



저작자표시-동일조건변경허락 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.
- 이차적 저작물을 작성할 수 있습니다.
- 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



동일조건변경허락. 귀하가 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공했을 경우에는, 이 저작물과 동일한 이용허락조건하에서만 배포할 수 있습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

碩士學位論文

일본 그룹홈의 건축적 특징에 관한 기초연구

-인지증(認知症) 고령자시설을 중심으로-

濟州大學校 大學院

建築工學科

양 윤 실

2014 年 8 月



일본 그룹홈의 건축적 특징에 관한 기초연구

-인지증(認知症) 고령자시설을 중심으로-

指導教授 金 泰 一

양 윤 실

이 論文을 建築工學 碩士學位 論文으로 提出함

2014 年 6 月

양윤실의 建築工學 碩士學位 論文을 認准함

審査委員長 _____ ①

委 員 _____ ①

委 員 _____ ①

濟州大學校 大學院

2014 年 6 月

A study on The architectural characteristic of
the Group home in Japan
-with Dementia facility for The elderly-

Yoon-Sil Yang
(Supervised by professor Tae-Il Kim)

A thesis submitted in partial fulfillment of the
requirement for the degree of Master of Science

2014. 6.

Department of Architectural Engineering
GRADUATE SCHOOL
JEJU NATIONAL UNIVERSITY

목 차

Table Contents

Figure Contents

국문초록 1

제1장. 서 론

- 1. 연구의 배경 및 목적 4
- 2. 연구의 범위 및 방법 7
- 3. 용어의 정리 7

제2장. 한국과 일본의 노인복지정책 흐름과 치매관련시설의 특징

- 1. 한국과 일본의 노인복지정책의 변화 비교 9
- 2. 한국과 일본의 치매관련시설의 특징비교 13

제3장. 일본 그룹홈의 운영 및 관리 특성

- 1. 조사 그룹홈의 속성 23
- 2. 그룹홈의 운영주체 24
- 3. 그룹홈의 관리자 27

제4장. 일본 그룹홈의 입지유형 및 건축배치형태별 특징

- 1. 그룹홈의 입지유형 29
- 2. 그룹홈의 배치형태 32

제5장. 일본 그룹홈의 공간적 특징

1. 그룹홈의 영역별 특징	35
2. 그룹홈의 시설 전용 유무	36
3. 그룹홈 내의 병설형태	37
4. 그룹홈의 공간구성 특징 및 공간별 원단위 산출	38

제6장. 유니트 구성 및 주거공간의 유형화

1. 유니트의 개념 및 필요성	43
2. 유니트 구성 규모 및 유형화	44
3. 주거공간에서의 침실 및 욕실 구성유형	45
4. 유니트 구성유형으로 본 건축배치 특징	46

제7장. 결 론

1. 종합정리	47
2. 향후과제	49

참고문헌	50
------------	----

<부록>

1. 설문지	51
2. 조사 그룹홈 사례	60

Abstract	66
----------------	----

Table Contents

<Table 1> 주거유형으로 본 우리나라의 복지시설의 체계와 복지서비스수준	9
<Table 2> 인지증고령자그룹홈의 사업소(事業所) 추이	13
<Table 3> 그룹홈의 운영주체	24
<Table 4> 그룹홈의 운영주체와 부지면적과의 상관관계	25
<Table 5> 그룹홈의 운영주체와 입지조건과의 상관관계	26
<Table 6> 그룹홈의 운영주체와 입주자수와의 상관관계	26
<Table 7> 그룹홈의 관리자	27
<Table 8> 그룹홈의 현재 입주자수	28
<Table 9> 그룹홈의 직원수	28
<Table 10> 그룹홈의 시설 입지유형	28
<Table 11> 입지유형과 부지면적	30
<Table 12> 입지유형과 연면적	31
<Table 13> 입지유형과 건축면적	31
<Table 14> 그룹홈의 건축배치형태	32
<Table 15> 건물배치와 부지면적	33
<Table 16> 건물배치와 연면적	33
<Table 17> 건물배치와 건축면적	34
<Table 18> 그룹홈의 시설 전용 유무	36
<Table 19> 그룹홈의 건축년도	37
<Table 20> 그룹홈의 병설형태	37
<Table 21> 그룹홈의 공간구성.....	38
<Table 22> 본 연구에서 분석한 그룹홈의 공간구성.....	39
<Table 23> 그룹홈의 입주자수	42
<Table 24> 유니트의 개념	43
<Table 25> 그룹홈의 유니트 배치유형	44
<Table 26> 건물배치와 유니트유형	46

Figure Contents

<Fig. 1> 인지증 노인의 증가추이	4
<Fig. 2> 인지증 원인 질환	14
<Fig. 3> 일본의 인지증고령자그룹홈 유형 및 시설기준	18
<Fig. 4> 한국의 인지증고령자그룹홈 유형 및 시설기준	19
<Fig. 5> 노인공동생활가정과 인지증고령자그룹홈 시설기준 비교	21
<Fig. 6> 조사 그룹홈의 속성	23
<Fig. 7> 그룹홈의 건축배치형태	32
<Fig. 8> 그룹홈의 운영 관리 유형	35
<Fig. 9> 주요 공간별 면적원단위 산출	40
<Fig. 10> 입지유형별 면적원단위 산출	40
<Fig. 11> 유니트수별 면적원단위 산출	41
<Fig. 12> 개인 침실 내 화장실 및 욕실 배치 형태	45
<Fig. 13> 거실 밖에 욕실 배치된 유형	45

국문초록

우리나라 고령 인구의 증가에 따라 치매인구가 지속적으로 증가하고 있고 향후 증가속도도 빠를 것으로 예상되고 있다. 이러한 치매노인의 증가가 사회적 문제로 연결되는 것은 자립도가 떨어지는 치매노인의 특성상 가족차원에서 보호와 관리만으로는 경제적, 기능적 한계를 가질 수밖에 없어 지역을 기반으로 하는 사회적 보호와 관리가 중요하기 때문이다. 현재 우리나라 노인복지법은 여러 차례 개정과정을 거치면서 관련시설이 제도적으로 정비되고 있고 특히 2012년 2월 치매관리법이 시행되는 등 적극적인 치매관리를 위한 정책적 노력을 기울이고 있다. 그러나 건축적인 측면에서 고려할 때 노인공동생활시설, 노인요양시설, 노인요양공동생활시설 등 치매노인을 위한 수용시설이 제시되어 있으나 실무현장에서 적용하고 응용 할 수 있는 건축계획상의 설정기준이 없어 실무 현장에서는 적지 않은 어려움이 있는 점도 사실이다.

본 연구는 치매노인을 위한 시설계획상의 적정규모와 공간구성 등을 중심으로 설계상에 적용하기 위한 기준마련을 위한 것이 주요 목적을 두고자 한다. 이를 위해 사회적 변화와 문화적 인식에서의 유사성을 갖는 일본의 시설을 기초로 하여 설계기준을 도출하고자 하였다. 구체적으로는 일본의 그룹홈 협회의 협조를 얻어 협회가 관리하고 있는 그룹 홈 시설의 데이터베이스에 기초로 하여 설문조사와 아울러 시설도면 요청을 통해 총 103개소의 기초적인 자료를 수집하였다. 구체적인 조사내용은 시설의 운영관리주체, 시설의 규모, 유니트의 구성 수, 그리고 개인거주공간의 구성형태 등이었으며 수집된 설문자료와 도면자료를 통계 처리하여 분석하였으며 통계분석은 SPSS WIN 20.0 사용하여 분석을 하였다. 분석결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 일본의 경우 개호보험 실시 이후 인지증고령자그룹홈 운영에 민간업체가 다양하게 참여할 수 있게 되어 그룹홈을 운영하는 주체 중 유한회사가 가장 많이 분포하였다. 운영주체별 부지면적, 입지조건, 입주자수와의 관계를 분석한 결과 교외형이며 부지면적이 클수록, 입주자수가 18명일 경우 자본의 투자가 가능한 시설을 필요로 하는 사회복지법인, 의료법인과 같은 운영주체가 참여하고 있는 것으로 파악되었다.

둘째, 그룹 홈의 규모에 있어서는 대부분 1~2층 소규모이며, 유니트 수는 대략적으로 1개 혹은 2개로 구성되어 있는 것으로 파악되었는데 이는 일본 노인복지법 및 개호보험법에 의해 1사업소별 1개 혹은 2개의 유니트를 구성하여 운영하도록 하는 규정에 의한 것이라 할 수 있다. 유니트를 구성하는 침실수의 경우, 관련법에는 침실은 개인침실을 원칙으로 하고 있고 1유니트별 5-9인 구성으로 규정되어 있으나 본 연구의 분석결과 유니트별 평균 9개 침실로 구성되어 있는 것으로 파악되었는데 이는 시설운영측면을 고려하여 최대한의 규모를 유지하기 위한 것으로 생각된다.

셋째, 배치형태는 ㄷ자형이 많았으며, 이 형태는 인지증 노인의 배회공간 및 외부와의 공간 연계가 쉬우며 증축이나 시설관리 측면에서 유리하다. 그리고 배치형태와 부지규모와 건축규모의 관계성을 살펴보면 부지규모가 클수록 외부와의 연계가 쉬운 11자형이 많은 분포를 보이는 것은 건축면적이 클수록 외부와의 연계 및 노인의 배회공간 구성이 쉬운 형태로 배치, 계획되는 것으로 생각된다.

넷째, 위치적인 측면에서는 교외지역보다는 도시지역의 비율이 높았으며 시설부지의 규모는 소규모 부지, 저층형태가 비교적 높은 비율인 것으로 파악되었다. 이는 그룹홈의 기본적인 목적이 인지증 고령자들이 가정과 같은 생활환경을 통해 독립적이고 일상적인 생활유지에 초점을 두고 있고 또한 노인복지법 및 개호보험법의 규정상의 운영기준 등에 의한 영향과도 밀접한 관계가 있는 것으로 생각된다.

다섯째, 건축계획상의 기준이 되는 면적원단위의 경우, 유사시설의 공간계획 및 현장 실무에 있어 인원수에 따른 면적원단위는 중요한 기준이 될 수 있다. 그리고 그룹 홈을 구성하는 각 공간별 면적원단위는 공용부분의 면적원단위는 평균치 12.4m²/인, 주거부분의 면적원단위는 평균치 11.6m²/인, 생활지원부분의 면적원단위는 평균치 13m²/인이며, 일본 침실 규모의 법적기준 7.34m²/인 보다 넓은 면적으로 개인생활공간에 대한 배려가 반영되고 있는 것으로 분석되었다. 그리고 시설의 입지유형별에 있어서 그룹홈의 각 공간별 규모를 면적원단위로 분석한 결과, 「도시내 밀집주택지형」은 다른 입지유형에 비해 각 영역별 규모가 크며 이는 일반주택지내에 입지하는 장소적 측면과 지역사회와의 교류를 위한 기능강화 때문으로 분석되었다. 특히 「상업 및 공업지역」의 경우 다른 입지유형과 비교하여 공용면적의 원단위가 상당히 높게 나타나는데 지역 특성상 넓은 부지 확보 어려움으로 고층화되어 있어 따른 복도, 계단, 엘리베이터 등 이동공간의

확보 필요성이 높기 때문인 것으로 생각된다. 유니트수별 면적원단위는 유니트의 수가 많을수록 공용면적과 생활지원면적 역시 상대적으로 증가할 수밖에 없고 그룹홈 성격상 이들 영역의 충실도는 생활환경의 질이 크게 달라지므로 거주자 수가 클수록 시설의 규모도 커지는 것으로 분석되었다.

여섯째, 유니트 배치형태를 살펴보면, 두 개의 유니트가 마주보는 형식의 II자형 유니트가 가장 많았으며, 이는 유니트 사이에 생활관련시설을 배치하여 사용 측면과 관리측면에서의 편리성을 확보하기 용이함 때문으로 생각된다.

일곱째, 유니트를 구성하고 있는 개인 침실과 욕실이 설치된 유형이 가장 많은 것으로 파악되었으며, 이를 그룹홈의 개인 침실 내 화장실 및 욕실 배치 형태를 유형화하면 주거 내에 1실에 화장실, 욕실, 세면대가 함께 설치되어 있는 일체형 주거에 독립적으로 세면대가 설치된 분리형으로 분류할 수 있다. 그리고 유니트 케어를 위한 개인 침실의 조합을 유형화하면 유니트 전체에서 주거부분과 욕실 부분 배치에 따라 주거와 욕실이 한 유니트를 구성한 단독형, 욕실 하나를 공동으로 사용하는 공용형, 단독형과 공용형이 같이 배치된 조합형으로 분류되었다. 안전하고 쾌적한 환경에서 인간답게 거주할 수 있도록 공간 구성을 하기 위해서는 주거부분과 욕실부분의 배치에 대한 다양한 연구가 필요하다.

결론적으로 지속적으로 증가하는 치매노인을 위한 시설을 위한 기준 설정에 기초자료로 활용될 수 있는 기초적인 판단근거자료의 도출이 가능하였다고 생각되며, 아울러 우리나라의 여건에 적합한 설계조건을 설정하기 위한 추가적 연구가 이행되어야 할 것으로 생각된다.

제1장. 서 론

1. 연구의 배경 및 목적

21세기는 과학기술의 발달, 의료 및 보건기술 발달, 생활수준의 향상으로 인해 인간의 수명이 연장되고 상대적으로 사망률의 감소와 출산율의 저하로 노인인구가 크게 증가되어 인구의 노령화가 급속하게 진행되고 있다.

UN에서는 65세 이상 인구의 고령화 정도를 3단계 즉, 전체인구 중 65세 이상 고령인구비율이 7%~14%미만인 고령화사회, 14%~20%미만으로 고령화가 완료된 고령사회, 20%이상인 초고령화사회로 구분하고 있다.

우리나라도 65세 이상의 고령자인구가 2013년 현재 600만명으로 전체인구의 14%를 차지¹⁾하고 있고 향후 2020년에는 770만명 노인인구가 예상되나 출산율은 급격히 저하되어 이른바 저출산 고령사회에 따른 사회적 및 경제적 여파가 클 것으로 예상되고 있다²⁾.

특히 한국전쟁 이후 태어난 베이비부머 세대가 노인층으로 모두 진입하기 시작하는 2019년부터는 그 증가폭이 더욱 클 것으로 예상된다. 또한 노인 인구의 증가와 함께 노인성 질환을 앓고 있는 인구 역시 증가하여 2020년에는 전체 노인 인구의 약 9.7% 차지하고 있으며 일상생활 활동에 제한이 있는 장기요양보호 필요대상자도 2008년에는 85세 이상 전체노인의 15%~17% 차지하고 있다³⁾.

표 1. 치매노인의 증가추이(단위 : 천명)
(출처: 제2차 저출산 고령사회 기본계획-새로마치 플랜2015, P163)

구 분	2008	2009	2010	2020
65세 이상 인구 수	5,016	5,193	5,357	7,701
65세 이상 치매노인 수	421	445	469	750
치매 유병률(%)	8.4	8.6	8.8	9.7

1) 신동일, 고령화시대 도시노인의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인에 대한 연구, 중앙대 석사논문, 2014, p.7
2) 이현승, 김현진, 늙어가는 대한민국-저출산고령화의 시한폭탄-, 삼성경제연구소, 2004
3) 박연진, 노인장기요양보험제도의 지속가능성에 관한 연구 : 한·일 비교를 중심으로, 고려대 석사 논문, 2009, p.20

이와 같은 고령인구추세 속에 치매인구 역시 지속적으로 증가하고 있다.<표 1>

치매는 인지기능의 장애로 시작하여 사회활동 능력의 점진적 황폐화를 초래하는 정신장애인 관계로 치매 정도가 악화되면 기본적인 일상생활이 어려워진다. 이러한 치매노인의 증가가 사회적 문제로 연결되는 것은 자립도가 떨어지는 치매노인의 특성상 가족차원에서의 보호와 관리만으로는 경제적, 기능적 한계를 가질 수밖에 없어 지역을 기반으로 하는 사회적 보호와 관리가 중요하기 때문이다. 현재 우리나라는 치매노인 증가에 대응하여 2007년부터 「공적 노인요양보장제도」를 시행중이며, 「공적 노인요양보장제도」에서는 요양 보호가 필요한 모든 노인을 포괄 할 수 있는 보편적인 체계, 서비스의 권리성 및 선택성이 보장되는 이용자 중심의 서비스체계, 국가·가족·지역·사회 등 다양한 주체의 참여 시스템, 사회적 연대에 의한 확보체계, 가정 및 재가복지 우선, 예방 및 재활에 중점을 둔 체계·욕구에 맞는 서비스 제공, 보건·의료 및 복지서비스의 효율적 제공을 위한케어매니지먼트 체계 등 이를 달성하기 위한 치매·중풍노인을 위한 노인요양보장체제의 기본목표를 설정하고 있다. 2012년 2월 치매관리법이 시행되는 등의 치매 노인 복지를 위한 기반을 조성하려고 노력하고 있다. 그러나 우리 사회가 치매 노인들에게 제공했던 최대한의 복지는 노인공동생활시설, 노인요양시설, 노인요양공동생활시설 등 치매노인을 위한 수용시설이 제시되었지만 시설에 입소하여 그곳에서 비슷한 치매증상을 지닌 사람들과 생활을 공유하며 똑같은 물리적 환경 및 케어, 정서적인 생활까지도 그 안에서 지원을 받지만 점점 지역 사회와 이웃과의 관계로 연계되지 못하며, 점차 큰 규모의 시설들과 많은 인원을 수용함에 따라 인권문제, 시설운영 재정 적자 등 많은 문제가 나타나기 시작하면서 수용인들의 욕구불만도 많아지기 시작했다.

즉, 치매노인들의 보호는 그들을 가정·지역사회에서 분리시켜서 수용, 보호하는 것이 아니라 재활훈련을 통해 자립 능력을 키워주고 사회통합의 기회가 주어져야한다는 견해가 나타났다. 이를 적용한 대안으로 치매노인의 지역사회 배치 서비스의 하나로 나온 것이 치매노인 공동가정(그룹 홈)이다. 그룹 홈은 치매 등 장애를 가진 사람들이 가정과 같은 생활환경을 유지하면서 그룹의 형태로서 공동의 생활을 유지해 나가는 주거시설로서 기본적으로 지역사회로부터 격리시키지 않으면서 일상적인 생활이 지속될 수 있는 가정환경을 유지할 수 있도록 치매노인의 삶의 질을 향상시키기 위한 주거환경과 복지서비스를 의미한다.

하지만 우리나라는 치매노인을 위한 그룹 홈은 전국적으로 몇 개소가 운영 중

이며 일반인들에게 그다지 인식되지 않았다. 이러한 실정에서 치매 노인 당사자 뿐만 아니라 부양하고 있는 그 가족들에게 보다 인간적인 삶을 위해서도 장차 우리나라에서도 치매노인을 위한 그룹 홈이 정착 될 수 있도록 제도적, 정책상의 지원이 필요하다.

이러한 점을 고려할 때 일본에서의 고령자복지시설 정책과 건축적 특징을 검토하는 것은 의미 있는 작업이라 생각된다. 한국과 일본은 과거 역사적 연관성뿐만 아니라 사회적 변화, 그리고 경제발전의 과정 등이 유사하고 특히 가족제도의 변화와 가치관 등에 있어서도 유사성을 갖고 있어 고령자 복지시설의 특징분석은 한국에서의 고령자시설계획에 있어서 참고자료가 될 것으로 생각된다. 즉 한국은 일본의 다양한 법과 제도 사례를 추이 중 장단점을 보완하여 시행착오를 줄이는 방향의 정책을 펼쳐온 나라이기에 우선은 일본과의 비교를 통한 비전제시가 가장 첫 단계라고 볼 수 있다. 최근 사례를 볼 때, 우선 일본은 1994년의 「건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률」에 의해 5조 3항과 15조, 18조를 개정하고, 20조 7의 2를 추가하여 노인복지시설에 노인개호지원센터를 두게 하고, 10조 2의 2를 추가하여 노인보건복지심의회를 두도록 하는 등이 있었다. 이때부터 일본은 고령사회(1995년 전체인구에 노인인구14.5%)가 됨에 따라, 고령사회대책기본법이 제정되고, 「신골드 플랜」에 의해 노인보건복지계획이 수정되는 등 그 대책에 부심하게 되었고 대대적인 법 개정 후의 노인복지법을 「신노인복지법」이라고 칭하였다. 그리고 1997년의 개정은 노인수발을 국가적인 시책으로 뒷받침하는 개호보험법을 근간으로 하여 이루어졌고, 2000년의 개정에서는 생활보호법에 「수용되고 있다」를 「입소되고 있다」로, 「사회복지사업법」은 「사회복지법」으로 개칭하여 규정하고 있는 등 노인을 돌보는 것을 보다 상위법 적인 배경하에서 보험의 제도 하에 관리하기 시작했다는 점에서 한국의 오늘날 추세의 앞선 모델로 참고할 가치가 인정되고 있다.

