟 or 建物内	いずれか(建築上ないし看護単位上)で ユニットの場合				併置科	併置病床 数	結核外使用 場合	入室患者がある場 合の特別看護体制 の有無
						病床として ユニット(a)	看護単位とし てユニット(b)	病室グルー プ化(d)					
A	一般	通常	同一病棟内陰圧化 不可能室群	10	建物内(8階建 ての8階)	ユニット	ユニット	グループ化	呼吸器内科	20		なし	常時患者あり
			同一病棟内陰圧化 可能病室群	2									
B	一般	通常	同一病棟内非陰圧 区域	40	別棟	独立病棟	非ユニット						
			同一病棟内陰圧区 域	20									
C	一般	通常		55	建物内(4階建 ての4階)	独立病棟	非ユニット						
D	一般	通常		10	建物内(16階建 ての14階)	独立病棟	ユニット(隣 病棟と共通)	グループ化	呼吸器内科	49		なし	常時患者あり
E	一般	通常		10	建物内(9階建て 7階)	ユニット(e)	ユニット(隣 病棟と共通)	グループ化	呼吸器科	36		なし	常時患者あり
F	一般	通常		29	建物内(6階建 ての6階)	独立病棟	ユニット	グループ化	呼吸器科	(g)		なし	常時患者あり
G	一般	通常	同一病棟内非陰圧 区域	30									
			同一病棟内拡大陰 圧区域	12	別棟(2階建て1 階)(f)	独立病棟	非ユニット						
			同一病棟内固定陰 圧区域	8									
H	一般	通常		3	建物内(12階建 て12階)	ユニット	ユニット	グループ化	混合	44		なし	特にしていない
I	一般	通常		4	建物内(4階建 ての4階)	ユニット	ユニット		内科	52		なし	特にしていない
J	一般	通常		46	別棟2階建て結 核病棟	独立病棟	非ユニット						
K	一般	通常	2階病棟	59	建物内(h)	独立病棟	非ユニット						
			3階病棟	58	建物内(h)	独立病棟	非ユニット						
			4階病棟	59	建物内(h)	独立病棟	非ユニット						
			5階病棟	59	建物内(h)	独立病棟	非ユニット						
L	一般	通常		10	建物内(9階建 て9階)	ユニット(e)	非ユニット(j)	グループ	緩和ケア一 病棟	20		なし	(i)
M	一般	通常	〇〇病棟	51	建物内(7階建 て7階)(k)	独立病棟	非ユニット						
			△△病棟一部十 □□病棟一部	44	建物内(7階建 て6階)	独立病棟 (k)	非ユニット						
			△△病棟内MDR 区域	16									
N	精神科 病院	精神科 閉鎖	同一病棟内非陰 圧室群	20	建物内(3階)	独立病棟	非ユニット						
			同一病棟内陰圧 室群	5									
O	精神科 病院	モデル		8	建物内(2階建て 1階)	ユニット(l)	ユニット	グループ化	精神科閉鎖 病棟	42		なし	常に患者あり
P	精神科 が主	モデル		2	建物内(2階建て 1階)(m)	独立病棟 (m)	非ユニット(n)	グループ化	2種病床	4		なし	万が一の場合他の 病棟から派遣
Q	一般	モデル		15	建物内	病室単位運 営(d)(o)	病室単位運 営(d)(o)	病室単位運 営(d)(o)				あり(o)	不要
R	一般	モデル		3	建物内(8階建 ての6階)	ユニット	ユニット	グループ化	消化器内科	80		あり(新型Flu)	常に患者あり
S	一般	モデル	モデル病床	0	建物内	ユニット	ユニット	グループ化	内科	質問せず	常時一般病床使 用時に一般病室とし て使用		(稼働していない) 重症の場合看護師 増員を考慮
			2種病床	6	建物内	ユニット	ユニット	グループ化	内科	(質問せ ず)			重症の場合には特 別配置
T	一般	2種病 床	2種病床	10	建物内	ユニット	ユニット	グループ化	小児科等混 合	40		(p)	

704

表2.2.結核病棟の配置状況

- (a): 独立して病棟名が付与されている場合でも、建築上一単位の病棟とみなされる病棟を区切って結核患者収容室としている場合には病床としてユニットとみなす。非ユニットでは建築上独立病棟を形成している。
- (b): 看護単位が、結核病床以外の病室を含んで一単位を形成している場合には看護単位としてユニットとみなす
- (d): 結核病床が同一フロア内で一箇所に集められ他から明確に区切られている場合をグループ化とし、結核病床が専用区域を形成せずほぼ完全に一般病床と融合している場合には病室単位運営とする。
- (e): 平成21年の厚生労働省調査ではユニット化に分類されていない。
- (f): 2階は使用していない。
- (g): 結核病床と合わせて50が最大限。
- (h): 6階建ての2～5階(6階は倉庫)を占有しほぼ別棟に近い。隣接地に他の病棟を増築し渡り廊下で連結。
- (i): 看護単位もナースステーション自体も併設(隣接)病棟とは独立。患者入室がある場合(これまで同時期に2人が最大限)その都度看護師を臨時で専用に1人配置する(各病棟持ち回り)。
- (k): 西6+東6の一部。看護単位はこれら全体で一単位を形成。6東[元結核病棟]の一部は使用しておらず、また7西[元結核病棟]は現在使用していない
- (l): 精神科閉鎖病棟全50床中モデル病床申請数30床。上記中陰圧室は8室で他は普通は精神科病室(女性用閉鎖病棟)として使用(結核患者が8人以上の場合に使用することがあるが稀)。
- (m): 1階が結核病床2階は2種感染症4床で、この建物で計6床。他から離れた別棟を形成、この病棟に普段は職員はいない。
- (n): 収容実績ないが、2階2種病床とナースステーションは共有である。
- (o): 全病棟に陰圧個室(非モデル病床6室を含む)設置。結核病床は常に陰圧だが通常は一般病室として使用し、結核患者収容時はドアと窓を閉鎖して結核病床とする。また各陰圧室は縦に縦くグループ化されている。
- (p): はしか等も入れる場合がある。扉で感染症病棟を区切り、結核と同時収容も可能と。

	個室	2床室	3床室	4床室	5床室	6床室	7床室	8床室	9床室	計
病室数	90	37	3	47	4	26	2	18	1	228
%	39.5%	16.2%	1.3%	20.6%	1.8%	11.4%	0.9%	7.9%	0.4%	
病床数	90	74	9	188	20	156	14	144	9	704
%	12.8%	10.5%	1.3%	26.7%	2.8%	22.2%	2.0%	20.5%	1.3%	

45.9%

表2.3.個室と多床室の分布(表3.7、3.8参照)

病院名	精神科単科or 一般病院／通 常orモデル	病床入院対象患者の規定	若年者の入院/患者層
A	一般／通常	結核確定(PCR陽性等)＋疑い患者(PCR未着) (a)	若年者も少なくない
B	一般／通常	結核確定患者(PCR陽性等)	若年者も少なくない
C	一般／通常	結核と100%確定していない患者の入室もあり (逆隔離)(b)	若年者も少なくない
D	一般／通常	(質問せず)	質問せず
E	一般／通常	(質問せず)	若年者も少なくない。ホームレスは少ない。
F	一般／通常	(質問せず)	状態の悪い高齢者が主だが若年者も少なくない
G	一般／通常	(質問せず)	80以上の高齢者多い/時に若年者あり
H	一般／通常	結核疑い患者(診断つけば原則他の結核病院に 転院)	若年層も少なくない
I	一般／通常	(質問せず)	時に若年者
J	一般／通常	(質問せず)	全患者の2/3が生活保護、ホームレス患者 若い方も多いが元気で家族がいる人は少ない。 寝たきりや自由移動不可患者は全体の半分。月 に10名程度死亡退院。
K	一般／通常	(質問せず)	入室者すくなく質問せず
L	一般／通常	結核確定者のみ(疑い患者に対しては、各病棟 に陰圧室あり)	高齢者が多い(平均69-70歳)、またホームレスが 多い。20%くらいは寝たきりで看護単位は15:1。 深夜帯の看護が過負荷になり看護師が一時大 量に離職し結核患者が入院できない事態になっ
M	一般／通常	結核確定者のみ	
N	精神科病院	結核確定患者のみ。原則閉鎖病棟対象者のみし か入院できないが 閉鎖病棟であることについて本人同意があれば 任意入院の患者も受けることあり。	高齢者が多く平均年齢70歳前後
O	精神科病院モ デル	(質問していない)	入院には閉鎖病棟入院同意が必要。分裂病と認 知症などが多い
P	精神科が主/ モデル	収容実績なく不明	収容実績なく不明
Q	一般モデル	疑いを含む結核患者	質問せず
R	一般モデル	結核確定者のみ(疑い患者は各病棟陰圧室に収 容)。殆どは他からの紹介患者でモデル病床では あるが合併症がなくとも受け入れ特別なことがな い限り他の結核病棟へ転院させず通常の結核病 床として機能している。	若年者もすくなくない(痴呆や重症者は管理不可 能)
S	2種病床	基本的に合併症(透析が多い)結核への急性期 対応のための入院。院内の結核疑い患者は確定 診断以前は入室しない。	質問せず
T	2種病床	院内発生の患者のみ収容が原則(結核疑いも含 めPCR結果判明まで、ないし結核病棟転院まで の期間)。	質問せず

