

# 캐나다의 고령자 주거복지정책의 현황과 특징에 관한 연구

A Study on the Current Situation and Distinct Features of the Housing Welfare Policy for the Elderly in Canada

김태일 Kim, Tae-Il | 양건 Yang, Gun\*\*

## Abstract

Canada is a democratic country, yet it keeps a social democratic system in which the government is in charge of welfare of its people. And this is one of the most significant features about the country. Her public and private pension system has been effective since the 1920s, securing its people's fundamental income. In particular, the public medical system applies to its every citizen and performs its role. This system is called the National Medical System as well as 「MEDICARE」 named after its related law. However, there has been a significant change in the national medical and welfare policy due to the budget deficit. In other words, the policy was mainly implemented to welfare facilities in the past, but the policy changed to a welfare policy for the elderly with a concentration on the support for self-reliance of senior citizens since the reform. The purpose of this study is to provide data and implications for Korea through the analysis of the current situation and distinct features of the housing welfare system in Canada. This study has researched the literature on the subject with an analytic focus on three aspects that are the fundamental frame of the system, essential content (support for self-reliance and facility composition), and distinct features of the housing for the elderly. In other words, they are, first, how the fundamental frame of the housing welfare system for the elderly is composed; second, how the service for self-reliance welfare and facility service are composed; and third, what their scale and distinct spatial features of general houses for the elderly with self-reliance are. A comparative study was conducted in detail on courses and characteristics of the housing welfare system for senior citizens in Canada and the USA of North America. In particular, it reveals the scale and distinct spatial features of public houses for the elderly with self-reliance in British Columbia (BC) which is one of the main provinces of Canada.

**키워드** 캐나다, 의료복지, 고령자, 주거복지, 캐나다저당주택공사

**Keyword** Canada, Medical welfare, The aged, Residential welfare, CMHC(Canada Mortgage and Housing Corporation)

## 1. 서론

### 1.1 연구의 배경 및 목적

사회의 고령화는 이제 노인 개인들의 문제일 뿐만 아니라, 곧 사회 경제의 문제로 확산되고 있다.

서구 복지국가의 사례를 통해 알 수 있듯이 많은 국가들은 이미 오래 전부터 고령화 사회를 경험하였고 다양한 복지정책을 추진하고 있다. 그 중에서 '요람에서 무덤까지'라는 복지이념을 추구해 온 영국은 가장 선진적인 복지정책을 추진하였던 대표적인 국가이다. 특히 영연방(英聯邦)의 체제 아래 많은 영향을 받았으나 정치, 경제, 사회문화를 바탕으로 독특한 복지정책을 추구하여왔던 캐나다에서

의 주거복지정책의 변화와 특징은 시사하는 바가 크다.

민주주의 체제이면서도 국민의 기본적인 복지를 국가가 부담하는 일종의 사회민주주의 형태를 유지하고 있는 것은 캐나다의 커다란 특징이라고 할 수 있다. 공적 및 사적 연금제도는 1920년대부터 실시되어 가장 기본적인 소득 보장 체제를 확보하고 있으며 특히, 공적의료제도는 모든 국민에게 공통으로 적용되고 있다. 이 제도는 국민전체를 대상으로 하기 때문에 국민의료제도로 부르기도 하지만 법률명을 따라 「MEDICARE」로 부르는 제도로 순조롭게 기능하고 있다<sup>1)</sup>.

그러나 1990년대말 부터 재정적자를 개선하기 위한 방안으로 의료 및 보건, 복지정책에 대한 대대적인 정책변화

\* 제주대학교 건축학부 교수, 정회원  
\*\* 연세대학교 대학원 박사과정

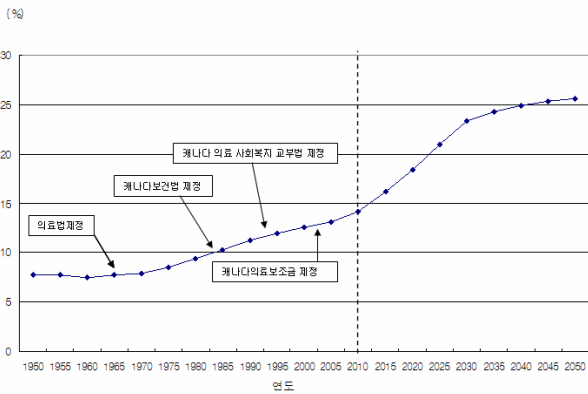
1) ジェームス・H・ティエッセン(2008), 캐나다における保健医療の財政基盤:その歴史と課題、海外社會保障研究、p18

를 시도하게 되었고 노인복지정책도 큰 변화를 맞이하게 되었다. 즉, 과거 복지시설을 중심으로 정책을 추진하였으나 개혁정책 추진 이후, 지역사회와 노인의 자립생활지원에 초점을 둔 노인복지정책으로 전환하게 되었다.

2009년 현재 캐나다의 고령화율은 13.7%(표1)이며 고령화사회에서 고령사회에 진입하는 동안 대략 70년 이상이 걸렸다. 이미 1950년대 고령화비율 7.7%를 넘어 인구구조가 변화되어 오는 과정에 고령화에 대응하기 위한 법적 제도적 장치를 마련하며 현재의 주거복지제도의 틀을 형성하여 왔다(그림1).

따라서 고령화 사회에 진입한 후 세계에서 가장 빠른 고령화사회의 진행이 예상되는 우리나라에 있어서 오랜 기간 동안 고령화 사회에 대응해 온 캐나다에서의 고령자복지정책의 변화와 특징적인 정책들은 고령자를 위한 주거정책 수립에 시사하는 점이 많으리라 생각된다.

본 연구는 캐나다 고령자주거복지제도의 현황과 특징 분석을 통해 앞으로 우리나라의 지역을 기반으로 하는 고령자주거복지 정책수립을 시사점 도출과 기초적인 자료 수집을 주요 목적으로 하고자 한다.



[그림 1] 세계 각국의 고령화추이와 관련법제정  
(출처 : UN, World Population Prospects : The2004 Revision Population Database)(관련법제정의 배경 및 내용에 대해서는 표2를 참조)

## 1.2 연구내용 및 방법

캐나다의 행정구조는 연방정부와 각 주 정부를 중심으로 하는 자치제도가 확립되어 주 정부에 따라 상이한 고령자 복지정책이 추진되고 있다.

본 연구에서는 문헌조사를 통해 고령자주거복지의 기본 틀과 재가 및 시설서비스의 특징에 분석의 초점을 두었다. 즉 첫째는 현재 고령자주거복지제도의 기본적인 틀이 어떻게 구성되어 있는가, 둘째는 북미의 주요국가인 캐나다와 미국의 고령자주거복지제도의 추진방향과 특징을 중심으로 비교 정리하여 재가서비스와 시설서비스가 어떻게

구성되어 있는가를 중심으로 특징을 파악하고자 하였다.

