

미국의 연속 보호은퇴주거단지의 특성에 관한 연구*

Characteristics of Continuing Care Retirement Communities in U.S.A.*

우석대학교 의상·주택학부 주택전공
교수 郭仁淑

Woosuk University, Dept. of Clothing and Housing Design
Professor : Kwak, In Sook

◀ 목 차 ▶

- | | |
|---------------|--------------------------|
| I. 서론 | IV. 미국의 연속보호은퇴주거단지의 사례연구 |
| II. 연구내용과 방법 | V. 결론 및 제언 |
| III. 관련연구의 고찰 | 참고문헌 |

<Abstract>

The purpose of this study was to examine the possibility of application of Continuing Care Retirement Community concepts for the development of elderly housing in Korea. The data was collected from 28 CCRC models in "Design", an Annual Publication of Nursing Homes Long Term Care Management, from 1999 to 2001. This paper covers the potential benefits of CCRC ; provide support services, prepare appropriate environment and promote social interactions. The further research about how to develop and manage CCRC will be necessary in the future.

주제어(Key Words): 연속보호은퇴주거단지(continuing care retirement community), 독립주거시설(independent living facility), 요양 홈(nursing home), 생활보조시설(assisted living facility), 노인주간보호센터(adult day care center)

I. 서론

우리나라의 전통적인 문화권에서는 자녀가 부모를 봉양하는 것을 당연하게 생각해왔다. 그러나 최근 사회적인 급격한 변화를 겪고 있으며, 여성 취업

의 증가, 노인부양에 대한 의무감의 퇴조 등은 새로운 형태의 노인 부양에 대한 관심을 확대시키고 있다. 특히 노인인구의 급속한 증가가 두드러지는데 통계청 자료에 의하면 지속적인 생활수준의 향상과

* 이 논문은 2001년도 우석대학교 교내학술 연구비지원에 의하여 연구됨.

〈표 1〉 노인의 만성질환 보유율

(N=2,224)

		65~69세(%)	70~74세(%)	75세 이상(%)	전 체(%)
지 역	도 시	82.9	88.1	85.8	85.3
	농 촌	89.6	86.8	90.7	89.1
성 별	남 자	75.8	79.4	78.0	77.4
	여 자	92.0	92.0	92.5	92.2
전 체		85.2	87.6	87.8	

출처 : 한국보건사회연구원(1998) 전국노인생활실태 및 복지욕구조사 자료

보건의료 기술의 발달로 국민들의 평균 수명의 연장과 함께 노인인구가 크게 증가한 것으로 보고되었다. 1960년도에 65세 이상의 노인인구가 전체 인구의 2.9%에 불과했으나 97년도에는 6.3%로 증가하였으며, 2000년에 7.1%를 넘어서 고령화 사회로 진입하고, 2022년에는 14%를 차지하게 되어(통계청, 2000, 장래인구추계) 고령화 사회가 될 전망이다.

특히 노인인구의 비율이 7%에서 14%로 증가하는 기간이 프랑스의 경우 115년, 미국이 75년, 일본이 26년인데 비해 우리나라는 22년밖에 걸리지 않을 것으로 전망되고 있다. 오랜 기간에 걸쳐 고령화사회를 대비해온 선진국과는 달리 우리는 준비가 그만큼 시급함을 의미한다(김정식, 2000). 또한 65세 이상 노인의 과반수 이상(55%)이 월평균 소득이 20만원에도 미치지 못하고 있어 경제적으로 어려운 생활을 유지하고 있다. 1998년의 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 조사대상 노인의 약 89%가 노령화에 따른 만성적인 질환을 가지고 있으며 특히 여성 노인의 경우 92%가 질병으로 고통을 받고 있는 것으로 나타났다. 자세한 사항은 〈표 1〉과 같다.

노인들은 나이를 먹어감에 따라 만성질환 보유 증가와 더불어 일상생활 수행능력이 감소되고, 자립생활이 어렵게 된다. 일상생활 수행시 어려움을 호소한 경우를 보면 65~69세에는 목욕하기 어려움을 호소한 경우가 9.5%였으나, 75세 이상 노인의 경우는 22.9%로 증가하였으며, 30% 이상이 앉아 있거나 걸어다니기에 어려움을 느끼고 있었다. 이러한 결과는 노인에게 대한 생활지원 서비스가 필요함을 시사하고 있다. 특히 노인인구의 초고령화(80세 이상의 증가) 추세로 치매 중풍노인이 증가하고 있다. 치매

발생률이 65세 이상 노인의 경우 9-10%까지로 추정되고 있으므로(오은진 외, 1999) 2000년대에는 노인인구의 급증과 함께 이러한 노인들에 대한 시설과 이용서비스의 확충이 시급한 문제이다. 대가족 체제 안에서는 노인에게 대한 보살핌이나 환자에 대한 간호의 부담이 나누어질 수 있었으나, 현재와 같은 핵가족 체제 안에서는 한 두사람에게 그 부담이 집중되며, 그럴 경우 한계적인 상황에 이르거나 가족의 정상적인 생활을 불가능하게 한다. 노인의 보호를 가족에게만 맡겨 두었을 때 수발자는 여러 가지 어려움에 부딪히는데, 육체적, 정신적 건강쇠약, 갈등적 가족관계, 재정적 고갈, 감정적 문제, 취업포기나 조기 퇴직 등 고용기회 박탈, 정서적 소진, 사회적 고립 등이 발생할 수 있다(최은영, 1996). 따라서 노인이나 치매노인에 대한 적합한 환경 및 간호에 대한 대책은 시급한 문제이다.

최근 핵가족화, 산업화 추세와 함께 우리 고유의 경로효친 사상이 점차 퇴조하고 있으며, 여성의 사회 참여 증대 등으로 가정의 노인부양기능과 가족 내 노인부양의식이 약화되고 있다. 따라서 도시지역이나 농어촌지역 모두 노인부부 또는 노인 혼자 사는 단독세대가 점차 증가일로에 있으며 이런 경향은 가속화될 전망이다. 한국보건사회연구원(1998)에 의하면 65세 이상 노인의 가구형태별 분포를 보면 40% 이상이 노인독신으로 살거나 노인부부만이 살고 있는 것으로 조사되었다. 특히 중년층을 대상으로 한 연구에서 노인기의 주거희망을 조사한 연구들에 의하면 전체 대상의 90%정도가 노인들끼리 독립하여 거주하는 것을 선호하는 것으로 나타나(주택공사, 1993; 신영숙, 1998) 노인단독가구는 계

속 증가할 것으로 예견하고 있다. 이와 같은 노인가 구 구성의 경향은 더욱 확산되어 2000년에는 자녀들과 동거하지 않고, 노인들만 단독으로 거주하는 비율이 도시지역은 50%내외, 농촌지역은 80%가 될 것으로 전망되고 있다(한국보건사회연구원, 1998).

노인들은 노년기에 접어들면서 신체적·정신적·경제적으로 능력의 제약을 경험하게 되고, 이로 인해 독립적으로 생활을 영위해갈 능력을 상실하게 되므로 이들의 제한된 생활능력을 지원해 줄 수 있는 환경과 서비스의 제공이 질실히 요구된다.

그러나 현재 우리나라의 경우 2000년 12월 말 현재 전국의 유료노인복지시설의 수는 양로시설 18개소, 요양시설 8개소, 전문요양 2개소, 복지주택 3개소로 총 입소가능 정원이 3,318명으로 노인환자를 위한 시설이 한정적이고 절대적으로 부족한 실정이다. 또한 노인들은 자신이 거주하는 주택에 대해 특별히 개인화된 의미를 두며, 친숙하고 편안함을 선호하고 장소에 대한 심리적 애착감을 가지고 있어(Hourhan, 1984) 연령이 증가할수록 주거이동성이 낮은 특성을 지니게 된다. 따라서 노인을 위한 주택은 잠시 머무는 장소라기 보다는 안정을 갖고 오래 거주할 수 있는 완전한 정주장소이어야 한다.

우리 나라의 노인주거에 관한 연구는 주로 기혼 자녀와의 동거주택에 대한 것이 수행되어 왔으나 미래의 노인세대는 독립적인 부양을 희망하는 비율이 높아지는 변화를 보이고 있으며(주택공사, 1993; 신영숙, 1998; 홍성희 외, 1998), 다양한 주택유형을 희망하는 경향을 볼 때 노인들의 요구에 부합되는 통합적인 시각으로 상황을 파악하고 다양한 주택대안들에 대한 대처도 필요하다는 것을 알 수 있다.

