

資料3 アンケート調査結果

		計
理想的な急性期病棟		
適正ベッド数	10床	2
	15床	1
	20床	3
	25床	2
	30床	0
最大ベッド数	20床	2
	25床	2
	30床	3
	35床	0
	40床	0
病室の構成	個室のみ	3
	個室と2床室	4
全ベッドに対する個室割合	25%が個室	1
	50%が個室	3
	75%が個室	2
個室面積	10㎡	2
	15㎡	3
	20㎡	1
	25㎡	0
廊下幅	1.5m	0
	2m	2
	2.5m	4
	3m	1
トイレ	各室に1つ	4
	2室に1つ	2
	数室に1つ	1
洗面器	各室に1つ	4
	2室に1つ	1
	数室に1つ	1
シャワー	各室に1つ	4
	2室に1つ	2
	数室に1つ	1
ECT専用室	必要	4
	不必要	3
酸素吸引	必要	1
	数室に必要	1
	不必要	5
男女別病棟	必要	1
	不必要	6
女性専用区域	必要	3
	不必要	4
ラウンジ	必要	7
	不必要	0
食堂	必要	7
	不必要	0
喫煙室	必要	4
	不必要	3
Quiet Room	必要	7
	不必要	0
患者用キッチン	必要	2
	不必要	5
患者用洗濯室	必要	5
	不必要	2
Secure External Space	必要	6
	不必要	1
CCTV(廊下)	必要	4
	不必要	3
CCTV(病室)	必要	0
	不必要	7

		計
隔離室		
面積	10㎡	4
	15㎡	1
	20㎡	1
	25㎡	1
トイレ	前室に配置	5
	室の隅に配置	2
酸素吸引	必要	1
	不必要	6
CCTV	必要	3
	不必要	4
ベッド	必要	4
	床にマットでもよい	3
ナース室より	近くに配置	7
	離れて配置	0
予算敷地が少ないとき	病室の充実を優先	7
	共用空間を優先	0
携帯電話の使用	不可	4
	電話ブース内	0
	病室内	1
	共用空間	1
	どこでも可	1
スタッフ		
看護婦、昼	2人	4
	3人	1
	4人	1
	5人	1
	6人	0
	7人	0
看護婦、夜	2人	7
	3人	1
	4人	0
看護助手、昼	2人	1
	3人	1
	4人	3
看護助手、夜	0人	1
	1人	3
	2人	4
精神科医、昼	1人	4
	2人	2
	3人	0
臨床心理士	必要	6
	不必要	1
作業療法士	必要	5
	不必要	2
理学療法士	必要	2
	不必要	5
PSW	必要	7
	不必要	0
内科医常勤	必要	2
	不必要	5
内科医非常勤	必要	6
	不必要	1
麻酔医常勤	必要	0
	不必要	7
麻酔医非常勤	必要	3
	不必要	4
受付、セキュリティスタッフ	必要	6
	不必要	1
理想病棟での在院日数	5日	0
	10日	2
	15日	1
	20日	4
	25日以上	0

資料4 12年度アンケート調査の追加回収分（1施設）

Psykiatrisk afdeling ved FiH（ノルウェー）

人員配置

Psykiatrisk afdeling ved FiH									
病棟	ベッド数	開放	閉鎖	男	女	専門	医師数	看護婦数	看護助手数
1	14		+	+	+	急性期	3	14	10
2	14+			+	+	一般	2~3	12	8
3	13+			+	+	長期	2	12	8

Psykiatrisk afdeling ved FiH							
当直医	夜勤看護婦	臨床心理士	理学療法士	作業療法士	PSW	年間入院数	平均在院日数
/ 1病棟		/ 全病棟				/ 全病棟	
2	4~5	3	1		0.5	1~2	500 (注)

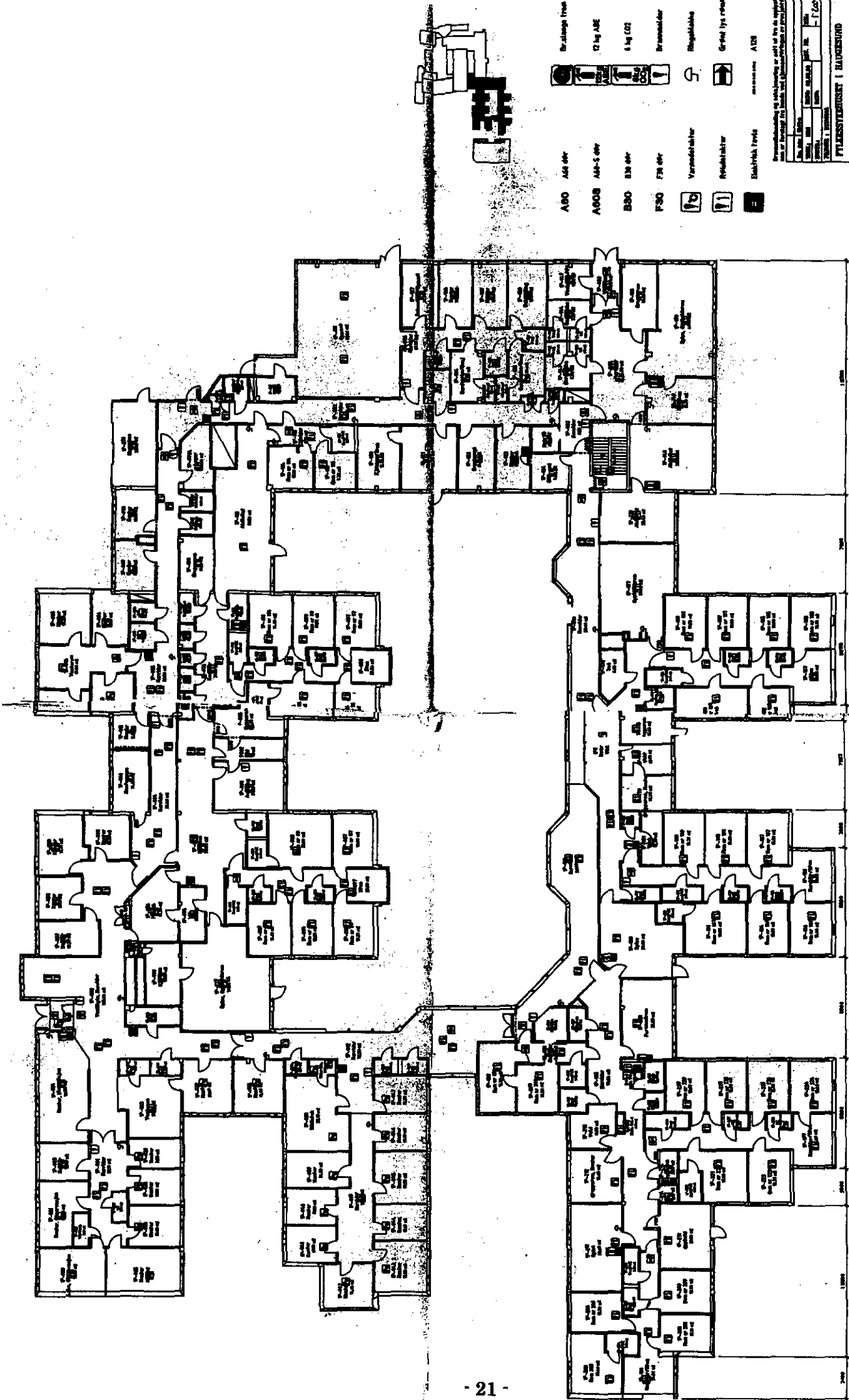
(注)

