

フィンランドの精神科病院の療養環境に関する研究

Medical Environment of Psychiatric Hospital in Finland

巖 爽*
Shunag YAN

This study aimed to clarify factors involved in the success of psychiatric care reform in Finland from the aspect of care environment in psychiatric wards. Medical cares in Finland including that of psychiatric field are generally based on public care system, whereas those in Japan are mostly carried out by private hospitals. Therefore, the care system is essentially different in the two countries. So, the psychiatric care environment (ward environment) in Finland was compared with that in Japan only from the aspect of environment as a care space. The subject of this study are Aurora Hospital's eight wards. Aurora Hospital is the only psychiatry hospital in Helsinki. The survey period was Oct.-Dec in 2012. Following results were obtained through behavioral observation in each ward.

1. Factors influencing patient's daily activities in hospital. The kind of disease and the number of days stay in hospital were most important factors for patient's choice of place to spend and interaction with others.
2. Medical staffs were assigned to each ward at a fixed proportion to snuggle up to patients. In addition, it was observed that patients had a tendency to spend a time in a place more frequently occupied by staffs.
3. Communicative behavior was more frequently observed in a corridor, indicating that a corridor was often regarded as a communication space for patients.
4. Several findings on the way of medical care and environmental conditions in psychiatric wards based on results are showed.

In conclusion, it was demonstrated that for the psychiatric hospital in Finland, the investment for construction was suppressed to the least and the floor space of hospital was not enough, but hospitals were full of warmth and ward environmental condition was kept well through favorable interior arrangement. Psychiatric care system snuggling up to a patient could be established through enhancement of staff's man power. Thus, early discharge and a decrease in the number of bed were successfully achieved in Finland.

Keywords: psychiatric care environment, patient's situation in hospital, object of action, nursing care to support a patient

1. 研究の背景

いわゆる「社会的入院」を解消するため、わが国ではH16年に厚労省によって病床削減の方針(約7万人の退院)が打ち出された。H18年には在院日数の短い精神科救急病棟等を推進するように診療報酬が改定された。「長期入院医療」から「救急医療+地域医療」によって支える仕組みへと精神科医療は大きく方針転換した。

救急医療を中心とした精神科医療施設の整備においては、患者の早期退院に向けて病棟の機能分化や病室の個室化などの治療環境の向上が図られ、暮らしの場である高齢者施設で利用者の生活支援に有効とされている「ユニット」の型が精神科病院にも援用・導入された。しかし、ハード(空間)とソフト(看護)の両面から、患者の早期退院に

有効的な病棟環境に関する具体的な指針は示されていない。

地域医療においては、住まいの保障、往診を含めた在宅医療サービス、就労支援などは限られた一部の医療法人によって取り組まれている状況にあり、地域格差が大きく、全国的普及に至っていない。

精神科医療後進国からの脱却を図るには、治療空間としての病棟を整備していくと同時に、精神疾患患者の社会復帰を支える医療サポート、住宅の保障、就労支援の充実を図ることが重要である。

OECD加盟国の人口1000人当たりの精神科病床数は、米国をはじめ先進諸国では60年代より減少が図られて来ているが、日本は世界的な傾向と逆行して70年代まで精神科病床数を増やし続け、そのあとは微増からほぼ横ばい

*宮城学院女子大学生活文化デザイン学科

状態にあり、精神科医療後進国とされてきた(図1)。この状況に対して、国は精神科救急病棟の診療報酬改定等の施策によって、救急医療の強化、在院日数の短縮に一定の成果を挙げてきた。しかし、病床数を減少させるまでには至っていないのが現状である。

一方、80年代後半まで日本よりも遥かに多い精神科病床(人口当たり)を持ち、先進諸国のなかでは日本と同様に精神科医療後進国とされていた北欧のスウェーデンとフィンランドは、80年代に始まる精神科医療改革に成功し、現在は、ほぼ EU 平均レベルにまで到達した。

スウェーデンとフィンランドは福祉先進国として知られる。福祉住環境についての知見が日本にも大きな影響を与えているが、短期間で精神医療改革に大きな成果を挙げたことはあまり知られていない。

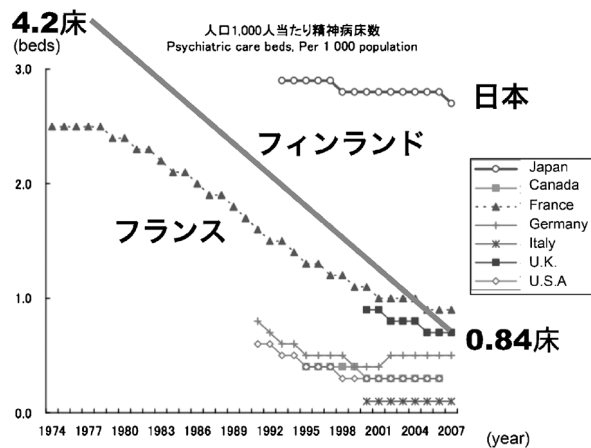
本研究は医療制度、精神疾患患者の在宅サポートシステムを含めてフィンランドの精神科医療環境を明らかにすることを目的としている。本報はヘルシンキ市立精神科病院「オーロラ病院」の8病棟の患者と看護師を対象に行った行動観察調査を通して、精神科病院の入院病棟における療養環境を明らかにしていく。

2. 調査対象の概要

2-1. 調査対象病院(病棟)の概要

オーロラ病院はヘルシンキ市民を対象としている唯一の精神科専門病院である。敷地内に各病棟が点在している(図2)。精神科一般病棟として使われているNo. 15病棟は1970年代に子ども病院として建てられ、敷地内唯一の中層病棟である。精神科病棟として使われたのは90年代初頭からである。そのほかは1920年代に伝染病棟として建てられた病棟である。

今回の調査対象はアキュートNo. 6-1病棟(No. 6の1階、図表ではNo. 6-1と記す)、急性期No. 7-1、7-2病棟(No. 7の1~2階、図表ではNo. 7-1、No. 7-2と記す)、精神一般病棟No. 15-3C、15-6C病棟(No. 15の3



出典：(OECD Health Date 2009-Version: June 2009)

図1 OECD加盟国の人口1000人あたりの精神科病床数

階、6階、図表ではNo. 15-3C、No. 15-6Cと記す)、リハビリテーション病棟(以下、リハ病棟と略す)No. 8-2病棟(No. 8の2階、図表ではNo. 8-2と記す)、No. 16-2A病棟(No. 16の2階、図表ではNo. 16-2Aと記す)、及び敷地外の別棟にある自主入院中心のLaakson病棟(図表ではLaaksonと記す)である。全病棟の平均在院日数は急性期病棟16.7日に対して精神一般病棟27.5日、リハ病棟が比較的長く149.5日となっている(図3)。

病棟ごとの患者数は11名~15名、看護師を含むスタッフ数は急性期病棟の場合は患者数の1.7倍、一般病棟、リハ病棟の場合は患者数と同様の人数が確保されている。日中には病棟ドクター、看護師、メンタル看護師(日本の准看護師に相当する資格だが、専門教育を受けている)が配置されている。また、各病棟に事務作業を担当する秘書と、主に患者の金銭関係の相談を受けるソーシャルワーカーもパートタイムで勤務している(表1)。病棟スタッフ人数は日本の約3倍となっている。

2-2. 調査の概要

主な調査は非参与の行動観察調査によっている。平日の日勤看護師の勤務時間に合わせて、8:00~16:00の間に10分間隔で病棟に滞在する全ての人の居場所及び行為を平面図に記入した。調査日の観察総頻度は49回である。

