



연구보고서 2014-25

사회서비스정책 비교 연구

- 사회보장정책 비교연구 5차년 과제

박수지 · 김보영 · 김형용 · 박수잔 · 박혜미
윤성원 · 최연혁 · 홍이진 · 김가희 · 이주연

【책임연구자】

박수지 한국보건사회연구원 초빙연구위원

【주요저서】

장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향 및 정책과제
한국보건사회연구원, 2012(공저)

장애인서비스의 품질과 공급특성 연구
한국보건사회연구원, 2013(공저)

【공동연구진】

김보영 영남대학교 지역 및 복지행정학과 교수

김형용 동국대학교 사회학과 교수

박수잔 중앙대학교 간호과학 연구소 연구원

박혜미 대전대학교 사회복지학과 교수

윤성원 숭실대학교 사회보장연구센터 연구원

최연혁 Sodertorn University 교수

홍이진 성신여자대학교 사회복지학과 교수

김가희 한국보건사회연구원 연구원

이주연 한국보건사회연구원 전문연구원

연구보고서 2014-25

사회서비스정책 비교 연구**- 사회보장정책 비교연구 5차년 과제**

발행일 2014년 12월 31일

저자 박수지

발행인 최병호

발행처 한국보건사회연구원

주소 (339-007)세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)

인쇄처 (주)한디자인코퍼레이션

정가 10,000원

© 한국보건사회연구원 2014

ISBN 978-89-6827-200-4 93330

발간사 <<

산업사회와 구별되는 후기산업사회의 특징적인 변화는 노동시장의 유연화와 가족 기능의 급격한 위축이다. 동시에 산업사회 특징을 기반으로 형성된 복지국가는 새롭게 나타나는 사회적 위험에 제도적으로 대응할 것을 요구받고 있다. 이와 관련하여 산업사회를 기반으로 복지국가에 제도화되었던 근로연계복지는 유연화된 노동시장에서 노동자를 지원하는 고용서비스로, 그리고 대표적인 잔여적 복지로서 주로 부조제도와 연계되어 제도화되었던 훈육프로그램, 선도사업, 시설보호서비스 등은 보편화된 사회적 돌봄서비스 및 주거서비스 등으로 확대, 재편되는 경향이 관찰되고 있다. 또한 1990년대 이후 유럽의 주요 복지국가의 사회보장에서 소득보장과 복지프로그램으로서의 대인서비스 즉 사회적 돌봄서비스의 비중이 변화하고 있다. 이러한 사회적 돌봄서비스 이슈와 예산 비중의 확대는 이전과 달리 사회보장의 핵심 제도로써 대인 복지서비스 프로그램이 중요해짐을 보여준다.

이와 관련하여 본 연구는 근래 유럽 사회보장의 변화를 개관하기 위해 사회적 돌봄서비스 변화에 대한 연구를 진행하였다. 특히 주요 복지국가의 장기요양돌봄(long-term care) 서비스를 중심으로 정책 변화와 현황을 파악하고 궁극적으로 우리나라 사회서비스 정책 발전에 기여할 수 있는 이론적, 실증적 함의를 제시하고자 하였다.

본 보고서는 박수지 부연구위원의 책임 하에 김가희 연구원, 이주연 연구원 그리고 영남대학교 김보영 교수, 동국대학교 김형용 교수, 대전대학교 박혜미 교수, Sodertorn 대학교 최연혁 교수, 성신여자대학교 홍이진 교수, 중앙대학교 박수잔 박사, 송실대학교 윤성원 박사에 의하여 작성되었다.

본 연구진이 집필한 내용은 다음과 같다.

제1장 서론

제2장 주요국 장기요양돌봄 서비스 체계의 비교

제1절 사회서비스 정책 국제비교를 위한 분석틀(김보영)

제2절 주요국의 장기요양돌봄 체계 분석

1. 영국(김보영)
2. 프랑스(박혜미)
3. 스웨덴(최연혁)
4. 이탈리아(홍이진)
5. 미국(김형용)

제3장 주요국 장기요양돌봄서비스 체계의 이용자 중심 성과

제1절 성과측정에 대한 접근(박수지, 이주연)

제2절 현황과 성과(박수지, 박수잔, 윤성원, 김가희)

제4장 결론

본 연구진은 바쁜 중에도 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 주신 본 원의 박세경 연구위원과 정홍원 연구위원, 그리고 성공회대학교 김용득 교수와 한림대학교 석재은 교수에게 감사의 뜻을 전한다.

2014년 11월

한국보건사회연구원장

최 병 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	17
제1절 연구의 배경 및 목적	19
제2절 연구의 내용 및 방법	22
제2장 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 서비스 체계의 비교 ..25	
제1절 사회서비스 정책 국제비교를 위한 분석틀	27
제2절 주요국의 장기요양돌봄 (long-term care) 체계 분석	58
제3장 주요국 장기요양돌봄서비스 체계의 이용자 중심 성과(outcome) 분석: 재가서비스(Home Care)를 중심으로	173
제1절 장기요양돌봄서비스의 성과측정에 대한 접근	175
제2절 중고령자 장기요양돌봄 체계의 현황과 성과	186
제4장 결론	293
제1절 연구의 주요내용	295
제2절 이론적·정책적 함의	311
참고문헌	317

표 목차

〈표 1- 1〉 연구흐름도	23
〈표 2- 1〉 다양한 시설보호와 재가보호 서비스 형태	40
〈표 2- 2〉 장기요양의 질적 차원과 요소	50
〈표 2- 3〉 영국 사회서비스 수급 기준(김보영, 2012, p. 414; DH, 2010, p. 21)	60
〈표 2- 4〉 돌봄에 대한 영국 국가 기준	71
〈표 2- 5〉 AGGIR의 등급별 기준	83
〈표 2- 6〉 노인인구, 노인인구비율 및 장단기요양시설 이용 현황 및 비율(2007년-2012년) ..	107
〈표 2- 7〉 재가 및 시설서비스 이용자 수 및 비율(80세 이상 이용자수와의 비교)	109
〈표 2- 8〉 가족구성원의 돌봄서비스 현금지원	110
〈표 2- 9〉 재가서비스 요금체계	112
〈표 2-10〉 장기요양돌봄제도의 분류(재가서비스)	115
〈표 2-11〉 장기요양돌봄제도의 분류(장기요양원 서비스)	116
〈표 2-12〉 장기요양서비스 노인복지사 종사자 변화추세	117
〈표 2-13〉 돌봄인력의 임금등급 및 비율	118
〈표 2-14〉 동방자 요양수당의 수급자와 65세 이상 전체 노인의 비율, 주별	125
〈표 2-15〉 노인장기요양 공공지출의 추이, 분야별(2005년-2011년)	130
〈표 2-16〉 일부 사회서비스를 위한 기금 예산의 추이(2001년-2013년)	133
〈표 2-17〉 65세 이상 인구의 장기요양 수요	141
〈표 2-18〉 65세 이상 인구 중 장기요양 이용자 비율	142
〈표 2-19〉 미국 노인의 장기요양 비용지출 인구구조	144
〈표 2-20〉 미국 장기요양 시설별 비용	145
〈표 2-21〉 미국 소득 계층별 민간 장기요양보험 가입률(55세 이상)	153
〈표 2-22〉 미국 시설요양 급여내용	162
〈표 3- 1〉 국가별 자료원 비교	187
〈표 3- 2〉 ADL 관련 설문 비교	189
〈표 3- 3〉 돌봄서비스 제공자 관계유형관련 설문비교	191

〈표 3- 4〉 돌봄서비스 수혜 시간 관련 설문 비교	193
〈표 3- 5〉 삶의 질 관련 설문 비교	194
〈표 3- 6〉 삶의 전반적인 만족도 관련 문항 비교	196
〈표 3- 7〉 주관적 건강상태 설문비교	197
〈표 3- 8〉 우울 설문비교	198
〈표 3- 9〉 돌봄 서비스 제공 관련 지표	199
〈표 3-10〉 현재 근로상태 관련 변수 비교	200
〈표 3-11〉 인구사회학적 분포: 대한민국	202
〈표 3-12〉 인구사회학적 분포: 영국, 미국	204
〈표 3-13〉 인구사회학적 분포: 스웨덴, 덴마크	205
〈표 3-14〉 인구사회학적 분포: 프랑스, 독일, 스위스, 오스트리아, 네덜란드	207
〈표 3-15〉 인구사회학적 분포	210
〈표 3-16〉 복지레짐별 ADL 장애율: 동아시아(2006년, 2010년)	211
〈표 3-17〉 복지레짐별 ADL 장애율: 앵글로 색슨(2006년, 2010년)	213
〈표 3-18〉 복지레짐별 ADL 장애율: 노르딕(2006년, 2010년)	216
〈표 3-19〉 복지레짐별 ADL 장애율: 유럽대륙(2006년)	219
〈표 3-20〉 복지레짐별 ADL 장애율: 유럽대륙(2010년)	219
〈표 3-21〉 복지레짐별 ADL 장애율: 이탈리아, 스페인(2006년)	225
〈표 3-22〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 동아시아(2006년, 2010년)	228
〈표 3-23〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 앵글로 색슨(2006년, 2010년)	229
〈표 3-24〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 노르딕(2006년, 2010년)	230
〈표 3-25〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 프랑스(2006년, 2010년)	231
〈표 3-26〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 독일(2006년, 2010년)	231
〈표 3-27〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 스위스(2006년, 2010년)	232
〈표 3-28〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 오스트리아(2006년, 2010년)	232
〈표 3-29〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 네덜란드(2006년, 2010년)	233
〈표 3-30〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 남유럽 이탈리아(2006년, 2010년)	234
〈표 3-31〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 남유럽 스페인(2006년, 2010년)	234

〈표 3-32〉 2006년 복지레짐별 서비스 제공자 수와 돌봄 제공시간: 대한민국, 미국	235
〈표 3-33〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 동아시아(2006년)	236
〈표 3-34〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 앵글로색슨 유럽(2006년)	237
〈표 3-35〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 노르딕(2006년)	239
〈표 3-36〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 유럽대륙(2006년)	240
〈표 3-37〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 남유럽(2006년)	241
〈표 3-38〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 동아시아(2006년)	242
〈표 3-39〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 앵글로색슨(2006년)	243
〈표 3-40〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 노르딕(2006년)	244
〈표 3-41〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 유럽대륙(2006년)	245
〈표 3-42〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 남유럽(2006년)	246
〈표 3-43〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 동아시아(2006년)	247
〈표 3-44〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 앵글로색슨(2006년)	247
〈표 3-45〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 노르딕(2006년)	248
〈표 3-46〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 유럽대륙(2006년)	249
〈표 3-47〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 남유럽(2006년)	250
〈표 3-48〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 동아시아 대한민국(2006년)	251
〈표 3-49〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 앵글로색슨 영국(2006년)	253
〈표 3-50〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 앵글로색슨 미국(2006년)	255
〈표 3-51〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 노르딕 스웨덴(2006년)	257
〈표 3-52〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 프랑스(2006년)	259
〈표 3-53〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 독일(2006년)	262
〈표 3-54〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 노르딕 덴마크(2006년)	264
〈표 3-55〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 스위스(2006년)	266
〈표 3-56〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 오스트리아(2006년)	268
〈표 3-57〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 네덜란드(2006년)	270
〈표 3-58〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 이탈리아(2006년)	272
〈표 3-59〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 남유럽 스페인(2006년)	274

〈표 3-60〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의질 분포표: 동아시아- 대한민국(2006년)	277
〈표 3-61〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의질 분포표: 유럽-영국(2006년)	278
〈표 3-62〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의질 분포표: 노르딕- 스웨덴, 덴마크(2006년)	279
〈표 3-63〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의질 분포표: 유럽대륙(2006년)	280
〈표 3-64〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의질 분포표: 남유럽- 이탈리아, 스페인(2006년)	282
〈표 3-65〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 동아시아-대한민국(2006년)	283
〈표 3-66〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 영국(2006년)	284
〈표 3-67〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 노르딕-스웨덴, 덴마크(2006년)	284
〈표 3-68〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 유럽대륙(2006년)	285
〈표 3-69〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 남유럽(2006년)	286
〈표 3-70〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 동아시아-대한민국(2006년)	287
〈표 3-71〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 앵글로색슨 유럽-영국(2006년)	288
〈표 3-72〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 노르딕-스웨덴, 덴마크(2006년)	289
〈표 3-73〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 유럽대륙(2006년)	290

〈표 3-74〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 남유럽-이탈리아(2006년)	291
〈표 4- 1〉 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 제도의 특징	296
〈표 4- 2〉 2000년 중반이후 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 제도의 변화 경향: 영국, 프랑스	297
〈표 4-3〉 2000년 중반이후 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 제도의 변화 경향: 스웨덴, 이탈리아, 미국	298

그림 목차

〔그림 2- 1〕 돌봄의 다이아몬드	31
〔그림 2- 2〕 나라별 일상생활지원서비스 지출 수준	46
〔그림 2- 3〕 APA 수혜자 증가	85
〔그림 2- 4〕 ACTP와 PCH의 변화, 출처 - DRESS 2006-2012의 PCH에 대한 분기별 조사	87
〔그림 2- 5〕 2002년- 2011년 거주지에 따른 APA 수급자 수의 변화	93
〔그림 2- 6〕 복지서비스 종사자들의 이직율 변화추세	119
〔그림 2- 7〕 노인돌봄 서비스지출의 국내총생산 비율 증가추이	121
〔그림 2- 8〕 일부 사회서비스를 위한 정부 예산 추이(2001-2013년)	132
〔그림 2- 9〕 미국의 65세 이상 노인인구 비율(2010)	139
〔그림 2-10〕 장기요양 수요의 국제비교: (a) 치매 유병률(2009)	140
〔그림 2-11〕 장기요양 수요의 국제비교: (b) IADL 유병률	140
〔그림 2-12〕 장기요양 임금종사자 비율(65세 이상 인구 대비)	143
〔그림 2-13〕 장기요양 비용의 구성	146
〔그림 2-14〕 장기요양 사회공공지출 (GDP 대비)	148
〔그림 2-15〕 메디케이드 대상자와 영역별 지출	158
〔그림 2-16〕 메디케이드 지출에서 차지하는 장기요양돌봄 지출 비율	160

[그림 2-17] 메디케이드 장기요양 수급자 수와 지출규모	160
[그림 2-18] 미국 장기요양 공급기관의 구성(지역별)	165
[그림 2-19] 미국 장기요양 공급기관의 구성	165
[그림 2-20] 메디케이드 장기요양 재정지출	167
[그림 2-21] 전체 메디케이드 예산 중 장기요양비용 비중	168
[그림 3- 1] The production of welfare framework	176
[그림 3- 2] 각 자료원의 조사방법	188
[그림 4- 1] 재가 ADL장애인의 간병 수발율(2006년-2010년)	303
[그림 4- 2] 돌봄 제공자 유형: 공식(민간+공공), 비공식(가족/근린)(2006년)	304
[그림 4- 3] 돌봄 제공자 유형: 공식(민간+공공), 비공식(가족/근린)(2010년)	304
[그림 4- 4] 우리나라 돌봄제공자 공식, 비공식 부문	305
[그림 4- 5] 비장애인 대비 장애인의 낮은 삶의 질 승산비(2006년-2010년)	306
[그림 4- 6] 비장애인 대비 장애인의 낮은 삶의 질 승산비	306
[그림 4- 7] 비장애인 대비 장애인의 주관적 불건강 승산비(2006년-2010년)	307
[그림 4- 8] 비장애인 대비 장애인의 우울 승산비(2006년-2010년)	308
[그림 4- 9] 돌봄서비스 제공자의 낮은 삶의 질 승산비(2006년-2010년)	309
[그림 4-10] 돌봄서비스 제공자의 낮은 삶의 만족도 승산비(2006년-2010년)	309
[그림 4-11] 돌봄서비스 제공자의 주관적 불건강 승산비(2006년-2010년)	310

Abstract <<

Focusing on long-term care in developed countries

The main aims of this study are (1) to give an overview of the institutionalization process of the long-term care(LTC hereafter) in 1990s and (2) to define as well as to offer the comparison of user-oriented LTC outcome in selected countries. To meet the object of this study, it conducts the comprehensive review of the literature, relative administrative materials, statistics and various reports of international organizations such as EU and OECD. It compares the characteristics of recent policy changes in selected countries with the framework of analysis including the allocation, benefits, delivery system, financing and monitoring quality. The definition of the user-oriented outcome of the LTC is revisited via extensive review of theoretical studies and the outcomes in selected countries are measured and compared via analyzing data such as SHARE(europe), ELSA(U.K), HRS(U.S) and KLOSA(Korea).

Main results indicates that the traits of existing social security system in selected countries does not continuously appear in experiencing LTC policy changes after the mid-2000, especially in those sectors of delivery system and the quality-monitor. Whereas, the level of expenditure and the financ-

2 사회서비스정책 비교 연구

ing scheme shares the value of existing social security system in each country. The difference in the type of benefits in those countries seems clearly diminished.

In Korea, the LTC services for the seniors and the disabled have been adopted since 2007, which heightened the expectation that the well-being of the recipients would be improved. Indeed, the result of data analysis demonstrates that the quality of life and the subjected health status of LTC care recipients(disabled ADL) has been improved however disparities among them have been widened for the period between 2006 and 2010 in Korea. Besides, the equity of the recipients in Korea is lower than those of other selected countries. These conflicting results shows that the future exploration of research is necessary, which requires a solid data-set for analysis.

*key words: social care service, long-term care, user-oriented outcome, comparative analysis

1. 연구의 배경 및 목적

- 본 연구는 주요국 장기요양돌봄의 1990년대 제도화 과정을 개관하고 2000년 중반 이후 최근 정책 변화의 특성을 고찰하고자 함.
- 이를 통해 주요국 장기요양돌봄 정책의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고, 그 현황을 제시하여 궁극적으로 향후 우리나라 장기요양돌봄서비스의 발전방안에 기여할 수 있는 이론적, 실증적 기초자료를 제시함.
- 본 연구의 내용과 방법은 다음과 같이 개관됨.
 - 첫째, 주요국 장기요양돌봄의 1990년대 제도화 과정을 개관하고 2000년 이후 최근 정책 변화의 특성을 고찰한다.
 - 둘째, 주요국 장기요양돌봄서비스의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고 그 현황을 제시하고자 한다.
 - 셋째, 궁극적으로 향후 우리나라 장기요양돌봄서비스의 발전방안에 기여할 수 있는 이론적, 실증적 기초자료를 제시한다.

2. 주요 연구결과

가. 주요국의 정책 동향

- 본 연구는 전통적인 돌봄 체제이론을 참고하여 자유주의 국가에 속하는 영국과 미국, 북유럽 국가군에 속하는 스웨덴, 보수주의 국가로

4 사회서비스정책 비교 연구

분류되는 프랑스, 그리고 남유럽군에 속하는 이탈리아를 주요국으로 선별하고, 나라별로 2000년 중반 이후 최근까지의 변화를 조망함.

- 이론적 고찰을 통해 영국, 프랑스, 스웨덴, 이탈리아, 미국 5개국 장기요양돌봄서비스 제도의 2000년대 중반까지의 특징을 정리하고, 이를 바탕으로 프랑스, 스웨덴, 이탈리아, 미국 5개국 장기요양돌봄서비스 제도의 2000년대 중반 이후 현재까지의 정책동향을 개관하면 다음과 같음.

1) 영국

- 영국의 사회서비스는 1990년대 지역사회보호 이후 다양한 민간기관이 공급에 참여하고 있지만 전통적으로 지방정부를 중심으로 발달한 통합적 체계를 구축하고 있었고, 조세를 기반으로 하여 보편적으로 접근할 수 있지만 사실상 재산을 기준으로 재정 부담을 부과함으로써 공적부조화 되어 있었음.
- 서비스 질관리 체계는 지역사회보호 개혁 이후에 중앙 집중의 형태로 발달하였고, 중앙기관에서 기관의 등록과 조사, 규제의 권한을 모두 보유하고 있는 형태를 가지고 있었음.
- 개혁쟁점을 보면 이러한 제도적 특징의 연장선상에 있다는 것을 볼 수 있음.
- 현 정부에서도 지속적으로 추진하고 있는 지역사회 중심의 예방적 서비스나 이용자의 통제권을 강화하기 위한 통합적 서비스도 지방정부 중심으로 구축된 통합적 체계를 기반으로 발전된 정책적 방향이라고 할 수 있음.

2) 프랑스

- 프랑스의 장기요양돌봄 시스템은 보편성의 원칙과 지방 분권화 운영을 결합함으로써 기존의 사회 보험이나 공공부조를 보완할 수 있는 제도적 특징을 지닌다고 볼 수 있음.
- 특히 의존 노인과 장애인들의 부양 부담과 재정적 압박을 극복하기 위한 방안으로 설립된 전국자율성연대기금(CNSA)과 강화된 지방 분권화 전략에 따른 다양한 제도적 개편으로 프랑스는 고령화 위기에 대비하기 위해 국가적 차원의 적극적인 개입이 이루어지고 있음을 의미함(PARK, 2013).
- 또한 현재 현금 급여에 비중을 두고 제3섹터와 가족 돌봄에 대한 공적지원을 확대함으로써 돌봄 서비스의 공공성 확보와 안정화된 서비스 보장을 추구하고 있음.

3) 스웨덴

- 스웨덴의 장기요양돌봄 제도는 보편적 노인복지의 포괄적 틀 속에서 65세 이상의 모든 노인과 장애인에게 동일한 서비스의 질을 제공해 주기 위한 방식으로 구축되어 있음.
- 스웨덴 모델의 특징은 높은 국민 세금을 바탕으로 공공복지의 틀 속에서 폭넓게 제공되기 때문에 비영리조직의 참여는 매우 협소하였으나 2006년 집권한 우익정권의 슬로건이었던 선택권의 자유(Valfrihetsprincipen; Principle of freedom of choice)에 입각해 다양한 사적 영역이 복지시장에 진입하기 하면서 교회, 가족,

6 사회서비스정책 비교 연구

그리고 자선단체 및 사회단체 등의 장기요양 서비스 영역에서 활동을 넓혀가고 있음.

- 한편, 스웨덴의 기초 지방자치단체는 종합서비스기관으로서 서비스 공급의 중심점 역할을 하고 있음.
- 아동, 청소년, 교육, 노인, 장애인 등의 다양한 돌봄 시설운영, 서비스의 제공을 위한 직원채용 및 교육 등을 총체적으로 책임지고 있음.
- 하지만 경제적 자립도의 차이에 따른 예산의 차이, 도시-농촌과 같은 지역별 차이에 따른 서비스 내용의 차이 등과 함께 사회복지사의 채용과 교육 등에 있어서의 자율권 보장은 기초지방자치 단체별로 서비스의 질과 책임성의 실천에 있어 매우 큰 편차가 발생할 수가 있어 이를 해결하기 위해 스웨덴은 중앙차원의 사회서비스 감독청을 운영하고 있음.

4) 이탈리아

- 이탈리아 장기요양돌봄 제도는 다른 유럽국가들과 달리 체계화를 도모하려는 “아동양육 및 노인장기요양서비스(Servizi di cura all’infanzia e agli anziani non autosufficienti)” 지원 프로그램 제외하고는 최근 몇 년 간에 큰 개혁을 보여주지 않았음.
- 1990년대에 수직적인 전달체계 하에 장애판정 기준에 대한 보다 구체적인 법(1990년 제295법) 외에 동반자 요양수당의 지불이 이어져왔으며, 2000년대에 소수의 개혁 제안들이 있어 왔지만, 그리 성공적이지 못하였음.

- 2006년에 프루디 정부가 설립한 국립 요양기금이 있었는데, 이는 몇 년 이내에 빠른 속도로 고갈되었고, 이탈리아 장기요양돌봄 제도는 비공식적 케어에 많이 의존하고 있음.
- 주로 정부의 지원은 이러한 비공식적 케어를 공식적 계약을 통해 지원하는 것임.
 - 최근에 논의되어 왔던 개혁 제안들 중에 일종의 자산조사의 도입이 발언된 바가 있었는데, 특히 연봉이 6만 유로(1인 가구 기준), 혹은 8만 유로(2인 가구 기준)를 초과하는 가족들에게 선택적 보편주의원리(selective universalism)를 적용해 동반자 요양수당의 혜택을 누릴 수 없게 제한을 두는 것이었음.
 - 그러나 2013년 11월에 논쟁이 심화되어 정부가 개혁의 제안을 포기하고, 장기요양 현금급여의 순수한 보편주의적인 성격을 그대로 유지하기로 하였음.
- 복지부는 사회파트너와 전문가, 그리고 관련 조직 등과 함께 동반자 요양수당의 접근을 재구성할 수 있게 협상을 진행하고 있는데, 가령 급여조건이 의도 대로 엄격해진다면, 향후 이탈리아의 장기요양돌봄 제도는 선택적인 보편주의 시스템으로 변경될 가능성이 높음 (Jessoula Pavolini 2013).

5) 미국

- 미국의 장기요양돌봄 제도는 저소득층 메디케이드 대상자를 위해 설계되어 매우 선별적으로 운영됨.

8 사회서비스정책 비교 연구

- 민간서비스를 통틀어 장기요양돌봄 서비스 이용율은 노인인구 대비 6.4%에 불과할 정도로 매우 낮은 실정임.
- 급여는 시설서비스와 재가서비스로 구분되고, 현금급여 프로그램은 없음.
- 미국 장기요양돌봄 서비스의 공급자는 70%가 시장의 영리기관이며 나머지가 비영리 민간기관임.
- 이와 관련하여 연방정부는 품질관리시스템을 보유하고 있기는 하지만 거의 작동하지 않고 주정부가 구매계약을 통해서 서비스 제공자를 지원 및 관리하는 형태를 보이고 있음.
- 서비스의 재원은 메디케이드가 전체의 61%를 차지하고 본인부담금이 22%수준임.
- 민간보험을 비롯한 기타 민간지불이 11.9%이며, 메디케어와 사회서비스포괄보조금을 비롯한 기타 공적자금은 4.7%에 불과함.
- 메디케이드는 기본적으로 저소득층 의료부조이기 때문에, 장기요양돌봄 서비스를 이용하는 계층은 주로 재산과 소득을 상실한 노인과 장애인 저소득층이라고 볼 수 있음.

나. 주요국의 돌봄 현황과 이용자 중심의 성과

- 주요국 장기요양돌봄 정책의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고 그 현황을 제시하였음.
- 이를 우리나라와 비교하여 돌봄현황(간병수발율, 돌봄제공자유형)

과 이용자 중심의 성과(전반적인 삶의 질, 주관적 건강수준, 우울)로 구분하여 제시하고자 한다. 특히 국제적 기준의 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인 간의 형평성 측면에서 현황을 비교하고, 추가적으로 돌봄서비스 제공자의 전반적인 삶의 질, 주관적 건강수준, 우울수준 또한 비교해 본 결과는 다음과 같음.

- 첫째, 국제적 기준의 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인을 대상으로 하여 서비스 제공자의 유형을 살펴보면 우리나라의 경우 분석 국가 중 가족 돌봄 제공자 비율이 가장 높은 것으로 타남.
 - 즉 공식적인 돌봄서비스 제공자의 비율이 상대적으로 적었음. 2006년과 2010년을 비교할 때 프랑스, 독일, 이탈리아, 스페인 등 상당수 유럽 국가들의 가족 돌봄제공자의 비율이 큰 폭으로 감소한 것으로 나타난 것과 대조적임.
 - 그러나 이들 중 소수만이 공식적 돌봄서비스 형태로 전환되었고 대다수는 더 이상 간병수발을 받지 못하는 것으로 드러나 유럽 복지국가의 돌봄서비스 위기가 심화되고 있는 것을 확인할 수 있었음.
- 둘째, 우리나라의 경우 2006년 대비 2010년 비공식적 돌봄제공자 즉 가족/근린 돌봄 제공자의 비율이 감소한 것으로 나타나고 있음.
 - 이는 유럽 국가들과 유사한 양상으로 보여질 수 있으나 감소된 가족 돌봄제공자의 비중이 공식적(공공/민간) 돌봄서비스 제공자 혹은 비공식적/공식적 돌봄서비스 제공자의 혼합형태로 전환되었다는 점에서 차이가 남.

- 셋째, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질 격차를 국가별로 비교한 결과, 우리나라는 분석대상 12개국 중 그 격차가 가장 큰 것으로 나타나고 있음.
 - 특히 다른 비교 국가들은 ADL장애인과 비장애인 간의 유의미한 삶의 질 격차가 보이지 않은 반면, 우리나라의 경우는 ADL장애인이 비장애인에 비해 전체 대상자 중 하위 3삼분위의 가장 낮은 삶의 질에 처할 위험이 5배 이상 높았고, 이 위험은 2006년 보다 2010년 더욱 증가하는 것으로 나타나는 점이 주목됨.
- 넷째, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인의 주관적인 건강수준의 격차를 국가별로 살펴본 결과에서도 우리나라는 2006년 분석대상 12개국 중 5번째로 격차가 큰 국가로 분석되었음.
 - 이 격차는 4년간 더욱 심화되어 2010년에는 오스트리아에 이어 두 번째로 장기요양돌봄서비스 대상자와 비대상자의 건강 격차가 큰 것으로 나타남.
- 다섯째, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인의 우울수준을 분석한 결과에서도 우리나라는 4년간 ADL장애인의 우울경향이 강화되어 비장애인과 격차가 증가하는 양상을 보였음.
- 여섯째, 돌봄서비스 제공자의 삶의 질과 만족도를 국가별로 분석한 결과, 우리나라의 돌봄서비스 제공자는 비제공자에 비해 2006년 낮은 삶의 질을 경험할 확률이 2.6배 높은 것으로 나타났

으나 주요한 돌봄서비스 제도가 도입된 이후 2010년의 시점에서
는 이들 간 삶의 질 격차가 관찰되지 않음.

- 여섯째, 돌봄서비스 제공자와 비제공자 간 주관적인 건강수준의
격차를 분석한 결과, 2006년과 2010년 우리나라와 영국 양국에
서 모두 통계적으로 유의한 차이가 발견되지 않음.

3. 결론 및 시사점

- 2000년대 중반 이후 지금까지의 장기요양돌봄 제도의 변화는 이전
의 변화 경향을 유지하면서 수렴되고 있었으며, 특히 이용자의 선택
성을 강화하는 방향으로 프로그램이 변화하는 모습을 보이고 있었음.
- 이와 관련하여 본 연구는 향후 돌봄체제에 대한 연구는 이러한 각국
의 정책방향이 개별 국가의 사회문화적 환경과 상호작용하여 궁극
적으로 개인이 경험하는 돌봄의 내용에 어떤 변화를 가져왔는가에
대한 분석으로 구체화될 필요가 있다고 보았음.
- 이에 본 연구는 장기요양돌봄 체제의 다양성을 해석하기 위한 접근
의 하나로 미시적 차원의 돌봄 현황 즉 개인이 경험하는 돌봄의 형태
와 양 그리고 이용자 중심의 성과에 대한 실증 비교를 시도하였음.
- 주요국의 장기요양돌봄 현황과 정책성과에 대한 기술통계를 우리나
라와 비교한 결과 주목되는 점은 다음과 같이 개관될 수 있음.
- 우선, 국제적 기준으로 본 우리나라 장기요양돌봄 대상자(ADL장애
인)와 가족 내 돌봄서비스 제공자의 삶의 질과 주관적인 건강수준을

살펴보면 2006년 대비 2010년 전반적으로 향상된 것을 확인할 수 있었음.

○ 이와 같은 변화는 비교국가들에게선 발견할 수 없는 변화였음.

- 즉 이러한 긍정적인 결과는 2007년 이후 2010년 까지 확대된 공적 장기요양돌봄서비스 제도(바우처서비스, 노인장기요양서비스, 장애인활동지원서비스 등)의 정책성으로 해석할 수 있으며, 결론적으로 그간 일련의 장기요양돌봄서비스의 확대는 우리나라 장기요양돌봄 대상자의 삶의 질과 건강 증진에 기여한 것으로 볼 수 있음.
- 더불어 이러한 공적 장기요양돌봄서비스의 확대는 가족 내 서비스 제공자의 심리적 스트레스 완화에도 기여해 이들의 삶의 질 향상과 건강 증진에 기여한 것으로 사료됨.

□ 돌봄현황과 관련하여서는 2006년 우리나라 장기요양돌봄서비스 대상자의 간병수발율이 비교국가에 비해 상대적으로 높은 수치를 보이고 있음.

○ 이는 공적 서비스의 비중보다는 비공식적 부문 즉 가족에 의한 서비스 비율이 높기 때문일 것임.

- 그러나 주요 장기요양돌봄서비스로서 바우처서비스, 노인장기요양서비스와 장애인활동지원서비스가 시행된 이후 2010년의 시점에서도 가족에 의한 돌봄서비스의 비율이 비교국가에 비해 높게 나타나고 있음.
- 이는 그 간의 공적 돌봄서비스의 확대가 가족이 제공하는 돌봄 서비스 제공 비율을 낮추기보단 공공/가족 혼합형 제공으로의

전환 혹은 돌봄 서비스 비수급자에게 혜택이 돌아갔음을 보여 준다고 할 수 있음.

○ 기준으로 본 장기요양돌봄서비스 대상자(ADL장애인)와 그렇지 않은 자 간의 형평성 면에서는 우리나라의 경우 장기요양돌봄서비스 대상자의 전반적인 삶의 질과 주관적인 건강수준이 그렇지 않은 자에 비해 비교 대상국과 비교하여 상대적으로 낮게 나타나고 있었음.

- 특히 국제적 기준으로 본 장기요양돌봄서비스 대상자(ADL장애인)와 그렇지 않은 자 간의 주관적인 건강 격차가 두드러지게 나타남.

- 또한 국제적 기준에서 본 장기요양돌봄서비스 대상자의 전반적인 삶의 질과 주관적인 건강수준의 격차는 2006년에 비해 2010년 더욱 나빠지는 것으로 나타나고 있었음.

- 이는 2007년부터 2010년 사이 주요 장기요양돌봄서비스로서 노인장기요양서비스와 장애인활동지원서비스가 도입된 것을 고려할 때 예상과 반대되는 결과임.

□ 이상의 결과는 우선 그간의 장기요양돌봄서비스의 확대 즉 2007년 바우처서비스, 2008년 노인장기요양서비스, 2010년 장애인활동지원 서비스 등이 우리나라 장기요양돌봄 욕구를 가진 자와 가족 내 서비스 제공자의 삶의 질 향상과 건강수준 증진에 기여하였음을 보여줌.

○ 이는 공식적인 돌봄서비스의 확대가 장기요양돌봄 욕구를 가진 자와 그 가족의 삶의 질과 건강수준 증진에 기여하는 바가 있음을 보여주는 것으로 향후 장기요양돌봄서비스 확대를 정당화하는 근거가 될 수 있음.

- 또한 그 간의 제도로 커버되지 못한 장기요양돌봄서비스 욕구 자의 사각지대에 대한 서비스 확충이 필요함을 보여줌.
- 아울러 장기요양돌봄서비스 대상자로서 ADL장애인과 그렇지 않은 자의 형평성 측면에서 나타난 격차는 서비스의 양적인 측면보다 질적인 측면에서의 향상이 도모될 필요가 있음을 보여줄 수 있음.
- 한편 본 연구에서 시도한 국제비교 데이터 탐색 작업은 주요국 장기요양돌봄서비스의 국제비교로서 향후 심층 분석과 후속연구가 진행될 필요가 있음을 보여줌.
- 이를 위해서는 우선 국내 장기요양돌봄서비스에 대한 데이터 확충이 선행되어야 할 것임.
- 그러나 현재 우리나라의 돌봄서비스 국제비교 연구를 위한 데이터는 아직 정비되어 있지 못한 것으로 파악됨.
 - 현재 우리나라의 돌봄서비스 정보를 미시적 차원에서 포괄적으로(비공식, 공식적 돌봄현황, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자인 ADL장애인의 현황 등)수집하고 있는 중고령자패널(Klosa)이 있음.
 - 이의 문항은 본 연구에서 살펴본 SHARE, ELSA, HRS와 비교 가능한 문항을 설계하도록 되어 있지만 다음의 몇 가지 제한점으로 인해 이를 통한 국제비교연구가 용이하지 못한 상황임.
- 무엇보다도 사망 및 조사 이탈자 대체를 위한 추가 조사 대상자의 모집, 주관적 기대감 및 삶의 만족도 관련 설문 문항의 타당도 검증 작업 및 수정보완, 돌봄서비스 분야의 국제 비교 연구를 염두한 조사 문항의 수정 보완, 데이터 사용자 편의를 도모한 설명

자료의 개발 및 표준화 지표 제시 등이 진행되어 국제비교 연구를 위한 데이터로 보완될 필요가 있음.

*주요용어: 사회돌봄서비스, 장기요양돌봄, 이용자 중심의 성과, 비교분석



제1장

서론

제1절 연구의 배경과 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

1. 연구의 배경과 목적

산업사회와 구별되는 후기산업사회의 특징적인 변화는 노동시장의 유연화와 가족 기능의 급격한 위축으로 제시된다(Esping-Andersen, 2009). 그리고 산업사회 특징을 기반으로 하여 형성된 복지국가는 새롭게 나타나는 사회적 위험에 그 정당성 자체를 위협받고 있다. 즉 복지국가는 현재 신 사회적 위험(new social risk)에 제도적으로 대응할 것을 요구받고 있다(Taylor-Gooby, 2004). 이와 관련하여 이전에 산업사회를 기반으로 제도화되었던 근로연계복지(welfare to work, workfare)는 유연화된 노동시장에서 노동자를 지원하는 고용서비스로, 그리고 대표적인 잔여적 복지로서 주로 부조제도와 연계되어 제도화되었던 훈육프로그램, 선도사업, 시설보호서비스 등은 보편화된 사회적 돌봄서비스 및 주거서비스 등으로 확대, 재편되는 경향이 관찰되고 있다.

한편, 1990년대 이후 유럽의 주요 복지국가의 사회보장에서 소득보장(income maintenance)과 복지프로그램으로서의 대인서비스 즉 사회서비스(social service)의 비중이 변화하는 것이 관찰되고 있다(Thomas Bahle, 2008). 사회보장으로서 대인서비스 즉 사회서비스의 의미와 예산 비중의 확대는 이전과 달리 사회보장(social security)의 핵심 제도로서 대인 복지서비스 프로그램이 중요해짐을 보여준다. 아울러

유럽 복지국가 변화의 핵심이 사회서비스 제도를 중심으로 이뤄지고 있음을 보여준다. 이와 관련하여 본 연구는 근래 유럽 사회보장의 변화를 개관하기 위해 특히 사회서비스(social service) 제도 변화에 대한 연구를 진행하고자 한다.

근래 주요 복지국가의 사회서비스 제도에 대한 연구는 1990년대 복지국가의 변화와 이후 형성된 돌봄레짐(care regime)에 대한 비교 연구를 중심으로 진행되고 있다고 할 수 있다. 주요한 연구를 살펴보면, Anttonen and Sipilae(1996)는 노인돌봄서비스와 아동주간보육서비스의 양, 여성임금, 서비스 생산 환경을 핵심 변수로 하여 90년대 유럽 복지국가의 사회서비스 제도를 스칸디나비아모델(스웨덴, 덴마크, 노르웨이, 핀란드), 가족케어모델(그리스, 스페인, 이탈리아), 자산조사모델(영국, 아일랜드), 북유럽보충모델(독일, 네덜란드, 프랑스, 벨기에)로 구분하였다. 또한 Bettion(2004)는 노인서비스와 아동서비스에 대한 복지혼합 형태를 기준으로 하여 유럽 복지국가의 돌봄형태를 가족돌봄중심(이탈리아, 그리스, 스페인), 공적지원비공식돌봄중심(독일, 오스트리아), 현금중심(프랑스, 벨기에), 보편적공식돌봄중심(노르딕국가) 국가의 유형으로 구분하였다. 이와 비교하여 우리나라의 사회서비스 제도의 위상을 국제적으로 비교하기 위한 기초 연구는 상대적으로 많지 않다고 할 수 있다. 우리나라의 사회서비스는 1997년 전자바우처시스템의 도입을 계기로 하여 본격적으로 제도화되었다. 이후 제도의 정당성과 인프라 확대가 필요해지면서 우리나라의 사회서비스 연구는 주로 복지국가의 사회서비스 확대 경향, 사회서비스 일자리 창출의 사회경제적 효과, 여성노동력 활용 효과, 전자바우처 시스템의 효율성, 서비스 시장의 활성화 등을 중심으로 이루어지고 있다. 즉 사회서비스 정책의 중장기적 발전방향을 논의하기 위한 거시적 조망과 국제 비교를 위한 기초자료가 부족한 실정이다.

이러한 점에 주목하여 본 연구는 우리나라 사회서비스 제도에 대한 거시적 조망과 중장기적 발전방향을 논의하기 위한 기초자료를 제시하고자 주요 복지국가의 장기요양돌봄(long-term care) 체계를 개관하는 것을 목적으로 한다. 여기서 장기요양돌봄이란 복지프로그램으로서 대인서비스의 핵심 영역으로, 기본적인 일상생활(ADL) 활동에 도움이 필요한 자들에게 각종 서비스를 제공하는 프로그램을 의미한다. 국제비교연구를 위한 장기요양돌봄서비스의 영역에는 개인의 일상생활을 지원하는 활동지원서비스로부터 통증관리, 약물치료, 건강검진, 예방, 재활, 통증완화 등의 기초의료서비스까지 포함된다(OECD, 2005). 이러한 장기요양돌봄 서비스는 정부의 복지프로그램으로 지원되는 비공식적 그리고 공식적 영역의 모든 서비스를 포괄한다. 이와 관련하여 공식적인 장기요양돌봄서비스는 의료적 돌봄서비스(health care service)와 사회적 돌봄서비스(social care service)로 구분되고 있으며 이러한 서비스를 제공하는 인력(long-term care worker)은 전문요양인력(nurse etc)과 개인 돌보미(personal care worker)로 구분하는 것이 일반적이다(OECD Health data, 2005). 이러한 국제기준을 참고하여 본 연구는 사회적 돌봄서비스 중에서도 특히 개인 돌보미가 제공하는 재가서비스(home care)에 집중하여 공식적 돌봄서비스의 현황을 제시하고자 한다. 즉 이에 해당하는 우리나라의 사회서비스 제도로써 장애인활동지원서비스, 노인장기요양서비스, 노인도우미서비스를 중심으로 연구를 진행하고자 한다.

한편 복지국가에서 공통적으로 장기요양돌봄서비스는 의료 및 연금 등 유관 분야의 복지수준과 비교하여 공공 지출 수준이 낮은 편이다. 그럼에도 불구하고 장기요양돌봄 분야의 공공지출의 형평성과 효율성 등의 성과에 대한 논의는 최근 유럽 복지국가의 화두이다(OECD, 2011). 이는 장기요양돌봄을 위한 공공지출이 1990년 이후 최근까지 빠른 성장을 보

이고 있으며 앞으로 이러한 추세는 지속될 것으로 예상되고 있기 때문일 것이다. 즉 장기요양돌봄서비스가 제도화되는 과정은 그 성과(outcome)에 대한 논의와 함께 동시에 이뤄지고 있다. 이러한 경향은 정책성과를 통해 복지국가의 사회서비스 제도 도입 및 확대의 정당성을 지속적으로 확보하고자 하는 의도로 볼 수 있다.

이러한 다양한 연구 경향을 종합하여 본 연구는 주요국 장기요양돌봄의 1990년대 제도화 과정을 개관하고 2000년 중반 이후 최근 정책 변화의 특성을 고찰하고자 한다. 그리고 주요국 장기요양돌봄 정책의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고 그 현황을 제시하고자 한다. 이를 통해 궁극적으로 향후 우리나라 장기요양돌봄서비스의 발전 방안에 기여할 수 있는 이론적, 실증적 기초자료를 제시하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구의 내용과 방법은 다음과 같이 개관된다.

첫째, 주요국 장기요양돌봄의 1990년대 제도화 과정을 개관하고 2000년 이후 최근 정책 변화의 특성을 고찰하고자 한다.

이를 위해 우선 1990년대 사회서비스 연구를 통해 분석 틀/framework)을 제시하고자 한다. 그리고 각국의 최근 장기요양돌봄서비스의 변화 경향을 기존 선행연구와 각국의 행정자료 및 수치 그리고 EU, OECD 등 국제기구의 연구보고서와 접근 가능한 인터넷 자료를 종합하여 그 특징을 비교하고자 한다.

둘째, 주요국 장기요양돌봄서비스의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고 그 현황을 제시하고자 한다.

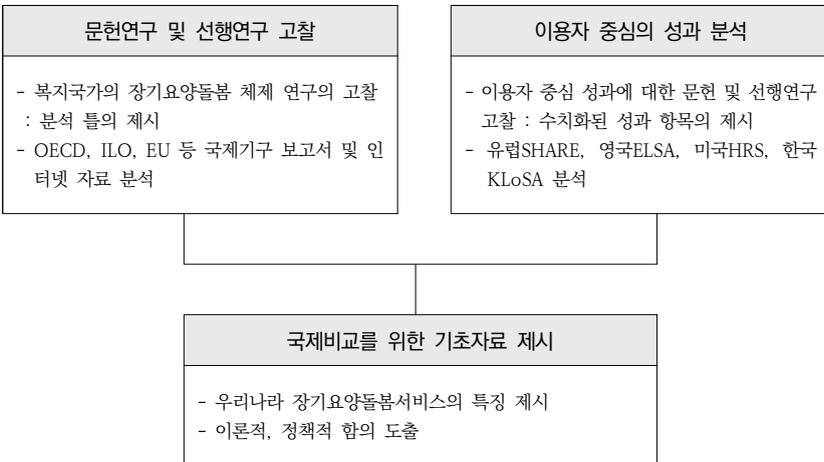
이를 위해 우선 문헌고찰을 통해 장기요양돌봄서비스의 이용자 중심의 성과를 개념화하여 제시한다. 그리고 국제비교를 위해 생산된 유럽의 SHARE, 영국의 ELSA, 미국의 HRS와 이들 조사의 문항을 통해 개발된 중고령자패널(KLOSA)을 분석하여 장기요양돌봄서비스 현황 및 성과를 제시하고자 한다.

셋째, 궁극적으로 향후 우리나라 장기요양돌봄서비스의 발전방안에 기여할 수 있는 이론적, 실증적 기초자료를 제시한다.

이를 위해 위에서 제시한 주요국의 정책 변화의 특징과 데이터 수치를 비교하여 우리나라 장기요양돌봄서비스의 특징을 제시함과 동시에 그 결과가 향후 우리나라 장기요양돌봄 정책 발전방안에 갖는 의미를 제시한다.

본 연구의 내용과 방법을 도식화하면 다음과 같다.

〈표 1-1〉 연구흐름도





제2장

주요국 장기요양돌봄(long-term care) 서비스 체계의 비교

제1절 사회서비스 정책 국제비교를 위한 분석틀

제2절 주요국의 장기요양돌봄 체계 분석

: 영국, 프랑스, 스웨덴, 이탈리아, 미국을 중심으로

2

주요국 << 장기요양돌봄(long-term care) 서비스 체계의 비교

제1절 사회서비스 정책 국제비교를 위한 분석틀

1. 서론

사회서비스의 문제는 우리나라뿐만 아니라 세계적으로도 점점 더 중심적인 정책문제가 되어가고 있다. 우리나라에서는 세계 최저 수준의 출산율, 가장 빠른 속도의 고령화, 이혼의 증가로 인한 한 부모 가정의 증가, 맞벌이가구의 증가 등으로 돌봄의 문제는 이미 심각한 사회문제로 받아들여지고 있다(김영미, 2009). 이 중 무엇보다도 고령화로 인한 노인인구 증가와 그에 반하여 줄어들고 있는 가족의 돌봄은 노인 돌봄의 문제를 더욱 심화시키고 있다. 이와 같은 문제는 비단 우리나라에 국한되어 있지는 않다.

OECD(2011)에서는 돌봄 비용에 대한 압력이 지속적으로 증가할 것이라고 네가지 이유를 들어 전망하고 있다. 첫째 나라마다 인구 고령화의 속도는 다르더라도 인구의 변화는 어쨌든 향후 노인 돌봄에 대한 요구를 모든 사회에서 증가할 것이며, 둘째, 가족 규모의 감소, 거주 형태의 변화, 노동시장 참여의 증가 등은 가족의 돌봄을 감소시킬 것이며 제도적 돌봄에 대한 요구를 증가시킬 것이다. 그리고 셋째, 사회의 부가 늘어남에 따라 사람들은 더 나은 질의, 요구에 맞는 사회적 돌봄을 원할 것이고, 보다 이용자 중심적이고 협력적인 서비스를 요구할 것이다. 넷째, 기술적 변화는 집에서의 돌봄 가능성을 강화시키지만 다른 방식의 접근을 요구할 것이고, 이는 돌봄 서비스에 대한 개선 요구를 증가시켜 비용을 상승시킬 것이라는 설명이다.

결국 이러한 비용을 어떻게 재정적으로나 경제적으로 지속가능하게 유지할 것인가는 미래의 정책적 핵심 목표가 될 것이라고 전망한다(OECD, 2011). 하지만 결국 이 문제에 대응하는 돌봄의 비용은 궁극적으로 사회적인 문제가 된다(Simonazzi, 2009). 사회적으로 얼마나 많은 자원을 노인의 돌봄에 투여할 의도가 있는가, 돌봄에 대한 비용을 어떻게 나눌 것인가에 의하여 돌봄 비용의 사회적 부담 정도가 결정될 것이며 그에 따라 제도적으로 조세, 사회보험, 개인 기금 등의 재원을 통해 배분될 것이기 때문이다. 그 상대적 부담의 비율은 돌봄의 체제를 어떻게 구축할 것인가에 대한 사회적 합의의 산물이 된다.

기실 이러한 문제는 정책에 있어서 핵심적인 관심사는 아니었다. 서구 국가에서 세계 2차 대전 이후 복지국가 황금기에서도 돌봄의 문제는 일반적으로 가족 내 여성이 비공식적으로 수행하는 영역이었지만 20세기말부터 변화가 시작되었다(Pfau-Effinger, 2005). 노동시장에서 전통적으로 배제되어 있던 여성의 참여가 시작되면서 돌봄의 영역 역시 비공식 영역에서 공식화된 영역으로 전환되기 시작한 것이다. 이는 최근 지난 10여 년간 서구의 복지국가에서 중요한 변화를 만들어 내었다. 일부 복지축소가 이루어지는 가운데에서도 대부분의 국가에서 돌봄에 관한 사회서비스는 증가세를 보인 것이다. 하지만 여전히 증가하는 욕구에 비하여 대부분의 국가에서는 공식적인 돌봄 공급에 어려움을 겪고 있으며 이에 따라서 돌봄의 확대와 함께 많은 개혁이 동반되고 있기도 한 것이다(Pavolini & Ranci, 2011).

이러한 돌봄을 정책적 범위로 따져보면 매우 광범위할 수 있다. 노인에 대한 돌봄에 국한시켜도 마찬가지이다. 돌봄은 그 공급과 비용에 있어서 다양한 측면의 문제를 동반하고 있고, 따라서 다양한 층위의 제도들이 포함될 수 있다. 이에 대해 EU(1999)에서는 관련 제도의 영역을 소득지원(income support), 보건의료(healthcare), 노인 사회서비스(social

services for the elderly)로 크게 구분하였다. 하지만 소득지원은 연금 등 소득보장 영역에서 그리고 보건의료는 건강보험 등 보건의료정책에서 별도로 다루어지고 있는 경향이 있으므로 여기에서는 노인 사회서비스에 초점을 맞추고자 한다.

특히 노인 사회서비스 중에서 제도적으로 가장 핵심적인 영역인 일상생활지원서비스에 초점을 맞추게 될 것이다. 일상생활지원서비스란 영속적인 기간 동안 일상적인 삶의 다양한 측면에서 지원이 필요한 사람을 위한 돌봄으로 일반적으로는 목욕, 옷 입기, 식사하기, 잠자리 들고 나기 등과 같은 일상생활 활동(activities of daily living, ADL)에 대한 도움을 말한다(OECD, 2011). 이러한 일상생활지원서비스 제도를 어떻게 구축하느냐는 그 나라의 사회적, 도덕적, 정치적 환경에 따라 달라지며 그에 따라 저소득층을 집중적인 대상으로 할 것인지 아니면 보편적인 대상을 포괄할 것인지, 서비스를 직접 제공할 것인지 아니면 서비스를 구매할 수 있는 현금을 제공할 것인지 등이 결정될 것이다.

이 분야에 대한 관심과 중요성은 날로 증가하고 있지만 그동안 국제비교연구는 복지국가의 유형이나 사회보장체제에 국한되어 있는 경향이 있었다(김용득 외, 2013). 특히 돌봄의 영역은 그 형태나 유형이 정형화되어 있지 않기 때문에 비교에 어려움이 있으며 법제도와 개념적인 규정, 비교 가능한 데이터의 부족으로 더욱 연구에 한계가 있었던 것이 사실이다(Bettio, 2004). 더군다나 돌봄의 영역 중에서도 아동 보육에 비해 노인은 더욱 관심이 적었다(Bettio & Plantenga, 2008).

따라서 각 주요 국가의 노인 일상생활지원서비스 제도를 비교분석하고자 하는 본 연구에서는 각 국가에 대한 고찰에 앞서서 비교를 위한 틀을 도출해 보고자 한다. 이 분석틀을 도출하기 위해서 일상생활지원서비스에 대해 OECD(OECD, 2005, 2011; 김용득 외, 2013), EU(1999) 등에

서 수행된 주요한 국제비교연구들을 참고하였다. 기본적인 틀은 복지제도의 분석틀로 자주 사용되고 있는 Gilbert & Terrell(2005)의 할당의 기반, 급여의 종류, 전달체계, 재정방식의 틀을 따르면서 특히 서비스 영역에서 쟁점이 되고 있는 품질관리를 더하여 5개의 측면으로 구분해보았다. 그럼 각 측면을 순서대로 살펴보도록 하겠다.

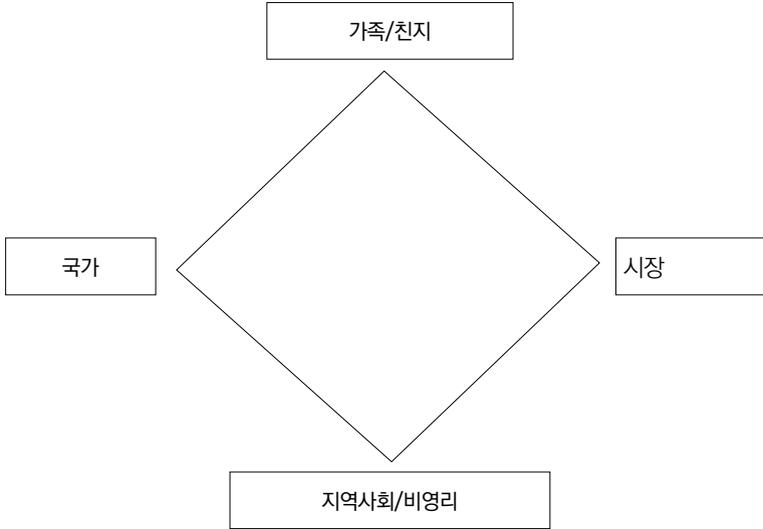
2. 할당의 기반

가. 사회서비스에서 할당의 문제

본래 할당의 문제는 누가 혜택을 받을 것인가의 문제로 주로 복지급여에 대한 자격기준(entitlement)와 복지급여의 포괄범위(coverage) 등이 관련이 있지만 사회서비스에 있어서는 이뿐만 아니라 서비스 수행에 대한 부담까지 포함되어야 할 것이다. 현금이전과 달리 사회서비스는 사람이 직접 서비스를 수행하여야 하므로 그 부담을 누가 어떻게 감당할 것이냐 역시 할당의 핵심적인 쟁점이 된다. 즉, 사회서비스에서의 할당이란 그 부담의 사회적 배분의 문제까지 확장하여 살펴볼 필요가 있고, 그렇다면 그 배분에는 비용의 배분문제도 있지만 서비스 제공의 분담문제도 있다는 것이다.

서비스 제공의 분담에 있어서는 그 주체를 국가, 시장, 지역사회, 가족으로 나누어서 생각해 볼 수 있다(Soma et al., 2011). 국가는 중앙정부나 지방정부 또는 정부에 준하는 기구에서 직접 서비스를 제공하는 경우를 말하며, 시장은 민간 중에서도 영리기관에 의해서 서비스가 제공되는 경우를 말한다. 지역사회는 민간이지만 비영리기관에 의한 경우를 말하며 가족은 혈연관계가 있는 사람이 서비스를 제공하는 경우이다. 이를 돌봄의 다이아몬드(care diamond)라고 지칭하기도 한다

[그림 2-1] 돌봄의 다이아몬드



자료: Soma.at.el., (2011) p.116에서 변형하여 사용함.

이러한 서비스 제공의 분담에 있어서 비용은 결국 공적 재원이나 사적 재원이냐로 나누어질 수 있다. 가령 시장에 의해서 제공된다고 하더라도 그 비용에 대한 부담을 오롯이 이용자나 가족이 질수도 있고 아니면 공적 지원에 의할 수도 있다. 또한 가족이나 친지에 의해서 제공된다고 하더라도 공적으로 그에 대한 보상을 지급할 수도 있다. 이 두 경우 모두 제공은 국가에 의해서 이루어지지 않는다고 하더라도 비용은 공적 재원에 의해 분담된다고 말할 수 있다. 하지만 이러한 재원분담을 직접적으로 다루는 것은 할당의 차원보다는 재정의 차원에서 다루어지게 될 것이다.

할당의 차원은 그 분담이 이루어지는 원칙을 말하는 것이며 가장 직접적으로는 공적 제도에 대한 수급자격 기준(eligibility rule)이 해당된다. 하지만 수급자격 기준만을 다루는 것은 주로 공적 지원을 받을 수 있느냐

없느냐와 같은 주로 비용 분담의 문제만 다루게 되므로 서비스의 직접적인 제공부담까지 생각한다면 사회서비스에서는 더욱 포괄적인 논의가 필요할 것이다. 그러한 측면에서 결국 노인 일상생활지원이라는 서비스 영역에서 할당의 문제는 그 돌봄 서비스가 국가, 시장, 가족, 지역사회 등 다양한 주체 간에 공급과 재원이 조직되는 방식과 관련되며 이는 돌봄 체제(care regime)로 규정되어 논의되기도 한다(Simonazzi, 2009). 또한 이는 결국 이들 주체간의 복지가 생산되고 제공되는 방식 속에 존재한다는 측면에서 복지체제(welfare regime)와 연관되기도 한다. 이러한 체제론의 틀로 사회서비스를 국가 간에 비교한다면 보다 이론적인 틀로 분석이 가능할 것이다.

나. 복지체제와 젠더레짐

복지체제론을 이론적으로 제기하고 지금까지도 가장 많이 인용되고 있는 Esping-Andersen(1990)의 복지국가 유형론의 중심에는 소득보장제도가 있었고 여기에서 나타나는 계층화 전략과 탈상품화를 기준으로 분석하였다. 따라서 돌봄과 같은 영역은 관심의 영역이 아니었다. 하지만 그 이후 주된 비판 중의 하나가 이러한 협소한 접근의 한계였고 그에 따라 Esping-Andersen(1999)은 새로운 연구에서 분석의 차원에 탈가족화(defamilialization)를 추가하였다.

새로운 복지체제론에서는 그에 따라 돌봄의 부담이 가족과 시장, 국가 간에 어떻게 분담되는지가 보다 분명하게 드러나고 있다(김영미, 2009). 자유주의 체제와 보수주의 체제에서 돌봄은 기본적으로 사적인 책임영역이었지만 자유주의 체제에서는 그 부담은 시장의 상품으로 완화된다는 점에서 차이가 있었다. 보수주의 체제에서는 가족주의를 기반으로 돌봄에 대한 가족의 부담은 국가가 보충적 역할을 하는데 그칠 뿐이었다. 따

라서 이 두 체제에서 탈가족화 수준은 낮게 나타났다. 반면 사민주의 체제에서는 사회서비스 역시 국가 중심으로 보편적으로 제공되었고 그로인한 탈가족화 수준은 높게 나타나는 차이가 났다.

하지만 이러한 체제론적 접근이 돌봄 정책에 반드시 적용되는 것은 아니라는 비판도 존재한다. 가령 Pfau-Effinger(2005)는 노르웨이의 경우 사회민주주의 국가로 분류되어 탈가족화 수준이 높다고 하지만 여성의 고용은 상대적으로 낮은 수준이고, 탈가족화 수준이 낮다고 하는 보수국가들에서도 프랑스의 경우에는 오히려 여성 고용에 대한 국가의 지원수준이 높고, 독일의 경우에는 아동 돌봄에 대한 광범위한 정책적 지원이 존재한다고 지적한다.

Esping-Andersen의 복지체제론이 구체적인 사회서비스 제도와의 관련성이 떨어진다면 베버리지 유형(beveridge type)과 비스마르크 유형(bismarck type)은 보다 유용한 구분방식이 될 수 있다. 역시 사회보장 제도를 중심으로 한 이 유형화에서 베버리지 유형은 조세 기반의 보편적인 제도(물론 경우 따라서는 소득 연계나 자산조사 기반의 제도)가 중심이며 비스마르크 유형은 보통 기여를 통한 사회보험 기반의 보편적, 하지만 기여에 의해 자격기준을 부여한다.

EU(1999)의 의존 노인에 대한 제도 비교에서는 이러한 각국의 복지제도의 기원에 따라 일상생활지원서비스 제도의 차이가 나타남을 보여주고 있다. 베버리지 유형에 기반을 둔 영국이나 북유럽 국가의 경우에는 기존의 사회보장제도 내에 일상생활지원서비스가 통합되는 경향을 보이며 독일, 네덜란드, 룩셈부르크와 같은 비스마르크 유형에서 기원된 국가들은 새로운 사회보험제도가 성립되거나 논의 중에 있다는 것이다.

이러한 복지체제나 유형을 중심으로 한 접근이 전체적인 제도적 틀에서 고려하는 것이라면 보다 돌봄의 문제에 직접적으로 연관된 체제론은

젠더 레짐(gender regime)이라고 할 수 있다. 젠더 레짐은 기존의 복지 체제론이 남성 유급노동을 중심으로 하고 있어 성별분업방식까지 고려하지 못한다는 비판 속에서 양성간의 일과 권리를 분배하는 규범이나 규칙을 중심으로 체제를 유형화 시키고 있다(김영미, 2009; 류연규, 2011). 결국 이 양성간의 일의 분배란 가정 외의 유급노동과 가정 내의 무급노동을 중심으로 하고 있으며 그 무급노동의 핵심 중 하나는 바로 돌봄이며 그렇기 때문에 돌봄은 양성 간 관계와 사회적인 성별 분업에 의해서 구축되는 것이다(Daly, 2002).

이러한 젠더레짐 역시 대체적으로 복지체제의 유형과 조응하고 있지만 많은 논의 속에서 주로 영미권의 자유주의 모델, 북유럽국가의 평등주의 모델, 유럽대륙 국가의 보수주의 모델과 더불어 남유럽 지중해 국가들을 별도로 구분하는 경우가 많다(박채복, 2013). 이러한 구분은 양성간의 평등과 돌봄 문제의 책임을 어떻게 배분하고 있는가가 핵심이 된다. 가령 북유럽 평등주의 모델에서는 국가의 적극적 개입을 통하여 성차별을 해소하고 가족의 돌봄에 대한 지원을 통하여 그 부담을 완화하는 동시에 양성간의 책임 공유를 추구한다. 반면 자유주의 모델은 국가의 개입은 최소화되며 돌봄의 문제 역시 시장이 중심이 되고 국가는 세금감면 등 간접적인 지원만을 수행한다. 보수주의 모델에서는 실질적인 돌봄 지원과 여성에 대한 고용지원을 제공하지만 성간 분업을 완화하기 보다는 보호한다. 남유럽 모델은 더 나아가 강력한 가족주의를 바탕으로 국가개입은 최소화되고 전통적인 성별분업을 유지한다.

결국 사회서비스 제도에 있어서 할당의 기반이란 그 사회가 돌봄의 부담을 양성 간, 그리고 국가, 시장, 가족이 어떻게 분담할 것인가에 대한 원칙을 제도적으로 표현한 것이라고 할 수 있다. 물론 이러한 원칙은 단지 할당의 문제 뿐 아니라 자원과 전달체계 등에도 영향을 미치지만 결국 공적 제

도에 대한 자격기준에 의해 그 분담의 정도가 결정된다는 측면에서 할당에 의한 제도적 포괄 범위는 가장 직접적인 관련이 있다고 할 수 있다.

3. 급여의 종류

가. 사회서비스에 있어서의 급여의 종류

급여의 종류에 있어서 역시 사회서비스에서는 다양한 측면의 선택이 있다. 우선 가장 기본적으로 서비스를 직접 제공할 수도 있고, 그 서비스를 구매할 수 있는 현금을 지급할 수도 있다. 그리고 일상생활지원서비스에서는 생활시설에서 보호를 제공할 수도 있고, 아니면 살고 있는 자택에 가서 서비스를 제공할 수도 있다. 마지막으로 특별히 직접 돌봄을 제공하고 있는 가족에게 고용에 있어서 편의를 제공하거나 돌봄에 대한 보상 등을 지원할 수도 있다.

서비스나 현금이나의 선택은 주로 이용자의 선택권 문제와 연관이 된다. 하지만 다른 한편으로 서비스에 대한 공적 책임성이나 사회서비스 공급 시장과 연관되기도 한다. 재가보호와 시설보호는 서비스의 방법에 대한 문제로 어떤 형태의 서비스가 더욱 효율적인 것이냐에 대한 논쟁과 관련이 있다. 또한 어떠한 서비스가 더 이용자의 이해와 욕구에 부합하느냐에 대한 판단도 포함되어 있다. 보호자에 대한 지원은 여전히 가족이 상당한 돌봄부담을 지고 있다는 측면에서 또한 보호자의 고용과 관련해서 중요성을 가진다. 그럼 이를 하나씩 살펴보기로 하겠다.

나. 서비스와 현금

돌봄이 필요한 이용자를 지원하는 방식은 크게 직접 서비스를 제공하

는 방식이 있을 수 있고, 그런 서비스를 직접 구매할 수 있는 구매력을 제공하는 방식이 있을 수 있다. 직접 서비스를 제공하기 위해서는 정부가 직접 서비스를 제공하거나 다른 민간 제공기관을 통해 제공하는 방식이 있을 수 있을 것이며 서비스 구매력을 제공하는 방식에는 연금을 통하건, 직접 현금급여를 하거나, 이용권(바우처)을 제공하는 방식 등이 있을 수 있다. 여기에서 가장 기본적인 쟁점은 서비스에 대한 책임성과 이용자의 선택권 사이의 선택의 문제가 된다.

우선 서비스를 제공하는 가장 단순한 방법은 국가가 직접 서비스를 제공하는 것이다. 이럴 경우 서비스의 운영주체는 국가이며 서비스 제공인력은 어떠한 형태로든지 국가가 직접 고용한 사람들이 된다. 이럴 경우 국가는 서비스의 직접적인 공급자로서 서비스에 대한 전반적인 책임을 직접 지게된다. 서비스 제공인력도 국가에 직접 고용되어 그 어떠한 서비스 제공방식보다도 더 안정적인 지위를 가지게 되고 그러한 의미에서 결국 사람이 전달하는 서비스의 질에 있어 우수성을 가지기도 한다. 하지만 이는 독점적일 수 있고, 그에 따라 그만큼 다양성이 보장되지 못하고, 그만큼 잘못 운영될 경우에도 대안이 존재하지 않는다는 단점이 있다.

국가가 직접 서비스를 제공하기보다 다른 제공기관을 통해 제공하는 방식에는 직접 제공기관에게 재정적 지원을 하는 보조금 방식이 있을 수 있고, 아니면 제공기관의 서비스를 구매하여 제공하는 서비스 구매계약 방식이 있을 수 있다(김용득 외, 2013). 보조금 방식의 경우에는 특정기관이 보다 광범위한 대상과 서비스에 대한 책임을 위임받아 정부의 정책적 의도에 맞는 서비스를 제공하는 형태라고 할 수 있으며 주로 공익적 목적으로 설립된 비영리기관이 참여할 수 있는 방식이라고 할 수 있다. 보조금을 받은 제공기관은 보조금이 부여된 목적의 범위 안에서 서비스를 설계하거나 대상을 선별하는 것이 가능할 것이다.

서비스 구매계약의 경우에는 보다 특징적인 서비스의 내용을 특정된 대상자에게 제공하는 방식으로 그 서비스의 내용은 계약에 명시되고 그 대상의 수급자격 역시 공적으로 통제된다. 계약에 의한 방식은 포괄계약(block contract), 개별계약(spot and call-off contract), 이용량계약(cost-and-volume contract) 방식으로 나누어 볼 수 있다(김용득 외, 2009) 포괄계약은 예상되는 서비스 량을 기반으로 실제 서비스 제공량과는 관계없이 맺는 계약의 형태이고, 개별계약은 그 반대로 실제 서비스 제공량에 대해서 개별적으로 비용이 지불되는 방식이다. 이용량계약은 그 혼합 형태로 일정 수준까지는 포괄계약 형태로 일정 수준 이상은 개별 계약 형태로 비용을 지불하는 방식이다.

이용자에게 구매력을 지원해주는 방식에는 직접 현금을 지급하는 방식이 있을 수 있고, 서비스 구매를 할 수 있는 이용권을 지급하는 방식이 있을 수 있다. 현금을 지급하는 방식도 다양할 수 있는데 연금과 결합하여 돌봄이 필요한 대상자에게 추가적인 급여를 제공할 수도 있고, 돌봄의 필요가 발생한 노인에게 별도의 수당을 지급할 수도 있고, 보다 직접적으로 돌봄을 받거나 서비스를 구매하는 비용을 지급해줄 수도 있다(Bettio & Pantenga, 2008). 현금을 지원받는 경우에는 그 현금으로 직접 돌봄 서비스를 구매하거나 돌봄을 제공할 사람을 고용할 수도 있고, 가족이나 친지가 돌보는 것에 대한 보상으로 사용할 수도 있다. 이러한 현금사용에 제한을 줄 수 있는 방법은 이용권 방식으로 제한된 제공기관을 통한 서비스 구매에만 사용하도록 할 수 있다.

이용자에게 현금을 지급하는 방식은 보통 이용자의 선택권이나 서비스에 대한 통제권을 증진시키는 것이라고 설명하지만 그 영향은 그 이상인 경우가 많다(Simonazzi, 2009). 사실상 현금 지급은 보호가 필요한 노인이나 그 가족으로 서비스 이용자에서 서비스 구매자나 서비스 제공자의

고용주로 변화시키는 것이기 때문이다. 또한 이것은 사회서비스 사장구조에도 영향을 준다. 실제로 기존에 국가가 직접 제공하던 형태에서 구매계약의 형태로 더 나아가 이용자 지원방식으로 이동할수록 사회서비스 공급시장은 활성화될 수 있다.

반면에 서비스에 대한 책임성은 그만큼 분산되는 효과를 가진다. 구매계약 방식에서 서비스의 질에 대한 책임이 일부 공급자에게 분산되지만 이용자 지원방식에서는 그 책임은 이용자에게도 부여된다. 즉 서비스에 대한 선택권이 부여되는 만큼 그 서비스의 질을 판단하는 책임 역시 이용자가 일부 지게되는 것이다. 물론 나라에 따라서는 그 질을 통제하기 위해 강력한 규제를 하기도 한다. 이러한 부분은 서비스 관리에서 살펴보기로 하겠다.

다. 재가보호와 시설보호

서비스를 제공하는 형태에 있어서 가장 중요한 구분은 별도의 시설에서 거주를 하면서 서비스를 받는 시설보호이나 자신이 살고 있는 집에서 서비스를 받는 재가보호이나이다(Bettio, 2004). 물론 집중적인 보호와 돌봄이 필요한 경우 시설보호가 적합할 수 있고, 가벼운 돌봄만 필요한 경우 재가보호가 더 적합하다고 할 수 있지만 정책적으로 시설보호 중심이나 재가보호 중심이냐의 선택은 이용자의 삶의 질에 대한 관심과 효율성의 문제라고 할 수 있다.

돌봄 서비스 발달 초기에는 돌봄이 필요한 이용자를 한 시설에 모아놓고 서비스를 제공하는 시설보호가 규모의 경제 측면에서 더욱 효율적으로 생각을 하는 경향이 있었지만 점차 이용자의 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 지역사회에서 거주하는 일상적 삶을 보장하면서 돌봄을 제공

하는 재가보호로 그 중심이 이동하는 경향이 있다(Daly, 2002; Simonazzi, 2009). 특히 노인 돌봄에 있어서는 ‘지역에서의 노년(aging in place)’이라는 개념이 등장하면서 자신이 생활하던 그 장소에서 지속적으로 노년을 보장받는 것이 중요해지고, 그에 따라 재가서비스가 발달을 하게 되었다(OECD, 2005). 또한 시설에서 생활하는데 필요한 주거비용 등을 따로 발생하지 않아 재가보호가 더욱 비용효과적인 서비스 형태로 인식되고 있기도 하다.

하지만 그렇다고 해서 시설보호가 모두 재가보호로 대체되고 있는 것은 아니다. 앞서 언급하였듯이 여전히 시설보호가 필요한 경우가 존재한다. 차이점은 단지 돌봄의 욕구가 증가함에 따라 시설보호가 증가하는 속도보다 재가보호가 증가하는 속도가 빠르게 나타나고 있고 그 결과 두 서비스 형태간의 비율이 변화하고 있는 것이다(Pavolini & Ranci, 2011). 사실 돌봄 서비스가 발달한 북유럽국가의 경우에는 재가보호와 시설보호 공급이 모두 높게 나타나며 그 반대인 남부유럽국가의 경우 두 형태의 서비스 공급이 모두 낮은 수준으로 나타난다(Bettio & Pantenga, 2008).

그래서 대부분의 국가에서는 다양한 형태의 시설보호와 재가보호가 동시에 존재하고 있다. EU(1999) 노인에 대한 사회적 보호를 비교연구하면서 다양한 국가의 서비스를 조사하고 이를 장기시설보호와 준시설보호(permanent residential and semi-residential services), 임시시설보호와 준시설보호(temporary residential and semi-residential services), 재가보호(community services)의 다양한 형태를 분류하였다(표 2-1). 그 종류는 장기시설보호는 8가지, 임시시설보호는 17가지, 그리고 재가보호는 22가지로 재가보호일수록 더욱 많은 종류의 서비스가 발달하고 있음을 보여주고 있다.

〈표 2-1〉 다양한 시설보호와 재가보호 서비스 형태

장기시설보호(준시설보호)	임시시설보호(준시설보호)	재가보호
<ul style="list-style-type: none"> • 간호시설(Nursing homes) • 정신간호시설(Psychiatric nursing homes) • 장애인주거(Housing for the disabled) • 노인요양원(Old age homes) • 노인다중시설(Multilevel homes for the elderly) • 보호주거(Sheltered housing) • 서비스아파트(Service flats) • 혁신적 서비스(Innovative services) 	<ul style="list-style-type: none"> • 종합병원(General hospitals) • 종합병원 노인병동 (Geriatric units in general hospitals) • 종합병원 장기입원병동 (Long stay wards in general hospitals) • 종합병원 중간거주병동 (Medium stay wards in general hospitals) • 종합병동 정신병동 (Psychiatric wards in general hospitals) • 노인병원(Geriatric hospitals) • 정신병원(Psychiatric hospitals) • 정신병원 정신노인병동 (Psycho-geriatric wards in mental hospitals) • 재활시설(Rehabilitation homes) • 단기간호시설(Short-term nursing homes) • 단기주거 요양원(Short stay in old age homes) • 노인주간병원(Geriatric day hospitals) • 주간보호(Day care) • 요양원 야간보호(Nightly care in old age homes) • 노인복지시설(Social centres for the elderly) • 혁신적 서비스(Innovative services) • 예방적서비스(Preventive services) 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역간호(District nursing) • 의료보조보호(Paramedical care) • 정신보건서비스(Mental health services) • 보건상담및보건교육(Health advisory services and health education) • 사회복지실천(Social work) • 재가보호서비스(Home help services) • 청소서비스(Cleaning services) • 부업일자리서비스(Odd job services) • 가사서비스(Domestic help) • 도시락 배달(Meal distribution) • 휴게식당(Foyer restaurant) • 교통보조(Transport services) • 중환자보호자서비스(Care of terminally ill relatives) • 가족보조(Family placement) • 휴식서비스(Sitting/respite services) • 연금생활자주거(Housing for pensioners) • 주택개조(Home improvement) • 전신경보및커뮤니케이션서비스(Tele-alarm and telecommunication services) • 보장구서비스(Aids, facilities) • 복지급여(Social benefits) • 기타 혁신서비스(Other innovative services) • 예방적 서비스 또는 활동 (Preventive services or activities)

자료: EU(1999)

라. 보호자에 대한 지원

그 주체가 공공이던 민간이던 공식화된 체계에 의해서 제공되는 돌봄보다 실질적으로 가족 등에 의해서 제공되는 비공식 돌봄이 더 핵심적인 경우가 많다(Pfau-Effinger, 2005). 사실상 유럽에서는 공식 돌봄보다 비공식 돌봄이 돌봄 시간을 기준으로 4배 내지 5배에 이른다고 보고되고 있다(EU, 1999). 그렇기 때문에 노인 일상생활지원서비스에 있어서도 단지 그 대상자에게 직접적으로 제공되는 돌봄 못지않게 점점 더 이 비공식 돌봄을 담당하고 있는 보호자에 대한 지원을 고려하지 않을 수 없다. 실제로 많은 국가들에서는 대상자가 지역사회에서 돌봄을 받을 수 있게 하기 위한 방법으로서 보호자에 대한 지원제도를 발전시켜왔다(OECD, 2005).

