

ることによって、急性期治療病棟の適正な運用およびわが国における精神科救急医療システム整備のための政策立案に資することである。

## B. 研究方法

本研究は、平成9、10、11年度の3年間にわたる研究である。平成9年度に、「精神病急性期病状評価スケール」及び各種調査票の作成を行い、以下の調査を行った。

平成10年2月9日より4月9日の60日間に、研究協力施設（19施設）に精神病急性期で入院した423例を対象として、患者特性、入院時の重症度、病状の推移、急性期の身体管理度、必要な回復期間及び医療資源（スタッフ、隔離室や抑制帯の使用期間、急性期における薬物使用量など）につき、前向きに調査を行った。

入院中の病状の評価は原則として、入院時、第7病日、第14病日、第21病日、第28病日、第60病日、第90病日に行った。上記の日程に評価者が不在で評価不可能な場合は、その日から可能な限り近い日に行った。90日に至らず退院した場合は退院日にも評価し、90日を越えて入院した場合は第90病日を最終評価日とした。

精神病急性期の定義としては、われわれが平成7年度厚生科学研究費による「精神科急性期治療の基準・規格に関する研究」の結果を基に作成した「急性期」の定義を一部改変して用いた。その定義を以下に示す。

## 【精神病急性期患者の定義】

以下の3類型のいずれかに該当するもの、さらに本研究協力者が急性期と認めたものをカテゴリー4として加える。精神病状態にない物質依存、老年痴呆はあらかじめ除外する。

カテゴリーの選択は1、2、3、4の順にケースを照合していく。例えば応急入院のケースならば、カテゴリー1になる。1にも2にもあてはまらないが、隔離を要すればカテゴリー3となる。1、2、3のいずれにもあてはまらないが、評価者が急性期とみなせば、カテゴリー4としてその理由を記す。

### カテゴリー1

入院に関わる法手続きを判断基準とするもの

- ①緊急措置入院の患者
- ②措置入院の患者
- ③応急入院の患者

### カテゴリー2

症状から無条件で急性期とみなすもの

- ①重症昏迷
- ②重度意識障害、せん妄
- ③激しい精神運動興奮
- ④自殺企図ないし深刻な自殺念慮

### カテゴリー3

精神疾患に由来する精神症状、身体症状および行動上の問題で以下の治療手技・処遇方法を必要とするもの

- ①抑制または隔離室の使用
- ②静脈注射による麻酔・鎮静
- ③持続点滴
- ④床上排泄
- ⑤ECT（使用の見込みを含む）

## ⑥ 30分以内の間隔での観察

## ⑦心肺監視装置

さらに、追跡調査として上記の入院から1年後の受療状況、生活形態、病状、薬物投与量、社会的機能水準について追跡調査を開始した。

これらのデータの解析により、精神病急性期患者のプロフィール、精神病急性期の病状のスコアリングと回復に伴うその推移、精神病急性期患者の予後予測因子を検討する。

## C. 研究結果

現在のところ、調査対象に関する背景データの固定がおおむね終了しているので、これを報告する。

表1に人口統計的な側面における背景データを示す。年齢は $39 \pm 15$ 才(平均±標準偏差)、現住所は通勤圏内が87%を占めた。職業は半数近くが無職で、常勤として就労している者は16%であった。配偶状況は53%が未婚、単身者は22%であった。

表2に入院に至る形態の背景データを示す。経由機関としては、警察が28%、他の精神科が17%、保健所が11%、精神科以外の他科が9%、消防が8%であった。搬送手段は、自家用車が45%と最も多く、次いで警察車両が24%、救急車が10%、バス・タクシーが7%であった。入院時の同伴者(重複を含む)は親族が80%、警察官が26%、救急隊が9%、保健所職員が8%であった。患者の搬送に救急車、救急隊の関与

は1割未満であるのに対して、4人に1人の患者に警察車両、警察官が関与していた。

表3に患者の治療歴を示す。精神科受療状況としては、研究協力施設にかかりつけの患者が31%、受療歴のないケースが23%、他院で治療を中断したケースが9%であった。精神科通算入院期間としては、入院歴のないケースが40%、半年以内が25%、5年以内15%、1年以内10%であった。

表4に患者の受療意志及び自傷他害について示した。拒否的32%、消極的28%、混乱18%で、積極的な受療意志を示したのは13%のみであった。自殺リスクについては、実際に企図のあったケースが16%、自殺念慮のみが12%であった。他害行為のあったケースは43%を占めた。

表5に入院時の精神症状を示す。入院の理由となった病態(重複含む)では、精神運動興奮が最も多く、次いで幻覚妄想43%、うつ11%、減裂9%、躁8%の順であった。睡眠障害は77%のケースに認められた。知能障害を有するケースは8%であった。

表6に診断と急性期のカテゴリーを示した。診断は精神分裂病が47%と半数近くを占め、次いでうつ病9%、急性反応性精神病8%、躁病7%であった。アルコール精神病は5%、覚醒剤精神病は4%であった。カテゴリーは2が50%、1、3はいずれも約2割を占めた。

表7に入院時の処置、病室の種類、入院形式等を示した。入院時の処置として、

抑制帯、点滴、静脈麻酔を使用したケースはいずれも約2割を占めた。入院形式は医療保護が59%と最も多く、緊急措置と措置を併せて16%、応急1%、任意22%であった。入院時の病室として、56%が隔離室（保護室）を使用している。入院時の診察医は79%が指定医であった。