表2.4.入院対象者と患者層

(a):疑い患者(確定していない患者)は個室にいれ据え置き型換気装置を作動させ陰圧化する、と。確定すれば換気装置は停止させる。

(b):疑い患者(確定していない患者)も区域ごと陰圧化されている結核病床区域の陰圧個室に収容。

病院名	精神科単科 or一般病院	モデル病床 or 通 常結核病棟	2種感染症病 床数	2種感染症病床詳細
G	一般	通常	4	は別の一般病棟内にユニットとして設置されている。ナースステー ションから遠い。結核患者ないし疑い患者収容実績はない(結核病 床よりも窓は大きく部屋は大きくて明るい)。予定されている病院建 て替えて結核病床を30床へ減床させ2種感染症病床と同じ病棟とす る予定
I	一般	通常	4	2種感染症病床は結核病床と一体になってグループ化/ユニット化 されているが感染症と結核の間には仕切り扉がある。結核と感染 症の各病床に患者をそれぞれ結核患者、感染症患者を入れること も可能との見解。室内にユニットバス設置。デング熱やインフルエン ザなどの患者収容実績あり。
L	一般	通常	6	感染症病床は結核病床の隣の病棟に設置されている、陰圧化され ているがHEPA排気の有無は不明
P	精神科が主	モデル病床(精神)	4	1階が結核病床で2階が2種感染症病床になっている。他から離れ た別棟を形成、この病棟に普段は職員はいない。
S	一般	モデル病床(一般)	6	陰圧化されていない結核モデル病床は結核患者には使用せず一 般病床として使用し、陰圧化されている2種感染症病床を結核患者 に使用している。2種病床は結核とは別の病棟に設置されている。
T	一般	結核病床なし	10	床転院までの処置だが、年間2-3例は重症で院内で治療する場合 がある。

表2.5.結核病床と2種感染症病床の関連

病院名	区画	感染粒子の除去(全排気ないしHEPA付再循環ないしその他)				外気導入回数/時間	再循環を含む換気回数/時間
		排気設備	HEPA付再循環設備	紫外線殺菌灯付再循環	詳細		
A	同一病棟内陰圧化不可能室群	なし	なし	なし	機械換気なし。換気扇なし。	対象外	なし
	同一病棟内陰圧化可能室群	あり	なし	なし	機械排気による全排気可能(a)	15回-30回(実態不明)	なし
B	同一病棟内非陰圧区域	あり	なし	なし	機械排気による全排気。	質問せず	なし
	同一病棟内陰圧区域	あり	なし	あり	機械排気による全排気+全病室空気循環式紫外線殺菌灯 機械排気で一部空気をHEPA付再循環	最大8回(現状不明)	質問せず
C		あり	あり	なし		再循環含めて4.7回程度	再循環含めて4.7回程度
D		あり	なし	なし	機械排気による全排気	3.2回	なし
E		あり	なし	なし	機械排気による全排気	2.5回	なし
F		あり	なし	なし	機械排気による全排気	不明	なし
G	同一病棟内非陰圧区域	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず	なし
	同一病棟内拡大陰圧区域	あり	なし	なし	機械排気による全排気	24回ないし6回(実態不明)	なし
	同一病棟内固定陰圧区域	あり	なし	なし	機械排気による全排気	24回ないし6回(実態不明)	なし
H		あり	なし	なし	機械排気による全排気	4.5回~6回	なし
I		なし	なし	なし	機械換気なし。換気扇なし	対象外	なし
J		なし	なし	なし	機械換気なし。換気扇なし	対象外	なし
K	2階病棟	あり	なし	なし	換気扇による全排気。	不明	なし
	3階病棟	あり	なし	なし	換気扇による全排気。	不明	なし
	4階病棟	あり	なし	なし	換気扇による全排気。	不明	なし
	5階病棟	あり	なし	なし	換気扇による全排気。	不明	なし
L		あり	なし	なし	機械排気による全排気	2回	なし
M	〇〇病棟	なし	なし	なし	機械換気なし。換気扇なし	対象外	なし
	△△病棟一部+□□病棟一部	なし	なし	なし	機械換気なし。換気扇なし	対象外	なし
	△△病棟内MDR区域	あり	なし	なし	機械排気による全排気	不明	陽圧化可能1室のみHEPA付再循環空気清浄機設置
N	同一病棟内非陰圧室群	あり	なし	なし	機械換気(詳細不明)。	不明	不明
	同一病棟内陰圧室群	あり	あり	なし	機械換気(詳細不明)+HEPA付再循環空気清浄機	不明	不明
O		あり	なし	なし	機械排気による全排気	不明	なし
P		あり	なし	なし	換気扇による全排気	不明	なし
Q		あり	なし	なし	機械排気による全排気	2回	なし
R		あり	あり	なし	機械排気による全排気+HEPA付再循環空気清浄機(各病室)	再循環含めて6回程度	外気導入を含めて6回程度
S	モデル病床	不明	なし	なし	不明	2.9回	なし
	2種感染症病床(i)	あり	あり	なし	機械換気で一部空気をHEPA付再循環	2.2回	4.8
T	2種感染症病床	あり	なし	なし	機械排気による全排気	不明	なし

表3.1.感染粒子の除去状況

(a): 排気装置はon/offでかなり作動音が大きいとのこと。疑い患者(確定していない患者)はこの個室にいれ据え置き型換気装置を作動させ陰圧化する。と。確定すれば換気装置は停止させる。

