

유럽 綜合病院의 建築的 特性과 傾向에 관한 研究

A Study on the Architectural Characteristics and Trends of General Hospital in Europe

文昌浩*

Moon, Chang-Ho

Abstract

This study is intended to understand the architectural characteristics and trends of general hospitals in Europe. The Observations, interviews with the staff, and analyses of related materials were executed through the study-visits of sample hospitals. Some results of the study could be summarized as follows :

(1) The architectural characteristics of sample hospitals could be described as the realization of horizontal design concept, application of urban design method, specialization of service departments, intergration of facility design, and planning for the emergency & disaster.

(2) The architectural trends of sample hospitals could be suggested as the decentralization of functions, promotion of building standard, enhancement of interior space, consideration of environment, and autonomous management & operation of facilities

(3) The humanistic and environmental approaches from european hospitals would be preferably applicable rather than the popular concept of automation, ultra-modernization and mega-structure in Korea. First of all, the bed-center and proper facilities for disaster should be considered.

키워드 : 종합병원, 유럽병원

1. 序 論

1.1 研究目的

현대사회에서 醫療는 人間の 基本的인 欲求의 하나로 인식된다. 우리나라에서는 1977년 醫療保險制度이 실시되고 경제수준이 향상되면서 폭발적인 의료수요가 발생하고, 이에 따른 의료시설의 확대가 뒤따르고 있다. 최근 수도권을 중심으로 대형 종합병원들이 경쟁적으로 개원하고 있다. 또한 역사가 오래된 大學病院들이 分院建立이나 再建築을 통하여 병원시설을 확

충하거나 현대화할 움직임도 보인다.

우리나라는 향후 상당기간 醫療施設의 量的 擴大가 불가피할 것으로 예상된다. 유럽의 여러나라는 70년대에 이미 量的 擴張의 弊害를 경험하였다. 그들의 이러한 施行錯誤를 그대로 답습하지 않기 위한 우리의 노력이 필요하다. 즉 의료시설 계획에 있어서 醫療環境의 質의 向上도 염두에 두면서 量的인 問題를 解決해 나가는 지혜가 요구된다고 본다.

21세기 초기의 우리나라 年間 國民總生産額은 \$20,000 정도로 현재 유럽의 경제수준이 될 것으로 추산된다. 따라서 21세기를 눈 앞에 두고 있는 현 시점에서, 오랜 歷史와 傳統을 갖고 있는 유럽의 병원건축을 분석해보는 것은 의미있

* 理事, 群山大 建築工學科 助教授, 工學博士

이 논문은 1994년도 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음

는 일일 것이다.

본 연구자는 1992년 6월부터 1993년 8월까지 스웨덴의 왕립공대 건축과와 벨기에의 루벵대학 건축과에서 病院建築 研究에 대한 포스트닥 연수를 하였다. 그 과정에서 유럽의 대표적인 병원 50여개를 방문 답사하였다. 답사한 병원의 建築의 特性과 傾向을 분석정리하여 우리나라 병원건축이 나아갈 방향에 참고하고자 한다.

1.2 研究內容 및 方法

주요 研究內容은 답사한 유럽 8개국 소재의 대표적인 綜合病院을 대상으로 건물의 전반적인 형태, 구성 및 배치, 外部 動線計劃, 시설의 운영방향, 供給部署(중앙공급부, 세탁부, 급식부, 침대센터 등)의 構成, 공공공간에서 디자인의 요소 등에 대한 特性과 傾向을 분석하는 것이 된다.

대상병원들을 방문 답사하는 과정에서 행한 관찰과 인터뷰 내용을 기초로 하고, 이후 病院當局이나 建築事務所를 통하여 입수한 자료를 참조한다. 또 대상병원이 건축관련 잡지에서 다루어진 경우에는 그 내용도 포함시킨다.

앞으로의 病院建築 方向을 예상해 보고자 스웨덴 스톡홀름 소재 建築事務所(Bo Castenfors), 프로그래밍 專門會社(Sensia), 벨기에 루벵 소재 建築事務所(Archiduck), UIA PHG(公衆保健그룹) 상임위원인 Mr Sahl 등을 방문하여 의견을 교환하였다.

研究對象으로는 벨기에, 독일, 덴마크, 프랑스, 노르웨이, 네델란드, 스웨덴, 핀란드 등의 신축된 주요 병원들이 선정되었다. 對象病院은 스톡홀름 왕립공대 건축과의 Sven Thiberg교수, 루벵대학 건축과의 Jan Delrue교수, UIA PHG의 Mr Sahl, 동료 연구원인 Mr Alan Dilani 등의 추천을 받았다.

研究方法으로는 답사기록을 定理 分析하고, 촬영해 온 슬라이드를 선별하여 참조하며, 대상병원 관련 圖面, 論文이나 記事들을 분석한다. 답사한 병원에 대하여 새로운 建築의 概念이나 試圖을 분석하여 건축적 특성과 경향을 밝힌다.