#### D. 考察

本研究の眼目である「精神病急性期病状評価スケール」の集計が終了していないので、今回の報告は対象となった症例の背景データの集計に限られたが、興味深い結果も少なくない。

自発的な受診意志を持たない患者の精神科への受診援助は、重要な課題のひとつであるが、本調査で4人に1人のケースが警察の援助を受けていることが示された。一方消防・救急隊の関与は1割に満たなかった。その理由として、表4の受療意志に示されたように32%のケースが受診に拒否的であり、18%が混乱を呈しているということがあげられる。また43%のケースに認められた他害行為も重大な理由であろう。これらのケースの受診援助には何らかの強制力が必要なために、救急隊よりも警察の関与が選択されたと考えられる。これらの結果は、精神保健福祉法の改正案に含まれている、「緊急に入院が必要となる精神障害者の移送に関する事項」を検討するための資料として有益である。

入院前に睡眠障害を呈したケースは77%を占めた。このことは睡眠障害が精

神病の急性期に高い頻度で出現するというわれわれの仮説を支持している。本研究では入院後の病状評価に睡眠を含めているので、この睡眠障害の入院後の改善が病状全体の回復とどのように関連するのかを検討したい。

抑制帯や保護室の使用に伴う行動制限の解除についても、特にどのような病状の回復と関連するのかについて検討したい。その結果は、今日問題となっている精神障害者の行動制限のガイドラインの作成に貢献するであろう。

#### E. 結語

精神病急性期の治療のスタンダードと予後を検討するために、精神病急性期で入院した423例の入院について調査を施行し、調査対象の背景データを集計した。さらに1年後の予後について調査を開始した。

これまでに得られた結果は限られてはいるが、わが国の精神科急性期治療の重要課題の解決にとって、きわめて示唆的である。今後さらに予後調査も含めて解析を進めていく予定である。

#### F. 研究発表

学会、論文とも未発表

表 1. 人口統計的な側面における背景データ

背景要因

性別 (男 / 女)	2 3 3 / 1 7 8 (未記入 1 2 名)	
年齢	3 9 ± 1 5 歳 (平均 ± 標準偏差) (1 2 ~ 9 9 歳)	
現住所	通院圏内	3 6 7 (8 7%)
	通院圏外	4 5 (1 1%)
	その他	1 1 ( 2%)
職業	無職	2 0 3 (4 8%)
	専業主婦	5 6 (1 3%)
	常勤 (作業系)	3 7 ( 9%)
	常勤 (事務系)	2 9 ( 7%)
	その他	9 8 (2 3%)
最終学歴	高校	1 7 3 (4 0%)
	大学	7 9 (1 9%)
	義務教育	7 5 (1 8%)
	その他	9 6 (2 3%)
配偶状況	未婚	2 1 9 (5 3%)
	既婚	1 1 5 (2 7%)
	離婚	4 1 (1 0%)
	死別	1 4 ( 3%)
	別居	1 3 ( 3%)
	内縁	1 0 ( 2%)
	その他	1 1 ( 2%)
同居家族	あり	3 2 6 (7 7%)
	なし	9 3 (2 2%)
	その他	4 ( 1%)
診療費用	健康保険 : 家族	9 8 (2 4%)
	国民保険 : 家族	6 8 (1 7%)
	国民保険 : 本人	6 7 (1 6%)
	健康保険 : 本人	6 1 (1 4%)
	措置	6 1 (1 4%)
	生保	2 7 ( 6%)
	その他	4 1 ( 9%)

表 2. 入院に至る形態の背景データ

背 景 要 因

経由機関

警察	1 1 8 ( 2 8 %)
他の精神科	7 2 ( 1 7 %)
保健所	4 7 ( 1 1 %)
他科	3 8 ( 9 %)
消防	3 4 ( 8 %)
その他	1 1 4 ( 2 7 %)

搬送手段

自家用車	1 9 3 ( 4 5 %)
警察車両	1 0 0 ( 2 4 %)
救急車	4 4 ( 1 0 %)
バス・タクシー	2 8 ( 7 %)
その他	5 8 ( 1 4 %)

入院時同伴者 (重複含む)

親族	3 3 8 ( 8 0 %)
警察官	1 1 0 ( 2 6 %)
救急隊	3 8 ( 9 %)
保健所職員	3 4 ( 8 %)
他院スタッフ	1 6 ( 4 %)
その他	5 5 ( 1 3 %)

表 3. 治療歴

背景要因

精神科受療状況	
当院通院中	130 (31%)
受療歴なし	97 (23%)
治療中断 (他院)	60 (9%)
その他	136 (37%)
精神科通算入院期間	
入院歴なし	166 (40%)
6ヶ月以内	105 (25%)
5年以内 (1~5年)	62 (15%)
1年以内 (0.5~1年)	44 (10%)
その他	46 (10%)

表 4. 受療意志と自傷他害

背景要因

受療意志	
拒否的	135 (32%)
消極的	118 (28%)
混乱	75 (18%)
積極的	55 (13%)
その他	40 (9%)
自殺リスク	
なし	304 (72%)
自殺念慮のみ	51 (12%)
自殺企図 (ソフト)	47 (11%)
(ハード)	21 (5%)
他害行為	
なし	241 (57%)
あり (措置入院非相当)	118 (28%)
あり (措置入院該当)	63 (15%)

表 5. 入院時の症状

背景要因

入院理由の病態 (重複を含む)

