

도시계획적 수단을 활용한 병원 재개발 연구

- 일본 성루카국제병원 사례와 한국 제도 비교

A Study on Hospital Redevelopment through Urban Development Instruments

- A Comparison of St. Luke's International Hospital in Japan and the Korean Institutional Mechanisms

이승지* Lee, Seung Ji | 이상규** Lee, Sang Kyu

Abstract

Purpose: This study examines how the Designated Block System and Fixed-term Land Lease Right combined to enable the redevelopment of St. Luke's International Hospital, and compares this mechanism with corresponding Korean institutions to examine the structural constraints underlying their limited implementation to date. **Methods:** The redevelopment process of St. Luke's International Hospital was analyzed through literature review and field observation, and compared with Korean institutions. **Results:** St. Luke's International Hospital combined cross-block floor area redistribution under a single designated block with Fixed-term Land Lease Right agreements that preserved land ownership, channeling development revenue into reconstruction financing. This institutional combination allowed density-independent building form, extensive non-revenue communal space, and a mixed-use urban environment. In contrast, corresponding Korean institutions are limited to single-site FAR relaxation, mandate public contributions entailing perpetual operational burdens while blocking revenue-generating uses, and lack pathways for external capital due to restrictions under the Medical Service Act. **Implications:** This study suggests introducing multi-site floor area redistribution instruments, reconsidering the balance between public contribution and financial sustainability, and revising the Medical Service Act to enable external capital utilization.

주제어: 병원 재개발, 특정가구제도, 정기차지권, 용적 재배분, 도시계획적 수단

Keywords: Hospital Redevelopment, Designated Block System, Fixed-term Land Lease, Floor Area Ratio Reallocation, Urban Planning Instruments

1. 서론

1.1 배경 및 목적

우리나라의 도시화율은 이미 높은 수준에 이르렀으며, 고령화 사회로의 급속한 전환에 따라 의료 수요는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 그러나 도심에 위치한 노후 종합병원은 의료 수요의 고도화와 시설 기준 강화에 대응하여 지속적인 시설 확충이 필요함에도 불구하고, 협소한 부지와 이미 소진된 용적률이라는 물리적 한계에 직면해 있는 경우가 많다. 이러한 한계는 향후 의료 수요 증가에 따라 더욱 심화될 것으로 전망되며, 이러한 인구·사회적 변화에 선제적으로 대응하기 위해서는 종합병원의 개발방식에 있어서도 유연한 접근이 요구된다.

서울시 조사에 따르면(서울특별시, 2022a) 종합병원 상당수가 이미 용적률 부족 상태에 놓여 있으며, 코로나19 이후 음압격리병상과 감염병 대응시설 확충의 필요성까지 더해지면서 이러한 한계를 도시계획적 수단으로 해소하려는 시도가 본격화되었다. 그러나 제도 도입 이후 실제 실행 사례는 확인되지 않는다.

일본의 성루카국제병원(聖路加國際病院)¹⁾은 특정가구제도(特定街区制度)와 정기차지권(定期借地權)을 결합하여 도심 노후 병원의 재개발을 실현한 대표 사례다. 본 연구는 성루카국제병원 재개발의 제도적 메커니즘을 분석하고, 이를 한국의 제도와 비교함으로써 한국 제도의 구조적 한계를 규명하고자 한다. 다만 성루카국제병원의 자원 조달 방식과 사업 추진 과정에는 해당 병원의 역사적·사회적·제도적 조건이 크게 작용하였다.

* 부회장, 교수, 융합디자인학과, 인천가톨릭대학교
(주저자: seungji@iccu.ac.kr)

** 회원, 대표, ㈜이상도시 (교신저자: hey239c@gmail.com)

1) 국내 언론 등 위 병원 관련 자료에서 이 병원을 지칭할 때 성누가, 성루가, 세이로카 등으로 표기하고 있지만, 병원 홈페이지의 한국어 버전에서 성루카국제병원으로 표기하고 있으므로 이를 준용한다.

따라서 본 연구의 목적은 성루카국제병원의 특정한 사업방식을 한국에 직접 이식하는 데 있지 않고, 이 사례를 통해 병원 재건축을 개별 건축물의 증개축을 넘어 토지, 용적, 권리, 자원, 공공공간을 함께 조정하는 도시계획적 과제로 바라볼 수 있는 관점을 제시하는 데 의의가 있다.

1.2 연구의 내용

이 연구는 다음과 같이 구성된다. 제2장에서는 도시계획적 수단으로서 제도를 고찰한다. 일본의 특정가구제도와 정기차지권 각각의 법적 성격과 연혁을 정리하고, 이에 대응하는 한국의 제도인 종합의료시설 지구단위계획, 공간혁신구역, 결합건축제도를 살펴본다. 제3장은 성루카국제병원의 연혁과 재개발의 배경을 개관하고, 재개발이 3개의 가구(街区)로 나뉘어 진행된 구조를 제시한다. 제4장은 본 연구의 분석적 핵심으로, 특정가구제도에 의한 가구 간 용적 재배분과 정기차지권에 기반한 토지·자원 구조를 규명한다. 이를 바탕으로 이러한 제도적·재정적 조건이 병원의 밀도 선택, 공용공간의 확보, 그리고 복합적인 도시환경의 형성으로 어떻게 구체화되었는지를 분석한다. 제5장에서는 성루카국제병원의 사례에서 확인된 제도적·재정적 메커니즘을 준거로 삼아, 한국의 대응 제도를 권리의 법적 성격, 공공기여의 구조, 토지·자원 구조의 세 측면에서 분석한다. 이를 통해 각 제도의 구조적 차이가 실제 적용과 활용을 제한하는 요인과 어떻게 연결되는지를 진단한다. 제6장은 분석을 종합하여 정책적 시사점을 도출하고, 연구의 한계와 향후 과제를 제시한다.

1.3 연구의 방법과 범위

본 연구는 단일 사례에 대한 심층 분석과 제도 비교를 결합하는 연구방법을 적용하였다. 시간적 범위는 성루카국제병원의 1985년 라이프사이언스센터 구상 수립에서 1994년 성루카가든 준공에 이르는 시기를 중심으로 하되, 재개발 이전부터 존치해 온 역사적 건조물의 보존 경위와 재개발 과정에서의 역할도 함께 검토하였다. 공간적 범위는 특정가구로 지정된 제1·2·3가구 전체로 설정하였다.

제도 비교의 대상은 서울시 종합의료시설 지구단위계획을 중심으로 하되, 병원 재건축과 관련하여 용적률 및 공간의 유연한 활용과 연계될 수 있는 공간혁신구역 3종과 결합건축제도도 함께 검토하였다. 본 연구는 병원 재개발이라는 보편적 문제 상황과 이에 대응하는 도시계획적 수단들의 구조적 특성을 비교하는 데 목적을 두므로, 병원의 규모나 시설 등급에 따른 제도 적용의 세부적 차등 효과까지는 다루지 않는다. 비교의 초점은 각 제도의 개별적인 내용 자체보다는 제도의 작동 구조와 실행 가능성에 두었다.