물론 앞서 언급한 다양한 재가보호나 주간보호와 같은 임시적인 시설 보호 역시 보호자의 돌봄 부담을 경감시키는 제도로 의미가 있다. 이미 보호자가 돌봄을 제공하는 있는 경우 이러한 공식서비스들은 비공식돌봄을 대체하기 보다는 보조적인 역할을 하게되기 때문이다(OECD, 2005). 또한 돌봄 대상자에 대한 현금급여는 경우에 따라 사실상 보호자에 대한 지원으로 분류되기도 한다(OECD, 2011). 그 현금이 결국 비공식 보호자에 대한 금전적 보상으로 사용될 수 있고, 때로는 가족이나 친지를 고용하기도 하기 때문이다.

하지만 여기에서는 돌봄이 필요한 사람이 아닌 돌봄을 제공하는 보호자를 직접적인 대상으로 하는 제도를 이야기하는 것이다. 이 보호자에 대한 지원도 크게 두 가지 영역으로 구분해 볼 수 있는데 하나는 보호자의 고용과 관련된 지원으로 고용이나 고용유지를 돕는 것이고 다른 하나는 보호자가 제공하는 돌봄에 대한 지원으로 그 부담을 경감시키거나 그 비용을 보상하는 제도 등을 들 수 있다.

보호자의 고용에 대한 지원은 특히 직업을 가지고 있던 보호자가 돌봄

으로 인하여 소득을 상실할 위험이 있으므로 유급이나 무급 휴직제도나 유연한 근무시간 보장 등을 들 수 있다. 또한 보호자가 부득이하게 돌봄으로 인하여 직업을 상실했을 경우에도 다시 직업을 가질 수 있도록 하는 고용서비스도 이에 해당한다. 사실 이러한 고용에 대한 지원은 유아휴직제도와 같이 노인 돌봄보다는 아동 돌봄에서 많이 발달해온 것이 사실이다. 하지만 가족이 매우 위중한 경우 등 제한적인 상황에서 인정되는 경우도 있다(Bettio, 2004).

보호자 돌봄에 대한 지원은 휴식 돌봄(respite care), 상담과 훈련, 정보와 협력 서비스, 보호자 수당 등을 들 수 있다(OECD, 2011). 휴식 돌봄은 돌봄을 제공하는 보호자에게 단기간 또는 장기간 그 돌봄을 대체해 줌으로써 휴식을 제공하는 서비스를 말한다. 이러한 휴식 돌봄은 휴가와 같이 비정기적이고 장기간 제공될 수도 있고, 주간보호와 같이 단기간이고 정기적으로 제공될 수도 있다. 상담과 훈련의 경우 보호자가 갖는 정신적인 부담을 경감하거나 돌봄과 관련된 지식이나 위기대응과 관련된 기술을 습득하게 할 수 있다. 정보와 협력 서비스는 적합한 지원에 대한 정보를 주거나 같은 상황의 사람들끼리 경험을 공유할 수 있도록 하고, 때로는 사례관리자가 적합한 서비스를 설계해주고 관리해 주는 서비스를 말한다. 보호자 수당은 보호자를 직접 대상으로 하는 현금급여가 포함된다.

이러한 보호자에 대한 지원은 성평등과 관련된 쟁점이 있다. 한편으로는 그간 무시되었던 여성의 무급노동에 대해서 인정을 하고 보상과 지원을 한다는 측면이 있지만 이러한 무급노동에 대한 보상으로 인해서 더욱 여성을 노동시장으로부터 소외시킬 수도 있기 때문이다. 반면 유연한 노동시간이나 유급휴가 등이 여성뿐 아니라 남성을 대상으로 한다면 오히려 이러한 지원이 성평등을 더욱 촉진시킬 수도 있다. 대상이나 서비스 형태와 수준에 따라 성평등에 미치는 영향이 다른 것이다.

4. 전달체계

가. 공급주체의 다변화

전통적으로 현금이전 형태의 급여보다 서비스 형태의 급여에 있어 전달체계는 중요한 쟁점이 된다. 서비스에는 공급자의 구성이나 서비스 신청과 선정 절차 등에 따라 전달체계에 다양한 쟁점을 야기하기 때문이다. 특히나 사회서비스 영역에서 전통적으로는 국가가 직접 제공하는 경우가 많아 그나마 전달체계가 단순하게 구성될 수 있었지만 점차 공급주체가 다변화되면서 그 형태는 더욱 복잡해지고 있다. 점차 공공부문의 서비스 공급주체로서의 역할이 감소되면서 그 자리에 민간주체들이 진입하는 민영화(privatization)가 진행되어 왔으며 이를 통해 사회서비스 공급에 있어 경쟁이 일어나는 시장화(marketization)가 일어나기도 한다.

이러한 쟁점은 급여의 종류와 관련이 있기도 하다. 공공의 직접제공이 줄어들면서 공급주체의 다변화가 일어난다고 할 때 그 이외의 지원 방식이라도 어떠한 방식이냐에 따라 그 효과가 달라질 수 있기 때문이다. 가령 서비스 구매계약 방식과 같은 서비스 방식이나 이용자 지원에 있어서도 이용권과 같이 서비스 구매에 국한된 지원방식이라면 공식적인 돌봄 시장을 활성화시키는 효과가 더 클 것이고, 그러한 제약이 없는 현금급여라면 공식적인 시장보다는 비공식적인 돌봄을 더욱 강화하는 효과가 나올 수 있다. 따라서 나라마다 주된 서비스 방식에 따라 서로 다른 돌봄 시장에 대한 효과를 보여주고 있다. 서비스 방식이 주된 스웨덴이나 제한된 현금 급여 방식을 채택하고 있는 프랑스와 조건이 없어 비공식 돌봄의 비용으로 쓸 수 있는 오스트리아나 독일 등이 이러한 분화를 대표적으로 보여주고 있다(Simonazzi, 2009).

비공식 돌봄에 대한 증가는 이미 앞서 다루어 본 성평등과 더욱 관련되어 있다고 한다면 공식적 서비스시장의 발달은 시장화와 관련이 있다. 시장화는 민간의 비영리뿐만 아니라 영리기관까지 다양한 공급주체가 참여하여 경쟁력 있는 제공기관이 시장에서 선택됨으로서 서비스의 질과 효율성이 증진될 것이라는 기대가 있는 한편 그 효과에 대해 의문이 제기되기도 한다(김용득 외, 2009; Pavolini & Ranci, 2011). 특히 이러한 공급주체의 다변화에 따라서 오히려 통합의 문제가 떠오르기도 하고 또 반면 이들에 대한 규제 문제가 생기기도 한다. 제공기관에 대한 규제에 대해서는 서비스 관리에서 더 다루어보기로 하고 전달체계의 문제로 통합적 체계에 대해서는 이어서 살펴보기로 한다.

나. 통합적 접근

공급주체의 다변화에 따라서 발생하는 문제 중의 하나는 이렇게 다양한 주체에 의해 제공되는 서비스들을 이용자 욕구에 맞게 통합적으로 접근하도록 할 것인가이다. 특히 공급 주체 간 경쟁체제에서 어떻게 이용자가 합리적인 선택을 할 수 있게 할 것인가가 문제가 된다. 이를 위해서는 이미 보호자 지원에서 살펴보았듯이 원스탑 샵(one-stop shop)과 같은 정보제공기관을 통해서 대상자나 보호자에게 필요한 다양한 정보를 제공해 주기도 하고, 사례관리자(case manager) 또는 돌봄관리자(care manager)를 통해서 필요한 서비스를 설계하고 연계해 주면서 그에 필요한 서류작성이나 행정적인 절차를 지원해주기도 한다(OECD, 2011).

정책적 차원에서 통합적 접근에서는 보건의료와 사회서비스간의 협력이 핵심적인 쟁점이 된다. 대상자의 상태에 따라서 보건의료의 서비스가 필요할 수도 있고 돌봄이 필요할 수도 있다. 그 경계는 언제나 분명하게

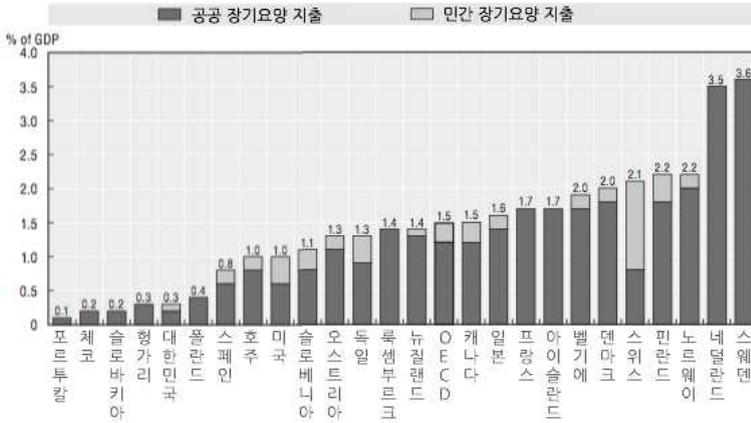
나누어지는 것이 아니며 때에 따라 같은 대상자라도 상태가 변화할 수 있기 때문에 대상자가 필요한 서비스를 필요한 때에 적절하게 받을 수 있도록 하는 것이 통합적 접근의 관건이 된다.

그래서 주목받는 개념이 바로 보호의 지속성(continuum of care)이고 이를 위해서는 서비스간의 협력과 전환이 원활하게 이루어질 수 있도록 해야 한다(OECD, 2005). 우선 서비스간의 협력을 통해서 비스 대상자가 가족이 필요한 도움과 지원이 적시적소에 제공될 수 있어야 한다. 가령 대상자의 이동성을 개선시키는 주택개조, 일상생활을 위한 가사지원 등의 다양한 서비스들이 적절하게 구성될 수 있는 것을 말한다. 또한 시기별로 필요에 따라 병원-시설보호-재가보호 간의 전환이 원활해야 한다. 가령 급성질환에 의한 병원치료, 회복 후 집중적 관리를 위한 시설보호, 다시 대상자의 지역사회 복귀를 위한 재가보호가 끊김 없이 필요한 때에 전환될 수 있도록 해야 한다는 것이다. 이러한 서비스 간 협력과 전환이 이루어지기 위해서는 국가와 지방정부가 지역의 관련기관들이 유기적으로 협력할 수 있는 전략적 틀을 마련해야 하며, 그럴 수 있는 구조를 만들고, 재정적 조건을 만들 수 있어야 하는 것이다.

이러한 체계를 구축하는데 있어 중앙정부가 중심이 될 것인가, 지방정부가 중심이 될 것인가도 또 다른 쟁점이다. 사회서비스에 대한 책임과 역할을 중앙정부의 보건의료부처나 사회부처에 집중할 수도 있고, 또 지방으로 분권화 할 수도 있다. 많은 국가들이(OECD 국가의 1/3)이 일상생활지원서비스 운영에 있어 분권화된 구조를 가지고 있으며 이를 통해 지역사회에 맡겨 서비스를 운영할 수 있도록 하지만 비용을 공유하고 균형을 맞추기 위한 장치가 없다면 이것이 유사한 욕구에도 살고 있는 곳에 따라 받을 수 있는 서비스가 달라지는 지역 간 불평등을 낳게 할 수도 있다(OECD 2011).

5. 재정방식

[그림 2-2] 나라별 일상생활지원서비스 지출 수준



자료: (OECD 2011)

가. 재정지출 수준

일상생활지원서비스의 재정에 있어서 먼저 지출수준을 살펴보면 25개 OECD국가의 경우 평균적으로 GDP의 1.5% 정도를 지출하지만(2008년 기준) 나라별로 그 수준의 차이는 보이고 있다(OECD, 2011). [그림 2-2]는 OECD국가들의 GDP 대비 일상생활지원서비스에 대한 지출수준을 공공과 민간지출로 나누어서 보여주고 있다. 이 그래프에서 일상생활지원서비스 지출이 가장 큰 나라로 스웨덴과 네덜란드를 들 수 있으며 이 두 나라 모두 3%가 넘는 지출 비중을 보이고 있다. 그 뒤를 이어서 노르웨이, 핀란드, 덴마크와 같은 북유럽 국가들은 모두 2%가 넘는 비중을 보이고 있다. 스위스도 총 지출 비중은 유사하지만 민간 지출 비중이 매우 높다는 것이 특징적이다. 그 반대쪽에는 동유럽 및 남유럽 국가들과 함께

우리나라와 같은 상대적으로 소득이 낮은 국가들이 위치해 있으며 이들 국가에서의 일상생활지원서비스 지출 비중은 0.5% 이하의 매우 낮은 수준에 머물러있다.

이러한 공식 돌봄에 대한 지출수준은 그 나라가 어떻게 국가, 시장, 가족간의 돌봄을 분담하고 있는지를 상징적으로 보여준다. 앞선 체제론에서 살펴보았듯이 국가를 그 분담의 중심에 놓고 있는 북유럽 국가들은 역시 공공 중심의 포괄적인 개입을 하고 있음이 공적 재원을 중심으로 한 높은 지출 수준으로 보여주고 있다. 반면 여전히 가족이 그 중심에 있는 남유럽 국가 등은 공공 지출과 민간 지출 모두가 낮은 수준을 보이고 있고, 이는 결국 더 높은 비중의 돌봄은 드러나지 않는 비공식 부문 즉, 무급노동에 의해 감당되고 있음을 보여주고 있는 것이다. 더 구체적인 제도적 차이는 재정방식에서도 또한 드러날 수 있다.

나. 재원방식

앞서 나라별 일상생활지원서비스에 대한 지출수준을 살펴보면서 공적 재원과 사적재원으로 구분해 보았지만 제도적인 재원방식은 좀 더 세부적으로 구분해 볼 수 있다. 공적재원의 방식으로는 대표적으로 조세방식과 사회보험방식으로 나누어 볼 수 있을 것이며 사적재원을 동원하는 방식으로는 본인부담금과 민간보험 방식을 들 수 있을 것이다. 이러한 재원 방식 역시 지출수준과 마찬가지로 그 나라의 제도적 특징을 잘 드러내 주는 상징적 의미를 따져볼 수 있다.

우선 조세방식과 사회보험방식은 주로 앞서 할당의 기반 살펴보았던 것처럼 베버리지 유형이나 비스마르크 유형이나에 따라 다르게 나타나는 경향이 있다. 당연히 베버리지 국가 유형에 속하는 영국이나 북유럽국가들의 경우 조세에 재원을 의존하는 경우가 많고, 독일과 같은 비스마르크 유

형에 속하는 국가들은 사회보험이 중심을 차지하고 있는 경우가 많다. 하지만 베버리지 유형의 국가들 중에서 국가책임이 강한 북유럽 국가의 경우 조세기반의 보편적 서비스를 갖추는 경향이 있지만 자유주의 국가에서는 같은 조세기반이지만 자산조사에 기초한 선별적 서비스를 제공하는 경향이 있다. 비스마르크 유형 국가의 경우에는 일상생활지원서비스제도의 성숙 정도에 따라 제도적 논의가 아직 진행 중인 나라도 있다(EU, 1999).

사적재원 중에서 본인부담금은 보통 공적재원과 결부되어 지불될 것이다. 조세기반이든 사회보험기반이든 공적재원이 제공되는 가운데 일정한 금액이나 비율, 또는 소득수준과 연계하여 본인부담금을 부과할 수 있기 때문이다. 이는 한편으로 비용을 일부 사적으로 배분하기 위해서일 수도 있고, 아니면 제도의 이용을 억제하기 위한 수단일 수도 있다. 나라에 따라서는 시설보호를 연금수급자에게 제공하는 경우 그 비용의 일부를 연금에서 제하고 지급하는 경우도 있다.

사적인 서비스를 구매하는 비용을 민간보험을 통해 지출하는 경우는 많이 찾아볼 수 있지만 일상생활지원서비스에서 민간보험의 시장규모는 매우 작은 편이다. 전체 일상생활지원서비스 지출에서 민간보험이 약 7%를 차지하고 있는 미국, 5%를 차지하고 있는 일본을 제외하면 대부분의 국가에서 민간보험은 1%이하의 매우 미미한 수준에 불과하다(OECD, 2011). 일상생활지원서비스 자체가 늦게 발달된 영역인 데다가 지금 당장 일어날 수 있는 일이라기 보다는 상대적으로 먼 미래에 있을 수 있는 위험이므로 그 인식과 동기 측면에서 민간보험이 발달하기에 매우 불리한 조건을 가지고 있는 것이 사실이다. 하지만 미국이 그런 것처럼 시장에 대한 의존도가 높은 나라일수록 증가하는 돌봄의 욕구에 대한 국가의 개입이 낮은 수준으로 유지될 경우 민간보험이 발달할 수 있는 가능성은 높아질 수 있을 것이다.

6. 서비스질 관리

가. 사회서비스 품질의 문제

사회서비스 영역은 복지급여 중에서도 전통적으로 품질의 문제가 더욱 민감한 영역이다. 다른 현금급여의 경우에는 급여수준이 모든 것을 결정하겠지만 서비스는 사람과 사람과의 관계 속에서 전달되기 때문에 어떤 제공기관이 어떤 인력을 통하여 어떻게 제공하느냐에 따라서 그 질은 현격하게 달라질 수 있기 때문이다. 따라서 비공식 영역에 있던 돌봄의 문제가 점차 제도화되고 공식화되면서 정부가 공적재원으로 지원을 하게 되었고, 그것은 일정한 규제와 통제 구조를 동반하게 되는 것이었다(Mor, 2014).

최근에 들어서는 단순한 규제를 넘어서 서비스의 품질관리를 위한 관심과 제도가 더욱 증가하고 있다. 그 원인 중의 하나는 이용자의 권리의식 향상을 들 수 있다(김용득 외, 2013). 삶의 질에 대한 관심이 높아지면서 이제는 서비스를 받을 수 있느냐의 문제를 넘어서 얼마나 더 좋은 서비스를 받을 수 있느냐를 점점더 따지게 되었고, 부적절한 시설, 사생활 침해, 학대 등 서비스의 질의 문제를 더욱 심각하게 받아들이게 되었다(OECD, 2005). 또한 이로 인하여 이용자의 선택권을 보장하는 추진된 시장화 개혁이 사회서비스 공급구조를 더욱 복잡하게 만들었다. 기존의 공급자가 아닌 새로운 집단의 공급자가 대거 유입되면서 이들에 대한 질 관리의 문제가 더욱 중대하게 제기된 것이다(Mor, 2014).

이러한 질관리에 있어서 제기되는 첫 번째 질문 중 하나는 어떠한 질인가에 대한 것이다. 이 질문은 이용자가 원하는 양질의 서비스란 무엇인지, 그리고 어떠한 서비스가 좋은 질적 수준을 가지고 있다고 할 것인지

를 판단할 수 있는 기준에 대한 문제이다. OECD(2005)의 연구에서는 돌봄과 관련된 다양한 질적 기준 모델을 검토하여 구조, 과정, 결과, 세 가지의 틀을 중심으로 질의 차원을 구분하고 있다. 각 질의 차원과 그 예시들은 <표 2-2>와 같다. 구조는 주로 서비스 제공 시설과 인력 배치 등과 같은 기본적인 환경적 조건, 과정은 서비스 이용과정과 관리, 서비스와 인력 자체의 품질과 편의성과 관련되어 있고, 결과는 구조와 과정으로 인해서 개선, 또는 악화될 수 있는 요소로서 이용자의 궁극적인 만족이나 삶의 질과 관련되어 있다.

<표 2-2> 장기요양의 질적 차원과 요소

질의 차원	질적 요소(예시)
구조의 질	건물내 환경과 안전(화재 및 위생)
	주거 환경 및 편의시설
	방의 크기
	종사자의 구성(종사자 자격 혼합 비율 등)
과정의 질	입소자 권리 보호 장치
	효율적인 입소와 퇴소 절차
	요양보호 계획 수립과 평가 절차
	입소자의 높은 기능성 유지를 위한 서비스 제공
	자격을 갖춘 종사자의 상주 비율
	식단의 질
	부속 서비스(재활, 의약, 건강관리 등)의 가용성과 접근성
	의료기록 요건 및 요양보호 문서의 공정한 관리
	질관리 위원회 설치
	욕창 발생율
결과의 질	영양실조 발생율(탈수, 부적절한 경관급식 등)
	일상생활능력이나 도구사용능력 등의 저하
	입소자 통증관리
	물리적, 양학적 통제의 사용
	환자 감염비율
	항정신성 의약품 사용비율
	경관급식(tube feeding) 활용비율
	낙상 발생 횟수
	대변 실금 유병율
사회참여 및 사생활 보호	

자료: OECD(2005)

이러한 서비스의 질을 어떻게 준수하도록 할 것인가에 대한 방법은 여러 가지가 있을 수 있다. OECD(2005)의 연구에서는 이러한 품질관리의 방법을 크게 등록기준 설정, 모니터링, 인증제, 자율규제, 이용자 참여 등으로 구분하고 있다. 등록기준은 돌봄 제공기관이 서비스를 제공자로서 인허가를 받거나 계약에 참여하기 위한 최소한의 요건을 말하는 것으로 주로 물리적 환경이나 안전, 종사자의 숫자나 자격 등과 같은 구조적인 요소가 중심이 된다. 모니터링은 지속적으로 이 기준이 충족되고 있는지를 주기적으로 점검하기 위한 방법이다. 이를 통해서 기준을 충족시키지 못할 경우 경고를 주거나 미준수 사실을 공시하는 등의 비강제적 조치를 취할 수도 있고, 등록취소나 이용제한 등과 같은 법적강제력이 있는 조치를 취할 수도 있다. 또한 이전 모니터링 결과에 따라 위험요소가 발견된 제공기관은 모니터링을 더 자주하고 그런 점이 없는 제공기관은 모니터링 주기를 연장하는 등 차이를 두는 경우도 있다(Mor, 2014).

인증제는 최초에 모든 조건을 만족시키지 못하더라도 일정 기간 내에 개선을 통해 조건을 충족시켜 인증을 부여하는 형태로 운영될 수 있다(OECD, 2005). 또는 모니터링이나 별도의 질평가를 통하여 우수한 기관으로서의 자격을 부여하는 방식으로 '우수기관 인증제'와 같이 운영할 수도 있다. 이 경우 이러한 인증여부가 이용자에게 있어서는 제공기관의 서비스 질에 대한 판단 정보를 제공할 수 있다. 반드시 인증과 같은 방법을 동원하지 않는다고 하더라도 기관에 대한 평가보고서를 공개하는 방식으로 이용자에게 정보를 제공할 수 있다. 이러한 방법은 반드시 이용자의 제공기관 선택에 활용되지 않더라도 제공기관의 행동에 변화를 줄 수 있다(Mor, 2014).

자율 규제와 이용자 참여는 보다 직접적인 관계자들에게 서비스 질관리에 역할을 부여하는 방식이다. 그 중 자율규제는 질적 관리를 제공기관

의 이해단체에 부여하여 자정기능을 유도하는 방식을 말한다. 제공기관으로 결성된 이해단체는 본인들의 산업발전과 이용자와의 신뢰도 제고를 위하여 서비스 질과 운영에 대한 자체적인 자율기준을 정하고 회원단체의 준수여부를 검증하여 그 자격을 유지토록 하는 등의 조치가 가능하다. 이용자 참여는 이용자가 직접 제공기관에 대한 민원을 제기하거나 제공기관의 평가나 정보 공개에 있어 이용자의 의견을 반영하는 방식을 말한다. 이용자는 자신의 불만을 해결할 수 있는 공식적 창구가 있다는 것 자체로도 만족감은 높아질 수 있으며 실제 문제의 해결을 통해 서비스의 질을 개선할 수도 있다. 또한 기존 이용자의 이용경험을 공식적인 절차를 통해 인터넷 등에 공개한다면 그것은 또한 다른 이용자들이 제공기관을 선택하는데 있어 유용한 정보로서 작용할 수 있을 것이다.

나. 품질관리체계의 쟁점

위와 같은 품질관리를 어떠한 제도적 체계를 가지고 시행할 것인가에 대해서는 다양한 선택이 있을 수 있다. 즉 일상생활지원서비스제도를 등록하고, 조사하고, 조치를 취하는 등에 있어 누구에게 어떠한 권한을 부여하고 어떻게 시행하도록 하는 것이 더 효과적일 것인가에 대한 판단은 나라마다 다를 수 있는 것이다. 서비스질 관리에 대한 국제비교연구에서 Mar(2014)는 이러한 대안들이 중앙화냐 분권화냐, 대립적 접근이냐 합의적 접근이냐, 복지중심이냐 의료중심이냐, 구매권한에 의한 관계가 어떠한가에 따라 달라질 수 있다고 설명하고 있다.

중앙화냐 분권화냐에 대한 선택은 일반적으로 그 나라의 정부구조와 관련이 있다. 대부분의 나라에서는 분권화된 지방정부를 가지고 있고, 그것이 주단위든, 광역단위든, 기초단위든 상당한 수준의 자치권을 가지고

중앙정부와 유사한 조직구조를 가지고 운영되고 있다. 일반적으로 중앙정부가 전체적인 기준을 만들고 지방정부가 지역의 상황에 맞게 상세한 사항을 결정하여 집행하는 경우가 많지만 중앙정부와 지방정부가 상호간의 관계를 어떻게 설정하느냐에 따라서 나라에 따라 또는 시기에 따라 서로 다른 선택이 있을 수 있다.

대립적이나 합의적이냐의 선택은 규제에 대한 접근방식의 차이를 나타낸다. 대립적 접근(adversarial approach)이란 말 그대로 서비스 제공기관을 대립적인 통제와 단속의 대상으로 보고 법적 문항과 기준에 따른 매우 엄격하게 감독하는 방식을 말한다. 제공기관은 법적으로 정해진 질적 기준을 철저히 준수할 것을 요구하며 규제기관이 편의를 봐주거나 평가를 잘 받을 수 있도록 지원하는 것은 허용되지 않는다. 합의적 접근(consensual approach)은 그 반대로 제공기관을 협력적 동반자관계로 인식하고 원칙과 기대에 맞추어 더 나아질 수 있도록 협력적 관계 속에서 지원하고 유도하는 방식을 말한다. 이럴 경우 서비스가 점차 나아질 수 있도록 정보를 제공하고, 컨설팅을 하고, 그럼으로써 제재 등으로 인해 이용자의 서비스 이용이 저해되기보다는 질적으로 향상될 수 있는 기회를 극대화하려고 하는 것이다.

사회복지적 규제냐 의료적 규제냐 역시 사회서비스에서 매우 민감한 쟁점으로 작용한다. 노인 일상생활지원서비스의 경우 특히 이용자들이 복합적인 질환을 가지고 있는 경우가 많고, 그만큼 의료적인 접근이 필요한 것도 사실이지만 다른 한편으로 지나치게 의료적인 규제는 오히려 그 사람의 사회적 환경이나 가치, 궁극적인 삶의 질의 문제를 경시할 수 있다는 비판이 존재한다. 다시 말해 의료적인 필요성을 앞세우다보면 보다 이용자의 행동이나 환경을 통제해야 하고 그런 것이 보다 궁극적인 삶의 질 입장에서는 긍정적이지 않을 수 있다는 것이다. 그렇기 때문에 규제에

있어서도 의료적인 원칙을 우선시할 것이냐, 사회복지적인 원칙을 우선시할 것이냐는 차이를 나타내고 결국 실질적으로 의료관계부처나 기관이 주도적인 역할을 할 것이냐 복지관계부처나 기관이 주도할 것인가의 문제로 나타나기도 한다.

규제기관이 직접적인 구매력을 보유하고 있느냐도 질관리에 있어서 중요한 문제가 된다. 규제기관이 직접 서비스를 구매하여 비용을 지불하는 경우에는 그렇지 않고 단지 등록이나 인증만 관여하는 경우보다 훨씬 더 강력한 권한을 발휘할 수 있다. 이럴 경우 제공기관이 규제를 제대로 따르지 않으면 바로 이 기관의 재원부터 제재를 가할 수 있기 때문이다. 제공기관이 더 많이 규제기관에 의존할수록 제공기관은 더욱더 민감하게 규제기관을 따를 수밖에 없는 셈이다. 서비스 기준이나 계약 등에 모든 서비스질과 관련된 모든 사항을 다 명시하기가 어렵기 때문에 이러한 힘의 관계는 실제 질관리에 있어서 중요한 문제가 된다.

다. 돌봄 인력과 서비스의 질

일반적으로 노인 일상생활지원서비스에서의 일자리란 저임금에 낮은 지위이며 그 절대다수는 여성이고, 상당수는 45세 이상으로 근로인구 평균보다 연령이 높다. 이러한 특징으로 인해 임금, 근로시간, 근로조건, 지위 등 대부분의 나라에서 공통적으로 돌봄 인력을 둘러싼 많은 문제가 나타난다(Simonazzi, 2009). 민간보다는 공공의 일자리가 상대적으로 임금도 높고 안정적이지만 반대로 말하면 이는 비용인 것이고 그래서 점점 더 민간으로 위탁하고 민영화하는 원인이 되기도 한다. 그래서 더욱 돌봄 인력의 문제가 심화되고 있는 것이다.

하지만 돌봄 인력의 문제는 서비스의 질과 직결된다. 서비스는 그 성격

상 사람과 사람 사이의 관계 속에서 전달이 되고 그래서 일상생활지원서비스와 같은 서비스는 가장 직접적으로는 돌봄 인력에 의해서 결정되는 것이다. 따라서 서비스 질관리에 있어서 한편으로는 위에서 살펴본 바와 같이 제공기관을 관리하고 규제하는 것이 중요하지만 다른 한편으로는 돌봄 인력의 문제를 다루지 않을 수가 없다. 보다 잘 교육받고 훈련된 인력이 꾸준하게 돌봄을 제공할 수 있다면 더 우수한 서비스 질을 확보할 수 있을 것이며 이 때문에 많은 국가에서 이 부분에 정책적 관심을 기울이고 있다(OECD, 2005). 실질적으로 돌봄 인력과 서비스질과 관련한 쟁점으로는 근로조건 문제, 노동력 공급의 문제, 그리고 자격기준의 문제 등이 있을 것이다.

먼저 급여와 근로조건을 말하자면 먼저 언급하였듯이 전반적으로 열악하지만 그 중에서 민간 기관일수록 재가서비스일수록 공공기관이나 시설보호에서 종사하는 인력보다 더 상황이 안 좋은 경향이 있다(OECD, 2011; Simonazzi, 2009). 많은 돌봄 인력은 시간제이며 이는 재가보호 영역에서 더욱 두드러지고 그런 만큼 여러 가지 일을 동시에 하는 경우가 많다. 심지어 나라에 따라서는 최저임금제 적용대상에서 제외되기도 하고 사회보험이나 복지급여에 대한 혜택에 제한을 받는 경우도 있다. 한편 시설보호 종사자들이 상대적으로 더 나아보이는 것은 간호사까지 포함하기 때문일 수도 있다. 때문에 이러한 서로 다른 자격의 인력구성 비율 역시 살펴볼 필요가 있다. 또한 저임금과 불안정한 일자리일 뿐 아니라 돌봄인력은 사회보험에 가입되어 있지 않거나 다른 복지제도에의 혜택을 못받는 경우도 있다.

이러한 열악한 급여와 근로조건으로 인해 일상생활지원서비스에서 인력모집과 높은 이직률에 문제를 겪고 있는 경우를 보는 것은 어렵지 않다. 나라에 따라 다른 산업영역에 비해 더 높은 결원률을 보이거나 더 짧

은 근무기간에 두드러지게 나타나기도 한다. 그래서 돌봄 인력에 대한 노동력 공급에 있어서 지난 10여 년간 두드러지는 현상은 이주노동자의 증가이다. 이 역시 나라마다 차이가 나는데 남부 유럽의 경우 돌봄영역에서 가장 많은 이주노동자의 유입을 경험하고 있고, 북유럽은 그 반대로 매우 제한적인 유입만 일어나고 있으며 다른 유럽국가의 경우에는 나라마다 현격한 증가를 경험하기도 하고 감소를 경험하기도 하는 등 차이를 보이고 있다(OECD, 2011; Simonazzi, 2009). 이러한 이주노동자들은 더욱더 짧은 계약과 불규칙한 근무시간, 다 낮은 급여 등 본국의 돌봄 인력보다 더욱더 열악한 조건에서 일하는 것은 OECD 국가 전반에서 나타나는 현상이다(OECD, 2011).

마지막으로 훈련과 자격수준을 따져보면 역시 나라마다 상이하다. 남부유럽과 프랑스, 영국의 경우 이틀에서 이주 사이의 입문 과정만 요구하는 정도이고 오스트리아나 독일의 경우에는 직업자격 체계에 의해서 훈련을 받고, 북유럽국가의 경우에는 가장 높은 자격수준을 갖춘 것으로 나타나고 있다(EU, 1999; Simonazzi, 2009). 이러한 기준들은 단지 서비스의 질적 측면 뿐 아니라 주로 여성에 대한 고용정책의 방향 역시 반영되어 있다고 볼 수 있다.

사실상 일상생활지원서비스 영역의 노동시장은 다양한 인력으로 구성되어 있다. 간호사도 있고, 자격인증을 받은 요양보호사도 있는가 하면 공식 자격증이 없이 일하는 돌봄 인력도 있고, 비공식 보호자도 있고, 가사도우미도 있다. 그리고 돌봄에 있어서는 상황에 따라 관여하는 경우가 많기 때문에 현장에서 이러한 자격구분이 때로는 불분명할 때도 많다(Simonazzi, 2009). 하지만 전반적으로 나타나는 현상은 재가보호가 더욱 늘어남에 따라 자격기준은 점점 낮아지고 점차 단기간의 훈련으로 대체되는 경우가 늘어나고 있다(OECD, 2011). 이러한 재가보호의 확대에

다른 돌봄 인력의 자격수준과 근로조건을 저하는 현금급여의 증가와도 연관되어 있다. 특히 특별한 제한이 없는 현금 급여는 규제받지 않은 인력의 고용으로 이어지고, 이는 곧 더 불규칙적이고 불안정한 고용의 증가를 의미하기 때문이다.

7. 소결

지금까지 장기요양돌봄(long-term care)의 국제적 비교를 위한 분석틀을 도출하기 위하여 할당의 기반, 급여의 종류, 전달체계, 재정방식, 서비스 관리 등 5가지의 측면에서 나타나는 쟁점과 다양한 제도적 선택에 대해서 알아보았다. 할당의 문제에 있어서 일상생활지원서비스제도는 결국 국가, 시장, 지역사회, 가족 간의 분담이 쟁점이 될 수 있었으며 그런 의미에서 복지체제론, 젠더 레짐론 등을 살펴보았다. 그리고 급여의 종류에 있어서는 서비스에 대한 책임성과 이용자의 선택권이 쟁점이 되는 서비스와 현금, 이용자의 삶의 질과 효율성이 쟁점이 되는 재가보호와 시설보호, 고용에 대한 지원과 돌봄에 대한 지원으로 나누어볼 수 있는 보호자에 대한 지원을 다루어보았다.

전달체계에서는 공급주체 다변화의 흐름과 그로인해 더욱 대두되는 통합적 접근의 논의를 알아보았으며 재정방식과 관련해서는 공적재원과 사적재원의 지출 수준과 조세 및 사회보험, 본인부담 및 민간보험 등 다양한 자원 방식을 살펴보았다. 마지막으로 서비스 질관리와 관련해서는 기준설정, 모니터링, 인증제, 자율규제, 이용자 참여 등의 품질관리 방법과 중앙화와 분권화, 대립적 접근과 합의적 접근, 복지중심과 의료중심, 구매권한의 보유여부 등 다양한 쟁점에 대해 짚어보았다.

본 연구에서는 전통적인 체제이론을 참고하여 자유주의 국가에 속하는

영국과 미국, 북유럽 국가군에 속하는 스웨덴, 보수주의 국가로 분류되는 프랑스, 그리고 남유럽군에 속하는 이탈리아를 주요 복지국가로 선별하고, 나라별로 2000년대 중반 이후 최근까지의 변화를 조망함으로써 ADL 장애인(노인, 장애인 등) 즉 일상생활의 유지를 위해 타인의 도움이 필요한 자를 지원하는 장기요양돌봄서비스의 변화를 개관해 보고자 한다.

제2절 주요국의 장기요양돌봄 (long-term care) 체계 분석

1. 영국(김보영)

가. 서론

영국의 노인 사회서비스는 장애인까지 포괄하는 성인대상의 대인 사회 서비스 제도의 틀 속에서 발전되어 왔다. 영국의 사회서비스는 세계 2차 대전 이후에 지방정부 중심으로 부분적으로 발달해오던 다양한 서비스들을 1970년 지방정부 사회서비스법(local authority social service act) 제정으로 사회서비스국(department of social services)으로 모두 통합하면서 체계를 갖추었다(김보영, 2012). 따라서 지금까지도 돌봄이 필요한 사람은 해당 지방정부에 신청을 하게 되면 실사 결과에 따라 기상, 목욕, 식사와 같은 개인 수발은 물론, 청소, 장보기와 같은 일상생활 지원과, 보조장비 설치, 주택개조와 같은 환경 개선 서비스 등을 지원 계획(support plan)에 따라 받을 수 있다.

이러한 영국의 사회서비스는 한편으로는 지방정부를 중심으로 조세에 의해 보편적으로 통합적으로 잘 짜여진 듯 하지만 최근에 들어 돌봄의 위

기(care crisis)에 대한 우려가 증가하고 있으며 사실상 공적부조화가 되었다는 지적을 받고 있기도 하다. 또한 지방정부별로 수급기준이나 서비스 수준이 달라 서비스를 잘 받고 못 받고는 ‘우편번호 복권(postcode lottery)’과 같다는 비판을 또한 받고 있기도 하다(Brand.et.al., 2012). 그리고 한편으로는 예방적 서비스, 이용자의 통제권을 보장하는 개인화(personalisation) 개혁 등이 추진되면서도 현 정부의 강력한 긴축정책에 의해 서비스가 악화되고 있는 측면이 동시에 존재하고 있기도 하다.

이러한 영국의 노인 사회서비스에 대한 다양한 측면에 대해 할당, 급여의 종류, 전달체계, 재정방식, 서비스질 관리의 측면에서 분석해 보도록 하겠다. 또한 최근 개혁쟁점과 관련하여 캐머룬 정부의 사회서비스 정책과 쟁점, 이용자의 통제권을 둘러싼 논의, 보건의료와 사회서비스의 파트너십 문제에 대해서도 살펴보도록 하겠다. 영국의 사례는 지방자치의 전통이 매우 강한 다른 유럽 국가들과 달리 중앙집권의 전통이 강하여 우리나라와 유사점이 상대적으로 높으면서도 베버리지 복지국가 모델의 원조 국가로서 복지제도에 대한 오랜 경험을 가지고 있어 우리나라에도 좋은 참고가 될 수 있을 것으로 기대한다.

나. 제도적 동향

1) 할당의 기반

기본적으로 영국에서 사회서비스에 대한 수급자격은 욕구에 기반을 두도록 하고 있다. 이전에는 사회서비스가 지방정부를 중심으로 발전됨에 따라 지방정부마다 제각기의 기준을 적용하고 있었지만 신노동당 정부에서 ‘공평한 돌봄서비스 접근(fair access to care services, FACS)’ 기준

을 제공하여 전국적으로 통일된 욕구판정 기준을 수립하였다. 이 기준에 서는 일본의 욕구 수준을 치명적 욕구(critical needs), 상당한 욕구 (substantial needs), 중간 욕구(moderate needs), 낮은 욕구(low needs)로 나누어 구분하고 있다<표 2-3>.

<표 2-3> 영국 사회서비스 수급 기준(김보영, 2012, p. 414; DH, 2010, p. 21)

치명적 욕구
<ul style="list-style-type: none"> • 생명이 현재 또는 향후 위협받을 상황이거나 • 심각한 건강 문제가 발전해 왔거나 발전하고 있거나 • 핵심적인 주변환경에 대응하고 선택하는데 거의 선택이나 통제가 불가능 하거나 • 심각한 학대나 방치가 발생하고 있거나 발생할 상황이거나 • 일상적이고 주요한 개인 돌봄이나 집안일을 할 수 없거나 할 수 없게 될 상황이거나 • 핵심적인 직장, 교육, 학습 등이 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 핵심적인 사회적 지지체계나 관계가 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 핵심적인 가족이나 다른 사회적 역할과 책임이 수행되지 못하거나 못할 상황이거나 한 경우
상당한 욕구
<ul style="list-style-type: none"> • 주변 환경에 대한 선택과 대응이 매우 제한적이거나 • 학대나 방치가 발생하고 있거나 발생할 것이거나 • 대부분의 일상적인 개인 돌봄이나 집안일을 할 수 없거나 할 수 없게 될 상황이거나 • 직장, 교육, 학습 등의 많은 부분이 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 대부분의 사회적 지지체계나 관계들이 유지되지 못하거나 못할 상황이거나 • 대부분의 가족이나 다른 사회적 역할과 책임이 수행되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 한 경우
중간 욕구
<ul style="list-style-type: none"> • 일부 일상적인 개인 돌봄이나 집안일을 할 수 없거나 할 수 없게 될 상황이거나 • 직장, 교육, 학습 등의 일부 부분이 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 일부 사회적 지지체계나 관계가 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 일부 가족과 다른 사회적 역할과 책임이 수행되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 한 경우
낮은 욕구
<ul style="list-style-type: none"> • 한두 가지의 일상적인 개인 돌봄이나 집안일을 할 수 없거나 할 수 없게 될 상황이거나 • 직장, 교육, 학습 등의 한두 부분이 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 한두 사회적 지지체계나 관계가 유지되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 • 한두 가족과 다른 사회적 역할과 책임이 수행되고 있지 못하거나 못할 상황이거나 한 경우

자료: 김보영(2012)

하지만 그렇다고 중앙정부가 지방정부에게 어느 수준 이상의 욕구에 사회서비스를 제공해야 한다고 강제하거나 권고하고 있는 것은 아니다. 이 기준은 욕구수준을 구분하는 틀로서 적용되는 것일 뿐이고 중간 욕구 이상의 대상자에게 서비스를 제공할지, 상당한 욕구 이상의 대상자에게 서비스를 제공할지는 여전히 지방정부가 결정할 문제인 것이다. 지방정부는 욕구에 대한 실사를 통해 서비스 제공여부를 판단하고 별도의 재정 실사(financial assessment)를 통해 서비스 비용 중 얼마만큼을 이용자가 부담할 것인지를 결정한다(김보영, 2012). 제도적으로는 욕구수준에 따라 서비스 수급여부가 결정되지만 재정능력에 따라 그 비용을 부담하게 되므로 서비스의 지원범위가 축소됨에 따라 공적부조화 된다는 지적을 피하기 어려운 것이다.

실제로 영국에서는 최근 들어 사회서비스의 공적부조화 문제는 사회서비스 제도에서 가장 핵심적인 쟁점으로 인식되고 있고 다양한 통계로 그 심각성이 제기되고 있다(고경환 외, 2010). 수급 기준에서 중간 욕구 이하까지 지원하는 지방정부의 비중은 급격히 줄어들고 있으며 점점 대부분의 지방정부에서 상당한 욕구 이상의 경우에만 서비스를 제공하는 것으로 파악되고 있다. 또한 2010년 기준으로 재산이 23,000 파운드(약 4천 2백만 원) 이하일 경우에만 시설보호를 이용할 경우 지방정부의 지원을 받을 수 있으며 이 때문에 사회서비스를 받기 위해서는 자신의 집을 처분해야만 한다는 두려움이 확산되고 있다.

이러한 최근의 변화는 제도의 유형에 있어서는 조세기반의 보편적인 제도 중심인 베버리지 유형이지만 돌봄과 관련된 젠더 레짐에 있어서는 돌봄 부담의 상당 부분을 가족과 시장에 맡기고 있는 자유주의 모델의 특성이 더욱 두드러지게 하고 있다고 볼 수 있다. 영국에서 돌봄의 위기 논의를 본격적으로 제기한 2006년 사회보호조사위원회 보고서(CSCI,

2006)에 따르면 영국에서 개인이 돌봄을 위해서 지출한 비용이 한 해 35억 파운드(약 6조 5천억 원)에 달하며 이는 정부 사회서비스 예산의 40%가 넘는 규모였다. 영국에서 가족과 친지 등에 돌봄을 전적으로 의존하거나(80%), 일부 의존(10%)하는 비율이 총 90%에 달하는 점을 고려하면(Pickard, 2001) 영국의 사회서비스에 대한 실질적인 부담 비중은 국가보다 가족과 시장에 더 크게 주어졌었다고 할 수 있을 것이다.

2) 급여의 종류

영국에서는 1950년대부터 탈시설화의 의미로서 지역사회보호(community care)라는 방향이 일종의 합의처럼 존재하였고, 이러한 흐름은 특히 1980년대 대처 정부에서 본격적으로 지역사회보호를 핵심 정책방향으로 제시하면서 본격화되었다(김보영, 2011). 여기에서 지역사회보호란 기본적으로 이전의 수용중심의 시설보호에서 지역사회 내에서 돌보는 재가보호와 같은 의미로 이해되었고, 1980년대에는 이와 같은 맥락에서 주간보호와 같이 지역사회에서의 다양한 서비스 개발이 추진되었다. 물론 지역사회보호는 지역사회에서의 보호 뿐 아니라 가족, 친지, 이웃 등 지역사회에 의한 돌봄으로 해석되고 강조되는 경우도 있어 비판적인 논의 역시 존재하였다.

또한 전통적으로 사회서비스 대상자가 되면 직접 서비스를 제공하는 것이 일반적이었으나 90년대 중반부터 현금급여 등 보다 이용자의 선택권이나 통제권을 보장하는 형태로 변화하고 있다. 1996년 지역사회보호(직접지불제)법(community care(direct payments) act, 1996)는 그 시작이었다(Glasby, 2014). 이 법에서 만 18세와 65세 사이의 서비스 이용자가 서비스를 제공받는 대신 현금 급여를 선택할 수 있도록 하였고, 이는 오랜 동안 전개되어온 장애계의 자립생활운동(independent

movement)의 결과물이기도 하였다. 8~90년대 영국 장애계에서는 장애인이 다른 비장애인 시민들과 똑같이 온전한 시민으로서 권리를 가지고 있으며 이를 보장하기 위해서는 장애인이 수동적인 서비스 수혜대상이 아니라 직접 자신의 자립적 생활을 위해 활용할 수 있는 통제권이 주어져야 한다고 주장하였다(김보영, 2011).

현금 급여 도입 이후 처음에는 소수만이 이용하였지만 지속적으로 증가하였고, 그에 따라 적용대상이 확대되고, 모든 지방정부 사회서비스 제공시 선택을 할 수 있도록 의무화시켰으며 이는 2003년부터 개인예산제(personal budget) 도입으로 이어졌다(Glasby, 2014). 개인예산제는 별도의 제도로 도입이 되었지만 직접지불제와 같이 이용자의 통제권을 강화하는 접근이었다. 이 제도에서 지방정부는 이용자에게 욕구에 대해 지원이 가능한 지원규모를 알려주면 그 범위 안에서 이용자가 직접 자신에게 적합한 서비스를 구성할 수 있는 것으로 현금 아니면 서비스라는 두 가지 선택 밖에 없었던 것에서 한층 더 진보된 모델이었다. 즉, 개인예산제에서는 가령 평일에는 그냥 지방정부에서 제공되는 서비스를 받고, 주말에는 자녀가 돌보러 오는 비용으로 쓰고 하는 식으로 이용자의 선택에 따른 다양한 구성이 가능해진 것이다.

그리고 사회서비스는 일반적으로 직접 돌봄이 필요한 대상자를 위한 것이지만 영국에서는 역시 90년대 이후 보호자에 대한 지원이 발달하고 있다. 영국에서는 잉글랜드 지역에서만 5백만 명의 보호자가 자신의 가족이나 친구들을 돌보고 있으며 일부는 일주일에 50시간 이상 돌봄을 제공하고 있는 것으로 파악되고 있다(HM Government, 2012). 처음으로 보호자가 독자적으로 자신의 욕구에 대해 실사를 받을 수 있게 된 것은 1995년부터였지만 보호자에 대한 지원이 본격화된 것은 신노동당 정부에서부터였다(강혜규 외, 2006; 김보영, 2009). 1999년부터는 지방정부가 휴식 서비스

(respite care), 직업훈련 제공 등 보호자를 위한 서비스를 개발할 수 있도록 수발자 교부금(carer's grant)을 지급하기 시작하였고, 2000년 보호자와 장애아동법(2000 carer and disabled children act)에 의해서 지방정부가 보호자에게 직접 서비스를 제공할 수 있도록 하였다. 2002년 고용법(2002 employment act)의 제정을 통해서 장애아동 부모에게 유연한 노동시간에 대한 권리를 부여하였고 이는 2006년 모든 성인 보호자에게까지 되었으며, 2004년 보호자(기회평등)법(2004 carers (equal opportunity) act)를 통해서 지방정부에 보호자의 사회통합을 촉진해야 한다는 보다 포괄적인 법적 책임을 부여하였다(고경환 외, 2010).

3) 전달체계

영국의 사회서비스 전달체계에 있어 가장 큰 특징이라고 한다면 지방정부 중심의 통합적 체계일 것이다. 영국은 전통적으로 사회서비스는 지방정부를 중심으로 발달되어 정착되었다. 세계 2차 대전 이후 영국에서 중앙정부 중심의 무상의료서비스 제도인 국민건강서비스(national health service)가 구축된 이후에 노인, 만성질환자, 장애인 등의 장기간 병상 점유문제가 대두되었고, 지방정부에게 이들의 돌봄에 대한 책임과 권한이 부여되면서 사회서비스가 지방정부를 중심으로 발달되게 되었다(김보영, 2012). 이러한 지방정부 중심의 사회서비스는 아동부, 복지부, 보건부, 교육부 등으로 분산되어있었지만 시범 위원회의 검토를 거쳐서 1970년 지방정부 사회서비스법(1970 local authority social service act)에 의해 각 지방정부에 통합된 사회서비스 담당조직인 사회서비스국을 설치하게 하면서 이러한 전달체계가 확립된 것이다.

이러한 지방정부 중심의 사회서비스 체계는 이어진 지역사회보호 개혁

에서도 유지되었다(강혜규 외, 2006). 1986년 보수당 정부는 사회서비스의 효과적인 집행 방안 마련을 그리피스경(Sir Griffiths)에게 의뢰하였고, 그 보고서에서는 지방정부가 사회서비스의 직접 공급자이기 보다는 지역사회보호의 협력자로서 민간의 적극적인 참여를 통한 복지의 혼합경제(mixed economy of welfare)를 주장하면서도 여전히 지방정부에게 사회서비스에 대한 주도적인 역할을 강조한 것이다. 결국 이러한 제안은 1990년 국가건강서비스 및 지역사회보호법(1990 NHS and community care act)로 법제화되었다. 따라서 영국에서 지역 의회(county council), 통합 의회 (unitary council), 도시 구의회(metropolitan district council), 런던 자치의회(london borough council) 등 150여 개의 지방정부는 사회서비스에 대한 책임을 지고 있으며 그래서 사회서비스 책임의회(council with social services responsibility, CSSR)로 구분하여 지칭하기도 한다.

지방정부 중심의 통합적 접근방법으로서의 사례관리도 보수당 정부의 지역사회보호 개혁과 함께 도입되었다(김보영, 2011). 당시 사례관리는 미국과 캐나다 등에서 분절적인 서비스와 협력 부족, 열악한 자원, 공적 서비스와 비공식 돌봄 간의 협조 미흡 등에 대한 대안으로 개발된 사회복지실천 방법론으로 제기되었고, 영국에서는 일종의 이용자 중심 접근으로 기존에 충족되지 못했던 욕구들에 대해서도 보다 쉽게 접근할 수 있는 양질의 서비스를 제공할 수 있는 방법으로 주목을 받았다. 이에 당시 보수당 정부에서는 개별 이용자의 욕구조사, 서비스 계획, 모니터링 등의 일련의 과정을 통합적으로 체계화시킨 사례관리를 도입한 것이다. 이러한 통합적 방법론은 신노동당 정부에서 개인예산제와 같이 보다 이용자의 통제권을 강화하는 방향으로 발전하였다고 할 수 있다.

이렇게 지방정부 중심의 통합적 전달체계가 영국 사회서비스의 가장

큰 특징 중의 하나이지만 앞서 언급했던 보수당의 지역사회보호 개혁을 통해 그 역할은 크게 변하였다. 이전까지는 지방정부가 서비스의 일련의 과정을 통합적으로 관리할 뿐만 아니라 공급에 있어서도 직접적인 역할을 했지만 보수당 정부의 지역사회보호 개혁이 제도화된 1990년 국민건강서비스 및 지역사회보호법에 의해서 지방정부 사회서비스국은 지역사회보호의 중심적인 전략적 기관이지만 직접 공급을 책임지기 보다는 다양한 공공, 민간자원을 조율하는 기관으로 규정되었다(김보영, 2012; Lewis and West, 2013). 이를 통해 지방정부 중심의 공급구조는 다양한 민간의 영리, 비영리 기관 등이 참여하는 ‘공급자-구매자 분리(purchaser-provider split)’로 전환된 것이다. 이는 서비스 공급은 다양한 공급자가 참여하고 지방정부는 이들간의 경쟁구조에서 계약을 통해 구매하여 이용자에게 제공하는 방식을 말하는 것으로 계약이 끝날 때 마다 의무적으로 경쟁적 입찰을 통해 다시 구매하는 의무경쟁 입찰제(compulsory competitive tendering, CCT)를 통해 강제되었다.

당시 보수당 정부는 이러한 공급기관의 다양화를 통한 복지의 혼합경제가 공급기관간의 경쟁과 이용자의 선택에 의해 서비스의 질적 향상과 혁신이 이루어질 수 있다고 인식하였다(김보영, 2011). 기존의 지방정부 중심의 공급구조가 이용자의 선택권이 배제된 독점적인 것이었다면 보다 혁신적이고 유연한 다양한 공급자들의 참여로 인하여 더욱 우수하고 개별적인 욕구에 적합한 서비스들을 이용자들이 적극적으로 선택할 수 있게 된다는 것이다. 이러한 개혁에 따라 사회서비스에 있어 민간공급기관 비중은 비약적으로 증가하였고, 1979/80년 사회서비스 공급시간 기준으로 민간기관은 14% 정도에 불과하였으나 최근에는 생활시설의 90%, 재가서비스 기관의 87%가 민간기관이며 그 중 절반이 넘는 다수를 영리기관이 차지하고 있다(고경환 외, 2010; 김보영, 2012). 1980년대 이후 사

회서비스 공급구조 자체가 지방정부 중심에서 민간기관, 그것도 영리기관 중심으로 완전히 전환된 것이다.

4) 재정방식

최근 영국의 대인 사회서비스(personal social services) 예산규모는 310억 파운드(약 54조원) 규모로(HM Treasury, 2013, 2014) GDP 대비로는 약 1.9% 정도에 해당한다. OECD 평균 장기요양보험 지출 규모가 1.5%라는 점과 비교할 때(OECD, 2011) 높은 수준에 속하지만 영국의 대인 사회서비스는 노인 일상생활지원서비스 뿐 아니라 장애인 등 모든 성인대상 돌봄을 모두 포괄하는 것으로 단순한 비교는 어렵다는 점을 유의해야 한다. 또한 영국의 사회서비스는 지방정부의 중심으로 전달체계가 구성되어있을 뿐 아니라 지출규모 자체도 지방정부의 재량권한에 들어가기 때문에 실제로 지출되는 비용은 다를 수 있다.

영국의 사회서비스는 조세에 기반하며 그 것도 지방정부의 일반예산에서 지출되기 때문에 다른 예산과 별도로 분리되어 있지 않다. 그렇기 때문에 영국 사회서비스의 재원방식을 이해하기 위해서는 지방정부의 재원에 대해서 먼저 이해할 필요가 있다. 영국 지방정부의 주요재원은 지방의 회세(council tax), 국가 비거주 건물세(national non-domestic rates), 정부 보조금(government grants) 등으로 구성된다. 정부 보조금은 말 그대로 중앙정부가 지방정부에 지원하는 예산으로 특정 부처가 특정 사업 등에 지원하는 특정 보조금(specific grant)와 일반 예산으로 지원하는 세입 지원 보조금(revenue support grant)로 나뉜다.

국가 비거주 건물세는 일명 사업세(bussiness rate)이라고 불리며 지방정부가 비거주용 건물에 부과하는 세금으로 중앙정부에서 모아 재배분한다. 세입 지원 보조금과 재배분 사업세는 매년 의회에서 지방정부 재정

획정(local government finance settlement)를 통해 결정한다. 지방의회세는 지방정부의 자체적으로 부과하는 세금으로 지방정부 필요예산과 국가 비거주 건물세 배분액을 포함한 중앙정부 지원금액과의 차액 범위에서 부과한다. 현 캐머론 정부는 2011년 지역중심주의법(2011 localism act)에서 의회가 지방정부 재정 획정에서 설정한 기준을 넘어서 지방의회세를 인상하는 경우 주민투표를 거치게 규정하였다.

현재 영국에서는 2010년 10월에 정부에서 예산규모와 우선순위 등을 결정하는 지출검토(spending reviews)를 통하여 2011/12년부터 2014/15년까지 지방정부 지원 기준을 마련하였다. 이를 바탕으로 의회에서 지방정부의 전체적인 재정배분과 지출수준을 설정하는 지방정부 부처예산 한계(local government departmental expenditure Limit, LG DEL)을 설정한다. 그러면 그 범위 안에서 획정 기금 실사(settlement funding assessment)를 통해 사업세의 배분과 세입 지원 보조금 수준을 결정한다. 첫 번째 획정 기금 실사가 2013/14년도에 이루어졌는데 이는 2020년까지 세입 지원 보조금을 설정하는데 출발점이 되며 그래서 별도로 기금 실사 출발점(start-up funding assessment)라고 지칭한다. 캐머론 정부에서 이를 기반으로 사업세의 경우 지방정부에서 지역 내 세수와 증가분을 절반까지 보유할 수 있도록 하는 사업세 보유 제도(business rate retention scheme)을 도입하여 지방정부가 지역 내 경제 활성화에 따라 재원을 더욱 확보할 수 있도록 하였다.

획정 기금 실사는 산식 보조금(formula grant) 방식으로 결정된다. 산식보조금은 지방정부 서비스에 대한 요구수준과 지방세 여력 등 지역자원 등을 고려하여 결정된다. 산식 보조금은 각 서비스 영역별로 나누어서 계산되는데 아동 보호 등을 포괄하는 아동 서비스, 노인이나 장애인 등 성인 돌봄을 포괄하는 성인 사회서비스, 치안 등과 같이 구분된다. 가령

노인 사회서비스 욕구를 계산하는 산식의 경우 65세 이상 노인 1인당 기본량에 65세 노인 예상 가구 수를 곱하고, 여기에 90세 이상 초고령 가구 비율, 저소득 노인 수, 독거노인 수 등 부가적인 요소를 더하여 계산한다. 하지만 이러한 영역별로 계산된다고 해서 지방정부가 이에 구속을 받는 것은 아니며 어디에 얼마나 쓸지는 지방정부의 재량이다.

결론적으로 말하자면 지방정부의 전체적인 지출수준은 중앙정부(의회)에서 정하고, 각 지역별 욕구수준과 자원을 고려하여 중앙정부 지원 재정을 배분하며, 지방정부 필요예산과의 차액의 범위에서 지방정부가 자체적으로 지방의회세를 걷을 수 있으므로 재정에 대해서 지방정부는 상당한 자율성을 가지고 있다고 할 수 있다. 또한 지역의 상황에 따라 균형 있게 배분되는 구조를 가지고 있는 것이다. 그러면서 그 재정 안에서 어떻게 쓸지에 대해서도 지방정부가 결정할 수 있는 권한을 갖고 있다.

결국 사회서비스에 대한 실질적인 지출 수준이나 지역 주민에 대한 사회서비스 보장 수준은 각 지방정부에 달려있다고 할 수 있다. 이러한 특징은 지방정부별로 지역주민의 욕구에 맞게 사회서비스를 설계하고 제공할 수있다는 장점이 있지만 지방정부별로 서비스의 보장수준과 내용이 달라질 수 있는 문제 역시 가지고 있다. 실제로 영국에서는 앞서 언급했듯이 지역별로 사회서비스 편차가 커서 우편번호 복권과 같다는 비판이 일며 지역별 불평등으로 인해 지리적 정의(territorial justice)가 총체적으로 부재하다는 지적이 심각하게 제기되고 있다(Brand.et.al., 2012).

5) 서비스 질관리

영국의 서비스 질관리 체계는 1980년대에 보수당 정부에서 중앙통제적인 형태로 수립하기 시작하였다. 그 배경에는 당시 다수를 노동당이 점

하고 있었던 지방정부에 대한 통제를 강화하면서 더 관대한 사회서비스를 억제하기 위한 배경이 자리 잡고 있었다(강혜규 외, 2006). 1984년 등록생활시설법(1984 registered homes act)을 통하여 모든 생활시설에 게 정부에 등록하고 조사받을 의무가 부여되었으며 그 후 사회서비스 조사원(social service inspectorate)이 중앙에 설립되어 1985년부터 사회서비스에 대한 질관리를 전담하게 되었다.

이러한 중앙중심의 질관리 체계는 신노동당 정부에서 더욱 강화되었다. 사회서비스조사원은 1996년부터 각 지방정부의 사회서비스를 조사하는 감사위원회와의 합동조사(joint review), 그리고 230여개의 지방정부와 보건의료 산하 조사단을 대체하여 2002년에 설립된 국가보호기준 위원회(national care standards commission)과 통합하여 2004년 6월 사회보호조사위원회(commission for social care inspeciton, CSCI)로 확대개편 되었다(김보영, 2009). 이 위원회에서는 사회서비스 제공기관들을 조사하고, 법적으로 설정된 국가최소기준(naitnoal minimum standard)을 적용하는 법적 의무를 가지고 있었다.

사회보호조사위원회는 다시 보건의료 규제기관과 통합되어 2009년 4월에 돌봄의 질 위원회(care quality commission)으로 새롭게 설립되어 지금에 이르고 있다(고경환 외, 2010). 이러한 돌봄의 질 위원회는 사회서비스 영역에 있어 모든 공급기관을 기초적인 질과 안전기준에 맞추어 등록하도록 하며 이러한 기준이 지속적으로 지켜지고 있는가를 감독할 수 있고, 기준을 지키지 못할 경우 경고를 주거나 벌금을 부과할 수도 있고, 기관 폐쇄를 명령할 수도 있다. 그러면서 정기적으로 지역의 사회서비스가 잘 제공되고 운영되고 있는지를 확인하고, 더 나은 질적 서비스 공급을 촉진하며 이용자들에게는 정보제공을 통하여 더욱 질높은 서비스를 선택할 수 있도록 지원을 하는 책임을 가지고 있다.

2010년 새로운 캐머룬 정부의 등장 전후로 돌봄의 질 위원회는 몇가지 큰 변화를 가지고 있다(고경환 외, 2010). 먼저 서비스 기관 유형별로 적용되던 서로 다른 기준은 하나의 필수 기준으로 통합하였다. 기존의 기준이 주로 시설 기준이나 실적 등 산출 기준이었다면 새로운 평가 기준은 이용자의 욕구 충족이나 참여, 자립생활과 같이 이용자가 서비스의 과정과 서비스의 결과로 얻을 수 있는 경험과 변화를 중심으로 구성되어 있다. 현재 적용되고 있는 국가기준(national standards)은 이용자 수준에서 기대되어야 하는 5가지 항목으로 단순화되어 있으며 병원, 보호시설, 재가보호, 치과 등 4가지 시설 유형에 따라 추가적인 설명이 부가되어 있을 뿐이다(표 2-4). 이에 따라 기존에 적용되던 국가최소기준은 폐지되었다(Lewis & West, 2013).

〈표 2-4〉 돌봄에 대한 영국 국가 기준

번호	기대 내용
1	당신은 존중받고, 당신의 돌봄과 지원에 참여하며 매 단계마다 어떤 일이 일어나는지 설명받는 것을 기대할 수 있어야 한다.
2	당신은 당신의 욕구에 맞는 돌봄과 치료와 지원을 기대할 수 있어야 한다.
3	당신은 안전하기를 기대할 수 있어야 한다.
4	당신은 자신의 직무를 적절하게 수행할 수 있는 적합한 기술을 가진 인력에 의해 돌봄을 받을 것을 기대할 수 있어야 한다.
5	당신은 돌봄 제공자가 정기적으로 자신의 서비스의 질을 점검하기를 기대할 수 있어야 한다.

자료: CQC(2014a)

그리고 기존의 정기적이고 직접적인 조사를 중심으로 한 활동을 위험(risk)을 기반으로 하여 프로파일링(profiling)으로 보완하여 조사와 평가활동의 효율성을 향상시키고 있다(고경환 외, 2010). 위원회는 지속적으로 서비스 이용자와 서비스 공급자로부터 지속적으로 정보를 수집하여

개별 공급자별로 서비스 질과 위험 정도를 평가하는 프로파일(quality and risk profile, QRP)를 작성하고, 이를 바탕으로 위험을 평가하는 것이다. 이러한 위험 기반 접근(risk-based approach)는 새로운 정부에서 지속적으로 강화되고 있다(Lewis & West, 2013).

최근에도 돌봄의 질 위원회는 변화를 겪고 있다(CQC, 2014b). 대규모 시설법인의 파산으로 큰 문제를 경험한 영국에서는 돌봄의 질 위원회에 2015년 4월부터 재정적 안정성을 실시하여 공급기관의 파산 등으로 인해서 지속적 돌봄이 훼손되는 상황을 예방하기 위하여 조기 경보를 통해 지방정부가 대비할 수 있도록 할 예정이다. 또한 2014년 돌봄법(2014 care act)에서 위원회에 사회서비스 시장을 감독하는 역할을 부여하기도 하였다. 또한 2014년 10월부터는 보다 강력하고, 엄격하고, 전문가 주도 조사를 도입하고 있다.

돌봄인력의 문제는 영국에서 사회서비스 질에 대한 규제감독에 있어서 주요하게 다루어지고 있는 영역이기도 하다. 기존의 국가최소기준에서는 전체 인력 대비 국가직업자격(national vocational qualification, NVQ) 2급(level 2)이상의 인력 비율 과반 수 이상, 인력모집과 고용에서의 훈련 프로그램 시행 등을 적용하였다. 하지만 이런 기준에 대한 준수율은 2010년에 21%에 불과하였다(Rubbery.et.al., 2013). 그리고 국가 직업자격 2급이란 영국에서 16세 학교졸업자격 수준에 불과한 것이었다(Atkinson & Lucas, 2013).

현 케머론 정부도 정책 문헌을 통해 돌봄의 질이 인력의 질에 달려있다는 점을 인식하면서도 이들의 훈련을 책임지는 기관이 여전히 없으며 온라인 교육과 같은 보조적인 수단만 제공하고 있을 뿐이다(Lewis & West, 2013). 그러면서 인력에 대한 근로조건도 열악하여 전체 사회서비스 이직률이 22%에 달하며 특히 등록 간호사는 32%로 가장 높고, 돌봄

제공 인력도 그 다음으로 25% 이상의 이직률을 보이고 있다(CQC, 2014b). 또한 재가보호 돌봄 인력의 경우 과반수 이상(56%)이 최저임금 또는 최저임금을 약간 넘는 수준(시간당 6.08 파운드에서 8파운드 사이)을 받고 있는 것으로 나타났으며, 비슷한 비중의 돌봄인력(57.8%)이 방문에 필요한 교통비용을 받고 있지 못한 것으로 나타나 실질적인 임금수준은 더욱 낮은 것으로 나타나고 있다(UNISON, 2012).

다. 개혁 쟁점

1) 캐머론 정부의 사회서비스 개혁

2010년에 집권한 캐머론 정부에서 사회서비스 정책은 주요한 변화를 겪고 있는 분야 중 하나이다. 캐머론 정부는 이전의 신노동당 정부의 정책기조를 일부 이어받으면서 더욱 발전적인 방향을 모색하고 있다. 캐머론 정부에서 사회서비스 정책은 2012년 보건의료와사회적돌봄법(2012 health and social care act)와 2014년 돌봄법(2014 social care act) 등 두 번의 제도입법을 통하여 구체화되었다.

2012년 보건의료와사회적돌봄법을 위한 정책백서를 통해서 캐머론 정부는 두 가지 핵심 원칙을 제시하였다(HM Government, 2012). 그 첫 번째는 모든 수단을 동원해서 돌봄과 지원을 받아야할 필요를 예방하고, 지연시키고, 최소화시키는 것이다. 이러한 예방적 서비스는 신노동당 정부에서도 강조되었던 정책 방향이며 이를 위해서 개인과 지역사회와 정부가 협력을 통해서 평소애 적절한 정보와 조언을 제공하고, 낮은 수준의 욕구에 대해서 적합한 주거와 보호자에 지원을 제공하고, 위기상황에서는 재기서비스(re-ablement services)와 위기 대응(crisis response)를

통해서 되도록 자신의 집에서 자립된 삶을 유지할 수 있도록 하는 것이다.

이중 재기서비스는 최근 지방정부에서 확산되고 있는 새로운 서비스 형태로 보통 장애나 의존성이 발생한 시점에서 일정기간(보통 6주) 무상으로 대상자가 일상생활 기능을 회복할 수 있도록 하는 서비스를 제공하는 것이다(김보영, 2012). 이러한 서비스를 통해서 대상자가 스스로 일상생활 기능을 수행할 수 있도록 안내하고 훈련을 시키거나 주택을 생활하기 적합하게 개조를 시키거나 하여 향후 장기적인 서비스 이용을 대폭 감소시키는데 효과가 있는 것으로 알려졌다.

두 번째는 이용자가 자신의 돌봄과 지원에 대해서 이용자가 통제권을 스스로 행사할 수 있도록 하는 것이다(HM Governemnt, 2012). 이를 위해서 기존의 직접지불제나 개인예산제를 지속적으로 강화하면서 보다 더 제3섹터나 민간조직, 지방정부, 개인 간의 전통적인 경계를 넘은 협력을 통해서 추진할 것을 밝히고 있다. 이러한 정책 추진을 위해서 사회영향채권(social impact bond) 등을 이용한 다양한 지역 시범사업, 5년간 새로운 돌봄과 지원 기금 2억 파운드를 투자하여 특수 주거 개발, 분명하고 신뢰도 있는 정보 제공을 위한 정보 웹사이트 개발, 잉글랜드 전역에 일관되게 적용되는 국가최소수급자격(national minimum eligibility threshold) 도입, 2017년까지 10만 명의 돌봄 인력을 돌봄 도급제(care apprenticeship)으로 양성, 개인예산제 제공 법제화 등을 제시하고 있다.

또한 60년만의 사회적 돌봄 법체계의 변화로 평가되고 있는 2014년 돌봄법에서는 사회서비스와 관련하여 4가지 큰 변화를 제시하고 있다(Brindle, 2014). 먼저 지방정부에 서비스 이용자 뿐 아니라 보호자에 대해서도 삶의 질 증진에 대한 새로운 의무를 부과하고 있다. 그리고 시설 보호나 재가보호에 상관없이 규제된 공급기관과 지방정부에 의해 서비스를 제공받는 사람은 인권법(human rights act)에 의한 보호를 받게 되

었다. 지방정부는 또한 돌봄을 제공받는데 있어 반드시 독립적인 재정적 조연을 받을 수 있도록 해야한다. 그리고 돌봄에 대한 지방정부에 대해 이의제기를 할 수 있도록 제도를 도입하였다.

하지만 이러한 캐머룬 정부의 사회서비스 개혁은 매우 급격한 재정긴축정책으로 빛이 바래고 있다. 지방정부 역시 4년 동안 27%의 재정 감축에 직면하였고, 이것이 곧바로 사회서비스의 예산 삭감으로 연결되는 것은 아니지만 보호된 예산도 아니기 때문에 영향권에서 벗어나기는 힘든 것이다(Rubbery.et.al., 2013). 실제로 성인 사회서비스 국장 협회(association of directors of adult social services, ADASS)의 조사에 따르면 2010/11년에서 2014/15년까지 대상 인구는 14% 증가하는 가운데 성인 사회서비스 지출은 12% 감소한 것으로 나타났으며 이로 인하여 더 적은 사람이 돌봄에 접근할 수 있고, 지방정부에 대한 법적인 조치는 증가하고, 공급자들에게는 재정적 어려움이 가중되어 파산 등의 위험이 더욱 커질 것이라고 전망했다(ADASS, 2014).

영국에서 가장 큰 공공 서비스 노조인 유니슨(UNISON)이 2012년에 실시한 재가보호 돌봄 인력을 대상으로 한 조사에 따르면 79.1%의 응답자가 돌봄의 시간이 약속된 시간 이전에 서둘러 나가야할 정도로 매우 압박하게 짜인다고 응답하였으며 지난해 동안 56.1%는 급여가 감소하였고, 59.7%는 돌봄 시간이 감소하였고, 52.1%는 더 많은 업무가 주어지는 등 과반수 이상의 응답자가 자신의 근로조건이 악화되었다고 응답하였다(UNISON, 2012). 캐머룬 정부는 더욱 예방적이고 개인화된 서비스로 서비스의 질을 높이겠다고 하고 있지만 실제로는 급격한 긴축정책으로 인하여 지방정부 지출은 감소하고 있으며 서비스 질과 밀접한 관련이 있는 돌봄인력들의 근로조건은 악화되고 있는 현실인 것이다.

2) 사회서비스 개인화와 이용자 통제권

사회서비스 개인화(personalisation)은 신노동당 정부가 사회서비스 정책에 있어서 핵심기조였으며 그 기조는 현 캐머론 정부에서도 이어지고 있다. 신노동당에 있어서 개인화의 목적은 자립(independence)이었고, 그 자립은 제공되는 사회서비스에 대해 이용자가 통제권을 가지고 있을 때 효과적으로 성취될 수 있는 것이었고, 그 핵심적인 수단은 직접지불제와 개인예산제로 이해되었다(김보영, 2009). 앞서 살펴본 바와 같이 이러한 정책적 기조는 그대로 캐머론 정부에서도 계승되고 있다.

실제 2005년 11월부터 2007년까지 13개의 잉글랜드 지역에서 진행된 개인예산제 프로젝트에 대한 평가에 따르면 삶의 질이나 복리 등은 프로젝트 지역의 이용자와 비교집단간의 통계적으로 유의미한 차이는 없었으나 개인예산제 이용자가 약간 높게 나타났고, 또한 보다 자신의 일상생활에 대해 통제권을 느낀다는 대답은 비교집단과 유의미한 차이를 보이며 높게 나타났다(Netten, et.al., 2012). 물론 이러한 평가결과는 초기 6개월만의 조사결과여서 완전한 효과를 보여주지는 못하지만 적어도 개인예산제의 서비스 과정에서 이용자들에게 자신의 역할에 대한 긍정적인 인식을 심어준다고 평가할 수 있다.

