九州大学学術情報リポジトリ
Kyushu University Institutional Repository

作品 緒方消化器内科 : ホスピタル・エッジを溶解する

田上, 健一
九州大学大学院芸術工学研究院環境計画部門

https://doi.org/10.15017/2794877

出版情報：芸術工学研究. 9, pp.31-46, 2008-03-25. 九州大学大学院芸術工学研究院
バージョン：
権利関係：

作品

緒方消化器内科
ホスピタル・エッジを溶解する

Ogata Gastroenterology Clinic
Melting the Edge of Hospital Domain

田上　健一
Kenichi TANOUE

Abstract:

The boundary between society and hospital represents complexity that both functional and symbolic meanings intertwine and influence hospital users. Functional role is primary expressed through issues of easy wayfinding, efficiency, sustainability, safety and control. Symbolic meanings and sensorial qualities characteristic for this zone are, however, addressing the need for more subtle themes like wellbeing, hope, phantasmagoria, etc.

In this article, this kind of boundary is defined as "Hospital Edge". Hospital Edge represents, a strategic zone for further refinement of the idea of healing spaces, repository of sustainable design elements and polygon for environmentally conscious approach to hospital design, potentially powerful urban escape node, buffer zone for urban space.

To melt the Hospital Edge, 3 ideas, disslving the building type, affirnity to social and nature, restrucring of commonspace, are incarnated on the the project of "Ogata Gastroenterology Clinic".

1. はじめに

人が病気から健康を回復するよう診療・看護・介助・療養するための施設の代表的なものが、病院や診療所をはじめとする医療施設[注1)]と呼ばれるものである。現代は多くの人々が、その生命の誕生と死などをこのような施設の中で迎えており、人々の生の重要な部分を占めているといえる。

しかしながら、いわゆる「患者」にとっての医療施設とは、病気になってから仕方なく訪問・滞在する場でしかなかった。例えば、医療の拡大と高度化に伴い必要諸室は増加し、それにより延長化した動線を短縮するため、あるいは高度な機械化により、開口部のない部屋が増えて著しく居住性は低下した。また、長くて光の入らない廊下、事務室のような連続窓、薬品臭、貼り紙とサインだらけの壁、それが従来の医療施設のイメージであった。約140年前にナイチンゲールが指摘[注2)]していたように、長い間、医療施設とは病気の治療道具の一つに過ぎなかったのである。

一般に建築設計とは、機能的要求を充足するだけではなく、利用者がそこへ行きたい・居たいと思う空間の創造を目標としている。これからの医療施設には、身体治療工場のような空間ではなく、都市や自然の中を散策したり、泊まったりするような、より自由でやわらかな癒しの場としての空間の創出が求められる。

ここでは、これまでの医療施設が有していた社会的・文化的・空間的な「境界」をホスピタル・エッジとして捉え、そのホスピタル・エッジの溶解を試みた建築作品である緒方消化器内科（設計：田上健一）について概説する。

2. ホスピタル・エッジ

2-1. ビルディングタイプ

人間の日常生活にとって建築が必要不可欠なことは言うまでもないが、巷には実に多種多様な建築が溢れている。ところが、公共建築などは一見してそれと分かることも多く、例えば、学校は学校らしく、病院は病院らしく、図書館は図書館らしく見える。このように、あるビルディングタイプが似たような形になるのは、特に公共建築は制度とリンクした標準設計が用いられるからである。病院では病室、学校であれば教室という基本ユニットが共通の単位であるため、それが連続・積層した建築が似通ってくるのは必然のことでもある。病院の場合には、避難経路の確保のために病室や居室の外部に連続バルコニーが付いていることが多く、これが病院特有の外観に繋がっている。近年、従来の病院の冷たいイメージを和らげるためか、建物のエッジを丸く曲面にしたり、パステル色や暖色系の外壁を使用する例が多いが、これも一種の定石になっているため逆に「施設」を思わせる要素となっている。

このビルディングタイプの種類は、近代以降急激に増加した。これは、生活がより細かくシステマティックに細分化してきたことを意味している。元来は、住宅が生活全てを許容する場であったが、仕事・学習・医療といった行為が住宅から流出し続け、住宅は家族と団欒の場として位置づけられてきた。もっとも、その家族と団欒の場も住宅から流出し始めている[注3)]。

生活がいくつもの場に細分化されるということは、異なる役割や行動様式を要求する場から場へと移動することで、生活が構成されるようになったということでもある。このようにして「施設」が構築されていった。そしてさらに、機能の複雑化・高度化・専門化を背景として、あらゆる場の施設化が進められた。これは、空間の機能分化を目標とした近代建築・都市計画の結果でもあるともいえる。つまり、建物レベルでは機能ごとに対応する部屋を設け、都市レベルではゾーニングにより特定の用途を割り当てるという方法により、空間を分解してきたのである。

