

碩 士 學 位 論 文
指 導 教 授 黃 振 洙

韓 國 長 期 療 養 保 護 老 人 政 策 的
改 善 方 案 에 關 한 研 究

A Study on the Imporvement of the Long-Term
Care Policy for the Elderly in Korea

2002年 8月 日

漢 城 大 學 校 行 政 大 學 院

福 祉 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

朴 公 任

碩士學位論文
指導教授 黃 振 洙

韓國 長期療養保護老人 政策의
改善方案에 關한 研究

A Study on the Imporvement of the Long-Term
Care Policy for the Elderly in Korea

위 論文을 行政學 碩士學位論文으로 提出함

2002年 8月 日

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

朴 公 任

朴公任의 行政學 碩士學位論文을 認定함.

2002年 8月 日

審査委員長

①

審査委員

①

審査委員

①

국 문 요 약

21세기 한국은 고령사회이다. 이는 국민 전체에서 노인이 차지하는 비율이 14% 이상인 사회를 의미한다.

고령사회에서 가장 크게 주목받는 사회문제는 신체적 또는 정신적으로 건강상태가 좋지 않은 노인에 대한 부양문제이다. 의료기술의 발달로 인간의 생명이 크게 연장되고 있다. 노년기 후기의 의존생활 기간은 인생의 보편적이고 정상적인 생활주기의 일부가 되고 있으며, 이 기간에 대한 서비스와 이와 관련된 건강보호 비용에 대한 국가적 차원의 대책이 요청되고 있는 것이 장기요양보호정책이다.

제 2 장은 장기요양보호노인에 대한 이론적 배경에서 장기요양노인시설의 환경적 요소로 노인인구의 증가, 시설보호대상 노인의 증가, 사회적 요인의 변화, 가족관계요인의 변화, 문화적요인, 노인복지시설의 부족이 있으며, 외국 노인의 장기요양보호 정책 사례에 있어서는 미국, 독일, 일본, 스웨덴의 선진국 노인복지시설 서비스에 대한 사회보장 및 법규정을 살펴보고, 장기요양보호시설의 서비스 정책평가 준거모형을 제시해 보았다.

제 3 장은 장기요양보호노인 정책의 현황과 문제점으로 노인요양시설의 현황이 있으며, 장기요양보호노인 정책의 문제점에는 ① 할당영역으로 노인 간호인력의 부족, 대상자 선정기준의 모호성, 전문의료인력의 부재, 가족수발자에 대한 서비스 인식부족 ② 대책영역에는 서비스 내용의 문제점으로 장기요양보호노인의 대책에 대한 정부의 사회복지 서비스에 대한 문제점이 있다. ③ 재정영역으로 시설노인을 위한 정부의 재정지원이 열악한 실정이며, 입소노인의 무료시설에 대한 정부의 지급수준이 너무 낮은 문제점이 있다. ④ 전달체제 영역으로 재

가노인복지서비스의 경우 보건복지부의 지역사회 복지관, 서울시 가정도우미 등의 전달체계가 통일성이 결여되고 있고 서비스가 중복 제공될 확률이 높다는데 문제가 있다.

제 4 장은 장기요양보호노인 정책의 개선방향으로 ① 할당 영역에는 장기요양보호 대상 노인 선정을 위한 구체적인 기준의 설정, 노인요양시설의 인력문제, 시설운영의 투명성, 개방성 확보, 가족 수발자 지지서비스 개발, 장기요양보호 서비스 대상이 있으며 ② 대책영역으로 재가 지역사회보호를 위한 가족지원체계의 마련이 있고, 재가보호 지역사회 보호서비스의 강화, 의료서비스의 확충, 치매노인 종합지원서비스 도입, 무료서비스의 질적 향상, 장기요양보호 비용 지원체계 개발, 복합적 실버타운 서비스 도입, 상담 및 재활, 치료 프로그램의 개선이 있다. ③ 재정영역에는 정부의 장기요양보호 서비스 비용 문제로 국가의 프로그램 지원비용과 개인의 요양비용부담 마련을 위한 개선방향을 제시하고 있다. ④ 전달체계 영역으로 사회복지 전달체계에서 조직체계를 구성하는 인력과 간호사의 양성, 노인 전문의사, 보건요원, 간호사, 및 사회복지사의 필수적인 참여와 팀워크, 그리고 가족과 전문인력에 대한 특별한 훈련이 있다.

제 5 장은 결론으로 한국사회가 고령화 사회를 맞으면서 급속하게 진전될 고령화 사회에 대비하여 우리나라 장기요양보호의 대책과 정책방향을 제시해 보며 장기적이고 종합적인 노인복지정책을 수립해 보았다.

목 차

국문요약

I. 서론	1
1. 연구의 목적.....	1
2. 연구의 방법 및 범위.....	3
II. 장기요양보호노인에 대한 이론적 배경	5
1. 장기요양보호의 개념 및 특성.....	5
(1) 장기요양보호의 개념	5
(2) 장기요양보호의 특성	5
2. 장기요양보호노인 정책의 환경적 요소.....	8
(1) 노인인구의 증가.....	8
(2) 시설보호대상 노인의 증가.....	10
(3) 사회적 요인의 변화.....	13
(4) 가족관계 요인의 변화.....	14
(5) 문화적 요인.....	15
(6) 노인 복지시설의 부족.....	16
3. 외국의 장기요양보호노인 정책.....	17
(1) 미국.....	20
(2) 독일.....	20
(3) 일본.....	28
(4) 스웨덴.....	35
4. 장기요양보호 시설의 서비스 정책평가 준거 모형.....	40

Ⅲ. 장기요양보호노인 정책의 현황과 문제점	43
1. 노인요양시설의 프로그램 및 서비스 현황	43
(1) 프로그램	43
(2) 노인복지시설의 유형	45
2. 장기요양보호노인 정책의 문제점	54
(1) 할당영역	54
(2) 대책영역	57
(3) 재정영역	63
(4) 전달체계 영역	64
Ⅳ. 장기요양보호노인 정책의 개선방향	65
1. 할당영역	65
2. 대책영역	68
3. 재정영역	73
4. 전달체계 영역	74
Ⅴ. 결 론	77
ABSTRACT	
*참 고 문 헌	83

<표 차례>

<표2-1> 1960~2030까지의 장래인구 추이	9
<표2-2> ADL 및 IADL 수준에 의한 노인의 기능적 건강상태	10
<표2-3> 기능장애 노인인구 추계(1999~2030)	11
<표2-4> 심신장애 노인의 부양 수혜 여부	12
<표2-5> 만성질환 유병율 (단위 :%)	13
<표2-6> 치매 노인수 추계	13
<표2-7> 노인들의 자녀와의 동거별 형태 변화추이	15
<표3-1> 노인복지시설 현황	46
<표3-2> 노인복지시설 및 거주자 현황	46
<표3-3> 우리 나라 노인복지시설 현황	53

<그림 차례>

<그림2-1> Gilbert와 Specht의 선택의 차원(Dimension of Choice)	42
--	----

I. 서 론

1. 연구의 목적

한국사회가 고령화 사회로 진입하는 과정에서 대다수의 노인들은 정체성의 위기를 겪고 있다. 우리 나라는 급속한 경제성장으로 인한 사회변화로 생활수준의 향상, 위생조건의 개선, 의료기술의 발전 등으로 선진국의 발전과정에서 볼 수 없었던 평균수명의 연장과 노인 인구비율도 크게 증가하여 2000년부터 “고령화 사회(aging society)”에 접어들게 되었다. 이러한 노인 인구의 증가속도는 세계에서 유례없었던 것으로 한국 노인복지에 있어서 커다란 도전이 되고 있다.¹⁾

1970년 65세 이상 노인 인구비는 전체인구의 3.1%였으나, 2000년에는 전체인구의 7.1%인 337만명에 달하게 됨으로써 본격적인 고령화사회에 들어서게 되었다. 그리고 2022년에는 “고령 사회(aged society)” 즉 65세이상 노인 인구비가 14%인 753만명에 이르게 될 것이며, 그 결과 한국사회는 역사상 최단기 내에 “고령화 사회”에서 “고령 사회”로 바뀌게 될 전망이다. 이러한 노인인구의 증가와 평균 수명의 연장은 “장기요양 보호 노인”의 증가로 이어질 전망이다²⁾ 이는 세계적인 공통 현상으로 65세 이상의 인구 중 75세 이상(80세 이상 또는 85세 이상)의 신체적으로 취약한 고령인구의 증가율이 더욱 두드러지게 나타나고 있다. 대부분의 재가노인들은 고령화가 진

1) UN에서는 65세 이상 인구비율이 4% 미만 국가를 「유년인구국」(young population), 4-7%를 「성년인구국」(mature population), 7% 이상을 「노년인구국」(aged population)으로 분류하고 있으며, 노년인구국을 고령화사회라고 부르고 있다.

2) 한국노년학회, 「노년학의 이해」, 대영문화사, 2001, p.151.

전되어 가면서 유병율이 크게 높아지고 있다. 지역사회에서 생활하고 있는 노인 중 다수는 관절염, 심장병, 고혈압, 청력손상 등의 만성적인 질병을 한가지 이상 갖고 있으며, 또한 상당수의 노인들이 일상생활 수행능력(ADL: Activities of Daily Living)이나 도구적 일상생활 수행능력(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)에 장애를 가진 채 생활하고 있다.³⁾ 그리하여 노인에 대한 장기요양보호 문제를 심각하게 인식하고 사회적 차원에서 장기적인 안목으로 대처하지 않는다면 우리사회도 선진국들이 겪어왔던 문제를 되풀이하면서 임기응변적으로 대응하는 정책만 시행하게 될 것이 분명하다.

전세계적으로 인간의 평균수명이 늘어나고 노인인구가 증가하면서 장기요양보호를 필요로 하는 노인이 크게 증가하고 있으며, 이들에 대한 사회적 대책이 세계 각국에서 중요한 관심사가 되는 것은 만성적 질환이나 장애로 인한 장기요양보호 대상의 노인들은 전통사회에서는 가족의 보호 속에서 생활하였다. 그러나 산업화, 도시화, 핵가족화의 진전으로 이들 노인을 가족 내와 가족 밖에서 어떻게 보호해야 하는가는 중요한 이슈 중 하나로 등장하였다. 그리고 산업사회에서 나타나는 장기요양보호와 같은 노인문제에 대처하기 위하여 선진제국에서는 가족의 보호기능을 보완 또는 대체하는 시설보호나 지역사회보호와 같은 사회적이고 공식적인 보호대책을 마련하여 왔다.

우리 나라의 장기입소 노인을 위한 장기요양보호 시설은 2001년 현재 전국적으로 250개의 시설에 13,907명의 입소노인이 생활하고 있으며, 종사자 수는 3,166명이다.⁴⁾ 즉 장기입소

3) 최미정, “노인의 장기요양보호 서비스 활성화 방안에 관한 연구”, 단국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2000, p.2.

4) 차홍봉 외 5인 공저, 「고령화 사회의 장기요양보호」, 도서출판 소화, 2000. p.8.

시설에 거주하고 있는 노인은 전체 노인의 0.3%에 지나지 않는 수준이다. 이는 미국 5.7%, 일본 6.0% 보다 훨씬 낮은 비율이다. 또한 시설의 수적인 부족뿐만 아니라 시설운영실태와 입소노인의 생활상태가 열악하며, 시설생활에 대한 국민들의 의식이 우리 사회에서도 아직도 부정적이라는 문제점을 가지고 있다. 이처럼 장기요양보호시설은 양적인 측면과 보호의 질적인 측면에 많은 제한점을 안고 있다.⁵⁾

따라서 본 논문의 목적은 한국사회가 고령화사회를 맞으면서 향후 급속하게 진전될 고령화 사회에 대비하여 우리나라의 노인장기 요양보호의 실태와 문제점을 분석하고 장기요양보호의 대책과 정책 방향을 제시해 보며, 장기적이고 종합적인 노인복지정책을 수립하는데 의의가 있다 하겠다.

2. 연구의 방법 및 범위

노인인구 고령화에 따라 야기되는 노인문제를 해결하기 위하여 노인의 장기요양보호가 정착되지 않은 상태에서 노인의 권리가 침해되기 쉽고 노인의 삶의 질 또한 보장받기 어려운 상황이다. 따라서 국내외의 사회복지, 노인복지에 관련된 학술자료 및 연구논문, 보고서 등 각종 자료를 문헌 중심적 내용을 주된 방법으로 하면서 한국의 노인장기요양보호에 관련된 여러 제도를 대상으로 살펴보고 한국의 실태를 분석하며 접근 가능한 범위 내에서 국내 언론기관과 연구기관에서 개방되어 있는 학술자료와 보건복지부의 정책 자료를 활용할 것이다.

본 논문은 총 5장으로 구성되어 있다.

제 2장에서는 장기요양보호노인에 대한 이론적 고찰로서 개념 및 특성과 배경, 그리고 노인장기요양 시설의 환경적 요소인

5) 보건복지부, 「노인복지사업지침」, 2000, p.7.

노인인구 요인의 변화 문화적 요인. 노인 복지시설의 부족을 살펴보고 외국의 장기요양보호 사례고 미국, 영국, 일본, 스웨덴을 그리고 내용에 바탕을 둔 장기요양보호노인 정책에 대한 내용을 간략히 살펴보겠다.

제 3장에서는 장기요양보호노인 정책의 현황 및 문제점으로 장기요양보호노인 정책의 현황과 문제점을 고찰해 본다.

제 4장에서는 장기요양보호노인 정책의 개선방안으로 ①할당 영역으로 장기요양보호노인 서비스 대상을 가족까지 포함. 장기요양보호노인 정책의 방향설정이 있으며, ② 대책영역으로 치매노인 종합지원 서비스 도입, 무료서비스의 질적 향상이 있고 ③재정영역으로는 재가, 지역사회 서비스의 개선, 상담 및 재활치료 프로그램의 개선, 전달체계와 재정지원의 정비, 장기요양보호시설의 개선. 시설운영의 투명성, 개방성의 확보 ④ 전달체계 영역으로 비공식적 보호체계 유지 및 개발과 비공식 보호 체계의 보완을 위한 공식적 보호체계 개발이 있다.

제 5장에서는 결론으로서 노인 장기요양보호 정책에 대한 우리의 자세와 전망을 해보며, 요약·정리해 보겠다.

Ⅱ. 장기요양보호노인에 대한 이론적 배경

1. 장기요양보호의 개념 및 특성

(1) 장기요양보호의 개념

장기요양보호(long term care)의 개념을 살펴보면 장기요양보호는 만성질환이나 신체적 장애로 인하여 스스로 돌보지 못하는 사람들에게 제공하는 서비스를 뜻한다. 이러한 장기요양보호의 중요한 특성은 그 기간이 확정적이지 못하데 있다 할 수 있다. 즉 급성질환(acute care)과 달리 장기요양보호 대상자는 장기요양보호가 필요한 상태여서 회복하는 것을 기대하기가 어렵기 때문이다. 장기요양보호는 그 기간을 예상하기가 힘들다 할 수 있다.

이러한 장기요양보호를 필요로 하는 노인은 신체적인 건강이나 정신적인 건강에 어려움이 있는 노인이라 할 수 있는데 신체적인 건강은 일상생활 수행능력(ADL: Activities of Daily Living)이나 도구적 일상생활 수행능력(IADL: Instrumental Activities of Daily Living)으로 측정하고 정신적인 건강은 주로 치매증상 여부를 추적하는 것이 일반적이다. 물론 장기요양보호를 필요로 하는 노인은 대부분 만성질환을 앓고 있지만 만성질환을 앓고 있는 노인이 모두 기능적인 능력에 제한을 받는 것도 아니라는 점에서 만성적인 질환이란 여부만으로는 장기요양보호가 필요한 노인인지 판단할 수 없다 하겠다.

(2) 장기요양보호의 특성

장기요양보호를 필요로 하는 노년기 의존성의 원인은 고령과 이와 더불어 발생하는 노년기의 질병일 것이다. 우리 나라 노인의 질병 발생률은 비노인층 보다 2-3배정도 높고 만성적

이며 의료비용도 높은 것이 특징이다. 1995년 현재 한국인 55세 이상의 사망원인을 살펴보면 뇌혈관질환, 악성 신생물(암), 심장병, 고혈압성 질환, 당뇨병, 폐순환질환의 순으로 비중 또한 일반적으로 연령증가와 비례하는 것으로 알려지고 있다. 치매성 질환은 치료적 회복보다는 그 진전을 억제하는데 중점을 두고 있어, 치매노인의 요양보호는 장기적이고 소모적이다.⁶⁾

노인들이 장기보호를 필요로 하게 되는 상황들을 보면 다음과 같다.⁷⁾

첫째는 기능상의 손상을 입은 경우로 기능상의 손상을 가져오는 만성적인 질병은 관절염, 고혈압, 심장병, 사지나 등, 척추, 허리의 손상 등이다. 둘째는 신체적인 제약이 있는 복합적인 만성질환은 나이가 많아지면서 더 흔해진다. 셋째는 젊었을 때의 손상은 노년기 이후에 장기보호를 필요로 할 수 있다. 예를 들어 골다공증 등이 그러하다. 넷째는 시력저하, 청력감소, 관절염은 흔히 노년기에 사고나 다른 질병이 발생할 때 그보다 먼저 나타나는 증세이다. 그 효과는 누적되어 나타나서 노인은 계속해서 자신을 보호할 수 없게 된다. 다섯째 노인들이 혼자 사는 경우가 점차 증가하고 있다. 연령별로 보면 65-74세에는 28%, 75-84세에는 34%, 그리고 85세 이상일 때는 거의 50%가 혼자 산다. 이처럼 고령으로 갈수록 혼자 사는 경우가 증가하게 되므로 의존성이 높은 노인들은 장기보호의 대상이 되는 것이다.

노화와 노년기 질병의 특성상 장기요양보호는 보호기간이 장기간이라는 문제뿐 아니라 경제, 의료, 요양, 사회서비스, 주택 등의 다양한 욕구를 동시에 충족시켜야 한다는 문제를 안고 있어 문제해결의 어려움이 배가되고 있다. 장기보호의 대상

6) 최미정, "노인의 장기요양보호 서비스 활성화 방안에 관한 연구", 단국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2000, p.10.

7) 한겨레 신문, "노인성 치매", 1991, 9/1, p.8.

은 대략 10% 미만에 불과하므로 장기보호의 대부분은 지역사회를 중심으로 이루어진다. 노인들은 보호시설(institution)을 자신이 선택해야 하는 “마지막 거처”라고 생각하기 때문에 가능하면 지역사회에서 보호를 받으면서 살 수 있는 시간과 기회를 연장시키려고 한다. 때문에 노인들의 독립적인 생활이 가능할 때는 “집”에서 생활을 하다가, 그 다음 단계로서 “노인보호주택”⁸⁾을 선택하게 되고 마지막으로 양로원이나 병원 등의 시설을 택하게 된다. 이때 한쪽 극단에 있는 시설을 제외한 모든 형태의 주거에서 이루어지는 복지서비스를 지역사회복지라고 할 수 있다. Kane과 Kane 은 노인 장기요양보호서비스의 관건은 기능적 문제이기 때문에 노인이 지니고 있는 기능적 문제의 특성으로 보아 이 서비스는 다음과 같은 성격을 지닌다고 말하고 있다.⁹⁾

① 장기요양보호서비스의 목표는 기능적 장애에 대한 진단이나 교정을 위한 서비스가 될 수도 있고, 기능적 손상을 가진 노인에게 그 손상에 대하여 보상을 해주는 서비스가 될 수도 있으며, 기능적 문제에도 불구하고 가능한한 최대한 독립성과 존엄성을 유지하도록 도와주는 것이 될 수도 있다.

② 장기요양보호서비스는 한번 시작하면 일생동안 계속될 수도 있고, 일단 욕구가 충족되면 중단될 수도 있다.

③ 장기요양보호서비스는 많은 도움을 필요로 하면서 한편 상대적으로 비전문적인 노동을 필요로 한다.

④ 장기요양보호서비스는 하루 중 필요로 할 때도 있고 그렇지 아니할 때도 있어서 융통성있게 제공되어야 한다.

⑤ 장기요양보호서비스는 노인 자신의 집에서 제공될 수도

8) 김기태, “노인복지시설보호 서비스의 현황 및 그 전망과 과제”, 「사회복지연구」, 부산대학교 사회복지연구소, 1991, p.68.

9) Kane, T. L. & A. Kane, Long-Term Care : Principles, Programs, and Policies, Springer Pub. Co. 1987. pp.6~8.

있고 다른 시설에서 제공될 수도 있다.

⑥ 장기요양보호서비스는 다양한 종류의 기관과 인력에 의한 다양한 서비스를 필요로 한다.

⑦ 장기요양보호서비스는 개인적 문제로 취급될 수도 있고 정부가 개입해서 해결해야 하는 문제로 취급될 수도 있다.