(b): 陽圧化は殆ど作動していない様子で、HEPA付再循環装置の稼働状態についても質問していないため、別区画としなかった。

病院名	病床区画	換気システム概要	給気(機械)系の独立	排気	給排気装置 停止時対策 (ファン運動ダン パ等)
A	同一病棟内陰圧化不可 能室群	共用トイレ浴室からの排気のみで機 械換気なし。換気扇なし。		共用トイレ浴室からの排気 は他の病床からの排気と共 通	不明
	同一病棟内陰圧化可 能室群	据え置き型のHEPA付排気装置 (on/off)あり		部屋ごと単独独立	不明
B	同一病棟内非陰圧区 域	病室に排気給気両方あり。廊下で給 気。	独立	単独独立	質問せず
	同一病棟内陰圧区域	病室に排気給気両方あり。廊下で給 気。	独立	単独独立	あり
C		廊下と病室共に給気されている。病室 以外にも共同区域トイレで排気	独立	単独独立	なし
D		病室に排気給気両方あり	他病棟と共通	単独独立	なし
E		病室に排気給気両方あり	下階と共通	単独独立	あり
F		病室に排気給気両方あり	独立	単独独立	なし
G	同一病棟内非陰圧区 域	質問せず	給気の有無不明	質問せず	なし
	同一病棟内拡大陰圧 区域	排気のみ。機械給気の有無不明	給気の有無不明	単独独立(陰圧区域全体で1 単位)	なし
	同一病棟内固定陰圧 区域	排気のみ。機械給気の有無不明	給気の有無不明	単独独立(陰圧区域全体で1 単位)	なし
H		排気のみ。給気なし。		単独独立	なし
I		トイレ浴室からの排気あり。これ以外 自然換気。換気扇なし。		質問せず	質問せず
J		ほぼ自然換気。換気扇なし。			
K	2階病棟	各部屋の換気扇のみ		各部屋毎の換気扇排気	
	3階病棟	各部屋の換気扇のみ		各部屋毎の換気扇排気	
	4階病棟	各部屋の換気扇のみ		各部屋毎の換気扇排気	
	5階病棟	各部屋の換気扇のみ		各部屋毎の換気扇排気	
L		廊下、各病室とも給気/排気あり。	独立	単独独立	不明
M	〇〇病棟	トイレ浴室からの排気(on/off)を除き ほぼ自然換気		質問せず	質問せず
	△△病棟一部+□ □病棟一部	トイレ浴室からの排気(on/off)を除き ほぼ自然換気		質問せず	質問せず
	△△病棟内MDR区 域	病室からの排気のみ。給気は非MDR 区域からフィルター(HEPAかどうか質 問せず)を通した空気を廊下側に吹出 している。	非MDR区域からの フィルターを通した送 気	単独独立	なし
N	同一病棟内非陰圧 室群	機械換気だが不明	質問せず	不明	不明
	同一病棟内陰圧室 群	機械換気だが不明	質問せず	不明	不明
O		廊下から給気。廊下と病室から排気。	独立	単独独立	あり
P		病室からの換気扇による排気		単独独立(換気扇)	
Q		病室内で給気、排気ともにあり	フロアー共通	陰圧室は縦にブロックを形 成しこれらのシステムのみで 単独独立排気	あり
R		区域内廊下兼共用スペースでは給気 のみ。各部屋で排気と若干の給気。	各部屋単位で独立	単独独立	なし
S	モデル病床	質問せず	質問せず	単独独立	なし
	2種感染症病床	各室で給気と換気。	各室で独立	単独独立	なし
T	2種感染症病床	各病室は排気のみ、廊下で給気	共通	単独独立	あり

表3.2.換気システムの概要

病院名	病床区画	排気フィルタリング (HEPA)設置	HEPAフィルター保守整備	排気口が病室窓から離れて いる
A	同一病棟内陰圧化可 能室群	あり	交換1回/3年(目詰まり警報等の有 無質問せず)	OK(屋上から排気)
B	同一病棟内陰圧区域	あり	交換1回/2年(目詰まり警報等の有 無質問せず)	OK(屋上から排気)
C		あり	交換1回/1年(毎月点検)	OK(屋上から排気)
D		あり	交換1回/3-4年(目詰まり警報設 置)	OK(屋上から排気)
E		あり	交換1回/3年(差圧メーターで管理)	OK(屋上から排気)
F		なし		No(同じレベルで排気。1つの 病室だけ外気取り入れ口近く に排気している)
G	同一病棟内拡大陰圧 区域	あり	交換1回/4.5年(目詰まり警報設置)	OK
	同一病棟内固定陰圧 区域	あり	交換1回/4.5年(目詰まり警報設置)	OK
H		あり	交換1回/2-3年(差圧計をモニター)	No(同じレベルで排気。隣接 する病室へのショートカットの 可能性有り)
L		あり	交換の経験なし(陽圧警報あり)	OK(屋上で排気)
M	△△病棟内MDR 区域	あり	差圧計なし/5年に1回程度	No(病棟横で排気)
O		あり	交換1回/2-3年(差圧計のモニター で交換時期を決定)	OK屋上排気
Q		あり	交換1回/1年	OK(屋上排気)
R		あり	交換1回/2-3年(現在)	No(同じレベル排気している が給気口とは離れてある)
S	2種感染症病床	あり(給気側にもあり)	交換は2-3年に1回(目詰まり警報 等の有無は不明)	No(給気と排気のダクトが隣 接している)
T	2種感染症病床	あり	交換1回/1年	OK(屋上で排気)

表3.3.排気の状態(機械排気のある区画である程度詳細の判明のしている区画のみ)

交換頻度	区画
1年に1回交換	3
2年に1回交換	1
3年に1回交換	2
2-3年に1回交換	4
3-4年に1回交換	1
平均4.5年に1回交換	2
5年に1回交換	1
交換の経験なし	1

表3.4.HEPAフィルターの交換状況

病院名	病床区画	病室でのベット位置と給気口／ 排気口の位置調整	病室外の施設内空気流の設定(清 潔⇒汚染区域)
A	同一病棟内陰圧化 可能室群	患者頭付近のベッドサイドに HEPAユニット設置	なし
B	同一病棟内陰圧区 域	病室窓側と中央で排気。病室入 り口側で給気	あり
C		窓側で給気。病室入り口付近で 排気。	あり
D		多床室は部屋中心部で給気、病 室入り口付近で排気。個室は患 者足部分で給気。入り口付近で 排気	あり
E		窓側と壁側に給気。病室内トイレ と出入り口付近で排気	あり
F		窓側で給気。廊下側入り口近くで 排気、	なし
G	同一病棟内拡大陰 圧区域	患者の足側部分天井で排気。給 気なし。	陰圧区域内の空気流設定なし
	同一病棟内固定陰 圧区域	患者の足側部分天井で排気。給 気なしし給気なし。	
H		患者の体のほぼ中心部天井で排 気。給気なし	一般病床区域⇒陰圧区域⇒結核病 床に設定
L		患者ベッド上部へ向けて水平方 向へ給気。廊下出入り口付近で 排気	前室⇒廊下⇒各病室に設定。区画 内ナーステーションの設定は不明 (現状で陰圧ではない)
M	△△病棟内MDR 区域	質問せず	非MDR区域⇒MDR区域廊下⇒病室
O		病室奥患者足側天井と入り口付 近に排気口あり。病室内給気な し	非陰圧区域⇒陰圧区域(陰圧区域 内廊下⇒各病室
Q		患者足元の天井部分より給気。 部屋の四方から排気。	(病棟単位運営)
R		患者ベッド真上のHEPAユニット で若干外気を給気。排気は入り 口付近のシャワー室からの排気 のみ。	通常病床廊下⇒陰圧区域全室⇒共 用室兼廊下⇒各病床
S	2種感染症病床	排気の熱交換ユニットは患者の ベッド上やや窓際よりあり特に 空気の流れは考慮されていな い。	廊下⇒病室
T	2種感染症病床	質問せず	廊下⇒病室

表3.5.空気流の設定(機械排気のある区画である程度詳細の判明のしている
区画のみ)

病院名	病床区画	実働病床数	病室の陰圧化	病室外区域(廊下や共用室を含む)の陰圧化	陰圧のチェック機構と記録	病室陽圧化可能+前室設置(HIV合併結核など易感染性患者管理のための個室)
A	同一病棟内陰圧化不可能室群	10	なし	なし		なし
	同一病棟内陰圧化可能室群	2	全室陰圧化可能	病室外陰圧区域の形成なし	機械動作確認のみ	なし
B	同一病棟内非陰圧区域	40	なし	なし		なし
	同一病棟内陰圧区域	20	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	中央監視PC(ナースステーションに設置)で各部屋区域の圧をモニターしている/一日一回チェック	なし
C		55	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	3ヶ月に1度行う。病室の入り口と病棟の入り口をチェック(ビルメンテ会社が他の点検と共にやっている)	なし
		10	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	なし	なし(HIV合併患者も陰圧室に入院する)
E		10	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	設備管理室で毎時間の自動記録	なし
F		実質29	なし	なし		なし
G	同一病棟内非陰圧区域	30	なし	なし		なし
	同一病棟内拡大陰圧区域	12	全室陰圧化可能	区域全体が陰圧化可能	なし	なし
	同一病棟内固定陰圧区域	8	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	なし	なし
H		3	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	毎日看護師がスモークテスト施行し記録/圧計も記録する	なし
I		4	なし	なし		なし
J		46	なし	なし		なし
K	2階病棟	59	(換気扇による換気)	(換気扇による換気)		なし
	3階病棟	58	(換気扇による換気)	(換気扇による換気)		
	4階病棟	59	(換気扇による換気)	(換気扇による換気)		
	5階病棟	59	(換気扇による換気)	(換気扇による換気)		
L		10	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	なし	なし
M	〇〇病棟	51	なし	なし		なし
	△△病棟一部+□□病棟一部	44	なし	なし		なし
	△△病棟内MDR区域	16	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	なし	1室のみ陽圧化可能/前室はない
N	同一病棟内非陰圧室群	実質20	なし	なし		なし
	同一病棟内陰圧室群	5	全室陰圧化	病室外陰圧区域の形成なし	なし	なし
O		8	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	陰圧のチェックではないが、看護師が排気ファン作動ランプを勤務交代時に確認する(記録はしていない)。	なし
P		2	(換気扇による換気)	(換気扇による換気)		なし
Q		15	全室陰圧化	病室外陰圧区域の形成なし(病棟単位運営)	病室入口のデジタル式差圧計を1日に1回看護師が確認/記録はしない	なし
R		3	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	スモークテストを1日1回施行(病棟の看護師)/記録あり	なし
S	モデル病床	0	なし	なし		なし
	2種感染症病床	6	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	なし	なし
T	2種感染症病床	10	全室陰圧化	区域全体が陰圧化	時々チェックする程度(決まりなし)。	なし