しかし、生産と消費の場が分離されたニュータウンや、まとめて配置された商業施設や公共施設を見ても明らかなように、ゾーニングされた空間の中でさらに生活の様々な局面がそれぞれのための純粋な場所に分かれることが、果たして自律的で魅力的な空間を創造し得ることに繋がるであろうか。また、一日の中でいくつもの場を移りながら役割を変えていくことを、健常な大人であれば無意識にそれほど負担無く行えるかもしれないが、子供や病人にとっては、大きなストレスとなるのは容易に想定ができる。

一つの医療施設の設計をまとめるにあたっては、数多くの要求条件に応えていかなくてはならない。患者の動線、スタッフの動線、物・機器の動線、そして救急動線など、いわば多くの条件を解くパズルのようなものともいえる。しかしながら、これからはパズルのような機能的唯一解のみではなく、複数解が重層する解法が求められる。ビルディングタイプの細分化によって断片化が進んだ空間を、再び連続的なものにしていく必要がある。

2-2. トータル・インスティテューション

ビルディングタイプは特定の形式の建物と特定の社会的機能が対応することで成立している。学校の校舎と教育という活動がセットになって「学校」というビルディングタイプが成立し、病院の建物と医療がセットとなって「病院」となる。学校や病院という概念が建物とそこで行われる活動の両方を既に含んでいることからも、建物の形式と社会的機能が不可分であることが分かる。

これは、建築のタイプと社会生活のタイプが一定の結合関係を持つコードであり、それがビルディングタイプの記号機能を生み出していることをも示している。ビルディングタイプとは、まさに同時代の制度化された社会・文化を表象しているのである。

このようなビルディングタイプによって空間や生活が分解される一方で、分解された場ごとにも様々な生活・行為が発生する。ある一定時間その場に滞在する以上、施設が目的とする活動以外のことも行われなければならないが、問題は、目的とする活動以外の付随的な活動も施設の管理下で統制され、施設サービスの一部に取り込まれてしまうことにある。

Erving Goffman は、こうした生活の分解や囲い込み、少数のスタッフによる多数の入所者の管理を究極的に進めたものを、トータル・インスティテューション（全制的施設）と呼んだ[注4)]。刑務所や精神病院、修道院などを直接的に指しているが、管理された学校や病院、高齢者施設も同様なものと見なされよう。ビルディングタイプは建物と機能の結合だが、トータル・インスティテューションはその相互規定の排他性が最も強いビルディングタイプだということができる。

同様に、Ivan Illich も、スタッフによる入所者の管理

などを「サービス化」として言及した。学校・病院・モーター輸送の３つの例を挙げ、これらの制度や技術体系によって近代社会では「学ぶ」「癒す」「移動する」という本来は自律的であるはずの営みが、「教育される」「治療される」「運ばれる」という他律的な出来事に置き換えられてしまったとした[注5)]。人々は生徒・患者・乗客という顧客の立場におかれ、教師・医師・運転士という専門家から、「教育」「医療」「移動」という産業化されたサービスを受ける形でしか学び、癒し、移動することができなくなってしまったのである。学校・病院・モーター輸送という、本来は「教育」「医療」「移動」という活動を実現する技術的な手段であるのに、技術的手段それ自体が前提となったと批判した。

では、このような施設の絶対化に対して、建築設計のレベルでは何が可能であろうか。

ひとつは、「それらしい形式」やそれを成立させている背景やシステムを問い直し、そこから脱却を図ることである。いわゆる脱施設化を考えることに繋がっていく。しかしながら、往々にして脱施設化はしばしば住宅化という方向性を辿る。住宅は公共施設よりも親密であたたかい個人的な環境というのが一般的な理解であろう。医療施設も豪華なホテルのようアメニティを重視する傾向があるが、これも収容施設から居住施設への転換という意味では、一種の住宅化といえる。住宅化は一つの解法である。しかし、施設を解体する試みには意義があるが、住宅的であっても施設全体の枠組み自体は解体されていないことに注意しなければならない。フォーマルな枠組みが堅持されている限りは、住宅らしい空間へと形態は若干変化しても施設は施設であるといえるからである。

建築設計のレベルでは、このような大きなフレームでの脱施設化についてのメッセージを送る必要がある。同時に、例えば建築のプランや開口部の位置は環境を読む図式を含んでいるように、利用者が直接体験する小さな環境のレベルにおいて、より主体的活動を可能にし、様々な環境と対話し得る空間を創造しなければならないといえる。

2-3. コモンスペースの再構築

旧来のビルディングタイプの考え方では、ひとつひとつの建物がひとつの機能を持つという前提に立っていた。そう考えると、都市はゾーニングされ、さらに様々な機能で色分けされた建物のモザイクで構成されていることになる。しかし、これからの都市を考えると、どのようにモザイクの色を増やしていくかではなく、どのようにして色を混ぜ合わせていくかが重要な論点となる。また、都市を構成するこのモザイクピースのエッジを溶解することで、新しい都市の風景を生み出すことができると考えられる。

そのために、建築と都市環境・外部環境との接続形式を考える必要がある。いわゆるコモンスペース / コモンズという言葉には手垢が付き過ぎている感があるが、プライベートスペースとパブリックスペースの間に浮遊するコモンスペースは、様々なエッジを溶解する手がかりとなり得る。