患者の属性、看護師の勤務時間はアンケート調査によっている。

2-3. 調査対象患者の概要

図4に示された患者の年齢別構成では、No. 6-1、15-6C、8-2病棟は比較的若い患者が多い。その他の病棟は

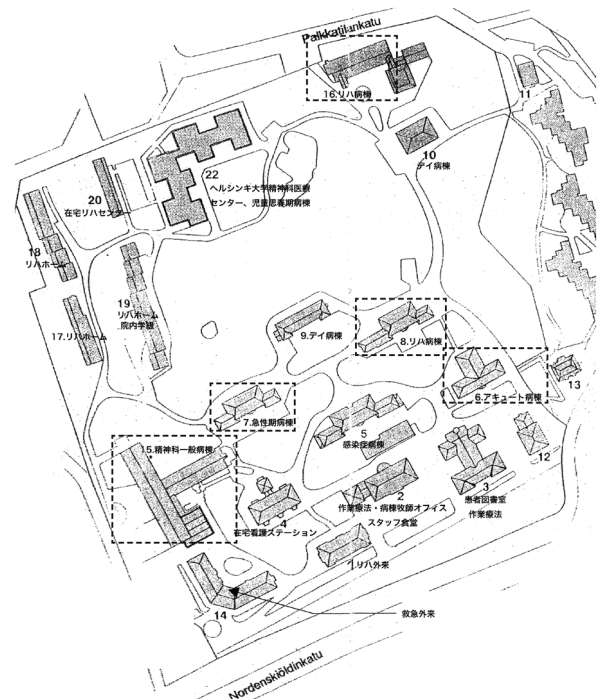


図2 オーロラ病院配置 (.....は調査対象病棟)

40歳以上の患者の割合が7割を超えており、特に7-2、16-2病棟は60歳以上の患者が3割近く占めている。リハ病棟では若年中心の8-2病棟と年齢の高い患者が比較的多い16-2病棟に分かれている。

男女別構成（図5）においては、急性期病棟の7-1、7-2、Laaksonは女性患者の割合が50%を超えており、特に自主入院のLaaksonでは78.6%は女性患者であった。

図3に示されている平均在院日数と患者の相対平均年齢^{注1)}との相関は見られなかった。

図6に病棟種別の患者の疾患分布状況を示している。疾患種別と患者の年齢、性別、在院日数の相関については、在院日数の短い急性期病棟（6-1、7-1、7-2、Laakson）

は気分障害の患者、女性患者が多い特徴が見られた。特に7-1とLaakson病棟の患者は全員が気分障害の患者であり、いずれも約8割は精神疾患の症状を伴わない気分障害である。

急性期病棟のうち、最も緊急度の高いアキュート病棟の患者の疾患種別は多様だが、約46%は気分障害、38%は統合失調症の患者である。さらに統合失調症患者の4割はリハビリ（リピーター）の患者である。

在院日数が長い精神科一般病棟では7割以上は急性期統合失調症の患者、リハ病棟では全員リハビリ期統合失調症の患者である。

上述により、調査対象病院では完治が難しく、症状が繰

表1 病棟スタッフの配置

病棟種別	No.6-1	No.7-1	No.7-2	Laakson	No.15-3	No.15-6	No.8-2	No.16-2A	
	アキュート	急性期			精神一般		リハビリテーション病棟		
スタッフ数合計(女/男)	25(17/8)	19 (15/4)	19 (15/4)	17	25(18/7)	25(16/9)	23(20/3)	23(19/4)	
日中勤務体制	看護師長	1	1/2	1/2	1/2	1	1	1	1
	副看護師長	1	1	1	0	1	1	1	1
	看護師	8	5	5	5	6	5	5	5
	精神看護師(准看)	5	4	4	4	6	8	8	8
	秘書(週4日)	1/2							
	病棟医師	1.5	2	2	2	1	2	1	1
	医師	1/3	1/3	1/3	1/2	1/4	1/4	/	
	ソーシャルワーカー	1	1	1	1/2	1	1	1/2	1/2
	セラピスト	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	/		1/2
	心理士	1/2	1/2	1/2	1/2	1/2	1	1/2	1/3
	臨時	1.5	1	1	2	2.5	3.5	2	1
	看護師実習生	1	/		/		1	/	
	精神看護師実習生	1	/		/		/		1
スタッフ:患者	1.3:1	1.5:1	1.5:1	1.2:1	1.5:1	2.0:1	1.3:1	1.3:1	

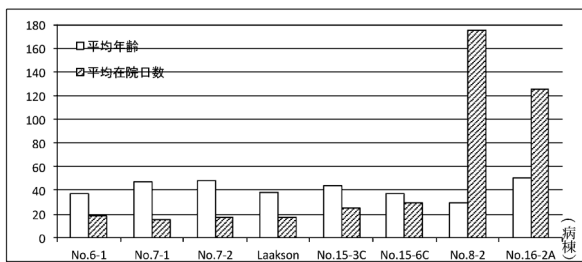


図3 各病棟の平均在院日数及び患者の相対平均年齢

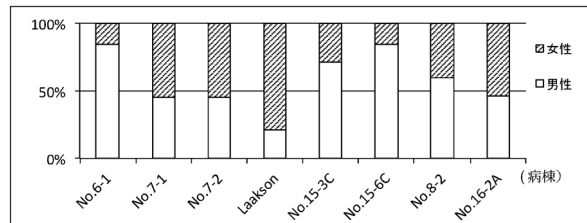


図5 病棟別の患者男女比

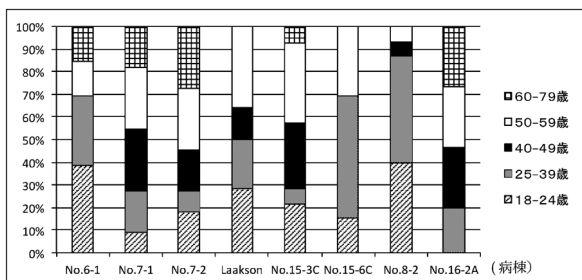


図4 病棟別の患者年齢構成

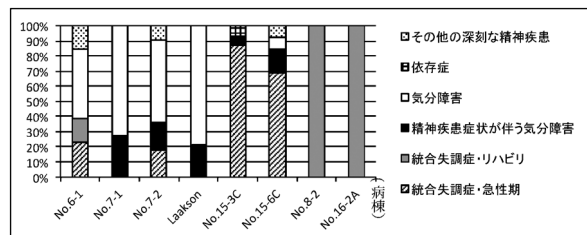


図6 病棟別の患者の疾患分布状況

り返される統合失調症の患者は精神一般、リハ病棟、気分障害の患者等は短期入院による治療で対応していることが明らかになった。また、気分障害においても、精神疾患症状を伴うかどうかを見極めた上で対処している。

