

노인의 영양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

이윤경

김세진·임정미·남현주·황재영·이희정·손희숙·Hashimoto Takeya

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



【책임연구자】

이윤경 한국보건사회연구원 연구위원

【공동연구진】

김세진 한국보건사회연구원 부연구위원

임정미 한국보건사회연구원 부연구위원

남현주 가천대학교 사회복지학과 교수

황재영 노인정보연구센터 센터장

이희정 연세대학교 박사후연구원

손희숙 Sugiyama Jogakuen University 교수

Hashimoto Takeya 교토 동화원 원장

연구보고서 2020-47

**노인의 요양 욕구 다양화와
노인요양시설 특성화 전략 개발**

발 행 일 2020년 12월

발 행 인 조 흥 식

발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인 쇄 처 고려씨엔피

발|간|사

평균수명이 증가하면서 요양을 필요로 하는 후기노인이 증가하고, 가족 돌봄 자원은 점차 감소하고 있다. 전통사회에서는 자녀, 특히 며느리와 딸 등 여성에 의해 노인돌봄이 이루어졌으나, 최근 노인장기요양보험제도 도입을 기점으로 점차 노인돌봄의 주요 주체가 가족에서 사회로 변화하고 있으며, 자녀수 감소와 자녀의 사회활동 증가 등으로 인해 가족 내 돌봄 역할은 축소되고 있다. 노인돌봄에서 가족에 의한 돌봄이 급속히 축소된 주요 원인은 노인의 가구형태 변화이다. 과거에는 자녀의 혼인 이후 또는 건강 악화나 배우자 상실 이후 자녀 가족과 동거하는 형태가 일반적이었으나, 최근 노인의 가구형태는 자녀의 분가(학업, 취업, 혼인) 이후 노인부부, 배우자 상실 이후 노인1인 가구 형태가 일반화되고 있다. 따라서 노인 가구는 상당수가 부부가구 또는 1인가구로 이루어지고, 돌봄이 필요할 경우 가족보다는 공식적 돌봄을 이용하는 것이 자연스러워졌다.

이와 같은 노인돌봄의 사회적 변화로 돌봄 필요 정도가 높아져 더 이상 살던 집에서 재가 서비스를 이용해 돌봄을 받는 것이 어려워짐에 따라 시설 서비스를 찾게 된다. 그러나 노인요양시설 이용에 대한 부정적 인식이 높고, 시설 서비스 질에 대해서는 과거 집단시설로서의 운영방식, 개인의 인권과 존엄성을 보장받지 못한 현실로 인해 노인요양시설 선택과 이용에 어려움이 있다.

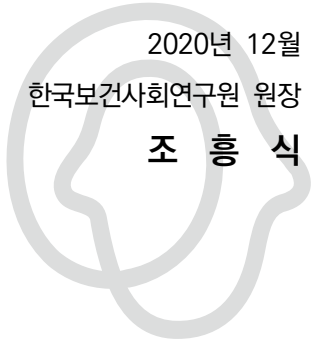
향후 노인 세대로 편입될 현재 베이비부머 이후 세대는 삶에서 마지막 집이 될 노인요양시설이 ‘집과 같은’ 시설이기를 희망할 것이다. 이들은 경제발전 시대에 중등교육을 이수한 비율이 높으며, 소득수준이 높고 개인의 개성과 욕구가 다양해 현재의 획일화된 노인요양시설보다는 다양한 특성이 부각된 시설 수요가 증가할 것으로 예상된다.

따라서 본 연구에서는 노인요양시설의 현황을 진단하고 미래 노인세대인 50~60대 중년층의 노인요양시설에 대한 욕구를 파악하고 다양한 노인요양시설 특성화 모형을 제시하고, 특성화 노인요양시설 확대를 위한 정책 방안을 모색하였다.

본 보고서는 이윤경 연구위원의 책임 하에 원내의 김세진 부연구위원, 임정미 부연구위원과 함께 원외 가천대학교 남현주 교수, 노인정보연구센터 황재영 센터장, 연세대학교 박사후연구원 이희정 박사, Sugiyama Jogakuen University 손희숙 교수, 교토 동화원 Hashimoto Takeya 원장에 의해 작성되었다. ‘미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사’ 수행은 전문 조사업체인 (주)엠브레인퍼블릭에서 인터넷 조사를 통해 수행하였다.

본 연구진은 자문에 응해 주신 본원의 강은나 연구위원과 원외의 이민홍 동의대학교 교수에게 감사의 마음을 전한다. 또한 본 연구 수행 과정에서 귀중한 의견을 주신 한국노인복지중앙회, 한국노인장기요양기관협회, 자문위원회께 감사의 마음을 전한다. 또한 코로나19의 어려운 상황에서도 노인요양시설의 사례 연구에 응해 주신 배정은 원장, 조혜숙 원장, 최영순 원장, 조동제 원장, 이상욱 본부장에게 감사드린다.

2020년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식



목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	11
제1절 연구의 배경 및 목적	13
제2절 연구의 내용 및 방법	17
제2장 노인요양시설의 좋은 돌봄 개념 및 관련 제도 검토	25
제1절 노인요양시설의 좋은 돌봄(케어) 개념과 실천 모형	27
제2절 노인요양시설의 특성 및 관련 제도 검토	41
제3장 노인요양시설 운영 및 이용 실태	71
제1절 노인요양시설 공급 및 운영 실태	73
제2절 노인요양시설 이용 가족의 경험 분석: 질적 연구와 양적 연구의 혼합 연구	89
제3절 소결	151
제4장 미래 노인의 특성과 노인요양시설 욕구 분석	155
제1절 미래 노인의 특성 변화	157
제2절 미래 노인의 노인요양시설 욕구 분석: ‘미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사’결과	169
제3절 소결	212

제5장 국내 노인요양시설 특성화 사례 분석	215
제1절 특성화된 노인요양시설의 선정	217
제2절 노인요양시설의 특성화 사례 분석	221
제3절 소결	247
제6장 해외 노인요양시설 사례 분석	253
제1절 일본	255
제2절 독일	298
제7장 노인요양시설 특성화 전략 모색	341
제1절 노인요양시설 특성화 유형 개발	343
제2절 노인요양시설의 다양한 특성화를 위한 정책 제언	351
참고문헌	359
부 록	377
부록 1. 미래 노인요양시설 욕구 분석 부표	377
부록 2. '미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사' 설문지	385

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 1-1〉 미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 온라인 조사 개요	18
〈표 1-2〉 미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 온라인 조사 표본 할당	19
〈표 1-3〉 미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 온라인 조사 내용	20
〈표 1-4〉 개별 인터뷰 참여자 특성	22
〈표 1-5〉 인터뷰 질문	23
〈표 2-1〉 노인 주거·요양시설의 제도적 분류 변화	43
〈표 2-2〉 노인 주거·요양시설 종류와 특징	44
〈표 2-3〉 노인 주거·요양시설 종류별 시설 설치 기준: 시설 기준	46
〈표 2-4〉 노인 주거·요양시설 종류별 시설 설치 기준: 인력 기준	47
〈표 2-5〉 노인요양시설의 시설구성 기준	50
〈표 2-6〉 노인요양시설의 시설 면적 및 침실 기준	50
〈표 2-7〉 노인요양시설 인력 기준	51
〈표 2-8〉 노인요양시설 급여비용 변화 추이	54
〈표 2-9〉 노인장기요양기관 평가의 목적	55
〈표 2-10〉 노인장기요양기관 평가 결과의 활용	57
〈표 2-11〉 노인요양시설 규모별 평가 점수	57
〈표 2-12〉 노인요양시설 평가 영역별 점수 현황	58
〈표 2-13〉 노인장기요양시설 관련 가감산 기준	62
〈표 2-14〉 노인요양시설 규모별 가산 인력 현황	64
〈표 2-15〉 요양보호사 장기근속장려금	64
〈표 2-16〉 치매전담형 장기요양시설(생활시설) 연도별 운영 현황	66
〈표 2-17〉 치매전담형 장기요양기관 시설 기준	66
〈표 2-18〉 치매전담실 침실 면적 기준	67
〈표 2-19〉 치매전담형 장기요양기관 수가체계	67
〈표 2-20〉 전문요양실 운영비 항목별 기준 단가(2019년 시범사업 기준)	69
〈표 3-1〉 연도별 · 시설 유형별 기관노인장기요양시설 수(비율) 추이	73
〈표 3-2〉 노인요양시설 지자체별 분포 현황	75