特定の環境や場所は、そこで発生する出来事やその場所が象徴するものと対応して認知される。対応の図式は、社会的・文化的なレベルから個人のレベルまで敷衍される。これまでのコモンスペースは、ノスタルジックな共同体を想定していたものであり、誰しもが容易にイメージできるものであった。しかし、そういった完成形の存在ではなく、環境の変質要素と離散的なコミュニティの中で新陳代謝を繰り返すものであって欲しい。スケールは小さくても個人従属的ではなく、都市に開かれたスペースであれば、様々な環境と交感可能なはずである。ある特定機能を想定せず、外側・内側の論理によって共変するコーバリエーション的性格が求められよう。緩やかに繋がりながら広く一般に開かれたコモンスペースがエッジを溶解していく手がかりの一つとなる。

3. ホスピタルエッジを溶解する

3-1. プログラムとサイト

高度画像解析装置を有する画像診断専門の消化器内科を中心とした内科系診療所が計画の与件である。

敷地は熊本市の中心部に位置する。この街区はかつて熊本城城下町南部の士席以上の屋敷地であった[注6)]。西側は寺社町、東側は諸組に所属する軽輩の屋敷であったとされており、南側には城下町の境界であった白川が今も流れる。街区形態はこの城下町時代からのグリッドパターンを継承している。

現在、法定容積率 400％で用途地域は商業地域に指定されているが、高層集合住宅や事務所、低層住宅といった住商機能が混在する混沌とした街区でもある。既に多くの中心市街地にみられるのと同様に、市街地空間は相互になんら関連性がなく、動的な土地利用計画が存在する訳でもない。

敷地形状は南北に約 43m、間口が東西に約 15m の逆

L字状である。城下町時代からのグリッドパターン上にはあるが、敷地西隣には高層ホテルが屹立し、視覚的拡がりを完全に遮る。敷地東隣は現在、駐車場となっているが、将来的に中高層の建築が建設されることも予想される。一部では容積率を限界まで利用することが都市の正しい整備方式であるかのように実践されているが、現実にはすべての場所がそれにかなう地域となるのは難しいことを物語っているようでもある。

このような条件の下、ホスピタル・エッジを溶解するために、「ビルディングタイプの解体」、「トータル・インスティテューションからの解放」、「コモンスペースの再構築」を基本コンセプトとして計画を進めた。

そして各々のコンセプトは、「医療機能(ホスピタル)と展示機能(ギャラリー)の融合」、「水平・垂直両開口面による自然・社会との親和性の確保」、「ダブルヴォイドによる既存密集集合体との関係性の担保」により達成されている。

3-2. プログラムの融合

患者が医療施設を利用することは、一種の環境移行ともいえる。患者が新しい環境に慣れていく過程においては、当初は施設での立場やステレオタイプを意識した行動パターンが見られることが分かっている。

「患者役割行動」は最も分かりやすい例で、自らが患者であるという社会的役割に合わせて「患者らしく」振る舞ったり、「患者らしくない」行動を抑制したりする。しかし、次第にそれぞれが独自の行動をとるようになる。つまり、環境を解釈しながら自らの物理的・社会的環境との関わりを構築するようになるのである。建築設計のレベルでは、患者が環境と交渉し易くなるための「手がかり」を用意すること、あるいは建物で行われる生活までは計画できないことを認めた上で、あくまでオープンエンドな「問いかけ」として物理的な環境を提示することが、両者の安定した合意点を形成する手助けになると考えられる。

「医療機能と展示機能の融合」は、「管理された既成の情報」ではない「管理されない情報」としての手がかりを提供することにより、終局的にはビルディングタイプを解体していくをことを目指している。

小さなミュージアムの展示空間と同じように抽象化したホワイトキューブのような設え、2層吹抜の待合スペースと立体的に連続する全長33mの2層に浮かぶギャラリーはその具現化である。このギャラリーは、街とは直接的には接続せず、内部ボリュームと連環しながら、薄く切り込まれた連窓によって再度、街の環境と結び付けている。

内部を展示空間と見立てたことは、あくまでも明るく清潔で分かりやすく疲れない、そして「患者の快復への期待」を育む空間のイメージを基本としているからである。そしてプログラムとしてのホスピタリティを同時機能的に支えたい、そのことが患者に対する配慮であると考えた。当然のことながら、全館ユニバーサルデザインに配慮した計画とし、身障者用トイレはオストメイト仕様を設置した。

3-3. 弱い親和性

プランは、エントランスから連続する2層吹抜の待合スペースを中心とした空間構成としている。1層部分には通り庭とパラレルに待合スペースと診察スペースを、エントランスからの最深部に検査スペースを配置した。2層部分はカンファレンスルームを中心としたスタッフ専用諸室である。患者動線・スタッフ動線・ギャラリー動線・外部の通り庭動線など動線を多重化し、外部とのインターフェイスをできるだけ確保できるように意図している。

待合スペースには、長さ16mのトップライトからやわらかな自然光が降り注ぐ。自然の織りなす繊細にして曖昧な表情とその流動とを、待合いスペースに投影している。照明機器も、光源が直接目に入らないよう間接タイプのブラケット型照明器具を採用し、天井反射光により空間を演出した。