따라서, 본 연구는 일본의 그룹홈의 특성을 분석하여 지속적으로 증가하는 치매노인을 위한 시설에 대비하고 아울러 현재 운영되고 있는 시설의 물리적 환경의 향상을 꾀하기 위한 치매노인을 위한 그룹 홈의 시설기준을 설정하고자 함이 주요 목적이다.

2. 연구의 방법 및 범위

본 연구에서는 기본적으로 일본의 그룹 홈 자료 분석에 초점을 두고 있다. 일본의 그룹 홈에 초점을 둔 것은 사회흐름과 제도적 측면뿐만 아니라 가족생활 등에 있어서 우리나라와 유사한 점이 많고 특히 생활공간 측면에서도 서구의 다른 나라들과 달리 유사한성을 갖고 있어서 노인을 위한 건축공간의 기준 설정에 있어서도 응용할 부분이 많다고 생각된다.

구체적으로는 일본의 그룹 홈 협회의 협조를 얻어 협회가 관리하고 있는 그룹 홈 시설의 데이터베이스에 기초로 하여 설문조사와 아울러 시설도면 요청을 통해 총 103개소의 기초적인 자료를 수집하였다. 구체적인 조사내용은 시설의 운영관리주체, 시설의 규모, 유니트의 구성 수, 그리고 개인거주공간의 구성형태 등이었으며 수집된 설문자료와 도면자료를 통계 처리하여 분석하였으며 통계분석은 SPSS WIN 20.0 사용하여 분석을 하였다.

3. 용어의 정리

본 논문에서는 자주 언급이 되나 생소할 수 있는 용어를 정리하고자 한다.

첫째, 노인요양공동생활가정과 그룹홈의 용어이다. 우리나라 노인복지법 제31조 노인복지시설의 종류에는 크게 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 노인여가복지시설, 재가노인복지시설, 노인보호전문기관으로 구분하고 있다. 노인요양공동생활가정은 노인복지법 제34조 노인의료복지시설에서 규정하고 있는 시설로서 노인들에게 가정과 같은 주거여건과 급식, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설의 기능을 갖고 있다. 한편 그룹홈은 일본의 노인복지법 제5조2 제6항에 의거하여 설치되며 ‘인지증 고령자가 안정적이고 쾌적한 생활공간에서 소수의 인지증 고령자가 지속적인 그룹을 유지하고 케어를 받으면서 가능한 한 자립적인 생활을 하기 위한 시설’이라 할 수 있다. 따라서 그룹홈은 기본적으로 우리나라 노인요양공동생활가정과 유사한 기능을 갖는 시설로 규정할 수 있으며 본 연구에서는 이 둘 시설을 가정과 같은 생활환경을 기반으로 하는 인지증 고령자시설로 분

류하여 동일한 시각에서 다루고자 한다.

둘째, 치매(癡呆)와 인지증(認知症)의 용어이다. 일반적으로 ‘치매’라 함은 정상적으로 활동하던 사람이 뇌의 각종 질환으로 인하여 지적능력을 상실하게 되는 경우를 뜻하는 용어이지만 정신적 장애뿐만 아니라 신체적 불결함을 갖는 부정적인 인식이 강한 것이 사실이다. 이러한 사회적 인식을 고려하여 일본 정부에서는 사회적으로 부정적 인식을 개선하기 위해 ‘인지증(認知症)’, 즉 인지(認知)하는 능력이 떨어진 질병이라는 의미의 용어로 변경하여 사용하고 있다. 본 논문에서는 ‘치매’를 ‘인지증’으로 부르기로 한다.

셋째, 거실(居室)과 침실의 용어이다. 일본의 경우 노인복지법상 시설에서의 거실은 기거하는 공간을 의미하고 있다. 거실(居室)의 사전적 의미는 ‘거처하는 방’ 혹은 ‘거주, 집무, 작업, 집회, 오락, 그 밖에 이와 유사한 목적을 위하여 사용되는 방’의 의미를 갖는다. 한편 우리나라 노인복지법상의 노인요양공동생활가정 등에서는 침실이라는 용어를 사용하고 있는데 입소자의 생활공간 자체를 의미하며 일본 노인복지법상의 시설에서 사용하고 있는 거실과 같은 의미를 갖고 있다고 할 수 있다. 따라서 본 연구에서는 주거부분과 생활지원부분(활동실, 다목적실 등)이 각 분리되어 있는 그룹 홈의 공간구성의 특성을 고려하여 주거부분에서의 입소자가 생활하는 공간을 의미하는 용어로서 거실을 침실과 동일한 의미의 공간으로 인식하고 사용하도록 한다.

제2장. 한국과 일본의 노인복지정책 흐름과 치매관련시설의 특징

1. 한국과 일본의 노인복지정책의 변화 비교

1) 한국노인복지정책

우리나라는 산업화, 도시화, 핵가족화 진전에 따라 노인문제가 점차 큰 사회문제로 대두됨에 따라 전통적인 가족제도에 연유하고 있는 경로효친의 미풍양속을 유지, 발전시켜 나아가는 한편, 노인을 위한 건강보호와 시설의 제공 등의 노인복지정책을 효과적으로 추진하여 노인의 안락한 생활을 제공하고 나아가 사회복지 증진에 기여할 수 있도록 ‘노인복지법’을 제정하였으며 이법에서 규정하는 노인전용주거에 관련된 제도는 다음과 같다. 우선 노인복지법 제8조에 국가 또는 지방자치단체는 노인의 주거에 적합한 기능, 설비를 갖춘 주거용 시설 공급을 조

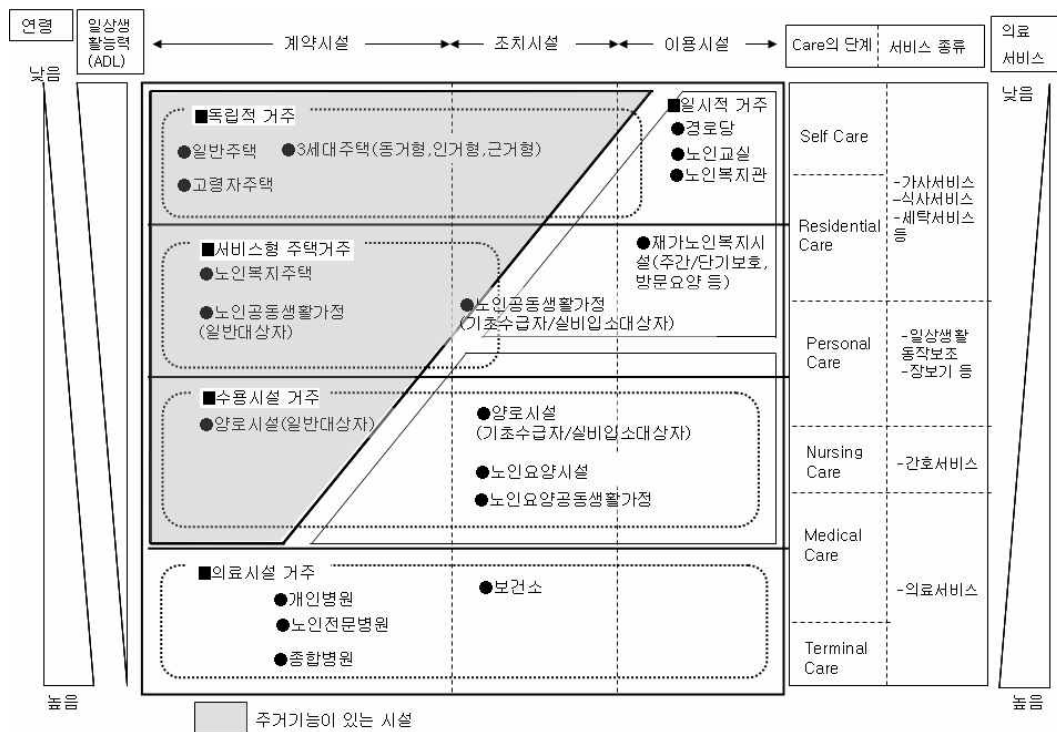


그림 1. 주거유형으로 본 우리나라의 복지시설의 체계와 복지서비스수준(출처: 김태일, 「제2부 제6장 주거」 노후설계교육프로그램 및 매뉴얼 개발·보급, 보건복지부·한국노인인력개발원, 2011, P221)

장해야하며, 그 주거용 시설 공급자에 대해서는 적절한 지원을 할 수 있는 내용이 규정되어 무료시설, 실비시설에 대해서 정부의 보조가 이루어지는 것이다. 노인복지시설의 유형, 공급주체로는 노인복지법이 제정된 1981년에는 양로시설, 노인요양시설, 유료양로시설, 노인복지회관이 있었다. 1989년 12월 노인복지법 전문개정시 무료복지시설의 건설만으로 주택문제를 해결하는데 한계를 인식하여 실비양로시설, 유료노인요양시설, 실비 및 유료노인복지주택을 포함하는 등 노인의 주거와 관련된 새로운 개념이 포함되었다.

우리나라의 노인복지시설은 연령별, 일상생활능력(ADL), 제공서비스의 형태에 따라 다양하게 분류할 수 있는데(김태일, 2008년), <그림1>과 같이 분류할 수 있다. <그림1>은 생활에서 자립력, 의료복지서비스의 정도를 기준으로 주거형태와 입주방법에 따라 주거시설들을 분류한 것이다.

입주방법에는 시설운영자와 입주자의 계약에 입주하는 계약시설, 해저기관의 행정처리에 의해 시설에 입주하는 조치시설, 이용료는 없으나 시설을 자유롭게 일시적으로 이용이 가능한 이용시설로 나눌 수 있다. 그리고 주거부분을 중점을 둔 주거형태를 분류하면 보건의료서비스 필요가 없는 건강한 고령자들이 거주하는 독립적 거주, 같은 나이 대의 고령자들이 모여 생활하며 수영장, 의료실과 같은 공용시설을 같이 이용하는 복합주거단지 개념인 서비스형 거주, 고령자들이 집단적으로 입소하여 거주하는 시설로 수용시설 거주, 의료서비스가 중점적으로 제공되는 시설에서 거주하며 삶을 마감하는 의료시설 거주, 이용시설에서 잠시 거주하면서 서비스를 제공받는 일시적 거주 형태로 구분이 된다.

2) 일본노인복지정책

일본에서는 1929년부터 1951년 전후에 저소득계층에 대한 긴급의 대응책 속에 고령자 문제가 다루어졌다. 주요 입법은 구호법, 생활보호법으로 법에 의해 일본의 복지정책의 토대가 형성되었다. 경제가 급속도로 성장함에 따라 1970년 노인 인구율이 7%를 넘어 본격적으로 고령화사회로 진입하게 되어 고령자 관련된 법이 제정되어 기존의 저소득층 대책으로부터 노인 및 장애인 대책으로의 사회복지 대상이 확대되기 시작하였다.

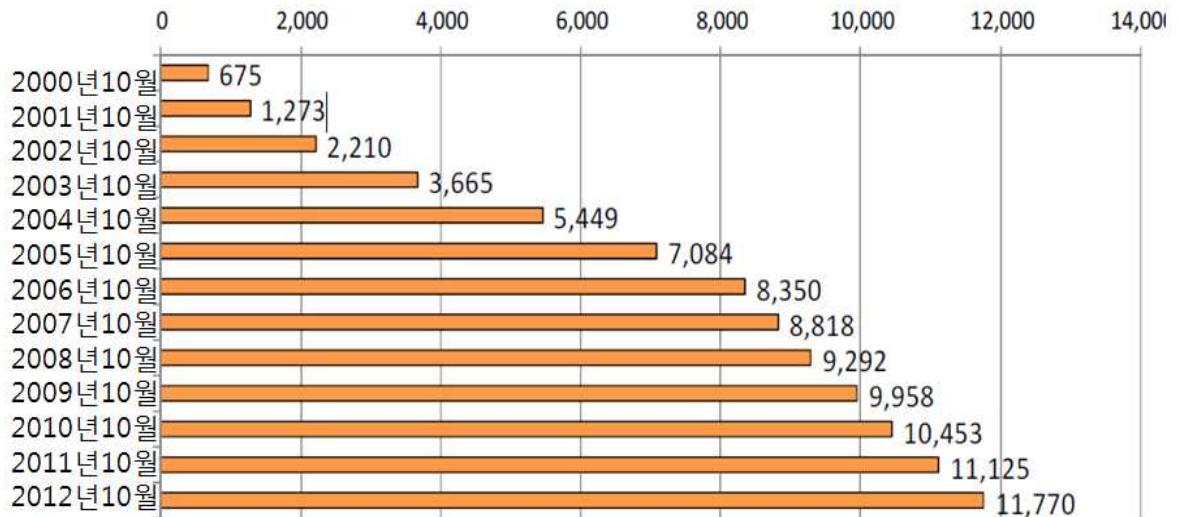
복지시설의 경우 1963년 노인복지법 제정으로 기존의 양로원이 노인홈으로 개칭되어 특별양호노인홈, 경비노인홈이 설치되었다. 1970년대 전반기부터 페어주택(pair housing, 인거형 주택의 형태)과 노인동거세대용주택 등의 동거용 주택이 공급되기 시작하여 후반기부터는 비교적 고령자주택의 다양화가 실현되기 시작했다고 볼 수 있다. 1975년 이후로 고령화가 특히 의료와 복지에 대한 수요가 높은 후기고령자(75세 이상) 증가에 대응하기 위해 1975년부터 특별양호노인홈과 양호노인홈의 기능을 강화하고 시설을 개방하여 지역 노인들에게도 배식서비스, 단기보호서비스 등 다양한 서비스를 제공하는 등 재가보호에 중점을 두고 복지시설의 지역화와 사회화를 시도하였다. 1980년부터 노말라이제이션(normalization)으로의 사회복지개념의 전환에 따라, 단순히 복지시설에 의한 노인이나 장애자의 수용보호차원에서 지역 정착을 위한 주택, 시설의 전환과 그에 대한 주거환경정비 필요성이 높아지기 시작하였다. 이런 사회적, 이념적 변화로 1980년부터 정책추진에 있어 총체적인 전환 되어 1987년 건설정(국토교통서의 전신)과 후생성(후생노동성의 전신)과의 연계에 의한 이른바 서비스형 고령자집합주택의 형태인 'SILVER HOUSING' 이 공급되기 시작하였다. 특히 재가복지의 기능을 강화하기 위해 고령자주택과 노인홈, 병원과 같은 수용시설과의 사이를 연결하는 중간영역 시설로서의 노인보건시설이 1987년부터 실시되었다. 특별양호노인홈 및 경비양호노인홈은 1실 4인사용의 주건공간에 대해 시설의 질적 향상, 입소자의 프라이버시 보호를 위해 시설의 주택화와 개인실화의 필요성이 제기되기도 하였다. 한편, 1963년 노인복지법 개정으로 사설 양로원에서 유료노인홈으로 개정된 이후 급속한 고령화에 따른 시장성(silver market)의 확대와 다양한 거주형태에 대한 욕구 증가로 고속득 계층 대상으로 한 종신이용권과 각종 서비스 제공 등을 상품화한 민간 서비스형 고령자주택의 형태로 급속한 증가를 보이고 있다. 그리고 1994년의 「건강보험법 등의 일부를 개정하는 법률」에 의해 노인복지시설에 노인개호지원센터 및 노인보건복지심의회를 설치되고 이 당시 노인인구가 전체인구의 14.5%에 달하는 고령사회가 됨에 따라 「신노인복지법」으로 법이 개정되었다. 2000년도에 「사회복지법」으로 개칭되었다. 이로 인해 급속한 고령화 및 노인복지의 향상으로 시장성(silver market)의 확대와 다양한 서비스 제공 등이 증가하고 있다.

대부분의 고령자가 직면해 있는 문제 중 하나가 노후의 개호이다. 특히 세계에서 가장 빠른 고령화가 진행되고 있는 일본 경우, 75세 이상의 후기고령자가 급격히 증가하고 있고 2차 세계대전 전후 출생한 이른바 베이비붐세대가 2015년에는 고령층에 진입하게 되는 등 사회 시스템 속에서 적절한 개호서비스를 제공하여야 하는 필요성이 대두되었다. 또한 사회보험방식에 의한 급부와 부담의 관계를 명확히 하여 국민적 이해와 공감대를 얻기 용이한 장치가 필요하였는데, 장기적으로 하향식 제도를 재편성하여 이용자의 선택에 의해 다양한 주체로부터 보건의료서비스, 복지서비스를 종합적으로 받을 수 있는 장치를 마련하고자 하였다. 개호를 의료보험에서 분리하여 어쩔 수 없이 병원에 입원하여야 하는 사회적 입원의 해소 조건 정비를 꾀하는 등 사회보장 구조개혁 첫 단계가 될 개호보험제도를 마련하고자 하였다.

개호보험에서 서비스의 종류는 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 재가요양 관리지도, 통소개호, 통소재활, 단기입소 생활개호, 단기입소 요양개호, 인지증 대응형 공동생활개호, 특정시설입소자 생활개호, 복지용구대여, 재가개호주택개수비, 재가개호지원으로 구분된다.

개호보험시설의 종류에는 크게 개호노인복지시설, 개호노인복지시설, 개호요양형 의료시설에 의한 시설서비스가 실시되었다. 개호보험실시 이후 일본의 노인복지시설은 복지시설의 종류, 시설 수에 있어 많은 변화가 이루어지고 있는 것이 큰 특징이다. 노인복지시설의 종류 및 시설 수의 변화 추이를 살펴보면 양호노인홈, 노인복지센터, 노인당일귀가 개호센터, 단기입소생활개호사업소, 노인개호지원센터, 노인휴식의집, 노인휴양홈 등은 시설수가 거의 증가하지 않거나 감소하고 있는 추세이다. 반면 특별요양노인홈, 정비노인홈, 통소개호사업소 등의 시설은 점차 증가하고 있다. 특히 정비노인홈, 통소개호사업소, 노인개호지원센터. 유료노인홈의 경우 시설수가 급격히 증가하고 있고 정원수도 증가하고 있는 것이 특징이다. 이와 같은 현상은 개호보험 실시 이후 복지시설의 기능이 개호 중심으로 추진되어 왔던 것을 재정 부담 증가 및 기능 효율성 재고 측면으로 개호보험법이 수정되면서 재가복지 기능 및 예방기능을 강화하는 시설 중심으로 변화하였기 때문이다. 그 대표적인 시설이 바로 인지증고령자그룹홈이며 2002년 이후 급속히 증가하고 있는 추세이다.

인지증고령자그룹홈은 일본의 노인복지법 제5조2 제6항에 의거하여 설치되는 시설로서 ‘인지증 고령자가 안정적이고 쾌적한 생활공간에서 소수의 인지증 고령자가 지속적인 그룹을 유지하고 케어를 받으면서 가능한 한 자립적인 생활을 하기 위한 시설’이며 기본적으로 가정과 같은 생활환경의 지속성을 갖도록 하는데 목표를 두고 있다. 규정에 의해 시설별 1개 혹은 2개의 공동생활주거⁴⁾으로 구성되어 운영되는데 대체로 1개의 공동생활주거의 인원은 5인 이상 9인 이하로 구성된다.



출처: 2000년-2008년(후생노동성 '개호서비스시설 사업소조사')
2009년-2012년은 후생노동성 개호급여비 실태조사(각 11월 조사분)

그림 2. 인지증고령자그룹홈의 사업소(事業所) 추이

2. 한국과 일본의 인지증 관련시설의 특징 비교

1) 인지증 및 그룹홈의 특징 및 중요성

인지증(dementia)라는 용어는 라틴어의 'dement'에서 유래가 되었으며 어원적 의미는 “정신이 나간 상태” 즉 “마음에서 벗어난”이라는 뜻을 내포하고 있다.

세계보건기구의 국제질병분류에 의하면 “인지증은 보통 뇌의 만성 또는 퇴행성 질환에서 생긴 증후군이며 이로 인하여 기억력, 사고력, 이해, 계산 등을 포함한

4) 사유공간이라 할수 있는 침실은 1인 1실화되어 있으며 이들 개인실들이 일정규모로 군집을 이루어 공동생활을 하는 단위를 의미하며 유니트(unit)로 표현된다.

고도의 대뇌피질기능에 다발성 장애를 일으키는 것으로 최소한 6개월 이상 장애가 지속될 경우 인지증으로 판정 된다”라고 정의되고 있다.

인지증은 정상적으로 성숙한 뇌가 후천적인 외상과 질병 등으로 기질적 손사 내지는 파괴되어 지능, 학습, 언어 등의 인지기능 및 고등정신기능이 감퇴되는 복합적 임상 증후군을 일괄하여 지칭하는 것이다. 보통 노년기에 많이 발생하며 현재 심장병, 뇌졸중에 이어 4대 주요 사인(死因)으로 불릴 정도로 중요한 기질성 장애의 하나이다.

인지증은 <표 2>와 같이 현재까지 알려진 원인 질환만 해도 약 70여종의 원인에 의해 나타난다.

