

인구고령화의 장기요양보호의 정책방향

선 우 덕 *
석 재 은 *

I. 서론

그 동안 우리 나라는 평균수명의 지속적인 연장으로 노인계층이 크게 확대되었는데, 2000년 현재 65세 이상 노인이 337만 명으로 전체인구의 7.1% 수준에 이르고 있다. 이에 따라 우리 나라도 UN이 정의한 고령화사회에 접어들게 되었으며, 이를 계기로 각종 노인문제에 대한 관심이 크게 표출되기 시작하고 있다.

기본적으로 노인보건복지정책은 노인에게 발생하는 4대 고통이라 할 수 있는 빈곤문제, 질병문제, 소외문제, 무지문제로부터 탈피하게 하는 측면에서 설계되는 것이 보편적이다. 다시 말하면, 노후 빈곤탈피를 위해서는 공적연금이나 국민기초생활보장제도와 같은 공공부조제도가 준비되어 있고, 질병대처를 위해서는 공적의료보험이나 의료보호제도가 갖추어져 있으며, 소외 및 무지를 감소시키기 위해서는 노인의 사회활동 및 여가지원을 위한 각종 노인복지서비스나 평생교육프로그램 등이 제공되고 있다. 그러한 측면에서 소득 및 의료보장정책을 비롯하여 복지서비스정책이 개발, 실시되고 있다는 것이다.

그 중에서 노인의 질병 및 이와 관련된 문제에 대한 대책은 우선적으로 노인집단을 크게 건강한 노인집단과 건강하지 못한 허약한 노인집단으로 구분하여 살펴볼 수 있다. 즉, 전자의 노인집단에게는 건강을 유지, 증진시킬 수 있는 종합적인 건강증진체계 이외에 활동적인 사회성

* 한국보건사회연구원 책임연구원
* 한국보건사회연구원 책임연구원

활을 지원할 수 있는 복지서비스가 집중적으로 필요하고, 후자의 노인집단에게는 직접적인 질병치료 이외에 간호, 요양, 재활과 같은 보건의료서비스가 보다 집중적으로 필요한 계층이라 할 수 있다.

특히, 후자의 허약한 노인집단은 질병이나 부상, 상해 등으로 인한 신체적인 기능이 저하되어 있는 노인들이기 때문에 그 기능을 보완해 줄 수 있는 직접적인 보건의료서비스 이외에 간병수발서비스와 같은 지속적인 요양서비스가 필요한 계층에 해당한다고 볼 수 있다. 다시 말하면, 장기적인 보호가 절대적으로 필요한 노인집단이므로 이에 대한 보건복지정책이 수립되어야 하는 필요성이 점점 커지고 있다고 하겠다.

여기에서 장기적인 보호(long-term care)란 최근 '장기요양보호'의 용어로 통용되기 시작하고 있는데, OECD 보고서를 참고하여 그 의미를 살펴보면, '사전에 정해져 있지 않은 기간 동안에 장기적으로 지속되고 있는 장애, 또는 방치나 재해를 입을 수 있는 자에게 제공되는 여러 유형의 서비스'로 개념정의하고 있다. 이 개념을 기초로 다시 정리하면, '건강하지 못한 허약한 노인 및 그 보호자를 대상으로 질병 또는 장애, 재해로 인하여 발생된 제한적인 일상생활 능력을 장기적으로 향상, 유지시키는데 필요한 각종 보건의료 및 복지서비스 체계'로 풀이할 수 있다. 그리고, 그러한 장기요양보호를 필요로 하는 자를 선별하는 지표로 일상적인 생활동작(ADLs: Activities of Daily Living, IADLs: Instrumental Activities of Daily Living)지표가 활용되고 있는데, 그 동작의 제한정도에 따라 필요한 서비스의 양도 달라지게 마련이다. 즉, 걷는 데에만 장애가 있는 노인과, 화장실이용·옷갈아입기·목욕하기 등의 여러 동작에 복합적으로 장애가 있는 노인과는 제공되는 서비스의 유형이나 양에 차이가 발생한다는 것이다.

이러한 노인의 장기요양보호문제는 인구 고령사회에서 보편적인 사회문제로 취급되고 있고, 특히 이제 막 고령화사회에 돌입한 우리 나라에서는 치매노인에 대한 장기요양보호문제가 이미 지역사회에서 서서히 사회문제화 되고 있다. 이러한 사회환경의 변화를 감안하여 작년도(2000년)에는 보건복지부내에 노인장기요양보호정책기획단을 설치하여 종합적인 노인장기요양보호대책을 수립하여 보고서를 작성한 바도 있다.

본 논문에서는 장기요양보호가 하나의 사회적 리스크(social risk)로 간주하여 사회적 제도로 다루어져야 하는 필요성, 그 사회적 제도의 틀을 사회복지정책적 측면에서 구축하는 방안, 그리고 바람직한 장기요양보호제도를 구축하기 위하여 필요한 주요 쟁점 등에 대하여 검토하고, 이러한 측면을 감안하여 이제 틀을 마련해 가는데 기본적으로 고려하여야 정책적 방향을 나름대로 제시하고자 한다.

II. 인구고령화와 장기요양보호 대책의 필요성

1. 인구고령화와 장기요양보호 욕구의 증대

보편적으로 노인인구는 65세 이상인 자를 지칭하고 있다. 다시, 노인인구를 전기고령자와 후고령자로 대별할 수 있는데, 이 중에서 후고령자는 80세 이상 노인을 지칭하기도 한다. 인구학적 관점에서 보면, 전체노인인구가 늘어나는 것은 후고령자의 증가가 주도하고 있다고 할 수 있는데, 실제적으로 우리 나라의 경우에도 1980년대 이후 80세 이상 노인인구의 증가율이 65세 이상 전체노인인구의 증가율보다 훨씬 빠르게 진행되어 왔으며, 향후 20년간은 동일한 추세를 보일 것으로 예측되고 있다(표 1 참조).

〈표 1〉 노인인구 증가율 추이

(단위: %)

	남자			여자			합계		
	65+	80+	전연령	65+	80+	전연령	65+	80+	전연령
1970~1980	3.09	2.08	1.74	3.52	5.00	1.77	3.36	4.18	1.75
1980~1990	4.16	5.57	1.51	4.07	5.32	1.48	4.10	5.38	1.49
1990~2000	4.80	6.21	0.91	4.38	4.80	0.81	4.54	5.17	0.86
2000~2010	4.97	6.15	0.69	3.50	4.94	0.68	4.09	5.29	0.69
2010~2020	3.68	6.97	0.33	2.85	4.36	0.35	3.21	5.22	0.34

자료: 통계청, 『장래인구추계』, 『인구 및 주택센서스』. (동 자료를 통해 저자들이 산정)

건강상태의 측면에서 보면, 전기고령시기에는 대부분이 건강하게 생활하고 있는 반면에, 후고령시기에는 자연적인 노화와 함께 각종 만성질환 또는 부상위험이 높아서 신체적, 정신적 기능이 허약해지는 시기로 볼 수 있다. 즉, 평균수명의 연장은 곧 후고령자의 증가를 의미하고, 후고령자비중이 높은 고령사회에서는 자연적으로 신체적 및 정신적으로 허약하여 보호를 필요로 하는 노인이 증가할 것이라는 예측이 가능하다.

실제적으로 1998년 한국보건사회연구원의 노인생활실태 및 복지욕구조사에 의하면, 65세 이상 노인의 86.7%가 이미 한가지 이상의 만성질환을 가지고 있는 것으로 나타났는데, 그 수치가

75세 이상 노인의 경우에는 87.7%로 상승하고 있다. 아울러 신체적 기능이 허약한 장애인(1)비중이 65세 이상 노인의 평균적인 수치로 43.4%인 반면, 75세 이상 노인의 경우에는 62.7%까지 증가하고 있다. 또한, 노인의 대표적인 정신질환인 치매의 유병상태를 보면, 65세 이상 치매노인의 약 44%가 80세 이상 노인이 차지하고 있는 것으로 추정(2)되고 있다.

따라서 이들 후기고령자를 중점대상으로 장기적인 요양보호서비스를 제공해 줄 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요하다. 전술한 노인장기요양보호정책기획단의 보고서(2000년)에 의하면, 비록 장기요양보호 대상노인의 수가 설정기준 및 범위의 정의에 따라 차이가 발생하고 있지만, 우리 나라의 경우, 65세 이상 전체 재가노인 중, 약 64만 명(전체의 19%)정도가 그 대상노인에 해당하는 것으로 추정되고 있다(표 2 참조).

〈표 2〉 재가 장기요양보호 대상노인수 추정 (2000년)

(단위: 명)

	전체	수발자 없는 독거노인	수발자 있음			
			배우자 수발자		자녀수발자	
			70세 이상	69세 이하	맞벌이부부	전업주부
경 중	241,954	13,442	20,163	26,884	94,725	86,740
중 중	342,767	67,209	33,605	57,128	96,479	88,346
최중중	50,407	3,360	10,081	6,721	15,787	14,457
합 계	635,126	84,011	63,849	90,732	206,991	189,543

주: 1)경중은 IADL에만 장애있는 노인, 중중은 ADL 1~5개 장애있는 노인, 최중중은 모든 ADL에 장애가 있는 노인으로 정의함.

2)자녀수발자의 경우에는 취업률을 가정하여 사용함.

자료: 보건복지부 노인장기요양보호정책기획단, 『노인 장기요양보호의 종합대책 방안』, 2000.12.

2. 사회적 변화와 가족보호 잠재력의 약화

인구고령화에 따른 사회적 변화로 노인의 가치관 변화와 함께 독거 및 노부부만의 가구가 증가하고, 핵가족화 추세와 여성의 취업증가로 '가족내 노인보호인력'(비공식보호; informal care)이 감소하고 있다는 점을 들 수 있다. 즉, 점차적으로 노인의 교육수준이 높아지고 있는데

1) 본고에서는 장애인기준을 ADL, IADL에 장애가 있는 노인으로 정의함.

2) 변용찬 외, 1997을 참고할 것.

다가 조만간 국민연금이 지급되기 시작하고(2008년), 개인연금이나 노후연금신탁 등 개인적인 저축으로 노후소득이 확보되어, 과거와 같이 자녀에게 부양받지 않고 스스로 생활하려는 의식이 팽배해지고 있다. 이로 인하여 독거 및 노부부만의 가구, 자녀와의 비동거 노인가구가 점점 더 증가하는 추세에 있고, 자녀들도 노부모 부양을 개인적이 차원이 아니라 사회 공동적인 차원에서 해결하고자 하는 등, 노인 뿐만 아니라 자녀들의 가치관이 변화하고 있다(표 3 참조).

