

〔資料〕

我が国の精神科病院建築に関する文献検討

藤崎敦子* 濱田由紀**

THE ARCHITECTURE OF PSYCHIATRIC HOSPITALS IN JAPAN :
A LITERATURE REVIEW

Atsuko FUJISAKI * Yuki HAMADA **

キーワード：精神科病院、建築、文献検討

Key words : psychiatric hospitals , architecture , literature review

Ⅰ. はじめに

我が国では、戦後の精神病床の増加を図るために国庫補助の規定が設けられ、民間病院に経営面での支援がなされた。これにより昭和 30 年代から 40 年代にかけて「精神病院ブーム」と呼ばれる現象が起こり、精神病床が急速に増加した（浅井,1988）。その結果民間病院が、全精神科病院の 8 割程度を占めることとなった。このような精神病院ブームの中で宇都宮病院事件などの精神科病院の不祥事が発生し、我が国の精神科病院の密室性が明らかとなり国際的批判を集めることとなった。この社会背景をきっかけに昭和 62（1987）年精神衛生法が改正され、患者の人権をより尊重した精神保健法が制定された。任意入院制度などにより治療における患者本人の意思、人権がより尊重されるようになった。精神科病院建築のあり方には、こうした精神保健医療施策が直接的に影響を与えてきたといえる。本研究では、我が国の精神科病院建築に関する文献の内容を検討することにより、精神科病院建築のあり方の動向を明らかにする。そのことにより今後求められる精神科病院建築のあり方について示唆を得るとともに、精神科病院建築において看護師がどのような関わり方が出来るかについて考える一助としたい。

Ⅱ. 文献検討

医学中央雑誌を用い、「精神病院 or 精神科」と「建築 or 設計」をキーワードに 1985 年から 2005 年までの 20 年間の文献の中から検索を行った。その結果、103 件の文献が該当し、内、キーワードは含まれているものの研究目的から外れている 19 件を除いた 84 件を研究対象とした。それらを著者の職業別に分類すると、建築関係 29 件、医者 45 件、看護職 10 件（病院環境・アメニティ 7 件〈岡崎（1998）、横谷（2001）、木落（2001）、松永（2001）、福原（2001）、藤野（2001）、花房（2001）〉、老人性認知症専門病棟 1 件〈阿式（2004）〉、建築計画・会議 2 件〈古賀（1988）、伊沢（2000）〉）であった。また年代ごとに分類すると、1984 年（2 件）、1985 年（4 件）、1986 年（0 件）、1987 年（1 件）、1988 年（2 件）、1989 年（1 件）、1990 年（1 件）、1991 年（0 件）、1992 年（1 件）、1993 年（1 件）、1994 年（1 件）、1995 年（0 件）、1996 年（2 件）、1997 年（11 件）、1998 年（4 件）、1999 年（2 件）、2000 年（3 件）、2001 年（25 件）、2002 年（2 件）、2003 年（12 件）、2004 年（6 件）、2005 年（3 件）となった。

研究対象とした 84 件について、論文テーマから①病棟環境・アメニティ、②隔離・保護室、③急性期病棟、④うつ病専門病棟、⑤思春期・青年期病棟、⑥薬物依存症専門病棟、⑦老人性認知症専門病棟、⑧病院紹介・覚え書、⑨外国の精神科病棟、⑩法律・行政、⑪経営・人的資源、⑫病院建築プロセス、の 12 項目に分類する

*東京女子医科大学病院 (Tokyo Women's Medical University Hospital)

**東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

ことができた。以下、項目ごとに文献の内容を報告する。

1) 病院環境・アメニティ

文献は28件あった。特徴として、平成13(2001)年の第四次医療法改正に伴い特集された文献が約半数(13件)を占めている。内容は、デイルームや喫煙所などの生活空間に関するものと、病室という治療空間に関するものの2つに分類することが出来た。また、全体として「家庭的な雰囲気づくり」という言葉を多く見ることができた。

生活空間に関して、鈴木(2005c)は、コミュニケーションを誘発するような建築上の工夫を述べている。具体的に、談話コーナー、洗面、トイレ、シャワー等はすべて近くに配置し、病室を出ると自然と他者と関わるような工夫をしている。結果としてトラブルの可能性を高めていることも否定できないが、人と接触することは社会において必然であるため、社会復帰への第一歩としてこのような工夫をしていると述べている。岡本(2001)は、喫煙スペースについて述べている。喫煙所の持つ意味としてコミュニケーションの場があることをあげ、それを認識した上での喫煙スペースの設置を提案している。松永(2001)、徳永(2001)、鳴河(2002)は、採光・色彩に関して述べている。一般に、広くて明るい空間が心地よいと思われる傾向にあるが、徳永(2001)は、統合失調症の患者では、明るい空間により著しい症状の悪化が見られた事実をあげ、患者にとっては狭い空間や暗い空間が症状の安定につながる場合もあることを指摘している。松永(2001)の病院では、「落ち着ける採光・色」を条件とし、淡い青が採用された。

