

病院建築에 대한 小考

李 特 求 — 서울市立大學 助教授

A STUDY ON THE HOSPITAL AND MEDICAL FACILITIES

Lee, Teuk Koo — Assistant Professor / The City University of Seoul

1. 序

인류는 그가 생겨나면서 질병과 끊임없이 투쟁하여 왔다. 人類歷史의 한 쪽은 질병을 추방하려는 인류의 노력으로 장식되어 왔다. 原始時代의 醫術이라고 하는 것은 土俗의이며 呪術의인 것이었다. 고대 동양에서는 神農氏가 있어 草根木皮의 藥性을 가리고(神農氏 嘗百草定藥性), 黃帝 軒輶式이 있어 治病의 理를 가리킨 이래 오늘날까지 漢方이라는 이름으로 면면히 이어오고 있으며, 고대 서양에서는 히포크라테스(그리스人)가 醫學을 가르치고 醫學의 基本精神를 세운 이래 갈레노스(로마人)를 거쳐 16세기에 이르러 비로소 現代醫學이 시작되었다. 그리고 19세기 이후는 급속한 발전을 거두어 科學文明의 발달과 더불어 오늘날의 醫學을 이루었으니 이른바 이것을 洋醫라고 일컫고 있다.

醫學이 고도로 발달한 오늘날에도 인간은 질병을 완전히 정복치 못하고 있으며 인류를 질병으로부터 구출하는 것이 세계적인 과제의 하나로 등장하게 되었다. 이것은 국민건강증진과 보건향상이 한나라의 富強을 뒷받침하는 가장 중요한 요소의 하나이기 때문이다. 社會保障과 預防醫學의 발달과 더불어 현대적인 醫療施設을 충분히 갖는 것이 가장 좋은, 이의 해결책이라 할 수 있다.

우리나라에 근대적인 醫療制度가 도입된지 근 1 세기가 되었고 최근의 경제발전에 힘입어 社會保障制度의 일환으로 醫療保險制度가 시행되어 많은 病院들이 건설되고 있지만 先進諸國에 비하면 아직도 미흡한 상태이다. 따라서 더많은 病院들이 건설되어야 할 것이다.

病院建築을 설계하는 데에는 專門

的인 연구와 지식이 필요하다. 世界各國의 醫療制度和 社會적·경제적·기타 諸般與件이 다르기 때문에 단순히 外國의 설계 예나 자료를 모방하는 것은 결과적으로 이용자나 경영자에게 커다란 불편과 不利益을 줄 것이다. 歐美各國에서는 病院建築의 연구가 國家의 支援下에 이루어지고 있다.

本稿에서는 病院建築의 기본적인 지식으로서 일반적으로 看過하기 쉬운 점, 즉 病院建築의 歷史的背景, 醫療制度의 비교, 醫療機關의 정의 및 시설기준, 의료기관 현황, 病院의 기능 등에 대하여 간단하게 記述하고자 한다.

2. 歷史的背景

가. 西歐病院의 歷史的背景

인류가 최초의 共同社會를 이루었을 때 벌써 환자를 모아 치료하는 시설을 가졌다는 증거가 있다. 醫療行爲는 항상 宗教儀式과 관련되어 왔으며 초기의 聖職者는 의사와 약사로서의 역할도 했다. B.C. 4000년 경에는 神이 그들을 치료한다고 믿었다. 그래서 Saturn(이탈리아의 農神), Asclepius(그리스의 醫藥의 神), Hygieia(그리스의 健康의 女神) 등을 위한 神殿을 특별히 建築하였다.

그리스와 로마時代에는 이들 神殿이 醫療行爲者(Practitioner)를 위한 醫學學校와, 관찰과 치료 중의 환자를 위한 장소로서 이용되어 일종의 病院性格을 띠긴 했지만 진정한 病院은 없었다. 이러한 것의 예로는 Epidarius에 있는 것을 들 수 있으며 이곳에는 치료용 浴室과 여행자들의 宿泊施設과 特殊治療室·相談室이 있었다. 역사적인 기록을 보면 그리스·이집트·

바빌로니아·인도에 이러한 유행의 建築物이 있었다는 것을 證明하고 있다.