연구방법은 문헌조사와 현장관찰을 병행하였다. 문헌조사는 일본의 도시계획 관련 법령 및 제도 운용기준을 비롯하여 건축전문지, 도시계획 및 건축 분야의 학술논문 등을 대상으로 하였다. 또한 한국의 관련 법령·조례·운영기준과 제도 시행 및 사업 추진과 관련된 언론 보도를 함께 검토하여 국내 제도의 도입

배경과 운영 현황을 파악하였다. 현장관찰은 성루카국제병원 및 성루카가든을 대상으로 이루어졌으며, 문헌조사를 통해 파악한 제도적·재정적 관계가 실제 공간 구성과 도시환경에 어떻게 구현되었는지를 확인하였다. 이를 통해 제도적 장치와 사업의 자원 구조, 그리고 그 결과로 나타난 건축적·도시적 형태 사이의 관계를 종합적으로 분석하였다.

1.4 선행연구 및 본 연구의 차별성

본 연구에서 다루는 특정가구제도와 정기차지권은 국내외에서 각각 연구되어 왔으나, 이들 제도가 의료시설 재개발 과정에서 어떻게 결합되는지에 대한 연구는 충분하지 않다.

특정가구제도는 국내에서 주로 일본의 도시재생과 정비 수단으로 연구되어 왔다(남진 외, 2004; 이성창 외, 2006; 조승연, 2010; 장리브가 외, 2016). 특히 이성창 외(2006)는 마루노우치지구의 역사(驛舎) 미이용 용적을 인접 가구로 이전하여 역사 복원 재원으로 활용한 사례를 통해 용적이전과 역사적 건조물 보존의 결합 가능성을 제시하였고, 장리브가 외(2016)는 특정가구제도의 적용요건과 가구 간 용적이전 구조를 국내에 소개하였다.

용적이전 관련 국내 연구는 개발권양도제(TDR), 용적률거래제, 용적이양제 등을 중심으로 이루어져 왔으나(김인희, 2005; 채미옥 외, 2008; 이인성 외, 2013), 보전지역 보호나 토지이용 규제에 따른 손실 조정에 초점을 두어, 도심 재개발의 재원조달 수단으로서의 논의는 제한적이다.保利 et al.(2008)은 도쿄 도심부 사례를 통해 용적이전이 역사적 환경 보전과 신규 개발을 결합해 경관 형성 등 사회적 편익을 가져올 수 있음을 분석하였다.

정기차지권에 관한 국내 연구는 상대적으로 제한적이다. 양미숙(2025)은 정기건물임대차(「차지차가법」 제38조)를, 안균오 외(2015)는 소유권을 유지한 채 장기 임대하는 공공토지 임대 방식을 검토하였다. 본 연구가 다루는 일반정기차지권(제22조)에 의한 토지 장기 임대나 도시개발의 관점은 다루어지지 않았다.

이처럼 선행연구는 병원과 같은 공공적 도시기반시설의 재개발에서 용적 재배분과 토지 장기 이용권이 결합하여 공간적·재정적 구조를 형성하는 과정을 통합적으로 분석한 연구는 부족하다. 이에 본 연구는 성루카국제병원 재개발을 대상으로 특정가구제도와 정기차지권의 결합 구조를 규명하고, 이를 한국의 대응 제도와 비교함으로써 이러한 공백을 보완하고자 한다.

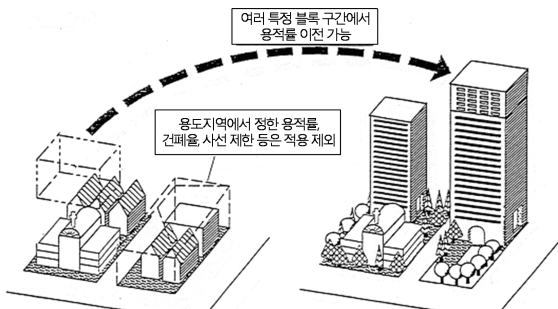
2. 도시계획적 수단 고찰

2.1 일본의 제도

1) 특정가구제도와 용적 이전

특정가구제도(特定街区制度)는 일본 도시계획법에 근거하여 기성시가지의 개선을 목적으로 특정 가구(街区)의 용적률, 높이, 벽면 위치 등의 제한을 도시계획으로 결정하는 제도이다(장리브가 외, 2016: 94). 1961년 창설된 이 제도는 유효공지의 확보, 도시기능 및 시설의 개선, 역사적 건조물과 랜드마크의 보존, 거리

경관 형성 등 일정 수준 이상의 도시환경을 확보하는 것을 전제로 건축물의 형태 및 용적에 관한 제한을 완화하는 방식으로 운용되어 왔다(東京都都市整備局, 2025: 1). 특히 가구별로 계획하는 것보다 전체적으로 계획하는 편이 일체성을 가진 적절한 지구의 형성에 유리하다고 판단될 때는, 인접한 복수의 가구를 하나의 특정가구로 일체적으로 지정할 수 있으며, 이 경우 가구 간 용적 이전이 가능하다는 점이 중요한 특징이다(그림 1] 참조).



[그림 1] 특정가구제도 개념도 (출처: 국토교통부, 2026.8.10)

2) 정기차지권의 개념과 성격

정기차지권(定期借地權)은 일정한 존속기간을 정하고, 기간 만료 후 계약의 갱신 없이 토지를 반환하는 것을 전제로 토지를 이용할 수 있도록 하는 제도이다(박소영, 2025: 4). 이는 종전의 보통차지권이 계약 갱신과 정당한 사유가 없는 경우 계약 해지를 제한하는 등 사실상 토지의 영구적 이용을 허용하여 임대인이 토지를 반환받기 어려웠던 문제를 보완하기 위해 도입된 것으로, 존속기간 만료 시 토지가 임대인에게 확실히 반환되도록 함으로써 임대인의 소유권 및 반환청구권을 법적으로 명확히 하는 데 취지가 있다.

특정가구제도가 도시의 공간적·밀도적 이용을 조정하는 공법상의 수단이라면, 정기차지권은 「차지차가법(借地借家法)」에 근거하여 토지의 소유와 이용 관계를 규율하는 사법상의 제도이다. 특히 일반정기차지권은 50년 이상의 존속기간을 전제로 하며, 계약 갱신과 건물 재축에 따른 기간 연장 및 건물 매수청구권을 배제할 수 있어 토지 소유권을 유지하면서 장기간 토지를 이용하게 할 수 있다는 특징이 있다.

2.2 한국의 대응 제도

1) 서울시 종합의료시설 지구단위계획

서울시는 기존 종합병원의 용적률 부족과 감염병 대응을 위한 의료시설 확충 필요성에 대응하여 2022년 '종합의료시설 지구단위계획 수립·운영기준'을 마련하였다. 이는 도시계획시설인 종합의료시설 부지에 지구단위계획을 수립하여 조례상 용적률의 1.2배까지 완화하거나 용도지역을 상향할 수 있도록 하는 제도이다. 핵심은 완화된 용적의 일부를 공공필요의료시설의 확보와 연계하는 것이다. 증가 용적의 1/2은 음압격리병상 등 공공필요의료시설에 사용하고, 나머지 1/2은 임대·수익 목적의 부대시설을 제외한 병원 필요 의료시설의 확충에 활용할 수 있다.