治療空間に関しては、鈴木(2001)、前島(2001)、寛(2003)、鈴木(2005b)が、部屋の形態について述べている。プライバシーの保持や、一人になれる空間の確保という点から個室が望ましいとされる意見が大半であった。また、多床室でも4床を限度とし、各々のテリトリーを明らかにした空間構成にすることで、個人の領域を保たせる工夫が述べられている。しかし、この個室的多床室では避けられない問題として、いきなどの「音」と、向精神薬の副作用や風呂嫌いが多い精神科の特徴からの「臭い」があげられていた。

2) 隔離・保護室

文献は4件あった。隔離室の設計基準について今井(2004)は、中井(2003)の「精神科病棟が精神科にとって唯一にして最大の治療用具である」という考えを紹介し、「隔離室は治療室」という考えのもとで安全性(自

傷・自殺防止が第一)、機能性(スタッフステーションとの近接性や、他の患者との動線の交錯を避ける配置)、居住性(閉鎖的な感覚を和らげるための採光や換気、色彩の工夫)を設計時の留意点としてあげている。また、精神科病棟の現状として個室率の低い病棟が多く見られることをあげ、治療の過程として必要な「保護室から個室、次いで多床室に移る」という段階を経ることができないことから、個室率を上げることを提案している。

隔離室の具体的なあり方としては(河口,1992、八田,2001、鈴木,2005a)、患者側と医療者側の視点に分けることができた。まず医療者側から見た隔離室のニーズとして、患者の観察のしやすい構造があげられる。しかし、患者は身を隠したいという欲求が働くため、この矛盾をいかに解決するかが、隔離室の設計のポイントとなってくる。一方患者側からの視点としては、自傷行為による怪我を最低限に防ぐという安全性、隔離室自体の壊れにくさが求められる。また、短時間であっても落ち着いたときに安心して自分と向き合える環境が必要であるため、この安全性・耐性と居心地の良い環境とのバランスをどのようにとることが問題となる。

3) 急性期病棟

文献は7件あった。内2件は、急性期病棟に必要な建築条件を明らかにしたものであった。工藤(2004)は、治療の段階によって必要条件も変化するとし、治療初期は自殺防止のための安全確保が重要であるが、治療が進むにしたがって対人交流における安定性や自立生活を意識した建築条件が重要であると述べている。山田(2003)は、保護室から個室を経て多床室へ転室して社会復帰へ向かうという一連の流れが存在すると述べ、患者の状態に応じた適切な治療環境の提供が望ましいとしている。社会復帰を目指す患者にとっては、多床室の生活自体がリハビリテーションにつながり治療効果がある、との報告を紹介している。しかし本来個室への入室を必要とする患者が、実際には多床室へ入室している現状が見られることをあげ、急性期医療には現状よりも多くの個室が必要であると述べている。

他、堀川(1996)は平成8(1996)年に制定された精神科急性期病棟入院料の新制度を取り上げ、病棟の機能分化の必要性について述べている。新制度では入院期間が3ヶ月以内の患者は新規退院とみなされ診療報酬が加算される。そのため病棟・病室の機能分化を進めることで、患者を急性期病棟から一般・慢性期病

棟へと転棟させ、入院期間3ヶ月以内を保つことができるとしている。他、3件が病院紹介論文であった（古賀,1996、中山,1997、宮崎,2001）。

4) うつ病専門病棟

文献は2件あった。田中（1998）は、建築学的要因が治療に明らかに有効であった症例について考察している。回復度の高い患者ほど、病室・建物の周りの環境などの建築環境を意識し、良い評価をしていることがわかった。また、病棟が落ち着けると答え、頻繁に外出し喫茶コーナーをよく利用すると同時に看護師や他患ともよい関係が保たれていことがわかった。徳永（2003）は、うつ病専門病棟建築の特徴について述べている。病棟構造が治療効果を左右するものの一つであるという考え方から、これまでの精神科病棟とは異なる設計を取り入れたとしている。その特徴は、曲線を多く用いたこと・五感から刺激を受けるように光や季節を感じる病室にしたこと・個人空間と共有空間のバランスを図り「1人になれて1人でない病室」をテーマにしたことと述べている。

5) 思春期・青年期病棟

文献は2件あった。田中（2003）は医師の立場から述べた論文、木樽（2004）は建築士の立場からの紹介論文であった。木樽（2004）は、社会復帰を視野に入れ一般社会から孤立しない入院環境をつくるために、対人交流を促すような空間づくりを行ったとしている。とくにデイルームは、自然なかたちで生活スキルの治療空間となることを目的とし、自然にいくつかのグループが出来るような工夫がされている。もう1つの設計ポイントとしてナースステーションの工夫をあげている。1階・中2階・2階を吹き抜けにしてカウンターを常時オープンにすることで、視覚的・聴覚的に各階のナースステーションがつながり、患者と看護スタッフ同士の意思疎通がしやすくなったとしている。田中（2003）は新たに思春期病棟を計画するに当たり、生活空間の中で年上の方とも自然な交流が出来る環境を最優先とし、思春期・青年期病床とストレスケア病床の置かれたケアミックス病棟、開放病棟を取り入れたと述べている。

