

## 일본 노인보건시설의 기능적 특징에 관한 연구

이 용 호\* · 김 태 일\*\* · 김 정 회\*\*\* · 박 철 민\*\*

### A study on Functional characteristic of Health facility for The elderly in Japan

Young-Ho Lee\*, Tae-Il Kim\*\*, Jeong-Hee Kim\*\*\* and Chul-min Park\*\*

#### ABSTRACT

Being rapidly increased in population of the Elderly supporting of the Elderly is no longer family's and personal problem. It is social issue that demand measures by the government. Though many kinds of welfare policies for the Elderly have been established, it is not sufficient both in quality and quantity. In order to support residents of region, welfare facilities which based on community welfare have been supplied. This study is targeted on health facility for the elderly of Japan. First purpose, it is to achieve basic information about health facility. Second purpose of this study is to basic data for planning of facility.

**Key Words** : Health facility for the elderly, middle facility, Place of enter and leave, function of facility, ADL(Activity of Daily Living)

#### 1. 서론

고령자를 포함한 사회복지의 이념은 과거와 같은 수용 보호의 개념에서 지역사회에 定住하면서 일상생활(aging in place)의 지원개념으로 전환되어 가고 있다. 이와 같이 지역사회를 기반으로 하는 지역복지(communitary welfare)의 이념은 이른바 노말라이제이

션)[1]에 둔 것으로가 지역복지의 기능적 전개를 위해서는 자신의 집에서 거주하면서 적절한 복지서비스를 제공받을 수 있는 시스템의 구축이라고 할 수 있다. 이들 시스템은 「人的 支援」일 수도 있고, 복지시설을 중심으로 한 「物的 支援」일 수도 있으며, 이들을 지원하고 관리하는 「行政的 支援」일 수도 있을 것이다. 그 중에서도 지역복지의 기능전개에 있어서 가장 필수적인 것이 바로 거점이 되는 재가노인복지시설의 확보라고 할 수 있다.

현재 우리나라는 노인복지법에서 각 시설별 소요실과 최소의 규모만을 제시하고 있을 뿐 이들 노인복지시설의 계획에 있어서 기본적인 지침이 마련되어 있지 못한 실정이다.

또한, 재가노인복지시설에 대한 연구에 있어서도 노

\* 제주대학교 산업대학원

Graduate School of Industry, Cheju Nat'l Univ.

\*\* 제주대학교 건축공학과, 첨단기술연구소

Dept. of Architectural Engineering, Research Institute of Advanced Technology, Cheju Nat'l Univ.

\*\*\* 인하대학교 간호학과

Dept. of Nursing, Inha University

인복지회관, 경로당의 기능 활성화, 주간 및 단기 보호 시설 등에 관한 일부 연구는 있으나 재가복지시설에 초점을 둔 건축계획측면에서의 연구는 많지 않다.

본 연구에서는 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되고 있는 고령화 사회에 대응하고 지역복지의 기능을 강화하기 위하여 주택과 시설의 중간시설로서 공급하고 있는 일본 노인보건시설에 초점을 두었다.

한국과 일본은 사회변화와 노인복지정책 등에 있어서 국가의 속성상 서구에 대한 다원주의적 설명으로는 한계성이 있는데 한국과 일본의 경우 시민사회형성과 민주주의의 발달이 늦어졌다는 점, 그리고 유교주의적 문화풍토를 바탕으로 하고 있다는 점 등에서 한국과 일본사회의 유사성을 들 수 있다[2].

특히 유교문화를 바탕으로 하고 있는 사회적 특성상 가족관계와 노인부양에서의 가족부양 책임이 중시될 수밖에 없는데 한국과 일본의 동거가족관계를 서구와 비교하여 볼 때, 한·일 양국은 유사성을 나타내고 있다[3].

이러한 측면에서 1970년 고령화사회 진입 이후 급속한 사회의 고령화가 진행되어 있는 일본 노인복지시설의 장단점을 살펴보는 것은 고령화사회에 직면해 있는 우리들에게 시사하는 바가 많을 것이다.

본 연구에서는 복합기능을 가진 중간적 기능의 노인보건시설에 초점을 두어 시설의 건축규모와 기능적 특징분석을 통하여 건축적 자료와 문제점을 파악함으로써 향후 검토되어야 할 우리나라 중간시설계획상의 기초적인 자료수집에 연구의 목적을 두고 있다.

## II. 이론적 배경

### 2.1. 중간시설의 필요성과 노인보건시설의 등장

일본은 세계에서 가장 빠른 속도로 진행되고 있는 고령화 사회를 여유롭고 안심하고 생활할 수 있게 위해 고령자시설에 있어서도 새로운 구상하게 되었다.