2024년에 서울시는 '종합의료시설 도시계획지원을 위한 공공필요의료시설 설치·운영 기준'을 마련하여 음압격리병상, 감염병 관리시설 및 필수의료시설 등의 구체적인 설치·운영 기준과 절차를 보완하였다.

2) 공간혁신구역 3종

「국토의 계획 및 이용에 관한 법률」의 2024년 2월 개정(8월 시행)에 따라 도시혁신구역, 복합용도구역, 도시·군계획시설 입체복합구역의 공간혁신구역 3종이 도입되었다. 이 가운데 도시·군계획시설 입체복합구역은 종합의료시설을 포함한 도시·군계획시설을 입체적으로 활용할 수 있도록 용도 및 건축제한을 완화하고, 해당 시설의 개량, 정비, 복합화를 촉진하는 제도이다. 특히 도시·군관리계획을 통해 용적률과 건폐율을 용도지역별 최대한도의 200% 이하 범위에서 정할 수 있다.

공간혁신구역의 개발사업자는 이러한 건축 및 행위제한 완화로 발생한 토지가치 상승분의 범위에서 공공시설 등의 부지를 제공하거나 시설을 설치하여 제공해야 한다. 즉, 규제 완화에 따른 개발이익을 공공기여와 연계하는 구조이다.

3) 결합건축제도

결합건축은 「건축법」 제77조의15에 따라 둘 이상의 대지에 적용되는 용적률을 통합하여 적용하는 제도이다. 결합건축은 인접한 대지의 건축주 간 합의를 전제로 하며, 2016년 「건축법」 개정을 통해 도입되었다. 기본적으로 2개 대지를 대상으로 하며, 공공건축물과의 결합이나 공익시설 조성 등 일정한 경우에는 3개 이상의 대지로 확대할 수 있다.

3. 성루카국제병원 재개발 사례

3.1 연혁 및 재개발 배경

성루카국제병원은 1901년 미국 성공회의 선교의사 루돌프 토이슬러(Rudolf B. Teusler)가 도쿄 쓰키지(築地)에 설립한 병원을 기원으로 하며, 1917년 현재의 명칭으로 개칭하였다(聖路加国際病院, 2015). 관동대지진 이후 재건된 1933년 구 병원 건물은 레이몬드(Antonin Raymond) 등이 설계하였으며, 중앙의 채플을 중심으로 구성되었다(清水建設, 2023).

노후화된 병원의 재건축을 위해 성루카국제병원은 1985년 '성루카 라이프사이언스센터 구상(聖路加ライフサイエンスセンター構想)'을 수립하였다. 이 구상은 기존 병원 건물의 단순한 재건축을 넘어, 병원의 의료 이념인 전인적 의료를 바탕으로 의료·연구·업무·주거 기능을 결합한 복합적인 도시거점을 조성하는 방향으로 사업을 확대하였다(西村征一郎, et al. 1996: 71).

3.2 특정가구제도 적용

'성루카 라이프사이언스센터 구상'에 따라 약 39,300㎡의 기존 병원 부지는 제1·2·3가구로 나뉘어 재개발되었다. 세 가구는 하나의 특정가구인 아카시초 특정가구(明石町特定街區)로 지

[표 1] 성루카국제병원 재개발의 3가구 구성 (출처: 日本建設業連合会, 1996)

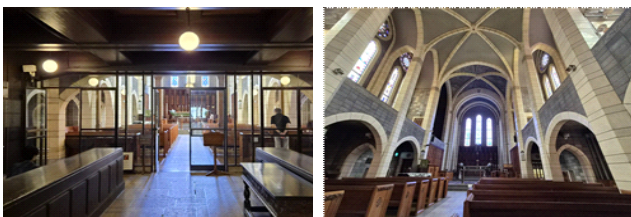


가구	주요시설	준공	규모		성격
			층수	연면적	
제1가구	채플(구 병동), 토이슬러 기념관, 성루카 국제대학, 병원 관련시설	채플	1933 (보존)	지하1층/지상7층	역사보존 교육
		기념관	1998 (이축복원)	지상1층	
제2가구	병원	1992	지하2층/지상11층	60,730m ² (520병상)	의료 (저층/저밀)
제3가구	성루카 가든	1994	지하4층/지상51층	100,712.79m ²	복합용도 (수익용)
	오피스 레지던스동		지하3층/지상38층	70,847m ²	

정되어, 1989년 2월 7일 도쿄도 고시 제121호로 결정 및 고시되었다. 이에 따라 세 가구가 하나의 도시계획 체계 안에서 서로 다른 용도와 밀도로 개발될 수 있었다. 즉 성루카국제병원 재개발은 역사적 건축물의 보존과 병원시설의 현대화, 수익시설 개발을 하나의 특정가구 안에서 공간적으로 분리하면서 연계한 복합적 도시 재편으로 볼 수 있다([표 1] 참조).

1) 제1가구 - 역사적 건조물의 보존

제1가구에는 재개발 이전부터 존재하던 역사적 건조물과 교육·의료시설이 배치되어 있다. 재개발 과정에서 당초 구 병원 건물의 철거가 계획되었으나, 일본건축학회가 채플의 문화적 중요성을 이유로 보존을 요청함에 따라 설계가 변경되었다(日本建築学会, n.d.). 그 결과 채플을 포함한 중앙부는 내외관 모두 원 설계에 충실하게 보존 및 복원되어, 1999년 도쿄도 선정 역사적 건조물로 지정되었다(東京都都市整備局, n.d., [그림 2] 참조). 채플 양측에는 기존 건축물과 조화를 이루도록 신축동이 배치되었으며, 성루카국제대학의 교육시설과 소아종합의료센터 등이 입주하였다.



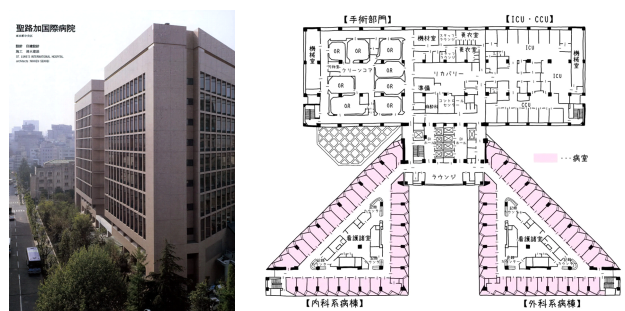
[그림 2] 제1가구 내 보존된 채플 (출처: 직접 촬영)

또한 초대 병원장 토이슬러의 이름을 딴 토이슬러 기념관은 1933년 건립된 서양식 주택으로, 원래 위치에서 해체·보존된 후 1998년 제1가구의 중정으로 이축·복원되었으며, 2004년 주요구 유형문화재로 지정되었다(東京都中央区, n.d.). 이처럼 제1가구

는 역사적 건조물의 보존을 중심으로 교육·의료 기능이 결합된 저밀도 공간으로 구성되어 있다.