幻覚妄想	169 (40%)
精神運動興奮	186 (43%)
鬱	47 (11%)
滅裂	38 (9%)
躁	34 (8%)
昏迷	30 (7%)
不安焦燥	25 (6%)
意識障害	21 (5%)
その他	30 (7%)

睡眠障害

あり	326 (77%)
なし	55 (13%)
不明	42 (10%)

知能障害

あり	35 (8%)
なし	356 (84%)
不明	32 (8%)

表6. 急性期のカテゴリーと主診断

背景要因

カテゴリー	1	81 (19%)
	2	210 (50%)
	3	90 (21%)
	4	41 (10%)
	不明	1 (0%)

主診断	精神分裂症	199 (47%)
	うつ病	38 (9%)
	急性反応性精神病	33 (8%)
	両極性 (躁)	30 (7%)
	非定型精神病	19 (5%)
	アルコール	19 (5%)
	覚せい剤	18 (4%)
	ヒステリー	9 (2%)
	人格障害	8 (2%)
	両極性 (鬱)	5 (1%)
	その他	45 (10%)



表7. 入院時の処置など

背景要因

入院時の処置	抑制帯	85 (20%)
	点滴	76 (18%)
	静脈麻酔	85 (20%)
入院病室	隔離室 (保護室)	233 (56%)
	多床室 (閉鎖)	86 (20%)
	個室 (閉鎖)	46 (11%)
	その他	58 (13%)
入院時診察医	指定医	334 (79%)
	非指定医	80 (19%)
	未記入	9 (2%)
入院形式	緊急措置	44 (10%)
	措置	27 (6%)
	応急	4 (1%)
	医療保護	249 (59%)
	任意	94 (22%)
	仮	0 (0%)
	その他	5 (1%)

Ⅱ．分担研究報告書  
A．精神科救急医療について

A－3．急性期医療を指向する精神病院の建築に関する研究

中山 茂樹  
(千葉大学工学部 助教授)

## 急性期医療を指向する精神病院の建築に関する研究

分担研究者	中山 茂樹	千葉大学工学部 助教授	
研究協力者	笥 淳夫	国立医療・病院管理研究所	病院建築
	河口 豊	広島国際大学医療福祉学部	病院建築
	計見 一雄	千葉県精神科医療センター	精神科医療
	澤 温	北斗会さわ病院	精神科医療
	鈴木 慶治	共同建築設計事務所	病院建築
	千葉 潜	青南病院	精神科医療
	津久江一郎	瀬野川病院	精神科医療

### 研究要旨

急性期を指向する精神病院のための建築ガイドライン（仮称）作成を目標として急性期病棟における適正な空間構成の開発と、治療促進のための各室の要件の解明を目的とし、既存資料の検討、急性期精神科病棟における実態調査（今年度は特に患者の行動を対象として）などの調査研究を実施した。

これまでに精神医療の場として病棟をとらえたときの視点から調査を行い、患者のカテゴリー（研究協力者の計見らが実施した96年度研究）ごとの患者数割合をとらえ、また、ICUを3つの段階にとらえ、さらにモデルを提案してきた。

今年度は患者の療養環境として病棟をとらえたときに考慮すべき建築的条件を整理した。近年建て替えられたいくつもの精神科病棟は、以前と異なり格段に1患者あたりの病棟面積が拡大している。このこと自体が療養生活に「潤い」を与え、患者ストレスを軽減させていることがうかがえる。たとえば病棟における患者どうし、あるいは病棟スタッフとのトラブルが減少していることに表れている。

時系列的な定点観察調査によれば、日中の大半を過ごす談話室に多様性が求められていることが分かる。すなわち多人数でテレビなどの娯楽を楽しむほか、少人数グループで喫煙したり、1人で過ごしたりしている光景をしばしば見かけるが、これらの行為を行う場が選択できることが重要である。また、医師との面談をパブリックスペース（患者が多くいる場所）で行う場合もあり、こうした多様な場面を保証する空間づくりが環境向上に貢献する。患者の生活は自身のベッド上あるいはその周辺、少人数で過ごすことのできるスペース、食事など病棟全体としてのスペース、さらに病棟外でのレクリエーションやリハビリテーションなどさらに広い空間など、段階的に構成され、広がっている。これらを意識した空間構成がインスティテューショナルリズムの弊害をなくすことになると思う。

## A. 研究の目的

精神科病棟において、精神科急性期治療病棟が診療報酬（医療費）制度上、1996年4月から認められた。しかし、その病棟に対する施設基準は職員の資格と人数、患者の入院日数と退院先の規定が主であり、建築的には「1看護単位当たり60床以下」と「隔離室を設けること」のみである。そこで、急性期を指向する精神病院のために「建築ガイドライン（仮称）」の作成を目標として、急性期病棟における適正な空間構成の開発と、治療促進のための各室の要件の解明を目的とし、今年度は主に、病室と共用スペースの関連、特に患者の領域の広がりと患者の生活に関する調査を行い、空間構成から見た病棟の建築・設備的指針作成の基礎作りを試みた。

なお、本研究は既に8年度は急性期治療病棟の病床規模・対象感化・職員・所用室などについて調査研究を行い、病床規模30床、病床数対職員数の比は医師以外の看護など職員を1:1と提案し、9年度には隔離室および病室のモデルを提案した。

## B. 研究方法

### 1. 研究組織

研究協力者の建築家3人、精神科医4人からなる研究会を組織し、建築・医療の2分野から共同して研究を進めた。

### 2. 調査の概要

調査は、まず主に患者を中心として、共用スペースの使われ方についての実態調査を行った。対象施設は「千葉病院（千葉県）」と昨年度も取り上げた「熊本県立こころの医療センター」である。「千葉病院」は急性期医療の実施を目的として、建て替えたが、調査はそれ以前の旧病棟において行った。また、「熊本県立こころの医療センター」は全面改築が終了した新しい病院で、やはり共用スペースにおける患者の行動を中心に実態を把