〈표 3-3〉 노인요양시설 운영 주체별 분포 현황	76
〈표 3-4〉 연도별 · 시설 유형별 이용자 수(비율) 추이	77
〈표 3-5〉 연도별 · 시설 유형별 1·2등급자 수(비율) 추이	78
〈표 3-6〉 노인요양시설 이용자의 등급별 분포 현황(2019년)	79
〈표 3-7〉 노인요양시설 유형별 평균 정원 수	80
〈표 3-8〉 시·도별 노인요양시설 입소 정원 분포	81
〈표 3-9〉 직군별 노인요양시설 종사 현황	82
〈표 3-10〉 노인요양시설의 편의성 확보 특성	83
〈표 3-11〉 노인요양시설의 침실 유형별 평균 침실 개수	84
〈표 3-12〉 현재 거주하는 노인요양시설 침실 규모	85
〈표 3-13〉 노인요양시설이 사용하고 있는 건물 형태	86
〈표 3-14〉 노인요양시설의 비급여 항목별 제공 현황	87
〈표 3-15〉 노인요양시설의 비급여 항목별 금액	88
〈표 3-16〉 이용자와의 관계별 노인요양시설 이용 이유	90
〈표 3-17〉 이용자와의 관계별 노인요양시설 이용 관련 주된 의사 결정자	91
〈표 3-18〉 가족의 노인요양시설 선택 시 선택 기준(중복 응답) 1	98
〈표 3-18〉 가족의 노인요양시설 선택 시 선택 기준(중복 응답) 2	99
〈표 3-19〉 희망하는 노인요양시설에 대한 사례 분석 체계도	123
〈표 4-1〉 미래 인구 고령화	158
〈표 4-2〉 시·도별 노인인구 변화 추계	159
〈표 4-3〉 65세 이상 노인 독거 가구 수 예측	160
〈표 4-4〉 중년층(50~60대)의 교육 수준	162
〈표 4-5〉 중년층(50~60대)의 공적연금 가입 형태	162
〈표 4-6〉 중년층(50~60대)이 생각하는 노후 생활의 어려움	163
〈표 4-7〉 중년층(50~60대)이 생각하는 만족스러운 노후를 위해 중요한 것 1순위	164
〈표 4-8〉 중년층(50~60대)의 민간보험 가입 현황	164
〈표 4-9〉 중년층의 노인장기요양보험 인지도 및 향후 이용 의향	165



〈표 4-10〉 연령별 국민연금 수급률/수급액(미래)	166
〈표 4-11〉 퇴직연금 도입률 변화	166
〈표 4-12〉 연령대별 퇴직연금 가입률	167
〈표 4-13〉 조사 대상의 일반적 특성	170
〈표 4-14〉 노인장기요양보험 인지 정도	172
〈표 4-15〉 노인요양시설과 요양병원 차이 인지 정도	174
〈표 4-16〉 노인요양시설 방문 경험자의 노인요양시설에 대한 이미지	176
〈표 4-17〉 희망하는 노인요양시설 형태	182
〈표 4-18〉 희망하는 노인요양시설 유형 잠재집단 모형 적합도	185
〈표 4-19〉 희망하는 노인요양시설 유형 잠재집단 모형의 사후확률	186
〈표 4-20〉 희망하는 노인요양시설 유형별 특성	188
〈표 4-21〉 노인요양시설 선택 시 영역별 중요도	190
〈표 4-22〉 자유로운 사생활 보장 영역 내 지표의 중요도	191
〈표 4-23〉 전문적 서비스 영역 내 지표의 중요도	192
〈표 4-24〉 시설 환경 영역 내 지표의 중요도	192
〈표 4-25〉 인력 영역 내 지표의 중요도	193
〈표 4-26〉 비용 영역 내 지표의 중요도	193
〈표 4-27〉 좋은 요양시설의 조건	194
〈표 4-28〉 좋은 요양시설의 조건 1	195
〈표 4-28〉 좋은 요양시설의 조건 2	196
〈표 4-29〉 미래 노인의 노인요양시설 이용 의향	198
〈표 4-30〉 미래 노인요양시설 이용 의향	199
〈표 4-31〉 미래 노인요양시설 이용 희망 이유	201
〈표 4-32〉 미래 노인요양시설 이용 미희망 이유	202
〈표 4-33〉 미래 노인요양시설 이용 시 추가 비용 지불 의향 1	206
〈표 4-33〉 미래 노인요양시설 이용 시 추가 비용 지불 의향 2	207
〈표 4-34〉 미래 노인요양시설 이용 시 추가 부담 가능 금액	209

〈표 4-35〉 미래 노인요양시설 이용 시 자부담 비용 부담자	211
〈표 5-1〉 경기도 용인시 H 노인요양공동생활가정 시설 개요	221
〈표 5-2〉 경기도 용인시 H 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)	223
〈표 5-3〉 경기도 용인시 H 시설의 이용료 기준	223
〈표 5-4〉 경기도 광주시 G 요양시설 시설 개요	227
〈표 5-5〉 경기도 광주시 G 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)	229
〈표 5-6〉 경기도 광주시 G 시설의 이용료 기준	229
〈표 5-7〉 경기도 부천시 I 요양센터 시설 개요	233
〈표 5-8〉 경기도 부천시 I 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)	234
〈표 5-9〉 경기도 I 시설의 이용료 기준	236
〈표 5-10〉 서울시 송파구 K 요양시설 시설 개요	239
〈표 5-11〉 서울시 송파구 K 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)	239
〈표 5-12〉 서울시 송파구 K 시설의 이용료 기준	241
〈표 5-13〉 K 시설 직무별 입사 교육과 직무능력 개발 교육	242
〈표 5-14〉 경기도 하남시 Y 요양시설 시설 개요	244
〈표 5-15〉 경기도 하남시 Y 요양시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)	244
〈표 5-16〉 경기도 하남시 Y 요양시설의 이용료 기준	246
〈표 5-17〉 우수 노인요양시설 사례의 특성 비교	249
〈표 6-1〉 개호보험 급여의 종류	258
〈표 6-2〉 개호보험의 시설(입소, 거택) 종류와 특징	259
〈표 6-3〉 개호보험 관련 시설 설치 기준	260
〈표 6-4〉 인지증 노인 공동생활개호(그룹홈)의 5자기가지 자기평가 영역과 항목	261
〈표 6-5〉 개호보험 요개호도에 급여 및 수가 기준	266
〈표 6-6〉 개호노인 복지시설과 인지증 노인 공동생활 개호 수가 가(감)산 제도	267
〈표 6-7〉 유니트넷 케어 시행으로 얻은 교훈 7가지	271
〈표 6-8〉 고호하이츠 이용자 등급 분포	273
〈표 6-9〉 일본 준세이엔의 이념과 서비스 제공 방침	277



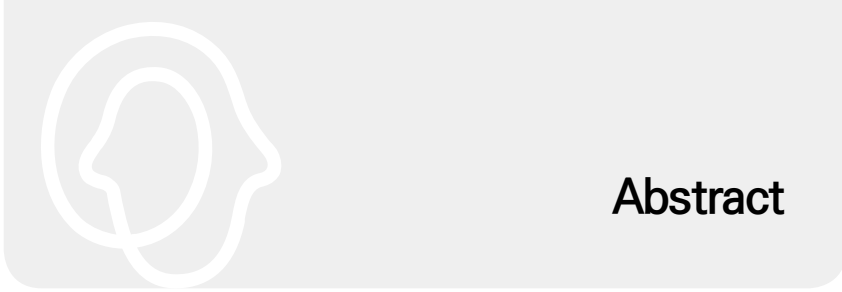
〈표 6-10〉 일본 준세이엔의 요양서비스 다양화 및 전문화 전략	278
〈표 6-11〉 인지증 대응형 공동생활개호 다지마의 6가지 운영 원칙	284
〈표 6-12〉 일본 민나노이에 하쿠산 이용 요금	290
〈표 6-13〉 소규모·다기능형 거택개호의 서비스 개요	291
〈표 6-14〉 소규모·다기능형 거택개호의 비급여 항목	292
〈표 6-15〉 독일 16개 주의 본인부담비용	308
〈표 6-16〉 독일 시니어파크 Solingen의 기준 요금	321
〈표 6-17〉 레지던스 Klein Flottbek의 단기보호 요금(2021년)	330
〈표 6-18〉 독일 슈티프트 Erkelenz의 종사자 1명 대비 등급별 거주자 수	332
〈표 6-19〉 독일 슈티프트 Erkelenz의 완전주거형 시설보호 요금 (2021년)	336
〈표 6-20〉 독일 슈티프트 Erkelenz의 단기보호 요금 (2021년)	337
〈부표 4-1〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설의 지역 특성	377
〈부표 4-2〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설의 규모	378
〈부표 4-3〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_프로그램	379
〈부표 4-4〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_방 구성	380
〈부표 4-5〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_비용 부담	381
〈부표 4-6〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설 운영 주체	382
〈부표 4-7〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_기관의 자율성 보장 정도	383
〈부표 4-8〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설의 구조	384