1985년에 사회보장심의회가 공식적으로 발표한 「노인복지의 바람직한 방향」에서 앞으로 노인문제의 중심과제중의 하나로서 보호를 필요로 하는 노인대책을 제시하면서 이를 담당할 시설보호대책의 중심으로 두

어야 할 개호(介護)시설구상이 제시되었다.

그 주요목표로서 고령자 본인이나 가족이 시설에서의 개호를 받을 수 있는 시설정비를 주요정책으로 제시하였다. 구체적으로는 기존의 노인병원과 특별양호 노인홈을 통합하고 각각의 장점을 혼합한 중간시설로서의 노인보건시설을 21세기의 새로운 개호시설로서의 의미를 부여하게 됨으로서 등장하게 되었다.

### 2.2. 일본 노인복지시설 체계에서의 노인보건시설의 위치

이와 같은 지역복지의 기능 강화에 대한 필요성이 강조되면서 고령자가 지역사회에서 편안한 일상생활을 영위할 수 있도록 지원하기 위해서는, 신체기능의 저하 등의 요인에 의하여 자립적인 생활능력에 지장을 가져올 경우 이를 보완하는 간병, 간호, 의료, 보건 등 공적 시설을 거점으로 하는 제도적인 복지서비스의 제공이 기본이라고 할 수 있다. 이것들은, 각각의 역할이 분담된 전문적 기능을 가지고 있으며, 수요자는 필요에 따라, 이들 시설을 선택 혹은 방문하여 이용하게 된다. 그러나, 고령자는 이와 같은, 기능적인 서비스만으로 일상생활을 하고 있는 것이 아니라, 여러 가지 인간관계, 주거환경이 포함된 커뮤니티에서 생활하고 있는 것이다. 즉, 본인, 가족의 자립생활능력을 중심으로 한 지역 사회에 있어서 상호이해와 부조(扶助), 익숙한 환경 속에서의 주거함으로서 심리적 육체적으로 평온함을 얻게 되며, 이런 것들은 전문적 기능서비스와 같이 제통적으로 이해할 수 없지만, 마치 나무의 뿌리와 같이 지역사회 내에 뿌리내려져 있다. 지역사회에서의 자원봉사자, 인간관계, 일상 활동과 다양한 시설의 존재는 지역사회에 있어서의 새로운 복지서비스를 창출하는 잠재력이라고 할 수 있을 것이다. 이것을 시설의 기능성이라는 관점에서 보면, 지역사회는 전문성이 낮으며, 일상생활의 복합적인 성격의 폭이 넓다.

따라서, 지역거점시설은, 재가생활을 통한 일상생활의 복합성과 시설의 전문적 기능성, 양면을 구비하여야 하며 본 연구에서 지역복지의 중요성과 지역의 거점적 기능을 가진 노인보건시설에 초점을 두는 것도 이와 같은 이유 때문이다.

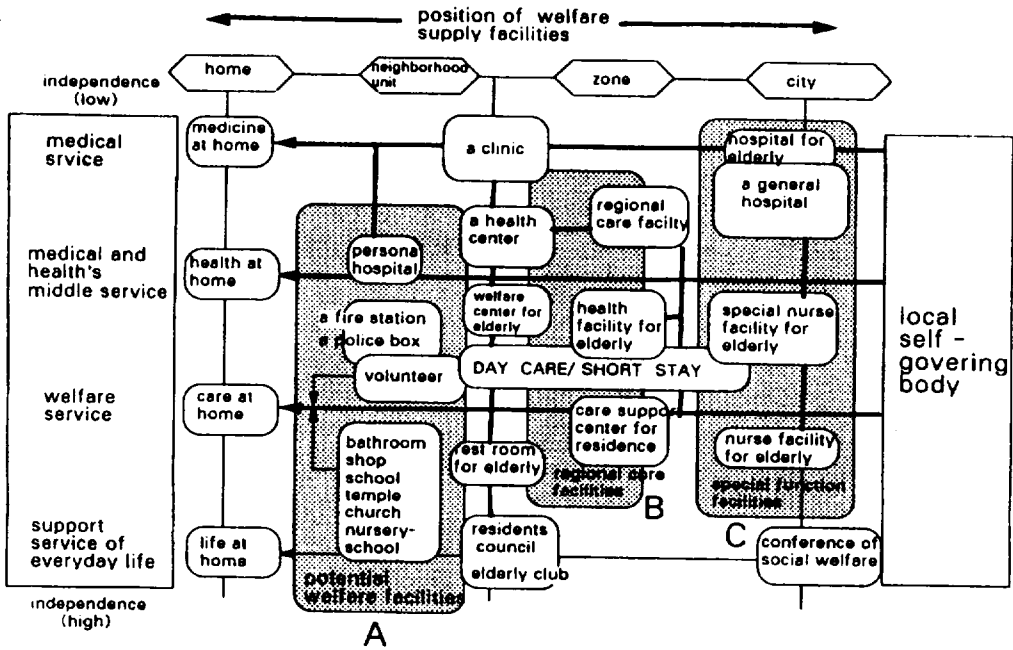


Fig. 1. Welfare facility system for the elderly in Japan(source: kim(1994)).