握した。

また、建て替え後の「千葉病院」と「熊本県立こころの医療センター」および、イギリスの急性期精神科病棟である「アブレット精神科ユニット」の空間構成を建築計画の視点から空間構造の分析を行った。

これらの調査から、空間と患者行動との関連に関して検討し、これらが急性期を指向する病棟に与える影響を考察した。

## C. 研究結果

### 1. 患者行動の実態調査

#### (1)旧千葉病院における実態

従来の病棟では、患者が利用できる空間としては病室の他、デイルームや食堂が用意されているものの、その空間の質は必ずしも高いものではなかった。空間の質とは、広さや天井の高さといった規模、明るさ、清浄な空気などと言った物理環境はもちろんであるが、多様なスペースが用意され、患者自身の選択によって利用スペースを変えられることを意味する。もちろん患者の安全性を確保していることは言うまでもない。

「千葉病院（千葉県）」は97年6月に病棟部分の全面改築を終了したが、調査は患者が新棟に移転する前の旧病棟において、共用スペースの患者利用を観察し、また職員にヒアリングを行った。旧病棟は面積的にも制約が大きく、また、建物も老朽化しており、療養環境としてははなはだ不十分なものであった。看護勤務質に隣接する共用スペースのうち半分は食堂として密度高くテーブルが配置され、残り半分は畳のコーナーであった。

こうした限られた空間の中では、患者の利用目的は限られており、食事やテレビを見るなどの他は、プログラムとして決められた集会利用などに限定される。観察調査によれば、病棟会議（患者が参加し、後日のレクリエーションの内容や予算について審議する）に半

数程度の患者が参加していたが、それ以外の患者はもうひとつの小さな食事スペースに数人がいただけで、あとは病室に戻っていた。それまでは談話室にしながら会議開始直後に病室に戻った患者が数名いたが、会議には参加したくないとすると、自室に戻らざるを得ないようであった。

こうした状況は患者にある種のストレスを与える。その結果、職員との間であるいは患者どうしの諍いをしばしば引き起こすことが聞かれた。

## (2)新千葉病院

2期にまたがる工事を経、前述したように千葉病院は97年6月に移転新築工事を完了した。改築後の病棟構成は以下の通りである(建物竣工時の名称)。

急性期病棟 55床 保護室5、個室2  
男子閉鎖病棟 60床 PICU4、保護室4  
女子閉鎖病棟 60床 保護室3、個室3  
男子開放病棟 60床  
老人合併症病棟 60床 個室6

この他に旧棟に

女子開放病棟 51床 保護室2、個室3  
の構成である。

急性期病棟は男女混合であり、保護室・個室は前述したように計7室、3床室4、6床室6の計55床である。5室の保護室は隔離室として利用され、看護勤務室に隣接する観察度の高いものである。2群に分かれているが、看護勤務室から直接訪室できる構成になっている。2室の個室は前室付き(看護師はここから直接便所へ行ける)の個室であるが、急性期治療を実施するにあたっては利用が低いことが指摘された。

一昨年の調査で、イギリスの急性期治療病棟調査を行ったが、急性期といえども個室を基本とし、患者の生活を基盤に治療環境を整えている基本姿勢とは大きな相違がある。患

者が自ら生活を再構築する場として便所や洗面台付きの個室を要求し、それが早期退院につながるとする空間づくりとの差がある。

ホール・食堂と談話室は連続的に構成されており、70㎡(1.2㎡/床)を超えるが、一般的な空間であり、また面会室や喫煙室はこの共用空間に隣接しているため、患者が場所を選択できる可能性は少ない。

## (3)熊本県立こころの医療センター

97年4月に全面改築を終えてスタートした。急性期治療病棟・総合治療病棟・社会復帰病棟・老人治療病棟の4病棟からなり合計200床である。

急性期治療病棟(50床)は隔離室9、個室6、2床室1、PICU1の他は4床室である。隔離室は一群をなし、ホールに沿って病室が並んでいる。隔離室に入院している患者のうち半数程度は日中はホールに出て、テレビを見たり食事もここで食べる。

通常の病室ユニットは、一体となった広々とした食堂とデイルーム以外に、L型の病棟の両端に小さな畳のデイコーナーがある。また、デイルーム横のテラスにも出られるようになっており、ここも患者の居場所として認識されている。さらに、廊下に丸テーブルとイスがおかれ、後述するように読書や間食を行う場になっているし、また医師との面接にも利用されるなど、病室以外の患者の居場所が多様に用意されている。看護勤務室カウンター前のスペースも日中は開放されているので、ここで患者がたたずむ様子も見られる。

昨年と同様朝8時から夕方18時30分まで、30分間隔で、患者の居場所と行為の内容を記録した。

以下、患者の集団ごとに空間との関連を見る。

### ①病棟単位の集団

入院患者のほとんどがその集団規模とな

るのは食堂の食事である。病院側ではそのような指示を与えていないが、おおよそその席は決められているようで、ほとんどの患者は食事開始前に食堂に来ている。食堂は採光条件もよく、またデイスペースと隣接しているので空間の広がりを感じる快適な場と考えるが、食事以外の利用はほとんどない。これはテーブルが整然と並べられており、自由な位置を決められないこと、テレビなどの設備がないこと、食事後の清掃のためイスがテーブルにひっかけ上げられている時間があり、食事後に残ることが難しいことなどが理由と思われる。