2. 장기요양보호노인 정책의 환경적 요소

(1) 노인인구의 증가

국민의 수명과 기대여명이 연장됨에 따라 고령인구가 증가하고 있다. 1960년 65세 이상의 노인인구는 72만6천명이었는데 2030년에 가서는 1천만 명이 넘을 예측이다. 중요한 사실은 80세가 넘어 심신기능이 허약하고 경제력도 부족한 후기고령 노인들이 급증하고 있다는 사실이다(<표2-1>). 1960년 80세 이상 노인은 5만9천명이었으나 1995년에는 38만2천명으로 6배 이상 늘어났고, 2000년에는 48만 명으로 증가되며, 2030년에는 177만 명이 넘을 예측이다. 일상생활 수행능력은 일반적으로 두 가지 수준이 있다. 즉 자신의 신변관리를 독립적으로 할 수 있는 정도를 나타내는 신체적 일상생활 수행능력(physical Activities of Daily Living; ADL : 신체적 일상생활 능력이라는 말을 줄여서 간단히 일상 생활능력(ADL)으로 말하고 있음)과 신변관리와 더불어 지역사회에서 독립적으로 생활하면서 일상생활에서 간단한 목적달성을 위한 행동까지 할 수 있는 정도로 나타내는 수단적 일상생활 수행 능력(Instrumental Activities of Daily Living; IADL)이다. 장기요양보호에서 타인의 도움을 필요로 하는 경우는 ADL에 문제가 있는 경우로

한정하는 것이 일반적이다. 80세 이상의 후기고령노인이 많아지면 일상생활 동작능력(ADL), 가사생활 수행능력(IADL)이 저하되어 자립적인 가정생활을 계속할 수 없는 의존성 노인이 증가되고, 이들의 생계보호와 장기요양이 커다란 사회문제가 될 것이다.¹⁰⁾

<표2-1> 1960~2030까지의 장래인구 추이

단위 : 천명, ()속은 구성비

연도	총인구	0~14세(%)	15-64(%)	65+(%)	60+(%)
1960	25,012	10,588(42.3)	14,258(57.0)	726(2.9)	59(0.2)
1970	32,241	13,709(42.5)	17,540(54.4)	991(3.1)	101(0.3)
1980	38,124	12,951(34.0)	23,717(62.2)	1,456(3.8)	178(0.5)
1990	42,869	10,974(25.6)	29,701(69.2)	2,195(5.1)	302(0.7)
1995	45,093	10,537(23.4)	31,900(70.7)	2,657(5.9)	382(0.8)
2000	47,275	10,233(21.6)	33,671(71.2)	3,371(7.9)	480(1.0)
2010	50,618	10,080(19.9)	35,506(70.1)	5,032(9.9)	803(1.6)
2020	52,358	9,013(17.2)	36,446(69.6)	6,899(13.2)	1,335(2.5)
2030	52,744	8,448(16.0)	34,130(64.7)	10,165(19.3)	1,755(3.4)

자료 : 통계청, 「장래인구추계」, 1996, 12.

10) 황진수, 「사회복지 시설연구」; “노인 장기요양시설 정책의 개선방안”, 사회복지시설 연구회 제3집, 2001. 3, pp.3~4.

(2) 시설보호대상 노인의 증가

장기요양보호 필요성 정도는 개인의 신변관리와 지역사회 내에서의 독립적 생활을 위해 필요한 일상적 행동을 혼자 수행할 수 있는 정도로 판단한다.¹¹⁾

<표2-2> ADL 및 IADL 수준에 의한 노인의 기능적 건강상태

건강상태	일본의 아베 연구기준	한국의 조사기준
자립 (independent)	일상생활에 지장이 없는 상태	IADL과 ADL에 지장이 없는 상태
가정내 제한 (house-bound)	가정 내에서 보행이 가능한 상태	IADL에만 장애가 있어 집 밖의 외출이 어려운 상태
의자에 제한 (chair-bound)	침상에서 일어나 앉아있을 수 있는 상태	ADL에 지장이 있어 외출이 어렵고 집안에서의 생활에도 장애가 있는 상태
의상 (bed-bound)	침대에 누워있으며 일어나 앉기가 어려운 상태	ADL의 항목 모두에 장애가 있는 상태

따라서 장기요양보호 필요 여부와 정도를 규범적으로 판단하는 기준의 하나는 IADL과 ADL이 보다 많이 활용되고 있다.

인간의 수명연장에 따라 퇴행성 만성질환으로 고생하며 기능장애를 가진 노인수가 늘어가고 있다. 우리 나라 65세 이상 노인의 대부분은 관절염, 만성요통, 고혈압 등의 3개월 이상 지속되는 퇴행성 만성질환을 가지고 있으며, 나이가 많아질수록 만성질환 유병율도 높아지고 있다. ADL이나 IADL 제한을 가진 장애노인수가 급격하게 증가하고 있다. 1999년에 65세 이

11) 황진수, 상계서, pp.3~4.

상 320만 명의 노인 중에서 기능장애를 갖고 있는 노인은 139만 명(전체노인의 43.5%)이 넘고, 그 중에서 ADL이나 IADL의 기능제한으로 재가서비스대상이 되는 노인수는 128만 명(39.9%)에 가깝다. ADL 기능 모두 제한을 갖고 있기 때문에 간병인의 도움 없이는 혼자 살아갈 수 없는 노인이 11만 명(3.5%)에 이르고 있다. 2000년에는 재가서비스 대상 노인이 134만 명에 이르고, 시설보호 대상노인도 11만8천명이 될 것이며, 2030년에 가서는 재가서비스 대상노인이 400만 명이 넘게 되고, 시설보호 대상도 35만 명이 넘을 것으로 예측하고 있다.(〈표2-3〉)

〈표2-3〉 기능장애 노인인구 추계(1999~2030)

구분	비율	1999	2000	2010	2020	2030
총계(65+)	100.0	3,204,095	3,370,568	5,032,264	6,899,264	10,164,832
기능장애노인	43.4	1,390,577	1,462,867	2,183,951	2,994,281	4,411,537
IADL만제한	11.5	68,471	387,615	578,697	793,415	1,168,956
ADL일부제한	28.4	909,963	957,241	1,429,130	1,959,391	2,886,812
ADL모두 제한	3.5	112,143	117,970	176,125	241,474	355,769
재가서비스대상	39.9	1,278,434	1,344,857	2,007,826	2,752,806	4,055,768
시설서비스대상	3.5	112,143	117,970	179,125	241,474	355,769

주:1) 한국보건사회연구원(1998)의 조사결과를 해당연도의 추계치에 적용시킴.
 자료) : 통계청, 「장래인구추계」, 1996. 12.
 정경희 외, 「1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」, 한국보건사회연구원
 황진수, 「사회복지시설연구」, 사회복지시설연구회, 2001. 3.

현재 심신기능 장애로 일상생활 수행동작에 지장이 있는 노인 중에서 요양원이나 전문요양시설에 입소하여 시설보호를 받고 있는 노인은 약 5천 1백명(시설보호 대상노인의 4.6%)정도이고, 나머지 대부분(95.4%)은 가족이나 이웃, 또는 가정 봉

사원들의 도움을 받으며 가정에서 살아가고 있다. 최근 보건사회연구원(1998)의 봉사원들의 조사에 의하면 기능장애가 있는 노인중에서 가족들의 부양을 받고있는 노인의 비율은 전체 장애노인의 37.3% 정도이고, 나머지 62.8%는 필요한 도움을 받지 못하고 있는 것으로 보고되었다. 특별히 혼자 사는 노인의 88%가, 그리고 노부부만 따로 사는 노인가구의 57%가 일상활동에 필요한 도움을 받지 못하고 있어, 독립가구 노인들의 간병이 심각한 현상으로 나타나고 (<표2-4>참조), 심지어 자녀와 함께 살고 있는 노인들 중에서 54% 이상이 자녀로부터 간병을 제대로 받지 못하고 있어 이들을 위한 재가노인서비스와 아울러 무의탁노인을 위한 입소시설의 확충이 시급히 요구되고 있다.¹²⁾

<표2-4> 심신장애 노인의 부양 수혜 여부

(단위 : %)

ADL제한 노인	도움 받음	도움 받지 않음	계(명)
전체노인	37.3	62.8	100.0(1,924)
남자	43.1	65.6	100.0(638)
여자	34.4	65.6	100.0(1,286)
거주형태 : 독신노인	11.9	88.1	100.0(383)
부부노인	42.8	57.2	100.0(518)
자녀동거	46.3	53.7	100.0(919)
기 타	23.0	77.0	100.0(104)

주) 일상생활 수행동작에 어려움을 갖고 있는 ADL 제한노인 1924명에 대한 비율임
 자료) 정경희 외, 「1999년도 노인생활실태 및 복지욕구조사」, 1998.
 황진수, 「사회복지시설연구」, 사회복지시설연구회, 2001. 3.

12) 황진수, 상계서, pp.4~5.

만성질환 노인의 유병율도 나이가 많아짐에 따라 증가한다. 65세~69세는 85.2%, 70세~74세는 87.6%, 75세 이상은 87.8%로 높아짐을 알 수 있다.

<표2-5> 만성질환 유병율 (단위 :%)

구분	계	65~69	70~74	75+
합계	86.7	85.2	87.6	87.8
지역	도시	85.3	82.9	85.8
	농촌	89.1	89.6	90.7
성별	남	77.4	75.8	78.0
	여	92.2	92.0	92.5

자료 : 전국노인생활실태 및 복지욕구조사(한국보건사회연구원, 1998)

특히 치매노인수도 점차 증가하고 있다. 2000년의 경우 치매 유병율은 8.2%로 치매 노인수는 277,748명, 2005년에는 8.3%로 351,025명, 2010년에 있어서는 8.6%로 433,918명, 2020년에는 9.0%로 높아져 619,132명으로 대폭 증가할 전망이다.

<표2-6> 치매 노인수 추계

구분	치매노인수						
	1995	1997	2000	2005	2010	2015	2020
치매노인수	218,096	241,889	277,748	351,025	433,918	527,068	619,132
치매유병률	8.3	8.3	8.2	8.3	8.6	9.0	9.0

자료) 치매관리 Mapping 개발 연구(한국보건사회연구원, 1997. 12)

황진수, 「사회복지시설연구」, 사회복지시설연구회, 2001.3

(3) 사회적 요인의 변화

우리 나라에서는 1960년대부터 급격한 산업화, 도시화, 핵가

족화가 나타나기 시작하였다. 산업화가 시작되기 전 즉 1955년에는 1차 산업(농업, 어업, 수산업)이 주종을 이루고 근로자의 대부분이 1차 산업에 종사하였으나, 1991년에 와서는 1차 산업 근로자는 16.6%로 줄어들고 26.9%는 2차 산업의 제조업에 그리고 56.4%가 서비스나 사무직의 3차 산업에 종사하는 것으로 나타났다.¹³⁾ 이는 우리 나라가 농업 중심의 산업 구조에서 공업 중심의 제조업이나 서비스업으로 변화되고 있음을 알 수 있다. 이러한 산업구조의 변화는 인구의 수평적 이동을 가져와 결과적으로 도시 인구가 급격하게 증가하게 되었다.

1996년 우리 나라 도시인구는 전체인구의 33.5%에 불과하였다. 그러나 1985년대는 65.4%로 증가하였고, 1995년에는 인구의 85.7%가 도시에 살고 있는 것으로 보고되었다.¹⁴⁾ 이처럼 급격한 도시인구의 급증은 자연인구의 증가보다는 젊은 층 노동력의 이농향도(離農向都)형 인구이동의 결과라고 볼 수 있다. 농촌지역의 젊은이들은 학교나 직장을 찾아 도시로 나가고 노인층은 그대로 남아 있어 농촌노인들의 부양문제가 또 하나의 심각한 노인문제로 나타나고 있다.

(4) 가족관계 요인의 변화

최근 우리 나라가 산업화, 도시화, 핵가족화가 계속되면서 노인들이 자녀들과 별거하는 현상이 증가하고 있다. 1981년의 노인주거형태를 보면 노인 혼자서 혹은 노부부만 따로 사는 경우는 전체 노인의 41.7%로 증가하였다(<표2-7>). 특히 농촌에서는 자녀들의 도시진출로 절반 이상의 노인들이 자녀들과 떨어져 사는 것으로 나타났다. 현대가족의 형태가 변화하고 있다. 핵가족화와 더불어 평균가족원 수가 줄어드는 소가족과 편

13) 황진수, 상계서, pp.6~8.

14) 통계청, 「한국통계연감」, 서울; 통계청, 1990.

모가족이 늘어나고 있다. 1960년대에는 우리 나라 평균가족원 수가 5.7명이었는데, 1990년대는 3.7명이 되었고, 2000년에는 3.2명으로 줄었다. 요즘 남편과의 사별이나 이혼 후 재혼하지 않고 독신으로 살아가거나 자녀들과 같이 살아가는 편모가족이 증가하고 있다. 이와 같은 가족원 수의 감소와 편모 가족의 증가는 노부모 부양기능의 약화를 뜻하며, 가정에서 노부모를 부양하고 있는 여성 수발자들의 과중한 부담을 나타내기도 한다.

<표2-7> 노인들의 자녀와의 동거별 형태 변화추이

(단위 : %)

주 거 형 태	1981 ¹⁾	1985 ²⁾	1990 ³⁾			1998 ⁴⁾		
			전체	도시	농촌	전체	도시	농촌
노인단독가구	19.8	20.5	26.3	19.0	35.5	41.7	36.4	51.1
자녀/손 자녀와 동거	80.2	78.3	72.5	79.8	63.4	56.8	62.1	47.4
기타 친척/친구동거	80.2	1.2	1.2	1.2	1.2	1.5	1.5	1.5

자료 1) 김태현, 1981 : 43

2) 임종권 외, 1985 : 24

3) 통계청, 1993.

4) 정경희 외, 1998.

(5) 문화적 요인

전통적인 사회에서의 노인부양은 가족에 의해서 제공되었다. 그러나 국제화, 산업화, 핵가족화 등의 급격한 사회환경 변화 속에서 국민들의 경노효친 사상이나 자녀들의 효도 관이 달라지고 있다. 효의 실천에 있어서 과거의 무조건 복종이나 전통적인 부모봉양은 약화되고 지금은 보다 실용적이고 합리적인 방법으로 변화하고 있다. 자녀들은 고거 부자(父子)중심의 전통적인 대가족주의 가치관에서(夫婦)와 자녀를 중심으로 하는

핵가족 단위의 생활체제로 변화하고 있으며, 더 나아가 과거 가문과 가족을 중요시하던 경향에서 지금은 개인의 성공이나 이익을 더 중시하는 경향으로 바뀌고 있다.¹⁵⁾ 요즘 신세대 젊은이들을 가리켜 'PANTS'족이라 하고, 신세대 노인들을 'DINK'족 또는 'TONK'족이라고 하는 표현이 있다. 이 말을 풀이하러, PANTS족은 젊은이들이 개인주의적이고(personal), 흥미본위(amusement)이며, 자연스러움을 좋아하며(natural), 성별구분이 모호하며(transborder), 극단적인 자기사랑(self-love)에 빠진 세대라는 뜻이다. DINK족이나 TONK족이라고 하는 말은 노인 부부가 둘 다 일 하면서 근로소득을 가지고 있으나 자녀와 같이 살고 있지 않으며(Double Income No Kid), 은퇴한 후에 자녀와 같이 살지 않고 노부부만 따로 생활하는(Two Only No Kid) 경향을 말하고 있다. 이와 같은 노인층이나 젊은이들의 의식 변화는 앞으로 더욱 더 심화될 것이 예상되며, 결과적으로 노인부부 가구나 독거 노인 가구를 증가시키게 되어, 이들의 자립적인 노후생활과 사회활동을 지원하기 위한 재가노인서비스와 장기요양시설서비스가 더욱 요구될 것이다.¹⁶⁾

(6) 노인 복지시설의 부족

2000년 12월 31일 우리 나라 노인 복지 시설 양로 시설 119개소, 요양시설 103개소, 전문요양시설 25개소 도합 247개소에 불과하다. 여기에 입소한 노인도 13,558명에 불과한 실정이다. 여기에서의 노인복지시설은 무료시설, 실비시설, 유료시설 모두를 합한 숫자이다. 여기에서 치매노인수의 경우만 보더라도 2000년 현128개 시설에 7800여명에 불과하다.

15) 장인협·최성재, 「노인복지학」, 서울대학교 출판부, 1992, pp.74~75.

16) 고양곤, 「노인요양시설 운영현황과 개선방안에 관한 연구」, 강남대학교 논문집, 1999, p.127.

3. 외국의 장기요양보호노인의 정책

(1) 미국

1) 사회보장제도

미국인들은 사회보장이라 하면 노령보험, 유족보험, 장애보험, 의료보험만의 좁은 의미로 해석하지만 미국 정부의 공식문서나 사회보장제도를 설명하는 대부분의 문헌들은 연방사회보험 이외의 사회보험제도와 공적부조제도 모두를 포함하고 있다.

미국의 의료보장은 65세 이상의 노인과 그 이하의 장애인 및 만성신장병자를 위한 의료보호 및 빈곤 자를 위한 의료부조가 있다. 의료보호는 입원보험과 보완보험의 2가지 종류가 있는데 이것은 유료로 되어 있으며, 의료부조는 주정부가 관장하고 있고 그 대상은 자녀가 있는 과부, 신체 장애인, 고령자, 맹인 등 매우 제한적이며 연방정부는 그 비용의 50~77/5%(주별로 다름)를 부담하는데 이러한 의료보장제도는 1965년부터 시작되었다.

미국의 사회보장제도는 ① 연방정부가 직접 관리 운영하는 노령유족보험 ② 각 주가 운영하는 실업보장 제도에 대한 연방보조금 제도 ③ 각 주가 운영하는 공적부조 및 복지사업에 대한 연방보조금 제도를 그 특징으로 하고 있다.¹⁷⁾ 가장 발달되어 있는 것은 노령유족 장애연금(Old-Age, Survivors, and Disability Insurance, 이하 OASDI) 이라고 불리는 연방사회보험제도이고, 그 다음은 빈곤가족 일시부조(Temporary Assistance to Needy Families 이하 TANF)이다.

한편 건강유지조직(Health Maintenance Organization), 불르

17) 김영모, 「사회복지론」, 한국복지정책연구소, 1997, p.541.

크로스(Blue Cross), 블루실드(Blue Shield)등 민간 의료보험도 발달되어 있는데, 1978년 말에 전체인구의 약 82%가 가입되어 있으며 이것의 약60%가 블루크로스 또는 블루실드에 가입되어 있다. 이 단체들에는 공적의료보험 또는 다른 의료보험제도에 가입한 사람도 있는데 그것은 의료비를 보완하기 위한 것이다.

이와 같이 미국에서는 사적 의료보험이 발달되어 있는데 사회보험으로 의료보험이 발달하지 못하는 것은 개인주의적 사회관에서 나오는 것으로, 이는 임의로 가입하는 보험자와 요양기관 간의 계약에 의하여 의료혜택을 받고 있기 때문이라고 할 수 있다. 사적 의료기관에 가입하는 비율은 전체 봉급생활자의 약 6할이며, 또 다른 이유는 미국의사협회가 강력한 압력단체가 되어서 자유방임적 진료를 원하기 때문이다.

근래 미국은 과도한 사회복지 혜택을 합리적으로 개선하여 국민의 자활의지를 제고하는 한편 국가의 경쟁력을 강화하기 위해 노력해오고 있다. 미국 정부는 재정적자 감축을 위해 연방정부 예산의 상당부분을 차지하고 있는 사회보장부문의 개혁이 불가피하다는 인식하에 1996년 8월 '개인적 책임과 근로 기회법' 통과를 계기로 연방정부 복지프로그램을 상당부분 지방정부로 이양하고 복지지출을 대폭 감축해오고 있다. 급증하는 미혼모 문제 해결을 위해 TANF를 주정부로 이관하고 성인가족은 일하고 있다는 전제하에 수혜기간도 5년 이하로 제한하여 사회보장수혜자의 50% 절감을 목표로 하였으나 주정부의 재량에 의해 20%내에서 5년 이상 연장해서 지급하도록 하였다.

클린턴 대통령 재임 당시 전국민에게 기본적인 의료서비스를 보장하기 위해 전국민을 대상으로 하는 의료보험제도를 도입하려 하였다. 그러나 그의 의료보험개혁안이나 복지개혁안은

의회를 장악하고 있는 공화당과 신보수주의자들, 그리고 여러 이익집단의 집요한 방해로 정책화되지 못하였으며 복지법안이 통과되지 못한 이유는 정치적 문제 때문이 아니라 재원이 없기 때문이라는 주장도 있다.¹⁸⁾

2) 장기요양보호 서비스 정책

미국의 인구고령화율은 1997년에 12.7%이었고, 1960년의 평균수명은 70세(남67, 여73)였으나 2030년에는 평균수명이 80.5세(남78, 여83)로 증가될 것으로 추계 되고 있다.¹⁹⁾

미국은 2030년까지 베이비붐 세대의 청년층이 노년층이 될 것이며 65세 이상의 인구가 7천만 명으로 현재 65세 이상 노인 인구의 2배에 이른다. 85세 이상 인구도 급증하고 있어서 현재 85세 이상 인구는 노년층의 과반수를 차지하고 있다. 그러나 그 수가 2030년에는 2배로 될 예정이며 또 다시 2050년에는 2030년의 2배로 될 전망이다. 점차 낮아져 가고 있는 출산율은 21세기의 청·장년층 인구가 감소됨에 따라 상대적으로 노년부양비가 점증하는 것을 의미한다.²⁰⁾

미국의 주요 사회보장프로그램은 노인, 유족, 장애인 등 4천만 명이 OASD의 급여를 받고 있으며 메디케어(Medicare)라는 빈곤 자를 위해 지급되는 의료부조 제도이다.

