거주지원 노인 주거의 공간구성과 실내디자인에 관한 연구

A Study on Interior Design of Living Unit Space in Assisted Living Facilities

김화경* / Kim, Hwa-Kyung
김형우**/ Kim, Hyung-Woo

Abstract

The present asylums are reported to be hurting the privacy and self-reliance of the individuals by the uniformed manugerial regulations and fragmentary service. Due to the poor linkage of service and uneven quality between facilities, when a person falls into a serious disease he should bear the inconvenience of moving to other facility for the treatment. This study is to investigate the types and patter of welfare facilities for the aged where they can be provided with flexible service in the continuous living environments and to suggest the ideal environments for them to stand on their own feet by assisting properly both in physically and mentally keeping their privacy and sociality.

키워드 : 노인주거, 거주지원

1. 서론

1.1. 연구의 목적 및 의의

1997년 국내의 65세 이상 노인인구는 전체인구의 6.3%를 차지하였으며, 2,000년도에는 고령화 지수 7.1%를 기록하게 될 전망이다.[1)]

이러한 급격한 노인인구의 증가로 야기되고 있는 老人 扶養問題에 대비하여 그 동안 많은 복지시설 계획안들이 제시되었다. 그러나, 기존의 시설들이 개인의 프라이버시와 아이덴티티 확보에 대한 어려움을 안고 있어, 최근에는 노인들이 낯설은 의료복지시설보다 자신의 거주지를 선호하는 추세이다. 그러므로, 갖가지 질병을 갖게 마련인 노인들의 특성을 감안할 때 주거와 의료 및 서비스시설이 복합적으로 구성된 노인복지시설이 필요한 실정이다.

이에 본 논문은 노인들의 社會性 발달과 개인의 프라이버시가 보장되는 거주지원시설(Assisted Living Facilities)의 개념을 외국의 사례를 통하여 파악하고, 기존 복지 주거시설의 개인 숙소 부분을 주거성을 강화한 형태로 개선한다. 또한, 개인 주거의 그룹단위인 주거단위의 공유영역에서 개인의 프라이버시나 사회성의 경계조절 기능을 구체화하여 디자인하고 識別性을 주는 방안을 제시하는 데에 목적이 있다.

1.2. 연구의 범위 및 방법

본 연구는 노인들의 생활능력에 맞추어 조절가능하며 연속성 있는 주거개념의 개인주거공간 형태와 주거가 갖는 개인화의 특성을 적용하여 주거단위 공용공간의 기능을 활성화한다는 데에 전제를 두고자 한다. 본 연구의 진행방법 및 범위는 다음과 같다.

2장에서는 국내 현황과 국외의 사례를 통하여, 외국의 노인거주시설에 적용되고 있는 새로운 개념을 모색하고, 3장에서는 외국의 노인거주시설에 적용되고 있는 새로운 개념의 특성과 시설 특성을 서비스와 환경의 연속성 측면에서 파악하고, 시설 내에서 노인이 거주하는 생활공간과 주거단위를 공간구성과 기능을 중심으로 주거성이 반영된 형태를 알아본다. 4장에서는 개인 주거공간의 주거성 도입을 위한 실내공간구성과 디자인요소들을 파악하고, 노인의 생활능력과 개인의 욕구에 따라 조절가능한 공간분할패턴과 실내구성요소들의 적용방법을 알아본다.

2. 노인주거시설의 특성과 사례분석

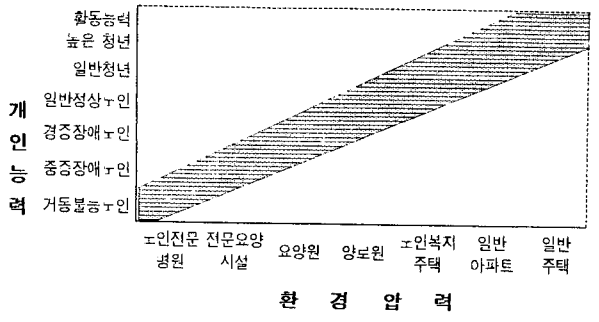
2.1. 노인복지시설과 거주형태

노인을 위한 住居環境은 노인의 신체적, 사회적 변화와 심리적 특성 등 노인에게 주어진 제약조건을 보완해 주고, 노인에게 적응가

* 정회원, 홍익대학교 환경개발연구원 연구원
** 정회원, 홍익대학교 건축공학과 교수, 공학박사

1)徐惠京, 고령화 사회의 의의와 의미, 建築(9802), p.8

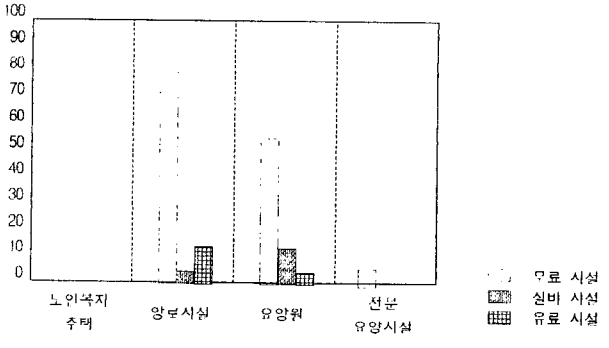
능한 환경으로서 환경압력요인이 적절히 조절되어야 하고, 노화진행에 따른 적절한 支援性을 갖추기 위해 可變性을 가져야 한다.



