

종합병원 호스피스 병동부 단위공간에 관한 연구

A Study on the Unit Spaces of Hospice Unit within a General Hospital

하영창* 이특구**
Ha, Young-Chang Lee, Teuk-gu

Abstract

The hospice movement evolved as an alternative to hospitals as places to die. Recently, the palliative care for dying and hospice has been developed rapidly and placed itself as one of the medical systems. But the studies on hospice program and establishment method in Korea are few or no in comparison with developed countries. Hospice unit within a general hospital is more efficient hospice type than other terminal care establishments, therefore it will be developed rapidly. With this in mind, this study puts elements of architectural planning on the hospice unit for the space requirements. Also, It is investigated the architectural conditions of hospice unit within a general hospital, analyzed the unit space and spatial composition in hospice unit.

The purpose of this study is to propose the fundamental data and unit space for architectural plan and design.

키워드 : 호스피스, 완화의료, 임종, 호스피스병동, 말기간호, 단위공간, 공간구성

Keywords : hospice, palliative care, dying, Hospice unit, terminal care, unit space, spatial composition

1. 서론

1.1 연구의 배경

고령화 사회로의 진입과 암으로 인한 사망원인이 꾸준히 증가하면서 말기환자에 대한 사회적 관심이 증가하고 통증완화라는 의료형태가 발전하고 있다. 또한 말기환자의 수용, 의료행위와 서비스를 제공하기 위해 기존 의료시설과는 별도로 호스피스가 급속히 발전하고 있다. 그러나 제도적 지원이 없다는 점 외에도 시설의 개발과 활용이 저조하고 시설의 양적, 질적인 발전을 가져다주는 시설기준이 마련되어 있지 못한 실정이다.

호스피스의 시설유형 가운데 종합병원의 시설을 공유하는 호스피스병동은 의료여건, 재정, 의료서비스, 병원과의 환자연계 등을 고려하였을 때 가장 발전가능성이 클 것으로 판단된다.

1.2 연구의 목적

본 연구는 호스피스병동의 현황을 고찰하여 문제점을 지적해내고 운영과 프로그램에 따라 소요되는 공간을 파악함으로써 호스피스병동 건축계획시 필요한 공간과 규모를 예측하는데 그 목적이 있다.

1.3 연구의 범위 및 방법

본 연구는 국내 병원 내 호스피스병동 9개소 가운데 시설 개원 후 10년 이상 운영되어온 시설로써 수도권에 위치한 10병상 이상 규모의 병동 3개소를 대상으로 하였고 일본사례 2개소를 포함하였다.

조사대상병동의 평면 전체를 분석하였으나 타 시설과 공유하는 단위공간은 조사대상에서 제외하였고 다만, 병원 내 타 시설 이용에 대한 현황만을 언급하였다.

본 연구의 진행을 위해 국내외 호스피스 현황은 기존 문헌과 연구자료를 통한 예비조사로 조사하였고 현재 운영중인 시설을 통해 이용현황 및 공간구성을 조사 분석하였다. 이용자의 현황과 행태조사를 위하여 문헌조사, 관련자 면담조사, 관찰조사를 행하였으나 환자의 의견을 직접듣기에 무리가 있어 본 연구에서는 환자가족, 의료진, 성직자, 자원봉사자들과의 면담을 통해 얻어진 내용을 반영하였다.

2. 호스피스의 현황

2.1 유형 및 시설현황

호스피스의 유형분류는 국내의 경우 명확한 형태와 용어적 정의가 정립되어 있지 않으나 일반적으로 영국과 미국에서 규정하는 것으로 유형을 정의하고 있다.

호스피스유형은 운영과 시설형식에 따라 분류하는 것

* 정회원, 서울시립대학교 대학원 건축공학과 석사과정

** 회장, 서울시립대학교 교수, 공학박사

이 타당할 것으로 사료됨에 따라 독립형(free standing, autonomous, independent hospice), 병원 시설형(hospital-based hospice), 가정간호형(hospice home care), 혼합형으로 분류하였다. 이 밖에도 미국의 경우 너싱홈 호스피스¹⁾(nursing home hospice), 기업형태의 호스피스, 주간에만 간호하는 주간호스피스(day care hospice)가 있다.

