



精神病医院建筑的相关基础研究

周颖^{①*}, 孙耀南^②

① 东南大学建筑学院, 南京 210096;

② 南京理工大学土木工程系, 南京 210094

* E-mail: zhouying@seu.edu.cn

收稿日期: 2009-10-10; 接受日期: 2009-12-01

教育部 2007 年新世纪优秀人才支持计划(批准号: NCET-07-0187)和中国人事部第四十四批中国博士后科学基金(批准号: 20080440151)资助项目

摘要 本文以建筑师的视点考察了当前我国精神医疗设施中存在的主要问题, 借鉴发达国家的经验教训, 回顾了世界精神医疗简史及精神病医院演进的主要阶段并通过大量数据分析了国外相关设施的现状, 从政府监管的角度比较了精神病公立医院和私立医院的作用, 考察了精神病医院和综合医院精神科在医疗体系中的功能和定位, 并在此基础上探讨了我国精神医疗设施体系化的必要性、精神病医院在该体系中的作用及其发展方向。

关键词

精神医疗设施
设施体系
精神病医院
基本原理

1 研究的背景和意义

随着社会的发展, 人类的疾病构造也在不断发生变化。在 19 世纪, 威胁人类健康的第一大疾病是肺病; 到了 20 世纪, 则是癌症及心脑血管疾病; 至于 21 世纪, 由于自然环境急剧变化以及社会压力持续增加, 一种较为普遍的看法是, 精神病将成为威胁人类健康的最主要疾病^[1]。

据世界卫生组织(WHO)统计, 2001 年全世界约 4.5 亿人患有不同程度的精神疾病^[2], 已占世界总人口的 7.3%。我国的情形也丝毫不容乐观, 目前我国各类精神病患者数已突破 1 亿人^[3], 预计今后患者数还将进一步大幅上升。

精神病患者的快速增加带来了深刻的社会问题。由于迄今为止医学界对精神病的病理及治疗方法缺乏统一的认识, 致使精神疾病不仅治疗周期偏长而且治疗效果也难以保证。各类精神疾病的发生不仅严重困扰了患者及其亲属的生活, 也大大增加了整个社会的疾病负担。据报导, 自 1993 年起我国因精

神疾病造成的疾病负担就一直在所有疾病中位居榜首, 预计至 2020 年, 更将占据疾病总负担的 20%^[4]。因此, 采取有效的措施来降低精神病的发病率、提升精神病的治疗效果并缩短精神病的治疗周期具有非常重要的社会意义。而作为治疗精神病的重要场所, 精神病医院的建设在整个精神病的防治体系中发挥着不容忽视的关键作用。

从建筑设计的视点, 医院建筑是所有公共建筑中功能最为复杂的建筑类型之一^[5], 而精神病医院不仅兼具普通医院与疗养院的特点, 更因其服务对象与治疗方法的特殊性, 使得它的建筑设计方法难以套用其他医院类型。根据欧美日等发达国家的经验, 精神病医院的建筑设计不仅需要建筑师具备深厚的专业知识, 同样也离不开拥有各种学术背景的学者从精神医学、心理学、医疗制度、医院管理、设施规划以及建筑设计等各个角度进行广泛而深入的研究工作。不过必须指出, 在这项艰巨的任务中, 建筑学专业的研究人员始终扮演着协调各方面关系并将其落实到空间与环境创造中的关键性角色。

然而和世界先进水平相比, 当前我国在精神病医院建筑设计领域所做的研究工作较缺乏系统性与深度. 主要表现在: 1) 迄今尚未颁布专门的精神病医院设计规范, 对精神病医院的规模、功能及布局缺乏有效的规定; 2) 已发表的研究论文中缺乏对精神病医院的建筑设计原理与方法的论述; 3) 缺乏较高质量的设计资料与标准图集. 另外, 从实际建成的项目来看, 我国的精神病医院也难以体现出现代精神病医院应有的特色. 为此, 笔者在对国内外多所精神病医院进行实地调研的基础上, 系统地研究了精神病医院建筑的设计原理与方法, 并结合了具体的案例分析对这些原理与方法的具体应用作进一步的发挥. 限于篇幅, 本文将重点阐述基本原理, 设计方法及案例分析拟另文发表.

2 当前我国精神医疗设施中存在的主要问题

对于任何疾病, 站在患者的立场, 理想的医疗方式都应该使患者在任何时候、任何地点都能以可承受的价格方便地得到适当的精神医疗服务^[6]. 为了在精神病的治疗领域内实现这样的目标, 精神病医疗设施的建设至少应该做到以下几点: 1) 必须为一定地域范围内的居民提供包括精神疾病的预防保健、早期发现、早期治疗、急救医护、直至康复训练、居家护理等在内的完整医疗服务; 2) 该地域范围内的各类精神病医疗设施必须形成一个彼此紧密联系的有层次的医疗体系来共同发挥作用而非各自独立地承担医疗任务; 3) 在医疗体系中起核心作用的精神病医院不仅自身必须具有丰富的功能与合理的规模, 同时还必须有能力强携其他精神病的保健医疗设施; 4) 必须有助于提高医护效果及医疗设施运营管理的效率, 并将医疗费用控制在一个合理的范围内.

不难发现, 当前我国精神病医疗设施的水准远低于上述要求, 其中存在的主要问题可概括如下: 1) 我国不仅精神卫生资源十分有限 (中华人民共和国卫生部. 2009 年中国卫生统计提要, <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/mohbgt/s8274/200905/40765.htm>), 而且这些资源在医疗设施中的分布非常不均^[4]. 例如, 90% 以上的专业精神卫生服务来自专科精神病医院, 而综合医院及社区医疗机构一般不提供精神医疗服务, 这不符合世界潮流; 2) 精神病医院的可达性 (Spatial Accessibility) 较低, 不仅

占人口大多数的农村居民难以获得各种形式的精神卫生服务, 甚至城市居民也不方便利用这些设施; 3) 由于医疗保险制度仅将精神科住院医疗费用纳入保险范围等原因, 通常精神病医院为了扩大收益更注重收治住院患者^[4], 而较少惠及门诊患者; 4) 许多精神病医院的不仅室内外环境没有考虑到精神患者的实际生活需要, 而且还特别缺乏适合精神治疗的公共场所; 5) 我国大多数精神科病区仍采用单一的封闭式管理方式, 这对相当一部分患者的治疗效果会带来负面的影响.

由于精神病医疗设施的建设水平涉及一个国家的经济实力、医疗保障制度、医院管理模式、医疗技术及社会文明程度等多方面因素, 上述问题的解决不可能一蹴而就. 但欧美日等发达国家的经验表明, 尽管经济水准及文化制度存在种种差异, 但各国精神病医疗设施的基本设计理念却不相违远. 因此, 对国外的先进理论及经验进行深入考察不失为提高我国精神病医疗设施建设水平的一条捷径. 基于这样的思路, 并考虑到日本在精神病医院的建设方面取得的成就及与我国在文化传统、地理特征及人口分布等方面存在的诸多相近之处, 本文首先探讨世界范围内精神病医院的主要历史发展阶段, 然后着重分析日本精神病医院的发展模式并揭示其基本设计原理, 最后在此基础上提出我国精神病医院的发展方向.

3 精神医疗简史及精神病医院的演进

精神病医院的发展演变不仅体现了医学理论与治疗技术的进步, 也反映出对待精神患者的社会意识的走向^[7]. 为更好地认识当前我国精神病医院在发展过程中所处的位置, 下文将对人类精神医疗的历史及精神病医院的演进作一个简短的回顾.