気積の大きいこの待合いスペースには、大きなエネルギーを使わず効果的に空調を行うため、局所+輻射暖房方式を採用している。さらに、夏期には上部に熱せられた空気が停滞するため、トップライトの一部を遠隔操作式の開閉型とした。全館全ての開口部をペアガラスとしていることもこのような省エネルギーを考えてのことである。

また、通り庭に面する部分は全て高さ2.8mのガラススクリーンとしている。街や様々なアクティビティと隣り合わせるこの待合スペースは、フィルターの役割を果たすガラススクリーンと、通り庭という一種のバッファーゾーンにより、開放的でありながら守られた環境を実現した。いずれも、水平・垂直両方向に孔という開口を設けることで、環境や社会との弱い親和性を確保し、心地よい曖昧さを与えている。

写真 -1　南面ファサードと通り庭
約3m幅の通り庭が敷地南側から北側に通り抜け、奥の樹木まで透過する。外部と内部を溶解し共変する境界でもある。外構には100角の燻し煉瓦を使用し、いわゆる”土”地との連続性や白外壁とのコントラストを表現した。燻し煉瓦の目地は、より地面との一体感を演出するため砂目地としている。

写真 -2　待合スペースと通り庭
既存都市空間 - 通り庭 - 待合スペースの重なり。待合スペースは H2800 ㎜の連続大開口とした。通り庭には線状に植栽帯を設け、植物の成長後は光・風が透過可能な緩衝スクリーンとなる。

写真 -3　2 階ギャラリーと待合スペース
ビルディングタイプの解体を目指し、32m 長のギャラリーを待合室上部に設けた。待合室上部にギャラリーと平行に設置されたトップライトからはやわらかな光が落ちる。

写真 -4　待合いスペース
待合いスペースの照明は全て間接照明とし、シームレスな床・壁・天井を演出する。受付はオープンカウンターとし、より患者との近接性を図っている。受付カウンターは建築形態の直接的引用である。