6) 薬物依存症専門病棟

文献は2件あった。岡田（2001）は精神科病院の機能分化について述べ、小宮山（2003）は、精神依存症専門病棟の病棟構造の今後のあり方について述べてい

る。岡田（2001）は、薬物依存症専門病棟に必要とされる要件について、薬物依存症者の人間関係に対する過敏さや摩擦を考えると、「治療的な集団力動」を得るために適切な病床数は20～30床程度であるとしている。また、薬物依存の特徴である「渴望期」には周囲の刺激に過敏で焦燥感が高まり病棟内トラブルに至るリスクが高いため、隔離室や観察室に加え個室の活用が効果的であるとしている。小宮山（2003）は専門病棟の現状として、廊下との区切りがないデイルームや男女別のない浴室など、アメニティの質が行き届いていない点をあげ、「21世紀の薬物依存症の専門病棟は閉鎖病棟の男女混合病棟で、矯正施設とは異なった病棟が望まれる」と述べている。具体的には、病室毎に洗面所とトイレを付設することによるアメニティ向上、さらにはアメニティ度が高い病院に対する入院料の加算といった提案をあげている。

7) 老人性認知症専門病棟

文献は6件あった。松本（1988）は、老人性痴呆症病棟（注：原文のまま）の建築計画における調査から、多床室は4床室を基本として考慮することが望ましい、ナースステーションは病室の重心点に設置し、デイルームが観察しやすいことが望ましいと述べている。佐々木（2003）は、「生活の場が治療の場になる」という考えを述べ、これまでの治療的・管理的な病棟のあり方を変え、小規模で普通の家のような生活が感じられる構造にする必要があると述べている。宮永（2003）も同様に、建物全体として地域に溶け込む建築が良いとし、認知症が病気ではなく障害であるという視点から、家具や備品は一律でなく入所者の好みでそろえられる余裕が必要であると述べている。松原（2001）は、これまでの狭い自宅環境の中で、家族との衝突を繰り返して不安状態を増悪させる場合が少なくないと述べ、施設環境には一定の広さと厚い人員配置が必要であるとしている。また、病棟を20人程度で1ユニットとする「ユニット型」と呼ばれる試みを紹介している。

8) 病院紹介・覚え書

文献は13件あった。9件は建築側によるもの、4件は医師によるものであった。中井（1993）は兵庫県内の公立病院の精神病棟改築時の様子を、覚え書として述べている。「精神科病棟は病院建築よりも民家に学べ」という持論のもとに採光と通風に配慮し、病棟は開放病棟を採用しなかったが、格子は隔離室も含め全く廃止したとしている。同じく中井（1994）は東京都内の病

院に関しても述べている。建築が最大の治療用具であるという考えをあげ、患者の安心した睡眠を助ける建築が設計の重要点であるとしている。また、開放病棟において患者が外出ばかりするのは病棟の居心地がよい可能性をあげ、薬が鍵の代わりになる危険性を指摘している。日光を取り込む量がよく風通しも良い縦長の窓や、病棟のにおいのよさ、緑色や青色の色彩、音楽や絵画の効果についても述べている。加藤(1984a)、(1984b)、(1985)はある病院施設について紹介し、その建築空間を「開かれた」ものにするを重要視した建築観を紹介している。河口(2002)は、精神科病院の新しい流れとして「治療手段としての空間」という考えを述べ、次いで個々の空間の確保を重要視した病棟環境を紹介している。岡田(2003)は、鹿児島県内の病院について、住宅地内にあるという立地条件から、圧迫感のない建築をつくることに配慮したと述べている。御堂設計(2003)は、奈良県内の病院について述べ、病院周辺の住宅地に配慮し2階建てに抑えたとし、閉鎖病棟の患者も利用できる大規模な中庭や、季節を感じることが出来る病棟環境をその特徴にあげている。また、外壁は奈良の住環境を考慮し、群建築として調和するように日本の色を用いたとしている。川島(2004)は、奄美大島内の病院について述べ、その特徴として季節や気候の変化を感じることの出来る病棟や、個から集団への流れを得るためのグループケアユニットの導入をあげている。

9) 外国の精神科病棟

文献は2件あった。西山(1987)は、米国の精神医療の現状と視察した病院について述べ、そこから学ぶものとして、患者の障害の程度に応じた豊富な施設と制度をあげている。渋谷(2003)は、欧米の代表的病院の病棟構造について「病棟空間をなるべく住宅に近づけようとしている」との印象を受けたとし、特徴として1病棟の病床数が少ないこと、病室のほとんどが個室か2床室であること等をあげている。

10) 法律・行政

文献は8件あった。五十嵐(2001b)は、第四次医療法改正により特定入院料という制度ができたことを受け、今後の精神医療施設はより多機能化し、医療・福祉・介護を複合した総合的施設が求められるとしている。民間病院がその役割を担うための条件としてアメニティの確保をあげ、短期集中治療の場として少人数の病室、また、長期在院者の重症度に応じることので

