

노인 장기요양보장정책의 과제와 발전방향

한국보건사회연구원 부연구위원
선우덕

I. 머릿말: 정책수립의 배경

일반적으로 노부모의 부양에는 소득상실에 기인한 따른 경제적 부양, 질병이나 부상
에 기인한 신체적 부양, 그리고 정서적 부양이 있다. 이 중에서 경제적 부양은 자녀에
의한 생활비지원의 사적부양에서부터 국민연금과 같은 공적부양제도에 의해 이루어지
고 있고, 신체적 부양도 가족원에 의한 사적부양에서부터 공·사적 요양보장제도에 의
한 공적부양제도에 의해 이루어지고 있으며, 정서적 부양은 대부분 가족, 이웃, 친구에
의한 사적 부양방법에 의해 이루어지고 있다고 하겠다.

이러한 부양의 유형 중에서 최근 우리나라에서 논란이 이루어지고 있는 것이 신체
적 부양, 다시 말하면 노부모의 간병수발이라는 행위에 대한 사회적 대응방안이라 할
수 있다. 여기에서 신체적 부양은 우리나라에서나 선진국가들에서도 전통적으로 자녀
나 친인척 등, 주로 가족이 담당하여 왔으나, 최근에 들어와 사회환경적 변화로 가족에
게만 의존할 수 없는 처지에 놓이게 되었다는 점이다.

그 이유를 다음 세 가지 측면에서 설명할 수 있겠다. 하나는, 저출산력¹⁾으로 인한
가정내 少자녀화현상이 심화되고 있다는 점이다. 둘째는, 신체적 부양의 주 담당자였던
가정내 젊은 여성(딸이나 며느리)이 취업이나 각종 사회적 활동의 참여로 신체적 부양
에만 매달릴 수 없게 되어가고 있다는 점이다. 셋째는, 가정내에서의 신체적 부양자(간
병수발자)가 점차적으로 고령화되어가고 있다는 점²⁾이다. 특히, 첫번째와 세번째 요인
에 의한 부양 결여추세가 심각하게 받아들여지고 있는데, 이 중에서 고령자가 고령자
를 부양하여야 하는 세번째의 현상이 더욱 심각하여 부양자 자신의 건강상태가 부양으

1) 통계청의 발표(2001년)에 의하면, 우리나라 2000년도 출산력은 1.36으로 추정하고 있는데, 이는 미국
(2.13), 프랑스(1.89), 스웨덴(1.54)보다도 낮은 수치이고, 일본(1.36), 독일(1.36)의 수준에 해당함.

2) 한국보건사회연구원의 조사자료(2001년)에 의하면, 전체 가족수발자의 42.6%가 60세이상인 자로 나타
나고 있으며, 30대이하는 전체의 17.4%에 불과한 실정임. 특히, 남자노인을 수발하는 자의 53.8%가 배
우자인 것으로 나타나고 있음.

로 인하여 악화될 수 있다는 점이다. 또한, 취업여성의 노부모 신체적 부양을 위한 특별 유·무급 휴가제가 아직 도입되어 있지 못하기 때문에 여성에 의한 부양결여가 발생하고 있다는 점이다.

이러한 현상들을 사전적으로 억제시키는 정책수립이 이루어지는 경우라 하더라도 문제는 또 하나 있는데, 이는 자녀의 노부모 부양기피나, 노부모 자신들의 자녀에 의한 부양기피와 같은 신체적 부양에 대한 가치관의 변화이다.

그렇다면, 가족이 부양해주기 어려운 현실에 놓여 있다면, 이를 보완해 줄 수 있는 사회적 제도는 갖추어져 있는가를 살펴볼 수 있겠다. 일반적으로 신체적 부양(간병수발)은 성격상 복지성 서비스라 할 수 있는데, 가족이 신체적 부양을 해줄 수 없는 실정이라면, 그 역할을 대신해 줄 수 있는 것이 복지시설이고, 직업간병인이라 할 수 있겠다. 먼저, 그러한 복지시설에는 노인복지법에 명시되어 있는 요양시설이나 전문요양시설을 들 수 있겠는데, 현재에는 표에서도 알 수 있듯이 2002년 12월말 기준으로 총 171개시설에 10,961명이 입소보호를 받고 있는 것으로 나타나고 있다. 이 중에서 국민기초생활보장 수급권노인 등 저소득계층 노인대상의 시설이 총 161개시설로 거의 대부분을 차지하고 중산서민계층 이상의 노인들은 복지시설에서 부양을 받고 싶어도 들어갈 시설이 부족하다는 것을 알 수 있다.

〈표 1〉 장기요양시설 현황 (2002.12월말 기준)

(단위: 개소, 명)

구 분	계			무료시설		실비시설	유료시설	
	합계	요양	전문요양	요양	전문요양	요양	요양	전문요양
시설수	171	120	51	99	48	14	7	3
입소인원	10,961	7,105	3,856	6,060	3,729	730	315	127

자료: 보건복지부, 『2003년도 노인보건복지사업안내』, 2003.

그렇다면, 복지시설에 들어가지 않더라도 집에서 가족이 아닌 제3자(간병인 등)에 의해서 신체적 부양을 받을 수 있기는 하지만, 이 또한 표에서 보듯이 이를 위한 시설수가 2002년 12월말 기준으로 총 368개에 부양노인수(이용노인수)가 17,973명이 있다. 그런데, 이러한 시설들의 대부분은 국가지원금에 의해 운영되고 있기 때문에 그 이용대상자도 국민기초생활보장 수급권노인 등 저소득계층 노인에 한정되어 있다는 점이다.

〈표 2〉 재가노인복지시설 현황 (2002.12월 말 기준)

(단위: 개소, 명)

구 분	합 계	가정봉사원파견센터	주간보호시설	단기보호시설
시설수	368	165	155	48
총 이용자수 (명)	17,973	14,667	2,707	599

자료: 보건복지부, 『2003년도 노인보건복지사업안내』, 2003.

결국, 국민기초생활보장 수급권노인 등 저소득계층 노인 이외의 중산서민계층 이상의 노인들에 대한 제3의 신체적 부양장소라고 한다면, 유료전문요양시설이나, 요양병원이라 할 수 있겠는데, 문제는 이들 시설에 대한 요양비용의 규모라 할 수 있다. 최근 서울시내의 모 사회복지법인이 자체적으로 조사한 자료³⁾에 의하면, 그러한 유료시설에서의 요양비부담액이 적게는 월 70만원대에서 많게는 250만원에 이르고 있다는 것으로 나타나고 있어 이미 고소득 노인계층이 아니고는 부담하기 벅찬 비용⁴⁾이라 할 수 있겠다. 또한, 일반가정에서 직업간병인에 의한 비용도 월 100만원 내외인 것으로 추정되고 있기 때문에 이 또한 일반 중산계층 가정으로써는 벅찬 비용이다.

그리고, 또 한 가지 형태의 유료 부양장소라 할 수 있는 것이 요양병원이나 일반병원인데, 기본적으로 이들 장소는 질병회복을 위한 치료기관이지, 신체적 부양의 목적으로 입원하는 복지시설이 아니라는 점이다. 이 중에서 요양병원인 경우에는 처음부터 신체적 부양의 목적으로 입원하는 경우가 대부분이라 할 수 있겠는데, 문제는 처음에는 급성기질병이나 급성기 부상 등에 기인한 치료목적으로 입원하였다가 치료가 종료된 이후에도 퇴원을 하지 못하고 그대로 장기간의 입원을 하는 경우이다. 그 원인이야 어디에 있던 간에 이로 인한 비용의 일부를 현행 건강보험제도에서 지불하여야 하기 때문에 불필요한 건강보험재정의 누수가 발생하고 있다는 점⁵⁾이다.

