

大学授業科目「司法精神医学」

ミュンヘン大学 (Ludwig Maximilians-Universität München) における場合

- ・ 学際的講義 (定期的な事例紹介と共に)
- ・ 鑑定セミナー
- ・ 心理学・教育学・社会学のための「司法精神医学」セミナー
- ・ 「精神医学における倫理的問題」セミナー
- ・ 「司法精神医学と実践的な事例分析」学際的セミナー (新)
- ・ 司法精神医学における学術的活動に関する指導

司法精神医学の資格化 年次的展望

1985 年第 1 回 司法精神医学のための定期的学術会合におけるワークショップ
(AGFP : ミュンヘン)

1990 年・司法精神医学及び心理学における再教育のための学際的な研究部会が発足
第 1 回 司法精神医学及び心理学のための学際的セミナー
(ニーダーペッキン)

1995 年 : ドイツ精神医学・精神療法・神経医学会 (DGPPN) による司法精神医学のための「専門医
(Schwerpunktarzt)」設立に関する第 1 回動議

1997 年 重点医に関する再教育のためのカリキュラム案を公刊

1999 年 DGPPN による司法精神科医の資格を設立

2000 年 経過規定の確定

2001 年 司法精神科医として 40 名に資格授与

2003 年 103 名に資格授与 ; 経過法規の終了

司法精神医学セミナー

シュトラウピング司法精神科病院にて (ニーダーバイエルン地区)

(BKH Straubing, BKH Mainkofen, BKH Landshut)

症例報告・鑑定に基づくテーマ討論 :

- ・ 責任能力の評価
- ・ 症状の診断
- ・ 処分執行における問題
- ・ 医事法的・医療倫理的な問題
- ・ 成年後見法的な問題と鑑定
- ・ 収容法
- ・ 民事法の問題 (行為能力, 訴訟能力, 遺言能力, 婚姻法)
- ・ 社会法の問題 (就業・職務不能, 就業能力の低下, 障害の度合, 年金支給)

学際的司法精神医学セミナー (ニーダーペッキン)

主催者: 司法精神医学・心理学会 学際的研究部会

受講生: 精神科医・心理士が共同で

講師: 精神科医・心理士・法律家が, 全てのテーマについて共同で

期間： 5 日 (月曜から金曜)
カリキュラム： 1 年目： 入門コース
2, 3 年目： 中上級コース
その後： 実地研修

職能向上研修内容

入門コース

- ・ 責任能力鑑定・症状診断の基礎
- ・ 鑑定書の書き方・表現
- ・ 鑑定の際における間違い・誤り

入門コース・中上級コース共通 (選択テーマ)

- 鑑定 ・ 少年・成人に関して
- ・ 女性に関して
 - ・ 外国人に関して
 - ・ 人格障害者の場合
 - ・ 薬物中毒者の場合
 - ・ アルコール依存者の場合
 - ・ 性犯罪者の場合
 - ・ 激情犯罪者の場合
 - ・ 信頼性評価

触法精神障害者の治療に関する課題 (処分執行・外来患者)
ロールプレイング (役割演技) としての鑑定実施

中上級コース (選択テーマ)

- ・ 『役割期待』と「役割葛藤」(心理学)
- ・ 「主症状と共存する症状 (Komorbiditat)」の鑑定
- ・ 深層心理学と鑑定
- ・ 公判審理に耐えうる能力・拘置に耐えうる能力
- ・ 精神医学・心理学・法医学の間における共同作業と限界の問題

実地研修

- ・ ビデオ撮影を用いた鑑定のプレゼンテーションと関連する批評
- ・ 参加者の鑑定についての問題の指摘

テーマ (選択) :

- ・ 専門家の中立性
- ・ 沈黙している又は否認している被告人との関わり方
- ・ 公判での好ましくない体験を伴う関わり方
- ・ 証人と専門家としての二重の役割

「司法精神医学」資格授与

定義

「司法精神医学」に重点化された再教育とは、鑑定書の作成 及びそのために裁判所の代理をすることにおいて並びに精神病患者 及び 触法精神障害者の診断 及び 治療することにおいて並びに精神病患者 及び 触法精神障害者の人々との接し方に関連する法的問題においてその間に入って便宜を図り、その証明に必要な特別な知識、技能、経験を習得することに資するものである

特別な知識・経験

1. 責任能力の評価
2. 改善治療処分執行における命令の基礎 (刑法 63 条・64 条・66 条)
～従属する対人処分を含めて (例えば、麻薬法 35 条による外来治療)
3. 再犯・危険性診断の評価
4. 公判審理に耐えうる能力・拘置に耐えうる能力・尋問に耐えうる能力の評価
5. 少年裁判所法 105 条における「成人としての熟成」の評価
6. 民事法的な問題提起 (例えば、行為能力、遺言能力、訴訟能力)
7. 成年後見法の枠組における鑑定
8. 収容法の枠組における命令、治療
9. 社会法的問題についての評価 (例えば、労働不能、就業不能、就職不能、補償法に関連した問題、保険法的な問題)
10. 行政法的問題についての評価 (例えば、懲戒手続法、兵役適格性)
11. 道路交通法の問題 (例えば、免許適格性)

特殊な知見

- ・ 少年及び成人に対する法的に基礎付けられた評価・そこにおいて適用される刑事、民事、保護法に基づく適用
- ・ 証言及び証言の適正さの信頼性
- ・ 精神障害者及び人格障害者に関する診断、治療、研究に際しての倫理的、法的な問題
- ・ 処分執行、拘置施設及び外来のサポートといった枠組条件及び特殊な治療形態が許容されることについての法的な理由付け

再教育期間

2 年間は、8 条 1 項に基づく専門業種の医師 (精神医学・心理学・神経医学) の承認を受けたことに引き続き、再教育に関する責任者として授権された施設内においてその内：

