

# 한국 병원건축의 발전과정에 관한 연구(1)

- 서울대학교 병원의 조직 및 기능변화와 시설의 배치변화를 중심으로 -

## A Study on the Developing Processes of Hospital Architecture in Korea

- Focus on the changes of the hospital organization, function and arrangement of  
Seoul National University Hospital -

한진규\*

이특구\*\*

Han, Jin-Kyu Lee, Teuk-Koo

### Abstract

This study presents how Seoul National University Hospital, one of the representative hospitals in Korea, has been developed and changed from the opening to the present. It tried to find a trend in Korea hospital development through the investigation of Seoul National University Hospital, with the purpose of presenting a basic source of reference to hospital architecture planning.

키워드 : 서울대학교병원, 병원건축, 병원건축의 발전과정

Keywords : Seoul National University Hospital, Hospital architecture, Development process of hospital architecture

## 1. 서론

### 1.1 연구의 배경 및 목적

병원건축은 시간의 흐름에 가장 많은 영향을 받는 시설 중 하나이다. 그러므로 병원건축계획의 거시적인 관점을 확보하기 위해서는 시간의 변화에 따른 병원건축의 변화양상을 건축계획의 측면에서 공간의 변화과정과 변화요인과의 상관관계를 중심으로 고찰할 필요성이 있으며, 이에 대한 연구가 지속적으로 이루어져야 변화하고 있는 의료환경 속에서 병원건축계획에 대한 올바른 미래방향을 예측할 수 있을 것으로 본다.

병원건축에 있어 그 변화는 여러 가지 원인에 의하여 발생한다. 따라서 병원건축의 변화와 발전과정을 고찰함에 있어 병원건축에 영향을 미치는 요소를 파악하는 것이 매우 중요하다고 할 수 있다. 이러한 시설의 변화요인은 시대적 상황에 따른 사회전반의 변화에 대응하여 항상 변화를 시도하고 있으며, 이에 병원건축은 물리적인 특성 때문에 증·개축 또는 내부개조를 행함으로써 그 변화에 직접적 또는 간접적으로 대응하며 발전해 왔다고 할 수 있다.

본 연구는 서울대학교 병원의 발전과정에 있어 병원건축계획적인 관점을 중심으로 공간의 변화과정과 그 변화요인과의 상관관계를 고찰하여 우리나라 병원 건축의 발전경향 파악하여 병원건축계획시 참고할 수 있는 기초자료를 제공하는데 목적이 있다.

### 1.2 연구의 범위 및 방법

병원건축의 태동시기에서부터 우리나라 병원건축을 대표하여 이끌어 온 서울대학교병원을 중심으로 살펴보았다. 물론 서울대학교병원이 병원전체를 대표할 수 없으나 우리나라의 병원건축의 발전에 있어 중심적인 역할을 했다는 것은 인정해야 할 것이다. 이에 서울대학교병원의 모태인 대한의원부터, 조선총독부의원, 경성제국대학교 의학부 부속의원, 국립서울대학교 의과대학 부속병원을 거쳐 현재의 서울대학교병원까지의 병원건축이 어떻게 변해왔는지 내적변화와 외적변화를 함께 고찰하였다.

본 논문에서는 의료환경의 변화요인에 대한 서울대학교병원의 변화를 고찰하였고, 여기서 파생되는 의료이용도와 병원조직 및 기능의 변화를 조사하였다. 또한 앞의 내용을 바탕으로 병원의 기능변화에 대한 시설의 배치변화를 중심으로 조사와 분석을 하였다. 평면구성과 공간변화의 과정은 다음 논문에서 살펴보기로 한다.

\* 정회원, 서울시립대학교 대학원 석사

\*\* 회장, 서울시립대학교 건축학과 교수, 공학박사

## 2. 의료환경의 변화와 병원기능의 변화

### 2.1. 의료환경의 변화요인 분류

병원건축은 의료의 행위를 담는 공간이라고 할 수 있다. 이를 채(寨)와 용(用)의 관계측면에서 생각하면 의료의 제공 방식이 달라지면 병원건축도 이에 상응하여 변화한다는 것을 알 수 있다. 역사적으로 의료의 제공방식을 결정하는 의료환경은 사회여건의 전반적인 변화와 함께 많은 변화가 있었고, 병원건축도 이에 상응하여 직·간접적으로 변화를 시도해오고 있다.

기존 시설의 변화 요인에 있어 변화의 중심축은 시간이라고 할 수 있으며, 시간의 흐름에 따라 변화하는 요인에 대해 병원은 그 요구조건을 갖추기 위해 자연발생적으로 발전해왔다. 따라서 병원 시설의 변화에 어떠한 변화요인이 어떻게 작용했는지 고찰하기 위해 변화요인을 분류할 필요가 있으며, 분류된 변화요인은 시설의 변화에 대한 지표가 될 수 있다.

의료환경의 1차적인 변화요소로는 사회환경의 변화, 의료기술의 변화, 의료제도의 변화로 크게 3가지 요인으로 구분할 수 있으며, 이로 인해 파생되는 2차적인 변화요인으로는 병원기능의 변화를 들 수 있다. 앞에서 언급한 변화요인의 분류는 [표 1]에서 보는 바와 같으며 소항목에 분류된 요인을 분석의 지표로 활용할 수 있다.

표 1. 의료환경의 1차 변화요인 분류

1차 변화요인		
대항목	소항목	내용
사회환경의 변화	경제상태	생활수준의 향상 등은 의료서비스의 사회적 요구 증가원인이 된다.
	인구구조	성별, 연령별에 따른 의료시설의 이용형태와 적용분야가 달라지는 원인이 된다.
의료기술의 변화	의료장비	새로운 의료장비의 도입과 신의료기술에 의해 병원의 영역을 확장시키는 원인이 된다.
	질병구조	질병 소멸, 변종출현 등과 당뇨병, 고혈압, 정신질환 등 사회환경의 변화에 따른 질병양상의 변화로 인한 그에 해당하는 의료서비스 제공의 원인이 된다.
의료제도의 변화	의료관련제도	의료보험, DRG도입 등 의료수가제도와 약분업과 같은 의료관련제도는 의료수요의 증감원인이 된다.
	의료공급체계	의료전달체계, 의료기관간의 협력체계, 병원의 정보시스템 등은 이에 따른 병원의 운영에 영향을 주는 원인이 된다.

병원건축에 있어 1차 변화요인은 의료의 내용에 영향을 미치는 변화요소로서 대개 병원의 외부에서 발생하며 시설의 전반적으로 영향을 주는 광범위한 변화요인으로 볼 수 있으며, 이는 2차 변화요인을 발생시킨다. [표 2]에서

보는 바와 같이 2차 변화요인은 의료의 내용을 효과적으로 관리, 운영하기 위한 병원의 내부조직의 변화를 촉진시키며, 시설의 변화에 있어 보다 개별적이고 직접적인 원인을 제공하는 변화요인으로 볼 수 있다.

표 2. 의료환경의 2차 변화요인 분류

2차 변화요인		
대항목	소항목	내용
병원기능의 변화	조직구성체계	1차적 요인에 의해 병원의 진료부서와 지원부서가 분화 또는 통합하여 기능공간을 형성/변화시키는 원인이 된다.
	운영관리체계	1차적 요인에 의해 효율적인 서비스 제공과 관리를 위해 간호방식이나 경영방식을 도입하여 좀더 전문화된 기능공간을 형성/변화시키는 원인이 된다.

### 2.2 사회환경의 변화

#### 1) 경제수준의 향상

1960년대 후반부터 지속적인 경제개발계획의 성공에 따라 생활수준이 향상됨으로 인하여 국민의 건강에 대한 욕구가 증가하고, 이에 따른 의학의 발전도 의료수요에 한 증가원인이 되었다. [그림 1]과 [그림 3]을 연도별로 비교하면 1인당 국민총소득과 환자의 이용률이 거의 같은 증가추이를 보이고 있음을 알 수 있다.