3.1 古代的精神医疗

人类对精神病的认识可以追溯到久远的古代. 我国现存最古老的医学典籍《黄帝内经》中就有对癫狂症的发病原理及治疗方法的详尽论述. 公元前 4 世纪时, 古希腊名医希波克拉底 (Hippocrates) 认为精神疾病如同身体疾病一样均由自然因素引起, 因而也可用医学方法进行治疗; 鼎盛时期的阿拉伯国家在

精神病治疗上也为后人留下了许多光辉的印迹。

然而在古代,无论东西方,更多场合下精神病则被看作是一种超自然现象,主要医疗手段始终停留在巫术与符咒的阶段^[8]。到了中世纪,更有许多欧洲人相信精神错乱乃是魔鬼附体所致,而为了给患者驱魔,他们甚至不惜采用了许多诸如火烧、棍击等残酷手段。当疗效甚微时,就将患者用铁链锁住,收押在宗教设施或专门的精神病收容所中。在欧美,这种处置精神病患者的作法一直持续到18世纪末而无显著改善^[7]。

不难看出,上述精神病收容所“关押患者”的色彩相当浓厚,本质上不同于现代意义上的精神病医院。

3.2 社会隔离时期

作为精神病医疗史上的划时代人物,法国医生菲利普·皮内尔(Philippe Pinel)从人道主义原则出发,倡导运用科学疗法来医治精神疾病。他不仅为所任职医院中的精神病患者解除了镣铐,还竭力改善他们的生活与治疗环境。受他的影响,英国慈善家威廉·图克(William Tuke),于1796年设立了约克精神养护所,因强调尊重患者的自由及权利,采用的治疗方法被称为道德疗法^[8]。从此,作为现代精神病医院的雏形,大批精神病医疗设施日益在欧美普及开来。但在当时及其后相当一段时期内,由于受限于“精神病难以治愈”的主流观念,虽然为患者提供了一些初步治疗,精神病院的作用却更多地体现在防止患者危害社会的出发点上。同时为了便于对患者实行有效的集中管理,这段时期精神病医院不仅病床数多达1000~2000床,而且几乎完全与社会隔离^[8]。

3.3 拘束治疗时期

到了20世纪初,欧洲相继发明了心理疗法、作业疗法及电休克疗法等新方法,为精神病患者的康复带来了希望^[8],也为精神病医院的面貌带来了根本性的变化。精神病医院从此作为治疗精神疾病的场所终于正式登上了历史舞台。该时期精神病医院的主要特征可概括为:1)精神病医院的建筑空间形式日趋多样化以满足不同患者及各种疗法的需要;2)为便于医院管理,基本上实行男女患者分病区的制度;3)医院环境得到一定程度的改善,但为了防止精神病患者的自虐、他虐及逃逸现象的发生,普遍采

用封闭式病区的方式,在病室门窗及卫生间等处设置了大量铁栅栏来限制患者的自由出入;4)多数精神病医院的选址都集中在市郊或偏僻地区^[7]。

3.4 开放治疗时期

第二次世界大战后世界范围内人权运动的蓬勃发展及精神病治疗水平的提高,促使革新精神病医院的呼声日渐高涨。这一时期,以法国学者 Henri Laborit 等人发明的 Chlorpromazine 为代表的一批抗精神病药物相继出现^[5],不仅极大地提高了精神病的疗效也成功地抑制了精神病患者中可能出现的狂躁状态,从而大大减少了患者中的暴力行为的发生。1950年日本颁布的《精神卫生法》指出必须从维护患者人权的立场出发来进行精神病治疗,并禁止私宅监置精神病患者的现象发生。这一法律的实施,有力地推动了日本精神病医院的发展,使日本千人精神病床数在不长的时间内赶上并超过了大多数欧美国家。1959年世界卫生组织刊行的《Psychiatric Services And Architecture》^[9]一书则强调精神病院的环境对提高疗效具有重要作用,并主张精神病医院应向社会开放。与此同时,以英国为代表的欧美国家则进一步探索了以精神病患者自由入院为中心的新型治疗模式。上述潮流的涌现较为彻底地改观了这些国家精神病医院的形象,主要表现在:1)相当一部分病区逐渐过渡为开放型管理模式,在这些病区中患者的进出自由度大大增加了;2)医院的室内外环境趋近于普通医院,但为了阻止重度精神病患者中可能存在的暴力倾向,病区中普遍设置了隔离室;3)一度作为精神病医院象征的门窗及卫生间处的铁栅栏逐渐消失,取而代之的是各种人性化的细部设计^[7]。

3.5 回归社会时期

20世纪七八十年代以来,多数发达国家的精神病医疗政策又出现了新变化。一方面,社会意识越来越强调对精神病患者的人权尊重,精神疾病的治疗目标也由单纯追求治疗效果逐步扩展到提升患者的精神状态与改善患者的生活质量等方向上来;另一方面,各类精神病患者及精神障碍者数日渐增多,政府难以承受越发沉重的医疗负担。在这两股潮流的共同推动下,以美国为先,各国相继出现了精神病患者住院期间大幅缩短以及患者大规模回归社会的现

象^[8]。在这种趋势下, 这些国家的精神病医院又逐渐从住院偏重型演变为住院与通院并重型, 主要特征如下: 1) 精神病床数量大幅减少导致住院部所占的比重持续下降; 2) 门诊患者显著增加, 门诊部的规模及功能也不断提升; 3) 许多医院成立了独立的生活疗法部, 并进一步加强了兼顾门诊及住院患者的生活疗法或康复训练场所与设备; 4) 医院的生活环境趋近于正常的社会生活环境, 不仅供患者交流的室内外空间形式日趋丰富且越来越有层次感, 男女患者也倾向于被安置在同一护理单元内^[5]; 5) 为利于精神病的早期发现或满足退院及居家患者治疗与康复训练的需要, 在居民日常生活范围内相继建成了一些以精神病预防为主要目的的地域精神保健设施及提供一般医护、康复训练、短期居住、生活及职业技能培养等医疗服务的社会复归设施, 但该时期这些设施的数量、提供的服务类型以及便利性尚相当有限。

3.6 地域共生时期

从 20 世纪 90 年代至今, 日本等发达国家出现了精神病医院建设的新动向。随着社会压力的持续增大以及高龄化程度的不断加深, 不仅各类精神病患者大幅增加, 而且还出现了精神病患者高龄化以及高龄者精神障碍化的新趋势^[8], 这不仅要求医疗设施提供的精神医疗服务非常齐全, 而且必须便于患者就近利用这些设施。另一方面, 为有效抑制医疗费用, 精神病医院的病床数量仍需加以严格控制以促使患者尽早退院。在此背景下, 日本政府于 2002 年出台了相关政策 (日本内閣府共生社会政策统括官. 新障害者計画&新障害者プラン. <http://www.dpi-japan.org/3issues/3-3plan/2-3newplan.html>), 以市町村为基本单位实施地域医疗规划, 进一步推动精神病医疗模式从以精神病医院为主体向地域内完结的方式进行转变。为达到这一目标, 不仅需要增加地域精神保健设施及社会复归设施的数量并拓宽其服务范围, 也必须确保精神病医院能够向这些设施提供有效的支援。因此, 尽管现在看来精神病患者从精神病医院进一步转向其他医疗设施的趋势不会发生逆转, 但精神病医院作为整个精神医疗体系中最重要环节的核心地位在可预见的未来仍将保持下去。