<그림 1> 개인능력과 환경압력이론에 따른 노인주택모형

최근 정부에서는 노인주거시설 마련에 민간기업들의 참여를 유도함으로써 노인들을 위한 복지시설 확충에 힘쓰고 있으나, 노인의 인구수에 비해 노인 복지시설은 턱없이 모자라는 형편이므로, 이제까지 이들 시설의 91%[2]가 자선 및 구제의 차원에서 무료 또는 실비로 운영되어 왔다. 1998년 老人福祉事業指針에 명시된 현재 우리 나라의 노인복지시설 유형과 시설현황은 <표 1>과 같다.[3]

<표 1> 노인복지시설 유형과 시설현황



주택모형에서 장애기의 노인들을 위한 거주시설로 분류된 양로원은 대부분 무료시설로 무의탁 노인들을 수용하고 있는 형태이므로, 앞으로 노인의 생활수준 향상과 무의탁 노인들의 감소로 더 이상 증가하지 않거나 감소될 것으로 보인다. 유료시설의 경우도 자기가 비용을 부담하고 보호를 받는다는 의미가 약하기 때문에 그 의미에 부합하지 않는 면이 크므로, 노인집합주거시설의 형태로 바뀌어야 한다.[4] 따라서, 지금 현재 설립되어 있는 노인복지 주거시설에서는 장애기의 노인들을 충분히 수용할 만한 다양한 거주형태(-장애의 경, 중 정도에 따른 요구조건)가 고려되어 있지 않은 상태이며, 노인 생활능력의 각 단계에 적합한 서비스를 제공할 수 있는 시설의 형태나 연계가 체계적이지 못하다는 것을 알 수 있다.

2.2. 국외의 노인주거 경향

2차 세계대전 이후 핵가족화 경향으로 가족수용보호 중심에서 시설보호 중심으로 급속히 전환하였던 유럽은 노인문제에 대한 政府의 介入과 財政支出을 증가하고, 가족의 노인보호기능이 약화됨으로써, 노인의 사회 의존도가 높아지고, 시설보호노인을 증가시키는 결과를 초래하였다.[5] 따라서, 서구 각국에서는 시설보호 중심에서 在宅收容 중심으로 노인복지정책의 방향을 바꾸고, 이에 대한 효과적인 대안을 얻고자 다양한 실험적 형태의 노인복지서비스와 시설 및 주거형태를 시도하게 되었다.

유럽의 경우, 덴마크의 Plegehem, 스웨덴의 Group Homes 네덜란드의 Steunpunt Project 등은 노인들의 자립적인 생활을 존중하면서, 필요에 따라 간호인을 두어 거주자들의 생활이 적절하고 자유롭게 이루어지도록 관찰하고, 공동식사, 소그룹 작업치료 및 물리치료 프로그램을 실시하고 있다. 또한, 노인복지 서비스센터를 병설하여, 간호, 가사조력, 식사제공 등의 서비스를 입주노인들과 지역사회 노인들에게 제공하기도 하는데, 지역사회의 이웃들이 자원하기도 한다.[6]

미국에서는 은퇴한 연령층을 위해 지역사회에서 떨어져 의도적으로 계획된 은퇴주거단지 (retirement community)는 건강상태가 악화될 경우, 다른 시설로 이주해야 하는 불편을 해소하기 위해 거주와 의료 서비스 체계를 통합시킨 伸縮的 保護의 槪念을 도입하였으며, 지역사회와 유기적인 관계가 가능하도록 연결시키는 접근을 시도하고 있다. 노인집합주거 (congregate housing)는 준활동적 노인들의 생활을 보조해 주는 서비스 시설을 그 건물에 포함하거나 최소한 접근이 용이하도록 계획하며, 공동식사는 물론 세탁, 청소 등 가사일, 오락 및 사회적응 프로그램 등의 다양한 서비스를 제공한다. 간호주거(nursing home)는 지속적인 건강치료와 개인적인 일상생활에 대한 지원을 필요로 하는 사람들을 위한 보호시설로서 일상생활 보조형태와 24시간 간호치료 제공형태로 분류된다.

일본의 실버 하우징(Silver Housing)은 일상생활의 자립이 가능한 60세 이상의 노인을 위한 간호형 임대주택으로 이들의 신체적 제약을 보완하기 위한 시설과 설비 및 긴급 시 생활상담원(Life Support Adviser)과 재택 복지서비스센터에 연락 가능한 응급통보장치, 생활리듬체크 시스템을 갖추고 있다. 시니어 하우스(Senior House)는 실버하우징에 고령자재택서비스센터를 추가하여 복지기능을 강화한 형태로서 재택서비스센터와 관리인의 상호협력에 의해 운영된다. 케어하우스(Care House)는 입소시설의 주택화를 강화한 형태로 1인 1실화를 시도하고 있다. 유료 노인홈은 거주자의 고령화에 대비한 거주부분의 설계와 의료 보건시설, 생활지원시설로서의 공용시설부문이 충분히 배려되어 있는 집합주거형태이다.