표1 호스피스 유형 분류

유형분류	운영주체	내용	특징	
1	독립형	독립	운영과 인력의 독립적 구성과 제반 시설	· 가정적 환경 · 서비스의 집중화 · 시설 투자비 과다 · 전문의료서비스 부족
2	병원 시설형	병동형	병원 내 별도의 병동 구성으로 병원의 시설과 인력 지원을 받음	· 의료서비스 집중 · 환자관리 용이 · 투자비 절감 · 가정적환경 부족
	산재형	병원	별도의 병동 없이 일반병실의 말기 환자를 간호팀이 돌봄	· 병상활용 용이 · 확립적 공간구성 · 서비스프로그램 제공 부족
3	가정간호형	병원 독립	병원이나 자선단체의 팀이 가정을 직접 방문하여 돌봄	· 의료서비스 부족 · 응급대처능력 부족
4	혼합형	-	각 유형의 운영주체 및 시설의 연계를 통한 혼합형	· 경영의 합리화 · 인력구성 어려움

시설현황을 살펴보면, 2001년 9월 현재 한국호스피스협회와 카톨릭호스피스협회에 등록된 호스피스는 80개소로써 이 중 41개소가 시설을 보유하고 있다. 유형별로는 독립형 호스피스가 5개소이고 2개소가 추가로 계획 중에 있다. 병원 시설형은 36개소로써 이 가운데 9개소만이 호스피스병동으로 운영되고 있고 27개소는 산재형과 가정간호의 형태이다. 가정간호형 호스피스는 전국적으로 36개소로 나타나고 있으나 자원봉사형태의 등록되지 않은 호스피스단체가 이보다 훨씬 많을 것으로 추정된다.

표2 국내 호스피스 설치현황(2001년 9월 기준)

분류	독립	병원 시설		가정간호	기타	합계
		병동+ 가정간호	산재+ 가정간호			
개소	5	9	27	36	3	80
(비율)	(6%)	(11%)	(34%)	(45%)	(4%)	(100%)

※ 한국호스피스협회와 카톨릭호스피스협회에 등록된 기관을 취합하였다.

1) 말기환자를 간호하는 주거지형태로써, 간호사는 24시간 상주하고 의사가 정기적으로 방문하여 처방을 한다.

2.2 해외현황

호스피스의 기원은 중세이전으로 거슬러 올라가지만 본 절에서는 영국, 미국, 일본의 현대호스피스 운동 시작부터 최근까지의 현황을 고찰하였다.

1) 영국

현대호스피스의 효시가 되고 있는 성 크리스토퍼 호스피스(St. Christopher's Hospice)는 1967년에 62병상을 갖고 시실리 손더스(Cicely Saunders)에 의해 설립되었다. 이후 급격한 사회적 관심과 정부의 지원에 힘입어 1991년 호스피스국가위원회(National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Service)가 설립되어 정부의 공식적 지원을 받게 되었다.

2001년 호스피스 국가위원회의 자료에 의하면 독립형 호스피스를 중심으로 220여개 시설에 3200여 병상을 보유하고 있는 것으로 조사되었다.

2) 미국

1968년 뉴헤이븐(Yale New Heaven)에서 가정간호를 시작으로 1971년 코네티컷 가정호스피스(Connecticut Hospice), 1975년 산재형의 성 누가 루즈벨트병원이 설립되면서 급격한 발전을 가져왔다. 1980년대 중반 이후에는 AIDS환자를 위한 시설이 발전하였고 병원적 형태를 벗어나려는 시도가 나타났다.

2001년 미국 호스피스완화케어협회(NHPCO, National Hospice and Palliative Care Organization)의 자료에 따르면 미국전역에 3139개의 호스피스 프로그램이 있고 유형별로는 독립형이 44%로 가장 많고 병원 시설형 33%, 가정간호형 17%, 너싱홈이나 기타 자선단체에 의한 호스피스가 4%인 것으로 조사되었다.

3) 일본

1977년 의사와 간호사들이 중심이 되어 JARD (Japanese Association for Clinical Research on Death and Dying)가 결성되었고 이를 계기로 호스피스에 대한 사회적 관심이 나타나게 되었다(조현, 1993:16). 1991년 10월에는 일본 호스피스·완화케어협회(The Japanese Association of Hospice and Palliative Care Units)가 발족하여 호스피스 완화케어의 개발과 보급에 기여하고 있다. 그러나 대부분의 시설이 병원에 의한 완화케어병동에 국한되어 다양한 형태의 호스피스유형은 발전하고 있지 못한 실정이다.

2001년 2월 현재 노동성 인가시설로 등록된 호스피스 시설은 총 83개 시설에 1528병상인 것으로 보고되었고 병동개설준비를 하고있는 시설도 50여 개에 이르는 것으로 추정하고 있다.

2.3 일반병동과의 차이점

- 1) 보호자와 가족은 간호에 관여하며, 동시에 치료의 대상이 된다.
- 2) 응급환자가 없으므로 환자를 위한 관찰, 감독이 덜 중요할 수 있다.
- 3) 의료행위가 적게 이루어지므로 중앙진료부, 검사부와의 연계성이 덜 중요하다.
- 4) 입원환자의 거동능력이 시간경과에 따라 현저히 저하된다.
- 5) 죽음과 사별에 대한 관심이 크다.
- 6) 환자와 가족을 위한 다양한 프로그램이 있고 이를 수용하는 별도의 공간이 구성되어 있다.
- 7) 의료인력외에 각 분야의 전문인력이 조직되어 있다.
- 8) 호스피스병동의 부정적 인식에 따라 위치와 출입구 구성에 제한이 따른다.

