

特集：日本の精神保健と福祉の課題と展望

精神科医療施設の物的環境

笈淳夫

国立保健医療科学院施設科学部

Physical Environmental Settings of Psychiatric Hospitals

Atsuo KAKEHI

Department of Faculty Sciences, National Institute of Public Health

1. 精神科医療における治療と空間の関係

医療施設における物的な環境については、1980年代の半ば頃から広く話題となりはじめ、近年では実際はかなり施設環境が向上してきたと考えられる。例えば厚生労働省が3年に1回実施している医療施設調査（静態調査）の結果を見ると、一般病院における入院患者一人当たりの病棟面積は、一般病院の場合1990年には15.9m²だったものが、2002年には20.5m²と4.6m²も広がってきている。これはこの間に、療養型病床群の場合には多床室の病室面積が1人当たり6.4m²以上必要であり、廊下巾も中廊下の場合に2.7m以上必要となったこと、療養環境加算の施設基準として8m²以上必要となったこと、そして多床室にも便所を附設する事例が増えたことや、病棟内食堂の設置が促進されたことなどが大きく影響を与えているものと考えられる。一方、1999年における精神病院の病棟面積は、患者1人当たり16.7m²となっており、一般病院と比較して1人当たり2m²以上狭い状態であったが2002年にはほぼ一般病院と同じレベルまで広がって来ている。

こうした中で、精神科医療施設における施設環境の整備は、ただ単に療養環境をこれまで以上に向上させると言いたいわけではなく、本質的に精神医療における治療装置として位置付けて考える必要があるのではないだろうか。計見¹⁾は隔離室から個室、多床室へと移室するプロセスと急性期から脱して行く患者の治療のプロセスはほぼ並行であることを述べている。また、徳永²⁾は治療環境や病室環境が精神疾患患者の治療効果にどのように影響を与えるかについて論じている。

一方で、精神科医療施設を計画する際にその建築計画においては、患者の疾病や状態像の違いについて、これまであまり配慮がなされてこなかったといえる。統合失調症の患者が入院する病棟も神経症の患者が入院する病棟も、施設の造りにおいては大きな違いがなく、これらの患者が同じ環境で入

院生活を過ごしていることも少なくない。

そこで、本稿ではまず精神科医療施設の施設環境の現状について整理を行う。次に、主として病室の病床規模に着目して病室の選択行動から治療との関係を考察する。そして、これからの精神科医療施設の空間構成とその空間の環境評価について論じてみたい。

2. 精神科医療施設の施設環境

ここでは、現在の精神科医療施設の現状について概観する。本調査は、平成12年11月を調査日として実施したものであり、全体で129病院、554病棟、8,214病室のデータを分析の対象としている。尚、本研究は平成12年度厚生科学研究補助金（障害保健福祉総合研究事業）「国民の生活水準に応じた治療・療養環境を提供するために必要な設備構造及び人員配置の在り方に関する研究」（主任研究者樋口輝彦）の分担研究として実施したものの一部である³⁾。

2-1. 1床あたりの病棟面積（表1）

病棟の種別ごとに1床あたりの病棟面積の分布をみる。精神科急性期治療病棟の場合は15-19m²が一番多く、その次に多いのが10-14m²ということになる。一方で施設基準が定められている精神療養病棟1になると、一番多いのは20-24m²となり、次いで15-19m²となる。施設基準が定められていない精神療養病棟2は、15-20m²の間が一番多い。老人性痴呆療養病棟は、20-25m²が一番多く、施設基準がない場合

表1 1床あたりの病棟面積

1床あたりの病棟面積(病棟分類)		病棟分類					全体	
		精神科急性期治療	精神療養1	精神療養2	老人性痴呆治療	老人性痴呆療養		その他
1床あたり病床面積カテゴリ	0-4m ²						1.0%	0.6%
	5-9m ²	6.3%	0.9%	3.6%			12.7%	8.3%
	10-14m ²	21.9%	3.7%	32.1%	11.1%		25.7%	19.6%
	15-19m ²	31.3%	34.9%	35.7%	5.6%		32.9%	31.3%
	20-24m ²	18.8%	43.1%	17.9%	22.2%	58.8%	17.8%	25.0%
	25-29m ²	15.6%	12.8%	10.7%	16.7%	11.8%	6.8%	9.5%
	30-34m ²	6.3%	2.8%		44.4%	17.6%	1.7%	4.2%
	35-39m ²		0.9%			5.9%	0.7%	0.8%
	40-44m ²						0.3%	0.2%
	45-49m ²		0.9%			5.9%		0.4%
50-54m ²						0.3%	0.2%	
ケース数		32	109	28	18	17	292	496