2) 제2가구 - 신병원

제2가구의 신병원은 관동대지진 이후 가설병원이 설치되었던 부지에 건립되어 1992년 2월 준공되었다. 미국의 병원 컨설턴트 '메디컬 플래닝 어소시에이츠'의 기본구상을 바탕으로 닛켄세케이(日建設計)가 설계하였으며, 지하 2층·지상 11층(옥탑 1층), 철골철근콘크리트조, 연면적 약 60,730m², 520병상 규모이다(新建築社 編集部, 1994: 282, [그림 3] 참조) 소아병동·완화케어병동·집중치료실을 제외한 대부분의 병상을 개인실로 계획하고, 각 실에 화장실과 샤워실을 설치하는 '싱글케어유닛(single care unit)'을 도입하였다([그림 4] 참조).



[그림 3] 제2가구 (출처: 新建築社 編集部, 1992)



[그림 4] 싱글케어유닛 (출처: 新建築社 編集部, 1992)

3) 제3가구 - 복합개발

스미다강변에 위치한 제3가구인 성루카가든은 오피스동과 레지던스동으로 구성된 초고층 복합시설로, 1994년 4월 준공되었다. 두 동은 저층부의 아트리움과 고층부의 브리지로 연결되며, 오피스·상업·의료·주거·숙박·건강 관련 기능이 복합적으로 배치되었다. 오피스동은 지하 4층·지상 47층(옥탑 포함 51층), 연면적 약 10만㎡ 규모이며, 저층부에는 상업·서비스시설과 예방의료센터, 상층부에는 임대 오피스가 배치되었다. 레지던스동에는 의료·개호 관련 거주시설과 클리닉, 호텔 등이 들어서 성루카가든 전체가 병원과 연계된 다양한 도시 기능을 수용하도록 계획되었다(聖路加ガーデン, 1994: 71, [그림 5] 참조).



[그림 5] 제3가구 (출처: 新建築社 編集部, 1994)

4. 성루카국제병원 적용 제도 메커니즘

4.1 특정가구제도와 가구 간 용적 재배분

성루카국제병원의 재개발은 39,300㎡ 부지를 세 개의 가구로 나누어 진행되었으며, 이 세 가구는 도시계획법상 특정가구(아카시초 특정가구)로 일체 지정되었다. 제1가구에는 역사적 건조물이 보존되고 간호대학·병원 관련시설이 신축되었으며, 제2가구에는 신병원이, 스미다강변의 제3가구에는 초고층 복합시설 성루카가든이 배치되었다.

제3가구가 초고층화를 실현할 수 있었던 결정적 장치가 특정가구제도의 가구 간 용적 재배분이다. 저밀도와 역사적 건축물 보존의 성격을 지니는 제1·2가구에서 소진되지 않은 잉여용적을 제3가구에서 고층동으로 이전하여 합산함으로써 기준용적을 400%를 590%까지 완화하였다. 가구별로 제1가구 180%, 제2가구 420%, 제3가구 1,170%의 용적률과 각각 53m, 53m, 213m의 최고높이가 설정되었다(東京都市整備局, n.d.). 즉 개별 필지 단위로는 불가능했을 초고층 개발이, 보존 가구의 잉여용적을 개발 가구로 옮기는 재배분을 통해 가능해진 것이다²⁾.

4.2 정기차지권과 토지 및 자원 구조

특정가구제도가 개발밀도의 조정을 가능하게 했다면, 토지와 자원 문제는 제3가구의 토지 이용 및 임대수익 구조를 통해 해

2) 이 용적 이동은 미국식 개발권 이전(Transfer of Development Rights, TDR)처럼 권리를 시장에서 거래한 것이 아니라, 하나의 특정가구 지정 내부에서 이루어진 행정적 재배분이다. 권리의 분리·거래가 아니라 계획 단위의 통합을 통해 밀도를 재배치한 것이다.

결되었다. 라이프사이언스센터 구상의 구체적 방향을 설명한 小倉善明(1994: 289)은 사업의 주요 목표로 신병원 건설 자금의 조달과 아카시초의 새로운 상징이 될 건축군의 창조를 제시하였다. 즉 재개발 초기부터 신병원 건설을 위한 자원 확보와 제3가구 개발은 하나의 사업구상 안에서 연계되어 있었다.

이렇듯 성루카국제병원은 제3가구의 토지 소유권을 유지한 채 미쓰이부동산·니혼세이메이·도쿄부동산·마쓰시타흥산·도와부동산의 5개 사업주체와 50년의 일반정기차지권 계약을 체결하였다. 이에 따라 병원은 토지를 매각하지 않고 사업주체에게 장기간 이용하게 하고, 사업주체는 해당 토지에 성루카가든을 개발·운영하는 구조가 형성되었다(加藤隆久, 1994: 289). 이는 토지 소유권의 이전 없이 민간 개발을 유지하고 장기적인 지대 수입을 확보하는 방식으로, 성루카가든의 사업구조와 병원 재건축의 자원 확보를 연결하였다³⁾.

사업 초기에는 병원 부지를 일부 매각하여 자금을 확보하는 방안도 검토되었던 것으로 보인다. 그러나 이는 재원이 일회성으로 소진되어 수십 년 후의 재건축 수요에는 대응하기 어렵다는 문제가 대두되었다. 즉 일회적 자원 확보 대신 토지 소유권을 유지한 채 장기적이고 반복 가능한 자원 구조를 선택했다는 점에서 의미가 있다. 결과적으로 성루카국제병원의 토지·자원 구조는 1) 병원이 제3가구의 토지 소유권을 유지하면서 일반정기차지권을 설정하고, 2) 특정가구제도를 통해 제3가구에 높은 개발밀도를 부여하며, 3) 그 토지 위에 조성된 초고층 복합시설의 임대수익을 병원 재개발의 자원과 연계하는 구조로 정리할 수 있다. 즉 토지 소유, 용적 재배분, 민간개발 및 자원조달이 개별적으로 작동한 것이 아니라 상호 연계되어 하나의 재개발 사업을 구성하였다.

4.3 도시·건축적 귀결

앞서 살펴본 특정가구제도에 의한 용적 재배분과 정기차지권에 기반한 토지·자원 구조는 제도적 장치에 그치지 않고 성루카국제병원의 물리적 형태와 도시환경으로 구체화되었다.

1) 병원의 개발밀도 선택 여지 확보

성루카국제병원의 재개발에서 중요한 점은 병원 시설 자체가 도심의 높은 개발밀도에 직접 대응하지 않고, 제3가구의 초고층 복합개발을 통해 전체 사업의 개발밀도와 수익성을 확보했다는 것이다. 이에 따라 제1·2가구는 상대적으로 낮은 밀도로 계획될 수 있었으며, 병원은 역사적 건조물의 보존과 환자 중심의 공간구성을 수용할 수 있는 물리적 여지를 확보하였다.