きる場の確保が重要であると述べている。山崎(2001a)(2001b)は、第四次医療法改正による病院設備の基準変更に伴い、民間病院が改築時に病床削減を余儀なくされる、または改築自体が行えないという現状を受けて行われたアンケート調査の結果を報告している。結果として約6割の病院が病床削減を行った現状が明らかとなり、これを受けて日本医師会・国土交通省・厚生労働省に対し病院建築規制緩和の要望書を提出した。それにより三者間で数回の打ち合わせ・検討が行われ、最終的に容積率制限・用途制限の一部見直し、改正が行われることとなった。竹林(1997)は、移転工事に伴う開発許可について述べている。筆者の病院は奈良県にあり、古都の景観保全のために日本で一番厳しい建築や開発の許可を受けなければいけない。また、老人性痴呆疾患治療病棟や精神科療養Aの病棟に全て基準を合わせると、現在の3倍の床面積が必要となり、その土地確保に関して町側や県との交渉における苦勞が述べられていた。結果として9つもの許可・届出事項を提出し、建築工事着工となったとしている。

11) 経営・人的資源

文献は4件あった。長尾(1997)は、「医療施設近代化施設整備事業」の補助を受けて建築を行った経緯について述べている。この補助では、国が民間病院も社会資源の一つとみなし、建築基準価格の1/3、県が1/3の計2/3の補助金を受けることができ、病院経営上の大きなメリットとなっている。しかしこの補助を受けるにあたり、厚生省の地域医療計画として病床過剰県では病床の10%削減(現在では20%削減)が求められており、一部の病棟はその条件の厳しさから改築を断念せざるをえなかった状況が述べられている。

柿本(1997)は、新しい病院の構想を立てるにあたり、建築予定先の地域住民と話し合いの場を設けたが、精神病患者への偏見・排除の意識により、結局は元の土地に落ち着くことになった経緯を述べている。建築にあたり理事長を中心に「ワーキング会議」を編成し、そこを中心に病院の全従業員の意見を反映させた具体案作りを始めた。川淵(2000)は、病院建設コスト削減のために、発注方法として「プロジェクト・マネジメント」という新たな考えを紹介している。これは、これまでゼネコンに一括して請け負わせていた病院の建替え工事を項目別に発注することをいう。病院の建築時、様々な工事を一括して発注することで、下請け業者に段々と依頼する状況が起き予算発生が不透明となることにある。発注を個別にして直接専門工事会社と

契約を結ぶことで不透明な予算がなくなり、建設コストを大きく削減することができるとし、それによりわが国の精神科病院の建替えも加速度的に進むことが考えられるとしている。

12) 病院建築プロセス

文献は6件であった。駒津(1999)はある病院を例にあげ、この病院の建築が他と異なるのは、施主(病院側)と設計・施工(建築側)という関係の間に監修室を設けたことである。監修室は、「病棟スタッフの意見を聴取し、施主側の要望としてまとめる役目を担う」と定義された。施主・監修室・設計施工の三位一体となった取り組みにより効果的な建築計画の進行ができ、理想的な病院建築の実現につながることができた。伊沢(2000)は東京都内の病院を例にあげ、看護師の視点から病棟改築時のプロセスについて述べている。新病棟建築時、「建設委員会」と同時に10小委員会が発足し、内「保護室担当委員会」は5名の看護師で構成された。保護室担当委員会は、他院から情報を集め、その内容を建設委員会に報告し、建設委員会はその意見をもとに設計士との話し合いを進めていった。看護部では師長会で毎週経過が報告され、同時にスタッフからの意見を取り上げ、その内容が「建設委員会」にフィードバックされた。佐久間(2001)は、21世紀の精神科病棟に求められるものは「高いアメニティと集約された治療機能である」とし、病棟の機能分化が新病棟のコンセプトであるとしている。5人の看護師を含むプロジェクトチームをつくり設計担当者との間で繰り返し話し合いを行ったことで、スムーズに意見をまとめることが出来たと述べている。

Ⅲ. 考察

以上の文献内容の検討から、精神科病院建築の動向について考察する。

第一に、精神科病院建築における精神病患者の人権の捉え方の変化があった。これまでの単に隔離を目的とした施設構造から、患者の人権を考慮したつくりへと、少しずつではあるが変わってきたことが伺えた。これまでの患者の人権をおろそかにした時代の中では、精神病院ブームや民間病院の増加などによりアメニティや居心地のよさを考慮した精神科病院がつくられにくかったのではないだろうか。特に隔離室・保護室においては、その症状による破壊行動に耐えうるつくりや、看護者が監視できるようなつくりが主であった。しか

