

# Changing Tendency of the Psychiatric Hospitals' Acute Wards for Return to Society in Japan

사회복귀를 고려한 일본 정신과 급성기치료병동의 변화경향

Ko, Sang-Kyun\* 고상균

## Abstract

**Purpose:** This study shows a changing tendency of Japanese psychiatric hospitals, presenting "Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare", changed to "Hospitalized Medical Treatment to Living in the Community" and reducing the number of beds since 2004.

**Methods:** This study uses a documentary survey, especially Jananese 「Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare System」 and a field survey on hospital built for early treatment and return to society after 2004.

**Results:** Change tendencies of psychiatric hospitals are 1) diversification of isolation room and ward, 2) cluster of patient's room, 3) phased organization of space, 4)individualization.

**Implication:** This study will be an important data for researching plan of Korea psychiatric hospital which needs to change by global tendency.

**Keywords** Living in Region, Return to Society, Cluster of Patient's Room, Phased Organization of Space, Individualization

**주 제 어** 지역중심, 사회복귀, 병실클러스터, 단계적 구성, 개별화

## 1. Introduction

### 1.1. Background and Objective

정신보건서비스는 복지선진국의 경우 지역사회정신보건 패러다임으로 전환한지 오래이며, 상당수의 정신병원이 폐쇄되면서 입원치료가 꼭 필요한 대상에 한해 최소한의 기간만 시설대응이 이루어지고 있는 것이 현실이다.

그러나 우리나라는 아직도 병상수의 증가와 장기입원 및 조치입원 비율 등이 다른 OECD국가에 비해 월등히 높아 이로 인한 고비용의 문제와 열악한 환경, 인권침해의 문제가 국내외에서 지속적으로 제기되고 있어 시설환경을 포함하여 해결해야만 하는 커다란 과제로 부각되고 있다.

이에 비해 일본의 경우는 2004년부터 「정신보건의료복지의 개혁비전」을 발표하고 병상수를 줄이며 「시설중심에서 지역중심으로」 정책방향의 수정과 함께 개혁적인 변화를 추구하며 정신의료시설을 중심으로 사회전반의 변화를 모색하고 있다.

따라서 본 연구는 이 같은 정책방향의 변화를 계기로 조기집중치료와 지역사회복귀를 목표로 변화하고 있는 일본의 정신

과 '구급 및 급성기 치료병동'<sup>1)</sup>을 대상으로 치료병동의 변화방향과 그 특징을 파악하는데 목적을 두고 조사를 진행하였다. 이는 시대적인 추세 및 이용자의 요구에 맞추어 변화하지 않으면 안되는 우리나라 정신과병동의 계획방향을 검토하는 과정에서 필요한 기초자료를 얻고자 함이다.

### 1.2. Methodology

본 연구는 일본의 정신과의료시설(급성기 치료병동을 중심으로)이 지역사회복귀라는 정책방향의 변화를 계기로 어떤 특징적 변화를 야기하고 있는가를 파악하기 위하여 아래와 같은 조사를 진행하였다. 먼저 2004년에 발표된 「정신보건의료복지의 개혁비전(Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare System)」을 중심으로 정책적 변화내용과 환자분포 등

\* Member, Professor, PhD, Department of Architecture, Catholic Kwandong University (Primary author: kosk@cku.ac.kr)

1) 일본의 정신과병동은 구급병동, 급성기치료병동, 요양병동으로 구분하고 구급 및 급성기치료병동은 집중적인 치료가 필요한 정신질환자를 대상으로 하는 입원시설이다(Table 2).

을 파악하기 위하여 문헌조사를 진행하였다. 또한, 이 같은 정책방향이 현장에서 어떻게 구현되고 있는지를 파악하기 위하여 조기집중치료 및 지역복구를 강조하며 일상성을 강화하고 있는 최근에 건립된 4개병원의 '구급 및 급성기 치료병동'을 2015년부터 2016년에 걸쳐 현지방문조사를 진행하였다.

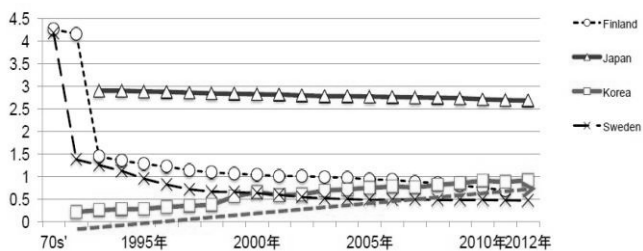
조사내용으로는 평면을 중심으로 각 병원의 병동구성과 특징을 설계자에게 설명을 듣고 의료시스템으로부터는 병동의 운영에 따른 불편사항과 현재의 운영현황을 소개받았다. 또한 환자들의 조기집중치료 및 사회복귀를 위해 시설환경 및 운영 면에서 어떤 노력을 기울여 왔는지를 확인하는 인터뷰를 진행하였다.