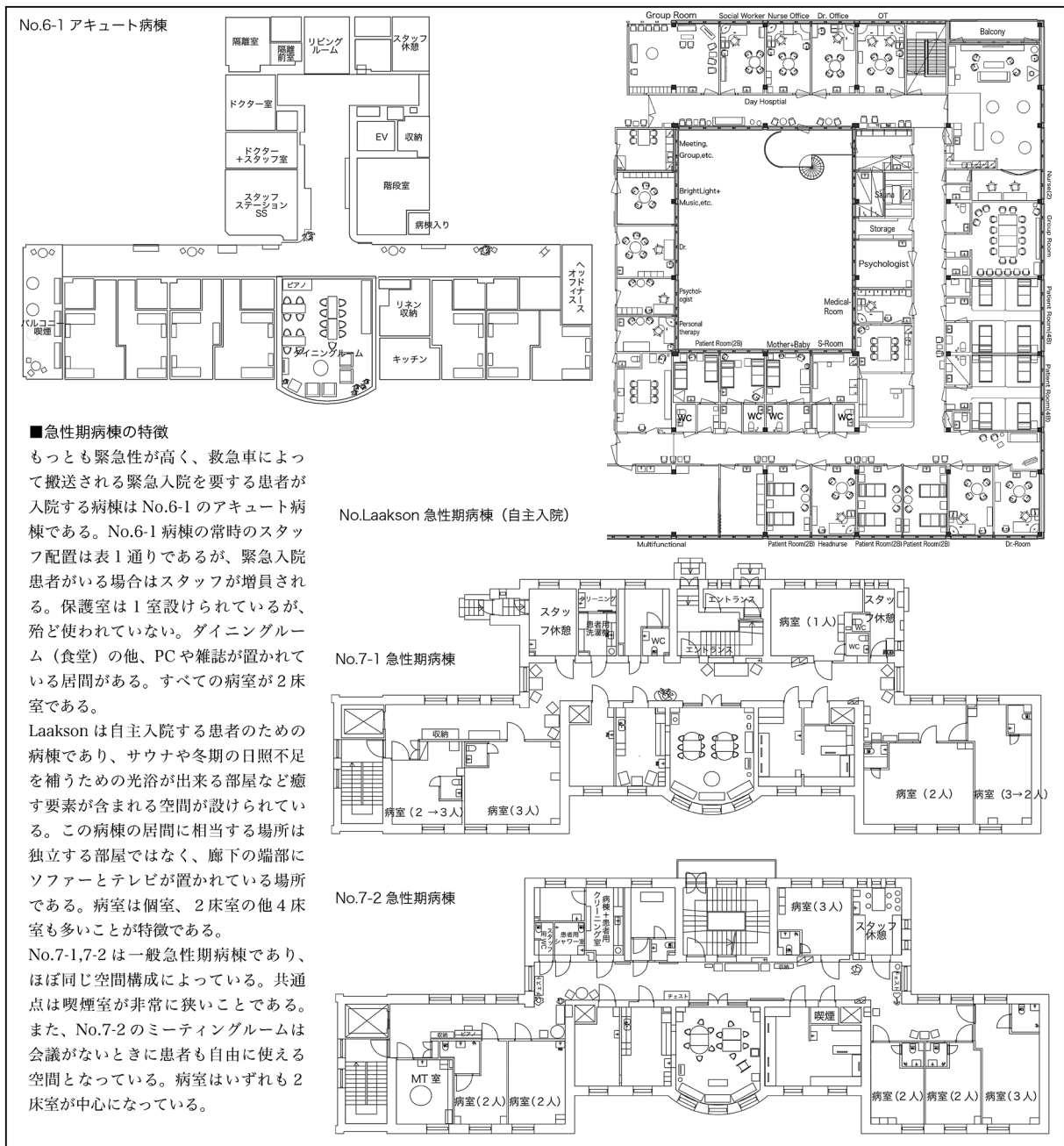
3. 病棟の空間的特徴

いずれの病棟においても大規模な改修(リノベーション)は行われておらず、基本的には従来の形で使われている。病院には専属のインテリアプランナーがおり、どの病棟においても家具選びやしつらえなどの工夫によって暖かみのある家庭的な雰囲気作りに注力されている。病棟別における空間特徴を(図7-9)に示すが、共通点を以下に要約す

る。

• 共用空間：患者のための共用空間は食堂兼居間を中心としており、病棟によっては小さな読書室、PC室も設けられている。家庭用木質系の家具、間接照明によって空間がしつらえられており、ラグやクッションなどのファブリックも多用されている。廊下にもベンチ、椅子などの家具や植物などで居場所として設えられており、暖かい雰囲気を醸し出している。

No. 7-1、7-2 では食後や午後など、異なる時間帯によって、照明を調節することで、落ち着いた雰囲気や明るい雰囲気をコントロールしている。Laakson 病棟ではサウ



■急性期病棟の特徴

もっとも緊急性が高く、救急車によって搬送される緊急入院を要する患者が入院する病棟は No.6-1 のアキュート病棟である。No.6-1 病棟の常時のスタッフ配置は表 1 通りであるが、緊急入院患者がいる場合はスタッフが増員される。保護室は 1 室設けられているが、殆ど使われていない。ダイニングルーム(食堂)の他、PC や雑誌が置かれている居間がある。すべての病室が 2 床室である。

Laakson は自主入院する患者のための病棟であり、サウナや冬期の日照不足を補うための光浴が出来る部屋など癒す要素が含まれる空間が設けられている。この病棟の居間に相当する場所は独立する部屋ではなく、廊下の端部にソファとテレビが置かれている場所である。病室は個室、2 床室の他 4 床室も多いことが特徴である。

No.7-1,7-2 は一般急性期病棟であり、ほぼ同じ空間構成によっている。共通点は喫煙室が非常に狭いことである。また、No.7-2 のミーティングルームは会議がないときに患者も自由に使える空間となっている。病室はいずれも 2 床室が中心になっている。

図 7 急性期病棟の平面構成

ナ、産後うつ患者専用の病室、日照不足を補うための日光浴室が設けられている。患者の症状に応じた適切な空間が用意されている。調査時に産後うつの患者はいなかった。

・病室：病室環境は決して豊かとは言えない（図10）。リハ病棟に一部個室があるが、多くの病棟は2~3人の多床室である。Laaksonには4床室も3室ある。ベッド間にはカーテンなどの仕切りは特に設けられていないが、イスや花が置かれている病室が多い。

また、病床数が不足しているときの対応として、2床室にベッドを追加して3床室として利用している病棟もある。

・スタッフ関係諸室：スタッフステーションは患者の見守りがしやすい場所に配置されているが、常時開放していない場合が多い。その他、医師室、サイコロジスト室、セラピスト室、スタッフ休憩室なども設けられており、スタッフ関係諸室は充実している。