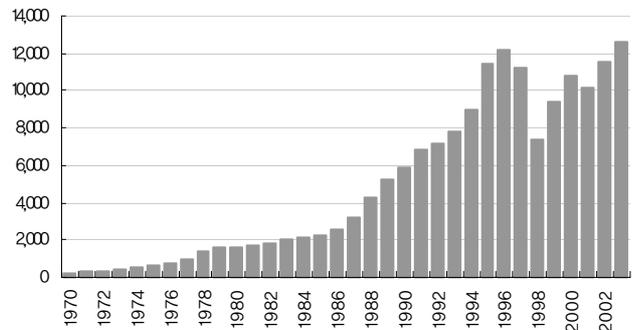


그림 1. 1인당 국민총소득 (자료 : 통계청)

서울대학교병원의 경우는 경제수준의 향상에 따라 1966년에 신설되는 특실에 관련된 운영의 원인을 보면, 부족한 병실의 증축도 관련되지만 환자들의 1인실 선호도에 기인한다는 것이다. 이는 개인의 경제적 능력의 향상과 환자들의 병원에 대한 의식의 전환으로 보인다. 또한 1978년 신축병원에는 2개 층으로 총 8개 병동으로 계획하는 것 등이 이를 반영한다고 볼 수 있으며, 점점 치료의 목적보다는 심신안정의 치유 목적으로 병실의 1~2인실로

개설화 되어가는 현상을 보이며, 내부시설도 고급화되어 가는 현상을 발견할 수 있다.

2) 인구구조의 변화

[그림 2]는 연령별 인구 증가 비율<sup>1)</sup>을 나타낸 것이다. 1960~1980년대에 우리나라의 인구구조에서 14세 이하 소아비율이 34.0~42.5%까지 분포하고 있고, 1990년대 이후에는 65세 이상 노인비율이 차츰 증가하여 지난 2000년 65세 이상 노인인구가 340만 명으로 전체인구 4천700여만 명의 7.2%를 차지하여 유엔이 정한 고령화사회<sup>2)</sup>에 진입했다.

추세대로라면 2019년이면 65세 이상 노인인구가 14%를 넘고, 2020년이면 15.1%가 돼 우리나라는 본격적인 고령사회가 도래하며, 2026년엔 노령인구가 20%를 넘는 초고령사회가 될 것으로 전망하고 있다. 이것은 앞으로 소아에서 노인이 병원의 병상을 점유하게 됨을 의미한다.

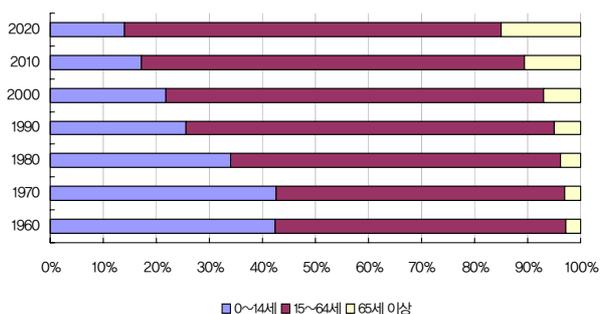


그림 2. 연령별 인구 변화 (자료 : 보건복지부 통계자료)

서울대학교병원은 이러한 인구추이에 비해 다소 늦게 시설화하는 양상을 보인다. 당시의 소아인구비율에 대응하여 전문적인 시설을 갖추게 된 것으로 볼 수 있는데 1978년 소아진료과목을 세분화하였고, 1985년에는 소아진료부를 신축하여 담당하였다. 또한 2003년에는 노인병 및 성인질환에 대한 특수 진료를 위하여 분당서울대학교병원을 개원하고, 앞으로의 노인의료수요에 대처하기 위해 노인전문센터를 운영한다. 이는 환자의 신체적인 특성과 간호방식에 따른 차이와 의료장비에 기인하여 별도로 운영되는 것이 효율적인 자원의 이용에 유리하기 때문이다.

2.3. 의료기술의 발전

1) 의료장비의 발달

의료장비의 도입은 중앙진료부문에 가장 큰 영향을 준

다고 할 수 있으며, 부분적으로 이러한 의료장비의 도입으로 병원조직이 분과되는 양상을 보여준다.

[표 3]은 연대별 국내 의료장비의 도입현황<sup>3)</sup>을 나타낸 것이다. 연대별로 점차 첨단화로 발전하는 것을 보여주고 있다.

의료장비는 진단용장비, 치료용장비, 수술 및 실험분석용 장비, 병원관리 정보 시스템 등으로 분류할 수 있으며, 이런 장비의 도입으로 기존의 방사선과는 진단방사선과, 치료방사선과, 핵의학과로 분화되고, 검사과는 임상병리검사과, 생리병리검사과, 해부병리검사과로 분화되었다. 이에 대해 검사실도 분화가 되었는데 폐기능검사실, 근전도실, 내시경실, 뇌파검사실, 심장검사실, 인공신장실 등으로 많은 변화가 발생했다.

표 3. 연대별 국내 의료장비의 도입 현황

연대	의료 장비	의료 발전
1960	심도자기계, X선 TV, 영화조영술의 도입	심장병 진단
	고속촬영장치	혈관조형술
	유방촬영기	유방암진단
1970	CT, 초음파진단기기	각종질환의 영상진단
1980	MRI	3차원의 정확한 영상진단
1990	PET	핵의학의 발전

서울대학교병원의 경우는 1960년대 방사선동위원소실을 시작으로 각 진료과목별로 필요한 장비를 도입하면서 진료영역을 확장하였으며, 1970~1980년대에 집중적으로 의료장비를 도입하면서 많은 진료공간의 변화를 겪었다.

2) 질병구조의 변화

과거 1970년이전까지 결핵이나 전염병과 같은 전염성 질환은 쇠퇴한 반면에 현대에는 만성적인 질병이 급격히 증가하였으며, 사회적 변화로 인하여 암, 당뇨병, 기관지질환, 순환기질환, 정신질환 등으로 질병구조가 변화하였다.<sup>4)</sup> 이에 따라 진단과 치료방법에도 많은 발전을 가져왔다. 질병의 원인을 규명하는 의학도 처음에는 세균학을 중심으로 연구가 되었으나, 차츰 바이러스, 유전학에 관계하여 그 영역을 확장하고, 이에 대한 의료장비를 갖춘 새로운 실이 등장한다.

서울대학교병원은 질병의 원인 규명을 위하여 전염병이 유행하던 조선총독부의원시기에는 1920년에 전염병 및 지방병 연구소를 설립하고, 1929년에 임상연구동을, 최근에는 1993년에 임상의학연구동을 설립하여 전문적인 연구를 하고 있다. 그리고 질병의 치료에 있어 1960년대 이후에

1) 보건복지부, <http://www.mohw.go.kr/> 참고

2) 유엔 인구국은 65세 이상 노인이 7%를 넘을때 고령화사회, 14%를 넘을 때 고령사회로 규정하고 있다.

3) 대한 방사선사 협회, <http://www.krta.or.kr/> 참고

4) 한국의학 100년사 참고

는 각종 클리닉(당뇨병 클리닉, 간센터, 폐기능센터 등)을 활성화하여 전문진료부를 구성하였다. 1983년에 55개, 1990년에 95개 등 최근에는 이러한 전문클리닉을 중심으로 구성하여 협진체제와 같이 병행하고 있다.

**2.4. 의료제도의 변화**

1) 의료수가제도의 변화

1963년 의료보험법 제정 후 1977년 3월에 500인 이상의 사업장에 대상으로 직장의료보험이 실시되었다. 1980년 10월에는 100인 이상의 사업장으로 적용범위를 확장하였으며 1989년 7월에 전국민의료보험제도의 실시로 전 국민의 의료보장을 받게 됨으로써 의료수요는 급증하게 되었다. [표 4]에서 보는 바와 같이 국민의 의료비부담이 적으므로 조그만 병이라도 병원을 이용하게 된다.

표 4. 의료 보험 현황

	단위	1990	1995	2000	2003
연간적용인구 1인당보험료	원	53,258	95,250	187,432	362,593
연평균1인당진료 비	(평균)	원 73,703	137,282	255,176	325,077
	(입원)	원 25,956	49,768	85,950	116,725
	(외래)	원 47,747	87,514	169,226	208,352
연평균1인당 내원일수	일/명	7.94	9.498	11.633	14.679

서울대학교병원의 환자추이를 보면 1977년 이후 차츰 증가하다가 1979년 신축병원 개원이후에 기하급수적으로 환자의 증가를 보이는데, 이는 당시 초현대식병원이라는 환자의 병원에 대한 인식과 의료보험제도의 실시와 맞물려 나타나는 양상으로 보는 것이 타당하다.

1989년 전국민의료보험제도 실시 이후에도 계속되는 진료환자의 증가는 의료보험제도로 인하여 그 수혜률이 높아졌으며, 국민들의 건강에 대한 관심의 증가로 판단된다.