표 2. 인지증 원인 질환

(출처: 민현숙, 치매노인을 위한 그룹 홈의 활성화 방안에 관한 연구, p13, 2005)

종 류	질 환
퇴행성 장애	알츠하이머병, 루이소체병, 파킨슨병, 헌팅튼병, 전측두엽성 치매
뇌혈관 질환	다발성 뇌경색, 열공성 뇌경색, 빈스방커병
감염	후천성면역결핍증, 크로이츠펠트-제콕병, 뇌염, 뇌막염, 신경매독
독성물질	알콜중독, 일산화탄소 중독, 중금속 중독, 약물 중독
대사성 장애	저산소증, 저혈당, 요독증, 갑상선 기능저하증, 비타민결핍증, 간성뇌병증
기타	두부외상, 뇌종양, 정상압뇌수종

인지증은 알츠하이머형 인지증(퇴행성인지증)가 약 50~60% 로 가장 많으며 그 다음으로 혈관성 인지증이 20~30% 차지하며 나머지 10~20%는 기타 원인에 의한 인지증이라고 한다. 치매의 원인은 뇌 위축, 뇌혈관 장애, 뇌 외상, 영양실조 등으로 인해 뇌의 고위피질의 변성이 발생하여 지능결함이 생겨 발생하는 것으로 연구되고 있으나 퇴행성 인지증의 원인도 치료법도 정확히 알 수 없고 사망률도 높은 실정이다.

인지증의 증상으로는 다양하고 복합적인 정신증상과 문제행동을 일으키는데 개인마다 이상행동 및 정신이상이가 다르게 나타나고 있어 치료 및 간호에 어려움이 있다. 인지증 환자들에게 주로 나타나는 증상은 다음과 같다.

첫째 기억력 장애이다. 알츠하이머병과 같은 대뇌피질을 침범하는 인지증에서 대표적으로 나타나는 초기현상이다. 치매 초기에는 기억력의 장애가 경미하여 물건의 위치를 기억을 못하고 사람의 이름을 잊어버리는 등 기억력이 감퇴되는 증상으로 알게 되는데 초기에는 단기기억의 감퇴가 나타나지만 점차 장기 기억력도 상실하게 된다.

둘째, 지남력(指南力)의 상실이다.. 사람, 장소, 시간에 대한 지남력을 유지하는 데는 기억력이 필요하기 때문에 지남력은 치매와 진행과정 중에 영향을 받게 된다. 처음에는 시간에 대한 지남력이 상실되어 점차 장소, 사람을 몰라 보게 한다.

셋째, 언어장애이다. 알츠하이머형 치매나 혈관성 인지증과 같이 피질을 침범하는 인지증은 환자의 언어 능력에 영향을 주므로 점차 말이 없어지고 같은 말을 반복하는 행동이 나타난다.

넷째, 운동능력, 감각기능이 온전하고 주어진 작업에 대해 이해하였음에도 불구하고 그 행위를 수행하지 못하는 실행증이다. 인지증환자가 음식을 만들거나 옷을 입거나 그림을 그리지 못하는 데에는 실행증이 원인이 될 수 있다.

다섯 째, 자각기능이 온전함에도 불구하고 물체를 알아보거나 인지하지 못하는 실인증이다. 예를 들어 환자는 정상적인 시력을 가지고 있음에도 의자나 연필 같은 물체를 지각할 수 있는 능력이 상실 될 수 있다. 결국 환자들은 가족을 알아 볼 수 없게 되고 거울에 비친 자신의 모습조차 알아보지 못하게 된다.

여섯 째, 집행기능의 장애이다. 집행기능이라 함은 추상적으로 생각하고 복잡한 행동을 계획하고 시작하고 순서대로 진행하고 감시하고 중지할 수 있는 능력을 포함한다. 추상적 사고의 장애는 새로운 작업에 대해 어려움을 느끼고 새로운 복잡한 정보의 처리가 요구되는 상황을 회피하게 된다.

일곱 째, 공간적인 지남력이 상실되고 공간적 작업을 수행하는데 어려움을 느끼는 시공간능력 장애이다. 예를 들어 집이나 병실에서 자신의 방이나 화장실을 못찾고 집을 나서서 다시 자기 집을 찾아오지 못하는 것은 이러한 시공간 능력 장애 때문이다.

여덟 째, 알츠하이머 치매 환자의 약 20~30%가 환각을 가지며 30~40%가 주로 편집증적인 또는 체계적이지 못한 피해망상을 보인다. 모든 감각형태의 환각이 일어나나 그 중 환시가 가장 흔하다. 망상은 기억력의 장애와 관련성이 깊으며 자기 소유물이 도둑맞았다는 등의 피해적인 주제가 많다.

아홉 째, 인지증 환자의 인격의 변화이다. 환자가 본래 가지고 있던 성격 경향이 치매가 진행되면서 강조되어 나타날 수 있다. 치매환자는 내성적이 되고 자신의 행동이 다른 사람들에게 미치는 영향에 대해 개의치 않는다. 편집증적인 망상을 가진 인지증환자는 전반적으로 가족들과 간호하는 사람들에게 적대적이며, 전두엽이나 측두엽에 병변을 가진 환자들은 뚜렷한 인격의 변화를 일으키며 쉽게 화를 잘 내고 폭발적이다.

열 번 째, 인지증 과정에서의 정신착란이 나타날 수 있다. 환자는 질병이나 사소한 수술과 같은 신체적 스트레스나 다른 사람의 죽음에 대한 애도와 같은 정신적 또는 사회적 스트레스에도 취약하여 상태가 악화 될 수 있다. 이러한 인지증 노인의 증상과 물리적 환경과의 상관관계를 초점을 둔 연구가 진행되고 있는데 그 중 'Lawton'의 인지증 고령자가 놓여 있는 물리적 환경을 변경하여 인지증 고령자에 대한 치료적 효과가 있음을 이론적, 경험적으로 증명한 연구가 유명하다. 또한 미시간 대학의 노인학 연구소에서 실시한 연구에서 직원 지시에 의해 보다 부드러운 가정적인 내장마감과 조명을 설치하여 편안한 개인침실, 거실 등을 많은 부분을 개조하여 실험을 한 결과 야간의 배회, 자기상실, 과격한 몸부리 등의 문제행동을 줄이기 위해 시도한 치료에 환자가 반응하여 좋은 결과를 얻었다. 이와 같이 물리적 환경이 치매 노인들의 치료에 있어 긍정적이며 치매현상의 진행을 감소시키거나 개선이라는 치료적인 측면으로 보면 물리적 환경이 매우 중요하다고 할 수 있다. 그래서 인지증 노인을 집에서 돌보는 일이 한계가 있으며 이를 대응하기 위한 환경이 필요한데 그 중 하나가 바로 인지증 노인 그룹홈이다.

인지증 노인 그룹홈은 보호가 필요한 인지증 노인들이 지역사회 내에 가정과 같은 시설에서 공동생활을 하면서 개인적 자립생활 능력을 키우며 생활하는 주체로 향상시켜 건강하고 행복한 삶을 살 수 있도록 하는 것이다. 따라서 그룹홈의 기본적 기능은 대안의 가정이며, 복지시설이며, 치료공간이다. 그리고 인지증 노인 그룹 홈은 인지증을 가진 노인을 10인 내외의 작은 단위로 입소시켜 그들의 케어를 받으면서 가능한 한 자립생활을 하도록 하는

케어 형태이다. 그룹 홈의 주안점은 인지증 고령자를 유니트 단위로 나누어 개개의 인지증 고령자를 쉽게 파악하고 집중적으로 케어 한다는 점에 있다. 그리고 인지증 고령자를 위한 그룹 홈은 그들의 증세에 적합하게 대처할 수 있는 배려가 필요하다. 치매의 대표적인 증세인 배회, 방향감각 상실, 친근감의 중요성, 인권성을 인식하는 것이 환자들에게 자아감과 기능적인 독립성을 최대한 유지시켜 줄 수 있는 물리적 환경의 공간구조가 필요하다.

2) 한국과 일본의 인지증 관련시설 유형 및 특징비교

일본의 인지증 관련시설의 유형과 특징은 다음과 같다. <표 3>

① 서비스형 고령자 주택

고령자가 임대주택 및 유료노인홈에 이주하여, 상황파악서비스 및 생활상담서비스 등의 다양한 복지서비스를 제공하는 주택이다. 입소 대상은 60세 이상이거나 60세 미만의 개호필요자 및 지원이 필요한 독신 혹은 부부세대이다. 1인당 25㎡이상의 면적이 필요하며 인지증 관련시설 유형 중 가장 큰 1인당면적을 가지며, 별도의 의료 제공 서비스는 없다.

② 유료노인홈

고령자를 입주하게 하여 입욕, 식사의 개호, 식사의 제공, 세탁, 청소 등의 가사, 건강관리를 하는 사업을 시행하는 시설이다. 사회통념에 의한 고령자면 입소가 가능하며, 1인당면적은 13㎡이다. 협력의료기관이 있으며, 의사의 방문에 의한 건강상담, 건강진단이 포함되지 않는 경우에는 별도로 의료진을 확보한다.

③ 양호(養護)노인홈

환경적 및 경제적으로 궁핍한 고령자들이 자립적인 생활을 영위하고, 사회적 활동에 참가하기 위해 필요한 지도 및 훈련, 그 외의 지원을 시행하는 것을 목적으로 하는 시설이다. 입소대상은 65세 이상의 자로서 환경 혹은 경제적 이유에 의해 자택에 있어서 양호(養護)를 받는 것이 곤란한 자이다. 1인당면적은 10.65㎡이며, 유료노인홈과 마찬가지로 협력의료기관과 의사의 도움을 받는다.

표 3. 일본의 고령자주거관련시설 유형 및 시설기준

	서비스형 고령자용주택	유료노인홈	양호(養護) 노인홈	경비(輕費) 노인홈	인지증고령자 그룹홈
근거법	고령자생활법 제5조	노인복지법 제29조	노인복지법제20조의4	사회복지법 제65조 노인복지법 20조의 6	노인복지법 제5조의2 제6항
기본성격	고령자를 위한 주거	고령자를위한주거	환경적, 경제적으로 공평한 고령자의 입소시설	저소득 고령자를 위한 주거	인지증고령자를 위한 공동생활주거
정의	고령자용 임대주택 및 유료노인홈, 고령자용 주택을 하여, 파악, 생활상담서비스, 서비스 등 제공하는 주택	고령자를 입주하게 하여, 식사, 세탁, 청소 등의 가사, 건강관리를 시행하는 시설	입주자를 부양하여 자립적인 생활을 영위하고, 사회적 활동을 하기 위한 시설	무료 혹은 저렴한 요금으로 고령자를 입소하여, 그 외 일상생활을 위한 편의를 제공하는 시설	입주자에 관하여 공동생활을 영위할 수 있도록, 식사, 세탁, 청소 등의 가사, 건강관리를 시행하는 시설
개호협상의 유형	없음 (유료노인홈의 기준을 만족하는 경우, 특별가사, 생활개호기 등)※외부비를 활용)	특정시설입주자생활개호			인지증대응형 공동생활개호
주요기준	한정없음 (영리법인중심)	한정없음 (영리법인중심)	지방공공단체 사회복지법인	지방공공단체 사회복지법인 지사(知事)허가를 받은 법인	한정없음 (영리법인중심)
대상자	다음의 어느 항목에 해당되는 독신 혹은 부부세대 -60세 이상인 자 -개호필요자/지원필요인정을 받고 있는 60세미만인자	고령자 ※노인복지법상, 고령자에 관한 정의가 없기 때문에 해석에 있어서는 사회통념에 의함	65세 이상의 자로서 환경상 혹은 경제적으로 자립할 수 없는 자 해자택에 있어서는 양호(養護)를 받고 있는 것이 곤란한 자	신체기능의 저하 등에 의해 자립한 생활을 영위하는 것에 관하여 불안하다고 인정되어, 가족에 의해 지원을 받는 것이 곤란한 60세 이상인 자	개호필요자/지원필요자로서 인지증인자(그 자의 인지증원인이 되는 질병환이 급성상태에 있는 자는 제외한다)
1인당 면적(최소기준)	25㎡ 등	13㎡ (참고치)	10.65㎡	21.6㎡(독신) 31.9㎡(부부)등	7.43㎡
의료제공체	-	-협력의료기관 (참고: 협력내용에 의사의 방문에 의한 건강상담, 건강진단이 포함되는 경우에는 별도로 축탁의을 확보)	-의사배치 -협력병원	협력의료기관	-협력의료기관 -특별양호노인홈, 노인보건시설, 병의원등의 연계 및 지원체제의 정비

④ 경비(輕費)노인홈

저소득 고령자가 무료 혹은 저렴한 요금으로 입소하여 식사의 제공, 그 외 일상생활상 필요한 편의를 제공하는 것을 목적으로 하는 시설이다. 입소대상은 60세 이상의 신체기능의 저하 등에 의해 자립한 생활을 영위하는 것에 관해서 불안하다고 인정되어지는 자로서 가족에 의해 지원을 받는 것이 곤란한 자이다. 1인당 면적은 21.6㎡(독신), 31.9㎡(부부)이며, 협력의료기관의 도움을 받을 수 있다.

⑤ 인지증고령자그룹홈

인지증 고령자에 관하여 그 외 공동생활을 영위해야 할 주거에 있어서 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 그 외의 일상생활상의 도움 및 기능훈련을 시행하는 시설이다. 입소대상은 개호가 필요한 자 또는 인지증 지원이 필요한 자 이다.(인지증 질환이 급성상태에 있는 자는 제외한다.) 1인당면적은 7.43㎡이며 그리고 협력의료기관에 도움을 받을 수 있으며, 특별양호노인홈 및 노인보건시설 등과의 연계한 지원도 받을 수 있다.

한국의 인지증 고령자를 위한 관련 시설 유형 및 특징은 다음과 같다.<표 4>

표 4. 한국의 고령자주거관련시설 유형 및 시설기준

	노인주거복지시설			노인의료복지시설		노인여가복지시설			재가노인복지시설	
	양로시설	노인공동생활가정	노인복지주택	노인요양시설	노인요양공동생활가정	노인복지관	노인교실	경로당	방문서비스제공시설	주야간/단기보호시설
근거법	노인복지법 제32조			노인복지법 제34조		노인복지법 제36조			노인복지법 제38조	
의료제공체제	의사 배치 (30명 이상)	의료제공 없음		의사, 간호사 배치 (전담의사 없을시 의료기관 연계)		의료제공없음			간호사 물리치료사 배치 (10명 이상)	
면적기준	1인당면적(㎡)(침실기준)	5	5	20	6.6 이상(합숙용)	6.6 이상(합숙용)	-	-	-	-
	연면적(㎡)	15.9 (1인)	15.9 (1인)	-	23.5 (1인)	20.5 (1인)	500	-	-	16.5
대상자	기초수급자(65세 이상), 부양을 받지 못하는 65세 이상 등		60세 이상	장기요양수급자, 기초수급자(60세 이상) 등		60세 이상		65세 이상	장기요양급여자수급자, 심신이 약하거나 장애 있는 65세 이상	
정원(명)	10이상	5~9	30세대 이상	10이상	5~9	-	50이상	20이상	-	

① 노인복지주거시설

노인주거복지시설은 노인복지법 제32조에 근거하여 세 가지 시설로 분류된다. 고령자를 입소시켜 급식과 그밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 양로시설, 고령자들에게 가정과 같은 주거 여건과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 노인공동생활가정, 고령자에게 주거시설을 분양 및 임대하여 주거의 편의, 생활지도 등 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 노인복지주택이 있다. 양로시설은 의사와 간호사가 배치되어 의료서비스를 제공받을 수 있으나, 그 외에 시설은 의료서비스가 없다. 입소대상은 양로시설과 노인공동생활가정은 65세 이상의 기초수급자 또는 부양을 받지 못하는 고령자이나, 노인복지주택은 60세 이상의 고령자면 분양 및 임대가 가능하다. 1인당면적은 양로시설과 노인공동생활가정은 5㎡이상이며, 노인복지주택은 20㎡이상이다. 정원은 양로시설 10명이상, 노인공동생활가정은 5명에서 9명이며 노인복지주택은 30세대 이상이다.

② 노인의료복지시설

노인의료복지시설은 노인복지법 제34조에 근거하여 두 가지 시설로 분류된다. 치매, 중풍 등 노인성질환으로 심신에 상당한 장애가 발생한 고령자를 입소시켜 급식, 요양과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 노인요양시설과 노인성 질환을 가진 고령자에게 가정과 같은 주거여건과 급식, 요양, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공한 노인요양공동생활가정이 있다. 노인의료복지시설은 의사와 간호사가 배치되고, 의료기관과 연계한 서비스 또한 받을 수 있다. 입소대상자는 장기요양수급자, 60세 이상의 기초수급자 등이다. 1인당면적(합숙용)은 노인요양시설과 노인공동생활가정은 각 6.6㎡이상이다. 정원은 요양시설은 10명 이상이며 노인공동생활가정은 5~9명으로 나타난다.

③ 노인여가복지시설

노인복지법 제36조에 근거한 시설이며 세 가지 시설로 분류된다. 노인의 교양, 취미생활 등에 대한 각종 정보, 서비스를 제공하고 건강증진 및 질병예방, 소득보장, 복지증진 등에 필요한 서비스를 제공하는 노인복지관, 지역노인들이 자율적으로 친목도모, 취미활동, 공동작업장 운영 등 기타 여가활동을 할 수 있도록 장소를 제공함을 목적으로 하는 경로당, 고령자들의 사회활동 참여 욕구를 충족시키기 위해 취미생활, 노인건강유지 등 학습프로그램을 제공하는 노인교실이 있다. 그리고 이 시설들은 의료서비스가 없다. 경로당은 65세 이상의 고령자, 고령자복지관, 노인교실은 60세 이상의 고령자가 이용이 가능하다. 노인복

지관이 연면적 500㎡이상의 시설 면적 기준이 있을 뿐 경로당 및 노인교실은 면적 기준이 없다. 정원은 노인교실 50명 이상, 경로당 20명 이상이며 노인복지관은 정원 기준이 없다.

④ 재가노인복지시설

노인복지법 제38조에 근거한 이 시설은 크게 두 가지 시설로 분류된다.

가정에서 일상생활 영위할 수 있는 고령자(재가노인)으로써 신체적, 정신적 장애로 어려움이 있는 고령자에게 필요한 각종 편의 제공(방문목욕 등) 하는 방문서비스제공시설과 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 약한 고령자와 장애고령자를 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 각종 편의를 제공하는 주간, 야간, 단기 보호시설이다. 방문서비스제공시설은 의료서비스는 없고, 주간, 야간, 단기 보호시설은 인원이 10명 이상일 경우 간호사가 배치되어 의료서비스를 제공 받는다. 대상자는 장기요양수급대상자, 65세 이상의 심신이 약하거나 장애가 있는 고령자이다. 면적 기준에서는 방문서비스제공시설은 연면적 16.5㎡이상, 주간, 야간, 단기 보호시설은 90㎡이상이다.

위에서 한국과 일본의 각각 인지증 관련 시설의 유형과 시설기준을 알아보았다. 본 연구에서의 인지증 고령자를 위한 그룹홈은 한국의 노인요양공동생활가정과 유사한 시설이므로 각 시설에 대한 특징을 비교 분석해 보았다.<표 5>

표 5. 노인공동생활가정과 인지증고령자그룹홈 시설기준 비교

국가	관계법령	시설분류	1인당면적 (침실기준)	정원(인)	의료 지원	특기사항
한국	노인 복지법	노인공동 생활가정	6.6㎡	5 ~ 9	있음	1실 정원 4인 이하
일본	노인 복지법	인지증 고령자그룹홈	7.43㎡	1인 부부 (2인)		1침실 기준 ⁵⁾

5) 김명희, 정기남, 김귀자, 치매노인을 위한 그룹홈의 공간적 특성, 대한건축학회논문집 제24권 제6호, 2008, p.324

노인공동생활가정과 인지증고령자그룹홈의 공통점은 협력된 의료기관의 도움을 받을 수 있다는 것이다. 그러나 1인당면적(침실 기준)은 노인공동생활가정이 6.6 m²으로 인지증고령자그룹홈보다 약0.8m²정도 작으며, 1침실의 기준이 노인공동생활가정은 1침실 4인 이하인 반면 인지증고령자그룹홈은 1침실 2인(부부)로 규정된다. 이는 일본 시설이 한국 시설보다 시설 기준이 크게 설정되어 있는 것으로 보아 일본 인지증 노인들이 더욱 쾌적한 환경을 제공받으며 생활하고 있다.