3) 이 계약 구조에서 정기차지권 제도의 도입 시점과 사업 진행 시점이 일치하지 않는다. 제3가구 성루카가든은 1990년 6월 착공되었고, 인접한 제2가구의 신병원은 1992년 2월 준공하였다. 반면 정기차지권의 근거가 되는 「차지차기법」은 1992년 8월 시행되었으며, 실제 정기차지권 계약은 1994년 4월 체결되었다. 따라서 자원 조달을 위해 제3가구를 개발한다는 사업적 방향은 초기 구상 단계부터 존재하였으나, 이를 뒷받침하는 정기차지권의 법적 제도는 사업 착공 이후에 마련되었고 실제 계약은 준공 단계에서 이루어졌다. 이는 관습적인 민간계약에 의한 토지임차를 사업진행 과정에서 새롭게 마련된 법제도에 적용한 사례로 해석할 수 있다.

저층·저밀의 형태 자체가 우월하다는 것이 아니라, 용적 재배분과 제3가구의 수익개발을 통해 병원시설이 밀도와 수익성의 압력에서 상대적으로 자유롭게 형태를 선택할 수 있었다는 점이다. 이러한 공간적 여유는 정원과 중정 등 외부공간의 확보와도 연결되며, 병원이 추구한 전인의료의 공간적 구현을 가능하게 하는 조건으로 작용하였다.



[그림 6] 특정가구제도로 확보된 녹지 (출처: 직접 촬영)

2) 공공공간의 확보

성루카국제병원에서는 형태 선택의 여지가 병동의 개발밀도뿐 아니라 넓은 로비와 복도, 대기공간 등 수익을 직접 창출하지 않는 공용공간의 확보로도 나타났다. 자연채광과 개방감을 갖춘 이러한 공간은 환자와 방문자의 체류와 이동, 재난 시의 임시 수용을 지원하는 환경적 자원으로 기능하고 있다.

성루카국제병원은 1945년 도쿄대공습 당시 로비와 예배당 등을 1,000명이 넘는 부상자 수용에 활용한 구호 경험을 바탕으로 재난대응 기능을 병원계획의 중요한 요소로 발전시켜 왔다(中央区, n.d.). 신병원 역시 재난 시 채플을 입원공간으로 활용할 수 있도록 산소·석션 배관을 설치하고, 복도와 라운지·대기 공간을 넓게 계획하였다. 이러한 공간적 여유는 1995년 도쿄 지하철 사린 사건⁴⁾ 당시 병원이 약 2시간 동안 640명의 환자를 수용·치료하는 과정에서 실제 재난대응 공간으로 활용되었다(日野原重明, 2005).

그러나 이러한 비수익성 공간의 확보는 설계 의지만으로 결정되는 것이 아니다. 앞서 살펴본 용적 재배분을 통해 전체 사업의 개발밀도와 수익성을 확보함으로써, 병원은 수익성만으로 평가하기 어려운 넓은 공용공간을 유지할 수 있는 조건을 마련하였다. 따라서 성루카국제병원의 공용공간은 재난대응과 환자 중심의 설계 이념이 공간적 필요를 형성하고, 제도적·재정적 구조가 그 실현을 뒷받침한 결과로 볼 수 있다.



[그림 7] 자연광이 확보된 대기공간 (출처: 직접 촬영)

4) 1995년 3월 20일, 일본 옴진리교 신자들이 도쿄 지하철 5개 노선에서 신경작용제인 사린을 살포하여 다수의 사상자를 발생시킨 테러 사건

3) 의·직·주·학 복합과 스미다강변의 도시환경

세 번째 귀결은 부지 전체가 단일 용도의 병원시설을 넘어 복합적인 도시환경으로 형성되었다는 점이다. 성루카국제병원 부지에는 병원(의), 임대 오피스(직), 케어레지던스·호텔(주), 대학(학)을 비롯하여 교회, 상업, 스포츠시설 등이 함께 배치되었다. 설계 총괄자 小倉善明(1994)는 이러한 복합개발의 가치는 여러 용도를 상호 연계시킴으로써, 단순히 건물들이 모여 있는 것의 합 이상을 만들어낸다는 데 있다고 설명하였다.

이러한 복합성은 건축물 내부에 머물지 않고 주변 도시환경과의 연결로 확장되었다. 성루카가든의 저층부 아트리움(大屋根広場)은 스미다강에 면한 입지를 살리는 데 중점을 두었다. 콘크리트 호안을 슈퍼제방으로 전환하는 정비와 연동하여, 건물 2층의 인공지반에서 아트리움→외부 광장→제방 위 친수공원→물가 테라스로 레벨을 단계적으로 낮춤으로써, 건축물과 강변 사이의 연속적인 보행환경을 형성하였다. 야간에는 정상부·브리지·대지붕의 내부 조명이 밖으로 새어 나오도록 하여, 외부에서 비추는 방식과는 다른 경관을 의도하였다(加藤隆久, 1994). 즉 제3가구의 개발은 고층 건축물의 집적에 그치지 않고, 저층부를 통해 주변 도시공간에 개방되는 형태로 계획되었다.



[그림 8] 아트리움과 외부 광장 (출처: 직접 촬영)

5. 한국 제도와의 비교 분석

도심에 위치한 노후한 종합병원은 재건축 시 부지 협소, 용적률 소진 등의 문제로 어려움을 겪는데, 최근 이를 도시계획 차원에서 다루려는 시도가 이루어지고 있다. 이러한 흐름 속에서 본 연구는 구체적 사례로 분석한 성루카국제병원의 특정가구제도와, 이에 대응하는 한국의 제도를 비교 분석하고자 한다. 본 절의 목적은 한국의 제도를 성루카국제병원의 특정가구제도와 동일한 정책수단 층위에 놓고 우열을 가리는 데 있지 않다. 오히려 성루카국제병원 사례에서 확인된 제도적 메커니즘을 준거로 삼아, 한국의 현행 제도가 지닌 구조적 특성을 진단하고 그로부터 참고하고 응용할 수 있는 지점이 무엇인지를 확인하는 데 있다. 이를 위해 성루카국제병원의 특정가구제도 분석에서 도출한 특성을 바탕으로, 1) 권리의 법적 성격, 2) 공공기여의 구조, 3) 토지·자원 구조라는 세 가지 틀로 비교하였다.

5.1 권리의 법적 성격

성루카국제병원의 경우 3개 가구를 하나의 특정가구로 지정하여, 기준용적률을 400%에서 590%로 완화하되, 제1가구

180%, 제2가구 420%, 제3가구 1,170%로 차등 배분하였다. 즉 복수 가구를 하나의 계획 단위로 통합한 뒤, 가구별 용도와 개발밀도에 따라 용적을 재배분한 구조이다.

서울시 종합의료시설 지구단위계획은 개별 병원 부지를 대상으로 조례용적률의 1.2배까지 완화하는 방식이다. 현행 용적률이 기준용적률을 초과한 경우에는 현행 용적률을 기준으로 삼아 추가 완화를 적용할 수 있도록 하여 용적률이 이미 소진된 병원도 제도의 적용 대상이 될 수 있다.