初期基督敎時代에는 특히 近東地方에서 노쇠하거나 病弱한 여행자들을 무로로 돌봐주는 시설이 있었다. 그러나 그러한 奉仕機關은 病院이라고는 할 수 없었다. A.D. 4세기 경 로마帝國의 基督敎敎徒들은 나병환자·불구자·맹인·貧病者를 위한 病院(일종의 收容所)을 세웠다. 프랑스 리옹에 있는 Hotel Dieu는 A.D. 542에 세워졌고 아라비아王國의 病院들은 스페인·북아프리카·서아시아 등의 도처에 있었다. 최초의 看護職은 1155년에 조직된 聖Augustine의 修女들이었다고 생각할 수 있다.

중세 초기 博愛主義者들과 聖職者들이 기존건물에 환자를 치료하기 위한 소규모의 財團을 세우기 시작하여 15세기경까지엔 많은 病院들이 지어졌다. 이들 病院들은 때로는 잘 設計되어 충분한 채광과 통풍이 되게 하였고 患者用個室를 가지고 있었다.

Burgundy의 Hospice de Beaune는 바로 이러한 유행이었다.

중세 말경에는 보다 훌륭한 病院들이 세워졌다. 그리고 中世時代에 病院에서 內科醫와 外科醫의 작업의 분할이 생겼다.

文藝復興時代에 이탈리아에 대규모의 病院들이 세워졌지만 그 計劃的인 면에서는 아무런 진보가 없었다.

18세기에 유럽의 科學的 發展은 영국의 種豆法의 발견과 더불어 病院患者治療에 크게 반영되었으며 미국 등지에 많은 病院의 設립을 보게 하였다.

病院設計의 文藝復興時代라고 할 수 있는 때는 대략 1880년대에 발티모어에 Johns Hopkins病院을 計劃한 때부터이다. 1900년 파리의 Pasteur

Institute의 준공은 전염병 환자를 위한 病院을 計劃하는데 대한 혁명이라고 할 수 있다. 이들 病院이 세워진 이후부터는 경이적인 진보가 오늘날까지 계속되어 왔다.

나. 우리나라 病院의 歷史的背景
우리나라 上古醫學은 呪術的인 民間醫學이었으며 三國時代에 이르러 우수한 漢醫學이 도입되었고 불교의 傳來는 佛典과 더불어 印度醫說이 전래되어 이 시대의 醫療發展에 많은 영향을 주었을 것이다. 그 후 漢醫學은 우리나라 醫學의 根幹이 되었다.

醫療機關으로서는 고려 光宗 때 (963) 설치한 濟危寶, 文宗 때 설치한 東西大悲院, 그리고 睿宗 때 설치한 惠民局이 있어 주로 貧民患者를 치료하였다는 기록이 있으며 李朝初의 서민을 위한 救療機關으로서 고려시대의 명칭을 그대로襲用한 惠民局(惠民署)과 濟生院, 그리고 東西活人署(東西大悲院)을 두어 서민들에 대한 施療와 함께 醫學教育機關의 역할을 하였다.

우리나라에 西洋醫學이 소개된 것은 仁祖 때 (1645)에 독일인 선교사 아담·살의 醫書傳來에서 비롯된다고 할 수 있으며 西洋醫學이 이 땅에 발붙이기 시작한 것은 高宗 12년 江華島條約 이후 문호의 개방과 더불어 일본영사관이 일본 거류민을 보호한다는 구실 아래 高宗 14년 (1877) 부산에 西醫法에 의한 濟生醫院이 세워진 때부터이며 이후 점차로 원산에 生生病院, 인천에 일본병원, 서울에 日本館醫院들을 개설하게 되었다.

현대적인 病院의 시초라고 볼 수 있는 것은 1884~5년(高宗 21~22년)에 서울의 제동에 미국인 의사 H. N. Allen에 의하여 王立廣患院(濟衆院)을 둔 것이 그 시초이다. 이 病院은 그 후 갑오경장 이후 재정난으로 운영권이 미국선교회로 넘어가고 현 도동에 病院을 신축하여 세브란스病院으로 改稱하였으며 우리나라에 西歐醫學의 본격적인 소개와 醫學徒 양성에 큰 공헌을 하였다. 그 후 1899년(光武 3년)에 内部病院을 설립하고 그 이듬해 廣濟院으로 개칭하였으며 이곳은 西醫法에 의한 의료 이외에 漢醫方이 併設되어 있다는 것이 그 특

징이다. 일반환자 이외에 죄수의 진찰과 전염병자의 隔離病棟施設을 가지고 있었다. 또 1907년(光武 11년), 議政府直轄로 大韓醫院이 설립되었으며 이의 主業務는 ①治療部 ②教育部 ③衛生部로 나뉘어 치료 이외에 醫學教育和 公衆衛生도 관장하였으며 1909년에는 附屬醫學校를 두었다.