平近在院日数

急性期 6~10

一般 20

長期 40



ABO 148 40r  
 ABOB 148-5 40r  
 BBO 139 40r  
 FSO 78 40r  
 Brüllungs frei  
 12 kg ABC  
 6 kg CO2  
 Brandmelder  
 Rauchmelder  
 Sprinkler  
 Notruf (1st alarm)  
 Notruf (2nd alarm)  
 Notruf (3rd alarm)

Elektrisch freigegeben  
 ABO

Brandmeldeanlage (BMA) mit Notruf (1st, 2nd, 3rd alarm) im 1. Stockwerk  
 BMA 1. Stockwerk  
 BMA 2. Stockwerk  
 BMA 3. Stockwerk  
 BMA 4. Stockwerk  
 BMA 5. Stockwerk  
 BMA 6. Stockwerk  
 BMA 7. Stockwerk  
 BMA 8. Stockwerk  
 BMA 9. Stockwerk  
 BMA 10. Stockwerk  
 BMA 11. Stockwerk  
 BMA 12. Stockwerk  
 BMA 13. Stockwerk  
 BMA 14. Stockwerk  
 BMA 15. Stockwerk  
 BMA 16. Stockwerk  
 BMA 17. Stockwerk  
 BMA 18. Stockwerk  
 BMA 19. Stockwerk  
 BMA 20. Stockwerk  
 BMA 21. Stockwerk  
 BMA 22. Stockwerk  
 BMA 23. Stockwerk  
 BMA 24. Stockwerk  
 BMA 25. Stockwerk  
 BMA 26. Stockwerk  
 BMA 27. Stockwerk  
 BMA 28. Stockwerk  
 BMA 29. Stockwerk  
 BMA 30. Stockwerk

**BOGALAND FLYERSKOMMUNE**  
**FYLKESKONTORSTYRE**  
 P.O. Box 100, 1001 Oslo  
 Postboks 100, 0401 Skarver  
 Postboks 100, 4001 Stavanger

## 厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

### 分担研究報告書

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

分担研究者 長澤 泰 東京大学工学系研究科建築学科 教授

平成12年度に実施した全国の精神病院を対象とした調査において、精神医療施設の治療・療養環境全般の物的環境の水準を把握することができた。精神医療施設においては他の医療施設と比較すると、未だ十分なスペースが確保されておらず、施設環境の更なる整備が迫られている状況にある。

しかし、各施設において新しく定められる物的環境の基準が、患者の治療・療養面での心理的な環境指標としての根本的意味が問われる中、更なる患者のパーソナル・スペースに基づく疾病や様々な状態による患者の行動パターンについての整理が必要となった。そこで本研究は、物的環境と様々な疾病や状態にある患者の行動内用途を関連づけて分析し、患者にとってより優れた治療・療養環境を整備するための指針を明らかにすることを目的として実施した。

#### 研究協力者

箕 淳夫

国立医療・病院管理研究所施設計画研究部長

西村 秋生

国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官

朱 庸善

東京大学大学院工学系研究科建築学専攻博士課程院生

松本 潤朗

東京大学大学院工学系研究科建築学専攻修士課程院生

小菅 瑠香

東京大学大学院工学系研究科建築学専攻博士課程院生

#### A. 研究目的

平成12年11月に実施した全国の精神病院を対象とした調査において、精神医療施設の治療・療養環境全般の物的環境の水準を把握することができた。精神医療施設において年々、面積規模は拡大されつつあるが、他の医療施設と比較すると、病棟部分は未だ十分なスペースが確保されておらず、特に診療報酬上に面積基準が定められていない病棟においては、施設環境の水準が低いことが課題として挙げられ、施設環境の更なる整備が迫られている状況にある。

しかし、各施設において新しく定められる

物的環境の基準が、患者の治療・療養面での心理的な環境指標としての根本的意味が問われる中、更なる患者のパーソナル・スペースに基づく疾病や様々な状態による患者の行動パターンについての整理が必要となった。そこで本研究においては、物的環境と様々な疾病や状態にある患者の行動内用途を関連づけて分析し、患者にとってより優れた治療・療養環境を整備するための指針を明らかにすることを目的とする。

#### B. 研究方法

調査日を平成13年12月19～22日として長野県N病院を調査対象とした。調査に先立ち、病院側の協力を得て、入院患者全員の病歴などのデータを事前に入手し、患者の行動を時刻と病棟の平面図に綿密にプロットをした。

今回は、患者の行動様態として患者の着席の時の対人距離、そして病棟内における特定領域に対する患者の選好に着目して調査・分析を行った。

## 1. ベース調査

### ● 施設概要調査

敷地・建物の概要（面積、建ぺい率、容積率など）、病床数、入院患者数、職員数、施設運営調査（日常プログラムなど）

### ● 患者の属性

性別、主な疾患名、年齢、在院期間、入院回数、ADL 評価（身の回り動作、移動動作コミュニケーション、基本的生活動作、社会・文化的活動）について

## 2. 本調査

### ● 入院患者の行動調査

患者の行動内容とその量を記録

### ● 入院患者の空間選好と距離意識の調査

患者の着席の場所と頻度、隣接の距離

## C. 結果

### 1. ベース分析

#### 1.1. 施設概要

##### ● 病棟部分

調査対象病院は長野県にある稼動病床数 93 床の小規模な精神病院である。病棟の老朽化と敷地が手狭になったことを理由に、1998 年に現在の地に移転された。病床数はほぼそのまま、改築によって敷地面積および病棟面積がともに 2 倍以上に増加した。敷地内の配置は、西側に駐車場と外来入口、北側に院庭がある。（経営主体 - 医療法人）

病棟は 1 階と 2 階に分かれているが、ナースステーションは内部階段で連絡しており、1 階と 2 階の患者は病棟内の階段を利用して自由に行き来ができる 1 つの看護単位になっている。また、男女混合病棟となっており、男性部屋と女性部屋が隣接するところもある。

また、開放病棟であり、入院患者は病院の外来部分以外は、病棟内を自由に移動することができる。病室への施錠も、保護室を除いては使われていない。庭への出入りも、晴天時の日中は自由にできる。

建ぺい率は 27.01%、容積率が 48.02% で

あり、容積率においては全国平均値に比べて低い。また延べ入院患者数が 27,966 人（年間）で、延べ外来患者数が 19,107 人（年間）であった（平成 12 年調査）。

1 床当たり病棟面積 22.9 m<sup>2</sup>/床で、面積の基準について見ると、精神療養病棟に満たしているが、診療報酬上はそれに属していない。

1 床当たり生活関連施設の面積を見ると、談話室 0.23 m<sup>2</sup>/床、食堂 1.12 m<sup>2</sup>/床となっており、談話室の方が一床当たりの面積が小さくなっており、実際には、昼間は食堂で談話が多く行われている。

