

치매 노인을 위한 주거대안으로서의 그룹홈의 활성화를 위한 정책 제안

Policy Suggestions to Facilitate Developing Group Homes as a Housing Alternative for the Elderly Dementia Patients

건국대학교 디자인문화대학 소비자·주거학과

부 교수 권 오 정*

서원대학교 공과대학 건축학과

부 교수 김 대 년

가톨릭대학교 생활과학부 소비자·주거학전공

교 수 최 정 신

건국대학교 가정학과 주거전공

박사과정 이 옥 경

Dept. of Consumer Science and Housing, Konkuk University

Associate Professor: Kwon, Oh-Jung

Dept. of Architecture, Seowon University

Associate Professor: Kim, Dae-Nyun

Division of Consumer Science and Housing, Catholic University

Professor: Choi, Jung-Shin

Division of Housing, Konkuk University

Doctoral Course: Lee, Ok-Kyung

<Abstract>

Despite the substantial increase of the elderly population in Korea, welfare policies such as housing programs have not been developed enough to meet the diverse needs of the aging people. Particularly, caring for elderly dementia patients is becoming a serious social problem in Korean society. Families are still primarily responsible for taking care of the elderly dementia patients, and thus are suffering from tremendous caregiving burdens. In many Western countries, group homes, which are small-scale care facilities with home-like atmosphere, have become common housing alternatives for elderly dementia patients. Group homes effectively create a therapeutic environment while helping reduce the elder care burdens for the families. This article proposes to review group homes as a housing option for the elderly with dementia in Korea. The purpose of this article is to make suggestions for housing policies, separately or as a part of more general welfare policies. Based on the questionnaire survey conducted on 912 persons currently residing in Seoul and five different provinces, various possible policies and suggestions to promote establishing group homes and other facilities for elderly dementia patients are discussed in this article.

▲ 주요어(key words) : 치매(Dementia), 치매노인(the elderly with dementia), 그룹홈(group home), 치매노인부양(Care for the elderly with dementia), 치매노인거주환경(housing environment for the elderly with dementia), 치매노인정책(policies for the elderly with dementia)

* 주저자 : 권오정 (E-mail : monjoo@konkuk.ac.kr)

1. 서 론

1. 연구의 필요성과 연구목적

우리 나라는 21세기를 맞이하면서 바야흐로 고령화 사회에 접어들게 되었다. 2000년에 전체인구 중 65세 이상 노인이 차지하는 비율이 7%에 이르렀고, 2022년에는 14%에 다다를 것으로 예측하고 있다(통계청, 2000). 이러한 노인인구 비율의 증가에서 특히 주목할 만한 사실은 우리 나라의 인구고령화가 어떤 선진국보다도 빠르게 진행되고 있다는 것이다.¹⁾ 그러나 이러한 빠른 노인인구의 증가에 비해 이들에 대한 사회적 차원의 대비는 아직 초보단계에 머물러 있다고 해도 과언이 아니다. 많은 사람들이 노인들은 사회적으로 효용가치가 적다고 생각하여 이들의 복지향상을 위해 무언가를 투자하는 것은 사회적으로 낭비가 될 수 있다고 여긴다면 우리사회에서 노인계층은 확실히 사회적 약자의 위치에 놓일 수밖에 없다.

치매는 21세기를 맞이한 지구촌 전체가 직면한 중요한 사회적 도전의 하나로 노후의 인간다운 삶을 위협하는 가장 무서운 질병이다. 치매노인은 앞서 언급한 사회적 효용가치를 따지는 실용주의적 관점에서 보면 가장 그 효용가치가 떨어진다고 볼 수 있는 대표적인 집단이다. 그러나 노인들은 오늘의 우리가 있게 한 귀한 존재임을 인식한다면 노후에 겪게 되는 치명적인 질환으로 인해 무시당하거나 궁극적으로 삶의 질 전체를 위협받도록 방지 할 수는 없는 문제이다.

한국보건사회연구원 조사(1997)에 따르면 우리 나라의 치매노인 수는 전체 노인인구의 8.3%에 해당하는 279천명에 이르고 있다. 이러한 수치는 2010년에는 434천명, 2020년에는 619천명에 이르러 노인 인구의 9%가 치매로 고통받으리라 추정된다. 또한 치매는 개인의 질병으로 국한되는 것이 아니고 치매노인의 부양이 온 가족의 부담이 되어 경제적, 신체적, 심리적 부양부담으로 인해 엄청난 스트레스를 받게 된다. 즉 치매로 고통을 받는 사람을 치매노인 뿐만 아니고 그들의 가족들까지 고려한다면 그 수는 몇 배로 증가하게 됨을 알 수 있다.

치매노인 부양은 경제적, 신체적인 면 뿐 만 아니라 가족관계에 부정적인 영향을 줄 수 있다. 전통적인 유교적 가치관 하에서 치매노인의 부양을 무조건 가족에게만 떠맡기는 것은 극단적인 가족 갈등으로 인해 자칫 가족관계를 악화시키고 급기야는 가정파괴에 이를 수 있다. 또한 앞으로 더욱 가속화될 핵가족화에 따른 부모부양 가치관의 변화와 여성의 사회진출 증가로 인한 부양제공자의 부족은 사회적 차원의 치매노인을 위한 복지대책 마련이 더 이상 미룰 수 없는 중요한 과제임을 말

해준다.

치매노인 뿐만 아니라 전반적인 노인 복지의 대상이 되는 주요 분야는 건강관리 및 의료보장, 주거, 여가, 직업(일) 등 여러 가지가 있다. 그중 주거공간은 인간의 삶에서 가장 기초적인 요구사항으로 생활의 중심부가 되며 노후의 삶의 질에 직·간접적으로 영향을 준다. 그러나 주거문제는 그 동안 다른 분야들에 비해 큰 관심을 끌지 못해왔으나 최근 고령화사회에 접어들면서 새로이 그 중요성이 부각되고 있다. 과거의 노인주거복지는 무의무탁한 노인을 대상으로 무료로 양로 및 요양원을 제공하여주는 것에 그쳤으나 1993년 12월 2차 노인복지법 개정으로 인해 민간이나 개인도 유료노인시설을 설치·운영할 수 있게 됨에 따라 유료시설의 활성화 계기가 마련되었다. 최근에는 노인복지법 상에 유료양로시설이나 유료노인복지주택에 해당하는 다양한 유료노인주택들이 건설되어 노인주택을 선호하는 중·상층의 노인들에게 노후의 주거 대안으로 제시되고 있다. 그러나 아직은 노인의 건강과 경제력에 따라 선택할 수 있는 주택의 유형이나 제공되는 서비스가 다양하지 못하고 주로 건강하고 경제력이 있는 노인들을 대상으로 노인주택들이 공급되어 있어 전체 노인층에 대한 고른 혜택이 이루어지지 않고 있다. 즉, 치매와 같이 심각한 노인성 질환을 앓고 있는 노인에게는 치료적 효과가 있는 거주환경을 제공하고 한편으로는 그 부양가족에게 부양부담을 완화시켜줄 수 있는 전문요양시설의 필요성은 커져가고 있으나 현실적으로 시설의 수는 극히 부족한 실정이다. 보건복지부 자료(2001)에 따르면 생활보호대상자를 위한 무료노인전문요양시설은 22개소가 운영 중에 있고 그중 유료시설은 1곳뿐이었다. 권오정(2000a)의 조사에 따르면 이러한 전문요양시설은 대부분이 건물의 규모가 크고(247평-1,451평) 정원(50명-278명)과 현원(46-278명) 가정적인 분위기를 창출하고 기존의 지역사회와 유사한 주택외형을 갖추는 것과는 거리가 먼 것으로 나타났다. 특히 치매와 같은 질환을 앓고 있는 노인들을 위한 주택을 건설하는데는 지역사회 내에서의 반발도 큰 문제가 되고 있다(최정신·김대년·조명희·권오정, 2000). 그러나 치매처럼 가족붕괴에 이를 수도 있는 노인성질환자에 대한 전문요양시설은 지금과 같은 핵가족화의 진행 속에서 그 수요가 반드시 증가 할 것이다. 실제로 치매노인부양경험이 있는 가정이나 없는 가정이나 모두 치매노인에게 가장 바람직한 거주 환경으로 가족과 함께 거주하는 일반가정이 아니라 소규모 노인전문요양시설을 꼽고 있었다(권오정·조명희·김대년·최정신, 2000). 현재의 대규모시설은 어느 정도 자비부담을 감수할 의사가 있는 사람들에게는 긍정적으로 받아들여지지 않고 있다. 따라서 앞으로는 이러한 수요계층을 위한 소규모 형태의 치매전문요양시설의 공급이 이루어져야 하고 이를 위해서는 국가적 차원의 제도적 보완이 우선적으로 해결되어야 할 과제이다.

이에 본 연구에서는 최대한 가정과 같은 분위기를 유지하면서 치매노인의 인지기능 약화에 대응할 수 있는 대표적인 소규

1) 65세 이상 노인인구의 비율이 7%인 고령화사회(aging society)에서 14%인 고령사회(aged society)로 진입하는 기간이 프랑스는 115년, 미국은 75년, 영국은 45년, 일본은 26년이 소요되었으나 우리나라의 경우는 22년밖에 소요되지 않을 것으로 예상되고 있다(통계청, 1996).

모 전문요양시설인 치매노인 그룹홈(group home)의 활성화를 위해 국가적 차원의 노인주택정책이나 노인복지정책 개발에 대한 논의를 구체화하기 위한 기초자료를 제시하는 동시에 미래 사회의 시급한 과제인 치매노인을 위한 바람직한 환경과 서비스의 필요성을 인식할 수 있는 기회를 제공하고자 한다.

2. 연구내용과 연구방법

본 연구의 목적인 치매노인 그룹홈의 활성화를 위한 노인주택정책 및 노인복지정책의 제안을 달성하기 위한 구체적인 연구내용은 다음과 같다.

첫째, 조사대상자의 치매노인에 대한 부양특성 및 거주 환경에 대한 의견을 파악한다.

둘째, 조사대상자의 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구를 분석한다.

셋째, 관련변인에 따른 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구에 차이가 있는가를 분석한다.

