

일본 노인보건시설의 기능과 공간구성 특징에 관한 기초연구

김 태 일*

A Basic Study on Function and Space of Health Facility for the Elderly in Japan

Tae-Il Kim*

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, housing for the elderly, welfare facility.

1. 서론

1.1. 연구의 배경 및 목적

고령자를 포함한 사회복지의 이념은 과거와 같은 수용적 차원에서의 지원(收用保護主義)이 아니라 지역사회에 定住하면서 일상생활이 가능한 지원(共生主義), 이른바 노말라이제이션(normalization)¹⁾ 지역복지로 전환되어 가고 있으며, 이를 위한 다양한 지원정책의 강화가 요구되고 있다.

지역복지(communitary welfare)의 기능적 전개를 위해서는 자신의 집에서 거주하면서 적절한 복지서비스를 제공받을 수 있는 시스템의 구축이라고 할 수 있

다. 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 우리 나라는 이들 노인복지시설 설계에 대한 기본적인 설계지침이 마련되어 있지 못하여 대부분의 시설이 노인의 신체적 특징이나 지역적 특성 등을 고려하지 않은 채 건설되어지고 있는 실정이다. 또한, 재가노인복지시설에 대한 연구도 거의 전무한 실정이다.

현행 노인복지법상 재가노인을 위한 복지시설은 노인복지회관에 한정되어 있고, 시설의 역할이나 기능이 명확하지 못한 실정이다. 시설형태는 아니나 재가노인복지사업으로서 가정봉사원파견사업, 주가보호사

* 제주대학교 건축공학과
Dept. of Architectural Eng., Cheju Nat'l Univ.

업, 단기보호사업이 있는데, 이들 사업을 주체적으로 전개할 수 있도록 주간/단기보호사업에 대한 시설기능으로서의 구체적인 명기와 노인복지회관 기능의 재검토, 그리고 각 시설의 적절한 역할분담관계의 정립이 요구되고 있다.

본 연구에서는 재가노인복지시설과 유사한 일본의 노인보건시설 사례분석을 통하여 우리 나라의 실정에 적합한 기본적인 재가노인복지시설의 계획상의 기초적인 자료수집에 연구의 목적을 두고 있다.

1.2. 연구방법

노인보건시설에 대한 관련자료는 동경을 중심으로 하는 關東지역과 오사카를 중심으로 하는 關西지역으로 구분하여 11개소 자료를 수집하였다. 각 시설에 대한 소요실과 면적은 求積機를 이용하여 면적을 산출하였다. 공간구성은 도면을 중심으로 분석하였다.

II. 일본에서의 중간시설의 필요성과 일본노인보건시설의 등장

2.1 고령자복지시설의 동향

일본의 고령자복지정책의 전개는 크게 5기로 나눌 수 있다.

제1기는, 구호법이 제정된 1929년부터 1951년까지의 시기로, 전후의 혼란속에서 저소득계층에 대한 긴급의 대응책 속에 고령자문제가 다루어졌다.

주요한 입법은 구호법, 생활보호법으로 이것들에 의해 일본의 복지정책의 토대가 형성되었다고 할 수 있다.

제2기는, 1952년부터 1963년까지의 시기로, 복지행정을 위한 조직형성이 진행된 시기이다.

제3기는, 1964년부터 1974년까지의 시기이다. 고도경제성장속에 1970년頃 노인인구율이 7%를 넘어 본격적인 고령화사회로 진입함으로써 여러가지 고령자관련 입법이 제정되어 기존의 저소득층대책으로부터 노인, 장애인 대책으로의 사회복지의 對象이 확충되기 시작한 시기이다. 복지시설의 경우, 1963년 노인

복지법의 제정으로 기존의 양로院이 노인홈으로 개칭되어 특별양호노인홈, 경비노인홈 등이 설치되어졌다.

제4기는, 1975년부터 1985년까지의 시기이다. 이 시기는 급속한 고령화의 진행 특히, 의료·복지에 대한 수요가 높은 후기고령자의 급속한 증가에 대응하기 위해, 1975년경부터 특별양호노인홈과 양호노인홈의 기능강화 및 시설을 개방함으로써 지역노인에게도 배食서비스, 단기보호서비스 등과 다양한 서비스를 제공하는 등, 재가 보호 및 지역보호에 중점을 두고 복지시설의 지역화와 사회화를 시도한 시기이다.