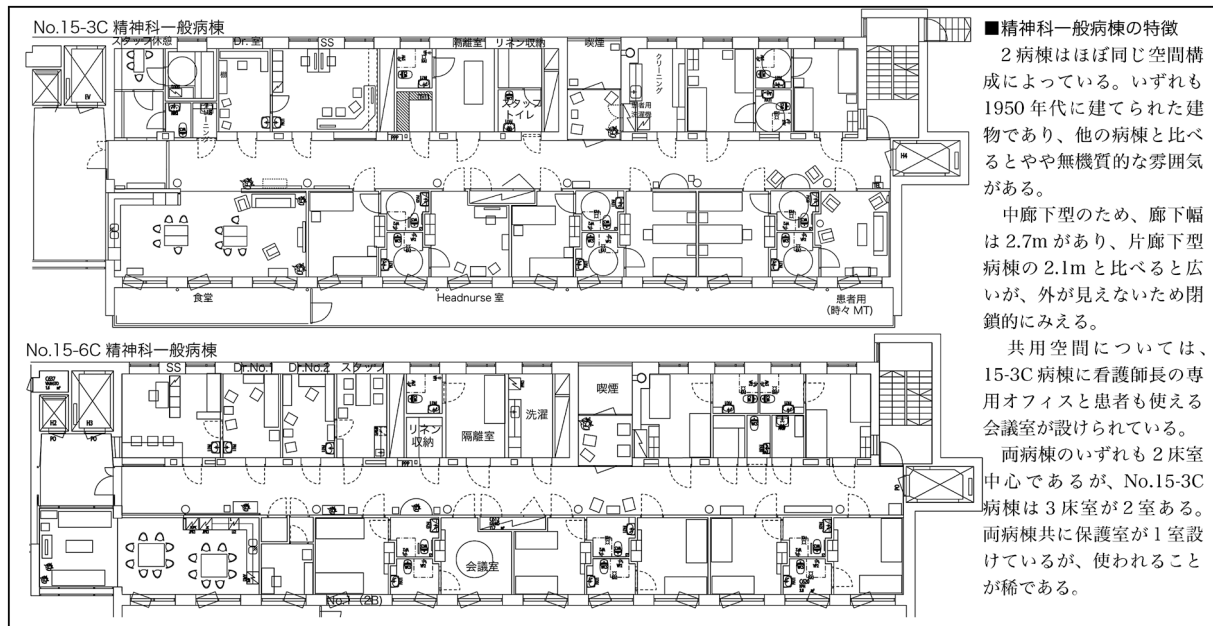


図8 精神科一般病棟の平面構成

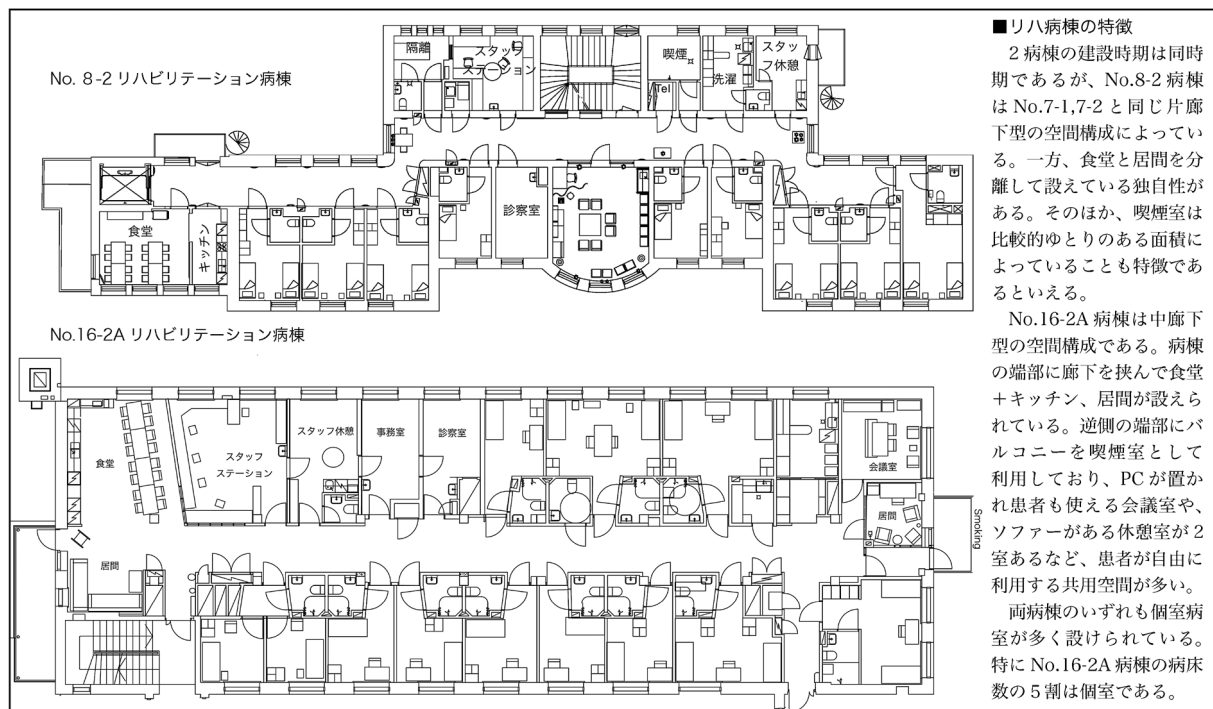


図9 リハ病棟の平面構成

・喫煙室：全ての病棟に設けられているが、バルコニーを利用しての場合や室内に排煙装置を整備して一室を利用している場合など、仕様や及び広さにはばらつきが見られる。

4. 病棟種別における患者の空間利用の特徴

病室での滞在率は全ての病棟において50%を超えている(図11)。全病棟のうち、最も個室率の高い16病棟の病室利用率は56.6%で平均(64.5%)を下回っている。急性期病棟のうち、個室が設けられている病棟はNo. 7-1と、Laakson病棟であり、いずれも1室のみである。No. 7-1の病室利用率は52.5%で、各病棟のうち最も低い。一方、病室での滞在が最も長い病棟は平均在院日数が最も長い8病棟である。以上のことにより、個室もしくは多床室などの病室の形態は病室の利用に直接的な影響を与えていないことが明らかになった一方で、在院日数の長期化が病室での引きこもりの一因になっているものと推測できる。

以下に、病棟種別における共用空間利用の特徴を述べる。

4-1. 急性期病棟

共用空間の利用の特徴は図12に示されている。いずれの病棟においても「食堂」での滞在が多い(36%~52%)が、食卓付近での滞在とテレビや雑誌ラックが置かれているソファーエリアでの滞在は病棟によってばらつきが見られた。次に多く利用されているのは「廊下」である。廊下の利用率が3割前後を占めており、特にLaakson病棟では4割近くに達する。

食堂以外に、居間としての空間が設けられているのはNo. 6-1、Laakson病棟であるが、それぞれ11%、21%の滞在が見られた。No. 6-1は独立した一室であるのに対して、Laaksonでは廊下の端部に置かれているソファーとテレビからなる「居間」空間であった。

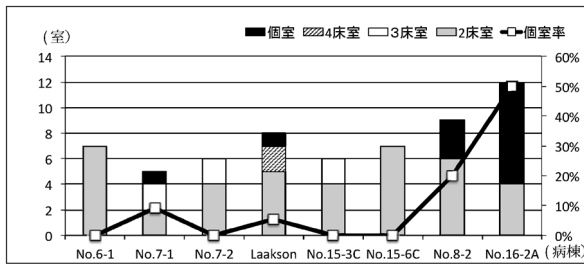


図10 各病棟の病室タイプ

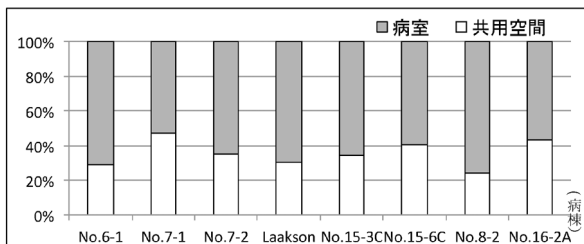


図11 各病棟における病室/共用空間の滞在割合

バルコニーを喫煙室として利用している6-1病棟と病棟内の狭い収納スペースを喫煙室として利用している7-1、7-2の環境は大きく異なるにも関わらず、喫煙室(喫煙室のないLaaksonを除き)の利用率は各病棟共に15%前後になっている。

4-2. 精神科一般病棟

各病棟のうち、No. 15-3C、15-6Cのみ中廊下型である。廊下幅はやや広く採光は人口照明により、外の景色が見えないにも関わらず、空間利用の特徴としてはいずれも「廊下」での滞在(No. 15-3C/41%、No. 15-6C/38%)は「食堂」(No. 15-3C/34%、No. 15-6C/28%)を上回っていることにある(図13)。

喫煙室の利用もほぼ同様であるが、No. 15-6C病棟は喫煙室前エリアの利用が多いことが特徴として挙げられる。No. 15-3C病棟と同様な平面構成を持つNo. 15-6C病棟は喫煙室前の廊下エリアにソファーを置き、ソファー側の壁に小さな棚を取り付けるなど、独自に空間を設けている(図14)。また、喫煙室の前室にもソファーとラジカセが置かれており、棚に患者がタバコのフィルターを使って作成したアートワークが飾られている。患者はタバコを吸い、前室で音楽を聞き、さらにその前のソファーに座り、タバコを吸いに来る他の患者と会話を交わすなど、一連の行為がここで観察される。また、前室の引き戸の開閉によって、空間がフレキシブルに仕切れることも可能である。こ