〈표 3〉 노인가구의 추이

(단위: %)

	1994			1998			증감률(%point)		
	전국	동	읍면	전국	동	읍면	전국	동	읍면
노인독신	16.2	12.4	21.5	20.1	18.1	23.6	3.9	5.7	2.1
노인부부	22.8	17.7	29.8	21.6	18.3	27.5	-1.2	0.6	-2.3
자녀동거	55.9	64.4	44.2	53.2	57.6	45.4	-2.7	-6.8	1.2
기타	5.1	5.5	4.6	5.1	6.0	3.5	-	0.5	-1.1
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0			

자료: 한국보건사회연구원, 1994년, 1998년도 노인실태조사자료.

또한 고령화사회가 진전되어 가면 갈수록 생산가능인구비중이 줄어들게 되고, 이를 보완할 수 있는 대체인력이 요구되기 마련인데, 우선적으로 고려되고 있는 인력으로 결혼, 육아 등의 사유로 노동시장에서 벗어나 있는 기혼여성을 손꼽을 수 있다. 결국, 미혼여성 뿐만 아니라 기혼여성까지도 노동시장에 참여하게 되어, 주로 여성에 의한 가정내 노부모 부양 자체가 점점 더 어려워지고 있는 실정이다(표 4 참조). 따라서 재가 노부모부양 잠재력의 결여를 사회 공동적으로 보완하기 위한 체계를 구축하는 것이 필요하다고 하겠다.

〈표 4〉 15세 이상 여성 경제활동참가율 추이

(단위: %)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	2000.10
경제활동참가율	42.8	41.9	47.0	48.3	48.7	49.5	49.5

자료: 통계청, 『경제활동인구조사』

3. '사회적 입원' 및 노인의료비의 증가

전술한 바와 같이 장기요양보호 노인에게 제공되는 서비스는 보건의료 및 복지서비스인데, 실제적으로는 보건의료서비스 중에서도 일상적인 질병관리행위나 간호서비스, 또는 일상적인 생활을 수행하는데 필요한 기본적인 재활치료서비스가 중심을 이루고 있다. 또한, 복지서비스 분야에서도 장기요양보호 대상노인이 신체적인 기능자체가 저하되어 있기 때문에, 이를 지원해 줄 수 있는 간병수발서비스가 중심이 되고 있는 경향이다. 이와 같은 보건의료서비스는 전문적인 의사보다는 간호사, 의료기사 등이 중심이 되고, 복지서비스도 전문적인 사회복지사보다는 가정봉사원(home-helper)이나 간병전문인(health care aid)이 중심이 되어 제공된다고 할 수 있다.

이러한 서비스요구가 주류를 이루고 있음에도 불구하고, 이들 장기요양보호를 제공해 줄 수 있는 적절한 시설의 부족이나 가족내 노인보호인력(비공식보호)의 결여로 급성적 치료행위를 중심으로 하고 있는 급성병원에 입원하는 경우(소위, '사회적 입원')가 발생하고 있어, 의료기관 뿐만 아니라 노인자신에게도 좋지 않은 영향을 끼치고 있고, 더 나아가 의료비지출이 급증하는 요인으로도 작용하고 있다고 하겠다(표 5 참조). 결국, 사회적 입원에 의한 비용은 의료보험제도에서 급여되고 있기 때문에, 일반병원에 입원해 있는 장기요양보호노인이 증가하면 할수록 의료보험재정력은 약화될 수밖에 없어, 궁극적으로는 의료보험제도의 발전을 저해할 수 있다.

〈표 5〉 노인의료비 증가추이(의료보험의료비 기준)

(단위: 백만원)

	전체연령 의료비(A)	65세이상노인 의료비(B)	비중(B/A) (%)
1985	583,278 (100)	27,515 (100)	4.7
1990	2,219,773 (501)	239,173 (692)	8.2
1995	5,977,453 (1,025)	728,137 (2,643)	12.2
1998	9,703,911 (1,664)	1,491,281 (5,420)	15.4

주: ()내는 1985년을 100으로 하였을 경우
자료: 보건복지부.

Ⅲ. 현행 노인 장기요양보호체계

1. 장기요양보호서비스의 발전과정

우리 나라의 장기요양보호는 노인복지법의 제정 및 개정과 관련하여 발전하여 왔다고 말할 수 있다. 즉, 1981년 노인복지법의 제정, 1989년 제1차 개정, 1993년 제2차 개정 및 1997년 전문 개정으로 장기요양보호의 사업내용이 도입되고 확대되는데 계기가 되었다고 할 수 있다. 이를 중심으로 우리 나라의 장기요양보호의 발전과정을 살펴보기로 한다.

첫째, 1981년 노인복지법이 제정되기 이전까지의 시기인데, 우리 나라의 노인보건복지분야에서 장기요양보호의 개념아래 사업이 실시되지 못한 시기라 할 수 있다. 오히려 장기요양보호의 개념이 아닌 구빈적 차원에서 극빈 노인을 중심으로 단순한 생활시설에 수용, 보호하는데 그치고 있었던 것이다. 다시 말하면, 생활보호법에 의한 거택보호와 시설보호서비스로 극빈 노인에게 생계보호를 제공하고, 별도의 의료보호법에 의해 의료보호지정 의료기관에 입원되어 보호받는 정도였다. 또한 시설의 유형에서도 거의 양로시설만 있었기에, 그 기능을 보면 오늘날과 같이 '양로'와 '요양'의 내용이 구분되어 있지 않고, 양로시설내에 요양보호노인도 함께 혼재되어 수용되어 있었던 것이다.

둘째, 1981년 노인복지법의 제정부부터 1989년 제1차 개정에 이르기까지의 시기인데, 우리 나라의 노인복지가 틀을 잡아가기 위한 제도적 뒷받침을 마련하는 시기라 할 수 있다. 즉, 노인복지법의 제정은 노인의 문제를 단순한 생계보호의 차원에서 벗어나 여가문제나 소득 및 건강문제 등을 보다 체계적으로 대처할 수 있는 계기를 마련해 주었다. 그러나, 장기요양보호와 관련해서는 여전히 시설보호중심에서 벗어나지 못하였지만, 그 동안 혼재되어 운영되어 왔던 '양로'와 '요양'의 사업이 점차적으로 구분되기 시작하여 노인요양시설의 도입 및 확대가 이루어지게 되었다. 그리고, 시설이 아닌 재가노인을 위한 서비스프로그램으로 가정봉사원서비스(home-help service)가 민간차원이기는 하지만, 1987년도에 도입되어 제공되기 시작하였다.

셋째, 1989년 제1차 노인복지법의 개정부터 1997년 전문개정에 이르기까지의 시기인데, 다양한 형태의 프로그램이 전개되기 시작한 시기라 볼 수 있다. 그 동안 이룩해 왔던 고도 경제성장이 낮은 안정성장의 형태로 전환됨과 동시에 노인인구의 증가, 중년계층을 중심으로 여가 및 삶의 여유를 찾아 살려는 생활양식의 변화로 노인의 자녀와 동거하는 비중이 낮아지고 독거노인 또는 노부부만의 가구가 늘어남에 따라 노인부양을 사회적으로 공동 대처하려고 하는 가치관이 팽배해지기 시작하였다. 이에 따라 1989년 노인복지법의 개정을 계기로 민간차원에서 제공되던 가정봉사원서비스가 정부의 예산지원아래 제공되기 시작하였고, 재가노인복지 사업에도 변화가 나타나 1993년 노인복지법의 개정으로 가정봉사원서비스 이외의 주간보호서

비스나 단기보호서비스도 도입되었다³⁾. 또한, 장기요양보호서비스가 중심적인 요양시설도 크게 확대하기 시작하였다.

넷째, 1997년 노인복지법의 전문개정 이후 현재에 이르기까지의 시기인데, 장기요양보호서비스의 유형이 갖추어져 각종 서비스가 확대·제공되기 시작한 시기라 할 수 있다. 특히, 이 시기에는 노인인구의 급증에 따른 21세기 고령화사회를 눈앞에 두고 있었던 만큼, 노인문제를 해결하여 양질의 서비스를 제공할 수 있는 기틀을 마련하였던 시기로 간주할 수 있다. 다시 말하면, 1997년 노인복지법의 전문개정으로 노인복지시설의 유형을 크게 주거복지시설, 의료복지시설, 재가노인복지시설 및 여가복지시설로 구분하였다. 이 중에서 의료복지시설이 장기요양보호시설로 간주되고 있는데, 그 유형을 보면 입소자의 소득수준에 따라 무료, 실비 및 유료시설로 구분하거나, 입소자의 건강·질병상태에 따라 일반요양, 전문요양 및 전문병원으로 구분되어 있으며, 그 수도 크게 확대되었다(표 6 참조). 특히, 2000년도에는 고령화사회의 진입과 함께 고령사회에서 크게 문제화되고 있는 노인의 신체적 부양문제, 즉 장기요양보호문제가 우리나라에도 조만간 다가올 것이라는 인식아래 보건복지부내에 노인장기요양보호정책기획단이 설치되어 종합적인 대책수립에 대한 계획을 구상하였던 점이 특이할 만하다고 하겠다.

이상과 같이 우리 나라의 장기요양보호와 관련된 정책의 흐름을 나름대로 시기별로 구분하여 살펴보았는데, 현재에 이르기까지 주요 특징을 정리하여 보면 다음과 같다.

먼저, 그 동안 시설보호중심으로 장기요양보호서비스를 제공하여 왔다는 점이다. 이는 정부재정의 예산제약 때문에, 모든 재가노인을 범위로 하는 서비스제공이 어려웠다는 것이다. 그 동안 시설을 확대하는 데에 주력하였지만, 다만 예산범위내에서 이루어져왔기 때문에 현재에도 여전히 시설보호서비스를 받아야 함에도 불구하고, 재가에서 거의 방치되어 있는 노인이 상당히 존재하고 있는 실정이다⁴⁾.

그리고, 시설보호이든, 재가보호이든간에 저소득 노인을 중심으로 장기요양보호서비스가 제공되어 왔다는 점이다. 이 또한 정부예산의 제약에 기인한다고 보여지나, 정부재정에 의한 사회복지의 일차적인 보호대상이 빈곤한 저소득노인이라는 측면도 작용하고 있었다고 보여진다.

결국, 그 동안 장기요양보호와 관련하여서는 다양한 형태의 시설이 설치, 확대되는데 그치고

3) 재가노인복지서비스는 노인복지법 이외에도 사업복지사업법에 의해서도 제공되고 있었음. 즉, 지역사회복지관에 설치되어 있는 재가복지봉사센터에서 1992년부터 정부의 예산지원아래 가정봉사원서비스를 제공하기 시작하였음. 또한 1994년부터 재가노인의 건강보호사업의 일환으로 가정간호(방문간호)서비스가 보건소를 중심으로 제공되기 시작하였음.