し現在はそのような従来の保護室の在り方も見直され、病院全体に『居心地の良さ』が求められるようになってきているといえる。鈴木(2005c)は、保護室を病識に乏しい最初の段階で訪れる場所であるとし、「短時間であっても、落ち着いたときに安心して自分と向き合うことができる環境でなくてはならない」と述べている。このことから、保護室が、患者自身の過ごしやすさや安全、プライバシーを考慮し、患者の立場から設計が議論されるように変化している現状を伺うことができる。

また、居心地の良さを求めるために、病棟を『家庭的な』つくりにすることを理想とする傾向がみられた。中井(1993)は「唯一最大の治療用具が病棟である」とし、「精神科病棟は、病院建築よりも民家に学ぶべきだ」という持論から、自身が建築設計に関わった精神科病院について述べていた。横谷(2001)は高齢者層を対象にした和室構造の病室を、『なじみ感』『安心していられる場所』という言葉を用いながら紹介している。病棟が生活の場であるという精神科患者にとっては、病棟の建物自体が治療の道具の一部であるということが出来る。つまり、私達が住んでいる家の環境によって気分も変わるように、患者にとっての『家』＝『病棟』の環境のいかんによって受ける印象が異なり、それが病状に影響して症状が良くなり悪くなる、ということである。

第二に、精神病患者の社会復帰という視点が精神科病院建築の中に入って来たことが分かった。平成7(1995)年には障害者プラン、平成14(2002)年には新障害者プランが策定され、さらに障害者の地域での生活を進める動きが進められている。それらを背景に、病院建築においても社会復帰を視点に入れ、個人から集団へと段階を経て社会復帰しやすい環境に自然と身をおける病棟環境の工夫がされるようになってきている。多床室や男女混合の開放病棟など、社会生活により近い形であることが理想である傾向が見られる(山田,2003、鈴木,2005a、安野,2004、木樽,2004)。

第三に、第四次医療法改正と診療報酬制度などの制度上の影響を受ける建築の在り方がある。まず、平成13(2001)年に行われた第四次医療法改正が行われた年に、精神科病棟のアメニティに関する特集が組まれるなど精神科病院建築に関する文献数が増加しており、その影響の大きさが伺える。病床の床面積や廊下幅などの設備基準が大幅に引き上げられたことで、必然的に改築・新築時の施設基準の見直しを迫られることとなった。しかしその基準の高さゆえに、床面積を引き

上げると病床数を減らさざるを得ないという状況も発生している。山崎（2001）のアンケート調査からは、対象とした病院の約6割で病床数の削減が予想されていることが明らかとなっており、病棟環境を整える一方での病院経営面での困難さも文献から垣間見ることが出来た。

平成14（2002）年度の診療報酬改正では、精神科急性期の項目が加えられ、現在17項目が認定されている。精神医療ではおおまかに、急性期病棟、療養病棟、老人性痴呆疾患病棟が定められており、この制度に伴い病院改築・新築時には専門病棟を新設し、精神医療の専門分化を進める動きが見られた。機能が専門的に分化されることで、その疾患に合わせた建築を考えることができ、より治療効果が上がることが期待できる。また、経営面を考えても特定入院料が入り、より高い経営効果が期待できる一方で、床面積の上昇に伴う病床数の削減も考慮しなくてはならないという問題も挙げられる。病院内の病棟を単位とした機能分化にとどまらず、一病院を単位とした機能分化も進んでいることも伺われる。

最後に、これからの精神科病院建築に求められる看護師の関わりについて述べる。今回対象とした文献のうち、看護師による文献数は84件中10件と少なかった。伊沢（2000）は、新病棟の着工から完成までの経過を述べているが、看護師もその建設委員会に関与し、看護スタッフからの意見を建築設計に取り入れようとしている様子が伝わってくる。他の文献からも、看護師が建築設計の段階から参加していることが読み取れる。病院建築に求められる要素の一つに『家のような居心地のよさ』があるが、患者の病院生活に一番近い存在であるのは看護師である。病院での生活を出来るだけ『家』に近づけるには何が必要か、看護師だからこそ気が付けるものがあるはずである。患者の病院生活に即した意見を取り入れるためにも、より一層看護師の建築過程への参加が望まれるのではないだろうか。

Ⅳ. おわりに

本研究では、我が国における1984年から2005年までの精神科病院建築に関する84件の文献をレビューした結果、12の項目に分類することが出来た。その内容を考察し、①患者の人権を尊重した時代の流れと共に、これまでの治療を目的とした建築から患者の居心地の良さを配慮した建築に変化していたこと。②地域に戻る生活を視野に入れ、病棟のつくりを社会環境に近づ

ける工夫がなされるようになったこと。③第四次医療法改正や診療報酬制度を背景に、経営面も含めた精神科病院建築のあり方が変化したこと。④看護師による文献数は84件中10件と少なかったが、看護師が建築設計の段階から参加していること、の4点が明らかとなった。

時代背景と共に患者の人権が尊重され、医療者ではなく患者の視点から居心地の良い病院環境が望まれるようになった。また、患者の社会復帰を視野に入れた治療が主流となり、生活面からの支援がより重要になってきた。病院環境内での患者の生活特色をより把握できるのでは、日常生活の援助を行う看護師だと考えることができる。これからの病院建築にあたって、建築計画段階から看護師も積極的に携わり、看護師だからこそ気が付くことのできる視点、アイデアを積極的に伝えていくことが求められていくと考える。