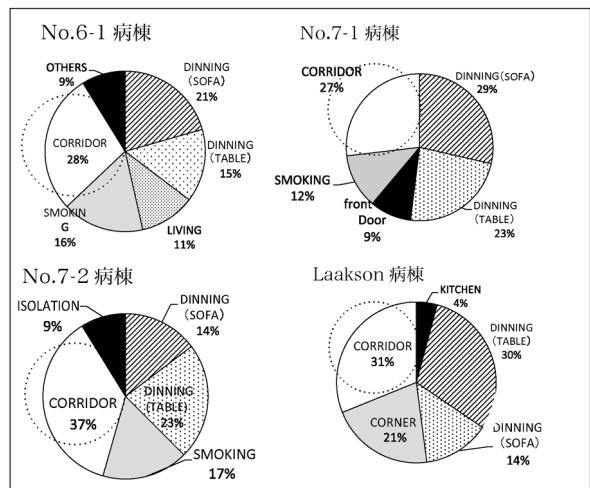


図12 急性期病棟の空間利用特徴

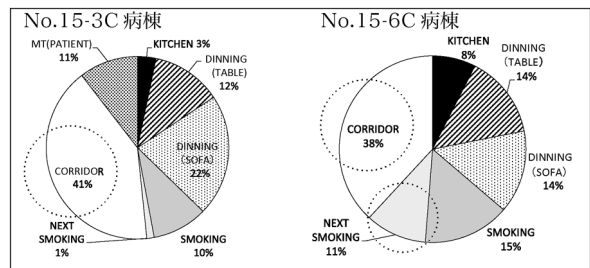


図13 精神科一般病棟の空間利用特徴

のエリアに病棟の患者が集まり、一つのにぎわいの場が形成されている。一方、No. 15-3Cでは喫煙室前の廊下エリアに特別なしつらえがなかったため、空間利用は喫煙室に限定されている。

4-3 リハ病棟

No. 8-2とNo. 16-2Aはいずれも在院日数が長い（175日と126日）が、相対平均年齢は30歳と51歳で大きく異なる。

また、図15に示したように、空間利用傾向も大きく異なっている。8病棟は廊下の利用が各病棟の内最も多かった（35%）が、16病棟食堂（ソファ）エリアを中心に滞在していた（44%）。また、8病棟は喫煙室の利用率も高く、23%であった。一方、16病棟はPCが置かれている部屋の利用率が比較的高かった（13%）。

上述した結果とその考察を通して、病棟種別における空間滞在の傾向に相違は見られなかったが、全ての病棟において患者が廊下を滞在空間として利用している姿が浮かび上がった。また、空間構成の相違よりも空間のしつらえ方が患者の空間利用に影響を与えていることも示された。

5. 共用空間での滞在様態

この章では患者の共用空間での滞在様態を「1人」、「2

人」、「3人以上」に分類し、病棟種別における滞在様態の共通点と相違点について考察する。なお、食事等のプログラムの時間帯は分析から除いている。

5-1. 急性期病棟

4病棟はいずれも「1人」での滞在が多く見られたが、No. 7-2では「3人以上」での滞在、Laakson病棟では「2人」での滞在も多く見られた（図16）。

図17に場所別にみた急性期病棟患者の滞在様態が示されている。患者の症状が最も重いとされているアキュート病棟No. 6-1は看護師が付き添う食堂（ソファ）を除き、いずれの場所においても「1人」での滞在が多く見られた。一方、「2人」での滞在が多かったのは廊下である。

急性期病棟であるNo. 7-1、7-2では食堂（テーブル）での「3人以上」の滞在が多いという共通点がある一方、看護師との関わりはNo. 7-1ではスタッフステーションの前、No. 7-2では廊下が多かった。また、調査日の前日深夜にNo. 7-2の保護室に入院した患者に常時看護師が付き添っていた。

Laakson病棟の特徴は「1人」での滞在と「2人」での



図14 喫煙室前のしつらえ

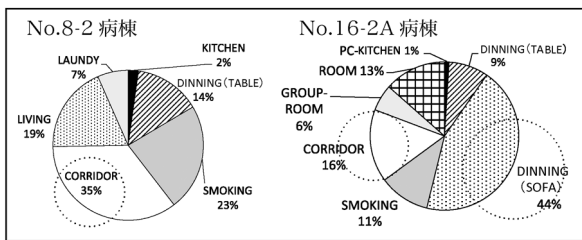


図15 リハ病棟の空間利用特徴

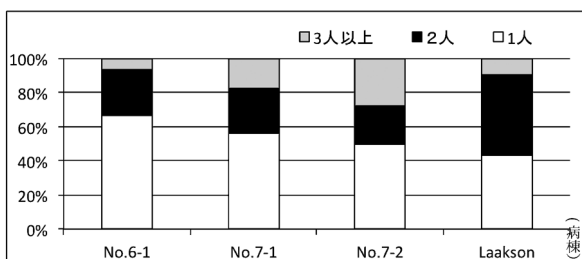


図16 急性期病棟の滞在様態

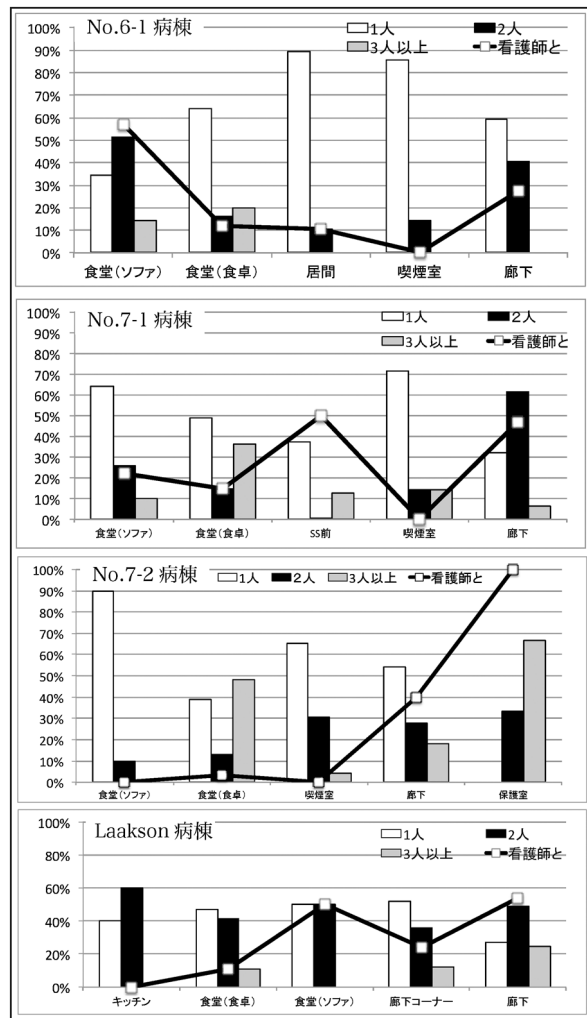


図17 場所別における急性期病棟の滞在様態

滞在がほぼ同様であることが挙げられる。また、食堂（ソファ）や廊下で看護師が患者に寄り添う姿も伺えた。

5-2. 精神科一般病棟

統合失調症患者が多く入院している No. 15-3C、15-6C でみられた滞在様態の傾向が極めて近似している。「1人」での滞在が4-5割、「2人」での滞在が2-3割、残りが「3人以上」での滞在である（図18）。

場所別においては、いずれの病棟においてもおやつ作り等で、キッチンで看護師と共に滞在することが多いことも特徴である（図19）。また、No. 15-3Cでは喫煙室の前室での「2人」での滞在も多いことと関連して、廊下でも「2人」での滞在が多く見られた。前述したように、喫煙室の前室と廊下のしつらえによって、フレキシブルかつ連続性のある空間が構築されていることで、時と場合に応じた柔軟な利用が可能となっている。

5-3. リハ病棟

両病棟での滞在様態が大きく異なっている。No. 8-2は「1人」での滞在と「2人」での滞在が約4割ずつであるが、No. 16-2Aは「1人」での滞在が7割を占めている（図18）。

要因の一つは看護師の関わり方であると考えられる（図20）。No. 8-2は患者が滞在する各箇所において、看護師の滞在も見られた。一方、No. 16-2Aでは看護師の付き添いは主にテレビが置かれている居間のソファエリアに限定されている。また、No. 16-2Aに患者が自由に使えるPCが置かれているPC室、患者のグループ作業ができ