纵观上述精神医疗史, 精神病医院的诞生及发展走过了一条与社会隔离、向社会开放、乃至回归社

会并与地域高度融合的道路, 认清这一趋势有助于我们准确地把握未来精神病医院的发展方向。

4 日本精神病医疗设施的相关分析

在对我国精神病医院进行进一步论述之前, 本节先着重探讨日本精神病医疗设施的现状及发展历程。以精神病医院为主体日本精神病医疗设施的大规模建设起始于上世纪 50 年代, 目前已从早期远远落后于欧美的状态发展到世界先进水平, 其中有不少经验和教训值得我国借鉴。

4.1 主要背景资料

1) 精神病患者

图 1 显示了日本从 1954 年至 2005 年接受治疗的精神病患者数 (不含智力障碍者) 和精神病千人患病率的演变过程。从图 1 中可以看出, 在 1983 年之前日本精神病患者数虽逐年略有增加, 但是千人患病率变化不大; 但 1983 年之后精神病患者数及千人发病率都呈现出急速上升的势头。

图 2 显示了 2005 年日本精神病患者的年龄分布。从图 2 中可以看出, 从婴幼儿到高龄者的各年龄段都可能引发严重的精神健康问题, 其中 20 岁至 84 岁的患者则是全体精神患者的主体。

另一个值得注意的现象是精神病患者高龄化的情况日趋严重。图 3 表明, 在住院精神病患者中, 65 岁以上的高龄者从 1977 年的 23.6 万人 (占总住院患者

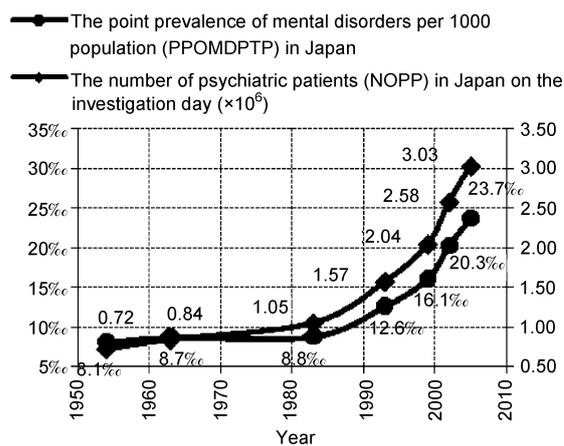


图 1 日本精神病患者数的演变 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査 (平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

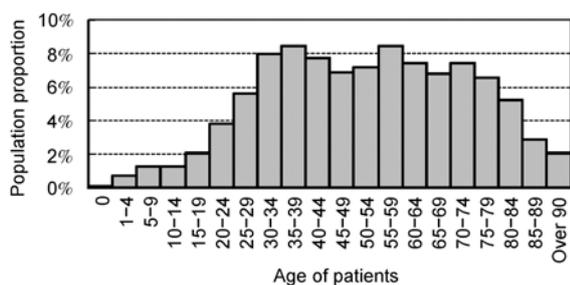


图2 日本精神病人的年龄分布 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

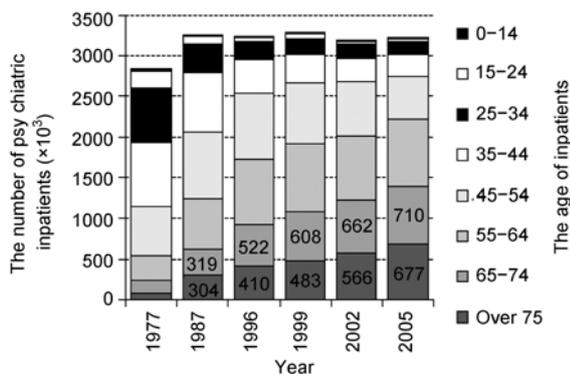


图3 日本住院患者年龄结构的变迁 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

数的8.3%)增加至2005年的138.7万人(占总住院患者数的43%),这显然与日本社会高龄化程度不断加深密切相关。

2) 精神病种类

图4和图5分别显示了2005年日本精神病住院及门诊患者的疾病种类(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>).在住院患者中,精神分裂症患者占全体患者的56.3%;其次是血管性认知障碍、老年性认知障碍(以上两者统称为痴呆症)以及以抑郁症为主情感障碍,这4类疾病的患者共占全体患者的88%。一般认为,住院患者中精神分裂症的患者较多的理由是该症的治疗周期较长。如图5所示,门诊患者数最多的前3类疾病依次是情感障碍、精神分裂症及神经症、压力或身体表现性障碍,这3类疾病的患者占全体患者数的74.6%。

3) 住院患者

2005年日本精神病住院患者数为35.3万人,占

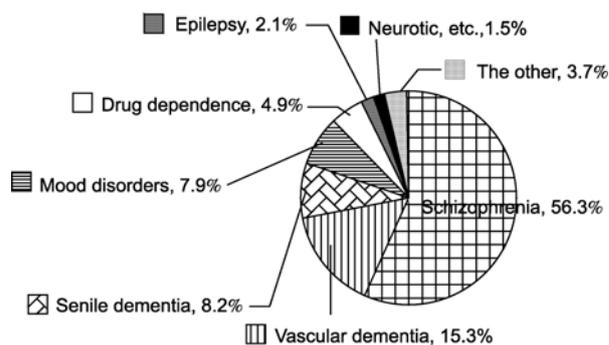


图4 日本精神科住院患者的疾病种类 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

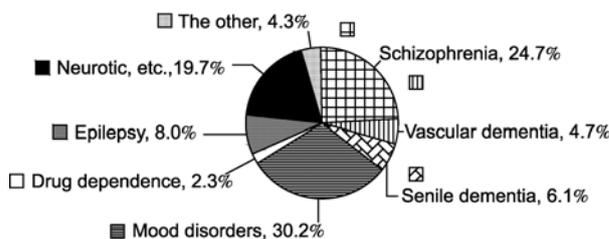


图5 日本精神科门诊患者的疾病种类(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

全体住院患者的22.3%(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>),超过了死因疾病前两位的循环系统疾病和癌症而高居所有疾病榜首(图6),精神病住院患者给日本社会带来的沉重负担由此可见一斑。

4) 平均住院期间

一般来说,精神病的住院期间远远高于其他疾病。图7显示了近40年来各国精神病患者的平均住院期间的演变过程。可以发现,从20世纪70年代以来,日本精神病患者的平均住院期间一直远远高于欧美国家,在1985年更是达到了538.9天,此后一直平缓地降至2007年的317.9天。另一个值得注意的现象是,在这段期间各国的平均住院期间都呈不同程度的下降趋势,可见这是世界性的潮流。

5) 病床

图8显示了1960年以来世界主要发达国家千人精神病床数的变迁。从总体上看,欧美各国的精神病床数自20世纪六七十年代以来就有明显的下降趋势,目前大多数国家该指标控制在1床/千人以下。相反