II. 이론적 배경

1. 치매의 이해

치매란 뇌의 만성 또는 진행성 질환에서 생기는 기억장애와 인지기능장애로 인해 일상생활은 물론이고 직업, 일상적 사회 활동과 대인관계에 지장을 받게 되는 복합적인 임상증후군이다(이윤로·박중환, 1997; 서울대학교 지역의료 체계 시범사업단, 1994). 치매는 수십종의 다양한 원인에 의해 발생하나 가장 대표적인 것은 알츠하이머형 치매(Alzheimer's disease)와 혈관성 치매이며 우리 나라의 경우 치매환자의 70%-80%가 이 두 가지 유형의 치매를 앓고 있다(이윤로 외 1인, 1997). 이 이외에도 치매에는 알콜성 치매, 외상후 치매, 산소결핍 후 뇌증, 가성 치매등이 있다. 치매의 원인, 특히 알츠하이머형 치매의 원인은 아직 뚜렷하게 밝혀진 바가 없고 정확한 치료방법도 없는 상태이다. 그러나 초기 발견과 적절한 치료를 통해 증상이 개선되는 치매유형도 있고(김남초·노유자·김승희·유양숙, 1997) 이러한 의료적 치료와 더불어 거주환경의 개선을 통해 치매증상이 완화되는 것도 가능하므로(오은진·김민규·박영기, 2000) 치매를 무조건 불치의 병으로 간주하고 포기하는 것은 금물이다.

일반적으로 65세 이상 노인의 5-10%가 치매에 걸린다. 나이가 들수록 발생률은 더 높아져 매 5년마다 두 배씩 높아진다. 미국 유럽등의 역학조사를 보면 65세 이상 인구의 치매 유병률은 3.6-10.3%를 보이고 일본은 3.7-6.8%를 나타내고 있다. 우리나라에서는 1998년 경기도 지역 치매조사에서 9.5%였고 최근 한국치매협회가 서울 관악구 구민의 치매 유병률을 조사한 결과, 8.2%가 치매에 걸린 것으로 조사됐으며, 여자가 남자보다 2.3배 더 많았다. 연령별로는 치매 유병률이 65-69세 노인이

2.6%, 70-74세는 3.7%, 80세 이상에서는 30% 정도였다(조선일보, 2000.9.32).

치매의 진행단계는 개인차가 있고 진행방법도 노인마다 다르게 나타나 일반적으로 일단 발병되면 그 기간이 2-20년에 이르고 있고 평균적으로는 10년 정도이다. 치매의 진행단계는 일반적으로 경증기, 중증기, 중증기의 3단계로 구별되고 각 단계에 머무는 기간은 개인마다 다르나 각 단계별로 적절한 대처 방안이 강구가 필요하다(Gwyther, 1985, 김정환, 1998). 또한 치매노인 대표적인 증상과 이상행동은 다양하고 개인마다 또는 한 개인에 있어서도 시간이 지남에 따라 다른 증상을 나타내므로 이에 대처할 수 있는 치료와 간호방법, 그리고 적절한 물리적 거주 환경의 제공을 더욱 더 어렵게 하고 있다. 치매노인에게 나타나는 주된 증상은 심한 건망증, 실금, 배설(낭변), 불결 행위, 타인의심, 배회, 주야전도, 이상한 말·큰소리, 지남력 장애 등을 들 수 있다(권오정, 1999; 이성희, 1994; 조명희 외 3인, 2000).

2. 치매노인 부양

치매는 일반적으로 인지기능 장애와 기능적 장애가 심하여 부양자(caregivers)에게 상당한 스트레스와 부담을 안겨주게 된다. 치매노인의 부양을 거의 전적으로 가족에게만 떠맡기고 있는 사회적 상황에서 치매노인의 주 부양자를 비롯한 가족구성원들은 육체적 고통, 가족갈등, 재정적 어려움, 감정적 고갈, 정서적 소진, 사회적 고립, 고용 기회의 박탈 등으로 치매로 인한 제 2의 희생자가 되고 만다.

1980년대 초반부터 서구에서는 치매노인 부양부담에 영향을 주는 요인들을 파악하기 위해 많은 조사가 실시되었는데, 주로 부양자의 성별, 노인과의 관계, 노인의 손상정도, 과거 노인과의 친밀감, 부양자 내부의 내적 극복 전략, 노인과의 동거 여부, 확대가족의 도움, 비용이 드는 서비스의 활용 등을 들 수 있다(Gilleard·Belford·Gilleard·Whittick·Gledhill, 1984; Fitting·Rabins·Lucas·Eastman., 1986; Pratt·Wright·Schmall, 1987). 우리 나라의 경우에는 1990년대 중반부터 치매노인에 대한 부양부담에 대한 연구가 이루어지기 시작하였고 앞서 언급한 서양의 연구들과 유사한 연구결과들을 나타내고 있으나 특히 노인과의 관계에서는 며느리가 다른 자녀들에 비해 정서적 부담이 큰 것이 서양과는 다른 면이었다(김기태·이은희, 1997; 김희경, 1995, 이윤로 외 1인, 1997; 이은희, 1997, 이은희, 1999; 조명희 외 3인, 2000). 치매노인의 주 부양자(primary caregiver)를 대상으로 부양실태와 부양부담을 조사한 최근 연구(조명희 외 3인, 2000) 결과를 보면 치매노인 주부양자는 주로 여성이었고 이 중 며느리가 가장 많고(61.3%), 그 다음으로는 딸(10.8%)이었다. 연령은 주로 41-60세에 해당하는 중년층(72.6%)이었고 월 평균소득은 299만원미만인 가구가 대부분(86%)이었고 100만 원인 경우도 10.9%로 나타났으며 1일 부양시간은 평균 11시간

정도였다. 조사대상자의 부양동기는 대다수가 자식으로서의 책임 때문(80.7%)과 가족의 화목을 위해서(12.3%)이었고 노인을 진정으로 사랑하기 때문은 5.9%로 낮게 나타났음을 볼 때 자발적인 결정에 의해 치매노인을 부양하게 된 것은 아님을 알 수 있고 따라서 부양 스트레스도 클 것임을 알 수 있다. 14가지의 치매노인을 위한 서비스의 이용경험 중 일반병원의 이용률(56.6%)을 제외하고는 상당히 낮았고 그 이유는 경제적인 부담(48.0%)과 서비스에 대한 정보습득의 어려움(43.2%)을 꼽고 있었다. 특히 치매노인 서비스중 소규모 치매전문요양시설은 그 이용경험이 매우 낮음(0.5%)에도 불구하고 이에 대한 요구는 47.0%로 다른 서비스 유형에 비해 상대적으로 높게 나타난 것을 볼 때 소수의 인원이 한 가구를 형성하여 가족과 같은 분위기를 유지하면서 생활하는 그룹홈 형태의 소규모 요양시설에 대한 치매가족의 수요는 점점 더 커질 것임을 알 수 있다.

치매노인의 삶의 질을 높이고 가족에게는 지나친 부양의 부담을 덜어주기 위해 지역사회내의 보호체계를 구축하고 치매노인을 위한 전문시설을 비롯한 다양한 서비스를 확대해 나가는 것은 이제 우리 사회에서는 늦출 수 없는 중요한 문제이다. 이러한 시대적 요구에 따라 우리 나라에서도 최근에는 치매·중풍 노인들을 위한 노인전문요양시설이 설치, 운영되고 있고 치매노인을 위한 주간보호시설, 단기보호시설, 치매전문 도우미, 치매노인 상담신고센터, 치매노인종합센터 등을 운영하고 있다. 그러나 이러한 서비스들은 아직은 시작단계이어서 그 질과 범위는 극히 제한적인 상황이다. 결국 이러한 서비스들에 대한 구체적인 요구를 현실화하기 위해서는 우선적으로 이를 뒷받침할 수 있는 제도적 장치가 이루어져야 한다.

3. 정부의 치매노인 정책

우리 나라의 노인복지 정책은 1981년 제정되면서부터 본격화되었다. 그러나 노인복지 서비스의 기본은 선가정-후사회보장의 원칙 하에 가정에서 노인부양을 하는 것이 기본이고 국민 계층에 해당하는 노인에 대해서만 국가가 서비스를 지원해 주는 것을 기본으로 삼고 있었다. 그 동안 몇 차례에 걸친 노인복지법의 개정을 통하여 1993년의 개정에는 민간이나 개인도 유료노인시설을 설치·운영할 수 있도록 하였고, 1997년 8월에 개정된 노인복지법에는 과거에 노인시설을 양로와 요양시설로 나누고 각각을 무료·실비·유료로 구분하였던 것을 크게 노인주거복지시설과 노인의료복지시설로 구분하고 노인주거복지시설에는 무료·실비·유료양로시설과 실비·유료 노인복지주택이 규정되었고, 노인의료복지시설에는 무료·실비·유료요양시설과 무료·유료전문요양시설이 규정되었다. 이중 무료·유료노인전문요양시설이 바로 치매·중풍 등 중증 질환 노인을 입소시켜 급식·요양 기타 일상생활의 편의 제공을 목적으로 하는 시설이다. 이러한 시설의 입소자격 연령은 무료나 실비 시설은 65세, 유료시설은 60세로 정해져 있고 무료시설의 입소대상자는 65세

이상의 생활보호대상노인으로 하고 실비시설은 보건복지부장관이 정하는 일정수준 이하의 노인을, 유료시설은 시설장과 입소자간의 계약에 따라 입소하고 있다.

특히 무료나 실비 시설의 최소 입소정원을 50명으로 정하고 있어 시설의 소규모화를 더욱 더 어렵게 하고 있다. 직원의 배치 기준도 일반요양시설보다는 치매·중풍노인의 보호의 어려움을 고려하여 직접간병인에 해당하는 생활보조원 1인당 3인의 치매노인을 돌보도록 되어 있다. 그러나 최근 한 조사에 따르면 노인전문요양시설의 대부분이 직접간병인 1인이 5-6인의 노인을 돌보고 있었다(권오정, 2000a). 그러나 이러한 비율도 주로 낮 시간에만 해당되고, 야간에는 1-2명의 직원만이 시설에 남아 노인들을 돌보고 있어 직원들 특히 직접 간병인의 간호부담이 상당히 과중한 것으로 나타났다.

2001년 3월 현재 우리 나라의 노인복지시설은 250개소로 이중 무료시설이 195개소, 실비시설이 17개소, 유료시설이 35개소, 유료복지주택이 3개소이고 입소자수는 2001년 6월 현재 14,756명이었는데 이는 우리 나라 전체 노인의 0.6%로 극히 작은 수에 불과하다. 현재 20만 명이 훨씬 넘는 저소득층 노인을 감안한다면 무료와 실비 시설도 턱없이 부족하고 중산층 이상의 경제력이 있는 노인들을 위한 유료시설도 아직 미비한 단계이다.

치매노인을 위한 전문요양시설은 2001년 6월 현재 무료전문요양시설이 22개소, 유료전문요양시설이 1개소로 약 2,556명이 거주하고 있다. 그러나 전문요양시설의 입소하여 간병하는 것이 더 효율적이라고 판단되는 중증치매노인만을 대상으로 하더라도 그 수는 약 1만 7천명 내지 2만 2천명 정도로 추정되어(김옥희, 1998), 치매노인을 위한 시설은 현재보다 10배정도가 더 필요함을 추측해볼 수 있다.