4) <표 2>에 의하면, 시설보호를 받을 필요가 있는 최종중 장애노인(모든 일상적인 생활동작을 혼자 자력으로 전혀 하지 못하는 노인)이 약 5만 명이 재가에서 살고 있는 것으로 추정되고 있음.

있었고, 장기요양보호서비스를 저소득계층 이상의 모든 노인에게까지 확대할 수 있도록 하는데에는 여러 이유로 역부족이었다고 할 수 있다. 따라서 중산층 이상의 소득계층은 일병병원에 입원하여 요양을 할 수밖에 없었던 것으로 보인다.

〈표 6〉 노인요양시설의 증가추이

(단위: 개, 명)

	무료요양시설		무료전문요양시설		실비요양시설		유료요양시설	
	시설수	입소자수	시설수	입소자수	시설수	입소자수	시설수	입소자수
1983	2	108	-	-	-	-	-	-
1985	4	290	-	-	-	-	-	-
1987	10	687	-	-	-	-	-	-
1989	18	1,447	-	-	4	37	-	-
1991	19	1,497	-	-	10	226	1	17
1993	34	2,008	-	-	14	377	1	27
1995	41	2,781	-	-	12	472	1	23
1997	53	3,243	4	659	12	562	3	50
1999	69	4,346	20	1,812	13	689	4	101

자료: 보건복지부, 『보건복지백서』.

2. 현행 장기요양보호서비스의 내용

장기요양보호서비스의 내용은 그 분류방법에 따라 달리 정리할 수 있는데, 서비스가 제공되는 장소를 기준으로 시설보호(institutional or residential care)와 재가보호(home care)로 구분하는 방법이 있고, 제공되는 서비스 내용을 기준으로 가사지원(domestic support service), 대인적 신체수발(personal care), 건강유지·증진서비스(health maintenance service), 사회서비스(social care) 등으로 구분하는 방법이 있다. 본고에서는 후자의 서비스 내용별로 구분하여 살펴보기보다는 전자의 방법을 중심으로 살펴보고자 하는데, 그 이유는 서비스내용별로 살펴보기에는 종류나 질적인 측면에서 상당히 취약하기 때문이다.

1) 시설보호서비스

시설보호의 의미는 간단히 장기요양보호시설에 입소, 수용하여 서비스를 제공하는 형태를 말하는데, 시설에 입소하려는 대상자의 상태나 조건에 따라서 그 시설의 유형이 달라질 수 있

다. 우리 나라는 노인복지법에 의하면, 대상자의 건강 또는 질병상태를 기준으로 하는 경우에 일반요양시설, 전문요양시설 및 전문병원으로 구분되어 있고, 대상자의 소득수준 조건에 따라서 무료시설, 실비시설 및 유료시설로 구분되어 있다(표 7 참조).

〈표 7〉 노인 장기요양보호시설의 유형(2000)

유형		대상기준	설립목적	시설수(개)
일반요양	무료시설	극빈 노인	노인성질환으로 인한 급식, 요양 등 서비스를 제공	73
	실비시설	저소득 노인		13
	유료시설	중산층이상 노인		4
전문요양	무료시설	극빈 노인	치매, 중풍 등 중증 노인성질환으로 인한 급식, 요양 등 서비스를 제공	21
	유료시설	중산층이상 노인		-
전문병원	유료시설	모든 노인	노인성질환의 치료 및 요양서비스를 제공	7

먼저, 대상자의 건강 또는 질병상태를 기준으로 하는 경우, 일반요양시설은 비교적 경증의 노인성질환 노인을 대상으로 급식, 요양 및 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이고, 전문요양시설은 치매, 중풍 등 비교적 중증의 노인성질환 노인을 대상으로 급식, 요양 및 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이며, 노인전문병원은 주로 노인을 대상으로 의료행위를 실시하는 시설로 되어 있다⁵⁾. 여기에서 전문요양시설은 대부분이 치매요양시설을 지칭하고 있다고 볼 수 있으며, 노인전문병원은 병원 전체가 노인환자만을 취급하는 것이 아니라, 병원의 일부 병동을 노인환자 입원용으로 활용하는 시설로 보아야 한다.

그리고, 대상자의 소득수준 조건을 기준으로 하는 경우, 무료시설은 생활보호대상노인이거나 생활보호대상이 아닌 65세 이상의 자 중, 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자가 입소하는 시설이고, 실비시설은 본인 및 그 배우자와 부양의무자의 월소득 합산액을 가구원수로 나눈 월평균 소득액이 통계청장이 통계법 시행령 제3조의 규정에 의하여 고시하는 도시근로자가구 월평균 소득을 평균가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액 이하인 자로써 65세 이상의 노인을 원칙으로 하되, 부부가 함께 입소하는 경우에는 그 이하의 자도 입소할 수 있는 시설이며, 유료시설은 비용의 모든 비용을 입소자로부터 징수하여 운영하는 시설로 되어 있다⁶⁾.

5) 노인복지법 제34조 노인의료복지시설 설명을 참조.

6) 노인복지법 제34조, 노인복지법시행규칙 제18조, 2000년도 노인보건복지 국고보조사업 안내 설명을 참조.

따라서, 무료시설과 실비시설에 한하여 운영비 등을 국고에서 지원하고 있는데, 무료시설은 종사자 인건비 및 관리운영비를 수용인원에 따라 지원하고 있는 반면에, 실비시설에 대해서는 입소자의 소득수준을 감안하여 시설당 일정액(1999년 연간 2천4백만원)을 지원해주고 있다. 또한, 예외규정으로 무료시설에 실비대상자도 일정 수준까지 입소할 수 있도록 하고 있다⁷⁾.

그러나, 실제적으로는 양로시설에도 요양시설에 입소, 보호를 받아야 하는 노인계층이 생활하고 있는 것으로 나타나고 있어, 이에 대한 대책을 강구 중에 있다.

한편, 장기요양시설내에서 제공되고 있는 서비스의 유형은 어느 하나의 정형화된 틀이 없고, 시설마다 상이한데, 대체적으로 일상생활서비스, 보건의료서비스, 여가프로그램 및 상담서비스로 대별하여 볼 수 있다. 일상생활서비스에는 식사 및 목욕보조, 의복·침구세탁 제공, 화장실이 용 보조 등의 서비스가 주로 포함되어 있고, 보건의료서비스에는 물리치료, 수지침, 지압 등과 같은 재활치료서비스가 중심으로 제공되고 있으며, 여가프로그램 및 상담서비스에는 특별히 정형화시킬 수 있는 프로그램이 별로 없는 실정이다⁸⁾.

그러나, 장기요양보호의 측면에서 현재 요양시설에서 제공되고 있는 서비스의 내용을 검토, 분석한 결과를 참고로 살펴보면, 상당히 열악한 측면이 존재하고 있다. 요약하면, 기본적인 식사, 목욕, 세탁과 같은 생활지원서비스는 어느 정도 제공되고 있다고 보여지나, 건강 및 일상생활 수행능력을 제고시키기 위한 신체적 기능의 유지 및 향상과 관련된 재활치료서비스나 기능악화를 방지할 수 있는 예방적 서비스가 상당히 부족한 것으로 나타나고 있다.

결국, 현행 요양시설내에서 장기요양보호서비스가 제대로 제공되고 있다기 보다는 단순히 주거서비스에 한정되어 있다고 보는 편이 좋을 것 같다. 더욱이, 장기요양보호서비스가 필요한 노인이 양로시설에서도 적지 않게 생활하고 있는데, 양로시설 자체가 요양시설에 비하여 시설 규모나 종사자 측면에서도 열악하기 때문에 문제로 남아 있다.

2) 재가보호서비스

재가보호의 의미는 간단히 장기요양시설에 입소하지 않고 집에서 생활하게 하여 보호해 주는 것으로 말할 수 있는데, 그렇다고 모든 장기요양보호서비스를 집에서만 제공하는 것은 아니다. 다시 말하면, 집에서 생활하는 것을 중심으로 하되, 사정에 따라서 지역사회에 설치되어 있

7) 무료시설 입소인원이 정원의 95% 미만인 경우에는 95%에 도달할 때까지 실비입소대상자도 당사자간의 계약에 의하여 입소할 수 있고, 다만, 실비입소대상자의 입소인원이 무료시설 정원의 20%를 초과하지 못하도록 하고 있음.

8) 변재관 외, 『장기입소노인의 보건의료서비스 제공현황 및 개선연구』, 한국보건사회연구원, 1999 참조.

는 재가노인 지원시설, 즉 재가복지시설에 일시적으로 입소시켜 보호할 수도 있다는 점이다. 이러한 측면을 고려하여 재가보호는 보다 엄밀하게 말하자면, '재가 및 지역사회보호'(home and community care)라고 하여야 할 것이다.

현행 재가보호서비스내용의 유형에는 노인복지법에 의해 재가복지시설에서 제공되고 있는 재가노인복지서비스(가정봉사원서비스, 주간 및 단기보호서비스)와 의료법, 또는 지역보건법에 의해 주로 보건소를 중심으로 제공되고 있는 가정간호서비스로 구성되어 있다(표 8 참조).

〈표 8〉 노인 재가보호서비스의 유형 및 시설수(2000)

유형	근거법	내용	시설수 (개)
가정봉사원서비스	노인복지법	- 가사지원, 신체수발 등 서비스 제공	78
주간보호서비스	노인복지법	- 급식, 목욕, 재활훈련 등 서비스 제공(낮 동안)	42
단기보호서비스	노인복지법	- 급식, 신체수발, 물리치료 등 서비스제공(45일 이내)	21
가정간호서비스	지역보건법	- 건강체크, 진단 및 욕창치료 등 서비스 제공	약 1,500

주: 가정간호서비스는 보건소, 보건지소, 일반병원 등에서 제공하고 있음.

먼저, 재가노인복지서비스 중에서 가정봉사원서비스는 가정봉사원⁹⁾(home-helper)이 대상노인의 가정에 방문하여 취사, 시장보기, 청소 및 주변정돈, 생활필수품 구매 등과 같은 가사지원 서비스, 신체청결 등과 같은 개인활동서비스, 기타 우애서비스, 상담 및 교육서비스 등을 제공하는 서비스이다. 그런데, 실제적으로는 거의 가사지원서비스에 국한되어 있다고 할 수 있으며, 가정봉사원 자체도 대부분이 무급의 자원봉사자로 구성되어 있어서 전문적인 홈헬퍼의 기능을 수행하고 있다고 보기에는 무리가 있다¹⁰⁾.

