

論文の内容の要旨

論文題目 日本近代病院建築における形式的基準に関する研究

氏名 尹 世遠

本論は、日本の近代病院がつくられ、論じられる際に、その形式的基準を与えるものが何であったか、そしてそれはどのような内容を表現するものであったかを検討し、近代病院建築についての知見を得ようとするものである。

第 1 章では本論における問題の設定とその意義について述べた。本論が設定した問題は以下の通りである。

- ①「病院」が新しいビルディングタイプとして導入されるとき、その固有な形式と内容は何であったか
- ②社会的・制度的背景は、病院建築においてはどのように表現されたか
- ③戦前にはどのような論理によって病院建築を設計したか、また何を課題としていたか

第 2 章では、主に軍病院において設計の基準となった標準設計とモデル病院について検討した。まず維新戦争における軍陣病院の経験を通して近代医療の形式と内容を経験したことに触れ、松本順によってその内容が医療・看護・衛生にまとめられたことを示した。

陸軍では、軍医を中心に病院建築の標準設計を通して形式的基準を与えようとした。明治 7 年という非常に早い時期に上申された「鎮台陸軍病院一般ノ解」は、陸軍病院の基本的な形式を定めたものとして重要である。それはまず、病院や病床の規模を規定することから始めている。病院の配置と病舎の構成方法については、「一般ノ解」の翌年に建設された「熊本鎮台病院」を見れば分かりやすい。「本舎」の後から、吹きさらしの回廊をめぐらし、その周りに、士官病舎と兵士病舎、それから附属舎を配置する。「士官病舎」は個室から、兵士病舎は 8 床室から構成され、病舎と病舎は、その高さの 2 倍以上離して配置し、屋根や壁から換気を行うようにしている。

明治 26 年には、ドイツから最新の衛生医学を学んできた小池正直や森林太郎などが中心とな

り、病院建築の原則をより鮮明に定めている。そこでは病院の建築式についての言及があって、その主題が衛生であることをはっきりと述べている。当時の衛生とは主に、如何にして室内に新鮮な空気を供給し、また、光を適切に調整するか、ということであるが、特に病室の場合には、患者から発生する「有害な瓦斯」をどう処理するか、ということが重要な問題であった。

一方、海軍はこれとは異なったやり方で、異なった病院建築をつくっていった。例えば佐世保海軍病院では、30床前後のオープンワードといくつかの附属室から構成された、典型的なナイチンゲール病棟を造っていた。つまり海軍病院では、陸軍と違って病舎全体の配置形式というよりは、病棟の形式を定めていたのである。

このような病棟形式は、後に海軍医の主軸となる医師たちが、こぞってセント・トーマス病院に留学していたことによる。特に高木が設立した東京慈恵医院は、ナイチンゲール病棟を踏襲するだけでなく、王室の後援によって施療診療を行い、また一方で看護婦を養成することもセント・トーマス病院に範をとった。以上で示した典型的なナイチンゲール病棟は、日本では非常に珍しいものであり、これらの病院の存在を示したのは本論の成果の一つである。

第3章では、中間考察として制度によって病院がどのように規定されていったのかを、避病院と一般病院とを通して説明した。

明治期の最大の医療課題は伝染病であったが、その対策として打ち出されたのが避病院である。しかし、避病院の設立を定めた規程は、具体的な医療や看護に関する内容を持たず、建物は重症・軽症・快復患者をそれぞれ分けて収容するあばら屋でよいとした。こうした内容と形式の両方における規程の不十分さは、人々に避病院への恐怖と嫌悪を懐かせ、感染の拡散を助長する結果となった。

明治20年代後半に避病院の問題がまづもって建物の不備の問題として指摘されるようになって、ようやく避病院の標準的な設備を制度的に規定するようになった。ここから避病院は伝染病院へ、さらに市民病院へと変わっていくことができたのである。例えば駒込病院がその模範的な例である。しかし、依然として、とても病院とは言えないようなものがたくさんあったことが報告されている。

戦前の病院の特徴は、私立病院が公立病院より遙かに多く、病床規模が小さく、主に中等以上の上等民を患者としていたことである。

このような特徴は、当時の医療制度にも反映されたが、病院建築においては、病室の規模（病床数）に表現された。明治9年に竣工した東大医学部附属医院では、診療科別ではなく等級別に病棟が区分されていた。病室の等級が病床規模に反映されることは、例えば済生会病院のような施療病院においても典型的に示される。反対に、実費診療所では、無理をしてでも病室を細かく区画しようとした。