[표 1] 캐나다 주요 주별 인구수 및 고령화률

(단위: 천명, %)

구 분	총인구수	0~14	15~64	65세+	고령화율 (%)
Canada	31612.8	5579.8	21697.8	4335.2	13.7
Newfoundland and Labrador	505.4	78.2	356.9	70.2	13.9
Prince Edward Island	135.8	23.9	91.6	20.1	14.8
Nova Scotia	913.4	146.4	628.8	138.2	15.1
New Brunswick	729.9	118.2	504.1	107.6	14.7
Quebec	7546.1	1252.5	5213.3	1080.2	14.3
Ontario	12160.2	2210.8	8300.3	1649.1	13.6
Manitoba	1148.4	225.1	761.3	161.8	14.0
Saskatchewan	968.1	187.6	631.1	149.3	15.4
Alberta	3290.3	631.5	2305.4	353.4	10.7
British Columbia	4113.4	679.6	2834.0	599.8	14.6
Yukon	30.3	5.7	22.3	2.2	7.26

(출처 : Statistics Canada, CANSIM 2006자료)

## 2. 캐나다 복지정책의 변화와 고령자주거현황

### 2.1 캐나다 복지정책의 역사적 배경과 현황

국가의 복지제도에는 국민의 소득수준이 영향을 주는 요인의 하나이지만, 복지제도의 형성에는 국민의 가치관, 문화, 전통, 그리고 건국이념 등이 큰 영향을 주게 된다. 앞서 언급한 바와 같이, 캐나다는 역사적 배경에 있어서 영국과의 관계가 깊고 사회보장제도에 있어서도 상당한 영향을 받았다. 더욱이 인접한 미국으로 부터의 영향을 받으면서도 독자적 사회구조와 복지제도를 형성하여 왔다는 점이 큰 특징이다. 사회보장제도는 긴 역사 속에서 형성되어져 왔다. 최근, 급속한 고령자인구의 증가에 따라, 고령자의 존엄, 인권, 자주, 자립을 확보하기 위한 복지정책이 수행되고 있다.

표2는 캐나다 의료재정에 관한 주요 변화를 정리 한 것으로 캐나다 복지제도가 근본적으로 변하기 시작한 것은 1990년대 초부터이다. 즉 1995년에는 사회복지부(CAP : Canada Assistance Plan)과 제도재원조달법

(EPP : Established Programs Financing Act)을 통합하여, 보건·의료비와 복지비를 일괄하여 주 정부에 이양되어 주 정부의 책임 아래 사용되게 되면서 부터이다. 결과적으로는 주정부의 책임은 커지고 재정부담은 크게 늘어남으로서 주 정부 차원에서는 의료, 복지서비스에 대하여 개혁의 필요성이 대두되기 시작하였다. 의료 및 보건복지서비스 개혁은 재정악화의 개선과 아울러 지역사회에서의 정주를 지원하기 위한 재가서비스로의 전환에 두었다<sup>2)</sup>. 즉

[표 2] 캐나다 의료재정에 관한 주요 동향

연도	법·제도명	내용	재정관련사항
1966	의료법(Medical Care Act)	연방정부가, 모든 국민에 적용되어지는 공적의료제도(국민보험제도)를 도입함. 1968년부터 1972년 사이에 모든 주에서 같은 제도가 채택. 의학적으로 필요한 전문서비스에 대하여 연방정부로부터 보조금을 받기위한 4개조건: 가능성, 포괄성, 보편성, 공공재정이 확보되어야 함.	연방정부는 주정부의 시민 1인당 평균의료비의 50%를 부담함.
1977	제도재원조달법 (Established Programs Financing:EPF)	연방정부는 자금제공의 구조를 의료 및 고등교육의 자금으로 묶어 제공하는 일종의 패키지보조금으로 변경함.	1975년-76년 실적을 기반으로 국민총생산(GDP) 및 인구증가율을 고려하여 조정하여 연방정부가 50%를 부담함.
1984	캐나다보건법(Canada Health Act:CHA)	의료법에서 언급한 4개 조건에 추가하여 「접근성」을 추가함.	자기부담 청구를 허가한 주 정부에 벌칙을 내리는 규정을 도입함.
1995	캐나다의료사회복지교부금(Canada Health and Social Transfer :CHST)	EPF의 항목에 사회복지지를 추가함.	고정비용 보조금이 아님. 의료사회복지교부금의 43%가 의료비로 감. 재정 이전(移轉) 총액을 감소시켜, 각 주정부에 의한 유연성을 높이도록 함.
2004	캐나다의료보조금 (Canada Health Transfer:CHT)	의료용 자금을 CHST 패키지보조금 에서 분리함.	주 정부에 의한 투명성 및 설명책임의 확보를 목적으로 하는 것임.

(주 : ジェームス·H· ティエッセン(2008)、カナダにおける保健医療の財政基盤:その歴史と課題、海外社會保障研究、p 21 및 문성현(2002), 캐나다의 장기요양서비스, 건강보험포럼 겨울호.p67 내용을 참고로 작성)

기존 시설의 재정비에 의한 재정개선과 의료비 삭감의 재원을 지역주민을 위한 서비스로 전환하는 것이었다.

결론적으로 1990년대 후반부터는 과거 치료중심으로 이루어져 왔던 보건·의료서비스제공의 중심적인 기능개선과 의료비용의 절감 등과 같은 개혁정책을 통해 지역사회에서 계속 거주(Aging in place)할 수 있도록 재가서비스와 주택개선 등의 거주환경정비를 서둘러 진행하고 있다<sup>3)</sup>.

## 2.2 캐나다의 고령자세대구성 및 주거현황 특징

65세 이상 고령자의 연령분포를 보면(표3), 2003년 65~74세 고령인구가 전체고령자인구의 54%를 차지하였고 75세~84세의 경우 35%, 85세 이상이 11%를 차지하였으나 2009년에는 65~74세 고령인구가 53.1%, 85세 이상이 13.1%로 85세 이상 고령자인구의 비율이 2%정도 높아진 것으로 나타났다.

한편 세대구성에 대한 캐나다의 통계적 구분은 가족구성을 중심으로 구분하여 크게 가족세대<sup>4)</sup>와 비가족세대<sup>5)</sup>로 구분하고 있는데 표4에서 제시하고 있듯이 캐나다 전체의 세대구성은 가족세대가 69.6%로 가장 높은 비율을 차지하고 있고, 비가족세대가 30.4%로 나타났다. 아울러 고령자

세대의 경우 가족세대가 55.4%로

[표 3] 65세이상 고령자의 연령분포변화

구분	2003		2009	
	N	%	N	%
65~74세	2187.0	54.0	2487.9	53.1
75~84세	1423.1	35.0	1583.6	33.8
85세+	450.1	11.0	616.0	13.1
계	4,060.2	100	4,687.5	100

(출처:Statistics Canada)(단위, 천명, %)

[표 4] 65세이상 고령자 세대와 전체 세대의 구성

(단위, 세대, %)

Total		가구형태(65세 이상)			
		가족세대		비가족세대	
N	%	N	%	N	%
2,646,085	100	1,466,310	55.4	1,179,775	44.6
Total		가구형태(전체)			
		N	%	N	%
12,437,470	100	8,651,335	69.6	3,786,135	30.4

비교 (출처 : Statistics Canada, 2006 census)

높은 비율을 차지하고 있으나 비가족세대 역시 44.6%를 차지하고 있어 전체 세대구성과 비교하여 볼 때 비교적 높은 비율인 것으로 나타났다.

65세 이상 고령자 세대의 구성형태를 구체적으로 살펴보면(표5), 자녀와 거주하는 결혼부부세대가 6.2%로 낮은 비율을 보이고 있다.

- 2) 城戸喜子、塩野谷裕一 (2000)、先進諸國の社會保障3、カナダ、東京大學出版部、p260
- 3) 城戸喜子、塩野谷裕一 (2000)、先進諸國の社會保障3、カナダ、東京大學出版部、p262
- 4) 적어도 1가족 즉 자녀가 있거나 혹은 자녀가 없는 결혼부부 혹은 자녀가 있거나 혹은 없는 내연관계의 부부, 혹은 한 사람이상의 자녀와 살고 있는 배우자가 없는 부모세대
- 5) 홀로 거주하거나 가족관계가 아닌 두 사람이상으로 구성된 세대

반면 비가족세대의 1인의 비율이 42.7%, 자녀가 없는 결혼부부세대의 비율이 39.8%로 나타나 가족세대 및 비가족세대 1인 및 2인의 비율이 84.3%를 차지하고 있어 자녀와의 동거보다는 독립적인 거주형태가 일반적인 고령자 주거형태임을 보여주고 있다 .

