

## 精神科病院におけるアメニティ

### はじめに

精神科病院に限らず、病院は不幸にして病になり、入院を必要とし、入院治療の必要な期間、安心して、すこしでもこころが安らぎ、治療に専念できるような場であることが望まれる。急性疾患においてはこの考えは簡単に受け入れられる。それが慢性疾患になると少し力点が変わってくる。つまり治療の場という点から療養の場となり、時に生活の場とさえ考えられるからである。しかし間違っはならないのはその人の本来の生活の場を見失うことなく、その場に帰りやすくする場であることが必要で、戻る場を想定せず、あるいは戻る場所以上のアメニティを提供して戻れないようなことをしてしまわないことが大切である。これは環境のあらゆる因子においていえることである。同時にアメニティといってもハードだけでなく人的対応のアメニティも大きい。ここでは「精神科病棟のアメニティ空間」がテーマであるが人的アメニティも空間的アメニティも一つに通じるフィロソフィが無くてはならない。

ここでは精神科病棟のみでなく、少し広く精神科病院の外来環境と急性と慢性期の精神科病院入院環境について述べる。

### 外来環境

予期せず不幸にして病を持って、しかも嫌な言い方をすれば(実際面と向かって患者や家族が言うのだが)「こんな病院にくるようになって」患者も家族も恐れと驚きで一杯であろう。これを和らげる環境は人的、物的環境が大切であるが、最も必要なのは人的環境である。それははじめて精神科病院に来たときにもつ不安を和らげてくれるすべてのスタッフのまなざし、笑顔、言葉遣いであり、要求すればあるいはしなくてもその要求を察知してくれて迅速に対応してくれ、雰囲気は清潔感があれば何もいらぬといってもいい。病棟とて同じである。しかしここで要求されているのは「アメニティ空間」であるのでそれについて述べる。まず病院の玄関にはいる前の雰囲気が大切である。それは大げさなアプローチより、周囲の地域環境に溶け込んで気楽に入れるようなものがある。入り口に大げさな門や門扉、周囲の塀やネットは最悪である。せいぜい中が見える程度の灌木がいい。中で入院患者がどう過ごしているのかがわかる方がいい。

玄関に入って問題になるのは受付と待合である。とにかく精神病院らしくない、できたら病院らしくないのがある。昔の銀行や役所のように小窓越しの受け付け薬の受け渡しは止めたほうがいい。最初、この変化にはこれまで「困っていた」職員には不安を招くがすぐに取れるものである。

待合は常に事務長や医事課のものが心を配って、立っている人がいないか心配りすることであり、不足になればすぐに椅子を補うことである。イメージとして改造する、椅子を増やすのもいかにも付け足したという感じはもたせないように統一感を守ることが大切である。

待ち時間のコントロールは予約などで行い、何とか1時間以内に診察が終わる(医療機能評価機構では30分を目標とといわれたが)ようにしたい。当院ではマルチビジョンでNHK名曲アルバムを流し、その時々5人ずつ中待合に呼ぶ仕組みをとっている。これは私のイメージであり、患者によってはテレビが見たいという人もいる、がそれは断っている。これはその病院でどれが親しみやすいかを考えればいい。

外来の受付もオープンカウンターがいい。看護者は最初見られているようでいやだというが押し切っ

てすればすぐなれるし、患者との距離はぐっと近くなる

診察室は入院も外来も同じであるがこれまでの経験から7.5帖程度がいい。診察机と椅子が2つ、そして診察ベッドである。椅子はよく言われるように医師と患者は同じ椅子がいい(ただし患者の場合、キャスターつきは座り損ねて転倒することがあるのでキャスター無しがいい)。

診察室で最も大事なものは静かさ、適度な明るさ、適度な温度、そして最も大事なものは話し声が外に漏れないことである、時には中待合と診察室の間のドアにべったりと顔を寄せる患者がいるが、それでも内容は絶対にわからないような防音をするか、待合室はバックグラウンドミュージックかなにかで「ノイズ」をだして声が聞こえないようにすることである。看護師がカルテを持ってはいるのも気になる患者もいるがこれは構造上でより運用上で処理するしかない。

中には急性増悪や初診の興奮状態の患者がいると他のおちついた患者や軽い症状できた患者はびっくりして帰ってしまうこともある。そのためには外来に余分な診察室のようなものがあって特別に待ってもらえればいい。もちろんそのようなひとは順番を待たずに別の医師が診れたらそれにこしたことはない。

