

АРХИТЕКТУРНЫЕ ПОДХОДЫ К АКТУАЛИЗАЦИИ ФОРМАТА ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ

Рябушкин Никита Владимирович,

аспирант,
научный руководитель: кандидат архитектуры, профессор В.В. Кочергин,
Московский архитектурный институт (государственная академия),
Россия, Москва, e-mail: ryabushkin.99@mail.ru

УДК: 721.01

Шифр научной специальности: 2.1.12

DOI: 10.47055/19904126_2026_1(93)_4

EDN: DJNKJV

Тип статьи: RAR Научная

Аннотация

В мире отмечается потребность создания здравоохранительных программ поддержки пожилого населения, при этом необходима реформация существующих учреждений. В статье рассматривается феномен «совместностей в городе» как концептуальный источник актуализации форматов гериатрических социально-медицинских центров (МСЦ) сопроводительного проживания. Проанализированы примеры из мирового опыта и современных тенденций организации центров гериатрии и обобщены модели и структурные схемы подобных комплексов. Обоснованы перспективные форматы МСЦ, изложена их архитектурная программа, универсальный состав компонентов, а также обобщены значимые параметры архитектурного решения гериатрических центров.

Ключевые слова:

архитектура медицинских зданий, терапевтическая среда, центр сопроводительного проживания, гериатрический центр, дом престарелых

ARCHITECTURAL APPROACHES TO ACTUALIZING THE FORMAT OF GERIATRIC CENTERS

Ryabushkin Nikita V.,

Doctoral student,
Research supervisor: Professor V.V.Kochergin, PhD (Architecture),
Moscow Architectural Institute,
Russia, Moscow, e-mail: ryabushkin.99@mail.ru

УДК: 721.01

Шифр научной специальности: 2.1.12

DOI: 10.47055/19904126_2026_1(93)_4

EDN: DJNKJV

Type: RAR Scientific

Abstract

Globally, there is a need to create healthcare programs to support the elderly population, and it is essential to reform existing institutions of this kind. This article examines the phenomenon of «urban co-location» as a conceptual source for updating the formats of geriatric social and medical centers (SMCs) offering assisted living. Examples from global experience and current trends in geriatric center

organization are analyzed, and models and structural diagrams of such complexes are summarized. Promising SMC formats are substantiated, their architectural program and universal composition of components are presented, and significant parameters for the architectural design of geriatric centers are summarized.

Keywords:

healthcare architecture, therapeutic environment, center for assisted living, geriatric center, nursing home

Введение

На фоне общемирового старения населения и росте смертности от гериатрических синдромов для организации поддержки пожилого населения необходимо принятие мер для улучшения текущей ситуации, в том числе благодаря созданию доступных гериатрических комплексов^{1,2}. Особенно остро эта потребность наблюдается в России, поскольку на основе совокупности публикаций СМИ, независимых оценок состояния существующих центров и оценки мнения населения в российском обществе отмечается спорное отношение к центрам гериатрии и низкое качество предлагаемых населению программ³. Во многом это объяснимо безальтернативностью интернатным форматам и низкой развитостью рынка подобных услуг⁴.

В России распространенным типом учреждений длительного содержания пожилых людей являются психоневрологические интернаты (ПНИ). Их количество возрастает, в них проживает 149 тыс. человек (на основе оценок). К самостоятельной жизни дома возвращается лишь 1% пациентов, что демонстрирует несостоятельность текущих программ⁵. При этом ряд социальных, правовых предпосылок делают модель сопроводительного проживания в текущих форматах оказания услуг невозможной для развития на рынке.

Актуальность пересмотра формата институтов длительного пребывания людей с психоневрологическими синдромами также поддерживается инициативами ВОЗ о реструктуризации подобных центров в модели ассистированного проживания⁶. Резюмируя сказанное, можно заключить, что в текущих реалиях необходим поиск альтернативных форматов социально-медицинских центров сопроводительного проживания пожилого населения, в организации которых должны лежать программно и структурно иные основания, чем в существующих.

Объект исследования. Типологические и архитектурные особенности центров гериатрии.

Предмет – архитектурно-пространственные подходы к формированию гериатрических центров, архитектурная программа, структура, компоненты и пространственные особенности подобных центров.

Цель исследования. Актуализировать формат гериатрических центров длительного пребывания пациентов, обозначив значимые программные, структурные, типологические и архитектурные особенности.

Задачи исследования: выявить предпосылки актуализация форматов МСЦ, проанализировать успешные примеры организации подобных центров, на их основе верифицировать модель МСЦ сопроводительного проживания, сформировать ее универсальную программу, выявить значимые компоненты и архитектурно-пространственные особенности подобных центров.

Гипотеза исследования. Предполагается доказать, как малоэффективные, изолированные институциональные модели центров оказания поддержки пожилому населению могут быть реор-

ганизованы в формат сопроводительного проживания в близкой к домашней, гуманной среде МСЦ с развитой общественной программой на базе центра, что делает его городской общественной платформой. Также планируется верифицировать, как выявленные архитектурные и структурные особенности центров способствуют социализации и стабилизации состояния пациентов.

Научная новизна работы заключается в переосмыслении подхода оказания социально-медицинской поддержки пожилого населения в ключе деинституциализации интернатной формы и приоритета формата сопроводительного проживания. Автором выдвинута систематизация целевых моделей подобных комплексов с выявлением предпочтительных, на основе критической оценки существующих учреждений методом «оценки после заселения» (РОЕ – post occupancy evaluation) обоснована модель гериатрического комплекса сопроводительного проживания в формате «городской деревни»⁷, обоснованы ее средовые, объемно-пространственные характеристики, а также сформированы структурные схемы и универсальная программа подобных комплексов.