이상과 같이 노부모의 신체적 부양을 위한 사회적 제도가 미흡하거나 미비된 상태에 놓여 있다는 점을 알 수 있겠는데, 이대로 방치해 두기가 매우 곤란해지고 있는 현실에 처해 있다. 다시 말하면, 노부모에 해당하는 노인인구가 급증⁶⁾하고 있고, 더구나

- 3) 이러한 비용은 주로 치매노인에 위한 치매요양시설에서의 부담액인데, 유료전문요양시설의 거의 대부분은 치매노인 중심으로 운영되고 있음.
- 4) 우리나라에서는 소득세 의료비공제라는 비목을 통하여 조세감면혜택을 주고 있는데, 동일한 요양비용이라고 하더라도 요양병원에서의 비용은 감면대상이나 요양시설에서의 비용은 감면대상에서 제외시키고 있어 유사한 서비스에 유사한 비용이라면, 응급시의 대응이 가능한 요양병원에 입원하려는 경향을 보일 것임.
- 5) 선진국에서는 치료가 불필요함에도 불구하고 퇴원하지 않고, 생활목적으로 입원해 있는 현상을 사회적 입원현상이라고 하여, 그 해결방안의 일환으로 장기요양서비스(long term care services)정책을 강화하고 있는 실정임.

그 중에서도 신체적으로나 정신적인 기능이 쇠약·허약한 80세이상 후기고령자⁷⁾가 큰 폭으로 증가하고 있다는 점이다. 따라서, 앞으로 중·장년계층이 후기고령자계층에까지 진입될 가능성이 점점 높아지고 있는 현실에서, 향후 고령기 진입시 가장 두려워하는 것이 '치매나 중풍 등의 장애로 누군가에 의해 신체적 부양이 필요하게 되었을 때, 부양을 받지 못할 우려'에 대한 것이었다는 점을 고려할 때, 노후 신체적 부양이라는 위험(risk)이 특정 개인 또는 가족에게만 해당하는 위험이 아니라 누구든지 보편적으로 닦칠 수 있는 사회적 위험⁸⁾(social risk)화 되어가고 있다는 점에서 이에 대한 사회적 신체부양대책이 필요하다는 점이다.

다행히도, 정부에서는 이러한 환경변화에 대처하고자 기초적인 연구를 통하여 2000년도부터 대책을 강구해온 것도 사실인데, 지난 2000년도에 노인장기요양보호정책기획단이 발족하여 신체적 부양서비스의 내용을 장기요양보호(long term care service)의 이름아래 일차적으로 장애인노인의 장기적인 신체적 부양문제에 대한 종합대책을 마련한 바 있으며, 2003년도에는 공적노인요양보장추진기획단의 이름아래 제도모형을 개발하고 있는 실정이다.

본 고에서는 노인 장기요양보장정책을 수립하는데 있어서 기초적으로 정리, 결정하고 넘어가야할 점을 중심으로 재검토해 보고 나름대로의 사회적 제도로서의 모형을 제시하여 의견을 듣고자 한다.

II. 노인 장기요양보장정책 수립에 있어서의 선결 검토과제

1. 노인 장기요양보장정책의 기본목적 명시

노인 장기요양보장제도의 기본적인 목적을 어디에 두느냐에 따라서 제도모형이 크게 달라질 수 있다. 일차적으로 고려할 수 있는 기본목적으로는 노부모 부양을 누구의

-
- 6) 고령화 사회에서 고령사회로 도달하는데 걸리는 기간이 우리나라는 19년인 반면에 일본 24년, 독일 40년, 영국 47년, 스웨덴 85년, 프랑스 115년이 걸린 것으로 나타남.
 - 7) 통계청의 인구추계 발표(2001년)에 의하면, 우리나라 2010년경에는 80세이상 노인인구가 95만7천명으로 백만명에 육박하는 수준에 이를 것으로 예측하고, 2020년경에는 2백만에 육박하는 181만명에 이를 것으로 예측하고 있는데, 주요 선진국의 경우에서도 볼 수 있듯이 요양시설(nursing home) 입소자의 절반 이상이 일반가정에서 부양해주기 어려울 정도로 부양부담이 큰 후기고령자가 차지하고 있는 실정임.
 - 8) 이미 주지된 바와 같이 노후 소득상실, 건강상실, 노동력 상실, 산업재해 등이 사회적 위험으로 인정되어 국민연금제도, 건강보험제도, 고용보험제도 및 산업재해보상보험제도가 도입, 실시 중에 있음.

책임하에 두느냐 하는 것이다. 만약, 그 일차적인 책임을 가족에게 맡긴다고 한다면, 공적요양제도는 이를 보완하고 지원하는 수준에서 모형을 구성하여야 할 것이고(사적 부양 우선, 공적부양 보완), 그렇지 않고 가족이 아닌 사회구성원 공동의 책임으로 확대해석한다면, 가족의 책임은 부차적인 수준에서 책정될 것이다9)(공적부양 우선, 사적 부양 보완).

결국, 전자의 목적하에서는 가족수발자인 비공식 자원의 의존비중이 높기 때문에 급여서비스의 방법에서 현금급여가 포함되어야 할 것이고, 아울러 가족수발자를 지원하는 가족정책이 부수적으로 뒷받침되어야 할 것이다.

두 번째는 장기요양대상자의 상실된 신체적 및 정신적 기능의 회복유지에 기본목적 을 둘 것인가, 아니면 신체적 및 정신적 수발지원에 둘 것인가에 따라서 요양서비스의 범위가 결정될 것이다. 만약 전자에 둔다고 한다면, 보건·의료·재활서비스가 적극적으로 요양급여서비스에 포함될 것이고, 후자에 두고자 한다면 신체적 간병수발 및 사회적 지지에 대한 서비스만이 중심이 되어 요양급여서비스에 포함될 것이다.

결국, 전자의 목적하에서는 병원이나 전문요양시설과 같은 보건의료서비스가 강화되어 있는 시설서비스가 중심으로 급여될 것이고, 후자의 목적하에서는 재가 및 지역 사회를 기반으로 한 서비스(HACC: home and community care services)가 중심이 될 것이다. 그렇지만, 전자에 목적을 두면서 후자의 특징을 감안할 수 있겠는데, 이러한 경우에는 재택의료 및 방문간호서비스가 충실하게 마련되어 있고, 시설과 가정간의 이송체계가 충실하게 구축되어 있어야 한다는 것이 전제조건이라 할 수 있다10).

2. 대상자: 신체적 부양상태(physical dependency¹¹⁾)의 기준

신체적 의존상태는 사회에서 독립적으로(또는 자립적으로, independently) 신체적 기능을 수행할 수 있는 능력(capacity)을 상실하였을 때 발생하는데, 이러한 상태에 빠져 있는 자는 일상적인 활동을 수행할 수 없고, 타인의 도움을 필요로 한다는 것이다(Jackson, 1998). 따라서, 신체적 부양을 받고자 한다면, 그 필요성을 입증하여야 한다는 것을 전제로 하고 있는데, 그것이 전술한 바와 같이 일상적으로 반복수행하여야 하는 동작에 장애가 있는 경우를 말하고 있다.

9) 실제로서 독립의 경우에는 전자에 목적을 두고 있으며, 일본은 오히려 후자에 목적을 두고 있다고 할 수 있음.

10) 이러한 제도의 대표적인 국가가 호주라 할 수 있음.

11) 신체적 의존상태에 빠져 있는 자를 부양한다는 의미에서 이 용어를 쓰고자 하였음.