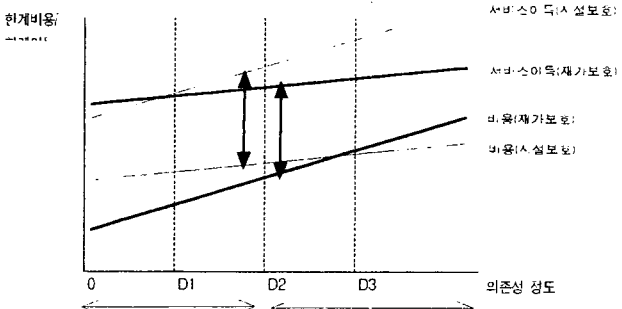
3. 거주지원시설과 주거단위의 특성

3.1. 거주지원의 개념

2)앞 책
3)1998년도 노인복지사업지침, 보건복지부, 1998
4)崔聖哉, 고령화사회의 노인시설 유형과 전망, 建築 (9802), p.19
5)주요국의 노인복지제도, 의료보험관리공단, 1991
6)Victor Regnier, Assisted Living Housing for the Elderly, VNR, 1994, p.127

앞에서 살펴본 외국의 사례들에서는 유사한 체계의 집합주거형태가 다양하게 시도되고 있는 것을 알 수 있다. 이것은 기존 노인복지시설들의 문제점을 서비스의 效率性 측면과 보건의료서비스 개선의 측면으로 인식하는 데에 기인한다.

우선 서비스의 효율성 측면에서 살펴보면 기존의 노인집합주거 시설들은 대규모로 도시 외곽에 계획되어 서비스 費用 負擔과 效率性 弱化가 문제가 되었다. 비용과 서비스 이득을 따져볼 때, 질병이나 노쇠로 인한 장애의 정도가 심하지 않은 경우는 재가보호가 더 효율적이고 효과적이지만, 장애의 정도가 심한 경우는 시설보호가 재가보호보다 효과적이다. (Knapp,1986;Tinker,1992)[7]



<그림 2> 시설보호와 재가보호의 효율성과 효과성 비교

(자료:Knapp(1984)p.147)

위 그림은 노인의 의존성이 높아질수록 재가보호의 비용은 높아지는데 비해 서비스 이득은 낮아져 효율성이 떨어지고, 시설보호의 비용은 초기에는 재가보호보다 높게 나타나지만 노인의 의존성이 높아질수록 오름 폭이 적어지고 서비스 이득은 재가보호보다 월등히 높게 나타나는 것을 보여준다.

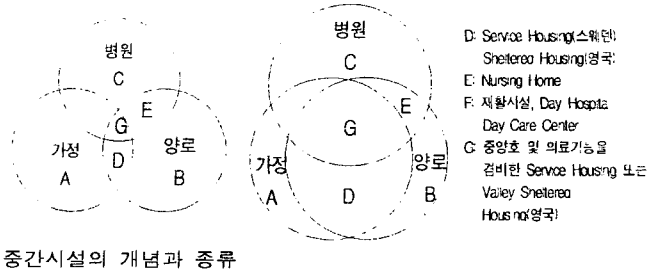
보건의료서비스의 提供體系 및 關聯 需要 측면에서 보면, 노인질병의 특성 상 각종 건강 증진과 예방은 물론 방문보건, 요양, 임종, 재활, 사회복지, 정신보건 등의 다양한 서비스가 個別的으로 제공되기보다는 包括的, 複合的으로 제공되어야 한다.[8] 따라서, 기존의 노인집합주거는 입지적으로 도심지와 떨어져 의료적 대응이 신속하지 못하거나, 대규모 시설 내에 의료시설을 갖추고 있는 형태로서 개개인에게 집중된 연속성 있는 서비스를 기대하기 어려웠던 점이 개선되어야 한다. 운영방식이나 시설환경에 대한 기준은 기존의 관리자 중심에서 사용자 또는 소비자의 욕구와 기호를 중심으로 개편되어야 하며, 지원되는 서비스와 의료 지원체계도 불특정 다수에 대한 대규모 공급체계에서 개인이나 소집단 등의 노인에게 집중된 세심하고 지속적인 醫療供給體系로 전환되어야 한다.

앞에서 언급한 노인 중심의 포괄적 지원서비스가 이루어지려면, 시설운영, 관리기관과 의료 기관은 물론, 의료기관 간의 機能分擔과 連繫가 체계적으로 이루어져야 하며 상호 의존적 관계를 유지하는 것이 필요하다.

노인복지 주거시설에 「居住支援」이라는 용어는 「Provider, Contemporary Long Term Care」 「Retirement Housing Report」와 같은 출판물에서 처음으로 쓰여졌으며, 退職子 住宅事業에서 본격적으로 인식되어졌다. 居住支援은 개인 간호와는 구별되는 개념으로 거주지원시설의 근본목적은 공공기관으로서의 환경보다 나은 주거환경 내에서 노약자들에게 전문성에 입각한 관리·보조 인원과 제한된 건강 프로그램을 제공하는 것이다.

거주지원 시설은 노인을 위한 서비스 제공의 주체인 가정, 양로원, 병원 등의 영역사이에서 그 틈새를 포괄하는 개념의 복합시설로 성격상 중간시설의 하나로 규정할 수 있다. 그러나, Regnier(1994)는 의료의 성격이 강한 노인전문병원, 전문요양시설을 지양하고, 거주지원 시설이 요양소와는 다른 개념에서 재택 간호의 한계를 보완하기 위한 장기노인보호주택으로 인식되어야 한다고 주장한다. Regnier의 개념을 중간시설 개념[9]에 적용하여 비교해 본다면 다음과 같이 해석될 수 있다.

거주지원의 개념은 일반가정과 요양원의 특성을 포괄하는 복합적 성격으로, 노인들의 라이프 스테이지에 맞춰 유연성 있는 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있다. 그러므로, 노인들이 질환이나 발병으로



중간시설의 개념과 종류

<그림 3> 거주지원시설의 개념과 위치

인해 새로운 환경으로 이주해야 하는 불편을 겪지 않고, 그들이 머물던 자신의 집과 같이 익숙한 곳에서 지속적인 간호 보조 서비스를 받을 수 있는 환경이 조성될 수 있다. 따라서, 서비스 체계의 集約的 使用이 가능하고 노인 개인에 대한 지속적이며 세심한 의료 및 생활보조 서비스가 제공될 수 있다.