## 2. Present Situation and Changing Tendency of Mental Health Care System in Japan.

### 2.1. Visions in Reform of Mental Health and Medical Welfare System

#### 1) 일본 정신의료의 현황

유럽의 선진제국이 1970년대부터 80년대에 걸쳐 정신과의 병상 수를 줄이고 지역사회에서의 다양한 지원과 함께 지역 속에서 거주할 수 있도록 체제를 정비하여 온 것에 비해 일본의 정신과병원은 1960년 정신박약자복지법의 제정을 시작으로 1955년-1965년 사이에 급속히 증가되기 시작하여 2004년 현재 OECD국가 중 가장 많은 병상수를 보유하고 있다. 2012년을 기준으로 인구 1,000명당 정신과병상수에서 일본이 2.68bed, 한국이 0.91bed, EU국가가 0.59bed로 일본의 경우는 국가적인 노력에도 불구하고 아직도 의료시설의존도가 높은 것을 알 수 있다.<sup>2)</sup>

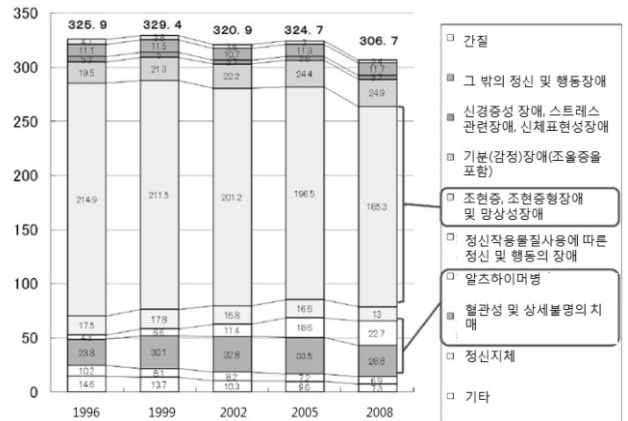


[Figure 1] The Number of Psychiatry Beds and Overview of Mental Patients

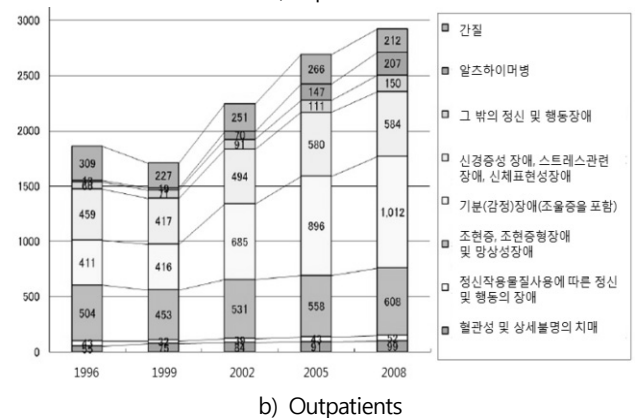
환자분포에서는 정신질환환자 수 303만명중 2005년의 입원 환자 수는 32.5만명으로 1999년에 비해 커다란 변화는 없으나 조현증의 환자는 감소경향에 있음을 알 수 있다. 또한, 외래환자의 경우 2005년은 268만명으로 1999년의 170만명에 비해 많은 증가를 나타내고 있으며, 특히 기분장애 및 치매환자의 증가가 두드러짐을 알 수 있다<sup>3)</sup>(Figure 2).

2) 巖 爽, 2014, 은평병원국제학술대회-日フィンの事例比較を通してみた精神科医療環境のあり方.

3) 厚生労働省報告書, 2010, 精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況.



a) Inpatients



b) Outpatients

[Figure 2] Diseases Distribution of Inpatients and Outpatients (per1,000people)

또한, 정신과병원에 입원하는 환자의 평균재원일수도 1980년대 500일에 육박하던 것에서 서서히 단축되어 300일전후로 나타나고 있지만, 아직 다른 국가들과 비교하면 단연 두드러질 정도로 길다. 이는 장기의 입원환자가 많기도 하지만 돌아갈 장소가 없어 병원에 입원한다기보다는 병원에서 「살고 있는 것」이 하나의 원인으로 해결하지 않으면 안 되는 문제가 되고 있다.

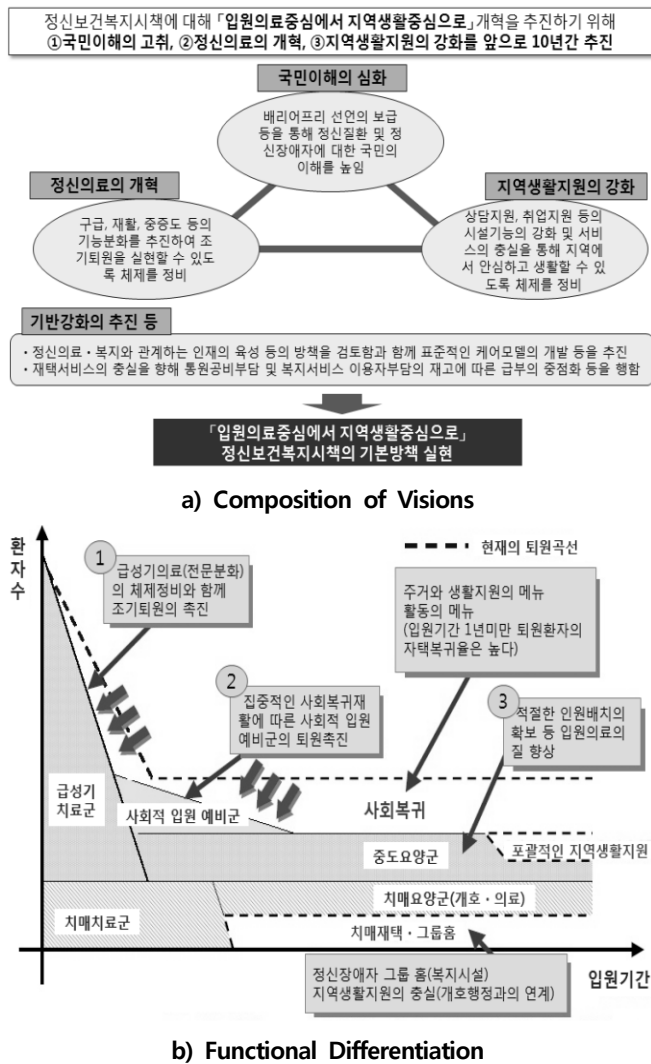
입원이 중심이었던 일본의 정신의료시설에서 「정신보건 의료복지의 개혁비전 진척상황」(2010)에서 설명하고 있는 질환별 주요과제를 정리하면 아래와 같다.