여기에서 ‘일상적으로 반복수행하여야 하는 동작’에는 기본적인 동작(basic activity)과 수단적인 동작(instrumental activity)으로 구분할 수 있는데, 전자는 가정에서 독립적으로 살아가는데 필요한 기본적인 기술(basic skill)에 해당하는 것¹²⁾이고, 후자는 지역사회에서 독립적으로 살아가는데 필요한 기술¹³⁾로 설명하고 있다(Kemp, 1996). 그런데, 그러한 동작은 신체적 의존성 뿐만 아니라 정신적인 의존상태에 빠져 있어서 타인의 도움을 필요로 하는 경우가 있는데, 이는 인지기능의 장애가 主因이라 할 수 있다.

그런데, 상기한 신체적 부양을 지원할 목적으로 사회적 지원제도를 만들어 실시하고 있는 국가들을 보면, 다양한 지원대상 기준을 만들어 사용하고 있다는 것이다. 예를 들어 설명하면, 독일은 사회적 지원대상자를 선정하는데 기준으로 삼고 있는 것이 신체적이든 정신적인 요인에 의하든간에 ADL 및 IADL에 장애를 지닌 경우로 한정하고 있는데, 이는 ‘신체적 부양’이라는 데에 대상목표를 설정해 두고 있기 때문으로 판단된다. 그리고, 일본이나 호주의 경우에는 ADL 및 IADL 이외에 인지기능이나 문제행동, 및 간호·재활처치서비스와 관련된 내용까지 고려하여 사회적 지원대상자를 선정하고 있는데, 이는 ‘신체적 부양을 필요로 하는 자’라는 데에 대상목표를 설정해 두고 있기 때문으로 판단된다. 참고로, 지난 2001년도 한국보건사회연구원에서 수행된 보고서에 의하면, 우리나라의 장기요양보호가 필요한 대상노인을 추정하는데 사용하였던 기준이 ADL 및 IADL, 그리고 인기능상태(치매이환정도)있기 때문에 신체적 부양에 초점을 두고 있다는 점을 알아둘 필요가 있다.

따라서, 사회적 장기요양보장정책을 수립할 때, 그 대상목표를 ‘신체적 부양’에 둘 것인지, ‘신체적 부양을 필요로 하는 자’라는 데에 둘 것인지를 검토하여야 할 것이다.

한편, 또 한 가지 고려하여야 할 것으로 상기한 신체적 부양상태, 또는 ADL·IADL이나 인지기능의 장애상태에 대한 지속기간이다. 다시 말하면, 그러한 상태가 일시적이어서 일정기간후에는 기능회복이 가능한 상태인지, 아니면 기능회복이 불가능하고, 장기적·영속적으로 지속되거나 지속될 가능성이 있는 상태인지 하는 것이다. 그러한 상태의 지속기간은 부양하는 수발자의 입장에서는 고려할 요소가 아니겠지만, 정책적으로 사회적 제도를 수립하는 데에서는 큰 요소로 작용할 수 있다¹⁴⁾.

12) 이는 영어로 ADL(activities of daily living)로 표현되고 있는데, 옷갈아입기, 목욕하기, 몸단장하기 등과 같이 기본적인 자기보호적(self-care) 성격을 지닌 동작이라 할 수 있는데, 지난 2001년도에는 대한노인병학회에서 한국형 ADL(비치매대상)을 개발한 바 있음.

13) 이는 영어로 IADL(activities of daily living)로 표현되고 있는데, 식사준비하기, 집안일 청소하기, 금전관리하기, 세탁하기 등과 같이 좀더 복잡하고 고차원적인 동작을 필요로 하는 자기보호적(self-care) 성격을 지닌 동작이라 할 수 있는데, 이것도 지난 2001년도에는 대한노인병학회에서 한국형 IADL(비치매대상)을 개발한 바 있음(대한노인병학회, 2001).

만약 장애지속기간을 고려하지 않는다면, 일시적인 급성기 치료기간동안 병원에 입원해 있는 노인환자의 간병에 소요되는 비용까지 사회적으로 급여해주어야 한다는 의미를 지니고 있기 때문이다. 반면에 후자의 경우만을 고려한다고 하는 경우에는 신체적 부양상태에 빠져 있음에도 불구하고, 사회적 지원제도의 대상에서 제외되어, 별도의 지원대책이 없는 한, 또 하나의 死角지대가 존재하게 된다.

3. 급여서비스

가. 사회서비스(신체수발중심의 서비스) 對 보건의료서비스

제2절에서도 기술한 내용을 토대로 정리하면, 그 대상목표를 '신체적 부양'에 둔다고 한다면, 제공되는 서비스도 신체수발(personal care) 및 가사지원(domestic service) 중심의 사회서비스에 한정될 것이고, '신체적 부양을 필요로 하는 자¹⁵⁾'라는 데에 둔다고 한다면, 사회서비스 뿐만 아니라 보건의료서비스까지 포함될 것이다.

그런데, 후자의 대상목표 측면을 중심으로 할 때에는 장기요양서비스(long term care service)의 개념이 필요하게 된다. 여기에서 장기요양서비스라고 함은 보건 및 보건관련 지지적 서비스(health and health-related support services)(Evashwick, 1996)로 그 서비스의 유형이 넓다는 것을 알 수 있다. 다시 말하면, 보건의료, 정신보건, 사회적 및 지지적서비스 등을 말하는데, 이는 케어의 연속적 체계(continuum of care)속에서 제공되는 서비스에서 찾아볼 수 있는데, 이를 열거하면(Evashwick, 1987) 다음과 같다.

즉,

- 요양관련시설서비스: nursing facilities, step-down units, swing beds, nursing home follow-up)
- 급성기치료병동서비스: medical/surgical inpatient unit, psychiatric inpatient unit, rehabilitation inpatient unit, interdisciplinary assessment team, consultation services
- 통원 보건복지서비스: physicians' offices, outpatient clinics, interdisciplinary assessment clinic, day hospital, adult day care center, mental health clinic,

14) 이러한 측면에서 보면, 독일이나 일본의 공적(또는 사회적) 장기요양보험제도에서 최소한 6개월이상 지속될 가능성이 있는 장애를 지닌 자를 급여대상으로 설정해 두고 있음.

15) 이러한 경우에는 기본적으로 인간이면 보건의료 및 복지욕구를 복합적으로 가지고 있다는 데에서 출발하는데, 더구나 신체적 부양상태에 빠져 있는 경우라면 그렇지 않은 경우에 비하여 복합적인 욕구가 크다는 것임(小田兼三·竹内孝仁, 1997).

- satellite clinic, psychosocial counseling, alcohol and substance abuse care
- 재가보호서비스: home health-medicare, home health-private, hospice, high technology home therapy, durable medical equipment, home visitors, home delivered meals, homemakers and personal care, caregivers, respite
 - 방문서비스: screening, information and referral, telephone contact, emergency response, transportation, senior membership programs, meals on wheels
 - 체력·건강증진서비스: education programs, exercise programs, recreational and social group, senior volunteers, congregate meals, support group)
 - 주택서비스: continuing care retirement communities, independent senior housing, congregate care facilities, adult family homes, assisted living facilities, ICF for the mentally retarded

이러한 개념하에서 보면, 장기요양서비스 내에는 급성기 치료서비스까지 포함되어 있기 때문에 일단 신체적 부양을 필요로 하는 자로 선정되면, 모든 유형의 보건 및 복지서비스가 제공된다는 의미이다. 참고로 현재 진행중인 장기요양정책관련 OECD의 연구작업에 따르면, 연속적인 보건의료복지서비스를 치료적 의료(curative health care), 재활의료(rehabilitative health care), 장기요양(long term care), 사회서비스(social service)로 나열하면서 급성기 치료 및 재활에 해당하는 의료서비스는 장기요양서비스에서 제외시키고, 또한 사회적 서비스도 제외시키는 것으로 정의하고 있다. 이러한 측면을 고려해 볼 때, 장기요양서비스의 범위는 의사나 간호사 등 의료인에 의해서 행하여지는 보건의료서비스를 제외하고, 간병인이나 가족, 친척, 이웃 등 비의료인에 의한 서비스가 중심이라고 할 수 있다.