시설마다 차이는 있지만 평균적으로 75세에서 85세 사이의 노인들을 대상으로 하고 있으며, 주로 지원되는 서비스는 목욕 보조와 화장실 보조 서비스이며, 대,소변을 받아내는 일도 포함된다. 식사서비스를 위해 마련된 공용식당과 기타 공용시설-수영장, 체육관, 일반 클리닉 등은 지역사회의 이웃 노인들과 주민들에게도 개방되어 있다. 이것은 거주지원시설이 社會的 相互作用을 중요시하는 地域據點 서비스施設로서의 역할을 수행할 수 있다는 것을 보여준다.

'거주지원' 이란 障碍期 노인들의 물리적, 심리적 부적응 요인을 최소화하고, 최대한 노인들이 생활하던 환경과 비슷한 여건을 조성하여 줌으로써 노인들의 자립심과 거주자 공동의 생활을 통한 상호의존성을 유지시키면서, 변화하는 생활능력 단계에 맞는 定住의 槪念을 강화하여 효율적이며 지속적인 서비스를 제공하고자 하는 노인거주시설의 새로운 개념이라고 정리할 수 있다.

7)崔聖載, 高齡化社會의 老人施設 類型과 展望, 건축(9802), p.16에서 재인용
8)의료시설계획 과정 한국보건관리 연구원 (97.10)
9)前방信雄, 노인의 보건과 의료, 日本評論社 (1987) 이규식 외, 노인의 료비 절감방안에 관한 연구보고서, 보건의료정책연구소 (1989) p.150

3.2. 거주지원시설의 특성

대개의 노인관련시설이 생리적 노화에 의한 신체 장애가 있는 노인들과 치매나 알츠하이머와 같은 인식 장애가 있는 노인들을 구별하여 따로 수용하고 있다. 그러나, 치매나 알츠하이머 환자들을 특별한 사람으로 취급하여 격리시키는 것보다는 특수한 보살핌이 필요한 사람으로 이해하려는 관점에서 보다 안락한 느낌의 낯익은 환경을 제공하고, 일상적인 행동들을 지속시킬 수 있도록 하는 것이 중요하다. 거주지원시설은 의료서비스기관보다는 일상생활의 조력기관에 가깝고, 대부분 규모가 작고 가족과 같은 규모로 운영되므로,[10] 노년의 심리적 부담을 덜어주고 사회적인 관심과 교류를 활성화시키기 위한 시설로서 신체 장애노인과 인식 장애노인을 함께 수용할 수 있는 최적의 모델로 선택되었다.

<표 2> 거주지원시설의 사례-거주자의 특성

명칭	거주자 평균연령	거주자 수	부부의 수	인식장애	목욕보조	배변보조	화장실 보조
Jan van der Ploeg	77.0	84	5	2%	18%	NA	NA
Rosewood Estate	82.5	69	4	6%	50%	20%	30%
Bergzicht	70.0	78	20	3%	NA	NA	NA
Kuuselan Palvelukoti	76.0	57	6	20%	10%	5%	14%
Nyboder -gaarden	82.0	54	0	35%	83%	50%	83%
Sunrise	82.0	60	0	40%	100%	25%	25%
Woodside Place	80.8	36	0	100%	92%	28%	69%
Captain Eldridge	83.2	19	2	21%	32%	16%	0%
Lesjatun	78.0	15	0	0%	53%	27%	0%
Hasselknuten	85.5	6	0	100%	100%	83%	83%

유럽과 미국의 모델 중에는 중증의 치매 환자를 일반거주시설의 격리된 층이나 주거단지 내의 한편에 계획된 소규모 주거로 옮겨, 세심하게 통제된 그곳에서 자유롭게 돌아다니거나 치료요법의 하나인 일상행위를 지속시킬 수 있도록 배려하고 있다.[11]

Keren B. Wilson은 물리적 경영관리 환경의 6가지 특성-프라이버시(Privacy), 위엄(Dignity), 선택(Choice), 독립(Independence), 개성(Individuality), 집과 같은 환경(Homelike Surrounding)을 바탕으로 노인 거주지원시설에 대한 4가지 개념을 도출하였다.[12]

1. 개인 소유의 공간을 만들어야 한다.
2. 독특한 개인의 특성을 존중해 주어야 한다.
3. 간병인, 가족구성원, 거주인 사이에 책임을 분담하라.
4. 거주자 스스로 선택하고 조절할 수 있도록 한다.

10)문제현,정기선,「새로운 의료-90년대의 의료와 전망」대한병원협회지 (1991) 「The New Medicine-Reshaping Medical Practice & Health Care Management」(Russel C. Coile /Jr.President of Health Forcasting Group)를 번역한 것임.