제5기는, 1986년 이후로, 이 시기는 노말라이제이션(normalization)으로의 사회복지개념의 전환에 따라, 단순히 복지시설에 의한 노인이나 장애자의 수용 보호로부터, 이제까지 생활해 왔던 지역내에서 정주가 가능한 주택·시설로의 전환과 그에 대한 정비의 필요성이 높아지기 시작하여 정책추진에 있어서도 이제까지의 각 분야별의 단독적인 정책추진으로부터 총체적인 정책추진으로의 전환이 모색되어, 공공고령자주택인 SILVER HOUSING PROJECT의 추진을 통해 처음으로 시설과 기능면에 있어서 상호협력적인 관계가 시도된 시기이다. 한편, 1실 4인이 사용하고 있는 노인홈의 경우, 시설의 질적 향상, 입소자의 프라이버시 보호를 위해 노인홈의 주택화와 개실화로의 움직임도 일어나고 있다.

2.2. 공공고령자주택의 동향

일본에서의 고령자주택은, 1964년부터 공공주택²⁾의 형태로서 공급되기 시작하였다. 당시, 공영주택과 공단주택을 중심으로 공급되어져 왔지만, 이러한 주택들은 대부분 주거동 내에서 일정 호수만의 고령자住宅를 설정한 형태였다. 그후, 1970년대 전반기부터 페어(pair)주택(인거형주택의 형태)과 노인 동거세대용 주택 등의 동거용 주택이 공급되기 시작하여 후반기부터는 비교적 고령자주택의 다양화가 실현되기 시작하였다고도 할 수 있다. 그러나, 이러한 고령자주택들은 어디까지나 주거단위형태에서의 물리적인 대응에 머무른 형태로, 지역사회 내에서의 정주를 위해 보다 적극적인 형태로서 대응하기 위해서, 의료·복지·보건과의 연계에 의한 서비스제공이 필요하게 되었다.

이에 따라, 1987년부터 건설성과 후생성과의 연계에 의한 이른바 간호형 고령자집합주택으로서 『SILVER HOUSING』이 공급되어져 오고 있고, 1990년부터는 중간 소득자를 위한 SENIOR 주택도 검토되어지고 있는 등, 주택의 공급과 함께 주거환경정비에 있어서도 적극적으로 추진하고 있다.

2.3. 민간의 동향

민간에서의 고령자 거주시설은, 유료노인홈으로부터 더듬어 볼 수 있다. 유료노인홈은, 1963년 노인복지법의 개정에 따라, 사설 양로원으로부터 유료노인홈으로 개칭되어지고 난 후, 급속한 인구의 고령화에 따른 시장성의 확대와 다양한 거주형태에 대한 욕구의 증가에 따라, 고소득계층을 대상으로 하여 「중신이용권³⁾과 각종 서비스제공 등을 상품화한 민간 고령자주택의 형태로 과거 6년간 급속한 증가를 보이고 있다. 그러나, 운영 및 관리의 비합리화에 의한 도산과 거주자의 고령화에 따른 중신간호체제상의 문제 등이 대두되어 설립기준의 강화 및 간호체제의 정비에 대한 검토가 요구되어지고 있다. 실제로 일부 자치단체에서는 독립적인 규제법안을 만들어 대응하고 있기도 하다.

한편에서는 고령자주택과 노인홈·병원과 같은 시설과의 사이를 연결하는 중간영역의 시설로서의 노인보건시설이 1987년부터 실시되어져, 지역사회내에서 밀착을 꾀하고 있다.

III. 일본 노인복지시설의 체계에서 본 보건시설의 역할과 기능분석

3.1. 일본 복지시설의 체계

고령자가 지역에 있어서 편안한 일상생활을 영위할 수 있도록 지원하기 위해서는, 자립능력에 지장을 가져올 경우에 이를 보완하는 간병, 간호, 의료, 보건 등 공적시설을 거점으로 하는 제도적인 복지서비스의 제공이 기본이라고 할 수 있다. 이것들은, 각각의 역할이 분담된 전문적 기능을 가지고 있으며, 수요자는 필요