그리고, 주간 및 단기보호서비스는 노인이 생활하고 있는 집이 아닌 지역사회에 설치되어 있는 재가복지시설에 일시적으로 입소보호받도록 하여, 대상노인 자신 뿐만 아니라 노인을 간병수발하는 가족에게 휴식을 제공하는 서비스라 할 수 있다. 주간보호서비스는 이름 그대로 낮 동안¹¹⁾에 주간보호센터에서 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스, 급

9) 서울시의 경우에는 독자적인 프로그램아래 '가정도우미'라는 명칭으로 서비스를 제공하고 있기도 함.
 10) 이외에도 유급가정봉사원이 있지만, 그 역할을 보면, 장애정도가 심한 노인에게 야간서비스, 용변수발, 목욕 등과 같은 특별한 서비스를 제공하는 것으로 되어 있어, 간병인과 같은 일을 한다고 볼 수 있음.
 11) 정부지침에 의하면, 낮동안의 의미는 평일 07:30~19:30이고, 토요일은 07:30~15:30로 되어 있는데, 실제적으로는 각 시설마다 신축적으로 운영하고 있음.

식 및 목욕서비스, 취미, 오락 등 여가생활서비스, 기타 장애인가족에 대한 교육서비스 등으로 구성되어 있다. 그리고, 단기보호서비스는 입소기간을 더 넓혀서 1회 45일 이내(단, 연간 3개월을 초과할 수 없음)에 단기보호시설에서 장기입소노인에게 제공되는 것과 유사한 서비스를 말한다.

이외에도 식사배달서비스(wheels-on-meals service)라 하여 치매, 중풍 등 노인성질환으로 거동이 불편하여 무료경로식당을 이용하기 어려운 노인에게 2000년 4월부터 무료로 식사를 배달해주는 서비스도 있다.

이상과 같이 현재 재가노인복지서비스는 확대일로에 있기는 하지만, 그 대상노인을 선정하는 기준이 아직도 애매모호하게 설정되어 있는 실정이다. 다시 말하면, 주간보호시설은 노인의 중증도를 감안하지 않고 있으며, 치매, 중풍 등도 포함하는 모든 상태의 노인이 혼재되어 있기도 하고, 또는 장기요양보호가 필요하지 않은 비교적 건강한 노인을 보호하고 있는 경우도 상당히 존재하고 있는 실정이다.

한편, 의료법, 또는 지역보건법에 의해 제공되고 있는 가정간호서비스는 보건소, 일반병원 및 비영리기관에서 종사하는 가정간호사¹²⁾가 노인의 가정을 방문하여 검사, 투약 및 주사, 교육, 치료적 간호서비스를 제공하는 것을 말한다. 이 중에서 일반병원에 의해 제공되는 가정간호서비스는 주로 의료보험적용 대상노인에게 제공되고 있는 만큼, 이용노인 자신이 비용의 일부를 지불하고, 병원측에서도 의료보험자에게 진료비청구를 통하여 나머지 비용을 보험급여로 지불 받고 있다.

이외에도 장기요양보호서비스에 포함될 수 있는 것으로 호스피스서비스가 있을 수 있는데, 현재에는 보편적으로 제공되고 있다기 보다는 일부 병원과 가정방문호스피스팀에 의해 제공되고 있다고 하겠다. 아직까지는 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등 기본인력을 갖추고 서비스를 제공하고 있다기 보다는 주로 호스피스교육을 받은 간호사에 의해 제공되고 있는 실정이다.

IV. 장기요양보호의 정책쟁점과 대안별 특성 :

OECD 선진국의 경험을 중심으로

본 장에서는 OECD 선진국의 경험을 중심으로 장기요양보호를 둘러싼 정책쟁점을 검토하고,

12) 최근까지 보건소에서는 방문간호서비스라 지칭하여 왔는데, 방문간호는 일반간호사가 수행할 수 있지만, 가정간호는 가정간호사 자격증이 있는 간호사가 제공하는 것으로 되어 있음.

주요한 정책적 쟁점별로 선택 가능한 대안의 특성을 분석하며, 그 과정에서 각국의 사회경제적 맥락의 특성과 장기요양보호 정책모형의 선택간의 상관성을 분석해 보고자 한다. 이를 통하여 우리 나라 장기요양보호 정책의 발전방향을 수립할 수 있는 증거들을 제공하고자 한다.

1. 장기요양보호 관련 정책적 쟁점

OECD 선진국에서 인구고령화의 진전은 오래 전부터 진행되어 왔지만, 장기요양보호 욕구에 대한 사회적 대응이 본격적으로 이루어진 것은 비교적 최근의 일이다. 현재 OECD 국가들이 장기요양보호와 관련하여 가장 관심을 쏟고 있는 주요 정책쟁점은 다음과 같이 다섯 가지로 정리할 수 있다.

첫째는 재가·지역사회보호(home and community care)의 강화이다. 바람직한 장기요양보호 서비스 형태가 재가·지역사회보호라는 점에 대하여는 OECD 국가들 사이에 명확한 합의가 이루어지고 있다. 즉, OECD 국가들은 보호가 필요한 허약노인들이 가능한 한 자신이 거주하던 집에서 보호받을 수 있도록 하되, 그것이 여의치 않을 경우에는 사회적·지리적 측면에서 그들의 지역사회에 근접한 곳에서 보호받을 수 있도록 한다는 'aging in place'를 공통적인 정책목표로 채택하고 있다. 이에 따라 각 국가들은 서비스 제공형태를 시설보호에서 재가·지역사회보호로 중심을 이동하기 위한 정책적 조치들을 취하고 있다. 그러나 재가보호가 시설보호의 기능을 전적으로 대체할 수도 없고, 대체하는 것이 바람직하지도 않다는 측면에서 일정 정도의 시설보호의 존속은 계속적으로 필요하다는 것 역시 보편적 인식이다(OECD, 1996). 따라서 일본과 같이 시설이 부족하고 시설보호비중이 낮은 국가의 경우에는 재가보호를 위한 인프라 구축과 함께 시설의 확대를 동시에 추진하고, 종전에 시설보호비중이 높았던 유럽국가들은 시설보호비중을 낮추는 데 정책의 주안점을 두으로써 현재에는 전체적으로 시설보호비중이 노인인구 대비 5~6% 수준으로 수립하는 형태를 보이고 있다.

둘째는 재원조달방법의 개발이다. 국가간에 보호형태에 대한 명확한 합의가 있는 것과 달리 장기요양보호에 소요되는 재원을 어떻게 조달할 것인가를 둘러싼 정책적 선택은 거의 일치성을 찾아보기 어렵다(OECD, 1996). 최근까지 장기요양보호 재원은 독자적인 재원조달방식에 의하기보다는 각기 상이한 자원, 의료보장, 사회부조, 이용자 혹은 가족 등으로부터 비용을 조금씩 부분적으로 조달하는 소위, 조각잇기식(patchwork quilt)방법에 의존해 왔다. 그러나 최근에 들어와서 독일과 일본 등의 일부 국가들은 장기요양보호의 재원조달을 위한 새로운 사회보험을 도입하였으며, 스웨덴, 덴마크 영국 등 다른 일부 국가들은 조세에 기반을 두고 장기요양보

호를 위한 의료 및 사회서비스 통합기금을 만드는 방식을 채택하고 있다. 한편, 재원조달과 관련하여 보다 근본적인 문제는 누가 비용을 지불해야 하는가 이다. 즉 장기요양보호의 어느 정도를 사회보험 혹은 조세제도를 통하여 공적으로 책임져야 하며, 어느 정도를 각 개인 및 가족이 사적으로 책임져야 하는가의 문제이다. 이러한 공적책임 수준의 결정은 국가의 이념적 경향에 따라 달라진다. 또한 장기요양보호 재원조달이 의료보장제도 혹은 공공부조제도로 전가되는 것에 대한 문제도 새로운 재원조달방식을 모색하게 하는 동인을 제공하고 있다.

셋째는 서비스의 통합이다. 대부분의 국가에서 기존의 장기요양보호 욕구에 대한 정책적 대응은 사회서비스, 의료보장제도 등 여러 상이한 제도들에 의하여 단편적인 조각잇기로 이루어져 왔기 때문에 장기요양보호 서비스의 내용은 단편적이고 비조직적인 특성을 가지고 있다¹³⁾. 이와 같은 단편화된 제도적 장치들은 서비스 질을 향상시키는 데에 걸림돌로 작용하고 있다. 장기요양보호 대상자는 의료 및 사회서비스의 복합적인 욕구를 가지고 있기 때문에, 수급자 입장에서는 개별 욕구에 따른 보건·복지서비스를 통합적으로 제공하는 것이 바람직하다. 이에 따라 대부분의 국가에서 개별적 노인을 위한 특별 맞춤형서비스 패키지가 제공될 수 있도록, 일선 서비스 제공단위에 공적자금의 유연한 집행을 가능토록 하는 권한과 책임의 이양을 시도하고 있다. 예컨대, 스웨덴은 1992년 에텔개혁을 통하여 장기요양보호에 대한 의료 및 사회서비스 제공책임과 재정책임을 통합하여 일선행정기관으로 이관함으로써 보건·복지서비스의 통합을 시도하였다. 또한 관리기구와 재정의 통합이 어려운 국가들에서는 서비스를 제공하는 전문직의 통합 및 연계를 통하여 보건·복지서비스의 통합을 도모하는 방식을 채택하기도 한다. 영국, 미국 등에서는 사례관리자(case manager)를 통하여 보건 및 복지서비스를 제공하는 전문직 종사자를 조직·배치하는 방식으로 통합을 시도하기도 하며, 보건과 복지지식을 동시에 갖춘 장기요양보호 전문직을 개발하여 한 사람이 보건 및 복지서비스를 전달하는 방식이 채택되기도 한다.

넷째는 비공식보호(*informal care*)에 대한 지원의 개발이다. 장기요양보호는 전통적으로 가정내에서 대부분 이루어져 왔으며, 공식적 서비스가 발전된 현재에도 상당부분의 장기요양보호 서비스가 가족내 보호자에 의해 제공되고 있다¹⁴⁾. OECD 국가들은 가족구조의 핵가족화로 자

13) 특히 의료서비스와 사회서비스 영역간의 경계는 몇가지 이유에서 발생하는데, 하나는 본질적인 특성의 차이로 의료서비스는 치료(cure)적인 접근을 초점을 두는 반면, 사회서비스는 보호(care)적 접근에 초점을 둬. 또 다른 하나는 재원조달방식의 차이 때문에 대부분의 국가에서 의료서비스는 보편적으로 제공되는 반면, 사회서비스 수급자격은 일반적으로 자산조사에 의하여 결정됨.

14) 장기요양보호 정책이 가장 잘 실시되어 있다는 스웨덴, 덴마크에서조차 비공식보호 제공자에 의한 보호 제공의 양이 공식부문 보호제공의 합보다 크다고 보고되고 있음. 이와 같이 장기요양보호서비스가 비공식보호에 의존하는 비중이 큰 이유는, 신체적 접촉과 같이 보호내용의 성격이 극히 개인적인 사생활과 밀접히 관련되어 있어 가족의 사랑과 의무관계에 기반한 보호제공이 기대되기 때문임.

