

## 노인 장기요양보호 정책개발을 위한 기초적 연구: \*

— 미국, 일본, 스웨덴의 장기요양보호정책 분석과  
한국노인 및 가족의 장기요양보호 욕구조사 —

김 미 혜 \*\*

- I. 서론
- II. 일본의 장기요양보호정책
- III. 스웨덴 장기요양보호정책
- IV. 미국의 장기요양보호정책
- V. 한국의 장기요양보호 욕구조사
- VI. 한국의 장기요양보호정책 및 제언

### I. 서론

산업화와 의료기술의 발전은 인류에게 많은 혜택을 가져왔지만, 그와 더불어 인류사회를 전대미문의 고령화사회로 치달게 하고 있다. 나라마다 고령화사회로 진행되는 속도는 다르지만, 선진국인 미국, 일본 및 유럽국가들은 노인인구비율이 전체인구의 15%를 이미 넘어섰고, 평균연령도 계속적으로 높아가고 있어 노인문제가 심각한 상태에 이르고 있다. 노인들은 나이가 들어감에 따라 자연스러운 신체적 노화현상으로 인한 신체적 기능저하와 치매성 질환으로 독립적인 생활을 위해 누군가의 도움이 필요한 의존적인 생활을 하게 된다. 노후에 의존적인 생활을 하게 되는 노인들이 바로 장기요양보호의 대상들이며, 노년이 길어지면서 장기요양보호가 필요한 노인인구의 수도 증가하고 있다. 노화와 노년기 질병의 특성상 장기요양보호는 일단 시작되면 죽음을 맞이하는 순간까지 지속되므로, 고령화가 이미 진행되고 있는 나라들에서 노인장기요양보호는 매우 심각한 노인문제이며

\* 이 논문은 1994년도 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음

\*\* 이화여자대학교 사회복지학과 교수

이에 대한 대책마련에 부심하고 있다. 노인장기요양보호는 보호기간이 장기간이라는 문제 뿐아니라 경제, 의료, 요양, 사회서비스, 주택 등의 다양한 욕구를 동시에 충족시켜야 한다는 문제를 안고 있어 문제해결의 어려움이 배가되고 있다.

우리나라는 지난 30년간 평균수명이 급격히 연장되어 왔고 또 계속 연장되어 갈 전망이다. 1950년에 남자 55세, 여자 58세였던 평균수명이 1990년에는 각각 67세와 75세가 되었고 2000년에는 71세와 77세로 2021년에는 75세와 79세가 될 것으로 전망되고 있다. 1960년에 60세이상 인구는 전체인구의 5.5%이고 65세 이상은 3.3%였고, 1990년에는 각각 7.7%와 5.0%였으나 2000년에는 10.7%와 6.8% 그리고 2021년에는 17.7%와 13.1%으로 추정되어, 2,000년대에 들어서면서 우리나라도 고령화사회로 진입할 것으로 전망된다.<sup>1)</sup> 특히 70세 이상의 인구가 젊은 노년인구층보다 더 빠른 속도로 증가하고 있는 것은 다른 선진국과 같은 현상으로, 우리나라도 멀지않은 장래에 노인장기요양보호 문제에 직면하게 될 것으로 보여진다.

장기요양보호를 필요로 하는 노년기 의존성의 원인은 고령과 이와 더불어 발생하는 노년기의 질병일 것이다. 우리나라 노인의 질병 발생율은 비노인층보다 2-3배정도 높고 만성적이며 의료비용도 높은 것이 특성이다.<sup>2)</sup> 1995년 현재 한국인 55세이상의 사망원인을 살펴보면 뇌혈관질환, 악성신생물(암), 심장병, 고혈압성질환, 당뇨병, 폐순환질환의 순으로 만성적 퇴행성 질환이 중심을 이루고 있다.<sup>3)</sup> 치매성 질환의 유병율 또한 일반적으로 연령증가에 따라 높아지는 것으로 알려지고 있다. 치매성 질환은 의료적 회복보다는 그 진전을 억제하는데 중점을 두고 있어, 치매노인의 요양보호는 장기적이고 소모적이다. 일본의 경우 1990년 현재 65세이상 노인의 치매유병율은 6.7%이고 2020년에는 8.6%로 증가할 것으로 추정하고 있고<sup>4)</sup>, 미국의 경우는 1993년 현재 65세이상 노인의 치매유병율은 15%에 이르고 있다. 우리나라는 아직 노인성 치매에 대한 인식이 적어 원인과 발병율에 대한 정확한 연구가 없는 형편이나 1991년 박종한의 연구에 의하면 1개 면에서 65세이상 노인 중 10%이상이 치매성 질환으로 고통받고 있었다.<sup>5)</sup> 치매발생율에 대한 전국적 통계가 없어 박종한 연구만으로 단정할 수 없지만 우리나라도 점차 치매성 질환이 늘어날 것으

1) 통계청, 장래인구추계 (1990~2021), 1991.

2) 조유향·윤현숙, 노인에 대한 보건의료 개발을 위한 조사연구 춘천:한림대 사회의학연구소, 1988.

김영모, "한국 노인복지정책 연구", 연구총서(제5집), 한국보건의료정책연구소, 1990.

3) 통계청, 사망원인통계연보, 1995.

4) 後生省編, 後生白書, 1990.

5) 한계례신문, "노인성 치매," 1991. 9/1, p.8

로 보인다.

우리나라 역시 고령, 만성병, 치매성 질환 등으로 누군가에 의해 요양보호를 받아야만 생활을 할 수 있는 노인들이 점차 증가하고 있는 추세이다. 과거에는 대부분의 노인들이 가족으로부터 보호를 받을 수 있었으나, 산업화이후 가족과 사회구조의 변화로 인해 보호가 필요한 노인들이 가족과 사회 어디에서도 도움을 받는것이 어려워지고 있다. 핵가족화와 여성의 사회적 진출로 인해 가족내에 노인을 요양보호할 여유 인력이 없기 때문에 가족이 노인을 요양보호할 수 없거나 최소한의 필요한 욕구만을 해결하는 수준에서 요양보호를 하고 있어 노년기 후기의 삶의 질이 보장이 되지 못하고 있는 형편이다. 반면에 사회에서는 무의무탁한 노인들만을 장기요양보호 대상자로 규정하고 있어, 노인장기요양보호의 어려움을 겪고 있는 가족에게는 아무런 지원도 하지 않은 채 노인장기요양보호를 가족에게 전적으로 일임하고 있는 형편이다.

가족구조의 변화와 가족능력의 한계를 무시한 선가정 후사회책임을 기본 가치로 한 노인복지정책으로는 장기요양이 필요한 노인들의 문제를 해결할 수 없을 것이다. 노인장기요양보호가 제도적으로 정착되지 않은 상태에서 가족에게 모든 보호의 책임을 떠넘기는 현 상황에서는 노인의 권리가 침해되기 쉽고 노인의 삶의 질을 보장하기는 어려울 것이다.

최근들어 우리나라도 장기요양보호를 위한 사회서비스 프로그램들을 제공하기 시작했고, 이와 함께 유료양로원, 유료재택서비스를 제공할 수 있는 법적 근거를 마련했다. 장기요양보호발달이 초기단계에 있는 우리나라로서는 선진 외국의 경험을 분석하고 좋은 교훈들을 받아들여 장기요양보호정책을 세워나가야 할 것이다. 하지만 장기요양보호가 필요한 노인인구가 어느 정도이고, 이들과 그 가족들이 필요로 하는 사회복지서비스가 무엇인지에 대한 기초자료가 없이는 다른 나라들의 경험들도 별 도움이 되지 않을 것이다. 그러므로 우리나라 실정에 알맞는 장기요양보호 정책의 방향을 제시하기 위해서는 선진외국의 경험과 더불어 장기요양보호가 필요한 노인과 가족에 대한 욕구조사가 병행되어야 할 것이다. 본 연구는 우리나라의 장기요양보호정책수립에 도움이 될 수 있는 기초자료를 제공하기 위해 1)장기요양보호프로그램이 다양하게 실시되고 있는 미국, 일본, 스웨덴의 장기요양보호정책의 분석검토하고, 2) 한국노인과 가족들의 장기요양보호욕구조사를 하고, 3) 우리나라에 알맞는 장기요양보호정책의 방향을 제시하는 것을 목적으로 한다.

## II. 일본의 장기요양보호정책

### 1. 제도적 발전

〈표 1〉 노인인구의 추이 및 추계

연도	전체인구	65세 이상	총인구대 비율
1935	69,254	3,225	4.75
1950	84,115	4,115	4.9
1960	94,302	5,393	5.7
1970	104,665	7,393	7.1
1980	117,060	10,647	9.1
1985	121,026	12,395	10.2
1995	125,263	18,154	14.5
2000	126,981	21,511	16.9
2010	129,450	27,266	21.1
2020	126,903	31,969	25.2

자료 : 후생의 지표, 국민의 복지동향, 1986.  
 후생성 인구문제 연구소, 일본의 장래추계인구, 1991.

노인인구의 증가추이를 <표 1>에서 살펴보면, 1960년대에 들어서면서 전체인구에 대한 65세이상 노인비율이 급격히 증가하고 있다. 일반적으로 노인인구비율이 7%를 넘어서면 고령화사회라고 하는데 일본은 1970년에 7.1%로 이미 고령화사회에 들어섰고 1985년에 10.2%, 1995년에 14.5%였던 것이 2000년대에 들어서면서 급속히 증가하여 2020년에 25.2%로 인구 4명중 1명이 65세 이상이 될 것으로 추정되고 있다. 65세 이상 노인의 절대수 증가와 더불어 후기노령인구의 비율이 증가하는 것도 장기요양보호의 필요성을 증가시키고 있다. 총인구에 대한 75세 이상의 인구율이 1960년까지는 1.5%였는데 93년에는 5.4%에 이르고 있다.<sup>6)</sup> 65세-74세 노인들의 증가는 둔화되는 반면에 75세이상 노인은 계속증가하여 1989년에는 65세이상 노인인구의 40%를 넘고 있어 인구의 고령화현상이 심화되고 있다.<sup>7)</sup> 고령화사회에서 노인을 돌볼 수 있는 자녀동거대가족 형태는 지난 30년간 연평균

6) 윤찬중, "일본의 노인복지 개혁에 있어서의 재고: 고령자 의료보장제도 문제를 중심으로," 한국사회복지, vol. 1(1), 한국사회복지연구소, 1994. pp.341~355.

0.87%씩 줄어들고 그 속도가 최근에는 더욱 가속화되고 있어<sup>7)</sup> 노인단독세대가 계속적으로 증가하는 추세에 있다. 고령자의 장기적 간호문제는 가정내에서 이루어졌지만 간호를 필요로 하는 고령자의 증가, 동거율의 저하, 여성의 사회진출로 인해 가정의 장기요양보호 능력이 저하되어 고령자간호가 사회적 원조를 받을 필요가 증가하고 있다고 하겠다.

이런 노인의 인구학적 변화에 따른 장기요양보호의 제도적 변화를 살펴보면 아래와 같다.

노인을 위한 장기요양정책은 사회복지제도의 기반을 이루는 법제도가 형성된 60년대에 제정된 노인복지법에서 최초로 시작되었다. 노인복지법에 대한 논의는 1) 1960년대 경제성장으로 인한 국민 생활수준의 향상과 의료 및 공중위생의 발달로 평균수명의 증가, 2) 급격한 고도성장과 도시화의 진전 속에서 핵가족화와 그로 인한 노인단독세대의 증가로 전통적인 노후생활의 기반의 붕괴, 3) 1961년 국민개보험체제가 확립되어 노후 경제생활에 대한 보장과 의료비 대책이 마련되자 소득보장, 의료보장만으로는 대응할 수 없는 다양한 노인복지문제의 해결을 위해서 시작되었다. 노인복지법에서 나타난 장기요양보호와 관련된 사항은 노인홈 입소등에 관한 조치(11조)와 거택에서의 노인개호 등에 관한 조치(10조)로, 노인복지시설을 상병(만성질병포함)에 걸려있고 치료와 양호를 위해 의학적 관리와 보호를 필요로 하는 노인이 입소하는 시설이라 하여 장기요양보호를 목적으로 하는 시설로 규정하고 있다.<sup>9)</sup> 이용시설로는 주간보호센터가 있고, 거택에서의 노인개호에는 가정봉사원 파견사업과 주간보호센터이용, 노인단기입소시설, 일상생활용구의 지급, 대여 등이 포함되어 있다. 1968년부터 노인복지법이 취지에 맞추어 각종 노인대책이 정비되어 외상노인에 대한 대책이나 혼자 사는 노인에 대한 대책이 등장했다.

1970년대에 들어서 고령화진전과 노인문제의 심화로 노인복지의 붐이 일어나서 1971년 사회복지시설 긴급정비 5개년계획의 실시로 장기요양보호시설인 특별양호노인홈과 다양한 사회복지시설이 정비되었다

1972년 6월에 개정되어 1973년 1월에 시행된 노인의료비지급제도로 “노인의료무료화”는 의료보험의 본인부담분을 공비로 총당하는 것으로 “노인의료 무료화”의 내용은 다음과 같다.

- 1) 국민건강보험의 피보험자 또는 피용자건강보험의 피부양자로서 70세이상의 노인 및

7) 이가옥·서미경·김기옥·오미영, 아시아지역의 노인복지정책 및 노인생활실태 비교, 한국보건사회연구원, 1994. pp.5~170.