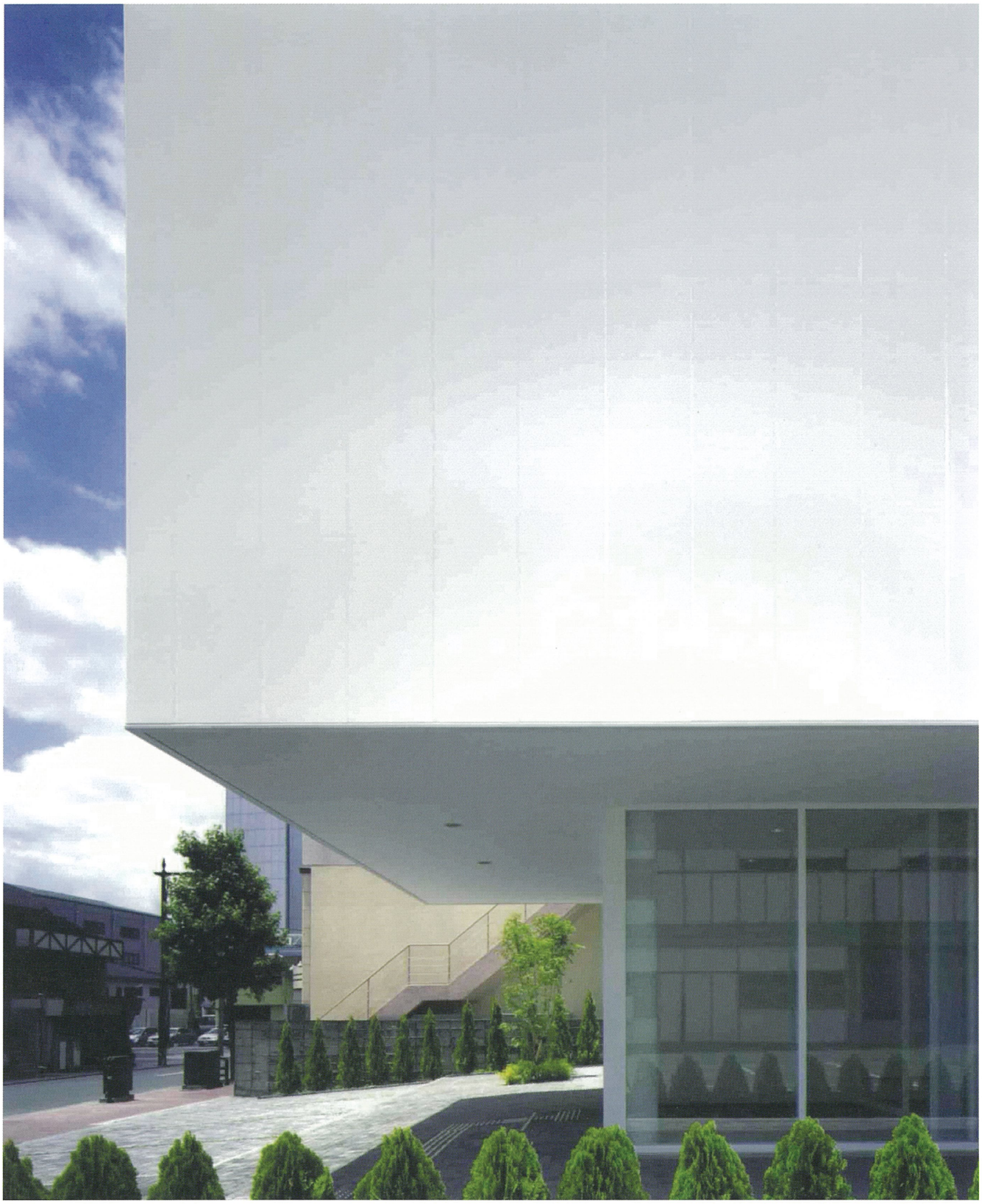


写真 -5　エントランスと前アプローチ
1 層と 2 層ボリュームのズレが庇となり庇下空間がエントランスとなる。エントランス廻りにはシンボルツリー（シマトネリコ）を一本、象徴的に配している。

写真 -6　待合スペース
水平・垂直両方向に開口を穿っている。日中はトップライトから柔らかな自然光が降り注ぎ、自然の織りなす繊細にして曖昧な表情とその流動を投影する。ガラススクリーンにより通り庭とも一体化し、より自然・都市と溶解する。

写真 -7　2 階ギャラリー
現在、2 階ギャラリーにはクリニックのコレクションが展示され、スポット照明で演出される。将来的には、展覧会の企画など、より社会に開放されたギャラリーとして機能することが予定されている。