Степень изученности проблемы. Учитывая сопряженность исследования с медицинскими науками, обращение к литературе медицинской тематики позволяет сформировать базовые представления о реабилитационных и терапевтических практиках. Так, публикации К. Петерсон, А. Райта, Е.В. Михальчи, Н. Карагеоргий освещают особенности восприятия пространства людьми с возрастными и когнитивными расстройствами и раскрывают аспекты реабилитационных подходов, влияющих на формирование архитектуры и структуры МСЦ. Труды Дж. Харриса, Л. Топфера, Дж. Омарджи, Эс. Форда обобщают перспективные направления развития центров гериатрии. Подходы архитектурно-пространственного решения центров рассматриваются в трудах П. Шмига, С. Эльмшталя, С. Аннерштеда, Дж. Маркуорд, А. Неттена, Эр. Пассини.

Методология исследования. Обзор, сопоставление научных работ, графико-аналитический метод, изучение отдельных примеров геронтологических комплексов, непосредственное посещение учреждений, их натурное обследование, общение с целевыми группами (медицинским персоналом, социальными работниками, пациентами).

Предпосылки актуализации формата медицинско-социальных гериатрических центров (МСЦ) сопроводительного проживания

В городах возрастает спрос на пользовательские качества, разнообразие его программ, где высокий уровень сплочённости и устойчивости социальных связей горожан становятся характеристиками его витальности. Рассматривая шире обозначенную проблему в области здравоохранения, можно отметить кризис государственных институтов, безальтернативность многих программ, так, к примеру, психоневрологические интернаты (ПНИ) и дома престарелых не являются состоятельными платформами оказания услуг и решением здравоохранительных задач. Автором выдвигается тезис, что феномены целенаправленных сообществ и «городских совместностей»⁸ побуждают к альтернативным способам предоставления подобной поддержки, отличным от текущего формата упомянутых институтов. Частью идеи совместности выступает концепция «целенаправленного сообщества»⁹ – идейного объединения людей как с близкими взглядами, так и разделяющих общие задачи, идеи, хозяйство и быт. К примеру, деинституциализированные объединения совместного проживания людей с ограниченными возможностями здоровья как «городские деревни» для больных гериатрическими синдромами являются перспективными моделями организации подобных центров [2].

В мире наблюдается кардинальная трансформация спецучреждений интернатного типа и домов престарелых в модель гериатрического «поселения» с медицинским сопровождением¹⁰. Им свойственны: близкая к домашней среде и загородного формата жизни обстановка, сообщества малых групп в низкоэтажных корпусах малой вместимости, многообразие программ досуга и труда, проживание в вариативных форматах при сопровождении медицинскими работниками, развитые программы терапии, реабилитации; инфраструктура экстравертирована вонне центра – поливалентная, гибкая в эксплуатации структура, что расширяет ее использование жителями города и меняет представление о формате оказания медицинско-социальной поддержки пожилого населения [1]. Подобный опыт верифицирует возможность организации более эффективного и гуманного формата оказания таких услуг, что, как следствие, требует актуализации подходов к архитектурному воплощению рассматриваемых центров.

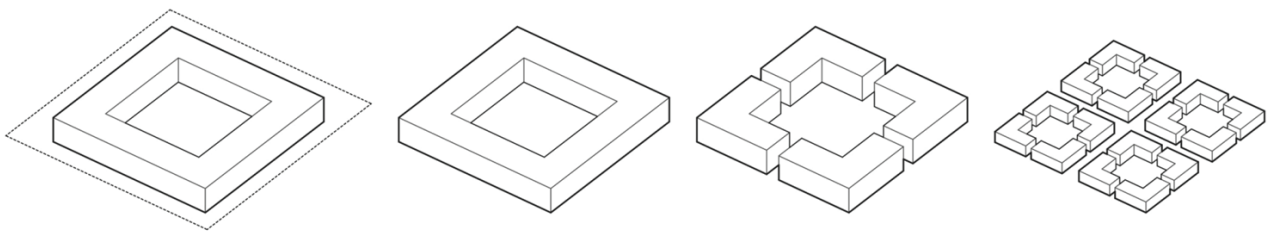
Социально-медицинский гериатрический центр сопроводительного проживания в формате «городской деревни» как перспективный формат гериатрических комплексов

Среди примеров центров сопроводительного проживания, основанных на концепции целенаправленного сообщества, стоит отметить, в первую очередь, европейский опыт. Такие объекты, как: Хогевейк в Нидерландах (арх. Molenaar&Bol&Van Dillen, 2009), Альцгеймер-Виллидж во Франции (арх. NordArchitects. 2020), Ноэ Вардхайм в Норвегии (арх. NordArchitects. 2019), Карпе Диэм в Норвегии (арх. Nordic Office of Architecture, 2020) и некоторые другие, – послужили радикальной трансформации изолированных специальных учреждений в формат «поселения»¹¹, ассистированного проживания.

