

職員による病院共用空間の維持管理と環境改善

MANAGEMENT AND ENVIRONMENTAL IMPROVEMENT OF THE HOSPITAL COMMON SPACES BY STAFF

岩田 祐佳梨*, 貝 島 桃 代**, 花 里 俊 廣***

Yukari IWATA, Momoyo KAIJIMA and Toshihiro HANAZATO

This study aimed to analyse the hospital's management through by staff and the relationship between management and environmental improvement projects in common spaces. Data was collected from interviews with the hospital staff to understand how they manage and care for the environmental elements in common spaces. The results indicated two management systems: a) management of environmental elements in areas not accessible to the public, and b) unclear management with regard to public areas. Consequently, both systems could coexist on the same floor. However, environmental improvement projects have influenced management in order to maintain order and cleanliness in common spaces.

Keywords : *Hospital, Common space, Hospital Staff, Environmental Formation, Management, Environmental Improvement*

病院, 共用空間, 病院職員, 環境形成, 維持管理, 環境改善

1. 序

1-1. 背景

近年、患者中心の医療が推進されるなかで、我が国では2002年に診療報酬上の基準の一部として第三者による医療評価が要件となった。第三者評価機関である日本病院評価機構の評価項目には、療養環境の整備に関する項目がみられ¹⁾、医療の技術的要素に加えて医療者とのコミュニケーションや院内環境など人的要素も、医療の質の評価対象として考えられている²⁾。また、患者満足度評価においても院内環境の快適性が病院の総合的評価や受療行動に影響力を持つことが報告されている³⁾⁴⁾。そのため、新棟の建設や増築時に、主要な構造物によって物理的環境を形成する一次的環境形成^{注1)}では、病室や共用空間における十分な面積や採光の確保、プライバシーの配慮などが目指されるようになった。しかし、建設後の家具や装飾物による設えなど二次的環境形成の段階においては、時間経過と共に秩序がなく雑然とした環境が形成されることが指摘されている⁶⁾。特に、待合、廊下、デイルームなど患者や家族が診療以外の時間を過ごす共用空間は、患者が主に利用するため、管理主体が曖昧になりやすい。

1-2. 本研究の位置づけ

病院の共用空間に関する既往研究では、入院患者の生活実態を調

査した今井ら⁷⁾の研究によりデイスペースが充実性しているほど入院患者の離室率が高いことが示されている。また、高ら⁸⁾やミイラ⁹⁾¹⁰⁾の研究では、療養環境に豊かさを与えるために必要な空間として治療以外の行為を許容する空間の必要性が述べられている。外来待合では、待合空間をコモンスペースとして捉えた上で、行動観察調査や患者による環境評価により居場所のあり方を提示した小松ら¹¹⁾¹²⁾の研究があげられる。このように、医療を補完し患者や家族の生活の室を担保する空間として、計画すべき共用空間の質や座席配置に関する研究成果がみられる。しかし、病院の共用空間が建設後にどのように管理がなされ、二次的環境が形成されているのかは明らかにされていない。

共用空間の管理や支配に関する研究は、集住環境の外部空間における領域論に関する鈴木ら¹³⁾や小林ら¹⁴⁾の研究や花里ら⁵⁾による環境形成に関する研究がみられる。小林ら¹⁴⁾によると、集住環境では、居住者による共用空間への表出行為や維持管理が領有意識^{注2)}を形成し、共用空間が居住者同士の共有領域となることで、防犯性の向上や居住者の安心感の獲得に寄与するとされている。一方、病院では、医療サービスを提供する病院職員（以下、職員）が医療サービスを受ける患者を迎えるために環境形成主体として共用空間の設えや管理を行なう点において、共用空間の維持管理の目的が集

* 筑波大学大学院人間総合科学研究科
博士後期課程・修士(デザイン学)

** 筑波大学芸術系 准教授・修士(工学)

*** 筑波大学芸術系 教授・博士(工学)

Ph.D. Program, Graduate School of Comprehensive Human Science, Univ. of Tsukuba, M.Design

Assoc. Prof., Faculty of Art and Design, Univ. of Tsukuba, M.Eng.

Prof., Faculty of Art and Design, Univ. of Tsukuba, Dr.Eng.

住環境とは異なる^{注3)}。職員は自身の持ち場である専用空間の延長として周辺の共用空間を自身の領域と捉えて、維持管理を行なっていると考えられる。

筆者らは、茨城県南部に位置する急性期病院を対象に、共用空間の質を見直して必要なデザインを施す環境改善^{注4)}を試みてきた。既報^{17) 18)}では、改善プロセスへの職員参加が環境改善に対する職員の認識に寄与することを示し、現場で業務を行なう職員の環境改善への参加を促す必要性と課題を整理した。しかし、環境改善が日常的な維持管理にどのような影響を及ぼすのか、環境改善と維持管理にどのような関係があるかは明らかではない。

1-3. 研究目的

そこで、本研究では職員による病院共用空間の維持管理の実態を明らかにし、環境改善が維持管理の課題に対してどのように影響しているかを考察することで、環境改善を踏まえた共用空間のマネジメント方法を検討するために必要な知見を得ることを目的とする。今後、ファシリティマネジメントの観点から、病院の共用空間を継続的に整備・運営していくためには、環境形成の主体である職員による維持管理や環境改善に着目し、共用空間のマネジメント手法を導く必要があると考える。

2章では共用空間の空間特性を整理するとともに、多数の職種で構成される病院組織において共用空間の維持管理主体となる職員の抽出を行なう。そして、3章では職員へのヒアリング調査の結果から共用空間における職員の維持管理の実態を明らかにし、空間特性と管理体制の関係性を捉える。4章では3章から得られた結果に基づいて管理体制の課題を抽出したうえで、共用空間の環境改善が維持管理に与えた影響を考察し、共用空間のマネジメントに向けた提言を述べる。

1-4. 対象病院の位置づけ

本研究では、既報^{17) 18)}と同様に茨城県南部に位置し公益財団法人が運営する地域医療支援病院を調査対象とする。対象病院は1985年に開設した後、既存建物に増改築を加えることで規模拡大や機能変化へ対応してきた^{注5)}(図1)。環境を形成する家具や内装に統一性がなく雑然として殺風景な共用空間がみられる対象病院では、外部の視点を導入して環境改善を行なうために、2007年から近隣大学の芸術分野との協働による空間装飾や部分的改修を実施している^{19) 注6)}。近年では環境改善に対して職員が参加することで職員の環境への意識を向上させることが目標の一つに掲げられるようになり^{注7)}、2011年からは環境改善のマネジメントを専属で行なうコーディネーターが雇用された。

我が国では院内組織や患者満足度調査によって環境改善を試みる病院は多くみられ⁴⁾、総務系の職員による掲示物の管理が徹底されている病院もみられる^{注8)}。しかし、環境改善を継続的に実践している病院や現場職員の参加による環境改善を実践している病院は散見されるが少ない^{注9)}。そこで、本研究は環境改善や改善プロセスにおける職員参加を継続的に実践することで、病院共用空間の良質な環境形成を試みている事例として、対象病院を選定した。

