

戦後25年の医療環境の変化が病院建築に与えた影響

— 病院建築の歴史的変遷に関する研究 その1 —

○正会員 後藤 香 2)
同 友清貴和 1)
同 藤井英俊 2)

■はじめに

本研究の最終目的は、今後の病院建築が周囲をとりまく様々な変化に対応し、よりよい進歩、発展をとげるように指針を得るものである。この視点において、今日までの病院建築の変化を総合的に分析し、それに至る過程・要因を調査する必要があるといえる。

今回の本報告は、病院建築と密接な関係にある医療環境をとりあげ、医療環境が病院建築にどのような影響を与えたのかを調査、把握したものである。

■研究の方法

本報告では戦後の混乱期から高度経済成長期(1945～1970)までの25年間を研究対象とした。医療環境の分野として、疾病構造・人口構造・職制・関連法規・医療保障・病院経営・医療技術・医療機器をとりあげ、その動向を下記の各文献、統計等を用いて調査した。なお文中の調査・分析の結果には、用いた各文献・統計の番号を付与しており、筆者の分析結果には下線を引いた。

調査および参考文献・統計

- *1 河口豊「病院建築のライフスパンに関する研究」病院建築 no.106 1995年
- *2 厚生省「医療施設調査」
- *3 川上武「現代日本医療史-開業医制の変遷-」1965年
- *4 厚生省「医制百年史」1976年
- *5 富士川遊「日本医学史」1942年
- *6 厚生省「国民健康調査」
- *7 厚生省「人口動態統計」
- *8 雑誌「病院」各巻番略 および1960～1970年学会抄録集
- *9 社会保険診療報酬支払基金「四十年史」1988年
- *10 からだの科学臨時増刊「戦後医療の30年」1975年
- *11 奥山賢二「日本の医療」1970年
- *12 日本病院建築協会「病院用語の基礎知識」1994年
- *13 第一法規出版(株)「医療経営用語辞典」1993年
- *14 日本病院管理学会「医療・病院管理用語辞典」1997年
- *15 ジュリスト増刊「福祉を創る」1995年
- *16 集英社「イミダス」1996年
- *17 座談会「会誌「病院建築」のあり方を語る」病院建築 no.100 1993年

■戦後25年の病院建築の動向について

医療環境の調査から、病院建築の流れを病院形成の基礎期、病院管理概念の導入期、病院の拡充期、能率の向上と合理化、新たな問題への対策に分ける事ができた。なお、【図1】に調査結果の概略を示す。

□病院形成の基礎期(1945～1950年付近)

戦後、GHQの指導により医療施設の改善に多くの努力が行われる³⁴。まず、1945年に軍関係の病院・療養所が厚生省に移管され、一般市民に開放される^{4,7,8}。このことは、国が多数の病院を突然抱え込んだことにより、戦後の混乱期に即応すべく、合理的な病院運営について考える気

運をもたらしたといえる。続いて、1948年に国民医療法が解体され、医師法と保健婦助産婦看護婦法が制定される。その身分の確立、資質の維持のため資格取得制度の他、看護について「医業と看護とは協力体制をとって行われるものである」と明文化されている^{3,4,5,10,12,13,14}。このことは、医師と看護婦が職業的独立性を持ったことを示し、今後の病院のあり方に影響を与えることになる。例えば、看護単位という一つの組織を確立する事につながったと考えられる。

同様に、1948年に医療法が制定され、病院の定義が行われている。この法では、総合病院の定義や医療監視制度が定められた^{3,4,5,10,13,14}。このことは、医療サービスを提供する場としての質の確保や、医療従業者の資質の向上の必要性を気付かせる事になったといえる。

以上のことからこの時期の医療環境は、戦後の混乱を沈静化させる努力がなされた。同時に、GHQから多くの事が日本に流れ込んだ時期であり、それらは病院建築の基礎そのものを築いたといえる。

□病院管理概念の導入期(1950～1955年付近)

戦後直後からの公衆衛生活動により伝染病の一時的流行が既に影をひそめ、国病と言われた結核が一気に減少している^{3,6,10,11}。この背景として、麻酔・手術・薬品といった世界の医学の成果が日本に紹介され、医療水準が向上を始めた為とされている^{3,4,5,6,7,8,10,11,12,13}。これらは、病院機能に急速な拡大が要求されてきたものと考えられ、手術室、検査室、放射線室などは、機械と専門の技術を各科が別々に持つことを許さなくなってきたといえる。このような状況の中、病院組織の考えのもと、効率的で集約された作業の連携を目指した「中央化」の構想が盛んになったと推測できる。

また、1950年には健康保険入院料の改正により、完全看護および完全給食(1958年に完全は基準に改名)が発足し、その普及が促進されるなどの利便があった^{9,11,13,15}。各病院はこの採択に際して、看護要員の設定、給食の配膳方式ならびに搬送方式の検討を余儀なくされたといえる。さらに1953年には完全寝具制も開始し^{8,13,15}、寝具の洗濯、保管についても同様の事がいえる。

この時期は、病院管理概念の導入期といえ、今後の病院建築を形成する上での土台が出来上がったといえる。

The influence which a change in postwar 25-year medical environment gave to hospital