##### ● 病室部分

病室は室料差額不要の 5 床室（35.45 m<sup>2</sup>）が基本で、その他、3 床室や 2 床、ユニットバス付きの特別室もある。現実には 5 床室が 3 ~ 4 人で使われている場合もある。

一般病室では 1 床室、2 床室が 1 室ずつ、3 床室が 3 室、4 床室が 2 室、残り 12 室は 5 床室であった。また、マットの代わりに畳を利用したベットを採用しており、個人机付きの収納ロッカーがある。保護室、差額部屋は 1 床室となっている。

保護室は 1 階に 4 室ある。保護室には鉄格子が付き、入口の扉こそ頑丈な鋼鉄製であるが、壁面はクッション材を下地とした木材貼りとなっている。患者の出入り口となる廊下側の扉のほか、裏に食事の受け渡しや患者の状態の確認のために設けられた看護用の通路がある。室内には、ナースステーションのモニタに接続される監視カメラ、看護者の監視および食事や物品の受け渡しに使用できる小窓、破損しないよう考慮された便器があり、洗面台は設置されていない。病棟の廊下は、法に基づき 1 階・2 階とも幅 2.4m となっている。廊下には家具などは置かれていないが、絵画や版画などが飾られており、廊下の床材にも木が使用されている。

##### ● 共同スペース

患者が日中滞在するための共用スペースと

しては、1階の食堂と2階の図書ホールの2つが設けられている。食堂では、3度の食事のほか、日中の患者同士の談話、家族との面会などが行われている。また、ラジカセ、室内運動用のエアロバイクなどが置かれており、一角には卓球台が設けられている。図書ホールには、読書用テーブルと壁側の棚に本や雑誌、漫画類が置かれている。

### 1.2. 運営状況

#### ● マンパワー

精神科医師数は、常勤換算で4.2人であり、病床数/精神科医師常勤換算は22.1床となっている。

### 1.3. 患者の構成

#### ● 疾患別構成

患者の疾患別の構成は、精神分裂病が約6割(34名)で、気分(感情)障害が約4割(28名)、器質性障害は4名であった。

#### ● 性別構成

入院患者は男性が若干多い。更に疾患別に見てみると、精神分裂病では男性患者が、気分障害では女性患者が、多く見られた。

#### ● 年齢別構成

患者の年齢別の構成をみると、精神分裂病では45～54才の患者が最も多く、54才以下の患者が約8割を占めている。気分障害では65才以上の患者が最も多く、精神分裂病と比較して年齢が高くなっている。特に器質性精神障害では4人とも65才以上である。

#### ● 入院期間別構成

入院患者の調査当日までの通算入院期間別の構成を見ると、全体では半年未満の患者が約半数を占めるが、5年以上の長期に及ぶ患者が6人いる。全国平均のそれと比べ、かなり短い傾向にある。

入院回数(他の病院への入院歴を含む)をみると、初入院ないし2回目の入院が多いが3回以上の再入院も見られる。

#### ● 日常生活動作の評価

入院患者に対し、日常生活動作(ADL)の

評価を行った。まず入院患者に対する身体レベルの評価を行うため、患者の生活全般に関するあらゆる要素を整理した。そして、身の回り動作、移動動作、コミュニケーション、社会・文化的活動に分けて、それぞれの項目の中からデータとしての重要度とデータ収集の可能性の面で次のような項目を選定した。

・身の回り動作-食事、更衣、整容、入浴、排便

・移動動作-歩行・起座、生活圏

・コミュニケーション-日常会話、電話、手紙

・基本的家事動作-調理、洗濯、整理・整頓

・社会・文化的活動-買物、行事参加、スポーツ、趣味

レベルの評価は、調査病院での実用性の面と厚生省研究班ADL分科会での介助度面を考慮して、4段階評価を採用し、精神疾患患者ケースに適応した細部基準を設けた。その基準によって看護婦2人の協力を得て68人の全入院患者のADL評価データを入手した。

・身の回り動作と移動動作

日常生活能力について次のように判定を試みた。設けられたアンケート項目の中から次の5項目のデータに該当する点数を足して、患者の日常生活能力を評価したものである。結果をみると、ほとんどの患者が、肉体的に良好な状態であることが分かる。

・コミュニケーション

コミュニケーションの機能を評価するため、日常会話の評価における機能を4段階に分けて評価をして、それを疾患別に分析した。その結果、精神分裂病の患者の場合、ADLで良好な状態であっても多数の人と円滑な話ができないようであった。

・社会・文化的活動

病院内で行われている買物、行事参加、スポーツなどの社会・文化的活動をしている患者数を調査したところ、多数の患者において行われているものの、介助を要する患者も存

在していることが分かった。

入院患者の買物活動に対する調査結果でも、ADL 評価が良好な患者において買物に介助を要する患者が数人が現れた。

スポーツ活動としては、卓球が主に行われている。またボールを利用して運動をしている場合がある。今回の調査において、活動の事例を自発的活動と、非自発的な参加に分けて分類し、またスタッフの指導による活動をその他のカテゴリーとして見なし、疾病別患者数を整理した。その調査で、ADL 評価48点以上の肉体的に健常な患者の中にスポーツ活動が自主的に展開されないグループが見られた。

## 2. 患者の行動

### 2.1. 患者の行動の内容

患者の行動の内容として無為、お茶、談話、ゲーム（卓球、麻雀、オセロ）、電話、面会、情報習得（読書、新聞）、記述（書き物、手紙、絵描き）、工作（折り紙、編み物）、鑑賞（音楽）、喫煙などといった行為が調査された。それらは単独で行う場合と、他人と一緒にする場合とに分けられるが、無為、お茶、情報習得（読書）、鑑賞（音楽）、喫煙などの行為については他人との関わりを持つ姿が目撃された。

### 2.2 入院患者の行動の頻度

患者が行った各行動の割合をみると、最も頻度が多いのは無為であったが、無為を他の患者と隣接した位置関係で行っている様子がしばしば目撃された。逆に、学習、趣味、嗜好などを他の患者と一緒にやるケースも頻繁に見られた。また、一人で歌や独り言という一種の個人コミュニケーションをしている患者も見られた。

### 2.3. 患者の特定領域へのこだわり

食堂のテーブルは各患者の位置が看護スタッフによって決められているが、食事時間以外にはどの席でも自由に座ることができる。患者が昼間、多くの時間を過ごすことのできる1階の共同スペースを中心に、患者の

着席場所を3日間、30分ごとにプロットした（1分以上同所から離れない場合）。食堂のテーブルの所と卓球台周辺のベンチとに着席する患者が異なることや、その場所がナースステーションからの見えやすい場所と見えにくい場所に分かれていることなどから、患者の場所選択には疾患による傾向があることが考えられる。

