

利用者の認知特性から見た病院の 廊下・空間の構成に関する研究

(研究課題番号 06452303)

平成6年度～平成8年度科学研究費補助金(基盤研究(B)(2))
研究成果報告書

平成9年3月

研究代表者 山下哲郎
(名古屋大学工学部社会環境工学科助教授)

はじめに

1. 研究の背景

近年「癒しの環境」をどう創って行くのかが課題になっている。その今日の状況を、やや時代をさかのぼって、医療施設とそれを取りまく社会という視点からまとめ、研究者や実際の設計に携わる人々が置かれている位置について、まず簡単にまとめてみたい。

任意設立・任意加入の制度として存在していた各種の職域保険や地域保険が、1958年の国民健康保険法の全面改正により、1961（昭和36）年には、国民皆保険制度として達成された。つまりどれだけ多数の患者にサービスできるか、またそれを限られた経費の中でどのように行うかが医療施設に問われることになり、各科に分散して配置されていた施設設備を1ヶ所に集中してまとめ、医療機能の高度化・高機能化への対応と同時に、効率的運用を図るという視点から中央化が進み、また国民全てが等しく医療サービスを享受できるよう一方では、対人口比での十分な病院数や病床数を整備する必要から、各地域に均質で「質の高い」病院が多数建設されることになった。

研究の分野ではこうした病院の建設に役立てるよう、全ての病院に共通に適用できる建築計画の論理を提供することが主要な課題と考えられた。具体的には、来院する外来患者の地域的分布から、地域施設としての病院の適正な配置のあり方が検討され、患者の病態を考慮して、医療施設の機能分けを行うことなどが提案された。また施設そのものの計画においては、入院期間を短縮することが当時の社会福祉の考え方に沿うものであり、外来患者を如何に捌くか、あるいは清潔と不潔・患者と職員といった動線を如何に分離するか、また病棟でケアを担当する看護婦の動線を如何に短くするか、といった機能性・効率性の向上を目的にした課題に対する研究が積み重ねられた。

はじめに

つまり、当時の社会的背景では、全ての国民が等しくある一定水準の医療や看護を享受できることが主要な価値であり、その点で医療従事者をはじめ建築の設計者や研究者の目標は明確であった。しかし、医療の技術や手法あるいは装置等の高度化と高額化は、こうした広く国民の社会保障を実現するための施設整備の速度を遥かに上回り、以前から存在し、また指摘されていたことであるが、ここに来て、必然的に医療施設の機能分化が求められることとなった。自由診療を原則とする日本の医療制度の基では、これらの機能分化は医療施設の差別化として表出し、医療機能の高度化を目指す病院が存在する一方で、消費者としての患者をより多数受け入れようと、施設環境の整備やサービスに力点を置く病院が現われ始めた。

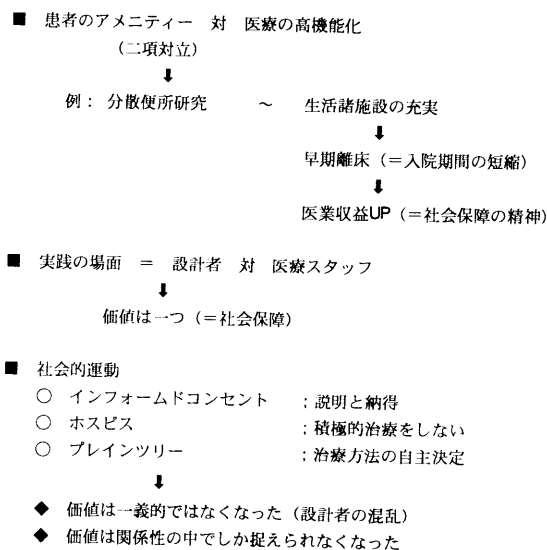
実践の場面では、限られた総事業費の中で医療の高機能・高度化にどれだけ投資するのか、また一方で患者のアメニティーにどれだけの投資をするのか、が二項対立的な課題として捉えられていたが、研究の分野では、分散便所の実現を目的とした研究に代表されるように、患者の生活関連諸施設を整えることが早期離床に結びつき、その結果個々の医療収益は勿論のこと広く社会保障の効率性にも寄与し得るといった筋立ての、いわば患者の生活機能の向上と早期離床や収益あるいは効率性などとの関わりといった、設計者と医療従事者の間に展開される議論に役立たせるような、実践の場면을強く意識した課題に関心が向けられた。

経済的豊かさの増大が手伝って、医療施設環境の生活上の機能性も、着実に向上してゆくことにはなったが、その一方で、これまでは水面下にあった消費者としての患者の権利が不在であることへの批判が表面化してくることになり、広く国民の社会保障を実現するための施設としての病院のあり方が、改めて問われ始めている。ここに現在医療施設が置かれている社会的背景がある。

はじめに

病気を治療するという医療の基本的役割は、こうした背景の基で、
どういう風に治るか、といった枠組みにまで意識を払げなければなら
なくなった。つまり患者が自身の価値観に基づいて治療方法を決定す
る、いわゆるプレインツリー運動やインフォームドコンセントの実現
あるいはホスピスへの期待に象徴される課題である。施設環境におい
ても同様に、患者は「病気を治す」という一つの価値のみで入院・通
院生活を送っているのではないということに、設計者や建築計画研究
者は視野を払げなくてはならなくなった。これまでは設計者あるいは
研究者の目標（価値）はむしろ明確であったともいえるが、現在にお
いては、医療施設という環境の中で患者が描いている多様な価値（目
標）そのものを見いだすことが必要になっているのである。

患者アメニティー意識の定着



2. 研究の目的と方法

本研究は、患者の立場から病院の建築的環境を捉え直すことを目的にしている。ここでいう患者の立場とは、単にアンケートなどの言語的に表出したものに留まるのではなく、意図して、あるいは意図せずに現れる行動から、その意図や意識を病院という建築的環境との関わりの中で読みとろうとするものであり、その点で、主観的あるいは一般性を欠く、との謗りを免れないものである。しかし先に示したように今日の状況は、患者が意識的／無意識的に描いている多様な価値観そのものを見出すことに目標があり、その一般性や客観性の検証については今後の課題としたい。

目的的空間や場所、つまり患者のアクセスが保証され、機能上の名前が付いていない空間や場所、あるいは廊下やホールを「患者空間」と名付け、この空間のあり方が「癒しの環境」としての医療施設の質を左右するものと考えて、このいわば残余空間を対象に研究を進めてきた。また、医療施設の特異性は、そのプログラムやシステムといった機能的側面に留まらず、「病」に対する歴史・文化的背景に支えられていることや、患者自身が、経日的に日々刻々と、その時の病態に応じて意識や行動を変えて行くことにもある。従って本研究は、こうした点をむしろ中心的に検討を進めている。

3. 研究組織の構成、等

研究代表者：山下哲郎（名古屋大学・工学部・助教授）

研究分担者：長澤 泰（東京大学・大学院工学系研究科・教授）

研究分担者：小松 尚（名古屋大学・工学部・助手）

研究分担者：木方十根（名古屋大学・工学部・助手）

（研究協力者：高 商均（東京大学・大学院工学系研究科・大学院生）

研究経費

平成6年度： 1,700 千円

平成7年度： 1,400 千円

平成8年度： 1,700 千円

計： 4,800 千円

研究発表

（1）学会誌等：

- ・山下哲郎・高商均・長澤泰、
患者の意識や行動の経日変化に見る入院環境のあり方について－Hospital Geography に関する研究 2－、日本建築学会計画系論文集、第483号、1996年5月、pp121-128
- ・高商均、病院における患者空間の建築計画的な研究、学位論文、1996年3月

（2）口頭発表：

- ・山下哲郎・高商均・長澤泰、経時的に見た患者の病棟での行動・認知特性－Hospital Geography に関する研究(4)－、
日本建築学会大会学術講演梗概集(東海)、1994年9月、pp485-486
- ・山下哲郎・高商均・長澤泰、外来・入院患者の行動から見る居場所の認知について－Hospital Geography に関する研究(5)－、
日本建築学会大会学術講演梗概集(北海道)、1995年8月、pp133-134

（3）出版物：

- ・山下哲郎、患者が認知・体験する医療施設環境：シリーズ人間と空間・第2巻行動の場としての環境、朝倉書店、1997年刊行予定
- ・山下哲郎、病院・癒す環境：環境心理行動学入門、朝倉書店、1997年刊行予定

第1章 序 論

1. 関連研究の動向及び計画課題
 - (1) 医療施設研究の流れとその概要
 2. 本研究の位置づけ
 - (1) 医療環境の変化
 - (2) 研究の位置づけ
 3. 研究の背景及び目的
 - (1) 研究背景及びその範囲
 - (2) 研究の目的
 4. 研究の方法及び構成
 - (1) 研究方法
 - (2) 患者空間の意味
-

第1章 序論

1. 関連研究の動向及び計画課題

(1) 医療施設研究の流れとその概要

1) 病院建築関連の研究

病院建築関連の過去10年余りの研究は、大きくは患者の生活関連研究、看護動線調査、外来患者の動きや滞留調査、手術部門やICU関連研究などであり、90年代に入ってから患者の意識や行動、認知関連研究が新たに加えられ、病院建築のあり方を単に機能的側面だけではなく、利用者の視点から建築そのものや環境の質へのアプローチなどの新たな側面での試みが見られる。

(表1-1) は日本建築学会大会梗概集を基にして、過去10年余りの医療施設研究を施設別・その特性別に分類したものであるが、そのような動きは他の医療施設研究でも見られる傾向である。

既往の関連研究では、空間や部門そのものの機能や規模、あるいは使われ方の研究、患者属性に基づいた患者の行動や行為などをパターン・類型化する研究、患者の意識や行動・患者の生活環境と関連した患者のベッドまわりや病室まわりの領域論的なアプローチなどがその大部分を占める。

2) 既往病院関連研究の概要

ここ数年間に発表された患者の意識や行動、認知、生活環境などを扱った関連研究論文(日本建築学会計画系論文報告集)の概要は以下のようなものである。

●病院待合座席配置の利用者に対する有効性に関する研究

(小松 他、1993.07. No.449)

環境デザインへの生態学的アプローチとして心理学者ギブソン(J.J.Gibson)のアフォーダンス(affordance)概念を用いて、病院の待合空間での患者の座席利用状況や座席での行動の展開を通じて物的環境セッティングの人への有効性についてアフォーダンスの視点から検証した。人と環境、または環境を構成する要素の間の相互関係とその影響を総合的に見ていく必要があること、同じ座席でもその構成や位置によってアフォードするものが異なること、などを述べている。

●病室内の生活空間形成の要求

- 病院・療養施設の生活空間の計画に関する研究 -

(今井 他、1993.08. No.450)

4床室での患者・入所者のベッドまわりの領域の形成のされ方と、その主要な要因を明らかにし、室内での生活要求を満たす条件を明らかにすることを目的としている。そこで生活する患者は表側と裏側をつくり、空間を使い分けることによって、物品配置さらには生活行動を秩序化し、安定した空間づくりの要求を持っていると述べている。

●入院・入所の療養生活をおくる高齢者の基本的生活行為からみた類型

- 高齢者の療養環境の適正化に関する研究 - (梁 他、1994.10. No.464)

病院・老健・特養の3施設類型を横断的に対象として、入院・入所生活をおくる高齢者の基本的属性（性、年齢、入院・入所時点）、看護・介護上の属性（看護区分、生活自由度）や基本的生活行為（排泄、食事、入浴、移動）上の特性を把握し、これらの相互関係を考察し、その類型化を図る。また一連の研究では、高齢者の1日の生活実態を観察調査によって、生活環境計画上の要点を抽出し、施設スタッフ側からの施設計画上の要点の把握を試みる。

●患者の行動と認知を通じてみた病院外来の考察

- Hospital Geographyに関する研究 - (長澤 他、1993.10. No.452)

かかる状況が病院の建築計画が単に物理的環境としてとらえられていることに起因するものと考え、一連の研究をHospital Geography（病院地理学）に関する研究と名前づけ、これを通して種々の問題をむしろ患者をはじめとする様々な利用者の頭の中、つまり心理上あるいは意識上に組み立てられた環境について考察することによって、現在の病院建築計画における未知の問題を発見し、今後の新しい病院の姿を探究することを試みる。この研究では、外来診療における管理運営上のシステムや空間構成上の計画意図と、その場所に置かれ、これらを実際使用する患者の行動・認識とのズレの存在とそこから生じる問題を明らかにして、外来空間のあり方の考察を試みた。特に、現状の外来での問題は長い待ちと迷いやすいことにあるという認識に基づいて、待合ならびに通路空間を主体に取り上げた。

また、高齢者を軸とした生活環境や環境適応の研究などが、人間・環境系研究の一環として住宅から施設まで幅広く盛んに研究されている。

2. 本研究の位置づけ

(1) 医療環境の変化

高齢人口の増加や疾病構造の変化、関連技術の進歩や生活水準の向上などによる医療への需要の多様化などは、医療をめぐる様々な関連施設のあり方を見直すきっかけになった。それにより、新たな施設が生まれたり、あるいは既存の施設に新たな機能が加えられるなどの大きな変化をもたらした。このように変わりつつある医療環境の中でも、さらに病院建築は、その質的な

変化の要求に悩まざるを得ないのが現状である。

長澤は、「新しい病院建築のあり方としての変化の動き」^{注1}について次のように述べている。

1. 現在の医療が疾患のみに目を向けず患者を一つの人格として見直し始めたように、病院も人間の健康を全体的に扱う場として捉えなおす必要がある。
2. 高齢患者の急増などで、患者をすべて病院などの医療施設で扱う施設ケアを続けるか、できるだけ早期に家庭に帰す在宅ケアを促進するか我々は今、重要な選択を迫られている。外来サービスはかなり日常的な医療であり、外来で事が済めば誰も入院を希望しまい。主要因は医療費にあるようだが、米国では外来の比重が大きくなりつつある。この傾向は日本でも強まるだろうが、そうなると病院は一層社会的、都市的機能を帯びる。これは取りも直さず閉鎖的な病院から開放的な病院へのイメージ転換でもある。
3. 単に病気を治療する建物ではなく、人間の健康増進・疾病予防・リハビリテーションといった包括的なヘルスケアシステムの一部を担う施設として病院が位置づけられたのはだいぶ前のことであるが、ようやくこの方向に向かいつつある。

このような動きは、中間施設の整備や施設間の連携などとともに医療機能の分散、各々の施設の特性化に現れており、患者へのサービス向上は最も主要な関心を集めた。

にもかかわらず、病院側は管理運営では苦しみながらも、一方では患者のための環境改善を行わなければならない現実的な課題の代案として、病棟ではベッドの回転率を高めることや外来診療部門を充実させるなどの動きが定着しつつある。これは、患者の在院期間の短縮や病室の個室化傾向、患者情報システムの進歩や地域とのかかわり、などが病院環境のあり方を大きく変貌させる結果となった。さらに、制度的な支援や患者の要求の多様化、環境への関心などにより、単位面積の増加や生活サービスの拡充、待ち空間や環境の改善など患者を中心とする医療環境の整備はまだまだ続けられそうだ。

(2) 研究の位置づけ

病院建築において「患者」を最優先としなければならないというのは、古くからその時代とともに様々な立場から呼びかけられてきた。ナイチンゲールの著書「病院覚え書」^{注2}の中でも当時の最大の関心事だった感染に対する病院環境のあり方について病院の衛生状態や病院建築が抱えている欠陥、パビリオンでのベッド数や間隔など、患者の衛生や生活のため備えなければな

^{注1} 建築雑誌 Vol.104, No.1283. 1989年3月号, pp50-53

^{注2} Nightingale F., Notes on Hospitals, 1863 :
ナイチンゲール著作集, 第2巻, 「病院覚え書」、現代社, 1974

らない最低限の環境について述べられている。そのような動きは現代にも受け継がれ、病院関係者の主要な関心事として、様々な分野で工夫が行われている。

しかし、「患者に害を与えるような病院になってはいけない」というナイチンゲールの指摘が、現代の病院建築の中では守られているのかを再び考え直す必要があるだろう。すなわち、害を与えるようなことはないかも知れないが、少なくとも患者の生活や行動などに不便を与えるような部分については誰も否認できないのが現状であろう。または、ある機能を回復させることで、その代わりに他部分のバランスを失うというようでは健康的あるいは成功とは言えないだろう。

今の病院の、何の疑いもなく機能性・効率性に基づいて造られてきた部門構成や空間構成などが、主な利用者である患者にどのように受け取られ、どのような結果を生んでいるのかを考える余地があると思われる。また、医療・福祉を巡って変化し続けている様々な動きの中で、新たな病院建築のあり方を考えるにあたり、不可欠な患者の生活やコミュニティー環境を創り出すためには、院内の様々な空間や場所を巡る患者の意識や行動、さらにそれらを取り巻く環境がどのような仕組みであるかなどをより明らかにする必要があると思われる。

本研究では患者の視点に立つという意味から、病院の環境を総体的意味での環境と捉え、それらと関わる患者個々の意識や行動に注目して病院の空間や場所を考える。すなわちこの視点において、既往のHospital Geography^{注3} 研究と本研究は同一線上に位置づけられる。

^{注3} Hospital Geographyの意味

病院は、空間の持つ機能的複雑さ、あるいはそこにかかわる人間の多様さといった特性のために、単一の建物というよりは都市に例えられる。これはJ.Weeksが、成長と変化に対する病院の構成形態のあり方を集落に擬して、Geography of Hospitalを提唱したことに的確に示されている。地理学は場所にかかわる諸属性を対象とする科学であり、場所が、そこに存在する個人にとっての意味において成立しているという見方をすれば、病院の空間を地理的環境として位置づけ、患者あるいは他の利用者の心理や意識、個人にとっての意味の側面からなる空間の構成を考察することは意義のあるものと思われる。

3. 研究の背景及び目的

(1) 研究背景及びその範囲

これまで、管理・運営の効率化、高度医療の実施などにより中央化が進み、その結果、病院は巨大化・複雑化・画一化してきた。そこでは、患者は非人間的な扱いを受けても、病院だからしかたないと受け取ってきた。

しかし、高齢化社会による疾病構造の変化・医療需要の多様化などは、医療や福祉を巡って環境への関心を集めるきっかけになり、医療的機能や効率だけを重要視した考えから、患者を中心とした、その家族や地域社会へ開かれた、より広い意味での治癒環境として生まれ変わろうとする気運もないことはない。

さらに、不特定多数の患者のためということ、一般化されたり、機能を最重要視した部門構成や空間づくりなどは、患者の個別的な要求や環境の質を支えるにはものたりない、等々が空間から環境への転換と共にその重要性について再び議論を引き起こすきっかけになった。

このような動きに合わせ、多くの病院は分かりやすい病院やアメニティー環境の実現、等々といった目標とともに、いわゆる病院らしくない病院を造るなど、新たな変化を求めている。

にもかかわらず、患者を取り巻く様々な環境（物理的・社会的環境など）に対する配慮は欠かれたまま、あるいはその関わりなどが無視されたまま、空間そのものの規模（病室の単位面積や廊下幅など）など一義的な改善などに止まっている。その一例として、患者の療養環境を向上させる意味合いで進んでいる個室化は、従来の病院で病室だけを入れ替えるといった改善が大部分を占めている。

これは、病室外の様々な空間や場所で展開される患者の行動や意識を理解せずに一義的に行った空間計画に起因するもので、かかわる様々な環境や患者に対する工夫がさらに必要とされる。

したがって、本研究では医療環境やプログラムの変化とともに充実する様々な空間や場所、すなわち廊下を挟んで展開される医療目的外の患者の滞在が許される空間や場所、あるいは患者のアクセスが保証され、医療上の名前が付いてない空間や場所、そして廊下そのものをを取り上げ、そのような構築環境とともにかかわる社会的環境やそこでの患者の行動・意識などに注目することで、新たな意味での患者視点からのアプローチを試みる。

(2) 研究の目的

長澤らによって提案されたHospital Geographyの研究^{註4}は、患者あるいは他の利用者の心理や意識、個人にとっての意味の側面からなる空間の構成を考察することで、利用者にとっての空間形態の意味を探るというアプローチである。

その一連の研究として、本研究では「患者空間」という一つの新たな軸に照らして患者を中心とする利用者にとっての病院空間、さらには病院環境を再考することで、本来の病院建築のあるべき姿を見つけようとしている。

ある施設の環境の質を評価する際に欠かせないのは、住み手・使い手である利用者の視点でその環境を照らし、その環境との関わりの中で表出される利用者の行動様相から、逆にその環境を振り返ってみることである。本研究では、このような側面に研究の焦点を合わせ、病院にある様々な空間や場所をそこで見られる意識や行動から評価し、またそれらに根拠を置いた患者空間のあり方を探り、そこで考えられる病院建築における新たな計画論を導くことを試みる。

本研究の各章で展開する内容やその目的を以下に示す。

第1章 既往の病院研究の中での本研究の位置づけや研究の背景、目的、方法及び構成などについて示す。

第2章 入院患者の経時的研究（患者の意識や行動）

病院の環境を地理的環境とした位置づけることで、病院を意識や行動なども含んだ総体的意味での環境として捉えなおし、各々の患者にとって馴染みやすい病院の環境のあり方に言及しようとするものである。入院患者が新たに病院で入院生活を始める場合、どのように今の環境を理解し、各々の意識上に病院の諸空間を再構成しているのかを継続的な調査によって探り、病院建築計画に新たな視点を付与することを目的とする。

第3章 患者の意識や行動、患者空間

患者を取り巻く様々な環境と、それらと関わる患者の行動を調べることで、院内にある様々な空間や場所が主な利用者である患者にどのように意味づけられ、そして利用されているのかを調べる。具体的には、

^{註4} 長澤 他、患者の行動と認知を通じてみた病院外来の考察(Hospital Geographyに関する研究1) 日本建築学会論文報告集、1993.10. No.452

1. 患者の意識上に再構築される様々な空間や場所と、それらと関わる患者の環境行動特性
2. 患者の生活でみられる居場所形成とその様相、またそれらの意味変化や機能分化
3. 患者の日常行動を支援できる仕掛けとしての患者空間のあり方などについて考察を行う。

第4章 システムやプログラムの違いがもたらす患者の行動や患者空間
システムやプログラム、または患者を取り巻く様々な環境が違う韓国の病院での患者の行動特性や、患者の意識上に再構築される様々な空間や場所を調べ、日本の病院調査で明らかになった患者の行動や患者空間の意味合いとの比較を行う。

1. システムやプログラムの違いと患者の環境行動
2. かかわる環境の違いと患者の意識上に再構築された患者空間の意味合い
3. 患者空間をめぐる患者と環境の関係や、その変化様相などについて考察を行う。

第5章 総括

以上の章で行った分析や考察の結果を踏まえ、「患者空間」が、患者の意識の中でどのように位置づけられ、またそのことが各々の患者や利用者の環境行動と相互的な関わりをしているのか、についてまとめ、「患者空間」のあり方を、いわば試論として提案する。

1. 患者の環境個別化の意味とその可能性
2. 患者空間と環境体制化
3. 地理的環境としての患者空間のあり方

4. 研究の方法及び構成

(1) 研究方法

これまでの建築計画研究が調査によって得られた事実を統計数理的に扱って原因（要因）と結果（行動）との関係を探り、それをモデル化、パターン化してきたこと自体の限界を知り、それとは異なる方法を模索した。

本研究で行った調査内容やその分析方法、研究構成などは以下の通りである。また、本研究の構成を（図1-1）に示す。

第2章

少数の患者の事例を扱い、継続的な調査を行うことで患者の意識や行動の経時的な変化を知るために、1週間おき4回にわたって患者ひとりひとりの行動追跡やインタビューを行った。調査対象患者は、調査開始時点で当病院に入院した患者で、約4週間（一般病院における平均在院期間を考慮）程度で退院が見込まれる患者である。

少数の事例ではあるが、ひとりひとりの患者の意識や行動を環境との関係の中で記述的にとらえ、これまで統計的に優位を占める、いわゆる一般的傾向にのみ基づいて計画されてきた点の限界を自覚し、個々の事例のもつ意味を解釈することにより、従来計画する側が気づかなかった新しい側面を発見することに意を介した。

第3章

患者の環境行動や患者空間でみられる各々の諸様相をと1日断面で外来や病棟などにおける患者の滞在様態を記録した。さらに、それを基に空間や場所の利用状況などについてインタビューを行う（入院患者や外来利用者）ことで、場所利用の動機や目的、利用形態などについて記述的にとらえ、2章で明らかになった患者の意識や行動の経時的変化をより多くの事例を扱いながら、各々の患者にとっての患者空間の意味づけの変化などを様々な側面からその可能性について探る。調査は、東京と倉敷にある2つの病院（東芝病院と倉敷中央病院）で朝8時から夜10時まで30分間隔で患者の滞在様態を収録した。すなわち、調査前日に廊下を中心とした待ち空間・休憩場所などにある家具や物を図面上に収録し、その図をもとに人の移動や滞在状況を観察し、マップに記録した。また、インタビュー調査は、滞在調査をもとに患者が滞在している場所においてインタビューを行なうなどして補完した。

第4章

3章で行った調査と同様のマッピングやインタビュー調査を、システムやプログラム、取り巻く環境が異なる韓国の3カ所の病院（亜洲大学付属病院、ソウル中央病院、三星医療院）で行った。

入院患者や外来利用者の滞在マップは、全外来（中央診療部門を含む）と病棟の廊下を中心とした待ち空間・休憩空間などにある家具やモノを前日に図面上に収録し、その図をもとに30分間隔で（午前8時～午後10時）人の移動や滞在状況を観察し、記録した。

その中で病棟看護プログラムが違う（保護者の付き添いを認める／認めない）2ヶ所の病院（亜洲大学付属病院、三星医療院）では、十日程度で退院が予定される患者を対象に、患者マップをもとに空間や場所、取り巻く環境に対する意識や行動の変化について、三日おきの継続的なインタビュー調査を行った。

第5章

各々の章で明らかになった患者の行動やそれらとかがわる環境（物理的環境や社会的環境）などに関連して、地理的環境としての患者空間を論ずる上で、状況論的な一つの現象ではなく、患者の環境行動や環境体制化に欠かせない様相として考察し、それを新たな病院建築のあり方に照らして記述的に論ずる。

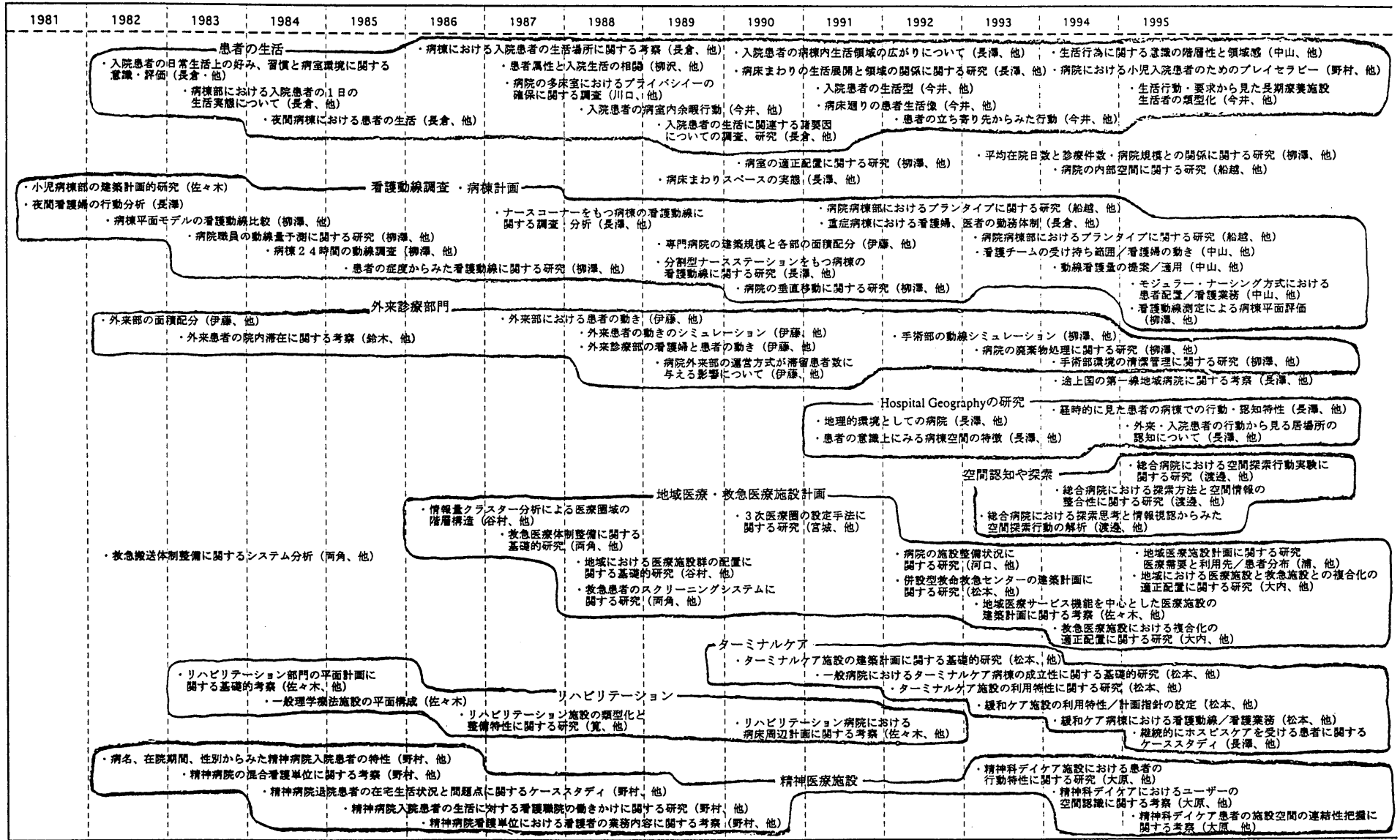
(2) 患者空間の意味

病院建築の部門分類では、病棟・外来部・診療部門・供給部門・管理部に分けられ、患者や外来利用者が関わるのは病棟・外来部・診療部門であるとして、患者や外来利用者は医療プログラムによって設けられた空間で待ったり、診療部門の間を移動したりする。しかし、院内に設けられた空間とは各部門あるいは各診療科ごとに完結された形で患者や外来利用者に提供され、管理されているのが一般的である。すなわち、まわりを意識せずに滞在できる空間や場所が病院の中でみられないことも珍しくもない。また、数多くの複雑な機能空間をつなぐ通路や廊下なども少なくない。性格付けのはっきりしない空間や場所が、使い手の意識や行動とは離れた形で機能空間の付随的な扱いをされることで、一貫性を失い、患者の空間や場所利用や環境体制化を妨げる場合もあると思われる。

したがって、本研究では主な使い手である患者の視点から、外来部門や病棟部門などの管理区分によらず、病室を除いた患者が居る、あるいは居られる空間や場所として、名前が付いている空間（ある目的機能が想定され設けられた空間：待合空間、デイルーム、面会コーナー、喫煙コーナーなど）や名前の付いてない空間（廊下、ロビー、休憩空間など）を総称して患者空間と定義し、そのような視点から病院内の様々な空間や場所を照らすことを試みる。

表 1-1

医療施設研究の流れ (建築学会大会梗概集をもとに作成)



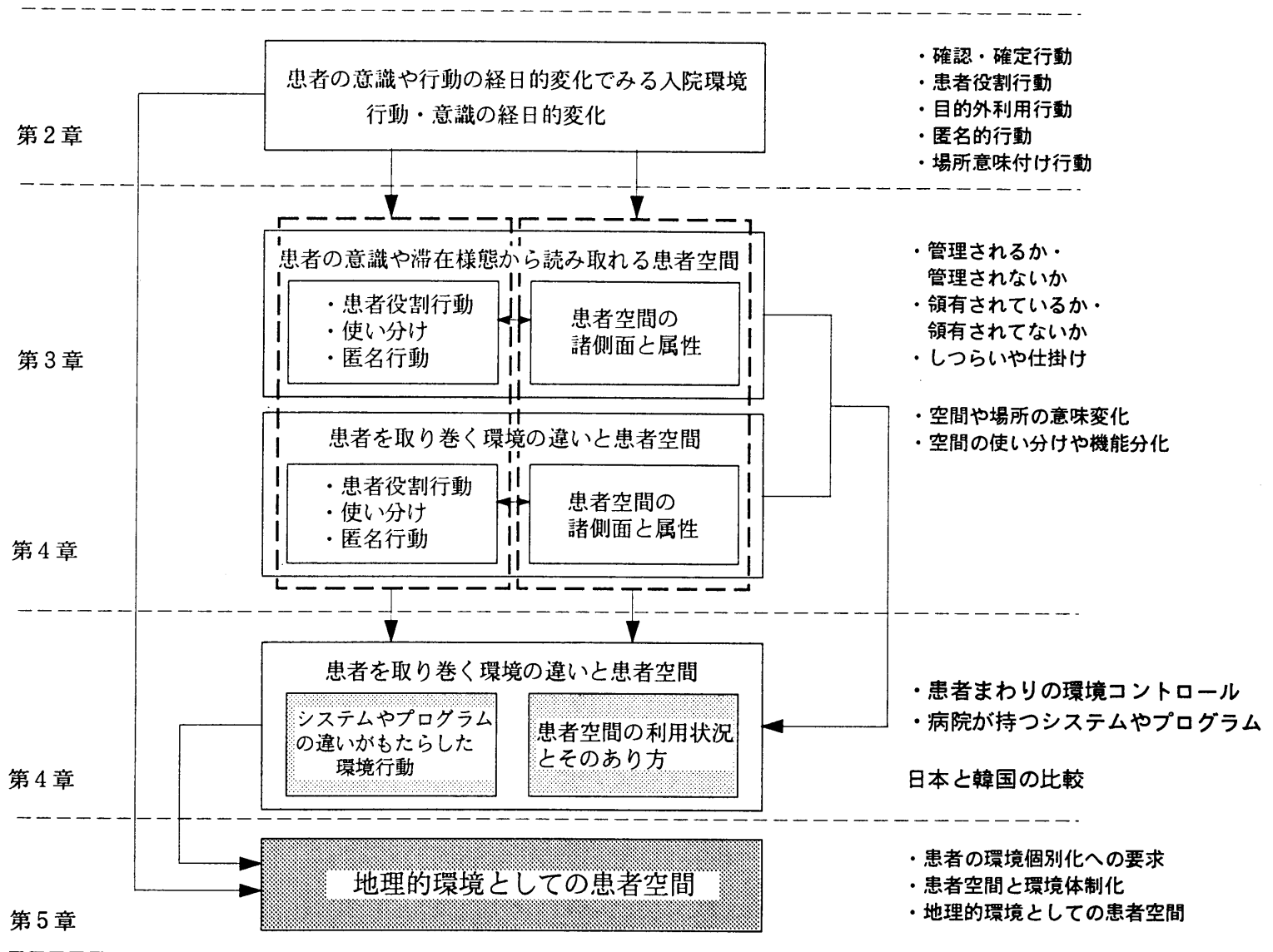


図1-1 研究の構成

第2章 患者の意識や行動の経日的変化 に見る入院環境

1. 研究の背景と目的
 2. 研究の方法
 3. 調査事例の分析
 4. 行動・意識の経日的変化に関する考察
 - (1) 確認・確定行動の段階
 - (2) 患者役割行動の段階
 - (3) 目的外利用行動の段階
 - (4) 匿名的行動の段階
 - (5) 場所意味付け行動の段階
 5. まとめ
-

第2章 患者の意識や行動の経日的変化に見る入院環境

1. 研究の背景と目的

利用者の視点から施設を捉えようとする動きは近年、特にアメニティーの指向というかたちで病院建築の分野において現われている。それらは本質的には、利用者である患者が、病院の空間やシステムをどのように意識しているのかといったことを日常生活と対比し、できるだけ日常性を備えるような建築的工夫を加え、機能的側面だけに留まらない患者空間を創りだす動きでなければならない。

本研究は、病院の空間を患者の意識や行動などをも含んだ総体的意味での環境（地理的環境^{#1}）として捉えなおし、各々の患者にとって馴染みやすい病院の環境のあり方に言及しようとするものである。先行する研究（患者の行動と認知を通してみた病院外来の考察^{#2}）を更に発展させ、この章では、入院患者が新たに病院で入院生活を始める場合、どのように今の環境を理解し、各々の意識上に病院の諸空間を再構成しているのかを継続的な調査によって探り、病院建築計画に新たな視点を付与することを目的とする。

2. 研究の方法

1993年11月19日～12月10日の間、1週間おきに4回にわたって継続的に調査を行った。対象は、調査開始時点で当病院に入院した患者で、約4週間（一般病院における平均在院期間を考慮）程度で退院が見込まれる患者5名（内科系3名、外科系2名）である。調査を実施した病院の概要、調査の日

^{#1} 地理的環境とは、前報で定義したように地理学の場所に関わる諸属性と場所がそこに存在する個人にとっての意味において成立しているとする見方で、病院の空間を地理的環境として位置づけ、患者あるいは他の利用者の心理や意識、個人にとっての意味の側面からなる空間の構成を考察することである。

^{#2} 長澤 泰他2名：患者の行動と認知を通してみた病院外来の考察-Hospital Geographyに関する研究1-, 日本建築学会計画系論文報告集, No.452, pp75～84, 日本建築学会, 1993.10

程、内容及び方法、患者属性については（図2-1、表2-1～2-3）に示す。

調査にあたっては、過去に本病院での入院経験がなく、病棟婦長が本調査に対応可能であると判断した患者に対して、まず調査員が病室を訪問し、本調査の趣旨を説明し、了解の得られた方を対象とした。また研究の目的に照らし、誘導的になることをできる限り避けるため、インタビューにあたっては日課等を聞くことから始め、行動や意識についての動機あるいは原因については深く問いただすことをしないように配慮した。分析にあたっては、本研究の趣旨に従って統計的に事例を扱うことを極力避けた。これは、客観性を欠くとの見方もあろうが、本稿ではむしろ少数事例ではあるが、ひとりひとりの患者の意識や行動を環境との関係性の中で記述的にとらえ、いままで統計的に憂位を占める、いわゆる一般的傾向のみに基いて計画されてきた点の限界を自覚し、個々の事例の持つ意味を解釈することにより、従来計画する側が気付かなかった新しい側面を発見することに意を配している。

3. 調査事例の分析

滞在時間の大部分を占める病室生活を中心とした人間関係や生活日課の変化、行動内容や範囲、使われるモノや場所などについて、経時的な変化に主眼をおいて事例ごとに記述する。なお、事例の図・表にある場所別滞在時間、行為別時間分布及び道筋の変化などの行動の場面は行動観察調査により、また生活や各場所の利用に伴う経時の変化はインタビュー調査に基づいたものである。

(1) 事例1 (Hさん)

娘と面会時に言葉を交わす程度で、病室内では他の患者との会話は見られなかった。ほとんどいつもベッド上に横になり、雑誌を読んだり、ラジオを聴いていた。入院後3回の病室移動（表2-3参照）があったためか、日を経るにつれキュービクルカーテンを閉じるようになった。突然の入院でかなりショックを受けている様子。毎日点滴が続けられ、検査や手術以外は、点滴架を押して廊下を散歩（光庭をぐるっとまわる）したり、8階の喫煙コーナーに通うだけである。“ここでやる唯一の楽しみは、タバコを吸うことし

かない”と語り、患者同士で言葉を交わすのは喫煙コーナーに限られた。何度も検査のために、地下の放射線部門や2階の生理機能検査部門へ看護婦に付き添われて行っているにもかかわらず、“病院のことは何にも知らない”という。

(2) 事例2 (Tさん)

検査で地下の放射線部門や2階の生理機能検査部門へ病室から出かける時間以外は、ほとんどベッド上に横になって過ごす。午後になると面会に来た夫人と少し言葉を交わす程度である。症状が緩和し、入院8日後に個室から5床室に移ったが、日常の生活環境から離れた病院での生活が原因してか、痴呆症状が進み、在宅での療養を勧められて退院した。Tさんのベッドは、5床室の3床並びの真ん中であつたが、トイレから戻るとき入口に最も近いベッドを自分のベッドと誤認し、そこに腰掛けたり、横になったりする様子が再三見られた。転室以前に個室にいたため、廊下から入ってすぐが自分のベッドであると錯覚したと思われる。

(3) 事例3 (Oさん)

入院当初には同室に若い患者(24才)が居て会話があつたが、入院12日目にその患者が退院した後は、他の患者との年齢差や生活リズムの違いなどで“人間関係がうまくいかない”と語る。それが原因してか、病室は落ち着かない場所となつて、いつも病室の外に出ようとするようになる。

病室での滞在時間の減少に伴つて、同室の患者同士の会話やベッドまわりの物の整理などに費す時間が少なくなる。逆に、本を読む・ジュースを飲む・外を眺めるなどといったことがデイルームで見られ、また7・8階の電話コーナーでの電話や、8階の喫煙コーナーでは自販機や売店で飲み物を買って飲んだり、タバコを吸ったりしながら、患者同士の会話を楽しむなど、病室外での滞在が長くなっている(図2-2)。自分の病室よりは8階の共用の場所を拠点として、居場所を形成しているように見受けられる。入院当初には“消灯後眠れない時、誰もいないデイルームや喫煙コーナーに居る方が良い”と語つたが、日を経るにつれて“外来待合いが居心地よい場所になつた”という。“1階の総合受付前のロビーや、またそこに先客がある場合には整形外科の待合ホールに行くようになり、休みの日には昼間でも1階に降りてそこから外を眺めたり、考え込んだりすることが多い”という。普通の

電話は病棟から、また聞かれては困る内容の場合には、1階の電話といった使い分けをしている（図2-3、2-4、表2-4）。

また、検査に行ったとき、地下1階には8階の喫煙コーナー前の自販機にはない物があるということを知り、その後は、地下1階の自販機でジュースを買ってから、8階の喫煙コーナーに行ったりする様子も見受けられた。

（4）事例4（Eさん）

同年輩の同室者との人間関係が良好で、“手術に関すること等を教えてもらったり、手術前日には同室者の案内で上階に夜景を見に行ったり、富士山を眺めに行ったりした”という。1日の大半を占める病室滞在時間の経日的な変化はあまり大きくない。手術後の症状回復とともに読書・折り紙・ベッドまわりでの体操、ベッド上あるいは病室内通路や同室患者のベッドまわりで話しを交わしたり、お茶を飲んだりする様子が見られるようになる（図2-5、表2-5）。“在院中は自分のベッドまわりが一番落ち着く”と言い、時間の経過に伴う行動範囲の拡大よりは病室内での行動内容に質的な変化が見られる。

手術直後は心理的な影響もあってか行動が萎縮し、リハビリを兼ねて病室周辺の廊下を行き来するだけであったが、“病室外の洗面所やトイレの利用、あるいは病室前の廊下から外を眺める時など、また情報交換などをきっかけに他病室の患者と挨拶するようになった”という。“カテーテルと点液ボトルがとれた後は、散歩・お湯汲み・デイルームの冷蔵庫やテレビの利用などが多くなり、遠く離れた病室にまで知り合いができ、声をかけあって一緒にデイルームでお茶を飲んだりする仲になった”という（図2-6、表2-5）。

（5）事例5（Mさん）

入院当初は5床室の3床並びの真ん中のベッドで、“慣れない環境の中に閉じこめられた気がして眠れなかった”という。その後同室の一人が退院し、窓際のベッドに移ってやっと落ちつくようになる。病室の滞在は圧倒的にベッドでの牽引時間が長い。面会などで牽引時間が取れないことに気付き、ベッド上でじっと牽引する時間を努めて増やすよう、“できるだけ長くベッド上に居るようにしている”という（図2-7）。しかし一方で、ベッドまわりの物の整理や牽引の準備、食後、お茶を飲みながらの同室患者との会話、お湯汲み・電話など、限られた時間内に数多くの行為が見られるようになる。

“入院当初にはロビーのようにくつろげる場所として感じていた面会コーナーだったが、その後NS（ナースステーション、以下同様）が気になり始め、家族との親密な話などはデイルームを利用することになった”という。また、朝食前に同室の患者とお湯を汲んでデイルームにゆき、日の出やテレビを見ながらお茶を飲む回数が増えるに従って、そこから見える病院外の通行人の動きを見て、その日の外界の様子も想像するようになる。リハビリのため毎日通る2階の通路も、行き帰りの途中にゆったりできる場所として利用するようになる（表2-6）。

また、入院当初は隣接病棟側の電話を使い始めたが、“NS前を通ることが気になって近くの電話を声を低くして使うようになった”という。また、湯沸かしコーナーまでの道筋も当初はNS前を通ったが、その後はデイルーム側を通るようになる（図2-8）。

4. 行動・意識の経日的変化に関する考察

多くの患者は偶発的事故や病気のため、社会的環境としては慣れ親しんだ家族や同僚から医療者あるいは他の入院患者へ、また物理的環境としては住宅や職場から病院へという変化を余儀なくされる。このような環境の変化に伴って以上の事例に示した調査対象患者は当然、学習・適応能力・日常生活環境・疾病などの個人差は見られるが、以下に示すようないくつかの特徴的な経緯をたどって環境に馴染んでゆく様子がみられた。

（1）確認・確定行動の段階

入院時に患者は、まず利用できる設備や場所等について看護婦からの説明あるいは現地への案内、入院案内文書（案内図は示されない）により知る。その時与えられる情報は、病院側が想定した患者用諸室や設備、そしてスケジュールを含めたそれらの利用規則である。これは前報（前掲）で示した管

理された情報^{注3}に相当する。その後、患者は定められた日課や偶然の探索行動を通じて、あるモノを使って良いのか・悪いのか、あるいは行ってもいいのか・いけないのか、^{注4}などの情報、即ち管理されない情報を得る^{注5}。このようにまず管理された情報を基盤として、各自の体験といった患者自身の働きかけにより得られる管理されない情報を得て、社会的・物理的環境の存在を確認し、意識上に確定する段階が存在する。

(2) 患者役割行動^{注6}の段階

入院生活が始まるにつれ、各自は自分自身の行動を患者としての役割に照らして判断するようになる。すなわち、普段日常的に行っていたことでも、

^{注3} 管理された情報とは、病院側から患者に与えられる空間やモノに対する情報、そしてそれらの利用規則に関する情報である。入院しおりに盛り込まれた情報の具体例を次に示す。

- ①場所：洗面・排泄・食事・入浴・面会・他室訪問・購買・喫煙のための場所、火災その他の災害時用施設
- ②モノ：冷蔵庫・電話・洗濯機・テレビ・カーテン・収納家具など
- ③規則：災害時の避難方法、起床・消灯時間など