8) Daisaku Maeda, 기울어지는 가족보호와 공공서비스 역할 확대: 일본의 경우 한국노인 복지학회 국제학술세미나, 1994. pp.27~62.

9) 현외성 “한·일 노인복지법 형성과정에 관한 비교연구” 한국의 사회복지: 이론과 실천

65세 이상의 외상노인을 대상으로 2) 노인본인부담의 상당액은 국가가 2/3, 도도부현 1/6의 비율로 공비부담하고, 3) 일반노인을 대상으로 하는 지역주민의 복지정책의 일환으로 시정촌을 실시주체로 한다. 이 제도는 65세이상의 외상노인들도 의료서비스에 가까이 접근하게 되었다는데 의의가 있으며, 실시이후 70세이상 노인인구의 의료급부율이 눈에 띄게 향상되었지만 반면에 정부의 재정상황이 악화되어 복지우선정책이 쇠퇴하고 복지재고론이 논의되었다. 이로써 시설중심의 기존 장기요양정책에서 지역사회보호를 기반으로 하는 재택서비스로 전환하게 되었다.

1983년 2월 노인보건법이 국민의 노후 건강유지와 적절한 의료지원의 확보를 꾀하기 위해 제정되었으며, 이 법에 따라 종래의 의료비지급제도를 폐지하고 진료보수제도로 전환하였다. 노인보건법은 “방문건강상담과 기능훈련, 방문지도” 정도의 매우 빈약한 장기요양보호서비스 내용을 담고 있다. 1986년 중간시설이라는 노인보건시설이 창설되어 장기요양보호가 보건, 복지 의료의 통합대책을 추진하게 되었다.<sup>10)</sup> 또한 가정봉사원과 견사업과 단기입소서비스, 주간보호서비스를 통칭하는 “재택삼본주시책(在宅三本住施策)”에 따라 거동이 불편한 노인들이 지역사회에서 생활을 유지할 수 있도록 원조해 주는 서비스들이 제공되었다.

급속하게 진행되는 고령화에 대처하기 위해서 1989년 12월 Golden Plan인 “고령자보건 복지추진 10개년 전략”이 제시되었다. 이 계획은 “사는데 익숙해진 지역이나 가정에서 생활할 수 있게 함과 동시에 주택에서 생활이 불가능하게 되었을 때 적절한 시설에 입소할 수 있도록 고령자가 필요시 적절한 재택, 또는 시설서비스를 받을 수 있도록 한다”는 목적을 가지고 고령자 보건복지분야에서 공공서비스의 기반을 정비하고 재택복지, 시설복지 등의 사업에 대한 10개년 사업추진방안을 담고 있다.

1990년에 고령자보건복지추진 10개년 전략을 추진하기 위해서 노인복지법을 개정하여 법적 기반을 갖추게 되었다. 개정내용은 크게 3가지로 1) 재택복지서비스의 적극적 추진 2) 지방분권화의 추진으로 재택서비스와 시설서비스를 시정촌으로 일원화하는 것, 특히 특별양호노인홈의 입소결정권을 시정촌에 이양 3) 노인보건시설과 재택서비스의 통합적 추진을 위해 도도부현 및 시정촌의 노인보건복지계획의 책정을 의무화하였다. 또한 노인 보건복지의 추진을 도모하기 위해서 노인의 거주지와 가까운 시정촌에서 재택서비스와 시설복지서비스가 일원적이고 계획적으로 제공될 수 있도록 하였다.<sup>11)</sup>

1988년에 시작된 보호주택프로그램은 병약하고 장애가 있는 노인에게 적절한 구조와

10) 後生省編, 앞글, 1990.

11) 보건사회연구원, 최근 외국의 사회보장, 1992.

설비를 갖춘 특수한 형태의 주택을 개발하여 노인들이 계속해서 지역사회에서 독립적으로 생활할 수 있도록 하여 불필요하게 시설에 수용되는 것을 방지하고 있다.

1988년에 시작하여 1989년에 국가고시를 시작한 개호인 국가등록제도는, 개호인의 질을 향상하고 지역사회와 다양한 형태의 시설에서 생활하고 있는 병약하고 장애가 있는 노인들에게 양질의 서비스를 제공하는데 있고 동시에 사적 보호서비스기관의 발달을 촉진하기 위한 목적도 있다.<sup>12)</sup>

## 2. 장기요양보호정책 내용

1989년 고령자보건복지추진 10개년 전략에 따라 고령자복지는, 시설복지와 재택복지의 두 축을 중심으로 하여 제도와 내용이 정리 및 확충되고 있으며, 이와 더불어 치매노인의 복지를 위한 조치들이 제공되고 있다.

양적으로 확대된 서비스를 개개의 고령자가 심신(心身)의 상황에 따라 적절히 이용할 수 있도록 하기 위해서, 주민에게 가장 가까운 행정주체인 시/구를 중심으로 한 서비스 전달체제를 정비하여 시정촌을 중심으로 확립해 나가고 있다. 이를 위해 1993년 4월부터 ① 특별양호노인집으로의 입소결정등의 사무가 도도부현(都道府縣)에서 마을이나 촌으로 이양이 실시되었다. ② 시/구 및 도도부현 노인 보건복지계획의 작성 시구에서는 주민의 의견을 받아들여 반영될 수 있도록 계획하고 있다. 도도부현에 있어서는 시/구의 계획을 지원함과 동시에 조화있는 서비스공급체제를 정비하기 위해 시/구의 범위를 초월한 광범위적인 관점에서 시설의 정비나 인력의 확보 등에 관한 보건복지계획을 작성하기로 되어 있다.

고령자복지의 비용은 의료를 받는 사람이 보험의료기관마다 외래의 경우는 한달에 1000엔, 입원할 경우는 1일 700엔의 일부부담금을 지불한다. 단, 저소득자의 입원에 대해서는 1일 300엔을 2개월을 한도로 지불케하고 그 이후부터는 무료이다. 1995년부터는 소비자물가의 변동에 따라 개정한다.

노인의 일부부담을 제외한 액수에 대해 국가 및 시/구의 공비부담과 의료보험제도의 보험자가 공동으로 각출하는 각출금에 따라 공급되고 있다.

12) Maeda, 앞글, 1994. pp.27~62.

1) 시설복지<sup>13)</sup>

(1) 입소형 시설

- ① 특별양호노인홈: 65세 이상의 노인으로서 신체상, 정신상 뚜렷한 결함이 있어 상시(常時)간호를 필요로 하거나, 거택양호를 받을 수 없는 자를 수용하기 위한 시설이다. 노인복지법이 개정되었을 때 새로운 제도로 창설된 시설로서, 해가 지날수록 사회적 수요가 증가하고 있다.
- ② 양호노인홈: 65세이상의 노인으로서, 신체상, 정신상, 환경상의 이유 또는 경제적 이유에 의해 거택에서(居宅) 양호 받을 수 없는 자를 수용하기 위한 시설이다. 피보호세대 혹은 주민세 소득비과세 세대에 속하는 자를 입소시켜 양호한다. 외상노인과 치매성 노인을 대상으로 하는 시설이다.
- ③ 경비노인홈: 저소득층의 60세이상 노인으로서 가정환경, 주택사정등의 이유로 거택생활이 곤란한 자가 저액의 요금으로 이용하여, 건강하고 밝은 생활을 보내도록 하는 것을 목적으로 한 시설이다. 이 시설은 국가보조가 있는 A형과 본인부담의 B형이 있다.
- ④ 케어하우스: 고령자가 독립된 생활을 할 수 있게 휠체어의 생활에 불편이 없도록 연구된 주택으로서 기능이 있고 생활상담, 급식 등의 서비스가 제공된다.
- ⑤ 노인단기입소시설: 부양자의 질병 및 기타 이유로 집에서 일시적으로 간호를 받을 수 없는 65세이상의 노인을 단기입소시켜 양호한다.
- ⑥ 노인보건시설: 시설보호의 새로운 모델로 제시된 중간시설로 1988년 4월에 창설하여 병원에서 입원치료가 끝났으나, 계속해서 의료보호를 필요로 하는 외상노인으로 재택에서 요양이 곤란한 노인을 대상으로 의료서비스와 생활서비스를 병행하여 제공한다. 가정으로의 복귀가 목적이므로 기능훈련과 간호가 제공된다. 1986년 7개소 모델시설로 시작하여 1987년 76개소, 1989년 212개소로 점차 증가하고 있다.
- ⑦ 기타시설: 장기요양보호를 목적으로 하지는 않지만 고령노인을 수용보호하는 시설로 유료노인홈과 실버주택이 있다.

13) 後生省編, 앞글, 1990.; 田中普, 사회복지시설론, 光生館, pp.100~109. ;보건사회 연구원, "일본의 사회보장제도," 최근 외국의 사회보장, 1992b. pp.7~94. ;吉田隆幸, 유럽 각국의 노인주택개발 전략, '94노인복지시설 국제심포지움, 1994, pp.91~160.



(2) 이용형 시설

- ① 노인주간서비스센터(day service house center): 65세이상으로서 신체상 혹은 정신상의 장애로 일상생활을 영위해 나가는데 지장이 있는 사람을 입욕, 식사제공, 기능훈련 간호방 등의 지도 및 기타 편의를 제공한다.
- ② 고령자생활복지센터: 과소지역의 고령자를 위한 간호지원기능 거택기능 및 지역에 있어서 교류기능을 종합적으로 지닌 소규모의 복합시설이다.
- ③ 노인복지센터: 무료 또는 저렴한 요금으로 노인에게 각종 상담, 건강의 증진, 교양향상, 기능회복, 레크레이션을 위한 편의를 종합적으로 제공하는 시설이다. 이 시설은 건물의 규모에 따라 특A형, A형, B형의 3종류로 나뉘어진다.
- ④ 기타 이용시설: 노인의 심신건강을 위한 목적을 지닌 노인휴게소와 휴양지에 보건휴양의 장을 제공하는 노인휴양홈이 있다.

2) 재택복지<sup>14)</sup>

- (1) 가정봉사원 파견사업: 와상성 질환으로 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 노인에게 가정봉사원을 파견한다.
- (2) 노인일상생활용구급부: 와상성노인등의 일상생활을 용이하게 하기 위한 일상용구를 급부 또는 대여한다. 급부품목으로는 특수침대, 매트레스, 커피포트, 세면기, 화재경보기, 자동경보기, 자동소화기,체위변환기가 있고 노인용전화를 대여한다.
- (3) 단기사업: 와상성노인 등을 개호하는 자가 질병 등에 의해 일시적으로 보호를 제공하지 못하게 되었을 경우와 개호에 의해 필요할 경우(휴양=자기부담) 특별양호 노인홈에서 노인을 단기적으로 보호한다.
- (4) 주간서비스 사업: 허약노인 등을 주택서비스센터에 통원시켜 입욕, 급식, 일상생활, 동작훈련 등 각종 서비스를 제공하는 동시에, 침상성노인 등의 거실까지 방문하여 입욕, 급식, 세탁 서비스를 제공한다.
- (5) 치매성노인 처우기술연수: 특별양호노인홈에서 치매성 노인을 보호하고 있는 부양자를 위해 노인 다루는 기술을 가르쳐준다.<sup>15)</sup>
- (6) 재택간호지원 센터: 가까이 있는 전문가에게 간호의 상담, 지도를 받을 수 있고, 여러 행정업무를 보기 위해 창구에 가지않고도 필요한 서비스를 받을수 있도록 조정한다.

14) 後生省編, 앞글, 1990; 보건사회연구원, 앞글, 1992. pp.7~94.

15) 田中普, 앞글, pp.100~109.

일시적 병을 간호하기 위해 간호원을 파견하여 일상생활에 도움을 준다. 또한 재택노인 기능훈련사업과 재택노인 가정방문지도사업도 제공하고 있다.

(7) 양호위탁제도: 양호를 받지 못하는 노인에게 대해 따뜻한 가정 속에서 여생을 보내게 하기위해서 개인가정에 양호를 위탁한다

### 3) 민간부문서비스

국민소득 증가와 생활수준의 향상으로 보건의료 및 복지서비스에 대한 수요도 고도화, 다양화하고 있다. 이러한 수요에 빠르게 대응하기 위해서는 보건의료 및 복지서비스를 민간의 창의연구의 필요성과 이용자의 선택에 맡기는 것이 요구되고 있다. 노인을 대상으로 한 민간서비스분야로 재택간호서비스나 유료노인가정 등의 실버(silver) 서비스를 비롯하여 기타 건강증진관련서비스, 의료기관의 위탁을 맡아 검사를 실시하는 의료관련서비스 등이 있고, 후생성의 『건강 및 복지서비스산업통계조사』에 의하면 1990년에 일본에서 건강 및 복지서비스를 제공하고 있는 사업소는 18,996사업소에 달하고 있다.

## III. 스웨덴 장기요양보호정책

### 1. 제도적 발달

〈표 2〉 스웨덴의 노인인구의 추이 및 추계

년	65세이상 인구		80세이상 인구	
	명수	전체인구에 차지하는 비율(%)	명수	전체인구에 차지하는 비율(%)
1975	1,251,000	15.2	225,000	-
1980	1,365,000	16.4	263,000	3.2
1992	1,535,000	17.7	390,000	4.5
2000	1,514,000	17.2	448,000	5.1
2020	1,894,000	20.7	454,000	5.0

자료 : The Swedish Institute, 1986.

The care of the elderly in Sweden, 1994.

