

Title	精神病院の共用空間に関する建築計画学的研究
Author(s)	飯田, 匡
Citation	大阪大学, 2004, 博士論文
Version Type	VoR
URL	https://hdl.handle.net/11094/1039
rights	
Note	

Osaka University Knowledge Archive : OUKA

<https://ir.library.osaka-u.ac.jp/>

Osaka University

57 9941

精神病院の共用空間に関する建築計画学的研究

2003年

飯田 匡

精神病院の共用空間に関する建築計画学的研究

2003年

飯田 匡

目次

第1章 序論	1
1.1 はじめに	3
1.2 研究の意義と目的	4
1.3 関連する既往の研究	5
(1) 精神病院に関する研究	5
(2) 精神科の病棟に関する研究	6
(3) 精神科の外来に関する研究	6
(4) 本研究の位置付け	6
1.4 研究の方法	7
(1) 患者行動からみた精神科病棟に関する分析(第3章、第4章)	7
(2) 喫煙室における患者行動と規模に関する分析(第5章)	8
(3) 患者行動からみた精神科外来に関する分析(第6章)	8
1.5 論文の構成	8
1.6 用語の定義	9
第2章 日本の精神病院の規模等に関する概要	15
2.1 はじめに	17
2.2 研究の対象と方法	17
(1) 研究の方法	17
2.3 精神病院の概要	17
(1) 精神病院の施設数	17
(2) 精神病床数	18
(3) 平均在院日数	19
(4) 病床利用率	19
(5) 1日平均外来患者数	20
(6) 精神病床数の欧米との比較	20
2.4 大阪府下の精神科を持つ病院の実態	21
(1) 診療科の構成と設置主体	21
(2) 病院種別と規模	22
(3) 標榜診療科	23
(4) 外来患者数	24
(5) 延床面積	25
2.5 まとめ	26
第3章 病棟の空間特性と入院患者の行動	29
3.1 はじめに	31
3.2 研究の対象と方法	31
(1) 研究対象の選定	31
(2) 研究方法	32
3.3 病棟環境の特性	37
(1) 各病棟の空間的特性	37
(2) 病棟入院患者の属性	39

(3) 各病棟プログラム・管理体制の特徴	41
(4) 移行実施の病棟環境への影響	41
3.4 入院患者行動の傾向	41
(1) 1日の行為・滞在空間割合からみた患者行動の傾向	41
(2) 時刻別にみた行為の特性	46
3.5 病棟の空間構成の違いが患者行動に及ぼす影響	46
(1) 高層化による影響	46
(2) 患者密度の低減による影響	47
(3) 病室の高機能化による影響	47
(4) 共用空間の分散配置による影響	47
(5) 喫煙室の設置による影響	50
3.6 まとめ	51
第4章 患者属性からみた病棟の空間特性の評価	55
4.1 はじめに	57
4.2 研究の対象と方法	57
(1) 研究対象の選定	57
(2) 研究方法	57
4.3 ヒアリング調査からみた対象患者の特徴	59
(1) 患者の好きな場所	59
(2) 患者の楽しみとしていること	60
(3) 喫煙者の比率	60
(4) 患者の病棟に対する不満や要望	61
4.4 患者行為・滞在空間の類型化	62
(1) 患者の行為割合による類型化	63
(2) 患者の滞在空間割合による類型化	64
(3) 行為タイプと滞在空間タイプの関係	65
4.5 行為タイプ、滞在空間タイプと患者属性の関係	66
(1) 性別	66
(2) 年齢	67
(3) 入院期間	68
(4) 疾患種別	70
(5) 生活自立度	71
(6) 面会の頻度	71
(7) 喫煙	72
(8) 好きな場所	73
(9) 楽しみとしていること	74
4.6 環境の変化に伴う患者行動の変化	75
(1) 患者行動の変化	75
(2) 患者A	77
(3) 患者B	78
(4) 患者C	79
(5) 患者D	80
(6) 患者E	81

(7) 患者F	82
(8) 患者G	83
4.7 まとめ	83
(1) 患者へのヒアリング調査から	84
(2) 患者の追跡調査から	84
(3) 2年の継続的な追跡調査から	85
第5章 喫煙室の利用実態とその座席数の規模計画	87
5.1 はじめに	89
5.2 研究の対象と方法	89
(1) 研究対象の選定	89
(2) 研究方法	91
5.3 一般病院外来における喫煙室の利用実態	92
(1) 利用者の到着数の時刻変動	92
(2) 喫煙室内での行為の実態	93
(3) 滞在時間	94
(4) 座席の占有状況	95
5.4 精神科病棟における喫煙室の利用実態	97
(1) 喫煙室利用者の行動について	97
(2) 座席の占有状況	98
(3) 滞在時間	100
5.5 喫煙室の座席数の規模算定	100
(1) 待ち行列理論の適用について	100
(2) 利用者の到着間隔分布	100
(3) 利用者の利用時間分布	101
(4) 待ち行列理論による適正座席数の算定手順	103
(5) 実際の座席数との比較検討	103
5.6 まとめ	104
(1) 喫煙室の利用実態	104
(2) 規模計画の観点	105
(3) 今後の課題	105
第6章 患者行動からみた外来の空間構成	109
6.1 はじめに	111
6.2 研究の対象と方法	111
(1) 研究対象の選定	111
(2) 研究方法	112
6.3 待ち人数の時刻変動	118
(1) 精神科外来における待ち人数の時刻変動	121
(2) 一般科外来における待ち人数の時刻変動	121
(3) エントランスホールにおける待ち人数の時刻変動	121
6.4 グループサイズ	121
6.5 考察	122
(1) 外来の規模について	122

(2) 精神科外来の特性	123
(3) 待ちについて	123
6.6 まとめ	124
第7章 結論	127
7.1 本研究の成果	129
7.2 まとめ及び今後の課題	133
研究業績リスト	135
謝 辞	143
付 録	145

第1章 序論

1.1 はじめに

WHO憲章前文には健康の定義として「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」と記されている。これまでの医学や、社会福祉のシステムの発展が、人をより「健康」な状態に導く大きな原動力となっていることは疑いない。しかし、こうした技術やシステムの発展に様々な面で限界が見え始めた今日の社会状況をみたと、人が「健康」であり続けることは極めて困難な状況であると言えるのではないだろうか。特に「精神的」な健康を考えたとき、これは深刻な課題であり、従って精神医療の重要性は増えこそすれ、減少するようなことは考えにくい。

もちろん精神医療はこれまでも長い歴史を持ち^{文1)}、社会において重要な役割を担ってきた。しがし、我が国において精神医療は長らく否定的な暗いイメージを拭えないでいた。格子窓の病室や入院患者の拘束といったものである。また用地取得が困難なために、交通の不便な僻地に多く建てられたことも、隔離されたイメージを増長させた原因の一つであろう。さらに、今日でも時おり精神病院において患者への人権蹂躪などが事件として報道されることがある。一部の課題がある施設においてのみ、みられることではあろうが、こうした事件も否定的なイメージを連想させる。

一方で、1950年の「精神衛生法」から「精神保健法」を経て、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に至る数度の法改正をみてもわかる通り^{注1)}、法整備やさらには関係者の努力を通して近代化が進められており、暗いイメージは確実に過去のものになりつつあることも事実であろう。

特に近年では精神医療の治療方針は、患者の社会復帰を念頭に置き、これまでの長期入院から短期入院、通院治療、地域医療といった方向へ徐々に変化しつつある^{文2)}。そのためには、患者を受け入れる地域の十分な理解が必要となる。すなわち社会と精神医療との新しい関係を築くことが重要であり、精神病院にもさらなる変化が求められている。

精神科の入院患者のできるだけ早い社会復帰を実現するには、患者の日常生活の場である精神病棟の環境が早期回復の一助となるよう整備される必要があるといえよう^{文3)}。すなわち、収容施設的な意味合いの強かった従来の精神病院は、今後治療施設としての明確な位置づけが求められる。そのために精神病棟は、まず入院患者が不要なストレスを感じることなく日常生活を送ることのできる環境を有していることが望ましいと考えられる。しかし、多くの精神病棟は他の一般科病棟に比べ、いまだ劣悪な環境といわざるを得ない状況にある^{注2)}。我が国の精神病院の多くは老朽化が進んでおり、今後の新しい精神医療の形態への対応のために、建て替えが進められるものと考えられるが、そのために今後の医療に対応できる精神病院計画のあり方を探ることは重要な課題といえよう。

一方、現代社会の様々なひずみから生じるストレス源は増加の一途をたどり、自殺、いじめ、不登校、ひきこもり、虐待、摂食障害、心身症、不眠、薬物依存、PTSD等、精神的な問題を抱えるに至る人は老若男女ともに増加している^{文4)}。つまり、これまでは特殊な病気

と考えられていた「こころ」の病気は、今日では極めて身近なものとなっているといえる。入院治療まで必要ない場合は、こうした症状に対する治療は、精神科系の外来で行われることになるため、近年、心療内科の他にも、ストレス外来、思春期外来、不眠外来などを特殊外来として標榜する病院が増加している。これらは従来の精神科が対象としてきた、入院治療が必要となるような重篤な疾患とは病態がかなり異なるが、やはり精神科において対応すべき疾患であろう。今後、地域医療の比重が高まるにつれて、外来は地域医療と入院治療との間を結ぶ拠点としての機能を求められることになるだろう。さらに、薬物療法による治療が効果を上げ、これまで入院治療の対象となる場合が多かった精神分裂病(統合失調症)が、近年若年化してきているという事実^{文5)}をみても、精神科における外来治療の重要性は理解できよう。

1.2 研究の意義と目的

以上みてきたように、精神医療施設には様々な面で変革が求められているといえるが、本研究では主に病棟や外来において患者が日常利用する共用空間における患者の利用実態調査を通して、患者の行動とその空間構成の関係から精神医療施設のあり方を探ることを目的とした。これまで一般の医療施設と比較して、精神医療施設に関する建築計画的な研究は、あまり行われていないというのが現状である。本研究では患者行動と空間構成との関係を分析することにより、精神医療施設の建築計画に資する知見を得ることが可能であると考えられる。

精神科と一般科における相違点の一つに、患者属性の多様性が挙げられるが、特に患者が長時間を過ごすことになる病棟においては、疾患種類や年齢構成、入院履歴といった属性の幅の広さは、患者の行動特性に多様性をもたらすと考えられる。

一般に病棟内の共用空間であるデイルームや廊下は、プライベートな空間としての病室に対して、パブリックな空間であるということが出来る。例えば一般科病棟では、廊下はもっぱら移動のための空間であるが、精神科病棟ではデイルームの他、廊下等まで含めて日常生活エリアであるといえ、共用空間において一般科病棟とは異なるさまざまな活動が観察される。従って共用空間での患者行動の形態を探ることは、精神科病棟の計画を考える上で極めて意義深いものと考えられる。

本研究において病棟調査の主な対象とした病院は、1960～1970年代に建設された大部屋の病室を中心とする旧病棟と、4床室・個室で構成される等、全く異なる考え方を基に1999年に建設された新病棟を持つ。これらの異なった特性を持つ病棟間で、空間構成と患者行動との関係について詳細な比較を行った点は、本研究の特徴として挙げることができよう。

また、これまで精神科病棟は収容施設とみなされていた歴史が長く、面積効率、医者、看護者の作業効率や動線といった視点を重要視して設計されてきたことは否めない。現

在では患者の治療・生活施設であるとの認識が広まっているが、本研究ではこうした点を踏まえ、主として患者の行動を調査・分析するという手法をとることによって、従来のアプローチとは異なる建築計画の可能性を探る。

具体的には継続的な患者の利用実態等の調査を行い、病棟環境^{注3)}、とりわけ物的な空間構成が患者行動に及ぼす影響の実態を詳細に分析した。

さらに、既に述べたとおり、今後精神科においても外来の重要性は増すものと考えられるが、その際には外来においてもやはり生活空間の延長として、患者が安心して過ごすことのできる計画が求められよう。そこで本研究では、外来でも患者の利用実態調査から、精神科外来の空間構成と患者行動の実態を探り、一般科外来と比較・考察を通して、精神医療施設の外来のあり方について探ることを目的とした。

また、病院における共用空間の一部として喫煙室に着目した。病院では全面禁煙が原則であろうが、全面禁煙に至るまではまだ時間がかかると思われ、次善の策としての分煙化が重要であると考えられる。しかし、喫煙室や喫煙スペースに関しては最近の病院新設や建替えに伴って設置され始めたことから、計画学的研究は今だなされていない。そこで、喫煙室の利用実態を調査し、さらに規模計画に関する考察を行った。特に精神科病棟における喫煙は、従来より呼吸器系を中心とする健康への問題よりも、むしろストレスを発散させることによって治療を阻害しないようにすることが期待されているが、一方、防災面からはライター等の管理の問題が指摘される。煙草の火の不始末によるものと考えられる火災の事例も、過去に精神科病棟においてみられるため、そうした点からも精神科病棟における喫煙のあり方を分析することの意義は大きいと考えられる。

1.3 関連する既往の研究

病院に関する計画学的な研究はこれまで数多く行われているが、精神科を主な対象としたものは必ずしも多いとはいえない。また発表されている論文は、ケーススタディ的なものが多く、広範な調査は僅かである。ここでは日本建築学会で発表された論文より、本研究に関連する既往の研究を紹介する。

また、本研究では空間構成が患者に及ぼす影響という視点から研究を行ったが、患者への影響という意味では、病棟の運営方針、医者や看護者の患者への接し方といった、建築計画以外の部分によるものも非常に大きいと考えられる。こうした点に着目した精神病院に関する研究は、医療従事者の立場から多く行われており、本研究のような計画学的な研究と対をなすものと考えられる。

(1) 精神病院に関する研究

日本の精神病院に関する初期の建築計画学的な研究としては、まず伊藤の業績^{文6)}が挙げられる。ここでは一般病院の精神科病棟において、病棟の利用実態を調査し、また単科精神病院において、患者の生活を行動調査により把握し、滞在場所や行為などの実態

を明らかにしている。精神病院の調査では調査対象として比較的広大な敷地に平屋または2階建ての病棟が分散配置される形式の病院を選択しており、今日とは異なる当時の精神病院の状況を知ることができる。例えば、公私の空間を階によって分け、滞在場所のコントロールを図った病院における共用空間の使われ方などが分析されている。しかし、今日都心部で多くみられ、また今後精神病院の建て替えが進むに従って増加するであろう中層以上に積層された病棟での調査は行われていない。

(2) 精神科の病棟に関する研究

野村らの一連の研究^{7,8,9)}では、病棟のタイプ別に患者の対人行動等をプロット調査から分析し、デイルームや食堂などにおける患者行動についての考察を行っており、これらの公的な空間では、小グループに対応できるように空間を分節化することなどを提案している。その後、松本¹⁰⁾はある地域における40の精神科病棟をもつ病院を対象として、患者属性別にみた、各病院における患者構成の動向を詳細に調査している。その結果として、入院患者の2/3程度は精神分裂病であること、男女比では女子が男子の2/3程度であることなどを報告している。近年では、新たに制定された精神科急性期病棟に関して、アンケート調査による実態調査を河口ら^{11,12)}が行っている。また、長澤ら^{13,14,15,16,17)}のグループによる共用部分における入院患者の行動・コミュニケーションの実態を探る研究がある。ここではマップ調査と2人の患者についての追跡調査を行っており、職員や他の患者とのコミュニケーションの重要性や、空間の性格付けと患者行動の変化について指摘している。また、畳の病室にベッドの病室とは異なる意義を見い出している点が興味深い。さらに長澤らは^{18,19)}において、全国の単科精神病院に対するアンケート調査により、施設規模や施設環境の現状を明らかにし、日常生活のための設備の設置が十分行われていない状況などを示した。また患者属性、特に退院の可能性という視点に着目し、行動の関係を探った今井ら^{20,21,22,23)}のグループによる研究などがある。

(3) 精神科の外来に関する研究

既に述べたとおり、精神科は一般科に比較すると、病棟の重要性が外来よりも極めて高いためか、これまで精神科の外来を対象とした計画学的な研究はほとんど行われていない。代表的なものとして、伊藤ら²⁴⁾による1970年から1980年にかけての外来患者数、外来率、疾病構成、通院期間などの経年変化に関する研究が挙げられる。この年代において外来患者数や外来率が増加していること、外来での疾病構成としては精神分裂病が5割前後で最も多いことなどが明らかにされている。

(4) 本研究の位置付け

以上のように、精神科病棟に関しては、主に患者の行動調査を通していくつかの興味深い考察が行われているが、病棟環境を構成する主な要素の1つである物的な空間構成と、患者の日常生活行動の関連について分析を行ったものは僅かである。また、ほとんどの研

究では患者を病棟全体で捉えるにとどまり、患者が個別に持つ属性と行動特性との関係に言及し、空間構成のあり方について考察を行った例はほとんどない。一部で複数の病棟間の病棟環境の相違と、患者行動との関係に関する分析が行われているが、病棟環境の相違点がいくつもの要素におよぶため、特定の要素と患者行動との関係を明らかにするには至っていない。それに対し、本研究では建設年代の異なる、すなわち設計思想や空間構成の異なる比較的多数の病棟において詳細に調査、比較を行ったため、より正確に病棟環境と患者行動との関係を抽出・分析できた点、及び100名近くにわたる患者について追跡調査を行い、患者個別の属性と空間構成との関係がどのように行動特性に現れるかを考察することによって、空間構成のあり方を探ったという点は他に類をみない。

同様に外来についても患者の利用実態調査を通して、一般科と精神科を比較することにより、精神科外来の持つ特性を明らかにした点に特徴がある。

1.4 研究の方法

本研究の主たる構成は大きく以下の三項目に分けられる。なお、第2章では本研究の前提として、統計資料を元に日本における精神病院の施設数等について、これまでの推移及び現状を概観する。さらに大阪府下の精神医療施設について文献調査を通してデータを収集・分析し、構成や規模等、精神医療施設の特性を明らかにする。

(1) 患者行動からみた精神科病棟に関する分析(第3章、第4章)

第3章、第4章では、建設年代や運営方法の異なる複数の精神科病棟を研究対象とし、病棟ごとの空間特性の違いが、入院患者の行動に及ぼす影響を探るために、患者行動について24時間の実態調査を行った。多様な状態の入院患者が多く生活する病棟において、患者行動に関する研究を行う場合は、病棟環境の異なる複数の病棟を比較調査して、患者行動の法則性を見いだす方法と、ある病棟環境における患者個々の行動特性を詳細に捉えるという、対比する方法を総合し、結論を導き出すことが必須であると考えた。そこで、第3章で、病棟環境の異なる複数の病棟を対象に、病棟ごとに入院患者を1つの集団と見なし、集団としての患者の1日における行動を観察調査し、その比較を通して患者行動と空間構成の関係を探った。第4章では、入院患者個々の年齢、性別、入院期間、疾患種別等の属性をヒアリングによって調査し、さらに各患者別に24時間の追跡調査を行った。これら进行分析することにより行動特性に与える患者属性の関係を明らかにすることを目指した。また、2年間をおいての調査で病棟を移動した数名の患者について、移動前後での行動特性の変化から、移動による環境の変化が患者に与える影響について分析を行った。これら複数の視点による分析を通して、精神科病棟の計画のあり方について提案を行う。

(2) 喫煙室における患者行動と規模に関する分析(第5章)

我が国の病院では、現在全面禁煙までは至っておらず、喫煙室を設置して分煙化を図る場合が多い。第5章では、公共施設の中でも特に健康に気遣うべき施設である病院における喫煙室の利用実態を明らかにし、到着間隔分布や滞在時間分布から、待ち行列理論の適用によるモデル化を検討し、規模計画に関する考察を行った。調査対象として精神科病棟、および一般病院外来に設置された喫煙室を対象とし比較考察を試みた。特に精神科においては喫煙による身体への有害な影響よりも、むしろストレスを発散させて治療を阻害しないようにすることが期待されており、それぞれの喫煙室における使われ方の差異を検討した。

(3) 患者行動からみた精神科外来に関する分析(第6章)

第6章では、外来およびその周辺のエントランスホール等における空間構成が、患者行動に与える影響を探るために、複数の精神病院および一般病院を調査対象とし、30分ごとに患者及び付添い者の待ち位置等について行動調査を行った。患者のための環境という視点から外来をみた場合、従来から解決すべき課題として「待ち」の問題が検討されてきた。特に精神科外来については、一般科とは状況が異なり、待合空間の環境が患者の精神状態に与える影響が大きいものと考えられ、より慎重な計画が求められよう。こうした状況を踏まえ、時刻変動や座席利用の状態等の利用実態の調査・分析を通して、患者の行動と空間構成との関係を探り、精神科外来に求められる空間構成について考察を行った。

1.5 論文の構成

本論文は、7章から構成されている。各章の概要を以下に述べる。

第1章は、序論であり、研究の背景、意義・目的、関連する既往の研究と本研究の位置付け等を述べ、研究の方法、論文の構成により本研究の流れを示した。

第2章では、我が国における精神医療施設の規模等について概観するために、データの収集・分析を行った。そして標榜診療科のタイプから施設を類型化し、それぞれのタイプにおける規模、外来率その他の特性を明らかにした。

第3章では、病棟での基本的なプログラム等に関するヒアリングや、様々な空間構成を持つ病棟において実施した入院患者行動の24時間の実態調査から、病棟ごとの空間構成と患者の行為や滞在空間の関係を分析し、空間構成の違いが患者行動に及ぼす影響を明らかにすることにより、精神科病棟のあり方について考察した。

第4章では、複数の患者に対して追跡調査を行い、患者の1日の行為や滞在空間に関する特性からクラスター分析を用いて患者の類型化を行った。さらにヒアリング調査によって得られた入院患者個々の属性と行動特性との関係を分析を通して、精神科病棟の計画に関する提案を行った。

第5章では、精神科病棟、および一般科外来の喫煙室において、利用者数や滞在時間等の実態を観察調査を通して明らかにした。さらに、到着間隔分布や滞在時間分布を元に待ち行列理論の適用による規模計画が可能であることを示し、病棟における適正な喫煙室の規模について検討した。

第6章では、精神病院および一般病院の外来待合及び玄関ホール等において、外来患者の行動調査を行い、待ち人数の時刻変動や座席利用の状態等から外来の利用実態を明らかにした。そして外来における患者行動と空間構成との関係から、外来の計画のあり方について考察を行った。

第7章では、本研究の主たる成果をとりまとめた。

1.6 用語の定義

本論文では原則として建築大辞典第2版²⁵⁾、及び建築学用語辞典²⁶⁾による用語の定義を用いることとする。本論文で用いる主な用語および本論文独自の用語を以下のように定義する。

(1)精神医療施設

一般に、精神医療施設とは下記の「精神病院」と同義であるが、本論文ではより広義に解釈し、何らかの形で精神疾患の患者に対する医療を提供する施設とする。すなわち、外来、または入院の一部であっても精神医療を行う病院は全て含む。

(2)精神病院

精神科を主体とし、精神科病棟を持つ病院を精神病院という。医療法上の精神病院とは、精神病床が100%のものをいうが、本論文では精神科の他に小規模な内科など別の科の病棟を持つ場合であっても、精神科を主体とする病院については精神病院とする。

(3)一般病院

上記の精神病院、および結核病院その他の特殊な病院を除くものをいう。

(4)精神科

標榜診療科として神経科、精神神経科、神経精神科等表現されている診療科は全て精神科に含める。平成8年より標榜が認められた心療内科については、精神科と一体的に運営される場合や、精神科医が診察を担当し精神科との区別が難しい場合、心的原因による内科的な症状、すなわち心身症を対象とし内科医が担当する場合など、精神科との関係において様々な形態がみられる。また、精神科から心療内科へと名称を変更した病院がみられるなど、精神科とは別の科として扱うことは事実上困難であるため、本研究では精神科に含めた。

(5)一般科

上記の精神科を除く診療科をいう。

(6) 共用空間

病棟および外来において、入院患者もしくは外来患者およびその家族等が自由に入出入りできる空間をいう。病棟においては、個室以外の病室、廊下、デイルーム、食堂等をさし、個室、保護室等は除く。また外来においては、エントランスホール、待合等をさし、診察室、検査室等は除く。

(7) 喫煙スペース・喫煙室・喫煙コーナー

喫煙スペースは煙草を吸うことが許可されている空間の総称をいう。そのうち、壁によって区切られ、閉じた空間を持つものを喫煙室、デイルーム等の一画に設置され、パーティションなどで仕切られたスペースを喫煙コーナーという。

(8) 精神分裂病

「精神分裂病」という病名は、2002年8月に日本精神神経学会により「統合失調症」に変更された。これは「精神分裂病」の疾病概念が変わってきたこと、病名自体が当事者に不利益をもたらす可能性があること等の理由による。疾病概念の変化の中でも、特に疾病と人格がこれまで不可分とされてきたものが、新しい概念では別の次元のものであると明確にされたこと²⁵⁾は、この疾病に対する誤解や偏見を拭う上で重要なものであろう。ただし、本研究における患者調査は2002年8月以前に実施しており、患者の病名として「精神分裂病」という名称を使用していたため、本論文では調査当時の表現を使用するものとする。

(9) 個

病棟における患者の行動調査において観察された、[睡眠]、[横になっている]、[ぼおとしてしている]、[ふらふら歩いている]、[景色を見ている]、[独り言を言っている]、[鼻唄を歌っている]の7種類の行為をまとめて「個」の行為と定義する。こういった特に何もしていないように見え、観察者からは患者の行為の意味を判断することができないような行為に対して、これまで医学的な立場からも建築計画的な研究においても「無為」と表現されてきた。しかし、「無為」という表現には否定的な評価が含まれていると考えられ、患者本人が何らかの意図を持って行っている可能性もあるこうした行為を、「無為」と表現することは適切ではないといえる。そこで本研究ではこうした行為を、その行為の良し悪しは評価せずに「個」と表現する。

(10) 外来率

病床数に対する年間平均の1日外来患者数をいう。病床数と外来数の間には特定の関連性がある訳ではないが、一般に病院外来の規模を検討するときには、外来率は一つの指標として用いられる。

(11) 行為割合・滞在空間割合

第3章、第4章で述べる病棟調査において用いる指標で、病棟において1日に観察・記入された患者行為の延べ観察回数に対する各行為別の観察回数の割合を行為割合という。同様に患者の滞在空間の延べ観察回数に対する各滞在空間別の観察回数の割合を滞在

空間割合という。

(12)待ち人数

外来において、ある時刻における診察、検査、会計等を待つ患者及びその付添い者の合計人数を示す。また、「立って待つ患者」には受付で手続き、支払い等を行っている患者や、そのために順番待ちをしている患者を含む。

(13)座席占有率

外来や喫煙室等のイスのある空間において、ある時刻における全座席数に対する座席の使用率をいう。

注

- 1) 精神衛生法(1950年)第1条では目的として「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い…」とされていたものが、精神保健法(1987)第1条では「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰を促進し、…」となり、さらに精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(1995年)第1条では「この法律は、精神障害者等の医療及び保護を行い、その社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、…」と文言が追加されており、理念の変遷をうかがい知ることができる。
- 2) 2002年12月の厚生労働省公衆衛生審議会精神保健福祉部会による意見書「精神病床の設備構造等の基準について」では、精神病床の病床面積についても、療養病床と同等の6.4㎡以上に拡張するべきとの意見が出されているが、未だ基準の改正には至っていない。
- 3) 本研究における病棟環境とは、患者をとりまく物的な空間構成にとどまらず、施設の運営方針、複数の患者間で形成される社会的関係など多様な要素で構成される包括的な概念とする。

参考文献

- 1) 松下正明他編:臨床精神医学講座 S1 精神医療の歴史、中山書店、1999.9
- 2) 中山茂樹:多様化する精神医療、地域施設の計画、丸善、pp.439-442、1995.9
- 3) 厚生労働省監修:厚生労働白書平成14年度版、ぎょうせい、2002
- 4) 財団法人厚生統計協会編:国民衛生の動向(厚生指標 臨時増刊 第50巻第9号)、財団法人厚生統計協会、2003
- 5) 佐藤光源:『精神分裂病はどこまでわかったか』、精神神経学雑誌 第102巻 第7号、pp.589-615、2000
- 6) 伊藤誠:建築計画学10 病院、丸善、1970.7
- 7) 野村東太、大原一興、武蔵俊明、長谷川真澄、山本恵久:精神病院入院患者の生活行為とその時刻変動に関するケーススタディ-精神医療施設の計画に関する研究その7-、日本建築学会大会学術講演梗概集 計画系、pp.1721-1722、1984

- 8) 野村東太、大原一興、武蔵俊明、山本恵久、長谷川真澄:精神病院入院患者の行為空間および対人行為に関するケーススタディ -精神医療施設の計画に関する研究 その8-、日本建築学会大会学術講演梗概集 計画系、pp.1723-1724、1984
- 9) 野村東太、大原一興、武蔵俊明、山本恵久、長谷川真澄、杉田吉秀:精神病院入院患者生活からみたデイスペースに関する考察 -精神医療施設の計画に関する研究 その10-、日本建築学会大会学術講演梗概集 計画系、pp.587-588、1985
- 10) 松本啓俊:精神科診療施設における在院患者構成 精神科診療施設の建築計画に関する基礎的研究、日本建築学会計画系論文集、第385号、pp.42-52、1988.3
- 11) 河口豊、中山茂樹:精神科急性期病棟の計画に関する研究 我が国での実態調査、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.185-186、1997
- 12) 中山茂樹、河口豊:精神科急性期病棟の計画に関する研究 イギリスの事例調査、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.187-188、1997
- 13) 岡本和彦、長澤泰:精神病棟の公共部分における患者の行動・コミュニケーション特性、日本建築学会学術講演梗概集 E-1、pp.83-84、1998
- 14) 岡本和彦、長澤泰:精神病院における患者の行動・コミュニケーション特性(その2) -畳の病室について-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.51-52、1999
- 15) 岡本和彦:精神療養環境についての建築計画的的研究 -ある精神病院の移転を通じて、東京大学学位論文、2000.3
- 16) 岡本和彦、長澤泰:移転による精神病棟の空間の変化が患者の行動・コミュニケーションに与える影響 -精神療養環境についての建築計画的的研究-、日本建築学会計画系論文集、第559号、pp.125-130、2002.9
- 17) 朱庸善、長澤泰、笈淳夫:精神科入院患者の属性と行動からみたパーソナルスペースに関する研究、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.211-212、2002
- 18) 朱庸善、長澤泰、笈淳夫、山田理紗:精神医療施設環境の現状 -精神医療施設の現状調査に関する研究(1)-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.331-332、2001
- 19) 笈淳夫、朱庸善、長澤泰、山田理紗:精神病棟の機能分化に関する研究 -精神医療施設の現状調査に関する研究(2)-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.333-334、2001
- 20) 松原賢明、今井正次、中井孝幸、石崎理英子:患者属性から見た精神疾患病棟の入院生活 精神疾患病棟の建築計画に関する研究 その1、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.65-66、2000
- 21) 石崎理英子、今井正次、中井孝幸、松原賢明:精神疾患病棟のデイスペースにおける入院生活行動 精神疾患病棟の建築計画に関する研究 その2、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.67-68、2000

- 22) 松原賢明、今井正次、石崎理英子:入院期間と退院の可能性からみた精神疾患患者の入院生活 精神疾患病棟の建築計画に関する研究 その3、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.347-348、2001
- 23) 石崎理英子、今井正次、松原賢明:離室率から見た入院患者の日常生活行動 精神疾患病棟の建築計画に関する研究 その4、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.349-350、2001
- 24) 伊藤誠、河口豊、中山茂樹、堀江隆:精神病院の外来患者 -病院の建築計画に関する研究-、日本建築学会大会学術講演梗概集 計画系、pp.1325-1326、1983
- 25) 株式会社 彰国社編:建築大辞典 第2版、彰国社、1997
- 26) 社団法人 日本建築学会編:建築学用語辞典、岩波書店、1993

第2章 日本の精神病院の規模等に関する概要

2.1 はじめに

戦後まもなく整備された「精神衛生法」は、主として適切な医療と保護を目的として制定されたものであったが、近年の「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」は、地域での社会参加の促進を図るなど、福祉施策の重視が特徴として挙げられる。こうした流れの中、精神病院では入院期間の減少がみられるなど、変貌を遂げつつある。

欧米諸国では既に1970年代以降、精神病床数は大きく減少してきている。外国の事情をそのまま我が国の医療に適応することはできないが、精神医療の現場は欧米諸国に比べて数十年遅れているとの意見もある^{文1)}。いずれ我が国においても、これまで主流であった入院治療から地域で生活しながらのケアといった形態に重心が移り、精神病床の大幅な減少が起こることは間違いなからう。これは、病棟、外来双方ともに、そのあり方が大きく変わるということを意味する。

外来治療に関しては、地域の支援施設や精神科診療所との連携、あるいは情報技術の導入といったことも考慮する必要があると出てくるものと考えられ、新たな精神科外来の計画手法を検討する時期に来ているのではないか。

本研究では、主として病棟や外来等の共用空間において患者行動の実態調査を行い、共用空間における患者環境としての空間構成のあり方を探ることを目的とするが、本章では、まず我が国における精神病院の現状について概観し、精神医療が向かいつつある方向を確認する。次いで精神科を持つ病院の規模等の一般的な特性を明らかにする。

2.2 研究の対象と方法

(1) 研究の方法

第一に全国の精神病院を含む病院全般について、病床数、患者数等のこれまでの推移及び現状を、統計資料等^{文1,2,3)}を元に明らかにした。

第二に、大阪府下における精神医療施設を対象として、文4、5、6)および各病院その他の関連団体が開設しているWEBサイト^{文7,8)}等の調査より、開設者、診療科目、病床数、外来患者数、延床面積等のデータの収集・分析を行い、精神医療施設の特性を明らかにした。

2.3 精神病院の概要

(1) 精神病院の施設数

図 2-1^{注1)}に、1955年から2000年までの間の精神病院数^{注2)}および一般病院数の推移を示す。一般病院は1955年の4,110箇所から、1990年の9,022箇所と2倍以上に増えたが、その後減少に転じてた。減少の勢いはそれまでの増加の時と同程度であり、2000年には

8,205箇所と、およそ20年前の水準に戻った。一方、精神病院数は1955年の260箇所からこちらも増え続け、1990年には4倍近い1,049箇所となった。その後も僅かに増加しており、2000年の施設数は1,058箇所である。2000年には全病院(9,266箇所)のうちの11.4%が精神病院であった。

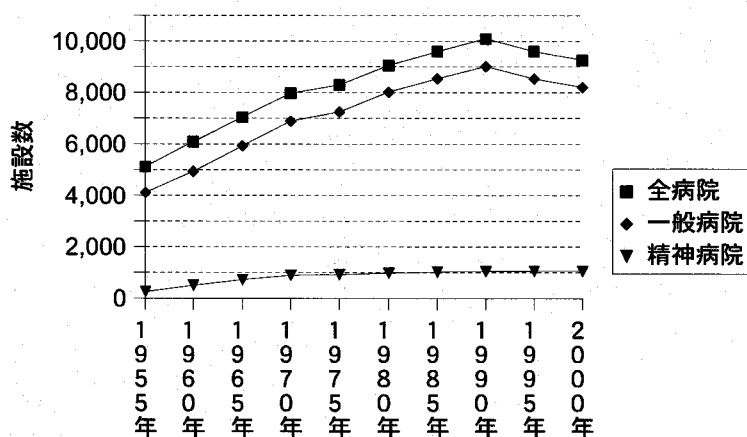


図 2-1 病院数の変化

(2) 精神病床数

次に図 2-2より病床数の変化をみると、精神病床数は1955年には44,250床であったが、1990年まで増え続け359,087床と8倍に増加した。それ以降も僅かに増えていたが、1995年から2000年にかけては若干減少している。一方、その他の病床数^{注3)}も1955年から1990年までの間に6倍近くまで増加したが、1990年以降増加は止まり、2000年までの10年間にはほとんど変化は見られない。

2000年の総病床数(感染症病床、結核病床含む)は1,647,253床、精神病床数は358,153床なので、精神病床は全病床のうちの21.7%にもなる。精神病院は病院数では全病院数の1割程度であるが、それに対し病床数で見ると高い比率であることがわかる。

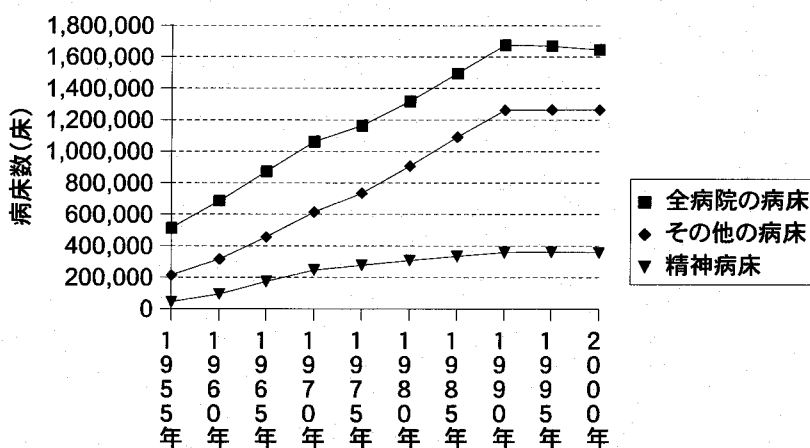


図 2-2 病床数の変化

(3) 平均在院日数

図 2-3に平均在院日数の変化を示す。精神病床では1981年は534.8日であったが、少しずつ減少しており、2001年には373.9日と1981年の水準の7割程度まで減少した。一方その他の病床の平均在院日数は1980年代はほぼ40日で変化がなかったが、それ以降減少しつつあり、2001年には30.1日まで短縮した。精神病床の平均在院日数は、減少しているといっても一般病床と比較すると極めて長期におよぶ。今後精神病床の平均在院日数はさらに減少するものと考えられるが、当分の間は一般病床にも求められる治療施設としての性格はもちろんであるが、長期入院に対応する生活施設として病棟を捉えることが非常に重要であると考えられる。

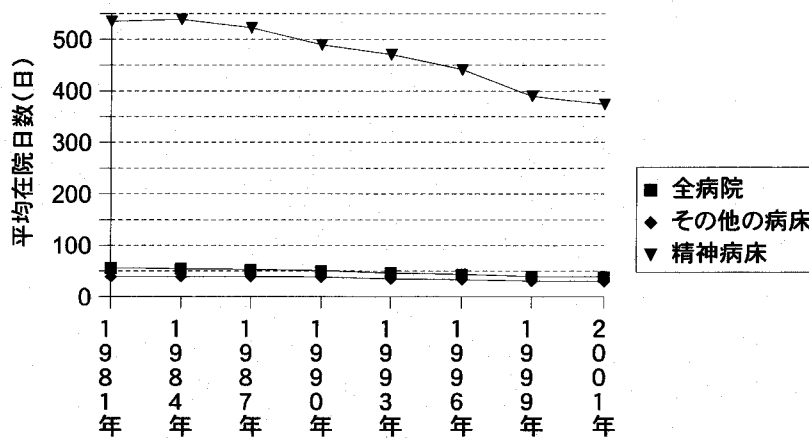


図 2-3 平均在院日数の変化

(4) 病床利用率

病床利用率については、全病院の平均は1981年以降、ほぼ85%前後で一定しているのに比較して、精神病床の病床利用率の高さがわかる。新規患者を受け入れて、病棟を運営するためには、ある程度病床の利用率を下げてもベッドを空けておく必要があるが、精神

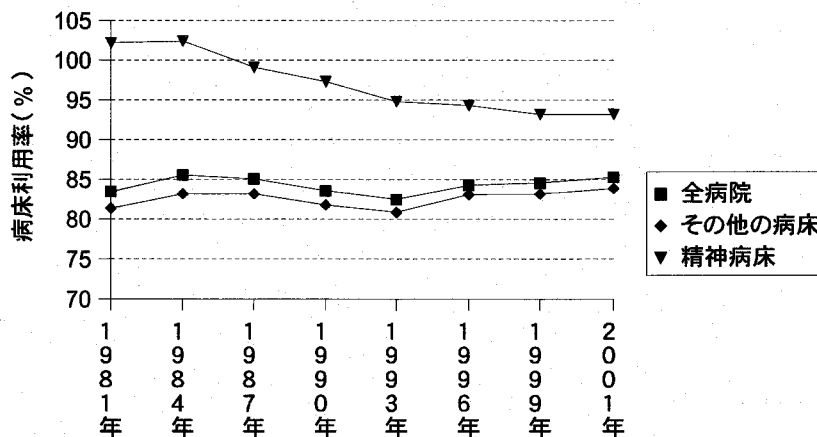


図 2-4 病床種別病床利用率

病棟では、先にみた様に入院期間が極めて長く、患者の入退院が比較的少ないため、病床利用率を上げてでも運営上問題ないためとみることができる。精神病棟の利用率は1980年代前半には100%を超えており、その後やや減少したが、1990年代後半以降は94%前後で落ち着いているようである。1990年代は精神病床数の増加も止まっており、今後の病床数や、平均在院日数の減少に伴い、利用率はさらに減少するものと思われる。

(5) 1日平均外来患者数

図 2-5に1日平均外来患者数の推移を示す。一般病院では、1,196,900人(1981年)から1,756,204人(2001年)へと20年間で約1.5倍に増加した。一方、精神病院は一般病院以上の増加率で増加しており、21,581人(1981年)から43,921人(2001年)と倍増した。現在の社会状況をみる限り、精神科外来の患者数の増加はしばらく続くものと想像される。なお、全外来患者数に対する精神病院の外来患者数は1981年は1.8%で、その後やや増加したが2001年でも2.4%しかない。精神病床が全病床数の2割以上を占めることを考えると、いかに精神科において外来よりも病棟が重視されているかがわかる。

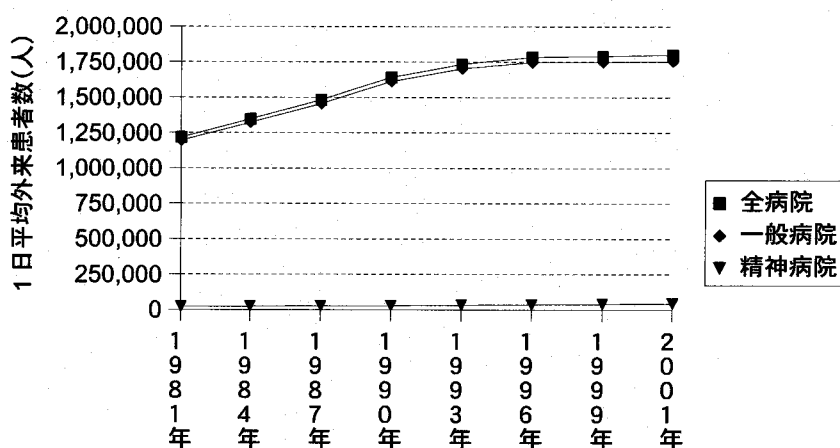


図 2-5 1日平均外来患者数の変化

(6) 精神病床数の欧米との比較

図 2-6^{注4)}は日本及び欧米各国の人口1000人あたりの精神病床数を示したものである。1970年のデータを見ると、3.9床と突出しているスウェーデンを除くと、日本も含めたその他の国は、ほぼ2~2.5床程度で同水準であった。しかし日本を除くほとんどの国では、1970年以降の25年間に精神病床数は大幅に減少した。特にオーストラリアやアメリカでは1960年から比較すると1995年の精神病床数は1/8から1/10と激減している。その他の国においても、このグラフ中のピーク時と比較するとほぼ1/2以下に減少した。一方、我が国では1990年まで増え続けており、1995年の時点では日本のみが2.9床で突出している。アメリカなどにおける急激な精神病床の減少については、様々な問題を引き起こしていることが報告されており^{文1)}、また、医療・保健システムは国により制度が異なるため、我が国にお

いてもこれらの国のように急激に減少させることが好ましいことかどうかの議論はあろうが、いずれにしても厚生労働省が推進する精神障害者居宅生活支援事業、精神障害者短期入所事業(ショートステイ)および精神障害者生活援助事業(グループホーム)といった在宅福祉の重点的な整備計画^{文4)}から、精神病床は今後減少の方向に向かうことは間違いない。その際には、精神病床は現在の大部屋形式の病室から、4床室・個室化への改修による病床削減がまず考えられるだろう。これは病棟の看護単位の減少も伴うものと思われる。さらに、高齢者入所施設などの動向をみると、小グループ単位の介護が広がりつつあるが、精神病棟においてもこうした動きが取り入れられるのではないかと考えられる。

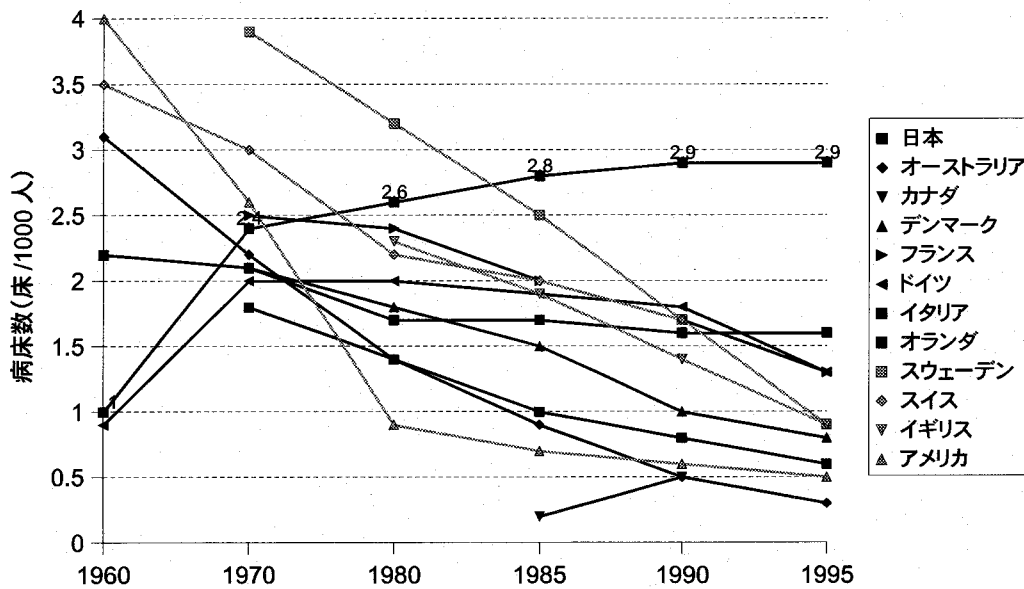


図 2-6 人口1000人あたりの精神病床数

2.4 大阪府下の精神科を持つ病院の実態

(1) 診療科の構成と設置主体

大阪府下における精神医療施設に関するデータを元に、標榜診療科の構成等を基準として、表 2-1に示すように精神医療施設を4種類に分類した。なお、調査対象病院^{注5)}の概要を付表-1に示す。

大阪府下における、病院種別及び設置主体別にみた病院数を図 2-7に示す。病院種別では、精神病院型が52施設(42.3%)で最も多く、続いて47施設(38.2%)の総合病院型が続く。一般病院型は22施設(17.9%)であるが、そのうちの10施設は精神科、神経科ではなく心療内科のみの設置であった。総合型精神病院型は2施設(1.6%)のみであり、精神病院型の大型化した特殊な形態であるといえる。

設置主体についてみると、精神病院型では52施設のうち1施設のみ、一般病院型では

22施設のうち2施設のみが公立^{注6)}であり、ほとんどは私立である。総合病院型に関しては、公立と私立はほぼ同数であった。全体でみると96施設(78.0%)が私立であり、精神医療の多くが民間に委ねられている実態をみることができる。

なお、大阪府における全病院数は561施設であり^{注7)}、そのうち精神科を持つ病院の割合は21.9%(123施設)である。

表 2-1 精神科を持つ病院の種別

病院種別	概要
① 精神病院型	精神科の単科病院あるいは、精神科を主体とし、その他若干の診療科を有する施設
② 総合病院型	旧医療法における総合病院*、及び診療科、病床数等に関して総合病院の基準を満たす施設で、診療科の一つとして精神科を有する施設
③ 総合型精神病院型	旧医療法における総合病院、及び診療科、病床数等に関して総合病院の基準を満たす施設で、精神科が主体である施設
④ 一般病院型	上記分類には属さない施設、すなわち精神科を有するが、精神科が主体ではなく、また総合病院の基準を満たさない施設

* 平成9年の法改正において、医療法第四条による総合病院の要件は削除されたが、本稿では、病院種別を表す指標として、法改正前に総合病院であった施設、及び診療科目、病床数において、総合病院に該当する施設を総合病院型とする。なお、旧医療法における総合病院とは、「患者100人以上の収容施設を有し、診療科目に内科、外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科を含むほか、省令で定める施設を有し、総合病院として承認されたもの」をいう。

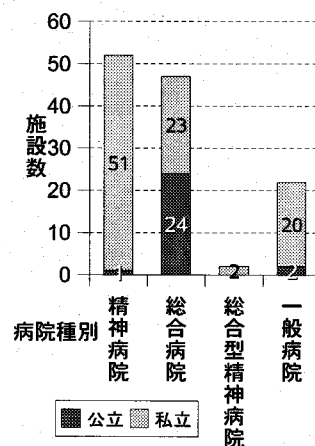


図 2-7 精神科を持つ病院数 (大阪府)

(2) 病院種別と規模

表 2-2 に病院種別にみた平均病床数、及び精神科病床の平均病床数、図 2-8 に病院種別にみた各病院の病床数の分布を示す。精神病院型では201~300床の病院が約30%で最多である。その他301~600床の規模の病院が多い。総合病院型は、精神病院型よりもやや大きく、301~400床の病院が47施設中15施設(31.9%)で最多である。総合病院型では1,000床を超えるものもいくつかみられ、平均病床数は549.6床であった。なお、1,000床以上の6施設のうち、5施設は大学医学部附属病院である。総合型精神病院型は2施設のみであるが、そのうち1施設は1,243床と府下最大の病床数を持つ病院である。また一般病院型では100床以下の病院が最多であり、最大でも301~400床に止まり、平均病床数は148.7床である。

表 2-2 平均病床数

	全体(床)	精神科(床)*
精神病院	361.0	372.6
総合病院	549.6	50.9
総合型精神病院	782.0	584.0
一般病院	148.7	-

* 精神科病床を持つ病院について集計

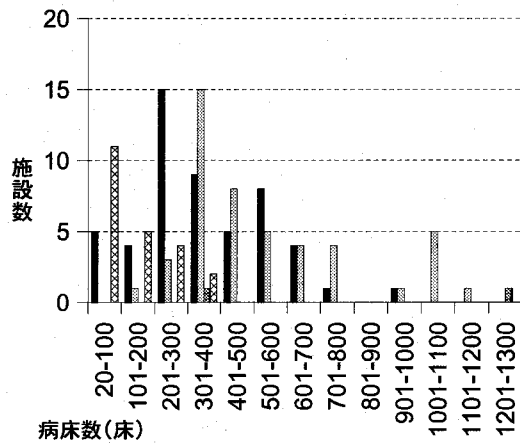


図 2-8 病院種別と病床数

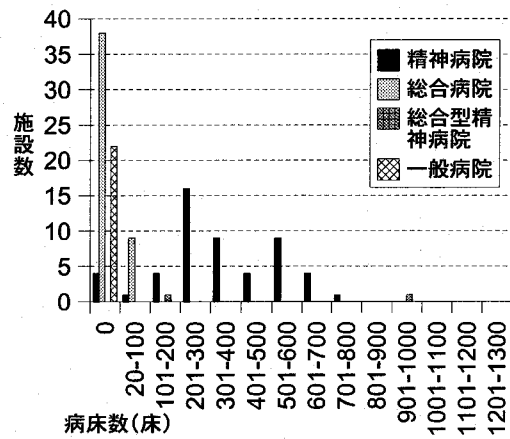


図 2-9 病院種別と精神科病床数

図 2-9に精神科病床数の分布を示す。精神科病床を持つ病院は調査対象の123施設のうち、59施設(48.0%)である。総合病院型では81.3%の病院が精神科病床を持たず、精神科病床を持つ場合でも病床数は全て100床以下であり、1ないし2看護単位の病棟を持つのみであると考えられる。一方、精神病院型の場合は、ほとんどの病院で精神科病床を持つが、精神科病床のみを持ついわゆる単科精神病院は76.9%であり、23.1%の病院は内科など精神科以外の病床も併設されている。また一般病院型では、精神科病床を持つものではなく、精神科に関しては全て外来診療のみを行っていることになる。

これらより、精神科における外来診療は、総合病院型、一般病院型を含め広く行われているが、入院治療については、そのほとんどを精神病院型の施設が負っていることがわかる。

(3) 標榜診療科

既に述べたように、本研究では心療内科を精神科に含めているが、府下の123施設のうち、精神科を持たず心療内科のみ設置している病院は18施設(14.6%)であった。病院種別の内訳は、総合病院型が9施設、一般病院型が9施設であり、大学医学部附属病院でも、精神科ではなく心療内科を標榜する病院がみられた。この附属病院では以前は精神科となっており、実態はほとんど変わらないものと思われるが、実情に応じてより広い病態を対象とする心療内科に名称を変更したものと思われる。

精神病院型の52施設のうち、精神科のみを標榜する施設は9施設のみである。併設される診療科として最も多いのは内科で、41施設(78.8%)に設置されている。次いで18施設(34.6%)に設置される歯科が続く。その他としてはリハビリテーション科、放射線科等が幾つかの病院で設置されている程度である。

精神疾患では、内臓疾患等の合併症を併発するが多いが、特に入院患者については、合併症治療のために他の病院に通院することが困難であるために、必要に迫られて内科等が併設されているものと推測される。このことは、外来診察のスケジュールで、内科等

の診察が週2日程度しかない病院が多く見られることから推測できる。

(4) 外来患者数

文献調査によって外来患者数等のデータが得られたものについて分析を行った。調査対象数は精神病院型21施設、総合病院型44施設、総合型精神病院型1施設、一般病院型6施設の計72施設である。なお、データとして年間外来患者延数、若しくは月間外来患者延数のみ記載されている場合は、休診日から年間診察日数を算出し、1日当たりの平均外来患者数を算出した。その際、土曜日の午前中のみ診察がある場合は0.5日とした。また、総合型精神病院型はサンプル数が少ないため省略する。図 2-10～2-12に精神病院型、総合病院型、及び一般病院型における1日平均外来患者数と病床数の関係を示す。病床数に対する1日平均外来患者数の比(外来率)は総合病院型では概ね2.2倍前後で

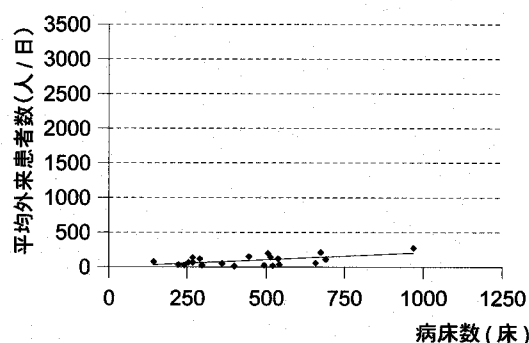


図 2-10 病床数と外来患者数(精神病院型)

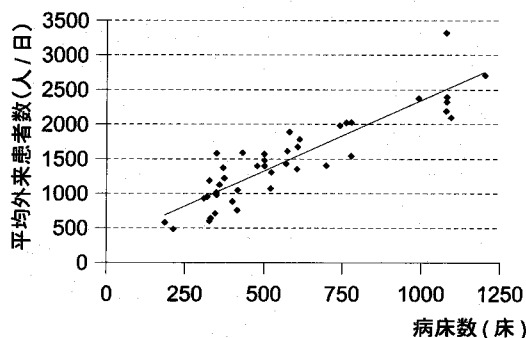


図 2-11 病床数と外来患者数(総合病院型)

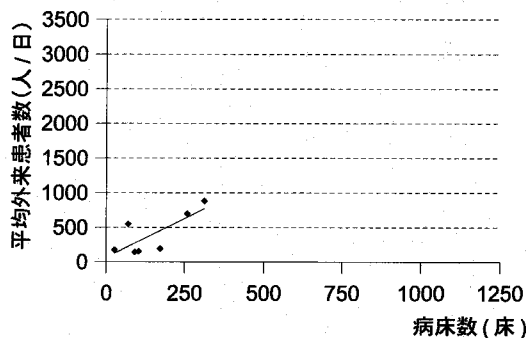


図 2-12 病床数と外来患者数(一般病院型)

あり、外来患者数は病床数にほぼ比例している。また一般病院型はサンプル数が少ないが、外来率は2.5倍程度で、ほぼ比例しているといえよう。一方、精神病院型では外来率にかなりばらつきがあるが、平均すると概ね0.2倍で総合病院型、一般病院型に比較して非常に小さいことがわかる。精神科において通院治療よりも入院治療が重視されてきたことが、ここでも示されているといえる。なお、総合型精神病院型の1施設では、精神科病床995床に対して1日平均外来患者数は230人(精神科のみ)で、外来率は0.23倍であり、精神病院型の外来率と同水準である。

(5) 延床面積

図 2-13から図 2-15に精神病院型、総合病院型、および一般病院型における病床数と延床面積の関係を示す。

精神病院型では病床数にかかわらず、ほぼ1床当りの延床面積は10㎡/床から40㎡/床程度であり、平均値は23.1㎡/床である。これに対して総合病院型では25㎡/床から120㎡/床と大きくばらつくが、平均値は67.2㎡/床で、精神病院型のほぼ3倍である。なお、一般病院型では1施設だけ突出しているものがあるが、それを除く病院は比較的ばらつきは少なく、28.8㎡/床から42.0㎡/床の範囲にある。精神病院型の特質として外来、手術・中央材料、検査等の部門における必要面積が、総合病院型と比較すると小さいため、1床当りの延床面積が小さくことは当然であろうが、一般病院型よりもさらに小さいがわかる。

なお、総合病院型で1床当たりの延床面積のばらつきが大きいのは、設立主体の違い

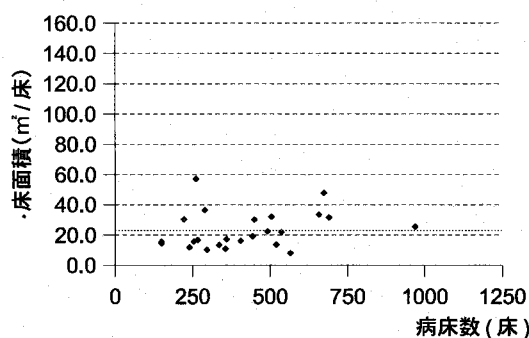


図 2-13 病床当りの床面積(精神病院型)