그림목차

[그림 1-1] 연구체계도	24
[그림 2-1] 노인요양시설 평가 항목	56
[그림 2-2] 노인요양시설 기관 규모별 평가 영역별 결과 1	60
[그림 2-2] 노인요양시설 기관 규모별 평가 영역별 결과 2	61
[그림 3-1] 노인요양시설 이용 경험	89
[그림 3-2] 가족이 이용하는 노인요양시설 서비스 만족도	104
[그림 3-3] 가족이 이용하는 노인요양시설 서비스 불만족 이유	105
[그림 3-4] 노인요양시설에서 별도로 제작한 스마트폰 애플리케이션의 예	111
[그림 4-1] 소득과 건강 특성에 따른 노인 유형 비교	168
[그림 4-2] 노인요양시설에 대한 인식: 자율성 보장 측면	177
[그림 4-3] 노인요양시설에 대한 인식: 서비스 측면	178
[그림 4-4] 노인요양시설에 대한 인식: 관계성 측면	179
[그림 4-5] 노인요양시설에 대한 인식: 긍정적·부정적 인식 비교	180
[그림 4-6] 노인요양시설 시설 선택 요소에 대한 AHP 분석 지표 체계도	189
[그림 4-7] 소득 수준에 따른 좋은 요양시설의 조건	197
[그림 5-1] H 시설의 물리적 환경	222
[그림 5-2] G 시설의 물리적 환경	228
[그림 5-3] I 시설의 물리적 환경	235
[그림 5-4] K 시설의 물리적 환경	240
[그림 5-5] Y 시설의 물리적 환경	245
[그림 6-1] 정보 공표를 위한 시스템 프로세스	262
[그림 6-2] 개호노인 복지시설 개호지원전문원의 업무 프로세스	264
[그림 6-3] 기존의 시설의 실내 공간과 유니트넷 케어 실내 공간	265
[그림 6-4] 지역포괄케어 시스템 개념도	268
[그림 6-5] 개호노인복지시설 고히하이츠 평면도	274
[그림 6-6] 일본 개호노인복지시설 고히하이츠의 거주 환경	276
[그림 6-7] 일본 사회복지법인 준세이엔의 지역포괄케어를 위한 서비스 제공 체계	279



[그림 6-8] 일본 사회복지법인 오다와라회 준세이엔 지역 포괄케어 시스템 거점 기관	280
[그림 6-9] 일본 준세이엔 개호노인복지시설의 퇴소 요인(1978년~2013년)	282
[그림 6-10] 일본 준세이엔의 도시락 배달 서비스	283
[그림 6-11] 일본 다지마 공동생활가정의 주거 환경	286
[그림 6-12] 일본 민나노이에 하쿠산(みんなの家はくさん)의 외관	288
[그림 6-13] 일본 민나노이에 하쿠산(みんなの家はくさん)의 내부	289
[그림 6-14] 일본 소규모다기능형 거택개호 내부	292
[그림 6-15] 일본 민나노이에 호리노우치(みんなの家ほりのうち) 외관	293
[그림 6-16] 독일의 주체별 요양시설(1999~2017년)	309
[그림 6-17] 독일의 시니어레지던스 Elisa Ulm의 주거 환경	312
[그림 6-18] 독일의 시니어레지던스 Elisa Ulm의 주거 공간	313
[그림 6-19] 독일의 시니어레지던스 Elisa Ulm의 여가 공간	315
[그림 6-20] 독일 시니어파크 Solingen의 주거 환경	318
[그림 6-21] 독일 시니어파크 Solingen의 기타 서비스	320
[그림 6-22] 독일 레지던스 Elbchaussee의 주거 환경	325
[그림 6-23] 독일 레지던스 Klein Flottbek의 주거 환경	327
[그림 6-24] 독일 슈티프트 Erkelenz의 외부	333
[그림 6-25] 독일 슈티프트 Erkelenz의 서비스	336
[그림 7-1] 미래 노인(중장년층)이 생각하는 좋은 요양시설의 조건	345
[그림 7-2] 미래 노인(중장년층)이 희망하는 노인요양시설	346
[그림 7-3] 노인요양시설의 특성화 유형	347



Abstract

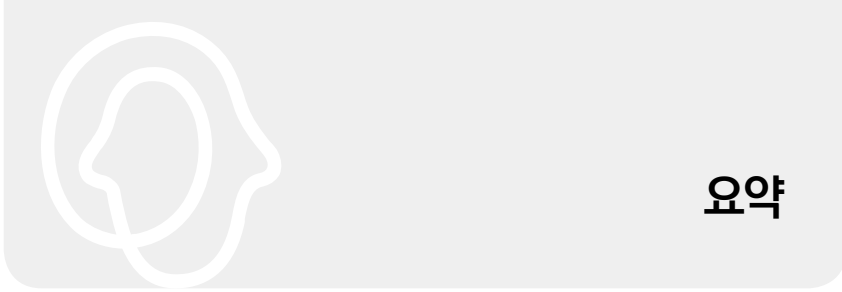
Diversification of Elderly Care Needs and Development of Specialization Strategies for Nursing Home Facilities

Project Head: Lee

The aim of this study is to investigate the characteristics of care needs for future elderly citizens and to explore a solution to expand elderly care facilities where their needs for care can be met. According to the result of this study, it was identified that elderly people in future hoped for ‘people-centered care’ that could meet their individual needs, and are more likely to want to live in private rooms in facilities that are similar to their own homes. Although the government has taken an effort to provide high-quality care by reforming the long-term care insurance system, there have been many limitations the operation of specialized facilities that reflect various needs in the current long-term care system for elderly citizens. Some specialized nursing home facilities are being operated to meet diverse needs of the elderly. Based on these findings, this study presented the facility type which meets the various needs people have for nursing homes and proposed its institutional improvement plan.

*** Key words:** nursing home facility, future elderly citizen, care needs, specialized

Co-Researchers: Sejin, Kim, Jeongmi, Lim, HyunJoo, Nam, Jaeyoung Hwang, Heejung Yi, Heesook, Son, Hashimoto Takeya



요약

1. 연구의 배경 및 목적

2008년 노인장기요양보험의 도입은 노인돌봄의 주요 책임을 가족에서 사회로 전환하는 주요한 계기가 되었으며, 대상자의 지속적 확대로 보장성이 확대되어 노인돌봄에서 매우 중요한 제도로 자리잡았다. 노인장기요양보험 대상자는 65세 이상 노인의 4.2%에서 9.6%로 지속적으로 확대되었으며, 향후 노인인구, 특히 후기노인인구의 증가가 급격할 것으로 예상되어 노인장기요양보험 대상자는 지속적으로 증가할 것으로 보인다. 그뿐만 아니라 가족구조의 변화 등으로 인한 가족 내 돌봄 기능이 약화되고 있는 상황 등을 고려할 때 노인돌봄에서 시설이용 수요는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다.

지난 10여 년 간의 노력으로 현재의 노인요양시설 서비스는 일정 수준의 규격화와 표준화를 달성하였다. 그러나 국민들 사이에서는 여전히 노인요양시설에 대한 불신이 이어지고 있으며, 노인요양시설은 ‘가고 싶지 않지만 가야 하는 곳’으로 인식되고 있다. 즉, 노인요양시설 서비스 이용은 노후 기능 상태 악화 시 당연히 이용하게 되는 서비스로 인식되고 있다고 볼 수 있다. 노인요양시설 서비스 이용이 노후에 이용하게 되는 서비스로 일반화됨에 따라 다양한 이용자가 서비스 이용자로 유입되면서 향후 다양한 특성의 노인요양시설에 대한 욕구가 나타날 것으로 예상된다. 그러나 현재 대부분의 노인요양시설은 단체생활이 강조된 시설로 다인실, 획일화된 식사 일정 및 프로그램 운영 방식 등으로 운영되고 있다. 최근 일부 노인요양시설을 필두로 하여 여러 가지 특성이 있는 노인요양시설 형태가 나타나고 있으나, 아직까지 국민이 체감하기에는 기관의 수

와 다양성에 한계가 있다.

이에 본 연구에서는 노인의 다양하고 질 높은 요양 욕구가 충족될 수 있는 노인요양시설의 확대를 위한 방안을 모색해 보고자 한다. 이를 위해 현재 노인요양시설 서비스에 대한 진단과 지향하는 시설 서비스의 모습, 이용자가 원하는 요양시설 서비스에 대한 다양한 수요를 파악하고, 이를 바탕으로 노인요양시설의 다양한 측면에서 특성화를 촉진하기 위한 제도의 발전 방안을 제안하고자 한다.

2. 주요 연구 결과

가. 노인요양시설의 좋은 돌봄 개념 및 관련 제도

‘좋은 돌봄’은 노인의 돌봄에 대한 기대치를 충족시키는 돌봄, 존엄성이 보장되는 돌봄, 개별화된 돌봄, 노인의 참여가 보장되는 돌봄, 이용 노인과 직원 간 신뢰 관계에 기반한 돌봄으로 정의할 수 있다. 이러한 좋은 돌봄의 적용은 ‘인간 중심 케어 모델(Person-Centered Care Model)’을 중심으로 이루어질 수 있다. 이는 개별화된 돌봄을 지향하며, 집과 같은 공간에서 거주자 및 직원 간에 친밀한 관계를 유지하며, 직원의 임파워먼트를 강화하며, 케어의 질과 삶의 질을 최적화하는 것을 말한다(Koren, 2010).