1909년 8월(隆熙 3년), 内部大臣 管轄로 빈궁자의 질병을 救療할 목적으로 地方慈善醫院이 개설되어 전주·청주·함흥의 3개소에 설치하고 그 다음해 7월 수원·공주·광주·대구·진주·해주·춘천·평양·의주·경성 등 10개소에 증설하여 그 업무를 확장하였다. 또 1909년(隆熙 3년)에는 8, 9월 경부터 유행하게 된 콜레라患者를 收容하기 위한 隔離病院으로서 그해 10월 인왕산 밑에 順化病院을 설치하였으며 이것은 그 후 改築하여 300余病床을 갖는 傳染病患者 전용병원으로 발전하였다. 이보다 앞서 1905년(光武 9년)에는 大韓赤十字會社에 의하여 大韓赤十字病院이 설립되었다.

이렇듯 유럽과 미국 등의 先進諸國의 現代醫學技術이 도입되고 醫學教育이 활발하여지자 醫學教育機關에 併設되는 附屬病院을 비롯하여 各道立病院·赤十字病院 등이 설립되었으며 慢性疾患인 결핵·나병患者들의 收容治療를 위한 大規模療養所 등이 설립되었다.

특히 해방 이후 6·25동란을 계기로 외국의 발달된 醫療技術援助는, 醫療技術의 발전은 물론 病院制度의 많은 확충과 개선을 가져 왔으며 病院建築分野에도 많은 진보를 가져 왔다. 또 各野戰病院 및 後方의 各軍病院과 戰災民을 위한 救護病院 등 많은 病院施設들을 時局의 요청에 따라 각지에 설치하게 되었다. 우리나라의 病院施設은 이러한 과정 속에서 획기적인 진보와 발전과 향상을 보여 주었는데 특히 외국의 원조로 신축 또는 복구된 각지의 病院들은 보다 새로운 病院体制와 대규모의 건축으로 企劃되었다. 國立結核病院·各大學附屬病院·國立精神病院·國立醫療院 등은 종래 同種의 어느 病院보다도 대규모의 建物로 이룩되었고 현대적인 醫療施設의 發展

상을 보여 주고 있다. 특히 서울의 國立醫療院은 스칸디나비아 3國의 U-NKRA 援助로 建設된 病院으로서 500病床을 보유한, 당시 한국 최대 규모의 시설이었으며 現代式病院의 모범으로 한국 의료사업 발전에 크게 기여하였다. 1970년대 이후 경제발전 때 큰 국력신장으로 大學病院 등을 중심으로 한 많은 超現代施設을 갖춘 病院들이 건설되어 의료의 質的向上을 가져 왔다. 또한 1979년 1월부터 시작하여 연차적으로 擴大施行되어 온 醫療保險의 시행은 기존 醫療制度의 개혁과 아울러 施療人口의 증가를 가져와 더욱 많은 병원의 건설을 필요로 하게 되었다.

3. 醫療制度의 比較

국가마다 정치·경제·사회·문화 및 지역적 특색에 따라 각각 독특한 의료제도를 택하고 있다. 여기에서 대표적인 美·英의 의료제도와 우리나라의 의료제도를 살펴보기로 하자.

가. 英國의 醫療制度

醫療은 원칙적으로 國營이며 모두 무료의 診療서비스가 행하여지고 그 범위는 예방에서부터 社會復歸에 이르기까지 한다. 주민은 保健醫로 등록되어 있는 一般醫 중에서 担当醫師(家庭醫)를 선정한다. 家庭醫는 그 가족의 醫療保健의 책임을 지며 專門診療를 필요로 할 때는 환자를 地區病院이나 地域中心病院으로 보낸다. 그들은 자기 진료소에서 일을 하고 있으나 될 수 있는대로 신설된 보건소에서 팀을 만들어 활동하는 것이 장려되고 있다. 地域中心病院과 地區病院은 父子의 관계와 같아서 조직적인 醫療保健施設網을 구성하여 父病院은 검사·대수술·어려운 X線治療 및 세탁·약품구입·製劑·修理工의 파견 등을 맡고 있다. 따라서 子病院은 이러한 特殊施設을 갖출 필요가 없다. 그리하여 그것으로 인한 인원도 절약되고 入院機能을 완수할 수 있다. 이것을 Group Administration이라고 한다. 또 病院이 개별적인 경영이 아니므로 지역의 父病院·子病院, 또는 정신병원·결핵병원은 말할 것도 없고 産科·소아·老人·慢性病·回復期 등을 위한 專門病院이 있고 서로가 연

관되어 각기의 특색을 발휘하고 있다.