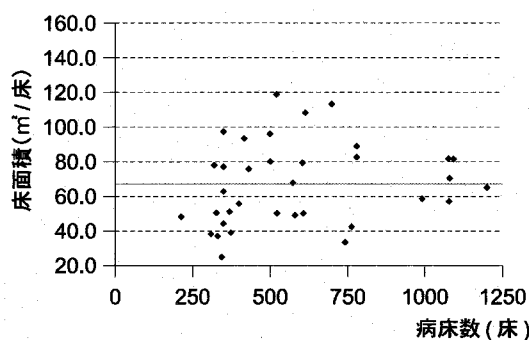


図 2-14 病床当りの床面積(総合病院型)

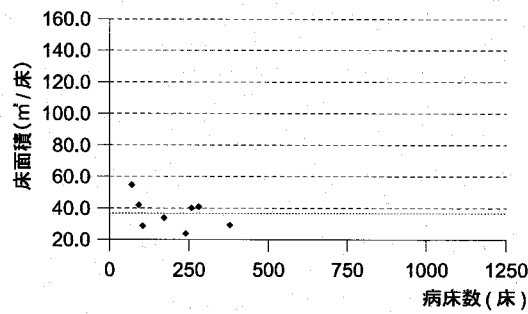


図 2-15 病床当りの床面積(一般病院型)

や、あるいは大学病院等の特に高機能を要求される病院とその他の病院といった違いにより、施設の内容に大幅な違いがあるためであろう。

2.5 まとめ

本章では、全国の精神病院、精神病床等について、これまでの推移及び現況について分析した。また、大阪府下における精神医療施設を対象に、文献、図面等の調査を通して、規模等の建築計画に関連する特性を明らかにした。結果をまとめると以下のようになる。

1) 一般病院及び精神病院の施設数は1955年から1990年までの間に増え続け、一般病院は約2倍に、精神病院は約4倍に増加した。1990年以降一般病院は減少しているが、精神病院数はほとんど変化がない。また病床数については一般病床は1955年から1990年までに6倍に、精神病床は8倍に増加した。1990年以降、一般病床は減少に転じたが、精神病床はほとんど変化がない。2000年の時点では全病床数の約1/5が精神病床であった。

2) 精神病床の平均在院日数は1981年以降大幅に短縮されたが、2001年で約1年であり、一般病床の約30日と比較すると格段に長い。1日平均外来患者数については、一般病院は1981年から2001年の間に1.5倍増加し、精神病院では同期間に2倍増加しており、精神病院外来の増加率が一般外来を上回る勢いであることがわかった。全外来患者数に対する精神病院外来患者数の割合は2001年で2.4%であり、病床数の割合よりもかなり小さく、精神病院では外来よりも病棟が重視されていることがわかった。

3) 人口1000人あたりの精神病床数の欧米各国との比較では、1970年代には日本と欧米諸国は同水準であったが、その後欧米では急激に病床数を減少させており、その後も増加させた日本と大きな格差になった。1995年には、日本の水準は欧米各国の2~10倍である。

4) 大阪府下の精神医療施設の分析を通して、まず精神医療施設を4つのタイプに分類した。精神医療施設のうち精神科を主体とする病院(精神病院型)が4割で最も多く、その

運営主体はほとんどが民間であった。精神科を持つ病院の8割近くが民間が運営する病院であり、民間病院が精神医療の担い手であるといえる。

5) 精神医療施設のうち、精神科病棟を持つ施設はほぼ半数である。そのほとんどは精神病院型の病院で、その他の病院では外来診療のみを行っている。つまり入院治療については、そのほとんどをいわゆる精神病院が負っていることがわかった。

6) 精神病院型の病院の平均病床数は360床で、多くは201～600床の範囲の規模である。一方、総合病院型の病院の平均病床数は550床で、そのうち平均51床が精神病床である。

7) 外来率は、精神病院型の病院では平均0.2程度で総合病院型の病院のおよそ1/10と非常に小さい。ここでも精神科における入院治療の比重の高さがわかる。また1床あたりの延床面積は、精神病院型では、病床数に拘りなく10㎡/床～40㎡/床であり、総合病院型の病院の平均値の1/3程度である。

注

- 1) 図 2-1～2-5は、文2)による厚生労働省「医療施設調査」、「病院報告」等のデータを元に作成した。
- 2) この節における精神病院とは、厚生労働省による医療統計上の精神病院を意味する。すなわち単科精神病院のみであり、その他の病棟を持つ病院は含まれない。
- 3) その他の病床とは、精神病床、感染症病床、結核病床等を除いたものをいい、通常、一般病床と呼ばれるものである。
- 4) 図 2-6は、文1)によるOECDのデータを元に作成した。
- 5) 児童福祉法に基づく重症心身障害児施設や、医療刑務所病院等は特殊な病院であるため、精神科がある場合でも調査対象外とした。また、標榜診療科として精神科が記載されているにも拘らず、外来診察スケジュールにその記載がない例がみられたが、これらについては外来診察スケジュールの方をより実態に即したものと考え、調査対象外とした。
- 6) 公立病院とは、ここでは国、地方自治体、日本赤十字社、済生会、厚生連、国民健康保険団体連合会、社会保険関係団体等により設立された病院とし、その他の法人、個人により設立された病院を私立病院とする。
- 7) 文9)による平成15年3月現在の病院数

参考文献

- 1) 新福尚隆編：『精神医学・医療の国際比較』、こころの科学 第109号、日本評論社、2003.5
- 2) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向（厚生指標 臨時増刊 第50巻第9号）、財団法人厚生統計協会、2003

- 3) 財団法人厚生統計協会編：国民衛生の動向（厚生指標 臨時増刊 第38巻第9号）、財団法人厚生統計協会、1991
- 4) 厚生労働省監修：厚生労働白書平成14年度版、ぎょうせい、2002
- 5) 厚生問題研究会：全国病院名鑑1995年度版、中央宣興株式会社出版局、1995
- 6) 厚生問題研究会：全国病院名鑑2002年度版、中央宣興株式会社出版局、2002
- 7) 社団法人大阪精神病院協会：<http://www.daiseikyo.or.jp/index.htm>
- 8) 大阪府医療機関情報システム：<http://www.mfis.pref.osaka.jp/>
- 9) 財団法人厚生統計協会：<http://www.hws-kyokai.or.jp/>

第3章 病棟の空間特性と入院患者の行動

3.1 はじめに

精神医療においても、外来治療や地域医療へのシフトが進められていることは既に述べたとおりである。しかし、社会環境への適応に問題を抱える患者にとっては、治療を効果的に進める上で入院治療が極めて有効な手段の一つであることには変わりない^{文1)}。治療効果を上げるためには、一般科病棟以上に入院患者にストレスを生じさせないような安定した環境を用意する必要がある。そこで本章では、入院患者が長期間を過ごすことになる精神科病棟の共用空間において、病棟環境が患者の行動に及ぼす影響について明らかにし、環境を構成する要素の中でも特に建築に関わる空間構成に着目して考察を行う。

精神病はいまだその病状について明確な定義が見いだされていない疾患であり、個々の患者の病状は極めて多様である^{文2)}。そのような患者が多数生活する施設において、患者行動に関する研究を行う場合は、病棟環境の異なる複数の病棟を比較調査して、患者行動の法則性を見いだす方法と、ある病棟環境における患者個々の行動特性を詳細に捉えるという、対比する方法を総合し、結論を導き出すことが必須であると考えられる。本章では、まず複数の病棟を対象として病棟ごとに入院患者を一つの集団と見なし、集団としての患者の1日における行動の法則性を捉える。

本研究では、病棟環境を構成する様々な要素のうち、空間の大きさやつながり、家具のしつらい、使用素材といった多様な要素の集積として成立するものであると考えられる物的な空間構成に着目する。特に病棟の規模や共用空間、病室などのプラン構成が異なると、患者の滞在する空間や振る舞い(以下、行為とする)も異なることが推測される。そこで、本章では病棟の規模、共用空間や病室のプラン構成の違いが行動に及ぼす影響について、24時間の生活行動全体の中で探る。従って他の病棟環境要素、すなわち開放病棟か閉鎖病棟といった管理体制や、急性期か療養期といった患者の状態については、可能な限り同一である病棟間において患者行動を比較することに配慮する。

なお、本章では「ある病棟における入院患者集団が、その滞在する空間で行う振る舞い」を「患者行動」と定義する。

3.2 研究の対象と方法

(1) 研究対象の選定

調査対象病院は大阪府にあるA病院の精神科病棟である。A病院は、1920年代に単科精神病院として創設された。その後、1951年に拡張され総合病院となり、さらに1999年に新たに精神科病棟(以下、新館とする)が竣工し、現在は995床の精神科病床を有する大型の病院で、第2章の分類では総合型精神病院型に該当する。新館では急性期治療病棟をはじめ、精神科療養病棟、痴呆疾患治療病棟などの専門機能病棟が整備された。既存の病棟と新館を比較すると、病棟の空間構成に対する考え方が大きく異なっている。こ

これらの病棟間における患者行動の違いを探るために、新旧各病棟から空間構成などの異なる複数の病棟を調査対象として選定した。調査対象は調査年により異なるが、新館の4階～7階病棟、既存病棟はA館、B館という2棟の計4病棟を調査対象とする(A館、B館を合わせて旧館とする)。図 3-1～3-4にA病院の配置図および主な調査対象病棟の平面図を示す。表 3-1に調査対象病棟の主要な空間構成上の特徴について整理した。

(2) 研究方法

a) 各病棟環境調査

A病院の新旧各病棟における患者行動に影響を与えと考えられる病棟環境要素の概要を把握するために、病棟の設計意図、空間構成、管理体制、入院患者の属性(疾患、人数、入院期間など)、1日の基本プログラムなどを設計者や職員へのヒアリングにより収集し、その実態を明らかにした。

b) 各病棟の患者行動調査

この調査では3年間に3度の行動調査を実施した。調査日および調査対象病棟などを表 3-2に示す。調査対象病棟は、1998年はA館、B館の各2病棟、1999年は入院患者の移行から4ヵ月後の新館の4病棟を加え、計8病棟で行い、さらに2000年も同じく8病棟で行った。また各病棟の調査範囲は、図 3-2～3-4に示す通り、患者が職員の許可なく自由に入入りができる部分とした。

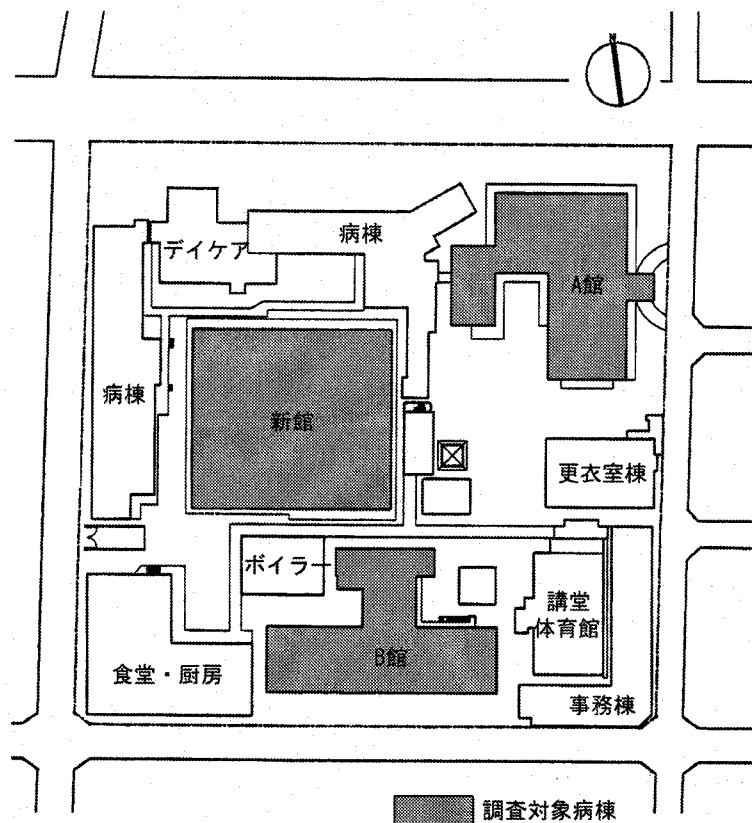


図 3-1 A病院配置図

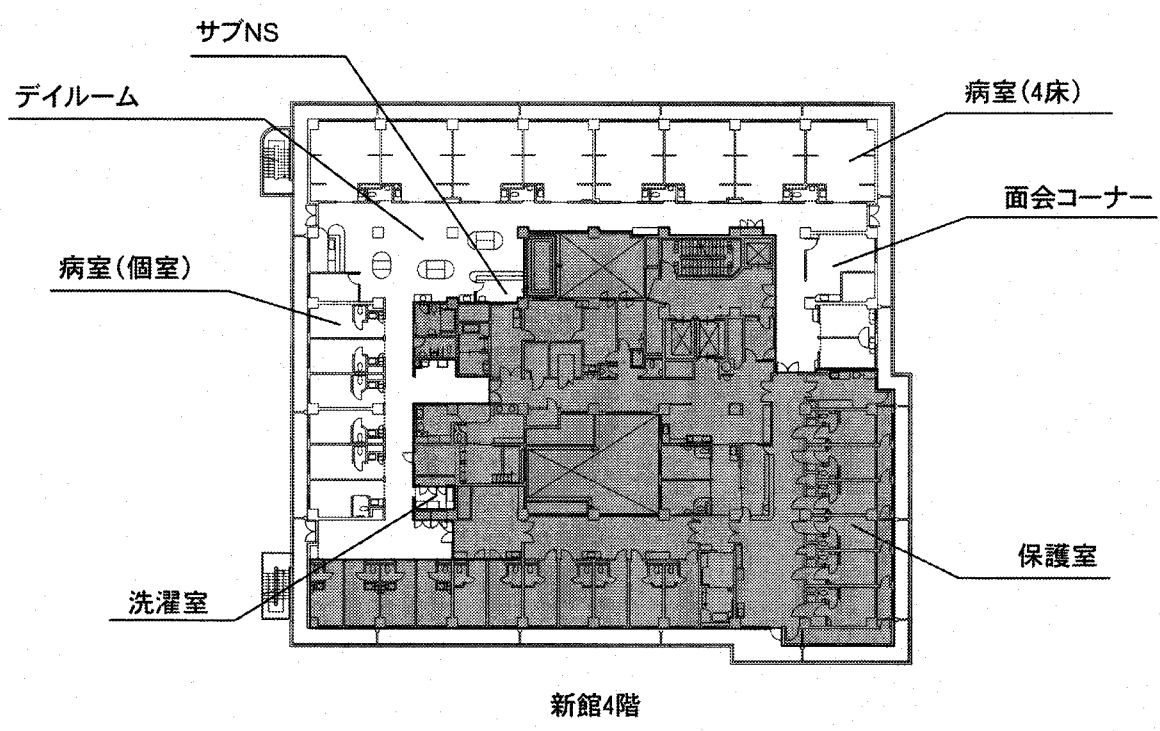
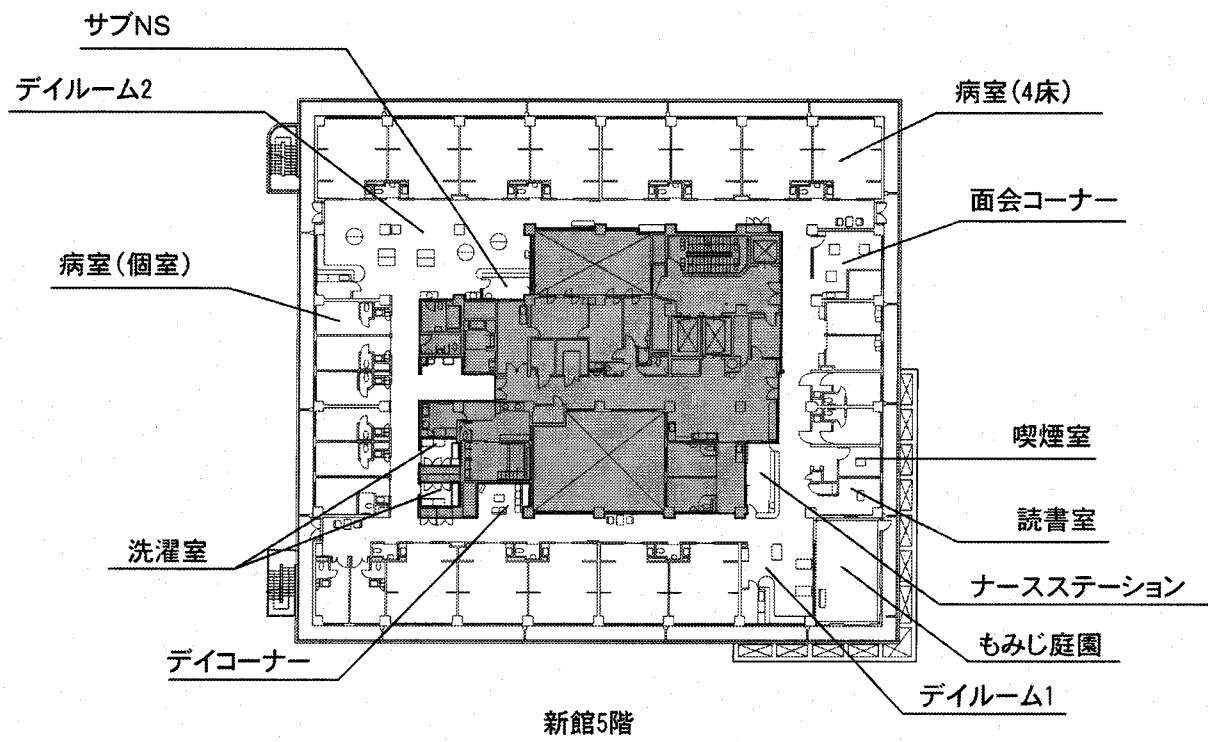
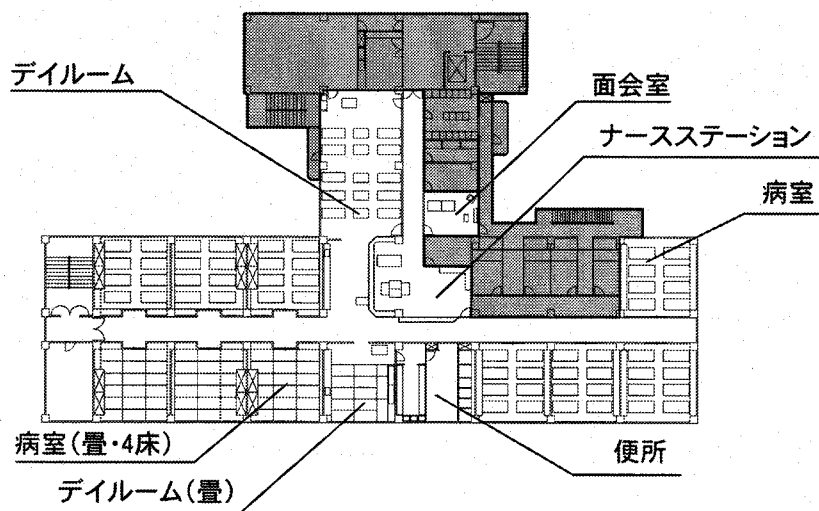
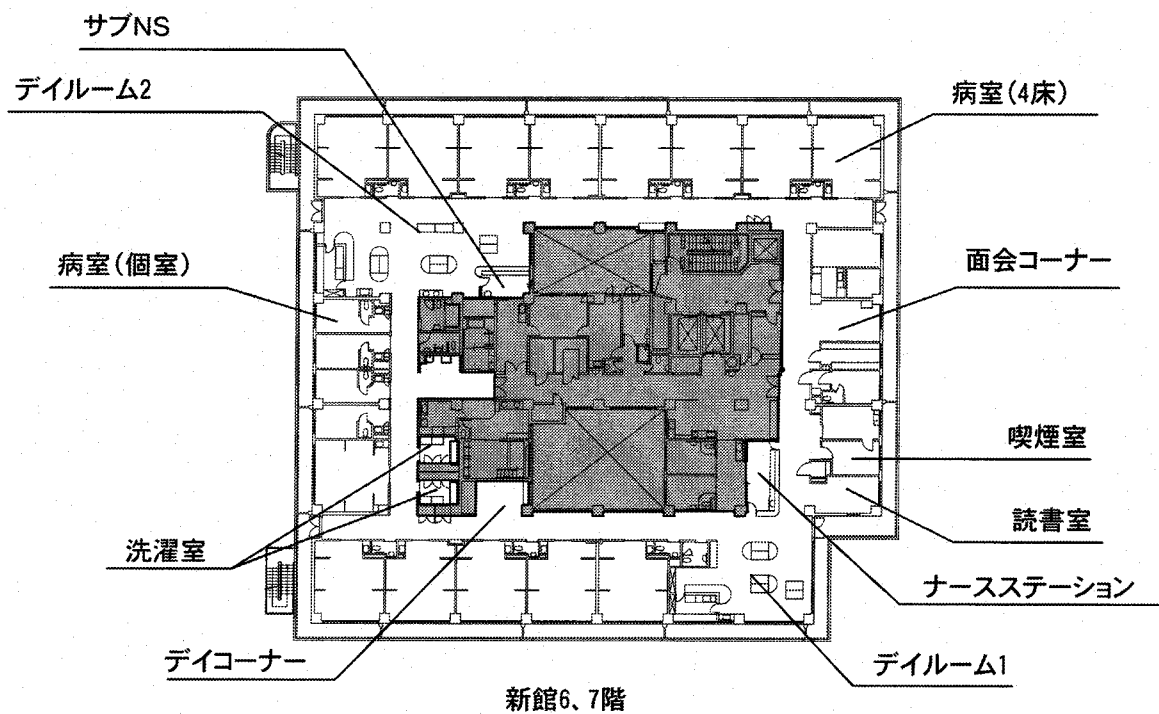


図 3-2 A病院新館平面図



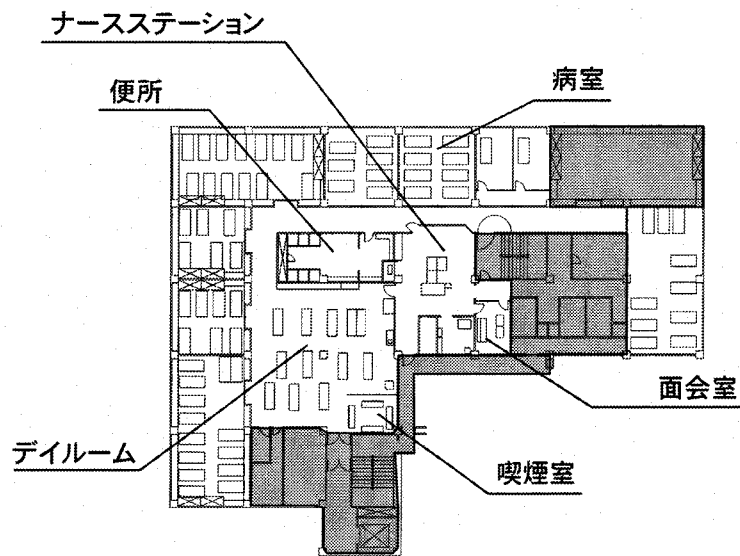
B館3階、5階(1998)



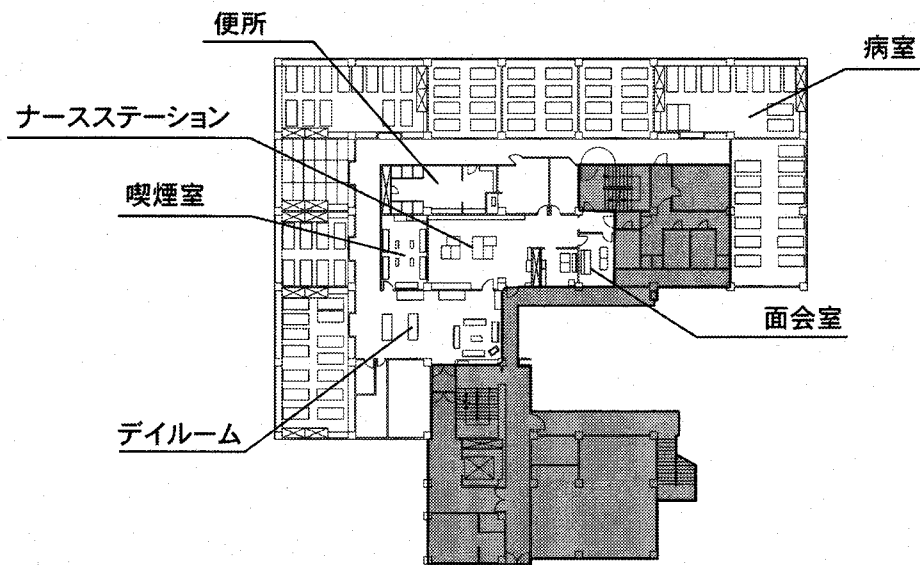
新館6、7階



図 3-3 A病院新館・B館平面図



A館4階(1999)



A館2階(1998)



図 3-4 A病院A館平面図

表 3-1 調査対象病棟の主たる空間構成上の特徴

病棟	規模(m ² /人)		プラン構成			
	1998年	1999年	プラン	デイルーム	病室	その他
A館2階	A ¹⁾ : 5.08 B ²⁾ : 3.24 C ³⁾ : 0.26	6.45 4.12 0.33	L型プラン	デイルーム×1	大部屋(10床以上、一部畳敷き)と8床室の併用	喫煙室×1
A館4階	A: 4.70 B: 3.33 C: なし	6.45 4.58 0.35				1998年: デイルーム×2 (うち畳敷き×1)
B館3階	A: 5.45 B: 6.66 C: なし	5.70 6.96 なし	T型プラン	1999、2000年: デイルーム×2	1999、2000年: 6床室、7床室	デイルームで喫煙可
B館5階	A: 5.61 B: 6.86 C: なし	6.48 7.92 なし				
新館4階 ⁴⁾	A: 10.41 B: 13.69 C: 0.25		L型プラン ⁵⁾ (光庭×1)	デイルーム×1	4床室 ⁶⁾ 個室	喫煙室×1 面会コーナー×1
新館5階 新館6階 新館7階	A: 8.42 B: 11.93 C: 0.20		口型プラン (光庭×2)	デイルーム×2 デイコーナー×1		読書室×1 喫煙室×1 面会コーナー×1

- 1) 1人当り病室面積 2) 1人当り共用面積(調査範囲面積-病室面積) 3) 1人当り喫煙室面積
 4) 新館4階病棟の半分は保護室エリアであり、患者は自由に出入りできないため、調査対象外とした。
 5) 保護室エリアを除くと実質的にはL型プランである。
 6) 4床室は各室に手洗設置、また2室毎に便所を1箇所設置、またベッド間にはキュービクルカーテンが設置されている。

表 3-2 調査日および調査対象病棟の概要

調査日	調査病棟	病棟の種類	病床数	患者数
1998.11.30	A館2階	男子・準開放 ¹⁾	96床	男85名
	12.2	A館4階	男子・閉鎖	男92名
	12.1	B館3階	女子・閉鎖	女69名
	12.3	B館5階	女子・準開放	女67名
1999.11.9	新館4階	混合・急性期 ²⁾ ・閉鎖	44床 ⁴⁾	(男17、女18)計35名
	11.10	新館5階	混合・急性期・開放	(男10、女32)計42名
	11.11	新館6階	混合・療養 ³⁾ ・閉鎖	(男20、女39)計59名
	11.12	新館7階	混合・療養・開放	(男26、女33)計59名
	11.15	A館2階	男子・準開放	男67名
	11.15	A館4階	男子・閉鎖	男67名
	11.15	B館3階	女子・閉鎖	女66名
	11.15	B館5階	女子・準開放	女58名
2000.11.21	新館4階	混合・急性期・閉鎖	44床 ⁴⁾	(男19、女21)計40名
	11.21	新館5階	混合・急性期・開放	(男17、女28)計45名
	11.21	新館6階	混合・療養・閉鎖	(男22、女34)計56名
	11.21	新館7階	混合・療養・開放	(男24、女30)計54名
	11.22	A館2階	男子・準開放	男63名
	11.22	A館4階	男子・閉鎖	男65名
	11.22	B館3階	女子・閉鎖	女60名
	11.22	B館5階	女子・閉鎖	女61名

- 1) 病状の慢性化した患者と危機的な状況にある患者の両方を受け入れているため、一部の患者は閉鎖病棟と同様の措置を受ける。
 2) 幻覚症状などにより、不安と混乱が高まった危機的な状況にある患者を対象とする。
 3) 長期入院に至り、病状が慢性化している状況にある患者を対象とする。
 4) 保護室・準保護室11床を除く。

調査方法は、各病棟で共用空間および病室における1日24時間の患者の行為行動を観察・記録した。調査は5時30分から21時までは30分ごとに各病棟2名の調査員が、22時から明朝5時までは職員に依頼して1時間ごとの1日間、計41時点における各患者の滞在空間を図面にプロットし、行為内容を調査員が判断・記入した。同時に複数の行為を行っている場合は重複して記入した。

なお、観察された患者の各行為は、その目的の違いに着目して、【個】^{注1)}【嗜好】【鑑賞・趣味】【コミュニケーション】【義務的】^{注2)}【協力】^{注3)}【移動・支度】【外出】^{注4)}の7項目に分類した。表 3-3に各行為種類とその内容を示す。

表 3-3 各行為の種類とその内容

行為の種類	行為内容		
個	・寝る(睡眠) ・横になる ・鼻唄を歌う	・ふらふら徘徊する ・景色を見る	・ぼーっとする ・独り言を言う
嗜好	・煙草を吸う	・お茶を飲む	・おやつを食べる
鑑賞・趣味	・TVを見る ・本を読む ・編み物をする	・折り紙をする ・書き物をする	・新聞を読む ・ラジオ・音楽を聴く
コミュニケーション	・談話をする ・電話をする	・面会する ・ゲーム(将棋・卓球等)をする	
義務的	・診察・処置を受ける ・食事をとる	・体重を計る ・排泄する	・薬をもらう ・体操する
協力	・掃除をする	・配膳をする	・洗濯をする
移動・支度	・移動する	・外出の準備をする	・身支度をする
外出	・外出する	・作業療法のために病棟外に出る	

c) 各病棟の患者行動特性および空間構成との関連の分析

まず全病棟の1日の患者行動の傾向を、各病棟での1日間、41時点で記入された全患者の行為割合、滞在空間割合、および観察時点ごとの行為割合・滞在空間割合の時系列変化から捉える。次に、各病棟の患者行動特性の相違点を1日の行為・滞在空間割合を基に詳細に捉え、相違の生じた要因を病棟環境、主に空間構成と関連づけて考察する。

3.3 病棟環境の特性

(1) 各病棟の空間的特性

表 3-4はA病院の職員や設計者に、病棟内の各空間に対してどのような考え方を持っているのかをヒアリングした結果を整理したものである。これより、落ち着きをもたらさないとの理由から大部屋の病室に否定的である点や、病室は個人の、デイルームは公共の生活空間として、それぞれ患者の自由を確保しようと考えている点などが特徴的である^{注5)}。

表 3-4 病棟空間に対する考え方

デイルーム	喫煙室	病室	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・病棟内において、病室がケの空間、デイルームがハレの空間と考える。 ・光庭を設け、木を生かした温かみのある空間とする。 ・病室のように横になったりできる畳スペースは設置しない。 	<ul style="list-style-type: none"> ・健康のため、できることなら吸わない方がよい。 ・喫煙を治療の上でそれほど重要な要素とは考えていない。 ・喫煙室は、その他の空間に病棟を使用するために最小限の計画とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・多床室は他人に見られているという安心感はあるかもしれないが、ストレスの原因になることもあり、治療上有効とは思わない。 ・個室は火の不始末などの起こる可能性があるが、リスクは大きいですが、職員により対応する。 ・プライバシーを重視した計画とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病棟とはあくまで快適で自由度の高い生活を保障すべき空間であり、治療のための空間とは考えていない。

* A病院副院長および設計者による。

以上に示した考え方に基づき建設された新館は、旧館に比べ、様々な空間構成上の違いを有している。まず、病棟の規模に関しては、

- 1) 高層化: 旧館は最大5階建であるが、新館は9階建の高層病棟であること、
- 2) 患者密度の低減: 病棟面積にゆとりがあり、旧館に比べ病室および共用空間の1人当たりの面積が増加していること、

病棟のプラン構成に関しては、

- 3) 病室の高機能化: 多床室(一部畳敷き)から4床室、個室形式に変わり、個室では各室内に、4床室では2室ごとに洗面・便所を設置しており、ベッド周りには個人用キャビネット

表 3-5 各病棟の空間構成上の相違点

(1) 地上との近接性(開放病棟のみ ¹⁾)		
<近接性大> A館2階	<近接性中> B館5階(1998,1999) 新館5階(1999,2000)	<近接性小> 新館7階(1999,2000)
(2) 患者密度		
<密度小> A館2、4階 ²⁾ (1999,2000) 新館4、5、6、7階(1999,2000)		<密度大> A館2、4階(1998) B館3、5階
(3) 病室の機能性(プライバシーの有無および収納・洗面・便所の有無)		
<機能性大> 新館4、5、6、7階(1999,2000)		<機能性小> A館2、4階 B館3、5階
(4) 共用空間の配置(デイルーム・デイコーナー・読書室・面会コーナー)		
<1箇所> A館2、4階	<2箇所> B館3、5階 新館4階(1999,2000)	<5箇所> 新館5、6、7階(1999,2000)
(5) 喫煙室の有無		
<喫煙室あり> A館2階 A館4階(1999,2000) B館3、5階(2000) 新館4、5、6、7階(1999,2000)		<喫煙室なし> A館4階(1998) B館3、5階(1998,1999)

- 1) 閉鎖病棟は外出規制が行われるため、ここでは除外する。
- 2) アンダーラインを付けている階は閉鎖病棟であることを示す。
- 3) 調査年の記入のないものは1998、1999、2000年とも同じ状況であったことを示す。

やプライバシーを確保するためのキュービクルカーテンが取り付けられていること、

4) 共用空間の分散配置: 共用空間を主に光庭に接する回遊型の廊下に面して設け、大小2つのデイルームやデイコーナー、読書室、面会ルームといった、患者が自由に利用することができる規模の異なる場所を分散設置していること、

5) 喫煙室の設置: 各病棟ごとに喫煙室を設けたこと、
が旧館との主な違いとして挙げられる。

また、1999年、2000年のA館は1998年と比べ、新館への患者の移行にともない定員が96名から60名まで削減され、病室や共用空間の1人当たりの面積が増加したこと、A館4階では1999年に、B館3階、5階では2000年にそれぞれ喫煙室が設置されたことが特徴である。なお、B館も同様に80名から60名に定員が削減されたが、入院患者の実数は削減前からあまり変わっておらず、患者密度についても変化はない。以上の各病棟の空間構成上の相違点を表 3-5に整理した。

(2) 病棟入院患者の属性

調査時の新館の入院患者は、大半が旧館に入院していた患者が移行したものであるが、一部新規入院患者も存在している。一方、1999年、2000年の旧館は新館へ移行せずに残った患者で構成されている。なお、旧館から新館への移行に際しては、移行による病棟環境の変化が大きいことなどから、比較的病状の安定した患者を優先的に選んで行われた。

入院患者はその疾患種類や病状、性別によりフロアの異なる複数の病棟に分けられている。旧館は全て男女別、新館は全て男女混合病棟である。1998年の旧館における患者の疾患別^{注6)}割合を示したものが図 3-5である。これより精神分裂病等が63%と圧倒的多数

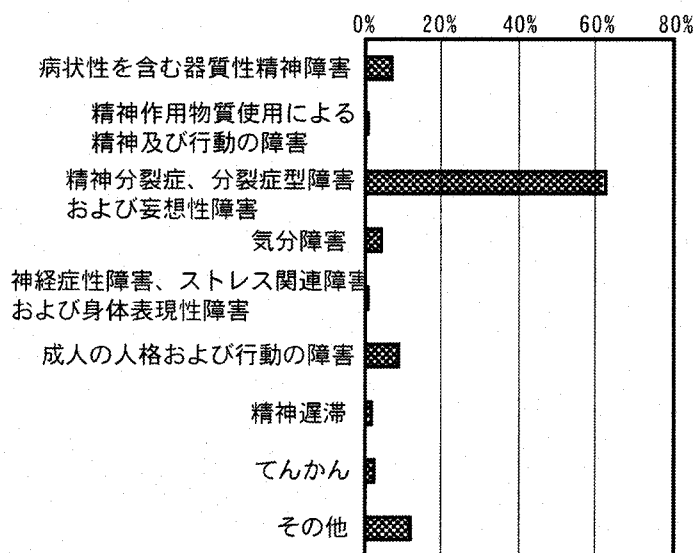


図 3-5 入院患者の疾患別割合(1998年)

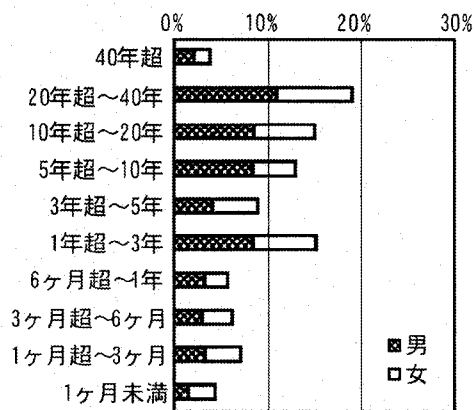


図 3-6 入院患者の入院期間別割合 (1998年)

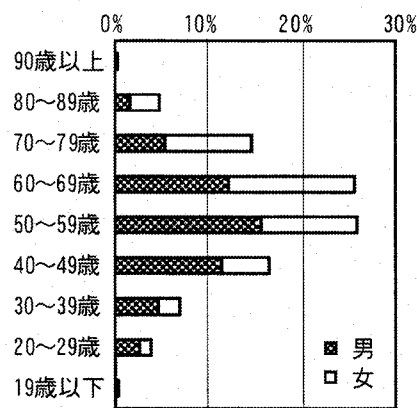


図 3-7 入院患者の年齢構成 (1998年)

表 3-6 旧館、新館病棟の基本プログラム

時刻	基本プログラム	
	旧館	新館
6:00	点灯 起床・洗面・更衣	点灯 起床・洗面・更衣
7:00	作業療法、デイケア参加者検温・ラジオ体操 (準開放) 朝食前薬投与 (閉鎖)	作業療法参加者検温 (6階)
8:00	朝食・朝食後薬服用 看護者申し送り・検温	朝食・朝食後薬服用 洗濯室・庭園開放 (5階) 検温 (4階、7階) ラジオ体操 (6階)
9:00	清掃	清掃 玄関扉開放 (5階) 面会時間開始 (6階)
10:00	自由活動 (準開放) 生活援助・他科受診 (閉鎖)	入浴 (4階、7階)
11:00	食間薬投与	昼食・昼食後薬服用
12:00	昼食・昼食後薬服用	
13:00	食間薬投与・生活援助 (閉鎖) 自由活動 (開放) 他科受診	入浴・外出時間開始 (6階) 病棟作業療法 (4階、6階)
14:00	診断 (閉鎖) お湯お茶出し	
15:00	食間薬投与	外出時間終了 (6階)
16:00	外出時間終了 処置	玄関扉施錠 (5階)
17:00	夕食・夕食後薬服用	夕食・夕食後薬服用
18:00	最終点呼・ライター返却・扉施錠 (準開放)	庭園施錠 (5階)
19:00	押入開錠 (閉鎖) 食間薬投与	
20:00	睡眠前薬投与 就寝準備介助・押入施錠 (閉鎖)	睡眠前薬投与
21:00	消灯 排尿誘導・ライター返却 (閉鎖)	消灯
22:00	テレビ終了・就寝	テレビ終了・就寝

を占めることがわかる。なお、調査各病棟の疾患別割合も、急性期病棟である新館4階以外は精神分裂病等が全体の3/4以上を占める。次に、患者の入院期間を男女別に示したものが図 3-6である。入院期間が数ヶ月という短期間の患者も少なからず存在する一方で、5年以上の長期入院の患者も多い。短期で退院できる患者と、入院が長期にわたる患者の二極分化が精神病院の傾向としてみられるが^{文3,4)}、A病院でもそれが当てはまるといえる。図 3-7に入院患者の年齢構成を示す。50、60歳代の患者が最も多い。また、50歳代以下では男性の患者の割合が高く、60歳代以上では女性の方がやや多い。

(3) 各病棟プログラム・管理体制の特徴

一日のプログラムは、患者の日常生活に大きな影響を及ぼす環境要素と考えられる。表 3-6は新旧各病棟における一日の基本的なプログラムである。ともに、食事中とその前後および薬投与の時間以外は基本的には自由に過ごすことのできる時間となっている。病状により、作業療法などの治療プログラムは患者個々で異なるものの、各病棟間での基本プログラムに大きな差は見られない。また、開放病棟と閉鎖病棟では喫煙^{注7)}や外出の制限、また食事をとる場所^{注8)}などに違いがある。

(4) 移行実施の病棟環境への影響

1999年の調査は、移行実施から4ヶ月後の時期に相当する。移行にともない病棟内の患者や職員の構成も変化しており、それらのことが病棟の環境、特に移行までは成立していたであろう患者間や患者と職員との間の社会的関係に変化を生じさせたと考えられる。職員へのヒアリングから、同時期における不安定な病棟環境の実態を複数確認することができた^{注9)}。また、特に患者や職員の構成、病棟の空間構成などが大きく変化した新館では、同時期の病棟プログラムも安定しておらず、日々細かな調整を行うという状況であった。そのため、看護婦長の意見では患者の日常生活も十分に安定したものとはいえないとのことであった。

3.4 入院患者行動の傾向

(1) 1日の行為・滞在空間割合からみた患者行動の傾向

a) 患者行為の傾向

図 3-9は消灯時間中を除く6:30から21:00まで間の1日の行為割合を調査対象全病棟について示したものである^{注10)}。まず全病棟の行為割合で共通した傾向は、「個」が非常に多く40%から65%を占めることである。これは、文2)において指摘されている精神分裂病等の患者行動の傾向と一致しており、その一般性が示唆される。次いで「嗜好」「コミュニケーション」「移動・支度」などが、比較的高い割合で見られる。

次に病棟ごとに調査年による違いを述べる。旧館の各病棟は新館竣工前の1998年、新

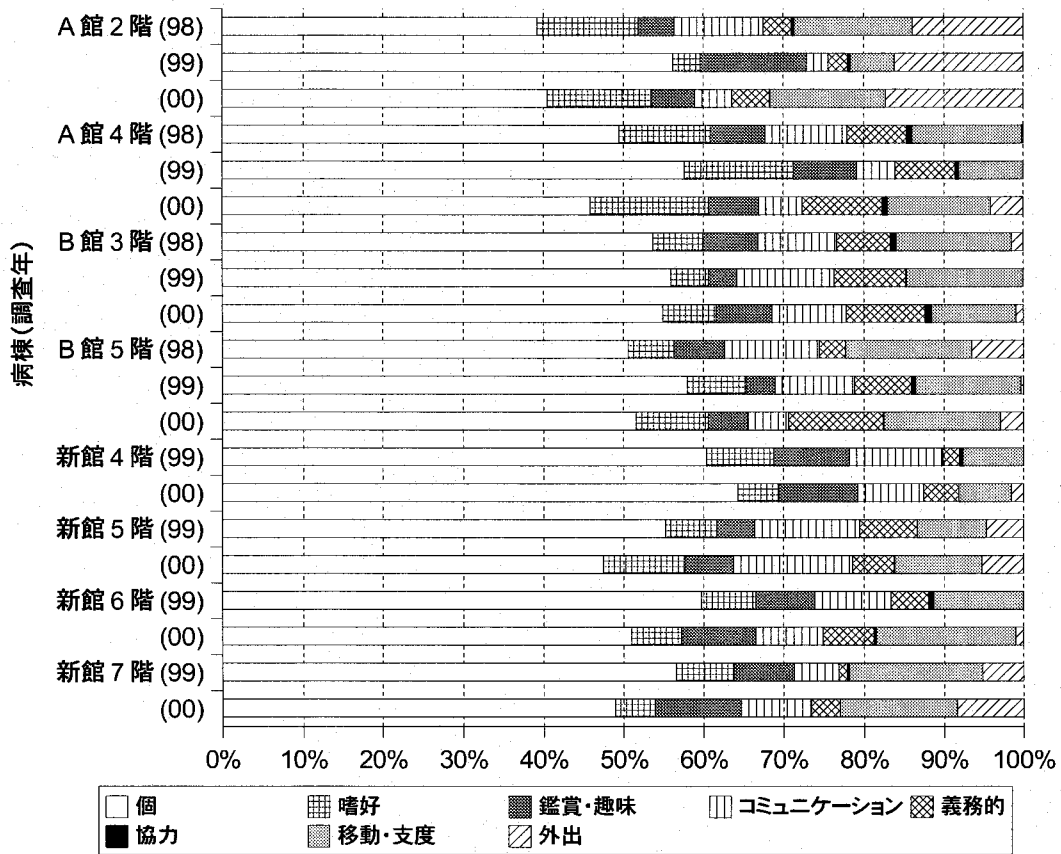


図 3-9 病棟別にみた患者行為の割合 (6:30-21:00)

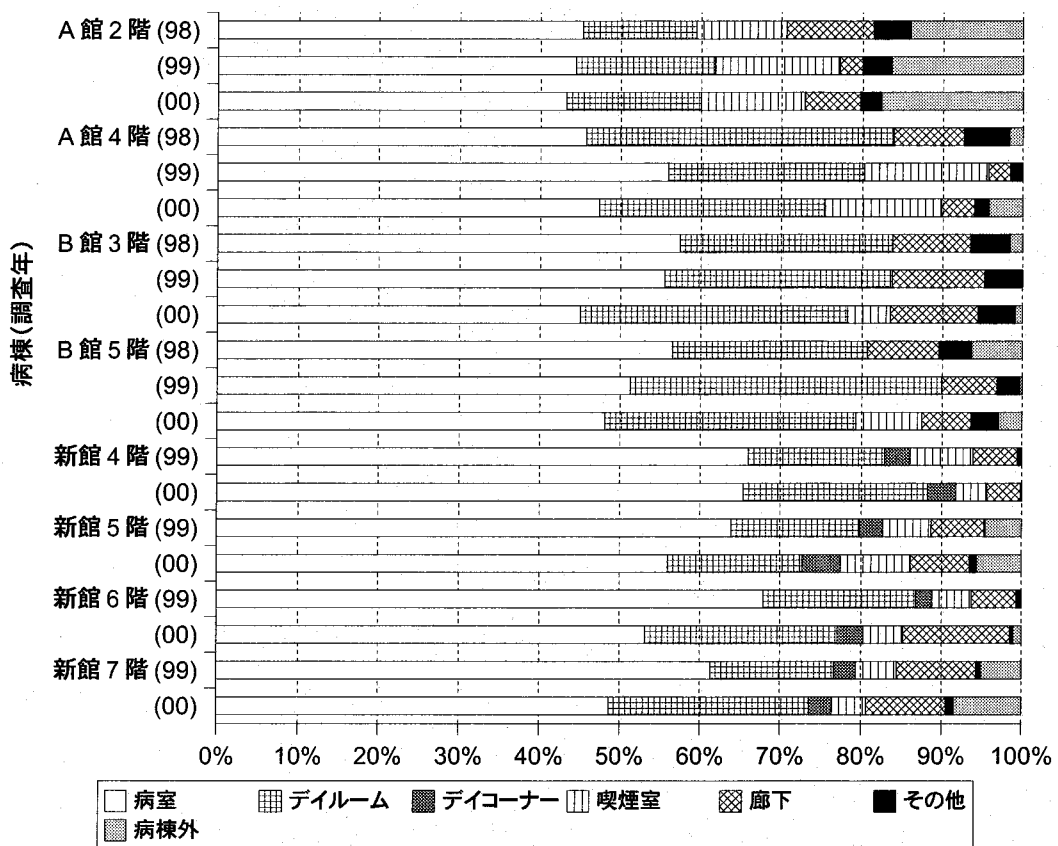


図 3-8 病棟別にみた患者滞在空間の割合 (6:30-21:00)

館竣工・移行直後の1999年、さらに1年後の2000年と3度に渡り調査を行っているが、B館3階を除く病棟では、1999年に「個」の割合が大きく増加するが、2000年にはほぼ1998年の水準に戻っていることが特徴的である。1999年の「個」の増加は、移行により友人が他の病棟に移るなどで病棟内に知り合いが減り、他者との関わりが以前よりも減少したためではないかと考えられる。つまり移行の実施により病棟の環境が大きく変化し、一時的に不安定な状態に至ったものとみられる。2000年には以前の状態に戻ったということは、その頃には患者の状態はほぼ安定したということであろう。ただし、A館2、4階では1999年に減少した「コミュニケーション」は2000年もほぼ同じ割合であり、他者との関係を築くにはさらに時間がかかるといえるかもしれない。

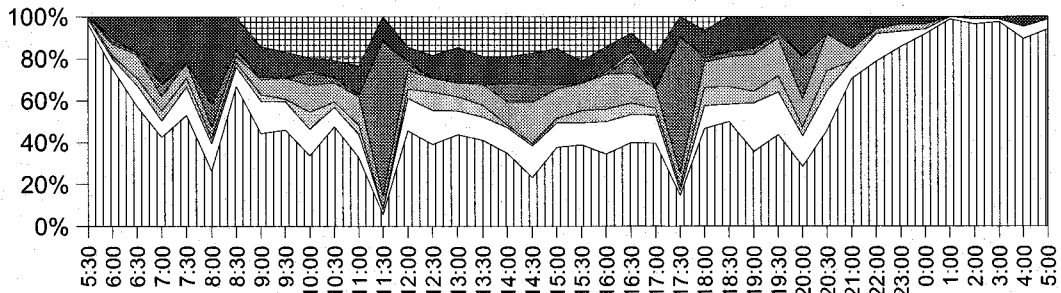
B館3階はほとんど変化なく、またB館5階もA館と比較すると変化が少ないのは、これらの病棟では新館ができた後も実際の入院患者数にはほとんど変化がないためであろう。いずれにしても、もともと「個」の割合の少ない病棟ほど1999年の変化が大きい点が注目される。つまり、活動的な患者の多い病棟ほど病棟環境の変化による影響が大きいといえる。

新館では、1999年、2000年に調査を行ったが、新館4階のみ「個」が増加する方向に変化し、5、6、7階の病棟は全て「個」が減少した。ただし、4、5階は急性期病棟であり、第4章の患者調査による患者属性(付表-2)をみてもわかる通り、入院期間はどちらも非常に短いため、両病棟における変化は患者の入れ替わりによるところが大きいものと考えられる。6階と7階の療養病棟の比較では「個」の減少以外には「鑑賞・趣味」が僅かに増加した点以外に特に共通点はみられない。また急性期病棟と療養病棟を比較した場合、「個」の割合はやや4階において大きい、5階は療養病棟と同程度であり、違いがあるとはいえなく、相違点としては、急性期の方がやや「コミュニケーション」が多く、「移動・支度」が少ないといった点が挙げられる程度である。

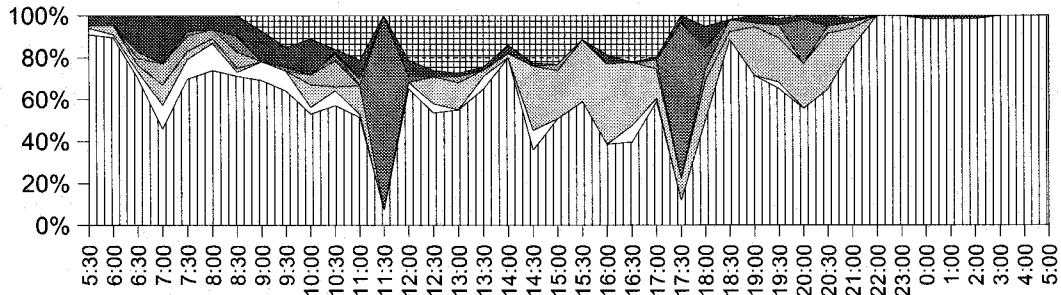
2000年の新館と旧館とを比較した場合、旧館の方がやや「個」が少ないといえる。またA館2階における「外出」の多さは突出しているといえよう。

b) 患者滞在空間の傾向

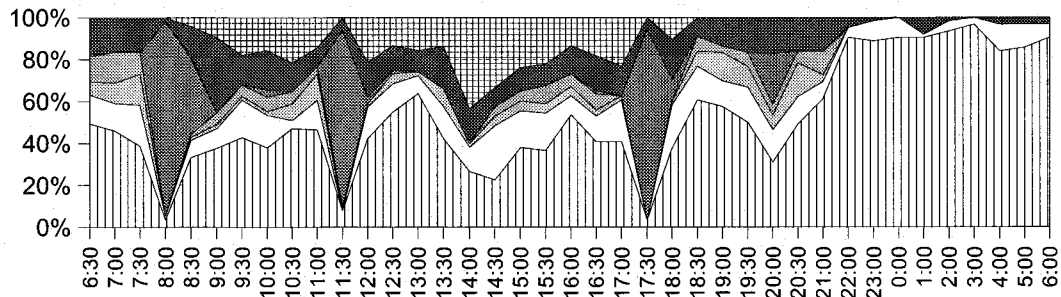
図3-8に、6:30から21:00まで間の1日の滞在空間割合を病棟別に示す^{註11)}。まず全病棟の滞在空間割合に共通した傾向として、病室の割合が非常に多く40%を越えており、次いでデイルームでの滞在が多いことが挙げられる。一方、病棟外は最も多いA館2階では15%前後であった。つまり、ほとんどの患者は1日の大半を病棟内ですごしているといえる。また調査年による違いは、1998年から2000年にかけて、A館4階を除く全ての病棟で、「病室」の割合が減少した。それに対して「デイルーム」の増加した病棟が多い。「病室」の減少について、新館では行為割合の「個」の減少の動きにほぼ一致しており、その関連性が指摘できよう。しかし、旧館では病棟ごとに行為と滞在空間の動きが異なるため、全体を



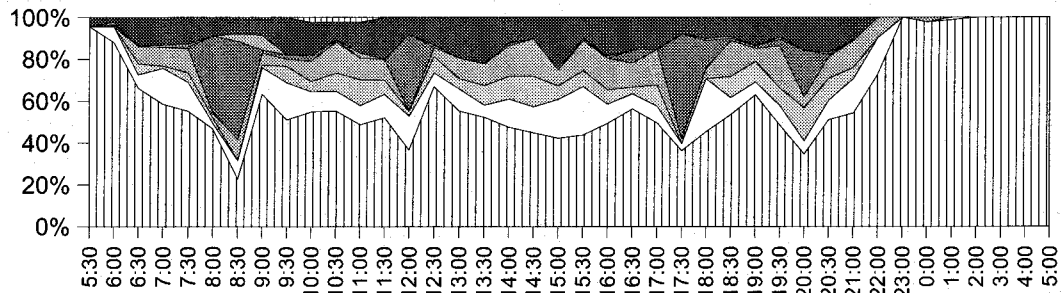
A館2階(準開放)1998年



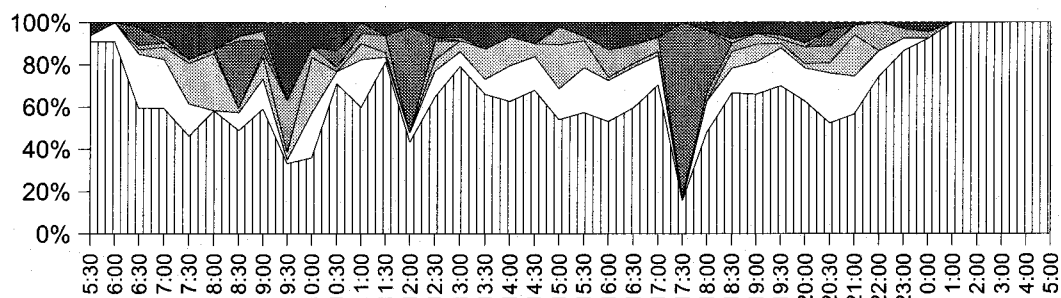
A館2階(準開放)1999年



A館2階(準開放)2000年



A館4階(閉鎖)1998年



A館4階(閉鎖)1999年

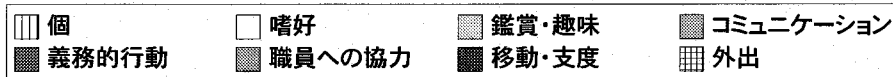
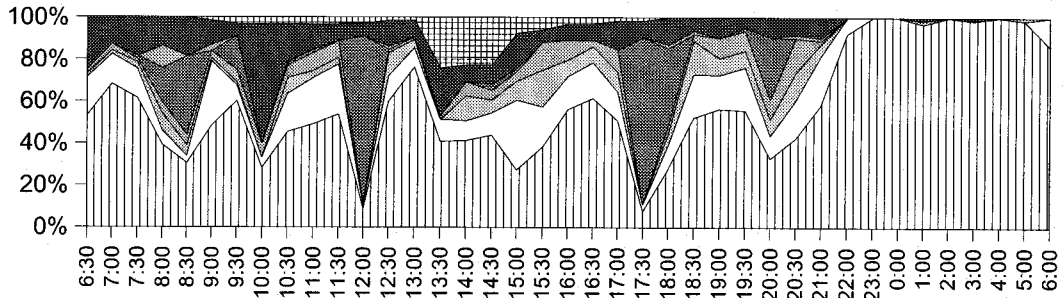
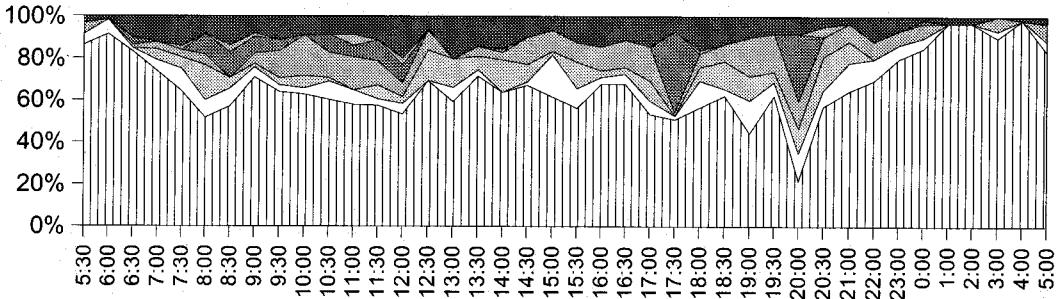