본 연구에서는 우리보다 먼저 고령화 사회를 맞이한 미국의 노인에 대한 다양한 정책과 서비스들을 살펴보고, 최근 통합적인 관점에서 수행되고 있는 연속보호은퇴주거단지(Continuing Care Retirement Community)의 사례들을 고찰해 봄으로써 우리나라에 적용할 수 있는 가능성을 타진해 보고자 한다. 연구의 결과는 정부의 노인주택정책이나 노인복지정책을 위한 정책적 방향을 제시하는데 기초자료가 될 수 있을 것이며 미래사회에 대응할 수

있는 노인주거단지의 필요성을 재인식할 수 있는 기회를 제공할 수 있을 것으로 사료된다.

II. 연구내용과 방법

본 연구에서 다룬 연구내용과 연구방법은 다음과 같다.

1. 문헌을 통해 현재 미국에서 수행되고 있는 노인에 관한 정책과 서비스의 변화를 파악하였다.
2. AARP(American Association of Retirement Persons)의 자료를 통해 현재 미국노인들의 주거와 관련된 정보를 수집하여 문헌자료로 사용하였다.
3. 미국의 노인주거 전문잡지인 Design지의 최근 3년간의 연속보호은퇴주거단지의 개발 사례들을 고찰하여 기본 개념 및 물리적 시설 등을 조사하였다.
4. 이상의 연구를 토대로 미국의 연속보호은퇴주거단지의 특성들을 우리 나라의 노인주택 개발에 어떻게 적용가능한가에 대하여 검토하고 대안을 제시하였다.

III. 관련연구의 고찰

1. 미국의 노인들을 위한 정책과 서비스

미국은 2000년 인구조사에서 65세 이상 인구가 전체 인구의 12.4%를 차지하였으며 2010년에는 베이비붐 세대가 고령화 시기에 접어들기 시작할 것이다. 현재의 노인인구가 매년 3%씩 증가하여 2030년에는 2배가 될 것으로 예상하고 있다(U.S. Department of Housing and Urban Development, 1999). 전례에 없는 노인인구의 급속한 증가로 인해 미국정부는 노인들에 대한 다양한 주거선택에 대한 요구, 건강보호지원, 사회적 서비스 등의 공적·사적 분야에서 해결해야 할 많은 문제들과 대처해야 될 것으로 예상하고 있다(COPC Central, 1999).

미국은 사회적·물리적·경제적 환경을 개선하기

위한 다양한 노인복지 정책을 발달시켜 왔다. 1935년에 제정된 사회보장법(The Social Security Act)에 근거한 노령연금을 시작으로 1965년에 제정된 65세 이상을 대상으로 하는 의료보험(Medicare) 및 빈민을 위한 의료부조(Medicaid) 등의 입법조치를 통해 미국은 노인들을 위한 소득 및 의료보장체계를 형성시켜 왔다. 특히 1960년대와 1970년대에는 다양한 노인복지 서비스가 발달하였으며 연방정부 차원의 노인청(Administration on Aging), 주정부의 노인국(State Units on Aging), 지역정부의 지역노인복지 사무소(Area Agencies on Aging)를 중심으로 종합적인 노인복지정책의 계획, 조정 및 서비스 전달이 이루어져오고 있다. 그러나 1981년 노인복지 예산이 삭감되면서 노인복지 서비스 및 프로그램이 대폭 축소되었다. 1990년대에는 정부가 민간으로 노인부양의 책임을 이양하는 추세 속에서 서비스 관리체계(Managed Care)와 같은 비용절감정책이 등장하였으며, 공공부문의 서비스는 재정적 한계상 주로 저소득층의 노약자를 대상으로 운영되고 있다(박영란, 1997).

그러나 현재 미국 노인인구의 30%정도는 경제적으로 주택비용을 감당하기 어려운 상태이며, 노인인구의 반정도가 1종류 이상의 신체적 문제를 가지고 있고, 1/3정도는 아주 심각한 생활불능상태이다. 또한 노인가구의 6%정도는 재건축이나 대수선을 요하는 안전과 복지에 심각한 위협이 될만한 수준의 하의 주택에서 살고 있다(U.S. Department of Housing and Urban Development, 1999).

이러한 상황에서 연방정부와 HUD(The U.S. Department of Housing and Urban Development)는 노인세대의 삶의 질을 보장하고, 독립성을 유지할 수 있도록 노인들을 위한 주택지원 프로그램을 마련했다. 그러나 연방정부는 사회보장의 지급능력과 지속적인 장기요양보호를 위한 의료보험(Medicare)의 심각한 재정적 위기의 문제점을 인정하고, 클린턴 정부에서는 지역사회에서 추진하는 Housing Security Plan을 적극 지원하기로 했다. 즉 지역사회에서 그곳 노인들의 변화하는 주택과 서비스에 대한 요구에 대응할 수 있는 포괄적이면서 연속적인 보호를 제공하는 프로그램에 대한 적극적인 지원체

계를 세웠다(COPC Central, 1999).

그러나 미국도 다른 선진국과 같이 대부분의 노인들은 가정에서 가족, 친척 또는 친구들로부터 비공식적 건강 보호 및 사회적 보호를 받고 있다. 지역사회 보호의 필요성이 점차 널리 인식되고 있고, 프로그램이 다양해지고 있다(Chappell, 1990). 따라서 의료보험제도나 연금제도의 확충과 함께 노인에 대한 보호서비스가 시설보호 위주에서 시설을 포함한 지역사회의 광범위한 서비스로 옮겨졌다. 노인복지법에 근거한 지역사회에서의 노인복지서비스로는 정보문의 및 의뢰, 사례관리, 교통, 가정봉사원, 급식, 교육, 부양자 휴식 서비스, 노인복지센터 등이 활성화되고 있다. 또한 최근에는 자기 집에서 거주하는 노인에 대한 재가보호 서비스가 개발되기 시작하고 있다(박영란, 1997). 혼자 사는 노인 가정에 대해 1층을 노인이 살기에 적합하도록 개조해 주거나, 실내공간에 손잡이 봉을 설치해주거나, 안전을 위해 뒤편에 문을 설치해 주는 일 등이 시도되고 있다. 또한 주택에서 생활하는 노인부양의 부담이 보호자에게 가중됨에 따라 낮시간의 돌봄(Adult Day Care)이나 단기적으로 환자를 맡아주는 서비스(Respite Care)를 제공하기도 한다. 따라서 노인환자가 있는 배우자나 가족이 집중적인 스트레스에서 벗어날 수 있으며, 치매환자와 함께 살면서도 보호자가 계속 직장에 다니거나, 주말 여행 등도 가능하게 해 준다(Cohen et al. 1990). 그러나 수행인력이 대부분 가족이어서 가족 보호자의 스트레스 및 심리적 갈등, 육체적 피로 등의 문제가 제기되고 있다. 이에 따라 지역사회보호에서 노인뿐만 아니라 노인을 보호하는 가족보호자에 대한 서비스의 중요성이 크게 인식되고 있는 것이 최근의 경향이다.

2. 노인이 선택할 수 있는 주거환경

노인들은 연령이 증가함에 따라 신체적 변화와 함께 점차 쇠약해진다. 대표적인 증상으로는 시각과 청각 능력의 손상, 손발의 관절 능력이 저하되어 손이 미칠수 있는 범위가 변화되거나, 현기증을 느끼고, 방향 감각을 상실하거나 보행이 힘들어 돌아다니

지 못하게 된다. 결국에는 일상생활의 유지가 어렵게 된다(AARP-1, 2000). 즉 계단 오르기, 목욕하기, 식사 준비하기, 주택 손질하기 등이 차츰 어렵게 된다. 따라서 주거공간은 개인의 지속적인 신체적 활동을 지원해주고, 안전한 생활공간으로 변화되어야 한다.