受付にしても支払いにしても、いわゆるインフォメーションに当たるところも、入院支払いも「あっちへ行きなさい」「いえあなたは 番の窓口に行ってください」などこかの役所のようにならない方がいい。患者は呼び方で「患者様」と呼ぶだけでなく、必要に応じてすぐ患者に職員が近づくのであって患者に近づかせせないような環境を作ることである。もちろん診察室に来てもらうのだからすべてがそのようにはいかない。ただ理想では患者は次々と並んでいる診察室に入って待っていて、医師が順番にまわっていくなどという考えもないではないが、今のところ理想論である。患者は一ヶ所ですむという考えをone-stop shopというがこのようなフィロソフィも大切である。ちなみに環境を考えるにしても、環境を提供する側の考えのみでなく、御意見箱のようなものをおいて、いつも患者の要求に耳を傾け修正することである。

これらはすべて病院運営の方針や患者と治療者との関係などに対するフィロソフィが関係する。外来は今回のテーマではないが、外来も病棟も同じフィロソフィがなければ、病棟に入ったとたん「だまし討ち」となってしまう。

#### 急性期病棟

これからがこの特集の目的である。いわゆる廊下幅、病床あたりの面積などに関わることである。これについて論じる人は多かるう。どちらも広いに越したことはない。狭ければ動物でも crowding stress というのがあるくらいであり、そのため喧嘩も多くなる。広すぎると人にもよろうが、広場恐怖というものもあるくらいで、100畳敷きの大広間に1人で寝たら怖いものである。著者の 病院は住宅に囲まれ容積率も一杯でどうにもならないので論じる立場に無い。しかし最初に述べたようにその人の帰る住まいの環境に近い方が本来はいい。精神科病棟が老人性痴呆疾患治療あるいは療養病棟と同じ廊下幅と病床あるいは病棟面積を要求し、大学付属病院等総合病院の精神科病棟や廊下幅より広いということは、病床減らし、あるいはまったく社会復帰はイランから入れておいてくれ、但し居心地をよくしてやってくれということとしかとれない。また廊下幅の広さもこれは車椅子対応を前提にしたもの、あるいは対人恐怖や接触恐怖の人を考慮したものかと言いたくなる。

最近、心気症状を中心としたヒステリーで長く著者が診ていた患者が骨折し、某院に入院し、手押し車で生活できるようになって自宅に戻ったら、廊下が狭く手押し車も使えず不安になって眠られず、当院に駆け込んで入院した高齢の女性がいたが、これなどは病院の廊下は広くてそれには対応できたが、家に帰った生活を目標にしなかったために起こった悲劇である。

本来アメニティ空間は面積のみでなく、立体的空間そして患者のもつ主観的空間が大切である。その意味で1病棟単位がどのくらいかも大切である。急性期で出入りが多くても大切であるが、慢性なら当然のことである。外国で60や70人単位の病棟を聞いたことが無い。健常児でも1クラス40人だいや30人だという時代である。その方がいいが今の精神科医療は「薄利多売」でなりたっている。著者の病院もこれだなりたっているから偉そうに言っているのではない。先日アメリカ精神科救急学会会員の集まりがあり、隣に座ったカナダトロントの医師は一日の入院費が2000ドルといい、ルイジアナ州立病院の精神科救急医療部長のホワイト医師は州立病院でも800から1000ドルですよという。日本の最高が200ドルというときれいな言えない様子。従来からいうように最終的には国民の精神障害者に対するやさしさ、ここに関することである。

もちろんなんとか医療を受けられるだけでも幸いという時代から、医療を受けるのは権利であるという時代になったのは幸せであるが、病棟での廊下幅や面積のみが豊かであるのは不気味である。それは外来のアメニティと入院のアメニティが違うのは不気味といったのと同じように不気味である。その意味で改築などする時は常に病院全体での一貫したアメニティ思想をもち、全体に広げることが大切と考えている。一部の病棟には診察室や面接室が整備され、他の病棟ではナースステーションでしか話せないとか、一部の病棟は分煙しているが他の病棟はデイルームでタバコを吸い煙だらけとかはやはり最初に述べた「だまし討ち」か「配慮の無さ」となる。ちなみにこれは職員の労働環境にもいえる。一部の病棟には休憩室があり、他の病棟には無いのも困る。これらにはもちろん移行期があるが、常に管理するものはこの思想を持って患者にも職員にもその目標を知らしめる必要がある。