2) 의료공급체계의 변화

1989년 전국민의료보험의 실시와 함께 병원 1차 진료기관(의원), 2차 진료기관(중소병원), 3차 진료기관(종합병원)으로 분류하여 이들 간의 협력체계가 이루어지도록 하는 의료전달체계가 실시되었다. 이로 인하여 의료수요가 증가하였고 의료기관간의 협력체계의 실시로 병원의 정보시스템의 도입과 병원관리의 전산화를 촉진시키는 역할을 하였으며, 1990년에 들어 외래환자의 진료가 예약제로 운영되어 접수창구, 약제부, 대기실이 줄어들게 되었고, 2000년도의 의약분업의 실시로 병원의 외래약국이 없어지고,

대신 처방전 발급기가 설치되었다.

서울대학교병원은 1970년대 후반에 여러 가지 제도를 도입해서 실시하는데, 1979년에 외래 예약제도의 실시로 외래진료실의 혼잡을 방지하여 대기실의 공간을 더욱 확보하였고, 1978년에는 팀 간호접근 방법을 도입해 병동별로 중심의 간호활동을 하게 되며, 1983년에는 단기 입원 제도 등을 도입하여 공간의 변화에 영향을 준다. 1989년에서 의료전달체계 변경으로 3차 의료기관으로 지정되었지만, 안과, 피부과, 비뇨기과, 이비인후과, 가정의학과, 치과는 해당되지 않아 1998년에 안과와 이비인후과는 별도의 외래진료부가 신설된다. 이 후 2000년에는 의약분업의 실시로 약제부가 대폭 축소되는 양상을 보인다.

**3. 병원조직의 변화와 기능의 형성**

**3.1. 의료이용도와 시설 변화**

시간의 흐름에 따라 지속적으로 변화해 온 현재 시설의 형태는 무엇보다도 각종 의료이용도의 변화에 대응할 수 있도록 변화되어 온 것이다. 따라서 시설의 변화과정을 살펴보기에 앞서 의료이용도와 시설의 변화관계를 살펴볼 필요가 있다. [그림 3]은 외래환자이용률, 입원환자이용률과 병상수의 변화, 병동부문과 외래진료부문의 시설변화 단계를 비교한 것이다. 이를 병원 시기별로 살펴보면 다음과 같다.

1) 조선총독부의원 시기

대한의원 개원초기의 150병상에서 진료환자의 증가에 따라 병상이 늘어나는데, 조선총독부가 인수당시에는 290병상으로 무려 140병상이나 늘었다. 하지만 계속 증가하는 환자로 인해 1911년부터 1913년까지 병동이 증축되어 368병상을 확보한다. 이후 안정적인 증가추이를 보이다가 다시 1919년을 기점으로 외래환자이용률이 급격히 증가하는데, 3년 후인 1921년에 외래진료소를 착공하게 된다. 1924년 준공이 되고 다시 외래환자이용은 안정세에 접어든다.

2) 경성제국대학 의학부 부속의원 시기

1928년 경성제국대학 의학부 부속의원으로 체제를 전환하는 시기에는 종로구 소격동에 경성제국전문대학교가 함께 분리되어 발전하는 시기로 외래증가율이 크게 감소하나 입원진료환자는 계속적인 증가로 증축이 불가피했던 것으로 보인다. 1935년~1940년까지 노후화된 병동을 기존병동을 철거하고, 신축하게 된다. 이로써 약 400병상의

5) 국민건강관리공단, <http://www.nhic.or.kr/> 참고

병상수를 확보하게 된다.

3) 국립서울대학교 의과대학 부속병원 시기

광복이후 6.25동란을 거친 후, 1960년대는 지속적인 의료이용도의 증가를 보이는데 1966년 특실병동을 중심으로 병동이 또 한번 증축된다. 이로써 450병상 규모의 시설이 확장되고 1977년 새로운 병원의 신축이 있기 전까지 508 병상을 확보한다.

4) 특수법인 서울대학교병원 시기

1978년 새로운 병원의 신축과 함께 특수법인 서울대학교병원 발족하는데, 구병원의 2배 이상으로 1,056병상을 확보한다. 이후에 경제성장과 의료보험제도의 실시 등으로 기하급수적으로 환자수가 증가한다. 이에 1981년과 1993년에는 외래진료부문의 변화가 발생했고, 1985년에는 소아병원 1993년에는 치과병원을 신축함으로 별도의 병상을 확보했다. 이에 1989년에는 1,249병상, 2003년에는 1,320병상 등 매년 조금씩 병상이 증가되었다.

이러한 경향을 볼 때, 시설의 변화는 의료이용도와 밀접한 상관관계에 있으며, 시설의 변화주기는 거의 10년을 주기로 발생하고 있다. 이에 의료이용률의 증가로 인한 시설의 변화는 진료환자의 증가추세가 발생하여 일정한 수준이 되면 이에 대응하는 양상을 보이고 있으며, 시설의 확충이 발생한 시기에는 안정세를 보이다가 몇 년이 지나지 않아 또 다시 의료이용률이 증가하는 등의 반복주기를 보인다.

3.2 병원 조직의 변화양상

병원의 조직은 1910년에 7개의 임상과(내과, 외과, 안과, 산부인과, 소아과, 이비인후과, 피부과)와 3개의 지원과(약제과, 의욕과, 서무과)로 구성하였다. 이후 1978년 특수법

인 발족 당시 병원관리에 관심이 고조되면서 순수진료부문과 진료지원부문으로 조직을 개편하여 관리하게 된다. 제1진료부문에서는 내과를 비롯 14개의 임상과와 4개의 부서(외래진료부, 응급처치부, 수술부, 중환자진료부)를 두고, 제2진료부문에 진단방사선과를 비롯 7개의 진료지원과와 특수검사부, 약제부, 영양과, 의무기록실, 중앙공급실, 의료사회사업실을 두었다.

1) 진료부문의 조직 변화

주요 진료부문은 1910년~1945년 일제치하시기에는 내과, 외과를 중심으로 약간의 분화가 있었을 뿐 크게 분화하지는 않았다. 1945년 광복이후 1970년대 이전까지 분화와 통합을 거듭하다 1980년대 질환종류별로 다시 세분화되고, 1980년대 말에는 진료센터의 형식으로 발전한다. 1970년대에는 많은 기능들이 추가되는데 성형외과, 재활의학 등이 세계적 추세 맞추어 새로운 진료과목으로 형성되고, 1980년대는 가정의학, 응급의학과 같은 새로운 요구에 부응하는 진료과목들이 신설된다. 1990년대 이후에는 특수클리닉을 중심으로 더욱 세분화되고 전문화되는 경향을 보이며, 전문센터로 발전한다.

2) 지원부문의 조직 변화

주요 지원부문을 살펴보면, 중앙진료부문은 조직발전이 순수진료부문에 비해 전체적으로 늦은 1960년 중반 이후부터 신설되어 1970년대에 들어서 더욱 가속화되어 발전하는 양상을 보인다. 이것은 진료부문의 분화와 통합 등 임상기능에 세분화와 전문화의 영향에 의한 것으로 보여진다.