에 따라, 이들 시설을 선택, 방문하여 이용하게 된다. 그러나, 고령자는 이와 같은, 기능적인 서비스만으로 일상생활을 하고 있는 것이 아니라, 여러가지 인간관계, 주거환경이 포함된 커뮤니티에서 생활하고 있는 것이다. 즉, 본인, 가족의 자립생활능력을 중심으로 한 지역사회의 장에 있어서 임의로 존재하는 상호이해와 부조, 익숙한 환경속에서의 주거함으로서 심리적 육체적으로 평온함을 얻게 되며, 이런 것들은 전문적 기능 서비스와 같이 계통적으로 이해할 수 없지만, 마치 나무의 뿌리와 같이 지역사회 내에 뿌리 내려져 있다. 지역사회에서의 자원봉사자, 인간관계, 일상활동과 다양한 시설의 존재는 지역사회에 있어서의 새로운 복지서비스를 창출하는 잠재력이라고 할 수 있을 것이다. 이것을 시설의 기능성이라는 관점에서 보면, 지역사회는 전문성이 낮으며, 일상생활복합성의 폭이 넓다. 지역거점시설은, 일상생활복합성과 전문적 기능성, 양면을 구비하는 것이다. 공적 전문적 서비스시설은, 그 목적이 한정적이며 기능적이 되어 버린다.

따라서, 재가의 장에 있어서 고령자의 자력적 노력에 보완적으로 추가되어 일상생활서비스의 달이 있는 것, 재가고령자는 서비스의 수급자일 뿐만 아니라, 스스로가 서비스의 제공자도 될 수 있다는 지역사회에 있어서의 상호부조관계에 주된 관심을 둘 필요가 있는 것이다.

Fig. 1은 일본의 공적제도에 의해 공급되고 있는 각종 복지시설들과 지역 내에 존재하는 자원들을 기능별, 서비스제공의 지역단위별로 복지서비스의 수준에 따라 도식화한 것이다.

Fig. 1에서 알 수 있듯이, 수직에서 수평으로 넓어지는 주민 자조적 서비스네트워크가 광범위한 자원봉사자의 참가를 얻으면서, 일상적으로 형성되는 잠재적 복지시설(Fig. 1 A부분), 또한 그 활동을 지원하는 지역거점시설(Fig. 1 B부분) 및 이것들이 전문적 기능시설(Fig. 1 C부분)에서 지지받는 고령자 복지서비스전달 시스템을 그려볼 수 있을 것이다.