이러한 좋은 돌봄을 실현하기 위하여 노인장기요양보험에서는 노인요양시설 운영에 대한 기본적 운영 기준인 시설 및 인력 기준과 양질의 서비스 제공을 독려하기 위한 비급여 및 가산 기준 제도를 운영하고 있다. 노인요양시설의 시설 설치 기준과 인력 기준은 2008년 노인장기요양보

협 제도 도입 이후 거의 변화 없이 운영되고 있다. 시설 및 인력 기준 내에서의 기관의 자율성은 시설 설치 기준과 관련해서는 기관의 특성에 따라 비급여 항목의 상급침실료를 책정하는 방식으로 특성화하고 있으며, 인력 및 프로그램에서는 가산제를 활용하여 시설의 선택에 따라 인력을 충원하고 있다. 즉, 현재 노인요양시설에서 자율성을 발휘하여 운영할 수 있는 부분은 비급여와 가산 제도이다. 그러나 비급여는 상급침실료, 식사비, 이·미용비 등으로 한정되어 있으며, 가산은 인력과 맞춤형 서비스로 한정되어 있다. 가산의 경우 대부분의 시설에서 인력 기준 관련 가산을 적용받고 있어, 시설의 특성화를 위한 가산 제도라기보다는 인력 기준 상향 배치를 위한 임시방편으로 기능하고 있다. 기능 상태에 따른 특성화 전략으로 현재 운영 중인 치매전담형 장기요양기관과 전문요양실의 경우 노인의 다양한 욕구 중 ‘요양’ 중심의 욕구를 반영한 것으로, 좀 더 다양한 욕구 충족을 위한 시설 형태는 부족한 것으로 보인다.

나. 노인요양시설 운영 및 이용 실태

현재의 노인요양시설은 시설 분포의 지역적 불균형, 민간 중심의 운영, 4인실 중심의 운영이라는 특성이 있다. 이러한 특성은 도시 노인이 증가하고, 공공 노인요양시설에 대한 욕구가 높으며, 개인실을 선호하는 미래 노인의 욕구를 충족시키기는 어려울 것으로 보인다. 따라서 현재의 노인요양시설 운영 형태에서 벗어나 미래 노인의 욕구를 반영할 수 있는 정책 변화가 필요할 것으로 보인다.

노인요양시설 이용자들은 돌봐 줄 사람이 없거나(45.3%) 가족들의 돌봄 부담이 높아져(30.0%) 노인요양시설에 입소하였다. 가족의 노인요양시설 선택 시에는 물리적 환경(58.5%)과 비용(33.8%)에 대한 고려가 많

았다. 이들은 노인요양시설의 서비스에 대해 66.6%가 만족하고 있었으나, 시설의 물리적 환경과 의료서비스 미제공 등에 대해서는 불만을 제기하였다. 가족들의 노인요양시설에 대한 경험을 바탕으로 할 때, 연구 참여자들이 생각하는 이상적인 노인요양시설은 ‘노인의 존엄성이 유지되고 가족을 대신하여 최상의 돌봄이 가능한 시설’로 정의할 수 있다.

다. 미래 노인의 요양시설에 대한 욕구

미래 노인들은 건강하고 소득이 높은 신규 노인과 상대적으로 소득 수준과 신체적 기능 상태가 낮은 후기노인이 공존하게 되면서 복지와 관련된 욕구의 스펙트럼이 매우 넓어질 것으로 예상된다. 미래 노인들의 상당수는 노인요양시설을 어둡고 정적인 곳으로 이미지화하고 있지만, 이들의 85%는 향후 노인요양시설을 이용할 의사가 있는 것으로 나타났다. 이들은 현재의 노인요양시설에 대한 부정적 인식이 많지만 스스로의 보호를 위한 이용이 아니라, 가족에게 부담을 주지 않기 위해 요양시설을 이용하고자 하는 것이다.

이들이 희망하는 노인요양시설은 시설 위치, 시설 규모, 프로그램의 다양성, 자율성 보장 정도에서 양분화되어 다양한 형태를 보인다. 이들이 선호하는 요양시설 형태를 유형화한 결과 ‘집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설’(54.9%), ‘집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설’(37.3%), ‘병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설’(7.8%)로 나타났다. 즉, 이들은 병원보다는 집과 같은 형태의 자유로운 시설에 대한 욕구가 컸지만, 일부에서는 병원과 같은 관리 중심의 시설을 선호하는 것으로 나타나, 시설 형태의 다양성이 요구될 것으로 보인다.

또한 시설 선택의 주요 기준으로는 인력(전문성, 충분성, 친절함), 사생

활 보장, 비용, 전문적 서비스, 시설 환경 등의 순으로 나타났다. 이는 추가 비용 지불과도 연결되는 결과로, 미래 노인의 81.9%는 노인요양시설 이용을 위한 추가 비용을 지불할 의향이 있으며, 1인실 이용 시 추가 비용 지불 의향이 가장 높게 나타났다. 즉, 미래 노인들에게는 사생활 보장에 대한 중요성이 큼을 확인할 수 있었다.

이러한 결과에 따르면, 미래의 노인들은 노인요양시설의 형태에 대한 욕구가 다양하며, 사생활 및 자율성 보장을 우선적으로 생각하고 있음을 알 수 있다.

라. 노인요양시설 특성화 사례 분석

현 노인요양시설은 다양한 운영 주체에 의해, 장기요양제도 범위 내에서 일관된 운영 지침에 따라 표준화된 서비스를 제공하고 있다. 미래에 다양해지는 노인의 욕구를 충족하기 위해서는 기본적인 운영 기준을 충족하면서 각 시설의 특성을 살려 운영하는 다양한 국내 사례를 발굴하여 벤치마킹할 필요가 있다. 이에 본 연구에서는 5개 시설을 선정하여 제시하였다. 이들 시설은 “거주자 중심 케어” 실현을 위해 ① 이용자의 건강과 기능 상태에 따른 개별화된 서비스 제공, ② 쾌적한 환경 조성을 위한 환기(자연, 설비 등), ③ 집과 같은 시설 지향을 위한 개인의 자율성과 선택권 보장 노력, ④ 추가적 인력 활용을 통한 서비스 질 향상 노력 등 다양한 노력을 기울이고 있었다. 즉, 시설에서 생활하는 거주자의 개인적 특성, 선호, 취향 등을 최대한 반영하여 그들이 편안하게 생활할 수 있도록 하기 위한 노인요양시설의 패러다임에서 개별화의 최대화를 위한 노력을 기울이고 있었다.

마. 해외 노인요양시설 사례 분석

일본은 의료적 필요도에 따라 노인요양시설을 5개 유형으로 구분하고 있으며, 다양한 가산제를 활용하여 기관의 서비스를 특성화하고 있다. 본 연구에서는 개별 돌봄을 위한 유닛 케어를 중심으로 하는 시설과 커뮤니티케어 지원 거점형 시설을 중심으로 일본 시설의 특성화 현황을 살펴보았다. 이들 시설은 첫째, 유닛 케어 또는 가정과 같은 시설에서 노인들이 안정적으로 생활할 수 있도록 물리적 환경을 구성하였다. 둘째, 지역사회와의 지속적인 교류가 가능하도록 시설의 일부를 개방하거나 지역포괄케어를 이용할 수 있도록 하는 등의 체계를 갖추었다. 셋째, 직원의 복리후생을 통해 양질의 인력을 확보하기 위해 노력하고 있다. 넷째, 이용자의 건강 상태에 따라 개호식(요양식)을 개발하여 가능한 한 오래 식사를 할 수 있도록 서비스를 제공하고 있다.

독일은 다음과 같은 특성이 있다. 첫째, 시설 거주자의 경제적 상황과 욕구에 따라 시설을 선택할 수 있어 시설 선택권이 보장된다. 둘째, 요양 시설 내에 다양한 유형의 시설을 동시에 운영하고 있어 거주자들의 건강 상태에 따라 필요한 요양서비스를 이용할 수 있다. 셋째, 대부분이 1~2인실로 되어 있어 독립성이 보장되며 식사 시간, 친인척의 방문, 반려동물 입주 등과 같은 자율성 등이 보장된다. 넷째, 요양시설이 시내에 위치하여 외부와의 교류가 활발하다. 다섯째, 정원 등을 설치하여 자연을 즐길 수 있도록 되어 있다.

3. 결론 및 시사점

본 연구의 결과에 따르면, 향후 상당수의 국민이 노인요양시설을 이용하게 될 것이며, 공통된 요양시설에 대한 지향점을 갖고 개개인의 상황이나 선호, 특성에 따라 시설을 선택할 것으로 보인다. 따라서 국민의 노인요양시설에 대한 다양한 욕구가 충족될 수 있도록 다양한 형태의 시설이 공급되어야 할 것이다. 국내외 사례들을 바탕으로 본 연구에서는 ① 전문 서비스 특성화 모형, ② 특수 대상 특성화 모형, ③ 물리적 환경 특성화 모형, ④ 특수 욕구 특성화 모형을 제시하였다. 이러한 다양한 시설을 공급하기 위해서는 첫째, 장기요양보험의 시설급여에 대한 보상인 수가체계에 대한 개편 방안 마련, 둘째, 다양한 가산 제도 도입, 셋째, 시설에서 제공하는 서비스 중 이용자가 전액 지불하는 장기요양 비급여의 다양화 등에 대한 정책적 접근이 필요할 것이다.