11)Victor Regnier,「Assisted Living Housing for the Elderly」 VNR (1993) p.36

12)윗 책, p.36

3.3. 거주지원 노인주거단위의 특성

한 주거단위의 영역은 몇 개의 주거가 모여서 이루어진 소규모 그룹과 그 그룹 내의 거주자들에 의해 함께 공유되는 공용공간을 포함한다고 볼 수 있다. 각각의 주거단위공간은 독자성을 가질 수 있으며 거주자들은 그 속에서 소속감을 느낄 수 있다. 집단생활이 이루어지는 균일화된 주거에서는 실의 규모와 주거시설을 변형시킴으로써 주거공간의 개인화를 유도할 수 있다. 또한, 가족, 친지들의 방문이나 공동체 내의 왕래가 이루어지는 곳으로 활발한 사회화의 장으로서 대상에 따라 한정된 공간 내에서 다양한 행태들을 수용할 수 있도록 공간의 가변성을 고려하여 계획하여야 한다.

단위주거의 거주자 그룹 별로 생활보조원이나 정규직원이 일상생활의 프로그램을 진행하도록 생활보조 서비스를 지원하며, 장애의 경중 정도에 따라 간호사, 간호보조사가 관리하기도 한다. 그렇지만, 전문 간호와는 달리 최대한 노인들의 활발한 그룹활동을 통해 생활능력을 고양시키는 데에 주안점을 둔다.

(1) 주거단위 공용공간의 구성

주로 공용공간의 기능은 복도와 같은 통로기능이 많은 부분을 차지하는데, 사회적 교류의 중요한 흐름을 형성하는 매개공간으로 그 형태에 따라 거주자들 간의 정보, 의사소통이 정형화된다고 해도 과언이 아니다. 따라서, 단순한 통행의 차원에서가 아니라, 노인들의 활동에 도움이 되는 자극과 활기를 주는 공간이동의 과정적 치료환경으로서 고려되어야 한다.

주거단위의 각 개인주거공간과 기능실들을 연결하는 연결통로부분의 조합방식에 따라 회랑형, 편복도형, 중복도형, 떨기형, 코아형으로 분류할 수 있다.

공동으로 사용하는 기능실들은 하나의 주거단위를 기준으로 구성되거나 이용률이 적은 시설의 경우, 시설 당 1개소를 갖추고 있는 것이 보통이다. 식당과 작은 주방, 공동욕실은 기본적으로 갖추고 있으며, 라운지와 까페, 휴게실 등의 휴게공간과 의무실이나 진찰실, 기능회복실이나 운동실을 갖추기도 한다.

(2) 주거단위 주거공간의 구성

노인주거공간은 거주지원시설 내에서 가장 사적인 공간으로 노인에게 자신의 집과 같이 느끼도록 배려하여야 한다. 자신의 취미나 여가를 위한 활동을 할 수 있는 작은 여유공간과 개인물품을 진열해 놓을 수 있는 빈 벽이나 가구들을 할애하는 것이 바람직하다.

대부분 노인들의 연고지와 근접한 지역사회 내에 위치하게 되므로 가족이나 친지의 방문 등 사교적 활동이 활발하게 이루어지고, 필요에 따라 가족들이 머무르면서 시중을 들기도 하므로 거실과 여분의 공간을 확보하는 방안을 세워두는 것이 권장된다.

시설의 위치, 시설의 운영방식, 거주자의 연령에 따라서 노인주거를 구성하는 기능실들이 각 시설마다 차이를 보여주는데, 거주지원시설 내 노인주거공간의 실 구성사례를 각 시설의 거주자 프로필과 실별 유형, 개인주거공간의 기능실 면적 등을 비교하여 보았다.

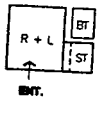
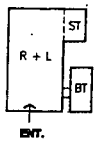
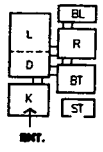
<표 3> 노인 주거공간의 실 구성 사례

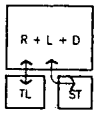
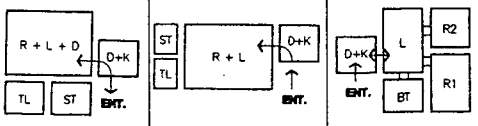
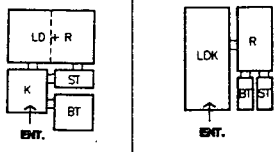
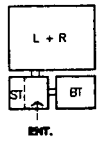
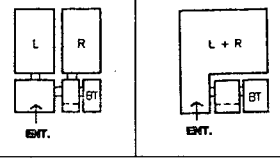
구분 / 사례	평균 수명	유형구분		실별 평수										
		거주 인수	유형	R2	R1	L	D	K	BT	TL	ST	E	BL	계
Hasselknuten	85.5	1	A	-	24.75			-	4.8		3.6	-	-	33.15
Captain Eldnge	83.2	1	A	-	13.2		5.4	-		2.34	3.8	-	-	24.50
Congngatu			B	-	13.2		5.67	-		2.21	4.59	-	-	25.67
Housing			C	-	14.64		10.56	-		2.21	4.42	-	-	31.83
			D	-	16.88		10.56	-		2.21	3.16	-	-	32.61
			E	-	17.2		7.06	-		2.38	2.31	-	-	28.95
			F	-	19.89		6.94	-		2.34	1.98	-	-	31.15
		2	A	13.6	12.2	13.05	5.67		6		3.3	-	-	53.92
			B	-	17.63		7.13	-		2.1	3.5	-	-	30.36
Rosewood	82.5		A	-	26.24			7.2	3.56		1.44	-	-	38.44
Estate			B	-	12.07	24.56			3.15		3.15	-	-	42.93
			C	-	12.96	19.79	7.64		3.68		2.16	-	-	46.20
Nybodergaaden	82.0		A	-	17.86		-	-	4.94		3.8	-	-	22.60
Sunrise	82.0	1	A	-	13.2	13.2	-	-	6.27		-	6.27	-	38.94
Retuement Community			B	-	19.2		-	-	6.65		-	2.1	-	27.95
			C	-	14.88		-	-	6.3		-	3.15	-	24.30
			D	-	24.02		-	-	6.65		-	2.1	-	32.70
Woodside	80.8		A	-	52.2				5.28		3.3	-	-	60.78
Place			B	-	19.35				5.0		1.54	-	-	25.89
Jan Van der Ploeg	77.0			-	11.02	20.16		8.88	6.09		-	-	4.7	50.85
Kuuselnan	76.0	1	A	-	15	25.92			5.63		1.44	-	-	48.00
			B	-	13.5	24.48			5.63		1.44	-	-	45.05
			C	-	12.35	18.9	11.18	-	5.22		7.3	-	-	55.25
Bergzicht	70.0	2	A	9.3	13.5	25.61		5.2	5.7		1.5	8.94	4.08	73.83
		1	A	-	17.1	25.61		5.2	6.65		0.9	7.18	4.08	66.72