また、食事開始がほとんど同時であり、食事時間もいっしょであるが、コミュニケーションが発生すると言うことはほとんどなく、数分で食事を終了してしまう。空間としての「バブリック性」は高いが、行為にはそうした傾向を発見することは難しい。

#### ② 15～20人程度の集団

日中の自由時間にはデイスペースでテレビを見る「情報」関連の行為がもっとも目立つ。大型テレビに向かって一方向に座っている状態で、集団としてみなすには不都合があるかも知れない。実際、テレビプログラムの内容について会話を交わされることはあっても、視聴している者全体と言うわけではなく、隣り合っている者の会話程度である。しかし、明らかに空間とテレビプログラムを共有している雰囲気はあり、食堂よりははるかに「バブリック性」が高い。

この集団の中で、数名の会話、新聞を読む、喫煙、何もしない無為などが見られるが、こうした行為がむしろ15人程度の集団の中で行われていることが注目される。

#### ③ 5・6人程度の集団

屋外のテラスは天候の良いときには快適な場所である。ここに丸テーブルが出され、喫煙を好む5・6人のグループが頻回に利用

している。このグループは特定の患者であり、喫煙をきっかけに会話も活発である。デイスペース内でも喫煙コーナーはあるが、このグループの患者に限っては室内の利用は、少なくとも日中はあまりない。ただし、もっぱら室内の喫煙コーナーを利用し、テラスには出ない患者もいる。すなわち明らかに喫煙をきっかけとした小グループの発生が見られ、テラスがコモンスペースとして機能していることが分かる。

#### ④ 2・3人の集団

食堂横の配膳コーナーにお茶や給水の設備があり、たまたま一緒になった患者どうしの会話が見られた。ここは患者のコミュニティの場として計画されているわけではないと理解するが、患者どうしのふれあいが生まれる貴重な場所である。複数の患者が同時に場を共有するものとして、洗濯室や洗面コーナーがあるが、この辺りではあまり会話は発生しない。

廊下にある丸テーブルは、患者どうしの雑談、医師との面談に利用されており、廊下が単なる通過交通のための空間からたたずまいの空間に変質している様子が見て取れる。とくに、医師との面談は看護勤務室や面談室でも行われているが、廊下での面談は他の患者の往来があり、時として会話内容が聞かれているかも知れない状況でありながら、両者ともやわらいだ雰囲気の中で話し合っており、重要な場になりつつあると考える。医師との面談というプライバシーに関わるこうした行為が、廊下の一隅で行われており、それが有効に機能しているのは、むしろ多人数の中の匿名性が生かされているものと見られ、今後の施設計画に与える示唆は大きい。また、廊下を単なる交通の場としてとらえるのではなく、活動（アクティビティ）の場として活用できることも示しているものと考えられる。もちろんこの丸テーブルでは、1人で

読書を楽しんだり、間食をしたりしているなどの様子も見られた。

前述したが、この病棟の場合、看護勤務室はオープンカウンターであり、それも4m程度の長さがある。さらにその前にイスをおいており、日中は患者の来訪を許可している（夜間は扉を閉めカウンターには直接には来られない）。ここで、看護者や他の患者と雑談しており、患者が行き先として選択できるひとつの場となっている。

#### ①1人の利用

この病棟の特徴のひとつは食堂横の談話スペースとは別に、L型の病棟の各ユニット（男女別にその翼を使うことが計画されている）内に15㎡程度の談話コーナーがそれぞれ設けられていることである。ここは廊下面から20cmほど高くなった畳を中心としたコーナーで小さなテレビが備えられている。女子ユニットでは、特定の患者が長時間滞在している様子がう見られた。時折他の患者も上がり込むが、数分で立ち去っている。また、段差を利用して畳に腰掛ける姿勢もある（行為としてはテレビを見たり折り紙を折ったりしていた）。男子ユニットでの利用はあまり見られないが、時折横になっている患者を見かける。

廊下の端部はいわば通過交通から離れた、空間の「よどみ」的なスペースである。こうしたところで、病室では行っていない運動を伴うような「無為」（歩き回ったり、壁によりかかってぼんやりするなど）があり、こうした行為は個人の病室や他の患者が多くいる場では展開されないものである。そして日常生活のストレスを開放する場にもなっている。

## 2. 病棟空間の段階性

### (1) 行為と空間の段階性

患者の行為には、たとえば排泄や就寝とい

った極めてプライバシーの高い行為から、他の患者と会話をしたりゲームをしたりといったパブリック性の高い行為まで、段階性があり、それらはいくつかに区分できるものと思われる。一方、患者環境にも病床周りから病室、数人で使う空間、病棟全体の共用空間といった段階的な広がりがある。本来、プライベートな行為はプライベートな場で行うべきものと考えますが、従来の病棟ではこうしたことの実現性は低かった。ここでは、今回調査対象とした2病院とイギリスの急性期病院の空間の段階性を検討してみることとする。

ここでは、段階性として、仮に4つの区分を仮定し、[プライベート]—[セミプライベート]—[セミパブリック]—[パブリック]とし、この区分に基づいて病棟の空間構成の分析を試みた。