따라서, 장기요양보장정책을 수립할 때에는 기존 사회적 제도, 특히 건강보험제도와 의 서비스급여 관계를 검토하여, 장기요양보장제도하에서의 급여서비스 범위를 설정할 수 있을 것이다.

나. 시설서비스(residential or institutional care) 對 재가서비스(home and community care)

전술한 분류방법은 장기요양서비스의 필요내용에 바탕으로 두고 살펴본 것이고, 대상노인이 거주하고 있는 장소를 기준으로 서비스를 분류하는 방법이 있는데¹⁶⁾, 이는

16) 참고로, 우리나라의 경우 장기요양 관련시설을 보면, 현행 노인복지법에서는 노인복지시설의 유형을

대체적으로 3가지 유형으로 정리할 수 있다(Saari, 1998).

그 하나는, 일반가정에서 살면서 필요한 요양서비스를 제공받는 방법인데, 이를 재가서비스(home care services)라 부를 수 있겠고, 이를 다시 (1)일반가정과 통원시설간 이루어지는 이용서비스(services used outside the home)와 (2)가정에 방문하여 제공되는 서비스(in-home services)로 구분되기도 한다.

다시 말하면, 전자에는,

- 송영서비스(transportation)
- 영양서비스(nutrition, congregate meals)
- 여가서비스(recreation and socialization)
- 통원의료서비스(outpatient health care)
- 상담서비스(counselling)
- 이송서비스(information and referral)
- 주간보호(day care, day hospital) 등이 있고,

후자에는,

- 응급지원서비스(monitring of well being and emergency response to calls)
- 가사지원서비스(homemaker or assistance with chores and home maintenance)
- 식사배달서비스(meals-on-wheels)
- 재택의료서비스(home health care)
- 수발자지원서비스(caregiver assistance)
- 가족수발자 휴식서비스(respite care for family members) 등이 있다.

두 번째는, 일반가정과 장기입소 생활시설간 중간적인 형태의 주택(assisted living house)에서 필요한 서비스를 제공받는 방법이다. 이러한 경우에는 부분적으로는 독립적인 생활이 가능하지만, 개인이 혼자서 또는 가족과 함께 살아가기 어려워질 때 필요한 공동거주주택의 형태이고, 좀더 많은 지원이 필요하지만, 최소한의 보건의료복지서비스만 필요로 하는 경우에 이용되는 시설이 있는데, 이에

- 일반거주시설(residential care home)
- 퇴직자시설(retirement homes)

주거복지시설, 의료복지시설, 재가복지시설 및 여가복지시설로 구분하고 있는데, 장기요양시설이라고 할 때, 좁게는 의료복지시설과 재가복지시설을 가리키고, 넓게는 주거복지시설까지 포함시키는 경우가 있음. 주거복지시설에는 양로시설, 의료복지시설에는 일반요양시설, 전문요양시설 및 노인전문병원, 재가복지시설에는 가정봉사원파견센터, 주간보호센터 및 단기보호센터가 포함되어 있음.

- 의료주택(sheltered care home) 등이 있다.

그리고, 세 번째는 독립적인 생활이 불가능하여 전적으로 타인의 도움을 필요로 하는 보건의료복지시설에서 필요한 서비스를 제공받는 방법이다. 이에는,

- 중간요양시설(intermediate care facility)
- 전문요양시설(skilled nursing facility)
- 재활시설(rehabilitation facility)
- 병원내 전문요양병동(hospital-based skilled nursing facility)
- 요양병동(swing beds)
- 아급성치료병동(subacute care)
- 장기요양병원(long term care hospital)
- 급성병원(acute hospital care) 등에서의 서비스를 포함하고 있다.

이상과 같이 의료기관이든, 복지시설이든 간에 서비스는 시설내에서의 팩키지형식으로 통합적으로 제공되고 있다고 볼 수 있겠고, 재가서비스는 개별적인 인력에 의해서 개별적으로 제공되고 있는 경우가 대부분이다. 물론, 재가서비스도 팀 접근방식으로 제공된다면, 통합적으로 제공될 수도 있겠지만, 의사·간호사·물리치료사·간병인·사회복지사 등의 보건복지인력이 팀을 이루어 가정을 방문한다는 것이 가능하지 않다고 볼 수 있기 때문이다.

최근 이 부문에서 논란을 일으키고 있는 것이 어느 쪽에 무게중심을 둘 것인가에 있다. 다시 말하면, 시설서비스인가 아니면 재가서비스인가 하는 논의인데, 결론적으로 말하면, 재가서비스에 무게중심으로 두고 선진각국에서는 장기요양정책을 추진하고 있다(OECD, 1997). 그러한 정책의 주요요인을 기본 철학에서 찾아볼 수 있는데, 이는 노인은 자신이 과거부터 살아온 장소(집, 지역사회)에서 보호를 받게 한다는 ageing in place 이념인데, 이는 사회복지부문에서 회자되고 있는 정상화(normalization)나 통합화(integration)의 이념에도 부합되고 있다는 것이다(OECD, 1997; 석재은, 1999).

그러나, 근본적인 이유는 시설중심의 지출규모나 운영비지원규모를 축소시키기 위한 하나의 방편으로 재가서비스를 유도하고 있다. 이 때 내세우는 것으로 시설서비스보다 재가서비스쪽이 비용이 적게 든다는 논리인데, 각종 연구결과에 의하면 기능중증도, 측정단위 등에 따라 비용의 고저에 차이가 있는 것으로 나타나고 있으며, 재가에서 적절하게 보호를 받을 수 있는 경우는 전체의 15% 정도라는 지적도 있다(Pratt, 1999).

다. 현금(cash)서비스 對 현물(in-kind)서비스

장기요양서비스를 비용측면에서 급여해 주는 방법에는 현물(in-kind)서비스방식과

현금(cash)서비스방식이 있다. 후자의 현금서비스는 장기요양서비스욕구의 충족을 금전을 통해서 해결하려는 방식인데, 이에 대한 욕구를 화폐적 욕구(monetary need)라 하고 있다. 이러한 서비스를 어떠한 형태로 제공하느냐 하는 것은 기본적으로 욕구의 성격과 종류 또는 인간의 속성에 의해 규정된다고 한다(三浦文夫, 1986).

그런데, 현금서비스방식이 그 효과를 극대화하기 위해서는 금전의 사용방식에 대해 잘 알고 있는 경우인데, 이 방식의 특징이라고 한다면, 수급자가 금전을 본인의 의지나 재량으로 처분할 수 있다는 것을 전제로 하고 있기 때문에 대상자의 자유를 확보할 수 있겠지만, 수급된 현금으로 욕구충족에 필요한 재화를 구입하지 않고 다른 용도로 유용할 가능성이 있다는 단점도 있다. 이를 장기요양서비스에 관련지어 말하면, 현금서비스방식은 수급대상자에게, 또는 가족수발자(또는 비공식 수발자)에게 서비스구입비용을 지급하고, 장기요양서비스의 공급자로부터 서비스를 구입하게 하는 방식으로, 이러한 경우에는 가족수발자가 서비스를 구입하지 않고, 수발서비스의 대가로 인정하여 수발자가 가지는 경우가 있다.