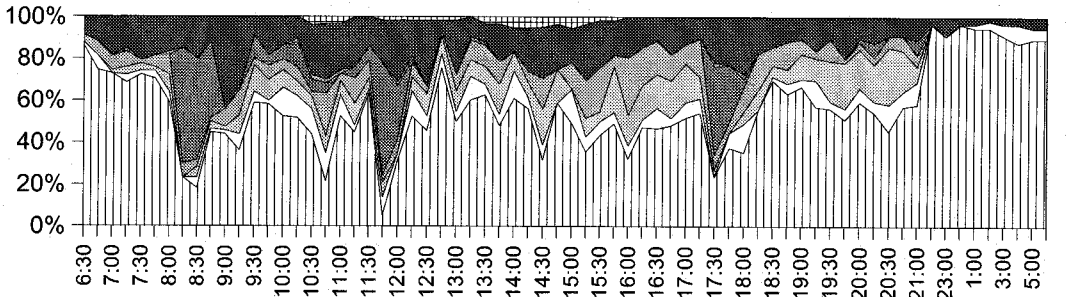
図 3-10 開放・閉鎖病棟の行為割合の時刻変動(1)



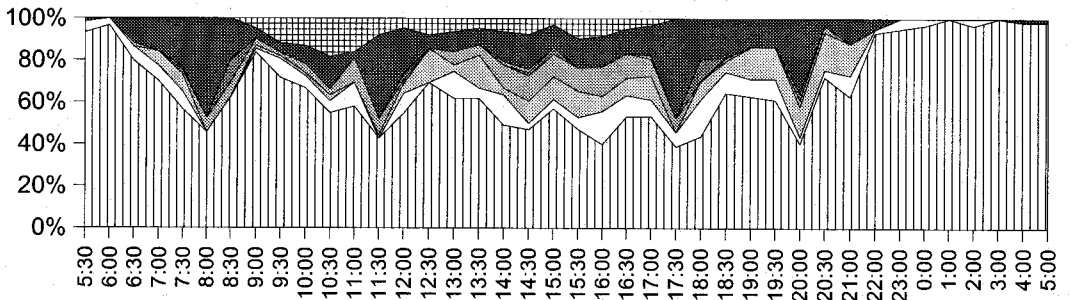
A館4階(閉鎖)2000年



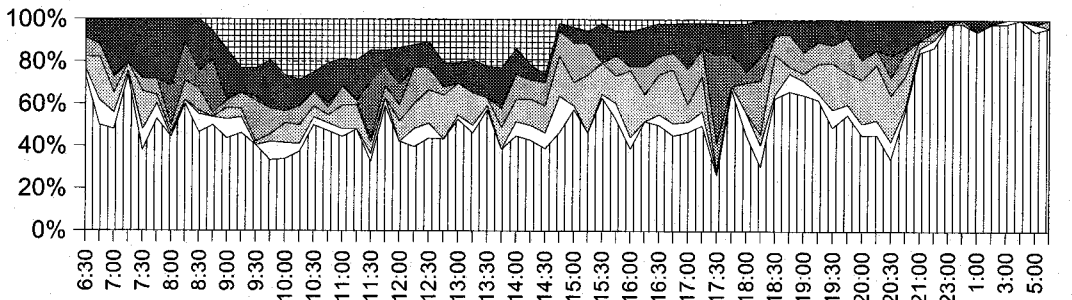
新館6階(閉鎖)1999年



新館6階(閉鎖)2000年



新館7階(開放)1999年



新館7階(開放)2000年

図 3-11 開放・閉鎖病棟の行為割合の時刻変動(2)

まとめて考察することは難しい。旧館では病棟により喫煙室のできた年が異なることや、テイルームの改修が行われた病棟があるなど、他の要因も影響しているためと考えられる。

(2) 時刻別にみた行為の特性

図 3-10、3-11は、調査対象病棟の中から開放病棟(A館2階、新館7階)と閉鎖病棟(A館4階、新館6階)における行為割合の時系列変化を比較したものである。各病棟で共通した傾向として、

1) 朝・昼・夕の食事や20時前後に行われる薬の投与など、患者共通のプログラム時には大きく行為の割合が変化する。

2) その他の時間帯では「個」が多くを占める。

といったことが挙げられる。プログラムが患者行動にもたらす影響は大きいといえよう。病棟間での違いとして、

3) A館2階(1998、2000年)、新館6階(1999、2000年)は「嗜好」すなわち喫煙が消灯時間内も継続して行われている。A館2階は男子病棟で喫煙率が高いが、特に2000年は消灯時間内の「嗜好」の割合が高い。これは1人あたり病室面積の増加により、以前よりも睡眠中の同室者に迷惑をかけずに病室内を移動でき、深夜でも共用空間へ出て行くことの抵抗が少なくなったためと推測できる。

3.5 病棟の空間構成の違いが患者行動に及ぼす影響

ここでは、空間構成における特定の要素の違いが、病棟環境の主たる相違点といえる病棟を選定し、患者行動の比較・分析を行った。厳密には病棟環境の違いが、ある単一の要素だけであるとはいえないが、可能な限りその他の要素の違いを排除できる病棟を選んだ。そして病棟間での患者行動の違いから、空間構成が及ぼす影響について下記のように整理した。

(1) 高層化による影響

A館2階は各年の調査とも「外出」の割合が全病棟の中でも際立って多い。A館2階は、同じ開放病棟で外出規制が基本的にないB館5階(1998、1999年)や新館5、7階と比べ、最も地上に近接していることが空間構成上の特徴である。開放病棟では基本的に食事は病棟外の食堂でとるため、開放病棟の患者は病棟外に出る事には慣れているはずであるが、「外出」を促す一因としては、それよりもいかに地上に近接しているかが重要である可能性がある。特に2階であれば、階段を使って外に出ることができるため、抵抗が少ないのであろう。エレベーターを利用せざるを得ない場合は、エレベーターの閉塞感やボタン操作が抵抗になることも考えられる。

閉鎖処遇を行わざるを得ない患者の場合は止むを得ないが、開放病棟の場合は社会との繋がりができるだけ失われないようにするためにも、病棟外への外出は重要である。病

棟の高層化に際しては、できるだけ階段を利用できるように計画することや、プログラムで積極的に病棟外に出すこと等を考慮する必要がある。

(2) 患者密度の低減による影響

ここでは、空間構成の主たる変化が1人当たりの病室・共用面積だけといえる、A館2、4階について考察する。両病棟とも1999年に大きく「個」が増加するなどの変化をみせたが、これについては既に述べた。2000年には1998年とほぼ同じ状況に戻っており、両年を比較した場合あまり違いは見られない。相違点を挙げると、両病棟とも「コミュニケーション」の減少がみられることであろう。一方、滞在空間割合をみると、A館2階は全病棟中で最も「病室」、「デイルーム」の割合も低く、「病棟外」が高いことは変わらないが、2000年の方が「外出」が増加しており、A館4階でも「外出」は若干増加している。これらのことから、患者密度の減少により他者との接触の機会が減り、コミュニケーションが減少する可能性はあるが、活動も少なくなるわけではなく、減少したコミュニケーションを外出により補っているということも考えられる。

(3) 病室の高機能化による影響

図 3-12～3-14は各病棟の病室および共用空間の主な構成要素であるデイルーム、廊下における1日の行為割合を示したものである。病室での行為については80～90%で圧倒的に「個」が多いが、調査年による変化は病棟全体の変化(図 3-9)と全く同じである。すなわちA館2、4階では1999年に「個」が増加するが2000年には、1998年の水準に戻ること、新館6、7階では1999年から2000年にかけて「個」が減少することなどである。

一方、デイルームでは概ねA館の方が新館よりも「個」が多く、「鑑賞・趣味」は新館の方が多し。病棟ごとの調査年による変化は、新館においては2000年の方が「個」が多いといえるが、その他に特に法則性は読み取れない。廊下については新館はA館と比較して「移動・支度」以外の行為の割合、特に「コミュニケーション」「義務的行為」の割合が高い。すなわち新館では廊下を単なる移動空間ではなく、様々な用途に使われていることがわかる。以上より、新館では病室とデイルーム、廊下をより明確に使い分けていることがわかる。これは、A館と異なり病室において個人のプライバシーが確保でき、自分の居場所を設定しやすくなったため、公的空間で「個」が減少したものと解釈できよう。

(4) 共用空間の分散配置による影響

新館各階における、各共用空間の1日の延べ滞在数および1人当たりの面積を表 3-7に示す。これより、小規模ながらデイコーナー・読書室・面会ルームも利用されていることがわかる^{註12)}。また、新館7階ではデイルーム2より小規模なデイルーム1のほうが滞在数が多く、2倍程度となっている。デイルーム1は近くに読書室や喫煙室が配されており、デイルーム2よりも人の流れが多い。また、職員は主にデイルーム1に接するナースステーションのカ

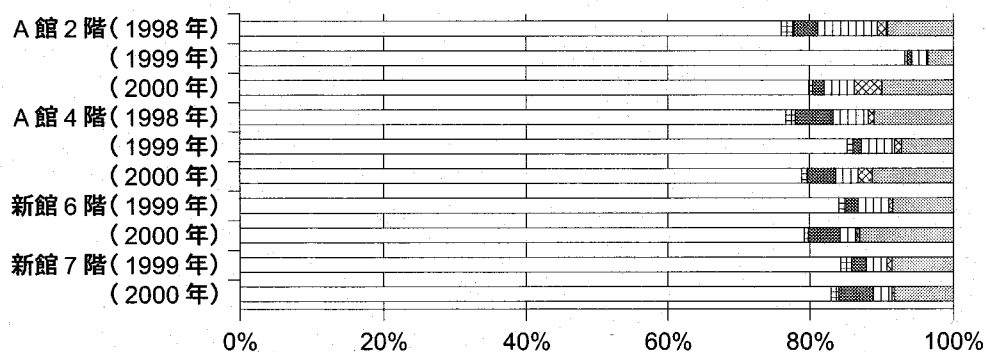


図 3-12 病室での行為

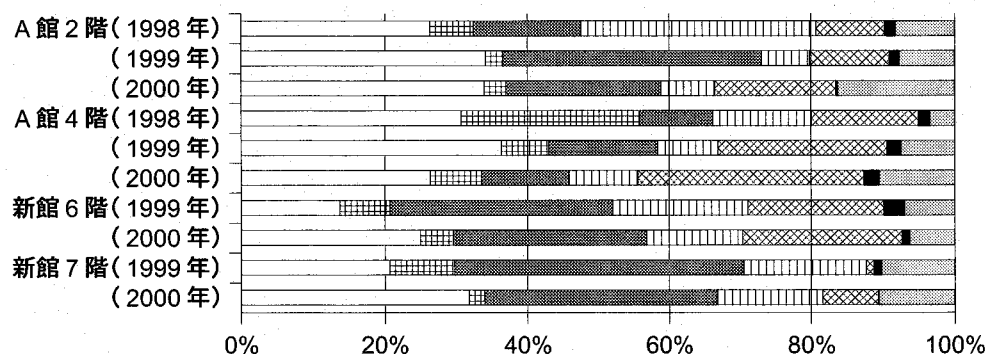


図 3-13 デイルームでの行為

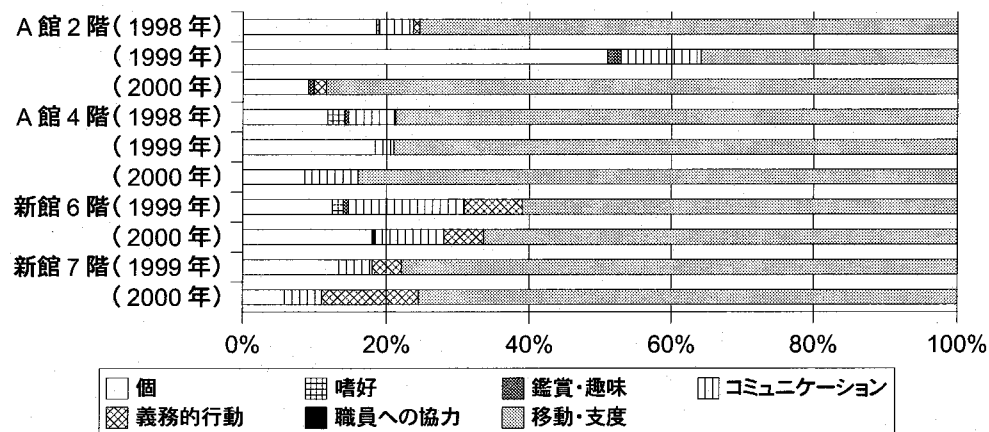


図 3-14 廊下での行為

表 3-7 新館病棟の各共用空間における滞在患者数

病棟	デイルーム1		デイルーム2		デイコーナー		読書室		面会コーナー	
	A (㎡/人)	B (人)	A (㎡/人)	B (人)	A (㎡/人)	B (人)	A (㎡/人)	B (人)	A (㎡/人)	B (人)
新館4階	—	—	3.2	205	—	—	—	—	0.7	39
新館6階	1.6	112	2.1	252	0.2	13	0.3	24	0.3	4
新館7階	1.6	193	2.1	82	0.2	5	0.3	25	0.3	22

A: 1人当りの面積 B: 1日の延べ利用者数

ウンター付近に滞在し、葉投与もここで行われることも特徴である。つまり、新館7階では、デイルームを利用する場合、他者が集まりやすい空間を選択する患者が多いといえる。これは、新館7階は4、6階と異なり開放病棟で、病状が比較的安定している患者で占められていることも関連していると考えられる。図 3-17-1、2は新館5階のデイルーム1、2の状況を示したものである。

使われ方の似ている読書室・面会ルームを含めてデイコーナーとみなし、新館各病棟のデイコーナーにおける1日の行為割合を示したものが図 3-15である。このグラフと図 3-13のデイルームにおける結果を比較すると、各病棟ともデイルームでは「個」「鑑賞・趣味」「コミュニケーション」「義務的」など多様な行為がみられるのに対し、デイコーナーでは「個」と「コミュニケーション」という対照的な行為が特に多くみられることがわかる。デイコーナーは小規模で、中を通過する者のないアルコーブ的空間であることから、デイルームに比べ他者の存在を気かけなくてもよい場となっている。そのため、1人の時間を過ごしたり、少人数での親密なコミュニケーションを行ったりしやすい場として機能していると考えられる^{註13)}。以上より、新館では多くの患者が、段階的な共用空間をその空間特性に応じて使い分けており、こうした構成の有効性を示しているといえる。図 3-17-3に新館5階デイコーナーの状況を示す。

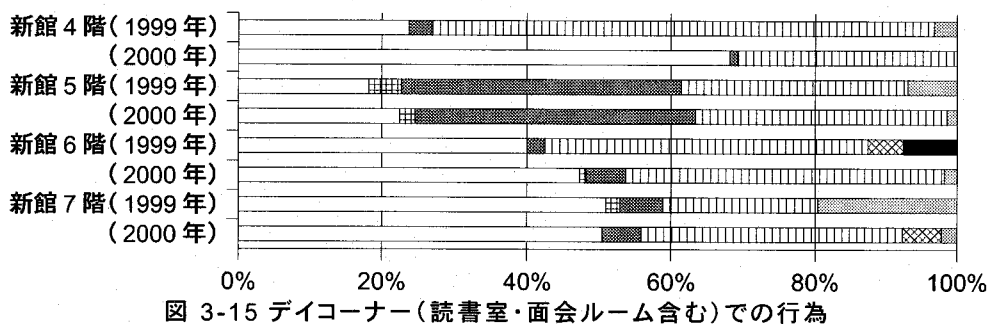


図 3-15 デイコーナー(読書室・面会ルーム含む)での行為

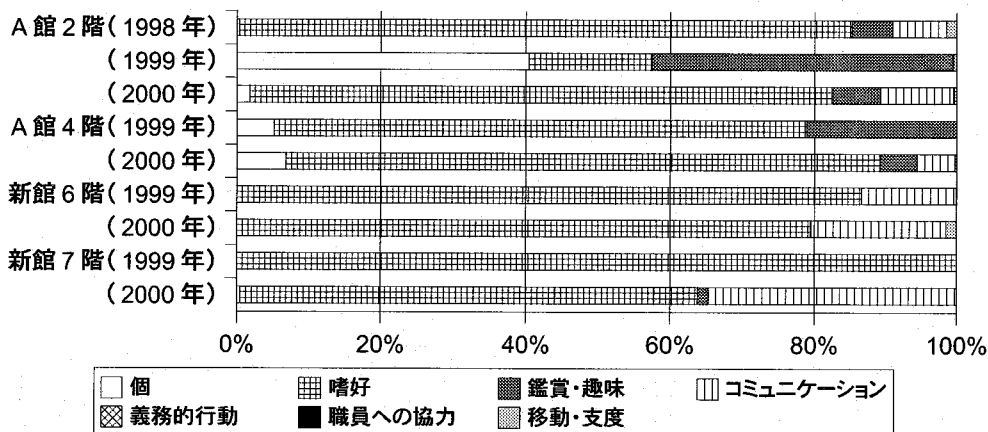


図 3-16 喫煙室での行為

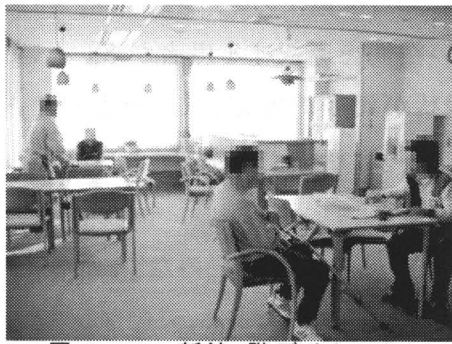


図 3-17-1 新館5階デイルーム1



図 3-17-2 新館5階デイルーム2



図 3-17-3 新館5階デイコーナー

(5) 喫煙室の設置による影響

図 3-9より1998年から1999年にかけてA館4階の行為割合は、「個」「嗜好」が増加し「コミュニケーション」が減少している。つまり、「嗜好」の大半を占める喫煙の頻度が増加したといえる。一方、A館2階では「個」「鑑賞・趣味」「外出」が増加し、「嗜好」は大きく減少しており、病棟環境の変化により患者には何らかのストレスが生じたと推測できる。また、A館4階は閉鎖病棟であり、病状が比較的重い患者が多く、外出規制もある。移行実施前後で同病棟の喫煙者の割合に大きな変化がないと仮定すれば、A館4階では病棟内でリラックスするための行為として、喫煙が選択されたのではないかと考えられる。加えて、1999年に喫煙室が設置されたことも、喫煙を促す一因と考えられる。

次に、各病棟の喫煙室における行為割合を図 3-16に示す。これより、喫煙室全体ではA館2階(1999年)を除き「嗜好」が大半を占めていることがわかる。しかし、A館2階(1999年を除く)および新館各階では「嗜好」に次いで「コミュニケーション」が多くみられるのに対し、A館2(1999年)、4階(1999、2000年)では「個」「鑑賞・趣味」が多い点が異なっている。各病棟の喫煙室の違いは、新館各階およびA館2階(1998年)はA館2、4階(1999、2000年)よりも、1人当たりの喫煙室面積が小さいことである。また、A館4階(1999、2000年)の喫煙室だけは、部屋ではなくデイルームの一角を衝立により区切った簡易なコーナー形式である。患者の密度が高く、しっかりと囲い込まれた空間では患者間のコミュニケーションも発生しやすくなると考えられ、喫煙室の空間構成の影響が示唆される^{注14)}。

図 3-18-1～3に新館5階およびA館2、4階の喫煙室・喫煙コーナーの様子を示す。

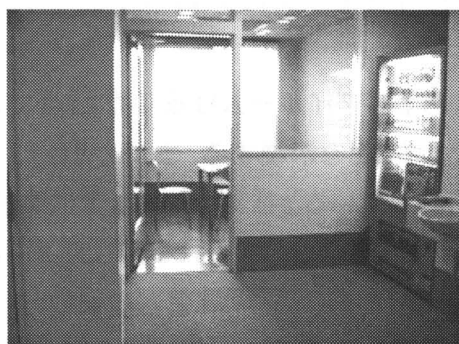


図 3-18-1 新館5階喫煙室



図 3-18-2 A館2階喫煙室



図 3-18-3 A館4階喫煙コーナー

3.6 まとめ

本章では、病棟での基本的なプログラム等に関するヒアリングや、入院患者行動の24時間の実態調査から、病棟ごとの空間構成と患者の行為や滞在空間の関係を分析し、空間構成の違いが患者行動に及ぼす影響から、精神科病棟のあり方について考察した。その結果、以下のことが明らかになった。

1) 全病棟を通じて患者全体の1日の行動で、最も多い行為は「睡眠」「横になる」といった極めて個人的な行為である。また、最も多くの患者が滞在するのは病室であり、次いでデイルームである。

2) 空間にゆとりを持たせることや、プライバシーの確保しやすさなどは、患者がその空間を他者に気兼ねなく個人的な行為に使うことのできる空間(私的領域)としての意味付けをしやすくさせると考えられる。

3) 段階的な構成を持つ共用空間では、1日を通じてそれぞれの空間に応じた多様な使い方がなされている。また、ある程度まとまった広さで、他者の出入りが多い共用空間ほど多様な使い方がみられる。

4) 地上階に近い病棟ほど、自由時間における患者の「外出」の頻度が高まる。

5) 病棟の移動など入院患者を取り巻く環境に変化が生じた時には、患者の状態は不安

定になり、1日の行動に、①個人的な行為が増加する、②私的領域に滞在する割合が増加する、③喫煙の頻度が増加する、④他者とのコミュニケーションが減少する、といった傾向がみられた。

以上の結果は、入院患者の生活において病室およびデイルームは重要な拠点であること、そしてその使われ方は病棟環境により多様であることを示唆する。まず、病棟における患者密度の低減は、患者の私的領域の確保に寄与していると推測され、患者に緊張を強いることのない安定した生活を送るうえで有効な手法であると考えられる。また、病室の高機能化、共用空間の分散配置は、患者による自発的な病室や共用空間の使い分けを生み出している。表 3-4に示した新館における設計意図に基づけば、これらの試みは功を奏したといえる。さらに、病棟の高層化や喫煙室のあり方、そして環境移行の実施は、患者の1日の行為割合にそれぞれ影響を及ぼしていることが示唆された。治療との関連から望ましい病棟生活の型は患者ごとに、また同じ患者であってもその時期ごとに異なるものと考えられる^{注15)}。したがって、患者の病棟生活を左右する、病棟環境の一要素として空間構成を位置づけ、患者属性やプログラムなど他の要素の影響との相互関係の中で、それぞれの患者に望ましい生活を誘導するような病棟環境を構想することが重要であると考えられる。

注

- 1) 「個」については第1章 1.6 用語の定義を参照のこと。
- 2) 病棟における基本的生活で必要となる行為。
- 3) 職員への自主的な協力的行為。
- 4) 患者が自分の病棟外へ出ること。ただし、開放病棟では基本的に食事を病棟外の食堂でとることになっており、そのために病棟外に出る行為は「義務的」に含めた。
- 5) 病棟の設計意図、空間構成に関しては、比較のためB病院でも調査を行った。B病院は1952年に設立された大阪府内に立地する約350床の都市型の精神病院であり、病棟は閉鎖病棟と開放病棟の2棟からなる。看護部長に対するヒアリングの結果を下記に示す。

デイルーム	喫煙室	病室	その他
<ul style="list-style-type: none"> ・生活の場であると同時に治療の場でもありと考えている。 ・集団生活・対人関係について訓練し、社会性を身につけていく場所。 ・食事、作業療法など異なった性格の活動を行っているために衛生面などで問題がある。 	<ul style="list-style-type: none"> ・禁煙は世界的な流れでもあり、実施したいと考えているが、リラックスの一因でもあり患者への影響が大きく、禁止はしていない。 ・症状によっては喫煙の制限を行う。 	<ul style="list-style-type: none"> ・病室は、患者が自分の時間を過ごすプライベートな場であるべきと考えている。 ・治療面からいうと個室がいいが、経済的な問題、スタッフの負担増、患者の会話が増えるなど問題点が多い。 	<ul style="list-style-type: none"> ・環境改善のため、現在病棟の増築工事が進行中である。 ・共用空間が2倍以上に広くなり、病室も6床室から4床室となる。

- 6) WHOの第10回国際疾病死因分類(1990年承認)に準ずる。
- 7) 喫煙に関するルールとして、原則的に開放病棟では煙草・ライターなどの火を、閉鎖病棟では煙草のみを患者自身がそれぞれ管理することになっている。なお、喫煙本数の管理能力がない一部患者については例外的に煙草も職員が預かり、決められた本

数を支給する方式をとっている。

- 8) 原則的に、開放病棟では病棟外の食堂で、閉鎖病棟では病棟内で食事をとることになっている。
- 9) 例えば、A館2階では積極的に他の患者とコミュニケーションをとるリーダー的な患者の存在が、病棟内の患者間の関係づくりに大きな影響を及ぼしていたとのことである。しかし、1999年にその患者は新館に移行したため、病棟内の患者の社会的関係に何らかの変化があったものと推測される。また、新館に移行したものの、新しい環境になじめず元の病棟へ戻された患者もいたとのことである。
- 10) 新館では個室や、4床室でキュービクルカーテンが閉じられている場合は観察することが不可能であったが、これらについては行為は「個」、滞在空間は「病室」に分類している。
- 11) 「デイコーナー」には、読書室、面会コーナーを含む。また、「その他」は、洗濯室、洗面所、配膳室、ナースステーション等である。
- 12) 読書室は雑誌が置かれ、読書のための空間として、面会ルームは面会者や職員と患者の面会のための空間としてそれぞれ位置付けられているが、その他の目的のためにも自由に利用できる。両室では患者同士が会話やゲームをしたり、一人で佇むなどの光景が観察された。
- 13) 一方、旧館各病棟では廊下やデイルームの壁に向かってもたれかかったり床に座り込みじっとしている患者など、他者の存在を避けるような行為が多数観察された。
- 14) ただし、1職員の見解として、『喫煙室でのコミュニケーションは社会性の高い患者にとっては有効だろうが、そうでない患者にとっては緊張を高めてしまい逆効果となる恐れがある。』との意見も聞かれ、喫煙室でのコミュニケーションについては、さらなる検討が必要であろう。
- 15) 1職員の見解として、『入院患者にとって望ましい生活の型は、患者が必要としている治療の方向性によって異なる。急性期の患者であればまず安定した生活へ導くことが重視されるし、社会復帰を目標としている患者であれば一般的な社会生活を送るうえで必要となる他者との活発な交流の実践が重視されるであろう。』とのことである。

参考文献

- 1) 松原三郎：『精神病院の入院治療』、こころの科学、79号、日本評論社、1998.5
- 2) 融道男他2名編：臨床精神医学講座24 精神医学研究方法、中山書店、1999.12
- 3) 伊藤誠：建築計画学10 病院、丸善、1970.7
- 4) 仙波恒雄：『わが国の精神医療とその現況』、こころの科学、79号、日本評論社、1998.5

第4章 患者属性からみた病棟の空間特性の評価

4.1 はじめに

前章では、精神科の入院患者について、病棟ごとに集団として扱った。そして患者行動の観察により、病棟環境における一要素としての空間構成の位置づけを確認することができた。しかし、このように患者を集団として捉えた調査では、個々の患者の事情による個別の状況を捉えきれない可能性がある。特に精神科疾患の特徴として挙げられる患者の多様性、すなわち疾患種類や年齢構成、入院履歴といった患者の持つ属性の幅の広さは、入院患者においても当然みられるものである。こうした多様性は、そのまま患者の行動特性の多様性に現れてこよう。前章における考察により、病棟ごとに導き出した平均的な患者像に対して、病棟に求められる空間を探り、一定の成果をおさめた。病棟は、患者が集団として入院生活を送り、治療を受ける施設であるため、これらの考察には意義があると考えられるが、一方、治療は患者個別に行われるものであり、患者の個別性を無視するわけにはいかない。すなわち平均では括ることのできない患者が多数いる精神科病棟において、患者を個別に観察することによって患者属性と行動特性との関係を詳細に捉えることは、入院患者と病棟環境との関係をより詳細に考察する上で不可欠であろう。

そこで本章では、様々な属性を持つ多数の入院患者に対して、個別に行動調査を行い、患者属性と病棟環境との関係を探り、病棟の空間構成に対する分析を補完することを目的とする。

4.2 研究の対象と方法

(1) 研究対象の選定

調査は1998年、2000年の計2回行った。研究対象の病棟は、1998年の調査ではA病院旧館のみ4病棟、2000年の調査では、A病院の新館、旧館の他にB病院の2病棟を加えた計11病棟とした。B病院東館3階の平面図及び調査対象範囲を図4-1に示す。なお、同1階平面は3階とほぼ同様である。

個別の行動調査の対象となる患者は、これらの病棟の入院患者の中から、その病棟の疾患構成、男女構成などを反映するように考慮した選定を病院職員に依頼し、各病棟で10名程度の患者を選んだ。

(2) 研究方法

1998年はA病院の4病棟を対象として、各数名の患者の基本的な属性(年齢、疾患種類、入院履歴)、および30分毎の患者の滞在場所、およびそこで行っている行為についての調査(以下タイムスタディ調査とする)を24時間にわたり行った。

2000年の調査は以下の方法で行った。

(1) 病院職員へのヒアリング等を通して、各調査対象患者の年齢、疾患、入院履歴、生活自立度^{註1)}等について調査した。次いで、調査員が各患者に面接を行い、病棟で好きな

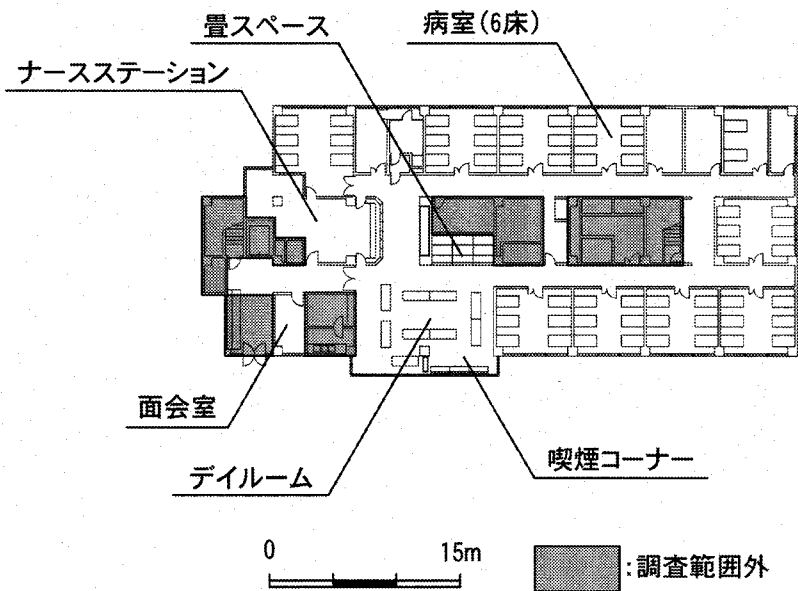


図 4-1 B病院東館3階平面図

場所、嫌いな場所、楽しいこと、外出の頻度、病棟に対する不満などについての意識をヒアリング調査した。

(2) 調査対象患者について、1998年調査と同じく1日24時間のタイムスタディ調査を行い、行動を15分毎または30分毎に記録した。得られたデータを1998年の調査結果と比較し、患者の行動特性の変化を、主に病棟の空間的特性との関連から分析し、その一般的傾向を把握した。なお行為、滞在空間の分類については前章を参照されたい。

(3) 各患者の行動特性を、1日の行為割合および滞在空間割合の側面から、クラスター分析を行い類型化した。次いで、患者の行為や滞在空間などの行動特性と患者属性の関

表 4-1 調査対象病棟および患者の概要

調査年	病院	病棟	タイプ	男女別	入院患者数	調査対象患者数	調査間隔
2000年	A病院	新館8階	療養・開放	混合	56	11	15分毎
		新館7階	療養・開放	混合	54	10	
		新館6階	療養・閉鎖	混合	56	10	
		新館5階	急性期・開放	混合	45	11	
		新館4階	急性期・閉鎖	混合	40	10	
	B病院	A館4階	閉鎖	男子	65	10	30分毎
		A館2階	準開放	男子	63	10	
		B館5階	閉鎖	女子	61	10	
		B館3階	閉鎖	女子	60	11	
		東館3階	開放	女子	57	11	
1998年	A病院	東館1階	開放	混合	47	9	15分毎
		A館4階	閉鎖	男子	92	6	
		A館2階	準開放	男子	85	7	
		B館5階	準開放	女子	67	5	
		B館3階	閉鎖	女子	69	5	

係を分析し、精神科病棟の空間構成のあり方について考察を行った。

(4) A病院における1998年、2000年の両調査でともに調査対象となった患者について、患者行動の変化を分析した。前章でも述べたとおり、A病院では1999年の新館竣工に伴い、旧館(A館、B館)から新館へ、一部患者の移行が実施された。また旧館でも病棟の定員が削減されるなどにより病棟の環境が変化している。1998年、2000年の調査の比較より、患者の行動特性の変化を追い、病棟環境の変化による影響について考察を試みた。

表 4-1に各病棟のタイプ、入院患者数、調査対象患者数およびタイムスタディ調査の調査間隔を示す。なお、各病棟の空間構成およびその特徴、また患者の疾患構成および年齢構成に関しては前章を参照されたい。

4.3 ヒアリング調査からみた対象患者の特徴

患者属性及び病棟に関する意識についてのヒアリング調査の結果を以下にまとめ考察する^{注2)}。ヒアリングは2000年にA、B病院の113名の患者に対して行った。ただし、一部の質問はA病院の患者のみ行った。1998年も含めた全調査対象患者136名の属性等を付表-2に示す。また全対象者へのヒアリングを簡潔にまとめたものを付表-3に示す。

(1) 患者の好きな場所

患者に自分の好きな場所についてヒアリングした結果を、A病院の旧館、新館、B病院に分けて示したものが、図 4-2である。全体でみると、105名の回答者のうち、好きな場所はA病院では、病室と答えた患者が新館、旧館とも40%程度で最も多く、次いでデイルームとなる。一方、好きな場所は「特になし」と答えた患者も約10%存在しており、特に病棟空間に対して意識を払っていない患者もみられることがわかる。

A病院旧館の病室は8床室以上の大部屋で、新館は4床室、個室の構成となっているなど、両者の空間構成はかなり異なるが、好きな場所の割合は比較的似通ったものであった。第3章における病棟単位の調査より旧館と新館での患者行動の相違点として、概ね新館の方が病室に滞在する割合が高かった(図3-9)にも拘らず、新館の方が「病室」を挙げ

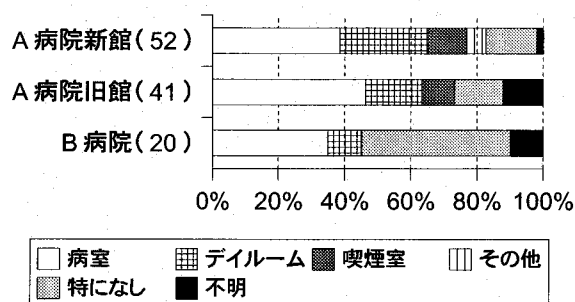


図 4-2 好きな場所

(回答者数105名、()内は各回答者数を示す)

る割合が低く、「デイルーム」を挙げる割合が高かったことである。新館と比較すると旧館の方が病室における患者密度が高く環境がよいとはいえない。これは患者密度が高くても長期入院で慣れ親しんだ旧館の病室の方がよいと感じる患者が多いとすることもできようが、むしろ、デイルーム等、病室外の環境が旧館よりもよくなったために、相対的に病室を挙げる割合が減少したと考える方が適当ではないだろうか。

B病院では、特になしと答えた患者の割合は40%を超え、A病院との格差が大きい。

(2) 患者の楽しみとしていること

患者が楽しみとしていることについてのヒアリング結果を図 4-3に示す。全体で見ると、「読書」、「音楽・楽器」、「絵」、「書き物」など、個人的な行為を挙げる患者が両病院とも40~60%になる。一方、麻雀やトランプといった「ゲーム」や「話をする」こと等、他者とのコミュニケーションが必要となる対人的な行為を挙げる患者はA病院では約20%であった。A病院旧館では、「音楽・楽器」が19.6%で、A病院新館(9.1%)や、B病院(13.0%)と比較するとかなり高い比率を示すことがわかる。また、B病院では「テレビ・ラジオ」の占める比率が、A病院と比較すると非常に高く、一方、対人的な行為を挙げる患者の割合は僅かであった。

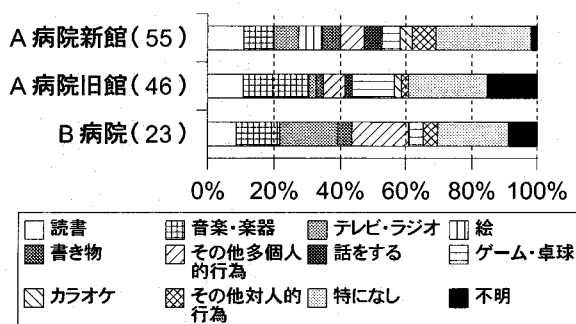


図 4-3 楽しいこと

(回答者数103名、複数回答、()内は各回答者数を示す)

(3) 喫煙者の比率

一般に精神科病棟の入院患者は喫煙者の比率(以下、喫煙率とする)が高いことが知られているが^{文1)}、2000年のA病院各病棟での調査対象患者の喫煙率は図 4-4のようになった。全体で見ると、男子の86.4%、女子の28.6%が喫煙者であった。2000年の全国平均は、男子が47.4%、女子が11.5%であるので、精神科病棟では一般と比較して、男子で約1.8倍、女子では約2.5倍という高い喫煙率であることがわかる。

調査対象患者が、各病棟10名程度でサンプル数が十分ではないため、各病棟毎の喫煙率はそれぞれの病棟の状況を正確に反映しているとはいえないが、病棟による違いをみると、男子病棟(A館2、4階)で高く、女子病棟(B館3、5階)で低いことは当然であるが、

新館で開放病棟(5、7、8階)と閉鎖病棟(4、6階)を比較した場合、やや開放病棟の方が喫煙率が高いといえる。第3章でみたように、開放病棟の患者の方が、閉鎖病棟の患者よりもわずかだが、活動性が高いということが影響していることが考えられる。

また、新館の急性期病棟(4、5階)と療養病棟(6、7、8階)との比較では、特に違いはみられない。

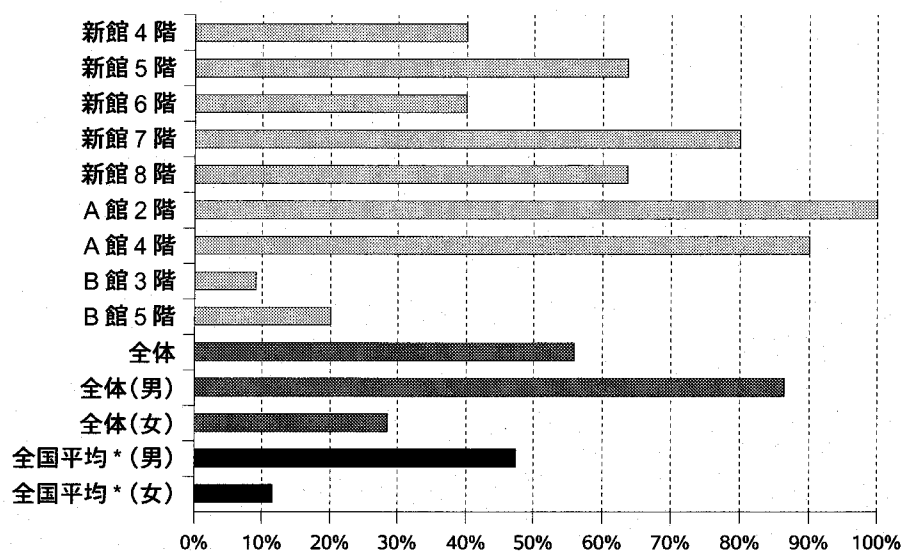


図 4-4 喫煙者の比率

(* 全国平均は厚生労働省「国民栄養調査」による2000年のデータ)

(4) 患者の病棟に対する不満や要望

この項目はA病院でのみ調査を行った。結果を新館、旧館別に図 4-5、4-6に示す。新館、旧館とも、半数近くの患者は現在入院している病棟に対する不満は「特になし」と答えている。不満が指摘されている部分は限定されており、喫煙室の狭さに対して指摘が集中していることが特徴的であろう。特に新館において、喫煙室の狭さに関して不満の割合が高い。喫煙室は計画の際、あえて最小限の面積にしたとのことであり^{注3)}、患者の不満はある程度予測できたものかもしれないが、この不満にどう対応するかということは、検討が必要であろう。喫煙室の規模に関しては第5章において詳細に分析を行う。

また、新館では「便所の数が少ない」という不満が目立つ。新館における一人当たりの便器の個数は、旧館と大きく変わらないが、設置形態が異なり、旧館では1箇所の集中型の配置であるのに対し、新館では4床室2室に1箇所の分散配置となっており(第3章 図3-2～3-4参照)、この点が評価に影響したのであろう。今日、介護老人保健施設等の高齢者入所施設では、便所を分散配置する計画は広く取り入れられている。高齢者の身体能力の低下を考慮して、できるだけベッドの近くに便所を設置した方がよいという考え方であるが、精神科病棟に入院する患者は、高齢者施設の入所者とは異なり、比較的身体能力が

高い場合が多いため、多少便所が離れていても問題にならず、むしろブースがそれぞれ1箇所しかない分散型では、最寄の便所が空いていないことが特に目につくために、こうした不満が挙げられるのではないかと考えられる。将来、精神科病棟においても高齢化が進んだ場合、高齢者施設と同様の考え方を適用することも考えなければならないかもしれないが、現状では便所の分散配置については、さらなる検討が必要であろう。

一方、長時間を過ごす病室やデイルームに対する不満は僅かであった。病室に対する不満としては、新館で「病室が狭い」(1件)、「窓を開けられるようにしてほしい」(1件)、旧館で「病室が狭い」(2件)のみであった。

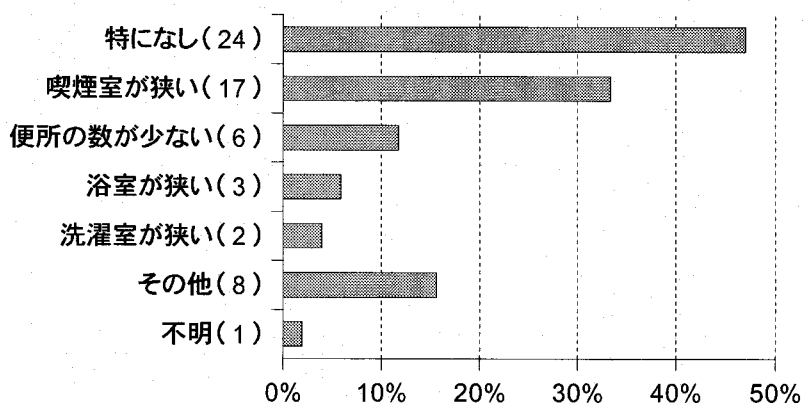


図 4-5 病棟に対する不満(新館 回答者数51名、複数回答)

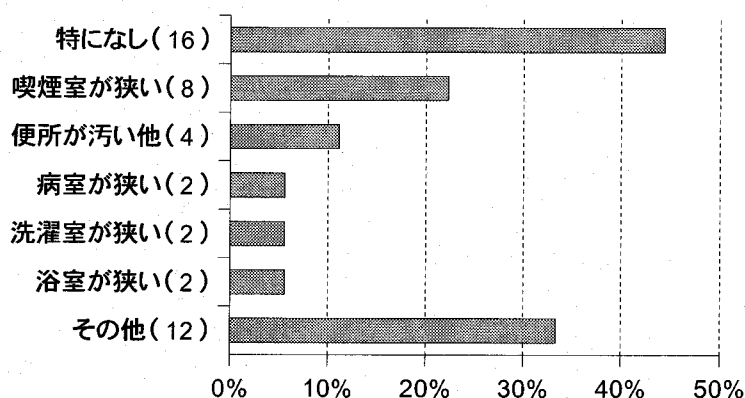


図 4-6 病棟に対する不満(旧館 回答者数36名、複数回答)

4.4 患者行為・滞在空間の類型化

タイムスタディ調査により得られた98名^{注4)}の患者の1日の行為、滞在空間を、行為については【個】【嗜好】【鑑賞・趣味】【コミュニケーション】【義務的】【移動・支度】【外出】【不明】の8種類^{注5)}に、滞在空間については【公的空間】^{注6)}【中間的空間】^{注7)}【私的空間】^{注8)}【病棟外】【不明】の5種類に分類し、それぞれの出現頻度を集計した(集計結果は付表-

4、5参照)。それらの出現頻度を元に、ユークリッド距離を用いて最長距離法によるクラスター分析を行い、患者の行為、滞在空間のそれぞれについて類型化を行った。類型化のグループ数については、分析ステップにおけるグループ間距離の変化、及び適切な情報が得られるグループ数であることを確認して、行為、滞在空間ともに5グループに分類した。

(1) 患者の行為割合による類型化

患者行為の分類は下記の通りである。各タイプ別の人数を図 4-7に、各タイプ別の各行為割合および全患者の平均値を図 4-8に示す。平均値をみると、1日の行為のおよそ半分は「個」であり、「嗜好」「鑑賞・趣味」「コミュニケーション」「義務的」がそれぞれ8%前後のほぼ同じ割合で並ぶ。外出は5%とその他の行為と比較するとやや少ないことがわかる。従って平均的な患者像として、1人で過ごすことを比較的好むということができよう。

各タイプの特性は以下のように考察できる。

a) 平均的活動型

33名おり、全体の約1/3を占める最多のタイプである。各行為の割合は全対象患者の平均値とほぼ同様である。1日のおよそ半分が「個」であり、次いで「移動・支度」が多い。「コミュニケーション」は他のタイプと比較すると少ないが、「外出」は平均値よりもやや多い。

b) 無活動型

30名おり、平均的活動型に次いで多いタイプである。特徴は、「個」が他のどのタイプよりも多く、1日の70%近くを占める。「嗜好」「鑑賞・趣味」「コミュニケーション」「外出」は相対的に小さい。他者との関わりをあまり持たず、1人で特に活動も行わず過ごす時間が多いタイプである。

c) 対人的活動型

全体の約2割を占める。「コミュニケーション」が1日の約16%で、平均の2倍程度であり、「嗜好」「外出」「移動・支度」の割合が他と比較して大きい。「個」の割合は相対的に小さい。活発に動き、他者と積極的に接触するタイプといえる。

d) 個人的活動型

全体の約12%がこのタイプに属する。「鑑賞・趣味」の割合が他と比較して極めて大きく、1日の約30%になる。「移動・支度」や「外出」が小さいことから、一ヶ所に留まって自分の好きなことを行っているという生活が想像される。

e) 特殊型

2人のみの小さい規模のタイプであるが、「嗜好」の割合が44%と、突出して大きい特殊なタイプである。「コミュニケーション」も比較的大きいが、一方「個」「移動・支度」「外出」は全タイプのうちで最小である。煙草等への嗜好が強く、喫煙室等で他者と多く関わりを持つタイプである。

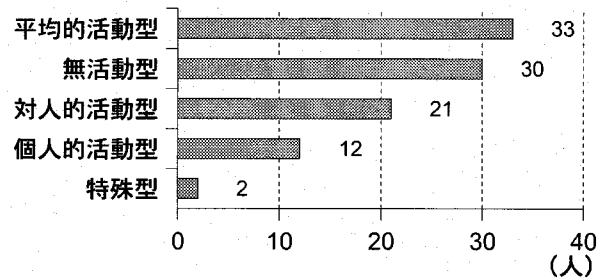


図 4-7 各行為タイプ別の人数 (N=98)

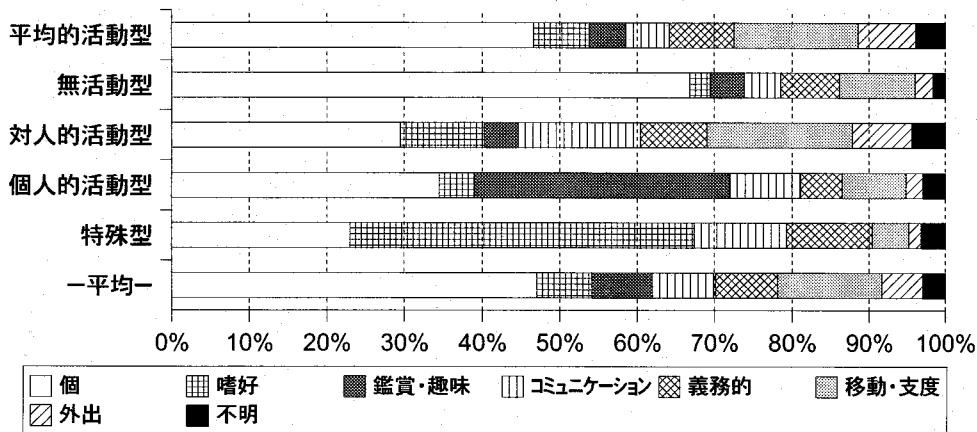


図 4-8 各行為タイプにみる各行為割合

(2) 患者の滞在空間割合による類型化

患者滞在空間の分類は下記の通りである。各タイプ別の人数を図 4-10に、各タイプ別の各滞在空間割合および全患者の平均値を図 4-9に示す。平均的な滞在空間の割合は、1日の約半分を「私的空間」、すなわち病室で過ごし、1/3程度をデイルーム等の「公的空間」で過ごすことがわかる。また、「中間的空間」は、どのタイプでもほぼ同じ程度の利用がみられる点が特徴的である。

a) プライベート型

52名で、全体の半数以上を占める最大のタイプである。「私的空間」での滞在割合が1日の約2/3で他のタイプと比べて最大であり、一方「公的空間」の割合はもっとも小さい。1日のほとんどを病室で過ごすタイプといえる。「中間的空間」の割合も比較的高い。

b) セミプライベート型

全体の約1/4を占める。「中間的空間」が10%で他と比較してやや大きく、「私的空間」もプライベート型について大きい。また、「公的空間」と「私的空間」の滞在割合が他のタイプと比較すると近い割合である点も特徴的であり、公私の空間をうまく使い分けているものと考えられる。

c) パブリック型

約12%の患者がこのタイプに属する。「公的空間」が57%と特殊パブリック型に次いで大きな割合を占め、「中間的空間」の割合は全タイプ中もっとも低い。「公的空間」が日中の生活の中心となっているタイプと考えられる。

d) 特殊パブリック型

規模は4名で最小である。「公的空間」の割合が約80%と際立って大きく、「私的空間」は約10%と非常に小さい。1日のほとんどをデイルームで過ごす特殊なタイプであるといえよう。

e) 病棟外型

このタイプに属するのは5名である。「病棟外」が他のタイプと比較してきわめて大きく30%である。一方病棟内の「公的空間」はプライベート型に次いで小さい。従って病棟外にパブリックな空間としての機能を求めるタイプであると考えられる。

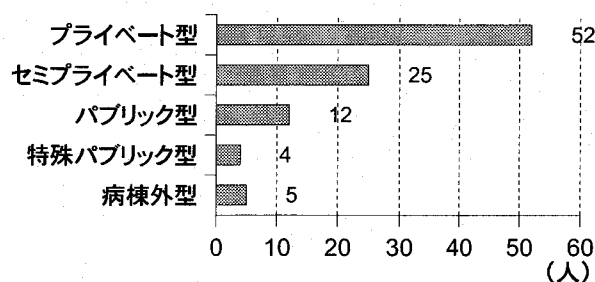


図 4-9 各滞在空間タイプ別の人数 (N=98)

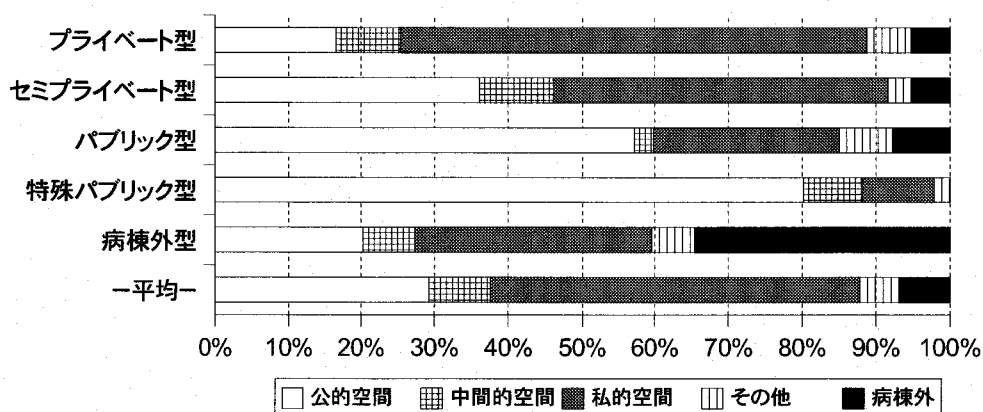


図 4-10 各滞在空間タイプにみる各滞在空間割合

(3) 行為タイプと滞在空間タイプの関係

以上、入院患者の行為と滞在空間のそれぞれについて類型化を行ったが、患者の行為と滞在空間の間にはある一定の関連性を指摘することができよう。図 4-11に、各行為タイプと滞在空間タイプをクロス集計したグラフを示す。

最も多いのは、行為タイプが「無活動型」で滞在空間タイプが「プライベート型」となるタイプで、全体の25.5%を占める。次いで「平均的活動型」で「プライベート型」のタイプが、21.4%と続き、両者でほぼ半数を占める。すなわち、入院患者のほぼ半数は、平均的あるいはほとんど活動せず、病室で過ごすことが多いタイプであるといえる。その他に比較的多く見られるタイプとしては、「平均的活動型」で「セミプライベート型」と「対人的活動型」で「セミプライベート型」のタイプがあり、それぞれ9.2%であった。また、滞在空間タイプが「パブリック型」の患者では、「無活動型」はみられず、滞在空間タイプが「病棟外型」の患者では、5人のうち4人が「対人的活動型」の行為タイプであるといった特徴がみられた。

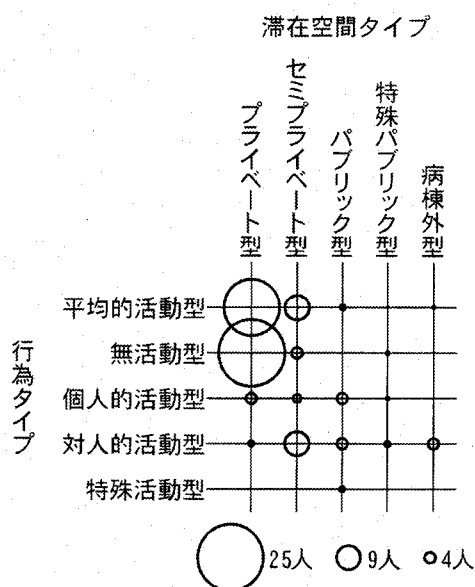


図 4-11 行為タイプと滞在空間タイプの関係

4.5 行為タイプ、滞在空間タイプと患者属性の関係

前節において類型化した各患者の行為タイプ、滞在空間タイプと、患者属性に関してクロス集計を行い、その関係について考察する。なお、各グラフの属性名の後の()はそれぞれの属性を持つ患者数を示す。

(1) 性別

a) 行為タイプ

図 4-12は性別と行為タイプの関係を示したものである。男性の「対人的活動型」は30.4%で、女性(13.5%)の2倍以上である。「無活動型」、「平均的活動型」は女性の方が若干多い。また「特殊活動型」は男性にのみ見られる。このことから病棟生活においては、男性のほうが女性に比べ対人的な活動的が活発な傾向にあることがわかる。

b) 滞在空間タイプ

図 4-13は性別と滞在空間タイプの関係を示したものである。女性の67.3%は「プライベート型」であるが、男性はその半分の37.0%である。また「病棟外型」は男性にのみみられる。これより、女性より男性の方が病室外の空間を選択する傾向があることがわかる。行為タイプとあわせて考えると、男性の方が他者と関わりを持ちやすい行為や空間を好むものと思われる。性別に関しては第3章で、男子病棟、女子病棟、混合病棟といった病棟単位の比較を行ったが、この分析から、第3章での調査における男子病棟、女子病棟の差異は、男女の行動特性の違いが大きいとみなせよう。

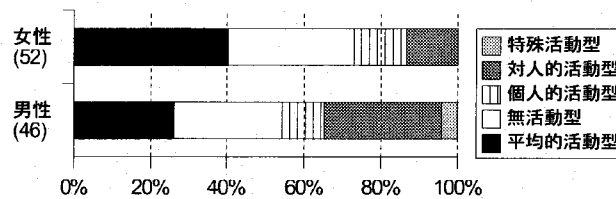


図 4-12 性別と行為タイプの関係

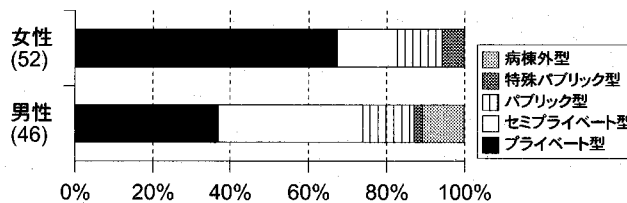


図 4-13 性別と滞在空間タイプの関係

(2) 年齢

a) 行為タイプ

図 4-14は年齢と行為タイプの関係を示したものである。70歳以上では「無活動型」が66.7%を占め、「対人的活動型」や「特殊活動型」はみられない。「対人的活動型」は50歳代で29.6%と最大になり、「無活動型」は11.1%で最小になる。すなわち、50歳代が最も活発に活動する年代であるといえる。19歳以下、20～29歳はそれぞれ対象患者が1人ずつしかいないため無視する。

b) 滞在空間タイプ

年齢と滞在空間タイプの関係を図 4-15に示す。30歳代以降、年齢が高くなるに従い「プライベート型」が増える。70歳代では83.3%となり、ほとんど1日を病室で過ごすことがわかる。また60歳代以上では、「病棟外型」はみられず、上記の行為タイプで50歳代以降、高齢になるほど活動が減少することと合わせて考察すると、体力や気力の衰えに従っ

て病棟内で過ごす割合が増えるということが想像される。「セミプライベート型」、「パブリック型」については減少していく傾向があることがわかる。

我が国の高齢化に伴い、精神科病棟においても現在よりもさらに高齢化が進むものと思われるが、その場合はデイケアやあるいは散歩といった病棟外に求められる機能に代わる機能を、病棟内に設けるなどの工夫が必要となるかもしれない。