2. 國家別 踏查病院 및 概要

2.1 벨기에(B)

- B-1. 루벵 대학병원(Universitair Ziekenhuis K.U.Leuven) : 1969년, 915병상, -, 低層/高層-分散型
- B-2. 성 안 병원(St-Jansziekenhuis, Henk) : 1974년, 750병상, 63,000㎡, 中層-分散型

2.2 독일(D)

- D-1. 아헨공과대학 병원(RWTH Klinikum, Aachen) : 1984년, 1582병상, 242,000㎡, 中層-分散型, 하이테크 외관, 中庭, 공급센터
- D-2. 오스나브뤽 시립병원(St dtisch Kliniken Osnabr ck) : 1991년, 583병상, 49,000㎡, 低層-水平型, 病院街路(hospital street)
- D-3. 아샤펜브르크 병원(Klinikum Aschaffenburg) : 1989년, 676병상, 51,000㎡, 低層-水平型, 경사지 이용
- D-4. 밤베르그 병원(Klinikum Bamberg) : 1984년, 833병상, 85,000㎡, 비석형, 공급센터

2.3 덴마크(DK)

- DK-1. 헬레브 코펜하겐 지구병원(København's Amtssygehus i Herlev) : 1976년, 988병상, 178,000㎡, 低層/高層-分散型, 대담한 색채계획, 공급센터
- DK-2. 슬라겔세 중앙병원(Centralsygehus i Slagelse) : 1980년, 439병상, -, 低層-水平型, 아트리움 病院街路 및 廣場
- DK-3. 오벤로 병원Å(benrå Sygehus) : 1992년, 135병상, 24,000㎡, 低層-水平型, 아트리움 病院街路, 공급센터

2.4 프랑스(F)

- F-1. 로베르드브레 병원(L'hopital Robert Debré, Paris) : 1988년, 508병상, 80,000㎡, 高層-集中型, 셋백 및 조소적형태, 아트리움 病院街路

2.5 노르웨이(N)

N-1. 트롬쇠 지역병원(Regionsykehuset i Tromsø) : 1991년, 500병상, 67,000㎡, 低層-分散型, 경사지 이용

2.6 네델란드(NL)

NL-1. 성 요셉 병원(Sint Joseph Ziekenhuis, Veldhoven) : 1990년, 500병상, 46,000㎡, 低層-水平型

NL-2. 우트레흐트 대학병원(Academisch Ziekenhuis Utrecht) : 1989년, 800병상, 217,000㎡, 低層-水平型, 아트리움 病院街路

NL-3. 마스트리흐트 대학병원(Academisch Ziekenhuis Maastricht) : 1991년, 650병상, 101,000㎡, 低層-水平型, 아트리움 病院街路

NL-4. 암스테르담 대학병원(Academisch Medisch Centrum, Amsterdam) : 1983년, 950병상, 219,000㎡, 비석형, 아트리움 病院街路 및 廣場

NL-5. 워터란트 병원(Waterlandziekenhuis Purmerend) : 1988년, 300병상, 25,000㎡, 低層-水平型, 아트리움 病院街路

NL-6. 스트리크 병원(Streekziekenhuis DE HONTE Terneuzen) : 1988년, 290병상, 22,000㎡, 低層-水平型, 病院街路

2.7 스웨덴(S)

S-1. 외레브루 지역병원(Regionssjukhus Jönköping) : 1983년, 950병상, 110,000㎡, 低層/高層-分散型, 아트리움 病院街路, 공급센터

S-2. 룬셰핑 지구병원(Länssjukhuset RYHOV i Jönköping) : 1988년, 521병상, 160,000㎡, 低層-水平型

S-3. 칼마 중앙병원(Centrallasarettet i Kalmar) : 1990년, 230병상, 31,000㎡, 高層-分散型, 공급센터

S-4. 비스비 병원(Visby Lasarett) : 1992년, 220병상, 43,000㎡, 低層-水平型, 원형-1

인명실 병동

S-5. 함스타드 지구병원(Länssjukhuset i Halmstad) : 1989년, 455병상, 56,000㎡, 高層-分散型

S-6. 룬드 대학병원(Lasarettet i Lund) : 1969년, 1,400병상, -, 高層-集中型, 병동 2000년 프로젝트

S-7. 위스타드 병원(Lasarettet i Ystad) : 1988년, 150병상, -, 低層-集中型, 아트리움 中庭

S-8. 슌스발 병원(Sundsvall Sjukhus) : 1975년, 1,100병상, 265,000㎡, 비석형, 다익형 지층부

S-9. 노르셰핑 병원(Lasarettet i Norrköping) : 1987년, 480병상, 100,000㎡, 低層-水平型

2.8 핀란드(SF)

SF-1. 페이야스-레콜라 병원(Peijas-Rekola Sairaala, Helsinki) : 1990년, 320병상, 21,000㎡, 低層-分散型, 경사지 이용