また、各患者が着席した場所を累積表示したのを見ると、同じ場所を好んで選択する特定の患者がいることが分かる。その中で一ヶ所に集中して着席する患者が数人おり、特に卓球台のベンチに着席した人の中で3回以上同じ場所に着席している患者は全部で8人おり、そのうちの3人は強い選択傾向を示した。それは、精神疾患患者によっては、少なからず安心感を持つ場所を持っている場合があることを示していると考えられる。他人と向かい合うテーブルよりベンチに着席する患者に対して、続いてより詳しい分析を行う。

### 2.4. 患者のパーソナル・スペース

Horowitz（米）は、精神病院内での実験から、立っている人間に歩み寄る際、健常者と精神分裂病患者とでは、間に保持する間隔が異なることを示した。精神疾患患者の場合、空間と患者の感覚や行動に強い関連があるとの共通の認識はあるものの、その因果関係や適正な空間計画については、未だに明らかにされていない。精神疾患患者が認知する基本的な空間を捕え、治療に役立つ物的環境として提供するためにはパーソナル・スペースについての量・質的な関係を明らかにすることが重要であると考えられる。

そこで本調査ではベンチに着席している患者を対象として、その後に座っている患者または調査員との距離を記録した。距離は1分以上その距離関係が変わらない患者同士、あるいは調査員との身体表面間の値を記録した。これらのデータの中で、3回以上のデータを得ることができた患者11人に対し、次



の分析を試みた。

ICD-10 分類による疾病区分別入院患者の着席距離の平均値では、精神分裂病の患者および気分障害の患者の場合、他の疾病の患者よりも遠い距離を保っていた。その中で、精神分裂病の患者の場合は気分障害の患者よりも距離は短いとの結果が出た。

また、入院患者11人のベンチ周辺での距離をプロットし、それを患者の属性と関連づけて分析すると、4つのグループに分けることができる。Aグループはベンチ席への強いこだわりを見せながら相当の距離感を持つグループで、属性は高齢で特にスポーツ活動レベルが落ちている。Bグループは強い距離感を持つ一方、属性としては青長年である。Cグループは中高齢で着席の時、近接した距離を取るタイプである。Dグループは青年でコミュニケーション頻度が多く最も近接して着席するタイプである。

そして患者11人に対して、スポーツ活動のカテゴリーと着席の距離との関係を見ると、自発的なスポーツ活動を展開する患者群については着席距離が近く、近接して座っていることが明らかになった。(レベル3-自発的にする、レベル2-誘われたらする、レベル1-活動が要し指示で行う、レベル0-できないか、指示してもしない)

#### D. 考察

今回の調査は、ある精神医療施設での入院患者の日中生活に通じて行われる行動を観察し、その内容と性質を理解し、多角的に分析して精神疾患患者の傾向を捉えよう試みたものである。その結果以下の点が明らかになった。

1) 他者との関係性に影響を受けて一般の人とは異なる行為内容と行動パターンを持っていることが分かった。

2) ほとんどの患者に対し、生活機能レベルが高く判定された特有の施設でありながらも、コミュニケーションや社会・文化活動

については身体機能レベルとは無関係な結果が出た。

3) ある場所にこだわる患者群が表れ、それらの群が患者の属性や疾患と関係があることが明らかとなった。

4) 着席する際、他人との距離感について非常に敏感な患者群と、そうでない患者群があること、そしてその患者群が疾病区分だけでは、明快に区分しきれない患者個人個人の属性が関わっていることが伺えた。

#### E. まとめ

本研究は一つの施設におけるケーススタディーであり、患者数が少なく、その属性に偏りがあることから、精神疾患患者全体に対する一般化は未だ困難であると考えられる。しかし、今回の調査結果は、精神疾患を持った患者の行動内容と物的環境との間に強い関連があることが明らかとなった。今後、これらの研究手法に綿密に検討した上、多様な患者のデータを収集・分析する予定である。また、こうした精神疾患患者が治療および療養する空間として備えるべき建築的条件を明らかにするとともに、精神医療施設を適正に評価するための指標を得ることを今後の目標とするものである。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的所有権の出願・登録状況(予定を含む)

予定なし

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)  
分担研究報告書

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

分担研究者 長澤 泰  
東京大学工学系研究科建築学科  
教授

## A. 研究目的

平成12年11月に実施した全国の精神病院を対象とした調査において、精神医療施設の治療・療養環境全般の物的環境の水準を把握することができた。精神医療施設において年々、面積規模は拡大されつつあるが、他の医療施設と比較すると、病棟部分は未だ十分なスペースが確保されておらず、特に診療報酬上に面積基準が定められていない病棟においては、施設環境の水準が低いことが課題として挙げられ、施設環境の更なる整備が迫られている状況にある。

しかし、各施設において新しく定められる物的環境の基準が、患者の治療・療養面での心理的な環境指標としての根本的意味が問われる中、更なる患者のパーソナル・スペースに基づく疾病や様々な状態による患者の行動パターンについての整理が必要となった。そこで本研究においては、物的環境と様々な疾病や状態にある患者の行動内用途を関連づけて分析し、患者にとってより優れた治療・療養環境を整備するための指針を明らかにすることを目的とする。

## B. 調査方法

調査日を平成13年12月19～22日として長野県N病院（図1・図2）を調査対象とした。調査に先立ち、病院側の協力を得て、入院患者全員の病歴などのデータを事前に入手し、患者の行動を時刻と病棟の平面図に綿密にプロットをした。

今回は、患者の行動様態として患者の着席の時の対人距離、そして病棟内における特定領域に対する患者の選好に着目して調査・分析を行った。

### 1. ベース調査

#### ● 施設概要調査

敷地・建物の概要（面積、建ぺい率、容積率など）、病床数、入院患者数、職員数、施設運営調査（日常プログラムなど）

#### ● 患者の属性

性別、主な疾患名、年齢、在院期間、入院回数、ADL評価（身の回り動作、移動動作コミュニケーション、基本的生活動作、社会・文化的活動）について

### 2. 本調査

#### ● 入院患者の行動調査

患者の行動内容とその量を記録

#### ● 入院患者の空間選好と距離意識の調査

患者の着席の場所と頻度、隣接の距離

## C. 研究組織

分担研究者	長澤 泰	東京大学工学系研究科建築学科教授
研究協力者	笈 淳夫	国立医療・病院管理研究所施設計画研究部長
	西村 秋生	国立医療・病院管理研究所医療経済研究部主任研究官
	朱 庸善	東京大学大学院工学系研究科建築学専攻博士課程院生
	松本 潤朗	東京大学大学院工学系研究科建築学専攻修士課程院生
	小菅 瑠香	東京大学大学院工学系研究科建築学専攻博士課程院生

## D. 結果

### 1. ベース分析

#### 1.1. 施設概要

#### ●病棟部分

調査対象病院は長野県にある稼動病床数93床の小規模な精神病院である。病棟の老朽化と敷地が手狭になったことを理由に、1998年に現在の地に移転された。病床数はほぼそのまま、改築によって敷地面積および病棟面積がともに2倍以上に増加した。敷地内の配置は、西側に駐車場と外来入口、北側に院庭がある。(経営主体-医療法人)

病棟は1階と2階に分かれているが、ナースステーションは内部階段で連絡しており、1階と2階の患者は病棟内の階段を利用して自由に行き来ができる1つの看護単位になっている。また、男女混合病棟となっており、男性部屋と女性部屋が隣接するところもある。