녀와 동거하는 노인의 비율이 평균 20% 수준에 불과하고, 노인단독가구의 비중이 30~40% 수준에 이르고 있는 등 구조적으로 비공식보호의 제공가능성이 상당한 한계를 가지고 있음에도 불구하고, 비동거의 경우에도 실질적으로 가족에 의한 보호제공 기능은 상당부분 유지되고 있다는 조사결과도 있다. 비공식보호 제공자를 활용하는 것은 보호의 특성이 사랑, 가족의무의 성격을 가진다는 측면에서 긍정적인 점이 있고, 특히 사회적 비용부담을 절약할 수 있다는 점에서 현재의 자유주의적, 보수주의적 정치이념과 잘 부합된다는 측면이 있다. 물론 여권주의자들은 비공식보호제공자의 역할을 강화하려는 정책이 여성의 경제활동참가가 보편화되고 핵가족화가 일반적인 상황에서 여성의 발목을 잡는 시대 역행적인 정책이라고 거세게 비판하고 있다 (Finch & Groves, 1980; Smart, 1985; Dally, 1988, Walker, 1995). 그럼에도 불구하고 많은 국가들은 복지의 다원화(welfare pluralism) 흐름에 따른 가족과의 파트너십(family partnership)의 관점에서 비공식보호제공자를 지원하여 활용하는 정책개발에 관심을 두고 있다. 예컨대, 가족보호 제공자 수당, 연금크레딧 제도, 간병휴직제도 등이 그 실례이다.

다섯째는 비용억제대책(cost containment measures)의 마련이다. 인구 사회적 변화로 장기요양보호의 사회적 욕구는 증대되는 반면, 장기적인 경제침체와 복지국가의 위기로 가용자원은 제약되는 상반된 상황에서 OECD 국가들은 공적비용 투입을 최소화하기 위하여 각종의 비용억제대책을 강구하고 있다. 예컨대, 엄격한 장기요양보호 수급자격 기준의 설정과 욕구사정방법의 개발로 장기요양보호 수급자를 제한하고자 하는 정책이 취해지고 있으며, 서비스 제공시간 축소, 자원 삭감, 서비스 제공의 상한 설정 등을 통하여 전반적인 서비스 공급을 축소하는 정책이 취해지기도 한다. 또한 장기요양보호 비용의 일부를 이용자본인이 지불하도록 하는 소위, 이용자비용부담제도를 채택하여 도덕적 해이를 방지하고자 하는 정책도 취해지고 있고, 전반적인 재정의 효과적이고 효율적인 통제를 위하여 시설보호에서 재가보호로 전환, 보험급여의 축소, 중앙정부에서 지방정부로 책임 이전 등이 이루어지고 있다.

2. 정책적 선택차원과 대안별 특성

장기요양보호 정책의 설계와 관련하여 다음과 같은 몇 가지 정책적 선택차원이 존재한다. 그리고 각 정책적 선택차원별로 상이한 대안들이 존재하는데, 이들의 특성에 대하여 분석적으로 검토해 보고자 한다.

1) 장기요양보호의 공·사 책임

장기요양보호 정책모형을 결정하는데 있어 가장 근본적인 정책결정 중의 하나는 장기요양보호에 있어서 공적책임과 사적책임의 거시적인 역할배분 틀을 어떻게 가져갈 것인가 하는 것이다¹⁵⁾. 장기요양보호의 제공 책임을 사회적(집합적) 책임으로 보는가, 아니면 개인의 책임으로 보는가에 따라 장기요양보호 서비스의 어느 정도를 사회시장(공적) 영역에서 담당하고 어느 정도를 가족 및 경제적 시장(사적) 영역에 남겨둘 것인가가 결정된다. 그런데 국가별로 장기요양보호의 공·사 역할분담의 결정은 명시적으로 드러나는 정책적 선택이라기보다는 제도의 선택과 내용설계에 영향을 미치는 암묵적인 가치, 이념으로 존재하기 때문에, 우리는 공·사 역할분담 수준을 결과적으로 나타나는 공적 비용부담의 정도로 파악할 수 있다. 따라서, 장기요양보호의 위험은 사회적인 것이라는 사고가 지배적일 경우 장기요양보호 비용의 사회화 정도는 커질 것이다.

장기요양보호 정책에서 비용부담의 사회화, 즉 탈상품화(*de-commodification*)¹⁶⁾ 정도는 장기요양보호에 대한 총 사회적 비용 중, 공적으로 조성된 비용에 의하여 조달되는 지출이 차지하는 비중이 얼마나 되는가를 의미한다. 이는 결국 ‘보호범위의 보편성’ (*universal coverage*), 즉 장기요양보호 욕구가 있는 사람이면 누구든지 어떠한 장벽도 없이 필요한 서비스를 쉽게 제공받을 수 있는가 하는 점과 ‘급여수준의 충분성’ (*adequacy of benefit level*), 즉 시장에 의존하지 않을 정도로 욕구에 따른 급여수준이 충분하게 제공되고 있는가 하는 점의 결합으로 파악할 수 있다. 공적책임을 강조하는 경우, 보편적인 적용대상에 충분한 급여수준과 조세방식의 재원조달모형을 선택할 가능성이 높으며, 사적책임을 강조하는 경우 국가의 개입은 선별적인 적용대상과 최소한의 급여수준으로 한정되고, 대부분의 계층은 시장 혹은 가족에 맡겨질 가능성이 높다.

Esping-Andersen의 복지국가 유형 분류에 따라 사회민주주의 복지국가에 속하는 스웨덴, 덴마크, 노르웨이 등 스칸디나비아 국가들은 장기요양보호에 있어서도 비용부담의 사회화 수준이 GDP대비 공적 장기요양보호 지출수준이 2.2~2.8%로 OECD 국가들의 평균 1.1%보다 훨씬 높은 것으로 나타나고 있다. 반면, 자유주의 복지국가 유형에 속하는 미국, 오스트레일리아 등은

15) 복지에 있어서의 공·사 역할분담은 특정 시대, 특정 사회에서 국가의 역할, 시장의 역할, 가족의 역할에 대한 가치관을 반영하는 거울이며, 특정 시대, 특정 사회의 역할관계가 선택한 ‘복지모형을 보여주는 지도’라고 할 수 있음. 따라서 복지공급주체간 역할분담 유형을 분석하여 각 나라의 장기요양보호 정책방향을 가능할 수 있음.

16) 탈상품화는 생활이 얼마나 상품화의 영역 밖에서 이루어질 수 있는가, 즉 시장메카니즘에 대한 독립성의 정도, 혹은 사회시장의 규모를 일컫는 표현임(Esping-Andersen, 1990).

동 비율이 0.6~0.7%에 그치고 있는 것으로 나타나고 있다. 또한 독일, 영국 등은 동 비율이 0.8~1.0% 수준으로 나타나고 있다(OECD, 1998). 즉, 국가의 이념적 정향과 사회문화적 특성이 국가의 역할을 강조하고 사회적 시장의 규모가 큰 국가일수록 장기요양보호에 대한 공적지출 비중이 높고, 국가의 역할을 최소화하고 경제적 시장을 극대화하려는 국가일수록 장기요양보호에 대한 공적지출 비중이 낮은 것으로 나타나고 있다.

2) 장기요양보호 제도의 기본 틀과 재원조달체계

장기요양보호 제도의 기본 틀을 어떻게 결정하느냐가 중요한 정책적 쟁점의 하나이다. 제도의 기본 틀은 재원조달의 측면과 서비스 제공·관리의 측면을 어떻게 설계하느냐에 따라 결정되게 된다. 재원조달체계와 관련하여 볼 때, 제도의 틀은 장기요양보호를 위한 별도의 독립적인 재원조달체계를 만들 수도 있으며, 기존의 의료보장제도 및 연금보험제도 등에 병설하여 부가적인 각출과 급여를 제공하는 방식을 택할 수도 있다. 또한 서비스 제공·관리 측면과 관련하여 볼 때, 제도의 틀은 의료서비스와 사회서비스의 보호제공주체의 성격 및 재원조달의 동질성이 클수록 연계 및 통합의 가능성이 큰 제도로 만들 수 있다.

장기요양보호의 재원조달방식에는 조세방식, 사회보험방식, 민영보험방식, 개인지불방식이 있는데, 전자 두 가지는 공적재원조달방식이고, 후자 두 가지는 사적재원조달방식이다. 한 국가에서 보통 몇 가지 재원조달방식이 혼합되어 사용되고 있는데, 중요한 것은 어떠한 방식을 중심적인 재원조달메카니즘으로 사용하고 있는가 이다. 중심적 재원조달방식이 조세방식일 경우 장기요양보호가 필요한 국민이면 누구든지 공적서비스를 제공하는데 제한이 없다는 점이 특징적이고, 사회보험방식은 보험료각출을 전제로 하며, 보통 서비스 자격요건을 선별하기 위하여 욕구정도를 사정하는 제도를 도입한다는 점에서 조세방식보다는 선별적이라고 할 수 있다. 또한 동일한 사회보험 방식이라도 재원조달의 구성이 어떻게 되어 있느냐, 즉 국고지원의 비중, 사용자와 피용자의 배분비율에 따라 다를 수 있다. 한편, 민영보험방식이나 개인지불방식은 비용지불의 시점에 차이가 있을 뿐, 모두 개인의 주머니에서 장기요양보호 비용을 지불하도록 한다는 점에서 공통적이다. 더욱이 사회적으로 장기요양보호서비스의 이용에 따른 비용부담을 전혀 해결해주지 못하고 소득계층에 따라 장기요양보호서비스의 이용에 차별적인 접근을 전제로 한다는 점에서 공통점을 지니고 있다.

이와 같은 장기요양보호의 제도 틀 및 재원조달방식의 결정에 영향을 미치는 요인으로 의료보장제도 및 사회서비스의 재원조달방식과 제도형태, 복지국가의 유형 등을 들 수 있다. 특히

장기요양보호는 보건의욕과 복지욕구를 동시에 해결하여야 하므로, 이러한 욕구충족과 연관되는 기존 제도로서 의료보장제도와 사회서비스제도가 어떠한 제도형태와 재원을 기반으로 어떻게 운영되고 있는지가 장기요양보호의 제도 틀을 결정하는데 중요한 영향요인으로 작용한다. 즉, 장기요양보호의 보건서비스 욕구와 밀접한 관계가 있는 의료보장제도의 형태가 사회보험방식인지 혹은 국민의료서비스방식인지, 아니면 사적보험방식인지에 따라 장기요양보호의 제도 형태에 대한 선택이 달라질 수 있다.