^{注4} 以下のような各自の探索行動が見られた。

- ①「入院初期に方向を間違っ隣隣の看護単位に入った時、非常に不安でやっとNSの所に戻ってきて、自分の部屋に帰ることが出来た」(E：以下、記号は患者略号)
- ②「単位内の電話はNSに自分の声が聞こえるような気がして(普段自分の声が大いので)隣の看護単位の電話を使い始めたが、NSの前を通るのが気になって(近い単位内の電話を使わずに隣の単位の電話を使うのが気遣われることで)自分の所の電話を声を下げて使う」(M)
- ③「初めパントリーは隣の看護単位内に設けられたことや置かれた物(お湯配りなどで使うカートや個人の急須、洗剤など)などで自分が使う所ではないと思った」(M)。なお、パントリーが設けられた単位内の患者は茶碗や箸などを洗ったりする様子が多く見られるが、パントリーが設けられてない隣単位では「みんな洗面コーナーを利用する」
- ④「向こうはちょっと違うみたいな感じで、やたらと歩いちゃいけないと思って行かないように努める」(E)(迷った経験以外にデイルームなどにあまり立ち寄りたことや隣の看護単位の様子が視野に入らないことで情報が得られていない。)

^{注5} 管理されない情報とは、患者同士の会話や患者自身の体験によって得られる、病院側からの管理された情報以外の全てを意味する。

^{注6} 波平恵美子、医療人類学入門、朝日新聞社、1994、p114

波平は、患者役割とは病人役割の中の特殊あるいは部分的なもので、周囲の人々がその人を病人扱いし、本人もそれに納得してその役割を引き受けると、その人は健康人としての義務から開放される同時に、同情や配慮が周囲から与えられることであると述べている

患者としてやってはいけないと思ったり、NSなど管理の目を意識する^{注7}。

このような、まわりを意識することで生じる患者役割行動は、患者自身が暗黙の了解として受け取っている規範や、管理されていると意識していることなどで生じるものとみられる。このように患者としての役割行動や時々の状態、あるいは種々の目的に応じて環境を使い分ける段階が存在する。

(3) 目的外利用行動の段階

病院側あるいは設計者側がある機能を想定し、ルールを定めて、あるいは定められていない場合にも暗黙の了解で設けられた環境が、実際には患者個人で異なった目的や方法で使われる段階が存在する。すなわち、患者各人は入院当初には、空間やモノを定められたルールの通りに使っているが、日を経るにつれて、空間やモノの確認・確定行動と、役割行動などを経過して、こうしたルールと異なる使い方をするようになる^{注8}。

(4) 匿名的行動の段階

想定と異なる行動の中にはいわば匿名的な行動と言えるものもある。これは患者役割行動に対する回避的行動とも解釈できる。具体的には、入院患者自身が管理されている領域を離れたところで、あるモノを利用したり、そこ

^{注7} 患者の役割行動としては以下のような例がみられた。

①「自分が患者だから人々が多く通るNS前はあまり通りたくない」(E)。「手術後の点滴ボトルやカテーテルが付いて恥ずかしいので病室前の廊下を往復したりして、NSの方には行かないようにした」(E)

②「NS側が気になって、隣単位にある電話や湯沸しコーナまでの道筋がNSの前からデイルーム側に変化した」、「面会場面が見られたり、話の声がNS側に聞こえるのではないかと不安で面会場所が面会コーナーからデイルームに変わるようになった」(M)

③冷蔵庫や湯沸かしコーナーを利用するとき、あるいはデイルームを利用するときなど、各々の移動目的に応じて移動のルートが選択されたりする(E/M/O)。すなわち、急須や飲み物などを持った時はなるべく多くの人を通るNS前を避けようとする。

^{注8} 想定と異なる使い方としては以下の事例がみられた。

①「最初はいつも面会は面会コーナーだったが、NS側を気にすることでデイルームに変わった。その後、話の内容や面会人数により、面会コーナーと、デイルームを使い分けている」(M)。「娘が来たときの親密な話は人がいない面会コーナーを利用し、親戚や友達に来たときはDRで話をする」(M)。

②「話の内容によって、看護単位内の1カ所に設けられている電話を使わずに、外来や中央診療部の電話を使う」(O)。「普通は単位内、または隣のものを利用するが、他人に聞こえては困る場合は1階や地下1階の電話を使う」(O)。

③看護単位内に置かれた冷蔵庫を使わず、隣の冷蔵庫を使う(E/M/O)。デイルームの両側にそれぞれ冷蔵庫が置かれてあるが、どちらを使うべきかの規則はない。なお入れる場合は名前をつけるように張り紙がしてある。

に滞在する行動で、ある状況から離れたい、一人になりたい時に、静かな誰もいないところ、逆に外来や診療部門などのように大勢の他人がいる場所を訪ね、考え込んだり、本を読んだり、電話を利用したりする行動がみられる^{注9}。これは管理者と患者、患者と患者との間の人間関係におけるプライバシー^{注10}の確立への意識から生じるものとも考えられる。また、一人になる場面については、ゴフマンの「人-役柄の図式」^{注11}に照らしてみると、管理されたり、居合わせる環境から切り離れた状況での自己と、患者としての自己との図式に読み変えられる。

(5) 場所意味付け行動の段階

ある場所を繰り返して通ることや、そこでの体験を通して、その場所に対する意味付けが起こる段階が存在する。すなわち、限られた環境での単調な生活パターンの中で情報が増えることにより変化を求め、環境を再構築する段階である。具体的には、患者自身の環境への積極的な働きかけや、種々の場所で展開している出来事を知ることを通してそれぞれの個人が病院内の幾つかの場所に個人的な意味を見出し、定形化した行動を破ろうとしている様

^{注9} 匿名的行動としては以下の事例がみられた。

①「夜は遅くまで眠れない時に一人になりたいようになって、最初は誰もいないデイルームを訪れたが、NSが気になって、誰もいない外来を訪れるようになった」、「夜遅くの外来は電話と共に、静かで人がいなければどこでも一人になれる」(O)。

②「昼でも休日に1階外来ホールを自分一人の居場所として訪れるようになった」という(O)

^{注10} Westin Alan.F:Privacy and Freedom, The Bodley Head,1967,pp31-39

ウェスティンによれば、プライバシーとは、1) 独居(Solitude) 2) 親密(Intimacy) 3) 匿名(Anonymity) 4) 確保(Reserve)と定義し、プライバシーの機能としては、1) 個人の自律(personal autonomy) 2) 感情の解放(release of emotions) 3) 自己評価(self-evaluation) 4) コミュニケーションの保護(limited and protected communication)を挙げている。

^{注11} 安川一編、ゴフマン世界の再構成、世界思想社,1991,pp56-59

Goffman,E(石黒 毅訳)：行為と演技(The Presentation of Self in Everyday Life,1959)、誠信書房,1974,pp297-300

ゴフマンは、「共在」特に他人関係にある他者と居合わず状況の中のパフォーマンスに関わる個人の自己として、「パフォーマー」「プレイヤー」としての自己と、「役柄」「神聖なイメージ」としての自己という「人-役柄の図式」の二重の定義を用いている。

子が伺える^{注12}。

5. まとめ

入院とともに患者はまず病院側から与えられる「管理された情報」をもとに、まわりの環境を理解しはじめる。その後、様々なきっかけで病院内の新しい空間やモノの存在を認識し、それらの特徴を確定する行動を起こす（確認・確定段階）。その一方で患者としての自身の役割行動を意識するようになり、時々状態に応じて、こうした空間やモノを使い分けるようになる（患者役割行動段階）。そして、想定された機能やルールと異なる目的や方法で患者個人が空間やモノを利用することも発生する（目的外利用行動段階）。さらに、それらの空間やモノに付随する種々の出来事や患者自身の働きかけを通して院内のある空間やモノが個人にとって特別な意味を持ち、その人にとっての新しい環境として定形化した行動を破る行動を呼んでいる（場所意味付け行動段階）。

今回の少数例の継続調査により、少なくとも上述の5つの段階の存在が確認されたが、これが経日的にどの様な順序で発生するのか、あるいはこのほかに別の段階が存在するのかは、今後の研究を待たなければならないと考える。

しかし、こうした患者の意識や行動の経時的変化そのものが、患者に生起

^{注12} 場所の意味づけ行動としては以下の事例がみられた。

①「喫煙コーナーとともにいつも8階の自動販売機を利用したが、8階にはない飲み物が入った自動販売機を見つけた後は1日何回かは喫煙コーナーに行く前にまず地下に降りて電話をかけたり、カンジュースを買って8階の喫煙コーナーに行くようになった」(O)

②「自分のベッドまわりや病室の入口のところが主な滞在場所だったが、患者同士の知り合いが増えることで、デイルームで一緒にお茶を飲んで会話を楽しむのを日課とする」(E)

③「最初はリハビリの時に立ち寄りなかったが、毎日通ることで2階の吹き抜けコーナーから1階の外來の様子を見下ろすのが楽しみになる」(M)

④「病棟では直接外の空気に触れられないのでわからなかったその日の外の様子が面会客の見送りの時に1階の玄関まで行くと外の寒さなどが感じられたり、毎朝お湯汲みに行くとき最初はNS前を通ったが、急須を持って毎朝NS前を通るのが気になってデイルームを通るようになったり、朝日が綺麗で立ち寄ったデイルームから見え、駅に向う通行人の姿で外の様子を予測出来るようになった」(M)

する意識上での空間の秩序化や、環境の再体制化^{注13}の過程の一部であることは確かであり、これらから以下に示すような病院建築計画上の新しいいくつかの知見が得られた。

1) 当初の用途と異なる利用をも想定すること

病院の計画・設計の段階で一意的に、あるいは断片的に想定されたストーリーによって決められた用途や機能をもった空間やモノが、実際には患者の新しい環境に馴染む段階に応じて多様に使い分けられていることを十分に意識すべきである。この意味において従来から計画・設計において所要室の種類や面積リストが過度に重要視されている姿勢には疑問があると考えられる。

2) 全体が理解しやすい構成にすること

患者は自己の病棟を中心に新しい環境を把握しはじめ、病院全体を徐々に理解するようになる。しかし、未知の空間は隣の看護単位ですら、把握にはかなり時間がかかっている様子がみられ、それだけ不安が増していることが予想される。このような視点から病院全体が患者にとってわかりやすいことを改めて重要視する必要がある。

3) 管理されない空間を用意すること

人と顔を会わせたくない、自分の存在を意識されたくない、あるいは患者役割に反していると意識しているときにその行動を見られたくない、という状況にある患者が利用できる、閉じこもってプライバシーを確保したり、大勢の中で匿名性を保ち得る空間を用意する必要がある。これは病棟内で処理することもできるし、病院全体で解決することもできよう。すなわち、病棟内に多目的・無目的な空間を設けたり、業務の終了した外来部門などの有効活用を考えたりすべきであろう。

4) 外が見えることの意味を重視すること

外が見えることは単に庭の樹木や空の様子を見ることだけではなく、外界と隔絶した人工的環境に閉じ込められた患者が外の人々の活動を見て社会との連帯感を失わないとか、人々の服装によって外界の気温・季節を伺い知るなど、多くの意味をもつことを認識すべきである。

^{注13} G.Rロフタス著,大村彰道訳、人間の記憶、東京大学出版会,1980,pp91-100

体制化とはロフタスによれば、新たな材料を既存の論理的枠組に組み込もうとすることや、材料を統合的な単位として組み込めるような何か新たな論理的枠組を作り出すと定義される。

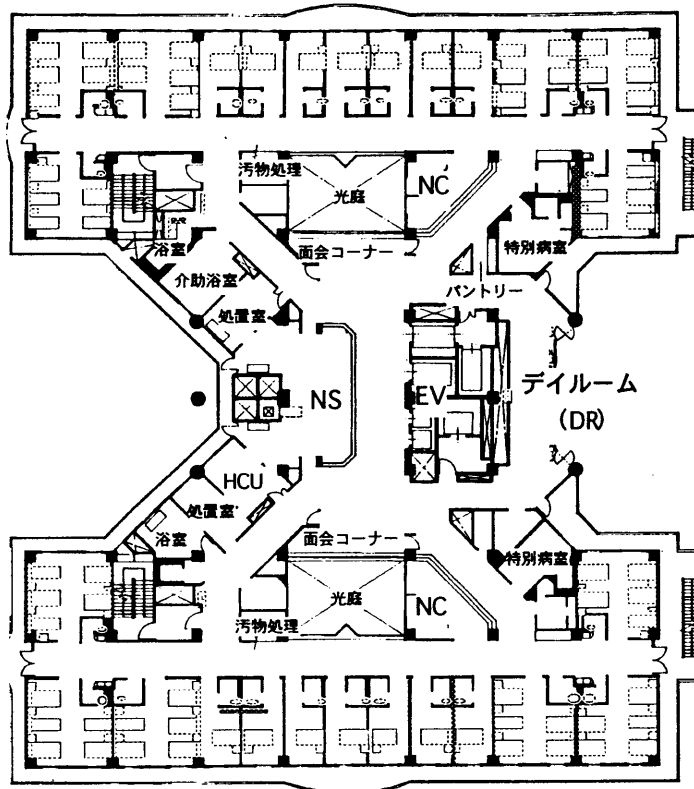
5) 患者にとってのNSの位置づけを考慮すること

看護の基点としてのNSは動線の短縮、観察の起点として病棟の要石であるが、ある種の患者にとっては自分たちが管理される見張台という印象で捉えていることがわかった。今後はNSの位置や形態について、改めて、より広い視点で考える必要があるだろう。

6) 交流の場所を積極的にしつらえること

患者個々人が好きなときに参加でき、あるいはそこで待っていれば期待どおりにコミュニティーが形成できるような場を積極的に設ける必要がある。これはデイルームとか喫煙室といった既存の空間を充実させることだけではなく、ホールや通路を含めた必ずしも室名のない無名のスペースを豊かにすることでも可能と考えられる。

以上の6項目以外にもまだ未知のことからの存在が予想されるが、少なくともこの6項目を満たすだけでも病院での定形化した、あるいは静養だけが暗黙の了解になっている入院生活に豊かさを与えているように思われる。言いかえれば、病気の治癒を主目的として一義的に組み立てられたルールと、これらに対応する空間構成やモノの性格付けとは別の、患者にとって院内で普通に生活を送るための要素のひとつと見ることが出来よう。



東芝病院

(東京都品川区大井町)

-1993年1月竣工

-病床数312

- 地下1階：中央診療部
- 1階：外来部
- 2階：外来部・検査部・リハビリ(別棟)
- 3～7階：病棟
- 最上階の8階に売店・レストラン・喫煙コーナーが設けられている
- 病棟各階は南北2看護単位よりなり、病室は5床室と個室を基本とする

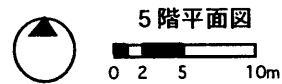


図2-1 調査対象病院の概要

表2-1 調査日程

科	患者	11月19日	11月26日	12月3日	12月10日	備考
内科	Hさん	★☆	★☆	★		12/06手術
	Tさん	★☆	★☆			12/01退院
	Oさん		★☆	★☆	★☆	
外科	Eさん	★☆	★☆	★☆		12/09退院
	Mさん	★☆	★☆	★☆	★☆	

★行動観察調査 ☆インタビュー調査

表2-2 調査内容及び方法

(1) 行動観察調査
1日の生活(8時～18時)の行為内容・時刻・場所の記録 患者の行動場面・道筋などを図面に記録
(2) インタビュー調査
観察の後(夕食後)以下の内容で継続的にインタビューを行った
1) 1日の生活を聞く
2) 生活空間に関する質問
i) 気分転換や散歩などで、主に利用する場所とその道筋
ii) 親しみや心地よさを感じた経験とその場所
iii) 他の患者さんとの知り合いや交流状況、その場所
iv) 付き添いや見舞客が訪れた場合、主に利用する場所
3) スケッチマップ調査
第1回及び第3回目の2回行った。
*本稿では上記1)、2)の調査結果について報告する

表2-3 調査患者の属性及び管理スケジュール

事例1	Hさん	73才・男	腹部腫瘤
		11月18日入院	
外来（初診）からの突然の入院 検査のため調査期間中は食事待ちで点滴のみだった 12月6日手術、8日午後回復室から病室に戻る 病室移動：18日～19日午前；7階南-個室 - 19日午後；7階北-5人部屋 - 12月2日手術のため；外科4階北-5人部屋			
事例2	Tさん	74才・男	肺気腫
		11月18日入院	12月1日退院
外来（初診）からの突然の入院 調査当日は呼吸困難のため酸素吸入、病室以外の移動は誤送 病室移動：18日～25日午前（個室） - 25日に症状が弱くなり5人部屋に移動 - 26日痴呆症状や心理不安のため調査中止 在宅が勧められ、12月1日退院			
事例3	Oさん	18才・女	疑肝障害
	7階北-5人部屋	11月22日入院	
8月から他病院で入院生活が始まる 病名不明のため、他病院からの紹介で移った 12月3日MRI検査、8日組織検査 8日から甲状腺の薬を飲む、検査結果を見て治療開始の予定			
事例4	Eさん	62才・女	乳ガン
	4階北-5人部屋	11月12日入院	12月9日退院
11月16日非定形左乳房切断手術 18日午後回復室から病室へ 手術後1週間はカテーテルと点液ボトルが付いた			
事例5	Mさん	48才・女	頸部脊椎神経根症
	5階南-5人部屋	11月18日入院	12月27日退院予定
1日4時間牽引（自己管理）と30分のリハビリ リハビリの結果を見て手術を検討			

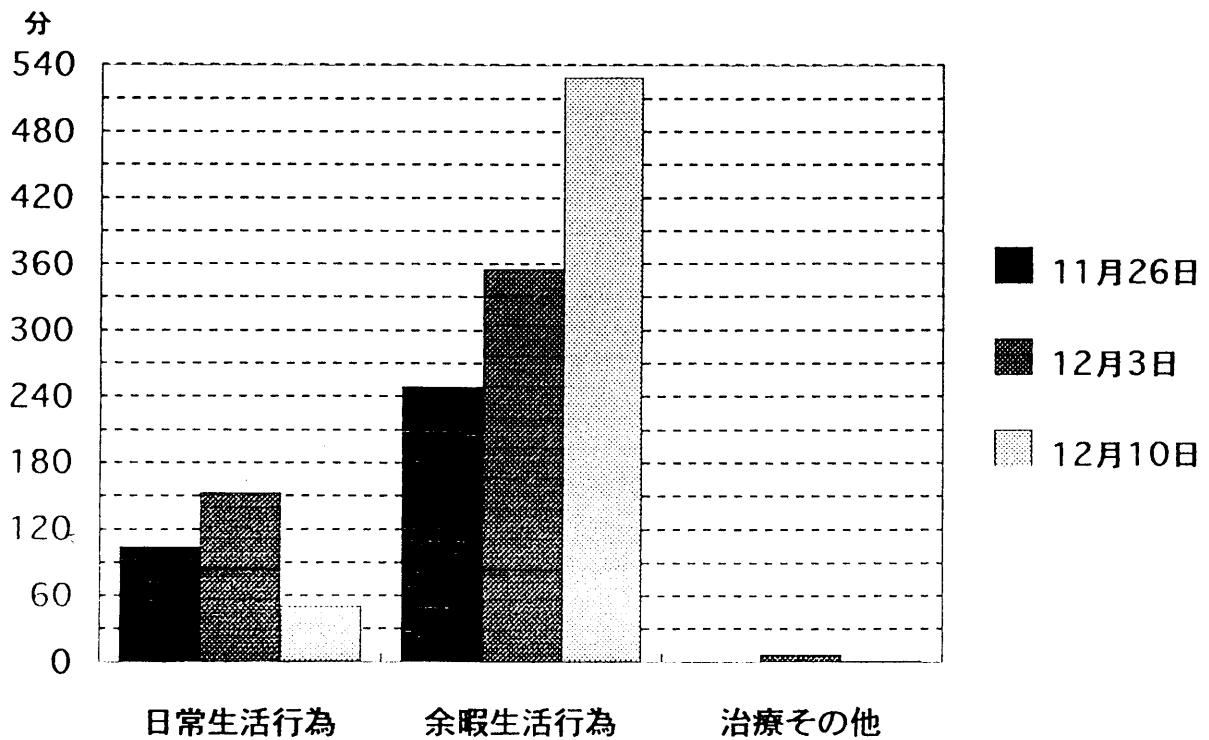
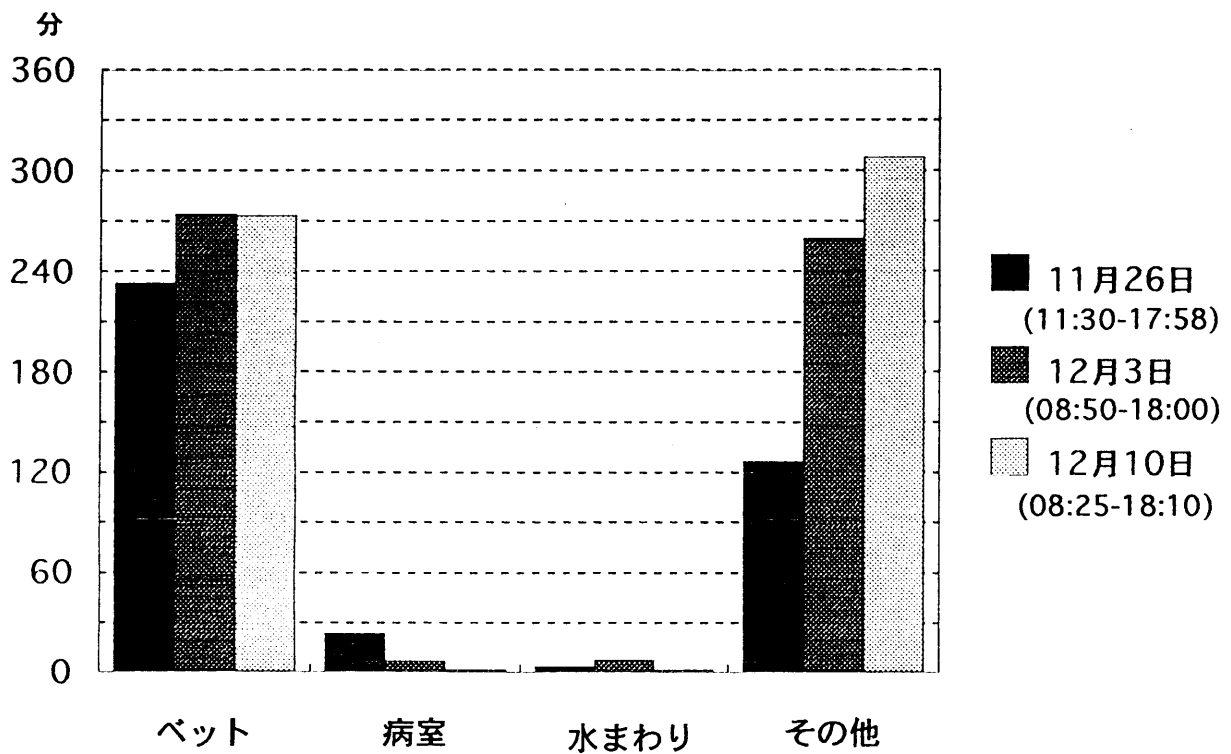
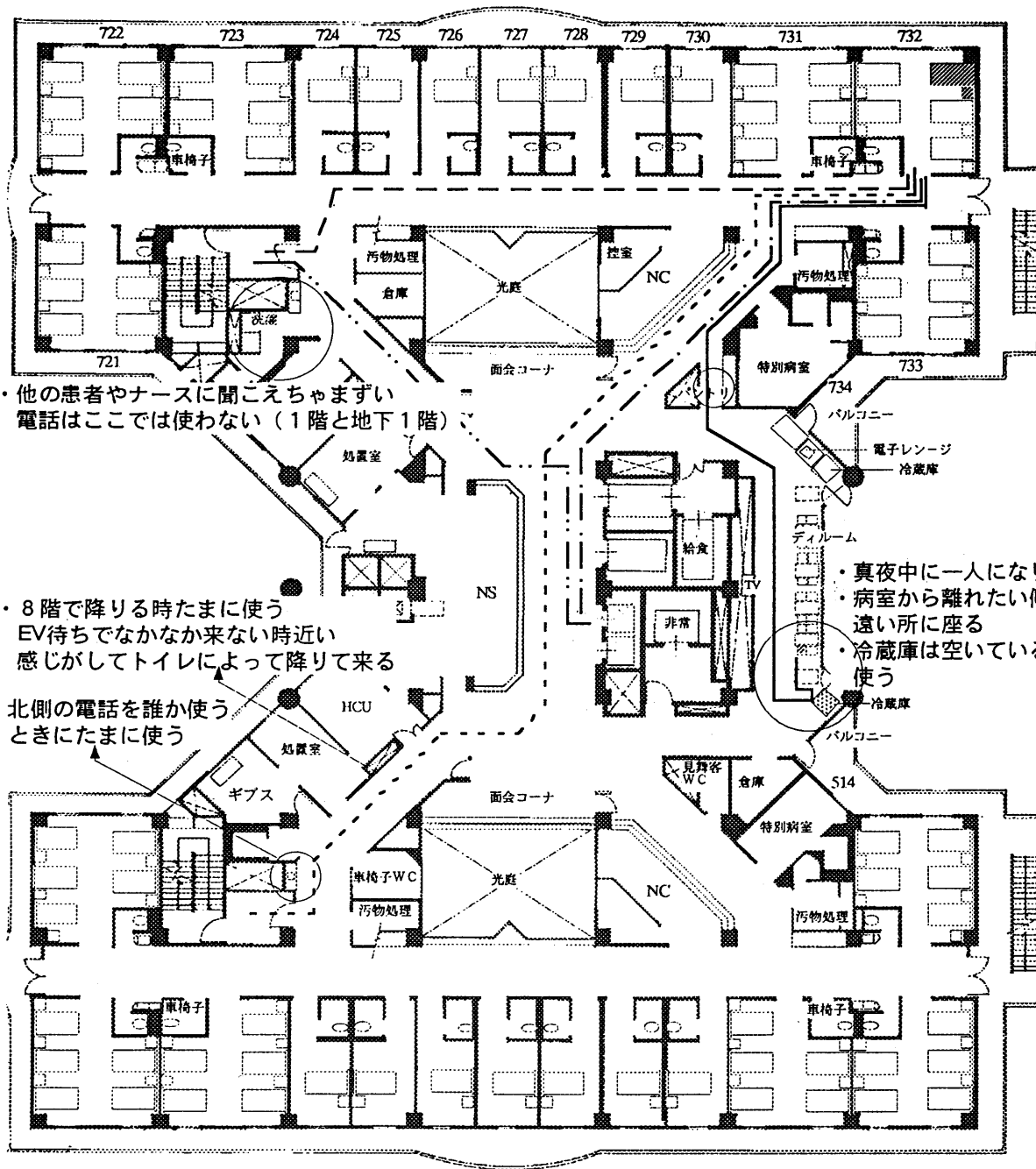


図2—2 事例3の場所別(上)・行為別(下)時間分布



・他の患者やナースに聞こえちゃまずい
電話はここでは使わない（1階と地下1階）

・8階で降りる時たまに使う
EV待ちでなかなか来ない時近い
感じがしてトイレによって降りて来る

・北側の電話を誰か使う
ときにたまに使う

・真夜中に一人になりたい時
・病室から離れたい傾向でいつも
遠い所に座る
・冷蔵庫は空いているから南側を
使う

図2-3 事例3の行動ルートや場面（7階病棟）

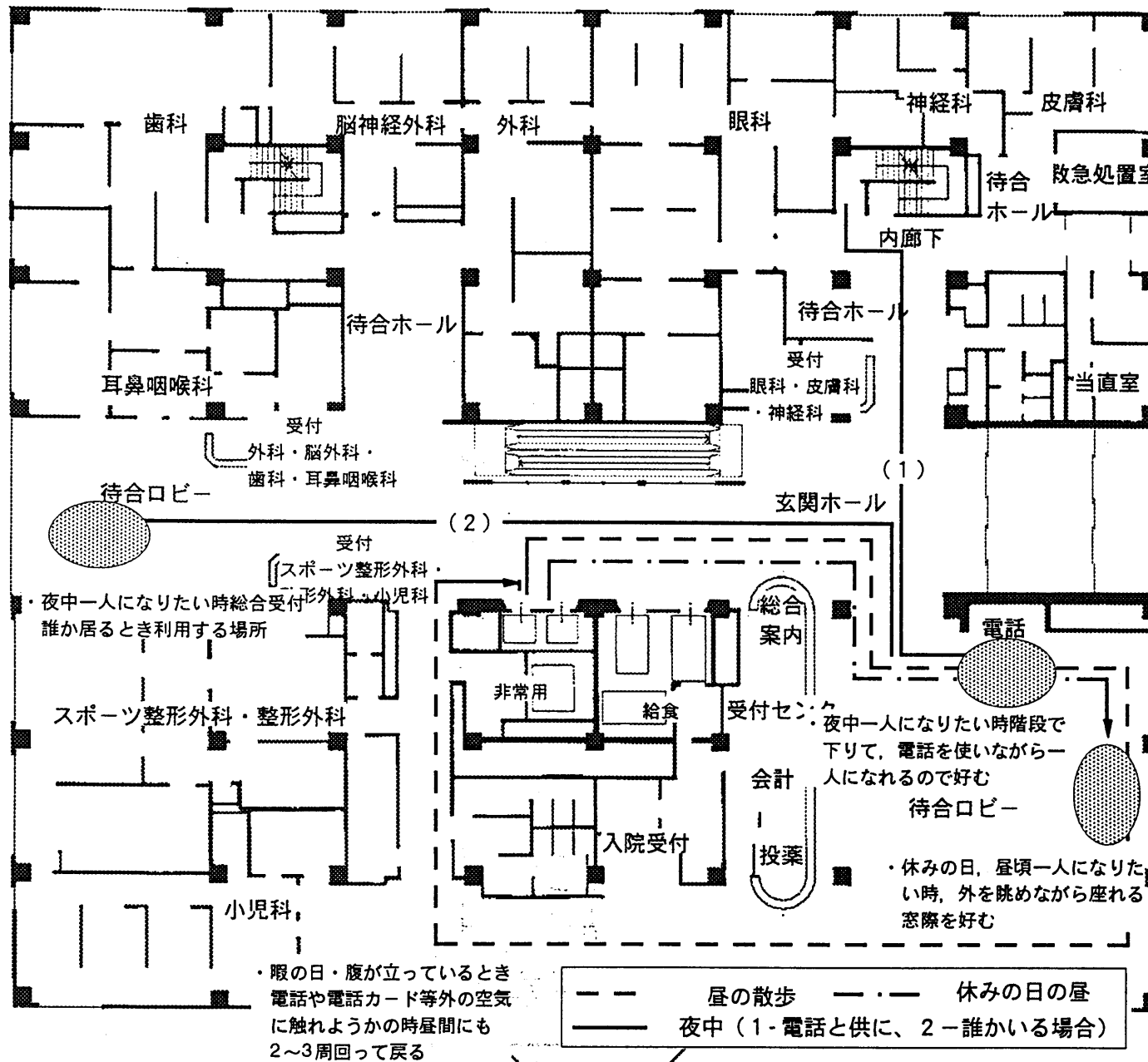


図2-4 事例3の行動ルートや場面 (1階外来)

表2—4 事例3の利用場所やモノに対する経日的変化

11月26日 (5日目)	12月3日 (12日目)	12月10日 (19日目)
<p>○電話の使い分け</p> <ul style="list-style-type: none"> ・聞こえちゃまずい或いは、7階の電話を誰かが使っているときは8階 ・普通の電話は自分の病棟の電話 	<p>○電話の使い分け</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普通の用件は7階の南と北の両側、8階 ・聞こえちゃまずい電話は1階 ・昼間はDRで冷蔵庫からジュースを取って飲みながら、CDを聴いたり本を読んだり、外を眺めたりする様子が見られる 	<p>○昼間に地下1階に行って電話をかけた後、自動販売機でジュースを買って、あ、楽しかったなという気分が8階に行ってタバコを吸って戻ってくる</p> <p>・MRI検査のとき (12/6) 地下の自動販売機に8階にない物があることを見つけた</p>
<p>○親しみや心地よさを感じる場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・喫煙コーナー ・真夜中のDRは一人になりたい時 	<p>○親しみや心地よさを感じる場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・真夜中の1階 <ul style="list-style-type: none"> → 一夜は静かでもどこでも一人になれる → 主に、外来総合受付の電話があるところで、誰か居るときはスポーツ整形の待合 → 道筋 病室→階段→1階→EV→8階 (タバコ) → 階段→病室 	<p>・真夜中の1階はそのまま続ける</p>
<p>○気分転換や散歩などの場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・8階の売店や喫煙コーナー ・喫煙コーナー (病院に着いた時点で総合案内で聞く) ・自動販売機 (いつもタバコとともに) <p>○病室から外に出ようとする傾向</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長い入院生活での退屈 ・多床室の人間関係と若者がいないこと ・一人になりたい ・誰か具合が悪いとき 	<p>○気分転換や散歩などの場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・8階の売店や喫煙コーナー ・休みの日の1階 <ul style="list-style-type: none"> → 一人がいないので午後下に行って外をほけっと見ている → 特定の場所は窓際 ・8階の喫煙コーナーで好きな所は一番奥の窓際のところ (空気清掃機の埃が見える、風にあたる、一人になれるので) ・話したくない時は、目を合わせないようにする ・急な用事 (検査など) 以外は自分の場所は自分で探す ・知らない所に行ってみるくせがある 	<p>・12/3の場所はそのまま続ける</p> <p>・昼間に1階に行って、2~3周回って、あ、いらいらするなと思ったとき戻ってくる (暇な時、腹が立っている時、電話、テレホンカード等の用事、外の空気に触れたい時)</p> <p>○喫煙コーナーで段々顔見知りの人が増えて13日は、他の患者さんに連れて行ってもらって地下1階の防災センターのところ (風除室) タバコを吸って来た</p>

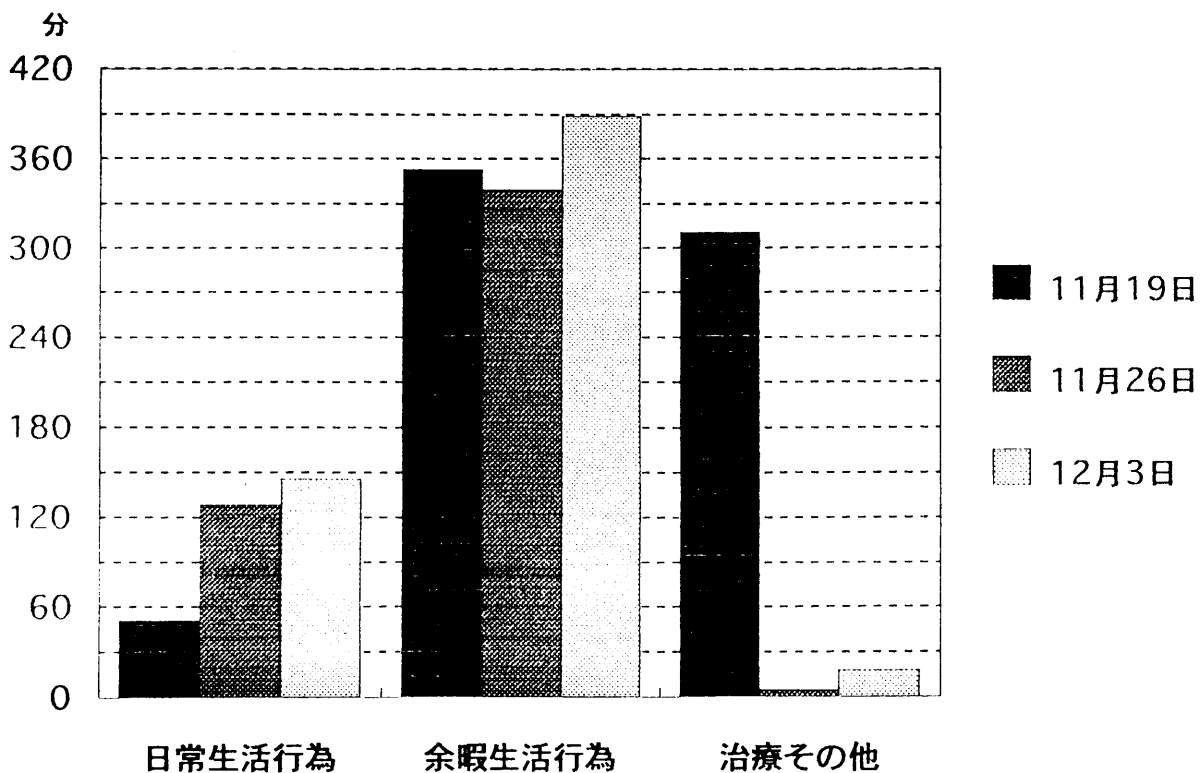
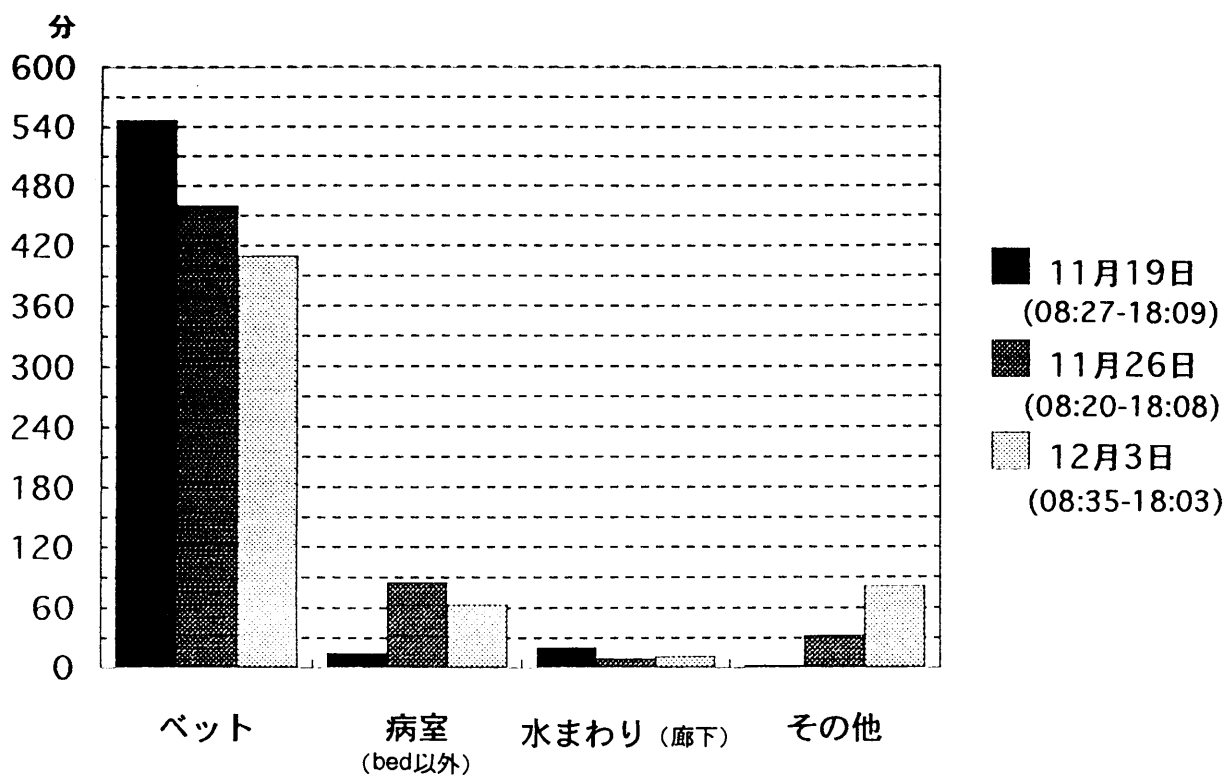


図2-5 事例4の場所別(上)・行為別(下)時間分布

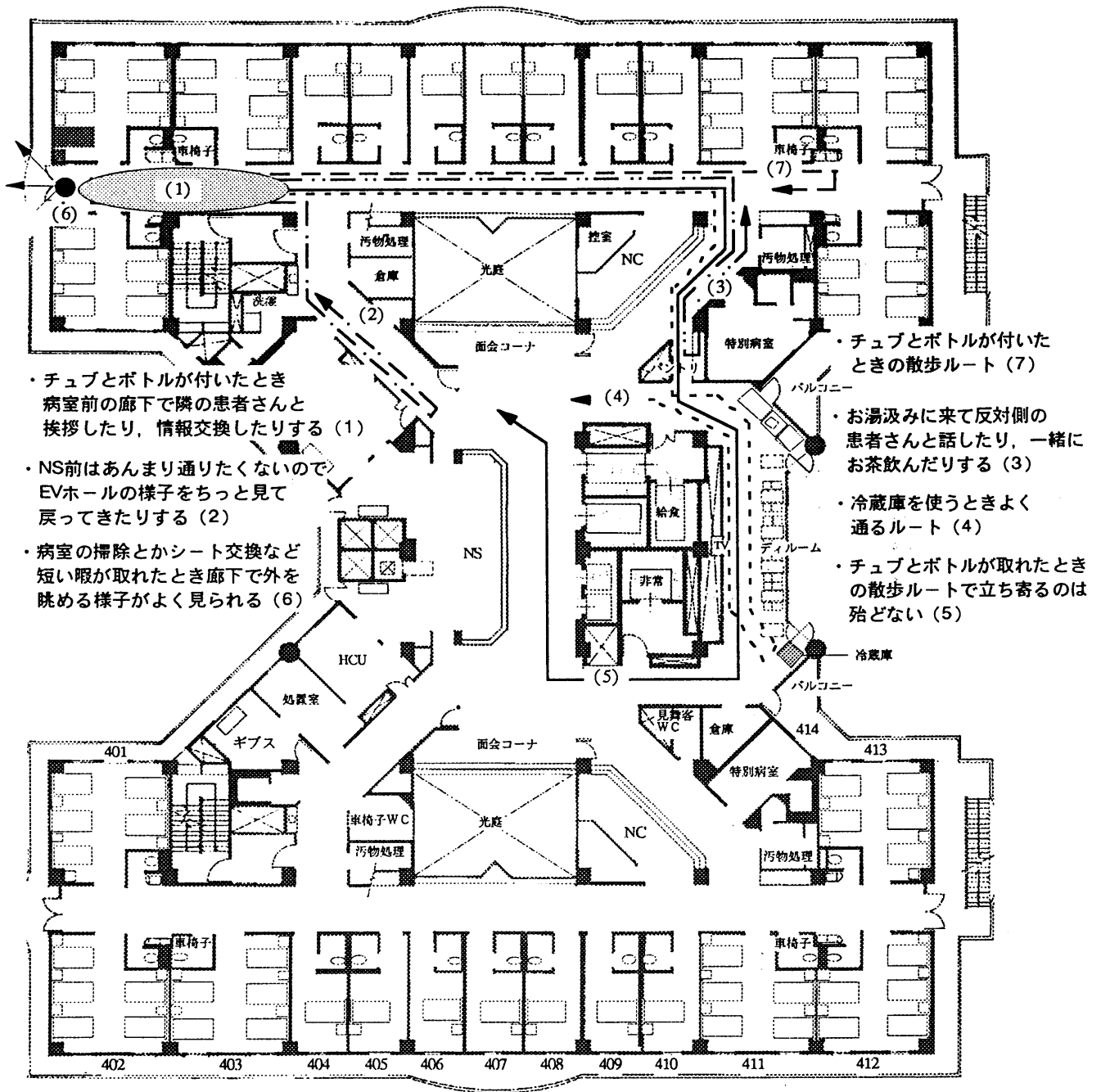


図2-6 事例4の空間やモノの利用ルートや場面及び散歩ルート(4階外科病棟)

表2—5 事例4の利用場所やモノに対する経日的変化

11月19日 (8日目)	11月26日 (15日目)	12月3日 (22日目)
<p>○親しみや心地よさを感じた場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・この部屋が落ち着く —先輩の方達が色々教えてくれる 	<ul style="list-style-type: none"> ・5人部屋に26日は二人しかいないので少し不安 	<ul style="list-style-type: none"> ・病室 (向こうの女子達に声を掛けるような知合いも増えたので) ・午前は1日3~4回ベット廻りでリハビリ体操
<ul style="list-style-type: none"> ・病室の方とこちら辺の方に挨拶する程度 	<p>○他の患者さんの知り合い</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入口の所で、お隣の方達と挨拶やいろんな情報交換 	<ul style="list-style-type: none"> ・午後はDRでジュースを飲んだり、湯沸し室でお湯を汲んで向こうの人達とDRでお茶を飲んだり、ラジオを聞いたり、本を読んだり、皆さんと雑談したりする
<ul style="list-style-type: none"> ・カテーテルが付いて恥ずかしいので殆ど行かない ・病室前の廊下を行ったり来たりしてNSの方には行かないようにした 	<p>○気分転換や散歩などの場所</p> <ul style="list-style-type: none"> ・カテーテルと点滴ボトルが取れて冷蔵庫に1日数回行く ・NSまで行って戻って来たり、DRを回って戻ったりするが、立ち寄ることはない 	<ul style="list-style-type: none"> ・自分で売店に行ったりする ・DRに、お茶を飲みに行ったり (集まりやすいので)、TVを見に行ったり (自分が見たい番組があれば少し長くなる) する ・6階の内科の病棟に、お友達が居て行ってくる。
<ul style="list-style-type: none"> ・方向を間違っ南側に行ってしまう ・NSの所に戻って来て方向が分かった ・自分の部屋番号を覚えた ・行ったら非常に不安 ・看護婦さんに連れられて、一周回っても始めは迷路 ・手術前には売店、食堂、湯沸かし室、自動販売機などを利用 ・15日に7階に夜景を見に連れて行ってもら 	<ul style="list-style-type: none"> ・向こう (南側) はちょっと違うみたいな感じで、やたらとは歩いちや行けないんじゃないかと思って行かないように努める 	<ul style="list-style-type: none"> ・NS前は、自分が患者だからあんまり通りたくない ・日にちが経つに従って、段々満足感が出て来る