R:침실, L:거실, D:식당, K:주방, BT:욕실, TL:화장실, ST:창고, E:현관부분, BL:발코니

비교한 결과, 연령이 낮을수록 침실과 거실, 식당과 주방이 분리되어 있고 별도의 화장실, 욕실을 갖추고 있는데 비해, 연령이 높을수록 유사기능이 통합되며, 거동이 불편하여 목욕서비스를 필요로 하는 노인들은 공용욕실을 사용하는 것으로 나타났다. 창고는 연령에 상관없이 3-4.5m^{2}정도를 별도로 소유하지만, 고령자일수록 발코니와 현관부분이 축소되거나 없는 형태가 많다.

거주지원시설의 노인주거공간은 대체적으로 1인실과 2인실을 혼합하여 갖추고 있으며, 실내 공간구성 유형은 시설마다 조금씩 차이를 보이고 있다. 각 시설의 거주인 수와 주거공간의 유형별로 실 구성 형태를 분석하여 보면 다음과 같다.

	1인 거주		2인 거주
	A	B	A
WOOKSIDE			
JAN VAN DER PLOEG			

	1인 거주		2인 거주
	A	B	A
HASSELKNUTEN			
APTAIN ELDRIDGE CONGREGATE HOUSING			
ROSEWOOD			
NYBODERGAADEN			
SUNRISE			

<그림 4> 시설별 실 구성 형태

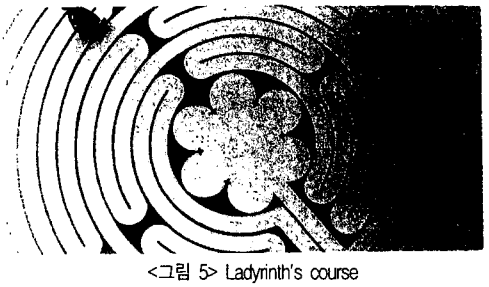
4. 거주지원 노인 주거단위의 실내디자인 요소

4.1. 주거단위 공유영역의 활성화

(1) 통로공간의 구성

개인주거공간을 연결하는 통로공간은 획일적인 일과성의 형태를 지양하고 노인들에게 시설같은 느낌을 주지 않기 위해서 결절점형태를 도입하여 작은 마디공간들을 형성함으로써 사회화라는 또 하나의 개념을 수용하게 된다.

샌프란시스코의 California Pacific Medical Center에 설치된 Labyrinth course는 복도공간에 끊기거나 막힘이 없이 연속적으로 순환하는 형태의 패턴을 사용하여 방황하는 증상이 있는 치매환자에게 효과적인 길잡이 역할을 하고 있다.[13]



<그림 5> Ladyrinth's course

13)Pioneering Hospital Installs Labyrinth AESCLEPIUS (97'summer)

노인주거단위의 공간구성에 회랑형과 아트리움을 선호하는 추세인데, 이는 내부로의 빛의 유입량이 클 뿐 아니라, 노인들에게 다양한 공동생활이 가능한 공간으로서 활용도가 높기 때문이다.

공유영역의 활성화를 위해서는 주로 일상적인 생활과 관련된 행위들-담화, 일상생활 및 취미생활, 물리치료 기능, 갤러리와 같은 다양한 행태를 수용하여야 한다.

(2) 주거단위의 경계조절

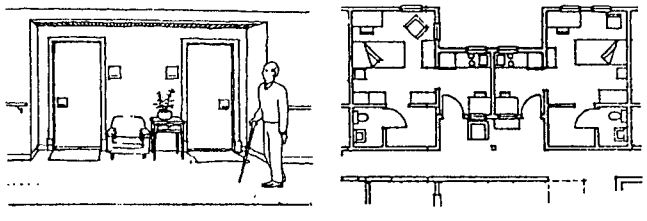
영역성은 사람이 생활해 나가는 모든 공간에서 소유(Possession), 개인화(Personalization), 통제(Control), 방어(Defense)의 복합적 특성을 나타낸다. 거주지원시설은 다른 노인관련시설들과 달리 개인주거에 대한 소유개념이 강하게 나타나므로, 이에 따른 개인화의 과정이 활발하게 이루어지며, 권장되고 있다.

따라서, 노인들의 시설 내 환경에 대한 적응력을 키우기 위해 공간구성요소와 시각적 장치-길찾기 요소를 적절히 배치하여, 공간 내에서 노인들이 혼란에 빠지지 않도록 식별성을 주어야 한다.