— A study on the historical transition hospital . part1. —

Kaori Goto, Takakazu Tomokiyo and Hidetoshi Fujii

□病院の拡充期（1955～1960年付近）

いわゆる神武景気の中で、平均寿命が急伸した時期（1960年70歳超⁷⁾である。また疾病構造は、成人病を中心に展開し始め（1960年3大成人病の死亡割合44.2%⁴⁶⁾、1958年には、日本対がん協会が設立されている¹³⁾。疾病の増加に伴い受療率が増加し始めている^{6,10)}。さらに、総病院・病床数が増加を見せ^{2,8,10)}、医療給付費の増大の主因とされた^{8,9)}結核療養所が減少を始め（1930年676所（13.2%）→1935年595所（9.8%）²⁾）、一般病院・精神病院が増加を始めている^{2,8)}。以上の事は、この時期、医療機関が増大・拡充している事を示すといえる。

病院内部においても、X線造影撮影装置が高い保有率（1959年44.3%^{2,17)}）を示し、深部治療装置（1959年14.0%^{2,17)}）が普及の兆しを見せていることから、高価で大型の機械の導入で、放射線室は、「中央化」を余儀なくされ放射線部が確立し始めたといえる。

このように、病院は機能の多角化や規模の増大を見せ、病院建築では「中央化」に代表される病院管理の流れの消化期といえる。

□能率の向上と合理化（1960年～1965年付近）

病院に要求される様々な医療機器、薬品、その他の設備の投資は増大の一步を辿り^{3,8,10,11,13)}、また人手不足が深刻化してきた^{3,8,10,11)}。これらにより、この頃から病院運営が困難な状況になってきている^{2,8,10,11)}。この状況は1960年の看護婦中心の病院従事者の低賃金・重労働をめぐって病院ストが頻発したことにより緊迫さを増しており、医療費問題と病院経営管理の未熟さが表面化している^{3,10,13)}。看護要員の労働条件緩和においては、動線の短縮に有効な複廊下型の病棟型が注目され、ナース・ステーションの雰囲気向上がはかられたと考えられる。

また、1963年に人事院から2.8夜勤体制（夜勤の看護従事者は2人以上、月に8回以内）^{8,12,13)}の通達があり、これは病棟の構成に大きな影響を与えることになり、さらに仮眠室や休憩室の必要性が以前にも増して検討されたと考えられる。この流れをうけて、この頃、少ない看護婦でいかに他の看護要員を指揮し看護水準を高く保つかを考

慮した「チームナーシング」が紹介された^{8,13,14)}。

この時期は、病院経営の悪化から業務の能率向上、合理化が注目された時期であると言える。また、戦後からの概念は普及に移ったと言える。

□新たな問題への対策（1965年～1970年付近）

この時期、自動車による死亡事故が社会問題になっている^{11,16)}。医療環境においては、救急医療体制に注目が集まってくる事になる^{8,10,13,16)}。病院においては、救急部門の見直しや救急センターの検討がなされたといえる。

1968年に人口は1億人を超え、1970年には、65歳以上の人口が全体の7.1%を占めるに至り⁷⁾、高齢化社会の幕を開けている。戦後、多産多死から少産少死へと急激に人口動態の変化があったため、短期間での対策が求められていくことになる^{13,15)}。これに関連して、医療法において戦後当時からその重要性がいわれながらも、ようやくリハビリテーションが注目され始めてきている^{8,10,11,13)}。高齢者のみではなく、交通事故による後遺症・脳溢血後遺症^{10,12)}などの増加といった背景がある事も注目できる。1965年には、理学療法士および作業療法士法が制定され^{4,8,12,13)}、社会の需要に答えることになる。

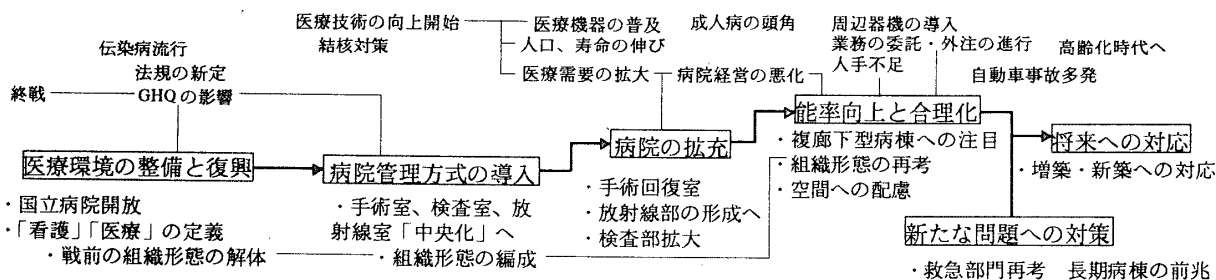
この時期は、救急部の再考や高齢者による長期病棟の前兆など、それまで考えられていなかった問題に対する対策が考えられるようになったと言える。

■まとめ

医療環境としてとり上げた、各分野は、お互いに複雑に絡み合いながら、病院および病院建築に影響を与えている事が分かった（【図1】参照）。

医療機器や周辺機器の導入は、直接的に影響を与える場合が多いが、疾病構造、医療技術、経営、身分法などつながりを持っている事は無視できない。関連法規や社会情勢は、間接的に組織形態の変化などをおこし、迂曲をしながらも病院建築に影響を与えている。

1970年以降は、病院の「成長と変化」への対応、高齢化の加速、超高度な機器・設備の出現、新たな疾病の出現などが問題になるといえ、引き続き医療環境について調査する必要があると考える。



【図1】戦後25年の医療環境と病院建築の経過モデル

- 1) 鹿児島大学教授・工博
- 2) 鹿児島大学大学院

Prof., Dept. of architecture, Faculty of Eng., Kagoshima University, Dr. Eng.
Graduate school, Dept. of architecture, Faculty of Eng., Kagoshima University.