나. 美国의 医療制度

의사는 원칙적으로 독립된 開業医로 각각 Office(診療所)를 갖고 있으며 다수는 동시에 Part Time制로 자기가 등록된 병원에서 자기의 환자를 진료한다. 환자는 Office에서 진료를 받고 필요에 따라 上記病院의 病床과 診療施設을 이용하며 의사에 대해서는 診療料를, 병원에 대해서는 設備의 사용료를 지불한다. 따라서 병원은 入院施設과 附屬診療施設(手術·X線·檢査·物療 등)을 설비하면 되고 원칙적으로 外来診療部를 가질 필요는 없다. 外来診療部를 가질 경우 대부분은 慈善的인 施療에 應答되며 登錄醫師가 無報酬로 Service한다. 한편 도시에서는 각종 開業医의 Office가 모여서 外来만의 병원이라 할 수 있는 진료센터를 형성할 때도 있다. 專門醫가 있는 병원은 施療를 많이 취급하는 州立病院 등에 한정되며 미국의 主流가 되는 篤志病院에서는 修練中의 Resident가 있을 뿐이다. 이와같이 Office나 병원에서나 의사는 Part Time 근무가 원칙적이므로 매일 오전·오후는 각각 1 Session으로 시

간을 만들어 몇명의 의사가 1개의 진료실을 교대로 사용하는 조직으로 되어 있다.

健康保險制度는 Blue Cross 등의 民營이 있고 병원간의 조직은 영국과 같이 철저하지 않다.

다. 韓國의 醫療制度

開業医와 病院醫가 뚜렷이 나누어져 있어 병원(Clinic-診療所)과 병원간의 유대는 없다. 同一地域에 있는 병원간에도 별로 조직화가 되어있지 않고 經營主体도 여러가지 있으나 私立病院(주로 大學附屬病院)이 발전된 것이 많으며 어느 병원이나 개별적으로 운영되고 있어 성격상 현저한 특색은 볼 수 없다. 환자는 가까운 開業医를 이용하거나 유명한 開業医를 찾는 경우가 많다. 그러나 입원과 특수요양을 요할 경우, 開業医를 통하여 병원에 소개되는 일은 극히 드문 일이며 대개는 환자 스스로가 직접 병원을 선택하여 찾아가는 것이 보통이다. 그러므로 처음부터 병원의 外来診療部를 이용하는 환자가 많아지며 大病院일수록 큰 外来部를 갖게 된다. 즉 환자는 輕症일 경우에도 醫院을 이용하지 않고 病院을 이용하므로 外来部

는 혼잡하여 좋은 Service를 할 여유가 없게 된다. 開業医는 병원의 診療施設을 이용할 수 없으며 病院醫는 Full Time 근무로 病院外에서의 의료가 허가되지 않는 것을 원칙으로 한다. 또 醫療保險의 실시로 大病院에 환자의 집중을 막기 위해 保險患者診療에 대하여 병원의 조직화가 시도되고 있으나 제도적 결함때문에 잘 시행되지 않고 있다.

이상에서 비교한 바와 같이 외국에서는 病院施設을 이용하거나 입원하려 할 때 救急患者를 제외하고는 一般醫 또는 家庭醫를 통하여 병원을 이용하게 된다. 이것은 국가 또는 지방의 재정으로 고도로 설비한 병원의 이용자를 一般醫에 의해서 한번 濾過시킨 다음에 이용하게 하는 것으로서 그 시설이 효율적으로 이용되고 있다고 할 수 있다. 따라서 우리나라의 경우와는 근본적인 차이가 있으므로, 先進諸國의 醫療施設이 발달하였다 하여 이러한 제도적인 차이를 파악하지 못한채 無批判的으로 이들을 받아들여 病院設計에 임하려고 한다면 많은 무리와 不合理的인 문제를 야기시킬 것이다.