현재 미국 노인의 80%가 자신의 주택에서 생활하고 있으며, 더 이상 혼자서 독립적으로 살 수 없게 되면 노인이 선택할 수 있는 대안으로는 자녀나 친척과 함께 살기, 가족이외의 누군가 집에 와서 함께 살기, 집안일이나 노인을 돌보기 위한 사람을 불러 서비스를 받기(유료와 무료제공), 은퇴주택(Retirement Home), 생활보조주택(Assisted Living), 요양시설(Nursing Home)과 같은 시설로 옮기기 등이 가능하다(AARP-2, 2000). 가족이나 친척과 함께 사는 방법은 노인의 건강이 더욱 나빠지게 되는 경우 부양자에게 심리적, 경제적으로 부담이 되고, 가족부양이 한계에 달하면 시설에 입소하게 된다. 가족부양은 부양자가 고도의 스트레스를 경험하게 되며, 직장생활 부담 등 심각한 가족문제를 유발시킬 수 있다. 또한 집안일이나 노인을 돌보기 위한 서비스의 이용은 경제적 부담이 크므로 이용하는 데에는 한계가 있다.

따라서 노인의 삶의 질을 보장받고 가족에게 지나친 부양부담을 덜어주고 경제적인 여건에 맞는 시설로 옮기는 것을 고려하게 된다. 미국에서는 1940년대 초에 요양원이 현저하게 늘어났으며, 그 배경요인으로는 지역사회내에 보호체계가 없는 상황에서 치료적 간호를 필요로 하는 노인들이 점점 많아졌다는 점을 들 수 있다. 1950년대와 1960년대를 지나면서 시설 수가 늘어났고, 정부의 지원도 늘었으며, 수요도 증가하였다.

시설은 건강보호와 관련된 직접적인 간호를 하는 시간과 물리적 환경, 비용의 부담에 따라서 다음과 같이 구분된다.

- ① 독립 주거시설이나 전통적 은퇴주거단지
(Independent Living Facility or Retirement Community)
아직은 건강한 노인에게 적합한 시설이며, 운동능

력의 손상이 적어 아주 최소한의 도움만 있으면 자신의 집에서 생활할 수 있는 노인들에게 적합하다. 연방정부나 주정부에서 보조하는 주택이 있거나 은퇴주거단지에서 노인전용주택으로 건설한 주택을 사거나 빌릴수 있다(AARP-3, 2000).

직접적으로 거주자에 대한 간호는 제공되지 않으며, 물리적 환경으로는 일반 개인주택과 같이 침실, 거실, 부엌, 욕실 등이 갖추어져 있으며, 보통 휠체어를 사용할 수 있는 환경으로 계획되어져 가능한 노인이 독립적으로 생활할 수 있도록 환경이 준비되어 있다. 주거형태는 아파트인 경우도 있고, cottage 형태인 곳도 있으나 대부분 개인주택과 같은 분위기를 내려고 노력한다. 이 곳은 임대나 소유가 가능하며 공공시설과 사적시설 모두 의료보험에 의해서 지원되지 않으며 개인이 비용을 모두 부담해야 한다. 특히 최근의 독립주거시설에는 중상류층을 겨냥하여 아주 쾌적하고, 다양한 요구에 부응하려고 노력하는 경우를 많이 볼 수 있다.

② 집합주택(Congregate Housing or Group Home)

민간(비)영리단체에서 운영하며 주택법에 의해서 국가로부터 보조를 받아 건축하는 경우도 있고, 보조가 없는 경우에는 입주금이 비싸다. 독립주거시설보다는 거주자들에게 생활지원서비스를 제공하고 공동공간을 공유한다. 실내배회로, 운동시설, 소규모 치료실, 공동욕외공간과 서비스 공간을 공유한다. 거주자들은 자신의 방에서 독립적으로 생활하지만, 중앙에서 식사 제공 서비스, 교통편, 사회적·여가적 프로그램의 제공, 주택의 보살핌 등이 포함된다. 간호사나 사회복지사와 같은 직원이 상주하고 있어서 긴급사태에 용이하게 대처할 수 있다(AARP-3, 2000).

③ 생활보조시설(Assisted Living Facility)

혼자 집에서 독립적으로 살수는 없지만 건강상태가 아직 요양홈(Nursing Home)에 갈 필요는 없는 노인들이 선택하는 곳이다. 개인적인 돌봄과 주거공간의 보살핌을 해주는 시설로 개인적인 방이 제공되

고, 식사와 청소, 보호적인 관찰과 감독, 어느 정도의 개인적인 보살핌이 제공된다. 거주자는 개인이 받을 서비스를 개인의 건강상태에 따라서 옷입기, 몸손질, 목욕 등의 서비스를 선택할 수 있다.

더 이상 혼자 살수 없는 노인들을 위한 새로운 생활양식의 선택으로 물리적 환경으로는 아파트형인 경우가 대부분이며, 식사나 목욕 등을 위한 공공공간이 계획되어져 있으며, 개인 공간내부에는 간단한 간이부엌과 화장실 정도가 구비되어 있다. 비용은 일부는 의료보험에 의해 지원되지만, 일부는 개인이 부담해야 한다. 그러나 이것은 주에 따라 상황이 다르며, 은퇴주거단지의 성격에 따라 차이가 있다.

④ 요양홈(Nursing Home or Skilled Nursing Facility)

건강이나 정신 능력이 급격히 저하되어 지속적인 보살핌이 필요하여 집에서 거주할 수 없게 되는 경우 선택할 수 있는 곳으로 이곳에서는 전문적인 간호가 1주일에 7일 하루 24시간 제공이 가능하며, 항상 보호 감독되는 공간이다. 물리적 환경으로는 중복지식의 건물이나 주택과 같은 환경에서 개인의 침실이 제공되고, 거실이나 부엌, 식사공간, 목욕 공간 등은 공공공간에 계획되는 경우가 많다. 자격을 가진 간호사에 의해서 전문적인 돌봄이나 재활치료를 제공하는 곳으로 주사맞기, 인공산소호흡기, 부상당한 상태에서 옷갈아 입기 등의 서비스를 제공할 수 있다(AARP-4, 2000). 비용의 대부분이 의료보험에 의해 지원된다. 그러나 1인에게 1년간 지원되는 비용이 평균 8만불이 될 정도로 의료보험 분야에서 아주 부담이 되는 부분이다.

⑤ 호스피스 지원(Hospice Care)

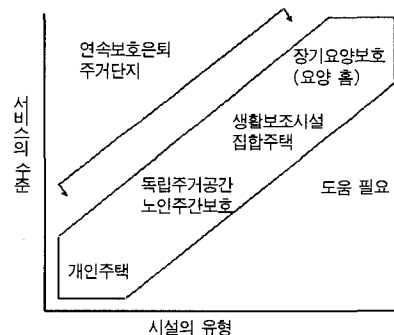
죽어가는 환자나 가족들을 위한 특별한 돌봄으로 신체적인 돌봄과 고통의 완화, 상담이 포함된다. 이 활동의 주된 목적은 병의 치료라기 보다는 생의 마지막을 가능한한 안락하게 돕는 것이다(AARP-4, 2000).

3. 연속보호은퇴주거단지(CCRC ; Continuing Care Retirement Community & Life Care Facility)의 개념

연속보호은퇴주거단지는 비교적 새로운 분야이며 복합적이다. 따라서 정의는 모호하고 다양한 서비스와 재정적 상태에 따라서 수많은 조합이 속출하고 있다. 연방정부에서도 일정한 법적 기준이 없이 단지 노인들을 위한 숙소와 서비스를 총망라한 시설로 계획되고 관리되는 주택으로 독립주거공간(Independent Living), 생활보조공간(Assisted Living), 요양공간(Nursing Home)을 모두 포함하고 있다.

연속보호은퇴주거단지에 관한 정의는 AAHSA(American Association of Homes and Services for the Aging)에서 “전반적인 주택을 제공하는 기관으로서 거주서비스와 건강보호를 겸하는 것이다. 이는 노인들이 시간이 지남에 따라 요구가 변화하므로 이에 부응하기 위한 것이다”(Sanders, 1997). 서비스들은 보통 한 주거단지 내에서 제공되는데 보통은 서로 다른 여러 종류의 건물들로 구성되어 있다.