最低限 1 年間は、司法精神医学部門であること、

半年は、処分執行において

半年は、その部門内の鑑定に関する特別な施設において

実習的な職業従事に関する証明

70 本の精神鑑定書。当該鑑定書は、命令に基づいて、独自に作成されたものであり、かつ、法律で規定された限りにおいて、その立証のために裁判所の権限に代わって用いられたもの

その内：

40 本については、刑事法的問題の鑑定書 (責任能力及び診断)、

最低限 5 本の鑑定書は陪審裁判所において

最低限 5 本の鑑定書は 退院診断について

10 本については、民事法的な鑑定書

10 本については、社会法的、特に、それに関連した問題の鑑定書

更なる 10 本の鑑定書については他の法律に関して

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

精神障害者の自傷他害行為への対応と、
その防止に関する医療体制等の整備に関する研究
自傷他害行為を示す精神障害者の治療環境整備のあり方についての研究
分担研究者 笥 淳夫 国立保健医療科学院施設科学部長

研究要旨：現在重大な犯罪を行った精神障害者の治療については一般の精神科医療施設において実施されているが、今後我が国においてこのような患者を処遇する専門施設を整備するにあたっては、患者に対する治療方針を十分に生かし、患者の日常生活を適切に確保するための施設の整備ガイドラインが必要であると考えられる。そこで、本研究は、いわゆる触法精神障害者の専門治療施設の計画条件を整備することを目的として実施した。研究方法：平成13年度の研究で作成した整備条件とモデルプランを、現在当該精神疾患患者の治療に関与している複数の精神科医に提示し、その問題点を整理した。結果：触法精神障害者専門治療施設の計画条件の整理、空間のダイアグラム、モデルプランを作成することができた。まとめ：実際の建築においては、本ガイドラインを参考としながらも具体的な条件を前提として、改めて検討を進める必要があるものとする。

研究協力者

佐々木 達郎：

東京都立大学建築学科非常勤講師

中山 茂樹：

千葉大学工学部デザイン工学科建築コース助教授

西村 秋夫：

国立保健医療科学院経営科学部主任研究官

A. 研究目的

現在重大な犯罪を行った精神障害者の治療については一般の精神科医療施設において実施されており、その機能的な限界が広く問題となっている。心神喪失等により重大な犯罪を行った精神障害者に対する治療がこのように一般の精神科医療施設において行われていることにより、そこで治療を必要とする患者のみならず、それ以外の精神疾患患者に対しても必要な治療や療養を十分に提供できないという問題が生じている。現在、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」が検討されており、その中で、これらの患者を対象とした「指定入院医療機関」が検討されている。今後我が国においてこのような患者を処遇するこうした専門施設を整備するにあたっては、患者に対する治療方針を十分に生かし、患者の日常生活を適切に確保するための施設の整備ガイドラインが必要であると考えられる。そこで、本研究は、いわゆる触法精神障害者の専門治療施設の計画条件を整備することを目的として実施した。

B.研究方法

心神喪失等により重大な犯罪行為を行った精神障害者を治療する専用の施設の計画条件を明らかにするために昨年度作成した整備条件とモデルプランを、現在当該精神疾患患者の治療に関与している複数の精神科医に提示し、その問題点を整理した。

C. 結果

1. ヒアリング結果

1-1.A病院

●対象患者はどのような人たちなのか

・警察からの通報患者を含む場合、多くの場合が事件を起こした直後に搬送されてくることとなるために、急性期で重篤な精神症状を呈していることが考えられる。この場合、病棟内にかなり精神症状を治療するためのしつらいが必要となるであろう。

・また合併症等のことも考えて身体的治療行為を行うことができるような HCU をしつらえることも必要である。この場合、スタッフステーションから直近である必要がある。

・ただし、精神科の急性期治療を行っている病棟と比較して、精神症状的にはかなりおとなしい患者が多いのではないだろうか。患者の生活空間をきちんと作り込んだ計画が必要である。

●隔離室の計画

・隔離室は治療のひとつのプロセスであるとの位置付けを空間的にも表現することができるようにする必要があり、そのためには「流刑」のイメージを持たせないことが大切である。具体的にはスタッフステーションの一角から直接隔離室エリアにアクセスすることができるような空間構成が考えられる。