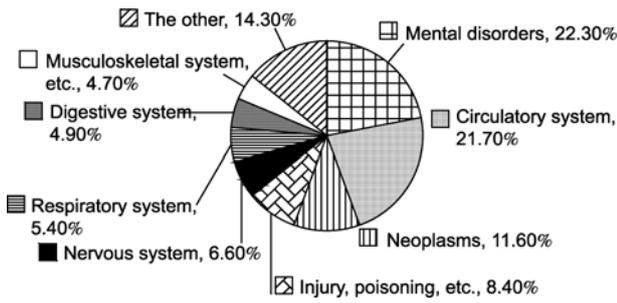


图 6 住院患者中精神病患者所占比重 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

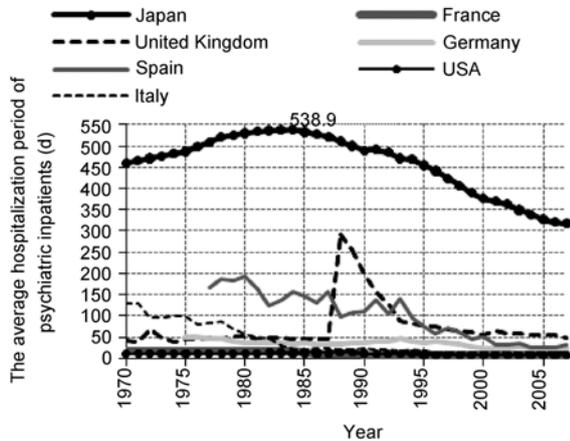


图 7 各国精神患者的平均住院期间 (经济合作发展组织(OECD). OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries. <http://www.oecd.org>)

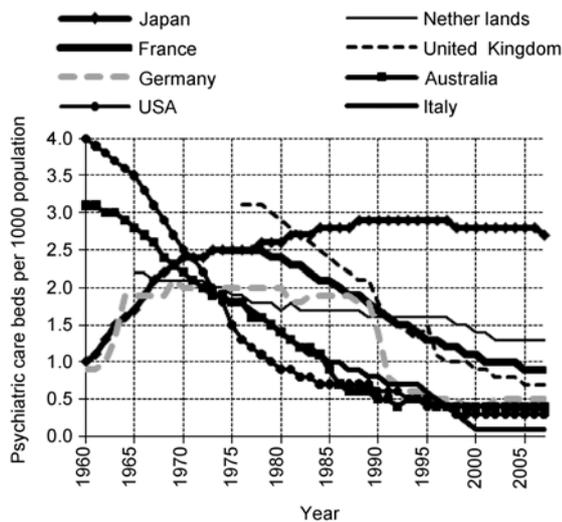


图 8 各国精神科病床数千人指标的变化 (经济合作发展组织(OECD). OECD Health Data 2009: Statistics and Indicators for 30 Countries. <http://www.oecd.org>)

日本却在这段期间经历了高速增长, 于 1987 前后达到顶峰后才开始缓慢下降. 2007 年日本的千人精神病床数为 2.7 床/千人, 仍远高于欧美国家.

6) 精神病医院的职员构成

日本精神病医院里服务的职员主要包括医生、护士、药剂师、技师等人. 图 9 显示了近年来日本精神病医院与一般医院中职员人数的演变状况, 从图 9 中可以发现在这段期间精神病医院与一般医院中职员人数均有增长, 但精神病医院增长的幅度更大, 说明新形势下精神病医院更需加强医护力度. 目前精神病医院中平均 100 床的职员数相当于一般医院的 50% 强, 这也从一个侧面反映了精神病的治疗特点及看护需求不同于一般疾病.

7) 精神病医院的经营主体

2005 年日本共有 1073 所精神病医院, 其中公立精神病医院占总数的 13%, 私立占 87%. 另外如图 10 所示, 无论住院患者还是日平均门诊患者的数量, 公立医院均远远少于私立医院.

由于精神医疗本身带有强烈的社会色彩, 因此在欧美各国始终是公立精神病医院占主导地位, 这与日本有着明显差异. 以意大利为例, 1996 年该国共设有 75 所公立精神病医院和 22 所私立精神病医院; 如图 11 所示, 该国政府出台的大幅削减精神病医院的病床数和患者数的政策很快在公立医院中得到了有效贯彻实施而在私立医院中却成效甚微. 就此而言, 日本精神病医院的经营主体以私立医院为主的情况不利于日本政府对精神病医院进行有效的管理与控制.

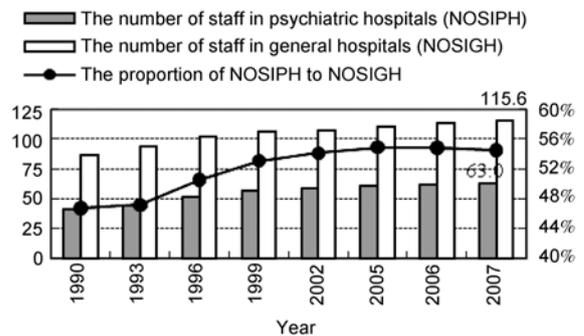


图 9 日本精神病医院和一般医院平均 100 床的职员数 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>)

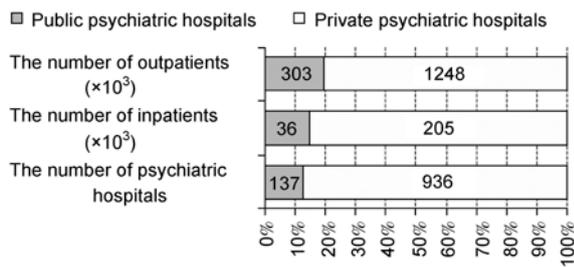


图 10 日本公立和私立精神病医院的数量(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>)

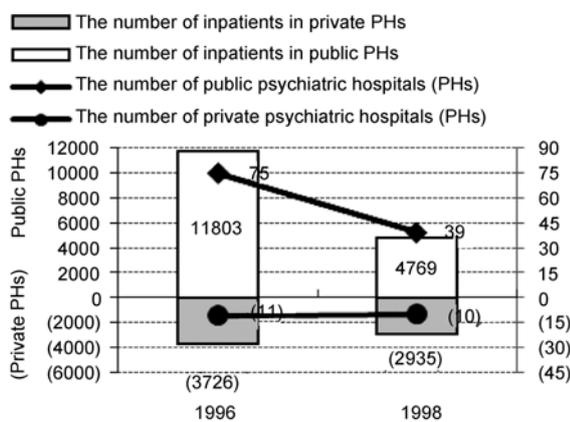


图 11 意大利公立及私立精神病医院的数量及其住院患者数(精神保健医療福祉の改革ビジョン: 海外の情報(イタリア), http://www.ncnp.go.jp/nimb/keikaku/vision/overseas_it.html)

4.2 现状分析

1) 精神病医疗设施体系

日本精神医疗设施体系由精神病医院(日本规定,精神病医院指精神病床数占总病床数的80%以上的医院)、一般医院精神科、精神科诊所(日本规定,病床数在20床及20床以上的医疗设施称为医院,病床数在19床以下的医疗设施则称为诊所)以及社会复归设施等几部分组成^[5]。

如图 12 所示,目前日本精神病医院的数量基本趋于稳定,但设有精神科的一般医院数量却从 1987 年的少数几所上升至 2006 年的 595 所。2006 年共有 1667 所医院能够提供精神科医疗,占全日本医院总数的 18.6%。