연속보호은퇴주거단지는 개인이 늙어가면서 거처는 다양한 단계와 죽음을 맞이할 때까지 필요로 하는 3종류의 주거를 모두 포함하는 것이다. 연속보호은퇴주거단지는 거주자에게 건강 간호를 추가시키는 것뿐만 아니라 정신적·사회적·문화적인 면을



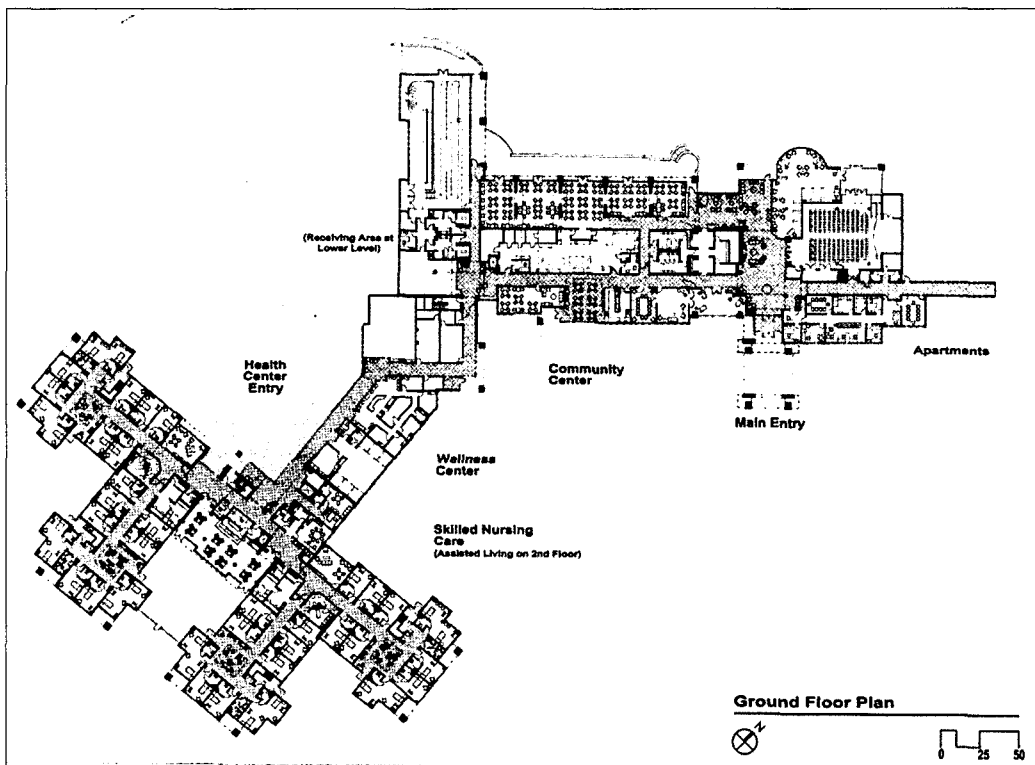
〈그림 1〉 연속보호은퇴주거단지의 개념적 모형

출처: Cohen et al(1990)의 서비스의 수준과 물리적 환경의 모델을 본 연구에 맞게 일부 수정보완한 것임

거주자의 삶에 통합시켜 주는 것이다.

연속보호은퇴주거단지의 주거환경과 제공되는 서비스의 측면에서 살펴보면 <그림 1>과 같다. 즉 개인주택(single family home)은 노인이 정상적인 기능을 유지할 수 있어 외부의 도움없이 생활이 가능할 때 생활할 수 있는 주거환경이다. 그러나 노인이 연령이 점차 증가하고, 신체 기능이 약화되어 누군가의 도움이 필요하게 되면 낮시간에 노인을 잠시 맡아주는 Adult Day Care를 이용하거나 연속보호은퇴주거단지내의 독립주거공간(Independent Living)에서 생활하게 된다. 이곳에서는 직접적인 서비스는 제공되지 않으나 기본적인 주거환경이 노인에게 가장 적합하도록 설계되어 있으며, 휠체어의 사용이 가능하며, 노인이 되면 힘이 드는 집수리와 주거관리 등을 책임져 준다. 비상시에는 의료진과 연결될 수 있

는 비상체제를 갖추고 있다. 노인의 건강이 악화되어 더 이상 혼자 독립적으로 생활할 수 없는 노인들의 경우 보호적인 관찰과 감독이 수행되고, 직접적인 개인적 돌봄이 주당 8~10시간 정도 제공되며, 제한된 부분에서 거주자가 필요로 하는 직접적인 서비스를 이용할 수 있는 공간이다. 마지막으로 신체적인 능력이나 정신적인 문제로 지속적인 보살핌과 전문적인 간호가 필요하게 되면 장기요양보호(Long-Term Care)나 요양홈(Nursing Home)을 이용하게 된다. 연속보호은퇴주거단지(CCRC)는 이러한 모든 단계를 다 포괄하는 것이며, 주에 따라 은퇴주거단지의 성격에 따라 비용의 개인부담비율에 차이가 있다. 연속보호은퇴주거단지는 한 개의 단지 내에 다양한 수준의 서비스와 도움을 줄 수 있는 물리적 환경을 계획하는 것으로서 단지의 중심에 커



<그림 2> 연속보호은퇴주거단지의 평면계획 (Woodland Terrace 단지)

뮤니티 센터와 건강 서비스를 제공하는 Health Center를 계획하여 독립주거단지, 생활보조시설, 요양 홈 등에 거주하는 노인들이 모두 용이하게 이용할 수 있도록 배치되어 있다. 대표적인 단지 계획의 예는 <그림 2>와 같다.

2. 연속보호은퇴주거단지(CCRC)의 발달과정

연속보호은퇴주거단지는 1960년대 중반에 출현하여 은퇴주거단지 거주자들에게 추가적인 서비스의 제공을 위한 목적으로, 구조적인 효율성과 '규모의 경제'를 위한 투자대상으로 개발되었다(Somers, 1992). 전통적인 은퇴주거단지를 제고안한 결과가 연속보호은퇴주거단지이다. 전통적인 은퇴주거단지에서는 기본적으로 건강한 노인들이 거주할 수 있는 안전한 물리적 환경을 제공했다. 직접적인 간호나 서비스는 거의 제공되지 않았다. 대부분의 시설에서는 저녁식사 제공이나 춤과 같은 사회적인 이벤트를 중점적으로 제공했다. 그러나 은퇴주거단지의 거주자가 아프게 되거나 추가적인 보살핌이나 간호가 필요하게 될 때에는 이 곳이 부적절해져 문제가 발생하게 된다. 은퇴주거단지에서는 이러한 간호를 제공하지 않았으므로 거주자는 은퇴주거단지를 떠나야만 되었다. 그러나 이것은 노인 거주자나 주거단지 조직 모두에게 손해가 되는 일이다. 노인 거주자는 미래에 대한 불확실성으로 매우 큰 공포와 불안을 안겨다 주었다. 일단 은퇴주거단지로 이전한 노인들이 또 다른 곳으로 옮겨가야 한다는 생각은 정서적으로 노인들을 황폐화시킨다. 더구나 어디로 가야 하나하는 불안감은 노인 거주자들이 은퇴주거단지를 선택하는데 방해요인이 되기 시작했다. 이러한 결과는 주거단지의 거주자 감소와 주거단지 지원자 부족현상을 일으켜 심각한 수입감소를 가져오게 되었다.

또한 기존의 노인보호시설들이 독립적으로 존재해 왔으나 계속 노인의 요구가 변화될 때마다 주거지를 옮겨야 하는 문제점이 있었다. 특히 심각하게 신체적 기능이 저하되거나, 치매와 같은 질병에 걸린 경우 요양홈을 고려하게 되는데 노인에게 새로

운 주거환경으로의 이주는 심각한 심리적·사회적 부담을 주게 된다.

연속보호은퇴주거단지는 사회적·의료적 환경과 조직적인 요소의 조합이다. 기존의 전통적인 은퇴주거단지에서는 주거단지의 골격구성과 사회적 측면을 받아들이고, 세심한 간호를 위한 병원의 의료적 측면과 효율적인 조직적 측면을 받아들였다. 이러한 연속보호은퇴주거단지가 발달하게 된 것은 첫째, 기대여명이 연장되었으며, 둘째 인구구조에서 노인의 수와 비중이 실제로 증가하였으며, 셋째, 전통적인 중산층과 가족용 택지가 침식되었으며, 넷째, 노인들의 재정적 독립이 가능하도록 만든 여러 종류의 연금과 사회보장제도의 덕분이다(Somers, 1992).