3.2. 노인보건시설의 중간적 기능시설의 의미

중간시설은 서로 다른 기능의 시설 사이에 위치하여 각각의 다른 시설이 가지지 못하는 기능을 보완하

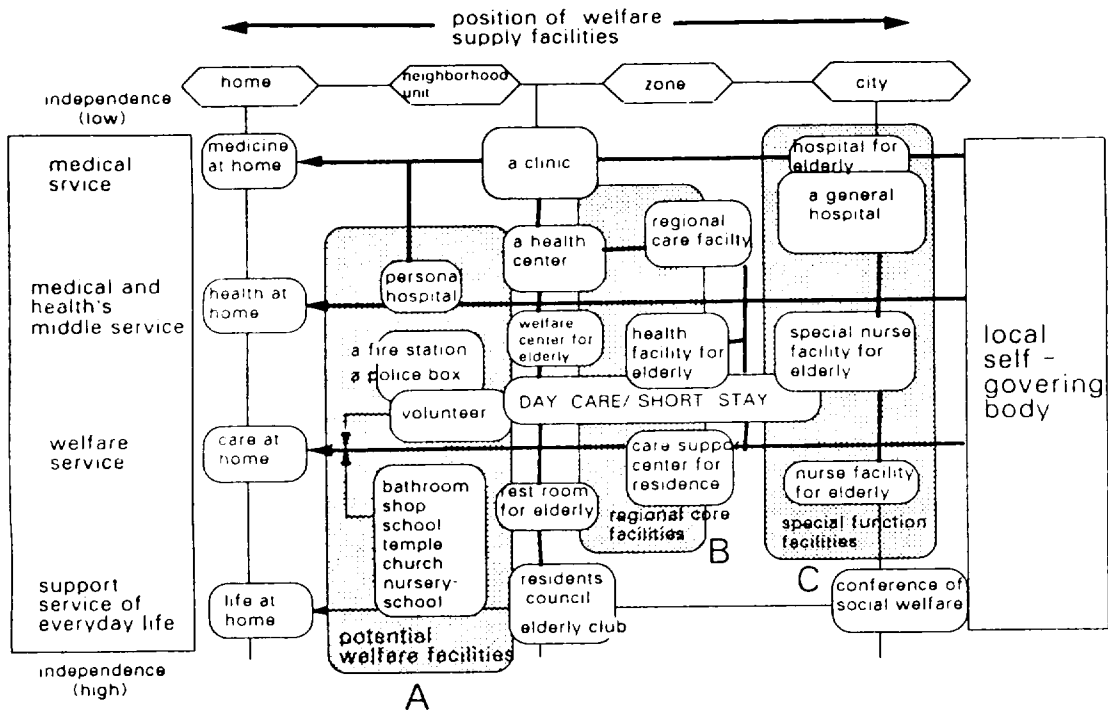


Fig. 1. Function of welfare facilities in Japan.

는 이른바 매개체로서의 기능을 가진 시설을 의미하는 것이다.

각각의 복지시설은 시설이 위치한 지역과 제공서비스, 그리고 시설 이용대상에 따라 시설의 기능과 역할이 결정되게 된다.

기본적으로 고령사회에는 2가지형태의 복지서비스, 즉 주택과 지역사회를 중심으로 하는 재가복지서비스와 요양원 혹은 양로원과 같은 시설에 입주하여 제공받는 복지서비스를 들 수 있다.

그러나, 이러한 복지서비스의 전달체계에는 주택과 시설, 어느 한쪽에서만 복지서비스를 제공받을 수밖에 없다는 공간적 한계성이 있기 때문에 이들 사이를 연결시키기 위한 기능의 시설이 요구되게 되었다.

이와 함께 수용보호차원에서 지역을 중심으로 하는 이른바 재가복지가 강조되면서 중간시설의 필요성이 한층 강조되어 왔다. Day care center, Shot stay, 재택복지시설 등이 이에 해당하는 시설이라고 할 수 있으며, Fig. 1의 지역거점시설의 B부분에 해당되는 시

설이라고 할 수 있다.

IV. 노인보건시설의 건축특성과 공간구성 분석

4.1. 건축규모

전반적인 시설규모에 있어서는 단지내에 건설되거나 혹은 병원 등의 시설과 복합적으로 건설된 시설 등이 포함되어 있어서 시설에 따라 규모의 차이가 있는데 일반적인 1인당 면적 비율은 32㎡로 나타났다 (Fig. 2). 또한, 건폐율을 보면, 대체로 38%정도이며, 용적율에 있어서는 2층~4층 규모의 시설이 많음을 알 수 있다(Fig. 3, Fig. 4).

그러나, 이들 자료는 일본의 노인복지법상에 규정에 따라 건설된 노인보건시설에 대한 자료를 중심으로 건축적 자료를 정리한 것이기 때문에 보다 객관적

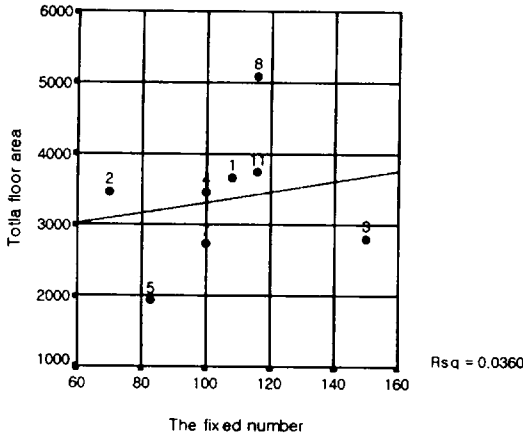


Fig. 2. Plot of total floor area and the fixed number.

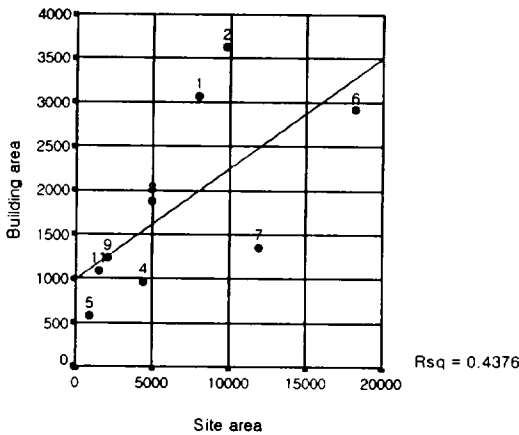


Fig. 3. Plot of building area and site area.