Общие принципы, свойственные упомянутым комплексами, воплощаются в таких условиях, как благоприятная среда и окружение – малоэтажная, гуманная, приближенная к загородному формату среда с полным оснащением компонентов из привычной жизни (мастерские труда и досуга вплоть до приусадебного хозяйства: сады, огороды и фермы, гостиные, прачечные и другие бытовые помещения (само)обслуживания пациентов, кухни-столовые для самостоятельного приготовления еды); добровольное проживание при сопровождении персоналом: вариативные форматы одноместного/ семейного/ совместного проживания, амбулаторного посещения, центры дневного ухода, патронажное отделение, развитые программы реабилитации, неинституциональная организация: прозрачная, поливалентная форма, направленная на вовлечение сообщества пациентов в связь с другими сообществами поселения (с детскими домами, школами, волонтерскими, религиозными и другими организациями, с жителями через совместные мероприятия и деятельность), волонтерская и просветительская активность на базе комплекса [7].

Анализ существующих и перспективных комплексов из мирового опыта позволил выявить особенности структуры, архитектурных и планировочных, объемно-пространственных и средовых характеристик центров. Так, центры различны по структуре их проницаемости в зависимости от модели: Уровень транспарентности модели и интеграции в городские процессы – первичный аспект в актуализации формата МСЦ. Подобному представлению удовлетворяет морфотип деревни-в-городе. Его характеризует высокоплотная малоэтажная застройка с широким разнообразием программ, доступным как местным жителям, так и пациентам, что формирует городские сообщества в среде и что исключается в моноструктурах (высокоцентрализованных, изолированных комплексах).

Целевые модели участка для реализации структурных схем различны. Рассмотренный опыт выделяет, как минимум, три целевые модели.



обособленная моноструктура

Централизованная, институциональная модель, имеет выраженные границы, контрольно-пропускной режим и не подразумевает вовлечение горожан к реализуемым программам. Архитектурно характеризуется низкой парцелляцией структуры, «монолитным» формообразованием. Воплощает изолирующий подход, не становясь городской платформой «третьего места». Связь с окружающими сообществами отсутствует.

моноструктура-в-себе

Модель характеризуется периметральным расположением корпуса или группы связанных блоков, которые, замыкаясь, образуют единый фасадный фронт. Так комплекс собственным объемом составляет закрытый контур – замкнутое каре или кольцевую структуру. Связь локальных сообществ посредственная, для проживающих предлагаются социальные и досуговые программы в границах собственной моноструктуры. Сообщество-в-себе.

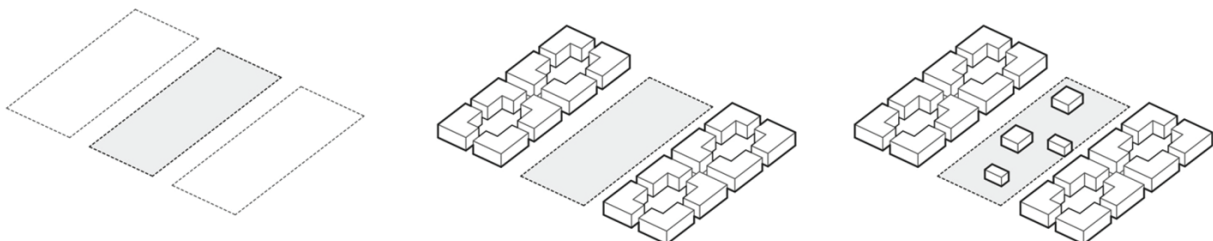
квартал-деревня

Формируется группой корпусов низкой и высокой парцелляции, интегрированных в городскую среду, благодаря взаимной неопосредованности структур пространственно разнесенные функции получают возможность совместного использования различными группами населения через матрицу возможностей, предоставляя гетерогенность – многообразие реализуемых программ и вариантов их использования, предполагая сотрудничество с окружающими комплекс городскими сообществами.

кластер-деревня

Развитая пространственная модель, расширяющая воплощение центра геиатрии. Реализуется комплексное развитие территории посредством возникновения на базе центра жилых и общественных функций. К примеру, на участках, имеющих высокий рекреационный потенциал, могут включаться санаторные, гостиничные комплексы как для размещения туристов, так и навещающих. Возникает экстривертыванная вовне модель центра, привлекающая в своей эксплуатации внешние ресурсы, доступные на территории.

Рис. 1. Модели МСЦ в зависимости от структуры эксплуатации и проницаемости



свободная территория

«*tabula rasa*» – универсальная целевая модель с малой детерминированностью программы. Ситуация характерна в условиях освоения новой территории, на стадии проектирования которой предлагаются социально-медицинские программы.

застроенная территория

подразумевает внимание к морфологической преемственности контекста, учёте местных реалий, расширяет состав текущей функциональной модели на территории.

территория реорганизации

ситуация в условиях существующей застройки, пришедшей в упадок. Основывается на предложении по ревитализации участка, включении и реконструкции объектов в состав нового комплекса.

Рис. 2. Целевые модели участка

В зависимости от условий, отмечают следующие *целевые модели среды*: *сельская местность; пригородные территории; городская рекреационная территория, городская территория с низкой и среднеэтажной застройкой.* Таким образом, можно заключить, что выбор географии проектирования определен продуманной моделью по интеграции центра в состав населенного пункта (адекватный учет достаточности ресурсов территории – медицинских работников, рекреационных и инфраструктурных потенциалов, физической доступности места, обоснованности возникновения подобного центра на территории), а не целевой моделью среды.