1998 年一般医院中有精神科病床仅有 1.7 万床(占总精神病床的 4.9%),而 95.1%的精神病床位于精神病医院中。在改革后,精神病医院中的精神病床从

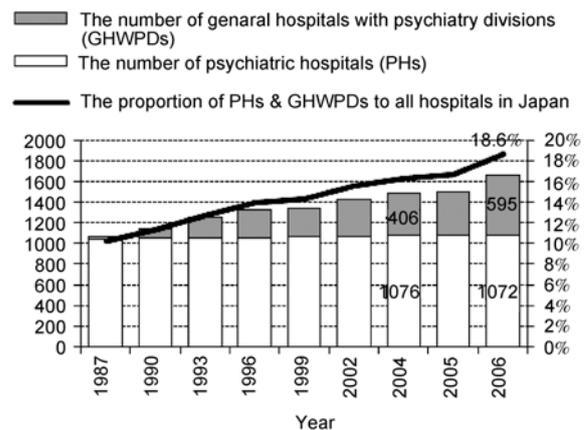


图 12 日本提供精神医疗的医院数量与比重(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>; 伊藤哲寛. 精神科医療に関する基礎資料—精神科医療の向上を願って(平成 20 年版), http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/07_01_shiryousaisin.html)

1998 年的 33.0 万床下降至 2006 年的 26.0 万床, 占总精神病床的 73.7%; 一般医院中的精神科病床数上升至 9.3 万床, 占总精神病床的 26.3%, 如图 13 所示。

在日本, 提供精神医疗服务的诊所包括精神科诊所、心理内科诊所及神经科诊所三类。如图 14 所示, 从 1984 年开始, 这三类诊所的数量都有不同程度的增长, 至 2005 年三者的总和已达 11075 所, 占日本诊所总数的 11.4%。其中 2005 年精神科诊所的数量为 1984 年的 3.6 倍, 平均每 2.5 万人设有一所; 而从 1996 年开始统计的心理内科诊所在不到十年间就达到了 3092 所, 平均每 4.1 万人设有一所。

图 1 和图 8 显示, 虽然近年来精神病患者数大幅增加, 但住院患者数反而有所下降。结合图 14 及图 15, 可以认为, 日本的精神医疗已逐渐从早期的“住院偏重型”向治疗方式多样化转变。

图 15 显示了 2005 年 9 月 30 日对日本精神病医院及一般医院精神科中就医的患者的调查结果。如图 15 所示, 住院患者共有 32.2 万人, 其中 74% 在精神病医院, 26% 在一般医院精神科病区。在调查当日赴医院就医或持续至调查当日仍在接受治疗的门诊患者共计 257.2 万人, 其中的 55% 在精神病医院就医, 45% 在一般医院精神科就医。随着设置精神科的一般医院数量的进一步增加, 可以预计一般医院将在精神科门诊治疗中发挥更为重要的作用。

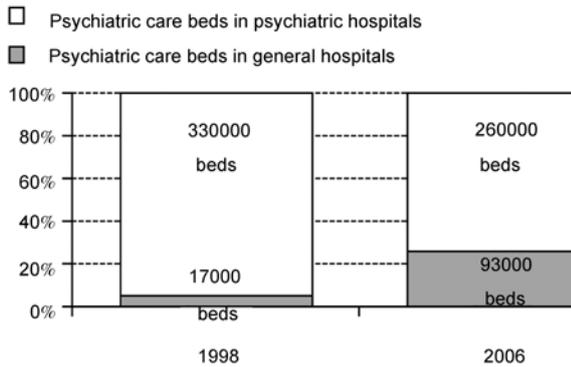


图 13 日本医院中精神科病床的分布(伊藤哲寛. 精神科医療に関する基礎資料. 2003年改訂版, <http://nagano.dee.cc/kiso.pdf>; 伊藤哲寛. 精神科医療に関する基礎資料—精神科医療の向上を願って(平成20年版), http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/07_01_shiryousaisin.html)

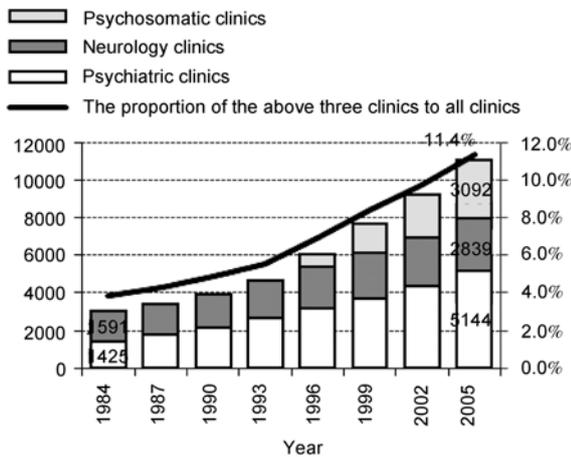


图 14 日本精神科等诊所的数量与比重(伊藤哲寛. 精神科医療に関する基礎資料—精神科医療の向上を願って(平成20年版), http://www.kansatuhou.net/10_shiryoshu/07_01_shiryousaisin.html)

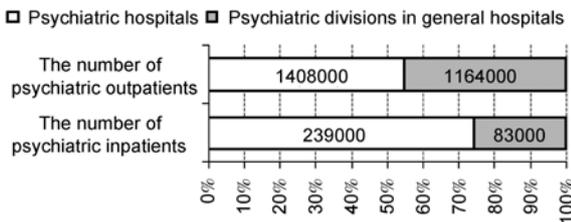


图 15 日本医院中精神科患者的分布(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>)

2005年日本精神病住院患者中约有47%同时患有躯体合并症,图16显示了各类躯体合并症所占的百分比.由于这些躯体合并症一般需要其他专科的医生协助治疗,因此解决之道不外乎在精神病医院中设置其他科室或将患者安置在一般医院的精神科病区中.图17显示了2006年日本精神病医院的科室设置情况,值得注意的是65%的精神病医院设置了内科,7.5%的精神病医院设置了齿科,设置其余科室的精神病医院相对较少.

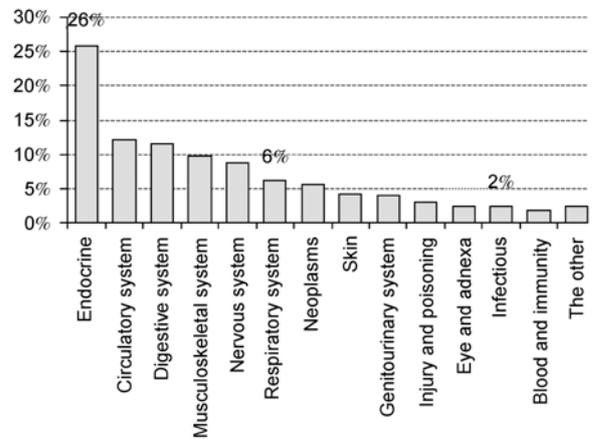


图 16 日本住院精神病者躯体合并症发病率(日本厚生労働省. 第17回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/s0521-7.html>)

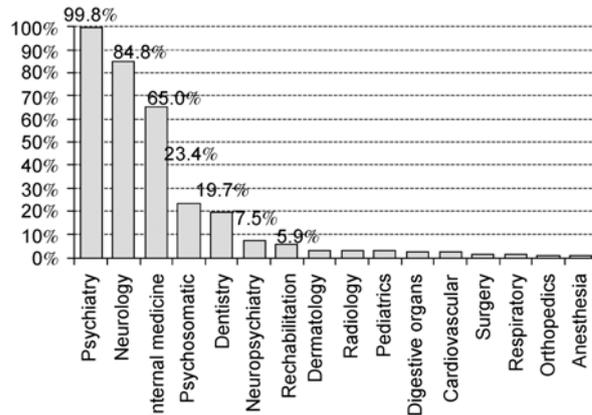


图 17 2006年日本精神病医院的科室设置情况(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成17年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>)

2) 社会复归设施

通常精神病的复发率较高, 短时间内难以痊愈. 以日本 A 医院为例, 在 2003 年间住院精神病患者共计 499 人次, 其中 292 人次曾有住精神病院经历, 而初次入住精神病院的患者仅为 207 人次, 占总数的 44%. 说明退院患者如果不能及时巩固疗效的话就容易导致疾病复发而不得不重返医院. 为缓减精神病医院的压力, 比较经济的做法是在患者的日常生活范围内设置一定数量的社会复归设施, 以较低的社会成本继续为患者提供适宜的精神医疗服务^[10].