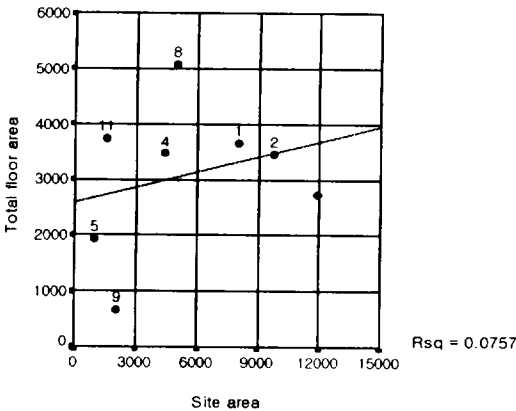


Fig. 4. Plot of total floor area and site area.

인 자료검토가 되기 위하여 유사한 다른 노인복지시설과의 비교검토가 필요하다고 생각된다. 물론 다른 노인복지시설과는 기능이 상호 다르기 때문에 필요한 건축규모나 공간구성이 달라질 수밖에 없기 때문에 노인보건시설의 자료와 비교하는 것이 어렵겠지만, 일본의 노인보건시설이 노인병원 혹은 특별양호노인홈(양호노인홈)과 주택의 중간적인 성격의 시설이고, 또한 우리나라의 시설에서 본다면 요양원이나 양로원과 병원 성격이라는 점에서 본다면 대략적인 규모를 파악한다는 점에서는 큰 무리는 없다고 생각된다. 특히, 시설규모는 수용규모(정원)과 직인수, 건축형태와도 밀접한 관계를 가지는 것이기 때문에 일본의 노인복지법 및 우리나라의 노인복지법 상에서 규정하고 있는 노인복지시설의 수용규모(정원) 및 1인당 소요면적기준에 대하여 검토 비교해 봄으로서 우리나라의 현실정을 고려하면서도 미래지향적인 시설계획상의 자료를 수집할 수 있을 것이다.

1인당 소요면적을 알면 시설전체에 대한 면적을 산출할 수 있고, 또한 거실 면적을 산출하여 이 면적을 전체면적에서 제외한 다른 면적을 취미 활동실이나 욕실, 기능회복실 등의 각종 공용실로 분할 계획할 수 있기 때문이다. 따라서, 수용규모(정원)과 1인당 소요면적은 중요한 자료라고 할 수 있다.

우리나라의 경우, 각 노인복지시설에 대해서는 명확히 규모가 규정되어 있지 않으며, 노인복지회관의 경우는 최소의 면적만이 제시되어 있다. 다만, 보건복지부의 노인복지사업지침(1995년)에는 규정되어 있는 유료양로시설(14.52㎡), 유료노인요양시설, (17.16㎡면적), 유료노인복지주택(33.0㎡, 1인 거주를 전제로 할 경우)에 대해서만 1인당 소요면적 및 세대당 소요면적이 규정되어 있는데, 이를 기준으로 한 평균 1인당 소요면적은 21.56㎡이다.

일본의 경우는 비교적 명확히 각 노인복지시설에 대하여 1인당 소요면적이 제시되어 있는데, 재택복지센터 등을 제외한 대체로 1인당 소요면적은 26㎡~40㎡면적이며, 평균면적은 31.98㎡으로 우리나라의 규정보다는 상당히 넓은 면적이라고 할 수 있다.

따라서, 본 연구에서 조사 분석한 1인당 소요면적 32㎡은 우리나라의 현실정을 고려한다면, 비교적 넓은 면적으로 판단되며 우리나라의 평균 1인당 소