이와는 반대로 현물서비스방식은 해당하는 서비스욕구 충족에 필요한 서비스가 제공되기 때문에 다른 형태의 서비스가 제공될 우려가 없겠지만, 이미 정해진 서비스 이외의 욕구에 대해서는 임의적으로 제공받을 수 없다는 단점이 있다. 그러나, 이 방식이 필요한 것은 욕구충족에 필요한 서비스나 재화를 자유롭게 구입할 수 없는 경우¹⁷⁾나 현금을 받아도 자유롭게 사용할 수 있는 능력을 지니지 못한 아동이거나 치매노인과 같이 인지적 장애를 지닌 자일 경우가 되겠다.

결국, 전자의 현금서비스방식에서는 필요한 양의 자금을 확보하는 것이 필요하겠고, 후자의 현물서비스방식에서는 현물을 제공할 수 있는 필요한 양만큼의 시설이나 인력의 인프라구축, 그리고 인프라로의 접근성이 확보되어 있어야 할 것이다.

따라서, 현금 또는 현금서비스방식 중에서 어느 방식을 택할 것인가 하는 것은 인프라의 확보 및 접근도, 이용자(대상자)의 서비스 정보나, 인지기능적 상태 등에 좌우될 것으로 보인다.

라. 공식적 서비스(formal care) 對 비공식 서비스(informal care)

비공식적 서비스라고 함은 무급의 가족, 친구나 이웃에 의한 서비스를 말하는 경우가 기본인데, 때때로 이러한 비공식서비스의 이용가능성정도가 장기생활시설 이외의 비시설적 장소에서 장기요양서비스욕구가 해결될 수 있는지를 좌우하는데 크게 작용하고 있고, 시설입소를 사전적으로 방지하는 데에도 큰 역할을 지니고 있다는 것이다 (Evashwick, 1996; Doty, 1995).

17) 이는 경제적 시장을 매개체로 하여 필요한 서비스나 재화를 조달하기가 어려움 경우를 말함.

전술한 바와 같이 일반가정·통원시설에서의 보호에 무게중심을 둔다고 한다면, 이를 지원해 줄 수 있는 시설의 확대와 더불어 간병인, 가정간호사 등 방문서비스인력의 확보가 뒤따라야 할 것이다. 이와 같은 전문적인 보건복지인력(공식적 서비스제공자)이 필요한 것도 사실이지만, 장기요양정책에서는 가족수발자나, 친척·친구·이웃 등과 같은 비공식적 수발자(informal caregiver)의 역할도 매우 중요하게 다루고 있음을 알 수 있겠다. 물론 비공식적 수발자가 전문적인 보건의료서비스를 제공할 수 없겠지만, 옷입기, 목욕시켜주기, 몸단장하기, 식사도와주기 등과 같은 신체적 수발(personal care, self-care)서비스는 교육훈련을 통하여 충분히 제공해 줄 수 있다는 것이다¹⁸⁾.

그런데, 비공식 인적자원에 대한 문제 중에서 큰 것은 서비스제공에 따른 탈진이나, 질병, 부상, 사고, 심리적 스트레스 등이 발생한다는 것인데, 특히, 대상자의 장애정도나 질환의 중증도가 심하게 진행되어 감에 따라 심리적인 스트레스가 가중된다는 것이므로(Biegel, et al., 1991), 이를 완화 내지는 경감시켜주기 위해서는 보완적인 사회적 제도가 뒷받침되어야 할 것이다.

어쨌든간에, 장기요양서비스에는 직업적인 인력(의사, 간호사, 재활치료사, 사회복지사, 직업간병인, 가정봉사원 등)에 의한 공식적 서비스(formal care)와 비전문적이고 직업인이 아닌 인력(가족, 친척, 친구, 이웃 등)에 의한 비공식적 서비스(informal care)로 구성되어 있는데, 비공식서비스가 공식적 서비스만에 의존할 때 보다도 대상자의 서비스욕구를 더욱 유연하고, 믿을 수 있고, 인간적일 수 있고, 공식적 서비스와 결합될 때에는 그 효과는 극대화될 수 있다는 지적¹⁹⁾도 있기 때문에(Kemper, 1989), 이러한 兩大 서비스의 적절한 조화가 비용효율적이고 효과적인 공적 노인요양보장제도를 구축할 수 있는 지름길이라 생각한다.

4. 자원조달 및 운영방식

가. 사회보험방식 對 조세방식

일반적으로 장기요양서비스비용을 조달하는 방안은 의료비의 조달방안과 유사하여 사회보험방식²⁰⁾과 조세방식으로 대별되고 있으며, 전자에는 다시 의료보험제도에서의

18) 공적장기요양제도가 잘 발달되어 있는 스웨덴일지라도, 총 서비스량의 2/3를 비공식 수발자에 의해 제공된 것으로 추정하고 있음(Johansson, L., *From policy to practice: The Swedish model*, paper presented at the 2nd International Conference on Caring, Brisbane, Australia, 29-31 March 2000).

19) 특히, 비공식 자원이 실효성을 거두기 용이한 분야가 의료서비스분야가 아니고 장기요양서비스분야라는 것이기 때문에, 장기요양정책을 고안할 때 정책입안자나 공식적 서비스공급자는 양자간의 조화를 고려할 것을 지적하고 있음(Doty, 1990)

조달방식과 별도 공적 요양보험에서의 조달방식으로 구분되고, 후자는 중앙정부재정에서의 조달방식과 지방정부재정에서의 조달방식으로 구분된다고 하겠다.

사실, 장기요양서비스에 소요되는 비용을 보험료로 충당하든 세금으로 충당하든간에 수급자의 입장에서 볼 때에는 차이가 없다고 하겠다.

그러한 사회보험방식과 조세방식간의 장·단점을 놓고 상호 비교하여 어느 방식이 더 좋다는 결론은 내릴 수 없는 것도 사실이어서 재론할 필요는 없겠지만, 기본적으로 차이를 열거하면 다음과 같다.

첫째, 보편성 측면에서 보면, 조세방식이 사회보험방식에 비하여 더 유리하다고 할 수 있겠다. 이는 조세방식이 납세의 유무를 고려하지 않고 서비스를 제공하고 있는데 비하여, 사회보험방식은 보험료의 납부유무에 따라 서비스의 제공유무가 결정되기 때문에, 보편적이지 못하다는 것이다.

다시 말하면, 사회보험방식이 기본적으로 배제의 원칙(理見賢治, 1999)에 입각하고 있기 때문에 서비스를 급여받기 위해서는 보험료를 부담하여야 하는 전제조건이 있고, 이로 인하여 사회보험방식의 사각지대가 존재하게 된다. 즉, 피보험자는 보험료부담능력과 납부실적이 있어야 하고, 급여수준도 수지상등의 원칙으로 재정규모에 따라 급여상한선이 설정되기 때문에 보험료부담능력이 결여²⁰⁾되어 있거나, 보험료납부를 기피하는 경우, 그리고 급여상한선 이상의 비용을 필요로 하는 경우에는 전액 이용자 본인이 부담하여야 하기 때문에, 제도의 사각지대가 발생한다는 것이다. 그러나, 조세방식으로 비용을 조달한다고 하더라도 사각지대가 발생하지 않는다는 것은 아니지만, 최소한 보험료 미납으로 인한 급여제외는 발생하지 않을 것이라는 점이다.