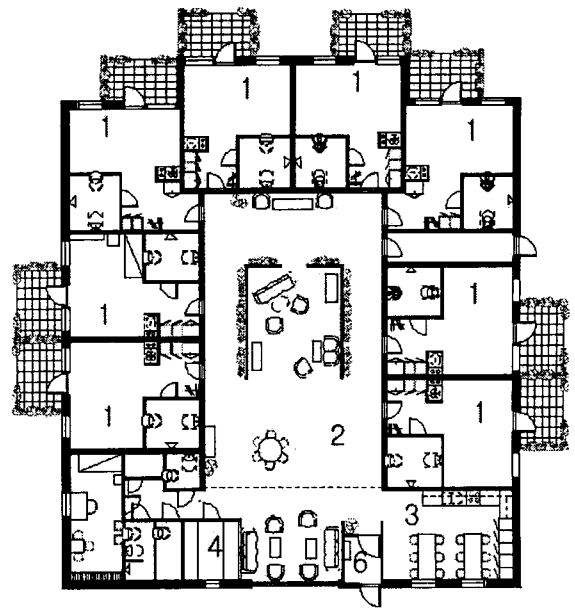
정부에서는 1995년에 “치매대책 10년 계획(1996-2005)”을 수립하였다. 주요사업계획으로는 (1) 치매예방 또는 환자의 조기발견 사업강화, (2) 치매전문요양시설확충, (3) 치매전문의료기관 건립, (4) 치매노인 가족을 위한 방문서비스 강화, (5) 치매 원격진료 정보통신망 구축 운영, (6) 치매 종합 연구소 설치, (7) 치매 전문교육 실시 등을 제시하고 있었다. 그 동안 치매 예방 및 환자의 조기 발견을 위해서 1997년부터 전국보건소에 치매상담센터(98년 현재 207개소)를 설치하여 운영하고 있고, 치매전문요양시설 확충을 위해서는 2005년까지 70개소를 확충할 계획 하에 1999년까지 24개소의 건립비를 지원한 상태이며 동시에 치매요양병원도 1999년까지 12개소를 지원한 상태이고 2005년까지는 각 시, 도별로 1개소씩 설치할 계획이다. 이와 같은 치매대책 하에서 치매노인을 위한 의료, 복지 서비스를 강화해 나가고 있는 것은 아주 바람직한 일이나 아직까지는 이러한 대책이 주로 저소득층을 중심으로 이루어져 왔으므로 앞으로는 경제적 부담능력이 있는 중산층 이상 노인을 위한 실비, 유료노인 전문요양시설을 지속적으로 확충할 수 있도록 이를 촉진할 수 있는 행정, 제도적 방안을 강구하는 것이 필요하고, 또한 직원들과 궁극적으로는 전국민을 대상으로 한 치매교육과 치매

전문 인력양성에도 주력해야 할 것이다.

4. 치매노인그룹홈

치매노인을 위해 사회적, 지리적으로 익숙한 지역에 일반 주택과 같은 외형과 실내 환경을 갖춘 소규모 시설을 마련하여 최대한 치매노인들의 잔존능력을 활용하고 안전하고 자립적으로 살면서 치매증상에 대한 치료적 효과를 거둘 수 있도록 공간을 계획한 치매노인 그룹홈은 1980년대부터 스웨덴을 중심으로 관심을 끌기 시작한 주택 대안이다. Aging-in-place의 개념하에 자기 집에서 독립적인 생활을 원하지만 많은 지원을 받지 않고서는 혼자서 생활 할 수 없는 사람들을 위해서 다양한 형태의 집합주택 개념들이 관심을 끌게 되었고 그중 하나가 치매노인이나 정신질환자를 위한 그룹홈이다(Almberg & Paulsson, 1991). 스웨덴의 그룹홈은 보통 4-6개의 같은 크기로 된 개인공간과 공동공간으로 구성된다. 각 개인 공간에는 욕실, 침실, 거실, 창고 등이 딸려 있다. 그룹홈의 가장 중요한 특징은 공동생활공간인데 여러 사람들이 함께 일할 수 있는 넓은 부엌, 거주인, 직원, 방문객들이 함께 식사할 수 있는 식당, 그리고 공동작업장과 공동거실이 여기에 속한다(그림 1 참조). 그룹홈은 소규모 집단 안에서 인지기능이 손상된 구성원들이 서로 상호작용하고 공동의 활동을 나누면서 정체성, 안전성, 자신감을 추구한다는 기본 이념에서 출발한 것이다. 따라서 개인생활공간보다 공동생활공간에 우선권을 두고 있으며 공동생활공간에서는 일상생활활동, 지능훈련과 외부의 사회적 부양의 활용에 이르기까지 모든 것을 수행하기 위한 필수적인 공간이다(Paulsson, 1996).

최근 국내에서 이러한 스웨덴의 그룹홈을 국내에 도입하기 위한 연구들(권오정 외 3인, 2000; 김대년 외 3인, 2000; 조명희 외 3인, 김대년·권오정·최정신, 2001)이 수행되었는데 이러한 연구들의 공통된 결과는 우리 나라에서는 아직까지 일반인이나 치매노인 부양가족에게 치매노인 그룹홈에 대한 인지도가 낮게 나타나고 있는 것으로, 그룹홈과 같은 소규모 치매전문요양시설을 치매노인에게 가장 바람직한 거주환경으로 인식하고 있었고 이러한 그룹홈의 가장 큰 장점이라고 여기는 점은 동거 노인들로 인한 고독감의 해소, 대규모 시설에 비해 질 높은 서비스의 제공, 치매 노인들의 잔존 능력 유지, 그리고 치매노인 가족의 심리적, 육체적 부담의 경감 등이었다(김대년 외 2인, 2001; 최정신 외 3인, 2000). 또한 우리 나라에 적합한 치매노인 그룹홈은 소규모이고 1개의 침실을 2-3명이 공유할 수 있는 3-4개의 침실을 갖춘 8명 정도가 거주할 수 있는 단독주택이나 3층 이하의 연립주택으로서 비영리단체가 운영주체가 되며 월 기본이 용료로는 100만원정도로 인식하고 있었다. 이와 같은 그룹홈에 대한 인식이 현실적으로 접근가능 한 사항이 되기 위해서는 이를 뒷받침 할 수 있는 국가적 차원의 재원확보와 정책적 보완이 수립되어야 할 것이다.



- 1. 개인실
- 2. 거실
- 3. 식당 겸 부엌
- 4. 세탁실
- 5. 직원실
- 6. 현관

<그림 1> 스웨덴 보겐 그룹홈의 평면도

III. 연구방법

본 연구에서는 조사대상자의 사회인구학적 특성(4문항), 치매노인부양 특성(3문항), 치매노인 거주환경에 대한 의견(5문항), 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구(19문항) 등을 조사하기 위하여 설문 조사를 실시하였다. 조사도구인 설문지는 서울과 5개 도(경기도, 경상남도, 충청북도, 전라남·북도)에 거주하는 대학생 1000명에게 배부하였고, 응답대상자는 대학생 자신을 제외한 가족의 기혼남녀로서 가능하면 중년기 이후의 연령층이 선정되도록 권장하였다. 이는 중년기 이후의 연령층이 치매에 대한 이해도가 높고 부모나 주변 사람들을 통해 치매노인을 보거나 부양한 경험이 있을 가능성이 높아 좀 더 신뢰성 있는 응답이 가능할 것으로 판단되었기 때문이었다.

조사기간은 2000년 12월 5일부터 2001년 2월 5일까지였고 총 912부(회수율: 91.2%)가 회수되어 모두 최종분석자료로 이용되었다. 자료의 분석은 spss-pc를 이용하여 빈도, 백분율, 평균, t-검증, 일원분산분석, 요인분석 등을 실시하였다.

VI. 연구결과 및 논의

1. 조사대상자의 사회인구학적 특성

조사대상자의 사회인구학적 특성으로는 성별, 연령, 학력, 월

평균소득이 조사되었는데 그 결과는 <표1>과 같다. 조사대상자의 성별에서는 2/3 이상(66.9%)이 여성이었고 연령은 평균 43.1세로 주로 41~50세의 중년층(39.8%)이 가장 많았다. 학력은 대다수가 고졸(40.3%)과 대졸이상(48.1%)의 고학력자이었고, 월평균 소득에서는 과반수이상(52.3%)이 200~399만원의 중산층이었고 199만원 미만의 저소득층도 1/3이상인 34.2%를 차지했고 400만원이상의 고소득자는 13.5%를 나타냈다. 즉 조사대상자는 주로 여성이고 중년이며 고학력을 가진 중산층이 가장 일반적이었다.

<표 1> 조사대상자의 사회인구학적 특성

변 인		N (%)
성 별	남	300 (33.1)
	여	606 (66.9)
	계	906 (100.0)
연 령 (평균 : 43.1세)	30세 이하	111 (12.3)
	31~40세	218 (24.2)
	41~50세	358 (39.8)
	51세 이상	212 (23.6)
	계	899 (100.0)
학 령	중졸 이하	105 (11.6)
	고졸	364 (40.3)
	대졸 이상	434 (48.1)
	계	903 (100.0)
월평균 소득	199만원 미만	300 (34.2)
	200~399만원	459 (52.3)
	400만원 이상	118 (13.5)
	계	877 (100.0)

2. 조사대상자의 치매노인 부양특성

조사대상자의 치매노인 부양특성을 조사한 결과를 살펴보면 (표2 참조), 조사대상자는 과거나 현재에 가족이나 친지 중에 치매노인이 있어 본 경험이 있는 경우가 26.2%이었고 가족이나 친지 중에 치매노인이 없는 경우가 72.8%로 나타나, 치매노인에 대한 직접적인 경험이 있었던 경우는 상대적으로 적었으나 전체중의 1/4이상이 치매노인이 가족이나 친지 중에 있었다는 것은 우리 주위에 치매노인의 수가 증가하고 있음을 간접적으로 보여주고 있다.

조사대상자의 대다수(85%)는 치매노인의 부양의 일차적인 책임이 가족에게 있다고 여기고 있었다. 이러한 결과를 볼 때 조사대상자의 연령층이 주로 40, 50대이었던 때문에 우리나라의 중년층은 부모부양이 자녀의 책임이라고 생각하는 유교적 가치관을 갖고 있음을 추측할 수 있다. 따라서 이러한 결과는 앞으로 치매노인의 부양도 이와 같은 가치관에 위배되어 자식으로서의 죄의식을 갖지 않을 수 있는 방안들이 마련되어야 함을 시사한다.