急性期はむしろ医学的治療機能が多く要求される。そのためソーシャルワーカーの面接室、入院に関わる看護者の面接室、医師も何人も出入りするのいくつかの診察室などがほしくなる。それが保証されたら、廊下幅が狭くても、病床や病棟面積が狭くても患者の満足度が高いのは自明である。

隔離室のアメニティは特に大切で、最近著者の病院では新しい隔離室を考案して設置した。多くの人が注目してくれ、よく見学に来てくださる。少し要約して引用する<sup>1)</sup>。

隔離室は「歌舞伎の舞台」のよう、すなわちベッドの必要な人にはボタンひとつでベッドが出てきて、必要がない人についてはおさまって床になり、床も人によってはコンクリートで、また人によってはカーペットになるというようなものがないと考えていたが実際には不可能である。また従来はいくつか隔離室が並んでいたら、隣の人の声で十分安静がとれないことが多かった。また病室というよりやはり独房で、入室を指示すると嫌がる人が多かった。そこでアメニティとセキュリティとプライバシーをたかめ、治療段階に応じて必要最小限の行動制限をし、バックベッドを必要としない隔離室の既製品が作れないか検討し製作した。

特徴は先に述べたように アメニティとセキュリティとプライバシーをたかめ、治療段階に応じて必要最小限の行動制限をし、バックベッドを必要とせず、周囲の音からできるだけ遮断され、それで

いてナースステーションには常に部屋毎に音声モニターがされ、外部との見通しも程度に応じて変えられ、部屋の雰囲気も独房で無く一見個室になるようにし、既存の6床室がこの個室兼隔離室2つに改造しやすいといったものである。ベッドは収納型で、看護者2人で簡単に取り出し、拘束用ベッドにも一般のベッドにもなり、しかも高さも変えられるものとした。窓は2重窓(外部は既存)で間にロールカーテンを置き、状態によって見えるようにも見えないようにもできるものとした。また壁は、トイレと居室の間は遮音性の高い扉を用いて遮音性の高い壁の様にすることも、あけて壁に収納してしまうこともできるようにした。この扉の組み合わせ、ベッドの使用状態、水洗や手洗いの使用状況を患者の状態に応じて変えられるようにした。を一つの部屋 隔離・拘束 隔離1 隔離2 隔離3 個室の5段階に分けて使用できるようにした。音声は4つの隔離室を、可変できる間隔(例えば5秒毎)で順次移行しナースステーションでモニターし、必要に応じて部屋ボタンを押せば特定の部屋の音声を聞くことができるようにした。もちろん各部屋の外からも会話できるようにした。トイレは丈夫で、清潔で、安全な神田製作所製のステンレストイレを使用した。トイレも手洗いも中から流すことも止めることもできるようにしたのは当然である。現在この隔離室は神田製作所から特許として出してもらい価格が上がらないようにしてもらった(神田製作所、03-3696-5421、担当 浅井;連絡されれば模型をさまざまな方向から撮ったデジタルの画像の入ったファイルがもらえる)。

また急性期といえどもできるだけ開放的にしたいものである。著者の病院では、急性期病棟では日中は看護職員も多いので写真1のようにオープンカウンターとし、夜間は3人体制であるがやはりセキュリティのためにも写真2のようにスライド式の扉でカウンターの内側の廊下とナースステーションの間を閉鎖し、ガラス越しには見え、ひとつの扉のみを出入り用として鍵をかけられるようにした。患者が最初に病棟に入ったとき看護者と冷たく仕切られた場所を与えられるのと、看護者と直に話せる雰囲気があるのとでは空間のやさしさは全く違うことはすぐわかる。これも外来の項で述べたように、最初は抵抗があってもやってみればすぐになれるものである。