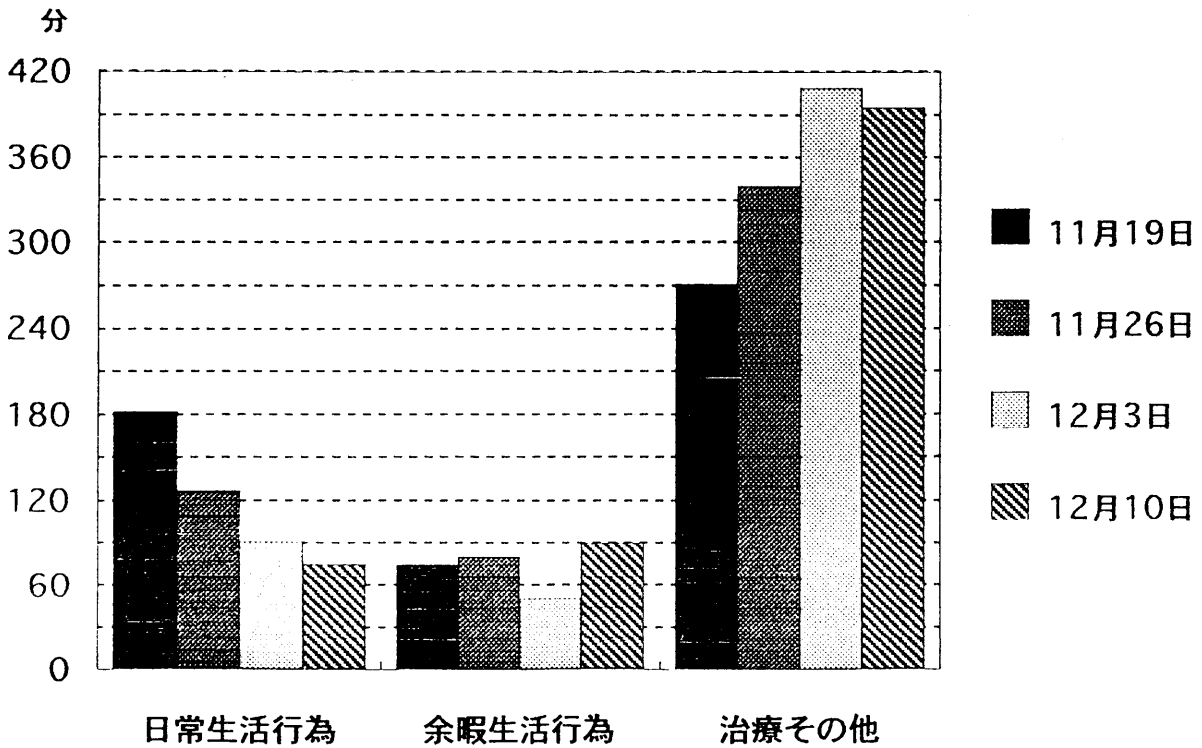
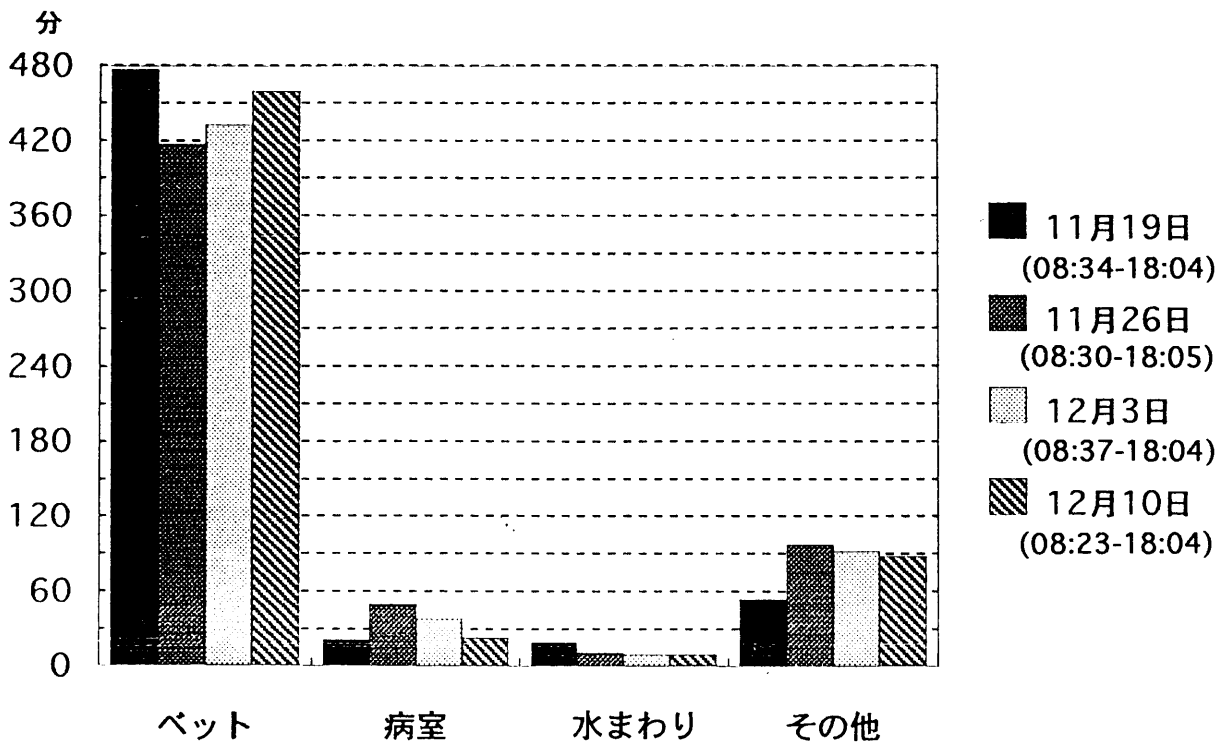


図2—7 事例5の場所別(上)・行為別(下)時間分布

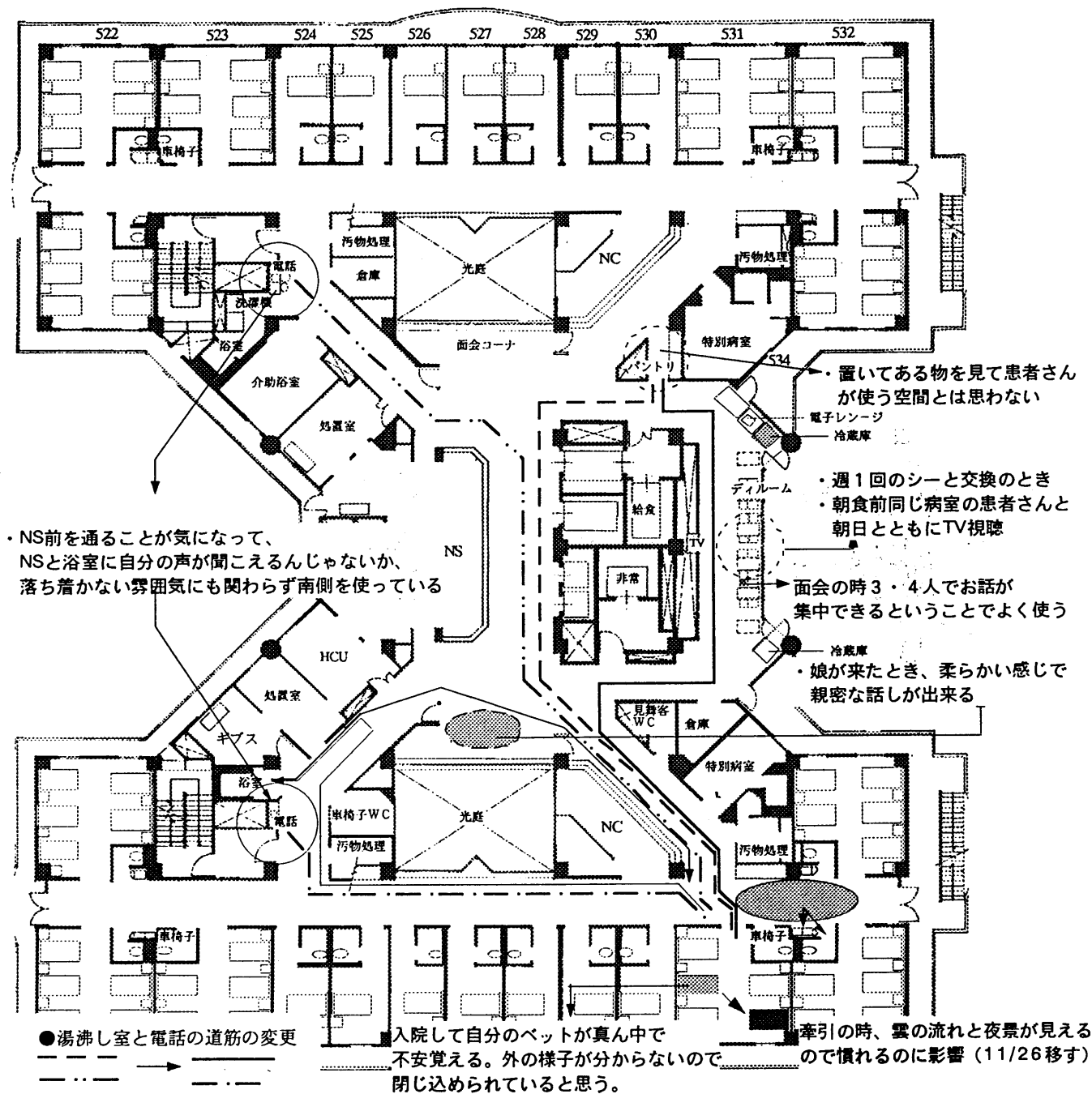


図2-8 事例5の空間やモノの利用ルートや場面(5階整形外科病棟)

表2-6 事例5の利用場所やモノに対する経日的変化

11月19日 (2日目)	11月26日 (9日目)	12月3日 (16日目)	12月10日 (23日目)
<ul style="list-style-type: none"> 自分のベットが真ん中で両脇に知らない人がいることで不安覚える。しかし、他の患者さんと意外に話が出来て昨日はよく寝る。 	<ul style="list-style-type: none"> 慣れない環境、病院の中に閉じ込められて眠れない。 食後が少しずつくつろぐ時間でお茶を飲んだり、TVを見たりする。 同じ病室の患者さんといろんな話(家庭等)ができるようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> 慣れてきてそんなに違和感無く1日が過ごせる。 慣れてきてお腹空いて8時ぐらいに果物を軽く食べる。 窓際のベットなので長い牽引時間でも雲の流れと夜景が見えてなかなか良い感じ。 	<ul style="list-style-type: none"> 慣れてきて住み安くなったが、風呂、電話、流し台は不便 慣れてきて、病室は病室
<p>○面会場所</p> <ul style="list-style-type: none"> 面会コーナー (他の患者に迷惑かけるので) 	<ul style="list-style-type: none"> 面会コーナー (娘が来て親密な話をするとき) DR (3~4人でお話ができる) 	<ul style="list-style-type: none"> ほかの患者さんとの知り合いは、513号室の患者と廊下・洗面所・DR等で朝挨拶する程度、もう一人からは食べる物も頂く。 	<ul style="list-style-type: none"> 面会のときは南側の端 (お話が集中出来て落ち着く) TV視聴のときは真ん中
<p>○パントリーまでの道筋</p> <ul style="list-style-type: none"> NS前を通過して利用 	<ul style="list-style-type: none"> DRの方を通過して (NS前はチェックされているんじゃないかと思って、抵抗感がある) 	<p>○面会、パントリー、電話等はそのまま続ける。</p>	<ul style="list-style-type: none"> 外を見ながら行きたい感じ 毎日1~2回利用
<p>○電話</p> <ul style="list-style-type: none"> NS前を通過して北側を使う (浴室とNSに声が聞こえるのではないかと気になって) 	<ul style="list-style-type: none"> NS前を通るのが気になって不便でも南側を使う (声を下げて) 		
<ul style="list-style-type: none"> 面会コーナー (ロビーみたいに柔らかいのでくつろげる感じ) 	<p>○親しみや心地よさを感じた場所</p> <ul style="list-style-type: none"> DR (朝食前、同じ病室の患者さんと綺麗な朝日とTVを見る) 	<ul style="list-style-type: none"> 週1回のシーツ交換のとき同じ病室の患者さんとTVを見る。 レインボーブリッジがほんのすこし見えることで意識するようになる。 	<ul style="list-style-type: none"> DR (朝食前にお湯取りに来て駅に行く通行人達の動きを見て、その日の外の様子を想像) 外来 (2階) の吹抜けの所のコーナー
<ul style="list-style-type: none"> 病室から外を眺める 面会コーナー 	<p>○気分転換や散歩などの場所</p> <ul style="list-style-type: none"> 面会客を見送る時、玄関まで行って冷たい風にあたって、その日の外の様子を想像する。 娘と8階のレストラン (皆、洋服を着てるので、自分が病人ということを忘れる感じ) 	<ul style="list-style-type: none"> 1日4時間の牽引が大切で散歩などの時間がない。 	<ul style="list-style-type: none"> リハビリに行く時 外来 (2階) 吹抜けで見下ろし通路で外を眺める 外出 (大井町駅の近所で髪を切る。久し振りに外の空気や風に触れる。)
	<p>○2~3日前に吹抜けがあることを知った</p>		<p>○パントリーは看護婦さんが使う所</p>

第3章 患者の意識や滞在様態から 読み取れる患者空間のあり方

1. 研究の背景及び目的
 - (1) 研究の背景
 - (2) 研究の目的
 2. 調査概要
 - (1) 調査内容及び方法
 - (2) 調査病院の概要
 3. 部門別・場所別に見た滞在分布や様態
 - (1) 病棟内の空間や場所と患者行動
 - (2) 外来部門内の空間や場所
 4. 外来や入院患者の場所利用傾向
 - (1) 外来患者の場所利用
 - (2) 入院患者の場所利用
 5. 考察1 環境と患者の行動特性（環境行動）
 - (1) 患者の役割行動と患者空間
 - (2) 日常生活空間と匿名空間
 - (3) 患者空間の設けられ方とアクセシビリティ
 6. 考察2 患者空間の諸側面と属性
 - (1) 患者空間の諸側面
 - (2) 患者空間の空間属性
 7. まとめ
 - (1) 患者の環境行動特性
 - (2) 空間や場所の意味変化
 - (3) 患者空間
-

第3章 患者の意識や滞在様態から読み取れる患者空間のあり方

1. 研究の背景及び目的

(1) 研究の背景

多くの病院にある様々な空間や場所は、ある一つの機能に応じて一義的に決められたものが多く、主な利用者である患者の意識や行動とは離れ、病院はいつも患者には見知らぬ環境として捉えられていた部分が多かったように思われる。更に、移動を伴う探索行動や患者同士の情報交換などでの直接・間接に情報を得ながら、まわりに働きかけ、環境に馴染んで行く患者にとって、設けられた空間や場所は日常環境としての多様性や相互性を失ったまま強められ、多くの患者を悩ませるものでもあるだろう。

その結果、なるべく早い日常への復帰を目指す患者を益々日常環境から隔離させ、患者の環境行動を妨げ、癒しの環境としての病院を定着させようとする動きに逆行することになってしまっている。そこで、患者の日常生活行動を支援できる仕掛けとしての患者空間のあり方、つまり院内の様々な環境状況の中でどのように位置付けられ、造られるべきかをここで問う。

(2) 研究の目的

様々な異なる環境状況の中で患者がある空間や場所をどのように認識するかによって表出される患者の環境内行動は多様に表れる。従って、患者を取り巻く様々な環境と、それらと関わる患者の行動を調べることで、院内にある様々な空間や場所が主な利用者である患者にどのように意味付けられ、そして利用されているのかを知ることが出来る。先章では、その形成過程を重視することで短期間の移行による患者の体制化しやすい環境のあり方に対するヒントを得ることが出来た。

本研究は前章に引き続く一連の研究で、患者の空間や場所に対する意識やその結果として表れる患者の行動、即ち患者（外来利用者と入院患者）の院内滞在の様態から、

- ①患者の意識上に再構築される様々な空間や場所と、それらと関わる患者の環境行動特性の異なる諸側面

②患者の生活で見られる居場所形成とその様相、そしてそれらの意味変化や機能分化

③患者の日常環境行動を支援できる仕掛けとしての患者空間のあり方の考察を試みる。

2. 調査概要

(1) 調査内容及び方法

東京と倉敷にある2つの病院（東芝病院と倉敷中央病院、以下はTO病院・KU病院に略す）で（表3-1）に示す日程で調査を行った。

1) 患者の滞在マップ調査

廊下を中心とした待ち空間・休憩場所などにある家具や物を図面上に収録し、その図をもとに朝8時から夜10時までの間に30分間隔で人の移動や滞在状況を観察し、記録した。

2) インタビュー調査

マップ調査をもとに患者が滞在している場所において（TO病院においては入院患者に対して各病室でも）患者や利用者にインタビューを行った。

(2) 調査病院の概要

調査対象とした病院の概要を（表3-2、3、図3-1）に示す。TO病院は前章で調査を行った病院である。KU病院は歴史が長く、外来部門の中央にある温室に特徴づけられる、1100床の公的な性格を帯びた民間の総合病院である。

3. 部門別・場所別に見た滞在分布や様態

(1) 病棟内の空間や場所と患者行動

1) TO病院の内科・整形外科

- ① (7階内科、調査当日の北病棟は38床の中33人、南病棟は全個室で16床の中2人の患者が入院)

隣接する病棟への行動の展開が見られないことは

1.サイン等で南側も病棟であることは示されているが、南側は全個室であることや、二人の入院患者しかいない等、隣病棟についての管理されない情報が欠けている

2.また、目に見える情報に頼るしかない患者には、更に管理の視線(NS)を意識することで患者の役割行動が生じる

などにより管理状況がそのまま患者の生活領域として受け入れられ、行動に現れているものと思われる(図3-2、3)。

- ② (4階外科) (図3-4、5)

- ③ (5階整形外科、調査当日の北病棟は38床の中31人、南病棟は38床の中36人の患者が入院)

動ける患者にはなるべくデイルームで食事をとらせるなど積極的に離床を勧めることで、他病棟に比べ廊下などでの患者の動きは目立つ。にも関わらず、デイルームでの患者滞在は食事時間以外は他病棟よりも少ない。患者が食事の際以外にデイルームを訪れ、休んだり、言葉を交わしたりする、などの様子はあまり見られない。即ち、病院側はそのプログラムに沿ったセッティングに家具を置き換え、多様な空間利用を図っていたが、患者の意識上にはデイルームというよりは食事をする場所として認識されているようである(図3-6、7)。

2) KU病院の内科・外科病棟

- ① (2棟4階の内科病棟、1看護単位46床で各病室ごとにトイレや洗面が設置されている)

トイレや洗面コーナーが廊下側に分散されたTO病院に比べると、デイルームや廊下などでの患者の動きや滞在は少なく、自主的リハビリや散歩のルートを病棟よりは外来部門にある空間や場所に求めている。外来の廊下を歩き回る患者が多いのはそのためと思われる。デイルーム・喫煙コーナなどで

見られる数少ない滞在は、様々なきっかけで立ち寄ったりした、発展的に捉えられるもの、あるいは自然に生まれたというよりは、目的的行われたものとして捉えられよう（図3-8）。

- ②（1棟9階・外科西病棟、1看護単位50床でその単位ごとに共用のデイルーム・トイレ・洗面コーナなどが設けられている）

廊下を介して設けられたトイレと洗面コーナーの共用部分があるために患者の動きは多く見られるが、その周辺に共有可能な空間や患者の行動を導く仕掛けなどがいないためデイルームではテレビ視聴といった単一の目的以外に患者の滞在は見られない。つまり、立ち寄り等のまわりとの関わりや環境行動を導く仕掛けとしての行動は見られない（図3-9）。

（2）外来部門内の空間や場所

①入院患者は医療上あるいは生活上の必要に応じて自分の病棟を離れ、院内にある様々な空間や場所を訪れる。それを外来利用者と共に1日断面で表したのが（図3-10、11）である（TO病院の滞在は8階を含む）。

両病院とも、外来利用者が少なくなる午後になると外来部門の空間に入院患者の滞が増える。それらはKU病院では診療部門への道程での立ち寄りあるいは散歩や気分転換、または見舞客との面会などと、TO病院では夕食前後の見舞客の見送り時や喫煙コーナーでの滞在である。

②外来利用者の待合空間とその他の共用空間での滞在分布を見たものが（図3-12、13）である。

KU病院では外来利用者が最も込み合っている午前中は様々な空間や場所に滞者が分散して見られる。また、午後からは待合とその他の空間での滞在がほぼ同様の分布を表している。

また、TO病院では外来時間との関係はあまり顕著ではない、即ち殆どの外来利用者は待合空間に滞在しているということである。更に、その他の共用空間での滞在は、8階での滞在分布とほぼ変わらない。

1) TO病院（8階・総合受付ロビーなど）

①（待ち空間や総合受付ロビーなど）

待合空間では、予約制や受診順番が掲示される電光板があるにも関わらず、順番待ちの外来利用者は受付カウンタに近い所に座ろうとする傾向は強い。また、リハビリなど外来受診のため外来を通る入院患者は多く見られるが、

外来の空間や場所に滞在する患者は殆ど見られない（ただし、電話を利用する入院患者の姿は外来部門の広い範囲で見掛けられる）。しかし、総合受付ロビーは予約時間より早く着いた外来患者の待ち、子供連れの外来利用者の待ち、付き添いの待ち、入院患者の訪問者の見送りなどでの立ち寄り、子供連れの面会、短時間の面会（仕事などの打ち合わせ）など、まわりを気にせずを訪れることのできる空間として利用される。そこは待合空間の延長とも言えるが、椅子を動かしたり、向きをコントロールできる等のちょっとした仕掛けの違いが外来利用者や入院患者の滞在を許すものと考えられる

（図3-14）。

②（8階）

売店・レストラン・喫煙コーナーがあり、入院患者にとっては病棟外に設けられた唯一の場所である。入院患者の滞在は朝食や夕食後の喫煙が主であり、昼食の時間には、外来利用者が急増し、それとは逆に入院患者は減少する（図3-15）。即ち、外来利用者が様々な状況に応じて常時立ち寄れる空間や場所というよりは、診察や検査などで食事が出来なかった患者や、入院患者と面会客のくつろぐ場所としてレストランが利用されるのである（後述のインタビュー内容参照）。

2) KU病院（温室やセントラルパーラ、廊下など）

①（温室）

外来や検査部門、リハビリ部門の間に設けられ、多くの外来や入院患者などは通り掛かりにその場所に対する地理的情報を得ることができる。外来利用者の滞在分布は、薬局待合と同様の変化を見せるが、他の部分に比べ時間的にやや遅れる。その内容は診察待ちや受診後の休憩場所として利用されるため、また入院患者は外来利用者が多い時間帯を外して訪れる傾向があり、午後になるとリハビリ後の立ち寄りや散歩などで廊下を歩き回る患者の休み場所として、更に面会場所として利用されているためと思われる。夜間は利用者が少なく、夜の静かさを好んで訪れると思われる入院患者が多く見られる（図3-16、17）。

②（セントラルパーラー）

病棟の方に偏って設けられた休憩空間で、利用者の好みや状況などによって場を選択したり設定したりできるような仕掛けが備えられている。外来利用者は、温室に比べ外来の滞在分布とは異なり、午前から昼の前後や夜にか

けて場所を閉じるまでの滞在分布にはばらつきが多い。一人一人の少人数の利用よりは多人数のグループでの利用（家族との面会など）が多い。外来利用者が多い昼は、入院患者は減る傾向にあるが、午後は喫煙・面会・患者同士の話し、あるいは緑の方を向いて独りになりたい患者などに多く利用される（図3-16、18）。

③（廊下など）

各待合のブロックごとに設けられてある喫煙コーナーや、廊下側に溢れ出した椅子は、外来利用者には特に自分が関わった診療科の様子が伺えるため、診療科の待合空間が込み合っていない場合でも待ち空間として、入院患者にはリハビリや散歩などで外来の廊下を歩き回る時に腰掛けやすい仕掛けとして、また入院患者や外来者双方に売店で新聞や雑誌などを買った後にちょっと訪れて腰掛ける場所として利用されている例も多く見られる（図3-16）。

4. 外来や入院患者の場所利用傾向

(1) 外来患者の場所利用

両病院外来利用者の場所利用パターン（表3-4）には次のような特徴が見られた。

①診療がすべて終わった後の空間や場所の利用の様子は以下のものであった。

（KU病院では）緊張感が解ける・当日のスケジュール調節・食事・在宅患者の散歩・付き添いと休憩などで、患者が込み合う午前中よりは順番待ちが少ない午後の予約患者に多く見られる。

（TO病院では）外来受診のため食事が取れなかったために売店やレストランを利用するという人が大部分を占める。

②予約時間より早く来院した患者には、受診する診療科の待合空間よりは、ゆっくり出来る、用途の決められていない空間や場所が、居られる場所として利用される傾向がある。

③診察の順番待ちをしている間の利用はあまりないが、会計を終えた後の仕事待ちの間、あるいは薬を受け取った後などいわばすべての用件を終えた後に近くの空間や場所が多く利用される（KU病院）。診察を待つ間は、自分の順番が一度ずれると長く待たされたりするのではないかと席を離れるのをためらうといわれるが、薬局待ちのような仕事待ちでは順番がずれても、あるいは患者本人ではなくでも手続きが済むので、待ちの間にあるいは、手続きを終えた後に近くの空間や場所を利用するといった行動をとるのであろう。

④更に、別途TO病院で外来者を対象に行った調査では、以下のような傾向が得られた。

- ・初診患者は院内滞留時間が長いにも関わらず、場所利用率が低い
- ・入院経験のある患者が場所利用率がやや高い
- ・予約時間内に受診が行われない場合は、順番待ちが生じ、場所利用は低くなる

これらの結果とインタビューで得られた内容を考え合わせてまとめると、

- 1.何時でも・誰でも自由に利用できる、目的（定まる機能）を持たない空間や場所の有無
- 2.その空間や場所は利用者の様々なニーズ（場の選択や形成など）に対応できる様になっているか

といったことが利用の差を生むと考えられる。また、その空間や場所に置かれたモノや家具などは、利用者の構えに影響され、関わる空間や場所の利用と共に環境内の行動を決定する仕掛けになる。

●場所利用からみられる外来利用者の滞在様態

*緊張された気持ちでの滞在

- ・診察や検査待ち（順番待ち）
- ・順番待ち過程や診察結果に従う不安
- ・窓口や情報伝達システム（呼出・サイン・ボールなど）などに拘束される
- ・診察室を意識する行動

*次の手続や待ち時間を意識した滞在

- ・初診受付・会計・薬待ち

（仕事待ち、初診受付や会計は場合によっては分散できるが、投薬は特定の窓口の規定される）

- ・診察を済ませた後の仕事待ち（ここからは診療科の受付カウンターを意識）
- ・会計を早く済ませた後は、プログラム上に拘束されないので自由に行動できる
- ・付き添いがある場合、必ず本人ではなくでも処理できる

*プログラムに拘束されない滞在（匿名空間）

- ・予約時間前、複数の診療予約患者、検査結果待ち患者などの待機
- ・すべての診療が終わった後の休憩や、予測せずに生じた滞在
- ・付き添いの待ち

（2）入院患者の場所利用

1）病棟内の生活諸空間の利用

NSまわりに設けられた生活諸空間（デイルームや面会コーナー）での滞在は、食事・シーツ交換の時（ベッドメイキング）・見舞客が訪れた時の面会（人数が多い時や長時間の滞在の時は外来にある空間やレストランなどを利用）・テレビや冷蔵庫などのモノの利用が最も多く見られ、多くの患者は“理由なくそれらの空間を訪れるのではない”という。即ち、自分の行動に対してまわりを意識するような患者の役割行動による、一義的な使われ方が現れている。それとは異なり、患者による意味付け、滞在が見られるのは病棟外の様々な空間や場所が多く、病棟で見られる数少ない例は、“自分が知っている市内や家が見えることで暇の時はいつもここに来る”というように外

を眺められるあるいは外の様子が伺える所や独りになれる所で、廊下の端部や使い分けされたデイルームなどである。この他に病棟で見られる特性は次のようなものがある。

・患者のアクセスを妨げる要因として、管理の視線が及ばない場所でも患者の能動的働きかけを妨げるような状況が日常空間の中には存在する。即ち、通り抜けられない廊下の端部や家具が動かさせないために先行の者が居る場合、自分なりの場を形成が出来ず特定の人々に占拠された状況を造ってしまう場所では患者のアクセスが阻害される。そのためその目的に応えられる代わりの空間がある場合、空間の機能分化が見られる。

- ・在院日数が長い患者や入院経験がある患者がNSまわりの生活諸空間を設定された意図通りに使わず、使い分けや機能分化を行っている事例が見られる。
- ・重症の患者が個室に配属されるケースが多いためか、あるいは通り抜けの廊下に面しており、「見知らぬ人が多いからわざわざ外に出る必要がない」ためか、個室の前は人の移動や滞在は見られない。
- ・個室でも子供連れの面会の時には病室から外来のふさわしい場所に移動するケースも見られる。

2) 病棟外（主に外来内）の空間や場所の利用

入院患者は医療プログラム上あるいは仕組まれた生活環境上、またはその他の様々なきっかけで外来部門を通ったり、訪れたりしながらある環境を発展的に捉えることが出来る。今回の調査での両病院の入院患者の場所利用傾向の特徴をまとめたものが（表3-5）である。

KU病院で見られる場所利用特性

- ①リハビリなどで毎日同じルートを通るのがきっかけで、ある空間や場所に立ち寄る
- ②特定場所を決めずに廊下などを動き回りながら歩き疲れた時に腰掛ける
- ③特定の目的場所を訪れた後、近くの空間や場所に寄る
- ④特定場所への移動（面会場所の移動など）やある目的にふさわしい空間や場所を選び場を形成する

KU病院での、患者の入院している病棟訪れる場所との関連（温室やセントラルパーラでインタビューに応じた患者）を調べた結果から、多くの患者

は好みの場所よりは、近い距離の場所を訪れる傾向が強いものと見られる（図3-19）。

TO病院の場合はKU病院とは対照的に入院患者は

- ①外来患者が少ない時間帯（朝早くあるいは夜など）を利用、自主的リハビリで
- ②見舞客の見送りのため玄関まで
- ③定期的な検査やリハビリのため

などの様々なきっかけで外来にある空間や場所を通ったり、訪れたりするが、“そこに立ち寄ったり、滞在するのはあまりなく、ただ歩き回って病室に戻る”という使い方が伺える。滞在の様子が伺えるのは夜や休日の待合空間（主に、総合受付の待合）での匿名的行動や面会などである。特に、TO病院ではある目的行動を行う度に、その行動と共にまわりに働きかけたり、それがきっかけで後で訪れたりする様子（即ち、腰掛けたり、立ち寄ったりなど）は伺えない。目的行動と共に2次的な潜在行動が取れるような仕掛け（空間や場所、モノなど）がないのがその原因として考えられる。

5. 考察1 環境と患者の行動特性（環境行動）

（1）患者の役割行動と患者空間

1）患者役割行動の諸側面

先章では、入院患者の行動や意識の経日的変化では、確認や確定行動・患者役割行動^{注1}・目的外利用行動・匿名的行動・場所意味づけ行動などの行動特性をたどって環境に馴染んでゆく様子を示した。我々が普通に経験する環境適応過程と大きく異なるのは、患者を取り巻く環境の違いであろう。

社会的環境として（図3-20）に示したように、医療上のプログラムや管理規則の存在（管理される情報）、対人関係（患者と管理者、患者と患者、患者と異なるその他のグループ）、暗黙の了解に基づく規範などの側面がある。

①患者と管理者との関係で多くみられるのは、自分自身患者であるという認識や管理されていると意識することで生じるNSまわりの空間や場所の使い分けや機能分化などの患者役割行動である（先章参照）。

②また、病院以外の環境状況でも多く接するものとして、見知らぬ人々同士が集まる場での自己^{注2}側面である。すなわち、居合わせる場面での患者としての自己と、まわりの対人関係あるいはその場面から放れた状況での自己である。これは、入院患者の匿名的行動（パブリック空間でのプライベート行動や誰もいない場を訪れる行動）や外来利用者の予約時間前・後の滞在場面などに多くみられる。

③もう一つとしては、プライバシーの側面が挙げられる。

プライバシーの次元すべてが「病院での患者の役割」といわれる葛藤の中に位置することで、プライバシーは個人的なものではなく、常に相互作用の

^{注1} 病人役割と患者役割

病気になった人間においては治療行動が当人だけによって行われるのではなく、周囲の人々との関係の中で行われること、治療行為を通して病気を体験する人の位置づけが決定されることで、

病人は自然発生的に出てくるのではなく、つまり病気になれば病人になるのではなく、集団が病人となることを認めてその地位を与えること、そして当人が病人として行動するようになることを言う。患者役割（Patient role）とは、病人役割（Sick role）の中の特殊なあるいは部分的なものである。病気になったと本人や周囲の人々が判断するだけではなく、診断を受けた方が良いと考えて公的医療制度の中で治療行動を始めると、病人は患者となる。

^{注2} ゴフマンは、「共在」特に他人関係にある他者と居合わず状況の中のパフォーマンスに関わる個人の自己として、「パフォーマー」「プレイヤー」としての自己と、「役柄」「神聖なイメージ」としての自己という「人-役柄の図式」の二重の定義を用いている。

現象となっている。つまり、人間同士が（潜在的に）社会的にお互いに働きかけることを前提としている^{#3}という側面である。

このように患者役割行動とは、単純に患者自身が管理側であるNSを意識することだけではなく、患者を取り巻く環境とその置かれた状況などとの相互作用の中で生じるもので、主な利用者である患者が除かれたままの、医療や管理機能に沿った部門構成や空間構成、限られた空間での情報不足や患者自身の選択の余地がない物理環境など、かかわる環境と患者の意識上のズレや、まわりの環境をコントロール^{#4}できないことで生じる表出行動、あるいは崩れた人間・環境の関係を取り戻そうとする環境行動として読み替えられる。

それらの表出行動・環境行動は、想定され設けられた空間や場所と患者のニーズのズレ、または新たな情報が増えることや患者自身が置かれた状況で生じる空間や場所の使い分け（NSまわりの生活諸空間そのものと、それらと外来にある空間や場所の間）、自分が置かれた環境状況の認識の上で生じる患者の役割行動やプライバシーに根拠を置いた匿名行動などである。それを行動内容や、それらの行動が多く見られる空間や場所と共に示したのが(表3-6)である。

^{#3}病院建築の新たな挑戦：(Robert Wischer,Hille Rau,1984.)、小室克夫訳
プライバシーの次元と患者の役割 (p109)

- 1) 自分の思いのままに出来ること、コントロールの意味で邪魔をされないこと
- 2) 時間や空間を自分の思いのままに出来ること
- 3) 個別化の可能性、または直接的な周囲環境の個別化

^{#4} 病院建築の新たな挑戦：(Robert Wischer,Hille Rau,1984.)、小室克夫訳、pp136-137
・Lenelis Kruse：一般（急性期）病院でのプライバシーの分析
プライバシー構想の規定はコントロールの構成概念で、それは個人的コントロールの主観的・客観的な二面性を持つ。

- 1) 行動と決定のコントロール
動きや、行動の余地についてのコントロールである（私は今静かに新聞を読んだり、ラジオを聴いたり、ただソファに座っていたいなど）。それに空間的、物質的環境も加わる。
- 2) 立ち入りのコントロール
自分が他人へ立ち入ること、他人が自分に立ち入ることの両者に関わる。
- 3) 刺激のコントロール
物理的、社会的環境の刺激のありさまや集中性についてのコントロールである。
- 4) 認識のコントロール
ある状況を判断解釈し、はっきりした審判を下ろすことである。病院内で重要な認識のコントロールの一面として、一定の出来事を予告することがあげられる。

2) 患者空間の位置づけ

従来の病院建築で共用空間あるいはサービス空間などのはっきりしない性格で院内に設けられた空間や場所は、患者の生活や環境適応過程では欠かせない部門にも関わらず、総体的に扱われずに各診療空間あるいは完結された空間などに付属した形で設けられた。その具体的な問題としては、

①ある特定の機能を想定した上で、それらに合わせた形での空間が設けられてきたこと

②各々の空間や場所が各部門ごとや管理領域ごと、あるいは空間ごとに完結された形で相互性を持たずに造られてきたこと

すなわち、一例として病室と廊下の関係や、病棟とその他の診療部門との関係である。

③空間や行動などの発展的な捉え方などが欠けていたこと

④さらに、設けられた空間や場所への患者の心理的アクセシビリティが考慮されていないこと

などが挙げられる。

従って、想定されたプログラムと異なる目的の利用者がその空間や場所に立ち寄ったり、訪れたりするのは心理的負担になり、それらの空間や場所が患者のニーズとずれた場合に、患者が選択あるいは代替可能な空間や場所が得られない。さらに、そこでは意図的あるいは目的としてない偶発的行動や、ある目的行動を行いながらも参加できる潜在的行動などは生じにくい。すなわち、ある空間や場所に立ち寄ったり・訪れたりする行動は、情報の増加や関わる環境に経時的な変化をたどることで馴染んでゆく。

従って、総体的な環境の意味合いとして、それらを叙述できる言語として患者空間を定義し、以下にそのような視点から病院にある様々な空間や場所を解釈することを試みる。

(2) 日常生活空間と匿名空間

1) 日常空間としての患者空間

患者と環境の関係は発展的（時間や空間を介した行動）に生じるものと捉え、調査病院の病棟で見られる患者空間を取り巻く環境状況をまとめると次のようになる。

①在院期間の短縮や個室化傾向の中で患者が管理できる仕掛け（仕切りもあるいは空間）や患者側から働きかける仕掛けなどが欠けていることは、自然に生まれる患者同士のコンタクト（管理されない情報はこれによって得られることが多い）や、患者の行動を妨げる結果にもつながる。

②一律に共用の通路として性格付けられた廊下と、その廊下を介して並べられる病室という配置構成のために、患者の生活において、病室からデイルームなどへと行動が連続的に繋がっていかず、患者の居場所として仕組まれた生活諸空間等は出かけて行く場所となってしまう。

③更にその廊下を囲んだ病室の設け方や、得られる環境情報によってそこに面する患者が領有したと意識し、逆に他の患者たちがそこをその患者のものとして認識する場合、その病室の患者ではない他の患者の行動を制限する要因にもなる。

在院期間が長い患者や入院経験がある患者、あるいはリハビリを兼ねて院内を歩き回る患者が多い整形外科の患者にはNSまわりの日常生活諸空間を使わずに外来の様々な匿名空間を日常空間として訪れるなど端的な場所利用の様子が多く見られる。これは、逆に行動能力が低下した患者や環境情報を持たない患者は、与えられた環境に居るのを強いられ、その環境に馴れない患者は日常環境から離れる可能性があることを意味していると思われる。このことは、院内の地理情報や管理されない情報を持った患者が自分の状況にふさわしい場の選択や形成を伴いながら崩れた人間・環境のバランス（日常環境とは違った患者を取り巻く環境）を回復しようとする傾向が強く表れるものと見られる。

2) 匿名空間としての患者空間

匿名行動はその患者を取り巻く環境状況に応じて生じる行動で、特定の空間や場所で生じたり、あるいは見られたりするとは限らない。匿名空間とは（表3-6）で示すように空間性格あるいは利用形態によっても異なるもので、以下ではまとまりの場所としての匿名空間とその外に匿名的に使われる空間や場所に区分して述べる。

【①まとまりの場所としての（セッティングされた）匿名空間】は、

外来に位置するKU病院の温室やセントラルパーラーは利用する患者には匿名的空間として位置付けられるもので、例えば多くの入院患者は同じ目的

空間（喫煙コーナーやデイルームなど）が病棟にも設けられているにも関わらず、これらの場所を訪れる。そのような行動は

- ・まわりを気にせずに常時立ち寄りたり・訪れたりでき、その都度にふさわしい場を形成したり、ゆっくり出来る[※]こと
- ・目的にふさわしい場の選択やコントロールが出来る（面会・喫煙・読書・瞑想など）こと
- ・目的をかなえながら外気に触れたり、リハビリにもなるなどの潜在行動が生じやすいこと

などによって誘発されると思われる。

TO病院でも予約時間より早く来院した多くの患者は、受診する診療科の待合空間より誰もが座ってもよいと思われる総合受付や薬待合場所で待機する傾向がある。また、情報伝達システムの充実に従い仕事待ちや順番待ちなどにも利用されるし、診療後の緊張を解く休憩場所として、あるいは付き添いなどの待ち場所としても利用される。

更に、在院期間が長い患者や入院経験がある患者など地理的情報に満たされた患者がNSまわりの生活諸空間を避け、外来の空間や場所を居場所として訪れるケースも数多い。

ここに、コミュニティ空間としての匿名空間の可能性を見ることができる。

【②患者自身の働きかけにより形成され、匿名的に使われる空間】は、

- ・ある時間だけの管理、即ちあるプログラムが生んだ匿名空間
- ・仮に見られても本人は意識されない
 - ・独りになれる場所としての、診療時間外の夜や休日の外来待合空間の利用
 - ・目的空間とは違った仕掛けを持ったゆっくりできる空間（TO病院のロビーなど）
 - ・廊下を介して設けられた喫煙コーナーや電話コーナー（特に入院患者の電話の利用が目立つ）、腰掛けるものなどあるいは廊下そのもの
 - ・患者と違う管理区分の病棟のデイルーム（ある患者は、自分の病棟のデイルームは使わずに知り合いが居る隣接病棟のデイルームを訪れ、喫煙したり、長い話をする）

[※] ゆっくりできるという表現についての一考

患者役割行動によって、管理される場所での長時間の面会や休憩などは、患者としてやってはいけないと意識されることが多く、その空間や場所を避けようとする傾向がある。従って、管理の視線を意識せずに長時間の滞在が出来るという意味合いで使っている。

患者役割行動やプライバシーに根拠を置いた空間やモノの使われ方などからその様相は目に付くが、空間やモノが共用されることにより、個別のコントロールが困難になる場合や多床室に居合わせる環境から離れた患者などに多く見られる。

(3) 患者空間の設けられ方とアクセシビリティ

①位置と距離

患者空間での患者の滞在は、関係するまわりの環境だけではなく、設けられた位置や距離などにも大きく影響される。KU病院の2つの匿名空間（温室とパーラー）でみられる入院患者の滞在では、

- ・近いところの空間や場所を訪れたり、立ち寄る傾向がある。
- ・外来利用者にとって視認性が高い・アプローチしやすいところに位置する温室では、外来利用者の滞中に影響され、入院患者は少なくなる傾向があるが、パーラーではそのような様相は見られない。

また、KU病院外来の廊下に設けられた喫煙コーナーは、想定された利用層を持たないことなどで外来部門を移動する入院患者の休憩や喫煙、外来利用者には受診する診療科の様子がうかがえることから待ち空間としても利用される。

患者の環境体制化過程には環境を確認・確定する段階が存在することを先章で示した。見知らぬ新たな環境で患者が管理される情報によって得られるのは地理的情報のみで、その利用における様々な管理されない情報については確認・確定行動を通して意味づけられる。

しかし、多くの患者は探索行動による意図的な空間学習を通じて院内を理解することよりは、様々な移動と共にその時々状態によってある空間や場所を見つけ、そこに立ち寄ったり、腰掛けたりすることが多い（表3-5参照）。

②しつらいや仕掛け

①で示した確認・確定行動は、その場のしつらいや仕掛け、または利用者の滞在様態などからその場所に入っているか・いけないか、あるいはやっていいか・いけないのかなどの判断を導く。

6. 考察2 患者空間の諸側面と属性

(1) 患者空間の諸側面

1) 空間や場所の意味変化

生活空間やその他の患者が居られる様々な空間や場所（患者空間）は、管理の視線や異なる多数の人々に占有・領有されることによって、あるいは患者自身の空間学習などにより、利用者である患者に様々な顔として認識される。場所を移ったり、使い分けたりすることで空間や場所に対する患者の意識や、空間や場所そのものは、まわりの環境状況と関わり合いながら様々に変化するが、その変化の様相は次のようである。

①システムやプログラムにおける変化

管理や領有の状況、または新たなプログラムを取り入れることにより、患者の意識や利用様態は変わってくる（図3-22右）。即ち、入院患者の立ち寄りや場所の移動などが生じ難くなると考えられる。

- ・診療時間外や休日の外来は、居られる場所として意識されたり、あるいは匿名空間としても利用される。
- ・匿名空間そのものも外来利用者に領有されることにより、入院患者の利用は少なくなる（図3-17参照）
- ・患者の早期離床のためデイルームで給食を行うことで、多くの患者に食事するところとして認識され、他病棟に比べ患者の動きは多いにも関わらず、デイルームでの滞在は少なくなる（図3-5参照）

②個人レベルの経時的変化

NSまわりの生活諸空間や外来の匿名空間などの使い分けや機能分化などの事例が示すように（前章参照）、経時的な患者の役割行動や患者自身の環境への働きかけ（情報が増えるに従い立ち寄ったり、腰掛けたり、眺めたりするようになる）などにより、患者の空間や場所に対する意識や使われ方は変化する（図3-22左）。

③場所そのものの意味変化

クルト・コフカ（K.Koffca）は、行動とその場の関係を行動的環境と地理的環境（即ち、外見と実在との間の違い）との関係として述べている^{註6}。ここで見られる行動とその場の関係は限られた病院空間の中である目的を求め

^{註6} ゲシュタルト心理学の原理（Principles of Gestalt Psychology）

クルト・コフカ（K.Koffca）著、鈴木正彌 監訳、福村出版

て同一の場所を繰り返して訪れる中で（行動的環境の中で）、情報として変わってくる地理的環境の中での様相（変化・潜在的行動や出来事）、即ち

- ・外を眺める：朝日を見る・外部の情報が得られる
- ・喫煙：外気に触れる・人々の動きを見る
- ・面会：多人数や子供との面会・ジュースが飲める・ゆっくり出来る
- ・散歩：運動にもなる・人々と会える

などが患者が次々とその場を訪れるきっかけになるものと考えられる。

④また、その変化様相を空間や場所として表したものが（図3-23）である。

2) 空間の使い分けや機能の分化

院内にある様々な空間や場所は、設けられた趣旨とは離れた使い方をしたり、また多くの患者は自分のニーズに至らない環境を自分なりに再構成するような形でバランスを取り戻そうとする。即ち、

- ①入院患者に多く見られる、まわりを意識すること（特にNSのまわりで生じる患者役割行動）から始まった、空間や場所の利用や、空間やモノの使い分けは、情報が増えるに従い自分の利用状況にふさわしいものになっていく。
- ②それに比べ滞在時間が短い外来利用者（外来患者と付き添い）にとっての患者空間は、各診療科の待ち空間（患者自身の症状や待ちに対する緊張感などで）とその前後（予約時間前や診察後）の待ちあるいは休憩に対応する空間や場所として意識上で使い分けられていると思われる。このような意識上の変化は予約制の導入等により強調されつつあるが、病院ごとのプログラムとも関わる予約時間前後の滞在時間や、空間や場所に設けられた仕掛けモノなどが外来利用者の滞在や行動内容を決定付けるものと考えられる（図3-24）。