SF-2. 올루대학 중앙병원(Oulun Ylipistöllinen Keskussairaala) : 1975년, 1,137병상, 143,000㎡, 低層/高層-分散型

SF-3. 세이네요끼 중앙병원(Seinäjoen Keskussairaala) : 1977년, 830병상, 111,000㎡, 低層-水平型

3. 유럽 病院의 建築的 特性

3.1 水平的 概念의 病院

病院의 形態는 유럽 도시나 마을의 전반적인 분위기와 잘 어울리는 低層의 水平的 病院이 주를 이룬다(D-2, D-3, DK-2, DK-3, NL-2, NL-3, NL-5, NL-6, S-2, S-4, S-9, SF-3병원). 우리나라의 일반적인 형태인 비석형은 D-4, S-8병원 정도이다. 중층이나 고층의 건물형태가 채택된 경우라도 아트리움 病院街路가 가미되어 비석형의 단점을 보완한다.

대다수를 차지하는 老人患者는 기계에 의한 수직적 이동보다는 약간 동선이 길지라도 水平的 移動이 익숙하기 때문에 수평적 病院이 선

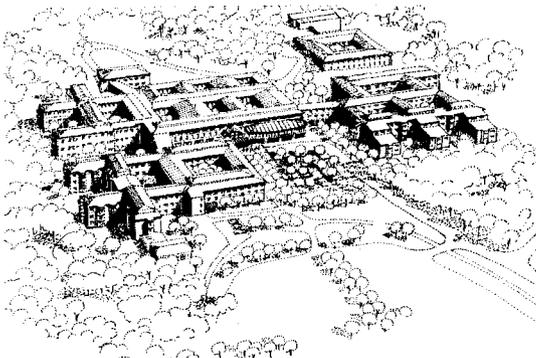


그림1. S-9병원 조감도 스케치

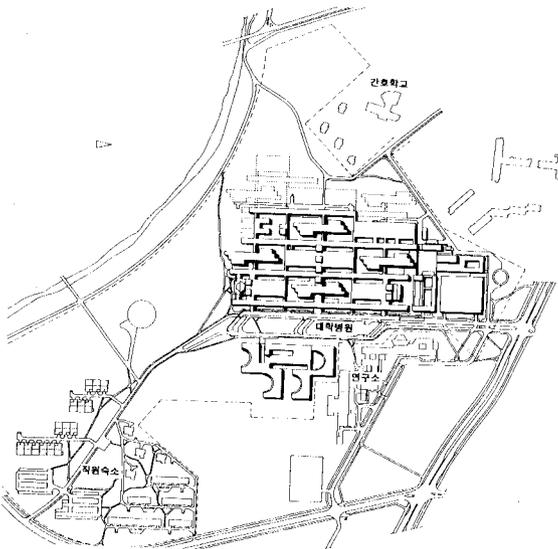


그림2. SF-2병원 배치도

호된다. 또한 수평적 병원은 자연으로 둘러싸여 있어 환자들이 自然環境을 즐길 수 있으며, 거의 모든 실에서 採光과 換氣가 가능하고 지면으로의 接近性이 양호하다.

3.2 都市設計 概念의 導入

유럽의 都市概念과 마찬가지로 병원 공공부분의 중심부에 室內廣場을 계획하고, 기능부서간 連結複道는 都市의 街路와 동일한 개념으로 디자인된다. 즉 도시에서 광장을 중심으로 가로들이 연결되는 것과 같다.

연결복도의 마감은 外部空間과 유사한 재료를 이용하고, 천창, 사인보드, 가로등 및 가로수 등

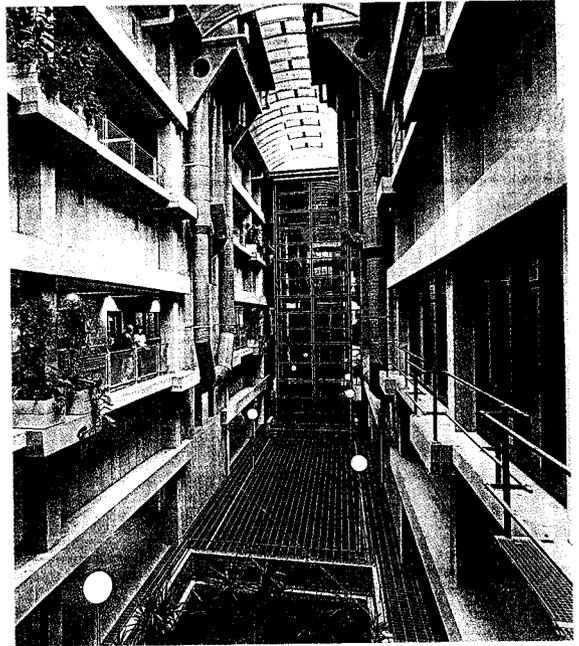


그림3. NL-4병원의 연결복도

을 설치하기도 한다. 따라서 병원은 전체적으로 콤팩트하면서도 내부공간은 밝고 활기있게 설계된다(D-2, DK-3, F-1, NL-3, NL-5, NL-6, S-1병원).

