

노인케어시설의 정책개발을 위한 국제비교연구

김기훈

경북전문대학 보건행정과

〈Abstract〉

Comparative Study on the Facilities for the Elderly Care

Key Hoon Kim

Department of Health Care Administration

Kyung Pook Junior College in Korea

This purposes of this study is to develop policies on the facilities for the elderly care in Korea. Methodology of this study adopts comparative analysis on the facilities for the elderly care in 6 countries which have experienced various problems on the elderly. These 6 countries are Japan, Sweden, America, Australian, England and Germany. Major issues for comparative analysis are the standard of care facilities, residence condition, finance of facilities establishment and expense, operating system, management, and the law and administrative structure about the facilities for the elderly care.

The elderly people need various kinds of welfare services such as medical care facilities, nursing home facilities, home care facilities etc.. Thus the public policies for the aging population nations are compose of income maintenance program, health and medical care services and social welfare services. The policies of facilities for elderly care are very important since these policies include the characteristics of income maintenance,

이 논문은 1996년도 한국학술진흥재단의 공모과제 연구비에 의하여 연구되었음.

medical care program and welfare program.

This study will supply basic data for the development of facilities for the elderly care in Korea, especially concerning the system and institutional device of the facilities.

Key words : Facility for the elderly care, welfare policy, nursing home, long-term care.

I. 서 론

1. 연구배경

한국은 1960년 이후 지속적인 경제성장과 산업화로 인한 사회적 변화로 선진국의 발전과정에서 보아왔던 여러가지 현상들을 경험하고 있다. 그중 가장 큰 변화의 하나는 인구의 고령화라고 볼 수 있는데, 이는 의학기술의 발전·공중위생의 향상·영양의 증진과 더불어 영아 사망률의 저하에 따른 평균수명이 연장되었기 때문으로 볼 수 있다. 현재 일부 선진국의 65세이상 노인인구는 14% 이상을 차지하고 있으며, 한국도 1997년말 현재 65세 이상의 노인인구가 6.2%에 이르고 있다. 또한 2000년대에는 7.1%로 UN이 분류하는 고령화 사회에 진입하게 되고, 2010년에는 10.0%로 급증될 것으로 추계되고 있어 21세기에 접어들면서 본격적인 고령화 사회로 진입할 것으로 예측된다. (보건복지부, 1997)

우리 나라보다 앞서 고령화가 진행된 선진국에서의 노인문제는 인류사회가 일찍이 경험해보지 못했던 새로운 문제였기 때문에 많은 시행착오를 겪으면서 그 해결책을 찾고자 노력해왔으나 아직까지도 많은 문제에 직면하고 있다. 특히 선진국의 노인문제는 노인인구의 증가라는 연구구조의 변화에 기인한 것이 핵심적 과제였으나 한국은 인구구조의 빠른 변화와 더불어 사회구조, 여러가지 제도 및 가치관의 변화라는 사회적 변화현상과 결부되어 더욱 다양하고 심각한 양상을 보일 것으로 예상된다.

그러므로 본 연구는 우리나라의 고령화현상과 노인복지제도의 현황을 분석한 후 선진제국의 고령화 추이에 따른 노인케어시설정책을 비교 연구하여 시사점을 찾고, 앞으로 예상되는 한국의 고령화 현상에 대비한 장기적이고 종합적인 노인케어정책의 개발을 위한 방향을 모

색하고자 시도하였다.

2. 연구의 목적

본 연구는 고령화 사회로 이미 진입한 국가의 노인케어시설정책 중 각국의 고령화 추이, 노인케어정책의 변천과정, 노인케어시설의 제도적 장치, 운영체계, 재정운영 형태를 비교 분석하여 한국의 노인케어 시설정책 개발에 기초자료를 제공하는데 그 목적이 있다.

3. 연구 방법 및 제약점

본 연구는 노인케어시설에 관련된 한국과 선진제국의 각종 통계자료, 연구논문, 보고서, 관련서적, 신문, 팸플릿 등의 문헌조사를 중심으로 노인케어시설을 조사하였다. 조사대상 국가로는 UN이 분류한 고령화 사회에 이미 진입한 일본, 스웨덴, 미국, 호주, 영국, 독일 등 6개국을 선정하였다. 이들 국가는 노인문제를 일찍이 경험하였고 노인문제해결을 위한 다양한 대책을 시행하여 온 국가이기 때문이다. 특히 일본은 한국과 비슷한 사회문화적 배경을 갖고 있으면서 다양한 노인케어정책을 시행해 오고 있을 뿐만 아니라 각국의 노인문제 전개과정과 그 대책의 시행과정 검토를 통해 한국의 노인케어 정책에 시사점을 제공할 수 있기 때문이다. 연구내용은 각국의 노인복지중 보건·의료·간호서비스와 관련된 노인케어시설정책을 중점적으로 조사·비교하였고 특히 장기케어시설의 체계, 입소의 조건, 비용의 부담방식, 재정, 직원의 배치 등을 시행하는 과정에서의 법적, 제도적 장치 설치기준, 향후과제 등을 비교 분석하였다.

자료가 불충분한 가운데 연구를 수행하였기에 구체적인 정책의 대안보다는 단지 Macro측면에서 기초자료를 제공하는데 만족해야 했으며 다음과 같은 제약점을 인식하고 수행하였다.

첫째, 각국의 사회문화적 배경이 다르고, 노인케어시설의 명칭과 정책방향이 또한 다르기 때문에 단순비교가 어려웠다.

둘째, 대상국가들의 노인케어정책의 진행정도가 각각 다르기 때문에 비교척도의 일률적인 적용에 한계가 있었다.

셋째, 정확한 비교를 위해서는 비교시점이 일치되어야 하나 자료수집의 제약으로 각국마다

비교시점이 다소 차이가 있어 연구의 한계점을 드러내고 있다.

넷째, 기존의 문헌중심으로 본 연구를 수행하였으므로 각 국가의 미비자료에 대한 보완이 충분히 이루어지지 않은 상태에서 국제비교가 이루어졌기 때문에 미흡한 점을 발견할 수 있다.

II. 한국 노인케어시설의 현황분석

1. 고령화의 추이

노인의 건강문제는 노후의 가장 큰 관심중의 하나이며 노인은 다른 연령층에 비해서 유병률이 매우 높고, 만성퇴행성 질환으로서 의료 요구도가 높지만 현 보건의료문제에 적절히 대응하지 못하고 있는 상황이다.

한국의 평균수명은 1960년에는 71.2세로 상당한 증가를 보였으며, 2020년대에는 77.0세로 연장될 것으로 추계되고 있으며 1997년말 현재 노인인구는 6.2%에 이르고 있으며 <표2-1>에서 보는 바와 같이 2000년대에는 7.1%로 UN이 분류하는 고령화 사회에 진입할 것으로 예측된다.

<표2-1> 노인인구의 증가추이

	1997	2000	2005	2010
총비율	6.3	7.1	8.7	10.0
65-69세	2.5	2.9	3.4	3.5
70-79세	2.9	3.2	4.0	4.9
80세이상	0.9	1.0	1.3	1.6

자료: 통계청 「장래인구추계」, 1996

2. 노인 보건시설 정책의 변천

노인보건복지정책이 삼국시대부터 보이기 시작하나, 고려시대 조선시대를 거쳐 일제시대까지 주의깊게 논할 제도적 장치가 미비하므로 생략하고 해방이후의 변천과정을 간략히 보면 1950년대는 단순한 노인구호사업으로 전개되었고, 1960년대는 노인구호사업에서 노인복지로 전환했다는 점, 1970년대에는 제도적 장치 마련 시작 시기로, 1980년대는 노인복지보건제도의 기틀 마련 시기 그리고 1990년대에는 실질적인 노인복지정책의 시도로 구분할 수 있다. (현외성, 1993)

3. 노인케어시설에 대한 제도적 장치

(1) 행정조직

노인케어시설의 운영과 체계는 보건복지부에 사회복지정책실이 있고 그 밑에 사회복지심의관이 있다. 그리고 노인복지심의관 아래에 노인복지과가 있으며 노인복지에 관련된 업무를 보고 있으나 가정복지과, 생활보호과, 복지정책과, 복지자원과 등과 연계하여 업무를 수행하고 있다. 지방 단체의 노인관련 행정기구는 보건복지부의 가정복지심의관과 관련하여 업무를 연계하는 시·도의 가정복지국이 있고, 시·군·구의 경우는 가정복지과가 있다. 최하위 말단 기관 즉, 읍·면·동에는 사회담당전문요원과 가정복지담당자를 두어, 대상노인과 일선 시설을 연결시키고 있다.