* 주요 용어: 노인요양시설, 미래 노인, 요양 욕구, 특성화

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

인간의 생애 후반기 신체건강 악화는 필연적으로 자립적 생활 감소를 불러오고 타인의 도움을 필요로 하게 된다. 근대까지의 전통적 가족 형태에서는 노부모에 대한 경제적 부양과 신체적 돌봄(수발)은 가족의 주요 기능이였다. 하지만 현대사회에서는 대가족 중심의 가족 형태가 급격히 축소되면서 가족 내에서도 돌봄을 제공하기를 희망하거나 할 수 있는 가족원이 급격히 감소하였다. 노인의 가구 형태는 2000년 초반 자녀 세대와의 동거 중심 형태에서 최근에는 노인 혼자 또는 노부부로 구성된 가구 형태가 급격히 증가하는 모습을 보인다. 과거 가족의 남성 중심 생계 모형에서는 여성이 가족 내 돌봄 기능을 주로 담당하였으나, 최근 여성의 경제활동이 증가하면서 가족 내 노부모 돌봄 기능이 유지되기 어려워졌다.

2008년 도입한 노인장기요양보험은 노인돌봄의 주요 책임을 가족에서 사회로 전환하는 주요한 계기였다고 평가된다. 노인장기요양보험제도 도입 이후 계속적으로 보장 대상자 규모를 확대시킨 결과, 노인장기요양보험 급여 수급 자격자인 인정자 규모는 2008년 21만 명에서 2019년 77만 명으로 확대되었다. 이는 65세 이상 노인 인구 대비 4.2%에서 9.6%로 증가한 결과이다. 장기요양 대상자의 주요 연령층인 75세 이상 중 17.7% (2019년 기준 주민등록인구 대비)가 인정자로 나타났다(국민건강보험공단 요양급여실, 2009; 2020). 즉, 점차 노인돌봄에서는 가족에 의한 사적 돌봄보다는 공적 돌봄이 일반화되고 있음을 보여 준다.

노인장기요양보험에서 노인에게 돌봄을 제공하는 방식은 노인의 거주 공간에 따라 크게 재가급여와 시설급여 형태로 구분된다. 재가급여는 본인의 집에 거주하면서 방문형 서비스(방문요양, 방문간호, 방문목욕) 또는 이용형 서비스(주야간보호, 단기보호)를 이용하는 것이며, 시설급여는 주거 공간을 시설로 이동하여 돌봄을 제공받는 것이다. 최근 노인돌봄의 지향점으로는 노인이 거주하던 집과 지역에서 계속 거주하면서 노후를 보낼 수 있는 AIP(Aging in place)가 제시되고 있다. 노인장기요양보험에서도 제도의 기본 원칙으로 ‘재가급여’ 우선 원칙을 제시하고 있으며(노인장기요양보험법, 2020), 2018년 지역 선도 사업으로 추진 중인 ‘지역사회통합돌봄(communitary care)’ 사업에서는 ‘지역(communitary)’을 기반으로 한 돌봄체계의 패러다임 변화가 추진되고 있다(보건복지부, 2019).

그러나 노인의 31.9%는 거동이 불편할 때 희망 거주 형태로 노인요양시설을 선택할 의사가 있는 것으로 나타났고(정경희 외, 2017), 제도와 정책에서 지역 중심의 돌봄체계를 추진함에도 불구하고 시설 보호 형태를 이용하는 노인이 증가하고 있다. 노인장기요양보험을 도입한 이후 시설급여 이용자는 2008년 6만 5천 명에서 2019년 22만 2천 명으로 증가하였으며, 시설급여를 제공하는 시설 수 또한 1,700곳에서 5,543곳으로 증가하였다(국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계연보 2008년, 2019년). 더욱이 현재 노인 중 의료적 필요도는 낮지만 요양 욕구 충족을 위해 요양병원을 장기적으로 이용하는 노인의 비율은 약 2.7%로 추정된다(이규식, 정형선, 최성완, 최대봉, 2017). 이들의 경우 장기요양등급자이거나 등급을 받지 못했지만 집에서 생활하기 어려운 사람들(강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원, 2019a)임을 고려할 때, 노인요양시설에 대한 수요는 현재 시설 이용자 규모보다 클 것으로 예상된다. 더욱이 향후 노인돌봄의 사회적 책임이 강화되고 현재 재가에서 생활하는 노인의

가족 내 보완적 돌봄 기능이 약화될 것을 고려하면, 노인돌봄에서 시설 이용에 대한 수요는 더욱 증가할 것으로 예상된다.

노인장기요양보험제도에서는 노인요양시설에서 제공되는 급여가 공공 서비스로서 일정 수준 이상의 서비스가 제공될 수 있도록 근거 법과 조례, 지침 등을 통해 서비스 제공 시설 및 인력 기준을 의무화하고 있으며, 노인장기요양기관 평가 제도를 통한 품질 관리, 노인장기요양보험제도의 수가 차등화, 서비스 표준화(서비스 가이드라인, 매뉴얼 등) 등 시설 운영 규칙과 가이드라인을 제공하고 있다. 노인요양시설 품질 관리를 위한 제도적 노력을 통해 일정 수준의 규격화와 표준화를 달성하였다고 평가된다. 그러나 노인요양시설에 대한 불신과 부정적 인식이 여전한 것으로 보인다. 이윤경, 강은나, 변재관, 김세진(2017)의 연구에서 노인요양시설에 대한 노인들의 인식을 조사한 결과, 노인요양시설에 대해 ‘가고 싶지 않지만 가야 하는 곳’으로 인식하는 것으로 나타났다. 노인요양시설에 대한 언론 보도 또한 부정적인 현실을 보여 준다. 또 전 세계적으로 코로나바이러스감염증-19의 확산은 집단생활시설인 요양시설의 취약성이 드러나는 계기가 되었다.

노인요양시설에 대한 이와 같은 국민의 불신의 원인 중 하나는 소비자의 욕구는 점차 다양해지고 있는데 현재 운영되고 있는 노인요양시설은 대부분 이러한 수요를 충족시키지 못하는 한계가 있기 때문으로 판단된다. 노인요양시설 서비스 이용이 노후에 이용하게 되는 서비스로 일반화됨에 따라 각계각층의 이용자, 다양한 취향의 이용자가 증가할 것으로 보여 장기적으로 이와 같은 경향은 더욱 부각될 것이다.

현재 대부분의 노인요양시설은 단체생활이 강조된 시설 형태로 다인실 중심의 방 구조와 병원과 같은 복도식 시설 구조, 공간 구성과 인테리어에서는 개인의 개별 특성과 선호를 반영하는 데 한계가 있다. 또한 노인

요양시설에서의 생활은 개인의 사생활과 선택이 반영되기 어려운 획일화된 식단과 식사 시간, 활동으로 구성되어, 개개인의 건강과 기능 상태에 따른 돌봄 형태가 부족하다. 즉, 대부분의 노인요양시설은 개개인의 선택권과 서비스의 개별화가 이루어지는 물리적 환경과 ‘집과 같은’ 형태의 생활이 어렵다는 한계가 있다.

하지만 점차 노인 1인 또는 부부 가구가 증가하고, 생활 수준이 향상되고, 사생활의 중요도가 증가함에 따라 노인요양시설은 현재의 획일화된 서비스에서 벗어나 이용자의 다양한 특성과 선호를 충족시키기 위한 시설을 필요로 할 것이다. 지금까지의 노인요양시설 선택과 비용 납부의 주체는 노인요양시설을 이용하는 노인보다는 가족, 특히 자녀였다면 미래 노인 세대에서는 시설 이용에서의 주체적 선택과 이용이 이루어질 것으로 예측된다.

최근 일부 노인요양시설을 필두로 하여 여러 가지 특성의 노인요양시설 형태가 나타나고 있다. 물리적 환경과 함께 서비스 제공에서 개개인의 신체 및 정신적 상태, 취향과 선호 등이 고려되는, 그리고 선택의 범위를 확대하기 위한 노력이 일부 시설에서 이루어지고 있다.

따라서 본 연구에서는 현재 노인요양시설을 진단하고 미래 노인 세대(현재 50~60대)의 요양시설에 대한 욕구를 분석하여, 노인요양시설에 대한 이용자 선택권의 다양성이 보장될 수 있고 질 높은 요양 욕구가 충족될 수 있는 노인요양시설의 모형을 제시하고 이를 확대하기 위한 정책적 지원 방안을 모색하고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구는 노인요양시설에서의 ‘좋은 돌봄’ 개념을 바탕으로 현재의 노인요양시설 운영과 이용 현황을 분석하고, 미래 노인의 욕구 분석을 바탕으로 국내외 노인요양시설 사례를 연구하였다. 이를 토대로 향후 필요한 노인요양시설 특성화 모형과 이를 위한 정책을 제안하였다. 이를 위한 본 연구의 연구 내용 및 방법은 다음과 같다.

1. 연구 내용

본 연구는 여섯 영역으로 구성된다. 첫째, 좋은 노인요양서비스가 무엇인지에 대해 기존 연구를 통해 살펴보고 좋은 노인요양시설에 대한 개념을 정의하고자 한다.