특히 진입층 중심부 室內廣場은 환자, 방문객 및 직원들의 휴식/만남의 장소가 되고, 주변에는 카페, 레스토랑, 슈퍼마켓, 서점, 꽃집, 미용실, 도서관, 우체국, 은행 등 각종 상업시설 및 편의시설이 배치된다(NL-4병원). 또한 이러한 장소에 音樂會나 展示會가 열릴 수 있는 시설을 갖추기도 한다(NL-2, DK-2병원).

3.3 專門化된 供給서비스 施設

대부분 병원의 세탁부, 중앙공급부, 침대센터, 급식부 등은 高度化된 自動化 設備를 갖추고 있으며, 전 작업과정이 엄격하게 清潔/汚染의 구역을 구분하여 관리되기 때문에 衛生的이며 效率的으로 운영된다.

많은 병원들이 관리상, 운영상 문제를 고려하여 이러한 기능을 통합하여 供給센터를 別棟으로 계획한다(D-1, D-4, DK-1, DK-3병원). 병원

과 공급센터 간의 물품이송은 다양한 종류의 자동 搬送設備을 이용한다. 특히 D-4병원의 경우 지하층에서 물품이송의 일부를 무인 로봇에게 전담시키고 있다.

그러나 病院의 運營方針에 따라서는 세탁이나 급식에서 상당부분까지 外注로 처리되기도 한다. 즉 B-2, DK-3, NL-3병원은 洗濯業務을 외주처리하고 있으며, B-2 및 NL-3병원은 자동공급기를 이용하여 직원에게 세탁물을 공급한다. DK-3과 F-1병원은 入院患者 給食業務을 외주로 처리하고 있다.

한편 SF-2병원 세탁부는 尖端 自動化 洗濯設備을 갖추고 있다. 거의 전 작업과정이 컴퓨터로 조정 관리된다. 세탁물의 보관 및 불출 과정도 자동화된 설비가 이용된다. 원래 이 세탁부는 계획시 자체 세탁만으로는 수지타산을 맞추기 어렵다는 결론이 나왔다. 建立의 妥當性을 보다 적극적으로 확보하기 위하여 인근 호텔이나 기숙사 등 외부의 세탁물을 맡아서 처리하기로 결정하였다.

3.4 통합된 디자인의 추구

북구 병원의 설계에 있어서 전통적으로 건축가는 건물 외관이나 내부 뿐만 아니라, 인테리어 관련분야인 가구, 조명기구 및 커튼 등의 디자인 또는 선정에까지 관여한다. 따라서 건물 외관, 내부, 가구, 조명기구 등이 統一感과 一貫性을 주며 한 차원 높은 디자인 수준을 보여준다(DK-2병원).

3.5 안전한 交通體系

병원 대지로의 안전한 步行路 및 自轉車 道路를 계획하여 보행자를 최우선으로 고려한다. 병원의 출입구 가까운 곳에 우선적으로 자전거 보관장소를 제공한다(D-1, NL-1, S-2, S-9병원 등). 물론 이러한 자전거 이용이 가능하기 위해서는 都市의 交通體系 및 施設 측면의 해결이 전제조건이 된다.

병원 대지내에서도 보행로와 자동차 도로를 완전히 분리하여 자동차들이 통행할 수 있는 구역을 제한한다. 駐車施設의 경우 訪問客用과

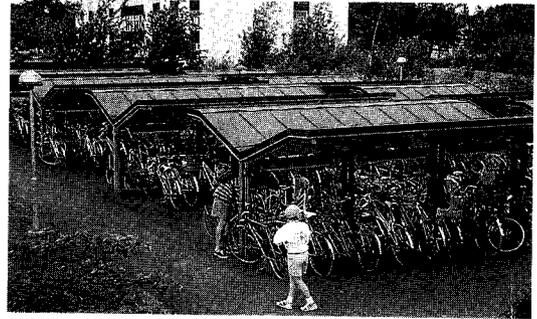


그림4. S-2병원 자전거 보관소

職員用으로 구분되며 자율적으로 운영되는데, 특히 방문객용은 유료 주차빌딩으로 한정하여 주차수요를 억제하며 대지내의 불필요한 통행을 금지한다(NL-2병원, NL-3병원). 또한 大衆交通手段인 버스정류장을 병원 대지내까지 끌어 들여 병원의 부출입구 부분과 연결시켜 이용자들에게 편의를 제공한다(NL-3병원).

3.6 應急 및 災難에 對備

종합병원에는 應急 狀況, 大型 災難 또는 戰爭을 대비한 시설계획이 일반적으로 포함된다. 대부분 병원 응급부는 앰블런스가 실내의 현관까지 진입할 수 있고, 응급환자를 위한 대기병상이 확보되어 있다. 북구지역의 병원에서는 재난 구조설비와 전쟁시 피난시설이 보편화되어 있다.