また、開放病棟であり、入院患者は病院の外来部分以外は、病棟内を自由に移動することができる。病室への施錠も、保護室を除いては使われていない。庭への出入りも、晴天時の日中は自由にできる。

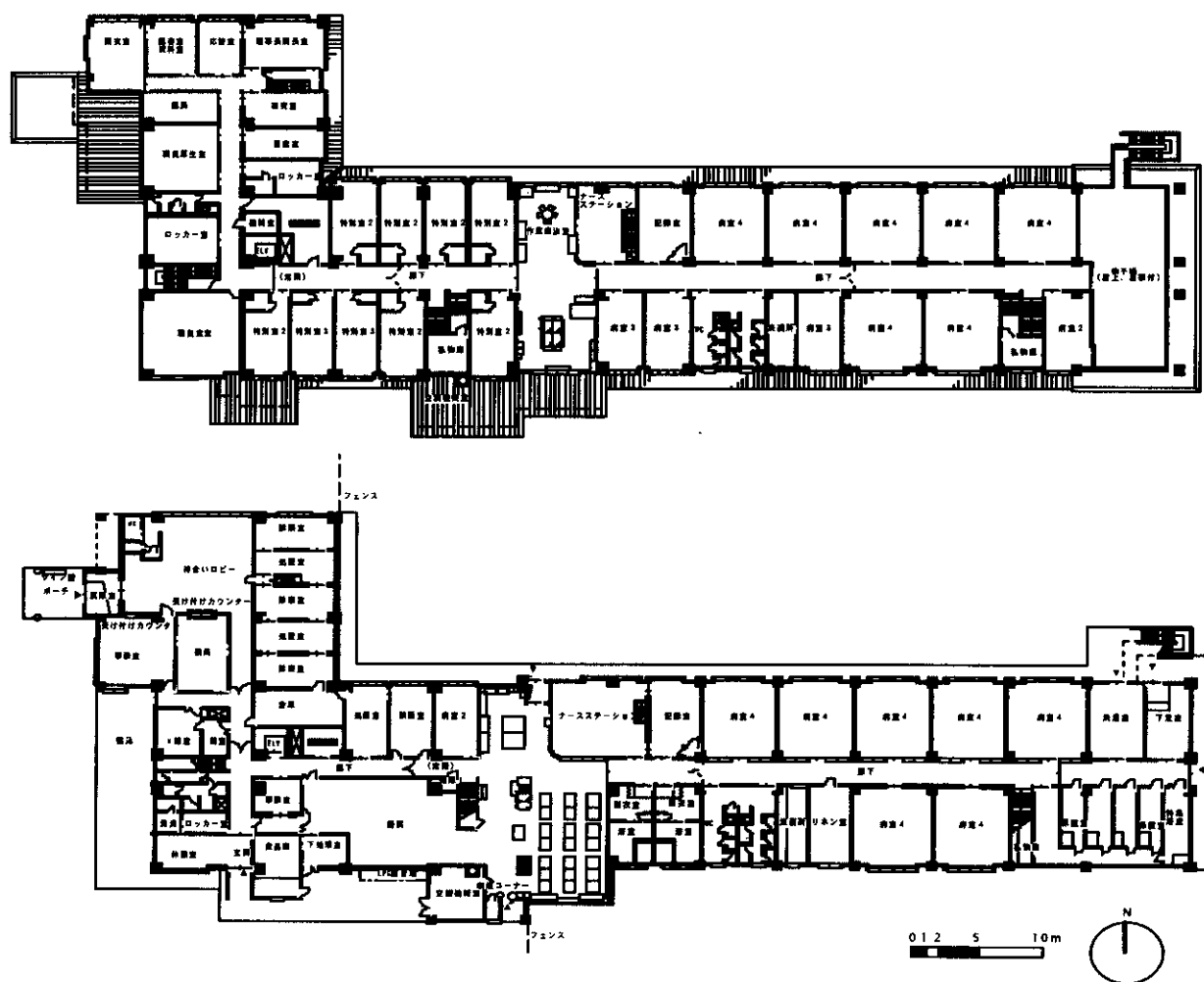


図1 病棟平面図(上-2階、下-1階)



図2 病院正面外観

建ぺい率は27.01%、容積率が48.02%であり、容積率においては全国平均値に比べて低い(表1)。また延べ入院患者数が27,966人(年間)で、延べ外来患者数が19,107人(年間)であった(平成12年調査)(表2)。

1床当たり病棟面積22.9㎡/床で、面積の基準について見ると、精神療養病棟に満たしているが、診療報酬上はそれに属していない。

1床当たり生活関連施設の面積を見ると、談話室0.23㎡/床、食堂1.12㎡/床となっており、談話室の方が一床当たりの面積が小さくなっており、実際には、昼間は食堂で談話が多く行われている。

	N病院	全国平均(平成12年調査)	敷地面積- 6,647㎡ 建築面積- 1,796㎡ 延べ床面積- 3,193㎡ 病棟部分の総床面積- 2,130㎡ 建ぺい率の制限値-70% 容積率の制限値-400% 構造-鉄骨造2階建て 病棟数-2(1階, 2階) 竣工年-1998年
建ぺい率	27.01%	29.42%	
容積率	48.02%	66.73%	
稼動病床数	93床	238.9床	
在院患者数	68人	222.0人	
1床当たり延べ床面積	34.3㎡/床	38.6㎡/床	
1床当たり病棟面積	22.9㎡/床	18.6㎡/床	

表1 施設の面積的な状況

	N施設(人)	稼動病床数50~100床未満の9施設平均(人)(平成12年調査)
年間新入院患者数	164	128.3
年間退院患者数	175	123.1
年間延入院患者数	27,996	29,241.2
年間延外来患者数	19,107	13,335.7

表2 年間患者数

関連諸室	面積	1床当たり面積	平成12年度調査平均値
	(㎡)	(㎡/床)	(㎡/床)
談話室	21	0.23	1.16
食堂	104.38	1.12	1.71
浴室	48.43	0.52	0.56
グラウンド	140	1.51	15.94
庭	1375	14.78	6.15

表3 生活関連施設

● 病室部分

病室は室料差額不要の5床室(35.45㎡、図3)が基本で、その他、3床室や2床、ユニットバス付きの特別室もある。現実には5床室が3～4人で使われている場合もある。

一般病室では1床室、2床室が1室ずつ、3床室が3室、4床室が2室、残り12室は5床室であった。また、マットの代わりに畳を利用したベットを採用しており、個人机付きの収納ロッカーがある(図4)。保護室、差額部屋は1床室となっている。