가족 중에 누가 치매노인을 모시고 살 것 인가에서는 “형편 되는 자녀가 모신다(57.0%)”라고 응답한 비율이 가장 높았고 그 다음으로는 “자녀들이 돌아가면서 모신다(28.4%)”이었고 “만 아들 내외가 모신다(14.0%)”는 가장 빈도가 낮았다. 이러한 결과는 우리 사회에서 부모는 장자가 모셔야 한다는 전통적인 사고방식의 변화 때문일 수도 있겠고 또 한편으로는 치매라는 특수 상황 때문에 장자만을 고집하여 부양책임을 떠맡길 수는 없다는 의식이 반영된 것일 수도 있겠다.

배우자가 없는 치매노인의 부양비용의 마련방법에서는 “자녀가 골고루 부담해야 한다 (85%)”는 의견이 가장 많았고, 그 다음으로는 “형편 되는 자녀가 부담한다 (20.4%)”로 나타났고 큰아들(3.8%)이나 아들들만(4.7%)이 부담한다는 비율은 낮게 나타나 경제적인 부양비용에 있어서 아들이 우선적으로 고려되는 경향은 거의 없었다. 이는 비록 본인이 직접 치매노인을 모시지는 못하더라도 경제적인 부담은 함께 나누는 것이 최소한의 도리라고 생각하는 경향이 큰 것으로 해석된다.

이와 같은 결과를 종합해볼 때 조사대상자는 실제적으로 치매노인의 부양경험이 많지는 않았으나 치매노인 부양의 일차적인 책임은 가족이 맡고 형편 되는 자녀가 모시면서 부양비용은 딸, 아들 구별 없이 골고루 부담해야한다는 의식을 갖고 있었다.

<표 2> 조사대상자의 치매노인 부양 특성

변 인		N(%)
치매노인 부양 경험	과거, 현재 가족·친지 중 치매노인이 있다	233 (26.2)
	가족·친지 중 치매노인이 없다	658 (72.8)
	계	891 (100.0)
치매노인 부양 책임	가족	747 (85.0)
	사회(국가)	132 (14.6)
	계	879 (100.0)
치매노인 부양자	자녀가 돌아가면서	257 (28.4)
	큰아들 내외	127 (14.0)
	형편되는 자녀	516 (57.0)
	계	900 (100.0)
치매노인의 부양 비용	자녀가 골고루 부담한다	641 (71.1)
	큰아들 내외가 부담한다	34 (3.8)
	아들들이 나누어 부담한다	42 (4.7)
	형편되는 자녀가 부담한다	185 (20.4)
	계	902 (100.0)

3. 조사대상자의 치매노인 거주환경에 대한 의견

치매노인에게 바람직하다고 생각하는 거주환경에 대한 의견 (표3 참조)은 세 가지 측면에서 조사하였다. 즉 사회적 차원(일반인), 가족적 차원(부모), 개인적 차원(본인)으로 구분하여 분석한 결과, 근소한 차이를 보이기는 하였지만 공통적으로 소규모

치매노인 전문시설을 가장 바람직하게 생각하고 있었고(일반인:51.1%, 부모:49.6%, 본인:54.6%), 그 다음으로는 대규모 치매노인시설을 바람직하게 여기고 있었다. 이는 선행연구들(권오정 외 3인, 2000; 김대년 외 3인)의 결과와도 일치하고 있어 집에서 모시는 것이 제일이라는 의식은 상당히 적음을 알 수 있다. 그러나 흥미로운 사실은 일반가정을 바람직하다고 여기는 경우만을 보면 부모가 치매인 경우가 가장 높았고(15%), 본인이 치매인 경우는 8.5%로 그 다음이었고 자신이나 자신의 부모와 무관한 제 3자일 경우에는 6.9%로 가장 낮게 나타나 치매 당사자가 누구인가에 따라 바람직한 거주환경이 달라진다는 것을 알 수 있었고 부모에 대한 부양에서는 일반가정에서의 부양이 상대적으로 높지만 본인이나 제3자에 대해서는 일반 가정을 바람직하게 생각하는 의견이 낮았다는 사실은 미래에는 치매노인 시설의 수요가 더 증가할 가능성이 있다는 것을 시사하고 있다.

<표 3> 조사대상자의 치매노인 거주환경에 대한 의견

변 인		N(%)
치매노인(일반인)의 바람직한 거주환경	일반가정	62 (6.9)
	일반 양로·노인시설	28 (3.1)
	소규모 치매노인 전문시설	463 (51.1)
	대규모 치매노인 전문시설	342 (37.7)
	계	895 (100.0)
치매노인(부모)의 바람직한 거주환경	일반 가정	135 (15.0)
	일반 양로·노인시설	24 (2.7)
	소규모 치매노인 전문시설	445 (49.6)
	대규모 치매노인 전문시설	294 (32.5)
	계	898 (100.0)
치매노인(본인)의 바람직한 거주환경	일반 가정	76 (8.5)
	일반 양로·노인시설	28 (3.1)
	소규모 치매노인 전문시설	495 (54.6)
	대규모 치매노인 전문시설	296 (32.7)
	계	895 (100.0)
주거환경 개선이 치매노인에게 미치는 영향	도움이 되지 않을 것이다	58 (6.4)
	도움이 될 것이다	718 (79.2)
	잘 모르겠다	125 (13.8)
	계	901 (100.0)
	주택개조 비용 부담 의사	부담할 의사가 있다
부담할 의사가 없다		50 (5.6)
개조보다는 전문시설을 이용하겠다		375 (41.4)
계		887 (100.0)

주거환경 개선이 치매노인 부양에 도움이 될 것인가에 대한 조사결과, 79.2%가 도움이 될 것이라고 여기고 있었다. 이는 노인복지시설의 직원을 대상으로 조사한 권오정의 연구(2000b)의 결과와도 일치하고 있었으며 이러한 결과는 조사대상자들이 치매노인을 위한 주거환경의 중요성을 의식하고 있음을 알 수 있다. 또한 치매노인의 부양을 돕기 위해 주택개조에 드는 비용을

부담할 의사가 있는지에 대해서는 과반수 이상(52.1%)이 긍정적인 의견을 제시하고 있어 조사대상자의 치매노인 부양환경 개선에 대한 관심과 의지를 짐작할 수 있게 한다. 특히 조사대상자의 41.4%가 주택개조에 드는 비용을 부담하기보다는 치매노인 전문요양시설을 이용하는 쪽을 택하겠다는 의견을 나타낸 것을 볼 때 역시 일반가정보다는 치매노인을 위해서 계획된 별도의 거주환경을 더 바람직하게 생각하고 있음을 알 수 있었다.

4. 조사대상자의 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구

치매노인을 위한 그룹홈 개발과 관련된 정책에 대한 요구를 조사하기 위하여 5점 리커트 척도로 19개 문항을 구성하여 조사한 결과는 <표 4>와 같다.

치매노인 그룹홈 개발과 관련된 정책 활성화를 위한 정책 제안사항 중에서 가장 높은 요구를 나타낸 것은 “치매노인에게 주어지는 의료보험 수혜 기간을 연장해 주어야 한다”는 항목으로 4.28점(5점 만점)을 나타냈다. 이는 기존의 의료보험에서는 치매로 인해 병원치료나 입원 시 특별한 혜택이 없고 중증 치매노인의 경우 장기입원의 가능성이 높아 이러한 특수한 노인성 질환에 대한 의료보장의 개선을 요구하는 것이라고 해석된다. 미국에서는 치매와 관련하여 직·간접 의료비가 매해 최소 800-900억 달러가 지출되고 있으며 이는 모든 노인성 질환중 세 번째에 해당된다고 한다(조선일보, 2000.9.21). 이러한 의료비 지출액을 볼 때, 우리나라에서도 치매와 관련된 의료보험의 혜택의 범위를 재정비하는 것이 치매환자와 가족의 부담을 덜어 주는 가장 직접적인 대책이 될 것으로 판단된다.

이외에도 평균 4.00점 이상의 높은 요구도를 나타낸 정책 제안사항들에는 “치매노인 그룹홈 직원들을 위한 프로그램이 개발되어야 한다”(4.25점)와 “치매관련 전문교육을 받은 사람이 직원이어야 한다”(4.24점), “직원이 치매관련 재교육을 받아야 한다”(4.14점), “소규모 치매노인 그룹홈은 노인 당 직원의 비율을 높일 수 있도록 지원해 주어야 한다”(4.05점) 등 직원의 자질과 교육, 업무 능력 향상에 관련된 사항들에 대한 것이 포함되어 있었다. 이는 조사대상자들이 치매노인 그룹홈 활성화를 위해서는 직원에게 직접적으로 관련된 내용이 정책화되어야 함을 강하게 요구하고 있음을 말해주고 있다. 선행연구에서도 나타났듯이 현재 대다수의 치매노인시설의 직원은 많은 수의 치매노인을 돌보아야 할 처지에 놓여 있는 경우가 많았고(권오정, 2000, a,b), 그럼에도 불구하고 치매노인을 돌보기 위해 필요한 재교육의 기회를 갖기를 원했으며 원거리에 있는 교육장소로의 접근이 어려운 시설을 위해 다양한 교육 매체가 개발되고 더불어 치매전문 인력의 양성의 필요성을 느끼고 있었음(권오정, 1999)을 볼 때 직원에 관련된 정책(예를들어, 법적 직원배치 기준의 상향조정, 노인의 직접적인 보호를 맡게되는 생활보호원인력과 간병인력의 보충, 직원 임금 인상, 교육 매체의 개발 및 보급, 등)이 우선적으로 갖추어져 좀 더 질적인 부양이 가능하도록 해

야 함을 알 수 있다.