〒351-0197 埼玉県和光市南2-3-6

2-3-6 Minami Wako, Saitama-ken, 351-0197, Japan

をみると、日本の精神科病院の多くは、10-19m²がもっとも多い。この結果をみると、明らかに診療報酬の施設基準をベースとして病棟がつけられているということが言える。急性期の治療をやるために必要な諸室の積み上げとか、高齢者の痴呆のケアをするためにどのぐらいの広さが必要なのかということではつられていないように見受けられる。

2-2. 病室構成比：病床数ベース（表2）

次に、病室が何床室で構成されているかをみると、一般の病室で一番多いのは、4床室であり、その次が6床室ということになる。最近では4床室が中心となつてつられているが、既存のものとしてはまだ10床室以上というものもある。また保護室の病床数をみると2床室や4床室といった病室がみられ、それも8.29%（2床室）や6.22%（4床室）と、決して少なくないパーセンテージを示している。この調査では病院側が「保護室」との名目で利用している病室を保護室として集計しているために、その使用目的にも様々なものがあるとは考えられるが、保護室の持っている治療的役割について再考せざるを得ない結果である。

表2 病室構成比（病床数ベース）

病床規模		病室種類			
		保護	観察	差額	一般
個室	80.52	40.05	41.32	2.47	
2床室	8.29	13.98	33.56	5.56	
3床室	1.24	10.48	9.59	5.28	
4床室	6.22	12.90	15.53	39.60	
5床室	1.04			9.80	
6床室	1.87	16.13		23.68	
7床室		1.88		5.01	
8床室	0.83	2.15		4.58	
9床室		2.42		0.80	
10床室以上				3.24	
総ベッド数	965	372	876	23,769	

3. 病室の選択と治療との関係

ここでは、現在の精神科医療施設における個室や多床室の利用の状況から治療と施設環境との関係を考察する。本調査は全国18の精神科病院に調査票を送付し、調査日を平成13年1月15日～19日として、病棟ごとに医師もしくは看護師に記入を依頼したものである。調査では、全ての入院患者一人ひとりについて、現在利用している病室、および本来利用することが望ましい病室、そしてその選択理由、その病室が持つべき機能・性能を記載してもらった。その中から平均入院期間が1年未満の病棟だけを取り上げ13病棟、599名分のデータを集めて分析を行っている。尚、本研究は平成12年度厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）「精神医療の機能分化に関する研究」（主任研究者浅井昌弘）において行われた研究の一部である⁴⁾。

3-1. 望ましい病室の選択（表3）

現在、個室を利用している患者は19.8%、そのうち保護室を利用している患者は6.2%であり、一方多床室を利用している患者は80.1%であった。こうした中で、本来利用するのが望ましい病室を、「個室（保護室含む）」「多床室」「どちらでもよい」のなかから、単一回答で選択してもらった。個室利用が適切であると評価された患者は全体の24.0%、それに対して多床室が適切であると評価された患者は61.6%、どちらでも特に問題はない、と評価された患者は14.4%であった。また分析の対象を平均入院期間が3ヶ月未満の病棟に入院している299名の入院患者に絞った場合には、個室が適切な患者は29.8%、多床室が適切な患者は60.2%となっており、入院期間が短い患者ほど個室を利用する割合が多くなることが明らかとなった。

表3 現状の病室利用と望ましい病室利用

現状と望ましい病室利用		
	患者数	%
現状の病室：全病棟(n=599)		
個室	119	19.8
保護室	37	6.2
多床室	480	80.1
望ましい病室：全病棟(n=597)		
個室	143	24.0
多床室	368	61.6
どちらでも良い	86	14.4
望ましい病室：3ヶ月未満の病棟(n=299)		
個室	89	29.8
多床室	180	60.2
どちらでも良い	30	10.0