특히 연령이 높아질수록 독신 혹은 특히 비혈연 관계 사람과의 동거 비율이 증가하고 있는 것이 특징이다(표6). 특히 비혈연 관계사람과의 동거비율이 높은 것은 캐나다 특유의 주택공유프로그램(Home Share Program)과 관련성이 있다고 할 수 있다. 주택공유프로그램(Home Share Program)은 지역사회에서 노년층사이에 독립적인 거주를 촉진시키기 위해 도입된 주거지원제도에 의한 영향이 큰 것으로 생각된다.

부부 및 독신고령자 세대, 비혈연세대와의 동거 비율 증가와 같은 캐나다 고령자세대의 주거현황은 먼저 안정적인 고령자 주택의 확보를 위한 주택개조, 사회적 비용의 절감, 지역복지의 강화에 따른 시설서비스의 변화 등을 포함한 다양한 주거복지지원 정책의 변화로 이어질 것으로 생각된다.

[표 5] 65세 이상 고령자세대의 구성형태 (단위, 세대, %)

구분		세대수	%	
가족세대	1가	163,235	6.2	
	족	자녀와 거주하는 결혼부부	1,052,135	39.8
		자녀가 없는 결혼부부	158,825	6.0
	세대	자녀세대와 거주하는독신	92,110	3.5
다가족세대		92,110	3.5	
비가족세대	1인	1,128,670	42.7	
	2인 이상	51110	1.8	
합계		2,646,085	100	

(출처 : Statistics Canada, 2006 census)

[표 6] 65세이상 고령자의 가족상태 (단위, 명, (%))

구분	합계	배우자	친구	독신	자녀와 거주	비혈연 관계사람
65세-74세 이상	2,239,580 (100)	1,466,010 (65.4)	79,715 (3.6)	86,655 (3.8)	5,735 (0.3)	601,465 (26.9)
75세-84세 이상	1,407,155 (100)	711,590 (50.5)	23,845 (1.68)	88,065 (6.3)	290 (0.02)	583,365 (41.5)
85세 이상	365,175 (100)	103,525 (28.4)	2,990 (0.8)	36,570 (10.0)	0 (0.0)	222,085 (60.8)

(출처 : Statistics Canada, 2006 census)

### 3. 캐나다와 미국의 고령자 주거복지제도의 특징 비교

#### 3.1 캐나다의 고령자주거복지제도의 특징

기본적으로 캐나다의 고령자는 본인의 희망에 따라 주거형태를 결정할 수 있는데 고령자의 주거현황에서 알 수

있듯이 자녀세대와의 동거보다는 부부세대 혹은 단독세대로 거주하는 것을 선택하는 경향이 많다.

그러나 지역사회에서 거주하면서도 고립되지 않고 자녀세대와 친구와의 교류관계를 유지하고 있는 경우가 많다. 이러한 거주방식이 가능한 것은 충실한 연금제도에 의한 소득보장, 충실한 재가서비스, 특히 저소득고령자를 위한 주택수당, 주택개선비 등의 거주환경개선사업이 시행되고 있는 것도 영향을 주었다고 생각되어진다.

특히 재가서비스의 주요 역할은 자립하여 생활하는 능력의 유지와 심신기능의 저하를 예방함으로써 불필요한 케어시설로의 입소를 줄이는 것에 있다. 또한 시설입소의 대기자에게 시설을 대신하여 필요한 서비스를 제공하여 원만한 입소가 가능하도록 도와주는 것에 있다.

지역사회에 거주하는 고령자를 위한 캐나다의 재가복지 서비스는, 연방제의 특성상 주 정부별 정책에 따라 다를 수밖에 없으나 일반적으로 1)Social worker의 서비스, 2)간호서비스, 3) 이학작업요법(理學作業療法, Physical Therapies), 4) 재가생활지원서비스(Home Support Service), 5) 케이스 매니저(Case management), 6) 자원봉사 등에 의한 가정방문서비스가 기본적인이다.

한편 캐나다의 주택정책은 제1차 세계대전까지 거슬러 올라가지만, 주요 주택정책으로서는 다음과 같다.

- 제1차 세계대전 이후, 귀환 병사를 위한 주택건설
- 1935년 Dominion주택법에 의한 “주택공사” 설립
- 1938년 주택법(NHA : National Housing Act)제정
- 1946년 주택법에 근거하여 캐나다저당주택공사

(CMHC : Canada Mortgage and Housing Corporation)를 발족하여 현재에 이르고 있다. 특히, 캐나다저당공사는, 연방정부의 주택정책 이행 기관으로서 주택융자, 저당보증, 사회주택 프로그램조성 등에 있어서 중심적인 역할을 하고 있다. 즉, 직접주택을 공급하지 않고 융자프로그램 등을 통하여 간접적으로 주택공급에 간여하고 있다. 그러나 1980년대말부터 1990년대에 걸쳐서 긴축재정에 의한 연방정부의 주택예산이 삭감되어져 연방정부의 영향력은 축소되어져 오고 있으나 동시에 주 정부와 지방자치체의 역할은 커져 가고 있다.

최근, 고령자의 인권, 자유, 자립, 존중을 중시한 커뮤니티 기반의 거주지원 정책을 수행하기 시작하였으며, 주택정책과 복지정책 분야가 연계한 서비스형 고령자주택의 공급에 전력하고 하고 있다.

캐나다에서의 고령자의 거주를 지원하기 위한 제도에는, 고령자 본인에게 주택을 공급하거나 케어시설로 옮겨 거주하게 알선하는 등의 「직접 혹은 물적 지원책」과 행정조직이 직접 관여하지 않으면서 재가서비스의 제공이나 주택개조비용의 지원, 비공식적 케어(Informal Care)<sup>6)</sup>의 지원을 통하여 정주를 유도하는 「간접적 지원책」으로 이

루어지고 있다.

「간접적 지원책」의 하나인 비공식적 케어는, 사회자원의 부족과 재정압박의 문제를 피하기 위해, 가족 간호자에 대하여 서비스제공과 금전급여가 이루어지는 것으로 거의 대부분의 주 정부가 실시하고 있는 제도이다. 가족 간호자에 대한 서비스는 병원 혹은 복지시설에 1개월을 한도로 언제든지 고령자를 맡기거나, 자원봉사자가 고령자를 자택에서 데리고 나가거나 혹은 가정을 방문하여 고령자의 말벗이 되어 가족간호자가 충분한 휴식을 취할 수 있도록 배려하는 방법으로 서비스 대신에 금전급여의 방법도 있다.

그리고 「직접 혹은 물적 지원책」에 대하여 논의하기 앞서 캐나다 주택정책의 특징을 파악할 필요가 있다. 기본적으로 캐나다의 고령자는 병원-복지시설-재가서비스라는 3가지 유형의 서비스를 적절히 조합하여 제공받을 수 있다. 거주환경에 직접영향을 주는 요인으로 생활 관련시설의 정비와 아울러 공급주택의 양과 질을 열거할 수 있다. 특히, 주택 그 자체는 거주자의 일상생활의 질에 직결되는 문제이며, 또한 지역사회복지의 기능전개에 있어서 불가결한 중요한 사회자원이기도 하다.

캐나다의 주택정책은, 미국과 마찬가지로 시장원칙에 의한 자가(自家)정책이 중심이다. 그러나 캐나다에서는 주택시장을 통하여 적절한 주택을 입수할 수 없는 계층의 수요에 대응하기 위해, 연방정부의 지원을 받는 비영리단체 조직과 협동조합 등을 통하여 공급·관리되어지는 소위 공영주택(公營住宅, Social Housing)정책을 실시하고 있는 점이 미국과의 큰 차이점이라도 할 수 있다<sup>6)</sup>.