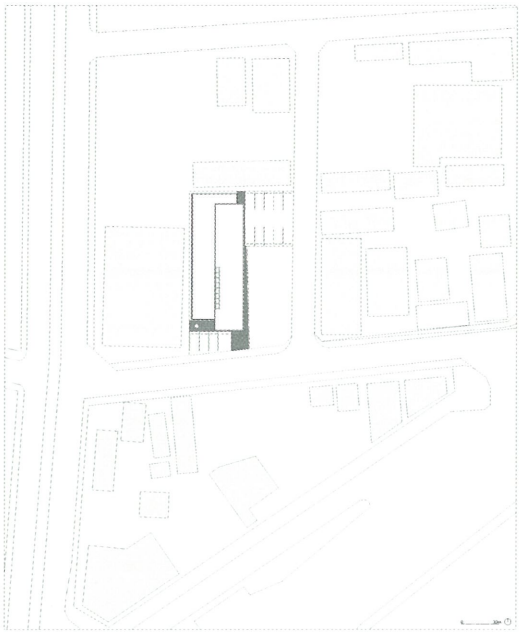


図 -3　配置図　（1/2,000）

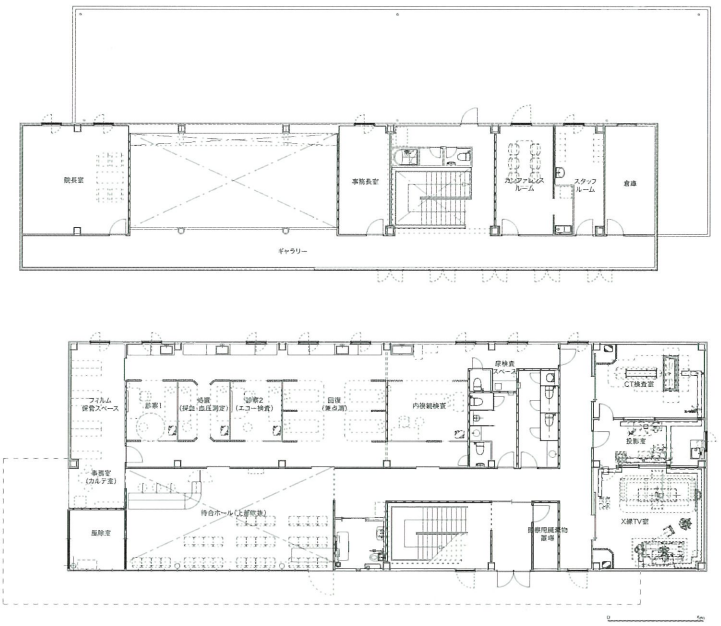


図 -4　１階平面図（下）２階平面図（上）（1/400）

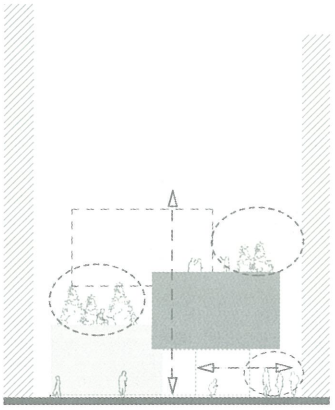


図 -5　断面コンセプト

写真 -8　南側ファサード（俯瞰）

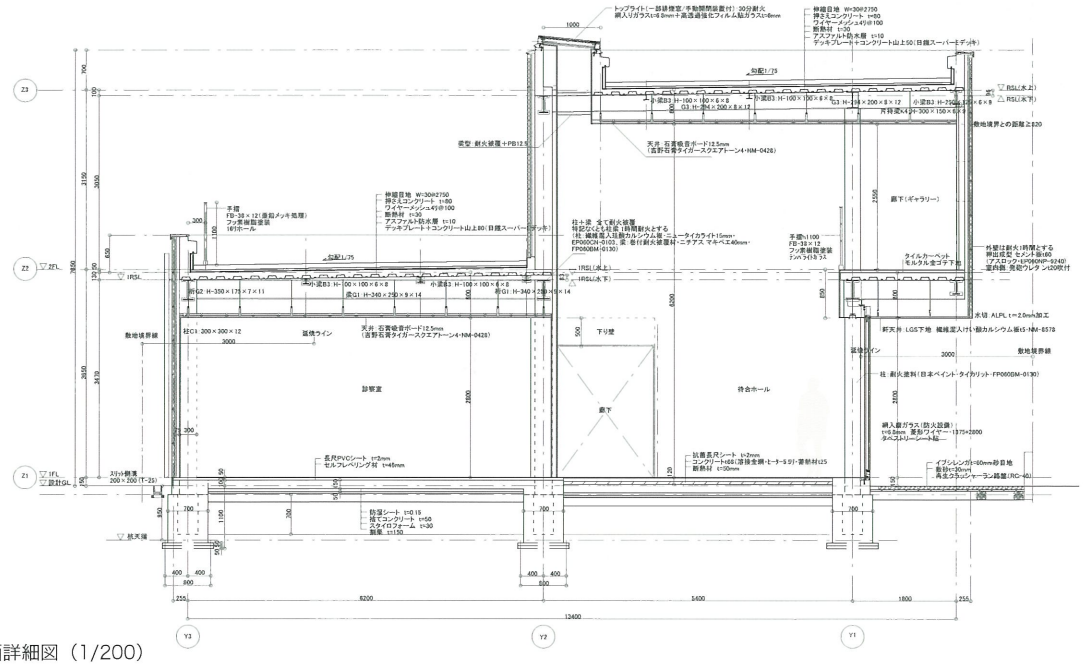


図 -1　断面詳細図（1/200）

写真 -9　南面ファサード（上）
写真 -10　東面ファサード（下）

スタッフとインメイトの関係も考慮した。スタッフとインメイトの関係は、インメイトの空間が周囲から孤立しているほど施設度が高くなり、トータル・インスティテューションに近づいて行く。

そこで、待合スペースには、オープンアイランド型のコンパクトな受付カウンターを設置し、診察室への呼び込みや、院内案内などより患者に近く親密なサービスに対応できるようにしている。立位・座位・車椅子の３タイプでの接遇の変化に対応する仕様となっている。動線の多重化もその一環である。

診基本的にはワンフロア外来・ワンルーム診察処置の構成であるが、５つのゆるやかなゾーニング（診察室１、処置室、診察室２、回復室、内視鏡検査室）により構成されている。広めの診察室、処置室、診察室、内視鏡検査室との関係は、現時点で医療ニーズに則した最適解であるが、今後の多様なニーズに対応するために間仕切壁の変更や更新が可能な構造としている。２階部分も、囲われた空間としての執務機能を有しつつ、病棟・病室の設置など将来的な要求の変化に対処できるよう計画した。

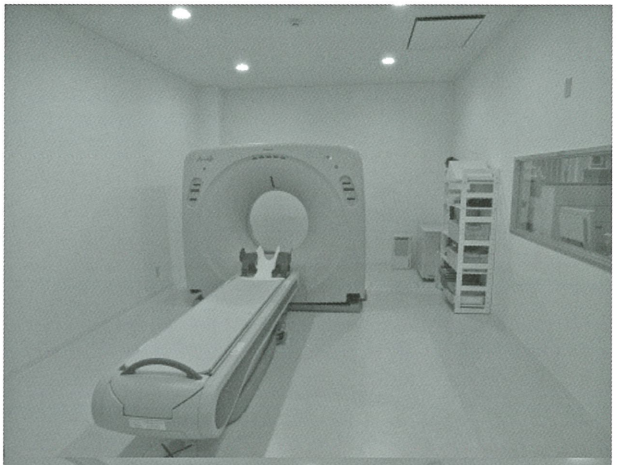
固定的で直線的な空間は、実は制度によって「ゆがんだ」建築となることが多い。自己完結の度合いを低く、改変・変更の余地を留保することが施設度を低くすることに繋がっていく。

そのため、構造体は明快かつ合理的なグリッドの骨組とし、更新・改変時も含めた経済性の高い鉄骨造とした。このことが、十分なフリー・スペースの確保と浮遊感のあるヴォリュームの成立も可能としている。鉄骨の耐火被覆には１㎜厚の熱膨張耐火シートを採用することで環境面に配慮し、円柱の直径をより小さくすることも試みた。