・隔離室を一列にレイアウトせず、入り口まわりに前室的アルコーブ状の空間を作り、患者が隔離室から出ることが段階的にできるような工夫も必要である。

●その他

・モデル試案を提示する際にはスタッフ数等の条件を明示する必要がある。

・断面方向の計画を考える必要がある。天井の高い空間は患者を落ち着かせることができる。

・食堂と談話室は空間として分ける。

1-2.B病院

●対象患者はどのような人たちなのか

・入院患者は鑑定を終えた患者が中心となるために急性期の精神症状は治まった患者がほとんどであると考えられる。

・対象となる患者として、鑑定のための患者、退院直前の訓練を必要とする患者、高齢による身体機能低下のある患者などが考えられる。

●空間構成の考え方

・個人、小グループ、大グループを対象とした空間づくりが必要である。

・全体にインフォメーションを通知するためなどに入院患者全員が集まることができるスペースが必要

・生活スキルを育てるためにリビングやダイニングが必要である。

・多様な生活を演出するための部屋としてテレビ室、音楽室、視聴覚室などが考えられる。

●病室ユニットの考え方

・身体合併症の治療を対象とした PICU 的な病室をスタッフエリア近くに 1~2 床設ける。

・隔離室はスタッフエリア近くで直接見ることができる位置に設ける。

・隔離室は入院途中で急性増悪した患者を対象とする。

・退院直前の自立した生活をシミュレーションするためにリハビリテーションユニットが必要である。同時に退院の可能性を評

価・訓練するために治療的外泊も必要である。

・病室群の中に入院直後1ヶ月間集中的に治療・評価をするユニットが必要ではないか？

●隔離室の考え方

・隔離室の面積は現状の計画案でも良いであろう。ただし、隔離室はもっと少なくとも良い。

●治療室の考え方

・無痙攣専用の治療室(3m×4.5m)を設ける。同時に回復室も必要。

・医師と患者+α程度の広さの診察室も必要

・医師、心理療法士、ケースワーカーによる診察、心理療法、相談に適した雰囲気の一部屋がそれぞれ必要

・処置室をスタッフエリアに隣接して設ける必要がある。身体的な治療を行うため。

・作業室は木工金工ではなく、より日常生活に近いものを行うことが望ましい。例えばPC用の部屋なども考えられる。

●鑑定用入院への対応

・鑑定用の部屋が必要ではないか。入院患者と一緒にできない。一定期間入院する。治療の可能性も鑑定することになるであろう。

●スタッフエリアの考え方

・チームケアを行うことになるので医師、看護師、ケースワーカー、心理療法士、作業療法士などが集まることができるカンファレンスルームと、日常の申し送りをふくらませて行うことができる空間をスタッフステーション近くに設ける必要がある。

・スタッフの控え室を病棟内に設ける必要がある。外から見えない。看護師だけで日中30人程度になるのであろうか。

●その他

・病棟に張り付いているマンパワーを考えると大浴槽が必要ではないだろうか？

・車椅子用のしつらえも必要である。

・車椅子便所を設ける

・身体機能の低い患者用の病室をいくつか設ける

1-3.C病院

●対象患者はどのような人たちなのか

・審判までのケアによって入ってくる患者の状態像は変わるのではないか

・どのような患者を対象とするのが明らかでないために施設計画に対しては詳細な議論ができないのではないか。

●治療の内容の問題

・屋外で園芸等のリハビリテーションを行うことができるようにするべきではないか。

・治療方法が未だ研究段階にあるので様々な治療行為を行うことができるような工夫が必要ではないだろうか。(床にキャンパスをおいて書く。多様な作業療法に取り組むなど)

・社会復帰のリハのために本や絵を利用した作業療法が考えら得るのではないか。

・国内でも希有な施設であり、今後触法精神医療を促進するためにも数多くの見学者・研修生等が来ることが考えられるのでその対応を考える必要がある。

・これからの触法精神医療の教育・訓練機能を担う必要があるのではないだろうか。

・患者の治療法を開発する必要がある。またチームケアを促進するような方法が必要ではないだろうか。スタッフ室を病棟内に設置する必要がある。

・治療・研究・教育機能をこの病棟は持つ必要があるのではないだろうか。

●病室の計画

・病室内の便所は死角にならないか？

・一般病室の扉には観察用の窓を付けるべきではないか。

・病室の出入り口をスタッフが逃げやすいように2ヵ所設ける必要があるのではないだろうか。

- ・個室の居住性を高める必要があるのではないだろうか。
- ・4床室で対人接触を学ぶことは考えなくても良いのか。
- ・個室では引きこもってしまうのでその患者を病室から出すためにはケアの質が問われるのではないのか。

●スタッフステーションの問題

- ・スタッフエリアをあまり閉鎖的な感じにせず、患者との距離感を近く感じさせる工夫が必要
- ・ナースステーションと処置室を近くに設ける必要がある。
- ・診察室はスタッフステーションの近くに必要である。

●作業療法に対する配慮

- ・作業療法室の近くに喫煙スペースが必要ではないか
- ・作業療法中にトイレに行くときはスタッフが付かなければならないが、近くにあるのか？
- ・塗料を飲む患者がいるので物品の保管が大切
- ・作業療法に利用する道具の収納は紛失にすぐに気付くようにガラス戸などによって見えていることが必要である。また複数の棚の鍵を共通にする必要もある。
- ・作業療法の内容: 手工芸, 遊び, ゲーム, スポーツ, カラオケ, ペタンク, 映画(プロジェクターでみんなで見える)

●その他

- ・入り口においてX線チェックやボディチェックなどを行うのか
- ・中庭は維持管理にお金がかかるのではないのか。
- ・モニター用のカメラが壊されないように天井を高くする必要があるのではないのか
- ・デイルームが病棟の隅にあつて死角になってしまうために管理出来ないのではないのか。
←→一方でそのような場所が必要ではないだろうか
- ・浴室の数が足りないのではないのか。5~6人用の浴室も考えられるのではないのか。
→しかし、個別の浴槽がよいのではないのか
- ・診察室の落ち着きを確保するために、診察室まわりを通ることなく、屋内スポーツエリアに行くことができる方が望ましい。屋内スポーツエリアに行くときにはスタッフと一緒に移動する。
- ・患者にはけがによる身体障害の可能性がある。

1-4.D病院

●病室の計画

- ・壁にベッドを付けるレイアウトはベッドメイクがしにくいのではないのか。
- ・病室の内側から鍵をかけることができる部屋とできない部屋を選べる必要があるのではないのか。
- ・身体疾患の合併症を対象として観察しやすい病室が必要
- ・人間関係の構築、共同生活への可能性を見るために多床室が必要ではないのか。

●隔離室の計画

- ・隔離室には換気を目的として窓側に観察廊下を設けてはどうか。
- ・隔離室は絶対に壊されない部屋とするべきである。
- ・隔離室への長期滞在患者のために衣類の収納スペースが必要

●診察室の計画

- ・診察室には医師と患者の他に、看護婦や他の医師が入ることが考えられる。
- ・診察室のレイアウトは、一般診療科に見られる机が壁に面したものでかまわない。
- ・診察室や面談室は、医師や患者がその部屋まで「行く」という仕掛けは遠すぎて不便である。