社会复归设施的完善也有利于一部分住院患者尽早退院, 图 18 显示了 2005 年对日本精神病住院患者所做的调查结果 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査 (平成 17 年). <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>). 图 18 表明 30.6% 的住院患者在有合适的社会复归设施的情况下就有退院的可能. 图 18 还显示, 住院患者的退院可能率在入院 3 个月至 1 年左右的时间内达到峰值, 约为 37%, 其后将逐渐下降.

日本为精神病患者服务的社会复归设施大体上分为 3 类: 1) 访问护理工作站, 2) 日间护理设施(包括生活照顾、自立训练、职业介绍以及地域生活支援中心等设施等), 3) 居住型服务设施(包括共同住宅、精神福利设施等).

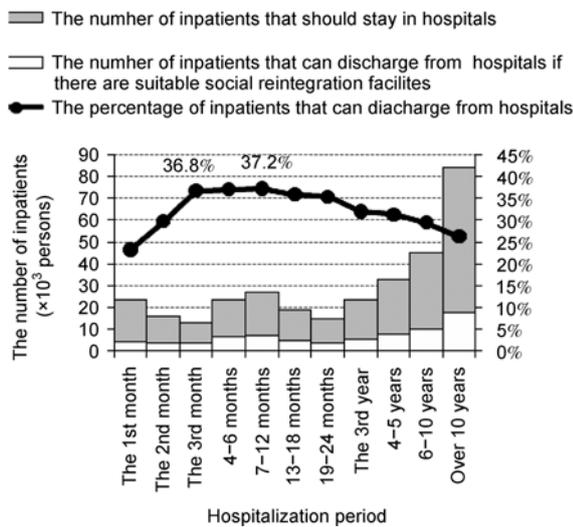


图 18 住院患者中可退院患者所占比例(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 患者調査(平成 17 年). <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

如图 19 所示, 日本社会复归设施的建设起始于 1987 年, 其后在相关政策的推动下数量迅速增加, 至 2006 年已建成各种类型的社会复归设施共计 1697 所, 料想今后还将有进一步发展.

3) 精神病医院的规模

确定适宜的医院规模是成功设计精神病医院所需解决的关键问题之一. 一般来说, 规模过大容易导致医疗资源太过集中, 不仅不方便远处患者就医, 同时也会降低医院管理的效率; 规模过小则难以向患者提供门类齐全的医疗服务; 并且医院的规模也是政府在控制医疗成本时必须重点考虑的指标之一. 因此, 日本精神病医院的规模大小一般都必须在设计前经过业主和设计方的反复磨合才能最终确定下来. 图 20 为 2005 年日本精神病院的规模分布图. 如图 20 所示, 约有 83.5% 的精神病医院的病床数在 100~400 床之间, 其中病床数在 200~299 之间的精神病医院数量最多, 占全体精神病医院数的 31.2%.

图 21 显示了从 1984 年至 2005 年日本精神病医院规模的变迁(日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成 17 年, <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>). 虽然从总体上看, 精神病医院数量变化不大, 但 600 床以上较大医院和 150 床以下较小医院的数量都在下降, 而 150~599 床之间的医院数量约增加了 10%.

4) 精神病医院的构成

日本精神病医院一般包括住院部、门诊部、医技

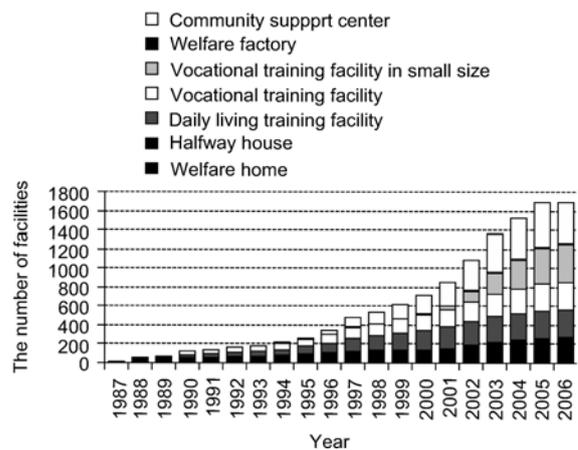


图 19 日本精神障碍者的回归社会支援设施数的递增 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部. 社会福祉施設等調査報告(平成 19 年). <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/eStatTopPortal.do>)

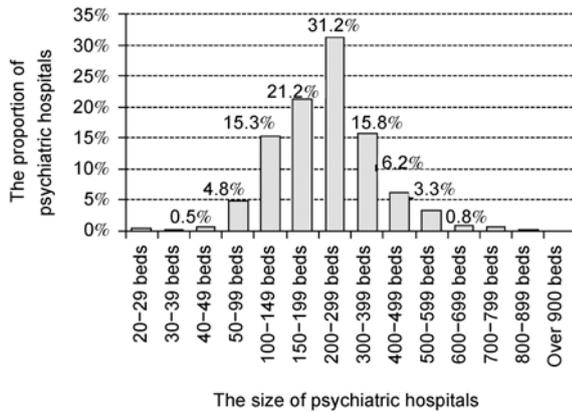


图 20 2005 年不同规模的日本精神病医院所占比例(日本厚生労働省大臣官房統計情報部.医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>)

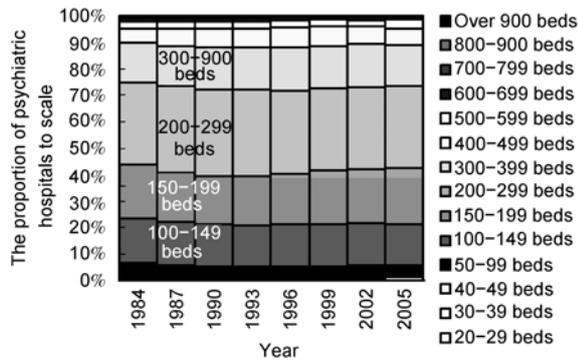


图 21 日本精神病医院的规模变迁 (日本厚生労働省大臣官房統計情報部.医療施設調査(静態、動態)病院報告(平成 17 年), <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/GL02010101.do>)

部、后勤供应部、管理部以及生活疗法部等 6 个部门。为满足退院及居家患者的需要,近年来新建或改扩建精神病医院基本上还包含社会复归部^[5],该部门通常由日间护理中心、居家疗养支援中心等部分组成。由于精神病医院的门诊患者数量偏少,以及体检及手术设备要求不高等原因,精神病医院的总面积较一般医院小;但由于精神病患者需要较大的生活空间,住院部面积则比一般医院大。根据对 2000 年后日本新建医院的调查结果,精神病医院的平均单位病床的医院建筑面积为 55 m²,住院部面积为 28 m²(对刊登在[11~13]上的 2000 年后竣工的日本新建精神病医院的分析结果),而一般医院则分别为 80 m²及 25 m²(对 1992~2001 年间竣工的 23 所日本一般医