젊은 신체 장애인들과 같은 집단에서는 이와 같은 효과가 두드러지게 나타나는 경우가 많았지만 연구 결과들은 모든 서비스 이용자들이 선택권이나 통제권을 원하거나 행사할 수 있다고 나타나지 않았다(Lewis & West, 2013). 위기 상황에서 시설에 들어가거나 공급자를 선택해야하기 때문에 선택을 고려할 수 있는 상황이 아닌 경우도 많았다. 특히 노인들의 경우에는 개인예산제가 오히려 심리적인 복리(psychological well-being)에 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났으며 또한 개인예산

제를 통해 더 높은 수준의 통제권을 경험하는 것으로 나타나지도 않았다 (Netten, et. al., 2012).

Lymbery(2014)는 개인화가 정책적으로 사회서비스를 비용 효과적으로 만들면서 이용자들의 욕구를 더 적합하게 충족시키는 방법으로 이해 되었으며 이러한 맥락은 캐머론 정부에서 더욱 강조되었지만 사실상 개인화는 시민권과 권리차원에서 접근하는 관점과 신자유주의와 소비자주의로 접근하는 서로 상반된 관점이 존재하고 있다는 점을 지적하였다. 전통적으로 개인화는 자립생활운동과 같은 시민권적 관점에서 당사자 운동에 기반을 두고 있지만 다른 측면에서는 개인이 자신의 이익을 가장 잘 합리적으로 판단할 수 있다는 개인주의적인 관점에 기초하는 입장도 존재하고 있다는 것이다. 현실적으로 시민권적 관점에서는 현 정부의 재정 긴축에 의하여 제한에 직면하고 있고, 신자유주의적 관점에서 앞서 지적한 바 대로 노인과 같이 스스로의 경제적 이해에 취약한 계층이 존재하기 때문에 두 관점에서 모두 한계가 존재하고 있다.

3) 보건의료와 사회서비스의 파트너십

앞서 전달체계에서 살펴본 바와 같이 영국의 사회서비스는 중앙정부 중심으로 성립된 보건의료와 분리되어 지방정부 중심으로 발달하였다. 이러한 배경에 의하여 보건의료는 아픈 사람에 대해 NHS에 의해 무상으로 제공되고 사회서비스는 장애나 질환, 노령으로 일상생활 능력을 상실한 사람에게 지방정부가 자산조사에 의해 제공되는 체계로 분리되었다. 하지만 본질적으로 보건의료와 사회서비스는 명백한 분리란 불가능한 것이고 결국 복합적인 욕구를 가진 경우가 많기 때문에 이렇게 분리되어 있는 체계는 계속해서 문제로 지적되었고, 그 결과 보건의료와 사회서비스 조직에 협력해야할 법적 의무를 부여하고, 지역적 수준에서 통합되어 일

할 수 있도록 유연성을 증대시키고, 질관리와 감독 체계를 돌봄의 질 위원회 설립을 통해 통합시키는 등의 정책적 개혁이 이어졌다(Dickinson. et.al., 2010).

이러한 보건의료와 사회서비스 간의 파트너십에 대한 강조는 다양한 정부기관간의 협력과 통합적 접근을 강조한 신노동당 정부에서 두드러졌고, 대부분의 파트너십 증진을 위한 정책들은 이 때 본격화 되었다(김보영, 2012). 하지만 개인화와 마찬가지로 이 파트너십에 관한 정책방향 역시 캐머룬 정부에서도 역시 계승되었다(Larkin.et.al., 2012). 하지만 문제는 앞서 지적되었던 재정긴축으로 인해 이러한 파트너십 관계에 새로운 도전이 제기되고 있다는 점이다. 보건의료와 사회서비스간의 파트너십은 결국 보건의료기관과 지방정부간에 지역주민의 보건의료와 돌봄에 대한 책임분담을 의미하는데 재정긴축 시대에 오히려 서로다른 재정구조와 지리적 책임범위의 문제가 두드러지고 있고, 중앙정부 차원과 지방정부 차원에서 재정긴축에 대한 정책의 차이로 인해서 분절성은 증가하면서 기존의 협력적 관계마저 위협을 받고 있다고 지적되고 있다(Rubbery.et.al., 2013).

2. 프랑스(박혜미)

가. 프랑스의 Long term care의 발전 개관

노화나 장애로 인한 ‘의존성(dépendance)’ 혹은 ‘자립성 상실(perte de l'autonomie)’은 고령화 현상과 맞물려 새로운 사회적 위험으로 강조되며 현대 프랑스 사회 정책 논의의 주요 쟁점이 되고 있다. 특히 돌봄을 필요로 하는 의존성 인구의 증가에 비하여 부족한 돌봄 수행 가능 인력과 약화된 가족 부양 기능은 사회적 대체 자원 마련과 경제적 비용 충

당의 문제를 부각시킨다. 이는 기존 제도들의 한계를 보완하고 개혁을 모색하기 위한 다양한 정책적 변화를 가져오게 된다. 이러한 맥락에서 장기요양 돌봄(long term care)은 프랑스를 포함한 복지 국가 사회서비스 보장 영역의 핵심 정책으로 대두되고 있으며 공통적으로 확대되는 양상을 보인다(Michra, 1999, 김철주와 홍성대, 2007).

2003년 폭염사태 이후 프랑스는 전국자립성연대기금(CNSA: caisse nationale de solidarité pour l'autonomie: national solidarity fund for autonomy : 이하 연대기금)¹⁾이 설치되고, 정부 차원에서의 국가치매계획(plan d'alzheimer)이 실시되는 등 노인과 장애인 대상 복지 서비스 및 중증 장애 부양을 위한 대책 마련이 활발하게 이루어지고 있다. 연대 기금 도입과 함께 2004년 6월 30일 제정된 '노인과 장애인의 자립성을 위한 연대에 관한 법'은 재가 노인을 위한 지원을 강화하고 요양 서비스의 질적 향상을 지향하며 장기 요양 시설의 제공 서비스를 다양화하는데 기여한다.

2004년부터 전개된 지방분권의 2단계(acte II de la décentralisation)는 신경향의 지방 분권화를 가져오며 사회 복지 및 사회적 의료 사업의 책임자 역할이 데파르트망(département)²⁾으로 전격 이양 되었다. 이로서 데파르트망은 장애인 분야의 사회사업 뿐 아니라 사회 복지 정책 전반의 권한을 가짐으로써 전반적인 노인 정책 계획(plan du schéma gérontologique)을 주도하며 노인 관련 사회서비스 및 지원 체계의 관

1) CNSA는 의존성 노인과 장애인의 자립성을 위한 전국 연대 기금으로서 2004년 6월 30일 제정된 노인과 장애인의 자립성을 위한 연대에 관한 법에 의거 설립되었다. 부양이 필요한 노인과 장애인들을 위한 사회복지서비스의 재원 제공 및 안정화를 위해 설치되었고, 지방자치단체와 지역보건청과의 공조 속에 운영되고 있다.

2) 광역단체인 Région과 Ville과 Commune으로 구성되는 기초단체의 중간 행정체제 구분으로 볼 수 있다. 중간자치단체인 도(데파르트망 Département)는 국가행정 논리인 자치행정의 원리를 실현하는 중요한 행정체제이다.

리 운영을 담당하게 된다. 또한 고용 안정화, 주택 정책 개선, 기회 균등 차원의 사회적 연대 강화를 위한 Borloo 계획(2004)의 영향으로 대인 서비스 개발에 관한 법이 제정되며 대인 서비스의 활성화 및 유연성 확대를 위한 지원책들이 마련된다. 또한 가족 돌봄자들에 대한 권익을 강화하며, 연대 휴가제(congé de solidarité familiale), 가족 지원 휴가제 (congé de soutien familial) 등을 도입하고 가족구성원 돌봄의 공식지원 가능성도 확대되었다.

한편 “제5의 위험”의 도입(cinquième risque) 즉 의료, 산재, 연금, 가족 외의 새로운 사회보호 체계에 대한 논의가 이루어지기도 하였으나 사회보험 형태의 부양정책 개혁은 2012년 Sarkozy 정부에 의해 무산되게 된다. 일상생활 수행능력 및 기능 저하 또는 손상으로 돌봄을 필요로 하는 노인과 장애인을 대상으로 필요시 되는 다양한 서비스(가사 및 식사 지원, 세수·목욕 서비스, 실내 이동, 산책, 시장보기, 주택 개보수 및 보조기 구입 등)를 제공하는 것을 의미하는 장기요양 제도는 국가 별로 그 내용 및 운영 방법이 각기 다르게 발전되고 있다.

프랑스의 성인 대상 장기요양 및 돌봄 서비스는 퇴직자 연금 공단 및 지방 정부를 중심으로 대상자의 상태 및 욕구에 따라 다양하게 제공되고 있다. 예방적 접근, 재가 서비스 확대, 이용자 중심의 개인화(personnalisé)된 서비스 제공이 강조되고 있는 가운데 서비스의 질적 안정화와 효율성 증대를 위시한 상업화 현상에 대한 우려가 제기되기도 한다.

일상생활에 필요로 되는 돌봄 서비스 제공을 위한 제 3자 고용 비용 지원 제도인 ‘제3자 보상수당(CTP: allocation compensatrice pour tierce personne, Compensation allocation for the third: 이하 ACTP)이 기존의 수급자들 중 60세 이상 대상자를 별도의 ‘의존특별급여(PSD: prestation spécifique dépendance : specific allowance for

dependency: 이하 PSD)'으로 대체하며 프랑스의 노인 장기요양정책의 틀이 마련되었다고 평가되고 있다. 1997년 PSD의 도입은 공식적으로 노인의 의존성 문제를 법제화하고, '장애(Handicap)'라는 표현은 60세 이하 층에게 해당되는 것으로 인식하게 한다(Caradec, 2008, 박혜미, 2014). 2002년 PSD가 개인별자립성수당(APA: allocation personnalisée d'autonomie : personalized allowance for autonomy: 이하 APA)으로 개정되며 현재까지 의존 노인을 위한 핵심 원조 정책으로 유지되고 있다. APA는 노인의 자립성 상실정도로 판정된 등급과 개인별 욕구 및 서비스 필요도에 따라 지원계획이 정해지며 이 범위 내에서 현물 또는 현금 급여를 통해 일상생활 지원 서비스가 제공된다. APA로의 개혁은 보편성과 객관성을 보강함으로써 사회 보험적 요소를 포함하면서도 지방분권 전략을 절충시키는 독특한 노선을 추구한다고 볼 수 있다(Gisserot, 2009). 또한 노인의 의존성이 아닌 선택, 권리, 자유와 같은 자율적이고 자립적인 측면을 부각시키며 개인화되고 개별화된 지원 방식을 강조하고 있다.

한편, 60세 미만의 장애를 가진 대상자를 위한 서비스 지원은 2006년 '장애보상수당(PCH: prestation de compensation du handicap: disability compensation allowance, 이하 PCH)'의 도입으로 ACTP(제삼자보상수당) 제도가 대체되었다. PCH의 장애급여는 ACTP의 인적 서비스 급여 외에도 기술지원, 주택 및 교통 보조 지원을 받을 수 있도록 보완된 것이다. 2005년 제정된 "장애인의 권리, 참여, 시민권 기회의 평등을 위한 장애인 법"은 처음으로 법률상의 장애에 대한 정의³⁾를 부여하

3) 이 법에서 의미하는 장애란 한 사람이 실질적인 손상, 지속적이고 확정된 하나 혹은 여러 개의 신체적, 청각적, 정신적, 시각적, 인지적 기능 장애 또는 다중 장애, 건강상의 문제로 운신을 못하는 것 등으로 인해 자신의 환경 속에서 견뎌내야 하는 모든 종류의 활동의 제약, 제한된 사회 참여의 기회

며, 보다 광범위한 ‘보상에 관한 권리’(droit à la compensation)를 강화하고 개인의 선택에 따른 삶의 설계(projet de vie)를 강조하게 된다. 또한 별도의 지역 장애인 통합 기관(MDPH: maisons départementales des personnes handicapées : 이하 MDPH)이 설립되었다. MDPH는 장애인 관련 급여 및 지원서비스, 수급을 위한 욕구 평가 등을 담당하며 종합적인 장애 판정 체계를 구축하고 장애인 복지 서비스 제공의 증추적 역할을 수행하게 된다.

본 연구에서는 한국의 노인 장기요양보험 정책에 해당한다고 볼 수 있는 프랑스의 개인별자립성수당(APA: allocation personnalisée d'autonomie : personalized allowance for autonomy: 이하 APA)와 장애인 활동지원 제도에 해당하는 ‘장애보상수당(PCH: prestation de compensation du handicap: disability compensation allowance, 이하 PCH)’을 중심으로 프랑스 장기요양 제도의 성격과 특징을 할당, 급여, 전달체계, 자원, 관리의 측면에서 고찰하고자 한다.

나. 프랑스 장기요양 제도의 특징

1) 할당

(1) APA의 현황

APA는 60세 이상의 모든 노인을 대상으로 자율성의 상실 정도에 따라 전국적으로 동일한 조건의 서비스를 제공하며 개별화 혹은 개인화(personnalisé)된 권리 보장을 그 원칙으로 하고 있다. APA의 도입은 PSD의 소득 제한 규정 및 환수 제도를 없애고 그 수혜의 폭을 넓혀 다양화된 서비스를 제공할 수 있게 하였다. APA의 수급 대상자 선정 및 급여 정도 판정을 위해 1997년 PSD의 공식적 대상자 자격 평가 도구인

AGGIR(autonomie, gérontologie groupe iso-ressources) 4)가 지속적으로 활용되고 있다. AGGIR는 홀로 수행 가능한 활동에 대한 관찰을 통해 자립성 정도를 평가함으로써 자립성의 상실정도를 측정하는 척도로서 전국적으로 동질성을 가진 6등급의 의존성 노인 집단을 분류하고 있다.

〈표 2-5〉 AGGIR의 등급별 기준

GIR	의존성 정도 혹은 자립성 상실 정도
1	필수불가결하고 지속적인 개입자(돌봄자)의 존재가 요구되는 정신적 기능이 심각하게 손상된 채 침대 또는 안락의자에 갇혀 생활하는 사람
2	정신적 기능이 완전히 손상되지는 않았고 일상생활의 대부분에 돌봄이 요구되는 침대 또는 안락의자에 갇혀 생활하는 사람이나 정신 기능은 손상되었으나 상시 보호감시 속에 운동 능력을 보존하고 있는 사람
3	정신적 자율성 또는 부분적인 운동 능력을 보존하고 있지만 일상적으로 또 하루에 빈번하게 신체적인 자율성을 위해 도움 받아야하는 사람.
4	혼자서의 이동을 전적으로 수행할 수 없지만 일단 일어서면 주거 공간 내에서는 이동이 가능하고 씻기나 입기 영역에서 종종 도움이 요구되는 사람.
5	목욕, 식사준비, 청소를 위해서 일시적인 도움만을 필요로 하는 사람.
6	아직은 일상적인 활동 수행이 자율적이고 자립적인 사람.

자료: 박혜미(2014)

이 평가 도구는 APA 뿐 아니라 공공부조 또는 퇴직 연금 공단에서 제공하는 재가도우미 서비스 수급을 위한 자격 평가 척도로 사용되고 있다.

DRESS 연구5)에 의하면 2011년 12월 1일 프랑스6)의 APA 수혜자는

4) AGGIR란 제3자의 도움 없이는 일상생활의 주요 활동이 불가능한 의존 상태 노인들의 홀로 수행 가능한 활동에 대한 관찰을 통해 자율성 정도를 평가함으로써 자율성의 상실 정도를 측정하는 척도이다.

5) DRESS(la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques)는 프랑스 보건복지부 산하 기관으로 2011년 시행된 APA의 수급자와 주거 공공부조에 대한 조사

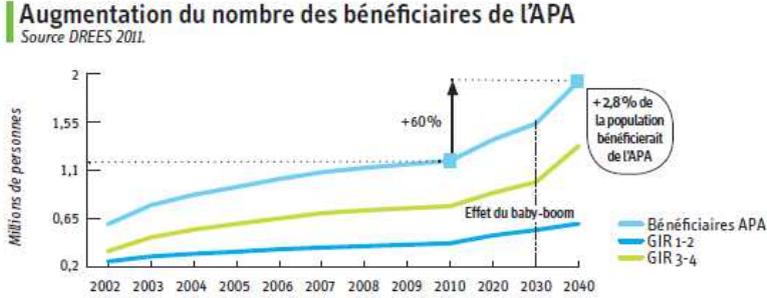
Le recueil de données individuelles de l'APA et l'aide sociale à l'hébergement (ASH) par la DREES en 2011)를 기반으로 다양한 연구를 시행하였다.

6) 2012년 프랑스의 65세 이상 노인 인구는 전체 인구(65,350,000)의 17.1% (60세 이상 23.7%, 75세 이상 9.1%) 차지하고 있다. 2050년 60세 이상 노인 인구 31%, 2060년 65세 이상 노인 인구는 전체 인구의 30% 이상 75세 이상이 16.2%에 달할 것으로 예상된다.

1,199,267 명으로 60세 이상 노인 인구의 8% 정도이며, 75세 이상 노인 인구의 20.5%에 해당한다(Berardier, 2014). 이들 중 61% 정도인 721,416 명이 재가서비스를, 39%인 477,851명이 시설서비스를 이용하고 있다. APA로의 개혁으로 노인들 중 가장 의존도가 높은 1등급(GIR1)부터 3등급(GIR)까지 제공되었던 기존의 PSD의 수급 대상이 4등급까지를 추가 포함하며 그 대상 범위가 확대되게 된다. 2002년 APA 도입 초기인 2004년 말까지는 APA 수혜자 수가 매우 크게 증가하며 APA의 급여액도 크게 늘어났다. 2005년에서 2009년 사이에는 그 증가 속도의 폭이 완화되다가 2009년 이후로는 증가 속도가 줄어드는 안정화 추세에 접어들었다. 또한 APA의 시행 초반에는 기관 서비스 수혜 비중이 높고 의존노인의 기관 입소가 빨리 진행되는 경향이었으나 점차적으로 재가 서비스의 활성화가 이루어짐에 따라 기관 이용 수혜자 수보다 재가 서비스 수급자 수가 빠르게 증가하는 양상이 나타났다.

베이비부머 세대들의 고령화 현상이 극대화될 2030년 이후(표 1) APA의 수혜자 증가 폭이 크게 증가할 것으로 예상되고 있어 프랑스 정부 및 관계 부처는 이 시기를 대비하여 APA와 돌봄 비용 부담을 위한 자원 확보 및 재정 건전화 문제에 촉각을 곤두세우고 있다. 이를 위해 먼저 복합적인 환경 여건을 고려할 수 없는 도구적 한계와 치매와 같은 정신적, 인지적 한계를 측정 하는데 제한적인 문항들을 보완하기 위한 평가 지침의 재편이 이루어지며 등급 판정의 신뢰도를 높이고자 하였다. 그리고 같은 등급 내에서도 돌봄의 필요 정도에 따라 세부적인 지원 계획의 한도액을 차등화 함으로써 급여 제공의 효율성 증대를 위한 노력을 기울이고 있다.

[그림 2-3] APA 수혜자 증가



출처 : DRESS(2011)⁷⁾

(2) 예방적 돌봄 사업의 강화

사회 경제적 관점에서 의존성 상태를 대비하고 최대한 고의존 등급으로의 진입을 지연시키기 위한 대책 마련이 촉구되면서 프랑스의 돌봄 정책에서 예방적 차원에서의 접근이 강조되게 된다. 이에 자립성 상실의 이전 단계라 볼 수 있는 ‘취약함 그리고 상처받기 쉬움(fragilité et vulnérabilité)’의 상태⁸⁾에 대한 관심이 고조되고 자율성 상실 예방’(prevention de la perte d’autonomie)을 위한 각종 프로그램들이 보완되며 재가서비스 지원이 다양하게 보강된다.

한편, APA의 등급 외자 즉, 65세 이상의 경미한 의존도가 있는 5 등급과 6등급의 노인들은 퇴직자별 가사 도우미 서비스를 가입된 퇴직 연금

7) 하늘선은 총 APA 수혜자, 연두선은 GIR3-4등급 수혜자, 파란선은 GIR1-2등급의 수혜자를 나타내는 것으로 2010년부터 베이비부머 효과로 인해 수혜자 증가 폭이 상승하며, 2040년에는 2.8%이상의 인구가 APA 수혜를 받게 되고 이는 2010년 대비 60% 이상의 상승률을 보이는 것이라 볼 수 있다.

8) 2004년부터 2011년까지 진행된 SHARE(survey of health, ageing and retirement in europe) 연구를 기반으로 만성 질환과는 다른 차원의 위기 및 위험 요소인 fragilité(취약, 상처받기 쉬움)의 개념에서 접근한 다양한 예방적 전략과 프로그램 등이 고안된다.

공단에서 제공 받을 수 있다. 일정액 이하의 소득을 가진 경우⁹⁾에는 지방 정부로부터 공공부조 수급 자격으로 지원금을 받을 수 있다. 2007년부터 연금 및 산재 보험 공단 (CARSAT)¹⁰⁾(전 CRAM)은 일반직 퇴직자들을 위한 자율성 상실예방 사업의 일환으로 ‘개별화 지원 계획(PAP: plan d’action personnalisée)’을 실시하며 경미한 의존성 노인의 재택 생활 지원을 위한 인적서비스, 주택 개선, 위기관리 서비스를 보다 더 체계적으로 제공하고자 한다.

(3) PCH의 도입과 관련 추세

2006년 1월부터 ACTP를 대체하여 시행된 PCH 제도는 정액 급여 및 소득 상태에 따른 지급 방식과는 확연히 다른 새롭고 혁신적인 접근을 시도하고 있다. 개인화된 평가와 보상 지원 계획을 기반으로 보편성의 원칙에 따라 소득 제한이 거의 없이 모든 장애인을 그 수혜 대상으로 하고 있을 뿐 아니라 급여 상한액의 제한 또한 두고 있지 않다. 60세 이전에 장애 판정이 이루어진 장애인은 최대한 75세까지 PCH를 지원을 연장하여 받을 수 있고, 75세 이상의 장애인과 60세 이후 장애가 발생한 장애노인은 APA의 지원을 받게 된다.

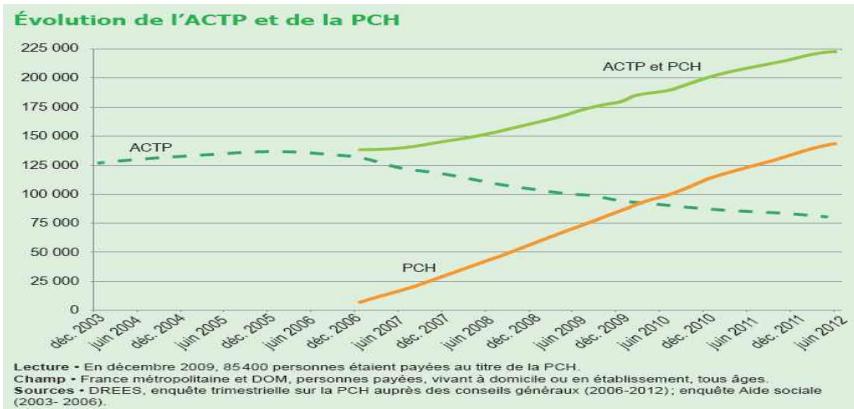
PCH의 지원을 받기 위한 자격은 우선 장애인으로서 ‘장애인 권리와 자율 위원회’(commission des droits et de l’autonomie des personnes handicapées, CDAPH)의 인정을 받아야하고, 다음의 해당 조건에 부합해야한다. 장애가 영구적으로 또는 최소한 1년 이상동안 하나의 주요 활동¹¹⁾에 절대적인 어려움¹²⁾이 있거나, 아니면 적어도 두 가지

9) 2014년 기준 단독세대 791,99€ 이하, 부부세대 1229,61€ 이하의 소득을 가진 경우
10) 2010년 7월 1일 지역건강보험공단(CRAM : caisse régionale d’assurance maladie)이 연금 및 산재 보험 공단 (CARSAT: caisses d’assurance retraite et de la santé au travail)으로 변경됨.

의 주요 활동을 수행하는데 심각한 어려움¹³⁾을 가지고 있어야한다.

2006년부터 2012년까지 PCH와 ACTP의 수혜자 수는 약139,000명에서 약223,000명으로 해마다 9%씩 증가하고 있다. PCH의 도입 이후 ACTP와 공존 체제를 유지하고 있는 상황에서 2012년 6월 PCH의 수혜자는 약 143,000명으로 크게 늘어난데 반해 ACTP의 수혜자는 2006년 약136,000명에서 2012년 약 80,000명으로 줄어들었으나 그 감소 속도는 비교적 느리게 나타나고 있다(그림 2-4).

[그림 2-4] ACTP와 PCH의 변화, 출처 - DRESS 2006-2012의 PCH에 대한 분기별 조사



출처: DRESS(2006-2012)¹⁴⁾

- 11) 주요 활동 부분은 크게 4영역으로 세분화된다.
 - i) 이동(일어서고, 걷고, 실내 및 실외에서 이동한다.)
 - ii) 일상상의 돌봄(씻고, 화장실 가고, 옷입고, 식사한다.)
 - iii) 의사소통(말하고, 듣고, 보고, 도구나 의사소통 기술을 사용한다.)
 - iv) 지각능력&자기보호(시간개념과 공간개념이 있고, 스스로의 안전을 지키고, 타인과의 관계에 있어 자신의 행동을 제어한다.)
- 12) 활동을 수행하는데 있어서 절대적인 어려움이 인정되어야하는데, 이는 본인에 의해서는 그 활동이 전혀 수행되어질 수 없음을 의미한다.
- 13) 활동을 수행하는데 있어서 심각한 어려움이 인정되어야하는데, 이는 본인에 의해서는 그 활동들이 매우 어렵게 수행되거나 동등한 나이의 건강한 자들에 비해 손상된 방식으로 수행됨을 의미한다.

이는 PCH의 주급여가 인적 서비스 비용일지라도 PCH보다 ACTP의 급여가 더 유리한 경우의 수혜자가 존재하고, 아직도 PCH에 대하여 인지하지 못하고 있는 ACTP의 수혜자가 남아있기 때문에 ACTP의 PCH로의 전환이 더딘 것으로 파악되고 있다(Espagnacq, 2013, 2012)¹⁵⁾. 또한 수혜자들이 가지는 장애의 성격 및 장애 종류의 차이¹⁶⁾가 기존의 ACTP를 유지할 것이냐 PCH로 전환할 것이냐의 선택에 영향을 미치는 것으로 보고 있다(Lo et Dos Santos, 2011). 더욱이 PCH 비용의 급격한 증가 지속에도 불구하고 ACTP 비용은 크게 감소되지 않고 있을 뿐 아니라 PCH의 제공 절차 및 급여 지원의 지방별 편차가 크게 나타나고 있어 관리 체계 조정 및 부담 완화를 위한 개선이 요구되고 있는 실정이다.

2) 급여

(1) APA의 급여 체계 및 현황

APA의 서비스 체계는 재가 급여와 시설 급여로 구분되고, 판정된 등급과 개인별 지원 계획(plan d'aide)에 따른 재정 자원 형태의 현물 급여로 제공된다. APA의 등급과 지원 계획의 비용 및 서비스 내용은 방문 조사를 수행하는 지방 의회(conseil général) 소속 의료사회팀(EMS: equipe médico-sociale)의 평가와 협의를 통해 정해지게 된다. APA의

14) 2006년 12월 PCH의 수혜자(주황선)가 급격하게 증가하고 ACTP의 수혜자(점선)는 점차적으로 감소함으로써 2009년 PCH 수급자가 ACTP의 수급자를 넘어서게 된다. 그러나 PCH로 전환되지 않은 ACTP의 수급자층이 잔존함으로써 PCH의 증가폭이 줄어들게 된다. 전반적으로 ACTP와 PCH의 수혜자(연두선)는 증가 추세를 유지하고 있다.

15) 2009-2010 ACTP-PCH에 대한 조사에서 30%의 ACTP 수혜자만이 PCH에 대해 알고 있는 것으로 나타났다.

16) PCH와 ACTP의 주수혜자들 42%의 PCH와 37%의 ACTP의 수혜자들은 운동 장애를 가지고 있는데, 그 밖의 다른 장애들에 대해서는 PCH의 수혜자들과 ACTP의 수혜자들 간의 장애 종류에 차이가 나타난다. 지적 장애와 시각 장애자들은 주로 ACTP를 수혜 받고 있고, PCH의 수혜자들 중엔 청각장애와 언어장애자들이 많은 비중을 차지하고 있다.

재가 수급자들이 지원받을 수 있는 급여 내용은 요양서비스 제공 인력의 고용, 복지 용구 구입, 주택 개보수 비용, 주야간 보호 서비스와 단기보호 서비스 이용, 원격서비스 이용 등이 있다. 2011년 말 기준 DRESS의 조사에 의하면 APA의 재가서비스 수급자는 696,000명으로 2007년 보다 10% 증가한 수치이고, 4분의 1에 해당하는 수급자가 5년 이상 APA의 서비스를 받아온 것으로 나타났다. 또한 2007년에 비해 수급 인구의 노령화가 진행되어 절반에 해당하는 인구가 84.5세 이상으로 이중 여성 노인이 4분의 3을 차지하였고, 20%에 해당하는 인구가 의존도가 높은 1등급과 2등급에 속해 있었다(Bérardier, 2014).

등급별 급여 상한선¹⁷⁾ 내에서 의료사회팀은 대상자의 상태와 욕구를 고려하여 원조의 필요도에 따라 개인별 지원 계획을 사정하게 된다. 또한 소득 정도에 따라 책정된 자기부담금(ticket modérateur)의 부담 여부 및 그 정도 또한 APA의 급여 수준에 영향을 미친다. 따라서 최종 급여액은 대상자의 등급과 소득 정도에 따라 다르게 책정되고, 동일 등급 내에서도 대상자의 욕구 및 필요 정도에 따라 지원 급여를 조정하게 된다. 그러나 전체 APA 수급자의 26%가 등급별 한도액 최대치를 지원 받고 있고, 특히 의존도가 높을수록 지원 급여의 한도액 도달 정도가 빈번하며 한도액 최대치 수급자가 1등급의 44%에 달하는 것으로 나타났다(Bérardier et Debout, 2011). 이와 같은 상한가 수급자의 증가는 재정

Gir	Montant mensuel maximum
Gir 1	1 312,67 €
Gir 2	1 125,14 €
Gir 3	843,86 €
Gir 4	562,57 €

17) 2014년 7월 기준 등급별 국가지정 급여 상한선
<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/>

부담 가중을 심화시킬 뿐 아니라 APA의 급여 정도가 대상자의 욕구에 미치지 못할 가능성이 커지는 것이기 때문에 그 심각성이 강조되고 있다. 또한 APA의 급여 욕구는 배우자의 유무, 동거 형태, 자녀 및 가족의 유무 등 가족 돌봄 가능 여부에 영향을 받게 되기 때문에 APA의 지원 계획 및 급여 수준에 중요한 요소로 작용하는 돌봄 환경에 대한 정확한 평가의 필요성이 제기되고 있다.

(2) PCH의 급여체계 및 현황

PCH는 일상생활에서 장애로 인한 결과들을 돌보는데 필요한 보상 서비스를 현금 급여로 제공한다. 개인화된 보상 계획(PPC: plan personnalisé de compensation)에 대한 평가와 고안을 기본으로 하는 PCH의 운영을 위해 데빠르망은 다양한 전문가로 구성된 종합평가팀(equipe pluridisciplinaire d'évaluation)을 MDPH 내에 신설하였다. 또한 최종 결정 기구인 '장애인 권리와 자율 위원회'(commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH)를 설립하여 평가 및 전문적인 지원 계획 마련을 위한 체계를 정립하였다.

PCH의 서비스 내용은 인적 서비스 또는 가사지원 서비스 외에도 시각장애인을 돕는 개 등의 동물에 의한 서비스, 휠체어와 같은 기술적 지원 서비스, 주택 설비 보조 및 자동차 등의 이동 설비 보조, 건물 내에서의 이용 편의 시설 보강이 있다. DRESS의 '2009-2010년 ACTP와 PCH에 대한 연구'에 의하면 실질적인 급여의 대부분 즉, 93%가 인적 서비스를 지원하기 위하여 사용되고 있으나 40%에 해당하는 지원 계획 내용이 기술지원, 주택 설비를 포함하고 있는 것으로 나타났다(Espagnocq, 2012). PCH의 적용 초기나 ACTP에서 PCH로 전환된 수급 초기에는 기술지원과 주거 수리에 대한 급여지원이 큰 비중을 차지하는 경향이 나타

나고 있다. 이처럼 PCH의 수급자가 ACTP의 수급자들보다 기술적 서비스 지원을 많이 받고 주거 공간의 설비도 갖추게 된 것으로 조사된바 이러한 요인이 기존의 ACTP의 수급자들이 PCH로 전환하는 주요 계기로 작용하는 것이라고 분석할 수 있다. 그러나 PCH 시행으로 보강된 보조 장비의 설치에도 불구하고 여전히 3분의 1에 해당하는 수급자들이 기술적 지원 및 주거 공간 보수에 대한 욕구를 표현하고 있어 장애인 지원 사업에 기술 보조 기능 확충이 여전히 강조되어야 할 부분으로 평가되고 있다.

PCH는 다양한 영역에서의 급여 지원이 가능하며 각 영역별로 지원 제한 금액이 정해져 있다¹⁸⁾. 세분화된 영역들 중 지원받을 수 없는(일예로 의료적 침대 고장 수리비, 위생지원비 등) 일시적 예외 비용에 대한 지원이 가능할 수 있는 급여 항목 또한 추가되어 있어 장애의 불편에 대한 다각적인 보상책을 제시하고 있다. 뿐만 아니라 시각장애자와 청각장애자들을 위한 인적 서비스 정액제도¹⁹⁾를 설치하여 별도의 신고 절차 없이 간편화되고 유연화 된 서비스 지원도 용이하다고 볼 수 있다. 그러나 PCH의 지출의 급격한 증가에도 인적서비스 수급자들 중 50%이상이 가족 돌봄을 받고 있는 것으로 조사되어(Espagnacq, 2013) PCH 지원이 장애인의 필요를 충족하는 데에는 여전히 제한적이라고 할 수 있다.

18) 첫째, 인적 서비스는 돌봄 서비스 제공자를 고용하거나 가족의 돌봄에 대한 보상 급여 방식으로 지원 받을 수 있다. 둘째 보조기 구입 및 대여 등으로 사용되는 기술적 지원은 3년간 3960 euros 내에서 지원된다. 셋째, 주택 설비 및 보조금은 1,500euros 까지 지원 가능한데 다만 지원금이 10년 기한 10,000euros를 넘을 수 없다. 넷째, 교통 보조는 자동차 수리 및 보조 장치 설치 또는 특수한 자동차나 교통 대여 초과이용비를 지원받을 수 있는데 자동차 보조 장치 설치비는 1,500euros까지 5년 기한 5,000euros 이하를 지원받고, 교통비는 km 당 0.5euros, 5년간 12,000euros를 넘어 설 수 없다. 다섯째 예외적 특수 비용으로 예를 들면 휠체어나 의료용 침대 수리비 등이 이에 해당하는데 월 100euros까지, 3년 기한 1,800euros로 제한되어 있다. 여섯째 시각장애인을 위한 안내견 지원비에 해당하는데 지원 급여가 5년 기한 3,000euros를 넘을 수 없다.

19) 청각장애 세트 367.77 euros (대략 30시간 정도의 수의 계약 방식의 서비스 제공), 시각장애 세트 612.95 euros (대략 50시간 정도 정도의 수의 계약 방식의 서비스 제공)

(3) 가족 돌봄자 지원의 강화

2006년 7월 3일 가족 컨퍼런스²⁰⁾에서 가족 돌봄자 지원 문제와 지위에 관한 논의가 본격적으로 제기되면서 2007년 4월 18일²¹⁾ 가족 지원을 위한 휴가의 권리가 법적으로 제정되었다. 이는 처음으로 가족 돌봄자의 노동에 대한 사회적 인정을 공식화함으로써 돌봄자로서의 지위와 그들에 대한 지지를 공고히 한 것이라 볼 수 있다. 가족 지원 휴가는 장애를 가진 가족이나 자립성을 심각하게 상실한 노인을 둔 가족들이 돌봄을 위한 3개월의 휴가를 얻는 것으로 2년 이상 한 업체에서 근로한 경우이면 신청이 가능하다. 기한 연장도 가능하나 휴가 기간이 총재직 기간 동안 1년을 넘을 수 없으며 이 기간 동안 별도의 수당은 없다. 그러나 가족 돌봄자들은 APA 또는 PCH의 돌봄 제공 급여자로서 공식적으로 고용될 수 있도록 허용하고 있다.

유사한 시기에 시행²²⁾된 가족 연대 휴가는 1999년 제정된 말기 가족 동반을 위한 휴가를 대체하는 것으로 심각한 말기에 이른 환자 가족을 3개월간 돌볼 수 있는 휴가 형식의 지원 제도이다. 1회 연장하여 최대 6개월까지 사용할 수 있는 가족 연대 휴가 제도는 휴가 기간 동안 다른 직업 활동을 할 수 없지만 말기 가족 동반 일일 수당²³⁾(allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie)을 3주간 지원 받는다.

20) 국무총리 주체로 해마다 열리는 가족 컨퍼런스는 가족모임연합, 사회 복지 단체, 사회 보험 기관, 지역 의회 대표 그 외 장관들이 참여하여 관련 주제로 논의를 펼친다. 2006년 7월 3일의 주제는 세대간 연대 강화에 관한 것이었다.

21) 2007년 4월 18일 2007-573호 가족 지원 휴가에 대한 법령 Décret n° 2007-573 du 18 avril 2007 relatif au congé de soutien familial

22) 2006년 12월 21일 제정 2006-1640호 2007년의 사회보험의 재정 지원을 위한 법에 근거 la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 « de financement de la Sécurité sociale pour(2007)

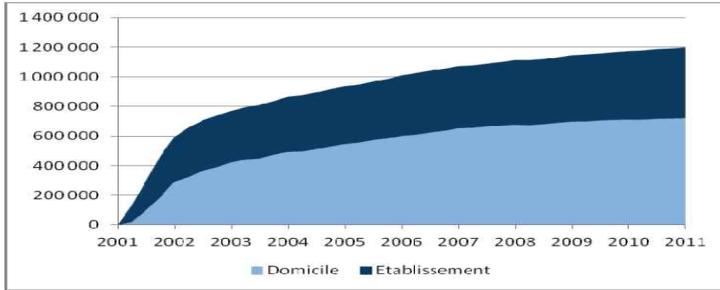
23) 2013년 4월 기준 54.7euros (총 21일)

3) 전달 체계

도입 초기의 대대적인 홍보와 빠른 보급으로 성공적인 안착을 이룬 APA는 재가 서비스 이용자 비중이 확대되는 가운데 여전한 증가 추세가 이어지고 있다[그림 2-5].

[그림 2-5] 2002년- 2011년 거주지에 따른 APA 수급자 수의 변화

Évolution du nombre de bénéficiaires de l'APA entre fin 2002 et fin 2011, par type d'hébergement



Source : données DREES – juin 2012

출처 : DRESS(2012)

APA와 PCH의 요양서비스 혹은 인적 서비스 제공 방식은 크게 세 가지 유형으로 나누어지며 각 방식별 특징 및 비용에 다음의 차이가 있다. 첫째, 수의계약(gré à gré)은 적당한 인력을 선택하여 대상자가 직접 계약을 맺는 방식으로 비용 부담이 가장 적다고 볼 수 있다. 둘째, 용역 방식(mode prestataire)은 서비스 업체를 정하여 급여가 직접 업체에게로 전달되는 형태로 비용 부담은 크지만 서비스 제공의 안정성 확보에 있어 가장 유리하다. 셋째, 대리 방식(mode mandataire)은 요양 서비스 제공 인력의 고용자가 수급자 본인이지만 인정 서비스 제공자의 병가, 이직과 같은 부재 발생 시의 관리 및 행정업무를 대리 서비스 업체에서 대행해 주고 있다. 대리 방식의 비용은 수의 계약과 용역 방식의 중간 정도가

소요된다.

한편 2006년 시행된 Borloo 계획²⁴⁾으로 인해 재가 서비스 분야는 급격한 전문화와 급여 상승을 겪게 된다. 또한 단일서비스 고용 수표(CESU: le chèque emploi service universel) 제도를 도입하여 인적 서비스 고용 시 임금 지불의 공정성을 확보하고 거래의 투명성과 신뢰도를 높이는 계기가 되었다. 이와 같이 재가 서비스 영역은 그 성장과 함께 서비스 공급주체의 다양화 및 대기업화가 진행되며 민간 영리 업체들의 참여 수준이 증가하고 있다. 그러나 이로 인해 요양 서비스를 제공하는 기관별 경쟁이 치열해지고, 전반적인 서비스 이용 가격 상승이 초래되었다. 전체 기관 중 9% 정도의 서비스가 공공섹터에 해당하는 지역서비스 센터(CCAS : centre communal action sociale)²⁵⁾에 의해 운영되고 있다. 그리고 2004년까지만 해도 거의 존재하지 않았던 영리 기관들이 크게 늘고 있으며, 2013년에는 기존보다 대략 6배 정도 증가한 것으로 평가되고 있다(Bazin et al, 2011). 재가 서비스 공급자의 대다수를 차지하고 있는 비영리 시설 또한 크게 성장하고 있으나 2011년부터는 정체 상태를 보이고 있다. 기관 간의 치열한 경쟁 속에서 진행되고 있는 상업화 현상에 대응하기 위해 비영리시설들은 연합(fédération) 조직을 형성하며 대형화되는 양상도 보인다.

휴먼서비스 시장의 성장과 그 제공 방식의 다양화에도 불구하고 여전히 노인과 장애인의 돌봄 영역에서 가족의 돌봄 참여와 비공식 돌봄에 대한 의존도는 높으며, 여성의 돌봄 노동이 큰 비중을 차지하고 있는 것이 현실이다. 향후 가족 돌봄 참여자의 수가 현저하게 줄어들 것이라는 것은

24) 2005년 7월 26일 제정 2005-841 휴먼서비스의 개발에 관한 법 Loi n° 2005-841 du 26 juillet relative au développement des services à la personne

25) 지역 주민 센터와 유사하며 지역 주민의 전반적인 사회 복지 서비스 제공 관련 업무의 지원이 이루어진다.

기정사실이며, 이에 가족 돌봄의 활성화를 위한 대책 마련이 강화되고 있다. 특히 각 노인과 장애인의 상태와 상황에 적합한 서비스를 제약 없이 선택할 수 있도록 주야간 보호 서비스와 단기 보호 서비스 시설 등의 확충이 요구되고 있다.

4) 자원

사회 보험이나 공공부조 형태의 단일시스템 모델이 아닌 혼합형(hybrid or mixed) 모델로 분류되어지는 APA의 재정 방식은 사회보장 개념을 기반으로 개인이 부담하는 별도의 보험료 없이 조세로 충당되고 있다. 그러나 APA의 자기 부담금은 수급자의 개인별 지원 계획 비용과 소득 정도에 따라 책정되어 소득 수준이 739,06유로 미만인 경우에는 무상으로, 반면에 2945,22유로 이상의 고소득인 경우에는 지원 계획의 90%를 본인이 지불하도록 되어있다. APA의 자원은 지방정부와 국가가 공동으로 즉, 관리 운영 주체인 지방정부가 약 2/3, 전국자립성연대기금(CNSA)²⁶⁾이 약 1/3정도를 충당(Fouquet.et.al., 2009)하고 있다.

한편 의존성의 돌봄을 위한 비용이란 일상생활에 있어 필요한 도움, 입소 기관에서의 시설 이용 경비 및 의료적 간병을 위한 비용의 지출 전부를 포함한다. 프랑스의 자립성 상실의 돌봄 자원은 세 주요 주체, 즉 간병비를 지불하고 있는 건강 보험과 APA의 재정을 책임지고 있는 데빠르망, 그리고 본인부담금 및 시설 이용비용 일부를 주로 부담하고 있는 가족들

26) 노인과 장애인의 자율성을 위한 전국 연대 기금(CNSA : Casse Nationale de Solidarité pour l'autonomie)으로 건강보험의 예산(ONDAM:objectif national des dépenses de l'assurance maladie)과 일반사회보장부담금(Contribution Sociale Généralisée), 자립연대부담금(Contribution solidarité d'Autonomie), 추가자립연대부담금(Contribution additionnelle de solidarité pour l'Autonomie)으로 구성된 국민적 연대에 의한 기금으로 충당된다.

에 의해 조달되고 있다. 전체 돌봄 비용의 24%인 약 82억 유로가 의존 노인의 사회적 영역에 지원되었으며 이 중 APA의 급여로 53억 유로가 사용되고 있다(장기 요양에 대한 공공지출 비용은 240억 유로로 추산되어지며 프랑스 전체 GDP의 1.3%에 해당한다(Lautie.et.al., 2011). 이는 Fragonard(2010)의 보고서가 예상한 전체 의존성 돌봄 비용의 70%에 달한다고 볼 수 있다. 장기 요양의 공공지출 비용 중 62%가 사회보험 즉 건강보험의 의료비 환급급여로 충당되고 있고, 22%는 지역 공동체 특히 지방화 법안 이후 APA의 재정 주체인 데빠르망에 의해 주로 부담되어진다. 또한 11%는 전국자율성연대기금(CNSA)의 재정 구조 현대화를 위한 참여와 의존성 분야에 대한 지원금으로, 5%는 세금의 공제와 면제를 통한 여러 세금 대책들을 통한 국고로 충당되고 있다. 또한 의존성 돌봄 비용에 있어 노인과 가족의 부담 비중은 30%로 이들이 충당하는 104억 유로 중 82억 유로가 기관 입소 노인의 잔여 부담금으로, 15억 유로는 APA의 자기부담금으로 사용되고 있다.

프랑스는 자립성 상실의 돌봄에 대한 책임이 데빠르망 즉 지방정부에 지워지고 있는 가운데 공공섹터에 의존하고 있는 현 구조가 언제까지 유지될 수 있을지에 대한 우려가 제기되고 있다. 자립성 상실의 부양이 사회적인 위협으로 간주되고 있는 만큼 국가의 주도적인 참여 뿐 아니라 구성원 전체의 연대적이고 공평한 분담이 공론화되고 있기 때문이다. 그리고 공공재원 뿐 아니라 민감 보험 및 시장의 공동 분담이 요구되고 있어 체계화된 접근의 필요성 또한 강조되는 추세이다.

5) 관리

프랑스 자립성 상실 부양의 주요 정책인 APA와 PCH는 개별화되고 개인화(personnalisé)된 서비스 제공을 기조로 하고 있다. 따라서 개인별

욕구에 따른 자율적인 선택, 계약 방식에 의한 서비스 제공 뿐 아니라 본인 부담분의 확대, 서비스 이용자의 책임 강화와 같은 사회서비스 방식의 특징들이 부각되고 있다. 이와 같은 정책의 실용화는 개인에 대한 세밀한 정보 파악, 대상자의 상황 평가, 개별화된 서비스 계획의 고안 및 설치·실행에 그 핵심이 있다. 즉, 각자의 개별적인 상황과 개인의 필요(besoin)에 대한 인식을 강조하고 최적의 서비스 제공을 위한 실제적인 접근 방식을 추구한다고 볼 수 있다.

환경적 측면에서의 복잡성과 각기 다른 개인의 차별화된 특성과 상황을 고려한 맞춤형 장기요양 서비스를 개인에게 제공한다는 것은 기존의 기계적이고 자동적인 방식과는 달리 일종의 ‘기성복(prêt à porter)’과 같은 서비스에서 ‘맞춤형(sur mesure)’으로의 전환(Hanssenful & Martin, 1998²⁷⁾)을 의미한다(Park, 2007). 이에 프랑스의 APA와 PCH를 통한 돌봄 서비스 제공은 anglo-saxon의 케이스 매니지먼트에서 파생된 사례별 관리 기법의 특징을 가진다고 볼 수 있다(Frinault, 2005; 박혜미, 2014).

APA와 PCH의 다학문적(pluridisciplinaire)이고 다차원적(multidimensionnaire)인 접근을 추구하고자 구성된 사회의료팀의 전문적인 역할은 매우 중요하다. 등급 평가의 단계에서 뿐 아니라 서비스의 구체적인 계획의 사정과 그 내용의 실행 단계에서 사회의료팀의 개입은 효율적이고 성공적인 서비스 제공에 중요한 요소로 작용하게 된다. 사회의료팀은 APA의 수급자가 같은 등급에 속하더라도 노인의 욕구 또는 필요도에 따라 차별화된 지원 계획 수준을 제한하고, 서비스 제공 시간을 세분화하여 한도액 내에서 가장 효율적이고 효과적인 지원을 받을 수 있도록 조절하는 역할을 수행한다. 성인 장애인의 경우 또한 ACTP 혹은

27) Frinault(2005)에서 재인용

PCH의 서비스 제공 계획을 위해서 뿐 아니라 ACTP에서 PCH로의 전환 혹은 60세 이전과 60세 이후 APA로의 전환 등의 단계에서 사회의료팀의 개입이 요구된다. 그러나 지방 정부 별로 APA의 사회의료팀 구성 방식에 차이가 있으며, MDPH의 전문 인력 확보 수준에 편차가 존재하기 때문에 관리 체계의 미흡이 지적되고 있다. 특히 PCH의 경우 사회의료팀 인력이 접수 대상자의 서류를 심사하기에도 부족한 경우가 많아 인력 보강이 반드시 필요한 실정이다.

장기 요양 서비스 제공의 관리 기법의 개별화(individualisé) 방식은 사회보장기관이 아닌 지방정부를 그 운영 관리 주체로 선택하여 접근성과 실천성을 추구하고 있다는 점에서 그 맥락을 같이한다고 볼 수 있다. 관리 체계의 개별화는 APA와 PCH를 적용하는 세부적인 시책들의 결정 권한을 각 지방정부에게 부여함으로써 지방 의회 대표들이 지역별 상황에 맞는 운영 방식을 선택할 수 있도록 하고 있기 때문이다. 이는 개인의 '필요(besoin)'에 집중하는 개별화된 접근 방식을 사회적 위험론을 바탕으로 하는 규격화(standardisé)된 사회보험공단의 관리 체계에서보다 지방 의회 주관의 사회 지원 정책 영역에서 효율적으로 수용할 수 있다고 판단했기 때문으로 볼 수 있다(Park, 2013). 결국 노인과 장애인의 사회 서비스 및 복지 분야에서 지역 복지(local welfare) 활성화를 지향하는 정책적 경향은 중앙정부의 재정 부담을 줄이고자 하는 의도도 함께 포함되어 있음을 의미한다(박혜미, 2014). 그렇지만 이러한 지방분권화는 제후 협정(convention partenariale)을 통해 지방정부가 지역의 사회보험공단이나 관계기관들과 재정 부담이나 APA 및 PCH 운용에 필요한 역할 분담 방법을 자율적으로 협상하도록 함으로 지역 자원의 충분한 활용과 효율성을 높일 수 있도록 해준다. 또한 지방 분권화는 지역의 인접한 자원의 전문성을 극대화하면서 분화되어 있는 의료 분야와 사회분야의

상호접근을 유도하는 등 다양한 기관들의 긴밀성을 확보할 수 있도록 기여하고 있다.

한편 사회, 사회의료 서비스, 서비스 제공 기관들의 서비스 질 관리 지원을 위해 프랑스는 2007년부터 ‘사회, 의료사회서비스 기관 및 요양서비스 평가 기관’(ANESM: agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux)을 설치해 장기요양 기관의 평가와 요양 서비스 제공 인력의 활동 및 전문성에 대한 평가를 실시하고 있다. ANESM는 5년마다 외부 심사를 통해 각 기관의 서비스 제공 절차를 평가하고, 바람직한 실용화 방안에 대한 제언 및 자격 기준 등을 제시하여 기관과 제공 서비스 인력의 관리 수행의 질적 수준을 관리하는 역할을 담당한다.

다. 개혁방향

프랑스의 의존성 혹은 자립성 상실 문제는 ‘제5의 위협’으로 간주되며 인구 고령화와 의존성 노인의 증가에 따른 그 사회 경제적 부양 문제가 주요한 쟁점으로 오랫동안 논의 되어왔다. APA와 PCH의 도입은 의존성과 장애 개념에 대한 재해석의 계기로 작용할 뿐 아니라 이에 대처하는 제도적 환경과 정책 실천 현장의 다각적인 변화를 가져오게 된다. 할당, 급여, 전달체계, 재원, 관리의 측면을 중심으로 살펴본 프랑스의 장기요양체계는 보편성의 원칙과 지방 분권화 운영을 결합함으로써 기존의 사회 보험이나 공공부조를 보완할 수 있는 제도적 특징을 지닌다고 볼 수 있다. 특히 의존 노인과 장애인들의 부양 부담과 재정적 압박을 극복하기 위한 방안으로 설립된 전국자율성연대기금(CNSA)과 강화된 지방 분권화 전략에 따른 다양한 제도적 개편으로 프랑스는 고령화 위기에 대비하기

위해 국가적 차원의 적극적인 개입이 이루어지고 있음을 의미한다 (PARK, 2013). 또한 현금 급여에 비중을 두고 제3섹터와 가족 돌봄에 대한 공적지원을 확대함으로써 돌봄 서비스의 공공성 확보와 안정화된 서비스 보장을 추구하고 있다.

3. 스웨덴(최연혁)

가. 들어가는 글

현대사회가 가파르게 노령화 되어 가면서 노인들의 삶의 질에 대한 관심도 높아져 가고 있다. 노인들의 삶의 질에 대한 관심은 퇴직 이후의 연금 등과 같은 경제적 요소 뿐 아니라 외로움, 건강수명, 만성질환에 대한 의료서비스, 죽음의 질 등 노인복지와 연관된 요소까지 포함하는 다양한 분야를 포괄하고 있다. 초고령 사회에서 가장 큰 장애요인으로 지적되고 있는 것이 사회 내 여타 구성원들과의 격차 뿐 아니라 노인 상호간의 상대적 가치박탈이다. 젊어서 가난했던 노인은 나이가 들면서 더욱 가난해지고 병치레만 하다가 인생의 말로를 맞이할 수 있는 개연성이 커지면서 고귀한 죽음에 대한 관심도 점차 증대하고 있다.

스웨덴의 노인들에게는 젊어서 장기실업자 이었거나 혹은 임금노동을 하지 못한 장애인의 경우에도 기초연금이 지급되어 경제적으로 비교적 안정적 삶이 보장된다. 이와 함께 의료서비스 및 장기요양돌봄서비스를 기초지방자치 단체인 컴뮨이 책임을 지고 모든 노인에게 보편적으로 제공하고 있어 스웨덴 노인 삶의 질은 세계 최상위 국가군으로 분류된다.²⁸⁾

28) 유엔인구기금(UNFPA)과 국제노인인권단체 헬프 에이지 인터내셔널 (Help Age International, HAI)이 전 세계 91개국을 대상으로 노인들의 복지 수준과 삶의 질을 조사한 보고서에 따르면 2013년에는 스웨덴과 노르웨이가 1위를 차지했지만, 2014년 조사에서는

이 글에서는 스웨덴의 사회서비스 영역 중 노인들의 삶의 질과 직결되어 있는 장기요양돌봄 서비스의 제도적 변화 과정과 1990년대 이후 제도 변화의 방향과 내용을 중심으로 어떻게 해서 세계에서 가장 질이 높은 노인사회서비스제도를 구축했는지 검토해 보고자 한다. 스웨덴의 LTC의 발전과정과 최근의 정책적 변화내용을 검토해 보면서 말미에서는 한국의 LTC 발전전략에 어떤 시사점이 있는지 논의해 보기로 한다.

나. 스웨덴의 LTC 발전 개관

스웨덴 국민들의 사회서비스의 질과 대상, 혜택, 그리고 책임규정 등에 대한 체계적인 내용은 1980년에 제정된 사회서비스법(socialtjänstlag; social service act)에 잘 언급되어 있다. 이후 1990년대를 거치며 사회경제적 환경의 변화에 따라 2001년 개정된 법(socialtjänstlag 2001)이 현재까지 사용되고 있다. 스웨덴 장기요양돌봄서비스는 사민당이 1932년 이후 1976년까지 44년에 걸쳐 장기집권을 하는 과정에서 육아, 교육, 의료 등과 함께 보편적 복지의 영역으로 자리 잡고 있다. 1980년대 중반 이후 자본시장 개방의 여파로 야기된 과열경제와 부동산 버블 등으로 야기된 1990년대 초의 경제위기 이후 제기된 의료 및 사회복지서비스의 과중한 세금부담에 따른 개혁의 요구는 신 공공관리(new public management)의 시대적 도입과 함께 구체화되기 시작했다 (Gustafsson & Szebehely, 2009). 이 같은 변화는 1991년 위동성 위기와 노사갈등 이후 약화된 사민당 정권을 대신해 집권한 우파정권을 통해 빠르게 진행되었다.

두 국가의 순위만 바뀌었을 뿐 세계적으로 높은 노인복지수준을 보여주고 있다. <http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/global-rankings-map/> 를 참조.

장기요양시설 및 재가서비스에 대한 제도의 변화는 우익정당 집권 기간인 1992년 전과 후로 구분되어 파악될 수 있다. 1992년 이전에는 스웨덴의 광역자치단체인 란스팅(landsting)이 의료 및 사회돌봄에 대한 책임이 귀속되고, 장기요양 환자들의 의료비 정산 등 책임소재의 불명확성으로 인해 노인건강의 체계적 관리를 위한 일환으로 기초지방자치단체인 콤문(kommun)으로 책임을 이양하는 개혁을 단행했다. 이후 기초지방자치단체가 포괄적 책임을 가지고 돌봄서비스를 제공하고 있다. 콤문의 책임과 의무규정에 대해서는 사회서비스법 2장 1-2절에 규정되어 있다. 1992년에 시행된 이 개혁을 스웨덴에서 에델개혁(Ädelreform; community care reform)으로 통칭하고 있는데 이 개혁을 통해 노인의료서비스와 사회서비스제도를 통합해 종합적이고 체계적으로 노인들의 건강과 삶의 질을 관리해 오고 있다(Socialstyrelsen, 2014a).

1992년 에델개혁 이후 스웨덴 전체 290개의 기초지방자치단체별로 재가돌봄 및 시설돌봄 서비스의 질의 향상을 위해 건강복지청(socialstyrelsen; the national board of health and welfare)을 중심으로 다양한 프로그램을 개발해 시행해 왔으며 다양한 통계자료도 개발해 국민들에게 제공해 오고 있다(Socialstyrelsen, 2014b). 개혁 이후에도 정부가 임명한 특별위원회 활동을 통해 꾸준히 입법개혁 등의 제도적 보완 등이 이루어졌다.²⁹⁾ 1991년 재정위기 이후 복지축소개혁이 진행되면서 복지예산삭감에 따른 서비스질의 저하를 방지하기 위해 정부에서 지방자치단체의 책임성을 감독하는 기능이 강화되었다.

복지서비스 요금체계는 각 기초지방자치단체가 재정상황에 따라 정해 놓은 기준에 따라 책정된다. 일반적으로 스톡홀름, 예테보리, 말뫼 등의

29) 예를 들어 다음의 정부법안 들은 에델개혁 이후의 문제점을 보완하고 체계적으로 발전 시켜 가기 위한 노력을 담고 있다. Proposition 1987/88: 176; Proposition 1990/91: 14; Proposition 1990/91: 121; Proposition 1990/91: 150.

대도시 중에서도 가장 경제수준이 높은 기초지방자치단체의 경우 양질의 돌봄서비스를 요구하는 경향이 있어 서비스 비용이 지방 소도시나 농촌 지역보다 상대적으로 높다.³⁰⁾ 스웨덴에서 가장 경제적으로 윤택한 킴문인 단테뤼드(Danderyd), 테뷔(Täby), 그리고 리딩외(Lidingö) 등의 지역은 개인이 부담하는 요금이 약간 높게 책정되어 있고, 농촌지역 등은 상대적으로 저렴하게 요금체계가 책정되어 있다. 부도빈농 지역 간 서비스 질의 격차를 줄이기 위한 일환으로 2004년 균형분배법(utjämningslag, law on balance of expenses 2004)이 도입되었다. 일명 로빈훅 세금이라고 명명되어 있는 이 법의 균형분배기금(kostnadsutjämning, compensation of expenses) 배정의 원칙에 따라 잘사는 대도시지역에서 농어촌 지역의 킴문들에게 비용을 지원하고 있다.³¹⁾ 이와 같은 재정적 지원책에도 불구하고 부자도시와 상대적으로 가난한 농촌간의 요금체계의 차이, 그리고 재정자립도의 차이에 따른 서비스의 질의 격차가 커질 것을 우려해 전국 어디서나 균일한 서비스질을 제공할 수 있도록 사회복지부 산하 건강복지청이 관리하는 의료 및 사회 서비스 감독청(inspektionen för vård och omsorg; health and social care inspectorate)이 2013년 6월 1일 출범하여 그 기능을 담당하고 있다.

30) 연금기준 스톡홀름의 부유한 단테뤼드(Danderyd) 킴문의 252.000 크로네와 낮은 연금수준을 나타내고 있는 도로테아(Dorotea) 킴문의 145.000 크로네의 차이는 무려 100.000 크로네 이상이다. 그만큼 노인연금의 수준의 차이는 서비스의 질에 영향을 미칠 수 밖에 없다. 연금수준이 낮은 노인들이 밀집해 있는 도시의 경우 노인들의 경제적 수준을 감안해 사회서비스 요금수준을 낮게 책정하는 대신 지방자치단체의 경우 결국 고용비용 절감을 위해 복지사의 수를 감축해 서비스를 제공하는 방식으로 갈 수 밖에 없기 때문에 서비스 질의 격차가 예상되고 있었다. 이에 대해서는 Socialstyrelsen 2014, 149쪽을 참조.

31) Statskontoret 2009:9, 12쪽.

다. 스웨덴 LTC 제도의 주요 내용

지적인 바와 같이 스웨덴에서 장기요양돌봄서비스는 사회서비스법에 근거를 두고 있다. 사회서비스법 5장 4-6절, 그리고 7-8a 절은 각각 노인 및 장애인의 건강 및 신체의 기능장애에 따라 장기적으로 의료적 돌봄 서비스를 받을 수 있는 노인장기요양원 시설(servicehus) 혹은 사회적 돌봄 서비스를 받을 수 있는 일반 양로원(Ålderdomshus) 등의 기관 및 재가서비스를 받을 수 있도록 규정하고 있다. 장기요양돌봄서비스를 포함한 사회서비스의 기본원칙은 개인의 선택적 자유를 보장하고 모든 서비스 대상자들이 평등하게 서비스의 질을 누릴 수 있어야 한다고 규정하고 있다(1장 1절). 노인의 경우 퇴직자로 명시하고 있어 조기연금생활을 시작한 61세 이상의 스웨덴 국민 혹은 영주권자부터 해당된다. 또한 상기 법 5장 10절에서는 장기요양돌봄서비스를 필요로 하는 가족, 특히 아동, 노인 및 장애인이 있는 가족구성원에게 일상생활지원서비스를 제공할 수 있도록 현금급여를 지원하고 있다(이에 대해서는 뒤 부분 참조).

1) 할당

스웨덴의 노인돌봄서비스는 보편적 복지의 일환으로 분류되어 있으며 모든 연금생활자는 개인의 요구나 필요에 따르는 것이 아니라 기초지방자치단체가 노인들의 건강, 돌봄, 의료서비스 등을 종합적으로 판단해 적절한 서비스를 제공할 의무가 있다고 규정하고 있다. 이를 위해 모든 기초지방자치단체는 사회서비스과에 노인돌봄서비스부서(socialnämnden, social welfare board)를 두고 지속적으로 해당 노인들에게 정보를 제공하고 일정한 삶의 질을 유지할 수 있도록 해야 한다는 규정을 사회서비스

법에 담고 있다(Socialstyrelsen, 2013a).

장기요양 재가서비스에 대한 내용은 사회서비스법 3장 6절에서 개인의 선택의 자유에 따라 기거하는 자택에서 가족 및 이웃과의 관계를 유지하면서 서비스를 받을 수 있다는 규정을 담고 있다. 에텔개혁 이후 1992년부터 노인 및 장애인 장기요양서비스는 의료서비스를 책임지고 있는 란스팅 즉 스웨덴의 광역자치단체에서 기초지방자치단체인 킴뮌으로 이양되었으며 매년 실행되는 서비스 사용자 조사에 매우 긍정적 평가를 받아 에텔개혁이 성공적으로 뿌리를 내리고 있음을 알 수 있다.³²⁾

초고령사회로 접어든 스웨덴의 경우 2012년 기준으로 65세 노령인구의 전체 인구대비 비율은 19퍼센트를 차지하고 있다. 현재 스웨덴 인구 970만명 중 184만은 65세 인구인 셈이다 (Socialstyrelsen, 2014c). 1982년 초 65세 인구비율이 17퍼센트였던 점과 비교하면 워만한 증가현상을 보이고 있음을 알 수 있다. 2012년 현재 스웨덴 노령인구 중 여성의 경우 평균수명이 83.5세, 남성의 경우 79.9세로 남성과 여성의 수명의 차이가 점차 좁혀지고 있는 것이 특징이다(Socialstyrelsen, 2014c). 65세 이후 건강수명은 남성의 경우 1980년 기준 12.2년에서 2010년 기준 16.6년으로 4.2년이 증가했으며, 여성의 경우 1980년 15년에서 2010년 19.3년으로 4.3년이 증가했다. 말년 기간 동안 병치레를 하는 노령인구는 남성의 경우 최근 20년 동안 2.2년에서 1.7년으로 감소했고, 여성의 경우 3.1년에서 1.8년으로 감소했다. 그만큼 안정적 경제, 건강한 삶, 짧

32) 2013년 평가에서 노인요양재가서비스의 질에 대해 만족하거나 상당히 만족한 비율이 89퍼센트에 이르고 공공 및 사설 노인시설에대한 평가에 있어서도 83퍼센트가 대체로 혹은 매우 만족하고 있다. 2002년과 비교했을 때 1-2퍼센트의 만족도가 상향되었다 (Socialstyrelsen 2013b). 또한 가족 중에 노인을 두고 가족 구성원들의 평가에 있어서도 87퍼센트가 재가서비스와 시설서비스에 대해 만족하고 있다. 그만큼 재가 및 노인시설 장기요양 서비스에 대한 노인 및 가족들의 평가가 상당히 긍정적이라고 볼 수 있다. 이 같은 양상은 2014년 조사에서도 발견되고 있다 (2014c 162-165쪽).

은 병치레, 그리고 문화생활의 증가 등 노년의 삶의 질이 대폭 개선되었다 (Socialstyrelsen, 2014c).

장애인에 대한 정책은 사회서비스법(socialtjänstlagen) 5장 장애인규정조항과 세부적용기준을 담고 있는 사회보험규약(socialförsäkringsbalken) 48장부터 52장의 규정에 따라 시행된다. 장애인은 시각 및 청각장애인, 그리고 정신발달, 지각 및 인지장애(예를 들어 난독증 장애도 장애인으로 구분) 및 신체기능장애인 등으로 구분하고 이 들이 정신 및 기능장애가 있다고 하더라도 비장애인과 동일한 생활을 유지할 수 있도록 기초지방자치단체의 사회복지과(socialnämnd)가 주택, 경제적 보조, 물리적 지원을 해야 한다고 규정하고 있다 (5장 7절). 스웨덴의 16-64세 노동인구 중 20퍼센트가 장애인으로 분류되고 있으며 일상적 노동을 할 수 없을 정도로 기능이 떨어지는 경우를 장애인으로 보고 있다. 스웨덴 통계청의 자료에 따르면 스웨덴 전체인구인 970만 중 56만명이 기능장애를 가지고 있고, 그 중 50퍼센트가 80세 이상을 차지하며, 13만명이 휠체어를 사용하고 있고, 이동보조기구를 사용하는 장애인은 25만명이 이르고 있다. 스웨덴 인구의 0.05퍼센트인 4만여명 정도가 정신장애를 가지고 있으며 1만명 정도가 완전시각장애인으로 구분된다. 따라서 정확히 장기요양돌봄서비스를 받고 있는 장애인의 수를 산출하는 것은 쉽지 않을 것으로 보인다.

평균수명이 길어지면서 돌봄서비스에 대한 사회적 요구는 꾸준히 증대되고 있다. 최근의 특징으로 장기요양이 필요한 노인환자의 경우 노인시설보다는 재가서비스에 대한 요구가 급격히 증가하고 있다. 2007년 기준으로 66퍼센트의 노인장기요양돌봄 비율이 2012년에는 6퍼센트가 증가한 72퍼센트를 기록하고 있다. 인구사회적 변화의 또 다른 특징으로 재가 및 시설장기요양돌봄의 혜택을 받고 있는 노인비율에 있어서 이민자의 비율이 급격히 증가하고 있는 추세에 있다는 점이다. 2000년 기준으로

이민자 노인비율이 9퍼센트에 불과했으나 12년만에 12퍼센트로 증가해 이같은 추세는 이민자의 인구비율이 늘고 있기 때문에 장기요양돌봄 서비스의 이민자의 비율이 앞으로 폭발적으로 증가할 것으로 보인다 (Socialstyrelsen, 2014c).

〈표 2-6〉에서 볼 수 있듯이 전체 65세 인구수는 2007년 160만명에서 2012년 182만명으로 증가했다. 건강수명의 증대에 따라 장기요양돌봄 시설에서 이용자수는 안정적인 변화를 보여주고 있다. 재가돌봄 서비스, 시설돌봄서비스, 단기돌봄서비스 및 개인복지사 배당자를 모두 합한 사용자수는 2007년 305,600명에 이르고 이는 전체 65세 이상 노인인구의 19.1퍼센트를 차지하고 있다. 2012년에는 전체 장단기요양돌봄서비스 사용자수는 318,500명으로 증가했으나 전체 65세 노인인구 대비 17.5 퍼센로 감소하고 있음을 알 수 있다. 그만큼 평균수명의 증가와 함께 장단기요양돌봄 서비스 이용자 수가 점차 감소하고 있다는 점은 건강수명이 대폭 증가하고 있다는 점으로 매우 긍정적인 변화로 받아들여진다.

〈표 2-6〉 노인인구, 노인인구비율 및 장단기요양시설 이용 현황 및 비율(2007년-2012년)

	65세 인구	재가돌봄서비스 사용자수	재가돌봄서비스 비율	시설돌봄서비스 사용자수	시설돌봄서비스 비율	단기시설돌봄서비스 사용자수	단기시설돌봄서비스 비율	개인복지사 서비스 사용자수	개인복지사 서비스비율	노인활동 참가자수	노인활동 참가자 비율
	(x백만명)	(x1000)	%	(x1000)	%	(x1000)	%		%	(x1000)	%
2007	1.60	198.9	12.37	97.5	6.06	8.9	0.55	300	0.02	10.6	0.66
2008	1.64	201.9	12.27	96.7	5.88	8.7	0.53	400	0.02	11.5	0.70
2009	1.69	205.7	12.17	95.4	5.64	8.5	0.50	400	0.02	N.A.	N.A.
2010	1.73	211.0	12.15	93.9	5.41	8.1	0.47	500	0.03	11.5	0.66
2011	1.78	220.6	12.36	92.2	5.17	7.8	0.44	500	0.03	11.5	0.64
2012	1.82	219.6	12.01	90.5	4.95	7.8	0.43	600	0.03	11.2	0.61

출처: Socialstyrelsen(2014c)

80세 이상의 재가 및 시설돌봄서비스 비율을 보면 건강수명의 연장이 어떻게 재가돌봄서비스의 수요가 변화했는지 좀 더 명확히 드러난다. 표 2에서 나타나 있는 바와 같이 재가서비스 이용자 수에서 80세 이상은 가파르게 증가하고 있다. 1993년의 경우 80세 이상의 재가서비스 이용자 수는 92,200명에 불과했으나 2012년에는 110,500명으로 급격히 증가했다. 하지만 재가서비스를 사용하고 있는 전체사용자 수와 비교한 80세 이상 노인의 비율은 1993년 23.2퍼센트에서 2012년 22.2퍼센트까지 감소하고 있음을 알 수 있다. 이러한 80세 이상의 재가서비스 이용자 비율의 감소현상은 위에서도 언급한 건강수명의 증가에 그 원인이 있다고 할 수 있다.

시설서비스 이용자 수에 있어서도 20년동안 꾸준히 감소하고 있음을 알 수 있다. 1993년 80세 이상 이용자가 89,400명인 22.5퍼센트에서 2012년 77,900명으로 감소하고 비율에 있어서도 15.6퍼센트로 감소하고 있음은 위에서 발견된 건강수명의 증가와도 유관하다고 할 수 있다.

전체 서비스 이용자수에서 80세 이상의 노인이 차지하는 비율은 1993년 45.7퍼센트에서 37.8퍼센트로 감소하고 있어 스웨덴의 재가 및 노인 요양시설서비스 이용자의 감소는 곧 건강수명의 연장으로 설명될 수 있는 부분이다. 또 한가지 특징으로 재가 서비스의 비율은 크게 감소하고 있지 않지만 시설서비스 이용자 수는 상대적으로 급격히 줄고 있다는 점이다. 달리 이야기 하면 재가서비스의 비중은 점차 증대되고 있는 반면 시설서비스의 사용은 상대적으로 인기가 떨어지고 있다는 점이다. 현대인의 평균수명 연장이라는 현상과 함께 노령인들이 점차 본인 자택에서 인생의 말년을 마감하고 싶다는 요구는 점차 커질 것으로 전망되고 있다.

〈표 2-7〉 재가 및 시설서비스 이용자 수 및 비율(80세 이상 이용자수와의 비교)

	재가서비스 이용자 수 및 비율			시설서비스 이용자 수 및 비율			전체서비스 이용자수
	전체이용자수	80세이상	80세 이상 비율	전체이용자수	80세이상	80세 이상 비율	80세+비율
1993	149.700	92.200	23.2	121.300	89.400	22.5	45.7
1997	130.100	84.800	19.8	130.700	97.700	22.9	42.7
2001	121.700	84.800	18.3	127.100	99.400	21.7	40.0
2006	140.300	102.000	20.9	107.600	86.600	17.7	38.6
2012	152.400	110.500	22.2	98.300	77.900	15.6	37.8

출처: Socialstyrelsen(2014c)

가족구성원 중 한사람이 부모나 이웃 등이 돌봄이 필요한 사람에게 단기적으로 봉사할 경우 법의 규정에 따라 현금지원을 받을 수 있다. 사회복지서비스법 5장 10절은 가족중 환자나 연로한 분을 위해 봉사를 단기적으로 제공할 필요가 있는 사람에게는 적절한 심사절차를 거쳐 보조금을 받을 권리가 있다고 규정하고 있다. 이 경우 보조금이란 돌봄대상자에 대한 현금급여(attendance allowance)라 할 수 있다. 이의 규정에 따라 290개의 기초지방자치단체들은 자체 예산규모에 따라 현금지원의 수준을 정하게 된다. 돌봄서비스 현금지급제도의 특징으로 보조금 신청혜택이 가족구성원에게만 한정된 것이 아니라 친지, 이웃, 친구까지 폭을 넓혀 도움이 필요한 사람과 가까이 살면서 실질적으로 도움을 줄 수 있는 사람들에게 영역을 넓혀 제공하고 있다는 점에서 매우 유용하게 사용되고 있다.

장애가 있는 가족의 간호를 위해 받을 수 있는 금액은 2.5배 기초산정금액(2012년 기준 44,000 크로네), 1.875배 기초산정금액, 혹은 1.25배 기초산정금액을 받을 수 있다. 즉 자녀의 장애정도와 부모의 역할정도에 따라 세 가지로 구분된다. 가장 중증장애 아동을 돌볼 때는 110,000크로네(2.5x44,000), 중간정도 장애아동일 경우 82,500 크로네(1.875x44,000), 그리고 가장 낮은 정도의 장애일 경우 55,000크로네(1.25x44,000)를 장애인 자녀 병간호를 위해 부모에게 지급한다. 이 지원

금은 소득세 적용대상이 되는 소득지원급여(care leave)라 할 수 있다. 장애가족의 간호를 위해 소득지원급여를 받을 경우에 있어도 부모가 직장생활을 한다는 전제조건에서 보조역할로 간호를 한다는 것을 의미하고, 장애인들이 받을 수 있는 다양한 지원제도는 생활장비구입, 장애인 보조복지사 지원, 생활비 지원, 직업훈련 지원 등은 사회보험규약 (socialförsäkringsbalken) 48장부터 52장의 규정에 따라 시행된다.