방사선부는 1960년 중반이후 의료장비 도입 등으로 분화양상을 보이며 1970년대 이후 들어서 첨단화된 새로운 의료기기가 도입되면서 방사선진료소와 치료부로 분화되

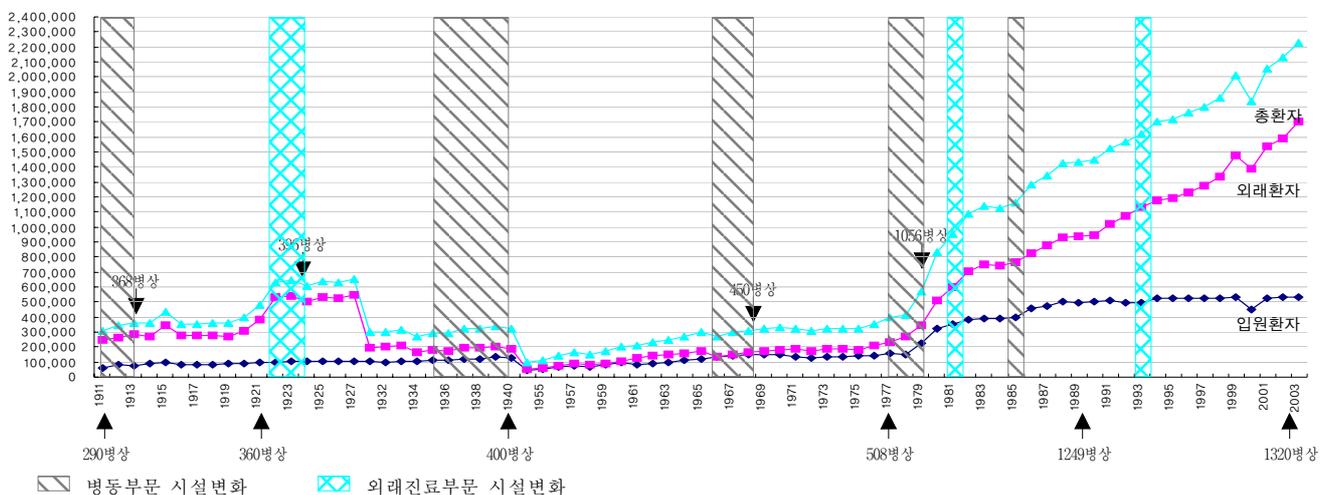


그림 3. 연간 환자이용률의 변화와 시설의 변화

고, 1980년대 이후에는 핵의학부가 더욱 발전하는 경향을 보인다.

검사부의 경우는 초기에 심전도기, 뇌파검사기, 폐기능 검사기 등의 의료장비 도입으로 검사영역별로 분화가 발생하였으며, 1970년대 중반이후 그 종류가 계속 추가되면서 통합을 시도하여 1980년대 이후에는 점차 중앙화, 조직화 되어 간다.

중환자부의 경우는 1978년 신축병원과 함께 신설되어 비약적인 발전을 하면서 초기에는 내과계, 외과계 I.C.U 중심에서 1980년 후반에 호흡계, 신경계, 심장계 I.C.U 등으로 분화, 통합되면서 발전한다.

3) 관리부문의 조직 변화

서비스 및 관리조직도 병원관리에 대한 관심의 고조로 1970년대 후반에 분화되고 독립적으로 발전하기 시작하는데, 과거에는 약품, 소독재료, 혈액 등 진료부문에 직접관리, 공급하였으나 이후에 공급부문으로 발전한다. 관리부문의 경우는 1977년 의료보험을 전후하여 매우 급속히 분화되어 업무별로 세분화되는 경향이 나타나고 있는데, 이 시기에 의료보험과와 전산과의 설치가 이루어져 중앙에서 관리한다. 시설의 관리와 운영을 위해 1980년대 이후부터 더욱 분화·발전하고 최근에는 통합의료시스템을 구축하고 있다.

이상과 같이 진료부문, 지원부문, 관리부문이 1960년대 후반에 조직이 형성되기 시작하면서 1970년대 이후에는 각 기능들의 계속적인 분화와 기능추가로 조직이 점차 복잡화, 거대화 된다. 1977년 의료보험제도시행 이후 급속히 증대하는 의료수요, 이에 대한 병원 관리, 그리고 1980년대의 의학과 의료장비의 발전으로 점차 관련부서가 세분화, 전문화되기 시작했으며, 이에 진료부문은 환자의 연령층, 성별, 질환 종류별로 세분화되어 전문화된 영역을 갖추며, 지원부문은 분산된 영역을 효율적인 통합운영을 위한 중앙화를 시도하고, 관리부문은 좀 더 체계적인 병원관리를 목적으로 세분화되는 경향을 보인다.

3.3. 병원 조직과 기능의 형성 과정

주로 진료부문에서는 병원조직의 형성 후 그 부서 맞는 기능제실이 생겨나고, 지원부문의 경우는 기능의 필요에 따른 기능제실이 형성된 이후 관리와 운영의 목적으로 조직이 발생한다. 이에 따른 초기의 기능이 형성되면 공간은 주요공간과 보조공간으로 그 영역을 확보하고 분화 또는 통합의 과정을 거치면서 발전하는데, 이는 병원의 규모증가와 새로운 의료요구, 의학의 발전, 의료장비의 도입

등에 기인한다. 진료부문의 경우는 의사와 전문종사자의 전문화, 질병구조의 변화와 치료방법에 따른 세분화, 연령, 성별에 따른 환자계층의 세분화 등으로 기능의 분리나 독립화 경향을 보이고, 지원부문의 경우는 주로 의학의 발전과 함께 의료장비의 세분화로 부서가 분화는 경향을 보이나, 재원의 효율화, 이용자의 편의를 위해 중앙집중화 경향을 보인다.

초기 기능이 형성된 이후에 그에 합당하는 진료나 지원의 기능은 내부분화나 외부분리, 통합, 특수전문화 등의 과정을 거쳐 다음의 4가지 양상으로 변화하여 공간의 형성에 영향을 미친다.

1) 기능의 형성 → 내부분화 → 기능추가

같은 부서 내에서 기능이 분화되는 것으로 대표적으로 내과를 들 수 있다. 주로 장기의 기능에 따른 내부분화로 호흡기, 소화기, 순환기, 신경계 등으로 발전하고, 더욱 전문화되어 종양, 내분비, 알레르기, 감염내과 등으로 계속적으로 분화되는 양상을 보이고 있다. 하지만 서로 질병에 관련해 밀접한 관계가 있기 때문에 협진을 통해 진료가 이루어지는 경우도 있어 완전한 분리로 보기는 어렵다.

2) 기능의 형성 → 분화된 기능간의 연계약화 → 외부분리 → 기능추가

같은 부서 내에서 기능의 분화된 후 서로의 연계성이 미흡한 경우 각 특성과로 발전하는 경우인데 이는 외과가 대표적이다. 외과에서 일반외과, 신경외과, 정형외과 등으로 외부적으로 분리, 독립하였으며, 이후에 일반외과에서 성형외과가 완전히 독립을 하고 마취과도 완전한 독립을 이루어 각 하나의 진료과목으로 발전한다. 이 외에도 피부·비뇨기과의 경우는 피부과 비뇨기과로 분리되고, 신경정신과는 신경과와 정신과로 분리되어 발전한다. 중앙진료부문의 경우 자원의 효율화로 같은 영역으로 구성해 관리하나 기능면에서 방사선부는 치료방사선부, 진단방사선부, 핵의학부로 분리, 검사부의 경우 임상병리, 생리병리, 해부병리 등으로 분리되어 고유한 영역을 확보한다.

3) 기능의 형성 → 분화된 기능의 연계성 강화 → 영역의 통합 → 기능추가

각각의 부서가 서로 연계성이 강화되어 같은 영역으로 구성하여 통합되는 경우인데 이는 자원의 효율화와 진료의 집중관리 등 진료의 효과를 높이기 위한 것으로 통합하여 발전한다. 산부인과와 분만부와 신생아부에 해당하며, 중환자부의 경우 각각 관련된 병동에서 관리하던 것을 중앙집중화 형식으로 관리하는 형태를 들 수 있다.

4) 기능의 형성 → 새로운 기능추가 → 새로운 전문조직의 형성, 또는 독립발전

분리된 각 기능은 또 다시 분화되고 내부에서 연령별, 계층별, 질병종류별로 나누어 질 수 있는데, 이를 하나의 목적으로 분산된 기능을 통합하여 새로운 특수병원으로 본관에서 연계 또는 독립하는 형태를 말하는데, 이는 소아병원, 치과병원, 외래진료부의 경우 내과계, 외과계, 안과계, 이비인후과계 진료센터를 예로 들 수 있다. 1980년대 이후 재활의학, 건강관리, 가정의학 등 새로운 의료요구와 의학의 발전 등에 따른 새로운 기능을 추가하여 센터화 경향을 보이고 있다.

이와 같이 병원조직은 기능화에서 중앙화, 전문화 과정을 거쳐 정보화 기술과 함께 더욱 세분화되어 발전할 것으로 보이며, 이러한 경향은 병원시설의 변화에 큰 영향을 줄 것이다.

#### 4. 기능의 변화에 대응한 시설의 발전과정

##### 4.1 병동부문의 확장 : 1911~1913년

[그림 4]는 대한의원이 1907년에 계획되면서 작성된 배치도이다. 대한의원은 조선총독부의원으로 개칭되면서 일본인 체제로 전환하면서 신축 및 증·개축이 발생한다. 대한의원의 본관 및 동, 서측 1,2,3 병동을 인수하여 개원한다.