[Table 1] Recent Subject for Diseases

구분	과제
조현증	과거부터 가장 많은 장기입원환자가 존재하고, 지역으로의 이행과 지역생활의 지원이 과제
치매증	고령화와 함께 급속히 증가하는 질환으로 정신과 입원의 장기화경향과 고령의 합병증환자 증가가 두드러짐
기분장애	환자수가 급속히 증가하는 경향을 나타내고 있으며 자살대책과도 관련
정신·신체 합병증	환자의 고령화와 함께 증가하고 있으며 종합병원이 아닌 경우 인근병원과의 협력이 주요한 과제

## 2) 정신보건의료복지의 개혁비전

일본의 정신질환환자는 2011년 320.1만명으로 소위 4대 질환(암, 뇌졸중, 급성심근경색, 당뇨병)보다도 많은 상황이다. 치료 약의 발전 등에 따라 근년 신규환자의 입원기간은 단축경향에 있고, 약9할의 신규입원환자가 1년 이내에 퇴원하고 있으며, 특히 조현증의 입원환자수가 감소하고 있다. 이와 함께 정신병원의 병상수는 감소경향에 있지만 여전히 1년 이상의 장기입원환자는 20만명을 넘고 있다.<sup>4)</sup> 이 같은 배경에서 2004년 후생노동성이 제시한 「정신보건의료복지의 개혁비전」에서는 「입원의료중심에서 지역생활중심으로」 기본이념의 변화를 추진하게 되었으며 그 주요내용은 아래와 같다.



[Figure 3] Reformation of Mental Health and Medical Welfare<sup>5)</sup>

개혁비전의 핵심적인 내용은 ①급성기의료의 체제정비와 함께 조기퇴원을 촉진하고, ②집중적인 사회복귀재활에 따른 사

4) 厚生労働省、みんなのメンタルヘルス、  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html>  
 5) 厚生労働省報告書, 2010, 精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況.

회적 입원 예비군의 퇴원을 촉진하고, ③적절한 인원배치의 확보 등 입원의료의 질 향상을 통해 중도(重度)의 요양군을 포괄적인 지역생활지원과 함께 관리하고, ④치매증상은 치매치료군, 치매요양군(개호/의료), 재택 및 그룹 홈 등을 통해 입원의료중심에서 지역생활중심으로 개혁을 추진하고 있다(Figure 3).

## 2.2. System Changes and Facility Criteria

일본의 경우는 1992년에 정신과요양병동에 대한 시설기준이 정립되고 1994년에 정신과 급성기치료병동 등에 대한 시설기준이 정립되었다. 이후 2002년부터 정신과구급병동에서 급성기의료의 입원기간이 3개월로 제한되어 단기집중의 입원치료를 통해 가능한 조기퇴원을 목표로 재입원을 막으려는 제도적 장치가 더욱 명확화 되고 있다.

또한, 정신과병동과 관련한 구급 및 급성기치료병동에 대한 시설기준은 아래의 표[Table 2]와 같다. 요양병동이 병실 등에 대한 구체적 기준을 제시하고 있는데 반해 정신과 구급의 경우 격리실을 포함 1인실이 병동 병상수의 반수이상을 점해야 한다는 기준을 제외하면 시설기준을 구체적으로 정하고 있지는 않다.

[Table 2] Outline of Survey Psychiatric Wards

		구급병동	급성기치료병동
시설 성격 / 대상	시설 성격 / 대상	급성기의 집중적인 치료가 필요한 정신질환을 갖은(긴급)조기입원환자, 의료보호입원환자, 응급입원환자, 갑정입원환자 및 의료관찰법입원환자를 입원시키는 병동을 단위로 행함	급성기의 집중적인 치료가 필요한 정신질환을 갖은 환자를 입원시켜 정신병동을 단위로 행함
	병실	-병상수:60병상/병동 이하 -격리실 포함 1인실이 병동 병상수의 반수이상	-병상수 : • 60병상/병동 이하(정신 병상수 300이하의 경우) • 총 정신병상수의 2할이하 (정신병상수 300을 넘는 경우)
소 요 실	-	-격리실	

## 3. Case Study of Mental Health Care Facilities

### 3.1. Introduction of Survey Facilities

개혁비전발표(2004)이후 조기치료 및 지역복귀를 강조하며 최근에 건립된 3개의 병원과, 치료환경을 고려하여 일상성을 강화하고 클러스터형 병동을 구성하고 있는 1개의 병원(1999년 건립)을 방문·조사하였으며 그 병원의 개요와 병동의 특징은 아래와 같다.