①공간적 장치

비대칭적 공간 구성으로 공간의 위계를 빨리 인식할 수 있도록 해야 하며, 공간별 구성요소-벽, 기둥, 천정의 조합방식을 차별화하거나 동일패턴을 점진적, 순차적으로 진행시킴으로써 공간에 방향성을 주고 동일패턴의 적용 시에는 재료의 변화로 차별화 한다.

개인주거공간의 출입구 부분에 알코브를 형성하여 사적 프라이버시를 보호하고, 공유영역에서 개인영역으로의 진입을 순조롭게 유도할 수 있는데, 그 형태나 배치의 변화로 공간의 특성을 인식시키거나 거주자의 개성이나 프로필을 알 수 있도록 하여 식별성을 강조할 수 있다.



<그림 6> Captain Eldridge Congregate Housing

②시각적 장치

공간을 이용하는 사람에게 메시지를 전달하는 방법 중 가장 직접적이며, 효율적인 방법은 시각에 호소하는 방법으로, 주거단위 내에서 각 영역 사이의 경계를 조절하는 방법은 소유를 상징하는 정보, 동선의 흐름을 유도 또는 방지하는 패턴, 표식, 영역을 나타내는 색채계획을 포함한다.

개인주거공간의 출입구에 개인소유를 암시하는 시각물을 설치하여 공유영역의 사용자나 직원과 거주자 사이의 간접적인 의사소통의 도구로 활용한다. 주거단위 내의 개인주거 출입구의 공간패턴이 동일할 경우, 각 출입구의 문틀이나 문 색상, 모양 등을 차별화하여 거주자의 개성이 나타나도록 하며, 출입구 옆 벽면에 거주자의 프로필을 알리는 싸인물을 부착한다.

Corinne Dolan's Alzheimer Center의 기준층 공유공간에 형성된 배회복도를 보면 주의가 산만해지기 쉬운 치매노인들을 집중시키고 식별성을 주기 위해 재료를 분리하고, 나무결을 이용하여 공간의 방향을 암시하고 있다. 치매노인들은 2차원적 물체를 3차원으로 보는 경향이 있으므로 갈색바닥에 베이지색 테이프를 붙이면 테이프를 장애물로 인식하여 배회를 막아주는 한 방법이 될 수 있다.[14]

4.2. 주거단위의 디자인 요소

(1) 주거공간의 개인화 요소

주거공간을 자신의 집과 같이 느끼도록 하기 위해서는 노인이 거주하는 공간에 쉽게 적응하여 애착을 갖고 생활할 수 있도록 다음과 같은 사항을 고려하여야 한다.

①개성의 표출

개인의 취향이나 개성을 나타낼 수 있는 개인소지품을 진열하거나 각 주거공간의 내부 실내재료들을 다르게 적용함으로써 치매노인들에게 식별성을 주고 확실하게 자신의 소유임을 자각하면서 능동적인 거주자로서 자신의 거주공간에 적응할 수 있도록 한다.

②선택, 조절의 기회

시설을 사용하는 노인들이 자신의 역량에 따라 환경여건을 선택하거나 조절할 수 있도록 배려함으로써 자신의 생활능력에 대한 자신감을 갖도록 한다. 입주 시 노인들에게 기본형으로 몇 가지 유형을 제시하여 자신의 취향과 요구에 맞춰 실 유형이나 마감재료, 색상을 선택할 수 있는 여지를 주어서 노인들의 생활욕구를 자극하고, 자신의 공간임을 쉽게 인식하도록 한다. 또한, 노인들의 신체적 조건에 맞춰 사용하는 가구나 설비를 조작하기 쉽게 하여 스스로 환경을 조절하는 데에 지장이 없도록 한다.

(2) 주거공간의 가변화 요소

노인시설의 新築 시 은퇴 직후인 60-65세의 노인층이 입주하는 비율이 높지만, 시간이 감에 따라 70-85세의 노인층으로 거주인이 노화므로 노인 거주시설을 계획하는 경우 이러한 점을 감안하여 시설의 디자인 기준을 고려한다.[15] 노인 거주자들의 장기적인 입주를 위해서는 변화하는 그들의 生活方式이나 生活能力을 최대한 수용해야 하는데, 이를 위해 실내구성요소들의 일부를 손쉽게 이동하거나 조작함으로써, 라이프 스타일, 라이프 스테이지, 거주인의 변화에 따라 공간의 효율적인 可變化를 실현시킬 수 있는 방식을 제안할 수 있겠다.

①라이프 스타일에 따른 가변화

노인이 손님을 맞이하여 함께 시간을 보낼 수 있는 공간을 배려하여, 필요에 따라 가족이 노인을 돌볼 수 있도록 한다. 개인적인 소일

14)Jain Malkin, Hospital Interior Architecture, Van Nostrand Reinhold, 1992, p.400
-조일아, 치매노인 요양시설의 배회복도에 관한 연구, 홍익대 산미대학원 석사논문, 1997, p.32에서 재인용

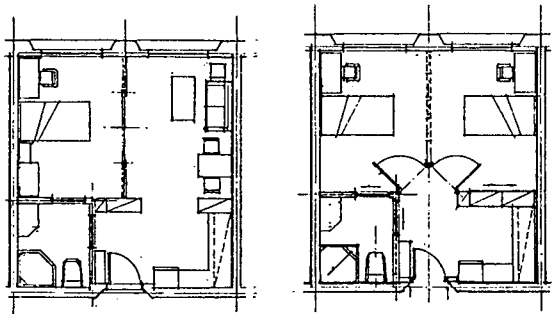
15)임철우, 노인의료시설의 계획, 대한병원협회지(9412), p.32

거리를 즐길 수 있도록 주거공간 내에 작은 탁자와 책상, 의자를 배치하여, 필요에 따라 식탁으로 활용할 수 있도록 한다.