Универсальная структурная схема МСЦ сопроводительного проживания

Результурующий выявление перспективных моделей МСЦ этап предполагает формирование универсальной и в то же время адаптивной для широкого применения структурной схемы и состава ключевых компонентов комплекса. На основе графико-аналитического исследования упомянутых центров гериатрии, выявлении их состава, программы, структуры (рис. 3), составлении матрицы социальных оснований¹², становится возможным верифицировать характер модели МСЦ как сложной поливалентной структуры, которая не исчерпывается составом медицинско-реабилитационного объекта и не ограничивается образами эксплуатации, свойственными институциональным учреждениям. Это воплощается в тесной интеграции центра в городскую ткань, гибкости использования компонентов комплекса, которые становятся доступными для горожан благодаря децентрализованному морфотипу застройки, иерархии приватности, реализуемой на территории. Структурная схема содержит: социальную инфраструктуру (досуговые, образовательные пространства – городские «гостиные», магазины, кафе, салоны красоты, медицинский терапевтический и административный центр (как правило, в отдельном корпусе), центр дневного ухода, хоспис, патронажный центр, пространства для проживания пациентов, персонала, навещающих (социальная гостиница), волонтеров, места ЛФК и реабилитации, зоны ведения хозяйства. Ввиду развитости программы очевидно, что, помимо реализации медицинской и социальной поддержки, на базе комплекса формируются платформы городских активностей благодаря поливалентности – функции, требуемые для организации гериатрического центра пространственно конфигурируются таким образом, что не опосредованы медицинским центром, как, например спортивные, реабилитационные, консультационные, образовательные пространства.

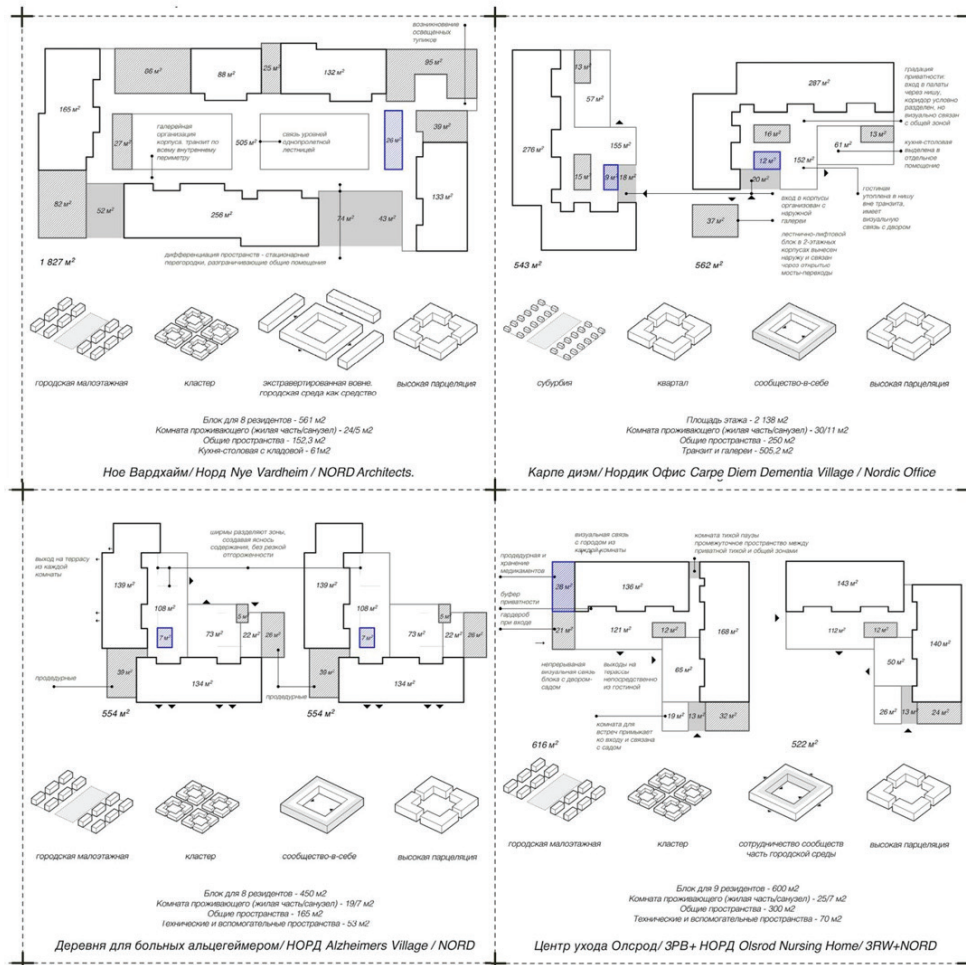


Рис. 3. Графический анализ центров гериатрии

В качестве иллюстративной демонстрации структуры сформирована дендрологическая универсальная схема, адаптируемая в ходе работы над конкретной территорией (рис. 4).