예컨대, 영국, 스웨덴과 같이 의료보장이 조세에 기반을 둔 국민의료서비스 형태를 가지고, 의료공급인력도 모두 공적 영역에 속해 있는 경우에는 의료비용의 거시적 통제가 가능하므로 별도의 장기요양보호 비용조달을 위한 새로운 제도를 모색하기보다는 사회서비스와의 효율적인 통합 관리체계를 구축하는데 주력하는 경향이 있다. 반면, 의료보장제도가 사회보험 혹은 사적보험에 의하여 이루어지는 경우에는 의료공급이 사적영역에 놓여져 있기 때문에 비용통제가 어려우므로 새로운 형태의 재원조달장치를 만들려는 경향이 강하다. 이미 사회보험 형태의 의료보장제도를 가지고 있는 독일, 일본이 장기요양보호의 비용조달을 위한 사회보험 형태의 장기요양보험을 도입하였다¹⁷⁾. 또한 프랑스의 경우는 아직 현행 제도의 틀을 유지한 채로 보건서비스는 의료보험을 통하여 조달하고, 사회서비스는 조세를 통하여 조달하면서 이용자부담을 부과하는 방식을 고수하고 있다. 한편, 사적의료보험에 기반하고 있는 미국은 클린턴 정부에서 공적비용조달을 강화한 장기요양정책의 개혁을 시도하였으나 실패하였으며, 사적보험이 가장 발달한 미국에서조차 사적장기요양보험에 의해 포괄되는 장기요양보호대상자는 4% 미만에 불과한 것으로 추정되고 있다.

3) 장기요양보호 보호제공주체: 국가·비영리민간·영리민간·가족

보호의 제공과 관련하여 정책적 쟁점의 하나는 누가 보호를 제공하는가, 즉 보호제공의 주체가 누구인가 하는 문제이다. 즉, 국가조직, 비영리민간조직, 영리민간조직, 비공식조직 중 누가 보호를 제공하는가 하는 것이다.

보호제공의 경우에는 보호제공자가 공적주체인가, 사적주체인가가 비용지불시점에는 문제가 되지만, 서비스를 제공받는 입장에서는 크게 문제가 되지 않는다. 보호대상자의 입장에서는 오히려 서비스를 선택할 가능성이 있는지, 없는지가 더 문제가 된다. 다시 말하여 보호대상자가

17) 독일은 1995년 사회보험형태의 장기요양보험(Pflege-Versicherung)을 도입하였으며, 일본은 2000년 사회보험형태의 公的介護保險을 도입하였음.

서비스를 제공받는데 있어 비공식자원인 가족이외에 얼마나 다른 대안적 선택이 가능한가 하는 공식적 서비스의 이용가능성, 즉 보호제공의 공식화(formalization of providing care) 정도가 더 중요한 구분기준이 된다. 장기요양보호제공의 공식화는 가족이 있어도 노인의 장기요양보호에 사회적 지지와 보완이 필요하다는 인식을 전제로 한다. 따라서 보호제공의 공식화는 가족을 대체(substitute), 보완(supplement) 혹은 지원(support)하는 서비스 기반(시설, 인력, 프로그램 포함)이 얼마나 존재하는가, 그리고 얼마나 활용가능한가를 의미하는 탈가족화(de-familisation) 정도로 파악될 수 있다.

다시 말하여 장기요양보호를 위한 사회적 기반, 즉 서비스 하부구조(infra-structure)의 구축이 얼마나 잘 되어 있는가가 중요하다는 것이다. 서비스 하부구조는 서비스를 공급하기 위한 시설(institution) 및 인력(manpower)을 의미한다. 장기요양보호 서비스를 제공하기 위한 시설과 인력이 확보되지 않으면, 장기요양보호를 위한 사회적 재원조달장치(예컨대, 장기요양보험)도 별다른 소용이 없고, 재가보호 중심의 보호체계 구축도 가능하지 않다. 즉, 장기요양보호 위협에 대비하여 장기요양보험을 도입한 독일과 일본의 경우에도, 장기요양보호 욕구 발생시 서비스를 구매할 재원은 사회보험제도의 도입을 통하여 마련하였으나 막상 구매할 수 있는 '서비스'가 마련되지 못하는 현상이 일어나는 것을 경계하여 장기요양보험제도 도입 이전에 서비스 공급을 위한 시설 및 인력확충에 주력해 왔다. 특히, 장기요양보호를 위한 서비스 기반이 취약했던 일본의 경우, 1989년 고령자보건복지추진 10개년 전략으로 골드플랜¹⁸⁾을 마련하여 장기요양보호 시설 및 인력확충의 구체적 목표를 설정하고 이를 정책적으로 추진하였으며, 1994년에는 골드플랜 목표를 보다 상향조정하는 신골드플랜¹⁹⁾을 마련하여 시설 및 인력확충에 주력함으로써, 2000년 공적개호보험 도입에 앞서 장기요양보호 서비스 공급기반을 구축하는 것을 주요 정책과제로 추진해 왔다.

이와 같은 보호제공의 공식화를 위한 사회적 하부구조의 구축이 OECD 국가에서 활발히 이

18) 일본은 1989년 12월에 '고령자보건복지추진 10개년 전략' 소위, '골드플랜'을 제시하였음. 구체적 목표내용은 1990년도부터 10년간 가정봉사원 10만명, 일시보호 5만명분, 주간서비스센터 1만개소, 재가보호지원센터 1만개소, 특별양호노인홈 24만명분 등을 마련하는 고령자 보건복지서비스 정비 계획임.

19) 일본은 1994년 3월말까지 모두 집계한 전국의 노인보건복지계획의 목표치를 집계한 결과 골드플랜의 목표치를 대폭적으로 상회하는 결과를 낳음으로써 1994년 12월에 골드플랜을 전면적으로 재검토하고 1995년부터 1999년까지의 후반 5년간에 달성해야 할 목표치를 인상한 '고령자 보건복지 추진 10개년 전략의 수정에 관하여' 소위, '신골드플랜'을 대장성, 후생성, 자치성의 3대신에 의한 합의로 책정하였음. 그 목표내용은 가정봉사원 17만명, 단기보호 6만명분, 주간서비스·주간보호소 1만 7천 개소, 특별양호노인홈 29만명분, 노인보건시설 28만명분 등임. 여기에 24시간 순회 가정봉사원 서비스나 특별양호노인홈의 개실화(個室化)의 추진 등의 새로운 시책도 포함되어 있음.

루어지고 있는 가운데서도 국가간에는 편차가 크다. 이러한 보호제공의 공식화, 탈가족화 수준에서의 국가간 편차는 각 국가에서 보호제공에 대한 국가와 가족간의 의무와 역할을 어떻게 규정하고 있는가에 따라 상이하게 나타난다. 가족주의는 개인의 독립성과 자율성에 기초한 가족지향적 보호를 강조하는 반면, 국가주의는 집합주의적 접근을 선호한다. 가족주의적 해결책은 가족의무가 법과 사회적 실천에서 지지받고, 남녀관계가 덜 평등한 국가에서 선호되며, 국가주의적 해결책은 남녀관계가 평등하고 여성의 사회적 활동이 당연시되는 국가에서 선호된다. 실제로 남녀평등 지수가 높고 여성경제활동참가율이 높은 스웨덴, 핀란드, 덴마크 등 북유럽과 여성경제활동참가율이 높고 보호제공의 시장화가 촉진된 미국, 캐나다, 오스트레일리아 등은 보호제공의 공식화 수준²⁰⁾이 OECD 평균(16.3%)보다 훨씬 상회(19~27%)하는 것으로 나타나고 있다. 반면, 아일랜드, 스페인, 이탈리아 등 남유럽 국가와 유교주의 전통이 강한 일본 등 가족주의 전통이 강한 국가에서는 보호제공의 공식화 수준이 OECD 평균보다 훨씬 하회하는 5~9% 수준에 그치는 것으로 나타나고 있다. 또한 보수주의적 가족정책을 지향하는 독일과 영국도 보호제공의 공식화 수준이 평균 수준 혹은 약간 평균을 하회하는 수준인 것으로 나타나고 있다.

4) 장기요양보호 서비스형태(1): 재가·지역사회보호와 시설보호

장기요양보호가 어디에서 이루어지느냐에 따라 재가·지역사회보호와 시설보호로 구분될 수 있다²¹⁾. 재가·지역사회보호에 대한 정책적 선호는 크게 두 가지 상이한 기대에 근거한다고 할 수 있다. 그 하나는 재가·지역사회보호가 노인들의 삶의 질과 만족도 향상에 더 기여할 것이라는 기대이다. 1950년대 정신장애인의 탈시설화(de-institutionalization) 운동을 뒷받침한 정상화(normalization), 통합화(integration)이념은 시설보호가 초래할 수 있는 반인권적 문제들을 부각시키면서 보호형태의 재가·지역사회보호로의 중심 이동에 대한 근거를 제공하였다(양옥경, 1995; OECD, 1994). 다른 하나는 재가·지역사회보호가 시설보호보다 경제적으로 비용절약적이라는 기대이다(Wiener, 1996; OECD, 1996). 여기에는 재가·지역사회보호로의 중심 이동은 무상

20) 보호제공의 공식화 수준은 1995년 현재 65세 이상 노인 대비 재가보호 및 시설보호(영리, 비영리, 국가부문 모두 포함) 수급자수로 계산하였음.

21) 그러나 최근에는 연속적인 보호형태의 발전에 따라 재가·지역사회보호와 시설보호간의 명확한 구분이 어려워지고 있음. 지역사회내에 기존의 대규모시설과 차별되는 소규모시설이 많이 등장하고 있으며, 기능면에 있어서도 일시보호, 중간시설, 집합노인주택 등 재가·지역사회보호와 시설보호의 특성을 함께 지닌 보호형태가 등장하고 있기 때문임.

의 가족보호를 이용할 수 있음으로써 사회보장지출 감소시킬 수 있다는 가정에 근거하고 있다. 이러한 기대는 국가재정 위기에 따른 신자유주의 정권의 사회보장지출 삭감의 실현 방안으로 재가·지역사회보호의 강조 정책으로 구체화되었다.