문제는 장기요양보험(사회보험)이라는 것이 의료보험제도와 같이 短期보험적 성격을 지니고 있다기 보다는 국민연금제도와 같이 한번 급여서비스를 제공받기 시작하면 수급자가 사망하여야만 서비스가 중단되는 長期보험적 성격을 지니고 있다는 점에서 근본적으로 보험재정의 안정성을 유지하는 것이 쉽지 않다는 단점이 있기는 하다.

둘째, 공평성측면에서는 조세방식이 수직적, 수평적 공평성이 존재하는데 비하여 사회보험방식에는 보험료부과소득에 상한선이 있거나, 정액보험료가 있는 경우에는 소득

20) 민간보험방식으로 장기요양서비스비용을 부담하는 국가는 아직까지는 미국을 제외하고 보편화되어 있지 못한 실정임. 그 요인으로 수요측면에서는 보험료부담, 젊은 계층의 수요부족, 인식부족을 들 수 있고, 공급측면에서는 장기요양보호서비스가 보험사고로 간주할 수 있는가에 대한 기본적인 문제가 있고, 보험적용으로 인한 도덕적 위해(moral hazard)나 역선택(adverse selection), 보험지출의 충분한 예견성 등의 요소로 볼 때 민간보험으로서의 성립이 어렵다는 것임(OECD, 1997).

21) 국민계층(국민기초생활보장 수급권자)에게는 보험료전액을 국고에서 부담할 수 있겠지만, 차상위 저소득계층에게는 국고에서 일부를 지원해 줄 수 있을지언정 전액지원은 불가능함.

역진적일 수 있다는 점에서 수직적 공평성은 결여되어 있다는 단점이 있다.

그런데, 제도운영에 필수적인 자원조달측면에서 볼 때, 사회보험방식이 조세방식에 비하여 유리하다는 점이다. 보험방식이 보험료부담에 따른 반대급부로 보험급여가 주어지기 때문에 보험료의 사용용도가 명백하다는 점에 비하여 조세방식은 장기요양재원조달의 목적하에 세금을 걷어들이는 경우를 제외하고는 세금의 사용용도가 불분명한 것이 조세방식의 단점이라 할 수 있다.

나. 서비스유형별 운영방식의 차이

장기요양서비스는 전술한 바와 같이 서비스 자체가 연속성을 지니고 있어서 비용부담주체를 구분하기가 어려운 점도 있겠는데, 선진국가의 사례를 들어 설명하면, 장기요양부문에서 보건의료서비스까지 담당하는 경우가 있는가 하면, 장기요양대상자에게 제공되는 보건의료서비스는 보건부문에서 담당하고 간병수발에 해당하는 복지서비스만을 장기요양부문에서 담당하고 있는 경우가 있다.

예를 들면, 일본의 경우는 장기요양보장제도내에서 보건의료서비스에 해당하는 비용까지 급여해주고 있으며, 그 반면에 독일이나 영국의 경우는 보건의료서비스에 해당하는 비용은 건강보험(또는 NHS재정)에서 지불하고 간병수발서비스에 해당하는 비용을 장기요양보험(또는 social service 재정)에서 지불하고 있다(OECD, 2003).

그런데, 전자의 경우에는 모든 보건의료서비스를 장기요양보장제도에서 담당하는 것이 아니고, 급성기 서비스나 재활서비스를 제외한 만성질환의 의학적 관리비용이나 방문재택의료서비스에 한정하는 경우가 대부분이다.

5. 공적제도 도입시기의 결정

어떠한 공적제도이든 간에 작동되기 위해서는 수요자와 공급자가 있게 마련이다. 예를 들면, 의료보험제도가 작동되기 위해서는 수요자인 환자가 있어야 하고, 이들에게 진료서비스를 제공해 주는데 필요한 의사, 간호사 등의 인력과 병원, 병상이라는 인프라공급이 존재하여야 한다는 것이다.

이러한 관점에서 볼 때, 수요자에 해당하는 노인이 존재하여야 하는데, 지금까지는 숫자적으로 노인수가 가족이나 지역사회 구성원만으로 부양해줄 수 있고, 전체 사회구성원이 공동으로 해결할 정도가 아니었다는 점이다. 그렇다면, 선진국에서는 장기요양보험제도가 도입된 시기가 언제이었는데를 살펴볼 필요가 있겠는데, 독일이나 일본이

공적제도를 도입할 당시의 노인인구비율이 15~7% 수준으로 고령사회에 접어들고나서 부터였던 것이다(선우덕, 2001). 이러한 선진국의 경험을 비추어 볼 때, 우리 나라는 노인인구비율이 14% 수준에 도달하게 되는 시점이 2019년이기 때문에 그 이후에 가서야 공적제도가 도입될 수 있게 된다는 것이다²²⁾.

그리고, 장기요양보장제도의 특성상 서비스의 비용이나 재원을 부담하는 자에 노인 당사자도 포함되기 마련인데, 이러한 경우에는 가족이나 자녀가 대신 부담하지 않는 한, 노인들이 자신의 소득으로 부담을 하여야 할 것이다. 대체적으로 노인들의 고정적인 생활 소득원은 연금이라 할 수 있는데, 우리 나라는 2008년에 되어야 완전노령연금액이 지급되기 시작하는데, 연금액의 크기는 논외로 한다고 하더라도 그 시기의 연금 지급 연령이 60세이기 때문에 65세 이상 노인을 대상으로 하는 공적제도로부터 급여를 받기 위해서는 논리적으로 최소한 2013년이 되어야 할 것이라는 점이다.

사회보험제도로 도입한다고 가정할 때, 노인의 보험료부담액이 크지 않아 가족이나 자녀가 부담해준다고 하더라도 서비스이용에 따른 본인부담액은 노인의 소득으로 지불하여야 하기 때문에 반드시 국민연금제도가 어느 정도 성숙된 시기에 가서야 장기요양보장제도가 제대로 작동할 것이다.

이외에도 장기요양보장정책의 실효성을 거두기 위해서는 기존 제도의 안정이나 성숙이 필요하다는 것이다. 이미 살펴본 바와 같이 국민연금제도의 성숙 이외에도 건강보험재정의 안정이나, 장애인복지대책 및 아동복지·보육대책의 충실성 등이 뒷받침이 되어야 한다는 것이다.

Ⅲ. 노인 장기요양보장정책의 발전방향

1. 인프라(장기요양서비스 공급자) 확충방안 마련

이미 살펴본 바와 같이 장기요양서비스의 욕구가 큰 계층이 노인인데, 노인의 수가 급증하고 있다는 점에서 일단 수요자의 확보는 이루어지고 있다고 한다면, 그 다음으로 서비스공급자(인프라)의 확보가 급선무라 할 수 있겠다.

22) 이들 국가는 공적제도가 일시에 해당하는 모든 대상자를 적용하는 방식을 택하였고, 우리 나라의 경우에는 여러가지 사정상 해당노인을 전면적으로 적용시키는 어려울 것으로 보이기 때문에, 치매 및 중증노인만을 우선적으로 적용시킨다든지, 아니면 저소득 빈곤계층만을 우선적으로 적용시킨다든지 하는 방식을 택할 가능성이 높기 때문에 반드시 선진국의 노인인구비율을 크게 고려하지 않을 수 없다고 보여짐.

여기에서 인프라라 함은 시설(물적 자원)과 인력(인적 자원)으로 대별²³⁾할 수 있는데, 현행 제도에서는 노인복지법에 규정되어 있는 주거복지시설(양로시설), 의료복지시설(요양시설 및 전문요양시설), 재가복지시설 등의 시설인프라가 있다. 그러나, 그러한 인프라에만 국한시킬 필요가 없다는 것인데, 이미 살펴본 바와 같이 일반가정과 장기입소 생활시설간 중간적인 형태의 주택(assisted living house)이나 주간재활시설, 주간병원, 회복기시설 등등에 대한 인프라도 검토해보아야 할 것이다. 또한, 넓은 의미에서는 그동안 거주해왔던 일반주택도 수리를 통하여 準요양시설로 활용할 수 있기 때문에 그러한 대책도 강구될 필요가 있겠다.