#### (2) 千葉病院

千葉病院の急性期治療病棟では、敷地の規模や形状の関係から6床室を採用せざるを得ず、病室の特に個々の病床のプライバシーの確保が充分でない。したがって病室が曖昧なセミプライベート空間となっており、病床のみがプライベートである。患者が行ける場所は浴室や便所などの施設を除けば、あとは看護勤務室前のホール・食堂と談話室である。ここは病棟の全患者を対象としたパブリック空間である。ホールから見通しの良い喫煙室はホールの連続として考えられる。

#### (3) 熊本県立こころの医療センター

多数を占める4床室には個人用のチェスト（低い収納家具）が備えられ、これを隣のベッドとの境として置いている患者が多い。このことによって病床周りのプライバシー性はかなり高くなっている。当初病室に丸テーブルを配置し、談話コーナーとする計画もあったが、実際にそうした使い方をしていない例は多くはなかった。しかし、比較的ゆった

りした病室スペースはセミプライベート空間として機能しているように見える。

男女それぞれのユニットにしつらえられている談話コーナーは、実際には1人利用が多いが、他患者がいることを無視しているわけではなく、コミュニケーションは欠如しているものの、時として複数の患者利用があることからセミパブリック空間として認識されていると見られる。同様に、喫煙者のみが利用するテラスも、建築的には全員の利用を考えたパブリック性の高い空間であるはずであるが、実際の利用がごく限られた患者でのみ占められていることから、セミパブリック空間としてみなされる。また前述したように、廊下に置かれた丸テーブルに生活活動が見られ、廊下のアクティビティを高めたセミパブリックな雰囲気がある。

食堂・談話室は全員を対象としたパブリック空間である。また、一時に全員が使うことはないが、配膳室や看護勤務室前のスペースもパブリック空間とみなされている。

このようにこの病棟の場合、とくにセミパブリック空間として、個人の領域を出た後で少数もしくは1人で過ごす場が複数あり、それぞれは患者の個々の選択に委されている。こうしたことが、調べられた治療空間の中での入院生活を基盤に、生活を再構築できる可能性が秘められているものと考えられる。現に、改築前に比べ、患者の生活に落ちつきが現れ、トラブルが減ったことがヒアリングの結果分かった。

#### (4)アブレット精神科ユニット

イギリス、ウェールズ地方のリールという町にあるアブレット精神科ユニットは、54床の急性期精神科病院であるが、救急を扱う4床の閉鎖病棟の他、開放病棟（各10床）を4つ、母子棟（10床）1つの構成となっている。1看護単位が10床と極端に小さいが、入院期間は1週間程度を限度とし、急性期を

対象とする。病室は個室が基本で2床室は1室のみ。グループホーム的な規模で家庭的な雰囲気第一の目標とするなど、患者が自ら生活を再構築する場として便所と洗面台が付設した病室が設けられている。わずか10人の患者なので、病棟面積もそれほど大きいわけではなく、広々した印象は受けない。シッティングルーム（居間）もロビーもあるが利用はそれほど多くはない。しかし建築空間としてプライバシーを強く意識した病室を基盤に、セミパブリックな空間への連続性は建築の豊かさを表しているだろう。また、必要以上に大きくはない病棟面積は、むしろそのことが家庭的な雰囲気をもたらしているものとも考えられる。

#### D. 考察

これまでの研究では医療的な側面、とくに急性期患者を扱う医療や看護の合理性や安全性から病棟計画を考察してきた。今年度は、患者の療養環境として病棟空間をとらえ、また空間と患者の行為の相関に着目し、さらにそれが社会復帰にどのようにつながるかを考察する。

既に調査結果で述べたように、療養空間の質は患者の行動に影響を与える。豊かな空間は患者を落ちつかせ他者とのトラブルも減ることが分かる。豊かな空間とは単に面積などの規模だけを指すのではない。患者自身が自分が過ごしたい居場所を選択できる自由度が高いことを指すものと思う。

今回の調査ではそうした点を配慮したセミパブリック空間の重要性を確認した。セミパブリック空間の規模としては数人（2・3人から5・6人程度）の集団で利用できる空間とする。そしてこれらを1病棟内に複数、整備することが重要である。具体的な空間デザインは病院の立地条件（地方性や歴史）、対象患者像、看護スタッフ条件、病棟運営プ



プログラムなどによって変化してくるものと思う。しかし、食事ですら1人で食べている患者がいることを見れば、病棟患者全員を対象とした大規模なパブリックスペースを充実させることよりも、こうしたセミパブリックスペースの充実が患者環境の充実につながると考えられる。

#### E. 結語

急性期を指向する病棟の建築計画を考える際に、急性期医療・看護を提供する場として病棟をとらえるのと同時に患者の療養環境の場としてとらえることは重要である。

急性期治療病棟のガイドライン（仮称）を作成するにあたって、こうした点をどのような形で導入するかについて、今回の調査では具体的な提案に至っていない。しかし多様な空間、特に1人から数人の単位で利用できるセミパブリックスペース的の提供が患者の社会復帰を促進する可能性は確認した。