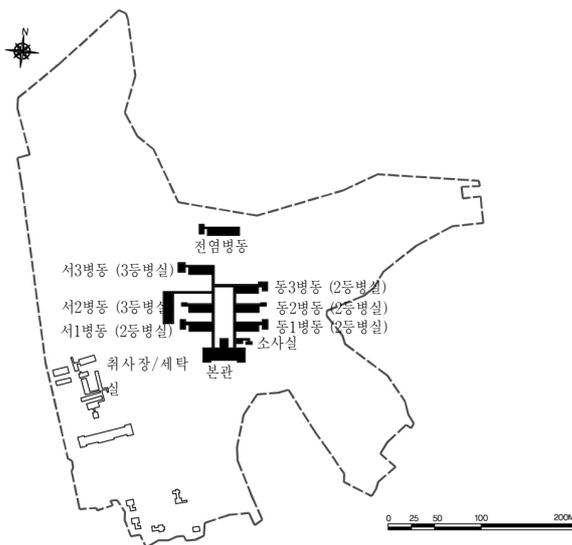


그림 4. 1908년 대한의원 시설 배치

본관중심의 신축 및 증축 과정을 살펴보면 [그림 5]와 같이 신축과 증축을 1910~1913년에 병동중심으로 증축되었음을 알 수 있다.

이 시기에는 진료수준이 발전하지 않은 단계였고 그에 따른 기능의 분화도 발생하지 않았다. 따라서 진료환자의 증가로 인하여 공급차원에서 의료수요에 대응하여 병동부문만을 확장했다.



그림 5. 1911~13년 조선총독부의원 시설 변화

1) 서측 제4,5호 병동, 동측 제4호 병동 증축과 정신병동 인수

1910년 11월에 서측 제4,5호 병동을 신축을 시작으로 1912년에 동측 제5호 병동을 신축하고, 전염병동을 증축한다. 이에 부족한 병동은 1911년에 간호부기숙사가 서병동에 연계되어 3개동이 있었는데 이를 개조하여 분 5,6,8 병동이라 명명하고 이를 병실로 전용하였고, 함춘원에 분병실을 3개동 건축하여 임산부와 회복기 환자 및 귀족양반의 요양소로 사용하였다. [그림 5]에서는 보이는 동측, 서측의 병실은 의료수가에 따른 등급별로 병실을 구분하였는데, 주로 동측에 2등 병실, 서측에 3등 병실이 배치되고 있다. 따라서 분 5,6,8병동이 특등병실과 1등 병실로 사용되었을 것으로 추정된다.

1913년 정신병동을 인수하여 시설을 바로 사용하는데, 이를 계기로 전술한 바와 정신병과가 독립적으로 형성된다. 이는 시설이 먼저 생겨서 부서가 형성되는 실례라 할 수 있다.

2) 수술실과 검사실의 증축

계속되는 입원환자의 증가는 병동의 신축과 증축으로 인한 병상의 확보로 인해 1915년을 기점으로 입원환자의 수가 적정선에서 안정기에 접어든다. 또한 같은 시기에 본관 양측으로 서측은 수술실을 증축하고, 동측은 전기치

료실, X광선실, 사진실 등을 배치하여 검사부로서의 기능을 확장시킨다. 수술실은 기존의 기능실을 중심으로 단순한 증축으로 늘어나는 환자에 대한 공간확보 차원에서 이루어졌고 검사실은 X선 장비와 전기치료장비로 인한 공간의 확장과 이를 이용한 진료공간의 확보차원에서 이루어졌다.

3) 부속시설의 증축

주공간이 확장되면서 약국이나 소사실의 증축도 함께 일어나는데 이는 인력의 증가도 원인이 될 수 있지만, 주공간에 따른 보조공간의 확장으로 볼 수 있다.

1911년의 증축공사로 총건평이 약 9,511㎡이 되었고 290명의 환자가 입원할 수 있게 되었다. 1912년 제5병동이 증축되고 총 연면적은 11,267㎡, 333인의 입원능력을 갖추게 되었으며, 1913년 정신병동(제생원)이 증축되어 병원의 연건평은 11,791㎡, 입원환자는 368명까지 가능하게 되었다.

4.2. 외래진료부문의 등장 : 1920-1924년

[그림 6]에서 보는 바와 같이 1924년에 외래진료소가 준공된다. 이는 외래진료환자가 1920년을 기점으로 급격하게 증가하는데, 의료공급이라는 차원에서의 대응이라고 할 수 있다. 또한 이로 인하여 병원에서 외래진료부문이 별도 하나의 부문으로 자리잡게 된다.



그림 6. 1920~24년 조선총독부의원 시설 변화

1) 전염병 및 지방병 연구실 신축

1920년에 전염병 및 지방병 연구실을 준공하는데 이는 1916년 전염병 및 지방병 연구과에 대한 기능이 형성되어 시설을 통해 가시화된 것이다. 1916년 당시에는 인근 가옥

을 개조하여 사용하다가, 1920년에 새로운 연구동의 준공이 완료됨에 따라 비로소 연구의 중심기간으로 출범하게 된다. 연구동의 내부 공간 구성은 지방병 연구실, 병리, 세균, 의화학, 생리학 연구실로 기능실을 구분하여 구성하였다.

2) 병동의 증축

1920년부터 다시 환자의 수요가 증가하여 병동을 신축과 증축하고, 분 9병실을 열고 연와조 2층 건물의 증축에 착수하여 1922년에 병동 병실과 시료분만실을 설치하여 부족한 병상을 확보한다.

3) 외래진료소의 신축

1924년에는 시료외래진료소를 개설한다. 일반 외래환자의 경우 대한의원 이후 본관1층에서 외래진료소를 개설하여 운영하여 왔으나, 환자 수의 증가로 인해 많은 문제점을 지니고 있었다. 이에 외래진료소를 1924년 2월에 완공한다. 이에 따라 병동중심의 진료실과 외래중심의 진료실이 분화하여 독립적으로 운영이 되고, 이 시기에는 중앙진료부문과 외래진료부문의 연계가 아직 고려되지 않았다. 단순히 접근이 용이한 정문에 배치했으며, 현재의 외래센터와 비슷한 양상을 보이고 있다.

4.3. 중앙진료부문의 형성 : 1926-1931년

[그림 7]은 주로 서측의 수술실을 중심으로 진료소의 개설과 병실의 증축 등 현재의 중앙진료부문에 해당하는 부문이 발전함을 보여주고 있다. 의학 수준의 향상으로 인해 점점 질병에 따른 병원조직이 세분화되면서 그에 대한 기능공간이 형성되어짐을 의미한다.



그림 7. 1926~31년 경성제국대학 의학부 부설의원 시설 변화

1) 수술실과 진료실의 증축

경성제국대학 의학부 부속의원으로 출범 전후시기에 진료실과 수술실의 증축이 이루어졌고, 외래진료부와 본관과 복도를 신축하여 연결을 하고 있다. 이렇게 시설의 점차 복잡화되고 거대화됨에 따라 그에 따른 지원부서와 부속실이 생겨나고, 부문 간에 상호 연계성에 대한 고려가 이 시점에서 발생한다.

2) 임상연구소 신축

1929년 4월에 임상연구소 1차, 12월 2차 준공됨으로써 대학부속병원으로서의 면목을 갖추고, 현재와 같은 형태의 별동으로 배치되었다.

3) 정신과병동 신축

기존의 전염병동의 노후화와 정신병 환자가 증가함으로 인해서 이전 신축하였으며, 독립적으로 배치함으로 격리 수용했다.

4.4. 병동부문의 변화 : 1935~1940년

[그림 8]은 병동이 전부 철거되고, 신축되는 것을 보여주고 있다. 이는 기존의 병실의 노후화에 의한 것으로 볼 수 있지만, 진료수준의 향상으로 인한 임상각과별의 병동을 구분하여 관리하는 형태로 발전하는 것을 의미한다고 할 수 있다.