제3장. 일본 그룹홈의 운영 및 관리 특성

1. 조사 그룹홈의 속성

표 6. 조사 그룹홈의 속성

항목	내용	빈도(n)	비율(%)
건물층수	1층	46	44.7
	2층	43	41.7
	3층	8	7.8
	4층이상	6	5.9
그룹홈 구성	1동에서 1개의 그룹홈	82	80.4
	복수동에서 1개의 그룹홈	20	19.6
건물구조	목조	45	44.1
	철근콘크리트조	12	11.8
	철골철근콘크리트조	9	8.8
	기타	36	35.3
입주자수	10명 이하	36	35.3
	10명 ~ 14명	3	3
	15명 ~ 20명	58	56.9
	20명 이상	6	4.9
지역교류	입주자와 지역주민 교류 없음	10	9.9
	입주자와 주민간 소극적 교류	34	33.7
	입주자와 주민간 적극적 교류	57	56.4
주거 세면대 유무	내부에 있음	31	36.5
	내부에 없음	34	63.5
유니트수	1	37	36.3
	2	59	57.8
	3	6	5.9
침실 내 욕실 설치	설치	13	15.3
	미설치	70	82.4
연면적	400㎡ 이하	41	39.8
	401㎡ ~ 550㎡	26	25.2
	551㎡ ~ 700㎡	23	22.3
	701㎡ 이상	13	12.6
건축면적	300㎡ 이하	56	54.4
	301㎡ ~ 400㎡	11	10.7
	401㎡ ~ 600㎡	22	21.4
	601㎡ 이상	14	13.6
부지면적	600㎡ 이하	40	38.8
	601㎡ ~ 1000㎡	19	18.4
	1001㎡ ~ 2000㎡	26	25.2
	2001㎡ 이상	18	17.5

본 연구에서 조사한 그룹홈의 속성의 주요 특징으로는 인지증고령자그룹홈은 목조건물에 저층의 소규모 시설이 많으며, 입주자수는 15명~20명으로 유니트수는 2개로 운영한다. 그리고 시설과 지역주민과의 적극적 교류를 한다. 그리고 침실 내에 욕실이 설치가 안된 시설이 많은 것으로 나타난다.<표 6>

2. 그룹홈의 운영주체

그룹홈의 운영주체와 방식에 따라 그룹홈 거주자와 성격에 적지 않은 영향을 줄 것으로 생각된다. 일본의 경우 개호보험실시 이후 새로운 사업으로서의 그룹홈 운영에 다양한 주체가 참여하고 있다.

그룹홈을 운영하는 주체는 유한회사가 27.3%로 가장 높은 비율을 보이고 있고 의료법인, 사회복지법인이 각각 24.2%, 23.2%의 순으로 나타났다.<그림3>

유한회사가 많은 것은 개호보험이 도입된 이후 다양한 형태로 민간업체가 참여할 수 있는 제도가 마련되었기 때문인 것으로 생각된다. 그러나 그룹홈의 특징상 의료분야 및 사회복지분야에서의 참여도 상대적으로 높은 편이라고 할 수 있으며 운영주체별로 시설의 질적 차이가 있을 것으로 생각된다.

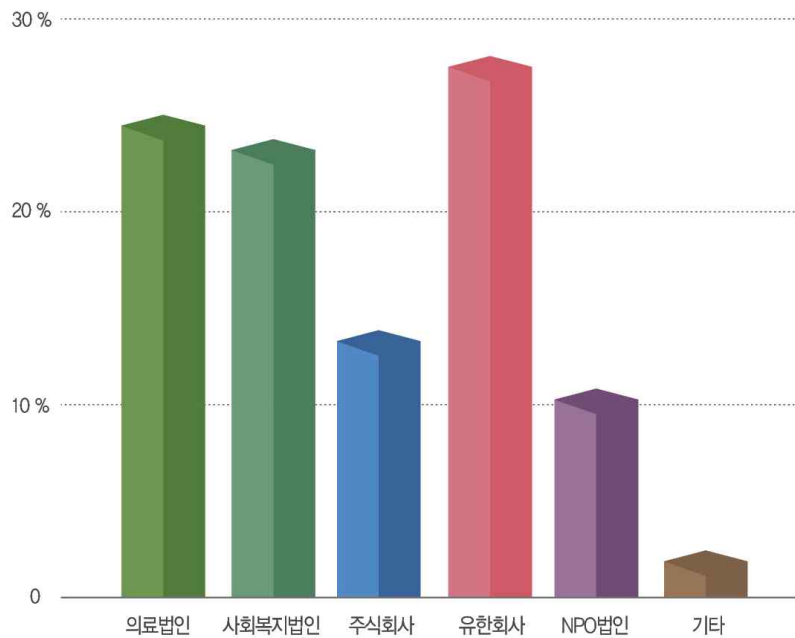


그림 3. 그룹홈의 운영주체

<그림 4>와 같이 운영주체별 부지면적의 상관관계를 분석한 결과 $P < 0.008$ 로 유의성이 있는 것으로 나타나 운영주체에 따라 부지면적과는 밀접한 관계를 갖고 있는 것으로 보인다. 즉 부지면적 600㎡이하 인 경우 NPO법인, 사회복지법인, 부지면적 1,001㎡~2,000㎡은 주식회사, 2,000㎡ 이상은 의료법인에서 주로 운영하는 것으로 파악되었다. 이는 부지면적이 클수록 큰 자본의 투자가 가

능한 시설이 필요하므로 사회복지법인, 의료법인과 같은 운영주체가 참여하고 있는 것으로 생각된다.

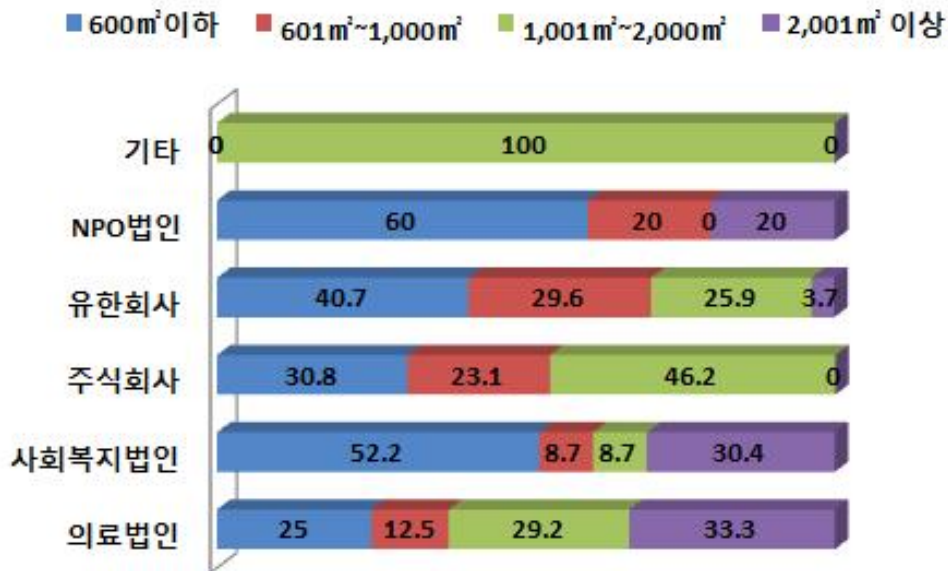


그림 4. 그룹홈의 운영주체와 부지면적과의 상관관계($P < 0.008$ $df = 15$ $\chi^2 = 31.49$)

그러나 그룹홈의 운영주체와 입지조건을 분석한 결과, $P > 0.24$ 로 유의성이 없는 것으로 나타나 그룹홈의 운영주체와 입지조건과는 관련성이 없는 것으로 파악되었다. <그림 5>와 같이 교외형은 의료법인이 59.5%, 도시 내의 일반주택지는 사회복지법인이 43.5%, NPO법인 및 주식회사는 각각 60%, 38.5%로 각 운영주체별 많은 분포를 나타내고 있다. 이러한 결과는 도시 내에서는 높은 지가 또는 협소한 부지규모 등으로 인해 소규모로 시설을 운영하는 NPO법인, 유한회사가 많으며, 교외형은 도시형보다 잔여 부지도 많고 주변 자연환경과의 접근성이 좋으며 인지증 고령자들의 요양시설로서 큰 규모의 시설을 운영이 가능하므로 의료법인, 사회복지법인 등과 같은 운영주체가 많은 것으로 생각된다.

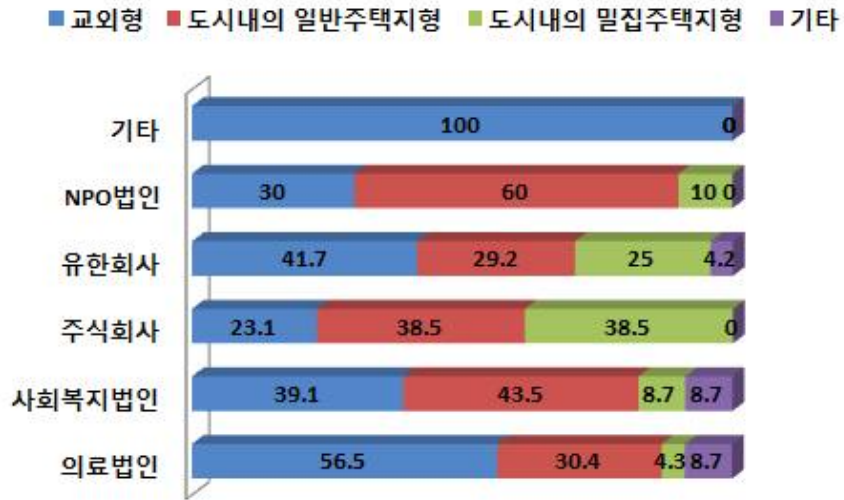


그림 5. 그룹홈의 운영주체와 입지조건과의 상관관계($P < 0.24$ $df = 15$ $\chi^2 = 18.45$)

그룹홈의 운영주체와 입주자수의 관계성을 살펴 본 결과, 유의수준 $p < 0.000$ 으로 운영주체에 따라 입주자수와 밀접한 관련성을 갖는 것으로 보인다. 즉 입주자 수가 9명 또는 18명인 경우에 운영주체가 모두 분포가 된 것으로 파악되며, 입주자 수가 9명일 경우에는 NPO법인 60%, 사회복지법인 45.5%, 입주자 수가 18명일 경우에는 의료법인과 유한회사가 66.7%로 가장 많은 분포를 나타나고 있다.<그림 6>

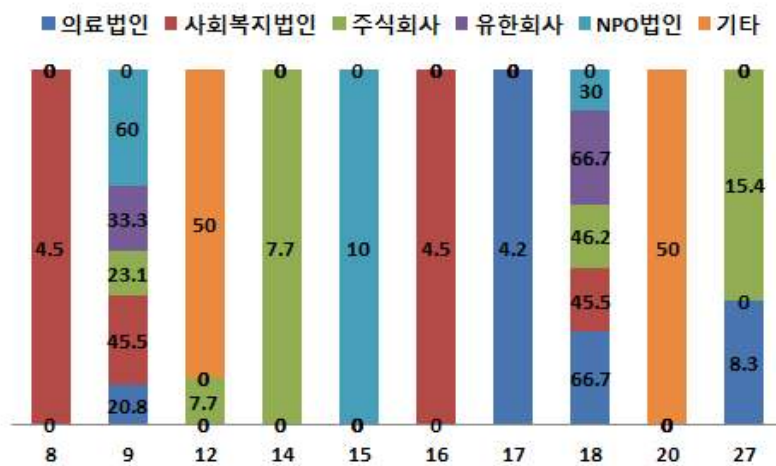


그림 6. 그룹홈의 운영주체와 입주자수의 상관관계($P < 0.000$ $df = 45$ $\chi^2 = 118.57$)

3. 그룹홈의 관리자

그룹홈의 주요관리자를 보면 개호직원이 43.1%, 간호사21.6%, 복지업무종사자 16.7%의 순으로 나타났다. 인지증 고령자를 대상으로 하는 그룹홈의 특성상 고령자의 신체 기능 회복 및 일상동작훈련 등의 전문적인 개호 교육을 받은 개호직원에 의한 관리가 많은 것으로 생각되며 지역 의료기관과 연계한 전문적인 간병 및 간호서비스와 관련하여 간호사에 의한 관리비율도 높게 나타났다.<그림 7>

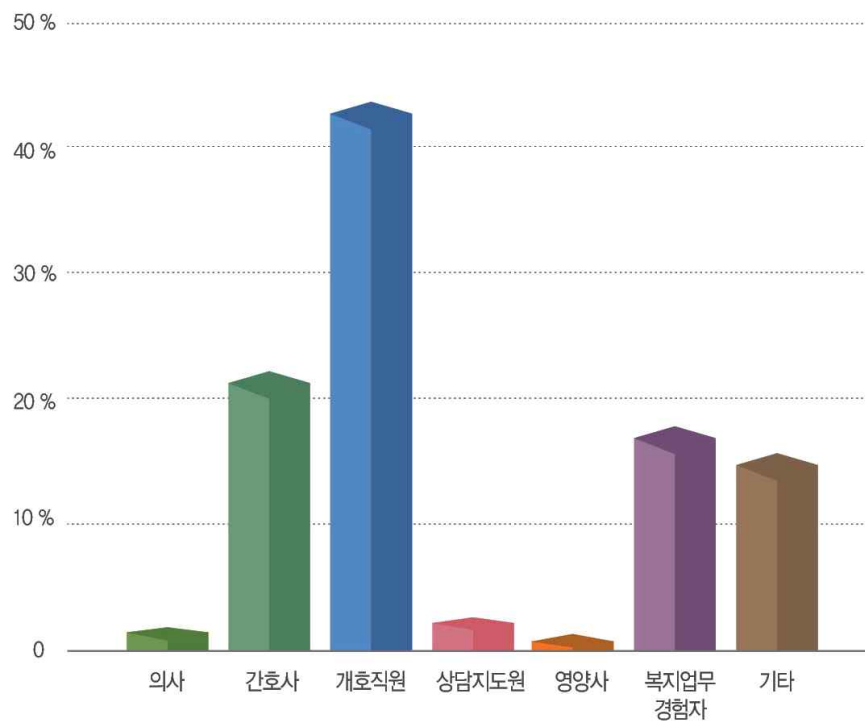


그림 7. 그룹홈의 관리자

그룹홈에서의 입주자와 시설을 운영하는 직원 수를 조사한 결과, 현재 입주자 수에 있어서도 18명이 36.9%, 9명이 30.1% 나타나 9명 이하 혹은 18명 이하의 거주자들이 입주하여 생활하고 있어 기본적으로 소규모 중심으로 운영 및 관리 되고 있는 것으로 파악되었다.<그림8, 그림9>

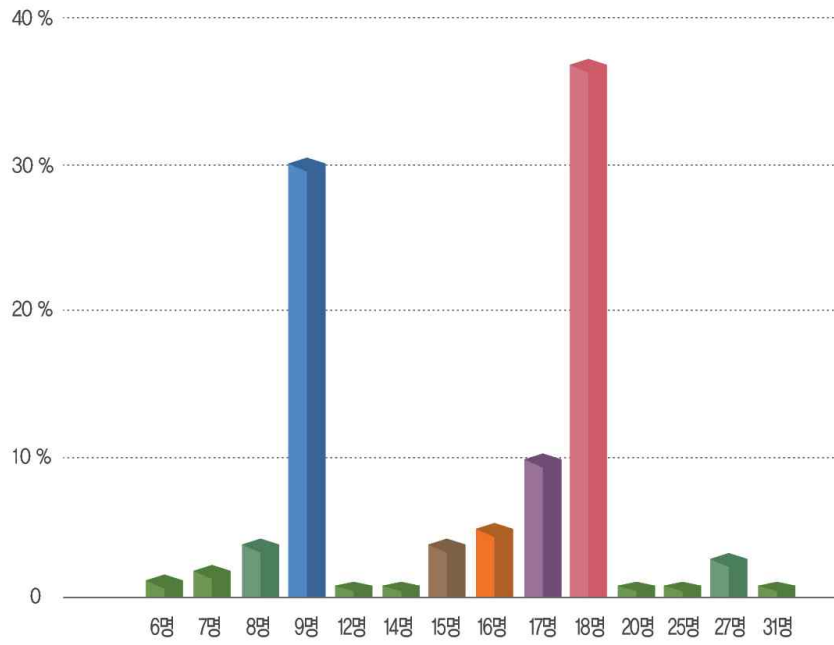


그림 8. 그룹홈의 현재 입주자수

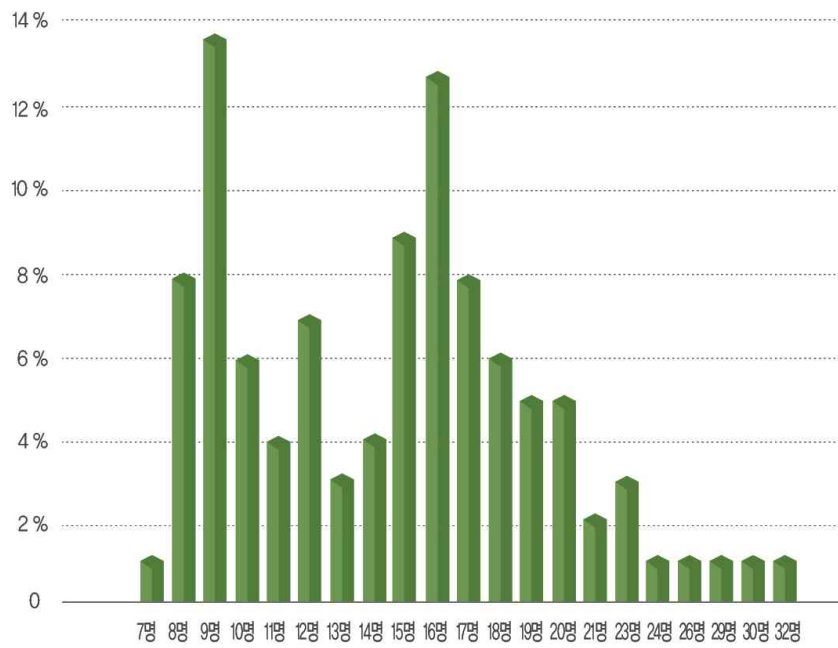


그림 9. 그룹홈의 직원수

제4장. 일본 그룹홈의 입지유형 및 건축배치형태별 특징

1. 그룹홈의 입지유형

1) 입지유형으로 본 부지면적 특징

시설의 입지조건에 따라 시설의 규모, 운영방법 중에 있어서 차이를 보일 것으로 생각된다. 그룹홈의 입지유형별로 살펴보면 “교외형“이 41.4%, “도시 내 일반주택지형“이 37.4%, ”도시 내의 밀집주택지형“이 15.2%로 나타나 기본적으로 도시근교지역에서 설치된 그룹홈이 상대적으로 많은 편이지만 도시에 위치하여 운영되는 그룹홈이 약 52.6%를 차지하고 있다.<그림 10> 이는 대부분 주거지역에 그룹홈들이 집중되는 경향이 있는 것으로 생각되며 또한 시설 전용(轉用)형태와 밀접한 관련성을 반영하고 있는 것으로 생각된다.

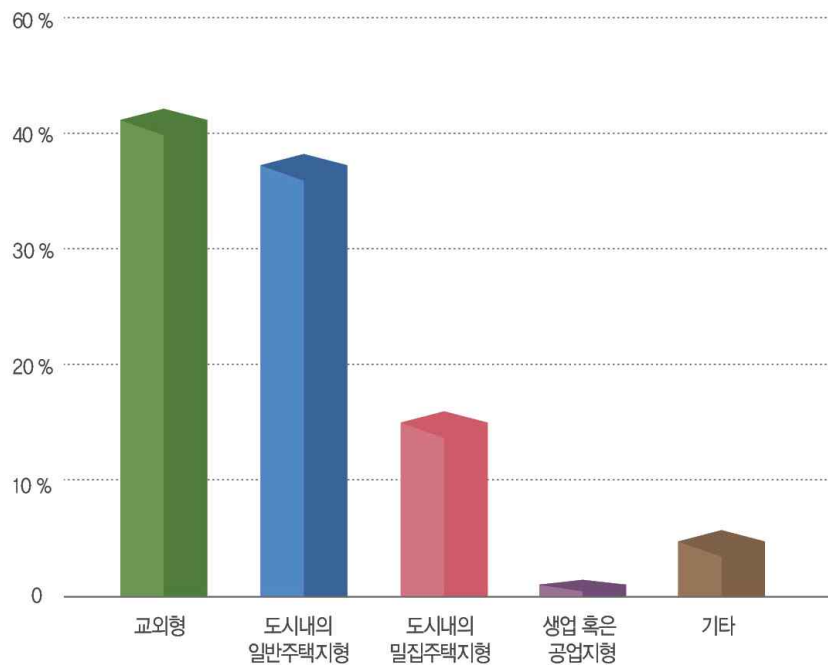


그림 10. 그룹홈의 시설 입지유형

<그림 11>와 같이 입지유형별 부지면적의 상관관계를 살펴 본 결과, 유의수준 $P < 0.054$ 로 통계적으로 유의한 것으로 분석되었다. 입지유형과 부지면적에서 도시 내 지역은 부지면적 600m^2 이하가 많았으며, 교외 및 기타지역은 1001m^2 이상의 비교적 큰 부지규모를 가진 시설이 많은 것으로 나타났다. 도시 내에는 교외지역보다 지가가 높아 소규모의 부지로 활용한 경우가 많고 교외지역은 비교적 지가가 낮고 보존이 잘 된 자연환경과 내부가 연계 될 수 있는 공간구성이 가능하므로 큰 규모의 시설이 위치하는 것으로 분석된다.