るグループ室が設けられており、特定の患者がそこで長時間「1人」で滞在していたこともこのような利用様態がみられた要因の一つであると考えられる。

6. 看護師の関わり方

図21に全対象病棟での看護師と患者とが一緒にいる場面の割合を示している。No. 8-2病棟では4割と非常に高いのに対して、No. 16-2Aは2割に留まっている。他の急性期及び精神科一般病棟は2割~3割とほぼ同じ傾向が見られた。

急性期病棟では、患者と看護師が共にいる場面は廊下、食堂のソファスペースで多く見られた。ここでは廊下も滞在空間の一部として捉えられていると思われる。

急性期統合失調症患者が多い精神科一般病棟では、前述したキッチンに次いで、食堂のソファスペースでの患者と共に滞在する看護師が多く見られた。No. 15-3C病棟では、患者も利用できる会議室ではPCを購入した患者に操作を教える看護師の滞在によって、看護師の付き添いが多くなっている。

リハ病棟ではNo. 8-2病棟において患者と看護師が共にいる場面が最も多く見られたものの、No. 16-2Aではこのような場面が最も少ない。患者の属性と在院日数から要因を探ると、両病棟の患者はいずれもリハビリ期の統合失調症の患者であるが、No. 8-2病棟の患者は平均年齢が低く、在院日数が長いという特徴が挙げられる。つまり、完

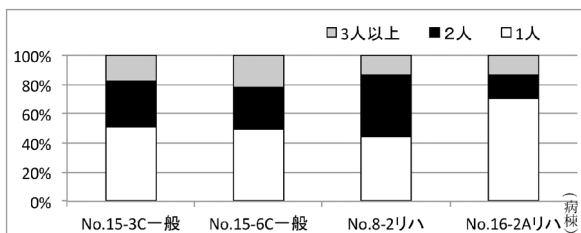


図18 精神科一般病棟/リハ病棟の滞在様態

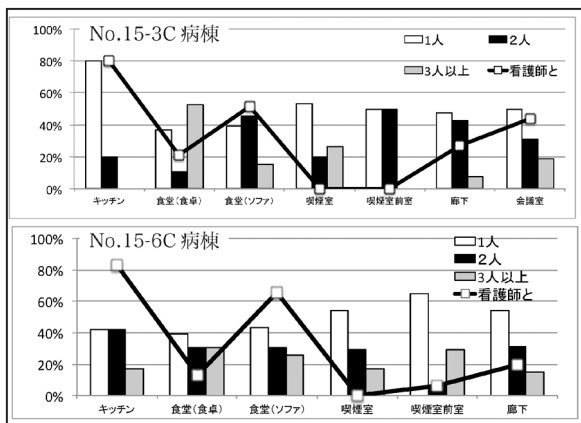


図19 場所別における精神科一般病棟の滞在様態

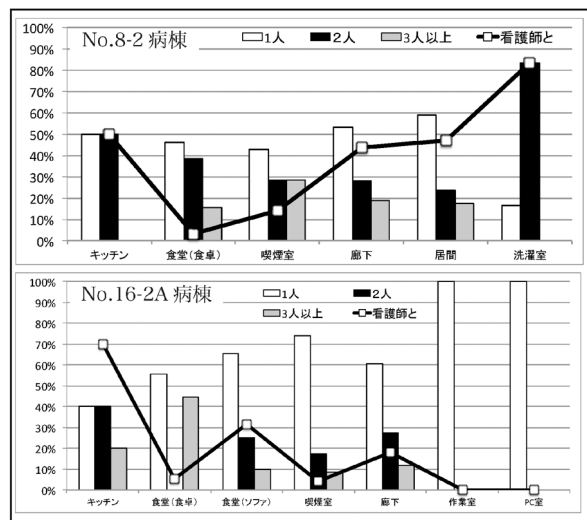


図20 場所別におけるリハ病棟の滞在様態

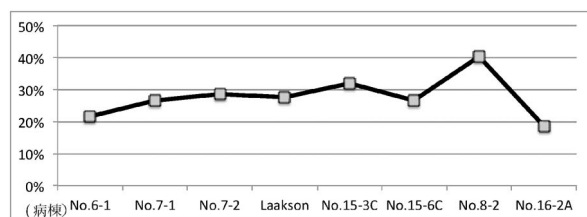


図21 看護師と患者が共にいる場面の割合

全治癒が難しいと言われている若年の統合失調症の患者に対して、看護師の寄り添いがより多く行われていると言える。

7. 行為の対象

この章では患者の共用空間での過ごし方を行為の対象を通して考察する。

他者と共にいるが活動を伴わない時の対象を「ヒト」、物を対象としているが活動を伴わないときの対象を「モノ」、1人で何かをしている時の対象を「コト」、他者と一緒に何かをしているときの対象を「ヒト+コト」、外を眺めているときの対象を「景色」、何もせずぼんやりしているときの状態を「無為」と分類した。

図22に各病棟で見られた行為の対象の割合を示している。気分障害の患者が入院するNo. 7-1、Laakson では対人行為（ヒト、ヒト+コト）が5割前後を占めている。一方、統合失調症の患者が入院するNo. 8-2、No. 16-2A病棟では1人で何かをしていること（コト）が多い特徴が見られた。比較的在院日数の長いNo. 15-3C、No. 15-6C、No. 16-2Aでは無為行為が比較的多く見られた。一方、平均年齢が最も低く、在院日数が最も長いNo. 8病棟では無為行為が比較的低い結果となった。以上のことにより、患者の滞在行為の対象は患者の年齢、疾患等の属性に影響されるほか、在院日数にも影響される傾向があると言える。

以下では病棟種別、場所別における滞在行為の傾向を考察する。

7-1. 急性期病棟で見られた行為の対象

急性期病棟の場所別にみた行為の対象を図23に示している。アキュート病棟No. 6-1では食堂のソファスペースで他者との交流が見られたが、食卓では1人行為が多く見られた。一方、パソコンなどが置かれている居間では無為行為のほか1人行為が中心であったが、廊下では看護師との交流を含めた対人行為及び無為行為が多く観察された。各病棟のうち、「景色」を行為の対象としている割合が最も高い病棟でもあり、外が見えるバルコニーを喫煙室として使っていることが一因であると思われる。

自主入院のLaakson病棟では、キッチン、廊下、食卓での対人行為が多く観察された。一方、ソファ等が設えられている廊下コーナーでは1人行為が占める割合が高かった。また、Laakson病棟の特徴として挙げられるのは食卓、食堂のソファや廊下コーナーにおいて他の病棟と比較して多様な行為が見られたことである。

同様な病棟平面構成を持つNo. 7-1、7-2病棟では食卓と廊下での対人行為、食堂のソファスペースと喫煙室での1人行為が多く、また廊下での無為行為が比較的多いという共通点がみられた。一方、気分障害の患者が多いNo. 7-1病棟ではスタッフステーション前で群がる患者がみられ、気分障害の患者の他、統合失調症やその他精神疾患の患者もいるNo. 7-2では食卓、廊下での無為行為が比

較的多かった。

患者属性が近似するNo. 7-1とLaakson病棟の患者の行為の対象を比べると、Laakson病棟で観察された行為の方が多様であることも特徴だった。

7-2. 精神科一般病棟で見られた行為の対象

患者の属性が近似する精神科一般病棟のNo. 15-3C、15-6C両病棟は、ほぼ同様な空間構成を持っており、観察された行為の対象の特徴も近似している（図24）。以下に両者の共通点及び相違点を述べる。

共通点として挙げられるのは食卓、喫煙室では1人行為が多い、喫煙室前室では対人行為と無為行為が多いことである。一方No. 15-3Cでは食堂のソファスペースでは対人行為が中心となっており、No. 15-6Cでは1人行