스웨덴은 20세기 전기에 이미 고령화사회에 들어섰으며 <표2>를 보면, 1975년에 65세 이상 노인인구는 125만명으로 총인구의 17.4%에 달하고 있었으며 2020년에는 65세 이상 노인인구가 189만명에 달할 것이며 이는 총인구의 20.7%에 달하게 되어 인구 5명당 1명이 노인이 될 전망이다. 노령인구의 증가도 지속되고 있지만 80세 이상의 후기고령 노인인구의 절대수가 증가하고, 노인인구중에 차지하는 비율도 1992년 4.5%에서 2020년 5.0%로 계속 증가하고 있어 앞으로 장기요양보호의 욕구가 증가하게 될 것이다. 독신고령자가 1980년도에 노인인구의 47%를 차지하고 있고 1990년에는 49%로 증가하였다.

노인인구의 증가와 더불어 고령노인의 증가 및 노인단독세대의 증가로 노인 보건의료 및 복지서비스의 욕구가 높아지고 있다. 노인인구의 증가와 고령화로 인해 노인복지정책 자체가 점차 장기요양보호와 맞물려 가게 되었다.

스웨덴이 사회복지국가로 발전하게 된 것은 18세기 후반의 구빈법실시에서 19세기 후반에 들어서 근대공업국가로 발전하면서 구빈사업에 대한 책임과 방법이 개선되면서 시작되었다. 1913년 국민사회보험제도와 기본적인 연금제도가 채택되고, 1930년대의 세계적인 공황기에 과감하고 효과적인 사회정책을 수립, 실행하여 복지국가의 기틀을 닦았다.<sup>16)</sup> 70년대까지 사회보험제도를 확충하였고 개인관계의 사회복지를 규제하는 법규가 개정되었고 공중보건시책과 보건관리제도를 개선하고 많은 예산을 할당하였다. 노인복지는 노인에게 대한 경제적 보장, 보건의료 보장, 사회봉사와 주택보장을 중심으로 고용정책, 주택정책, 가족정책에서 표현되었다. 이 시기에 노인부양제도는 주로 시설 중심적이었다.

노인의 장기요양보호는 80년대에 들어서면서 제도적으로 확립되고 재정비되었다. 1982년 사회복지봉사법(Social Service Act)은 시민들이 지방자치단체가 제공하는 봉사를 받을 권리를 주는 것과 간접적으로는 사회구조에 영향을 주려는 목적으로 제정되었다. 노인에게 관한 사회복지봉사제도는 세가지 목적이 있다: 1) 노인부양을 정상화하기 위해서 노인들에게 가능한 정상적으로 생활을 할 수 있는 기회를 제공한다. 2) 전반적으로 노인들의 사회참여기회를 확대한다. 3) 노인의 부양방법, 부양장소를 노인들 스스로가 결정하는 자아결정권을 증진시킨다. 1983년 보건의료서비스법(Health and Medical Service Act)은 모든 시민들이 경제적 형편이나 거주지에 관계없이 누구나 보건의료 혜택을 평등하게 받을 자격을 부여하고 있다. 이 법에서 장기요양보호로는 재택노인들을 위한 가정봉사서비스 등과 같은 각종 보건의료서비스들을 언급하고 있다.

1988년에 노인요양보호법안(Caring for the Elderly Bill)이 통과되어 노인에게 대한 대인복지서비스가 중앙집권적이고 표준화된 공적서비스에서 음통성 있고 개별적이고 재택 중심적

16) 천세윤, "스웨덴의 사회복지," 각국의 사회복지, 예곡출판사, 1993, pp. 87~139.

인 서비스로 전환하게 되었다. 1992년에 시작된 Adel 개혁(Adel Reform)은<sup>17)</sup> 향후 5년간 매년 평가를 통해 사회자원의 효과적 활용을 증진시키고자 한다. 개혁의 목표는 노인과 장애인에게 안정되고 통합된 건강보호와 사회서비스를 제공하고 자유선택을 보장하도록 조직적 재정적 필수조건을 제공하는 것이다.

## 2. 장기요양보호 정책의 내용

스웨덴은 노인복지나 장기요양보호를 위한 한 가지 법이 있는 것이 아니고 사회보험, 사회서비스법, 보건 및 의료서비스법 등의 다양한 법에, 총체적으로 고령화되어 가는 국민을 대상으로 한 노인복지내용을 담고 있다. 1970년대까지는 노인부양제도가 시설중심의 부양이었으나 1980년대이후 사회복지분야의 재정비를 통해서 노인복지의 개념이 가능한 노인이 본인의 집에서 계속 살 수 있도록 해주는 것으로<sup>18)</sup> 바뀐에 따라 노인보호에 있어서도 개념상 변화가 생겨 재택보호를 중심으로 하는 부양으로 바뀌었다. 이런 정책적 기초를 바탕으로 재택중심의 서비스와 전달체계가 정리되고 있다. 노인들이 자신의 집에서 독립적으로 살 수 있도록 노인상태에 맞게 집을 정비해 주고 이와 더불어 재택노인이 필요로 하는 간호와 보호를 위한 적절한 사회서비스를 제공하고 있다. 노인이 더 이상 자신의 집을 관리하지 못 할 때 특별한 유형의 주택에서 충분한 보호와 도움을 받을 수 있도록 정부가 책임지고 있다.

노인복지에 대한 전반적 책임은 정부당국이 맡고 있으며, 의회는 노인을 위한 다양한 봉사를 누가 책임질 것인가에 대한 법을 제정하고 지침서를 마련한다.<sup>19)</sup> 국가가 사회보험의 전반적 책임을 지고 있고 보건의료부양은 주의회가 관리하고 사회봉사부양은 지방자치단체가 관리한다. 행정적인 전달은 사회보험제도하에서 중앙정부의 보건보험부와 연금보험부, 23개 지역사회보험사무소(regional social insurance offices)에서 수행되고 있다. 재정적 확보는 고용원에 의한 사회보장기여금과 자영업자의 개인기여금으로 85%를 확보하고 나머지 비용 15%는 중앙정부의 세금과 공적연금에서 얻은 소득에서 확보하고 있다.<sup>20)</sup>

17) The Adel Reform , 1994 Report.

18) The swedish Institute, Fact sheet on Sweden: The care of the elderly in Sweden, 1994, pp.1~8.

19) The swedish Institute, 앞글, 1994, pp.1~8.

20) 이현우, 스웨덴의 노인복지 고찰, '94 연합학술발표대회, 1994.

1) 시설복지<sup>21)</sup>

스웨덴의 시설복지는 다른 나라의 시설복지의 의미와는 달리 주택을 중심으로 한 주택 부양이라고 할 수 있다. 스웨덴 노인의 92%가 정상가정에서 살고 있으며 이들의 절반 이상이 자가주거에 살고 있다. 65세를 전후하여 자기집에서 노인주택아파트나 서비스타운으로 옮겨 가거나 시설주거인 퇴직자홈, 병원 및 요양원, 치매노인을 위한 집단거주지에서 살고 있다. 노인시설부양이 줄어드는 이유는 노인의 부양상태나 신체적, 정신적 상태에 따라 여러가지 기능적인 주택을 제공하며 철저한 재택서비스(개별서비스)의 연계를 통하여 노인이 가능한 자신의 거주지역에서 독립적으로 생활하도록 돕기 때문이다.

(1) 특별노인홈

- ① 퇴직자홈(Retirement Homes) : 혼자서 살 수 없는 노인들을 위해, 가정봉사와 가정간호 서비스를 받을 수 있도록 지어졌다. 자신의 집에서 거주하는 노인의 수가 증가함에 따라 퇴직자홈의 건축은 1970년대부터 감소하여 1980년대에는 거의 중단되었다.
- ② 집단 거주홈(Group Dwelling) : “집단거주홈”은 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 staff(직원)에 의해 보호를 제공받는다. 집단 거주홈은 상당한 보호와 지도감독(supervision)이 필요한 사람들을 위한 시설로 대체적인 주택부양체도로 제시되었다. 집단거주홈의 거주자들은 대개 노인성치매를 가진 노인들이다.
- ③ 요양홈(nursing home) : 장기요양보호를 위한 시설서비스로 주택서비스와는 구분이 된다. 치매, 신체부자유, 만성병으로 인한 자력생활이 불가능한 노인을 대상으로 24시간 부양서비스, 기능회복서비스, 식사서비스 등이 제공된다. 장기요양보호가 제공되는 시설로 1990/91년도 장기요양소와 요양원은 45,000개였고, 1992년 개혁으로 약 31,000개의 양호홈 침상에 대한 책임이 주에서 지방자치 당국으로 옮겨졌다. 요양원에는 3가지 종류가 있다. 1) 중앙요양원(Central nursing home)은 일반적으로 노인병원에 부속되어 부속가옥의 기능을 한다. 2) 지방요양원(Local nursing home)은 병원과는 별도로 당국이 지정한 지역의사로 조직되어 있는 일차진료 부양체계이다. 3) 사립요양원(Private nursing home)은 전체요양원의 4%정도 밖에 되지 않는다.

21) 이현우, 앞글, 1994. ;The Swedish Institute, 앞글, 1994, pp.1~8. ;吉田隆幸, 유럽 각국의 노인주택개발전략, '94노인복지시설 국제심포지움, 1994, pp.91~160.

④ 기타: 특별 노인홈으로 보호주택(Sheltered Accomodation)과 서비스홈(Service Building)이 있어 노인들의 상태에 따라 거주할 수 있다.

(2) 이용시설

① 주간센터 (Day Center) : 주거시설에 병합되어 있거나 독립적으로 운영되는 시설로 가정봉사서비스를 제공하고 있다. 현재 주간센터의 수가 증가하고 있고 센터운영도 노인들에게 넘어와서 센터 활동의 방향과 내용이 노인욕구와 관심에 맞게 진행되고 있다.

② 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.

③ 노인 병동(Geriatric Wards) : 가정에서 간호받을 수 있는 것 보다 더 많은 보호와 재활을 필요로 하는 노인환자에게 일반종합병원과 연결된 노인병동에서 장기보호를 목적으로 제공한다. 노인병동은 노인들을 가정이나 가능한 보호시설로 돌려보내고 재활시키는 것이다. 또한 노인 환자를 제한기간동안 입원시켜서 노인을 보호하는 가족에게 휴식과 안정을 주는 휴식서비스를 제공한다.

④ 보건요양센터(Health Care Center) : 보건요양센터는 지역센터로 지역간호사나 의사를 만날 수 있는 곳이며 오기 어려운 사람들을 위해 간호사나 간호보조사의 가정방문이 제공된다.

2) 가정봉사서비스(Home Help Service)

보건의료법(Health and Medical Service Act)에 의한 것으로 지방자치체의 가정조력 간호보조사들에 의해서 제공된다. 1980년말부터 80세이상의 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, 피하주사등을 포함한다. 시당국의 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 주간 센터(day-center)에서 제공한다.<sup>22)</sup>

### 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 중단할 수 있다. 노인부양자를 위한 각종 이용시설과 서비스 확충과 더불어 제시된 제도로 가족에 의해 제공되는 비공식보호를 활성화시키고 있다.

### 4) 민간서비스

노인의 보호는 일차적으로 공공영역의 책임이며 전문적으로 훈련받고 수준높은 직원에 의해 제공되므로 민간부문 서비스 발달이 저조하다. 민간부문은 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.

## IV. 미국의 장기요양보호정책

### 1. 제도적 발달배경

미국은 1950년대에 이미 65세가 전체 7%가 넘는 고령화사회에 들어섰고 <표3>에서 알 수 있듯이 1995년에 현재 2,995만명으로 총인구의 10.2%를 차지하고 있어 1940년 이래 3배이상 늘어났다. 전후 베이비붐세대가 고령자가 되는 2025년에는 55,385만명으로 1995년 이후 거의 2배가 늘어날 것이며 이는 총인구의 16.6%에 달하게 된다. 후기고령자의 증가는 더욱 빠른 속도로 증가되고 있어 고령으로 인한 의료보전에 대한 욕구 증대와 생활 의존도 증대는 독신노인수 증가와 맞물려 사회적 지원요구가 증대될 것이다.

---

22) 1960년 중반 이래로 가정원조를 받는 장애인이나 노인들의 수는 3배 이상이 되고 있다. 1993년에는 65세이상 노령 연금수급자의 14%정도가 몇가지 종류의 가정원조 서비스를 받았고, 이들 중 여성노인이 차지하는 비율은 남자노인의 2배가 넘는다. 지난 10년동안 서비스 수혜자의 전체수는 줄었으나 가정봉사 서비스 시간은 증가하였다.

노인보호는 1935년에 제정된 사회보장법의 노인부조(old Age Assistance)규정에 의해 제도적으로 시작되었다. 이 때 노인보호는 경제적 보장 중심으로 장기요양보호에 대한 언급은 없었다. 장기요양보호는 민간부문에서 노인요양원 운영에서 시작되었다. 30년대에는 종교단체, 자선단체 및 공공부문의 후원으로 적은 수의 요양원이 운영되었으나, 1940년대에 들어서면서 지역에서 보호를 받을 수 없거나 간호를 받을 수 없는 노인들의 수가 증가하여 병원보다 저렴한 요양원의 수가 증가하나 규모나 경영은 여전히 개인에 의해서 운영되는 가내산업수준의 영리사업이었다. 50년대에는 Hill-Burton입법에 의해서 요양원시설에 대한 연방정부지원이 제도화되었다.