表3.6.陰圧化の状況

病院名	区画と陰圧化の有無	実働区画病床数	区域内共同トイレの有無	区域内共同シャワー/浴室の有無	個室				2床室				3床室		4床室(b)		5床室(a)		6床室(a)		7床室(a)		8床室(a)		9床室(a)		
					部屋数	1人あたり総面積平均㎡★	トイレあり	シャワー等あり	部屋数	1人あたり総面積平均㎡★	トイレあり	シャワー等あり	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数	1人あたり総面積平均㎡	部屋数
A	陰圧化不可病室	10	あり	あり	1	8.20	0	0	1	6.47	0	0	1	5.95	1	4.74	0										
	陰圧化可能病室	2	(e)	(e)	2	8.20	0	0																			
B	非陰圧区域	40	あり	あり	4	12.4	0	0	2	15.9	0	0	0		8	7.97	0										
	陰圧区域	20	あり	あり					4	15.9	0	0		3	7.97	0											
C	全室陰圧	55	あり	あり	1	12.4	0	0	7	7.19	0	0	0		10	6.43	0										
D	全室陰圧	10	あり	あり	2	12.8	0	0				0		2	6.58	0											
E	全室陰圧	10	(f)	あり	2	16.3	2	0						2	8.23	2											
F	なし	29	あり	あり	5	12.8	0	0						6	6.55	0											
G	非陰圧区域	30	あり	あり	3	7.82	3	2	4	7.03	0	0		2	7.03	0	1	5.46	1	4.64							
	拡大陰圧区域	12	あり	あり					4	7.03	0	0		1	7.51	0											
	固定陰圧区域	8	あり	あり	2	14.6	0	0				2	6.64														
H	全室陰圧	3	あり	あり	3	9.22	0	0																			
I	非陰圧	4	あり	あり					2	16.2	0	0															
J	非陰圧	46	あり	あり					3	4.87★	1	1		1	5.23	0		2	4.7			3	5.27				
K	2階(全室非陰圧)	59	あり	なし					1	9.75	0	0					8							1	5.08		
	3階(全室非陰圧)	58	あり	なし(d)													3					5					
	4階(全室非陰圧)	59	あり	なし(d)													2	5.05	1			5	5.74				
	5階(全室非陰圧)	59	あり	なし(d)													2		1	8.58		5					
L	全室陰圧	10	あり	あり	6	13.2	6	0	2	8.82	0	0															
M	〇〇病棟	51	あり	あり	6	12.98★	不明	不明	3	6.2	0	0		1	7.97	0	1	6.37	5	5.31							
	△△病棟一部十口	44	あり	あり	4	13.16★	不明	不明						3	6.53	0	2	6.37	3	5.31							
	□病棟一部△△病棟内MDR区域	16	あり	あり	2	12.39★	不明	不明	3	7.82	0	0		2	7.97	0											
N	非陰圧室	20	あり	あり										5	7.83	0											
	陰圧室	5	なし	なし	3	不明	0	0	1	9.9	0	0															
O	全室陰圧	8	(f)	あり	8	14.4★	8	1																			
P	なし	2	(f)	あり	2	10.5★	2	0																			
Q	全室陰圧化	15	(f)	(f)	15	12.5★	15	15																			
R	全室陰圧化	3	(f)	(f)	3	13.3	3	3																			
S	2種病床/全室陰圧	6	あり	あり	6	14	0	0																			
T	2種病床/全室陰圧	10	(f)	(f)	10	13.68★	10	10																			

表3.7各区画の病床配置と陰圧化・トイレ・浴室シャワー等設置状況

★:トイレ/浴室シャワー等を含む面積の場合★を付す。

☆:トイレ/浴室シャワー等を含む面積かどうか不明の場合☆を付す。

(a):全部屋がトイレ/浴室シャワー等なし

(b):全部屋が浴室シャワー等なし

(d):風呂は1階の結核患者専用浴室を使用

(e):病室外陰圧区域の形成なし

(f):各部屋に設置しているので不要

	個室		2床室		3床室		4床室		5床室 (a)	6床 室(a)	7床 室(a)	8床 室(a)	9床 室(a)	計		総計
	陰圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	
病室数	65	25	21	16	2	1	20	27	4	26	2	18	1	108	120	228
病床数	65	25	42	32	6	3	80	108	20	156	14	144	9	193	511	704
トイレ・浴室／シャワー 等の有無判明病室	63	15	21	16	2	1	20	27	4	26	2	18	1	106	110	216
トイレあり病室(不明除 く)	44	5		1			2							46	6	52
浴室／シャワーあり病 室(不明除く)	29	2		1										29	3	32

表3.8.陰圧／非陰圧別に見た個室・多床室分布とトイレシャワーの設置状況

(a): 陰圧室なし

病院名	病床区画	陰圧化の有無	病室窓の開放不可化ないし開放禁止	結核病床区域 出入り口ないし 陰圧区域出入り口へのの 前室設置	病室扉の自閉 式化	病室扉は常に必要以外 閉鎖状態	病室扉は引き戸
A	同一病棟内陰圧化不可 能室群	なし	開放可能だが常時閉鎖を指導	なし	あり	開放	全て引き戸
	同一病棟内陰圧化可 能室群	全室陰圧化可 能	(陰圧時)開放可能だが常時閉鎖を 指導	なし	あり	陰圧化時閉鎖	全て引き戸
B	同一病棟内非陰圧区 域	なし	質問せず	図面からははっ きりせず	質問せず	質問せず	全て引き戸
	同一病棟内陰圧区域	全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	あり	あり	閉鎖が原則	全て引き戸
C		全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	あり	あり	閉鎖が原則	全て引き戸
D		全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	あり	あり	閉鎖が原則だが開放し ていた病室あり	全て引き戸
E		全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	あり	あり	閉鎖が原則	全て引き戸
F		なし	質問せず	なし	あり	閉鎖が原則	全て引き戸
G	同一病棟内非陰圧区 域	なし	質問せず	なし	あり	質問せず	全て引き戸
	同一病棟内拡大陰圧 区域	全室陰圧化可 能	(陰圧時)開放可能だが常時閉鎖を 指導	なし	あり	質問せず	全て引き戸
	同一病棟内固定陰圧 区域	全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	なし	あり	質問せず	全て引き戸
H		全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	なし	自閉式	閉鎖が原則	全て引き戸
I		なし	質問せず	なし	自閉式	質問せず	全て引き戸
J		なし	窓は閉鎖が原則だが患者が開けて しまうことも多い	なし	なし	閉鎖が原則	全て引き戸
K	2階病棟						
	3階病棟	(換気扇による 換気)	窓は閉鎖が原則だが患者が開けて しまうことも多い	なし	あり	質問せず。実際には開 いている部屋も多く見ら れた。	全て引き戸
	4階病棟						
	5階病棟						
L		全室陰圧化	開放可能だが開放しないよう指導	あり	あり	閉鎖が原則	全て引き戸
M	〇〇病棟	なし	閉鎖が原則	なし	あり	あけてよい	全て引き戸
	△△病棟一部+〇 口病棟一部	なし	閉鎖が原則	なし	あり	あけてよい	全て引き戸
	△△病棟内MDR区 域	全室陰圧化	開放不可能	なし	あり	あけてよい	全て引き戸
N	同一病棟内非陰圧 室群	なし	開放可能	なし	自閉式	質問せず	全て引き戸
	同一病棟内陰圧室 群	全室陰圧化	開放不可能	なし	自閉式	質問せず	全て引き戸
O		全室陰圧化	閉鎖が原則	あり	自閉式	常に閉鎖	全て引き戸
P		(換気扇による 換気)	開放不可能	なし	不明	収容実績なく不明	全て引き戸
Q		全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	(病棟単位運 営)	自閉式	結核収容時は常閉鎖	全て引き戸
R		全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	あり	自閉式	常時閉鎖	全て引き戸
S	モデル病床	なし	(稼動していない)	なし	あり	(稼動していない)	全て引き戸
	2種感染症病床	全室陰圧化	開放可能だが常時閉鎖を指導	なし	あり	常時閉鎖	全て引き戸
T	2種感染症病床	全室陰圧化	開放不可能	なし	あり	常時閉鎖	全て引き戸