연방정부는 노인복지를 위한 기금을 제공하고 있는데 정보서비스, 식량서비스, 질병예방서비스와 법률상담, 요개호자를 위한 가사돌보기, 안전점검과 데이케어 등으로 이것들은 노인복지법 근거를 두고 있으나 예산액은 소규모이다. 그외 노인을 위한 국민건강과 복지 프로그램이 없기 때문에 각 주마다 관

18) 김영모, 상계서, p.547~548.

19) OECD, Reforms for an Aging Society, 2000, p.216.

20) Rick Weis, Aging New Answers to Old Questions, National Geographic, 1997sus 11dnjfg, p.12.

런 기구·서비스내용·지출규모가 상이하다. 너싱홈에 입주하기는 매우 비싼 편이어서 가족과 친구에 의한 비공식적인 개호가 보편적이고 요개호 인구의 70%가 비공식적인 개호에 의존하고 있다. 재가의료(In-Home Medical Care) 형태의 방문간호서비스(Visiting Nurse servise), 물리치료요법 등이 메디케어에서 제공하는 가정건강개호 프로그램이다.

일괄예산 조정법에 의하면 너싱홈 입주자들에 대해 완전한 평가를 해야 하고 개호서비스는 적절한 개호계획에 바탕을 두고 제공되어야 한다는 새로운 제도가 도입되었다. 너싱홈은 1991년부터 MDS-RAPs²¹⁾ 시스템을 의무적으로 도입하고 있다. 이 제도는 노인장기요양제도를 위한 일련의 과정으로 요개호 상태에 있는 노인의 육체적·정신적 상태에 관하여 여러 가지 항목을 평가하고 그 결과에 따라서 적절한 개호계획이 수립된다. 이 제도가 시행되고 각 개인의 기능과 상태를 적절히 감정함으로써 개호서비스의 질이 개선될 수 있으며 더욱 적절한 개호계획을 세움으로써 수요자의 요구에 부응할 수 있는 것이다.

(2) 독일

1) 노인시설에 대한 법적 규정

장시간을 주택에서 보내야만 하는 노인들에게는 새로운 환경의 입소시설에서 생활하게 되더라도 최소한의 인간다운 생활을 누리면서 가급적 안락한 생활을 할 수 있도록 “집단 주

21) MDL(Minimum Date Set, 최소자료 셀)는 너싱홈 입주자의 상태를 다각도로 감정하고 평가하는데 필요한 최소필수항목을 말한다.

RAP(Resident Assessment Protocols, 입주자 평가지침)는 최소한의 필수항목에 포함된 정보를 기초로 적절한 개호계획을 준비하고 요개호자에게 서비스를 제공하는 것이다.

거시설에 관한 법(Heimgesetz)”을 따로 두어 법적 보장을 하고 있다. 노인들을 대상을 하는 “양로시설(Altenheim)”의 경우 그 구조가 장애인들의 활동과 생활에 편하게 되어 있다. 독일의 집단 주거시설에 관한 법에 따르면, 시설의 용도에 따라서 사용자 또는 입주자 한 명 당 사용할 수 있는 공간 및 개개인에게 보장된 공간의 크기는 달라도 그 시설의 입주자들이 공동으로 사용하는 공용 공간은 공통적으로 갖추어야 한다. 이러한 공용 공간에서는 주로 텔레비전 시청이나 독서를 할 수도 있고, 몇몇이 어울려서 오락을 할 수도 있으며 전체 회의나 강연 등을 열 수도 있다.

하임법(Heimgesetz)은 사회보장에서의 보험이나 부조와 달리 시설에 대해서 그 시설 및 운영요건 등을 규정하는 법이다. 1974년에 제정되어 1975년에 처음 시행되기 시작하여 1990년과 1994년에 개정된 이 법은 제2조에서 그 목적을 다음 세 가지로 규정하고 있다.

- ① 시설 입소자들 및 입소 대기자들의 이해와 요구를 보호한다.
- ② 시설 입소자들의 자주성 및 자립능력을 보존 유지하게 한다.
- ③ 시설들에 대한 심의 및 입소자들에 대한 정보를 제공한다.

그리고 이 법은 다시 다음 5가지 세부 법령으로 구분된다.²²⁾

- ① 최소한의 시설 설비에 관한 법령 : 집단주거시설이 갖추어야 할 최소한의 설비요건들을 규정하고 있는 것으로, 1978년 처음 제정되어 1983년에 개정되었다.
- ② 주거시설 운영 및 행정에 대한 입주자들의 참여 보장법령 : 입주자들이 참여하는 운영·자문위원회의 선출로 시설의 운영에 관한 입주자들의 참여를 보장하는 법령으로, 1992년 개정 이후부터는 자문위원회의 설치가 어려운 상황에서는 입주자 대표를 선출하여 참여하도록 하였다.

22) 김근홍, 「한·독 노인복지의 이해」, 학문사, 1999, pp.271~272.

- ③ 시설의 운영 유지에 관한 법령 : 시설의 운영에 필요한 재원으로 입주자 개개인이 부담해야 하는 시설에 대한 반대급부, 즉 납부의무에 관한 규정이다.
- ④ 주거 시설 내 근무 자에 관한 법령 : 20년간의 논란을 거쳐 1993년에 비로소 제정된 법으로 특별히 시설 내 근무요원의 수를 정하지 않고 그 대신 담당 책임자들과 직원들의 일정 자격요건 및 전문요원과 보조요원의 관계를 규정하였다.
- ⑤ 회계 기록에 관한 법령 : 운영상황, 즉 회계사항과 직원 상태 및 입주자 수 등을 기록할 것을 규정하고자 하는 법이지만 아직까지 결정이 되지 않은 상태며 앞으로 결정될 예정이다.

여기에서는 노인용 집단 주거시설들이 공통적으로 갖추어야 할 사항들에 대한 규정, 즉 위의 다섯 가지 법령 중 첫 번째 법령의 하부규정들을 살펴보기로 한다.

집단 주거시설의 수용 규모는 최저 6인 이상으로 하되, 시설 설비 및 유의사항은 다음과 같다.

- 거실과 요양실의 크기와 시설 기준(동법 제2조)
- 복도와 계단의 손잡이 설치 여부(동법 제3조)
- 엘리베이터의 종류와 크기 여부(동법 제4조)
- 바닥의 미끄럼 여부(동법 제5조)
- 조명의 밝기와 침실조명 설치 여부(동법 제6조)
- 비상 호출 시스템 설치 여부(동법 제7조)
- 전화 설치와 침실에서 통화로 인한 타인의 방해 여부(동법 제8조)
- 출입구의 크기 여부(동법 제9조)
- 위생시설의 안전성 여부(동법 제10조)
- 사무 공간의 설치 여부(동법 제11조)

- 모든 공간의 난방과 적정 온도 여부(동법 제12조)
- 교통수단을 이용하는 데 불편하지 않은 현관의 크기 여부
(동법 제13조)

2) 장기요양보호 서비스 정책²³⁾

① 양로시설

자체적으로 가계를 꾸려나갈 능력이 없거나 그럴 의사가 없는 노인들을 위해 숙식 및 기본적인 의료와 관련되는 보호를 제공하는 유료 시설로 우리 나라 실비 양로시설의 개념과 유사하다.²⁴⁾ 그런데 독일 양로시설의 개념은, 의지할 데 없는 노인들을 무료로 수용하였던 전통적인 양로원과 근본적으로 차이가 있다. 이러한 전통적 의미로서 가장 오래된 양로원은 뤼벡(Lubek)의 성령양로병원(Heil-Geist-Hospital)으로 1280년에 세워졌다. 전통적인 양로원의 경우는 사회 단체들, 특히 교회에서 운영되는 것이 일반적이었는데, 현재의 양로원 시설도 주로 특정 재단이나 공동체, 교회, 경제 단체 등에 의해 사회 구호 차원에서 운영되는 것이 일반적이다. 따라서 유료라고 하더라도 그 비용은 노인들을 위한 입소시설 중에서 가장 저렴하다. 근래에 들어서는 수발을 요하되 극단적으로 쇠약한 경우가 아닌 노인들을 위한 수발 양로시설과 병행 또는 연계되어 운영되기도 한다.²⁵⁾

23) 김근홍, 상계서, pp.273~279.

24) 최근 들어서 양로시설이 아니라 “실버타운”이란 문구가 광고를 통해서 자주 눈에 띄고 있다. 그러나 이것이 공식적인 용어로 사용되기에는 문제가 있을 것으로 본다.

25) 양로시설의 구조는 양로시설마다 다르지만, 일반적으로 법에서 규정하는 사항은 다음과 같다. 침실 및 거실은 1인용일 경우 최저 12㎡, 2인용은 최저18㎡가 되어야만 한다. 3인용의 경우는 24㎡, 4인용은 6㎡가 추가된 30㎡이지만, 5인 이상은 허용되지 않는다(동법 제14조 1항). 또한 2인당 냉·온수가 나오는 시설에 세면실 1개 이상이 설치되어야만

② 노인복지주택

노인복지주택이 위의 양로시설과 다른 점이라면 각자 독립된 생활이 가능하도록 독립적인 아파트형 시설로 되어 있다는 점이다.

그밖에 다른 사항들은 거의 비슷하여, 공통의 서비스로 세탁, 수족(手足)의 관리 및 치료, 식사, 상담, 오락 등에 참여할 수 있으며, 또 필요시 수발과 필요한 일의 대행도 받을 수 있다.²⁶⁾

③ 수발형 노인요양원

장기간 또는 지속적으로 수발이 필요한 노인들을 위해 숙소와 식사, 사회생활과 문화에 관한 정보제공, 조인 및 수발을 제공하는 시설이다. 경우에 따라서는 가정이 있는 노인이라 하더라도 가족의 여행이나 기타 특별한 사정이 있을 때 일시적으로 수발 대상 노인을 맡길 수 있는 단기수발 시설도 같이 운영된다. 이 경우 최고 90일까지 수발을 받으며 머물 수 있고, 그에 대한 비용은 '97년 기준으로 대략 하루 150마르크(약 95,000원)정도가 소요된다. ²⁷⁾

된다(동법 제14조 3항). 그리고 20명 기준으로 최소한 20㎡의 공용 공간이 설치되어야 한다. 따라서 공용 공간은 1인당 사용 가능한 공간이 1㎡이상으로 규정되어 있다(동법 제16조 1항).

26) 노인복지주택의 시설기준에 대한 법적 요건은 다음과 같다. -침실 및 거실은 1인용일 경우 최저 12㎡ 이상이어야 하며, 싱크대가 갖춰진 부엌에 세면실과 화장실이 설치되어야 한다. 계속해서 추가되는 인원 당 6㎡가 더 확보되어야 하며(즉 2인실은 18㎡, 3인실은 24㎡ 등), 5인 이상은 허용되지 않는다(동법 제20조 1항). -공용 공간은 원칙적으로 동법 제16조 1항이 비례해서 적용되는데, 1인당 적어도 0.75㎡이상 사용할 수 있도록 설치되어야 한다(동법 제20조 1항).

27) 수발 양로원의 설치기준은 다음과 같다. -침실은 1인용일 경우 최저 12㎡, 2인용은 18㎡, 3인용 24㎡ 그리고 4인용은 30㎡로 되어 있는데, 5인 이상은 허용되지 않는다(동법 제23조 1항). -침실 부근에는 적어도 4명당 냉·온수가 나오는 1개 이상 세면실이, 8명당 수세식 화장실 1개 이상이 설치되어야 한다(동법 제27조 1항). -그밖에 종류에 따라 공용실

④ 주간수발시설

이 시설은 비교적 새로운 시설로, 특히 가정에서 직업생활을 하면서도 노인을 계속해서 보살피길 원하는 가정을 돕기 위해서 평일의 낮 동안 수발 대상 노인들을 수발하는 시설이다. 물론 반드시 노인들만이 아닌 기타 장애인들도 그 대상이 되긴 하지만, 노인들의 비중이 가장 높다. 이들은 주중의 낮 동안 이 시설에서 수발을 받고 밤이나 주말의 경우에는 다시 가정에서 지내게 된다. 따라서 노인이 여생을 자신이 살던 가정에서 계속해서 지낼 수 있도록 도와주는 것을 최고의 원칙으로 삼는 최근 독일 노인정책의 실현에 중요한 역할을 하는 것이다. 수발 외에도 서로간의 이야기 상대를 만날 수 있고 또 여가선용의 기회가 제공되며, 정보와 교양을 얻을 수도 있다.

⑤ 주간 노인정

함부르크市 옆에 위치한 베델(Wedel)이라는 인구 5만의 작은 도시에서 AWO(노동자 복지재단)²⁸⁾

이 주간 노인정은 지방 행정 단위의 하나로 몇 개의 인근지역을 공동 관할하는 공동행정구인 핀네베르크(Pinneberg)로부터 연 80,000마르크 정도의 운영 보조금을 받는다. 고정적인 보조금 외에도 시설의 보수나 확충과 같은 공사들이 요구될 경우에는 공식적인 신청절차를 거쳐서 추가 지원을 받는다. 이 시설의 운영비는 행정당국의 정기적 보조금과 시설에 등록된 회원들이 내는 연 회비(1년에 60 마르크)와 AWO 총본부

(동법 제25조) 그리고 치료요법실(동법 제26조)등이 규정되어 있다.

28) 노동자 복지재단은 1919년 1차 세계대전 이후 바이마르 공화국의 사회적 궁핍으로 인해 어려워진 노동자들의 복지를 위해 사민당에 의해 건립되었으며, 1933년 나치에 의해 해산되었다가 1946년 정치적으로 독자적인 노선을 지향하며 새로이 건립되었다. 현재 전국적으로 4,000개 이상의 크고 작은 시설을 운영하고 있으며 1985년 현재 585,000명의 회원, 32,000명의 상규 직원 및 80,000명의 자원봉사자가 있다.

로부터의 지원으로 충당한다.²⁹⁾ 시설의 업무들은 여러 가지 다양한 프로그램들을 개발하고 진행하는 것인데, 그 중의 상당 부분이 자원봉사자에 의해서 이루어지고 있다. 특히 인상적인 것은 이들의 대다수가 65세 이상의 노인들이란 점과 또한 각자 연금을 받는 사람들이어서 다른 지원금이나 보상없이 활동을 한다는 사실이다. 이들은 각자의 소질과 관심에 따라 다양한 프로그램을 꾸려서 그림에 소질이 있는 사람은 그림반을 만들어 다른 노인들한테 그림 그리기를 지도하는데, 여기서 그려진 그림은 병원이나 고아원 같은 곳에 기증되곤 한다. 이 시설에서는 점심식사가 제공되며, 이 역시 공익요원³⁰⁾들과 자원봉사자에 의해 서비스되고, 점심값은 시세보다 저렴하여 5마르크(약 3,000원 정도)로 되어 있다.

이 시설을 지원하기 위해서 공익요원은 6명이 배정되었고, 이들은 시간제로 근무시간을 짜서 거동이 불편하여 시설에 참석하고 싶어도 참석을 하지 못하는 노인들을 직접 차로 모시고 오는 일을 한다. 이 서비스를 원하는 노인들은 전화로 도움을 청하면 된다.

⑥ 노인용 아파트

건물의 구조와 위치 등을 노인들이 살기에 적합하도록 꾸며,

29) 회비 60마르크를 받아서 30 마르크는 자체적으로 사용하고 10 마르크는 핀네베르크 공동행정구로, 10 마르크는 AWO 킬(Kiel)로 나머지 10 마르크는 AWO 총 본부 본(Boon)으로 보내지기 때문에 AWO 총본부는 전국적으로 걷어들인 자금으로 정부 지원금 없이도 스스로 AWO 전체를 운영하고 있다.

30) 군 입대를 하는 대신에 이와 같은 시설들에 파견되어 병역의무와 같이 일정한 근무하는 사람들을 지칭하는데 이는 정부의 지원방편 가운데 하나이다. 1997년 중반 현재 약 178,000명의 공익요원 중 64,000명 정도가 수발과 관련된 시설에서 근무하고 있고, 약 11,000명 정도는 사회시설(예 : 소방서, 응급치료소)에서 보조 활동 요원으로 근무하고 있다(DZA, 1997:Heft10).

자립 가능한 노인들이 자체적으로 독립적인 생활을 할 수 있는 임대 아파트를 말한다. 지역 행정구에서 담당하는 노인용 사회 아파트도 있지만, 이 경우에는 소득이 일정 한도를 넘지 않는 사람들에게 임대된다. 입주 자들은 각자 자기 아파트에서 자체적인 독립생활을 할 수 있고, 경우에 따라서는 뜻에 맞는 사람과 함께 공동생활을 할 수도 있다. 또한 필요한 경우에 수발이나 응급 조치 및 긴급 의료조치를 할 수 있는 시스템이 구축되어 있다. 따라서 이러한 보호조치 및 비상사태를 위하여 각 아파트 또는 각 방마다 비상벨과 인터폰 등이 갖추어져 있다.

⑦ 보호주택

보호주택은 입주자에게 간호나 보호뿐만 아니라 일상생활에 필요한 각종 도움을 제공해주는 주거 형태로 입주자는 계약을 통하여 희망하는 사항들을 보장 받는다. 보호주택은 노인홈이나 노인요양시설과는 달리 노인들이 자신의 집에서 간호와 보호를 직접 제공받는다라는 심리적 장점이 있다. 또한 노인 개개인의 장애 정도에 따라 주거공간을 개조시켜 줌으로써 장애에 대응된 생활 환경을 가능케 해준다.

보호주택은 일반 주거와 노인요양시설의 장점을 살린 주거 형태로 노인 개개인의 요구에 맞추어 운영된다는 특징이 있다. 필요시에는 언제든지 도움이나 보호를 받을 수 있도록 비상 연락 체계와 함께 근처에 노인 지원센터나 보건 지원소가 배치된다. 보호주거의 공동시설로는 공동활동실, 간호거점, 간호 작업실, 장애인을 배려한 편의시설, 응급전화 시스템 등이 있다.

⑧ 수발주택

수발주택은 최근에 시도되는 주거형태로 6~8개의 주거시설들이 모여 한 개의 단위를 구성하고 여기에 간호시설이 배치되는 개념이다. 입주 자들은 개개인의 일상생활을 영위하면서 동시에 시설 내에서 수발서비스를 공급받을 수 있다. 이곳에서는 작은 단위의 공동체 삶을 통한 서로의 도움과 함께 가족과 같은 분위기를 확보할 수 있다는 장점이 있다. 수발직원이 상주하면서 노인들을 간호하므로 병원과 같은 집, 집과 같은 병원의 개념이라고 할 수 있다.

⑨ 노인 주거시설의 공급

노인의 특성을 고려한 주거시설(양로시설 및 보호주택 등)의 적절한 공급에 관하여 비쉬어와 크림케(Wischer & Kliemke)는 65세 이상 인구의 10%나 75세 이상 인구의 7.2%를 권장하고 있다. 또한 휠체어를 이용하는 노인들을 위해 DIN 규정(DIM 18024, 18025)에 맞춘 장애인 주택을 전체 주택의 5% 비율로 건립토록 제안하고 있다. 이러한 노인 주거는 가급적 1층에 배려함으로써 노인들이 쉽게 접근할 수 있도록 하기 위한 것으로 이해된다.

(3) 일본

1) 노인 시설에 대한 법적 규정

일본의 요개호고령자 정책은 1963년에 노인복지법이 성립됨으로써 시작되었고, 이 법에 의하여 특별양호노인홈이 성립되었다. 개호와 관련된 중요한 내용은 재가 복지와 시설복지서비스 책임을 기초자치체에 지우는 것과 모든 광역자치체와 기초

자치체가 노인복지계획을 의무적으로 작성하도록 하여 고령자 보건복지서비스를 계획적으로 정비토록 규정하고 있다.³¹⁾

노인보건법은 '국민의 노후에 있어서 건강의 유지와 적절한 의료의 확보를 꾀하기 위해 질병의 예방, 치료, 기능훈련 등의 보건사업을 종합적으로 실시하여 국민보건의 향상 및 노인복지의 증진을 꾀하는 것'을 목적으로 하고 있다. 이 법은 70세 이상 노인의 진료에 대한 정액의 본인부담을 도입함과 동시에 '노인보건제도'라는 중요한 제도를 탄생시켰다.

노인보건제도는 고령자개호에 있어서 중요한 역할을 하고 있는 제도로써 의료사업, 보건사업, 보건시설사업 그리고 노인 방문간호제도 등 4개의 영역에서 행해지고 있다.