2. 共用空間と維持管理主体の概要

2-1. 共用空間の定義

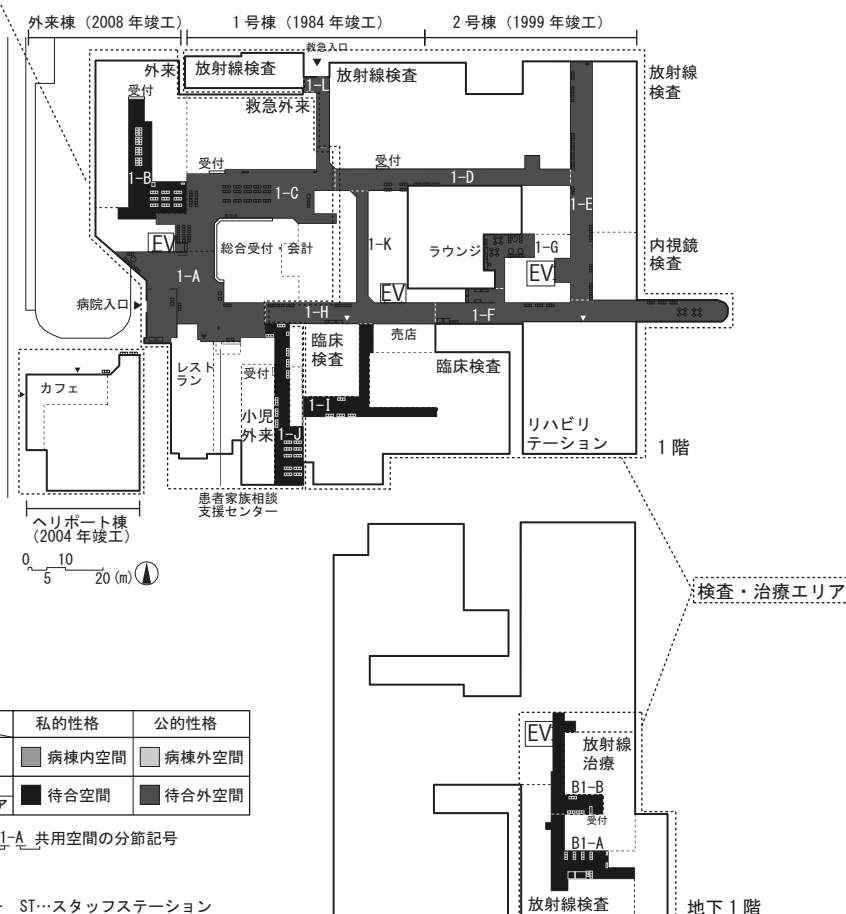
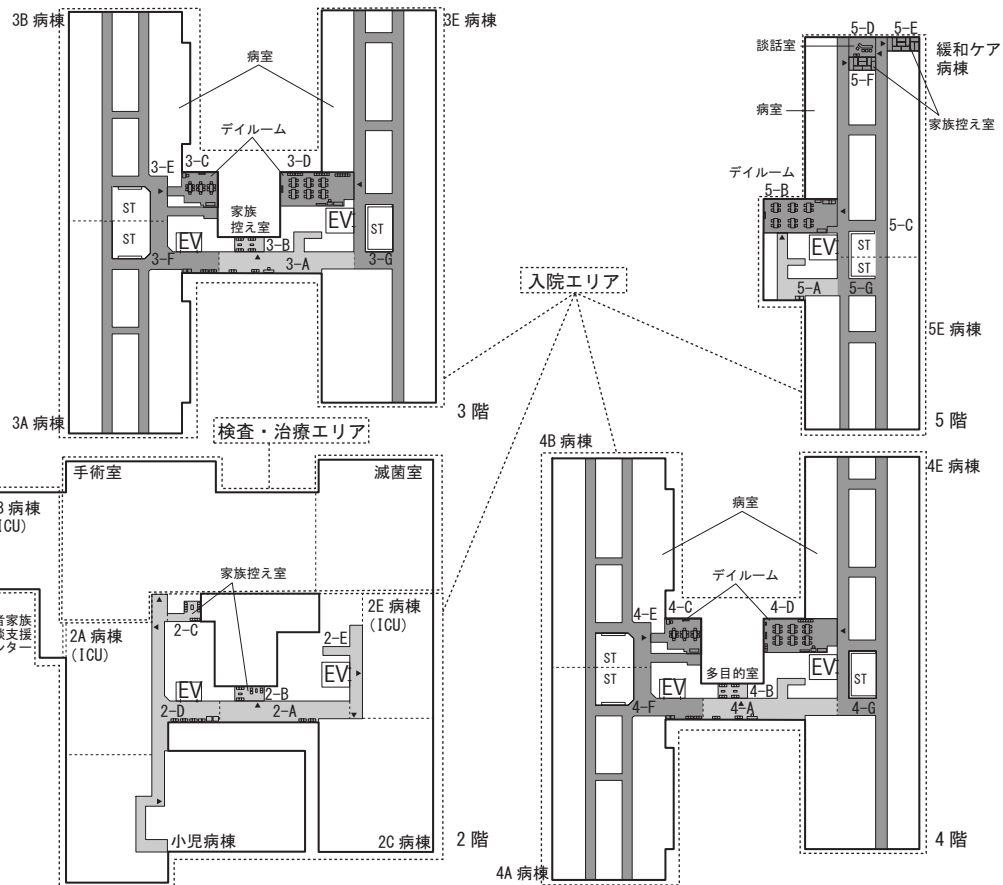
まず、診療行為や執務行為が目的とされ患者や家族が自分の意思

で自由に利用することが出来ない診察室、検査室、スタッフステーション、病室、執務室などの空間を専用空間^{注10)}、診療行為が目的とされておらず患者や家族が滞っておよび通過できる待合、廊下、デイルームなどの空間を共用空間と定義した。また、病院のエリアのうち共用空間を含む「入院エリア」「外来エリア」「検査・治療エリア」^{注11)}を本研究の対象エリアとし、範囲を図1に示した。さらに、隣接する専用空間との関係性や建築的特徴から共用空間を分節し^{注12)}、性質の異なる45箇所の共用空間を抽出して分析対象とした。これらの共用空間の用途に着目して空間の属性を分類すると、入院エリアでは、病棟内の廊下やデイルームなど「病棟内空間」と病棟間をつなぐ渡り廊下や渡り廊下に隣接する家族控え室など「病棟外空間」に分けられた。外来エリアと検査・治療エリアでは、診察室や検査室の待合機能に特化した「待合空間」、待合機能と通過動線としての廊下機能が合わさった待合兼廊下、利用者の滞在場所であるラウンジ、通過動線となっている廊下など「待合外空間」に分けられた。さらに、表1に示したように利用者の種類に着目して共用空間の特性を整理した。すると、病棟内空間や待合空間のように隣接する専用空間に関連する特定の患者や職員が主に利用する「私的性格」を持つ共用空間、病棟外空間や待合外空間など他の場所へ行くための通過動線としても機能し、複数病棟または不特定多数の患者や職員が利用する「公的性格」を持つ共用空間に整理できた。特に1階の1-A, 1-H, 1-Fはメインストリートとして位置づけられ、エントランス、上階へ向かうエレベーター、レストラン、売店などのアメニティ機能が面する最も公共性の高い共用空間だといえる。

2-2. 共用空間の維持管理主体

本節では、共用空間の維持管理主体を抽出する。まず、対象病院の機能別組織図を参照し、職員の業務内容と役職に着目して職員属性を3つに大別した(図2)。すると、病院長、副院長、各部署の部長など組織管理や病院経営を担う【幹部職員】、医療現場で患者を対象に医療業務、医療補助業務、看護業務を行なう【現場職員】、病院組織の総務全般を担当する【管理職員】がみられた。このうち、実務として共用空間の維持管理を担っているのは現場職員と管理職員だと考えられる。そこで、現場職員と管理職員を対象に職種特性、年次報告書、院内資料に記載された職員の業務内容から、共用空間に対する管理義務または管理権限を有する職員を抽出し、維持管理主体の職員を整理する。ここでは、職種や専門性、業務領域によって作られた科や課など各部の下部組織である職員組織に着目し、同一の職員組織に所属している職員を同一の職員として表す^{注13)}。

共用空間の維持管理主体である現場職員として、まず、看護部の外来看護師と各病棟看護師(12病棟)があげられた。看護師は患者の療養上の世話や療養環境の整備が看護業務の一つであり、患者との接触度が最も高く、組織内の意思決定に影響力がある職員であるためである¹⁶⁾。また、看護師は場所ごとに師長を配置して職員組織をつくり、空間単位で業務を行なうことから、空間への帰属意識が高いといわれている²⁷⁾。続いて、技術部の放射線科の診療放射線技師と検査科の臨床検査技師、リハビリテーション科(以下、リハ科)の各療法師があげられた。これらの技師と療法師(以下、技術職員)は、扱う医療機器や設備の使用権限や管理義務が与えられていることから空間との結びつきが強く、組織と空間が対応関係にある。そして、検査・治療エリアにおける各検査室やリハビリ