<표 4> 조사대상자의 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구

문항	평균
1) 0국가 비용의 일부를 지원해 주는 실비 치매노인 그룹홈이 건립되어야 한다.	4.22
2) 유료 치매노인 그룹홈이 건립되어야 한다.	3.58
3) 유료 치매노인 그룹홈의 경영주체는 개인 또는 민간기업이 되는 것이 좋다.	2.74
4) 유료 치매노인 그룹홈의 경영주체는 종교, 사회법인 단체 등 비영리단체가 되는 것이 좋다.	3.57
5) 유료 치매노인 그룹홈의 경영주체는 국가나 지방자치단체가 되는 것이 좋다.	3.69
6) 치매노인은 자신이 거주하던 지역사회에 위치한 유료치매노인 그룹홈에 거주하는 것이 좋다.	3.92
7) 지역의 노인인수 비율에 따라 적절한 수의 치매노인 그룹홈이 건립되어야 한다.	3.94
8) 우리동네 주택과 같은 형태의 치매노인 그룹홈은 이웃에 있어도 무방하다.	3.69
9) 비용부담이 상대적으로 큰 소규모 치매노인 그룹홈에 대해서는 대규모 시설보다 더 많은 세제감면이나 저리융자 등의 혜택이 제공되어야 한다.	4.07
10) 소규모 치매노인 그룹홈은 노인당 직원의 비율을 높일 수 있도록 지원해 주어야 한다.	4.05
11) 치매노인 그룹홈의 직원은 치매관련 전문교육을 받은 사람이어야 한다.	4.24
12) 치매노인 그룹홈의 직원을 위한 전문 프로그램이 개발되어야 한다.	4.25
13) 치매노인 그룹홈의 직원은 정기적으로 치매관련 재교육을 이수해야 한다.	4.14
14) 유료 치매노인 그룹홈에 거주할 경우를 대비하여 치매관련 보험제도를 도입하여야 한다.	4.03
15) 치매노인시설 건립을 위한 국가 차원의 지원기관이 설립되는 것이 좋다.	4.17
16) 치매노인시설 건립을 위한 기부금을 내는 경우 연말정산 시 세금감면 혜택을 주는 것이 좋다.	4.15
17) 치매노인시설 건립을 위한 기부금을 내는 경우 차후 치매노인 그룹홈의 입주 우선순위를 제공하는 제도가 도입되는 것이 좋다.	3.82
18) 치매노인을 직접 부양하고 있거나 부양비용을 부담하는 가족구성원에게 그 비용에 대한 세금감면 혜택을 주는 것이 좋다.	4.15
19) 치매노인에게 주어지는 의료보험 수혜기간을 연장해주어야 한다.	4.28
전체평균	3.71

“국가가 비용의 일부를 지원해 주는 실비 치매노인 그룹홈이 건립되어야 한다” 는 19개 문항 중 4번째로 높은 점수(4.22점)를 나타내어서 생활보호대상자만이 아니라 사회의 중산층 이상

가정에서도 치매노인 부양시설에 있어 국가의 지원을 받기를 높게 요구하고 있음을 알 수 있었다. 즉 실비시설의 활성화를 위해서는 정부가 주거비 지원형태의 재정지원도 가능하도록 하여 소위 재정적으로 감당할 수 있는 주거(affordable housing)의 개념이 도입된 시설이 공급되어야 한다. 궁극적으로는 무료, 실비, 유료로 구분하지 말고 한 시설 내에서 치매노인과 그 부양자의 경제적 능력에 따라 국가적 지원의 정도가 달리하여 시설을 운영하도록 하는 것도 생각해볼 수 있다.

“치매노인시설 건립을 위한 국가적 차원의 지원기관이 설립되는 것이 좋다”에 대한 조사대상자의 요구는 총 19개 문항 중 5번째 높은 점수(4.17점)이었다. 앞서 설명한 정부의 “치매대책 10년 계획”에서도 치매종합연구소를 설치하겠다는 계획안이 있었으나 아직까지 실현되지 못하고 있다. 치매문제를 총체적으로 접근하여 제도적, 실천적 방안을 마련할 수 있는 종합연구소가 마련된다면 치매노인시설 건립을 위한 체계적인 지침을 제시할 수 있는 분야도 그 안에 포함되어 활성화 될 수 있을 것으로 판단된다.

치매가족에게 부양비용은 경제적인 큰 부담이 아닐 수 없다. 그러므로 공익차원의 기부금 활성화를 통해 자금마련을 하는 것은 치매노인시설의 수혜자를 넓히고 수익성보다는 공익성이 강조되는 시설 건립에 도움이 될 것이다. 그러나 우리 사회에서는 개인 차원의 기부금 납부가 일상화되어 있지 못하고 있는데, 이는 개인의 기부에 대한 사회적 인센티브가 거의 없는 것도 한 원인이 될 수 있다. 이러한 측면에 대한 요구의 반영으로 “치매노인시설 건립을 위한 기부금을 내는 경우 연말정산 시 세금감면 혜택을 주는 것이 좋다”에 높은 요구도(4.15점)를 보이고 있다. 이러한 결과를 볼 때, 치매노인시설 건립 자금 조성을 위한 국가적 차원의 기관을 설립하여 기부금을 모으고 이에 대해 세제혜택의 범위를 넓혀 준다면 자금조성도 가능성이 있을 것으로 여겨진다. 이와 같은 맥락으로 자신의 가정에서 치매노인을 직접 부양함으로써 부담해야 하는 비용(치매관련 서비스 이용비, 보조용품 구입비, 주택개조비, 간병인 인건비 등)에 대한 경제적 부담을 줄여줄 수 있는 방안도 마련되어야 하는데 이에 대한 필요성은 “치매노인을 직접 부양하거나 부양비용을 부담하는 가족구성원에게 그 비용에 대한 세금감면 혜택을 주는 것이 좋다”에서 높은 요구(4.15점)를 보인 것을 보아도 알 수 있다. 최근 정부에서는 노인 부양가족에 대해 혜택을 부여하는 제도에 대해 관심을 기울이고 있다. 그 한 예로 2002년부터 노인부양가족에 대한 복층 아파트 우선 분양제도 도입안이 발표되었고(조선일보, 2001.12.29), 이미 부모를 모시고 사는 자녀에 대해 세제 감면이나 재산세, 상속세 감면 등의 제도를 갖추고 있다. 그러나 이러한 제도들이 치매 부양 부담을 줄여주기에는 충분치 않으므로 당장 부양에 드는 비용을 줄일 수 있는 제도들이 마련되면 치매노인 부양에서 오는 경제적 부담 때문에 발생하는 가족갈등을 줄이는데 기여할 수도 있을 것이다.

“비용부담이 상대적으로 큰 소규모 치매노인 그룹홈에 대해

<표 5> 조사대상자의 치매노인 그룹홈을 활성화 정책에 대한 요인분석

요 인	문 항 내 용	요인 부하값				
		요인1	요인2	요인 3	요인 4	요인 5
요인1 직원관련 요인 (평균: 4.16)	· 치매노인 그룹홈의 직원은 치매관련 전문교육을 받은 사람이 어야 한다.	0.865				
	· 치매노인 그룹홈의 직원을 위한 전문 프로그램이 개발되어야 한다.	0.856				
	· 치매노인 그룹홈의 직원은 정기적으로 치매관련 재교육을 이 수해야 한다.	0.806				
	· 소규모 치매노인 그룹홈은 노인당 직원의 비율을 높일 수 있 도록 지원해 주어야 한다.	0.489				
요인 2 사회적 차원의 경제적 지원 요인 (평균: 4.09)	· 치매노인을 직접 부양하고 있거나 부양비용을 부담하는 가족 구성원에게 그 비용에 대한 세금감면 혜택을 주는 것이 좋다.		0.781			
	· 치매노인시설 건립을 위한 기부금을 내는 경우 연말정산 시 세금감면 혜택을 주는 것이 좋다.		0.767			
	· 치매노인시설 건립을 위한 기부금을 내는 경우 차후 치매노인 그룹홈의 입주 우선순위를 제공하는 제도가 도입되는 것이 좋 다.		0.733			
	· 치매노인에게 주어지는 의료보험 수혜기간을 연장해주어야 한 다.		0.599			
	· 치매노인시설 건립을 위한 국가 차원의 지원기관이 설립되는 것이 좋다.		0.540			
	· 유료 치매노인 그룹홈에 거주할 경우를 대비하여 치매관련 보 험제도를 도입하여야 한다.		0.497			
요인 3 그룹홈 건립, 유형, 위치 요인 (평균: 3.90)	· 치매노인은 자신이 거주하던 지역사회에 위치한 유료 치매노 인 그룹홈에 거주하는 것이 좋다.			0.653		
	· 유료 치매노인 그룹홈이 건립되어야 한다.			0.634		
	· 지역의 노인인구 비율에 따라 적절한 수의 치매노인 그룹홈이 건립되어야 한다.			0.624		
	· 우리 동네 주택과 같은 형태의 치매노인 그룹홈은 이웃에 있 어도 무방하다.			0.622		
	· 국가가 비용의 일부를 지원해 주는 실비 치매노인그룹홈이 건 립되어야 한다.			0.510		
	· 비용부담이 상대적으로 큰 소규모 치매노인 그룹홈에 대해서 는 대규모시설보다 더 많은 세제감면이나 저리융자 등의 혜택 이 제공되어야 한다.			0.473		
요인 4 공적경영주체 요인 (평균: 3.63)	· 유료 치매노인 그룹홈의 경영주체는 국가나 지방자치단체가 되는 것이 좋다.				0.711	
	· 유료 치매노인 그룹홈의 경영주체는 종교, 사회법인단체 등 비 영리단체가 되는 것이 좋다.				-0.629	
요인5 사적경영주체 요인 (평균: 2.74)	· 유료 치매노인 그룹홈의 경영주체는 개인 또는 민간기업이 되 는 것이 좋다.					0.885
	고유값	5.56	1.67	1.57	1.25	1.04
	분산 (%)	29.28	8.79	8.24	6.56	5.50
	누적 (%)	29.28	38.07	46.31	52.87	58.37

서는 대규모 시설보다 더 많은 세제 감면이나 저리융자 등의 혜택이 제공되어야 한다”는 제안 사항에 대한 요구가 높게(4.07 점) 나타난 것은 본 연구에서 치매노인들에게는 대규모 시설보다는 소규모 시설이 더 바람직하다고 여기고 있는 조사대상자

의 의견이 반영되어 소규모 그룹홈이 활성화되기를 원하는 그들의 심정을 반영한 요구사항이라고 해석된다.