**[Table 3]** Outline and Character of Psychiatric Hospitals for Survey

	사례1.	사례2.	사례3.	사례4.
위치	후쿠시마현	토쿄도	이바라키현	토쿄도
병원의 병동 구성	A동(급성기, 인지증 등), B동(요양), 본관(데이케어, 합병증), D동(구급, 스트레스)	A동(구급, 고령기, 청소년, 회복기/스트레스케어), B동(정신일반), C동(인지증, 구급), E동(정신일반, 요양, 회복기)	-본관(구급, 급성기, 합병증, 청소년, 약물, 사회복귀 등) -의료관찰법	-신관(구급, 급성기, 합병증, 청소년, 인지증, 약물, 알콜, 회복기 등)
병원 규모	571병상	482병상	288병상	890병상-정신과 808
조사 병동 건립 년도, 규모	1999	2013	2009	2012
	A동 200병상 (1F-5F) A동2층	A동 159병상 (B1-6F) A동2층	본관 270병상 (1F-2F) 본관1층 (구급병동)	신관 660병상 (1F-7F) 신관4층 1병동
병실	2인실, 4인실	1인실	1인실	1인실, 4인실
조사 병동 구성	-격리실 4 -관찰실 2 -2인실 6 -4인실 9 (공동화장실)	-격리실 4 -준격리실 8 -관찰실 4 -1인실 23 (공동화장실) -1인실 4 (화장실설치)	-격리실 5 -준격리실 5 -1인실 30 (공동화장실)	-격리실 7 -1인실 14 -4인실 5 (모든 병실 화장실 설치)

사례1과 사례2병원은 의료법인이 운영하는 급성기의 민간병원으로 조기치료 및 지역복귀를 고려하여 건축가와 병원운영자가 함께 대안을 찾아가며 발전시켜가고 있는 병원으로 다양한 측면(그룹홈 운영, 일자리제공, 시설의 지역개방 등)에서 지역에 밀착하고 있는 병원이다.

사례3병원은 이바라키현(茨城県)립의 정신과병원으로 지역의 정신건강과 치료 및 의료관찰법(정신과범죄자)병동을 운영하는 공공센터병원이다. 인근의 현립종합병원 및 지역의 정신과병원과 네트워크를 형성하고 조기발견 및 치료(구급 및 급성기, 합병증, 청소년 등)를 담당하는 중심병원이다.

사례4병원은 동경도(東京都)립의 정신과병원으로 다양한 환자의 질환상태에 따라 (슈퍼)구급 및 급성기치료를 중점으로 담당하는 병원으로 재활치료를 위한 대규모시설과 사회복귀병동을 폭넓게 운영하는 대규모의 정신과병원이다.

**3.2. The Characteristics of Wards in the Field Survey**

조사병원의 병동평면(사례1-D동2층, 사례2-A동2층, 사례3-1층 구급병동, 사례4-신관4층 1병동)과 그 특징을 정리하면 아래와 같다.

**[Table 4]** Characteristics of Ward in Example 1

	Example 1
평면	
계획 개념	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료환경을 위한 공간만들기</li> <li>- 케어가 용이한 휴먼스케일의 공간</li> <li>- 선택폭이 풍부한 생활공간</li> <li>- 5감에 부드러운 밝고 풍부한 디자인</li> </ul>
특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 급성기 치료병동으로 별도의 격리실동선 확보</li> <li>- 16병상을 1개의 소그룹으로 병동은 3개의 소그룹으로 구성</li> <li>- 환자의 중증도에 따른 격리실4, 관찰병실2(합병증 등)과 소그룹의 일반병실(공동화장실, 2인실6, 4인실9)로 구성</li> </ul>

**[Table 5]** Characteristics of Ward in Example 2

	Example 2
평면	
계획 개념	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 치료환경을 위한 공간만들기</li> <li>- 쾌적성과 프라이버시의 중시</li> <li>- 충실한 병실환경과 선택폭이 풍부한 생활공간</li> </ul>
특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 구급 및 급성기 치료병동으로 별도의 격리실동선 확보</li> <li>- 환자의 중증도에 따른 격리실, 준격리병동, 관찰병실, 소그룹의 일반병실로 구분</li> <li>- 병동전체의 병실은 1인실로 10-12병상이 하나의 소그룹으로 구성되고 간호스테이션에 가까운 4개의 병실은 내부에 화장실을 설치하고 기타 소그룹내의 병실은 화장실, 세면코너, 샤워실, 세탁실 등을 공유하고 있음.</li> </ul>

[Table 6] Characteristics of Ward in Example 3

Example 3	
평면	<p>Private space (patients room) Public space (common space of the ward) Semi-Private/Semi-Public space (common space of the unit) 간호 스테이션, 식당, 담화, 격리실 중증도2, 구급부, 구급격리 중증도1</p>
계획 개념	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 가정적인 스케일과 장치(가구, 물품, 공간 등), 마을을 지나 사회로</li> <li>- 단계적인 공간구성</li> <li>- 유니트형의 병동</li> </ul>
특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 구급의료병동(40병상)으로 구급부와 연계되는 별도의 격리동선을 확보</li> <li>- 격리실을 중증도에 따라 2단계로 구성하여 격리실 5병상, 준격리실 5병상으로 구성되고, 3개의 소그룹(1인병실 30병상으로 남자14, 여자12, 혼합4)으로 구성</li> </ul>

[Table 7] Characteristics of Ward in Example 4

Example 4	
평면	<p>Semi-Private/Semi-Public space (common space of the unit) Public space (common space of the ward) Private space (patients room) 오락실, 식당, 기계 욕실, NS, 저지 준비실, 격리실</p>
계획 개념	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 환자의 질환상태, 성별 등에 따라 사용구분 가능하도록 소규모의 유니트를 구성</li> <li>- 사람과 사람의 관계형성을 단계적으로 발전시킬 수 있는 환경 만들기</li> </ul>
특징	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 구급 및 급성기 치료병동으로 병동출입구와 격리동선을 구분</li> <li>- 병동은 격리실 7병상과 2개의 소그룹(1인 병실-14병상, 4인 병실-20병상)으로 구성</li> <li>- 2개의 소그룹은 일상생활을 위한 공간형성보다는 관리의 용이함을 위주로 구성되고 식당주변에 휴게 및 욕실 등을 인접배치</li> </ul>

## 4. Changing Tendency of the Psychiatric Acute Management Wards for Return to Society

### 4.1. Small Grouping and Cluster of Patient's Room

#### 1) 병실의 소그룹화와 생활공간

출입이 통제되는 제한된 시설환경 내에서 집중치료과정과 함께 사회복귀를 목적으로 생활을 중시하는 곳이 정신의료시설의 '구급 및 급성기 치료병동'이다. 따라서 이들에게 시설은 비일상적인 격리공간이 아닌 일상적인 생활공간으로 다루어져야 할 필요가 있어 조사병원에서는 아래와 같은 특징의 생활공간이 구성되고 있다.