凡例

	私的性格	公的性格
入院エリア	病棟内空間	病棟外空間
外来エリア	待合空間	待合外空間
検査・治療エリア	待合空間	待合外空間

資料記号 階数 1-A 共用空間の分節記号

□ 専用空間

EV…エレベーター ST…スタッフステーション

図1 対象病院の専用空間と共用空間の構成

表 1 共用空間の分類

	私的人格			公的人格		
エリア	入院エリア	外来エリア	検査・治療エリア	入院エリア	外来エリア	検査・治療エリア
属性	病棟内空間		待合空間	病棟外空間	待合外空間	
用途	病棟内廊下 / デイルーム	診察室 / 検査室の待合		渡り廊下 / 家族控え室など	診察室 / 検査室の待合兼廊下 / ラウンジ / 廊下	
利用者の種類	入院患者 / 家族 / 関連職員	外来診療を受ける患者 / 家族 / 関連職員	検査・治療を受ける患者 / 家族 / 関連職員	複数病棟の入院患者 / 家族 / 関連職員	不特定多数	不特定多数
資料記号	3-C, 3-D, 3-E, 3-F, 3-G, 4-C, 4-D, 4-E, 4-F, 4-G, 5-B, 5-C, 5-D, 5-E, 5-F, 5-G	1-B, 1-J, 2-F, 2-H	B1-A, B1-B, 1-I, 1-K	2-A, 2-B, 2-C, 2-D, 2-E, 3-A, 3-B, 4-A, 4-B, 5-A	1-A, 1-C, 2-G	1-D, 1-E, 1-F, 1-H, 1-G, 1-L

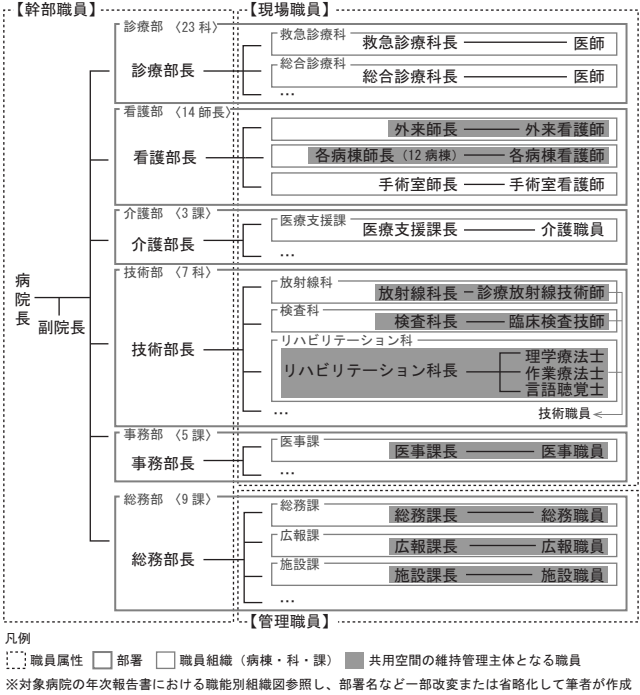


図2 共用空間の維持管理主体となる職員

テーション室が廊下や待合室に面していることから、共用空間の維持管理を行なっていると推測できる。さらに、事務部の医事課に属する医事職員があげられた。医事職員は、外来エリアの受付や会計などで窓口業務を担っており共用空間に面して患者と接して業務を行なっていること、外来エリアの共用空間の様子を観察しながら不足している椅子の補完や患者の補助を行なうフロアマネージャーが配置されていることから、維持管理主体だと考えられる^{注14)}。

また、共用空間の維持管理主体だと考えられる管理職員には、総務部の総務職員、広報職員、施設職員があげられた。これらの管理職員は、患者との接触度は極めて少ないが、掲示物、設備、病院全般的施設、広報物の修繕、更新業務を行なうなど共用空間に関連する管理業務を担っているため、維持管理主体といえる。

また、年次報告書と院内資料より、共用空間の維持管理に関わる職員以外の主体を調べたところ、季節装飾や展示を行なうボランティア、清掃や設備のメンテナンスを担当する委託業者がみられた。

3. 共用空間の管理体制

共用空間の環境は、患者のために設えられた多様な要素によって形成され则认为られる。そこで、本稿では共用空間の環境を構成する要素（以下、環境構成要素）として、床、壁、天井から成る

「内装」、椅子や机など滞在するための「家具」、絵画、花、水槽などの「装飾物」、掲示物、広報物、書籍などの「情報提供物」、テレビ、自動販売機などの「設備」に着目し、各環境構成要素の維持管理状況を捉える。まず、分析対象の共用空間の現地調査と撮影した写真から、環境構成要素の種類や配置を平面図上に記録して資料とした（図3）。また、2-2で抽出した共用空間の維持管理主体となる職員を中心に対象者を選定してヒアリング調査^{注15)}（表2）を実施し、維持管理主体である職員、ボランティア、委託業者が各共用空間の環境構成要素をどのように維持管理しているかを記録した（表3）。維持管理の内容は、「清掃」、衛生面や破損などの点検、家具の整頓など確認を行なう「点検・整頓」、掲示物や装飾物の更新、入れ替え、破損部分の修繕など「更新・修繕」に別けて記録した。

3-1. 環境構成要素の維持管理主体

共用空間の環境構成要素に対する維持管理主体を整理し、表4に示した。すると、管理職員である施設職員が内装、広報職員が装飾物や情報提供物、総務職員が設備の更新・修繕を担っており、環境

表2 ヒアリング調査概要

〈ヒアリング調査対象者〉	
A 診療部／病院長	H 技術部 リハビリテーション科長
B 総務部 総務職員	I 技術部 放射線科長
C 総務部 施設職員	J 技術部 検査科長
D 総務部 広報職員	K 看護部 外来師長
E 事務部 医事課 フロアマネージャー	L 看護部 2C 病棟師長
F 総務部 ボランティアコーディネーター	M 看護部 3E 病棟師長
G 介護部 部長	N 看護部 4A 病棟師長
	O 看護部 緩和ケア病棟師長
〈ヒアリング調査実施期間〉	
2016年1月5日（水）～3月1日（火）	

写真	<p>分析例 (1-B)</p> <p>装飾物: 展示</p> <p>情報提供物: 書籍</p> <p>家具: 椅子</p> <p>設備: 自動販売機等</p> <p>内装</p>	<p>分析例 (1-E)</p> <p>装飾物: 展示</p> <p>情報提供物: 揭示板</p> <p>内外装</p> <p>家具: 椅子</p>
	<p>平面図</p> <p>外來</p> <p>設備: 自動販売機等</p> <p>情報: 揭示板</p> <p>情報提供物: 書籍</p> <p>装飾物: 展示</p> <p>家具: 椅子</p> <p>救急受付</p>	<p>放射線検査</p> <p>家具: 椅子</p> <p>装飾物: 展示 (天井)</p> <p>情報提供物: 揭示板</p> <p>放射線検査</p>

図3 環境構成要素の抽出（分析例 1-B, 1-E）

表3 環境構成要素の維持管理主体（分析例 1-B, 1-E）

		分析例 (1-B)	分析例 (1-E)
環境構成要素	内装	[床・壁・天井] 掃除: 業者、点検・整頓: 看護部 (外来)、事務部 (医事)、更新・修繕: 総務部 (施設)	[床・壁・天井] 掃除: 業者、点検・整頓: 技術部 (リハ、放射線)、事務部 (医事)、看護部 (外来)、修繕・更新: 総務部 (施設)
	家具	[椅子] 掃除: 業者、点検・整頓: 看護部 (外来)、事務部 (医事)、更新・修繕: 事務部 (医事)	[椅子] 掃除: 業者、点検・整頓: 技術部 (リハ、放射線)、看護部 (外来)、事務部 (医事)
	装飾物	[展示・植物] 点検・整頓: 事務部 (医事)、更新・修繕: 総務部 (広報)、事務部 (医事)・ボウ	[展示] 更新・修繕: 総務部 (広報)
	情報提供物	[掲示板・書籍] 点検・整頓: 事務部 (医事)、更新・修繕: 総務部 (広報)、事務部 (医事)	[掲示板・書籍] 更新・修繕: 総務部 (総務)
	設備	[自動販売機等] 点検・整頓: 事務部 (医事)	なし

構成要素ごとに更新・修繕を行なう担当の管理職員が異っており、全ての環境構成要素を包含する空間としての一体的な管理は管理職員によっては行なわれていなかった。内装や家具の清掃は委託業者によって行なわれていた。また、ボランティアは複数箇所の装飾物の点検・整頓や更新・修繕を担っていた。現場職員に着目すると、特定の現場職員が空間内にある全ての環境構成要素を点検・整頓し、空間としての一体的な管理がなされている共用空間がみられた。一方で、異なる複数の現場職員が家具や内装などの一部の環境構成要素を点検・整頓している共用空間がみられた。そこで、現場職員による環境構成要素の維持管理の違いに着目して、共用空間の管理体制を以下に考察する。