일본의 공적제도에 의해 공급되고 있는 각종 복지 시설들과 지역 내에 존재하는 자원들을 기능별, 서비스제공의 지역단위별로 복지서비스의 수준에 따라 도식화하여(Fig. 2) 지역사회의 잠재성과 잠재적 복지자원에 대한 중요성을 강조하면서 이를 지원하기 위한 거점적인 지역복지시설의 제공과 이들 시설과 지역내의 잠재적 복지자원의 연계성을 강조하고 있다[4].

Fig. 1에서 알 수 있듯이, 수직에서 수평으로 넓어지는 지역주민 자발적인 서비스네트워크가 광범위한 자원봉사자들의 참가를 얻으면서, 일상적으로 형성되는 잠재적 복지시설(Fig. 1 A부분), 그리고 그 활동을 지원하는 지역거점시설(Fig. 1 B부분) 및 이것들이 전문적 기능시설(Fig. 1 C부분)로부터 지원받는 형태의 고령자 복지서비스전달 시스템을 그려볼 수 있을 것이다.

이와 같은 주민의 자발적인 서비스 네트워크(넓은 의미에서 주민이 주체가 되는 지역복지)가 정상적으로 운영 유지되기 위해서는 지역사회에 밀착된 거점 시설의 확보가 중요하다고 할 수 있을 것이다. 중간 시설로서의 노인보건시설은 기존의 재가노인복지시설

과는 달리 재가와 수용의 복합적 기능을 가진 시설이기 때문에 지역복지의 기능전개에 있어서 중요한 의미를 가진다고 할 수 있다.

### III. 연구방법

#### 3.1. 연구대상 및 표집

노인보건시설은 병원의 병상일부를 노인보건시설로 전환하거나 병원 혹은 특별양호노인홈에 병설 혹은 독립적인 형태의 시설로서 설립되는 등 다양한 설치가 가능하다. 따라서 시설의 입소기능과 재가지원기능이 폭넓게 제공되고 있기 때문에 다양한 특성을 가진 노인보건시설의 운영이 가능하다.

따라서 이러한 점 때문에 어느 특정한 노인보건시설이 편중되어 분석되지 않도록 특징별로 분류하여 표집할 필요가 있으나 개개의 시설을 특징적으로 분류하기에는 한계가 있다. 이를 위해 일본 厚生省大臣官房統計情報部가 제작한 『老人保健施設施設・訪問看護

ステーション名簿 平成11年』을 이용하여 1999년 11월 현재 총2393개소의 시설을 병설시설의 종류에 따라 ① 단독시설(603개소) ② 의료시설병설(복지시설포함, 981개소) ③ 복지시설만의 병설(511개소) ④ 진료소(복지시설포함, 298개소)로 구분하여 EXCEL이 가진 통계분석 기능중 무작위추출기능을 이용하여 각 종류별로 10%에 해당되는 239개소시설을 추출하였다.

추출한 시설에 대하여 시설의 직원수 및 수용인원의 규모, 건축규모, 시설의 주요 기능, 그리고 입소/퇴소의 흐름을 분석하기 위하여 조사개시 이전 1개월간 퇴소한 사람의 신체기능정도(ADL: Activity of Daily Living), 연령, 가족관계, 입소 및 퇴소장소 등을 내용으로 하는 설문지를 작성, 우편으로 발송에 의한 조사를 실시하였다.

설문조사는 2002년 3월30일~4월 19일에 걸쳐 239개소 시설에 설문지를 우편 발송하여 118개소로 부터 회신(회수율 49.4%)을 받았다. 입소와 퇴소의 흐름을 파악하기 위해 수집한 입소/퇴소자의 자료는 989명분이다.

### 3.2. 자료의 처리 및 분석방법

회수된 설문지는 분석을 위한 통계적 자료로 수치화 하였으며, SPSS WIN 10.0을 이용하여 통계 분석하였다.

본 연구는 시설의 규모와 기능측면에서의 분석에 초점을 두어 각 실별 원단위 면적을 파악하고 입소정원과 통소정원에 따른 시설규모(연면적) 산출을 위해 다중회귀분석을 실시하였다. 아울러, 노인보건시설에서의 입소기간과 신체기능정도(ADL), 그리고 퇴소장소에 대한 시설의 기능별 관계를 파악하기 위해 편상관관계분석을 실시하고 입소/퇴소의 흐름을 파악하기 위해 교차분석을 실시하였다.