“유료 치매노인 그룹홈에 거주할 경우를 대비하여 치매관련 보험제도를 도입해야한다”는 제안사항에서도 4점이상의 높은

<표 6> 조사대상자의 사회인구학적 특성에 따른 치매노인 그룹홈 활성화정책에 대한 요구의 차이

사회인구학적 특성		정책 요인	요인1 직원관련 요인		요인2 사회적 차원의 경제적 지원 요인		요인3 그룹홈 건립, 유형, 위치 요인		요인4 공적경영주체 요인		요인5 사적경영주체 요인
			M	D	M	D	M	D	M	D	
성 별	남		4.22		4.14		3.94		3.67		2.64
	여		4.14		4.07		3.88		3.61		2.79
	t 값		2.06		1.95		1.89		1.16		-1.30
연 령	30세 이하		4.20		4.07		3.86		3.52	a	2.65
	31~40세 이하		4.17		4.10		3.92		3.64	ab	2.70
	41~50세 이하		4.15		4.09		3.87		3.59	a	2.81
	51세 이상		4.16		4.12		3.96		3.75	b	2.75
	F 비		0.28		0.22		1.64		3.66*		0.35
학 력	중졸이하		4.06	a	4.01	a	3.78	a	3.63		2.63
	고졸		4.11	a	4.03	a	3.83	a	3.56		2.63
	대졸이상		4.24	b	4.17	b	3.97	b	3.69		2.86
	F 비		7.54**		8.32***		14.78***		3.70		2.14
월평균 소득	199만원 미만		4.16		4.07		3.87		3.61		2.71
	200~399만원		4.17		4.08		3.90		3.65		2.77
	400만원 이상		4.12		4.16		3.97		3.64		2.79
	t 값		0.36		1.27		1.86		0.31		0.18

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 M : MEAN, D : Duncan's Multiple Range Test

요구도(4.03점)가 나타났다. 미국과 같이 치매노인의 수가 급격히 늘고 있는 국가에서는 치매전문요양시설을 포함하여 노후의 노인요양시설의 이용료 부담에 대비하기 위해 장기요양보험(nursing home insurance)이 생겨났고 그 수요도 날로 커져가고 있다. 우리 나라에서도 개인보험 형태로 장기요양보험이나 치매를 포함하는 특수 노인성 질환 보험 상품을 마련하여 부모나 자신의 노후에 대비하도록 하는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

전체 19개의 정책제안 사항에서 가장 낮은 요구도를 보인 것은 “유료 치매노인그룹홈의 경영주체는 개인 또는 민간기업이 되는 것이 좋다”(2.74점)이었다. 이는 노인주거시설의 운영이 자유시장 기능에 맡겨지면 수익성과 수익성이 동시에 이루어져야 함에 있어 수익성이 더 강조됨으로 올 수 있는 부작용에 대한 우려가 상당히 큼을 말해주고 있다. 따라서 민간기업이 설립, 운영하는 시설에 대한 신뢰가 높아질 수 있도록 모범적으로 운영되는 시설 사례들이 제시되어 인식 개선이 이루어져야하고, 민간 운영자에게 지침이 될 수 있는 운영 세부 방침을 제시해주고 개인이나 민간기업에 대한 자격 심사 제도를 마련하여 심사를 거쳐 유료시설을 운영할 자격을 부여하도록 하는 방안도 고려해 볼 수 있겠다.

전체 19개 문항에 대한 조사대상자의 요구정도는 3.71점으로 본 연구에서 제시된 치매노인 그룹홈의 활성화 정책 제안사항에 대한 요구도가 높은 수준이었음을 알 수 있다.

조사대상자의 치매노인 그룹홈의 활성화 정책에 대한 요구의

요인을 파악하기 위해 Varimax 회전방식에 의한 요인분석을 실시하였는데, 고유치가 1.0 이상인 요인들을 기준으로 추출한 결과 5개 요인으로 유형화되었고 요인1은 직원관련 요인, 요인2는 사회적 차원의 경제적 지원 요인, 요인3은 그룹홈 건립, 유형, 위치 요인, 요인4는 공적 경영주체 요인, 요인5는 사적 경영주체 요인으로 명명하였다(표 5 참조). 위와 같은 다섯 요인의 합은 유료 치매노인 그룹홈의 활성화 정책에 대한 요구의 58.37%를 설명하고 있다.

또한 각각의 요인이 치매노인 그룹홈의 활성화 정책에 대한 요구로서 어느 정도 비중을 차지하는지 알아 본 결과, 요인1: 직원관련 요인이 평균 4.16점(5점 만점)으로 가장 높았고, 그 다음으로는 요인2: 사회적 차원의 경제적 지원 요인이 4.09점, 요인3: 그룹홈 건립, 유형, 위치 요인이 3.90점, 요인4: 공적 경영주체 요인이 3.63점, 마지막으로 요인5: 사적 경영주체 요인이 2.74점으로 나타났다.

다시 말해서, 우리 나라에서 치매노인 그룹홈을 활성화하기 위해서는 치매노인 그룹홈의 직원에 관련된 정책이 가장 필요하다고 요구하고 있었으므로 이에 따른 정책의 마련과 지원이 반드시 이루어져야 할 것으로 판단된다.

치매노인 그룹홈에 대한 사회적 차원의 경제적 지원, 치매노인 그룹홈의 건립, 유형, 위치 그리고 누가 경영주체가 되느냐에 대한 정책보다도 시설에서 치매노인과 직접적인 접촉을 하는

다시 말해서, 우리 나라에서 치매노인 그룹홈을 활성화하기

<표 7> 조사대상자의 치매노인 부양특성에 따른 치매노인 그룹홈 활성화정책에 대한 요구의 차이

정책 요인		요인1		요인2		요인3		요인4		요인5	
		직원관련 요인		사회적 차원의 경제적 지원 요인		그룹홈 건립, 유형, 위치 요인		공적경영주체 요인		사적경영주체 요인	
		M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
치매노인 부양경험	있다	4.17		4.15		3.95		3.68		2.80	
	없다	4.16		4.07		3.88		3.62		2.72	
	F 비	0.12		1.94		1.94		1.17		0.67	
일차적 부양책임	가족	4.17		4.09		3.90		3.60		2.72	
	사회(국가)	4.23		4.12		3.94		3.78		2.86	
	t 값	1.37		0.44		1.09		7.40**		0.74	
치매노인 부양자	자녀가 돌아가면서	4.14		4.09		3.90		3.71		2.64	
	큰아들 내외	4.15		4.08		3.88		3.59		2.70	
	형편되는 자녀	4.18		4.11		3.91		3.60		2.79	
	F 비	0.62		0.28		0.29		2.85		0.77	
치매노인 부양비용	자녀가 골고루 부담	4.20		4.10		3.92		3.64		2.72	
	큰아들 내외	4.14		4.11		3.77		3.75		2.94	
	아들들이 나누어	4.05		4.09		3.95		3.67		2.59	
	형편되는 자녀	4.16		4.05		3.83		3.58		2.83	
	F 비	3.01		0.46		2.53		0.87		0.52	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 M : MEAN, D : Duncan's Multiple Range Test

<표 8> 조사대상자의 치매노인 거주환경에 대한 의견에 따른 치매노인 그룹홈 활성화정책에 대한 요구의 차이

정책 요인		요인1		요인2		요인3		요인4		요인5	
		직원관련 요인		사회적 차원의 경제적 지원 요인		그룹홈 건립, 유형, 위치 요인		공적경영주체 요인		사적경영주체 요인	
		M	D	M	D	M	D	M	D	M	D
치매노인(일반인)의 바람직한 거주환경	일반가정	4.10		4.00		3.72 ab		3.53		2.58	
	일반 양로/노인시설	4.17		3.98		3.64 a		3.53		2.71	
	소규모 치매노인 전문시설	4.18		4.11		3.96 c		3.65		2.87	
	대규모 치매노인 전문시설	4.14		4.09		3.87 bc		3.63		2.58	
	F 비	0.73		1.20		9.29***		0.86		2.32	
치매노인(부모)의 바람직한 거주환경	일반가정	4.08 b		4.03 b		3.79 ab		3.65		2.71	
	일반 양로/노인시설	3.82 a		3.84 a		3.58 a		3.59		2.45	
	소규모 치매노인 전문시설	4.21 b		4.12 b		3.94 b		3.62		2.86	
	대규모 치매노인 전문시설	4.15 b		4.09 b		3.91 ab		3.64		2.58	
	F 비	5.32**		3.02*		8.00***		0.13		2.07	
치매노인(본인)의 바람직한 거주환경	일반가정	3.93 a		3.97		3.74 a		3.40 a		2.71	
	일반 양로/노인시설	4.12 b		4.05		3.69 a		3.73 b		2.89	
	소규모 치매노인 전문시설	4.18 b		4.11		3.94 b		3.63 b		2.82	
	대규모 치매노인 전문시설	4.20 b		4.09		3.90 b		3.68 b		2.60	
	F 비	5.47**		1.62		6.04***		3.94**		1.25	
주거환경개선이치매 노인에게 미치는영향	도움이 되지 않을 것이다	3.94 a		3.96		3.75 a		3.54		2.56	
	도움이 될 것이다	4.19 b		4.11		3.93 b		3.64		2.73	
	잘 모르겠다	4.10 b		4.07		3.80 ab		3.66		2.86	
	F 비	6.54**		2.20		7.19**		0.62		0.66	
주택개조 비용부담의사	부담할 의사가 있다	4.20 b		4.11		3.94 b		3.64 b		2.76	
	부담할 의사가 없다	3.98 a		3.95		3.68 a		3.28 a		2.90	
	전문요양시설을 이용	4.16 b		4.09		3.89 b		3.68 b		2.69	
	F 비	3.95*		1.96		7.09***		8.28***		0.47	

*p<.05 **p<.01 ***p<.001 M : MEAN, D : Duncan's Multiple Range Test

위해서는 치매노인 그룹홈의 직원에 관련된 정책이 가장 필요하다고 요구하고 있었으므로 이에 따른 정책의 마련과 지원이 반드시 이루어져야 할 것으로 판단된다. 직원에 대한 교육과 프로그램 개발, 그리고 인적자원에 대한 지원을 가장 중요시 여긴다는 것은 매우 흥미롭고 중요한 결과로 생각된다. 즉 일반적으로 사람들은 우리 사회의 치매노인들이 치매에 대해 제대로 이해할 수 있는 직원들로부터 인간적인 대우를 받으면서 생활할 수 있기를 원하는 정도가 높은 것으로 해석된다.

5. 관련변인에 따른 치매노인 그룹홈의 활성화 정책에 대한 요구의 차이

조사대상자의 관련변인(사회인구학적 특성, 치매노인 부양 특성, 치매노인 거주환경에 대한 의견)에 따른 치매노인 그룹홈의 활성화 정책 요인별 요구에 차이가 있는가를 파악하기 위해 t검증과 일원분산분석(one-way ANOVA)을 실시한 결과는 <표 6> - <표 8>에 제시된 바와 같다.

1) 사회인구학적 특성에 따른 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구의 차이

조사대상자의 사회인구학적 특성(성별, 연령, 학력, 월평균 소득)에 따른 요인간의 차이를 검증한 결과(표 6참조), 연령과 학력에서 집단간의 유의미한 차이가 나타났다.

연령에서는 요인4(공적경영주체 요인)에서 집단간의 유의미한 차이가 나타났는데, 51세 이상의 연령이 높은 집단의 경우에 그 이하의 연령에 속하는 집단의 경우들에 비해 치매노인 그룹홈의 경영주체가 국가나 지방자치단체 또는 종교나 사회법인 단체 등이 되어야 한다는 요구가 높았다.