둘째, 미래 노인의 특성과 요양 욕구를 살펴보았다. 미래 노인의 특성을 예측하고 미래 노인들이 생각하는 요양 욕구를 분석하며, 개별 인터뷰를 통해 미래 노인들이 생각하는 노인요양시설에 대해 검토하였다.

셋째, 현재 운영되고 있는 노인요양시설의 이용 및 운영 실태를 살펴보았다. 이는 노인장기요양보험에서 노인요양시설제도가 어떻게 변화되었는지 그 과정을 검토하고, 현재 운영되고 있는 노인요양시설의 운영 실태와 시설 이용자들의 이용 실태를 살펴보았다.

넷째, 현재 운영되고 있는 노인요양시설에 대한 사례 분석을 통해 미래 지향적인 노인요양시설 운영의 방향성을 도출하고자 하였다. 이는 국내에서 특성화된 노인요양시설의 사례를 분석하는 것으로 진행하였다.

다섯째, 고령화 진행 수준이 한국보다 높고, 동일한 사회보험제도로 노인장기요양보험제도가 운영되고 있는 일본과 독일의 노인요양시설 운영

사례를 검토하여 한국에 적용할 수 있는 방안을 살펴보았다.

마지막으로, 이러한 연구 결과를 바탕으로 미래 노인의 요양 욕구에 부합하는 노인요양시설의 특성화 모형과 전략을 제안하였다.

2. 연구 방법

연구 진행에서 본 연구는 다음과 같은 연구 방법을 적용하였다.

첫째, 좋은 노인요양서비스에 대한 방향성 도출을 위해 좋은 노인요양서비스에 대한 이론적 고찰과 좋은 돌봄서비스에 대한 문헌 검토를 하였다.

둘째, 장기요양실태조사, 신중년 복지 욕구 실태조사, 장기요양보험통계연보, 장기요양기관 평가 결과 등 다양한 자료를 활용하여 미래 노인의 특성 변화와 현재 노인요양시설의 이용 및 운영 실태 등을 검토하였다.

셋째, 현재의 노인요양시설에 대한 국민의 인식과 경험을 확인하는 것을 목적으로 전국에 거주하는 만 50세에서 69세 이하 일반 국민을 대상으로 ‘미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사’를 인터넷을 통해 온라인으로 진행하였다. 본 연구는 생명윤리위원회(제2020-75호 2020.9.25)의 심의를 받아 진행하였다.

〈표 1-1〉 미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 온라인 조사 개요

분류	세부 문항
모집단	전국 만 50~69세의 성인 남녀
표본 수	1,500명
조사 방법	구조화된 설문지를 이용한 온라인 조사
조사 기간	2020년 10월 16일~11월 03일
표본추출 방법	행정안전부의 「2020년 8월 주민등록 인구통계」상 6개 권역, 성, 연령대로 비례 배분
표본오차	95% 신뢰 수준에서 $\pm 2.53\%$ 포인트

자료: 저자 직접 작성.

조사 대상은 총 1,500명으로 행정안전부의 「2020년 8월 주민등록 인구통계」상 6개 권역, 성, 연령대로 비례 배분을 적용하였다. 이 조사는 확률비례표본 방법을 활용하여 시·도, 성별, 연령의 분포를 반영하여 표본을 설계하였으며, 표본오차는 95% 신뢰 수준에서 $\pm 2.53\%$ 포인트이다. 할당된 표본 수는 <표 1-2>와 같다.

<표 1-2> 미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 온라인 조사 표본 할당

	표본 할당								
	전체	남				여			
		50~54세	55~59세	60~64세	65~69세	50~54세	55~59세	60~64세	65~69세
전체	1,500	219	211	189	129	214	207	192	139
서울/인천/경기	723	108	103	89	59	108	101	92	63
부산/울산/경남	243	34	33	31	22	33	34	32	24
대구/경북	158	22	22	20	14	22	22	20	16
대전/세종/충청	158	23	23	20	14	22	21	20	15
광주/전남/전북	148	22	20	20	14	20	19	19	14
강원/제주	70	10	10	9	6	9	10	9	7

자료: 저자 직접 작성.

이 조사는 구조화된 질문지를 활용하여 2020년 10월 16일부터 11월 03일까지 온라인 조사를 진행하였다. 설문 내용은 총 5가지 영역으로 구성되었으며, 가족의 요양시설 이용 경험, 노인요양시설에 대한 인식, 미래 본인이 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항과 중요도, 향후 노인요양시설 이용 의향, 일반 사항을 중심으로 살펴보았다.

20 노인의 영양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈표 1-3〉 미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 온라인 조사 내용

분류	세부 문항
A. 가족의 노인요양시설 이용 경험	1) 노인장기요양보험에 대한 인식 2) 노인장기요양보험과 요양병원의 차이에 대한 인식 3) 가족 중 노인요양시설 이용 경험 - 노인요양시설 이용자와의 관계 - 노인요양시설 이용 이유 - 노인요양시설 이용 의사결정자 - 노인요양시설 선택 기준 - 노인요양시설 제공 서비스에 대한 만족도 및 불만족 이유 4) 노인요양시설에 대한 인상
B. 노인요양시설에 대한 인식	1) 노인요양시설에 대한 생각
C. 미래 본인이 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항과 중요도	1) 노인요양시설 입소 시 시설 선택 조건 - 시설 지역 특성 - 시설 규모 - 프로그램 - 방 구성 - 비용 부담 - 시설 운영 주체 - 기관의 자율성 보장 정도 - 시설의 구조 2) 시설 선택의 요소 중 중요하게 고려할 사항 - 자유로운 사생활 보장: 자유로운 시간 사용(식사 시간, 활동 시간, 수면 시간), 식사 메뉴 선택권, 사적인 공간 활용, 자유로운 이동 또는 외출, 프로그램 참여 선택권 - 전문적 서비스: 신체활동 지원 서비스, 간호 서비스, 식사 서비스, 여가 지원 서비스, 위생 관리 서비스, 호스피스 서비스 - 시설 환경: 위치, 규모, 가정과 같은 구조, 개인실(1인실 또는 부부실) 사용, 위생 - 인력: 직원의 친절성, 직원의 전문성, 직원 수의 충분성 - 비용: 시설 내 이용자의 동일한 비용 부담, 이용 서비스에 따른 비용 부담 3) 좋은 요양시설의 조건 4) 노인요양시설 이용 시 비용 부담 - 추가 비용 지불 의향 - 추가 비용 지불 의향이 있는 항목 - 추가 부담 가능 금액 - 자부담 비용 부담자
D. 향후 노인요양시설 이용 의향	1) 이용 의향 2) 이용 또는 미이용 이유
E. 일반 사항	- 성별, 연령, 학력, 소득, 종교, 주관적 건강 상태, 혼인 상태, 가구 형태, 자녀 수, 양가 부모 여부

자료: 저자 직접 작성.

넷째, 가족 중 노인요양시설에 거주하고 있거나 거주한 경험이 있는 노인 가족의 시설 입소 과정 및 시설 이용 경험에 관하여 심층 인터뷰를 하였다.

노인요양시설 이용 노인 가족의 경험을 다양하게 살펴보기 위해 거주 지역, 성별, 연령, 소득 수준, 참여자와의 관계, 입소한 시설의 운영 주체 등을 고려하여 24명의 연구 참여자를 선정하였다. 지역 간 장기요양 인프라를 고려하여 참여자를 수도권과 지방 도시 그리고 농어촌 지역 거주자로 구분하여 모집하였으며, 수도권을 비롯하여 강원도, 경상도, 전라도, 충청도의 참여자들이 인터뷰에 참여할 수 있도록 선정하였다. 참여자의 연령은 부모 혹은 배우자가 노인요양시설에 입소한 경험이 있는 자를 모집하기 위해 50대부터 70대까지로 설정하였다. 다양한 계층의 입소 경험을 살펴보기 위해 저소득층뿐만 아니라 중산층 이상인 참여자도 인터뷰에 참여할 수 있도록 모집하였으며, 노인요양시설 운영 주체에 따른 경험의 차이를 살펴보기 위해 사회복지법인 10개소, 의료법인 2개소, 재단법인 1개소, 개인 11개소의 시설을 이용하는 노인의 가족을 인터뷰하였다.

심층 개별 인터뷰는 7월 7일부터 8월 11일까지 진행하였다. 배우자와 동석하기를 요청한 참여자 C6을 제외하고는 일대일 인터뷰를 하였다. 인터뷰는 대상자 섭외 기관 사무실, 연구 참여자의 자택, 운영하는 가게, 조용한 카페에서 진행하였다. 인터뷰는 1회당 약 2시간에 걸쳐 진행하였으며, 인터뷰 목적과 내용을 간략하게 설명하고 응답 내용이 녹취된다는 사실에 동의를 구한 뒤 시작하였다.