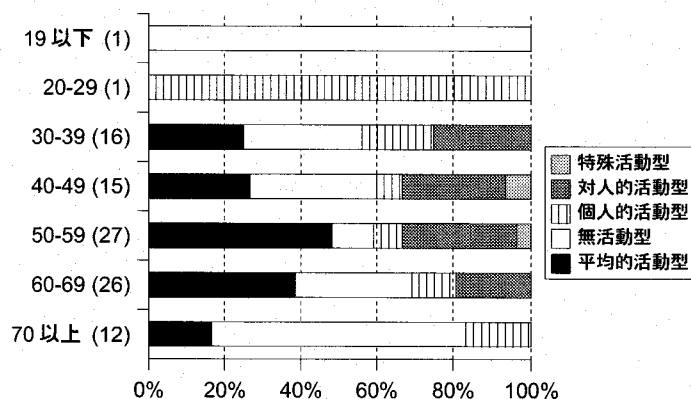


図 4-14 年齢と行為タイプの関係

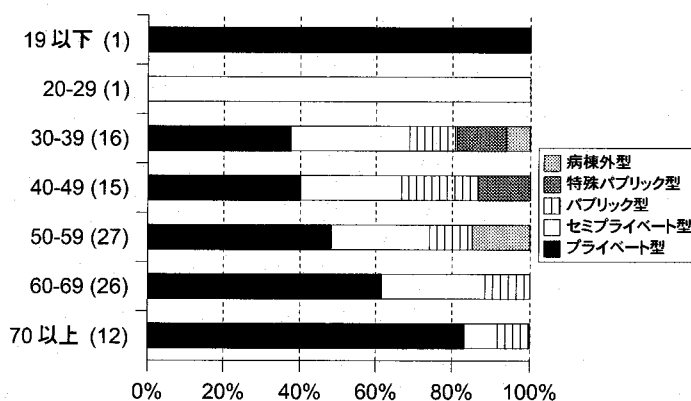


図 4-15 年齢と滞在空間タイプの関係

(3) 入院期間

a) 行為タイプ

図 4-16は入院期間と行為タイプの関係を示したものである。入院期間が半年未満の場合は「対人的活動型」が35.0%で最も多く、次いで「個人的活動型」(25.0%)が続く。一方、「平均活動型」は他と比べて最小(20.0%)で、「無活動型」も半年～1年未満に次いで少ない(20.0%)。入院期間が長くなるに従って、「平均活動型」と「無活動型」の合計は大きくなり、21年以上では、およそ2倍の80%程度となる。

入院期間が最も短い半年未満の患者に、「対人的活動型」と「個人的活動型」という対照的な活動を行うタイプがそれぞれ多いということは興味深い特徴である。これは、入院

直後はそれぞれ多様な個性を持っていた患者が、入院期間が長くなるにつれ、そうした個性を失ってしまったということを示しているといえることできるだろう。「対人的活動型」は、入院期間にかかわらず20%前後で比較的一定数の患者がいるが、特に、「個人的活動型」は5年以上の入院患者においては、31年以上の2人を除いて全くみられない。すなわち5年以上入院している患者では趣味的な活動を積極的に行うタイプはいないということである。入院患者は、生活のほとんど全てを病棟内で送るのであるから、入院期間の長期化に伴うこうした変化の原因は、病棟の管理・運営や、病棟内の人間関係、空間構成といったものまで含めた病棟環境にあるといわざるを得ない。

一般に入院が長期になるほど患者の社会復帰は難しくなるといわれる^{文2)}。長期間、社会から隔離されることにより、社会との接点が途切れてしまうことなどがその一因であろうが、ここでみたような入院期間の長期化に伴う患者自身の変化も、社会復帰を難しくする一因になると考えられる。長期入院の是正は、我が国の精神科病棟における重要な課題であるが、それとて一朝一夕に実現できるものではない。そこで、病棟内においては、入院前に行っていた様々な活動をできるだけ維持できるような、運営システムや空間の工夫が求められる。空間構成に関しては、限られた床面積の中で、可能な限り多様な活動の場となり得る空間を用意することが重要である。そのためには、各病棟内でそれぞれ空間を用意するのではなく、病棟を超えて病院全体で対応することで、より充実した空間を用意するといったことも考えられよう。

b) 滞在空間タイプ

図 4-17は、入院期間と滞在空間タイプとの関係である。両者の間には明確な関連を見出しにくい、「プライベート型」と「セミプライベート型」の合計については、入院期間の長さにかかわらずほぼ70~80%を占める。その他の20~30%は入院期間によりそれぞれ異なり一定しない。また、「病棟外型」は1年未満及び11年から30年までの入院期間の場合にのみみられる。

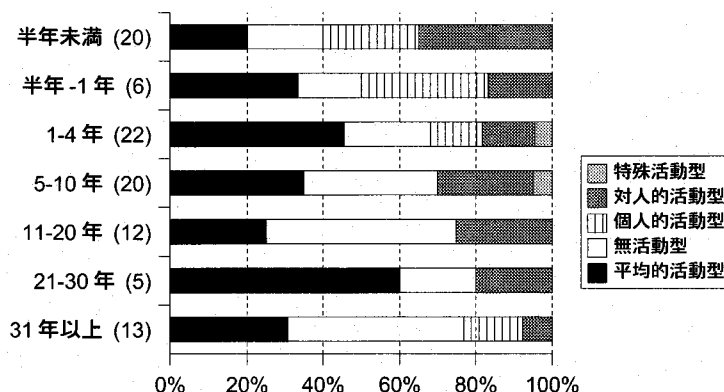


図 4-16 入院期間と行為タイプの関係

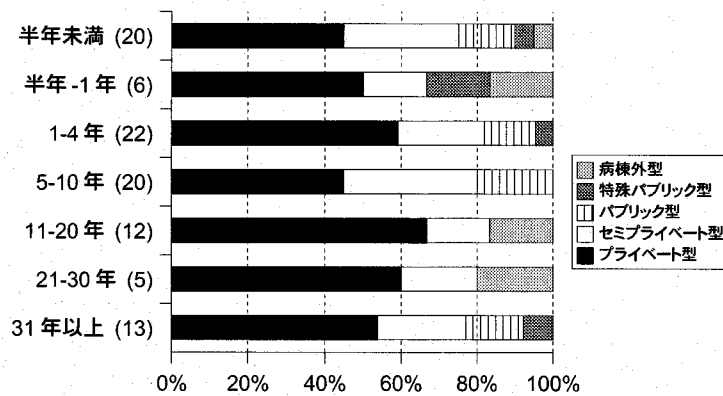


図 4-17 入院期間と滞在空間タイプの関係

(4) 疾患種別

a) 行為タイプ

精神分裂病、非定型精神病及びその他の疾患の間で、行為タイプの構成割合には大きな差異はみられない。ただし、非定型精神病、その他の疾患は精神分裂病と比較すると患者数が1/10以下と極めて少ないため、厳密な判断は困難である。また、てんかん、躁鬱病については患者数が非常に少ないため、ここでは考察は行わない。

b) 滞在空間タイプ

行為タイプと同様で判断は難しいが、精神分裂病、非定型精神病、その他の疾患の間には大きな差異はみられない。

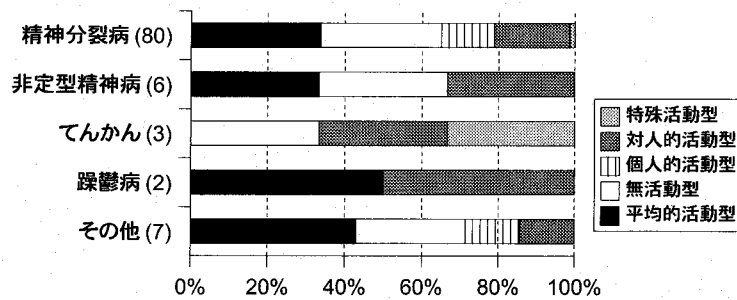


図 4-18 疾患種別と行為タイプの関係

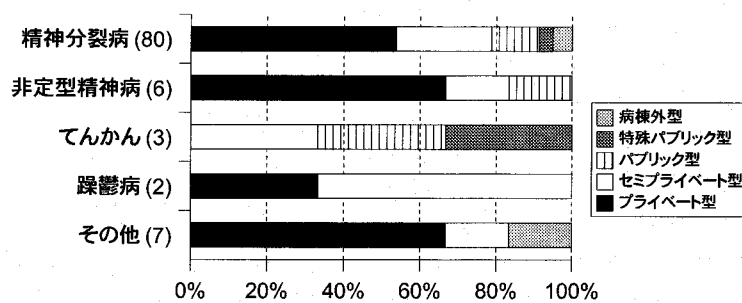


図 4-19 疾患種別と滞在空間タイプ

(5) 生活自立度

a) 行為タイプ

図 4-20は生活自立度と行為タイプの関係を示したものである。1998年のA病院、およびB病院では生活自立度について調査を行っていないため、調査対象患者数は69名である。その内、生活自立度1が44.9%で半数近くを占める。次いで、生活自立度2(29.0%)、3(21.7%)、4(4.4%)と続き、生活自立度が高い患者ほど少ない。

生活自立度3で「個人的活動型」の割合が20.0%で最も多い。一方、「平均的活動型」は生活自立度が上がるにつれて減少する傾向を示す。観察から、生活自立度の高い患者の方がひとりで行う趣味を持っている傾向がみられたことも、この結果と符合する。

b) 滞在空間タイプ

図 4-21に生活自立度と滞在空間タイプの関係を示す。生活自立度1および2では「プライベート型」が多いが、生活自立度3では「セミプライベート型」および「パブリック型」が多くなっている。また行為タイプとあわせて考えると、生活自立度の高い患者ほど、様々な空間でひとりの時間をうまく過ごす術を持っているものと考えられる。

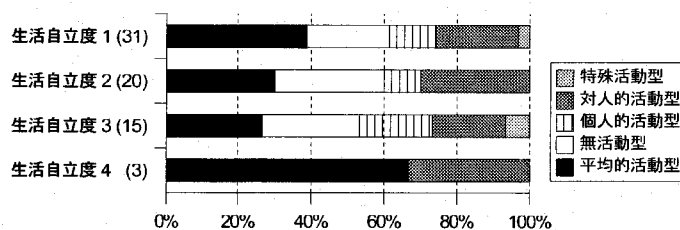


図 4-20 生活自立度と行為タイプの関係 (n=69)

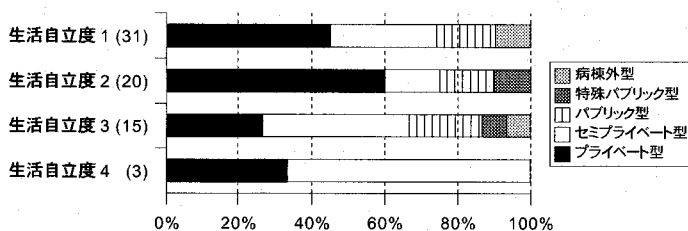


図 4-21 生活自立度と滞在空間タイプの関係 (n=69)

(6) 面会の頻度

a) 行為タイプ

図 4-22に面会の頻度と行為タイプの関係を示す。面会頻度は、家族やあるいは社会との繋がりや度合いをある程度示すものと考えられる。年5、6回程度というのは、患者数が少ないので無視すると、ほぼ、面会頻度が多い方が、「平均的活動型」や「無活動型」が少なく、「個人的活動型」や「対人的活動型」が多くなる。すなわち面会の頻度が高い患者の方がより様々な活動を行っているといえる。特に週1回以上の面会があるグループでは、

「個人的活動型」と「対人的活動型」を合わせると、52.6%と過半数を超える。面会により社会との繋がりが保たれていることが、患者の生活に活気を与えているものと考えられ、その重要性を図り知ることができる。通常面会は病棟内の面会室などの限られた場所で行われる。管理上の問題もあろうが、家族がより訪ねやすく、また他人を気にせずに話ができるような空間を病棟外などにも設けるなどの工夫により、面会の頻度を増やす方策も考えられるのではないか。

b) 滞在空間タイプ

図 4-23は面会の頻度と滞在空間タイプの関係である。ここでも、年5、6回程度のもは除くと、面会が週1回以上と非常に頻繁にある患者に関しては、それよりも面会頻度が少ない患者と比べて、やや「プライベート型」が少ないが、月1回以上ではすべて「プライベート型」の割合はほぼ60%である。面会がほぼなしという患者に、「病棟外型」が最も多い(13.6%)点は特徴的である。病棟外との何らかの接点を求めているとみることも可能であろう。

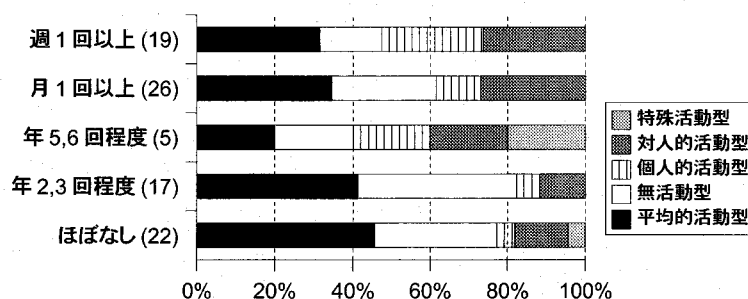


図 4-22 面会の頻度と行為タイプの関係 (n=89)

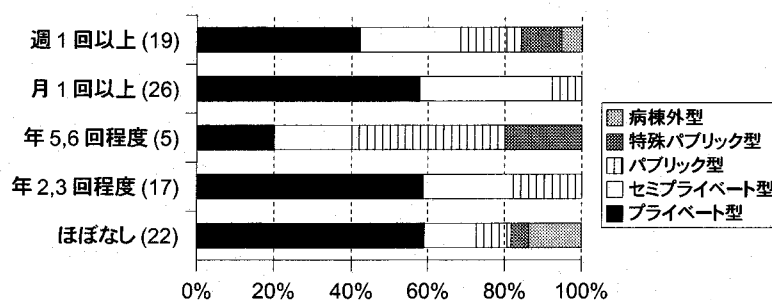


図 4-23 面会の頻度と滞在空間タイプの関係 (n=89)

(7) 喫煙

a) 行為タイプ

図 4-24に、喫煙の有無と行為タイプの関係を示す。非喫煙者では「無活動型」の割合が42.3%と最大で、喫煙者の14.0%に比較するとほぼ3倍である。また喫煙者では「平均的活動型」と「対人的活動型」が多く、それぞれ非喫煙者の割合の1.5倍程度である。喫

煙室に行って喫煙するが、それにより喫煙室でのコミュニケーションが発生する可能性が高くなり、非喫煙者より行動が多様になるものと思われる。病棟内での喫煙は一般には推奨されるものではないが、精神科の患者にとっては、喫煙は嗜好品であるだけでなく、ストレスを解消することにより、治療にも貢献するものと考えられているが、ここでみた喫煙と行為タイプとの関係は、このことを裏付けるものといえる。

b) 滞在空間タイプ

図 4-25は、喫煙の有無と滞在空間タイプの関係である。喫煙者には、「セミプライベート型」が37.2%で非喫煙者(15.4%)の2倍以上である。一方、非喫煙者では「プライベート型」が61.5%と半数以上を占める。喫煙する場所は公的空間の喫煙室であるが、「パブリック型」の比率は、喫煙、非喫煙でほとんど変わらない。つまり、喫煙者に必ずしも公的空間で過ごす割合の非常に高い患者が多い訳ではないが、非喫煙者と比較するとより公的空間を利用する割合が高いことがわかる。

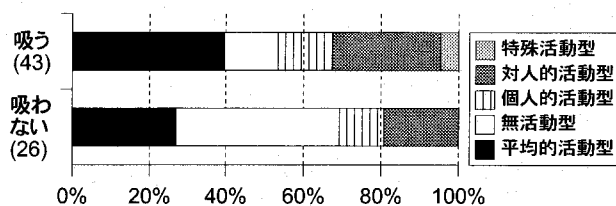


図 4-24 喫煙と行為タイプの関係 (n=69)

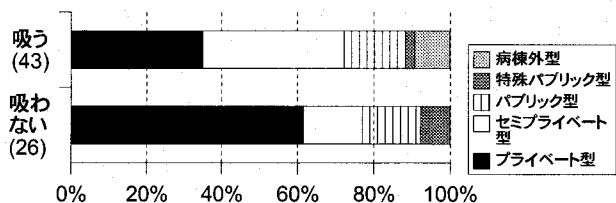


図 4-25 喫煙と滞在空間タイプの関係 (n=69)

(8) 好きな場所

a) 行為タイプ

図 4-26にヒアリングで調査した「好きな場所」と行為タイプの関係を示す。好きな場所として「病室」を挙げた患者や、「特になし」と答えた患者には「無活動型」が多い。「ダイルーム」、「喫煙室」を挙げた患者には「対人的活動型」が多く、「無活動型」が少ない。このことは、公的な空間が好きな患者は、より社会的であるということを示し、一般的な印象と一致するものといえる。

b) 滞在空間タイプ

図 4-27に「好きな場所」と滞在空間タイプとの関係を示す。好きな場所として対照的な「病室」を挙げたグループと「ダイルーム」を挙げたグループが、共に「プライベート型」の占

める割合が最大で大きな違いが見られない。デイルームを好む患者でも、実際には病室の利用の割合が高いということを意味し、患者の好きな空間と、よく利用する空間は必ずしも一致しないことがわかる。また、好きな場所は「特になし」と答えた患者でも「パブリック型」が多い点は注目される。行為タイプの項で述べたように、好きな場所の特にない患者には「無活動型」が多いということ踏まえると、好きな場所を持たない患者はデイルームなどの公的空間に滞在はするものの、目的をもった積極的な行為を行っていないということが推測される。

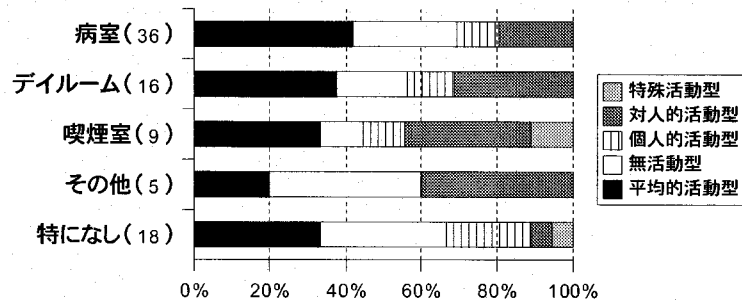


図 4-26 好きな場所と行為タイプ

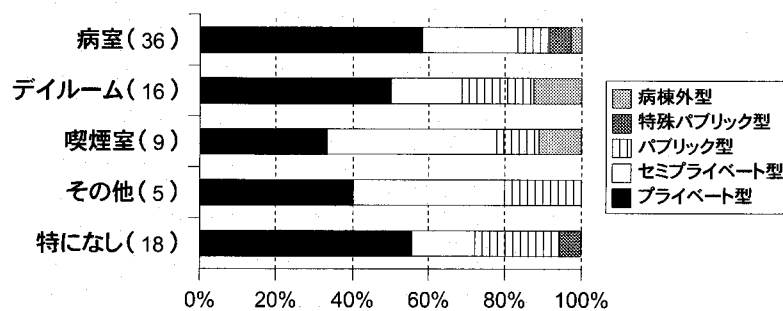


図 4-27 好きな場所と滞在空間タイプ

(9) 楽しみとしていること

a) 行為タイプ

図 4-28 はヒアリングで調査した「楽しみとしていること」と行為タイプの関係である。ゲームや話をするといった「対人的」な楽しみを持つ患者には、やはり「対人的活動型」が多くみられ、読書・音楽鑑賞などの「個人的」な楽しみを持つ患者では「個人的活動型」が多いことがわかる。患者が楽しみとすること、すなわち趣味を持つことは、患者の行動を豊かなものにし、その結果として社会生活への順応を容易にすることが可能になると考えられる。社会生活への順応は、入院治療における重要な目標の一つであるが、この点からも、病棟内で、様々な活動を可能とする空間を用意することの重要性を指摘することができよう。

b) 滞在空間タイプ

図 4-29 に「楽しみとしていること」と滞在空間タイプの関係を示す。「個人的」な楽しみを持つ患者に、「プライベート型」がやや多く、「対人的」な楽しみを持つ患者では、「病棟外

型」が多いのが特徴である。「パブリック型」については、「個人的」、「対人的」な楽しみを持つタイプ、「特になし」であるグループとも、全て15%前後で違いはない。また「セミプライベート型」についてもこれら3者の間で大きな相違はみられない。

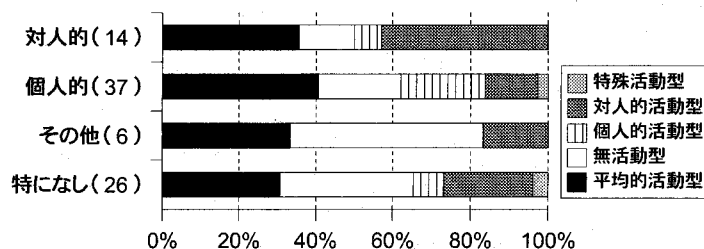


図 4-28 楽しみとしていることと行為タイプ

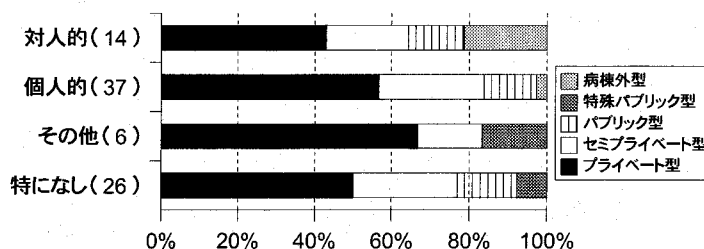


図 4-29 楽しみとしていることと滞在空間タイプ

4.6 環境の変化に伴う患者行動の変化

ここでは、A病院において1998年、2000年と継続して行ったタイムスタディ調査の中で、両年とも調査することができた7名の患者のそれぞれの行動について詳細に分析し、その変化について考察を行った。1998年と2000年の調査の間に新館が完成し、A館、B館から新館に移った患者や、また既存病棟も定員減により、患者密度が減少するなど、病棟環境が大幅に変わった。この分析を通し、患者をとりまく病棟環境の変化が、各患者の行動特性にどのような変化をもたらしたのかを明らかにする。なお、調査年による病棟毎の変化については第3章に述べた通りである。対象患者の属性を表 4-2に示す。

「1日の滞在空間とそこでの行為」に関しては全調査時間を対象とし、「行為割合の変化」、「滞在空間割合の変化」に関しては全調査に共通の調査時間である6:30~21:00(起床から就寝まで)をその対象とした^{注9)}。

(1) 患者行動の変化

両調査年の各患者の行為割合及び滞在空間割合を図 4-30、4-31にまとめた。まず全体を概観すると、患者Gは1998年と2000年とで行為タイプ(「無活動型」)、滞在空間タイプ(「セミプライベート型」)とも変わらず、実際の行為や滞在空間の割合もほとんど変化していない。その他の患者についてみると、全ての患者で行為タイプが変化している。ただし、その変化は、活動の増加する方向、減少する方向ともみられる。また、滞在空間タイプについては、患者A、Cなど変わらない患者もいる。以下に各患者について考察する。

表 4-2 1998年、2000年タイムスタディ調査の対象患者

患者名	No. ¹⁾	性別	年齢 ²⁾	入院期間	生活自立度	面会の頻度	喫煙	1998年入院病棟	2000年入院病棟
A	002/128	女性	58	14年2ヶ月	2	月2回	吸う	B館3階	新館8階
B	012/118	男性	48	15年6ヶ月	2	ほぼなし	吸う	A館2階	新館7階
C	013/131	女性	83	8ヶ月	3	月1回	吸う	B館5階	新館7階
D	014/133	女性	62	32年2ヶ月	3	月1回	吸う	B館5階	新館7階
E	022/126	女性	66	11年4ヶ月	2	年2、3回	吸わない	B館3階	新館6階
F	053/116	男性	60	2年3ヶ月	2	月1回	吸う	A館2階	A館2階
G	064/119	男性	59	10年11ヶ月	3	年1回	吸わない	A館4階	A館4階

1) 1998年の調査No./2000年の調査No.を示す。

2) 年齢その他の属性は2000年調査時のもの。

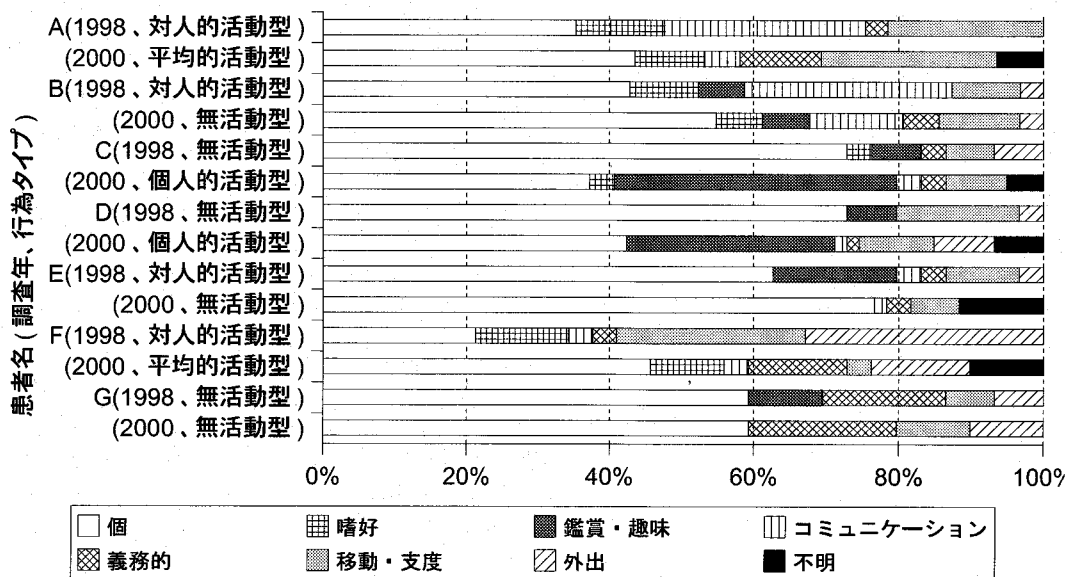


図 4-30 各患者の行為割合の変化

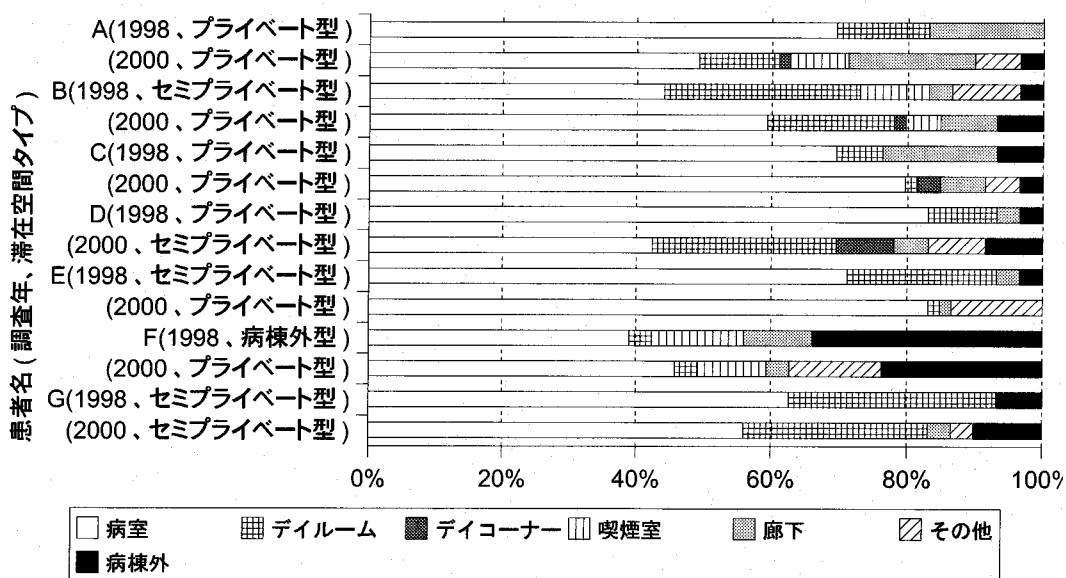


図 4-31 各患者の滞在空間割合の変化

(2) 患者A

B館3階から新館8階に移動した女性である。行為については、若干「個」が増え、「コミュニケーション」が大きく減少しており、行為タイプは「対人的活動型」から「平均的活動型」へと活動の減る方向に変化した。一方、滞在空間タイプは「プライベート型」のまま変わらないが、「病室」での滞在が減少し、「喫煙室」や「病棟外」が新たに見られるようになった。また「デイルーム」や、「廊下」での滞在割合はほとんど変化していない。この患者の場合は女子・閉鎖病棟から男女混合・開放病棟へと環境が大きく変わり、知り合いがかなり減ったものと思われ、まだこの変化に十分適応できていないために活動が減少した可能性も考えられる。また、1998年には「病室」での「コミュニケーション」が何度も観察され、好きなこととして、話をするを挙げていたが、2000年には全くみられなかったことが印象的である。病室の環境が変わったことで、そこが他者と接触する空間からひとりで過ごすための、より私的な空間に変化したとみることができる。

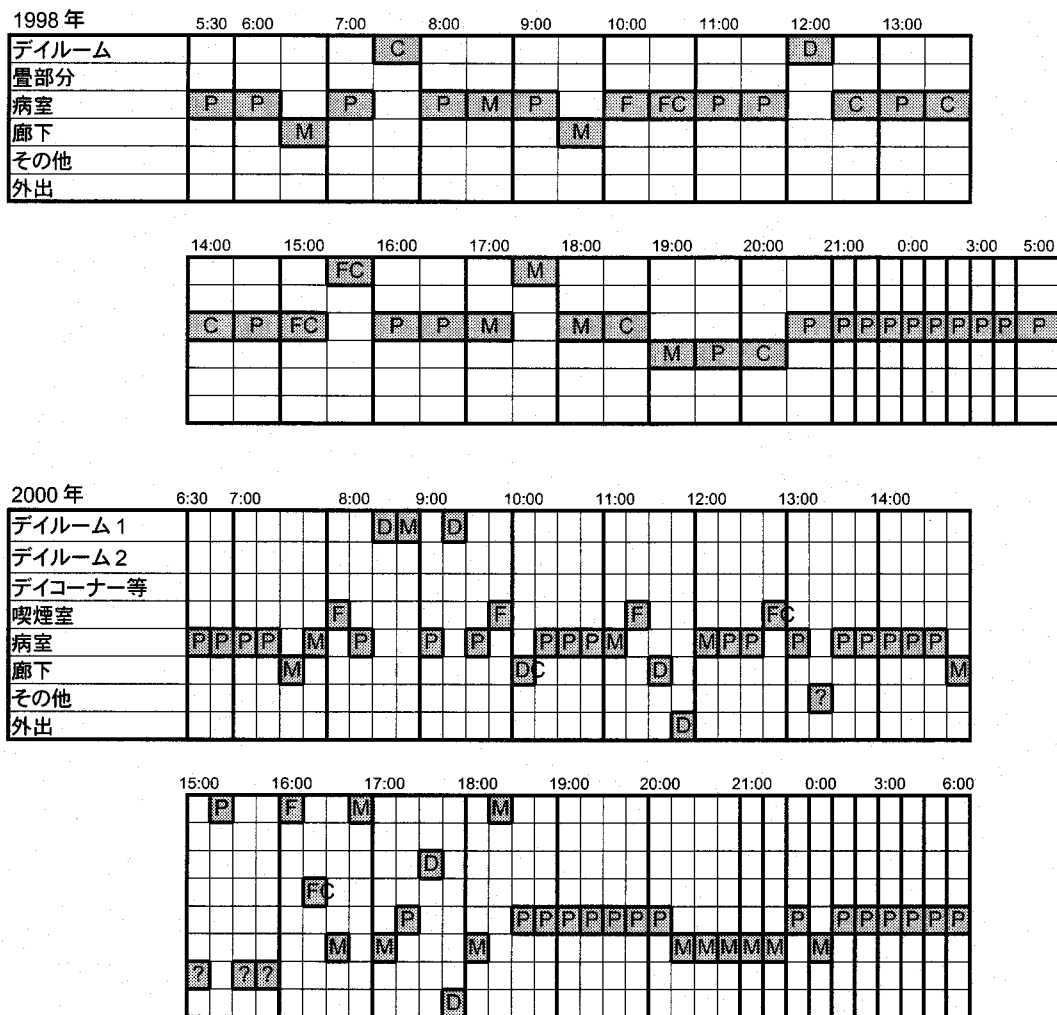
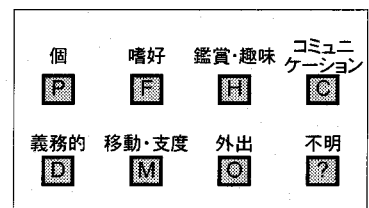


図 4-32 患者Aの1日の滞在空間とそこでの行為

(3) 患者B

A館2階から新館7階に移行した患者である。類型化の結果は、行為タイプが「対人的活動型」から「無活動型」に、滞在空間タイプは「セミプライベート型」から「プライベート型」へと、活動が少なく、病室での滞在が多くなる方向に変化している。患者Aと同じく、行為のうち「コミュニケーション」が大きく減少しており、それに対して「個」が増加している。

病室以外の場所にいるときは、1998年、2000年とも「個」はほとんどなく、何らかの意味のある行動をとっており、常に目的を持って病室から出てくるようである。それに対応して「病室」での行為は、1998年、2000年ともに「個」がほとんどであり、この患者にとって病室はひとりで過ごす空間として、それ以外の空間と使い分けているものと考えられる。2000年は個室に入っており、私的な空間の状況は、1998年の大部屋から大きく変化している。滞在空間として「病室」が増加しているのは、個室となったことで、病室が私的な空間としてより明確になったためではないかと考えられる。

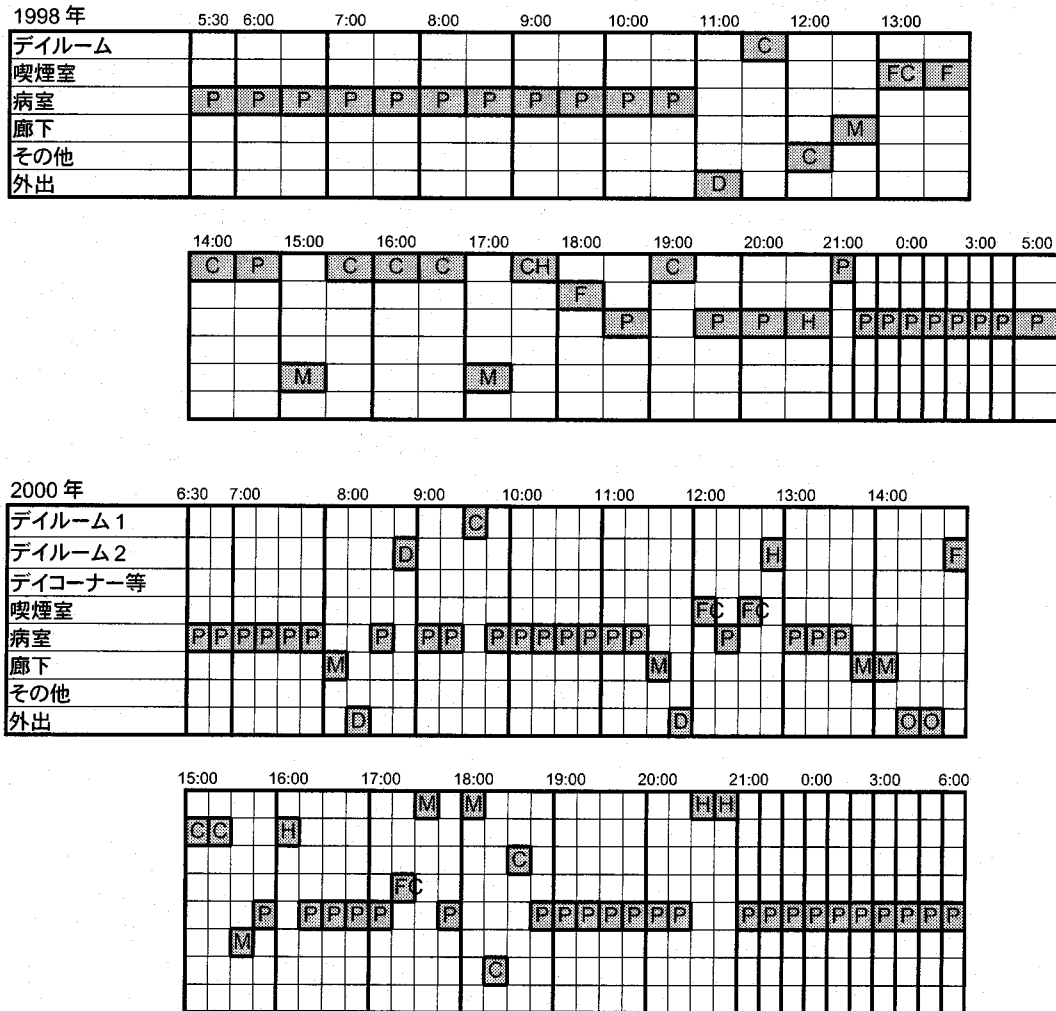


図 4-33 患者Bの1日の滞在空間とそこでの行為

(4) 患者C

この患者はB館5階から新館7階に移行した。行為タイプは「無活動型」から「個人的活動型」に変化した。滞在空間タイプについては「プライベート型」で変わらない。2000年は「鑑賞・趣味」の割合が6.8%から39.0%へと大幅に増加し、その分、「個」の割合が減少した。滞在空間では、大きな変化はみられないが、僅かに「病室」の割合が増え、「ダイルム」、「廊下」が減少している。「鑑賞・趣味」は1998年、2000年とも「病室」で行われているが、新館に移って、より病室内によりプライベートな空間を確保しやすくなったことにより、自分の「鑑賞・趣味」の時間をより多く持てるようになったということであろう。趣味の内容にもよるが、病室内の空間整備の重要性をあらためて示しているといえる。滞在空間だけをみると、病室に籠りがちということになるが、行為と合わせて判断すると、活動に広がりが見られる。83歳と高齢であるにもかかわらず、新しい環境に適応し、比較的よい方向に変化しているといえるのではないだろうか。

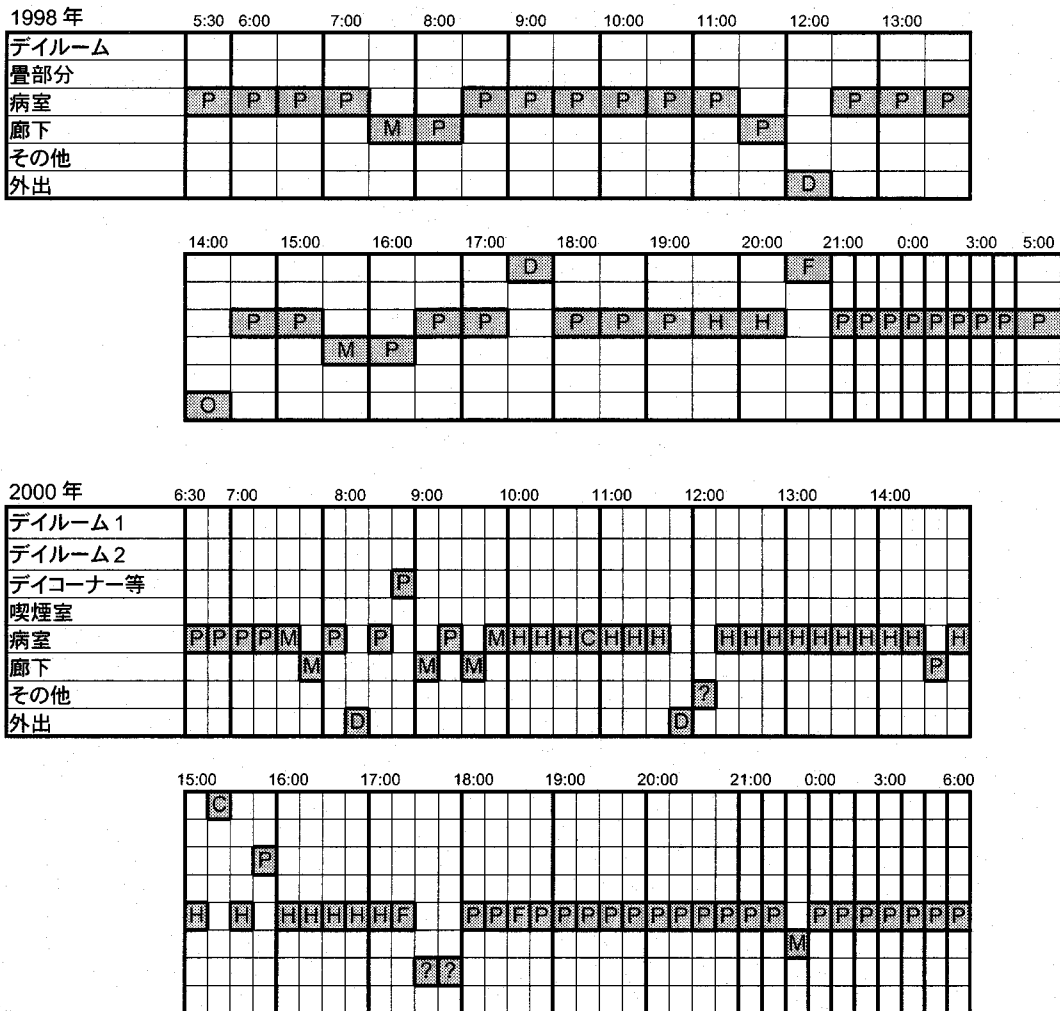


図 4-34 患者Cの1日の滞在空間とそこでの行為

(5) 患者D

患者Cと同じく、1998年のB館5階から、新館7階に移動した患者である。「鑑賞・趣味」の行為が大幅に増え「個」が減少し、行為タイプが「無活動型」から「個人的活動型」に変化している点も同じである。滞在空間については、1998年は83.1%と1日のほとんどを「病室」で過ごすしていたのが42.4%へと半減し、「デイルーム」や「デイコーナー」で過ごす割合が増加しており、滞在空間タイプは「プライベート型」から「セミプライベート型」へと変わった。図 4-35から、1998年は「病室」以外では、僅かに「昼部分^{注10)}」で過ごしていたが、2000年には、「デイルーム」、「デイコーナー」、「病棟外」など、さまざまな空間を利用していることがわかる。また、この患者の場合は、増加した2000年の「鑑賞・趣味」は「デイルーム2」で行われている点が、患者Cと異なる。行為タイプは同じように「無活動型」から「個人的活動型」に変化しているが、滞在空間の違いが滞在空間タイプの違いとして現れている。

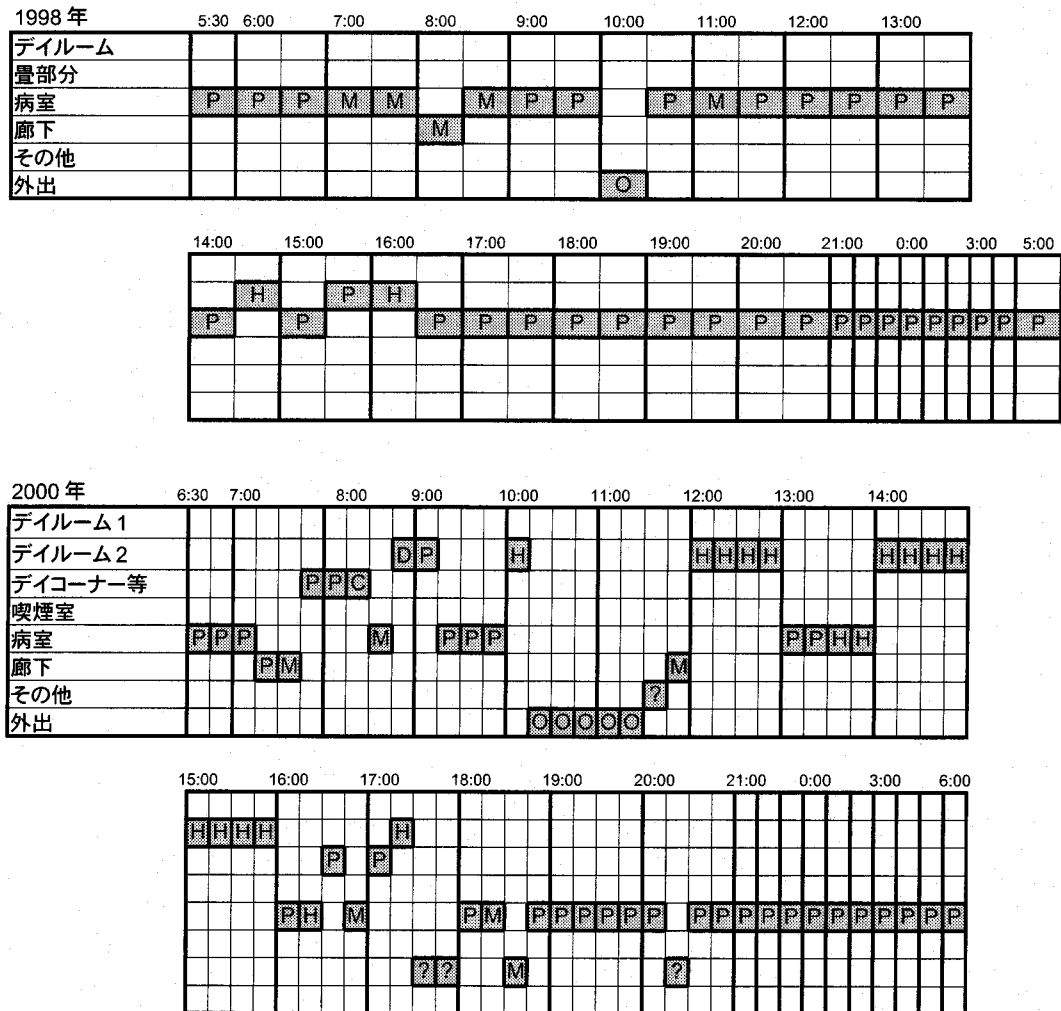


図 4-35 患者Dの1日の滞在空間とそこでの行為

(6) 患者E

B館3階から新館6階に移行した患者である。行為タイプは「対人的活動型」から「無活動型」に変化し、滞在空間タイプは「セミプライベート型」から「プライベート型」に変わった。

1998年の調査においても、「個」や「病室」の割合が高く、あまり動きのみられない患者であったが、2000年には、「鑑賞・趣味」が減少して、「個」がさらに増加した。また、滞在空間についても、1998年には「病室」に次いで多かった「デイルーム」での滞在(22.0%)がほとんどなくなり、「病室」が増加している点が目立つ。特に1998年はデイルームの「畳部分」で「鑑賞・趣味」を行っていることが観察されたが、2000年は「デイルーム」、「デイコーナー」をほとんど利用しておらず、この患者にとっては新しい「デイコーナー」等は、「鑑賞・趣味」には向かない空間なのではないかと考えられる。また、「病室」では行為をみると、2000年は1日のほとんどをベッドで過ごしており、ほぼ「個」であった。

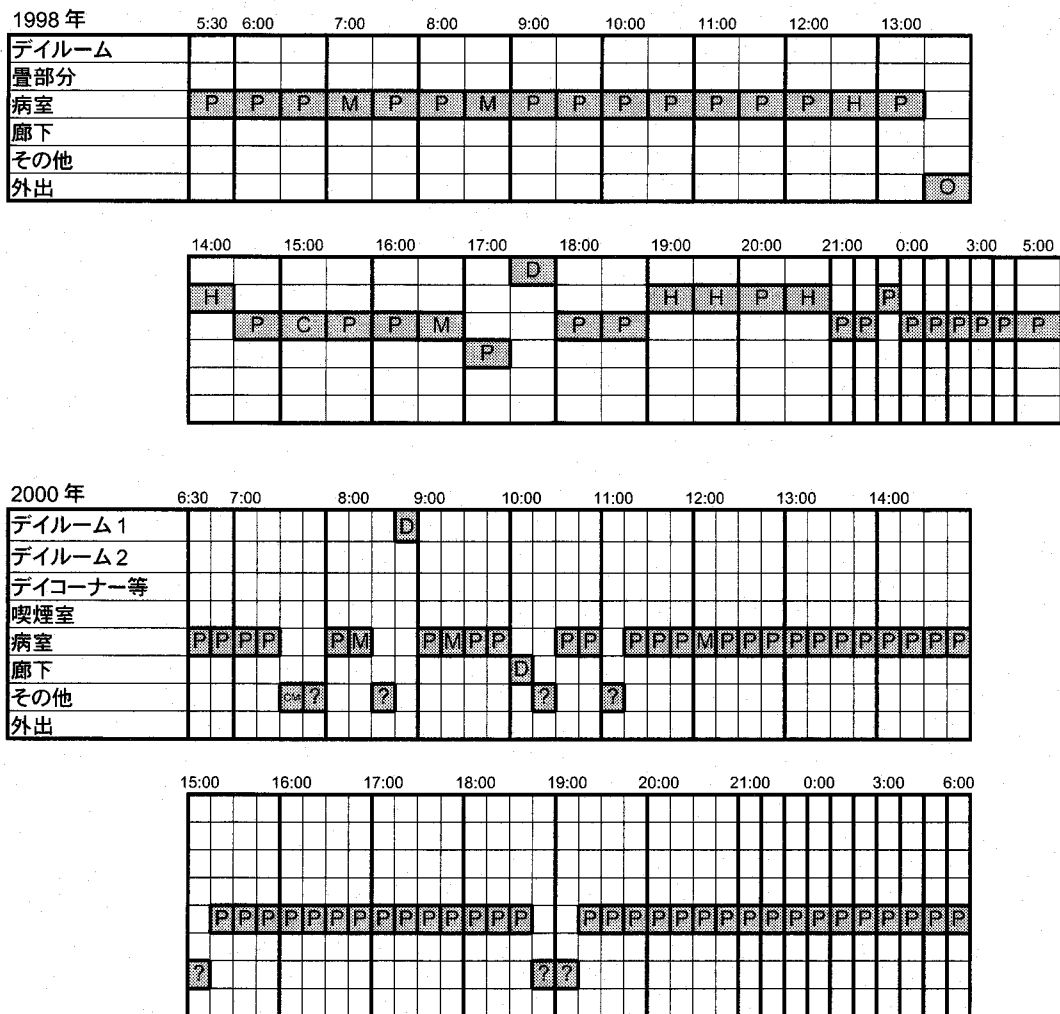


図 4-36 患者Eの1日の滞在空間とそこでの行為

(7) 患者F

1998年、2000年ともにA館2階に入院していた患者である。A館2階の定員が1998年の96名から、1999年の新館完成時に60名に削減され、患者密度が減少した。この患者は行為タイプが「対人的活動型」から「平均的活動型」に、滞在空間タイプは「病棟外型」から「プライベート型」に変化している。患者Aと同様に話をするのが好きとヒアリングで答えていたが、行為タイプの変化も同様である。病棟の他の患者の移動のために、話し相手がいなくなったと考えることもできよう。行為についてみると、1998年は「移動・支度」(26.2%)および「外出」(32.8%)がともに、他と比較して極めて大きく、対照的に「個」が非常に少なかったが、2000年には「移動・支度」、「外出」とも大幅に減少し、「個」は倍増した。また「義務的」行為の増加も特徴的である。滞在空間については「病室」がやや増加し、「病棟外」が減少した。図4-37で1日の行為および滞在空間の変化をみると、1998年においては、日中、支度などの用事以外であまり「病室」に滞在しておらず、「外出」の割合が多かったが、2000年には「個」で「病室」に滞在する時間が増加している。この変化は、第3章でみたA館2階における患者集団としての傾向とは異なる方向であるといえる。また、1998年、2000年とも滞在位置を頻繁に変える、非常に動きのある患者である。

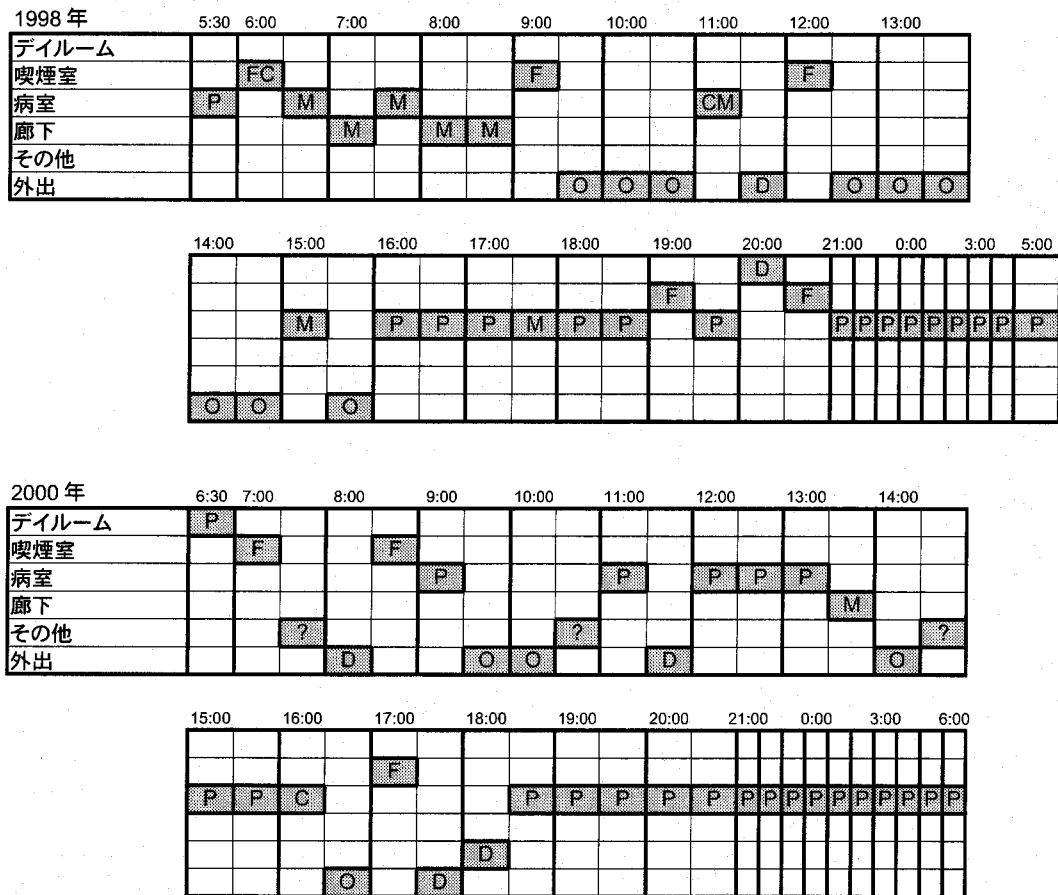


図 4-37 患者Fの1日の滞在空間とそこでの行為

(8) 患者G

1998年、2000年ともにA館4階に入院していた患者である。A館4階も、A館2階と同様に定員が96名から60名に削減されている。2年間の調査を行った7名の調査対象患者のうち、この患者のみが行為タイプ、滞在空間タイプともに変化がみられなかった。行為タイプは「無活動型」、滞在空間タイプは「セミプライベート型」である。また各行為割合、滞在空間割合についても、ほとんど変わっていない。1998年、2000年ともに、病室で布団をかぶって横になっている姿がよく観察され、ダイルームを使用するのは食事、服薬などの定められたスケジュールとその直前のみであった。この患者のように、空間を積極的に利用していないタイプの患者にとっては、特に環境が変化しても、その影響は第三者から観察できるような形では現れないということも考えられる。

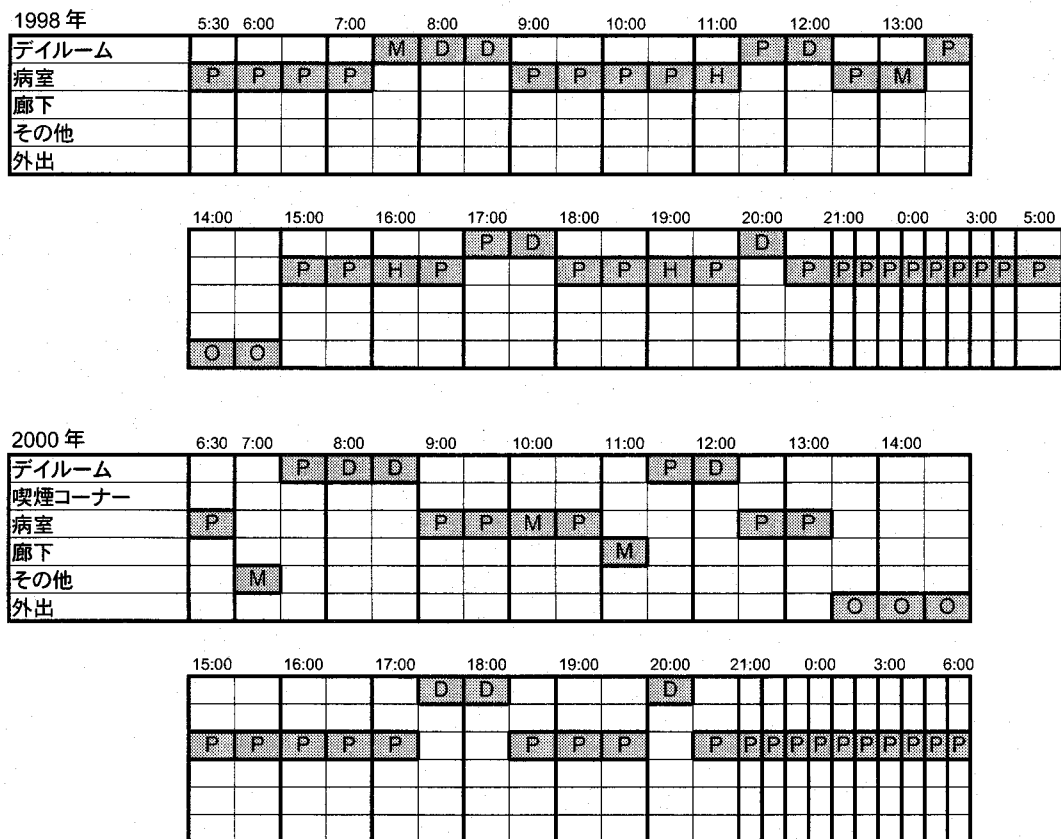


図 4-38 患者Gの1日の滞在空間とそこでの行為

4.7 まとめ

本章では、精神科病棟入院患者の個々の属性等をヒアリングにより調査し、また患者の追跡調査により1日の患者行動を調べ、両者の関係から病棟空間のあり方を探った。以下に、本章で明らかになった点を述べる。

(1) 患者へのヒアリング調査から

1) 病棟の中で好きな場所としては、大部屋の病棟、4床室・個室からなる病棟共に、病室、次いでデイルームが挙げられた。病棟における楽しみとしては、読書、音楽鑑賞などの個人的な行為が比較的多く挙げられたが、話をする、ゲームをするといった対人的な行為の割合は少ない。