表 1 의 료 기 관¹⁾ 분 포 상 황 (Distribution of Medical Facilities)

단위 : 개소

계	Total	병 의 원 Hospital and Clinic			특 수 병 원 Specialized Hospitals			치과병의원 Dental Hospital and Clinic		한방병의원 Oriental Medical Hospital and Clinic		부설의원 ²⁾ Dispensary	조 산 소 Midwifery Clinic
		종합병원 General Hospital	병 원 Hospital	의 원 Clinic	결 핵 Tuberculous Hospital	나 Leprosy Hospital	정 신 Mental Hospital	치과병원 Hospital	치과의원 Clinic	한방의원 Hospital	한 의 원 Clinic		
1981	12,233	89	256	6,604	4	1	7	3	2,155	11	2,345	278	480
서울특별시	4,964	34	71	2,374	1	—	4	2	1,170	5	1,097	79	127
부산직할시	1,480	8	27	844	—	—	—	—	215	1	250	43	92
대구직할시	731	4	6	441	—	—	—	—	131	3	118	12	16
인천직할시	354	4	9	190	—	—	—	—	58	—	63	10	20
경 기도	869	3	33	484	—	—	1	—	123	—	162	23	40
강 원 도	350	6	7	198	—	—	—	—	37	—	63	13	26
충 청 북 도	303	1	9	171	—	—	—	—	39	—	61	10	12
충 청 남 도	727	4	15	403	1	—	—	—	95	—	172	12	25
전 라 북 도	449	5	6	279	—	—	1	—	44	1	90	5	18
전 라 남 도	657	6	30	440	1	1	1	1	61	1	49	22	44
경 상 북 도	509	6	17	301	—	—	—	—	74	—	85	21	5
경 상 남 도	736	8	18	409	1	—	—	—	96	—	128	26	50
계 주 도	104	—	8	70	—	—	—	—	12	—	7	2	5

주 : 1) 의료법 제 3 조에 의한 분류임.

2) 사무기관 또는 산업노동기관에 부설된 의원임.

4. 醫療機關의 定義

医療法 제 3 조에 의하면 “醫療機關”이라 함은 醫療人이 公衆 또는 特定多數人을 위하여 醫療·助産의 業을 행하는 것을 말한다고 규정하고 있으며 醫療機關의 種別은 綜合病院·病院·齒科病院·漢方病院·醫院·漢醫院 및 助産所로 나눈다. “綜合病院”이라 함은 醫師 및 齒科의사가 의료를 행하는 곳으로서 入院患者 80인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 診療科目이 적어도 內科·一般外科·小兒科·産婦人科·放射線科·麻醉科·病理科 및 齒科가 설치되어 있고 各科마다 필요한 專門醫를 갖춘 醫療機關을 말한다. “病院”·“齒科病院” 또는 “漢方病院”이라 함은 醫師·齒科의사 또는 한의사가 각각 그 醫療를 행하는 곳으로서 20인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖춘 醫療機關을 말한다. 다만 齒科病院만은 그 入院施設의 制限을 받지 아니한다. “醫院”·“齒科醫院” 또는 “漢醫院”이라 함은 醫師·齒科의사 또는 한의사가 각각 그 醫療를 행하는 곳으로서 진료에 지장이 없는 시설을 갖춘 醫療機關을 말한다. “助産所”라 함은 助産員이 助産과 妊婦·解産婦·産褥婦 및 新生兒에 대한 보건과 養護指導를 행하는 곳으로서 助産에 지장이 없는 시설을 갖춘 醫療機關을 말한다.

5. 醫療機關現況

우리나라 醫療機關現況은 保健社會部統計(82년도)에 의하면 表 1과 같으며 病床數는 圖 1과 같다. 여기에 의하면 全國의 의료기관은 12,233개소로서 總病床數는 65,283 病床을 보유하고 있다. 이것은 우리나라 總인구(80년 11월 현재—37,449千名)를 기준으로 볼 때 病床當人口 574명으로 諸外國(미국—160名/床, 일본—106名/床, 서독—80名/床, 스위스—90名/床, 영국—120名/床)과 비교하여 볼 때 엄청난 격차를 면치 못하고 있다. 최근 많은 醫療施設들이 세워지고 있는 것은 다행한 일이지만 人口증가와 醫療保險擴大에 따른 醫療施設의 수요는 보다 증대될 것임으로 長期計劃에 의한 病院建設은 國家的인 과제의 하나가 되고 있다.