한편, 재가·지역사회보호의 정책적 강조에도 불구하고 OECD 국가들의 시설보호비중은 65세 이상 전체 노인인구대비 평균 5.5% 수준을 보이고 있다(OECD, 1996). 이러한 시설보호 수준의 유지에 아직 장기요양보호 대상 노인을 재가·지역사회에서 수용할 수 있는 인프라가 준비되지 못한 바도 있지만, 어느 정도는 시설보호가 불가피한 계층이 존재하기 때문이다. 예컨대, 거동 불편 정도가 심한 최종증 장기요양보호 필요노인의 경우에는 집중적인 상시 보호가 필요하기 때문에 시설보호가 보다 효과적이고 효율적으로 보호를 제공할 수 있다. 이와 같이 연령, 장애 정도, 수발가족의 상황 등에 따라 시설보호가 반드시 필요한 계층이 일정규모로 존재하기 마련이므로 일정 수준의 시설유지는 필수적이다. 다만 기존의 취약한 환경의 시설이 아니라, 다양한 욕구에 적절하게 대응할 수 있고 인간다운 삶의 질을 보장하는 다양한 형태의 시설로의 재편을 꾀하고 있다.

OECD 국가들이 공통적으로 재가·지역사회보호 형태를 정책적으로 선호하고 강조하고 있음에도 불구하고, 국가들마다 상당한 편차를 보이고 있다. 예컨대, 스웨덴, 덴마크 등 재가·지역사회보호의 인프라가 잘 구축된 국가들은 시설보호 비중이 이전에 비하여 뚜렷이 감소하고 있는데 비하여, 정책적으로 시설의 민영화를 피하면서 자원배분이 시설에 더 두어지게 됨으로써 재가·지역사회보호로 자원이동에 실패한 영국의 경우에는 시설보호비중이 이전보다 증가하는 형태를 보이고 있다. 따라서 재가·지역사회보호의 강화는 재가·지역사회보호를 위한 시설, 인력 등 인프라에 대한 실제적 투자와 자원배분의 중심이동으로 가능하다는 것을 확인할 수 있다.

5) 장기요양보호 서비스형태(2): 현물과 현금

서비스형태가 현물급여인가, 현금급여인가 하는 것도 중요한 정책적 선택문제이다. 일반적으로 현물은 비용효과적이며, 현금급여는 소비자 선택의 극대화가 가능하다(Gilbert and Sphect, 1993). 즉, 현물급여는 장기요양보호 대상자에게 적합하다고 판단된 서비스가 제공됨으로써 본래 정책의도대로 사용되므로 정책효과성이 높고, 규모의 경제가 적용되어 효율적이다. 반면, 현금급여는 소비자 선택의 자유를 인정하기 때문에 그 현금을 서비스 구매 혹은 가족보호제공자에 대한 보상으로 활용할 수 있다는 점이 장점이라고 할 수 있다. 따라서 가족을 장기요양보호의 중요한 파트너로 고려하는 경우 현금급여의 선택을 허용하는 경향이 있다. 하지만 구매할

서비스가 충분히 개발되지 않는다면, 현금급여는 진정한 선택권을 제공하지 않기 때문에 이 점에 대한 고려가 필요하다.

이와 같은 장기요양보호의 급여형태에 대한 정책선택은 가족정책의 방향에 따라 달라질 수 있다(Gilbert, 1994). 부부관계의 기능적 평등모형에서는 여성의 경제활동참가가 당연시되고, 국가가 전통적인 가족내 여성의 보호제공 역할을 대체하는 서비스를 제공하는 식의 서비스 제공의 사회화(socialization of activity) 방안을 채택하는 경향이 높다. 반면, 가족과의 동반자 관계 모형에서는 서비스 제공의 사회화보다는 직접적인 현금보조금 혹은 조세 크레딧을 통하여 비용의 사회화(socialization of cost)를 선호하는 경향이 있다. 가족과의 동반자적 관점에서 가족 구성원이 보호를 제공하는 역할을 수행하는 기간동안 현금보조금, 연금 크레딧을 제공함으로써 가족들이 일과 보호역할을 배분할 수 있는 선택권을 강화하는 것이다. 최근에 OECD국가에서 발견되는 가족보호제공자 수당(carer's allowance)제도의 도입과 발전은 이와 같은 맥락에서 이해할 수 있다.

6) 장기요양보호 관련 통합관리체계

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

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

이와 같은 보건·복지서비스 통합은 정책, 재정, 관리, 서비스제공 단계 등 여러 수준에서 이

루어질 수 있다. 보건·복지서비스의 통합이 정책목표로 설정되었다 하더라도, 보건·복지서비스의 서비스 제공단계에서 뿐만 아니라 재정, 관리체계까지 완전히 통합될 수도 있고, 재정, 관리체계는 분리되어 있되 서비스 제공단계에서 서비스간의 조정을 도모하는 방안이 채택될 수도 있다.

즉, 보건·복지서비스 통합을 위한 하나의 주요한 선택은 의료서비스와 사회서비스 부처를 통합하는 것이다. 의료 및 사회서비스가 상이한 수준의 정부의 책임하에 있을 때, 중앙정부의 책임에 있는 서비스(주로 의료서비스)를 지방정부의 책임으로 분권화하는 조치가 이에 포함된다. 예컨대, 스웨덴의 아델(Adel)개혁이 그 대표적 예이다. 스웨덴의 아델개혁은 보건서비스와 복지서비스의 재정·관리책임을 지방자치단체로 일원화한 보건·복지서비스 통합개혁이었다.

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

V. 우리 나라 장기요양보호의 발전방향과 정책과제

우리 나라의 장기요양보호는 실질적 의미에서 장기요양보호 정책의 부재, 혹은 가족의존형 장기요양보호 공급유형으로 규정지을 수 있는 상황에 놓여 있다. 그러므로 우리는 향후 급속한 노령화로 급증할 장기요양보호 욕구에 대하여 어떠한 방향으로 장기요양보호 정책을 발전시켜 나가는 것이 적합한가를 모색하고 결정하여야 할 시점에서 서 있다고 할 수 있다. 예컨대 스웨덴 등 스칸디나비아 국가군과 같이 공식적 보호제공과 공적 재원조달이 조합을 이루는 '국가의존형'으로 발전시켜 나가야 할 것인지, 아니면 미국, 호주와 같이 공식적 보호제공과 사적 비용조

달이 조합을 이루는 '시장의존형'으로 발전시켜 나가야 할 것인지, 혹은 독일과 같이 비용부담과 보호제공의 양 측면에서 시장·가족·국가가 거의 비슷한 비중의 혼합을 보이는 혼합형으로 발전시켜 갈 것인지, 혹은 영국의 발전방향과 같이 비공식 보호제공과 공적 자원조달의 '가족활용·지원형'으로 발전해 갈 것인가, 아니면 일본과 같이 비공식 보호제공과 사적 자원조달이 조합을 이루는 '가족의존형'을 계속 유지할 것인지에 대한 결정이 필요하다.

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

따라서 우리 나라의 장기요양보호 정책모형의 구상은 다음과 같은 점을 고려하여 이루어져야 할 것이다.

1. 우리 나라가 장기요양보호정책의 발전방향을 설정하는 데 있어 어떠한 장기요양보호 공급유형으로 발전시켜 나가는 것이 바람직할 것인가 하는 문제이다.

우리 나라의 현행 장기요양보호 공급유형이 전형적인 가족의존형인 상황에서, 개념적으로만 보면 보호제공의 공식화에 대한 진전 없이 비용부담의 사회화만 추구하면, (1)가족지원·활용형으로 갈 것이며, 비용부담의 사회화에 대한 진전 없이 보호제공의 공식화만 추구하면, (2)시장의존형으로 가게 될 것이다. 그리고 비용부담의 사회화와 보호제공의 공식화를 모두 획기적으로 추구한다면 (3)국가의존형으로 갈 것이다. 그러나 우리 나라보다는 장기요양보호에 대한 사회적 투자가 훨씬 많이 이루어져 온 일본의 경우에도 아직 가족의존형으로 분류되고 있음을 볼 때, 장기요양보호에 대한 과감한 사회적 투자가 이루어진다고 해도 당분간 가족의존형에서 벗어나기는 어렵다고 보여진다.

따라서 우리 나라는 어떤 유형으로 갈 것인가를 결정하기에 앞서, 극히 초보적인 단계에 있는 장기요양보호 대책을 발전시키는 것이 중요하다. 강력한 국가의존형의 특성을 가지는 스웨덴은 어느 정도의 복지공급의 다원화가 이루어져도 되지만, 우리 나라는 국가주의적 접근의 강화가 필요한 시점이다. 즉 복지공급의 혼합을 같이 지향한다 하더라도 서 있는 자리가 다르므로 추구해야 할 정책방향은 상반된 것임을 유의하여야 한다. 특히, 우리 나라의 장기요양보호는 아직 발달되지 못한 사회적 욕구와 극히 선별적인 사회적 대책에 머물고 있는 실정이므로, 급속히 진행되는 고령화에 대비하여 시급히 비용부담의 사회화와 보호제공의 공식화를 진전시킴과 동시에 추구하는 방향의 정책발전이 긴요하다고 할 수 있다. 이는 우리 나라의 고유한 문화·역사적 특성과 관계없이 인구·사회적인 변화에 적응해야 하는 구조기능적 요구에 부응하기 위한 차원에서라도 필요한 것이다.

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

시설보호에서 재가보호로 중심이 이동하는 것과 관련하여, 선진국의 경우는 서서히 노령화가 진행되어 오면서 도움이 필요한 장기요양보호 대상자를 위한 시설보호가 발전되어 왔다. 즉, 현재 선진국에서 재가보호에 대한 강조는 기존 시설보호의 기반 위에 이루어지고 있는 것이다. 따라서 시설보호 기반이 매우 미비한 우리 나라와는 상황이 다르다는 점이다. 우리 나라는 요양시설 등 시설보호의 경우, 의탁할 곳이 없는 생활보호대상자 노인들에 대하여만 제한적으로 이루어지고 있으며, 유료요양시설의 수는 극히 미미하다. 또한 재가보호의 경우에도 지역사회 복지관에 설치되어 있는 재가복지센터 중심의 가정봉사원 파견, 지자체 중심의 가정도우미 파견, 데이케어프로그램, 일시보호프로그램, 식사배달서비스, 목욕서비스 등이 대도시를 중심으로 극히 부분적으로 이루어질 뿐이다. 즉 우리 나라는 장기요양보호를 사회화하기 위한 서비스 하부구조(infra-structure)가 거의 전무한 실정이다.

이와 같이 우리 나라는 시설보호의 측면이나, 재가보호의 측면에서 사회적 제반여건이 거의 정비되지 않은 상황이므로 선진국이 최근 재가보호를 강조하는 흐름만을 무조건 답습하기보다는 시설보호와 재가보호를 같이 발전시켜 나가는 것이 필요하다. 또한, 서비스 하부구조가 빈약하면, 정책적으로 재가보호를 강조한다 하더라도 재가보호로 중심을 이동시킬 수 없다는 것을 선진국의 경험으로 알 수 있기 때문에 이를 숙지할 필요가 있다.