3. 사례병동의 이용실태와 소요공간

3.1 병동현황과 원 내 위치

1) 현황

국내의 호스피스병동의 형태로 운영되는 곳은 전체 9개소 129병상이다. 이 가운데 수도권에 위치한 3개 시설 52병상과 일본사례 2개 시설 40병상에 대한 규모현황은 다음 표와 같다.

표3 조사대상병동 규모와 현황

시설 기호	병상 수 (bed)		병원 전체 병상 수 (bed)	병실규모	간호사 수 (명)	평균 재원 일수 (일)	소재지
	병실	임 종 실					
A	15	1	834	1인실-2 4인실-2 5인실-1	11	15	서울
B	11	1	560	2인실-4 3인실-1	6	20	부천
C	21	3	100	2인실-1 3인실-1 4인실-4	6	1개월 이상	서울
D	15	0	800	1인실-15	-	-	일본 토야마
E	25	0	480	1인실-13 3인실-1 4인실-1 5인실-1	-	62	일본 군마

국내 사례 C시설은 사회복지법인으로 설립되어 입원기준이 타 병원에 비해 강화되어 있지 못하다. 따라서 장기입원환자의 비율이 많고, 극빈자와 외국인 근로자

들이 주 이용자로 나타나고 있다. 국내 사례 병상이용률은 일반병동보다 높은 90%이상의 비율을 보이고 있으며 간호인력은 일반병동에 비해 2배 가량 많은 것으로 조사되었다.

2) 원 내 위치

국내사례 병동은 병원 개원시부터 운영되지 못하고 개원 후 일정공간을 할애 받아 운영되어 왔다. 그러므로 위치결정에 있어 입지여건과 타부문의 관계를 충분히 고려하지 못하였을 것으로 판단된다. 위치적 성격상 A, B병동은 중앙진료부에 위치하고 C, D병동은 병동부의 최상층에 위치한다. E병동은 주 건물동과 분리된 분동형태로 위치하고 있다.

표4 조사대상병동 건축규모 및 위치

구분	A	B	C	D	E
건축규모	지하2층 지상10층	지하1층 지상10층	지하1층 지상8층	지하1층 지상9층	지상1층
바닥면적 (㎡)	441	345.96	628.83	620	1177
병동위치	지상3층	지상3층	지상7층	지상9층	분동형

3.2 간호프로그램 현황

프로그램은 최근 다양하게 개발되고 있으나 환자들의 인식이 낮고 프로그램을 소화할 수 있는 공간과 인력 그리고 호응도 부족으로 활용도가 낮게 조사되었다. 그럼에도 의료서비스 외에 정신적, 영적인 면의 지지를 위해서는 다양한 프로그램의 개발과 도입이 필요하며 프로그램에 의해 소요되는 공간을 파악해야 할 것이다.

1) 신체간호 프로그램

통증조절 및 증상관리 서비스와 치료서비스로 구분되며 통증조절 및 증상관리에는 진통제 투여, 목욕, 삼푸, 이·미용, 마사지 등이 있고 치료서비스에는 물리치료, 향기치료, 음악치료 등이 있다.

2) 심리· 영적간호 프로그램

심리간호와 영적간호 서비스로 분류할 수 있으며, 심리간호에는 작업요법, 상담 및 지도, 심리치료, 옥외활동서비스가 있고, 영적간호에는 예배 및 미사, 기도회와 찬송 부르기 같은 영적지지 활동이 있다.

3) 가족· 주간· 가정간호 프로그램

사별가족 서비스, 간호에 지쳐있는 환자가족을 위한 휴식간호, 사별에 대한 아동들의 충격을 최소화하기 위해 제공되는 아동지지 서비스, 낮에만 환자를 받아 서비스를 제공하는 주간간호 서비스, 호스피스 팀에 의해 가정의 방문을 통한 환자간호 서비스 등이 있다.

3.3 프로그램별 공간구성

1) 신체간호부분

통증조절 및 증상관리의 주 행위공간은 병실로써 청결을 위한 목욕, 세척등의 행위는 욕실과 화장실에서 행해진다. 이 외에도 수술실, 방사선 치료실, 화학요법실과 같이 특수한 설비를 요하는 시설은 병원의 중앙진료부에 위치하여 사용되고 있다.

표5 신체간호부분 공간구성 현황

시설	치치실	목욕실	수술실	방사선 치료실	화학요법실	물리 치료실
A	●	●	○	○	○	○
B	●		○	○	○	○
C	●	●	○			○
D	●	●	○	○	-	-
E	●	●	○	-	-	-

주 : ● 병동 내 시설 ○ 원 내 타시설 - 확인 불가능

2) 심리·영적간호부분

작업 및 이완요법을 위한 전용공간은 확보되지 않았으며 주로 병실과 Day Room, 또는 원 내 강당 등을 이용하는 것으로 조사되었다. 이 밖에 심리간호를 위해 상담실과 옥외공간이 구성되어 있다. 영적간호에 있어서 간단한 서비스는 병실에서 주로 이루어지고 있으나 예배, 미사, 기도회 같은 집단모임이 필요한 프로그램은 Day Room과 기도실 혹은 원 내 강당이나 예배실을 이용하고 있다.