文献

- 阿式明美（2004）：【「暮らし」に寄りそう痴呆ケア】ユニットケアでやすらぎの実現 痴呆疾患治療病棟への導入を振り返って、精神科看護，143，28-36.
- 浅井邦彦（1988）：病院精神医療 歴史と現状そして将来，最新精神医学，3(5)，411-423.
- 馬場正彦，有間恒雄（1997）：全国都道府県立精神病院の施設と改築に関するアンケート調査，全国自治体病院協議会雑誌，352，49-53.
- 千葉潜（2001）：【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】新築？改築？ご注文はどっち？，日本精神病院協会雑誌，20(7)，16-21.
- 遠藤秀雄（1997）：【21世紀の精神科病院の建築】癒しの環境づくり 安らぎと温もりを目指して，日本精神病院協会雑誌，16(12)，22-25.
- 藤野ヤヨイ，石垣雅之（2001）：【病棟アメニティの改善をめざして】病棟新築は人の心を明るくした，精神科看護，104，13-17.
- 福原百合（2001）：【病棟アメニティの改善をめざして】できることから始めたい アメニティ改善の取り組み 都市環境との調和 騒音遮断とプライバシー保護にとりくむ，精神科看護，104，34-35.
- 花房香（2001）：【病棟アメニティの改善をめざして】病棟環境のアメニティ 看護者と建築家との関係をめぐって，精神科看護，104，8-12.
- 八田耕太郎，野木渡，五十嵐良雄，他（2001）：21世紀の精神医療 機能分化とその条件 精神科医療

- における行動制限とその最小化, 精神神経学雑誌, 103(11), 938-943 堀川公平, 堀川百合子, 連理貴司 (1996): 精神科急性期病棟に関する知見 申請までの経緯, 現状, 疑問点と課題, 日本精神病院協会雑誌, 15(11), 1055-1061.
- 五十嵐良雄 (2001a): 【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】日精協会員病院の病棟アメニティ 平成 12 年日精協総合調査報告から, 日本精神病院協会雑誌, 20(7), 45-52.
- 五十嵐良雄 (2001b): 21 世紀の精神医療 機能分化とその条件 精神科病床の機能分化, 精神神経学雑誌, 103(11), 921-931.
- 池田英世 (1999): 【精神科急性期治療病棟の検証】精神科急性期治療病棟を考える, 日本精神病院協会雑誌, 18(2), 29-34.
- 今井一夫 (2004): 【精神科医療における隔離の役割】隔離室の設計基準について, 日本精神科病院協会雑誌, 23(12), 22-28.
- 石川信義 (1989): 治療空間としての精神病院建築, ころの科学, 26, 14-20.
- 伊藤誠 (1985): 閉鎖病棟における患者の生活行為 精神病院の建築計画に関する研究, 病院管理, 22(1), 112.
- 伊沢キクエ, 藤野ヤヨイ (2000): 変わりゆく精神科看護 ある精神科病院の取り組み 井之頭病院概要と新築病棟への移行における配慮点, ナースデータ, 21(7), 65-72.
- 寛淳夫 (2003): 【21 世紀の精神科病院の構造に求められるもの】施設環境創りから見た精神科病棟, ころの臨床ア・ラ・カルト, 22(1), 26-29.
- 柿本泰男 (1997): 【21 世紀の精神科病院の建築】病院建替えの計画, 実行, 運営をめぐる諸問題 松山記念病院の経験から, 日本精神病院協会雑誌, 16(12), 31-38.
- 加藤邦男 (1984a): 精神病院に関する一建築家の覚え書, 精神医療, 13(3), 45-47.
- 加藤邦男 (1984b): 精神病院に関する一建築家の覚え書, 精神医療, 13(3), 190-192.
- 加藤邦男 (1985): 精神病院に関する一建築家の覚え書 (3), 精神医療, 13(3), 289-293.
- 川渕孝一 (2000): 【これからの医業経営戦略を探る】精神科病院に求められるブレイク・スルー 建て替えの業者選定に個別発注方式を導入すべき, 日本精神病院協会雑誌, 19(5), 15-18.
- 河口豊 (1985): 精神科病棟における公的空間についての考察, 日本病院協会雑誌, 32(4), 34.
- 河口豊 (2002): アーキテクチャー 保健・医療・福祉 精神病院の新しい流れ, 病院, 61(2), 162-168.
- 河口豊 (1998): 【日本の精神病院】精神病院の実際 精神病院とアメニティ 設計者の立場から, ころの科学, 79, 76-80.
- 河口豊 (1992): 「処遇困難病棟」の施設計画に関する研究, 国立医療・病院管理研究所紀要, 20, 59-68.
- 河口豊 (1997a): 【21 世紀の精神科病院の建築】これからの精神病院の建築, 日本精神病院協会雑誌, 16(12), 11-15.
- 河口豊 (1997b): 精神保健医療施設の流れと今後の展望, 病院建築, 116, 20-25.
- 川島克也 (2004): 精神科病院 2 題 財団法人慈愛会奄美病院, 病院, 63(7), 612-616.
- 古賀辰男, 他 (1996): 急性期病棟をオープンカウンターにして, 精神保健, 41, 136.
- 古賀耀子 (1988): 環境の整備による病院増改築が患者職員に与えた影響, 精神保健, 33, 51.
- 駒津和勲, 原秀徳, 西本吉弘, 他 (1999): 病院建築と監修室, そのプロセスの重要性 心の再構築, 筑水会神経情報研究所年報, 18, 77-78.
- 木落勇三 (2001): 【病棟アメニティの改善をめざして】できるところから始めたい アメニティ改善の取り組み 貴重品ロッカー 小遣い管理は患者さんの手で, 精神科看護, 104, 30-32.
- 木樽岡 (2004): 精神科病院 2 題 医療法人社団五稜会病院 思春期・ストレスケア病棟の設計コンセプト, 病院, 63(7), 616-620.
- 小宮山徳太郎 (2003): 【21 世紀の精神科病院の構造に求められるもの】薬物依存症専門病棟の病棟構造の今後のあり方について, ころの臨床ア・ラ・カルト, 22(1), 37-42.
- 小渡敬 (1997): 【21 世紀の精神科病院の建築】今後の精神科病院建築と治療環境, 日本精神病院協会雑誌, 16(12), 39-45.
- 工藤真人 (2004): 治療プロセスという視点からみた施設環境のあり方に関する研究 精神科急性期病棟における治療段階と施設環境に関する研究 (2), 病院管理, 41 別冊, 227.
- 前島滋 (2001): 【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】精神科病棟のアメニティと施設の構造, 日本精神病院協会雑誌, 20(7), 37-42.
- 牧原浩 (2000): 【これからの医業経営戦略を探る】当院の現状と将来, 日本精神病院協会雑誌, 19(5), 49-52.