22 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈표 1-4〉 개별 인터뷰 참여자 특성

구분	참여자	성별	연령대	월평균 가구소득	거주 지역	참여자와의 관계	이용시설 운영주체
수도권	A1	여성	50대	500만 원 이상	서울	아버지	개인
	A2		60대	500만 원 이상	서울	시어머니	개인
	A3		60대	500만 원 이상	서울	어머니	사회복지법인
	A4		70대	100만 원	서울	어머니, 남편	개인
	A5	남성	50대	500만 원 이상	서울	어머니	개인
	A6		60대	100만 원 미만	서울	어머니	개인
	A7		70대	300만 원	서울	아버지	재단법인
지방 도시	B1	여성	50대	100만 원	강원도	시어머니	사회복지법인
	B2		60대	350만 원	경상도	어머니	사회복지법인
	B3		60대	400만 원	대전	시어머니	개인
	B4		70대	300만 원	대전	시아버지	사회복지법인
	B5		70대	200만 원	대전	남편	사회복지법인
	B6	남성	50대	300만 원	경상도	장인	개인
	B7		60대	200만 원	경상도	어머니	사회복지법인
	B8		70대	400만 원	충청도	어머니	개인
농어촌	C1	여성	50대	400만 원	강원도	어머니	개인
	C2		60대	100만 원	경상도	아버지	사회복지법인
	C3		70대	100만 원	전라도	남편	사회복지법인
	C4		70대	100만 원 이하	전라도	남편	의료법인
	C5	남성	50대	500만 원 이상	경상도	부모	개인
	C6		60대	200만 원	경상도	어머니	사회복지법인
	C7		70대	100만 원 이하	경상도	어머니	의료법인
	C8		70대	100만 원 이하	강원도	어머니	사회복지법인
	C9		60대	100만 원 이하	강원도	어머니	개인

자료: 저자 직접 작성.

인터뷰의 초기 질문은 “부모님(혹은 배우자)께서 입소하신 노인요양시설에 대한 경험을 이야기해 주시겠습니까?”와 같이 개방형으로 시작하여 노인요양시설 선택 과정, 입소 전후의 인식 변화, 개선 사항, 이상적인 노인요양시설 등에 관한 질문을 이어 나갔다(〈표 1-5〉 참조).

참여자 모집 및 녹음, 녹취 등의 과정은 전문적인 조사 업체에서 담당하였으며, 코로나19 예방을 위한 방역수칙을 준수하며 인터뷰를 진행하였다. 24건의 인터뷰 및 인터뷰 내용에 대해서는 1인의 연구자가 진행과 분석을 모두 실시하였다. 또한 인터뷰 진행 과정에서 공동 연구진의 스크립트 확인 등을 통해 지속적으로 의사소통하며 연구를 수행하였다.

〈표 1-5〉 인터뷰 질문

[초기 개방형 질문]	
부모님(혹은 배우자)께서 입소하신 노인요양시설에 대한 경험을 이야기해 주시겠습니까?	
[주요 질문]	
입소 전	<ul style="list-style-type: none"> - 노인요양시설 입소를 결정하게 된 이유가 무엇입니까? - 입소하신 기관을 어떻게 선택하게 되셨습니까? - 기관 선택 시 가장 중요하게 고려한 부분은 무엇입니까?
입소 후	<ul style="list-style-type: none"> - 입소 전과 후 노인요양시설에 대한 이미지 및 인식에 변화가 있었나요? - 어떤 부분을 긍정적으로 평가하시나요? - 어떤 부분이 아쉬우신가요? 또는 개선되어야 한다고 생각하시나요?
이상적인 시설	- 만약 미래에 내가 입소하게 된다면 어떤 기관이면 좋으시겠어요?

자료: 저자 직접 작성.

이 인터뷰는 Braun and Clarke(2006)에서 제시한 주제 분석 과정에 근거하여 분석하였다. 자료와 친숙해지는 단계인 1단계에서는 워드 문서로 옮긴 녹취 파일을 반복해서 읽고 참여자들이 제공한 사진과 문서를 확인하여 초기 아이디어를 기록하였다. 초기 코드 생성 단계인 2단계에서는 가능한 한 많은 개념을 생성하여 자료의 초기 목록을 생성하였다. 주제 검색 단계인 3단계에서는 도출된 개념을 잠재적인 주제로 묶는 작업을 함과 동시에 식별된 주제 내의 모든 개념과 원자료를 대조하였다. 4단계 주제 검토 단계에서는 개념과 하위 주제, 주제를 읽어 보며 일관된 패턴을 형성하는지 확인하였다. 일관된 패턴이 확인되지 않을 때는 재코딩하는 작업을 하였다. 마지막 주제 정의 및 명명 단계에서는 각 주제가 나

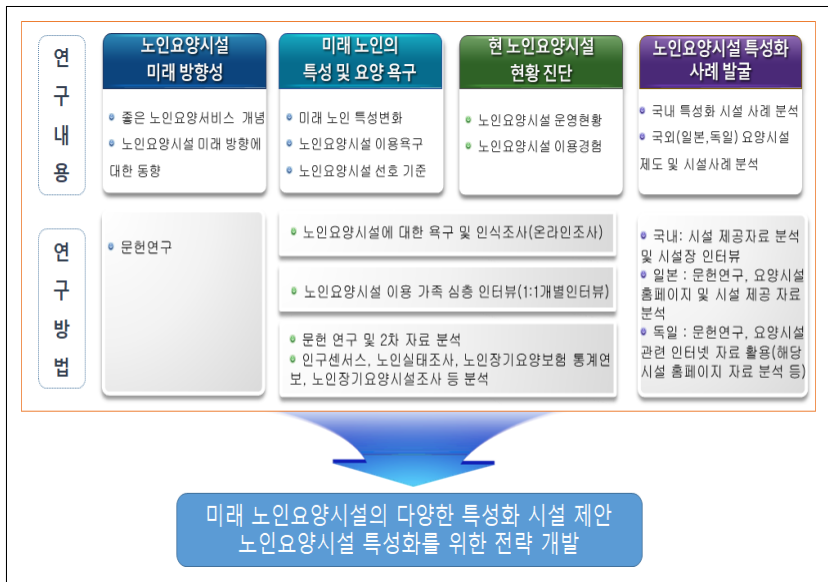
24 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

타내는 바를 확인할 뿐만 아니라 중복되는 부분은 없는지 전반적인 내용을 확인한 후 명명하였다.

다섯째, 국내외의 다양한 시설 운영 사례들을 분석하였다. 국내 사례는 노인장기요양시설 관련 단체와 전문가의 추천 등을 통해 노인의 욕구 충족을 위해 특성화되어 운영되고 있는 5개 시설을 분석하였다. 국외 사례는 사회보험으로 노인장기요양보험을 운영하고 있으며 우리나라보다 고령화 정도가 높은 독일과 일본의 사례를 중심으로 살펴보았다.

여섯째, 노인요양시설 특성화 모형과 이를 확대하기 위한 정책 제언에서는 사례 연구 시설의 관계자 및 전문가와의 회의, 앞의 조사 결과 등을 종합하여 연구진이 모형 개발과 제도 개선 방안을 제안하였다.

[그림 1-1] 연구체계도



자료: 저자 직접 작성.



제2장

노인요양시설의 좋은 돌봄 개념 및 관련 제도 검토

제1절 노인요양시설의 좋은 돌봄(케어) 개념과 실천 모형

제2절 노인요양시설의 특성 및 관련 제도 검토

제2장 노인요양시설의 좋은 돌봄 개념 및 관련 제도 검토

제1절 노인요양시설의 좋은 돌봄(케어) 개념과 실천 모형

1. 좋은 돌봄의 개념

일반적으로 ‘좋은 돌봄’은 돌봄의 질이라는 개념으로 대체될 수 있다. 좋은 돌봄은 질 높은 서비스 그 자체를 말하기도 하고, 좋은 돌봄을 통해 질 높은 서비스가 구현되기도 한다. 케어(돌봄)의 질(quality of care)이라는 용어는 연구 목적에 따라 서비스 질(quality of service) 또는 생활의 질(quality of life)로도 표현된다.

WHO(2003)는 케어(돌봄)의 질을 의료·보건서비스 관점에서 정의하고 있지만 이러한 정의는 요양시설 입소 노인을 위한 좋은 돌봄에도 그대로 적용될 수 있다. 즉 ‘좋은 돌봄’이란 입소 노인 개인과 그 집단에 제공되는 서비스가 이들이 원하는 건강 관련 성과(outcome)를 달성한 정도로 정의될 수 있다. 좋은 돌봄을 위해서는 안전하고 효과적이며 효율적이고 공평한 사람 중심 돌봄(people-centered care, 서비스 이용자 개인의 선호와 바람 등을 고려한 개별화된 케어)이 실천되어야 한다. Schröder and Ahlström(2004)은 좋은 돌봄을 서비스 이용자의 존엄성이 존중되는 것, 이용자가 돌봄에 참여하는 것, 이용자의 회복과 자립 정도 그리고 기능이 유지되고 개선되는 것, 좋은 케어 환경이 구비되어 있는 것이라고 정의하였으며, 좋은 돌봄은 서비스 이용자와 직원의 친밀한 관계 형성과 개별화된 케어 환경을 통해 달성할 수 있다고 하였다. 또 좋

은 돌봄의 수준은 서비스 이용 노인과 케어 제공자, 사회의 인권에 대한 기대치, 제도 및 돌봄 정책과 밀접한 관련이 있다고 주장하였다. van Zadelhoff, Verbeek, Widdershoven, van Rossum, and Abma(2011) 역시 좋은 돌봄은 노인의 삶에 대한 배려와 대응, 직원의 책임감 있는 케어 행위의 결과이며 좋은 돌봄을 위해서는 그룹홈(group-home)과 같이 노인의 욕구에 대처하기 쉬운, 주의 깊은 관찰과 세심한 돌봄서비스를 제공할 수 있는 소규모 케어 환경이 중요하다고 하였다. 서비스 제공자가 노인의 욕구와 상황에 맞게 개별화된 돌봄서비스를 책임감 있게 제공하는 것이 좋은 돌봄의 핵심 개념이라는 것이다.