院的分析结果)。

图 22 显示了日本精神病医院与一般医院的各部门面积构成比较,由于社会复归部门在精神病医院中的地位较为独立、且目前对该部门也缺乏统一的认识,故不在统计范围之内。从图 22 可以看出,精神病医院的住院部的面积占总面积的 53.8%,比一般医院大 10%;生活疗法部占 14.9%,一般医院则没有这个部门。而另一方面,精神病医院的门诊部、医技部及后勤供应部的面积比例仅为一般医院的一半左右。

图 23 为精神病医院与一般医院的住院部面积构成的比较。精神病医院住院部中病室及交通部分所占的医院面积比例均小于一般医院;但与精神病治疗相关的医护及患者日间活动空间则占了医院面积的相当份额。

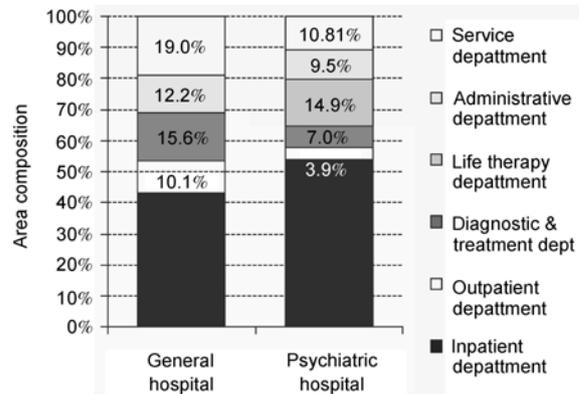


图 22 医院各部门所占面积比例(对 1992 年~2001 年间竣工的 23 所日本一般医院的分析结果)^[14]

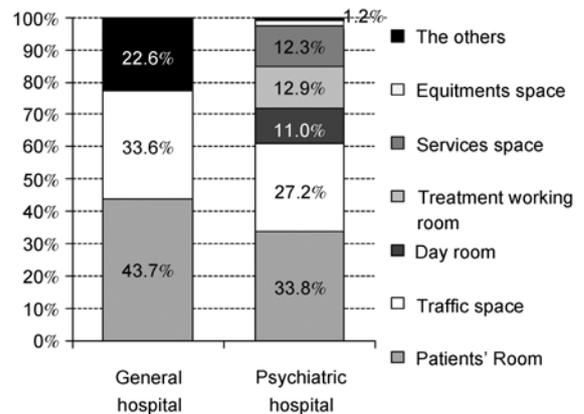


图 23 住院部标准层面积构成的比较(对 1992 年~2001 年间竣工的 23 所日本一般医院的分析结果)^[15]

5) 住院部的功能分化

住院部功能分化的目的是为了对不同病情的患者提供有针对性的医疗服务, 以及提高医疗资源的利用效率以满足削减医疗费用的目的^[16]. 日本精神病医院住院部的功能分化方法有两大类, 一类是依据疾病的治疗阶段将住院部中的大多数病区划分为急性期病区、亚急性期病区、康复病区及疗养病区; 另一类是依据不同的疾病类别将其余病区划分为老年痴呆症病区、儿童及青春期病区、抑郁症病区、药物依赖症病区及躯体合并症病区等. 调查资料显示, 虽然日本精神病医院的住院部功能分化滞后于一般医院, 2000年时 68%的精神病区尚未进行功能定位(日本厚生労働省. 精神保健医療福祉の現状 2000, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2002/01/s0128-7a1.html>), 但近几年的发展速度则明显加快.

4.3 相关研究动态

为说明日本精神病医疗设施领域内的研究状况, 本文利用日本国立情报学研究所的论文检索系统, 共检索出从 1957 年至 2008 年间在相关核心期刊上发表的 175 篇研究论文. 值得注意的是, 其中有 118 篇论文发表在建筑学核心期刊《日本建筑学会设计系论文报告集》上, 另有 22 篇论文发表在医学核心期刊《日本精神科病院协会杂志》上, 其余论文则散见于其他刊物.

图 24 显示了上述 175 篇论文按年代及研究内容的分布状况. 可以看出, 日本学者在该领域所做研究工作有如下特色: 1) 论文数量大幅增加, 反映了精神病医疗设施的重要性不断提升的事实; 2) 研究范围不断拓展, 如今已涵盖了精神病医疗设施的方方面面; 3) 从 1960 年代起就一直高度重视设施体系方面的研究, 而非仅仅重视医院单体; 4) 研究主题从早年侧重于医疗设施的功能及效率已逐渐演变为更加注重疗养环境的改善, 反映出疗养环境对精神病医疗设施的重要性也在日益提高; 5) 近 20 年来, 从环境心理、空间构成等角度研究精神病医院的论文日渐增多, 表达了一些建筑学者从更为基础的理论对精神病医院的原理所作的崭新诠释; 6) 与医疗政策相关的论文不断增加, 凸显了高龄化社会背景下政府大力削减医疗费用的诉求.

4.4 小结

上文从主要背景、现状分析及研究动态等三个方

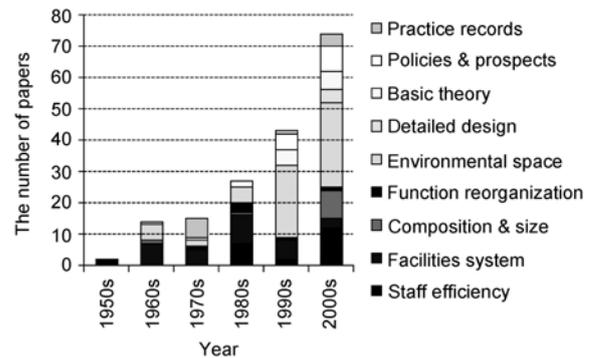


图 24 日本精神病医疗设施领域研究论文的分布 (日本国立情报学研究所 NII 論文情報ナビゲータ. <http://ci.nii.ac.jp/>)

面对日本精神病医疗设施进行了阐述, 现概括如下.

- 1) 日本精神病医疗体系建立在以国民健康保险制度为主体的医疗保障制度上, 但精神病设施的经营方式却以私立为主体, 两者间的不协调是导致精神病的住院期间及病床数居高不下一个关键原因;
- 2) 日本精神病医院规模迅速膨胀的另一个重要因素是赶超欧美的心态所致, 但实践证明一味扩大医院规模并不可取;
- 3) 日本政府近年采取的加强医疗设施的体系化建设及住院部的功能分化的政策是提高精神病医疗效率并抑制医疗费用的有效措施;
- 4) 日本精神病医院中部门及科室的构成比例明显不同于一般医院的特点反映了精神病患者的生活空间与疗养环境得到了较为妥善的处置;
- 5) 当前日本采取的以市町村为基本单位的地域医疗规划方式有助于实现精神病医院设施布局合理及规模适宜.

5 我国精神病医院的发展方向

综上所述, 不仅精神病医院的存在方式与一般医院有很大不同, 而且不同国家的精神病院之间亦有相当差异. 因此对于医院建筑设计来说并不存在单一的解决模式, 而需要在吸收国外先进技术的基础上加以创造性地发挥. 现以上文分析结果为基础对我国精神病医院的发展方向提出几点构想.