(2) 노인케어시설의 종류

노인케어시설에는 크게 양로시설과 요양시설이 있는데 양로시설에는 무료, 실비, 유료양로 시설로 구분되고 요양시설에는 무료, 실비, 유료요양시설로 구분되고 있으며 <표2-2> 그 외 노인복지회관과 유료노인복지주택이 있다.

〈표2-2〉 노인케어시설의 현황

	무 료 양로시설	무료노인 요양시설	실비양로 시 설	실비노인 요양시설	유료양로 시 설	유료노인 요양시설
시설수	87	50	3	12	12	1
정 원	6,801	4,478	150	777	774	62
현 원	4,628	3,401	82	502	348	35

보건복지부, 보건복지백서, 1997. 12.

4. 노인케어시설의 재정운영

노인케어시설에 대한 재원을 일반국민의 세금에 의하여 이루어지고 있으나 최근에는 노인 케어시설이 민간 부문으로 확대되어 다양한 형태의 민간 재원이 이용되고 있다. 그리고 그 재원의 양식이 사회의 복잡화와 각종 준조세의 형식으로 전체 사회보장예산액에서 노인복지 비용으로 지출되는 비율은 1990년 2.5%에서 1993년에는 3.4%로 점점 높아져가는 추세에 있다. 그러나 사회복지서비스예산액에서 노인복지비용이 차지하는 비율은 1990년 33.3%, 1991년에는 28.2% 그리고 1994년에는 21.9%로 그 기복이 심함을 알 수 있다. (보건복지부, 1996) 이는 노인복지에 대한 예산지출의 일관성과 지속성이 없음을 나타내 주는 것이라고 할 수 있다.

Ⅲ. 각국의 노인 케어시설정책

1. 일본

(1) 고령화 추이

최근의 노인문제는 인구의 고령화, 세대규모의 축소, 여성 고용기회의 확대, 그리고 부양의 식의 변화로 인한 가정에서의 개호력 저하 등으로 더욱 복잡해지고 있다. 일본의 65세 이상 노인 인구는 1995년 현재 전체인구의 14.5%를 차지하고 있으며 2000년에는 17%로 증가되고

2020년에는 15.5%에 이를것으로 추산되고 있다.(일본 총무청, 1995)

이러한 인구 고령화는 세계에서 유례가 없을 정도로 빠른 속도로 진행되고 있어 더욱 심화될 것이다. 따라서 일본의 노인복지는 단지 케어시설 뿐만 아니라 건강한 노인에게까지도 노후생활의 만족과 삶의 보람을 가질 수 있게 하는데 있으며, 이를 위하여 고령사회에 부응한 각종 사회복지 프로그램이 활발히 전개되고 있다.

(2) 노인케어시설정책의 역사적 고찰

일본의 노인복지대책은 노인복지법이 제정되기까지 1874년 규율규칙과 1920년 구호법에 의해 구제·보호의 수준에서 실시되었으며, 2차대전 후에는 1946년의 생활보호법(구법)과 1950년대의 생활보호법(신법)에 의한 보호측면에서 실시되었다. 그러나 그 수준은 구법칙의 보호적 원조에 지나지 않았고, 1963년 노인복지법이 제정됨으로써 노인복지의 향상을 꾀하는 시책이 체계적으로 추진되게 되었다.

1976년 2월 후생대신의 사적 자문기관으로 노인보건의료문제간담회가 설치되어 노인보건의료 대책의 방향에 관한 의견서를 1977년 10월 후생성에 제출하였고, 후생성은 그 취지에 입각하여 1978년부터 1982년까지 노인건강진단, 노인의료비지급제도, 재택노인기능회복훈련사업, 노인건강상담사업, 재택노인가정간호방문 지도사업을 내용으로 하는 노인보건의료종합대책개발사업을 시범지역을 통해 실시하도록 하였다. 1988년 임시국회에서 장수 복지사회를 실현하기 위한 정책의 기본방향과 목표에 관한 복지비전이 제시되었으며, 일본정부는 1989년 12월에 고령자 보건복지 추진 10개년 전략을 세워 재택복지, 시설복지 등의 사업을 실현하기 위하여 후생성, 재무성, 자치성의 합의하에 설정하여 고령자 보건복지 기반을 조성하였다. 그 후 10개년 전략을 추진하기 위하여 노인복지법을 개정하였고(1990년 6월), 1993년부터 입소조치권을 도·도·부·현(특별시·시·도)에서 시·점·촌(시·읍·면)으로 이양함과 동시에 시점촌 및 도도부현의 노인보건복지계획을 수립하고, 원활한 시행을 도모하기 위한 기반 정비를 도모하였다.

1994년 3월 28일에 고령사회를 향한 21세기의 복지비전이라는 의견서가 제출되었고 12월에는 새로운 보호시스템구축이라는 보고서를 작성하여 이를 토대로 1995년 7월에는 새로운 고령자 보호시스템에 관해서라는 제목으로 노인보건복지 심의위원회의 중간보고서가 작성되었는데 그 내용은 적절한 공공비를 부담하는 사회보험방식에 의한 고령자 보호시스템을 구

체적으로 검토하는 것이다. 후생성에서는 이들 보고서를 바탕으로 구체적인 대책을 검토하고, 향후 활력있는 복지사회 실현을 위해 더욱 매진하고 있다. (Ikegami Naoki, 1995)

(3) 노인케어 시설에 대한 제도적 장치

1) 행정조직

노인복지에 관한 정부 행정기관은 후생성이며, 노인보건복지국이 그 사무를 담당하고 있다. 노인복지를 관장하는 노인보건복지국은 본격적인 고령화사회의 도래와 점차 증대하고 있는 고령자의 다양한 요구에 대응하기 위해 보건·의료·복지의 각종 서비스의 연계와 강화가 필요함에 따라 설립되었다. 이것은 1988년 7월에 노인보건복지국으로 승격되어 현재에 이르고 있다.

2) 노인보건법

일본의 노인 보건법은 국민의 노후에 있어서 건강의 유지와 적절한 의료의 확보를 피하기 위해 질병의 예방, 치료, 기능훈련 등의 보건사업을 종합적으로 실시하여 국민보건의 향상 및 노인복지의 증진을 꾀하는것을 목적으로 하고 있다. 본격적인 고령화 사회에 대비하기 위하여 장년기 이후를 대상으로 하는 보건사업을 총괄, 노인의료와 연계시킴으로서 종합적인 보건의료 서비스를 제공함과 동시에 필요한 비용은 국민이 공평하게 부담하는 것을 목표로 1982년 8월에 제정되었다.

3) 보건사업

노인보건법에 준한 보건사업은 장년기의 건강증진을 위한 1982년 8월에 책정한 제 1차 5개년계획, 1987년부터 시작된 제2차 5개년계획, 1992년부터 시작된 제3차계획에 의해 추진되어왔다.

4) 와상노인 제로작전

1990년부터 시작된 고령자 보건복지 추진 10개년 전략(골드플랜)의 주요한 내용으로서 와상노인 제로작전이 있다. 이것은 2000년에는 약 백만명으로 예측되고 있는 와상노인에 대응하기 위하여 와상노인은 예방될 수 있다라고 하는 의식을 국민에게 주지시켜 21세기에는 와

상노인이 생기지 않도록 하기 위한 것이다.