두 제도의 차이는 단순히 완화 배율의 크기에 있지 않다. 성루카국제병원의 경우 기준용적률 400%에서 590%로의 완화가 제1·2·3가구 전체를 하나의 계획 단위로 묶은 상태에서 이루어졌고, 증가한 용적을 제3가구에 집중시켜 1,170%의 높은 용적률을 실현할 수 있었다. 반면 서울시 제도는 개별 병원 부지를 기준으로 완화가 이루어진다. 따라서 동일한 '용적률 완화'라 하더라도 일본은 복수 가구를 통합한 전체 계획 단위에서 용적을 재배분하는 방식, 한국은 개별 부지의 용적률을 상향하는 방식이라는 근본적인 차이가 있다. 이러한 차이가 지니는 실질적 의미는, 저밀 용도(보존·저층 의료시설)와 고밀 용도(수익시설)를 공간적으로 분리하여 하나의 사업 안에서 서로의 재원으로 순환시킬 수 있는가에 있다. 개별 부지를 대상으로 하는 한국의 용적률 완화제도에서는 저밀 공간을 확보하더라도 그로 인해 발생하는 미사용 용적을 별도의 개발 부지로 이전하여 수익을 확보할 수 있는 제도적 경로가 마련되어 있지 않다.

결합건축제도가 인접 대지의 건축주 간 협정을 통해 용적률을 통합 적용할 수 있다는 점에서는 일본의 방식과 유사하지만, 사적 협정을 전제로 한다는 점에서 행정적 도시계획 결정에 의해 용적을 재배분한 성루카국제병원의 사례와는 구별된다.

5.2 공공기여의 구조

공공기여의 구조는 용적 완화의 대가로 무엇이 요구되는지를 검토한다. 성루카국제병원은 오픈스페이스와 역사적 건조물(채플·토이스러 기념관) 보존 등 환경적 기여의 형태를 취하였다. 이는 일회적 물리적 조성 및 시설 유지를 담당하는 데 그치며, 법적 강제 사항이 아니라 일본건축학회의 요청에 대한 병원의 수용이라는 사회적 협상의 산물이었다.

반면, 서울시 종합의료시설 지구단위계획은 증가된 용적률의 1/2에 해당하는 공공필요 의료시설 설치를 법적으로 의무화한다. 이 시설들은 병원의 경영적 측면에 도움이 되지 않으며(양보혜, 2023), 시설의 소유와 운영 주체가 별도 기관으로 이관되지 않고 병원 자신에게 계속 남아 의료 인력과 장비를 상시 투입해야 하는 운영 부담을 수반한다는 점에서, 완공 이후 건조물의 물리적 존치를 유지하는 데 그치는 성루카국제병원의 환경적 기여와는 부담의 성격을 달리한다.

5.3 토지·재원 구조

토지·재원 구조는 소유권의 유지 여부와 자체 수익원 창출의 허용 여부를 분석한다. 성루카국제병원은 토지를 매각하지 않

고 소유권을 유지하면서 개발과 운영은 디벨로퍼가 담당하도록 하였다. 이를 통해 병원은 직접 개발자금을 부담하거나 비의료 수익시설을 운영하지 않고도 장기간 지대를 확보하고, 제3가구의 임대오피스에서 발생하는 수익을 재건축 재원과 연결할 수 있었다. 즉, 소유와 개발·운영의 주체를 분리한 것이 핵심이다.

반면 한국의 병원 재건축은 토지 소유자인 병원이 직접 개발·운영하는 구조가 일반적이어서, 외부 주체에게 개발을 맡기면서 소유권을 유지하고 그 대가를 장기간 수익으로 확보하는 경로가 제한적이다. 더욱이 서울시 종합의료시설 지구단위계획은 증가용적의 2분의 1을 공공필요의료시설에 활용하도록 하고, 나머지 증가용적에 대해서도 임대·수익 목적의 부대시설 설치를 제한하고 있어, 완화된 용적을 성루카국제병원과 같은 수익시설로 전환하기 어렵다.

이러한 제약에는 「의료법」상 의료법인의 사업 범위가 중요한 요인으로 작용한다. 「의료법」 제49조는 의료법인이 의료업 외에 수행할 수 있는 부대사업을 열거하고 있으며, 그중 일부에 한해서만 타인에 대한 임대와 위탁 운영을 허용한다. 특히 법제처는 의료법인이 소유한 유허토지를 제49조에 열거된 부대사업 이외의 목적으로 제3자에게 임대하는 경우 시·도지사가 허가할 수 없다고 해석하였다(법제처, 2021). 따라서 의료법인이 소유한 토지에 제3자가 임대 오피스와 같은 비의료 수익시설을 개발·운영하고, 그 수익을 병원 재건축 재원으로 환류시키는 성루카국제병원의 구조를 적용하기는 어렵다.

즉, 한국의 병원은 외부 자원을 유지할 제도적 경로도, 늘어난 용적을 내부적으로 수익화할 경로도 갖지 못한 이중의 제약에 더하여, 의료법인이라는 법인격 자체가 지니는 용도 제한이라는 상위의 제약 아래 놓여 있다.

5.4 소결

성루카국제병원은 권리·공공기여·재원 세 층위에서 통합적 체계를 갖춘 반면, 한국의 제도군은 단일 부지라는 한계와 운영 의무와 수익시설 봉쇄라는 공공기여의 성격이 맞물려, 외부 자본 유지와 내부 수익화라는 두 경로가 막힌 구조를 보인다.

이러한 제도적 공백은 실제 추진 현황에서도 확인된다. 서울시 종합의료시설 지구단위계획이 시행된 2022년 12월, 서울시는 보도자료에서 건국대학교병원, 이화여자대학교목동병원, 양지병원이 증축을 추진하기로 하였다고 밝혔다(서울특별시, 2022b). 2023년 상반기에는 이화여자대학교목동병원, 양지병원, 녹색병원, 강동경희대학교병원 4곳이 사전컨설팅을 준비 중인 것으로 보도되었다(양보혜, 2023). 그러나 시행으로부터 약 3년이 지난 현재까지, 이들 병원 가운데 도시계획시설 결정이나 지구단위계획 고시에 이른 사례는 확인되지 않는다⁵⁾. 공간 혁신구역 및 결합건축제도 역시 실제 적용 사례가 없기는 마찬가지다. 즉 한국의 경우 제도는 갖추어져 있으나, 병원을 결정 단계까지 끌어갈 추동력은 약한 것으로 해석된다.

5) 언론에 이 제도의 성과로 종종 소개되는 삼육서울병원의 건폐율 완화(30%→40%)는 자연경관지구 내 도시계획시설 규제를 완화한 사례이다.

따라서 아직까지 한국에서 실행 사례를 찾기 어려운 현상은 제도적 수단의 부재만으로 설명하기 어렵다. 성루카국제병원은 밀도 확보와 토지 활용, 재원 조달이 서로를 뒷받침하는 구조를 형성함으로써 사업 추진의 동력을 확보한 반면, 한국의 제도군은 이 세 요소를 하나의 사업구조로 연결하지 못하고 있다. 즉 현재의 제도는 병원 재건축에 필요한 개발 가능량을 일부 확대할 수는 있지만, 그 확대된 개발 가능량을 토지 및 외부 자본과 결합하여 실제 사업 재원으로 전환하는 경로까지 제공하지 못한다는 점에서 구조적 한계를 갖는다. 이러한 구조적 제약이 실제 병원의 참여 유인에 미치는 영향은, 제도 시행 후 충분한 시간이 경과한 시점에서 실증적으로 재검토될 필요가 있다.