## IV. 연구결과

### 4.1. 규모 검토

#### 1) 입소정원수와 연면적 검토

시설의 규모계획은 일정한 규모를 정하는 것으로

건축계획에 있어서 주요한 작업중의 하나이며 수요, 부지의 규모, 법규, 예산 등의 조건에 따라 좌우되지만 가장 직접적으로 영향을 주게 되는 것은 병상수, 객석수 혹은 수용자 혹은 이용자수와 같은 인원수를 들 수 있다.

본 연구에서는 병상수와 객석수 등과 같이 「기능단위당 바닥면적」이나 「인구당 면적」과 같은 원단위법 [5]과 통계학적 다변량해석의 하나인 중회귀분석법을 이용하여 규모를 산출하고자 하였다.

1인당 소요면적을 알면 시설 연면적을 산출할 수 있고, 또한 거실 면적을 산출하여 이 면적을 전체면적에서 제외한 다른 면적을 취미 활동실 혹은 욕실, 기능회복실 등의 각종 공용실로 분할 계획할 수 있기 때문에 건축규모를 산정에 있어서 수용규모(정원)와 1인당 소요면적은 중요한 자료라고 할 수 있다.

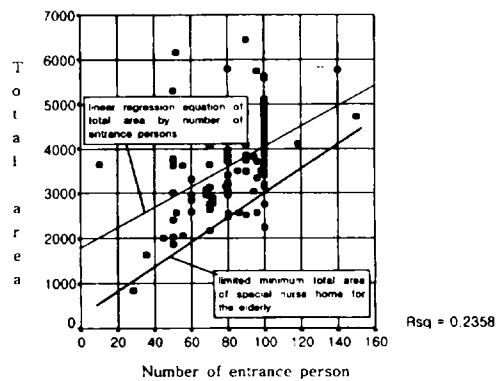


Fig. 2. Relation of Total floor area and the full number

Fig. 2는 입소정원에 따른 연면적의 분포를 나타내는 것으로 대체로 입소정원 50~100명, 시설규모는 2,000㎡~4,000㎡정도의 시설이 많은 것으로 나타났다. 연면적의 경우, 노인보건시설에 대한 최소기준이 없이 간병간호를 필요로 하는 노인수, 특별양호노인홈의 정원수, 병원의 병실수 등 고려하여 결정하도록 규정하고 있기 때문에 일본 후생성이 제시하고 있는 특별양호노인홈의 입소정원수에 따른 최소연면적을 기준으로 분포를 살펴보면 대부분의 시설이 최소 연면적 이상인 것으로 나타났다. 특히, 노인보건시설의 경우 시설의 특성상 입소정원과 통소정원으로 되어

이들 정원을 합하여 산출하는 것이 바람직하지만 입소정원에 한정시켜 산출한 시설의 연면적 산출 회귀식[6]과 비교할 때 이에 근접한 시설이 많은 것으로 나타났다.

2) 다중회귀분석에 의한 연면적 산출[7]

일반적으로 시설의 연면적을 결정하는 요인을 입소정원에 한정하여 산출하고 있으나 노인보건의시설의 특성상 시설을 이용하는 입소(장기 및 단기 포함)정원 뿐만 아니라 통소정원과 밀접한 관계가 있을 것이다.

다중회귀분석법을 이용하여 입소정원수와 통소정원수에 따른 시설의 연면적을 산출하였다.

Table 1은 다중회귀분석의 계수를 제시하는 것으로 B(베타)계수가 높은 입소정원수가 영향력이 크고 R<sup>2</sup>의 값이 0.320 즉 32%가 표본회귀선에 적합한 것으로 나타나 비교적 높은 수치이다. 이들 비표준화계수를 바탕으로 다음과 같은 「연면적=3.06×통소정원수+21.78×입소정원수+1742.7」의 산출 회귀식을 구하였다.

Table 1. Calculation of multiple regression analysis

	Unstandardized discriminant coefficients	
	B(Beta)	Standard error
Constant	1742.7*	333.26
Number of day care person	3.060*	0.874
Number of entrance	21.78*	3.866

\* P<0.05 R<sup>2</sup>=0.320

4.2. 시설의 기능에 따른 입소자 및 환경영향분석

노인보건의시설은 병원의 병상일부를 노인보건의시설로 전환하거나 병원 혹은 특별양호노인홈에 병설하는 형태, 그리고 독립적인 형태의 시설로서 설립되는 등 다양한 설치가 가능하여 시설의 입소기능과 재가지원 기능이 폭넓게 제공되고 있어 다양한 기능을 가진 시설이 있을 수 있을 것이다. 노인보건의시설의 기본적인 기능인 「장기입소기능」, 「단기입소기능」, 「주간보호기능」을 기준으로 Table 2와 같이 3종류의 시설로 구분할 수 있다. 이들 시설의 기능에 따라 퇴소 후의 장

소, 입소기간, 시설의 규모, 신체기능정도(ADL)와 어떠한 관계가 있는가를 살펴보기 위해 변수의 통제에 의한 편상관관계를 분석하였다.