表3.9..ドアと窓の状況と管理

病院 名	精神科 or一般	病棟区画	多床室への収容条件	病室外への自由移動許可の条件	病棟ないし病棟区域外への自由移動許可の条件	病院外外出／外泊の基準
A	一般	同一病棟内陰圧化不可能室群 同一病棟内陰圧化可能室群	結核と確定していること。治療初期は個室としたいがベッド運営上困難。	制限なし	入院中不可	原則不許可
B	一般	同一病棟内非陰圧区域 同一病棟内陰圧区域	治療初期は陰圧区域個室(2床室を使用)を原則とするが、ベッド運営上困難なことが多い。	制限なし 治療初期(1週間程度)経過後	病棟外院内売店に行くことが1日1回許可。これ以外の結核病棟外への移動不可。 喀痰塗抹連続2回陰性まで陰圧区域から出ること不可(2回陰性で陰圧区域外転ベッド)	原則不許可
C	一般		最初2週間程度は個室管理が原則	質問せず	喀痰塗抹または培養が3回連続陰性	喀痰塗抹または培養が3回連続陰性
D	一般		治療初期は個室が理想だが運営上困難なことが多い。薬剤耐性(疑い)は積極的に個室に入れる。	質問せず	入院中不可	原則不許可
E	一般		治療初期、重症患者、MDR用患者は個室が理想だが運営上困難なことが多い。	質問せず	主治医判断。通常治療開始2週間程で区域外移動を許可(1日1.2回程度)必ず看護師がつきそう。	原則不許可
F	一般		治療初期、薬剤耐性例は個室を原則	質問せず	入院中不可	原則不許可
G	一般	同一病棟内非陰圧区域 同一病棟内拡大陰圧区域 同一病棟内固定陰圧区域	治療初期は個室が原則	質問せず	病棟外移動の条件は喀痰塗抹陰性。陰圧区域外に出る条件については質問していない	喀痰塗抹陰性
H	一般		多床室なし	短期の患者が殆どで基準なし		
I	一般		入院患者少なくほぼ常に個室管理	部屋から出ないように指導するが、実際にはあまり患者がいないのでよくわからない。		主治医判断
J	一般		培養陰性化が原則だが、ベッド運営上困難なことが多い。	質問せず	培養陰性化が条件だが実際には出入り自由になっている	培養陰性化
K	一般	2階病棟 3階病棟 4階病棟 5階病棟	個室はないが排菌部屋とそうでない部屋がある。	マスクをすればはじめから院内自由移動許可。ただし非結核病棟への移動は禁止。病棟間は鉄の扉が常時閉鎖しているが施錠はない。		排菌(塗抹)陰性(塗抹陽性でも培養陰性ならOK)
L	一般		個室のみ使用	制限なし	2週間以上治療し主治医が許可すれば。	原則不許可。抗結核薬内服2週間以降AM7-8時およびPM5-6時に限り周辺の散歩のみ可
M	一般	〇〇病棟 △△病棟一部+□□病棟一部	基本的に個室は重症患者に使用し、状態がよければ最初から多床室可能。		非MDRでは入院1ヶ月後開業が順調に服薬できていること。	
	一般	△△病棟内MDR区域	質問せず	マスクをすればそれぞれの区域内は出入り自由	MDRは最初区域から出ないように指導。区域外自由移動の条件は主治医判断(塗抹陰性ならOKの可能性高い)。ただしMDRの場合あまり区域外へ行きたいという希望はあまり出ない。	喀痰塗抹培養検査結果が2回連続して陰性の場合。周囲散歩の場合マスク着用が条件で、散歩許可証を発行しており、散歩区域と散歩時間を定めている。
N	精神科 病院	同一病棟内非陰圧室群 同一病棟内陰圧室群	塗抹連続2回陰性	陰圧室から自由に出入り可能となる条件は塗抹連続2回陰性	閉鎖病棟で不可能	原則不可
O	精神科 病院		個室のみ	質問せず	1ヶ月3回検査し2ヶ月連続6回塗抹陰性。	主治医判断
P	精神科 が主		多床室なし	不可能(施設)	閉鎖病棟で不可能	不可
Q	一般		多床室なし	病棟単位運営。喀痰(痰が採取できなければ胃液)塗抹検査が3回連続して陰性であることが基本		主治医判断
R	一般		多床室なし	感受性が出るまで不許可	結核治療2週間以上経過し3日連続塗抹検査で陰性を確認。しかしこの際には退院することが多い。	主治医判断
S	一般	モデル病床	多床室なし	入院日より2週間は原則として不許可。共用室等が実質病床区域=病室。		質問せず
T	一般	2種感染症病床	多床室なし	主治医判断だが部屋自体から出ないよう指導		主治医判断

表4.1.各区画での患者管理状況

病院名	精神科単科or 一般病院	病床区画	結核患者の病院内移動時のエレベーターの専用化ないしは対応(移動時間帯の調整や患者マスクを除く)、securityの有無	病棟/病床区画出入り口の施錠や
A	一般	同一病棟内陰圧化不可能室群 同一病棟内陰圧化可能室群	なし。他患者の同乗も可能	休日夜間は病棟出入り口にブザー設置
B	一般	同一病棟内非陰圧区域 同一病棟内陰圧区域	独立戸建なので不要	なし 陰圧区域前室がナースステーションに隣接しておりチェック可能
C	一般		結核患者の使用するエレベーターはほぼ決まっているが専用化等はしていない	なし
D	一般		特にしていない	なし
E	一般		職員用のエレベータを使用するが専用ではない。使用中は他患者の同乗謝絶。	なし
F	一般		専用エレベーターはないが他の病棟でのメインエレベーターは結核病棟では閉鎖している。結核患者使用時はエレベーターの他患者同乗は謝絶。	なし(チェック困難)
G	一般	同一病棟内非陰圧区域 同一病棟内拡大陰圧区域 同一病棟内固定陰圧区域	独立戸建なので不要	なし 陰圧区域出入り口は施錠可能。認知症患者等への対策として使用することがある。
H	一般		結核患者使用時は他患者の同乗を謝絶。	なし
I	一般		なし	なし
J	一般		なし	なし。設置しても患者の不満が大きくなり管理しきれない可能性が高い。
K	一般	2階病棟 3階病棟 4階病棟 5階病棟	ほぼ別棟で、エレベータは結核病棟と他の病棟では別。	なし(制限していない)
L	一般		なし。他患者の同乗も可能	隣の緩和病棟との連結部分は施錠されているが、他にはない。
M	一般	〇〇病棟	なし。他患者の同乗も可能	なし
	一般	△△病棟一部+□□病棟一部	なし。他患者の同乗も可能	なし
	一般	△△病棟内MDR区域	なし。他患者の同乗も可能	なし
N	精神科病院	同一病棟内非陰圧室群 同一病棟内陰圧室群	質問せず	病棟出入り口施錠(閉鎖病棟)
O	精神科病院		病床1階で不要	病床区画の出入り口は施錠可能。閉鎖病棟自体の入り口は常時施錠。
P	精神科が主		病床1階で不要	閉鎖病棟で出入り口等は施錠
Q	一般		結核患者使用時はエレベーターは専用化する(build-inの専用化システムあり)。	結核対策とは無関係にどの病棟に入るにも専用のカード(窃盗などの対策)が必要(無断で出ると自由に帰ることができない)。患者はカードは持たない。
R	一般		質問せず	なし(区域内のエレベーター出入り口は施錠は通常施錠)
S	一般	モデル病床	他患者の同乗は謝絶	質問せず
T	一般	2種感染症病床	他患者の同乗は謝絶	なし