노인의 심신상태에 적합한 의료를 강조하여 특별한 진료보수표를 적용함과 동시에 '의료보다는 개호'를 중시한다는 점에서 일반병원과 구별되는 '노인병원'을 제도화하였다. 또한 '노인보건시설'이라는 새로운 제도를 탄생시켰는데, 이것은 요개호 고령자에 대하여 의료와 개호의 양면에 필요한 큐어(Cure)와 케어(Care)를 행하는 시설로써 의료시설과 복지시설의 중간적인 성격을 가진다는 점에서 '중간시설'이라고 불리게 되었다.

그외 복지8법³²⁾이 있는데 일본 정부는 21세기에 전개될 본격적인 고령사회에 대비하기 위하여 주민에게 가장 가까운 시정촌에서 재가복지서비스와 시설복지서비스를 일원적이고 계획적으로 제공할 체계를 형성하고자 1990년에 노인 복지법 등 관련법률들을 일괄적으로 개정하였다.³³⁾

31) 박광준, 「일본의 인구 고령화와 공적개호보험의 과제」, (고령화 사회와 노인복지 4권), 1999, p.34.

32) 정식명칭은 '노인복지법 등의 일부를 개정하는 법률'이다. 복지8법은 노인복지법, 노인보건법, 사회복지사업법, 사회복지의료사업단법, 모자과부복지법, 아동복지법, 정신박약복지법, 신체장애자복지법을 말한다.

33) 심재호, 「일본의 복지관계 8법 개정과 공적 사회복지전달체계의 변화」, (사회복지정책 제5집), 한국사회복지정책학회, 1997, p.121.

1991년 9월 노인보건법 개정에서 노인방문간호제도가 창설되었다. 노인방문간호제도의 대상자는 질병 혹은 부상 등에 의해 가정에서 와상 혹은 이에 준하는 상태에 있는 노인(주치의가 방문간호의 필요성을 인정한 자)이며 실시주체는 의료법인, 사회복지법인 및 행정기관이 정한 자(지역의사회, 간호협회 등) 중에서 일정의 기준에 의해 도도부현 지사의 지정을 받은 자(지정노인방문 간호사업자)이고 인원 배치는 방문간호소에 상근자로서 간호사 2.5인 이상, 간호보조사, 기타 보조 등을 배치한다. 서비스내용은 주치의의 지시를 받은 간호사 등이 가정에 행하는 요양상의 간호 혹은 필요한 진료의 보조, 구체적으로는 관찰·세발·욕창처치·체위교체·카테터 등의 관리, 재활요법·식사·배설·가족의 개호지도 등이며 서비스 담당자는 간호사, 간호보조사, 보건의 외에 물리치료사, 작업치료사도 가능하다.

요양비의 지불방식은 서비스를 제공한 방문간호소가 시해주체로부터 기본 요양비, 관리요양비, 정보제공요양비 등 세 종류를 청구하여 지급 받는다. 방문간호소는 1992년에 약 140개소가 설치되었고 1999년에는 전국에 약 5천개의 시설이 갖추어져 있으며 노인방문간호소 개설에 관해서는 사회복지의료사업단에 의한 응자제도나 세제상의 조치가 마련되어 있다.

치매노인 상황을 보면, 초고령화 사회를 앞둔 일본의 치매노인 수는 가정에 약 74만 명, 병원·노인홈 등의 시설에 약 25만 명, 합계 약 99만 명으로 65세 이상 인구수의 6.7%에 해당하는 것으로 1990년도에 추계 되었다.

치매성 노인은 특유의 정신증상이나 문제행동으로 인하여 간호하는 관계자, 특히 가족에게 커다란 정신적·신체적 부담이 됨과 동시에 사회·경제적으로도 커다란 문제가 되고 있다. 이러한 치매의 원인은 뇌혈관 장애에 의한 뇌혈관성 치매, 원

인불명인 뇌의 변성질환으로 인한 알츠하이머(Alzheimer)형 치매 등이 있으나 일본에서는 구미와는 다르게 뇌혈관 장애에 의한 것이 많아 남성은 50%, 여성은 40% 정도를 차지하고 있다.

이러한 배경에서 후생성에서는 1986년 치매성 노인대책추진 본부를 설치하여 보고서를 작성하였는데 이 보고서에서는 치매성 노인대책에 관한 조사연구의 추진과 예방체제의 정비, 개호가족에 대한 지원대책의 확충, 시설대책의 추진 및 기타 대책을 추진해야 할 필요가 있는 것을 지적하여 현재 보건의료와 복지의 양면이 걸쳐서 연계를 취하며 각종 시책을 향하고 있다.

2) 장기요양보호 서비스 정책

① 시설보호 서비스

가. 양호노인홈 : 요양시설은 특별양호노인홈(特別養護老人 house)과 양호노인홈(養護老人 house)으로 구분된다. 특별양호노인홈은 와상노인 등 가정에서 보호받기 곤란한 노인을 입소시켜 보호하는 시설이고, 양호노인홈은 주로 심신기능 감퇴로 일상생활에 지장이 있거나 주거를 마련할 수 없는 경우로서 저소득층 노인을 입소시켜 보호하는 시설이다. 시설의 건축 및 운영비는 국가1/2, 도·도·부·현(都·道·府·縣)1/4, 시·정·촌(市·町·村)1/4씩 부담하고, 월입소비용은 입소노인 자신과 가족(배우자 및 동거자녀)의 소득수준에 따라 부과된다.

나. 노인보건시설 : 노인보건시설은 1986년의 노인보건법 개정으로 설립된 시설로서 병원과 재가/지역사회와 중간에 해당하는 서비스 시설이며 의료 서비스와 복지 서비스가 통합적으로 제공되는 시설이다. 입소대상 노인은 병원에서 퇴원 후 증상의 회복기나 안정기에 있는 거동불편 노인 등이며, 가정생활

에 재적응하기 위하여 의료서비스와 일상생활 관련 서비스를 받는다. 시설운영비용은 의료보험1/2, 국가1/3, 도·도·부·현 1/12, 시·정·촌1/12에서 분담하고 있으며, 보건시설 건립촉진을 위해서 국가의 특별보조금 저리융자 및 세제혜택 등이 주어지고 있다. 보건시설 시설입소자는 공공부조 대상자(무료)를 제외하고는 소득수준에 관계없이 동일한 액수를 지불하고 있다.

다. 노인병원 : 노인병원에는 특레허가 노인병원과 특레허가 이외의 노인병원으로 구분되어 있다.

특레허가 노인병원은 65세 이상 만성 질환자가 60% 이상이고 노인 만성질환자와 장기요양환자의 합계가 70% 이상인 병동을 지니고 있는 병원, 정신병원, 또는 결핵환자를 주로 수용하고 있는 병원을 말한다. 그리고 특레허가 이외의 노인병원은 일반병동에 노인진료비 기준을 적용받는 65세이상 노인의 비율이 60% 이상인 병동을 지니고 있는 병원을 말한다.

라. 요양형병상군 : 요양형병상군의 병원은 병원의 일반병원 가운데 주로 장기간의 요양을 필요로 하는 환자를 수용하는 병상을 말하는데 1992년 의료법 개정시 의료시설 기능의 체계화를 위해 도입된 제도이다.

마. 호스피스 서비스 : 호스피스 서비스는 호스피스 거의 대부분 병동에서 제공되고 있는데 1990년부터 시설 및 인력기준이 마련되고 의료수가도 정액제로 마련됨으로써 도입되었다. 호스피스 팀은 환자의 가족, 의사, 간호사 및 사회사업가 등이 참여하고 있으며, 1996년 현재 호스피스 병동 승인을 받고 있는 시설은 29개 시설의 522병상이다.

바. 노인홈 : 일부 장기요양시설로서의 기능을 하고 있으며, 일본에서는 양로시설을 노인홈이라고 하는데, 일반노인홈, 경비노인홈, 케어 하우스가 있다. 일반노인홈 또는 보통노인홈은

공공부조를 받고 있는 빈곤층 노인을 위한 노인홈이고, 경비노인홈은 60세 이상이고 저소득층에 속하는 노인으로서 가정환경이나 주택사정 등으로 가정에서의 생활이 곤란한 노인이 저렴한 비용으로 입주하여 보호받을 수 있는 시설을 말한다.

사. 유로노인홈 : 실버산업의 차원에서 요양서비스가 필요한 노인에게 비용 전체를 받고 원하는 건립과 운영에 대해서는 정부지원은 없고 다만 저리 용자제도가 있다.

② 재가/지역사회 보호 서비스

가. 가정봉사원 파견 서비스 : 가정봉사원 파견 서비스를 일본에서는 방문개호(訪問介護) 서비스 또는 홈 헬프 서비스라고 한다. 현재 일본에서는 홈헬프(homehelp) 서비스를 재가 노인복지의 가장 핵심적인 서비스로 인정하고 홈헬퍼(home helper)의 대폭적 증대를 계획하고 있다. 신골드플랜에 의하면 1999년까지 170,000명으로 증대를 목표로 정하고 있다. 빈곤층 및 저소득층에 대해서는 무료이고 그 이상 계층에 대해서는 소득에 따라 차등적 요금을 지불하도록 하고 있다.

나. 주간보호 서비스 : 주로 일일 단위로 낮 동안 노인을 보호하는 서비스이며, 생활지도, 일상동작 훈련, 양호, 가족 수발자 교실, 건강진단, 교통수단 제공 등과 같은 기본 서비스와 부가적으로 이동목욕 서비스, 식사배달 및 세탁 서비스를 제공하는 곳도 있다. 빈곤층과 저소득층에 대해서는 이용료가 무료이지만 그 이상의 계층에 대해서는 소득에 따라 차등적 요금을 부과하고 있다.

다. 단기보호 서비스 : 이 서비스는 가족의 질병, 출산, 관혼상제, 사고, 화재 등의 사회적 이유와 수발자의 피로회복을 위한 휴양과 여행 등의 개인적 이유로 일시적으로 단기간 가정에서 보호하기 어려운 경우 와상노인, 치매노인 등을 특별양호

노인홈 등에 단기적으로 입소시켜 보호하는 서비스이다. 이용료는 빈곤층과 저소득층에 대해서는 거의 무료이고 그 이상의 계층에 대해서는 차등적으로 부과하고 있다.

라. 방문간호 서비스 : 방문간호 노인보건법과 건강보험법에 근거하여 외상상태를 치매노인의 가정을 방문하여 간호 서비스를 제공하고 필요에 따라 간호지도도 하는 서비스이다. 가정 방문 회수는 주 3일이고, 비용부담은 의료보험6/12, 국가4/12, 도도부현1/12 및 시정촌1/12에서 분담하고 있다.

마. 재택개호 지원센터 : 가족보호자에게 수발에 대한 조언을 해주고, 재가보호에 대한 정보를 제공하고, 노인을 적절한 사회복지 기관에 의뢰하는 것 등이다. 각 센터에는 적어도 1명의 사회복지사와 1명의 간호사를 두도록 하고 있으며 24시간 전화를 받고 있다.

바. 재가보호장비 및 기구 지급 : 국가의 지원을 받아 시정촌에서 재가보호에 필요한 장비나 기구를 공급 해주고 있다. 빈곤 및 저소득층에 대해서는 무료로, 그 이상의 계층에 대해서는 소득수준에 따라 요금을 받고 공급해 주고 있다.

사. 식사배달 서비스 : 소수의 시정촌과 민간단체에서 식사배달 서비스를 제공하고 있는데 아직도 실험적 단계에 있다. 이러한 서비스가 발달되지 못한 이유는 허약노인의 거의 대부분은 가족과 같이 생활하고 있거나 그렇지 못하면 시설에 입주하여 실제로 식사 서비스가 필요한 경우가 적기 때문으로 생각된다.

③ 요양비용 지원 서비스

노인의료비의 증가율은 국민전체 의료비 증가율에 비하여 크게 앞서고 있으며 노인 개인의 의료비 부담이 크게 증가되면서 부담을 덜어주려는 의도에서 노인보건법을 제정하여 의

료보험과 정부(국가 및 지방자치단체)에서 각각 50-70%, 30-50%씩 분담하는 제도를 만들었다. 그러나 이러한 비용부담 체계로는 특히 장기요양비용 문제를 해결하는 데는 한계에 봉착하게 되었다. 이리하여 일본정부에서는 1997년에 장기요양보호의 비용문제를 획기적으로 해결하는 방안으로 개호보험(介護保險)법을 제정하여 장기요양보호 비용을 사회보험제도화하여 2000년 4월부터 시행하기에 이른 것이다.³⁴⁾

개호보험은 40세 이상을 가입대상자로 하고 있으며 보험에서 지급되는 비용은 40세 이상에 대한 재가/지역사회 보호 서비스 및 시설보호 서비스 비용인데 40-64세에서 지급되는 보험금은 성인병과 치매 등으로 인한 장기요양에 한하고 있다. 이 개호보험의 재정은 보험가입자의 보험료 50%와 국고 50%로 조달되며 국고 조달분은 소비세를 인상하여 충당하도록 하고 있다.

(4) 스웨덴

1) 노인시설에 대한 법적 규정

스웨덴은 세계에서 손꼽히는 사회복지선진국 중의 하나로 노인복지의 기본정책을 사회보장적 당연한 권리로 규정하고 있으며, 경제적 안정, 가정적안정, 특별보호서비스 그리고 뜻 있는 사회활동과 인간관에 두고 있다.³⁵⁾ 노인복지나 장기요양 보호를 위한 한 가지 법이 있는 것이 아니고 사회보험, 사회서비스법, 보건 및 의료서비스법 등의 다양한 법에, 총체적으로 고령화되어 가는 국민을 대상으로 한 노인복지 내용을 담고

34) 최성재 외 3인 공저, 「노인장기요양보호에 관한 한·일 비교연구」, 한국노년학회, 제20권 3, 2000, pp.155~158.

35) 박철원, 「한국노인복지정책에 관한 연구」, 전남대학교 행정대학원 석사학위논문, 1997, p.12.

있다.

노인복지의 개념에 있어 1970년대까지는 노인부양제도가 시설중심의 부양이었으나 1980년대 이후 사회복지분야의 재정비를 통해서 가능한 한 노인이 본인의 집에서 계속 살 수 있도록 해주는 것으로 바뀐에 따라 노인보호에 있어서도 개념상 변화가 생겨 재택보호를 중심으로 하는 부양으로 바뀌었다. 이런 정책적 기초를 바탕으로 재택중심의 서비스와 전달체계가 정리되고 있다. 즉 노인들이 자신의 집에서 독립적으로 살 수 있도록 노인상태에 맞게 집을 정비해 주고 이와 더불어 재택노인이 필요로 하는 간호와 보호를 위한 적절한 사회서비스를 제공하고 있다. 따라서 노인이 더 이상 자신의 집을 관리하지 못할 경우 특별한 유형의 주택에서 충분한 보호와 도움을 받을 수 있도록 정부가 책임지고 있다. 또한 국가는 사회보험의 전반적 책임을 지고 있고 보건의료부양은 주 의회가 관리하고 사회봉사부양은 지방자치단체가 관리한다. 행정적인 전달은 사회보험제도하에서 중앙정부의 보건보험부와 연금보험부, 23개 지역사회 보험사무소(regional social insurance offices)에서 수행되고 있다. 재정적 확보는 고용원에 의한 사회보장 기여금과 자영업자의 개인 기여금으로 85%를 확보하고 나머지 비용 15%는 중앙정부의 세금과 공적연금에서 얻은 소득에서 확보하고 있다.³⁶⁾

이처럼 노인복지에 대한 전반적 책임은 정부당국이 맡고 있으며, 의회는 노인을 위한 다양한 봉사를 누가 책임질 것인가에 대한 법을 제정하고 지침서를 마련한다.

2) 장기요양보호 서비스 정책

36) 이현우, 「스웨덴의 노인복지 고찰」, 1994연합학술 발표대회, 1994, p.9.

① 특별노인홈

가. 퇴직자홈(Retirement House) : 혼자서 살 수 없는 노인들을 위해 가정봉사와 가정간호서비스를 받을 수 있도록 지어졌다. 자신의 집에서 거주하는 노인의 수가 증가함에 따라 퇴직자홈의 건축은 1970년대부터 감소하여 1980년대에는 거의 중단되었다.

나. 집단 거주홈(Group Dwelling) : 집단거주홈은 표준적인 정의를 가지고 있지 않지만 보통 6-8명이 집단적으로 거주할 수 있는 작은 주택을 의미한다. 각각의 거주자는 자기만의 방을 가질 수 있고 공공의 장소를 공유하고 서비스를 접할 수 있으며 24시간 동안 거주하는 직원에 의해 보호를 제공받는다. 따라서 집단 거주홈은 상당한 보호와 지도감독(supervision)이 필요한 사람들을 위한 시설로 대체적인 주택부양제도로 제시되었다. 집단거주홈의 거주자들은 대개 노인성치매를 가진 노인들이다.

다. 요양홈(nursing home) : 장기요양보호를 위한 시설서비스로 주택 서비스와는 구분이 된다. 치매, 신체부자유, 만성병으로 인한 자력생활이 불가능한 노인을 대상으로 24시간 부양서비스, 기능회복서비스, 식사서비스 등이 제공된다. 장기요양보호가 제공되는 시설로 1990/91년도 장기요양소와 요양원 45,000개였고, 1992년 개혁으로 약 31,000개의 양호홈 침상에 대한 책임이 주에서 지방자치 당국으로 옮겨졌다. 요양원에는 3가지 종류가 있는데 ㉠중앙요양원(central nursing home)은 일반적으로 노인병원에 부속되어 부속가옥의 기능을 한다. ㉡지방요양원(local nursing home)은 병원과는 별도로 당국이 지정한 지역의사회 조직되어 있는 일차 진료 부양체계이다. ㉢사립

요양원(private nursing home)은 전체요양원의 4% 정도밖에 되지 않는다.

라. 기타 : 특별 노인홈으로 보호주택(shelter accomodation)과 서비스홈(service building)이 있어 노인들의 상태에 따라 거주할 수 있다.

② 이용시설

가. 주간센터(day center) : 주간시설에 병합되어 있거나 독립적으로 운영되는 시설로 가정봉사서비스를 제공하고 있다. 현재 주간센터의 수가 증가하고 있고 센터운영도 노인들에게 넘어와서 센터 활용의 방향과 내용이 노인욕구와 관심에 맞게 진행되고 있다.

나. 주간 보호시설(day care unit) : 최근에 전문 주간보호시설이 치매를 가지고 있는 노인들을 위해 설립되었다. 대부분의 치매노인이 가족에 의해서 보호되는 현실에서 가족이 휴식이 필요할 때 치매노인에게 보호와 지도감독을 제공한다. 시설마다 제한된 노인수를 받을 수 있고 특별히 훈련된 직원이 서비스를 제공한다.

다. 노인병동(geriatric wards) : 가정에서 간호받을 수 있는 것보다 더 많은 보호와 재활을 필요로 하는 노인환자에게 일반종합병원과 연결된 노인 병동에서 장기보호를 목적으로 제공한다.

노인병동은 노인들을 가정이나 가능한 보호시설로 돌려보내고 재활 시키는 것이다. 또한 노인 환자를 제한기간 동안 입원실서 노인을 보호하는 가족에게 휴식과 안정을 주는 휴식서비스를 제공한다.

라. 보건요양센터(health care center) : 보건요양센터는 지역 센터로 지역간호사나 의사를 만날 수 있는 곳이며 오기 어려운 사람들을 위해 간호사나 간호보조사의 가정방문이 제공된다.

2) 가정봉사서비스(Home Help Service)

가정봉사서비스는 보건의료법(Health and Medical Service-Act)에 의한 것으로 지방자치체의 가정조력 간호보조사들에 의해서 제공된다. 1980년 말부터 80세 이상의 노인들에게 제한되었고 비용은 봉사수준과 경제적 형편에 따라 결정된다.

가정봉사서비스에는 의료활동과 가정내 원조 및 사회적 원조가 포함된다. 의료봉사활동은 가정에서 의약을 제공하는 것과 안약, 연고치료, 간단한 상처치료, 피하주사 등을 포함한다. 시 당국의 사회적 서비스는 집에서 살고 있지만 일상생활에 제한이 있는 노인들을 위한 쇼핑, 청소, 요리, 세탁, 위생 등의 도움을 포함한다. 많은 수의 서비스들은 퇴직홈이나 주거시설에 합병해 있거나 지역사회에서 독립된 단위로 있는 주간센터(day center)에서 제공한다.³⁷⁾

3) 조력비 지원제도

조력비 지원제도는 가족중 노인을 보호하는 친척들에게 시와 구가 급료를 지불하는 것이다. 그리고 친척들은 노인가족구성원(혹은 친한 친구)을 돌보기 위해 사회보험으로부터 보상을 받으면서 자신의 일을 중단 할 수 있다. 노인부양자를 위한 각

37) 1960년 중반 이래로 가정원조를 받는 장애인이나 노인들의 수는 3배 이상 되고 있다. 1993년에는 65세이상 노령 연금수급자의 14% 정도가 몇가지 종류의 가정원조서비스를 받았고, 이들 중 여성노인이 차지하는 비율은 남자 노인의 2배가 넘는다. 지난 10년동안 서비스 수혜자의 전체수는 줄었으나 가정봉사 서비스 시간은 증가하였다.

중 이용시설과 서비스 확충과 더불어 제시된 제도로 가족에 의해 제공되는 비공식보호를 활성화시키고 있다.