캐나다의 사회주택정책의 종류에는, 1)공공임대주택(지방자치체 혹은 공사가 직접 공급 관리하는 주택), 2)비영리의 주택(공적 조성을 받아 민간비영리 조직에 의해 운영관리 되는 주택), 3)Co-operative Housing (협동조합방식으로 건설되어지는 비영리의 주택)이 있다. 이와 같이 다양한 주택을 통해 고령자의 안정적인 주거지원과 지역사회의 정주를 유도하고 있는 것이다.

그림2는 주택법에 의한 공공기금의 연도별 Co-operative Housing과 혁신프로그램에 의한 주택공급변화를 보여주는 것으로 혁신프로그램에 의한 공급이 지속적으로 증가하고 있을 알 수 있다. 혁신프로그램은 임대비 보조프로그램,

「고령자자립을 위한 주택개조프로그램(HASI : Home Adaptation for Seniors' Independence)」, 「주택개선조성 프로그램(RRAP : Residential Rehabilitation Assistance Program)」을 포함하고 있다. RRAP는 캐나다저당주택공사(CMHC)에 의해 실시되는 정책프로그램으로 저소득고령자임대인을 위해 개조가 필요하다고 판단하여 임대인 혹은 주택소유자가 신청하는 것으로 임대료를 인상하지 않고 개조이후에 적어도 6개월이상 계속 거주하는 조건부로 3,500달러까지 대부되어지는 조건이다. 반면 HASI는 보다 큰 규모의 주택개조와 개수에 대한 대부제도로써 최대 16,000달러까지 대부받을 수 있는 제도이다.

그림2에서 알 수 있듯이, 다소 Co-operative Housing은 감소하고 있는 추세이나 혁신프로그램에 대한 예산은 지속적으로 증가하고 있음을 나타내고 있다. 이는 앞서 언급한 바와 같이 케어시설을 중심으로 이루어져 왔던 의료보전 정책이 크게 바뀌면서 다양한 혁신 프로그램을 통한 지역사회에서의 정주지원 프로그램에 정책을 집중하고 있음을 반영하는 것이라고 할 수 있다. 물론 고령자주거형태역시 1인 혹은 2인가구의 비율이 높고 또한 노후된 주택에서 거주하는 환경문제를 반영한 것이라고 할 수 있다.

그리고 공영주택의 공급과 아울러 큰 변화의 하나는 임대비 보조프로그램의 도입과 RRAP, HASI에 대한 지원강화에 따라 신축중심의 주택공급에서 탈피하여

[표 7] 우리나라 65세이상 고령자가구의 주택건축연도

건축연도	가구수	%
2000-2005년	6,285	11.2
1990-1999년	19,093	33.9
1980-1989년	12,161	21.6
1970-1979년	7,457	13.3
1960-1969년	3,876	6.9
1959년 이전	7,372	13.1
합계	56,244	100

(주 : 2005년 인구주택총조사 2% 원자료를 근거로 작성)

기존주택의 환경개선과 경제적 비용의 경감을 통하여 지역정주를 시도하고 있다는 점을 들 수 있다.

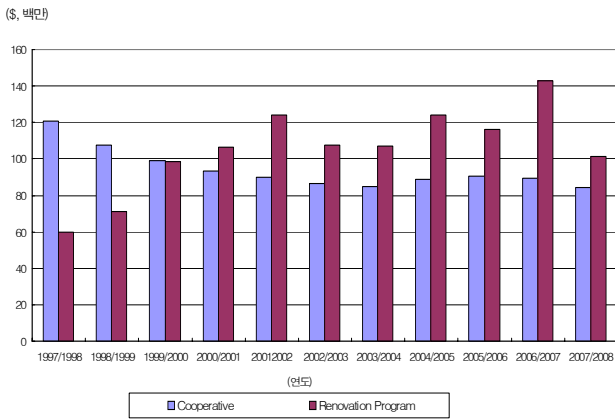
이러한 점은 우리나라의 고령자 주거환경을 고려하여 볼 때 시사하는 점이 크다고 할 수 있다. 우리나라의 경우 자가비율이 높은 편이지만 주택의 건축연도가 약 30년이상 되는 고령자가구의 비율이 33.3%에 이르고 있어서(표7) 지역사회의 정주를 유도하기 위해서는 지역복지서비스의 충실화 및 체계화와 아울러 주택개조지원 정책의 추진이 중요하기 때문이다.

그림3은 자가 및 장애자주택, 그리고 혁신프로그램의 주요 프로그램인 RRAP, HASI의 공급추이를 나타내고 있다. 자가주택의 공급은 여전히 높은 비율이기는 하지만 공급 비율은 조금씩 감소하는 경향을 보인다 2004년을 기점

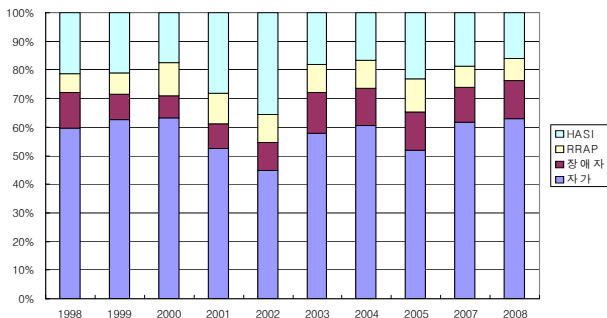
6) 고령자케어의 대부분은 가족이나 이웃주민, 혹은 친구 등에 의한 비공식적 케어(Informal Care)가 이루어지고 있다. Informal Care는 케어를 위한 사회자원의 부족, 재정압박을 계기로 거의 모든 주(州)가 서비스제공과 금전급여의 형태로 실시하고 있다. 즉 Informal Care는 가족간호자가 휴식을 취하도록 병원이나 시설의 병실을 1개월 한도에서 사용하게 하거나 자원봉사자가 개별 한도자택에서 데려나가 산책하게 하거나 가정방문하여 고령자의 상대가 되어 간호자가 휴식을 취하도록 하는 방법, 그리고 일정 금액을 지불하는 방법들이 시행되고 있다. 城戸喜子、塩野谷裕一(2000)、先進諸國の社會保障3、カナダ、東京大學出版部、pp265-266

7) 財団法人高齢者住宅財団、高齢者の住まいと福祉に係る各國の取組事例等の調査研究事業報告書,2005、p222

으로 다소 증가하는 추세를 보이고 있다.



[그림 2] 주택법에 의한 공공기금의 연도별 Cooperative Housing과 혁신프로그램의 예산변화 (출처 : CMHC, Canadian Housing Statistics 2009)



[그림 3] 자가 및 장애자주택, RRAP, HASI 공급변화 추이(출처 : CMHC, Canadian Housing Statistics 2009)

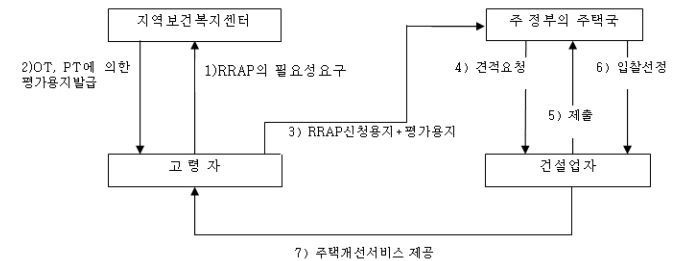
한편 물리적 환경개선 사업인 RRAP, HASI은 자가 비율에는 미치지 못하지만 2002년까지 꾸준히 증가하고 있는 경향을 보인다 이후 감소되고 있으나 기본적으로 고령자 주거복지정책의 큰 틀은 케어시설보다는 지역사회와 재가 지원, 그리고 의료서비스 보다는 생활지원 프로그램에 역점을 둔 주거 및 복지지원 정책으로의 체제전환에는 큰 변화가 없다고 할 수 있다.