학력에서도 요인1(직원관련 요인), 요인2(사회적 차원의 경제적 지원 정책), 요인3(그룹홈 건립, 유형, 위치 요인)에 따라 집단간의 유의미한 차이가 나타났다. 즉 학력이 대졸 이상인 집단의 경우에 고졸이나 중졸이하의 집단보다 직원관련 정책, 사회적 차원의 경제적 지원과 관련된 정책, 그리고 그룹홈의 건립, 유형, 위치와 관련한 정책에 대한 요구가 높았다.

2) 치매노인 부양 특성에 따른 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구의 차이

조사대상자의 치매노인 부양 특성에 대한 4개 변인(부양경험, 일차적 부양책임, 치매노인 부양자, 치매노인 부양비용)이 치매노인 그룹홈 정책에 대한 요구에 차이가 있는가를 검증한 결과, 일차적 부양책임에 따른 요인4(공적경영주체 요인)에서만 집단간의 유의미한 차이가 나타났다(표 7 참조). 즉 국가가 치매노인 부양에 일차적 책임이 있다고 생각하는 집단에서 치매노인 그룹홈의 경영주체가 국가나 지방자치단체 또는 종교나 사회법인 단체 등이 되어야 한다는 요구가 높았다.

3) 치매노인 거주환경에 대한 의견에 따른 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구의 차이

치매노인 거주환경에 대한 5개의 변인(치매노인(일반인)의 바람직한 거주환경, 치매노인(부모)의 바람직한 거주환경, 치매노인(본인)의 바람직한 거주환경, 주거환경 개선이 치매노인에게 미치는 영향, 주택개조 비용부담 의사)에 따라 치매노인 그룹홈 정책에 대한 요구에 차이를 나타내는가를 검증한 결과는 <표 8>과 같다.

치매노인(일반인)의 바람직한 거주환경에서는 일반적으로 우리사회의 누군가가 치매에 걸리는 경우에는 소규모 치매전문요양시설이 일반 양로시설보다 바람직하다고 여기는 집단의 경우에서 그룹홈의 건립, 유형, 위치와 관련된 정책에 대한 요구가 더 높게 나타나면서 유의미한 차이를 보였다.

치매노인(부모)의 바람직한 거주환경에서는 부모가 치매에 걸리는 경우에는 일반가정이나 소규모 치매전문요양시설, 대규모 치매전문요양시설에 거주하는 것이 바람직하다고 여기는 집단의 경우가 일반 양로시설에 거주하는 것이 바람직하다고 여기는 집단의 경우보다 요인1(직원관련 요인)과 요인2(사회적 차원의 경제적 지원 요인)에 대한 요구가 더 높았다. 또한 부모님의 경우에 소규모 치매전문요양시설이 일반 양로시설보다 바람직한 거주환경이라고 여기는 집단의 경우에 요인3(그룹홈 건립, 유형, 위치 요인)에 대한 요구가 높게 나타났다.

치매노인(본인)의 바람직한 거주환경에서는 일반가정을 바람직하게 여기는 집단의 경우보다 일반노인시설이나 소규모 치매노인전문시설, 대규모 치매노인전문시설이 바람직하다고 여기는 집단들의 경우에 요인1(직원관련 요인)과 요인4(공적 경영주체 요인)에 대한 요구가 높았다. 이는 본인이 가정이 아닌 시설에 거주하게 되기를 바라는 경우에 자신과 직접적으로 함께 생활하게 될 직원들에 대한 관심이 높음을 증명하는 것이고 결과적으로 이들에 대한 정책적 지원이 이루어지기를 원하는 것으로 해석된다. 또한 공익성에 더 큰 비중을 둘 것으로 판단되는 국가나 비영리 법인이 유료시설이라 할지라도 운영주체가 되기를 바라고 있었다. 그리고 본인이 치매에 걸릴 경우에 일반가정이나 일반 양로시설에 거주하는 것이 바람직하다고 생각하는 집단보다 소규모 치매노인 전문시설이나 대규모 치매노인 전문시설이 바람직하다고 여기는 집단이 요인3(그룹홈 건립, 유형, 위치 요인)에 대한 정책요구가 집단간의 유의미한 차이를 나타내면서 높았다.

자신의 가정에서 주거환경을 개선하는 것이 치매노인 부양에 도움이 되는가에 대한 의견에 따라 치매노인그룹홈 활성화 정책에 대한 요인별 요구에 차이가 있는가를 분석한 결과, 도움이 되지 않을 것이라고 여기는 집단의 경우보다 도움이 되거나 잘 모르겠다라고 응답한 집단의 경우가 요인1(직원관련 요인)에 대해 집단간의 유의미한 차이를 보이면서 요구가 높았다. 이는 치매노인 부양에서 주거환경의 중요성을 인식하고 있는 경우나

그 중요성 여부를 판단하지 못하는 경우가 시설에서의 직원에 대한 구체적인 정책들이 제안되기를 더 원하고 있는 것으로 해석된다. 또한 주거환경 개선이 치매노인 부양에 도움이 될 것이라고 생각하는 집단이 도움이 되지 않을 것이라고 생각하는 집단보다 요인3(그룹홈의 건립, 유형, 위치)에 대한 정책 요구가 높았다.

치매노인의 부양을 돕기 위해 주택개조를 한다면 비용을 부담할 의사가 있는지 여부에 따라 요인1(직원관련 요인), 요인3(그룹홈 건립, 유형, 위치 요인), 요인4(공적 경영주체 요인)에서 집단간의 차이를 나타냈다. 즉 주택개조 비용을 부담할 의사가 있거나 개조대신 전문요양시설을 이용하고자 하는 집단의 경우가 개조 비용을 부담할 의사가 없는 집단의 경우보다 직원관련 정책과 그룹홈의 건립, 유형, 위치와 관련된 정책, 그리고 공적 단체나 국가가 경영주체가 되는 것에 대한 정책의 요구가 높았다.

이러한 관련 변인에 따른 그룹홈 활성화 정책 요구에 대한 집단간의 차이를 분석한 결과를 종합해보면 조사대상자의 사회인구학적 특성이나 치매노인 부양 특성보다는 치매노인 거주환경에 대한 의견변인에서 집단간의 차이가 더 많이 나타났다. 즉 치매노인이 누구인가에 따라 어떤 거주환경을 바람직하게 여기고 있는가하는 것과 치매노인 부양에서의 주거환경의 중요성과 개조의 필요성 등에서 집단간의 요인별 정책 요구정도에 차이를 보이고 있었고 특히 그룹홈 건립, 유형, 위치에 관련된 정책 요구는 모든 변인에서 집단간의 유의미한 차이를 나타냈다.

V. 결론 및 제언

본 연구는 날로 심각해져 가는 우리 사회의 치매문제에 대한 대책 마련의 한 방안으로 치매노인을 위한 새로운 주거 대안으로서의 그룹홈이 활성화되기 위한 정책적 제안을 하고자 하였다.

본 연구 결과에서 나타난 연구결과들을 바탕으로 결론을 내리고 노인복지정책이나 노인주택정책 수립에 반영될 수 있는 사항들을 제안하면 다음과 같다.

1. 조사대상자들은 치매노인의 부양 책임은 일차적으로 가족에게 있다고 인식하고 있으며, 치매노인은 형편되는 자녀가 돌아와면서 모시고, 부양비용은 자녀가 골고루 나누어서 부담하는 것이 바람직하다고 여기고 있었다. 이로써 과거의 유교적 사고방식인 부모 부양에 대한 장자 책임의식이 많이 약화되었다는 사실을 알 수 있다.

2. 조사대상자들은 치매노인의 거주환경으로 소규모 치매전문시설을 가장 바람직하게 생각하였고, 다음으로는 대규모 치매전문시설이었고 일반가정에서 거주하는 것을

바람직하게 여기는 경우는 극히 적었다. 치매 당사자에 따라 바람직한 거주환경에 대한 의식이 약간씩은 달랐는데 본인이 치매일 경우에는 특히 일반가정에서 거주하는 것이 가장 바람직할 것이라는 의견이 더 낮았다. 이는 조사대상자가 주로 중년층이었음을 고려할 때 가까운 미래에 치매노인 시설에 대한 수요가 더 증가하리라는 것을 시사해준다.

3. 조사대상자들은 주거환경 개선이 치매노인 부양에 도움이 될 것이라고 인식하고 있는 경우가 높았고 이와 관련하여 치매노인을 부양하게 될 상황이 된다면 주거환경개선을 시도하겠다는 경우도 많아 이에대한 대책 마련이 필요하다. 그러나 이러한 현 주택의 개조와 비슷한 비율로 주택개조보다는 치매노인 전문요양시설을 이용하는 쪽을 택하겠다는 경우도 많아 또 한번 시설 공급의 필요성을 보여주고 있다.

4. 조사 대상자들의 치매노인 그룹홈 활성화 정책에 대한 요구에서는 치매노인에게 주어지는 의료보험 수혜기간을 연장해주는 정책에 대한 요구가 단일문항 주에서는 가장 높았다. 그러나 요인분석에 따른 5개 요인중에서는 직원관련 요인이 제1요인으로서 이에 속하는 4개 문항의 평균값이 가장 높았다. 이는 조사대상자들이 치매노인 시설 이용을 활성화시키기 위해서는 치매시설 직원의 자질 향상과 업무능률 향상을 뒷받침 할 수 있는 정책이 반드시 필요함을 요구하고 있는 것이므로 이에 대한 구체적이고 실천적인 제도들이 시급히 마련되어야 한다.

5. 조사대상자의 관련 변인에 따른 그룹홈 활성화 정책 요구에 대한 집단간의 차이를 분석한 결과에서는 조사대상자의 사회인구학적 특성이나 치매노인 부양 특성보다는 치매노인 거주환경에 대한 의견변인에서 집단간의 차이가 더 많이 나타났다. 특히 요인3(그룹홈 건립, 유형, 위치 요인)에서는 가장 많은 집단간의 차이를 나타내 앞으로 그룹홈의 지역사회 내에서의 위치 선정과 유료, 실비시설의 도입, 소규모시설에 대한 혜택 등을 결정할 때는 이러한 집단간의 의견차이를 고려해야 한다.

이와같은 결론을 바탕으로 앞으로 어떠한 내용들이 작게는 치매노인 그룹홈을 활성화하고 궁극적으로는 치매노인의 부양 부담 경감과 삶의 질 향상에 기여할 수 있을지에 대한 총체적인 사항을 몇가지 제안하고자 한다.