현재 미국내에는 연속보호은퇴주거단지가 대략 1,200여개(거주자 35만여명)이며 이중 90%이상이 교외나 시골지역에 위치해 있다(Somers, 1997). 전국적인 통계에 의하면 연속보호은퇴주거단지의 거주자의 기대여명이 그렇지 않은 집단보다 1.5~2년 정도 길다. 이곳의 거주노인들의 기대수명이 긴 이유중 하나는 지속적으로 건강상태를 돌보아 주고, 주거관리에서 해방되고, 지원적인 서비스를 제공받을 수 있기 때문인 것으로 생각된다(Pillemer, 2000). 그러나 연속보호은퇴주거단지에 거주할 수 있는 사람은 75세이상 노인중 12%정도밖에 되지 않는다. 이곳의 생활비중 일부만 의료보험에서 지원되므로 대부분의 노인들은 경제적인 제약으로 입소할 수 없다(Somers, 1992). 현재 연속보호은퇴주거단지의 대략 75%정도는 비영리 단체에 의해 제공되고 있다(Sanders, 1997).

65세 이상되는 노인들을 대상으로 한 연구에서 미래의 주거계획으로 죽음에 임박해서는 40%정도가 연속보호은퇴주거단지로 이주하기를 희망하였으며, 현재 은퇴주거단지에서 거주하는 노인들의 대부분이 죽음을 맞이하는 장소로서 병원을 싫어하며, 연속보호은퇴주거단지에서 죽기를 희망하는 것으로 나타났다(Hays et al, 2001).

1990년대 중반까지는 미국노인의 1%정도만이 연속보호은퇴주거단지에 거주하였으나, 2020년에는 75세 이상 노인의 25%이상이 연속보호은퇴주거단지

에 거주하게 될 것으로 예측하고 있다(Somers & Spears, 1992; Somers, 1993; United States General Accounting Office, 1997). 연속보호은퇴주거단지의 이용정도는 지역에 따라 여러 변수에 의해 영향을 받는다. 지역의료시스템의 구조에 따라 지역의 여유 병상의 수, 요양홈의 접근성 정도, 호스피스 서비스 등이 연속보호은퇴주거단지의 입소에 영향을 미칠 수 있다. 현재 연속보호은퇴주거단지에서 제공되는 서비스는 다양하다. 현재 연속보호은퇴주거단지에서는 건강보호 서비스, 전문적인 돌봄, 여가적인 치료

(recreational therapy), 1/3정도가 재택건강 서비스가 제공되고, 1/4정도는 의사의 의료서비스가 24시간 가능하다(Somers & Spears, 1992).

그러나 노인들에게 어떤 은퇴주거단지가 좋다고 간단히 추천할 수 없으므로 AARP에서도 노인을 위한 은퇴주거단지 선택 가이드를 하고 있다. 수많은 선택가능성이 있으므로 노인들은 시간을 가지고 충분히 탐색해 보아야 한다. 자신의 개인적인 요구와 선호가 다르고 시설마다 제공하는 서비스가 다르므로 계약전 충분히 정보를 입수하고 법률, 재정

<표 2> 연속보호은퇴주거단지의 사례

번호	시설의 명칭	시설의 위치	건설완료	거주가능인원
1	Seabrook Village	Tinton Falls, NJ	2000년 2004년	1차 : 445명 2차 : 1650명
2	Woodland Terrace	Cray, NC	2000년	210명
3	Simpson Meadows	Dawningtown, PA	2000년	150가구
4	Deerfield Episcopal Retirement Community	Asheville, NC	2000년	N/A
5	Aldersgate CCRC	Charlotte, NC	2002년	N/A
6	The Cedars of Chapel Hill	Chapel Hill, NC	2003년	300명
7	Pleasant View Retirement Community	Manheim, PA	2001년	132명
8	Judson Park Retirement Community	Cleveland, OH	2000년	N/A
9	Goodwin House	Alexandria, VA	1999년	473가구
10	Belle Meade Retirement Community	Southern Pines, NC	1999년	176가구
11	Elm Crest Retirement Community	Harlan, IA	2000년	137명
12	Inez Myers Seniors Outreach Center at Eliza Bryant Village	Cleveland, OH	1999년	기존시설에 60가구 추가
13	Pathways at The Philadelphia Protestant Home	Philadelphia, PA	1998년	126명
14	Meadows Mennonite Alzheimer's Special Care Unit	Chenoa, IL	1997년	22명
15	Villa Gardens Retirement Community	Pasadena, CA	1998년	62명
16	McKeen Towers	West Palm Beach, FL	1998년	145명
17	Edgewood Life Care Community	North Andover, MA	1997년	294명
18	The Villas at the Windrows of Princeton Forrestal	Princeton, NJ	1999년	274가구(Ⅱ), 279명
19	Appling Grove Community for Senior Living	Cordova, TN	2000년	204명
20	The Knolls of Oxford	Oxford, OH	1999년	183가구, 28명
21	Woodlawn Commons	Saratoga Springs, NY	1999년	84가구, 56명
22	Covenant Woods	Richmond, OH	2001년	84가구, 56명
23	Bishop Gadsden Episcopal Community	Charleston, SC	1999년	215가구, 8명
24	The Heartlands at Ellicott City	Ellicott City, MD	1998년	70가구, 70명
25	Lasell Village	Newton, MA	2000년	368가구
26	Saint Mary's Home of Erie	Erie, PA	2001년	170가구
27	River Landing at Sandy Ridge	High Point, NC	2002년	225가구, 153명
28	Peconic Landing	Southold, NY	2001년	320가구, 70명

전문가와 상의한후 결정하도록 권유하고 있다.

IV. 미국의 연속보호은퇴주거단지의 사례연구

1. 연속보호은퇴주거단지의 사례

28개의 연속보호은퇴주거단지의 사례를 보면 시설의 위치는 3곳을 제외하고는 모두 도심에 벗어난 교외지역의 경치 좋은 곳, 바닷가 등이 대부분이었다. 이중 Goodwin, Inez, Lasell 단지는 도심에 위치해 있었으며, Inez와 Lasell은 도시의 대학에 인접해 있었다. The Cedars 단지는 교외의 대학가에 인접해 있었다. 28곳중 6곳은 기존시설을 개조하거나 추가로 시설을 늘려 연속보호은퇴주거단지로 전환시킨 것이며, 나머지 시설들은 처음부터 연속보호은퇴주거단지로 계획된 단지들이다. Judson Park의 경우는 Cleveland대학내에 위치한 비영리시설로서 과거의 어둡고 시달같은 분위기를 밝고 환영하는 분위기로 개조하였다. 가정집의 정원처럼, 공공장소는 가두풍경 같은 분위기를 연출하여 변화하는 노인의 요구를 충족시키고자 한 것이다. Goodwin의 경우는 1955년에 지어진 건물이 관리비용이 많이 들고, 거주자의 요구에 맞출 수 없게 되어 개조한 것이다. Elm crest는 1948년에 은퇴주거단지(Retirement Community)였던 건물에 생활보호공간과 요양공간을 추가하고 개조하여 연속보호은퇴주거단지로 탈바꿈한 것이다. Covenant Woods는 80년 전부터 있던 시설을 개조하고 일부 신축하여 연속보호은퇴주거단지로 전환하였다. 거주자의 요구변화에 맞추고 좀 더 많은 서비스를 제공하기 위한 목적으로 개조되었다. Inez Myers는 기존의 전문요양시설에 노인용 주택을 추가로 건설하여 연속보호은퇴주거단지로 개조한 경우이다. Bishop Gadsden은 150년된 전통적인 은퇴주거단지에 생활보호공간과 전문요양공간, memory support room을 추가시켜 노인에게 full-service를 제공하기 위해 연속보호은퇴주거단지로 변신을 시도했다.

거주가능인원은 가장 규모가 작은 경우 22명을 수용하며, 가장 규모가 큰 경우는 473가구를 수용할 수 있는 Goodwin 단지와 274가구와 279명의 생활보호공간과 전문요양공간을 가진 Windrows 단지였다. Seabrook Village의 경우는 2004년에 단지가 완성되면 총 거주예상자가 1,650명에 이를 초대형 단지라 될 것으로 예상된다.