〈 표 3〉 미국의 노인인구의 추이 및 추계

년	65세이상 인구		80세이상 인구	
	명수	전체인구에 차지하는 비율(%)	명수	전체인구에 차지하는 비율(%)
1940	9,019	6.8	365	-
1960	16,560	9.2	929	-
1986	29,273	12.1	2,796	-
1995	29,954	10.2	3,638	1.2
2000	30,597	11.1	4,289	1.6
2025	55,385	20.7	7,038	2.1

자료 : 의료보험관리공단, 주요국의 노인복지제도, 1985.  
Leon Ginsberg, Social work almanac, NASW Press, 1995.

노인장기요양보호가 시설중심으로 발전하게 된 계기는 1965년에 제정된 Medicare와 Medicaid였다. Medicare(사회보장법 18장)는 고령자를 위한 의료보험제도로 65세 이상의 노인에게 의료보호를 제공하며 제한된 조건에서 가정건강보호(Home Health Care)의 재원을 제공한다. Medicare하에서 의료보호는 급성질환이 중심이며 장기요양보호는 매우 제한적이다. 1983년 개정시 Part A에 장기요양보호가 강화되어 전문요양원(Skilled Nursing Home) 이용이 연장되고 가정건강보호에서 대한 제한이 없어졌다. Part B는 선택적 가입에 의해 주어지는 혜택부분으로 의료기구지원이 가능하고 가정건강보호의 제한사항이었던 병원 입소규정이 철폐되었다. Medicare하에서 가정건강보호는 아직까지 매우 제한적이다.



Medicaid(사회보장법 19장)는 저소득 노인에게 의료보호를 제공하는 연방정부 프로그램으로 시설중심의 노인 장기요양보호제공에 대해 비용상환을 하고 있다. 이 두 법은 노인부조하에서 노인 개인에게 지불하던 방식과 건설을 위한 용자나 보조금과는 대조적으로 장기요양보호에 대한 양로원에 지불하는 방식을 채택하였다. 이로서 노인요양원의 병상수가 크게 증가하게 되었다.

요양원 수와 비용의 증가 및 서비스질의 저하문제로 인해, 이에 대한 대안으로 지역사회보호사업에 관심을 갖게 되었다. 지역사회보호는 1965년에 제정된 미국노인법(Older American Act)의 3장에 따라 정보와 의뢰, 접근서비스, 교통, 가정봉사원, 재택의료지원, 주간보호를 지역기반을 가진 비영리적 기관에 의해서 제공하고 있다. 1973년 미국노인법의 개정을 통해 집단식사프로그램과 식사배달서비스를 제공하고, 1972년 개정된 사회보장법 20장(사회서비스 보조금)에 따라 주간보호를 특화하였다. 이로서 지역사회보호사업의 재원과 법적근거를 가지게 되어 지역사회보호사업이 노인요양원사업에 대안으로 발전하였다. 1980년대는 노인장기요양보호사업의 재정에 대한 정책적 관심이 커지면서 지역사회보호사업이 Federal Omnibus Budget Reconciliation Act of 1981의 2176항목인 '지역사회보호철회' 조항에 의해서 지원되었다.<sup>23)</sup>

노인인구의 고령화는 장기요양보호욕구의 증가를 가져왔으나 Medicare와 Medicaid제도로는 이를 충족시킬 수 없었다. 제도적 부족을 매우기 위해 민간부문에서는 장기요양보험이 개발되었고 공적부문에서는 Medical Catastrophic Coverage Act(MCCA)가 1988년에 제정되었다. MCCA는 Medicare에서 제한된 서비스지원을 확대시켰으나 법제정의 취지인 장기요양보호의 재정적 지원이라는 목적은 달성하지 못 하였다. MCCA는 Medicaid운영에 영향을 미쳐서 Medicaid 수혜자 조건인 재정적 소진으로부터 배우자를 보호하도록 수혜조건에서 배우자 재정조건부분을 완화하여 수혜자 사망 후 배우자가 빈곤해 지는 것을 막도록 하였다.

개인 장기요양보호보험(private long-term care insurance)은 1983~86년 사이에 16개였던 것이 31개로 증가되는 급성장을 보이고 있으나 실질적 도움에 있어서는 회의적이다. 장기요양보호보험이 노인요양원 지원을 위해서 개발되었기 때문에 재택보호내용은 매우 제한적이다. 보험금이 높은 편이며 의료이용이 많이 요구되는 대상자들은 제외되는 규정을 가지고 있어서 실제로 모든 사람에게 활용되지는 못하고 있다. 개인 장기요양보험은 Medicare의 한계를 보충할 수 있는 노인과 이를 가질 수 없는 노인들간의 장기요양보호서비스의 격차를 가져와 장기요양보호체계도 이중적 구조를 야기하고 있다.

23) Abel, Emily, Who Cares for the Elderly?, Philadelphia: Temple University Press, 1991, pp.11-22.

국민의료보험제도가 없는 미국에서 의료비 급증을 억제하고 의료관리를 목적으로 한 여러 시도 중에서 장기요양보호와 관련된 것으로는 Brandise대학에서 발전시킨 사회보건 유지기구(SHMO: Social/Health Maintenance Organization)로 급성질환보호의 실시와 제한적 대인서비스 급여를 통합하였다. SHMO는 급성질환 대상자가 장기요양보호가 필요하게 되어도 지속적으로 의료보호를 받게 하였다. 급여내용에 처방약제, 단기간 방문간호, 재택 보호 서비스가 포함되어 만성질환 고령자의 고액병원시설 이용을 줄이고 지역보호서비스의 활용을 확대시켰다. 이로써 SHMO는 급성질환을 위한 건강보험하에서 장기요양보호를 급여케 하는 시도에 성공하였다고 하겠다. 1988년 4개지역에서 시범적으로 실시된 이 제도는 계속 확대될 전망이다. 24)

1987년에 제정된 요양개혁법(Nursing Reform Act)은 요양원 보호의수준과 직원의 교육 및 구성비율, 억제약물의 사용제한 등에 대한 규정을 하여 시설보호개선을 꾀하고 있다. 25) 1992에 개정된 미국노인법 7장에 장기요양보호 인권옹호프로그램과 노인학대방지 프로그램을 합병하여 요양소에 있는 노인들의 권리를 옹호하는 제도적 장치를 마련하였다. 26) 미국은 노인복지가 민간에 의존하는바가 커서 공적정책은 어느 선진국가보다 늦게 시작되었다. 최근에 노인복지시책은 공적으로나 민간차원에서 크게 확대되고 있으나 아직은 민간부문에 크게 의존하고 있어 공적정책이 발전하지 못하고 있다. 27) 장기요양보호도 공적정책부문보다는 가족이나 민간후원의 지원에서 많이 의존하고 있는 형편이다. 미국의 장기요양보호정책은 시설보호중심이며 비용상승으로 지역사회보호로 전환을 계속해 가고 있다고 하겠다.

## 2. 미국의 장기요양보호정책

미국의 장기요양보호제도는 연속선의 개념하에서 이루어지고 있다. 보호란 예방과 함께 시작하고 진단, 치료, 재활 및 지속적인 보호서비스의 유지와 함께 지속되는 연속체의 측면에서 제공된다는 것이다. 28) 장기요양보호의 대상자는 신체적 장애로 일상생활의 능

24) 福地義之助, 冷水豊 편저, 미국에서 있어서 보건의료제도의 실태: 개혁의 손잡이로서 국제비교, 고령화대책의 국제비교, 1993, pp. 17~38

25) Kosberg, J.I., Family care of the elderly, Sage Publications: London, 1992, pp.271~285.

26) Paton, N.H. & Kautz, Elder rights and the long-term care ombudsman program, Social Work, Vol. 40(3), 1995, pp. 351~357.

27) 의료보험관리공단, 주요국의 사회보장, 1985, pp.118~114.

28) Koff, T.H., Long-term care: An approach to serving the frail elderly, Boston: Little, Brown

력에 제한을 받는 노인, 노인성치매나 정신적 질환으로 고통받는 노인들을 대상으로 한다. 미국의 장기요양보호제도는 크게 시설보호와 지역사회보호서비스로 구성되어 있다. 장기요양보호서비스는 의료, 재활, 사회서비스, 주거서비스 등을 포함한다. 이들 서비스들은 요구되는 의료적 수준에 따라 3가지 수준으로 구분된다. 1차수준은 의료적 지원보다는 보건사회서비스로 대부분의 일상생활활동이 가능한 노인에게 제공되는 것이고, 2차수준은 의사와 간호사의 감독에 의한 진료서비스가 건강문제와 기능장애가 있는 노인에게 제공되는 것이고, 3차수준은 고도의 의료기술이 만성질환이나 급성질환을 겪는 노인들에게 제공되는 것이다. 이런 서비스들은 장소에 구애없이 제공되며 공적, 사적부분이 혼합되어 제공된다.

장기요양보호사업의 재정부담은 대부분은 정부와 개인이 공동으로 지고 있으며 의료보험과 같은 제3부분의 부담(전체 4%)은 극히 미약하다고 할 수 있다. 연방정부와 지방정부의 재정적 지원은 Medicare, Medicaid에서 대부분이 이루어지고 재향군인사업, 노인복지법, 사회서비스지원제도에서도 지원이 되고 있다. 특히 Medicaid는 노인의 17%정도를 수급보호하는 요양원재정의 40%이상을 지원하고 있어서 대부분의 재정이 요양원사업에 쓰이고 있음을 알 수 있다. 공적재원과 맞먹는 사적재원이 노인개인과 가족에 의해서 부담하고 있는 형편이다.

### 1) 시설복지<sup>29)</sup>

(1) 일반양로시설 : 일상생활활동의 기능이 떨어진 노인들을 위한 시설로 비전문인에 의해 생활활동보조와 각종 서비스를 제공한다.

(2) 전문요양시설(Skilled Nursing Care Facility) : 의료적 투약관리 및 간호, 물리치료, 작업치료, 언어치료 등 전문적 서비스가 제공되는 시설로 일정수의 정규간호원과 의사가 상근한다.

(3) 중간요양보호시설(Intermediate Care Facility) : 전문적 서비스의 일부가 제공되는 시설로서 상근하는 정규간호사와 의사의 정기적 방문으로 치료서비스가 이루어지고 있다.

(4) 회전침대제도(Swing Beds) : 병원에서 실시되는 요양소의 한 형태로 응급치료병원에 장기보호환자가 사용할 수 있는 침대를 확보해 놓는 것이다. 노인이 지역사회에서 가족

7, 1982.

29) Gibson, R.C., The outcome of studies on institutions for the elderly, 한국노년학회 국제학술 세미나, 1994, pp.131~159 ;Gamer, J., "Long-Term Care", Encyclopedia Vol.II, Washington, D.C: NASW Press, 1995, pp. 1625~1634

가까이에서 보호를 받을 수 있도록 하고있다.

(5) 숙식과 보호시설(Board and Facility) : 영리적으로 운영되는 것으로 기능은 일반요양원과 같다.

## 2) 지역보호서비스

지역보호서비스는 지역사회에서 제공되는 각종 서비스를 포함하는 것으로 어디에서 제공하는 것보다 무엇을 제공하느냐에 기준을 두고 있다. 하지만, 누가 제공하느냐를 논하면 가족지원을 뺄 수 없다. 지역사회에 일상생활활동에 지장이 있는 사천구백만명의 노인들이 살고 있고 이 중 70%가 가족과 친지로부터 무료로 요양보호를 받고 있다. 가족과 친지들은 장기요양보호가 필요한 노인들의 정서적, 신체적, 재정적 욕구와 전문간호욕구까지 다양한 욕구를 충족시키고 있다.<sup>30)</sup> 지역보호서비스는 주로 대인보호서비스로 장기요양보호가 필요한 노인들의 독립적 생활을 유지하는데 필요한 각종서비스와, 그들을 돌보고 있는 가족을 지원하는 서비스로 구성되어 있다.

(1) 가정건강보호 : 1960년대부터 시작된 Diagnosis-Related Groups제도에 의한 병원재원기간의 단축과 건강사업에 대한 규제의 완화에 따라 1960년대 중반이후 확대되고, 1967년~1987년까지 20년동안 Medicare에서 공인한 가정건강보호기관의 수가 2배이상으로 증가하였다.<sup>31)</sup> 가정건강보호는 Chemo치료와 같은 고도로 전문적 간호에서 목욕과 같은 일상생활지원서비스까지 광범위한 서비스를 포함한다.

(2) 재택지원서비스 : 고령의 노인들이 독립적 생활을 유지할 수 있도록 지원하는 서비스와 장기적으로 고령의 노인들을 돌보고 있는 가족의 보호부담을 덜기 위해서 지원하는 서비스로 구성되어 있다. 가정방문간호원, 가사보조, 식사배달, 부양자 휴식서비스, 사례관리, 교통, 임종간호서비스(Hospice) 등이 포함된다. 재택지원서비스는 사회서비스보조금을 규정한 사회복지법 20장에 의해서 재정적 지원이 된다.

(3) 주간보호사업: 경미한 장애를 가진 노인에게 낮동안 보호를 제공하는 서비스이다. 주간보호서비스는 건강지향적(health-oriented)서비스와 사회적 서비스(social service)위주의 프로그램으로 양분되어 있어 대상을 달리한다. 건강지향적 서비스는 건강보호기관에서 의료적 지원을 하고 사회적 서비스는 사회적 상호작용이나 활동을 제공하고 있다. <sup>32)</sup>

30) Garner, J. , 앞 글, 1995.

31) Cox, 1992, Garner, J. , 앞 글에서 재인용

32) 김수춘 외 6인 공저, 노인복지의 현황과 정책문제, 서울: 한국보건사회연구원, 1995.