일반적으로 RRAP의 신청과정은 주정부에 따라 다르지만 대략적으로는 그림4와 같다. 그림4는 퀘벡주의 RRAP 신청절차의 흐름을 보여주는 것으로 여기서 주목할 것은 지역보건복지센터와 주정부의 역할이다. 즉 지역보건복지센터의 경우 일정한 평가기준이 기입된 용지를 근거로 OT, PT<sup>8)</sup>가 거주자의 일상생활 능력정도, 신체적인 조건

8) PT는 Physical Therapist를 의미하는 약자이며 환자의 운동장애나 신체장애를 개선하기 위한 물리치료를 담당하는 전문치료사(물리요법사)를 의미한다. 한편 OT는 Occupational Therapist의 약자로 팔 다리의 운동기능 특히 손가락을 쓰는 동작의 회복이나 정신장애자의 회복, 사회생활에 적응하기 위해 물건의 제작, 놀이 레크레이션 등 다양한 활동과 작업을 통해 치료를 담당하는 전문치료사(이학요법사)를 의미한다.

등 거주자의 신체적인 특징을 고려하여 물리적 환경의 평가가 이루어진다는 것이다. 아울러 주 정부의 주택국은 이를 근거로 단순한 주택개조에 대한 행정적인 절차를 이행하는 지원서비스역할을 하고 있는 점은 복지행정분야와 건축행정분야의 협력과 조화에 있어서 시사하는 바가 크다.

아울러 주택개조 프로그램 이외에 임대보조비제도도 도입되고 있는데 사회주택과 민간주택에 적용되는 임대비 보조제도는, 거주자의 소득으로 지불되어지는 임대료와 본래의 임대료와의 차액에 대하여 일정부분을 보조하는 제도이다. 연방정부의 주택프로그램과 연동되는 임대비보조제도 이외에도 주정부 독자적 제도로서 주택수당(Housing Allowance)<sup>9)</sup>을 시행하고 있는 주 정부도 있다.



[그림 4] RRAP의 신청절차(퀘벡(Quebec)의 사례를 참고로 작성)

### 3.2 미국의 고령자 주거복지제도의 특징

미국의 정치시스템은 군사, 외교, 통화제도와 같은 주요사항을 연방정부가 가지며 각 주는 주의 헌법에 의해 자치권을 행사하는 연방제이다. 이와 같은 연방정부와 주정부와의 정치구조의 이중성 때문에 통일된 제도와 조직의 성립은 어려우며 고령자복지제도 역시 각 주별로 상이하고 복잡하여 이해하기 어려운 측면이 많다.

미국의 고령자개호의 공적정책인 메디케이드(Medicaid)와 메디케어(Medicare)는 시설서비스에 자금을 제공하고 있고, 고령미국인법(The Older Americans Act)과 사회복지법(Social Security Act)은 재가서비스의 제공에 초점을 두고 있는 것이 차이점이다. 이들 4개 법률을 중심으로 공적인 고령자개호정책이 이루어지며 기본적으로 저소득대상의 시설서비스에 큰 비중을 두고 있다<sup>10)</sup>. 따라서 상급 언급한 관련법을 근간으로 정책이 수립되고 집행되며 연방정부와 주정부의 역할을 구분하여 추진되는 것이 가장 큰 특징이다. 그리고 일반적으로 미국의 고령자주거복지정책의 경우, 크게 시설서비스와 재가서비스 구분할 수 있다. 최근

9) 주거비가 전체소득의 30%를 초과했을 때 안정적인 주거확보를 위해 초과부분에 대하여 주거비용을 수당형식으로 지원하는 것을 의미한다.  
10) 개호가 필요한 고령자중 여유가 있는 경우 서비스를 자기부담으로 구입해야 한다. 문제는 차상위계층의 저소득자의 경우 자기부담을 할 수 없어 시설을 나와야 하는 등의 사회적 문제를 안고 있기도 하다. 足立正樹(2003), 各國의社會保障、法律文化社、p166

에는 캐나다의 생활지원시설(Assisted Living Residences)과 유사한 지역거주시설서비스(Residential Community Care)로 불리는 중간적인 시설서비스가 증가하고 있다<sup>11)</sup>.

먼저 시설서비스는 크게 독립형 주거, 의존형주거, 너싱홈, 은퇴촌로 구분할 수 있다. 독립형 주거는 지원이 필요 없는 고령자를 대상으로 하는 집합주택으로 기본적으로는 독립적이며 자유로운 생활을 존중하여 안전한 생활환경을 지원하는 것에 비중을 두고 있다. 일반집합주택과 다른 점은 공용공간을 설치하는 것으로 공동생활 및 활동이 가능하도록 넓은 공용공간을 설치하도록 하고 있다. 단독주택으로 구성될 경우, 단독주택을 그룹화하여 클럽하우스, 풀장 등의 공용공간을 설치하는 경우도 있다. 의존형주거의 경우, 너싱홈과 같은 의료지원서비스를 필요로 하지 않으나 일상생활을 영위하기 위해 약간의 서비스지원을 필요로 하는 고령자를 대상으로 하는 시설이다. 너싱홈은 병원은 아니지만 병원과 유사한 설비와 체제를 갖추어 24시간 지원하는 형식의 시설이다. 메디케어(Medicaid)와 메디케어(Medicare)에 의해 규제되는 시설이며 앞서 언급하였듯이 비용의 증감, 고령자주거복지에 대한 인식전환에 따라 주 정부에서는 신규개설을 억제하고 있는 추세이다. 은퇴촌은 넓은 부지내에 독립형주거와 의존형주거, 그리고 너싱홈을 집약시킨 주거시설로서 비교적 여유있는 고령자를 대상으로 하고 있다. 가장 큰 장점은 자립적이고 독립적인 생활존중을 바탕으로 의료와 건강측면에서의 안심감제공, 지역사회를 기반으로 하는 주거시설이라는 점, 비용부담을 할 수 없는 경우에는 자선기부금 혹은 보조금등에 의해 지원되는 경제적안심, 그리고 각종 스포츠시설, 요가 등 다양한 생활지원 서비스가 제공된다는 점을 들 수 있다. 각 시설별 대상자 및 제공서비스는 표8과 같다.

[표 8] 미국고령자주거복지 시설체계 및 제공서비스

명칭	입주대상자	제공서비스
독립형주거 (Independent Living)	자립가능한 고령자	공용공간 및 일반적인 활동지원서비스
의존형주거 (Assisted Living)	간단한 지원으로 일상생활이 가능한 고령자	식사, 목욕, 세탁 등 낮은 등급의 생활지원
너싱홈(Nursing Home)	의료를 포함한 높은 등급의 지원이 필요한 고령자	24시간체제 의료서비스
은퇴촌 (CCRC:Continuing Care Retirement Community)	상기의 3가지 조건을 전부 포함	상기의 3가지 형태 서비스에 은행, 골프장 등의 문화시설도 포함

11) 財団法人高齢者住宅財団(2005), 高齢者の住まいと福祉に係る各國の取組事例等の調査研究事業報告書, p198

[표 9] 미국의 재가서비스 종류와 내용

서비스분류	서비스 내용
방문간호 (Nursing Service)	재가에서 간호사 등에 의해 제공되어지는 의료적 케어
방문리허빌리테이션 (Therapy Service)	재가에서 OT,PT, 언어청각사등에 의해 제공되어지는 재활
신체개호 (Home Health Aid Service)	재가에서 개호를 필요로 하는 사람에 대해서 제공되는 목욕, 배설 등의 신체적인 개호
가사원조 (Homemaker/Chore Service)	식사의 준비와 세탁 등의 기본적인 가사의 원조
주간보호 (Adult Day Care)	케어를 필요로 하는 사람을 대상으로 의료, 복지서비스(건강관리, 재활, 식사, 레크레이션 등을 제공하는 시설
식사배달서비스 (delivered Meals) 집단급식서비스 (Congregate Meals)	스스로 식사를 준비할 수 없는 재가의 고령자에게 정기적으로 균형 잡힌 영양가 있는 식사의 배달서비스, 혹은 고령자복지센터등에 의한 급식서비스
환송서비스 (Transportation)	이동에 도움이 필요한 고령자를 대상으로 하는 이송서비스
고령자복지센터 (Senior Center)	모든 고령자를 대상으로 하는 레크레이션, 각종 일상생활상의 지원을 제공하는 서비스
기타	단기체류, 영양지도 등

한편 재가서비스의 경우, 최근 장기요양에 의한 메디케어 지출을 줄이기 위해 메디케이드를 이용하지 않는 경우에는 장기재가개호시설프로그램을 이용할 수 있게 하는 등 기본적으로 시설에서 재가로 옮겨 가도록 유도하고 있고 메디케어(Medicare)<sup>12)</sup>의 경우도 비용저감을 유도하기 시작한 결과 재가서비스는 1990년대부터 급증하기 시작하였다<sup>13)</sup>.