① 사례1의 경우 4인실 3개, 2인실 2개가 1개의 소그룹을 형성하고 각 소그룹의 공유공간으로는 홀, 담화코너, 세면코너, 화장실, 세탁실, 샤워실 등을 갖추고 있으며, 세면코너·화장실은 담화코너와 인접시켜 관찰의 용이함과 함께 환자간의 상호관계를 지원하고 있다.

② 사례2의 경우 준격리실을 제외하고 병실은 1인실 11-12병상을 하나의 그룹으로 2개의 소그룹과 화장실이 설치되어 있는 1인실 4개로 구성되고 있다. 2개의 소그룹에는 홀, 라운지(담화코너), 세면코너, 화장실, 세탁실, 샤워실 등의 기능을 갖추어 소그룹 내부에서 일상적인 생활이 완성되고 관계형성에 유리한 환경(행동장치)을 구비하고 있다.

③ 사례3의 경우 병실은 12병상(여)-14병상(남)을 하나의 그룹으로 구성하고, 또한 남녀혼합의 4병상을 인접시켜 3개의 소그룹으로 구성하고, 각 소그룹 내에는 리빙공간(담화코너)을 병실에 인접시키고, 화장실·샤워실은 관찰이 용이한 입구부분에 위치시키고 있다.

④ 사례4의 경우 13-16병상을 하나의 그룹으로 병동은 2개의 소그룹으로 구성되고 복도폭을 넓게 확보하여 코너에 의자를 배치하고 관계형성을 유도하고 있다. 모든 병실에 화장실을 설치하여 공동이용시설로는 식당과 인접하여 오락코너, (기계)욕실, 세탁실 등을 위치시키고 있다.

이상의 조사병원에서 나타나는 특징은 거주성 및 일상성을 강화하기 위하여 복수의 소그룹 혹은 클러스터로 병동을 분류하는 것으로 이는 관리·운영 면에서 환자의 증상 및 중증도, 성별 등을 고려하여 그룹을 나누는데 편리하고, 환자와 가까운 거리에 스텝이 머무는 환경을 만들기 위해 유리하고, 팀너싱(team nursing)을 행하는 경우에도 영역을 명확히 하는 등의 이점을 고려하여 조사병원에서는 모두 소그룹의 클러스터형 병동을 채택하고 소그룹 내부에서 일상적인 생활이 성립하는 환경을 구비하고 있음을 알 수 있었다. 다만, 사례4의 경우는 일상생활 환경과 관계형성의 측면보다는 남녀구분<sup>6)</sup> 등 합리적인 병동운영의 측면을 고려한 것으로 판단된다.

6) 일본 정신의료시설의 경우 일상환경을 고려하여 병동을 남녀로 구분하지 않고 혼합병동으로 운영하는 것이 일반적이다.

**[Table 8]** The Characteristics of Patient's Room Cluster and Wards of Hospital in the Field Survey

	사례1	사례2	사례3	사례4
소그룹 특징 (보호실 제외)	16병상(2인실2, 4인실3)을 하나의 그룹으로 병동은 3개의 소그룹 구성	일반병실은 11-12병상을 하나의 그룹으로 2개의 소그룹 구성	일반병실은 12-14병상을 하나의 그룹으로 2개의 소그룹 구성	13-16병상을 하나의 그룹으로 병동은 2개의 소그룹 구성
소그룹 구성	홀 및 복도를 중심으로 담화코너, 세면코너, 화장실, 세탁실, 샤워실로 구성	홀 및 복도를 중심으로 담화코너, 세면코너, 화장실, 세탁실, 샤워실로 구성	복도를 중심으로 휴게라운지, 화장실, 샤워실 등으로 구성	클러스터단위의 공유공간은 없으며, 병동공통으로 (기계)욕실, 세탁실, 전화코너 등

## 2) 유니트케어의 도입

유니트케어는 집단으로 생활하는 시설에서 그 입소자의 존엄을 지키기 위한 간호수법이고, 정신과에 있어서 환경 그 자체가 치료구조라는 인식이 수립되면서 정신과병원도 본래의 유니트케어를 실천하는 것이 바람직한 시설<sup>8)</sup>이라고 보는 관점이다.

입원기간이 요양병동에 비해 짧은 구급 및 급성기 치료병동에서는 환자간의 관계가 서먹하여 우선적으로 완전히 혼자가 될 수 있는 공간이 필요하다. 1인실은 베드와 작은 책상, 의자를 둘 수 있는 정도의 작은 공간으로 하고 병실 밖으로 의식이 확장되는 환경을 고려하고 있다. 그 위에서 클러스터를 작게 하고 환자간 상호관계를 촉진하고 단기간에 관계형성이 용이하도록 병동의 생활환경을 만드는 것이다. 사례1·사례2는 이를 고려하여 소그룹 내의 담화코너에 인접하여 화장실·세면코너 위치시켜 자연스러운 커뮤니케이션의 발생을 유도·지원하고 있다.