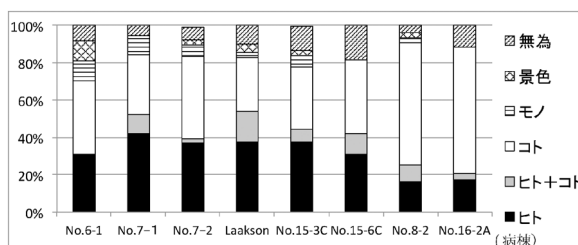


図22 各病棟における行為の対象の割合

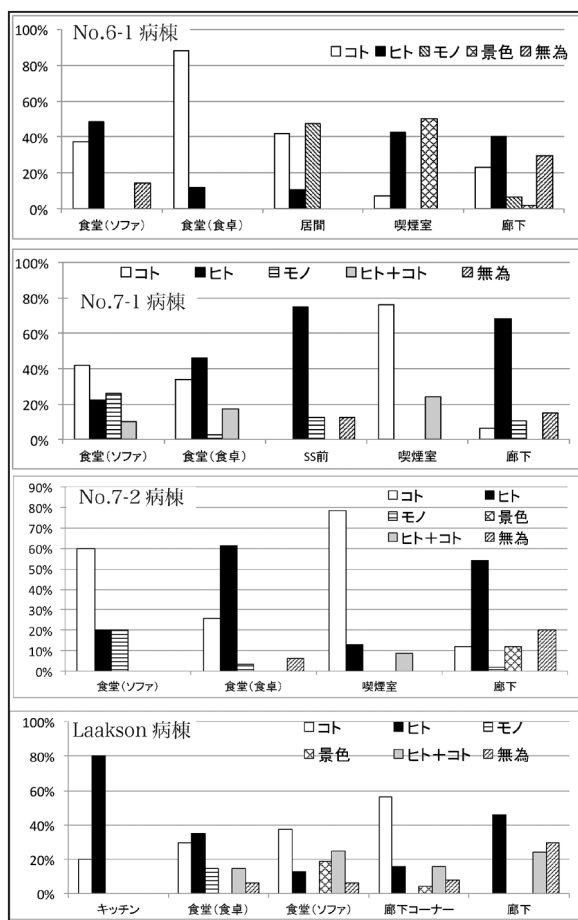


図23 急性期病棟でみられた行為の対象

が中心である。No. 15-6C では看護師と患者と共に滞在する割合が No. 15-3C より少なく、看護師の関わり方に影響されているものと考えられる。

つまり、患者の行為に影響を与える要因は患者の属性、空間構成の他、看護師との関わり方にもあると言える。

7-3. リハ病棟で見られた行為の対象

前述した通り、平均年齢と在院日数が異なるものの、統合失調症の患者しかいないリハ病棟いずれにおいても「コト」を中心とした1人行為が目立っている(図25)。一方、在院日数が長く、平均年齢が若い No. 8-2 病棟では廊下、居間でしか対人行為が見られなかったが、平均年齢が高い No. 16-2A 病棟ではキッチン、食卓、食堂のソファースペース、廊下で対人行為が観察された。

以上のことにより、在院日数の長期化によって、他者と関わる意欲が奪われてしまう傾向があるのではないかと推測される。

8. 場所の意味付けに関する考察

上述した各病棟でみられた空間利用傾向を通して、精神疾患患者が空間への意味付けを考察する(表2)。

まず全ての病棟において、廊下で1人、もしくは看護師と共にいることを含めた2人での滞在が多く見られ、対人行為、無為行為が中心であることが明らかになった。つまり、患者の属性や在院日数、空間構成は異なっているものの、今回の調査対象患者は廊下を交流の場として意味付けしている傾向は同様であると言える。

また、喫煙室は No. 8-2 病棟を除き、すべてにおいて1人行為(喫煙)が中心になっており、1人の場として意味付けられている。No. 8-2 病棟の喫煙室については後述する。

次に、病棟種別における患者の滞在様態と行為の対象の共通点と相違点を明らかにし、廊下以外の空間に対する意味付けを探る。

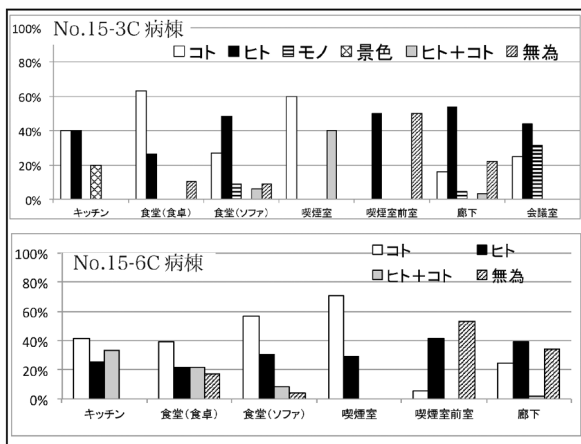


図24 精神科一般病棟でみられた行為の対象

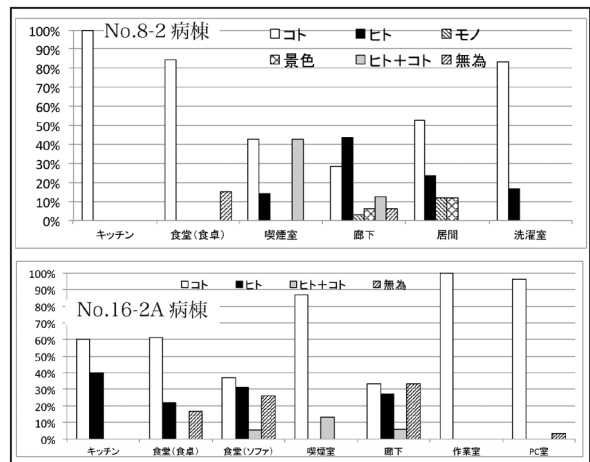


図25 リハ病棟でみられた行為の対象

表2 病棟での滞在傾向を通してみた患者の空間への意味付け

	キッチン			食堂(ソファ)			食堂(食卓)			喫煙室			廊下			居間			その他				
	滞在様態	行為の対象	意味付け	滞在様態	行為の対象	意味付け	滞在様態	行為の対象	意味付け	滞在様態	行為の対象	意味付け	滞在様態	行為の対象	意味付け	滞在様態	行為の対象	意味付け	滞在様態	行為の対象	意味付け		
急性期病棟	No. 6-1 病棟	1人(N)	コト	1人の場(多様)	2人(N)	コト、ヒト	交流の場	1人	コト	1人の場	1人	コト	1人の場	1人	ヒト、無為	交流の場	1人	無為、コト	2人(N)	ヒト	交流の場(保護室)		
	No. 7-1 病棟				1人	コト	1人の場	1人、3人	ヒト	交流の場				1人、2人(N)	ヒト、無為		交流の場	3人以上(N)				ヒト	
	No. 7-2 病棟				1人	コト	1人の場	1人、2人	ヒト					交流の場	2人(N)			ヒト、無為				交流の場	1人
	Laakson 病棟				2人	ヒト	交流の場	1人、2人(N)	多様	1人の場(多様)					1人、2人		ヒト、コト	交流の場					2人(N)
一般病棟	No. 15-3C 病棟	1人(N)	多様	1人の場(多様)	1人、2人(N)	ヒト	1人の場	3人	コト	1人の場	1人	コト	1人の場	1人、2人	ヒト	交流の場	1人		ヒト、モノ	1人の場	1人、2人	ヒト、無為	交流の場(喫煙室前)
	No. 15-6C 病棟	1人、2人(N)	コト、ヒト+コト	交流の場	多様(N)	コト	1人の場	多様	コト	1人の場	1人	コト	1人の場	1人	ヒト、無為	交流の場	1人	ヒト、モノ	1人の場	1人、3人	ヒト、無為	交流の場(喫煙室前)	
リハ病棟	No. 8-2 病棟	1人、2人(N)	コト	1人の場	1人	コト	1人の場	1人、2人、3人	コト、ヒト+コト	交流の場	1人、2人(N)	ヒト、コト	交流の場	1人	多様	1人の場(多様)	2人(N)	コト	1人の場(洗濯)				
	No. 16-2A 病棟	1人、2人(N)	コト、ヒト	1人の場	1人	コト、ヒト、無為	1人の場	1人、3人	コト	1人の場	1人	コト	1人の場	1人	無為	1人の場	1人	無為	1人の場(PC)				