Table 2. Classification of Health facility for The elderly by function

	Type of facilities			
	Basic type	Complex type	Type based on short stay	Type based on long term care t
Function of long term care	●	●		●
Function of short stay		●	●	●
Function of day care	●	●	●	

Table 3은 시설의 기능을 통제하기 전과 통제 후의 결과를 나타내는 것으로 「시설기능」 변수에 대한 통제전과 통제 후를 살펴보면, 각 항목에 따라 약간의 증감을 나타내고 있으나 시설의 기능 그 자체가 퇴소 후의 장소, 입소기간, 시설의 규모, 신체기능정도 등에는 큰 영향을 주지 않는 것으로 나타났다.

그리고 퇴소 후의 장소와 신체기능정도, 입소기간과는 P<0.05 유의수준에서 볼 때 관련성이 높은 것으로 나타났다.

4.3. 입소/퇴소의 흐름

1) 신체기능정도(ADL)와 퇴소 후 장소와의 관계분석

신체기능정도 혹은 입소전의 장소에 따라 시설 퇴소한 후 어떠한 장소로 옮겨가게 되었는가를 살펴봄으로서 중간시설로서의 노인보건의시설의 역할을 분석하였다.

Table 4는 신체기능의 단계와 기준을 제시하는 것으로 신체기능정도(ADL)는 여러 가지 기준으로 구분할 수 있을 것이다. 본 연구에서는 일본 厚生省大臣官房統計情報部에서 실시하고 있는 노인보건의시설의 실태 조사자료(厚生省大臣官房統計情報部編, 1998)에서 제시하고 있는 신체기능정도구분 기준을 활용하여 입/퇴소자의 신체기능정도를 파악하였다.

**Table 3.** Result of before not controlled(right, white part gray part) and after controlled(left, gray part) by partial correlation

	Location after retired	Term of entrance	Total area	ADL	Function of facility
Location after retired	-	0.2877 <sup>-</sup>	-0.1900 <sup>-</sup>	0.3564 <sup>-</sup>	0.0446
Term of entrance	<b>0.2861*</b>	-	-0.0110	0.1772 <sup>-</sup>	0.0506
Total area	<b>-0.1897<sup>-</sup></b>	<b>-0.0105</b>	-	0.0209	-0.0115
ADL	<b>0.3540<sup>-</sup></b>	<b>0.1729</b>	<b>0.024</b>	-	0.1127
Function of facility					-

\* P<0.05    \*\* P<0.10

**Table 4.** Rank of ADL

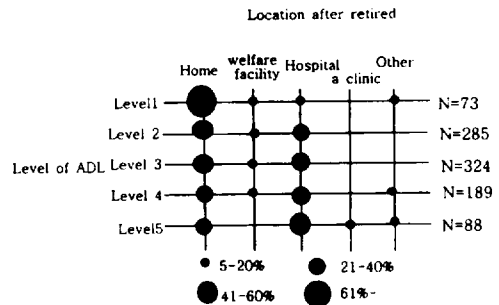
Level of ADL	A standard
Level 1	level of independent life
Level 2	Level of independent life in just indoor and going out with help
Level 3	Level of doing independently in indoor without help but spend all time just on bed
Level 4	Level of spending all day just on bed and can not excretion, eating etc without help
Level 5	Level mixed with Level3 and level4

Fig. 3에서 알 수 있듯이 가정으로 복귀하는 흐름과 병원으로 입원하는 흐름으로 구분되고 있음을 알 수 있다. 신체기능과의 관계에서 살펴보면 실내에서의 생활은 자립적이지만, 보조 없이는 외출이 불가능한 정도의 「2단계」에서 가정으로 복귀가 가장 많으나 일부의 경우 비교적 자립적인 생활이 가능함에도 불구하고 병원으로 옮겨가는 것으로 나타났다.

이는 가정으로 복귀하여도 간병인이 없거나 있어도 적절하고 충분한 간병을 받을 수 없는 환경이기 때문으로 판단된다. 아울러, 사회복지시설로 입소할 정도로 충분한 시설이 확보되지 않은 것도 큰 요인으로 판단된다.

그리고, 실내에서의 생활은 어느 정도 보조를 받아

야 하며, 침대에서의 생활이 대부분이나 앉은 자세를 취할 수 있는 정도의 「3단계」와 하루 생활 중 대부분을 침대에서 지내고 배설, 식사, 착의에 있어서 보조를 필요로 하는 정도의 「4단계」에서는 병원으로 입원하는 비율이 높고 특히 거의 와상상태에 가까운 「4단계」의 경우 가정으로 복귀되는 사례도 일부 있는 것으로 나타났다.