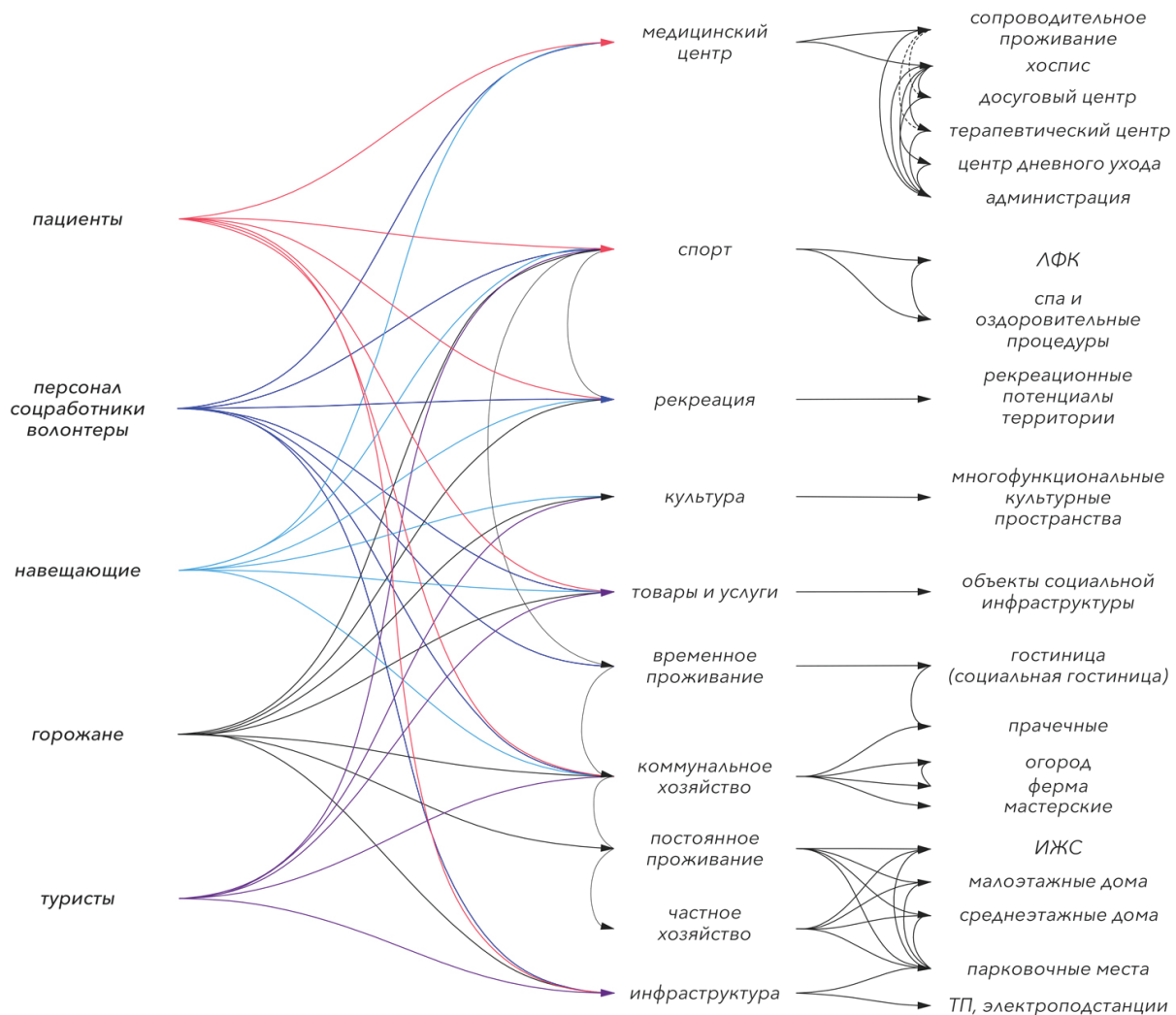


Рис. 4. Универсальная схема состава и программы МСЦ

Ключевые объемно-пространственные особенности и компоненты МСЦ сопроводительного проживания

Вслед за формированием программы и универсальной структуры комплекса важно выявить наиболее значимые параметры архитектурного решения МСЦ сопроводительного проживания:

– **Морфотипы кластера и городской деревни.** Кластер-деревня. Квартал-деревня. Преобладающие в практике форматы центров гериатрии, такие как моноструктурные и обособленные комплексы и моноструктуры-в-себе, воплощают институциональные, морально устаревшие модели учреждений. В первую очередь, из-за выраженных материальных и структурных границ, закрытой формы эксплуатации и отчужденности они не представляют собой платформу городского сообщества и приводят к изоляции, в то время как социализация пациентов – ключевой аспект реабилитации. Иному представлению соответствуют градостроительные модели деревни-в-городе. При формировании архитектурно-градостроительного решения МСЦ требуется выбор таких пространственных моделей комплексов, которые представляли бы их частью непрерывного городского пространства. Морфотипы кластера и деревни-в-городе формируют-

ся плотной малоэтажной застройкой с высоким уровнем парцелляции форм и децентрализации структуры с широким набором программ, доступных как для самих пациентов, так и для горожан. Пространственно разнесенные компоненты функций предоставляют возможность их совместного использования разными группами населения. Так, некоторые социальные программы, например платформы реабилитации и спорта, пространства досуга, рекреации, объекты социальной инфраструктуры: кафе, салоны красоты, магазины, мастерские, столовые, прачечные и прочее, – должны предполагать повсеместное использование. Благодаря такой поливалентности в эксплуатации происходит вовлечение городских сообществ и групп населения разных возрастов, что способствует формированию нормальной, насыщенной, живой городской среды – в экстравертированной вонне целевой модели гериатрического комплекса.