●不足している諸室

- ・リネン庫が必要。清潔用と不潔用

- ・ゴミ置き場が必要
 - ・汚物処理室が必要
 - ・患者を搬送するためにストレッチャーや車椅子が必要となるのでそれらの置き場が必要
 - ・スタッフのラウンジ的なたまり場が必要である。図書がおかれている。コーヒーが飲める
 - ・器材庫が必要
 - ・暗いところ、落ち着いたところも必要ではないか。
 - ・患者全員へアナウンスする場合があるので全体が集まれるスペースが必要。大勢が集まって行う行事として演芸会、カラオケなどがある。
- その他
- ・面会の様子を何となく観察し、様子を把握するために面会室はスタッフステーションの近くに必要である。
 - ・処置室はナースステーションの近くに必要である。ただし、ETC などをおこなうこともあるので他の患者からは見えないことが必要である。
 - ・カンファレンスはチーム医療への対応に加えて、教育・研修目的の外部者の参加が考えられる。
 - ・私物庫の場所は病棟の中心から遠くてもかまわないので広く取る必要がある。
 - ・屋内スポーツは少なくともバレーボールができるスペースがほしい。
 - ・高齢な入院患者も考える必要があり、身体機能の低下に対する配慮は必要である。
 - ・患者を活性化させる部屋は赤を使う、沈静化させる部屋は青を使うなど色彩にも配慮が必要ではないか。

2. 平成 13 年度ガイドラインとヒアリング結果の比較検討

●計画条件の提示

モデル案を検討するためには計画条件を明示する必要があるものとする。

本計画においては、以下に示すスタッフが専従で勤務するものと仮定している。

- ・医師
- ・看護師
- ・精神保健福祉士
- ・作業療法士
- ・臨床心理士
- ・薬剤師

特に看護師については1:1.5程度の人員配置を仮定している。このことにより1看護単位を30床と仮定すると、日勤帯の看護師の数は30名弱となることが考えられ、スタッフステーションの計画にも配慮が必要である。

また、本計画ガイドラインでは平均在院日数は1年を仮定している。

すなわち、1病棟30床とすると、年間に30人、1ヶ月に2~3人の新入院患者が発生することを想定している。平均在院日数を6ヶ月と想定した場合に1ヶ月の新入院患者数は5人程度、平均在院日数を2年と想定した場合には1ヶ月の新入院患者数は1人程度となる。このことにより、病棟内の諸室構成が影響を受けるものと考えられる。

●対象患者への配慮

処遇の対象となる患者の中には以下に示すような特性を持った患者を想定する必要がある。

- ・女性: 専門の治療施設を計画することが当面は現実的に困難であると考えられるので、男女混合の施設となることが想定される。よって、生活空間(特に病室エリア)の分離への配慮が必要である。
- ・入院直後の患者: 治療方針を見極めるためにも、スタッフステーションの近く入院直後の患者をレイアウト出来るような病室の配置が考えられる。

・退院直前の訓練を必要とする患者:退院後の独立した生活が可能であるかどうかを評価するための病室が必要と考えられる。

・身体機能が低下した患者:高齢や受傷により運動機能や認知機能に障害を持った患者の入院が考えられる。

●研究・教育・研修機能

この専門治療施設は、いままで国内に例を見ない新たな施設であり、多職種がチームワークをとりながら、治療に取り組むことになると思われる。よって、当該施設で働く様々な職種のスタッフが共同体制を組むための人間関係を構築しやすい雰囲気醸成することが必要である。そのために、病棟内に専従スタッフ用の執務スペースやラウンジを設けることが必要と考えられる。

また、新しい施設であることから、他施設のスタッフとの連携や教育・研修機能も備える必要が考えられる。すなわち、病棟専従スタッフ以外の医療職や触法精神医療に係わる様々な職種が集まって検討することができるようなスペースとしてもカンファレンスルームが利用される。

●個室と多床室

ヒアリングの中で、多床室を設置する必要性がいくらか聞かれた。多床室を必要とする理由としては、社会復帰の可能性を評価するためや、社会復帰の訓練をするためとの理由が挙げられている。本ガイドラインにおいては、多様な患者を処遇する場合の様々なマネジメントのしやすさを考慮に入れて全室個室としているが、実際の計画においては再度医療サービスを担当するスタッフとの検討が必要な項目と思われる。

●隔離室エリアとスタッフステーションの近接性

スタッフステーションからの観察が容易に行えるように隔離室エリアとスタッフステーションに隣接させるようなレイアウトが必要である。

●隔離室の規模

隔離室の規模は3室として、PICUに利用する病室を新たに2室としている。いずれも病棟の定床数(本ガイドラインでは仮に30床としている)には含まない。

●PICUの設置

合併症等の患者に対する身体的治療行為の必要性を考えてスタッフステーションの近くにPICU用の病室を設置する。

●治療用諸室について

ECTを実施する処置室及び回復室が必要である。

処置室・診察室は医師や看護師の関与がしやすいように、スタッフステーションに隣接させる必要がある。

作業療法においては新たな方法を試すことができるように、自由度の高い計画が望まれる。

●集会スペース

病棟全体の患者を集めて病棟内のインフォメーションを通知するなどといったためのスペースが必要である。

●各室の計画

・浴室:浴室は利用の頻度を考えると複数室用意する必要がある。またシャワーは全体での共用として同様に複数室用意する。

・不足している部屋として以下の部屋を準備する。

リネン庫, ゴミ置き場, 汚物処理室, 器材室, TV室

3. 触法精神障害者専門施設の計画ガイドライン(平成14年度版)

以下に、ワーキンググループにおいて検討を行った、重大犯罪を犯した精神障害者の治療専門病棟の計画条件を列記する。

3-1. サイトプランニング, 敷地計画

・必要施設を平屋で計画できるだけの敷地面積が必要である。

- ・直接外部から患者を入退院させることができ、それが目立たない出入口。
- ・外部からあまり目立たない場所。
- ・専用の屋外運動施設が確保できる。
- ・部外者が建物のエントランス以外に接近することができない。
- ・周辺からのぞき込まれることがない配置計画。