D-3병원은 헬리포트의 증설 계획, S-2병원은 응급부 각실에 응급설비 및 災難 裝備倉庫 확보, S-7병원은 전쟁시 대피시설 확보, S-8병원은 응급부 확대 및 재난실 신설 계획, SF-1병원은 응급실의 단계별 구성 등이 관찰되었다. 특히 S-8병원의 경우 재활의학부 운동치료실에 基本的인 應急設備(산소/흡인)를 해두어 필요시 災難室로 전환할 수 있게 대비하고 있다.

3.7 기타

대상병원의 病床當面積(총면적)을 살펴보면 국가나 병원의 종류에 따라서 편차가 심한 편이다. 일반적으로 종합병원은 25~30평/병상

정도 수준이고, 대학병원은 50~70평/병상 정도로 나타난다.

병동의 운영에 있어서 看護待期所(nurses' station) 이외에 看護코너(nurses' corner)가 부가되기도 한다. NL-6병원의 소아과 병동과 DK-3병원의 전체 병동에는 간호대기소와 간호코너가 모두 설치되어 운영되고 있다.

오래된 병원시설은 합리적인 개보수를 위하여 사용자 요구에 따른 評價作業이 이루어진다. S-6병원의 경우, "病棟 2000年"이라는 프로젝트를 통하여 기존시설을 항목별/대안별로 실물 크기로 개조하여 비교 평가하고 있다. 연구결과는 스웨덴 전역을 대상으로 추후 병동의 신축 또는 개축시에 참조할 수 있게 한다.

임상검사부는 검사장비의 自動化 및 機械化로 인하여 기능공간의 규모가 축소되고 있다. 또한 기능공간은 작업의 세분화된 전문성에 따라서 구분되고, 작업방식의 변화에 따라서 근무직원의 규모도 감소한다.

병원에서 訪問客의 꽃 搬入 허용여부가 문제가 되는 경우가 있다. 병원에 따라서는 알레르

기 유발이나 감염의 우려로 인하여 꽃 반입이 금지되기도 한다. 북구의 병원에서는 병동 입구에 꽃 준비대(소독된 화병, 가위, 싱크대)를 설치하여 보다 적극적인 방법으로 방문객의 꽃 지참을 격려하고 있다.

4. 유럽 病院의 建築的 傾向

4.1 機能의 分散化

병원의 전반적인 계획에 있어서 機能의 分散化 및 조직의 小規模 單位化를 추진한다. 과학 및 의료 기술의 발달, 환자중심병원 개념의 도입, 업무의 효율성 추구, 시설관리제도 변화 등이 이를 가능하게 한다.

SF-2병원은 진단부서의 일부는 분산화와 집중화를 동시에 추구했다. 예를 들면, 방사선진단 시설의 경우 중앙진단부에 병원전체를 담당하는 專門化된 施設과 裝備를 갖추고, 각 진료단위의 필요한 곳마다 一般의인 放射線診斷 裝備를 배치하였다.