その空間や場所に対する使い分けや機能分化の様相は、

- ①一つの空間を時間や利用目的、領有状況などに応じた使用区分
- ②複数に設けられた空間や場所を利用者の状況（内容・人数など）、あるいは空間そのものの状況（空間や場所の位置、家具やモノの設けられ方・利用状況・管理などのまわりの状況）に従い適宜選ぶ
- ③設けられた空間や場所が利用状況にふさわしくない場合、他の目的で設けられた空間や場所を転用
- ④空間機能別・行動内容別に空間や場所の使用区分

など様々である。

その事例をいくつか示す。

- ・ TO病院整形外科で見られるデイルームの使われ方（食べる場所として使う患者が多く見られ、昼食時間外はあまり利用されないこと）
- ・ KU病院では各病棟にも喫煙コーナーが設けられているにも関わらず、多くの患者は必ず温室まで下りてきて喫煙する。
- ・ 在院期間が長い患者・入院経験がある患者、あるいは地理的情報を持っている患者はNSまわりに設けてある空間や場所の利用よりは、別の空間や場所を使い分けたり、それにふさわしい場所に移ったりする。（NSまわりの面会コーナーやデイルームは使わずに天気がよい時には外気を吸いに、人に教えて貰った地下の通用口へ行ったり、敷地内のベンチまで行く）
- ・ 予約時間より早く着いた外来利用者の場所利用の例のように、診察待ち空間とその外の待機場所（休憩場所）に異なる仕組みの空間をあてる。

（2）患者空間の空間属性

患者の院内滞在の様態や場所に滞在する患者の意識から読みとれる、患者が居られる場所としての患者空間を、次のような環境状況によって患者は訪れたり、避けたりする傾向がある。

1) 領有されているか／領有されていないか

多くの入院患者や外来利用者は、医療上あるいは生活上の理由で各部門間あるいは部門内を移動しながら、ある空間や場所へ立ち寄ったり、ある仕掛けに腰掛けたりするなど、様々な行動をする（表3-5参照）。

その過程では、空間への働きかけに先だってその空間を取り巻いた様々な情報（主な利用者や置かれたもの、まわりとの関わりなど）を得た上で、その情報をもとに患者としての姿に照らしてみるなどの状況判断をして、その環境への働きかけを始めるようになる。その時に、ある空間や場所が特定の利用者あるいはグループに領有されていると意識されると、患者のアクセシビリティは影響される。患者自身が行動に理由づけせられる場合などもみられる。

①診療時間中の外来は、ある目的を持つ利用者（その診療科と関わった患者や付き添い）が利用するものと認識されている

②特定の目的やプログラムを持たない匿名空間として設けられた空間や場所でも、自分と異なる大多数の人々に占められた場合、その場所の利用を避ける傾向がある

③行き止まりの廊下はそこを取り囲む病室の患者に領有される場合がある

2) 管理されているか／管理されていないか

管理の視線が及ぶか／及ばないか、あるいはまわりを意識せずにゆっくり居られるか／居られないか、また、あるシステムやプログラム・管理規範や暗黙のルール（患者として何々をやってはいけないなど）によって患者の行動が拘束されたり、管理されていると意識される場合、空間や場所に対する患者の意識や行動は大きく変わってくる。

①面会場所や予約前後の滞在

②自分がいる管理単位（領域）と異領域に対する意識

③匿名行動（匿名空間、夜や休日の外来）

このように、患者がまわりを意識することや管理されていると意識することなどによって、ある空間や場所そのものの意味の変化や、患者の空間や場所利用などが影響される。患者役割行動あるいはプライバシーの面から現れる使い分けや場所の意味の変化、匿名行動などがこれにあたるものである。

3) 空間や場所のしつらい、仕掛け

空間や場所そのものだけではなく、そのしつらえや仕掛け、あるいは利用場面などが患者の空間や場所へのアクセシビリティや利用に影響する。日常的に住み慣れた環境ではない新たな環境での患者の行動において、病院側が提供する想定された患者のニーズ、すなわち管理された情報や、想定されていない患者の個別的なニーズ、すなわち管理されない情報は利用者の視覚情報（アフォーダンス）に依存する傾向が強くみられる。特に匿名空間では想定されたプログラムが存在しないことで、利用者の行動内容は様々である。

患者空間のしつらえや仕掛けと関わる、患者の意識や行動にみられる特性を次に挙げる。

①利用場面や仕掛けとアクセス

・倉敷中央病院の温室の自動販売機やセントラルパーラーの飲料券販売機

- ・ サービス役員、利用者の様子（パーラーの喫煙コーナー）
- ・ 外からのアクセスだけではなく、中から外の様子がうかがえることで付き添いや患者の待ち空間としても利用される

②家具や椅子のセッティング

- ・ いつでも座れると思える、利用目的にふさわしい場の形成や選択ができる
- ・ 一人になれる、視線や向きを選択ができる
- ・ 目的空間とは違ったセッティング（TO病院の総合受付ロビー）

このように他の目的空間が持った管理された情報の代わりに、患者空間では空間そのもののしつらいや仕掛けが患者空間の顔として記憶され、患者の環境行動における構えやコントロール（行動と決定、そして認識のコントロール）^{注7}などに欠かせない主要なファクターとして働く（図3-25）。

^{注7} アフォーダンス（Affordance）

アフォーダンス理論は、ギブソン（James J.Gibson）というアメリカの知覚心理学者によって、1960年代に完成された。ギブソンの理論は生態学的認識論と呼ばれるが、それは情報処理モデルと真っ向から対立している。生態学的認識論は、情報は人間の内部にではなく、人間の周囲にあると考える。知覚は情報を直接手に入れる活動であり、脳の中で情報を間接的に作り出すことではない。私たちが認識のためにしていることは、自身を包囲している環境に情報を探索することなのである。環境は、加工されなければ意味を持たない刺激のあるところではなく、それ自体で意味をもつ持続と変化という情報の存在するところとして書き換えることができる。

アフォーダンスとは、環境が動物に提供する価値のことである。アフォーダンスはギブソンの造語である。アフォーダンスは事物の物理的な性質ではない。それは動物にとっての環境の性質である。アフォーダンスは知覚者の主観が構成するものでもない。それは環境の中に実在する、知覚者にとって価値のある情報である。（アフォーダンス新しい認知の理論、佐々木正人著、岩波書店、1994,pp60-61）

7. まとめ

患者を取り巻く様々な環境と、それらと関わる患者の行動、また院内にある様々な空間や場所、すなわち患者空間の諸側面や属性などと患者の意識や行動、そこでの滞在様態から、

- ①患者の意識上に再構築される様々な空間や場所と、それらと関わる患者の環境行動
- ②患者の生活で見られる居場所形成とその様相、そしてそれらの意味変化や機能分化
- ③患者の日常環境行動を支援できる仕掛けとしての患者空間のあり方などを考察した。

その結果、以下に示すような病院建築計画上の新しいいくつかの知見が得られた。

(1) 患者の環境行動特性

患者はまわりの様々な環境と関わり合いながら、各々の空間や場所に意味付けをし、その空間や場所を使い分けたり、機能分化させながら環境を意識上に再構築する。その空間や場所が意味付けられる過程は、自分が患者であるという認識に基づいて自分の行動を患者の役割に照らして評価することや、患者自身がプライバシーを意識することからくる患者役割行動に最も大きく影響される。そのようにして意味づけられた空間や場所は、情報が増えることにより使い分けられたり、機能分化されたりする。

また、プライバシーや対人関係などに根拠をおいた匿名行動で、自分の管理単位を離れ、まわりを意識せずに目的行動をしたり、一人になったりする。

ここでいくつか必要と考えられるのは、

- ・患者がまわりを意識せずに居られる空間や場所を設けること
- ・患者がコントロールできる環境を個別化すること
- ・患者の在院期間の短縮化傾向などを踏まえた上での理解しやすい構成にすること（すなわち、患者のアクセスや管理される情報の領域を広げていくこと）と、つまり患者と環境の関係の発展的過程を重視すること

などである。

(2) 空間や場所の意味の変化

院内にある様々な空間や場所（患者空間）は、管理の視線や異なる多数の人々に占有・領有されることや、情報が増えることなどによって、以下に示すように、利用者である患者に様々な顔をもって認識される。患者の空間利用はその顔に大きく影響される。

①システムやプログラムにおける変化：管理や領有の状況、また新たなプログラムが取り入れられることにより、患者の意識や利用の様態は変わってくる。

②個人レベルの経時的変化（人間・環境の発展的側面）：時間が経るに従い患者は新たな情報を得て環境を新たに認識し、それによって患者の空間や場所に対する意識や使われ方が変化する。

(3) 患者空間

①患者が常時居られる場所、または立ち寄れる場所としての患者空間へのアクセスビリティや患者の行動は、次のような空間属性に影響されると考えられる。

- ・管理されているか／されていないか
- ・領有されているか／されていないか
- ・その空間や場所のしつらいや仕掛け

②入院患者や外来利用者が意識上に共有できる空間や場所（匿名空間）を設けることは、患者の入院への窓口は外来が大部分を占めることを考えると患者が新たな環境を体制化して馴染んで行くという過程の中の、拠点として最も重要である。

③匿名空間：空間機能や特定の利用階層などが想定されていない空間として設けられた匿名空間と、患者によって匿名的に使われる空間などが考えられる。匿名空間でも患者と異なる利用者層に占められると入院患者のアクセスは減ってくる。したがって、病院のシステムやプログラムによって匿名空間も位置づけられるべきである。

以上、患者の環境行動の諸様相や、環境とのかかわりの中で患者空間そのものが持つ特性などを探ってきた。施設環境を考える上では、患者と環境、または環境を構成する要素（物理的環境と社会的環境など）間の関係をより総合的に見ていく必要がある。

表3-1 調査日程

調査病院	物や家具の収録	移動や滞在マップ	患者インタビュー	外来の滞留時間調査
TO病院	1994.12.12.	1994.12.13.	1994.12.14.	1994.12.15.
KU病院	1994.10.18.	1994.10.19.	1994.10.20.	—

*調査は朝8時から夜10時までの間に30分間隔で

表3-2 調査病院の外来・病棟の状況 (調査当日の外来基準)

調査病院	外来延べ滞在人数 (/100B)	外来受診 患者数	外来初診患者数 (初診率)	外来受診患者 /100B	病棟 病床数	平均在院 日数
KU病院	7423 (673)	2421	305 (12%)	224	1103	22.95
TO病院	2790 (900)	1036		334	310	

(ベッド当たり面積：KU病院 61.65m²、TO病院 89.4m²)

表3-3 病院の調査区域

<p>(TO病院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地下1階：放射線診断や治療、内視鏡（職員や物品などの出入り、屋外ベンチが設けられている） ・1階：総合受付、薬局、小児科、整形外科、スポーツ整形外科、歯科、外科、耳鼻咽喉科、皮膚科、神経科、眼科、脳神経外科、救急 ・2階：内科、産婦人科、泌尿器科、採血、生理機能検査、リハビリ棟を繋ぐ通路（リハビリは除く） ・病棟：4階（外科）、5階（整形外科）、7階（内科） ・8階：レストラン、売店、喫煙コーナー
<p>(KU病院)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1階：薬局、会計、外来診療科（内科、循環器内科、心臓血管外科、脳外科、呼吸器外科、中央注射・採血、小児科、整形外科）、中央診療部門（生理機能検査、放射線部門、内視鏡）、リハビリ（リハビリは除く）、売店、本屋、<u>温室</u>、<u>セントラルパーラー</u>、3カ所の喫煙コーナー ・2階：外科、眼科、皮膚科、耳鼻咽喉科、形成外科、産婦人科、心療内科、泌尿器科 ・3階：歯科 ・病棟：1棟の3階・9階の西側（外科系）、2棟の4階（内科）

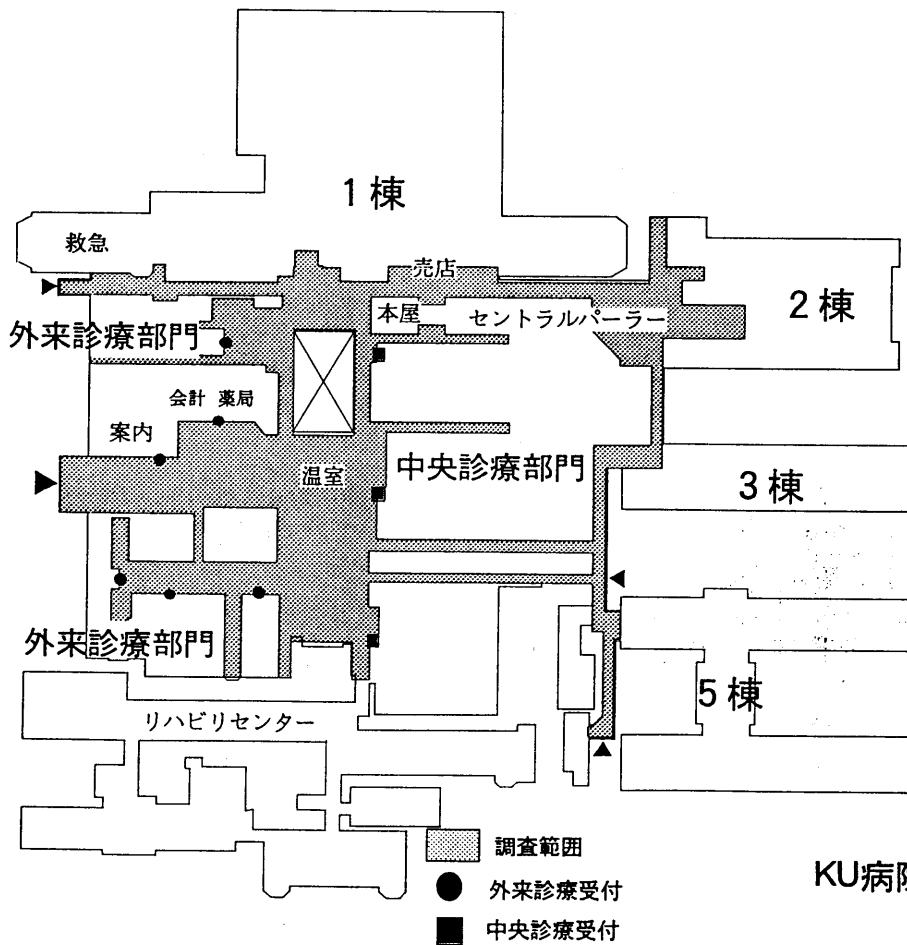
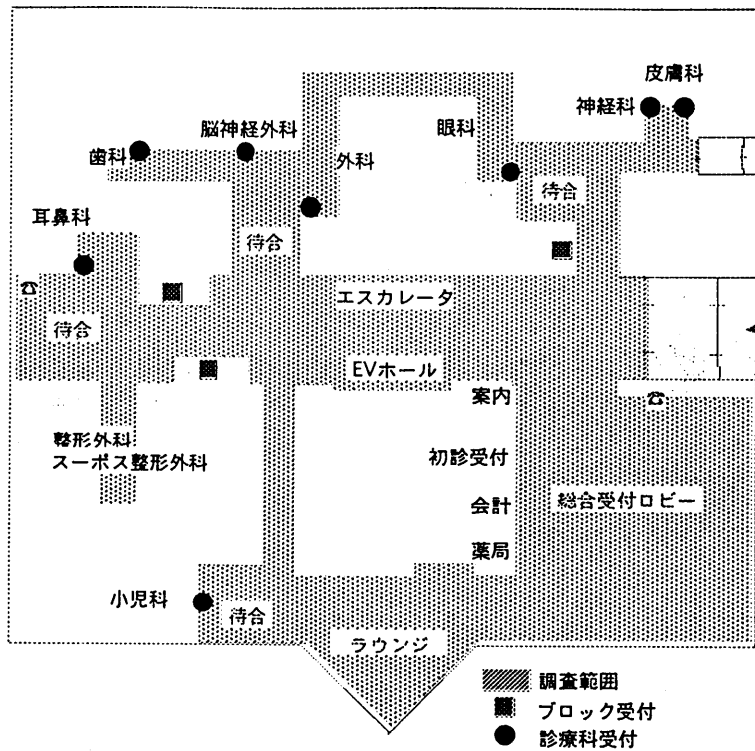


図3-1 対象病院別の調査区域

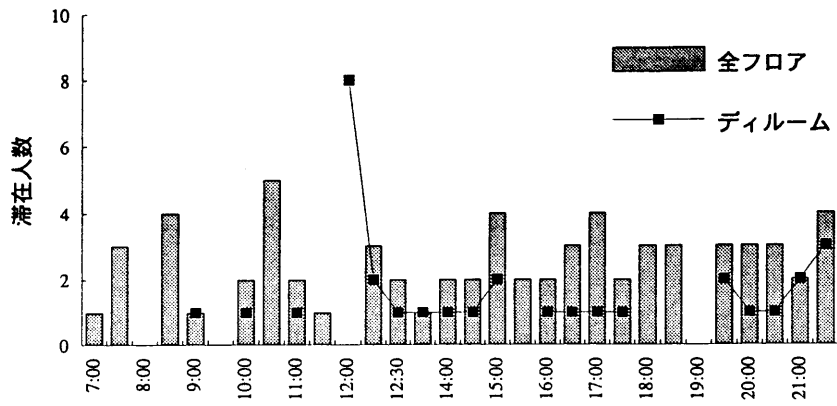


図3—2 患者の滞在人数 (TO病院7階内科病棟)

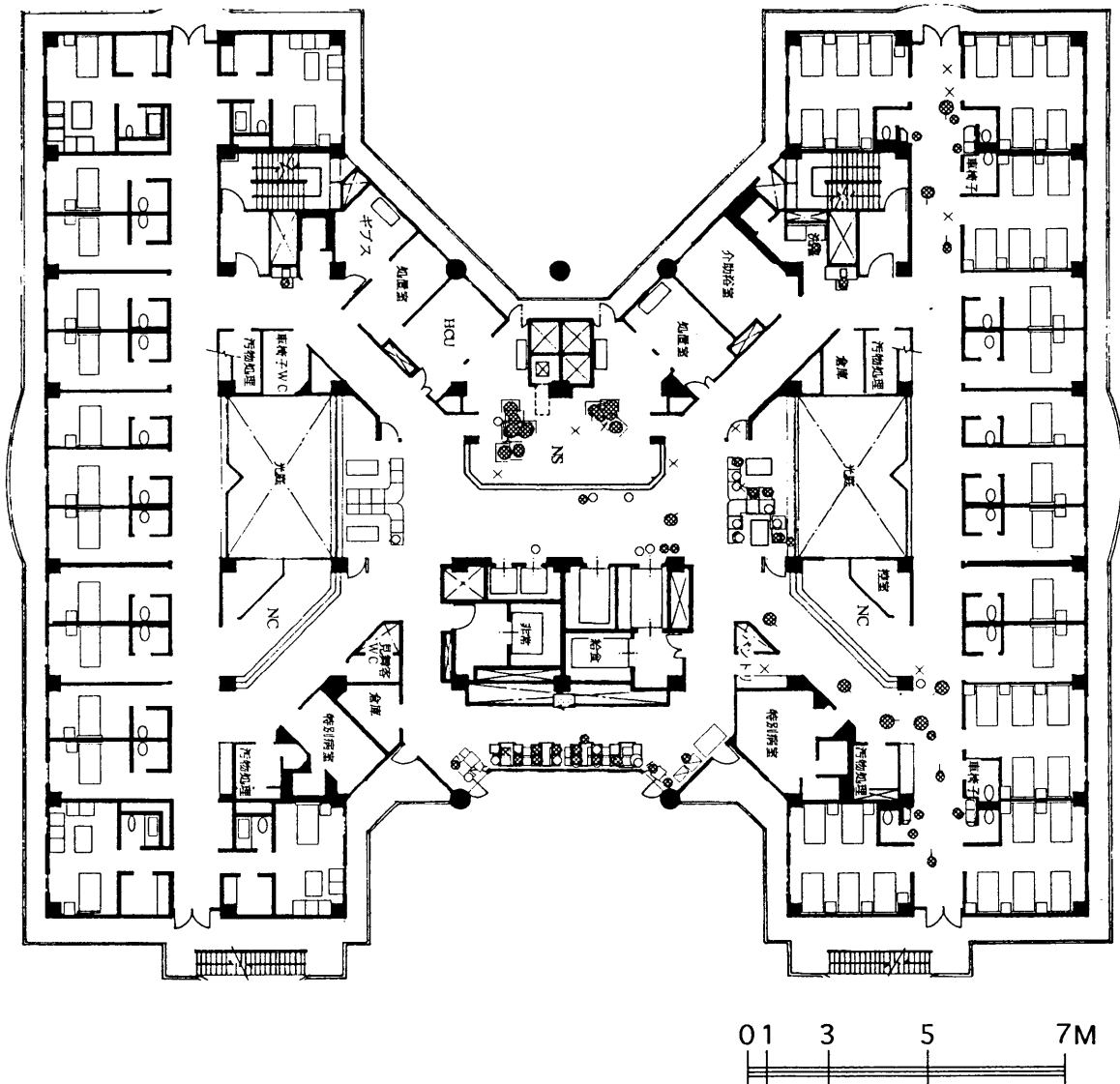


図3—3 患者の滞在状況 (TO病院7階内科病棟)

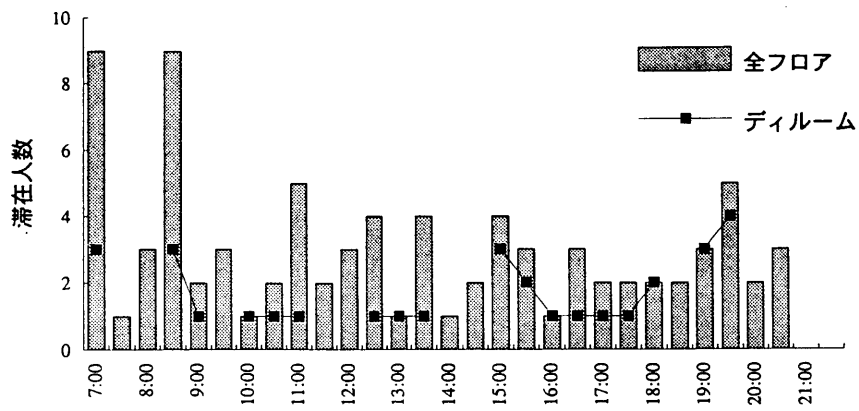


図3—4 患者の滞在人数 (TO病院4階外科病棟)

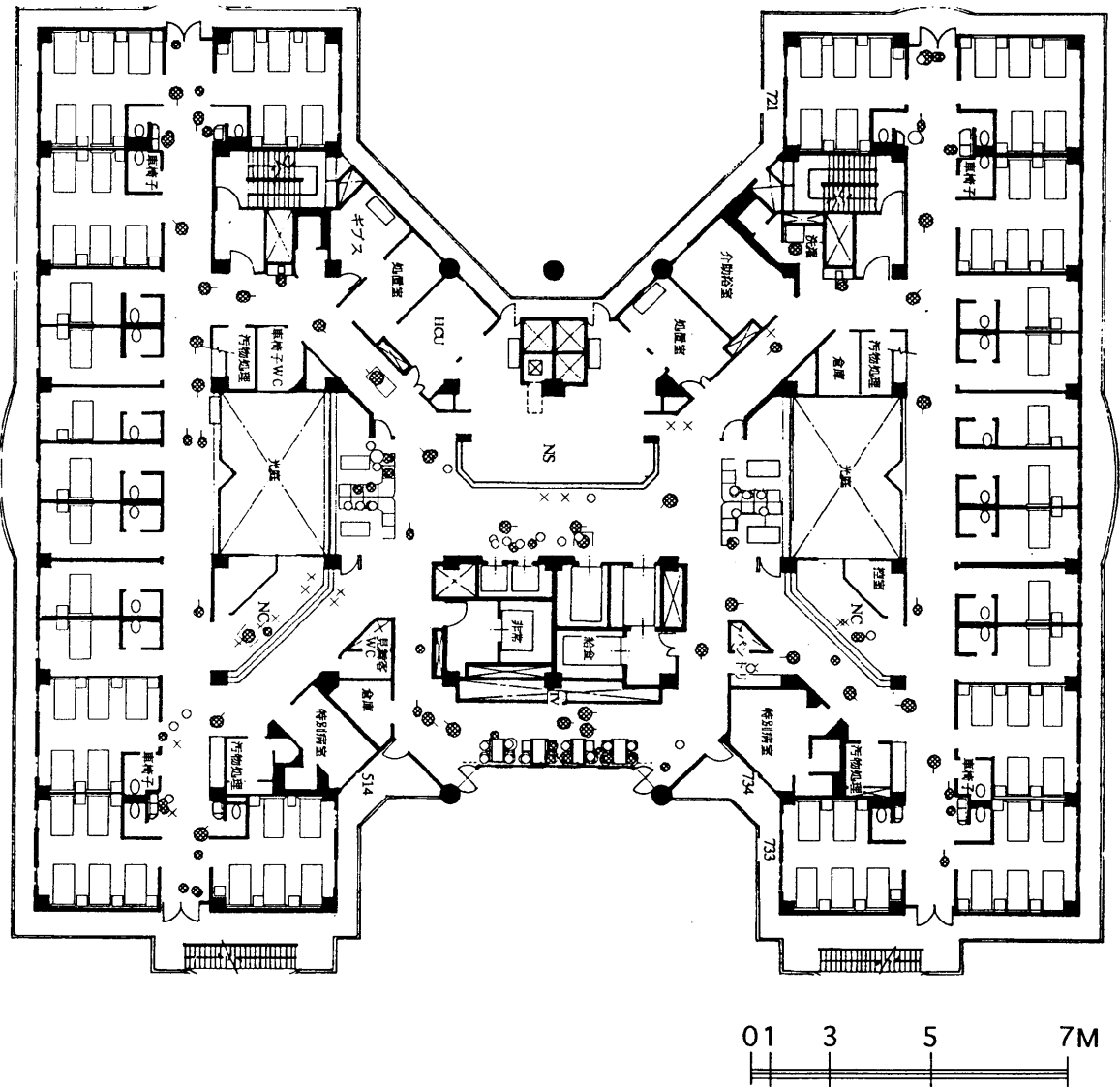


図3—5 患者の滞在状況 (TO病院4階外科病棟)

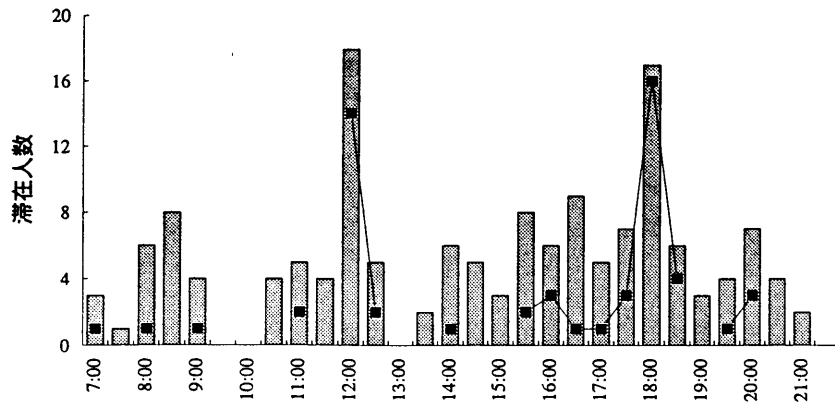


図3—6 患者の滞在人数 (TO病院5階整形外科病棟)

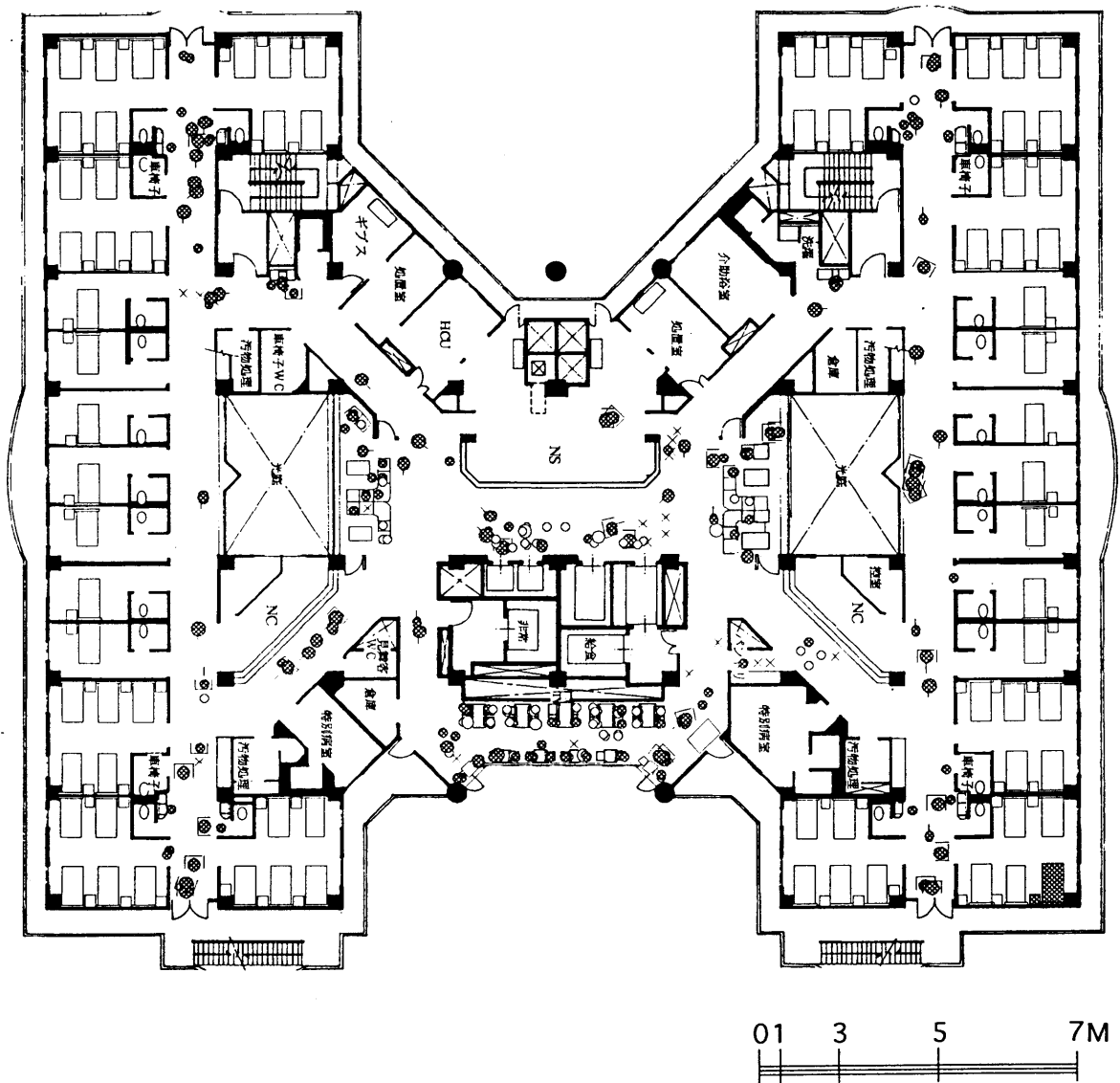


図3—7 患者の滞在状況 (TO病院5階整形外科病棟)

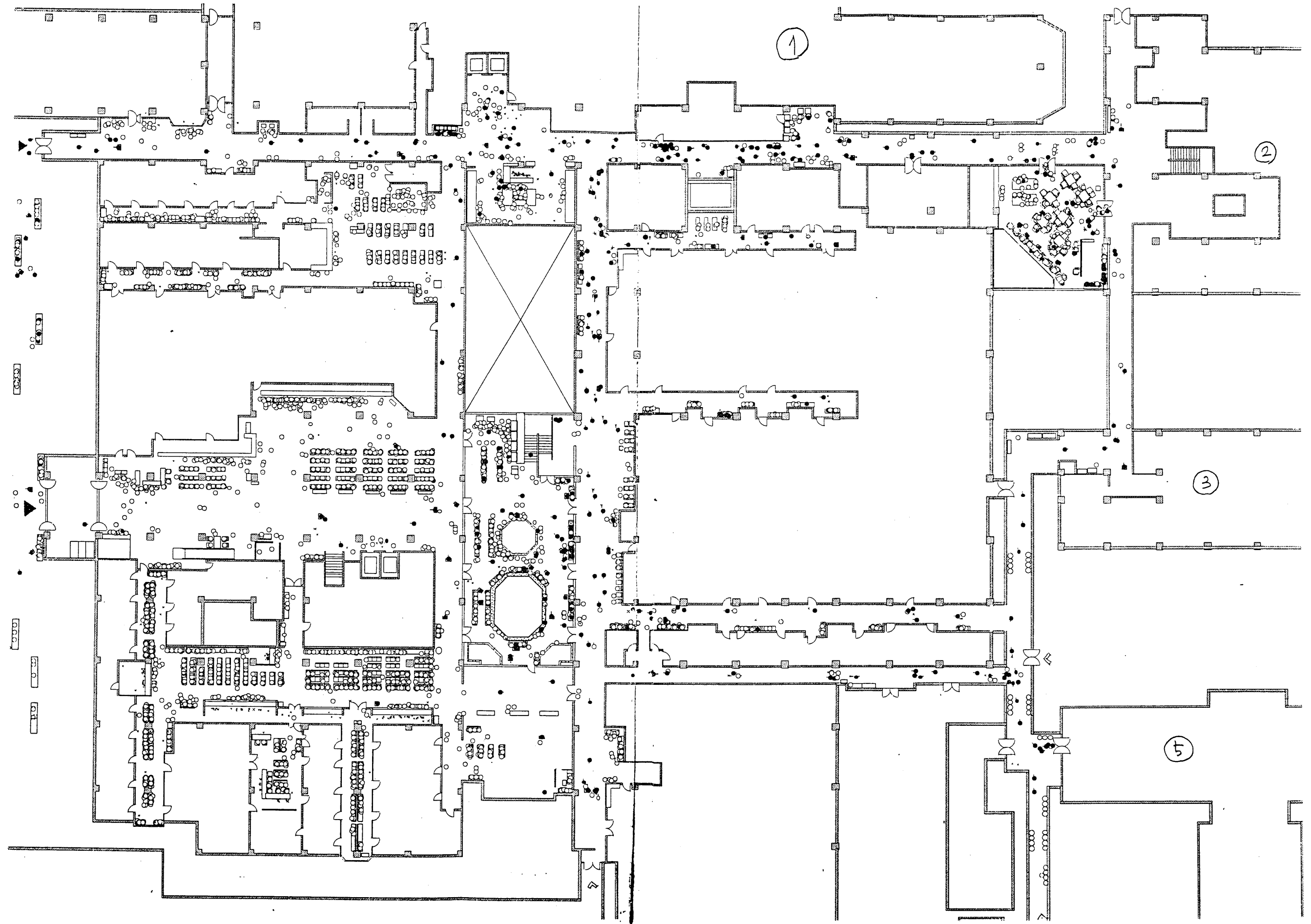


図3-16 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (KU病院1階)

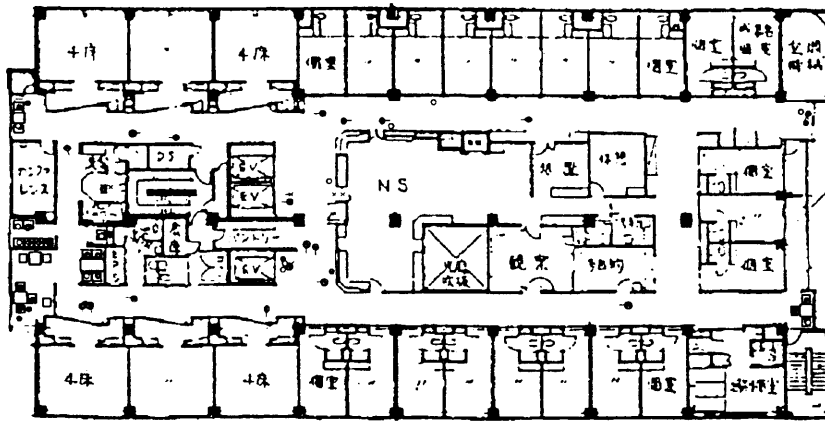


図3—8 患者の滞在状況 (KU病院2棟4階内科病棟)

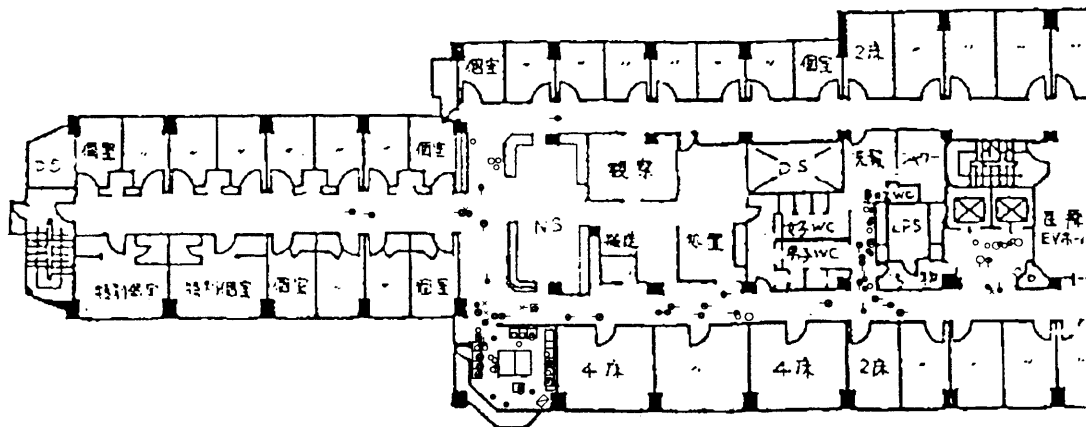


図3—9 患者の滞在状況 (KU病院1棟9階外科病棟)

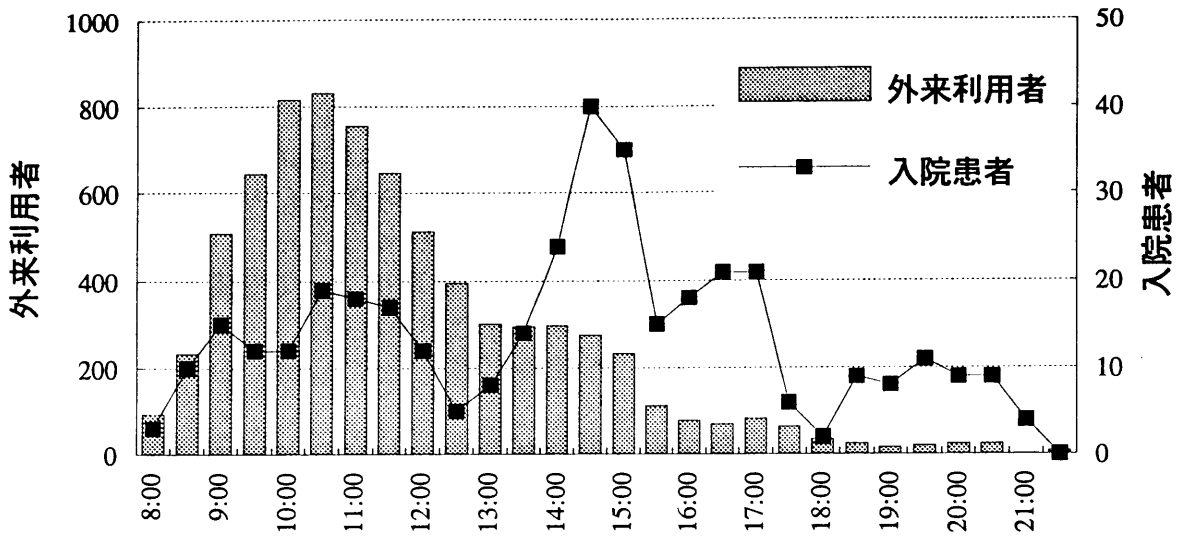


図3—10 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数（KU病院：一日断面）

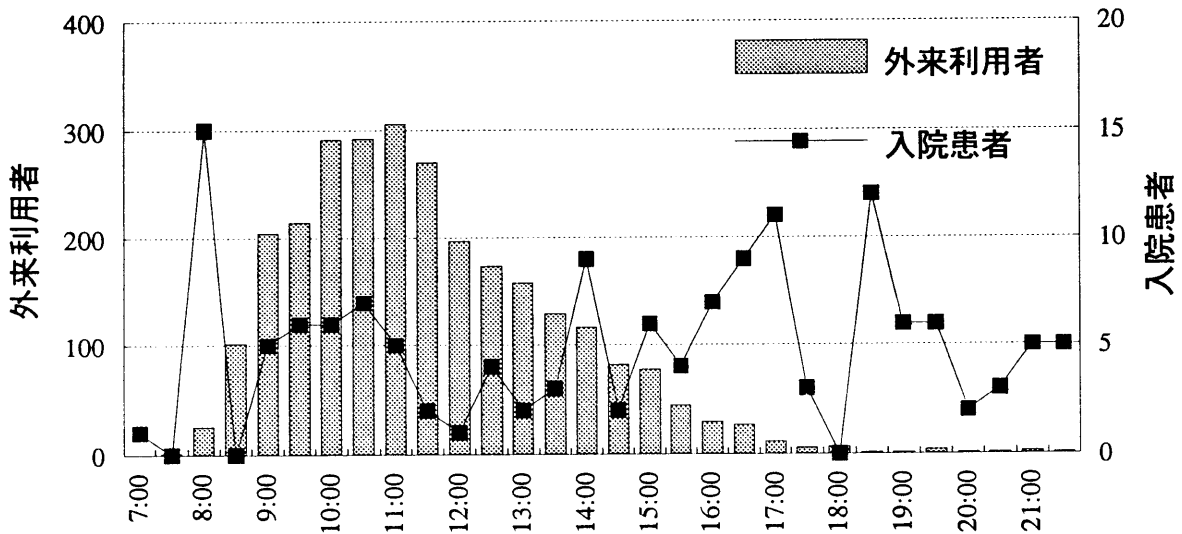


図3—11 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数（TO病院：一日断面）

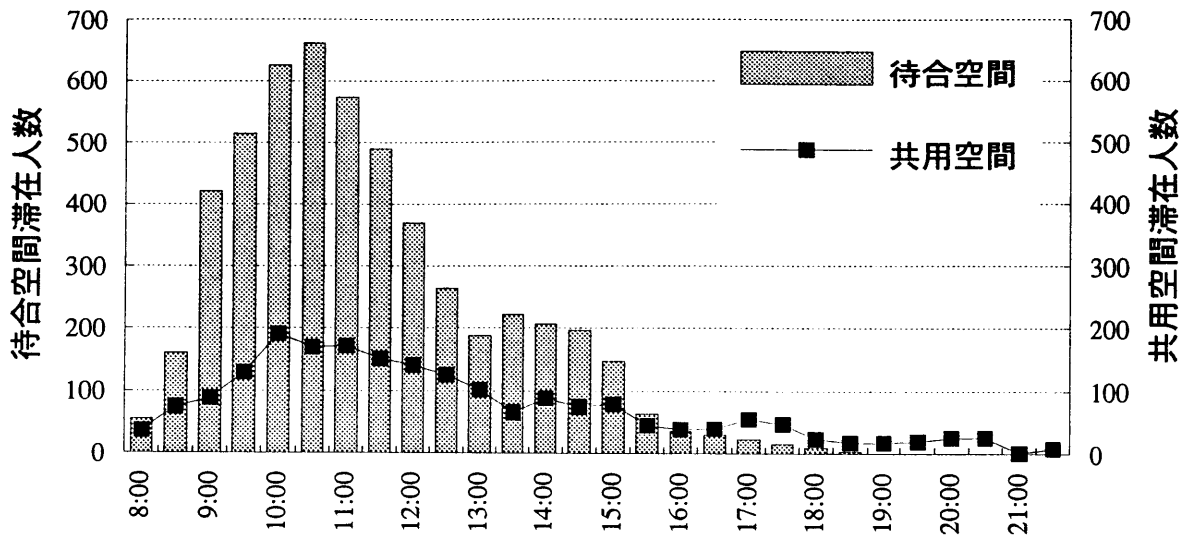


図3—1 2 外来利用者の待合空間とその他の共用空間における滞在人数 (KU病院)

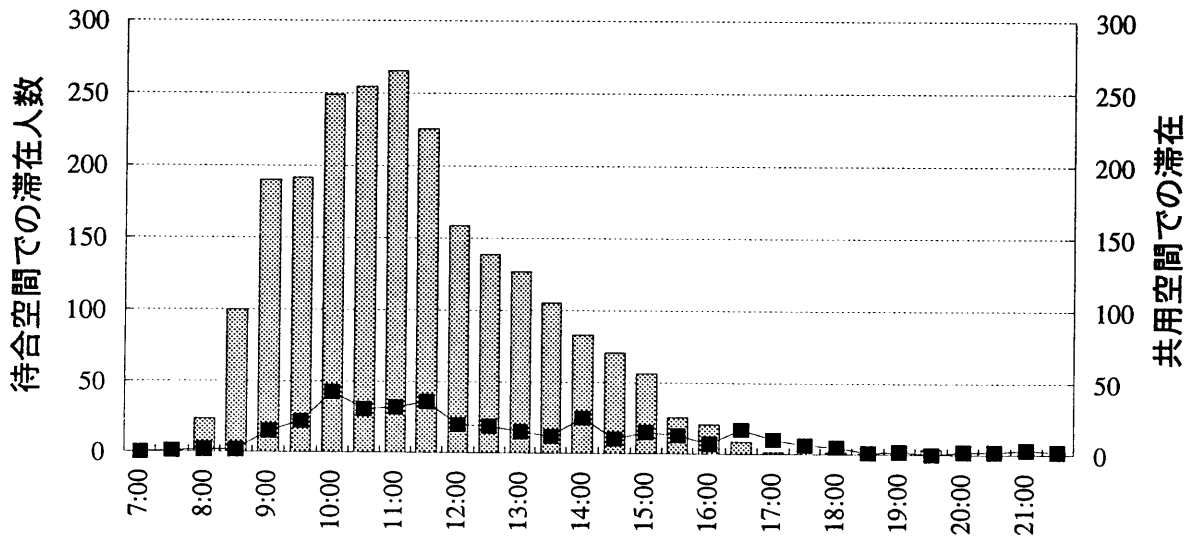


図3—1 3 外来利用者の待合空間とその他の共用空間における滞在人数 (TO病院)