外来エリアの待合空間である分析例（1-B）では、現場職員の外来看護師と医事職員によって、内装や家具の汚れの点検や整頓が行なわれていた（図3、表3）。展示や植物などの装飾、掲示物などの情報提供物、テレビなどの設備については、点検・整頓に加えて更新・修繕を行なう際に医事職員であるフロアマネージャーが外来看護師や管理職員である広報職員、ボランティアなどと連携、調整しながら実施するなど、医事職員が実質的な空間管理者として、全て環境構成要素や複数の維持管理主体を統括して管理していた。このように現場職員が全ての環境構成要素を管理している共用空間は、現場職員が共用空間に対して、自分たちの科または病棟のもの、自分たちの患者が利用する空間という領有意識を持ち、空間として一体的な管理がなされている状態だと考えられる。そして、この現場職員は実質的に空間を管理している空間管理者だといえる。このように、現場職員が全ての環境構成要素を維持管理している「Ⅰ．空間管理者が存在する共用空間」には、「各病棟の看護師」が空間管理者である共用空間が16箇所、「各科の技術職員」が空間管理者である共用空間が3箇所、「医事職員」が空間管理者である共用空間が8箇所みられた。これら空間管理者の現場職員は、各病棟に所属する看護師による病棟内廊下への季節の装飾や展示（3-G, 3-E, 3-F など）、各科の技術職員による検査室の待合空間（B1-B）にある無機質な誘導サインの装飾や水槽の設置がみられるなど、点検・整頓に加えて装飾や内装などの更新・修繕の管理も行なっていた。特に5階の緩和ケア病棟では、看護師がボランティアと協働して廊下（5-C）への展示や談話室（5-D）の装飾の更新が行なわれていた。

一方で、分析例（1-E）は1階の検査・治療エリアに位置する放射線検査のための待合であり、隣接するリハビリテーション室の利用者も待ち時間に利用する空間である（図3、表3）。また、エレベーターも隣接しており、上階にある入院エリアに向かうための通過動線としても機能している。そのため、内装や家具の汚れの点検や整頓は、自身の受け持ち患者が共用空間を待合として利用するリハ科や放射線科の技術職員、自身が管理する共用空間が隣接している外来看護師や医事職員など複数の職員によって個別に行なわれていた。しかし、装飾物や情報提供物の更新には、現場職員は関与しておらず、管理職員の総務職員や広報職員によって環境構成要素ごとに維持管理が行なわれていた。このように一部の環境構成要素を現場職員が管理している共用空間は、現場職員が他の環境構成要素は自身に関係ないものとみなし、空間に対する領有意識を持つてはいるが低い状態だと考えられる。そのため、複数の現場職員が境構成要素を部分的に管理しているが、どの職員からも空間としての一

体的管理がなされていないため、「Ⅱ．空間管理者が曖昧な共用空間」だといえる。さらに細かく類型化すると、外来看護師、技術職員、医事職員などの「多職種の現場職員」によって内装や家具が点検・整頓されている共用空間が5箇所、「複数病棟の看護師」によって内装や家具が点検・整頓されている共用空間が10箇所みられた。

3-2. 共用空間の管理体制と空間特性

3-1で整理した共用空間の管理体制と空間特性の関係性を捉えるため、縦軸に共用空間の管理体制、横軸に空間特性をとりマトリクスを作成した（表5）。また、共用空間の構成を考察するため、各共用空間における管理体制の種類を平面図上に示した（図4）。

すると、Ⅰ．空間管理者が存在している共用空間は、私的性格を持つ入院エリアの病棟内空間、外来エリアの待合外空間、検査・治療エリアの待合空間、公的性格を持つ外来エリアの待合外空間にみられた。入院エリアの病棟内空間は各病棟看護師、外来エリアは医事職員、検査・治療エリアの待合空間は各科の技術職員が一体的に空間を管理していた。対して、Ⅱ．空間管理者が曖昧な共用空間は、公的性格を持つ入院エリアの病棟外空間と検査・治療エリアの待合外空間にみられ、地下1階を除く全ての階で確認された。入院エリアでは複数病棟の看護師、検査・治療エリアの待合外空間では多職種の現場職員が一部の環境構成要素を維持管理していた。

以上より、外来エリアでは私的性格と公的性格を含む外来エリア全体の空間管理が医事職員によってなされていた。これはフロアマネージャーである医事職員が配置されているためだと考えられる。しかし、検査・治療エリアと入院エリアでは、私的性格の共用空間は空間管理者が存在するが、公的性格の共用空間では空間管理者が曖昧であり、空間特性に応じて空間の管理体制が異なっていた。特に1階の検査・治療エリアの待合外空間は、上階の病棟へアクセスするための主動線となっている待合兼廊下や、患者の休憩場所として設けられたラウンジなど公的性格が強い空間で構成されており、現場職員が自身が管理する領域として捉えることが困難だと考えられる。また、病棟間を結ぶ渡り廊下や家族控え室など入院エリアの病棟外空間は、複数病棟の職員や患者が共同で利用することから、誰が空間管理者なのか不明確になっていると考えられる。さらに近年では、リハ職員と入院患者が病棟付近でリハビリテーションを実施する際に病棟外空間である渡り廊下や家族控え室が利用され、公的性格がいつそう強まっている。

図4をみると、外来エリアと検査・治療エリアから構成される1階と入院エリアで構成される3階から5階では、Ⅰ．空間管理者が存在する共用空間とⅡ．空間管理者が曖昧な共用空間が同時にみられ、異なる共用空間の管理体制が混在していた。また、空間管理者が存在する共用空間においても、医事職員（1-B, 1-J）や各科の技術職員（1-I, 1-K）のように同一階で異なる空間管理者がみらるなど、異なる空間管理者も混在していた（表5）。

4. 共用空間における維持管理の課題と環境改善

4-1. 管理体制からみた維持管理の課題

上記で述べた共用空間の空間特性に応じた管理体制を考察した結果、以下の維持管理課題があげられた。

1) 公的性格の共用空間における管理体制の曖昧性

公的性格を持つ共用空間では、医事職員であるフロアマネー

表 4 共用空間における環境構成要素の維持管理主体

	資料 記号	共用空間			環境構成要素に対する維持管理主体																						
		主用途	エ リ ア	環 境 構 成 要 素	現場職員																						
					看護部					技術部					事務総務部					その他							
					外	2A	2B	2C	2E	3A	3B	3E	4A	4B	4E	5E	P	放	リ	検	医	総	広	施	ポ	業	
I・空間管理者が存在する共用空間	各病棟の看護師	3-C	デイルーム	入						●	◎													○		■	
		3-D	デイルーム	入						●	◎													○		■	
		3-E	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		3-F	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		3-G	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		4-C	デイルーム	入						●	◎													○		■	
		4-D	デイルーム	入						●	◎													○		■	
		4-E	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		4-F	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		4-G	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		5-B	デイルーム	入						●	◎													○		■	
		5-C	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
		5-D	談話室	入						●	◎													○		■	
		5-E	家族控え室	入						●	◎													○		■	
		5-F	家族控え室	入						●	◎													○		■	
		5-G	病棟内廊下	入						●	◎													○		■	
I・空間管理者が存在する共用空間	各科の技術職員	B1-A	核医学検査待合	検														●	◎					○		■	
		B1-B	放射線治療待合	検														●	◎					○		■	
		1-I	臨床検査待合	検														●	◎					○		■	
		1-L	廊下	検														●	◎					○		■	
	医事職員	1-A	エントランス	外	●													●	◎					○		■	
		1-C	救急外来待合廊下	外	●													●	◎					○		■	
		1-B	外来診療待合	外	●													●	◎					○		■	
		1-J	小児外来待合	外	●													●	◎					○		■	
		1-K	廊下	検														●	◎					○		■	
		2-F	通院治療待合	外	●													●	◎					○		■	
		2-H	外来診療待合	外	●													●	◎					○		■	
		2-G	図書コーナー廊下	外	●													●	◎					○		■	
																		●	◎					○		■	
																		●	◎					○		■	
																		●	◎					○		■	
																		●	◎					○		■	
																		●	◎					○		■	