**Fig. 3.** Relation of ADL and place after leaved facility (P<0.05 df = 16  $\chi^2 = 33.968$ ).

따라서, 중간시설로서의 노인보건시설이 기본적인 역할은 하고 있는 것으로 평가 할 수 있으나 퇴소후 장소가 가정 혹은 병원으로 양분화되어 있음을 알 수 있다. 일부는 신체기능정도를 고려해 볼 때 가정으로 무리하게 복귀하거나 혹은 병원으로 옮겨가는 것으로 나타났는데 이는 간병을 부담할 가족관계, 입소 가능한 사회복지시설의 부족, 그리고 가정과 사회복지시설, 병원과의 연계시스템 미비 등의 요인과 아울러 시설의 운영방침 등의 요인파도 밀접한 관련이 있을 것으로 판단된다[8].

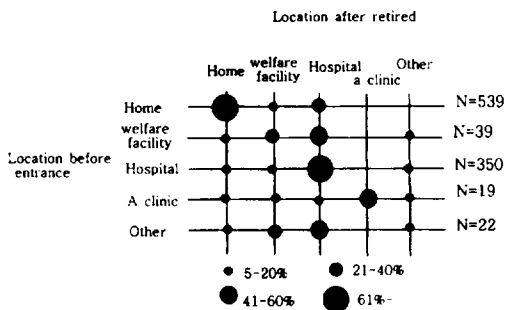
## 2) 입소 전 장소와 퇴소 후 장소의 변화

Table 5는 과거 노인보건시설의 입소 및 퇴소장소에 대한 자료를 정리한 것으로 대략적인 시계열별 변화를 파악할 수 있다.

시계열로 살펴보면, 큰 변화 없이 거의 유사한 형태의 입소전 장소와 퇴소후 장소로 이어지고 있음을 알 수 있다. 대체로 입소전 장소를 중심으로 다시 복귀하는 형태가 가장 많으나 입소전 장소에 따라 의료기관과 사회복지시설로 복귀하는 형태도 비교적 높은 비율을 나타내고 있는데, 본 연구에서의 입소 전의

**Table 5.** Changing flow of place before entered and after leaved facility(Unit : %)

location before entrance	Location of retired			
		1989 year	1999 year	2002 year
Home	Home	69.5	59.1	67.7
	Welfare facility	4.8	8.5	6.3
	A clinic	23.5	28.0	21.7
	other	2.3	4.5	4.3
Welfare facility	Home	25.0	15.5	12.8
	Welfare facility	45.0	47.2	33.3
	A clinic	30.0	30.5	46.2
	other	-	6.8	7.7
A clinic	Home	28.9	22.9	13.2
	Welfare facility	12.2	14.9	13.6
	A clinic	54.8	54.5	67.5
	other	3.1	7.7	5.7
other	Home	-	19.2	13.6
	Welfare facility	5.9	21.0	27.3
	A clinic	47.1	35.0	50.0
	other	47.1	24.7	9.1



**Fig. 4.** Relation of place before entered and after leaved facility ( $P<0.02$   $df=16$   $\chi^2=37.502$ ).

장소와 퇴소 후의 장소의 형태. 그리고 앞서 신체기능 정도와 퇴소 후의 장소와의 관계를 통해 알 수 있듯이 입/퇴소의 장소는 크게 가정→가정, 병원→병원의 패턴으로 입/퇴소가 이루어져 크게 가정과 병원으로 양분되고 있음을 알 수 있다(Fig. 4).

가정으로부터 입소한 경우의 퇴소 경로를 살펴보면, 가정으로 복귀가 가장 많고 다음 병원의 순으로

나타났다. 일반적으로 입소전의 장소가 가정인 경우 비교적 건강한 상태이기 때문에 가정으로의 복귀가 어려울 경우 사회복지시설을 거쳐 최종 단계인 병원으로 옮겨가는 것이 일반적이지만 오히려 병원으로 옮겨가는 비율이 높은 것으로 나타났다.

이는 병설된 시설의 종류와도 깊은 관계가 있을 것으로 보이는데, Table 6에서 알 수 있듯이 의료시설 병설형은 병원으로 옮겨가는 비율이 높은 반면, 단독 시설형의 경우 병원보다는 사회복지시설로 옮겨가는 비율이 높게 나타났고 특히 의료/사회복지시설 병설형의 경우 기타의 시설로 옮겨가는 것으로 나타나 병설되는 시설의 형태에 따라 퇴소후의 장소에도 영향을 주는 것을 알 수 있다.