표6 심리·영적간호부분 공간구성 현황

시설	상담 및 지도실	옥외공간		기도실	예배 및 미사실
		전용	공용		
A		●		●	
B			●		
C					○
D	●		●		
E	●	●			

주 : ○ 원 내 타시설

3) 가족·주간·가정간호부분

호스피스병동 내에 별도의 공간은 구성되어 있지 않다. 사별가족모임과 아동지지모임은 별도의 큰 장소가 필요하지만 병동의 구성상 가족모임공간을 두기 어렵기 때문에 원 내 강당이나 타 시설을 주로 이용하고 있다.

3.4 부문별 공간구성

소요공간은 부문별로 환자공간, 직원공간 및 지원시설, 그리고 보호자를 비롯한 이용자들의 공용공간으로 나누는 것이 타당하다고 사료됨에 따라 크게 세 부문으로 나누어 분류하였다.

1) 환자공간

표7 환자공간 구성

실명	한국			일본	
	A	B	C	D	E
병실	1인실	2		15	13
	2인실		4	1	
	3인실		1	1	1
	4인실	2		4	1
	5인실	1			1
	6인실				
임종실	1	1	3		
화장실	병실 내	●		●	● ¹⁾
	공용	●	●	●	●
	목욕실 ²⁾	●	○	●	●

주 : 1) 4, 5인실의 경우 병실 내 화장실 없음

2) ●-전용 목욕실, ○-화장실, 세면장 겸용

① 병실

국내의 경우 2인실과 4인실의 병실 구성이 가장 많이 나타났으며 일본의 경우는 1인실 중심으로 구성되어 있다. 1인실 위주의 병실구성에서는 임종실이 따로 구성되어 있지 않다. 1병상당 병실면적은 최소 6.86㎡에서 최대 19.36㎡까지 나타났다. 국내보다는 국외사례에서 병상당 병실 점유면적이 현저히 크게 나타나고 있다.

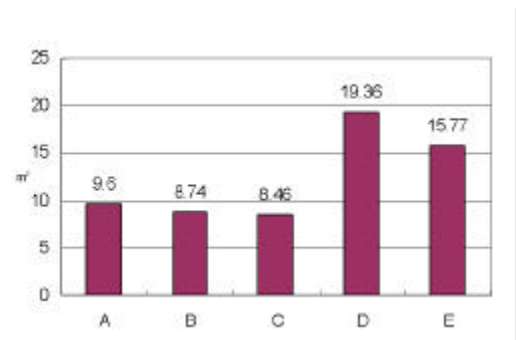


그림 1 조사병동 1병상당 병실면적

② 임종실

임종실은 국내사례 모두에 설치되어 있고 국외사례에서는 설치되어 있지 않다. 이러한 결과는 1인실의 비율이 높은 국외사례에서는 굳이 임종실이 필요하지 않은 것으로 판단되며 국내의 경우 임종환자의 유언, 신변의 문제와 가족과의 독립된 공간에 대한 배려로 임종실을 두는 것으로 판단된다. C시설의 3개의 임종실 가운데 1곳은 AIDS환자 전용 임종실이다.

표8 조사병동 임종실 면적

	(단위 : ㎡)		
	A	B	C
임종실 면적	18.00	19.22	15.19

③ 화장실

호, 병동에서는 환자의 배변문제, 거동의 불편함, 가 주를 고려하여 각 병실마다 화장실을 두고 있, 일반병동과 면적이 동일하여 휠체어 이용에 불편함이 있다. A, D, E시설은 병실 내 화장실과 함께 공용화장실을 두고 있으며 B, C시설은 공용화장실만 두고 있다.

표9 조사병동 화장실 면적

(단위 : m²)

	A	B	C	D	E
병실 내	1인실-3.24 4인실-4.41			1인실-1.68	1인실-3.15
공용	4.2	19.22	남자-19.57 여자-13.05	5.76	4.0

④ 목욕실

일본의 사례 D, E시설의 경우 입욕이 가능하도록 설비를 갖추었고 보호자의 도움이 필요한 환자와 스스로 목욕이 가능한 환자를 구별하여 일반욕실과 도움욕실(assisted bathroom, 介助浴)로 나누고 있다.

2) 직원공간 및 지원시설

직원공간은 크게 의료진공간과 비 의료진공간으로 나뉘는데 의료진공간은 간호대기실을 중심으로 처치실, 회의실, 작업준비실, 오물실, 린넨실, 탈의실, 사무실 등이 있고 비 의료진 공간으로는 자원봉사자실, 주방, 창고, 배선실, 휠체어 보관실 등이 있다.