– **Сомасштабность и морфологическая преемственность.** Поиски решения проблемы социальной изоляции следует рассматривать как в поле общественных и гуманитарных наук, так и в возможностях архитектурного решения. Дисгармоничные структуры многих медицинских объектов, их резкая визуальная и функциональная отчужденность от контекста, присущий им характер гигантизма, функциональности, закрытое использование в представлении делают их инертными, недоступными и заикленными в себе. При формообразовании подход должен быть пересмотрен в ключе преемственности парцеллированной, разнообразной застройки адекватного масштаба. Чтобы сформировать действительное ощущение доступного пространства в цельности городской ткани вместо визуального дистанцирования от нее, центр должен иметь близкую к окружающей его среде плотность. При этом имеет место преемственность плотности окружающих социальных сообществ. К примеру, в случае, когда МСЦ характеризуется высоким уровнем плотности, а рассматриваемый контекст имеет выраженную разреженную плотность, более целесообразно располагать его в близости от других социальных объектов, таких как детские сады, школы, которые имеют высокий уровень наполняемости и аккумулируют в себе социальные взаимосвязи.

– **Лимит этажности.** Основанием возникновения данного принципа служит ряд факторов. Во-первых, инклюзивный дизайн подразумевает адаптированность объектов и искусственной среды к потребностям людей с ограниченной мобильностью. Помимо достаточной оборудованности, эргономического и функционального удобства безопасность в случае эвакуации пациентов низкой мобильности – важные аспекты инклюзии при проектировании. Во-вторых, масштабные структуры ввиду высокого сосредоточения людей на их площади лишают возможности формирования устойчивых социальных взаимосвязей. В-третьих, многоуровневые объекты требуют оснащения инженерными коммуникациями, увеличивающими затраты на строительство. В протяжённых конфигурациях неизбежно возникает линейная (коридорная/галерейная) система циркуляции, которая рядом исследователей была признана как наименее благоприятная для организации пространства для людей с гериатрическими синдромами [4–6]. В-четвертых, этически спорно сосредоточивать большое число людей с ментальными нарушениями в масштабной структуре, заключающей их по подобию интерната.

Лимит этажности до 1-, 2-уровневых объектов решает обозначенные проблемы. Психологически приближенные к уровню земле пространства постоянного проживания имеют следствие снижения тревоги, что особенно важно ввиду непривычности для пациентов среды медицинского центра. При этом, согласно результатам упомянутых исследований, важным фактором возможности постигать пространство для людей с гериатрическими нарушениями является визуальный горизонт видимости. Из-за когнитивной деградации пациент с гериатрическими синдромами не способен умозрительно представлять себе логику пространства за пределами

того, что видит непосредственно, поэтому использование лифта и лестницы затруднено без помощи персонала. Так становится очевидным, что все пространства, доступные пациентам, рационально планировать на одном уровне.

В изложенной ранее универсальной схеме МСЦ сопроводительного проживания выдвинуты наиболее общие компоненты его содержания. Далее предлагается рассмотреть частные компоненты, их значение и характеристики их пространственной реализации.

– **Платформы труда. Мастерская как трудотерапевтический компонент и центр социальной общности.** В медицинской практике довольно новым, но успевшим доказать состоятельность направлением реабилитации становится программа абилитации, преследующая цели обретения утраченных бытовых и трудовых навыков. Исходя из вариативности предпочтений каждого пациента рационально организовывать места труда и досуга набором меньших по площади и наполняемости, но вариативных платформ в отличие от создания универсальной, централизованной мастерской. Так, целесообразно предлагать широкий набор пространств для активностей, к примеру: мастерские для занятия ремеслом и искусством, зоны для ведения хозяйства (огороды и сады, теплицы, фермы), малые производственные помещения (столярные, ремонтные мастерские), а также места бытового назначения. Важно, что спонтанность вовлечения пациента в труд – аспект, учитываемый в проектировании. Общая, доступная и заметная кухня для пациентов, персонала и навещающих – базовый аффорданс¹³ формирования повседневной трудовой привычки. Даже в стороннем наблюдении за процессами на кухне повышается шанс спонтанного вовлечения в их участие. Так рационально проектировать кухни в близости к жилым блокам и часто посещаемым местам. Целесообразно располагать такие зоны на пути движения пациента к палатам, к основным входам и выходам. Мастерские с тихими процессами могут проектироваться при корпусе размещения группы пациентов, что повышает их доступность, частоту и удобство посещения. Они могут объединяться с входными группами, общими гостиными и вариативно дополняться помещениями, исходя из программы (хозяйственными помещениями, прачечными самообслуживания, теплицами). Мастерские, содержащие специфические процессы (занятия на специальном оборудовании, шумные и условно грязные мастерские), а также зоны хозяйственного обслуживания в масштабе всего комплекса (прачечные, гладильные, сушильные) рационально организовывать на территории централизованно при их доступности проживающим всех корпусов с возможностью их технического обслуживания.

– **Многофункциональный спортивный центр как городская точка притяжения и платформа реабилитации.** ЛФК-занятия являются мерами по стабилизации состояния и профилактике заболеваний. Так, площадки ЛФК – необходимый элемент центра гериатрии. В реабилитационной программе применяются атлетические и ОФП-упражнения, массаж, механотерапия. Гидрокинезиотерапия – комбинация перечисленных подходов, рассматривается одной из наиболее эффективных программ. Например, сначала занятие проводится в бассейне, позволяя снять мышечный спазм и выполнять упражнения, невозможные для больного вне воды, затем тренировка дополняется программами, исходя из рекомендаций врача: лечебное плавание, гимнастика, ОФП, групповые занятия и пр. [7]. Обзор программ реабилитации дает представление о наборе требуемых пространств для реализации методик терапии и их сочетаемости. На основании упомянутого разнообразия реабилитационных программ рационально предусматривать спортивный комплекс многофункциональным. Рекомендуемый минимум могут составлять плавательный бассейн, адаптированный для использования МГН (пандус для спуска в воду, механические мобильные подъемники), многофункциональный зал с гимнастической, стретчинг зонами, фитнес-зал, оборудованный инвентарём и тренажерами для МГН,