		共用空間			環境構成要素に対する維持管理主体																						
		資料 記号	主用途	エ リ ア	環 境 構 成 要 素	現場職員													管理職員					その他			
						看護部													技術部		事務総務部		ポ ス ト		業 務		
					外	2A	2B	2C	2E	3A	3B	3E	4A	4B	4E	5E	P	放 り	検 査	医 生	総 務	広 告		施 工			
Ⅱ・空間管理者が曖昧な共用空間	多職種の現場職員	1-D	放射線検査待合廊下	検	内装家具情報	●													●	●			○		■	■	
		1-E	放射線検査待合廊下	検	内装家具装飾情報	●													●	●			○		■	■	
		1-F	リハ待合廊下	検	内装家具装飾設備	●													●	●			○		■	■	
		1-H	臨床検査待合廊下	検	内装家具装飾設備	●													●	●	●		○		■	■	
		1-G	ラウンジ	検	内装家具装飾情報設備	●	●	●												●	●			○		■	■
	複数病棟の看護師	2-A	渡り廊下	入	内装家具装飾情報		●		●															○		■	■
		2-B	家族控え室	入	内装家具情報		●	●	●	●														○	○	■	■
		2-C	家族控え室	入	内装家具情報		●	●	●	●														○		■	■
		2-D	廊下	入	内装家具設備		●	●	●	●														○		■	■
		2-E	廊下	入	内装装飾		●	●	●	●														○			
		3-A	渡り廊下	入	内装家具装飾設備						●	●	●											○		■	■
		3-B	家族控え室	入	内装家具情報						●	●	●											○		■	■
		4-A	渡り廊下	入	内装家具装飾設備									●	●	●	●							○	◎	■	■
		4-B	家族控え室	入	内装家具情報									●	●	●	●							○		■	■
		5-A	廊下	入	内装装飾												●	●						○		■	■

〈凡例〉

【エリア】

外…外来エリア、検…検査・治療エリア、入…入院エリア

【維持管理主体】

看護部：外…外来看護師、2A、2B、2C、3A、3B、3E、4A、4B、4E、5E、P（緩和ケア）…各病棟看護師

技術部：放…放射科、検…検査科、リ…リハビリテーション科の技術職員

事務（事務部）：医…医事職員

総務部：総…総務職員、広…広報職員、施…施設職員

その他：ポ…ボランティア、業…委託業者

【環境構成要素】

装飾…装飾物、情報…情報提供物

【維持管理内容】

■…清掃、●…点検・整頓、○…更新・修繕、◎…点検・整頓＋更新・修繕

表 5 共用空間の管理体制と空間特性

空間 特性	私的性格				公的性格		
	病棟内空間		待合空間		病棟外空間		待合外空間
	入院エリア	外来 エリア	検査・治療 エリア		入院エリア	外来 エリア	検査・治療 エリア
I 空間管理者 が存在する 共用空間	3-C、3-D、3-E、3-F、 3-G、4-C、4-D、4-E、 4-F、4-G、5-B、5-C、 5-D、5-E、5-F、5-G 各病棟の看護師	1-B、 1-J、 2-F、 2-H 医事職員	B1-A、B1-B、 1-I、1-K 各科の 技術職員			1-A、1-C、 2-G 医事職員	
II 空間管理者 が曖昧な共 用空間				2-A、2-B、2-C、 2-D、2-E、3-A、 3-B、4-A、4-B、 5-A 複数病棟 の看護師		1-D、1-E、 1-F、1-H、 1-G、1-I 多職種 の現場職員	

〈凡例〉…維持管理体制の細類型

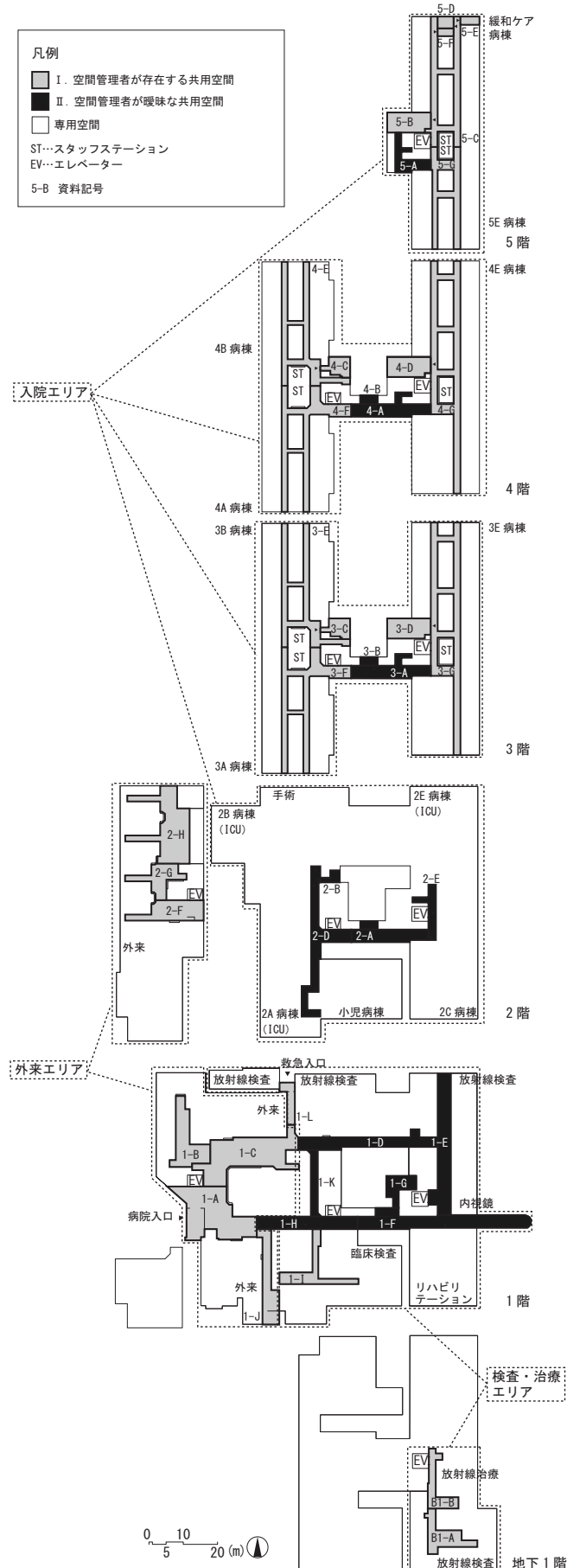


図4 管理体制からみた共用空間の構成

ジャーのように業務として明確化された空間管理者を配置しない場合、現場職員が部分的に環境構成要素を維持管理するにとどまった。つまり、不特定多数の利用者が多様な用途で利用する公的性格を持つ共用空間は、現場職員が領有意識を持つことができず、現場職員による空間の一体的な維持管理が困難と考えられる。そして、誰が環境に責任を持つのか不明で、誰のものでもない管理主体の曖昧な空間になりやすい。そのため、こうした公的性格を持つ共用空間は、家具の入れ替えや部分的な改修によって環境を整備する際に改善すべき課題が顕在化しづらく、異なる主体によって導入された設備や家具によって秩序がない環境が形成される可能性があると考えられる。

2) 私的性格の共用空間における管理体制の閉鎖性

私的性格を持つ共用空間は、維持管理主体のうち空間管理者である現場職員によって全ての環境構成要素が維持管理されていた。これは、共用空間が医療補助業務または看護業務を行なう専用空間の延長として職員に捉えられ、自分たちの所属する課、科、病棟の領域として認識されて、空間としての管理が行なわれているためだと考えられる。しかし、特定の職員によって管理され、利用する職員や患者も特定されているため、多職種の視点が入りづらい。そのため、空間管理者の認識に維持管理が任されており、改善する必要性があっても着手されないままの空間になる可能性を有している。

3) 異なる管理体制・空間管理者の混在と連続的整備の困難さ

入院患者や家族は自分の病棟内だけで過ごすわけではなく、病気分転換や面会のために棟外の廊下や家族控え室を使用することや検査・治療エリアに行くこともある。また、外来患者や家族はエントランス、総合受付、外来診療、放射線検査、臨床検査など複数のエリアを行き来しなくてはならない場合があり、患者や家族は病院の各エリアの共用空間を横断的に利用する。こうした患者の連続的な共用空間の利用に対して、現在の管理体制は異なる管理体制や空間管理者が混在しているため、患者の視点で空間を連続的に捉えた維持管理が困難だと考えられる。