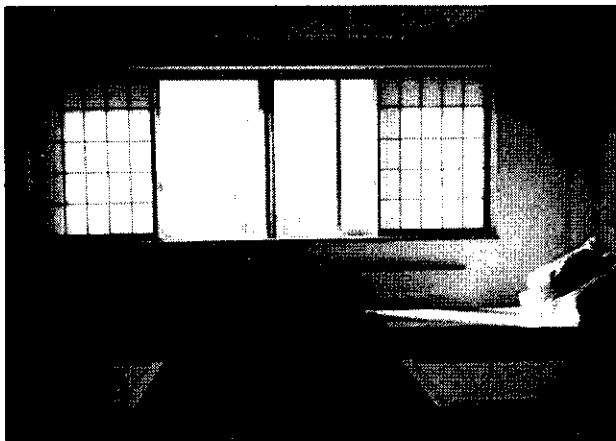


図3 病室(5床部屋)



図4 部屋の家具

病室種類	病室数	病床数	面積(㎡)	面積/病床数(㎡)	施錠	洗面台	便所	浴室	個人照明	机	椅子	収納棚	ロッカー	窓の格子
一般	19	80	31.42	8.01	可	無し	無し	無し	無し	有り(個用)	無し	有り(個用)	有り(個用)	無し
保護	4	4	8.49	8.49	可	無し	有り	無し	無し	無し	無し	有り(共用)	無し	有り
差額	9	9	19.00	19.00	可	有り	有り	有り	無し	有り(個用)	無し	有り(個用)	有り(個用)	無し

表4 病室の設備状況

保護室は1階に4室ある。保護室には鉄格子が付き、入口の扉こそ頑丈な鋼鉄製であるが、壁面はクッション材を下地とした木材貼りとなっている(図5)。患者の出入り口となる廊下側の扉のほか、裏に食事の受け渡しや患者の状態の確認のために設けられた看護用の通路がある(図6)。室内には、ナースステーションのモニタに接続される監視カメラ、看護者の監視および食事や物品の受け渡しに使用できる小窓、破損しないよう考慮された便器があり、洗面台は設置されていない。病棟の廊下は、法に基づき1階・2階とも幅2.4mとなっている。廊下には家具などは置かれていないが、絵画や版画などが飾られており、廊下の床材にも木が使用されている(図8)。



図5 保護室の内部

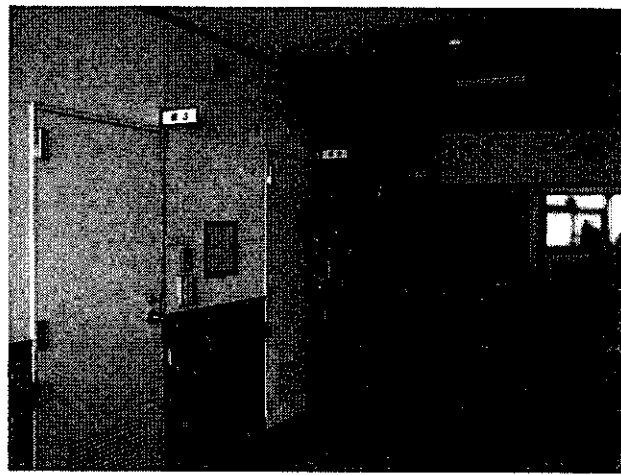


図6 保護室の廊下側のドア

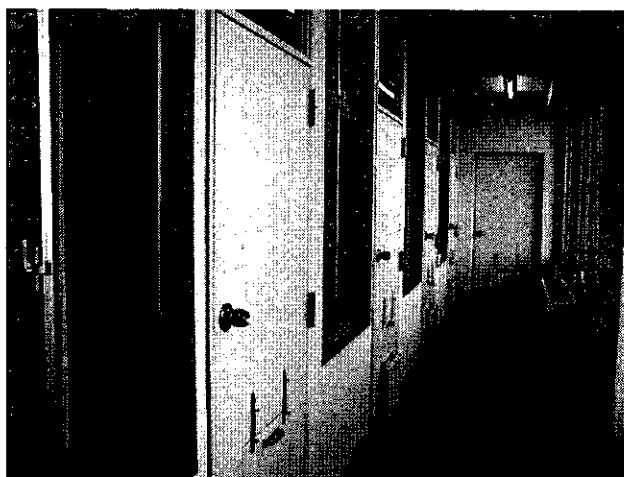


図7 保護室の裏通路



図8 廊下

### ● 共同スペース

患者が日中滞在するための共用スペースとしては、1階の食堂と2階の図書ホールの2つが設けられている(図9・図10)。食堂では、3度の食事のほか、日中の患者同士の談話、家族との面会などが行われている。また、ラジカセ、室内運動用のエアロバイクなどが置かれており、一角には卓球台が設けられている。図書ホールには、読書用テーブルと壁側の棚に本や雑誌、漫画類が置かれている。



図9 食堂

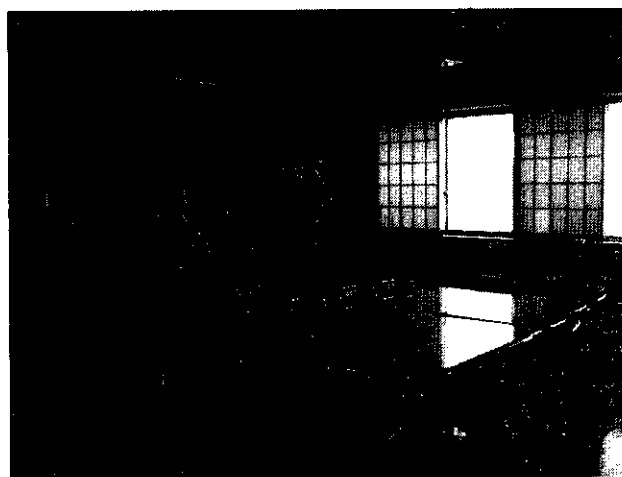


図10 2階 図書ホール

## 1.2. 運営状況

### ● マンパワー

精神科医師数は、常勤換算で4.2人であり、病床数/精神科医師常勤換算は22.1床となっている。

		N施設	127施設平均値 (平成12年調査)
稼働病床数		93.0	278.9
医師常勤換算計		4.2	6.7
	常勤専任医師数	2.0	5.5
	精神科非常勤・兼務医師常勤換算計	2.2	1.3
病床数/精神科医師常勤換算計		22.1	41.4
	病床数/精神科常勤専任医師数	46.5	50.8

表4 医師数

		N施設	509病棟平均値 (平成12年調査)
看護単位		93 (2病棟-40/53)	52.9
	看護婦 (常勤換算)	18.4 (9.8/8.6)	9.1
	准看護婦数 (常勤換算)	9.0 (4.0/5.0)	7.3
看護婦職 (常勤換算)		27.4 (13.8/13.6)	16.3
	病床数/看護婦数	5.1	5.8
	病床数/准看護婦数	10.3	7.3
病床数/看護婦職		3.4	3.2