8-1. 急性期病棟

食堂（ソファー）については、No. 6-1とLaakson病棟では看護師との滞在や1人での滞在などの対人行為が多く見られ、1人の場、もしくは看護師と一緒にいる場として意味付けしていると考えられる。一方、No. 7-1、7-2では1人での滞在、1人行為が多く、1人の場として捉えられている。

食堂（食卓）では、No. 6-1が1人で食事していることが多く、1人の場として意味付けしている。その他の病棟では1人、もしくは2人、3人以上での滞在があり、会話などの対人行為も見られ、交流の場として意味付けしている患者もいることが分かった。

居間に相当する空間として、No. 6-1病棟ではPCや雑誌ラックが置かれている部屋、Laakson病棟では外の景色がみえる廊下の突き当たりにテレビとソファーが置かれているスペースがある。いずれの場所においても、1人での滞在与行為が中心で、1人の場として意味付けられている。

また、Laaksonのキッチンは食堂と一体となっており、交流の場としても意味付けられている。

No. 7-1ではスタッフステーション前での看護師との滞が多く、看護師との関わりのある場である。

保護室に患者がいるNo. 7-2ではほぼ常時2人の看護師が付き添っている状態であった。

以上より、居間、喫煙室以外の共用空間は患者にとっての交流の場となっていることが明らかになったが、食堂（ソファー、食卓）のような明確な機能を持つ空間は、必ずしも患者によって「交流の場」として意味付けられているとは限らない結果となった。

8-2. 一般精神科病棟

食堂（ソファー）、食堂（食卓）のいずれにおいても多様な滞在様態が見られたが、行為は対象がない1人行為が中心だったことから、1人の場として意味付けられていることが分かった。No. 15-3Cでは居間に相当する空間は患者も利用できる会議室となるが、ここでも1人行為が中心であった。

一方、キッチンでは看護師との滞を含めた多様な滞在形態が見られ、対人行為もあったため、交流の場として意味付けられていると言える。また、喫煙室として利されているバルコニーと廊下間に設けられている喫煙室前室では、他者との滞在や対人行為が中心であり、交流の場として意味付けられていると言える。

8-3. リハ病棟

リハ病棟では、キッチン、食堂（ソファー、食卓）での滞在様態は様々であるが、全ての場所で行われた行為は1人行為が中心だったことから、共用空間の多くを「1人の場」として意味付けられていることが分かった。No. 8-2の居間ではPC、テレビ、ソファー、雑誌ラックなどが設えられているため、多くの行為が見られたものの、滞在様

態は1人での滞在が多かった。このことから「1人の場」として意味付けられていると言える。No. 16-2Aではソファーが設えられている部屋が居間として位置付けられているが、1人での無為行為が中心であり、「1人の場」として意味付けられていることが分かった。各病棟のうち、リハ病棟は最も個室率が高い（20%と50%）にも関わらず、共用空間を1人の場として捉え、他者と関わらないで過ごす傾向が強く、リハ病棟の患者の特徴として位置づけられる。

以上の考察によって、急性期病棟、一般精神科病棟、リハ病棟の順に共用空間のなかで「交流の場」として意味付けられている空間が減少しているという傾向が明らかになった。

9. 本調査のまとめ

本研究では下記のこと明らかになった。

1) 患者の入院生活に影響を与える要因

滞在場所への選択や他者との関わりにおいて最も影響を与える要素は、疾患種別及び在院日数であると言える。統合失調症の患者は他者との関わりに消極的で、無為行為が比較的多いなど、意欲の低下がみられた。一方、女性患者・気分障害の患者は比較的社会的であると言える。また、在院日数の長期化も意欲を低下させる要因の一つとして挙げられる。

2) 看護師との関わり

各病棟においては、看護師がほぼ一定の割合で患者に寄り添っており、特に相対平均年齢が低い病棟では看護師との関わりが多いことが明らかになった。また、食事やコーヒータイムなど、病棟のプログラムによって患者が食堂に滞在する時間帯においては、必ず看護師が見守る形になっている。その際に、看護師は患者の輪に直接参加はせず、食堂のソファーなどから間接的に見守る形にしているため、食後などでは患者も看護師が滞在するソファーを選択するケースが多く見られた。看護師が滞在する場所に患者が滞在する傾向があると言える。

3) 空間への意味付けの傾向

- 対人行為は廊下で多く見られており、交流空間として意味付けている場合が多い。

- 食卓では他者と空間を共有する場面が見られたが、交流が伴わない1人での状態が多かったことから、1人の場として意味付けられていると言える。

10. 精神科病棟の治療・療養環境のあり方

本調査を通して得られた精神科病棟の治療・療養環境のあり方に関する知見を以下にまとめる。

10-1. 空間のあり方に関する知見

- 日本では、気分障害などのストレス系疾患の患者のためのストレスケア病棟の多くに全室個室が導入されている。しかし、必ずしも全ての患者に個室が必要とされているとは限らない。

- 共用空間においては、食堂のような予め計画された交流

空間よりも、廊下のような一定の曖昧性を持つバッファゾーンがさまざまな利用の可能性を包含していて、患者の交流や行為を誘発する機能を果たしている。

- 看護師の滞在場所、空間の連続性やしつらえが患者の居場所の選択、滞在様態、行為に影響を与える。病棟を計画する際には、特にスタッフステーション、喫煙室の位置及びその延長線として位置付ける空間のあり方に配慮する必要がある。

10-2. 看護のあり方に関する知見

- 調査対象病院のスタッフの数は日本の精神科病院の約3倍となっており、患者のそばに看護師がいる状態が非常に長い。

- 患者に関わる際においては、看護師から話し掛けることはほとんどなく、多くの場合は「そばにいただけ」の状態である。一方、患者から看護師に話し掛けるときには会話が成立する。このような、寄り添う関わり方が結果的に患者に安心感を与え、看護師との関わりをうながし、さらに他の患者との関わりに発展していくことで、対人コミュニケーション障害を克服していくことになる。

- 在院日数の長期化によって、患者の意欲が失われ、症状の悪化につながる傾向がある。精神科病院の最も大きな役割は患者の早期退院に努めることである。

今回の調査を通して、フィンランドの精神科病院は、建築への投資を最小限に抑え、決して豊かではない空間をイ

ンテリアによるしつらえの工夫などで暖かみのある家庭的な病棟環境として整備していることが明らかになった。また、医療スタッフなどのマンパワーの充実によって、患者に寄り添う精神科医療が実現されており、患者の早期退院、病床数の減少に成功している。

精神科病床大国と言われている日本においても、今後は空間的工夫に留まらず、マンパワーの充実によって患者へのサービス向上を図り、さらに地域医療の充実を進めることで、精神科病床を徐々に減らすことが実現されていくものと思われる。

注

1. 相対平均年齢：プライバシーを尊重するため、患者の個人情報には病棟単位で収集している。病棟ごとの平均年齢は年代別の人数によって収集・算出した。ここではそれを相対平均年齢とする。

謝辞

本研究は宮城学院女子大学海外研修制度を利用して実施したものである。調査期間中はヘルシンキ市ヘルスセンター、市立オーロラ病院に多大なご協力をいただいた。記して深謝の意を表す。

また、一部の追加調査は宮城学院女子大学特別研究費及び生活環境科学研究所共同研究費の助成を受けて行った。