3-4. ダブルヴォイド

サイトプランは、奥行きの深い敷地形状に合致した、低層でリニアなものとした。ただし、単純で大きなヴォリュームを配置・積層するのではなく、１層と２層のヴォリュームを水平にずらし、多様な環境の意味を創出させるため、それぞれにリニアなヴォイドを創出した。

荒涼とした都市環境の中では、よりポーラスな環境を



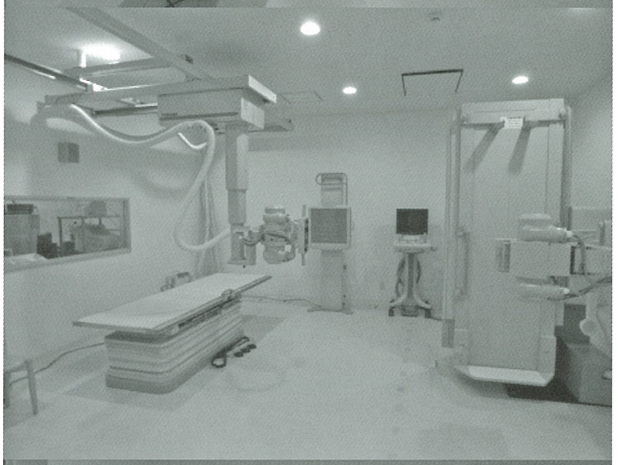


写真-11　CT検査室（上）
写真-12　レントゲン検査室（中上）
写真-13　診察室・スタッフ動線（中下）
写真-14　診察室（下）

生み出し外部と呼吸することにより、ある程度自律的で安定した環境が留保できる。また、このダブルヴォイドが持続することにより、周囲が如何に変化しようとも外部と内部が溶け合うための絶対領域を維持することもできる。絶対領域だが相互依存的な空間でもある。3層へと垂直に拡張された場合にも、同様の操作で作用する。マスとヴォリュームの関係が機能美を備えていることも、全方位的に既存の都市景観と調和するはずである。

ダブルヴォイドはそのまま「通り庭」と「立体テラス」として機能し、光や風の進入を可能とする。

敷地を縦断・貫通する長い庇下空間である「通り庭」は、通りからの流れを奥へ奥へと透過させ、内部からの距離も獲得する。建築に都市スケールのアクティビティを導入することにより、クリニック内部や外部のプログラムの変化に対応するコーバリエーションスペースとしての性格も帯びてくる。

また、外構仕上材として燻し焼成煉瓦を埋め込むことにより、目に見える草木の表面と目に見えない下方の土とのつながりを意識的に演出した。建築の内と外の物語性が生まれるだけでなく、上と下というめったに認識されない環境との対話も生じさせようとする意図がある。それは、コンクリート仕上げの寒々とした不透明さとは異なり、移り変わる環境を表している。

「立体テラス」はこの場に丘ができたと考えて良い。時間をかけて緑化され、都市の小さなランドスケープとなるであろう。

4. おわりに

本プロジェクトでは、クライアントである医師群が、既存の医療制度・医療施設・医療空間が有していたホスピタル・エッジを溶解するという基本コンセプト、癒しの場としての医療施設ではそこで行われる活動や関わり方も人々によって様々であるということについて、深い理解を得ながら計画・設計が進められた。

ここで具現化された、都市空間と医療施設・待合室と診察室・医師と患者といった直線的な体験と境界、つまりホスピタル・エッジを溶解し得る幾つかの建築的な仕掛けが、今後、変化と成長を許容し、医療行為と人間とをゆるやかに漸近させていくことを願っている。

注

1) 日本における医療施設とは医療法(昭和23年法律第205号)に定められている病院(患者20人以上の入院施設を有するもの)・一般診療所(患者の入院施設を有しないもの又は患者19人以下の入院施設を有するもの)・歯科診療所を指している。また、現在、病院が約9,000施設、診療所が約97,000施設あるとされている(医療施設動態調査、厚生労働省、平成18年10月)。1ベッド当たり人口は76人であり、171人の米国、607人の韓国、4545人のバングラデシュと比較しても人口に対してのベッド数が非常に多い状況でもある。

2) フローレンス・ナイチンゲール、看護覚え書き、ナイチンゲール著作第1巻、現代社、1975。ナイチンゲールは、「病気を注意して見つめているとき、それは個人の家であっても公共の病院であっても、経験豊かな観察者を非常に強くひきつけることがある。それは、その病気につきもので避けられないと一般に考えられている症状や苦痛などが、実はその病気の症状などでは決してなくて、全く別のことからくる症状、すなわち新鮮な空気とか陽光、暖かさ、静かさ、清潔さ、食事の規則正しさと食事の世話などのうちのどれか、または全部が欠けていることから生じる症状であることが非常に多いということなのである。」とした。また、ナイチンゲール病棟は30-32床の大部屋であったが、看護師が中央のデスクを基点に働いていた看護師が働いているところを患者が見ているので、自分に用事があって呼んですぐ来てくれなくても不満は少なく、病室が壁で仕切られている病棟より評判が良かったという調査結果もあった。