3-2. 病室選択の理由（表4）

個室を選択した理由については、「他者との交流、刺激が精神的負担」との回答が68.4%と最も多く、次いで「対人的な迷惑行為」、「状態評価」、「他者へ遠慮せず、ゆっくり療養したい」といった回答が4割前後を占めている。つまり、他に対する迷惑行為を防ぐため、逆に患者本人を守るために個室を利用していることが分かる。本調査ではないが一般病床における同様の調査の結果と大きく異なるのは、「プライバシーを守るため」という理由がこの調査結果では9.6%しかないという点である。一般病床の患者の場合、この理由が最優先にあげられるが、精神疾患においては極めて少ない。これは、この調査結果が医療スタッフの意識を強く反映したためとも考えられる。つまり、現場の医療スタッフにとって個室のイメージは、患者が迷惑行為を働く場合、もしくはその患者にとって他者と交わることが精神的な負担となる場合に、患者を隔離する場所と認識されており、患者の生活環境としてのプライバシー確保はそれほど重要視されていないのではないだろうか。また多床室を選択した理由としては、「社会生活の適応訓練」が94.2%、「社会生活への適応程度の評価」が78.1%、「相互観察」が71.9%と上位を占めている。寝るという最もブラ

表 4 病室選択の理由

病室選択の理由	患者数	%
個室選択の理由 (n=136)		
他者との交流、刺激が精神的負担	93	68.4
対人的な迷惑行為	57	41.9
状態評価	53	39.0
他者へ遠慮せずゆっくり療養したい	49	36.0
身体的医療の必要性	28	20.6
他者への身体的暴力	21	15.4
対物的な迷惑行為	21	15.4
自傷の恐れ	17	12.5
プライバシーを守るため	13	9.6
自殺の恐れ	11	8.1
強迫症状	10	7.4
感染の恐れ	10	7.4
医療機器の都合	8	5.9
家族がつきそいたい、面会のため	5	3.7
社会的地位があり、知られたくない	3	2.2
多床室選択の理由 (n=360)		
社会生活の適応訓練	339	94.2
社会生活への適応程度の評価	281	78.1
相互観察	259	71.9
経済的な理由	62	17.2
集団生活を希望	15	4.2
医療機器の都合	2	0.6

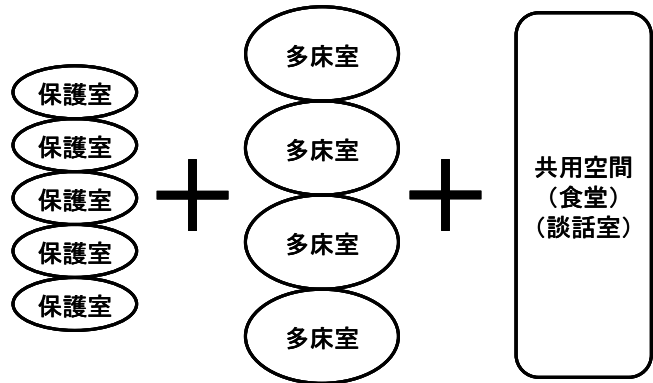


図 1 これまでの精神科病棟空間構成

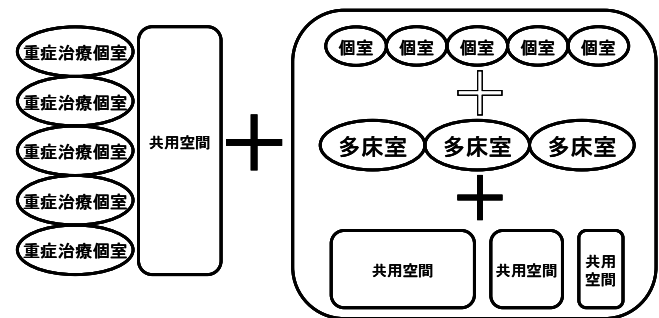


図 2 これからの精神科病棟空間構成

イベントな空間において、なぜ社会生活の適応訓練をしなくてはならないのだろうか。社会生活適応訓練というものが治療であるならば、それは受動的に他者と交わることを訓練とするのではなく、病室から出たところで積極的にプログラムとして行われるべきものではないだろうか。個室の場合と同様に医療スタッフの意識として、多床室は社会性を養う訓練の場であるという認識があるのではないだろうか。