(4) 노인케어시설의 운영체제와 재정운영

1) 운영체제

정부는 1999년까지의 고령자 보건복지추진 10개년 전략을 세워 1993년 4월부터는 지역의 실정에 맞는 서비스제공을 위해 모든 시도부현, 시정촌에 있어서 고령자의 요구를 감안하여 향후 보건복지서비스의 구체적인 목표를 설정하는 노인보건복지계획을 시도하고 있다. 고령자 보건복지추진 10개년계획에 설정된 사업 및 복지시설의 내용은 다음과 같다. (후생통계협회, 1995)

- (a) 재택서비스 : Home Helper, Short Stay, Day Service, 재택개호지원센터가 있다.
- (b) 시설서비스 : 특별양호노인홈, 노인보건시설, 케어하우스, 고령자생활복지센터가 있다.
- (c) 노인보건시설 : 노인에 대한 의료서비스와 생활서비스를 병행하여 제공하는 것으로서 1986년에 성립된 노인보건법 등의 일부를 개정하여 창설된 것이다.
- (d) 노인방문간호제도 : 1991년 9월 노인보건법 개정에서, 개호를 필요로 하는 노인이 가정에서도 안심하고 요양생활을 할 수 있도록 주치의와의 연계하여 방문간호서비스를 제공하는 시스템으로써 노인방문간호제도가 창설되었다.
- (e) 치매노인대책 : 현재 초고령화 사회를 앞에 둔 일본에서 치매 노인의 수는 1990년 현재 가정에 약 74만명, 병원, 노인홈 등의 시설에 약 25만명 합계 약 99만명으로 65세 이상의 인구수의 6.7%에 해당하는 것으로 추계된다.
- (f) 노인병원 : 의료법에 의한 시설로써 특례허가병원과 특례허가외병원으로 구분된다. 특례허가노인병원은 65세 이상의 노인으로서 수술을 필요로 하거나 만성기의 환자가 약 70%이상인 병원으로 일반병원에 정해져 있는 정원기준을 완화한 것이며, 특례허가외 노인병원은 매년 4월 1일에서 다음해 3월 31일까지의 기간에 70세 이상의 노인의 수용 비율이 60%이상인 병원을 말한다.

노인병원은 노인을 위한 전문시설이기보다는 일반병원보다 의사수 간호사수를 줄여도 상관없다는 식으로 의료의 질을 떨어뜨릴 뿐이라는 비판도 있다. 1991년 전체 병원수는 10,096인데 노인병원수는 약 11%에 해당하는 1,197개이다. 최근 일반병원수는 감소되는데 비해 노인병원은 증가하고 있는 것이 특징이다. (후생통계협회, 1995)

2) 재정운영

(a) 노인케어시설 요양비

70세 이상의 의료보험의 가입자 및 65세 이상 70세 미만의 거동불편 등의 상태에 있는 자(노인의료수급대상자)등이 노인보건시설을 이용할 경우, 시정촌장이 필요하다고 인정한 경우는 노인보건시설 요양비를 지급하며, 실제로는 현물급여화되어 있다.

(b) 노인케어시설 요양비의 비용부담과 지불

요양비의 지급대상이 되는 서비스는 노인의료급여와 동일한 부담비율에 의해 부담된다. 요양비의 부담율은 지금까지 국가 20%, 도도부현 5%, 시정촌 5%, 보험자 70%로 되어 있으나 법개정에 의해 국가 4/12, 도도부현 1/12, 시정촌 1/12, 보험자 6/12으로 되어 공비부담 비율이 높아졌다.

보험자 부담분은 의료비 각출금에 포함되어 있으며, 노인케어시설요양비의 의료비각출금의 교부는 지불기금이 하고, 시정촌이 사회보험진료보수지불기금, 국민건강보험 연합회에 위탁하여 노인케어시설에 지급한다.

2. 스웨덴

(1) 고령화의 추이

1993년 12월 현재 스웨덴의 인구는 8,591천명으로 이중 65세 이상의 인구가 17.4%를 차지하고 있다. 노인들 대부분이 연금생활자이며 취업상태에 있는 노인의 비율도 한국에 비교하여 매우 높은 편이다. 그리고 평균수명은 여성이 80.2세, 남성이 74.4세로 한국보다 약간 높은 편이다. 65세 이상의 인구는 2000년까지는 큰 변화가 있을것으로는 보이지는 않으나, 2020년까지 65세 이상의 후기노인층의 증가이고 그 중에서도 90세 이상의 인구는 50%정도 증가할 것으로 예상되고 있다. (FS, 1991)

(2) 노인케어시설정책의 역사적 변천

스웨덴의 노인케어시설정책은 인구의 고령화와 청년세대인구의 감소로 인하여 개호인력이 부족하여 1950년대 이전부터 시작되었다고 볼 수 있다. 현재와 같은 제도가 단시일내에 이루어진 것이 아니고 시행착오를 여러번 거쳐 정책변경이 이루어진 과정의 결과로 스웨덴의

노인케어시설을 생각할 때 재택케어를 빼놓을 수 없다. 노인홈에 관한 것은 1918년 구법령의 규정으로 각 지역에 노인홈의 설치가 의무화되면서 부터였다. 1974년에는 노인홈으로서의 서비스하우스의 개축을 위해 주택건설자금융자제도가 신설되어 그 질적 향상이 비약적으로 이루어졌다. 그 후 1980년대부터는 노인홈의 신축은 억제되었고 서비스하우스에 가까운 거주시설의 건축이 늘어났다. 현재 남아있는 노인홈은 개량중에 있으며 그 질적 수준이 일반거주주택 수준으로 되어가고 있다. 서비스하우스는 케어촌 주택의 의미이며 주로 일상생활에 대한 케어를 받으면서 재택생활을 하는 것이 가능한 곳이다. 형태는 집합주택, 취미실, 진찰실 등을 갖춘 주간보호소이다. 노인을 대상으로 서비스하우스가 일반적으로 보급된 것은 1972년 보건사회청으로부터 나온 노인을 대상으로 하는 서비스하우스계획 지침의 발표 이후이다. 전에는 이 시설이 여러 이름으로 불리었으나 서비스하우스라는 명칭으로 통일된 것은 1982년 사회서비스법의 규정 이후이다. 서비스하우스는 일반 노인대상의 주택과 개호상태인 노인을 대상으로한 개호동형태 그리고 1980년대 전반까지 세워진 Day Center이다.

(3) 노인케어시설정책의 제도적 장치

스웨덴의 노인케어정책의 중심은 원칙적으로 재택케어이다. 즉 그 중심이 시설케어로부터 재택케어로 전환되었다. 이러한 경향은 1980년대에 들어오면서 더욱 현저하게 되었다. 그리고 노인서비스공급의 기본적인 방침은 자립생활을 하도록 하는 것이라고 할 수 있다. 다시 말해서 서비스의 공급은 본인의 생활원조를 위한 것이어서 생활하는데 무엇이 필요한가를 최우선으로 고려하고 주요 시설로는 ① 재택 ② Service House ③노인홈 ④ 집단주택 ⑤ 너싱홈 등이며 중요한 것은 재택으로부터 너싱홈에 이르기까지 각각 연계성을 가지고 있다는 것과 신체상황이나 기타 필요에 따라서 각 장소를 자유로운 이동이 가능하다는 것이다.

(4) 노인케어시설의 재정운영

노인케어를 위한 재원의 대부분은 각종 조세수입에 의해 이루어지고 있다. 이렇게 세금으로 충원된 재원은 정부, 지방, 지역 차원으로 각각의 책임과 역할분담이라는 이중적인 구조로 운영되고 있다. 1992년 노인케어에 소요되는 정부차원의 수입을 보면 조세수입이 약 60%이며 조세수입은 주로 소비과세와 부가가치세로 되어 있다.

지출중 대부분은 사회성 관련 비용이며 이 비용은 1992년도 총예산에서 17.7%를 차지하고

있다. 그 중 반이상이 기초연금으로 지출되고 있다. 수입에 있어서는 보조금수입 등과 이용자부담금이 있으며, 지출에 있어서는 직원인건비와 사무비등이다. 수입에 있어서는 93%가 보조수입이며 이용자부담에 의한 수입은 7%정도이다. 현재 수입의 75%가 인건비로 지출되며 지출비용 중 직원급여의 부담이 계속 증가하고 있다. (Owe Ahlund, 1993)

비용의 확보를 위해서는 시민의 지방세부담률에 관한 조정이 필요하지만 현재 지방세의 인상 동결을 법률로 규정하고 있어서 모든 자치단체는 현재의 세율을 유지하여야 한다고 규정되어 있다.

3. 미 국

(1) 고령화 추이

미국은 낮은 출산율과 낮은 사망율 등으로 인해 급격한 인구변동을 겪으면서 인구의 고령화 현상을 경험하고 있다. 미국의 65세 이상 노인인구는 1900년에 전체인구 중 4.1%로 1920년대까지 완만한 증가를 보였다. 그러나 1930년대 이후 노인인구는 증가추세를 보이다가 1950년대에는 노인인구가 전체인구의 7%를 넘는 고령화사회에 접어들기 시작했다. 1960년에는 전체인구 중 노인인구가 9.2%였으며 1970년에는 9.8%에 이르렀다. 1980년 이후 인구의 고령화 추세가 더욱 두드러져 1980년에는 노인인구가 11.3%였고 1990년에는 12.6%였다. 한편 노인인구의 성장은 1990년대 다소 완화될 전망으로 이는 1930년대 대공황시기 동안 출생율의 상대적인 감소에 기인한다고 할 수 있다. 가장 급격한 증가는 2010년과 2030년에 사이로 예측되는데 이는 7백5십만의 베이비 붐세대(1946-1964년)가 65세에 진입하게 되는 시기임을 반영한다. 즉 2010년에 13.3%, 2020년에 17.5%, 2025년에는 20.0%가 될 것으로 예측되는데, (U.S, Bureau of the Census, 1994) 이는 미국인 5명 중 한 명이 노인인구에 해당된다는 것을 의미한다.