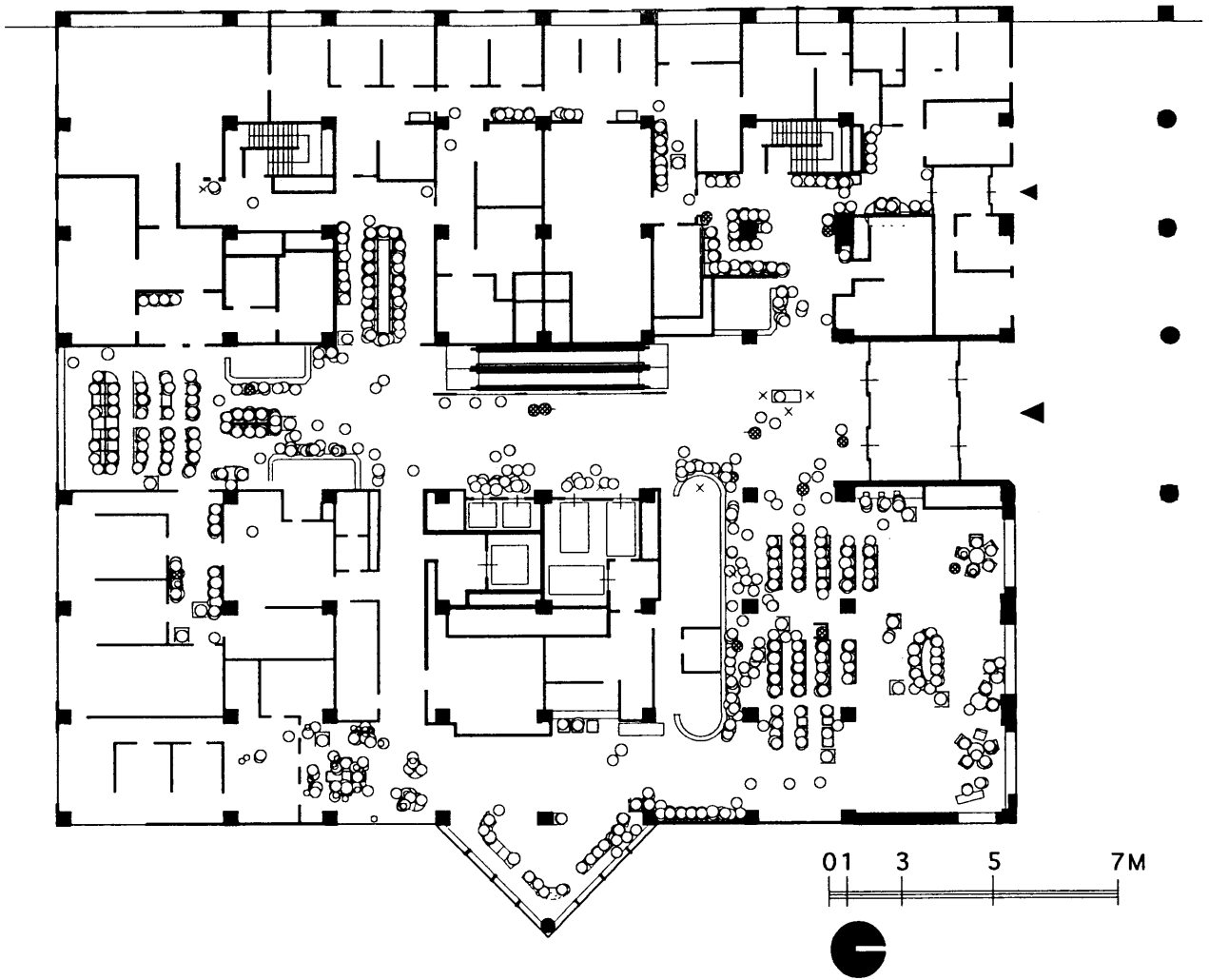


図3—14 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (TO病院1階)

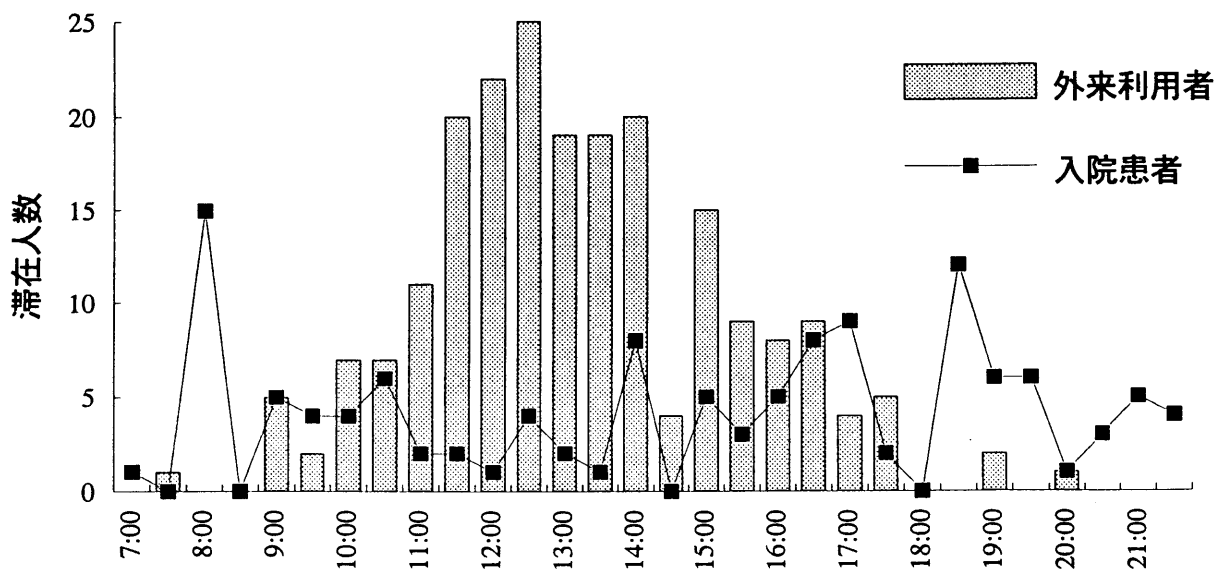


図3—15 8階における外来利用者と入院患者の滞在人数 (TO病院)

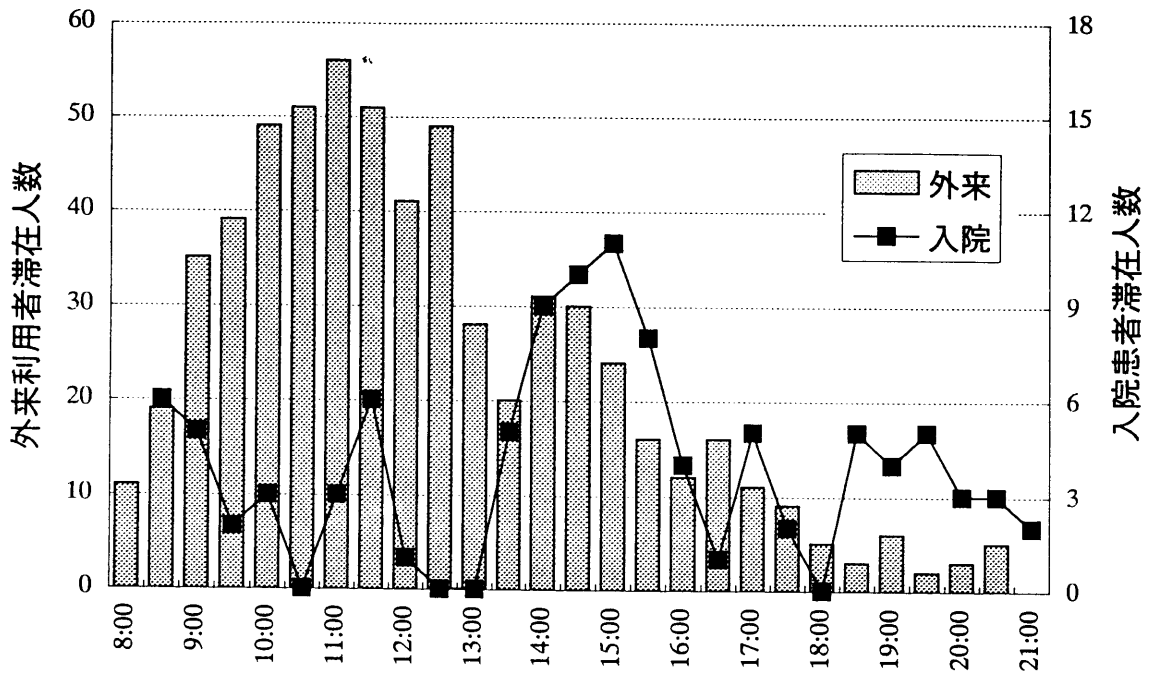


図3—17 温室における外来利用者と入院患者の滞在人数 (KU病院)

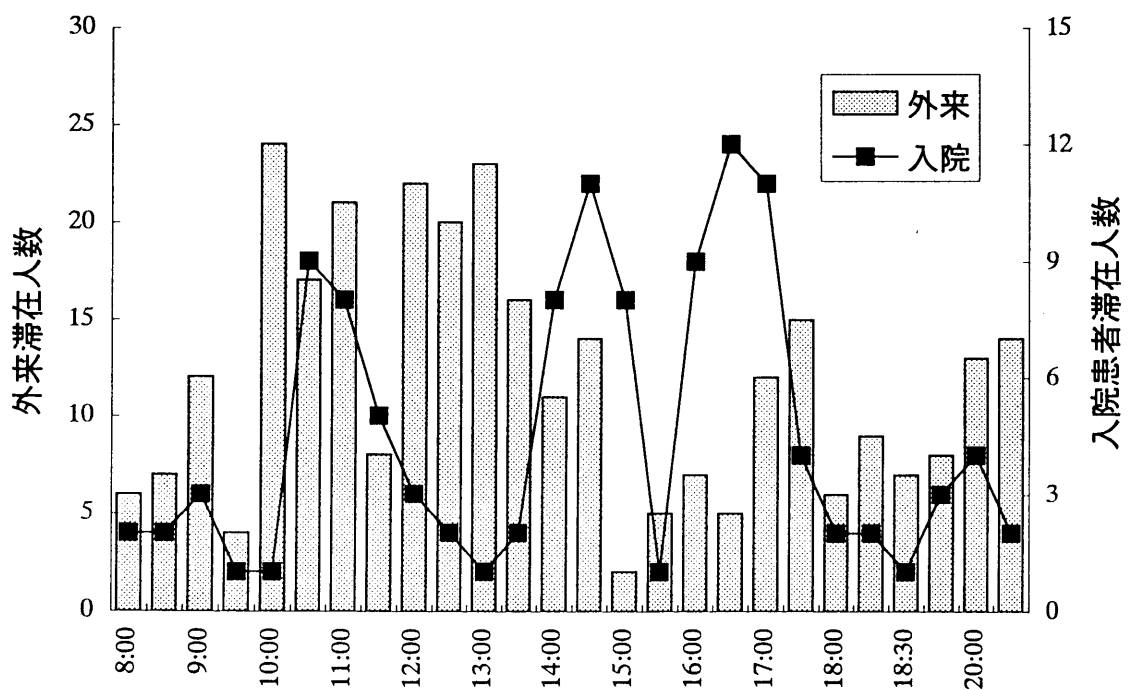


図3—18 セントラルパーラーにおける外来利用者と入院患者の滞在人数 (KU病院)

表3—4 KU・TO両病院における外来利用者の場所利用パターンの事例

KU 病 院	TO 病 院
<p>①予約時間の前、診療が終わった時</p> <ul style="list-style-type: none"> ・金曜日だけリハビリが遅く始まるので温室で待つ。 ・家からではなく、他の処によって来院すると、予約時間より早く着いて待つ場合 ・診察のときに緊張したので、診療が全て終わって調査場所でいつも休んで帰る。または、たまに診療が終わっても車の渋滞をはずすため ・5-10分、長くて20分で診察がすぐ終わるので、診療が終わった後、温室でゆっくりして帰る ・家が遠いので売店で弁当を買って温室で食べる ・母が在宅患者で月に1回病院に来るのが外出日で診療が終わって、売店やパーラー等で飲み物や食べ物を取ったり、廊下を回ったりする。 <p>②薬待ちの間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・温室は薬と会計の仕事待ちの時（ほっとする・緑があっていい） ・薬や会計待ち、診療が終わった時 ・一人の時は薬局待合、友達と一緒にの場合は温室かパーラー <p>③診察待ちの間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・待ち時間が長い時と食事できる場所がないので売店で本や食べ物を買ってきて温室で ・検査待ちは30分～1時間もかかるので ・予約券を出して診察待ちの時（予約しても2時間は待つ） ・売店で新聞や雑誌を買って待ち時間で読む。今の場所がなかったときは温室でタバコを吸う ・待ち時間が長くなる場合は、病院で買い物をして帰る場合もある ・初診の時は予約していなかったのに待ち時間が長かった。その時タバコを吸うのに温室を使う（初診の時から毎回温室を利用） ・待ち時間の時はタバコを吸うので喫煙コーナーにいる（3F歯科喫煙コーナー） 	<p>①予約時間前・診療が全て終わった後</p> <ul style="list-style-type: none"> ・予約より早く着いて総合受付円卓テーブルで本を読んでいる。 ・検査が終わってお腹空いたとき売店を利用する。 ・総合受付の円卓テーブルで薬待ち <p>②診察待ちの間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・来院時、時々レストランを使う。診察待ちの間は、お腹がすいていたら利用する ・待ち時間が長い場合、必要によってジュースを買いに売店 <p>③検査後受診の間</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査がある時で、食事を抜いて来てのどが乾いて8階のレストラン或いは時々自販機 ・今日は2階で採血、8階喫煙、2階受診、1階会計、1階薬待ち（待ちの間に外でタバコ）・帰り <p>④待合空間のみ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今日は診療がずれている。通院が長いので知り合いを会って、退屈なくて長時間滞在ができた ・大体診療が早く終わるのでいつも待合場所で ・外来のときは何処にも寄ることはない(入院経験)
<p>④その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・パーラーは主人が入院した時、新しくできたことを分かった、でも座る場所があるので行かない ・2科受診の患者や付き添いの待ち ・今日は、この後に友達と待ち合わせをしていて、お見舞いをする予定 ・売店と温室には来るたびによる（子供がいるので時間つぶしに、魚がいてよるこぶ） ・予約制があるから待ち時間にその時間を使える場所があるのでいい ・病院の中で暗いところよりは、明るいところ、緑があるところで安らぎたい。 ・温室やパーラーは売店のそばですぐ分かった ・温室は、入りやすい、水の音がよい、広すぎず開放感がある、夏でも涼しく快適、雰囲気がある ・パーラーは入りづらい 	<p>●入院患者が外来にある匿名空間を訪れる理由 (倉敷中央病院の温室やセントラルパーラ等)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・面会場所は温室の方がゆっくり話ができる。 ・面会の時は病室は個室だが、子供が泣くと迷惑かと思って温室にくる。 ・朝の回診後お茶を飲みたい。ボーとしたい。 ・ジュースをいっしょに飲むとき、落ち着いて会話するとき、周囲が気になるときに來る。 ・新鮮な空気を吸いたい。緑が見える。人がいる。 ・くつろぎたい。たばこを吸いたい。 ・外気に触れるような感じである。 ・温室・パーラーなど色々な場所に行った方が気分がよい、病気でくよくよしても仕方がない。 ・いつもコーヒーを飲んだり、人の動きを見ると楽しいから来る。 ・ここまで来ると運動にもなるし、話ができ気分もほぐれる。タバコの本数も減ってくるし、ジュースも飲める。 ・歩き疲れたとき休みたいから。 ・朝方に温室に行くと落ちつくから。

表3—5 KU・TO両病院における入院患者の場所利用特性の事例

KU 病 院	TO 病 院
<p>①立ち寄り</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1週間前からリハビリをしている、今日初めて帰りによってみた ・今日はリハビリの帰り、寒いからコーヒーを飲み温室に来た。 ・毎朝6時、リハビリの時、夕食後など人が少ないときに温室など廊下で散歩 <p>②場所を決めずに散歩で歩き回る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・散歩で病院の中を歩き回るときに一時休憩場所 ・散歩は1時間ぐらいでのそのそと歩き、30分歩いて、30分温室やパーラーで休む。 ・以前は病棟の廊下で散歩したが、退院が近くなったので、下の階まで降りてくるようになった。 <p>③ついでに寄る（2次的）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・時間つぶしで売店のついでに来る。迷うからあまり出歩かない。 ・温室には診察で（1階）下りてきたついでによってタバコを吸って休憩 ・売店で新聞を買って温室か整形前の喫煙所で ・退屈になると出て来て、散歩のついでに来る（午前6時すぎ、夕方頃） <p>④目的にふさわしい空間や場所への移動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族と談話室でお話し、続けて温室に降りてる。 ・面会は個室で会っていても、帰りがけに温室などに寄ってジュースやコーヒーを飲んだりする。 ・妻とは病室、子供が来て騒ぐ時や客が来て何かもてなしたい時はパーラーへ。 ・何ヶ所か喫煙所はあるが、いつも温室使う。手術後でも温室まで来てたばこを吸った。 ・顔見知りの職員が多くて、いちいち話をするのも面倒なので、人通りの少ないところに座る <p>⑤その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院3週間後洗濯に下りてきた時パーラを見付け、朝の回診後お茶を飲んでボーとする ・見送りの帰りに偶々椅子があって座った。 ・いつもパーラーの横を通って売店まで（パーラーは雰囲気がいいが、使ったことはない） ・散歩は特にしないが、どこよりもここ（竹の方を向いた籐椅子）が気分がいい 	<p>①寄り道はしない</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科、眼科に1度、すぐに帰ってきた ・診察やリハビリから寄り道しない（その階ごとにお客さんが居るみたいで行ってはいけないような気がする） ・検査時2階と地下1階に行くが、寄り道はしない ・採血の時は2階のラウンジで座って人を見てる。 <p>②ついでに寄る</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1階の総合受付の円卓テーブルの所で休んだり、外来を1周（EV—総合受付—1階ラウンジ—小児科—EVホール）したりする。 ・検査結果を聞きにいくとき8Fのレストランを使った。最初は検査だけで殆どどこも寄らなかった <p>③領有されてない、或いは管理されてない場所への働きかけ（空間や場所そのものの意味変化）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1Fは夜誰もいなくなったときに、家族の人と面会する時に使う。3Fは赤ちゃんを見に行くとき。 ・外来がない休みの日の昼間に1階を周回 ・2階：朝、誰も居ないときに行く（リハ通路を2往復してすぐ戻ってくる）、寝まき・チューブ着けて出歩くのは良くないと思って ・リハビリの歩く練習で1・2階に行く（夕食後1時間位、昼間30分位で土曜日が多い） 1階：周回、受付前を行ったり来たり 2階：通路を行ったり来たり ・教えてもらった2Fのリハビリの廊下はこれから使いたいと思っている <p>④その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・8階に1回行った事があるが、落ち着く場所ではないので行かない（タバコも吸わないので） ・喫煙コーナ（8階）は1日10回は行く。（面会の時人数が多いとレストラン） ・外出できるようになって（11/24から）駅ビルまで散歩（リハビリを兼ねて毎日） ・リハビリで時々階段の登り降りもする ・面会者が来ると、帰りに玄関まで送って少し外の空気に当たって戻ってくる ・3日に1回位地下の通用口へ（天気のいいとき外気を吸いに）、敷地内のベンチまで行って帰って来る（人に教えてもらった。ディールーム、面会コーナは行かない）

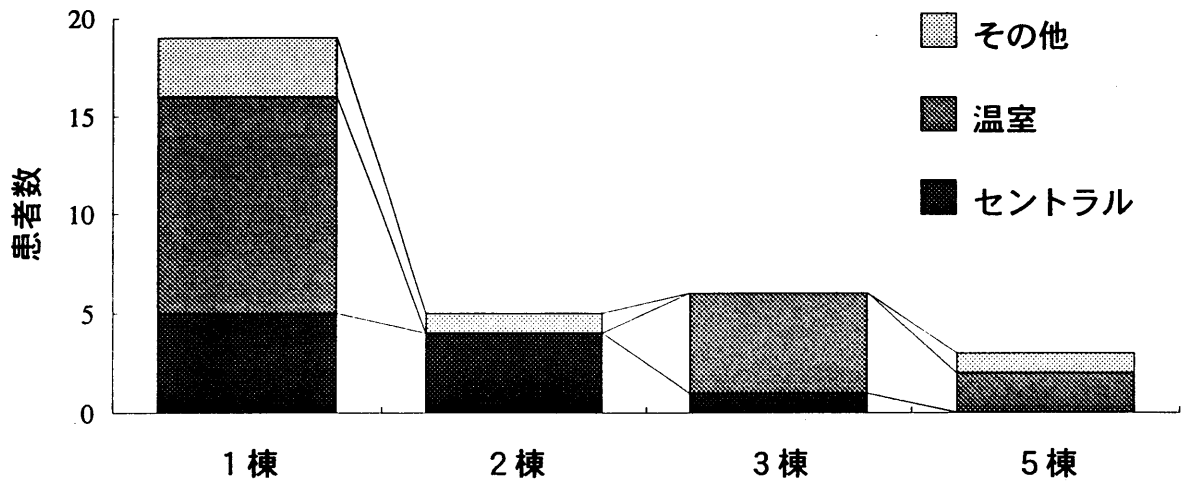


図3-19 入院患者のいる場所と患者の所属病棟との関係 (KU病院)

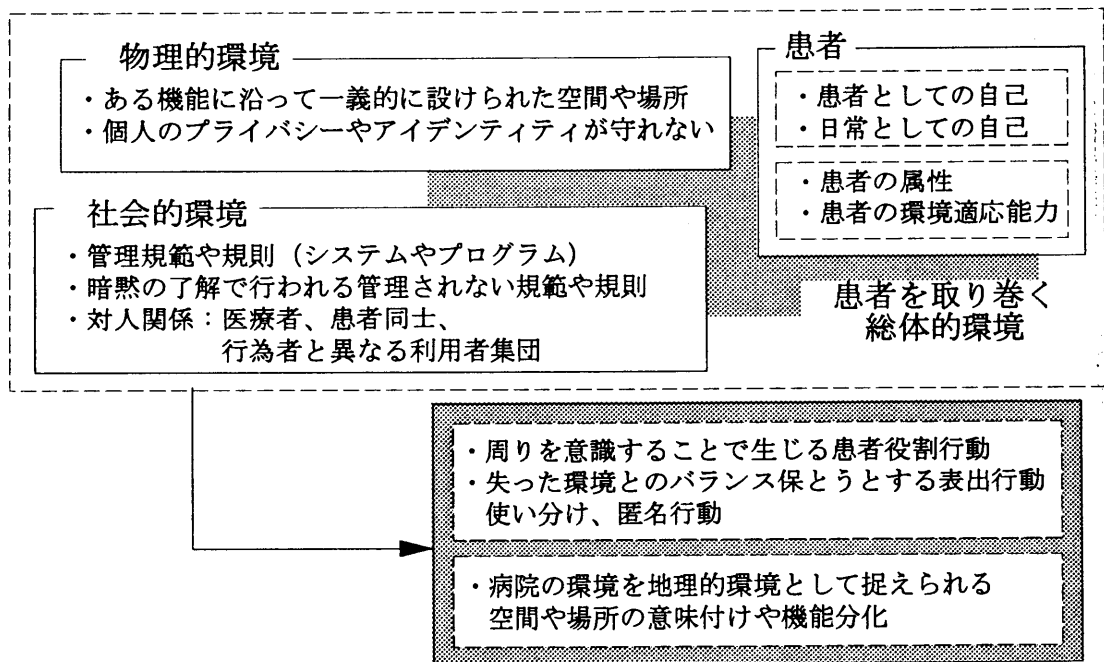


図3-20 患者を取り巻く環境

表3-6 患者の行動の類型とその行動内容・対応する空間

	行動内容	空間や場所	備考 (諸側面)
患者役割行動	管理者や管理規範を意識する行動・異類の利用者や患者同士を意識した環境行動	NSまわりのデイルームや廊下、外来のPublic space	物理的・社会的環境との関わり、役割の位置付け
使い分け	面会 (話し内容・子供連れ等) ・喫煙・散歩などの空間や道筋	デイルーム・外来の休憩空間・レストラン・廊下	患者役割行動
匿名行動	電話の利用・多床室患者の	夜の外来部門 (待合空間や廊下など) ・外来のPublic space (廊下や休憩空間)	閉じこもり型の匿名や共在の場での匿名

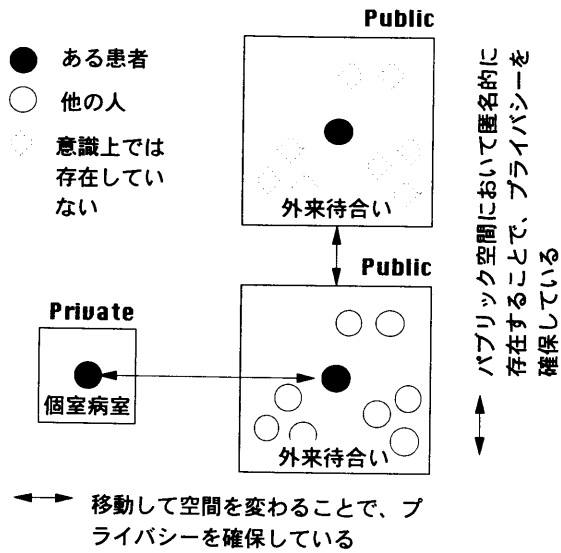


図3—21 匿名空間の位置づけ

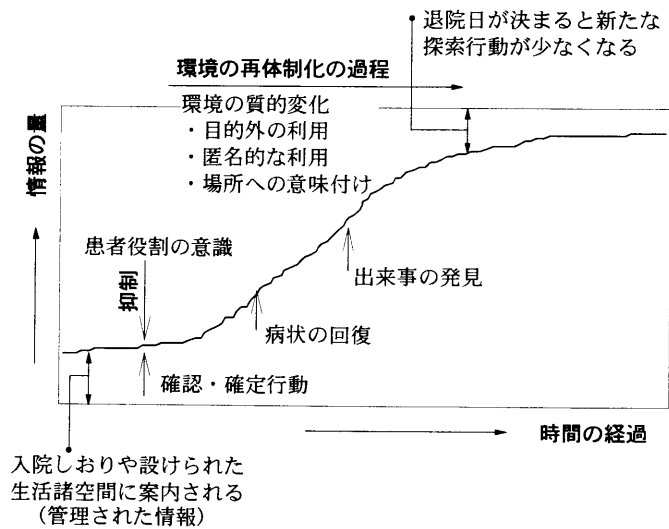


図3—22 空間や場所の意味変化の諸側面

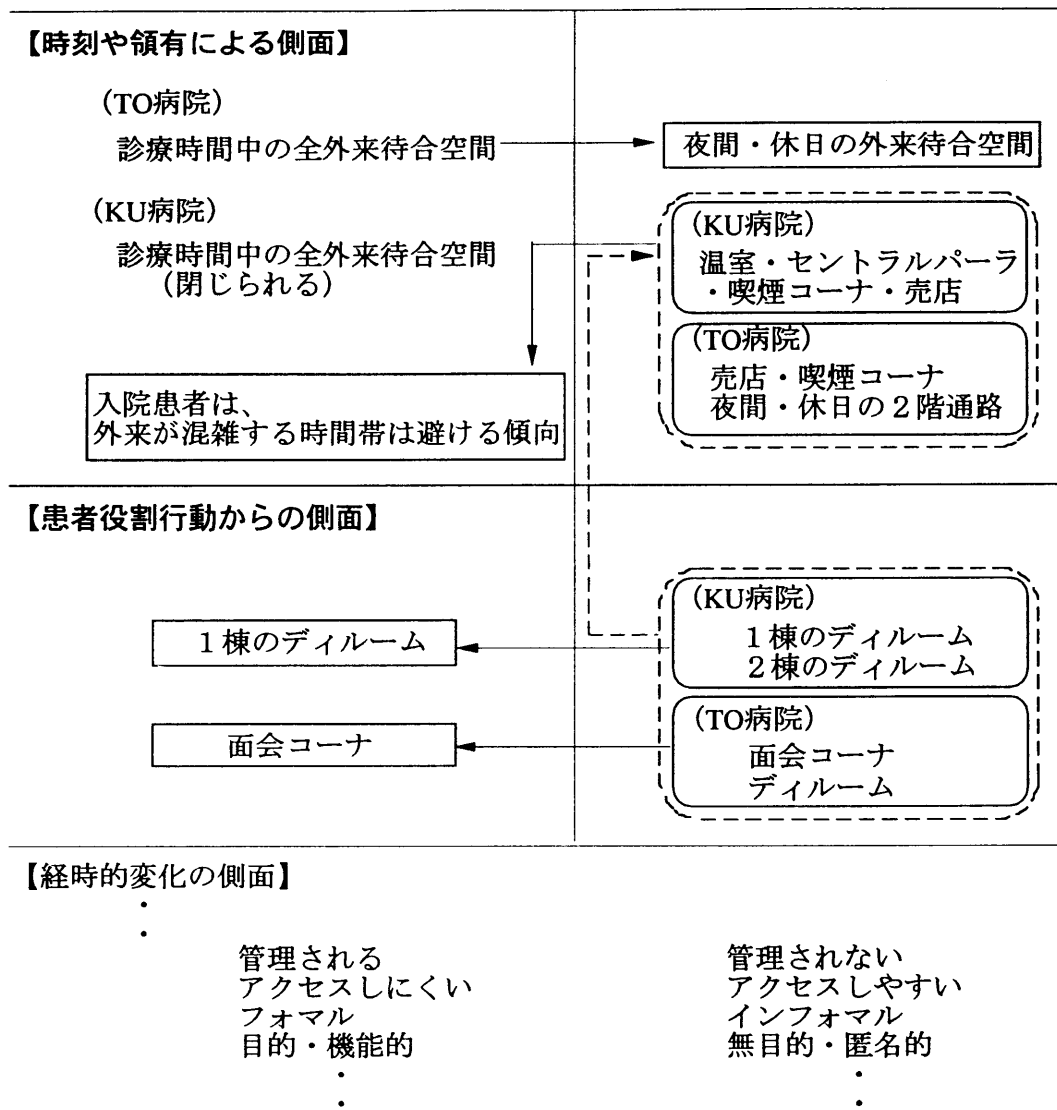


図3-23 患者空間の意味変化の諸側面

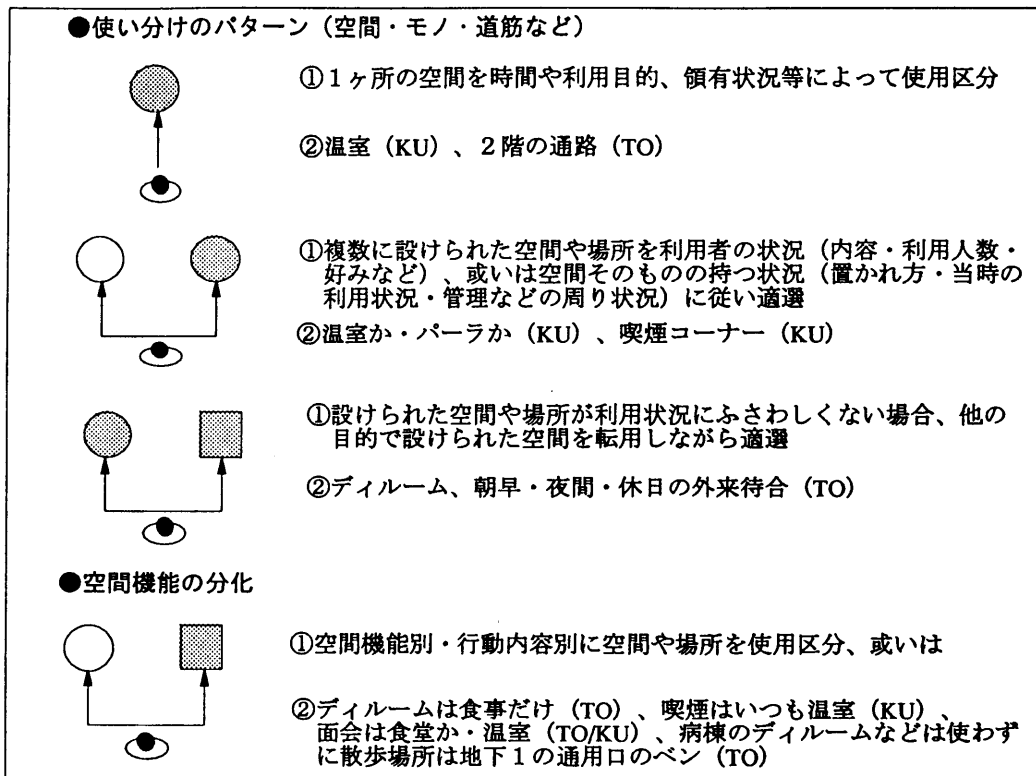


図3-24 使い分けのパターンおよび機能の分化

<p>場面 (姿勢)</p>	<p>場面</p>	<p>場面</p>	...
<p>利用状況</p> <p>1.向きを変えたり、椅子を動かしながら、利用者同士が視線をずらすことでセッティングされた場を分節や統合を行う</p>	<p>利用状況</p> <p>1.視線や向きを変えることで隣り合い、向かい合い、或いは背中合い等の変化が求められる</p>	<p>利用状況</p> <p>1.利用者が求める向きや姿勢等が自由に形成できる</p>	
<p>事例</p> <p>KU病院セントラルパーラ TO病院総合受付ロビー</p> <p>面会・食事・待ち</p>	<p>事例</p> <p>KU病院温室 喫煙コーナー</p> <p>面会・待合・食事 新聞や雑誌等を読む 横になる</p>	<p>事例</p> <p>KU病院セントラルパーラ</p> <p>食事・話し合い 横になる</p>	
<p>場面 (視線)</p>	<p>場面</p>	<p>場面</p>	...
<p>利用状況</p> <p>1.利用者の選択によって求める情報や眺望、或いは周りから切り離すのが出来る</p>	<p>利用状況</p> <p>1. 共有状況の中でも利用者同士の視線が合わないことで個別或いは隣り合わせの匿名の場が生じられる</p> <p>2.管理されない状況（早朝や夜、休みの日の外来待合）での匿名の場</p>	<p>利用状況</p> <p>1.視線や向きを周りから切り離す（背向き）ことで個別の場が成り立つ</p>	
<p>事例</p> <p>TO病院外来待合空間</p> <p>待ち（予約や会計等） 外の動きを見る</p>	<p>事例</p> <p>KU病院外来待合空間 TO病院総合受付</p> <p>面会の話し、思想</p>	<p>事例</p> <p>KU病院セントラルパーラ</p> <p>新聞や雑誌等を読む、 考え込み、眺める、居眠り</p>	

図3-25 匿名空間の仕掛け（家具配置）と使われ方

第4章 患者を取り巻く環境の違いと患者空間

－韓国の調査病院との比較考察－

1. 研究背景及び目的
 2. 調査概要
 - (1) 調査内容及び方法
 - (2) 調査病院の概要
 3. (日本の調査病院との) システムやプログラム、
状況の相違
 - (1) 外来部門
 - (2) 病棟部門
 4. 部門別・場所別にみた滞在分布や様態
 - (1) 外来診療部門内の滞在分布や場所利用
 - (2) 病棟部門内の滞在や様態
 5. 日本の調査病院と韓国の調査病院との比較考察
 - (1) 患者の滞在分布や様態
 - (2) 患者空間の利用状況とそのあり方
 - (3) 患者空間の種類
 - (4) システムやプログラムの違いがもたらした
環境行動
 6. まとめ
-

第4章 患者を取り巻く環境の違いと患者空間

－韓国調査病院との比較考察－

1. 研究背景及び目的

先章では、患者を取り巻く様々な環境と、それらとのかかわる患者の行動を調べることで、院内にある様々な空間や場所が主な利用者である患者にどのように意味付けられ、そして利用されているのかを調べた。様々な異なる環境状況の中で、患者がある空間や場所をどのように認識するかによって、表出される行動は多様である。しかし、これは状況によって変わるような現象ではなく、患者と環境の間のある関係性のもとで生じる環境行動である。

本研究ではその関係性だけではなく、その関係によって生じる患者の行動や患者空間の意味の側面をより明らかにするため、かかわる環境（すなわちシステムやプログラム、対人関係など）が異なる韓国の病院で、以下のような目的・内容の調査を行った。

1) 患者を取り巻く様々な環境が異なる韓国の病院での、患者の空間や場所に対する意識や、その結果として表れる患者の行動、また患者の意識上に再構築される様々な空間や場所が患者の環境適応にどのように寄与しているか、つまり

①患者の意識上に再構築される様々な空間や場所と、それらと関わる患者の環境行動特性

②患者の生活に見られる居場所形成とその様相、それらの意味の変化や機能分化

③患者の日常環境行動を支援できる仕掛けとしての患者空間のあり方を調べる。

2) さらに、日本の病院でみられる患者の環境行動特性や患者空間の諸側面との比較考察を行うことで、かかわる環境の変化が患者の意識や行動にどのように影響するか、またそれによって意味づけられた空間や場所が環境に馴染んで行く患者にどのように位置づけられているかなどを探る。

2. 調査概要

(1) 調査内容及び方法

1) 調査日程 (表4-1)

韓国の3カ所の病院、亜洲大学付属病院 (AJ病院)、ソウル中央病院 (ST病院)、三星医療院 (SI病院) で、第2章、第3章と同様の調査を行った。患者マップ調査は各1日ずつ、AJ病院、SI病院では経時的インタビュー調査を一週間にわたり、1995年3月から4月にかけて行った。

2) マップ調査

マップ調査ではまず、全外来 (中央診療部門含む) と病棟の廊下を中心とした待ち空間・休憩場所などにある家具やモノを図面上に収録し、患者マップはその図をもとに30分間隔で (午前8時~午後10時) 人の移動や滞在状況を観察し、記録した。

3) インタビュー調査

2ヶ所の病院で2) の調査をもとに同一入院患者を対象とした継続的なインタビューを行った。更に、補足的に日本の病院とのシステムやプログラム上の違いを明らかにするため病院関係者を対象に聞き取り調査を行った。

(2) 調査病院の概要 (表4-2、4-3)

調査は韓国にある3ヶ所の病院 (ST病院とSI病院はソウル市、AJ病院はソウルから40分ぐらい離れた京畿道水原市に位置する) で行った。3つの病院とも3次医療機関^{註1}として高機能の大規模病院である。

調査病院の外来診療時間は朝9時から午後6時までで二つの病院 (AJ・ST) は昼食時間を設けている。調査病院は3つとも地下に駐車スペースを持つため、地下1階は外来利用者や面会客の出入口としても主要な役割 (ST病院だけは地下駐車場から出て、1階のエントランスからのアプローチ) を果たし

^{註1} 韓国の医療供給体系は、国民皆保険の実施 (1989年) と共に病院間の機能や役割の重複を避けるため、医療圏域の設定や医療伝達体系の確保などにより医療機関を1次・2次・3次に区分し、増える一方である医療需要に対応している。しかし、医療の需要と供給のバランス保とうとする意図にもかかわらず、患者の大規模病院志向は変わらず中央集中が目立つ。今回調査を行った病院は3つとも3次医療機関で、大学あるいは研究病院としてセンター病院である。すなわち、救急以外は必ず、1次あるいは2次診療機関の紹介を経て受診可能な高機能病院である。

ている。そのような理由から3病院とも地下1階に諸生活関連施設^{注2}が設けられている。

病床数、外来患者数ともST病院が最も多く、SI病院、AJ病院の順に続く。平均在院日数はいずれも10日強（SI病院は資料無し）である。特に、SI病院は韓国では初の完全看護を導入した病院として、家族や付き添いの滞在を厳しく管理している病院である。

3. （日本の調査病院との）システムやプログラム、状況の相違

（1）外来部門

1) 外来診療の特性（表4-4）

①外来診療時間の設定

外来の診療は午前と午後に2元化して行われている^{注3}。すなわち、曜日ごとに午前と午後に分けて各々の診察医が掲示され、それに基づいて予約を行うシステムである（外来利用者の滞在分布参照）。

②外来受診患者のうち初診患者の割合が高い。

③予約システム

直接来院の予約者、電話やファックス予約患者の早期来院などで外来部門内の滞留患者は多いことが予想される。電話やファックス予約の場合は、予約時刻1時間前に受付窓口で手続きが必要である。

④ST病院やSI病院では予約なしの初診患者の当日受診は難しいという。そのため救急センターは救命救急以外にも患者の当日受診や入院の窓口にも利用される。

2) 待ち空間の分散

①手続上の待ちである仕事待ちにおける待ち時間や混雑を避けるため窓口や待ち空間を分散している。

^{注2} 調査病院の地下1階に設けられた患者サービス関連施設

・AJ病院：食堂、銀行（自動支払機）、売店、パン屋など

・ST病院：（東側）食堂街、銀行の支店など

（西側）生活支援施設（食堂、売店、理・美容室、花屋など）は別棟

・SI病院：食堂街、銀行の支店、コンビニ、本屋、花屋など

^{注3} 外来診療時間：08:30-12:00、13:30-16:00 外来受付時間：08:00-11:30、13:00-16:00

- ・ 検査や注射、投薬の前に会計を行うことで、会計窓口はブロックごと
或いは階ごとに分散されている（AJ病院・ST病院）
- ・ 次回の予約については前払いシステムである
- ・ 診療予約は電話・ファックス・来院など^{註4}があるが、初診患者は予約
1時間前に来院、総合受付で診療カードの発行が必要（SI病院・ST
病院）である。初診患者の当日予約や受診ができるAJ病院は受付番号
や会計番号などの整理番号を発行している

②医薬分業でないため、大部分の外来患者は薬局を利用する。それぞれの
病院で薬局を分散（ST病院はブロックごとに5カ所に分散）したり、広い
待合空間を設けたりするなどの工夫が見られる。情報システムや機器の進歩
により待ち時間の短縮がはかられているようだ（薬待ちのみは10分程度）。

③入・退院受付

入退院が多いため^{註5}、その手続きや入院費の中間精算（SI：5日、AJ：
1週間）、付き添い家族の管理（名札の引き渡し）、救急患者の入院手続き
などのために独立した待合空間が設けられ診療時間外にも利用される。

（2）病棟部門

1）管理規則や規範

①病棟部門への出入りの規制

面会客や子供などの病棟への出入り規制を1階・地下1階などのエレベータ
ーホールで行う（AJ病院・SI病院）。

②地下1階の食堂などでの患者への販売禁止

昼の地下1階は街の繁華街のように外来利用者や面会客、職員などで混雑す
る。

③院内での喫煙禁止

喫煙患者が外部に出掛け、喫煙する様子が見掛けられる。

④入院患者の検査のための移動は病院の専門要員の案内により患者用の
EVを使って行われる。

⑤入院患者は一律に病院側から渡された患者服を着ている。

^{註4} ST病院は院内カードの発行や受付のため専用カウンターも設け、診療予約（初診患者
でも当日予約・受診ができるという特典）や会計などで使われている。

^{註5} 調査当日AJ病院の入・退院患者は53人：76人、ST病院の入・退院患者は176人：155
人である。すなわち、在院患者の約1割の入退院が毎日行われることを現す。

2) 看護システム、患者のベッドや病室まわり

①看護や介助を全て看護婦が行う病院と付き添い家族による介助を認める病院とがある

- ・AJ病院・ST病院では一人の患者に対して一人の付き添い家族の滞在を許す
- ・完全看護のSI病院では術前・術後や小児患者、担当医が認める患者に限って一人の付き添い家族の滞在が許可される

②付き添い家族の滞在などのため、各ベッドには1つの補助ベッドが用意され（患者用ベッドの下）、患者の隣で一緒に泊まれるようになっている

③2週間弱の平均在院期間で入退院が激しく、即ち、在院入院患者の約1割の入・退院が続く

④3つの病院とも患者一人に対し一つの受信用の電話が設けられている。また、AJ病院では各患者ごとにテレビが置けるようになっており、デイルームなどにはテレビが置かれていない

⑤各階に1ヶ所ずつ設けられたデイルームなどの生活諸空間は、NSまわりよりは、両看護単位の中央にあるEVホールに近いところに位置する

4. 部門別・場所別にみた滞在分布や様態

(1) 外来診療部門内の滞在分布や場所利用

1) 外来利用者

①各病院ごとに、患者・利用者の滞在状況をみたものが（図4-1～4-3）である。外来の診療時間が2元化されていることで外来利用者の滞在のピークは午前と午後に分かれている。さらにそれを場所別にみたものが（図4-4～4-12）である。

②診療区域の待合空間（各診療科）とその他診療区域外の空間や場所での滞在（総合受付と薬局待合は非診療区域に含む）についてみると、AJ病院では診療区域内の変動と同様の変動が診療区域外にやや遅れて現れるが、ST病院やSI病院では外来滞在の影響は余り強くはない（図4-13～4-15）。特に、会計や薬局（薬局5カ所、会計10カ所）を分散したST病院では、滞

在人数も少ないが、殆ど診療区域の滞在とは関係しないのが分かる。

即ち、多くの外来利用者は診療科の待合空間或いは地下1階の食堂街で診療予約時間前後の待ちや休憩を取るものと見られる。しかし、SI病院で見られる診療区域外での滞在からは、昼食の時間を挟んで多くの外来利用者がその空間や場所に滞在しているのが読みとれる。

2) 入院患者の場所利用

①外来部門内での入院患者の滞在（図4-1～4-3、4-10～4-12）は、診療時間帯の診療区域内では多く見られるが、その他の廊下やホール、待ち空間などでは、設けられた椅子に腰掛ける患者はあまり見られず、多くの患者は廊下など歩き回ったり、付き添いや面会者との立ち止まったりしている。前に述べた面会時間外や子供連れの面会でも地下の食堂などに場所を移動したりする。また、数は多くはないが診療時間外に入院患者の滞が見られるのはSI病院では総合受付や薬局の待合空間、ST病院ではロビーに設けられた待ち空間である。しかし、この場合患者一人よりは付き添いの案内で訪れることが多いものと見られる。

②日本の調査病院に比べ診療区域内の滞在が多い^{註6}にもかかわらず、診療区域外の滞在があまり多くないのは、受診後の立ち寄りなどの患者行動があまり生じないからであると思われる。また、診療区域内の滞在が多いのは入院患者の平均在院期間、或いは入退院の頻度の現れである（図4-10～4-12参照）。