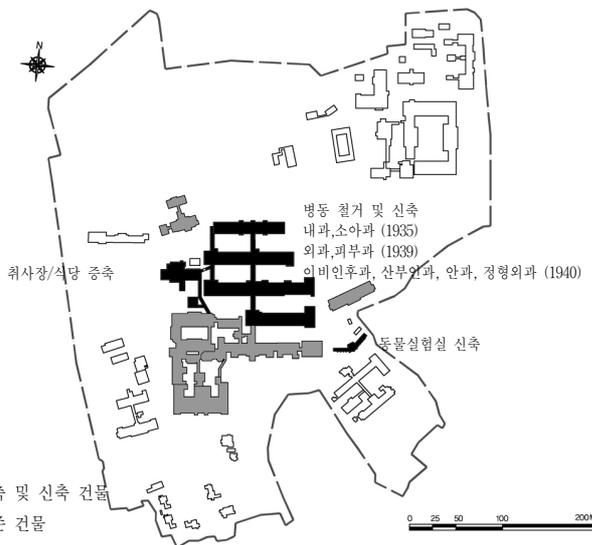


그림 8. 1935~40년 경성제국대학 의학부 부설의원 시설 변화

1) 진료과목별 병동 신축

병실의 신축은 거의 매년 이루어졌는데, 기존의 단층의 병동을 철거하고, 콘크리트 2층 건물로 인동간격을 충분히 반영하여 계획했다. 1935년 내과, 소아과 병동, 1939년

외과, 피부과 병동, 1940년 이비인후과, 산부인과, 안과, 정형외과 병동을 준공했다. 이는 병동이 더 이상 의료수구의 등급에 따른 분류가 아닌 질병원인에 따른 병동으로 구분하고, 이를 각 진료과목별로 체계적으로 간호와 진료를 행함을 알 수 있다.

2) 기타 병동 개축

병동이 전부 완공된 1940년 이후에는 기존시설에 대한 결핵환자 병동과 시료병동, 본관개축이 이루어졌다.

4.5. 중앙진료부문과 공급부문의 확장 : 1956~1966년

본관중심의 병동은 별다른 변화양상을 보이지 않는다. 1954년 미네스타 프로젝트를 통해서 교수 교환 등 인사교류와 시설, 설비의 개선, 건물 보수와 신축과 증축 사업을 시행한 것과 이 시기에 방사선 치료기, 전기심도기, 혈액가스측정기, 조직배양시설, 현미경 등 주요기기들을 도입하는 것으로 볼 때 내부적으로 많은 변화가 일어났음을 짐작할 수 있다.

이는 의료장비의 도입으로 의료의 진료수준이 향상되어 병원조직이 더 세분화되어 각 진료과목별로 그에 해당하는 검사실 및 처치실이 갖추어지는 형태로 나타난다. 주로 중앙진료부문은 세분화가 이루어지고, 응급부와 공급부 등은 업무의 효율성과 관리차원에서 중앙화를 시도한다.

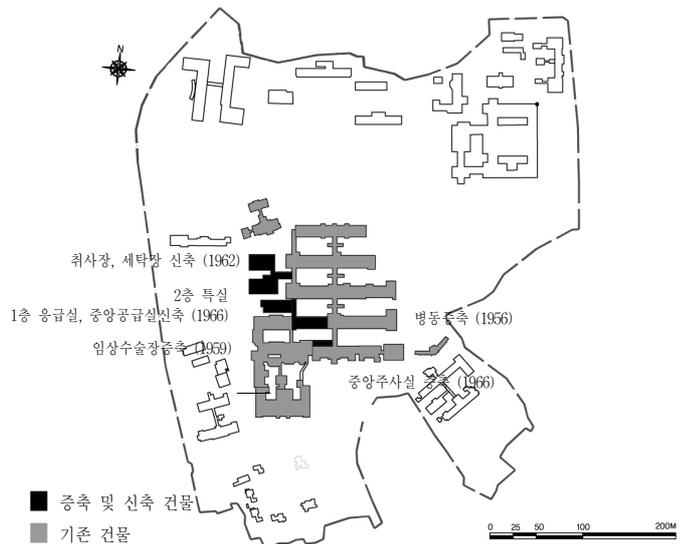


그림 9. 1956~66년 국립서울대학교 의과대학 부설병원 시설 변화

1) 성별, 연령별 병동 증축

1956년 서1병원(산부인과), 서2병원(소아과)의 증축공사가 완료된다. 이는 이전의 질병군에 따른 병동관리에서 더 세분화되어 성별, 연령별로 병동을 관리하는 형태로

전환됨을 알 수 있다.

2) 중앙진료실 및 검사실 증축

방사선 치료기 도입에 의한 방사성동위원소진료실이 1960년 5월에 설치되고, 이후에 이를 계기로 신축병원에서는 핵의학부로 더욱 세분화하여 발전하게 된다.

1960년대 이후에 각종 검사장비의 도입으로 1963년 8월에는 협소한 중앙검사실을 개축한다. 이 외에 각 진료실마다 진료과목에 관련된 장비를 설치하는데, 난청검사기의 도입으로 청력검사실이 이비인후과 외래복도 서쪽에 증축된다. 또한 물리치료실이 정형외과병동의 응급실 자리에 설치, 이후에 재활의학과로 발전한다.

3) 응급실, 중앙공급실의 신축

기존에 서3병동의 일부를 사용하던 공급부와 정형외과병동의 일부에서 운영하던 응급실을 중앙화하여 1966년에 별도의 공간으로 신축한다. 이로 인해서 공급부의 중앙화가 이루어지고, 응급실로 응급부로서 하나의 부서로 형성된다.

4.6. 체계적인 병원공간의 구축 : 1968-1978년

시설의 노후화와 기존병원의 기능측면에서 더 이상 증축은 무리였고, 계속된 수평증축으로 인해 동선이 길어지고, 부서간의 연계성이 떨어져 충분한 병원의 기능을 하지 못하고 있었다. 이에 현대적이면서 기능을 효율적으로 해결할 수 있게 기존의 병원을 철거하고 신축하고자 한다. 기존병원의 문제점을 보완하고, 현재와 같은 병원의 기능을 부문별로 계획하고, 업무의 효율성과 신속성, 기능성에 중점을 두었다.

1) 기존병원의 철거

1968년 기존병동의 제3,4병동이 철거되고, 그 자리에 신축병동 공사를 착공하여 10년 후인 1978년에 준공하였다. 신축병동이 완공됨에 따라 단계적으로 철거공사를 시작하였다. 철거는 3차례로 나누어 진행하였다. 제1차 공사는 1978년 6월 제2병동 철거하였으며, 9월에는 특실, 신평병동, 병동 변전실 등 564평을 철거했다. 제2차 공사는 1979년 1월~3월에 제1병동, 검사실, 취사장, 세탁장 등 약 5,356㎡의 건물을 철거하였으며, 제3차 공사는 1979년 2월~4월에 외래진료소, 수술장, 정신과병동 약10,494㎡를 철거하였다. 철거의 순서를 보면 먼저 병동부문, 중앙진료부문, 외래진료부문의 순으로 하고 있다. 이는 기능을 유지하면서 장비를 이전해야 하는 문제에 대해 단계적으로 해결한 것으로 보인다.

2) 병원 전체의 신축

신축병동의 설립을 위해 기존병원의 일부가 철거되고 대신에 1966년에 특실병동, 1968년에 신평실병동 등 2년간에 걸쳐 많은 증축이 한정된 지역 안에서 행해졌고 이러한 상태가 1978년 신축병동이 준공되어 기존의 모든 기능이 점진적으로 이전되어 개원된 1979년 3월까지 유지되었다. 이로써 기존 병원의 파빌리온형과는 전혀 다른 고층형으로써 새로운 형태로 모든 기능이 체계적으로 상호연계성을 갖으며 현대화가 이루어졌다. 기존병원에서 부문별로 형성된 기능을 중심으로 이를 반영하여 공간을 구성하였다.

4.7. 부문별 기능공간의 중앙화 : 1981-1989년

신축이후에는 본관을 중심으로 시설의 보완공사가 이루어졌으며, 이 후에는 부문별로 그 기능을 중앙화하는 경향을 보인다.

병원의 조직이 거대해짐에 따른 기능의 형성으로 우리나라 실정에 맞게 공간을 다시 재구성하면서 공간의 내부 변화로 이어진다. 이는 병원의 성장에 따른 충분한 증축 계획을 마련하지 않은데서 발생했다. 부문별 기능공간의 중앙화와 병원내부에서 이를 처리할 수 있는 기능공간이 포화상태가 되면서 본관과 인접하여 별동형의 센터들이 증축된다.