연속보호은퇴주거단지의 대부분의 주된 건물은 2-3층 정도의 단독주택과 같은 형태가 68%로 가장 많았으며, 4층 건물이 4개소, 단층건물이 2개소, 5층, 9층, 12층이 각각 1단지씩이었다. 이중 9층 건물은 도심에 위치한 것이며, 12층 건물은 전망이 좋은 바닷가에 위치한 단지이며 모든 가구가 전망을 즐길 수 있도록 배려한 평면계획을 가지고 있다. 단지내 건물은 그 지역의 일반적인 주택형태와 거의 유사한 형태로 지어진 것이 보편적이다. 이는 노인들이 자신들이 살았던 주택형태를 가장 선호하기 때문인 것 같다. 이는 우리 나라의 연구에서도 동일한 경향을 보여주고 있다. 노후의 선호주거유형은 현재 거주하고 있는 주택유형과 밀접한 관계를 나타내고 있었다(곽인숙, 1998).

2. 연속보호은퇴주거단지의 치료나 간호를 위한 시설

치료나 간호를 위한 시설중 가장 많은 것은 다양한 치료요법을 시행하기 위한 공간으로 신체적 치료, 직업적, 언어적 치료 등이 수행되었다. 치료용 부엌은 과거의 일상을 회상할 수 있고 기억을 유지시키기 위하여 식사 준비 등을 거주자가 함께 할 수 있도록 한 공간으로 6개단지에 있으며, 치료용 정원은 거주자가 과거 자신의 집에서 정원을 돌보던 기억을 유지할 수 있도록 도움을 주기 위해 실제 꽃밭을 가꾸고 정원일을 할 수 있도록 계획된 공간이다. 치매환자를 위한 안전한 실내 배회로를 마련한 곳은 6곳, 외부정원에 배회로는 9곳, 21세기형 기술을 적용하여 출입구의 전자통제, 카메라 모니터를 이용한 감독, 무선응급호출 시스템을 사용하는 단지가 3곳이었다(표 3 참조).

〈표 3〉 치료나 간호를 위한 시설

	단지 사례수
therapy facility(신체적, 직업적, 언어적 치료)	10개
치료용 부엌	6개
치료용 정원	3개
실내의 배회로	6개
외부 정원의 배회로	9개
최신 설비 안전장치	3개
Adult day care	3개
hospice	1개

Inez, Simpson, Woodlawn 등에서는 치매환자를 위한 낮시간의 돌봄(Adult Day Care) 서비스를 제공할 뿐만 아니라, 치료실, 운동실, 스넥 바 등을 이웃 지역사회 사람들도 이용할 수 있는 기회를 제공하고 있었다. Woodlawn에서는 노인이 편안하게 생을 마감할 수 있도록 Hospice 공간도 준비해 놓았다.

3. 연속보호은퇴주거단지의 여가를 위한 시설

단지의 여가를 위한 시설로는 4계절 이용할 수 있는 안전한 정원과 실내풀이 가장 많아 각각 10곳이었다. 4계절 이용할 수 있는 정원이나 일광욕실(4곳)은 충분한 자연채광과 자연의 리듬을 실내에서도 느끼게 함으로써 시간과 계절의 흐름을 잊지 않도록 하는데 크게 기여할 수 있다. Aldersgate에서는 중앙의 큰 아트리움에 많은 식물들을 기르고, 연못에서는 붓어를 기르고 주변에서 새들을 길러 노인들에게 자연을 가까운 곳에서 바라볼 수 있고, 직접 참여할 수 있는 기회를 제공하고 있다. 이는 노인들에게 다양한 자극을 주어 감각능력유지에 도움이 될 수 있다. 다양한 활동을 위한 다목적실을 마련한 곳이 9개소, 운동기구를 사용하기 위한 공간을 마련한 곳이 11개, spa(치료용도 포함)를 마련한 곳이 6개소, 에어로빅을 위한 공간은 4개, 실내풀(lab pool도 포함)은 10개소, 목공, 직조, 도자기 등 취미활동을 위한 공간이 별도로 마련된 곳이 7개소, 게임을 즐길 수 있는 공간이 5개소, 음악감상을 위한 공간, 도서실 등이 계획되어졌다(표 4 참조).

〈표 4〉 연속보호은퇴주거단지의 여가적 시설

	단지 사례수
다양한 활동을 위한 방	9개
운동을 위한 공간	11개
spa(therapy spa 포함)	6개
에어로빅을 위한 공간	4개
실내 풀(lab pool 포함)	10개
목공, 취미활동을 위한 공간	7개
음악감상을 위한 공간	4개
4계절 이용할 수 있는 정원	10개
일광욕실	4개
게임을 할 수 있는 공간	5개

Villa Gardens에서는 당구, 체스, 카드 등을 즐길 수 있는 게임 룸 들을 비롯하여 다양한 여가 휴식시설을 마련하여 노인과 가족이 함께 할 수 있는 장소로 활용하고 있다.

또한 커다란 일광욕실이나 온실을 마련하여 이벤트나 소규모의 그룹미팅 장소로 사용하도록 하고 있다. Appling Groves에서는 2개의 중정을 계획하여 1개는 활동적인 노인들을 위한 원반던지기나 공놀이 할 수 있는 정원으로 다른 1개는 파골라, 분수, 작은 연못을 계획하여 명상을 즐길 수 있는 정적인 노인들을 위한 정원으로 계획하였다.

연속보호은퇴주거단지에서는 노인들이 개인주택에서는 누릴 수 없는 자신의 취미활동공간과 여가공간을 마련함으로써 풍요로운 여가생활을 준비하고 있다.

4. 연속보호은퇴주거단지의 기타시설들

노인들의 편의를 위한 시설들로 식당이외에 bar, cafe, bistro 등 작은 마을에서 사람들을 만났던 친숙한 공간을 계획한 곳이 10개 단지, 다음으로는 미장원이나 이발소가 9개, 간단한 물건이나 애완동물과 관련된 용품을 살 수 있는 작은 가게가 단지에 있는 경우가 6개소, 인터넷을 사용할 수 있는 단지가 6개소였다. Seabrook에서는 모든 주택내에 인터넷 사용이 가능하도록 설비를 하였으며, 노인들에게 컴퓨터 교육을 통해 E-mail을 사용할 수 있도록 하

〈표 5〉 기타 시설

	단지 사례수
bar, cafe, bistro	10개
미장원, 이발소	9개
잡화점	6개
인터넷 사용	6개
종교적 공간	3개
은행	3개
우체국	1개
영화관	1개

였다. 이로 인해 노인들의 행동과 관련된 정보의 수집이 용이해졌고, 노인들이 필요로 하는 교육이나 특수 프로그램의 제공이 가능해졌다. Lasell Village는 특별한 형태의 연속보호은퇴주거단지로 Lasell University에 인접해 있다. 이 지역은 미래의 요구를 예견하고 광통신망으로 마을의 기반시설을 디자인하였다. Lasell대학에서는 모든 연령대를 통합시키기 위하여 지속적인 교육환경에 적극적으로 노인을 참여시키고 있다. 따라서 생애교육을 증진시키고, 대학과 지역사회를 강하게 결속시키기 위한 목적을 가지고 있어 연속보호은퇴주거단지의 거주자들은 모두 대학내의 시설을 자유롭게 이용할 수 있으며, 단지는 대학의 computer network에 연결되어 인터넷 사용이 수월하며 정보의 이용이 자유롭다. 이외에 단지내에 교회와 같은 종교적 공간을 계획한 곳이 3곳, 은행 3곳, 우체국과 영화관 등이 계획되어졌다.

5. 연속보호은퇴주거단지의 특성들

연속보호은퇴주거단지의 공통적인 목표는 풍요로운 노인주거단지의 조성이며 구체적으로는 다음과 같은 특성들이 있다.

① 다양한 주거공간의 선택: 독립적인 생활을 원하는 거주자에게는 다양한 평면과 개인의 취향에 맞출수 있는 실내공간을 갖춘 cottage, apartment를 선택할 수 있으며, 보조적인 서비스가 필요한 거주자는 생활보호공간을, 24시간 보호나 서비스가 필요한 거주자에게는 요양공간을 선택할 수 있도록 되

어 있다. 특히 독립주거공간의 경우는 소규모 단독주택과 같은 cottage 형태나 저층의 아파트중 선택 가능하도록 다양한 주택유형을 준비하고 있다. Cedars Chapel Hill의 경우는 27종류의 평면중 선택 구입이 가능하도록 되어 있다.