第4章では、建築計画論の中で病院建築がどのように論じられているかに焦点を合わせた。最初の本格的な模範病院と評価されたのは日本赤十字社病院であるが、その計画に際しては、ハイデルベルク大学附属病院を参考にしていることが知られている。重要なのは、片山東熊がそれを「型」の問題として理解したことである。以後、病院建築の形式的な基準は「型」としてまとめられていく。この段階ではパビリオン型は配置の形式としての位相しか有しなかったが、そこに示されたパビリオン型は、日本の病院建築に典型的に見られる特徴をよく表している。本論ではそれを、回廊を中心に病棟を並べた配置形式、片廊下式の病室構成、病棟を分割して小病室にしていること、の3点にまとめた。

パビリオン型に次の重要な変化をもたらしたのは、講座制の確立である。帝国大学医科大学附属病院では、各パビリオンが多くの機能を取り入れ、それ自身で完結するようになった。ここにパビリオン型の第二の位相が示されたことになる。また、暖房を利用して本格的な機械換気を行うようにしたことも重要である。

自然換気より機械換気に重点がおかれるようになると、病室衛生に関する論理が変化する。大病室は患者から発生した有害な「瓦斯」が広がるという短所が強調され、逆に小病室は衛生上有利とされたのである。医療の面からも、症状や治療の方法が異なる患者を一緒に収容することは非合理である、との主張が出され始める。

決定的だったのは、患者の慰安という側面が病院建築の主題として登場したことである。大正期には、「患者から見た病院」という主旨の論説が登場するようになるが、それらはおしなべて「日本人は雑居を好まない」、つまり小病室を好む、という見解を持つものであった。したがって、衛生・医療・患者の慰安のいずれにおいても、小病室の優位が根拠づけられることになった。

このような主流となった見解とは異なる論理によって設計された病院が登場する。近藤十郎が設計した東京同愛記念病院である。近藤は設計の中心に「看護」をおき、キュービクルシステムを備えた24床のオープンワード病棟を計画した。また、病棟単位や看護半径のような、戦後の計画理論に発展しうる概念も提出した。近藤は自らの設計や概念を「純粋なパビリオン式病院」と呼んでいるが、それは、看護効率や自然換気のメリットを強調したものである。

一方、感染の防止が必ずしも建物自体の分離を要求せず、特に都市部ではパビリオン型配置ができるような土地を獲得することが困難なことなどから、病院建築はブロック型が中心となり始めていた。しかし、当時のブロック型は、パビリオン型のような分かりやすい明確な形式をもった「型」ではなく、一時病院計画的には後退したと言われるような病院が多数建てられるようになり、近藤が提示した概念も深く追究されることはなかった。

以上をはじめの問題設定に即して整理する。

①病院建築に最初に形式的な基準を与えたのは、標準設計、モデル病院、制度である。陸軍病院の標準設計は最新の衛生論という内容を満足させる形式を示したことに意義がある。これは新しい病院管理方式を示した総合病院のモデルプランの場合も同じである。

②避病院のように制度的に定められた標準が意味を持つためには、それを超えて模範病院をつくろうとする意志が不可欠で、そうでなければ低質のものを正当化する手段となることがある。

③海軍病院ではセント・トーマス病院をモデルにしてナイチンゲール病棟を取り入れたが、日本ではこのような病棟形式はあまり普及しなかった。

④「型」は病院建築の構成や設計法に説明を与えるものである。しかし、それが病院の質についての具体的な内容を満足させる理論や形式的基準を備えていなければ、計画的に後退することがある。

⑤パビリオン型には、配置の形式・病棟の自立性・病室構成の形式、という 3 つのそれぞれ異なる位相が認められる。それらは感染防止や療養環境に関する衛生論理、講座制に基づく診療科別病棟構成、看護・監督の効率などの論理によって裏付けられている明快な形式である。

⑥戦前の日本の病院建築は、まず配置の形式としてパビリオン型を取り入れ、次に各舎の自立性を確保していったが、都市病院の要求と衛生論の変化によりブロック型に移行した過程として理解することができる。

⑦日本のパビリオン型病院はオープンワードを採用せず、病室をできるだけ細かく区分けして片廊下で繋ぐ、という形式であった（片廊下式小病室主義）。

⑧小病室主義は、日本人が個室を好むということが最大の理由とされたが、大病室が施療病院と結びつけられて考えられたことや、付添看護人が重要な役割を果たしたこととも関係が深い。大正時代に入ってから感染の防止と患者の慰安という論理によって裏付けられるようになった。しかし、ここに見られる形式化は、大病室の多様な展開を阻み、ナイチンゲール病棟が含んでいる概念を見過ごす原因の一つとなった。