〈표 2-8〉에서는 스웨덴 제2도시인 예테보리시의 가족구성원 및 친구, 이웃 들의 돌봄서비스 보조역할자 들에게 지급하는 금액을 다음과 같이 책정하고 있다. 지급수준을 1등급에서 5등급으로 나누고 매우 경미한 정도의 1등급 보조역할을 담당하는 일에 대해서는 925 크로네를 지급하고 가장 높은 5등급의 경우 4625 크로네를 지급한다. 5등급의 경우는 연로한 부모의 경우 증증이거나 장애를 가지고 있는 경우 수발보호 뿐 아니라 세탁, 청소, 조리 등까지 모두 포함하는 포괄적인 보조일이기 때문에 재가서비스에 준하는 일의 강도를 가진 경우 지급하는 것이 원칙이다. 이같은 경우 가족들은 재가서비스를 신청해 받기 때문에 이 같은 가족구성원의 돌봄서비스 보조금 혜택은 재가 서비스를 기다리는 기간 동안 단기간 활용되는 제도라 할 수 있다.

〈표 2-8〉 가족구성원의 돌봄서비스 현금지원

구분	보조금액
1	925 kr
2	1850 kr
3	2775 kr
4	3700 kr
5	4625 kr

출처: Göteborgs stad. Hemvårdsbidrag(2014)

- 참조: 1. 직계가족 중 돌봄서비스를 제공할 수 없을 경우 친구, 이웃 등까지도 신청을 할 수 있음.
 2. 서비스가 필요한 당사자가 신청해 심사 후 인정받을 시 직접 지급받아 가족구성원에게 전달하는 형식
 3. 재정적 보조와 함께 시노인돌봄서비스 상담원과의 상담, 세미나, 다른 가족구성원과의 연계 등 다양한 프로그램을 제공함.

2) 급여체계

사회서비스법 5장에 규정되어 있는 노인 및 장애인 장단기 요양돌봄 제도(socialtjänster för äldre människor och människor med funktionshinder; social service for aged people and people with functional hinders)는 각자가 부담하는 정도와 서비스의 종류가 서로 연계되어 있다. 위에서도 지적한 바와 같이 290개의 기초지방자치단체들의 재정적 상황에 따라 약간의 편차가 있기 때문에 일괄적으로 제시할 수 없다는 난점이 있다. <표 2-9>는 스톡홀름시에서 적용되고 있는 요금 체계와 서비스의 종류를 중심으로 보여주고 있다.

매년 통계청에서 산정 발표하는 최저생계비는 요금산정에 중요한 잣대가 된다. 2014년 기준 최저생계비인 5012 크로네와 주택비용을 공제하고 요금을 산정한다. 부부의 경우는 4235 크로네를 기준으로 해 부부가 함께 기거하는 경우 8470크로네를 기준으로 산정한다. 돌봄서비스 비용을 공제하고 나머지만을 요금으로 산정하기 때문에 극빈노인층은 무료로 재가서비스 및 노인장기요양시설을 이용할 수 있게 해 준다. 보편적 복지의 기본적 정신인 의료 및 사회서비스 질의 평등성에 따라 모든 노인이 일정 수준의 서비스를 받을 수 있게 해 준다는 점에서 시사하는 바가 크다고 하겠다.

스톡홀름시에서 사용하고 있는 장기요양돌봄 서비스(långvariga socialtjänster)의 질과 요금체계는 전 연령대상의 단일화된 보편적 시스템으로 7단위로 구성되어 있다. 가장 낮은 서비스로 시복지시설과에 설치되어 있는 SOS 긴급신호 서비스를 들 수 있다. 최고 상한금액으로 한달에 118크로네를 부담하면 언제든지 위급한 상황에서 응급차량 서비스 등은 무료로 제공하고 있다. 응급차량이 필요한 정도로 위급한 상황이 아니

더라도 간단한 도움 요청 등을 위한 SOS는 노인복지차원에서 시에서 부담하고 있다. 두 번째 낮은 요금단위로써 월별 407크로네를 지불하면 1-5시간 재가서비스를 받을 수 있고, 가족 중 보조를 해 주는 사람이 있을 경우 요청에 따라 17-20.5시간까지 보조역할자를 도와주는 서비스를 제공하고 있다. 재가 서비스가 1-5시간의 경우는 평일 1시간씩 방문해 간단한 물품구입과 상황파악 정도의 서비스를 제공하고 있다. 가족이나 친구 혹은 이웃 등의 보조역할을 신청할 수 있는 경우 요청에 의한 보조제도 (vårdar för en närstående; home cares for the close-related persons)는 배우자가 아직 생존하고 있을 경우 매우 유용하게 사용될 수 있다. 남편이나 부인이 아직 생존해 있고 건강상 간단한 보조를 할 수 있을 경우 목욕 등 힘든 육체돌봄의 경우 연로한 남편과 부인이 감당할 수 없을 때 유용하게 사용할 수 있기 때문에 매우 인기가 높은 돌봄서비스이다.

〈표 2-9〉 재가서비스 요금체계

요금체계	상한금액	서비스 내용
1	118	긴급 SOS 및 노인시설사용료 기본요금
2	407	1-5시간 재가서비스, 17-20.5시간 가족요청시 재가서비스 보조.
3	744	5-10.5시간 재가서비스, 21-26.6시간 가족요청시 재가서비스 보조
4	992	11-25.5시간 재가서비스, 27-41.5시간 가족요청시 재가서비스 보조
5	1396	26-40.5시간 재가서비스, 42-56.6시간 가족요청시 재가서비스 보조
6	1554	41-55.5시간 재가서비스, 57시간 이상 재가서비스 가족요청시 보조
7	1776	56시간 이상 재가 서비스, 장기요양시설 24시간 보조비용

출처: 스톡홀름시 노인복지 사회서비스 웹페이지.

<http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/Aldreomsorg/Avgifter-aldreomsorg/>

참조: 1. 가족 요청시 재가 서비스가 총합계 16시간을 넘지 않을 경우 무료.

2. 정신질환자의 경우 재가서비스 무료

3. 사회문화 강좌 등 참가비 무료

4. 이용료의 예외사항. 매년 최저생계비는 통계청에서 산정발표함. 2014년 최저생계비인 5012 크로네와 주택비용을 공제하고 요금산정. 부부의 경우 4235 크로네를 기준으로 함. 공제하고 나머지만을 요금으로 산정하기 때문에 극빈노인층은 무료로 재가서비스 및 노인 장기요양시설 이용가능

세 번째 서비스에 해당하는 돌봄서비스로 월 744크로네를 지불하면 5-10.5시간의 재가돌봄서비스를 받을 수 있고, 21-26.5시간의 재가서비스 보조를 받을 수 있다. 간단한 물품구입, 청소 혹은 조리 등의 간단한 돌봄서비스를 받을 수 있는 정도의 시간적 여유가 있으며, 경우에 따라 월케어 산책보조 등도 함께 요청할 수 있는 서비스이다. 가족이 있는 경우 최대 26.6시간까지 보조를 받을 수 있어 일주일 내내 하루에 평균 3시간 30분 정도씩 분할해 사용할 수 있다.

네 번째 서비스에 해당하는 것으로 992크로네 부담에 11-25.5시간 재가 서비스나 27-41.5시간의 재기보조 서비스를 받을 수 있다. 이 시간이면 어느 정도 거동할 수 있는 노인의 경우 청소, 세탁, 물품구입 등의 서비스를 받을 수 있는 시간이어서 가장 이용이 많이 되는 서비스이다. 가족구성원 중에서 요양돌봄을 수행할 수 있을 때 보조로 받을 수 있는 시간은 41.5시간으로 하루 평균 7시간까지 도움을 받을 수 있어 가족의 육체적, 정신적 부담을 상당히 경감시켜줄 수 있는 기회가 된다는 점에 매우 유용하게 사용되고 있다.

다섯 번째부터 일곱 번째 구간의 돌봄서비스는 중증환자의 경우 재가 서비스를 받을 수 있는 제도이다. 최대 1776 크로네를 부담하면 56시간 이상 재가서비스를 받을 수 있어 하루 평균 8시간씩 매일 돌봄서비스를 받을 수 있다. 장기요양시설에 기거하는 경우 이 부담금으로 24시간 돌봄을 받을 수 있는 최고 수준에 이른다.

스톡홀름의 재가서비스의 요금체계와 서비스 내용의 단계별 구간은 건강정도, 질병유무, 노인부부 생존 시와 독거노인의 필요에 따라 세분되어 있고, 경제적 상황에 따른 서비스의 선택가능성을 제시하고 있기 때문에 개인적 상황에 맞는 맞춤형서비스를 받을 수 있다는 점에서 매우 유용하게 사용되고 있다.

기본적으로 정신질환자의 경우 재가서비스 비용이 무료이고, 하루 8시간씩 혹은 정신건강의 상황에 따라 24시간 돌봄이 필요할 경우 공동시설에서 서비스를 제공하게 된다. 부정기적으로 조직되는 건강강좌, 교양 및 문화강좌 등은 무료로 제공하고 있으며 재가서비스 이외의 주간활동은 요금제로 운영하고 있다.

이와 더불어 재가 서비스를 제공받고 있는 노인인구 중 다양한 주거형태에 따라 재정상황도 매우 다르기 때문에 재정적으로 고통을 받고 있는 노인들에게는 주택보조금을 지급하고 있다. 노인들의 거주형태가 개인주택, 개인소유아파트, 임대주택이냐에 따라 거주비가 천차만별이므로, 거주비용이 높은 65세이상 연금생활자의 경우 최저생활비로 임대 및 거주비용이 큰 부담일 수가 있다. 예를 들어 스톡홀름이나 예테보리 등 대도시에 거주하는 노인의 경우 임대료가 낮은 임대아파트의 경우 낮게는 3000 크로네에서 높게는 10,000크로네까지 상회하기 때문에 최저생활비에도 못미치는 생활비로 고통을 받을 수가 있다. 이 같은 문제를 해결하기 위해 거주비 지원금(bostadstillägg till pensionärer)을 제공한다. 개인의 연금소득에 따라 독거노인의 경우 최고 6,200크로네, 부부인 경우 3,100크로네까지 지급되며, 기초지방단체의 경우 노인복지사의 보조를 받아 정확한 거주비 지원금의 수준이 결정된다(Folksam 2011).

3) 조직 및 인력 전달체계

1992년 진행된 에텔개혁 이후 스웨덴의 노인과 장애인 전 연령층을 대상으로 한 장기요양돌봄 서비스의 책임소재는 광역단체에서 기초지방자치단체인 컴문으로 이관되어 통합관리되고 있다. 하지만 2006년 우익정권이 들어선 이후 서비스 수급자들의 자유선택의 폭을 확대하기 위한 정

책적 변화로 사적 영역의 비중이 빠르게 확대되고 있는 상황이다. 2006년 이후 최근까지 공적서비스의 비율은 점차 낮아지고 있는 반면, 사설서비스 기관의 수는 지속적으로 늘어 노인장기요양 서비스 전체시장에서 차지하는 비율은 점차 확대되고 있는 추세에 있다. 2007년의 경우 공공돌봄재가서비스의 비중은 87퍼센트에 이르렀고, 사설서비스기관 비율은 고작 13퍼센트에 불과했으나, 2008년에는 공적서비스와 사설서비스 비율이 3퍼센트씩 교차증감하는 현상을 보여주고 있다. 2007년 공공서비스와 사설서비스 비율의 차이는 -74에 이르지만 2008년 -68, 2009년 -66, 그리고 2011년과 2012년은 각각 -54, -52를 나타내 그 차이는 급속하게 축소되고 있는 상황이다.

〈표 2-10〉 장기요양돌봄제도의 분류(재가서비스)

연도	공공서비스 (A)	사설서비스 (B)	차이 (A-B)
2007	87%	13%	-74
2008	84%	16%	-68
2009	83%	17%	-66
2010	81%	19%	-62
2011	80%	20%	-60
2012	77%	23%	-54
2013	76%	24%	-52

출처: Socialstyrelsen(2014a)

장기요양돌봄기관서비스의 경우 공적영역과 사적영역의 차이가 재가 서비스 만큼은 아니지만 서서히 사설 서비스 기관의 비율이 증가하고 있는 추세는 명확히 목격되고 있다. 2007년의 경우 공공서비스 기관 비율이 86퍼센트, 사설서비스 기관의 비율이 14퍼센트로 두 서비스기관들의 차이는 -72인 반면 2008년 공공 84% 사설 15%로 차이는 -69로 좁혀졌다. 이 같은 추세가 지속적으로 진행되다가 2013년에는 공공서비스 시설 사용비율이 79%, 사설서비스시설 사용자의 비율이 21%로 둘의 차이는

-58로 매우 좁혀지고 있는 형국이다. 그만큼 2000년 이후 우익정권의 통치 하에 진행된 민영화의 결과가 명확하게 나타나고 있는 셈이다. 2014년 선거에서 사민당 정권이 들어설 경우 민영화의 현상이 지속될 것인지는 계속 지켜봐야 할 사안이다.

인력수급과 관계하여 재가서비스의 수요가 증가하고 있는 것과는 대조적으로 돌봄서비스 인력은 빠르게 감소하고 있다. 2002년과 2009년의 7년 동안 일반 사기업의 외주업체 직원수는 점차 증가하고 있는 추세와는 달리 기초지방자치단체인 킴문에 고용된 노인복지사의 인원은 빠르게 감소하고 있다. 2002년 기준으로 볼 때 176,600명의 노인복지사가 290개의 지방자치단체에서 월계약직으로 고용되어 있었으나, 매년 급격히 감소해 2009년에는 21,000명이나 감소한 15,400명만이 활동하고 있을 뿐이다.

〈표 2-11〉 장기요양돌봄제도의 분류(장기요양원 서비스)

연도	공공서비스	사설서비스	차이 (A-B)
2007	86%	14%	-72
2008	84%	15%	-69
2009	83%	17%	-66
2010	81%	19%	-62
2011	80%	20%	-60
2012	79%	21%	-58
2013	79%	21%	-58

출처: Socialstyrelsen(2014a)

새롭게 진출한 사기업인 외주업체 직원의 경우 2002년에 월별계약직 서비스종사자수가 22,400명이었으나 2009년에는 소폭 증가한 26,400명만이 고용되었을 뿐이다. 공공 및 외주업체에서 고용되어 활동 중인 노인복지사의 전체 수를 보면 2002년 254,800명에서 2009년에는 232,200명으로 22,000명이 감소되어 있음을 알 수 있다. 그만큼 이 기

간동안 290개의 기초단체의 노인복지 서비스는 질적으로 저하되고 있다고 볼 수 있다. 초고령자 인구는 빠르게 증가하고 있는 추세에 있지만 노인복지사의 수는 반대로 감소하고 있기 때문에 서비스의 질은 점차 저하될 것으로 우려되고 있다.

이와 함께 또 한 가지 지적되는 사항은 예산도 동시에 감소하고 있다는 점이다. 보건복지청의 2011년 보고서에 따르면 2002년과 2009년 사이 7년 동안 돌봄서비스관련 예산이 0.2퍼센트 감소해 했고, 2005년과 2007년 사이의 비교에서는 4.9퍼센트가 감소해 노인복지의 질이 상당히 위협받고 있다. 노인복지사의 감소는 예산의 삭감과 깊은 연관이 있고, 초고령인구비율의 급격한 증가를 감안해 볼 때 현장에서 노인복지사들의 서비스의 양이 늘게 되어 자연스럽게 서비스의 질은 떨어질 수밖에 없는 상황이다(Socialstyrelsen, 2011).

〈표 2-12〉 장기요양서비스 노인복지사 종사자 변화추세

구분		2002	2005	2006	2007	2008	2009
복지사 (지방공무원)	월별 계약직 고용자 수	176,600	163,000	166,600	162,900	160,800	155,400
	시간수당 임시직 고용자수	49,600	42,600	43,200	43,400	42,400	41,400
외주 기업 (사기업)	월별 계약직 고용자 수	22,400	25,300	26,200	26,400	24,900	26,400
	시간수당 임시직 고용자 수	6,200	6,600	6,600	6,900	6,600	7,000
합계		254,800	237,600	237,600	239,600	234,700	232,200

자료: Socialstyrelsen(2011)

돌봄인력 들의 임금수준은 일반 공공 공무원과 큰 차이가 없다. 이들의 전국 평균임금 수준은 18.304 크로네이고 평균연령은 31.4세로 평균

5.8년의 경력을 가진 경우이다. 지역별 편차도 있어 스톡홀름 등 대 도시의 돌봄인력의 임금수준은 대체적으로 농촌지역보다 높다. 예를 들어 스톡홀름은 18.952 크로네, 그리고 가장 낮은 농촌지역인 고틀란드(Gotland) 17.002 크로네로 1,900 크로네의 편차를 보이기도 있다. 여성 돌봄인력의 평균 임금은 18.243 크로네인 반면, 남성의 경우 18.573 크로네로 거의 격차가 없음을 알 수 있다.

〈표 2-13〉 돌봄인력의 임금등급 및 비율

임금	비율
0-13.999 kr	2.37 %
14-15.999 kr	11.83 %
16-17.999 kr	32.19 %
18-19.999 kr	27.27 %
20-21.999 kr	18.14 %
22-23.999 kr	5.71 %
24-25.999 kr	1.35 %
26-27.999 kr	0.51 %

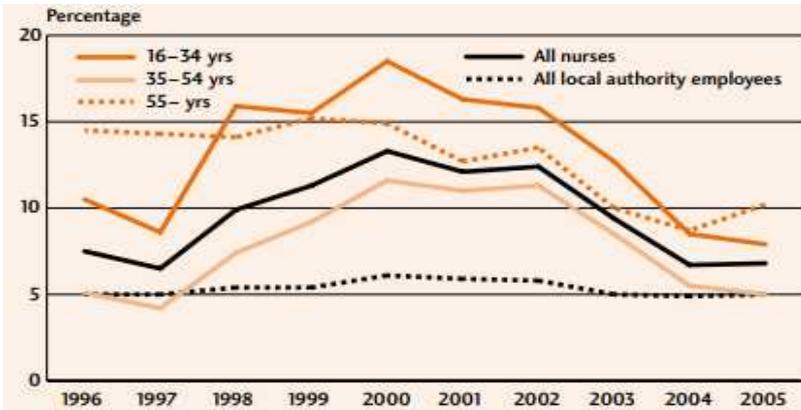
출처: Lönestatistik.se (Wage Statistics Sweden).
<http://www.lonestatistik.se/loner.asp/yrke/Vardbitrade-1388>.

노인 장기요양서비스 영역에서 활동하고 있는 종사자들의 봉급수준과 근무환경은 여타 사회복지영역에 비해 열악하거나 특별히 낮은 수준은 아니지만(swedish association of local authorities and region, 2007) 1990년대 복지개혁 이후 5-10퍼센트의 이직율을 기록하고 있다. 그나마 다행인 것은 경험이 풍부한 50대 이상의 베테랑 간호사들의 이직율은 15퍼센트에서 10퍼센트 수준으로 점차 하락하고 있다는 점이다.

[그림 2-6]에서 상세히 보여주고 있듯이 1997년과 2000년 사이의 3년 동안의 이직율이 가파르게 증가하는 추세에 있다가 2000년 이후 모든 연령대에서 감소하고 있는 현상이 두드러지게 나타나고 있다. 2000년을

전후 한 3년 동안은 전체 노인복지 간호사의 이직율이 일반 행정서비스 종사자보다도 훨씬 높게 나타나다가 점차 그 폭은 빠르게 감소하고 있다. 일반 행정직 종사자의 이직율은 5퍼센트 내외에서 고정되어 있는 반면 간호사들의 이직율은 최고 12.5퍼센트까지 치솟다가 2005년에 이르러 7퍼센트 내외로 안정을 되찾고 있다. 이같이 노인장기요양서비스 종사자들의 질을 향상시키고 양질의 서비스 수준을 갖춘 간호사 및 간호보자를 확보해 고용안정을 유지하기 위해 2005년과 2007년 사이에만 10억 스웨덴 크로네, 즉 한화 1500억원을 교육 및 훈련에 투입하는 등 많은 노력을 기울이고 있다.

[그림 2-6] 복지서비스 종사자들의 이직율 변화추세



출처: Swedish Association of Local Authorities and Region(2007)

4) 재원

스웨덴의 사회복지기금은 국민들의 세금을 재원으로 하여 구성된다. 기초지방자치단체의 노인장기요양서비스에 소용되는 비용은 96퍼센트

의 세금을 바탕으로 한 정부 및 지방자치단체의 공적자금, 그리고 4퍼센트의 이용자 부담금으로 이루어진다(swedish association of local authorities and region, 2007; swedish ministry of health and social affairs, 2010).

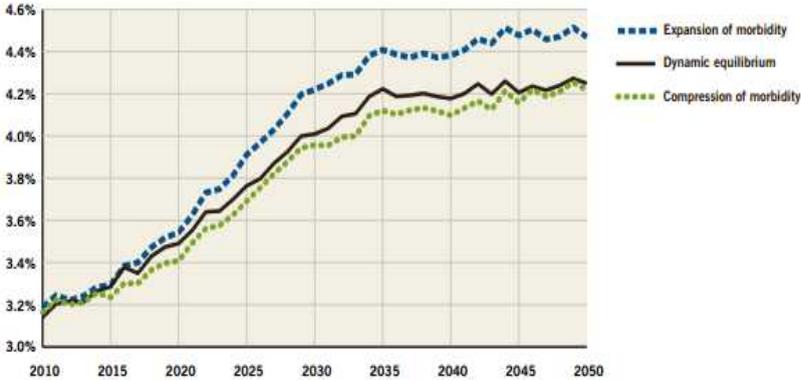
2005년 기준 노인장기요양 돌봄서비스에 투입된 비용의 지출상황을 분석해 보면 65.5퍼센트가 요양원, 노인시설 등 공공요양시설에 지출되었고, 재가서비스에 투입된 비용이 33.8퍼센트, 그리고 예방적 목적의 지출비용이 1.7퍼센트로 이루어져 있다. 그만큼 재원의 상당부분은 기초지방자치단체에서 운영하고 있는 노인시설에 지출하는 비중이 매우 크다. 이를 2000년 기준과 비교해 보면 공공시설 지출 비율이 70퍼센트, 재가서비스에 지출비율이 27퍼센트, 그리고 나머지 3퍼센트는 예방적 활동에 지출되었다. 따라서 5년간의 기간동안 재가서비스에 지출된 비율의 차이가 6.8퍼센트 증가하고 양상은 점차 개인의 맞춤형서비스를 더욱 선호하고 있는 현상을 반영하고 있다(swedish association of local authorities and region, 2007). 점차 재가서비스의 편의성과 간편성 그리고 노후 삶의 안정성에 대한 요구가 증대되고 있어 이 같은 양상은 앞으로도 지속적으로 증가할 것으로 전망된다.

2002년과 2006년 사이 4년 동안 세제개혁을 통해 저소득 연금생활자들의 서비스사용료의 면제비율을 2002년 14퍼센트에서 2006년에는 30퍼센트로 확대되었다. 하지만 2010년 수준의 노인장기요양돌봄서비스를 유지하고자 할 때 필요한 재원을 확보하기 위해서는 현재의 평균31퍼센트의 지방세를 40퍼센트 수준까지 인상하거나 서비스요금을 대폭 인상해야 하는 기로에 서 있다.

80세 이상의 노령인구비율이 빠르게 늘어나면서 장기노인돌봄 서비스의 재정부담이 국내총생산에 차지하는 비율도 2010년 기준 3.2퍼센트

수준에서 2020년 3.4퍼센트, 2030년 4.0퍼센트 등으로 빠르게 증가할 것으로 예상되고 있다. 스웨덴의 경제가 빠르게 글로벌경제에 편입되면서 2008년의 세계재정위기, 2009년 이후 유로존 위기 등의 힘로 앞에 노인복지를 포함한 복지서비스 제도의 유지와 발전에 매우 큰 도전으로 다가올 것으로 보인다.

[그림 2-7] 노인돌봄 서비스지출의 국내총생산 비율 증가추이



출처: Swedish Ministry of Health and Social Affairs(2010)

4) 정책과제

스웨덴의 장기요양 돌봄제도는 1992년의 에델개혁(Ädel Reform)과 함께 획기적으로 변화되었다. 그 이전까지는 책임소재가 광역단위의 종합병원에 있었지만 개혁 이후 기초지방자치 단체인 킴문(Kommun)으로 노인장기요양시설의 운영과 재가서비스에 대한 책임이 이양되면서 전달 체계, 예산, 서비스 등이 완전히 새롭게 재편되었다. 에델개혁은 노인의료 서비스의 책임소재가 광역자치단체에서 기초지방단체로 이양되었다

는 물리적 요소 뿐 아니라 노인건강 및 의료서비스 등이 집과 가까운 곳에서 이루어질 수 있도록 사용자 친화정책에 가장 큰 초점이 맞추어져 있다는 점에서 의미가 크다.

에텔개혁 이후 노정된 몇 가지 단점에도 불구하고 노인장기요양돌봄서비스는 서비스를 받고 있는 노인들의 평가에서 매우 높은 수준의 만족도를 보여주고 있다. 스웨덴의 노인장기요양돌봄 서비스에 대한 전반적 평가가 긍정적으로 나타나는 이유로서 공공기관에 대한 신뢰와 복지사들에 대한 인간적 친화력과 신뢰가 무엇보다도 높기 때문으로 보인다. 복지, 의료, 노인시설 등에 대한 평가는 공적신뢰의 기반 위에서 이루어지고 있다는 점에서 한국과 같이 정부와 공공기관에 대한 불신이 깊게 뿌리를 내리고 있는 국가들의 국가신뢰구축이 무엇보다 중요한 사안이라 지적할 수 있다.

그러나 높은 만족도에도 불구하고 수술과 같은 위급 상황 후 병원요양 시간이 길어지는 사례가 빈번히 발생하면서 종합병원의 책임성 저하와 비효율적 운영이라는 문제점 뿐 아니라 노인장기요양 환자 들의 종합적 관리책임을 지고 있는 기초지방자치인 کم문 들의 비효율적 관리도 종종 비판을 받고 있는 상황이다(Svd, 2013).

1991년 이후 공공시설의 민영화를 통해 복지영역에도 이윤 추구형사업자의 비중이 점차 증가하고 있는 점 또한 장단점을 모두 내포하고 있다. 시장화화 민영화 확대의 장점으로는 장기요양돌봄 서비스의 다양한 제공자를 직접 선택할 수 있다는 점을 들 수 있겠으나, 국민세금으로 운영되는 복지서비스 영역이 시장논리로 영리를 추구하는 기업이 많이 진출할수록 사회복지사들의 근무환경은 갈수록 열악해 질 수 있기 때문에 서비스의 질까지도 위협받을 수 있다는 점에는 단점으로 지적된다.

4. 이탈리아(홍이진)

가. 할당

이탈리아 일상생활지원서비스는 연령과 상관없이 장애를 입은 자를 대상으로 혼합적인 형태로 구성되어 있다. 즉, 건강제도·사회보장·지역사회 복지 등 다양한 분야로 구분되어 있음으로 현금급여와 현물 급여 다 제공한다. 그 중에 특히 가장 중요한 조치는 보편주의적인 ‘동반자 요양수당’(indennita` di accompagnamento)다. 동반자 요양수당과 더불어 현물급여인 요양시설들이 있는데, 지역마다 차이가 있으니, 현물서비스 제공에 있어서 지역 간 불평등이 확실히 존재하고 있다. 1000명 거주자(resident) 대 1개 침대의 비율로 따지면, 가장 높은 비율(9.7 - 12.4)이 북쪽 Valle d’Aosta, Piemonte, Liguria, Trentino Alto Adige, Friuli Venezia Giulia 주에 발휘되며, 반대로 1.9 - 4.8 비율에 불과하는 Umbria, Sardegna, Campania, Puglia와 Calabria 주들이어서 Umbria 주만 제외하고는 모든 사례들이 남쪽 지역에 위치하는 것을 살펴볼 수 있다 (ISTAT, 2013).

공공부문 시설들이 전반적으로 부족함으로 이탈리아 일상생활지원서비스는 이분화되어 있음을 알 수 있다. 한 편으로, 보편주의적인 현금제도가 중요한 역할을 실행하고 있으며, 또 한 편으로 실질적인 서비스 제공에 있어서 가족과 이민부양자들로 구성된 비공식적인 케어시장에 의존한다.

나. 급여 및 전달체계

1) 동반자 요양수당

동반자 요양수당(indennita` di accompagnamento)은 이탈리아 국립사회보장공단(INPS)에서 제공되며, 1980년 제18법에 의하여 거동이 불편하거나 일상생활에 지속적인 도움을 필요로 하는 자들을 위하여 제공되는 현금급여다. 대상자는 요양의 욕구를 가진 자들로 설정되어 있어 연령이나 소득과 상관없이 장애를 입은 시민들이 모두 해당됨으로 보편주의적인 성격을 지니고 있다(N.N.A., 2013). 2014년에 동반자요양수당은 매월 514유로로 지급되는 것으로 하였다. 해당 수급자는 INPS에 속하는 의사의 조사를 거친 뒤, “동반자가 없이 일상생활에 지속적인 지장이 있는” 자로 정확한 진료를 받으면, INPS에 공식적으로 장애인으로서 가입하게 된다. 지역 보건소(ASL)에 건강 검사의 서류를 제출한 뒤, 요양수당이 그 다음 달에 지급하기 시작한다. 매년 INPS에서 공지사항에 따라 장애를 지속적으로 입고 있다는 증명서류를 준비해야 요양수당의 수급을 연장할 수 있다. 관련서류는 각 해의 3월 31일까지 제출하여야 한다.³³⁾

33) http://www.dirittierisposte.it/Schede/Persone/Salute/indennita_di_accompagnamento_id1128374_art.aspx

〈표 2-14〉 동방자 요양수당의 수급자와 65세 이상 전체 노인의 비율, 주별

(단위: 수급자의 수, %)

주	2010년		2005-2010년 차이
	65세 이상 수급자	65세 이상 전체 인구의 비율	65세 이상 전체 인구의 비율
Piemonte	95,296	9.4	+1.2
Valle D'Aosta	2,608	9.8	+0.4
Liguria	46,489	10.7	+0.4
Lombardia	195,745	9.9	+0.9
Trentino Alto-Adige	16,068	8.4	+0.4
Veneto	105,334	10.8	+1.3
Friuli-Venezia Giulia	32,871	11.4	+0.4
Emilia-Romagna	107,311	10.9	+0.6
Toscana	97,443	11.2	+0.8
Umbria	40,566	19.5	+2.6
Marche	48,762	13.9	+1.9
Lazio	151,347	13.5	+3.1
Abruzzo	41,893	14.7	+2.0
Molise	8,669	12.4	+3.8
Campania	159,537	17.2	+2.8
Puglia	114,117	15.3	+4.1
Basilicata	16,049	13.6	+2.4
Calabria	66,034	17.6	+2.1
Sicilia	133,442	14.4	+3.1
Sardegna	51,018	16.0	+1.9
Italia	1,530,599	12.5	+1.7

자료: N.N.A(2013)

2) 요양시설

장기요양의 욕구를 커버할 수 있는 현물 서비스들이 크게 두 범주로 분류할 수 있다. 한 편, 자치제가 제공하는 방문요양과 시설 서비스가 있는데, 후자는 사회보조단위(presidio socio-assistenziale)라고 정의되어 있다. 그 반면에, 건강제도의 일환으로 각 주가 제공하는 건강 및 재활 시설 서비스가 있다. 이는 건강과 관련된 이슈들을 대응하는 시설들이며, 사회의료단위 (presidio socio-sanitario)라고 불린다. 이렇게 함으로써

지자체는 클라이언트의 사회적 욕구, 그리고 주는 건강적인 욕구를 각 담당하는 시스템이다. 서비스 접근은 각 지방정부에 따라 차이가 있을 수 있지만, 보통 요양의 욕구의 판정, 소득수준을 비례, 또는 본인부담에 따라 정해짐으로, 서비스의 제공과 적용 범위가 주별로 차이가 있다.

현재 사회보조단위 및 사회의료단위 시설에 서비스를 받고 있는 시민들이 369,513명이며, 그 중에 65세 이상 노인이 약 280,000명이기에 전체 클라이언트 중에 76%를 차지하고 있다. 18-64세 클라이언트는 72,000명, 18세 이하 클라이언트는 17,000명이어서 각 20% 및 5%를 차지한다. 결과적으로, 서비스 대상자 중에 노인 클라이언트들이 3분의 1을 차지해서 대상자들 중에 가장 큰 비율을 보여주고 있다 (ISTAT, 2013).

65세 이상인 노인 대상자를 중심으로 살펴보았을 때, 1000명 거주자 대 침대의 비율은 북쪽 지역에 약 33.6을 기록하는 반면에, 남쪽 지역의 비율은 9.79에 불과하여 전국적으로 가장 낮은 편이다. 중간 지역과 섬도 각 14.86 및 12.02를 기록하여 전국 평균인 22.58에서 많이 벗어나고 있어 요양의 서비스의 불평등을 증명하고 있는 데이터들이다.

현금급여를 위주로 실행되는 LTC의 한계점이 많다. 현금급여는 케어의 비용을 보상하는 성격을 갖고 있다고 해서, 실질적으로 필요로 하는 케어를 구매할 수 있는 예산을 제공하지 않기 때문에, 가족구성원들의 재정적인 상황을 충분히 반영하지 못할 수 있으며 (OECD 2011: 54), 독거노인의 같은 경우, 현금급여보다 실질적인 서비스가 필요로 하는 점을 감안하지 못 한다. 또한, 지불되는 현금급여의 실질적인 활용에 대한 적절한 검토가 결여하는 단점이 있으며, 뵈보다는 경제활동에 몰두하는 여성들에게 노동시장을 떠나게 하는 악효과가 있다 (Pavolini와 Ranci, 2008). 할당에 있어서 동반자 요양수당은 수급자에게 회계에 대한 책임

(accountability)을 요구하지 않아서, 효율적인 활용을 검토하기에 어렵고, 더불어 장애등급별 급여의 수준이 조정되지 않기 때문에, 모든 대상자에게 고정 요금이 지불되어 장애의 심각성에 민감하지 못하는 단점이 있다. 더구나 요양 시설의 뚜렷한 골격의 부재로 인해 침대의 수나 시설 이용자의 숫자가 타 유럽 국가에 비해 요양욕구를 제대로 반영하지 못하며, 일상생활에 부분적으로만 도움을 필요로 하는 노인일 경우 그지 마땅한 서비스를 찾기가 어렵다(Jessoula & Pavolini 2013).

3) 휴가제도(respite service)

OECD(2011)에 의하면, 비공식적으로 케어 업무에 몰두하는 부양자들을 위한 지원정책들이 다음과 같이 요약할 수 있다.

- ① 공식적인 회사 휴직이나 유연성이 있는 근무 시간 제공
- ② 비공식적인 케어나 시설에 근무하는 부양자를 위한 단기간장기간 휴식 프로그램 제공
- ③ 상담 및 훈련 프로그램 실시
- ④ 정보 제공 및 부양 서비스 간의 조화로운 시스템 마련
- ⑤ 부양자의 수당 지불
- ⑥ 장애를 입은 환자의 급여 제공(OECD, 2011).

이탈리아 일상생활지원서비스 공식적인 골격의 부재로 인해 무엇보다 요양 부양자를 위한 서비스들이 많아야 하지만, OECD(2011)에서 나열된 정책들 중에 확실하게 존재하고 있는 부분이 있다면, 이는 장애인을 위한 급여, 즉 동반자 요양수당이다. 이는 국립사회보장공단(INPS)에서 제공되는 현금급여라서, 일종의 장애연금으로 보면 되지만, 실질적으로

부양자의 수당으로 쓰는 경우들이 대부분이다. 나머지 조치들은 주별 차이가 있는데, 서비스 활성화가 비교적 잘 되어 있는 에밀랴 로만나 주의 경우 위에 서술된 모든 서비스들이 공식적인 휴직만 제외하고 실행하고 있는 중이지만, 나머지 주에 있어서 보호자에 대한 지원이 보다 많이 필요로 하는 상황이다 (Regione Emilia Romagna, 2007).

4) 전달체계

이탈리아의 일상생활지원 정책에 대한 책임은 국가, 주 그리고 지방자치단체 간의 역량 네트워크 안에서 공유된다. 요양 급여와 서비스에는 일반적인 법적 골조를 갖추지 않았으며 종종 당국 간의 부적절한 협력과 보건복지 서비스들 간의 불충분한 통합이 나타나기도 한다(OECD, 2011).

정부의 역량은 한 편으로는 공공 요양 급여의 액수 크기와, 또 다른 한편으로는 서비스 제공 기준(LEA)을 위한 전반적인 법적 골조의 정의에서 드러나는데, 이는 사후(ex post)이며 잔여적인 성격을 지니고 있다. 주에서는 보건 서비스 제공과 같은 중요한 입법상 역량을 지니고 있으며, 지방자치단체(도시)는 사회적 돌봄 서비스 직접적인 제공을 책임하다 (홍이진, 2012).

전반적으로 적용 대상 규모가 상당히 큰 편이지만, 도움을 필요로 하는 노인들이 주로 비공식적인 홈 케어 형태로 받는 것이기 때문에, 실질적으로 필요로 하는 케어 역량보다 적게 받는 경우들이 발생하여, 사각지대 문제가 상당히 있다. 더구나 지나친 가족주의적인 사고방식에 의존하는 결과로, 서비스의 질을 향상시키는 데에 한계가 있다. 특히 경제활동을 하는 여성들은 이민 부양자의 도움에 의존할 수밖에 없는 경우들이 많아서, 보다 적극적이며 공식적인 일상생활지원서비스의 틀이 마련되어야 한다.

이탈리아에 케어 부양자의 부족으로 이민자들의 역할이 지속적으로 중요해지고 있다. 1991년에 전반적인 부양자들 중에 이민자는 16%에 불과하였지만, 2010년에 75% 비율로 증가하였다. 평균적으로 다른 OECD 국가의 이민 부양자의 비율이 20-30% 정도로 높은 것을 고려하면, 이들은 이탈리아에 얼마나 결정적인 역할을 하고 있는지 알 수가 있다(OECD, 2011). 반대로, 민간 영역에 활동하고 있는 이탈리아 출신 가족 부양자는 전체 케어 보호사들 중에 10%에 불과하다. 2002-2008년 사이에 300,000명 이민 가족 부양자들이 체류허가를 얻어 규정화(regularization)되면서 입법화 되었을 때, 전체적인 가족 부양자의 약 42%이었다. 2009년 규정화 조건의 같은 경우, 고용주는 부양자의 숙소를 증명해야 하며, 최소 연간 20,000유로의 소득을 소유하고 있음을 신고했어야 하고, 최소 1주일의 20시간의 계약을 체결함을 제시했어야 하며, 이민 노동자의 사회보험 보험료를 지불했어야 하였다(OECD, 2011).

앞서 말했듯이, 앞으로 LTC에 대한 욕구가 증가하면서, 케어를 담당할 수 있는 부양자와 경제활동 인구가 줄일 예상이 있어, 추후의 일상생활지원서비스 제도의 과제들이 공공·민간 분야 간, 공식·비공식 케어 간의 조화를 달성하면서, 혼합적인 전략들을 추구할 필요가 있다. 특히 이탈리아의 경우, 비공식적 사회서비스 분야가 크다 보니, 케어 부양자를 대상으로 하는 정책들을 전략적으로 실행할 과제가 시급하다.

하지만, 부족한 시간과 과한 재정적인 부담으로 인해, 전반적으로 비공식적인 케어가 일하는 여성들의 경제활동을 방해한다(즉, 장기요양 문제가 발생할 경우에 일을 그만 두어야 하는 사례들이 많다). 또한, 케어활동을 할수록, 빈곤에 추락할 수 있는 가능성이 높아지며, 중증장애를 입은 환자의 케어는 부양자의 정신건강에 부정적인 영향을 미친다(OECD, 2011).

다. 재원

총 일상생활지원 서비스에 투자되는 공공지출의 수준을 살펴보았을 때, GDP의 이는 1.9%의 수준인 것을 알 수 있어, 타 27개 유럽연합 회원 국가 평균 GDP의 1.8%와 비교했을 때 큰 차이가 보이지 않다. 하지만, 현금급여를 중심으로 운영되는 시스템이기 때문에, 결과적으로 시설에 대한 투자가 부족한 상태로 이어져 왔다. 재가방문(home care)에 대한 투자는 상당히 있지만, 주로 이러한 서비스는 공식적인 케어 시장이 잘 발달되지 않은 관계로 이민 보호자로부터 많은 도움을 받게 되어 간 제도이다 (Jessoula & Pavolini 2013, Pavolini & Ranci 2008).

1) 동반자 요양수당과 LTC 예산

현금급여제도가 일상생활지원서비스와 관련된 전체 예산과 살펴보았을 때, 상당히 높은 비율을 차지하고 있음을 알 수 있다. 이는 다음 표에 노인을 대상으로 하는 장기요양을 중심으로 보다 세밀하게 서술되어 있다.

〈표 2-15〉 노인장기요양 공공지출의 추이, 분야별(2005년-2011년)

(단위: GDP, %)

LTC 지출	연도				
	2005	2008	2010	2011	2005-2011 차이
LTC의 건강 분야	0.46	0.49	0.51	0.51	+0.05
동반자 요양수당	0.49	0.56	0.62	0.61	+0.12
자치제 지출	0.11	0.13	0.15	0.17	+0.06
전체	1.07	1.18	1.28	1.28	+0.21

자료: N.N.A.(2013)

2008-2011년 사이에 65세 이상 수급자를 위한 동반자 요양수당의 배분이 꾸준히 증가하는 추세가 보였지만, 최근 들어 증가의 속도가 줄어졌다. 고령화의 속도가 빠른 이탈리아의 경우, 요양 현금급여의 시스템이 재정적으로 어려움을 겪고 있어 노인의 장기요양 욕구에 적절하게 대응하지 못하고 있는 것으로 판단할 수 있다. 이러한 데이터가 이탈리아 국립사회보장공단(INPS)에서 수집된 것인데, 최근 들어 놀랄 만한 특징은 8년 만에 처음으로 요양수당 증가의 증지다. 2011년에 동반자 요양수당이 1조2억7백만 유로에 그쳤는데, 전체 수급자 기준으로 보았을 때 2010년과 비하면 -0.2%로 삭감되었다. 65세 이상 노인 대상자는 - 고령화 속도가 증가하고 있음에도 불구하고 - 지출의 수준이 작년과 비해 실질적으로 차이가 없었다. 이러한 추세는 2009년 급여조건의 엄격한 규정의 도입으로 인한 것이다. 새로운 통제규정은 기전의 건강검토와 (장애연금의 경우) 소득조사에 더하게 되어 급여조건이 전반적으로 엄격해졌다고 할 수 있다 (N.N.A., 2013).

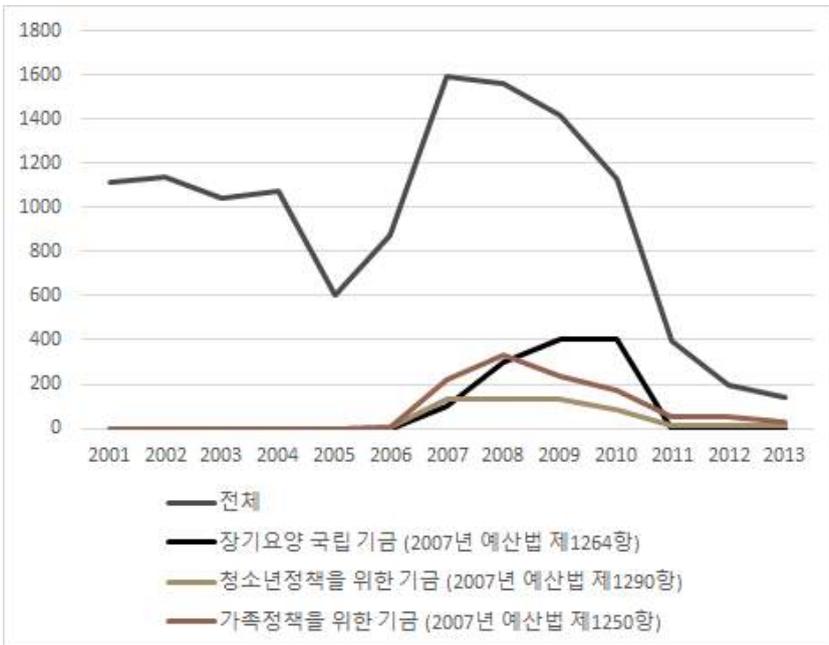
2) 장기요양 국립기금 (2007-2011년)

시설 제공에 있어서 발생하는 불평등을 대응하기 위해서 2000년 프로디(prodi) 정부가 제328법을 정해서 전국적으로 해당되는 서비스의 공동기준을 설립하려고 하였다. 하지만, 2001년부터 베를루스코니(berlusconi) 정부는 북쪽 연맹 (lega nord) 정당의 압박으로, 2001년 헌법 개혁을 통해 연방제(federalism)가 실행하기 시작하며, 사회서비스와 관한 규정 및 계획은 각 주에게 넘기는 결과로, 지역 간의 불평등을 대응하고자 하는 제328법의 효과가 없어졌다. 2006-2007년 사이에 단기간에 출발한 프로디 정부는 시급해진 노인 장기요양 문제에 보충적인 전

락을 마련하기 위해서 중앙정부 예산의 일부분으로 ‘장기요양 국립 기금’ (fondo nazionale per la non autosufficienza)을 설립되었는데, 2008-2011년에 바꾼 정부의 무관심과 경제위기가 초래하게 한 공공예산의 부족으로 인하여 장기요양기금과 타 사회서비스 기금들이 만료될 정도로 많이 삭감되었다. <표 2-16>에 장기요양 기금과 청소년정책 기금, 가족정책 기금의 연간 예산의 추이를 살펴보았을 때, 베를루스코니 시대 때 사회서비스에 대한 무관심이 잘 들어낸다. 특히 [그림 2-8]을 참조하면, 2008년부터 사회서비스 예산에 대한 투자가 하락하는 추세를 보여준다.

[그림 2-8] 일부 사회서비스를 위한 정부 예산 추이(2001-2013년)

(단위: 백만 유로)



자료: Pizzuti(2011)

〈표 2-16〉 일부 사회서비스를 위한 기금 예산의 추이(2001년-2013년)

(단위: 백만 유로)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
전체	1115	1136	1039	1076	601	878	1594	1559	1420	1134	394	193	144
장기요양 기금	0	0	0	0	0	0	100	300	400	400	0	0	0
청소년정책 기금	0	0	0	0	0	3	130	130	130	81	13	13	11
가족정책 기금	0	0	0	0	0	3	220	330	239	174	51	53	31

주: 장기요양 국립기금은 2007년 예산법 제1264항, 청소년정책을 위한 기금은 2007년 예산법 제1290항, 가족정책을 위한 기금은 2007년 예산법 제1250항에 의하여 배분되었다.

자료: Pizzuti(2011)

2010-2011년 사이에 75세 이상 노인이 139,000명으로 증가하였고, 그 속에서 노인의 기대수명의 증가에 따라 평균연령도 인상하고 있다. 이러한 상황에서 동반자 요양수당이나 장기요양 기금을 같이 증가되지 않는 이상, 각 대상자별 제공되는 서비스들도 줄일 수밖에 없는 악효과가 발생하기 때문에, 이탈리아 일상생활지원서비스 제도의 개혁이 시급하다는 분석이 있다(N.N.A., 2013). 어느 정도로 공공투자와 민간 예산이 조화하는지에 따라, 재정과 케어에 있어서 가족들이 최종적인 부담이 이루어지기 때문이다(OECD 2011).

3) 아동양육 및 노인장기요양서비스

최근 들어 유럽연합의 압박으로 지역 간의 서비스 격차를 완화시키기 위해서 새로운 정책 프로그램이 이루어지고 있는 중이다. 이는 유럽연합에 의한 “아동양육 및 노인장기요양서비스(servizi di cura all’infanzia e agli anziani non autosufficienti)”의 제목으로 이탈리아 소외된 남부지역 Calabria, Campania, Puglia, Sicilia 주를 중심으로 사회서비스를

제공하기 위한 보충적으로 실시되는 재정적인 지원 프로그램이다. “아동양육 및 노인장기요양서비스” 프로그램은 2013년에 시작되며 아직 실행 중이기 때문에 확실한 효과성을 검토하기가 어렵지만, 적어도 2001년 헌법 개혁으로 미흡했던 사항을 해결할 의도로 진행되어서 큰 의미가 있다.

라. 관리

이탈리아 일상생활지원서비스 제도는 비공식적인 케어에 의존하게 되오니, 서비스의 질 관리가 아직 시작단계에 머물고 있는 과제로 남아 있다. 현재 운영되고 있는 요양시설들이 부족하기 때문에 (특히 남쪽 지역) 중증장애를 입은 치매 노인은 부득이하게 집에서 비공식적인 케어만 받게 됨으로 가족들의 재정적·정신적 부담이 과한 문제가 있다. 더불어, 많은 경우에 교육훈련을 제대로 받지 못하였던 이민 부양자의 비공식적인 케어를 위주로 하는 서비스이기 때문에, 전문성이 떨어질 수 있으며, 무엇보다도 서비스의 질 검토가 어려울 수밖에 없다(Jessoula & Pavolini, 2013).

지역 차원에서의 장기요양서비스의 개선은 노인과 그들의 가족에게 실제적 대안은 물론, 현금급여와 현물서비스 사이의 선택 여지를 가능케 하려면 갈 길이 멀다. 민간비영리조직의 서비스 제공 강화와 지역차원에서의 지속성이 있는 사회서비스정책의 계획과 실행은 보다 통합된 서비스 체제에서부터 출발하여야 하다(홍이진, 2012). 현재는 이러한 틀의 부재로, case management 접근을 활용하기에 어려움이 많다. 적어도 비공식적인 케어를 활용하는 국가들 중에 이탈리아가 상당히 경험이 많기 때문에, 외국인 부양자들의 정치적인 조직도는 다른 나라와 비하면 상당히 높은 편이니, 이들을 위한 특정 서비스 제공이거나 전반적인 서비스의 지속성이 정치적인 활동을 통해서라도 개선되었으면 하는 기대가 있다.

마. 정책과제

최근에 논의되어 왔던 개혁 제안들 중에 일종의 자산조사의 도입이 발안된 바가 있었는데, 특히 연봉이 6만 유로(1인 가구 기준), 혹은 8만 유로(2인 가구 기준)를 초과하는 가족들에게 선택적 보편주의원리(selective universalism)를 적용해 동반자 요양수당의 혜택을 누릴 수 없게 제한을 두는 그 것이었다. 다만, 국회의 투표를 통과했어야 하였을 때 2013년 11월에 논쟁이 심해지는 바람에 정부가 개혁의 제안을 포기하고, 장기요양 현금급여의 순수한 보편주의적인 성격을 그대로 유지하는 것으로 하였다. 복지부는 사회파트너와 전문가, 그리고 관련 조직 등과 함께 동반자 요양수당의 접근을 재구성할 수 있게 협상을 진행하고 있는데, 가령 급여조건이 의도 대로 엄격해진다면, 선택적인 보편주의 시스템으로 변경될 가능성이 높다(Jessoula & Pavolini 2013).

이탈리아에서 적용되는 일상생활지원서비스 제도가 보건·서비스·소득 보장 등 다양한 정책분야에 찾을 수 있으며, 정책적 일관성에 도모할 수 있는 개혁들이 미비하다고 볼 수 있다. 주로 건강제도의 일환으로 의학적인 접근과 더불어, 가족의 역할을 비공식적인 이민 부양자의 케어를 통해서 잔여적으로 해결하고자 하는 의도가 들어내는 것이다.

민간 가족 서비스를 위한 특별 목적 급여와 세제 혜택은 정기적으로 요양보호사를 고용할 수 있는 실질적인 인센티브 제도가 만들어질 필요가 있으며, 요양부양자의 교육훈련을 통한 자격제 도입, 민간 서비스와 공공 서비스와의 통합을 위한 노력 역시 함께 이루어져야 하는 과제들이 남아 있다(홍이진, 2012).

결론적으로, 정책결정자들이 복지에 대한 인식을 바꾸는 것이 바람직할 것이다. 새로운 사회적인 위험들이 대두되어 가고 있는 현재에 복지에

대한 예산이 비용뿐만 아니라 사회적 투자의 차원에서 보는 것이 마땅할 것이다 (Ascoli, 2011).

5. 미국(김형용)

가. 서론

본 연구의 목적은 미국의 대표적 일상생활지원서비스인 장기요양돌봄을 사례로 최근 동향과 쟁점을 살펴보고, 이를 바탕으로 한국사회의 보편적 사회서비스 발전방향을 모색하는 데에 있다. 연구 내용은 미국 장기요양 제도의 환경적·제도적 현황 분석과 사회정책의 네 가지 산출분석(할당, 급여, 전달체계, 재원)이며, 결론으로서 자유주의 복지레짐의 특수성으로부터 도출되는 사회서비스 쟁점들을 정리하였다.

장기요양돌봄은 개인의 일상생활수행능력(activities of daily living: ADL)을 원조하는 서비스이다. 일상생활수행능력 기능의 저하나 손상이 있는 노인과 장애인들을 대상으로 돌봄서비스(예. 목욕·식사지원·옷입기), 건강유지 서비스(예. 약물복용과 운동), 지지적 서비스(예. 활동지원과 정서적 상담)를 제공하는 것이다. 장기요양은 개별적 필요에 따라 맞춤형 서비스가 오랜 기간 동안 제공되어야 하기 때문에 상당한 비용이 유발되며, 누구나 생애주기 과정에서 한 번 짚은 겪는 보편적 위기라는 점에서 사적 또는 비공식적 돌봄 이상의 사회적 개입을 필요로 한다. 이에 복지국가들은 저마다 다른 환경적 요인에도 불구하고 '돌봄의 사회화'라는 정책 방향을 공유하고 있으며 이에 따른 장기요양돌봄 정책을 마련하고 있다.

그러나 미국의 일상생활지원서비스는 여타 복지국가들과 비교해 상대

적으로 ‘돌봄의 사회화’ 수준이 낮다고 볼 수 있다. 이는 ‘복지국가 지체’로 분류되는 미국적 특수성을 반영한다. 특히 일상생활지원서비스는 넓은 의미의 건강보장 영역에 속하는데, 미국의 건강보장 정책은 65세 이상 노인을 대상으로 의료적 치료를 보장하는 메디케어(medicare)와 저소득층만을 대상으로 하는 메디케이드(medicaid)로 구분되어 있다. 그러나 이 두 가지 공적 건강보장 제도는 전 국민의 27~30%만을 적용대상으로 한다³⁴⁾. 일명 오바마케어로 불리는 의료보장(affordable care act)도 기존의 공적 건강보장 제도와 민간의료보험을 대체하는 것이 아니며, 전 국민의 16%에 달하는 무보험자들(약 5천만 명)을 위하여 소규모 사업장 세액공제, 개인보험 세액공제, 메디케이드 자격조건 확대 등의 조치에 불과하다(Obama Care Facts, 2014). 아직도 전 국민 건강보장 서비스를 지원할 수 있는 법적 기반은 마련되지 않은 것이다.

따라서 일상생활지원서비스의 공적책임도 불분명하다. 메디케어는 일상생활지원서비스를 급성케어(수술) 이후 15일 전후의 단기간 서비스로만 인정하고 있으며 장기간에 따르는 요양돌봄은 지원하지 않는다. 장기간의 일상생활지원서비스는 자산조사 방식의 메디케이드가 지원하고 있으며 장기요양을 대상으로 한 국가복지의 대부분을 차지하고 있다. 그러나 메디케이드는 저소득 의료보장 제도이므로 그 대상자가 매우 한정되어 있어, 국민 전반의 일상생활지원서비스는 소비자의 자부담과 민간 보험시장에 의존하거나 아니면 거의 무방비 상태에 놓여 있다. 이러한 특성은 일상생활지원서비스를 시장화·상품화하여 개인적 선택에 놓게 함으로써, 성인들의 돌봄 위기를 해결하는데 근원적 한계를 보인다.

일상생활지원서비스는 미국식 복지라고 불리는 제3섹터, 민간 비영리

34) 2014년 현재 미국의 건강보장은 직장건강보험(49%), 메디케어(13%), 메디케이드(17%), 개인보험(5%), 비보험(16%)으로 구성되어 있다(Obama Care Facts, 2014).

조직들의 역할비중도 매우 낮다. 서비스가 대부분 노인과 장애인을 대상으로 표준화하기 힘든 맞춤형 대인서비스를 제공해야 하기 때문에 지역 사회의 비전문적인 자발적 조직의 참여가 저조하고, 또한 상대적으로 자선적 관점이 적용되지 않아 민간의 재정적 원조(third party funding)가 높지 않다(DHHS, 2012).

본 연구에서는 우선 미국 일상생활지원서비스(장기요양돌봄) 제도에 대한 현황을 기술적으로 살펴본 후, 제도의 역사적 발달을 정리하고자 한다. 그리고 최근 2000년 이후의 제도를 둘러싼 변화들을 중심으로 정책 분석을 시도하여 미국적 제도의 쟁점들을 제시하고, 이를 종합하여 한국 사회서비스 제도에 주는 함의를 밝히고자 한다.

나. 미국 장기요양제도 개관

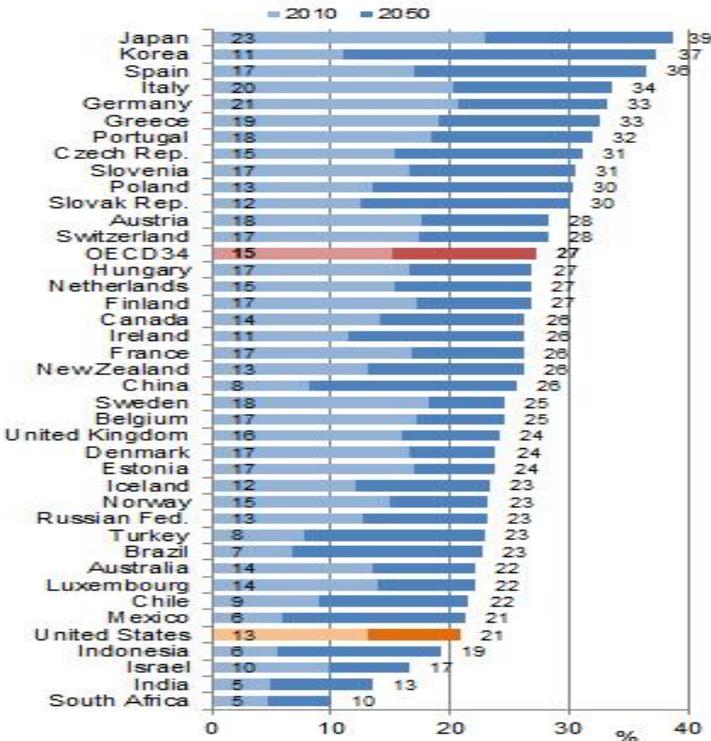
1) 미국 장기요양 현황

먼저 인구사회학적 특성과 이에 따른 일상생활지원서비스 수요를 살펴보면 다음과 같다. 2010년 기준 미국 인구는 총 3억 9백여만 명이며 이중 65세 이상 노인인구는 4,026만 명이다. 노인인구 비율은 13.1%로서 OECD 34개국 평균 15.1%에 비하여 낮은 편이다. 고령화 추세도 완만하여 2050년 미국의 노인인구 추계는 20.9%에 불과, OECD 평균 27.2%를 밑돌 것으로 예상된다. 전반적으로 미국의 일상생활지원서비스 수요는 다른 고령화 사회들에 비해서 낮다고 볼 수 있다(OECD, 2014).

그럼에도 불구하고 현실은 모순적이다. 미국 노인의 건강상태가 타 국가에 비하여 상대적으로 열악하다는 측면에서, 또한 강한 가족주의 비공식 돌봄 문화가 아니라는 점에서, 미국의 장기요양서비스 욕구는 매우 높

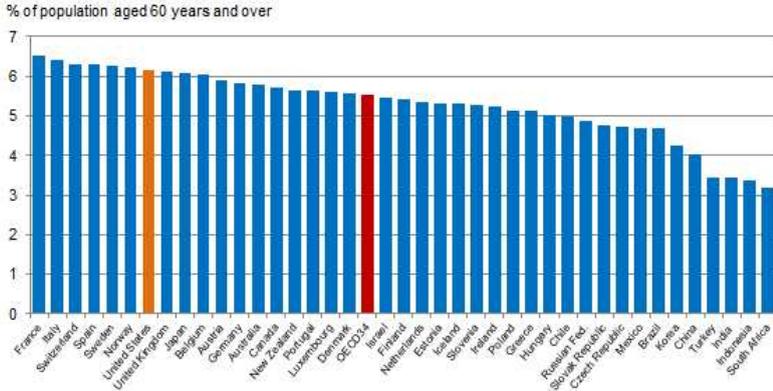
다고 할 수 있다. 예를 들어, 미국의 HRS 통계에 따르면 ADL 장애율은 14.6%로 스웨덴(10.8), 독일(13.1), 프랑스(13.1), 이탈리아(12.2) 등 유럽 국가들에 비해서 높게 나타난다. 미국의 60세 이상 치매유병률도 2009년 기준 6.2%으로 OECD 평균 5.5%인 보다 높다(OECD, 2014). 유럽의 SHARE 데이터와 미국의 HRS 데이터를 이용한 IADL 장애율 국제비교를 통해서도 미국은 OECD 국가들 중 가장 높은 국가군에 속한다(Wahrendorf.et.al., 2013).

[그림 2-9] 미국의 65세 이상 노인인구 비율(2010)



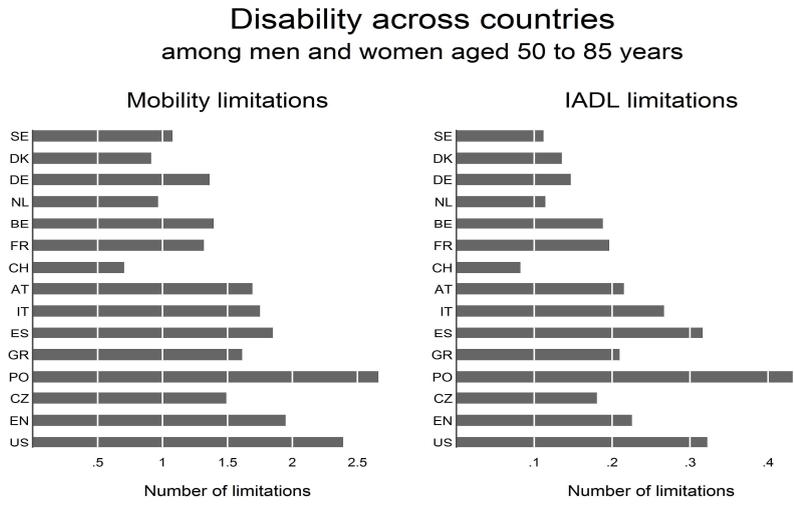
자료: OECD Health Statistics(2013)

[그림 2-10] 장기요양 수요의 국제비교: (a) 치매 유병률(2009)



자료: OECD Health Statistics(2013)

[그림 2-11] 장기요양 수요의 국제비교: (b) IADL 유병률



자료: Wahrendorf et. al.(2013)

미국의 일상생활지원서비스 수요를 보다 구체적으로 살펴보면, 대체로 65세 이상 노인인구의 70%가 남은 생애기간 중 일상생활수행의 기능적 장애에 따른 돌봄을 필요로 하는 것으로 추정되고 있다. 구체적으로, 미국인은 노후에 평균 3년(여성 3.7년, 남성 2.2년)을 일상생활지원서비스에 의존하며 이들 중 약 2/3는 재가서비스를 그리고 1/3은 요양원이나 기타 거주시설 이용의 욕구를 가지고 있다(Kemper.et.al., 2005).

〈표 2-17〉 65세 이상 인구의 장기요양 수요

	기대여명 (65세 이후)	장기요양 필요 년 수	장기요양 필요인구 비율
전체	17.8	3.0	69%
남성	15.7	2.2	58%
여성	19.8	3.7	79%

출처: Kemper.et.al.(2005)

반면 높은 욕구에도 불구하고 실제 미국노인들의 일상생활지원서비스 이용율은 매우 낮다. 65세 이상 노인인구의 일상생활지원서비스 이용비율은 2011년 기준 6.4%로 OECD 평균 12.7%에 비하여 절반 밖에 되지 않는다(표 2-18). 특히 이용자 대부분은 저소득 메디케이드 지원을 받는 시설(نursing home and 지역사회보호시설) 이용자이며, 재가서비스를 받는 노인 인구 비율은 슬로베니아를 제외하면 OECD 꼴찌에 해당된다.

또한 미국의 경우는 장기요양 서비스 이용자 중 42.2%만이 재가서비스를 받고 있다. OECD 국가 대부분은 시설요양보다는 재가요양의 비중이 두 배가량 높다. 북유럽 국가들의 경우 핀란드를 제외하면 재가서비스 이용자 비율이 70%대이며, 대륙유럽을 비롯하여 한국과 일본 그리고 대

다수 국가들이 모두 60%대를 차지하고 있다. OECD 평균 68.5%에 비하여 미국의 재가서비스 비율이 매우 낮은 것이다. 다만 최근에는 비용절감 차원에서 각 주마다 재가 요양을 장려하는 제도를 도입한 후 이 비율은 증가하는 추세이다.

〈표 2-18〉 65세 이상 인구 중 장기요양 이용자 비율

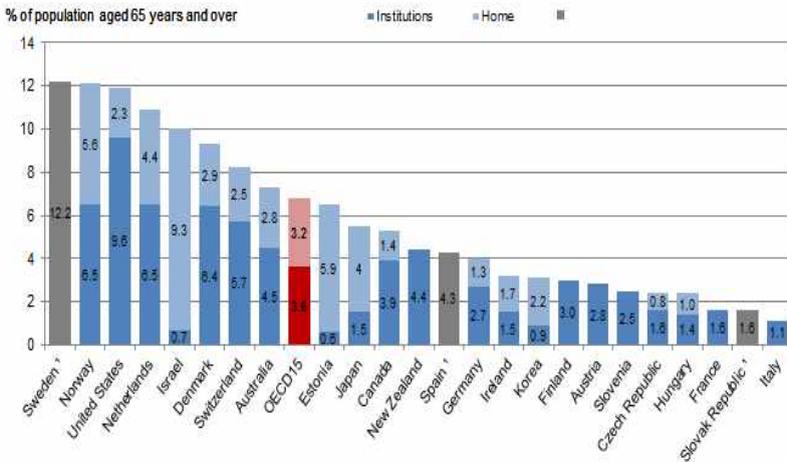
	시설	재가	전체	재가비율
Israel	2.2	19.9	22.1	90.0%
Switzerland	6.2	14.1	20.3	69.5%
Netherlands	6.4	12.7	19.1	66.5%
New Zealand	5.2	12.4	17.6	70.5%
Norway	5.2	12.2	17.4	70.1%
Denmark	4.3	12.4	16.7	74.3%
Sweden	4.9	11.4	16.3	69.9%
Australia	7.2	7.3	14.5	50.3%
Czech Republic	2.2	10.9	13.1	83.2%
Luxembourg	5.3	7.7	13.0	59.2%
Japan	3.0	9.8	12.8	76.6%
Finland	4.9	7.4	12.3	60.2%
Germany	3.9	7.8	11.7	66.7%
France	4.3	6.9	11.2	61.6%
Hungary	3.0	8.2	11.2	73.2%
Spain	1.7	5.5	7.2	76.4%
Slovenia	5.0	1.7	6.7	25.4%
United States	3.7	2.7	6.4	42.2%
Estonia	2.0	4.4	6.4	68.8%
Korea	2.2	4.2	6.4	65.6%
Iceland	5.9	..	5.9	-
Italy	..	4.1	4.1	-
Ireland	3.7	..	3.7	-
Canada	3.4	..	3.4	-
Slovak Republic	3.2	..	3.2	-
Poland	0.8	..	0.8	-
OECD21	4.1	8.7	12.7	68.5%

자료: OECD(2013)

미국의 일상생활지원서비스 이용자 수는 많지 않지만, 역설적이게도 미국의 종사자의 규모는 매우 크다. 노인인구 대비 일상생활지원서비스 종사자의 비율은 11.9%로 OECD에서 세 번째로 높다. 특히 시설종사자 수는 노인인구 대비 9.6%를 차지하여 가장 높은 것으로 나타난다(그림 2-12). 이러한 역설이 가능한 구조는 높은 장기요양 비용 때문이다.

비교사회정책 측면에서, 미국식 모델은 공공서비스 모델처럼 저비용의 보편적 서비스를 제공하지도 않고 또한 비공식모델처럼 가족이나 지역사회 봉사자의 돌봄 노동에 의존하지도 않는다. 그럼에도 불구하고 장기요양 공급시장이 확대될 수 있는 배경은 시장 방식의 장기요양 공급이 충분한 이윤을 획득할 수 있도록 가격을 조절하였기 때문이다. 즉 민간시장 방식으로 산업화 되어있는 장기요양은 고비용을 감당할 수 있는 이들을 대상으로 서비스가 이루어지기 때문에 전체 이용자 수는 적지만, 소수가 지불하는 비용으로도 충분한 서비스 공급자가 만들어진다.

[그림 2-12] 장기요양 임금종사자 비율(65세 이상 인구 대비)



자료: OECD(2013)

2) 장기요양 비용

미국의 일상생활지원서비스 비용을 살펴보면 사회서비스 산업화 제도를 좀 더 잘 이해할 수 있다. 미국인들은 65세 이후에 생애주기 동안 일상생활지원서비스에 평균 5만 달러를 지출한다(Kemper, et.al., 2005). 전체 비용의 부담자는 개인 이외에도 메디케이드와 민간보험사 등으로 나뉠 수 있지만, 개인부담 자체만으로도 그 수준이 매우 높은 것을 알 수 있다. 더욱이 비용부담의 전체 분포를 고려하면, 일상생활지원서비스 수요자 중 약 절반에 가까운 이들이 일상생활지원서비스에 전혀 지출을 하지 않거나 미미하기 때문에, 상당수가 5만 달러보다 훨씬 더 많은 비용을 지불하고 있는 셈이다.

〈표 2-19〉를 보면, 일상생활지원서비스 이용자의 16%는 10만 달러 이상을 지출하고 있으며, 또한 5%는 25만 달러 이상을 부담하고 있다. 개인 자산의 능력에 따라 일상생활지원서비스 이용의 질적 차이가 매우 크기도 하고, 이에 따른 비용의 편차가 매우 넓다는 것을 의미한다.

〈표 2-19〉 미국 노인의 장기요양 비용지출 인구구조

비용부담자	전체 지출		비용구간 별 인구 비율(\$, %)					
	\$	%	0	~1만	1만~2.5만	2.5만~10만	10만~25만	25만~
공공	24,700	53	42	19	8	14	11	5
민간 개인	21,100	45						
민간 보험사	1,200	2						
전체	47,000	100						

자료: Kemper, Komisar and Alexih, L.(2005)

미국 민간보험사의 일상생활지원서비스 비용 분석보고서는 좀 더 생생한 정보를 제공하고 있다. 메트라이프 시장연구소에 따르면(Metlife,

2011), 미국 너싱홈(nursing home)의 경우, 이용료는 연평균 1인실 87,235달러 그리고 2인실 78,110달러이며, 보조주거시설(assisted living facilities)은 연평균 41,724달러이다³⁵⁾. 재가 돌봄의 경우 통상 비용은 시간당 21달러이다. 따라서 주 20시간의 재가돌봄서비스를 받는 경우 년 21,840 달러가 소요되며, 매일 8시간의 재가돌봄서비스를 받는다면 연간 61,320달러가 필요로 된다. 노인주간보호(adult day care)의 비용은 일 70 달러이며, 주 5일 이용할 경우 연간 18,200달러가 필요하다.

〈표 2-20〉 미국 장기요양 시설별 비용

	요양시설		보조 주거 시설	재가 돌봄		주간 보호
	2인실	1인실		home health aide	Home maker	
단위	일		월	시간		일
평균	214	239	3,477	21	19	70
중위값	199	224	3,243	20	19	65
연간비용	78,110	87,235	41,724	21,840	19,760	18,200

자료: Metlife(2011)

미국건강정책포럼(national health policy forum)에 따르면, 2012년 기준 총 일상생활지원서비스 비용지출은 2,199억 달러였다. 이 금액은 미국 의료보건지출의 9.3%를 차지하고 있으며, 2040년에는 3,460억 달러로 증가할 것으로 추계된다. 비용 추계는 연구마다 조금씩 차이가 있다. 다만 메디케이드가 가장 많은 지출을 하고 있다는 데에는 이견이 없다.

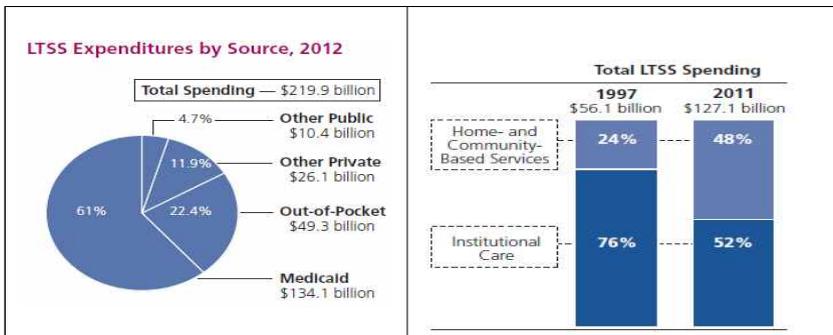
상기한 2005년 비용추계 연구(Kemper, et.al., 2005)에서는 메디케이드를 포함한 공공부담이 53%였지만, 미국건강정책포럼 장기요양 비용

35) 보조주거시설은 다양한 형태로 이루어지고 있다. 주로는 너싱홈처럼 24시간 간호사나 돌봄종사자가 제공하는 시설보호서비스가 아니라, 실버타운처럼 일정한 공간 내에 거주자들이 각자 독립적으로 생활하는 집에 거주하면서, 단지 내에 간호 및 돌봄 인력이 함께 상주하는 곳을 말한다. 주로 너싱홈에 입소하기 전 단계의 생활공간으로 이용된다.

보고서는 2012년 기준 61%가 메디케이드에서 지불되었으며, 전체 공적 지출은 65.7%를 차지한다고 보고하였다. 메디케어와 주정부의 기타 지출은 4.7%에 불과하여 거의 미미한 수준의 역할만 담당하고 있으며, 개인의 직접 부담(out of pocket)이 22.4%로 두 번째를 차지하고 있고, 기타 민간부문이 11.9%로 세 번째로 많은 비용을 지불하는 것으로 나타났다(O' Shaughnessy, 2014).

한편 메디케이드 일상생활지원서비스 지원금은 여전히 너싱홈을 비롯한 시설요양에 더 많이 쓰이지만, 최근에는 재가서비스(home and community based services)로 급격히 전환되고 있다. 1997년 기준 시설과 재가의 지출 비교는 약 세 배 정도 차이가 나서 시설요양에 76% 그리고 재가요양에 24%가 지출되었는데, 2011년에는 시설요양이 52%이며 재가요양이 48%를 차지하여 거의 비슷한 수준에 도달하였다. 일상생활지원서비스 기관 분류에 따라 좀 더 자세히 살펴보면, 메디케이드의 지출은 너싱홈 41.2%, 지적장애인생활시설 10.4%이며, 재가시설인 재가복지시설(HCBS) 29.8%, 개인돌봄(personal care) 11.1%, 방문간호서비스 4.4%, 기타 재가 서비스가 3.0%이다(O' Shaughnessy, 2014).