表4.2.患者移動時のエレベーター管理と病棟/病床区画出入り口のセキュリティの状況

病院名	精神科単科or 一般病院	病棟区画	病室／病棟ないし病棟区域外 への無許可移動の有無	←有りの場合対策	病院外施設への無 許可外出の有無	←有りの場合対策
A	一般	同一病棟内陰圧化不可能室群 同一病棟内陰圧化可能室群	あまりない	休日夜間は病棟出入りにブ ザー設置稼動	ほとんどない	休日夜間は病棟出 入りにブザー設置
B	一般	同一病棟内非陰圧区域 同一病棟内陰圧区域	あまりない。稀に痴呆患者な ど。	なし 前室ドアを手動に切り替えて開 き難くする。	ほとんどない	
C	一般		年に2-3例	厳重注意	年に2-3例	厳重注意
D	一般		あり	厳重注意	年に数回	厳重注意
E	一般		ほとんどない。病棟を出ようとすればすぐわかる。認知症等の問題はあまり経験しない。			
F	一般		時に認知症等で経験あるが稀	認知症の場合難床センサーで 対応	ほとんどない	
G	一般	同一病棟内非陰圧区域 同一病棟内拡大陰圧区域 同一病棟内固定陰圧区域	認知症患者などで時にあるが 多くはない	陰圧区域出入り口施錠可能 で、認知症患者等への対策とし て使用することあり	なし	
H	一般		認知症などで稀にあり	認知症ではフットセンサーなど 使用するがかなり大変で、拘束 を余技なくされる場合もある。	ほとんどない	
I	一般		あまり患者がいないのでわからない			
J	一般		実際には自由に出入りしている	対策困難。ストレスがたまりや すくあまりうるさく言うと暴力や 逃亡等の問題になりかねない。	あり。時に近隣から の苦情あり。	対策困難
K	一般	2階病棟 3階病棟 4階病棟 5階病棟	実際には自由に出入りしている	非結核病棟への通路には鉄の 扉有り常時閉鎖しているが施錠 はない。	時にあるが、それ ほど多くはない。学 校にかこまれている が特に問題は起きて いない。	特にない
L	一般		なし		なし	
M	一般	〇〇病棟 △△病棟一部+□□病棟 一部 △△病棟内MDR区域	あり。独居、生活保護、反社会 的組織人など療養生活上問題 点のある患者による、無許可移 動がしばしば発生。	痴呆の場合には難床センサー などで対応。他は説明等	あり	オリエンテーションの 徹底など。
N	精神科病院	同一病棟内非陰圧室群 同一病棟内陰圧室群	なし(閉鎖病棟で、病棟内は移 動自由) あり	陰圧室から無断で出てきてしま う場合には精神科医の正式な 判断と公式書類のもと外から施 錠する。	なし(閉鎖病棟)	
O	精神科病院		なし	陰圧区域から外へ出てきてしま う場合には区域入り口前室の2 つのドアに施錠可能。閉鎖病棟 の外には出ることはできない。	なし	
P	精神科が主		収容実績なし			
Q	一般		認知症以外はなし	認知床の場合などは難床セン サーや病室ドアの開閉セン サーなどで早期に察知。	なし	
R	一般		なし	(認知症の患者では対応困難 でモデル病棟では治療不可能 としている)	なし	
S	一般	モデル病棟	重症が多く無許可移動はほとんどない。			
T	一般	2種感染症病棟	なし。元気な人はほとんどいない。			

表4.3.病室／病棟ないし病棟区域外／病院外施設への無許可移動と対策の実情

病院 名	精神or 一般	モデル or 通常	病床区画	病床として ユニット	看護単位と してユニット	実働 結核 病床 数	病床区画とナース ステーションの距離	重症者の受け入と対応	結核病床外空気 感染対策個室の 有無(表5.2参照)
A	一般	通常	同一病棟内陰圧化不 可能室群	ユニット	ユニット	10	陰圧個室はステー ションから遠い	対応可能(非陰圧重症個室使用)	なし
			同一病棟内陰圧化可 能室群			2			
B	一般	通常	同一病棟内非陰圧区 域	独立病棟	非ユニット	40	(病棟内)	対応可能。	なし
			同一病棟内陰圧区域			20			
C	一般	通常		独立病棟	非ユニット	55	(病棟内)	対応可能。	なし
D	一般	通常		独立病棟	ユニット(隣 病棟と共 通)	10	ステーションからかな り離れている	安全性が確保できないので重症例は治療不可能で原 則転院。例外的に院内発生重症結核の場合には他 病棟から看護師増員して対応。ICUでは結核患者用 個室なく重症例対応は不可。看護師や医師の人員不 足、引いては診療報酬が原因との見解。	なし
E	一般	通常		ユニット	ユニット(隣 病棟と共 通)	10	ステーションから若干 離れている	重症への対応はcase by case。受け入れの場合ス テーション近くの同一病棟内の結核病棟外の陰圧個 室で管理する。	あり
F	一般	通常		独立病棟	ユニット	29	ステーションからかな り離れている(隣の病 棟)	隣の呼吸器病棟と1看護単位で結核病棟重症患者有 り場合には看護師を呼吸器病棟から結核病棟へ多 少シフトさせるが、全体としての増員はない。	なし
G	一般	通常	同一病棟内非陰圧区 域	独立病棟	非ユニット	30	陰圧区域はステー ションからかなり離れ ている	重症で看護師のClose observationが必要な場合には 感染性の時期でもステーション近くの非陰圧個室に収 容する場合がある。	なし
			同一病棟内拡大陰圧 区域			12			
			同一病棟内固定陰圧 区域			8			
H	一般	通常		ユニット	ユニット	3	ステーションからかな り離れている	頻回訪室で対応可能	なし
I	一般	通常		ユニット	ユニット	4	ステーションからかな り離れている	重症者対応では看護上の問題も多く、一応結核病床 で対応するが可能なら他院に搬送する。看護体制に ついては特別な対応はしていない。	なし
J	一般	通常		独立病棟	非ユニット	46	(病棟内)	質問せず	質問せず
K	一般	通常	2階病棟	独立病棟	非ユニット	59			
			3階病棟	独立病棟	非ユニット	58	(病棟内)	重症例は原則他の病院に送るが、転院先がなく自院 で診ざるを得ないことがある。	なし
			4階病棟	独立病棟	非ユニット	59			
			5階病棟	独立病棟	非ユニット	59			
L	一般	通常		ユニット	非ユニット	10	(区画内)	看護体制上結核病床での重症患者管理は困難で原 則転院だが、やむを得ない場合は各病棟ICUの陰圧 室を使用。	あり
M	一般	通常	〇〇病棟	独立病棟	非ユニット	51	(病棟内)		
			△△病棟一部+〇 〇病棟一部	独立病棟	非ユニット	44	東6病棟はステーシ ョンからかなり離れて いる	対応可能	なし
			△△病棟内MDR区 域			16	ステーションから若干 離れている		
N	精神科 病院	精神科 閉鎖	同一病棟内非陰圧 室群	独立病棟	非ユニット	20	ステーション近くに陰 圧室あり	対応可能。	なし
			同一病棟内陰圧室 群			5			
O	精神科 病院	モデル		ユニット	ユニット	8	病床区画とステーシ ョンが隣接	非精神科の重症例は基本的に対応が困難で転院が 原則。陰圧区域に落ち着かない患者がいると陰圧区 域内で勤務するような状態になる場合もある。	なし
P	精神科 が主	モデル		独立病棟	非ユニット	2	(病棟内)	収容実績なく不明	なし
Q	一般	モデル		病室単位運 営	病室単位運 営	15	近い	対応可能	あり
R	一般	モデル		ユニット	ユニット	3	ステーションからかな り離れている	モデル病床では重症者管理不可能。ADLが自律した 痴呆のない人しかモデル病床には入れない。非結核 病床陰圧室で対応可能かもしれない。	あり
S	一般		2種病床	ユニット	ユニット	6	ステーションからかな り離れている	対応可能。しかしビデオモニターなどが必要な場合が あり、アラーム音が聞こえにくい。頻回の訪問で対応。 人工呼吸器対応患者の場合には看護師の増員が必要。 対応可能。非陰圧の非結核病床ICUで対応する場合 がある。しかし重症者管理は重症で交代で区画内に 看護師配置する場合がある。看護師増員はないが一 時的に一般患者さんを減らして対応する場合がある。 またモニターが飛ばないことがある	なし
T	一般		2種病床	ユニット	ユニット	10	ステーションからかな り離れている		なし