표10 직원공간 및 지원시설 구성

	실명	한국			일본			
		A	B	C	D	E		
직원공간	의료진공간	N.S	간호대기실	●	●	●	●	●
			처치,준비실	●	●	●	●	●
			간호사실	●			●	●
			기록실				●	
			회의실			●		
	상담실				●	●		
	간호사전용화장실				●	●		
	오물처리실				●	●		
	자원봉사자실	●	●					
	사무실	●		●				
	배선실			●				
	린넨실		●	●		●		
	주방	●	●		●	●		
	창고			●				
휠체어보관실		●	●					

3) 공용공간

조사병동에서 나타난 공용공간은 Day Room, 식당, 공용화장실, 담화실, 기도실, 세탁실, 면회실, 가족실 등이 있다. 기도실 또는 예배, 미사실의 경우 A시설은

병동 내에 전용되고 있으며 C시설은 병원 내에서 공용으로 이용되고 있다. 일본의 사례 D, E시설의 Day Room은 규모가 크고 용도면에서 식당, 담화실의 역할을 겸하는 다목적 공간으로 활용되고 있다.

표11 공용공간 구성

()단위 : m²

실명	한국			일본	
	A	B	C	D	E
Day Room	●		●	●	●
식당	●			● ¹⁾	● ¹⁾
공용화장실	●	●	●	●	●
담화실				●	● ¹⁾
기도실(예배실)	●		○ ²⁾		
세탁실			●		●
면회실					
가족실					●

주 : 1) Day Room 공용
2) 병원 내 성당을 미사실로 사용

3.5 공간구성체계

A, C, E병동은 N.S를 중심으로 병실과 공용공간이 구성되어 있고 간호업무와 관련성이 높은 병실, 린넨실, 상담실, 자원봉사자실이 상호 인접하여 있으며 공용공간은 상대적으로 N.S와 기능적 연계성이 떨어지고 있다. B병동은 병실을 중심으로 N.S와 공용공간이 인접해 있는 형태이다. 또한 D병동은 Day Room, 주방, 면담실, 욕실과 같은 공용공간을 중심으로 구성되어 있다.



그림2 A시설 공간구성체계

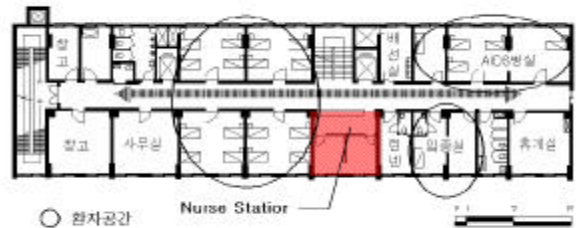


그림3 C시설 공간구성체계



그림4 E시설 공간구성체계

B병동의 공간배치는 모든 병실에서 타 공간으로의 이동이 용이하고 복도를 경계로 병실과 간호지원공간, 공용공간이 구분되어 있다.



그림5 B시설 공간구성체계

D병동은 공용공간을 중심으로 안쪽에 병실이 위치해 있고 출입구 측의 외부로는 간호대기실이 위치해 있다. 이는 환자의 자율성과 독립성을 부여하고 적절한 공동생활을 제공하기 위한 배치로 사료된다.



그림6 D시설 공간구성체계

4. 호스피스병동 단위공간 계획

호스피스병동의 소요공간을 각 기능별 사용목적에 따라 다음과 같이 분류할 수 있다.

표 12 기능별 소요공간 분류

		분류	
환자공간		병실, 임종실, 화장실, 목욕실,	
직원공간 및 지원시설	간호사	간호대기실, 처치실, 회의실, 강의실, 작업실, 오물처리실, 린넨실, 간호사 사무실, 상담실	
	자원봉사자	주방, 자원봉사자실, 창고, 배선실	
공용공간	보호자 공간	회의실, 가족실, 면회실, 주방	
공용공간	서비스 공간	Day Room, 식당, 공용화장실, 기도실, 담화실, 세탁실, 옥외공간	

4.1 환자공간

1) 병실

다인실은 중간병상의 고립, 위생상 문제, 작업공간이 옆 병상과 중첩되는 문제가 발생하므로 가급적 4인실 이하로 배치하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 병실의 환경은 가구의 배치, 색채, 개인물품 진열, 마감 재료에 있어 상세한 배려가 요구된다.

병실 계획시 고려사항을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 개인실과 다인실이 상호 전환될 수 있는 융통성을 고려한다.

둘째, 자연환기가 잘 되도록 개폐 가능한 창문을 두고, 이와는 별도로 강제배기설비를 갖춘다.

셋째, 다인실의 경우 환자의 프라이버시를 고려해 침상커튼(bed curtain)을 설치하고 간호사 호출 시스템을 고려한다.

넷째, 감염의 우려가 있는 환자를 수용하는 병실은 따로 구성하고 복도에서 병실로의 출입시 완충공간인 전염병실 관문을 두어 전염에 대비한다.