3) 参考文献3。

4) E. ゴッフマン、アサイラム - 施設被収容者の日常世界、誠信書房。ゴッフマンは、「全制的施設(Total Institutionとは、多数の類似の境遇にある個々人が、一緒に相当期間に渡って包括社会から遮断されて、閉鎖的で形式的に管理された日常生活を送る居住と仕事の場、と定義できる。」とした。長らく医療における判断は、それぞれの医師の良心に任されてきた。しかし、第二次世界大戦以降、その判断は、人権に発する要求であることから、原則としてその決定権は患者にあるという考え方に変わり、現在は、医療者はそれを援助する存在である、と考えられるようになっている。そして、それまで閉ざされていた医療行為が社会的なものとして開かれたものとなっていくようにと求められている。「患者の権利章典」(アメリカ病院協会1972)や「リスボン宣言」(世界医師会1981)などにも詳しい。

5) I. イリイチ、脱病院化社会 - 医療の限界、晶文社、1979。イリイチは「現代の医療が住民全体の健康に対して示す脅威は、交通量と交通強度が稼働性に対して示す脅威、教育と伝達手法が学習に対して示す脅威、都市化が自己の家を建てる能力に対して与える脅威と類似のものである。いずれの場合にも、主要な制度的努力は反生産的に転化する。交通における、時を消費する加速化、騒々しく混乱したコミュニケーション、より多くの人々により高い技術的能力を身につけさせ、全体的には無能力である専門馬鹿を目指して訓練する教育、これらすべては医療による医原病の生産とよく似た現象である。いずれの場合も、主要な各分野の制度は、それがつくり出し、技術的な手段を与えた特定の目的から社会の方向をずらしてしまうのである。」とした。

6) 江戸初期の「平山城肥後邦熊本城廻絵図(熊本県立図書館蔵)」や「熊本総絵図(文久元年以後)」に詳しい。

参考文献

1) 多木浩二、生きられた家、岩波書店、2001
2) 長澤泰、建築地理学、東京大学出版会、2007
3) 田上健一、拡張する住宅、三省堂書店、2004

建築データ

診療内容
診療科目：内科・消化器科・放射線科
診療時間：
休診日：日曜日
従事者人員：医師３人、スタッフ７人
患者用駐車場：13 台

所在地／熊本市通町 23
主要用途／診療所

設計
設計／田上健一
設計協力／九州大学田上研究室（岡田祐介、熊澤智宏）
構造／戸田巧建築研究所（戸田巧、福島めぐみ）
設備／九電工（空調管：松下宏、電気：下川哲二）
地質調査／南九調査開発（井長良一）
照明／松下電工（小林和夫）
外構／ST 環境設計（徳永哲、中原雄一朗）

施工
小竹組
担当／大堂雄一郎、船島健三
設備／九電工熊本営業所（空調管：吉田幸治、電気：笠原治）
鉄骨／西日本鐵鋼（工藤勲、森山学）
医療機器／東芝メディカルシステムズ（新藤利徳）
オートドア／ミリオン（昭和建産）
家具製作／ナスク
トップライト／日本トップ工業
外構／上田造園（上田精二）
サイン／アド企画センター（桂健士）

構造・構法
主体構造／鉄骨造
基礎／鋼管杭基礎（三誠 G-ECS パイル工法・216.3 φ× 7m）

規模
地上２階
軒高　7,650 ㎜　最高の高さ 7,650 ㎜（パラペット上端）
敷地面積／ 837.32 ㎡
建築面積／ 482.37 ㎡（建蔽率　法定 80％）
延床面積／ 601.97 ㎡（容積率　法定 400％）

工程
設計期間／ 2005 年 9 月～ 2006 年 6 月
工事期間／ 2006 年 10 月～ 2007 年 4 月

敷地条件
用途地域／商業地域（防火地域）　駐車場整備指定地区
道路幅員／南 10.4m　東 6.0m

外部仕上
屋根／改質アスファルト防水外断熱＋押さえコンクリート
外壁／押出成型セメント板（アスロック t60）
　　フッ素樹脂塗装（日本ペイント）
開口部／アルミカーテンウォール　アルミサッシ（トステム）
外構／燻し煉瓦 100 角（荒木窯業）

内部仕上
待合室
　床／床暖房　ホモニジアスビニル床タイル（タジマ）
　壁／ PBt12.5 ＋ 12.5 EP メディコ
　天井／ PBt12.5 ＋ 12.5 EP メディコ
診察室
　床／ホモニジアスビニル床タイル（タジマ）
　壁／ PBt12.5 ＋ 12.5 EP メディコ
　天井／岩綿吸音板
ギャラリー
　床／タイルカーペット
　壁／ PBt12.5 ＋ 12.5 EP メディコ
　天井／ PBt12.5 ＋ 12.5 EP メディコ

設備システム
　給水／水道直結給水方式
　空調／空冷ヒートポンプ　蓄熱型床暖房
　電気／受電方式　高圧受電 6,600V 屋外閉鎖型
　　オール電化型施設
　防災設備／自動火災報知設備　火災通報設備　誘導灯　非常照明

写真（写真 8,11,12,13,14 を除く）
　Britz Studio（石井紀久）