表5.1.重症者対応の状況

病院名	精神or 一般	モデル or 通常	合併症受け入れへのコメント	結核病棟外空気 感染対策個室の 有無	腹部等の手術	呼吸不全	白血病	透析	妊娠合併
A	一般	通常	受け入れは合併症担当科の判断。受け入れた場合は結核と確定していればどのような合併症でも結核病棟で治療(a)	なし	陰圧にできる手術室あり	結核病棟内でOK	結核病棟内でOK	透析時のみ透析センター個室で行う(陰圧室ではない)	原則結核病棟内で管理(出産の時の対応不明)
B	一般	通常	認知症は対応可能。近くの全科設置総合病院が結核病棟を閉鎖したばかりでいまだ対応困難合併症の経験はないが、実際にあった場合の対応方針は不明。	なし	不明	不明	不明	不明	不明
C	一般	通常	認知症は対応可能。合併症は転院が原則	なし	転院が原則	転院が原則	転院が原則	転院が原則	転院が原則
D	一般	通常		なし	転院が原則(2週間以上治療していても手術室使用許可を得るのが困難)	転院が原則	転院が原則	転院が原則	転院が原則
E	一般	通常		同一病棟内に陰圧個室2室設置	感染者用の手術室があるが使用や問い合わせは殆どない	対応可能	対応可能	透析は透析室を使用(透析室は陰圧室なし)。病床でも一応可能	産科の先生次第で可能
F	一般	通常		なし	空気清浄機や前室のあり手術室がある。他の結核病棟からの転院はできる断っている	質問せず	受け入れ可能	区画内で透析対応可能	受け入れ可能
G	一般	通常	合併症の種類により対応不可能例あり	なし	基本的に転院だがやむを得ない場合には整形外科の無菌Ope室を使用	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず
H	一般	通常		なし	経験がないが術後一日でICUでなんとか対応可能かもしれない	対応可能	対応可能	不可	質問せず
I	一般	通常		なし	原則転院	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず
J	一般	通常		質問せず	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず
K	一般	通常	合併症例は原則他の病院に送るが、転院先がなく自院で診ざるを得ないことがある。	なし	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず
L	一般	通常	院内発生のある合併症のある結核患者は院内で診るが他結核病院からの転院は断っている。	多くの病棟とICUに陰圧室がある。	陰圧化可能Ope室があるが経験なし	ICUに転院	血液科ICUで診ることになるだろうとのこと	透析はICUで行う/透析室に陰圧室なし	経験がないが、産婦人科病棟(陰圧室なし)でもかなり難しいとの予想
M	一般	通常		なし	可能(陰圧化可能Ope室があるが他からの問い合わせはない)	可能	可能	不可	転院
N	精神科 病院	精神科 閉鎖		なし	不可能	質問せず	質問せず	質問せず	質問せず
O	精神科 病院	モデル	非精神科的合併症は基本的に対応が困難で転院が原則。	なし	不可	不可	不可	不可	不可
P	精神科 が主	モデル		なし	不可	不可	不可	不可	不可
Q	一般	モデル	全科対応可だが他の結核病棟からの要高度医療合併症結核患者の転院はこれまで例がない。	あり(b)	陰圧手術室はないがその日の最後に行うことで対応	可	可	可	可
R	一般	モデル		あり(d)	一応対応可能だが、一時的に換気を停止させるなどの対応が必要で非常に難しい。	モデル病床では無理だが他の病棟の陰圧室ならOKかもしれない			
S	一般	2種		(2種感染症病棟が結核病棟、これ以外はなし)	可(特別な手術室はないが対応せざるを得ない)。	可	不明(その時にならないとわからない)。	質問せず	不可
T	一般	2種	合併症結核患者の転院に関する。他の結核病棟からの問い合わせはない。合併症をもつ患者がいてもそれらの疾患に経験のある看護師がおらず対応は困難。	なし	経験なく不明。	可	質問せず	質問せず	質問せず

表5.2.合併症対応の状況

(a): 結核病棟勤務はベテラン看護師が多く、普段みていない疾患の合併結核患者でも医師の協力で、不安はあるもののなんとかケア可能。

(b): ICU, HCUを含む全病棟に陰圧個室が1~4病室ずつ割り当てられており、うち6床は非モデル病床。

(d): 主要病棟/HCUには陰圧室あり(計10床)あり。特に各病棟HCUは各部屋天井にHEPA付再循環型空気清浄機が設置され中心部のHCUナースステーション部分にも大型のHEPA付再循環型空気清浄機が4台設置されている。

	個室		2床室		3床室		4床室		5床室 (a)	6床 室(a)	7床 室(a)	8床 室(a)	9床 室(a)	計		総計
	陰圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	非陰 圧	陰圧	非陰 圧	
病室数	65	25	21	16	2	1	20	27	4	26	2	18	1	108	120	228
病床数	65	25	42	32	6	3	80	108	20	156	14	144	9	193	511	704
面積が判明している病室の 病床数	27	13	44	26	6	3	80	108	20	156	14	144	9	157	493	650
平均面積㎡	12.9	11.2	9.2	9.78	6.64	5.95	7.06	7.18	6.14	5.09	6.56	5.66	5.08			
平均面積≥15㎡ の病室病床数	2		8	8										10	8	18
患者一人 あたりの 床面積㎡ 15>平均面積≥ 10㎡の病室病床 (トイレシャ ワー除く)	20	9												20	9	29
10>平均面積≥ 7.5㎡の病室病床 数	5	4	12	2			32	56						49	62	111
7.5㎡>平均面積 の病室病床数			22	16	6	3	48	52	20	156	14	144	9	76	414	490