## 4.2. Phased Organization of Space

### 1) 단계적 공간구성

사례를 통해 본 단계적 공간구성의 의미와 역할을 정리하면 아래와 같다.

- ① 생활단위의 소규모화에 따라 사회성이 결여된 환자들에게 병동은 사회적 상호관계 및 일상생활훈련을 위한 장이다.
- ② 질환특성 혹은 환자의 증상에 따라 환자스스로가 관계하는 그룹의 규모 및 공간선택에 다양성을 갖게 하도록 생활공간의 단계적 구성에 따라 공간 및 장소선택의 폭을 확대할 수 있다.
- ③ 사회복귀를 목표로 하는 환자들에게 일상생활훈련 및 생

7) 유니트케어(unit care)는 시설의 요양실 및 병실을 몇 개의 그룹으로 나누고 각각을 하나의 생활단위로 구성하여 소인수의 가정적인 분위기 속에서 케어하는 것으로 일본의 경우 거주계시설에서(신형특별양호노인홈, 노인보건시설, 그룹홈 등)에서 도입되는 형식이다.

8) 佐久間 啓 外, 2015, 精神科病院建築におけるユニットケア、日精協誌、p48.

활감각의 유지는 중요한 과제이다. 소그룹단위로 휴게코너, 화장실, 샤워실, 세탁실 등을 공유하여 일반적인 생활이 성립하는 환경을 구비함으로써 이를 지원한다.

④ 의욕상실 및 운동기능장애를 갖는 환자의 경우 능동적 생활행위가 어려우므로 이를 고려한 공간의 단계적 구성으로 치료 및 재활의지의 지원, 동기유발, 감각기능의 유지·향상을 지원하게 된다는 적극적인 치료·치유개념의 도입이다.

### 2) 생활거점의 단계적 구성

생활거점의 단계적 구성은 정신과 병동 내에 생활단위를 소그룹으로 구성하여 거주성을 향상시키고 생활감을 유지시켜 조기복귀와 지역이행으로 연계시키고자 하는 특징적인 건축계획의 대안 중 하나이다. Semi-Private, Semi-Public의 공간을 각 병상 및 병실에 인접시키거나 가까이 위치시킴으로서 병실을 기점으로 다음 단계의 일상생활의 장으로의 전개가 용이하도록 고려한 것이다.

조사병원에서 나타나는 특징으로는 유니트(소그룹)의 홀(semi-private)에는 교류의 벤치가 있고, TV가 있는 라운지 및 담화실(semi-public)과 인접하여 세면코너, 화장실, 샤워실 등이 있어 교류 및 관계형성의 기회가 확대되고, 더욱이 병동의 중심에는 전원이 모일 수 있는 공동의 식당(public)이 있어 다양한 공간에서 다양한 형태의 대인교류가 가능하도록 고려되고 있다.

또한, 유니트구조에서는 환자자신이 공간을 선택하고 필요에 따라 사람으로부터 거리를 확보(reserve)하는 것이 가능한 구조로 다른 병동에서 옮겨온 만성기의 환자도 초기에는 당혹감을 보였지만 다양한 환자간의 트러블 및 충돌도 확실히 감소했다고 한다.

타인(환자 및 스텝)과의 접촉의 기회, 다양한 스케일의 교류공간(semi-private, semi-public, public)을 연속적으로 설치하는 것으로 환자가 스스로 병실외에 좋아하는 장소를 선택하고 환자·스텝간, 혹은 환자간에 자연스러운 커뮤니케이션이 발생되어 사회성이 부족한 환자의 치료에 기여하는 것을 기대하고 정신과의료시설에서 도입되는 구성형식이다.

**[Table 9]** Current State of Private, Semi-Private, Semi-Public, Public

	사례1	사례2	사례3	사례4
Pr				
S-Pr /Pu				
Pu				

9-10명 단위의 1인실로 화장실이 설치되어 있는 거주계시설(신형특별양호노인홈, 노인보건시설, 그룹홈 등)과의 차이점은

복수의 클러스터(소그룹생활단위)와 클러스터 내의 공동생활공간(담화코너, 화장실, 세면코너, 세탁실, 샤워실 등), 클러스터에서 확장되는 Public Space(식당)이다. 즉, 이 같은 단계적 공간 구성 및 이를 구성하고 있는 공동생활공간 등은 행동장치가 되어 치료환경에서 보다 적극적인 상호관계를 유도·지원하고 있다는 점이라 할 수 있다.

### 4.3. Environments of Individualization and Single Patients' Room

생활감의 유지 및 사회적 상호관계의 향상을 위해서는 개별화와 프라이버시의 확보는 가장 기초적인 사항이다. 유니트케어에서 1인실의 필요성은 토야마(外山)의 치매노인대상의 리빙 및 요양실에서의 체재연구<sup>9)</sup>를 통해 안정된 개인영역의 형성이 유니트 내에서의 상호교류와 체재(滯在)에 있어 다인실보다 안정을 가져온다는 결과가 노인요양시설뿐만 아니라 지금의 정신과의료시설에도 1인실의 도입을 적극 검토하는 결과로 이어졌다고 볼 수 있다. 그러나 환자부담 및 의료시스템 등을 고려할 때 병실을 모두 1인실로 만들기에는 많은 제약이 따른다. 이에 따라 1인실과 같은 효과를 고려한 건축적 대안으로 다인실에서의 코너 확보, 각 병상에 채광과 환기의 도입 등의 효과를 이끌어 내고자 조사병원에서는 아래와 같은 다양한 유형이 도입되고 있다.