- 牧武 (1997)：【21 世紀の精神科病院の建築】選ばれる精神科病院を，日本精神病院協会雑誌，16(12)，5-10.
- 松原三郎 (2001)：【期待される老人性痴呆疾患専門病棟】老人性痴呆疾患専門病棟の将来像，日本精神病院協会雑誌，20(11)，15-21.
- 松本啓俊 (1988)：老人性痴呆症病棟の在院患者構成 精神科診療施設の建築計画に関する基礎的研究，病院管理，25(1)，71-72.
- 松永晃 (2001)：【病棟アメニティの改善をめざして】できるところから始めたい アメニティ改善の取り組み 採光・色 落ち着ける色と明るさの追求，精神科看護，104，27-28.
- 御堂設計 (2003)：【精神医療／施設と地域の境界】 五条山病院社会復帰施設，病院建築，139，10-11.
- 宮城千城 (2001)：【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】精神科病棟のアメニティについて思うこと，日本精神病院協会雑誌，20(7)，26-31.
- 宮永和夫 (2003)：【老年期における新しい精神科治療と家族支援】老年期における心理社会的対応 老年期における社会的要因の臨床症状への影響，精神科治療学，18(5)，543-549.
- 宮崎恭子，山本孝雄，倉吉千穂，他 (2001)：看護と治療的関わり 病棟改築前後の急性期治療病棟の変化，日本精神病院協会雑誌，20 別冊，72.
- 長尾卓夫 (1997)：【21 世紀の精神科病院の建築】医療施設近代化施設整備事業を受けて，日本精神病院協会雑誌，20(7)，28-31.
- 長澤泰 (2001)：【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】地理的環境としての精神医療の治療空間，日本精神病院協会雑誌，20(7)，32-36.
- 中井久夫 (1993)：治療覚書 精神病棟の設計に参加する，精神科治療学，8(10)，1227-1239.
- 中井久夫 (1994)：精神科病棟の設計について (1) 東大分院を中心にして，9(12)，1415-1423.
- 中山茂樹 (1997)：【21 世紀の精神科病院の建築】急性期精神病棟の建築計画 英国における事例調査を通して，日本精神病院協会雑誌，16(12)，15-21.
- 鳴河弘旨，葛野洋一，土屋敦 (2002)：精神科病院建築の新しい試み とくに採光について，北陸神経精神医学雑誌，16(1～2)，70.
- 西山正徳 (1987)：アメリカの精神医療の断面，病院建築，74，14-16.
- 野村東太 (1985)：精神入院医療の潮流と建築計画，病院建築，68，2-3.
- 岡田耕治 (2003)：【精神医療／施設と地域の境界】 谷山病院社会復帰施設，病院建築，139，12-13.
- 岡田俊 (2001)：21 世紀の精神医療 機能分化とその条件 精神科病棟の機能分化 薬物依存症治療の実践を踏まえて，精神神経学雑誌，103 (11)，932-937.
- 岡本和彦 (2001)：病院建築探訪記 病棟の喫煙スペース，精神看護，4 (6)，68-71.
- 岡崎油美子，高原明美，岡逸子，他 (1998)：環境が患者に及ぼしたもの 精神療養病棟 A の発足，福山医学，8，79-82.
- 小俣和一郎 (1998)：精神病院の起源，太田出版.
- 小俣和一郎 (2000)：精神病院の起源 近代篇，太田出版.
- 佐久間啓 (2001)：【21 世紀の精神科病床のあり方】精神科病院に求められるハードとソフト，日本精神病院協会雑誌，20(2)，75-82.
- 佐々木健 (2003)：【21 世紀の精神科病院の構造に求められるもの】痴呆疾患専門病棟，こころの臨床ア・ラ・カルト，22(1)，57-62.
- 精神保健福祉研究会監修 (2003)：我が国の精神保健福祉 (精神保健福祉ハンドブック)，太陽美術.
- 仙波恒雄 (1990)：精神病院の治療環境について 建築上の工夫から，日本精神病院協会雑誌，9 (11).
- 柴田樹 (2004)：【小規模精神科病院の悩みとその打開策について】小規模精神科病院としての機能分化，日本精神科病院協会雑誌，23(5)，21-29.
- 渋谷孝之，樋口輝彦 (2003)：【21 世紀の精神科病院の構造に求められるもの】諸外国における精神科病棟，こころの臨床ア・ラ・カルト，22(1)，17-20.
- 塩田明弘 (2001)：建築から見た精神病院の移り変わり，心と社会，105，58-63.
- 鈴木慶治 (2001)：【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】精神科の豊かな病棟空間の提案，日本精神病院協会雑誌，20(7)，53-61.
- 鈴木慶治 (2003)：【精神医療／施設と地域の境界】のぞみの丘ホスピタル，病院建築，139，14-17.
- 鈴木慶治 (2005a)：「地域に帰るため」の病院建築 保護室，精神看護，8(1)，80-90.
- 鈴木慶治 (2005b)：「地域に帰るため」の病院建築 病室，精神看護，8(2)，68-73.
- 鈴木慶治 (2005c)：「地域に帰るため」の病院建築 生活領域，精神看護，8(3)，64-71.
- 朱庸善，長澤泰，笈淳夫 (2003)：在院患者の環境選択からみた精神医療施設の計画に関する研究，病院管理，40 別冊，195.