[그림 2-13] 장기요양 비용의 구성

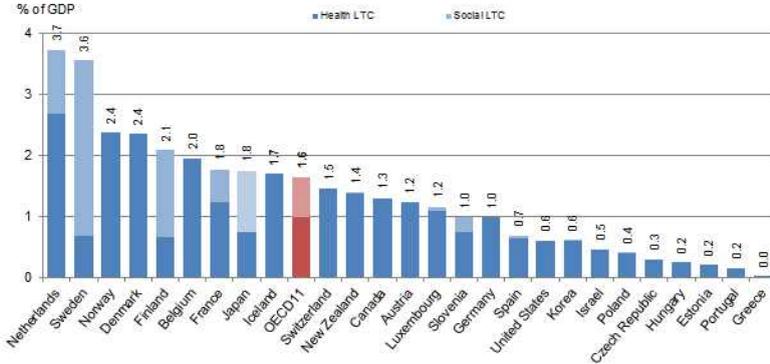


자료: O' Shaughnessy(2014)

미국의 일상생활지원서비스의 고비용은 결과적으로 메디케이드의 재정부담으로 귀결되고 있고, 이로 인하여 메디케이드의 일상생활지원서비스 이용자 수는 더 이상 늘 수 없는 악조건에 빠져있다. 저소득층에 대한 적격성은 더욱 엄격해질 수밖에 없으며, 저소득 메디케이드 수급자가 아닌 일반인들은 일상생활지원서비스 비용을 감당할 수 없는 구조이다. 이미 너싱홈의 경우 민간지불액(out of pocket)의 중위값은 노인연소득 평균의 241%를 차지한다. 이는 자치주마다 다른데 166%에서 444%의 범위를 가진다(O'Shaughnessy, 2014). 즉 소득보다 네 배가 넘는 비용을 지출해야 일상생활지원서비스를 이용할 수 있는 자치주도 있다. 재가서비스의 경우는 이보다 좀 낮은데, 민간지불액의 중위값은 노인평균소득의 88%이다. 따라서 전체 45세 이상 인구의 1/4은 갑작스러운 장기요양이 발생할 경우 재정적으로 전혀 준비되어있지 않다고 보고된다(O'Shaughnessy, 2012).

선별적-고부담 체계는 쉽게 조정될 수 없는 딜레마에 빠져있다. 선별적인 일상생활지원서비스 제도는 보편적 서비스가 아니다 보니, 일상생활지원서비스 관련 공공지출 수준이 매우 낮다. 일상생활지원서비스 지출은 OECD 11개국 평균 GDP 대비 1.6%이지만, 미국은 한국과 같이 0.6%대의 지출에 머물고 있다(OECD, 2014). 그럼에도 불구하고 보편적 서비스로 전환한다면, 이는 공적 재원으로 감당할 수 없는 재정부담 수준에 이르게 된다는 우려를 낳는다.

[그림 2-14] 장기요양 사회공공지출 (GDP 대비)



자료: OECD(2013)

다. 미국 장기요양 제도의 발달과 구조

1) 발달과정

대다수 국가에서 사회복지지는 시설중심의 보호서비스에서 발전해 왔다. 노약자를 비롯한 취약계층에 대한 돌봄은 17세기 구빈원(poor house) 까지 거슬러 올라간다. 구빈원은 노인, 노숙자, 고아, 환자, 장애인 등에게 음식과 거처를 제공하는 시설로서, 여러 지방정부 수준에서 각기 운영과 재정에 책임을 지냈다(Singh, 2009).

미국에서 잔여적 사회복지가 제도적 복지로 변화한 계기는 1935년 사회보장법이다. 물론 당시 사회보장법은 직접적으로 일상생활지원서비스나 장기요양을 명시하지 않았다. 노령부조에 해당되는 OAA(old age assistance) 프로그램은 빈곤 노인들을 대상으로 하는 소득보장 프로그램이었기 때문에, 건강이나 돌봄 등 사회서비스 프로그램은 포함하지 않았다. 장애인의 경우도 장애보조금(disability assistance)으로 소득을 보

장할 뿐 돌봄 서비스에 대한 명시는 없었다(Eustis et al. 1984).

그러나 사회보장법은 노인들을 대상으로 퇴직연금 및 노령부조라는 소득보장을 실시함으로써, 결과적으로 너싱홈과 같은 민간 영리시설이 구매력 있는 노인계층을 대상으로 일상생활지원서비스를 제공할 수 있는 조건을 제공하였다. 무엇보다 사회보장법은 구빈원 체제의 종말을 통하여 민간 영역에서 노인들을 위한 새로운 거주시설이 등장하는데 도움을 주었다. 사회보장법은 연방 프로그램의 재정분담을 이유로 그동안 구빈원 체제에서 각 주가 개별적으로 시행하던 공공시설 거주자에게 지급되는 급여를 금지함으로써, 이용자 부담의 너싱홈이라는 새로운 시설형태가 탄생하는 데 기여하였다(Eustis et al. 1984).

그 이후로도 사회보장법 개정과 관련 제도들은 매 번 너싱홈 사업이 급격히 성장하는 데 일조하였다. 1946년 병원조사와건설법(the hospital survey and construction act)은 지역사회 병원의 병상 수를 늘리기 위하여 연방자금을 투입하는 법안이었나, 당시 노후 병원들이 추가적인 시설투자 없이 지원금을 받을 수 있는 방법은 병상 수만 늘리면 되는 너싱홈이었으며, 이에 상당수의 병원들이 너싱홈으로 전환하였다(Stevenson, 2007). 1950년대 사회보장법 개정은 노인 소득보장 급여를 증액했을 뿐만 아니라, 주정부가 너싱홈에게 직접적으로 의료적 돌봄에 대한 수가를 지급할 수 있게 하였다. 이에 너싱홈은 직접적으로 주정부와 구매계약을 맺었고, 지역사회에서 돌봄서비스 수요자를 직접 발굴하고 서비스를 제공한 후 주정부에 지불상환을 요청하게 된 것이다. 동시에 연방정부는 너싱홈에 대한 특별한 규정이나 지침이 없으며, 주정부마다 다른 표준과 면허 제도를 유지하면서 너싱홈을 관리하였다(Singh, 2009). 그럼에도 불구하고 1965년 이전의 일상생활지원서비스 제도나 시설은 매우 미미한 수준이었다. 너싱홈을 중심으로 한 돌봄 시장의 출발

에도, 여전히 돌봄의 중심적 역할은 가족이 담당하고 있었다.

일상생활지원서비스의 큰 변화를 가져온 계기는 1965년 사회보장법 개정과 함께 도입된 메디케어와 메디케이드이다(Title 18, 19). 이는 미국 건강보장 역사에서 가장 큰 전환을 가져온 공적 의료보험/의료부조 제도이다. 특히 메디케이드는 일상생활지원서비스 시설들을 건강보장 전달체계의 한 부분으로 인정하였고, 스스로 비용부담자 역할을 담당하고자 하였다. 서비스의 공급자는 민간 시설, 재정의 공급자는 지방정부가 아닌 연방정부로 전환함으로써 일상생활지원서비스는 유망산업으로 급성장하였다. 연방정부의 공적자금이 풀린다는 정보는 월스트리트와 지역 사회 투자자 그리고 부동산 개발업자들을 흥분시켰다. 이들이 너나 할 것 없이 너싱홈 사업이 뛰어들기 시작한 것이다. 사업가들은 수익성이 보장된 일상생활지원서비스(요양시설) 산업을 선호하였고, 사업에 성공한 이들을 중심으로 너싱홈 프렌차이즈가 전국적으로 퍼져나가게 되었다.

연방정부는 재정적 지원과 함께 품질 관리도 병행하였다. 그 동안 돌봄 서비스는 전국적 단위로 제도화되지 못하고 주정부 차원의 통제도 유명 무실하였기 때문에, 연방정부 차원에서 수가정책과 함께 품질관리 정책의 도입이 매우 필요한 상황이었다(Singh, 2009). 이에 1968년 The Moss Amendments를 통해 너싱홈의 직원 자격, 화재안전, 서비스 전달 등에 관한 기준을 정하는 등, 증가하는 요양시설에 대한 지원과 통제 두 가지 정책을 시도하였다.

한편 메디케이드의 도입은 너싱홈에게 수익성을 보장한 것이었으므로, 지역사회 재가서비스는 발전할 수 없었다. 가정및지역사회기반서비스(home and community based services: HCBS)로 불리는 재가서비스의 발달은 1975년 사회보장법개정 이후이다. 사회서비스 정책의 효시로 불리는 사회보장법 제20장(Title 20)의 도입을 통해, 연방정부의 보조금은

각 주정부 단위의 다양한 유형의 사회서비스를 지원할 수 있도록 하였다. 예를 들어, 각종 보호서비스, 가사서비스, 주간보호, 이동지원서비스, 고용 지원, 정보제공, 급식 및 건강지원서비스들이 지역사회 수준에서 사회서비스라는 제도적 틀 내에서 지원되었다. 사회보장법 개정은 너싱홈과 같은 고비용의 시설을 억제하고, 탈시설화와 비집중적인 돌봄(less intensive care)으로 전환하도록 주정부를 유도하는 것이었다(Singh, 2009).

재가서비스는 급증하는 시설보호 비용을 줄이기 위한 대안이었다. 결국 연방 정부는 1981년 ‘Title XIX’ ‘포괄 예산 조정법(omnibus budget reconciliation act)’을 통하여 사회서비스 포괄보조금 제도를 도입하였다. 포괄보조금으로 모든 사회서비스 프로그램 재원을 통합함으로써, 주정부들은 실질적으로 과비용의 시설 중심 일상생활지원서비스에 지원감축을 할 수밖에 없었다. 더 이상 지불상환으로 시설요양의 수익을 보장하지 않고, 정부지원 총액을 정해 놓은 상태에서 각 서비스들이 각축하게 하였다. 이와 동시에 일상생활지원서비스 수요를 대체 수용할 수 있는 재가서비스를 육성하였다. HCBS 웨이버 프로그램은 사회보장법의 Section 1915(c) 웨이버를 지칭하는 것으로, 당시 메디케이드가 시설요양에만 지불상환하였던 틀에서 벗어나 다양한 지역사회 재가서비스도 자율적으로 지원할 수 있게 하였다. 이 웨이버 프로그램은 매우 성공적이었고, 점차 주정부의 지원은 시설요양에서 재가서비스로 옮겨가기 시작하였다.

HCBS 웨이버는 노인을 대상으로 하는 요양서비스뿐만 아니라, 발달 장애, 정신건강, AIDS 대상자를 비롯하여 일상생활지원서비스 뿐만 아니라 상담과 전문적 치료서비스까지 통합적으로 서비스를 제공할 수 있는 프로그램이다. 1987년과 1997년 사이 웨이버 프로그램 지출은 총 4억5천만 달러에서 81억 달러로, 그리고 2006년 기준 총 329개 웨이버 프로그램에 256억 달러가 지출되었다(Acosta & Hendrickson, 2008).

HCBS 웨이버 프로그램의 서비스 내용도 확장되어 최근에는 표적중심 사례관리, 활동보조, 일시위탁, 고용지원, 생활지원, 행동관리(behavioral management), 보조/적응 지원, 주택개조, 교통이동, 보장구 지원 등을 포함하고 있고, 특히 정신지체/발달장애인 대상 서비스 프로그램들이 부각되고 있다.

HCBS 웨이버 프로그램은 실제로 포괄보조금 제도 하의 각 주정부의 사회서비스 예산절감에 큰 공을 세웠다. 혁신적인 서비스 통합과 주정부에 부여된 상당한 재정 자율성을 부여하여, 비용절감을 달성하였다. 예를 들어, 1995년 기준 이용자당 시설비용은 평균 9만 달러인 반면 HCBS 웨이버 이용자당 서비스비용은 평균 2만8천 달러였다(Smith & Gettings, 1994).

2) 민간장기요양보험과 케어매니지먼트

미국의 일상생활지원서비스는 공적 제도 이외에 민간 보험에 대한 이해가 중요하다. 민간 보험이 전체 제도에 미치는 영향력이 상당하기 때문이다. 현재 미국의 민간장기요양보험 가입자는 약 770만 명 정도이다. 45세 이상 인구의 약 5.7%~7.4%가 가입하고 있는 것이다(DHHS, 2012).

민간장기요양보험 시장의 구성은 개인가입이 여전히 가장 높은 비중을 차지한다. 민간 장기요양보험 계약의 2/3는 개인으로, 보험 계약은 평균 57세에 시작한다. 장기요양보험 평균 보험료는 55세에서 64세 구간의 경우 년 2,255 달러 수준이다. 65~69세 구간은 2,759달러이며, 70세~74세 구간은 3,294달러에 달한다. 일반적으로 민간보험은 두 가지 기준을 우선시 한다. 즉 위험도가 낮은 건강한 사람일 것과 보험료를 납부할 수 있을 만큼 충분히 경제적 능력이 있어야 한다는 것이다. 따라서 누구나 가입할 수 있는 것은 아니라고 할 수 있다. 65세 이상 노인 들 중

에서는 12.4%만이 민간 장기요양보험에 가입해 있으며, 55세 이상은 8.8%만이 가입하고 있다. 또한 소득계층별 차이가 확연하다. 연소득 10만 달러 이상의 계층은 19.3%가 가입한 반면, 연소득 2만 달러 이하의 계층은 단지 3.3%에 불과하다. 인종별로 보면 흑인의 경우 백인의 1/6에 지나지 않는다. 즉 민간장기요양보험은 사회계층에 따른 양분화가 이루어져 있으며, 이는 낮은 장애율과 돌봄 위기에 당면하는 이들이 보험가입율이 낮고, 상대적으로 재정적 여력이 높은 사회계층이 오히려 보험을 구입하는 모습을 보이고 있다(DHHS, 2012).

〈표 2-21〉 미국 소득 계층별 민간 장기요양보험 가입률(55세 이상)

소득계층 (달러)	가입률(%)
2만 이하	3.3
2만 ~5만	8.8
5만~10만	13.8
10만 이상	19.3

자료: DHHS (2012)

기업복지(기업단체가입) 장기요양보험이 전체 시장에서 차지하는 비율은 소폭 증가하고 있으며 현재 전체 장기요양보험자의 약 1/3을 차지하고 있다. 미국 의료보험은 고용관계에 따라 차별적으로 시장에서 단체 구입하는 제도이기 때문에 고용주는 종사자에게 저가 의료보험을 제공하는 경우가 많다. 따라서 고용주들은 의료보험료가 높은 장기요양 보험 플러스 상품을 선호하지 않는다. 또한 민간 보험사 그리고 현 의료보험 시스템으로서 관리의료(managed care) 조직들도 수익이 상대적으로 불확실한 장기요양보험을 선호하지 않는다. 따라서 인구고령화에 따른 장기요양 수요는 증가하고 있음에도 불구하고, 민간보험을 통한 장기요양은 소폭의 증가세만 보이고 있다.

사실 장기요양서비스의 일상생활 수발 등은 비공식적 서비스 특성상 보험으로 제도화되기 어렵고, 보험서비스 이용의 도덕적 해이 등 보험사-개인 상호간 충돌이 불가피한 측면이 있다. 또한 젊은 세대들의 장기요양 보험 구입 동기는 높지 않으며, 저소득 서민의 경우도 의료보험은 시급하고 중요한 보험제도로 인식하고 있지만 장기요양은 비용 대비 미래 위험에 대한 대처가 불필요하다고 판단하는 경향이 있다. 따라서 장기요양은 점차 관리의료 플랜에 포함되어 구입하도록 권장되고 있다. 관리의료는 일정 보험금 내에서 모든 명시된 치료와 돌봄을 제공하는 것이므로, 보험사, 의료기관, 의료인, 국민이 통합된 운영 체계로서 전반적인 비용절감과 통합적 의료서비스 제공을 제공하는 것이다.

민간 장기요양보험은 주로 대형 보험회사들이 취급하고 있다. 건강보험과 달리 장기요양보험은 의료, 요양, 장애보험, 그리고 생명 보험의 성격을 가지고 있기 때문이다. 이에 전체 계약 건수가 10만개 이상을 보유하고 있는 보험사는 8개사에 불과하다. 이들 보험사들이 보장하는 장기요양 내용은 시설요양과 재가 요양을 모두이며, 평균적으로 가입자 1인당 4.8년 동안 일 최대 150달러의 장기요양 급여를 지급한다. 이는 개인 보험계약의 경우 평균 보험료가 2010년 기준 인당 년 2,283 달러이므로, 생애주기를 통틀어서 보험료 수입 대비 68%를 지급하는 것으로 분석되고 있다. 이 비율은 보험사의 수익이 타 보험계약보다 낮기 때문에 2002년 이후 대부분 보험사들은 보험료를 올려오고 있다(DHHS, 2012).

민간 보험사들은 장기요양보험의 활성화에 가장 큰 걸림돌이 공적 의료보장제도인 메디케이드라고 인식하고 이를 공격하고 있다. 메디케이드가 장기요양 전체 비용의 상당부분을 지출하고 있음에도 불구하고(즉 수익을 보장하고 있음에도 불구하고), 메디케이드로 인하여 추가적인 구매력이 늘지 않는다는 것이다. 대다수 중산층들은 민간보험을 구입하지 않

고 메디케이드 자격조건을 갖추기 위해서 자신의 자산을 가족들에게 이전한다는 주장이다. 실제로 대부분 너싱홈의 홈페이지를 살펴보면, 비용 상담내용으로 개인의 자산을 이전하거나 소진하여 메디케이드 자격을 얻을 수 있도록 신청 절차를 대행한다는 내용을 자주 목격할 수 있다.

그러나 메디케이드를 민간 장기요양보험의 대체제로 보기는 힘들다. 미국 조기은퇴자의 단지 10% 그리고 은퇴자의 7%만이 메디케이드를 너싱홈 지불자로 기대하고 있기 때문이다. 메디케이드는 자격조건이 매우 까다롭고, 또한 보조주거시설을 위주로 한 일부 장기요양 공급자들은 메디케이드 수급자를 받지 않기 때문이다. 실제로 60%에 달하는 시설요양 기관들은 실제로 메디케이드 수급자들을 받지 않고 있다(DHHS, 2012).

한편, 최근의 장기요양 정책 변화의 한 가지 주된 흐름은 케어매니지먼트이다. 케어매니지먼트는 사회복지실천 영역에서 옹호되는 것과는 달리, 민간보험사들의 주도권 하에 의료공급자와 수요자를 연결하는 관리 의료(예, HMO, PPO)가 적용된 방식이다. 케어매니지먼트는 일정한 비용 내에서 노인에게 재가/시설서비스를 종합적으로 제공하는 것을 말한다. 먼저 메디케어와 메디케이드를 통합한 재정운영 방식을 통해, 진료, 치료, 요양 서비스를 종합적으로 제공할 수 있게 하였다. 기존에 HCBS 웨이버 정책은 행위별 수가제 방식으로 재가서비스 기관들에게 지불상황으로 지원했지만, 케어매니지먼트는 대상자 선정, 서비스 선택, 인두제 서비스 등을 모두 포함하여 메디케이드와 메디케어가 각각 얼마를 상환하는지 결정하고 추가적으로 공제사항을 정하는 단계로 이루어진다. 즉 이 방식은 단지 서비스의 통합만이 아니라 재정을 통합한다는 의미가 강하다.

당초 케어매니지먼트는 사례관리와 유사한 방식이지만, 환자 수준에서 서비스와 케어 체계에 대한 조직 및 관리라는 개념을 강조한 것이다. 미국에서는 통합체계 모델에서 대표적인 모델이 PACE인데, 급성케어와 요

양서비스 통합과 유연한 재정운영을 특징으로 한다. 노인에게 지역 및 재가요양 서비스 제공, 인두제 지불 상환을 통한 정부재정 방식, 데이케어를 중심으로 한 서비스 전달 등이다. 노인 개개인의 케어플랜을 제공하고 관리한다는 것이 케어매니지먼트이며, 사회적 방식의 의료보험체계(HMO)로 볼 수 있다.

이러한 시도는 궁극적으로는 노인들의 요양시설입소를 최대한 늦추는데에 목적이 있다. 다양한 수준의 시설들을 통합하여 노령화로 인하여 점차 돌봄 시장이 확대되고 있고 이에 따른 비용 절감이 정치적 이해와 관계없이 중요한 과제이기 때문이다. 더구나 최근 추세는 장기요양 기관들의 수평적 통합과 수직적 통합이 자주 목격되고 있다. 즉 장기요양 기관들의 전국화 지역별 프렌차이즈화가 확연한데, 장기요양 기관들은 규모화를 추진하는 방식으로 너싱홈, 가정간호 사업, 병원 등을 체인으로 연결하고 있다. 이에 따라 다양한 수준의 요양 서비스가 통합되고 있으며, 90년대 이후 이러한 서비스들을 통합적으로 운영하여 장기요양의 비용효과성을 증진시키는 목적에서 케어매니지먼트가 탄생하였다. 그러나 미국은 케어매니지먼트의 중앙화 수준이 매우 높다. 수급자격 심사와 서비스 공급 책임이 주정부에 있지만, 의료적 돌봄을 요양시설과 재가보호 체계를 연결하기 위해서는 연방정부의 재정적 조정이 더욱 중요하기 때문이다.

다. 미국 장기요양 제도 분석

상기한 바와 같이, 미국 일상생활지원서비스는 민간 보험과 영리 공급자가 구성하는 사회서비스 시장의 틀에서 이해되어야 한다. 그러나 비교 사회정책 관점에서 공적 수급자 제도로써 일상생활지원서비스를 분석하

고자 하면, 미국은 메디케이드를 재원으로 한 일상생활지원서비스가 해당된다. 따라서 다른 장에서 다루는 일상생활지원서비스와의 비교를 위하여 메디케이드 제도 하의 일상생활지원서비스 할당, 급여, 전달체계, 재원을 분석하였다.

1) 할당

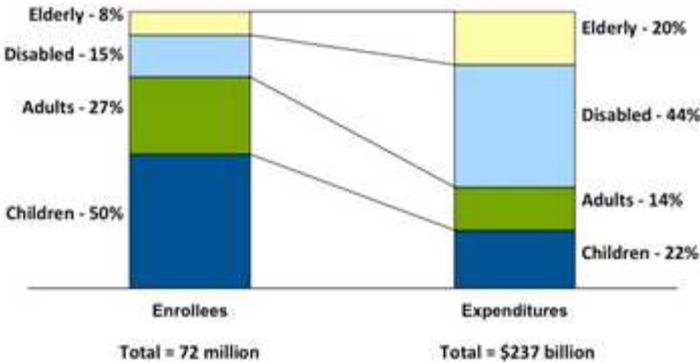
미국 일상생활지원서비스(장기요양돌봄) 대상자는 약 1,100만 명이다 (Medicaid.gov, 2014). 물론 메디케이드 대상자 전체 약 6,700만 명이 모두 수급 자격을 갖지만, 일상생활지원서비스 수요인구로 한정한다면 약 1/6인 것이다. 메디케이드의 수급 대상자는 최근 매우 빠른 속도로 확대되고 있다. 이는 오바마 케어라고 불리는 건강보험개혁안(affordable care act)이 최근 자격대상을 확대시켰기 때문이다. 오바마의 건강보험 개혁안의 주요 내용은 그동안 수백만 명의 비보험 미국인들에게 공적 건강보험을 제공하는 것이 골자이며, 그 중에서 메디케이드 수급자 확대가 가장 핵심적인 정책이다. 구체적으로 건강보험개혁은 메디케이드 적격성을 연방 빈곤선 100%에서 133%까지 늘렸고, 추가적인 비용부담은 2016년까지 모두 연방의 재정 지출로 충당된다.

메디케이드와 아동건강보험 프로그램 적용대상자는 2013-2014년 1년에만 약 15% 이상 증가하였다. 건강보험개혁은 구체적인 소득기준의 적용에 주의 자율성을 부여하고 있다. 2014년 현재 연방정부가 제시하는 메디케이드 대상자 최소기준은 빈곤선(2013년 4인 가족 기준 23,550불)의 133%이다. 그러나 각 주정부들은 최소기준 이상으로 대상자를 확대하고 있는데, 예를 들어 2013년 기준 뉴욕 주정부는 아동 0-1세의 경우 빈곤선의 218%, 6-18세는 149%, 성인은 133%를 각각 메디케이드 적

격성 여부로 사용하고 있다.

메디케이드 대상자는 1) 범주적 필요군 2) 의학적 필요군 3) 특수집단으로 나누어진다(CMMS, 2013). 범주적 필요군이란 아동가구, 장애인 가구, 임신여성, 생계보조금제도(supplemental security income, SSI)수급자 등 범주별 고위험 집단 대상자를 말하며, 의학적 필요군(medically needy)이란 소득기준만으로는 메디케이드 대상자가 될 수 없지만 의료적 상태를 감안하여 추가로 선별되는 대상자이다. 또한 '특수집단'은 메디케어 대상자로서 빈곤선 100% 이하 소득자, 노동이 가능한 장애인으로서 빈곤선 200% 이하 소득자, 유방암이나 자궁경부암을 가진 여성, 보험미가입자로서 결핵이 발병한 경우 등을 포함하고 있다. 구체적으로 메디케이드는 3,100만 명의 아동, 1,100만 명의 성인, 880만 명의 장애인, 460만 명의 저소득 노인들을 수급대상으로 하고 있다. 그러나 전체 지출의 규모로 살펴보면, 장애인이 44%, 아동 22%, 노인 20%, 성인 14%를 차지하고 있으며, 그 비율은 다음의 그림과 같다(Medicaid.gov, 2014).

[그림 2-15] 메디케이드 대상자와 영역별 지출



자료: Georgetown center for Children and families analysis(2013)

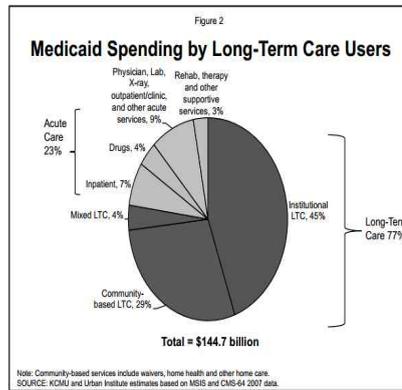
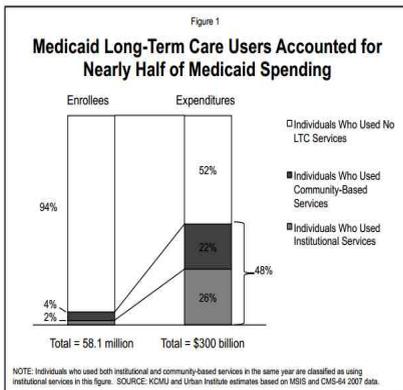
메디케이드의 일상생활지원서비스 수요자는 주로 노인과 장애인이다. 메디케이드의 저소득 노인 수급자 규모는 약 460만 명이지만, 370만 명의 장애 노인을 합하면 총 830만 명이다. 이들 중 약 80%가 일상생활지원서비스를 필요로 한다. 노인들 대다수는 메디케어에 가입되어 있으므로, 두 가지 공적프로그램으로부터 이중 자격이 주어지고 있다. 이중 자격자는 메디케이드 전체 대상자의 17%를 차지한다. 2014년 연방정부의 메디케이드 보조를 받는 메디케어 노인 대상자는 네 가지 분류로서, 선별 기준은 1) 메디케어 대상자 중 빈곤선 100%+20달러 이하, 2) 저소득 노인으로 빈곤선120% +20달러 이하, 3) 개인기준 빈곤선 135% +20달러 이하, 4) 근로활동을 하는 장애인인은 200% + 20달러이다(CMMS, 2014). 이들은 메디케이드로부터 메디케어 본인부담금을 지원받을 뿐 아니라, 메디케어가 보장하지 않는 100일 이상의 전문요양시설 등 일상생활지원서비스를 지원한다(Medicaid.gov, 2014). 빈곤선 이상의 소득을 가지고 있거나 2000불 이상의 저축현금을 소유한 이들은 그들이 가진 재산과 소득을 모두 소진하고 나서야 너싱홈에 입소할 때 메디케이드 자격이 주어진다.

노인 이외의 일상생활지원서비스 대상자도 많다. 약 1,100만 명에 해당하는 일상생활지원서비스 수요자 중에서 43%는 65세 미만으로 추정된다. 대부분 장애인 수급자로서 이들은 SSI 현금급여 수급이 자격조건이다. 일부 주정부는 SSI 수급자들에게 보다 엄격한 적격성을 적용하기도 한다. 장애인 수급자들은 모든 메디케이드 서비스를 이용할 자격이 있으며, 대다수는 생애기간 중 일부 일상생활지원서비스를 이용하고 있다.

그러나 메디케이드의 실제 일상생활지원서비스 수급자 수는 전체 메디케이드 대상자의 6~8%, 수요자의 30%에 지나지 않는다. 2007년 조사에 따르면, 메디케이드 일상생활지원서비스 수급자들은 360만 명이었으

며, 이 중 2/3가 재가요양 수급자이고 1/3이 시설요양 수급자이었다. 그러나 일상생활지원서비스 수급자들에게 지출되는 메디케이드 재정의 규모는 48%에 달할 정도로 매우 압도적이다. 특히 시설요양 수급자는 전체 메디케이드 수급자의 2%에 불과하지만 이들에게 지불되는 메디케이드 재정은 26%를 차지하고 있다. 다른 통계로 2014년 기준 일상생활지원 서비스 수급자 수는 약 450만 명이였다. 이중 160만 명은 시설 거주자이며, 290만 명은 재가서비스 이용자로 분류된다(Medicaid.gov, 2014).

[그림 2-16] 메디케이드 지출에서 차지하는 장기요양돌봄 지출 비율
 [그림 2-17] 메디케이드 장기요양 수급자 수와 지출규모



자료: Kaiser Family Foundation(2011)

한편 메디케어의 경우, 1988년 메디케어재난적돌봄법(medicare catastrophic care act)을 통해 장기병원요양까지 급여대상을 확대하는 급진적 변화가 있었다. 이는 메디케어 제도 도입 이후 최대의 변화로 인식되고 있다. 메디케어는 비용증가를 만회하기 위하여 추가적인 보험료를 부과하는 하지만, 최소 3일 이상 병원에 입원 후 의사의 의료적 이유

로 전문요양이 필요로 하다는 의견에 따라 전문요양시설에서 단기간의 요양을 보장한다. 재가요양의 경우도 회복기 돌봄과 또는 만성질환에 해당되어야 하고, 단기간의 전문적인 요양이 필요로 되는 경우 보장한다. 수급자는 반드시 의사의 지시 하에 돌봄 계획이 주어져야 하며, 전문적 의료서비스인 물리치료와 직업치료 그리고 언어 치료 등이 제공된다. 보다 구체적으로 살펴보면, 메디케어의 장기요양은 네 가지로 분류될 수 있다. 첫 번째는 장기요양병원(care in long term care hospital)으로, 이 병원들은 단순한 돌봄의 기능이 아니라 심각한 상태의 회복기 환자들을 대상으로 한다. 주로 급성치료 병원에서 장기요양병원으로 이송되고, 60일까지 보장된다. 두 번째는 전문요양시설(skilled nursing care)이며 상기한 전문적 서비스가 제공된다. 메디케어는 24시간 보호센터, 급식지원, 가사서비스, 개인돌봄 서비스는 제공되지 않는다. 세 번째는 재가서비스이다. 이 또한 서비스의 내용은 전문 요양시설과 동일하다. 네 번째는 호스피스로 메디케어 Part A(병원보험)에 가입된 이들만이 혜택을 받을 수 있다.

2) 급여

메디케어의 장기요양 급여는 시설급여와 재가급여로 나누어진다. 구체적으로는 1) 시설요양(너싱홈, 거주보호, 발달장애센터등) 2) 의료적 재가요양(홈헬스케어, 호스피스 재활서비스 등) 3) 사회적 재가요양(사례관리, 활동보조 등) 4) 기타 서비스(치과, 분만 등)이다. 시설요양에서 제공되는 서비스 내용은 구체적으로 다음과 같다.

〈표 2-22〉 미국 시설요양 급여내용

Services Requirements
1. 입원과 요양서비스 - 치료식 제공과 식사보조.
2. 휴가서비스 (치료 휴가- 메디케이드는 60일 허용)
3. 의료서비스 (비처방 복약, 예방주사 등)
4. 재활서비스 (물리치료, 언어치료, 직업치료 등)
5. 진단적 서비스 (수술, 방사선 치료 등을 병원과 연계)
6. 사회서비스 (신체, 정신, 심리사회적 건강을 위한 서비스)
7. 운동서비스 (신체, 정신, 심리사회 활동 프로그램)
8. 물리적 시설 지원(Supplies, Appliances, and Equipment)
9. 일상생활서비스 (입원, 식사, 의료, 심리적 서비스)
10. 부수적 서비스 (정액주사 등)
11. 이동지원서비스 (타 서비스 공급자 이동)

자료: Nursing Facility Requirements and Services(2014)

급여 내용으로 메디케이드는 현금을 지급하지 않는다. 돌봄 대상자와 부양자에 대한 사회서비스 프로그램은 대다수 주정부별로 사회서비스 포괄보조금하에서 실시하는 개별적 프로그램이므로 연방정부 하에서 파악 되기는 어렵다.

메디케어가 보장하는 전문요양시설(skilled nursing facilities) 급여는 통상 병원입원이 요구되면 통상 100일까지만 커버된다. 그리고 20일 이후에는 본인부담금이 있다. HHA는 비용부담이 없고 의사가 60일마다 필요성을 인정하는 한 무한대로 있을 수 있다. 이 경우 일상생활지원서비스로 분류되기는 어렵고 수술후회복기 서비스(post acute)에 가깝다. 메디케어가 지원하는 재가서비스도 있는데, 이는 지역사회 거주 만성적인 장애인들을 대상으로 하는 전문적 간호서비스이기 때문에 이 또한 일상생활지원서비스로 분류되기는 어렵다. 이동에 장애가 있어 재가서비스를 받아야 되는 간호 대상 환자들인 것이다. 또한 서비스 제공자도 등록 간호사나 치료사 등 의료법 자격자이어야 한다. 그러나 기능손상자 일부

는 가정봉사원(home health aides)로부터 일상생활수행 도움을 받을 수도 있다. 약 25%에 달하는 지역사회 만성 장애인들이 메디케어 수혜자로서 재가서비스를 받는 것으로 알려져 있다.

3) 전달체계

미국 일상생활지원서비스의 전달체계는 민간 공급자 중심이다. 특히 영리 민간의 제공비율이 높다. 너싱홈의 3분의 2는 영리기관이며, 30% 이하가 비영리 기관 소유, 그리고 6.7%가 정부 기관이다. 다만 이 비율은 주마다 차이가 크며, 예를 들면 알래스카는 57.1%의 너싱홈이 비영리 기구 소유인데 반해 사우스캐롤라이나는 12.9%에 불과하다(Karlsson, 2004).

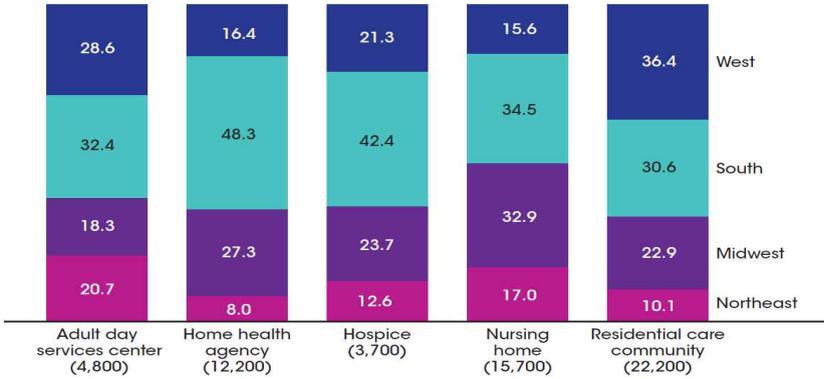
공급기관을 살펴보면, 미국 일상생활지원서비스 기관은 너싱홈, 보조주거시설, 단기보호시설, 주간보호시설, 가정간호 재가기관, 지역사회 재가기관 등이다. 각기 다른 분류법을 적용하고 있어서, 시설과 재가를 구분하기는 어렵지만, 아래의 [그림 2-18]을 보면, 2012년 기준 지역사회거주시설(보조거주시설과 재가시설 포함)이 22,200여개로 가장 많고, 그 다음 너싱홈(15,700), 홈헬스 재가시설(12,200), 성인주간보호(4,800)과 호스피스 기관(3,700)순이다. 이들 시설들은 대부분 영리기관들이다. 홈헬스 재가시설의 78.7%가 영리이며, 지역사회거주시설의 78.4%도 높은 영리비율을 보이고 있다. 반면 성인주간보호시설의 영리는 40%이며, 54.9%가 비영리기관으로 구성되어 있다. 시설별로 이용자 규모를 살펴보면, 홈헬스 재가서비스 이용자가 4,742,500명으로 가장 많고, 너싱홈 1,383,700명, 호스피스 1,244,500명, 지역사회거주보호시설(보조주거) 713,300명, 성인주간보호 273,200명 순이다(Harris-Kojetin.et.al., 2013).

너싱홈과 지역사회 재가시설이 전체 장기요양 정책에서 차지하는 비중이 압도적인데, 지역사회 재가시설에 속하는 보조주거시설을 좀 더 자세히 살펴볼 필요가 있다. 연방 정책은 너싱홈과 달리 보조주거시설(assisted living)에 대해 관심을 두고 있지 않기 때문에 대부분 영리시설이다. 보조주거시설들은 메디케이드의 지불상환이 적용되지 않고, 전적으로 개인 시장의 선택에 놓여 있는 요양시설로 볼 수 있다. 연방의 재정적 지원이 없으므로 규제도 많지 않다. 그러나 재정을 일부 지원하는 주정부 차원에서 규제는 일부 강화되고 있다.

보조주거시설에 대한 직접적인 지원은 없지만, 시설 거주자에게 개별적으로 제공되는 가정간호 서비스는 확대되고 있다. 가정간호는 주로 메디케어에 의해서 제공되고 있는데, 1988년 법정소송 이후 메디케어의 보조주거시설 거주자에 대한 지원의 폭이 넓어지게 되었고 이에 가정간호가 매우 빠르게 성장하고 있는 것이다. 메디케어는 치료 중심의 의료서비스를 대상으로 기능하고 요양관련 서비스는 그 폭이 상당히 제한되었으나, 의료성향 요양서비스가 인정되면서 최근 지출이 지속적으로 증가하고 있다. 1995년 기준 가정간호 영역 지출의 40%는 메디케어였다.

1997년에는 균형예산법(balanced budget act)은 메디케어에 포괄수가제(PPS :prospective payment system, 미리 정해진 진료비를 지불하는 방식)을 도입하여 메디케어의 지출증가를 누그러뜨렸다. 그러나 메디케어의 지출 억제는 다시금 메디케이드 재정을 더 악화시키는 계기가 되었다.

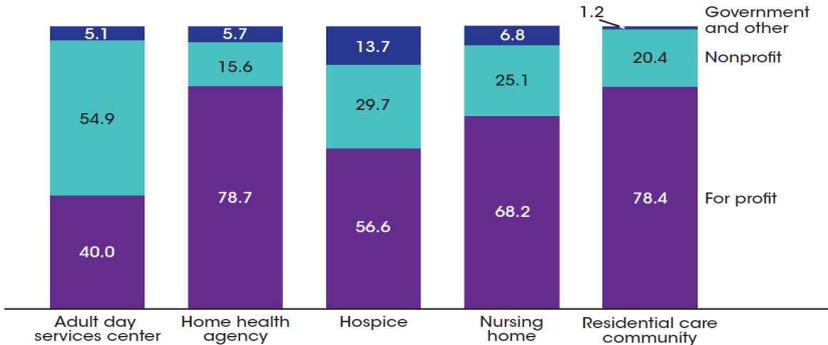
[그림 2-18] 미국 장기요양 공급기관의 구성(지역별)



NOTE: Percentages are based on the unrounded numbers.
 SOURCES: CDC/NCHS, National Study of Long-Term Care Providers and Table 1 in Appendix B.

자료: Harris-Kojetin, et. al.(2013)

[그림 2-19] 미국 장기요양 공급기관의 구성



NOTES: Percentages may not add to 100 because of rounding. Percentages are based on the unrounded numbers. See Appendix A for definitions of ownership for each provider type.
 SOURCES: CDC/NCHS, National Study of Long-Term Care Providers and Table 1 in Appendix B.

자료: Harris-Kojetin, et. al.(2013)

서비스 품질관리와 관련해서는 OBRA-87을 살펴볼 필요가 있다. 1980년대 후반부터 보건복지부(DHHS)는 요양시설에 품질관리를 강하게 적용하고 있다(Phillips, 1996). 1987년 정부는 포괄예산조정법에 요양시설개혁법안(nursing home reform act)을 신설하였고, 이는 너싱

홈의 일대 변화를 가져왔다. OBRA-87로 불리우는 이 법의 구체적인 내용(Castle, 2001)의 일부는 다음과 같다. 1) 시설거주자의 일상생활지원 서비스 품질 뿐 아니라 삶의 질을 강조, 2) 걷기, 목욕하기, 기타 일상 활동의 유지 및 개선을 위한 계획 3) 시설거주자에 대한 개별화된 서비스 계획수립, 4) 75시간의 준전문가 스텝의 훈련과 시험, 5) 너싱홈 강제퇴거 금지 6) 정신지체 및 정신질환자의 욕구를 해소하기 위한 시설 내외 서비스 기회 마련, 7) 너싱홈에서 개인 금융재산을 안전하게 유지할 권리, 8) 입원 및 외박 후 너싱홈으로 돌아올 권리, 9) 개인선택권 및 의료정보에 접근할 권리, 10) 시설 내 거주인 및 가족회합을 조직하고 참여할 권리, 11) 논쟁을 해결할 옵부즈만, 12) 부적절한 육체적 화학적 강제로부터 자유로울 권리, 13) 연방최소기준에 미달하는 너싱홈 운영개선에 참여할 권리이다. 이와 함께 너싱홈에 대한 조사도 기존 방식의 면접과 서류조사가 아니라, 거주자들이 생활하는 그대로 상태에서 관찰하게 하였다 (Turnham, 2001).

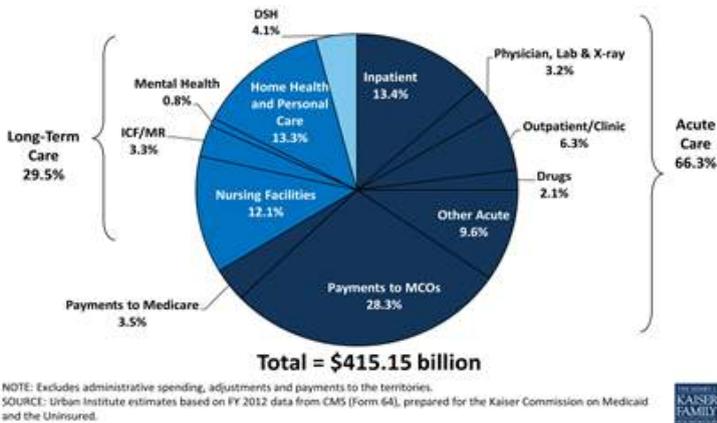
4) 재원

일상생활지원서비스의 재원은 명확히 추정하기 힘들다. 그 이유는 대다수 자료들이 장기요양, 재활, 기타 사회서비스 비용이 혼재되어 있기 때문이다. 예를 들어, 재활비용은 급성치료 이후에 단기간 동안 사용되는 재활서비스이며, 이는 숙련된요양시설(skilled nursing facility)에서 또는 홈헬스 시설에서 몇 주 동안 제공되고 의료적으로 필요로 되는 서비스 내용은 메디케어와 민간 의료보험에서 지불된다. 또한 메이케이드, 메디케어, 노인복지(OAA), 사회서비스포괄보조금이라는 네 가지 공적 재원이 서로 다른 자격조건과 운영 주체, 재원에서 차이가 있어 개별적으로

지원되는 모든 장기요양 관련 서비스를 포괄하는 것은 쉽지 않다.

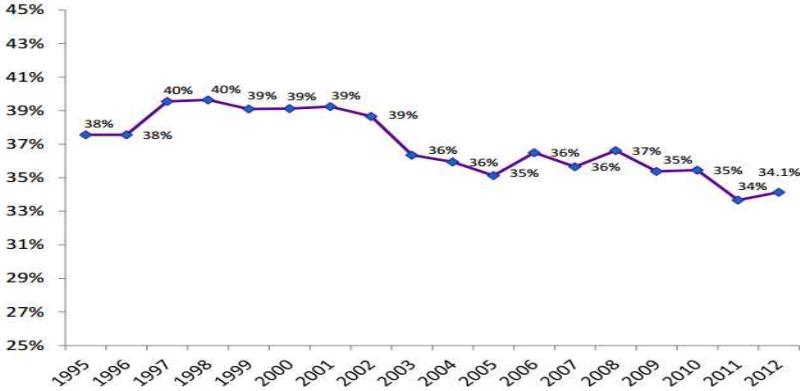
그러나 공적 일상생활지원서비스의 주요 재원은 앞서 기술한 바와 같이 메디케이드이다. 메디케이드 예산의 약 29.5%가 일상생활지원서비스(장기요양돌봄)에 사용되고 있다. 1993년에는 메디케이드가 전체 장기요양의 68%를 지원하였고 이중 70%는 너싱홈에 지출되었으나(GAO, 1996), 2012년에는 시설요양의 비중은 절반 이하로 줄어들었고 전체 메디케이드 예산의 13.3%가 재가요양, 12.1%를 너싱홈을 비롯한 시설요양에 지출되고 있다. 한편 메디케이드 지출 중 장기요양이 차지하는 부분은 지속적으로 줄고 있다(2012년 메디케이드 총지출 4101억 달러). 1990년대 40%에 육박한 것을 비교하면 지출 수준이 줄어드는 것을 확인할 수 있다. 그 이유는 너싱홈 대신 재가요양이 대체하기 때문이다[그림 2-20]. 현재 재가요양은 전체 장기요양의 50%까지 증가하였고 이에 메디케이드 재정지출의 압박을 상당부분 감소시켜주었다.

[그림 2-20] 메디케이드 장기요양 재정지출



자료: Kaiser Family (2014)

[그림 2-21] 전체 메디케이드 예산 중 장기요양비용 비중



자료: CMS(2014)

장기요양 연방위원회는(federal commission on LTC)는 장기요양의 비용지불자를 메디케이드, 메디케어, 그리고 소비자로 분류하여 분석하고 있다. 이에 따르면 메디케어는 직접적으로 장기요양을 지불하지 않지만, 전문요양시설(skilled nursing facility)과 재가보건(home health agency)에 지출되는 메디케어 지출이 2011년 기준 총 2,019억 달러에 이룬다고 보았다. 이를 모두 장기요양 비용으로 산출할 수는 없지만, 상당한 규모가 관련 의료서비스에 지출된다고 추정할 수 있다.

공적 재정지원 이외의 일상생활지원서비스 비용은 전적으로 개인의 책임이다. 대다수의 만성적 장애 노인들은 장기요양서비스에 개인지불을 하고 있다. 실제로 높은 비용 때문에 64.6%는 가족 등 비공식 돌봄에 의존하고 있다(CMMS, 2014). 요양이 필요로 되는 고위험 노인들의 72%도 비용문제로 인하여 가족 등 비공식 돌봄을 제공받고 있으며, 평균 47시간의 비공식적 원조에 의존하며 8시간만 국가나 개인비용을 통한 임금돌봄종사자의 서비스를 이용하고 있다.

앞서 기술한 바와 같이, 일반적으로 홈케어시설의 평균 비용은 주 8시

간 이용시 160불, 연평균 11,320달러이다. 만약 주당 54시간이 사적으로 지불되어야 한다면 그 금액은 연간 51,160불이다. 너싱홈에 입소되어야 하는 고위험의 요보호 장기요양 수요자 중 15%는 비용 때문에 재가서비스(paid home care)에 전적으로 의지하고 있다. 이들은 보통 주당 30시간의 임금돌봄종사자의 돌봄서비스를 받고 있으며, 15시간의 비공식적 원조를 받는다(CMMS, 2014).

메디케이드나 민간 장기요양 보험은 시설요양이나 재가요양과 같이 공식적인 장기요양 서비스는 도움이 되지만, 만약 집에서 거주하면서 가족의 도움을 받는 이들은 거의 모든 혜택에서 제외된다. 본인의 주택에서 계속 거주하려면 생활비와 함께 요양비용을 부담할 수 있는 경제적 능력이 있어야 하지만, 노인자산이 부족하면 이를 모두 소진하고 나서 메디케이드 수급자로 선정되는 것이 오히려 이득이 된다. 일반적으로 민간 장기요양보험은 시설요양의 경우(보조거주시설 포함) 100~160 달러까지 지급받을 수 있으나, 재택거주자는 하루에 일반적으로 \$25까지 보장하며 일 년에 \$750을 초과하지 못하도록 설계되어 있다. 따라서 저소득 노인의 경우는 민간보험을 이용하기보다 자산을 모두 소진하여 빈곤층으로 전락하고 이에 따라 메디케이드 대상자가 되는 것이 더 나은 선택이 된다(CMMS, 2014).

라. 개혁방향

미국에서 일상생활지원서비스의 개혁방향은 크게 두 가지이다. 첫째는 메디케이드 대상자 확대이고 둘째, 비용절감을 위하여 시설보다는 재가 서비스를 강조하고 이를 구체화하는 프로그램으로 케어매니지먼트를 적용하는 것이다. 대상자 확대는 일상생활지원서비스의 정책방향과 일면

무관하게 건강보장 확충에 따른 결과이므로, 사실 전반적 개혁방향은 비용절감이 더욱 강력하다. 이를 위해서 가정과 지역사회기반 서비스(home and community based services)가 시설서비스보다 강조되고 있으며, 서비스 공급자에 대한 지불보상 제도가 조정되었다.

무엇보다 민간 장기요양보험에 대한 인센티브 제도가 강화되고 있다. 일부 주정부는 세금공제혜택을 확대하고 있고, 중산층이 민간 장기요양보험을 구입하도록 인센티브를 제공하고 있다. 특히 절반이 넘는 주들이 이용하고 있는 파트너십 프로그램은 매우 인기가 좋다. 지금까지 메디케이드 자격을 부여받아 일상생활지원서비스를 이용하기 위해서는 자산이 모두 소진되었다는 것을 증명해야 했다. 그러나 파트너십 프로그램은 개인이 민간 장기요양보험을 구입하면, 향후 장기요양서비스가 필요할 때 보험 급여로 비용을 지불하고 또한 보험 급여가 증지되거나 모자르면 자산에 대한 증명 없이 메디케이드 대상자가 되도록 하는 연계상품이다. 즉 금융자산이 소진되었다는 것을 증명하지 않아도 되고 금융자산을 가지는 것을 허용하다는, 메디케이드 의료부조 할당 정책에 예외를 두는 것이다. 이와 같이 미국의 일상생활지원서비스의 일관된 방향은 사적 시장 영리 공급자의 활성화와 민간 보험회사의 수익성에 상당한 비중을 두고 있다.

미국의 일상생활지원서비스는 서비스 공급자 시장 중심으로 설계되어 있고 사회보장의 성격은 매우 약하다. 의료보장의 경우 메디케어와 메디케이드라는 이층체계로 구성되어 있지만, 일상생활지원서비스의 경우는 메디케어와 같이 자산조사 없이 인구학적 조건만 충족하면 되는 보편적 프로그램은 존재하지 않는다. 오로지 메디케이드 자산조사 프로그램으로만 일상생활지원서비스를 보장하고 있다. 문제는, 보편적 프로그램인 메디케어는 강력한 대중 지지를 기반으로 안정적이지만, 저소득 중심인 메디케이드는 프로그램 자체가 선별적일 뿐 아니라 또한 정치적으로도 매

우 취약하다는 점에서, 일상생활지원서비스 제도 자체가 매우 불안정하게 설계되어 있다는 것이다.

앞서 설명한 바와 같이 일상생활지원서비스의 미국적 특성을 한 마디로 요약하면 선별적-고부담이다. 국민의 서비스 이용율은 매우 낮고 이에 따라 정부의 전체 재정부담 규모도 상대적으로 낮다. 따라서 일상생활지원서비스를 필요로 하는 이들은 가족과 같은 비공식 영역의 도움을 받는다. 그럼에도 불구하고, 일상생활지원서비스 산업과 공급의 규모는 매우 크다. 대부분 영리를 목적으로 하는 너싱홈과 보조주거시설(assisted living) 그리고 홈헬스 재가서비스 중심으로 민간 일상생활지원서비스 시장이 크다.

이는 의료중심으로 설계된 산업화 시장서비스가 가지는 비용의 문제로 볼 수 있다. 일상생활지원서비스는 매우 고비용의 시장 상품으로 설계되어 있고 이 비용을 개인과 함께 정부가 보전해 주고 있다. 고비용의 일상생활지원서비스를 부담하기 위해서 개인은 민간 보험에 의존해야 하며 민간 보험의 특성상 크리밍과 역선택의 문제가 발생한다. 또한 연방정부의 경우도 보편적 서비스로의 전환은 이미 메디케이드의 지출의 1/3분이 일상생활지원서비스에 되고 있어 급여대상의 확대는 요원한 과제이다.

재가보호의 강조를 통해 시설보호의 과비용 문제를 해결하려고 하는 것도 비용절감 측면에서만 추진되고 있을 뿐이며, 일상생활지원서비스 수요 확대에 따른 서비스보장은 시도되고 있지 않다. 이와 같은 특성은 사회보장 후진국이며 건강투자 대비 산출이 가장 모순적인 국가라는 점, 즉 건강 분야에 가장 많은 비용을 지출하면서도 기대여명 및 건강수명이 다른 국가들에 비하여 현저히 낮다는 특징은 미국 일상생활지원서비스에도 그대로 적용된다고 볼 수 있다. 이에 최근 장기요양 제도의 변화는 그리 많지 않다. 전반적인 추세는 민간시장의 장기요양 보험을 장려하고,

시설요양 대신에 재가서비스 비중을 높이려는 등 비용절감을 위한 시도들로 요약될 수 있지만, 그 효과성은 시장을 조절하지 않은 상태에서 달성되지 않을 가능성이 크다.



제3장

주요국 장기요양돌봄서비스 체계의 이용자 중심 성과(outcome) 분석: 재가서비스(Home Care)를 중심으로

제1절 장기요양돌봄서비스의 성과측정에 대한 접근

제2절 중고령자 장기요양돌봄 체계의 현황과 성과

3

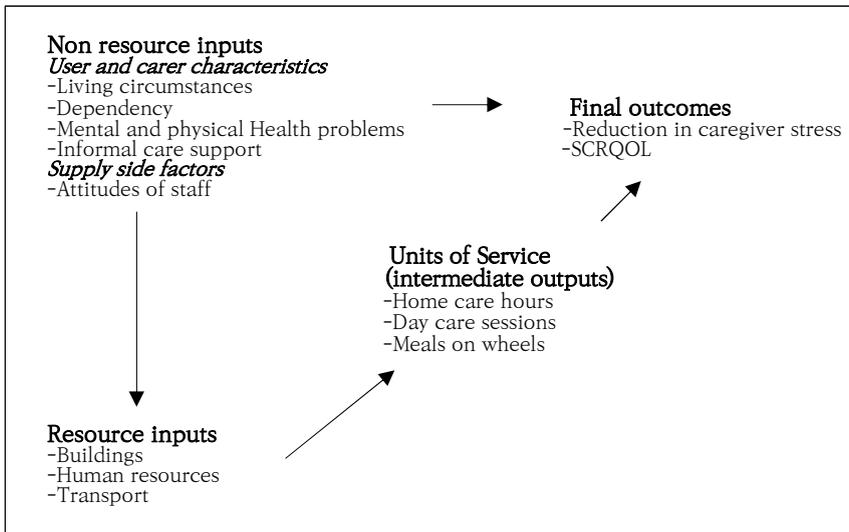
주요국 장기요양돌봄서비스 체계의 << 이용자 중심 성과(outcome) 분석: 재가서비스(Home Care)를 중심으로

제1절 장기요양돌봄서비스의 성과측정에 대한 접근

장기요양돌봄서비스가 정부의 서비스로 제도화되면서 성인의 일상생활을 지원하는 서비스의 성과(outcome)에 대한 논의가 활발해지고 있다. 서비스 이용자의 치료나 재활을 목적으로 하는 서비스의 경우 그 성과는 서비스 이용자의 신체적, 정신적 기능을 서비스를 받기 전과 후로 비교하여 객관적으로 측정할 수 있다. 그러나 일상생활에 타인의 도움이 필요한 자들을 대상으로 하는 일상생활지원 서비스의 경우 치료나 재활을 목적으로 하는 서비스와 동일하게 측정되기 어려운 특성을 갖는다(Malley & Fernandez, 2010). 그 핵심적인 이유는 일상생활지원서비스의 경우 서비스 이용자가 사망하기까지 지속적으로 이용자의 신체적, 정신적 기능을 지원한다는 점에 있을 것이다. 즉 일상생활지원서비스의 목적은 서비스 이용자의 신체적, 정신적 기능의 향상이 아닌 유지에 초점이 맞춰져 있다. 그렇다 보니 서비스를 이용한 후 이용자의 일상생활능력이 향상되기 보다는 오히려 악화되는 경우가 일반적이다. 즉 치료 및 재활서비스와 동일한 접근을 할 경우 일상생활지원서비스의 성과는 시간이 지나면서 지속적으로 낮아지는 결과를 갖게 된다. 이와 관련하여 장기요양돌봄서비스의 성과를 어떻게 볼 것인가에 대한 고민은 서비스 공급자의 서비스 운영 및 관리를 위해 필수적이라고 할 수 있다. 특히 인구 고령화로 장기요양돌봄서비스에 대한 수요와 비용이 증가하면서 정부의 부족한 자원을 형평성 있게 효율적으로 사용하는 방안으로 서비스 성과 관리에 대한 생산적인 접근이 요구되고 있다.

이와 관련하여 Malley & Fernandez(2010)은 성인을 대상으로 하는 정부 돌봄서비스의 성과를 Production of Welfare(POW)의 접근을 적용하여 개념화하고 있다. 즉 서비스 공급자의 입장에서 서비스에 대한 투입(input)과 산출(output) 그리고 성과(outcome)로 구조화하여 일상생활 지원서비스에 대한 생산적 접근의 프레임을 제공하고 있다.

[그림 3-1] The production of welfare framework



결국 위의 그림은 성인을 대상으로 하는 일상생활지원서비스의 성과는 ‘서비스 이용자가 지각하는 삶의 질(social care related quality of life: SCRQOL)’ 과 ‘가족 내 돌봄 부담자의 스트레스 감소’로 요약될 수 있음을 보여주고 있다.

아울러 이러한 성과에 영향을 주는 핵심 요인으로서 서비스 요인과 서비스 외적인 요인을 동시에 고려할 필요가 있음을 강조하고 있다. 여기서

서비스 외적인 요인은 특히 서비스 이용자 요인 즉 이용자의 욕구수준, 이용자의 심리상태 그리고 개인을 둘러싼 사회문화적 여건을 의미한다. Malley & Fernandez(2010)는 이러한 요인들이 서비스 성과에 미치는 영향이 매우 크다는 점을 강조하면서 이를 돌봄서비스의 성과 측정을 어렵게 하는 ‘속성문제(attribution problem)’로 개념화하고 있다.

Malley & Fernandez(2010)가 개념화한 ‘속성문제’와 관련하여 장기요양돌봄서비스 즉 일상생활지원서비스의 성과를 분석하는 연구는 미시적 차원 즉 서비스 이용자 개인의 수준에서 주로 수행되고 있다. 우리나라에서도 노인 장기요양보험 서비스나 장애인활동지원서비스에 대한 연구로 개인의 욕구수준(요양등급, 활동인정등급)과 성별, 연령, 교육수준 등 인구사회학적인 속성을 통제하고 성과를 분석하는 경우가 많다(다음의 국내 실증연구 참조).

이와 관련하여 ‘속성문제’를 어느 수준까지 보아야 할 것인가에 대한 의문이 발생할 수 있다. 즉 서비스 성과에 대한 연구에서 통제해야 할 변수로 서비스 이용자 개인 수준의 요인 이외에 서비스를 제공하는 조직 요인, 지역사회 요인, 제도 요인의 어느 수준까지를 고려하는 것이 타당할 것인가의 의문이 발생한다. Megivern 외(2007)는 서비스 이용자 개인 수준의 요인 이외에 특히 서비스 제공 기관의 요인과 지역사회의 요인을 고려할 필요가 있음을 제시하고 있다.

한편 이러한 ‘속성문제’와 관련하여 정부의 장기요양돌봄서비스 관리(management)를 위한 성과 측정 방식도 변화하는 경향이 있다. 영국의 경우 90년대 말부터 서비스 기관의 조직과 서비스 제공과정에 대한 정보를 수집하여 성과를 보고하는 Performance Assessment Framework(PAF)가 서비스 이용자가 지각하는 서비스 경험에 대한 조사 즉 User Experience Survey(USE)로 보완되고 있다. 즉 집행 과정과 조직 요인을

중심으로 측정되던 정부의 성과관리 시스템이 미시적 차원의 정보 즉 이용자 만족도 등으로 보완되는 경향이 있다. 우리나라의 경우도 돌봄서비스 성과에 대한 생산적 접근으로서 개인적 수준의 이용자 경험을 전국적으로 조사하여 기획재정부의 사회서비스 분야 성과관리에 반영한 적이 있다(강혜규 외, 2012). 이러한 경향은 이용자 중심의 서비스 제공을 도모함과 동시에 장기요양돌봄서비스 고유의 특성을 반영하여 서비스 성과를 보다 합리적으로 측정하고자 하는 노력의 일환으로 볼 수 있다.

이렇듯 개인수준의 ‘속성요인’과 그 이상의 조직 및 제도 요인을 종합적으로 고려하려는 시도 즉 미시적, 거시적 측면을 서로 보완하여 장기요양돌봄서비스의 성과를 분석하고자 하는 경향은 국제비교 연구에서도 유사하게 나타나고 있다. 그 동안 장기요양돌봄서비스(long term care) 영역의 국제비교 연구는 주로 OECD health data와 정부의 expenditure data를 비교 분석하는 방법으로 진행되어 왔다. 이러한 거시데이터를 활용한 장기요양돌봄서비스 연구는 대인 서비스의 성과가 갖는 문제점 즉 개인적 차원의 ‘속성문제’가 해결되기 어렵다는 한계가 존재한다. 특히 개인적 특성이 반영되지 못한 집합적 데이터를 활용한 성과 분석은 그 결과 자체를 근본적으로 왜곡시킬 수 있다는 문제점을 갖는다. 이러한 문제점과 관련하여 최근 서비스 정책 영역에서 집합적 데이터 즉 거시데이터와 개인특성을 반영할 수 있는 미시 데이터를 결합하여 서비스 성과를 분석하는 연구가 시도되고 있다. 이를 가능하게 한 것은 무엇보다도 국제비교를 위해 각국이 협력하여 데이터를 생산하고 공개한 결과일 것이다.

다음에서는 서비스 성과를 실증 분석한 기존 연구에 대한 고찰로서 첫째, 국내 미시데이터를 활용한 성과 분석 연구와 둘째, 국제비교를 위해 생산된 미시데이터를 활용한 성과 분석 연구를 살펴보고자 한다.

1. 돌봄서비스 성과에 대한 국내 실증 연구

가. 임상적 성과에 대한 연구

서비스 이용자의 임상적 상태를 측정하여 활용한 연구들은 주로 서비스의 질 관리 및 질 제고를 위한 측면에서 논의되어 왔다. 미국의 RAI(resident assessment instrument)의 MDS(minimum data set)는 장기요양돌봄시설 거주자를 대상으로 이들의 신체적, 정신적 기능을 측정하여 관리하며, 메디케어 프로그램에 참여하는 재가서비스의 질을 관리하기 위하여 OASIS(outcome and assessment information)를 활용하여 평가하도록 하고 있다(이태화 외, 2011). 한국은 국민건강보험공단에서 장기요양서비스 제공기관을 대상으로 기관 및 서비스의 환경, 운영, 안전, 책임, 급여제공과정 및 결과 등에 대하여 평가한다(선우덕 외, 2013). 이러한 평가는 서비스의 질을 관리하고자 하는데 일차적 목적을 두고 있어서, 서비스 이용자의 서비스 이용 전후를 비교하여 서비스의 임상적 효과를 측정하고 있는 것은 아니다. 임상적 성과는 이러한 평가자료 등 데이터를 활용한 2차 분석 연구를 통하여 살펴볼 수 있다.

이태화 외(2011)는 장기요양인정조사 대상자 자료를 2차 분석하여 서비스 이용자의 ‘신체기능’, ‘인지기능’, ‘재활기능’, ‘임상적 문제’ 등 4개 영역의 15개 임상지표로 성과를 평가하였다. 그 결과, 신체적 기능의 총점은 다소 호전되었으나, 수단적 일상생활수행 기능(IADL)은 미미하나마 다소 악화되었다. 또한 인지기능은 대체로 저하되었으나, 문제행동은 호전되는 것으로 나타났으며, 특히 시설서비스 이용자의 호전도는 재가서비스 이용자보다 높은 것으로 나타났다. 물론, 이러한 결과는 서비스 이용자가 연도별로 균일하지 않기 때문에, 점수의 향상이 서비스 투입에 전적으로 기인한다고 보기 어렵다는 한계가 있으나, 호전되는 영역이 나타

났으며, 특히 문제행동이나 시설서비스 이용자의 임상적 상태는 완화되는 경향이 두드러지는 등의 성과를 확인할 수 있었다.

박창제(2005)의 연구는 돌봄서비스 이용집단과 이용하지 않은 집단을 비교하여 이러한 한계를 통제하였는데, 연구결과에 따르면 치매노인 대상 주간보호서비스 이용자 집단이 비이용자 집단과 비교하여 정신적 기능 중 주관적 스트레스 수준과 노인의 일상생활(ADL)제한의 악화가 더디게 나타난 것으로 나타났으며, 특히 주간보호서비스 이용자에게서는 치매관련 증상들, 일상생활(ADL)제한, 인지장애 및 문제행동에 대하여 서비스 효과가 있는 것을 살펴볼 수 있었다.

나. 서비스 이용자와 가족 돌봄자의 삶의 질에 대한 연구

장기요양돌봄서비스의 성과로 선행연구들에서 주요하게 다루어지고 있는 부분은 서비스 이용자 및 가족돌봄자의 삶의 질 향상과 스트레스 완화이다. 다수의 국내 실증연구들의 경우 서비스의 이용 이전과 이후로 구분하여 가족돌봄자 및 이용자의 삶의 질과 스트레스 수준을 분석하거나(백용운와 최수일, 2010; 이홍자, 2012; 모선희와 최세영, 2012; 서문진희와 정여주, 2011; 김용희와 안정신, 2012; 김찬우, 2011; 강우진, 2011; 김경미, 2005), 서비스의 유형별로 가족돌봄자 스트레스의 차이를 비교하는(임동영과 박명화, 2010) 등으로 돌봄서비스의 성과를 보여주고 있다. 특히 가족부양자의 부양부담이 감소하면서 신체적 스트레스가 감소하고, 정서적 스트레스의 완화가 크며, 전반적으로 삶의 질 향상에도 도움이 된 것으로 나타나고 있다.

장기요양돌봄서비스를 이용한 이후 감소된 스트레스의 유형을 살펴보면 가장 크게 완화된 부분으로는 가족부양자의 시간제한적 스트레스와

피로감 등의 신체적 스트레스, 그리고 우울 및 걱정 등의 정서적 스트레스를 들 수 있다. 국내 11개 노인요양센터에서 재가돌봄서비스를 이용하는 노인의 가족부양자를 대상으로 설문조사를 실시한 백용운과 최수일(2010)의 연구에서는 장기요양돌봄서비스를 이용 전과 비교하여 이용 후에 대부분 가족부양자의 스트레스가 감소하였으며, 특히 시간제한적 스트레스와 신체적 스트레스의 완화가 두드러진 것으로 나타났다. 전국 6개 대도시 국민건강보험공단 장기요양 서비스 이용자의 주 가족돌봄자를 대상으로 조사한 이홍자(2012)의 연구에서도 시간제한, 사회활동참여, 신체건강상태 및 정서적 부문에 있어서 가족부양자의 부담감이 크게 감소한 것으로 나타났으며, 특히 ‘돌봄에 대한 압박감’과 ‘우울’ 및 ‘걱정’ 등과 시간적 제한 및 신체 건강상태(전반적 피로) 등에서 감소폭이 가장 큰 것으로 나타났다. 이러한 연구결과는 모선희와 최세영(2012)의 연구에서도 유사하게 나타난 것을 살펴볼 수 있는데, 국내 2개 지역 장기요양 기관 이용자 가족을 대상으로 한 연구결과 서비스 이용 후 가족의 부양부담은 신체적, 정서적 부문에서, 특히 정서적 소진감, 피로감, ‘휴식시간 없음’ 등의 부분에서 부담감이 가장 크게 완화된 것으로 나타났다.

김찬우(2011)의 연구에서도 서비스 이용이 가족부양자의 신체적·심리적 부담감을 모두 감소시키는데 도움이 되었으며, 가족의 사회적 활동이 증가하였고, 전반적으로 삶의 질을 향상시킨 것으로 나타났다. 이석민과 원시연(2012)은 장기요양돌봄서비스가 단기적으로 노인의 건강상태 완화, 의료비감소, 부양자의 부양부담감소와 중기적으로 노인이용자의 자립생활 및 가족의 경제사회적 활동증가 등의 성과를 가져왔으며 장기적으로는 삶의 질을 향상시켰다고 분석하였다. 특히 가족돌봄자의 삶의 질을 제고하는 데에 있어서 매개요인효과를 분석한 결과 부양부담감소가 삶의 질 향상에 직접적으로 미치는 영향이 매우 큰 것으로 나타났다. 서

문진희와 정여주(2011)는 장기요양서비스 이용노인의 가족부양자 부담 변화에 대한 질적 연구에서 이용노인의 가족부양자 대부분 부양부담은 크게 완화되었으며, 구체적으로 시설 입소 이전의 부양부담은 ‘신체적으로 힘들’, ‘마음이 괴로움’, ‘옴짝 달싹 못함’, ‘가족이 웬수’ 등이었으나, 시설 입소이후 ‘건강해지고 자유로워져서 살 것 같음’으로 부양부담의 감소 양상을 설명하고 있다.

장애인을 대상으로 한 장기요양돌봄서비스에서도 유사한 성과를 살펴볼 수 있는데, 장애인 활동보조서비스 이용자에 대한 김경미(2005)의 질적연구에서는 서비스 이용 후 이용자의 신체적 활동이 증가하였고, 삶에 대한 통제권과 더불어 심리적으로도 독립감이 증가한 것으로 나타났다. 또한 서비스 이용이 가족의 심리적 부담감을 덜어주며, 가족 간의 관계 또한 증진 된 것을 알 수 있었다.

장기요양돌봄서비스 유형별로 살펴보면 요양시설이 주간보호시설에 비해 가족 부양스트레스 감소효과가 컸으며(임동영과 박명화, 2010), 시설 서비스이용의 경우 신체적 부양부담이 가장 많이 감소한 반면, 재가서비스이용의 경우, 정서적 부양부담이 가장 많이 감소하여 서비스 유형별로 부양부담의 감소 영역이 다른 것을 알 수 있다(모선희와 최세영, 2012).

또 다른 측면에서 장기요양돌봄서비스가 주는 성과에는 가족부양자의 경제활동 기회를 창출하는 데에 있는데, 이는 간접적으로는 가족부양자 및 서비스이용자 가족 전체의 삶의 질 향상과도 관련이 있다고 볼 수 있다. 김찬우(2011)의 연구에서는 장기요양돌봄서비스 이용 가족부양자는 서비스 이용으로 경제 활동의 기회가 증가하였으며, 수발감소로 인한 자녀 양육시간이 증가하는 등 기존에 돌봄에 전적으로 투입하였던 가족부양자의 인적물적 자원을 자녀양육 혹은 경제활동에 활용할 수 있는 것을 알 수 있다. 그러나 공문선(2011)의 연구는 노인장기요양서비스 이용유

무 자체는 가족부양자의 경제활동 참여와 유의한 연관성이 없었으며, 단, 가족부양자의 1일 평균 부양시간이 적을수록 경제활동 참여가 유의하게 높은 것으로 나타나, 장기요양돌봄서비스가 가족부양자의 실제 부양시간 감소에 기여하는 경우 그 성과가 가족부양자의 경제활동 증가로 연결될 수 있음을 예측할 수 있다.

그 밖에 장기요양돌봄서비스의 효과와 관한 국내실증연구로는 장기요양서비스의 비용효과성을 분석한 연구(박창제, 2005)와 장기요양서비스의 성과 및 비용을 측정한 연구(박창제 외, 2010)가 있는데, 연구결과에 따르면 서비스 이용이 가족 부양자 스트레스 요인과 심리적 어려움을 경감시키는데 특히 비용 효과적인 것을 알 수 있었다.

2. 장기요양돌봄(long term care) 서비스 국제 비교 연구: 미시 데이터를 활용한 실증 연구를 중심으로

장기요양돌봄서비스 관련 미시데이터를 활용하여 여러 국가의 실증자료를 비교한 연구들을 살펴보면 주로 SHARE, ELSA, HRS 그리고 Klosa 등의 데이터를 활용한 연구가 다수를 차지하고 있다. 연구의 경향은 주로 국가별로 돌봄서비스의 현황 및 국가별 관련요인 등을 밝히는 것과, 비공식 및 공식 돌봄서비스 간의 연관성과 효과 등에 대한 국가 간 비교를 수행하는 데에 있었다.

공식돌봄서비스와 비공식돌봄서비스에 대한 국가 간 비교연구와 관련하여, Suanet(2012), Sole-Auro(2014), Brandt,M.,etal.(2009), Bolin,K,et.al.(2008), Oudijik,D.etal.(2011), Bonsang(2012) 등이 있다. SHARE 데이터를 활용하여 11개 유럽국가의 돌봄서비스 사용을 분석한 Suanet(2012)의 연구결과를 살펴보면, 여러 국가 중 재가 서비스

가 많지 않고, 시설보호 비율이 낮고, 비공식적 돌봄과 정규직 여성이 많은 국가의 경우, 돌봄서비스 필요 노인들이 비공식적 돌봄만을 받을 가능성이 더 높았다. 반면에, 광범위한 복지국가 기제(더 많은 재가서비스, 관용적 연금시스템)를 가지고 있는 국가는 공식적 재가돌봄 비율이 높았고, 부모돌봄에 대한 법적 의무가 규정되어 있는 국가에서도 공식과 비공식의 혼합형태로 돌봄서비스가 제공되는 비율이 높은 것으로 나타났다.

Sole-Auro(2014)는 SHARE, ELSA 및 HRS 등의 데이터를 활용하여 스페인, 영국 및 미국에서의 기능적 장애가 있는 고령자의 가족구성원의 구조 및 활용가능성과 돌봄서비스의 이용 간의 연관성을 조사하였다. 연구결과, 3개 국가 모두 가족돌봄이 돌봄의 주요구성요소이었으나, 돌봄의 자원과 유형은 상이하였는데, 스페인의 경우, 비공식 돌봄의 대부분은 함께 거주하는 가족돌봄자가 제공하였으며(스페인의 경우, 세대간 함께 거주하는 비율이 높음), 영국과 미국에서 가족 외 돌봄자로부터 돌봄서비스를 받는 비율이 높았다. 공식돌봄서비스의 활용이 비교적 용이한 스페인과 영국의 경우, 돌봄대상자의 장애수준이 심각해질수록 비공식돌봄으로부터 공식돌봄으로의 전환이나 보충이 더 많이 일어났다.

Brandt, M., et. al.(2009)은 아일랜드와 프랑스의 노령 돌봄서비스 이용현황 및 공식·비공식 돌봄의 관계 등을 분석하였는데, 연구결과, 프랑스와 비교하여 아일랜드의 공식적 돌봄 비율은 매우 낮은 편인 것으로 나타났다. 돌봄의 기간은 아일랜드가 더 길었으며 비공식적 돌봄의 경우, 프랑스와 비교하여 아일랜드가 이용 비율 및 돌봄기간 모두 많은 것으로 나타났다. 또한 비공식 돌봄은 내생적이며 공식적 돌봄과는 부적으로 관련되어 있음을 밝혔다.