사례1은 2인실과 4인실로 구성되고 있으며 4인실은 「개실적 4상실」<sup>10)</sup>로 개인의 영역을 명확히 하고 각 베드마다 창, 책상, 의자 스텐드조명, 수납장을 갖추고 개인의 생활환경을 스스로 컨트롤 할 수 있는 설비를 갖추어 안정성을 확보하고 개별화된 환경이 병실의 외부와 연계되도록 고려하고 있다.

사례2는 「개실적 다상실」이 갖고 있는 문제점을 해결하기 위한 대안으로 「다상실적 개실군」으로 부르는 1인실의 배치를 통해 안정성을 확보하고자 하는 계획이다. 「개실적 다상실」의 병상을 각각 1인실로 구획한 것이지만 각각의 문이 열리면 상호 소통가능하고, 스텝도 4인실과 같은 관찰이 가능한 반면 많은 면적과 관리스텝의 보강이 불가피한 단점이 있다.

사례3은 슈퍼구급병동으로 전체를 1인실로 구성하고 환자의 질환상태 및 남녀의 분리 등에 따라 그룹을 구분하고 병실에는 최소한의 수납가구와 테이블(클러스터의 입구에 공용의 화장실과 샤워실을 설치)로 구성하고 Semi-Pulic(담화코너) 혹은 Pulic 공간(식당, 휴게실 등)으로 유도되고 있다.

9) 노인요양시설의 개축을 계기로 다인실에서 생활하던 노인들이 새로 건립된 1인실의 새로운 시설로 옮겨지는 과정에서 양 시설(리빙 및 요양실)에서의 행동특성을 비교분석한 연구(2004, 山下哲郎, 노인복지시설 국제세미나, 여성가족재단)이며, 이후 일본의 노인요양시설은 노인복지법의 제도적 뒷받침에 따라 10명단위의 1인실로 유니트를 형성하고 있다.

10) 다인실에서 병상별로 컨트롤이 가능한 각각의 코너를 확보하여 1인실과 같은 효과를 얻고자 하는 병실개념이다.

[Table 10] Patient's Room of Case 2

병실입구	병실내부	
		
창호	양변기	마그네틱 옷걸이
		

[Table 11] The Characteristics of Patient's Room in Survey Hospital

	사례1	사례2	사례3	사례4
병실	2인실, 4인실	1인실	1인실	1인실, 4인실
베드 주변 장치	상두대, 큐비클 커튼(4인실)	책상 및 수납, 의자, TV, 자석 옷걸이, 소형냉장고	수납 가구, 상두대, 이동형 테이블	상두대, 큐비클 커튼(4인실)
세면 코너/ 화장실	공동	개별 및 공동	공동	개별

정신과병동의 병실이 1인실이라는 것에 의해 환자는 타인과의 거리 및 프라이버시를 확보하고, 휴식·수면을 보호받으며 스스로를 발견하는 것이 가능한 측면이 있다. 그리고 그곳에서 어떻게 사회복귀를 목표로 환경을 만들고 치료받게 할 것인가를 소프트 및 하드의 양면에서 고려하지 않으면 안된다. 그 치료환경의 하나가 유니트케어이고, 스텝이 병실 내의 환자 곁에 다가가기 용이하게, 한편으로 환자가 자연스럽게 병실 밖으로 나와 스텝 및 다른 환자와 교류하고 사회복귀를 위한 환경 만들기를 할 수 있도록 고려한 것이 조사병원에서 나타나는 개별화·개실화의 배경이기도 하다. 다만, 관리운영 면에서 안전성에 대해 여러 이견이 대두될 수 있으나 조사시설에서는 안전하게 개폐가 가능한 창호, 마그네틱 옷걸이, 안전 및 수리가 용이한 양변기설치 등을 통해 안전성을 확보하고 있다(Table 10).

### 4.4. Direction of Mental Health and Medical Welfare for Return to Society

#### 1) 치료·치유환경으로의 변화

치료·치유환경의 형성을 위해 조사병원에서는 시설환경에 일상성을 도입하려는 노력이 기울여지고 있다. 사회와의 연계를 가능한 한 유지하려는 의도로 외래 및 병동에서는 가로의 요소를 원내에 적극적으로 도입하고, 지역 속에서도 생활과 연계되는 포괄적인 네트워크시스템을 구축하려는 노력이 기울여져 오고 있다.

치유환경의 변천은 과거의 비밀상적인 시설수용의 개념으로

부터 21세기의 치유환경은 비수용의 일상 속에서 자립적으로 건강을 유지하는 개념으로 변모하고 있다<sup>11)</sup>고 볼 수 있다.

**[Table 12]** The Change of Healing Environment

	~ 18세기	19세기	20세기	21세기 ~
성격	수용	수용	수용	비수용
	비일상	비일상	비일상	일상
	격리적	위생적	침습적	자립적
방법	기도	개호간호	진단치료	습관개선
목적	사회보전	건강회복	구명장수	건강유지

집중치료를 통한 조기퇴원 및 지역사회복귀가 정신과 진료의 목표가 되고 있는 현재, 병동계획의 계획방향도 치료·치유환경의 제공이라는 적극적인 목표로 변화·발전되어야 한다. 즉, 본연구의 사례를 통해 확인했던 거주계시설 유니트케어 개념의 접목에 의한 소그룹의 클러스터구축과 일상생활환경(행동장치)을 통한 지원환경형성, Private Space에서 Public Space로 이어지는 단계적인 공간구성, 개실화로 안정된 생활거점의 확보를 통해 환자들이 자연스럽게 병실 밖으로 관계형성을 확대하는 등의 방안은 치료환경형성의 건축적 대안이 되고 있다.