4. 病棟の空間構成

次に病棟の空間構成について考えてみる。前述の調査結果からわかるように、これまで造られてきた数多くの精神科病棟は、保護室と多床室と共用空間で構成されている (図 1)。すなわち現状の空間構成では、非常に隔離的で他人とは全く交わることのない保護室から、次に使われる病室が不特定多数の他人と空間を同じくする多床室しか存在していない。なおかつ共用空間は一般には病棟内の患者が一堂に会するスペースとして造られており、数多くの見知らぬ他人が常にそこにいるという状態である。例えば統合失調症の治療プロセスのように段階的に他人とのコミュニケーションを広げて行くような場合には、このような空間構成が、このコミュニケーションを広げる段階に対応しているとは言い難い。改めてこのような病棟内の空間構成を再考する必要があるのではないだろうか。

近年実際に行われている精神科医療施設の計画において、こうした問題に対する提案が行われている。すなわち、図 2 に示すような段階的に生活空間を広げてゆくという空間の構成である。まず、複数の重症治療個室 (ここでは単に保護

するだけでなく、精神症状が重篤な患者の治療のための空間であることを明示するために、さまざまな性能や機能を持った治療に使用する個室という意味合いから、いわゆる隔離室や保護室との表現を避けて重症治療個室と名づけている。)を整備する。例えば耐破壊性能であるとか、遮音性能であるとか、患者の保護性能であるとか、居住する患者にとって必要な性能を備えた個室群である。そしてこのような重症治療個室群が共用する生活空間を設ける必要がある。これによって少しずつ生活の場所を広げ、人とのつながりを広げていくことができる。

次の段階の空間として個室の整備があげられる。日本の精神科病院の問題として保護室以外の普通の個室が非常に少ない点があり、そのために患者が長期にわたって保護室を利用しなければならないこととなる。先ほど個室選択の理由としていくつか挙げられた、他の患者と接することが嫌だったり、辛かったりという理由で一人になりたい患者が利用することができる個室を用意することにより、比較的早い段階で重症治療個室を離れることができるようになる。加えて、本来に多床室において社会適応訓練が行われるのであれば、そういう考え方を持った多床室も整備することになるのであろう。そして、これら個室群や多床室群に対して、様々な広さや病棟内の場所にある複数の共用空間を設定することにより、患者や治療者は治療目的、利用目的に応じて空間を選択することができるようになるであろう。

また、病室群も 1 看護単位が一つの生活単位として構成さ

れるのでは規模が大きすぎる。現在の精神病院の病床規模は50～60床と言われており、生活集団としては好ましくない。そこで、患者の性別や状態像などで病室群をいくつかの生活単位に分節化することも考えられる。もちろん、本質的には1看護単位の病床数を小規模化する努力を継続することが必要がある。

5. 精神科医療施設の施設環境評価

現在、約1,000施設ほどある精神科医療施設の施設環境をどのように評価すればよいのだろうか。また、これから精神科医療施設を整備するためにはどのような基準を目安として計画する必要があるのだろうか。国立保健医療科学院の施設科学部では、前身である国立医療・病院管理研究所施設計画研究部の時代から、施設環境評価に関する研究を実施しており、すでに急性期の一般病棟、特別養護老人ホームについて、施設環境評価チェックリストを作成している。急性期精神科病棟のチェックリストも既に作成済みであり、ホームページ (http://www.niph.go.jp/soshiki/shisetsu/index_j.html) に掲載している。

この施設環境評価は、入院患者や入所者といった利用者の生活環境の視点から評価軸を設定している。もちろん、施設

環境を評価する視点としては、そこで働くスタッフの作業環境の側面も同時に重要であるが、現段階では評価をわかりやすくするために前者の生活環境の視点に限って作成している。このような施設環境評価チェックリストを作成した目的としては、以下に示すような3つのポイントをあげることができる。

①既存施設環境の評価

医療施設や福祉施設を管理している方々やそれらの施設で働いているスタッフの方々が、自分の利用している、働いている施設の療養環境を改めて評価することにより、日常的には気がつかずに潜在化している現状の建築・設備上の問題点を明らかにし、それらを認識しやすくすることを本チェックリストは意図している。このような作業をすることにより、建築・設備上の不都合を改善してゆくことへの動機付けとなることが望まれる。