3-2.平面型の構成

- ・全室個室で1看護単位が30床の場合、病室が効率よく外周に面する方法を検討する必要がある。
- ・平面型のパターン1.中庭回廊型

中庭回廊型の場合は病室を中庭側に配置することにより、病棟がコンパクトに計画しやすくなる。また中庭を利用することによって比較的容易に患者が外気に触れることができる。また、その際にスタッフからの監視がしやすい。しかしこの2点は相反する条件であり、中庭に患者が出ることによってその中庭に面している病室がのぞき込まれやすくなる。一方でスタッフの動線が長くなることが想定されるので、スタッフステーションの分散化に伴う医療スタッフの分割などを検討する必要がある。

- ・平面型のパターン2.クラスター型

クラスター状に空間を構成する場合には、クラスター単位の生活空間の分割が必要となる。またすべての病室を外に向けてするためには全体の外周長が長くなる。

3-3.空間の構成

「規模」

- ・管理単位の規模:30床(仮定)

(管理運営を行う1看護単位の規模とケアを行う規模、そして患者の日常生活の単位の規模をそれぞれ設定する必要がある。)

「階構成」

・病室群および診察エリアを含め、1看護単位は同一階に設ける。ただし、スタッフステーションに近接させる必要のある部屋が多いので、スタッフの更衣室、ラウンジ、カンファレンスなどは、別の階とすることも考えられる。

「ユニットプラン」

- ・患者の病状、社会復帰の段階によって複数のユニットに分割することを考慮する。

ー保護室エリア

ー一般ユニット(女性ユニットを含む)・・・ユニットごとに生活が完結することが出来るようにつらえる。

ーリビング、ダイニングを配置する

- ・女性患者のユニットを独立して設ける

- ・入院当初の患者を対象として重点治療ユニットを設ける

- ・スタッフステーションからの見通しやすさと、患者の日常生活の個別性や居住性とのバランスを考慮する必要がある。

3-4.病棟出入口

- ・病棟出入口には直接外からの来訪者が入ることが出来る玄関も設ける。(患者の入院や鑑定患者の出入りなども想定)
- ・外部からの出入口は2重扉とし、同時に両方の扉が開かない仕様とする。
- ・すべての部屋が2重扉の内側に配置される
- ・セキュリティを監視する職員がいる窓口/警備室を設ける

3-5.面会室

- ・病棟の出入口近くに、内外から入ることが出来るような面会室が必要である。

3-6.一般病室

「形態」

・全室個室が望ましい

・一般的な病室のしつらい

ベッド, 椅子, テーブル, 収納棚, トイレ, 洗面台, カーテン・ブラインド等

(トイレ, 洗面所は場合に応じて使用不可とすることができるしつらいも考えられる) 監視カメラ・集音装置: 一般病室には不要

「洗面台」

・一般病室に必要

「トイレ」

・各病室に設置

・病室のしつらい

素材: 抗破壊性: 通常のしつらい

視認性/遮蔽性: 通常のしつらい

室内での操作性: 通常のしつらい

室外での操作性: 通常のしつらい

「家具」

種類: ベッド, 机, 椅子, 収納棚, 貴重品入れなどを設置

素材・可動性: 非常に軽い素材で作る(状況に応じては撤去する), もしくは可動できないようにする

「壁・床」

素材: 特別な配慮は必要ない

防音性: 遮音性を高める

洗浄可能性: 特別な配慮は必要ない

「窓」

・患者が抜け出すことが出来ない

・外から物の受け渡しが出来ない

・十分な自然換気が出来る

「扉」

・外開き

・遮音性が必要

「ドア」

鍵: 内側からの施・開錠

・内側と外側から施・開錠できるようにする.

外側からの施・開錠

「ナースコール」

・患者の緊急の訴えをとらえるためにナースコールを設置する

3-7. 隔離室

・抗破壊性能, 患者保護性能, 遮音性能などを備えた個室として位置付ける

・従来の保護室的デザイン(トイレ付き)(抗破壊性能・自殺防止・監視カメラ・集音装置・シャワーなし・床の洗浄可能性など)

・洗面台付きの前室を付け, トイレの扉, 前室と病室の間の扉をロックすることにより, 様々な利用形態が可能となる隔離室.

・リビングスペース・浴室などを備えた生活エリアを設ける

3-8. 食堂

・病棟内に2つの食堂を設けることにより, 患者同士のトラブルにも対応出来るようにする.

3-9.リビング

- ・各ユニット単位にリビングを設ける
- ・各ユニット以外に全体のリビングを設ける

3-10.診察室／面接

- ・診察室と心理検査・精神鑑定・個人心理療法・個人精神療法も含めての面接室を分けてそれぞれ2室程度必要である。

3-11.処置室

- ・想定する処置行為
 - －ECTを実施・酸素・麻酔等の実施
 - －一般的処置(身体的治療の実施)

3-12.集団療法室

- ・複数の(2室程度)集団療法室が必要
- ・1グループは5～10人程度

3-13.作業療法室

- ・施設可能とする。
- ・危険物の管理が重要である。

3-14.スタッフステーション

- ・看護師以外のスタッフも利用することに配慮をする。かなり多くの看護師が同時に利用することを想定する。
- ・オープンカウンターは困難であるが、隔離エリアに対して窓口的なカウンターを設置するなどの方法は考えられる。

3-15.廊下

- ・アルコーブやコーナーなどをうまく設置して、生活空間の一部として計画する

3-16.共同浴室

- ・複数の浴室を病棟単位で設ける。
- ・複数のシャワー室を病棟単位で設ける。
- ・自殺防止に対するディテールの工夫

3-17.共用トイレ

- ・作業療法など病室から遠い諸室の近くに設ける
- ・自殺防止/いたずら防止に対する工夫

3-18.洗濯・乾燥

- ・男女に分けて設ける。

3-19.喫煙室

- ・喫煙室を複数もうける。

3-20.私物庫

- ・患者の私物を管理するための私物庫を設ける。

3-21.屋内スポーツ場

- ・雨天でも運動が出来るスポーツ施設(バレーボール程度)が必要である。
- ・10人程度のマシンジム
- ・半屋外でも可(屋根のみ)