Bolin, K., et. al.(2008)의 연구에서도 자녀 혹은 손자녀에 의하여 제공되는 비공식 돌봄과 공식적 돌봄 서비스는 상호 보완관계에 있는지 그리

고 이러한 관계가 유럽각국에서 상이하게 나타나는지를 분석하였는데, 연구결과 비공식 돌봄과 공식 재가 돌봄은 상호 대체관계이며, 비공식돌봄은 '병원방문'(Hospital Visit)에 보완관계인 것으로 나타났다. 또한 이러한 비공식-공식 돌봄 간의 관계는 국가의 지리적 위치(남유럽-북유럽)에 따라서 상이한 양상을 보였다.

Oudijk, D. et. al. (2011)의 연구는 네덜란드를 중심으로 유럽 10개국(네덜란드, 덴마크, 스웨덴, 벨기에, 독일, 프랑스, 오스트리아, 스페인, 이탈리아, 그리스)의 중고령층의 비공식 돌봄에 대하여 비교 분석하였는데, 연구결과, 네덜란드의 경우, 비공식 돌봄 제공의 기회를 높이는 것은 돌봄자의 의무감과 필요이었으며 남유럽국가의 경우, 돌봄제공의 책임이 가족에게 있기 때문에 의외로 고령의 돌봄자의 의무감이 덜 할 수도 있는 것으로 나타났다. 또한 시뮬레이션을 통해 분석한 결과, 네덜란드에서 사회적으로 활동가능한 인구의 비공식 돌봄에 대한 동기는 남유럽국가와 유사한 것으로 나타났기 때문에 네덜란드에서 가족에 대한 책임감을 강조하는 정책을 강화할 경우 실제 돌봄의 양은 줄어들 것으로 보인다는 결론을 도출하였다.

Bonsang(2012)의 연구는 유럽의 고령자 대상 장기요양서비스 사용에 있어서 성인 자녀에 의한 비공식 돌봄을 분석하고 이러한 관계에 있어서 부모의 장애 수준이 주는 효과를 분석하였는데, 연구결과에 따르면 비공식 돌봄은 공식적 재가 돌봄을 대체하는 것으로 나타났다. 그러나 이러한 대체효과는 고령자의 장애수준이 높아지면서 사라지는 경향을 보였는데, 이러한 결과는 비공식 돌봄이 고령자의 욕구 수준이 낮고 비전문적 돌봄을 필요로 하는 한 장기요양돌봄서비스를 효과적으로 대체한다는 데에 함의를 두었다.

Jang(2012)은 비공식 돌봄에서 인구학적 및 시설적 차이를 분석하기

위하여 12개 유럽국가와 한국의 비공식 돌봄자 특성관련 국가 간 비교연구 수행하였는데, 스페인과 한국 및 이탈리아는 여성, 주부, 동거인 및 배우자의 비공식 돌봄역할의 참여 비율이 높은 반면, 덴마크 및 스웨덴 등은 고용된 비공식 돌봄자의 비율이 높았다. 여성의 노동시장 참여율이 낮은 것은 여성 돌봄자 비율이 높은 것과 연관성이 있었는데, 인구 대비 여성 돌봄자 비율 높은 국가는 낮은 GDP per capita를 보이는 것으로 나타났다.

제2절 중고령자 장기요양돌봄 체계의 현황과 성과

1. 연구방법

가. 연구자료

1) 각 자료원의 특성 및 획득 방법

국제비교 연구를 위해 한국의 KLoSA, 미국의 HRS, 영국의 ELSA, 유럽의 SHARE 자료를 개별적 혹은 통합적으로 이용하고자한다. 고령화연구 패널조사(KLoSA)는 미국의 HRS를 벤치마킹하여 조사문항과 척도를 구성하였고, 미국의 HRS는 영국의 ELSA, 유럽의 SHARE는 상호 비교분석이 가능하도록 설계되어 자료의 병합분석 혹은 결과의 비교가 가능하다. 모든 자료원은 각 자료원의 공식 인터넷 홈페이지에서 소정의 양식을 제출 후 다운받아 사용할 수 있다. 각 자료원의 특성은 <표 3-1>에 요약 기재하였다.

〈표 3-1〉 국가별 자료원 비교

자료명	국가	조사연령	대상자수		자료원 제공처
			2006	2010	
KLoSA	Korea	45세 이상	10,254	8,229	http://kli.re.kr/KLOSA/default.asp
HRS	USA	51세 이상	10,026	-	http://hrsonline.isr.umich.edu/ http://www.rand.org/labor/aging/dataproduct/
ELSA	England	50세 이상	9,771	10,275	http://www.ifs.org.uk/elsa/
SHARE1	Europe	50세 이상	34,415	-	http://www.share-project.org/

주: Austria, Belgium, Czech Republic, Denmark, France, Germany, Greece, Ireland, Israel, Italy, Netherland, Poland, Spain, Sweden, Switzerland (2006, 15국가) + Estonia, Hungary, Luxemburg, Portugal (2010, 19국가)

2) 각 자료원의 조사방법

가) Korean Longitudinal Study of Ageing, KLoSA

: 한국의 KLoSA는 2006년부터 한국노동연구원에서 시행된 2년단위 종단적 조사로써, 45세 이상 전국 국민을 모집단으로 표본추출하며, 2006년 1차년 기본조사는 10,254명에게 조사되었고, 응답률은 가구 단위 70.7%였다. 2008년 2차년 기본조사는 8,688명(사망/추적실패 제외)에게 1차년 기본조사와 동일한 내용에 대해 조사되었다.

나) Health Retirement Study, HRS

: 미국의 HRS는 1992년부터 시행된 2년 단위 종단적 조사로써, 50세 이상 중고령층을 대상으로 정보를 수집하였다. 1차 조사에서는 1923년 이전 출생자 (51세 이상)를 대상으로 조사가 시행되었고, 6년 단위로 51세 이상 전국 대표표본을 유지하기 위한 추가 대상자를 모집하였다. SHARE 1차년 조사와 병합하여 분석이 가능하도록 설계하였다.

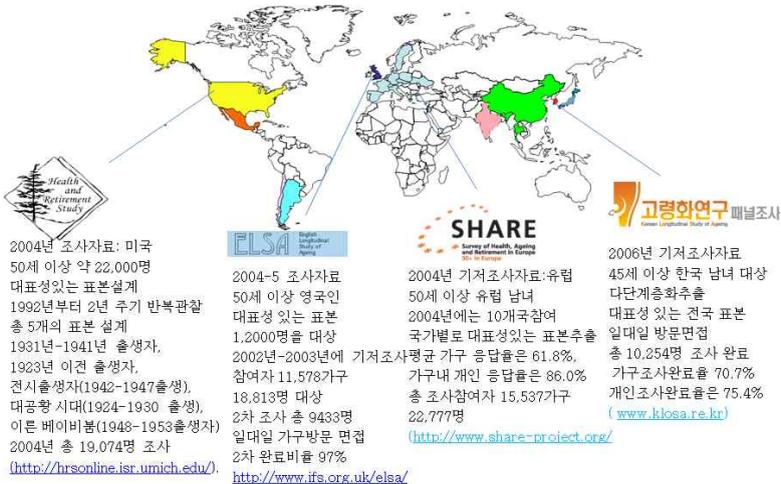
다) English Longitudinal Study of Ageing, ELSA

: 영국의 ELSA는 2002-3년 1차 조사를 시작으로 2년 단위의 종단적 조사로써, 영국의 50세 이상 중고령자를 대상으로 한다. 1차 조사는 총 11,050명에게 설문되었고, 응답률은 94% 이다. 최근까지 4차 조사가 완료되었다.

라) The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE

: 유럽의 SHARE는 스웨덴, 덴마크, 네덜란드, 벨기에, 오스트리아, 스위스, 프랑스, 이탈리아, 스페인, 그리스를 포함한 유럽 10개국에서 조사를 시작하여, 1차 조사는 2004년 50세 이상 중고령자 31,115명에게 조사되었으며, 각국의 통합 응답률은 61.6%이다. 조사 대상국을 점차 확대해가고 있으면 4차 조사에는 총 19개국이 참여하였다<그림 3-2>.

[그림 3-2] 각 자료원의 조사방법



나. 연구의 변수: 분석대상 조사지표의 비교

KLoSA의 장애, 돌봄서비스, 건강과 삶의질의 주요 지표들에 대해 HRS, ELSA, SHARE 자료의 비교가 가능한 동일영역 측정 지표들을 분석한다. 조사 지표별 설문 문항은 <표 3-2>와 같다. 각 자료원별로 조사 문항이 상이한 경우에는 일부 비교 해석의 주의가 요구된다.

1) ADL 장애

일상생활 수행능력 장애 (이하 ADL 장애)는 각 자료원별 설문을 비교한 결과 식사, 옷입기, 화장실 사용, 목욕하기, 방안을 걷기와 침대에서 오르 내리기의 6개 영역이 공통적으로 조사되었으나, KLoSA의 경우 ‘이 부자리서 일어나 방 밖으로 나가기’로 방안을 걷기와 침대에서 오르내리기의 2개 영역 조사가 단일 항목으로 조사되어 2개 영역은 분석에서 제외하였다. 타 자료원과 문항 일치 가능한 식사, 옷입기, 화장실 사용, 목욕하기의 총 4개 영역에 대한 일상생활 수행능력을 평가하였으며, 이 중 1개 영역이상 일상생활 수행에 불편이 있는 경우 ADL 장애 ‘있음’으로 분석하였다.

<표 3-2> ADL 관련 설문 비교

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
(Because of a health or memory problem do you have any difficulty with) eating, such as cutting up your food? Have any difficulty with dressing,	Here are a few more everyday activities. Please tell me if you have any difficulty with these because of a physical, mental, emotional or memory problem. Again	Please tell me if you have any difficulty with these because of a physical, mental, emotional or memory problem. Again exclude any difficulties you	Please tell me whether you have any difficulty doing each of the everyday activities that I read to you during the last week. Exclude any difficulties that you expect to last

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
<p>including putting on shoes and socks? Any difficulty with using the toilet, including getting up and down? Because of a health or memory problem do you have any difficulty with getting in or out of bed?</p>	<p>exclude any difficulties you expect to last less than three months. Because of a health or memory problem, do you have difficulty doing any of the activities on this card? [1 Dressing, including putting on shoes and socks, 2 Walking across a room, 3 Bathing or showering, 4 Eating, such as cutting up your food, 5 Getting in or out of bed, 6 Using the toilet, including getting up or down, 7 Using a map to figure out how to get around in a strange place, 8 Preparing a hot meal, 9 Shopping for groceries, 10 Making telephone calls, 11 Taking medications, 12 Doing work around the house or garden, 13 Managing money, such as paying bills and keeping track of expenses</p>	<p>expect to last less than three months. (Because of a health or memory problem, do you have difficulty doing any of the activities on card 10?) [1. Dressing, including putting on shoes and socks 2. Walking across a room 3. Bathing or showering 4. Eating, such as cutting up your food 5. Getting in or out of bed 6. Using the toilet, including getting up or down 7. Using a map to figure out how to get around in a strange place 8. Preparing a hot meal 9. Shopping for groceries 10. Making telephone calls 11. Taking medications 12. Doing work around the house or garden 13. Managing money, such as paying bills and keeping track of expenses 96. None of these]</p>	<p>less than three months. Because of health and memory problems, do you have any difficulty with dressing? Dressing includes taking clothes out from a closet, putting them on, buttoning up, and fastening the belt. Do you have any difficulty with eating, such as cutting up your food? Do you have any difficulty with washing your face and hair and brushing your teeth? Do you have any difficulty with bathing or showering? Do you have any difficulties with using the toilet, getting up and down? Do you have any difficulties with controlling urination and defecation? You may use a catheter (conduit) or a pouch by yourself. Do you have any difficulty with getting out of bed and walking across a room? You may use equipment or devices to get out of bed and walk across a room.</p>

2) 돌봄 서비스 수혜 관련 지표

KLoSA, HRS, ELSA, SHARE 4개 자료원은 모두 일상생활 수행 및 도구적 일상생활 수행에 장애가 있는 대상자에게 돌봄 서비스를 제공받고 있는지와 서비스를 제공해주는 사람과의 관계 유형에 대한 설문을 포함하고 있다. HRS와 KLoSA의 경우는 주요 돌봄 서비스를 제공자를 나열한 후 이들과 수혜자와의 관계를 반복적으로 묻고 있으며, ELSA의 경우는 서비스 제공자의 관계 유형별, 예를 들어 배우자, 형제자매, 자녀 등으로 세분화된 각각의 질문을 통해 이들에게서 돌봄 서비스를 제공받고 있는지를 묻는 형태로 조사되고 있다. SHARE의 경우는 가족/근린 제공자와 전문적 서비스 제공자를 구분하여 설문이 구성되었고 두 범주내에서 각각 서비스 제공자의 관계 유형을 조사하고 있다. 각 자료원의 돌봄 서비스 제공자 유형은 ‘가족/근린’과 ‘공공/전문’의 두 가지 범주로 나누어 복수 응답형태로 구분하였고, 동일한 범주로 돌봄서비스 제공 시간을 합산하여 분석에 활용하였다.

〈표 3-3〉 돌봄서비스 제공자 관계유형관련 설문비교

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
G069. What is that person's relationship to you, or are they an employee of the place you live?	Whether receives help with moving round house from spouse or partner (walking across a room, getting in or out of bed, using the toilet, including getting up or down) Whether receives help to wash/dress	sp003. "Which family member from outside the household, friend or neighbour has helped you or your husband/wife/partner in the last twelve months?" sp004d1. HELP FROM PERSON 1, PERSONAL CARE "Please look at	Cb18. Who most often helps you with (dressing, washing, bathing, eating, getting out of bed, using toilet, controlling urination and defecation, grooming, doing the chores, preparing hot meals, doing

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
	<p>from spouse or partner (dressing, including putting on shoes and socks, bathing or showering)</p> <p>Whether receives help preparing a meal or eating from spouse or partner (eating, , such as sutting up food, preparing a hot meal)</p> <p>Whether receives help to shop/do work round housefrom spouse or partner (shopping for groceries, doing work around the house or garden)</p> <p>Whether receives help using phone/managing money from spouse or partner (making telephone calls, mannaging money)</p> <p>Whether receives help taking medication from spouse or partner (taking medications)</p>	<p>card 28. Which types of help has this person provided in the last twelve months?" (Personal care, e.g., help with dressing, bathing or showering, eating, getting in or out of bed, using the toilet)</p> <p>hc032d2. RECEIVED HOME CARE FOR DOMESTIC TASKS "Please look at card 16. During the last twelve months, did you receive in your own home any of the kinds of care mentioned on this card?" (Professional or paid home help, for domestic tasks that you could not perform yourself due to health problems)</p>	<p>laundry, going out, using transportations, shopping, managing money, making phone calls, taking medications)?</p>

〈표 3-4〉 돌봄서비스 수혜 시간 관련 설문 비교

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
G070. During the last month, on about how many days did [HELPER WHO LOOP] help you? G073. On the days, about how many hours per day is that?	해당 설문 없음	sp005_1: HOW OFTEN RECEIVED HELP FROM PERSON 1 "In the last twelve months, how often altogether have you or your husband/wife/partner received such help from this person? Was it...?" hc035_: WEEKS RECEIVED PAID DOMESTIC HELP "During the last twelve months, how many weeks did you receive professional or paid help for domestic tasks at home because you could not perform them yourself due to health problems?"	Cb19. During the last month, on about how many days did [helper's name chosen from Cb18] help you? _____days (range: 1~31) Cb20. On the days [helper's name chosen from Cb18] helps you, about how many hours per day is that? _____ hours (range: 1~24)

3) 삶의질 관련 지표

KLoSA는 삶의 질 평가를 위해 건강, 경제, 사회관계(배우자, 자녀) 만족도와 전반적 삶의 만족도로 구성된 4개 영역의 삶의 만족도 설문을 조사하고 있다. HRS와 ELSA는 CASP-19 척도를 이용하여 삶의 질 관련 사회심리 조사를 시행하고 있으며, SHARE는 CASP-19의 축약형인 CASP-12 척도를 이용하여 삶의 질을 조사하고 있다. KLoSA와 ELSA는

때 조사에서 core 조사항목으로 삶의 질을 조사하고 있으나, HRS와 SHARE 2006에만 임의 추가 설문으로 조사되었다 (표 % 참조). 본 연구에서는 HRS와 ELSA의 CASP-19 조사 중 SHARE의 CASP-12와 상호 비교가 가능한 12개 문항의 합산 점수를 분석에 활용하였고, KLoSA는 4개 삶의 질 조사영역의 응답을 합산한 점수를 분석에 활용하였다. 또한 삶의 만족도 개별 문항은 KLoSA와 상호 비교가 가능하도록 각 조사원별로 삶의 전반적인 만족도를 묻는 1개 문항을 선택하여 분석에 활용하였다 (표 % 참조). 삶의 질 총점과 삶의 만족도 개별 문항 점수는 각 자료원별 대상자의 응답 분포를 기준으로 삼분위수로 나눈 후 하위 삼삼분위에 해당하는 대상자를 낮은 삶의 질로 구분하여 독립요인과의 교차분석 시 낮은 삶의 질 대상자의 비율은 국가 간 상호 비교 가능하도록 하였다.

〈표 3-5〉 삶의 질 관련 설문 비교

자료원	HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
조사 척도	CASP-19 (CASP-12 공통항목만 제시)	CASP-19 (CASP-12 공통항목만 제시)	CASP-12	해당없음 (공통항목 없음)
	My age prevents me from doing the things I would like to.	How often feels age prevents them from doing things they like	My age prevents me from doing the things i would like to	How satisfied are you with your health?
	I feel that what happens to me is out of my control.	How often feels what happens to them is out of their control	I feel that what happens to me is out of my control	In overall, how satisfied are you with your quality of life (or how happy you feel)?
	I feel left out of things.	How often feels left out of things	I feel left out of things	How satisfied are you with your economic status?

제3장 주요국 장기요양돌봄서비스 체계의 이용자 중심 성과(outcome) 분석 195

자료원	HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
	I can do the things that I want to do.	How often can do the things they want to do	I can do the things that i want to do	How satisfied are you with the relationship with your spouse?
	Family responsibilities prevent me from doing what I want to do.	How often family responsibilities prevents them from doing things	Family responsibilities prevent me from doing what i want to do	How satisfied are you with the relationship with your children?
	Shortage of money stops me from doing the things I want to do.	How often shortage of money stops them doing things	Shortage of money stops me from doing the things i want to do	
	I look forward to each day.	How often look forward to each day	I look forward to each day	
	I feel that my life has meaning.	How often feels that their life has meaning	I feel that my life has meaning	
	On balance, I look back on my life with a sense of happiness.	How often looks back on their life with a sense of happiness	On balance, i look back on my life with a sense of happiness	
	I feel full of energy these days.	How often feels full of energy these days	I feel full of energy these days	
	I feel that life is full of opportunities.	How often feels that life is full of opportunities	I feel that life is full of opportunities	
	I feel that the future looks good for me.	How often feels the future looks good to them	I feel that the future looks good for me	

〈표 3-6〉 삶의 전반적인 만족도 관련 문항 비교

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
I am satisfied with my life	Is satisfied with his/her life?	How satisfied are you with your life in general	In overall, how satisfied are you with your quality of life (or how happy you feel)?
1. strongly agree 2. agree 3. slightly agree 4. neither agree nor disagree 5. slightly disagree 6. disagree 7. strongly disagree	1. strongly agree 2. agree 3. slightly agree 4. neither agree nor disagree 5. slightly disagree 6. disagree 7. strongly disagree	1. Very satisfied 2. Somewhat satisfied 3. Somewhat dissatisfied 4. Very dissatisfied	Please answer how much you are satisfied with the followings compared to your contemporaries. 0 means absolutely dissatisfied and 100 means absolutely satisfied.

4) 건강관련 지표

가) 주관적 건강상태

: 삶의 전반적인 만족도 관련 문항 비교주관적 건강 설문은 본인의 건강상태를 주관적으로 묻는 질문에 대하여 excellent, very good, good, fair, poor의 5단계로 응답하도록 조사되었다. Klosa의 경우는 주관적 건강관련 설문 문항이 2개로 되어있으며 이 중 본 연구에서는 HRS, ELSA, SHARE와 공통 응답척도 (국문: 최상, 매우 좋음, 좋은편, 보통, 나쁜편)를 사용한 변수를 사용하였다. 5단계 likert scale은 건강과 불건강으로 이분화하여 분석하였고 주관적 불건강상태는 fair, poor 항목에 응답한 사람으로 범주화하였다.

〈표 3-7〉 주관적 건강상태 설문비교

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
Next I have some questions about your health. Would you say your health is excellent, very good, good, fair, or poor?	How is your health in general? Would you say it was ...READ OUT... excellent, very good, good, fair, poor	HEALTH IN GENERAL QUESTION V 1. Would you say your health is ... [1. Very good 2. Good 3. Fair 4. Bad 5. Very bad]	Next I have some questions about your health. Would you say your health is excellent, very good, good, fair, poor

나) 우울감

: KLoSA, HRS와 ELSA는 우울감 조사척도로 CES-D (The Center for epidemiologic Studies Depression Scale)를 사용하였고, SHARE는 EURO-D (European Depression scale) 척도를 사용하였다. KLoSA를 제외한 3개 자료는 예/아니오의 이분형 응답이고, KLoSA는 ① 잠깐 그런 생각이 들었거나, 그런 생각이 들지 않았음(하루미만), ② 가끔 그런 생각이 들었음(하루 이틀 정도), ③ 자주 그런 생각이 들었음(3일~4일 정도), ④ 항상 그런 생각이 들었음(5일~7일 정도)의 4개 응답범주로 조사되었다. 각 자료간 상호 비교를 위하여 CES-D와 Euro-D 두 척도 중 상호 비교가 가능한 우울감, 수면장애, 피로감과 삶의 만족도 4개 문항을 분석에 사용하였고, 3개 조사자료의 설문을 토대로 KLoSA는 자주, 항상에 응답한 경우를 우울감 '있음'으로 범주화하여 분석하였다. 본 보고서에서는 4개 우울감 관련 설문 중 하나이상 '예'로 응답한 경우 우울감이 있는 것으로 구분하여 분석하였다.

〈표 3-8〉 우울 설문비교

		KLoSA	HRS	ELSA	SHARE
조사 척도		CES-D	CES-D	CES-D	Euro-D
회고 기간		지난주	지난주	지난주	지난해 중 2주간
공통 항목	우울감	How often did you feel depressed?	(Much of the time during the past week···). You felt sad. (Would you say yes or no?)	(Much of the time during the past week), You felt depressed?	During that time did the feelings of being sad, blue, or depressed usually last all day long, most of the day, about half the day, or less than half the day?
	수면장애	During the last week, how often did you have trouble falling asleep?	(Much of the time during the past week···) Your sleep was restless. (Would you say yes or no?)	(Much of the time during the past week), Your sleep was restless?	TROUBLE SLEEPING. Have you had trouble sleeping recently?
	피로감	During the last week, how often did you feel tired out or low in energy?	(Much of the time during the past week···) You felt that everything you did was aneffort.(Would you say yes or no?)	(Much of the time during the past week), You felt that everything you did was an effort?	FATIGUE. In the last month, have you had too little energy to do the things you wanted to do?
	삶의 만족	How often did you feel you were overall satisfied last week?	(Much of the time during the past week···) You enjoyed life.	(Much of the time during the past week), You enjoyed life?	ENJOYMENT. What have you enjoyed doing recently?

5) 돌봄 제공 관련 지표

장애인의 돌봄 서비스 수혜 지표와는 독립적으로 조사 대상자가 가족/근린에게 돌봄서비스를 제공하고 있는지에 대해서 분석을 시행하였다. HRS를 제외한 3개 조사자료는 모두 전체 대상자에게 가족 혹은 친인척에게 돌봄 서비스를 제공하고 있는지 조사를 시행하고 있다. 각 국가별 비교 분석을 위해 돌봄 서비스 제공을 예/아니오의 범주로 구분한 후 분석을 시행하였고, 이를 위해 ELSA는 돌봄 서비스 제공 관련하여 조사된 모든 설문에 하나이상 '예'로 응답한 경우 돌봄서비스를 제공하고 있음으로 재범주화하였다.

〈표 3-9〉 돌봄 서비스 제공 관련 지표

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
Are you the person most responsible for the care of your friend or relative? * 해당설문은 HRS의 supplementary 조사인 ADAMS 데이터에 포함되어 있으나, 이 조사는 치매환자와 가족만을 대상으로 조사됨.	Whether looked after anyone in the past week Looked after her/his spouse/partner Looked after her/his child Looked after her/his grandchild Looked after her/his parent Looked after her/his parent in law Looked after other relative Looked after her/his friend or neighbour Looked after some other person	"Which (other) family member from outside the household, friend or neighbour have you helped most often in the last twelve months?" "Please look at card 28. Which types of help have you given to this person in the last twelve months?" (Personal care, e.g., help with dressing, bathing or showering, eating, getting in or out of bed, using the toilet)	B180. Did you provide (names listed in B179) any help with activities of daily living during the past 12 months (not calendar year)? If so, who was helped? B183. Did you help your any of your family members (spouse, parents, parents of spouse, siblings and/or children) who are not living with you with other things such as household chores, errands, transportation,

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
			grocery shopping, financial management, etc.? If you did, who was helped? Please identify all family members whom you helped out during the past 12 months.

6) 취업 관련 지표

취업 여부는 각 자료원의 현재 근로상태 변수를 활용하였고, 고용/근로, 자영업, 가족이나 친척의 일을 도와주는 것을 모두 포함하여 취업상태로 분석하였다.

〈표 3-10〉 현재 근로상태 관련 변수 비교

HRS	ELSA	SHARE	KLoSA
Current labor force status 1=works Full-time; 2=works Part-time; 3=unemployed; 4=partly retired; 5=retired; 6=disabled; 7=not in labor force	Best description of current situation 1. retired 2. employed 3. self-employed 4. unemployed 5. permanently sick or disabled 6. looking after home or family 85. other answer 95. other(specify) 96. semi-retired	current job situation 1=retired 2=employed or self-employed(including working for family business) 3=unemployed 4=permanently sick or disabled 5=homemaker	Do you work now? (including self-employed and working for family business.) 1. yes 5. no

7) 인구사회학적 변수

KLoSA는 45세 이상을 조사 대상으로 하고 있으나, KLoSA를 제외한 3개 자료는 모두 50세 이상을 조사 대상으로 하고 있어, 50세 이상의 중 고령자만을 분석 대상에 포함하였다. 교육수준은 국가별 비교 분석을 위하여 UNESCO에서 개발한 International Standard Classification of Education (ISCED)를 적용하여 재범주화 하였다. ISCED는 총 6개 등급으로 구성되며 0등급은 취학전 교육(pre-primary education), 1등급은 초등교육(primary education), 2등급은 전기중등교육(lower secondary education), 3등급은 후기중등교육(upper secondary education), 4등급은 중등 후 비고등교육(post-secondary education), 5등급은 제 1단계 고등교육(tertiary education), 6등급은 제 2단계 고등교육(tertiary education)로 구분된다. 본 연구에서는 UNESCO에서 제공한 국가별 교육단계 맵을 이용하여 대상자의 교육수준을 6단계의 ISCED 등급을 매긴 후 0~2등급, 3등급, 4~6등급의 3개 범주로 구분하였다. 결혼상태는 현재 배우자의 유무를 기준으로 배우자가 있는 경우와 없는 경우를 나누어 분석하였으며 별거, 이혼 등의 상태는 배우자가 없는 경우에 속한다. 소득수준은 연간 가구 총소득액을 가구원수의 0.5승으로 나눈 균등화 가구소득을 산출한 후 소득 분포를 기준으로 삼분위수로 범주화하였다.

다. 분석방법

본 연구에서는 KLoSA, HRS, ELSA, SHARE 4개 자료원 모두 2006년과 2010년 2개년 조사에 모두 참여하였고 본 연구의 주요 변수에 미응답 항목이 없는 대상자만을 분석에 활용하였다. 모든 분석은 각 자료원의

06-10 종단면 가중치를 적용하여 분석을 시행하였다. 통계 패키지는 SAS 9.1.3을 프로그램을 이용하였으며, 사용된 프로시저는 빈도 분석 PROC SURVEYFREQ, 로지스틱 회귀분석 PROC SURVEYLOGISTIC이다.

라. 자료의 인구사회학적 분포

인구사회학적 분포는 KLoSA, HRS, ELSA, SHARE 4개 자료 모두 2006년 자료를 토대로 분석하였다.

〈표 3-11〉 인구사회학적 분포: 대한민국

	대한민국(n=6588)		
	N	%(SE)*	
성별			
여성	3631	55.12	0.69
남성	2957	44.88	0.69
연령			
50-64세	4362	66.21	0.59
65-74세	1635	24.82	0.53
75+세	591	8.97	0.30
교육수준 †			
0-2등급	4318	65.54	0.68
3등급	1698	25.78	0.64
4-6등급	572	8.68	0.42
결혼상태			
무배우자	1289	19.57	0.52
유배우자	5299	80.43	0.52
소득수준 ‡			
1삼분위 (하위)	1979	30.04	0.61
2삼분위	2154	32.70	0.64
3삼분위 (상위)	2455	37.26	0.68
계	6,588	100	

*Weightedcolumnpercent(standarderror)

† 교육수준은 International Standard Classification of Education(ISCED)코드매핑후 범주화함.
‡ 소득수준은 가구균등화소득의 삼분위수임. 균등화가구소득은 연간 가구총소득액을 가구원수의 0.5승으로 나누어 산출함.

한국의 경우, KLoSA 자료의 응답자를 대상으로 중고령자의 일반적특성을 살펴보고자 한다. 먼저 성별을 살펴보면 여성은 3,631명(55.12%), 남성은 2,957명(44.88%)으로 남성에 비해 여성의 비율이 많은 것으로 조사되었다.

연령대별로 살펴보면, 50-64세가 4,362명(66.21%)로 주된 연령층으로 나타났다. 그 다음으로 높은 비율을 차지하고 있는 연령층은 65-74세 1,635명(24.82%), 75세 이상 591명(8.97%)순이었다.

교육수준은 0-2등급의 경우 4,318명(65.54%), 3등급은 1,698명(25.78%), 4-6등급은 572명(8.68%)의 순으로 나타나 한국의 중고령자들의 교육수준이 높지않은 것으로 나타났다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우가 5,299명(80.43%), 배우자가 없는 경우가 1,289명(19.57%)으로 나타났다.

중고령자의 소득수준을 가구균등화소득의 삼분위로 나눴을 때, 1삼분위가 1979명(30.04%), 2삼분위가 2154명(32.70%), 3삼분위가 2455명(37.26%)의 순으로 나타났다.

영국은 ELSA의 응답자를 대상으로 조사하였다. 남성과 여성의 비율을 살펴보면 여성은 2,758명(54.03%), 남성은 2,347명(45.97%)로 여성에 비해 남성의 비율이 많은 것으로 나타났다.

연령대별로 살펴보면 50-64세는 2,566명(50.26%), 65-74세가 1,555명(30.45%), 75세 이상이 984명(19.28%)의 순으로 나타났다.

교육수준은 0-2등급의 경우 830명(16.26%), 3등급은 3,540명(69.35%), 4-6등급은 735명(14.39%)의 순으로 나타나 영국 중고령자의 대다수가 중등교육이상을 받은 것으로 나타났다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우가 3,450명(67.57%), 배우자가 없는 경우가 1,655명(32.43%)로 나타났다. 중고령자의 소득수준의 경우 1삼

분위가 1,673명(32.77%), 2삼분위가 1,715명(33.60%), 3삼분위의 경우가 1,717명(33.63%)으로 나타나 중고령자의 절반이상이 2삼분위 이상에 속하는 것으로 나타났다.

〈표 3-12〉 인구사회학적 분포: 영국, 미국

	영국(n=5105)			미국(n=13044)		
	N	% (SE)		N	% (SE)	
성별						
여성	2758	54.03	0.72	7175	55.01	0.53
남성	2347	45.97	0.72	5869	44.99	0.53
연령						
50-64세	2566	50.26	0.72	7717	59.16	0.48
65-74세	1555	30.45	0.65	3206	24.58	0.38
75+세	984	19.28	0.56	2121	16.26	0.32
교육수준 †						
0-2등급	830	16.26	0.53	1787	13.70	0.33
3등급	3540	69.35	0.66	5759	44.15	0.52
4-6등급	735	14.39	0.49	5498	42.15	0.53
결혼상태						
무배우자	1655	32.43	0.67	4068	31.19	0.48
유배우자	3450	67.57	0.67	8976	68.81	0.48
소득수준 ‡						
1삼분위 (하위)	1673	32.77	0.68	3660	28.06	0.46
2삼분위	1715	33.60	0.68	4131	31.67	0.48
3삼분위 (상위)	1717	33.63	0.67	5253	40.27	0.53
계	5,105	100		13,044	100	

미국의 경우 총 13,044명의 응답자 중 여성이 7,175명(55.01%), 남성이 5,869명(44.99%)인 것으로 나타났다. 각 연령대별로 살펴보면 50-64세는 7,717명(59.16%), 65-74세가 3,206명(24.58%), 75세 이상이 2,121명(16.26%)의 순으로 나타났다.

교육수준은 0-2등급의 경우 1787명(13.70%), 3등급은 5759명(44.15%), 4-6등급은 5498명(42.15%)로 나타나 중고령자의 80%이상

이 고등교육이상을 받은 것으로 조사되었다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우가 8976명(68.81%), 배우자가 없는 경우가 4,068명(31.19%)로 나타났다. 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위가 3660명(28.06%), 2삼분위가 4131명(31.67%), 3삼분위의 경우가 5253명(40.27%)의 순으로 나타나 소득수준의 분포는 상위삼분위가 다른 소득수준에 비해 조금 더 많은 것으로 조사되었다.

〈표 3-13〉 인구사회학적 분포: 스웨덴, 덴마크

	스웨덴(n=990)			덴마크(n=800)		
	N	%(SE)		N	%(SE)	
성별						
여성	540	54.53	1.70	416	52.02	1.77
남성	450	45.47	1.70	384	47.98	1.77
연령						
50-64세	510	51.53	1.70	453	56.68	1.74
65-74세	286	28.88	1.48	209	26.11	1.54
75+세	194	19.59	1.39	138	17.21	1.28
교육수준 †						
0-2등급	462	46.66	1.71	160	19.96	1.40
3등급	184	18.57	1.33	357	44.64	1.77
4-6등급	344	34.77	1.62	283	35.40	1.70
결혼상태						
무배우자	368	37.22	1.76	241	30.18	1.62
유배우자	622	62.78	1.76	559	69.82	1.62
소득수준 ‡						
1삼분위 (하위)	337	34.06	1.67	256	32.00	1.64
2삼분위	315	31.87	1.57	265	33.11	1.67
3삼분위 (상위)	337	34.07	1.58	279	34.89	1.71
계	989	100		800	100	

스웨덴은 총 대상자 990명 중 성별은 여성이 540명(54.43%), 남성은 450명(45.47%)으로 남성에 비해 여성이 많은 것으로 나타났다. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 510명(51.53%), 65-74세 286명(28.88%), 75세이상 194명(19.59%)의 순으로 나타났다.

교육수준은 0-2등급 462명(46.66%), 3등급 184명(18.57%), 4-6등급 344명(34.77%)의 순으로 나타나 교육수준의 편차가 큰 것으로 조사되었다. 결혼 상태는 배우자가 있는 경우 622명(62.78%), 배우자가 없는 경우 368명(37.22%)으로 배우자가 있는 경우가 좀 더 많은 것으로 나타났다. 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 337명(34.06%), 2삼분위 315명(31.87%), 3삼분위 337명(34.07%)으로 나타나 소득수준의 분포는 비슷한 것으로 나타났다.

덴마크 전체 응답자 800명 중 여성은 416명(52.02%), 남성은 384명(47.98%)으로 나타나 여성의 비율이 좀 더 높은 것으로 나타났다. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 453명(56.68%), 65-74세 209명(26.11%), 75세 이상 138명(17.21%)인 것으로 나타났다.

교육수준은 0-2등급 160명(19.96%), 3등급 357명(44.64%), 4-6등급 283명(35.40%)의 순으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 있는 경우 559명(69.82%), 배우자가 없는 경우 241명(30.18%)인 것으로 나타났다. 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 256명(32.00%), 2삼분위 265명(33.11%), 3삼분위 279명(34.89%)으로 나타났다.

〈표 3-14〉 인구사회학적 분포: 프랑스, 독일, 스위스, 오스트리아, 네덜란드

	프랑스 (n=670)			독일 (n=691)			스위스 (n=460)			오스트리아 (n=605)			네덜란드 (n=852)		
	N	% (SE)		N	% (SE)		N	% (SE)		N	% (SE)		N	% (SE)	
성별															
여성	385	57.42	1.95	378	54.66	2.18	268	58.29	2.35	341	56.44	2.07	460	53.96	1.85
남성	285	42.58	1.95	313	45.34	2.18	192	41.71	2.35	264	43.56	2.07	392	46.04	1.85
연령															
50-64세	332	49.60	1.97	345	49.97	2.20	237	51.42	2.38	287	47.50	2.08	479	56.24	1.83
65-74세	199	29.78	1.79	232	33.59	2.00	127	27.56	2.06	189	31.29	1.82	230	26.94	1.58
75+세	138	20.62	1.64	114	16.44	1.81	97	21.03	1.97	128	21.20	1.70	143	16.82	1.40
교육수준 †															
0-2등급	296	44.23	1.95	104	15.07	1.67	223	48.46	2.38	197	32.52	1.92	436	51.18	1.85
3등급	234	34.86	1.88	349	50.58	2.20	107	23.28	2.01	268	44.26	2.06	218	25.59	1.61
4-6등급	140	20.91	1.59	237	34.35	2.09	130	28.26	2.16	140	23.22	1.76	198	23.23	1.58
결혼상태															
무배우자	226	33.69	1.86	183	26.47	2.18	160	34.87	2.29	233	38.58	2.01	293	34.38	1.88
유배우자	444	66.31	1.86	508	73.53	2.18	300	65.13	2.29	372	61.42	2.01	559	65.62	1.88
소득수준 †															
1삼분위 (하위)	208	31.03	1.80	242	35.03	2.13	150	32.63	2.25	225	37.13	2.00	297	34.90	1.77
2삼분위	243	36.23	1.91	234	33.88	2.12	157	34.07	2.25	185	30.60	1.90	264	31.03	1.71
3삼분위 (상위)	219	32.74	1.84	215	31.09	1.95	153	33.30	2.24	195	32.27	1.95	290	34.07	1.76
계	670	100		691	100		460	100		605	100		851	100	

프랑스 총 응답자 670명 중 여성이 385명(57.42%), 남성 285명(42.58%)으로 남성에 비해 여성이 많은 비율로 나타났다. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 332명(49.60%), 65-74세 199명(29.78%), 75세 이상 138명(20.62%)의 순으로 나타났다.

교육수준은 0-2등급 296명(44.23%), 3등급 234명(34.86%), 4-6등

급 140명(20.91%)의 순으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 있는 경우 444명(66.31%), 배우자가 없는 경우 226명(33.69%)으로 나타났다. 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 208명(31.03%), 2삼분위 243명(35.23%), 3삼분위 219명(32.74%)의 순으로 나타났다.

독일 총 응답자 691명 중, 여성 378명(54.66%) 남성 313명(45.34%)으로 나타남. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 345명(49.97%), 65-74세 232명(33.59%), 75세이상 114명(16.44%)으로 나타남. 교육수준은 0-2등급 104명(15.07%), 3등급 349명(50.58%), 4-6등급 237명(34.35%)으로 나타나 대부분의 중고령자가 중등교육이상을 이수한 것으로 응답하였다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우 508명(73.53%), 배우자가 없는 경우 183명(26.47%)으로 나타나 배우자가 있는 경우가 많은 것으로 나타났다. 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 242명(35.03%), 2삼분위 234명(33.88%), 3삼분위 215명(31.09%)으로 나타나 소득수준은 삼분위로 비교해 봤을 때 균등하게 분포된 것으로 조사되었다.

스위스 총 응답자 460명 중 여성은 268명(58.29%), 남성 192명(41.71%)으로 나타남. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 237명(51.42%), 65-74세 127명(27.56%), 75세 이상 97명(21.03%)의 순으로 나타났다.

교육수준은 0-2등급 223명(48.46%), 3등급 107명(23.28%), 4-6등급 130명(28.26%)으로 나타나 교육수준에 큰 차이를 보였으며, 특히 중등이하의 교육을 받은 경우가 가장 많은 분포를 차지하였다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우 300명(65.13%), 배우자가 없는 경우 160명(34.87%)으로 나타났다.

중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 150명(32.63%), 2삼분위 157명

(34.07%), 3삼분위 153명(33.30%)의 순으로 나타나 소득수준은 삼분위로 비교해봤을 때 균등하게 분포된 것으로 조사되었다.

오스트리아의 총 응답자 605명 중 여성은 341명(56.44%), 남성은 264명(43.56%)으로 나타나 여성이 좀 더 많은 것으로 조사되었다.

각 연령대별로 살펴보면, 50-64세는 287명(47.50%), 65-74세 189명(31.29%), 75세 이상 128명(21.20%)으로 나타났다. 교육수준은 다른 교육수준에 비해 3등급은 많은 분포를 차지하였고, 0-2등급 197명(32.52%), 3등급 268명(44.26%), 4-6등급 140명(23.22%)의 순으로 나타났다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우 372명(61.42%), 배우자가 없는 경우 233명(38.58%)로 유배우자의 경우가 많은 것으로 나타났다. 소득수준의 경우 1삼분위 225명(37.13%), 2삼분위 185명(30.60%), 3삼분위 195명(32.27%)으로 나타나 소득수준이 가장 하위에 있는 그룹이 조금 더 많은 것으로 조사되었다.

네덜란드 총 응답자 852명 중 여성은 460명(53.96%), 남성 392명(46.04%)으로 나타나 남성에 비해 여성이 좀 더 많이 응답한 것으로 조사되었다. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 479명(56.24%), 65-74세 230명(26.94%), 75세이상 143명(16.82%)으로 나타났다. 교육수준은 0-2등급 436명(51.18%), 3등급 218명(25.59%), 4-6등급 198명(23.23%)으로 중고등교육을 받지 못한 사람의 비중이 응답자의 절반이상인 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 있는 경우 559명(65.52%), 배우자가 없는 경우 293명(34.38%)로 나타났다.

중고령자 소득수준의 경우 1삼분위는 297명(34.90%), 2삼분위 264명(31.03%), 3삼분위 290명(34.07%)으로 균등한 분포를 띄는 것으로 조사되었다.

〈표 3-15〉 인구사회학적 분포

	이탈리아(n=994)			스페인(n=708)		
	N	%(SE)		N	%(SE)	
성별						
여성	545	54.86	1.86	385	54.31	2.16
남성	449	45.14	1.86	323	45.69	2.16
연령						
50-64세	446	44.89	1.87	291	41.07	2.16
65-74세	330	33.20	1.66	252	35.54	2.03
75+세	218	21.91	1.66	166	23.39	1.73
교육수준 †						
0-2등급	752	75.63	1.67	615	86.88	1.58
3 등급	167	16.83	1.48	50	7.01	1.15
4-6등급	75	7.55	1.01	43	6.11	1.18
결혼상태						
무배우자	273	27.43	1.89	208	29.38	2.14
유배우자	721	72.57	1.89	500	70.62	2.14
소득수준 †						
1삼분위 (하위)	374	37.67	1.81	240	33.86	2.01
2삼분위	339	34.14	1.80	262	37.04	2.07
3삼분위 (상위)	280	28.19	1.63	206	29.10	2.01
계	993	100		708	100	

이탈리아의 경우, 총 응답자 994명 중 여성이 545명(54.86%), 남성이 449명(45.14%)로 여성의 비중이 조금 높았다. 연령대별로 살펴보면 50-64세는 446명(44.89%), 65-74세 330명(33.20%), 75세이상 218명(21.91%)로 나타났다.

교육수준은 0-2등급 752명(75.63%), 3등급 167명(16.83%), 4-6등급 75명(0.55%)으로 교육수준의 편차가 비교국가중 큰 것을 알 수 있었으며, 특히 중고등교육을 받지 못한 경우가 75.63%로 나타나 중고령자의 교육수준이 낮은 것으로 조사되었다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우 721명(72.57%), 배우자가 없는 경우 273명(27.43%)로 나타났다. 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 374명(37.67%), 2삼분위 339명(34.14%), 3삼분위 280명(28.19%), 로 나타났다.

스페인의 경우, 총 응답자 708명 중 여성이 385명(54.31%), 남성이 323명(45.69%), 연령대별로 살펴보면 50-64세는 291명(41.07%), 65-74세 252명(35.54%), 75세 이상 166명(23.39%)로 나타났다. 교육 수준은 0-2등급 615명(86.88%), 3등급 50명(7.01%), 4-6등급 43명(6.11%) 교육수준의 편차가 비교국가 중 가장 큰 것을 알 수 있었으며, 특히 중고등교육을 받지 못한 경우가 86.88%로 나타나 중고령자의 교육수준이 낮은 것으로 조사되었다.

결혼상태는 배우자가 있는 경우 500명(70.62%), 배우자가 없는 경우 208명(29.38%)였으며, 중고령자 소득수준의 경우 1삼분위 240명(33.86%), 2삼분위 262명(37.04%), 3삼분위 206명(29.10%)으로 나타났다.

마. 장애율(레짐별, 나라별)

〈표 3-16〉 복지레짐별 ADL 장애율: 동아시아(2006년, 2010년)

	동아시아 대한민국					
	2006년			2010년		
	N	% (SE)*		N	% (SE)*	
화장실 사용						
도움필요없음	6,495	98.81	0.14	6,371	97.45	0.19
도움필요함*	93	1.19	0.14	217	2.55	0.19
식사하기						
도움필요없음	6,472	98.50	0.16	6,394	97.76	0.18
도움필요함	116	1.50	0.16	194	2.24	0.18
옷입기						
도움필요없음	6,445	98.27	0.16	6,357	97.32	0.19
도움필요함	143	1.73	0.16	231	2.68	0.19
목욕하기						
도움필요없음	6,399	97.72	0.18	6,270	96.28	0.23
도움필요함	189	2.28	0.18	318	3.72	0.23
ADL 종합						
도움필요없음	6,347	97.07	0.21	6,246	95.99	0.24
도움필요함	241	2.93	0.21	342	4.01	0.24
계	6,588	100		6,588	100	

먼저 한국 중고령자의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 '목욕하기'인 것으로 나타났다. 개인위생관련 항목인 '화장실사용', '식사하기', '옷입기', '목욕하기'의 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.19%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.50%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.73%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.28%로 나타났다. 자립정도는 '화장실사용', '식사하기', '옷입기', '목욕하기' 순으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 2.93%, 도움이 필요하지 않은 경우가 97.07%로 나타나 본 연구대상자의 약 3%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있는데, 이는 노화 및 만성질환여부와의 관련이 있을 것으로 추정된다. 개별 위생항목 중 다른사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 '목욕하기'인 것으로 나타났으며 2006년에 2.28%의 완전·부분도움이 필요하던것에서, 2010년에는 3.72%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.55%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.24%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.68%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.72%로 나타났다. 자립정도는 '식사하기', '화장실사용', '옷입기', '목욕하기' 순으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경

우가 4.01%, 도움이 필요하지 않은 경우가 95.99%로 나타나 본 연구대상자의 약 4%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

〈표 3-17〉 복지레짐별 ADL 장애율: 앵글로 색슨(2006년, 2010년)

	앵글로색슨 유럽						앵글로색슨 아메리카					
	영국(2006)			영국(2010)			미국(2006)			미국(2010)		
	N	%(SE)		N	%(SE)		N	%(SE)		N	%(SE)	
화장실 사용												
도움필요없음	4963	97.20	0.24	4940	96.84	0.25	12452	96.02	0.20	12195	94.42	0.23
도움필요함*	142	2.80	0.24	165	3.16	0.25	592	3.98	0.20	849	5.58	0.23
식사하기												
도움필요없음	5045	98.82	0.16	5008	98.07	0.20	12810	98.30	0.13	12529	96.73	0.17
도움필요함	60	1.18	0.16	97	1.93	0.20	234	1.70	0.13	515	3.27	0.17
옷입기												
도움필요없음	4477	87.35	0.49	4375	85.39	0.51	12022	92.96	0.26	11570	90.10	0.30
도움필요함	628	12.65	0.49	730	14.61	0.51	1022	7.04	0.26	1474	9.90	0.30
목욕하기												
도움필요없음	4627	90.58	0.42	4567	89.35	0.45	12506	96.39	0.19	12013	93.38	0.24
도움필요함	478	9.42	0.42	538	10.65	0.45	538	3.61	0.19	1031	6.62	0.24
ADL 종합												
도움필요없음	4246	82.95	0.54	4129	80.68	0.57	11498	89.45	0.31	10855	85.42	0.35
도움필요함	859	17.05	0.54	976	19.32	0.57	1546	10.55	0.31	2189	14.58	0.35
계	5,105	100		5,105	100		13,044	100		13,044	100	

영국의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’인 것으로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.80%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는

경우가 1.18%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 12.65%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 9.42%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’ 순으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 17.05%, 도움이 필요하지 않은 경우가 82.95%로 나타나 본 연구대상의 약 17%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

영국의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 ‘옷입기’인 것으로 나타났으며 2006년에 12.65%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 14.61%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.16%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.93%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 14.61%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 10.65%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’, ‘순으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 19.32%, 도움이 필요하지 않은 경우가 80.68%로 나타나 본 연구대상의 약 19%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

미국의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 7.04%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화

장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.98%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.70%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 7.04%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.61%로 나타났다. 자립정도는 '식사하기', '목욕하기', '화장실사용', '옷입기'의 순으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 10.55%, 도움이 필요하지 않은 경우가 89.45%로 나타나 본 연구대상의 약 11%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

미국의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 '옷입기'인 것으로 나타났으며 2006년에 7.04%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 9.90%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 5.58%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.27%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 9.90%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.62%로 나타났다. 자립정도는 '식사하기', '화장실사용', '목욕하기', '옷입기' 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 14.58%, 도움이 필요하지 않은 경우가 85.42%로 나타나 본 연구대상의 약 15%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 복지레짐별 ADL 장애율: 노르딕(2006년, 2010년)

	노르딕(2006)				노르딕(2010)							
	스웨덴		덴마크		스웨덴		덴마크					
	N	%(SE)	N	%(SE)	N	%(SE)	N	%(SE)				
화장실 사용												
도움필요없음	983	99.20	0.32	792	99.08	0.33	965	97.81	0.46	788	98.54	0.42
도움필요함*	7	0.80	0.32	8	0.92	0.33	25	2.19	0.46	12	1.46	0.42
식사하기												
도움필요없음	985	99.56	0.22	794	99.30	0.29	966	97.80	0.48	782	97.84	0.51
도움필요함	5	0.44	0.22	6	0.70	0.29	24	2.20	0.48	18	2.16	0.51
옷입기												
도움필요없음	942	95.13	0.73	764	95.70	0.70	905	91.20	0.98	750	93.91	0.84
도움필요함	48	4.87	0.73	36	4.30	0.70	85	8.80	0.98	50	6.09	0.84
목욕하기												
도움필요없음	983	99.04	0.37	781	97.75	0.51	948	95.56	0.73	770	96.50	0.63
도움필요함	7	0.96	0.37	19	2.25	0.51	42	4.44	0.98	30	3.50	0.63
ADL 종합												
도움필요없음	935	94.41	0.78	758	94.99	0.76	881	88.73	1.10	735	92.19	0.94
도움필요함	55	5.59	0.78	42	5.01	0.76	109	11.27	1.10	65	7.81	0.94
계	990	100		800	100		990	100		800	100	

스웨덴의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 4.87%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.80%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.44%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 4.87%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.96%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작

(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 5.59%, 도움이 필요하지 않은 경우가 94.41%로 나타나 본 연구대상의 약 6%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

스웨덴의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 ‘옷입기’인 것으로 나타났으며 2006년에 4.87%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 8.80%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.19%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.20%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 8.80%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 4.44%로 나타났다. 자립정도는 ‘화장실사용’, ‘식사하기’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’ 순으로 으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 11.27%, 도움이 필요하지 않은 경우가 88.73%로 나타나 본 연구대상의 약 11%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

덴마크의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 4.30%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.92%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.70%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 4.30%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.25%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장

실사용', '목욕하기', '옷입기'의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 5.01%, 도움이 필요하지 않은 경우가 94.99%로 나타나 본 연구대상의 약 5%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

덴마크의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 '옷입기'인 것으로 나타났으며 2006년에 4.30%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 6.09%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.46%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.16%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.09%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.50%로 나타났다. 자립정도는 '화장실사용', '식사하기', '목욕하기', '옷입기' 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 7.81%, 도움이 필요하지 않은 경우가 92.19%로 나타나 본 연구대상의 약 8%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

〈표 3-19〉 복지레짐별 ADL 장애율: 유럽대륙(2006년)

2006	유럽대륙														
	프랑스		독일			스위스		오스트리아		네덜란드					
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)			
화장실 사용															
도움필요없음	664	99.07	0.38	686	99.33	0.30	456	99.11	0.44	595	98.38	0.51	850	99.81	0.14
도움필요함*	6	0.93	0.38	5	0.67	0.30	4	0.89	0.44	10	1.62	0.51	2	0.19	0.14
식사하기															
도움필요없음	664	99.12	0.36	685	98.92	0.49	459	99.77	0.23	598	98.84	0.44	848	99.65	0.18
도움필요함	6	0.88	0.36	6	1.08	0.49	1	0.23	0.23	7	1.16	0.44	4	0.35	0.18
옷입기															
도움필요없음	627	98.50	0.97	653	94.02	1.05	444	96.62	0.86	563	92.82	1.08	836	98.07	0.51
도움필요함	43	6.50	0.97	38	5.98	1.05	16	3.38	0.86	42	7.18	1.08	16	1.93	0.51
목욕하기															
도움필요없음	651	97.00	0.69	672	96.69	0.84	447	96.95	0.84	584	96.53	0.75	840	98.61	0.43
도움필요함	19	3.00	0.69	19	3.31	0.84	13	3.05	0.84	21	3.47	0.75	12	1.39	0.43
ADL 종합															
도움필요없음	615	91.70	1.08	642	91.56	1.29	433	94.00	1.15	554	91.43	1.16	826	97.01	0.62
도움필요함	55	8.30	1.08	49	8.44	1.29	27	6.00	1.15	51	8.57	1.16	26	2.99	0.62
계	670	100		691	100		460	100		605	100		852	100	

〈표 3-20〉 복지레짐별 ADL 장애율: 유럽대륙(2010년)

2010	유럽대륙														
	프랑스		독일			스위스		오스트리아		네덜란드					
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)			
화장실 사용															
도움필요없음	657	97.91	0.58	667	96.35	0.85	452	98.00	0.71	585	96.76	0.73	842	98.74	0.43
도움필요함*	13	2.09	0.58	24	3.65	0.85	8	2.00	0.71	20	3.24	0.73	10	1.26	0.43
식사하기															
도움필요없음	651	97.06	0.67	674	97.53	0.70	451	97.78	0.74	589	97.27	0.68	836	98.04	0.52
도움필요함	19	2.94	0.67	17	2.47	0.70	9	2.22	0.74	16	2.73	0.68	16	1.96	0.52
옷입기															
도움필요없음	605	90.37	1.15	610	86.94	1.54	432	93.50	1.20	546	90.68	1.17	822	96.03	0.77
도움필요함	65	9.63	1.15	81	13.06	1.54	28	6.50	1.20	59	9.32	1.17	30	3.97	0.77
목욕하기															
도움필요없음	627	93.43	0.98	637	90.53	1.41	439	94.90	1.10	562	92.85	1.07	820	95.85	0.78
도움필요함	43	6.57	0.98	54	9.47	1.41	21	5.10	1.10	43	7.15	1.07	32	4.15	0.78
ADL 종합															
도움필요없음	589	87.87	1.28	595	83.63	1.73	420	90.56	1.44	527	87.41	1.36	797	92.97	0.99
도움필요함	81	12.13	1.28	96	16.37	1.73	40	9.44	1.44	78	12.59	1.36	55	7.03	0.99
계	670	100		691	100		460	100		605	100		852	100	

프랑스의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 '옷입기'로 도움을 필요로 하는 경우가 6.50%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.93%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.88%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.50%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.00%로 나타났다. 자립정도는 '식사하기', '화장실사용', '목욕하기', '옷입기'의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 8.30%, 도움이 필요하지 않은 경우가 91.70%로 나타나 본 연구대상의 약 8%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

프랑스의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 '옷입기'인 것으로 나타났으며 2006년에 6.50%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 9.63%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.09%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.94%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 9.63%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.57%로 나타났다. 자립정도는 '식사하기', '화장실사용', '목욕하기', '옷입기' 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 12.13%, 도움이 필요하지 않은 경우가 87.87%로 나타나 본 연구대상의 약 12%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에

비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

독일의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 5.98% 정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.67%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.08%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 5.98%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.31%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 8.44%, 도움이 필요하지 않은 경우가 91.56%로 나타나 본 연구대상의 약 8%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

독일의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 ‘옷입기’인 것으로 나타났으며 2006년에 5.98%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 13.06%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.65%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.47%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 13.06%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 9.47%로 나타났다. 자립정도는 ‘화장실사용’, ‘식사하기’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’ 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 16.37%, 도움이 필요하지 않은 경우가 83.63%로 나타나 본 연구대상의 약 16%가 일상생

활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

스위스의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 3.38% 정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.89%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.23%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.38%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.05%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 6.00%, 도움이 필요하지 않은 경우가 94.00%로 나타나 본 연구대상의 6%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

스위스의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 ‘옷입기’인 것으로 나타났으며 2006년에 3.38%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 6.50%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.00%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.22%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.50%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 5.10%로 나타났다. 자립정도는 ‘화장실사용’, ‘식사하기’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’ 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 9.44%, 도움이 필

요하지 않은 경우가 90.56%로 나타나 본 연구대상의 약 9%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

오스트리아의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 7.18%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.62%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.16%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 7.18%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.47%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 8.57%, 도움이 필요하지 않은 경우가 91.43%로 나타나 본 연구대상의 약 9%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

오스트리아의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 ‘옷입기’인 것으로 나타났으며 2006년에 7.18%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 9.32%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.24%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 2.73%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 9.32%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 7.15%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’ 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 12.59%, 도움이 필요하지 않은 경우가 87.41%로 나타나 본 연구대상의 약 13%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

네덜란드의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 '옷입기'로 도움을 필요로 하는 경우가 1.93%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.19%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.35%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.93%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.39%로 나타났다. 자립정도는 '화장실사용', '식사하기', '목욕하기', '옷입기'의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 2.99%, 도움이 필요하지 않은 경우가 97.01%로 나타나 본 연구대상의 약 3%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

네덜란드의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 '옷입기'에서 '목욕하기'로 바뀌었으며, '목욕하기'의 경우 2006년에 1.39%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 4.15%로 도움의 필요정도가 대폭 증가하였다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 '화장실사용'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.26%, '식사하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.96%, '옷입기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.97%, '목욕하기'의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 4.15%로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필

요한 경우가 7.03%, 도움이 필요하지 않은 경우가 92.97%로 나타나 본 연구대상의 약 7%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

〈표 3-21〉 복지레짐별 ADL 장애율: 이탈리아, 스페인(2006년)

	이탈리아		스페인		이탈리아		스페인					
	2006년				2010년							
	N	%(SE)	N	%(SE)	N	%(SE)	N	%(SE)				
화장실 사용												
도움필요없음	984	99.04	0.35	693	98.19	0.49	958	96.01	0.73	649	93.30	0.93
도움필요함*	10	0.96	0.35	15	1.81	0.49	36	3.99	0.73	59	6.70	0.93
식사하기												
도움필요없음	981	98.60	0.44	694	98.70	0.39	958	95.79	0.78	672	96.23	0.69
도움필요함	13	1.40	0.44	14	1.30	0.39	36	4.21	0.78	36	3.78	0.69
옷입기												
도움필요없음	934	93.20	1.01	645	92.92	0.95	895	89.97	1.11	593	87.05	1.28
도움필요함	60	6.80	1.01	63	7.09	0.95	99	10.03	1.11	115	12.95	1.28
목욕하기												
도움필요없음	940	94.43	0.83	665	95.18	0.79	904	89.33	1.26	611	89.83	1.11
도움필요함	54	5.57	0.83	43	4.82	0.79	90	10.67	1.26	97	10.17	1.11
ADL 종합												
도움필요없음	916	91.20	1.12	629	91.43	1.03	865	86.15	1.34	569	84.54	1.39
도움필요함	78	8.80	1.12	79	8.57	1.03	129	13.85	1.34	139	15.46	1.39
계	994	100		708	100		994	100		708	100	

이탈리아의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하는 경우가 6.80%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 0.96%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.40%, ‘옷입기’의 경우에

는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.80%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 5.57%로 나타났다. 자립정도는 ‘화장실사용’, ‘식사하기’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 8.80%, 도움이 필요하지 않은 경우가 91.20%로 나타나 본 연구대상의 약 9%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

이탈리아의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목을 2006년과 비교해 봤을 때 ‘옷입기’에서 ‘목욕하기’로 바뀐 것을 알 수 있었으며, ‘목욕하기’는 2006년에 5.57%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 10.67%로 도움의 필요정도가 매우 커졌음을 알 수 있었다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.99%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 4.21%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 10.03%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 10.67%로 나타났다. 자립정도는 2006년에 ‘화장실사용’, ‘식사하기’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’ 순이었으나, 2010년 자립의 정도는 ‘화장실사용’, ‘식사하기’, ‘옷입기’, ‘목욕하기’의 순으로 바뀐 것을 알 수 있었다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 13.85%, 도움이 필요하지 않은 경우가 86.15%로 나타나 본 연구대상의 약 14%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

스페인의 2006년 기본적 일상생활동작(ADL)을 항목별로 살펴보면 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 ‘옷입기’로 도움을 필요로 하

는 경우가 7.09%정도로 나타났다. 개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.81%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 1.30%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 7.09%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 4.82%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 나타났다. 기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 8.57%, 도움이 필요하지 않은 경우가 91.43%로 나타나 본 연구대상의 약 9%가 일상생활 동작에 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

스페인의 2010년 조사에서는 기본적 일상생활동작(ADL)의 어려움을 겪는 경우가 좀 더 증가하였음을 알 수 있다. 개별 위생항목 중 다른 사람의 도움이 가장 많이 필요한 항목은 2006년과 마찬가지로 ‘옷입기’인 것으로 나타났으며 2006년에 7.09%의 완전·부분도움이 필요하던 것에서, 2010년에는 12.95%로 도움을 더 필요로 하는 것으로 나타났다.

개별 항목을 좀 더 자세히 살펴보면 ‘화장실사용’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 6.70%, ‘식사하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 3.78%, ‘옷입기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 12.95%, ‘목욕하기’의 경우에는 완전·부분도움을 받는 경우가 10.17%로 나타났다. 자립정도는 ‘식사하기’, ‘화장실사용’, ‘목욕하기’, ‘옷입기’의 순으로 자립의 정도는 2006년과 비슷한 것으로 나타났다.

기본적 일상생활동작(ADL)을 종합적으로 살펴보면, 도움이 필요한 경우가 15.46%, 도움이 필요하지 않은 경우가 84.54%로 나타나 본 연구대상의 약 15%가 일상생활동작에 어려움을 겪는 것으로 나타나 2006년에 비해 일상생활의 어려움을 좀 더 경험하는 것으로 나타났다.

2. 중고령자 장기요양돌봄서비스의 현황 및 성과

가. 서비스 현황

1) 서비스 제공자의 유형(비공식, 공식, 비공식+공식)

〈표 3-22〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 동아시아(2006년, 2010년)

	동아시아: 대한민국					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	41	19.31	3.12	40	13.09	2.11
비공식	185	74.95	3.33	226	62.29	2.98
공식	12	4.90	1.56	33	10.39	1.84
비공식+공식	3	0.84	0.54	43	14.22	2.26
계	241	100		342	100	

복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형을 살펴보면 한국의 경우 비공식적 서비스 제공자를 통해 돌봄서비스를 지원받는 것으로 나타났다. 먼저, 2006년의 자료를 먼저 살펴보면 전체 241명의 응답자중 74.95%에 해당하는 185명이 비공식적 서비스를 제공받았으며, 공식이 4.9%인 12명, 간병수발자가 없는 경우가 19.31%로 나타났다. 2010년의 경우 돌봄대상자수가 2006년보다 101명 늘어난 342명으로 조사되었고, 공식적인 서비스 제공이 늘어났음을 알 수 있다. 2010년 자료에 따르면 비공식서비스를 받는경우가 226명(62.29%), 비공식·공식서비스를 모두 받는 경우가 43명(14.22%), 간병수발자가 없는 경우가 40명(13.09%), 공식서비스를 받는 경우가 33명(10.39%)의 순으로 서비스를 제공받는 것으로 조사되었다.

〈표 3-23〉 복지레지컬 돌봄서비스 제공자 유형: 앵글로 색슨(2006년, 2010년)

	앵글로색슨											
	유럽						아메리카					
	영국(2006년)			영국(2010년)			미국(2006년)			미국(2010년)		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형												
간병수발자 없음	3555	83.50	0.59	460	46.39	1.64	766	49.12	1.55	811	40.35	1.29
비공식	360	43.92	1.75	4137	97.28	0.26	602	38.90	1.52	903	39.85	1.27
공식	3514	82.73	0.60	109	2.72	0.26	65	4.32	0.64	103	4.61	0.52
비공식+공식	732	17.27	0.60	69	6.81	0.81	113	7.66	0.86	372	15.19	0.87
계	8161	227.42		4,775	153.2		1,546	100		2,189	100	

영국의 경우 2006년 돌봄서비스 제공자 유형을 살펴보면, 돌봄서비스에 대한 응답을 한 경우가 859명인 것으로 나타났다. 그 중 간병수발자가 없는 경우가 420명, 공식서비스를 받는 경우가 360명으로 가장 많은 빈도를 나타내었다. 다음으로 비공식과 공식서비스를 받는 경우가 46명, 비공식서비스를 제공받는 경우가 33명의 순으로 나타났다.

2010년에도 간병수발자가 없는 경우가 460명으로 가장 많았고, 비공식서비스를 받는 경우가 384명으로 소폭 감소한데 반해 공식 서비스 수혜자의 수가 63명으로 증가한 것으로 나타났다. 비공식과 공식 서비스 수혜자도 06년에 비해 소폭 상승한 것으로 조사되었다.

미국의 경우 돌봄서비스에 대한 응답을 한 경우가 2006년에 1,546명, 2010년에 2,189명인 것으로 나타났다. 2006년의 경우 간병수발자가 없는 경우가 766명(49.12%)로 가장 높은 비중을 차지했고, 비공식이 602명(38.90%), 비공식과 공식서비스를 함께 받는 경우가 113명(7.66%), 공식서비스를 받는 경우가 65명(4.32%)인 것으로 나타났다. 2010년의 경우 돌봄서비스 응답자수가 2006년에 비해 1.5배로 증가하였다. 돌봄서비스 제공자 유형을 살펴보면 비공식서비스를 받는 경우가 903명(39.85%), 간병수발자가 없는 경우가 811명(40.35%), 비공식과 공식서

비스를 함께 받는 경우가 372명(15.19%), 공식서비스를 받는 경우가 103명(4.61%)인 것으로 나타났다.

〈표 3-24〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 노르딕(2006년, 2010년)

	노르딕											
	스웨덴						덴마크					
	2006년			2010년			2006년			2010년		
	N	%	(SE)									
돌봄서비스 제공자 유형												
간병수발자 없음	33	57.85	7.25	70	58.18	5.21	17	41.88	7.77	31	48.67	6.28
비공식	18	33.94	6.96	25	26.66	4.74	9	21.05	6.35	22	33.47	5.91
공식	1	1.56	1.56	6	5.44	2.28	5	11.94	5.10	6	9.13	3.60
비공식+공식	3	6.66	4.02	8	9.71	3.38	11	25.12	6.70	6	8.73	3.46
계	52	93.35		101	100		31	100		59	91.27	

스웨덴의 경우 돌봄서비스에 대한 응답을 한 경우가 2006년에 55명, 2010년에 109명인 것으로 나타났다. 그 중 2006년 응답자를 대상으로 살펴보면, 간병수발자가 없는 경우가 33명(57.85%)로 가장 많았고, 비공식 서비스 18명(33.94%), 비공식서비스와 공식서비스를 함께 받는 경우 3명, 공식서비스 1명의 순으로 나타났다. 2010년의 경우 전체 109명 중 70명(55.18%)이 간병수발자가 없었고, 비공식서비스를 받는 경우가 25명(26.66%), 비공식서비스와 공식서비스, 공식서비스의 순으로 나타났다.

덴마크의 경우 돌봄서비스에 대한 응답이 2006년 42명, 2010년 65명인 것으로 나타났다. 2006년을 기준으로 살펴보면 간병수발자가 없는 경우가 17명(41.88%)로 가장 많았으며, 비공식과 공식서비스를 함께 받는 경우, 비공식서비스, 공식서비스를 받는 순으로 나타났다. 2010년의 경우 전체 65명 중 31명(48.67%)이 간병수발자가 없었고, 비공식서비스를 받는 경우가 22명(33.47%), 비공식서비스와 공식서비스, 공식서비스의 순으로 나타났다.

〈표 3-25〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 프랑스(2006년, 2010년)

	유럽대륙 프랑스					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	18	32.24	6.38	52	62.82	5.49
비공식	11	20.53	5.61	9	11.67	3.71
공식	10	17.45	5.13	10	12.36	3.72
비공식+공식	16	29.79	6.32	10	13.15	3.90
계	55	100		81	100	

프랑스의 경우 돌봄서비스 제공자에 대한 응답이 2006년에 55명, 2010년에 81명인 것으로 조사되었다. 2006년의 경우 간병수발자가 없는 경우, 비공식과 공식서비스를 함께 받는 경우가 비슷하게 나타났다. 2010년은 간병수발자가 없는 경우가 52명(62.82%)로 높은 비중을 차지했으며, 공식서비스를 받는 경우, 비공식과 공식서비스를 함께 받는 경우, 비공식서비스의 비중은 매우 근소하게 나타났다.

〈표 3-26〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 독일(2006년, 2010년)

	유럽대륙 독일					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	19	34.47	7.28	65	64.20	5.63
비공식	23	48.54	8.15	15	19.84	4.83
공식	1	3.79	3.73	6	5.65	2.38
비공식+공식	6	13.20	5.96	10	10.31	3.49
계	49	100		96	100	

독일은 돌봄서비스 제공자에 대한 응답이 2006년에 49명, 2010년에 96명으로 나타났다. 2006년의 경우 비공식서비스 23명(48.54%), 간병수발자 없음 19명(34.47%)로 나타났으며, 2010년에는 간병수발자가 없는 경우가 65명(64.20%)로 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 3-27〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 스위스(2006년, 2010년)

	유럽대륙 스위스					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	19	68.51	9.40	27.0	63.87	7.97
비공식	4	15.38	7.22	10.0	27.34	7.43
공식	1	4.99	4.92	2.0	5.63	3.93
비공식+공식	3	11.12	6.20	1.0	3.17	3.15
계	27	100		40	100.01	

스위스의 경우 돌봄서비스 제공자에 대한 응답이 2006년에는 27명, 2010년에는 40명에 불과했다. 그 중 2006년은 간병수발자가 없는 경우가 전체의 68.51%로 나타났고, 2010년 역시 간병수발자가 없는 경우가 63.87%로 나타나 돌봄서비스 제공자 중 간병수발자가 없는 경우의 비중이 큰 것으로 나타났다.

〈표 3-28〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 오스트리아(2006년, 2010년)

	유럽대륙 오스트리아					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	23	44.67	7.14	42	53.51	5.77
비공식	15	29.02	6.47	18	23.65	4.97
공식	7	14.28	5.07	12	15.30	4.14
비공식+공식	6	12.03	4.71	6	7.54	3.01
계	51	100		78	100	

오스트리아의 경우 돌봄서비스 이용에 대한 응답이 2006년에 51명, 2010년에 78명인 것으로 나타났다. 2006년의 경우 간병수발자가 없는 경우가 23명(44.67%)인 것으로 나타났고, 2010년의 경우 42명(53.51%)로 나타나 다른 제공자유형에 비해 간병수발자가 없는 경우의 비중이 큰 것으로 나타났다.

〈표 3-29〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 유럽대륙 네덜란드(2006년, 2010년)

	유럽대륙 네덜란드					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	10	43.30	10.80	34	60.02	7.27
비공식	5	15.50	6.78	11	18.32	5.40
공식	2	6.51	4.64	6	13.83	5.60
비공식+공식	9	34.69	10.39	4	7.83	4.10
계	26	100		55	100	

네덜란드는 돌봄서비스 제공자 유형에 대해 2006년에 26명, 2010년에 55명이 응답하였다. 2006년에 간병수발자가 없는 경우가 10명(43.30%), 비공식과 공식적 서비스를 함께 제공받는 경우가 9명(34.69%), 비공식, 공식서비스의 순으로 나타났다. 2010년의 경우 총 55명 중 34명(60.02%)로 간병수발자가 없는 경우가 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 3-30〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 남유럽 이탈리아(2006년, 2010년)

	남유럽 이탈리아					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	28	34.60	6.45	75	47.43	5.19
비공식	36	46.51	6.77	37	35.24	5.33
공식	4	3.70	1.94	7	6.86	2.73
비공식+공식	10	15.19	4.79	10	10.46	3.96
계	78	100		129	99.99	

이탈리아는 돌봄서비스 제공자 유형에 대해 2006년에 78명, 2010년에 129명이 응답하였다. 2006년에 비공식서비스를 받는 경우가 36명(46.51%), 간병수발자가 없는 경우가 28명(34.60%), 비공식과 공식적 서비스를 함께 제공받는 경우, 공식서비스의 순으로 나타났다. 2010년의 경우 총 129명 중 간병수발자가 없는 경우가 75명(47.43%), 비공식서비스를 받는 경우가 37명(35.24%)으로 간병수발자가 없는 경우가 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 3-31〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자 유형: 남유럽 스페인(2006년, 2010년)

	남유럽 스페인					
	2006년			2010년		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 제공자 유형						
간병수발자 없음	29	39.09	6.06	101	73.77	4.09
비공식	38	45.59	6.21	28	20.02	3.77
공식	4	4.50	2.56	5	3.25	1.48
비공식+공식	8	10.82	3.94	5	2.96	1.46
계	79	100		139	100	

스페인인 돌봄서비스 제공자 유형에 대해 2006년에 79명, 2010년에 139명이 응답하였다. 2006년에 비공식서비스를 받는 경우가 38명(45.59%), 간병수발자가 없는 경우가 29명(39.09%) 많은 비중을 차지했다. 2010년 응답자 총 139명 중 간병수발자가 없는 경우가 101명(73.77%)으로 가장 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

나. 서비스 제공자수와 돌봄제공시간(한국+미국)

〈표 3-32〉 2006년 복지레짐별 서비스 제공자 수와 돌봄 제공시간: 대한민국, 미국

	대한민국				미국			
	mean	SE	mean	SE	mean	SE	mean	SE
돌봄제공자수								
비공식	1.08	0.06	1.19	0.07	0.80	0.04	0.90	0.03
공식	0.06	0.02	0.25	0.03	0.16	0.02	0.27	0.02
돌봄제공시간								
비공식	185.41	18.87	188.87	13.70	68.65	7.53	100.20	7.50
공식	123.10	45.10	200.34	27.83	54.94	12.88	95.01	11.93

돌봄제공자수와 돌봄제공시간을 살펴보면 한국의 경우 돌봄제공자수의 평균은 2006년 비공식서비스가 1.08, 2010년에는 1.19명인 것으로 나타났다. 미국의 경우는 2006년 0.80명, 2010년 0.90명인 것으로 나타났다. 공식서비스 제공시간을 살펴보면 한국의 경우 2006년에 0.06명, 2010년에 0.25명으로 나타났으며, 미국은 공식서비스제공시간이 2006년에 0.16명, 2010년에 0.27명인 것으로 나타나 공식서비스보다 비공식서비스 제공시간이 더 많은 것으로 나타났다.

복지레짐별 돌봄제공시간 중 비공식서비스의 경우 한국은 2006년에 185.41시간, 2010년에 188.47시간인것에 비해, 공식서비스의 경우는

2006년에 123.10시간, 2010년에 200.34시간으로 나타났다. 미국은 비공식서비스의 경우 2006년에 68.65시간, 2010년에 100.20시간, 공식서비스는 2006년에 54.94시간, 2010년에 95.01시간으로 나타나 미국은 비공식서비스 제공시간이, 한국은 공식서비스 제공시간이 더 많은 것으로 나타났다.