Table 3. Room and function of each facility

Nam of facility		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	㎡/person	
Name of room														
public part	recuperation room	●	●	●	●	●		●	●			●	7.8	
	launge	●	●		●	●	●	●	●	●			0.8	
	service station room	●	●	●	●	●	●	●	●		●		0.9	
	kitchen	cooking room	●	●	●	●	●		●	●		●	●	9.5
		rest room	●	●		●			●	●			●	
		Storage	●	●		●			●	●			●	
	dining room	●	●	●	●	◎		◎	◎		◎	●	1.8	
	recreation room (multi using room)	●	●		●	◎	●	◎	◎	●	◎	●	1.1	
	working room												-	
	restoration room	●	●		●	●	●	●	●	●	●	●	1.8	
	consultation room	●	●	●	●		●	●	●	●	●	●	-	
	bath room	●	●	●	●	◎		●	◎	●	●		1.3	
	bathing booth	●	●	●	●	◎		●	◎	●	●		-	
	beauty shop		●		●	●			●				-	
	clinic room				●	●		●	●				-	
stair	●	●	●	●	●		●	●	●	●	●	-		
EV	●	●	●	●	●	●	●	●		●	●	-		
manage- ment part	office	●	●		●		●	●	●	●	●	●	0.6	
	chair person room	●	●										-	
	general affairs dept.												-	
	plan & education room												-	
	library									●			-	
	meeting room	●	●				●		●	●	●		-	
	reception room	●	●		●			●	●		●	●	-	
	staff room	●	●	●	●		●	●	●		●	●	-	
	bathing booth for staff							●	●			●	-	
	launge	●	●	●	●	●		●	●			●	-	
	laundry room	●	●										-	
	service room		●				●						-	
	linen room	●	●		●			●	●				-	
	dirt disposition room	●	●		●	●		●	●				0.4	
	storage	●	●		●	●	●	●	●	●			0.4	
washroom	●	●		●			●	●			●	-		
rest room	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	-		
control room	●	●										-		
other		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	-		
clinic part (in case of involving hospital in same site)	●	●	●					●	●			●		

Notice 1)◎ multi-using room as one room type

요면적은 21.56㎡과 일본의 평균면적은 31.98㎡임을 고려할 때, 표준노인종합복지관의 1인당 소요면적으로서 28㎡정도가 바람직 할 것으로 생각된다.

4.2. 각 실별 소요면적

각 실별 면적에 대한 분석은 크게, 노인들이 사용하는 공간부분을 「공용부분」, 그리고 시설직원들이 사용하거나 공용부분의 시설을 지원 보조하는 공간을 「관리부분」으로 구분하여 조사 분석하였다.

조사시설의 특징은 동일 부지내 혹은 한 건물의 형태로 병원이나 진료소가 병설되어 보다 질 높은 보건·의료서비스를 제공받을 수 있게 계획된 시설이다. 이것은 地價문제 혹은 사업상의 문제 등 여러 가지 이유로 인하여 부지 혹은 한 건물형태로 복합화된 것으로 보여지며, 서비스전달의 연속성과 질 높은 서비스를 제공한다는 점, 그리고 시설공급 측면에서 본다면 단기간에 시설을 정비할 수 있다는 점등, 우리들에게 시사하는 바가 크다고 할 수 있을 것이다.

Table 1은 각 시설별로 실별 면적을 정리한 것이다. 각 시설의 실별 면적산출은 층별 평면에 근거하여 求積器를 사용하여 실별 면적을 각각 계산하여 정리하였다. 다만, 정확한 이용정원이나 면적 등과 같은 자료상의 미비와 求積器에 의한 면적산출에 있어서 약간의 면적상 오차도 있을 것을 생각되지만, 대략적인 규모를 파악하는데는 큰 문제는 없는 것으로 생각되어 이들 면적자료를 토대로 분석하였다. 그리고, 표 2는 시설별 소요실, 그리고 각 시설에 있어서의 실별 면적을 정원으로 나눈 면적 즉, 「1인당 면적」을 합하여 시설 수로 나눔으로서 각 실에 대한 1인당 평균면적을 정리한 것으로서 이들 자료를 근거로 하여 표준모델시설계획에 활용하였다. 우리 나라와 일본의 각 노인복지시설의 경우 건축규모에 대하여 1인당 면적 기준은 있으나 각 실에 대한 1인당 면적은 명확하게 규정되어 있지 못하다.

Table 1에서 보는 바와 같이, 시설의 규모에 있어서는 단지내에 설치된 시설이나 대규모 복합시설을 제외하고는 비교적 중소규모의 시설이라고 할 수 있다. 이들 시설들의 특징중의 하나는 주거기능을 가지고 있는 요양실이다. 일반적으로 day care기능뿐만

아니라, 1주일정도 혹은 최대 3개월 정도의 단기간 보호하는 기능을 갖추고 있는 것이 노인보건시설의 특징인데, 이와 같은 단기보호를 위한 공간이 요양실이라고 할 수 있다. 일반적으로 요양실의 형태는 1실 4인을 기준으로 하고 있는데, 우리 나라의 병원 병실과 유사한 형태라고 할 수 있다. 요양실의 규모를 보면, 1인당 평균 7.8㎡로 일본의 노인복지법상에 규정된 1인당 8㎡과는 다소 차이는 있지만 대체로 이에 준하는 면적으로 계획 설계된 것으로 생각된다.