表6.1.陰圧／非陰圧別に見た個室・多床室分布と面積

(a): 陰圧室なし

病院名	精神or一般	病床区画	病床として ユニット	実働 結核 病床 数	病室外共有空 間の有無(食堂 等との兼用含 む)	共有空 間の面 積㎡	公衆電 話	テレビ	ネット 接続 PC設 置	自販機 (飲料)	病室区域での携 帯電話使用可否
A	一般	同一病棟内陰圧化 不可能室群	ユニット	10	あり	51.1	あり	あり	なし	なし	可(他病棟より規 制緩い)
		同一病棟内陰圧化 可能室群		2							
B	一般	同一病棟内非陰圧 区域	独立病棟	40	あり	52.29	あり	あり	あり	なし	可(全病院可)
		同一病棟内陰圧区 域		20	あり	31.9	あり	あり	あり	あり	
C	一般		独立病棟	55	あり	45.5	あり	あり	なし	あり	可
D	一般		独立病棟	10	あり	30	あり	あり	なし	なし	可(全病院可)
E	一般		ユニット	10	あり	19	あり	あり	なし	あり	可(全病院可)
F	一般		独立病棟	29	あり(2室)	26.2+ 12.8	あり	あり	なし	なし	可
G	一般	同一病棟内非陰圧 区域	独立病棟	30	あり	30.1	なし	あり	なし	なし	可
		同一病棟内拡大陰 圧区域		12	あり		なし	あり	なし	なし	可
		同一病棟内固定陰 圧区域		8	あり	20	なし	あり	なし	なし	可
H	一般		ユニット	3	なし		なし	なし	なし	なし	可(全病院)
I	一般		ユニット	4	なし		なし	なし	なし	なし	可(全病院)
J	一般		独立病棟	46	あり	不明	あり	あり	なし	なし	個室でのみ可
K	一般	2階病棟	独立病棟	59	あり	38.34	あり	なし	なし	なし	
	一般	3階病棟	独立病棟	58	あり	45.9	なし	なし	なし	なし	不可(実際には 使用している)
	一般	4階病棟	独立病棟	59	あり	58.32	あり	なし	なし	なし	
	一般	5階病棟	独立病棟	59	あり	58.32	なし	なし	なし	なし	
L	一般		ユニット	10	あり	24.5	あり	あり	なし	なし	可
M	一般	〇〇病棟	独立病棟	51	あり	37.17	あり	あり	なし	なし	
	一般	△△病棟一部十 □□病棟一部	独立病棟	44	あり(2室)	37.17+ 31.86	あり	あり	なし	なし	可(全病院)
	一般	△△病棟内MDR 区域		16	あり	15.93	なし	あり	なし	なし	
N	精神科病院	同一病棟内非陰 圧室群	独立病棟	20	あり	92.7	あり	あり	なし	なし	不可
		同一病棟内陰圧 室群		5							
O	精神科病院		ユニット	8	あり	27	あり	あり	なし	なし	(医師の許可)
P	精神科が主		独立病棟	2	なし		なし	なし	なし	なし	収容実績なく不 明
Q	一般		病室単位運 営	15	(個室単位運 営)						可
R	一般		ユニット	3	あり	35.32	なし	なし	なし	なし	可(全病院)
S	一般	2種病床	ユニット	6	なし		なし	なし	なし	なし	可
T	一般	2種病床	ユニット	10	なし		なし	なし	なし	なし	可(感染症病床 のみ許可)

表6.2.共有空間の状況とテレビや電話等の設置状況

病院 精神or 名 一般	病床区分	病床としてユ ニット	病床区域内 での物品購 入の可否	可の場合の購入方法	外気へのアクセス(庭や屋 上など)	その他の長期入院に 適した特別なアメ ニティ	長期入院に適するかどうか(調査 者の主観)
A 一般	同一病棟内陸圧化 不可能室群 同一病棟内陸圧化 可能室群	ユニット	可能	職員に依頼	不可	ルームランナー(患者 寄贈)	共用室は広く明るいが廊下も病室 も狭く若干圧迫感がある。長期入 院の点では若干不利。
B 一般	同一病棟内非陸圧 区域 同一病棟内陸圧区 域	独立病棟	可能	自販機ないしカタログ(院内ローソ ン全商品)販売。	不可	なし	廊下は広く部屋も比較的広々とし ている
C 一般		独立病棟	可能	自販機、ないし売店で職員が代理 購入。	屋上あるが不可(近隣より クレームがあったことがあ る)	なし	廊下は広く開放感あり
D 一般		独立病棟	一部可能	病床区域入り口付近へ訪問販売 あるが注文は不可。看護師が買 いに出る場合あり。	不可	なし	廊下は広く患者も少ないせいか閉 塞感あまり感じないが雰囲気 が寂しい印象をうける
E 一般		ユニット	可能	売店で代理購入	不可(屋上なし)	感染性次第で院内回 書室利用可能	新しい病院で快適そうだが共同室 が若干狭い印象
F 一般		独立病棟	可能	カタログショッピング	不可	なし	窓は広く個室のある側は眺めもよ く開放感あり
G 一般	同一病棟内非陸圧 区域 同一病棟内陸大陰 圧区域 同一病棟内固定陸 圧区域	独立病棟	不可		病棟の外に庭(荒れている)あり一応可能だが陸圧 区域からは外に直接出ら れない。	ゲームやビデオ機器 持ち込みを許可してお り若年者はこれらに熱 中し入院生活には特 に問題がない。	(同病院の2種感染症病棟のほう り)窓や部屋は大きくて明るく開 放感がある
H 一般		ユニット	不可		不可	なし	廊下が狭く共同室もなく閉塞感あ り テレビ冷蔵庫も部屋内にない。結 核病棟は個室として使用時には 広いが2つの扉で他から仕切られ 昼間(2種より奥)にあり共同室も なく精神的には閉塞感があるかも しれない。
I 一般		ユニット	不可		不可	なし	老朽化しており廊下は狭く部屋も 狭いのでかなり閉塞感がある
J 一般		独立病棟	可能	院内売店ないが、1週間に1回希 望を聞いて職員が外の店に買出し	実際には出入り自由にな っている	なし	
K 一般	2階病棟 3階病棟 4階病棟 5階病棟	独立病棟 独立病棟 独立病棟 独立病棟	可能	1階の売店自販機で自分で購入	一部可能(一部で屋上に 出ることができるが広くな い)	なし	狭く古い病棟だが規律が緩くその 分楽かもしれない
L 一般		ユニット	不可	面会で持ち込むしかない。看護さ んが買いに行くこともある	自由には不可。許可があ れば決められた区域決め られた時間に散歩可能。	なし	施設はゆったりしており眺めもよく 廊下も広いが看護師1人で同病者 も少ないため寂しいのではないかと 思われる
M 一般	〇〇病棟 △△病棟一部十 〇〇病棟一部 △△病棟内MDR 区域	独立病棟 独立病棟	可能	カタログ販売ないし代理購入	不可。以前屋上に出るこ とを許可していたが、タバコ (火の不始末)や非行など 問題が多かったため不可 とした。	なし	築後長期を経ているが廊下は広く 明るい感じであまり圧迫感はない
N 精神科 病院	同一病棟内非陸 圧室群 同一病棟内陸圧 室群	独立病棟	可能	売店へ伝票依頼し病棟に届けて もらう	不可。しかし塗抹3回陰性 化すれば敷地内の散歩は 可能。	お小遣い(入院費に含 まれる)でおやつ、院 内催し物(精神科共 通)	比較的ゆったりしている
O 精神科 病院		ユニット	基本的には 不可	(家族が購入しない場合は代理 で職員が購入する場合もあり)	半分可。非陸圧区域から は、時間を決めて、他の病 棟とは離れた広い庭に出 ることができる。陸圧区域 から直接出ることではでき ない。	中庭の他、一時的外 出許可がある	廊下は広く病室もゆったりとして 窓が広い。患者が少なくため開放 として寂しい感じが静かで長期 入院には比較的適しているように 思われた。
P 精神科 が主		独立病棟	収容実績なく 不明	収容実績なく不明			閉鎖病棟で入り口に鉄格子あり、 刑務所の独房のような雰囲気
Q 一般		病室単位運 営	不可	代理人(家族付き添い等)が購入 する(なければ職員が代行する ことあり)	不可。状況によりマスク着 用のうえ、屋上庭園の散 歩を許可する場合がある が、原則隔離解除基準を 満たした場合のみ。	(アメニティが必要な長 期入院者はほとんど いない)	変形した不整形部屋でわりと狭く 感じる。病床単位運営で部屋内 のみに長期に隔離されるとかなり のストレスと思われる。
R 一般		ユニット	可能	看護師が依頼を受け、サービスセ ンターへ依頼し院内のコンビニで 購入され届られる	不可	特になし	部屋も共同室も広く見晴らしがよ いが、数ヶ月の入院だとつらいか もしれない。ストレスがたまってい まい病院職員付き添いで発散の ため散歩に行っていた事例があ る 部屋はそれほど狭くはないが3重 扉があり廊下も狭く共同室なく、 廊下から見た場合かなり閉塞感 がある。長期の隔離は困難そう で、実際にそういう用途には使用 していない。 見晴らしはよいが病室はかなり狭 い印象を受ける。長期の療養は かなり困難だが、使用状況からは 問題少ない。
S 一般	2種病床	ユニット	不可		不可		
T 一般	2種病床	ユニット	不可	(家族に行ってもらえない)	不可	テレビ視聴は感染症 病床のみ無料。	

表6.3.アメニティに関するその他の状況