## 慢性病棟

本来慢性病棟は、疾患が慢性期に入り、その慢性期の症状ゆえに退院が不可能である場合である。当然のことながら退院できない社会状況が慢性病棟を要求するわけではない。では慢性期の退院困難な症状とはなんだろうか。措置入院に関わる措置症状はすべて含まれよう。すなわち自殺企図等、自己の生命、身体を害する行為(以下「自傷行為」という。)又は殺人、傷害、暴行、性的問題行動、侮辱、器物破損、強盗、恐喝、窃盗、詐欺、放火、弄火等他の者の生命、身体、貞操、名誉、財産等又は社会的法益等に害を及ぼす行為(以下「他害行為」といい、原則として刑罰法令に触れる程度の行為をいう。)といわれるものである。もちろん措置症状で治療抵抗性のもは少なく症状改善し開放病棟へそして退院へと動く人がほとんどであるが、中には残ってしまう人もいる。他には出かけたら道に迷って帰ってこないとか措置症状にならないが陽性症状がとれず、状況を曲解し、たとえば自分の財布が入っているのではないかと思って歩いている女性に持っている紙袋の中を見せてくれと言ったりする行為などである。この人たちは病棟内でも同様の症状を示す可能性があり、面積が広いというのわからないではないが、その数値の根拠はまったくない。最も必要なのは人手であろう。

昨年イーライ・リリーの企画でアメリカに行ったが、グループ分けして私たちはノースカロライナ大学の精神科病棟のみでなく、州立の司法精神病棟を見る機会を得た。病院の歴史は古く、従って建物も古くアメニティも悪い。廊下は狭く暗く、病室も狭く暗い上に冷たい。それでも重症な人には施設できる部屋があり、その人々は職員がマンツーマンでつかない限り出させない。デイルームには30数人が壁を背に椅子を並べて座っていた。みんな私服であるがよく見ると一人置き位に名札をつけた人が座って一緒にテレビを見ていたりしていた。職員配置は患者31人に看護師6人、LPN2人、その他無資格30人で、それで10数年から一生いる人もいるという。もちろん州立病院はノースカロライナ大学の精神科病棟などに比べると陰の部分であり、また司法精神科病棟であるからより重症な人々のいるところではあるが、それでも広さなどより人のほうがどれだけ大切かを物語っている。

慢性病棟はもしかするとその患者がその病ゆえに一生いなければならないかもしれない空間であるとするなら、広い方がいい。しかし最初に言ったようにサポートがあれば地域に出られるなら地域と同様の環境がいい。

あまりいうと物議をかもしであるが、精神療養病棟<sup>1</sup>は実は地域に出たくなくなるほどいい環境になっていることが多い。特に最近の建て替えていろいろ見学に伺ってみると、とてもじゃないが現在のグループホームの環境と比べ物にならない好環境である。92年にできたグループホームの要綱では6帖以上で2人という。1人1.5坪だから4.95㎡となる。つまり従来の病床面積よりは少し広いが、現在問題になっている病床面積6.4㎡に比べるとかなり狭い。療養病棟で過ごすとてもじゃないがグループホームの最低基準では過ごせなくなる。これが私のいう「ないない5重奏」である<sup>1)</sup>。

地域化、外来化が叫ばれても、企業とい立場となると収益の高いところに傾くのは当然で、まして補助金が全額でなければすべてのベッドを埋めて回収しようとするのも当然である。これをまったく考えない国公立の病院はもっと問題であるが、しかしこの精神療養病棟は特に最近建て替えた病院では特にアメニティが高く、患者も家族も安心し、病院運営者も「お墨付き」で安心するのである。

最後に

この原稿の執筆中にハンセン病を放置した国と国会の責任を認め、国に賠償命令を熊本地裁が出した。以前も述べたことがあるが<sup>2)</sup>、ハンセン病に限らず、水俣病、エイズなどに「謝りまくってきた」国は、早く欧米先進国に学び、地域化を進める施策を大きく進め、廊下幅や病棟面積以外のアメニティの改善に力を注がなくては、これまで放置してきた精神障害者施策の誤りに対する補償額は大変なものになると考える。少なくとも65年の法改正当時、先進諸外国は地域化、開放化に向かった。そのころから88年の精神保健法施行までに名誉を失わされた精神障害者に何らかのことをしないで面積のアメニティもあったものではない。このことを前精神保健福祉課長に話したら烈火のように怒り、「お前のいうことは滅裂だ」と叫んでいた。このような姿勢の精神保健福祉課ではアメニティは廊下幅と病棟面積くらいしか思いつかないのであろう。

1) 澤 温: これからの精神科病院. 日精協誌, 20:61-65, 2001.

2) 澤 温: 新役員に選任されて. 海精会インフォメーション, 8:3, 1996