S-1병원은 외과계 병동에 물리치료실과 작업

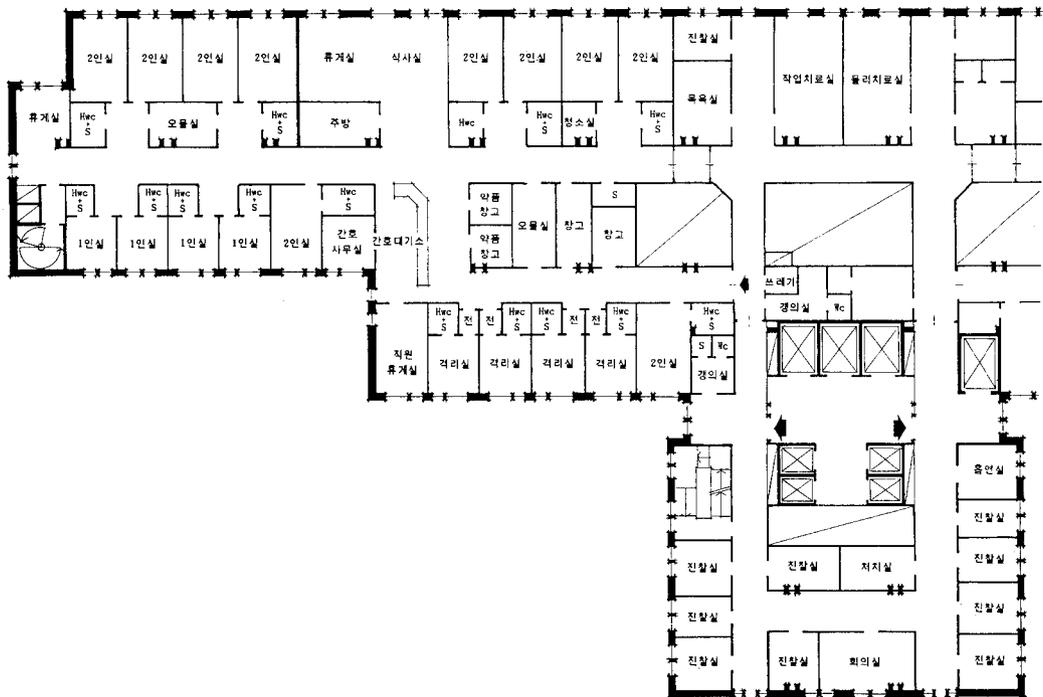


그림5. S-1병원 병동부 평면도

치료실을 설치하여, 입원환자의 조기 기동을 돕고 있으며(그림 5 참조), S-3병원은 眼科 病棟에 진찰실과 수술실을 설치하여 성공적으로 운영하고 있다. 환자가 당일 입원하여 진료/수술하고 당일 퇴원하는 通院手術(day surgery)의 일종으로 보인다.

S-8병원은 病院全體 建物の 運營管理를 하나의 회사에서 담당하고, 병원의 각 부서는 필요한 면적을 임대하여 사용하는 제도를 채택하고 있다. 각 부서는 한정된 예산 내에서 독자적으로 운영해야 하기 때문에, 적자의 요인이 될 수 있을 정도로 과다한 면적을 요구하지 않게 된다. 따라서 각 機能部署가 점차 소규모 단위화 되는 추세를 보인다.

4.2 物理的 施設의 高級化

병원설계에 있어서 건물자체나 주변환경 디자인 측면을 보면 전반적으로 수준을 높이고 있다. 특히 병동부에서 入院施設의 高級化를 추구한다. 입원실의 종류는 최대 4인병실에서 점차 3인병실 이하로 변화되고 있다. S-3병원은 3인

병실의 경우도 각 환자의 領域性이 확보되도록 병상을 배치하고 양호한 展望을 위하여 돌출창(bay window)을 계획하였다(그림 6 참조).

극단적인 예로서 최근 신축된 S-4병원의 病棟部 看護單位는 1인병실로만 구성되어 있다. 대 상병원의 계획간호사(planning nurse)는 이러한