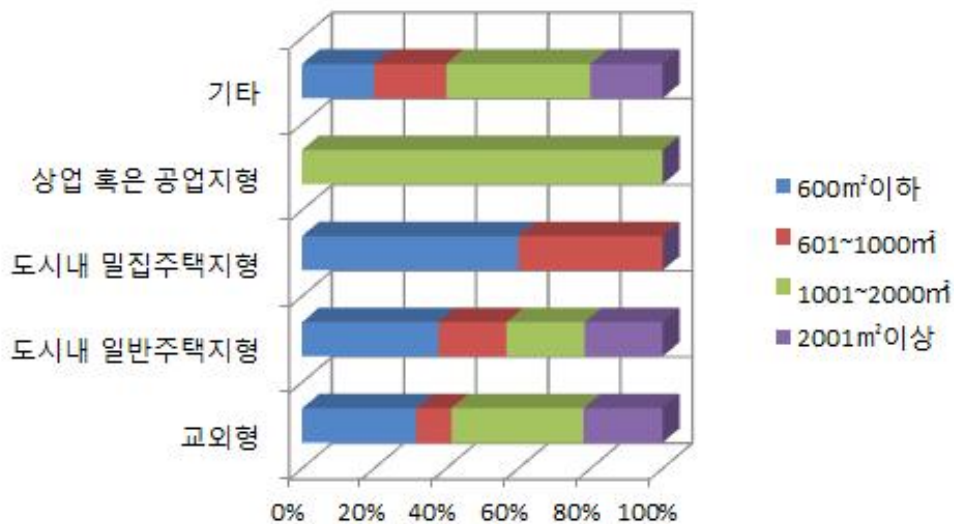


그림 11. 입지유형과 부지면적($P < 0.054$ df=12 $\chi^2=20.73$)

2) 입지유형으로 본 건축규모 특징

입지유형과 건축규모(연면적, 건축면적)의 관계성을 살펴보면, 연면적과 건축면적은 <그림 12, 그림 13>과 같이 유의수준이 $P < 0.278$, $P < 0.225$ 로 통계학적 유의성은 없는 것으로 보이나, 건축면적에서 상업 혹은 공업지역은 601m^2 이상이며 그 외 지역은 300m^2 이하로 나타났으며, 연면적은 도시 내 밀집주택지 $551\text{m}^2 \sim 700\text{m}^2$ 가 많고 그 외에는 400m^2 이하의 규모가 많았다. 이러한 결과는 대부분 시설이 소규모이면서 저층형태로 유니트를 조성함에 따라 나타나는 것으로 생각된다.

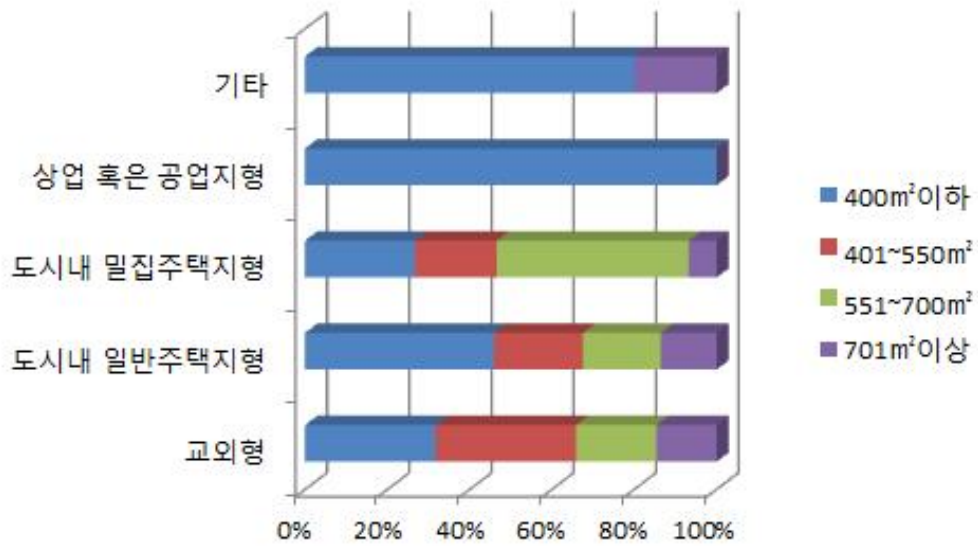


그림 12. 입지유형과 연면적($P < 0.278$ $df = 12$ $\chi^2 = 14.36$)

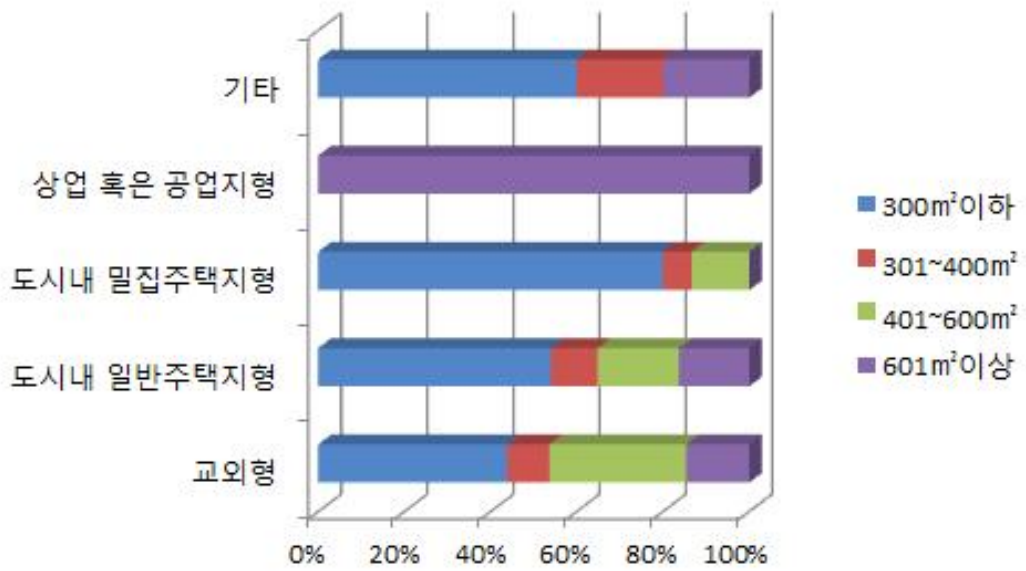


그림 13. 입지유형과 건축면적($P < 0.225$ $df = 12$ $\chi^2 = 15.32$)

2. 그룹홈의 배치형태

1) 건물배치형태로 본 부지면적 특징

그룹홈의 입지유형이 시설의 전반적인 기능, 성격과 관련성을 갖는다면 건축배치형태는 공간구성과 영역, 즉 유니트 구성과 관련성이 있을 것으로 생각된다. 조사대상 그룹홈의 건축배치형태를 분류하면 <표 7>과 같이 기본적으로 一자형 배치, ㄱ자형 배치, ㄷ자형 배치, ㄱ자형 배치로 분류 될 수 있다. 이 중 ㄷ자형 배치형태가 77.2%로 가장 많이 나타났으며, ㄷ자형 배치가 인지증 고령자의 특징인 배회공간과 외부 공간 연계가 잘 될 수 있고 증축하거나 시설관리 측면에서 유리하기 때문인 것으로 생각된다.<그림 14>

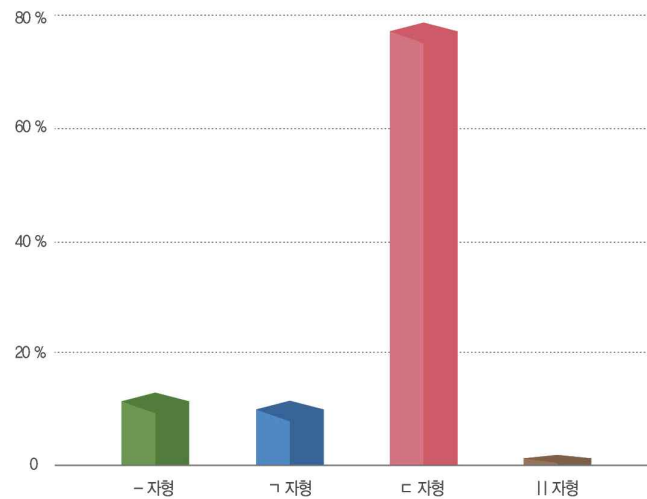






그림 14. 그룹홈의 건축배치형태

표 7. 그룹홈의 건축배치형태

			
一자형	ㄱ자형	ㄷ자형	11자형

<그림 15> 같이 건물배치와 부지면적의 관계성을 보았을 때 부지면적 600㎡이하와 1001㎡~2000㎡일 때는 一자형, ㄱ자형이 비슷한 분포를 보이고, 601㎡~1000㎡는 100% ㄷ자형, 2001㎡ 이상은 11자형이 대부분이 차지하고 있다.

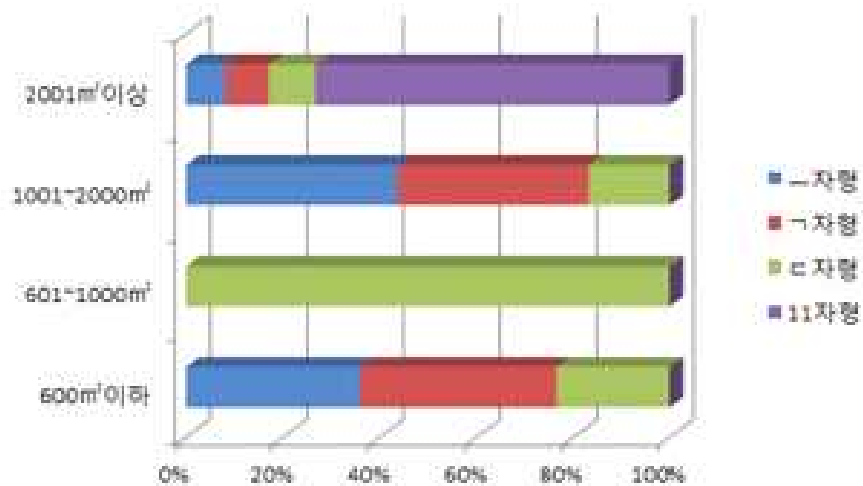


그림 15. 건물배치와 부지면적($P < 0.063$ $df = 9$ $\chi^2 = 16.21$)

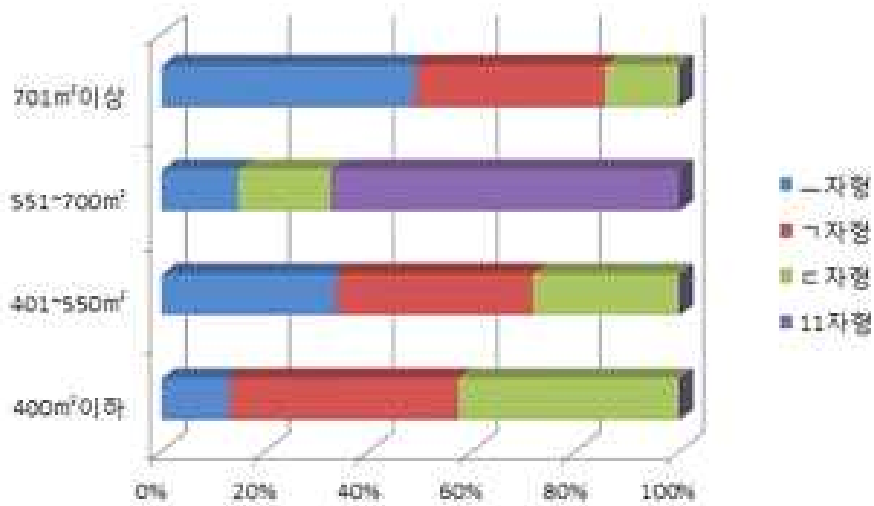


그림 16. 건물배치와 연면적($P < 0.282$ $df = 9$ $\chi^2 = 10.9$)

부지규모가 클수록 외부와의 연계가 쉬운 11자형, ㄷ자형으로 건물 배치하는 것으로 파악된다. 그러나 연면적과의 관계에서 연면적 400㎡이하, 401㎡~550㎡이하의 37.5%로 ㄱ자형, 551㎡~700㎡은 11자형, 701㎡이상은 一자형배치가 많은 것으로 나타나며 $P < 0.282$ 로 연면적과의 유의성은 없는 것으로 판단된다.<그림

16> 그러나 건물배치와 건축면적 관계에 있어서 300㎡이하 규모는 비교적 증축이나 시설관리에 유리한 ㄷ자형 배치가 많으며, 401㎡~600㎡ 규모는 一자형, ㄱ자형, 601㎡이상 규모는 11자형이 많은 분포를 보였으며 $P<0.05$ 로 건축면적과의 유의성이 있는 것으로 나타났다.<그림 17>

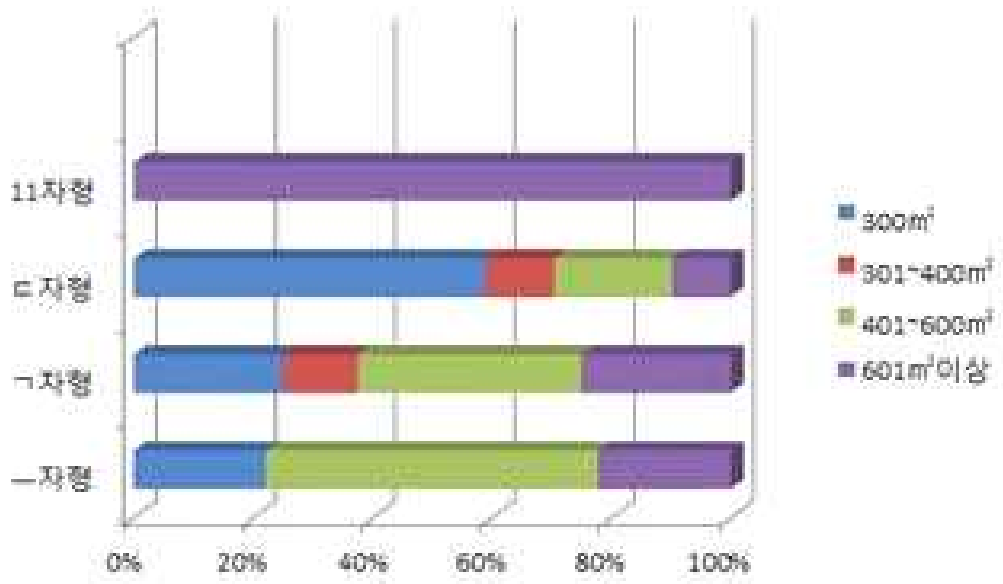


그림 17. 건물배치와 건축면적($P<0.050$ $df=9$ $\chi^2=16.94$)


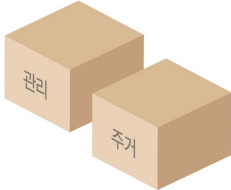


제5장. 일본 그룹홈의 공간적 특징

1. 그룹홈의 영역별 특성

그룹홈의 기본적인 공간구성은 크게 실질적인 생활이 이루어지는 주거부분, 공용부분, 생활지원부분으로 구분할 수 있는데, 공용부분과 생활지원부분은 거주자의 생활을 지원하고 관리하는 공간적 기능성을 고려하여 관리영역으로 분류할 수 있을 것이다. 즉 기본적으로 그룹홈의 공간을 크게 주거영역과 관리영역으로 구분되어진다는 의미이다.

주거영역과 관리영역에 대하여 운영 및 관리를 분석한 결과 주거와 관리영역이 하나로 합쳐진 일체형, 주거와 관리부분이 각 층으로 분리된 층별분리형, 별도로 각각 나누어진 별도분리형으로 분류 할 수 있다.<표 8>

표 8. 그룹 홈의 운영 관리 유형

			
일체형	별도분리형	층별분리형	층별분리형 II

일체형은 인지증고령자가 생활하는 주거영역과 관리영역이 인접하여 상호간의 밀접한 관계가 형성이 쉽고 각 영역간의 동선이 짧아 관리측면에서 인지증고령자의 행동 관찰에 용이하나 주거영역에 대한 개인 프라이버시 확보의 어려움이 있다. 반면에 층별분리형과 별도분리형은 주거영역과 관리영역이 각 층 또는 층으로 독립적으로 배치되어 인지증고령자의 개인 프라이버시 확보와 외부와의 연계가 쉬워 고령자들의 사회성 또는 자립성 성립에 유리하지만 관리 측면에서는 동선이 길어져 인지증고령자의 행동 파악에 어려움이 있는 것으로 분석된다.

2. 그룹홈의 시설 전용 유무

개호보험의 도입으로 인해 의료시설 혹은 사회복지시설의 전부 혹은 일부를 고령자시설로 전용(轉用)하여 사용하는 경우가 적지 않을 것으로 생각되어 시설의 전용 형태를 파악하여 보았다. 그러나 “새롭게 독립시설로 설치”한 그룹홈이 79.6%, “시설의 일부 혹은 전부를 전용한” 그룹홈의 사례는 약 11%에 지나지 않아 대부분 독립적으로 설치하여 운영되고 있는 것으로 나타나 운영주체가 의료법인과 사회복지법인인 점을 고려할 때 다소 의외의 결과이다.<그림 18> 이는 다른 노인복지시설과 달리 소규모로 운영되고 주택으로서의 주거환경의 중요성이 강조되는 그룹홈의 특성상 일반주택 혹은 시설을 개조 및 확장하거나 신축하는 형식이 많음을 의미하는 것으로 생각된다. 이는 그룹홈의 건축연도가 2000년 이후에 집중적으로 분포하고 있는 것을 보아도 알 수 있듯이 최근 10년 이내의 건축물로 나타나 새롭게 조성된 건축물이 많은 것으로 파악되었다. <그림 19>

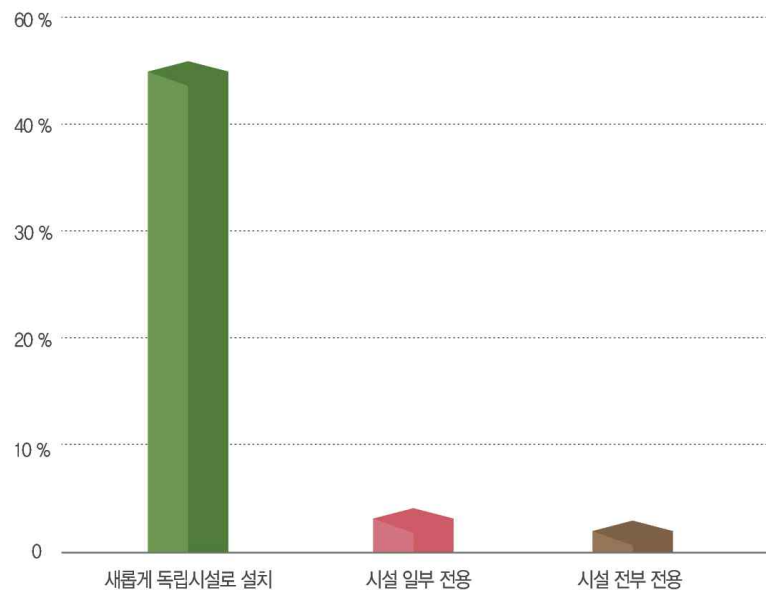


그림 18. 그룹홈의 시설 전용 유무

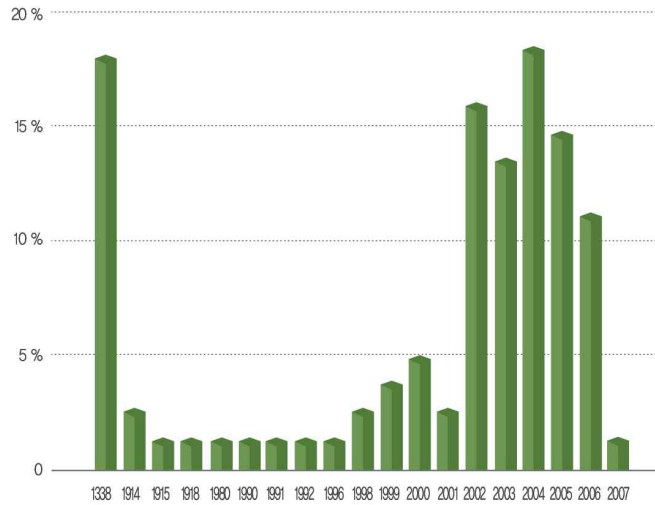


그림 19. 그룹홈의 건축년도

3. 그룹홈 내의 병설형태

주거중심의 환경을 통해 인지증 고령자의 인지증 질환을 완화시키며 동시에 주거기능을 보완하는데 초점을 두고 있는 그룹홈에 필요한 복지서비스를 제공하는 것도 중요하다고 할 수 있다. 이는 복지와 보건, 의료기능의 시설들과 어떻게 연계하는가와 밀접한 관련성을 갖는 것이다. 특히 가장 인접하며 서비스를 제공하는 것이 바람직 할 것이다.