(2) 노인케어시설 정책의 역사적 고찰

제1회 노인문제 대책 협의회가 1961년 백악관에서 열렸으며, 1965년에는 노인복지법(Older Americans Act), 메디케이드(Medicaid), 메디케어(Mdicare)의 새로운 법안이 마련되었다. 1971년 제2회 노인대책 협의회에서 노인복지서비스의 질향상과 노인에 대한 소득보장제도의

정비에 관한 논의가 있었다. 그 결과 1972년에 노인에 대한 연금급여액의 20%를 인상하고, 그 후의 인상률은 물가상승률에 비례하여 정하기로 했다. 1974년에는 저소득층 노인을 구제하기 위한 보충적 소득보장 프로그램 법안인 Title 20이 연방의회에서 가결되었다. Title 20 법안 중에서 노인에 대한 사회서비스의 규정이 행해지고 모든 노인이 서비스를 받을 수 있도록 보장하고 있다. 특히 재택복지서비스의 질향상을 목표로 하여 서비스의 확장이 규정되었다. 1981년에 포괄예산조정법(Federal Omnibus Budget Reconciliation Act, 1981)에서 Title 20은 사회서비스 연방정부 포괄보조금 프로그램으로 변경되었다. 이에 의해 노인에 대한 사회서비스의 정부 비용부담률이 연방정부가 100% 부담에서 80%가 되고, 나머지 20%를 주정부가 부담하기로 되었다. 1985년까지 노인에 대한 복지제도가 정비되었고, 1980년대 후반에 노인케어시설에 관한 법안이 마련되었다.

(3) 노인케어시설에 대한 법적·제도적 장치

미국의 노인케어시설 정책과 관련된 프로그램은 사회보장법 Title 18, Title 19, Title 20과 노인 복지법에 근거하여 만들어졌다. 이 프로그램들은 기본적으로는 노인의 재택복지 및 지역사회케어를 촉진할 목적으로 만들어졌으나 너싱홈의 이용률이 높아지는 최근에는 너싱홈 이용자의 부담액을 경감하는데 이용되고 있다.

1) 메디케어(Medicare)

메디케어 프로그램은 연방정부에 의해 운영되고 있으며, 사회보장법 Title 18에 근거하여 만들어진 프로그램으로서 노인이나 신체·정신장애자의 급성질환에 따른 의료비의 환자부담액을 덜어주기 위하여 설치된 제도이지만 노인의 너싱홈에 대한 자기부담액을 경감하는데도 이용하고 있다. 메디케어프로그램에서 지불된 비용 중 57%가 입원비이고, 5%는 가정건강비, 1%가 너싱홈 비용이며, 37%가 기타로 되어있다. (AHA, 1991)

2) 메디케이드(Medicaid)

메디케이드는 주정부가 운영하고 있으며 이 프로그램의 수급자격자는 저소득 노인, 신체·정신 장애자, 18세 이하의 아동이 있는 저소득 가족이고 최저한도의 의료비 원조를 받을 수가 있다. 메디케이드에서 지불되는 의료비는 병원입원비, 외래통원비, 의료검사비, 너싱홈비용, 가정건강보호비용 등이 있다. 재원의 운영상 메디케이드와 메디케어는 큰 차이가 있다. 메디케어는 연방정부가 운영하지만 메디케이드의 운영은 주정부가 한다. (U.S., Senate,

1992)

3) Title 20

사회보장법 Title 20은 모든 노인에게 대한 사회 서비스에 관련되는 상황을 명확히 규정하고 있고 노인의 자립과 노인의 부적절한 시설 입소를 방지하기 위하여 만들어진 것이다. 따라서 이 법에 근거한 프로그램은 지역복지프로그램, 재택케어프로그램 등이 있다. Title 20에 근거한 프로그램은 그 지역의 인구에 비례하여 분배되는 연방정부의 포괄적 보조금으로 운영된다.

4) 노인복지법 (Older Americans Act)

노인복지법은 1965년에 제정되었고 수차례 개정이 이루어졌다. 이 노인복지법은 연방정부가 주정부에 노인복지예산을 분배하는 것에서부터 노인생활의 질적 향상을 목적으로 하여 입안된 것이다.

(4) 노인케어시설의 운영체제와 재정운영

1) 노인케어시설의 운영체제

미국의 노인케어시설은 단기케어시설로서 일반병원(General Hospital), 재활센터(Rehabilitation Center), 일반시설센터(Intermediate Care Facility Center) 그리고 장기케어시설로서 전문요양시설(Skilled Nursing home), 호스피스(Hospice) 등이 있다.

2) 노인케어시설의 재정운영

연방의회 예산국의 추계에 의하면 1985년 현재 노인장기케어의 공적비용과 사적비용의 총액이 449억 달러에 이르고 그 중 358억달러가 너싱홈, 91억달러가 가정보건 서비스의 지출로 되어 있다. 또한 너싱홈비의 358억 달러중 연방 혹은 주정부에 의해 지불된 것은 49.1%이고, 자기 부담액은 49.4%이며 개인적으로 가입하는 너싱홈 보험에서 지불되는 것은 1.5%였다.(Hing E., 1989) 최근에 너싱홈에서 1인당 연간 비용이 약 18,000달러가 되고 그 중 자기 부담액이 크기 때문에 연방의회는 자기부담액의 시정을 검토하기 시작했다.(HEW, 1992)

4. 호 주

(1) 고령화의 추이

호주의 65세 노인인구 1996년 현재 12.0%로 1986년 10.5%보다 1.5%의 증가율을 보였지만 2006년에는 12.8%로 그 증가율은 다소 둔화되나 2016년에는 16.0%, 2026년에는 20.0%로 노인인구가 급증할 것으로 추계된다. 이와같은 노인인구의 증가는 80세 이상의 고령화 인구가 계속 증가할 것으로 예상되기 때문이다.

따라서 현재 호주는 노인케어정책을 결정하는데 65세 이상의 노인인구 증가율보다는 80세 이상의 노인인구의 증가에 많은 관심을 기울이고 있으며, 특히 최근에는 고령자의 장애등급을 고려한 노인케어정책이 중요한 요인으로 지적되고 있다.

고령화와 장애에 관한 1988년 호주의 ABS조사 결과를 보면 장애자 중 35%가 70세 이상 노인이었으며, 노인인구별로 보면 60-69세까지는 17%, 70세-79세까지는 36%, 80세 이상은 55.8%로 장애비율이 나이가 올라갈수록 높아지고 있음을 알 수 있다.

(2) 노인케어시설 정책의 역사적 고찰

호주 연방정부는 1954년 Aged Persons Home Act의 제정을 통해 입소 Home Service에 관심을 갖게 되었다. 그후 노인의 장애에 대한 관심을 가져 1974년에는 Aged and Disabled Persons Home Act를 제정하기에 이르렀다.

1960년대 시설보호정책의 개발이 가속화되어, 1966년에 연방정부는 너싱홈에 대한 재정원조를 증가시켰다. 1954년 노인홈법이 제정된 이래 1972년까지 너싱홈의 병상수가 현저히 증가하였다. 1973년 이후에는 노인의 문제해결을 위한 관심과 행정적 측면에서의 합리적인 관리가 서서히 도입되기 시작하였다.

1985년에는 “Aged Care Reform Strategy” 라는 10개년 계획이 수립되었다. 이 계획에서는 전체 케어를 참작하여 균형을 이루도록 지역케어와 시설케어의 연결, 그리고 지역케어를 핵심으로 하여 너싱홈에서 호스텔로의 변형을 추구하기 시작하였다.

1986년에 너싱홈과 호스텔의 검토에 의한 시설보호와 1987년에는 너싱홈 성과기준을 연방정부가 설정하였다.