다. 중고령자 장기요양돌봄 체계의 성과 1: 장애인 & 비장애인

* 주관적 건강상태는 excellent, very good, good, fair, poor의 5단계 likert scale을 기준으로 fair와 poor를 나뉘므로 구분함.
 ** 우울감은 KLoSA, HRS, ELSA의 CES-D, SHARE의 Euro-D 조사척도 중 조사항목이 일치하는 우울감, 수면장애, 피로감, 삶의 만족 4개 문항 중 하나이상 응답한 경우를 우울감 있음으로 구분함.

1) 전반적인 삶의 질

〈표 3-33〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 동아시아(2006년)

	동아시아 대한민국		
	N	%	(SE)*
비장애인			
삶의 질*			
상위 1-2 삼분위	4,391	71.15	0.62
하위 3 삼분위	1,956	28.85	0.62
삶의 만족도 **			
상위 1-2 삼분위	4,120	65.46	0.66
하위 3 삼분위	2,227	34.54	0.66
계	6347	100	
장애인			
삶의 질*			
상위 1-2 삼분위	67	27.60	3.30
하위 3 삼분위	174	72.40	3.30
삶의 만족도			
상위 1-2 삼분위	75	28.28	3.17
하위 3 삼분위	166	71.72	3.17
계	6,347	100	

장애인과 비장애인의 전반적 삶의 질과 삶의 만족도를 살펴보면, 장애인 241명이 비장애인은 6,347명이 삶의 질에 대해 응답하였다. 그 중 비장애인의 경우 본인의 삶의 질이 높다고 응답한 경우가 4391명(71.15%), 삶의 질이 낮은 경우가 1,956명(28.85%)인 것으로 나타났다.

장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 비교해보면, 비장애인의 경우 삶의 만족도가 높다고 응답한 경우가 4,120명(65.46%)로 비교적 높게 나타났다. 만족도가 낮다고 응답한 경우는 2,227명(34.54%)인 것으로 나타났다. 장애인의 경우는 삶의 만족도가 낮다고 응답한 경우가 더 비중이 큰 것으로 나타났는데 241명 중 166명(71.72%)이 삶의 만족도를 낮게 느꼈으며, 삶의 만족도가 높다고 응답한 경우는 75명(29.28%)인 것으로 나타났다.

〈표 3-34〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 앵글로색슨 유럽(2006년)

	앵글로색슨 유럽					
	영국			미국		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)
비장애인						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	691	16.50	0.59	10,722	93.50	0.27
하위 3 삼분위	3,555	83.50	0.59	776	6.50	0.27
삶의 만족도 **						
상위 1-2 삼분위	3,514	82.73	0.60	292	2.76	0.19
하위 3 삼분위	732	17.27	0.60	11,206	97.24	0.19
계	4,246	100		11,498		
장애인						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	201	23.01	1.47	1,450	94.39	0.69
하위 3 삼분위	658	76.99	1.47	96	5.61	0.69
삶의 만족도						
상위 1-2 삼분위	592	69.75	1.60	72	4.50	0.63
하위 3 삼분위	267	30.25	1.60	1,474	95.50	0.63
계	859	100		1,546		

앵글로색슨 유럽에 속하는 영국과 미국에서의 장애인과 비장애인의 삶의 질과 삶의 만족도를 살펴보고자 한다. 영국은 장애인 859명, 비장애인 4,246명이 응답하였고, 미국은 장애인 1,546명, 비장애인 11,498명이 삶의 질과 만족도에 대해 응답하였다.

먼저 삶의 질을 먼저 살펴보면 영국은 장애인 859명 중 본인의 삶의 질을 낮게 보는 경우가 658명(76.99%)으로 높게 나타났으며, 삶의 질이 높다고 생각하는 경우는 201명(23.01%)인 것으로 나타났다. 비장애인의 경우는 4,246명 중 삶의 질이 낮다고 생각하는 경우가 3,555명(83.50%), 높다고 생각하는 경우는 691명(16.50%)인 것으로 나타났다. 미국은 장애인의 94.39%인 1450명이 삶의 질 정도가 높다고 생각했으며, 5.61%는 삶의 질이 낮다고 응답하였다. 비장애인의 경우는 삶의 질이 높다고 응답한 경우가 10,722명(93.50%), 낮다고 응답한 경우는 776명(6.50%)에 해당하였다.

삶의 만족도를 살펴보면, 영국의 비장애인의 경우 3,514명(82.73%)가 삶의 만족감이 더 높은 것으로 나타났고 732명(17.27%)은 만족도가 떨어지는 것으로 나타났다. 장애인의 경우는 삶의 만족도를 높게 느끼는 경우가 592명(69.75%), 낮게 느끼는 경우가 267명(30.25%)에 해당하는 것으로 나타났다. 미국의 경우 삶의 만족도가 영국과 정 반대의 경향을 보이는 것으로 나타났는데 비장애인의 경우 삶의 만족도가 낮다고 응답한 경우가 11,206명(97.24%), 삶의 만족도가 높다고 응답한 경우가 292명(2.76%)이었다. 장애인의 경우 삶의 만족도가 낮다고 응답한 경우가 1,474명(95.50%), 높다고 응답한 경우는 72명(4.50%)인 것으로 나타나 만족도 정도가 매우 낮은 것을 알 수 있었다.

〈표 3-35〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 노르딕(2006년)

	노르딕					
	스웨덴			덴마크		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)
비장애인						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	624	66.86	1.66	522	68.91	1.69
하위 3 삼분위	311	33.14	1.66	236	31.09	1.69
삶의 만족도 **						
상위 1-2 삼분위	911	97.05	0.63	748	98.65	0.43
하위 3 삼분위	24	2.95	0.63	10	1.35	0.43
계	935	100		758	100	
장애인						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	41	77.02	5.97	36	85.32	5.60
하위 3 삼분위	14	22.98	5.97	6	14.68	5.60
삶의 만족도						
상위 1-2 삼분위	53	94.50	3.80	40	95.06	3.45
하위 3 삼분위	2	5.50	3.80	2	4.94	3.45
계	55	100		42	100	

노르딕국가인 스웨덴과 덴마크의 삶의 질과 만족도를 살펴보고자 한다. 스웨덴의 경우 비장애인 935명, 장애인 55명이 응답하였고, 덴마크의 경우 비장애인 758명, 장애인 42명이 응답하였다.

삶의 질을 먼저 살펴보면, 스웨덴의 장애인 41명(77.02%), 비장애인 624명(66.86%)이 삶의 질이 높다고 생각하는 것으로 나타났다. 덴마크의 경우는 장애인 36명(85.32%), 비장애인 522명(68.91%)가 삶의 질이 높다고 응답하였다. 전반적인 삶의 질 정도는 스웨덴과 덴마크 모두 높은 경향을 보였다.

삶의 만족도를 살펴보면, 스웨덴의 경우 비장애인 935명 911명(97.05%), 덴마크의 경우 비장애인 758명 중 748명(98.65%)이 만족감을 느끼는 것으로 나타나 전반적 삶의 만족도가 매우 높은 것으로 나타났다.

<표 3-36> 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 유럽대륙(2006년)

	유럽대륙														
	프랑스			독일			스위스			오스트리아			네덜란드		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)
비장애인															
삶의 질*															
상위 1-2삼분위	465	75.45	1.80	478	73.52	2.11	308	71.31	2.22	377	67.62	2.04	607	73.79	1.64
하위 3삼분위	150	24.55	1.80	164	26.48	2.11	125	28.69	2.22	177	32.38	2.04	219	26.21	1.64
삶의 만족도 **															
상위 1-2삼분위	571	93.08	1.02	607	94.15	1.09	418	96.71	0.86	537	96.83	0.77	809	97.75	0.58
하위 3삼분위	44	6.92	1.02	35	5.85	1.09	15	3.29	0.86	17	3.17	0.77	17	2.25	0.58
계	615	100		642	100		433	100		554	100		826	100	
장애인															
삶의 질*															
상위 1-2삼분위	44	80.41	5.41	33	68.69	7.32	20	75.07	8.57	38	73.79	6.37	20	79.55	8.26
하위 3삼분위	11	19.59	5.41	16	31.31	7.32	7	24.93	8.57	13	26.21	6.37	6	20.45	8.26
삶의 만족도															
상위 1-2삼분위	46	84.23	4.92	44	94.03	2.81	25	92.02	5.51	43	85.29	4.95	23	84.54	8.44
하위 3삼분위	9	15.77	4.92	5	5.97	2.81	2	7.98	5.51	8	14.71	4.95	3	15.46	8.44
계	55	100		49	100		27	100		51	100		26	100	

유럽대륙 국가인 프랑스, 독일, 스위스, 오스트리아, 네덜란드의 삶의 질과 삶의 만족도를 살펴보고자 한다. 프랑스는 장애인 55명, 비장애인 615명, 독일은 장애인 49명, 비장애인 642명, 스위스는 장애인 27명, 비장애인 433명, 오스트리아는 장애인 51명, 비장애인 554명, 네덜란드는 장애인 26명, 비장애인 826명이 본 질문에 대해 응답하였다.

전반적인 삶의 질 정도는 비장애인과 장애인 모두 높은 것으로 나타났으며, 각 국가별로 살펴봤을 때도 삶의 질 정도는 높게 나타났다. 비장애인의 경우, 프랑스는 465명(75.45%), 독일은 478명(73.52%), 스위스는 308명(71.31%), 오스트리아는 377명(67.62%), 네덜란드는 607명(73.79%)가 삶의 질 정도가 높은 것으로 나타났다. 장애인의 경우, 프랑스는 44명(80.41%), 독일은 33명(68.69%), 스위스는 20명(75.07%), 오스트리아는 38명(73.79%), 네덜란드는 20명(79.65%)가 삶의 질이 높다고 응답하였다.

삶의 만족도는 비장애인의 경우와 장애인 모두, 각 국가모두 만족도가

높은 것으로 조사되었다. 개별 국가별로 살펴보면 비장애인의 경우 프랑스는 571명(93.08%), 독일은 607명(94.15%), 스위스는 418명(96.71%), 오스트리아는 537명(96.83%), 네덜란드는 809명(97.75%)가 만족도가 높은 것으로 응답하였다. 장애인의 경우는 프랑스가 46명(84.23%), 독일 44명(94.03%), 스위스는 25명(92.02%), 오스트리아 43명(85.29%), 네덜란드 23명(84.54%)가 삶의 만족도가 높다고 응답하여 전반적 삶의 만족도는 높은 경향을 보였다.

〈표 3-37〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질: 남유럽(2006년)

	남유럽					
	이탈리아			스페인		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)
비장애인						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	714	79.38	1.55	498	78.21	1.88
하위 3 삼분위	202	20.62	1.55	131	21.79	1.88
삶의 만족도 **						
상위 1-2 삼분위	714	79.38	1.55	498	78.21	1.88
하위 3 삼분위	202	20.62	1.55	131	21.79	1.88
계	916	100		629	100	
장애인						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	61	75.38	6.17	64	78.29	5.26
하위 3 삼분위	17	24.62	6.17	15	21.71	5.26
삶의 만족도						
상위 1-2 삼분위	64	82.55	5.23	64	82.28	4.57
하위 3 삼분위	14	17.45	5.23	15	17.72	4.57
계	78	100		79	100	

남유럽국가 중 이탈리아와 스페인의 삶의 질과 삶의 만족도를 살펴보고자 한다. 이탈리아는 장애인 78명, 비장애인 916명이 응답하였고, 스페인은 장애인 79명, 비장애인 629명이 응답하였고 이탈리아와 스페인 모두 전반적인 삶의 질과 삶의 만족도가 높은 경향을 보였다.

삶의 질을 먼저 살펴보면 이탈리아의 장애인 75.38%(61명), 비장애인 79.38%(714명)이 삶의 질이 높다고 응답하였으며, 스페인의 경우는 장애인 78.29%(64명), 비장애인 78.21%(498명)이 삶의 질이 높다고 응답하였다.

삶의 만족도는 이탈리아의 장애인 64명(82.55%), 비장애인 821명(90.31%) 그리고 스페인의 장애인 64명(92.28%), 비장애인 579명(91.82%)가 높은 삶의 만족도를 느끼는 것으로 나타났다.

2) 주관적 건강상태

〈표 3-38〉 복지레지널 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 동아시아(2006년)

	동아시아 대한민국		
	N	%	(SE)*
비장애인			
주관적 건강*			
좋음	2,821	48.92	0.70
나쁨	3,526	51.08	0.70
계	6,347	100	
장애인			
주관적 건강*			
좋음	18	8.60	2.25
나쁨	223	91.40	2.25
계	241	100	

한국의 장애인과 비장애인간의 주관적 건강상태를 살펴보면, 장애인과 비장애인 간의 주관적 건강상태의 인식의 차이가 있음을 알 수 있다. 장애인은 241명이, 비장애인은 6,347명이 주관적 건강상태에 대해 응답하였다. 장애인의 경우는 주관적 건강상태가 나쁘다고 응답한 경우가 223명(91.40%)였으며, 비장애인의 경우는 3,526명(51.08%)가 건강상태가

나쁘다고 응답하였다. 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 장애인의 경우 18명(8.60%), 비장애인의 경우 2,821명(48.92%)로 장애인이 본인의 건강상태를 나쁘다고 인식하는 경향이 굉장히 큰 것을 알 수 있다.

〈표 3-39〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 앵글로색슨(2006년)

	앵글로색슨 유럽			앵글로색슨 유럽		
	영국			미국		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*
비장애인						
주관적 건강*						
좋음	4,137	97.28	0.26	9,214	82.06	0.42
나쁨	109	2.72	0.26	2,284	17.94	0.42
계	4,246	100		11,498	100	
장애인						
주관적 건강*						
좋음	688	78.87	1.48	577	36.47	1.47
나쁨	171	21.13	1.48	969	63.53	1.47
계	859	100		1,546	100	

앵글로색슨 유럽 국가 중 영국과 미국의 장애인과 비장애인의 주관적 건강상태를 살펴보면, 영국은 장애인 859명, 비장애인 4,246명, 미국은 장애인 1,546명, 비장애인 11,498명이 응답하였다. 영국의 경우는 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우가 장애인 688명(78.87%), 비장애인 4,137명(97.28%)로 나타났으며, 미국은 장애인 577명(36.47%), 비장애인 9,214명(82.06%)가 주관적 건강상태가 좋은 것으로 나타났다. 영국은 장애인과 비장애인 모두 주관적 건강상태를 긍정적으로 보았다. 그러나 미국의 경우는 장애인과 비장애인의 주관적 건강상태는 정반대의 경향을 보이는 것으로 나타났는데, 장애인의 경우 주관적 건강상태가 나쁘다고 생각하는 경우가 63.53%인데 반해, 비장애인의 경우 17.94%로 나타나

장애인이 주관적 건강상태를 좀 더 나쁘게 생각하는 것으로 나타났다.

〈표 3-40〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 노르딕(2006년)

	노르딕					
	스웨덴			덴마크		
			(SE)*	N	%	(SE)*
비장애인						
주관적 건강*						
좋음	706	74.38	1.56	618	81.52	1.42
나쁨	229	25.62	1.56	140	18.48	1.42
계	935	100		758	100	
장애인						
주관적 건강*						
좋음	24	44.46	7.25	19	44.43	7.77
나쁨	31	55.54	7.25	23	55.57	7.77
계	55	100		42	100	

노르딕 국가 중 스웨덴과 덴마크의 장애인과 비장애인의 주관적 건강상태를 살펴보면, 스웨덴은 장애인 55명, 비장애인 935명, 덴마크는 장애인 42명, 비장애인 758명이 주관적 건강상태에 대해 응답하였다.

스웨덴의 경우 비장애인의 706명(74.38%), 장애인 24명(44.46%)가 주관적 건강상태가 좋다고 응답하였고, 나쁘다고 응답한 경우는 비장애인 229명(25.62%), 장애인은 31명(55.54%)인 것으로 나타났다.

덴마크의 경우 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우가 장애인은 19명(44.43%), 비장애인은 618명(81.52%)로 나타났고, 건강상태가 나쁘다고 응답한 경우는 장애인 23명(55.57%), 비장애인 140명(18.48%)로 나타났다.

(표 3-41) 복지레지벌 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 유럽대륙(2006년)

	유럽대륙														
	프랑스			독일			스위스			오스트리아			네덜란드		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*
비장애인															
주관적 건강*															
좋음	420	68.38	1.92	439	66.28	2.21	377	87.45	1.60	408	73.27	1.92	609	73.33	1.67
나쁨	195	31.62	1.92	203	33.72	2.21	56	12.55	1.60	146	26.73	1.92	217	26.67	1.67
계	615	100		642	100		433	100		554	100		826	100	
장애인															
주관적 건강*															
좋음	13	23.73	5.84	14	29.24	7.47	13	46.50	10.03	13	26.98	6.49	6	24.34	9.28
나쁨	42	76.27	5.84	35	70.76	7.47	14	53.50	10.03	38	73.02	6.49	20	75.66	9.28
계	55	100		49	100		27	100		51	100		26	100	

유럽대륙국가인 프랑스, 독일, 스위스, 오스트리아, 네덜란드의 주관적 건강상태를 살펴보면, 프랑스는 장애인 55명, 비장애인 615명, 독일은 장애인 49명, 비장애인 642명, 스위스는 장애인 27명, 비장애인 433명, 오스트리아는 장애인 51명, 비장애인 554명, 네덜란드는 장애인 26명, 비장애인 826명이 주관적 건강상태에 대해 응답하였다.

건강상태를 긍정적으로 응답한 경우를 살펴보면, 프랑스는 장애인 13명(23.73%), 비장애인 420명(68.38%)이, 독일은 장애인 14명(29.24%), 비장애인 439명(66.28%), 스위스는 장애인 13명(46.50%), 비장애인 377명(87.45%), 오스트리아는 장애인 13명(26.98%), 비장애인 408명(73.27%), 네덜란드는 장애인 6명(24.34%), 비장애인 609명(73.33%)가 건강상태를 긍정적으로 평가하였다.

건강상태를 부정적으로 응답한 경우를 살펴보면, 프랑스의 경우 장애인 42명(76.27%), 비장애인 195명(31.62%)가, 독일 장애인 35명(70.76%), 비장애인 203명(33.72%), 스위스의 경우 장애인 14명(53.50%), 비장애인 56명(12.55%), 오스트리아의 경우 장애인 38명(73.02%), 비장애인 146

명(26.73%), 네덜란드의 경우 장애인 20명(75.66%), 비장애인 217명(26.67%)가 본인의 건강상태를 부정적으로 생각하는 것으로 나타났다.

〈표 3-42〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 건강 분포표: 남유럽(2006년)

	남유럽					
	이탈리아			스페인		
	N	%	(SE)*	N	%	(SE)*
비장애인						
주관적 건강*						
좋음	527	56.57	1.94	350	57.42	2.24
나쁨	389	43.43	1.94	279	42.58	2.24
계	916	100		629	100	
장애인						
주관적 건강*						
좋음	12	18.18	5.32	11	16.66	5.01
나쁨	66	81.82	5.32	68	83.34	5.01
계	78	100		79	100	

남유럽국가인 이탈리아는 장애인 78명, 비장애인 916명이, 스페인은 장애인 139명, 비장애인 569명이 주관적 건강상태에 대해 응답하였다. 주관적 건강상태를 좋다고 응답한 경우를 먼저 살펴보면 이탈리아는 장애인 78명 중 12명(18.18%), 비장애인 916명 중 517명(56.57%)이, 스페인은 장애인 139명 중 15명(10.40%), 비장애인 569명 중 315명(57.51%)가 본인의 건강상태를 긍정적으로 보았다.

이탈리아의 경우 장애인 78명 중 66명(81.82%), 비장애인 916명 중 389명(43.43%)이, 스페인의 경우 장애인 139명 중 124명(89.60%), 비장애인 중 254명(42.49%)가 주관적 건강상태를 나쁘다고 응답하였다.

3) 우울

〈표 3-43〉 복지레지벌 장애인과 비장애인의 우울: 동아시아(2006년)

	동아시아 대한민국		
	N	% (SE)*	
비장애인			
우울감**			
없음	1,841	30.26	0.66
있음	4,506	69.74	0.66
계	6,347	100	
장애인			
우울감**			
없음	43	18.89	2.84
있음	198	81.11	2.84
계	241	100	

장애인과 비장애인 간의 우울상태를 살펴보면, 장애인 241명 중 우울감이 있는 경우가 198명(81.11%), 우울감이 없는 경우는 43명(18.89%)였으며, 비장애인 6,347명 중 우울감이 있는 경우가 4,506명(69.74%), 없는 경우는 1,841명(30.26%)로 나타나 비장애인과 장애인 모두 우울감을 경험하는 비중이 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-44〉 복지레지벌 장애인과 비장애인의 우울: 앵글로색슨(2006년)

	앵글로색슨					
	영국			미국		
	N	% (SE)*		N	% (SE)*	
비장애인						
우울감**						
없음	2,401	56.15	0.78	7,156	61.87	0.55
있음	1,845	43.85	0.78	4,342	38.13	0.55
계	4,246	100		11,498	100	
장애인						
우울감**						
없음	221	25.31	1.52	474	26.35	1.29
있음	638	74.69	1.52	1,072	73.65	1.29
계	859	100		1,546	100	

앵글로색슨 유럽국가인 영국과 미국의 우울감을 살펴보면, 영국은 장애인 859명, 비장애인 4,246명이 미국은 장애인 1,546명, 비장애인 11,498명이 응답하였다. 영국을 먼저 살펴보면, 우울감이 있는 경우가 장애인의 경우 638명(74.69%), 비장애인인 경우에는 1,845명(43.85%)인 것으로 나타났다. 우울감이 없는 경우는 장애인의 경우 221명(25.31%), 비장애인의 경우는 2,401명(56.15%)인 것으로 나타났다.

미국은 우울감이 있는 경우는 장애인은 4,342명(38.13%), 비장애인은 1,072명(73.65%), 우울감이 없는 경우가 장애인은 474명(26.35%), 비장애인은 7,156명(61.87%)인 것으로 나타났다.

〈표 3-45〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 노르딕(2006년)

	노르딕					
	스웨덴			덴마크		
	N	%(SE)*		N	%(SE)*	
비장애인						
우울감**						
없음	393	41.18	1.73	313	41.20	1.79
있음	542	58.82	1.73	445	58.80	1.79
계	935	100		758	100	
장애인						
우울감**						
없음	11	24.07	6.59	9	20.27	6.16
있음	44	75.93	6.59	33	79.73	6.16
계	55	100		42	100	

노르딕 국가인 스웨덴의 경우 장애인 55명, 비장애인 935명, 덴마크는 장애인 42명, 비장애인 758명이 우울감에 대해 응답하였다. 스웨덴과 덴마크 우울감이 있다고 응답한 비중이 모두 높은 것으로 나타났다. 우울감이 있는 경우를 먼저 설명하면, 스웨덴의 장애인은 44명(75.93%), 비장애인은 542명(58.82%)가 우울감이 있다고 답변하였고, 덴마크의 장애인

인 33명(79.93%), 비장애인 445명(58.80%)가 우울감이 있는 것으로 응답하였다. 우울감이 없다고 답변한 경우는, 스웨덴 장애인의 24.07%(11명), 비장애인의 41.18%(393명)이, 덴마크 장애인의 20.27%(9명), 비장애인의 41.20%(313명)이 우울감이 없다고 응답하였다.

〈표 3-46〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 유럽대륙(2006년)

	유럽대륙														
	프랑스		독일		스위스		오스트리아		네덜란드						
	N	%(SE)*	N	%(SE)*	N	%(SE)*	N	%(SE)*	N	%(SE)*					
비장애인															
우울감**															
없음	192	31.72	1.92	264	39.80	2.23	185	42.34	2.43	236	42.70	2.14	373	44.09	1.86
있음	423	68.28	1.92	378	60.20	2.23	248	57.66	2.43	318	57.30	2.14	453	55.91	1.86
계	615	100		642	100		433	100		554	100		826	100	
장애인															
우울감**															
없음	14	25.35	5.95	7	12.48	5.01	10	33.88	9.34	7	14.61	5.22	2	6.36	4.50
있음	41	74.65	5.95	42	87.52	5.01	17	66.12	9.34	44	85.40	5.22	24	93.64	4.50
계	55	100		49	100		27	100		51	100		26	100	

유럽대륙국가인 프랑스, 독일, 스위스, 오스트리아, 네덜란드의 우울감을 살펴보면, 프랑스는 장애인 55명, 비장애인 615명, 독일은 장애인 49명, 비장애인 642명, 스위스는 장애인 27명, 비장애인 433명, 오스트리아는 장애인 51명, 비장애인 554명, 네덜란드는 장애인 26명, 비장애인 826명이 우울감에 대해 응답하였다.

각 국가별로 우울감 정도를 살펴보면, 프랑스는 장애인 55명 중 41명(74.65%)가, 비장애인 615명 중 423명(68.28%)가 우울감이 있다고 나타났다. 독일은 장애인 49명 중 42명(87.52%)이 비장애인 642명 중 378명(60.20%)가 스위스는 장애인 27명 중 17명(66.12%), 비장애인 433명 중 248명(57.66%)가 우울감이 있다고 응답하였다. 오스트리아는 장애인 51명 중 44명(85.40%), 비장애인 554명 중 318명(57.30%)가 네덜란드 장애인 26명 중 24명(93.64%), 비장애인 826명 중 453명

(55.91%)가 우울감을 느낀다고 나타나 비장애인과 장애인 모두 우울감을 느끼는 비중이 큰 것으로 나타났다.

〈표 3-47〉 복지레짐별 장애인과 비장애인의 우울: 남유럽(2006년)

	남유럽					
	이탈리아			스페인		
	N	% (SE)*		N	% (SE)*	
비장애인						
우울감**						
없음	356	38.75	1.91	216	35.50	2.21
있음	560	61.25	1.91	413	64.50	2.21
계	916	100		629	100	
장애인						
우울감**						
없음	8	9.25	3.52	10	12.62	4.03
있음	70	90.75	3.52	69	87.38	4.03
계	79	100		79	100	

남유럽국가인 이탈리아와 스페인의 우울감 정도를 살펴보면, 이탈리아의 경우 장애인의 90.75%인 70명이 우울감이 있다고 응답하였으며, 비장애인의 61.25%(560명)이 우울감이 있다고 응답하여 우울감 정도가 높은 경향을 보였다. 스페인의 경우 우울감이 있다고 응답한 경우 중 장애인은 69명(87.38%), 비장애인은 413명(64.50%)로 나타나 비장애인과 장애인 모두 우울감을 더 경험하는 것으로 나타났다.

4) 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비

ADL장애인과 비장애인의 삶의 질 상태를 4가지 승산비를 통해 살펴보고자 한다. 승산비는 삶의 질, 삶의 만족도, 주관적 건강상태, 우울감으로 2006년 자료를 기준으로 분석하였다.

〈표 3-48〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 동아시아 대한민국(2006년)

	동아시아 대한민국									
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애										
비장애인										
장애인	5.10	3.68-7.08	3.56	2.66-4.76	7.29	4.42-12.02	1.55	1.10-2.18		
성별										
여성										
남성	0.79	0.69-0.90	1.11	0.99-1.25	0.66	0.59-0.74	0.90	0.80-1.01		
연령										
50-64세										
65-74세	1.17	1.02-1.34	1.01	0.89-1.14	2.04	1.80-2.30	1.34	1.18-1.52		
75+세	1.02	0.84-1.23	0.84	0.71-1.00	2.53	2.11-3.04	1.40	1.16-1.68		
교육수준 †										
0-2등급										
3등급	0.50	0.42-0.60	0.56	0.49-0.65	0.50	0.44-0.57	0.99	0.86-1.14		
4-6등급	0.37	0.27-0.51	0.36	0.28-0.47	0.32	0.26-0.40	0.93	0.76-1.15		
결혼상태										
무배우자										
유배우자	0.13	0.11-0.15	0.51	0.45-0.59	0.85	0.73-0.98	0.82	0.70-0.95		
소득수준 ‡										
1삼분위(하위)										
2삼분위	0.77	0.67-0.88	0.82	0.72-0.93	0.85	0.75-0.97	0.73	0.63-0.84		
3삼분위(상위)	0.31	0.26-0.36	0.42	0.37-0.48	0.55	0.48-0.63	0.68	0.59-0.79		

한국 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 5.10만큼 증가하는 것으로 나타났다. 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 0.79만큼 감소하는 것으로 나타났으며, 연령대는 50-64세보다 65-74세는 삶의 질 승산비가 1.17만큼 증가하였으며, 75세이상은 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급, 4-6등급의 삶의 질 승산비가 감소하는 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 0.13만큼 감소하는 것으로 나타났다. 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 0.77, 0.31의 승산비 만큼 감소하는 것으로 나타났다.

한국 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의

만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 3.56만큼 증가하는 것으로 나타났고, 남성과 여성의 삶의 만족도는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세와 65-74세는 비슷한 경향을 보였으며, 75세 이상은 삶의 만족도 승산비가 0.84만큼 감소하는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급, 4-6등급의 승산비는 0.56, 0.36만큼 감소하는 것으로 나타났다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 0.51만큼 감소하였고, 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위와 비교했을 때 2삼분위, 3삼분위 모두 감소하는 것으로 나타났다.

한국 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 7.29만큼 증가하여 주관적 건강상태에서 굉장한 차이를 보였으며, 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.66만큼 감소하는 것으로 나타났다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세보다 65-74세는 승산비 2.04만큼, 75세 이상은 승산비 2.53만큼 증가하는 것으로 나타났다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.50, 4-6등급이 승산비 0.32만큼 감소하는 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.85만큼 감소하였으며, 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.85만큼, 3삼분위 승산비가 0.55만큼 감소하는 경향을 보였다.

한국 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 1.55만큼 증가하였으며, 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.90만큼 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 1.34만큼, 75세 이상은 승산비 1.40만큼 증가하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비

0.99만큼, 4-6등급은 승산비 0.93만큼 감소하였으며, 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 0.82만큼 감소하였다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위, 3삼분위의 우울감이 0.73, 0.68만큼 감소하는 경향을 보였다.

〈표 3-49〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 앵글로색슨 영국(2006년)

	앵글로색슨 영국									
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애										
비장애인										
장애인	0.64	0.54-0.77	2.19	1.85-2.59	8.98	6.95-11.61	3.48	2.95-4.11		
성별										
여성										
남성	0.94	0.81-1.09	1.02	0.88-1.17	1.15	0.89-1.49	0.61	0.54-0.68		
연령										
50-64세										
65-74세	1.22	1.03-1.44	0.59	0.50-0.69	0.72	0.54-0.96	0.83	0.73-0.95		
75+세	0.99	0.79-1.24	0.57	0.46-0.72	0.45	0.29-0.68	0.80	0.66-0.96		
교육수준 †										
0-2등급										
3등급	0.84	0.66-1.06	1.25	0.99-1.59	0.85	0.58-1.25	0.84	0.70-1.02		
4-6등급	0.86	0.63-1.16	1.29	0.95-1.74	0.44	0.23-0.83	0.69	0.54-0.87		
결혼상태										
무배우자										
유배우자	1.65	1.41-1.92	0.57	0.49-0.66	0.79	0.60-1.04	0.90	0.80-1.03		
소득수준 ‡										
1삼분위(하위)										
2삼분위	0.89	0.75-1.07	0.84	0.71-0.99	0.77	0.58-1.02	0.75	0.65-0.86		
3삼분위(상위)	0.92	0.76-1.12	0.62	0.51-0.74	0.41	0.28-0.60	0.60	0.52-0.70		

영국 중고령자 중 장애인 대 비장애인의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.64만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 0.94만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 질은 50-64세보다 65-74세가 1.22만큼 승산비가 증가하였고, 75세 이상은 별 차이가 없는 것으로 나타났다. 교육수준 별 삶의 질은 0-2등급에 비해 3등급의 승산비는

0.84, 4-6등급 0.86만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비가 1.65증가하였다. 소득수준별 삶의 질은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 0.89, 0.92의 승산비로 감소하는 경향을 보였다.

영국 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 2.19만큼 증가하였고, 남성과 여성의 삶의 만족도는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세와 65-74세는 승산비 0.59, 75세 이상은 승산비 0.57만큼 감소하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비 1.25, 4-6등급 승산비 1.29만큼 삶의 만족도가 증가하였다.

결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 0.57만큼 감소하였으며, 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 0.84, 3삼분위 승산비 0.62만큼 감소하였다.

영국 중고령자의 장애인대 비장애인간 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 8.98만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 1.15로 큰 차이를 보이지 않았다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세보다 65-74세는 승산비 0.72만큼, 75세 이상은 0.45만큼 감소하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.85, 4-6등급이 승산비 0.44만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.79만큼, 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.77, 3삼분위 승산비가 0.41만큼 감소하는 경향을 보였다.

영국 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비가 3.48만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 1단위

증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.61정도 감소하였고, 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 0.83, 75세 이상은 승산비 0.80 만큼 감소하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.84, 4-6등급은 승산비 0.69만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 승산비 0.90만큼 감소하였으며, 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 0.75, 3삼분위 승산비 0.60만큼 감소하는 경향을 보였다.

〈표 3-50〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 앵글로색슨 미국(2006년)

	앵글로색슨 미국									
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애										
비장애인										
장애인	0.97	0.78-1.20	0.60	0.46-0.78	5.41	4.83-6.07	2.70	2.41-3.01		
성별										
여성										
남성	0.84	0.72-0.96	1.08	0.87-1.34	1.09	1.00-1.20	0.78	0.72-0.84		
연령										
50-64세										
65-74세	1.25	1.07-1.45	1.35	1.09-1.68	0.87	0.79-0.96	0.65	0.60-0.71		
75+세	0.84	0.69-1.02	2.85	2.07-3.92	0.75	0.67-0.84	0.57	0.52-0.63		
교육수준 †										
0-2등급										
3등급	0.91	0.74-1.11	0.82	0.63-1.08	0.43	0.39-0.48	0.70	0.63-0.77		
4-6등급	1.32	1.07-1.62	1.29	0.93-1.78	0.28	0.25-0.32	0.52	0.46-0.58		
결혼상태										
무배우자										
유배우자	1.54	1.31-1.82	1.19	0.95-1.49	0.95	0.86-1.05	0.80	0.74-0.87		
소득수준 †										
1삼분위(하위)										
2삼분위	0.81	0.68-0.97	1.36	1.06-1.75	0.53	0.48-0.59	0.72	0.66-0.79		
3삼분위(상위)	0.75	0.62-0.91	2.00	1.48-2.70	0.29	0.26-0.33	0.54	0.49-0.60		

미국 중고령자 장애인과 비장애인 간의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.97만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산

비는 0.84로 감소하였다. 연령대는 50-64세보다 65-74세 삶의 질 승산비가 1.25만큼 증가하였으며, 75세 이상은 0.84만큼 승산비가 감소하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.91만큼 감소하였고, 4-6등급의 삶의 질 승산비가 1.32만큼 증가하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 1.54만큼 증가하였다. 소득수준별 삶의 질은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 0.81, 0.75로 감소되었다.

미국 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.60만큼 감소하였고, 남성과 여성의 삶의 만족도는 차이가 없었다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 봤을 때 65-74세가 승산비 1.35만큼, 75세 이상은 승산비 2.85만큼 증가하였다. 교육수준 별 삶의 만족도는 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.82만큼 감소하였고, 4-6등급은 승산비 1.29만큼 증가하였다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비에 큰 차이를 보이지 않았다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 봤을 때 2삼분위 승산비가 1.36, 3삼분위 승산비가 2.00만큼 증가하였다.

미국 중고령자 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 5.41만큼 증가하였으나, 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 큰 차이를 보이지 않았다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로 했을 때, 65-74세는 승산비 0.87만큼, 75세 이상은 0.75만큼 감소하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.43, 4-6등급이 승산비 0.28만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.95만큼 감소하였고, 소득수준도 1

삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.53, 삼분위 승산비가 0.29만큼 감소하였다.

미국 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 2.70만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.78만큼 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 0.65, 75세 이상은 승산비 0.57만큼 감소하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.70, 4-6등급은 승산비 0.52만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 0.80만큼 감소하였고, 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 0.72, 3삼분위 승산비 0.54만큼 감소하는 경향을 보였다.

〈표 3-51〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 노르딕 스웨덴(2006년)

	노르딕 스웨덴								
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	
ADL 장애									
비장애인									
장애인	0.72	0.40-1.30	1.47	0.33-6.51	3.88	2.47-6.09	2.76	1.60-4.75	
성별									
여성									
남성	0.92	0.71-1.18	0.64	0.27-1.50	0.76	0.60-0.96	0.70	0.56-0.86	
연령									
50-64세									
65-74세	0.94	0.71-1.24	0.97	0.39-2.38	0.93	0.70-1.23	0.96	0.76-1.21	
75+세	0.76	0.52-1.11	0.71	0.22-2.34	1.52	1.10-2.10	1.31	0.96-1.78	
교육수준									
0-2등급									
3등급	0.88	0.62-1.25	1.22	0.43-3.43	0.90	0.66-1.24	1.04	0.78-1.39	
4-6등급	1.25	0.94-1.67	0.92	0.35-2.37	0.56	0.42-0.75	0.86	0.67-1.09	
결혼상태									
무배우자									
유배우자	1.10	0.80-1.52	0.19	0.08-0.45	0.89	0.66-1.19	0.83	0.63-1.09	
소득수준									
1삼분위(하위)									
2삼분위	1.11	0.80-1.54	2.73	0.95-7.90	0.77	0.57-1.03	1.05	0.80-1.38	
3삼분위(상위)	1.03	0.72-1.45	2.42	0.75-7.83	0.67	0.49-0.93	1.06	0.79-1.41	

스웨덴 중고령자 장애인과 비장애인 간의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴 보면, 장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.72만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 0.92만큼 감소하였다. 연령대 별 삶의 질은 50-64세를 기준으로 65-74세는 삶의 질 승산비가 0.94, 75세 이상은 승산비 0.76만큼 감소하였다. 교육수준의 삶의 질은 0-2등급에 비해 3등급 승산비가 0.88만큼 감소하였고, 4-6등급의 삶의 질 승산비는 1.25만큼 증가한 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비는 1.10으로 큰 차이를 보이지 않았으며, 소득수준 역시 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 1.11, 1.03의 승산비를 보여 삶의 질에 차이가 크지 않은 것으로 나타났다.

스웨덴 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 1.47만큼 증가하였다. 남성과 여성의 삶의 만족도는 승산비 0.64만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 했을 때 65-74세는 승산비 0.97, 75세 이상은 승산비 0.71만큼 감소하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비 1.22만큼 증가하였고, 4-6등급의 승산비는 0.92만큼 감소하였다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 0.19만큼 감소하였다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 봤을 때 2삼분위가 승산비 2.73, 3삼분위가 승산비 2.42만큼 증가하는 경향을 보였다.

스웨덴 중고령자의 주관적 건강상태는 장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비가 3.88만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.76만큼 감소하였고, 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로 봤

을 때 65-74세가 승산비 0.93만큼 감소하였으며, 75세 이상은 승산비 1.52만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.90, 4-6등급이 승산비 0.56만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.89만큼 감소하였고, 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.77, 3삼분위 승산비가 0.67만큼 감소하였다.

스웨덴 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 2.76만큼 증가하였고, 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.70만큼 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 0.96만큼 감소하였고, 75세 이상은 승산비 1.31만큼 증가하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 1.04로 큰 차이를 보이지 않았고, 4-6등급은 승산비 0.86만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 승산비 0.83만큼 감소하였다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 1.05, 3삼분위의 승산비 1.06으로 큰 차이를 보이지 않았다.

〈표 3-52〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 프랑스(2006년)

	유럽대륙 프랑스							
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	0.76	0.40-1.47	2.26	1.04-4.92	4.95	3.29-7.44	2.25	1.39-3.64
성별								
여성								
남성	0.69	0.49-0.98	0.81	0.44-1.50	0.98	0.79-1.23	0.45	0.36-0.55
연령								
50-64세								
65-74세	2.06	1.42-2.99	1.41	0.77-2.61	1.59	1.24-2.04	1.09	0.85-1.39
75+세	1.63	1.00-2.65	0.40	0.16-1.00	2.62	1.95-3.51	1.49	1.08-2.04

	유럽대륙 프랑스							
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
교육수준 †								
0-2등급								
3등급	1.72	1.16-2.56	0.97	0.51-1.83	0.81	0.63-1.04	1.10	0.85-1.42
4-6등급	1.71	1.06-2.76	0.58	0.21-1.61	0.46	0.33-0.64	0.87	0.65-1.16
결혼상태								
무배우자								
유배우자	1.41	0.95-2.09	0.46	0.25-0.84	0.99	0.77-1.27	0.67	0.52-0.86
소득수준 ‡								
1삼분위(하위)								
2삼분위	1.16	0.78-1.74	0.79	0.43-1.47	0.85	0.66-1.10	1.24	0.95-1.62
3삼분위(상위)	0.64	0.40-1.03	0.23	0.08-0.63	0.58	0.43-0.78	1.05	0.79-1.39

프랑스 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.76만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비도 0.69로 감소하였다. 연령대는 50-64세보다 65-74세의 삶의 질 승산비가 2.06만큼 증가하였고, 75세 이상은 승산비가 1.63으로 증가하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 1.72만큼, 4-6등급 1.71만큼 삶의 질 승산비가 증가하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 1.41만큼 증가하였다. 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위가 1.16만큼 증가하였고, 3분위는 승산비 0.64만큼 감소하는 경향을 보였다.

프랑스 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 2.26만큼 증가하였다. 남성과 여성의 삶의 만족도는 승산비가 0.81만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 했을 때 65-74세는 승산비 1.41만큼 증가했고, 75세 이상은 승산비 0.40만큼 감소하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 0.97, 4-6등급 승산비 0.58만큼 감소하였고, 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승

산비 0.46만큼 감소하였다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 했을 때 2삼분위 승산비 0.79, 3삼분위 승산비 0.23만큼 감소하였다.

프랑스 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비가 4.95만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.98만큼 감소하였다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세보다 65-74세 승산비가 1.59만큼 증가하였고, 75세 이상은 승산비 2.62만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.81, 4-6등급이 승산비 0.46만큼 감소하였고, 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.99만큼 감소하였다. 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.85, 3삼분위 승산비 0.58만큼 감소하였다.

프랑스 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 2.25만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.45만큼 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 1.09로 큰 차이를 보이지 않았고, 75세 이상은 승산비 1.49만큼 증가하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 1.10으로 큰 차이를 보이지 않았으나, 4-6등급은 승산비 0.87로 감소하는 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 승산비 0.99만큼 감소하는 것으로 나타났다. 소득수준별 우울감은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 1.24만큼 증가하였고, 3삼분위 승산비는 1.05로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-53〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 독일(2006년)

	유럽대륙 독일							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	1.45	0.82-2.58	2.57	1.09-6.07	6.25	3.74-10.43	3.72	2.06-6.73
성별								
여성								
남성	0.69	0.50-0.96	0.98	0.53-1.82	1.21	0.94-1.55	0.52	0.41-0.66
연령								
50-64세								
65-74세	1.00	0.71-1.42	0.89	0.46-1.74	1.15	0.89-1.50	0.91	0.71-1.18
75+세	0.70	0.39-1.23	0.72	0.26-2.01	2.21	1.52-3.22	0.91	0.62-1.34
교육수준†								
0-2등급								
3등급	0.80	0.49-1.31	1.39	0.51-3.78	0.70	0.48-1.01	0.92	0.62-1.36
4-6등급	0.98	0.58-1.67	1.03	0.33-3.18	0.43	0.28-0.65	0.71	0.47-1.09
결혼상태								
무배우자								
유배우자	1.42	0.89-2.27	1.02	0.45-2.31	1.00	0.72-1.38	0.58	0.41-0.81
소득수준‡								
1삼분위(하위)								
2삼분위	0.90	0.60-1.35	0.64	0.31-1.34	0.98	0.74-1.31	0.89	0.67-1.19
3삼분위(상위)	1.22	0.82-1.82	0.66	0.31-1.42	0.59	0.43-0.80	0.94	0.70-1.27

독일 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 1.45만큼 증가하였다. 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 0.69만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 질은 50-64세를 기준으로 봤을 때 65-74세는 삶의 질 승산비가 1.00으로 차이가 없었으며, 75세 이상은 승산비 0.70만큼 감소하는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.80, 4-6등급 승산비 0.98만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 1.42만큼 증가하였다. 소득수준별 삶의 질은 하위 1삼분위에 비해 2분위 0.90만큼 감소하였고, 3분위 승산비 1.22만큼 증가하였다.

독일 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의

만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 2.57만큼 증가하였다. 남성과 여성의 삶의 만족도는 0.98만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 0.89, 75세이상은 삶의 만족도 승산비 0.72만큼 감소하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 1.39만큼 증가하였고, 4-6등급의 승산비는 1.03으로 큰 차이가 없는 것으로 나타났으며, 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 1.02로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 2삼분위 0.64, 3삼분위 0.66만큼 감소하였다.

독일 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 6.25만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 1.21만큼 증가하였다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세보다 65-74세는 승산비 1.15만큼, 75세 이상은 승산비 2.21만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.70, 4-6등급이 승산비 0.43만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 1.0으로 차이가 없었다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.98, 3삼분위 승산비가 0.59만큼 감소하였다.

독일 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 3.72만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.52만큼 감소하였고, 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 0.91, 75세 이상은 승산비 0.91만큼 감소하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.92, 4-6등급은 승산비 0.71만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 승산비 0.58만큼 감소하였다. 소득

수준별 우울감은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 0.89, 3삼분위 승산비 0.94만큼 감소하는 경향을 보였다.

〈표 3-54〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 노르딕 덴마크(2006년)

	노르딕 덴마크							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	0.36	0.15-0.84	2.36	0.47-11.82	6.51	4.08-10.40	3.15	1.80-5.51
성별								
여성								
남성	0.92	0.70-1.22	1.63	0.50-5.37	0.94	0.73-1.23	0.63	0.52-0.78
연령								
50-64세								
65-74세	0.85	0.60-1.20	0.29	0.06-1.47	0.79	0.57-1.09	0.87	0.67-1.12
75+세	0.99	0.65-1.51	0.20	0.04-1.10	0.84	0.58-1.22	0.86	0.62-1.17
교육수준 ↑								
0-2등급								
3등급	1.11	0.75-1.64	0.66	0.18-2.49	0.74	0.53-1.02	0.96	0.72-1.28
4-6등급	1.05	0.69-1.58	0.30	0.05-1.77	0.47	0.32-0.67	0.84	0.62-1.14
결혼상태								
무배우자								
유배우자	0.77	0.55-1.07	0.21	0.06-0.80	0.99	0.73-1.34	0.95	0.73-1.22
소득수준 ↑								
1삼분위(하위)								
2삼분위	1.16	0.80-1.68	0.25	0.05-1.34	0.59	0.42-0.81	0.88	0.67-1.16
3삼분위(상위)	1.03	0.67-1.59	0.33	0.05-2.04	0.40	0.27-0.59	0.74	0.54-1.01

덴마크 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.36만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 0.92만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 질은 50-64세를 기준으로 65-74세 승산비 0.85, 75세 이상은 0.99만큼 감소하였다. 교육수준별 삶의 질은 0-2등급에 비해 3등급 승산비 1.11, 4-6등급 승산비 1.05로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비가 0.77만큼 감소하였고, 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위 승산비가 1.16, 1.03으로 나타났다.

덴마크 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 2.36만큼 증가하였고, 남성과 여성의 삶의 만족도는 1.63만큼 증가하였다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 했을 때 65-74세는 승산비 0.29, 75세 이상은 0.20만큼 감소하였다. 교육수준 별 삶의 만족도는 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.66, 4-6등급 승산비 0.30만큼 감소하였고, 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 0.21만큼 감소하였다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 2삼분위 승산비 0.25, 3삼분위 승산비 0.33만큼 감소하였다.

덴마크 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 6.51만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.94만큼 감소하였고, 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세보다 65-74세는 승산비 0.79만큼, 75세 이상은 승산비 0.84만큼 감소하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.74, 4-6등급이 승산비 0.47만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태 승산비가 0.99만큼 감소하였으며, 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.59, 3삼분위 승산비 0.40만큼 감소하였다.

덴마크 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 3.15만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.63만큼 감소하였고, 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 0.87, 75세 이상은 승산비 0.86만큼 감소하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.96, 4-6등급 승산비 0.84만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자

가 있을수록 우울감 승산비가 0.99만큼 감소하였고, 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 0.88, 3삼분위 승산비 0.74만큼 감소하였다.

〈표 3-55〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 스위스(2006년)

	유럽대륙 스위스							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	0.98	0.43-2.26	2.04	0.44-9.52	5.93	3.21-10.98	1.64	0.86-3.14
성별								
여성								
남성	0.99	0.67-1.47	1.25	0.42-3.71	0.76	0.50-1.14	0.43	0.33-0.57
연령								
50-64세								
65-74세	1.57	1.04-2.38	0.88	0.26-3.02	1.41	0.91-2.19	0.91	0.67-1.24
75+세	1.13	0.67-1.92	1.05	0.31-3.52	1.71	1.06-2.77	1.03	0.70-1.52
교육수준 ↑								
0-2등급								
3등급	0.70	0.45-1.07	0.52	0.17-1.57	0.72	0.48-1.09	0.83	0.60-1.14
4-6등급	0.67	0.41-1.09	0.28	0.06-1.36	0.52	0.31-0.88	0.90	0.63-1.28
결혼상태								
무배우자								
유배우자	0.90	0.59-1.37	0.46	0.16-1.35	0.97	0.64-1.46	0.77	0.56-1.05
소득수준 ↑								
1삼분위(하위)								
2삼분위	0.96	0.61-1.51	0.76	0.26-2.23	0.71	0.46-1.09	0.70	0.50-0.98
3삼분위(상위)	0.92	0.57-1.47	0.31	0.06-1.50	0.50	0.31-0.81	0.58	0.41-0.81

스위스 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.98만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비도 0.99만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 질은 50-64세가 1단위 증가할때 65-74세 승산비 1.57만큼 증가하였고, 75세이상은 1.13정도로 큰 차이가 나지않는 것으로 나타났다. 교육수준별 삶의 질의 경우 0-2등급에 비해 3등급 0.70, 4-6등급 승산비는 0.67만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 0.90만큼 감소하였다. 소득수준별 삶의 질은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 0.96, 0.92의 승산

비로 나타났다.

스위스 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 2.04만큼 증가하였고, 여성의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 남성 삶의 만족도의 승산비는 1.25만큼 증가하는 것으로 나타났다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 65-74세 승산비 0.88만큼 감소하였고, 75세 이상은 승산비 1.05정도로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.52, 4-6등급 승산비 0.28만큼 감소하였다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 0.46만큼 감소하였고, 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위가 1단위 증가했을 때 2삼분위 승산비 0.76, 3삼분위 승산비 0.31만큼 감소하였다.

스위스 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 5.93만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.76만큼 감소하였다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.41만큼, 75세 이상은 1.71만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.72, 4-6등급이 승산비 0.52만큼 감소하였으며, 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.97만큼 감소하였다. 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.71, 3삼분위 승산비 0.50만큼 감소하였다.

스위스 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 1.64만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.43만큼 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세에 비해 65-74세가 승산비 0.91만큼 감소하였고, 75세 이상은

승산비 1.03으로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.83, 4-6등급 승산비 0.90만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감 승산비가 0.77만큼 감소하였다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위 승산비 0.70, 3삼분위 승산비 0.58만큼 감소하였다.

〈표 3-56〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 오스트리아(2006년)

	유럽대륙 오스트리아							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	0.82	0.42-1.59	6.96	2.60-18.64	8.13	4.18-15.81	4.63	2.03-10.56
성별								
여성								
남성	1.04	0.72-1.51	2.24	0.91-5.47	0.93	0.63-1.39	0.65	0.46-0.92
연령								
50-64세								
65-74세	0.60	0.41-0.88	0.33	0.12-0.89	1.10	0.74-1.65	0.87	0.60-1.25
75+세	0.52	0.31-0.88	0.12	0.02-0.58	1.31	0.79-2.18	0.91	0.56-1.47
교육수준								
0-2등급								
3등급	0.83	0.55-1.25	0.81	0.33-2.01	0.65	0.43-0.98	0.93	0.63-1.38
4-6등급	1.05	0.63-1.73	0.33	0.07-1.65	0.41	0.24-0.72	0.90	0.55-1.47
결혼상태								
무배우자								
유배우자	1.10	0.73-1.66	0.61	0.23-1.59	0.99	0.65-1.51	0.75	0.51-1.11
소득수준								
1삼분위(하위)								
2삼분위	1.10	0.72-1.69	0.33	0.11-0.95	0.64	0.42-1.00	0.89	0.59-1.35
3삼분위(상위)	1.04	0.66-1.64	0.21	0.06-0.80	0.70	0.44-1.12	0.51	0.33-0.78

오스트리아 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.82만큼 감소하였다. 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 1.04로 큰 차이가 나타나지 않았다. 연령대별 삶의 질은 50-64세를 기준으로 65-74세는 삶의 질 승산비가 0.60, 75세 이상은 0.52만큼 감소하였다. 교육수

준별 삶의 질은 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.83만큼 감소하였고, 4-6등급의 삶의 질 승산비는 1.05로 큰 차이를 보이지 않는 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 1.10인 것으로 나타났고, 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 1.10, 1.04의 승산비를 나타내 소득수준별 삶의 질에는 큰 차이가 없는 것으로 나타났다.

오스트리아 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비 6.96만큼 증가하였고, 여성의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 남성의 삶의 만족도가 2.24만큼 증가하는 것으로 나타났다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 했을 때 65-74세 승산비는 1.10, 75세 이상은 승산비 1.31만큼 증가하는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비 0.83로 감소하였고, 4-6등급의 승산비는 1.05로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비가 0.61로 감소하는 것으로 나타났다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위가 1단위 증가할 때 2삼분위가 0.33, 3삼분위가 0.21만큼 감소하는 것으로 나타났다.

오스트리아 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 8.13으로 크게 증가하는 것으로 나타났다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.93으로 감소하였다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.10만큼, 75세 이상은 1.31만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.65만큼, 4-6등급이 승산비 0.41만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태의 승산비가

0.99만큼 감소하였다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.64, 3삼분위 승산비 0.70만큼 감소하였다.

오스트리아 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 4.63만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.65만큼 감소하였고, 연령대별 우울감은 50-64세가 1단위 증가할때 65-74세가 승산비 0.87, 75세 이상은 승산비 0.91만큼 감소하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.93만큼, 4-6등급은 승산비 0.90만큼 감소하였으며, 결혼상태도 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감의 승산비가 0.75만큼 감소하였다. 소득수준은 1삼분위를 기준으로 2삼분위 승산비 0.89, 3삼분위 승산비 0.51로 감소하였다.

〈표 3-57〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 네덜란드(2006년)

	유럽대륙 네덜란드							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	0.75	0.32-1.79	3.76	1.00-14.22	5.73	3.14-10.48	7.12	2.80-18.13
성별								
여성								
남성	0.88	0.65-1.17	1.64	0.66-4.08	1.07	0.84-1.36	0.61	0.50-0.76
연령								
50-64세								
65-74세	1.38	1.00-1.91	1.08	0.41-2.86	1.16	0.88-1.52	0.87	0.68-1.10
75+세	1.19	0.77-1.84	0.37	0.08-1.77	1.46	1.04-2.05	0.79	0.57-1.09
교육수준								
0-2등급								
3등급	1.14	0.80-1.61	1.56	0.56-4.31	0.89	0.67-1.19	1.12	0.87-1.44
4-6등급	1.05	0.72-1.53	0.94	0.23-3.76	0.71	0.51-0.98	1.01	0.77-1.33
결혼상태								
무배우자								
유배우자	0.95	0.67-1.37	0.18	0.07-0.46	0.67	0.51-0.89	0.60	0.46-0.79
소득수준								
1삼분위(하위)								
2삼분위	0.86	0.60-1.23	0.44	0.15-1.30	0.70	0.53-0.93	0.92	0.71-1.19
3삼분위(상위)	1.10	0.76-1.57	0.28	0.07-1.07	0.70	0.52-0.94	0.90	0.69-1.17

네덜란드 중고령자의 삶의 질에 대해 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.75만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비도 0.88만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 질은 50-64세를 기준으로 65-74세 삶의 질 승산비가 1.38, 75세 이상은 1.19로 증가하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비가 1.14로 증가하고, 4-6등급의 삶의 질 승산비는 1.05로 큰 차이가 없는 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비가 0.95정도 감소하는 것으로 나타났고, 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 0.86, 1.10의 승산비를 가지는 것으로 나타났다.

네덜란드 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 3.76으로 증가했고, 남성과 여성의 삶의 만족도도 1.64만큼 증가했다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 1.08, 75세 이상은 0.37만큼 감소하는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급은 1.56만큼 증가했고, 4-6등급의 승산비는 0.94만큼 감소하였다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비가 0.18만큼 감소하였으며, 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 2삼분위 승산비 0.44, 3삼분위 승산비 0.28만큼 감소하였다.

네덜란드 중고령자 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 5.73으로 증가했다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 1.07로 큰 변화가 없었다. 연령대별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.16만큼, 75세 이상은 1.46만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.89, 4-6등급이 승산비 0.71만큼 감소

하였으며, 결혼상태도 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비가 0.67만큼 감소하였다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위, 3삼분위 승산비가 모두 0.70으로 감소하는 것으로 나타났다.

네덜란드 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 7.12만큼 증가했다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.61만큼 감소했고, 연령대별 우울감도 50-64세를 기준으로 65-74세가 승산비 0.87, 75세 이상이 승산비 0.79만큼 감소하는 것으로 나타났다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 1.12, 4-6등급은 승산비 1.01로 큰 차이를 나타내지 않았다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감이 승산비 0.60만큼 감소하였으며, 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위, 3삼분위의 우울감이 승산비 0.92, 0.90만큼 감소하였다.

〈표 3-58〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 유럽대륙 이탈리아(2006년)

	유럽대륙 이탈리아							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	0.93	0.54-1.58	1.56	0.84-2.89	7.73	4.73-12.64	3.69	2.25-6.07
성별								
여성								
남성	0.85	0.63-1.13	0.61	0.40-0.94	0.57	0.46-0.70	0.42	0.35-0.51
연령								
50-64세								
65-74세	1.23	0.90-1.70	1.08	0.70-1.65	1.89	1.52-2.35	1.19	0.96-1.48
75+세	1.59	1.05-2.39	0.59	0.31-1.11	2.01	1.49-2.71	1.03	0.76-1.39
교육수준								
0-2등급								
3등급	0.95	0.63-1.43	0.43	0.21-0.87	0.64	0.49-0.85	0.86	0.66-1.12
4-6등급	1.45	0.89-2.38	0.41	0.15-1.15	0.36	0.23-0.56	0.85	0.60-1.21
결혼상태								
무배우자								
유배우자	1.26	0.84-1.88	0.51	0.32-0.81	0.90	0.68-1.18	0.73	0.55-0.97
소득수준								
1삼분위(하위)								
2삼분위	0.93	0.67-1.31	1.04	0.67-1.63	0.89	0.71-1.12	0.99	0.79-1.26
3삼분위(상위)	0.85	0.59-1.22	0.77	0.46-1.30	0.49	0.38-0.64	0.74	0.58-0.94

이탈리아 증고령자의 삶의 질에 대해 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 0.93만큼 감소하였고, 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비도 0.85만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 질은 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.23, 75세이상은 1.59만큼 증가하는 것으로 나타났다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비가 0.95만큼 감소했고, 4-6등급의 삶의 질 승산비가 1.45만큼 증가한 것으로 나타났다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비 1.26만큼 증가하는 것으로 나타났다. 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위, 3분위가 0.93, 0.83의 승산비만큼 감소하는 것으로 나타났다.

이탈리아 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 1.56만큼 증가하였다. 여성의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 남성의 삶의 만족도는 승산비 0.61만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.08로 증가하였으며, 75세 이상은 승산비 0.59만큼 감소하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비는 0.43, 4-6등급의 승산비는 0.41만큼 감소하였다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 0.51만큼 감소하였다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 2삼분위는 승산비 1.04만큼 증가하였고, 3삼분위는 승산비 0.77만큼 감소하였다.

이탈리아 증고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 7.73만큼 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.57만큼 감소하였다. 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로, 65-74세는 승산비 1.89만큼, 75세 이상은 2.01만큼 증가하였다. 교육수

준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.64만큼, 4-6등급이 승산비 0.36만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 0.90만큼 감소하였으며, 소득수준도 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.89, 3삼분위 승산비가 0.49만큼 감소하였다.

이탈리아 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 3.69만큼 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.42만큼 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세를 기준으로 65-74세가 승산비 1.19만큼, 75세 이상은 승산비 1.03만큼 증가하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.86, 4-6등급은 승산비 0.85만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감 승산비가 0.73만큼 감소하였고, 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위, 3삼분위의 우울감 승산비가 0.99, 0.74만큼 감소하는 경향을 보였다.

〈표 3-59〉 장애인vs 비장애인의 삶의 질 건강 승산비: 남유럽 스페인(2006년)

	남유럽 스페인							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
ADL 장애								
비장애인								
장애인	1.07	0.60-1.92	2.34	1.24-4.45	7.55	4.42-12.88	2.10	1.30-3.38
성별								
여성								
남성	0.75	0.52-1.06	0.36	0.20-0.67	0.54	0.43-0.69	0.38	0.30-0.47
연령								
50-64세								
65-74세	1.24	0.83-1.85	1.06	0.57-1.97	1.85	1.41-2.41	0.87	0.67-1.14
75+세	1.22	0.76-1.96	1.13	0.57-2.22	2.75	2.01-3.76	1.13	0.82-1.56
교육수준+								
0-2등급								
3등급	1.36	0.73-2.51	0.40	0.09-1.70	0.61	0.39-0.97	0.81	0.53-1.22
4-6등급	1.51	0.75-3.04	0.26	0.03-1.93	0.51	0.30-0.88	0.76	0.48-1.21

	남유럽 스페인							
	삶의 질		삶의 만족도		주관적 불건강		우울감	
	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간	승산비	95% 신뢰구간
결혼상태								
무배우자								
유배우자	1.73	1.06-2.83	0.84	0.46-1.51	1.08	0.80-1.45	0.82	0.60-1.11
소득수준								
1삼분위(하위)								
2삼분위	1.21	0.81-1.81	1.00	0.56-1.80	0.93	0.71-1.22	0.91	0.68-1.20
3삼분위(상위)	0.86	0.54-1.38	1.08	0.56-2.10	0.79	0.58-1.07	0.76	0.56-1.04

스페인 중고령자의 삶의 질에 대해서 먼저 살펴보면, 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 1.07만큼 증가하였다. 여성의 삶의 질이 증가할 때 남성의 삶의 질 승산비는 0.75만큼 감소하였다. 연령대는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.24, 75세 이상은 1.22만큼 증가하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급 승산비가 1.36, 4-6등급 승산비가 1.51만큼 증가하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 삶의 질 승산비가 1.73만큼 증가하였다. 소득수준은 하위 1삼분위에 비해 2분위 승산비는 1.21만큼 증가하였고, 3분위 승산비는 0.86만큼 감소하였다.

스페인 장애인과 비장애인의 삶의 만족도를 살펴보면, 비장애인의 삶의 만족도가 1단위 증가할 때 장애인의 삶의 질 승산비는 2.34만큼 증가하였다. 여성의 삶의 만족도에 비해 남성의 만족도가 승산비 0.36만큼 감소하였다. 연령대별 삶의 만족도는 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 1.85만큼, 75세이상은 승산비 2.75만큼 증가하였다. 교육수준의 경우 0-2등급에 비해 3등급은 승산비 0.61만큼, 4-6등급은 승산비 0.51만큼 감소하였다. 결혼상태별 삶의 만족도는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 승산비 1.08만큼 증가하였다. 소득수준별 삶의 만족도는 1삼분위를 기준으로 2삼분위, 3삼분위 승산비가 0.93, 0.79로 감소하였다.

스페인 중고령자의 주관적 건강상태는 비장애인의 삶의 질이 1단위 증

가할 때 장애인의 주관적 건강상태 승산비는 7.55으로 증가하였다. 여성의 주관적 건강상태에 비해 남성의 주관적 건강상태 승산비는 0.54로 감소하였고, 연령대 별 주관적 건강상태 정도는 50-64세를 기준으로 했을 때 65-74세는 승산비 1.85, 75세 이상은 승산비 2.75만큼 증가하였다. 교육수준별 주관적 건강상태는 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.61만큼, 4-6등급이 승산비 0.51만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 주관적 건강상태는 승산비 1.08만큼 증가하였다. 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위가 승산비 0.93만큼, 3삼분위 승산비가 0.79만큼 감소하였다.

스페인 중고령자의 우울감은 비장애인의 삶의 질이 1단위 증가할 때 장애인의 우울감 승산비는 2.10으로 증가하였다. 여성의 우울감이 증가할 때 남성의 우울감 승산비는 0.38로 감소하였다. 연령대별 우울감은 50-64세를 기준으로 65-74세는 승산비 0.87만큼 감소하였고 75세 이상은 승산비 1.13만큼 증가하였다. 교육수준별 우울감은 0-2등급에 비해 3등급이 승산비 0.81만큼, 4-6등급은 승산비 0.76만큼 감소하였다. 결혼상태는 배우자가 없는 경우보다 배우자가 있을수록 우울감 승산비가 0.82정도 감소하는 것으로 나타났고, 소득수준은 1삼분위에 비해 2삼분위, 3삼분위의 우울감 승산비가 0.91, 0.76으로 감소하였다.

3. 중고령자 장기요양서비스의 성과 2: 추가족돌봄자

가. 전반적인 삶의 질

〈표 3-60〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의 질 분포표:
동아시아- 대한민국(2006년)

동아시아 대한민국			
구분	N	%	(SE)*
돌봄서비스 비제공자: 삶의 질			
상위 1-2 삼분위	4,363	70.39	0.62
하위 3 삼분위	2,036	29.61	0.62
삶의 만족도**			
상위 1-2 삼분위	4,101	64.78	0.66
하위 3 삼분위	2,298	35.22	0.66
계	6,399	100	
돌봄서비스 제공자: 삶의 질			
상위 1-2 삼분위	95	51.44	3.97
하위 3 삼분위	94	48.56	3.97
삶의 만족도			
상위 1-2 삼분위	94	49.63	3.97
하위 3 삼분위	95	50.37	3.97
계	189	100	

한국의 돌봄서비스 제공자 189명, 비제공자 6,399명이 삶의 질과 만족도에 대해 응답하였다. 삶의 질에 대한 응답을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자 95명(51.44%), 비제공자 4,363명(70.39%)가 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 94명(48.56%), 비제공자 2,036명(29.61%)로 나타났다.

삶의 만족도가 높다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 94명(49.63%), 비제공자 4,101명(64.78%)로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 95명(50.37%), 비제공자 2,298명(35.22%)로 나타났다.

〈표 3-61〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의 질 분포표:
유럽-영국(2006년)

구분	앵글로색슨 유럽·영국		
	N	%	(SE)*
돌봄서비스 비제공자			
삶의 질*			
상위 1-2 삼분위	789	17.54	0.58
하위 3 삼분위	3,731	82.46	0.58
삶의 만족도**			
상위 1-2 삼분위	3,644	80.71	0.60
하위 3 삼분위	876	19.29	0.60
계	4,520	100	
돌봄서비스 제공자			
삶의 질*			
상위 1-2 삼분위	103	18.18	1.66
하위 3 삼분위	482	81.82	1.66
삶의 만족도			
상위 1-2 삼분위	462	79.09	1.73
하위 3 삼분위	123	20.91	1.73
계	585	100	

영국은 돌봄서비스 제공자 585명, 비제공자 4,520명이 삶의 질과 만족도에 대해 응답하였다. 삶의 질에 대한 응답을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자 103명(18.18%), 비제공자 789명(17.54%)가 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 482명(81.82%), 비제공자 3,731명(82.46%)로 나타났다.

삶의 만족도가 높다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 462명(79.09%), 비제공자 3,644명(80.71%)로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 123명(20.91%), 비제공자 876명(19.29%)로 나타났다.

〈표 3-62〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의 질 분포표:
노르딕- 스웨덴, 덴마크(2006년)

	노르딕					
	스웨덴			덴마크		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	349	66.92	2.23	301	69.87	2.23
하위 3 삼분위	170	33.08	2.23	129	30.13	2.23
삶의 만족도**						
상위 1-2 삼분위	506	97.10	0.84	423	98.34	0.63
하위 3 삼분위	13	2.90	0.84	7	1.66	0.63
계	519	100		430	100	
돌봄서비스 제공자						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	316	67.96	2.30	257	69.58	2.40
하위 3 삼분위	155	32.04	2.30	113	30.42	2.40
삶의 만족도						
상위 1-2 삼분위	458	96.70	0.94	365	98.61	0.62
하위 3 삼분위	13	3.30	0.94	5	1.39	0.62
계	471	100		370	100	

스웨덴은 돌봄서비스 제공자 471명, 비제공자 519명이, 덴마크는 돌봄서비스 제공자 370명, 비제공자 430명이 삶의 질과 만족도에 대해 응답하였다. 삶의 질에 대한 응답을 살펴보면, 스웨덴 돌봄서비스 제공자 316명(67.96%), 비제공자 349명(66.92%), 덴마크 돌봄서비스 제공자 257명(69.58%), 비제공자 301명(69.87%)의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 삶의 질이 낮은 경우는 스웨덴 제공자 155명(32.04%), 비제공자 170명(33.08%), 덴마크 제공자 113명(30.42%), 비제공자 129명(30.13%)로 나타났다.

삶의 만족도가 높다고 응답한 경우는 스웨덴 돌봄서비스 제공자 458명(96.70%), 비제공자 506명(97.10%), 덴마크 돌봄서비스 제공자 365명(98.61%), 비제공자 423명(98.34%)로 나타났고, 만족도가 낮다고 응

답한 경우는 돌봄서비스 스웨덴 제공자 13명(3.30%), 비제공자 13명 (2.90%), 덴마크 제공자 5명(1.39%), 비제공자 7명(1.66%)로 나타났다.

〈표 3-63〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의 질 분포표: 유럽대륙 (2006년)

	유럽대륙														
	프랑스			독일			스위스			오스트리아			네덜란드		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자															
삶의 질*															
상위 1-2 삼분위	364	76.14	2.05	311	76.57	2.43	218	72.74	2.64	292	69.88	2.29	358	76.77	2.03
하위 3 삼분위	111	23.86	2.05	90	23.43	2.43	82	27.26	2.64	126	30.12	2.29	117	23.23	2.03
삶의 만족도**															
상위 1-2 삼분위	440	92.92	1.17	374	92.27	1.63	288	96.11	1.13	398	95.11	1.09	466	97.76	0.78
하위 3 삼분위	35	7.08	1.17	27	7.73	1.63	12	3.89	1.13	20	4.89	1.09	9	2.24	0.78
계	475	100		401	100		300	100		418	100		475	100	
돌봄서비스 제공자															
삶의 질*															
상위 1-2 삼분위	145	75.17	3.08	200	68.74	3.36	110	69.29	3.70	123	64.48	3.61	269	70.61	2.55
하위 3 삼분위	50	24.83	3.08	90	31.26	3.36	50	30.71	3.70	64	35.52	3.61	108	29.39	2.55
삶의 만족도**															
상위 1-2 삼분위	177	90.91	2.06	277	96.51	1.04	155	97.03	1.36	182	97.40	1.17	366	96.87	0.99
하위 3 삼분위	18	9.09	2.06	13	3.49	1.04	5	2.97	1.36	5	2.60	1.17	11	3.13	0.99
계	195	100		290	100		160	100		187	100		377	100	

프랑스는 돌봄서비스 제공자 195명, 비제공자 475명이, 독일은 돌봄 서비스 제공자 290명, 비제공자 401명이, 스위스는 돌봄서비스 제공자 160명, 비제공자 300명이, 오스트리아는 돌봄서비스 제공자 187명, 비 제공자 418명, 네덜란드는 돌봄서비스 제공자 377명, 비제공자 475명이 삶의 질과 만족도에 대해 응답하였다.

삶의 질에 대한 응답을 각 국가별로 살펴보면, 프랑스는 돌봄서비스 제공자 145명(75.17%), 비제공자 364명(76.14%)가 삶의 질이 높은 것으로 나타났고, 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 50명(24.83%), 비제공자 111명(23.86%)으로 나타났다. 독일은 돌봄서비스 제공자 200명

(68.74%), 비제공자 311명(76.57%), 가 삶의 질이 높은 것으로 응답하였고, 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 90명(31.26%), 비제공자 90명(23.43%)로 나타났다. 스위스는 돌봄서비스 제공자 110명(69.29%), 비제공자 218명(72.74%)가 삶의 질이 높은 것으로 나타났고, 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 50명(30.71%), 비제공자 82명(27.26%)로 나타났다. 오스트리아는 돌봄서비스 제공자 123명(64.48%), 비제공자 292명(69.88%)가 삶의 질이 높은 것으로 나타났고, 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 64명(35.52%), 비제공자 126명(30.12%)로 나타났다. 네덜란드는 돌봄서비스 제공자 269명(70.61%), 비제공자 358명(76.77%)가 삶의 질이 높은 것으로 나타났고, 삶의 질이 낮은 경우는 제공자 108명(29.39%), 비제공자 117명(23.23%)로 나타났다.

삶의 만족도가 높다고 응답한 경우 프랑스는 돌봄서비스 제공자 177명(90.91%), 비제공자 440명(92.92%)으로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 18명(9.09%), 비제공자 35명(7.08%)로 나타났다. 독일은 돌봄서비스 제공자 277명(96.51%), 비제공자 374명(92.27%)으로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 13명(3.49%), 비제공자 27명(7.73%)로 나타났다. 스위스는 돌봄서비스 제공자 155명(97.03%), 비제공자 288명(96.11%)으로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 5명(2.97%), 비제공자 12명(3.89%)로 나타났다. 오스트리아는 돌봄서비스 제공자 182명(97.40%), 비제공자 398명(95.11%)으로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 5명(2.60%), 비제공자 20명(4.89%)로 나타났다. 네덜란드는 돌봄서비스 제공자 366명(96.87%), 비제공자 466명(97.76%)으로 나타났고, 만족도가 낮다고 응답한 경우는 돌봄서비스 제공자 11명(3.13%), 비제공자 9명(2.24%)로 나타났다.

〈표 3-64〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 전반적 삶의 질 분포표:
남유럽- 이탈리아, 스페인(2006년)

	남유럽					
	이탈리아			스페인		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	564	80.31	1.73	487	79.06	1.88
하위 3 삼분위	151	19.69	1.73	123	20.94	1.88
삶의 만족도**						
상위 1-2 삼분위	632	88.36	1.43	552	90.56	1.34
하위 3 삼분위	83	11.64	1.43	58	9.44	1.34
계	715	100		98	100	
돌봄서비스 제공자						
삶의 질*						
상위 1-2 삼분위	211	75.71	3.09	75	73.43	5.18
하위 3 삼분위	68	24.29	3.09	23	26.57	5.18
삶의 만족도						
상위 1-2 삼분위	253	92.93	1.51	91	93.54	2.68
하위 3 삼분위	26	7.07	1.51	7	6.46	2.68
계	279	100		98	100	

이탈리아는 돌봄서비스 제공자 279명, 비제공자 715명이, 스페인은 돌봄서비스 제공자 98명, 비제공자 610명이 삶의 질과 만족도에 대해 응답하였다. 삶의 질에 대한 응답을 살펴보면, 이탈리아는 돌봄서비스 제공자 211명(75.71%), 비제공자 564명(80.31%)가, 스페인은 돌봄서비스 제공자 75명(73.43%), 비제공자 487명(79.06%)의 삶의 질이 높은 것으로 나타났다. 삶의 질이 낮은 경우는 이탈리아의 경우 제공자 68명(24.29%), 비제공자 151명(19.69%), 스페인은 제공자 23명(26.57%), 비제공자 123명(20.94%)인 것으로 나타났다.

삶의 만족도가 높다고 응답한 경우는 이탈리아의 경우 돌봄서비스 제공자 253명(92.93%), 비제공자 632명(88.36%), 스페인 돌봄서비스 제공자 91명(93.54%), 비제공자 552명(90.56%)로 나타났다. 만족도가 낮

다고 응답한 경우는 이탈리아의 경우 돌봄서비스 제공자 26명(7.07%), 비제공자 83명(11.64%), 스페인은 제공자 7명(6.46%), 비제공자 58명(9.44%)로 나타났다.