3-22.屋外スポーツ場

- ・屋外での運動をおこなう

尚、当該病棟内に社会復帰を直前とした患者を対象としてリハユニット(社会復帰ユニット)を併設する場合には下記の項目

を検討する必要がある。

リハ(社会復帰)ユニット

- ・退院を間近にした患者を対象としたユニットを別に設ける
- ・退院1ヶ月前の利用を想定する場合には2~3室が必要となる。
- ・出来れば規模が可変となるようなしつらいがほしい・・・他のユニットの患者との交流を遮ることが考えられるので、独立したしつらいとなっている必要がある。

4. 空間ダイアグラム(別図)

触法精神障害者専門治療施設にしつらえられる各室や各空間の位置関係をダイアグラムで表した。各空間の大きさはこの図とは関係なく、各空間のつながりや近接性を示したものである。

5. 面積表(別表)

触法精神障害者専門治療施設にしつらえられる各室や各空間の面積の目安を示したものであり、それらに加えて施設全体に占める廊下の割合を3割として、全体面積を試算している。次に示す各室のレイアウト図はほぼこの面積にしたがっているが、その次に示している触法精神障害者専門治療施設計画案の面積は、この面積表とは関係ない。

6. 各室のレイアウト(別図)

触法精神障害者専門治療施設にしつらえられる各室や各空間の平面形状や室内のレイアウトなどの概要を示した。

7. 触法精神障害者専門治療施設計画案(別図)

上記の様々な条件を考慮に入れて、触法精神障害者専門治療施設を計画した場合の一事例を示した。あくまでも一次的なものであり、実際の計画においてはより詳細な条件の整理のもとで検討を進める必要がある。

D. 考察

平成13年度に作成したガイドラインをたたき台として新たに検討した結果、いくつかの旧ガイドラインの問題点を整理することができた。特に人員配置の計画条件を改めて詳細に検討すると、日勤帯における看護職員がかなりの数に上ることが想定されるために、計画全体をもう一度考え直すきっかけとなった。すなわち、仮に1:1.5の看護職を付けた場合には2:1の配置に比べておよそ4~5倍の人員配置となると考えられる(夜勤体制の組み方によって変わってくるので詳細な検討は別途必要であるが)。すなわち、いままでの病棟における看護の仕方とは目の配り方、手のかけ方が大きく変わってくるものとなる。そうした中での施設計画においては、いままで実現出来なかった様々な建築空間の創造が可能になるものと思われる。

E. まとめ

本研究においては、昨年度策定したガイドラインを再検討し、また改めて空間のつながりを示したダイアグラムと、触法精神障害者治療専門施設のモデルプランを策定している。もちろん、実際の建築においては、その施設の敷地条件から始まって、人的環境、建築コストなどの条件に加えて、この施設におけるサービス内容をどのように設定するのかをもう一度検討し、改めてモデルプランを一事例ととらえて検討を進める必要があるものと考えられる。