(4)단기보호사업: 가족이 노인을 일정기간 돌볼 수 없는 경우에 단기간동안 노인을 맡아서 보호하는 사업이다.

(5)노인위탁보호사업: 일상생활활동에 지장이 있는 노인들을 소규모단위로 위탁받아 보호한다.

### 3) 재향군인사업

미국에는 재향군인의 수가 많고 이들 중 상당수가 고령화되어 장기요양보호를 필요로 하기 때문에 재향군인청은 독자적으로 115개소의 요양원에 20,000명을 보호하고 있고 이런 독자적 시설이외 일반요양원과 계약에 의한 지원 및 가정건강보호서비스를 제공하고 있다.

### 4) 주택서비스

장기요양보호가 필요한 노인들이 지역사회에서 독립적 생활을 유지하기 위해서는 자신에게 맞는 주택이 필수적이다. 현재 미국노인이 선택 가능한 주택종류는 개인단독주택, 조합주택, 공공주택, 비인가 숙박시설, 퇴직자촌, 요양원 등이 있다. 노인임대아파트나 집합거주아파트 등이 노인에게 제공되나 이런 시설과 의료 및 사회서비스의 연계가 제대로 이루어지고 있지 않는 것이 문제이다.

## V. 한국의 장기요양보호 욕구조사

### 1. 연구목적 및 연구질문

#### 1) 연구목적

일상생활활동(ADL)과 수단적 일상생활활동(IADL)<sup>33)</sup>을 기준으로 노인의 기능정도를 측

pp. 69-105

33) 개별 노인의 일상생활상의 의존성과 서비스 요구를 측정하기 위해서 일상생활 기능상의 능력과 장애정도를 평가하는 도구로서 여러 학자에 의해 개발되었다. 본 논문에서 ADL에는 ①세수, 양치질 ②목욕, 샤워 ③옷 입고 벗기 ④화장실에서 용변보기 ⑤잠자리에 들고 일어나기 ⑥식사 등의 기본적 일상생활활동이 포함되었다. IADL은 일상생활에 필요한 ①조리 ②세탁 ③전화걸기 ④쇼핑, 장보기 ⑤교통수단이용 ⑥돈관리 ⑦약복용 등 일곱가지의 수단적 활동이 포함되었다.

정하고 기능정도에 따른 주부호자들의 장기요양보호부담을 알아보고 필요한 사회서비스에 대한 욕구를 파악하고자 한다.

## 2) 연구질문

- ① ADL과 IADL측정도구를 이용하여 장기요양이 필요한 노인 인구는 어느정도인가?
- ② 장기요양보호를 받고 싶은 사람과 실제로 노인을 보살피고 있는 주부양자는 누구인가?
- ③ 장기요양보호의 주부양자의 부담은 어느 정도인가?
- ④ 가족이 장기요양보호를 하는데 가장 문제가 되는 것은 무엇인가?
- ⑤ 장기요양보호가 필요한 노인과 가족이 활용하고자 하는 사회서비스는 무엇인가?

## 2. 연구방법

본 연구에서는 표본집단 층화표집과 무작위 표집방법을 혼용하여 조사대상을 표집하였다. 표본추출은 행정단위에 의한 층화표집방법을 활용하여 서울에서 서대문구를 선택하고, 서대문구에서는 성산동을 선정하였다. 그리고 조사대상자는 선정된 성산동에 거주하는 만 65세이상의 노인들 중에서 500세대를 2회에 걸쳐서 무작위로 표집하였다. 선정된 노인세대에서 장기부재자 및 응답거부자들을 제외한 224명의 노인과 이들과 함께 거주하는 주부양자들 175명이 응답하였다. 이중 응답이 부실한 노인의 2사례와 주부양자 3사례를 제외한 노인 222명(44.4%)와 주부양자 172(34.4%)명이 본 논문분석에 포함되었다. 그러나 표본집단이 지역적으로 제한된 곳에서 추출되었고 조사대상도 노인인구에 비하면 매우 적은 숫자로 전체 노인을 대신할 수 없으므로 연구결과를 일반화하기에는 문제점이 있다.

본 연구에서 활용한 설문지는 노인용 설문지와 부양자용 설문지로 구분되어 있으며 각각의 설문지는 4부로 구성하여 1부는 대상노인의 질병여부, 일상생활(ADL) 및 도구적 일상생활(IADL)에 대한 질문, 2부는 장기요양보호 노인의 요양보호의 주보호자, 보호활동과 요양보호부담, 3부는 장기요양보호를 위해 노인과 가족이 필요로 하는 서비스나 이용장소, 4부는 노인과 가족의 인구학적 특성과 사회적 배경과 관련된 설문으로 구성되어 있다. 설문지에 이용한 측정도구는 Katz<sup>34)</sup>의 ADL과 Lawton과 Rhee<sup>35)</sup>의 IADL, Zarit & Zarit<sup>36)</sup>의

34) Katz, Index of Independence in Activities of Daily Living, 1976.

35) Lawton, M.P.& Rhee, "The functional assessment of elderly people", Journal of the American Geriatrics Society, Vol. 19, pp.465~480.

MBPC(memory & behavioral problem checklist) 그리고 최혜경<sup>37)</sup>이 번역한 Burden Interview(Zarit & Zarit, 1980)을 번역수정하여 사용하였다. 질병은 한국표준질병사인 분류기준으로 구분하였고 일반적 사항과 보호자의 역할 등에 대한 질문을 보건사회연구회의 『노인생활 실태 조사』<sup>38)</sup>에서 사용된 질문지에서 필요한 질문들을 선택하여 본 연구에 알맞게 수정하였다. MBPC와 BI의 신뢰도 검증결과는 각각 .962와 .969인 것으로 매우 높았다.

사전조사는 1995년 6월 12-13일에 20명의 노인과 주부양자들을 대상으로 하여 설문지의 말과 체계에 변화를 가져왔다. 본 연구의 조사기간은 1995년 7월 3일~ 8월 4일이며, 조사자는 대학에서 사회복지학을 전공하고 노인과 가족 그리고 사회조사방법에 대한 기본적인 지식을 갖춘 대학생으로 노인을 면접하는데 투입되었고, 필요시 부양자를 면접하였다. 양질의 자료를 얻기 위해 조사면접기술과 노인의 특성 등의 사전교육을 실시하였다. 자료 분석은 SPSS-PC 통계프로그램을 사용하여 기술적통계기법인 빈도, 백분율, 평균 등의 통계 방법을 이용하였다.

### 3. 연구결과

#### 1) 대상자의 일반적 사항

##### (1) 노인의 일반적 사항

<표 4>는 연구분석에 포함된 노인의 일반적 사항들을 제시하고 있다. 대상노인의 남녀비율은 각각 31.3%와 68.8%로 여성노인이 남성노인의 2배이상 많았으며 이 결과는 총노인인구의 남녀비율과도 같았다. 연령별로 살펴보면, 65-69세가 32.0%로 가장 많고 75-79세 22.8%, 70-74세 21.5%, 80-84세 12.3%의 순으로 나타났다. 대상노인의 평균연령은 72.8세로 중기노령기로 들어서고 있다고 하겠다. 대상노인의 결혼상태는 60.4%가 사별하였고 39.2%가 현재 배우자와 함께 살고 있다. 노인응답자 중 별거나 재혼의 경우가 2명으로 이 노인세대는 배우자가 죽기까지 안정된 결혼생활을 하며 재혼도 매우 드문 것을 알 수 있다. 교육정도에 있어서는 무학이 41.9%로 가장 많고 국졸 30.2%, 고졸 11.7%, 대졸이상

36) Zarit, S.H & Zarit, J.M., "Families under stress: Interventions for caregivers of senile dementia patients", *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol 19, pp. 461-471, 1982.

37) 최혜경, "The process of caregiver stress among caregivers for the Elderly in Korean," A dissertation presented to Faculty of the Graduate School of Cornell University in Partial fulfillment of the Requirements for the Ph.D., 1992.

38) 이가옥, 권중돈, 권선진, 김형수, 안혜영, 노인생활실태에 관한 연구, 한국보건사회연구원, 1993.

9.0%, 중졸 7.2%의 순으로 총노인인구의 교육수준과 같았다.

대상노인의 23.9%가 종교를 갖고 있지 않으며, 불교 32.0%, 기독교 32.0%, 천주교 9.9%, 기타 2.3%의 순으로 나타났다. 가족구조를 살펴보면 평균자녀수는 4.1명이며, 가족 구조별로 독신노인이 자녀와 동거하는 경우가 62.0%로 가장 많고, 노인부부가 자녀와 동거하는 경우가 18.1%, 손자녀와 동거하는 비율이 0.5%로 나타났다. 노인 혼자 살거나(5.9%), 노인부부가 함께 사는 노인부부세대(12.7%)를 포함한 노인 1세대는 26.9%로 나타났다.

노인들의 자신의 경제상태에 대한 주관적 평가를 보면 자신의 경제상태가 그다지 어렵지 않다거나 조금 어렵다고 생각하는 노인의 비율이 각각 39.6%, 27.9%로 나타났다. 대부분의 노인들은 자신의 경제적 형편을 보통정도로 생각하고 있었다.

## (2) 주부양자의 일반적 특성

주부양자의 일반적 특성은 <표 5>에 제시하였다. 우리나라에서는 사회화과정에서의 성역할 학습으로 인하여 노인의 부양역할은 거의 대부분이 여성의 역할로 인식되어 왔고, 실제로 여성이 노인의 부양을 담당하는 비율이 매우 높게 나타나고 있다.<sup>39)</sup> 본 연구결과에서도 부양자 총 172명 중 여성의 비율이 73.8%로 이러한 사실을 뒷받침하고 있다.

주부양자의 연령분포를 보면, 40-49세가 31.6%로 가장 많았고 30-39세 26.9%, 60-69세 13.5%, 50-59세 12.9%로 나타났다. 주부양자의 62.1%가 40세이상으로 평균연령이 45.1세로 중년기에 속하여 있어 우리나라 주부양자의 나이도 점차 높아지고 있으나, 노인의 고령화가 진행된 나라보다는 부양자나이가 적은 편이다. 부양자의 교육정도를 살펴보면, 고등학교가 가장 많고, 그 다음이 중졸, 대졸이상, 국졸 순으로 나타나 부양하고 있는 노인들에 비하여 교육수준이 높았다. 부양자의 결혼상태를 살펴보면, 노인부양자들의 대부분이(81.4%) 유배우자였다. 부양자들 중에서 종교를 가지고 있는 경우는 3/4정도로, 기독교, 불교, 천주교 순으로 종교를 갖고 있는 비율이 높았다. 대상노인들이 자녀가족과 같이 사는 비율이 높아서 종교적 성향에서도 주부양자와 대상노인이 비슷한 결과가 나왔다. 주부양자의 가계 월 수입은 50-150만원미만(33.7%)과 150-250만원미만(30.2%) 순이었고 월 평균 수입액은 160만원으로 도시가족 월 평균수입과 대등하였다.

39) 양옥남, 노인과 부양자의 스트레스와 대처방안에 관한 연구, 이화여자대학교 사회학과 박사학위논문, 1995.



〈표 4〉 인구학적 특성 : 노인

N = 222

변수	범주	빈도수 (%)
성별	남 자	69 ( 31.2)
	여 자	152 ( 68.8)
나이	65세 미만	12 ( 5.5)
	65 - 69	70 ( 32.0)
	70 - 74	47 ( 21.5)
	75 - 79	50 ( 22.8)
	80 - 84	27 ( 12.3)
	85 - 89	11 ( 5.0)
	90세 이상	2 ( 0.9)
	무응답	3 ( 1.4)
평균 = 72.8		
결혼상태	유배우자	86 ( 38.7)
	별 거	1 ( 0.5)
	사 별	134 ( 60.4)
	재 혼	1 ( 0.5)
교육정도	무 학	93 ( 41.9)
	국 졸	67 ( 30.2)
	중 졸	16 ( 7.2)
	고 졸	26 ( 11.7)
	대졸이상	20 ( 9.0)
종교	불 교	71 ( 32.0)
	기독교	71 ( 32.0)
	천주교	22 ( 9.9)
	무 교	53 ( 23.9)
	기 타	5 ( 2.3)
자녀수	평균 = 4.1	
가족구조	독 신	13 ( 5.9)
	배우자	28 ( 12.7)
	독신+아들자녀	125 ( 56.6)
	독신+딸자녀	12 ( 5.4)
	부부+아들자녀	27 ( 12.2)
	부부+딸자녀	13 ( 5.9)
	손자녀	1 ( 0.5)
	기 타	2 ( 0.9)
주관적 경제 상태	매우 어렵다	33 ( 14.9)
	조금 어렵다	62 ( 27.9)
	그다지 어렵지 않다	88 ( 39.6)
	전혀 어렵지 않다	27 ( 12.2)
	무응답	12 ( 5.4)

〈표 5〉 인구학적 특성 : 부양자

(N = 172)