따라서 개인의 신체적 능력과 선호에 맞는 평면과 규모의 선택이 가능하여, 한 곳에서의 장기적인 거주가 가능하다. 이는 노인의 이동에 따른 주거환경의 변화는 환경적응력이 약한 노인들에게 심각한 심리적 충격이나 손상을 가져올 수 있으므로 지속적으로 한 곳에서 머무를 수 있는 연속보호은퇴주거단지가 기여할 수 있을 것이다.

② 서비스의 수준향상: community center를 통해 산책이나 운동을 적극적으로 권장함으로써 건강과 복지의 수준을 향상시키고, 서비스의 수준을 확장시키고자 한다. 예를 들면 식사장소를 거주자가 선택할 수 있도록 한다든가, 다양한 종류의 가게들, 운동실, 실내수영장, business center, 물리치료 공간, business center, 골프 코스 등을 제공하여 다양한 거주자의 요구에 맞는 서비스를 제공하고자 노력하고 있다. 치료와 간호공간, 운동공간, 여가공간, 기타 편의 시설을 한 곳에서 제공하므로 거동이 불편한 노인들이 손쉽게 접근가능하도록 이용의 편의를 제공하고 있다. 노인의 만약의 사태에 대비해 24시간 의료서비스 대기나 무선응급호출기 등이 구비되어 심리적으로 안심하고 생활할 수 있다.

③ 노인의 사회생활을 적극적으로 유도할 수 있는 공간을 조성하여 크고 작은 모임의 기회를 가질 수 있도록 배려하였다. 개인의 생활공간은 시설같은 분위기를 지양하고 프라이버시는 확보되면서 안락하고, 안전하고, 따뜻함이 있는 가정집과 같은 규모와 형태로 계획되어졌다. 주택의 형태도 대부분 그 지역의 전통적인 건축형태를 따랐으며, 실내도 개인 가정집과 같은 느낌을 가질 수 있도록 준비되었다. Windrows의 경우는 독립주거공간의 각 집에는 bay window, fire place, 개별현관 등이 있는 50년 전에 지어진 집과 같은 모양을 하고 있다.

공공공간은 작은 마을의 길거리와 같은 분위기를 연상시키는 가두 풍경으로 계획하여 자연스럽게 노

인들의 사회적 상호작용을 장려하고자 했다. Aldersgate 단지는 1920년대를 연상시키는 작은 마을을 연출하여, 길거리 풍경을 만들기 위해 공공장소를 향한 개인공간의 창가에는 꽃화분들을 배치하고, bar, bistro, garden lounge, 길거리 카페 등을 조성하여 마치 예전의 길거리를 그대로 재현시켜 노인들의 사회적인 접촉을 촉진하도록 계획되어졌다.

이는 연속보호은퇴주거단지의 입주자중 많은 노인들이 배우자나 친구와의 사별을 경험한 후 이곳에 입주를 결심하는 경우가 많았던 점(Hays, 2001)을 고려할 때 사회적 관계망의 형성은 노인들에게 매우 중요한 역할을 할 것으로 생각된다.

VI. 결론 및 제언

우리나라는 어떤 나라보다도 노인인구가 급격히 증가하고 있으며 전통적으로 노인의 가족부양을 당연하게 여겨왔으나 최근 가족구조의 변화, 자녀수 감소와 부양역의 변화, 여성의 사회참여 증가 등 여러 요인의 영향으로 독거노인 내지는 노인부부만의 세대가 많으며 계속 증가추세에 있다. 그러나 정부의 노인복지정책이나 사회복지서비스는 일부 제한된 저소득층 노인에게만 지원되므로 다수의 노인계층의 가정은 국가의 부양범위 밖에 머무르게 되었고, 노인의 선택가능한 주거환경은 극히 제한적이다. 대부분의 노인들이 전혀 노인을 고려하지 않은 주택에서 불편을 감수하며 외롭고 불편하게 살아가고 있는 현실이다. 따라서 새로운 개념의 노인주택 단지 개발을 통하여 노인들에게 적합한 주거공간을 제공하고, 노인들이 자신의 건강과 선호를 고려하여 주거공간을 선택할 수 있는 방향에 대하여 논의하고 이에 대한 실천적인 방안의 마련이 필요하다.

이에 본 연구는 미국에서 최근 새로운 투자분야로 관심을 끌고 있는 연속보호은퇴주거단지에 대한 사례연구를 통하여 노인주택개발을 위한 실마리를 찾고자 한다.

노인인구의 급증과 고령화로 인한 노인부양의 부담이 가중되고 있는 현실에서 노인주택개발에는 많

은 제약이 있다. 도시화·산업화로 노인인구구조의 변화, 가족구조와 가치관 및 의식의 변화 등으로 노인의 부양과 보호를 가족이 전적으로 책임지기에는 자원이나 대처능력의 부족으로 매우 힘든 실정이다. 또한 전통적 장남의존형 부양형태가 붕괴되어 가고 있으며, 노인들도 의식의 변화로 현재의 중년층은 노년기에 독립적인 부양을 계획하고 있는 경우가 많은 것으로 보고되고 있다.

또한 노인복지예산은 매우 미약하며, 치매노인과 같은 특수대상에 대한 지원은 계속 증가하고 있으나 노인복지정책의 대상은 국민기초생활 보장법 수혜대상을 중심으로 한 사업에 국한되어 있다. 일반 노인을 위한 전용주택이나 생애주택에 대한 개념이 확립되지 않은 상태이며 노인들이 노후에 선택할 수 있는 주거대안이 너무 제한적이라는 문제점을 안고 있다.

이러한 의미에서 이상에서 고찰한 미국의 연속보호은퇴주거단지의 사례는 시사하는 바가 크며, 우리나라의 노인주택개발에 이러한 사례들이 어떻게 적용될 수 있을지 그 대안들을 제시해 보면 다음과 같다.

첫째, 노인들이 고령이 되어도 안심하고 계속 거주할 수 있는 다양한 주거공간이 제공될 수 있어야겠다. 즉 노인들의 신체적 능력이나 일상생활의 수행능력에 따라 적절한 물리적 환경을 선택할 수 있어 건강이 허락하는 독립적인 삶이 지속될 수 있도록 생애주택으로 계획되어야 할 것이다. 우리나라의 경우 노인들을 배려한 계획이 없이 획일적인 주거공간이 주어져 왔으나 다양한 노인의 능력과 선호에 맞는 주택이 한 노인주거단지 안에 계획된다면 가장 바람직할 것이다.

노후에 희망하는 주택유형을 보면 단독주택을 희망하는 비율이 많지만 현재 거주하고 있는 주택유형이나 소득, 거주지 등에 따라 다양한 주택유형을 기대하고 있는 것으로 보아(주택공사, 1993; 신영숙, 1998; 박인숙, 1998) 독립주거공간도 단독주택, 아파트 유형 등 다양한 평면의 선택이 가능해야겠다. 또한 건강이 나빠질 경우에는 유료노인홈, 생활보조공간, 요양공간 등을 희망하는 경우도 있으므로 이들

도 노인주거단지내에 함께 계획되는 것이 바람직할 것이다.

둘째, 시설같은 분위기를 지양하고, 개인의 가정집과 같은 분위기로 단지구성을 하는 것이 바람직하다. 현재 우리나라의 유료노인시설이나 노인복지시설의 대부분은 시설과 같은 분위기로 노인이나 가족들에게 거부감을 주고 있다. 따라서 노인주거단지는 노인들이 정경계 느낄수 있는 지금까지 살아왔던 환경과 유사하게 개발하는 것이 필요하다. 또한 노인주거단지 개발은 지역의 특성에 맞추어 개발되어야 할 것이다. 대도시·중소도시·농촌지역 등은 지역마다 노인의 현재 거주하는 주택도 다르며, 소득수준이나 생활양식에도 차이가 있다. 이러한 의미에서 미국의 연속보호은퇴주거단지가 단지규모의 다양화, 주택유형의 지역화, 주거단지마다 시설의 독특한 특성으로 구성되어 있음은 우리가 참고로 해야 될 사항이다. 각 지역마다 노인주거단에 잠재적 거주자가 어느 정도 될 것이며, 어떤 생활양식을 가졌으며, 현재 어떻게 생활하고 있는가를 조사하여 단지규모와 주택유형, 필요로 하는 시설 등을 계획해야 될 것이다.