F. 健康危険情報

なし

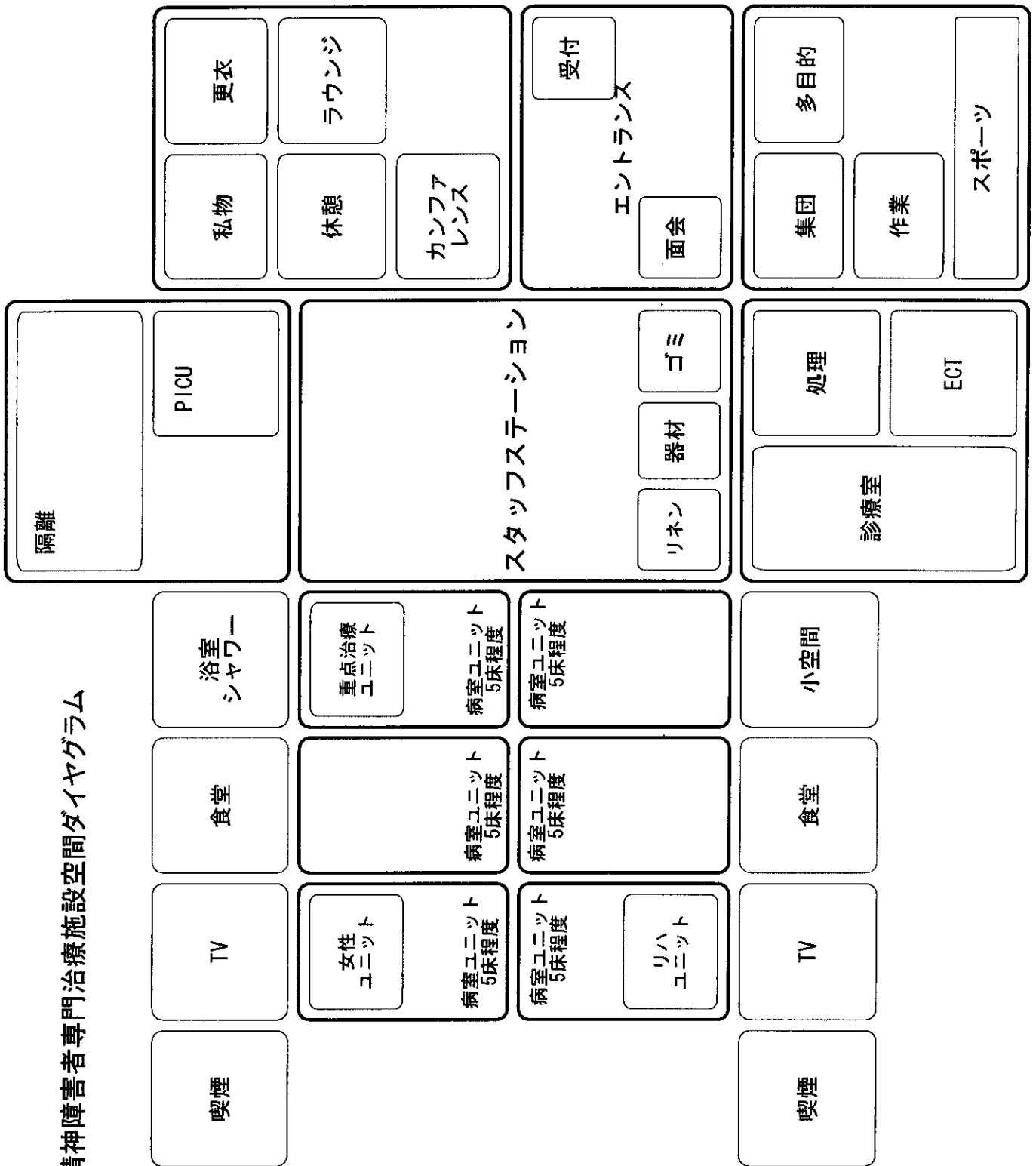
G. 研究発表

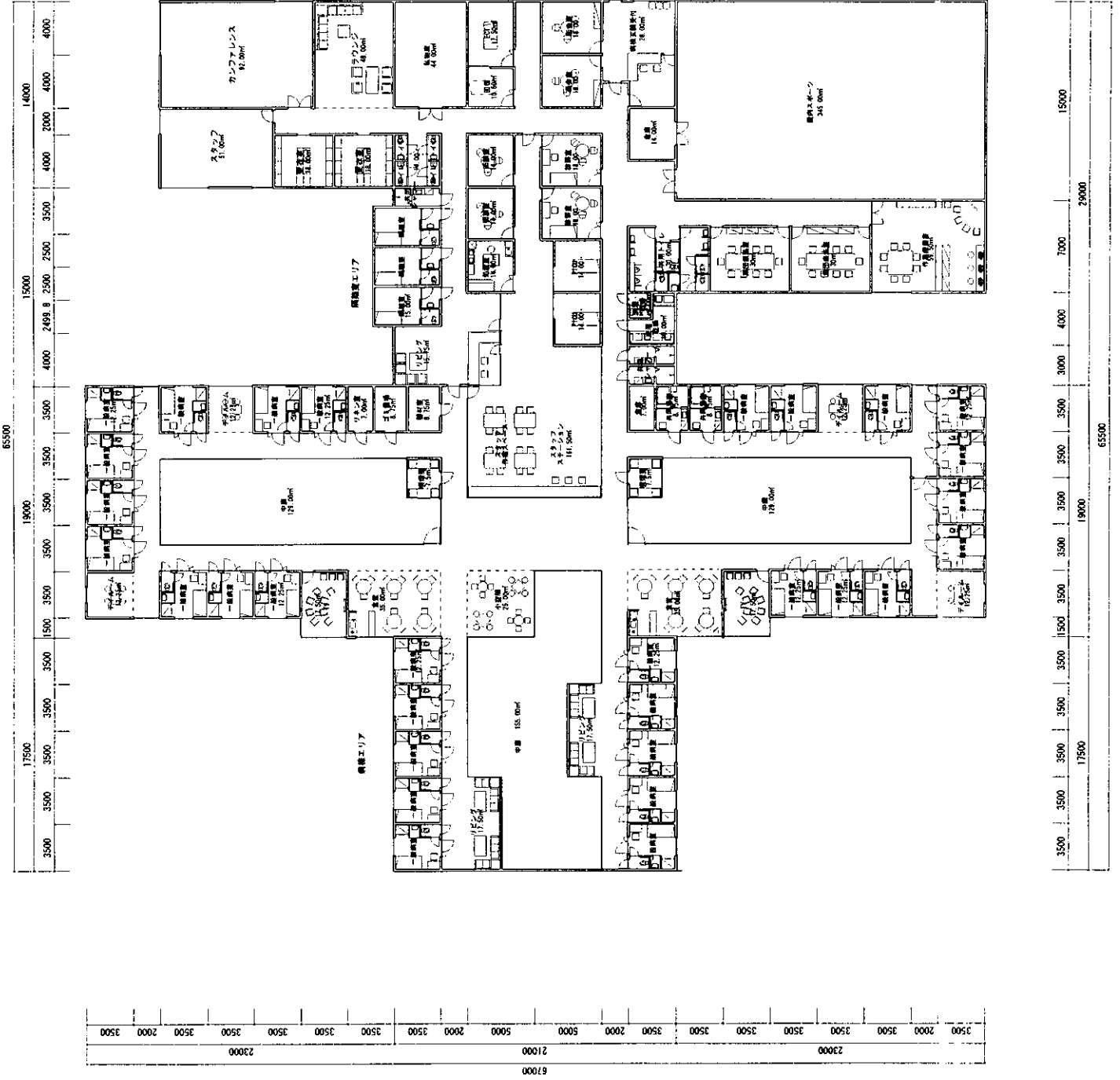
なし

H. 知的所有権の出願・登録状況(予定を含む)

予定なし

触法精神障害者専門治療施設空間ダイヤグラム



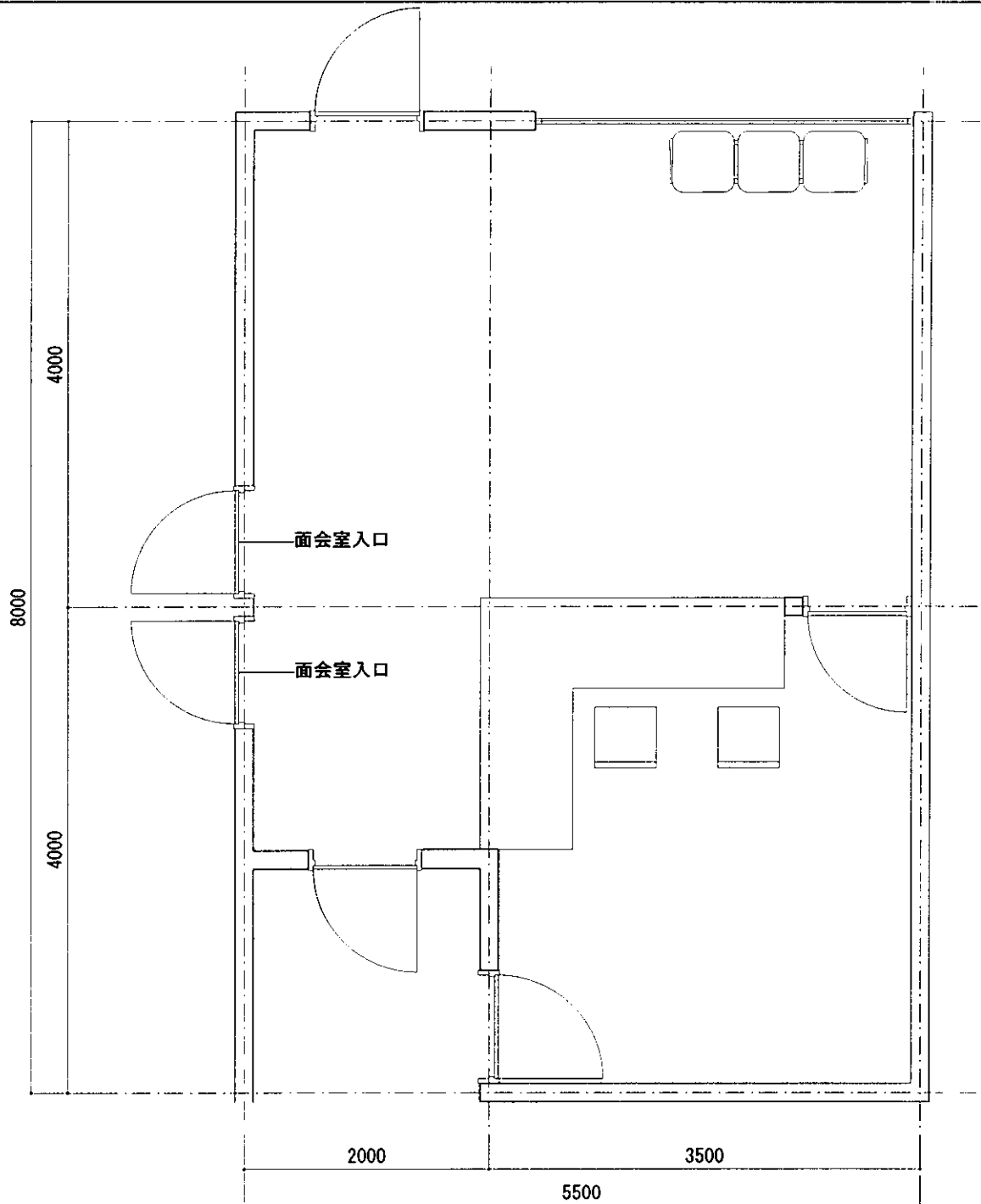


計画案面積表

	室名	各室面積(m ²)				
		W(m)	D(m)	面積(m ²)	個数	室面積合計(m ²)
生活空間	一般病室	3.50	3.50	12.25	30	367.50
	隔離室	3.00	5.00	15.00	3	45.00
	PICU	4.00	3.50	14.00	2	28.00
	食堂	7.00	10.50	73.50	2	147.00
	リビング(一般)	7.00	2.50	17.50	2	35.00
	リビング(隔離)	4.50	3.50	15.75	1	15.75
	デイルーム	3.50	3.50	12.25	4	49.00
	TV	5.00	3.50	17.50	2	35.00
	小空間	5.00	5.00	25.00	1	25.00
	喫煙室	3.00	2.50	7.50	2	15.00
	共同シャワー	1.50	3.50	5.25	3	15.75
	共同浴室	3.50	2.50	8.75	2	17.50
	共用トイレ	5.00	6.00	30.00	1	30.00
	洗濯・乾燥(男性用)	-	-	-	1	10.00
	(女性用)	-	-	-	1	4.00
私物庫	8.00	5.50	44.00	1	44.00	
小計		-	-	-	-	883.50
治療空間	スタッフステーション	-	-	161.50	1	161.50