변수명	범주	빈도수 (%)
성별	남 자	45 ( 26.2)
	여 자	127 ( 73.8)
연령	20세 이상	5 ( 2.9)
	20 - 29	14 ( 8.2)
	30 - 39	46 ( 26.9)
	40 - 49	54 ( 31.6)
	50 - 59	22 ( 12.9)
	60 - 69	23 ( 13.5)
	70세 이상	7 ( 4.1)
	평균 = 45.1	
교육정도	무 학	7 ( 4.1)
	국 졸	29 ( 16.9)
	중 졸	33 ( 19.2)
	고 졸	70 ( 40.7)
	대졸이상	31 ( 18.0)
	기 타	2 ( 1.2)
결혼상태	유배우자	140 ( 81.4)
	별 거	1 ( 0.6)
	이 혼	5 ( 2.9)
	사 미	7 ( 4.1)
	별 혼	19 ( 11.0)
종교	불 교	41 ( 23.8)
	기독교	61 ( 35.5)
	천주교	20 ( 11.6)
	무 교	46 ( 26.7)
	기 타	3 ( 1.8)
	무응답	1 ( 0.6)
수입 (단위:만원)	50만원 미만	14 ( 8.2)
	50 이상 - 150 미만	59 ( 33.7)
	150 이상 - 250 미만	51 ( 30.2)
	250 이상 - 350 미만	15 ( 8.8)
	350 이상 - 450 미만	5 ( 2.9)
	450만원 이상	3 ( 1.8)
	무응답	25 ( 14.5)
평균 = 160.5		표준편차 = 171.361

〈표 6〉 건강상태

N=222(100.0)

변수	범주	빈도 (%)
건강상태	매우 좋다	21 ( 9.5)
	좋은 편이다	50 ( 22.5)
	보통이다	49 ( 22.1)
	나쁜 편이다	66 ( 29.7)
	매우 나쁘다	22 ( 9.9)
	무응답	14 ( 6.3)
1년전과 비교	매우 좋아졌다	1 ( 0.5)
	좋아진 편이다	15 ( 6.8)
	거의 같다	72 ( 32.6)
	나빠졌다	117 ( 52.9)
	아주 나빠졌다	16 ( 7.2)
	무응답	1 ( 0.5)
지난 15일간 질환여부	예	111 ( 50.0)
	아니오	109 ( 49.1)
	무응답	2 ( 0.9)
지난 1년간 입원여부	예	46 ( 20.7)
	아니오	165 ( 74.3)
	무응답	11 ( 5.0)
입원 횟수	평균 = 1.8	표준편차 = 1.98
입원 기간	평균 = 6.8	표준편차 = 26.81

(3) 장기요양보호가 필요한 노인 인구

장기요양이 필요한 노인을 알아보기 위해 건강상태, 만성질환여부, ADL 및 IADL에 대해서 질문하였다. 대상노인의 건강상태는 <표6>에 나타난 것과 같다. 대상노인의 22.1%가 건강상태가 '보통이다'라고 응답했고 39.6%가 건강상태가 '나쁜편이다'(22.1%) 또는 '매우 나쁘다'(9.9%)라고 대답하였다. 건강상태를 1년 전과 비교했을 경우 52.9%가 '나빠졌다' 7.2%가 '매우 나빠졌다'라고 하여 노인들의 건강이 나이가 들면서 나빠지고 있음을 알 수 있다. 전반적인 노인의 건강상태를 평가하기 위하여 '지난 15일간' 노인의 질환여부를 질문한 결과 대상노인의 50%가 질병에 시달린 것으로 나타났다. 지난 1년간 입원경험이 있는 사람은 46명(20.7%)으로, 이들의 평균 입원 횟수는 1일당 1.8건, 1인당 평균 입원기간은 6.8일이었으나 개인적 편차가 심해 노인병의 전형성을 보이고 있었다.

대상노인의 만성질환 유병상태를 분석한 결과는 <표7>와 같다. 대상노인의 74.8%가 만성질환을 앓고 있었으며 2개 이상의 만성질환을 지닌 대상노인도 34.3%에 이르고 있었다. 대상노인에게 가장 많이 나타나는 질환은 관절통이 35.5%로 가장 높은 유병률을 보였고 고혈압(21.9%), 위장질환(13.4%)이 뒤를 잇고 있었다. 골절, 탈구는 질병의 성격상 치료를 받고 있는 사람의 비율이 높지만(83.3%), 이외의 질환의 치료비율은 위장질환76.9%, 당뇨병 76.5%, 심장질환 72.2%의 순서로 높고, 중풍·뇌졸중의 경우 27.8%로 치료비율이 극히 낮았다. 일반적으로 노인들은 만성질환에 필요한 조치를 제대로 받지 못하고 있는 형편이다.

장기요양이 필요한 노인을 추정해보기 위해 일상생활활동(ADL)과 수단적 생활활동(IADL) 측정도구를 이용하여 활동능력을 측정한 결과는 다음 <표 8>와 같다. 노인들이 기본적으로 수행하여야 할 기본적인 활동인 ADL(목욕, 옷갈아입기, 식사하기, 앉기, 외출하기, 화장실 이용)과 수단적 일상생활 수행능력인 IADL(조리, 세탁, 전화걸기, 쇼핑·장보기, 교통수단이용, 돈관리, 약복용)의 기본활동 13개 중 1가지 이상의 동작수행에 모두 어려움이 있는 노인은 41.5%이며 7가지 동작 수행에 모두 어려움이 있는 노인도 10.2%가 된다.

ADL과 IADL을 나누어 보면, ADL 중 1가지 이상의 활동에 어려움이 있는 대상노인은 12.7%였고, IADL의 경우는 41.4%의 대상노인이 1가지 이상의 활동에 어려움이 있었다. ADL의 경우는 1가지 기능이라도 상실하게 되면 점차적으로 생활을 남에게 의존하게 되기 때문에 부양부담을 높하게 되는데 현재로는 적은 수(12.6%)의 노인들이 ADL의 활동에 어려움을 느끼고 있으므로 가족부양부담이 높지 않을 것이라 추정되나 일단 나빠지는 기능은 회복이 어려우므로 앞으로 노인을 모시고 있는 가족의 부양부담은 점차 증가될 것이다.

〈표 7〉 만성질환의 빈도, 진단시기, 치료여부

만성질환 수	빈 도 (%)		
0	56 ( 25.2)		
1	90 ( 40.5)		
2 - 3	67 ( 30.2)		
4 이상	9 ( 4.1)		
합 계	222 (100.0)		

  

만성질환	질병여부	질환률	치료여부
고혈압	29.1	7	57.1
당뇨병	8.5	10	76.5
심장질환	8.0	8	72.2
중풍·뇌졸중	8.5	7	27.8
암	1.3	6	33.8
호흡기질환	8.5	8	52.9
결핵	-	-	-
골절·탈구	2.7	3	83.3
관절염·신경통·류마티즘	35.3	10	70.0
만성요통	8.0	15	66.7
위장질환	13.4	10	76.9
간질환	0.9	1	50.0
백내장	6.7	9	45.5

〈표 8〉 노인의 ADL & IADL 수행시 도움의 필요성

N = 222(100.0)

변수	범 주	빈 도 (%)
ADL & IADL*	0	129 ( 58.5)
	1 - 2	37 ( 16.3)
	3 - 4	20 ( 9.0)
	5 - 6	13 ( 5.8)
	7점이상	23 ( 10.2)
ADL**	0	194 ( 87.4)
	1 - 2	19 ( 8.6)
	3 - 4	2 ( 1.0)
	5 - 6	7 ( 3.1)
IADL***	0	130 ( 58.6)
	1 - 2	37 ( 16.7)
	3 - 4	23 ( 10.4)
	5 - 7	32 ( 14.3)

1) 일상생활활동의 합계: \* = 13, \*\* = 6, \*\*\* = 7.

(4) 장기요양보호를 받고 싶은 사람과 실제로 노인을 보살피고 있는 주부양자 대상노인들이 장기요양보호가 필요시 보살핌을 받고 싶은 주부양자와 실제 주부양자간에는 노인을 모시고 있는 가족의 구조와 능력에 따라 달라질 수밖에 없을 것이다. <표9>에 기대되는 주부양자와 실제 부양자간의 차이가 나타나 있다. 80%의 대상노인들은 가족성원이 돌보아 주길 기대하고 있고 부양을 기대하는 가족성원의 기대순서는 장남/며느리(43.7%), 배우자(20.7%), 딸/사위(8.6%), 그외 아들/며느리(6.8%)였다. 시설(병원과 노인복지시설)을 선호한 경우가 7.7%였고 타인의 경우가 6.3%였다. 친인척(형제, 친척)을 선호한 노인들은 없었다. 실제 주부양자를 보면 가족인 경우가 90.0%에 이르고 있다.

가족구성원간의 주부양자 순위를 보면 장남/며느리, 배우자, 그외 아들/며느리였고 손자녀(3.5%)도 적지만 실제 주부양자역할을 하고 있었다. 실제 부양에 있어서 시설과 타인은 없고 오히려 친인척이 적은 수지만 주부양자 역할을 하고 있었다. 노인의 장기요양보호가 아들 중심의 전통적인 관습에서 크게 벗어나지 못하고 있다는 결과를 보이고 있는데, 10% 정도의 노인은, 부양을 시설과 타인에게 기대하여 가족의 부담을 덜고자 하고 있었다.

(5) 장기요양보호의 부담

노인의 장기요양보호에 대한 부담정도를 알아보기 위해 노인부양시간, 부양자의 주된 역할, 부양시 어려운 점이 질문되었고 <표 10>에 응답을 정리하였다. 부양자의 부양시간

은 5시간미만이 32%로 가장 많으나 20시간 이상도 7.5%나 되었다. 부양자의 주된 역할은

〈표 9〉 노인이 보살핌을 받고 싶은 사람과 실질적인 부양자

부 양 자	노인이 보살핌을 받고 싶은 사람	실질적인 부양자	
직계가족	장남/며느리	97 (43.7)	52 (30.2)
	그외아들/며느리	15 ( 6.8)	37 (21.5)
	딸/사위	19 ( 8.6)	21 (12.2)
	배우자	46 (20.7)	44 (25.6)
	손자녀	-	6 ( 3.5)
친인척	형제자매	-	1 ( 0.6)
	그외 친척	-	8 ( 4.7)
시설	노인복지시설입소	7 ( 3.2)	-
	병원	10 ( 4.5)	-
기타	가정봉사원	2 ( 0.9)	-
	타인	12 ( 5.4)	-
무응답		14 ( 6.3)	3 ( 1.7)
합 계		222 (100.0)	172 (100.0)

가사보조가 77.4%로 가장 많았고 그 다음으로 정서적 지지, 금전적 도움, 의료적 도움, 일상활동보조 순이었다. 부양자가 노인부양시 어려운 점으로는 정신적 스트레스로 인한 부담이 42.5%로 가장 큰 것으로 나타났고 의료비, 부양비용등 경제적 부담감 33.1%, 노인 부양으로 인한 건강상의 어려움 14.5%, 일상생활 제약으로 인한 사회적 활동의 어려움 11.6% 순으로 나타났다. 부양자의 부양부담에 대해 Burden Interview(1982)로 측정된 결과 총 110점 만점 중 평균 47.73점으로 부양자의 부양부담은 그리 높지 않은 것으로 나타났다. 그러나, ADL이나 IADL 중 1 가지 이상의 활동에 지장이 있는 노인을 부양을 하는 주부양자(93명)의 경우는 부양 부담이 더 클 것이다.

(표 10) 노인을 위한 장기요양보호

N = 172 (100.0)		
변수	범주	빈도 (%)
부양시간	5시간 미만	55 (32.0)
	5 - 10 시간 미만	14 ( 8.1)
	10 - 15 시간 미만	12 ( 7.0)
	15 - 20 시간 미만	1 ( 0.6)
	20 시간 이상	13 ( 7.5)
	무응답	77 (49.1)
	평균 = 6.77	
도움의 종류*	가사보조	130 (77.4)
	정서적 지지	86 (51.2)
	금전적 도움	76 (45.2)
	의료적 도움	25 (14.9)
	일상활동 보조	19 (11.3)
	노인 부양시 어려운 점**	정신적 어려움
	경제적 부담	57 (33.1)
	육체적 부담	25 (14.5)
	사회적 활동의 어려움	23 (13.4)
	정서적 어려움	20 (11.6)
	무응답	37 (21.5)
부양부담***	평균 = 47.73      표준편차 = 15.73	

1) \*, \*\* : Multiple choice  
 2) \*\*\* : Total score is 110.



<표 11>은 앞으로의 노인요양보호에 대한 전망을 알아본 것이다. 앞으로의 노인요양 보호 활동의 정도에 대해 질문한 결과 60.5% 부양자는 '지금하는 정도로 하겠다'고 응답하였고 26.3%는 '지금보다 더 하겠다' 하였다. 지금보다 부양부담이 커질 경우 어떻게 하겠느냐는 질문에 대해서 111명의 부양자가 '가정에서 수발하겠다'(64.5%)고 응답하여 아직까지는 '병원'(12.8%), '가정에서 간병인을 고용하여 부양'(9.3%), '다른 친척에게 맡김'(5.2%), '요양소 입소'(1.7%)보단 가족의 부양이 우선적으로 고려된다고 볼 수 있다.