다섯째, 침상의 높이는 환자 이용편의를 위해 현재 일반적인 높이 500mm이하로 한다.

국내의 병동모듈은 일반적으로 6m×6m, 6m×6.6m의 스팬이 가장 많이 사용되고 있다.2) 병실의 면적은 환자의 이동행태와 상주인원을 고려하여 일반병실보다 크게 계획되는 것이 바람직하다. 휠체어의 이동, 침상이나 환자운반차의 움직임을 고려하였을 때 휠체어의 경우 180°, 360°의 회전을 위해 유효폭을 최소 1500mm이상으로 해야하며 여유폭을 고려하면 1800mm정도가 적당하다. 목욕실로의 이동이나 임종실로의 이동시 침상과 환자운반차를 통해 직접 이동하는 경우는 침상의 회전폭을 최소1800mm이상 확보해야 하며 2300mm이 적당하다.

따라서 병실의 모듈은 최소6.0m×6.0m 이상으로 하되 6.6m×6.3m, 또는 7.2m×6.0m로 계획하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

2) 김광문, 1999, 병원건축, 세진사, p.145.

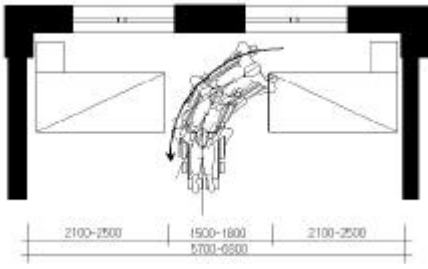


그림7 휠체어 회전반경을 고려한 병실치수

2) 화장실

화장실은 휠체어의 진입에 장애가 없도록 해야하며 특히 병실의 화장실은 환자의 배변과 요실금, 가족의 상주 등을 고려해 욕실을 겸한 설비를 갖추어야 한다. 병실 내 화장실은 장애인 편의시설기준에 맞춰 규모와 내부설비를 하는 것이 바람직할 것으로 사료된다. 시설기준³⁾에 따라 휠체어사용자를 위해서 회전공간(최소 1.5m×1.5m)을 확보하고 면적은 샤워조일 때 약4.6㎡에서 욕조일 때 약5.5㎡의 면적이 요구된다.

3) 임종실

다인실 위주의 병실구성일 경우 임종실의 배치를 고려해야 한다. 또한 가족, 친지, 성직자를 위한 공간의 확보가 필요하고 환자의 유연과 신변의 문제를 고려하여 조용한 분위기를 갖도록 출입구, 병실, 공용공간과 혼잡한 지역에서 떨어진 위치로 하되 임종 후 사체의 운반경로를 고려하여 배치하는 것이 바람직하다. 또한 AIDS같은 감염위험이 있는 환자는 일반호스피스환자와 동일한 임종실을 사용하지 않도록 해야 한다. 방문자의 비통함과 슬픔을 안정시킬 수 있는 Grieving Room의 설치를 고려하고 방문자가 앉을 수 있는 좌석의 확보를 위해 1인실 보다 크게 계획하는 것이 바람직하다.

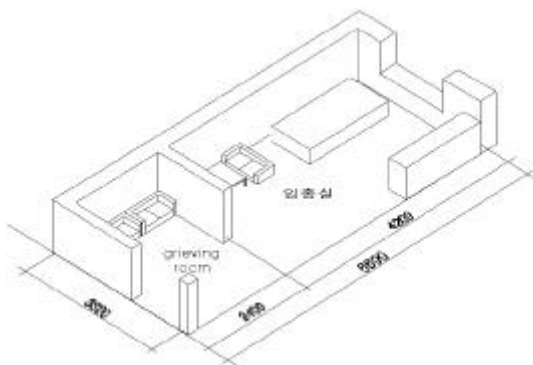


그림8 임종실 평면계획안

3) 조일목 이계준, 1998, 편의시설 다시보기, 파라다이스 복지재단 장애인편의시설추진시민모임, p.64.

4) 욕실

환자들의 요구에 따라 입욕과 샤워기능이 갖춰지고 거동여부에 따라 환자 스스로 목욕을 할 수 있도록 배려되어야 한다.

욕탕 또는 욕조를 둘 때에는 공간계획시 바닥의 레벨을 미리 낮추어 욕탕의 높이가 바닥에서 현저히 높지 않도록 고려해야 한다. 또한 도움을 받아 목욕을 해야 하는 환자는 환자운반차나 휠체어에 의존하여 목욕실까지 도달할 수 있도록 출입문의 폭을 최소 1.2m이상 확보하는 것이 바람직하고, 문은 센서가 부착된 자동문이나 양방향으로 개폐되는 외여닫이 혹은 쌍여닫이가 적당할 것으로 사료된다.

4.2 직원공간 및 지원시설

간호대기실(N.S)을 중심으로 업무의 효율성과 직원들의 이동거리를 고려해야 한다.