(3) 노인케어시설의 제도적 장치

1985년부터 10개년 계획으로 노인케어계획을 실시하였는데, 노인케어에 대한 전반적인 정책전환이 행해졌다고 앞으로도 계속될 것이다. 그 내용을 평가하면

- ① 시설케어에서 재택케어로의 전환을 도모하기 위하여 너싱홈의 병상수를 억제하였다.
- ② 너싱홈의 본래기능인 케어의 기능을 강화하였다.
- ③ 비교적 낮은 케어를 요구하는 시설인 Hostel의 설립을 촉진시켰다.
- ④ 지역케어 서비스를 정비하였다.

특히 너싱홈이나 호스텔의 입소신청자의 입소결정심사를 정확하게 판단하기 위하여 GAT(Geriatric Assessment Team)을 편성하였다. 재정원조의 결정방법의 합리화를 위하여 재정원조방식을 만들었고, 사무경비의 표준화를 위하여 SAM(Standard Aggregated Module)을 도입하였다.

(4) 노인케어시설의 운영체계와 재정운영

노인케어 개혁에서 노인케어시설 정책을 전개하는데 있어 중요한 역할을 하고 있는 노인 평가서비스팀과 CAM, SAM 방식에 의한 재정원조방식의 근거에 의해 너싱홈의 개호기준이 만들어져 입소자결정, 보조금의 교부 등이 이루어지고 있다. 이러한 시책이 최근에는 장기보호의 구체적 내용으로서 노인케어개혁의 중요한 부분을 차지하고 있다.

1) 평가서비스 팀 (Assessment Service Team)

호주에서는 GAT(Geriatric Assessment Team)를 1987에 설치하였고, 노인보호평가팀(Aging Care Assessment Team)을 1992년부터 도입하였는데, 너싱홈의 입소희망자는 GAT와 ACAT의 평가 요건이 맞지 않는 경우에는 재정지원과 너싱홈의 입소가 불가능하다. 이로 인해 전국 요양원의 병상수가 필요적절하게 정비가 가능해졌으며, 입소자의 신체적 조건에 따라 보조금의 원조가 공평해졌다.

2) 재정지원방식의 변경 (CAM, SAM제도의 도입)

호주에서는 현재 케어시설에 입소중인 노인에 대한 케어의 의존도를 평가하여 보조금을 결정하는 방법인 GAT제도를 실시하고 있다. 이것은 종래의 입소자 1인당 얼마라는 방식인 너싱홈의 보조방식을 바꾼 것으로, 입소자의 신체적 상황과 조건에 따라 보조금을 지급하는 방식이다.

3) 호주의 노인케어시설 정책분야의 재정 동향

1985-1986년과 1990-1991년 사이의 노인케어 재정지출을 보면 HACC에 대한 재정지출의 비율의 증가가 입소시설의 재정지출 증가보다 높아졌다. HACC는 1985-1986년 142,8백만 달러로 노인보호 지출액 전체의 8.1%를 그리고 1990-1991년에는 278,9백만 달러로 노인케어지출 전체액의 12.4%였다.

케어시설의 재정지출을 보면 1985-1986년 요양원의 재정지출액은 1429,9백만 달러였는데, 1990-1992년 너싱홈의 재정지출은 1556,6백만 달러로 그 증가율이 8.8%였다. 이에 비해 Hostel의 재정지출은 같은 기간내 증가율이 127.4%로 높은 증가율을 보였다. 이와 같이 재정지출액의 증가율은 Hostel이 높았는데, 그 이유는 너싱홈의 병상수를 줄이려는 정책에서 비롯되었다.

노인케어의 시설인 Hostel과 너싱홈은 기본적으로 입소할 때의 계약에 의해 지불하는 입소자의 이용료와 공적부조에 의한 재원조달로 운영되고 있다.

5. 영 국

(1) 고령화의 추이

영국은 비버리지 보고서에서 요람에서 무덤까지라는 표현으로 완벽한 사회보장의 추구를 국가정책의 기본이념으로 하고 사회복지를 실현하기 위해 노력해 왔다. 그 결과 국민들에 대한 사회보장의 기틀이 유럽의 여러 국가들 보다 앞서고 있다고 보이며, 노인케어 역시 모범적인 모습을 보여왔다고 할 수 있다. 그러나 서구 선진국들과 마찬가지로 경제발전으로 따른 소득수준의 증가, 의학의 발달, 건강에 대한 인식제고 등으로 인구의 고령화 현상이 날로 심화되어 국가 문제로 대두되었다. 인구통계에 따르면 1960년대초 전체인구 중에서 65세 이상 노인인구가 12%에 달하였고, 1981년에 약15%, 1989년에는 15.8%가 되었다. 그리고 앞으로의 인구동태의 추세로 이 비율은 약간 줄겠지만, 전후의 베이비붐 세대가 고령화에 달하면 다시 상승하여, 2025년에는 약20%에 육박할 것으로 전망된다. 또한 후기노인 75세 이상의 비율도 증가하여 필연적으로 케어가 필요한 노인, 치매성 노인의 비율도 증가할 것이다. (Cohen M., 1988) 이에 따라 국가는 증가하고 있는 노인인구를 위한 노인케어시설에 대한 관심이 증대하게 되었다.

(2) 케어시설정책의 역사적 변천

케어시설에 관한 주요한 법률을 제2차세계대전 이후 살펴보면 다음과 같다.

- 1) 국민 보건서비스법(National Health Service Act, 1946)
- 2) 국민부조법(National Assistance Act, 1948)
- 3) 국민 부조법의 개정법(National Assistance Amendment, 1962)
- 4) 시봄 보고서 (Seebohm Report ,1968)
- 5) 지방당국 사회서비스법(Local Authority Social Services Act, 1970)
- 6) 월훤덴 보고서(1978)
- 7) 등록 입주시설법(Registered Act, 1984)
- 8) 국민보건서비스와 지역보건법(National Health Service and Community Care Act, 1990)

(3) 노인케어시설 정책에 대한 제도적 장치

영국의 노인케어시설정책은 의료행위를 행하는 너싱홈(Nursing Home)와 의료행위를 행하지 않는 레지덴셜 케어홈(Residential Care Home)으로 구분할 수 있다. NH는 민간에서 세운 것과 지방자치제에서 세운 것이 있으며, 공급되는 서비스는 등록시에 결정된다. RCH 역시 민간에서 세운 것과 지방자치제에서 세운 것이 있으며, 공급되는 서비스는 미리 정해진다.

1984년에 제정된 입주시설법은 NH, Mental NH, RCH를 대상으로 하고 있으며, 등록조건, 등록대상 시설의 규정 및 관리기준과 직원들의 배치기준도 규정하고 있고, 전국적으로 최저수준이 확보되도록 되어있다. 동법에 따라서 관할 장관이 구체적인 조건이나 금액을 제시한 세부규정들을 작성하고 통지나 명령을 행하는 권한을 가지고 있다. 동법에 대한 지방수준은 RCH의 경우 1984년 등록입주 시설법과 관할장관이 작성한 세부규정들에 근거하여 초안이 작성된다. 이 초안을 근거로 각 지구의 관계자와 협의가 행해지고 최종적으로 하나의 가이드라인인 RCH기준이 작성된다. 한편 NH는 중앙 관할 부서에서 전반적인 규정 등을 정하고, 이 규정을 근거로 지역보건부가 지침을 작성한다.

이상과 같이 중앙 수준에서는 대체적인 기준에 따른 법률이 만들어지고 구체적인 세부지침 사항들은 각 부서의 령이나 세부규정들로 작성되며, 이에 근거하여 각 지방 담당 기관이 지침을 작성하는 것이 일반적이다. 만약 해당 시설이 요구수준을 충족치 못하는 경우에는 관

리자는 개선 명령을 할 수 있고, 명령에 따르지 않는 경우에는 등록을 취소 할 수 있다.

NH의 규정은 RCH와 비교하여 관리자에 대한 권한이나 설치 기준이 상세히 규정되어 있기 때문에 대개의 경우 등록을 받고 싶다고 생각하는 단체나 기업은 신축, 개축 계획의 초기 단계에서부터 관리자에게 조언을 받도록 되어있다.