表5 看護婦数



### 1. 3. 患者の構成

#### ● 疾患別構成

患者の疾患別の構成は、精神分裂病が約6割（34名）で、気分（感情）障害が約4割（28名）、器質性障害は4名であった（図11）。

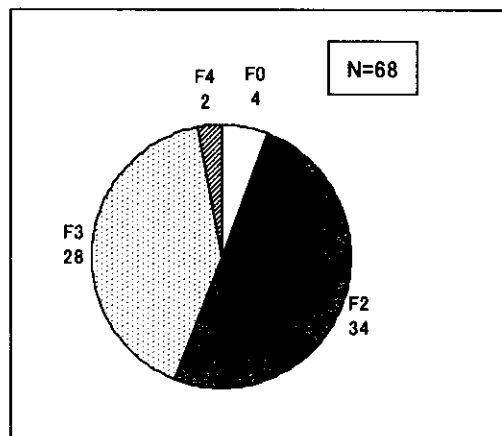


図11 ICD-10による患者の疾病別構成

ICD-10		患者数
F0	症状性を含む器質性精神障害	4
F2	精神分裂病，分裂病型障害および妄想性障害	34
F3	気分（感情）障害	28
F4	神経症性障害，ストレス関連障害および身体表現性障害	2
合計		68

表6 ICD-10（国際疾病分類）による精神疾患の分類

#### ● 性別構成

入院患者は男性が若干多い。更に疾患別に見てみると、精神分裂病では男性患者が、気分障害では女性患者が、多く見られた（図12）。

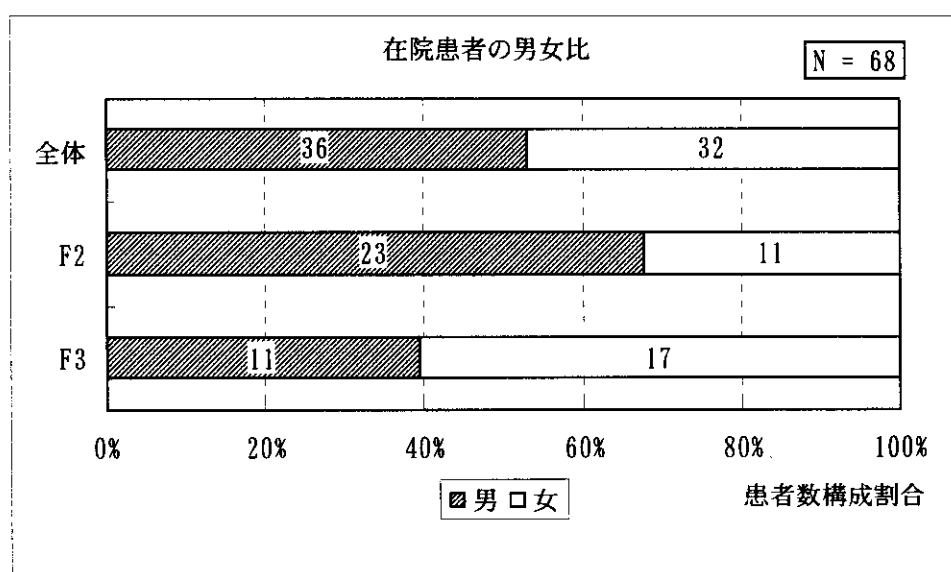


図12 患者の性別構成

● 年齢別構成

患者の年齢別の構成をみると、精神分裂病では45～54才の患者が最も多く、54才以下の患者が約8割を占めている。気分障害では65才以上の患者が最も多く、精神分裂病と比較して年齢が高くなっている。特に器質性精神障害では4人とも65才以上である（図13）。

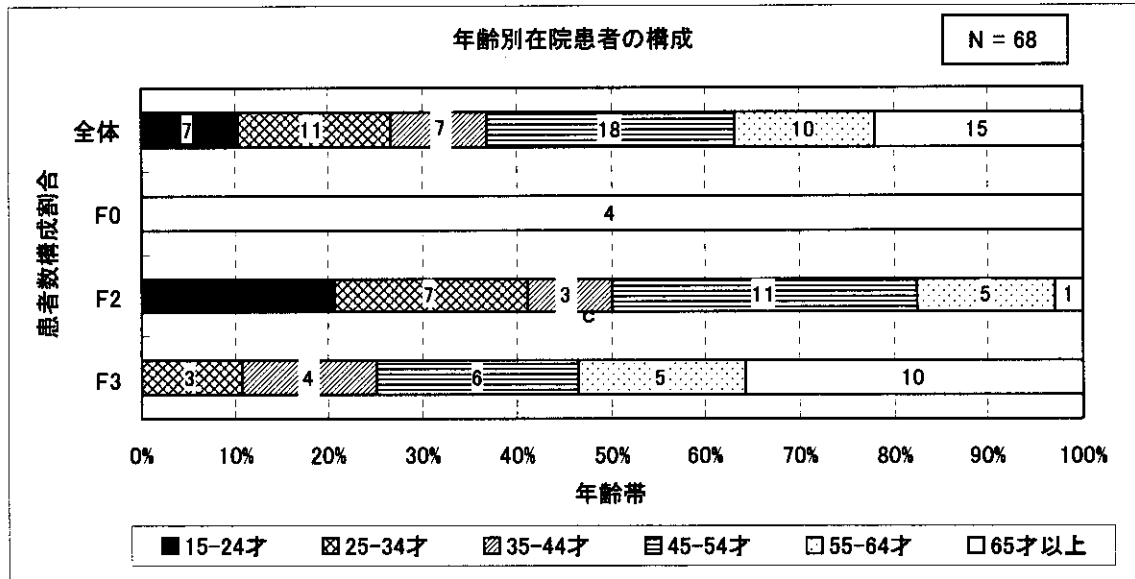


図13 患者の年齢別構成

● 入院期間別構成

入院患者の調査当日までの通算入院期間別の構成を図14に示す。全体では半年未満の患者が約半数を占めるが、5年以上の長期に及ぶ患者が6人いる。全国平均のそれと比べ、かなり短い傾向にある。