나. 주관적 건강상태

〈표 3-65〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
동아시아-대한민국(2006년)

	동아시아 대한민국		
	N	%	(SE)*
돌봄서비스 비제공자			
주관적 건강*			
좋음	2,773	48.08	0.70
나쁨	3,626	51.92	0.70
계	6,339	100	
돌봄서비스 제공자			
주관적 건강*			
좋음	66	35.58	3.82
나쁨	123	64.42	3.82
계	189	100	

한국의 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 66명(35.58%), 나쁘다고 응답한 경우는 123명(64.42%)인 것으로 나타났다, 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 2,773명(48.08%), 나쁘다고 응답한 경우는 3,626명(51.92%)로 나타나 주관적 건강상태는 전반적으로 나쁘게 인식한 것으로 나타났다.

〈표 3-66〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
영국(2006년)

	앵글로색슨 유럽: 영국		
	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자			
주관적 건강*			
좋음	4,263	93.92	0.38
나쁨	257	6.08	0.38
계	4,520	100	
돌봄서비스 제공자			
주관적 건강*			
좋음	562	95.85	0.87
나쁨	23	4.15	0.87
계	585	100	

영국 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 562명(95.85%), 나쁘다고 응답한 경우는 23명(4.15%)인 것으로 나타났고, 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 4,263명(93.92%), 나쁘다고 응답한 경우는 257명(6.08%)로 나타나 주관적 건강상태는 전반적으로 나쁘게 인식한 것으로 나타났다.

〈표 3-67〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
노르딕-스웨덴, 덴마크(2006년)

	노르딕					
	스웨덴			덴마크		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자						
주관적 건강*						
좋음	367	68.85	2.23	326	75.87	2.07
나쁨	152	31.15	2.23	104	24.13	2.07
계	519	100		430	100	
돌봄서비스 제공자						
주관적 건강*						
좋음	363	76.76	2.09	311	83.91	1.93
나쁨	108	23.24	2.09	59	16.09	1.93
계	471	100		370	100	

스웨덴의 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 363명(76.76%), 나쁘다고 응답한 경우는 108명(23.24%)인 것으로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 367명(68.85%), 나쁘다고 응답한 경우는 152명(31.15%)로 나타났다.

덴마크의 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 311명(83.91%), 나쁘다고 응답한 경우는 59명(16.09%)인 것으로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 326명(75.87%), 나쁘다고 응답한 경우는 104명(24.13%)로 나타났다.

〈표 3-68〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
유럽대륙(2006년)

	유럽대륙														
	프랑스			독일			스위스			오스트리아			네덜란드		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자															
주관적 건강*															
좋음	287	60.60	2.30	251	59.34	2.82	249	83.24	2.19	278	66.15	2.36	321	67.66	2.32
나쁨	188	39.40	2.30	150	40.66	2.82	51	16.76	2.19	140	33.85	2.36	154	32.34	2.32
계	475	100		401	100		300	100		418	100		475	100	
돌봄서비스 제공자															
주관적 건강*															
좋음	146	74.90	3.13	202	67.97	3.33	141	88.27	2.57	143	75.98	3.21	294	76.88	2.38
나쁨	49	25.10	3.13	88	32.03	3.33	19	11.73	2.57	44	24.02	3.21	83	23.12	2.38
계	195	100		290	100		160	100		187	100		377	100	

프랑스 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 146명(74.90%), 나쁘다고 응답한 경우는 49명(25.10%)인 것으로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 287명(60.60%), 나쁘다고 응답한 경우는 188명(39.40%)로 나타났다. 독일 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 202

명(67.97%), 나쁘다고 응답한 경우는 88명(32.03%)인 것으로 나타났고, 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 251명(59.34%), 나쁘다고 응답한 경우는 150명(40.66%)로 나타났다. 스위스 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 141명(88.27%), 나쁘다고 응답한 경우는 19명(11.73%)인 것으로 나타났고, 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 249명(83.24%), 나쁘다고 응답한 경우는 51명(16.76%)로 나타났다. 오스트리아 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 143명(75.98%), 나쁘다고 응답한 경우는 44명(24.02%)인 것으로 나타났고, 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 278명(66.15%), 나쁘다고 응답한 경우는 140명(33.85%)로 나타났다. 네덜란드 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 294명(76.88%), 나쁘다고 응답한 경우는 83명(23.12%)인 것으로 나타났고, 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 321명(67.66%), 나쁘다고 응답한 경우는 154명(32.34%)로 나타났다.

〈표 3-69〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
남유럽(2006년)

	남유럽					
	이탈리아			스페인		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자						
주관적 건강*						
좋음	363	50.06	2.19	301	52.14	2.31
나쁨	352	49.94	2.19	309	47.86	2.31
계	715	100		610	100	
돌봄서비스 제공자						
주관적 건강*						
좋음	176	61.30	3.56	60	64.11	5.43
나쁨	103	38.70	3.56	38	35.89	5.43
계	279	100		98	100	

이탈리아 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 176명(61.30%), 나쁘다고 응답한 경우는 103명(38.70%)인 것으로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 363명(50.06%), 나쁘다고 응답한 경우는 352명(49.94%)로 나타났다. 스페인 돌봄서비스 제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 60명(64.11%), 나쁘다고 응답한 경우는 38명(35.89%)인 것으로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자의 주관적 건강상태가 좋다고 응답한 경우는 301명(52.14%), 나쁘다고 응답한 경우는 309명(47.86%)로 나타났다.

다. 우울

〈표 3-70〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
동아시아-대한민국(2006년)

	동아시아·대한민국		
	N	%	(SE)*
돌봄서비스 비제공자			
우울감**			
없음	1,842	30.15	0.65
있음	4,557	69.85	0.65
계	6,399	100	
돌봄서비스 제공자			
우울감**			
없음	42	22.26	3.32
있음	147	77.74	3.32
계	189	100	

한국 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 147명(77.74%), 우울감이 없는 경우가 42명(22.26%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경

우가 4,557명(69.85%), 우울감이 없는 경우가 1,842명(30.15%)로 나타나 돌봄서비스 제공자와 비제공자 모두 우울감이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-71〉 복지레지벌 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표: 앵글로 색슨 유럽-영국(2006년)

	앵글로색슨 유럽		
	영국		
	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자			
우울감**			
없음	2,321	50.94	0.77
있음	2,199	49.06	0.77
계	4,520	100	
돌봄서비스 제공자			
우울감**			
없음	301	50.56	2.12
있음	284	49.44	2.12
계	585	100	

영국 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 284명(49.44%), 우울감이 없는 경우가 301명(50.56%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 2,199명(49.06%), 우울감이 없는 경우가 2,321명(50.94%)로 나타나 돌봄서비스 제공자와 비제공자 모두 우울감이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-72〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
노르딕-스웨덴, 덴마크(2006년)

	노르딕					
	스웨덴			덴마크		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자						
우울감**						
없음	206	38.92	2.30	157	36.40	2.33
있음	313	61.08	2.30	273	63.60	2.33
계	519	100		430	100	
돌봄서비스 제공자						
우울감**						
없음	198	41.60	2.44	165	44.35	2.59
있음	273	58.40	2.44	205	55.65	2.59
계	471	100		370	100	

스웨덴 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 273명(58.40%), 우울감이 없는 경우가 198명(41.60%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 313명(61.08%), 우울감이 없는 경우가 206명(38.92%)로 나타났다.

덴마크 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 205명(55.65%), 우울감이 없는 경우가 165명(44.35%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 273명(63.60%), 우울감이 없는 경우가 157명(36.40%)로 나타났다.

〈표 3-73〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
유럽대륙(2006년)

	유럽대륙														
	프랑스			독일			스위스			오스트리아			네덜란드		
	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자															
우울감**															
없음	153	32.65	2.21	156	36.04	2.67	126	40.67	2.90	164	38.71	2.42	207	42.43	2.45
있음	322	67.35	2.21	245	63.96	2.67	174	59.33	2.90	254	61.29	2.42	268	57.57	2.45
계	475	100		401	100		300	100		418	100		475	100	
돌봄서비스 제공자															
우울감**															
없음	53	27.52	3.23	115	39.33	3.40	69	44.01	4.02	79	43.66	3.72	168	43.60	2.75
있음	142	72.48	3.23	175	60.67	3.40	91	55.99	4.02	108	56.34	3.72	209	56.40	2.75
계	195	100		290	100		160	100		187	100		377	100	

프랑스 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 142명(72.48%), 우울감이 없는 경우가 53명(27.52%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 322명(67.35%), 우울감이 없는 경우가 153명(32.65%)로 나타났다.

독일 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 175명(60.67%), 우울감이 없는 경우가 115명(39.33%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 245명(63.96%), 우울감이 없는 경우가 156명(36.04%)로 나타났다.

스위스 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 91명(55.99%), 우울감이 없는 경우가 69명(44.01%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 174명(59.33%), 우울감이 없는 경우가 126명(40.67%)로 나타났다.

오스트리아 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 108명(56.34%), 우울감이 없

는 경우가 79명(43.66%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 254명(61.29%), 우울감이 없는 경우가 164명(38.71%)로 나타났다.

네덜란드 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 209명(56.40%), 우울감이 없는 경우가 168명(43.60%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 268명(57.57%), 우울감이 없는 경우가 207명(42.43%)로 나타났다.

〈표 3-74〉 복지레짐별 돌봄서비스 제공자와 비제공자의 주관적 건강상태 분포표:
남유럽-이탈리아(2006년)

	남유럽 : 이탈리아		
	N	%	(SE)
돌봄서비스 비제공자			
우울감**			
없음	260	35.14	2.07
있음	455	64.86	2.07
계	715	100	
돌봄서비스 제공자			
우울감**			
없음	104	38.80	3.60
있음	175	61.20	3.60
계	279	100	

이탈리아 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 175명(61.20%), 우울감이 없는 경우가 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 455명(64.86%), 우울감이 없는 경우가 260명(35.14%)로 나타나 돌봄서비스 제공자와 비제공자 모두 우울감이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다.

스페인 돌봄서비스 제공자와 비제공자간의 우울감을 살펴보면, 돌봄서비스 제공자는 우울감이 있는 경우가 67명(63.83%), 우울감이 없는 경우가 31명(36.17%)로 나타났다. 돌봄서비스 비제공자는 우울감이 있는 경우가 415명(66.92%), 우울감이 없는 경우가 195명(33.08%)로 나타나 돌봄서비스 제공자와 비제공자 모두 우울감이 있는 경우가 더 많은 것으로 나타났다.



제4장 결론

제1장 연구의 주요내용

제2장 이론적·정책적 함의

제1절 연구의 주요내용

본 연구는 주요국 장기요양돌봄의 1990년대 제도화 과정을 개관하고 2000년 중반 이후 최근 정책 변화의 특성을 고찰함과 동시에 주요국 장기요양돌봄 정책의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고 그 현황을 제시하는 것을 목적으로 하였다. 연구의 주요 내용을 주요국 장기요양돌봄의 최근변화 동향과 주요국 장기요양돌봄 정책의 성과로 구분하여 제시해 보고자 한다.

1. 주요국의 정책 동향

본 연구는 전통적인 돌봄 체제이론을 참고하여 자유주의 국가에 속하는 영국과 미국, 북유럽 국가군에 속하는 스웨덴, 보수주의 국가로 분류되는 프랑스, 그리고 남유럽군에 속하는 이탈리아를 주요국으로 선별하고, 나라별로 2000년 중반 이후 최근까지의 변화를 조망하였다.

우선, 이론적 고찰을 통해 영국, 프랑스, 스웨덴, 이탈리아, 미국 5개국 장기요양돌봄서비스 제도의 2000년대 중반까지의 특징을 정리하면 다음과 같다.

〈표 4-1〉 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 제도의 특징

	전통모델 (1980~1990년대)	개혁모델 I (1990~2000년대 중반)	주요 개혁
스웨덴	강한 서비스 주도 모델	다소 약화된 서비스 주도 모델, coverage감축, 자기부담증가, 영리 0%에서13%로, 유사바우처 도입	Adel Reform(1992)
영국	혼합형, 서비스 지향성, 현금지원도 상당부분 존재	수정된 혼합형, 서비스 지향성 유지, coverage 감소, 공공인력 30%이상 감축, 선택적 집중	social care markets(1990) Direct payment(1996)
프랑스	혼합형, 현금지원 중심, 선별적 접근, 독일과 유사 그러나 재가 위주	혼합형, 제도 통합, coverage 높임, 재정투입증가, 임금수준따른 누진적 자기부담 큼. 가족구성원 고용금지	APA(2001)
이탈리아	비공식적 돌봄 모델, 선별적 접근	비공식적 돌봄 모델, 80%이상 비영리 재가서비스	중앙차원 개혁 없음, 단지 90년대 중반 이후 지방차원의 개혁
미국	시장 돌봄 모델, 선별적 접근	시장 돌봄 모델, 선별적 접근, 의료서비스 중심 접근	Medicaid

이를 바탕으로 하여 영국, 프랑스, 스웨덴, 이탈리아, 미국 5개국 장기요양돌봄서비스 제도의 2000년대 중반 이후 지금까지의 정책동향을 개관한 내용을 요약하면 다음의 〈표 4-2〉, 〈표 4-3〉과 같다.

〈표 4-2〉 2000년 중반이후 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 제도의 변화 경향:
영국, 프랑스

	영국	프랑스
할당	<ul style="list-style-type: none"> - 2006년 사회보호조사위원회 보고서(CSCI, 2006) 이후 돌봄의 위기 논란이 시작되었으며 현 정부의 재정 감축으로 지속적으로 악화 	<ul style="list-style-type: none"> - 보편성의 원칙 강화 - 급여 대상자의 확대(중간 의존 상태인 GIR4를 대상자로 포함) - 소득제한 조건의 삭제
급여	<ul style="list-style-type: none"> - 1996년 직접지불제로 현금급여 제도 도입과 지속적 확대 - 2003년 개인예산제 도입으로 이용자 개별적인 서비스 설계 - 2000년 이후로는 보호자에 대한 유연한 노동시간 권리 부여 및 확대 - 이용자의 통제권을 존중하고 자립적인 삶을 촉진하는 서비스(재기서비스 등) 지속적 강화 	<ul style="list-style-type: none"> - 현금 급여 프로그램의 확대(PCH 도입으로 ACTP 대체 등) - 재가서비스 중심, 예방사업 사업확대 - 가족 돌봄자의 공적 지원 강화 - 대인서비스의 활성화 정책(Borloo)으로 단일서비스 고용수표 도입
전달 체계	<ul style="list-style-type: none"> - 여전히 지방정부 중심의 사례관리 체계에 의해서 운영 - 최근에는 90% 가까이 민간기관에 의해 서비스 공급 - 90년대 이후 사회서비스와 보건의료의 파트너십 강화, 현 정부에서도 정책방향 계승 	<ul style="list-style-type: none"> - 보건 의료 사업의 지방분권화 - 지역 중심 네트워크 활성화. - 기존 민간 비영리 중심의 돌봄서비스 시장이 확대, 여기에 민간영리 참여도 지속적으로 증가
재원	<ul style="list-style-type: none"> - 지역에 따라 지출수준이나 서비스 보장 수준이 달라 지역별 불평등에 대한 문제 심각하게 제기 - 현 정부의 급격한 재정긴축정책으로 대상인구가 증가하는 가운데 사회서비스 지출 감소 	<ul style="list-style-type: none"> - 지방의 재정적 압박을 극복하기 위해 전국자율성연대기금(CNSA)의 설립 - 2012년 제5의 사회보험 도입 무산이후 의존성 부양을 위한 새로운 개혁의 필요성이 제기되고 있지만 재정 마련을 위한 구체적인 대안은 제시되지 못하는 실정
관리	<ul style="list-style-type: none"> - 2006년 보건의료규제기관과 통합되어 돌봄의 질 위원회(CQC) 설립 - 2010년 이후 국가기준을 보다 단순하게 통합하고 이용자의 경험과 변화를 중심으로 구성 - 위험 기반 프로파일링 등을 통해서 평가와 규제 효율화 	<ul style="list-style-type: none"> - 연령적 차별 즉 60세 기준의 급여 제공 방식을 없애고 프로그램 통합 시도했으나 성공여부 불확실 - 서비스의 질적 제고를 위해 공공, 민간, 시장(사보험), 가족의 역할 분담 및 공동참여의 필요성 강조

〈표 4-3〉 2000년 중반이후 주요국 장기요양돌봄(long-term care) 제도의 변화 경향:
스웨덴, 이탈리아, 미국

	스웨덴	이탈리아	미국
할당	<ul style="list-style-type: none"> - 보편성의 원칙 - 노인과 장애인 등의 서비스 통합 - 돌봄서비스의 coverage는 지속적으로 감소. 	<ul style="list-style-type: none"> - 보편성의 원칙 - 최근 자산조사의 도입이 발언되었으나 실패. - 선택적 보편주의 원리 논의 중 	<ul style="list-style-type: none"> - 선별성의 원칙(메디케이드) - 민간서비스를 통합하여 보더라도 장기요양 서비스 이용율은 노인인구 대비 6.4%에 불과
급여	<ul style="list-style-type: none"> - 재가서비스 이용자의 지속적인 증가(시설서비스 감소) - 현금급여 이용자 수의 지속적인 증가 	<ul style="list-style-type: none"> - 가족 돌봄자를 지원하는 현금프로그램 중심 - 급여의 제도화가 아직 진행 중 	<ul style="list-style-type: none"> - 시설서비스와 재가서비스가 병행됨. - 현금급여 프로그램 없음.
전달 체계	<ul style="list-style-type: none"> - 공공서비스 중심이었으나 지속적으로 민간의 참여 증가 (특히 재가 서비스) - 공공인력의 지속적인 감축 경향 - 가족/근린 영역의 비공식적 서비스 제공자 증가 	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙정부..주..지자체로 연결되는 수직적인 전달체계 - 2009년 이민자의 규정화(regularization), 돌봄 위기를 이민정책을 대응하고자 함. - 주정부 중심의 서비스 제도화(2013년 남부지역 주 중심의 아동양육 및 노인장기요양서비스 도입) 	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 기관의 70%가 영리, 나머지는 재부분비영리 민간 - 주정부가 구매계약을 통해서 서비스를 전달 체계 구축
재원	<ul style="list-style-type: none"> - 기본적으로 조세기반(지방자치단체) - 중앙정부의 지방재원 균등화 정책 	<ul style="list-style-type: none"> - 2006년 중앙의 장기요양 국립요양기금 마련하였으나 2011년 소진 - 지방정부 중심, 그리고 가족부담 	<ul style="list-style-type: none"> - 메디케이드 재정이 전체 재원의 61%, 본인 부담금이 22%, 민간보험을 비롯한 기타 민간 지출이 11.9%, 기타 공적자금은 4.7% 수준 - 메디케이드 즉 의료부조의 예산 29.5%가 장기요양돌봄 서비스에 지출됨.
관리	<ul style="list-style-type: none"> - 중앙차원의 사회서비스 감독청(주로 지역 간 서비스 격차 조정) - 지방정부의 사례관리시스템(요양등급판정, 서비스 연계 및 조정, 사후관리 등) - 보건과 의료영역의 긴밀한 연계 	<ul style="list-style-type: none"> - 공식적인 관리시스템의 부재 	<ul style="list-style-type: none"> - 품질관리 규정이 연방정부차원에서 마련되어 있으나, 민간 공공기관에 대한 실질적인 관리 및 규제는 주정부 차원에서 이루어짐. - 90년대 이후 케어메니지먼트로 변화(지자체와 민간서비스기관의 협력적 관계 유지)

영국의 사회서비스는 1990년대 지역사회보호 이후 다양한 민간기관이 공급에 참여하고 있지만 전통적으로 지방정부를 중심으로 발달한 통합적 체계를 구축하고 있었고, 조세를 기반으로 하여 보편적으로 접근할 수 있지만 사실상 재산을 기준으로 재정 부담을 부과함으로써 공적부조화 되어 있었다. 서비스 질관리 체계는 지역사회보호 개혁 이후에 중앙 집중의 형태로 발달하였고, 중앙기관에서 기관의 등록과 조사, 규제의 권한을 모두 보유하고 있는 형태를 가지고 있었다. 뒤이어 살펴본 개혁쟁점을 보면 이러한 제도적 특징의 연장선상에 있다는 것을 볼 수 있다. 현 정부에서도 지속적으로 추진하고 있는 지역사회 중심의 예방적 서비스도 그렇고 이용자의 통제권을 강화하기 위한 통합적 서비스도 지방정부 중심으로 구축된 통합적 체계를 기반으로 발전된 정책적 방향이라고 할 수 있다. 이미 지방정부 사회서비스국 등을 중심으로 사례관리가 도입되어 이용자 중심으로 다양한 서비스를 통합적으로 설계할 수 있는 기반 위에 이러한 정책적 발전이 전개되고 있는 것이다.

프랑스의 장기요양돌봄 시스템은 보편성의 원칙과 지방 분권화 운영을 결합함으로써 기존의 사회 보험이나 공공부조를 보완할 수 있는 제도적 특징을 지닌다고 볼 수 있다. 특히 의존 노인과 장애인들의 부양 부담과 재정적 압박을 극복하기 위한 방안으로 설립된 전국자율성연대기금(CNSA)과 강화된 지방 분권화 전략에 따른 다양한 제도적 개편으로 프랑스는 고령화 위기에 대비하기 위해 국가적 차원의 적극적인 개입이 이루어지고 있음을 의미한다(PARK, 2013). 또한 현재 현금 급여에 비중을 두고 제3섹터와 가족 돌봄에 대한 공적지원을 확대함으로써 돌봄 서비스의 공공성 확보와 안정화된 서비스 보장을 추구하고 있다.

스웨덴의 장기요양돌봄 제도는 보편적 노인복지의 포괄적 틀 속에서 65세 이상의 모든 노인과 장애인에게 동일한 서비스의 질을 제공해 주기

위한 방식으로 구축되어 있다. 스웨덴 모델의 특징은 높은 국민 세금을 바탕으로 공공복지의 틀 속에서 폭넓게 제공되기 때문에 비영리조직의 참여는 매우 협소했다. 그러나 2006년 집권한 우익정권의 슬로건이었던 선택권의 자유(valfrihetsprincipen; principle of freedom of choice)에 입각해 다양한 사적 영역이 복지시장에 진입하기 하면서 교회, 가족, 그리고 자선단체 및 사회단체 등의 장기요양 서비스 영역에서 활동을 넓혀가고 있다. 한편, 스웨덴의 기초 지방자치단체는 종합서비스 기관으로서 서비스 공급의 구심점 역할을 하고 있다. 아동, 청소년, 교육, 노인, 장애인 등의 다양한 돌봄 시설운영, 서비스의 제공을 위한 직원채용 및 교육 등을 총체적으로 책임지고 있다. 하지만 경제적 자립도의 차이에 따른 예산의 차이, 도시-농촌과 같은 지역별 차이에 따른 서비스 내용의 차이 등과 함께 사회복지사의 채용과 교육 등에 있어서의 자율권 보장은 기초지방자치 단체별로 서비스의 질과 책임성의 실천에 있어 매우 큰 편차가 발생할 수가 있다. 이를 해결하기 위해 스웨덴은 중앙차원의 사회서비스 감독청을 운영하고 있다.

이탈리아 장기요양돌봄 제도는 다른 유럽국가들과 달리 체계화를 도모하려는 “아동양육 및 노인장기요양서비스(servizi di cura all’infanzia e agli anziani non autosufficienti)” 지원 프로그램 제외하고는 최근 몇 년 간에 큰 개혁을 보여주지 않았다. 1990년대에 수직적인 전달체계 하에 장애판정 기준에 대한 보다 구체적인 법(1990년 제295법) 외에 동반자 요양수당의 지불이 이어져왔으며, 2000년대에 소수의 개혁 제안들이 있어 왔지만, 그리 성공적이지 못하였다. 그 중에 2006년에 프로디 정부가 설립한 국립 요양기금이 있었는데, 이는 몇 년 이내에 빠른 속도로 고갈되었다. 이탈리아 장기요양돌봄 제도는 비공식적 케어에 많이 의존하고 있다. 주로 정부의 지원은 이러한 비공식적 케어를 공식적 계약을

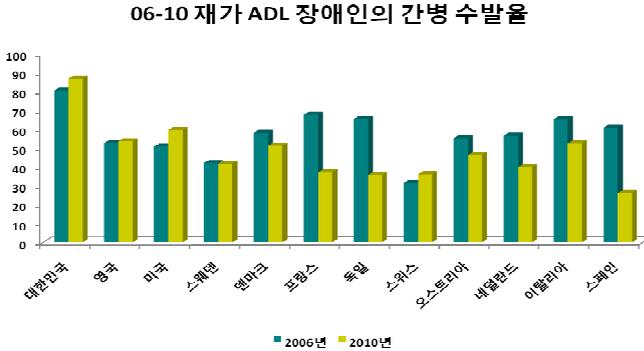
통해 지원하는 것이다. 최근에 논의되어 왔던 개혁 제안들 중에 일종의 자산조사의 도입이 발언된 바가 있었는데, 특히 연봉이 6만 유로(1인 가구 기준), 혹은 8만 유로(2인 가구 기준)을 초과하는 가족들에게 선택적 보편주의원리(selective universalism)를 적용해 동반자 요양수당의 혜택을 누릴 수 없게 제한을 두는 것이었다. 그러나 2013년 11월에 논쟁이 심화되어 정부가 개혁의 제안을 포기하고, 장기요양 현금급여의 순수한 보편주의적인 성격을 그대로 유지하기로 하였다. 복지부는 사회파트너와 전문가, 그리고 관련 조직 등과 함께 동반자 요양수당의 접근을 재구성할 수 있게 협상을 진행하고 있는데, 가령 급여조건이 의도 대로 엄격해진다 면, 향후 이탈리아의 장기요양돌봄 제도는 선택적인 보편주의 시스템으로 변경될 가능성이 높다(Jessoula & Pavolini 2013).

미국의 장기요양돌봄 제도는 저소득층 메디케이드 대상자를 위해 설계되어 매우 선별적으로 운영된다. 민간서비스를 통틀어 장기요양돌봄 서비스 이용율은 노인인구 대비 6.4%에 불과할 정도로 매우 낮은 실정이다. 급여는 시설서비스와 재가서비스로 구분되고, 현금급여 프로그램은 없다. 미국 장기요양돌봄 서비스의 공급자는 70%가 시장의 영리기관이며 나머지가 비영리 민간기관이다. 이와 관련하여 연방정부는 품질관리 시스템을 보유하고 있기는 하지만 거의 작동하지 않고 주정부가 구매계약을 통해서 서비스 제공자를 지원 및 관리하는 형태를 보이고 있다. 서비스의 재원은 메디케이드가 전체의 61%를 차지하고 본인부담금이 22% 수준이다. 민간보험을 비롯한 기타 민간지불이 11.9%이며, 메디케어와 사회서비스포괄보조금을 비롯한 기타 공적자금은 4.7%에 불과하다. 메디케이드는 기본적으로 저소득층 의료부조이기 때문에, 장기요양돌봄 서비스를 이용하는 계층은 주로 재산과 소득을 상실한 노인과 장애인 저소득층이라고 볼 수 있다.

2. 주요국의 돌봄 현황과 이용자 중심의 성과

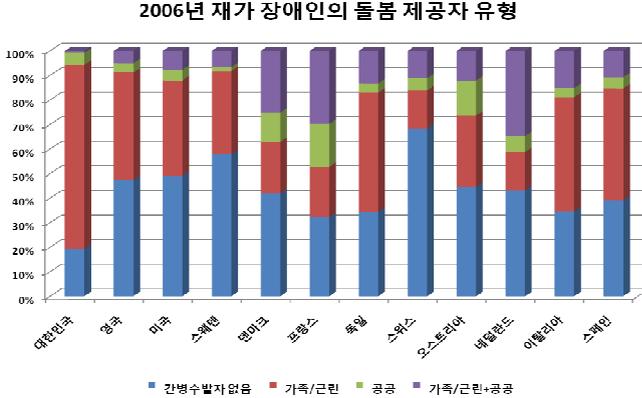
본 연구는 주요국 장기요양돌봄 정책의 성과(outcome)를 이용자 중심의 시각에서 개념화하고 그 현황을 제시하였다. 이를 우리나라와 비교하여 돌봄현황(간병수발율, 돌봄제공자유형)과 이용자 중심의 성과(전반적인 삶의 질, 주관적 건강수준, 우울)로 구분하여 제시하고자 한다. 특히 국제적 기준의 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인 간의 형평성 측면에서 현황을 비교하고, 추가적으로 돌봄서비스 제공자의 전반적인 삶의 질, 주관적 건강수준, 우울수준 또한 비교해 보고자 한다. 우선 국제적 기준의 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인을 대상으로 하여 서비스 제공자의 유형을 살펴보면 우리나라의 경우 분석 국가 중 가족 돌봄 제공자 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 즉 공식적인 돌봄서비스 제공자의 비율이 상대적으로 적었다. 2006년과 2010년을 비교할 때 프랑스, 독일, 이탈리아, 스페인 등 상당수 유럽 국가들의 가족 돌봄제공자의 비율이 큰 폭으로 감소한 것으로 나타난 것과 대조적이다. 그러나 이들 중 소수만이 공식적 돌봄서비스 형태로 전환되었고 대다수는 더 이상 간병수발을 받지 못하는 것으로 드러나 유럽 복지국가의 돌봄서비스 위기가 심화되고 있는 것을 확인할 수 있었다.

[그림 4-1] 재가 ADL장애인의 간병 수발율(2006년-2010년)

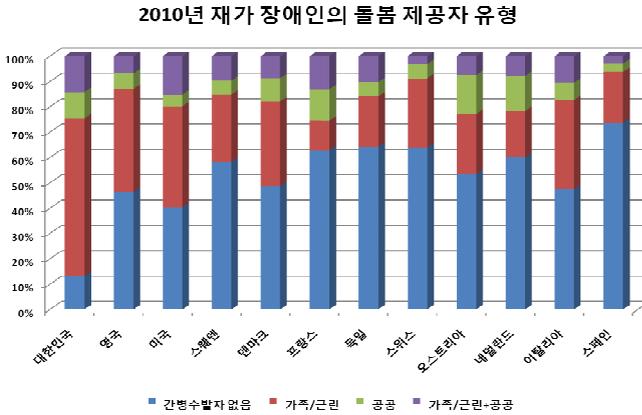


둘째, 우리나라의 경우 2006년 대비 2010년 비공식적 돌봄제공자 즉 가족/근린 돌봄 제공자의 비율이 감소한 것으로 나타나고 있다. 이는 유럽 국가들과 유사한 양상으로 보여질 수 있으나 감소된 가족 돌봄제공자의 비중이 공식적(공공/민간) 돌봄서비스 제공자 혹은 비공식적/공식적 돌봄서비스 제공자의 혼합형태로 전환되었다는 점에서 차이가 난다. 2007년 전자바우처 서비스, 2008년 노인장기요양서비스, 2010년 장애인활동지원서비스의 도입이 그 배경으로 작용하였을 것이다. 아울러 우리나라의 경우 공식적 돌봄 서비스의 확대와 동시에 국제적 기준으로서의 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인 중 돌봄서비스를 받지 못하는 자의 비율이 감소되는 긍정적인 양상을 보였다. 돌봄 서비스 제공시간에 대한 추가적인 분석결과, 우리나라는 2006년 대비 2010년 간병수발율의 증가뿐만 아니라 공식적 돌봄 서비스의 제공시간도 큰 폭으로 늘어난 것으로 나타났다. 2006년에는 가족/근린의 돌봄 제공시간이 공식적 돌봄에 비해 매우 길었으나, 2010년에는 공식적 돌봄 제공자의 서비스 시간이 큰 폭으로 증가되어, 비공식적 돌봄제공자와 공식적 돌봄 제공자의 서비스 제공시간이 소폭 역전되는 양상까지 보였다.

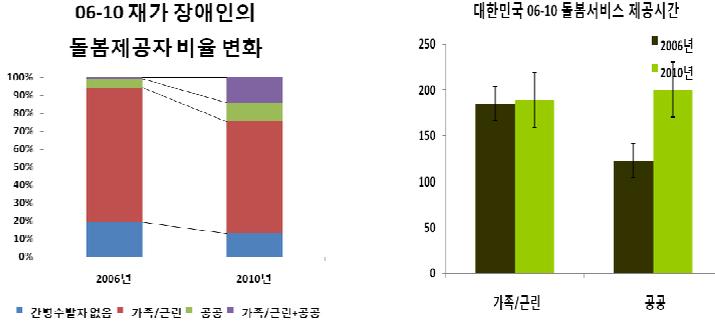
[그림 4-2] 돌봄 제공자 유형: 공식(민간+공공), 비공식(가족/근린)(2006년)



[그림 4-3] 돌봄 제공자 유형: 공식(민간+공공), 비공식(가족/근린)(2010년)

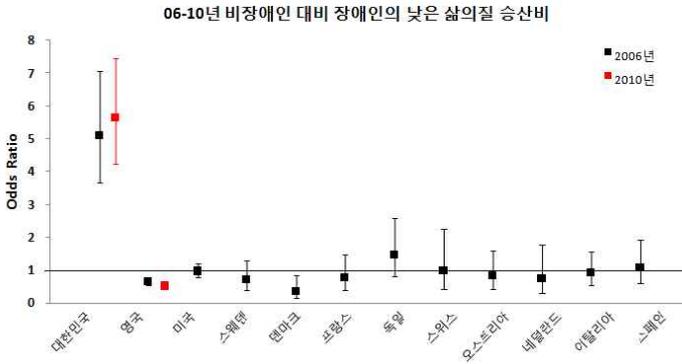


[그림 4-4] 우리나라 돌봄제공자 공식, 비공식 부문



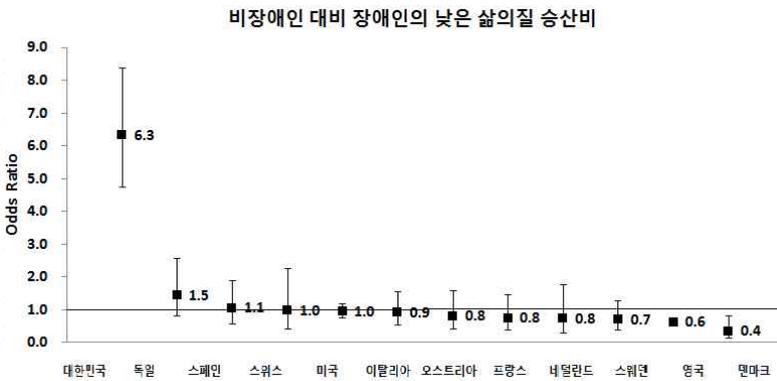
셋째, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인의 전반적인 삶의 질 격차를 국가별로 비교한 결과, 우리나라는 분석 대상 12개국 중 그 격차가 가장 큰 것으로 나타나고 있다. 특히 다른 비교 국가들은 ADL장애인과 비장애인 간의 유의미한 삶의 질 격차가 보이지 않은 반면, 우리나라의 경우는 ADL장애인이 비장애인에 비해 전체 대상자 중 하위 3삼분위의 가장 낮은 삶의 질에 처할 위험이 5배 이상 높았고, 이 위험은 2006년 보다 2010년 더욱 증가하는 것으로 나타나는 점이 주목된다. 유사하게 자신의 삶에 얼마나 만족하는 지를 묻는 1개 공통 문항만을 이용한 분석에서도, 우리나라는 장애인과 비장애인의 삶의 만족도 격차가 오스트리아와 네덜란드에 이어 세 번째로 높았고 격차는 4년간 심화되는 양상을 보였다.

[그림 4-5] 비장애인 대비 장애인의 낮은 삶의질 승산비(2006년-2010년)



주: 승산비는 연령, 소득, 학력, 결혼상태 보정한 수치임.

[그림 4-6] 비장애인 대비 장애인의 낮은 삶의질 승산비

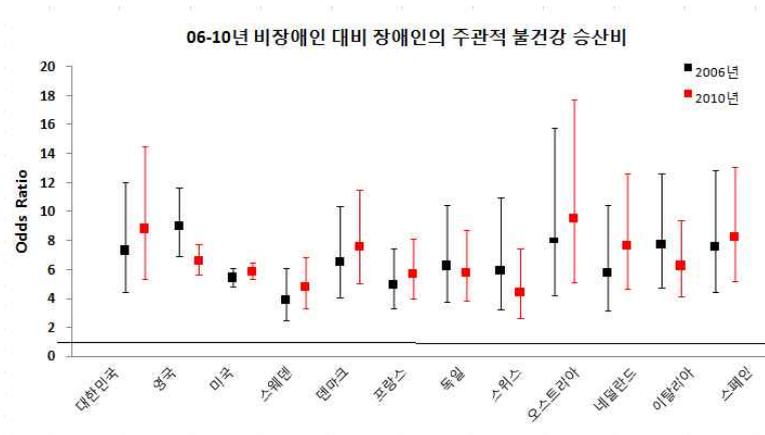


주: 1) 승산비는 연령, 성별, 교육수준, 결혼상태, 균등화 가구소득 보정한 수치임.
 2) 대한민국은 2010년 결과치이며 기타 11개국은 2006년 결과를 근거로 함.

넷째, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인의 주관적인 건강수준의 격차를 국가별로 살펴본 결과에서도 우리나라는 2006년 분석대상 12개국 중 5번째로 격차가 큰 국가로 분석되었다. 이 격차는 4년간 더욱 심화되어 2010년에는 오스트리아에 이어 두 번째

로 장기요양돌봄서비스 대상자와 비대상자의 건강격차가 큰 것으로 나타났다. 2006년부터 2010년까지 4년간의 변화를 살펴보면 12개국 중 ADL장애인과 비장애인의 건강의 격차가 심화된 국가는 8개국이었으며, 격차가 감소된 국가는 4개국이었다. 우리나라의 경우는 ADL장애인과 비장애인의 건강 격차가 상대적으로 더 심화되어, ADL장애인이 비장애인에 비해 불건강할 확률이 2006년 7.3배, 2010년에는 8.8배 높은 것으로 나타났다. 또한 4년간 증가된 승산비는 네덜란드에 이어 두번째로 크게 나타났다.

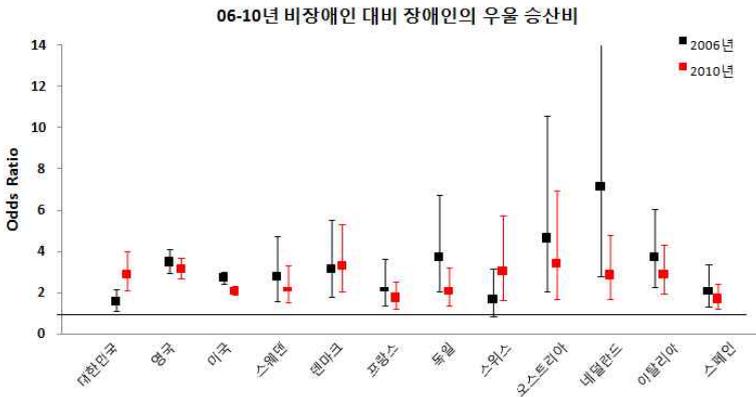
[그림 4-7] 비장애인 대비 장애인의 주관적 불건강 승산비(2006년-2010년)



다섯째, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자 즉 ADL장애인과 비장애인의 우울수준을 분석한 결과에서도 우리나라는 4년간 ADL장애인의 우울경향이 강화되어 비장애인과 격차가 증가하는 양상을 보였다. 2006년 분석국가 중 우리나라는 12개 분석 국가 중 ADL장애인과 비장애인의 우울수준의 격차가 가장 낮은 것으로 보고되었다. 그러나 4년이

지난 2010년 우리나라 ADL장애인의 우울 위험은 비장애인에 비해 스위스와 더불어 가장 크게 증가한 것으로 나타났다.

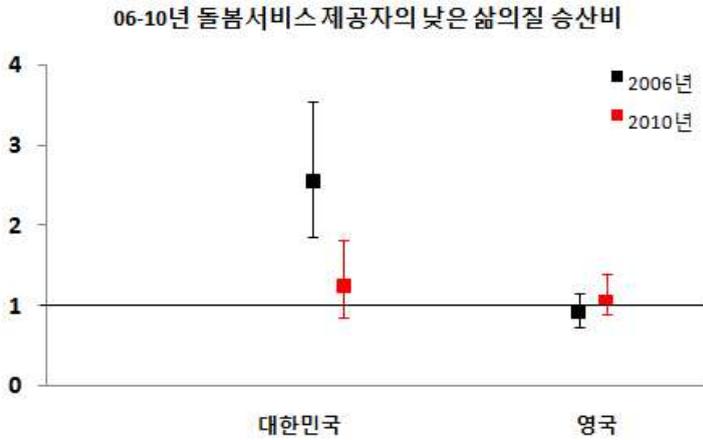
[그림 4-8] 비장애인 대비 장애인의 우울 승산비(2006년-2010년)



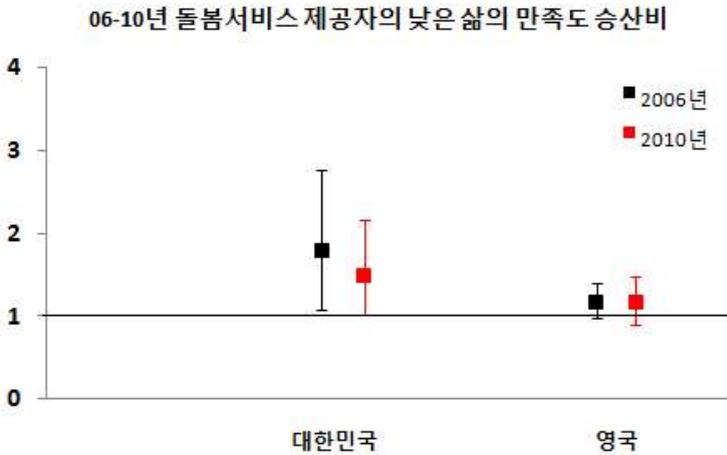
주: 승산비는 연령, 소득, 학력, 결혼상태 보정한 수치임.

여섯째, 돌봄서비스 제공자의 삶의 질과 만족도롤 국가별로 분석한 결과, 우리나라의 돌봄서비스 제공자는 비제공자에 비해 2006년 낮은 삶의 질을 경험할 확률이 2.6배 높은 것으로 나타났으나 주요한 돌봄서비스 제도가 도입된 이후 2010년의 시점에서는 이들 간 삶의 질 격차가 관찰되지 않았다. 영국은 2006년과 2010년 모두 돌봄서비스 제공자와 비제공자간 삶의 질의 차이가 발견되지 않았다. 이와 유사하게 삶의 만족도에 대한 분석에서도 영국은 2006, 2010년 모두 돌봄서비스 제공자와 비제공자간 유의한 차이가 보이지 않았다. 한편 우리나라의 경우는 돌봄서비스 제공자가 비제공자에 비해 낮은 삶의 질을 영위할 확률이 1.8배로 높았으나 이후 1.5배로 감소한 것으로 나타났다.

[그림 4-9] 돌봄서비스 제공자의 낮은 삶의 질 승산비(2006년-2010년)



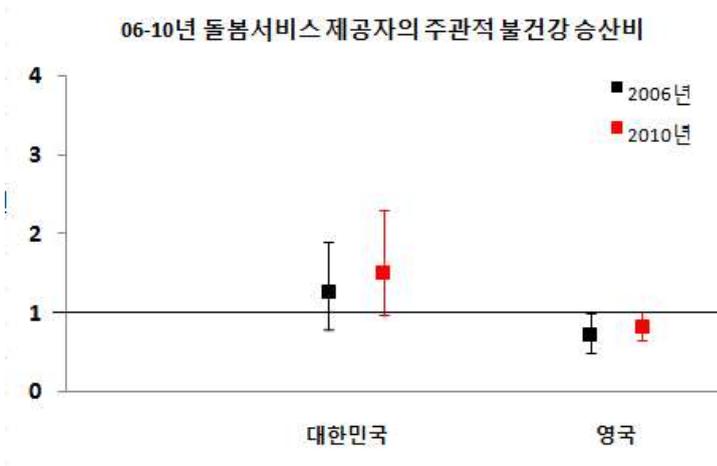
[그림 4-10] 돌봄서비스 제공자의 낮은 삶의 만족도 승산비(2006년-2010년)



주: 승산비는 연령, 소득, 학력, 결혼상태 보정한 수치임.

마지막으로 돌봄서비스 제공자와 비제공자 간 주관적인 건강수준의 격차를 분석한 결과, 2006년과 2010년 우리나라와 영국 양국에서 모두 통계적으로 유의한 차이가 발견되지 않았다.

[그림 4-11] 돌봄서비스 제공자의 주관적 불건강 승산비(2006년-2010년)



* 승산비는 연령, 소득, 학력, 결혼상태 보정한 수치임.

제2절 이론적·정책적 함의

본 연구는 전통적인 돌봄 체제이론을 참고하여 자유주의 국가에 속하는 영국과 미국, 북유럽 국가군에 속하는 스웨덴, 보수주의 국가로 분류되는 프랑스, 그리고 남유럽군에 속하는 이탈리아를 주요국으로 선별하고, 나라별로 2000년 중반 이후 최근까지의 변화를 조망하였다. 복지체제나 젠더레짐 등과 같은 논의가 전통적인 국가별 차별점을 보여주는 것이라면 본 연구의 분석 틀인 할당, 급여, 전달체계, 재정방식, 서비스 질 관리와 관련해서 그러한 차별점이 다른 차원으로 드러나는 경우도 있었고, 전반적으로 기존의 체제와의 관련이 잘 나타나지 않는 것으로 나타났다. 지출수준이나 재원방식의 경우에는 상대적으로 체제와의 관련성이 높게 나타나는 것으로 보이지만 최근의 정책 변화 경향을 반영하는 전달체계나 서비스 질 관리 부분 즉 제도적 변화 경향과 체제와의 관련성은 잘 드러나지 않았다. 오히려 급여의 종류와 관련해서는 다양한 제도적 선택이 상대적으로 분명함에도 불구하고 국가 간의 차이가 두드러지기 보다는 일정방향으로 수렴되는 현상이 나타나고 있음을 볼 수 있었다.

사실 대부분 나라의 장기요양돌봄 서비스가 시설보호에서 재가보호로 이동하는 것과 서비스 직접 제공에서 구매계약이나 현금급여등을 통해 점점 더 민간의 참여를 증가시키는 것은 가장 보편적으로 나타나는 흐름으로 나타나고 있었다. 재가보호로의 중심이동은 훨씬 더 이전부터 진행돼오던 변화이다(Simonazzi, 2009; 김보영, 2011). 특히 언급되었듯이 거주지에서의 노화(ageing in place)라는 개념이 등장하면서 더욱 강조되었고 1994년 OECD 사회정책장관회의에서 이를 공통적인 우선순위로 채택되기도 하였다(OECD, 2005). 이는 한편으로는 정부의 책임을 지역 수준으로 분권화하는 것임과 동시에 돌봄에 대한 제도적 지원에 비공식

영역을 참여시킴으로서 시설보호만으로는 감당할 수 없는 비용의 지속적인 증가에 대응하는 것이기도 하다.

민간의 참여 증가는 점점 더 커지고 있는 이용자 선택과 유연성에 대한 요구에 대응하는 것으로 보편주의나 선별적이냐 상관없이 현금을 직접 지급하거나 현금과 서비스 사이의 선택권을 부여하는 등의 움직임이 나타나고 있는 것이다(OECD, 2009). 이러한 움직임이 돌봄에 있어 국가의 축소를 의미하는 것은 아니며 오히려 점점 더 증가하는 새로운 사회적 위험에 대한 대응으로 장기요양돌봄 서비스가 새로운 복지체제의 핵심 영역으로 떠오르는 과정에서 국가 역할의 변화를 나타내고 있을 뿐이다(OECD, 2011). 가령 시장화의 흐름에서 국가는 독점적 공급자로서의 지위는 약화되지만 점차 늘어나는 민간 영역에 대한 규제자로서의 역할을 강화되고 있었다.

또한 이러한 민간참여의 증가는 기존의 서비스 중심의 체제의 대표국가(스웨덴)에서는 더욱더 유연하고 가족의 참여가 강조되는 방향으로 나타나지만 가족 중심이었던 나라(이탈리아)에서는 오히려 이를 통해 더욱 돌봄이 공식적이고 제도화된 시장영역으로 들어오는 수렴현상이 나타나고 있었다. 이와 동시에 보편적인 공적 돌봄체제를 가졌던 대표국가(스웨덴, 영국)는 보다 제한된 대상에 집중적인 돌봄을 낮은 포괄성과 엄격한 선별성이 특징이었던 체제의 대표국가(이탈리아, 미국)는 오히려 대상을 늘리거나 엄격성을 완화하는 현상이 나타나고 있다.

종합하여 볼 때, 2000년대 중반 이후 지금까지의 장기요양돌봄 제도의 변화는 이전의 변화 경향을 유지하면서 수렴되고 있었으며, 특히 이용자의 선택성을 강화하는 방향으로 프로그램이 변화하는 모습을 보이고 있었다. 이와 관련하여 본 연구는 향후 돌봄체제에 대한 연구는 이러한 각국의 정책방향이 개별 국가의 사회문화적 환경과 상호작용하여 궁극적으

로 개인이 경험하는 돌봄의 내용에 어떤 변화를 가져왔는가에 대한 분석으로 구체화될 필요가 있다고 보았다. 이에 대한 탐색적 고찰로 본 연구는 장기요양돌봄 체제의 다양성을 해석하기 위한 접근의 하나로 미시적 차원의 돌봄 현황 즉 개인이 경험하는 돌봄의 형태와 양 그리고 이용자 중심의 성과에 대한 실증 비교를 시도하였다.

주요국의 장기요양돌봄 현황과 정책성과에 대한 기술통계를 우리나라와 비교한 결과 주목되는 점은 다음과 같이 개관될 수 있다.

우선, 국제적 기준으로 본 우리나라 장기요양돌봄 대상자(ADL장애인)와 가족 내 돌봄서비스 제공자의 삶의 질과 주관적인 건강수준을 살펴보면 2006년 대비 2010년 전반적으로 향상된 것을 확인할 수 있었다. 이와 같은 변화는 비교국가들에게선 발견할 수 없는 변화였다. 즉 이러한 긍정적인 결과는 2007년 이후 2010년 까지 확대된 공적 장기요양돌봄서비스 제도(바우처서비스, 노인장기요양서비스, 장애인활동지원서비스 등)의 정책성으로 해석할 수 있으며, 결론적으로 그간 일련의 장기요양돌봄서비스의 확대는 우리나라 장기요양돌봄 대상자의 삶의 질과 건강 증진에 기여한 것으로 볼 수 있다. 더불어 이러한 공적 장기요양돌봄서비스의 확대는 가족 내 서비스 제공자의 심리적 스트레스 완화에도 기여해 이들의 삶의 질 향상과 건강 증진에 기여한 것으로 사료된다.

돌봄현황과 관련하여서는 2006년 우리나라 장기요양돌봄서비스 대상자의 간병수발율이 비교국가에 비해 상대적으로 높은 수치를 보이고 있다. 이는 공적 서비스의 비중보다는 비공식적 부문 즉 가족에 의한 서비스 비율이 높기 때문일 것이다. 그러나 주요 장기요양돌봄서비스로서 바우처서비스, 노인장기요양서비스와 장애인활동지원서비스가 시행된 이후 2010년의 시점에서 가족에 의한 돌봄서비스의 비율이 비교국가에 비해 높게 나타나고 있다. 이는 그 간의 공적 돌봄서비스의 확대가 가족

이 제공하는 돌봄서비스 제공 비율을 낮추기보단 공공/가족 혼합형 제공으로의 전환 혹은 돌봄 서비스 비수급자에게 혜택이 돌아갔음을 보여준다고 할 수 있다.

한편 국제적 기준으로 본 장기요양돌봄서비스 대상자(ADL장애인)와 그렇지 않은 자 간의 형평성 면에서는 우리나라의 경우 장기요양돌봄서비스 대상자의 전반적인 삶의 질과 주관적인 건강수준이 그렇지 않은 자에 비해 비교 대상국과 비교하여 상대적으로 낮게 나타나고 있었다. 특히 국제적 기준으로 본 장기요양돌봄서비스 대상자(ADL장애인)와 그렇지 않은 자 간의 주관적인 건강 격차가 두드러지게 나타났다. 또한 국제적 기준에서 본 장기요양돌봄서비스 대상자의 전반적인 삶의 질과 주관적인 건강수준의 격차는 2006년에 비해 2010년 더욱 나빠지는 것으로 나타나고 있었다. 2007년부터 2010년 사이 주요 장기요양돌봄서비스로서 노인 장기요양서비스와 장애인활동지원서비스가 도입된 것을 고려할 때 예상과 반대되는 결과이다.

이상의 결과는 우선 그간의 장기요양돌봄서비스의 확대 즉 2007년 바우처서비스, 2008년 노인장기요양서비스, 2010년 장애인활동지원서비스 등이 우리나라 장기요양돌봄 욕구를 가진 자와 가족 내 서비스 제공자의 삶의 질 향상과 건강수준 증진에 기여하였음을 보여준다. 이는 공식적인 돌봄서비스의 확대가 장기요양돌봄 욕구를 가진 자와 그 가족의 삶의 질과 건강수준 증진에 기여하는 바가 있음을 보여주는 것으로 향후 장기요양돌봄서비스 확대를 정당화하는 근거가 될 수 있다. 또한 그 간의 제도로 커버되지 못한 장기요양돌봄서비스 욕구 자의 사각지대에 대한 서비스 확충이 필요함을 보여준다.

아울러 장기요양돌봄서비스 대상자로서 ADL장애인과 그렇지 않은 자의 형평성 측면에서 나타난 격차는 서비스의 양적인 측면보다 질적인 측

면에서의 향상이 도모될 필요가 있음을 보여줄 수 있다. 장기요양돌봄대상자의 특성에 맞는 서비스가 다양화될 필요성, 돌봄서비스 인력양성과정의 정비, 최우수준의 제고 등 서비스 질적인 측면에 대한 정책적 관심이 강화될 필요가 있음을 암시한다.

한편 본 연구에서 시도한 국제비교 데이터 탐색 작업은 주요국 장기요양돌봄서비스의 국제비교로서 향후 심층 분석과 후속연구가 진행될 필요가 있음을 보여준다. 특히 특정 서비스 수급자만을 분석대상으로 하는 실증연구의 한계를 극복하기 위해 보다 거시적 시각에서 장기요양돌봄 욕구를 가진자 즉 ADL장애인과 그렇지 않은자 간의 형평성 그리고 비공식적 부문의 돌봄서비스를 포괄하는 정책성과에 대한 학문적, 정책적 관심이 진행될 필요가 있다.

이를 위해서는 우선 국내 장기요양돌봄서비스에 대한 데이터 확충이 선행되어야 할 것이다. 그러나 현재 우리나라의 돌봄서비스 국제비교 연구를 위한 데이터는 아직 정비되어 있지 못한 것으로 파악된다. 현재 우리나라의 돌봄서비스 정보를 미시적 차원에서 포괄적으로(비공식, 공식적 돌봄현황, 국제기준으로 장기요양돌봄서비스 대상자인 ADL장애인의 현황 등)수집하고 있는 중고령자패널(Klosa)이 있다. 이의 문항은 본 연구에서 살펴본 SHARE, ELSA, HRS와 비교 가능한 문항을 설계하도록 되어 있지만 다음의 몇 가지 제한점으로 인해 이를 통한 국제비교연구가 용이하지 못한 상황이다. 무엇보다도 사망 및 조사 이탈자 대체를 위한 추가 조사 대상자의 모집, 주관적 기대감 및 삶의 만족도 관련 설문 문항의 타당도 검증 작업 및 수정보완, 돌봄서비스 분야의 국제 비교 연구를 염두한 조사 문항의 수정 보완, 데이터 사용자 편의를 도모한 설명 자료의 개발 및 표준화 지표 제시 등이 진행되어 국제비교 연구를 위한 데이터로 보완될 필요가 있다.

참고문헌 <<

- 100세 시대 대비 저출산고령사회포럼·보건복지부·한국보건사회연구원(2011). 인
생 백세시대 대응 전략.
- 강금지·노성윤·류혜숙·이혜숙·최성숙(2008). 쉽게 배우는 영양판정, 수학사.
- 국민생활체육회(2009). 2009 생활체육 노인건강증진 프로그램 매뉴얼.
- 김보영(2011). 1980/90년대 영국 보수당 정부 사회서비스 개혁에 대한 재조명:
정치사상과의 관계를 중심으로, 사회복지정책. 38(1), pp.167~197.
- 김보영(2011). 1980/90년대 영국 보수당 정부 사회서비스 개혁에 대한 재조명:
정치사상과의 관계를 중심으로, 사회복지정책. 38(1), pp.167~197.
- 김소연·윤미은·승정자(2002). 케어복지사를 위한 노인영양, 교육과학사.
- 김영미(2009). 한국의 복지체제와 젠더: 일가족양립정책 개혁을 중심으로, 사회
보장연구. 25(4), pp.281~305.
- 김용득·김은정·조남경(2013). 사회서비스 재정지원방식과 공급주체의 성격 및
품질관리기제에 대한 국가 간 비교 연구-성인 재가돌봄서비스를 중심으로.
OECD 대한민국 정책센터·성공회대학교 사회복지연구소
- 대한민국정부(2012). 제2차 저출산고령사회 기본계획.
- 류연규(2011). 젠더레짐과 한국 가족복지정책 유형, 2011년 사회복지사 보수교육.
pp.3~32.
- 박영란·홍백의(2011). 베이비부머 은퇴 후 생활자원을 위한 신복지모형 개발 연구,
보건복지부.
- 박채복(2013). EU 젠더레짐의 형성 및 정책결정과정, 정치정보연구. 16(1), pp.33~58.
- 박혜련(1996). 연령층별 영양상태, 지역사회영향학회지. 1(2), pp.301~332.
- 보건복지부(2010). 2009 국민건강통계.
- 보건복지부(2011). 2011년 노인복지시설 현황.
- 보건복지부(2012). 2012 노인보건복지사업안내.
- 보건복지부(2012). 방문건강관리사업·건강생활실천사업 연계 건강검진결과상담 매
뉴얼, 한국건강증진재단.

- 보건의료미래위원회·보건복지부·한국보건사회연구원(2011). 2020 한국 의료의 비전과 정책방향.
- 통계청(2011). 2010년 생명표.
- 통계청(2012). 2012 고령자통계.
- 한국건강증진재단(2012). 건강증진총서 3호. 세계보건기구(WHO) 신체활동 권장지침.
- 한국보건사회연구원(2011). 2011년도 고령사회대책. 정책참고자료
- 한국보건사회연구원·보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획.
- Bettio, F., J. Plantenga(2004). Comparing care regimes in Europe. *Feminist Economy*. 10(1), pp.85~113.
- Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991) *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Daly, M. (2002). Care as a good for social policy. *Journal of Social Policy*. 31(2), pp.251~270.
- EU(1999). *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway*. European Commission.
- Fried, P. F., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., Mcburnie(2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3).
- Gilbert, N., P. Terrell(2005). *Dimensions of Social Welfare Policy*. 6th eds. Pearson: New York.
- Jun BH., Lee HG. (2000). An investigation of the intake of the health food among the salarymen in Seoul. *Kor J Soc Food Sci*. 16(1), pp.9~16.
- Kang MH. (1994). Nutritional status of Korean elderly people. *Korean J of Nutr*. 24(6), pp.616~636.
- Lee YA, Lee HJ, Lee HS, Jang YA, Kim C. (2007). Nutritional status and

- its improvement strategy of the elderly living alone. *Korean J Community Nutr.* 11, pp.16~34.
- Mor, V. (2014). A framework for understanding regulation of long-term care quality. in Mor, V., L. Tiziana, and A. Maresso (eds.) *Regulating Long-term Care Quality: An International Comparison.* Cambridge University Press. pp.3~28.
- Munro H., Schlieff G. (1992). *Nutrition of the elderly: Nestle nutrition Workshop Series.* 29, Raven Press.
- Nagi. S. Z., (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly.* 54, pp. 439~467
- OECD(2005). 노인장기 요양보호: The OECD Health Project Long-term Care for Older People. 보건복지부·경제협력개발기구 아시아 사회정책 센터·OECD.
- OECD(2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-term Care.* OECD.
- Pavolini, E. and C. Ranci.(2011). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy.* 18(3), pp.246~259.
- Pfau-Effinger, B. (2005). Welfare state policies and the development of care arrangement. *European Societies.* 7(2), pp.321~347.
- Rowe, J. W.·Kahn, R. L. (1998). *Successful aging.* New York: Pantheon Books.
- Simonazzi, A. (2009). Care regimes and national employment models. *Cambridge Journal of Economics.* 33, pp.211~232.
- Soma, N., J. Yamashita. and R. K. H. Chan.(2011). Comparative framework for care regime analysis in East Asia. *Journal of Comparative Social Welfare.* 27(2), pp.111~121.

- Son SM, Park YJ, Koo JO, Lee YN, Yoon HY. (1996). Nutritional and health status of Korean elderly from low-income, urban area and improving effect of meal service on nutritional and health status - V. The effect of meal service for one ter on nutritional and health status -. *Korean J Community Nutr.* 2(1), pp.63~73.
- Verbrugge, L. M. & Jette, A. M.(1994). The disablement process, *Social Science and Medicines*, 38(1).

〈영국〉

- 고경환·김보영·강지원.(2010). 복지경영의 이론적 논의와 과제, 한국보건사회연구원
- 강혜규·김보영·안혜영·엄태영·이기연·김은정 외(2011). 지역복지 활성화를 위한 공공부문의 역할과 전략 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원
- 강혜규·김형용·박세경·최현수·김은지·최은영 외(2007). 사회서비스 공급의 역할분담 모형개발과 정책과제: 국가·시장·비영리민간의 재정분담 및 공급참여 방식, 한국보건사회연구원
- 강혜규·최현수·엄기욱·안혜영·김보영(2006). 지방화시대의 중앙·지방간 사회복지 역할분담 방안, 한국보건사회연구원
- 김보영(2009). 영국 신노동당 정부의 사회서비스 개혁 방향과 전략 연구. *사회복지정책*. 36(3), pp.127~152.
- _____(2011). 1980/90년대 영국 보수당 정부 사회서비스 개혁에 대한 재조명: 정치사상과의 관계를 중심으로. *사회복지정책*. 38(1), pp.167~197.
- ADASS(2014). *ADASS Budget Survey Report 2014*: Final. Association of Directors of Adult Social Services
- Atkinson, C. And R. Lucas(2013). Policy and gender in adult social care work. *Public Administration*. 91(1), pp.159~173
- Brand, C., J. Hughes, and D. Challis(2012). Towards Understanding

- Variations in Social Care for Older People in England. *Social Policy and Administration*. 46(7), pp.705~726.
- Brindle, D. (2014). *The Care Act receives royal assent: what does this mean for adult social work?*. Guardian.
- CLG(2008). *A guide to the local government finance settlement*. London: Communities and Local Government.
- CSCI(2006). *The state of social care in England 2005-06*. London: Commission for Social Care Inspection.
- CQC(2014a). *National Standards*.
<http://www.cqc.org.uk/content/national-standards>. 10월 8일 접속
- CQC(2014b). *The State of Health Care and Adult Social Care in England 2013/14*. Citygate: Care Quality Commission.
- DCLG(2013). *A guide to the local government finance settlement in England*. London: Department for Communities and Local Government.
- DH(2010). *Guidance on Eligibility Criteria for Adult Social Care, England 2010*. London: Department of Health.
- Dickinson, H., S. Jeffares, A. Nicholds and J. Glasby(2014). Beyond the Berlin Wall?: Investigating joint commissioning and its various meanings using a Q methodology approach, *Public Management Review*. 16(6), pp.830~851.
- HM Government(2012). *Caring for our future: reforming care and support*. Norwich: TSO
- HM Treasury(2013). *Budget 2013*. London: The Stationery Office.
- _____ (2014). *Budget 2014*. London: The Stationery Office.
- IPPR(2001). *Building better partnerships: the final report of the commission*.
- Larkin, M., E. Richardson and J. Tabreman.(2012). New partnerships

- in health and social care for an era of public spending cuts. *Health and Social Care in the Community*. 20(2), pp.199~207.
- Lewis, J. And A. West.(2013). Re-Shaping Social Care Services for Older People in England: Policy Development and the Problem of Achieving 'Good Care'. *Journal of Social Policy*. 43(1), pp.1~18.
- Lymbery, M. (2014). Understanding personalisation: Implications for social work. *Journal of Social Work*. 14(3), pp.295~312.
- Netten, A., K. Jones, M. Knapp, J. L. Fernandez, D. Challis, C. Glendinning, S. Jacobs, J. Manthorpe, N. Moran, M. Stevens, and M. Wilberforce.(2012). Personalisation through Individual Budgets: Does It Work and for Whom?. *British Journal of Social Work*. 42, pp.1556~1573.
- NHS(2011). *Community Care Statistics: Grant Funded Services for Adults, England - 2010-11*: The Health and Social Care Information Centre.on public private partnership: IPPR.
- Pickard, L. (2001). Carer break or carer-blind? Policies for informal carers in the UK. *Social Policy & Administration*. 35(4), pp.441~458.
- Rubbery, J., D. Grimshaw, and G. Hebson.(2013). Exploring the limits to local authority social care commissioning: competing pressures, variable practices, and unresponsive providers. *Public Administration*. 91(2), pp.419~437.
- Sullivan, M. (1996). *Personal social services The development of the British welfare state*: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- UNISON(2012). *Time to care*: A UNISON report into homelier. UNISON.
- Wanless, D. (2006). *Securing good care for older people: taking a long-term view*. London: King's Fund.

〈이탈리아〉

- 홍이진 편 (2012). 주요국의 사회보장제도 - 이탈리아. 서울: 보건사회연구원.
- 이탈리아 중앙정부의 아동 및 노인복지 플랜 수립 (2013-2015):
[http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/ministero/pac/\(2014.7.30.\)](http://www.interno.gov.it/mininterno/export/sites/default/it/sezioni/ministero/pac/(2014.7.30.))
- Ascoli, U. (eds.) (2011). *Il welfare in Italia*. Bologna: Il Mulino.
- Ciarini, A. (2012). Le politiche sociali nelle regioni italiane. Costanti storiche e trasformazioni recenti. Bologna: Il Mulino.
- Da Roit, B., Ferrer, A.G., Moreno-Fuentes, F.J. (2013) The Southern European migrant-based care model: Long-term care and employment trajectories in Italy and Spain. *European Societies*. 15(4), pp.577~596
- Da Roit, B. and Sabatinelli, S. (2013): Nothing on the Move or Just Going Private? Understanding the Freeze on Child- and Eldercare Policies and the Development of Care Markets in Italy. *Social Politics*. 20 (3), pp.430~453.
- Da Roit, B. and Weicht, B. (2013): Migrant care work and care, migration and employment regimes: A fuzzy-set analysis. *Journal of European Social Policy*. 23(5), pp.469~486.
- Ferrera, M. (2006). *Le politiche sociali L'Italia in prospettiva comparata*.
- Il Mulino, DePreto et al. (2012). *Il Rapporto sulle condizioni sociali degli anziani in Italia*. Auser.
- Ferrera, M., Fargion, V., Jessoula, M. (2012). *Alle radici del welfare all'italiana: origini e futuro di un modello sociale squilibrato*. Marsilio editore.
- Hong, I. (2014). *Neoliberalism and community welfare in Italy*.

Presented at the 11th Conference of the Institute for Life and Culture at Sogang University, Seoul, November 29th.

ISTAT(2014). *Interventieservizisocialideicomuni*

ISTAT(2013). *I presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari.*

<http://www.istat.it/it/archivio/122975>

Jessoula, M., Pavolini, E. (2013). *Country Document 2013: Pensions, health and long-term care.* ASISP

Kazepov, Y. (2011). *Le politiche socio-assistenziali.* In Ascoli, U. (eds.) *Il welfare in Italia.* Bologna: Il Mulino.

Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.(2011). *Secondo Rapporto sulla Non Autosufficienza in Italia: Assistenza territoriale e cure domiciliari.* Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

N.N.A. (Network per la Non Autosufficienza) (eds.) (2013). *L'assistenza agli anziani non-autosufficienti in Italia.* 4oRapporto, Maggioli, Rimini.

OECD(2005). *Long term care policies for older people.* OECD Publishing. Paris

OECD(2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care.* OECD Publishing. Paris.

Pavolini, E. and Ranci. C. (2008). Restructuring the welfare state: reforms in long-term care in Western European countries. *Journal of European Social Policy.*

Pizzuti, F.R. (2011). *Rapporto sullo stato sociale 2011.* Esselibri Simone.

Regione Emilia Romagna(2007). *Piano di azione per la comunita` regionale. Una societa` per tutte le eta`: invecchiamento della popolazione e prospettive di sviluppo.* Gruppo di lavoro interassessorile.

- Tediosi, F. & Gabriele, S. (2010). The Long Term Care System for the Elderly in Italy. *ENEPRI Research Report No. 80*. European Network of Economic Policy Research Institutes.
- WeDo project (European Partnership for the Wellbeing and Dignity of Older People)(2012). *European Quality Framework for long-term care services*. www.wedo-partnership.eu.

〈스웨덴〉

- Ekerstad, N. et al. (2008), Characteristics of Multiple-Diseased Elderly in Swedish Hospital Care and Clinical Guidelines: Do They Make Evidence-Based Priority Setting a 'Mission Impossible'?. *International Journal of Ageing and Later Life*. 3(2), pp.71~95.
- Folksam(2011). *Vår trygghet. Våra sociala rättigheter*. Our safety. Our social rights. Stockholm: Folksam.
- Gustafsson, R. Å., Szebehely, M. (2009). *Outsourcing of elder care services in Sweden: effects on work environment and political legitimacy*. In D. King and G. Meagher (Eds) *Paid Care in Australia: Politics, Profits, Practices*. Sydney: Sydney University Press.
- Proposition 1987/88: 176. *Äldreomsorgen inför 90-talet*.
- Proposition 1990/91: 14. *Ansvar för service och vård till äldre och handikappade mm*.
- Proposition 1990/91: 121. *Om försöksverksamhet med kommunalt huvudmannaskap för primärvård*.
- Proposition 1990/91: 150. *Med förslag om slutlig reglering av stadsbudgeten för budgetåret 1991/1992*. 1991/1992
- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*.
- SNIPH - Swedish National Institute for Public Health(2006), *Healthy*

Ageing - A Challenge for Europe.

- Socialstyrelsen(2011). *Lägesrapport 2011.* Hälso- och sjukvårdochsocialtjänst
- Socialstyrelsen.(2013a). *Äldres behov av vård och omsorg - Förslag till nya registeruppgifter från socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård.*
- Socialstyrelsen.(2013b). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? Nationella resultat 2013.*
- Socialstyrelsen.(2014a). *Äldre och personer med funktionsnedsättning - regiform år 2013* Vissa kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.
- Elderly and persons with impairments- management form(2013). *Some municipal services according to the Social Services Act.* Stockholm.
- Socialstyrelsen(2014b). *Nationell statistik om äldres hälsa, vård och omsorg - Utvecklingsplan 2014-2017.* National Statistics on the elderly health, medical and social care - Development Plan 2014-2017. Stockholm.
- Socialstyrelsen(2014c). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014.* Stockholm.
- Statskontoret(2009). *Begreppet och beräkningssätt inom kostnadutjämningen: En metodstudie.* Stockholm. 2009:9.
- Svd. *Många äldre blir kvar på sjukhus i onödan.* 2013. 02. 23.
- Svensk författningssamling (2008), "Act on the System of Choice in the Public Sector", accessible at www.notisum.se/rnp/sls/sfs/20080962.pdf.
- Sveriges Kommuner och Landsting(2009), *Valfrihetssystem, erfarenheter från ett antal kommuner och landsting.* accessible

- at http://brs.skl.se/brsbibl/kata_documents/doc39646_1.pdf.
- Swedish Association of Local Authorities and Regions(2007), *Care of the Elderly in Sweden Today 2006*. Stockholm, January
- Swedish Ministry of Health and Social Affairs(2010), *The Future Need for Care. Results from the LEV Project*, Government Offices of Sweden, September.
- Trydegård, G.B. (2003), *Swedish Care Reforms in the 1990s*. A First Evaluation of their Consequences for the Elderly People, RFAS 4, pp: 443-460

〈스웨덴 인터넷 자료〉

Age Global Watch Index

<http://www.helpage.org/global-agewatch/population-ageing-data/global-rankings-map/>

스톡홀름시 노인복지 사회서비스 웹페이지:

<http://www.stockholm.se/FamiljOmsorg/Aldreomsorg/Avgifter-aldreomsorg/>. 2014 08 07 자료접근.

요테보리시 가족구성원 돌봄서비스 보조금제도:

<http://goteborg.se/wps/wcm/connect/21a9eae7-028a-4843-be17-3b102d1c1661/Hemv%C3%A5rdsb+2014.pdf?MOD=AJPERES>. 2014 08 07 자료접근.

건강복지청 통계자료:

<http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/2013-11-4-bilaga.pdf>. 2014. 08. 08 자료접근.

FORUM (제3섹터 사회단체 네트워크):

http://www.socialforum.se/?page_id=8655

Companion (제3섹터 협동조합):

<http://coompanion.se/>

Lönestatistik.se (Wage Statistics Sweden).

<http://www.lonestatistik.se/loner.asp/yrke/Vardbitrade-1388>

〈미국〉

김찬우(2005). 미국 장기요양 제도의 변천과 케어 매니지먼트의 등장에 관한 연구, 사회복지연구. 26, pp.91~122.

Acosta, P., Hendrickson, L. (200*). *Discussion Brief: Advancing Medicaid HCBS Policy*. from

<http://www.hcbs.org/files/136/6774/ConsumerChoice.pdf>

Medicaid.gov(2014). from

<http://medicaid.gov/medicaid-chip-program-information/medicaid-and-chip-program-information.html>

Centers for Medicare and Medicaid Services(2014). from

<http://cms.hhs.gov/>

Eustis, N.et.al. (1984). *Long-term care for older persons:A policy perspective*. Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing.

Grogan, C., Andrews, C. (2010). *The Politics of Aging withing Medicaid*. In *The New Politics of Old Age Policy*, Robert B. Hudson, ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Harris-Kojetin, H, Sengupta, M, Lee, E, Valverde, R. (2013). *Long-Term Care Services in the United States: 2013 Overview*.

fromhttp://www.google.co.kr/url?url=http://www.cdc.gov/nchs/data/nsltcp/long_term_care_services_2013.pdf&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=SeTZVP6wGsbDmwWg6IGQBw&ved=0CBMQFjAA&sig2=ndK-aj4RbIqtmZHnbdMWwg&usg=AFQjCNHYmhmp9UUu0Rtj4IpVnU5xdMaCg

- Kaiser Family(2014). *Medicaid and the Uninsured*. from <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com>
- Kemper, P., Komisar, H.I., Alexih, L. 2005/2006 (Winter). *Long-term care over an uncertain future: What can current retirees expect?* Inquiry, 42(4), pp.335~350
- Metlife(2011). *Market Survey of Long-Term Care Costs*. from <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2012/studies/mmi-2012-market-survey-long-term-care-costs.pdf>
- OECD Health Statistics (2013). from <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>
- O'Shaughnessy C.V. (2014). *The Basics. National Spending for Long-term Services and Supports, 2012*. National Health Policy Forum. The George Washington University.
- Obamacarefacts.com(2014). from <http://obamacarefacts.com/>
- Singh, D. A. (2009). *Effective Management of Long-Term Care Facilities*. Boston: Jones and Bartlett Publishers
- Smith, G. A., & Gettings, R. M. (1994). *The HCB waiver and CSLA programs*. VA: National Association of State Directors of Developmental Disabilities Services.
- U.S. Department of Health and Human Services(2012). *HHS Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation*. 2012. Long-Term Care Insurance. ASPE Research Brief.
- Wahrendorf, M, Reinhardt, J., Siegrist, J. (2013). Relationships of Disability with Age Among Adults Aged 50 to 85: Evidence from the United States, England and Continental Europe. *PLOS ONE*. 8(8). pp.1~10.