(4) 노인케어시설의 운영체제와 제정운영

65세 이상의 노인인구는 1981년에 약 15%에 달하고, 1989년에는 15.8%로 큰 변동은 없었지만 베이비붐 세대가 고령화에 달하면 다시 상승해서, 2025년에는 18.7%가 될 것으로 예상된다. 후기노인 75세 이상의 비율도 증가하여 필연적으로 케어가 필요한 노인, 치매성 노인의 비율도 증가할 것으로 보인다. 이러한 노령인구의 급증이 너싱홈 등 케어시설의 사회적 수요를 만들어 내는 요인이라고 할 수 있다.

중앙정부에 있어 사회보장에 관련된 재원은 사회보험(National Insurance Contribution)이다. NIC는 소득에 따라서 지불하는 비율이 결정되어 있다. NIC의 비율이 1993년 2월에는 주당 임금이 최저 54파운드에서 최고 405파운드까지가 몇 개의 범주로 분류되어 부담률이 결정된다. 405파운드 이상의 경우에는 최고 한도를 넘어도 부담은 없다.

6. 독일

(1) 고령화의 추이

동독과 서독의 통일로 독일은 사회경제적으로 많은 변화가 있었다. 현재 독일의 고령화율은 15%이며 앞으로 이 비율은 크게 증가할 것으로 본다.

통일후 실업률이 계속 증가하여 사회적인 문제로 대두되었으며 구동독 인구가 구서독으로 유입되면서 실업문제가 더욱 부각되었다. 또한 구동독지역의 산업시설 발달과 생활환경의 변화로 전문직종의 인력양성에 문제가 되었다. 그 중에서 보건·간호·복지등의 사회서비스 전문직의 양성이 시급하게 요청되었다. 특히 60세 이상 노인중에서 200만명이 케어를 필요로 하기 때문에 노인케어 간호인력이 부족한 실정이다. 200만명의 요보호 노인 중 80%가 재택 케어를 받고 있으며, 14%가 시설 케어를 받고 있다. 그리고 이들 중 14%정도가 민간복지단체에서 원조내지 케어를 받고 있다. (Statistics Jahrbuck, 1992)

(2) 노인케어시설정책의 역사적 고찰

1) 케어홈제도

최근 노인케어제도를 말할 때 케어보험제도를 떠올리게 된다. 구서독에서 1988년에 실시된 의료보험제도는 재택케어 대상자에게도 의료보험의 혜택을 받을 수 있도록 하였다. 그 이유는 보험재정의 고갈 때문으로 해석된다.

2) 현 지방정부 노인계획 (Bunder Alter plan)

지방정부의 시설케어, 재택케어, 고령자 사회참여 활동등이 연방공적 부조법에 의하여 실시되고 있지만 연방정부 차원의 지원은 없다. 그러나 1992년 노인의 자립유지와 사회활동을 촉진시키기 위하여 연방고령자 계획이 수립되었다.

3) 성년자 보호법의 시행과 고령자의 인권보호

1992년 1월 1일부터 성년자 보호법이 시행되어 성년자이면서 금치산자인 경우와 장애인인 경우 이들을 보호하게 되었다. 이 법은 노인케어의 입소자 대리인이 케어에 대한 권한을 행사할 수 있다. 이 제도에 따른 각주의 반응이 각각 다르게 나타났는데 뮌헨시의 경우 행정기관이 대리인 사무소를 개설하고 있다.

(3) 노인케어시설에 대한 제도적 장치

1) 홈법의 제정

독일의 노인케어시설정책은 1974년에 수립되었는데 이 가운데 홈법의 제정이 그 핵심을 이루고 있다. 이 홈법의 목적은 홈의 이익과 권익을 보호하며 입소자와 시설측의 대화촉진이다. 또한 이 홈법의 대상은 공적노인 케어시설, 민간 비영리 케어시설, 민간영리 케어시설 등에 차이를 두지 않고 적용하고 있다.(전국사회복지협의회, 1992)

2) 노인케어시설

노인에 대하여 실시하고있는 케어시설은 Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim, 복합시설, 노인병원, 노인병동을 들 수 있다.

(4) 노인케어시설의 운영체계와 재정운영

1) 케어시설의 수입과 지출

노인케어시설의 재정은 경영주체가 공립, 비영리, 사회복지단체, 사립등 세 분야로 나누어

생각할 수 있다. 어떠한 형태이든 원칙적으로 계약에 의하여 입주하는 방식이기 때문에 입주자 개인의 부담비율이 어느 정도 있으며 형태에 따라 그 차이가 있다.

대체로 복지 단체가 운영하는 노인케어시설과 비슷하지만 필요경비의 공적부조는 없다. 따라서 입거자의 입소비와 자체비용 조달로 재원을 마련하고 있다. 이 단체가 운영하는 시설의 인건비는 매년 상승하고 있는데 그 이유 중의 하나가 입소자의 중증화와 치매노인의 증가이다. 인건비 이외에 사무경비와 사업비(Day-Room의 활용, 단체모임운영)에 지출되고 있다.

2) 시설운영에 소요되는 재정

시설운영 재정의 상황에 대하여 사회복지 단체가 경영하는 개호홈의 예를 들어 개략적으로 살펴보면 시설의 운영재원으로서 가장 큰 것이 입소자의 시설이용료이다. 이 이용료에 의하여 시설경비의 80%정도를 조달하고 있다. 개호홈 입소자의 이용료는 계속 상승하고 있으며 그 이용료의 납부금중에서 연금으로 충당하는 경향이 있다. 이용료를 착실히 납부하는 입소자는 법률로 정한 범위내에서 사회부조를 받고 있다. 또한 주택급부 등의 공적인 지원을 받는 입소자의 비율이 증가하고 있으며 공적지원을 받고 있는 입소자는 70-80%이다.

공적원조는 필요경비로서 운영비를 보조받는 것이다. 단체에 대한 원조와 시설에의 기부는 본부에서의 원조와, 시설에의 기부금이 이에 해당한다고 볼 수 있다.

한편 인건비의 상승으로 입소자 부담의 증가와 사회부조 급부율이 높아지게 되었고 입소자의 신체적,정신적 상태의 악화로 인하여 복지기기의 도입 증가 그리고 치매노인 입소자에 대한 비용증가가 시설의 재정지출을 높이고 있다.

그리고 기타 사업비와 사무비는 전체 지출비용의 15-20%를 차지하였다. 시설의 증축·개축의 경우 주 정부와 지방 자치단체가 특별히 보조하고 있다.

IV. 노인케어시설의 비교분석

1. 노인케어시설의 체계

현재 구미 선진국과 우리 나라의 노인케어시설은 각국의 역사적 배경이 상이함에도 불구하고 4개의 비슷한 체계를 가지고 있다. 각국마다 노인케어시설 체계의 한 가지는 노인홈으

로 이것은 구미 여러국에 거의 공통으로 설립되어 있다. 일본에서는 종래의 생활보호법에 기인한 양로원의 체계를 이어받은 양호노인 홈이고, 영국에서는 국민부조법에 의해 설치된 시설이 그것이고, 스웨덴에서는 컨트리노인홈이, 독일에서는 사회부조법에 준하는 아루텐하임이다. 이것은 일반적으로 공적부조를 기점으로하는 사회복지계열의 노인케어시설로 연고자가 없는 저소득 노인케어시설이다.

첫번째 체계는 노인너싱홈으로 병원으로부터 독립한 것이다. 일본에서는 노인보건 시설이고, 영국이나 스웨덴에서는 너싱홈, 독일에서는 아루텐푸라케하임(노인양로홈)이 있다.

두번째 체계는 일본의 경우 특별양로노인홈은 일반노인홈체계로부터 파생한 것이며, 특이한 노인케어시설로서 너싱홈의 계열에 반드시 들어가는 것은 아니다. 그리고 스웨덴의 Group House는 주로 치매성노인을 위한 소규모 케어시설이 딸린 시설로 종래의 너싱홈과는 다소 다른 것이다.

세번째 체계는 노인을 위한 특수병원으로 치료를 받게 하는 케어시설이다. 일본에서는 소위 노인병원이 여기에 해당되는데 서유럽의 성인병원은 종전의 위생소였던 것이 변형한 것이라고 할 수 있다.

네번째 체계는 엄밀히 케어시설이라고는 말할 수 없으나, 주택계열에 들어가는 케어시설이 딸린 것이다. 이것은 가장 새로운 형태의 것으로 재택케어시설의 대응하여 케어를 필요로 하는 노인을 위하여 설계된 주택형태의 것이다. 일본에서는 Gold Plan의 실시로 세워진 Care House가 이것에 해당되는데, 스웨덴 등에서는 Service House로서 종래의 규모가 큰 시설을 대신하는 것으로 그 수는 급증하고 있다. 또한 Hostel이나 Hospice에 해당하는 여러 가지의 노인케어시설이 있지만, 기본적으로는 위에서 살펴 본 4개 체계의 노인케어시설이 각국에 모두 존재하는데, 이것은 모두 체계화하지 않은 상태로 있으며 급속한 인구고령화에 새로운 대응이 요청되고 있다.