2) 入院患者の喫煙率は、全国平均と比較すると男子で約1.8倍、女子で約2.5倍と極めて高い。また閉鎖病棟よりも開放病棟の方がやや喫煙率が高く、急性期病棟と療養病棟との比較では特に差異はみられない。

3) 病棟に対する不満について、入院患者の半数近くは特に不満を感じていない。不満として最も多いのは喫煙室の狭さと、分散型の便所配置の新館では便所が少ないという不満が多い。便所に関しては、近年一般病棟や入所型の老人福祉施設等において、リハビリやアメニティの観点から分散型便所とする例が多くみられるが、精神科病棟においては異なった視点による計画が必要とされるものと思われる。

(2) 患者の追跡調査から

1) 患者行動の分析を元に、1日の中で患者が行う様々な行為の割合、滞在する空間の割合から患者の類型化を行い、行為タイプ、滞在空間タイプ共に5種類に分類することができた。最も多く見られる患者のタイプは、1日の70%を寝る、徘徊するといった個人的な行為が占め、活動が少ない[無活動型]、かつ60%以上を病室で過ごす[プライベート型]で、全患者の1/4を占める。

2) 患者の年齢、性別、入院履歴といった各属性と患者行動の間にはそれぞれ関連がみられることが明らかとなった。以下に個別に結果をまとめる。

3) 男女間の差異として、女性の場合は1人で過ごす行動タイプが多く、男性は比較的活動的である。また女性は病室を好み、男性は病室外の空間を好む傾向がある。病棟を男女別とする場合には、例えばより外出しやすい低層部に女子病棟を配置するといった、活動性に合わせた対応が考えられよう。

4) 年齢に関しては、高くなるほど病室で過ごす傾向が高まり、70歳以上の患者は、1日のほとんどを他者との関わりを持たずひとりで過ごす場合が多い。入院患者の高齢化が進んだ場合、体力の低下などへの対応を考慮することも重要であろう。また入院期間については、入院から半年までの間は比較的趣味的な活動に費やす時間が多いが、5年以上入院している患者ではほとんどみられない。長期入院による患者の変化も社会復帰を困難にする一因であることが示唆され、病棟内に様々な活動のための空間を用意することが必要ではないかと考えられる。

5) 生活の自立度については、ひとりではほとんど自立した生活ができない(生活自立度1)患者が、全体の半数近くを占める。生活自立度の高い患者ほど、ひとりで行うことので

きる趣味を持っている場合が多い。

6) 面会の頻度の多い患者の方が、より活動的なタイプに属する場合が多い。特に週1回以上の面会がある患者の場合、比較的活動的な患者が半数を超える。面会の頻度はある程度、社会との繋がりを示すものと考えられるが、面会がほとんどないグループの患者には病棟外で過ごすことの多いタイプの患者が多くいることは、患者が社会との繋がりを求めているものとも考えられ、その重要性を指摘することができる。デイケアや、売店等病棟外で患者が利用する機能を、より外部との繋がりの感じられる部分に配置するなどの工夫が考えられる。

7) 喫煙者の方が非喫煙者よりも活動の多いタイプが多い。喫煙者は非喫煙者と比較すると、喫煙室の利用をきっかけにコミュニケーションが発生する可能性が高くなり、より行動に多様性が生まれるのであろう。

8) 何らかの楽しみとすること、すなわち趣味を持つ患者は、特に趣味を持たない患者と比較すると、活動的なタイプに属する場合が多い。病棟内で様々な趣味を続けていくことができる空間を用意することが必要であると思われる。

(3) 2年の継続的な追跡調査から

1) 病棟環境のうち、病棟の空間構成などの変化が、多くの場合、患者の行動に様々な変化をもたらすことがわかった。その変化は活動が増加する場合と、減少する場合の両方がある。また、第3章で病棟の患者を一つの集団とみなした上で考察を行ったが、患者を個別にみた場合、必ずしも集団としての変化の方向と同じ方向に変化しているとは限らないことがわかった。入院患者の属性が多様であるために、全体的な分析に加えて個別の患者に対する分析が不可欠であろう。

2) 旧館から新館への移動は、大部屋から4床室・個室へ、また古い病棟から新しい病棟への変化であり、患者密度も減少するなど、空間構成としては望ましい方向への変化であるといえようが、旧館にいるときは多く見られたコミュニケーションが、移行後ほとんどみられなくなった患者もおり、環境の変化が患者に与える影響の大きさを図り知ることができる。今後、精神医療や社会情勢の変化などに伴い、病棟環境の改善のために建替えや改修が多く行われるであろうが、その際には空間構成の変化による影響についても十分検討する必要がある。

3) かなり長期の入院患者においても、移行によって行動が変化することがわかった。長期入院の患者は、社会復帰が非常に難しいといわれるが、病棟環境の変化により、改善の可能性もみられたことは非常に興味深い。

注

1) 日本精神科看護技術協会による生活自立度を示す。生活自立度は患者の生活能力の状態に応じて、下記の1～4に分類される。

- 1.自分ではできない
 - 2.自分でできることもあるが、できないことが多い
 - 3.自分のことは大体できるが、自主的な行動には問題が残る
 - 4.自主的な行動はかなりとれるが、社会適応には問題が残る
- 2) 入院患者へのヒアリング調査については1人10分程度行った。回答の内容については、患者によって質問に対する理解度に格差がある可能性、また質問の方法により回答を誘導し、正確な回答が得られない危険性があることは否定できないが、可能な限り、そういった問題を排除するようヒアリングを行った。
 - 3) 第3章 表3-4を参照のこと。
 - 4) 個別調査の対象患者は136名であったが、調査当日に外泊中であった患者、観察室などに入って自らの意思で自由に病棟内を歩き回ることはできなかった患者、「不明」な場合が2時間以上あった患者、1998年の対象患者のうち、2000年の対象とはならなかった患者についてはクラスター分析の対象から外した。
 - 5) 各行為の分類については第3章を参照のこと。
 - 6) デイルーム、喫煙室、面会室、読書室等をいう。
 - 7) 廊下、および廊下に面した新館のデイコーナーをいう。(第3章 図3-2参照)
 - 8) 病室をいう。
 - 9) 本調査は、1998年、2000年とも各1日ずつ調査を行った。当然のことながら、調査対象患者も日により体調や気分が異なり、それによって1日の行動が変わってくる。従って、より精度の高い分析を行うためには、可能な限り長期間に渡って追跡調査を行い、平均的な生活の形態をそれぞれの患者ごとに導き出すことが必要であろう。しかし本調査で得られた、ある振幅を持った生活の中の1点を示すデータであっても、ある程度その患者の各時点での生活を反映しているものと判断した。現実には調査のために、見ず知らずの他人が何日も病棟を歩き回することは、患者にどれほどストレスをかけることになるかもわからず、治療上の影響を考慮した場合、そうした調査を実施することは極めて困難であろう。
 - 10) B館病棟のデイルームの一角に設けられた畳敷きの部分を指す。第3章 図3-3を参照のこと。

参考文献

- 1) 河口豊、長澤泰、小滝一正、蜂矢英彦：新しい精神病院・保健施設、ソフトサイエンス社、1990
- 2) 新福尚隆編：『精神医学・医療の国際比較』、こころの科学 第109号、日本評論社、2003.5

第5章 喫煙室の利用実態とその座席数の規模計画

5.1 はじめに

1960年代以降、世界的に喫煙問題への対策の必要性が叫ばれ、1989年には世界保健機構(WHO)の総会において「たばこに関するWHOの行動計画」が決議され、その後、各国において様々な活動が実施されている^{文1)}。日本においても1995年に公衆衛生審議会から「たばこ行動計画検討会報告」^{文2)}が意見答申され、さまざまな施策が進められつつある^{注1)}。なかでも喫煙場所を設けて、それ以外の空間では禁煙とする「空間分煙」という手法が、1996年に「公共の場所における分煙のあり方検討会報告書」^{文3)}および労働省(当時)の「職場における喫煙対策のためのガイドライン」^{文4)}において提唱されたことから、最近では公共の場所での分煙対策が進み、喫煙室や喫煙スペースが目につくようになってきた。

いうまでもなく公共空間は最終的には全面禁煙とされることが望ましい。特に医療施設においては、1978年に厚生省(当時)が直轄の国立病院等に喫煙場所を設けるよう通知し、さらに、1984年には同省が一般の医療機関に対して喫煙場所の制限等について通知をしている^{文5)}。前述の報告^{文2)}においても、病院等は「禁煙原則に立脚した対策を確立すべきである」とし、喫煙場所を設置する場合であっても「十分な換気に配慮をする等、分煙の徹底を行うべきである」とされている。しかし、日本の病院の喫煙対策の実際は、現在においても空間分煙、特に喫煙場所を完全に分割された喫煙室とする空間分割^{注2)}は遅れているのが現状である^{注3)}。つまり、全面禁煙に至るまではまだ時間がかかると思われ、次善の策としての分煙化が重要となる。しかし、喫煙室や喫煙スペースは最近の病院新設や建替えに伴って設置され始めたことから、計画学的研究は今だなされていない。

そこで本章では、精神科病棟および一般病院外来に設置された喫煙室の利用実態を明らかにすること、さらには、その規模計画を考察することにより、病院の喫煙室の計画に有効な知見を得ることを目的とする。

特に精神科患者にとっての喫煙は、ストレスを発散させる効果が重視され、治療に有効であるとされており、一般の喫煙とは異なる意味を持つものとして評価されている。さらに、喫煙室は防災面からの考慮も要する部屋である^{文6,7)}。従って精神科病棟における喫煙室のあり方を探ることは意義深い。一般病院における喫煙室に関しては、上述したように全面禁煙になった時点で喫煙室の役割は終わるものとみられることから、時限付きの知見となろう。しかし、本研究では、精神病院に加えて一般病院における喫煙室をも対象として比較考察を試みる。

5.2 研究の対象と方法

(1) 研究対象の選定

研究対象として精神病院と一般病院の2種類を対象とする。これは、上述のように喫煙

室の役割が一般病院と精神病院で異なると思われることに加えて、外来患者の利用が多い一般病院と、入院患者の利用が多い精神病院における、各喫煙室の使われ方の差異を検討しようと考えたことによる。精神病院としては第3章、第4章でも調査対象としたA病院の精神科新館病棟(以下A精神科病棟とする)、および一般病院としてT市立病院とO大学医学部附属病院(以下O病院とする)を調査対象とした。いずれも、近年に建設された病院施設であり、喫煙室があらかじめ設けられている^{注4)}。

喫煙室の概要は図5-1の通りである。A精神科病棟は9階建てで、各階1カ所ずつ完全分煙型の喫煙室が設けられている。喫煙室内には中央に机があり、そこに灰皿がおかれ、

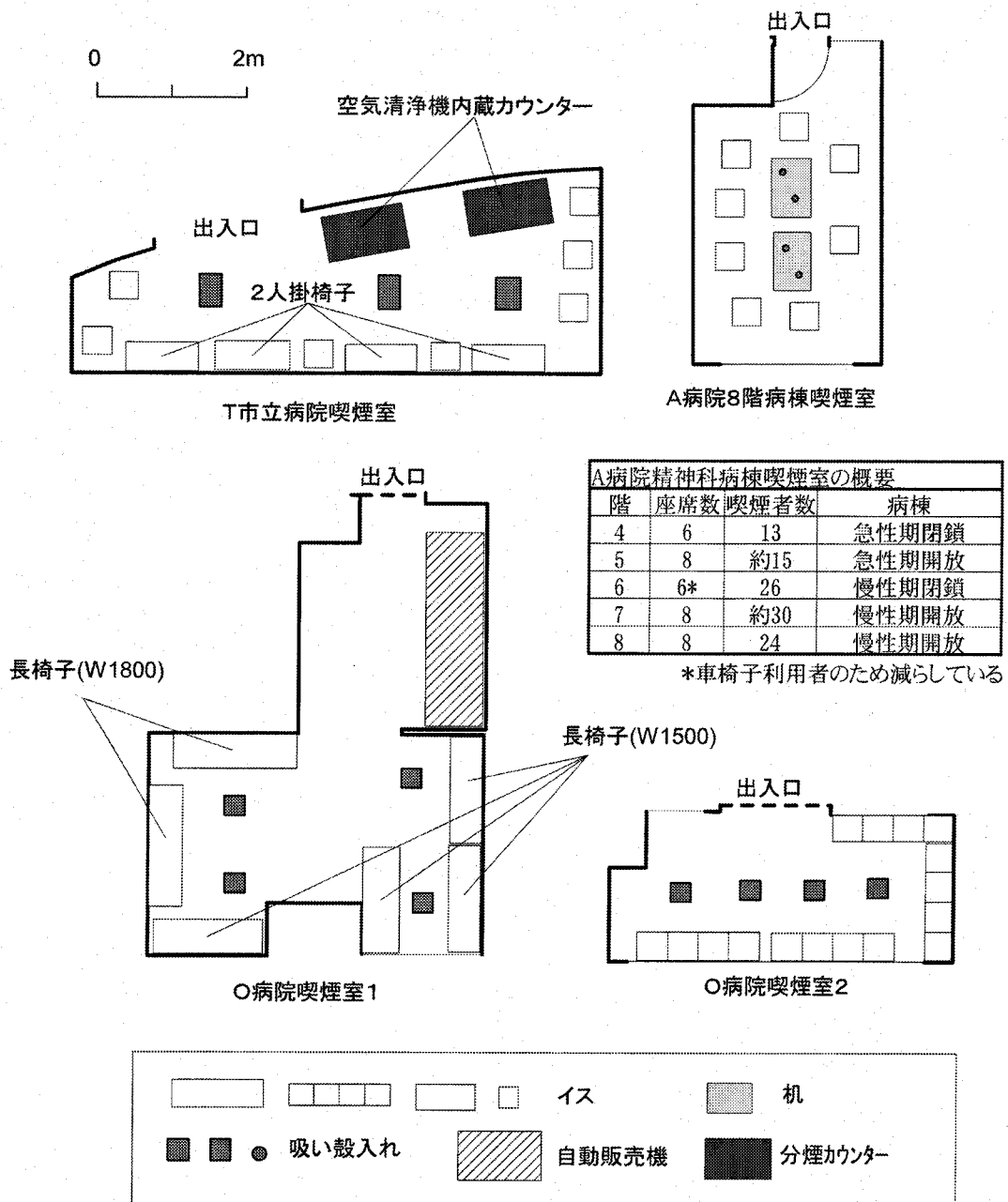


図5-1 喫煙室の平面図

イスがその周囲にある^{注5)}。O病院とT市立病院の喫煙室はいずれも1階のエントランスホール近くに位置し、外来患者と入院患者共通のスペースとなっている。

なお、利用者はほとんど患者である^{注6)}ことから、本調査は患者専用の喫煙室の実態とみなしても差し支えないと考える。

(2) 研究方法

喫煙室内での患者の行動調査を基に利用実態を明らかにし、さらにその結果から座席数の規模算定に関するモデル分析を行い、適正な喫煙室座席数の検討を行う。

a) 実態調査

調査は調査員による現地での観察調査を主とし、以下に示す主調査と補足調査からなる。調査日時などは表 5-1の通りである。

<主調査:利用時間・座席位置などの実態調査>

利用者の性別、入室時刻、退室時刻(秒単位)を記録した^{注7)}。それと並行して、着座位置を30分ごとに記録した。一般病院外来では10:30から17:00までの間、30分間調査と30分間休憩を繰り返した。A精神科病棟では7:30から19:00までの間、同様に行った^{注8)}。

<補足調査:喫煙室内の行動調査>

喫煙に関する補足調査として、12月3日のO病院での調査のみであるが、12:30～13:30と14:00～16:10の時間帯の利用者の中から、ランダムに対象者を選定し、利用者の性別、入室時刻、同時入室者の有無、たばこ点火時刻、たばこ消火時刻、喫煙本数、退室

表 5-1 調査の概要

喫煙室名称 (カッコ内は面積)		入院患者数 (人/日)	外来患者数 (人/日)	調査日時 (1999年)
O病院	喫煙室1 (13.1 m ²) ¹⁾	約 900	約 2,000 [8:30～15:00] ⁴⁾	6月25日(金) 10:30～17:10
	喫煙室2 (10.2 m ²)			9月16日(木) 10:30～18:10
				12月3日(金) 12:30～16:10 ⁵⁾
				6月30日(水) 10:30～17:10
				9月17日(金) 10:30～17:10
T市立病院	喫煙室 (16.4 m ²)	約 520	約 1,500 [8:00～16:00]	6月17日(木) 10:30～17:10
				9月21日(火) 10:30～17:50
A精神科病棟	4階 (8.2 m ²)	25 ³⁾	/	11月12日(金) 7:30～19:10
	5階 (8.7 m ²) ²⁾	42		11月11日(木) 7:30～19:10
	6階 (11.3 m ²)	59		11月10日(水) 7:30～19:10
	7階 (11.3 m ²)	59		11月9日(火) 7:30～19:10
	8階 (11.3 m ²)	56		11月8日(月) 7:30～19:10

- 1) 自販機コーナー(8.1 m²)は除く。
- 2) 5階には屋外にも喫煙スペースがある。
- 3) 観察室・保護室の患者は除く(以下同じ)。
- 4) []内は外来受付時間を示す。
- 5) 補足調査は、この日のみ実施(他の日は主調査のみを実施)。

時刻、行動を記録した。

b) 待ち行列理論によるモデル分析:

a)の実態調査の結果をもとに、到着間隔分布や滞在時間分布をモデル化した。そして、喫煙室の利用行動に待ち行列理論が適用可能であるか検討した後に、当該理論により適正座席数を算定し、実際の座席と比較検討を行い、喫煙室における適正規模の算出に関して提案を行った。

5.3 一般病院外来における喫煙室の利用実態

(1) 利用者の到着数の時刻変動

喫煙室の利用者数の時刻変動の一例を図 5-2に示す。調査した病院では、午前中から昼にかけて外来患者が受診のために訪れるので、この時間帯で利用者がピークとなっている。O病院の外来患者の滞留のピークは、文8、9)などに指摘される昨今の外来患者の滞留のピークである10:30～11:00に、ほぼ対応しているといえる。なお、O病院では午前中は喫煙室1は外来患者が、喫煙室2は入院患者がそれぞれ多く、午後から外来患者が減少すると、入院患者が両方を使うようになる。一方、T市立病院では昼休み後も利用者が増加している。これは、外来患者の利用が診療時間終了の17:00まで続くことによるものと考えられる。

また、男女の割合は、時間帯や利用者数によって多少の変動があるが、おおむね7:3程度である^{注9)}。

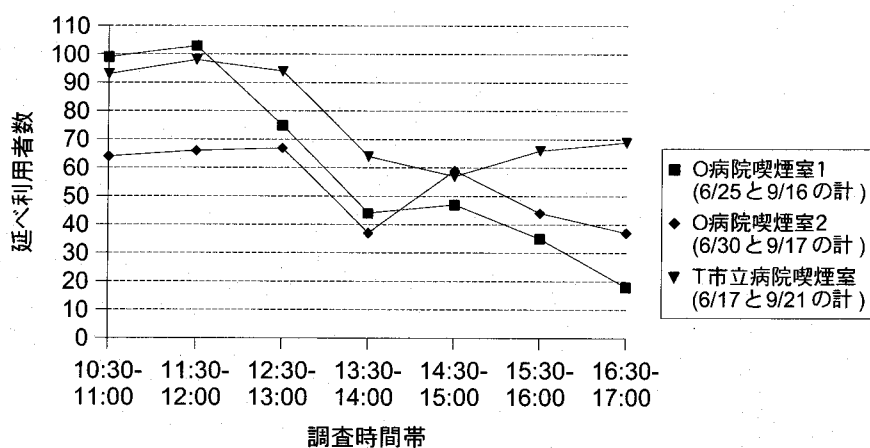


図 5-2 利用者の時刻変動

(2) 喫煙室内での行為の実態

補足調査として喫煙室内の利用者を観察した結果を表 5-2に示す。この表よりわかったことは以下の通りである。

a) 喫煙本数

利用者の多く(82.2%)は1回の入室における喫煙は1本であり、その喫煙時間(点火から消火までの時間)は3.0分である。また、2本以上になると、滞在時間も長くなり、喫煙以外の行為を行うことが多い。

b) 同時入室数

入室時の人数を見ると、一人のケースが全体で74.0%と最も多い。また、複数で入室すると、会話しながら喫煙することが多く、滞在時間(入室から退室までの時間)も長くなる。

c) 喫煙室内の行為

喫煙のみの方は42.5%と半数を割っており、その場合の滞在時間は3分以下と喫煙時間に近い長さである。

d) 患者の特徴

外来患者の特徴は、①一人で入室する割合が高い、②会話をする人が少ない、③滞在時間の短い人の割合が高い、など煙草を吸うことが主目的であることに対応している。また入院患者の特徴としては、①複数で入室する人も少なくない、②同伴者の有無にかかわらず会話している人の割合が高い、③滞在時間のばらつきが大きい、ことが指摘できる。

表 5-2 喫煙室内の利用実態(O病院喫煙室1^{*3})

		人数 (人)	割合 (%)	滞在時間 (分)	入室～ 点火まで の時間 (分)	点火～ 消火まで の時間 (分)	消火～ 退室まで の時間 (分)	
全 体		73	100.0%	5.91	0.58	3.26	0.80	
喫煙 本数	0本	2	2.7%	7.81	-	-	-	
	1本	60	82.2%	4.58	0.57	3.03	0.84	
	2本以上	11	15.1%	13.39	0.63	3.84	0.44	
同伴 人数	1人で入室	54	74.0%	5.12	0.57	2.93	0.89	
	2人以上で入室	19	26.0%	8.13	0.63	4.02	0.56	
行為	喫煙のみ		31	42.5%	2.87	0.27	2.48	0.12
	喫煙 以外 ^{*2}	話す	19	26.0%	4.13	0.63	4.02	0.56
		飲む	14	19.2%	7.54	1.46	3.42	0.50
		食べる	3	4.1%	8.11	0.50	3.42	0.65
		読む	6	8.2%	10.29	0.73	3.48	6.08
		書く	3	4.1%	11.07	1.41	3.13	0.22

*2 : 重複あり。

*1 : 時間は全て平均値である。

*3 : 調査日時: 12月3日, 12:30～13:30と14:00～16:10。

(3) 滞在時間

図 5-3に滞在時間の分布を30秒間隔で示す。最頻値は3分程度であるが、かなり右に長く裾を引く形の分布になっている。これは、3分というのが煙草を1本吸う時間にほぼ相当

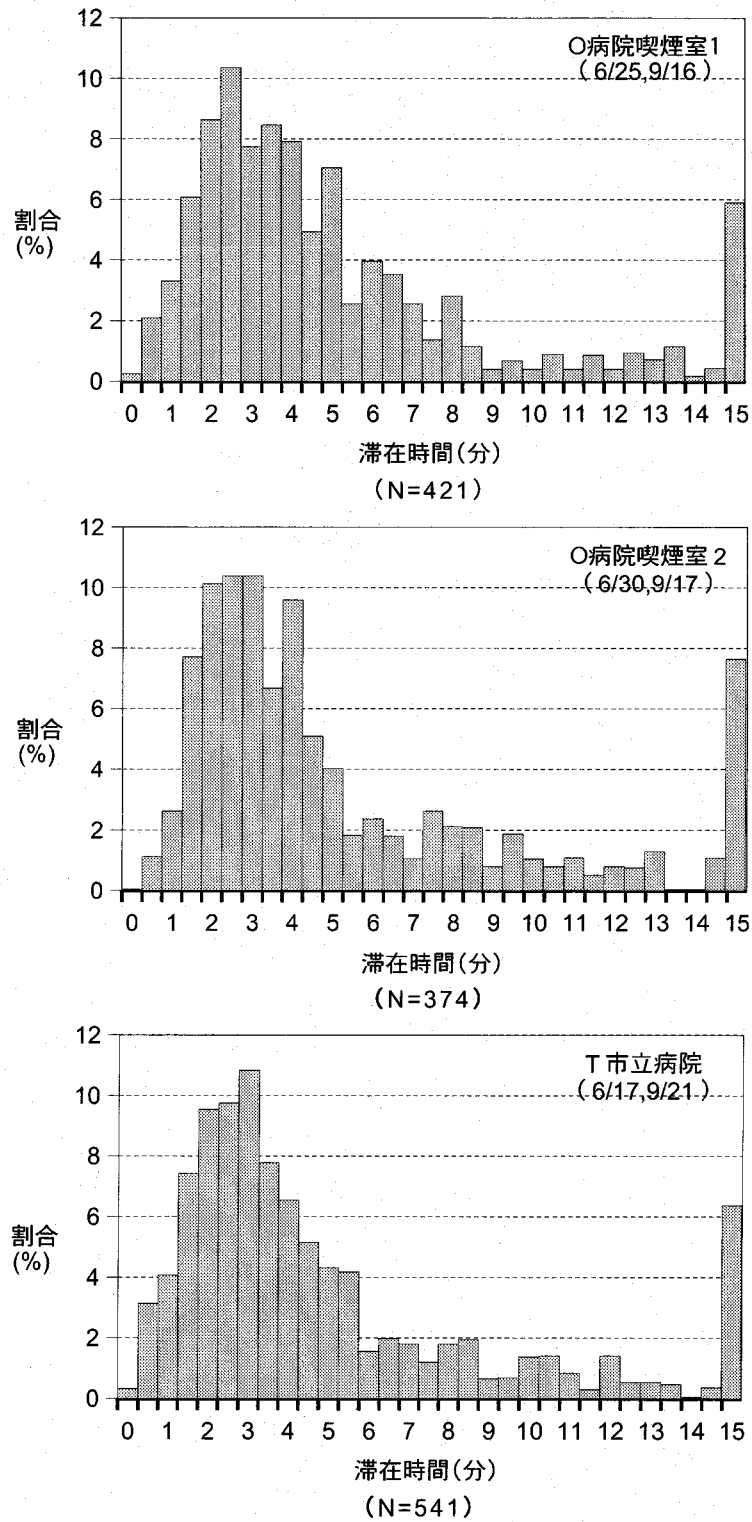


図 5-3 一般病室の喫煙室における滞在時間分布
(データは調査時間内10:30~17:00のもの)

表 5-3 各喫煙室別における滞在時間の統計値

名称		平均値 (分)	滞在時間分布の 最頻値* (分)
○病院	喫煙室1	6.44	2.5～3.0
	喫煙室2	6.09	2.5～3.0, 3.0～3.5
T市立病院	喫煙室	5.81	3.0～3.5
A病院 精神科	4階病棟	7.88	4.0～4.5, 5.5～6.0
	5階病棟	11.96	3.0～3.5, 4.5～5.0
	6階病棟	5.38	3.0～3.5
	7階病棟	6.71	4.0～4.5
	8階病棟	6.74	3.5～4.0

*最頻値は30秒間隔の階級で示している。

し、多くの利用者に該当すること、一方、(2)でみたように、喫煙以外の行為を行っている場合に長時間滞在になっていることを反映した結果であると考えられる。なお、表 5-3には後述の精神科病棟の結果をあわせて統計値を一覧表にしたので参照されたい。

(4) 座席の占有状況

各座席の調査時間内における延べ利用者数を集計した結果を図 5-4に示す。車イス利

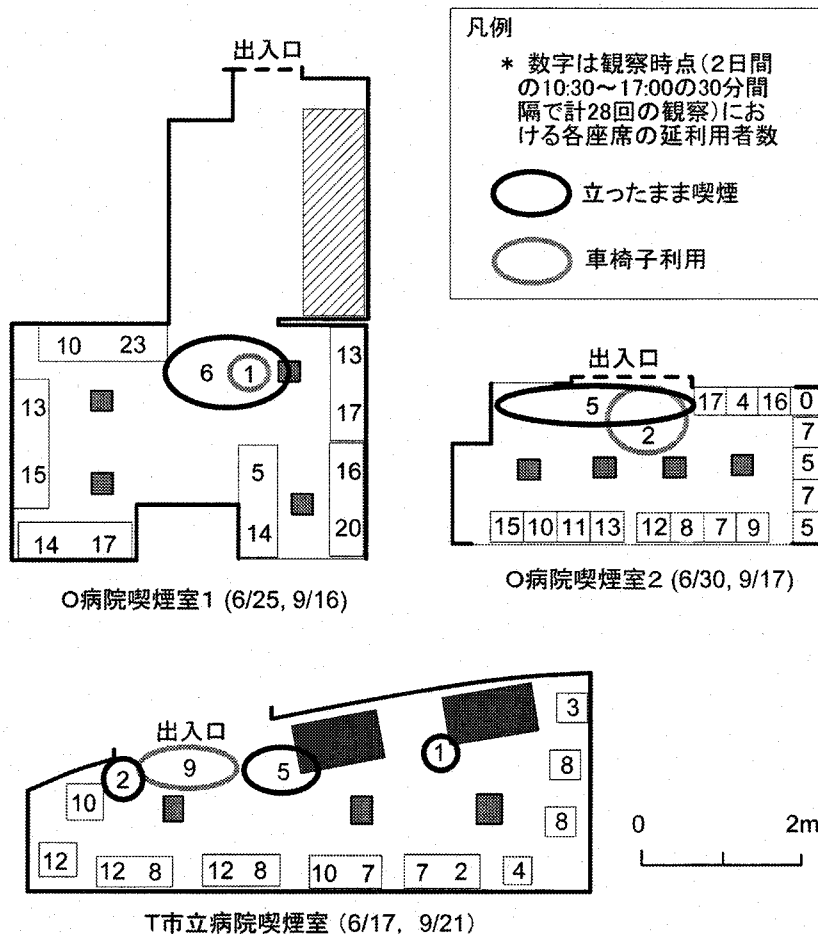


図 5-4 一般病院外来の喫煙室における座席の占有状況

用者や立ったままの利用者については範囲を設定して、その中央位置に人数を記している。利用者により占有時間が異なるので厳密な座席占有の程度とは異なるが、利用されやすい座席の傾向は以下のとおりである。

- 1) 出入口に近い座席ほどよく利用されている。
 - 2) ある程度のパーソナルスペースを確保するためか、隣の人とはある程度離れて座ろうとする傾向がみられる。
 - 3) 車イス利用者は出入口付近で喫煙することが多い。これは喫煙室内の通路部分が車イスに対応した幅になっておらず、中まで入れないことが原因と思われる。
 - 4) 立ったままの利用者は、出入口付近あるいは壁際で喫煙する。
- さらに、個々の喫煙室を細かく見ると、以下の通りである。
- 5) O病院喫煙室1:特に奥まった座席はないので、各座席の占有に偏りはほとんどない。それでも多少奥まった席の利用はやや高い傾向にある。また、3人掛けに3人が同時に座っていることは観察調査時には見られなかった。
 - 6) O病院喫煙室2:連続した16座席があるが、その全てが埋まるということは観察調査

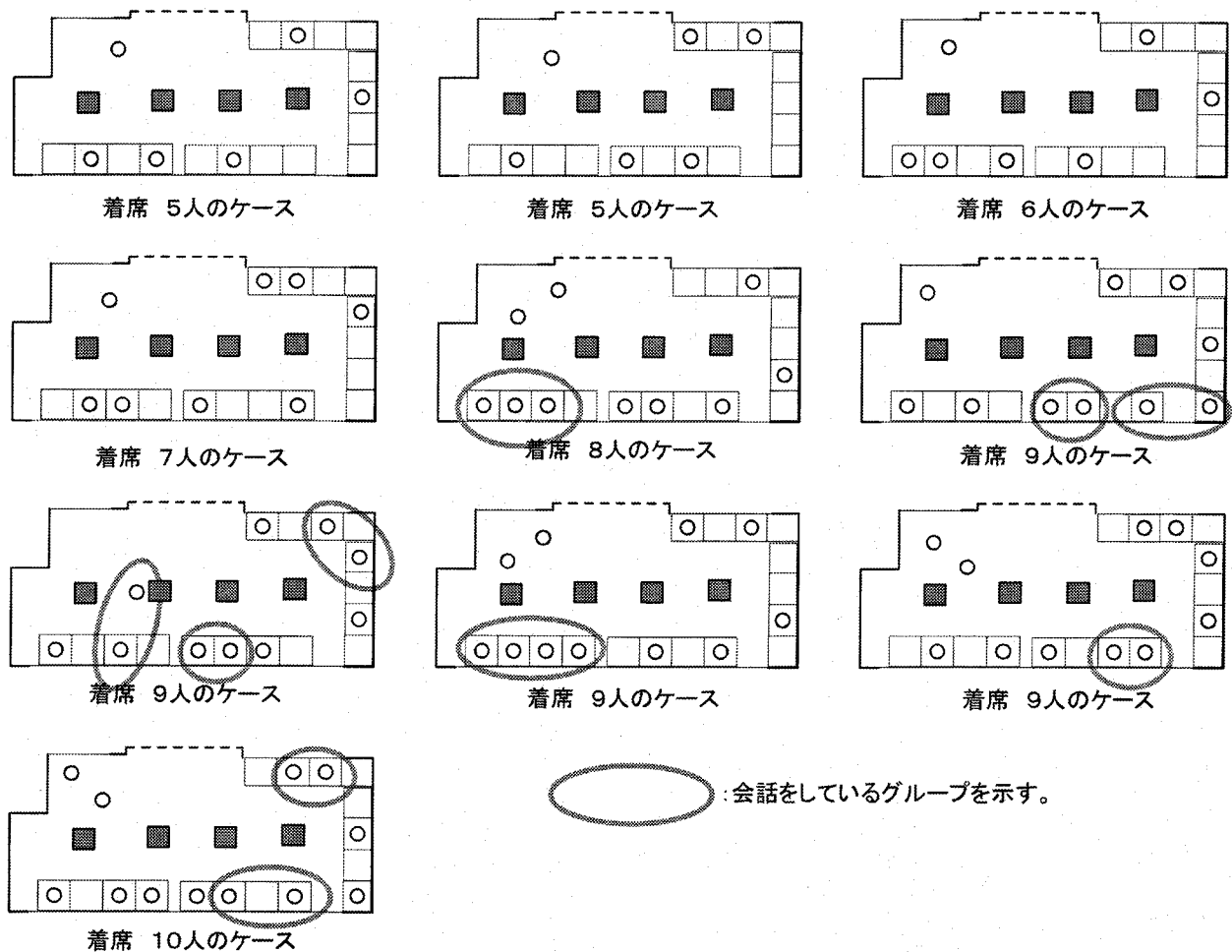


図 5-5 O病院喫煙室2における着席しない利用者が出現した時点の座席占有状態の事例 (9/17)

時にはなかった。図 5-5に座席占有の一例を示す。5、6人が滞在している場合には、個々の患者が分散して座席を占有している。それ以上になると、次に来室した人は立ったまま喫煙する傾向が観察された。また、7人以上になるのは会話が成立するグループが席を詰めている場合である。

7) T市立病院:1人掛けのイスと2人掛けのイスが組み合わされているので使い分けができ、さらに2人掛けのイスには肘掛けが付いている。これらのことから、席を空けて座ろうとする(または立とうとする)傾向はあまり見られない。また、車イス利用者の割合が高いが、出入口付近が狭いので、車イス利用者が中まで入ることができない場合、車イス2、3台が出入口をふさいでいる場合も観察された。

5.4 精神科病棟における喫煙室の利用実態

(1) 喫煙室利用者の行動について

図 5-6に、A精神科病棟における延べ利用者率(=単位時間内の延べ利用者数 / 座席数)の時刻変動を示す。1日の行動スケジュールが決まっているためか、利用者数はこれに対応して変動する。例えば、食事時間帯には延べ利用率は低い一方、食事直後の30分間は延べ利用率が高い。

基本的には利用者は入院患者のみであるので、会話する人が多い等、一般病院の入院患者の利用実態と似ている。ただし、A精神科病棟は高層棟で喫煙室が各階にあることから、少人数で長時間利用されている点が異なる。さらに、観察調査からわかった一般病院外来と異なる精神科病棟の喫煙室での利用状況の特徴としては、

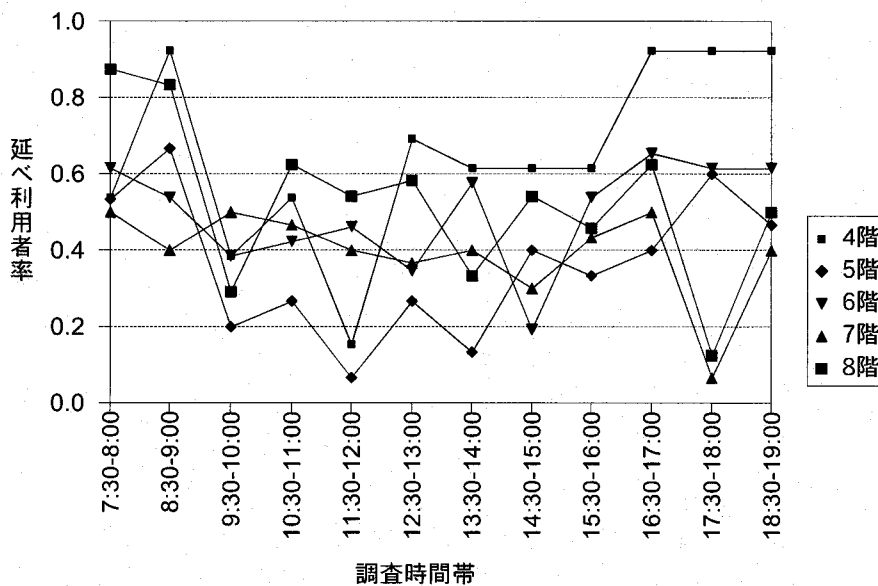


図 5-6 A病院精神科病棟喫煙室の述べ利用者率の時刻変動(11/8-11/12)

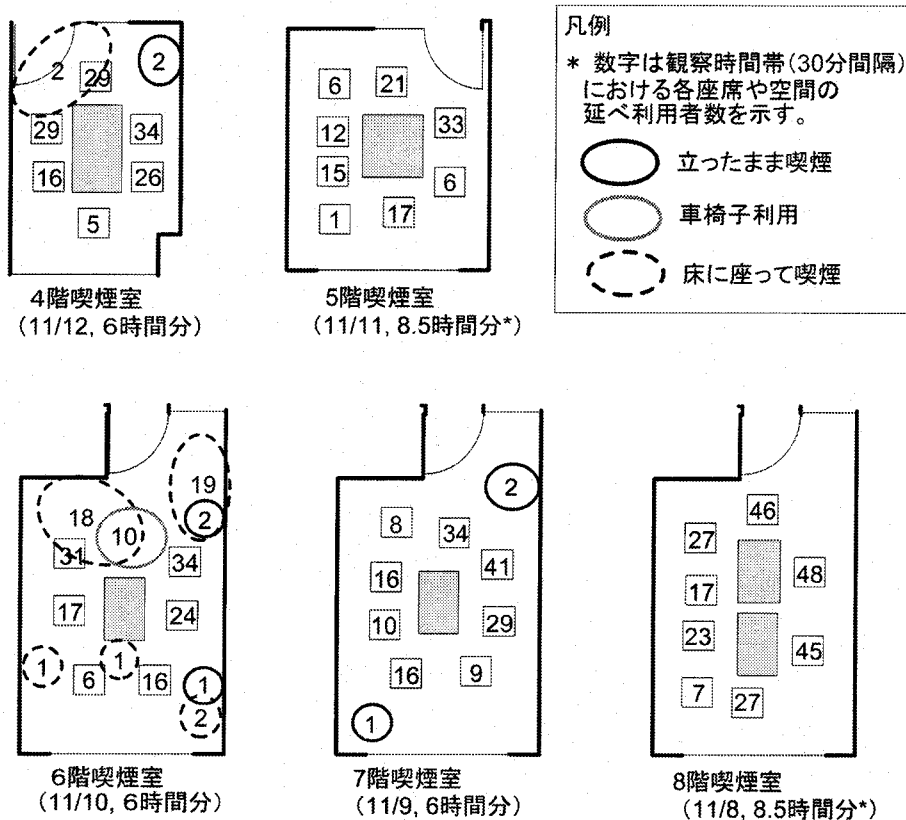
- 1) 短時間に何度も出入りする患者がいる、
- 2) 動作がゆっくりしている患者が多いためか、滞在時間の長い患者がみられる、
- 3) 床に座って喫煙する患者がみられる、

などである。また、喫煙室が混雑していれば別の時間に利用し直すなど状況に応じた利用の仕方が観察された。

(2) 座席の占有状況

各座席の占有状況を図 5-7に示す。この図からわかったことは以下の通りである。

- 1) 座席は出入口に近い方がよく使われる傾向にあり、奥の席は利用されにくい。ただし、一般病院外来での結果ほど明確ではない。
- 2) 出入口ドア横にガラス窓があることから、図 5-7の右側(南側)座席は通路から内部が見えるが、左側座席は室に入らないと見えない。そのような状況の下、右側の座席利用が多い。
- 3) 各階で<立ったまま喫煙>や<床に座って喫煙>が見られる。床に座って喫煙する者は出入口付近に多い。
- 4) 特に6階で床に座る患者が多いのは、イスの数が少ないことが一因と思われる。また、



* 5階と8階は調査時間が長い(詳細は本文調査方法を参照)。

図 5-7 精神科病棟における座席の占有状況

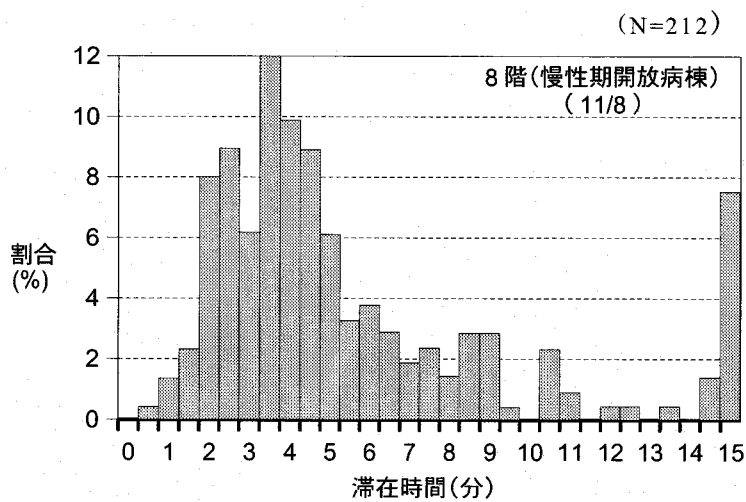
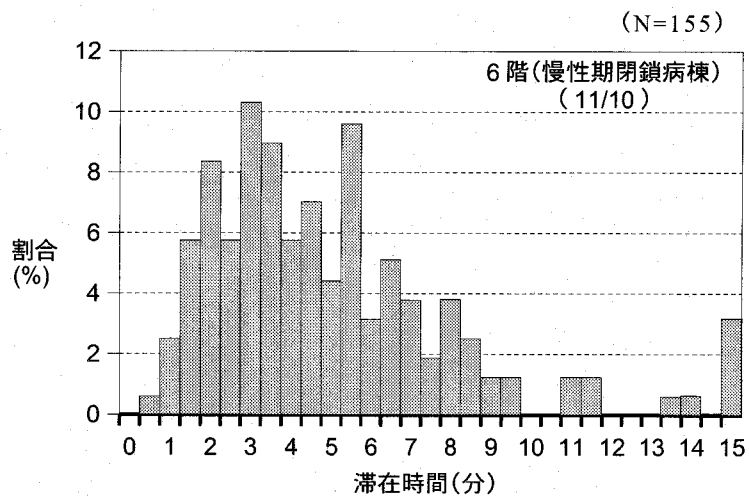
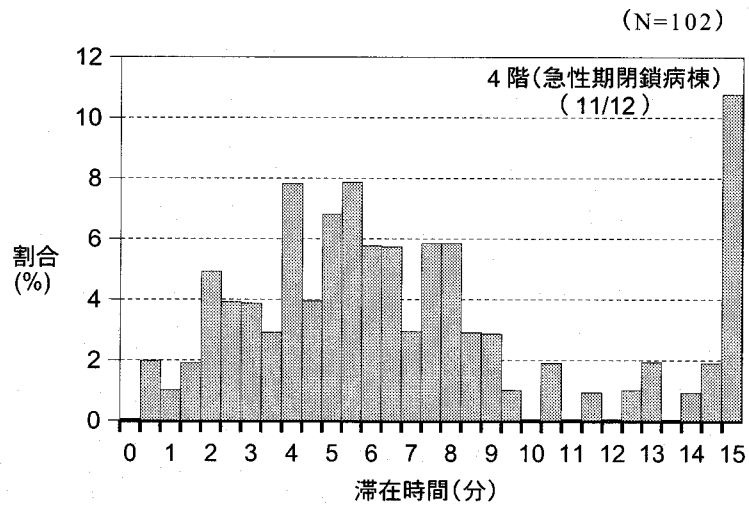


図 5-8 精神科病棟の喫煙室における滞在時間分布
(データは調査時間内7:30~19:00のもの)

座席を占める患者が多い場合には、出口付近の床に座り込む患者が多く見られ、空いている座席が増えると、奥の床にも座り込む患者がみられた。

5) 毎回、同じ場所に座る患者もいる。

(3) 滞在時間

A精神科病棟での滞在時間の分布の一例として、4、6、8階病棟の調査結果を図 5-8に示す。これらより、先に述べた一般病院外来の喫煙室と比べて滞在時間のピークが長い方にあり、かつ15分以上の長時間利用も目立つことがわかる(表 5-3の一覧表も参照されたい)。これは入院患者でかつ喫煙者である者が少数で顔見知りであることから、喫煙以外の会話などの行為が起りやすいためと考えられる。喫煙室の環境としても、机を囲んでイスを配置していることが会話を誘発しているものと思われる。

また、各階において使われ方が若干、異なっている。これは病棟により患者の状態が異なる(図 5-1参照)ことの影響もあろうが、平面計画の違いも影響していると考えられる。例えば5階には喫煙室とは別に屋外の喫煙スペースがあることから、長居することへの抵抗が少ないものと考えられる。また、6階は車イス利用のために座席数を8席から6席に減らしている。そのために利用者の回転が早いのか、滞在時間は最も短い。

5.5 喫煙室の座席数の規模算定

(1) 待ち行列理論の適用について

待ち行列理論には、①利用者が待ち行列をつくるもの(待時式のモデル)と、②待ち行列をつくらない、すなわち窓口がふさがっていれば次の到着者は立ち去ると考えるもの(即時式のモデル)に分かれる。トイレの便器の規模算定^{文10,11)}のように待時式と考えてよい場合とは異なり、喫煙室は、上述の実態調査からわかるように、待時式と即時式の間であるとされる。そこで安全側^{注10)}をとって即時式モデルで検討を試みる。

(2) 利用者の到着間隔分布

まず、一般病院外来及び精神科病棟において喫煙室に到着した人数^{注11)}の割合の対数を縦軸に取り、30秒間隔で到着間隔の分布を調べると図 5-9のようになった(精神科病棟については4、6、8階のみを示す)。図 5-9より、到着間隔は指数分布であると言えることから、利用者の喫煙室への到着はランダムな現象である^{注12)}。

ただし、A精神科病棟における到着間隔は、一般病院外来ほど明瞭な指数分布にはならなかった。特に4階の喫煙室において、ばらつきが著しい。これは、データ数にも関係するが、①入院患者ということで短時間に何度も出入りする患者がいること、②1日の行動スケジュールがあることなどが影響しているものと考えられる。

(3) 利用者の利用時間分布

一般に待ち行列理論では、利用時間分布はアーラン分布(式5-1)を仮定する。特に $k = 1$ の場合は指数分布(式5-2)となり、マルコフ性を持つことから待ち行列理論において扱いが容易になるとされる。

$$g(x) = \begin{cases} \frac{(\lambda k)^k x^{k-1}}{(k-1)!} e^{-\lambda k x}, & x > 0 \\ 0, & x \leq 0 \end{cases} \quad \text{----- (5-1)}$$

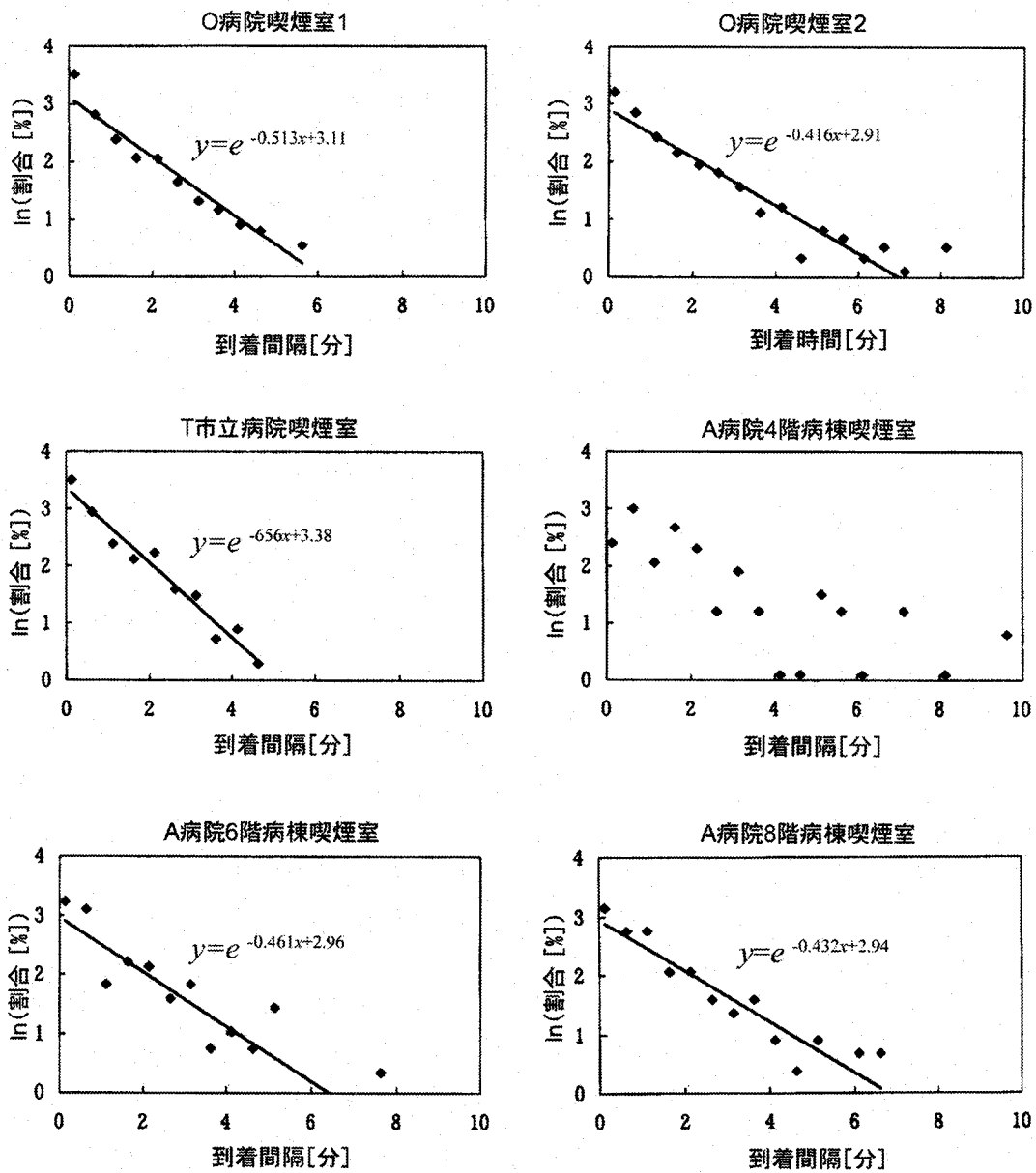
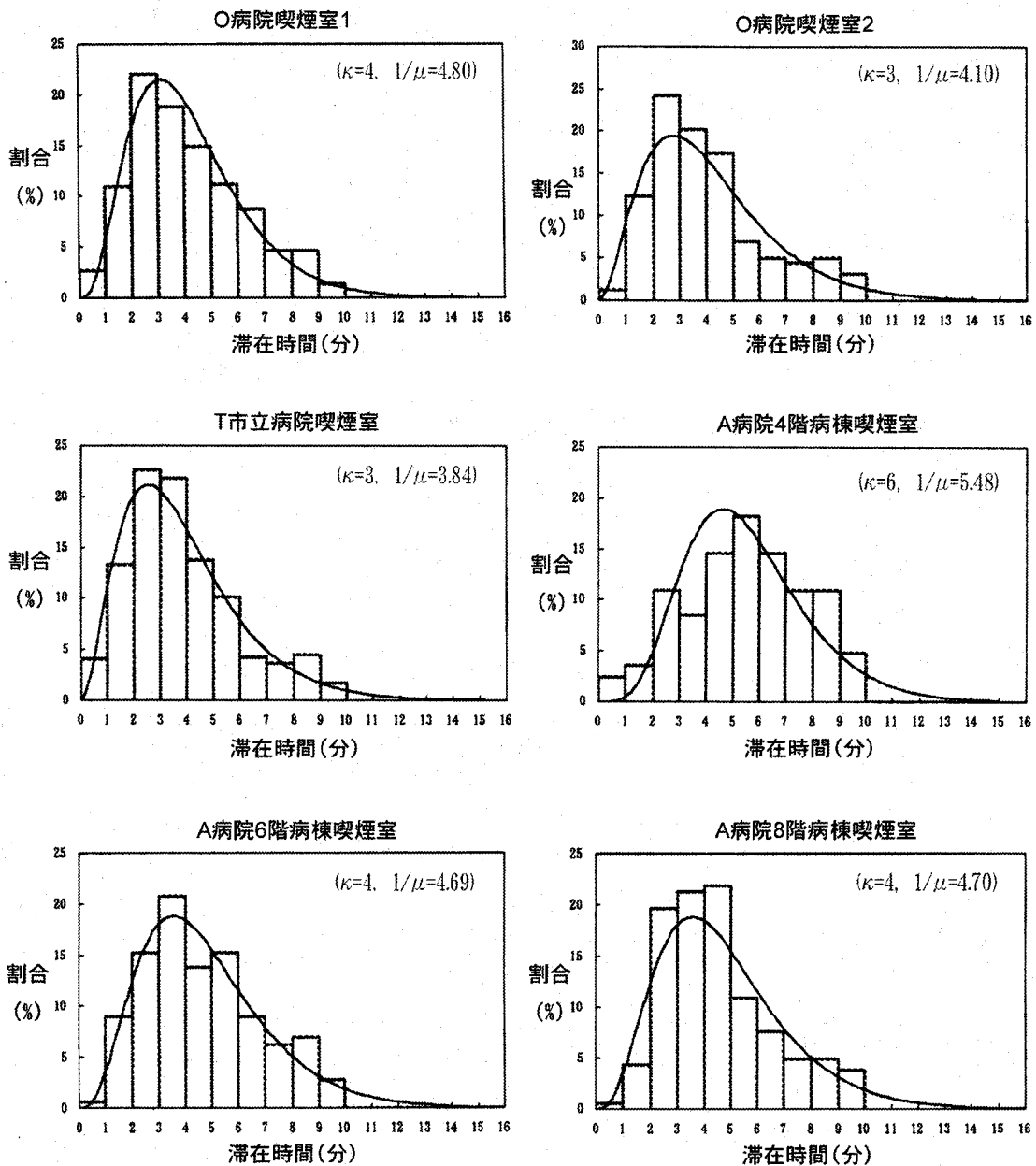


図 5-9 喫煙室への到着間隔の分布 (データは全調査時間のもの)

ただし、 $k = 1$ のとき

$$g(x) = \begin{cases} \lambda e^{-\lambda x} & , x > 0 \\ 0 & , x \leq 0 \end{cases} \text{----- (5-2)}$$

となって、指数分布となる。図 5-8 の実際の滞在時間分布を見ると長時間の方にはかなり裾を引くので、直接データからアーラン分布のパラメータを求めると実際の分布に対応しな



* 図中の曲線は全てアーラン分布であり、()内はパラメータ。
 ** データは全調査時間のもので、かつ $t < 10$ のもの。

図 5-10 喫煙室での滞在時間分布

い。そこで、滞在時間(t)がある値(T :これを滞在時間境界値とする)未満のデータについてのみ考えることにすると、次第にアーラン分布に近づき、 $T = 10$ 分とすると、最もよくアーラン分布に一致することがわかった。図 5-10に一般病院外来と精神科病棟4、6、8階の結果を示す。

(4) 待ち行列理論による適正座席数の算定手順

以上の結果をもとに、座席数を器具数と考えて待ち行列理論の適用を試みる。なお図 5-8、5-10をみる限り、そのままでもアーラン分布が適用可能と思われるが、ここでは10分未満と10分以上について分けて考えることとし^{注13)}、10分以上は長時間利用者として割増し座席分を考える。座席数算定の手順は以下の通りである。

①喫煙室滞在時間を t 、滞在時間境界値(T)を10分とし、 $t < T$ の場合について平均滞在時間($1/\mu$)、到着率(λ)を求め、平均同時滞在人数($a = \lambda/\mu$)を算出する。

② $t < T$ の人に対する適正座席数(S_1)を岡田^{文12)}が示している算定図表により求める。ここで評価基準となるあふれ率(P_s)としては $P_s = 0.01$ を採用した。あふれ率は、窓口が全部ふさがっていて客が立ち去る確率にあたる。なお、算定においては、安全側^{注14)}をとって滞在時間分布は指数分布であると仮定している。

③ $t < T$ の人数の全人数に対する割合(x)から、 $t \geq T$ の人に対する座席数(S_2)を比例配分で求める。すなわち、

$$S_2 = S_1 \times (1-x)/x \text{ ----- (5-3)}$$

この S_2 は、前述のように長時間滞在者への割り増し分である。

④ S_1 と S_2 の和 $S (= S_1 + S_2)$ が求める適正座席数である。

(5) 実際の座席数との比較検討

利用者が多い時間帯と全調査時間帯について、それぞれ喫煙室の適正座席数を求め、実際の座席数と比較したものが表 5-4である。なお、利用者の多い時間帯とは、30分の各観測時間帯のうち利用者数の多い3ポイントとした。これは一般病院では午前中の外来患者の診療時間帯に該当する。個々の喫煙室についてみると、