그리고, 식당과 레크레이션실을 공용, 즉 다목적공간으로 활용하는 시설도 적지 않은데, 비교적 소규모 시설인 경우 공간의 활용도를 높이기 위하여 계획된 형태로 생각된다. 식당의 규모는 대체로 1인당 1.8㎡으로 일본 노인복지법상의 식당면적인 1인당 1㎡보다 넓은 면적이라고 할 수 있다.

이외에 기본적인 처치실 혹은 진료실등의 공간은 모든 시설이 처치 및 진료실을 구비하고 있는 것이 아니며, 이들 면적에 있어도 진료실의 경우 1인당 0.5㎡로 적은 면적이지만, 기능회복실의 경우는 1인당 1.8㎡로 비교적 넓은 면적을 차지하고 있는데 이것은 앞서 설명한 바와 같이 일본의 노인보건시설이 의료보전적 기능의 시설이라기 보다 가정복귀를 전제로 하는 재가지원시설이기 때문에 기능훈련과 같은 day care의 기능적 성격이 강하고 시설계획상으로도 이들 공간에 중점을 둔 것으로 생각된다.

그리고, day care 기능 중에서 중요한 공간으로서 는 식당과 기능회복실 이외에 욕실을 들 수 있는데, 조사시설중 거의 모든 시설이 욕실을 구비하고 있다. 욕실은 단순히 위생 청결을 위해서 중요한 기능을 가지고 있지만, 이들 공간을 통하여 비교적 저항감 없이 인간관계를 형성할 수 있는 매개공간이 될 수 있기 때문에 표준모델계획에 있어서도 세심한 배려가 요구된다고 할 수 있다. 욕실의 규모는 1인당 평균 1.3㎡이다. 그리고, 이 면적에는 장애인인을 위한 특수욕실도 포함된 면적이라고 할 수 있다.

V. 공간구성의 특징

각 시설별 공간구성 형태를 살펴보기 위하여 일반

적인 노인보건시설에 가까운 3개소의 시설을 선택하여 공간구성형태를 살펴보았다.

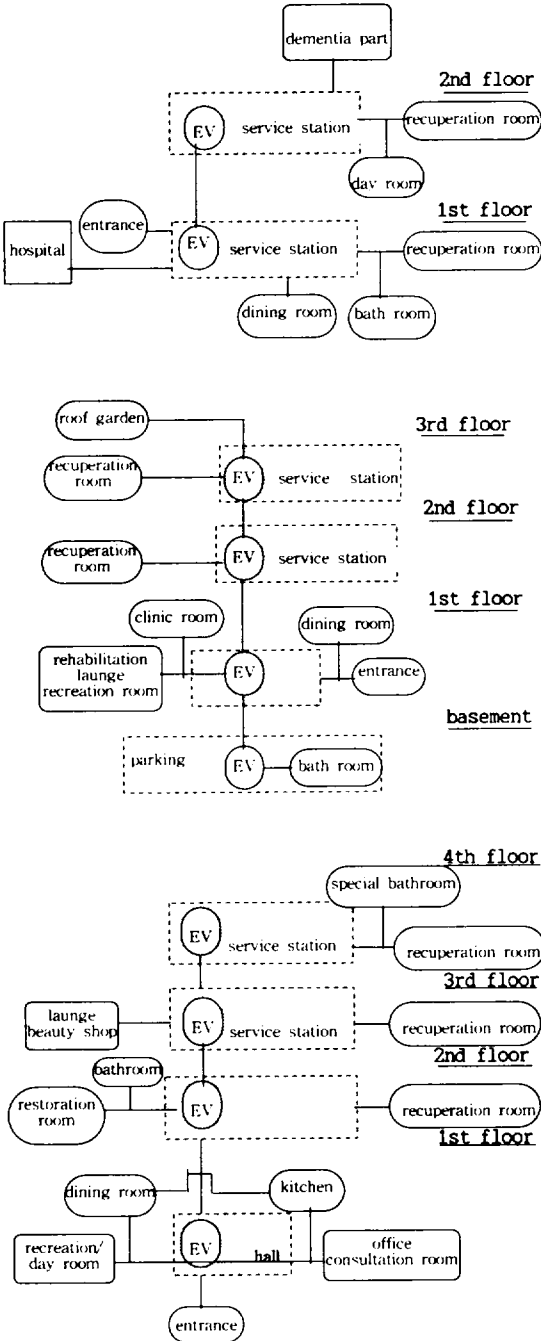


Fig. 5. space frame of facilities.