4) 민간 서비스

노인의 보호는 일차적으로 공공역의 책임이며 전문적으로 훈련받고 수준 높은 직원에 의해 제공되므로 민간부문 서비스 발달이 저조하다. 민간부분은 노인들을 위한 지지와 도움을 제공하는 구세군(The Salvation Army)나 적십자사(Red Cross) 등과 같은 자원봉사 조직과 적은 수의 양호홈(7%)과 퇴직홈(2%)이 재단이나 비영리 조직에서 사립으로 운영되는 것이 전부이다.³⁸⁾

4. 장기요양보호 시설의 서비스 정책평가 준거모형

우리나라 노인복지시설 평가란 노인복지시설정책의 시행 및 관리의 효율성을 높이고, 노인복지시설의 책임성 확보와 정책의 정당성을 파악하는 데 있다. 통상적인 면에서 평가는 거의 모든 사람들의 활동에 개재(介在)되어 있는 것이지만 노인복지시설에 있어서의 평가는 보다 전문적인 의미를 가지는 개념이다. 노인복지시설에 대한 평가는 일반적으로 세 가지로 구분할 수 있다.

첫째, 노인복지시설 정책 결정을 위한 평가로서 유사한 정책 결정을 하는데 참고가 되는 정보를 제공하며,

둘째, 노인복지시설 정책 관리를 위한 평가로써 정책관리에 필요한 인적·물적자원과 관리 절차, 관리 조직의 구조, 정책 서비스의 전달체계 등이 원활하게 수행되었는지를 살펴보는

38) 홍은화, 「한국 노인장기요양 제도의 현황과 발전방향」, 원광대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001, pp.12~16.

데 있다.

마지막으로 노인복지시설 정책 통제를 위한 평가로서 정책 활동에 대한 책임과 합법성, 정당성, 효율성을 확보하여 그 책임을 묻는데 있다. 즉 노인복지시설의 예산·회계 집행 사항은 물론 노인 복지사업에 대한 직원의 의식수준과 기여도, 시설물의 유지 관리 등 전반적인 운영 사항과 시설 프로그램 활동이 시설노인의 개별 특성에 적합한지, 그리고 본래 의도한 활동 목표가 어느 정도 실현되고 달성되었는지를 확인하여 시설활동의 질적 수준과 효과를 평가하는 과정을 말한다.³⁹⁾

정책에 대한 평가 준거는 구체화된 수치 등을 근거로 제시하는 분석적인 준거와 정책의 결과나 과정같은 규범적인 준거 등 두 가지 양태를 결합했을 때 가장 바람직한 평가 결과를 나타낼 수 있다.⁴⁰⁾

Gilbert와 Specht의 정책평가의 분석틀은 현존하는 제도와 정책을 중심으로 명쾌하게 제시하고 있다. 이들은 사회보호적 차원의 대상자와 그에 대한 급여를 어떤 방식으로 어떻게 전달하며, 재원은 무엇인가를 일련의 선택으로 간주하고 그 선택을 체계적으로 분석할 수 있는 틀을 제시한다.⁴¹⁾

또한 Gilbert와 Specht의 분석틀은 산출연구(Product)와 성과 연구(Performance)의 통합을 통하여 제도와 정책의 수혜자에 대한 효과를 평가하게 해wnai, 새로운 대안을 만들어주는 장점을 지닌다. 이것은 4차원의 질문형식으로 되어 있는데 ①사회적 할당(Social Allocation), ②할당된 사회적 대책(Social Provision), ③재원조달방법(Finance), ④이들 급여의 전달행정

39) 김익균 외 4인 공저, 「노인복지론」, 대학출판사, 2002, pp.299~300.

40) 김석준, “정책의 성장측정을 위한 통합기준의 모색”, 지역사회개발논총, Vol.3, 1980, p.17 ; 정희재, “한국 장애인 고용정책의 평가에 관한 연구”, 한성대학교 행정대학원 석사학위논문, 1999, p.23. 재인용.

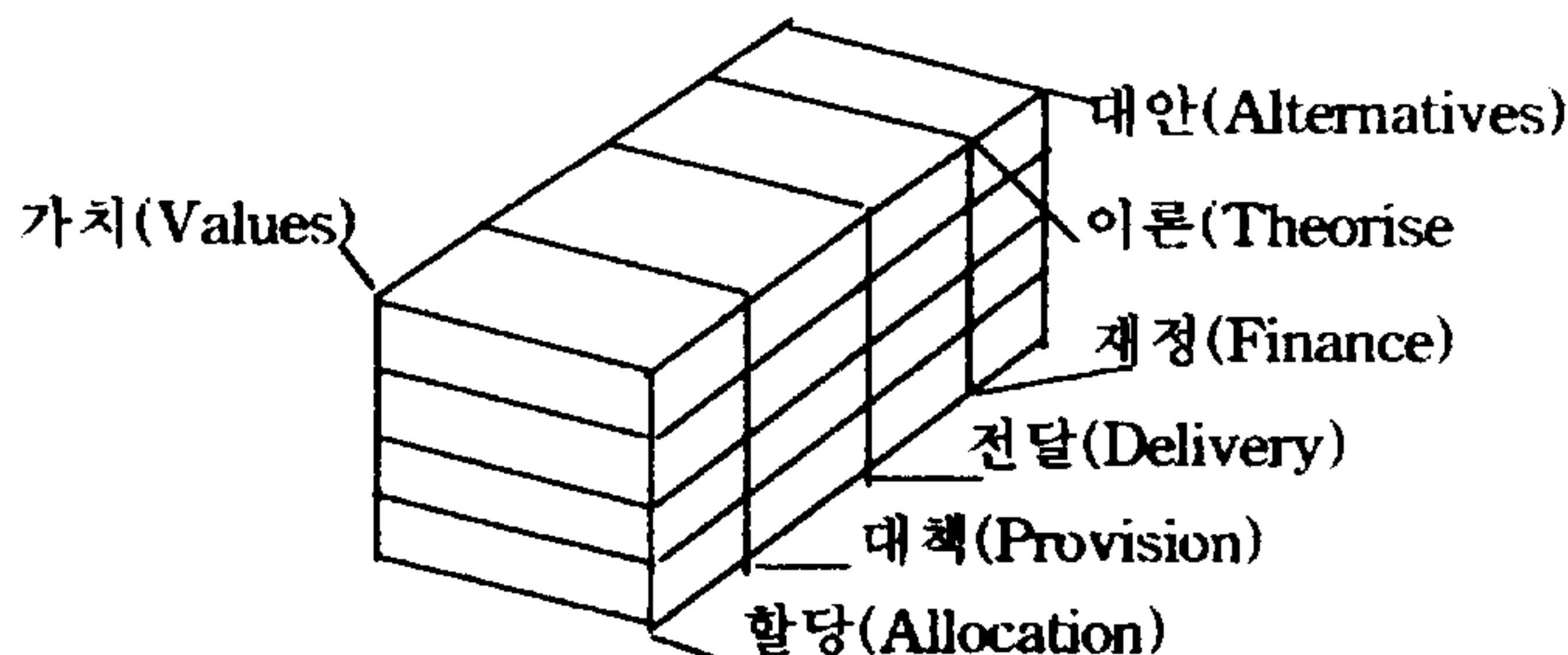
41) Glibert N. & Specht H, *Dimensions of Social Welfare Policy* (N. J : Prentice - Hall. Inc. 1974), p.24. ; 정희재, 상계논문. p.25. 재인용.

기관(Delivery System)⁴²⁾등에 관한 것이다.

이들 선택의 차원(Dimensions of Choice)은 다음의 3축을 연결하여 더욱 진보된 연구를 할 수 있는데, 첫째, 각 차원 내에서의 대안의 범위, 둘째, 이들 대안을 지지해주는 사호 가치, 셋째, 이들 대안에 내포되어 있는 이론 혹은 전제의 축이다.⁴³⁾

본 연구에서는 Gilbert와 Specht의 사회정책의 분석틀에 사용하여 우리나라 장기요양보호노인정책을 평가 및 분석하고자 한다. 이는 다른 모형들의 준거들이 평가하기 모호한 규범적인 준거에 많이 치우쳐 있고, 제도와 정책의 평가에만 한정되어 있는 반면에 Gilbert와 Specht의 준거들은 비교적 평가하기 용이한 할당, 대책, 전달, 재정의 4가지 영역으로 구분되어 있어 분석적, 규범적 준거에 의한 평가가 모두 가능하며, 제도나 정책에 대한 평가뿐만 아니라, 문제점에 대한 대안을 마련할 수 있는 틀을 제공해 주기 때문이다.

〈그림2-1〉 Gilbert와 Specht의 선택의 차원(Dimensions of Choice)



42) 황진수, “한국마약정책의 평가에 관한 연구”, 한성대학교 사회산업연구소 사회과학논집 제8집, 1994, p.196.

43) 황진수, 상계논문, p.196.

Ⅲ. 장기요양보호노인 정책의 현황과 문제점

1. 노인요양시설의 프로그램 및 서비스 현황

(1) 프로그램

1) 생활시설 프로그램

노인복지시설의 생활시설은 크게 노인주거복지시설, 노인의료복지시설로 구분하는데, 시설노인들의 대부분은 무료양로시설과 노인요양시설 등에서 생활하고 있다. 이들 시설의 프로그램은 주로 질병, 입소자 간의 갈등 문제 등의 상담 프로그램과 생일 잔치, 야유회, 종교의식, 효도 관광, 운동회, 봉투만드는 일, 노래자랑 등과 같은 조직적인 프로그램과 장구, 굿놀이, 율놀이, 요가, 물리치료, 영화 감상, 음악감상, 노인체조, 뜨개질, 한글교육, 과수원 돌보기, 채소 가꾸기, 바둑, 화투, 라디오 듣기, TV시청 등은 자율적인 프로그램으로 운영하고 있는 실정이다.

노인복지시설은 이들 입소노인에 대한 프로그램과 더불어 자체적으로 자원봉사자 참여 프로그램을 개발하여 자원봉사자에 대한 다양한 서비스의 질을 높이고 효과적으로 관리할 수 있어야 한다.

2) 이용시설 프로그램

노인복지시설 중 이용시설은 크게 노인여가복지시설과 재가노인 복지시설로 구분하고, 전자는 다시 노인복지회관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소로 구분하며, 후자는 가정봉사원 파견시설, 주간 및 단기보호시설로 세분화된다.

노인여가복지시설의 프로그램은 첫째, 노인복지회관의 프로

그럼으로써 ①상담 및 지도 프로그램으로 노인의 생활, 주택, 신상 등에 대한 생활상담 및 노인의 질병예방 치료에 관한 건강상담 및 지도를 실시하고, ②취업상담 및 알선 프로그램으로 노인에 대한 취업알선 및 취업노인의 사후관리를 실시하고 있다. ③기능회복훈련 프로그램으로 노인의 기능회복 또는 기능감퇴를 방지하기 위한 물리치료실 운영 및 훈련을 실시하고 있다. ④교양강좌 등 프로그램으로 노인의 교양향상을 위한 프로그램의 제공과 노인정보화 교육을 실시하고 있다. ⑤그밖에 각종 여가 및 오락프로그램을 운영하고, 재가노인복지시설의 병설운영으로서 가정봉사원 파견사업, 식사배달 서비스, 경로당의 여가활동 지원, 이·미용실, 목욕탕, 경로식당을 운영하고 있다.

둘째, 경로당 프로그램으로는 ①교양강좌로서 건강관리, 노인의 역할, 정부시책 설명 등이 있다. ②취미활동으로서 원예, 서예, 시조, 바둑, 장기 등이 있다. ③봉사활동으로서 자연보호, 청소년 선도, 교통정리, 농번기 일손돕기, 어린이 놀이터 및 공원관리 등이 있다. ④건강활동으로서 조기체조, 등산, 체육대회 등이 있다. ⑤교육활동으로서 한문강좌, 전통예절교육, 외국어 강의 등이 있으며, ⑥그밖에 자체수입을 조성할 수 있는 프로그램으로서 전통공예품 제작, 재활용품 수집, 공동일거리 개발 등이 있다.

재가노인복지시설의 프로그램은 첫째, 가정봉사파견시설의 경우로서 ①가정봉사에 관한 사항으로 취사, 시장보기, 청소 및 주변정돈, 생활필수품 구매 등과 같은 가사지원서비스와 신체청결, 외출시 부축 및 동행 등과 같은 개인활동 서비스가 있으며 전화 및 방문 말 벗, 편지 써주기, 생활상담 등과 같은 우애서비스가 있다. ②상담 및 교육에 관한 사업으로는 지역사회 내에서 노인의 자립생활에 관한 상담 서비스, 장애인 수

발자를 위한 상담 및 교육등이 있고 ③노인결연에 관한 프로그램으로 무의탁노인 후원을 위한 결연사업 등이 있다.

둘째, 주간 및 단기 보호시설의 프로그램은 ①생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스 ②급식 및 목욕 서비스, 취미오락, 운동 등 여가생활 서비스, ③이용노인 가족에 대한 상담 및 교육등이 있다.⁴⁴⁾

(2) 노인복지시설의 유형

생활시설로는 양로시설, 요양시설, 전문요양시설로 구분된다. 양로시설과 요양시설은 무료, 실비, 유료 등으로 구분되며, 전문요양시설은 무료만 있다. 양로시설은 단순주거(수용보호)와 급식, 일상생활에 필요한 편의제공, 건강관리 및 유지 기능이 있으며, 여기에서 제공하고 있는 서비스로는 식사서비스, 목욕 서비스, 세탁서비스, 장례서비스, 상담서비스, 여가서비스(교양·오락서비스), 보건의료서비스(건강검진)등이 있다.

요양시설은 요양, 건강관리 및 유지, 단순수용보호(주거), 일상생활에 필요한 편의제공, 보건의료서비스, 건강검진, 재활 등의 기능을 수행하고 있으며 제공되는 서비스로는 식사서비스, 목욕서비스, 세탁서비스, 장례서비스, 상담서비스, 여가서비스 등이 있다.

이러한 현재의 노인복지시설 중 단순수용보호 위주의 양로시설은 보건·의료기능을 보강한 후 요양시설로 전환하고 요양시설과 치매전문요양시설로 구분하여 치료와 재활을 보다 강화하여 전문적인 서비스를 제공할 수 있도록 하여야 한다.

사회복지법인이 설치하고 국가 및 지방자치단체의 보조금으로 운영되는 노인복지시설은 주로 무료양로시설과 노인요양시설로 구분하는데, 이들 시설에 거주하는 노인은 대부분 국민기

44) 김익균 외 4인 공저, 「노인복지론」, 대학출판사, 2002, pp.289~291.

초생활보장 수급자 중에서 시설보호대상자로 전원된 노인들이다.

시설수와 거주자의 변천과정을 <표3-1>에서 살펴보면 '90년에 양로시설과 노인요양시설은 각각 71개소와 18개소였으나, 2001년 11월말 현재 10년 동안 양로시설은 101%정도 증가한 반면 노인요양시설은 511%증가하여 110개소에 달하고 있다.

<표3-1> 노인복지시설 현황

(2001. 11. 30. 현재)

구분	계				무료시설			실비시설		유료시설	
	합계	양로	요양	전문 요양	양로	요양	전문 요양	양로	요양	양로	요양
개소수	213	143	110	24	119	94	24	4	13	20	3
입소노인	12,351	5,694	5,759	2,105	4,872	4,692	2,105	120	711	702	356

<표 3-2> 노인복지시설 및 거주자 현황

구분	양로 시설(개소/명)				노인요양 시설(개소/명)			
	시설수	입소자	퇴소자	거주자	시설수	입소자	퇴소자	거주자
1990	71	1,190	1,190	4,962	18	591	468	1,447
1991	72	1,098	1,130	4,930	19	696	646	1,497
1992	76	1,199	1,281	4,848	28	973	668	1,802
1993	79	1,229	1,247	4,830	34	805	599	2,008
1994	82	1,272	1,205	4,897	36	1,108	698	2,418
1995	84	981	1,078	4,806	41	1,252	827	2,784
1996	87	1,492	1,670	4,628	50	1,280	663	3,401
1997	85	974	1,076	4,526	57	1,698	1,197	3,902
1998	86	1,176	1,158	4,544	77	2,328	1,436	4,849
1999	92	1,382	1,147	4,779	94	3,288	1,931	6,206

자료 : 보건복지부, 「보건복지통계연보 제41호 및 제46호」, 2000.

시설에서 거주하고 있는 노인들의 수를 <표3-2>에서와 같이 살펴보면 양로시설은 10년 전에 비하여 큰 차이점을 발견할 수 없거나 노인요양시설은 334%증가(6,206)하였으며, 시설 평균 거주 노인은 56명으로 나타났다.

이처럼 노인요양시설과 거주노인들이 증가하고 있는 것은 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 노인들이 증가하고 있음을 의미하기 때문에 노인요양시설에 대한 기능보강사업이 요구되고 있다.⁴⁵⁾

1) 노인주거복지시설

①양로시설

노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상자는 일상생활에 지장이 없는 국민기초생활보장 수급노인 또는 65세 이상의 노인 중 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 노인을 대상으로 하고 있다. 2001년 11월말 현재 119개소가 운영 중에 있다.

②실비양로시설

노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상자는 본인 및 그 배우자와 부양의무자의 월소득과 합산한 금액을 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액이 통계청장이 고시하는 전년도(소득조사일이 속하는 해의 전년도)의 도시근로자가구 월평균 소득을 전년도의 평균 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액 이하인 자로서 일상생활에 지장이 없

45) 김익균, 상계서, pp.291~293.

는 65세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 2001년 11월말 현재 4개소가 운영 중에 있다.

③ 유료양로시설

노인을 입소시켜 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입속한 날로부터 수납하여 운영하는 시설로서 입소대상자는 일상생활에 지장이 없는 60세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 2001년 11월말 현재 20개소가 운영중에 있다.

④ 실비노인주택 복지시설

보건복지부장관이 정하는 일정소득 이하의 노인에게 저렴한 비용으로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상자는 실비보호대상자로서 단독취사 등 독립된 주거생활을 하는 데 지장이 없는 65세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 2001년에는 실비노인복지주택에 대한 개소 수 등은 공식적인 자료가 없다.

⑤ 유료노인복지주택

노인에게 유료로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활·지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상자는 단독취사 등 독립된 주거생활을 하는 데 지장이 없는 60세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 현재 2개소가 운영 중에 있다.⁴⁶⁾

46) 상계서, pp.293~295.

2) 노인의료 복지시설

①노인 요양시설

노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상은 노인성 질환 등으로 요양을 필요로 하는 노인을 대상으로 한하고 현재 94개소가 운영중에 있다.

②실비노인 요양시설

노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상노인은 실비보호 대상자로서 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 65세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 현재 13개소가 운영 중에 있다.

③유료노인 요양시설

노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설로서 입소대상노인은 노인성 질환 등으로 요양을 필요로 하는 60세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 현재 3개소가 운영 중에 있다.

④노인 전문요양시설

치매·중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로서 입소대상노인은 노인복지법시행

령 제14조 제1항 제1호 각목에 해당하는 자로서 치매·중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 노인을 대상으로 하고 있다. 현재 24개소가 운영중에 있다.

⑤유료노인 전문요양시설

치매·중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설로서 입소대상 노인은 치매·중풍 등 중증 노인성질환으로 요양을 필요로 하는 60세 이상의 노인을 대상으로 하고 있다. 현재 4개소가 운영중에 있다.

⑥노인 전문병원

주로 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설로서 입소대상노인은 노인성 질환으로 치료 및 요양을 필요로 하는 자, 임종을 앞둔 환자 노인을 대상으로 하고 있다. 현재 2개소가 운영중에 있다.

3) 노인여가 복지시설

①노인복지회관

무료 또는 저렴한 요금으로 노인에 대하여 각종 상담에 응하고, 건강의 증진·교양·오락 기타 노인의 복지증진에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다. 현재 전국에 133개소가 설치되어 있다.

②경로당

지역노인들이 자율적으로 친목도모·취미활동·공동작업장

운영 및 각종 정보교환과 기타 여가활동을 할 수 있도록 하는 장소를 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다. 현재 전국에 40,691개소가 설치되어 있다.

③노인교실

노인들에 대하여 사회활동 참여욕구를 충족시키기 위하여 건전한 취미생활·노인건강유지·소득보장 기타 일상생활과 관련한 학습프로그램을 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다. 현재 전국에 583개소가 설치되어 있다.

④노인휴양소

노인들에 대하여 심신의 휴양과 관련한 위생시설·여가시설 기타 편의시설을 단기간 제공함을 목적으로 하는 시설을 말한다. 현재 전국에 6개소가 설치되어 있다.⁴⁷⁾

4) 노인가가 복지시설

재가노인복지시설의 목적은 정신적·신체적인 이유로 혼자서 일상생활을 수행하기에 불편한 노인가정에 대하여 필요한 각종 서비스를 제공함으로써 노인들이 지역사회에서 가족 및 친지와 더불어 건전하고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하고, 가족의 수발 부담을 덜어주는 데 있다. 재가노인복지사업은 '89년 12월 제1차 노인복지법 개정시 가정봉사사업, 재가노인이란 용어를 사용하였고 '93년 12월 제2차 노인복지법 개정시 재가노인복지를 명시하여 법제화하였다. '97년 8월 가정봉사원 교육훈련의무 치 교육기관을 명시하고 시설평가제를 도입하였다.