спа-зона (массажный кабинет, кабинеты оздоровительных процедур, сауна/хамам и иные). Зачастую архитектурная программа медицинско-реабилитационного центра включает спортивный центр, но в привычном формате эксплуатации доступ к ним получают амбулаторные и стационарные пациенты и сам персонал. Однако на основании подхода к поливалентности программ на базе МСЦ обосновывается рациональность размещения спортивного комплекса в структуре центра, но не становящегося исключительно его структурой, благодаря чему горожане приобретают новое спортивное пространство, одновременно являющееся частью терапии при МСЦ. Отдельно стоящий, децентрализованный либо блокированный с корпусами с собственным входом спортивный центр реализует подобную цель. В организации структуры рационально исключать непосредственную связь с медицинскими блоками и корпусами проживания во избежание смешивания потоков. При такой парцелляции структур на базе МСЦ становится возможным посещение спортивного центра пациентами в лечебных целях, к примеру, утром, учениками близлежащих школ во время учебных занятий, а в иное время его могут посещать горожане. Такой формат сможет способствовать рентабельности спортивного комплекса благодаря продажам абонементов, а аккумуляция на базе центра разных групп населения формирует витальность учреждения в контексте городской среды, что пересматривает представление об изолированных медицинских и социальных объектах кардинально.

– *Социальная гостиница в составе МСЦ.* Социальные гостиницы составляют часть программы поддержки близких людей пациентов, предполагая размещение родственников как в случае, если они иногородние, так и в целях предоставления им психологической помощи. В практике такая гостиница служит буферным местом-убежищем, когда обстановка дома становится особенно тяжелой для опекунов. Также гостиница благоприятствует реализации волонтерских программ, предлагая необходимые условия для проживания. Формат гостиницы различен:

– пребывание близкого человека совместно с пациентом. В отделении хосписа и сопроводительного проживания при палатах целесообразно предполагать пространство размещения близкого пациенту человека (достаточная площадь блока, вариативность типов палат);

– приближенное размещение родственника. В двухэтажных моделях МСЦ второй этаж может быть задействован для социальной гостиницы. Доступ к номерам может осуществляться в изолированных от отделений пребывания пациентов зонах – в пространстве блокировки двух корпусов, в мировом опыте также встречаются примеры с вынесенным лестнично-лифтовым узлом с галереей, ведущей ко второму уровню здания. Доступ к ним организован из внутреннего двора корпусов, замкнутых по типу квартала (квартал-деревня), что реализует контроль посещаемости.

– полноценное, отдельное учреждение. В таком формате социальная гостиница выделена в отдельный корпус, функционирующий по принципу традиционной гостиницы.

Выводы

В мире отмечается потребность пересмотра форматов центров гериатрии, феномен совместности в городе выступил в качестве концептуального источника актуализации МСЦ сопроводительного проживания в формате «городской деревни». Графическим анализом примеров из мировой практики были обобщены модели и структурные схемы центров – от обоснованно спорных моноструктурных моделей к более перспективным – таким как квартал-деревня и кластер-деревня (сотрудничество городских сообществ и гериатрический центр как часть городской среды). В статье изложена архитектурная программа МСЦ, сформулирован необхо-

димый универсальный состав, а также обобщены наиболее значимые параметры архитектурного решения подобных центров. Работа имеет теоретическую и практическую значимость для формирования медицинско-социальных центров поддержки пожилого населения, а также предлагает перспективный вектор для дальнейших исследований.

Примечания

¹ По данным на 2024 г. в мире деменцией страдают почти 50 млн. человек. Согласно прогнозам, к 2030 г. их число возрастет до 82 млн., к 2055 – до 152 млн. В настоящий момент деменция – седьмая причина смерти от заболеваний в мире, а также вторая по распространенности причина инвалидности людей старше 70 лет.

² Our World In Data. Deaths from dementia-related diseases, by age. 2024. – URL: <https://ourworldindata.org/grapher/dementia-related-deaths-by-age>

³ Горовая, С. Без права на выбор. Что такое ПНИ и как изменить систему интернатов. – URL: <https://nuzhnapomosh.ru/media/post/bez-prava-na-vybor-chno-takoe-pni-i-kak-izmenit-sistemu-internatov/>

⁴ Тонин, А. Дома престарелых в России и других странах мира. 2022/ IRSEPI. – URL: <https://irsepi.ru/doma-prestarelyh-v-rossii-i-drugih-stranah-mira/>

⁵ Полонская, Л. Вклад долгосрочный: как организовать инфраструктуру благотворительности интернатов. 2017 // Philanthropy. – URL: <https://philanthropy.ru/analysis/2017/03/09/47116/>

⁶ Who. World mental health report: Transforming mental health for all. 2024. – URL: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>

⁷ В англоязычном сообществе термин *dementia-village* (от англ. – деревня для больных деменцией) получил распространение, поскольку он удачно указывает и на формат учреждения как центра сопроводительного проживания малого масштаба, и на его архитектурную структуру – морфотип «деревни-в-городе».