1) O病院喫煙室1:3人掛けの長イスには2人しか座らないという実態から、実際の座席数を12席と見なすと、利用者の多い時間帯には3席程度不足していることになる。

2) O病院喫煙室2:実際の座席数は16席と多いが、実際の利用は最大10人までで、規模算定による数とほぼ一致している。

3) T市立病院喫煙室:算定結果は14席、実際の座席数は15席とほぼ一致している。

4) A精神科病棟喫煙室:各階とも実際の座席数と算定結果はよく似た値となった。ただ

し、4、6階は1、2席不足している。これは、4、6階のみ床座の患者が見られることに関係しているのではないと思われる。

以上、表 5-4の結果をみる限り、適正座席数と実際の座席数は近い値になっていることがわかる。ただし、これは現在の座席数が適正であるという解釈も可能であろうが、むしろ利用者、特に入院患者が喫煙室の混雑状況に対応した利用の仕方をしているためと考えられる。すなわち、喫煙室の座席数は、トイレの器具数などとは異なり、柔軟性がきわめて高いと見なせよう。

表 5-4 待ち行列理論による適正座席数の算定結果

		平均同時滞在人数 (a) ($T^* = 10$)		算定座席数 (S_1) ($T = 10$)		$t \geq 10$ での 利用者比率 (x)		$t \geq 10$ での割り増し 座席数 (S_2)		算定した適正座席数 (席) ($S = S_1 + S_2$)		実際の 座席数 (席)
		全時間帯	利用者の多い時間帯	全時間帯	利用者の多い時間帯	全時間帯	利用者の多い時間帯	全時間帯	利用者の多い時間帯	全利用時間帯	利用者の多い時間帯	
O 病院	喫煙室 1	3.59	5.64	9	13	0.87	0.90	2	2	11 (109)**	15 (80)	12***
	喫煙室 2	3.09	3.49	8	9	0.85	0.84	2	2	10 (160)	11 (145)	16
T 市立病院	喫煙室	4.24	5.21	10	12	0.86	0.87	2	2	12 (125)	14 (107)	15
A 病院 精神科 喫煙室	4 階病棟	1.25	1.82	5	6	0.80	0.78	2	2	7 (86)	8 (75)	6
	5 階病棟	0.59	0.83	3	4	0.60	0.59	2	3	5 (160)	7 (114)	8
	6 階病棟	1.89	2.59	6	7	0.94	0.88	1	1	7 (86)	8 (75)	6
	7 階病棟	1.55	2.21	5	6	0.82	0.84	2	2	7 (114)	8 (100)	8
	8 階病棟	1.68	2.76	5	7	0.86	0.82	1	2	6 (133)	9 (89)	8

* 滞在時間境界値

** ()内は充足率 (=実際の座席数 / 適正座席数 × 100%)

*** 長椅子 × 6

5.6 まとめ

本章では、病院の喫煙室の実態を明らかにすることを目的に3つの病院の喫煙室を観察調査すると共に、座席数については待ち行列理論を用いて検討を行った。その主たる結果をまとめると以下の通りである。

(1) 喫煙室の利用実態

1) 入院患者と外来患者では、利用者数の時刻変動、喫煙室内の行動等において違いが見られる。そして、喫煙のみの利用者とその他の行為を行う利用者では滞在時間が異なる。

2) 座席の位置によって利用のされ方が異なる。特に出入口付近の席が利用されやすい。しかし、煙が部屋の外に流出しやすいので、計画上は出入口近くにはイスを置かない方がよいと言えよう。扉を設ければ対応可能であろうが、さまざまな患者に対応できない。結局、室形状や分煙機器の効果的配置といった計画的に解決することが望ましく、そのためにはO病院喫煙室1のようにある程度の奥行きのある形態が望ましいと思われる。

3) 基本的には入院患者のみをみると、一般病院外来と精神科病棟では喫煙室の利用状況にそれほど相違はみられない。ただし、精神病患者特有の特性が喫煙室内においても見られる。

4) 車イス利用者を考慮した平面計画とするべきである。その意味では、出入り口付近を広くあけるといのは有効である。ただし、できれば車イスであっても、喫煙室の奥まで利用できるようにすることが望ましいと思われる。

(2) 規模計画の観点

1) 喫煙室利用者の到着間隔の分布は指数分布、滞在時間は長時間利用者を除くとアーラン分布に従う。つまり、座席数の算定に待ち行列理論が適用可能であると言える。実際には本論文のように同時利用率等のデータを調査などから得て算定すればよい。なお、長時間滞在者については割増し分として座席数を若干追加することが考えられる。

2) 待ち行列理論による規模算定結果は、実際の座席数に近いものとなった。これは、第1には計画が適正であったと評価できようが、第2にトイレの利用などとは異なり、喫煙室利用においては、当該喫煙室が混雑していれば別の時間に再度来室するなど、状況に応じた利用の仕方をする傾向が見られることが影響しているものと考えられる。つまり、混雑していたら入室をあきらめる、あるいは混雑してきたら先にいた患者が席を立つという、その利用時の状態に柔軟に対応した利用で同時利用率を低下させていると言えよう。したがって、今後さらに禁煙への取り組みを考慮する場合、喫煙室を計画する際には、本章で述べた方法で適正座席数を算定した上で、それより少なくするという規模計画上の試みも可能であると思われる。

(3) 今後の課題

上記(2)の2)の可能性を追求するには、規模を小さくして喫煙室での滞在時間を減少させるという建築計画上の手法^{注15)}、あるいは喫煙室での会話等を誘発して喫煙行為を減らすという運営上の手法など、禁煙に向けたさまざまな取り組みと併せて喫煙室としての空間条件の検討が必要と思われ今後の課題としたい。

注

- 1) 文2)では「国においては、公共の場における分煙のあり方について、施設の設置主体、施設の態様等に応じた分煙対策の実施に関する基本的な考え方及び配慮事項を提示すること等により、分煙対策を支援すべきである。」と指摘している。
- 2) 分煙方法には、空間全体を禁煙とする〈全面禁煙〉、ある時間帯のみを禁煙とする〈時間禁煙〉、場所を決めて喫煙を許可する〈空間分煙〉がある。さらに空間分煙は、分煙の効果の程度により、①完全に分割された喫煙室等の空間とする(空間分割と呼ぶ)、②エアカーテンやパーティション等で空間を区切り、その中で分煙機器により煙草の煙が外に出ないようにする、③喫煙コーナーを設けて、かつ分煙機器で煙草の煙を軽減する、④喫煙コーナー等を設置するのみ、に分かれる^{文3)}。

- 3) 山田ら¹⁴⁾は山形県の一地方を対象として、医療機関の喫煙対策について報告している。
- 4) 竣工年は、O病院が1993年、T市立病院が1997年、A精神科病棟が1999年である。なお、O病院では<喫煙室1>のみが当初から設置されていたが、利用者の増大に伴い<喫煙室2>が自動販売機コーナーの一部を転用して1999年3月に増設された。
- 5) 各階とも喫煙室は24時間利用可能であり、各自で煙草を管理している。ライターは4、6階では喫煙室内、それ以外の階では自主管理である。なお、病棟全体からみた平面の位置関係は第3章を参照されたい。
- 6) 職員の喫煙については、O病院では喫煙室2において数名の職員の利用が認められたものの、その大半が当該喫煙室以外の場所で喫煙している。T市立病院においても当該喫煙室の職員利用が全くないとはいえないが、職員専用の喫煙室が別に設けられており、A精神科病棟においても職員は職員専用スペースで喫煙するようになっている。
- 7) 一般病院外来においては外来患者が喫煙室利用の大半を占めることから、外来患者が利用している時間帯の問題を検証しようと考えた。一方、精神科病棟においては利用者が入院患者のみであることから、早朝から夕方まで可能な限り長時間調査を行った。また喫煙室1では、自販機利用のみで、すぐ退室した者は除いた。
- 8) 取得する利用者のデータ数が少ないと、規模計画のモデル分析においてデータの偏りが結果に影響を及ぼす懸念があるので、その場合には追加データ取得のため調査時間を延長した。すなわち、5階は午前中のデータが少なかったため、午後は休憩なしで計測している。また8階は、初日ゆえデータの取得状況の概略をつかむため休憩なしで調査した。
- 9) 男女別の総観察者数は、O病院喫煙室1で282:139、同喫煙室2で264:110、T市立病院で379:162であり、おおむね7:3である。
- 10) 即時式モデルでは、窓口が詰まっていた場合、到着者は利用しないで帰る。したがって、待ち行列を作ると仮定する待時式モデルより必要窓口数は多くなることから安全側となる。
- 11) 喫煙室の入り口に来たものの利用しないで立ち去った者は、利用の意志があるのか、知り合いを捜しに来たなど別の理由があるのか不明なので含めていない。しかし、無視できる程度の少数例であると考えた。
- 12) 厳密に言えば、ランダム性には以下の3条件が必要とされる¹³⁾。①定状性：利用者が到着する割合は、どの時点をとっても同一でなければならないこと。本研究においては、図5-2に示すように時刻変動は見られるものの、1日を合計して考えれば、ほぼ定状的とみなせるものと考えた。②独立性：利用者同士が影響を与えていないこと。本研究においては、入院患者同士の影響はある可能性があるが、あっても無視できる程度と考えた。③稀少性：複数の利用者が同時に到着することはほとんどないこと。これは表5-2に示す結果から、無視はできないが、少ないとみなした。
- 13) 煙草を1本吸う時間の目安として、煙草に火を付けそのまま手に持ってフィルター部分が全て燃え尽きるまでの時間は約10分を要する。したがって、10分以上喫煙室に

滞在しているということは、煙草1本吸うこと以外に何らかの行為を行っていると思なせる。これも、10分で区別する根拠である。

- 14) 実際の到着分布が指数分布 ($k = 1$) でなくアーラン分布 ($k > 1$) であれば、必要規模数は少なく済み、安全側となる(詳しくは文13)などを参照)。
- 15) A精神科病棟の一医師へのヒアリングによると、「喫煙室は、本来2倍の広さが必要だと思うが、狭いということで逆に喫煙を制限するよう誘導できれば良いと考えた。」という背景がある。

参考文献

- 1) 伊佐山芳郎:現代たばこ戦争、岩波書店、1999
- 2) たばこ行動計画検討会:同報告書、1995.3
- 3) 厚生省:公共の場所における分煙のあり方検討会報告書、1996.3
- 4) 労働省:職場における喫煙対策のためのガイドライン、1996.2
- 5) 林高春:病院における喫煙対策—民間病院での試み—、公衆衛生、Vol.50、No.4、pp.264-267、1986.4
- 6) 河口豊、長澤泰、小滝一正、蜂矢英彦:新しい精神病院・保健施設、ソフトサイエンス社、1990
- 7) 日本の精神病院、『こころの科学』第79号、日本評論社、1998.5
- 8) 新建築学大系編集委員会編:新建築学大系31 病院の設計、彰国社、2000
- 9) 長澤泰、鈴木毅、山下哲郎:患者の行動と認知を通して見た病院外来の考察、日本建築学会計画系論文報告集、No.452、pp.75-84、1993.10
- 10) 岡田光正:空間デザインの原点、理工学社、1993
- 11) 岡田光正:衛生器具の適正個数算定法(2)、空気調和・衛生工学、Vol.58、No.7、pp.79-91、1994
- 12) 岡田光正:建築計画学12施設規模、丸善、1970
- 13) 森村英典、大前義次:応用待ち行列理論、日科技連出版社、1977
- 14) 山田敬子、阿彦忠之:病院・一般病院における喫煙対策の現状、厚生指標、Vol.46、No.15、pp.16-20、1999.12

第6章 患者行動からみた外来の空間構成

6.1 はじめに

先ごろ地域における集中型のサービスを提供するACT^{注1)}の実験が開始される等、精神医療に関して厚生労働省では地域ケア、在宅介護といった病院外での支援体制を充実させるための整備を進めている^{注2)}。これは精神医療の場が病棟から病院外へと比重を移すことを意味する。第2章でみた通り精神科病床数の減少は、やがて我が国においても顕在化してこよう。その際、精神科の外来部門は、地域ケアや在宅介護とは異なる、医療を提供する施設として、その重要性を増すことになるものと考えられる。

また、一般病院におけるクリニカルパス^{注3)}の導入等による入院日数の短縮策の誘導にみられるように、病院においては、医療費総額の抑制のために、入院治療から外来治療へのシフトが新しい流れとなりつつある。これは入院治療が必要であった患者が、外来での通院による治療に切り替わるということであり、すなわち以前より症状の重い患者が外来に来るということに他ならない。この点からも外来治療は以前にも増して重要度が高まっているといえ、外来における患者環境の整備が非常に重要な課題となるものと考えられる。また、急速に進められているオーダリングや電子カルテといった情報技術の導入は、これからの外来診療の形態を大きく変化させる可能性がある。こうした変化は現在、主に一般科外来においてみられる状況であり、今のところ精神科外来では大きな動きにはなっていないようであるが、いずれは精神科外来においてもこうした新しい試みを取り入れられよう。その際には、これまでの外来空間の計画手法についても、そのあり方を見直す必要が生じるものと思われる。

一方、外来を患者環境の視点からみた場合、従来からの課題として、「待ち」にどう対応するかという問題がある。「待たせない外来」を実現することが情報技術の導入の一つの目標であろうが、そこに至るまでには克服すべき課題も多く、当分の間はいかに待たせるかということに焦点を当てることが重要であろう。特に精神科外来については、一般科とは状況が異なり、待合空間の環境が患者の精神状態に与える影響が大きいものと考えられ、患者のアメニティの視点からもより慎重な計画が求められるが、これまで十分に研究されてきたとはいえない。

こうした状況を踏まえ、本章では外来における患者の利用実態の調査を行い、精神科外来の現状を把握し、そのあり方を探ることを目標とする。

6.2 研究の対象と方法

(1) 研究対象の選定

精神科外来の利用実態を把握するために実態調査を行う対象として、大阪府下における精神病院から病床数等、規模の異なる3病院を、一般病院から2病院を選定した。調査対象病院の概要を表 6-1に示す。また各病院の外来周辺の平面図を図 6-2～6-9に示

表 6-1 調査対象病院の概要

病院種別	病院名	設立主体	病床数 (床)	精神 科病 床数 (床)	1日平均外 来患者数 (人/日)	調査日	調査時間	調査エリア	待合 座席数
精神病院型	W 病院	医療法人	505	505	198	2001年10月16日(火)	7:45-12:00	エントランスホール 外来待合	65 36
精神病院型	S 病院	医療法人	290	290	120	2001年10月23日(火)	8:30-12:00	外来待合	69
総合型精神病院型	A 病院	財団法人	1,243	995	820 (230*)	2001年11月22日(木)	7:45-12:00	精神科外来待合	80
総合病院型	O 大学 医学部 附属病院	国 (文部科学省)	1,076	52	3,325	2001年10月31日(水)	8:30-13:30	神経科・精神科外来外待	60
						2001年6月5日(月)	8:30-14:00	内科西外来・外待 内科西外来・中待 内科東外来・外待 内科東外来・中待	72 40 77 44
						2001年9月12日(水)	8:30-14:00	エントランスホール	212
総合病院型	M 病院	医療法人	499	0	1,572	2002年10月25日(金)	9:00-14:00	エントランスホール周辺 1階外来・外待 1階外来・中待 2階外待・外待 2階外待・中待	88 116 108 122 87

* ()内は精神科外来患者数を示す

す。なお、各平面図には、午前11時におけるプロット調査の結果を一例として示す。

W病院、S病院は共に中規模の精神病院型施設であるが、外来率はそれぞれ、0.39倍、0.41倍であり、平均値よりもやや高い^{注4)}。W病院は外来診察室が2箇所に分散しており、それぞれ「エントランスホール」と「外来待合」とした。

A病院は総合型精神病院型の施設であるが、精神科外来と一般科外来は別建物で完全に分離している。本研究では精神科外来のみ調査を行った。精神科外来の外来率は0.23であり、精神病院型施設の平均値に近い。

W病院、S病院の外来受付時間は9:00～11:30で予約制をとっていない。またA病院は、原則予約制で、受付時間は8:30～11:30である。

総合病院型施設であるO大学医学部附属病院(以下O病院とする)では、神経科・精神科、内科西外来、同東外来、エントランスホールについて調査を行った。図6-4に示すように、O病院の神経科・精神科外来は他診療科から独立した単独のブロックであり、外来面積としては、S病院やA病院精神科外来と同程度の規模であるといえる。

同じく総合病院型のM病院は、エントランスホールがアトリウムとなっており、その奥及び2階に外来診察室及び待合がある。1階には内科系、神経内科、小児科、産婦人科、整形外科、形成外科等の、2階には外科系、眼科、歯科、耳鼻咽喉科、皮膚科、心療内科等の診察室がある。各階の待合は明確に科別には分けられておらず、心療内科についても同様である。また、O病院とM病院の待合は、外待と中待に分離されている。

(2) 研究方法

各病院の外来待合及びエントランスホール付近において、30分毎に調査員が巡回し、

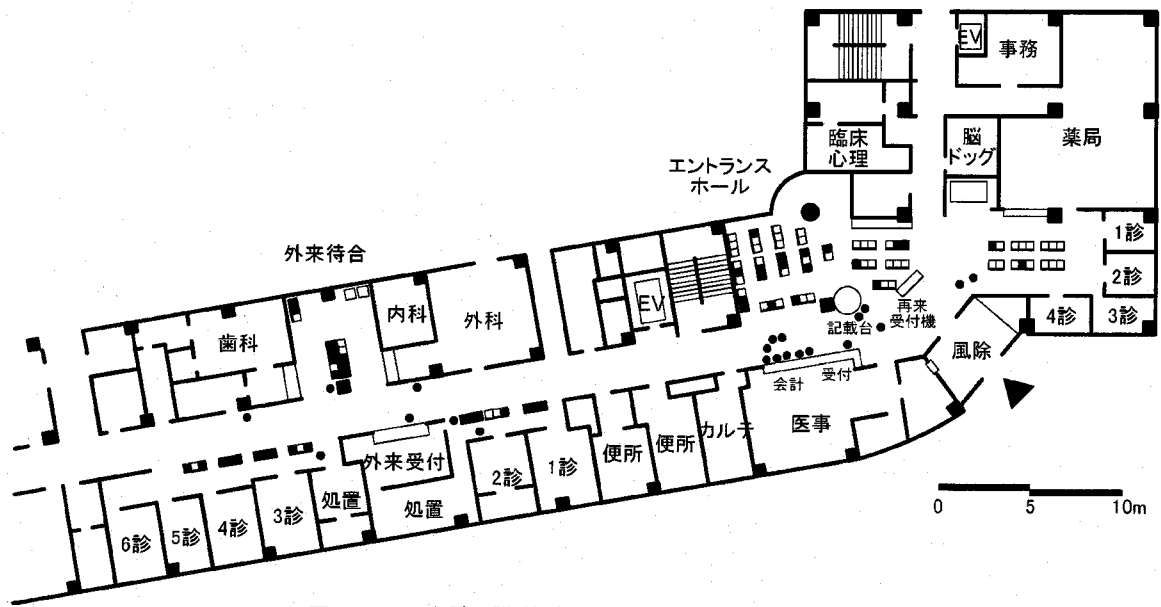


図 6-1 W病院1階外来平面図 (2001.10.16 11:00)

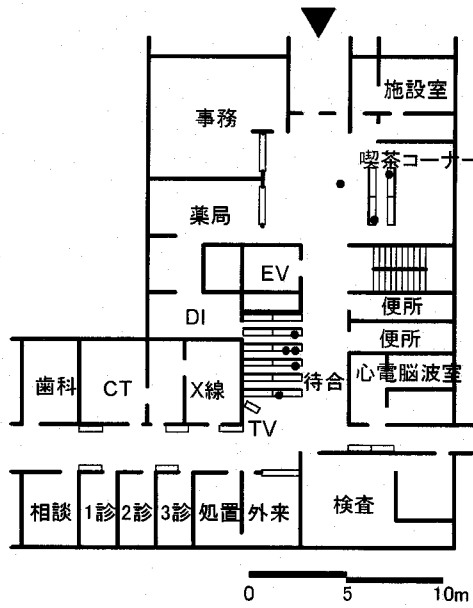


図 6-2 S病院1階外来平面図 (2001.10.23 11:00)

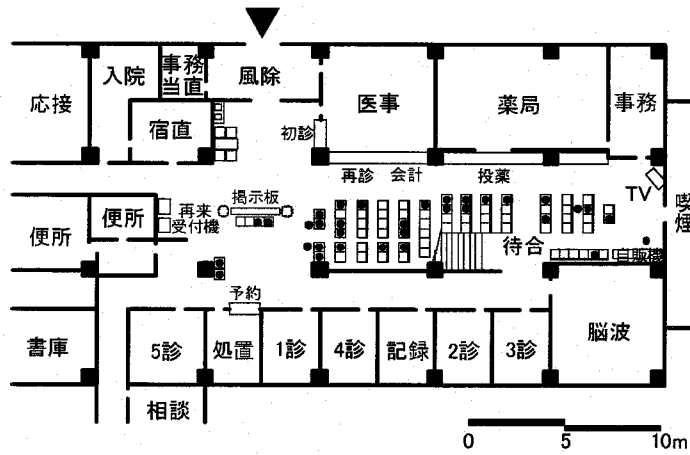


図 6-3 A病院1階精神科外来平面図 (2001.11.22 11:00)

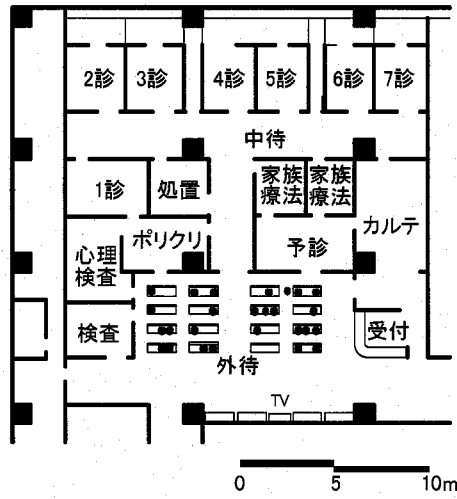


図 6-4 O病院3階神経科・精神科
外来平面図(2001.10.31 11:00)

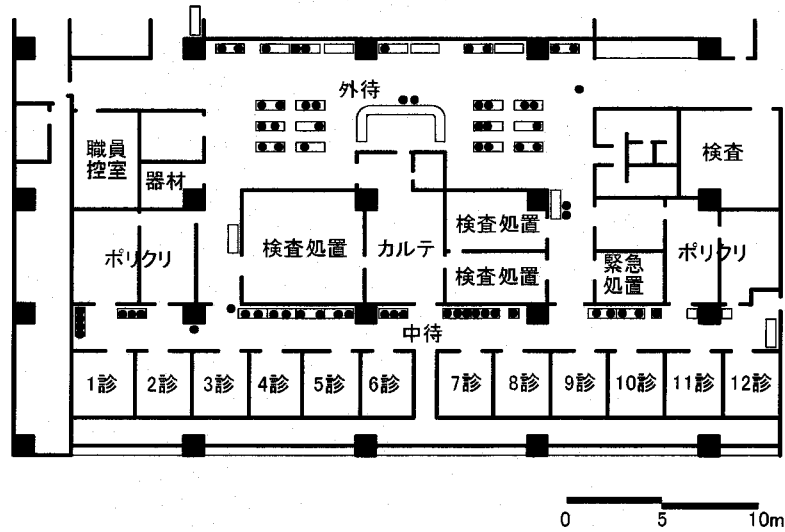


図 6-5 O病院2階内科西外来平面図(2001.6.5 11:00)

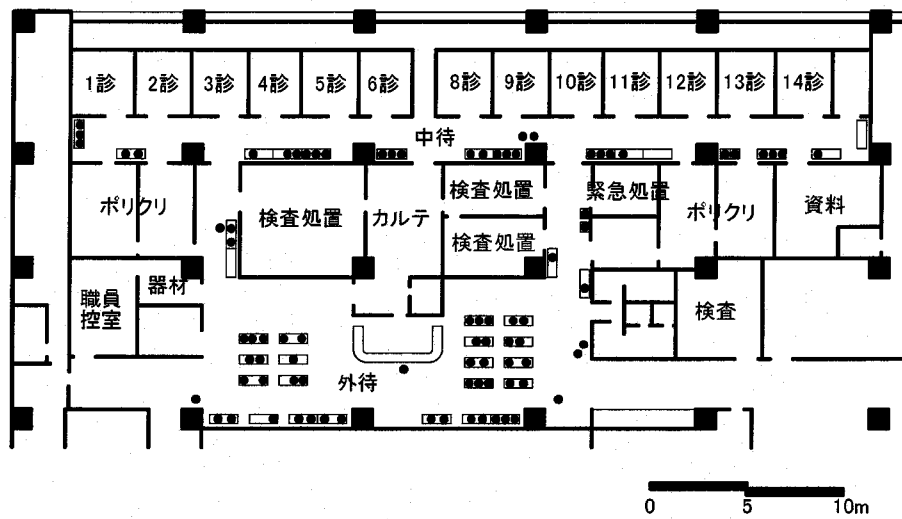


図 6-6 O病院2階内科東外来平面図(2001.6.5 11:00)

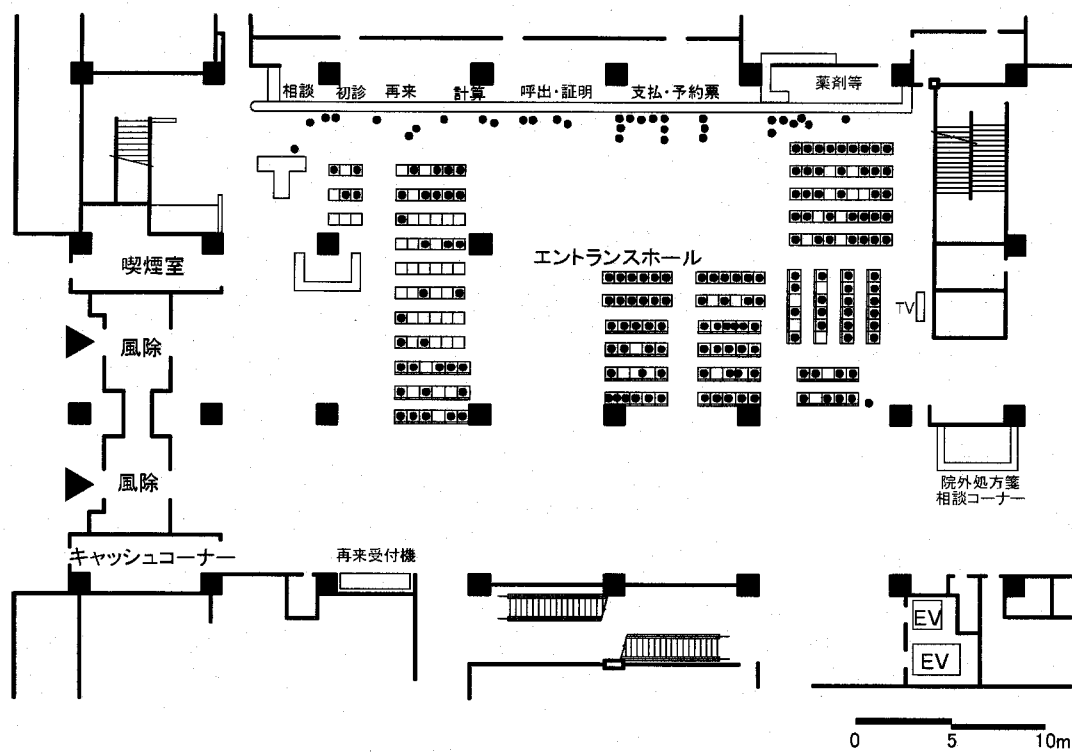


図 6-7 O病院1階エントランスホール平面図(2001.9.12 11:00)

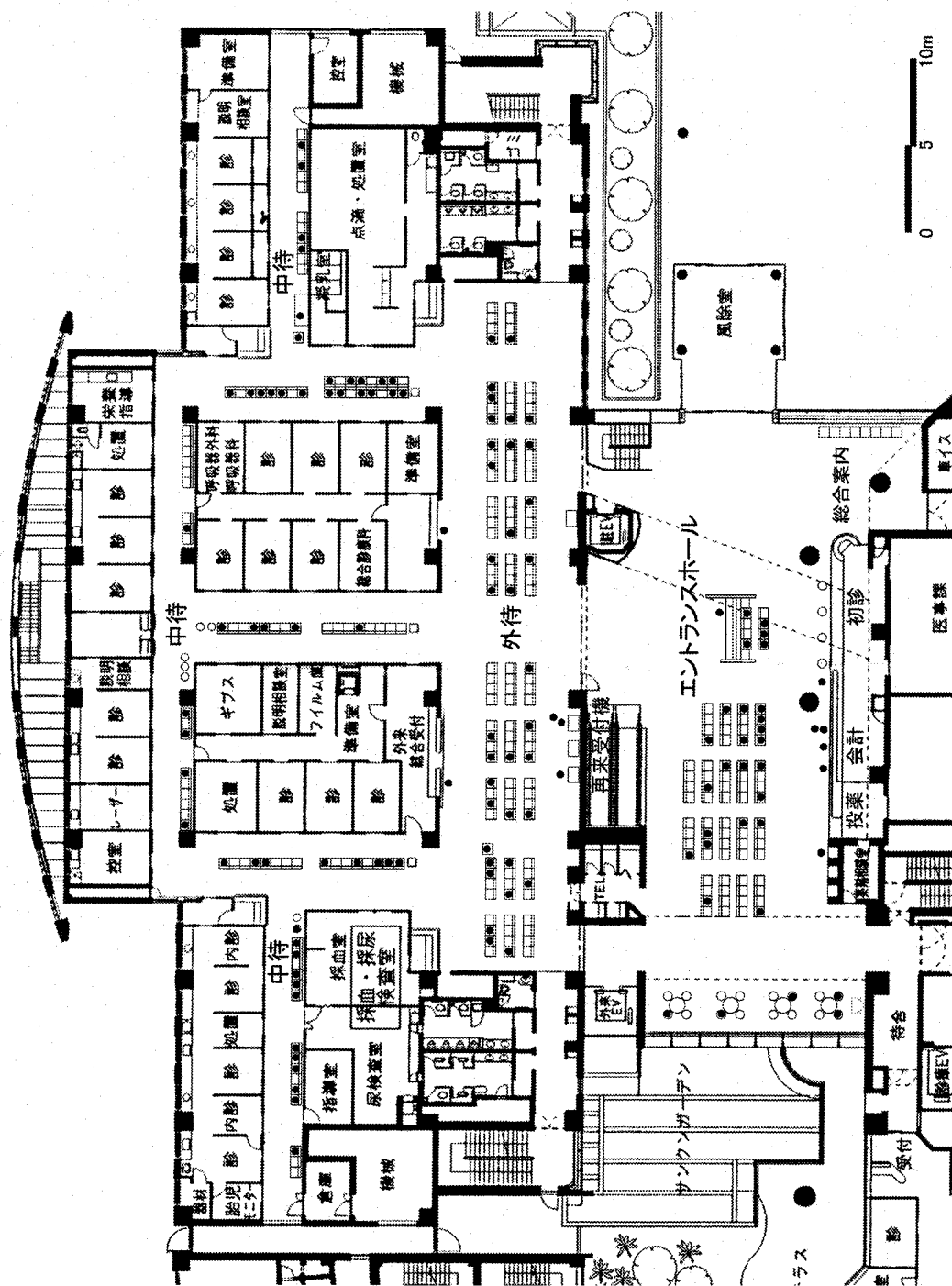


図 6-8 M病院1階外来およびエントランスホール平面図(2002.10.25 11:00)

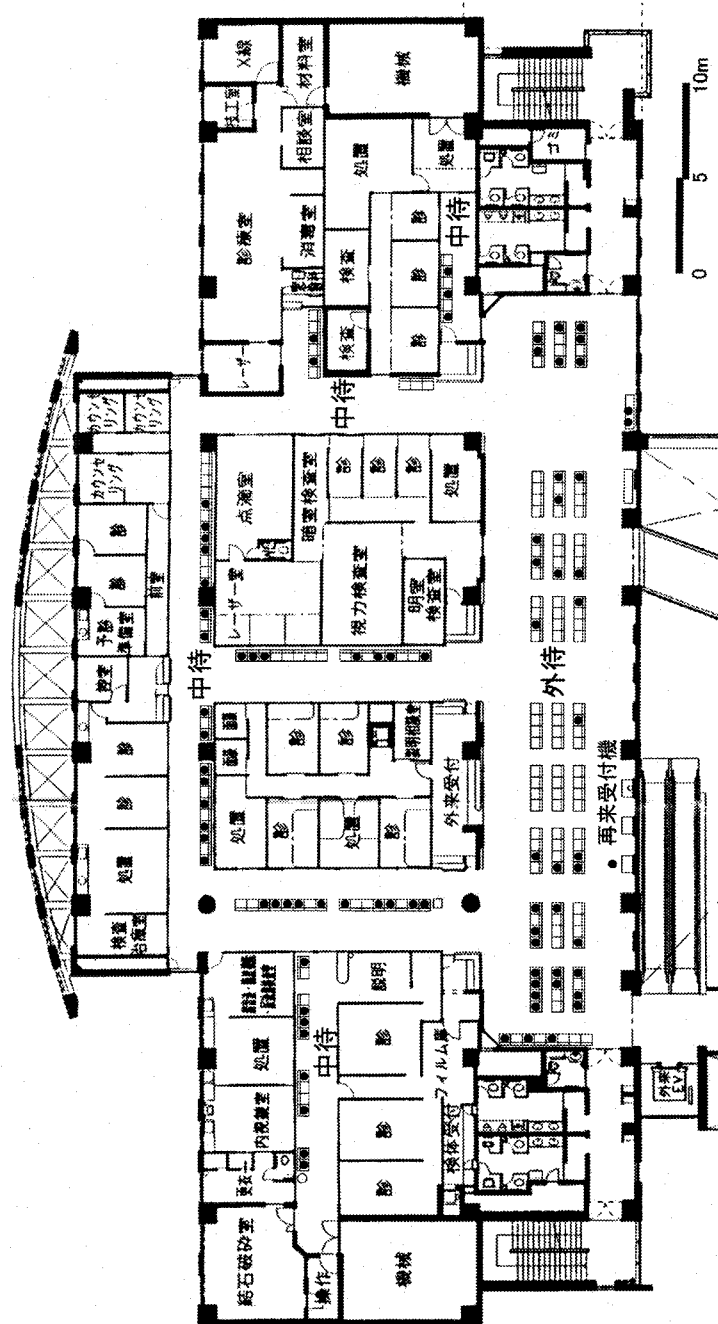


図 6-9 M病院2階外来平面図(2002.10.25 11:00)

患者及び付添い者等の居場所を図面上に記録した。また精神病院においてはグループサイズ等についても調査を行った。これらの調査結果から各病院における待ち人数の時刻変動の状況などを分析し、一般科外来と比較しながら精神科における外来患者と空間構成との関係を探った。

6.3 待ち人数の時刻変動

(1) 精神科外来における待ち人数の時刻変動

各エリアにおける待ち人数を立って待つ患者と座って待つ患者に分け、その時刻変動を示したものが、図 6-10である。

W病院エントランスホール(図 6-10(1))では、9時以降、立って待つ患者の比率が高いが、多くは受付窓口に並ぶ患者である。待ち人数のピークは9時30分および11時の33人であるが、座って待つ患者の多い9時30分でも、座席占有率は36.9%であり、多くの座席は使われていない。

一方、W病院の「外来待合」(図 6-10(2))では、9時から10時30分まで、座席数を超える待ちが発生していた。またその他の時間帯でも、常に数名程度の立って待つ患者がみられた。これらの患者の多くは診察待ちであり、診察室付近の廊下で座らずに待っている様子が観察された。これは診察室にできるだけ近いところで待ちたいという心理と、一方自分のパーソナルスペースを確保したいという心理が働いた結果であると思われる。W病院では「外来待合」の混雑は、「エントランスホール」の余裕ある様子とは対照的である。「外来待合」は診察室前の廊下に沿ってイスが並ぶ部分と、アルコーブ状になっている部分からなるが、立って待つ患者は診察室に近い廊下部分に多くみられた。

S病院(図 6-10(3))では座席数に対する外来患者数が極めて少なく、ピークとなる10時でも座席占有率は14.5%であり、受付に並ぶ患者以外はほとんど座って待っていた。

A病院(図 6-10(4))での座席占有率は、9時30分のピーク時でも47.5%で、やはり立って待つ患者はほとんどいない。ただし8時30分に立って待つ患者が多くみられるが、ほとんどは受付または再来受付機に並ぶ患者である。

以上の3病院4エリアでは、概ね9時30分から10時ごろにピークを迎えるが、その後も待ち人数は大きく減少しないまま推移する。ピークの時間帯は、原則予約制であるA病院も含めて、後述する一般科外来よりも30分から1時間程度早い。

一方、総合病院型の施設であるO病院の神経科・精神科(図 6-10(5))では、立って待つ患者がほとんどみられないこと、ピーク時でも座席占有率は50.0%である点等は、A病院と同様の傾向であるが、ピーク後の患者の減少については、一般科外来における推移に類似し、精神病院と一般病院の外来の両方の特徴をあわせ持つといえよう。

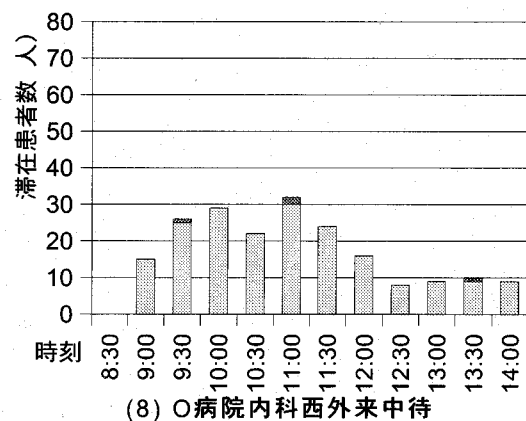
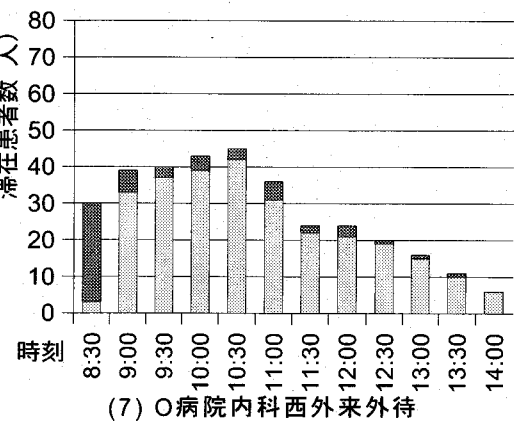
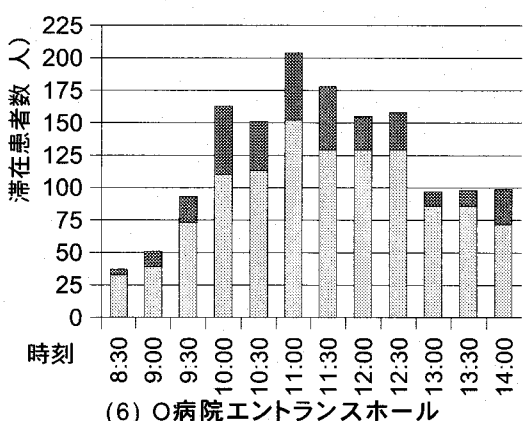
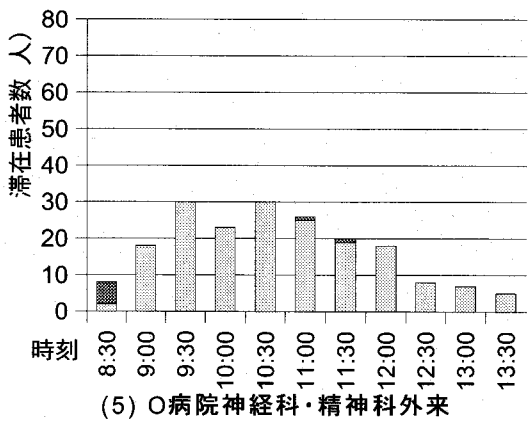
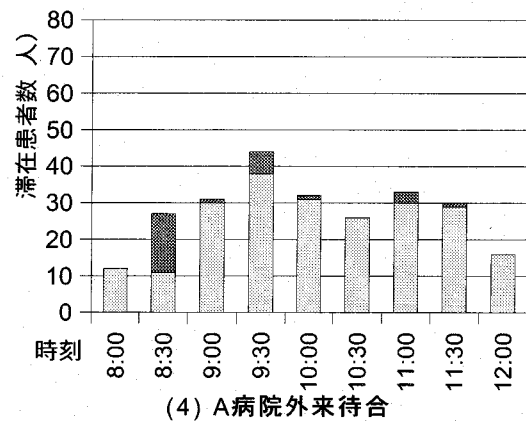
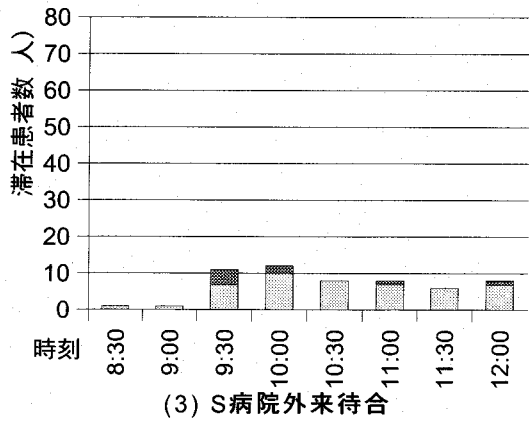
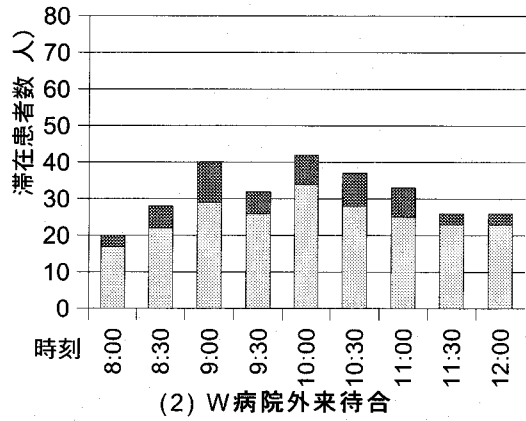
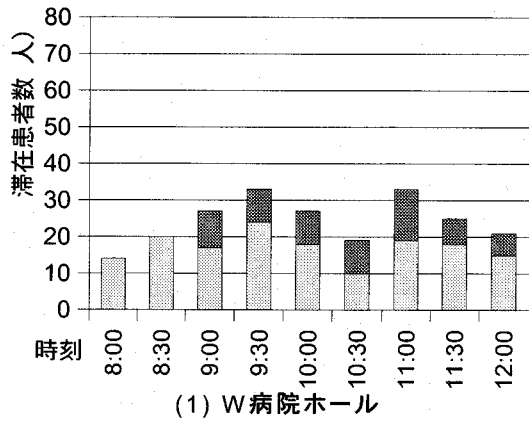
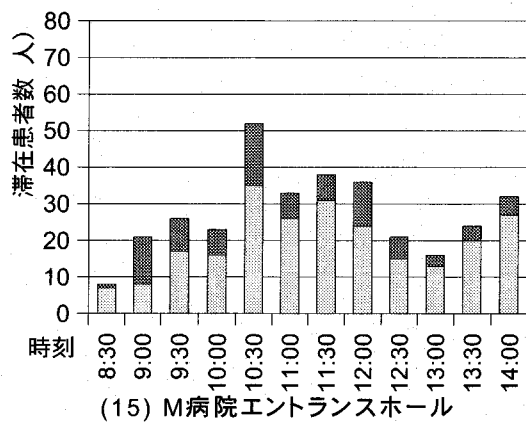
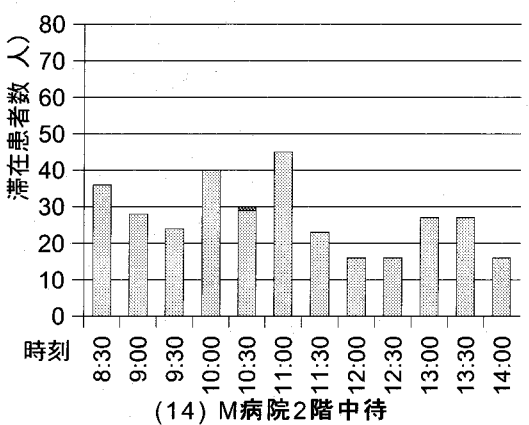
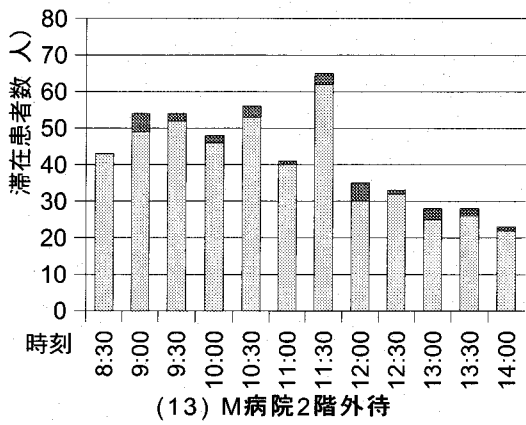
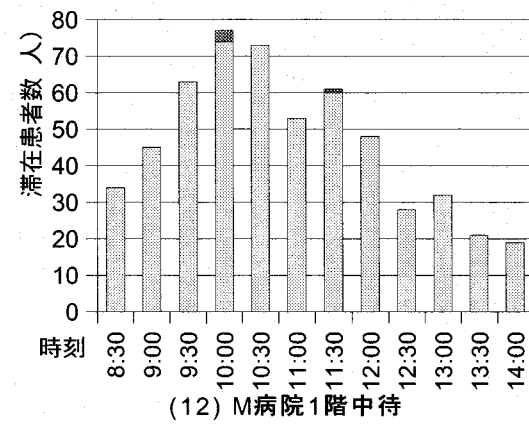
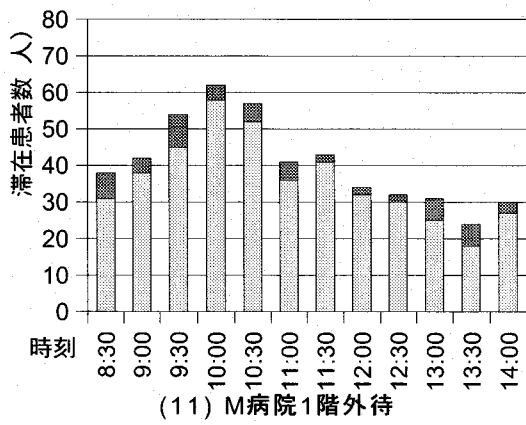
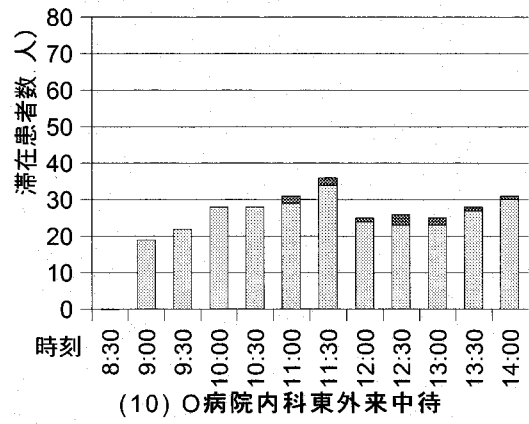
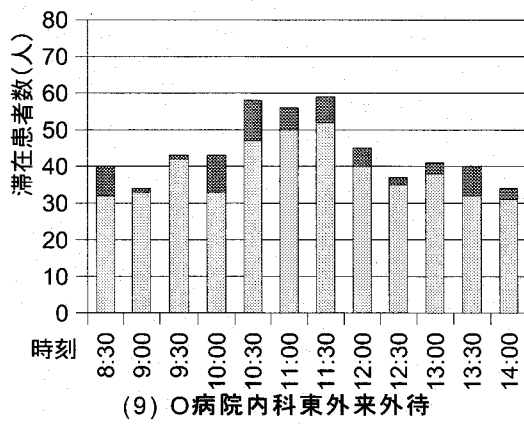


図 6-10 各エリアにおける待人数の時刻変動



凡例
 ■ 立って待つ患者
 □ 座って待つ患者

図 6-10 各エリアにおける待人数の時刻変動

(2) 一般科外来における待ち人数の時刻変動

O病院とM病院における外来診療は共に他医療機関からの紹介を原則とし、予約制をとっているが、全ての一般科外待において、10時から11時30分間にピークがあり(図 6-10(7)、(9)、(11)、(13))、その後時間が経つに従い減少するという傾向がみられる。これは予約制を導入していない病院における待ち人数の時刻変動と同じ傾向である^{※1)}。座席数については、精神科と比較すると利用率が高いといえ、ピーク時には50%程度から最大67.5%(O病院内科東外来外待)であった。

M病院2階外待では、午前中の待ち人数は早い時間帯から比較的多く、またほぼ一定である。これは2階には眼科があるが、眼科では診察前後の検査や散瞳^{注5)}等を行う場合が多く、一般に診察に時間がかかり、その間の待ちを外待で行っているために、早くから混んでいるものと推測される。

中待については、両病院とも外待に設置されたディスプレイに受診番号が表示された順に中待に入って待つというシステムであるが、外待と中待を隔てる扉は特に設置されていない。特にM病院では中待と外待は一体的な空間構成になっており、外待から中待に流入しやすい。M病院では中待における待ち人数の時刻変動は、外待の時刻変動とほぼ連動しており、外待と一体的に使われている可能性を指摘できる。しかし、O病院では外待から中待へ入るためには、幅2.4mの廊下を通り抜ける必要があり、それが心理的にバリアになっているためか、番号表示される前に外待から中待へ入っていく様子はほとんど観察されなかった。

中待におけるピーク時の座席占有率は、O病院内科東外来で85.0%、同内科西外来で75.0%、M病院1階で68.5%、同2階で51.7%であった。O病院で比較的高い数値を示したが、中待で立って待つ患者はほとんどみられず、計画通りに運用されているものと思われる。しかし中待は廊下のような形態であり、外待に比べると狭いため、かなり混雑した印象であった。

(3) エントランスホールにおける待ち人数の時刻変動

エントランスホールにおけるピーク時の座席占有率はO病院では11:00に71.7%、M病院では10:30に39.8%であり(図 6-10(6)、(15))、ピークの時間は待合でのピークとほとんど時間差がなかった。また、O病院におけるピーク時は7割を超える座席占有率であったが、エントランスホールは吹き抜けの広く開放的な空間であるため、中待での状況と比較すると全く異なる印象であった。

6.4 グループサイズ

病院外来の規模計画においては、患者数と共に付添い者の数を反映させる必要があ

る。そこで、各病院における外来患者のグループサイズを調査した(図 6-11)。参考として、1951年10月に行われた国立東京第一病院神経科および病院全体のグループサイズに関する調査結果^{文2)}を示す^{注6)}。精神科では、一般科に比べて付添い者が来る場合が多く、グループサイズは大きくなるものと思われたが、今回の調査ではグループサイズは精神病院型、総合病院型によらず1.2人前後であった。精神科の場合、外来診療においても治療が長期に渡る場合が多く、患者および職員が慣れているため、付添い者がいなくても問題がない場合が多いのではないかと考えられる。

国立東京第一病院での調査におけるグループサイズは、神経科では1.86人、病院全体では1.70人で、本調査に比較するとかなり大きいといえる。文2)では、この病院は診療圏が広く、遠距離の通院患者の割合が高いため、付添い者の比率も他に比較して高いと推測されている。ただし、今回の調査では比較的広い診療圏を持つO病院やM病院においても、それほど大きなグループサイズではなかった。交通事情の変化等が、付添い者の比率を減少させたものと推測される。また、現在は精神病患者に対する社会の理解が以前よりも深まったことにより、患者が一人でも外出しやすくなった等の理由も考えられよう。

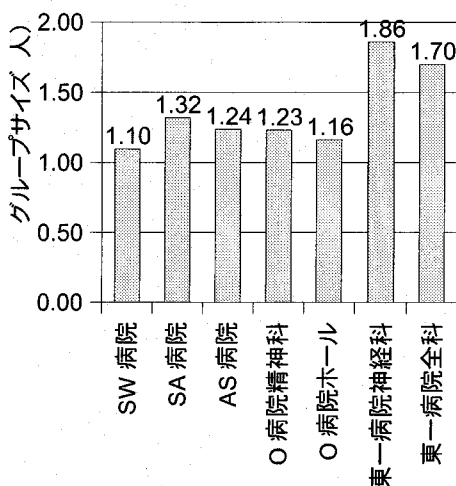


図 6-11 グループサイズ

6.5 考察

(1) 外来の規模について

S病院は中規模の精神病院型の施設の中では、比較的外来患者数の多い病院であるが、それにも拘らず、外来に置かれている座席数から判断すると外来患者数は現状の待合面積の割には少ないようである。またA病院は精神科としては平均的な外来率であるが、同様のことがいえる。一方W病院では、2つの待合エリアのうち一方は患者が溢れていたが、もう一方はピーク時でも40%程度の座席占有率であるなど、外来の規模が実態にそ

ぐわないようにみうけられた。外来規模の算定方法として、通常は外来率などの指標を用いて推定されるが^{※3)}、精神科は既にみた通り外来率が非常に小さく、またばらつきが大きいため、推定が困難なのではないかと考えられる。そのためにこのようなアンバランスが生じたものと思われる。もちろん、病院外来における曜日変動や季節変動はよく知られている通りであり、調査実施日がたまたま患者数の少ない日であった可能性は否定できないが、同じような条件で調査を行った一般科外来と比較してもやはり、アンバランスが目立つ。

(2) 精神科外来の特性

座席が空いているにもかかわらず、狭い廊下に立って待つ患者が、精神科外来において目立ったことを特徴として挙げるができる。例えば3人掛けのイスは両側に2人が座ると、後から来た人は中央には座りにくいという状況は、第5章における喫煙室の調査時にもみられたが、精神科外来においてはより多く観察された。従って、ただ面積を確保しイスを並べればよいというわけではなく、座りやすくするためにはイスの形状や座席幅、配置の前後間隔などにも注意を払う必要があるだろう。例えば長イスであっても、座面が1つずつ独立しているものと、一体となっているものではかなり、利用率が変わってくるのではないかと考えられる。

一方、精神科外来で患者同士が診察待ちの間に世間話をしている例が観察された。これは長期にわたる通院あるいは入院後の通院治療のために、お互い顔見知りとなったために発生したコミュニケーションのようである。こういった患者もみられることを考慮すると、精神科待合では、ある程度区切られた会話のできるスペースや、一人で落ち着いて待つことのできるスペース等、座席のレイアウト、空間構成等に配慮し、様々な待ち方のできる空間を構成する必要があるのではないか。

また、筆者らは既に、一般の病院において、休憩スペースや図書コーナーなどを外来に設置したり、エントランスホールにアトリウムを設置し、広く開放的な空間とすることで外来の患者アメニティの向上を図る例が増えていることを報告したが^{※4)}、光庭を設けて明るいエントランスホールとしたり、ホスピタルモールに面してオープンな喫茶店や売店を設けるといった手法は近年精神科外来においても取り入れられつつあり^{※5)}、有効な手法であると考えられる。

(3) 待ちについて

精神病院型の施設では、外来患者数が少ないため、待合を中待と外待に分離している例は少ないが、O病院のような、総合病院型の施設にある精神科では、一般科と同様に外待と中待を分離している場合も多い。中待は閉鎖的な空間になりがちだが、M病院のように外待と一体的に計画することは閉塞感を取り除く上で有効であろう。ただし、診察待ちの患者は可能な限り診察室の近くで待ちたいという心境を考えると、段階的な待ちのシステムである中待を機能させるためには、例えば外待と中待の間を扉で区画し、呼び出しを受けた患者のみが中待に入れるようにする等の方法をとる事が重要であろう。

なお、予約方式、呼び出し方法等の運営に関しては本研究では触れていないが、運営によっても待合の環境は大きく変化することはいうまでもない。例えば、院内専用PHSやポケットベル等の端末を外来の診察受付時に患者に渡して、診察時間が近づけば端末から知らせるシステムなどは既に導入が始まっている。これまでは診察の呼び込みが何時あるかわからないため、ずっと診察室近くの待合で待っている必要があったが、このシステムでは呼び出しがあるまでは、病院内のどこで待っていてもよい。こうしたシステムを導入することにより図書コーナーや、喫茶店などはより有効な活用が可能となろう。また、最近の事例として、診療所での例であるがパソコンや携帯電話から診察申し込みや待ち時間の確認ができるシステムが実用化された²⁶⁾。導入した診療所では、1~2時間あった待ち時間が半減し、待合が患者であふれることもほとんど無くなったという。これらのシステムは、多くの患者にとって非常に有効で、病院の外来における待ちを大きく変化させる可能性があり、今後広く導入されるものと考えられる。しかし、精神科の特殊性を考えたとき、こうしたシステムが精神科外来でもうまく機能するかどうかは不明であり、今後の慎重な議論が待たれよう。

6.6 まとめ

本章では、精神科外来において患者のプロット調査を行い、待ち人数の時刻変動等进行分析し、一般科外来の患者行動との比較を通して、精神科外来の共用空間における患者行動の特性を探った。以下に明らかになった点をまとめる。

1) 精神科外来においては、概ね9時30分から10時ごろが待ち人数のピークとなり、ピーク時でも座席占有率は15%から100%近くまで非常にばらつきが大きい。外来規模の算定方法に通常用いられる外来率などの指標では、精神科外来については推定が困難なのではないかと考えられる。

常に診察室付近の廊下で立って待つ患者がみられるエリアや、患者同士が世間話をしているところなど、精神科に特有と思われる状況が観察された。待合の空間構成の工夫により、様々な待ちの空間を用意することが有効である可能性を指摘した。

2) 一般科外来では、10時から11時30分の間がピークとなり、ピーク時の座席利用率は5割から7割程度である。中待については、外待との接続の方法により患者の流入に違いがみられた。中待と外待が一体的になっている場合は、外待から中待に流入しやすく、呼び出しの行われていない患者まで中待に入って待つ可能性がある。

3) エントランスホールでのピークは、外来待合でのピークとほとんど同時刻であり、ピーク時の座席占有率は〇病院では7割を超えた。エントランスホールは吹き抜けの広く開放的な空間であるため、中待での状況と比較すると全く異なる印象であった。