	スタッフ	6.00	8.50	51.00	1	51.00
	カンファレンス	8.00	11.50	92.00	1	92.00
	ラウンジ	8.00	6.00	48.00	1	48.00
	更衣室	4.00	4.50	18.00	2	36.00
	処置室	4.00	3.50	14.00	1	14.00
	診察室	4.00	4.50	18.00	2	36.00
	面談室	4.00	3.50	14.00	2	28.00
	ECT	5.00	3.50	17.50	1	17.50
	回復	3.00	3.50	10.50	1	10.50
	集団療法室	5.00	6.00	30.00	2	60.00
	作業療法室	7.00	8.50	59.50	1	59.50
	屋内スポーツ	15.00	23.00	345.00	1	345.00
	トイレ	-	-	14.00	1	14.00
	リネン室	3.50	2.00	7.00	1	7.00
	ゴミ置場	3.50	2.50	8.75	1	8.75
	器材室	3.50	2.50	8.75	1	8.75
	倉庫1	3.50	2.00	7.00	1	7.00
倉庫2	4.00	3.50	14.00	1	14.00	
小計		-	-	-	-	1018.50
管理部分	病棟玄関受付	8.00	3.50	28.00	1	28.00
	面会室	4.00	4.50	18.00	2	36.00
小計		-	-	-	-	64.00
通路部分	廊下等	-	-	577.00	1	577.00
全体面積						2543.00

病棟玄関受付

概要： 病棟への出入りにおける安全性を確保したしつらいとし、職員による出入り口の管理を目的とした受付窓口を設ける。



リネン室

病棟内で利用するリネン類を保管するスペース。保管においては清潔と不潔を分けて保管する必要がある。