<표 11> 노인장기요양보호에 대한 전망

N = 172 (100.0)

변수	범주	빈도 (%)
앞으로의 보호활동 정도	지금보다 더	45 (26.3)
	지금하는 정도	104 (60.5)
	지금보단 적게	13 ( 7.6)
	모르겠다	9 ( 5.2)
	무응답	1 ( 0.6)
부담이 커질 경우	가정에서 수발	111 (64.5)
	병원	22 (12.8)
	가정에서 간병인을 고용하 여	16 ( 9.3)
	다른 친척	9 ( 5.2)
	요양소 입소	3 ( 1.7)
	기타	9 ( 5.2)
	무응답	2 ( 1.2)

(6) 장기요양보호 서비스의 욕구

〈표 12〉 시설입소 의향

N = 172 (100.0)

입소의향	이유	빈도	%
입소시킬 의향이 없다	집에서 모시는 것이 당연한 도리라고 생각하므로	93	54.1
	나의 돌봄이 필요하고 내가 돌봐드리는 것을 좋아하므로	13	7.6
	기타	5	2.9
	남의 이목	2	1.2
입소시킬 의향이 있다	집보다 시설이 더 좋으면	5	2.9
	경제적인 문제	4	2.3
	기타	2	1.2
	노인을 돌보는데 체력이 떨어져 고등스럽기에	1	0.6
모르겠다	그 상황이 되어보야 알겠다	15	8.7
	기타	11	6.4
무응답		21	12.2

〈표13〉 노인과 부양자의 사회복지 서비스에 대한 욕구

변 수	범 주	빈도	
		노인	부양자
서비스 필요 유무	필요하다	193 ( 86.9)	160 ( 93.0)
	필요하지 않다	21 ( 9.5)	12 ( 7.0)
	무응답	8 ( 3.6)	0 ( 0.0)
	합계	222 (100.0)	172 (100.0)
도움 정도	매우 도움이 될것이다	58 ( 26.1)	43 ( 25.0)
	도움이 될것이다	64 ( 28.8)	52 ( 30.2)
	그저 그렇다	42 ( 18.5)	42 ( 24.4)
	별로 도움이 안될것이다	21 ( 9.5)	14 ( 8.1)
	전혀 도움이 안될 것이다	12 ( 5.4)	5 ( 2.9)
	무응답	25 ( 11.3)	16 ( 9.3)
	합계	222 (100.0)	172 (100.0)

〈표 14〉 노인과 부양자의 사회복지 서비스 필요성에 대한 욕구

사회복지 서비스		빈도 (%)	노인 N = 222	부양자 N = 172
보건 의료 서비스	정기적 건강진단		105 (48.6)	97 (56.4)
	물리치료		64 (29.6)	42 (24.4)
	방문간호		31 (14.4)	25 (14.5)
	왕진		34 (15.8)	28 (16.3)
	호스피스		27 (12.5)	30 (17.4)
	응급경보 시스템 설치		19 ( 8.8)	29 (16.9)
	의료기관과의 결연사업		14 ( 6.5)	12 ( 7.0)
일상생활 기능 보조 서비스	운송서비스		37 (17.1)	37 (21.5)
	보장구 지급		35 (16.2)	20 (11.6)
	노인전용 용품 지급		24 (11.1)	23 (13.4)
	일상생활 보조 서비스		20 ( 9.3)	24 (14.0)
가사 보조 서비스	식사준비		25 (11.6)	34 (19.8)
	급식		23 (10.6)	14 ( 8.1)
	반찬서비스		24 (11.1)	23 (13.4)
	세탁		22 (10.2)	23 (13.4)
	청소		20 ( 9.3)	29 (16.9)
	쇼핑		17 ( 7.9)	21 (12.2)
시설 서비스	노인전문병원		104 (48.1)	87 (50.6)
	요양원		49 (22.7)	35 (20.3)
	양로원		41 (19.0)	24 (14.0)
	재활센터		31 (14.4)	21 (12.2)
	주간보호		27 (12.5)	28 (16.0)
	단기보호		20 ( 9.3)	17 ( 9.9)
심리적 지지 서비스	말벗 서비스		61 (28.2)	69 (40.1)
	부양자 상담서비스		17 ( 7.9)	36 (20.9)
부양가족에 대한 서비스	질병에 대한 교육		39 (18.1)	51 (29.7)
	건강·약관리 방법		39 (18.1)	56 (32.6)
	스트레스 대처기술		19 ( 8.8)	43 (25.0)
	휴식서비스		16 ( 7.4)	26 (15.1)
기타	경제적 지원		64 (29.6)	57 (33.1)
	인간관계 결연		14 ( 6.5)	10 ( 5.8)

장기요양보호 서비스에 대한 욕구를 알아보기 위해 부양자에게 노인을 시설에 입소시킬 의향과 그 이유, 노인과 부양자에게 서비스욕구 및 필요한 서비스 등에 대해 질문하였다. <표12>에 노인을 시설에 입소시킬 여부 및 이유를 보면, 부양자의 65.8%는 시설 입소시킬 의향이 없는 것으로 나타났고, 7.0%는 시설에 입소할 의향이 있다고 하였고, 15.1%는 잘 모르겠다고 응답하고 있다. 입소시킬 의향이 없는 이유로는 집에서 모시는 것이 당연한 도리라고 생각하는 부양자들이 대부분이었다. 시설입소를 이용하려는 이유로는 집에서 노인을 부양하기 어렵기 때문인 것으로 나타났다. 사회복지서비스에 대한 욕구를 알아보기 위해 노인과 부양자에게 서비스 필요유무와 서비스의 도움정도에 대해 질문하였다. <표13>에서 나타났듯이 대부분의 대상노인(86.9%)과 주부양자(93.0%)가 사회복지서비스가 필요하다고 응답하였고 사회서비스의 도움 여부에서는 필요하다고 응답한 대상노인(54.9%)과 주부양자(55.2%)의 반수 이상이 도움이 될 것이라고 응답하고 있어 노인과 주부양자 모두 사회복지서비스에 대한 욕구가 높은 것으로 나타났다.

노인과 가족의 장기요양보호 욕구조사 결과분석의 의미는 다음과 같다.

장기요양보호가 필요한 노인은 만성병을 1개이상 지니고 있으며, ADL 및 IADL 중 1개 이상의 활동의 어려움을 겪고 있어서 일상생활을 영위하는데 타인에게 의존해야 하는 노인들로 전체 응답자의 40%정도로 추정된다. 이들은 현재 자신의 건강이 나빠져 나이가 들면서 더욱 나빠지고 있다고 인식하고 있어서 일상생활의 외부의존도가 심화될 것이므로 높은 수준의 요양보호가 필요하게 될 전망이다.

현재 대부분의 노인장기요양보호가 가족에 의해서 제공되고 있으며 주부양자는 여성이다. 이들 대부분은 아직까지는 노인장기요양보호에 대한 부담을 크게 느끼고 있지 않아 가족보호가 유지되고 있다. 과반수 이상의 주부양자들은 부양부담이 커져도 가정에서 부양하겠다고 응답해서 노인장기요양보호가 가족 안에서 해결되어야 한다는 의식이 높은 편이었다. 노인들은 장기요양보호를 가족으로부터 받고 싶어하여, 현재로는 의식면에서는 노인의 욕구가 충족된다고 보이지만 핵가족화와 여성취업의 증가, 노인과 자녀의 부양 의식 변화, 장기요양보호 부담의 증가는 앞으로 가족보호를 어렵게 할 것이다. 그러므로 장기적으로는 가족의 부양부담을 줄여서 노인의 부양욕구를 충족시킬 수 있는 가족보호체계를 유지케 하는 장기요양보호정책이 수립되어야 할 것이다. 장기요양보호서비스에서는 노인과 주부양자가 필요로 하는 보건의료관련서비스가 우선적으로 제공되어야 하겠고, 주부양자의 정신적, 경제적, 육체적 부담을 덜어줄 수 있는 심리적 지지서비스와 부양가족에 대한 서비스를 제고하여 가족보호체계의 유지를 도모해야 할 것이다.

## VI. 한국의 장기요양보호 정책제언

## 1. 발달배경

〈표 15〉 한국의 노인인구의 추이 및 추계

연도	전체인구	65세 이상	총인구대 비율
1960	24,989,241	935,006	3.7
1970	31,435,252	1,039,378	3.3
1980	37,406,815	1,446,114	3.9
1990	43,390,374	2,162,239	4.3
1995	44,850,801	2,543,122	5.7
2000	46,789,374	3,167,554	6.8
2010	49,683,533	4,668,490	9.4
2020	50,578,196	6,333,169	12.5

자료 : 한국보건사회연구원, 「노인복지정책 개발을 위한 연구」, 1993.

한국의 노인증가는 <표 15>에서 알 수 있듯이 60년대이후 꾸준히 증가하다가, 80년대 후반에 들어서 더욱 빠른 속도로 증가하고 있어서 1995년에 65세이상 노인의 전체인구비율이 5.7%이었고 2,000년에는 6.8%로 고령화사회에 들어서게 된다. 70세이상의 노인인구도 다른 인구층보다 빠른 속도로 증가하고 있다. 고령화속도가 다른 선진 고령사회에 비해 빠르게 진행되고 있으므로 전반적 노인복지 뿐만 아니라 고령노인의 요양보호에 대한 관심도 필요하게 되었다. 우리나라는 60년대 이후 조국근대화작업을 통해 산업구조와 사회의 변화가 초래되었고, 이로 인한 가족형태의 핵가족화, 여성취업의 증가, 부양의식의 약화, 단독세대의 꾸준한 증가<sup>40)</sup> 등이 노인요양보호에 적신호가 되고 있다. 우리나라의

장기요양보호제도의 발전은 1981년 제정된 노인복지법에 명시된 노인복지시설이라 할 수 있다. 노인복지시설에는 65세이상의 노인으로 신체, 정신 또한 환경상의 이유 및 경제적 이유로 거택보호가 불가능한 사람을 수용한다고 규정하고 있어서 이것이 장기요양보호를 위한 조항임을 알 수 있다. 1989년에 개정된 노인복지법에서는 노인복지시설을 무료, 유료, 실비도 구분하였고 재가노인을 위한 가정봉사원사업의 실시·지원조항이 신설되었다. 가정봉사원 사업에 관한 조항은 시설 수용능력의 부족과 재정부담으로 노인부양 및 보호의 책임을 국가에서 가정 및 지역사회에 전가하는 선가정 후사회라는 노인복지방향설정에 따라 지역사회보호를 위한 법적근거를 마련한 것이다. 1992년부터 사회복지관 등에 재가복지봉사센터를 설치하여 자원봉사자를 활용하여 노인들에게 가정봉사원사업을 하고 있다. 1993년에 개정된 노인복지법에서는 유료노인복지조항이 신설되어 재가복지사업의 유료화를 도모하게 되었다.

저소득층 노인을 위한 시설보호와 함께 노인건강보호제도가 노인복지법에 따라 1983년 이후 저소득층 노인을 대상으로 무료노인건강진단을 제공하고 있으며, 1992년부터 당뇨병, 백내장 등 노인성 질환(만성병)을 검사항목에 추가하여 노인병예방과 치료를 받을 수 있도록 제도화하고 있다. 국민의료보험법에 있는 연간 요양급여기간 제한일수는 장기간 진료가 필요한 사람에게 불리한 조항으로 특히 장기적 요양을 필요로 하는 65세이상 노인에게는 불리하였다. 90년대에 들어서 연간 요양급여기간을 계속 연장하여 1995년의 국민의료보험법개정에서는 96년 1월 1일부터 65세이상 노인에게 연간 요양급여기간 제한이 철폐되었다.

## 2. 장기요양정책내용<sup>41)</sup>

### 1) 시설복지

요양시설 및 양로시설: 1945년 이전에는 6개의 양로시설밖에 없었으나 1950년대에 24개의 양로시설이 새로 생겨났으며 1960년대와 70년대에 18개의 양로시설이 생기는 완만한 증가율을 보이다가, 80년대에 노인복지법이 제정되면서 시설이 다양해지고 빠른 속도로

40) 최성재, "노인복지 정책의 장기적 발전방향", 사회복지 '93 봄호, 통권 116호, pp.61~89.

41) 보건복지부, 보건복지백서, 1995. ;김태현, 노년학, 교문사, 1994. ;차홍봉, "노인장기요양보호사업의 비교연구- 미국의 경험을 중심으로," 한국노년학, 13(1), 1993, pp.105~124.

증가하였다.<sup>42)</sup> 장기요양보호를 위한 시설의 구분은 건강상태에 따라 독립적 생활이 가능한 노인을 위한 양로원과 의료적인 보호가 필요한 노인을 위한 요양원으로 나뉘고, 입소 비용에 따라 무료, 실비, 유료시설로 나뉜다. 1994년 말 현재 141개소 8,089명이 수용되어 있다.<sup>43)</sup> 80년대이후 나타난 실비와 유료시설은 아직 숫적으로 적으나 앞으로 고령노인부양의 문제가 대두되면서 증가될 전망이다.

## 2) 의료시설

(1) 노인병원: 1990년대에 들어서 노인의 의료보호욕구에 부응하기 위해서 노인전용병원이 생겼으며 혹은 노인병동이 병원에 설치되었다. 아직은 숫적으로 매우 적고 전문화되어 있지 않다. 전국적으로 노인병원은 2-3개로 추정된다.

(2) 치매전문센터: 장기요양을 필요로 하는 저소득층 치매노인을 요양보호하기 위해서 1993년부터 전국 대도시에 1개소씩 치매전문센터를 건립중이다. 서울에 1개소가 1995년에 개소하였고, 94년에 서울 대구 인천에 각 1개소, 95년에 부산 대전에 각 1개소를 건립중에 있다.

## 3) 재가복지

(1) 재가복지봉사센터: 가정에서 보호를 요하는 장애인, 노인, 소년소녀가장, 모자가정 등 지역내에서 재가복지서비스가 필요한 요보호대상자에게 가사원조, 간병, 정서적 지원, 결연 등의 서비스를 제공한다. 1992년부터 사회복지관, 장애인복지관, 노인복지관 등에 재가복지봉사센터를 설치운영하고 있다. 95년 현재 166개를 설치 운영하고 있다.