圖 1 의료기관별 병상수(1981)
Number of Beds by Medical Facilities (1981)

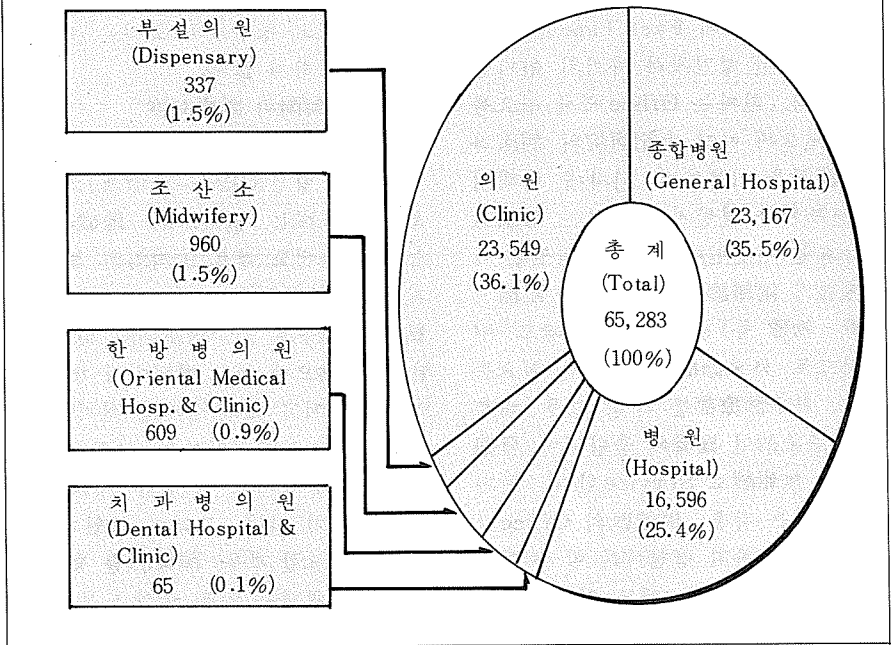


表 2 醫療機關別施設基準

(1977. 8. 16 改正)

시 설	종합병원과 병상 80개 이상의 병원	병상 80개 미만의 병원	치과병원	한방병원	의원	치과의원	한의원	조산소
1. 진료실	각과별로 1	각과별로 1	각과별로 1	각과별로 1	각과별로 1	1	1	1
2. 입원실	병상 80개 이상 수용가능 입원실	병상 20개 이상 수용가능 입원실	병상 10개 이상 수용가능 입원실	병상 20개 이상 수용가능 입원실	병상 20개 미만 다만, 진료 또는 전문과목이 산부인과 인의원은 병상 3개 이상 20개 미만 수용가능 입원실	병상 10개 미만	병상 20개 미만	(분실 검용)
3. 요양실								1
4. 수술실	1 (외과계 과목이 있는경우에 한함)	1 (외과계 과목이 있는경우에 한함)						
5. 산실	1 (산부인과에 한함)	1 (산부인과에 한함)						
6. 처치실	1	1 (응급실 검용)	1 (응급실 검용)	1 (응급실 검용)				
7. 응급실	1							
8. 임상검사실	1	1	1					
9. 약물관리검사실								

10. 방사선장치	1	1	1				
11. 마취준비실	1 (외과계 과목이 있는경우 에 한함)						
12. 회복실	1 (외과계 과목이 있는경우 에 한함)						
13. 물리치료실	1 (외과계 과목이 있는경우 에 한함)						
14. 한방요법실				1			
15. 병리해부실	1						
16. 약제실	1	1	1				
17. 조제실				1	1		
18. 약 실						1	
19. 치과기공실	1 (종합병 원에 한 함)		1				
20. 대기실	1	1	1	1	1	1	1
21. 중앙공급실	1						
22. 의무기록실	1						
23. 소독시설	1	1	1	1	1	1	1
24. 급식시설	1	1	1	1			
25. 난방시설	1	1	1	1			
26. 급수시설	공공급수 시설 1 자가급수 시설 1	공공급수 시설 1 자가급수 시설 1	공공급수 시설 1 자가급수 시설 1	공공급수 시설 1 자가급수 시설 1			
27. 세탁시설	1	1		1			
28. 오물처리시설	1	1	1	1			
29. 연구실	1						
30. 회의실	1						
31. 도서실	1						
32. 시체실	1						
33. 적출물관리시설	1	1	1	1			
34. 적출물소각시설	1						
35. 탕전실				1			
36. 구급자동차	1	1					
37. 자가발전시설	1	1	1	1			
38. 구급낭	1	1	1		1	1	1