4) 外来でのグループサイズについては、病院種別によらず1.2人前後であった。1951年

に行われた調査では、精神科で1.86人であったが、交通事情の変化や、精神病患者に対する理解がより深まったことなどにより減少したものと考えられる。

注

- 1) 米国で1970年代に始まった「包括型地域生活支援プログラム」。医療、福祉の専門職によるチームが、24時間体制で退院した患者の生活を支援し、社会的入院の患者の解消を目指す。
- 2) 2002年に改正された「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」により整備された精神障害者居宅介護等事業、精神障害者短期入所事業、精神障害者地域生活援助事業などによる。
- 3) ある種の疾患をもつ患者に対する治療・検査・ケア・処置・指導などの内容やタイミング、患者の状態などを時間軸に沿ってまとめたものである。オペレーションリサーチにおける工程管理技法から派生したクリティカルパスの概念をベースとする。
- 4) 外来率については第2章を参照のこと。
- 5) 眼科の検査、診察の際に、散瞳剤とよばれる点眼薬により瞳孔を広げること。散瞳するまでに薬剤の点眼後、15～30分程度の時間がかかる。
- 6) 文2)では、患者1人当たりの同伴者(患者の保護者)、及び連れ(健康な子供等)の人数が調査されている。ここではその人数に患者数の1を加えて、グループサイズとした。

参考文献

- 1) 新建築学大系編集委員会編:新建築学大系31 病院の設計、彰国社、2000
- 2) 吉武泰水:建築計画の研究、鹿島研究所出版会、pp.201-206、1964
- 3) 伊藤誠:建築計画学10 病院、丸善、1970.7
- 4) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、西尾有平:病院外来部の共用空間における空間構成の推移とその利用実態に関する研究、地域施設計画研究21、pp.285-290、日本建築学会、2003.7
- 5) 河口豊:『精神保健医療施設の流れと今後の展望』、病院建築 No.116、pp.20-25、財団法人日本医療福祉建築協会、1997.7、
- 6) 朝日新聞 2003年11月19日夕刊

第7章 結論

7.1 本研究の成果

本章では、第2章から第6章までを総括するとともに、本研究の成果として、精神病院の共用空間の計画に関する提案を行う。

第2章 日本の精神病院の規模等に関する概要

第2章では、統計資料などを元に日本における精神病院の規模等に関して、これまでの推移及び現状を概観し、次いで、大阪府下における精神医療施設を対象として文献調査を通して開設者、診療科目、病床数、外来患者数、延床面積等のデータを収集し、構成や規模等について精神医療施設の特性を明らかにした。

一般病院、精神病院の施設数および、一般病床数、精神病床数は1955年から1990年の間までに大幅に増加したが、特に精神病院は一般病院の2倍のペースで増え、また精神病床は一般病床の1.4倍のペースで増加し、1990年には1955年の約8倍になった。1990年以降は一般病院および一般病床は減少に転じたが、精神病院および精神病床はほとんど変化がない。2000年には全病床数の約1/5が精神病床であった。

精神病床の平均在院日数は1981年以降大幅に短縮されたが、2001年でも約1年であり、一般病床の約30日と比較すると格段に長い。1日平均外来患者数については、一般病院は1981年から2001年の間に1.5倍増加し、精神病院では同期間に2倍増加しており、外来においても増加率は、一般外来を上回る勢いである。しかし、全外来患者数に対する精神病院外来患者数の割合は2001年で2.4%しかなく、病床数の割合よりもかなり小さく、精神病院では外来よりも病棟が重視されていることがわかった。

人口1000人あたりの精神病床数の欧米各国との比較では、1970年代には日本は欧米諸国と同水準であったが、その後欧米では急激に病床数を減少させており、その後も増加した日本と大きな格差になった。1995年の日本の水準は欧米各国の2～10倍である。

また、精神医療施設を4つのタイプに分類した。そのうち精神科を主体とする病院(精神病院型)が4割で最も多く、その運営主体はほとんどが民間であった。精神科を持つ病院の8割近くが民間が運営する病院であり、民間病院が精神医療の担い手となっている実態を明らかにした。精神科を持つ病院のうち、精神科病棟を持つ施設はほぼ半分で、そのほとんどは精神病院型の病院である。その他の病院では外来診療のみを行っている。つまり入院治療については、そのほとんどをいわゆる精神病院が負っている。

その精神病院の規模は平均360床であり、一方、精神科を持つ総合病院型の病院では平均病床数550床のうち平均51床が精神病床である。

病床数に対する1日平均外来患者数の比(外来率)は、精神病院型の病院では平均0.2程度で総合病院型の病院のおよそ1/10と非常に小さい。ここでも精神科における病棟の

比重の高さがわかる。また1床あたりの延床面積は、精神病院型では、病床数に拘りなく10㎡/床～40㎡/床であり、総合病院型の病院の平均値の1/3程度である。

第3章 病棟の空間特性と入院患者の行動

第3章では、病棟での基本的なプログラム等に関するヒアリングや、様々な空間構成を持つ病棟において入院患者行動の24時間の実態調査から、病棟ごとの空間構成と患者の行為や滞在空間の関係を分析し、空間構成の違いが患者行動に及ぼす影響から、精神科病棟のあり方について考察した。

全病棟を通じて患者全体の1日の行動で、最も多い行為は「睡眠」「横になる」といった極めて個人的な行為である。また、最も多くの患者が滞在するのは病室であり、次いでデイルームである。

空間構成と患者行動の関係として、①空間にプライバシーを確保し、ゆとりを持たせることにより、病室は患者が気兼ねなく個人的な行為を行うための空間(私的領域)としての意味付けをしやすくさせる、②段階的な構成を持つ共用空間では、それぞれの空間に応じた多様な使い方がなされる、③ある程度まとまった広さで、他者の出入りが多い共用空間ほど多様な使い方がみられる、④地上階に近い病棟ほど、自由時間における患者の「外出」の頻度が高まること、などが確認された。

病棟の移動直後など環境に変化が生じた状態では、患者の1日の行動に、①個人的な行為が増加する、②私的領域に滞在する割合が増加する、③喫煙の頻度が増加する、④他者とのコミュニケーションが減少する、といった傾向がみられた。

このように、入院患者の生活において病室およびデイルームは重要な拠点であり、その使われ方は病棟環境により異なることが認められた。病棟における患者密度の低減は、患者の私的領域の確保に寄与していると推測され、患者に緊張を強いることのない安定した生活を送るうえで有効な手法であると考えられる。また、病室の高機能化、共用空間の分散配置は、患者による自発的な病室や共用空間の使い分けを生み出している。さらに、病棟の高層化や喫煙室のあり方、そして環境の変化は、患者の1日の行動にそれぞれ影響を及ぼしていることが示唆された。治療との関連から望ましい病棟生活の型は患者ごとに、また同じ患者であってもその時期ごとに異なるものと考えられる。したがって、患者の病棟生活を左右する、病棟環境の一要素として空間構成を位置づけ、患者属性やプログラムなど他の要素の影響との相互関係の中で、それぞれの患者に望ましい生活を誘導するような病棟環境を構想することが重要であると考えられる。

第4章 患者属性からみた病棟の空間特性の評価

第4章では、複数の患者に対して追跡調査を行い、患者の1日の行為や滞在空間に関する特性からクラスター分析を用いて患者の類型化を行った。さらにヒアリング調査によっ

て得られた入院患者個々の属性と行動特性との関係を分析を通して、精神科病棟の計画に関する提案を行った。

患者が病棟内で好きな場所としては、大部屋の病棟、4床室・個室からなる病棟共に病室、次いでデイルームが挙げられ、楽しみとしては、読書、音楽鑑賞などの個人的な行為が比較的多く挙げられた。入院患者の喫煙率は、全国平均と比較すると男子で約1.8倍、女子で約2.5倍と極めて高い。閉鎖病棟よりも開放病棟の方がやや喫煙率が高く、急性期病棟と療養病棟との比較では特に差異はみられない。

入院患者の半数近くは、病棟に対して特に不満を感じていない。不満としては喫煙室の狭さと、分散型の便所配置の病棟での便所が少ないという点に集中した。近年一般病棟や入所型の老人福祉施設等において分散型便所とする例が多くみられるが、精神科病棟においては異なった視点による計画が必要とされるものと思われる。

入院患者に最も多く見られるタイプは、1日の70%を寝る、徘徊するといった個人的な行為が占め、活動が少ない[無活動型]、かつ60%以上を病室で過ごす[プライベート型]で、全患者の1/4を占める。

患者の属性と行動との間には関連がみられる。例えば①女性の場合は、病室を好み1人で過ごすタイプが多く、男性は比較的活動的で病室外の空間を好む、②高齢になるほど病室で過ごす傾向が高まり、70歳以上では、1日のほとんどを他者との関わりを持たずひとりで過ごす場合が多い、③入院期間が半年までの間は比較的趣味的な活動に費やす時間が多いが、5年以上の入院患者ではほとんどみられない、④面会頻度の多い患者の方が、より活動的なタイプに属する場合が多い。面会がほとんどないグループの患者には病棟外で過ごすことの多いタイプの患者が多い、⑤趣味を持つ患者は、特に趣味を持たない患者と比較すると、活動的なタイプに属する場合が多い、といったことが挙げられる。

それぞれについて、病棟の計画に当っては、①病棟を男女別とする場合には、例えばより外出しやすい低層部に女子病棟を配置するといった、活動を促すような仕組み、②入院患者の高齢化を睨み、体力の低下などへの対応を考慮すること、③長期入院による患者の変化も社会復帰を困難にする一因であることが示唆されるため、病棟内に様々な活動のための多様な空間を用意すること、④入院患者の社会との繋がりを感じられるような施設配置の工夫をすること、⑤病棟内で様々な趣味を続けることができる空間を用意すること、などが提案される。

病棟の空間構成の変化は、多くの場合、患者の行動に変化をもたらす。今後、病棟の建替えや改修が多く行われるであろうが、その際には空間構成の変化による影響についても十分検討する必要がある。

長期入院の患者は社会復帰が難しいといわれるが、かなり長期の入院患者であっても、移行によって行動が変化することがわかった。病棟環境の変化により、改善の可能性もみられたことは非常に興味深い。

第5章 喫煙室の利用実態とその座席数の規模計画

第5章では、精神科病棟と一般科外来の喫煙室において、利用者数や滞在時間等の実態を観察調査を通して明らかにした。さらに、到着間隔分布や滞在時間分布を元に待ち行列理論の適用による規模計画が可能であることを示し、病棟に対して適正な喫煙室の規模を検討した。

入院患者と外来患者では、利用者数の時刻変動、喫煙室内の行動等において違いがみられる。そして、喫煙のみの利用者とその他の行為を行う利用者では滞在時間が異なる。また座席の位置によって利用のされ方が異なる。特に出入口付近の席が利用されやすいが、煙が室外に流出しやすいので、出入口近くにはイスを置かないことや、室形状や分煙機器の効果的配置といった計画的に解決することが望ましい。また車イス利用者を考慮した平面計画とすべきである。

喫煙室利用者の到着間隔の分布はほぼ指数分布、滞在時間は長時間利用者を除くとアーラン分布に従うため、座席数の算定に待ち行列理論が適用可能である。待ち行列理論による規模算定結果は、実際の座席数に近いものとなった。これは、第1には計画が適正であったと評価できようが、第2にトイレの利用などとは異なり、喫煙室利用においては、当該喫煙室が混雑していれば別の時間に入室し直すなど、状況に応じた利用の仕方をする傾向がみられることが影響しているものと考えられる。従って、今後禁煙への取り組みを考慮する時、喫煙室の計画においては、本章で述べた方法で適正座席数を算定した上で、それより少なくするという規模計画上の試みも可能であろう。

第6章 患者行動からみた外来の空間構成

第6章では、精神病院および一般病院の外来待合及びエントランスホール等において、患者のプロット調査を行い、待ち人数の時刻変動や座席利用の調査から外来の利用実態を明らかにした。そして外来における患者行動と空間構成との関係から、外来計画のあり方について考察を行った。

一般科外来では、10時から11時30分の間が待ち人数のピークで、ピーク時の座席占有率は50%から70%程度である。一方、精神科外来では、9時30分から10時のピーク時の座席占有率は20%以下からほぼ100%まで大きな開きがみられる。外来規模の算定方法に通常用いられる外来率などの指標のみでは、精神科外来については、推定が困難であることが想像される。

精神科外来では、常に診察室付近の廊下で立って待つ患者がみられるエリアや、患者同士が世間話をしているところなど、精神科に特有と思われる状況が観察された。待合の空間構成の工夫により、様々な待ちの空間を用意することが有効である可能性を指摘した。

また、中待では外待との接続の方法により患者の流入に違いがみられた。中待と外待が

一体的になっている場合は、外待から中待に流入しやすく、呼び出しの行われていない患者まで中待に入ってしまう可能性がある。

外来でのグループサイズについては、病院種別によらず1.2人前後であった。1951年に行われた調査では精神科で1.86人であったが、交通事情の変化や精神病患者に対する理解がより深まったことなどが、グループサイズの減少の理由として考えられる。

精神科外来での患者行動の実態からみると、座りやすいイスとするためにはイスの形状や座席幅、配置の前後間隔などにも注意を払う必要があるだろう。一方患者のコミュニケーション等にも考慮した場合、ある程度区切られた会話のできるスペースや、一人で落ち着いて待つことのできるスペース等、座席のレイアウト、空間構成等に配慮し、様々な待ち方のできる空間を構成する必要があるのではないか。

今日待合などにも情報技術の導入が始まっているが、精神科の特殊性を考えると、こうしたシステムが精神科外来でもうまく機能するかどうかは不明であり、今後の慎重な議論が待たれよう。

7.2 まとめ及び今後の課題

まとめ

本研究は、精神病院において患者が日常使用する共用空間を軸として、病棟、喫煙室、外来について考察を行い、それらの空間のあり方について探った。これは精神科の患者にとって、精神病院の空間のあり方にはどのようなものが求められるかということを探ることである。望ましい空間とは、病院である限りは、患者の治療の妨げにならないで、安心して治療を受けることのできる空間、さらに言うなら、患者治療の一助になるような力を持った空間ということができよう。しかし、既に述べたように治療の方向は患者によっても、また同じ患者であっても日々の病状の変化や体調、心境によって異なり、いつも同じ方向を示す訳ではない。そういう状況の中で、望ましい形としてある一つの形を提示することは極めて困難であろう。

従って本研究では、患者の多様な属性から生じる様々な患者行動を基に、それぞれの要素に対応して考えられる空間構成について考察する形をとった。それにより精神病院の計画に関するいくつかの提案が出来たものとする。従って、病棟の性格についてある程度の方向性が定めれば、計画時に本研究の知見を生かすことが可能になるものと思われる。

本研究では主に患者行動の実態を明らかにすることにより研究を進めたが、こうした調査には様々な困難が伴い、厳密に実態を掴みきれないのではないかという指摘がある。例えば、一定の間隔をあけて調査を繰り返すことになるが、その間隔よりも短い時間になんらかの行為がなされている場合は調査に現れないこともその一つであるし、なによりも患者にとって見ず知らずの調査員が、一日中病棟内や病室まで歩き回ること自体による影響は

測りようがなく、それによって患者の行動に通常とは異なる変化が現れており、その状態を調査している可能性も否定できない。

しかし、調査の分析、考察を通して、本研究ではある一定の成果を導き出したと考えられる。また調査員から受けた影響も、非常に多数の患者を対象として調査を行ったことで、その影響は薄められたと判断した。

今後の課題

本研究では触れなかったが、まず個室等も含めて、病室内での患者の振る舞いについての分析や、精神病院における共用空間という視点から、診察室あるいは外来と在宅の中間的な領域であるデイ・ケアを対象として、その空間のあり方を探ることが考えられる。また、本研究では、病棟、外来、喫煙室など、個々の室を対象とした研究が主であったが、さらに深めて、これからの精神病院における全体的な空間の関心のあり方を探ることが課題として挙げられよう。

本研究でみた、旧館から新館への患者の移動は、環境移行の事例として興味深いものといえる。今後、高齢者施設や障害者施設での事例等との比較検討を行い、こうした弱者に対する移行における対策として有効な知見を抽出することも今後の課題といえる。

また、本文中でも述べたような新しい外来のシステム等を、メンタルケアとの関係を踏まえて、精神科外来にどのように取り込むかということは非常に興味深い課題である。

一方、今後精神医療施設と連携して精神医療を担うことになるであろう、精神障害者短期入所事業(ショートステイ)や、精神障害者地域生活援助事業(グループホーム)等といった施設や、高齢者施設における小グループ介護等の実態に関する調査・分析を行うことは、精神病院の計画に資する貴重な知見を得られるものと考えられる。

研究業績リスト

審査付き論文

- 1) 横田隆司、柏原士郎、吉村英祐、阪田弘一、飯田匡、林志穂:病院種別にみた喫煙室の利用実態とその座席数の規模計画に関する研究、日本建築学会計画系論文集、第543号、pp.123-129、2001.5
- 2) 阪田弘一、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:精神病棟における空間構成が入院患者行動に及ぼす影響、日本建築学会計画系論文集、第548号、pp.121-128、2001.10
- 3) 生川慶一郎、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、飯田匡:集合住宅のバルコニーにおける自主緑化の実態およびその特性についての考察 -自主緑化を誘発する集合住宅の計画手法に関する研究 その2-、日本建築学会計画系論文集、第566号、pp.17-24、2003.4
- 4) 劉トントン、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:空家率等からみた公的賃貸集合住宅の立地環境とその評価、日本建築学会計画系論文集、第571号、pp.9-16、2003.9
- 5) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司:患者の利用実態からみた精神科外来の共用空間に関する研究、日本建築学会計画系論文集投稿中

審査付きに準ずる論文

- 1) 阪田弘一、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、星名啓、多田正治:精神病棟における空間特性が入院患者の行動に及ぼす影響 -精神病院の共用空間における入院患者の行動特性に関する研究-、地域施設計画研究18、pp.181-188、日本建築学会、2000.7
- 2) 横田隆司、柏原士郎、吉村英祐、阪田弘一、飯田匡、林志穂:病院における喫煙室の利用実態とその規模計画に関する研究、地域施設計画研究18、pp.189-194、日本建築学会、2000.7
- 3) 阪田弘一、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、星名啓:精神病棟における病棟環境が入院患者行動に及ぼす影響 -精神病院の共用空間および病室の空間構成に関する研究 その1-、地域施設計画研究19、pp.215-222、日本建築学会、2001.7
- 4) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、星名啓:患者属性に着目した精神病院における入院患者行動特性 -精神病院の共用空間および病室の空間構成に関する研究 その2-、地域施設計画研究19、pp.223-230、日本建築学会、2001.7

- 5) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、稲岡祐介: 外来患者の行動特性からみた精神科外来の待合空間について -精神病院の共用空間および病室の空間構成に関する研究 その3-、地域施設計画研究20、pp.179-184、日本建築学会、2002.7
- 6) 吉村英祐、柏原士郎、横田隆司、飯田匡、林志穂: 戦後建築の維持管理履歴とその問題点の実態調査 -建築の長寿命化のデザイン手法に関する研究 その4、地域施設計画研究20、pp.15-22、日本建築学会、2002.7
- 7) 横田隆司、柏原士郎、三好庸隆、吉村英祐、飯田匡、伊丹康二、川村崇、小島幸子: 兵庫県芦屋市における地区特性別にみた居住者の地域施設の利用実態と住環境の評価構造について -郊外ニュータウンの持続的発展方策に関する基礎的研究 その2-、地域施設計画研究20、pp.47-54、日本建築学会、2002.7
- 8) LIU Tongtong、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、野口悟志: 公的賃貸集合住宅団地の立地特性とその評価について -集合住宅団地の再生手法に関する研究-、地域施設計画研究20、pp.55-60、日本建築学会、2002.7
- 9) 生川慶一郎、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、木井智子: 集合住宅の部位別にみた緑化に対する住民評価について -自主緑化を誘発する集合住宅の設計手法に関する研究-、地域施設計画研究20、pp.61-68、日本建築学会、2002.7
- 10) 張海燕、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、大野拓也: 千里ニュータウンにおける地区市民ホールの整備課題について -高齢社会に対応したコミュニティ施設の整備手法に関する研究-、地域施設計画研究20、pp.151-158、日本建築学会、2002.7
- 11) 藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 病院の病棟部基準階平面における避難計画の事例分析 -医療・福祉施設の避難安全計画に関する研究 その1-、地域施設計画研究20、pp.171-178、日本建築学会、2002.7
- 12) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、西尾有平: 病院外来部の共用空間における空間構成の推移とその利用実態に関する研究、地域施設計画研究21、pp.285-290、日本建築学会、2003.7
- 13) 中島佐智子、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 電動車椅子の使用実態調査に基づくバリアフリー設計に関する考察、地域施設計画研究21、pp.33-40、日本建築学会、2003.7
- 14) 三好庸隆、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、川村崇: 三田市ウッディタウン等における居住者の地域活動への参加意向等の分析 -郊外ニュータウンの持続的発展方策に関する基礎的研究(その3)-、地域施設計画研究21、pp.77-86、日本建築学会、2003.7

- 15) 三好庸隆、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、川村崇:三田市ウッディタウン等における地域施設の利用満足度と施設要求の分析 -郊外ニュータウンの持続的発展方策に関する基礎的研究(その4)-、地域施設計画研究21、pp.87-96、日本建築学会、2003.7
- 16) LIU Tongtong、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:団地別にみた住環境の実態と住民の評価について -公的賃貸集合住宅団地の住環境とその整備に関する研究(その1)-、地域施設計画研究21、pp.103-108、日本建築学会、2003.7
- 17) 横田隆司、柏原士郎、吉村英祐、飯田匡、LIU Tongtong:公的団地の立地特性と住民の住環境評価の関係について -公的賃貸集合住宅団地の住環境とその整備に関する研究(その2)-、地域施設計画研究21、pp.109-114、日本建築学会、2003.7
- 18) 佐野こずえ、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、西森史裕:社会変動に伴う大都市における小学校の立地環境の変化に関する研究 -大阪市を対象として-、地域施設計画研究21、pp.137-144、日本建築学会、2003.7
- 19) 藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:医療・福祉施設の基準階平面における避難階段の配置に関する事例分析 -医療・福祉施設の避難安全計画に関する研究 その2-、地域施設計画研究21、pp.277-284、日本建築学会、2003.7
- 20) 生川慶一郎、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、真鍋翼:地域施設における一般開放されている屋上緑化の実態およびその評価に関する研究、地域施設計画研究21、pp.351-358、日本建築学会、2003.7

口頭発表

<日本建築学会近畿支部研究報告集>

- 1) 飯田 匡、岡田光正、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司:街並みの景観分析を目的とした再構成システムの開発、日本建築学会近畿支部研究報告集 第32号 計画系、pp.485-488、1992.6
- 2) 飯田 匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一:街路の景観分析を目的としたビデオ画像の再構成システムの開発、日本建築学会近畿支部研究報告集 第34号 計画系、pp.509-512、1994.6
- 3) 星名啓、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、飯田匡:精神病棟の共用空間における入院患者の行動特性に関する研究、日本建築学会近畿支部研究報告集 第39号 計画系、pp.369-372、1999.6

- 4) 林志穂、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、飯田匡：病院の喫煙室の利用実態とその規模計画について、日本建築学会近畿支部研究報告集 第40号 計画系、pp.249-252、2000.6
- 5) 多田正治、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、飯田匡、星名啓：精神病棟の空間特性が入院患者の行動に及ぼす影響について、日本建築学会近畿支部研究報告集 第40号 計画系、pp.253-256、2000.6
- 6) 吉村英祐、柏原士郎、横田隆司、阪田弘一、飯田匡、横田郁：アンケートによる精神病院の看護者に対する防災意識の実態調査、日本建築学会近畿支部研究報告集 40号 計画系、pp.217-220、2000.6
- 7) 稲岡祐介、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：精神病院におけるロビー・待合いの利用実態に関する研究、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.161-164、2002.6
- 8) 張海燕、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、大野拓也：千里ニュータウンの地区市民ホールに対する住民の評価意識について、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.205-208、2002.6
- 9) 横田隆司、柏原士郎、吉村英祐、飯田匡、三好庸隆、川村崇、大浦寛登：住環境の異なる3地区における住民意識の比較分析 -魅力的な住環境のあり方に関する研究 その1-、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.237-240、2002.6
- 10) 大浦寛登、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、三好庸隆、川村崇：一対比較アンケートからみた人の求める住環境要素の分析 -魅力的な住環境のあり方に関する研究 その2-、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.241.-244、2002.6
- 11) 藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：病院の病棟部基準階平面における水平避難区画のとりかたについて、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.277-280、2002.6
- 12) 長谷川豪、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：日常安全性に考慮した手すりのデザインのあり方について、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.281-284、2002.6
- 13) LIU Tongtong、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、野口悟志：公的賃貸集合住宅団地の立地特性とその評価について -集合住宅団地の再生手法に関する研究-、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.325-328、2002.6

- 14) 長谷川貴則、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 建築におけるスロープのデザイン手法の分類に基づく考察、日本建築学会近畿支部研究報告集 第42号 計画系、pp.421-424、2002.6
- 15) 西尾有平、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 病院外来部の共用空間における空間構成とその利用実態に関する研究、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.153-156、2003.6
- 16) 藤本幹也、牧野稔弘、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 車いす避難時の安全性の向上を目的とした階段型スロープの提案 その1 -階段型スロープユニットの検討-、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.265-268
- 17) 牧野稔弘、藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 車いす避難時の安全性の向上を目的とした階段型スロープの提案 その2 -階段型スロープユニットの昇降のしやすさの評価-、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.269-272
- 18) 末原隆司、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 群集密度と群集圧の関係に関する測定実験、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.297-300
- 19) 真鍋翼、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡、生川慶一郎: 一般開放されている屋上緑化の利用実態に関する研究、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.317-320
- 20) 平野裕司、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 現代建築における鳥瞰的視点を考慮した外観デザインについて、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.345-348
- 21) 小川哲弘、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: バルコニーの機能とそのデザイン手法の分類に基づく考察、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.349-352
- 22) 井上雅博、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 外壁の汚れを制御・誘導する建築のデザイン手法に関する研究、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.353-356
- 23) 野田良太、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡: 住宅に関するコンバージョンの実態とそのデザイン手法について -建築物の長寿命化に関する研究-、日本建築学会近畿支部研究報告集 第43号 計画系、pp.381-384

<日本建築学会大会学術講演梗概集>

- 1) 阪田弘一、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:精神病棟における病棟環境が入院患者行動に及ぼす影響 -精神病院における入院患者の行動特性に関する研究(その5)-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.343-344、2001.9
- 2) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一:患者属性に着目した入院患者の行動特性 -精神病院における入院患者の行動特性に関する研究(その6)-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.345-346、2001.9
- 3) 藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、阪田弘一、飯田匡:高層精神病院の看護者に対する防災意識に関するアンケート調査、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.351-352、2001.9
- 4) 張海燕、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:千里ニュータウンにおける高齢者層の地区市民ホールへの要望について、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.17-18、2002.8
- 5) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、稲岡祐介:外来患者の特性からみた精神病院における待合空間の利用実態、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.235-236、2002.8
- 6) 藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:病院の病棟部基準階平面における屋内避難階段の分析、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.709 -710、2002.8
- 7) 生川慶一郎、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:集合住宅の部位別にみた緑化に対する住民評価について、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.101-102、2002.8
- 8) 横田隆司、柏原士郎、吉村英祐、飯田匡、Tongtong Liu:応募倍率と空家率からみた団地の分類について -公的賃貸集合住宅団地の再生に関する研究 その1-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.227-228、2002.8
- 9) LIU Tongtong、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡:数量化分析による空家率推定への試み -公的賃貸集合住宅団地の再生に関する研究 その2-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.229-230、2002.8
- 10) 飯田匡、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司:病院外来部の空間構成と患者の利用実態に関する研究、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.375-376、2003.9

- 11) 佐野こずえ、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：大阪市を対象とした児童数の経年変化による区別の傾向について -社会変動に伴う大都市における小学校の立地環境の変化に関する研究-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.247-248、2003.9
- 12) 中島佐智子、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：使用実態調査に基づく電動車椅子の建築設計基準の再検討、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.819-820、2003.9
- 13) 藤本幹也、牧野稔弘、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：階段型スロープユニットの検討 -車いすの避難計画に関する研究その1-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.923-924、2003.9
- 14) 牧野稔弘、藤本幹也、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：階段型スロープユニットの昇降のしやすさの評価 -車いすの避難計画に関する研究その2-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.925-926、2003.9
- 15) 吉村英祐、柏原士郎、横田隆司、飯田匡：人間の詰め込み実験に基づく群集密度と群集圧の計測、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.943-944、2003.9
- 16) LIU Tongtong、柏原士郎、吉村英祐、横田隆司、飯田匡：公的団地の住環境に対する住民の評価について -公的賃貸集合住宅団地の再生に関する研究その3-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.407-408、2003.9
- 17) 横田隆司、柏原士郎、吉村英祐、飯田匡、LIU Tongtong：団地の立地特性と住民の住環境評価の関係分析 -公的賃貸集合住宅団地の再生に関する研究その4-、日本建築学会大会学術講演梗概集 E-1、pp.409-410、2003.9

解説・総説

- 1) 飯田匡、辻野純徳、長谷川裕能、谷井清範、高木貞治、友杉順子：病院・高齢者施設における設計と運用の問題(その8) -外来患者数と運用方法および必要面積について-、病院設備、Vol.43、No.3、pp.357-359、2001.5

卒業論文・修士論文

- 1) 飯田匡：街並みの景観分析を目的とした再構成システムの開発、大阪大学卒業論文、1992.3
- 2) 飯田匡：街路の景観分析を目的としたビデオ画像の再構成システムの開発、大阪大学大学院修士論文、1994.3

建築物・作品等（有限会社UR設計において）

工事名称	期間	業務内容
ガラシア病院外来改修工事	1994.6 - 1994.10	設計
老健浅香山新築工事 (RC造 4F)	1994.8 - 1996.4	設計・監理
ガラシア病院増築及び老人保健施設新築工事 (RC造 7F)	1996.1 - 1998.4	設計・監理
ガラシア病院リハビリ棟増築工事 (RC造 2F)	1997.1 - 1997.5	設計・監理
浅香山病院新病棟建築工事 (SRC造 9F・B1F)	1996.12 - 1997.10	設計
倉敷中央病院手術室増築工事 (RC造 3F・B1F)	1997.6 - 1998.10	設計
ガラシア病院病棟改修工事	1999.1 - 1999.7	設計・監理
倉敷中央病院救急センター集中治療室増築工事 (RC造 3F)	1999.8 - 2000.10	設計
特別養護老人ホーム・グループホームあいぜん新築工事 (RC造 5F)	1999.12 - 2000.1	設計
ガラシア病院手術室増設工事	2000.2 - 2000.12	設計・監理
倉敷中央病院周産期センター改修工事	2000.1 - 2000.6	設計
倉敷中央病院外来棟増築工事 (SRC造 4F・B1F)	2000.4 - 2001.4	設計

謝 辞

本研究は、筆者が大阪大学大学院工学研究科建築工学専攻博士後期課程入学以来行ってきた、主として精神病院における患者の環境のあり方に関する研究成果をまとめたものである。研究を進めるにあたって、大阪大学大学院 柏原士郎教授には幅広い視点からの多大なるご指導とご鞭撻を賜りました。また大阪大学大学院 吉村英祐助教授、大阪大学大学院 横田隆司助教授、京都工芸繊維大学 阪田弘一助教授には示唆に富んだ数々のご指摘を頂きました。ここに謹んで感謝の意を表します。

大阪大学大学院 舟橋國男教授、大阪大学大学院 吉田勝行教授には、快く論文の査読をして頂き、多くの的確なご意見を頂戴しましたことを、心より感謝いたします。

この研究の発端は、筆者が大阪大学大学院前期課程を修了後、柏原士郎教授の紹介を通して、有限会社UR設計でお世話になったことにあります。このことがなければ、このような研究テーマは考えられなかったであろうし、またA病院という素晴らしい病院で調査を行うことも叶わなかったことと思います。特に、大学の大先輩でもある辻野純徳所長には、病院の計画のみならず、建築を設計する際の姿勢について多くのことをご教授頂きました。また有限会社UR設計の所員各氏、西井美彦建築事務所 西井美彦所長には研究を進めるにあたり、有益なご助言を頂きました。ここでの様々な病院、高齢者施設の設計に関する経験は、本研究において精神病院のあり方を考える際の拠り所となっています。ここにあらためて感謝の意を表します。

A病院のT副院長はじめ、多くのスタッフの方々、患者の皆さんには、大変な負担を強いる大掛かりな調査を快く受け入れて下さり、惜しみないご協力を賜りました。厚くお礼申し上げます。

病棟に関する研究は、研究室を挙げて行った実態調査により得られたデータの分析、考察が重要な部分を占めており、柏原研究室に所属した多くの学生の方々の協力なしには、本研究はなし得ませんでした。調査に多大なご協力下さった学生諸氏、特に修士論文や卒業論文として取り組まれた星名啓君、多田正治君、林志穂さん、稲岡祐介君、西尾有平君には、共同研究を通して惜しみないご協力を得ました。感謝の念に堪えません。

それぞれの研究を共に進めてきた大阪大学大学院のドクターゼミの学生諸氏には、貴重な助言や暖かい励ましを頂きました。心より感謝を捧げます。

最後に、長い間変わらない支援で支えてくれた妻と両親に心より感謝します。

2003年12月 飯田 匡

付 録

付表-1 大阪府下の精神科を有する病院

No.	病院名	開設者 種別	開設者	病院 規模	所在地	診療科目		病床数		一日平均患者数 合計	延床面積 (m ²)	敷地面積 (m ²)	開設許可 年月
						精神 ³⁾	心内 ⁴⁾	その他	精神科				
1	nkm 病院	公立	大阪府		枚方市宮之阪	○	×	632	0	42	32,420	96,773	1926/04
2	snn 病院	私立	財団法人		高田林市伏見堂町	○	×	384	60	0	8,567		1969/10
3	am 病院	私立	医療法人		茨木市高田町	○	×	600	213	156	24,700	21,000	1965/03
4	aih 病院	私立	医療法人		茨木市花園	○	×	630	0	0			1984/03
5	ajk 病院	私立	医療法人		大阪市生野区中川	○	×	0	16	22			1958/02
6	izg 病院	私立	医療法人		和泉市久井町	○	×	257	4	0			1964/03
7	ibr 病院	私立	医療法人		茨木市総持寺	○	○	350	0	0			1952/11
8	uen 病院	私立	医療法人		堺市上野芝町	○	×	357	0	0	3,946	6,199	1980/03
9	esk 病院	私立	医療法人		吹田市江坂町	○	×	360	0	0	6,255	32,000	1965/11
10	sym 病院	私立	医療法人		大阪狭山市岩室	○	×	288	0	0			1991/10
11	ozn 病院	私立	医療法人		豊中市豊南町東	○	×	564	0	0			1964/11
12	kzk サナトリウム	私立	医療法人		貝塚市森	○	×	450	0	0	13,644	11,534	
13	kzc 病院	私立	医療法人		貝塚市橋本	○	×	406	0	0	6,620	8,670	1957/10
14	kok 病院	私立	医療法人		堺市中村町	○	×	520	0	0	7,145	14,349	1956/08
15	kns 病院	私立	医療法人		枚方市西招堤町	○	○	208	46	0	4,023	6,208	1985/04
16	kns サナトリウム	私立	医療法人		泉佐野市市場西	○	×	297	0	0	3,058	2,352	1985/04
17	kam 病院	私立	医療法人		貝塚市森	○	×	492	0	0	11,068	14,249	1971/01
18	ksn 病院	私立	医療法人		泉南市新家	○	×	260	0	0			1967/06
19	km 病院	私立	医療法人		守口市八雲中町	○	×	342	0	0			1954/05
20	kai 病院	私立	医療法人		高槻市奈佐原	○	×	246	0	0			1964/02
21	ksg 病院	私立	医療法人		柏原市大泉	○	×	546	0	0			
22	skm 病院	私立	医療法人		東大阪市西上小阪町	○	×	505	0	0	16,206	7,624	1953/09
23	swa 病院	私立	医療法人		豊中市城山町	○	×	658	0	0	22,113	32,091	1971/12
24	nny 病院	私立	医療法人		泉南郡熊取町七山	○	○	322	29	48			1965/03
25	sri 病院	私立	医療法人		泉南市新家	○	○	290	0	0	10,623	10,884	1969/10
26	sna 病院	私立	医療法人		高槻市新奈佐原	○	×	150	0	0	2,169	6,030	1966/09
27	msr 病院	私立	医療法人		泉佐野市中庄町	○	×	148	0	0			1981/01
28	snk 病院	私立	医療法人		和泉市松尾寺町	○	×	336	0	0	4,500		1964/08
29	sns 病院	私立	医療法人		岸和田市土生町	○	×	267	0	0	4,529		
30	nyg サナトリウム	私立	医療法人		寝屋川市寝屋	○	○	749	0	0			1949/09
31	hmd 病院	私立	医療法人		高石市東羽衣	○	×	213	48	0			167/02
32	hna サナトリウム	私立	医療法人		四条畷市上田原	○	×	690	0	0	14,965	19,800	167/02
33	hnn 病院	私立	医療法人		堺市八田南之町	○	○	690	0	0	21,846	33,057	1956/10

付表-1 大阪府下の精神科を有する病院(続き)

No.	病院名	開設者 種別	開設者	病院 規模	所在地	診療科目		病床数		一日平均患者数 合計	精神科	延床面積 (㎡)	敷地面積 (㎡)	開設許可 年月
						精神科	心内	内・傷	その他					
34	mzm 病院	私立	医療法人		貝塚市水間	○	×	541	0	541	35	35		1963/01
35	mhr 病院	私立	医療法人		南河内郡美原町今井	○	×	566	0	566		4,593	14,073	1963/01
36	ymm 病院	私立	医療法人		八尾市天王寺屋	○	×	513	0	513	141			1913/10
37	ydn 病院	私立	医療法人		高槻市前島	○	×	240	0	240	28	2,884		1965/05
38	izc 病院	私立	医療法人		和泉市箕形町	○	×	206	0	206				1905/05
39	kmd 病院	私立	医療法人		岸和田市尾在町	○	×	494	0	494				
40	kbb 病院	私立	医療法人		柏原市旭ヶ丘	○	×	267	0	267	70			
41	smi 病院	私立	医療法人		和泉市唐園町	○	×	291	0	291				
42	snb 病院	私立	医療法人		和泉市唐園町	○	×	63	0	63				
43	tpu 病院	私立	医療法人		羽曳野市野	○	○	311	0	311				1957/11
44	mkn 病院	私立	医療法人		堺市桜元町	○	○	144	0	144	80			1905/05
45	ksk 病院	私立	社会福祉法人		東大阪市永和	○	×	537	0	537	120	11,800	8,300	1952/06
46	tmn 病院	私立	個人		箕面市今宮	○	×	270	50	320				1965/06
47	dnw 病院	私立	個人		大阪市都島区東野田町	○	×		28	28				
48	sku 病院	私立	個人		岸和田市下松町	○	×	150	0	150		2,352	20,000	1965/05
49	rms サナトリウム	私立	個人		箕面市牧落	○	×	345	0	345				1960/05
50	ysm 病院	私立	個人		松原市別所	○	○	222	0	222	35	6,754		1976/09
51	ae 病院	私立	個人		茨木市高田町	○	×	210	0	210				
52	wkn 病院	私立	個人		大阪市都島区東野田町	○	×		72	72				
53	osk 医療センター	公立	国		大阪市中央区法円坂	○	×		698	698	1,404	78,999		1945/12
54	osm 病院	公立	国		河内長野市木戸町	○	○		520	520	1,070	61,768	78,143	1945/12
55	osk 大学医学部附属病院	公立	国		大阪府吹田市山田丘	○	×		52	1,024	3,325	87,930	32,246	1993/09
56	ors 病院	公立	国		堺市長曾根町	○	×		762	762	2,027	32,478	52,826	1962/03
57	ofr 病院	公立	大阪府		大阪市住吉区万代東	○	×		44	734	2,031	69,252	44,497	1954/01
58	ofr 成人病センター	公立	大阪府		大阪市東成区中道	○	×			500	1,479			
59	ost 大学医学部附属病院	公立	大阪府		大阪市阿倍野区旭町	○	×		40	1,200	2,713	78,125		1925/03
60	ost 総合医療センター	公立	大阪府		大阪市都島区都島本通	○	×		55	1,005	2,102	89,148	23,983	1993/12
61	smv 病院	公立	大阪府		大阪市住之江区東加賀屋	○	×			295				1950/10
62	kis 病院	公立	大阪府		大阪市北区西九条	○	×			281	50	12,276	5,912	1940/03
63	ksw 病院	公立	岸和田市		岸和田市瀬原町	○	×			350	35	27,024		1941/04
64	isz 病院	公立	和泉市長		和泉市府中町	○	×			327	18	16,496	11,275	1963/04
65	sit 病院	公立	吹田市		吹田市片山町	○	○			431	1,593	32,700	25,252	1982/09
66	byn 病院	公立	豊中市		豊中市柴原	○	×			599	14	66,383	28,364	1905/05

付表-1 大阪府下の精神科を有する病院(続き)

No.	病院名	開設者 種別	開設者	病院 規模	所在地	診療科目		病床数			一日平均患者数 合計	延床面積 (㎡)	敷地面積 (㎡)	開設許可 年月		
						精神科	心内	精神科	一般	その他						
67	hgs 病院	公立	東大阪市	総合	東大阪市西岩田	○	×	0	573	0	573	1,612	38,867	17,010	1905/06	
68	nms 病院	公立	箕面市	総合	箕面市菅野	○	×	0	350	0	350	986	34,091	33,255	1956/04	
69	osj 病院	公立	日本赤十字社	総合	大阪市天王寺区壱分崎町	○	×	84	996	0	1,080	2,325	76,090	53,007	1988/09	
70	ssn 病院	公立	済生会	総合	大阪市大正区北村	○	×	0	350	0	350	979	15,562	8,000	1966/01	
71	sib 病院	公立	済生会	総合	茨木市見付山	○	×	30	315	0	345	711	8,589	2,236	1945/10	
72	sst 病院	公立	済生会	総合	吹田市川園町	○	×	0	500	0	500	1,403	40,062	20,409	1916/10	
73	snk 病院	公立	済生会	総合	大阪市北区芝田	○	×	0	778	0	778	1,544	64,415		1953/01	
74	ssr 病院	公立	済生会	総合	吹田市津雲台	×	○	0	300	0	300				1952/10	
75	hsg 病院	公立	社団法人	総合	枚方市星丘	○	×	0	604	0	604	1,354	47,917		1947/05	
76	osk 病院	公立	財団法人厚生年金事業振興団	総合	大阪市福島区福島	○	×	0	570	0	570	1,434			1937/09	
77	dic 病院	私立	財団法人	総合	大阪市西淀川区御幣島	×	○	0	213	0	213	484	10,269	3,642		
78	osk 病院	私立	財団法人	総合	大阪市天王寺区北山町	○	×	0	580	0	580	1,891	28,573			
79	ktm 病院	私立	財団法人	総合	大阪市北区神山町	○	×	54	687	0	741	1,983	24,759	10,110		
80	sms 病院	私立	財団法人	総合	大阪市北区中之島	×	○	0	499	0	499	1,572	160,930	10,235		
81	nsi 病院	私立	財団法人	総合	大阪市西区立売堀	○	×	0	350	0	350	1,014	22,000	6,100	1931/06	
82	pol 病院	私立	医療法人	総合	富田林市新堂	○	×	0	370	0	370	1,372	18,963		1956/11	
83	bln 病院	私立	医療法人	総合	堺市東山	○	○	0	522	0	522	1,306	26,292		1982/05	
84	mmh 病院	私立	医療法人	総合	堺市協和町	○	×	0	374	0	374	1,223	14,599	4,887	1953/11	
85	ytk 病院	私立	医療法人	総合	八尾市久宝寺	×	○	0	415	0	415	756				
86	kwc 病院	私立	医療法人	総合	東大阪市横枕東	×	○	0	350	0	350					
87	isi 病院	私立	医療法人	総合	大阪市東淀川区菅原	×	○	0	327	0	327	600			1983/06	
88	tki 病院	私立	医療法人	総合	高槻市古曹部町	○	×	0	477	0	477	1,400	43			
89	yds 病院	私立	宗教法人	総合	大阪市浪速区淡路	○	×	0	607	0	607	1,674	61	30,500	10,028	1956/02
90	ash 病院	私立	医療生活協同組合	総合	大阪市浪速区浪速東	○	○	0	128	59	187	580				
91	knk 大学医学部附属病院	私立	学校法人	総合	堺市原山台	×	○	0	440	0	440					
92	onk 大学附属病院	私立	学校法人	総合	高槻市大学町	○	×	60	1,020	0	1,080	2,397	135			1930/05
93	kik 大学附属病院	私立	学校法人	総合	守口市文圃町	○	○	39	952	0	991	2,379	254	58,032	22,205	1932/04
94	knk 大学医学部附属病院	私立	学校法人	総合	大阪狭山市大野東	×	○	0	1,078	0	1,078	2,193	137	61,697	168,954	1975/04
95	oks 病院	私立	株式会社	総合	大阪市北区豊崎	○	×	0	310	0	310	928	72	11,880		
96	kdn 病院	私立	株式会社	総合	大阪市福島区福島	○	×	0	400	0	400	884	44	22,350	11,251	
97	mno 病院	私立	株式会社	総合	大阪市天王寺区鳥ヶ辻	○	×	0	416	0	416	1,048	67	38,836	16,694	1942/02
98	ms 病院	私立	企業健康保険組合	総合	守口市外島町	○	×	0	359	0	359	1,129	56			
99	jot 病院	私立	株式会社	総合	大阪市阿倍野区松崎町	○	×	0	320	0	320	952	22	25,000	9,500	

付表-1 大阪府下の精神科を有する病院(続き)

No.	病院名	開設者 種別 ¹⁾	開設者	病院 規模 ²⁾	所在地	診療科目		病床数		一日平均患者数 合計	延床面積 (㎡)	敷地面積 (㎡)	開設許可 年月
						精神 ³⁾	心 ⁴⁾	内 ⁴⁾	その他				
100	ask 病院	私立	財団法人	総合	堺市今池町	○	×	152	96	820	55,679	33,439	1950/08
101	hkr 病院	私立	医療法人	総合	枚方市東香里	○	×	148	0	321	10,346		1954/09
102	mnk 病院	私立	医療法人	総合	松原市天美東	×	○	70	0	550	3,832	5,414	1905/06
103	ksi 病院	公立	大阪市		吹田市古江台	○	×	172	0	195	5,844		1944/04
104	ssm 病院	公立	済生会		泉南市のんごう南浜	○	×	26	0	176	4,553		1967/04
105	nsy 病院	私立	財団法人		大阪市西淀川区野理	×	○	198	60	258	10,357	5,983	1979/08
106	dnk 病院	私立	財団法人		茨木市堂山	○	○	280	0	280	11,478	17,529	1943/12
107	hnc 病院	私立	財団法人		松原市南新町	○	×	312	0	312			
108	hmv 病院	私立	医療法人		大阪市住吉区南住吉	○	×	378	0	378	11,094	3,734	
109	tis 病院	私立	医療法人		大阪市大正区三軒家東	×	○	82	91	173			
110	shj 病院	私立	医療法人		堺市三木閉	×	○	50	219	269			
111	mot 病院	私立	医療法人		堺市鳳南町	×	○	0	91	91			
112	hnd 病院	私立	医療法人		大阪市鶴見区鶴見	×	○	40	60	100			
113	omc 病院	私立	医療法人		大阪市城東区東中浜	×	○	188	52	240	5,728	1,493	1905/06
114	mdr 病院	私立	医療法人		枚方市藤阪中町	×	○	70	53	123			
115	hin 病院	私立	医療法人		堺市北野田	○	○	104	0	104	2,996		1981/04
116	fpj 病院	私立	医療法人		岸和田市西之内町	×	○	95	0	95			
117	sic 病院	私立	社会福祉法人		大阪市西成区秋之茶屋	○	×	92	0	92	3,866		
118	epo 病院	私立	医療生活協同組合		大阪市鶴見区鶴見	×	○	116	50	166			
119	kto 病院	私立	個人		枚方市楠葉並木	○	×	97	0	97			
120	set 病院	私立	個人		大阪市平野区平野本町	×	○	33	0	33			
121	hyd 病院	私立	個人		大阪市淀川区三国本町	○	×	39	53	92			1950/10
122	mssm 病院	私立	個人		寝屋川市八坂町	○	×	77	0	77			
123	ngs 病院	私立	個人		枚方市清南町	○	×	24	0	24			

1) 公立は、国、地方自治体、日本赤十字社、済生会、厚生連、国民健康保険団体系等により設立された病院を示し、その他を私立と分類した。

2) 病院種別の「総合」は田医療法による総合病院およびそれに準ずる規模を持つ病院を示す。

3) 「精神」には、精神科のほか神経科も含む。

4) 心療内科を示す。

5) 他とあるのは、表記以外にも、数科以上の診療科があることを示す。

6) 病院種別の「総合」の病院については、省略している。

付表-2 ヒアリング調査対象者の属性および病棟に関する意識

病院	病棟	No.	性別	年齢	入院期間	病名	生活自立度	面会の頻度	喫煙*	好きな場所	楽しいこと	病棟に対する不満、不便な点、要望	
A 病院 2000 年度 調査	新館 8階	1	女性	32	6年7ヶ月	精神分裂病	2	週1回	×	病室	特になし	TVの台数が少ない	
		2	女性	58	14年2ヶ月	精神分裂病	2	月2回	○	病室	話をする事	特になし	
		3	女性	63	1年10ヶ月	精神分裂病	1	ほぼなし	○	病室	脚の付け	特になし	
		4	女性	72	12年7ヶ月	精神分裂病	2	年2回	×	病室	特になし	特になし	
		5	男性	51	21年7ヶ月	精神分裂病	1	月1.2回	○	喫煙室	旅行	特になし	特になし
		6	女性	37	2年8ヶ月	精神分裂病	2	年3回	×	デイルーム	メモを取る事	喫煙室が狭い	満足といつわけではない
		7	女性	58	8年9ヶ月	精神分裂病	2	月1回	○	特になし	特になし	喫煙室が狭い	喫煙室が狭い
		8	男性	51	1年11ヶ月	非定型精神病	1	ほぼなし	○	喫煙室	自転車で出かけること	喫煙室が狭い、喫煙室の壁が汚い	特になし
		9	女性	42	5ヶ月	非定型精神病	1	ほぼなし	○	病室	ラジオ	特になし	特になし
		10	女性	59	7ヶ月	解離性障害	1	...	○	病室	ギター・卓球	特になし	特になし
新館 7階	7階	11	男性	39	3年11ヶ月	精神分裂症	1	...	○	デイルーム	特になし	特になし	
		12	男性	48	15年6ヶ月	精神分裂症	2	ほぼなし	○	病室	特になし	お風呂が狭い、洗面室が狭い、喫煙室の壁が汚い	
		13	女性	83	8ヶ月	精神分裂症	3	月1回	○	病室	編み物	特になし	特になし
		14	女性	62	32年2ヶ月	精神分裂症	3	月1回	○	病室	TV	窓から見えるバルコニーの部分が怖い	
		15	男性	44	18年6ヶ月	精神分裂症	3	月2回	○	病室	音楽	喫煙室が狭い、喫煙室の換気が充分でない	
		16	男性	56	4年2ヶ月	精神分裂症	2	年6回	○	デイルーム	TV	トイレの数が少ない	
		17	男性	64	26年6ヶ月	精神分裂症	2	ほぼなし	○	喫煙室	特になし	特になし	
		18	男性	50	19年9ヶ月	精神分裂症	2	月2回	○	喫煙室	特になし	特になし	
		19	女性	49	2年6ヶ月	精神分裂症	2	年4回	○	特になし	卓球	喫煙室が狭い	
		20	女性	52	1年3ヶ月	精神分裂症	1	月1回	×	デイルーム	読書	トイレの数が少ない、食堂が刑務所のようにイヤ	
新館 6階	6階	21	女性	52	4年4ヶ月	精神分裂症	3	月2.3回	×	病室	特になし	特になし	
		22	女性	66	11年4ヶ月	精神分裂症	2	年2.3回	×	特になし	株式	窓を開けられるようにしてほしい	
		23	男性	39	3年2ヶ月	精神分裂症	1	週1回	○	病室	読書	特になし	
		24	女性	61	2年3ヶ月	精神分裂症	1	月1回	×	デイルーム	読書	お風呂が狭い	
		25	女性	26	10ヶ月	精神分裂症	3	月1回	○	病室	絵	トイレの数が少ない	
		26	男性	68	5年2ヶ月	精神分裂症	3	月1.2回	○	特になし	特になし	喫煙室が狭い	
		27	男性	71	33年10ヶ月	精神分裂症	2	ほぼなし	○	デイルーム	特になし	特になし	
		28	女性	55	5年8ヶ月	精神分裂症	1	ほぼなし	×	病室	歌	トイレが壊れているときがある	
		29	女性	32	6ヶ月	精神分裂症	3	週2回	×	特になし	特になし	特になし	
		30	女性	59	5年5ヶ月	非定型精神病	2	月2.3回	×	デイルーム	ちぎり絵	特になし	
新館 5階	5階	31	女性	47	5年6ヶ月	躁鬱病	1	週1回	×	廊下	廊下を散歩	トイレの数が少ない、お風呂が狭い	
		32	男性	52	1ヶ月	精神分裂病	1	週1回	○	病室	音楽	特になし	
		33	女性	40	1ヶ月	精神分裂病	1	週1回	○	喫煙室	特になし	喫煙室が狭い	
		34	男性	28	1ヶ月	精神分裂病	1	週6.7回	○	喫煙室	音楽	DK2にも喫煙室があったほうがよいのでは	
		35	男性	32	2ヶ月	精神分裂病	1	週1回	○	もみだ庭園	詩	喫煙室が狭い	
		36	女性	51	2ヶ月	精神分裂病	1	ほぼなし	○	病室	本	喫煙室が狭い、病室が狭い	
		37	男性	35	2ヶ月	精神分裂病	1	週1回	○	デイルーム	カラオケ	喫煙室が狭い	
		38	女性	70	1ヶ月	抑鬱神経症	1	週1.2回	×	病室	特になし	特になし	
		39	女性	50	3ヶ月	鬱状態	1	ほぼなし	○	特になし	特になし	特になし	
		40	男性	71	2ヶ月	アルコール依存症	1	週1.2回	×	デイルーム	日経の切り抜き	特になし	
41	男性	39	1ヶ月	精神分裂病	1	月1回	×	デイルーム	トランプ	特になし			
42	女性	55	2ヶ月	鬱病	1	週2.3回	×	人のいる所	話をする事	洗面室が狭い、電話の数が少ない、喫煙室が狭い			

* 喫煙について○は「喫煙する」、×は「喫煙しない」を示す
 ** 表中のーは不明もしくは調査を行っていないことを示す

付表-2 ヒアリング調査対象患者の属性および病棟に関する意識(続き)

病棟	No.	性別	年齢	入院期間	病名	生活自立度	面会の頻度	喫煙*	好きな場所	楽しいこと	病棟に対する不満、不便な点、要望
新館 4階	43	男性	17	6ヶ月	心因反応	1	週2.3回	×	—	—	—
	44	女性	67	3ヶ月	非定型精神病	1	週1回	×	デイルーム	カラオケ	特になし
	45	女性	46	2ヶ月	精神分裂病	2	週2.3回	×	病室	コーヒーションアップ	特になし
	46	女性	56	4ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	デイルーム	絵・ラジオ	特になし
	47	男性	31	1ヶ月	精神分裂病	1	週1回	○	病室	絵	喫煙室が狭い、電話の台数が少ない
	48	男性	29	2ヶ月	心因反応	1	週3回	○	デイルーム	特になし	喫煙室が狭い、喫煙室のイスの間隔が狭い
	49	男性	35	2ヶ月	精神分裂病	1	週1回	○	病室	特になし	喫煙室が狭い、イスが硬くて痛い
	50	女性	58	2ヶ月	非定型精神病	1	週1回	×	病室	手紙・読書	特になし
	51	女性	25	6ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	特になし	読書	特になし
	52	女性	33	2ヶ月	幻覚妄想状態	1	週4.5回	○	デイルーム	話をする	特になし
A館 2階	53	男性	60	2年3ヶ月	精神分裂病	2	月1回	○	病室	話をする	電話の台数が少ない
	54	男性	53	6年6ヶ月	てんかん	3	ほぼなし	○	喫煙室	特になし	喫煙室が狭い
	55	男性	44	3年4ヶ月	精神分裂病	1	年5.6回	○	特になし	音楽	特になし
	56	男性	54	6ヶ月	精神分裂病	1	年2.3回	○	病室	音楽・将棋	特になし
	57	男性	61	5年10ヶ月	精神分裂病	2	年1回	○	病室	音楽・将棋	特になし
	58	男性	48	9年9ヶ月	精神分裂病	1	ほぼなし	○	デイルーム	麻雀	喫煙室が狭い
	59	男性	58	11年5ヶ月	アルコール依存症	3	ほぼなし	○	デイルーム	麻雀・将棋	喫煙室が狭い
	60	男性	54	30年7ヶ月	精神分裂病	1	ほぼなし	○	デイルーム	運動すること	喫煙室が狭い、動線が長くて疲れる、フロアの患者が多い
	61	男性	31	3ヶ月	精神分裂病	2	ほぼなし	○	特になし	特になし	特になし
	62	男性	46	25年3ヶ月	精神分裂病	1	ほぼなし	○	病室	特になし	特になし
A館 0階	63	男性	65	4ヶ月	躁鬱病	4	月1回	○	病室	麻雀を取る	すきま風が入る、喫煙室が狭い
	64	男性	59	10年11ヶ月	精神分裂病	3	年1回	×	病室	特になし	特になし
	65	男性	36	1年5ヶ月	精神分裂病	2	年6回	○	病室	特になし	特になし
	66	男性	30	3年11ヶ月	精神分裂病	4	年4回	○	病室	音楽	特になし
	67	男性	43	3年3ヶ月	精神分裂病	4	週1回	○	—	—	—
	68	男性	56	2年0ヶ月	精神分裂病	3	週1回	○	デイルーム	将棋	喫煙室が狭い、喫煙室の換気が充分でない
	69	男性	42	4年0ヶ月	有機溶剤中毒	2	週1回	○	—	—	—
	70	男性	53	8年4ヶ月	精神分裂病	2	ほぼなし	○	喫煙室	特になし	特になし
	71	男性	32	7年5ヶ月	精神分裂病	3	年2回	○	—	—	—
	72	男性	62	3年6ヶ月	精神分裂病	2	年6回	○	特になし	特になし	特になし
B館 3階	73	女性	33	10年0ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	特になし	特になし	特になし
	74	女性	34	5年1ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	病室	音楽	特になし
	75	女性	46	5ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	—	—	—
	76	女性	49	6ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	特になし	音楽・読書	洗濯室が狭い、トイレが汚い、床が汚い
	77	女性	71	8年5ヶ月	精神分裂病	2	月2.3回	×	病室	掃除・洗濯	洗濯機、ボット、ドライヤーなど現代人の機械は使いにくい
	78	女性	48	8ヶ月	精神分裂病	2	ほぼなし	×	病室	特になし	物を盗られる
	79	女性	53	3年3ヶ月	精神分裂病	2	月2回	×	病室	カラオケ	お風呂が狭い
	80	女性	36	2ヶ月	てんかん性精神病	1	月1回	×	病室	特になし	足が悪いので和式便所ばかりでは困る
	81	女性	55	1年6ヶ月	精神分裂病	2	週1.2回	×	デイルーム	音楽	お風呂が狭い、DRが悪いにくい、洗濯室が狭い
	82	女性	53	5年5ヶ月	精神分裂病	1	週1回	×	病室	音楽・読書	特になし
B館 5階	83	女性	60	3年8ヶ月	精神分裂病	3	ほぼなし	○	—	—	—
	84	女性	70	44年0ヶ月	精神分裂病	1	年1回	×	病室	読書	特になし
	85	女性	76	8年4ヶ月	精神分裂病	3	年1回	×	病室	歌	特になし
	86	女性	72	34年4ヶ月	精神分裂病	3	ほぼなし	×	病室	—	DRに寝転べない
	87	女性	68	4年9ヶ月	精神分裂病	2	ほぼなし	×	特になし	読書・編み物	病室が狭い
	88	女性	58	3年1ヶ月	精神分裂病	1	年1回	○	喫煙室	特になし	トイレが汚い、喫煙室が狭い
	89	女性	68	5年7ヶ月	精神分裂病	3	年2回	×	病室	特になし	特になし
	90	女性	54	4年1ヶ月	精神分裂病	3	年2回	×	特になし	音楽	トイレが汚い
	91	女性	62	5年9ヶ月	それ以外	1	年1回	○	デイルーム	TV・読書	病室が狭い、TVのサイズが小さい
	92	女性	57	1年5ヶ月	それ以外	2	月1回	×	デイルーム	レース編み	特になし
93	女性	52	6ヶ月	てんかん	3	月1回	×	病室	特になし	物を盗られる	