②연령별 변화에 따른 가변화

노인은 자신의 주거공간을 스스로 관리할 능력이 점점 떨어지므로 보다 작은 공간을 원하게 되며, 한 공간에서 여러 가지 기능을 수용할 수 있기를 기대한다. 또한, 고령일수록 목욕이나 식사, 식사준비 등의 서비스를 더 필요로 하므로, 주거공간 내의 욕실과 주방기능은 축소되거나 없어지는 경우가 많다.

노인들이 노쇠함에 따라 더 많은 생활보조서비스를 필요로 하게 되는데, 각자 개실화되어 있는 주거공간은 직원동선이 길어지므로 잘 갖춰진 감시체계에도 불구하고 응급상황에서 서비스 제공의 효율성을 떨어뜨릴 수 있다. 따라서, 1인이 사용하던 개인주거공간을 가변화 요소를 사용하여 2인실로 사용하는 방안이 선호되고 있다.



a) 1인주거 b) 2인주거

<그림 7> 계획사례

5. 결론

거주지원 개념의 적용은 시설환경에 대한 개념에서 환경의 치료적 기능이 부각된 데에서 비롯된 것으로 볼 수 있다. 이러한 개념은 노인의 신체적 능력변화에 알맞는 생활보조 서비스를 제공하여 최대한 그들의 일상생활 능력을 지속시키며, 노인들에게 연속성 있는 주거 및 주변 생활환경을 제공하여 자립적인 생활을 영위하도록 한다는 데에 목적을 두고 있다.

노인거주시설로서 각종 서비스 제공의 중심단위는 노인들의 다양한 생활능력과 취향을 수용할 수 있는 개인주거와 이들이 소규모 그룹핑된 주거단위이며, 주거단위 별로 공용 휴게실, 소규모 공동취사공간 등이 거주자들 간의 친목과 공동작업치료를 위해 포함된다.

따라서, 본 연구에서는 거주지원시설 내에서 노인들에 대한 직접적인 서비스가 이루어지는 노인의 개인주거공간과 주거단위를 중심으로 연구를 진행하여 각 주거단위 별 사회성을 촉진시키기 위한 경계조절장치와 시각적 단서, 각 개인주거공간에 대한 적응력을 높이기 위한 개인화 요소와 가변적 요소의 적용에 대하여 알아보았다.

이러한 디자인 개념은 결국 개인화와 사회성으로 대별될 수 있으며, 주거단위공간의 공유영역과 개인주거공간에 대한 연구결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 거주지원의 개념은 기존의 노인복지거주시설에 주거성을 강화하고 지역사회와 연계함으로써, 노인들의 개인생활과 능동적인 사회적 활동을 유지시킴과 동시에 노인들의 생활능력정도에 따라 효과적이며 유연성 있는 서비스를 제공하려는 데에 목적이 있다.

둘째, 주거단위의 공유영역은 거주자 공동체의 활발한 교류를 위해 다양한 모임의 장소를 제공해야 하며, 준사적 영역으로 구별되는 개인주거공간의 출입통로부분에 다양한 개인화 요소를 활용하여 식별성 있는 환경을 조성한다.

셋째, 개인주거공간의 개인화는 노인들이 시설에 대한 거부감을 버리고 애착을 갖도록 하는데 중요한 요소이며, 노인들의 변화하는 라이프 스타일이나 생활능력에 따라 신축성 있게 조절될 수 있는 가변화 요인을 감안하여 선택의 기회를 줌으로써, 노인들이 자신의 주변여건과 환경을 통제할 수 있다는 자신감을 줄 수 있다.

참고문헌

1. 김화경, 거주지원 노인 주거의 공간구성과 실내디자인에 관한 연구, 홍익대, 석사논문, 1998
2. 노인복지사업지침, 보건복지부, 1998
3. 임철우・윤종숙, 노인을 위한 공간, 경춘당, 1993
4. Alfred H. Baucom, Hospitality Design for the Graying Generation, Wiley, 1996
5. Jane Malkin, Hospital Interior Architecyure, V.N.R., 1992
6. Thomas D. Davies, Jr., Accessible Design for the Hospitality, M.G.H, 1994
7. 서혜경, 고령화사회의 의의와 의미, 건축 9802
8. 송성진, 북미지역의 노인시설 유형과 실태, 건축 9802
9. 정무웅・정기남, 한국 유료양로원의 현황 및 공간구성 특성에 관한 연구, 대한건축학회논문집, 1997.8
10. 조일아, 치매노인요양시설의 배회복도 실내디자인에 관한 연구, 홍익대 석사논문, 1997
11. 문제현・정기선, 새로운 의료-90년대의 의료와 전망, 대한병원건축협회지
12. 최성재, 고령화사회의 노인시설 유형과 전망, 건축 9802
13. Elizabeth C. Brawley, Designing for Alzheimer's Disease, AESCLEPIUS, 1997
14. Victor Regnier, Assisted Living Facilities for the Elderly, V.N.R, 1993
15. Victoria Stone, Pioneering Hospital Installs Labyrinth, AESCLEPIUS, 1997
16. 守山久子・犬飼造子, 何か正しい? 高齢者施設の 設計常識, Nikkei Architecture 9702