1) 간호대기실

간호관련실은 한곳에 집중시켜 병실과의 연계성이 좋게 하고 업무보조를 행하는 자원봉사자 관련실과의 연계성도 고려해야 한다. 그러나 병동의 특성상 응급환자가 없다는 점을 고려하여 지나친 관찰, 감독으로 병실의 독립성을 해치지 않도록 한다. AIDS같은 특수질 환자를 수용하거나 안정된 분위기의 병동을 위해서는 병동의 출입인원을 통제하기 위해 출입구에 인접하여 배치되는 것이 바람직하다.

간호대기실의 기능은 일반병동과 크게 상이하지 않으나 환자, 가족들과의 담화 또는 상담을 위한 공간이 마련되어야한다.

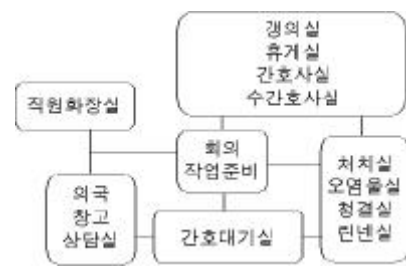


그림9 간호대기실 공간구성체계 모델

2) 지원시설

말기환자의 급식을 위한 전용의 설비가 요구되고 세탁물, 물품, 장비반입을 위해 운송설비를 계획하여야 한다. 환자의 욕구에 따라 음식을 제공할 수 있도록 주방을 두는 것이 바람직하고 식당과 시각적으로 연결될 수 있도록 계획해야 한다. 자원봉사자실은 휴식과 업무를 동시에 행할 수 있는 공간으로 한다. 이 밖에 물품, 장비, 휠체어, 카트, 스트레처 등을 보관할 수 있

는 창고를 두어야한다.

표 13 지원시설 계획시 고려사항

지원시설	주 이용자	고려사항
사무실	성직자 사회사업가 자원봉사자	· 업무관련설비를 갖춘다. · 응접기능(쇼파, 탕비실등)을 갖춘다. · 환자관련 상황판을 설치한다
자원봉사자실	자원봉사자	· 업무와 휴식을 취할 수 있도록 탕비실, 갱의실의 용도를 갖춘다.
배선실	간호사 자원봉사자	· 호스피스병동 전용으로 설치한다. · 중앙급식부와 연락이 가능하도록 한다.
창고	간호사 자원봉사자	· 장비, 반입물품의 손상이 없도록 선반같은 수납공간을 두고 환기설비를 갖춘다.
주방	보호자 자원봉사자	· 급배수설비를 갖춘다. · 싱크대, 조리대, 취사기구, 냉장고, 부식저장고를 갖춘다. · 식당과 시각적 연결이 되도록 한다.
휠체어보관실	간호사 보호자 자원봉사자	· 스트레처, 휠체어 같은 사용이 빈번한 장비를 일반창고와 구분하여 보관한다. · 병실과 인접하게 연계시킨다.

4.3 공용공간

공용공간은 회의실, 가족실, 면회실, 주방과 같은 보호자공간과 Day Room, 식당, 공용화장실, 기도실, 담화실, 세탁실, 옥외공간과 같은 서비스공간으로 분류할 수 있다.

1) 가족실

환자의 음식욕구라든지 배변의 문제들은 타인보다는 가족에 의해 서비스를 받기 원하므로 다인실 위주로 구성된 병동에서는 가족들과 음식을 만들어 먹거나 생활을 같이 할 수 있는 공간 즉, 가족실을 두는 것이 바람직하다. 가족실은 주방과 거실, 식사공간, 취침공간의 구성을 고려해야 한다. 주거적 느낌을 갖게 하기 위해 온돌의 사용도 고려할 수 있다.

2) Day Room

Day Room은 효율적인 활용을 위해 다목적으로 계획하는 것이 바람직하다. 또한 환자의 커뮤니티, 사회성, 휴식, 활동성을 목적으로 위치적 결정과 가구의 사용을 고려해야 하며 조망과 채광, 환기가 잘되도록 해야 한다.

호스피스병동의 Day Room 계획시 고려사항은 다음과 같다.

첫째, 주간대의 환자 활동프로그램을 행할 수 있는 공

간으로 계획하고 야간에도 환자의 배회 및 휴게공간으로 활용할 수 있도록 접근성을 높인다.

둘째, Day Care환자를 수용할 수 있는 별도의 공간이 마련되도록 하고 장래의 수요증가를 고려해 확장공간을 확보해두는 것이 바람직하다.

셋째, 병실과의 접근성을 높여 환자의 이용에 불편함이 없도록 한다.

넷째, 식당으로 용도를 병행할 경우 주방과의 연계를 고려한다.

다섯째, 조망, 채광, 환기를 고려해 가급적 큰 창을 두고 밝은 분위기를 위해 남향으로 배치한다.

3) 기도실

환자의 명상, 기도, 예배행위 등과 가족, 호스피스 팀의 이용까지 고려하여 그 규모를 결정하고, 종교의 다양성을 위해 교파적이지 않아야 한다.