2. 노인케어시설의 재정운영체계

각국의 노인케어시설의 재정운영체계를 비교하는 것은 간단한 문제가 아니므로 비용부담의 구조에 국한하여 살펴보면 다음과 같은 체계로 분류할 수 있다.

첫번째 체계에 있는 노인홈은 원칙적으로 정부의 일반 재원으로부터의 지출에 의하고 있

다. 저소득층의 이용자가 대부분이므로 부담은 무료내지 그 금액이 적다. 스웨덴에서는 노령 연금이 충실한 편이어서 입소자에게는 연금급부가 없으며 다만 용돈을 지급한다.

일본의 경우 특별양호노인홈은 전액무료이지만 부담능력의 원칙에 따라 입소경비금액은 세밀하게 구분된 비용을 징수하고 있다.

두번째 및 세번째 체계에 있어서는 각국 모두 원칙적으로는 의료보장체계에 속해 있다.

일본이나 독일 등에서는 사회보험을 적용한 의료보험제도에 기반을 두어 운용되어지고 있는데, 영국, 스웨덴 등은 사회보험이 아니라 일반 회계로부터의 사회보장급부로서 지급되어지고 있어 원칙적으로 이용부담은 없다.

그리고 미국에서의 Medicare와 Medicaid는 사회보장법에 적용되는 의료보장이 행해지고 있는 것 외에는 일반의료보험혜택은 없고, 경제적으로 여유가 있는 사람이 선택한 의료를 받을 수 있는 구조로 되어 있다.

각국 모두 원칙적으로 이용자의 비용부담은 공동주택의 그것과 비교하여 케어시설이 딸린 주택이 있는 관계로 비용이 비싼 것 외에는 다른 점이 없다. 보통 국공채로 건설비용이 지급되어지고 있으며 운영비는 이용자 부담이지만, 민간아파트나 맨손보다는 싼 편이다.

3. 노인케어시설의 기준

노인케어시설 기준은 일본의 경우 1966년에 사회복지시설의 설치 및 운영 기준이 정해진 후 다섯번 개정이 되었다.

독일에서는 1974년의 홈법(Heim Gesetz)이 제정되었으며 그후 1983년 홈 최저기준법(Heimmindbau)으로 개정되었다. 다만 케어시설기준은 각 주별로 정해져 시읍면의 감사위원회가 설치되어있고 노인개호사의 활약이 두드러진다.

호주에서는 1974년의 노인 및 장애인복지법(Aged or Disabled persons Home Act)이 제정되어 최저기준을 정해 형태에 따라 규칙이 마련되어있다.

영국에서는 표준적인 시설기준이 정해져 있어 건축기준을 지킬 의무가 명시되어 있으나 각 지역사회의 독자성에 맡겨져 있다. 특히 시설의 소규모화가 진척되고 있어 섬세하고 치밀한 Program이 만들어져 있다. 한편 미국에서는 연방 및 주정부의 설립기준이 정해져 있으나 매년 서비스의 질적 저하가 되고 있는 실정이다.

각국의 시설설치 기준 및 서비스제공기준 관해 비교하면 영국은 1984년에 지정된 등록홈법은 각 홈에 대하여 등록조건, 대상시설의 규정, 스태프의 배치기준 등의 전국적인 최저기준을 설정하고 있으며, 구체적으로는 각 도가 이 등록홈법에 의하여 기준을 작성하도록하고 있다. 스웨덴은 시설의 설치기준은 특별히 없으나, 주택당국으로부터 건설용자를 받기 위해서는 건축기준을 충족시켜야만 한다. 또한 서비스에 대해서는 시읍면의 독자성에 맡기고 있으나 큰 차이는 없다. 독일은 설치기준에 대해서는 1974년 시행한 홈법이 있고 이에 근거하여 세부규정으로서 홈 최저건축령이 있다. 시설의 기준은 각 도의 규정에 의하고 있으며, 각 시읍면은 그 기준의 평가를 위하여 감사위원회를 두고 있다.

호주의 시설기준에는 고령자·장애자 홈법(Aged and Disabled Persen Home Act) (1974)과 Nursing Home and Hostels Review(1986)이 있어 케어시설서비스의 목적과 기준이 마련되었으며 미국의 너싱홈에 Medicare 및 Medicaid의 적용을 받기 위해서는 연방정부 혹은 주정부 규정의 설립기준을 충족시켜야 한다.

4. 노인케어시설의 입소경로 및 상황

각국의 노인케어시설에 입소하는 경우 일본에서는 1993년에 복지관계법의 개정으로 홈입소는 현과 시의 복지사무소로부터 정·촌에 이양되었다. 입소자의 건강상태악화, 특별양호노인홈이나 노인보건시설비용이 증가하고 있다. 홈 입소는 홈소속 의사의 진단이 필요하며, 일상생활에서의 자립도가 높을 경우에는 지역홈에 입소한다. 단 치매증이 심하거나 약의 복용이 항상 필요한 경우에는 멘탈너싱홈에 이송되는 경우도 있다.

스웨덴의 너싱홈 입소는 의사의 진단이 중요함으로 심의위원회의 결정에 의하여 결정된다. 독일에서는 홈과 입소예정자와 계약에 따라 입소 결정이 이루어진다.

영국의 입소경로는 홈닥터가 지속적으로 입소자의 개호를 맡는다. 홈에 입소할 때에는 담당의사의 진단이 필요하다. 일상생활에 있어서 자립도가 높아 레지덴셜 홈으로 입소가 가능하면 그곳에 입소시킨다.

스웨덴의 서비스 하우스 입주는 연금수급자와 생활원조를 위한 서비스의 필요성이 있어야 하며, 이것은 시읍면 사무소의 전문판정원이 판단한다. 또한 너싱홈은 의사의 진단에 의하여 심사위원회에 의해 입소가 결정된다.

독일의 경우 기본적으로는 본인의 희망, 자립도의 상황, 부담액 등에 따라서 입소희망자와
홈과의 사이에서 계약에 의하여 입소가 결정된다. 이 경우 노인보호소가 상담에 응하고 각종
정보도 제공한다.

호주의 입소수속은 지역의사, 지역서비스담당부서 등으로부터 신청양식을 입수하여, 기입
한 양식을 지역서비스담당부서에 송부하면 서비스 담당부서의 의뢰에 의하여 고령자 평가팀
의 평가를 받아 평가결과에 따라 입소를 결정한다.

앞에서 고찰한 바와같이 일본은 노인케어비용의 급증에 따라 정부는 제한된 국가재정으로
국민의 만족도를 극대화시키기 위해 노력하고 있으며 스웨덴은 노인홈의 질적인 향상을 위
해 서비스 하우스라는 대규모 시설이 1980년에는 자기집과 같은 분위기의 열린시설이라는
의미로 케어주택과 같은 소규모 형태로 운영되고 있다. 미국은 연방정부와 주정부의 재정압
박으로 케어시설에 입소를 못하는 노인이 많아 접근성과 질에 문제가 제기되어 이를 해결하
기 위해 민간보험회사와 연계를 시도하고 서비스의 질을 개선하기 위해 너싱홈 관련법을 개
정하여 시설운영을 대폭 강화했다. 호주에서 채택하고 있는 지역보호, 재택케어, 시설케어에
관한 종합적 서비스 제공체제를 실시하는데 중요한 역할을 하는 서비스 평가제도를 고려할
필요가 있으며 영국의 노인케어 정책의 기본목표인 지역사회케어에 바탕을 두고 소규모 시
설 및 가정적 환경을 구현하고자 애쓰고 있다. 케어시설은 민간부문에 의해 주도적으로 설
립되었고 저소득층 노인에 대한 공적부조의 보완이 있다. 독일의 노인케어 분야의 인력의
주종은 노인간호와 노인개호사이며 케어인력의 부족현상을 초래하고 있어 노인케어 요원
이 되면 병역을 복무한 것으로 인정해 주는 방안을 검토하고 있다.