5.1 医疗保障制度与医院管理制度的完善

由于医疗服务本身具有浓厚的公益性色彩, 因此精神病医院的建设必然受到该国的医疗保障制度

与医院管理制度的制约。举例来说, 战后日本精神病医院建设水平的飞速提高不仅取决于医疗技术和建筑技术的进步, 也与其吸收并发展了英国的国营医疗制度及美国的医院管理制度的长处有很大关联^[17]。从这个意义上, 提高我国精神病医院建设水平的一个必由之路是将医疗设施的研究与医疗保障制度的研究及医院管理制度的研究有机地结合在一起, 而达到这一目标尚有待于各领域专家的通力合作。

5.2 建设以精神病医院为核心的设施体系

前文已述及, 提高精神病医疗服务水平的关键在于建立从精神病的早期发现、早期治疗直至居家护理在内的完整医疗设施体系。但由于这种体系的建成不可能一蹴而就, 因此当务之急是加强处于体系中核心地位的精神病医院的建设并以此来带动整个设施体系的完善。

根据前面的分析, 当前我国的精神病医院的发展水平大致处于从拘束治疗向开放治疗过渡的阶段。但这并不意味着我国精神病医院的建设要重复别国的老路, 相反更应截弯取直, 在尽量吸收最先进的思想的同时不忘形成自己的特色。为此必须从精神病医院的布局、规模及功能等诸方面来探求实现精神病医院现代化的捷径坦途。

1) 精神病医院的选点及在一定地域范围内的布局方式必须考虑当地的地理特征、人口结构、交通状况等特性, 应用国外已普遍采用的地域医疗规划的方法来确定, 而不宜再沿用依照行政区域或千人指标的简单做法。由于对该问题的详细讨论已超出了本文的范围, 笔者拟另文加以研究。

2) 2002 年我国精神病医院的平均病床数为 138.5 床^[18,19], 但不同医院之间病床数却相差甚远。沿海发达地区的许多新建精神医院的规模已超过 1000 床, 而欠发达地区则普遍规模较小。欧美学者普遍认为, 医院规模超过一定的范围会严重影响患者的治疗效果^[5], 因此采取一定的措施来严格限制大医院的规模势在必行。

3) 在当前我国严重缺乏精神保健设施及社会复归设施的背景下, 精神病医院的功能宜同时兼顾保健、医疗及社会福利三个方面; 另外为了能对一定地域范围内的其他精神医疗设施给予必要的支援, 不仅要有政策法规上的措施, 医院内也宜设有相应机

构。因此, 我国精神病医院在构成上除了传统的住院部、门诊部、医技部、后勤部及管理部等部门之外还应视具体情况增设精神保健部、生活疗法部及社会福利部等新部门。另外, 在削减病床数及压缩住院期间的世界性潮流面前, 应加强住院部的优化设计并力求扩大门诊部的服务范围。

5.3 人性化与效率化的调和

精神病医院的建筑设计必须始终坚持以患者为中心, 建筑空间形式除必须满足各种疗法的需求外, 还有义务改善患者的生活环境、提高患者独立生活及适应社会的能力、并防止各种意外情况的发生。而另一方面, 建筑空间形式又必须有利于提高医护人员的工作效率并有助于降低医疗成本。由于两种不同诉求之间常常会产生各种形式的矛盾, 故判断医院设计成功与否的一个重要方面就要视其调和技巧的优劣。下面从住院部功能分化、空间设计、环境设计及细部设计等方面对此加以分析。

1) 由于住院部的功能分化既有利于对精神病患者展开有针对性的治疗, 又有助于提高医护效率及区分不同病区患者的医疗费用, 因而近年来一直是欧美及日本学术界的研究热点。但住院部功能的分化常常会降低医院应对患者实际医疗需求的灵活性, 并增大医院管理的难度, 因此有必要结合实际情况探讨适宜的分化方法及程度。

2) 为增强患者适应社会生活的能力, 精神病医院的建筑空间应具有从私密到开放的不同层次的空间来模拟从家庭至社会的正常社交生活, 但富于层次感的空间不仅会加大看护作业的工作量也使得建筑设计的难度徒增。

3) 因精神病患者的住院期间普遍较长, 因此精神病医院内的生活环境最好能贴近自然环境, 让患者在住院期间也易于感知四季的变化、昼夜的交替及时光的流逝, 但精神病医院高层化的发展趋势使得创造这样的环境越来越困难。

4) 在精神病医院的住院部日趋开放的背景下, 为防止一部分患者自虐、自杀及逃逸现象的发生, 仍有必要维持一定的封闭性。但为了体现对患者的人道关怀, 应加强门窗及卫生间等处的细部设计; 为防止重度精神病患者的暴力行为, 病区内还应增设隔离室等房间。

参考文献

- 1 贺林. 面对悄然逼近的人类精神病时代. 华东科技, 1998(4): 20—21
- 2 世界卫生组织. 王汝宽等, 译. 2001年世界卫生报告——精神卫生: 新的了解, 新的希望. 北京: 人民卫生出版社, 2002. 109—117
- 3 Phillips M R, Zhang J X, Shi Q C, et al. Articles prevalence, treatment, and associated disability of mental disorders in four provinces in China during 2001–2005: An epidemiological survey. *The Lancet*, 2009, 373: 2041—2053
- 4 费立鹏. 中国的精神卫生问题——21世纪的挑战和选择. 中国神经精神疾病杂志, 2004, 30(1): 1—10
- 5 伊藤誠, 小滝一正, 河口豊ほか. 新建築学大系 31——病院の設計. 第二版. 東京: 彰国社, 2000. 37—40, 296—312
- 6 倉田正一, 林喜男. 地域医療計画. 東京: 篠原出版株式会社, 1982. 1—9
- 7 吉武泰水, 田口正生. 建築学大系 35——病院. 改訂増補版. 東京: 彰国社, 1954. 400—433
- 8 建築思潮研究所. 建築設計資料——38 精神医療保健施設. 東京: 株式会社建築資料研究社, 2003. 4—32
- 9 Baker A, Davies R L, Sivadon P. *Psychiatric Services and Architecture*. Geneva: World Health Organization, 1959. 39—58
- 10 野村東太ほか. 精神病院入院退院患者の特性からみた社会復帰のための環境条件に関する考察-精神医療施設の建築計画に関する研究. 日本建築学会計画系論文報告集, 1990(4): 77—85
- 11 日本医療福祉建築協会. 保健医療福祉施設建築情報シート集. 2003. 90—179
- 12 日本医療福祉建築協会. 保健医療福祉施設建築情報シート集. 2004. 70—271
- 13 日本医療福祉建築協会. 保健医療福祉施設建築情報シート集. 2005. 106—317
- 14 宮城干城, 渡辺博之, 竹川尚宏. 県立精神科病院の規模計画の概要-精神保健施設の建築計画に関する研究. 見: 日本建築学会学術講演梗概集. 日本: 日本建築学会, 2004. E-1(8): 457—458
- 15 渡辺博之, 宮城干城, 竹川尚宏. 県立精神科病院の病棟における面積構成等-精神保健施設の建築計画に関する研究. 見: 日本建築学会学術講演梗概集. 日本: 日本建築学会, 2004. E-1(8): 459—460
- 16 野村東太ほか. 精神病院入院退院患者の特性よりみた看護単位の再構成に関する考察-精神医療施設の建築計画に関する研究. 日本建築学会計画系論文報告集, 1986(1): 31—38
- 17 健康デザイン研究会. 建築が病院を健院に変える——変貌するアメリカと日本の現状. 東京: 彰国社, 2000. 6—11
- 18 朱紫青, 何燕玲, 张明园. 中国精神科床位设置和使用现状. 上海精神医学, 2002, 14(增刊): 7—9
- 19 朱紫青, 张明园, 何燕玲. 中国精神卫生专业机构设置的分布现状. 上海精神医学, 2002, 14(增刊): 5—6