미국의 재가서비스는 대체로 9가지 종류로 구성되어 있는데(표9) 앞서 언급하였던 캐나다에서 공통으로 지원되는 6가지 서비스와 비교할 때 종류 및 내용적인 측면에서 다양성을 갖고 있는 것이 특징이다.

## 4. BC주의 고령자 주거복지 정책 특징

### 4.1 거주지원제도의 특징

캐나다는 연방정부와 주 정부의 역할과 기능이 명확히 구분되어 있고 각 주정부별로 다양한 고령자주거복지정책

12) 이와는 별도로 1965년에 제정된 메디케어(Medicare)는 65세이상 고령자, 장애인, 특정질환자를 대상으로 하는 공적인 의료보험제도로서 연방정부가 운영하며 대체로 급성기 의료를 보장하는 제도이다.

13) 財団法人高齢者住宅財団(2005), 高齢者の住まいと福祉に係る各國の取組事例等の調査研究事業報告書, p193



을 추진하고 있음은 앞서 설명한바와 같다. 캐나다 주 정부 중에서 인구 규모가 크고 고령화율이 높은 BC(British Colombia)주정부의 고령자 주거복지정책의 특징을 비교 정리하여 보았다. 표10은 BC 주 정부의 고령자주거복지정책의 내용들을 정리한 것으로 BC주 정부의 고령자주거복지의 가장 큰 특징은 안정적이고 선택 가능한 주거환경의 제공, 건강하고 독립적인 생활이 가능한 생활 및 건강지원, 그리고 시설서비스 제공이다.

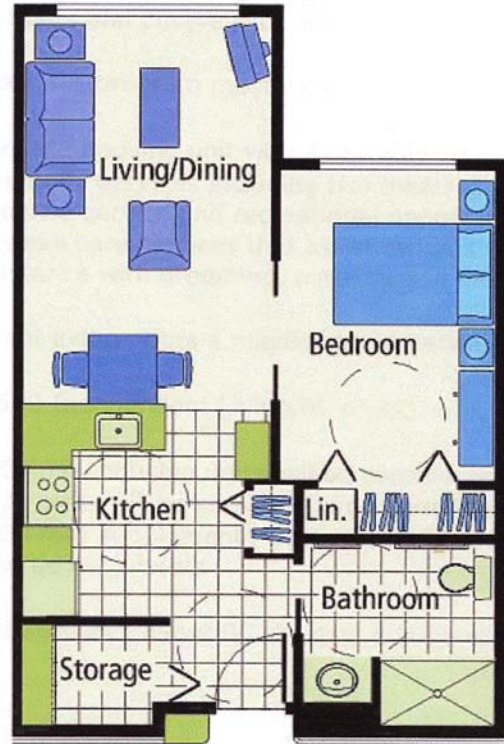
본 연구에서는 주거지원 프로그램 및 시설서비스를 중심으로 그 특징을 살펴보았다.

BC 주 정부의 경우, 캐나다 저당주택공사(CMHC)에 의한 제도와는 별도로 「임대주택거주고령자를 위한 거주지원제도(SAFER : Shelter Aid For Elderly Renters)」를 실시하고 있다.

「임대주택거주고령자를 위한 거주지원제도(SAFER : Shelter Aid For Elderly Renters)」는 BC주의 하부조직으로 주택공급을 담당하고 있는 BC Housing의 독자 프로그램으로, 임대주택에 거주하는 60세 이상 고령자에 대하여 재정적 지원을 제공하는 것으로 수입의 30%이상을 임대거주비<sup>14)</sup>로 지불하는 경우 현금으로 지원하고 있다. 자격에 대해서는 65세 이상일 경우 연방정부가 지급하는 노령연금 수령자여야 하며, 60~64세인 경우 과거 10년이상 캐나다에서 거주하고 BC주에 1년이상 거주한 캐나다 시민 혹은 이민자가 그 대상이 될 수 있다.

아울러 BC주 정부의 경우 독자적으로 주택을 공급하고 있는 조직인 BC Housing을 통해 고령자의 독립생활을 지원하기 위한 프로그램(ILBC, Independent Living BC(표 10 참조))의 일환으로 공적 고령자주택을 공급하고 있다. 주택의 기능은 독립생활지원시설(Independent Living / Support Living)의 형태라고 할 수 있으며, 주택의 규모는 일반적으로 one bed room (51.1m<sup>2</sup>), two bed room(69.7m<sup>2</sup>)으로 부엌, 화장실이 있는 1LDK가 많다.

그림5는 BC주의 ILBC프로그램에 의해 공급되는 고령자주택의 평면으로 생활의 독립성과 프라이버시 확보를 최대화하고 침실 1곳과 문턱과 같은 장애물이 없는 (Barrier-free) 넓은 폭의 출입문, 레버 핸들, 강화된 실내 조명, 그리고 24시간 대응시스템을 특징으로 열거할 수 있다.



[그림 5] BC주의 ILBC프로그램에 의해 공급되는 고령자주택의 평면(점선의 원은 휠체어의 회전 가능한 공간을 의미함)(인용: Independence Living BC 팸플렛)

## 4.2 고령자의 거주에 관한 시책

이러한 주택정비와 아울러, 재가서비스의 실시기관과 연계한 기능의 정비도 진행되고 있다. BC 주 정부의 재가 및 시설서비스 체계는 7가지의 범주로 나눌 수 있다[표 11].

### 1) Home Support service

14) 민간, 공공에 관계없이 주택공급은 그것을 필요로 하는 가계와의 관계에 의해 생각되어진다. 주택이 경제재이기 때문에 그것을 필요로 하는 취득능력(affordability)은 중요한 요인이 된다. 巽和夫 (1993) 、現代ハウジング用語事典、彰國社,p12



[표 10] BC주 정부의 고령자를 위한 주거복지정책의 주요 내용(출처: Benefits and Services for Seniors의 내용을 정리한 것임)