6. 결론

6.1 연구 요약 및 한계점

본 연구는 두 가지 목적을 가진다. 첫째, 성루카국제병원 사례를 통해 특정가구제도와 정기차지권이 어떻게 결합하여 병원 재개발을 가능하게 했는지를 밝히고자 하였다. 둘째, 이를 한국 제도와 비교하여 권리의 법적 성격, 공공기여의 구조, 토지·재원 구조 측면에서 어떤 차이가 있는지를 검토하였다.

성루카국제병원의 재개발은 아카시초 특정가구로 세 가구를 일체 지정하여 기준용적률을 완화하고 가구별로 차등 배분하는 한편(밀도), 병원이 토지 소유권을 유지한 채 5개 사업주체와 50년 일반정기차지권을 체결하여 임대오피스의 수익과 지대를 재건축 재원으로 순환시켰다(재원). 밀도와 재원이라는 두 제도가 상호존적으로 맞물린 이 구조는, 병원 본체가 밀도 압력에서 벗어나 형태를 선택할 여지를 확보하고, 수익을 남지 않는 공용공간을 넓게 확보하며, 의·직·주·학이 복합된 도시환경을 형성하는 물리적 귀결로 이어졌다.

이러한 구조를 권리의 법적 성격, 공공기여의 구조, 토지·재원 구조라는 세 측면에서 한국의 대응 제도군과 대조한 결과는 다음과 같다. 밀도 측면에서 한국의 종합의료시설 지구단위계획은 단일 병원 부지 내 완화에 그쳐, 성루카국제병원과 같은 가구 결합형 용적 재배분 장치를 갖추지 못하였다. 공공기여 측면에서는 완화 용적의 절반을 운영 부담을 수반하는 공공필요 의료시설로 의무화하면서, 그 용적의 수익화 경로마저 명시적으로 차단하였다. 토지·재원 측면에서는 병원이 소유한 토지를 스스로 개발 및 운영해야 하는 구조여서 외부 자본을 유지할 경로가 없으며, 이는 서울시 조례 차원의 제약에 그치지 않고 의료법 제49조가 의료법인의 부대사업을 한정적으로 열거하는 상위의 법적 제약과도 맞물려 있음을 확인하였다.

이러한 구조적 차이는 병원의 제도 참여 유인을 약화시킬 수 있는 요인으로 판단된다. 다만 종합의료시설 지구단위계획을 포함한 세 제도 모두 시행된 지 아직 3~4년 내외에 불과하며, 성루카국제병원 사례 역시 구상에서 준공까지 약 10년이 소요되었다는 점에 비추어 볼 때, 현재까지 실행 완료 사례가 나타나지 않는다는 사실만으로 이를 정체로 단정하기는 이르다. 본

연구가 제시하는 구조적 진단의 실증적 타당성은 향후 더 긴 시간이 경과한 시점에서 후속 검증을 통해 확인될 필요가 있다.

또한 본 연구는 공개 자료의 제약으로 성루카국제병원의 구체적인 재무 구조, 특히 정기차지권의 세부 계약조건과 지대 규모, 수익의 재투입 구조를 충분히 규명하지 못했다. 또한 비교 대상이 서울시 제도를 중심으로 이루어졌다는 점에서 지자체별 제도 운용의 차이를 충분히 반영하지 못하였다. 후속 연구에서는 한국의 병원 재개발 사례가 실제 실행 단계에 이른 이후 제도, 재원, 건축적 결과를 바탕으로 본 연구에서 제시한 구조적 진단을 검증할 필요가 있다. 아울러 지자체별 제도 운용과 실제 사업조건을 종합적으로 분석하여, 병원 재개발에 적용 가능한 도시계획적 모델을 구체화할 필요가 있다.

6.2 시사점

위의 분석을 토대로 다음과 같은 시사점을 제시한다. 이는 도심 노후병원의 신축 이전이나 폐업으로 인해 해당 지역의 의료 접근성이 저하되는 문제를 극복하고, 도시계획적 수단을 적극적으로 활용한 재개발을 통해 지역 의료체계를 유지할 수 있는 방안을 모색한다는 점에서 의미를 지닌다.

첫째, 복수 부지를 연계한 용적 재배분 수단의 도입을 검토할 필요가 있다. 개발권을 소유권과 분리하여 거래하는 전통적인 TDR 방식은 국내 법체계와 제도적 기반의 한계가 있으므로, 이를 그대로 도입하기보다 병원 재개발의 특성에 맞게 복수 가구 또는 인접 대지의 용적을 도시계획적으로 통합하고 재배분할 수 있는 방식을 검토할 필요가 있다. 이는 현재의 결합건축 제도와 달리 개별 소유자의 자발적 협정에만 의존하지 않고, 공공이 전체 사업구조를 계획적으로 조정할 수 있는 수단을 마련한다는 의미를 갖는다.

둘째, 공공기여와 사업의 재무적 지속가능성 사이의 균형을 재검토할 필요가 있다. 공공필요의료시설의 확충은 제도의 중요한 목적이지만, 완화 용적의 일정 부분을 지속적으로 운영 부담을 수반하는 시설에 의무적으로 배분하고 수익시설을 제한하는 방식은 병원의 참여 유인을 낮출 수 있다. 따라서 병원이 자율적으로 활용할 수 있는 용적에서 제한적인 수익시설을 허용하거나, 공공기여의 내용과 규모를 사업의 재무적 지속가능성과 연계하는 방안을 검토할 필요가 있다.

셋째, 토지 소유권을 유지하면서 외부 자본을 활용할 수 있는 재원조달 구조에 대한 법제도적 검토가 필요하다. 성루카국제병원 사례에서 중요한 것은 토지 매각 여부가 아니라 소유권과 개발 및 운영의 주체를 분리하여 외부 자본을 활용했다는 점이다. 따라서 병원 재개발에서도 토지 소유권은 유지하면서 민간 사업주체의 개발·운영과 장기적인 수익을 결합할 수 있는 구조를 검토할 필요가 있다. 이를 위해서는 도시계획 제도의 정비와 함께 의료법인의 부대사업 범위를 규정하는 「의료법」 제49조와의 정합성을 검토해야 하며, 공공병원과 민간병원에 각각 적합한 재원조달 모델을 구분하여 접근할 필요가 있다.

본 사례 연구가 「의료법」 상의 부대사업과 비의료 수익시설에 대한 제한조건이 완화될 수 있는 기초적 연구로 활용되었으면 한다. 병원 부대시설 및 수익시설의 범위를 완화하는 「의료법」의 개정에 대한 진지한 논의가 필요하며, 이를 수용할 수 있는 부동산공법의 개정과 하위 규정의 마련 등 관련 제도에 종합적인 정비가 필요하다. 예를 들어 현행 의료법에는 부대시설 범위에 노인복지주택(실버타운)이 허용되지 않고, 요양병원(또는 요양원)만 허용되는 등 부대시설이 매우 제한적이다. 제도적 완화를 통해 노후 종합병원의 재건축 과정에서 자원조달과 시설 확충을 위해 민간 또는 공공을 대상으로 토지 임차를 통한 다양한 복합개발방식이 가능할 수 있을 것으로 보인다. 이 과정에서 사전협상제나 지구단위계획을 통해 완화되는 부대시설 범위가 탄력적으로 적용될 수 있을 것이다. 다만 이로 인하여 예상되는 부작용에 대한 신중한 검토 역시 함께 이루어져야 한다. 특정 병원에 대한 특혜 시비, 병원 부지를 매개로 한 의료 목적과 무관한 부동산 개발로의 변질, 병원의 공공적 성격 훼손 등의 위험을 방지할 수 있는 구체적인 제도적 안전장치에 대한 후속 검토가 이루어져야 한다.