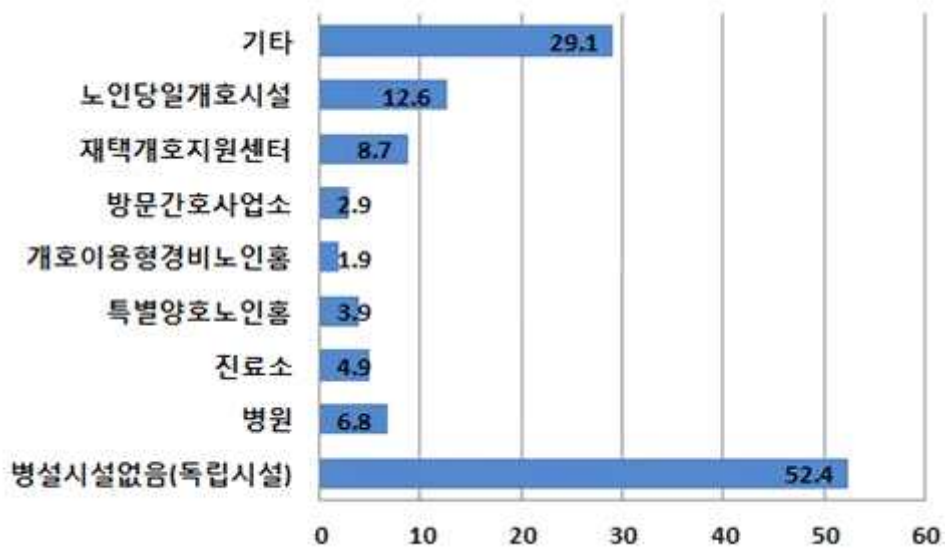


그림 20. 그룹홈의 병설형태

그룹홈과 관련된 시설들이 어떻게 연계되어 있는지 파악하기 위해 병설(併設)되어 있는 시설의 종류를 살펴본 결과, <그림 20> 관련 시설의 병설 없이 독립적인

기능만의 시설이 52.4%, 기타 시설병설이 29.1%로 나타났다. 이는 시설의 전용(轉用)유무, 입지유형과의 관계가 반영된 것으로 보인다.

4. 그룹홈 공간구성 특징 및 공간별 원단위 산출

1) 그룹홈 공간구성 특징

그룹홈의 공간구성에 대해서는 크기 공용공간(public space)과 개인공간(private space)로 구분할 수 있으며 공용공간은 각각 준공용공간(semi-public space)와 공용공간(public space), 개인공간은 준개인공간(semi-private space)과 개인공간(private space:침실)으로 구분하고 있는 것이 일반적이다⁶⁾. 즉 지역사회에서 생활하고 있는 것을 실감할 수 있는 관련 공간을 공용공간(public space), 클럽활동과 친한 친구간의 대화 등 다른 유니트의 거주자와 관계될수 있는 공간을 준공용공간(semi-public space)으로 구분하고 거처하는 공간으로서의 침실을 개인공간(private space:침실), 침실과 일체적으로 배치된 식당과 리빙을 중심으로 한 공간을 준개인공간(semi-private space)으로 구분하여 시설공간구성이 성립된다. <그림 21>

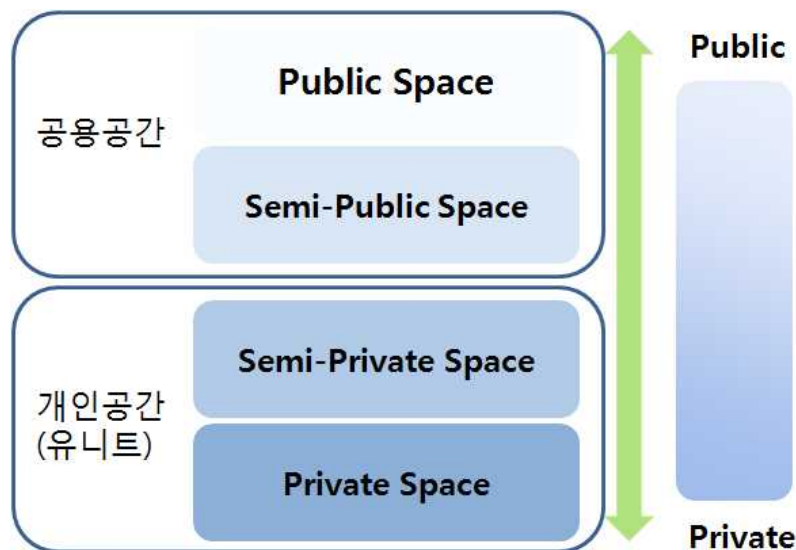


그림 21. 그룹홈의 공간구성 I (社団法人日本医療福祉建築協會、個室ユニットケア型施設設計畫ガイドライン—個別ケアを支える居住空間のあり方—、中央法規、2005年、p 7)

6)社団法人日本医療福祉建築協會、個室ユニットケア型施設設計畫ガイドライン—個別ケアを支える居住空間のあり方—、中央法規、2005年、p p6-7

본 연구에서는 준개인공간(semi-private space)과 준공용공간(semi-public space)의 공간적 영역구분이 모호한 부분이 있어서 분석에 어려움이 있고 보다 실질적인 영역구분에 따른 면적산출 등을 고려하여 기본공간구성에 기초하여 거주자의 실질적인 개인생활공간인 주거영역과 이외의 영역을 관리영역으로 크게 구분하고 관리영역은 계단실 및 복도, 엘리베이터 등 공용부분과 식당, 활동실 등 거주자의 생활을 지원하는 생활지원부분으로 구분하여 영역별 특징을 살펴보았다.<그림 22>

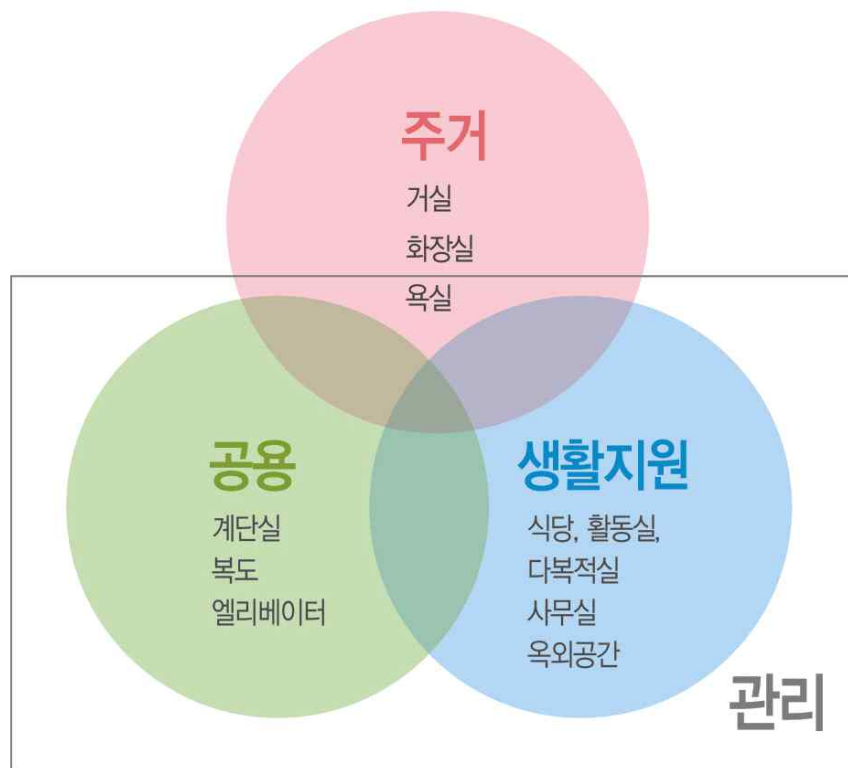


그림 22. 본 연구에서 분석한 그룹홈의 공간구성

각 공간별 구성요소는 건축계획시 시설에 거주하는 인지증 고령자들의 동선계획에 큰 역할을 한다. 특히 인지증 고령자가 필요로 하는 커뮤니티 공간, 배회공간 등의 배치에 따라 고령자의 행동이나 생활에 큰 영향을 주므로 인지증 환자가 시설 내에 모든 공간을 편리하고 쉽게 접근이 가능하도록 공간적으로 연계가 되어야 한다.

2) 공간별 원단위 산출 및 그룹홈 설치기준과의 비교

유사시설의 공간계획 및 현장 실무에 있어 인원수에 따른 적정 규모산출(면적 원단위)⁷⁾은 중요한 기준이 될 수 있다. 그룹 홈의 구성하는 공간의 규모를 각각 살펴보면 공용부분의 면적원단위는 평균치 12.4m²/인 중위치 8.9m²/인, 주거부분의 면적원단위는 평균치 11.6m²/인 중간치 9.9m²/인, 생활지원부분의 면적원단위는 평균치 13m²/인 중위치 8.1m²/인으로 파악되었다. 중위치의 값은 큰 차이는 없으나 평균치의 경우 각 영역별로 차이를 보이고 있는데 이는 개별 시설별로 영역별 규모의 차이가 있음을 의미한다.<표 9>

표 9. 주요 공간별 면적원단위 산출(단위 : m²/인)

구분	항목	평균	중위수
주요 공간 규모	주거면적	11.6	9.9
	공용면적	12.4	8.9
	생활지원면적	13	8.1

표 10. 입지유형별 면적원단위 산출

입지유형	항목	평균	중위수
교외형	주거면적	10.9	10.1
	공용면적	10.1	8.2
	생활지원면적	12.4	8.7
도시내 일반주택지형	주거면적	12.8	11.4
	공용면적	13.8	8.6
	생활지원면적	15.3	10.2
도시내 밀집주택지형	주거면적	10.7	10
	공용면적	12.6	12.1
	생활지원면적	11.2	8.5
상업 및 공업지역	주거면적	10.2	10.2
	공용면적	23.8	23.8
	생활지원면적	6.9	6.9

7) 오까다 고세이, 신건축학대계 건축규모론, 대광서림, 1992, P83

특히 주거면적의 경우 일본 노인복지법 침실규모 7.34㎡/인 보다 약 4.3㎡ 넓은 면적의 구성되어 있어 비교적 개인생활공간에 대한 배려가 반영되고 있는 것으로 생각된다.

그리고 각 영역별 원단위의 차이를 보여주고 있듯이 시설의 입지유형별에 있어서도 시설이 입지한 장소적 특성이 반영되어 각 영역의 규모에 있어서도 차이를 보일것으로 생각된다. 입지유형별로 그룹홈의 각 공간의 규모를 면적원단위로 분석한 결과<표10> 입지유형별로 각 영역별 면적원단위를 정리하면 다음과 같다. 먼저 「교외형」은 주거부분 면적원단위 평균치 10.9㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 10.1㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 12.4㎡/인으로 다른 입지유형에 비해 면적이 작은 것으로 파악되었고 생활지원부분의 면적 원단위가 약간 높은 것으로 파악되었다. 「도시내 일반주택지형」은 주거부분 면적원단위 평균치 12.8㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 13.8㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 15.3㎡/인, 그리고 「도시내 밀집주택지형」은 주거부분 면적원단위 평균치 10.7㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 12.6㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 11.2㎡/인, 「상업 및 공업지형」은 주거부분 면적원단위 평균치 10.2㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 23.8㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 6.9㎡/인으로 파악되었다. 대체로 「도시내 밀집주택지형」이 다른 입지유형에 비해 비교적 각 영역별 규모가 큰 것으로 파악되었는데 이는 그룹홈이 추구하는 가정과 같은 생활공간의 형성이라는 측면 때문에 일반주택지내에 입지하는 장소적 측면과 지역사회와의 교류를 위한 기능 강화측면 때문인 것으로 생각된다. 특히 장소적 측면이 반영된 것은 「상업 및 공업지역」의 경우 다른 입지유형과 비교하여 공용면적의 원단위가 상당히 높게 나타났는데 상업지역, 공업지역상 넓은 부지 확보가 어려워 고층화되어 이에 따른 복도, 계단, 엘리베이터 등 이동공간의 확보 필요성이 높기 때문인 것으로 생각된다.

표 11. 유닛수별 면적원단위 산출

유닛수	항목	평균	중위수
1개	주거면적	10.7	11.3
	공용면적	11.4	10.2
	생활지원면적	11.5	8.7
2개	주거면적	11.5	11.1
	공용면적	11.9	10.7
	생활지원면적	12.3	12.3
3개	주거면적	12.3	12.1
	공용면적	16.4	10.9
	생활지원면적	20.4	12.1

유닛수별 면적원단위를 분석한 결과, <표 11>에서 알 수 있듯이 유닛의 수가 많을수록 즉 입주자 수가 많을수록 각 영역별 면적원단위가 큰 것으로 파악되었다. 이는 거주자 수가 많수록 공용면적과 생활지원면적 역시 상대적으로 증가할 수밖에 없고 특히 인지증고령자를 대상으로 하는 그룹홈의 목적과 성격상 이들 영역의 충실도는 생활환경의 질을 크게 좌우하기 때문에 거주자 수가 클수록 관련 시설의 규모가 커질 수밖에 없는 것으로 생각된다. 유닛수별 각 영역별 면적원단위를 정리하면 유닛 수 1개 경우 주거부분 면적원단위 평균치 10.7㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 11.4㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 11.5㎡/인, 유닛 수 2개 경우 주거부분 면적원단위 11.5㎡/인, 공용부분 면적원단위 11.9㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 12.3㎡/인으로 비교적 비슷한 면적으로 구성되어 있다. 그리고 유닛 3개 경우는 주거부분 면적원단위 12.3㎡/인, 공용부분 면적원단위 16.4㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 20.4㎡/인으로 나타났다.

그룹홈에서 수용할 수 있는 거주인원수와 수용규모시설은 <그림 23>과 같다. 18명 수용규모시설이 52.9%로 상당히 높은 비율을 보이고 있으며 9명 수용규모 시설은 34.3%로 나타나 유닛 수용단위가 9명규모인 것으로 파악되었다. 이는 기본적으로 일본 노인복지법상 사업소별 유닛규모는 5-9인의 규정하고 있는 점을 고려할 때 최대한의 수용규모로 운영되고 있는 것을 의미하며 효율적인 시

설의 경영 및 운영관리측면과 거주자들의 삶의 질적 측면을 고려하여 최대수용 규모인 9명에 집중되어 있는 것으로 생각된다.

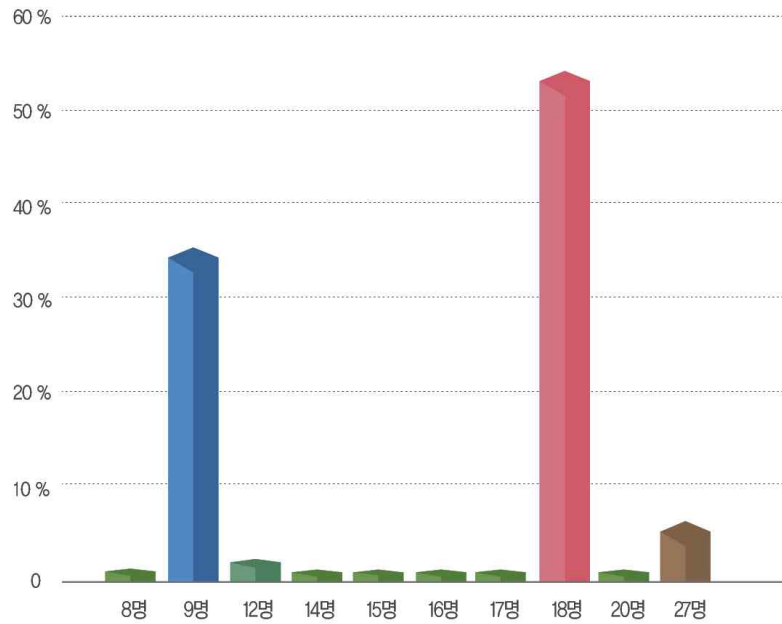


그림 23. 그룹홈의 입주자수

제6장. 유니트 구성 및 주거공간의 유형화

1. 유니트의 개념 및 필요성

일반적으로 인지증고령자는 쉽게 환경에 불안해지기 때문에 직원과 혼연일체가 되어 끊임없이 대화와 교류, 그리고 다양한 활동과 커뮤니케이션을 통해 인지증고령자가 참가하고 참여할 수 있도록 유도하고 배려함으로써 적어도 자신이 필요한 존재로 의식을 갖게 함으로써 자신의 새로운 ‘집’으로 받아들일 수 있어야 한다.

특히 공간적 관계의 이해가 떨어지기 때문에 건축물의 공간구조도 병원이나 수용적인 요양시설의 경우와 같이 나란히 배열되어 있는 공간이 아니라 마치 일상 생활의 도시공간이나 자신의 집과 같은 인간미 넘치는 공간, 새로운 ‘집’으로서의 유기적(有機的)인 공간으로 전환되어야 한다. 이를 위한 적절한 방안 중의 하나가 유니트 케어(Unit Care)이다⁸⁾.



그림 24. 유니트의 개념(인용:日本厚生労働省の資料『2015年の
高齢者介護—高齢者の尊厳を支えるケアの確率に向けて』)

앞서 분석을 통해 설명하였듯이 유니트케어는 개인공간(개인 침실)을 확보하고 이들 공간을 적절히 9~10인 정도의 적정 단위(Unit)로 그룹화하여 여기에 공유공간과 같은 공적 공간, 그리고 그 사이에 적절히 반 공적(Semi-Public space) 공간을 혼재함으로써 다양한 행동의 연출, 거주자와의 다양한 교류가

8) 김태일, 고령화사회의 주거공간학, 보고서, 2008, P152

이루어지도록 배려되어야 한다.<그림 24> 특히 침실의 개인공간화와 유니트화의 효과는 2000년부터 2001년 걸쳐 (재)의료경제연구기구가 실시한 유니트케어에 관한 연구⁹⁾를 통해 거주자에게 다양한 영향을 주고 있는 것으로 알려져 있어 중요한 공간이라고 할 수 있다.

2. 유니트의 구성 유형

조사대상 그룹홈의 유니트의 유형을 분석한 결과 Ⅱ자형 유니트가 37.3%로 가장 많고 Ⅰ자형 유니트가 30.1%, Ⅲ자형 유니트가 19.3%의 순으로 나타나 두 개의 유니트가 마주보는 형식이 많은 것은 유니트 사이에 생활관련시설을 배치함으로써 사용 측면과 관리측면에서의 편리성을 확보하기 용이함 때문으로 생각된다.<그림 25>

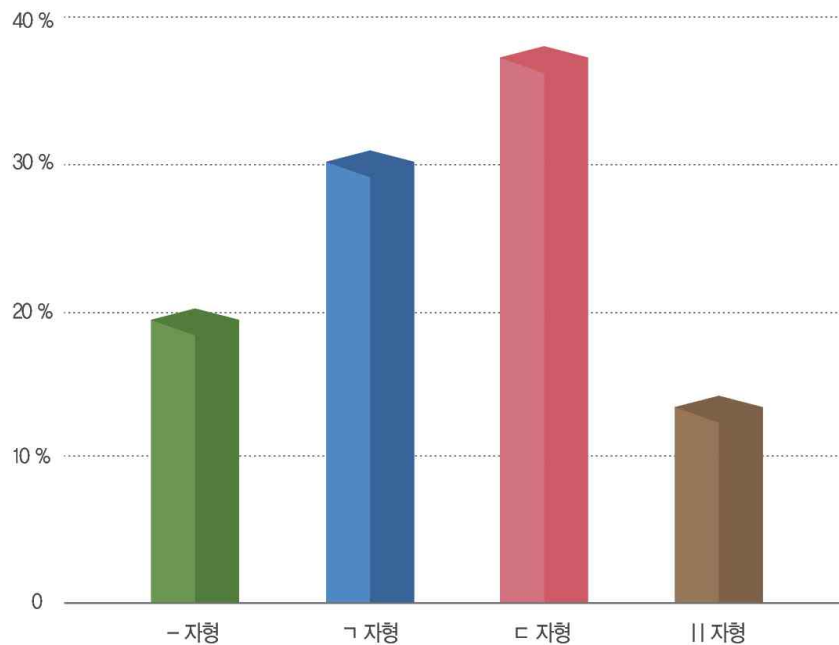


그림 25. 그룹홈의 유니트 배치유형

9) 財團法人 醫療經濟研究社會保險福祉協會 醫療經濟研究機構, 普及期における介護保険施設の個室化とユニットケアに関する研究, 2001

3. 주거공간에서의 침실 및 욕실 구성 유형

유니트를 구성하고 있는 개인 침실은 취침을 위한 기본 공간 이외에 고령자들의 생리적인 특성을 고려한 최소한의 위생공간이 필수적이라 할 수 있으며, 이를 공간의 조합에 따라 개인 침실 유형이 달라 질 수 밖에 없다. 조사대상 그룹홈의 경우 개인 침실 내에 욕실이 설치된 유형이 53.8%로 가장 많고 개인 침실 밖에 설치된 유형이 23.1%의 순으로 나타났다.