4) 옥외공간

이용의 편의를 위해 발코니, 쉼터와 같이 병동 내에 확보하는 것과, 옥상의 활용을 적극적으로 고려할 수 있다.

옥외공간 계획시 고려사항은 다음과 같다.

첫째, 옥외공간이라 할지라도 원외와 구분되어야 함으로 공간의 영역성을 확실히 해야한다.

둘째, 눈부심과 일사량에 대한 과다노출에 대비해 그늘진 공간의 확보가 필요하다.

넷째, 가급적 턱이나 경사가 지지 않도록 하여 휠체어 이동에 장애가 없도록 하고 위험요소가 없어야 한다.

다섯째, 건물과 멀리 떨어져 있지 않도록 직접적 연계가 이뤄져야 한다.

4.4 필수공간과 선택공간

병동을 구성하는 공간은 수용면적에 제약을 받을 경우 한계가 따른다. 따라서 공간의 효율적인 이용과 배치를 위해서 반드시 필요한 공간과 선택적으로 수용할 수 있는 공간을 분류할 필요가 있다고 사료된다. 또한 호스피스병동 내에 수용되어야 하는 공간과 병원의 타시설을 공유하여도 무방한 공간을 구분하여야 한다.

필수공간은 환자의 입원시설과 관련된 최소한의 소요공간, 즉 병실, 임종실, 화장실, 완화를 위한 치료실 그리고 간호관련시설이 포함된다. 선택적으로 설치되는 공간은 운영주체에 따라 달라지는 프로그램, 병원의 공급방식, 체제, 형태, 부문간의 관계성에 의해 설치여부가 결정된다.

필수공간 및 선택공간은 다음과 같다.

표 14 호스피스병동의 필수공간과 선택공간

		필수공간	선택공간
병동 내 위치	환자 공간	○ 병실 ○ 임종실 ○ 화장실 ○ 목욕실	
	직원 공간 및 지원 시설	○ 간호대기실 ○ 오물처리실 ○ 사무실 ○ 배선실 ○ 창고 ○ 휠체어 보관실 ○ 자원봉사자실	○ 상담· 지도실 ○ 작업치료실
	공용 공간	○ Day Room ○ 공용화장실	○ 회의실 ○ 가족실 ○ 면회실 ○ 주방 ○ 식당 ○ 기도실 ○ 담화실 ○ 세탁실
타 시설 공유	○ 방사선 치료실 ○ 화학요법실 ○ 물리치료실	○ 수술실 ○ 향기치료실 ○ 음악치료실 ○ 옥외공간 ○ 예배 및 미사실 ○ 강당	

8) 공용공간은 회의실, 가족실, 면회실, 주방과 같은 보호자공간과 Day Room, 식당, 공용화장실, 기도실, 담화실, 세탁실, 옥외공간과 같은 서비스공간으로 분류할 수 있다.

참고문헌

1. 김광문, 병원건축, 세진사, 1999
2. 김광문 이특구 이낙운 유영민 정태우 최광석, 병원 건축의 발전과 계획· 설계, 기문당, 1994
3. 김정수, 호스피스에 관한 건축계획적 연구, 한양대, 1997
4. 노유자 외, 호스피스와 죽음, 현문사, 1998
5. 이원희, 호스피스의 현재와 미래, 간호학 탐구 8권 2호, 1999
6. 조일목 이계준, 편의시설 다시보기, 파라다이스 복지재단 장애인 편의시설축진시민모임, 1998
7. 천영호, 한국호스피스 실태분석 및 개선방안, 단국대, 2000
8. William J. Brummett, THE ESSENCE OF HOME Design Solutions For Assisted-Living Housing, Van Nostrand Reinhold, 1997

5. 결론

본 연구의 결론은 다음과 같다.

- 1) 환자공간은 병실, 임종실, 목욕실, 화장실로 구분할 수 있으며 환자의 기본적인 생활공간으로 연령, 성별, 경제적 능력, 신체기능이 고려되어야 한다.
- 2) 병실모듈은 휠체어와 스트레처 등의 회전각을 고려하여 최소6.0m×6.0m이상으로 하고 6.6m×6.3m, 또는 7.2m×6.0m을 표준으로 한다.
- 3) 다인실은 중간병상의 고립과 위생상 문제를 고려하여 4인실을 넘지 않는 것이 바람직하다.
- 4) 거동이 불편한 환자를 위해 병실 내 화장실을 두어야한다.
- 5) 임종실은 다인실 위주의 병동일 경우 환자 신변과 유언의 문제를 해결하기 위해 설치되어야 한다.
- 6) 간호대기실은 환자 관찰, 업무의 효율성, 출입인원 통제를 목적으로 병동 내 위치를 결정하는 것이 바람직하다.
- 7) 의료인력외에 간호팀을 위한 사무실, 자원봉사자실, 배선실, 창고, 주방, 휠체어보관실의 설치를 고려해야한다.