③ST病院における入院患者の外来部門内での滞在は、診療空間では外来利用者の滞在とほぼ同じ形態の分布を表しているが、非診療空間での滞在分布はそれらとはあまり関連しない。即ち、ついでに立ち寄りなどの使い方はされていないことが読み取れる。しかし、外来にある空間や場所での入院患者の滞が見られるのは時間的には外来診療時間後の夜が多く、その空間とは特定の診療科や窓口に限定されてない非診療空間である。

④各ベッドごとに置かれた受信用の電話があることで、面会時間外の訪問客とのコンタクトや子供連れの面会客が訪れたときなどに1階を訪れるのが多く伺える。

^{註6} 入院患者の平均在院期間が短いというのは、検査やリハビリなどで中央診療部門への移動はより多くなるのが予測できる。

⑤入院患者が地下1階の食堂街を訪れるのは面会客が来たときの食事のためなど特定の理由があるときで、患者一人での気分転換や散歩などで訪れるケースはあまり見られない。

⑥普段の患者の移動ルートと検査などで専門案内員に介助され移動する時のルートが異なる事例がある。専門案内員に連れられて検査などに出掛けた入院患者は、殆どその位置などについて知らないという。

エレベーターホールが一般用と患者用に仕分けして設けられていることや、それぞれの階のゾーニングや仕切りが違うことが、患者自身がエレベーターを使い分けして物理環境情報を学習する際の混乱や、迷いの原因にもなっているものと考えられる。

(2) 病棟部門内の滞在や様態

1) 病院別滞在分布や場所利用

①AJ 病院 (図4-13~4-22)

- ・基準病室である6人病室には患者毎にイヤホン使用のテレビ(レンタル)が備えてあり、デイルームにはテレビがない。病室の中央には面会用のテーブルが置かれている。
- ・一般外科や胸部外科である7階病棟では面会時間に関わらず、多人数の面会客や付き添いが廊下やデイルームに滞在するのが分かる。入院患者のデイルームでの滞在は夕方になるとやや多くなる程度で、腰掛ける椅子などが備えられてないため面会などにも利用されてない。多くの患者は電話利用の時だけデイルームを訪れるという。病院での生活をインタビューで聞くことのできた患者の一人は外気に触れたいとき病室では他の患者がいるので窓を開けられないため、そのようなときにはデイルームに行って窓を開け、外気に触れるという。
- ・また6人病室にはトイレや洗面所がないため、入院患者が廊下を出歩くことが多いにも関わらず、居られる空間や場所がないためにトイレのついでに突き当たりの廊下で外を眺める程度しかしない。

②ST 病院 (図4-23~4-32)

- ・病棟への出入りを他病院に比べあまり厳しく管理しないことから、付き添いや訪問者の滞在は面会時間とは関係なく、デイルームに多く見られる。外科であるため毎日4・5人以上は手術を受けており、最大15人ぐらいは行動に障害があるという。従って、昼の滞在が多いの

は手術前後の家族待機や面会なども多いためと考えられる。

- ・入院患者のデイルームでの滞在は午前と夕方以後に明確に分かれて見られる。

③SI病院（図4-33～4-37）

- ・基準病室である6人病室にはテレビは置かれていないが、病室毎に多目的の待機コーナーが設けてある。
- ・デイルームでの入院患者の滞在は面会時間前後に多く見られるが、面会客が最も多い面会時間中は、その前後に比べ入院患者が少ないことが分かる。
- ・中央に大きな光庭を持つことで、他病院に比べ廊下を歩き回ったり、病室前で立ち話をしたり外を眺めたりする滞在看られる。

2) 調査病院に見られる特性

①付き添いを認めないSI病院、付き添いを認める他病院の滞在分布に見られる違いは、全ての病室がトイレやシャワー付きであるにもかかわらず、SI病院の方がデイルームや廊下での患者の滞在や移動が多く見られることである。また、付き添いを認める二つの病院で見られる特徴は、多床室であるにも関わらず病室のドアが殆ど閉めてあることや、面会時間が規定され多人数の面会客が訪れるにもかかわらず、デイルームや廊下に滞在する入院患者の滞在分布には大きく影響しないことから、多くの面会は患者のベッド周りで行われているのが読みとれる。

②多人数の面会客が訪れるほど病室のベッドまわりで面会が行われるのは、デイルームに置かれた家具が面会などで多人数が話し合えるような仕掛けではないのも原因と考えられる。しかし、デイルームには電話や自動販売機、テレビ（AJは除く）などが置いてあることで、付き添いには他患者の処置などで病室に居られない状況での身の置き所としてよく利用される。

③多床室のベッドごとに置かれた電話は受信可能であるが、受信者のプライバシーが守れないため、廊下側に出て話をする様子も伺える。また、デイルームに設けられた電話（2つの病院は1台のみ）は、込み合いの場所での匿名的な使い方なのか、或いはプライバシー意識の違いなのか順番を待つ人が通話者に近付いて並ぶのが目につく。病棟の電話が込み合うことや裸に置かれた状況などを嫌う患者や付き添いらが匿名的に外来の電話を利用する様子も多く見られる。

5. 日本の調査病院と韓国の調査病院との比較考察

以下は第3章で述べた日本のKU病院（倉敷中央病院）・TO病院（東芝病院）でみられた患者の環境行動や患者空間の利用特性などを、患者を取り巻く様々な環境状況が異なる韓国の病院と比較することで、一つの現象を紹介することに留まらず、それらを病院建築の計画論として導くための考察を行う。ただし、ここでは文化的側面は排除した上で、患者の意識や行動、関係する物理的・社会的環境をもとに比較を行う。

（表4-5）のように、平均在院日数は日本の病院が1カ月前後であるのに対し、韓国では約10日と短い。また、韓国の病院の方が初診率は高く、100ベッドあたりの外来患者数は少ない。外来患者数に対する院内延べ滞在人数は韓国の方が多い。

（1）患者の滞在分布や様態

1）外来部門内の滞在分布やその様態

①AJ病院・ST病院はKU病院・TO病院に比べ平均在院日数が短い、それは在院患者の約1割の入れ替えが毎日生じることを意味する。KU病院・TO病院に比べ外来診療区域内の入院患者の滞が多いのは、平均在院日数が短いほど検査や治療などで入院患者が外来部門内を移動することが多くなることを裏付けている。

②AJ病院・ST病院がKU病院・TO病院に比べ外来患者の初診割合が高い。

③これは、病棟の病床数に対する外来患者の割合は日本のKU病院とTO病院の方が高いが、外来患者数に対する外来部門内の延べ滞在人数の割合は韓国のAJ病院・ST病院などが多いのが分かる。これらは、韓国では外来患者に同行する付き添いが多いことや、予約システム（電話やファックス予約の初診患者は予約時間1時間前に来院して手続きを行う、また直接来院の予約者もいる）などに起因するものと考えられる。

④KU病院・TO病院では1日単位で予約を受けるため、外来利用者の滞在は午前中にピークをむかえ、午後になると外来利用者が減るのを利用して入院患者の検査や診療などを行うのに比べ、AJ病院・ST病院では外来の予約を午前と午後に2分化していることから、外来利用者の滞在には午前と午後に分かれて2度のピークがある。

（図3-10、11、14、16、4-1、2、4、5、10、11、38、39、40）

2) 外来部門内の入院患者の滞在とその様態

①KU・TO病院でみられたような、午後外来利用者が減るに従い、入院患者の外来受診後の立ち寄りや面会などでの滞在が多くなる現象は、韓国の調査病院ではあまり多くはみられなかった。これは、韓国の調査病院では、(図4-6~8)で見られるように外来利用者の滞在には午前・午後ともにピークがあり、昼の外来は外来利用者に領有され、入院患者の立ち寄りや面会などの場所として利用されにくいことや、入院患者の立ち寄りや面会などを許す場所がないこと、即ち匿名的に使われる空間や場所が設けられていないこと、様々な管理規制などで入院患者の意識上には外来にある様々な空間や場所は居られる場所として意味づけられていないこと、などに起因するものと考えられる。

②診療区域の待合空間とその他の空間や場所での滞在状況比較から、AJ・ST・SI病院はKU・TO病院に比べ診療区域内の滞在が多いにもかかわらず、診療区域外の滞在が少ないのは受診後の立ち寄りなどの患者行動が生じないためと思われる。

③ST・SI病院で見られる非診療区域での入院患者の移動や滞在は多くはないが、付き添い家族や面会客との滞在が多く、患者一人での滞在はあまり見られない。

(2) 患者空間の利用状況とそのあり方

1) 外来診療部門

①KU病院で多く見られた立ち寄り行動などがAJ・ST・SI病院で見られないのは、患者の立ち寄りなどが外来の部門構成には想定されていないことに帰因する。従って以下の諸点を考慮した上での新たな工夫が必要であろう^{註7}。

- ・患者は医療上あるいは生活上の理由で院内を移動しながら、地理的・環境的情報を得たり、それらを確認・確定しながら環境を体制化すること
- ・また、関わる環境に対する新たな情報が加えられることによって空間や場所は意味づけられ、使い分けられたり、意味が変化すること

^{註7} KU病院での入院患者の立ち寄り行動や、外来の時に利用した空間や場所を入院してからも継続的に訪れる等の使われ方が生じるのは、次のような点に起因すると考えられる。

- ・最も人通りが多い外来診療部門と中央診療部門の間に、匿名的な空間が設けてあること
- ・リハビリなどで同じルートを繰り返して通ること
- ・売店や見送りなどのついでに寄ることなど
- ・空間や場所、モノそのものが患者の個別の要求に応じられること

韓国の病院は、病棟病床数の約2倍の数の駐車場を確保するため地下駐車場に強く依存するので、家族や見舞客の病棟への出入りに主に利用される地下1階に食堂街が設けられている。しかし食堂では入院患者への販売が禁止されているため、入院患者には居られる場所として意味付けられてない。

また、昼の外来は外来利用者に領有され、入院患者の立ち寄りや面会などの場所として利用されにくいことや、入院患者の立ち寄りや面会などを許す場所がないこと、即ち匿名的に使われる空間や場所が設けられていないこともその原因になっている。

②予約制の導入や情報システムの進歩などにより外来利用者の全てが待合空間に滞在するとは限らない。すなわち、様々な側面での患者自身の意志決定による場の選択・利用の様子が見られる。日本のKU・TO病院で見られた予約時間前の滞在場所や、薬待ちの間、診療が全て終わった後に休む場所を選ぶことなどがこれにあたる。ここで見られる診療後の特徴的な行動や居場所は、まわりが空いているにも関わらず、近くの匿名的な場所に移って薬などを片付けたり、休憩時間を取ることである。

これと比べ、韓国の病院では診療目的以外の患者が居られる場所は商業化され、診療区域と階に分離されているのが特徴である。これは入院・外来患者の付き添い家族が多いことや、地下駐車場からの出入りを考慮した工夫であろうが、匿名的な使われ方を想定して1階に設けられたホスピタルストリート^{注8}などとの関連を失ったそれらの空間は、患者の環境学習や環境行動^{注9}を導くには大きな課題を抱えているようだ。

^{注8} ホスピタル・ストリート

空間のもつ機能的複雑さ、あるいはそこにかかわる人間の多様さといった特性のために、単一の建物というよりは都市に例えられる。これは、J.Weeksが、成長と変化に対する病院の構成形態のあり方を集落に擬して、Geography of Hospitalを提唱したことに的確に示されている。以来、成長と変化に対応する病院の構成形態としてOpenendシステムが、また水平型病院の幹線廊下として中央動線が設けられた。院内の廊下というより都市の街路に近い。

このような背景から多くの病院では、幹線廊下（人や物の動線）としてあるいは各部門（病棟・外来・中央診療部門など）を結ぶ骨格として、ホスピタル・ストリートという名前を付け、他の廊下と区分している。また、病院によってはその空間を単の人や物の動線だけではなく、患者がいられる場所として位置づけ、植栽を設けたり、腰掛けを置いたりして街路のような開放感溢れる空間として利用者に提供される。その他の機能（役割）としては、わかりやすさ、リハビリの訓練、非常時の多目的空間などで使われている。

^{注9} ①で述べた環境体制化過程と、また空間そのものや空間に置かれたモノ、即ち家具や電話、自動販売機などは、空間とともに利用者の環境行動を導く仕掛けとしての役割を保たずに各々が独立した形で分散されたり、または人々の空間利用性向と異なることで行動を導く仕掛けとしての意味を失う。

③韓国のAJ・ST・SI病院では各患者の手元に受信用の電話が設けられ、院内・外とのコンタクトが自由にとれることで、ある患者には様々な管理規制が多い病棟に対して外来は新たな場所として意味づけられる^{注10}。その一例として面会時間外に見舞客が訪れたときや、子供連れの家族との面会などには1階や地下1階が利用されていることがあげられる。

また、AJ・ST・SI病院の外来部門で見られる滞在患者の多くは付き添い家族などに導かれた車椅子の患者や面会客との話し合いの患者で、その場所としては診療時間後の総合受付や薬局の待合、人通りが多いロビーなどである。しかし、多くの患者は普段は廊下を歩き回る程度で用事なしで外来の空間や場所を訪れることはないという。

2) 病棟部門

①生活諸空間

NSまわりに生活諸空間やモノが設けてあるKU・TO病院では、まわりを意識する患者役割行動、特にNSを意識するのがきっかけで使い分けや匿名行動などが生じる例が多く見られた。逆にAJ・ST・SI病院では、各階ごとに1カ所ずつ設けられたデイルーム・配膳室（配膳室の中に湯沸かしや冷蔵庫などが置かれている）などはNSと離れたEVホールの近くに設けられ、利用者である患者や付き添いなどはあまりNSを意識せずに使っている。また、患者の処置などが病室で行われる場合に、他患者の付き添いがデイルームや廊下の突き当たりなどで立ち止まっている様子も多く見られる。しかし、空間そのもののしつらいや仕掛けなどが利用者である患者や付き添い家族らの多様な要求に応じるためには、より細かな工夫が必要と思われる。その一例としては、多人数の食事介助（現在は各患者の付き添いが病室で行う）ができる空間などが想定されていないなどである。

②面会場面

KU・TO病院で見られた面会場所は、病室・デイルーム（TO病院には面会コーナーが設けてあるが、あまり使われてない）・外来の匿名空間などで、面会が長くなったり、子供連れの面会などではまわりを意識して、面会場所を移ったり、使い分けたりする。

^{注10} 外来の電話コーナーには公衆電話だけではなく、院内用の電話が用意されている。

AJ・ST病院で多く見られる事例としては、面会は患者と付き添っている家族を励ます意味を持つため、面会は殆ど病室で行われる傾向（病室以外に選択肢がないことも影響すると思われる）がある。

③KU病院の外来に設けられた匿名空間では、面会・気分転換・喫煙・診療後の立ち寄りなどで多くの患者が訪れるのが見られる。しかしその他の病院では、プログラム上或いは建築構成上、病棟での行動と連続性が保たれるように他の空間や場所での患者行動が組み込まれてない。そのため、患者がその都度の目的に応じて使い分けや選択できる仕掛けとしての患者空間がなく、外気に触れたい時や気分転換などで患者が行ける空間や場所がない結果となっている。

（3）患者空間^{注11}の類型

空間や場所の意味変化が生じることによる、患者の滞在やアクセスへの影響には、調査を通して以下のような側面が見られた。

- ①空間機能や特定利用階層が想定された空間：診療部門内の待合空間・生活関連諸空間・総合受付
 - ・管理や利用者に領有された場合
 - ・まわりを意識することによる患者の役割行動により意味が変化する
- ②空間機能のみが想定された空間：喫煙コーナー・廊下やホール・ロビー
- ③特定利用層のみが想定された空間
- ④空間機能や特定利用階層などが想定されていない空間：仕掛け（椅子や腰掛け物、自動販売機や電話など）が置かれた廊下
 - ・匿名空間
 - ・匿名空間的に使われる空間
- ⑤その他患者自身が造り上げた場所

^{注11} 患者空間

- ・診療部門内の待合空間
- ・総合受付やロビー
- ・生活関連諸空間（デイルーム・パントリー）
- ・匿名空間
- ・喫煙コーナーや仕掛け（椅子や腰掛け物、自動販売機や電話など）が置かれた廊下
- ・廊下やホール
- ・その他

(4) システムやプログラムの違いがもたらした環境行動

1) 付き添い家族の存在

付き添いが認められることで、付き添い人は病院に常駐して患者の面倒を見ることができる。従って、韓国では患者のベッドの横に置かれる補助ベッド（患者ベッドの下に入れるようなもの）が用意されている。患者の横に付き添い家族が居るということが、患者に与える影響についてまとめると次のようになる。

①患者と看護婦とのコンタクトが減る

付き添いが生活介助を行うことで看護婦が病室を訪れるのは、ルーティンケアやナースコールの時程度である。患者は生理的な介助などを他人ではない家族にやってもらうことで、ある程度のプライバシーは守れたと意識するのか、管理側を意識する役割行動はあまり見られない。

②患者の身の回りの環境コントロール

付き添いは生活介助だけではなく、患者と関わる身の回りの環境のコントロールなども行う。病室と廊下間のドアや身の回りのモノなどのコントロールを付き添いが行うことから、付き添いを認める病院では殆どドアが閉じられている。すなわち、付き添いが居ることは患者と環境との関わりの中では、周りの環境に触れる機会を保たれ易いことと、逆に付き添いが居ることによって患者自身の役割行動によって環境から切り放されることが考えられる。

③面会は入院患者のみの励みではなく、付き添いに対する励みの意味も併せもつ。従って、患者のベッド周りでの面会の後、付き添いとの場所移動なども多く見られる。入院患者との場所移動はあまり見られない。

④殆どの患者は必要な物（ある人は電話まで）を家族に頼むなどの依存性^{注12}の患者役割行動をする。病人になった場合は、自分の病気だけを心配するように周りの家族や知り合いの人々が心配りをする。付き添いの家族が全てを介助することで環境から切り放してしまうため、患者一人でどこかを訪れるのはあまり見られない。

^{注12}岡堂によると、医療を必要と認め医療と何らかの関わりを持った患者がとる行動を患者役割行動とよんで、1. 社会的役割からの離脱 2. 保護と援助への依存 の二つの側面があると述べている。（岡堂哲雄 他、入院患者の心理と看護、中央法規出版、1987,pp63-64）

2) 日本で見られる環境行動（患者役割行動、使い分け、場所の意味変化）との違い

患者を取り巻く環境、すなわち付き添い家族が居ることや管理規範・規則の違いや物理的環境の違いは、患者が環境に対して持つ意識や行動に影響し、日本の病院で多く見られる環境行動と異なる新たな側面で現れる。

①患者役割行動

生活諸空間やモノがNSまわりを中心に設けてあるKU・TO病院では、NSを意識する患者役割行動、すなわち使い分けや匿名行動などが生じる場合が多く見られた。一方、AJ・ST・SI病院では、

- ・全ての生活介助やまわりの環境コントロールを付き添い家族が行うこと
- ・各階ごとに1カ所ずつ設けられた生活諸空間などはNSと離れたEVホールの近くに設けられていること
- ・入院患者は病院側から渡された患者服を着ていること

等、患者と管理者（病棟では主に看護婦）との間に生じる患者役割行動が多くは見られない。患者の多くは管理単位を意識せずに廊下を歩き回り、病棟の中央に設けてある生活諸空間やモノをNSを意識せずに使っている。

突然見知らぬ他人に生活介助を受けることは、かなりの部分までのプライバシーへの侵入を許すことを意味し、自立度が回復されるに従って、まわりの環境情報が増えることでその感はさらに強くなる。すなわち、まわりの環境コントロールを誰が行うか（看護婦が行うか・付き添い家族が行うか）によって、プライバシーの側面での患者役割行動は違ってくると考えられる。

②使い分け

日本では、まわりを意識することで生じる使い分け（すなわち、患者役割行動や共在の場での）や、様々な環境情報が満たされた後の、その都度の目的にふさわしい場所への移動などの様相が見られたが、韓国の病院では、

- ・在院期間が短いこと（平均10日弱）、
- ・管理規則や規範（地下食堂の患者への販売禁止、喫煙禁止、病棟への出入り管理など）
- ・付き添いを認めていること（SI病院を除く）、
- ・居られる空間や場所の選択肢が少ないこと（選択の余地がないこと）やあっても昼間は外来利用者に領有され、入院患者の立ち寄りを許さないこと
- ・置かれた環境状況を「病院だから」と受け取る患者側の意識

などが異なるために、患者の意識や行動も異なる結果となった。すなわち、生活する上での患者の院内移動や、それに伴って得られる情報や確認・確定行動が生じにくいことにより、次なる行動である使い分けが生じにくい。

反面、そのように環境から切り離されても、あるいはコントロール機能を失っても付き添い家族に導かれ、場合によっては院内外の外気に触れたり、面会などで場所を移動したりし、患者同士あるいは付き添い（他患者の付き添い家族も含む）との話しなどから間接的に情報を耳にすることで、失われた環境との均衡が補足されている。

③匿名行動

日本の病院で多くみられたのは、プライバシーが守れない空間や場所に置かれたモノの利用（NSまわりに置かれた電話など）、多床室での同室患者との人間関係、管理される環境からの離脱行為として生じた匿名行動（一人になりたい）で、まわりを気にせずにモノを利用したり、居ることが可能と思われる空間や場所を訪れ、自分の思い通りの行動を行う。しかし韓国では、

- ・ 付き添い家族が隣にいること、
- ・ DRや電話などがNSから離れた病棟の中央に設けられていること
- ・ 各多床室には受信専用の電話が各ベッドごとに設置されていること

などから、管理側よりは多床室での患者同士や他患者の付き添いなどを意識する 경우가多く観察される。一例として、病室前の廊下で電話を受ける様子も見られた。また、どこの病院でも多くの入院患者や付き添い（患者服は着てないがスリッパを着用している姿の利用者）が外来に設けてある電話を利用する例が多くみられた。さらに、昼の外来や面会時間中の病棟では、電話利用者が多いためか、通話中の人の後ろに次々と並ぶ様子がみられた。

3) 患者空間の諸側面と属性

①空間や場所の意味変化

院内にある様々な空間や場所、すなわちある機能が想定された目的空間・目的空間に付属した廊下や通路・特定の目的を持たない空間、など様々である。それらの患者空間はかかわる環境状況や患者の役割行動などによって利用者である患者に様々な顔として認識され、患者の環境行動に大きく影響する。その要因としては、システムやプログラム、時間や情報を軸とした人間・環境の関係などがある。

以下は、日本の病院でみられた患者空間の意味変化と異なる変化要因を中心に述べたものである。

1) システムやプログラムの相違

- ・ 外来の診療時間設定に起因する、外来利用者による空間や場所の領有
- ・ 空間や場所の設け方（待合空間と窓口あるいはカウンターの間の管理区域の設定、ST病院外来待合の写真参照）やコンセプト（利用者、管理運用、機能など）、まわりとの関わり
- ・ 患者まわりの環境コントロール（付き添い家族の存在）

2) 時間や情報を軸とした人間・環境関係の発展

- ・ 家族への依存、短期間の在院、管理規制や規範などによって、病棟の廊下を歩き回る以外にまわりの環境と関わる機会が少なくなる
- ・ 多くの患者は、理由なく病棟を離れることやどこかに立ち寄りたりすることはないという。すなわち、それはまわりを意識している面と、目的を持たない患者がまわりを気にせずにアクセスできる、あるいは居られる空間や場所がないことによる考えられる。

②日常生活空間としての患者空間

面会や休憩・食事などに行う場所としてデイルームが設けられていることや、廊下に面してトイレや洗面コーナーが設けてあることで、患者同士のコンタクトが自然に取りやすい側面があるのに比べ、韓国の病院では、

- ・ 各病室のドアは付き添いによってコントロールされ、廊下に向かって閉鎖的に作用（AJ/ST病院）し、同病室の患者以外に廊下での患者同士のコンタクトは期待しにくい。
- ・ AJ/ST病院の多床室患者は各病棟の両脇に設けてあるトイレの利用などで廊下を出歩くことが多く、各病棟廊下の端部の窓から外を眺める程度の立ち寄りも多く見られる。
- ・ ST病院のデイルームは常駐する付き添い家族と一緒にテレビを見たり話しをしたりするのに使われ、他の患者や付き添いとの情報交換などにも利用される。さらに、常駐する付き添い家族の場合、ベッドまわり以外居られる空間が備えられていないことから、デイルームは付き添い家族や面会客の滞在場所としても多く利用されるが、各階のデイルームが管理単位外に設けてあることも大きく影響していると思われる。

③匿名空間としての患者空間

KU病院のような匿名空間として設けられた空間（温室やパーラー、喫煙コーナーなど）を持たない韓国の病院で見られる入院患者の外来部門内での滞在様態は以下のようなものである。

・地下1階の食堂街（地下街も食堂以外に腰掛けられる空間や場所はない）以外に外来での入院患者の滞在看られるのは、ST病院のロビー、SI病院の総合受付や薬局の待合空間である。これらは特定の機能・目的を持っていない空間（すなわち、特定の窓口に所属していない空間）や、特定の窓口に所属する空間でも空間規模が大きかったり、複合の機能が設定されている待合空間である。

・面会時間や病棟への出入りが厳しく管理されているため、入院患者が時間外の面会場所として外来を訪れ、多く利用している（各病室に設置されている電話でコミュニケーションが上手く取れることにも起因するであろう）。

また、各病棟のデイルームも患者によっては匿名的に利用される空間として意味づけられている。

6. まとめ

この章では

1) 患者を取り巻く様々な環境が異なる韓国の病院での、患者の空間や場所に対する意識やその結果として表れる患者の行動、患者の意識上に再構築される様々な空間や場所が患者の環境適応にどのように寄与しているか、を調べた。

2) さらに、日本の病院でみられる患者の環境行動特性や患者空間の諸側面と比較考察を行うことで、関わる環境の変化が患者の意識や行動にどのように影響するか、またそれによって意味づけられた空間や場所は環境に馴染んで行く患者にどのように位置づけられるか、などを調べた。

その結果、以下に示すようないくつかの新たな知見が得られた。

①患者の環境行動側面

自分が患者であるという認識に立ち、全ての行動を患者としての役割に照らして評価するのが支配的であった日本の患者役割行動に比べ、韓国の病院では管理側や領域に対する意識などはあまり目立ってなかった。それは、

- ・まわりの環境コントロールを誰が行うかによって、すなわち看護婦が行うか・付き添い家族が行うかによって、プライバシーの面からみた患者の役割行動は違ってくる。

- ・最も違いが大きいのはNSまわりの生活諸空間であるが、韓国の病院ではそれらの諸空間はナース側の管理上の効率よりは、建築そのものの経済性に依存していることが特徴で、NSを意識せずに患者や付き添いなどはデイルームを利用したりする。

②空間や場所の意味変化

日本に病院に比べ患者の在院期間が短いこと（平均十日弱）、管理規則や規範（地下食堂の患者への販売禁止、喫煙禁止、病棟への出入り管理など）、付き添いを認めていること（SI病院を除く）、予約時間を午前と午後に分けていること、患者の休憩空間を商業化して最も人通りが多い（地下駐車場からの利用）地下に分離したこと、などのような両国の医療環境の違いが患者の意識や行動に大きく影響しているようだ。

・患者の目的による行動以外に自然に生じる環境内での確認・確定行動が妨げられている場合がある。確認・確定行動は患者にとっての環境の意味合いを考える上では、最も患者の意識や行動に影響し、それが妨げられる環境状況の下では患者自身による環境の再構成が期待しにくい面も無視できない。このような状況では、匿名空間の存在によって、入院患者の外来部門内での滞在は大きく促進されるものと考えられる。

・昼の外来は外来利用者に領有され、入院患者には居られる空間や場所として認知されてない。それは、入院患者の外来部門内の滞在や立ち寄りを許さない理由の一つであるのは明らかである。このような環境は患者に理由なく自分の管理領域を離れないよう努める結果であると考えられる。

このように病院にある様々な空間や場所（患者空間）は、その病院が持つシステムやプログラムによって、主な利用者である患者には様々な意味づけられ、患者の環境行動に影響する。したがって、患者空間はその病院が持つシステムやプログラムに沿って、コンセプトが明確でなければならない。

表4-1 調査日程

調査対象病院	家具やモノのマップ	患者の移動や滞在マップ	インタビュー調査
亜洲大学付属病院	1995/03/28	1995/03/31	04/10-04/17
ソウル中央病院	1995/03/27	1995/03/29	-
三星医療院	1995/03/27	1995/03/30	04/11-04/18

以下、亜洲大学付属病院はAJ病院、ソウル中央病院はST病院、三星医療院はSI病院と表記する。

表4-2 調査病院の概要

調査病院	病棟病床数	外来患者数	平均在院日数	病床利用率
AJ病院	843	1277	10.8	87.4
ST病院	1781	3050	10.4	92.5
SI病院	1100	1872	-	-

- *調査病院の地下1階に設けてある患者サービス関連施設
- ・AJ病院：食堂、銀行（自動支払機）、売店、パン屋など
 - ・ST病院：（東側）食堂街、銀行の支店など
（西側）生活支援施設（食堂、売店、理・美容室、花屋など）は別棟
 - ・SI病院：食堂街、銀行の支店、コンビニ、本屋、花屋など

表4-3 調査病棟の概要

() 調査当日の在院患者

病院名		病棟（2看護単位）	病床数	備考（面会や家族滞在）
AJ病院	7階	一般・胸部外科	53床・53床（46・47）	面会：12:00-14:00・18:00-20:00、 1人の患者に1人の常駐付き添いを認める
	11階	内科・応急医学	53床・53床（51・46）	
ST病院	9階西	小児・形成・一般外科	57床（50）	面会：12:00-14:00・18:00-20:00、 付き添い等に対する特定制限なし
		整形・リハビリ・一般外科	57床（54）	
	10階東	一般外科	51床・51床（40・48）	
SI病院	（16階）	呼吸器内科・心臓内科	39床・39床	面会：15:00-20:00、担当医の許可により付き添いの常駐可能

*病棟構成・AJ病院（53床）：6床6室、2床7室、1床3室 ・ST病院（57床）：6床5室、2床10室、1床7室
・SI病院（39床）：6床3室、2床9室、1床3室

*AJ病院1階や病棟平面（調査領域と概要）

*ST病院1階や病棟平面（調査領域と概要）

*SI病院1階や病棟平面（調査領域と概要）

表4-4 調査病院の外来受診の現状

(調査当日基準)

調査病院	外来患者数	初診患者数	初診患者率	外来患者/100B	病棟病床数
AJ病院	1277人	310人	24%	151人	843床
ST病院	3050人	670人	22%	171人	1781床
SI病院	1872人	539人	29%	170人	1100床

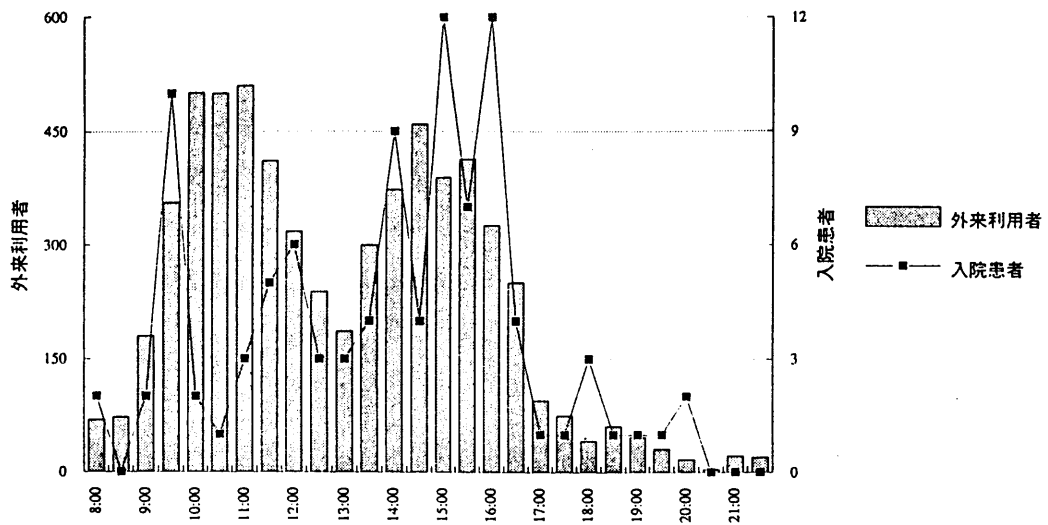


図4—4 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (AJ病院)

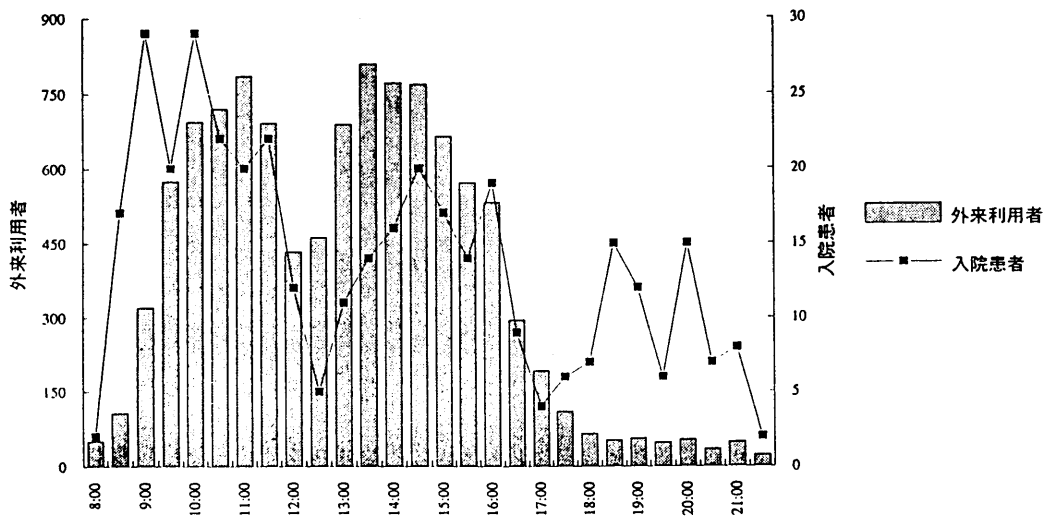


図4—5 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (ST病院)

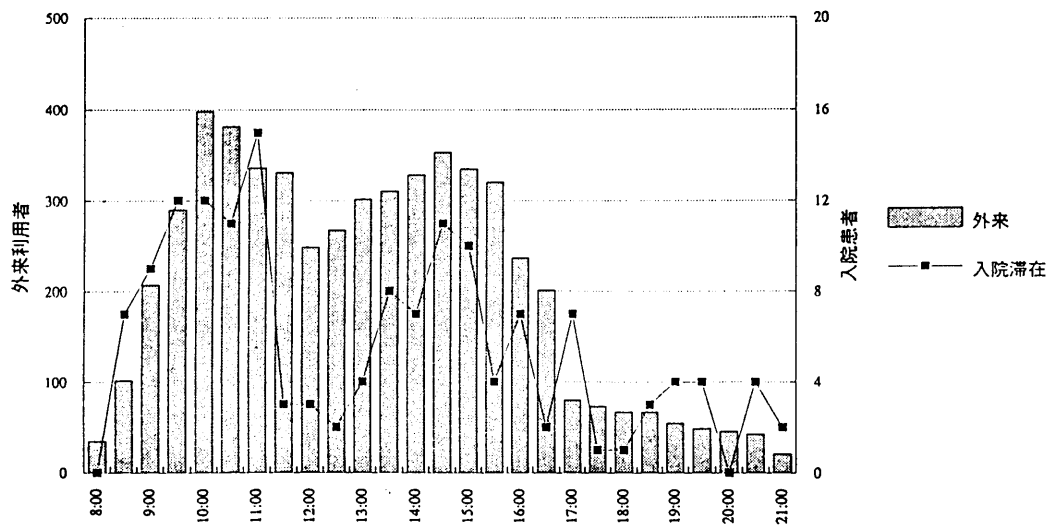


図4—6 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (SI病院)

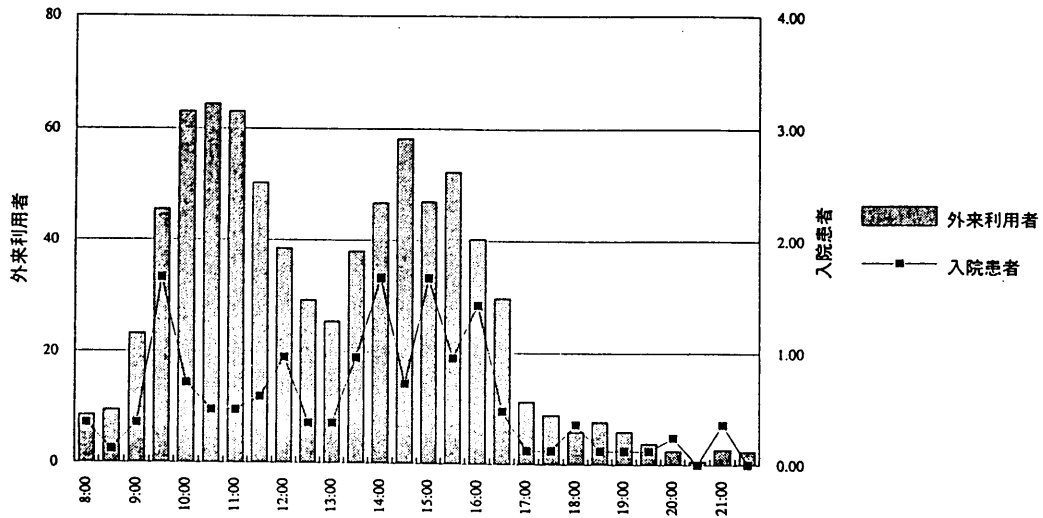


図4-7 100ベッド当たりの外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (AJ病院)

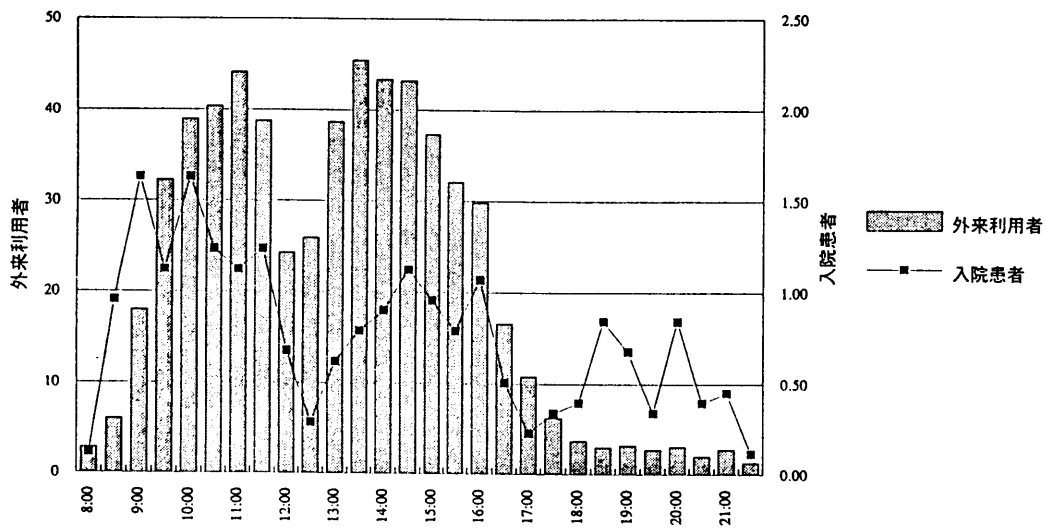


図4-8 100ベッド当たりの外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (ST病院)

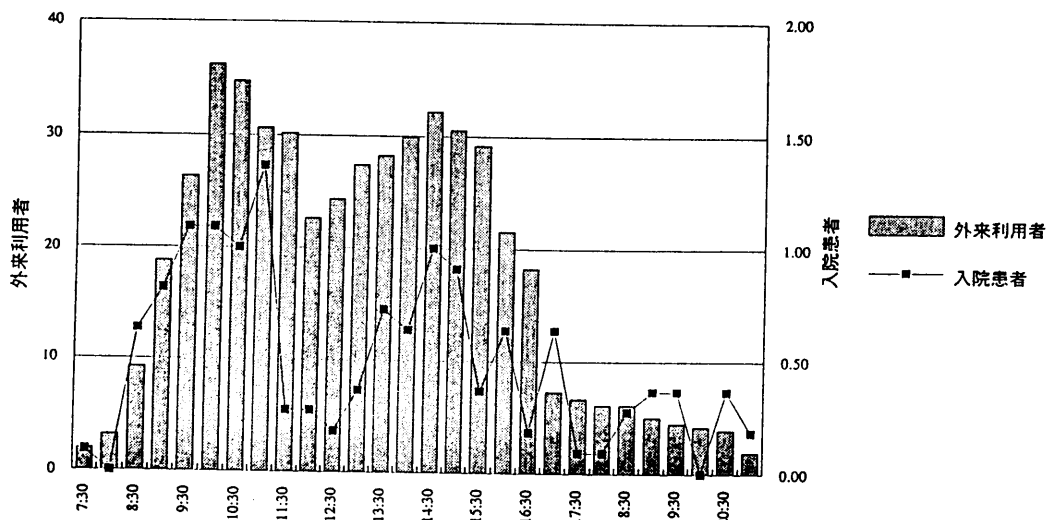


図4-9 100ベッド当たりの外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (SI病院)

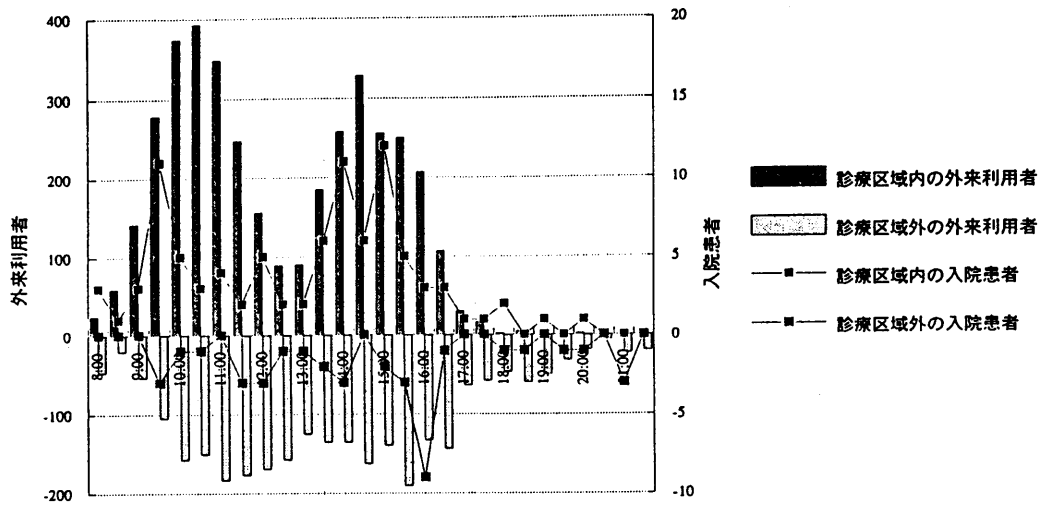


図4—1 0 外来部門の場所別にみた外来利用者と入院患者の滞在人数（AJ病院）

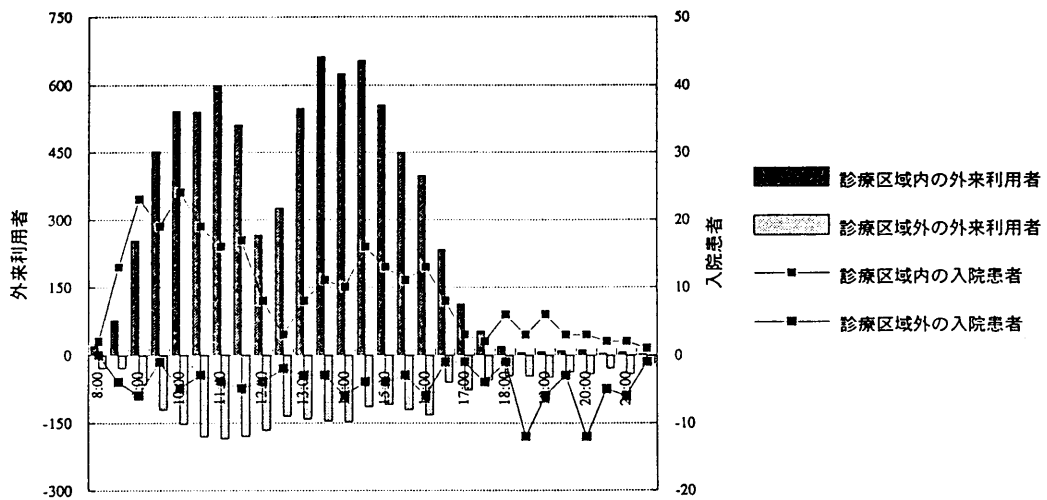


図4—1 1 外来部門の場所別にみた外来利用者と入院患者の滞在人数（ST病院）

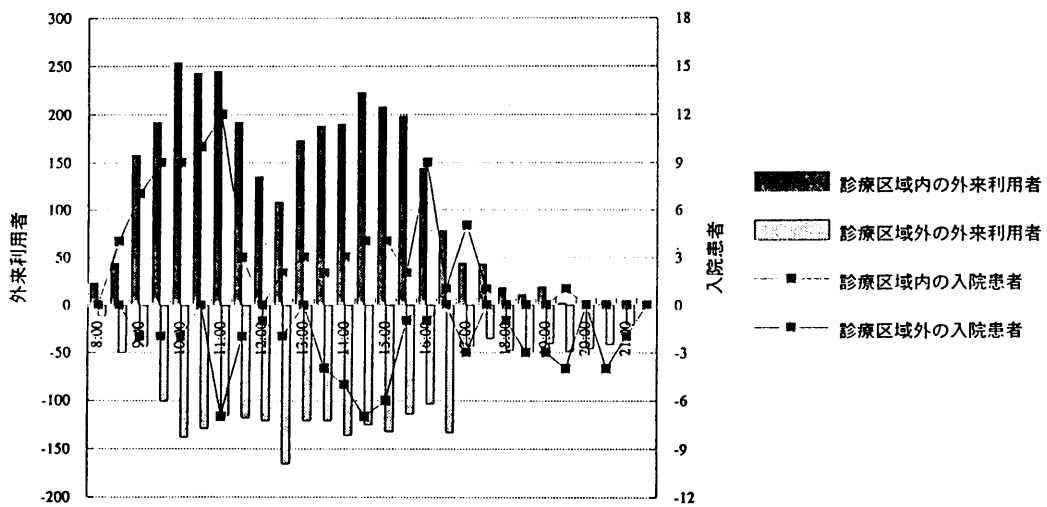


図4—1 2 外来部門の場所別にみた外来利用者と入院患者の滞在人数（SI病院）

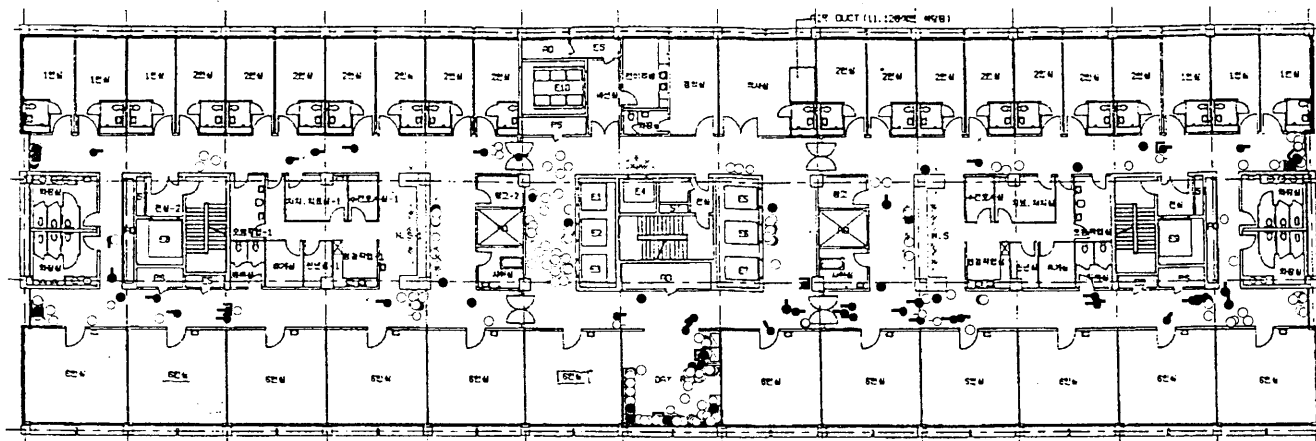


図4-13 入院患者等の滞在状況 (AJ病院7階)