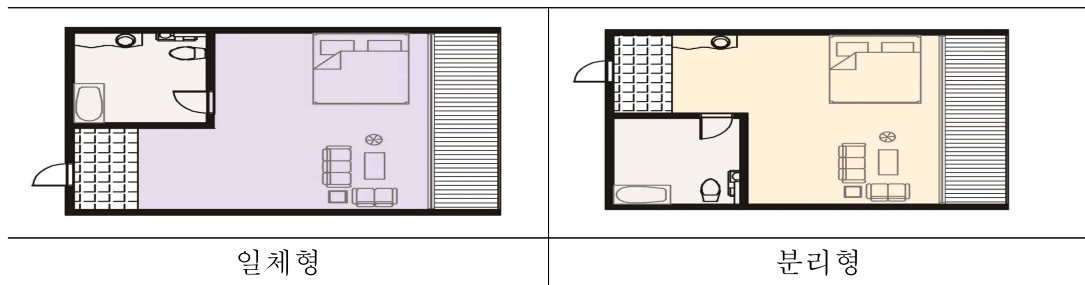
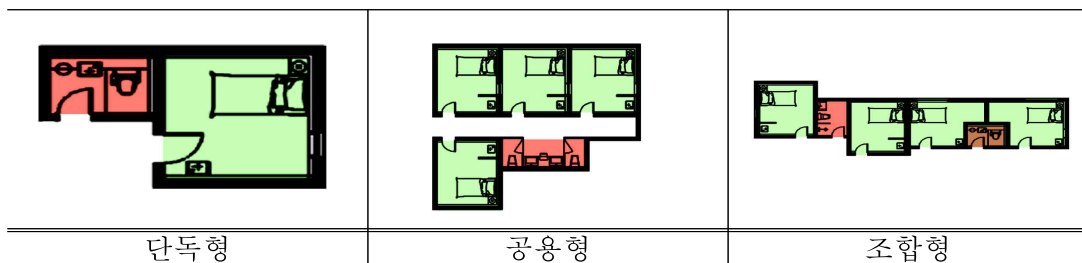


표 12. 개인 침실 내 화장실 및 욕실 배치 형태

<그림 26>을 보면 그룹홈의 개인 침실 내 화장실 및 욕실 배치 형태를 분석할 수 있는데 주거 내에 1실에 화장실, 욕실, 세면대가 함께 설치되어 있는 일체형, 주거에 독립적으로 세면대가 설치된 분리형으로 나눌 수 있다.

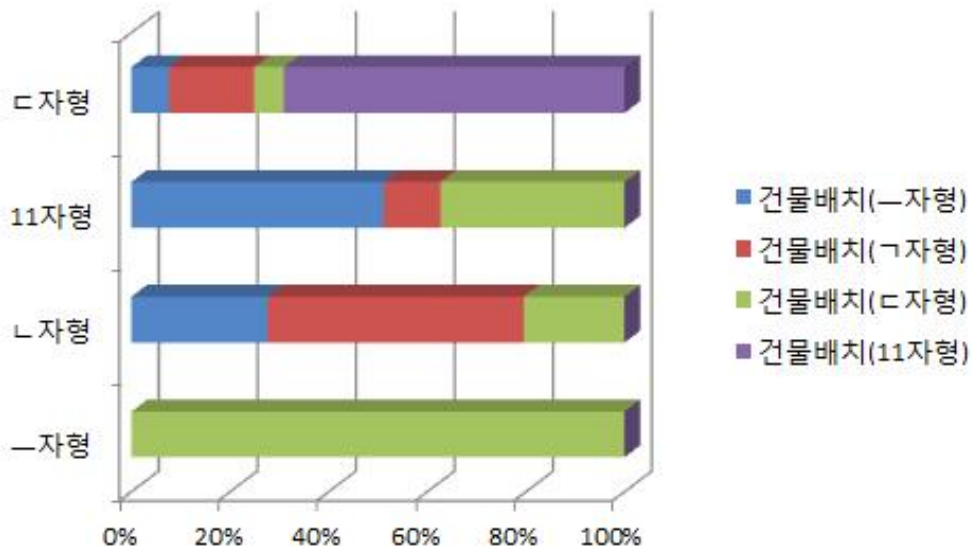
한편 유니트 케어를 위한 개인 침실의 조합 유형을 살펴본 결과, 유니트 전체에서 주거부분과 욕실부분 배치에 따라 주거와 욕실이 한 유니트를 구성한 단독형, 욕실 하나를 공동으로 사용하는 공용형, 단독형과 공용형이 같이 배치된 조합형으로 분류된다. 개인 침실의 구성형태에 따라 다양한 형태로 욕실이 구성됨을 알 수 있다. 안전하고 쾌적한 환경에서 인간답게 거주할 수 있도록 공간 구성을 하기 위해서는 주거부분과 욕실부분의 배치에 대한 다양한 연구가 필요하다.<표 12>

표 12. 거실 밖에 욕실 배치된 유형



4. 유니트 구성 유형으로 본 건축배치 특성

건물배치와 유니트유형을 분석한 결과 유니트 一자형은 건물 배치가 ㄷ자형으로 100%. 유니트 ㄴ자형은 건물 배치가 ㄱ자형 62.5%, 유니트 11자형은 건물 배치 一자형 55.6%, 유니트 ㄷ자형은 건물 배치 11자형 40.%로 가장 많은 비율을 보였으며, $P<0.024$ 로 유니트유형과 유의성이 있는 것으로 나타났다.<그림 26>



<그림 26> 건물배치와 유니트유형($P<0.024$ $df=9$ $\chi^2=19.11$)

제7장. 결 론

1. 종합정리

본 연구에서는 총 103개소의 그룹홈 자료를 중심으로 직원 및 입주자의 인원수, 시설규모, 공간구성 등 세부항목을 분석하였고 그에 따른 건축적 특징을 분석한 결과를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 일본의 경우 개호보험실시 이후 인지증고령자그룹홈 운영에 민간업체가 다양하게 참여할 수 있게 되어 그룹홈을 운영하는 주체 중 유한회사가 가장 많이 분포한다. 운영주체별 부지면적과의 관계를 분석한 결과 부지면적이 클수록 자본의 투자가 가능한 시설을 필요로 하는 회복지법인, 의료법인과 같은 운영주체가 참여하고 있는 것으로 볼 수 있다. 그리고 운영주체와 입지조건과의 관계를 분석한 결과, $P < 0.24$ 로 유의성이 없으나. 교외형은 의료법인이 59.5%, 도시 내의 일반주택지는 사회복지법인이 43.5%, NPO법인 및 주식회사는 각각 60%, 38.5%로 각 운영주체별 많은 분포를 나타내고 있다. 그리고 입주자 수가 9명일 경우에는 NPO법인, 사회복지법인, 입주자 수가 18명일 경우에는 의료법인과 유한회사가 가장 많은 분포를 나타내고 있다.

둘째, 시설의 전용 부분이다. 그룹홈의 시설 전용 유무를 파악한 결과 대부분 새롭게 독립시설로 설치된 경우가 대부분이었으며 이 결과는 대부분 소규모 주택으로 운영되는 그룹홈의 특성과 비교할 때 운영주체가 의료법인 혹은 사회복지법인임을 고려하면 의외의 결과이다.

셋째, 그룹 홈의 규모는 대부분 1~2층 소규모이며, 유니트 수는 대략적으로 1개 ~ 2개로 구성되며 이는 일본 노인복지법 및 개호보험법에 의해 1사업소별 1개 혹은 2개의 유니트를 구성하여 운영하도록 하는 규정에 의한 것이라 분석된다.. 유니트를 구성하는 침실수의 경우, 침실은 개인침실을 원칙으로 하고 있고 1유니트별 5-9인 구성으로 규정되어 있으나 본 연구의 분석결과 유니트별 평균 9개 침실로 구성되어 있는 것으로 파악되었는데 이는 시설운영측면을 고려하여 최대한의 규모를 유지하기 위한 것으로 생각된다.

넷째, 배치형태에 있어서 대체로 ㄷ자형이 많았으며, 이 배치 형태는 인지증 노인의 배회공간 및 외부와의 공간 연계가 쉬우며 증축이나 시설관리 측면에서 유리하다. 그리고 부지규모와 건축규모가 클수록 고령자의 배회공간, 시설관리 및 외부와의 연계가 쉬운 11자형, ㄷ자형으로 건물 배치하는 것으로 파악된다.

다섯째, 그룹홈의 입지적인 부분에서 교외지역보다는 도시지역이며 소규모 부지, 저층형태가 비교적 높은 비율인 것으로 파악되었다. 이는 그룹홈의 기본적인 목적이 인지증 고령자들이 가정과 같은 생활환경을 통해 독립적이고 일상적인 생활유지에 초점을 두고 있고 또한 노인복지법 및 개호보험법의 규정상의 운영기준 등에 의한 영향과도 밀접한 관계가 있는 것으로 생각된다.

여섯째, 그룹 홈을 구성하는 각 공간별 면적원단위는 공용부분의 면적원단위는 평균치 12.4㎡/인 중위치 8.9㎡/인, 주거부분의 면적원단위는 평균치 11.6㎡/인 중간치 9.9㎡/인, 생활지원부분의 면적원단위는 평균치 13㎡/인 중위치 8.1㎡/인이며 주거면적은 일본 침실 규모의 법적기준 7.34㎡/인 보다 넓은 면적으로 개인생활공간에 대한 배려가 반영되고 있는 것으로 분석되었다. 그리고 시설의 입지유형별에 있어서 그룹홈의 각 공간별 규모를 면적원단위로 분석한 결과, 「교외형」은 주거부분 면적원단위 평균치 10.9㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 10.1㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 12.4㎡/인으로 다른 입지유형에 비해 면적이 작고, 생활지원부분의 면적 원단위가 약간 높은 것으로 파악되었다. 「도시내 일반주택지형」은 주거부분 면적원단위 평균치 12.8㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 13.8㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 15.3㎡/인, 그리고 「도시내 밀집주택지형」은 주거부분 면적원단위 평균치 10.7㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 12.6㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 11.2㎡/인, 「상업 및 공업지형」은 주거부분 면적원단위 평균치 10.2㎡/인, 공용부분 면적원단위 평균치 23.8㎡/인, 생활지원부분 면적원단위 평균치 6.9㎡/인으로 파악되었다. 「도시내 밀집주택지형」은 다른 입지유형에 비해 각 영역별 규모가 크며 이는 일반주택지내에 입지하는 장소적 측면과 지역사회와의 교류를 위한 기능강화 때문으로 분석되었다. 특히 「상업 및 공업지역」의 경우 다른 입지유형과 비교하여 공용면적의 원단위가 상당히 높게 나타나는데 지역 특성상 넓은 부지 확보 어려움으로 고층화되어 있어 따른 복도, 계단, 엘리베이터 등 이동공간의 확보 필요성이 높기 때문인 것으로 생각된다. 유니트수별 면적원단위는 유니트의 수가 많을수록 공용면적과 생활지원면적 역시 상대적으로 증가할 수밖에 없

고 그룹홈 성격상 이들 영역의 충실도는 생활환경의 질이 크게 달라지므로 거주자 수가 클수록 시설의 규모도 커지는 것으로 분석되었다.

일곱째, 유니트 배치형태를 살펴보면, 두 개의 유니트가 마주보는 형식의 11자형 유니트가 가장 많으며, 이는 유니트 사이에 생활관련시설을 배치하여 사용측면과 관리측면에서의 편리성을 확보하기 용이함 때문으로 생각된다,

여덟째, 유니트를 구성하고 있는 개인 침실 내 화장실 및 욕실 배치 형태를 유형화하면 주거 내에 1실에 화장실, 욕실, 세면대가 함께 설치되어 있는 일체형, 주거에 독립적으로 세면대가 설치된 분리형으로 나눌 수 있다. 그리고 유니트 케어를 위한 개인 침실의 조합을 유형화하면 유니트 전체에서 주거부분과 욕실부분 배치에 따라 주거와 욕실이 한 유니트를 구성한 단독형, 욕실 하나를 공동으로 사용하는 공용형, 단독형과 공용형이 같이 배치된 조합형으로 분류된다. 안전하고 쾌적한 환경에서 인간답게 거주할 수 있도록 공간 구성을 하기 위해서는 주거부분과 욕실부분의 배치에 대한 다양한 연구가 필요하다.

결론적으로 지속적으로 증가하는 치매노인을 위한 시설을 위한 기준 설정에 기초자료로 활용될 수 있는 기초적인 판단근거자료의 도출이 가능하였다고 생각되며, 아울러 우리나라의 여건에 적합한 설계조건을 설정하기 위한 추가적 연구가 이행되어야 할 것으로 생각된다.

2. 향후과제

종합적으로 볼 때 시설계획의 연구는 이제 시작단계에 있다고 볼 수 있다. 향후 인지증고령자그룹홈은 점차 수요가 많아질 것이고 이에 대응한 시설 기준 마련이 시급하다. 그래서 일본의 인지증고령자그룹홈의 시설 분석을 통한 경험적 연구에서 설계에 적용 가능한 많은 부분들이 우리나라 시설에도 적용이 가능하나, 실제 한국적 문화적 배경을 배제한 환경설계는 이루어질 수 없을 것이다. 그래서 추후에 더 많은 사례분석을 통하여 우리나라에서 인지증을 가진 고령자들이 한국인의 정서에 적합한 시설을 만들기 위한 구체적인 연구가 필요하다고 생각된다.

참고문헌

1. 김영진, 新建築大系13 “建築規模論”, 大光書林, 1992
2. 김태일, 유료노인주거시설의 계획조건에 관한 연구, 대한건축학회논문집 제11권 10호, 1995
3. 문현상, 김유경, 유료노인복지시설의 공급확대방안, 한국보건사회연구원, 1997
4. 신경주, 일본 유료 노인복지주택의 현황과 그 문제점 분석(2), 대한건축학회논문집, 제10권11호, 1994
5. 윤정숙, 김선중, 박경옥, 주거학 조사분석방법, 문운당, 1996
6. 정충영, 최이, SPSSWIN을 이용한 통계분석, 무역경영사, 2000
7. 한국토지개발공사, 실버타운 개발계획에 관한 연구, 1995
8. 小瀧一正, 有料老人ホームの建築計劃に關する研究、 研究年報No15, 住宅綜合研究財團, 1998
9. 현외성, 한국과 일본의 노인복지정책 형성과정에 관한 연구-노인복지법 제정과정의 특성 비교 및 다원주의론 적용 검토를 중심으로- .서울대학교 박사학위논문,1-5. 1993
10. 김태일, 고령화사회의 주거공간학, 보고서, 2008
11. 신동일, 고령화시대 도시노인의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인에 대한 연구, 중앙대 석사논문, 2014
12. 이현승, 김현진, 늙어가는 대한민국-저출산고형화의 시한폭탄-, 삼성경제연구소, 2004
13. 박연진, 노인장기요양보험제도의 지속가능성에 관한 연구 : 한·일 비교를 중심으로, 고려대 석사논문, 2009,
14. 김태일, 「제2부 제6장 주거」 노후설계교육프로그램 및 매뉴얼 개발·보급, 보건복지부·한국노인인력개발원, 2011
15. 김명희, 정기남, 김귀자, 치매노인을 위한 그룹홈의 공간적 특성, 대한건축학회논문집 제24권 제6호, 2008

<부록 - 설문지>

認知症高齢者グループホーム施設長殿

調査ご協力をお願い

拝啓 ますますご清栄のこと慶び申し上げます。
突然お手紙をお送りいたしまして大変失礼と存じますが、調査ご協力をお願いで連絡させて頂きました。

最近、国際化、情報化、先端技術及び生命工学の目覚ましい発展は、製品の寿命を一層短くしておりますが、その一方では人間の寿命は延びて人口構造が変わっています。
このような人口の変化は、政治や経済、政策に大きな変化を齎しています。
特に一人暮らしの増加、離婚などによる家族解体の社会現象と絡んで人口の高齢化は複雑な社会問題になっています。
韓国社会においても大きな社会変化の一つは高齢化社会であります。2000年にすでに国連の定めた“高齢化社会”に足を踏み込んだ韓国での深刻な問題は65才以上の高齢人口の増加ではなく、4才以下の幼年人口が急速に減りつつあることとあります。日本と同様に少子高齢化の問題に悩んでいます。
急速な人口の高齢化により、韓国でも要介護高齢者は増え、医療保健サービスのニーズが高く、老人医療福祉施設に対するニーズを少なくありません。
しかし、ニーズに対応できるほど施設数が多くないし、さらに本人や家族の費用負担が大きいことから、韓国政府は日本の「介護保険制度」のような「老人スバル保険制度」（スバルという言葉は付き添って世話をする意味の韓国語）を2008年7月より導入して公的扶養サービスを提供しようとしています。
福祉政策においては身近な福祉施設を増やすと共に、在宅ケアを中心とする地域福祉の強化に力を入れて在宅ケアサービスの充実化を図ろうとしています。韓国でも2008年より「老人スバル保険制度」の導入を検討している。そのためのモデル施設の検討が行われており、韓国の済州大学の金泰一教授、韓国建設技術研究所との共同研究のを行いたいと思っております。研究グループでは、日本のグループホームがそのモデル施設として適切ではなかろうかと思ひ、協会の会員を対象にして調査分析したいと思ひます。ご多忙のことと存じますが、調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださるようお願いいたします。

なお、収集されたデータは統計数値に変換して統計的に処理しますので、貴施設に関する内容が公表されることは一切ありません。

敬 具

●回収方法：①調査票と②間取り図のわかる資料2つを同封の③返信用封筒に入れてご返送ください。

なお、返信用封筒は、以下を目安にお願い致します。

- ①調査票（7枚） 30g
- ②間取り図のわかる資料 200g程度まで（目安：A4普通紙45枚で約200gです）
（貴施設の紹介用パンフレットに間取り図があるものがベストです）
- ③返信用封筒 15g

貼付の切手で、①+②+③=250gまで送れます。

●共同研究者： 韓国・国立済州大学 建築学部 教授 金 泰一

筑波大学 社会工学系 講師 吉田友彦
電話&ファックス：0298-53-5174

e-mail: tyoshida@sk.tsukuba.ac.jp

●ご投函： 6月19日（金）までにご投函くださいますようお願いいたします。

●送信先： ☎305-0031 茨城縣つくば市天王台1-1-1 筑波大学社会工学系
吉田 友彦

●送信者情報：不明な点等ございましたら、下記の調査協力者までご連絡下さい。
筑波大学 社会工学系 講師 吉田友彦
電話&ファックス：0298-53-5174

e-mail: tyoshida@sk.tsukuba.ac.jp

--	--	--

調査票

グループホームの特徴に関する調査

I. まず、施設の運営・管理についてお尋ねいたします。

먼저 시설의 운영 및 관리에 관해서 여쭙겠습니다.

問1. 施設の開設主体は誰ですか。当てはまる項目一つにVをつけて下さい。
질문1. 시설의 개설주체는 누구입니까? 해당되는 항목 한 개를 골라 v표시해주시요.

- ①地方公共団体 () 지방공공단체
- ②医療法人 () 의료법인
- ③社会福祉法人 () 사회복지법인
- ④公的・社会保険関連団体 ()
- ⑤株式会社 () 주식회사
- ⑥有限会社 () 유한회사 ⑦NPO法人 () NPO법인
- ⑧その他 (具体的に:) 구체적으로

問2. 施設管理者はどの方ですか。当てはまる項目一つにVをつけて下さい。

질문2. 시설관리자는 누구십니까? 해당항목 1개를 골라 V표기해주시요.

- ①医師 () 의사
- ②医師以外の사 이외 ⇨ 1) 歯科医師 치과 의사 2) 看護婦간호사
- 3) 介護職員 개호직원 4) 相談指導員 상담지도원
- 5) 理学療法士 이학요법사 6) 作業療法士 작업요법사
- 7) 栄養士 영양사 8) 薬剤師 약제사
- 9) 福祉業務経験者 (在宅福祉センター等) 복지업무경험자(재택복지센터등)
- 10) その他 기타

問3. 施設長を含めて職員は全部何名ですか。⇨ () 名 명)

질문3. 시설장을 포함하여 직원은 전부 몇 명입니까?

- うち、그중 ①常勤(専従) 상근(전임근무): ②常勤(兼務) 상근(겸무):
③非常勤、パート、アルバイト 비상근, 파트타임, 아르바이트

II. 施設の建築状況についてお尋ねします。

시설의 건축상황에 대하여 여쭙겠습니다.

問4. 建物はいつ頃に建てられましたか。⇨ 19 () 年

질문4. 건물은 언제 건축되었습니까?

問5. 立地条件上、貴施設はどのようなタイプに当たりますか。_

当てはまる項目一つにVをつけて下さい。

질문5. 입지조건상, 귀시설은 어떤 타입에 해당됩니까? 해당되는 항목1개에 V 표시해주시요.

- ①郊外型 교외형 ②都市内の一般住宅地型 도시내의 일반주택지형
- ③都市内の密集住宅型 도시내의 밀집주택지형 ④商業・工業地型 상업, 공업지형
- ⑤その他 기타

問6. 施設は何階の建物ですか。
질문6. 시설은 몇 층입니까?

