

## ■ 編集だより

## 編集後記

公立・私立の精神科病院の病棟の建替えが進んでいる。都内の住宅地では7階建ての高層建築病院が建てられ、地方では病院の玄関付近をガラス張りにし中央アルプスを遠望できる低層建築病院が建てられるなど、それぞれ病院運営者と設計者の決意を感じ取れる。

筆者が1980年代に勤務した精神科急性期病棟は、保護室（保護室と準保護室で保護室エリアを形成）と多床室（6床室が大部分で2床室が1室）から構成されていた。90年代後半には、保護室エリアを増築し、多床室を準保護室に改装するなどで、保護室・準保護室を増やし何とかしのいでいた。しかし、建物の構造上の制約は大きく、新しい医療機器の導入や電子カルテなどのIT化への対応も必要であった。筆者は「この病院は建物が古いですが治療内容は一流です」と患者さん・家族に説明していたがこれにも限界があった。この病院は2010年に建て替えられ、精神科病棟は全室個室で運営されている。

今後中心となる精神科急性期治療を行う上で、患者さんの安全の確保と合併症の予防、短期集中的かつ専門的な治療、多職種によるチーム医療、早期からのリハビリテーションの導入、地域生活への復帰、プライバシーの確保、アメニティの向上などの多くの課題の少なくとも一部は建築構造から支援が可能と考えられる。

保護室の構造は様変わりした。壁に緩衝剤を張り、木張りにするほか、収納可能なベッド、壁に収納可能な便所のドアなどが工夫されている。便所は洋式便器が標準である。保護室には洗浄便座は設置できないだろうが、準保護室・一般病室は洗浄便座が欲しい。

個室の意味合いも大きく変化した。個室と聞けば筆者の頭には保護室・準保護室・観察室しか浮かばなかったが、今では一人でくつろげる一般病室の個室（個室料が必要となるが）が浮かぶ。今後は“普通の個室”が増えるであろう。多床室はプライバシー確保のための間仕切りがあり便所が設置されている4床室が標準仕様となると推測される。かつて多床室は“社会生活の訓練の場”と位置付けられていたが、社会生活の訓練は、入院中はデイルームなどで、退院後はデイケアなどで行うことができる。

また50床程度の病棟を、急性期・回復期・社会復帰期などのステージや機能にもとづき分割して運営するための病室配置が多くなるだろう。

一方、療養型病床とリハビリテーションを中心とする病床の構造は上記とは異なるが筆者には具体的なアイデアが浮かばない。

精神科病院の病棟は、低層建築（1～2階）と中層建築（3～5階）のどちらが良いのだろうか？ 元々広い敷地を持っている病院ではまず低層建築が検討されるだろう。その利点は、病棟から庭に直接出ることができる開放的な運営が可能であり、庭で園芸などのリハビリ活動も展開できる。地震や火災時などに避難が容易である。その一方で職員の病棟間移動の動線が長くなる。すべての病棟を1つの中層建築に集約すると病棟間の移動や連携が容易であり、効率的な運営が可能となる。中層建築でも屋上庭園で園芸療法は可能である。

寛淳夫は「精神科医療施設の物的環境」という総論で「精神科医療施設における施設環境の整備は、ただ単に療養環境をこれまで以上に向上させると言っただけの amenities の議論だけではなく、本質的に精神医療における治療装置として位置付けて考える必要があるのではないだろうか。」と述べている（J Natl Inst Public Health, 53 ; 26-30, 2004）。

2013年には、精神保健福祉法が改正され、良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針（案）が取りまとめられた。今後は、精神科急性期医療の提供と地域生活支援を中心として精神病床の機能分化が促進されると推測される。新しく建築される精神科病棟が、最適な治療の場に発展することを切に祈ります。

有馬邦正