- ① 病棟部 (Ward)
- ② 中央診療部 (Adjunct Diagnostic & Treatment Facilities)
- ③ 外来診療部 (Out Patient Department)
- ④ 管理部 (Administration Department)
- ⑤ 서비스部 (Service Department)
- ⑥ 宿舎 (Dormitory)

등과 같은 Block으로 나누어 구성할 수 있다. 그 중 ①~③은 病院独自の 활동을 하는 부문이고 ④~⑤는 그 運營을 支持하는 부문이다. 中央診療施設의 내용은 진단·진료 및 보급(Supply) 등의 시설을 포함하지만 원래 中央이란 말은 病棟部·外来部の 中央에 있는 것으로, 診斷施設을 中央化한 것을 의미하며 일본에서 불리어진 명칭이고 미국에서는 附屬診療施設(Adjunct Diagnostic and Treatment Facilities)라고 부르고 있다. 이것은, 미국에서는 外来部가 病院의 필수시설이 아니기 때문이며 단지 병동에 부속된 시설로 취급되고 있다. 또 中央診療施設이라는 말로서 總括되고 있는 시설은 결코 전체로서 하나의 總합된 기능을 갖는 것이 아니며 제각기 단독적인 것의 集計이므로 오히려 附屬施設이라는 명칭 쪽이 타당할는지 모른다는 의견도 있다.

病院各部의 構成

(1) 病棟部

病種에 따라

㉑ 一般病棟 (内科系·外科系·産科·小兒 및 混合看護單位로 구성)

㉒ 特殊病棟 (結核·伝染病·精神病의 看護單位로 구성)

病勢와 看護度에 따라

㉓ Intensive Care Units (I.C.U)

㉔ Intermediate Care Units

㉕ Self-Care Units

㉖ Long-Term Care Units

(2) 外来診療部

㉗ 接受·會計 등의 事務

㉘ 各科診療室

㉙ 救急処置室

㉚ 待合 Space

(3) 中央診療施設

㉛ 検査部

㉜ 放射線部

6. 医療機關施設基準

医療機關의 施設基準 및 施設規格은 医療法施行令 제22조에 규정하고 있다. 表 2는 医療機關別施設基準이다.

7. 病院의 機能 및 構成

綜合病院·病院의 기능을 한마디로 말한다면 “社會의 縮小物”이라 할 수

있다. 즉 출생·치료·검사·연구·교육·숙식·사망·장례·각종 비즈니스·경영 등이 사회에서 발생할 수 있는 各種行사가 남녀 노소·환자와 의사, 경영자와 이용자, 생산자와 소비자 등 다양한 계층간에 발생되며 24시간 주야로 가동되는 곳이다. 이러한 病院의 여러가지 기능을 크게 분류하면

- ㉔ 物理治療部 ㉒ 手術部
- ㉕ 分娩部 ㉓ 中央材料部
- ㉖ 藥局 ㉔ 輸血部
- (4) 管理部
- ㉗ 管理關係
- ㉘ 事務
- ㉙ 醫務
- (5) Service 部
- ㉚ 廚房 ㉕ 洗濯室
- ㉛ 機械關係諸室 ㉖ 厚生施設
- ㉜ 施設維持를 위한 諸室

(6) 宿 舍

- ㉝ 醫師宿舍
- ㉞ 職員宿舍
- ㉟ 看護員宿舍

이상의 各部의 구성을 도표로 나타낸 것이 圖 2·3이다.

8. 結 言

이상과 같이 醫療施設과 病院에 대하여 概念的인 考察을 하였으나 한정된 지면이기 때문에 不充分한 것이 많으리라 思料되며 病院 各部의 設計에 대한 詳細한 考察은 다음 기회로 미루고자 한다.

参 考 文 献

1. 李海成·金光文
“中小病院의 標準化에 關한 研究”
1980
2. Talbot Hamlin, F. A. I. A.
“Forms and Functions of 20th -
Century Architecture” Vol. IV
3. Alden B. Mills
“Functional Planning of General
Hospitals” 1969
4. Rex Whitaker Allen
“Hospital Planning Handbook”1976
5. 李特求
“救急醫療施設에 대한 研究” 建築
(建築学会誌 26卷 107号) 1982
6. 金斗鍾
“韓國醫學史”
7. 洪承奎
“韓國醫療制度에 關한 研究” 1970
8. ENCYCLOPAEDIA BRITANNI-