참고문헌

- 김인희, 2005, "용적이전기법의 도입 및 활용방안 연구", 서울시정개발연구원
- 남진, 이상수, 2004, "동경도 도심부에서의 재개발 유도수법 및 공공과 민간의 파트너쉽에 관한 연구", 국토계획, 39(4), 45-64
- 박소영, 2025, "미래세대를 위한 일본의 국유재산 정책", 국토정책 Brief, 1020, 1-8
- 법제처, 2021.3.15, "민원인 - 의료법인이 소유하고 있는 토지를 제3자에게 임대하는 것이 가능한지 여부(「의료법」 제48조제3항 등 관련)", 법령해석 사례, 안전번호 21-0012, https://www.moleg.go.kr/lawinfo/nwLwAnInfo.mo?mid=a10106020000&cs_seq=425714&pageCnt=10¤tPage=1&keyField=1&keyWord=%EC%9D%98%EB%A3%8C%EB%B2%95%EC%9D%B8&sort=date, 2026.7.28.
- 서울특별시, 2022a, "종합의료시설 지구단위계획 수립·운영기준"
- 서울특별시, 2022b, "서울시, 공공의료시설 확충하는 종합병원에 용적률 1.2배...3개 병원서 시작", 서울특별시 보도자료 2022.12.5.
- 서울특별시, 2023, "서울시 도시계획 규제혁신---대학, 병원 등 공공시설부터 속속 실행", 서울특별시 보도자료 2023.3.20.
- 서울특별시 공공보건의료재단, 2024, "종합의료시설 도시계획지원을 위한 공공필요의료시설 설치·운영 기준"
- 안균오, 방성훈, 박은경, 2015, "제주형 공공토지 임대제도 도입연구", 제주발전연구원
- 양미숙, 2025, "기간의 정함이 있는 주택임대차와 임차인의 중도해지권: 일본 차지차가법(借地借家法) 제38조를 중심으로", The Korean journal of civil law, 112, 201-239
- 양보혜, 2023.1.25, "공간 부족 강동경희대병원 숨통---2000평 증축", 데일리메디, https://www.dailymedi.com/news/news_view.php?wr_id=893603, 2026.6.30.
- 이성창, 김도년, 2006, "일본 마루노우치지구에서의 도시정비에 관한 연구", 한국도시계획학회 춘계학술발표대회 논문집, 236-248
- 이인성, 배재흠, 2013, "용적이양제도를 위한 용적거래방식의 적용가능성 검토", 도시설계, 14(3), 191-203
- 장리브가, 윤철재, 2016, "일본의 민간개발 유도형 도시재생정책의 제도적 특징과 활용에 관한 연구", 도시설계, 17(5), 91-104
- 조승연, 2010, "일본 도쿄 상업·업무지구에서의 규제완화형 도시 재생정책과 사업전개 실태분석", 도시설계, 11(1), 19-32
- 채미옥, 송하승, 2008, "개발이익환수와 손실보상을 위한 용적률거래제 도입 방안", 국토계획, 43(7), 115-133
- 国土交通省, n.d., "特定街区", 国土交通省, <https://www.mlit.go.jp/jutakukentiku/house/seido/kisei/60tokutei.html>, 2026.8.10.
- 東京都都市整備局, 2025, 東京都特定街区運用基準.
- 東京都都市整備局, n.d., "歴史的建築物.", 東京都都市整備局, https://www.toshiseibi.metro.tokyo.lg.jp/ryokuchi_keikan/kekan_keisei/keikan/machinami_09/list_rekisi, 2026.6.26.
- 東京都都市整備局, n.d., "特定街区プロジェクト一覧", 東京都都市整備局, https://www.toshiseibi.metro.tokyo.lg.jp/machizukuri/kozo_seibi/jujitsu/new_ctiy/koudo_unyo-kijun/list_tokutei, 2026.6.26.
- 東京都中央区, n.d., "聖路加国際病院 トイスラー記念館", 東京都中央区ホームページ, <https://www.city.chuo.lg.jp/a0052/bunkakankou/rekishi/bunkazai/kuminbunkazai/seirukakokusaibyointoisurar.html>, 2026.7.27.
- 保利真吾, 片山健介, 大西隆, 2008, "特定街区制度を活用した容積移転による歴史的環境保全の効果に関する研究 — 東京都心部を対象としたヘドニック法による外部効果の推計を中心に —", 都市計画論文集, 43(3), 235-240
- 日本建設業連合会, 1996, "BCS賞受賞作品: 聖路加ガーデン", 66-70, <https://www.nikkenren.com/kenchiku/pdf/558/0558.pdf>, 2026.8.24.
- 西村征一郎, 戸尾任宏, 寺尾嘉夫, 1996, "BCS賞受賞作品: 聖路加ガーデン - 選評", 71, <https://www.nikkenren.com/kenchiku/pdf/558/0558.pdf>, 2026.8.24.
- 聖路加国際病院, 2015, "沿革", <https://hospital.luke.ac.jp/about/history/index.html>, 聖路加国際病院, 2026.6.26.
- 日本建築学会
- 新建築社 編集部, 1994, "聖路加ガーデン", 新建築, 69(10), 281-289
- 小倉善明, 1994, "聖路加ガーデン", 新建築, 69(10), 289
- 加藤隆久, 1994, "聖路加ガーデン", 新建築, 69(10), 289
- 日本建築学会, n.d., "要望書", <https://www.aij.or.jp/request-form.html>, 日本建築学会, 2026.07.27.
- 日野原重明, 2005, "地下鉄サリン事件における聖路加国際病院の対応と災害医療への提言", 『週刊医学界新聞』第2615号, 医学書院, https://www.igaku-shoin.co.jp/paper/archive/old/old_article/n2005dir/n2615dir/n2615_03.htm, 2026.08.10.
- 中央区, n.d., "聖路加病院の救護活動" 安増武子, 中央区平和祈念バーチャルミュージアム, https://www.city.chuo.lg.jp/virtualmuseum/heiwazigyo/shiryoshitu/kikakutenjishitsu/h19_h17/h19_4.html, 2026.7.27.
- 清水建設, 2023, "聖路加国際大学 聖路加礼拝堂", <https://www.shimz.co.jp/shimzdesign/works/2023stlukeschapel.html>, 清水建設, 2026.6.26.

접수 : 2026년 8월 14일

1차 심사완료 : 2026년 8월 24일

게재확정일자 : 2026년 8월 24일

3인 익명 심사 필