4-2. 環境改善が維持管理に与える影響

対象病院では、2007年1月から2016年3月までに9箇所の共用空間において、空間装飾、製品製作、空間改修、サイン改変^{注16)}など21件の環境改善が大学との協働によって実施された^{注17)}。特に2012年以降は一体的な空間の改善が求められるようになった。そこで、2012年以降に実施された空間改修(3件)とサイン改変(1件)に着目し、維持管理の課題に対してどのような環境改善がなされ、環境改善が改善後の維持管理にどのような影響を及ぼしたかについて考察する(表6)。なお、公的性格の共用空間では空間改修(No.1とNo.2)、私的性格の共用空間では空間改修(No.3)、異なる管理体制が混在する広域に渡る共用空間ではサイン改変(No.4)が実施された。

1) 公的性格の共用空間における環境改善

ラウンジ(1-E)は空間管理者が存在せず曖昧な管理体制であるため、多様な環境構成要素の設置場所や要素の意義が十分に議論されないまま環境が形成されていた。さらに、雑多な外部空間の景色を隠すために透過性の低いカーテンが設置され、圧迫感のある空間であった。そこで、維持管理主体である総務職員、医事職員と作りの学生によって議論が重ねられ、透過性を高めつつも外部の景色

表 6 環境改善の内容

No.	実施場所 (資料記号)	空間 特性	改善 種類	実施 期間	環境改善前の状態	環境改善の実施内容	改善プロセス	維持管理への影響 (2016年9月時点)
1	ラウンジ (1-G)	公的	空間 改修	2012年 6月－ 2014年 3月	 自動販売機、テレビなど機能性を重視した多様な要素によって雑多な印象のラウンジ。透過率の低いカーテンによる圧迫感や暗さもあった。	 透過性を高めつつ排気口等で構成された雑多な外部の景色を見えないように、こもれびを想起させるデザインのカーテンが設置され、空間に合わない自動販売機や寄贈作品が撤去された。	維持管理主体の総務職員、医事職員が議論に参加。	各職員による個別的な環境構成要素(家具や張り紙など)の設置はみられない。
2	多目的室 (4-B)			2012年 6月－ 2014年 3月	 寄せ集めの家具や掲示者が不明の張り紙によって、環境が構成されていた家族控え室。利用率が低かった。	 家族控え室という用途を見直し、患者や家族が少人数で利用できる多目的空間へと改修された。曲面壁や木質系の家具によって包まれるようなあたたかみのある空間が演出された。	維持管理主体の各病棟看護師がワークショップに参加。	各職員による個別的な環境構成要素(家具や張り紙など)の設置はみられない。
3	核医学検査 待合 (B1-A)	私的		2014年 5月－ 2016年 3月	 地下に位置し無窓であるため薄暗く、圧迫感のある殺風景な待合空間。患者や家族は30分～2時間程度の待ち時間を過ごす必要がある。	 明るく柔らかな空間にするため、間接光の照明器具がデザインされ、天井が改修された。空やこもれびを想起できるように、照明器具には穴が空けられて、光が漏れるようになっている。	維持管理主体かつ空間管理者の放射線技師が会議やワークショップに参加。	現場職員が周辺の蛍光灯交換時に新設照明と同じ色温度の照明を施設課に要求し、椅子の更新の必要性も上げられた。
4	1階エントランス (1-A) リハ待合廊下 (1-F) 臨床検査待合廊下 (1-H)	公的 ＋ 私的	サイン 改変	2012年 3月－ 2016年 3月	 増築ごとに設置されたサインなどによって統一感がなく、迷う人も多かった病院の主動線となるエントランスと廊下。	 誘導サインの課題が調査され、統一されたサインへと改修された。同時に病院全体のサインシステムがデザインされ、部門や科ごとのテーマカラーも設定された。	幹部職員や管理職員を対象とした報告会が実施。現場職員は参加していない。	サインシステムの維持管理への反映は調査時ではみられない。

が気にならないようにデザインされたカーテンが設置され、空間に合わない自動販売機や寄贈作品が撤去された (No. 1)。また、既報¹⁷⁾ で取り上げた多目的室 (4-B) も、1-E と同様に空間管理者が曖昧なため、改修前は寄せ集めの家具や掲示者が不明の張り紙によって環境が構成され、利用率の低い家族控え室であった。そこで、維持管理主体である各病棟看護師を対象としたワークショップにおいて家族控え室という用途が見直されて新たな使われ方が議論された。そして患者や家族が少人数で利用できる多目的な空間へと改修され、曲面壁や木質系の家具によってあたたかみのある雰囲気が演出された (No. 2)。両事例ともに改善後から2年以上が経過した調査時においても、各職員による家具や張り紙などの設置が個別に行なわれることなく秩序が保たれている。このような秩序が保たれた維持管理がなされている要因の一つは、改善プロセスに参加した各職員が環境改善の目的を共有していることだと考えられる。また、共用空間ごとの小規模な改修であるため、環境のあり方について職員が身体的に実感することが可能だったと考えられる。

2) 私的性格の共用空間における環境改善

核医学検査待合室 (B1-A) は、開設当初から薄暗く殺風景な状況であった。待合室は、維持管理主体であり空間管理者でもある放射線科の技師によって一体的な空間の維持管理が行なわれていたが、技師にとって待合室は日常的光景であり他部署の目も入っていなかったため、改善がなされてこなかった。そこで、技師、他部署の職員を対象とした会議やワークショップが実施され、課題や改善案が議論された。そして、光によって空間の柔らかさやあたたかみを演出する必要性が共有され、間接光を用いた照明器具がデザインされて天井とともに改修された (No. 3)。以上のような環境改善を経て、技師は周辺の蛍光灯を取り替える際に照明に気を配るようになり、空間に合う家具の買い替えを求めるようになるなど、職員が積極的に維持管理へ取り組む様子が確認できた^{注18)}。

3) 共用空間の管理体制が混在する共用空間の環境改善

図4で示したように1階は、異なる管理体制が混在し、連続した

空間としての統一感に欠けていた。また、増築が重ねられて空間が把握しづらく、異なるサインが設置され、迷う人が多いことが課題とされていた。そこで、サインシステムとして部門や科ごとにテーマカラーが設定されて主動線であるエントランス (1-A) と待合廊下 (1-H, 1-F) の誘導サインが改変され、視認性が高く統一感のある空間へと変化した (No. 4)。サインは共用空間全体に渡り維持管理主体が多く、病院運営に関わる問題が大きい。そのため、幹部職員や管理職員を対象とした報告会が実施されて調査結果やデザインの内容が議論され、現場職員は参加対象に設定されなかった。よって、サインシステムのコンセプトを現場職員は認知しておらず、確認時点ではサイン改変に基づく維持管理はみられなかった^{注18)}。サインシステムに基づきテーマカラーや書式を予め設定したうえで、家具や掲示物などのサイン以外の環境構成要素を選定することによって、より統一感があり空間把握が容易な環境が実現可能だと考えられる。

以上、1) 2) のように、空間管理者が曖昧であることから雑然とした共用空間、空間管理者が明確だが閉鎖的管理により殺風景な環境が続いていた共用空間など各共用空間を対象とした環境改善は、外部組織や複数の職員など多様な視点で議論することにより改善課題を抽出できた。さらに、維持管理主体である現場職員の改善プロセスへの参加は、改善目的に基づいた改善後の継続的な維持管理に反映されると考えられる。しかし、3) のように異なる管理体制が混在する複数の共用空間を対象とした環境改善は、維持管理主体が多く、病院運営に関わる問題が大きいことから、現場職員の参加が難しい。

4-3. 共用空間マネジメントの方向性

これらを踏まえ、共用空間をマネジメントするための提言を以下に示す。

1) 多様な視点による改善課題の抽出

共用空間の風景が日常化している維持管理主体の職員だけでは気づきにくい改善課題を抽出するためには、多様な視点によって議論

を行なう機会や場を設ける必要がある。こうした場合は、公的性格の共用空間では維持管理主体である複数の職員で議論を行う機会となり、私的性格の共用空間では空間管理者以外の複数の職員と議論を行なう機会になると考えられる。