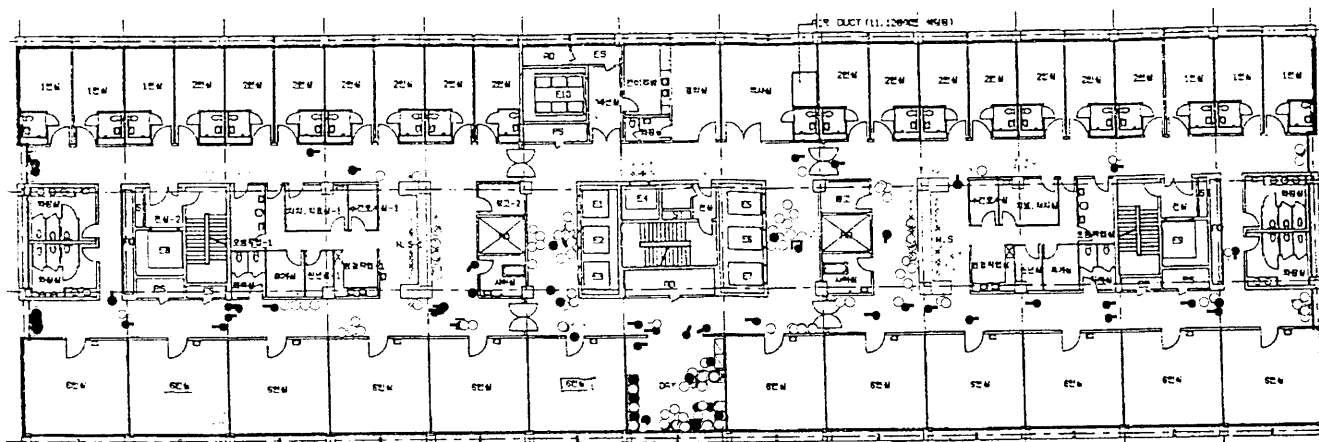


図4-14 入院患者等の滞在状況 (AJ病院11階)

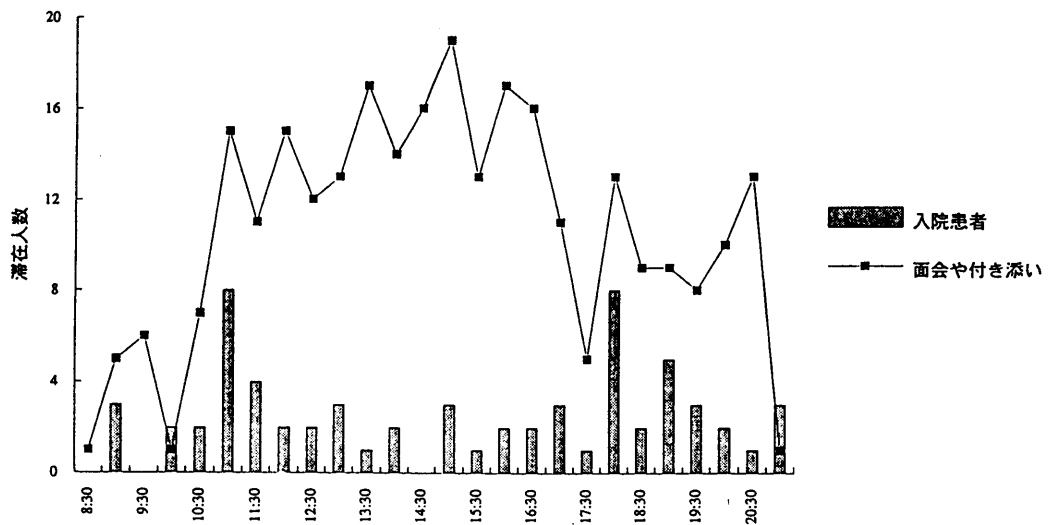


図4-15 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院7階・患者空間内)

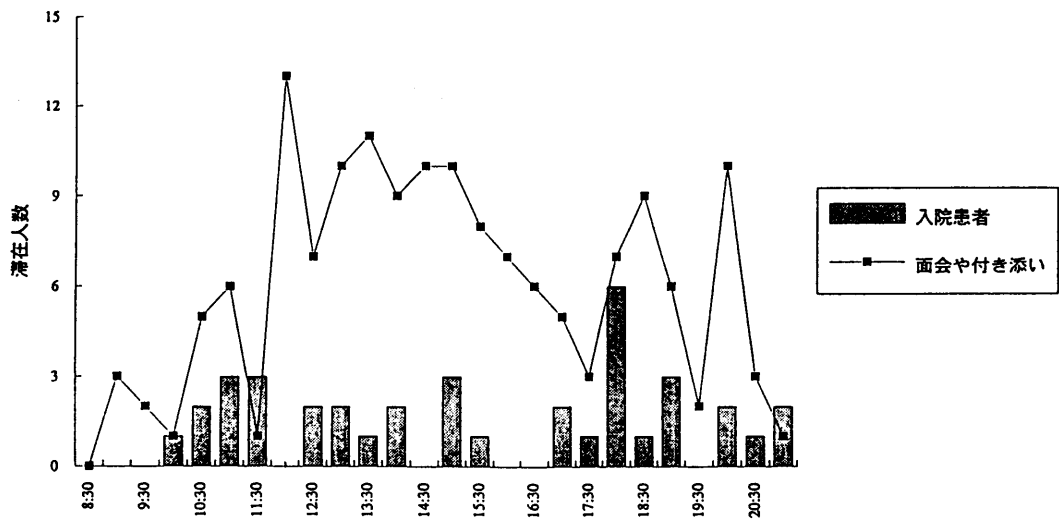


図4-16 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院7階・デイルーム内)

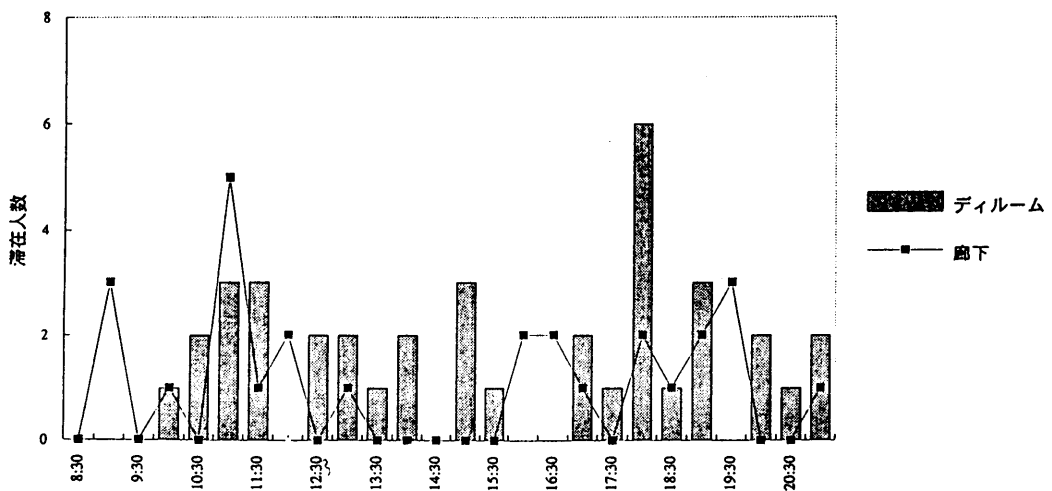


図4-17 入院患者の場所別滞在人数 (AJ病院7階)

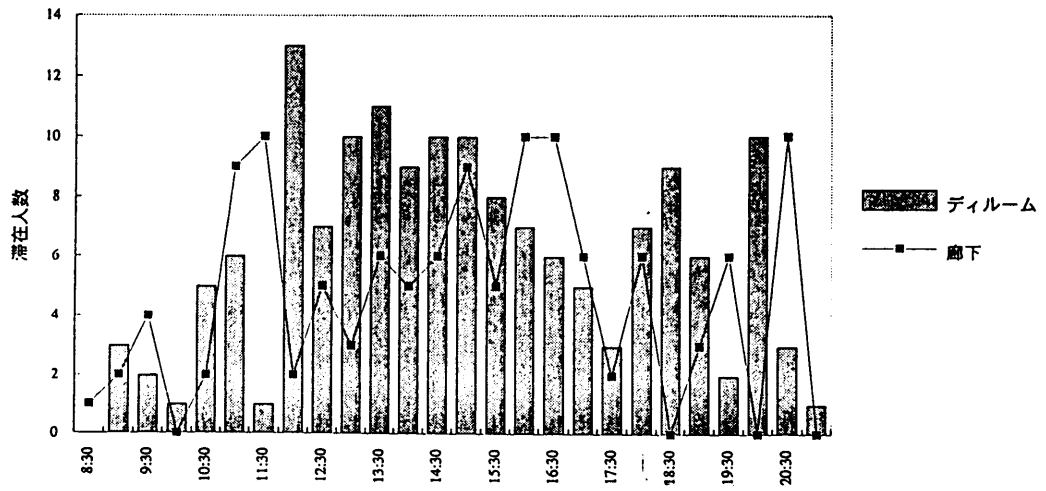


図4-18 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (AJ病院7階)

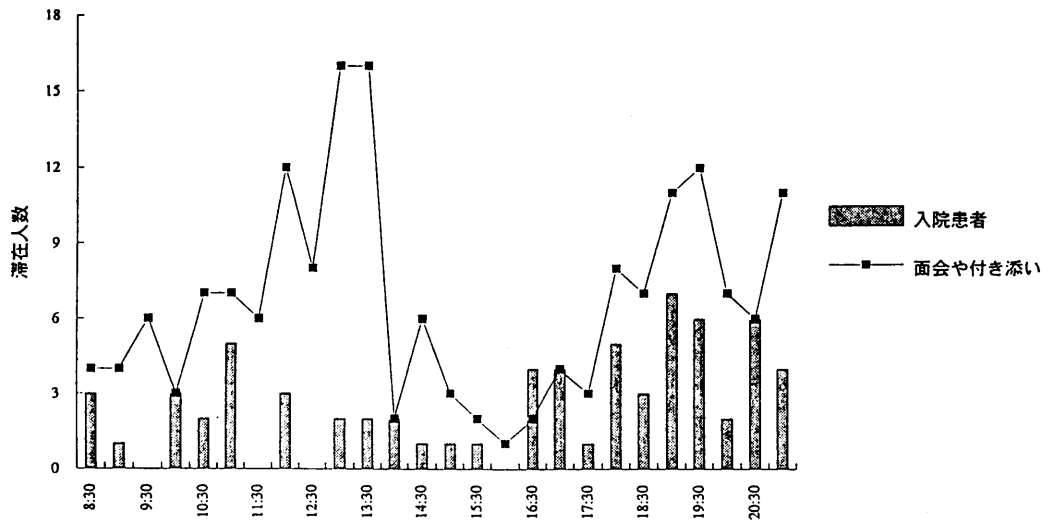


図4-19 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院11階・患者空間内)

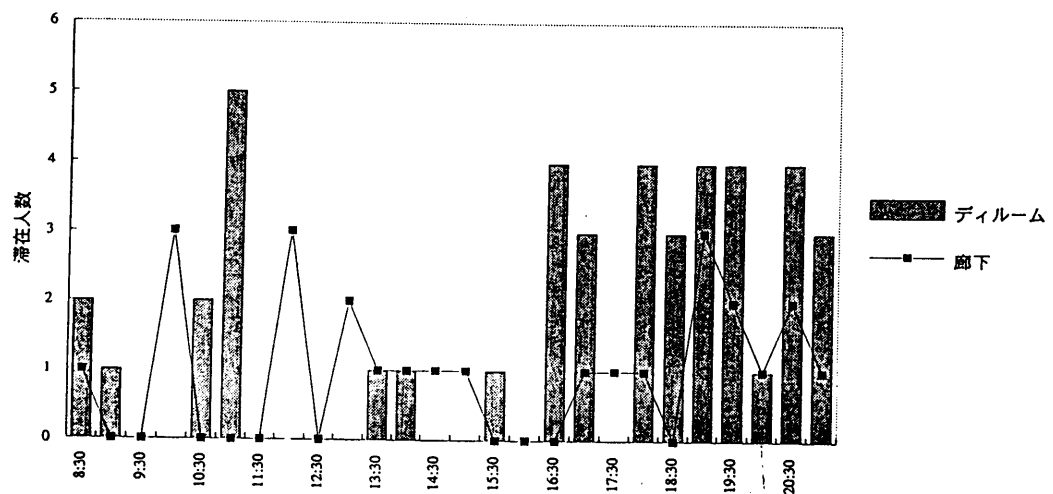


図4-20 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院11階・ディルルーム内)

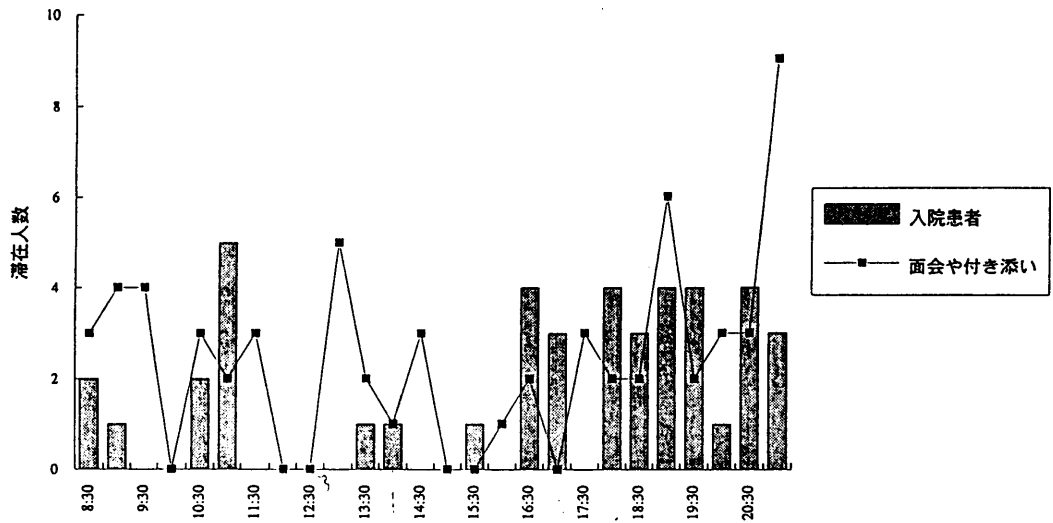


図4-2-1 入院患者の場所別滞在人数 (AJ病院1階)

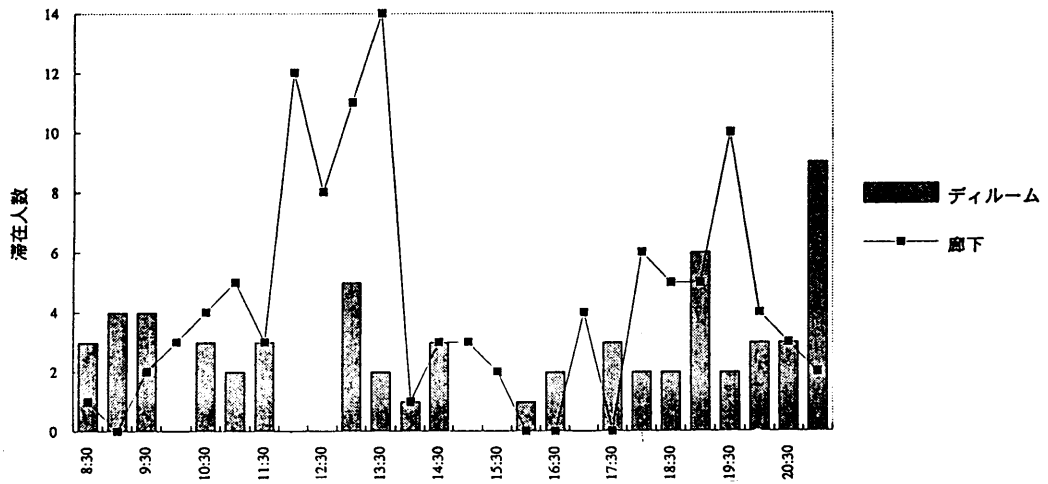


図4-2-2 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (AJ病院1階)

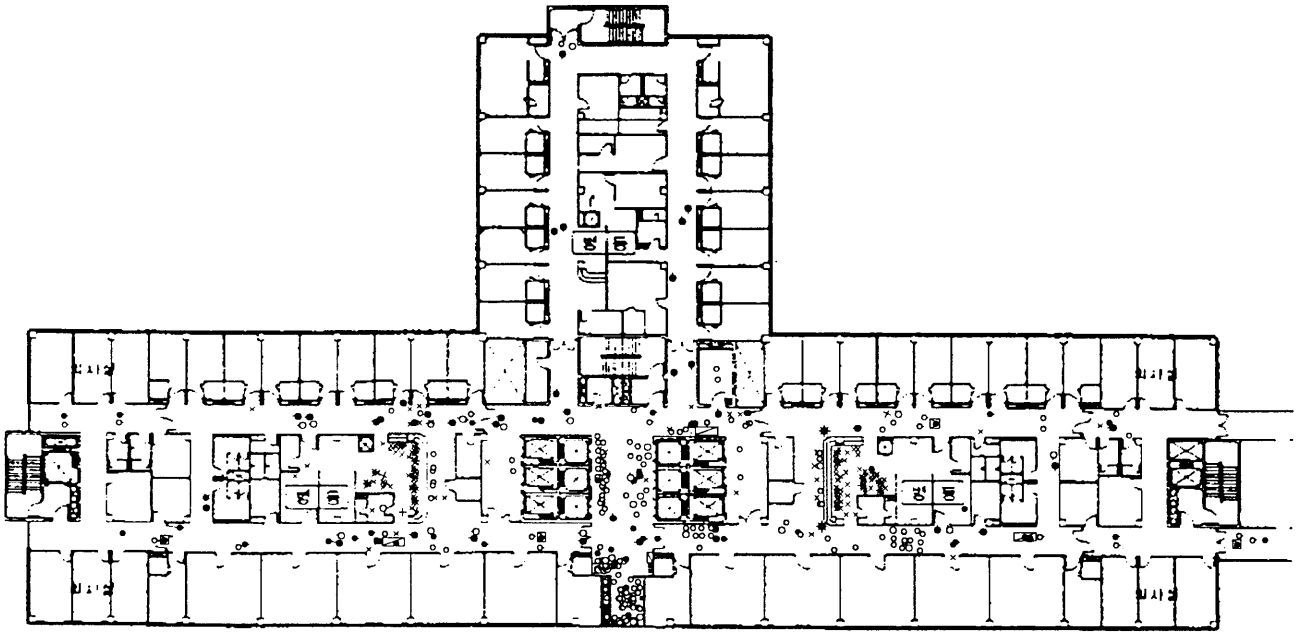


図4-23 入院患者等の滞在状況 (ST病院9階西)

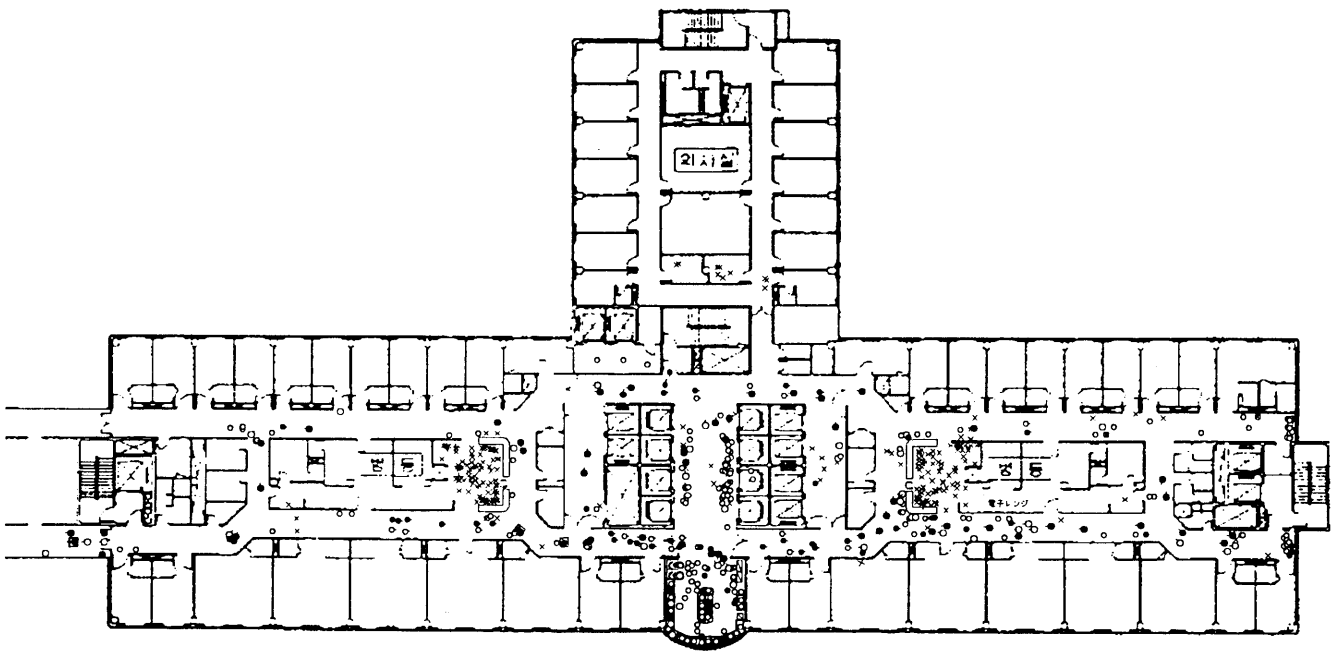


図4-24 入院患者等の滞在状況 (ST病院10階東)

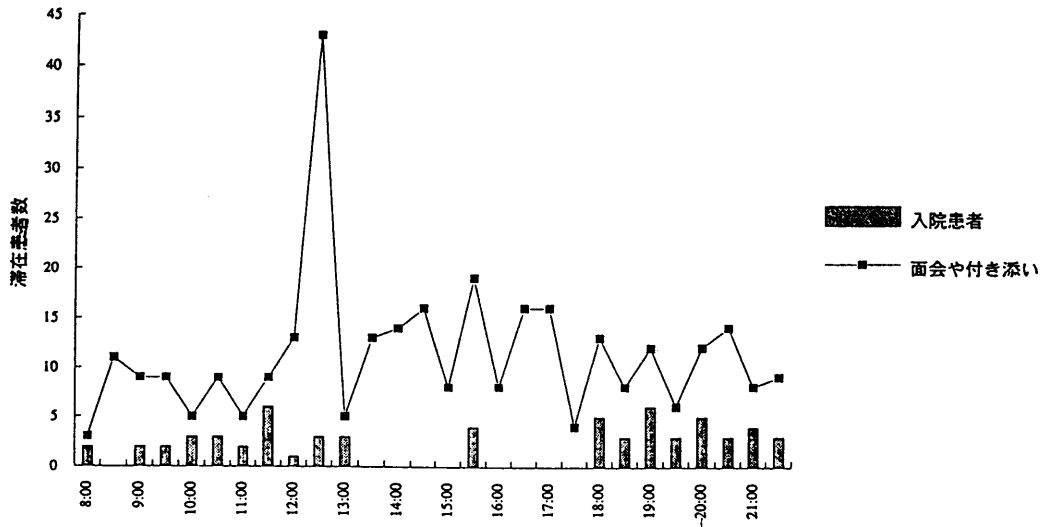


図4—25 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院9階・患者空間内)

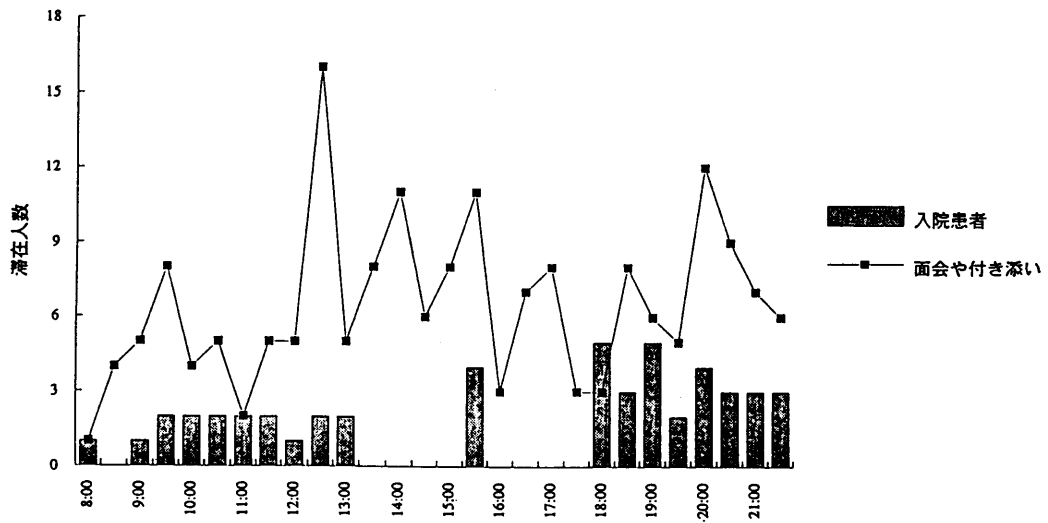


図4—26 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院9階・デイルーム内)

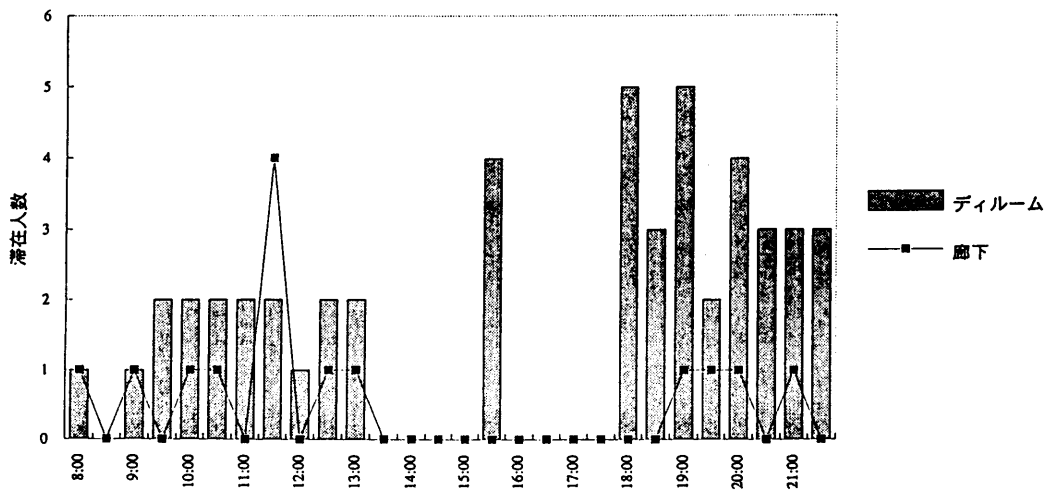


図4—27 入院患者の場所別滞在人数 (ST病院9階)

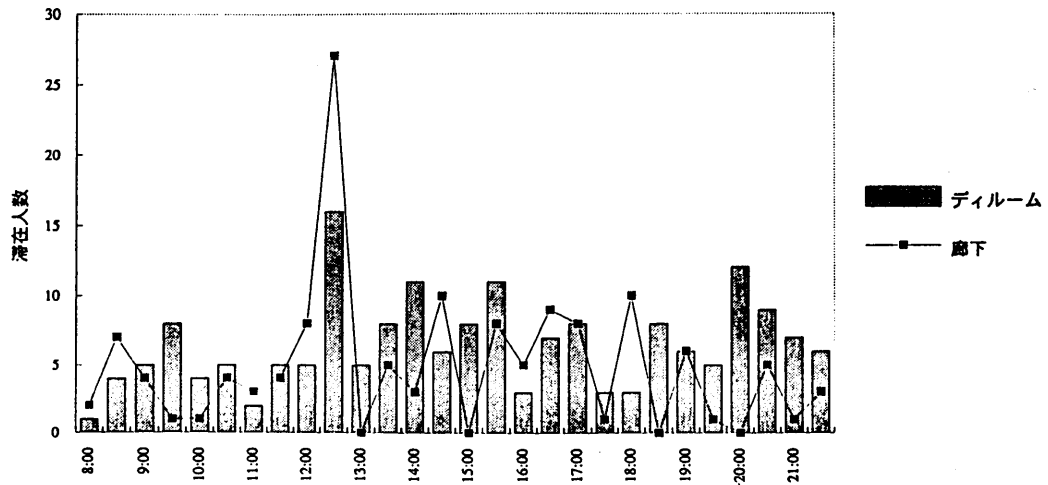


図4—28 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (ST病院中央9階)

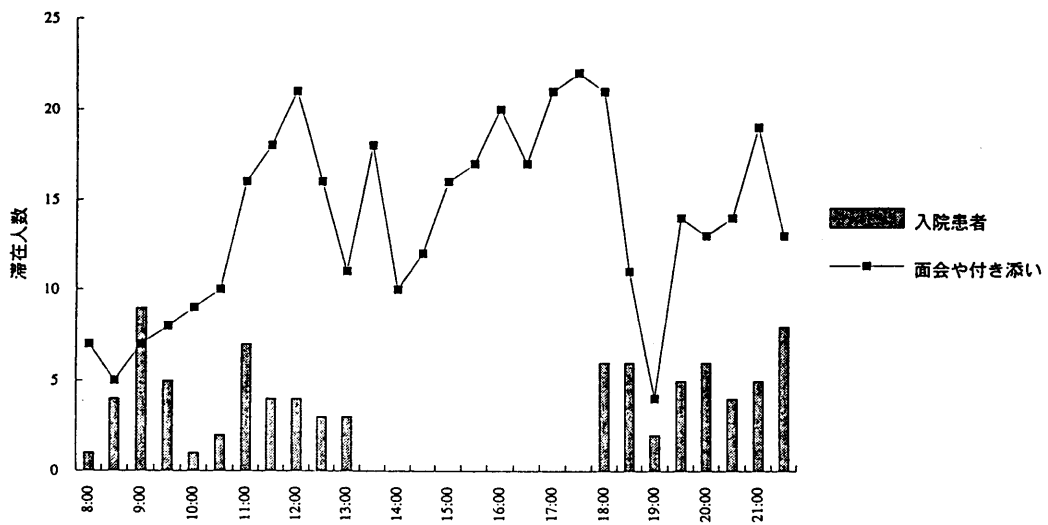


図4—29 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院10階・患者空間内)

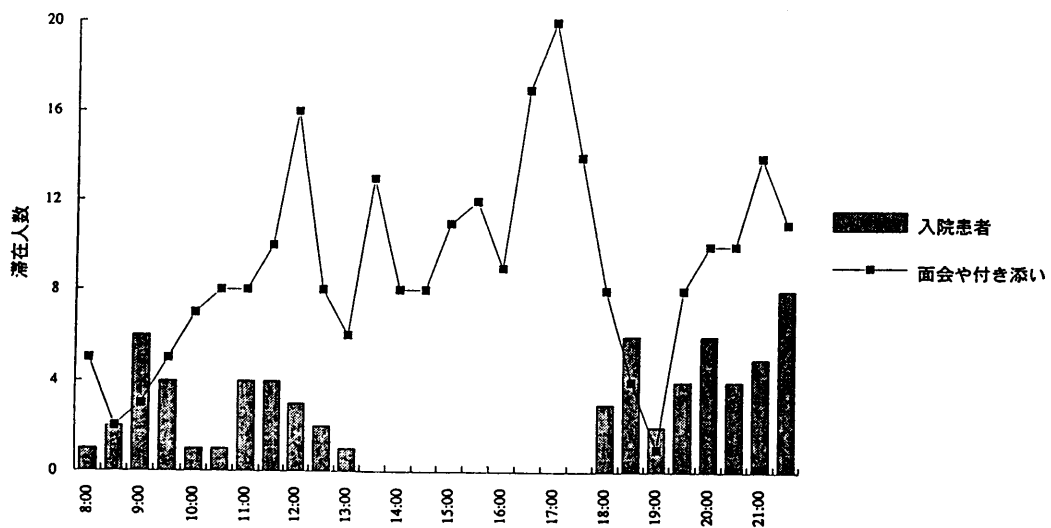


図4—30 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院10階・ディルーム内)

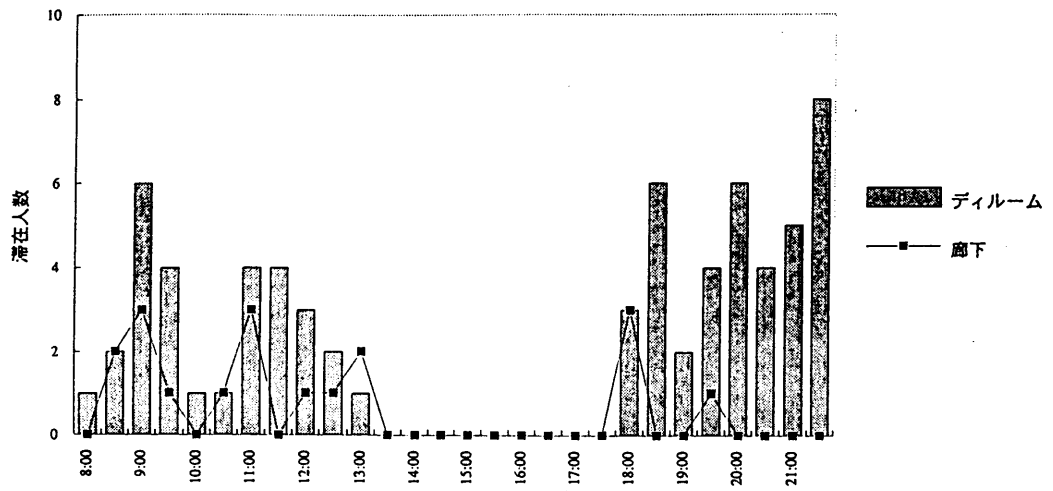


図4-3-1 入院患者の場所別滞在人数 (ST病院中央10階)

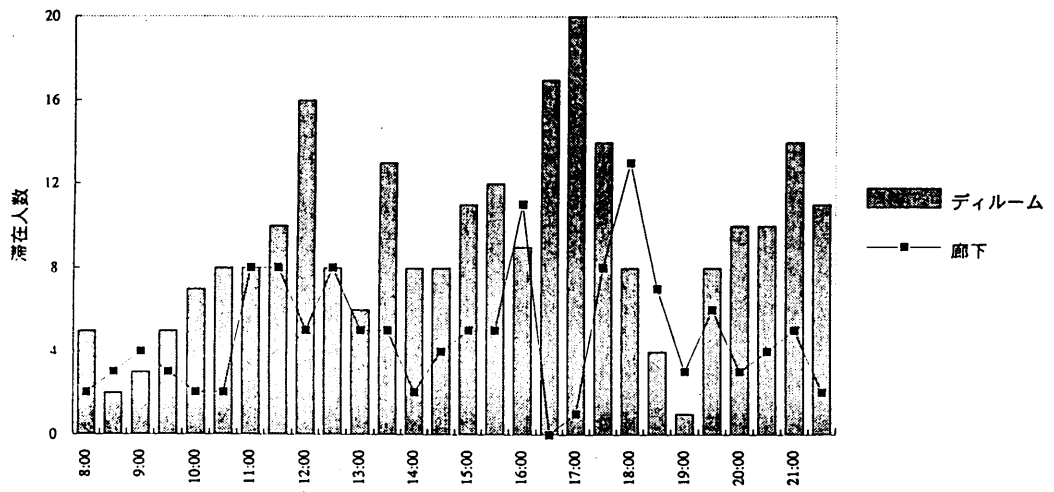


図4-3-2 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (ST病院中央10階)

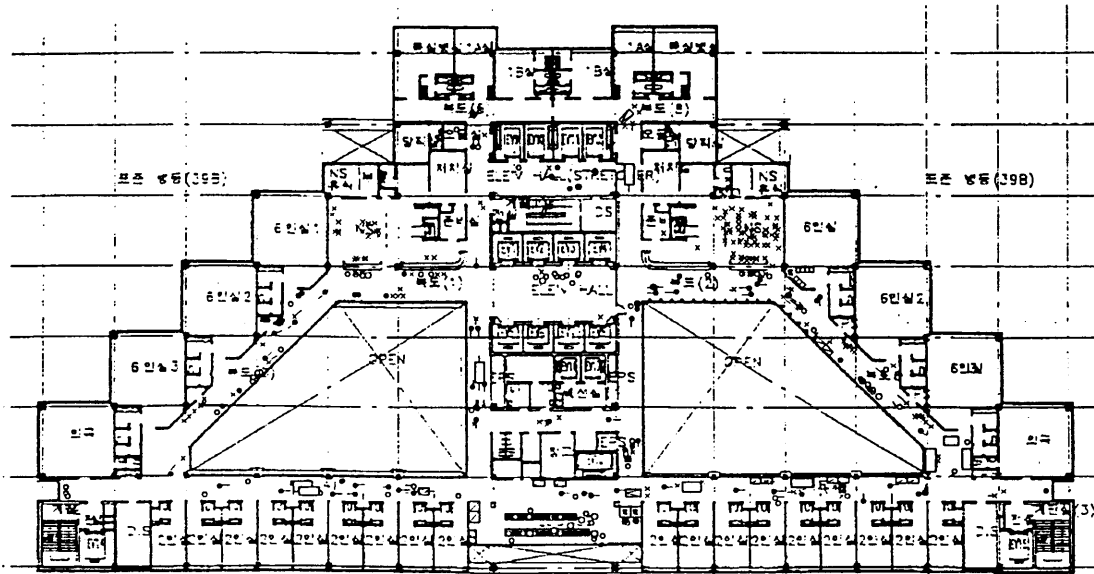


図4-33 入院患者等の滞在状況 (SI病院16階)

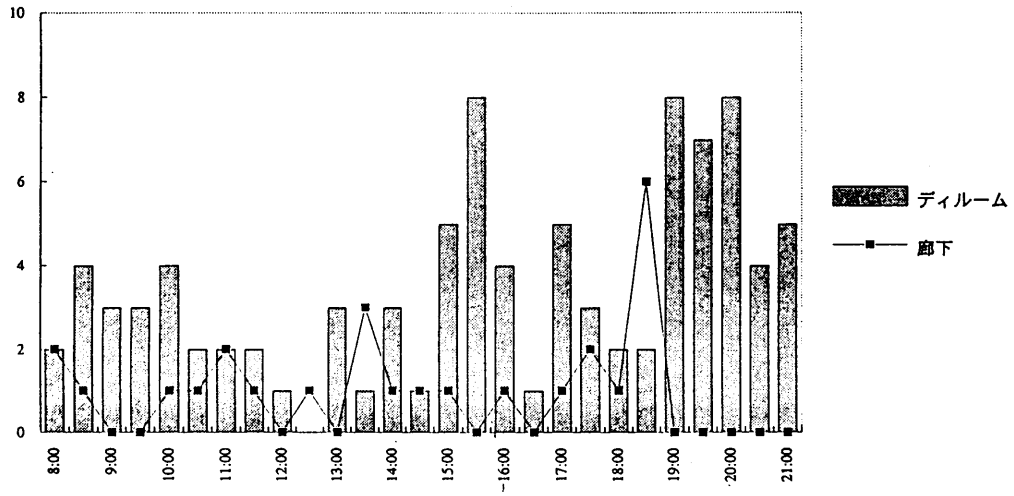


図4-34 入院患者の場所別滞在人数 (SI病院16階)

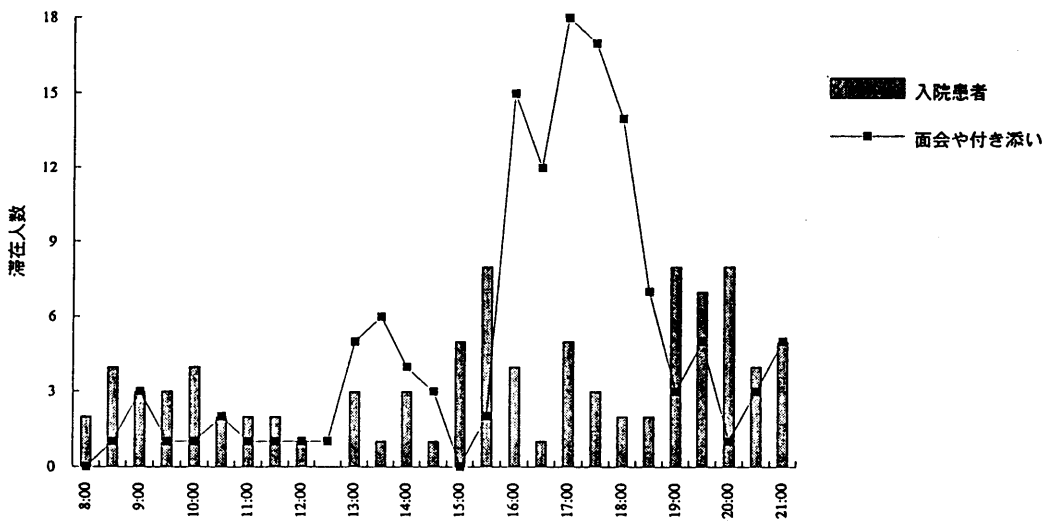


図4-35 入院患者と面会・付き添いの滞在人数 (SI病院16階・患者空間内)

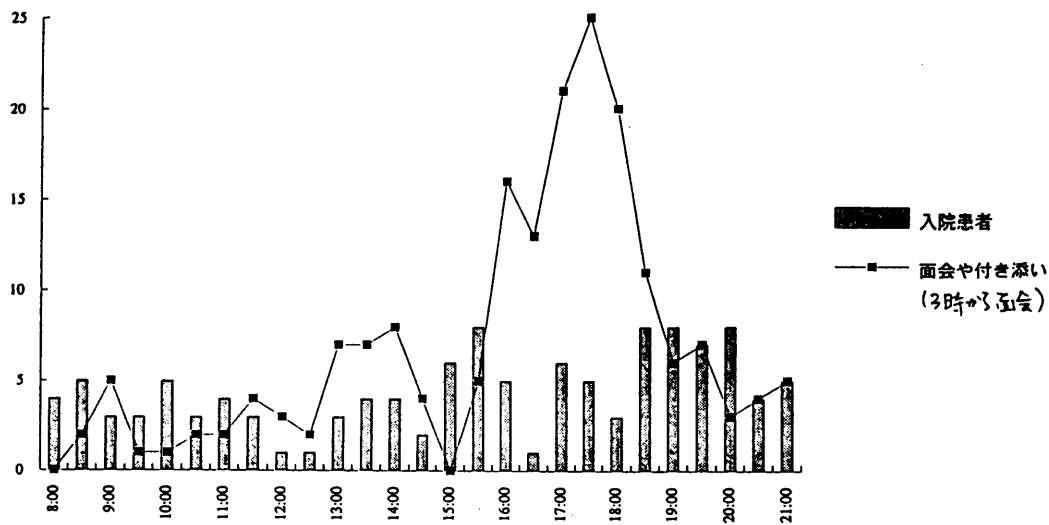


図4—36 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (SI病院16階・デイルーム内)

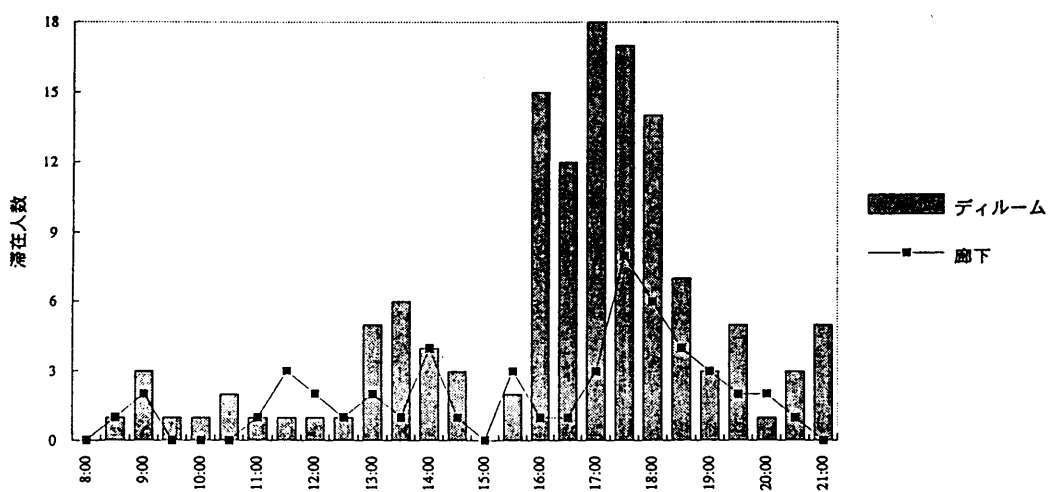


図4—37 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (SI病院16階)