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

국가개입의 최소화를 지향하는 국가들은 민간시장을 통하여 보호서비스를 제공하도록 유도하여 왔다. 영국과 일본이 그 대표적인 국가인데, 영국은 국가가 비용을 부담하여 민간시장부문을 지원하였기 때문에 시장이 지배적인 보호제공자로 될 수 있었는데 반하여, 일본은 비용부담이 개인에게 맡겨져 있었기 때문에 시장의 활성화 노력에도 불구하고 보호제공 시장의 활성화가 제대로 이루어지지 않았다는 점을 유의해야 할 것이다.

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

여기에는 가족보호로의 재회귀를 유도하기 위한 공적지출과 인센티브 정책이 병행적으로 이루어지고 있다는 점을 인식할 필요가 있다. 예를 들면, 영국에서 일찍부터 채택해 온 보호제공자 수당(carer's allowance)이라든가, 최근 독일과 일본의 연금개혁에서 도입된 보호제공자에 대한 연금크레딧(pension credit) 제도의 도입 등을 들 수 있다. 특히, 우리 나라가 선진국가들에 비하여 상대적으로 노인의 높은 자녀동거율을 기반으로 가족을 적극적으로 활용하는 정책을 취하고자 한다면, 가족보호를 지원하기 위한 각종 서비스의 하부구조, 연속적인 보호체계를 정비하는 작업부터 시행해 나가야 하며, 공공비용으로 제공하는 보호제공자 수당제도를 도입하는 것에 대하여 진지하게 고민해 보는 것이 필요하다고 하겠다.

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

전술한 바와 같이 장기요양보호서비스의 내용이 다양하고 복합적으로 구성되어 있기 때문에, 필요한 서비스를 제공하는 시설마다 가서 개별적으로 구입한다는 것 자체가 시간적으로나 비용측면에서도 낭비적이라 할 수 있다. 예를 들면, 질병치료나 검진서비스는 보건소나 병의원에 가서 상담하고, 주간보호서비스는 주간보호센터에 가서, 단기보호서비스는 단기보호시설에 가서, 가사지원서비스는 가정봉사원파견센터나 지역사회복지관에 가서 제각각 상담을 하고 서비스를 개별적으로 구입한다는 것 자체가 불가능하다는 점이다.

따라서, 이와 같은 다양한 서비스를 종합적으로 조정하고, 필요한 양을 계획, 수립해 줄 수 있는 체계가 필요한데, 이것이 '사례관리'(care management)라 할 수 있다. 이러한 사례관리체계가 필요한 이유를 들여보면, 기본적으로 대상노인의 욕구가 중복 또는 다양화되어 있고, 그러한 욕구를 충족시키기 위해서는 서비스가 패키지로 되는 것이 불가피하고, 서비스를 공급하는 주체가 상당히 다원화되어 있어서 서비스제공의 중복이나 누락을 사전에 방지할 수 있기 때문

이라는 점이다.

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

장기요양보호에 대한 사회적 인식이 점차 제고되고, 외국의 정책동향 논의들이 전달되면서 우리 나라는 장기요양보호의 전체적인 정책구상 이전에 비용조달방식을 의미하는 장기요양보험의 도입 필요성이 간간히 주장되곤 하였다. 그것도 여러 가지 비용조달방식에 대한 세밀한 검토 없이 이웃국가인 일본이 개호보험을 도입하고, 독일이 장기요양보호보험을 도입한 것에 대한 경험이 전해지면서, 장기요양보호는 사회보험으로 도입되어야 하는 것처럼 되었다. 물론 사회보험방식도 장기요양보호의 재원조달을 위한 대안 중의 하나임에는 틀림이 없다. 특히, 우리 나라 사회보장의 역사라는 것이 사실상 일본의 경험을 쫓아왔고, 우리 나라에는 국가가 재원을 조달하기보다는 자조방식인 사회보험방식을 선호하는 사회적 분위기가 지배적이며, 그러한 점에서 장기요양보호보험을 사회보험으로 도입하는 방안이 우리에게 조세방식에 근거한 보편적 서비스 형태보다 친숙한 것이 사실이다.

그러나 장기요양보험을 사회보험으로 도입한 독일과 일본에서 장기요양보호를 사회보험방식으로 대처하는 것에 대한 비판적인 문제제기가 심각하게 이루어지고 있다는 점을 간과해서는 안될 것이라는 점이다. 장기요양보호 욕구의 사정과 이에 따른 사정에서 탈락된 경미한 욕구를 가진 장기요양보호계층이 공적보호에서 제외됨으로써 예방적 개념이 사상되고 있다는 점이다. 또한 장기요양보호보험은 사회보험의 수익-부담 균등원칙과 달리 욕구와 연계된 급여를 지급하고 있어 사회보험의 원리와 잘 어울리지 않는다는 점이다. 무엇보다 사회보험을 도입하면서 국가의 재정부담이 전제되지 않는다면, 국민들에게만 부담을 떠넘기는 결과를 초래한다는 점이다. 따라서 우리 나라는 이러한 점들을 고려하면서 장기요양보호 비용조달방식에 대한 논의를 보다 폭넓게 진행시킬 필요가 있다.

참고문헌

- 고양곤, 「2000년대를 대비한 외국의 노인복지 동향」, 「한국의 노인과 세계의 노인」, 세계 노인의 날 기념세미나, 성공회대학교, 1995, pp. 63~98.
- 노인장기요양보호정책기획단, 《노인 장기요양보호 종합대책 수립방안 연구》, 2000.

- 박광준·이명현, 「일본의 인구고령화와 공적개호보험의 과제」, 박광준 외, 『고령화사회와 노인복지』, 세종출판사, 1999, pp. 277~312.
- 변용찬 외, 《치매관리 mapping 개발연구》, 한국보건사회연구원, 1997.
- 변재관 외, 《장기입소노인시설 보건의료서비스 제공현황 및 개선방안 연구》, 한국보건사회연구원, 1999.
- 변재관, “노인 장기요양보호정책의 기본방향과 정책과제”, 《보건복지포럼》 제51호, 한국보건사회연구원, 2001. 1. pp. 5~11.
- 신우덕, “노인 장기요양보호 대상인구 추정”, 《보건복지포럼》 제51호, 한국보건사회연구원, 2001. 1. pp. 12~20.
- , “노인보건사업의 정책방향” 《보건복지포럼》 제40호, 한국보건사회연구원, 2000. 3. pp. 44~53.
- , “OECD 국가의 장기요양보호정책과 시사점” 《보건복지포럼》 제42호, 한국보건사회연구원, 2000. 3. pp. 53~64.
- 석재은, 《노인 장기요양보호 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교 연구》, 이화여자대학교 박사학위 논문, 1999.
- , “노인 장기요양보호 공급주체”, 《보건복지포럼》 제51호, 한국보건사회연구원, 2001. 1. pp. 21~36.
- , “영국의 지역사회보호와 사례관리를 통한 보건복지서비스 통합”, 《보건복지포럼》 제48호, 한국보건사회연구원, 2000. 10. pp. 51~62.
- , “우리 나라 장기요양보호 정책의 쟁점과 발전방향”, 《보건복지포럼》 제36호, 한국보건사회연구원, 1999. 9. pp. 36~48.
- 양옥경, 《지역사회정신건강》, 나남, 1996.
- 이가옥·차홍봉·최성재·윤현숙·서혜경·박경숙, 《장기요양보호노인의 욕구 및 가족의 부양부담》, 1999.
- 이미애, “영국·미국의 고령자 간병정책”, 《각국의 고령자 간병보험제도》, 한국노인문제연구소, 1998, pp. 171~215.
- 이상각, “독일의 간병보험제도”, 《각국의 고령자 간병보험제도》, 한국노인문제연구소, 1998, pp. 63~124.
- 정경희 외, 《1998년 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사》, 한국보건사회연구원, 1998.
- 최병호, “노인 장기요양보호의 소요재정추계와 재원조달방안”, 《보건복지포럼》 제51호, 한국

- 보건사회연구원, 2001. 1. pp. 37~45.
- 최성재, "노인 장기요양보호에 대한 사회복지정책 방향", 박광준 외, 《고령화사회와 노인복지》, 세종출판사, 1999, pp. 65~96.
- 통계청, 《경제활동인구조사》. 각년도.
- , 《장래인구추계》, 각년도.
- 伊藤周平, 《개호보험》, 청목서림, 1997.
- 足立 正樹 編, 《각국의 개호보장》, 법률문화사, 1998.
- 坂本重雄, 山脇貞司, 《고령자개호의 정책과제》, 경초서방, 1996.
- Abbott, Pamela & Claire Wallace, *The Family and the New Right*, Pluto Press, 1992.
- Evers, A, M. Pijl, and C. Ungerson(eds.), *Payments for Care: A Comparative Overview*, European Center Vienna: Avebury, 1994.
- Gilbert, Neil, "Social Policy and Family Relations: Choices for Change," *International Social Security Review*, Vol. 47, No. 3-4, 1994, pp. 157~175.
- Gilbert, N, H. Specht & P. Terrell, *Dimensions of Social Welfare Policy(3rd Ed.)*, Prentice Hall, 1993.
- Jacobzone, Stephane, *Aging and Care for Frail Elderly Persons: an Overview of International Perspectives*, OECD, 1999.
- Mclaughlin, Eithne and Caroline Glendinning, "Principles and Practice of Social Security Payments for Care", *International Social Security Review*, Vol.47, No.3-4, pp. 137~155, 1994.
- OECD, *Maintaining Prosperity in an Ageing Society*, 1998.
- OECD, "Long-Term Care Policies", in *Background Documents: The Caring World: National Achievements*, Meeting at Minister Level on Social Policy, 1998. 6, pp. 45~53.
- OECD, *The Caring World: an Analysis*, Meeting at Minister Level on Social Policy, 1998. 6.
- OECD, "Policy Challenges in Improving Health and Care Services," *The Caring World*, Meeting at Minister Level on Social Policy, 1998. 6, pp. 45~53.
- OECD, "Developing Health and Long-Term Care for a More Aged Society", *Beyond 2000: The New Social Policy Agenda*, OECD High-Level Conference, 1996. 11, pp. 251~278.
- OECD, "Policy Implications of Aging Populations," *The 15th OECD Working Party on Social Policy*, 1996. 7, pp. 297~398.

OECD, *Caring For Frail Elderly People: Politics in Evolution*, 1996.

OECD, *Caring For Frail Elderly People: New Direction in Care*, 1994.

Walker, Alan, "The Family and the Mixed Economy of Care: Can They be Integrated?," in Allen, Isobel & Elizabeth Perkins, *The Future of Family Care for Older People*, London: HMSO, 1995, pp. 201~220.

Wiener, Joshua M., "Long-Term Care Reform: an International Perspective", in OECD, *Health Care Reform: the Will to Change*, Health Policy Studies, No.8, 1996, pp. 67~79.