- 高橋伸忠 (2001):【期待される老人性痴呆疾患専門病棟】
老人性痴呆疾患療養病棟の開設 その経過と今後の課題について, 日本精神病院協会雑誌, 20(11), 33-37.
- 竹林和彦 (1997):【21 世紀の精神科病院の建築】全面移転工事に伴う開発許可について, 日本精神病院協会雑誌, 16(12), 26-27.
- 田中理香, 徳永雄一郎 (1998): うつ病の治療効果について 建築学的要因と精神医学的要因に分けて考える, メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集, 10, 99-102.
- 田中美恵子編著 (2004): 精神障害者の地域支援ネットワークと看護援助, 医歯薬出版株式会社.
- 田中稔一 (1998):【日本の精神病院】精神病院の実際 精神病院とアメニティ 医療者の立場から, こころの科学, 79, 71-75.
- 田中稔一 (2001):【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】21 世紀の精神科病院におけるアメニティ空間の位置づけ, 日本精神病院協会雑誌, 20(7), 22-25.
- 田中稔一 (2003):【21 世紀の精神科病院の構造に求められるもの】思春期・青年期治療のための精神科病棟, こころの臨床ア・ラ・カルト, 22(1), 43-48.
- 徳永雄一郎 (2001):【精神科病棟におけるアメニティ空間の位置づけ】精神科治療論としてのアメニティ, 日本精神病院協会雑誌, 20(7), 13-15.
- 徳永雄一郎 (2003): うつ病自殺防止のための精神科入院治療, 日本精神科病院協会雑誌, 22(11), 59-63.
- 山田理紗, 中山茂樹, 西村秋生, 他 (2003): 精神科急性期病棟の病室利用に関する研究 精神科急性期医療を対象とする病棟の建築計画的な研究 (1), 病院管理, 40(1), 15-23.
- 山下宏 (2001):【21 世紀の精神科病院の建築】精神病院の建築 行政指導の変遷と建築実践対応, 日本精神病院協会雑誌, 20(8), 817-825.
- 山崎學 (2001a): 病院建築計画に伴い規制される状況に関するアンケート調査結果, 日本精神病院協会雑誌, 20(3), 67-72.
- 山崎學 (2001b): 病院の建て替えに対応した都市計画・建築規制の緩和について, 日本精神病院協会雑誌, 20(8), 817-825.
- 横谷武 (2001):【病棟アメニティの改善をめざして】できるところから始めたい アメニティ改善の取り組み 和室 高齢者のなじみ感を提供する, 精神科看護, 104, 32-34.