表4-5 調査病院の概要

(調査当日の基準)

調査病院	病棟病床数	平均在院日数	外来患者数 (/100B)	初診患者数 (初診率)	延べ滞在人数 (/100B)	延べ滞在人数 /外来患者
AJ病院	843	10.8	1277 (151)	310 (24%)	6621(785)	5.18
ST病院	1781	10.4	3050 (171)	670 (22%)	10627(597)	3.48
KU病院	1103	22.95	2471 (224)	305 (12%)	7423(673)	3.00
TO病院	310	約1ヶ月強	1036 (334)	-	2790(900)	2.69

*SI病院の本館1・2階のみで延べ滞在人数は5492人(499人/100B)、受診患者数は分館を含んだ人数で、1872人(初診患者539人、初診率29%)、滞在人/受診患者は2.93である(延べ滞在人数は本館3階の産婦人科、分館の耳鼻咽喉科・歯科・眼科・形成外科を除く)。

*延べ滞在人数は30分置きのマッピング調査(朝8時から夜9時30分まで)の延べ滞在人数である。

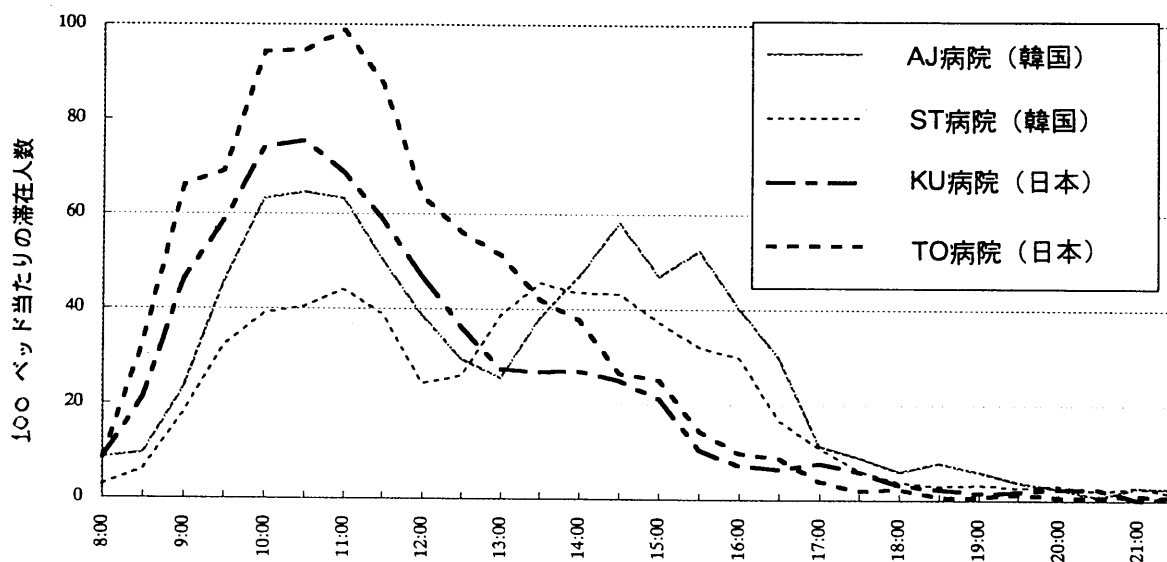


図4-38 日韓4病院における100ベッド当たりの外来利用者の滞在人数の比較

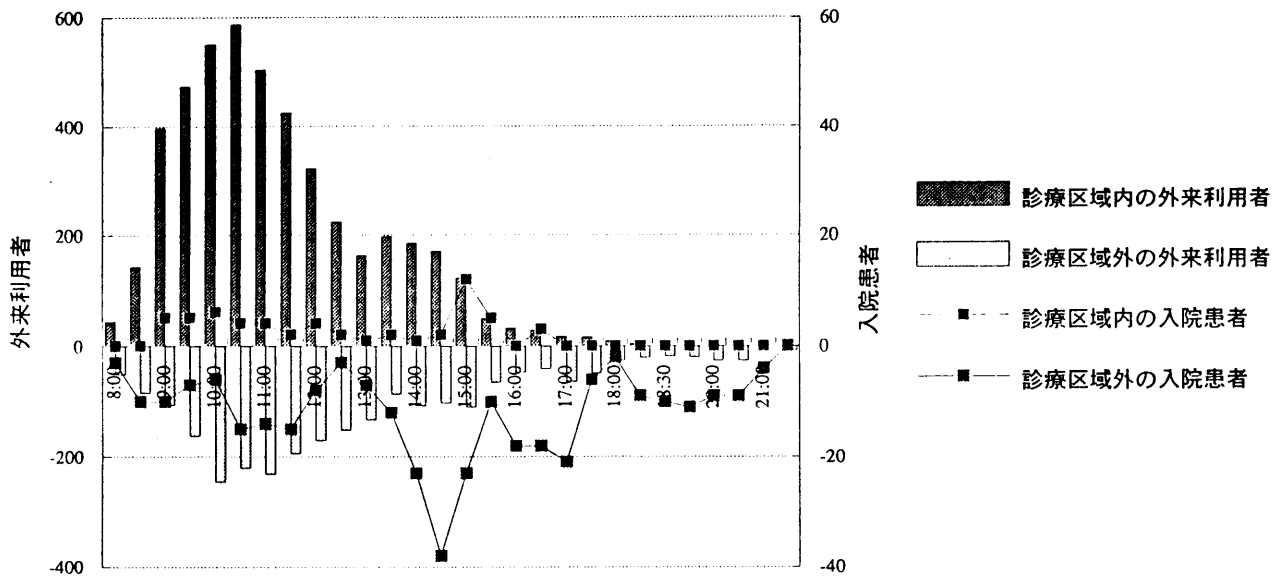


図4—39 KU病院の外来部門内場所別にみた滞在人数

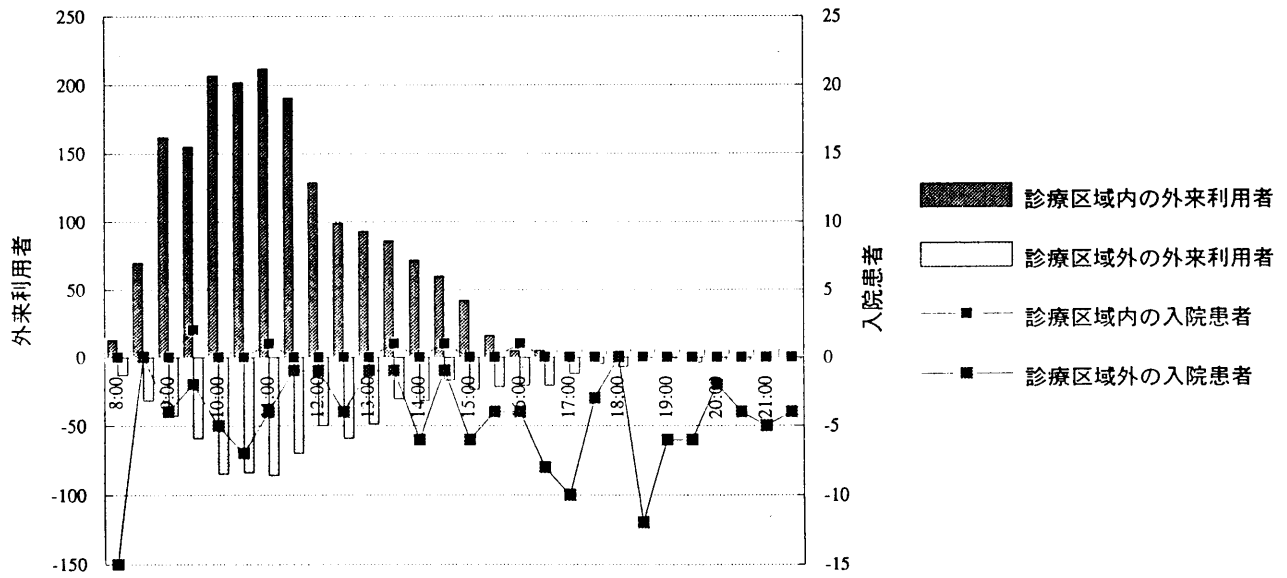


図4—40 TO病院の外来部門内場所別にみた滞在人数

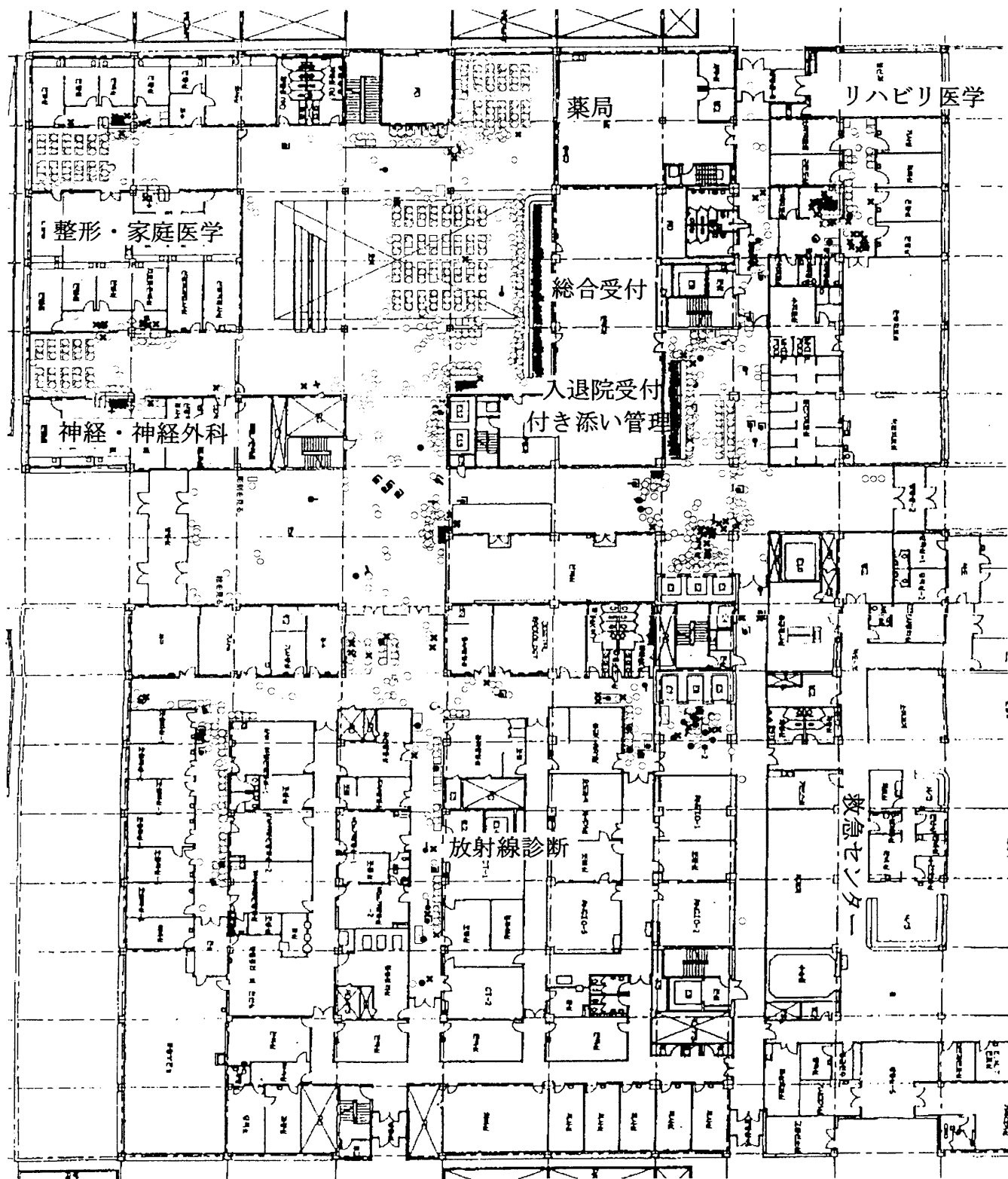


図4—1 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (AJ病院1階)

- 薬局1
 ・小児科
 ・一般外科
 ・整形外科
 ・リハビリ医学科
 ・歯科
 ・救急センター

- 薬局2
 ・消化器内科
 ・免疫内科
 ・家庭医学科

- 薬局3
 ・呼吸器内科
 ・内分泌内科
 ・感染内科
 ・一般内科
 ・皮膚科
 ・産婦人科

- 薬局4
 ・眼科
 ・耳鼻咽喉科
 ・精神科
 ・形成外科

- 薬局5
 ・腫瘍内科
 ・腎臓内科
 ・神経科
 ・治療放射線科
 ・泌尿器科
 ・神経外科
 ・核医学科

- 薬局6
 ・胸部外科
 ・循環器内科

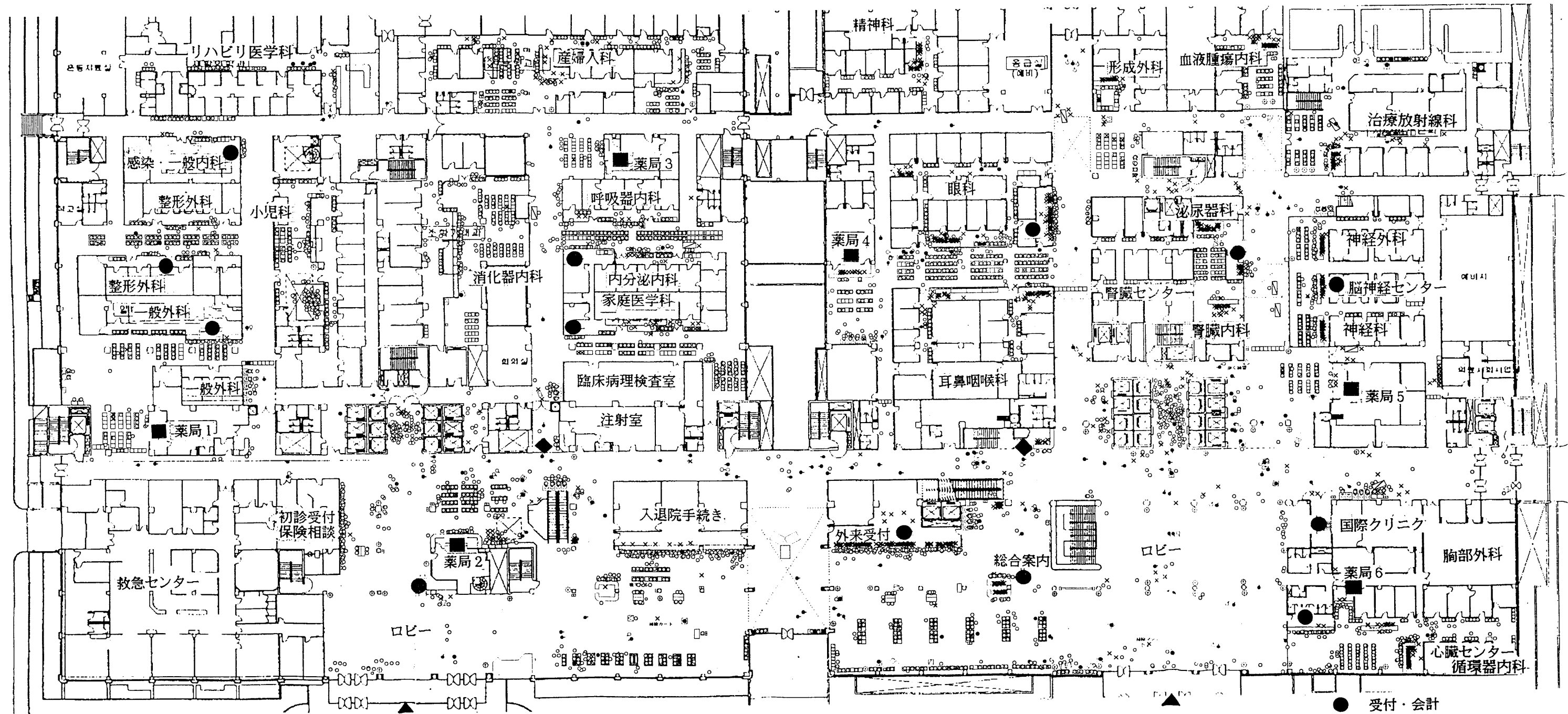


図4-2 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (ST病院1階)

- 受付・会計
- 外来薬局
- 病院案内
- ◆ 院内カード購入・会計

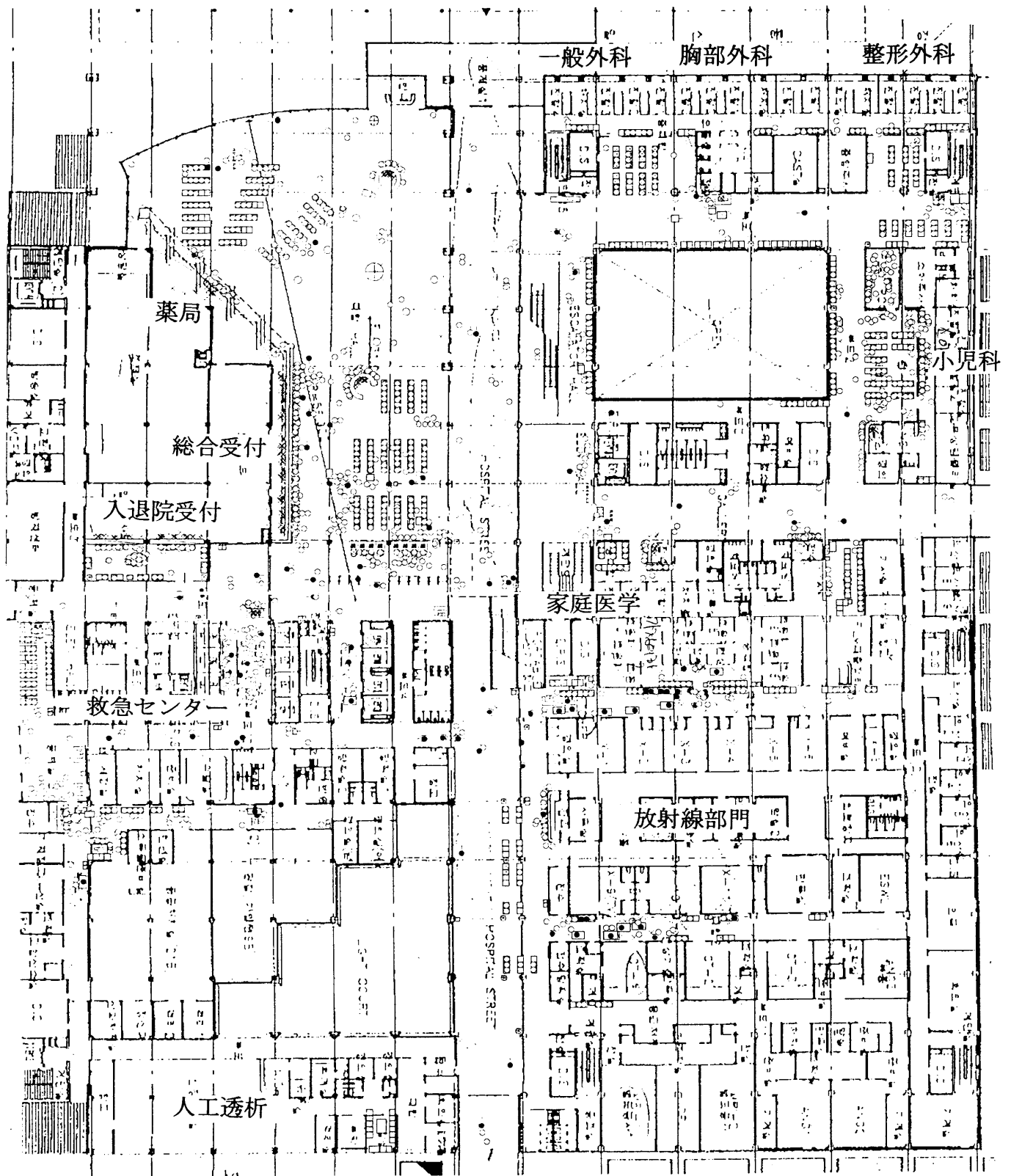


図4-3 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (SI病院1階)

第5章 地理的環境としての患者空間

- (1) 患者の環境個別化への要求
 - 1) 患者の環境行動とプライバシー
 - 2) 個別化と匿名的環境
 - (2) 患者空間と環境体制化
 - 1) 環境行動と空間認知
 - 2) 体制化しやすい環境（環境体制化と患者空間）
 - (3) 地理的環境としての患者空間
-

第5章 地理的環境としての患者空間

1. 患者の環境個別化への要求

(1) 患者の環境行動とプライバシー^{注1}

患者が新たな環境に馴染んでいく過程で欠かせないのは、社会的存在としての役割と、環境といかに関わるで、患者の行動はそれらに影響される。環境とのかかわりの中で生じる患者役割行動・使い分け・匿名行動などがその具体的な事例であるが、これらはある環境状況によって類型化・パターン化されるよりは、そのときどきの環境状況との相互作用によってより多様化される傾向にある（患者役割に根拠をおいた環境行動）。すなわち、

①多くの患者に、自分の行動を患者としての役割に照らして判断する傾向が強くみられる。また想定された機能で設けられた空間や場所は、管理されている、領有されていると意識されることで、アクセスは大きく影響される。

- ・自分の行動が監視されるような気がして
- ・理由なくある空間や場所へ行ったり立ち寄りたりはしない

^{注1} プライバシーに関連した事項の定義を以下にいくつか挙げる

●ウェスティン・A. (Alan F. Westin: Privacy and Freedom, 1967)

プライバシーは、

- | | |
|-------------------------|------------------------|
| 1) 独居(Solitude)、独りであること | 2) 親密(Intimacy)、居心地の良さ |
| 3) 匿名(Anonymity)、匿名の意味 | 4) 確保(Reserve)、控え目な態度 |

プライバシーの機能について、

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1) 個人の自律(personal autonomy) | 2) 感情の解放(release of emotions) |
| 3) 自己評価(self-evaluation) | 4) コミュニケーションの保護(limited and protected communication) |

●Ein-oder Mehrbettzimmer im Akuthrankenhaus Analysen ihrer Tauglichkeit, Robert Wischer, Hille Rau, 1984. (病院建築の新たな挑戦、小室克夫訳, 集文社, 1990, pp136-137)

・Lenelis Kruse: プライバシー構想の規定はコントロールの構成概念で、それは個人的コントロールの主観的・客観的な二面性を持つ。P49参照

●Jon Lang (高橋鷹志監訳、今井ゆりか訳): 建築理論の創造-環境デザインにおける行動科学の役割 (Creating Architectural Theory), 鹿島出版会, 1992

・Irwin Altman: パーソナル・スペースとテリトリー性をプライバシーを得るための主要なメカニズムとして考えている。プライバシーは、個人或いは集団が他者との視覚的、聴覚的、臭覚的相互作用をコントロールする能力と関係があることが強調されている。

・Amos Rapoport: 「相互作用をコントロールし、それを選択して、希望する交流を得ることの出来る能力」と定義する。

●David Canter (宮田紀元ほか訳): 場所の心理学 (The Psychology of Place, 1977), 彰国社, 1982

プライバシーとは単なる一つの状態ではなく、ある場所が行動と結びつくと考えられるプロセスのバランス状態である。

②直接・間接に得られる情報や患者自身の場所の経験などにより、各々の空間や場所は意味づけられ、行動に反映する（空間や場所の使い分け）。すなわち、目的とする行動内容やその空間をめぐる環境状況によって空間が使い分けられたり、空間機能が分化されたりする。

- ・面会や休憩などでまわりを意識せずにゆっくりいられる空間や場所、あるいは親密な話ができる空間や場所を求めて、想定された空間機能とは違う使い方をする
- ・管理区域内と管理区域外の間の空間やモノの使い分けや機能分化

③プライベートな行動内容や人間関係などには、行動や決定のコントロールができない環境を逃れ、管理区域を離れた空間や場所、モノを利用したりする（匿名的な行動）。

- ・話の音が聞こえたり、すべての行動が他者に見られている気がする
- ・管理規則や規範、居合わせが強いられる共在の場から離れ、一人になりたい

などで、まわりの視線やかかわりから自分のプライバシーを守ろうとする意識や行動であり、それらによって空間や場所の意味は変化する。

しかし、これらは単に管理やまわりの視線から離れ、閉じこもるという意味（独りでいることは、実はプライバシーのただ一つの状態ではなく、望まれる場合に限ってプライバシーの1つの状態となる）ではなく、個人の自律 (personal autonomy) やコミュニケーションの保護 (limited and protected communication) が保ち得るような環境の個別化（個人的アイデンティティ）への要求である。

さらに、「一方が自分とその周囲に対するコントロールを失うことにより、他方ではその分だけコントロールする力を得ることになり、それが極端になるとコントロールの喪失は徹底的な消極性になってしまう」という^{注2}。このようなコントロールの喪失は、人間・環境のバランスが崩れる結果になり、患者の環境行動を妨げるようになる。これは韓国の病院調査で明らかになったように、患者の身のまわりの環境コントロールを誰が行うかによって、まわり（主にNS）を意識することで生じる患者役割行動や環境との関わりは影響される。

^{注2} Ein-oder Mehrbettzimmer im Akuthrankenhaus Analysen ihrer Tauglichkeit

Robert Wischer, Hille Rau, 1984. (病院建築の新たな挑戦、小室克夫訳、集文社、1990, p139)

(2) 個別化と匿名的環境

「人間は、生活の大部分を自分のものでない空間や、自分でコントロールすることができない空間で行うに違いなかろう。人間がどのようにすれば、プライバシーと独りでいることの感情を、自分のものではない空間においても失わずにいられるかを、われわれは解明しなければならない」とロバート・ソマーは指摘している^{註3}。

突然、見知らぬ新たな環境と関わりながら生活しなければならない入院患者、医療上の理由で特に設けられた空間や場所に滞在しなければならぬ外来患者にとっても、欠かせない主要なファクターである。

バランスの崩れた日常的な人間・環境の関係は、様々な患者の環境行動として表出される。その事例としては、

- ・一人になりたい、あるいは一人になれることで診療時間外に誰もいない外来を訪れたり (TO病院)

- ・特定の利用者や空間機能などを持たない、匿名的に設けられた空間や場所を訪れる (KU病院の温室やパーラー、ST病院の中央ホール)

- ・また、予約時間より早く来院した外来患者の滞在様態 (診療科の待合空間より総合受付や匿名的な空間に滞在する傾向) や、診療後の場所利用 (診察の終了後は待合空間から離れ、休憩したり、薬をしまったりする傾向) などがある。

すなわち、ここで構築環境として望まれるのは、各人が自分の欲求にあわせて選択することができる空間の多様さと個別化できる環境を作り上げることである。ここで個別化^{註4}とは、主観的な個別化 (個人のアイデンティティを発揮出来るような環境を作り出すこと) と客観的な個別化 (個人のコミュニケーションの自由が確保できるように周囲環境を備えること。すなわち、匿名でありながらも、他人との親密なつながりを確保できる場をつくること) との2つの側面から考えられる。すなわち、匿名的であることは、パブリックでありながらも個別化できる環境状況の一側面として、病院という管理されていると意識される環境状況での、患者を含んだ利用者の安定した環境形成や行動を導くには欠かせない重要な要素である。

^{註3} Robert Sommer (穉山貞登訳) : 人間の空間 (Personal Space, 1969) 鹿島出版会, 1972, p74

^{註4} Ein-oder Mehrbettzimmer im Akuthrankenhaus Analysen ihrer Tauglichkeit Robert Wischer, Hille Rau, 1984. (病院建築の新たな挑戦、小室克夫訳, 集文社, 1990, p109)

2. 患者空間と環境体制化

(1) 環境行動と空間認知

ワップナーら (Wapner, Kaplan & Cohen, 1973) によると^{註5}、
「動物であれ人間であれ生活体は、ある目的を持ち、ふさわしい手段を用いて環境に働きかけ、環境を意味付け、また環境から働きかけられながら、その環境を構造化し、体制化して、生活体と環境との間の均衡を保とうとする傾向がある」と、また、「大規模空間の構造化には、環境内の探索的移動や環境への種々の働きかけが不可欠である。中でも、慣れ親しんだ環境を離れて、新しい環境への移行を経験するとき、個人のこうした活動は、一時的に崩壊した人間-環境システムを再び均衡化するためにより活性化される」。

しかし、新たな環境で生活を営む生活体とその構築環境とのかかわりの観点でみた施設と日常生活環境との大きな違いは、日常生活では自ら環境と関わり合いながらその環境を構造化・体制化して行くに比べ、施設ではある機能やシステムに沿った形で患者の行動や生活などが想定され、予め備えられたことで、ある意味ではその環境への適応を強いられているのである。

第2章では、そのような環境との関わりの中で生じる、患者の行動や意識の経日的変化を通して、いくつかの特徴的な経緯をたどって環境に馴染んで行く様子を見た。すなわち、確認・確定行動、患者役割行動、目的外利用行動、匿名的行動、場所意味付け行動がそれにあたる。

これをピアジェ (Piaget & Inhelder, 1967) の空間認識^{註6}に照らしてみると、形象的側面としての確認・確定行動、患者役割行動と、操作的側面としての目的外利用行動、匿名的行動、場所意味付け行動とに読み替えられる。このような行動様相は、患者属性や環境適応能力などによって異なるが、経時的な変化の中でみられる傾向は、段階的な変化というよりは、両側面が相

^{註5} 山本多喜司, S. ワップナー編著、人生移行の発達心理学、北大路書房, 1991, pp86-116

^{註6} ピアジェ (Piaget & Inhelder, 1967) によると、

空間の情報が個人の中で内的に整理される過程およびその様式は、個人の認知発達の水準と密接にかかわっている。そして、こうした個人の空間認識には、形象的な側面と操作的な側面があるという。

形象的側面での空間把握は、主として知覚から派生するものである。一方、空間に積極的に働きかけて構造化していく過程で、知覚したことがらをパターン化したり、シエマ化して内面化することにより、さまざまに空間的諸要素を関係づけることが操作的な把握の特徴である。ここでいう操作とは、事物の特徴を抽出しそれらを論理的体系のもとに心内的に関係づけることである。Piagetは、自己の具体的活動とともに、こうした心的活動が空間認知に果たす役割の重要性を強調する (山本多喜司, S. ワップナー, 1991, p10)

互的にかかわりながら経時的に変化する傾向である。また、このように経時的に変化する患者の行動は、在院期間に合わせられ生じることも見逃せない。

しかし、全ての患者が上のような段階を経験することではなかろうが、ひとりひとりにとっての環境の意味を考える上では、欠かせない重要な段階には間違えない。したがって、患者の視点での分かりやすさ・アクセスしやすさは、物理環境だけではなく、より総体的な意味合いでの環境として見ていく必要がある。

(2) 体制化しやすい環境（環境体制化と患者空間）

診療部門の中央化が進んで以来、巨大化・複雑化した病院の中の移動は、患者にとっては、長時間の待ちとともに大きな苦しみの一つだった。その原因としては、診療部門の中央化だけではなく、医療機能の成長と変化もその間にかなり進んだ結果とも言えるだろう。そのようなことは、病院だけではなく、大規模の複合建築や都市空間でも多く行われている^{註7}。すなわち、大規模空間における空間探索（wayfinding）の研究では、建築空間あるいは空間形態と利用者の認知や情報処理モデルなどの手法を用いた研究である。

しかし、患者が環境を確認・確定するということが次の行動につながるといふ発展的な視点では、総体的な病院環境を考える上では、欠かれた部分が多いと思われる。

患者空間は空間探索あるいは経路探索の対象でもある廊下やホール（ホールタイプの場合は待合空間も含む）なども含まれており、患者や利用者の環

^{註7} Wayfindingに関する研究

* Weisman

環境評価における重要な要因の1つとして利用者のストレスに注目し、円滑なwayfindingはストレスの軽減、利用目的の十分な達成に必要不可欠の基底的条件をなすとの視点から、人間側の内在的なプロセス自体の解明よりも、wayfinding行動と建築的特性との関連を直接的に探ろうとしている。建築のlegibilityに注目して、平面形状に関するよき形態を専門家に評価させ、対称性・記憶の容易さ・記述の可能性と複雑性の2要因群が評価に影響をしていることを示している。単純性・複雑性と専門家に推定されたlegibilityとの相関は有意と言えるが、単純性と現実の迷い行動の頻度とは高い逆相関を示すことを明らかにしている。

(Weisman, Gerald David, Wayfinding in the Built Environment: A study in Architectural Legibility, The University of Michigan. PH.D., 1979)

* Passini

Wayfindingを空間的問題解決行動と位置付け、特に行動に於ける計画の観点を重視して、意思決定とその決定の現実化・遂行過程を詳細に調べている。被験者によって依存し探索する情報のタイプが異なることを見いだしてwayfinding styleと呼び、linear（サイン体系）とspatial（空間的特性）との区別をしている。

境体制化には欠かせない主要な空間や場所である。ここで忘れてはならないのは、それらの空間や場所が多く患者（入院や外来）や利用者に腰掛けたり、立ち寄るなどの居られる場所として意味づけられることである。すなわち、患者のアクセスが保ち得る分かりやすい環境、患者空間こそ患者にとっての体制化しやすい環境として位置づけられるものと思われる。

3. 地理的環境としての患者空間

本研究は、「患者空間」という一つの新たな視点から患者を中心とする病院空間、病院環境を再考することで、病院建築の本来あるべき姿を見つけようとするものである。つまり、病院の空間を地理的環境(Hospital Geography)として位置づけることで、患者の意識や行動などをも含んだ総体的意味での環境として病院を捉えなおし、患者にとって馴染みやすい病院環境のあり方を探求するものである。

ここでは、「患者空間」が、日々変化する病院建築の中にどのように位置づけられ、患者や利用者の行動に寄与できるかを探る。

(1) 患者の環境行動的側面

患者が空間や場所に対してもつ意識やそこでの行動は、かかわる環境（物理的・社会的環境）や患者自身の患者としての役割などに照らされ、各々の空間や場所を意味づけすること、新たに情報を獲得することで変化する。在院期間の短縮や個室化傾向などによって患者の移動や患者同士のコンタクトは益々少なくなり、管理される情報への依存がさらに大きくなる傾向がある。

(2) 患者空間の諸様相

・患者空間そのものの空間属性、すなわち管理や領有の程度・しつらいや仕掛けなどは患者のアクセシビリティに最も影響するもので、分かりやすい管理範囲の設定やしつらいが必要とされ、また患者がコントロールあるいは選択できる仕掛けなどが患者の場所選択に大きく関わってくる。

・患者空間の位置・空間規模・仕掛けなどは、病院が持つシステムやプログラムとの連携や患者個人にとっての環境の意味の側面（空間や場所の意味変化など）を踏まえた上で設定されなければならない。

(3) 病院の部門構成と患者空間

・外来利用者や入院患者が意識上に共有可能な患者空間（匿名空間や匿名的に利用される空間など）は、入院患者の入院経路（外来診療からの入院が全入院患者の大部分を占める）や退院後の外来利用などを考える上で、患者の環境体制化を手助けるアンカー・ポイント（anchor point）^{註8}としての可能性をもっている。

・外来に設けてある患者空間は外来利用者に領有され、入院患者の滞在は少なくなる。患者がまわりを意識せずに常時居られる患者空間（匿名空間）は、その地理的位置や外来診療時間の設定などによって、患者のアクセスに大きく影響を及ぼす。

(4) システムやかかわる環境の違いと患者の環境行動

・患者まわりのコントロールの主体によって、管理側を意識することで生じる患者役割行動は大きく影響される。

・患者が理由なく自分の病室を離れ、管理されている、あるいは領有されている空間に滞在するのは見られない。場所利用パターンとしては、何らかの目的を終えた後や、何らかの理由で歩きまわるついでに立ち寄るのが一般的であった。

(5) コミュニティーとしての病院環境

高齢化社会への転換や医療経営の悪化、外来を中心とする地域医療の定着や施設機能の複合化傾向^{註9}などとともに、病院は都市や地域に向かって開放的に変わりつつある。そこには同時に、空間機能や利用者層などがさらに複雑化し、新たな施設環境の問題として現れる恐れもある。治癒環境として、コミュニティー環境としてより多くの利用者の健康回復や維持の支援に寄与する空間として、患者空間の役割はますます重要になっていくであろう。

^{註8} アンカー・ポイント（anchor point）仮説

未知の物理的空間を探索し、構造化し、体制化する際に親近対象物が拠点としての役割を果たしているという仮説。空間体制化の過程において慣れ親しんだ人やモノは認知的にも情緒的にも重要な役割を担っている（Yamamoto, Wapner & Stevens, 1980）。p98

^{註9} 地域医療の充実や複合化傾向

デイワード（dayward）、日帰り手術、デイケア（daycare）、検診センター（health promotion center）などで外来診療部門は、病院特性化の対象でもあり、患者だけではなく地域住民の健康維持や回復のための情報交換などのコミュニティー施設としても主要な役割が期待されている。

以上、各々の患者にとっての環境のもつ意味という側面から、患者の環境行動や「患者空間」の属性、システムやプログラムなどの影響、そして患者の環境行動と患者空間との関連についての考察を行った。

これは、病院を患者の意識や行動などをも含んだ総体的意味での環境として捉え直すという、これまでなかったアプローチによって、地理的環境としての患者空間を実現するための試論である。

参考文献

- ・病院待合座席配置の利用者に対する有効性に関する研究（小松 他、日本建築学会論文集、1993.07. No.449）
- ・病室内の生活空間形成の要求-病院・療養施設の生活空間の計画に関する研究 -（今井 他、日本建築学会論文集、1993.08. No.450）
- ・入院・入所の療養生活をおくる高齢者の基本的な生活行為からみた類型- 高齢者の療養環境の適正化に関する研究 -（梁 他、日本建築学会論文集、1994.10. No.464）
- ・患者の行動と認知を通じてみた病院外来の考察- Hospital Geographyに関する研究 -（長澤 他、日本建築学会論文集、1993.10. No.452）
- ・建築雑誌 Vol.104, No.1283. 1989年3月号,pp50-53
- ・Nightingale F.,Notes on Hospitas,1863：ナイチンゲール著作集,第2巻,「病院覚え書」、現代社,1974
- ・医療人類学入門、波平恵美子、朝日新聞社,1994,p114
- ・Westin Alan.F:Privacy and Freedom、The Bodley Head,1967,pp31-39
- ・安川一編、ゴフマン世界の再構成、世界思想社,1991,pp56-59
- ・Goffman,E（石黒 毅訳）：行為と演技（The Presentation of Self in Everyday Life,1959）、誠信書房,1974,pp297-300
- ・G.Rロフタス著,大村彰道訳、人間の記憶、東京大学出版会,1980,pp91-100
- ・病院建築の新たな挑戦：（Robert Wischer,Hille Rau,1984.）、小室克夫訳
- ・ゲシュタルト心理学の原理（Principles of Gestalt Psychology）、クルト・コフカ(K.Koffca)著、鈴木正彌 監訳、福村出版
- ・アフォーダンス新しい認知の理論、佐々木正人著、岩波書店
- ・岡堂哲雄 他、入院患者の心理と看護、岡堂哲雄 他、中央法規出版、1987
- ・ウェスティン・A.（Alan F. Westin : Privacy and Freedom,1967）
- ・Jon Lang（高橋鷹志監訳、今井ゆりか訳）：建築理論の創造-環境デザインにおける行動科学の役割（Creating Architectural Theory）、鹿島出版会,1992
- ・David Canter（宮田紀元ほか訳）：場所の心理学（The Psychology of Place,1977）、彰国社,1982
- ・Robert Sommer（穂山貞登訳）：人間の空間（Personal Space,1969）、鹿島出版会,1972
- ・山本多喜司,S.ワップナー編著、人生移行の発達心理学、北大路書房,1991
- ・Weisman,Gerald David、Wayfinding in the Built Environment:A study in Architectural Legibility、The University of Michigan.PH.D.,1979
- ・W.H.Ittelson, H.M.Proshansky, L.G.Rivlin & G.H.Winkel: An introduction to environmental psychology, Holt,Rinehart and Winston,1974（望月・・訳：環境心理の基礎,彰国社,1977）

図表一覧

第1章

- 表1-1 医療施設研究の流れ
- 図1-1 研究の構成

第2章

- 図2-1 調査対象病院の概要
- 表2-1 調査日程
- 表2-2 調査内容及び方法
- 表2-3 調査患者の属性及び管理スケジュール
- 図2-2 事例3の場所別（上）・行為別（下）時間分布
- 図2-3 事例3の行動ルートや場面（7階病棟）
- 図2-4 事例3の行動ルートや場面（1階外来）
- 表2-4 事例3の利用場所やモノに対する経日的変化
- 図2-5 事例4の場所別（上）・行為別（下）時間分布
- 図2-6 事例4の空間やモノの利用ルートや場面及び散歩ルート（4階外科病棟）
- 表2-5 事例4の利用場所やモノに対する経日的変化
- 図2-7 事例5の場所別（上）・行為別（下）時間分布
- 図2-8 事例5の空間やモノの利用ルートや場面（5階整形外科病棟）
- 表2-6 事例5の利用場所やモノに対する経日的変化

第3章

- 表3-1 調査日程
- 表3-2 調査病院の外来・病棟の状況
- 表3-3 病院の調査区域
- 図3-1 対象病院別の調査区域
- 図3-2 患者の滞在人数（TO病院7階内科病棟）
- 図3-3 患者の滞在状況（TO病院7階内科病棟）
- 図3-4 患者の滞在人数（TO病院4階外科病棟）
- 図3-5 患者の滞在状況（TO病院4階外科病棟）
- 図3-6 患者の滞在人数（TO病院5階整形外科病棟）
- 図3-7 患者の滞在状況（TO病院5階整形外科病棟）
- 図3-8 患者の滞在状況（KU病院2棟4階内科病棟）
- 図3-9 患者の滞在状況（KU病院1棟9階外科病棟）
- 図3-10 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数（KU病院：一日断面）
- 図3-11 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数（TO病院：一日断面）
- 図3-12 外来利用者の待合空間とその他の共用空間における滞在人数（KU病院）
- 図3-13 外来利用者の待合空間とその他の共用空間における滞在人数（TO病院）
- 図3-14 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況（TO病院1階）
- 図3-15 8階における外来利用者と入院患者の滞在人数（TO病院）
- 図3-16 1日の外来利用者と入院患者の滞在状況（KU病院1階）
- 図3-17 温室における外来利用者と入院患者の滞在人数（KU病院）
- 図3-18 セントラルパーラーにおける外来利用者と入院患者の滞在人数（KU病院）
- 表3-4 KU・TO両病院における外来利用者の場所利用パターンの事例

- 表 3—5 KU・TO両病院における入院患者の場所利用特性の事例
- 図 3—1 9 入院患者のいる場所と患者の所属病棟との関係 (KU病院)
- 図 3—2 0 患者を取り巻く環境
- 表 3—6 患者の行動の種類とその行動内容・対応する空間
- 図 3—2 1 匿名空間の位置づけ
- 図 3—2 2 空間や場所の意味変化の諸側面
- 図 3—2 3 患者空間の意味変化の諸側面
- 図 3—2 4 使い分けのパターンおよび機能の分化
- 図 3—2 5 匿名空間の仕掛け (家具配置) と使われ方

第4章

- 表 4—1 調査日程
- 表 4—2 調査病院の概要
- 表 4—3 調査病棟の概要
- 表 4—4 調査病院の外来受診の現状
- 図 4—1 1 日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (AJ病院 1 階)
- 図 4—2 1 日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (ST病院 1 階)
- 図 4—3 1 日の外来利用者と入院患者の滞在状況 (SI病院 1 階)
- 図 4—4 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (AJ病院)
- 図 4—5 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (ST病院)
- 図 4—6 外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (SI病院)
- 図 4—7 100ベッド当たりの外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (AJ病院)
- 図 4—8 100ベッド当たりの外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (ST病院)
- 図 4—9 100ベッド当たりの外来部門における外来利用者と入院患者の滞在人数 (SI病院)
- 図 4—1 0 外来部門の場所別にみた外来利用者と入院患者の滞在人数 (AJ病院)
- 図 4—1 1 外来部門の場所別にみた外来利用者と入院患者の滞在人数 (ST病院)
- 図 4—1 2 外来部門の場所別にみた外来利用者と入院患者の滞在人数 (SI病院)
- 図 4—1 3 入院患者等の滞在状況 (AJ病院 7 階)
- 図 4—1 4 入院患者等の滞在状況 (AJ病院 1 1 階)
- 図 4—1 5 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院 7 階・患者空間内)
- 図 4—1 6 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院 7 階・デイルーム内)
- 図 4—1 7 入院患者の場所別滞在人数 (AJ病院 7 階)
- 図 4—1 8 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (AJ病院 7 階)
- 図 4—1 9 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院 1 1 階・患者空間内)
- 図 4—2 0 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (AJ病院 1 1 階・デイルーム内)
- 図 4—2 1 入院患者の場所別滞在人数 (AJ病院 1 1 階)
- 図 4—2 2 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (AJ病院 1 1 階)
- 図 4—2 3 入院患者等の滞在状況 (ST病院 9 階西)
- 図 4—2 4 入院患者等の滞在状況 (ST病院 1 0 階東)
- 図 4—2 5 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院 9 階・患者空間内)
- 図 4—2 6 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院 9 階・デイルーム内)
- 図 4—2 7 入院患者の場所別滞在人数 (ST病院 9 階)
- 図 4—2 8 面会・付き添い者の場所別滞在人数 (ST病院中央 9 階)
- 図 4—2 9 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院 1 0 階・患者空間内)
- 図 4—3 0 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数 (ST病院 1 0 階・デイルーム内)
- 図 4—3 1 入院患者の場所別滞在人数 (ST病院中央 1 0 階)

- 図4—32 面会・付き添い者の場所別滞在人数（ST病院中央10階）
- 図4—33 入院患者等の滞在状況（SI病院16階）
- 図4—34 入院患者の場所別滞在人数（SI病院16階）
- 図4—35 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数（Si病院16階・患者空間内）
- 図4—36 入院患者と面会・付き添い者の滞在人数（Si病院16階・デイルーム内）
- 図4—37 面会・付き添い者の場所別滞在人数（SI病院16階）
- 表4—5 調査病院の概要
- 図4—38 日韓4病院における100ベッド当たりの外来利用者の滞在人数の比較
- 図4—39 KU病院の外来部門内場所別にみた滞在人数
- 図4—40 TO病院の外来部門内場所別にみた滞在人数