②新規施設計画のチェックリスト

新しく医療施設や福祉施設を新築、改築する場合に、また既存の施設において療養環境の改善を目的として改修を行うときなどに、施設計画に参画している施設の管理者やスタッフ、そして建築士やコンサルタントなどの方々が、新しい施設の計画内容を確認するためのリストとして活用される

表5 精神科急性期病棟の施設環境評価チェックリスト (一部)

精神科急性期病棟の施設環境評価チェックリスト	
評価の軸	
◆基本事項	<input type="checkbox"/> 基本的な医療行為および生活行為を行うための広さが確保されている <input type="checkbox"/> 多様な精神症状に対してきめ細やかな施設対応がされている <input type="checkbox"/> 精神的に安定を保つことができる広さが確保されている <input type="checkbox"/> 適切な数の多床室を備えている <input type="checkbox"/> 適切な数の個室を備えている <input type="checkbox"/> 患者のプライバシーに配慮した病室計画がなされている
◆安全性の確保	<input type="checkbox"/> 転落防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 転倒防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 転倒時の骨折防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 扉まわりの事故防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 院内感染防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 健康への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 盗難防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 自殺防止への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 家具・備品などの震災対策がなされている <input type="checkbox"/> 喫煙に対する対策がなされている
◆プライバシーへの配慮	<input type="checkbox"/> 他人に見られたくない行為を隠すことができる <input type="checkbox"/> 患者情報を必要に応じて表示することができる
◆交流への配慮	<input type="checkbox"/> 他者との交流の場が確保されている <input type="checkbox"/> 面会者への配慮がなされている <input type="checkbox"/> 外部社会とのつながりが保障されている <input type="checkbox"/> 一人になることができる場が確保されている
◆環境工学的性能	<input type="checkbox"/> 良質な空気が提供されている <input type="checkbox"/> 快適な温湿度が確保されている <input type="checkbox"/> 良質な照明・採光が確保されている <input type="checkbox"/> 良質な音環境が確保されている
◆情報への配慮	<input type="checkbox"/> 院内情報が容易に得られる工夫がなされている <input type="checkbox"/> 外部社会の情報との接点が確保されている

ことも意図している。

③施設環境評価手法の確立の第一歩

施設環境を評価するための項目をチェックリストとして明文化することは、今後、施設環境を評価する手法を確立するための議論の第一歩となると考えている。

すなわち、今まで施設環境については、前述のように「最低基準」が「指針」として理解される傾向も少なくなく、「本来あるべき」、また「当面目標とすべき」施設環境はどういったものであるのかといった適正化の議論があまり行われてこなかった。今後、医師や看護婦といった医療関係者も交えて、このような活発な議論が引き起こされることを意図している。

本チェックリストの評価項目は、表5に一部を示してあるように「○○○がある」とか「○○㎡以上」などといった、仕様規定もしくはいわゆる **Structure** を規定する書き方ではなく、その空間が備えるべき性能や、その空間で目的とする行為を行うことが可能であるかどうか、といったことを問う方式で記述している。この評価の方法は、具体的な仕様の有無や、数量的基準に照らし合わせて評価を行うものではないので、評価者によって評価結果に差が生じることが考えられる。だが、この評価チェックリストが施設間の評価の比較を意図していないこと、また、空間が備えるべき性能を具体化

する施設の・建築的方法には様々な方法があり、その自由度を制限したくないことなどから、このような評価方法を採用している。

これまで、漫然と行われてきた精神科医療施設の施設環境づくりにおいて、施設環境とはどうあるべきなのかということ、法律や通知で示された基準を遵守するということから一步踏み出し、精神科医療を提供する場として、どういう治療空間、生活環境が患者にとって必要なのかということに踏み込んだ施設環境づくりに対する議論・考察が、今後なされていかなくてはならないものと考えている。

参考文献

- 1) 計見一雄, スタンダード精神科救急医療, メヂカルフレンド社, 1998
- 2) 徳永雄一郎, 精神科治療論としてのアメニティ, 日本精神病院協会雑誌, Vol.20, No.7, 2001
- 3) 長澤泰, 箕淳夫, 西村秋夫, 山田理紗. 精神医療施設の現状に関する研究. 第39回日本病院管理学会学術総会. 東京. 2001; 197
- 4) 山田理紗, 中山茂樹, 西村秋夫, 箕淳夫. 精神科急性期病棟の病室利用に関する研究. 病院管理. 2003; 40(1): 15-2