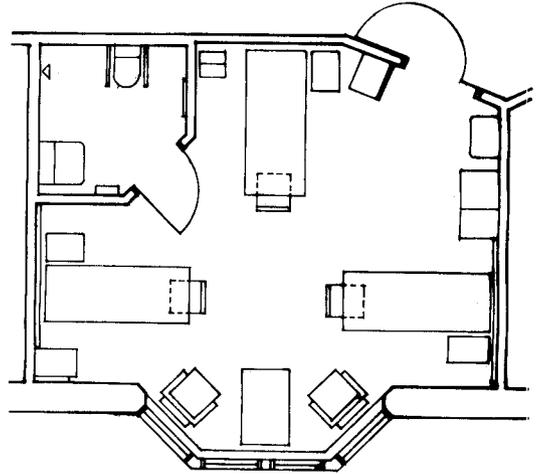


그림6. S-3병원 3인병실 평면도

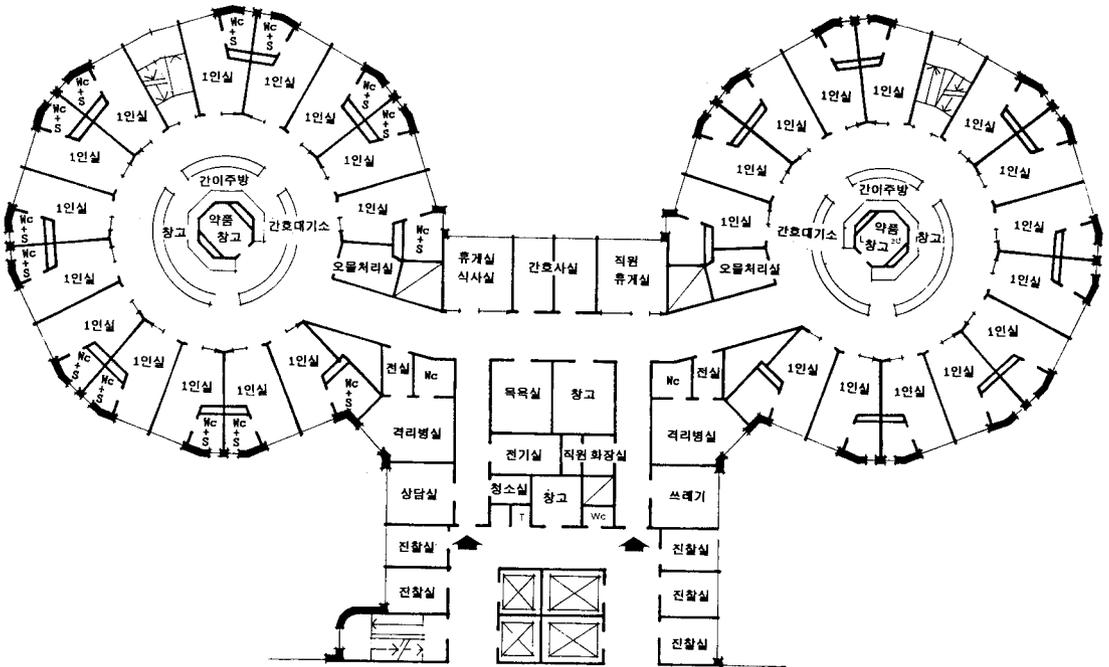


그림7. S-4병동 병동부 평면도

병동부가 다음과 같은 장점을 갖고 있다고 주장한다. 즉 病床利用率의 提高, 환자의 입원생활 및 가족면회시 프라이버시 확보, 병실내 개별적인 치료 가능, 신세대의 複合的인 要求 수용 등.

스웨덴 병원의 경우 醫療政策의 變化로 따라서 환자를 유치하기 위하여 시설을 보다 친근하고 쾌적하게 개조해야 할 입장에 있다. 즉 환자는 어떠한 진료료의 병원이라도 선택할 수 있으며, 국가는 진료실적에 따라서 각 병원에 비용을 지불하기 때문이다. 따라서 병원이 살아남기 위해서는 시설을 고급화할 수 밖에 없는 추세이다.

4.3 室內空間의 活性化

주출입구 로비나 病院街路에 天窗을 설치하여 밝고 명랑한 분위기를 연출하고 있으며, 공공공간에 각종 장식물, 미술품, 분수, 자연물 등을 도입하여 환자에게 쾌적함과 친근감을 부여한다. 병원에 따라서는 별도의 예술작품 브로셔를 제작하여 배포할 정도로 이를 중요한 일로 간주한다.

또한 실내계획에 있어서 과감하고도 科學的인 色彩의 적용방법을 개발하여, 독특하고 역동적인 분위기를 조성한다(DK-1병원). 이러한 시도는 병원색채의 고정관념을 탈피하여 이후 유

럽에서 건립되는 병원에 많은 영향을 미치고 있다.

4.4 環境에 대한 考慮

병원건축에 있어서 환경에 대한 고려는 다양하게 나타난다. 특히 自然地形에 순응하는 건물배치 및 디자인, 주변 自然環境에 악영향을 미치지 않는 건물재료 선정, 물품 소독과정에서 소모재료의 절약 등을 들 수 있다.

대상병원중에서 일부는 傾斜地에 건립되면서 자연지형에 순응하게 배치되었다. 특히 D-3병원은 주출입구가 정상 부분에 위치하여 공급부, 진료부, 병동부 등의 순서로 경사를 따라서 점차 낮은 부분에 배치되었다. SF-1병원은 주출입구와 진료부 위치를 중간 높이 부분에 잡고, 낮은 부분에 공급부, 높은 부분에 병동부를 위치시켰다.

D-2병원은 원래 지붕재료로 동판을 쓰게 되어 있어서 주변의 湖水가 汚染될 우려가 지적되었다. 수질오염의 위험이 없는 알루미늄 판재로 재료를 교체하고 동일한 분위기를 내도록 청록색을 칠함으로써 문제를 해결하였다.

일반적으로 中央供給部에서 소독을 위한 물품 포장시 천이나 종이를 사용하고 있다. SF-1병원은 포장재를 절약하기 위하여 일부 수술기구는 포장하지 않고 철망그릇에 담아 스테인레스

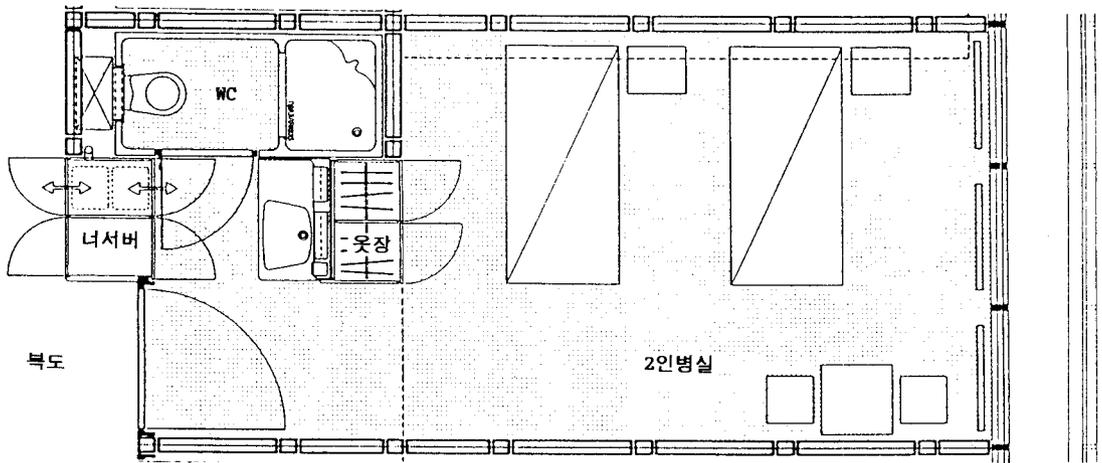


그림8. D-1병원의 2인병실 평면도

스틸 소독통에 직접 넣는다. 이후 소독과정을 거치고 운반되어 소요부서에서 사용된다.