셋째, 노인을 지원해 주는 모든 서비스가 한 곳에서 제공될 수 있도록 서비스 공급의 집중화가 요구된다. 즉 미국의 연속보호은퇴주거단지내의 community center와 같이 건강이나 간호와 관련된 서비스, 여가오락 서비스, 기타 편의 서비스 등 한 곳에서 노인이 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 노인주거단지가 조성되어야 바람직하다. community center에서는 건강한 노인은 정기적으로 건강을 점검하고 산책이나 운동을 통해 건강을 다지고, 오락시설을 통해 여가와 사회생활을 즐길수 있고, 건강에 문제가 있는 노인은 spa, indoor pool, therapy room 등에서 오락과 치료를 겸할 수 있으며, 완전의존단계의 노인들은 전문적인 간호와 보살핌을 받을수 있어야겠다.

넷째, 지역사회와 융화된 노인주거단지 개발을 하는 것이 바람직하다. 새로운 노인주거단지의 시설을 지역사회에 개방함으로써 community center를 통해 단지내 거주 노인과 지역사회 노인들에게 건강과

편의를 위한 다양한 서비스가 공급될 수 있다면 더욱 바람직 할 것이다. 이는 시설내 노인들에게는 사회적 연결망 형성에 도움이 되며 사회적 역할이나 집단소속감의 상실을 염려하지 않아도 된다. 기존의 지역내 단독주택 거주 노인들에게는 시설의 이용으로 건강수준의 향상과 생활의 질 향상을 함께 기대할 수 있으며, 지원 서비스도 부가적으로 제공할 수 있다. 노인주거단지에서는 경제적으로 다른 원천에서 소득을 얻을수 있고, 고객을 위한 서비스중 외부 지원을 받을 수도 있다. 현재 우리나라의 증가하고 있는 노인단독가구나 은퇴주거단지에 살면서 자신의 집을 떠나지 않고 지속적으로 살고 싶어하는 노인들에게 현재의 주택이나 아파트를 유지시켜 주고, 지원서비스를 통해 그 요구를 채워줄 수 있다면 지역거주자들의 생활의 질도 향상될 것이며, 이들은 연속보호은퇴주거단지의 잠재적 고객이 될 수도 있을 것이다.

그러나 미국의 연속보호은퇴주거단지의 개념을 우리나라의 노인주택단지 개발에 적용시키기 위해서는 여러 가지 문제가 있으며, 선행되어야 할 해결 과제들이 있다.

첫째, 가족들과 노인당사자의 연속보호은퇴주거단에 대한 이해와 가치관의 변화가 먼저 이루어져야 할 것이다. 아직 노인주거시설이 충분하지 못한 우리나라에서는 연속보호은퇴주거단에 대한 경험이 적으므로 적절한 교육과 홍보가 필요하다.

둘째, 노인주택단지 개발과 관리에 관련된 법규가 없는 상태이므로 설치와 관리기준을 설정하기 위한 종합적인 연구가 선행되어야 할 것이다. 장기적인 노인주거개발을 위한 기준설정에는 종합적인 노인의 건강과 관련된 물리적 주거환경의 제공과 지원 서비스의 요구에 대한 종합노인주거단지지표에 대한 새로운 검토가 시행되어야 할 것이다.

셋째, 노인주거단지의 조성에서 중요한 면은 물리적 환경과 서비스의 제공이다. 물리적 환경은 법적인 측면에서 통제가 될 수 있으나 서비스의 제공과 관련된 관리자 측면에 대한 적절한 교육과 사명감을 심어주어야 할 것이다. 연속보호은퇴주거단지의 개발은 노인의 인간으로서의 존엄성을 확보하기 위

해 최대한 독립적인 생활을 지원하고 노인이 필요로 하는 서비스를 적절한 시기에 제공함으로써 노인의 삶의 질을 향상시켜 주기 위한 것이라는 점을 전제로 해야 될 것이다.

넷째, 연속보호은퇴주거단지의 개발을 노인관련 산업으로 육성시키는 것도 고려해 볼만하다. 우리나라에서는 아직도 노인관련산업에 대한 인식이 부족하나 외국에서는 노인을 대상으로 하는 산업중 주택분야가 가장 규모가 크며 잠재력이 있는 분야라고 할 수 있다. 최근 미국에서는 노인을 대상으로 한 연속보호은퇴주거단지나 생활보조시설에 대한 개발이 새로운 투자업종으로 각광을 받고 있다. 따라서 우리나라에서도 정부의 복지예산만으로는 해결할 수 없는 노인주택개발을 (비)영리단체 등을 통해서 함께 이루어갈 수 있다면 빠른 시간내에 노인을 위한 주택 대안들이 마련될 수 있을 것이다.

변화하는 노인들의 다양한 욕구를 수용할 수 있는 노인주택개발이 중요하며 특히 노년기에는 이동을 원하지 않으므로 장기간 한 곳에서 정주할수 있는 여생이 보장되는 연속보호은퇴주거단지는 바람직한 노인주택의 한 유형이 될 수 있을 것으로 사료된다.

■참고문헌

곽인숙(1998). 노인의 취업여부와 건강 상태에 따른 주거선호. *대한가정학회지*, 36(11), 43-59.
 김정식(2000). 노인복지정책 대한노인회(www.koreapeople.co.kr/old-paper).
 김태현, 전길양(1997). 한국의 노인가족 부양의 현황과 과제. *학술계간지*, 2(3), 노인문제연구소, 105-126.
 박영란(1997). 미국의 노인부양 가구 지원정책. *학술계간지*, 2(3), 한국노인문제연구소, 127-150.
 신영숙(1998) 중년층이 선호하는 미래 노인주거 환경에 관한 연구. *대한가정학회지*, 36(2), 105-120.
 오은진, 박영기(1999). 치매전문요양시설 평가도구의 개발 및 활용에 관한 연구. *대한건축학회논문*

집, 15(6), 65-72.
 주택공사(1993). *미래주택 2000*. 대한주택공사
 통계청(2000). *장래인구추계*
 홍성희, 이경희, 곽인숙, 김순미, 김혜연, 김성희 (1998). 노년기 생활설계 프로그램 개발을 위한 기초연구. *대한가정학회지*, 36(10), 1-22.
 AARP-1 (2000). *Home Solutions; Options to Meet Changing Needs*. AARP. Washington D.C.
 AARP-2 (2000). *Navigating Your Way to a Quality Assisted Living Facility*. AARP. Washington D.C.
 AARP-3 (2000). *Selecting Retirement Housing*. AARP. Washington D.C.
 AARP-4 (2000). *How to Select A Nursing Home*. AARP. Washington D.C.
 Chappell, N.L. (1990). Aging and Social Care. in R.H. Binstock & L. George(Eds.) *Handbook of Aging and the Social Sciences* San Diego; Academic Press Inc.
 Cohen U., J.Weisman, C.Day, Robinson, Dicker, Meyer (1990). *Environment for people with dementia; Illustrative Designs*
 COPC Central (1999). *COPCs and the Elderly Face Growing Challenges Together, Community Outreach Partnership Centers*, Rockville, MD.
 Hays, J.C., A.N. Galanos, T.A. Palmer, D.R. McQuoid, and E.P.Flint (2001). Preference for place of death in a continuing care retirement community. *Gerontologist*, 41(2), 123-128.
 Hourihan, K. (1984). Residential Satisfaction, Neighborhood Attributes and Personal Characteristics:An Exploratory Pathanalysis in Cork, Ireland. *Environment and Planning*, 16, 425-36.
 Pillemer, K. and Phyllis M. (2000). *Social integration on the second half of life Baltimore*. The Johns Hopkins University Press.
 Sanders, J. (1997). *Continuing care retirement communities: A background and summary of*

- current issues Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy with the US Department of Health and Human Services.
- Somers, A, & Spears, N.L. (1992). *The Continuing Care Retirement Community*, New York, New York, Springer.
- Somers, A. (1993). Life Care; A Viable Option for Long-Term Care for the Elderly. *Journal of American Geriatrics Society*, 41, 188-191.
- Somers, A. and N.Spears (1992). *The continuing care retirement community*. New York: Springer Publishing Company.
- U.S. Department of Housing and Urban Development (1999). *The Challenge of Housing Security. Report of Congress on the Housing Conditions and Needs of Older Americans*, Office of Policy Development and Research.
- United State General Accounting Office (1997). *Health Care Services ; How Continuing Care Retirement Communities Manage Services for the Elderly*(GAO/HEHS Publication, No.97-36), Washington DC; Author.