(2) 가정봉사원 파견센터: 1993년의 노인복지법개정에 따라 법적근거가 만들어졌다. 정신적,신체적 이유로 혼자서 일상생활하기가 어려운 노인을 위해 식사, 목욕, 병원안내 등 각종 생활편의를 제공하는 가정봉사원 파견센터를 95년에 23개소로 확충하였다. 2,000년까지 시군구에 1개소씩 운영할 예정이다.

(3) 주간보호 및 단기보호시설: 가족의 부득이한 사유(부양자질병, 출장 등)로 인해 노인을 보호할 수 없는 경우 낮동안이나 수일간(2-3일 혹은 10-15일) 입소시켜 필요한 각종 서비스를 제공하는 시설이다. 95년 현재 15개소이나 2,000년까지 80개소로 확충할 예정이

42) 김태현, 앞글, 1994.

43) 보건복지부, 앞글, 1995, p. 318

다.

3. 장기요양보호정책 제언

<표 16> 각국의 노령화 속도 비교

국명	총인구에 대비한 65세 인구비	소요 연수				
		5%	10%	15%	5%→	
					10%→	15%
스웨덴		1855	1949	1975	94	120
미국		1928	1972	-	47	-
일본		1951	1985	2003	35	52
한국		1995	2021	2033	26	38

자료 : 김태현, 『노년학』, 교문사, 1994.

우리나라 노인의 수와 총인구 비율을 일본, 미국, 스웨덴에 비교해 보면 상대적으로 노인인구의 수가 적지만, 80년대에 들어서 노인인구의 수가 빠른 속도로 증가가 하고 있어 노인문제가 사회적으로 대두되고 있다. 65세이상 노인의 비율에 따른 고령화 속도를 <표 16>에서 보면 고령화 속도가 스웨덴, 미국, 일본, 한국 순으로 가속화되는 경향이다. 스웨덴이 5%늘어난 속도가 94년인데 비해 한국의 경우는 26년으로 3배이상의 속도로 증가하고 있음을 알 수 있다. 이와 함께 후기노인의 절대수의 증가는 사회문화적 변화 및 노인부양에 있어서 노인과 가족의 의식변화로 인해 노인장기요양보호 문제를 증폭시킬 것이다.

스웨덴, 미국, 일본에서 노인복지와 고령노인의 장기요양보호에 대한 관심은 노인인구가 증가함에 따라 구체화되어 왔다. 각 나라마다 장기요양보호정책의 내용은 다르지만 정책방향은 공통적으로 시설중심의 보호에서 지역과 가족중심의 보호로 넘어가는 것이다. 각 나라마다 장기요양보호에서 시설보호가 우선적으로 발전하는 것은 노인보호가 구빈적 성격에서 시작하기 때문이었고, 그후 사회보장제도의 발전을 통해서 노인보호가 단순한 수용보호차원이 아닌 삶의 질을 보장해 주는 차원으로 넘어감으로서 노인의 필요와 욕구에 부응하는 장기요양보호제도가 정착해 나가게 되었다. 각국은 시설수용보호로 인한 문제와 재정적 부담으로 요양보호시설의 수를 줄이기 위해 노력을 하지만, 노인들이 후기



고령기에 들어서면서 특별한 의료적 치료와 간호가 필요하게 되어 재택에서 요양보호가 불가능하게 되는 경우가 증가하게 되므로, 특별한 요양보호가 필요한 노인들을 위해 일정수의 입주형시설이 유지되고 있다.

노인의 복지에 대한 권리인정과 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서, 각국은 노인들이 지역사회내에 있는 자택에서 가능한한 오랫동안 독립적 생활을 누릴 수 있도록 각종 제도와 서비스를 개발하여 제공하고 있다. 현재까지도 시설중심의 장기요양보호제도를 유지하고 있는 미국을 제외하고 스웨덴과 일본은 재택보호를 위한 다양한 서비스를 개발하여 제공하고 있다. 재택서비스를 제도화하는 일본은 의료, 보건, 사회서비스의 통합을 꾀하고 있고 스웨덴은 주택을 근거로 의료, 보건 사회서비스를 제공하고 있다. 노인장기요양보호의 개념상 의료, 보건, 사회서비스가 제각기 필요한 것이 아니고 통합적으로 필요하므로 이를 위한 방안이 모색될 것이다.

우리나라는 전국적 조사가 없어 장기요양보호가 필요한 노인의 수를 정확히 알 수는 없지만 본 연구에 따르면 전체 조사대상노인(65세이상)의 40%정도(222명중 93명)가 의존 정도는 다르지만 장기요양보호가 필요하였고, 1995년 보건사회연구원 조사에 따르면 1개 이상의 만성질환으로 인해 생활에 지장을 받는 경우를 기준으로 전체조사대상자(60세 이상)의 62%정도<sup>44)</sup>, ADL 및 IADL 중 1개 이상 활동에 지장이 있는 경우를 기준으로 65세 이상 노인의 51.9%<sup>45)</sup>가 의존도는 다르지만 장기요양이 필요한 것으로 추정될 수 있다.

이런 노인층이 고령화되어 간다면 10년 이내에 일상생활을 위해 누군가에 의존해야 하는 노인의 수가 급증할 것이고, 이는 고령노인을 부양하는 가족의 부담을 가중시키고 동시에 사회적 보호요구도 증가시킬 것이므로 지금이 장기요양보호에 관한 장기적 계획수립이 필요한 시기라 하겠다.

현재 우리나라 장기요양보호정책은 저소득층 노인을 대상으로 하여 무료시설보호와 재택보호로 구성되어 있으나, 1993년 노인복지법개정으로 인해 민간사업체의 노인복지사업 진출이 가능해져 유료노인복지시설 및 대인서비스가 활성화될 전망으로, 장기요양보호 제도가 저소득층 노인과 고소득층 노인을 대상으로 하여 이분화될 조짐을 보이고 있다. 미국과 같이 공적급여가 제대로 발전하지 못하여 노인의 능력에 따라 최저수준의 시설과 서비스를 제공받는 노인과, 최고 수준의 유료시설과 서비스를 제공받는 노인들로 나뉘게 되고, 양극에 포함될 수 없는 중산층 노인들은 가족에게 의존할 수 밖에 없는 최악의 상황

44) 서 미경, "한국 노인의 만성질환 상태 및 보건·의료대책", 한국노년학, Vol. 15(1), 한국노년학회, 1995, pp. 40-53

45) 김 수훈 외 6인 공저, 1995.

이 되지 않도록 하기 위해서 장기요양보호정책개발 방향에 대해서 몇가지 제언을 하도록 하겠다.

첫째, 장기요양보호의 모델은 의료적 서비스를 포괄하는 사회복지서비스중심 모델이 되어야 할 것이다. 장기요양보호를 받아야 하는 노인들도 독립적인 인간으로 질적으로 만족스러운 삶을 유지할 권리가 있다는 장기요양보호의 기본적 이념하에서, 이들 노인들의 욕구충족에 필요한 의료 및 간호서비스를 기반으로 양질의 삶에 도움을 줄 수 있는 다양한 사회복지서비스를 개발하여 제공해야 할 것이다.

둘째, 시설보호체계와 지역사회보호체계의 동시적 발전을 도모해야 한다. 현재 141개소의 노인수용시설에서 65세이상 전체노인의 0.3%인 8,089명을 수용하고 있어, 서구국가의 4~5%나 일본의 1.5%에 비하면 수용능력이 매우 낮은 편이다.<sup>46)</sup> 하지만 노인의 고령화와 부양의식의 변화는 필연적으로 시설보호의 수요증대를 가져올 것이므로, 노인수용시설을 계속적으로 확충하여 시설보호체계를 확립해야한다. 동시에 가정에서 장기요양보호를 받고 싶은 노인의 욕구도 충족하고 노인이 살던 지역에서 요양보호를 받을 수 있도록 재택보호중심의 지역사회보호체계도 발전시켜야 한다.

셋째, 가족보호체계의 유지를 위한 가족의 노인보호기능을 보완하고 강화시켜야 한다. 노인이 가족내에서 요양보호를 받는 것이 노인의 기대이며, 장기요양보호를 받는 노인 삶의 질적 면에서도 바람직하다. 하지만 노인의 의존성이 높아지면 가족부양부담이 증가하게 되어 가족보호가 불가능해 질 수 있다. 주부양자의 정서적, 정신적 부담을 줄이고, 노인요양보호에 대한 이해와 기술을 습득하여, 단기적으로 보호부담에서 벗어나 휴식할 수 있도록 지원하는 사회서비스가 조직화되어야 한다.

넷째, 노인요양보호의 장기화에 따른 가족의 경제적 부담을 덜어주기 위해서 노인요양보호에 대한 경제적 급부를 제공하는 방안이 모색되어야 한다. 사회적 노인부양은 당연히 보호활동에 대한 급부가 제공되는데 비해 가정내에서 가족이 제공하는 보호활동은 전혀 급부대상이 되지 못하고 있다. 노인요양보호가 장기화되면서 증대되는 부양보호 비용과 경제활동의 제약으로 인한 경제적 손실로 가족기능이 약화되고 종국에는 보호역할을 담당하지 못하게 되어 노인보호가 사회적부담으로 이전될 것이다. 3개국 중에 스웨덴만이 가족부양자에게 요양보호에 대한 경제적 급부를 하는 조력비지원제도가 있다. 우리나라도 장기적으로 가족보호체계유지를 위해 부양자에게 요양보호에 대한 급부를 고려해 볼만하다.

다섯째, 장기요양보호서비스의 양적 확장 및 질적 향상이 필요하다. 본 조사연구의 결

46) 김 수춘외 6인, 앞글, 1995, p. 190.

과 노인과 부양자들은 노인장기요양보호를 하는데 다양한 사회복지서비스가 필요하다고 응답하고 있고, 그런 사회복지서비스들이 요양보호활동에 도움이 될 것이라고 기대하고 있다. 장기요양보호서비스가 양적팽창을 피하기 위해서 시설복지와 재가복지를 제공하는 사업주체를 공공부문과 민간부문으로 다양화해야 한다. 공적시설은 저소득층을 위해 무료 혹은 저렴한 가격으로 서비스를 제공하고 민간시설은 개정된 노인복지법에 따라 유료서비스를 제공하도록 하여, 노인의 경제적 상태에 관계없이 장기요양보호가 필요한 노인이 자신에게 가장 적합한 시설을 선택할 수 있도록 해야 한다. 공적부문과 민간부문의 기관들이 경제성 뿐만 아니라 프로그램 내용면에서도 경쟁하도록하여 장기요양보호서비스의 질적 향상을 꾀하여 한다.

여섯째, 요양보호의 장소에 구애없이 보건, 의료와 사회복지 서비스가 통합적으로 제공 되도록 하며 요양보호서비스의 이용가능성과 접근성을 높이도록 전달체계를 재정비 해야 한다. 장기요양보호가 필요한 재택노인들은 의료와 보건 및 사회복지 서비스간의 연계가 전혀 없는 현재의 장기요양보호체계에서는 자신에게 필수적인 서비스를 제각기 다른 보호 체계로부터 받을 수 밖에 없는 형편이다. 의료, 보건, 사회복지서비스 등의 장기요양보호가 한 체계에서 제공되기 위해서는 이를 통합적으로 제공할 수 있는 기능을 가진 조직이 필요하다. 새로운 조직을 만들 수도 있겠지만 현재 운영되고 있는 재가복지봉사센터의 기능을 확대하여 단순히 가사보조서비스를 제공하는 데서, 의료처치 및 간호 등의 가정건강서비스도 제공할 수 있도록 해야 한다. 또한 민간차원에서 유료재가복지센터가 운영되도록 하여 지역마다 공적·사적 재가서비스센터가 있어서 경제적 여건에 관계없이 재택노인들이 이용가능케하며 접근성을 높여야 한다.

일곱째, 장기요양보호사업의 재원조달을 위해 재정자원을 다양화해야 한다. 장기요양보호의 재원이 공공부문에서는 조세에 의존하고 사적부문에서는 기업에 의존하는 양극단적 재원조달에서 벗어나 제 3자재원인 사회보험(의료보험)과 민간보험재정을 끌어오는 방안을 모색해야 한다. 의료보험이 급성질환보호를 위해서 개발되었지만 장기요양보호도 연속적개념으로 포함시키도록 해야 한다. 의료보험에서 65세 노인의 요양급여기간제한을 철폐한 것은 의료보험에서 장기요양보호를 실시하겠다는 신호로 볼 수 있다. 요양급여기간 이외 장기요양에 필요한 의료적 혜택을 점차 확대하도록 노력해야 할 것이다. 의료보험에서 제공될 수 없는 요양보호를 제공받을 수 있는 개인장기요양보호보험이 민간보험회사에서 개발·시판될 수 있도록 하여 장기요양보호로 인한 경제적 부담을 미리 방지할 수 있는 대안을 확보해 볼만하다.

여덟째, 장기요양보호사업에 대한 장기적 계획을 세워야 한다. 얼마 남지 않은 2,000년

대 초기에 우리나라도 고령화사회가 될 것이다. 상대적으로 고령화사회가 점진적으로 진행된 스웨덴, 미국, 일본이 노인복지와 노인장기요양보호를 위한 장기계획을 통해 서비스 확충과 정비 및 전달체계구축을 했음에도 불구하고 어려움에 직면하고 있으므로, 우리나라도 미리 장기적 계획을 세워야 할 필요가 있다.