여기에서 장기요양시설로 적합한 의료복지시설에만 국한시켜 수요에 비하여 공급이 현재 어느정도 확보되어 있는지를 살펴보면 다음과 같다.

지난 2001년도 한국보건사회연구원에서 조사한 결과에 의하면, ADL·IADL 및 치매를 근거로 한 장기요양대상노인의 비중이 전체의 20.7%로 나타나고 있다. 이 중에서 경미한 기능장애로 분류가 가능한 허약노인을 제외하면, 전체노인의 약 15% 정도가 기능상의 장애로 신체적 부양을 받을 필요가 있는 노인으로 추정되었다. 이 가운데에 시설보호가 필요한 노인을 중증·최중증 장애인으로만 한정시켜 본다면, 약 12만5천 병상이 필요한데, 현재 시설의 확보률은 표 1에서 보았듯이 2만병상에도 못미치고 있다. 물론, 시설의 인프라 확대구축을 위해서 우선적으로 고려하여야 할 것이 중점적인 보호방식에 대한 선택일 것인데, 일반가정·통원시설에서의 보호를 우선시하는 경우에는 장기요양시설의 확보량²⁴⁾은 축소될 수 있을 것이다.

〈표 3〉 장기요양보호대상 노인인구

	비율 (%)	실수(명)	
		2003년	2011년
허약 노인 ¹⁾	5.85	232,584	320,953
치매 노인 ²⁾	4.92	195,672	270,016
경증장애 노인 ³⁾ (부분와상상태)	4.98	197,657	272,755
중증장애 노인 ³⁾ (반와상상태)	3.24	102,797	141,855
최중증장애 노인 ³⁾ (완전와상상태)	1.68	22,505	31,054
합 계	20.67	751,215	1,036,633

23) 이외에도 각종 복지용구도 인프라에 포함시킬 수 있는데, 본고에서는 논외로 하고자 함.

24) 참고적으로 유럽국가의 경험을 보면, 전체노인의 약 5~6% 내외가 각종 장기입소 생활시설에서 보호를 받고 있는 실정이고, 그 중에서 일본이나 독일은 더 낮아서 약 3%대 수준을 나타내고 있음(선우덕, 2001).

- 주: 1) 버스타기, 전화걸기, 집안일하기 등의 동작에 장애가 있지만, 옷입기, 화장실이용하기, 식사하기, 목욕하기 등의 동작에는 장애가 없는 노인
- 2) 신체적 장애가 없는 치매노인이고, 신체적 장애가 있는 경우에는 경·중·최중장애 노인에 포함되어 있음.
- 3) 옷입기, 화장실이용하기, 식사하기, 목욕하기 등의 동작에도 장애가 있는 노인

자료: 한국보건사회연구원 전국실태조사(2001)

그렇지만, 가정내 수발자의 취약성이나 기능상의 중증장애로 일반가정·통원시설에서의 보호가 불가능한 노인이 발생하기 때문에 어느 일정량의 장기입소 생활시설의 확보는 필요하다. 한국보건사회연구원의 연구결과(2001년)에 의하면, 장기입소 생활시설에서의 보호비율을 전체노인의 2%수준으로 추정하고 있는데, 이는 가급적이면, 중증장애에 해당하는 완전와상상태의 노인을 집중적으로 보호하고, 경증이나 중간정도의 기능장애노인은 상당한 부분을 일반가정·통원시설에서 보호하는 것으로 설정하였기 때문이다. 이를 기준으로 하는 경우, 2002년말 현재 시설입소노인의 비율이 전체노인의 1%에도 못미치고 있다는 점을 감안할 때 향후 약 2배에 이르는 시설의 확대가 필요할 것으로 추정할 수 있다.

이와 같이 부족한 인프라를 단기간내에 확보하기 위해서는 계획적인 확충대책이 수립되어야 할 것이다. 예를 들면, 일본은 공적 장기요양보험을 도입하기에 앞서서 필요한 시설과 전문인력을 확보하기 위하여 장기간의 계획²⁵⁾을 수립·추진하여 왔다. 그런데, 우리 나라는 보건복지부 내부적으로는 인프라구축의 계획이 수립되어 있기는 하지만, 이를 위한 재원확보는 미비하고, 정부예산의 확보 조차도 기획예산처 등 관련부처와 합의된 것이 없어서 매년 예산확보에 어려움을 겪고 있는 실정이다.

이러한 국고지원에 의한 시설확충은 어디까지나 저소득계층을 대상으로 한 시설에 한정될 뿐이고, 국민의 대부분을 차지하고 있는 중산층이상의 소득수준을 지닌 자를 대상으로 한 시설의 확충은 상당한 부분을 민간부문에 의지하여야 할 것인데, 이들 민간기업의 참여가 없는 상태에서 시설확충은 용이하지 않고, 민간기업으로써도 어느 정도의 기업이익을 기대할 수 있어야만 시장진입을 하게 될 것이다.

결국, 지금의 실정에서 공적제도가 도입되기 이전까지 민간부문의 자발적인 참여를 기대하기 어렵다고 한다면, 인프라의 구축은 쉽지는 않을 것이고, 공적제도의 전면적인 도입은 신중하게 검토하여야 할 것이다. 따라서, 인프라의 확충과 관련하여서는 시급하게 관련부처간의 합의가 필요하겠다. 특히, 참여정부에서는 적극적인 민간부문의 참

25) 지난 1989년도에는 고령자보건복지추진10년계획(일명, 골드플랜), 1994년도에 신골드플랜, 2000년도에는 골드플랜 21을 수립하여 인프라확충에 경주하였음.

여를 유도하기 위한 대책이 필요한데, 이러한 민간부문에는 영리기업 이외에 비영리단체나 종교단체 및 개인도 포함되어 있음을 알아야 하겠다.

2. 비공식 수발자(informal caregiver)의 육성 및 지원대책 마련

장기요양보장정책에서는 비공식 수발자에 대한 육성이 중요하고, 이들로 하여금 최소한의 자신의 노부모 부양문제는 가족이 해결할 수 있도록 유도하는 필요한데, 이는 공식적인 자원(장기요양서비스의 전문적인 공급자)의 확충이 생각보다 쉽지 않다는 점 때문이고, 더 나아가 신체적 접촉을 통하여만 간병수발이 이루어지는 서비스가 특성상, 당사자의 자존심이나 수치심을 유발할 수 있기 때문에 제3자의 손길을 원하지 않는 노인이 대부분이라 할 수 있다.

특히, 전문적인 인력이 기대만큼의 확충이 불가능하다고 한다면, 더구나 단기간내의 확충이 불가능하다고 판단되는 경우에는 비공식 자원을 적극적으로 활용하는 대책이 필요하고, 이를 위한 급여서비스의 유형 등 제도모형이 달라질 수 있다. 예를 들면, 비공식 수발자의 수발부담의 경감이나 수발대가에 대한 보상차원에서 재가요양서비스를 우선시하는 정책이나 수발자수발수당(carer allowance)과 같은 현금급여의 지급정책 등을 고려하여야 할 것이다.