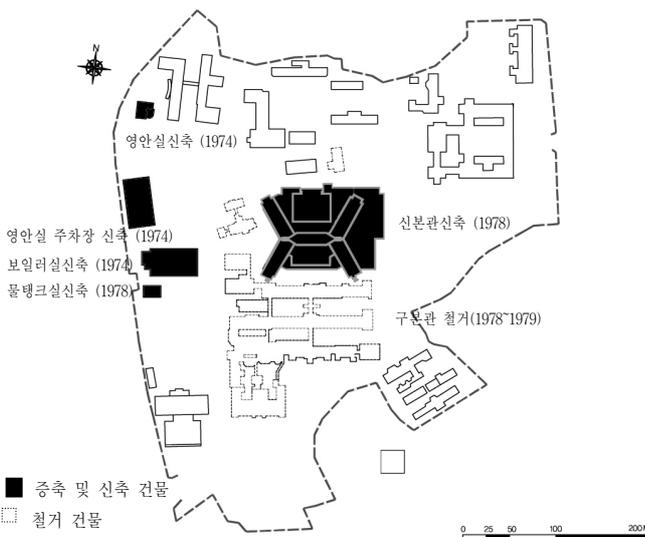


그림 10. 1968~78년 국립서울대학교 의과대학 부설병원 시설 변화

8. 병원의 확장 (센터화, 네트워크화) : 1993-2003년

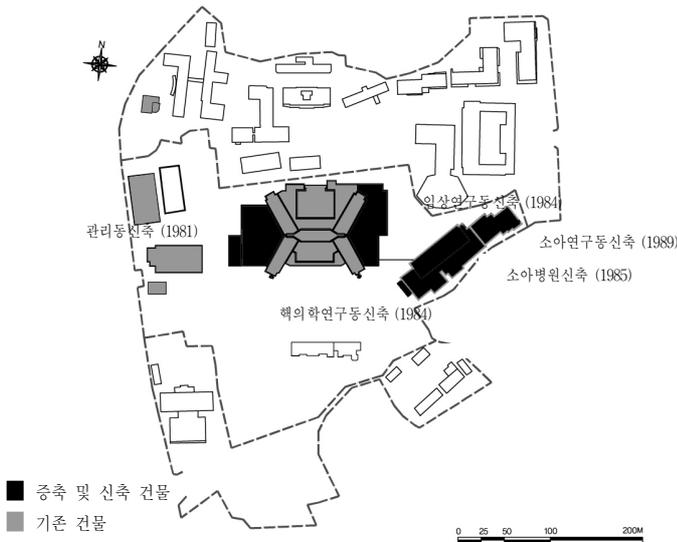


그림 11. 1981~1989년 특수법인 서울대병원 시설 변화

1) 부문별 첨가식 증축

대규모 건축으로 현대화된 병원은 1980년대에 들어와서도 관리동을 지하1층~지상2층까지 3층규모로 첨가식 증축을 하여 관리기능부와 내과외래부를 배분하여 기존부서와 연결하였고, 1984년 그 자체적인 연구기능의 충실과 늘어가는 환자수에 알맞은 보건의료인력을 수용할 수 있는 공간의 부족 등의 원인으로 임상연구동, 핵의학연구동을 외과외래진료부의 상층면에 첨가식 증축을 하여 새로운 기기도입을 위한 공간의 부족현상과 자체 연구실과 교수실(교육연구부)공간의 부족을 해결하였다.

2) 소아진료부 신축

1985년에는 부서의 신설, 소아환자의 수요증가 등 사회적 요구에 의해 소아병원을 별동식으로 연면적 18,171㎡, 지하1층~지상7층 규모에 285병상과 1일 5백여 명 외래진료능력을 갖춘 소아전문병원을 개원하였으며, 1과, 14분과, 6실의 기구, 33개 전문클리닉 운영하였다. 1989년에는 연구실, 교수실 등 교육연구부 기능을 증속시키기 위해 지하1층~지상7층의 소아연구동을 첨가식으로 증축하였고, 독자적으로 운영은 되지 못하고 본관건물과 연결함으로 인력 및 장비를 활용하였다. 이는 더 이상 본관 내부에서 세분화된 진료기능을 증속할 수 있는 공간적인 한계에 의하여 별동식으로 증축될 수 밖에 없었던 건축적 발전의 형태로 볼 수 있으며, 이러한 형태의 발전은 현재의 센터화 개념으로 설립되는 의료전문센터의 한 형태로 이어진다.

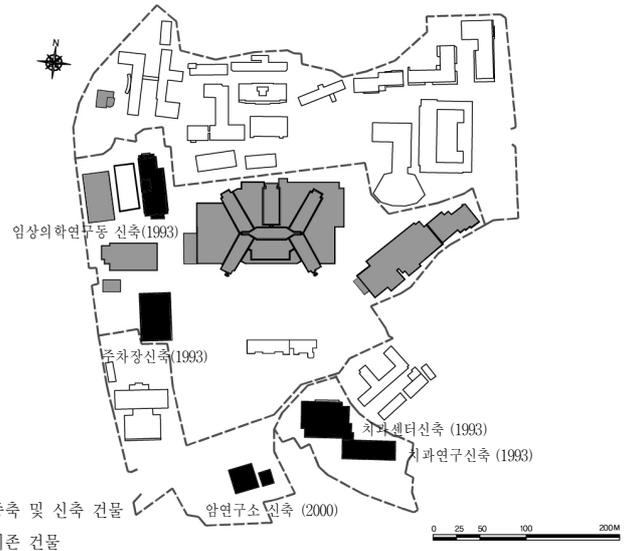


그림 12. 1993~2003년 서울대병원 시설 변화

더 이상 본관의 시설 내에서 증축이 어려워지고, 부문의 연계성과 동선분제로 인하여 별동식으로 증축이 이루어진다. 이는 의학과 의료기술의 발전에 기인한 것이며, 한 개의 건물 내에서 모든 것이 처리되어지는 시설을 갖춤으로써 센터화로 이어진다. 또한 정보통신의 발전으로 인하여 디지털 통합의료 정보네트워크 및 평생의무기록 관리시스템의 구축되어 의료정보가 체계적으로 관리가 이루어짐으로써 이제는 지역적인 한계를 벗어나게 된다.

1) 서울대학교 치과병원 (치과진료부) 신축

소아진료부이후에 장기계획에 따라 치과진료부를 건립하게 되는데, 이는 처음부터 한 건물에서 진료, 연구, 교육의 기능을 할 수 있도록 계획함으로써 독립적인 병원으로 설립된다. 연면적 2,197㎡, 지하1층~지상8층 규모에 40병상과 1일 외래진료능력이 1,000명으로 1993년에 개원했다. 건축계획당시부터 독립적으로 운영이 가능하도록 병원을 계획했으며, 치과중앙센터로 계획했다는 점이 소아병원과는 다른 점이라 할 수 있다.

2) 보라매병원의 수탁 운영

1987년 시립영등포병원 수탁 운영하게 되는데, 영등포병원은 1965년에 신축한 건물로써 노후화되어있을 뿐만 아니라 부지협소, 진입로, 주변여건 등의 문제로 부적합하여 1991년에 동작구 신대방동 보라매공원 내에 건물 연면적 22,315㎡, 300병상의 규모로 신축하면서 보라매병원으로 개칭한다. 2003년에 증개축공사 마스터플랜을 계획하였다.

3) 분당서울대학교병원의 신축

분당서울대학교병원은 1996년에 착공하여 2003년에 준공하였다. 연면적은 16,616㎡이며 지하3층~지상15층, 총병상 835병상, 중환자실 56병상, 응급실 33병상, 수술실 20실 등의 규모에 1일 외래진료능력은 3,000명이다. 서울대학교병원이 분원으로 난치질환 중심의 집중적 치료와 연구의 목적을 중심으로 노인병센터, 심장센터, 뇌신경센터, 폐센터, 관절센터, 건강증진센터 등 6개의 특성화센터를 중심으로 운영되고 있다.

4) 헬스케어시스템 강남센터의 개원

서울대학교병원 헬스케어시스템 강남센터는 ‘질병학에서 건강학’으로의 의료패러다임의 변화에 대응하여 2003년 10월에 역삼역 스타빌딩 38층에 개원하였다. 정확한 조기진단을 통하여 적극적인 예방중심의 의료 활성화를 목적으로 설립되었으며, 여기서 건강진단 후에 서울대학교병원이나 분당서울대학교병원, 보라매병원 혹은 협력병의원과의 연계함으로써 환자연계시스템을 구축하였다.