47) 최미정, 전개논문, pp.43~44.

입소대상노인은 시설을 무료 및 실비, 유료로 이용할 수 있는데 무료인 경우는 65세 이상 국민기초생활보장 대상 노인이거나 기초생활보장 대상은 아니지만 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 경우 해당된다.

실비인 경우는 65세 이상 저소득 노인으로서 도시근로자 월평균 소득 미만인 노인이 해당된다. 2000년의 경우 도시근로자 월평균 잠정소득은 2,442,700원으로서 노인 1인당 월평균소득 691,983천원 미만인 경우에는 실비로 사용이 가능하다. 그러나 60세 이상의 일반 노인은 유료로 사용하여야 한다. 시설에서 실비 또는 유료로 비용을 수납하고자 할 경우에는 반드시 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다.

①가정봉사원 파견시설

신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공함으로써 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후 생활을 영위하도록 하는 시설로서 입소대상노인은 신체적·정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 자이며, 가정에서의 보호가 필요한 노인이 해당된다. 현재 전국에 78개소가 설치되어 있다.

②주간(晝間) 보호시설

부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 허약한 노인과 장애노인을 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 시설로서 입소대상 노인은 심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 낮 동안의 보호가 필요한 노인이 해당된다. 현재 전국에 42개소가 설치되어 있다.

③ 단기 보호시설

부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하기 위한 시설이다. 입소대상 노인은 심신이 허약하거나 장애가 있는 자로서 단기간의 보호가 필요한 노인이 해당된다. 현재 전국에 21개소가 설치되어 있다.⁴⁸⁾

<표3-3> 우리 나라 노인복지시설 현황 (2001년11현재)

시 설 종 류		시 설 형 태		시 설 수			
		생활	이용	계	생활	이용	
노인 복지 시설 (18개)	노인주거 복지시설	양로시설	○		119	119	
		실비양로시설	○		4	4	
		유료양로시설	○		20	20	
		실비노인복지주택	○				
		유료노인복지주택	○		2	2	
	노인의료 복지시설	노인요양시설	○		94	94	
		실비노인요양시설	○		13	13	
		유료노인요양시설	○		3	3	
		노인전문(치매)요양시설	○		24	24	
		유료노인전문요양시설	○		4	4	
		노인전문병원	○		2	2	
	노인여가 복지시설	노인복지회관		○	133		133
		경로당		○	40,691		40,691
		노인교실		○	583		583
		노인휴양소		○	6		6
	재가노인 복지시설	가정봉사원파견시설		○	78		78
		주간보호시설		○	42		42
		단기보호시설		○	21		21

자료 : 보건복지부, 노인보건복지사업안내, 2001.

48) 김익균, 전개서, pp.297~299.

2. 장기요양보호노인 정책의 문제점

(1) 할당영역

1) 노인간호인력의 부족

김지한(2000)의 논문에 의하면 96%의 노인이 집중적인 간호 서비스를 필요로 하고 있지만 시설 내에서 간병요원의 부족현상이 심각하다.

특히 입소노인이 입원을 할 경우 이들을 간병할 인력이 부재 또는 부족한 실정이어서 시설에서는 무료 간병 지원을 활용하거나 종사자들이 순번제로 병원에서 간병을 한다. 그러므로 인해 시설에 거주하는 노인에게 제공되는 서비스는 다른 동료 직원들이 감당하여야 하다 보니 서비스는 질적·양적으로 감소하게 되는 실정이다.⁴⁹⁾

2) 대상자 선정기준의 모호성

우리 나라 장기요양보호대상 노인은 대상자 선정기준의 모호성 때문에 원칙적으로 빈곤노인으로 한정되어 있다.

재가복지서비스 대상 노인은 신체적·정신적 이유로 혼자서 일상생활이 곤란한 장애노인으로 제시되어 있다. 원칙적으로 생활보호대상자뿐만 아니라 일반 노인들도 그 대상이 될 수 있으나 현재는 생활보호대상 노인들만을 대상으로 서비스가 제공되고 있는 실정이다. 요양시설서비스 대상 노인 역시 노인성 질환 등으로 요양이 필요한 자로 되어 있다. 그러나 두 가지 경우 모두 선정기준의 모호성 때문에 공급자 중심의 선정이 되어 대부분이 생활보호대상자라는 기준으로 운영되고 있

49) 김지찬, “노인요양시설의 운영실태 분석과 개선방안에 관한 연구”, 동국대학교 사회과학대학원 석사학위논문, 2000, p.66.

다.50)

3) 전문의료 인력의 부재

치매노인이 노인장기요양보호의 중요한 대상이지만 1996년에 발표된 「치매대책 10개년 계획(1996-2005)」은 정부의 예산지원이 없어서 일부 사업만이 시행되고 있을 뿐이며, 치매상담신고센터를 설치하여 운영하고 있으나 전문의료 인력의 부재로 전문적인 상담이 제대로 이루어지지 못하고 있다.51)

4) 가족 수발자에 대한 서비스 인식 부족

장기요양보호에는 가족수발자에 대한 지지서비스가 중요함에도 불구하고 정부에서는 그 중요성을 거의 인식하지 못하고 있는 것 같다. 다만 민간차원에서 치매가족모임과 같은 자조집단이 있을 뿐이고 정부의 지원은 전혀 없으며, 한국치매협회에서도 치매가족을 위한 지지서비스로서 정보제공, 치매환자 가족 훈련, 치매환자 등록 등의 중요성을 강조해 왔으나 정부에서는 이 문제의 중요성을 거의 인식하지 못하고 있다. 치매노인가족을 포함한 장기요양보호의 가족보호자에 대한 지지서비스의 정도는 지역사회 및 재가보호의 성패를 가름할 수 있는 주요 서비스가 된다는 면에서도 그 중요성을 크게 인식하여야 할 것이다.52)

5) 법정종사자 배치기준에 미비한 인건비 지원

노인요양시설의 법정종사자 배치기준과 실제적인 지원기준을 비교하면 시설장과 총무, 생활지도원의 경우 시설당 1인을

50) 박차상 외 5인 공저, 「한국노인복지론」, 학지사, 2002, p.408.

51) 홍은화, 「한국 노인장기요양 제도의 현황과 발전방향」, 원광대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001, pp.12~16.

52) 이차욱, 「노인복지의 현황과 과제」, 1999, p.382.

배치토록 하고 있으나 인건비 지원기준은 시설장과 총무는 시설당 1인을 지원하되 생활지도원은 정원 100인 이상 시설에 한하여 지원하고 있다. 김 지찬(2000)에 의하면 정원 100인 이상 1개 시설을 제외하고 나머지는 생활지도원이 없는 것으로 나타났다.

생활지도원의 역할은 입소노인의 건강유지, 여가선용 등 노인의 복지증진에 관해 상담·지도하는 자로서, 노인요양시설에 생활지도원이 없다는 것은 시설의 각종 상담과 여가선용 프로그램이 전문적으로 이루어지지 않음을 시사한다.

간호사 인력은 법정배치기준상 25인당 1인을 배치토록 하고 있으나 인건비 지원은 입소노인 50인당 1인으로 하고 있다. 경력 인정 면에서도 병원 경력을 전혀 인정하고 있지 않아 인력 확보면과 의료적 서비스가 충분히 제공되지 못하고 있음을 말한다. 또한 의사 또는 촉탁의사를 배치하고 있으나 대부분이 촉탁의를 고용하고 있어 응급한 진료가 필요한 경우 일반병원을 이용하고 있어 시설의 위치적 여건이 도심 외곽에 위치한 경우 등은 현실적으로 촉탁의 제도가 그 실효를 기대하지 못하고 있다.

노인요양시설에서 영양사에 대한 법정배치기준은 되어 있으나 실질적인 인건비 지원은 이뤄지지 않고 있어 입소노인에게 적합한 식이요법의 제공이 불가능하며, 본연의 업무를 수행하지 못하고 다른 업무의 비중을 두어 전체적으로 제공서비스에 대한 질적인 하락을 초래하고 있다.

6) 시설운영자의 가족체계의 문제점

노인요양시설 뿐 아니라 모든 사회복지시설 운영에 있어서 족벌체제는 운영의 투명성과 개방성을 저해하는 요인으로 제시되어 왔으며 지역사회의 부정적인 인식을 초래할 가능성을

증가시킨다.

본 조사에서 시설과 시설장 또는 총무가 법인대표와의 관계에서 고용관계는 낮은 수준이며 전문적인 사회복지사가 시설을 운영하고 있는 곳이 매우 부족한 것으로 나타났다. 시설에서 족벌체제의 문제점은 시설의 폐쇄성의 문제 외에도 종사자의 신분 불안, 승진 한계 등의 문제를 초래하고 나아가 전문적 지식을 가진 인력의 계속 근무를 저해할 수도 있다.

7) 임원구성의 문제점

노인요양시설의 법인임원과 법인대표와의 관계는 혈연관계보다는 개인적 친분관계에 있는 사람들로 구성되어 있는 경우가 많다.

이는 시설의 운영에 같은 뜻을 가지고 적극적으로 시설운영의 발전을 도모할 수 있는 점도 있으나 이는 지역사회 전문가와 지역을 대표할 수 있는 사람으로 구성되어 입소노인의 권익옹호, 시설의 방향성 제시 및 개방적인 운영의 역할을 해야 하나 대부분 형식적인 구성과 시설운영에 개입하지 못하고 있어 시설의 재정적인 비리문제, 입소노인의 인권침해 문제, 지역사회 시설개방 등에 있어서 문제를 초래할 수도 있다.⁵³⁾

(2) 대책영역

1) 서비스 내용의 문제점

첫째, 재가복지서비스를 살펴보면, 가정봉사원서비스의 경우 대표적인 서비스들이 단순한 말벗서비스나 가사지원서비스 수준에 머물고 있으며, 선진국에서 제공되고 있는 방문간호나 안부전화, 목욕서비스, 이동편의 제공 등 대상 노인의 욕구나 건

53) 김지찬, 전계서, pp.65~67.

강상태에 따른 제공이 전혀 이루어지지 않고 있다. 주간 및 단기보호서비스 역시 담당인력 부족 및 전문성 결여로 단순한 보호 이상의 프로그램은 거의 제공하지 못하고 있는 실정이다.

둘째, 시설복지서비스 역시 양적·질적 수준이 매우 열악하다. 전문요양 시설 및 전문병원의 부족은 시설보호 노인의 수요를 충족시키지 못하고 있으며, 시설에 입소하더라도 필요한 의료서비스 및 생활보조서비스 등을 충분히 제공받지 못하고 있다.⁵⁴⁾

셋째, 사회보호서비스는 시설보호의 대안으로 지역사회보호 서비스나 재가보호서비스를 지향하는데 있어서 핵심적인 서비스이며, 장기요양보호서비스는 의료적 서비스보다 사회보호서비스가 주가 되는 경우가 더 많으므로 장기요양보호에서 사회보호서비스의 중요성은 더욱 크다. 그러나 한국에서는 아직도 시설보호에 크게 치우치고 있어서 상대적으로 사회보호서비스는 경시되고 있으며 사회보호서비스에 대한 정부와 운영주체의 지원부족, 저소득층 위주, 체면문화 의식 등의 이유로 이용이 억제되는 경향이 있어 사회보호서비스의 질도 낮고 이용률도 낮은 편이라 하겠다.

넷째, 단기보호시설은 전국에 15개소, 주간보호시설은 25개소가 정부지원하에 운영되고 있고, 저소득층을 대상으로 서비스가 제공되고 있으나 정부의 지원 부족과 운영주체인 재단의 지원 부족, 체면문화 의식 등으로 수준은 상당히 낮은 편이며 이용률도 저조하다.

다섯째, 전화방문은 일부 재가 노인복지기관에서 제공되고

54) 박차상 외 5인 공저, 전계서, p.409.

있으나 장기요양보호의 주요 서비스라는 인식하에 제공되지 못하고 있고, 또한 대변·법률구조 등의 서비스 역시 전혀 제공되지 못하고 있다.⁵⁵⁾

2) 전체차원에서의 문제점

첫째, 우리 나라 노인장기요양보호 대책은 노인인구 증가와 함께 체계적으로 수립되어 실시되지 못하고 단기적이고 단편적인 차원에서 시행해 왔다. 노인복지수요의 증가에 대처하기 위해서는 보건 및 복지서비스가 연계된 시스템의 구축으로 이용자가 언제든지 권리로서의 서비스를 받을 수 있는 체계를 만들어 나가야 할 것이다.

둘째, 정부의 사회복지에 대한 잔여적이고 선별적인 원칙에 따라, 노인 장기요양보호 정책 역시 선별주의로 일관하고 있어, 대상을 생활 보호대상노인으로 한정하고 있으며, 생활보호대상 노인을 제외한 일반 노인부양의 일차적 책임은 여전히 가족에게 주어져 있다. 그럼에도 불구하고 노인을 보호하고 있는 가족에 대한 지원은 이루어지지 않고 있어, 가족은 정신적·경제적·신체적 스트레스 속에서 생활할 수밖에 없다.⁵⁶⁾

3) 상담 및 재활 치료 프로그램의 부족

김 지찬(2000) 연구에 의하면 조사대상 시설 대부분이 입소 노인의 심리적, 신체적인 문제에 대해 상담 및 재활, 치료프로그램이 부족한 것으로 나타났다. 이는 노인들의 참여도 적극적이지 않음도 사실이며 사회복지사가 없는 현 상황에서 노인들의 흥미를 끌만한 다양한 프로그램이 개발되지 못하고 있기 때문인 것으로 판단된다.

55) 홍은화, 전개논문, p.65.

56) 박차상 외 5인 공저, 전개서, p.408.

상담서비스는 노인들과의 상담을 통해 노인들의 욕구를 파악하고 그에 따라 적절한 서비스를 제공할 수 있다는 점에서 중요하다. 그러나 입소노인의 절반정도가 상담을 한 적이 없으며 상담을 한 경우도 전문적인 상담원이 아니라 시설장, 총무나 기다 종사원 또는 동료 노인들에게 상담을 받고 있는 실정이다.

재활, 치료프로그램을 담당할 인력의 부족으로 인해 체계적인 치료 및 재활프로그램이 실시되지 못하고 일정 수준에서의 서비스만 제공되어 지고 있다.⁵⁷⁾

4) 의료적 서비스

① 시설보호서비스

시설보호서비스로는 전통적으로 있어 온 요양시설서비스만 있을 뿐이다. 현재 노인전문요양시설은 치매 및 중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식·요양 기다 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이고, '유료 노인전문요양시설'은 치매 중풍 등의 노인환자를 보호하는 비용 일체를 입소자에게 부담시키는 시설을 말한다.⁵⁸⁾

노인요양시설은 특히 80년대 이후 계속적으로 크게 증가하고 있는데 무료시설에서 소득계층에 따라 다양하게 이용할 수 있도록 실비와 유료시설까지 확대된 것은 바람직한 정책방향이었고, 또한 대상도 건강상태에 따라 일반요양시설과 전문요양시설로 구분한 것도 바람직한 발전방향이라 할 수 있다. 그러나 정부에서는 인구의 고령화와 노인문제의 다양화와 심각화를 전제로 하여 장기적인 전망에서 그리고 장기요양보호의

57) 김지찬, 전계논문, p.68.

58) 이가옥, 「노인복지의 현황과 과제」, 니남출판, 1999, pp.377~378.

필요성에 의하여 정책을 전개하지 못하고 당시의 욕구에 따라 반응적으로 단기적이고 단편적인 장기요양보호 정책을 시행해 왔다는 것이 문제이다.

1999년초 보건복지부에서 수립한 보건복지중장기발전계획(1999~2002)에서도 장기요양보호를 정책의 주요 사항으로 설정하지 못하고 단편적으로 다루고 있을 뿐이다. 정부에서는 1996년 치매대책 10년계획(1996~2005)을 발표한 적이 있지만 치매를 포함한 포괄적 장기요양보호 정책의 틀을 이 중장기 계획에서 제시하지 못하고 있고, 치매대책 및 요양비용 문제를 단편적으로 다루고는 있지만 이에 대한 보다 구체적 계획과 예산확보 방안이 제시되지 않고 있어 계획대로의 실행이 의문시되고 있다. 정부에서는 노인장기요양보호 대책으로 치매예방 또는 환자조기발견사업 강화를 위해서 1997년에 노인복지법을 개정하여 기존의 보건소에 '치매상담신고센터'를 설치하였고, 치매상담전문요원을 배치하여 운영하도록 하고 있으나, 훈련된 인력의 부족과 예산부족으로 유명무실한 상태에 있다.⁵⁹⁾

치매전문요양시설은 1998년까지 12개 시설이 건립되었고, 2005년까지 70개소를 건립할 계획을 추진하고 있다. 치매노인이 노인장기요양보호의 중요한 대상이지만 역시 장기보호 대상자의 일부에 지나지 않는다. 정부는 치매대책도 장기요양보호 정책의 틀 속에서 보지 못하고 있고, 그 대책이 시설보호 위주의 정책이어서 지역사회보호와 재가보호의 방향으로 나아가고 있는 세계적 추세에 반하고 있으며, 더욱 위험한 것은 치매노인 정책을 시설보호에 집중시키는 것은 치매노인에 대한 보호가 시설보호가 적합한 것으로 오해시킬 위험성이 적지 않다는 것이다.

시설보호서비스 가운데 요양시설서비스를 제외하고는 정부

59) 이가옥, 상계서, pp.378~379.

에서 공식적으로 지원하는 서비스는 전혀 없다. 의존주거시설의 개념은 아직 우리 사회에 생소하여 도입되지 않고 있으며 민간차원의 몇몇 병원에서 호스피스 보호서비스를 제공하고 있지만 정부 지원의 공식적 서비스는 되지 못하고 있다.

② 지역사회보호·재가보호

몇몇 대학병원을 중심으로 방문간호서비스를 제공하고 있으나 이러한 서비스는 노인장기요양보호체계의 일환으로 계획된 것이 아니기 때문에 장기요양보호의 의료적 서비스로서의 효과는 기대하기 어렵다.

5) 요양보호비용 지원서비스

요양보호비용 지원서비스는 저소득층을 위한 무료일반요양시설과 노인전문요양시설 그리고 중산층 이하를 위한 실비요양시설이 이에 해당될 수 있으며, 중산층 이상을 위한 정부의 공식적 지원체계는 전무하다. 다만 개인적 차원에서 요양보호서비스 비용을 위한 사적 장기요양보험을 이용하는 사람이 일부 있을 뿐이다. 1998년 장기요양보호노인 조사에서도 가족수발자와 장기요양보호 대상노인 모두 경제적 부담을 크게 느끼고 있는 것으로 나타났다. 요양보호서비스 비용은 인구의 고령화와 더불어 우리 사회에서도 심각한 문제로 인식되기 시작하였으나 정부정책은 이 점을 전혀 고려하지 못하고 있다. 특히 최근 유료요양시설의 설치운영을 법적으로 허용하면서 그 비용조달 기제는 전혀 고려하지 않고 있어 유료시설은 일부의 부유층이 아니면 이용하기 어려운 시설로밖에 되지 못하고 있다.⁶⁰⁾

60) 이가옥, 상계서, pp.379~380.

(3) 재정영역

정부는 2001년 무료노인복지시설에 수용되어 있는 생활보호 대상 노인에게 월 239,575원 생계비를 지급하였다. 관리 운영비, 인건비, 수용비 등을 감안하면 사실상 부족한 예산이다. 노인복지시설에 입소된 노인들의 평균 연령은 78세가 넘고, 거의 모두 만성질환이나 기능장애를 가지고 있어 각자 서비스 욕구에 따라 적절한 질병관리와 수발을 제공받아야 한다. 그러나 2001년도 사회복지시설 운영비 지원내역은 양로시설노인(1인당 년4,738,000), 전문요양시설(8,229,000원)을 보조하고 있다. 이 정보 지원금은 시설아동이나 장애인시설에 지급하는 것보다 낮은 것으로 나타났다. 이와 같은 차등지원은 만성질환과 심신장애로 고통받고 있는 시설노인들의 특성과 욕구에 대한 이해 부족에서 만성질환과 심신장애로 고통받고 있는 시설노인들의 특성과 욕구에 대한 이해 부족에서 나온 결과라고 볼 수 있겠다.