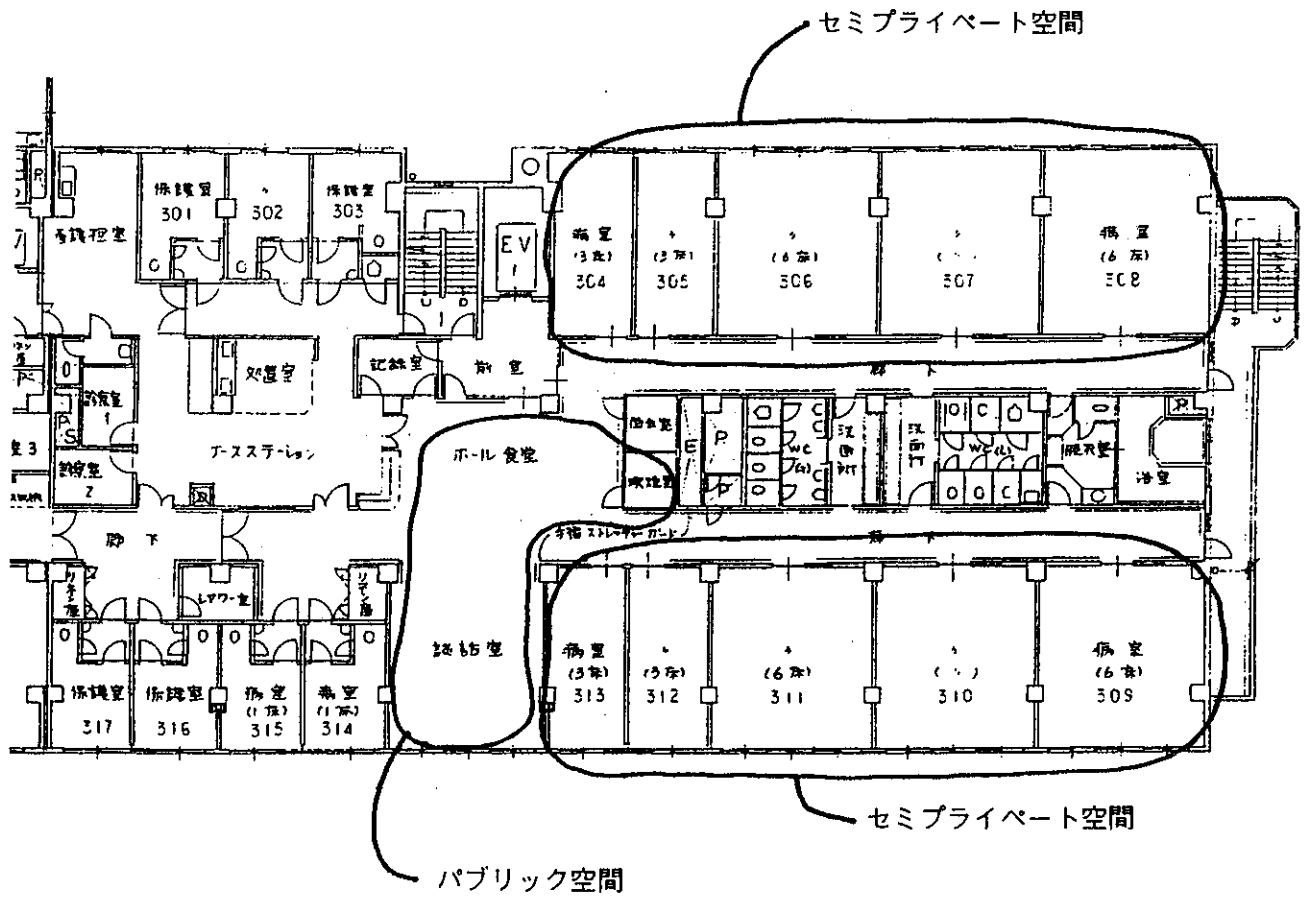
近年、一般病院や療養型病床群などにおける患者の療養環境向上には目を見張るものがある。患者の病院選択にも、これまでのような医療や看護の質のみでなく、患者の処遇や環境が病院選択のひとつの尺度になっている傾向すらある。

本研究では精神科病棟における療養環境と患者行動との関連を明らかにし、さらに療養環境向上を提示した。こうした試みは急性期治療病棟における治療効果を促進するのみでなく、急性期治療病棟を含む精神科病院の質の向上に役立つものと考ええる。