問7. 施設はどのように構成されていますか。 。 -
当てはまる項目一つに Vをつけて下さい。

질문7. 시설은 어떻게 구성되었습니까? 해당되는 항목 1개를 골라 V표시해 주십시오.
① 1棟で1つのホームを構成 1동에서 1개의 그룹홈을 구성
② 複数棟で1つのホームを構成 복수의 동에서 1개의 그룹홈을 구성

問8. 建物の構造にお尋ねします。 当てはまる項目一つに Vをつけて下さい。]

질문8. 건물의 구조에 대하여 여쭙습니다. 해당되는 항목 1개를 골라 V표시해 주십시오.
① 木造 목조 ② 鉄骨골조 ③ 鉄筋콘크리트 철근콘크리트
④ 鉄骨鉄筋콘크리트 철골철근콘크리트 ⑤ その他 기타

問9. 施設の面積についてお尋ねします。 各項目に数値を記入して下さい。

질문9 시설의 면적에 대하여 여쭙겠습니다. 각 항목에 숫자를 기입해 주십시오.
① 敷地面積 부지면적 ⇨ (m²)
② 建築面積 건축면적 ⇨ (m²)
③ 延面積 연 면 적 ⇨ (m²)

問10. 施設諸室の面積についてお尋ねします。 各項目に記入して下さい。

질문10. 시설 제실(모든 실)의 면적에 대하여 여쭙겠습니다. 각 항목에 기입하여 주십시오.

一般棟 일반동	床面積 연면적	併設施設との共有有無 병설(복합)시설과의 공용유무
① 機能訓練室 기능훈련실	m ²	1) 有 2) 無
② 診察室 진료실	m ²	1) 有 2) 無
③ 談話室 상담실	m ²	1) 有 2) 無
④ 食堂 식당	m ²	1) 有 2) 無
⑤ 一般浴室 일반욕실	m ²	1) 有 2) 無
⑥ 特別浴室 특별욕실	m ²	1) 有 2) 無
⑦ レクレーション・ルーム 레크레이션룸	m ²	1) 有 2) 無
⑧ サービス・ステーション 서비스 스테이션	m ²	1) 有 2) 無
⑨ 調理室 조리실	m ²	1) 有 2) 無
⑩ デイ・ルーム 데이룸	m ²	1) 有 2) 無
⑪ 家族介護教室 가족개호교실	m ²	1) 有 2) 無
⑫ 居間 거실	m ²	1) 有 2) 無

問11. 居室の面積についてお尋ねします。各項目に対して記入して下さい。
 질문11. 거실의 면적에 대하여 여쭙겠습니다. 각 항목에 대하여 기입하여 주십시오.

	室数 실수	1室の平均面積 1실의 평균면적	
最大 최대	室		m ²
中間 중간	室		m ²
最小 최소	室		m ²
總室数 총실수	室	居室の總面積 거실의 총면적 :	m ²

問12. 在所室別居室の数についてお尋ねします。各項目に対して記入して下さい。
 질문12. 재소실별 거실의 수에 대하여 여쭙겠습니다. 각 항목에 대하여 기입하여 주십시오.

1)1階 1층 : () 室 2)2階 2층 : () 室 3)3階以上 3층이상 : () 室

問13. 居室にはバス、トイレ、キッチンなどの生活が整っていますか。 _

질문13. 거실에는 욕실, 화장실, 부엌 등의 생활설비가 갖추어져 있습니까? 해당되는 항목1개를 골라 V표시 해주십시오.

① 独立型 : 居室内にバス、トイレ、キッチンなどの生活が整っており、個人で使用 ()

독립형 : 거실내에 욕실, 화장실, 부엌 등의 생활설비가 갖추어져 있으며 개인이 사용할수 있음

② 共用型 : 居室内にバス、トイレ、キッチンなどの生活が整ってなくて共用で使用 ()

공용형 : 거실내에 욕실, 화장실, 부엌 등의 생활설비가 갖추어져 있지 않으며 공용으로 사용.

問14. 施設の入居者の定員及び現在の入居者は何名ですか。 _

질문14. 시설의 입주자의 정원 및 현재의 입주자는 몇 명입니까? 각 항목에 대하여 기입하여 주십시오.

1) 入居者定員 입주자 정원 : () 名

2) 現在の入居者人数 현재의 입주자 수 : () 名

3) ユニット数 유니트수 : ()

Ⅲ. 施設の併設状況についてお尋ねします.

시설의 병설(복합)상황에 대하여 여쭙겠습니다.

問15. 施設の併設状況についてお尋ねします。当てはまる項目すべてにVをつけて下さい。

질문15. 시설의 병설상황에 대하여 여쭙겠습니다. 해당되는 항목 전부에 V표시해주십시오.

① 併設施設なし (独立の施設として) 병설시설없음(독립시설)

② 病院 병원

③ 診療所 진료소

④ 特別養護老人ホーム 특별양호노인홈

⑤ 介護利用型軽費老人ホーム (ケアハウス) 개호이용형경비노인홈

⑥ 訪問看護事業所 (訪問看護ステーション) 방문간호사업소

⑦ 在宅介護支援センター 재택개호지원센터

⑧ 老人日帰り介護施設 (老人デイサーボスセンター) 노인당일개호시설(노인테이서비스센터)

⑨ その他 (具体的に :) 기타

問16. 建物の施設及び転用の有無についてお尋ねします。当てはまる項目一つにVをつけて下さい。

- 질문16. 건물의 시설 및 전용 유무에 대하여 여쭙겠습니다. 해당되는 항목2개를 골라V표시해주시요.
- ①新たに独立の施設として設置 새롭게 독립시설로서 설치
 - ②一部転用 일부 전용(바꾸어 사용)
 - ③全部転用 전부 전용(바꾸어 사용)

問17. 問16の項目で②一部転用と③全部転用にVをつけた場合のみお答え下さい。転元はどこですか。そして転用した病床の数はどの程度ですか。当てはまる項目すべてにVをつけて転用した病床の数を記入して下さい。

- 질문17. 질문16의 항목에서 ②일부 전용 ③전부 전용에 V표시를 하신 경우에만 답해주시요.
- 전용처는 어디입니까? 그리고 전용하신 병상의 수는 어느 정도입니까? 해당되는 항목 전부를 골라 V표시하고 전용한 병상의 수를 기입해 주십시오.
- ①病院 병원 ⇨ (転用病床の数: 전용병상의 수)
 - ②診療所 진료소 () ⇨ (転用病床の数: 전용병상의 수)
 - ③特別養護老人ホーム 특별양호노인 ⇨ (転用病床の数: 전용병상의 수)
 - ④その他 (具体的に: 기타) ⇨ (転用病床の数: 전용병상의 수)

問18. 地域との交流についてお尋ねします。当てはまる項目一つにVをつけて下さい。

- 질문18. 지역과의 교류에 관하여 여쭙겠습니다. 해당되는 항목1개를 골라 V표시 해주시요.
- ①入居者と住民の間に交流はあまりなさそうである ()
입거자와 주민 간의 교류는 그다지 이루어지지 않고 있는 듯하다.
 - ②入居者と住民の間に挨拶程度の日常的交流はある ()
입거자와 주민 간에 인사 정도의 일상적인 교류는 있다
 - ③入居者と住民は、話し合ったり買い物に行くなどの交流がある ()
입거자와 주민은, 이야기를 나누거나 쇼핑을 가는 등의 교류가 있다
 - ④グループホームとして、地域行事に参加したり住民がホームに関わるなどの交流がある ()
그룹홈으로서, 지역행사에 참가하거나 주민이 홈의 일에 참여하는 등의 교류가 있다.

問19. 平成19年3月に退所された方の状況についてお尋ねします。日常生活の自立度については凡例を参考にして下さい。記入欄がたらない場合、コピーしてお使いになってもかまいません。

凡例	1. ランクⅠ：何らかの障害などを有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する				
	2. ランクⅡ：屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出できない				
退所者 1	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男 2. 女	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクⅤ		1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他	
	退院理由				

	1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4.介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()				
退所者 2	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	2. 女				
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクⅤ	1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他		
退院理由					
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4.介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					
退所者 3	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	2. 女				
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクⅤ	問15. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他		
退院理由					
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4.介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					
退所者 4	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男	1. 昭和 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	2. 女	2. 平成 年 月 日			
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ	1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘		

		5. 랭크V		4. 息子の妻 6. その他	5. 娘の夫
退院理由					
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					
退所者 5	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	2. 女				
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. 랭크I 2. 랭크II 3. 랭크III 4. 랭크IV 5. 랭크V		1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他	
退院理由					
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					
退所者 6	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	2. 女				
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. 랭크I 2. 랭크II 3. 랭크III 4. 랭크IV 5. 랭크V		1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他	
退院理由					
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					
退所者 7	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所
	1. 男	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他
	2. 女				
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況	
	才	1. 랭크I 2. 랭크II 3. 랭크III 4. 랭크IV 5. 랭크V		1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他	
退院理由					
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					

	年齢	日常生活の自立度	家族の状況
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクⅤ	1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他
	退院理由		
1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()			

退所者 8	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所	
	1. 男 2. 女	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況		
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクⅤ		1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他		
	退院理由					
	1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					

退所者 9	性別	入所日	入所前の場所	退所日	退所後の場所	
	1. 男 2. 女	1. 昭和 年 月 日 2. 平成 年 月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	平成19年 3月 日	1. 家庭 2. 社会福祉施設 3. 病院 4. 診療所 5. その他	
	年齢	日常生活の自立度		家族の状況		
	才	1. ランクⅠ 2. ランクⅡ 3. ランクⅢ 4. ランクⅣ 5. ランクⅤ		1. 夫(妻) 2. 息子 3. 娘 4. 息子の妻 5. 娘の夫 6. その他		
	退院理由					
	1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()					

	1. 病気治療 2. 利用者、家族の経済的理由 3. 仲間同士との問題などの施設での生活に不適應 4. 介護保険制度の自立、要支援と認定 5. その他 ()
--	--

最後に：施設の間取り図のわかる資料（紹介用パンフレット等）同封のお願い。

施設の空間形態を分析するため、施設の間取り図を収集しています。大変お手数ですが、間取り図の載ったパンフレットなどの資料（紹介用パンフレットに間取り図があるものがベストです。コピー資料でも結構です）がありましたら、同封の返信用封筒に調査票と一緒に送って頂ければ幸いです。

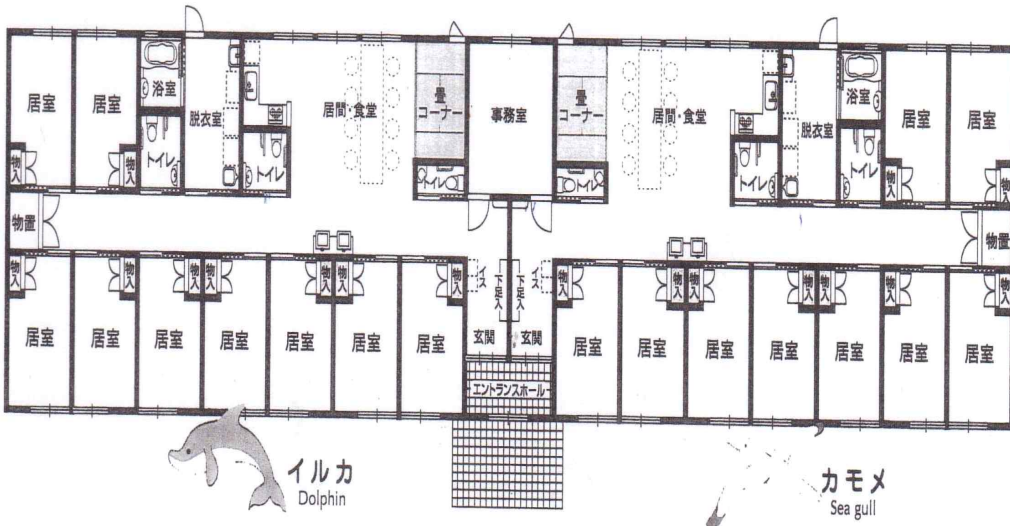
これで調査は終わりです。ご協力有難うございました。

<부록 - 조사 그룹홈 사례>

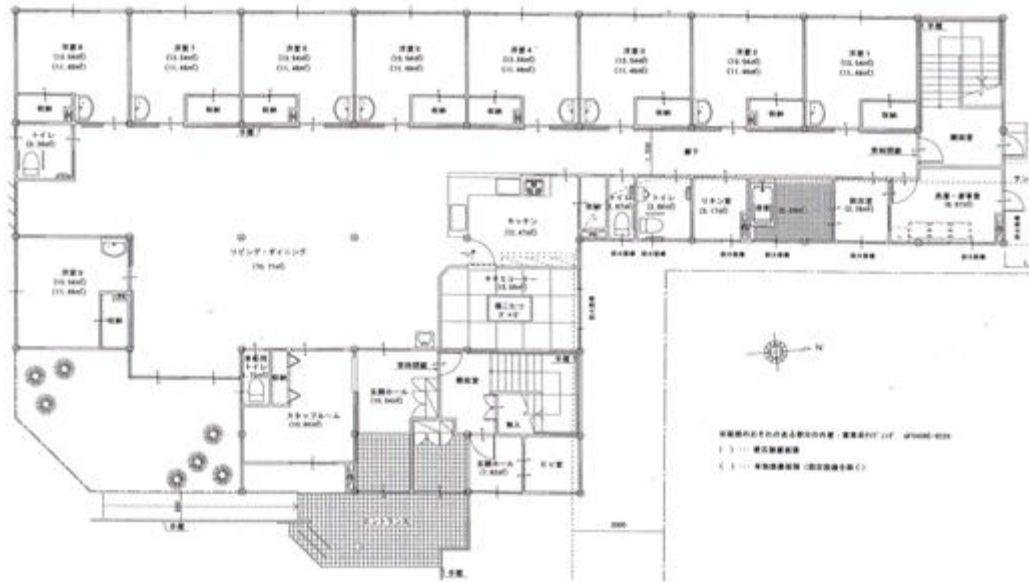
No. 3		
운영 및 관리	운영주체	의료법인
	관리자수	14명
	입소자수	18명
건축	건축년도	2006년
	부지면적	680.65m ²
	건축면적	300.8m ²
	연면적	612.03m ²
	배치형태(유니트)	—자형
	유니트수	18개



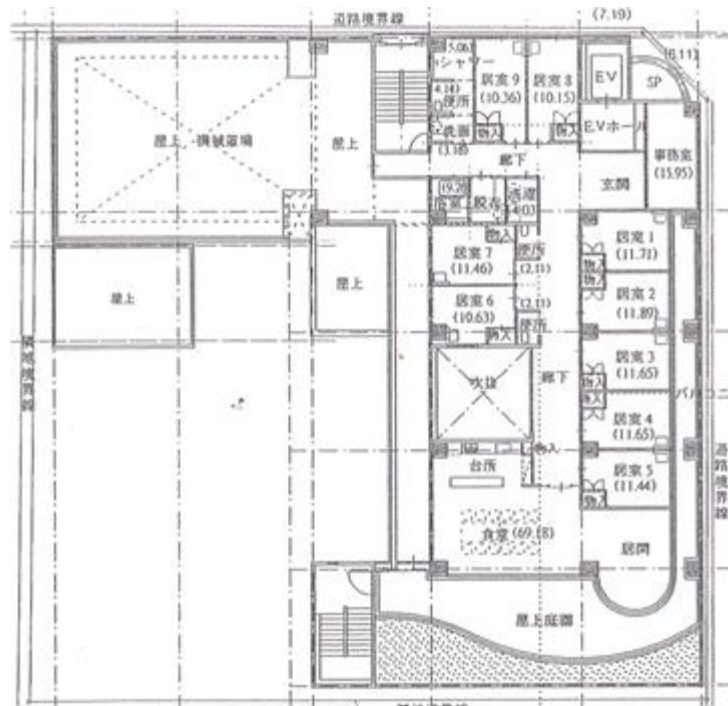
No. 44		
운영 및 관리	운영주체	의료법인
	관리자수	19명
	입소자수	19명
건축	입지유형	2004년
	부지면적	-
	건축면적	-
	연면적	457.11m ²
	배치형태(유니트)	一자형
	유니트수	19개



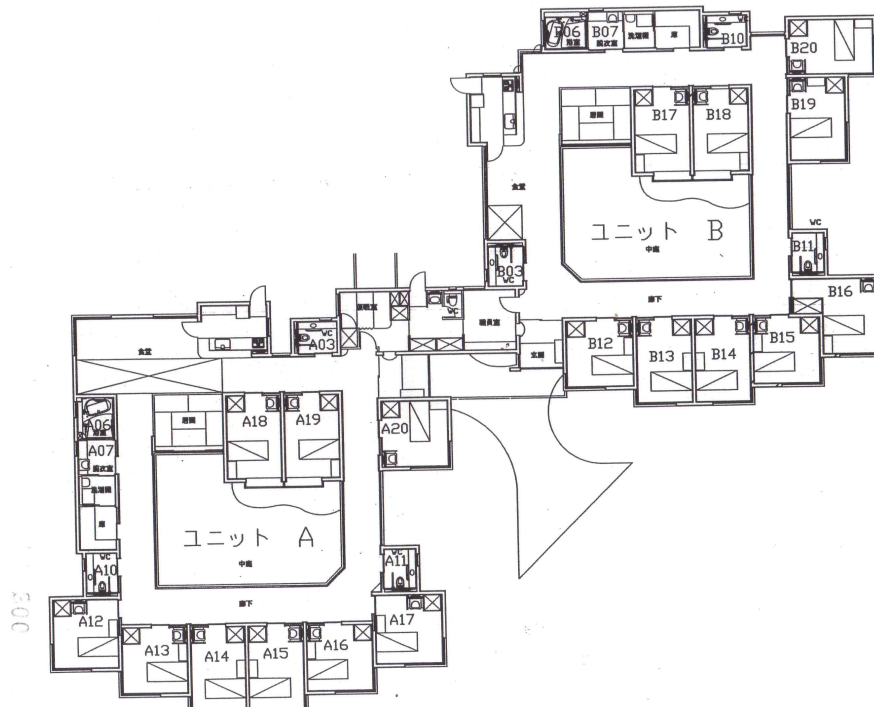
No. 82		
운영 및 관리	운영주체	의료법인
	관리자수	17명
	입소자수	18명
건축	건축년도	1914년
	부지면적	2,376m ²
	건축면적	-
	연면적	705.9m ²
	배치형태(유니트)	一자형
	유니트수	18개



No. 199		
운영 및 관리	운영주체	유한회사
	관리자수	18명
	입소자수	18명
건축	건축년도	2004년
	부지면적	1,120㎡
	건축면적	497㎡
	연면적	497㎡
	배치형태(유닛)	—자형
	유닛수	18개



No. 146		
운영 및 관리	운영주체	의료법인
	관리자수	17명
	입소자수	18명
건축	건축년도	2004년
	부지면적	1,650㎡
	건축면적	450㎡
	연면적	450㎡
	배치형태(유니트)	11자형
	유니트수	18개



Abstract

A study on The architectural characteristic of the Group home in Japan

Yoon-Sil Yang

Dept. of Architectural Engineering

The Graduate School of

Jeju National University

Supervised by Prof. Tae-Il Kim

According to data from the national office of Statistics Korea and Ministry of Health and Welfare, as the elderly population increases, the dementia elderly population continues to increase and its future population growth rate is expected to be even faster. Social problems such as an increase in dementia is linked to the nature of the lack of independence of a dementia patient, economic and functional limitations of care and management of his or her family. And thus it is important for the dementia elderly to be taken care of based on the area for social protection and management. The Elderly Welfare Act in Korea has been amended several times while passing through the revision process of related facilities. In particular, the Dementia Management Act has been in effect since February 2012, and active efforts has been made for a policy for the dementia management. However, when considering architectural aspects for the elderly, accommodation facilities for the elderly with dementia such as communal living facilities, nursing homes and elderly care facilities are proposed, but they cannot be applied in practice due to the lack of an establishment of standards on building plans causing some difficulties in the field of construction. The purpose of this study is to establish standards on building plans based on the appropriate scale and spatial configuration on facilities planning for the elderly with dementia. For this purpose, design criteria is sought on the basis of the facilities in Japan

that has the similarity of the cultural and social changes with Korea. Specifically, the basic data were collected with a request for a total of 103 points on the basis of a database of group homes in the survey managed by the Japan Association of Group Homes. Specific information of the research includes the management body of facilities operation, scale of the facilities, number of units and configuration of personal living space, and the collected survey data and drawings were statistically proceed and analyzed using the SPSS WIN 20.0. Analysis results are summarized as follows. First, most of the group homes come to the small size of the 1-2 story home; the approximate number of units is one or two per home, and each unit consists of nine rooms, thus it shows maintaining an independent life of one residence in one room. Second, the U-shaped arrangement is the main type of its arrangement, and most of the group homes have exchange program in their communities. Third, as the urban land value is higher than the suburban land value, the urban group homes are built low-rise on a small site. And fourth, a number of group homes with the building area of 300m² have the U-shaped arrangement which is advantageous in the extension and facilities maintenance. In conclusion, this study is to be the fundamental data for judgments that can be used to establish standards for the facilities for the dementia elderly whose population continues to increase. In addition, further study is necessary to establish suitable design conditions of our country.