5. 결론

본 연구는 1908년 개원한 대한의원부터 현재 서울대학교병원까지의 일련의 시간의 흐름에 따라 의료환경의 변화와 병원 조직과 기능의 변화에 대응하여 병원건축이 어떠한 건축적인 변화과정을 거쳐 지금의 서울대학교병원으로 발전하였는지를 고찰한 것이다.

서울대학교 병원건축의 변화는 1차 변화요인인 의료환경의 변화와 시대적인 상황에 따른 의료수요와 의료공급방식의 변화를 통해 2차 변화요인인 병원조직과 운영방식의 변화에 영향을 받았다고 할 수 있다. 이러한 병원조직의 변화양상은 기능화 → 전문화 → 전문통합화의 과정을 보였으며, 이는 기존의 기능에 대한 확대와 축소, 그리고 새로운 기능의 추가로 각 부문별로 다른 양상을 보이며 발전하였다. 이에 대응한 병원본관 시설의 변화는 초기에는 기능유지 → 부분별 증축 → 내부개조의 공간변화 → 외부독립화(센터화, 네트워크화)의 시간의 흐름에 따른 발전양상을 보였으며, 현대에 접어들수록 정보화 기술에 의해 동선이나 공간적 제약은 덜 받는 것으로 나타났다. 부문별 공간의 변화는 초기 계획과는 서로 다른 의료환경의 영향을 받았으며, 각 부문별 공간의 특성에 따라 다른 양상으로 변화하는 특성을 보였다. 이에 연구를 통해 얻은 결과는 다음과 같다.

첫째, 의료환경의 변화요인으로 크게 경제상황, 인구구

조의 변화, 의료기술의 발전, 질병구조의 변화, 의료관련제도 및 의료공급체계의 6가지 변화요인으로 구분할 수 있으며, 이에 의료의 수요와 공급이 발생한다. 의료수요의 변화는 진료환자의 의료이용도로 반영되어 그 변화추이가 나타나며, 이 의료수요에 대응한 의료공급의 변화는 병원의 조직과 기능의 변화로 나타나는데, 기능의 형성과 발전양상은 기능의 형성과 기능내 분화과정을 통한 4가지 양상으로 나타나며, 병원조직의 변화양상을 진료부문, 지원부문, 관리부문으로 나누어 연대별로 정리하면 다음과 같다.

1) 진료부문은 1910년~1945년 일제치하시기에는 내과, 외과를 중심으로 약간의 변화가 있을뿐 크게 변화하지 않는 시기이다. 1950년~1970년대까지는 각 임상과가 분화와 통합을 거듭하는 시기이고, 1980년대 들어서 성별, 연령별, 질환종류별로 세분화되고 새로운 진료과목도 생성되는 시기이며, 1980년대 후반에 외래중심의 진료센터형식으로 전문화되는 경향을 보인다. 1990년대 이후는 특수클리닉을 중심으로 더욱 세분화되어 전문센터로 발전하는 시기에 해당한다.

2) 지원부문은 순수진료부문에 비해 전체적으로 늦은 1960년대 중반 이후부터 분화가 발생한다. 1960년 중반 이후 중앙진료부문이 의료장비의 도입으로 영역이 형성되는 시기이며, 1970년대에 각 부문별(방사선부문, 검사부문)로 분화발전하는 시기이다. 1980년대 이후에서 점차 중앙화, 조직화하는 시기에 해당하며, 1990년대 이후에는 중앙화된 영역에서 분과하여 더욱 세분화, 전문화되는 시기에 해당한다.

3) 관리부문은 1970년대 후반에는 병원이 거대화, 복잡화되면서 병원관리에 대한 관심의 고조로 공급부문과 행정관리부문이 형성되며, 특히 1977년 의료보험제도실시로 새로운 관리부서가 생성되고, 1980년대는 더욱 분화하여 각 업무별로 해당업무를 담당하는 시기이다. 2000년대 이후는 통합의료시스템을 구축하는 시기에 해당한다.

둘째, 병원의 조직과 기능의 변화에 대응한 시설의 발전 과정은 1970년 이전까지는 9~12년 사이에 증개축이 발생하였고, 병원신축 이후 1980년대는 3~4년을 단위로 더욱 가속화되어 증개축이 발생하였다. 1977년까지는 병원은 파빌리온형태로 진료부문의 수평확장과 병동부문의 첨가식 확장방법으로 시설의 변화가 발생했고, 1978년 이후 신축병원은 고층·기단형태로 기단부를 중심으로 첨가식 증축 이후 공간의 한계로 별동·고층형태로 센터화되어 독립적인 증축이 발생하는 양상을 보인다. 이에 부문별 기능공간의 형성 및 발전양상은 연대별로 정리하면 다음과 같다.

1) 1910년대 : 진료부문-병동부문을 중심으로 운영되는데, 1920년대까지 병동만 증축되는 양상을 보인다.

2) 1920년대 : 진료부문 (입원진료, 외래진료)-병동부문을 중심으로 운영되며, 1924년 외래진료소의 개원으로 본관은 입원진료, 외래진료소는 외래진료를 담당함으로써 진료부문에 있어 이원화를 갖추었다.

3) 1930년~1950년대 : 외래진료부문-중앙진료부문-병동부문을 중심으로 중앙진료부문이 형성되는 시기에 해당하며, 의료수요의 증가로 외래진료부문과 연관성을 가지며 증축이 이루어진다.

4) 1960년~1970년대 : 외래진료부문-병동부문-중앙진료부문-중앙공급부문으로 부문별 영역성이 형성되는 시기이며, 의료장비의 도입으로 외래진료부문과 중앙진료부문을 중심으로 필요한 기능제실이 내부개조와 소규모증축을 중심으로 공간의 변화가 발생한다.

5) 1980년대 : 외래진료부문-병동부문-중앙진료부문-중앙공급부문-관리부문을 부문별 기능공간의 구성체계가 더욱 체계화되는 시기로 주요공간에 대한 기능추가로 보조공간과 이에 대한 관리공간이 세분화되어 생겨나고, 병원관리의 중요성으로 관리부문에 대한 확장, 진료공간의 세분화로 첨가식 증축이 발생한다.

6) 1990년대 이후 : 부문별 기능의 전문화-센터화-네트워크화의 단계로 발전하는 시기이다. 본관을 중심으로 한 증축은 더 이상 발생하지 않고 부문간의 연계성 강화와 효율적인 병원운영을 위한 기능의 충실화로 공간구성체계의 변화가 발생하며, 이로 인해 내부개조와 부서간의 이동이 집중적으로 발생한다. 이후에 진료부문과 중앙진료부문은 더욱 세분화하여 특성 목적의 집합체로 독립적인 형태의 센터화를 구축한다. 외래진료센터의 분화를 기점으로 소아센터, 치과센터, 암센터, 심혈관센터, 건강관리센터 등 다양한 형태로 발전한다. 2000년대는 이러한 의료기술의 급격한 발전과 정보화기술의 접목으로 시·공간을 극복하여 본원(本院)을 중심으로 지원(支院)을 신설하여 네트워크로 형성하는 양상을 보인다.

4. 문화재청, 대한의원 본관 실측 보고서, 2002
5. 서울대학교병원, 1964-2003년 서울대학교병원 연보
6. 서울대학교병원, 대한의원 본관 실측보고 및 수리보고서, 1981
7. 서울대학교병원, 서울대학교병원 20년사, 70년사
8. 의학신보, 한국의학 100년사
9. 조선과 건축, 1924-1934년 제3집-제13집
10. 조선총독부, 1910-1943년 통계연보
11. 조선총독부, 1910-1945년 총독부 관보
12. 조선총독부의원, 1910-1927년 조선총독부의원 연보
13. 조선총독부의원, 조선총독부의원 20년사
14. 최광석, 성장과 변화에 대응한 병원건축계획에 관한 연구, 한양대학교 박사학위 논문, 1993
15. Marberry, O, Sara, Innovations in Healthcare Design, Van Nostrand Reinhold, 1995
16. Wheeler, E. Todd, Hospital Modernization And Expansion, McGraw-Hill Book Company, 1981

<접수 : 2004. 7. 29>

## 참고문헌

1. 경성제국대학 의학부 부속의원, 1930-1940년 환자월보, 경성제국대학 학보
2. 권순정, 우리나라 종합병원의 증·개축과 그 경향에 관한 연구, 서울대학교 석사학위 논문, 1986
3. 김일순, 한국 병원의 역사, 한·일의료세미나, 대한의학협회, 1984