**Table 6.** Flow of place before entered and after leaved facility by attached facilities

Detached facility (N=205)			
location before entrance	%	Location after retired	%
Home	54.0	Home	40.0
Welfare facility	3.5	Welfare facility	13.7
Hospital	38.1	Hospital	40.0
A clinic	-	A clinic	-
other	4.5	other	6.3

complex facility based on medical function (N=65)

location before entrance	%	Location after retired	%
Home	62.5	Home	47.7
Welfare facility	4.7	Welfare facility	9.2
Hospital	31.3	Hospital	41.5
A clinic	-	A clinic	-
other	1.6	other	1.5

Complex facility based on medical and welfare function (N=660)

location before entrance	%	Location after retired	%
Home	56.6	Home	45.8
Welfare facility	4.2	Welfare facility	9.6
Hospital	34.6	Hospital	36.4
A clinic	2.9	A clinic	3.0
other	1.7	other	5.2

이는 앞서 기술한 바와 같이 간병을 부담할 가족관계, 입소 가능한 사회복지시설의 부족, 그리고 가정과

사회복지시설, 병원과의 연계시스템과의 관계가 있을 것으로 판단되지만, 입소전의 신체기능정도(ADL)와 입소기간 등과도 깊은 관계가 있을 것으로 생각되며 이에 대한 지속적인 연구가 필요하다고 판단된다.

한편으로는 Table 5의 입/퇴소의 시계열별 변화를 통해 살펴보았듯이 병원으로부터 입소한 경우의 퇴소 경로를 살펴보면 병원으로 다시 옮겨가는 비율이 상당히 높으나, 일부는 가정 혹은 사회복지시설로 옮겨가고 있어 긍정적인 기능도 있는 것으로 평가할 수 있다.

## V. 결론 및 제언

본 연구에서는 지역복지의 거점적 시설로서 의 기능을 가질 중간적 성격의 노인복지시설 분석을 통해 앞으로 우리나라에서 검토될 가정 복귀를 전제로 하는 중간시설의 바람직한 규모계획과 기능적 복합성에 대한 몇 가지 자료를 얻을 수 있었다.

먼저, 시설의 규모에 있어서 다음과 같이 정리할 수 있다.

기본적으로 노인보건시설과 같은 공공성이 강한 시설은 법령이나 허가기준에 의하여 최소한의 시설 규모를 산정할 수 있으나 이는 시설의 가장 기본적인 기능 유지가 가능한 조건을 갖추는 것에 불과한 것으로 건축계획에 있어서 정확한 규모를 산정하기에는 한계가 있다.

그러나, 일반적으로 시설의 규모에 영향을 줄 수 있는 주요변수중의 하나가 정원수이기 때문에 본 연구에서는 중회귀분석법과 원단위법을 이용하여 시설의 규모를 검토하였다.

시설의 연면적에 있어서는 조사 시설의 대부분이 특별양호노인홈의 허가기준 이상의 비교적 높은 규모로 계획되어 있음을 알 수 있었다. 특히, 노인보건시설이 가진 기능적 특성상 입소(장기 및 단기 포함)정원과 통소 정원수에 의하여 면적을 산출할 수 있는데 통계적 방법의 하나인 중회귀분석법을 이용하여 「연면적 =  $3.06 \times \text{통소정원수} + 21.78 \times \text{입소정원수} + 1742.7$ 」과 같은 구체적인 산출 회귀식을 얻을 수 있었다. 정원수에 다른 산출 회귀식을 정리하면 다음과 같다.

A standard of calculation		
Total area	A standard by number of entrance person	number of entrance person $\times 22.6 + 1765.4$
	A standard by number of entrance person and day care person	$3.06 \times \text{day care person} + 21.78 \times \text{number of entrance person} + 1742.7$

가정 복귀를 전제로 하는 노인복지시설의 기능적 측면에서는 입소/퇴소 장소의 흐름을 살펴보면, 신체 기능정도와 퇴소 후의 장소와 마찬가지로 입/퇴소의 장소에 있어서도 주로 「가정→가정」, 「병원→병원」의 패턴으로 입/퇴소가 이루어져 가정과 병원으로 양분되어 있는데, 이는 병설된 시설의 종류와 그리고 시설의 운영방침 등과도 깊은 관계가 있음을 알 수 있다.

노인보건시설의 병설은 노인보건시설의 설치기준에 있어서 기존시설의 일부를 개조하여 노인보건시설로의 전용이 가능하기 때문인 것으로 보이는데 이는 의료시설과 보건 복지시설과 연계된 서비스제공이라는 기능적 측면보다는 시설 운영관리상의 기존병원이나 진료소에 노인시설을 병설하는 원인이 가장 큰 원인으로 판단되며 앞으로 우리나라에서의 중간적 기능의 시설계획에 있어서도 이에 대한 적절한 대응책이 필요하리라 판단된다.