付表-2 ヒアリング調査対象者の属性および病棟に関する意識(続き)

病棟	No.	性別	年齢	入院期間	病名	生活自立度	面会の頻度	喫煙*	好きな場所	楽しいこと	病棟に対する不満、不便な点、要望	
B病棟	94	男性	62	33年	精神分裂病	-	年6,7回	-	テイルーム	特になし	-	
	95	男性	60	17年	精神分裂病	-	年1,2回	-	特になし	掃除・ラジオ体操	-	
	96	男性	60	8年	精神分裂病	-	月1回	-	特になし	寝ていること	-	
	97	女性	61	40年	精神分裂病	-	月1回	-	特になし	ラジオ・TV	-	
	98	女性	90	33年	老人性精神病	-	年2,3回	-	-	-	-	
	99	女性	63	30年	精神分裂病	-	ほぼなし	-	病室	なし	-	
	100	女性	78	18年	精神分裂病	-	ほぼなし	-	病室	買い物	-	
	101	女性	48	2ヶ月	非定型精神病	-	月2回	-	特になし	なし	-	
	102	女性	47	33年	てんかん性精神病	-	ほぼなし	-	-	-	-	
	103	女性	64	7ヶ月	精神分裂病	-	月1回	-	特になし	なし	-	
	104	女性	48	12年	非定型精神病	-	ほぼなし	-	特になし	TV・映画	-	
	105	女性	36	5年	精神分裂病	-	週1回	-	テイルーム	ピアノ	-	
	東館3階	106	女性	59	5ヶ月	精神分裂病	-	ほぼなし	-	病室	ラジオ	-
107		女性	36	4年	精神分裂病	-	年3回	-	病室	本・ピアノ	-	
108		女性	60	5年	精神分裂病	-	ほぼなし	-	病室	俳句・詩	-	
109		女性	61	5年	精神分裂病	-	月3,4回	-	特になし	全てのこと	-	
110		女性	68	43年	精神分裂病	-	ほぼなし	-	病室	ほんやのすること	-	
111		女性	62	32年	精神分裂病	-	外泊月1回	-	特になし	相談を見る	-	
112		女性	63	33年	精神分裂病	-	年1,2回	-	特になし	なし	-	
113		女性	76	34年	精神分裂病	-	ほぼなし	-	病室	歌	-	
114		男性	49	2ヶ月	精神分裂病	-	-	-	-	-	-	
115		男性	31	10ヶ月	強迫神経症	-	-	-	-	-	-	
116		男性	58	16年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-	
117		男性	36	2年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-	
118		男性	46	2年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-	
119	男性	57	9年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
120	男性	23	4年	てんかん	-	-	-	-	-	-		
121	男性	48	2年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
122	男性	26	1ヶ月	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
123	男性	39	3ヶ月	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
124	女性	61	1ヶ月	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
125	女性	30	4年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
126	女性	64	9年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
127	女性	46	2ヶ月	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
128	女性	56	4年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
129	女性	31	10年	-	-	-	-	-	-	-		
130	女性	32	5年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
131	女性	81	14年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
132	女性	70	3ヶ月	老年精神病	-	-	-	-	-	-		
133	女性	60	30年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
134	女性	48	1年	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
135	女性	21	1年	非定型精神病	-	-	-	-	-	-		
136	女性	41	1ヶ月	精神分裂病	-	-	-	-	-	-		
A病棟		A病院1998年度調査										

付表-3 患者へのヒアリング結果

ヒアリングの質問事項

- ・病棟に入ったときの印象はどのようなものか(新館の患者のみ)。
- ・病棟の中で好きな場所はあるか。どういった点が気に入っているか。
- ・何か趣味のようなものはあるか。
- ・外出はどのくらいの頻度ですか。よく行くのは何処か。
- ・同じ部屋の人とはよく会話をするか。会話をすることは好きか。
- ・病棟で何か気になっている部分はないか(不満、要望など)。

新館8階

患者No.1 NGさん

常に腰が重たいということもあるので、病室が好き。落ち着くし。病室では特定の人とは話す。自分のベッドではボーッとしていることが多い。一緒に食堂に行く仲のいい人がいる。その人の部屋に遊びに行くことがあるというわけではないけれど。売店は週に一回くらい行く。院外にも外出はできるけど行かない。一人では行くのが怖い。個室は嫌。寂しいから。ここでの不満は見たいTVが見れないこと。

患者No.2 KRさん

B館に比べたら新館の方がいい。綺麗だし。トイレは扉を開けたら電気がついたり、水が自動で出てきたりするから。ホテルみたいだと思う。ベッドが居心地がいい。自分の場所という感じがするし、体がだるいので楽でいい。じっと座ってられないから横になっていることが多い。会話はよくする。他の部屋に行ったりする。ここは気の合う人が多い。B館3階にいたころはあまり他の人と話をすることはなかった。今は話をするのが楽しい。売店には毎日行く。サロンにも。カラオケにはたまに行く程度。今の環境には満足している。

患者No.3 RIさん

新館は病室の調度品がきれいでもいい。飾り付けをするのが好き。新館に一度入ったら他にはもう行きたくなくなった。ベッドまわりに設置されているボードは昔は書道を貼っていたりしたが今はあまり使わない。病棟の中では特に好きな場所はない。病室とデイルームは半々くらい利用する。TVはあまり見ないので、デイルームはクラブ活動の時に使うことが多い。たまにデイコーナーも使う。部屋でも会話をすることはある。基本的にカーテンは開けている。外出はあまりしないが、サロンにはほぼ毎日行く。食事や気分転換のために。外に出るのは気持ちいいけど、別に中でも構わない。不満は特にない。

患者No.4 AIさん

(はいはい型)前はK病院*にいた。ここはきれいで広い。ベッドが居心地がいい。あまりしゃべらない。晩にTVを見る。歌番組が好き。外出はしない。8階で高いということも少しは理由になっている。売店に週一回行くくらい。趣味はない。今の4人部屋がいい。(* K病院とは、A病院と同一法人が運営する、隣接の一般病院)

患者No.5 TOさん

(よくしゃべり、延々と話を続ける)A館からこっちに来た。前のところは汚くて嫌やった。ここはきれいで気持ちいいわ。旅行が好きで、この前は一人で奈良まで行ってきた。開放病棟やから開放の時間帯やったら行けんねん(……しばらく旅行の話が続く)。お金がないから煙草代をけちって貯めてる。俺の生みの親は財産があつて(略)、高校は裏口で入ってんけど(略)、北海道で一回気が狂った(略)。病棟では喫煙室が好き。同室の人とはあまりしゃべらない。OTに月・水・金と行っている。姉さんがよくしてくれてすごい助かってる。できることなら個室に行きたいがお金がかかるから無理や。A館におったから不満はあるはずもない。いいとこやわ。

患者No.6 NEさん

(会話のところどころに意味不明な点がある)以前はA館にいて、そこからこっちに来た。気分的にちょっと…と
いうところがあって大満足というわけではない。デイルームの方が好きだけど、お金がかかるので(?)。デイルーム
では話をしたりとか。趣味といえば、メモをとるのが好き。一日1、2回売店に行く。外出できるように頑張っていく。
一日中病棟の中だったら面白くない。

患者No.7 SAさん

西館から新館8階に来たが、ここは雰囲気がいい。きれいな病院だと思う。病棟のいろいろな場所が好き。デイルームはTVを見る。夜だけ。煙草を吸うときもある。ベンチもたまには使う。病室にカーテンがあるのがいい。あまり他の人と話はしない。趣味といえるようなものはないけど、クラブ活動やOTには行く。これも好きというわけではなくて出席しなアカンから。外出はたまに売店行ったり商店街に服買いに行ったりする。もし個室を選べるのならそっちのほうがいいけど、一人で考えて何でもしなだめやから。自分で判断しなアカンからわからん。団体の方がいいかも。ちょっと喫煙室が狭いのが不満といえば不満。

患者No.8 TJさん

(かなりしっかりと話す)以前はA館3階にいた。新館はきれい。できたばかりだし、かなり広い。カーテンがあってプライバシーが確保されるので気に入っている。トイレが洋式なので便利。きれいだし。病棟では喫煙室を一番よく使う。集まったり話をしたり。ちょっと狭いけど。デイコーナーはあまり使うことはない。デイルームはポツンポツンと人がいるだけで、広すぎてもったいないのではないかと思う。せっかくあれだけスペースがあるのにみんな喫煙室を使っている。OTには他の人との交流をするために月・金の午前中に行っている。人と話すのは苦手(大好きそうだが)。外出はしょっちゅう。スーパーとか、自転車で近所の公園まで。近くに五個くらい公園がある。中にずっとおるより、やっぱり外のいい空気が吸いたいからな。

患者No.9 TYさん

B館5階、館1階ときて、いま新館8階にいる。新館はとても明るい。喫煙室が好き。いつものメンバーと話をする。喫煙室はちょっと狭くて、壁が黄色くて汚いというところが気になる。あともう少し広いといい。あとは部屋でラジオを聴いていることが多い。目を患っているのでTVはあまり見ない。外出はほとんどないけれど、歩いていける距離のところまで。売店を出たところにあるベンチで煙草を吸ったりジュースを飲むのが楽しみ。もし個室に行けるとしたら、寂しいけど、気兼ねしなくていいから。いまの4床室でも広さは充分だけど。

患者No.10 KWさん

以前は西館だった。ここはいい。広い。きれい。個室で過ごすことが多い。景色を見たりしてる。個室は充分広いし、落ち着く。そんなん嫌いや(意味不明)。あとは喫煙室にいることが多い。売店には週1回くらい行く。外へはしょっちゅう出る。堺のほうまで。

患者No.11 JIさん

新館については「新しいいいのができたな」という印象。ここはきれいでいいところだけど、長くはいたくない。辛抱しとったらいつかは退院できる日が来ると思っている。同室の人とは年齢が大分違うのであまり話したりとかはない。基本的に自分から話をすることはない。話しかけてこられたら話すという感じ。性格にちょっと波があるんです。煙草は一日二箱半。喫煙室の狭さが気になる。好きな場所はデイルーム。TVはたまにしか見ない。いつもは新聞や広告を見たりして過ごしている。ギターを弾いたり卓球するのが趣味。病棟の不満としてはトイレの数が少ないこと。あと男女兼用にしてくれると助かる。

新館7階

患者No.12 YAさん

新館は、見た目も中身もとてもいい。僕は入れないのかと思っていた。お風呂が狭いように感じるが、あのくら

いでもいいのかもしれない。洗濯室が混んでいることが多いのが難点。煙草は一日15、6本。喫煙室は広さはちょうどいいと思うが、多くの人が使うので壁・ガラスが茶色くなってしまっている。染み抜きしなくては。今は個室にいて、そこが気に入っている場所。デイルームにはたまにTVを見に出る。A館にいた頃は麻雀が好きでよくやっていたが、ここではできないので残念。外出は、売店には毎日行くが、院外にはほとんど行かない。

患者No.13 MMさん

新館はきれいでいいと思う。自分の部屋が好き。TVは耳が遠いからほとんど見ない。毎日看護婦さんに付き添ってもらって売店に行く。趣味は編み物&レース編み。

患者No.14 MZさん

B館4FからB館5Fを経て新館7Fに来た。一人だと食べる量が多くなってしまう(?)。卓球とかは好きじゃない。自分のベッドで寝転がるのが好き。それはこれからの仕事。まあ考えているところ。お金がもう少し欲しい。話はしない。TVを見ているのが一番。サロンはときどき行くが混んでいる。家族が面会に来てくれるから、おやつも食べれたりするし、寂しくない。窓から見えるバルコニーの部分が怖い。自分の五千円札がご飯で……(略)。頭がぱっとせーへん。ずっと。

患者No.15 IWさん

西病棟からこっちに来て、実にきれいだという印象を抱いた。ここは起きにくい。病気のせいだと思うが、どうも夜眠れない。自分の部屋が好き。一日の煙草は23本くらい。喫煙室は小さい。座れなかったりするし、換気があまりよくないと思う。デイルームではコーヒー飲んだりTVを見たりする。あと音楽(ニューミュージック系)が好きでいろんな場所で音楽を聴く。外出は週一回くらい。環境には満足している。

患者No.16 SUさん

ここはきれい。病室に近い方のデイルームをよく使う。TVで野球を見たりしてる。本はあまり読まないけどたまに読む。煙草は多いときは80本くらい吸っていたが今は禁煙している。25日目。もうすぐ一月。外出については堺東のほうまでは数ヶ月に一回くらい行く。売店には3、4日に一回くらい。病棟についてはトイレが病室の近くにあるのはいいけど数が少なくて困ることがある。

患者No.17 OZさん

K病院*に以前いた。新館は掃除とかがないから楽でいい。安心して過ごすことができる。喫煙室が好き。広さについてはあれくらいいいのではないかな。煙草は一日20本くらい吸う。他の患者さんとの会話はあまりしない。同室の人はラジオを聴いていることが多いから。喫煙室でもあまり話をする事はない。個室でも4床室でもどっちでもいい。「入れ」と言われた方に入る。趣味は特にない。病棟に対する不満もない。(* No.4参照)

患者No.18 IMさん

ここはゴージャス。豊かな感じ。自分の部屋で寝ていることが多い。こっちは話しかけたりはしない。煙草は一箱くらい。喫煙室については特に問題はないと思う。外出は少しづつしている。売店には毎日。自分用のラジカセがあったらいいと思う。4人部屋と個室がどっちがいいかと言えば、4人の方がいい。寂しくないから。病棟について不満な点は全くない。

患者No.19 KOさん

この病棟の第一印象は明るいというもの。好きな場所は特にない。喫煙室は一時間に一回くらい行く。いつも一緒に行く人がいる。ちょっと狭いかも。OT室で卓球をしているときは楽しい。連れがいれば近所のパーマ屋さんに行ったりすることも。売店は週に一回くらい。散歩を週に2、3回する。不満は別でない。

患者No.20 MBさん

食堂が刑務所みたいでちょっと嫌。全体としてはきれいやなと思う。デイルームが好き。TVを見たり、読書をしたり。あと毎日、新聞を読んでいる。同室の人とはよく話す。売店には3日に1回くらい、サロンには週1回くらい行く。不満なことは、トイレが少ないこと、部屋のカーテンを朝・昼・晩に看護婦さんが開けること。

患者No.21 OOさん

B館5階から新館に来た。あんまり綺麗なのでびっくりした。ベッドにいるのが好き。そこで仰向けになったり。趣味はない。サロン・売店には担当のスタッフがいるときに行く。病棟で不便だと思わない。

新館6階

患者No.22 ISさん

元B館3階。新館はすごく便利。トイレは洋式でぬくいし。部屋にはカーテンがあるし。デイルームと病室を半々くらいで使う。デイルームではTVをよく見る。病室ではラジオを聴いている。他の人とはあまり会話をしない。用事あるときだけ。3日に1回くらい付き添いありで売店に行く。株式投資に興味がある。病棟に対する不満は、窓が開けられないこと。

患者No.23 YYさん

本館4階から新館6階に来た。ここではゆっくりと休めるようになって、静かな感じで過ごせるようになった。病室が好き。落ち着くから。病室では本を読んでいることが多い。同室の人とはよく話をする。話をするのは好き。今の環境は充分なものだと思う。ひとりで過ごせる静かな環境があるのがいい。

患者No.24 SIさん

(はいはい型)ここはきれいでいい。デイコーナーがわりと好き。自分の部屋から近いのでよく利用している。あとは自分のベッドで横になることが多い。病室はカーテンで仕切れるのがよい。あとはパントリーの喫茶コーナーが好き。コンサートやお芝居に行くのが趣味だったが、今は行けないので哀しい。その代わりというわけではないが本や新聞を読んでいる。サロンや売店には週1回くらい。おやつは太るので最近を買っていない。病棟の中では、トイレの数が少ないのではないと思う。

患者No.25 YNさん

ここはホテルみたいで、病院じゃないみたい。病室が好き。寝てることが多いから。カーテンは開けていたり閉めていたりまちまち。なにかうとうしいときは寝ている。趣味はイラストを書くこと。もし個室に移れるのであれば、そっちの方がいい。落ち着けそうだから。外出は週2、3回くらい、OTや売店まで。トイレの数が少ないのが不満。

患者No.26 YKさん

K病院*、新館3階、A館2階、新館6階と病棟を移っている。日常生活には車椅子を利用している。病室とデイルームは半分半くらい使っている。別にどっちが好きとかはない。デイルームには食事の時間の前後に利用する。煙草は一日12、3本。喫煙室がちょっと狭いと思う。その他は、病室の広さも充分だし、とくに不便なところはない。(* No.4参照)

患者No.27 YTさん

ここはきれいで美しい。以前からここに来たかった。夜中は長ソファーをよく使う。国の秘密が聞こえてくる…。TVはあまり好きじゃないのでデイルームはそんなに行かない。煙草は1日20本。喫煙室の広さは別に気にならない。話をするのは好きじゃない。もし入れるのなら個室に行きたい。そのほうが落ち着いて日々過ごせそう。外出は週1回くらい。サロンなどに。不満はない。

患者No.28 TSさん

(聞き取りにくい) B館3階からこっちに来た。ホテルのロビーみたいにきれいだと思った。ベッドと長ソファが好き。自分の部屋では鏡を見たり歌をうたったりしている。他の人とはよくしゃべる。もうしゃべりすぎるくらいに。一日1回売店に行く。寂しいから個室に行きたいとは思わない。不満?トイレが壊れているところがあるんです。それが、気に なります。

患者No.29 HTさん

(ぼそぼそと話す) 新館4階、新館6階。ここはおかしな感じのところ。扉に鍵がかかっていたりするし。よくわからない。好きな場所は別がない。話をするのはまあ好き。仲のいい人はいるけど。サロンなどに行ったりすることはない。不満はまあない。

患者No.30 THさん

別の病院からB館4階を経て新館6階に。はじめて入ったときはホテルのように思えて、大変快適だと感じた。デイルームと喫茶コーナーが好きな場所。TVを見ることが多い。趣味はちぎり絵とベビー服づくり。話をするのは好き。外出はサロンにたまに行く。洗濯室が込み合ったり、乾燥機が全部使われていることが多いのが不満。

患者No.31 AYさん

ここはきれいで広々としていて気持ちがいい。廊下が好き。外に出ることができないので、歩いていたらい運動になるし、時間つぶしにもなる。部屋にいるのは晩くらい。読書室はたまに使うが、気持ちが落ち着かないので読めないことが多い。同じのを何回も読む。喫茶コーナーは安いと思う。あと、誕生日を祝う会があるのがうれしい。外出はおばさんと一緒に院外の喫茶店などに月2回くらい行く。全体のゴージャスさに比べたらお風呂が小さいのでは。あとトイレの数が足りない。どこに行っても空いてないときがある。

新館5階

患者No.32 KEさん

ここはトイレが便利。水が勝手に流れてくれる。床がいいので足音が聞こえず静かである。他には回廊形式になっているので、いい運動ができる。広くていいです。病室が好きです。ラジオやCDをよく聞いてます。煙草は1日20本。喫煙室でもあまり話さない。個人主義なので。院内外出は一日に2、3回。しょっちゅう行く。デイルームは女性の方を使う。部屋から近いので。もみじ庭園は今は寒いのであれだけ暖かい頃はよく使う。トイレに自動で手を乾燥できる機械があったらいいと思う。

患者No.33 KQさん

ここは感じのいいところ。喫煙室が好き。そこで話したりする。ちょっとだけね。一日一箱吸う。喫煙室はちょっと狭いけどほかは問題ないと思う。デイルームは使わない。TVもあまり見ないし。しんどなったらあかんから横になっていることが多い。できることなら個室の方がいい。一人ぼっちのほうが性にあってる。他の患者とはあまり話さない。看護婦さんとはわりと話す。病棟空間に対する不満は特にない。バイトしたいな。喫茶店とかで。客商売がしたい。小遣いが足りない。ぎりぎりや。いつも。自分でお金を自由にしたいけどお姉さんがきっちりしてるからそういうわけにもいかない。

患者No.34 HDさん

ここはホテルみたいです。広さに関しては中くらいの印象。喫煙室ともみじ庭園が好き。自然が好きです。煙草は10本くらい。喫煙室は女性側のデイルーム2にもあったほうがいいのかと思います。日中はなるべく寝ないように心掛けています。趣味は音楽鑑賞。さだまさしやアルフィーがお気に入りです。夜に病室で聞くようにしています。部屋では話はしませんが。喫煙室とかでは話をします。無口なほうなので。しゃべらなあかんとは思いますが。病室の広さは充分です。不満はありません。

患者No.35 UHさん

すごいきれいな病棟だと思う。その日にもよるけど(?)。もみじ庭園は好き。そこで煙草を吸ってる。喫煙室と半々くらいでもみじ庭園で吸う。喫煙室は満員のことが多いから。煙草は40~50本。外出は散歩行ったり、喫茶店にいったり。気が向いたときに。病室で詩をかくのが趣味。不満は別にない。

患者No.36 NSさん

会話はあまりしない。同室の人とは年齢が離れてて話にくい。しゃべるチャンスがない。どのグループにも入らないからひとりぼっち。部屋のベッドのところが好き。横になっていられるから楽。好きな本を読めるし。煙草は40本。喫煙室は8人は無理。ぶつかりあうみたいで窮屈。もみじ庭園ならゆったり吸えるのでそっちを使うことが多い。あとは読書室に行って本を読んだり、ジュースを買いに行ったり。デイルームはTVを見ないからあまり使わない。外出は売店に毎日。サロンにはこのごろ行かない。不満なところは…うーん…わからない。あ、病室のベッドと机・棚の間が狭いかな。あの広さで4人が入るのは厳しいんじゃないかと思う。

患者No.37 YDさん

入院してもうすぐ2ヶ月になる。もともと知り合いが新館に入院してて、面会に来たことがあって、きれいなところやなーとは思っていた。高いらしいとは聞いていたけど。部屋の近くの、廊下に置かれたイスのところが好き。煙草は30本くらい。喫煙室は狭い。すぐにいっぱいになる。ご飯のあととか。OT、サロン、売店には毎日行く。カラオケが好き。全体としてみると不満はない。

患者No.38 WAさん

2回目の入院。便利によくできてるという印象。きれいになってるなあと。電話するにしても、ボックスになっているので人が通るのも気にならなくていい。トイレやお風呂もうまいことなってると思う。デイルームはご飯のときだけ。気楽に過ごせるようにほとんどはベッドで寝ている。体がしんどくて、耳もおかしいのでつい横になってしまう。カーテンを閉めておけば落ち着いた感じになる。廊下の音は気になるが仕方ない。趣味はない。体がしんどくて…。何のために生きているのか…。同室の人とはよく話す。若い人と身の上話を。話しやすい人とそうでない人がいるけど。外出は売店や商店街に2、3日に1回くらい、欲しいものがあつたときに出かける。不満は今のところ感じない。これでいいんやなと思っている。

患者No.39 SMさん

精神病院にしては新館は明るいと思う。同じフロアに友達が2、3人いるので、その人たちとサロンや買い物に行ったり、話をしたりする。部屋は寝るためのところだと考えている。なるべく昼間は寝ないようにしている。煙草は一箱。喫煙室は別に使いにくい。外出はほとんど毎日。鬱にならんように、殻に閉じこもらないように。病棟には満足してはいないが、まあこんなもんかなあと。

患者No.40 ZAさん

ここは最高ですな。ここやったらなんべんでも入りたいくらいです。ホテル並で。まず目についたのがトイレ。他の病院だったらどこでもまとめてあるが、ここはばらばらに配置されてる。臭いが集中せずいいと思います。検査用の尿があつて臭いということも一切ないし、清潔な印象ですな。あとは静かということ。車の音も電車の音も聞こえない。好きな場所ともみじ庭園とデイルーム。お話ししたりTVを見たり。こういう神経の病院ではTVが悪い刺激になってしまうこともあると思うので、一人に一台ないのがかえっていいのではないのでしょうか。まあ好き勝手に見れないのは残念だけど。煙草はやめましたけど、あそこの喫煙室はちょっと狭いんじゃないかと思えますね。日経の切り抜きをするのが趣味みたいなもんです。外出は院内、家、サロン、売店などにだいたい週2、3回くらい。不満はあるかって? いやあもういたれりつくせりで大満足です。スタッフの方に対してはこんな親切な方がおるものかという感じです。

患者No.41 SOさん

(ハキハキ、丁寧)ここはホテル並ですね。過去には西病棟に入院してたことがあります。月とスポンです。シーツ換えも職員の方がやってくれるし。デイルームが過ごしやすくてくつろげますね。一人で居たいときは病室にいます。同室の方とはたまにお話します。話好きですね。私は。トランプやオセロを友達とします。外出は院内で、サロンや売店に毎日行きます。不満は特にありません。これだけ設備が揃ってるので最高です。人間の質次第、経営次第でもっとよくなると思います。どういう風に私たちが使うかが大切だと思います。(最後は握手)

患者No.42 MNさん

(非常によく話す)痴呆状態で入ったので(?)、はじめの頃のことは覚えていないけど、回復したときに、きれいなどころやなど感じた。今度入院するんやったらやっぱりここに来たいと思います。入退院を4回くらい繰り返してます。汚いB館にはもう行きたくない。扱いも違うし。布団の整頓もやってくれるし、トイレトペーパーが切れてることもないし。あ、でもトイレ(自動で照明が点灯するシステムになっている)に入っただけで電気がつかないのが大変です。もう。同室の人とはよく話す。一人の人はとてもおとなしくてコミュニケーションがとれないんですけど、他の二人とは仲良くやっています。TVや本はあまり見たくない。それほど熱中できない。病気のせいで。オセロ、トランプは好き。煙草は吸わないけど、喫煙室に行っちゃべる。一人になるのが嫌なので、人のいるとこ人のいるとこへと行くんですよ。夜中に目が覚めることが多いんですけど、デイルームに出ていくと一人くらは起きてるのでその人としゃべってます。外出はほとんど毎日自転車に乗って買い物にいきます。病棟への不満ですけど、乾燥室がちょっと狭いと思います。困っている人が多いです。喫煙室は10人くらい入れる方がいいですね。電話も一台しかないで長い人がいてもめたりします。

新館4階

患者No.43 RYさん

<ヒアリング拒否>

患者No.44 TTさん

ここは安心して過ごすことができる。ストレスがたまらないというか。デイルームが好き。部屋にいたら寝てしまって夜眠れなくなってしまうから。でも4人部屋はにぎやかで結構やな一と思う。1階のカラオケに行くのが好き。外出について?もう年やから外出したら疲れてしまって眠りにくいから。不満は別がない。

患者No.45 NKさん

今は個室にいる。スカートはいてて、やせてて、車で、病院へ、……。ここは設備がいいと思う。トイレもお風呂もきれいで清潔。ご飯もおいしい。日中の自由時間は病室で寝ているのが好き。他は座ってお菓子食べたり、ラジオ聞いたりとか。デイルームのカウンターで火・木に開かれるコーヒーショップを楽しみにしている。窓側やから冬に寒いのが気になる。

患者No.46 GOさん

部屋もいいけど、やっぱりデイルーム。TVからいづらか離れたところがお気に入り。ああ、絵描きたいわ。まあわりとモデルになってくれる人は多いんやけどね。顔描くのが好き。あとはラジオ聴くのが楽しいかな。同室の人とは一人を除いて話すよ。でも個室の方が落ち着くんじゃないかと思う。外出は許可がまだ下りてない。全体的にはまああまり便利にもできてないけど、特に不便なところもないわ。

患者No.47 SNさん

病室で絵を描くのが好き。花の絵とか、想像上の物体とか。部屋では友達としゃべったり、看護婦さんとしゃべったりする。外出は週1、2回くらい家や梅田、難波まで。お休みの日に行くことがほとんど。デイルームで遊ぶことは少ない。煙草は20から30本。喫煙室はもうちょっと広い方がいい。あと、電話はもう一台くらいあったほうがいい。一台じゃ足りない。病棟に対する不満については、人それぞれとらえ方が違うから何ともいえない。

患者No.48 WTさん

デイルームが好きな場所。ご飯を食べたり、TVや本を見たり。生活の中心です。病室にはあまりいません。日が当たりにくい位置なので。行けるものなら個室に行きたい。便所もあるし。別に一人でも寂しくはない。寂しくなったらデイルームに行けばいい。4人部屋がすごく嫌だというわけでもないんやけど。同じ部屋の人とも話すし。煙草は一日30本。喫煙室はちょっと狭い。座れない人もいる。イスの間隔が狭くて居心地がよくない。昔はギターが趣味だったが今は騒音になってしまうのでやっていない。外出は可能だが今はしていない。これからやっていこうと思う。屋上は好きなのでたまに行く。不満はとくにないけど、みんなで使える冷蔵庫があったらいいと思う。

患者No.49 TIさん

新館の印象は普通くらいという感じ。病室が好き。お菓子食べたり話したり。趣味はない。煙草は一日40本。喫煙室はちょっと狭いし、イスが固くて痛い。話をするのはあまり好きじゃない。病棟には別に不満はない。

患者No.50 NTさん

(極めて丁寧)病室が好きでございます。病室では手紙を書いたり、雑誌や漫画を読んでおります。一人で過ごすほうが落ち着くのです。四人部屋でもカーテンを閉めて過ごしていましたら個室と一緒にです。おやつを食べるときなどはカーテンを開けて一緒に過ごします。一人の方が音楽をかければ皆さんで聞くなど、必要に応じて病室を使い分けております。外出はまだ許可が下りておりませんので。デイルームのカウンターで行われるコーヒーショップは好きです。病棟に対する不満はございません。今のままで結構でございます。

患者No.51 MTさん

特にどこの場所が好きとかはない。読書が好き。ファッション雑誌とかを読む。同室の人とはわりとしゃべる。話をするのは好き。外出は岸和田とかまで、家族と週に1、2回行く。病棟への不満は特にない。

患者No.52 IGさん

病棟の印象ですか? 使いやすいきれいで気持ちいいですね。部屋の広さも充分だし。日中はデイルームにいたことがわりと多いですね。TV見たり、他の方とのコミュニケーションをとったり。治療の方針についていろいろ他の方の話を聞いたりします。病室のカーテンは一日中開けっ放しです。横になったら寝てしまうのであまり居ないようにしてます。個室と四人部屋だったらコミュニケーションをはかれるという意味で四人部屋の方がいいですね。煙草は10~15本くらい。喫煙室ではよく会話をする。広さに関しては特に問題は感じない。しゃべるのは楽しみの一つです。外出は自宅に帰ったり、あとは廊下を歩いて運動したりしてます。

A館2階

患者No.53 TUさん

部屋が好きですね。静かなほうが好きなので。たまに冗談を言い合ったり。たいていの人はラジカセを聴いてます。病室ははじめは8人部屋やったのが6人部屋になって、一人当たりの面積が広がってよかった。でも10人部屋やったら10人の情報があるから一概にどっちがいいとは言にくいですけど。煙草は2~4箱くらい吸います。煙草がない人によくあげてます。外出はほとんど毎日。チラシを見てると、スーパーとかでバーゲンをやったりするけど、売店のほうが何かと便利なのでそっちを利用することが多いです。まあスーパーとかファミリーマートにもたまには行くんですけどね。あとは下(外来の待合い)に降りて、外来の人と話をして情報交換をするのが好きですね。一般病棟のほうへ行って血圧を測ってみたいすることもあります。電話が夜にみんな殺到するんで2台くらい欲しいです。長電話も多いですし。

患者No.54 SIさん

(聞き取りにくい)喫煙室が好きな場所。喫煙室のTVのほうが面白いから。煙草の本数はわからない。喫煙室はちょい狭い。いっぱい人が来るから。趣味は家にいたころは貼り絵。退院したらやりたいと思う。足悪いからいまは別になにもしていない。外出もできない。部屋では話はしない。会話するのは好きじゃない。不満は何も感じない。

患者No.55 KAさん

特に好きなところはない。病棟の中と外を適当に使う。中ではTVのところとか喫煙室をよく使う。煙草は30本。部屋ではウォークマンを聴いている。話もする。わりと話は好き。外は一週間に2回くらいサロンに行ったり。売店には週4回くらい。友達の所に行くこともたまにある。部屋の規模は6人でも10人でもどっちでもいいけど、一人部屋は嫌。話し相手がいなかったら寂しい。不満はない。

患者No.56 OEさん

部屋が好き。あとは煙草吸う場所が好き。開放中は(外出可能な時間は)、1階奥の(外来の)喫煙コーナーで煙草を吸う。他の階の友達と話している。煙草は一日30本くらい。喫煙室は狭いとか感じたことはない。あれで充分。外出は病棟の外に出るけど一階部分にだけ出る。サロン、売店は週2回くらい。部屋ではいろんな話をする。話をするのが好きなので。1階とかサロンでよく友達と会う。割としょっちゅう外に出て。出たり入ったりしてる。趣味は音楽聴くこと。たまに将棋もする。今は10人部屋。個室だと孤独な感じになるから入りたいとは思わない。病棟には不便さはない。だいたい満足。

患者No.57 NOさん

昼間はよく寝てる。考え事をしてる。病室のほうが好き。デイルームは娯楽室のような印象。トランプや麻雀をするときに使う。TVは見すぎると頭がおかしくなるのであまり見てない。煙草はわかばを17~18本。喫煙室は大変ですねえ(?)。広さはあんなもんやと思います。部屋の人とはたまに「食事行きましょか」とか話す程度です。あまり好きではないので。話すのが。外出はあまりしないです。中におけるほうが多いですね。売店とかサロンに週に2、3回くらい。6人部屋にいまいるんですけど、10人とかの広いほうがいいです。一人やったら寂しいので。

患者No.58 SGさん

麻雀が好きなのでデイルームが好きな場所です。麻雀してないときは部屋で寝てるからラジオを聴いています。あとは洗濯が好きですね。きれい好きなので。同室の人とはよく話します。洗濯のこととか、ラジオの話とか。コーヒーが大好きなので「お前アメリカ人か」って言われてます。話は好きです。煙草は20本程度。喫煙室はちょっと狭いです。もうちょっと広いほうが。1階の喫煙コーナーも使います。ジュース飲んだりとか。売店は毎日、サロンにはたまに行きます。不満は別にないです。

患者No.59 KHさん

(はいはい型)デイルームが好き。他の人というのが楽しい。麻雀が好きでよくしている。あとはTVを見たりする。刑事物が好き。同室の人とは会話はするが、あまりしゃべることは好きではない。煙草は10本くらい。外出はできない。部屋は十分な広さがあると思う。

患者No.60 TRさん

どっつかいうと孤独のほうが好きやけど、デイルームで麻雀、将棋をするのが好き。煙草は一日20本くらい。喫煙室はちょっと狭い。食後とか。ベッドにすることは少ない。たまに演歌を聴くことはある。会話はよくする。わりと好きなので。話し相手がいないとすごく寂しい。外出は一人で毎日堺市のほうや売店、サロンへ行く。不満は特にない。部屋の広さも余裕があると思う。

患者No.61 ITさん

喫煙室が好き。ちょっと狭いのもう少し広いほうがいいと思う。煙草は一日30本くらい。外出はサロン、売店など院内のいろんな所へ毎日。運動をするのが好き。OTでソフトボールとか。部屋では一人の人とは話します。話は好きです。6人部屋と個室だったら、そりゃ6人部屋のほうがいい。一人だと寂しい。周りの人がおって話したいときにはすぐにはできるほうがいい。部屋が一番奥にあって、詰め所に行くにも喫煙室に行くにも遠くて疲れる。広さはちょうどいいと思うが、天井が全体的に低いんじゃないかと思う。あとはフロアの患者数を減らしてほしい。

患者No.62 KMさん

場所に関して別にどこが好きとかはない。どこでもいい。煙草は一日20本をちょっと越えるくらい。喫煙室の広さは足りてると思う。外出は週5回くらい。近所のスーパーとかに行くことが多い。趣味は特にない。TVも見ない。話は好きじゃないが同じ部屋の人とは少し話す。不満はあまりない。

A館4F

患者No.63 MWさん

(丁寧にいろいろと話をしてくれる)全体的にここはガタが来てますな。窓の開け閉めがうまく行かないところがありますし、すきま風が入るんです。やっぱり自分の部屋が好きですわ。まあTVがあるからダイルームもいいんですけど。いろんな事を記録するのが好きで、ノートにびっしりと書き込んでますわ。朝日新聞の天声人語を写したりとか。煙草は10本くらいです。喫煙スペースは食後の時間はあふれてしまうのが難点やと思いますわ。部屋では一人二人とは話します。となりの人がロボットみたいなんで心配です。話は好きですよ。私は気の小さいところがあって病気にとりつかれたんでしょうね。外出は付き添ってもらって月に1回くらい。みんなはラーメン買うたりコーヒードrinkしてしてますわ。

患者No.64 FUさん

ベッドで寝ているのが好き。本を読みたいが目が悪くなって、字が読みにくくなりました。新聞もとっていたが契約がぎれました。廊下とかダイルームは耐久力をつけるために歩きます。煙草は吸いませんが煙も別に気になりません。AB型で孤独を愛するので話は好きではありません。話しかけられれば応じます。月・水は売店にいて、リポビタンDとかケーキを買って栄養をとることにしています。今の部屋が一番いいと思います。

患者No.65 HKさん

寝るところが好き。何にもないから寝とく。よう寝とる。煙草は一日2本。趣味は何かしたいけどなんもない。外出はなかなかできない。部屋の人とは話す。話は好き。病室の広さはちょうどいい。寝やすい。一人になるのは恐い。大勢いるところは好き。A館4階が好き。不満はない。特にない。

患者No.66 SEさん

部屋のほうがましですね。ラジオを持ってるのでそれを聴くのが楽しみです。TVは見たい番組が思う通りに見れないのでちょっと嫌です。煙草は25本くらい。患者の半分くらいが煙草を吸うので喫煙コーナーが今の倍くらいあればいいと思います。食後はいつもいっぱいです。同じ部屋の人とはよく話をします。一緒に外出したりもします。話をすることはまあ好きです。外出は毎日、サロンや売店に行きます。不満は特にありません。

患者No.67 IBさん

<ヒアリング拒否>

患者No.68 SKさん

ダイルームが好き。TV見たり、将棋、碁したり、寝たりする。同室の人と話します。話しやすい人と話しくい人とがいます。煙草は一日30本。喫煙スペースは狭くて空気が悪い。すぐいっぱいになる。もっと空気のいいところに行きたい。売店は付き添いがあれば二日にいっぺんくらい行く。OTには行ってない。部屋は4人とかは嫌。いまの11人部屋は広々としていい。

患者No.69 AOさん

<ヒアリング拒否>

患者No.70 MIさん

喫煙コーナーにずっといる。落ち着けるので好き。煙草は一日7本。売店、サロンには毎日行く。病棟の中には飽きてきたから、気分転換みたいな感じで。趣味は別にない。部屋ではあまり話さないが、煙草を吸いながらよく話す。サロンが金・土・日が休みなので開いてほしい。いまは11人部屋だが10人部屋のほうがいい。

患者No.71 YBさん

<ヒアリング拒否>

患者No.72 FKさん

別にどこが好きとかはない。日中はTV見たり寝ころんだりしている。煙草は40本くらい一日に吸う。趣味はない。同室の人とは話はしない。会話は好きじゃないということもないけど、まあみんなそんなんでしょ。外出はしません。煙草は買ってきてもらいます。

B館3階

患者No.73 NIさん

ベッドが好き。虫が身体の中に入ってくるのでデイルームには行かない。音楽を聴くのが好き。部屋の人とはしゃべる。売店には担当の看護婦さんがいるときには毎日行く。不満は特にない。

患者No.74 ICさん

<ヒアリング拒否>

患者No.75 ABさん

どこの場所が好きとか嫌いとかはない。はよ退院したい。部屋ではウォークマンを聴いたり、本見たり、ポケーッとしてたり。デイルームではTV。サロン、売店には毎日行く。外の空気が気持ちいい。一日中病棟の中におったら発散するところがない。不満は洗濯機と物干しが少ないこと。あと、床をきれいにふいてほしい。トイレも汚い。病室についてはそのままがいいと思う。

患者No.76 NCさん

ここは居心地がいいです。性格的に真面目なのでマイホーム主義です。ベッドが自分の部屋みたいな感じがします。誰にも見られないような。部屋では髪の毛といて、時間見て、何時頃かなって。他はお茶もらって、床を掃いてみたり。同じ部屋の方とはよくお話します。入院する前は趣味は多かったですけど、病院では・・・掃除、洗濯ぐらいですかね。OTと売店には週2回行きます。洗濯機、難しいコンピュータ、ポット、ドライヤーとかの現代人の機械は使いにくいです。部屋の広さについては日本以外行ったことがないのでわかりません。何もとりえがなくって病気になったのでケ・セラ・セラです。

患者No.77 ONさん

あまり大勢の中で生活するのはしんどいです。部屋は一人になれるので好きです。おやつよく食べますね。お腹がすくもんやから。いま6人部屋なんですけど一軒の家に住みたいです。同室の人とは仲はいいです。お菓子をあげたりとか。無口なほうなのでしゃべりかけてもらえたらうれしいです。でもムシャクシャしたらよくしゃべります。ロッカーが壊れてて、鍵を盗まれるのが嫌です。大阪人は金もうけはうまいけど嫁のもらい手はありません。

患者No.78 MRさん

自分の部屋が好きです。うわーっと人がようけおったらしんどくなるんです。心臓が。一人のほうがいいです。部屋ではよく話をします。話は好きなので。ご飯を食べるときとその前後以外は部屋にいます。TVも見ないので。売店やサロンには週に3回くらい行きます。カラオケをするのが好きです。不満はないですけど、お風呂がもう少し広ければうれしいです。いいとこやと思います。ここは。

患者No.79 YSさん

好きな場所は病室です。安心できるので、そこではごろごろしています。TVはあまり好きじゃありません。眠りが浅くなるので。部屋ではみんなあっち行ったりこっち行ったりしてます。自分が話が好きかどうかはわかりません。外出はあまりしません。トイレは洋式が少ないので困ります。足が悪いんです。あと、8人部屋は狭いです。

患者No.80 SSさん

割と…デイルームが好きかもしれない。歌を聴いたり…してる…。話はするときとしない…ときがある。必要なことだけしゃべる。売店はたまに…週に…1、2回くらい。不満ですか？ …お風呂が狭いし、デイルームが…全体的に…使いにくい。食べるところを広くしてほしい。洗濯機も足りません。

患者No.81 SHさん

どこが好きかといわれたら病室。別に理由はない。本読んだり、音楽聴いたりする。TVが見たくなったらデイルームに出ていく。外出は好きやけどあんまり行かない。看護婦さんが代わりに買い物してきてくれるから行かない。同じ部屋の人とはあまり話さない。話をすること自体はわりと好きやけど。不満はない。だいたい満足。

患者No.82 FJさん

<ヒアリング拒否>

患者No.83 IZさん

部屋が好きというか……。お話しする。売店、サロンに週1回ずつ……。

<話の途中で拒否の姿勢を示し、立ち去った>

B館5階

患者No.84 HOさん

デイルームと病室をどっちも使うが、どちらかといえば自分の部屋の方が好き。部屋では週刊誌を読んでいることが多い。デイルームではTVを見ている。時代劇が好き。同じ部屋の人とは仲がいい。よく話す。みんないい人。本当は話自体は好きではない。外出はしない。好きじゃないから。

患者No.85 DEさん

部屋が好き。居心地がいいから。別に何をしてもいいけど。同じ部屋の人とはよう話しますわ。話するのが好き。以前に自分が入院してたところの話とか。外出は足が悪いのでどこにも行かれません。ときどきいろんなことしてみんなで集まってなんかするのが楽しい。歌うたったりとか。今おるところで結構。別に嫌なところとかはありません。

患者No.86 KBさん

(聞き取りにくい)ベッドのところが好き。寝ころんでられる。デイルームで寝ころぶと怒られてしまう。病室とデイルームはどっちも使う。向こう行け、死んでまえ(?) 病室では何もしない。外出もしない。閉じこめや。同じ部屋の人とは気いあへん。話は好きでもない。おいしいものが好き。不満は仕方ないけどお風呂入るときめんどくさい。

患者No.87 FSさん

好きな場所はない。同じ部屋の人とは話はするが、向こうから何か言って来たときだけ。そういえば以前に部屋で寝たらめがねをたたかれたことがある。日々の楽しみはOTに行つて本を読んだり編み物をする。OTにはだいたい毎日行く。売店は毎日というわけではないがよく行く。病室が狭い。廊下の窓はあったほうがいい。空気の入れ換えにもなるし。

患者No.88 OSさん

どっちかいうたらデイルーム(喫煙スペース)が好き。煙草吸うから。TVはふだん見ない。煙草はしんどいとき20本、普通は40~60本。喫煙スペースは(狭いので)足を蹴られることがある。同じ部屋の人にはしゃべりかけても反応なかったりする。話は好き。あんまりしないけど。昔はレース編みとか、マフラー編んだりとかしてたけど、最近はあんますることない。脳が薄くなってるから。もう退院したい。トイレ汚す人が多いのが嫌。掃除してもすぐ汚れてしまう。

患者No.89 SBさん

自分の部屋が好き。周りの人がいい人なので親しみやすい雰囲気。デイルームはいろんな人が集まってくるのでちょっとなじみにくい。あ、しんどいっていうわけじゃないけど。他の人とは「今日何してた」とか「なんぼ使った」とか話す。字は忘れたから話す一方。どっちかいうたら人の話を聞く方が好き。煙草は1日5本。今減らしてんねん。最近はあまり欲しいとも思わないようになった。喫煙スペースの居心地はまあまあかな。外出はあまりしない。買い物、OTは3日に1回くらい。病棟に対する不満は特にない。まあこんなもんやと思うわ。

患者No.90 HNさん

わたくしオールドミスなんです。自分の部屋にすることが多いですけど嫌いです。あの部屋は失禁するしストレスになる。ベッドの振動も嫌い。好きな場所はあるか、ですか?わかりません。日中は鏡見て、毛といたり耳かきしたり、耳すまして音楽聞いたり。外出は足が悪いので出れません。自分のことは自分でするのが当たり前なんですけど。杖なんで中途半端なんです。二本足の人がうらやましい。集団生活なので大変です。不満なところはトイレが汚いところです。洗ってくれたあとも濡れたままで。乾かして欲しいんです。お尻冷たいですし。

患者No.91 WDさん

どこを特によく使うとかはないが、好きな場所はデイルーム。TVがあるから。でもTVなんかおかしいんですわ。壊れてます。あとは本を読んだりとか。病室にいるときは寝てます。眠たいときは病室を使って、何かしたくなるとデイルームに行くという感じ。外出はしません。許可は出たんですけど家の者が「あかん」いうてるんで。売店は毎日のように連れて行ってもらってます。不満はTVのインチが大きかったらいいと思います。みんなめちゃくちゃにチャンネル変えるんです。それも嫌です。あとは部屋がもっと大きくて、消灯がなければうれしいです。

患者No.92 OAさん

デイルームが好き。部屋よりも。部屋にいたらどうしても寝てしまうから。デイルームではTVを見たり、話をしたりする。話をするのは苦手なので同室の人とは話はしない。OTでレース編みをするのが楽しい。売店には毎日行く。サロンにはめったに行かない。不満は別にこれといってない。部屋が狭いとも思わないし、満足してる。

患者No.93 TKさん

病気のアレで倒れたりして危ないから、杖やし、一人ではどこも行けないから部屋が好きです。たいていは横になってます。趣味はありません。売店は週に1回行くか行かないかくらい。同室の人については、横の人はずっと独り言を言って、いろいろと教えてるけれどいうことを聞いてくれません。他の人とはまあしゃべります。話は好きじゃありませんけど、何か言われたら話します。病室の収納に鍵がないのが嫌です。盗る人がいるので。部屋の広さはちょうどいいです。畳よりもベッドの方がいいと思います。

付表-4 患者行為の出現頻度

患者 No.	行為(回)								
	個	嗜好	鑑賞・ 趣味	コミュニケ ーション	義務的	移動・ 支度	不明	外出	計
2	27	6	0	3	7	15	4	0	62
3	23	13	1	6	9	9	3	0	64
4	45	0	1	0	3	6	4	0	59
5	26	10	5	3	3	8	0	5	60
6	41	2	3	3	5	4	1	0	59
7	31	4	4	4	5	6	6	0	60
9	38	10	0	2	4	7	0	0	61
12	34	4	4	8	3	7	0	2	62
13	22	2	23	2	2	5	3	0	59
14	25	0	17	1	1	6	4	5	59
15	32	10	1	5	4	9	0	0	61
16	29	0	2	9	1	16	2	3	62
17	28	2	5	7	2	9	4	4	61
18	21	9	0	7	2	22	2	2	65
19	9	3	35	4	3	5	3	1	63
20	17	2	12	2	7	10	1	8	59
21	41	0	1	5	5	4	3	0	59
22	46	0	0	1	2	4	7	0	60
23	36	2	8	2	1	10	1	0	60
24	36	2	0	14	2	5	0	0	59
26	30	9	1	4	2	10	5	0	61
27	43	6	0	0	1	9	0	0	59
28	31	1	5	3	3	16	1	1	61
29	27	0	14	6	4	8	0	0	59
30	21	0	6	13	6	9	5	1	61
31	34	0	2	4	6	13	0	1	60
32	20	7	13	1	1	9	1	8	60
33	23	11	2	7	1	14	2	2	62
34	20	5	15	22	3	4	2	0	71
35	13	14	0	15	3	3	2	14	64
36	33	8	1	1	3	10	2	2	60
37	20	12	0	12	3	6	1	11	65
38	37	1	5	6	3	7	1	1	61
40	12	1	21	9	5	6	6	0	60
41	38	2	7	9	0	9	0	1	66
43	40	1	1	11	2	3	0	1	59
44	20	1	10	15	4	8	3	1	62
45	14	2	8	12	4	21	1	0	62
46	22	1	24	0	4	3	6	0	60
47	23	1	19	1	2	3	6	4	59
49	25	1	11	3	3	7	0	9	59
50	29	0	8	3	2	8	4	6	60
53	27	6	0	2	8	2	6	8	59
54	9	32	0	2	8	4	4	0	59
55	20	24	0	13	6	2	0	2	67
56	21	0	0	2	8	4	4	20	59
57	23	2	0	8	12	12	0	4	61
58	10	10	1	16	10	4	6	6	63
59	14	12	2	4	10	8	3	10	63
60	17	0	0	14	6	10	4	8	59
61	10	4	4	2	6	17	2	16	61
62	33	4	0	0	8	4	2	8	59

付表-4 患者行為の出現頻度(続き)

患者 No.	行為(回)								
	個	嗜好	鑑賞・ 趣味	コミュニケ ーション	義務的	移動・ 支度	不明	外出	計
63	19	2	4	10	8	14	4	0	61
64	35	0	0	0	12	6	0	6	59
65	17	20	2	2	6	10	2	0	59
66	22	11	2	8	6	8	0	4	61
67	30	6	2	0	12	8	1	0	59
68	24	6	3	10	6	6	4	0	59
70	22	6	0	6	4	17	0	6	61
71	44	3	0	4	6	2	0	0	59
72	18	10	19	2	10	2	0	0	61
84	39	0	0	0	10	10	0	0	59
85	35	2	0	4	12	6	2	0	61
86	27	10	0	2	8	12	0	0	59
88	28	11	2	1	6	6	6	0	60
89	17	14	2	4	12	12	0	0	61
91	27	2	4	2	8	16	0	2	61
92	31	2	2	4	8	12	0	2	61
93	22	0	4	8	10	15	0	0	59
94	42	2	0	3	7	5	0	0	59
95	39	0	10	2	9	13	0	0	73
96	46	1	0	0	6	6	0	0	59
97	23	1	8	16	3	8	0	0	59
98	32	3	0	3	7	12	4	0	61
99	34	0	1	0	6	16	2	0	59
100	42	1	1	6	4	5	0	0	59
101	38	3	1	0	6	6	1	4	59
102	44	1	6	2	7	1	0	0	61
103	36	1	0	1	5	12	3	1	59
104	26	4	0	7	4	2	1	15	59
105	28	1	0	6	3	5	0	18	61
106	26	0	25	0	1	5	1	1	59
107	36	0	0	2	2	5	7	7	59
108	25	4	3	3	4	9	3	8	59
109	48	0	2	0	0	4	5	0	59
110	28	2	1	1	4	20	3	0	59
111	30	1	15	2	4	5	2	1	60
112	26	1	3	0	3	8	1	17	59
113	51	0	1	0	1	4	2	0	59
116	13	8	0	2	2	16	0	20	61
117	13	8	10	16	0	8	0	4	59
118	27	6	4	18	0	6	0	2	63
119	35	0	6	0	10	4	0	4	59
125	37	0	2	0	4	8	0	8	59
126	37	0	10	2	2	6	0	2	59
128	23	8	0	18	2	14	0	0	65
131	43	2	4	0	2	4	0	4	59
133	43	0	4	0	0	10	0	2	59

付表-5 患者滞在空間の出現頻度

患者 No.	滞在場所(回) *					計
	公的空間	中間的空間	私的空間	その他	病棟外	
2	12	12	29	4	2	59
3	28	8	18	3	2	59
4	3	16	34	4	2	59
5	18	2	30	1	8	59
6	15	1	40	1	2	59
7	14	4	30	9	2	59
9	13	6	37	0	3	59
12	14	6	35	0	4	59
13	1	6	47	3	2	59
14	16	8	25	5	5	59
15	24	10	23	0	2	59
16	9	19	25	2	4	59
17	9	7	33	4	6	59
18	21	13	20	2	3	59
19	41	3	11	3	1	59
20	13	5	27	3	11	59
21	4	21	29	3	2	59
22	1	1	49	8	0	59
23	15	6	36	2	0	59
24	5	22	32	0	0	59
26	22	9	23	5	0	59
27	8	6	43	2	0	59
28	13	9	35	1	1	59
29	45	5	9	0	0	59
30	37	3	13	5	1	59
31	19	15	24	0	1	59
32	10	9	31	1	8	59
33	19	9	26	3	2	59
34	16	19	22	2	0	59
35	31	5	7	2	14	59
36	10	8	37	2	2	59
37	20	4	23	1	11	59
38	14	0	42	2	1	59
40	7	6	40	6	0	59
41	4	14	39	1	1	59
43	8	17	33	0	1	59
44	25	2	28	3	1	59
45	48	8	1	2	0	59
46	31	1	20	7	0	59
47	28	1	20	6	4	59
49	23	3	24	0	9	59
50	12	2	33	6	6	59
53	8	2	27	8	14	59
54	40	0	11	8	0	59
55	35	4	14	0	6	59
56	6	0	21	6	26	59
57	12	8	25	4	10	59
58	21	0	16	10	12	59
59	18	4	18	3	16	59
60	14	4	21	4	16	59
61	12	7	12	4	24	59
62	6	0	37	2	14	59

付表-5 患者滞在空間の出現頻度(続き)

患者 No.	滞在場所(回) *					計
	公的空間	中間的空間	私的空間	その他	病棟外	
63	25	2	28	4	0	59
64	16	2	33	2	6	59
65	45	6	6	2	0	59
66	21	2	30	2	4	59
67	18	4	34	3	0	59
68	19	2	34	4	0	59
70	24	3	26	0	6	59
71	27	0	32	0	0	59
72	39	0	20	0	0	59
84	14	2	43	0	0	59
85	12	0	43	4	0	59
86	38	0	21	0	0	59
88	19	2	32	6	0	59
89	34	0	21	4	0	59
91	20	4	33	0	2	59
92	16	4	37	0	2	59
93	24	4	29	2	0	59
94	10	4	41	4	0	59
95	16	6	32	5	0	59
96	16	3	38	2	0	59
97	24	4	29	2	0	59
98	12	0	37	10	0	59
99	7	3	41	8	0	59
100	7	1	49	2	0	59
101	9	2	40	4	4	59
102	51	0	7	1	0	59
103	6	2	40	10	1	59
104	13	1	26	4	15	59
105	4	2	32	6	15	59
106	2	0	52	4	1	59
107	3	3	38	8	7	59
108	7	2	36	6	8	59
109	10	1	45	3	0	59
110	8	5	36	10	0	59
111	10	1	43	4	1	59
112	30	2	4	6	17	59
113	28	0	29	2	0	59
116	10	6	23	0	20	59
117	23	4	28	0	4	59
118	23	2	26	6	2	59
119	18	0	37	0	4	59
125	6	4	39	2	8	59
126	13	2	42	0	2	59
128	8	10	41	0	0	59
131	4	10	41	0	4	59
133	6	2	49	0	2	59

*「デイルーム」には喫煙室、もみじ庭園(B館5階病棟のみ)等を、
「廊下」にはデイコーナーを、「病棟外」には外出を含む。