Fig. 5는 선정된 3개소 시설의 공간구성을 나타내는 것으로, 대부분의 시설들이 2층이상 부분을 주거 기능이 있는 요양실을 배치하였고, 1층부분에는 주로 식당이나, 레크레이션실, 취미활동실, 진료실 등의 공용공간을 집중배치하고 있고, 또한 대규모의 공간을 두기보다는 소규모로 분산 배치함으로써 혼잡함을 피하고 공간활용도도 높일 수 있도록 되어 있다. 5층 규모의 시설의 경우 이동의 불편함을 줄이기 위하여 최상층에 기능 훈련실이나 욕실을 배치한 것 등이 특징이다.

그리고, 각 층별 요양실을 그룹으로 하여 nurse station과 같은 기능의 service station을 배치하고 있으며, 각 층별로의 이동은 경사로를 두지 않고 엘리베이터를 설치하여 대응하고 있다.

VI. 결론 및 제언

식당이나 강당, 기능훈련실 등 이용도가 높은 실은 시설 전체의 이용정원을 산정하여 각실에 대한 1인당 소요면적에 이용정원중의 일정비율에 해당되는 사용인원을 곱하여 적절한 실규모를 계획하되, 제공될 서비스 프로그램을 충분히 고려하여 계획되어야 할 것이다

그리고, 공간구성에 있어서는 1층 부분에는 주로 식당이나, 레크레이션실, 취미활동실, 진료실 등의 활용도가 많은 배치하고, 2층 부분에는 주거기능이 있는 요양실을 배치하여 취미·오락기능과 휴양기능을 분리하여 단순 시설이용자와 단기시설 거주자를 적절히 분리하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

또한 각 실배치는 대규모의 공간을 두기보다는 소규모로 분산 배치함으로써 혼잡함을 피하고 공간활용도도 높일 수 있도록 계획하는 것이 바람직 할 것이다.

참고문헌

- 1) 厚生省 老人保健福祉局. 1955. 老人六法. 中央法規.
- 2) 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.

3) 보건복지부, 1994. 노인복지법령집.

부 록

- 1) wolf Wolfensberger 中園 康夫 의 1인 譯, 1991. 노ーマ라이제이션, 社會福祉の本質, 學苑社, pp.13-16.

노말라이제션이란 종래와 같이 고령자, 장애자, 빈곤자와 같은 사회적 弱者를 일종의 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 장애자, 빈곤자들에게도 보통(normal) 사람들처럼 함께 생활하고, 함께 살아갈 권리가 있으며, 그러한 사회야말로 노말(normal)하다는 이념이다. 이 이념은 1959년 덴마크 精神薄弱者협회이었던 뱅크스·믹켈이 발표하여 그 이념을 덴마크의 精神薄弱法에 삼입하고, 1969년 스웨덴 精神薄弱者

協會 事務局長 뱅크트·니르제(B.A. Nirje)에 의하여 체계화되어, 그 후 歐美여러나라에도 인식이 전파되어 국제연합에서 1971년과 1975년의 총회에서 권리선언으로서 채택되기도 하였다.

실현방법으로서, Wolf는 integration, 통합화 즉 ① 物理的 통합화(건축형태의 복합화), ② 社會的 통합화(의료·복지·보건 등의 기능적 통합화)를 들고 있다.

- 2) 일본의 공공주택의 공급 형태는 크게 3가지로 나눌 수 있다. 즉, 地方自治團體가 공급하는 「公營住宅」, 住宅都市整備公團이 공급하는 「公團住宅」, 地方住宅供給公社가 공급하는 「公社住宅」으로 되어 있다.
- 3) 주택에 대한 소유형태는 크게 「임대방식」, 「분양방식」, 「이용권방식」으로 나눌 수 있다. 「이용권방식」은 一定의 入居金을 지불함으로써 노인층의 전용부분(주거유니트)과 공용부분(부대시설)을 死亡할때까지 이용할 수 있는 권리로서, 유료노인층을 중심으로 형성되어 오고 있는 새로운 개념이기도 하다.