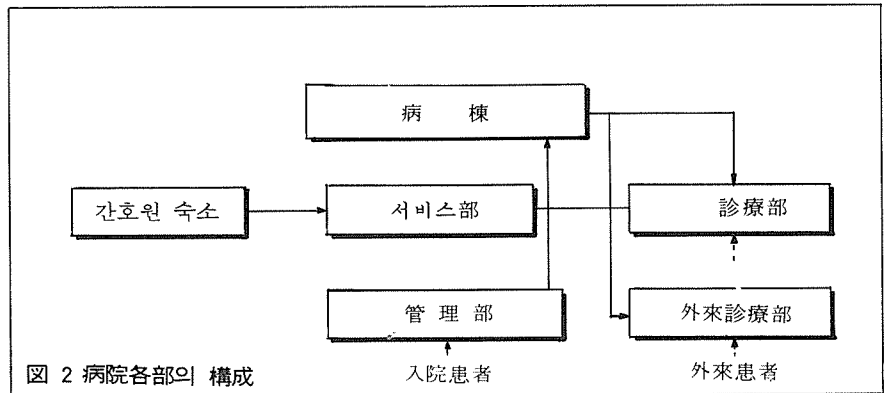


圖 2 病院各部의 構成

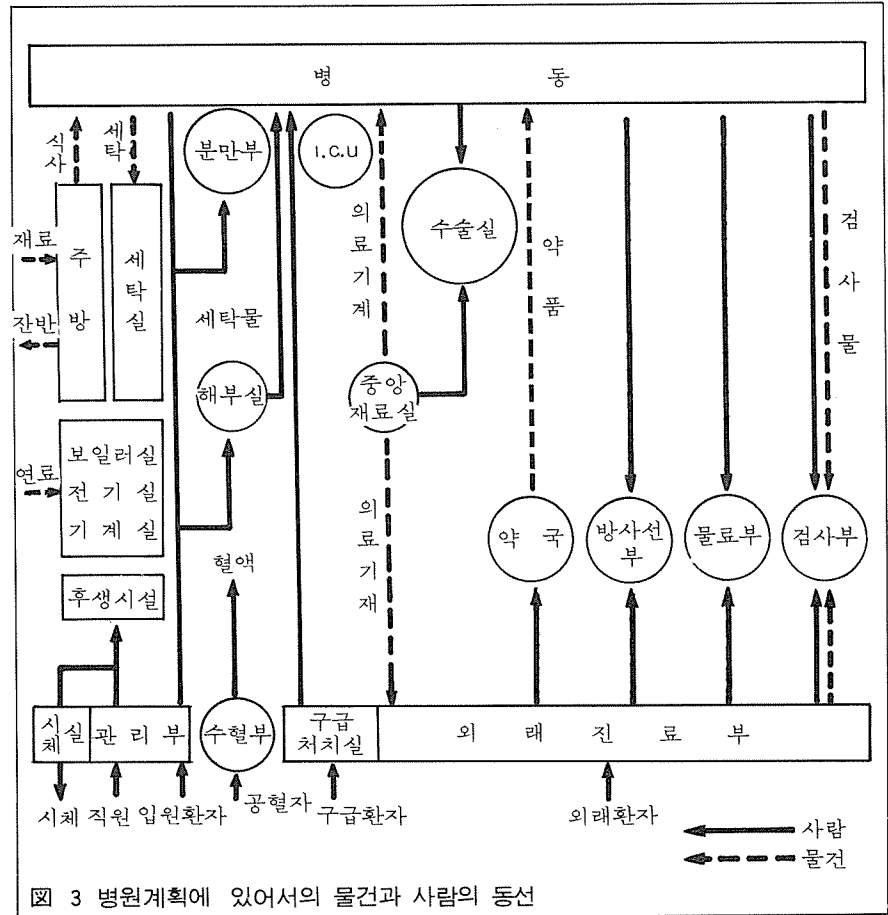


圖 3 병원계획에 있어서의 물건과 사람의 동선

9. 法典(醫療法 및 同施行令) 玄岩社:
1982
10. “建築設計資料集成” Vol. 2 彰國社:
11. 保健社會部
“保健社會統計年報” 1982
12. Louis G. Redstone, F. A. I. A.
“Hospitals and Health Care Fac-
ilities” 1978
13. Wheeler E. Todd, F. A. I. A.
“Hospital Design and Function”
1964
14. Isadore Rosenfield
“Hospital Architecture and Beyo-
nd” 1969
15. Peter Stone
“British Hospital and Health-care
Buildings” 1980