전국민의 97%에게 적용되고 있는 공적 의료보험(국민건강보험)에서 65세 이상 노인은 1년 365일간 의료비를 지급해 주고 있고, 의원급 진료비 총액이 15,000원을 넘는 경우 본인 부담금 중 일부를 할인해 주고 있을 뿐이고, 요양시설 보호비용은 전혀 지급되지 않고 있다. 노인의 경우 장기 요양보호 의료비는 병원에 장기 입원하는 경우에 의료보험에서 본인부담금(20%)을 제외한 의료비를 지급해 주고, 1개월의 본인부담 의료비가 고액인 경우(100만원 이상)는 100만원 초과 의료비의 50%를 추후 반환 받을 수 있다(고액진료비 일부반환제도는 노인에게만 한정된 제도가 아니고 모든 의료보험 적용자에게 해당된다). 따라서 현 국민건강보험제도하에서는 노인의 장기요양보호를 위한 비용지원 서비스는 없는 것이나 다름없다.⁶¹⁾

61) 황진수, 「사회복지시설 연구」; 노인장기요양시설 정책의 개선방안, 한

(4) 전달체계 영역

우리 나라 노인 장기요양보호서비스 전달체계의 문제점은 전달체계의 통일성 결여 및 서비스 제공의 중복성, 지역 간 불균형 등으로 요약될 수 있다.

첫째, 재가노인복지서비스의 경우 전달체계는 보건복지부의 복지지원과와 노인복지과를 중심으로 하지만 재가노인복지센터, 지역사회복지관의 재가복지센터, 서울시 가정도우미 등의 전달체계가 통일성 없이 각각 달리 설정되어 있어 부서 간 연계 및 조정이 이루어지지 않고 있다.

둘째, 전달체계의 통일성 결여로 인해 서비스가 중복 제공될 확률이 높다. 즉 일정 지역사회 내에 여러 주체의 서비스 제공 기관이 존재할 경우 특정한 생활보호대상 노인에게 모두 재가 복지서비스가 제공될 수 있는데, 그것은 기존의 서비스가 기능별로 분화되어 있지 않기 때문에 발생하는 것이다.

셋째, 서비스의 지역간 불균형 현상 역시 심각한 문제점으로 꼽을 수 있다. 사회복지시설의 소재가 전체적으로 대도시 및 근교에 집중되어 있는 실정이며, 노인복지시설 역시 마찬가지이다. 우리 나라 농어촌 세대는 주로 노인들로만 구성되어 있으며, 전반적으로 경제상태는 열악할 수밖에 없으므로 농어촌 노인의 욕구는 거의 충족되지 못하고 있다.⁶²⁾

국사회복지시설연구회 제3집, 2001, p.14.

62) 박차상 외 5인 공저, 전개서, pp.409~410.

IV. 장기요양보호노인 정책의 개선방향

1. 할당영역

(1) 장기요양보호 대상 노인 선정을 위한 구체적인 기준의 설정

현재 우리 나 장기요양보호 대상 노인 선정은 생활보호대상자 여부를 그 기준으로 삼고 있다. 사실상 노인 장기요양보호의 문제는 빈곤 노인의 욕구뿐만 아니라 일반 중산층 노인의 욕구와 아울러 중증 및 중등증 장애를 가진 노인들의 문제 역시 기본적인 국민의 권리로 충족되어야 하므로 이제는 국가가 책임져야 할 시점이라고 본다.

이를 위해서는 대상 노인 선정기준이 건강상태별, 소득수준별로 보다 구체적으로 설정될 필요가 있다. 일상생활 수행능력과 보다 구체적인 노인가구의 경제상태 등을 중심으로 하는 판정지표의 마련이 시급하며, 그에 필요한 시설과 인력에 대한 지침이 구비되어야 할 것이다.

(2) 노인 요양시설 인력의 문제

현행 사회복지시설 직원 인건비 보조지침의 종사자 인건비 지원 기준을 시설관련법에 규정하고 있는 법정배치기준으로 상향조정하고 요양시설의 특성상 작업치료사와 오락치료사 등의 인력을 배치할 수 있도록 지원하여 전문적인 서비스제공의 기본 요건을 제공하여야 한다.

또한 생활보조원을 사회복지사와 간호사(간호조무사)로 자격기준을 강화하여 배치하고 급여수준도 국공립시설 종사자 급여수준까지 인상하며 의료인력의 경력인정은 의료기관의 경력을 인정하여 호봉을 확정할 수 있도록 개선하여야 한다.

사무원, 관리인, 운전기사 등의 인력은 행정자치부와 협의하여 공

익근무요원을 활용하여 시설에 상근토록 하며 이는 먼저 해당 시설에서 면접을 통해 일방적인 배치가 아닌 시설에서 공익근무요원 다수 중 선택할 수 있도록 하는 것이 전제되어야 할 것이다.

(3) 시설운영의 투명성·개방성 확보

시설의 사유와 및 상속화를 예방하기 위해 시설음부즈멘을 도입하여 정기적인 시설 방문과 입소노인, 종사자의 면담을 통해 고충과 불만 및 개별적인 문제 등을 상담하도록 하여 시설 운영의 개방성 및 투명성을 확보하고 종사자의 신분을 보장을 확보할 수 있도록 한다.

시설의 일반사항 (위치, 연락처, 입소대상, 규모 등)과 운영 전반적인 사항(종사자 현황, 입소노인현황, 서비스진행 상황 등)에 대한 전산화를 통해 지역사회에 열람토록 하여 업무 효율과 투명성을 제고하여야 한다. 이는 개인신용정보 및 존엄성 확보 차원의 자료는 제외하는 것을 전제한다.

시설장 및 종사자의 정년제를 도입하여 시설장은 65세, 종사자는 61세로 하여 퇴직자에 대해서는 퇴직 후 실 생활에 도움이 될 수 있는 정도의 수준에서(공무원 규정에 준하여)퇴직금을 지원하도록 한다.⁶³⁾

(4) 가족 수발자 지지 서비스 대상 노인, 가족 포함

노인 장기요양보호의 서비스 대상은 노인은 물론 가족까지 포함 시켜야 한다.

노인 장기요양보호가 일차적으로 가족 중심으로 이루어져야 한다면 가족이 노인보호에 관련하여 많은 경우 신체적 피로 및 건강악화, 정신적 스트레스, 가족간의 갈등 등 가족보호자들이 많은 고통을 당하게 되므로 특별히 가족보호자의 이러한 문제를 해결해 주는

63) 김지찬, 전개논문, pp.70~71.

서비스도 장기요양보호 서비스에 반드시 포함시켜야 할 것이다.⁶⁴⁾

가족 수발자들의 정서적·사회적 및 신체적 부양 부담이 크기 때문에 가족의 부양부담을 줄여 주는 가족 수발자지지 서비스도 가장 시급한 서비스라 할 수 있다. 정부에서 재가 노인 복지기관을 지원하거나 치매노인인 경우 치매 종합 서비스센터를 설립하여 치매환자와 가족에 대한 종합적 서비스(치매환자 등록 및 진단, 서비스 안내, 치매환자 가족 수발자에 대한 교육 등)를 제공하도록 하는 것이 바람직하다. 가족 지지를 위한 자조집단 지원, 가족에 대한 수발기술 교육, 가족상담 서비스 강화 등이 바람직하다.⁶⁵⁾

(5) 장기요양보호 서비스 대상

노인문제의 다양한 측면 가운데 건강보호 문제, 특히 장기요양보호 문제는 계층에 관계없이 모든 노인에게 문제가 될 수 있고, 모든 노인이 국가의 한 시민으로 기본적 복지의 욕구충족 서비스를 받아야 하고, 노인의 사회발전에 기여한 공헌에 근거하여 가족보다는 국가 자체가 노인의 기본적 생존욕구를 충족시켜 주어야 한다. 물론 우선 순위에서는 경제적 빈곤 노인이 우선적 대상이 되어야 하지만 향후 우리 사회에서 빈곤문제는 국민기초생활법의 시행으로 향후 수 년내에 해결될 것으로 기대되기 때문에, 노인의 기본적 생존욕구를 충족시킨다는 차원에서 장기요양보호서비스는 모든 노인이 그 대상이 되어야 할 것이다. 즉 노년기 후반의 의존기간이 보편적 현상으로 나타나고 있기 때문에 장기요양보호와 관련된 서비스는 지금부터라도 모든 노인에게 제공되어야 할 것이다.⁶⁶⁾

64) 황진수, 「사회복지 실천연구」; “노인 장기요양시설 정책의 개선방안”, 사회복지시설 연구회, 제3집, 2001. 3, p.16.

65) 최성재 외 5인 공저, 「고령화 사회의 장기요양보호」, 소화출판사, 2000, p.267.

66) 이가옥, 「노인복지의 현황과 과제」, 전개서, p.382~383.

2. 대책영역

(1) 재가지역사회보호를 위한 가족지원체계의 마련

생활보호대상 노인을 제외한 일반 노인의 부양책임은 여전히 가족이 지고 있으나, 가족은 더 이상 노인부양의 기능을 전적으로 도맡을 수 없는 상황이다. 하지만 현실적으로 지역사회에서 생활하는 노인의 대부분을 가족이 수발하고 있으며, 노인 스스로도 지역사회에서의 관계를 유지하면서 생활하기를 원하고 있으므로 장기적으로 볼 때 재가지역사회보호(HACC : Home And Community Care)를 큰 축으로 하되, 시설보호를 보완해 나가는 것이 보다 합리적이라고 볼 수 있다.

이를 위해서는 가족을 위한 제도적 지원이 국가의 책임 하에 이루어져야 할 것이다. 예를 들면 질 높은 가정봉사원파견제도나 노인의 특성에 따라 경중이나 중중으로 분화된 주간 및 단기보호서비스, 휴식서비스 등의 전문적인 프로그램을 마련 하든지, 직접적인 간병비 지급 등 다양한 지원으로 가족의 부담을 완화시켜 주어야 한다.⁶⁷⁾

(2) 재가보호, 지역사회 보호 서비스의 강화

재가복지서비스의 경우 가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설 등을 확충시켜 나가되, 특히 노인의 욕구 및 특성, 경제적 지불능력에 따라 서비스를 제공해야 한다.

시설복지서비스에 있어서는 특히 부족한 요양시설 확충을 위해서 기존의 양로시설을 요양시설로 전환하고, 보다 전문적인 서비스를 위해 장애의 양로시설을 요양시설로 전환하고, 보다 전문적인 서비스를 위해 장애 정도에 따라 전문요양시설에서 의료서비스를 받을 수 있도록 해야 할 것이다.

67) 박차상 외 5인 공저, 「한국노인복지론」, 전개서, pp.410~411.

이를 위해서는 보호의 연속체 개념에 입각한 계속적인 서비스가 제공되어야 하는데, 재가 및 시설보호는 노인의 건강상태 및 욕구, 지불능력에 따라서 적합한 서비스를 선택할 수 있도록 체계화 될 필요가 있다. 즉 제공하는 서비스의 종류를 보장하여 중증 장애인을 위한 보건·의료 및 응급서비스를 강화하고, 이를 담당하는 인력은 노인 건강상태별로 업무분담이 이루어져야 하며, 동시에 전문 인력 양성교육 수준을 높여야 할 것이다.⁶⁸⁾

(3) 의료서비스의 확충

의료서비스로서 노인질병에 대해 보다 전문적인 진료를 받을 수 있는 노인전문병원을 기존의 종합병원 내의 진료소 형식으로 설립하는 것이 바람직하다. 그리고 현재 의료법에 규정되어 있는 요양병원 설립을 활성화하는 것이 바람직하고 우리나라의 체면문화와 전통적 가치관의 관점에서 보면 부모를 요양시설보다는 요양병원에 입원시키는 것이 자녀와 노인 양측에 훨씬 더 체면유지를 시켜 주는 방법이 될 수 있기 때문에 바람직한 방향이 될 수 있다. 그리고 예방적 의료서비스로 현재 저소득층에게 한정되어 있는 노인건강진단 서비스를 55세 이상 노인에게로 확대하여 의료보험에서 비용을 지급하도록 하는 것이 바람직하다. 정기적 건강진단 서비스를 통하여 질병을 조기발견하고 치료할 수 있다면 장기요양보호서비스 수요를 감소시킬 수 있기 때문에 바람직한 서비스라 할 수 있다.

(4) 치매노인 종합지원서비스 도입

현재 치매노인은 장기요양보호의 가장 중요한 대상이 되었고, 치매 노인의 수와 서비스 수요도 크게 늘어날 것이므로 이에 대한 종합서비스가 필요하다. 외국에서는 단편적 서비스 체

68) 박차상, 상계서, pp.411~412.

계를 개발해 오다가 종합적 서비스 체계를 개발하려 하고 있지만 잘 안 되어 어려움이 큰 것으로 알고 있다. 그러므로 우리나라에서는 처음부터 종합서비스 체계로 나아가는 것이 바람직하다. 치매노인의 등록, 진단, 의료서비스 지도, 서비스 종합 안내 및 연결, 부수적 지원 서비스, 가족 수발자 교육, 치매 환자 조기발견에 대한 홍보 등을 포함한 치매에 대한 종합적 서비스를 제공하는 치매종합센터를 전국의 권역별로 4개~5개 정도(서울, 경기, 강원, 충남북, 영남, 호남지역)설립하고 여기에 보건소의 치매상담센터를 연결하면 효과적인 서비스를 제공할 수 있을 것으로 본다.⁶⁹⁾

(5) 무료서비스의 질적 향상

무료서비스와 유료 서비스의 병립은 불가피하다고 생각되지만 현재와 같이 정부지원 서비스의 수준이 대단히 낮은 상태로 유료 서비스를 적극 추진하는 것은 무료시설 입주자들에게 상대적 박탈감과 위화감을 초래할 위험성이 있으므로 정부의 서비스 수준을 획기적으로 높이면서 유료 서비스를 제공하도록 하여 정부 서비스와 민간유료 서비스 수준을 향상할 수 없다는 이유로 민간의 유료 서비스의 확대와 발전을 통제해서는 안 될 것이다. 중산층 이상 노인을 위한 서비스는 거의 전무한 상태이고 중산층 이상 노인들과 가족들의 욕구가 크게 분출되고 있는 만큼 정부는 무료 서비스의 질을 높이면서 동시에 유료 서비스를 적극 개발하도록 하는 방향으로 나아가야 할 것이다.

(6) 장기요양보호 비용부담체계의 개발

저소득 계층에 대한 재가보호 및 시설보호 비용은 공적 재

69) 최성재, 전게서, pp.264~265.

정에서 부담하고 중산층 이상에 대한 비용은 단·중기적으로 다양한 비용체계에 따라 시장에서 공급되도록 하고 장기적으로는 사회보험제도와 같은 국가의 공동비용부담체계를 도입하여야 할 것이다. 저소득 계층은 특히 장기요양보호 비용을 부담하기 어려운 계층이므로 이는 공적 재정에서 부담하도록 하여야 할 것이다.

중산층에 대해서는 단·중기적으로 개인의 경제적 능력과 다양한 비용체계에 따라 개인이나 가족이 민간시장에서 서비스를 구입하도록 하는 방향으로 나가야 할 것이며, 국가는 중산층 이상이 원하는 수준의 서비스를 시장에서 구입할 수 있도록 소위 장기요양보호에 관련한 실비산업을 지원 또는 육성하는 방향으로 나가는 것이 바람직하다. 그리고 중산층 이상의 장기요양보호 비용부담 체계에 대한 장기적 대책은 사회보험제도와 같은 사회의 공동비용부담체계를 도입하여야 할 것이다.⁷⁰⁾

(7) 복합적 실버타운 서비스 도입

실버타운은 독립주거, 의존주거, 요양시설 각각의 별도의 독립시설로 만들 수 있으나 노인건강의 특성을 고려하여 한 구내에서 독립주거 → 의존주거 → 요양시설로 이동할 수 있도록 3가지 형태를 복합적으로 구성한 실버타운을 건설하는 것이 바람직하다고 본다. 특히 의존주거는 노인의 요양시설입소를 지연하거나 예방하는 것이 될 것이므로 바람직한 방향이라 생각된다.⁷¹⁾

(8) 상담 및 재활, 치료프로그램의 개선

70) 황진수, 「사회복지실천 연구」, 전개서, p.16.

71) 최성재 외 5인 공저, 「고령화 사회의 장기요양보호」, 소화출판사, 2000.

시설의 운영평가를 통해 시설에 대한 인센티브를 도입하여 시설의 단순보호기능에서 보다 입소노인을 위한 전문적이고 질적인 프로그램의 운영을 유도하도록 하여야 한다. 이는 종사자의 법정배치기준이 선행되어야 한다. 평가의 주기는 사회복지사업법에서 규정하고 있는 평가가 가능하도록 개발되어야 하며 우수 시설에 대해서는 포상 및 모범시설 인증 등의 인센티브가 부여되어야 할 것이다. 72)

(9) 노인전용 주거시설의 공급

노인전용 주거시설의 공급은 장기요양보호와 병행되어야 하는 중요한 서비스이다. 노인들의 별거현상이 두드러지게 나타나는 경향을 보이고 있고, 가족들과 외부 서비스 요원들의 계속적 서비스 제공이 어렵거나 그 서비스의 양을 줄이기 위해서도, 노인에게 적합한 주거시설의 개발이 절대적으로 필요하다. 새로 건립하는 아파트 등의 집합주거에 적당량의 노인전용 주거를 포함시키고, 또한 공급형식도 분양보다는 임대형식으로 하는 것이 바람직하다. 새로 건립하는 주택을 구조적으로 노인에게 편리하도록 하는 것 외에 기존주택의 구조를 개조하는 경우가 경제적인 경우가 많으므로, 외국에서처럼 주택개조자금을 주택건설업자나 개인에게 융자해 주는 제도를 도입하는 것도 바람직하다. 73)

(10) 노인장기요양보호체계를 1차적으로 가족에 의한 보호와 2차적으로 사회에 의한 보완적 보호체계 구축

가족에 의한 보호를 유지, 보강한다는 것은 결코 가족에게 노인보호의 책임을 전가하자는 것이 아니라 가족이 노인보호

72) 김지찬, “노인요양시설의 운영실태 분석과 개선방안에 관한 연구”, 전개논문, p.73.

73) 이가옥, 「노인복지의 현황과 과제」, 전개서, p.388.

의 기능을 잘 수행할 수 있도록 사회와 국가가 서비스를 제공해 주어야 한다는 것이다. 이런 의미에서 가족에 의한 보호를 제 1차적 보호체계로 하고, 사회에 의한 보호는 2차적 보호체계로 하는 것이 바람직하다는 것이다. 가족은 노인에게 가장 바람직한 제 1차적 서비스 체계이기 때문에 가족이 가능하면 보호기능을 잘 발휘할 수 있도록 지원하여야 할 것이다. 국가나 사회에 의한 공식적 보호 서비스가 발전하면 오히려 가족에 의한 비공식적 보호가 약화될 것이라고 크게 우려할 필요는 없다. 실제로 국가나 사회의 공식적 서비스 발전으로 인하여 가족의 보호기능이 약화되었다는 증거는 선진국의 경험에서 별로 찾아보기 어렵다.⁷⁴⁾

3. 재정영역

정부의 장기요양보호서비스 비용문제는 국가의 프로그램 지원비용과 개인의 요양비용부담 마련을 위한 기제를 마련하는 것으로 나누어 볼 수 있다.

정부의 장기요양보호서비스 프로그램 지원은 현재 수준보다 획기적으로 높여야 할 것이며 이 비용은 일반 국고에서 부담하는 것이 당연하다.

장기요양보호는 의료적 보호서비스를 위한 비용은 물론 사회보호서비스를 위한 비용이 크게 소요된다. 노령기 후반부가 의존기간으로 보편화되는 경향을 감안하면 노령기에는 누구나 장기요양보호서비스를 받을 확률이 높으므로 모든 국민들이 생애기간을 통해 노령기 후반부에 집중될 의료비 부담의 위험을 분산하여 분담하는 체계를 구축하여야 한다는 데로 선진국에 상당한 합의가 이루어지고 있다. 외국에서도 경험이 축적되

74) 황진수, 「사회복지실천 연구」, 전개서, p.15.

지 않아 사회보험 성격의 장기요양 보험이 바람직하다는 결론을 내리기에는 불확실성이 높다. 어쨌든 장기적 전망으로 보면 결국은 비용을 사회적으로 공동 부담할 수 있는 체계를 개발하는 것이 바람직하지만 단기적으로는 국가의 경제상태나 복지수준을 등을 고려하면 국가마다 공동적 위험부담의 다른 체계를 사용할 수밖에 없을 것이다.

우리 나라 경우 현재 국민연금, 의료보험, 산업재해보상보험, 고용보험등이 사회보험으로 도입되어 있어 근로자의 보험료 부담이 상당히 큰 편이다. 그리고 또한 노인문제의 심각성은 널리 인식되고 있으나 장기요양 보호 비용에 대한 국민적 이해는 아직까지 저조한 편이므로 국민의 인식 상태로 보아도 장기적으로 적절한 사회적 비용부담체계가 도입될 때까지 저소득층에 대하여는 간병수당제를 도입하고 의료보험 가입 가족에 대해서는 현재의 의료보험에서 가정보호/지역사회보호서비스의 비용 일부를 일정기간 지원해 주고 또한 요양시설 입원비용도 6개월~1년정도 일부 지원해 주는 방안을 고려해 볼 수 있다. 그리고 이와 병행하여 공적 비용지원 서비스의 보완수단으로 장기요양 사보험(私保險)을 개발하도록 하여 상당한 정도 세제감면 혜택을 주는 방법을 택할 수 있을 것이다.⁷⁵⁾

장기적으로는 사회보험 성격의 장기요양보험이나 싱가포르식 가족기금 축적식 장기요양보험 또는 이것과 사회보험의 혼합식을 비교·연구하여 적합한 모형의 장기요양보험을 도입하는 것이 바람직하다고 생각된다.