これまで、隔離室およびその周辺の試案を作成し報告しているが、今後病棟構成に関する試案を作成し、ガイドライン作成のための確認をすることが必要である。

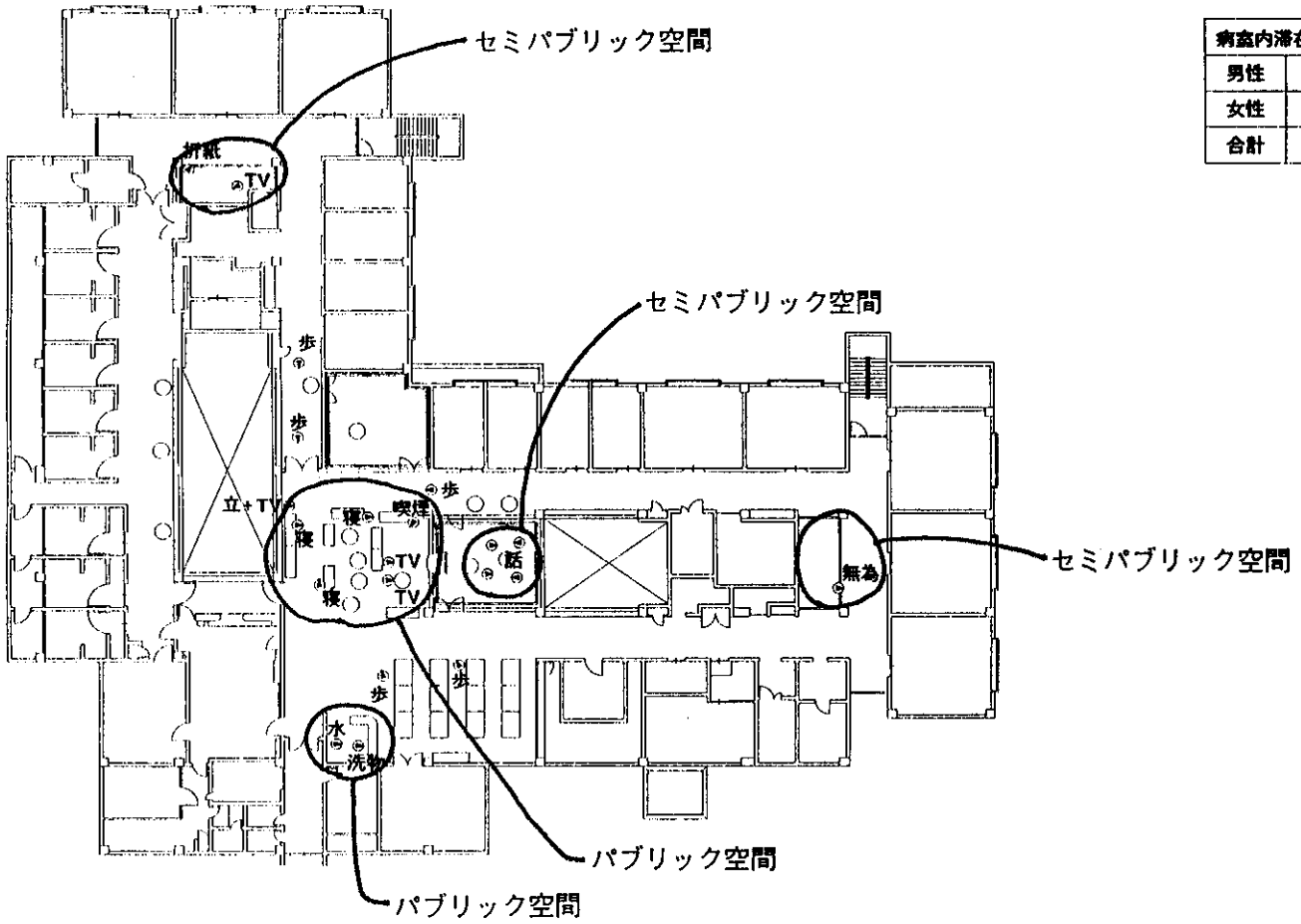
#### F. 研究発表

現在のところ発表していない。



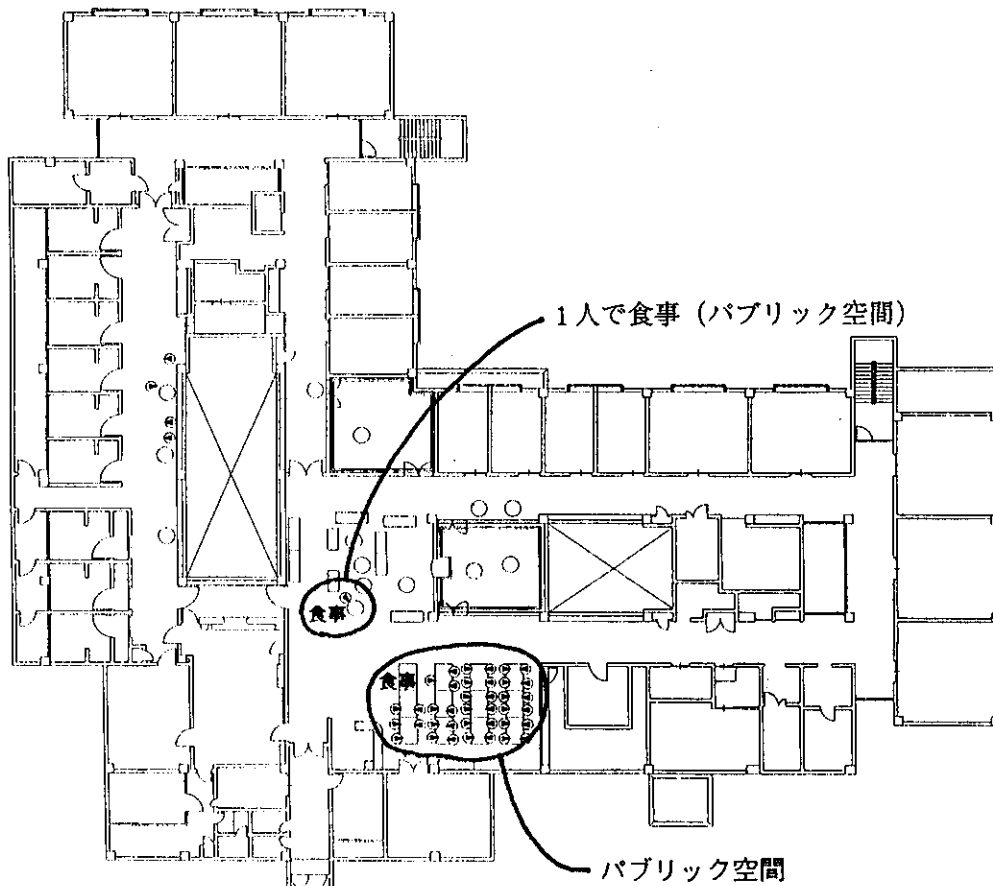
千葉病院・急性期治療病棟





病室内滞在者数	
男性	不明
女性	不明
合計	不明

時間 12:00 (昼食)



病室内滞在者数	
男性	0
女性	0
合計	0