이와 같이 노인문제를 일찍이 경험한 선진제국의 노인케어시설정책의 비교분석을 통해 앞
으로 도래할 고령화 사회에 대비한 한국의 노인케어시설 정책개발에 기초자료를 제공할 수
있을 것이다.

V. 결 론

각국의 노인케어시설을 비교 분석한 결과 우리 나라의 노인인구의 급성장과 핵가족현상으
로 노인들만이 따로 모여살며 노인공동체의 동질문화를 추구하는 노인집단 주거시설의 필요

성을 증대시키고 있다.

노인집단주거는 우선 노인들의 취약한 건강상태와 심리상태를 보호하는 기능을 최대한 반영하는 것이어야 하며 노인이 원하는 만큼 오랫동안 지속적인 보호를 받는 케어시설의 도입이야말로 노인주거시설보급의 중요한 과제임을 인식하여야 할 것이다.

또한 일본 노인병원은 인력구성 및 시설의 완화조치와 노인의료수가체계를 달리하고 있어 최근 병원수는 감소하는데 비하여 노인병원수는 증가되고 있듯이 이에 대한 검토와 노인병원의 방향설정이 필요하다.

독일의 노인전문간호사 제도의 도입과 일본의 노인개호사, 노인복지사 제도를 통한 케어인력의 양성이 요구되는데 노인보건에 대한 학업을 마치고 일정 기간 수습을 받은 자에게 노인을 전문적으로 개호할 수 있는 전문인력을 양성해야 할 것이다.

선진제국의 개호인력은 80%이상이 여성인력이므로 남성인력이 요구되는 부문이 있지만 어려운 실정이라고 한다. 우리 나라의 실정에서는 남성인력의 유입이 가능하리라고 본다. 즉 군복무 대신 케어시설에서 봉사활동을 함으로써 남성의 개호인력을 활용할 수 있어 여성이 감당하기 힘든 업무를 처리하고 또한 시설운영비를 줄일 수 있어 고려해 볼 만한것이라 생각된다.

각국의 노인케어시설은 비교분석한 결과 향후 우리나라에 노인케어시설의 정책개발을 위해 다음과 같이 제안하고자 한다.

- 1) 노인케어시설은 시설내에서의 다양한 사교접촉을 통한 노인특유의 동질문화를 향유하면서도 신변보호, 사생활이 보장되는 집단거주주택(Congregated Housing)의 형태가 가장 적합할 것이다.
- 2) 노인케어시설은 건강한 노인이 거주하는 독립거주단위, 일상생활 보호단위, 가정보호단위의 3구역으로 구분하여 각 구역의 건강기능 수준에 맞는 노인을 입소시킨다.
- 3) 주요 기능은 건강한 노인입주자에 대한 주생활관리 및 각종 서비스제공, 투약, 회진등의 의료서비스, 가정의 기능을 대신해 주는 지역사회주민의 방문과 다양한 오락활동등 다양한 서비스가 되어야 할 것이다.
- 4) 가능한 한 오랫동안 입주자의 건강과 독립성을 유지하며 입주자에게 가장 저렴하고 건강에 도움이 되는 1차진료, 응급서비스, 장기케어를 제공해야 한다.
- 5) 노인케어시설에 체류하는 노인들의 70%이상은 정신적·신체적 이유로 한 가지 이상의

일상생활동작의 장애를 가졌으며 특히 장기케어시설내 체류 노인의 50%이상은 심장질환이나 당뇨와 같은 만성퇴행성 질환을 보유하고 있을 것으로 추정된다. 따라서 장기케어시설은 단순한 위탁시설이 아닌 보건·의료시설의 개념하에 운영되어야 할 것이다.

6) 민간 주도의 노인케어시설의 공공기관 참여 유도 장치가 마련되어야 할 것이다.

7) 노인케어시설에 대한 법적 제도적장치의 보완 및 질적 향상이 이루어 져야 할 것이다.

본 연구는 노인문제를 일찍이 경험한 선진제국의 노인케어시설정책의 비교 연구를 통해 한국의 노인케어시설정책에 Macro측면에서 기초자료를 제공할 수 있으며, 보다 구체적인 대안을 제시하기 위해서는 심층분석이 요구된다고 사료된다.

참 고 문 헌

- 박재간 등. 유럽의 노인복지. 1990년대를 전후한 각국의 동향. 1995
- 보건복지부. 1996년 노인복지사업지침. 보건복지부, 1996
- 양석승. 한국노인복지제도의 개선방안에 관한 연구. 서울대학교 행정대학원 석사 학위논문. 1985
- 김기훈, 유형식. 노인보건관리체계의 발전방향연구. 경북전문대학논문집 1995; 14
- 조유향. 한국의 인구고령화 동향과 특성. 대한병원협회지 1993, 7·8호
- 현외성. 한국과 일본의 노인복지정책형성과정에 관한 연구. 서울대학교 박사학위 논문, 1993
- 보건복지부. 노인복지사업지침. 1996
- 이혜원. 노인복지론, 유평출판사, 1996
- 김종현. 한국노인복지의 정책모형에 관한 연구, 동국대학교 대학원(박사논문), 1988
- 남은우. 일본의 의료연구, 계축문화사, 1995
- 보건복지부. 보건복지백서, 1996
- 의료보험관리공단. 외국의 의료보장 동향. 1993
- 의료보험관리공단. 주요국의 노인복지제도. 1991
- 이가옥 등. 아시아지역의 노인복지정책 및 노인생활실태 비교, 한국보건사회연구원, 1994.
- 이규식. 지방자치제하의 노인보건복지 사업전략, 보건과학논집, 1997; 7
- 문현상 등. 유료노인복지 공급확대 방안, 1997. 12.

- 정영일 등. 지역사회 노인보건의료체계 개발에 관한 연구, 한국노년학회, 1997; 17
- 한국보건사회연구원. 노인복지정책 개발을 위한 연구, 1993
- 한국보건사회연구원. 2000년대를 향한 노인복지정책. 1992
- 한국의료관리연구원. 각국 의료제도 비교연구. 1994
- 일본, 총무청 통계국. 국세조사 및 인구 추계월보. 1995
- 일본, 후생성, 일구통계자료집. 1994
- 일본, 노인보건법 편람. 1995
- 일본, 전국사회복지협의회. 노인보건간호 복지맨파워의 국제비교 연구보고서. 1992
- 일본, 후생성. 고령자 보호자립지원시스템연구회. 1995
- 일본, 장수사회개발센터, 노인의 보건의료와 복지. 1992
- 일본, 후생성 대신관방정책과, 21C 복지비전. 1994
- 일본, 후생통계협회, 국민위생의 동향. 1980~1996
- AHA, American Hospital Association, Chicago, 1991
- America Hospital Association, Economic discipline and payment reform, Chicago, 1991
- Anna LH. Residential care for the aged in australia, The Paper of International Symposium on Social Care of the Elderly, 1993
- Cohen MA. Life care, New option of financing and delivering long-term care, Health Care Financing Review, Annual Supplement, 1988
- DHEW, United States of America, Administration on Aging, NY, 1992
- Forrest MB. Forrest CB. and Forrest R. Nursing home, The Complete Guide, New York, Facts on File, 1990
- FS. The Care of the Elderly in Sweden, 1991
- Health Insurance Bureau, Ministry of Health and Welfare(MHW), Outline of Health Insurance Reform in Japan, October 1994
- Hing E. Nursing home utilization by current residents, United States, 1989
- Howe AL. Housing for older Australians affordability, adjustments and care. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Institute of Medicine. Improving the Quality of Care IN Nursing Home. Washington, D.

C. : National Health Council, 1986

JARC, Aging in Japan, International Publication Series 1991; 2

Kahana EF. Kiyak HA. Attitude and behavior of staff in facilities for the aged, 1984

Naoki I, John CC. Health polic report japan's medical care system, New England Journal of Medicine 1995; 333(19)

National Economic Research Associates, The Health Care System in Japan, NERA, 1993.

National Federation of Health Insurance Societies(KEMPOREM), Health Insurance and Health Insurance Societies in Japan, 1995

Owe Ahlund, Aging and housing in sweden, Paper presented at the International Symposium, Long term Care Facility, 1993

Statistics Jahrbuch, Statistisches Bundesamt, 1992

Stein S. Linn, MW. and Stein EM. Patient's anticipation of stress in nursing home care, 1985

U. S. Senate Special Committee on Aging, A Report of the special Committee on Aging, Washing D. C, 1992

U.S. Bureau of the Census, 1994