프로그램	특징	서비스내용	비고
생활지원프로그램 (Assisted Living Program)	연방정부 프로그램의 하나이며 약간의 도움을 받아 독립적으로 거주하고자 하는 고령자에게 선택권을 주는 것이다. 지원수준은 요구에 맞게 적용된다. 서비스비용은 소득공제한 수입액의 70%까지 지불.	서비스는 주택을 포함하여 개인의 일상적인 활동지원, 전문적 건강지원, 식사, 가사, 그리고 세탁, 사회접촉기회와 활동 지원 등으로 구성.	독립생활BC (Independent Living BC)로도 불리며 고령자주거정보지원(SHIP)에서 관련 서비스를 지원,시행.
돌봄이(Caregivers)를 위한 지원 (Resources for Caregivers)	돌봄이(Caregivers)를 활성화하고 지원하기 위해 지역보건소에서 알선		배우자, 가족, 혹은 친구를 돌보는 사람을 위한 지원
건강지원 (Health-care Resource)	알츠하이머협회, 캐나다 암협회등에서 제공되는 관련정보 제공	알츠하이머, 암 등 노후에 발생할수 있는 주요 질병에 대한 예방과 지원제도 등에 대한 정보 제공.	주치의, 지역보건소, 혹은 BC노인학대에범협회(BC CEAS:Coalition to Eliminate Abuse of Seniors)에서 관련정보를 제공한다.
고령자주거정보지원 (SHIP:The Senior Housing Information Program)	BC주의 특정지역 거주고령자를 대상으로 하지만 거주하는 모든 고령자를 대상으로 제공되는 무료 주거정보서비스	고령자주택을 포함하는 주택현황정보, 고령자를 위한 지역사회 지원시설로의 알선과 고령자를 위한 서비스수요와 최근 주택현황조사, 고령자를 위한 주택과 서비스에 관한 지역사회 그룹에 대한 워크샵 등의 업무 시행.	-
임대주택거주고령자를 위한 거주지원제도 (SAFER : Shelter Aid for Elderly Renters)	임차인정보 프로그램 -BC Housing Program으로서 60세이상 고령자 임차인에게 재정적인 지원 제공	지원조건은 다음과 같다. -60세 이상이어야 하며, 임대비용은 소득의 30%이상이어야 한다. -또한 본인과 배우자는 BC주에 거주하고 있어야 하며, 시민권 혹은 영주권을 갖고 10년이상 캐나다에서 거주하여야 함.	다음 사항의 경우는 있어서 제외한다. -보건성에 의해 조성된 지원주택 혹은 거주기능의 보호시설에 살고 있는 경우, -Co-op housing에 살면서 지분을 소유하고 있는 경우, -이동식주택을 소유하고 있는 경우 -사회복지 혜택을 받고 있는 경우
고령자자립을 위한 주택개조프로그램 (HASI: Home Adaptations for Seniors' Independence )	주택 소유자 프로그램 -캐나다저당주택공사(CMHC)가 주관 -보다 큰 규모의 주택개조와 보수에 대한 대부제도	-BC주의 경우, 최대 16,000달러까지 받을 수 있음. -저소득임차인을 위해 개조를 희망할 경우 적용할 수 있음	-캐나다저당주택공사(CMHC)에 의해 추진되는 주거환경의 접근성을 높이기 위한 프로그램
주택개선조성 프로그램 (RRAP: Residential Rehabilitation Assistance Program)	주택 소유자 프로그램 -캐나다저당주택공사(CMHC)가 주관 -저소득고령자임대인을 위해 개조가 필요하다고 판단하여 임대인, 소유자가 신청	임대료를 인상하지 않고 개조 이후에 적어도 6개월이상 계속 거주하는 조건부로 3,500달러까지 대부되어짐.	
주택세 납부 기한 연장 (Deferment of property taxes)	주택 소유자 프로그램 재산세를 납부할 능력이 없는 경우는 집이 팔릴 때까지 연기할 수 있음.	-	-시청 주택세 부서를 방문하여 신청.
BC주 소유 주택 거주자 보조 (Provincial homeowner's grant)	주택 소유자 프로그램 -65세이상이며 소유주택에 살고 있는 경우 BC주정부는 주택소유자에 대하여 보조금을 지급함으로써 재산세 감면효과를 줌.	-	-매년 주택세 납부통지서의 뒷면에 있는 해당란에 기입하여 신청.
모기지 전환프로그램 (Reverse mortgages)	주택 소유자 프로그램 -62세이상의 주택소유자는 금융기관으로부터 전환모게지를 할 수 있음.	-소유주택의 가치의 일부에 해당하는 액수를 현찰로 받음. -집이 팔릴 때 까지 모게지에 대한 지불을 하지 않고 거주할 수 있지만 사망한 뒤에도 주택을 처분하여 원금과 이자를 지불하여야 함.	-
임차인/임대인의 권리와 책임보장 (Tenant/Landord right and Responsibilities)	주거임차법(The Residential Tenancy Act)에 의해 임대인과 임차인의 권리와 책임을 규정.	임차인권리협회가 조직되어 있어서 관련정보제공과 권익을 보호	-

[표 11] BC주의 고령자 재가서비스제공 및 시설 체계

시설분류	시설종류	공급주체		규정된 <sup>15)</sup> 서비스종류
		BH*	HA**	
자립생활 지원거주 시설	재가지원서비스 (Home Support service)	○		없음
	재가요양서비스 (Home Care service)	○		없음
	독립생활시설 (Independent/supportive living)	○		없음
서비스형 주택	생활지원시설 (Assisted Living Residences)	○	○	1~2
입소시설	장기요양시설 (Long Term Care Residences)		○	3
	치매요양시설 (Alzheimer Care)		○	3
	종말케어시설 (Hospice Care)		○	3

\* BH(BC Housing), \*\* HA(Health Authority)

고령자 본인이 자택에서 자립적인 생활이 가능하도록 지원하는 서비스로서 가사서비스, 식사서비스, 이사 및 그 외 도움, 장보기, 간병자의 휴식 및 상담, 레크레이션 서비스와 같은 비 의료적인 서비스에 한정되어 있다.

2) Home Care service

자택에서 거주하는 고령자에게 보다 숙련된 간병 및 전문적인 요법(Therapies)과 같은 인적 케어를 포함하는 서비스를 제공한다.(1)의 Home Support service와는 달리, 의료서비스가 포함되어 있다.

3) Independent/supportive living

사가서비스, 식사준비(혹은 공동식사), 사회 프로그램, 레크레이션 프로그램, 24시간긴급체제, 장보기의 보조, 외출보조 등과 같은 서비스를 제공하는 아파트 형태의 거주 시설을 통상 의미한다. Independent/supportive Housing의 경우, 민간 혹은 비영리의 주택 공급자가 관리하거나 혹은 소유하고 있고, 임대료는 소득에 따라 산출되어진다. 예를 들면, BC주의 주택공급공사인 BC Housing은, 저소득고령자가 가능한 한 오랫동안 자립하여 생활할 수 있도록 디자인 되어진 supportive Housing을 공급하고 있으며, 임대료는 소득의 30%로 한정하고 있다.

4) Assisted Living Residences

자택에서의 생활과 같은 보조서비스와 다단계의 케어를 제공하는 거주시설을 의미한다. 서비스는 통상, 식사서비스, 사회프로그램, 레크레이션 프로그램, 24시간 긴급체제, 세탁 및 가사서비스, 약의 복용에 관련된 관리, 목욕과

착의, 탈의 등의 일상적인 지원이다. 의료서비스가 제공 되어지는 경우도 있다. BC주에서는 고령자와 간병을 필요로 하는 사람을 위해 혁신적인 주택으로 정의하여 Independent /supportive living과 아울러 공급을 늘리고 있다. 그러나 Long Term Care Residences의 예산을 대폭 삭감하고 Independent/supportive living의 예산을 증액하고 있기 때문에 본래 Long Term Care Residences에 거주하여야 하는 고령자를 받아들이는 시설이 없어져 Independent/ supportive living으로 옮겨서 거주할 수밖에 없는 상황이 발생하고 있다.

5) Long Term Care Residences

중간 케어 혹은 연장 케어 홈으로서 알려져 있다. Assisted Living Residences보다 높은 단계의 케어와 관리가 제공되는 시설이다.

6) Alzheimer Care

인지증 혹은 기억상실, 인지력이 없는 고령자를 위한 특별한 케어와 지원 프로그램을 제공하는 시설로서 케어제공자는 지역사회 내지는 복지시설이다.

7) Hospice Care

일시적으로 병상(病狀)을 완화하는 케어로서 알려져 있다. 가정 혹은 시설환경 속에서 서비스가 제공되어져 주로 고통을 완화하거나 질병악화에 의한 손상, 위험한 질병을 가진 환자와 가족의 생활의 질을 개선하는 것을 목적으로 하고 있다.