1. 현재 치매노인 그룹홈과 유사한 형태로 5-10명 정도의 노인들에게 숙식을 제공하고 있는 사설시설들이 정부에 등록할 법적 근거가 없어 인가를 받지 못하고 운영되고 있는 경우들이 있다. 이러한 시설들이 정부의 감독과 관리하에 제대로 운영되기 위해서는 50명 이상의 시설만을 기준으로 요양시설 인가를 내주는 법적 체제를 바꾸어야 한다.

2. 치매그룹홈은 노인복지법이 규정하는 노인복지시설의 한 형태로 발전시켜야 한다. 그룹홈이 노인복지법의 노인복지시설 중에 노인주거복지시설과 노인의료복지시설중에서 어디에 속할 것인가에 대한 문제를 검토해 보아야 한다. 현행 노인전문요양 시설은 노인의료복지시설에 해당되어 요양(의료)서비스가 필수적으로 제공되도록 규정되어 있으나 치매전문시설의 활성화, 특히 중산층 이상 가정을 위한 소규모 시설의 활성화를 위해서는 실비나 유료 노인복지주택도 치매전문시설이 가능하도록 하고 치매증상의 단계별로 사회적 서비스를 중심으로 운영하되 의료, 요양서비스는 지역사회 병원이나 가족과 연계하여 서비스가 제공될 수 있는 체계를 구축한다.

3. 유료치매노인전문시설에 대한 수요는 증가할 것이다. 따라서 유료시설이 건전하고 바람직하게 육성될 수 있도록 국민연금 대출의 이자부담을 경감시키고, 세법을 개정하여 민간 건설업자의 투자를 촉진하고 택지공급에 우선 순위를 부여한다. 궁극적으로 유료나 실비 시설은 자신의 소득 수준에 맞게 주거환경과 제반 서비스의 수준을 선택할 수 있는 주거, 다시 말해서 경제적으로 감당할 수 있는 주거 (Affordable housing)가 되도록 장기적인 정책 방향의 수립이 필요하다. 또한 민간이 운영주체인 시설중에 모범사례를 개발하여 일반인의 인식을 개선할 수 있도록 유도하고 모범사례시설에도 적절한 포상이 주어질 수 있는 제도를 마련한다.

4. 치매노인부양에서의 경제적 문제는 매우 심각하다. 이는 소득계층을 막론하고 느끼는 공통된 문제이다. 이를 해결하기 위해 노인성 질환에 대한 의료보험제도의 확충이 필요하고, 특히 치매보험제도, 장기요양보험 등의 노후에 대비한 보험상품들이 개발, 보급되어야 한다. 또한 기부 문화의 발전을 위해 사회적 차원의 대민 홍보가 있어야하고 기부금에 대해서 세금공제와 같은 적절한 혜택이 있어야 한다.

5. 치매전문시설의 운영주체가 개인이나 민간 기업이 되는 것에 대한 반감을 줄여나가야 한다. 이는 개인이 시설을 운영하여도 국가의 감독과 관리하에 운영이 이루어지도록 함으로서 가능할 수 있다. 이를 위해 1999년부터 시행되고 있는 시설평가제를 보완하여 철저히 시설의 질을 감사, 평가할 수 있는 기준으로 삼는 것도 한 방안이 될 수 있고 시설의 설립 단계에서부터 자격 심사제도를 마련하고 운영 세부 방침을 제시해 주도록 하는 것도 가능할 것이다. 아울러 제대로 된 시설에 대한 감독, 평가를 위해서는 평가자의 엄선도 선행되어야 하므로 이 모든 업무를 총괄할 수 있는 다학제간의 전문가들로 구성된 심의기관 또는 위원회를 구성하여 모든 시설의 설치, 운영 절차를 검토하도록 하는 방안도 고려해 볼 수 있다.

6. 지역사회의 버려진 폐교, 폐가, 기타 건물 등이 치매노인 그룹홈이나 치매 전문요양시설로 개조 될 수 있다면 농어촌이나 소도시 등에서도 좀 더 쉽게 치매시설의 공급이 가능해 질 수 있다. 따라서 이러한 버려진 주택이나 학교 건물의 활용을 위해 개조자금의 지원이나 장기저리융자 등에 대한 방안이 필요하다. 또한 자신의 주택을 치매노인 그룹홈으로 용도전환하고자 할 시에는 치매노인 부양을 위해 필요한 주택개조 비용에 대해 국가가 보조하는 방안도 필요하다.

7. 치매노인 그룹홈에 대한 대민 홍보가 필요하다. 치매에 대한 이해부족은 많은 잘못된 편견과 가족 갈등, 그리고 치매시설 활성화에 장애요인이 된다. 마스크와 지방자치단체 중심의 홍보물을 제작하여 치매문제에 대한 사회적 관심을 모을 수 있어야 한다.

8. 치매노인시설의 직원의 질적 향상을 위한 치매전문 교육이 실시되어야 한다. 기존 직원에게는 치매전문교육과정을 이수하도록 하되, 거리상 교육장소로의 접근이 어려운 경우에는 대체 교육방안을 마련하고, 2년에 한번씩은 재교육을 받도록 한다. 지방자치단체별로 치매교육관련 교육과정이 개설된다면 직원들이 교육이수를 위해 장거리 이동을 하지 않아도 될 것이다. 또한 신규직원의 경우에는 치매관련 교육과정을 이수한 자로 한다. 이러한 전문교육과정은 치매협회나 치매가족회와 같은 단체가 중심이 되어 개발할 수 있고, 혹은 전문대학에서 치매와 관련된 사회복지학, 간호학, 생활과학, 체육학, 의리학 등을 연계하여 교육과정을 개발할 수 있다. 이러한 과정을 거쳐 직원의 질이 향상된다면 이에 상응하는 급여체계도 뒤따라야 할 것이다.

9. 지방자치 단체별로 치매노인 그룹홈 설치의 하한선을 설정한다. 각 지방자치단체마다 지역특성, 경제소득, 시설유형을 반영하여 필요한 치매시설의 수를 산정한 후, 각 지역별로 최소한의 치매노인 그룹홈의 설치를 권장 또는 의무화하는 제도를 도입함으로써 그 지역사회의 치매노인은 그 지역사회 내에서 돌볼 수 있도록 한다.

이와같은 정책제안 사항들은 물론 단기간에 다 이루어지기도 어렵고, 그 실천과정에서 여러 가지 어려움에 봉착할 수도 있을 것이다. 그러나 장기적인 계획을 가지고 단계적으로 접근해 나간다면 좀 더 바람직한 방향으로 고령화 사회의 치매노인의 문제를 풀어 나갈 수 있을 것이다.

□ 접수일 : 2002년 1월 15일

□ 심사완료일 : 2002년 4월 4일

【참 고 문 헌】

- 권오정(2000a). 치매전문 요양시설의 치료적 환경 계획을 위한 사례 분석. 1999년 건국대학교 학술진흥연구과제 보고서.
- 권오정(2000b). 치매성 노인을 위한 물리적 환경에 관한 연구(1) - 노인복지시설을 중심으로. 한국주거학회지 11(2), 25-36.
- 권오정·조명희·김대년·최정신(2000). 스웨덴 치매노인 그룹홈 모델에 대한 한국인의 인식에 관한 연구. 대한건축학회논문집 계획편 16(5), 41-49.
- 권오정(1999). 치매성 노인을 위한 물리적 환경에 관한 연구. 1997년 학술진흥재단 연구비 지원과제 보고서.
- 김기태·이은희(1997). 치매노인 부양 가족원의 생활만족도 연구. 부산대 사회복지연구 7, 193-213.
- 김남초·노유자·김승희·유양숙(1997). 우리나라 노인성 치매실태에 관한 고찰. 카톨릭 간호 18, 1-12.
- 김대년·권오정·최정신(2001). 중산층 이상 가족이 인식하는 치매노인 그룹홈의 장점과 국내 도입의 문제점. 한국가정관리학회지 19(6), 113-128.
- 김옥희(1998). 지방화 시대의 지역단위 치매대책의 구상과 실천.
- 김정한(1998). 치매노인 요양시설의 건축계획에 관한 연구. 경남대학교 산업대학원 석사학위 논문.
- 김희경(1995). 치매노인 부양자와 정상노인 부양자의 심리적 부담 비교. 전남대학교 대학원, 석사학위논문.
- 서울대학교 지역의료체계 시범사업단(1994). 치매환자 관리사업 개발.
- 오은진·김민규·박영기(2000). 치매노인의 행동특성과 거주환경에 관한 연구. 대한건축학회논문집 계획편 16(6), 41-50.
- 이성희(1994). 치매 및 건망증 환자에 대한 가족의 보호방법. '94 한국노년학회 학술심포지엄 발표 논문집, 85-94
- 이윤로·박종환(1997). 치매의 원인과 치료. 서울 : 학지사.
- 이은희(1999). 울산시 치매노인의 현황과 부양전략. 부산대학교 부설 생활과학연구소 주관 세계노인의 해 기념 심포지움, 85-94.
- 이은희(1997). 치매노인 부양가족원의 부담감소를 위한 사회적 개입 전략. 부산대학교 대학원 박사학위논문.
- 조명희·권오정·최정신·김대년(2000). 치매노인 부양가족의 부양 부담과 개선방안. 노인복지연구. 9, 33-65.
- 최정신·김대년·조명희·권오정(2000). 치매노인을 위한 스웨덴 그룹홈의 우리나라 적용가능성 연구. 대한가정학회지. 38(5), 153-162.
- 통계청(2000). 세계 및 한국의 인구현황 보고서.
- 한국보건사회연구원(1997). 치매노인 재가복지 서비스 현황과 정책과제
- Almberg, C., & Paulsson, J. (1991). Group homes and group of homes, Alternative housing concepts and their application to elderly people with dementia in Sweden. In W. F. E., Vischer, J. C., & White, E. T. (Eds.) 223-237.
- Design Intervention: Toward a more humane architecture, Preiser,
- Fitting, M., Rabins, P., Lucas, J., & Eastham, J.(1985). Caregivers for dementia patients; A comparison of husbands and wives. *The Gerontologist* 26, 248-252.
- Gilleard, C. J., Belfard, H., Gilleard, E., Whittick, J. E., & Gledhill, K.(1986). Emotional distress among the supporters of the elderly mentally infirm. *British Journal of Psychiatry* 145, 172-177.
- Gwyther, L. P.(1985). Care of Alzheimer's patients; A material for nursing home staff. Alzheimer's Association.
- Platt, C., Wright, S., & Schmall, V.(1987). Burden, coping, and health status; A comparison of family caregivers to community dwelling and institutionalized Alzheimer's patients. *Gerontological Social Work with Families* 99-112.
- Paulsson, J. (1996). New concepts and design of housing for the frail elderly in Sweden, 가톨릭대학교 생활과학연구소 국제학술대회 발표논문집, 7-21.