⁸ В силу того, что термин «городские совместности» (от англ. “urbancommons”) не имеет строгого и устоявшегося перевода используется вариант «совместность». В данном контексте он имеет значение «осуществляемый сразу несколькими субъектами» и в то же время сохраняет указание на «место», в котором осуществляется действие («совместность»), что важно для городских исследований. Большая часть определений представляет совместность как конструкт: а) общие ресурсы, б) институты, в) люди-создатели совместностей.

⁹ От англ. “*intentional community*” – целенаправленное сообщество.

¹⁰ К примеру, Центр дневного ухода, центр для больных деменцией Олсрод (Olsrød Nursing Home/ 3RW+NORD Architects+Økologi & Værekraft), Городская деревня для страдающих болезнью Альцгеймера, комьюнити-центр Альцгеймер-вилледж (Alzheimers Village / NORD Architects), Центр для страдающих болезнью Альцгеймера, комьюнити-центр, дом престарелых, больница Ное Вардхайм (Nye Vardheim / NORD Architects), Центр для страдающих деменцией, городской комьюнити-центр, центром проживания с сопровождением. Карпе Диэм (Carpe Diem Dementia Village / Nordic Office of Architecture), Центр для страдающих деменцией. Моберг Хьюкруднархайм (Moberg Hjúkrunarheimili / Loop Architects).

¹¹ В рассматриваемом контексте под «поселением» следует понимать не градостроительную единицу, а формат постоянного проживания пациентов, указывающий на его особенности: морфотип «городской деревни», высокая парцелляция объемов комплекса в плотной, малоэтажной среде медицинского городка.

¹² Рябушкин, Н.В. Гериатрическое поселение как альтернативная модель предоставления социальных и медицинских услуг. Master thesis (Architecture). 2024, Moscow Architectural Institute.

¹³ Аффорданс (от англ. *affordance*) – 1. Разнообразие возможностей и действий, которые архитектурный объект позволяет с собой совершать. 2. Свойство объекта, которое явно указывает и подсказывает, что с ним можно сделать и как с ним взаимодействовать.

Библиография

1. Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines / R. Fleming // International Psychogeriatrics. – 2010. – № 22(07). – P. 1084–1096.
2. Harris, J. Dementia villages: Innovative residential care for people with dementia / J. Harris, L. Topfer, C. Ford. – Ottawa: CADTH issues in emerging health technologies., 2019 – P. 178.

3. Karageorgiy, N., Altukhova, N. The use of work therapy as a mean of adaptive physical culture in complex rehabilitation of persons with Parkinson disease / N. Karageorgiy, N. Altukhova. – Vestnik TGPU. – 2015 – № 1(153). – P. 112–116.
4. Marquardt, G. Dementia-friendly architecture: Environments that facilitate wayfinding in nursing homes / G. Marquardt // American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias. – 2009. – № 24(4). P. 333–340.
5. Netten, A. The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: A study of elderly demented residents and their ability to find their way around homes for the elderly / A. Netten // International Journal of Geriatric Psychiatry. – 1989. – № 4 (3). – P. 143–153.
6. Passini, R. Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type / R. Passini, H. Pigot, C. Rainville, M. Tetreault // Environment and Behavior. – 2000. – № 32(5). – P. 684–710.
7. Verbeek, H. Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review / H. Verbeek, van Rossum E., Verbeek, S. Zwakhalen, G. Kempen, J. Hamers // International Psychogeriatric Association. – 2009. – 21(2). – P. 252–264.

References

1. Fleming, R. (2010). Long-term care for people with dementia: environmental design guidelines. *International Psychogeriatrics*, 22(07), pp. 1084–1096.
2. Harris, J., Topfer, L., Ford, C. (2019). *Dementia villages: Innovative residential care for people with dementia*. Ottawa: CADTH issues in emerging health technologies.
3. Karageorgiy, N., Altukhova, N. (2015). The use of work therapy as a mean of adaptive physical culture in complex rehabilitation of persons with Parkinson disease. *Vestnik TGPU*, 1(153), pp. 112–116. (in Russian)
4. Marquardt, G. (2009). Dementia-friendly architecture: Environments that facilitate wayfinding in nursing homes. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 24(4), pp. 333–340.
5. Netten, A. (1989). The effect of design of residential homes in creating dependency among confused elderly residents: A study of elderly demented residents and their ability to find their way around homes for the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 4 (3), pp. 143–153.
6. Passini, R., Pigot, H., Rainville, C., Tetreault, M. (2000). Wayfinding in a nursing home for advanced dementia of the Alzheimer's type. *Environment and Behavior*, 32(5), pp. 684–710.
7. Verbeek, H., van Rossum, E., Zwakhalen, S., Kempen, G., Hamers, J. (2009). Small, homelike care environments for older people with dementia: a literature review. *International Psychogeriatric Association*, 21(2), pp. 252–264

Ссылка для цитирования статьи

Рябушкин, Н.В. Архитектурные подходы к актуализации формата гериатрических центров / Н.В. Рябушкин // Архитектон: известия вузов. – 2026. – №1(93). – URL: http://archvuz.ru/2026_1/4/ – DOI: [https://doi.org/10.47055/19904126_2026_1\(93\)_4](https://doi.org/10.47055/19904126_2026_1(93)_4)

© Рябушкин Н.В., 2026

Лицензия Creative Commons

Это произведение доступно по лицензии Creative Commons «Attribution-ShareAlike» («Атрибуция - на тех же условиях»).

4.0 Всемирная



Дата поступления: 14.01.2026
 Дата рецензирования: 23.01.2026
 Дата принятия к печати: 19.02.2026