5. 결론

캐나다의 고령자주거 및 의료 복지정책은 1990년대를 기점으로 상당한 변화를 가져왔다. 그 배경에는 의료시설을 중심으로 하는 고령자지원정책이 상당한 재정적 압박을 가져오고, 또한 서비스 전달의 문제점과 비효율성 등이 표면화됨으로써 사회보장 개혁의 필요성이 대두되면서 부터이다.

시장에서 적절한 주택을 확보하지 못하는 고령자에게 독립적이고 안정적인 주거생활을 보장하는 것 뿐만 아니라 거주지역계획과 그곳에 제공되는 재가서비스의 질적 확보는 중요하며 궁극적으로는 지역과 도시의 생활공간을 규정해 나가게 된다. 캐나다에서 지역에 밀착된 고령자주택과 재가 및 시설서비스 정책의 변화는

중요성을 시사하는 것이라고 할 수 있다. 캐나다 고령자주거복지의 기본 틀 구성, 재가 및 시설서비스 특징, 그리고 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째 고령자 주거복지의 기본 틀이다.

기본적으로 소득보장과 의료보장, 그리고 각종 고령자를 위한 재가서비스(시설서비스 포함)로 구성되어 있는데

15) 일반적으로 제공되는 캐나다의 재가복지서비스를 의미하여 1)Social worker의 서비스, 2)간호서비스, 3)이학작업요법(理學作業療法, Physical Therapy), 4)재택생활지원서비스(Home Support Service), 5)케이스 매니지(Case management), 6)자원봉사를 의미한다.

캐나다와 미국이 유사한 시스템을 갖고 있으면서도 캐나다의 경우 충실한 연금제도에 의한 소득보장, 충실한 재가서비스가 가장 큰 특징이다. 재가서비스와 아울러 시설서비스 역시 상호보완적 관계를 가지며 다양한 메뉴를 갖고 있어서 고령자 스스로가 선택적으로 이용하면서 거주할 수 있다는 이른바 보편적 주거복지가 저소득자에 초점을 둔 시설서비스 중심의 미국과는 구별되는 큰 특징이다. 미국 역시 막대한 의료비용 지출을 줄이고 재가서비스를 강화하는 방향으로 전환하고 있고 중간기능의 시설에 역점을 두고 있다.

우리나라의 경우, 시설서비스가 충실하지 못한 상황에서 지역을 단위로 하는 재가서비스의 제공 역시 여러 가지 한계를 갖고 있는 것이 현실이다. 이러한 점을 극복할 수 있는 개선책이 필요하며 캐나다의 체계는 시사하는 점이 크다.

둘째, 다양한 조건과 형태의 주택개조프로그램을 통해 주택소유자 혹은 임차인에게 간접적인 혜택을 주고 임대고령자에게는 안정적인 주거를 확보하는 방안이다.

우리나라의 경우 고령자가구의 주택건축연도가 약 30년 이상되는 비율이 33%에 이르고 있다는 점(표7 참조)은 재가서비스와 시설서비스가 어떠한 방향으로 전개되어야 할 것인가를 보여주는 부분이다. 주택개선비 등의 거주환경개선사업은 재가서비스의 효과를 더욱 높이고 또한 간접적으로는 의료부담을 저감하는 효과를 거둘 수 있다는 점이다.

특히 주택개조의 접근방식에서의 전문성과 체계화이다. 고령자의 생활환경을 단순히 개조하는 차원이 아니라 OT와 PT등의 의학분야의 전문가들이 참여하는 환경개선을 통해 생활공간의 질적 수준을 담보할 수 있다는 점은 최근 우리나라에서 추진되고 있는 주택개조지원 프로그램에서도 눈여겨 볼 필요가 있으리라 생각된다.

셋째, 고령자에 대한 적절한 주거관련정보의 제공이다. 캐나다의 고령자주거정보지원 프로그램(SHIP)은 주택을 자신이 원하는 주택에 대한 적절한 정보뿐만 아니라 시설에 대한 정보 등을 종합적으로 제공받을 수 있다는 점에서 고령자의 다양한 주거권을 담보할 수 있다는 점에서 중요하다 할 수 있다.

우리나라의 경우 현재 논의되고 있는 고령자주거지원안정법(안)에서 제시되고 있는 고령자주거지원센터(가칭)에서 고령자 주거관련 정보를 적절히 제공할 수 있는 지원 방안 검토가 필요할 것으로 생각된다.

넷째, 주택 공유를 통한 안정적인 주거확보 방안이다. 캐나다의 경우 비혈연가족과의 동거가 높은 것은 이른바 주택공유프로그램(Home Share Program)과의 관련성이 높을 것으로 생각된다. 고령자가 소유한 주택을 다른 고령자와 함께 공유하도록 지원하는 것은 주택을 소유한 고령자에게는 안정적인 소득을 보장받을 수 있다는 점에서 간

접적인 도움을 받을 수 있는 장점이 있을 뿐만 아니라 임차인의 입장에서도 시설이 아니라 일반주택에서 안정적이고 저렴한 주거공간을 확보할 수 있다는 점에서 효율적이다.

적절한 주거관련정보제공을 통한 주거선택권을 보장하고 또한 주택공유, 혹은 기존 주택의 개조활용을 통해 지역사회에서 안정적인 주거를 확보하면서 적절한 재가서비스를 제공받음으로써 일상적인 활동을 보장받는 것은 지역복지의 중요한 기반을 형성하는 것이다. 향후 급속한 고령화 사회의 진전에 따라 사회적 비용의 증가가 심각한 문제로 대두되고 있는 우리나라의 현실을 고려할 때 독립적인 고령자의 주거보장과 건전한 지역복지사회의 형성에 초점을 둔 캐나다의 고령자주거복지 정책에 대한 보다 심도 있는 연구가 필요할 것으로 생각된다.

### 참고문헌

1. 건설교통부, 고령자 주거지원증장기 계획 수립 연구,2006
2. 데스몬드 머튼 지음, 문영석.이유진 역,캐나다의 역사, 숙명여자대학교 출판국,2001
3. 문성훈, 캐나다의 장기요양서비스, 건강보험포럼 겨울호,2002
4. 저출산고령사회위원회, 고령사회 주거지원 종합대책,2006
5. 足立正樹, 各國の社會保障, 法律文化社,2003
6. 城戸喜子, 塩野谷裕一, 先進諸國の社會保障 3, カナダ, 東京大學出版部,2000
7. 財団法人高齢者住宅財団, 高齢者の住まいと福祉に係る各國の取組事例等の調査研究事業報告書,2005
8. 財団法人高齢者住宅財団, 1994年度カナダ・アメリカ高齢者住宅視察報告書,1995
9. ジェームス・H・ティエッセン(2008), 캐나다における保健医療の財政基盤:その歴史と課題、海外社會保障研究
10. 巽和夫, 現代ハウジング用語事典, 彰國社,1993
11. BC Housing, Independent Living BC: Non-Profit Housing Design and Construction Standards,2003
12. CMHC, Research highlights,“Special Studies on 1996 Census Data Senior’s Housing Conditions”,2002
13. CMHC, Canadian Housing Statistics,2009
14. CMHC) ,The History of Canada’s Residential Rehabilitation Assistance Program (RRAP),2001
15. Legal services Society, British Colombia, When I’m 64, 2003
16. Marion Steele,Canadian Housing Allowances Inside and Outside the Welfare System, Canadian Public Policy, Vol. XXIV, No.2,1998
17. artin E. Wexler, A Comparison of Canadian and American Housing Policies, Urban studies, Vol.33, No.10,1996

접수 : 2010년 03월 30일  
 1차 심사 완료 : 2010년 04월 19일  
 2차 심사 완료 : 2010년 05월 06일  
 3차 심사 완료 : 2010년 07월 16일  
 최종 수정본 접수 : 2010년 08월 13일  
 3인 익명 심사 필