아울러 본 연구에서는 입/퇴소자의 흐름과 시설의 기능과의 관련성에 초점을 두었으나 입/퇴소자의 흐름에 영향을 줄 수 있는 요인으로 시설의 규모와 직원, 가족관계 등 여러 요인과의 밀접한 관련성이 있을 것으로 보여 이에 대한 계속연구도 필요할 것이다.

## 참고문헌

- 1) 김영진 역, 1992, 新建築大系13 「建築規模論」, 大光書林, pp.53-55 pp.83-86.
- 2) 보건복지부, 1994, 노인복지법령집.
- 3) 보건복지부, 1995, 노인복지사업지침.
- 4) 서울특별시, 1997, 재가노인복지시설 표준모델 및 운영프로그램 개발에 관한 연구, pp.185-228.
- 5) 한국노년학회편, 2000, 노년학의 이해, 대영문화사, pp.197-216.



6) 内海洋一 編著, 1992, 高齢者社會政策-老後のしあわせを保障するために-, ミネルヴァ書房.  
 7) 建築思潮研究所 編, 1991, 建築設計資料「34 老人ホーム」, 建築資料研究社, pp.8-9.  
 8) 厚生省, 老人保健福祉局, 1995, 老人六法, 일본: 中央法規, pp.304-305.  
 9) 厚生省健康政策局總務課 編, 1985, 中間施設-懇談會-全資料, 中央法規.  
 10) 厚生省大臣官房統計情報部(1989, 1998, 1999), 「老人保健施設調査 老人保健施設報告」  
 11) wolf Wolfensberger, 中園 康夫 외 1인 譯, 1991, ノーマライゼーション, 社會福祉の本質, 學苑社, pp.13-16.

주

1) wolf Wolfensberger 中園 康夫 외 1인 譯, 1991, ノーマライゼーション, 社會福祉の本質, 學苑社, 13-16.

노말라이제션(nomarlization)은 종래와 같이 고령자, 장애인, 빈곤자와 같은 사회적 弱者를 일정한 시설에 격리시켜 보호하는 『收容保護主義』의 기존정책에서, 주거환경에 익숙해진 자신의 지역에서 자립하여 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 『地域定住主義』로의 새로운 정책전환을 의미하는 것으로, 고령자나 장애인, 빈곤자들에게도 보통(normal) 사람들과처럼 함께 생활하고, 함께 살아갈 권리가 있으며, 그러한 사회야 말로 노말(normal)하다는 이념이다. 실현방법으로서, Wolf는 integration, 통합화 즉 ①物理的 통합화(건축 형태의 복합화), ②社會的 통합화(의료·복지·보

건 등의 기능적 통합화)를 들고 있다.

2) 현의성, 1993, 한국과 일본의 노인복지정책 형성과정에 관한 연구-노인복지법 제정과정의 특성 비교 및 다원주의론 적용 검토를 중심으로-, 서울대학교 박사학위논문, pp.1-5.  
 3) 總務廳 長官官房老人對策室 編, 1992, 老人の生活 - 第3回國際比較調査結果報告書-中央法規, pp.9-12.  
 4) 김태일, 1994, 기존시설활용에 의한 지역복지정책 계획에 관한 연구, 한국노년·노인병·노화학연합회 학술대회논문집, pp.197-208.  
 5) 원단위(原單位)의 사전적인 의미는 제품 등을 생산하기 하기 위해 공장의 건물이나 부지 등의 최소적격단위를 의미하는 것으로 본 연구에서는 정원수당 연면적의 의미이다.  
 6) 입소정원수에 의한 시설 연면적 산출회귀방정식은 다음과 같다. 연면적 = (입소 정원수)×22.6+1765.4  
 7) 김영진 역, 1992, 新建築大系13 "建築規模論", 大光書林, 53~55.

시설의 규모산정방법에 있어서는 여러 가지 접근법이 있으나, 공공시설인가, 이익을 올리기 위한 시설인가에 따라, 그리고 수요의 변동을 고려할 것인가에 따라 달라지게 된다. 본 연구에서는 노인보전시설이 공공시설로서의 성격이 강하다는 점과 분석자료의 한계성 등을 고려하여 공공시설로서의 수요변동을 고려하지 않은 방법을 이용하였다. 구체적인 규모산정방법에는 1) 소정의 산정규준에 다른 방법, 2) 원단위법, 3) 중회귀분석법, 4) 평균치법 등을 열거할 수 있는데 본 연구에서는 원단위법과 중회귀분석법을 이용하였다.

8) 倉富史枝, 西 茂子, 1998, 老人保健施設早期家庭復歸促進の要因, 日本看護學會論文集 「地域看護」, 第29回, pp.104-105.