4.5 病院 管理運營의 自律化

물품관리가 자율적으로 운영될 수 있도록 다각적인 시설의 계획이 이루어지고 있다. 즉 D-1 병원은 각 병실에 너서버(nursurver)를 설치하여 患者用品의 供給/回收가 자율적으로 이루어지게 한다. D-4병원의 경우 세탁물 보관함, 개인 로커, 귀중품 사물함 등이 하나의 열쇠로 열리게 하여 직원들이 스스로 관리한다.

병원에 따라서는 임상검사부, 약제부, 오물처리실 벽면에 兩面形 保管函을 설치하여 전표/보고서, 전표/약품 또는 베드팬의 출납이 임의적으로 수행된다(D-2, DK-1, N-1, NL-3, SF-1 병원). 또한 간호대기소에 체계적인 物品受納 시스템을 갖춰서 자율적 관리가 가능하게 한다(D-3, D-4, N-1, S-1병원).

4.6 기타

NL-3병원은 일부 환자에 대하여 월요일부터 금요일까지만 병원에 입원하고 주말에는 가정으로 돌아가서 시간을 보내는 週間入院制 등의 도입에 따른 시설적 대비가 시도되고 있다.

각 입원실에 개인별로 시청할 수 있도록 TV를 제공하고, 입원기간동안 환자 자신의 집 전화번호를 병실로 이전하여 사용하게 하는 등 서비스를 확대 제공한다.

병원과 산업체 연구소의 協同研究를 위한 연구기능이 강화된다. SF-2병원의 경우 Medipolis라는 研究所가 부설되어, 30~40개 산업체 연구소가 모여 병원과 공동으로 의학부문 연구를 수행한다.

5. 結 論

본 연구는 유럽 綜合病院의 建築의 特性과 傾向을 파악하고자 한 것이다. 유럽 8개국의 종합병원을 답사하는 과정에서 행한 관찰, 직원과 인터뷰 내용, 관련 자료의 분석을 통하여 다음과 같은 결과를 얻었다.

1) 유럽 病院의 建築의 特性으로는 수평적 개념의 구현, 도시설계 개념의 도입, 전문화된 공급 서비스 시설, 통합된 종합적 디자인, 응급 및 재난에의 대비한 시설계획, 여유있는 바닥면적 확보, 入住後 評價 實施, 임상검사부의 자동화에 따른 규모 축소, 복구의 꽃 준비대 시설, 간호코너의 부가적 설치 등을 들 수 있다.

2) 유럽 病院의 建築의 傾向으로는 기능의 분산화 및 소규모화, 각종 시설의 고급화, 室內空間의 活性化, 환경에 대한 고려, 병원 관리운영의 자율화, 주간입원제에 따른 시설계획, 각종 서비스의 확대, 산학 연구시설의 활성화 등을 들 수 있다.

3) 국내 병원건축은 대형화, 고급화, 자동화 및 최첨단화를 목표로 하는 것처럼 보인다. 民間 醫療機關이 주도하는 우리나라의 현실에서 피할 수 없을 것이다. 그러나 과도한 비용투자에 따른 역기능이 우려된다. 오히려 유럽의 병원에서 볼 수 있는 보다 人間的이고 環境의인 接近이 우선되어야 할 것으로 생각된다.

4) 구체적인 사항으로서 국내 병원에서 病床의 衛生的 管理가 미비한 점을 감안한다면, 최소규모의 침대센터를 설치운영하는 것이 시급하다. 또한 각종 대형 사고에 대비한 災難施設의 計劃에 대해서도 관심을 가져야 할 것이다.

參 考 文 獻

1. 각 병원 건립보고서 및 소개 책자
2. Alan Dilani. Vårdavdelning i Forandring, Nio sjukhus moter framtiden. 1994
3. Arkitektur DK. 5-1977. pp.169-208
4. Arkitektur DK. 1-1991. pp.20-27, pp.38-45
5. Jain Malkin : Hospital Interior Architecture. VNR. 1992
6. Olle Sutinen and Åke Wiklund : Trends and tradition in medical care buildings. Arkitektur(the swedish review of architecture). 3-1989. pp.53-54
7. Paul James and William Tatton-Brown. Hospital : Design and Development. The

文昌浩

Architectural Press : London, 1986

8. Paul James and Tony Noakes : Hospital
Architecture, Longman Group UK Limited,
1994

9. Spri, Spri rapport 339 The Reform of
Health Care in Sweden, 1992