2) 共用空間のコンセプトの生成と共有

共用空間には、維持管理の拠り所になる空間のコンセプトや意匠が空間にないことが無秩序な環境や殺風景な空間を生み出す一因になっていると考えられる。環境改善への職員参加により、患者や家族にとって設えるべき共用空間のあり方やコンセプトを職員と共有し、その後の維持管理へ反映させることが重要である。

3) 共用空間全体を統合するデザインルールの作成と共有

異なる共用空間の管理体制が混在する病院全体の共用空間をマネジメントするためには、維持管理主体の職員が家具や装飾物などの環境構成要素を更新または点検する際に色や素材を決める手がかかりとなるようなデザインルールを作成し、明文化して職員の認知度を高める必要がある。

5. まとめ

本稿では病院共用空間を対象に、病院職員による環境構成要素の維持管理の実態を明らかにした。空間特性と管理体制の関係性を分析すると、公的性格の共用空間は、空間管理者が曖昧で職員の領有意識が低いいため曖昧な管理体制になる可能性があげられた。対して、私的性格の共用空間は、空間管理の責任者が明確であると同時に他の職員の目が入らない閉鎖的な管理体制になる可能性が推察された。対象病院では近隣大学との協働による環境改善が行なわれており、各共用空間に対して職員参加による小規模な空間改修がその後の維持管理に影響を与えていた。また、異なる管理体制や空間管理者が混在し連続した維持管理がなされていなかった共用空間に対して、空間に統一感を与えるために広域に渡るサインが改変された。しかし、維持管理主体が多く病院運営に関わる問題が大きいことから現場職員の参加が難しいため、デザインルールを明文化して職員に周知することが必要だと考えられた。これらの環境改善の実践より、共用空間をマネジメントするための要素として、1) 多様な視点による改善課題の抽出、2) 共用空間のコンセプトの生成と共有、3) 共用空間全体を統合するデザインルールの作成と共有があげられた。以上より、共用空間における環境改善は、職員が環境構成要素や維持管理のあり方を見直し空間のコンセプトやデザインルールを理解することで、職員による日常的な維持管理へ反映させることができると考えられる。そのため、維持管理と環境改善の相互作用によって環境を形成することが病院共用空間に必要である。

本稿では専用空間との関係性や平面図上の読み取りから共用空間の利用者種類を類型化し、環境構成要素の維持管理から領有意識を考察した。しかし、共用空間の空間構成や行動観察調査を踏まえた共用空間のあり方と職員の領有意識の関係性、職員が患者を迎える共用空間をどのような意識で維持管理しているかという認識は明らかにできていない。また、1事例の病院を対象とした研究にとどまったため、汎用性の高い計画論を導くには至っていない。今後の課題として、異なる空間構成を有する複数の病院を対象として、共用空間の行動観察調査や職員への認識調査を行なう必要がある。

謝辞

本研究を進めるにあたり、ご協力いただきました筑波メディカルセンター病院の職員の皆様には、心より感謝の意を表します。

注

- 注 1) 花里は、環境に対する人間の働きかけとして、主要な建築構造物によって物理的環境が形成される一次的環境形成 (building) と、そこを居住者や利用者が住みこなしていく二次的環境形成 (appropriation) の二つの次元を区分している (参考文献 5)。ここでは、病院建築を建設する一次的環境形成行動ではなく、利用者の一つである病院職員が共用空間を使いこなしていく二次的環境形成行動に着目する。
- 注 2) 小林は「領有意識」について、住民が自宅まわりの共用空間を「自分のもの」として支配する意識をもつことと述べている (参考文献 14)。
- 注 3) 集住環境を構成する組織は、共同体的組織であるのに対して、病院組織は形式的組織であることも異なる点である (参考文献 15)。また、病院におけるサービスは医療技術の提供が本質的サービスであり、対人関係と環境整備は付帯サービスであることから、ホテルとも異なる (参考文献 16)。
- 注 4) 本研究では、二次的環境形成のうち「環境改善」は環境の質を見直す行為、「維持管理」は現状の環境の質を維持する行為として定義する。
- 注 5) 調査対象病院は2015年8月に東側に新棟が増築されたが、インタビュー時に増築後の共用空間の運用に不確定な箇所がみられたため、本稿では増築前の2014年10月時点の共用空間を対象とした。病床数も2014年10月時点のものである。
- 注 6) 対象病院では、院内組織による定期的な院内ラウンドや患者満足度調査が実施され、改善課題の抽出が行なわれている。大学との協働による環境改善は、上記の方法による課題抽出に加えて大学側による院内ラウンドも実施され、改善場所や内容が選定されている。
- 注 7) 「患者にはホスピタリティの一つとしてアート活動を楽しんでもらう、職員にはアート活動に参加し病院のホスピタリティ向上を実践してもらい、学生にはアート活動を実践し病院のホスピタリティにする方策を学んでもらう (病院では環境改善のことをアート活動、アート・デザイン活動と呼んでいる)」と述べており (参考文献 20)、職員が主体的に環境改善に参加することが求められている。
- 注 8) 指定場所以外への張り紙やポスターの掲示を禁止する病院 (参考文献 21) や広報担当職員による一元管理がなされている病院 (参考文献 22) がみられる。
- 注 9) 茨城県立こども病院 (参考文献 23, 24) や四国こどもとおとなの医療センター (参考文献 25) でも職員参加による壁画制作やワークショップが積極的に実施されている。
- 注 10) 病室は自身の部屋以外は自由に行き来が出来ないこと、診療行為、看護行為を行なう場合があることから専用空間とした。
- 注 11) 病院の部門は「病棟」「外来」「診療」「管理」「供給」の5部門から構成されているが (参考文献 26)、本研究では共用空間がない「管理」「供給」部門は対象外として図1には示さなかった。さらに「病棟」部門を病棟内外の空間と言葉を区別するために「入院」エリア、「診療」部門を外来診療と区別するために「検査・治療」エリアとして示した。
- 注 12) 共用空間がどの専用空間に隣接しているかによって共用空間の性質が異なるため、隣接する専用空間の特性によって共用空間を分節した。また、壁の位置、増築による接合部の位置など建築構造物を分節の基準とした。
- 注 13) 特定の個人を示す言語として「職員」を扱わない。また、科長、課長、師長も職員組織内の一職員であるため、本文では職員として示す。例えば、外来師長は外来看護師として示す。
- 注 14) その他の職員組織としては、医師の組織である診療部がある。医師は麻酔医などを除き、外来エリアや入院エリアなどエリアを横断して診療を行っており、各診療科と空間が対応しない場合が多いため、診療部は特定の空間への帰属意識が弱く、空間の管理権限を持たない職員組織だと考えられる。他に介護部の介護職員は、看護補助や診療補助を行う職員であり、他職種職の支援が中心の職種であるため、空間への帰属意識はあるが、管理権限を持たないと考えられる。また、看護部には外来看護師と病棟看護師以外に手術室看護師などがみられ、技術部には臨床工学技士から構成される臨床工学科などがみられるが、執務場所が共用空間に面していないため、維持管理主体には含めない。

- 注 15) 看護部は各病棟と外来エリアに師長が配置されているが、本調査では各階の師長に代表してヒアリング調査を実施した。
- 注 16) 本稿では「空間装飾」は作品展示など内装に対して部分的に装飾物を付加するもの、「製品製作」は機能性のある物を制作して設置するもの、「空間改修」は内装を改変し空間を一体的に変更するもの、「サイン改変」は誘導案内や掲示板を改変するものと定義する。
- 注 17) 実施場所は、公的性格の共用空間 (1-E, 1-F, 1-G, 1-H, 2-B, 4-B) が 6 箇所、私的性格の共用空間 (1-A, 2-H, 1-B) が 3 箇所みられた。実施内容は、装飾が 13 件、製品製作が 3 件、空間改修が 4 件、サイン改変が 1 件である。
- 注 18) No. 3 と No. 4 は改善完了 (2016 年 3 月) から維持管理の状況確認時 (2016 年 9 月) に 6 ヶ月しか経過していないため、今後も経過観察を行なっていく必要がある。