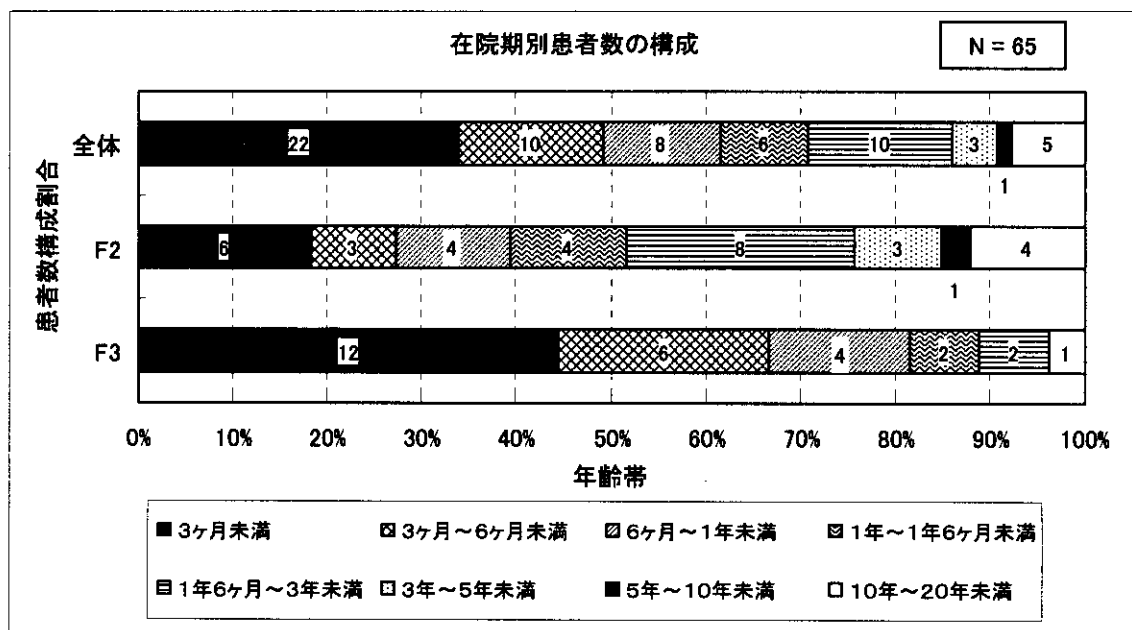


図14 患者の入院期間別構成

入院回数（他の病院への入院歴を含む）をみると、初入院ないし2回目の入院が多いが3回以上の再入院も見られる（図15）。

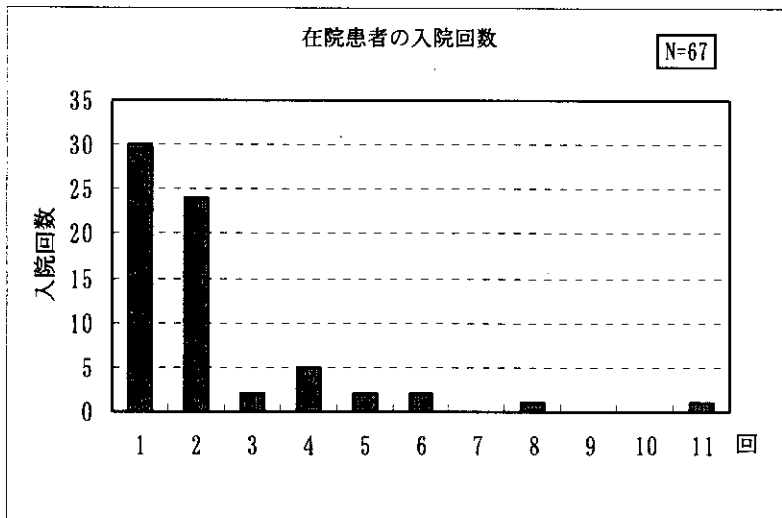


図15 在院患者の入院回数

● 日常生活動作の評価

入院患者に対し、日常生活動作（ADL）の評価を行った。まず入院患者に対する身体レベルの評価を行うため、患者の生活全般に関するあらゆる要素を図16のように整理した。そして、身の回り動作、移動動作、コミュニケーション、社会・文化的活動に分けて、それぞれの項目の中からデータとしての重要度とデータ収集の可能性の面で次のような項目を選定した。

- ・身の回り動作- 食事、更衣、整容、入浴、排便
- ・移動動作- 歩行・起座、生活圏
- ・コミュニケーション- 日常会話、電話、手紙
- ・基本的家事動作- 調理、洗濯、整理・整頓
- ・社会・文化的活動- 買物、行事参加、スポーツ、趣味

レベルの評価は、調査病院での実用性の面と厚生省研究班ADL分科会での介助度面を考慮して、4段階評価を採用し、精神疾患患者ケースに適応した細部基準を設けた。その基準によって看護婦2人の協力を得て68人の全入院患者のADL評価データを入手した。

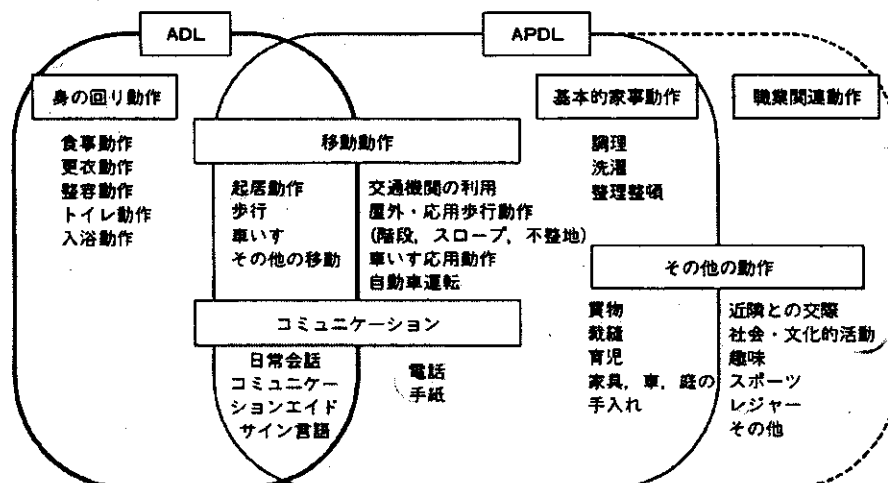


図16 人の生活に必要な actives (秋田 裕、日常生活動作評価、PTジャーナル・第23巻第12号)

Northwick Park Index	九州労災病院	長尾病院	厚生省神経疾患リハビリテーション研究班ADL分科会	安藤ら
・ Total Independence	1: 実用性がある。多少時間がかかっても独立でできる。	G: だいたいできる。実用性がある。	3: 正常、またはほぼ正常(自立)。	
			2: できるが、時間が普通より余計かかるか、またはやり方が普通でない。しかし実用性はある。	・可能
・ Partial Independence	1/2: 特定の条件でできる。一部介助してもらおうと実用性がある。	F: やっとできる。実用性がない。		
			1: なんとかできるが、時間がかかりすぎるが、または出来上りが不完全で実用性がないもの(半介助)。	・不可能
・ Total Dependence	0: できない。一部できるが実用性がない。	0: できない。	0: できない(全介助)。	

表7 ADL評価基準の実例(秋田 裕、日常生活動作評価、PTジャーナル・第23巻第12号)

評価		0	1	2	3
身の回り動作 (食事、更衣、整容、入浴、排便)	実用性面	不能。	なんとかできるが時間がかかりすぎる。または出来上りが不完全で実用性がない。	できるが、時間が普通より余計かかるか、またはやり方が普通でない。しかし実用性はある。	正常。
	介助度面	全介助	部分的に動作可能だが助言、指導を要す。	自立(介助不要)	独立
基本的家事動作 (調理、洗濯、整理・整頓)	介助度面	その動作を部分的にもできない。その動作をさせてはいけない状態。	部分的に動作可能だが助言、指導を要す。	介助不要だが環境の制限がある。速度、できばえ、意欲、耐久性に問題があり、監視を要す。	介助、監視、指示なく、自発的に安全に、安定して1人で各動作ができる。

表8 身の回り動作、基本的家事動作における評価基準

評価		0	0.5	1	1.5	2	2.5	3
移動動作 (歩行・起座、生活圏)	歩行・起座	寝たきり(座位不能)	寝たきり(座位可能)	寝たり起きたり、押車などの支えが要る	つたい歩き、階段昇降不能	杖歩行、階段昇降困難	短時間の歩行可能	正常
	生活圏	寝床上(寝たきり)	寝床周辺	室内	屋内	屋外	近隣	正常

表9 移動動作における評価基準