더 나아가, 가족수발자가 노부모의 간병수발지원으로 인하여 취업하지 못하였을 경우에 대비한 지원정책이 마련되어야 할 것이다. 예를 들면, 상기와 같은 수발수당이나, 간병지원기간을 취업기간으로 간주하여 사회보장가입기간으로 인정한다든지 하는 대책이 필요하고, 그 이외에 수발지원에 의해 야기된 사고를 노동재해로 인정한다든지, 수발에 대한 유·무급휴가의 실시 등 각종 사회적 제도의 뒷받침이 있어야 할 것이다.

3. 관련제도의 내실화대책 마련

노인요양보장제도가 수급자의 범위를 노인으로 한정한다고 해서 재원부담을 노인계층으로만 제한시킬 수 없다는 것이다. 그렇다면, 재정부담자와 제도수급자가 일치되지 못한다는 데에 문제가 있다. 그렇다면, 제도의 안정적인 재정운영상 재정부담자가 비노인계층으로 까지 확대될 것이고, 비노인계층은 재정만 부담하고 수급권은 노인이 되어 서야 발생한다고 한다면, 세대간 상호부조의 개념에 대한 사회적 합의가 이루어져야 한다. 그렇지 않으면, 재정부담자인 비노인계층까지 수급권자에 포함시켜야 할 것이다.

만약, 노인계층으로만 한정한다고 하면, 노인계층에서 빈발하고 있는 치매나 중풍이 이미 4~50대에서도 적지않게 발생하고 있다는 점을 감안한다면, 노인장기요양보장제도내 예외규정을 만들어 일부 비노인 일반장애인에 대한 적용방안을 마련하든가, 아니면 별도의 급여나 제도적 뒷받침이 마련되어 있어야 한다. 특히 장애인복지제도에서 기능장애자에 대한 장기요양서비스대책이 마련되어 있거나 기존 건강보험제도에서 비노인계층에 대한 장기요양서비스를 급여해주는 대책을 마련하여야 할 것이다.

4. 요약: 단계적 제도 도입 및 확대

지금까지 살펴본 내용을 근거로 하여 향후 노인장기요양보장정책의 발전방향을 요약·제시하면 다음과 같다.

가. 1단계 (초기단계)

- ① 적용대상: 치매, 뇌졸중(중풍) 노인 (전문요양시설 및 노인요양병원의 확보가 용이)
- ② 보호방식: 치매노인은 시설보호중심, 뇌졸중(중풍)노인은 재가보호중심
- ③ 급여방식: 시설보호는 현물급여, 재가보호는 현금급여중심 (제한적인 현물급여 혼합)
- ④ 재원조달: 조세중심 (단, 노인 및 가족의 보험료 일부)
- ⑤ 부양방식: 사적부양(가족역할) 우선, 공적부양 보완
- ⑥ 환경조건: 인프라확충 기간 필요, 관련제도의 성숙 및 안정화 기간 필요

나. 2단계 (국민연금제도 성숙단계)

- ① 적용대상: 모든 기능장애노인 (장기요양대상자 선정도구에 의함)
- ② 보호방식: 시설보호 및 재가보호 중 선택
- ③ 급여방식: 현물급여 및 현금급여 중 선택
- ④ 재원조달: 사회보험방식+조세방식의 혼합형태
- ⑤ 부양방식: 사적부양(가족역할)을 기준으로 하되, 공적부양을 확충

IV. 맺는말

노인 장기요양보장제도는 과거 사적부양에 의존해 왔고, 앞으로도 사적부양이 중심이 되어야 하는 부문이라고 생각되기 때문에, 이를 공적(사회적) 부양체제로 전환하려고 한다면, 무엇보다도 기존 가족정책과의 관계를 면밀히 검토할 필요가 있다고 보여진다. 다시 말하면, 어떠한 사회적 제도를 만들면 나타나는 현상 중에 하나가 도덕적 위해(moral hazard)현상인데, 장기요양보장제도도 의료보험제도와 마찬가지로 잠재되어 있던 수요가 현재화될 것이고, 공적부양체계에 필요이상으로 의존하려는 현상도 나타날 것이다.

한편, 장기요양보장제도가 기존의 국민연금제도와 건강보험제도와 밀접한 관계가 있기 때문에 최소한 이 두 제도의 성격이나 급여내용을 검토할 필요가 있겠고, 그 중에서 두 제도의 재정상태를 살펴볼 필요가 있겠다. 단순하게 어느 한 제도의 재정상태를 양호하게 호전시킬 목적으로 요양보장제도를 도입한다고 한다면, 신 제도의 재정상태는 처음부터 불안정한 상태에서 출발하게 될 것이고, 미봉책에 그칠 우려가 있다고 생각한다.

더 나아가, 신규 제도의 모형을 구축할 때, 지금까지 공급자위주의 체계에서 생각하기 보다는 서비스의 성격과 서비스를 이용하려는 소비자(국민)들의 편리성 등을 종합적으로 감안하여 만들어 나갈 필요가 있겠다.

마지막으로, 신 제도의 도입으로 인한 신규 노동력의 발생, 국민생산규모의 확대 등 경제적 파급효과가 큰 것도 사실이겠지만, 정부나 국민들이 추가적으로 부담하여야 할 금액이 발생한다고 생각한다면, 국민들의 이해 제고, 신 제도의 구축에 따른 사회적 효율성의 제고가능 등등에 대해서도 생각해 보아야 할 것이다.

참고문헌

- 대한노인병학회, 『노인의 일상생활 장애정도의 표준화 및 판정기준 절차마련 연구』, 2001.12.
- 석재은, 『노인 장기요양보호의 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교연구』, 이화여대 박사학위논문, 1999.
- 선우덕, 노인요양보장제도의 필요성, 공청회 자료집, 2001.9.
- 통계청, 『장래인구추계』, 2001.12.
- 한국보건사회연구원, 『노인장기요양보호 욕구실태조사 및 정책방안 연구』, 2001.12
- 일본총무청, 『고령사회백서』, 2000.
- 일본내각부, 『高齢者の生活と意識に関する国際比較調査』, 2001년
- 小田兼三·竹内孝仁(편저), 『醫療福祉學の理論』, 中央法規, 1996
- 理見賢治, 「社會保險方式の再檢討」, 『高齢社會と社會政策』, ミネルヴァ書房, 1999.
- C. Evashwick and L. Weiss, eds., *Managing the Continuum of Care*, Aspen Publishers, Inc., 1987.
- Doty, P., Family caregiving and access to publicly funded home care: Implicit and explicit influences on decision making, *Family caregiving in an Ageing Society*, Kane, RA & Penrod, JD(Eds), Thousand Sage, CA: Sage Publication, 1995.
- Evashwick, C., *The Continuum of Long Term Care: An integrated systems approach*, Delmar Publishers, 1996.
- Evashwick, C. and L. Weiss, eds., *Managing the Continuum of Care*, Aspen Publishers, Inc., 1987.
- Jackson, WA., *The Political Economy of Populaion Ageing*, Edward Elgar, 1998.
- Johansson, L., *From policy to practice: The Swedish model*, paper presented at the 2nd International Conference on Caring, Brisbane, Australia, 29-31 March 2000

- Kemp, B., "Rehabilitation", *Encyclopedia of Gerontology*, volume 2, 1996.
- OECD, *Aging in OECD Countries: A Critical Policy Challenge*, Paris, 1997.
- Peter Pick, *The German Long Term Care Insurance: Present Status, Problems and Needs for Reform*, (mimeo), 2002.
- Pratt, JR, *Long term care: managing across the continuum*, An Aspen Publication, 1999.
- Saari, JF, "Caring for Our Elders: The Continuum of Care in the Community", *The IHS Provider*, October 1998.
- UK, Royal Commission on Long Term Care, *With Respect to Old Age: The Context of Long Term Care Policy*, 1999.