参考文献

- 1) 公益財団法人 日本病院機能評価機構, 病院機能評価事業, <http://jcqh.or.jp/works/evaluation/> (2016. 9. 1 参照)
- 2) 伊藤弘人: 医療評価, 真興交易株式会社医書出版部, 8 巻, 2003. 3
- 3) 今中雄一, 荒記俊一, 村田勝敬, 信友浩一: 医師および病院に対する外来患者の満足度と継続受診意志におよぼす要因 ―総合病院における解析, 日本公衛誌, Vol. 40, No. 8, 1993. 8
- 4) 厚生労働省: 患者満足度調査導入による病院の経営改善に係る調査研究報告書, 平成 13 年度 医療施設経営安定化推進事業報告書, 2001, <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/igyoku/igyokuieiei/anteika.html> (2016. 9. 1 参照)
- 5) 花里俊廣, 高橋鷹志: 集合住宅における環境形成に関する考察, 早稲田大学人間科学研究, Vol. 8, No. 1, pp. 85-106, 1995. 3
- 6) 健康デザイン研究会編: 建院が病院を健院に変える, 彰国社, 2002. 5
- 7) 今井正次, 犬飼直樹, 伊藤雅俊: 離室率・行為率からみた施設生活者の生活行動要求: 病院・療養施設的生活空間の計画に関する研究 1, 日本建築学会計画系論文報告集, No. 442, pp. 57-64, 1992. 12
- 8) 高商均, 伊藤俊介, 長澤泰, 山下哲郎: 患者の意識や行動の経日的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, No. 483, pp. 121-128, 1996. 5
- 9) ミイ暁雷, 谷口元: 病院の療養環境と入院患者の生活展開: 個室的多床室病棟と従来型多床室病棟との療養環境の比較研究, 日本建築学会計画系論文集, No. 594, pp. 7-15, 2005. 8
- 10) ミイ暁雷, 谷口元: 入院患者による病棟の生活環境の評価: 個室的多床室病棟と従来型多床室病棟との療養環境の比較研究, 日本建築学会計画系論文集, No. 75, Vol. 656, pp. 2287-2295, 2010. 10
- 11) 小松尚, 柳澤忠, 加藤彰一, 谷口元: 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, 日本建築学会計画系論文報告集, No. 449, pp. 39-46, 1993. 7
- 12) 小松尚, 岩岡弘文, 加藤彰一, 谷口元: 移転改築前後の環境認識比較による居場所としての病院外来待合に関する研究, 日本建築学会計画系論文集 No. 513, pp. 151-158, 1998. 11
- 13) 鈴木成文: 「いえ」と「まち」―住居集合の論理, 鹿島出版会, 1984
- 14) 小林秀樹: 集住のなわばり学, 彰国社, 1992. 8
- 15) ジョン・ラング: 建築理論の創造―環境デザインにおける行動科学の役割, 鹿島出版会, 1992. 8
- 16) 中島明彦: ヘルスケア・マネジメント 医療福祉経営の基本的視座 (第二版), 同友館, 2009. 3
- 17) 岩田祐佳梨, 貝島桃代, 花里俊廣: 急性期病院の療養環境改善における共用空間の改修, 筑波メディカルセンター病院における「つつまれサロン」を事例として, 日本建築学会技術報告集, Vol. 22, No. 50, pp. 237-242, 2016. 2
- 18) 岩田祐佳梨, 貝島桃代, 花里俊廣: 病院空間の改善プロセスにおける職員参加の変遷と課題, 急性期病院の療養環境改善における共用空間の改修 その 2, 日本建築学会技術報告集, Vol. 22, No. 51, pp. 677-682, 2016. 6
- 19) 長島明子: 病院にうるおいを―職員の思いとアートをどうつなぐか, アートミーツケア学会編: アートミーツケア叢書 1 病院のアート―医療現場の再生と未来, pp. 160-174, 2014. 6
- 20) 軸屋智昭: アート活動によるホスピタリティを病院に, 茨城県病院協会報, No. 90, pp. 5 ~ 7, 2013
- 21) 鷺見圭司: 開院後の病院, 病院設備, Vol. 58, No. 4, 日本医療福祉設備協会, p. 58, 2016. 7
- 22) 森絵美, 平野聖, 尾崎公彦, 真鍋克己, 合田喜賢: 病院の企画広報部門の役割―岡山旭東病院を事例として―, 川崎医療福祉学会誌, Vol. 25 No. 2, pp. 295-300, 2016
- 23) 佐藤布武, 秋葉正登, 貝島桃代, 岩田祐佳梨, 牧奈歩: 小児総合病院における共用空間の形態, 小児総合病院の環境改善活動による共用空間の活用 1, 日本建築学会大会学術講演梗概集 建築計画, pp. 467-468, 2016. 8
- 24) 秋葉正登, 貝島桃代, 岩田祐佳梨, 牧奈歩, 佐藤布武: 環境改善活動による共用空間の利活用 小児総合病院の環境改善活動による共用空間の活用 2, 日本建築学会大会学術講演梗概集 建築計画, pp. 469-470, 2016. 8
- 25) 四国こどもとおとなの医療センター: <http://shikoku-med.jp/about/hospitalart.html> (2016. 9. 1 参照)
- 26) 長沢泰: 建築計画, 市ヶ谷出版社, 2005. 10
- 27) 久米龍子, 久米和興, 村川由加理: 病院看護部の組織構造の特徴と業務特性に関する一考察, 豊橋創造大学紀要, No. 14, pp. 79-93, 2010

MANAGEMENT AND ENVIRONMENTAL IMPROVEMENT OF THE HOSPITAL COMMON SPACES BY STAFF

Yukari IWATA *, *Momoyo KAIJIMA* ** and *Toshihiro HANAZATO* ***

* Ph.D. Program, Graduate School of Comprehensive Human Science, Univ. of Tsukuba, M.Design

** Assoc. Prof., Faculty of Art and Design, Univ. of Tsukuba, M.Eng.

*** Prof., Faculty of Art and Design, Univ. of Tsukuba, Dr.Eng.

The present study aimed to analyse the hospital's management system as performed by the hospital staff and the relationship between management and environmental improvement projects in common spaces.

Today, hospitals are expected to provide patient-centred medical care and high quality environments in their health care spaces. New hospital construction incorporates large common space areas such as day rooms, waiting rooms, corridors, and lobbies. However, the hospital staff has the difficult task of improving and maintaining the spatial and environmental conditions, such installing adequate furniture or artworks. Thus, after the building is completed, the environments turn into untidy and gradually desolated spaces due to an unclear management and maintenance system.

This study focused on exploring all common spaces in one hospital in Tsukuba city, Japan. It considered these spaces not only as complementary to medical care, but also areas in which the medical and home environments meet. As part of the research methodology, interviews with hospital staff were conducted to understand how they manage and care for the environmental elements found in common spaces.

Section 2 introduces a description of each common space found in different areas of the hospital. First, the public access areas included waiting rooms for outpatients and exams, and areas outside the ward for connection purpose (i.e. corridors connecting two buildings). Second, the areas without public access included non-waiting rooms (corridors, corridors with waiting areas, lobbies) for outpatients and exams, and areas inside the ward for patients (corridor, day rooms).

Section 3 identifies the maintenance management system as a particular environmental element for staff. As a result, there were two systems for the management of common spaces. The first system was the management of all environmental elements by specific staff that was exclusive to common space maintenance. In the second system, individual staff members were not responsible for maintaining spaces, which created disorder in common areas. The former involved areas without public access and the latter involved the public access areas. Therefore, both management systems for common spaces coexisted on the same floor and thus lack continuity.

Section 4 describes the environmental improvement projects that have influenced the management system. Three spatial renovation projects were accomplished through a number of meetings and workshops with hospital staff to discuss the environmental problems and design concepts. Therefore, the hospital staff maintained order and cleanliness in the common spaces following the renovation. The signboard renovation project was launched to provide continuity in plural common spaces under different management systems. The staff did not participate in the process, hence they had no understanding of the new sign and colouring system concept. As such, the signboard renovation project had no influence on maintenance.

Consequently, the hospital has problems in several areas with their hospital staff-driven management system. However, environmental improvement projects have influenced the hospital staff's perception and management to maintain order and cleanliness in the common space environments. Accordingly, there are three provisions for the management and improved environment of common spaces: 1) create the concept of each common space managed jointly with hospital staff; 2) remove problems in the management system; and 3) create a design rule to integrate several management systems and share with hospital staff.

(2016年6月10日原稿受理, 2016年10月19日採用決定)