4. 전달체계 영역

장기요양보호 욕구의 충족을 위해서는 하나의 단일한 서비

75) 최성재, 전계서, pp.271~272.

스보다는 복합적 서비스의 제공이 요구된다. 서비스 조직의 단편화, 특히 의료와 사회서비스의 분리로 인한 단편화 문제는 보호의 연속성과 유연성의 보장에 주요한 장애물의 하나로 널리 인식되어 왔다. 그럼에도 불구하고 보건·복지서비스와 관련하여, 전문가 집단, 서비스 구조, 재원 및 관할 정부의 수준이 너무 다양하기 때문에 통합된 보건복지서비스 체계를 구축하기 위해서는 극복해야 할 많은 어려움이 있다. 따라서 세계적으로 서비스의 단편성을 극복하고, 개별적 사례에 보다 부합하는 서비스 패키지를 제공하려는 시도들이 이루어지는 경향이 뚜렷하다. 하지만 국가들마다 이에 대응하는 방법들은 매우 다양하며, 어느 단일한 경로를 따르고 있지는 않다.

보건·복지서비스의 통합은 보다 나은 서비스를 위하여 보건서비스와 사회서비스를 결합하는 것이라 할 수 있다. 보건·복지 통합 서비스의 혜택을 받는 계층은 신체적, 발달적 혹은 인지적 장애를 가지거나 만성적 질병 및 외상상태에 있는 노인 등 보건·복지의 복합적 욕구를 가진 계층이다. 보건·복지 서비스 통합의 의미는 계획, 훈련, 의사결정, 도구, 정보체계, 구매, 심사 및 의뢰, 보호계획, 급여범위, 서비스 전달, 심사, 환류 등을 함께 하는 것을 포함한다.

이와 같은 보건·복지서비스 통합은 정책, 재정, 관리, 서비스제공 단계 등 여러 수준에서 이루어질 수 있다. 보건·복지 서비스의 통합이 정책목표로 설정되었다 하더라도, 보건·복지 서비스의 서비스 제공단계에서 뿐만 아니라 재정, 관리체계까지 완전히 통합될 수 있고, 재정, 관리체계는 분리되어 있되 서비스 제공단계에서 서비스간의 조정을 도모하는 방안이 채택될 수도 있다.

즉, 보건·복지서비스 통합을 위한 하나의 중요한 선택은 의료서비스 부처를 통합하는 것이다. 의료 및 사회서비스가 상이

한 수준의 정부의 책임하에 있을 때, 중앙정부의 책임에 있는 서비스(주로 의료서비스)를 지방정부의 책임으로 분권화하는 조치가 이에 포함된다. 예컨대, 스웨덴의 아델(Adel)개혁이 그 대표적 예이다. 스웨덴의 아델개혁은 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임을 지방자치단체로 일원화한 보건·복지서비스 통합개혁이었다.

또한 다른 선택으로 의료 및 사회의 양측면의 서비스를 연계한 실제적 전문성을 가진 새로운 전문직의 도입을 통하여 보건·복지서비스 통합이 이루어져 왔다. 영국의 1990년 지역 사회보호법은 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임을 별도 분리체계를 유지하되, 서비스 제공단계에서 보건서비스와 복지서비스를 조정하기 위하여 사례관리라는 메카니즘을 도입하였다. 영국에서는 의료와 사회적 서비스의 조직적 및 재정적 분리(재가보호의 다른 형태와 지역 사회간호의 분리를 포함하여)가 계속되고 있는 상황에서 두 영역은 전략적 측면에서뿐만 아니라 운영차원에서도 보다 밀접하게 협동하는 것이 필요하였고, 사례관리를 통하여 상이한 보건·복지서비스 제공자간의 구조적 장벽을 극복하면서 욕구에 따른 서비스 제공을 가능토록 하였다. 또한 일본의 개호복지사라는 장기요양보호 담당 전문직의 도입을 통하여 보건·복지서비스 통합이 이루어지기도 한다.⁷⁶⁾

76) 황숙연, “장기보호서비스에 대한 사회복지실천체계와 전략”, 「2001 한국 사회복지학회 춘계학술대회 논문집」, 2001, pp.37-38.

V. 결 론

우리 나라의 장기요양보호는 실질적 의미에서 장기요양보호 정책의 부재, 혹은 가족의존형 장기요양보호 공급유형으로 규정지을 수 있는 상황에 놓여 있다. 그러므로 우리는 향후 급속한 노령화로 급증할 장기요양보호 욕구에 대하여 어떠한 방향으로 장기요양보호 정책을 발전시켜 나가는 것이 적합한가를 모색하고 결정하여야 할 시점에서 있다고 할 수 있다.

우리 나라는 전통적인 유교문화와 이를 기반으로 한 '효'사상으로 서구 선진국에서보다 장기요양보호가 필요한 노인에 대한 가족보호를 당연하게 여겨왔다. 더욱이 사회복지서비스 분야에서는 복지국가로서의 제대로 된 출발도 하지 못한 상태에서 선진국의 '국가개입의 축소와 새로운 복지혼합'으로 축약되는 복지국가 재구조화(restructuring) 움직임의 확산효과(diffusion effect)로 우리 나라의 사회복지서비스 발전은 더욱 위축되게 되었다. 실제로 선진국에서 실현되는 정책의 영향력은 용어상의 의미보다는 매우 완화된 나타나는 것이 일반적이다. 그러나 우리 나라의 경우 선진국의 복지재구조화가 진행되는 것으로 오인하여 그 활동이 더욱 위축되게 된다는 점이 문제라고 할 수 있다. 실제로, 우리 나라는 선진국의 장기요양보호 정책동향을 획일적으로 복지다원화 경향으로 이해하고, 재가보호를 가족보호와 동일시하고, 국가역할의 재편을 국가역할의 일방적 축소로 곡해하면서, 우리 나라가 선진국과 출발점이 상이한 점에 있음을 간과하고 있다.

따라서 우리 나라의 장기요양보호 정책의 문제점으로는 다음과 같다.

첫째, 할당영역으로서, ① 노인간호인력의 부족 ② 대상자 선정기준의 모호성 ③ 전문의료 인력의 부재 ④ 가족수발자에

대한 서비스 인식의 부족 ⑤ 법정종사자 배치기준에 미비한 인건비지원 등이 있으며,

둘째, 대책영역으로는, ① 서비스 내용의 문제점 ② 전체차원에서 문제점 ③ 상담 및 재활치료 프로그램의 부족 ④ 의료적 서비스로서 시설보호서비스와 지역사회보호·재가보호서비스가 있다.

셋째, 재정영역으로는, 만성질환과 심신장애로 고통받고 있는 시설노인들의 관리운영비, 인건비, 수용비 등을 지원하는 비용 지원 서비스에 대한 문제다.

넷째, 전달체계영역으로서, 전달체계의 통일성 결여 및 서비스제공의 중복성, 지역간 불균형 등으로 요약 될 수 있다.

그리고 노인장기요양보호의 과제는 노인장기요양보호의 기본방향에 대한 합의가 전제되어야 하며, 노인의 독립성과 선택성의 유지, 사례관리 방법의 도입, 통합적 연속적 서비스의 제공 등의 원칙이 구체적으로 실현될 수 있는 정책이 마련되어야 한다. 이러한 인식을 바탕으로 우리 나라 노인장기요양보호의 개선방안을 살펴보면,

첫째, 할당영역으로, ① 장기요양보호대상 노인선정을 위한 구체적인 기준의 설정 ② 노인요양시설인력의 문제 ③ 시설운영의 투명성, 개방성 확보 ④ 가족수발자지지 서비스 개발 ⑤ 장기요양보호 서비스 대상 등이 있으며,

둘째, 대책영역으로는, ① 재가지역사회 보호를 위한 가족지원체계의 마련 ② 재가보호 지역사회보호 서비스의 강화 ③ 의료서비스의 확충 ④ 치매노인 종합지원서비스 도입 ⑤ 무료서비스의 질적향상 ⑥ 장기요양보호 비용 지원체계 개발 ⑦ 복합적 실비다운 서비스 도입 ⑧ 상담 및 재활치료 프로그램의 개선 ⑨ 노인전용 주거시설의 공급이 있다.

셋째, 재정영역으로, 정부의 장기요양서비스 비용문제는 국가

의 프로그램 지원비용과 개인의 요양비용 부담에 대한 개선을 말할 수 있다.

넷째, 전달체계영역으로 보건 의료, 복지서비스가 통합적으로 전달 될 수 있는 사례관리 방식의 접근과 민간체계와 연계되도록 하는 것이 바람직 하다.

이에 따라 다음과 같은 점을 고려하여 정책이 이루어져야 할 것이다.

첫째, 우리 나라가 장기요양보호 정책의 발전방향을 설정하는 데 있어 어떠한 장기요양보호 공급유형으로 발전시켜 나가는 것이 바람직할 것인가 하는 문제이다.

둘째, 재가보호 및 시설보호간 균형의 문제이다. 재가보호를 강조하는 흐름에 대한 우리 나라의 환경적 측면을 고려할 필요가 있다.

셋째, 공식적 보호제공주체간 역할분담의 형태와 관련하여, 보호제공의 시장화에 대한 정확한 이해가 필요하다.

넷째, 선진국에서 보편적으로 진행되고 있는 가족과의 동반자적 관계의 강조, 즉 가족의 재발견은 단순한 가족보호에의 회귀를 의미하는 것이 아니라는 점이다.

다섯째, 장기요양보호서비스 자체가 보건의료 및 복지서비스의 복합적인 체계를 가리키고 있는 만큼, 그와 같은 다양한 서비스를 조정하고 연계시킬 수 있고, 통합적인 서비스계획(care plan)을 수립할 수 있도록 하는 사례관리(care management)체계를 구축하여야 한다는 점이다.

여섯째, 장기요양보호체계를 구축하는 데 있어서 가장 크게 영향을 끼치는 비용조달방식을 어떻게 설계하는 것이 바람직할 것인가의 문제이다.

그리고 장기요양보호노인에 대한 가정봉사원, 사회복지전문요원의 훈련, 부양가족, 서비스에 대해 몇 가지 제언을 해보면,

첫째; 우리나라에도 가정봉사원제도가 있다. 그런데 서비스의 질의 저하로 인하여 저소득층이라고 가정봉사원을 이용하지 않는 사람이 많다. 부양자와 환자에게 꼭 필요한 서비스를 줌으로서 서로가 만족할 수 있는데까지 나아가야 한다. 가정봉사원이 왔지만 실질적으로 제대로 교육을 받지 못했다거나 어려운 서비스는 하지 않고 쉬운 서비스만 하려고 할 때 부양자를 더욱 힘들게 한다.

기존의 단순 가사보조에서 한층 질적 서비스 프로그램을 개발하여 장기요양보호 환자와 같은 재활치료가 지속적으로 이루어져야 하는 경우 노인환자의 부양자를 대신하여 식사수발, 대소변 받아내기, 목욕보조 등 직접적인 수발의 도움을 줄 수 있도록 해야 한다. 노인단독세대, 특히 고령자 환자와 고령자 부양자 가정을 중심으로 정서적 지지도 이루어질 수 있도록 사회복지사가 지역사회복지관과 연계하여 지역사회 자원 활용의 방안으로 지역주민들의 장기요양보호 노인환자 가족을 서로 지원해 주도록 하자. 그리고 서비스가 필요한 시간은 저녁 시간 혹은 한 밤중이 될 수도 있다. 그러기 위해서 24시간 가정봉사원 서비스를 할 수 있는 제도적 장치가 필요하다.

둘째; 사회복지전문요원, 정신보건복지사, 지역사회복지관의 사회사업 실천가 등에게 프로그램 진행에 관한 전문가 훈련이 필요하다. 장기요양보호노인 부양자의 부양스트레스 감소를 위한 스트레스 관리훈련 프로그램을 실행하는 실천가는 이 프로그램에 대한 충분한 지식과 기술을 겸비한 자로 인간의 존엄성에 대한 가치관이 뚜렷하고 클라이언트의 잠재력을 발견하고 발전시킬 수 있는 능력을 갖추도록 노력해야 할 것이다. 특히 스트레스 관리 훈련 프로그램 실천가에 대한 전문적인 교육이 선행되어야 하며 더불어 치매노인 부양가족에 대한 프로그램의 보급과 활용이 시급하다.

셋째; 가족의 지지는 부양부담을 설명하는데 주부양자는 부양부담 감소를 위해 주부양자에게 맡겨진 부양과업을 다른 가족구성원들이 이해하고 이를 나누어 책임질 수 있도록 하거나, 주부양자가 갖을 수 있는 원망감과 소외감을 해소시켜주기 위해 가족모임을 활용할 수 있어야 한다.

사회사업가는 비공식적 지지체계의 강화에 효과적인 가족모임을 주선하여 부양과업의 가족갈등의 조장 원인이 되는 이러한 불공평이나 갈등의 해결은 주부양자의 스트레스를 경감시키고 노인에 대한 부양의 질도 높일 수 있다. 이러한 가족모임은 가족내의 지지자원을 인식할 수 있으며, 부양자가 어떠한 어려움을 가지고 있는지 주변에 알려 심리적 지지를 비롯한 원조를 구할 수 있도록 하는 것이다. 또한 가족간의 논의를 통해 부양자 혼자만이 감당하기에 어려운 경제적 여건, 시간부족, 전문적 치료, 보호의 미비 등에 대해 사회적인 해결방안을 모색하도록 지속적인 정보를 제공하여야 하며, 사회서비스 이용에 따른 죄책감이나 비용문제를 부양자 혼자만이 아닌 가족 그리고 더 나아가 사회가 함께 공유해야할 문제로 인식할 수 있도록 하여야 할 것이다.

넷째; 현재의 서비스는 생활보호대상자가 위주이므로 일반 치매노인을 위한 서비스가 요구된다. 치매환자의 환경에는 변화되지 않은 가정같은 분위기가 좋을 뿐만 아니라 소규모로 계획된 치매노인 그룹홈은 노인의 고독감 해소와 잔존능력의 유지, 인간적인 대우와 수준 높은 서비스 제공 등으로 노인의 삶의 질을 높일 수 있을 뿐 아니라 부양책임을 느끼고 있는 치매노인 가족의 심리적, 육체적 부담을 감소시킬 수 있다는 장점을 지니고 있다. 한국적인 가족관계의 틀에서는 대규모 치매노인 시설에 자신의 부모나 배우자를 맡기는 행위 자체에 죄의식을 느끼게 마련이므로 가정과 같은 분위기의 소규모 단

위의 주택에서 6~8명의 노인이 치매전문 전문가의 도움을 받
으면서 수시로 가족과 만날 수 있는 그룹홈이 좋을 것이다.

ABSTRACT

A Study on the Improvement of the Longer-term Care Policy for the Elderly in Korea

Park, Kong Nim

Major in Social Welfare

Dept., of Welfare Administration

The Graduate School of Public Administration

Hansung University

Korea meets the age of older population in the 21st century. In other words, the old people will account for more than 14% of the population.

The most peculiar social issue in such an age of old population is how to support the elderly who are physically and mentally unhealthy. Owing to the medical development, life span is being expanded. The post-retirement life become parts of a normal life. The longer-term treatment policy is designed to enable the government to provide the aging people with various healthcare services.

This study consisted of the following chapters;

After introduction of the study in the first chapter, the theoretical background of elderly's longer-term treatment policy is reviewed in the second chapter. The environmental factors affecting elderly's longer-term

treatment policy are examined: increase of old population, increase of the elderly to be protected by the facilities, change of the social factors, change of the family factors, cultural factors and lack of the welfare facilities for the elderly. In addition, the social welfare systems and codes of such advanced nations as the United States, Germany, Japan and Sweden are reviewed to suggest a reference model to assess the services and policies of the longer-term treatment facilities.

In the third chapter, conditions and problems of elderly's longer-term treatment policy are discussed. The problems found regarding the policy can be enumerated as follows; (1) The problems involving the distribution of the services are lack of the nurses taking care of the senile people, ambiguity of the criteria for selecting the candidates, lack of the professional manpower, and lack of family members' understanding of the services. (2) The problems involving the measures are poor social welfare services of the government for the elderly requiring a longer-term treatment service. (3) The problems involving the finance are poor financial support from the government and lower level of the governmental subsidies for the free-of-charge protection facilities. (4) In terms of service delivery, the service delivery system for the home welfare services linking the community welfare centers under Ministry of Health and Welfare and home doumi system operated by Seoul city government is inefficient, while the services are overlapped.

In the fourth chapter, the following reform measures for elderly's longer-term treatment policy are put forwards; (1) In terms of distribution of services, it is necessary to arrange specific criteria for selecting the elderly who need to be treated in a longer term, foster the manpower for the elderly's longer-term treatment facilities, ensure a transparent and open operation of the facilities, develop family members' supporting services and improve the longer-term treatment services. (2) In terms of measures, it is necessary to arrange a family support system for the elderly taken care of at their homes, reinforce the home and community protection services, expand the medial services, introduce a comprehensive supporting service for dementia people, improve the quality of the free services, subsidize the longer-term treatment cost, introduce a silver town complex, and improve counselling, rehabilitation and treatment programs. (3) In terms of finance, it is necessary for the government to subsidize the longer-term treatment service programs, while financing individuals' treatment costs. (4) In terms of delivery system, it is necessary to foster such professionals as nurses, doctors, healthcare personnels and social welfare specialists, while designing a special training program for the family members as well as those professionals.

In the fifth chapter, this study is concluded by suggesting reform measures for perspective and comprehensive longer-term treatment policies for the elderly in preparation for the rapidly aged society.

참 고 문 헌

1. 국내문헌

김기태, “노인복지 시설보호서비스의 현황 및 그 전망과 과제”, 사회복지연구, 부산대학교 사회복지연구소, 1991.

김석준, “정책의 성장측정을 위한 통합기준의 모색”, 지역사회개발논총, Vol 3, 1980.

김지찬, “노인요양시설의 운영실패 분석과 개선방안에 관한 연구”, 동국대학교 사회과학대학원, 석사학위 논문, 2000.

김근홍, 「한·독 노인복지의 이해」, 학문사, 1999.

김영모, 「사회복지론」, 한국복지정책연구소, 1997.

김익균 외 4인 공저, 「노인복지론」, 대학출판사, 2002.

고양곤, “노인요양시설 운영현황과 개선방안에 관한 연구”, 강남대학교 논문집, 1999.

박차상 외 5인 공저, 「한국노인복지론」, 학지사, 2002.

보건복지부, 「노인복지사업지침」, 2000.

박광준, “일본의 인구고령화와 공적개호보험의 과제”, (고령화 사회와 노인복지4권), 1999.

박철원, “한국노인복지정책에 관한 연구”, 전남대학교 행정대학원 석사학위논문, 1997.

석재은, 「우리나라 장기요양보호의 쟁점과 발전방향」, 보건복지포럼, 1999.

심재호, 「일본의 복지관계 8법 개정과 공적 사회복지전달체계의 변화」, (사회복지정책 제5집), 한국사회복지정책학회, 1997.

이가옥, 「노인복지의 현황과 과제」, 나남출판사, 1999.

이현우, 「스웨덴의 노인복지 고찰」, '94 연합학술발표대회, 1994.

이혜원, “우리나라 재가노인복지사업의 현황과 과제”, 한국노인문제연구소, 통권 제10호, 1998.

장인협, 최성재, 「노인복지학」, 서울대학교 출판부, 1992.

정희재, “한국 장애인 고용정책의 평가에 관한 연구”, 한성대학교 행정대학원 석사학위논문, 1999.

최미정, “노인의 장기요양보호서비스 활성화 방안에 관한 연구”, 단국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2000.

차홍봉, “장애노인 가족부양자의 장기요양보호 서비스 이용 선호도와 그 결정요인에 관한 연구”, 중앙대학교 박사학위논문, 1998.

최성재 외 5인 공저, 「고령화 사회의 장기요양보호」, 소화출판사, 2000.

차홍봉 외 5인 공저, 「고령화 사회의 장기요양보호」, 도서출판 소화, 2000.

최성재 외 3인 공저, 「노인장기요양보호에 관한 한·일 비교연구」, 한국노년학회 제 20권 3, 2000.

통계청, 「한국통계연감」, 서울; 통계청.

한국노년학회, 「노년학의 이해」, 대영문화사, 2001.

황진수, 「사회복지실천연구」, 사회복지시설연구회 제3집,
2001, 3.

한겨레 신문, “노인성치매”, 1991, 9.1.

홍은화, “한국노인장기요양제도의 현황과 발전방향”, 원광
대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001.

황진수, “한국 마약정책의 평가에 관한 연구”, 한성대학교
사회산업연구소, 사회과학논집 제 8집, 1994.

황숙연, “장기보호서비스에 대한 사회복지 실천체계와 전
략” 「2001 한국사회복지학회 춘계학술대회」, 논문집, 2001.

2. 외국문헌

Kane. R.L, & R.A. Kane, Long-Term Care; principles,
programs, and policies springer pub, co, 1987.

OECD, Reforms for an Aging Society, 2000.