## 2) 지역사회와의 연계

정신장애환자들의 문제는 특정계층의 문제가 아닌 사회전반의 문제라는 인식의 확산과 함께 다양한 세대가 함께 교류하고 공생(共生)한다는 개념으로의 전환이 필요한 시점이며, 노인·장애인 등 다양한 특성을 갖춘 사람들이 누구나 평등하게 함께 살아갈 수 있는 사회의 구축을 위해 함께 노력할 필요가 있다. 이 같은 배경 속에서 조사사례의 정신과시설 및 지역에서 노력하고 있는 주요 지역사회와의 연계는 아래와 같다.

① 정신장애환자들의 사회적 고립을 막기 위해서는 지역사회와의 연계를 강화하고 지역 속에서 자립 혹은 관리될 수 있도록 주거를 포함하는 시설 및 서비스체계의 정비를 강화하고 있다.

② 지역에서의 계속거주를 가능하게 하는 시설체계(주간보호, 각종 방문서비스 등)의 정비와 함께 의료 및 복지를 연계하는 지역포괄시스템의 구축을 체계화하고 있다.

③ 시설을 지역과 공유 혹은 개방함으로써 환자들의 사회적 상호관계를 지원하거나 지역주민들의 시설에 대한 부정적 인식을 완화하고 접근에 따른 불편을 줄이려는 노력을 진행하고 있다. 이 같은 지역사회와의 관계형성을 위한 노력과 속에서 환자의 조기발견, 집중치료, 지역사회복귀가 가능할 것으로 판단된다.

## 5. Conclusions

본 연구는 「정신보건의료복지의 개혁비전」을 발표하고 「시설중심에서 지역중심으로」의 정책방향을 바꾸고 개혁적인 변

화를 추구하고 있는 일본의 정신과 '구급 및 급성기 치료병동'을 대상으로 치료병동의 변화방향과 그 특징을 파악하는데 목적을 두고 조사를 진행하였다.

지역중심으로 기본이념의 변화와 함께 환자의 조기발견과 집중치료 및 조기퇴원, 그리고 사회복귀를 목표로 일본의 정신과 급성기 치료병동에서 치료 및 치유를 목적으로 변화하는 병동환경의 특징적 경향은 1)구급의료병동에서는 격리실을 중심으로 하는 집중치료공간의 단계적 구성으로 준격리실(병동), 관찰실 등을 갖추어 환자의 다양한 증상에 따라 대응 폭을 확대하고 고령환자의 증가에 따른 합병증 등에 대응하고 있었다. 2) 병동의 효율적인 운영(남여의 구분, 질환 및 증상 따른 구분, 팀케에 효율 등) 및 환자들의 일상생활환경과 관계형성을 지원하며 거주계시설의 유니트케어(unit care) 개념이 접목된 소그룹 및 클러스터를 도입하고 소그룹 내에는 담화실, 화장실, 세면코너, 세탁실, 샤워실 등을 갖추고 있다. 담화실에 근접하여 배치한 공동이용시설인 세면코너, 화장실 등은 환자간의 상호관계를 지원하고 촉진하는 역할을 하고 있었다. 3)또한, 공간의 단계적 구성으로 다인병실의 개별화 및 1인병실의 Private Space, 소그룹내의 담화실 및 라운지의 Semi-Private 혹은 Semi-Public Space, 2-3개의 소그룹으로 구성되는 병동식당의 Public Space는 환자스스로 다양한 공간 및 장소에 대한 선택을 가능하게 하고 사회적 상호관계의 단계적 확대를 지원하는 치료환경형성의 대안으로 위치하고 있었다. 4)개별화 및 개실화는 안정된 생활거점을 확보한 환자들이 자연스럽게 병실 밖으로 관계형성을 확대하여 교류하고 사회복귀를 위한 일상생활환경의 형성을 만드는 기본적인 요건으로 검토되고 있었다. 반면, 관리운영 면에서 안전성에 대해 여러 이견이 대두될 수 있으나 조사시설에서는 다양한 노력(창호, 양변기 등)을 통해 안전성을 확보하고 이를 확대하는 등의 변화를 확인할 수 있었다.

다만, 본 연구를 진행함에 있어 현장조사과정에서 설계자의 설명과 안내받는 장소 이외의 자유로운 조사활동에 제한이 있어 스텝과의 인터뷰만으로 충분한 자료를 얻기에는 한계가 있었다. 그러나 이 같은 패러다임의 변화는 시대적 임무이고 세계적인 추세에 맞추어 변화가 요구되는 시설환경 분야이다. 일본의 제한적인 자료이기는 하나 빈약한 정신의료시설의 연구동향을 고려할 때 우리나라 정신과병동의 계획적인 변화방향을 검토하는데 중요한 기초자료가 될 것으로 보고 있다.

## References

巖 爽, 2014, 은평병원국제학술대회-日フィンの事例比較を通してみた精神科医療環境のあり方.  
厚生労働省報告書、2010、精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況.  
長澤 泰 外、1995、SDS(Space Design Series)4 医療・福祉、新日本法規.  
佐久間 啓 外、2015、精神科病院建築におけるユニットケア、日精協誌、p48.  
厚生労働省、みんなのメンタルヘルス、  
<http://www.mhlw.go.jp/kokoro/nation/vision.html>  
特別養護老人ホーム風の村、2005、個室・ユニットケア読本.

11) 長澤 泰 外、1995、SDS(Space Design Series)4 医療・福祉、新日本法規.



접수 : 2016년 10월 15일  
1차 심사완료 : 2016년 11월 14일  
게재확정일자 : 2016년 12월 02일  
3인 익명 심사 필