Chung(2013)은 요양시설 직원을 대상으로 한 질적 조사를 통해 좋은 돌봄을 돌봄 활동의 결과라 칭하고, 좋은 돌봄은 청결한 위생, 행복, 안락함, 노인에 대한 애정, 경의(존중)와 태도로 구성된다고 하였다. 또 좋은 돌봄을 달성하기 위해 직원 간 좋은 돌봄에 대한 개념 규명과 일치된 개념 공유가 중요하며, 좋은 돌봄을 수행하기 위한 문화변화(culture change), 즉 조직의 장벽 제거가 필요하다고 하였다.

이에 반해 Fahey, Montgomery, Barnes and Protheroe(2003)는 의사의 관점에서 좋은 돌봄의 수준을 세분화하였는데, 예를 들어 요양시설 입소 노인에게 불필요한 약 또는 해로운 약을 과다하게 복용시키지 않는 것, 노인에게 도움이 되는 유익한(beneficial) 약 등을 적절히 사용하는 것, 만성질환이나 질병을 주기적으로 관찰하는 것이 좋은 돌봄이라 하였다.

이처럼 좋은 돌봄에 대한 개념은 국내외를 불문하고 연구자마다 다양하게 나타나는데, 이는 좋은 돌봄에 대한 가치관이 사람마다 제각각이고, 돌봄노동에 대한 사회적 평가는 돌봄의 질과 수준에 영향을 미치기 때문이다(筒井孝子, 2016). 다시 말해, 돌봄서비스를 이용하는 노인과 그 가족이 생각하는 좋은 돌봄, 돌봄 제공자가 인식하는 좋은 돌봄 사이에는

간극·차이(gap)가 나타날 수 있어, 좋은 돌봄의 개념은 다양할 수밖에 없다. 게다가 좋은 돌봄은 각 나라의 인권의식, 돌봄 정책과 밀접한 관련이 있다(석재은, 노혜진, 임정기, 2015). 이러한 현상을 반영하여 筒井孝子(2016)는 좋은 돌봄을 돌봄서비스가 달성해야 하는 목표치의 달성 정도라고 정의하였고, 돌봄서비스에 대한 기대치와 실제 돌봄 제공 수준의 차이를 줄여 가는 것이 좋은 돌봄의 핵심 기술이라 하였다.

한편 최근에는 좋은 돌봄의 개념을 확장해서 살펴보는 연구들이 늘고 있다(Vandervoort, Houttekier, Vander Stichele, Van der Steen & Van den Block, 2014; Cagle, Unroe, Bunting, Bernard & Miller, 2017; 杉山理恵, 2020). 좋은 돌봄을 노인과 서비스 제공자의 신뢰 관계에 근거한 전문적 케어 제공 또는 집과 같이 안락하고 안전한 환경으로 개념화하는 것에서 나아가 좋은 영양 상태, 좋은 죽음맞이 등으로 확장해서 개념화하고 있는 것이다. 이는 좋은 돌봄서비스를 제공하기 위한 노인들의 욕구 및 관심이 다양화됨에 따라 이에 대응하기 위한 돌봄서비스의 양적, 질적 변화가 필요함을 의미한다.

종합하면, 좋은 돌봄은 노인의 돌봄에 대한 기대치를 충족시키는 돌봄, 존엄성이 보장되는 돌봄, 개별화된 돌봄, 노인의 참여가 보장되는 돌봄, 이용 노인과 직원 간의 신뢰 관계에 기반한 돌봄으로 구체화할 수 있다. 또 시설 노인의 삶의 질 향상을 위해 좋은 돌봄의 범위와 내용이 세분화되고 확장되고 있음을 확인할 수 있다.

석재은 외(2015)는 요양보호사와 기관장을 대상으로 한 인터뷰 조사를 통해 좋은 돌봄의 필요조건과 저해요건을 규명하였다. 좋은 돌봄의 필요조건으로 적극적 소통을 통한 상호 이해와 인정, 상호 신뢰하고 존중하는 좋은 관계 맺기, 요양보호사의 전문성, 센터 관리자의 전문성, 가족·노인·요양보호사의 파트너십을 들었다. 반면, 좋은 돌봄을 저해하는 요인으로

는 사회적 인정을 받지 못하는 돌봄노동, 돌봄노동의 부정형성과 남용, 요양보호사 및 관리자의 비전문성, 가족의 부적절한 간섭과 무관심, 장기 요양 환경의 구조적 제약 등을 들었다. 좋은 돌봄을 위해서는 노인과 서비스 제공자의 관계 형성, 이해와 관심에 기반한 서비스 제공이 필요하며, 친밀한 관계에 근거한 종합적인 판단력이 좋은 돌봄의 핵심 기술이라 하였다.

Attree(2001)는 케어의 성질과 케어 제공자와 이용자 간 관계가 돌봄의 질을 결정하며, 좋은 케어는 개별화된 케어, 이용자에게 초점을 맞춘 케어라고 하였다. 또 이용자의 욕구와 무관한 케어를 제공하는 것, 이용자에 대한 무관심 등이 좋은 케어, 즉 좋은 돌봄을 저해하는 요인이라고 주장하였다. 황인옥, 윤경아, 김은경(2007)은 요양시설에서의 좋은 돌봄은 노인의 서비스에 대한 만족도라는 개념으로 대체될 수 있으며, 노인의 서비스 만족도 제고를 위해서는 무엇보다 직원의 지지가 중요하다고 하였다. 즉, 좋은 돌봄은 이용자와 직원의 관계, 친절, 관심과 반응에 의해 조정된다.

Bowers, Esmond and Jacobson(2000)은 입소 노인의 선호도를 이해하고 존중하는 것, 노인과 친밀한 관계를 형성하는 것이 좋은 돌봄에 긍정적 영향을 미치며, 인력 부족과 불충분한 돌봄 제공 시간은 좋은 돌봄을 저해하는 요인이라 하였다. 마찬가지로 직원의 높은 이직률이 좋은 돌봄을 저해하는 요인이라고 지적하며(Castle & Engberg, 2005; Temple, Dobbs & Andel, 2009) 저임금, 케어 시간 부족, 직원의 케어 계획 참여 부족, 보험 가입 등의 보상(benefit) 부족은 직원의 높은 이직률과 관계가 있어 노인의 생활과 문화를 고려한 좋은 돌봄 제공을 저해하는 요인이 된다고 주장하였다(Temple et al., 2009). 즉 요양시설 직원의 이직률 완화가 서비스 질을 측정하는 개념으로 활용되면서 최근에는 직원의 이직률 완화와 서비스 질 향상을 위한 대안으로 인간 중심 케어

(person-centered care)를 통한 문화변화 운동(Culture-Change Movement)의 필요성을 주장한다. 문화변화는 신체 구속 철폐 등의 계속적인 서비스 품질 개선을 지지한다(Koren, 2010). Koren(2010)은 좋은 돌봄에는 시설의 문화변화가 필요한데, 이를 위해서는 노인에게 선택지를 제공하는 것(자기결정 강조, 개별화된 케어), 집과 같은 케어 환경 제공(10인에서 15인으로 작은 세대를 구성하는 것), 이용자와 가족, 직원과 지역사회 간 친밀한, 더 나아가 익숙한 관계 유지(이용 노인 담당제 실시), 직원의 자질 향상(팀워크)과 협조적 의사결정(직원의 자율성) 등이 중요한 요소라 언급하였다.

향후 베이비붐 세대가 75세가 되는 2030년에 대비하여 그들의 복잡 다양한 욕구와 기대치를 충족시키고 좋은 돌봄을 현실화하기 위해 좋은 돌봄의 핵심 개념을 달성하기 위한 실천 전략, 기대치와 실제 돌봄 제공 수준을 일치시키는 대안 모색, 좋은 돌봄을 저해하는 요인 등을 완화하는 전략 탐색의 과정(연구)이 필요함을 확인할 수 있다.

2. 노인요양시설의 인간 중심 케어 모델(Person-Centered Care Model)

노인요양시설에서 좋은 돌봄을 구현하는 방법 중 하나는 거주자 개개인이 케어의 중심이 되는 인간 중심 케어를 적용하는 것이다. 인간 중심 케어 모델은 1980년대 후반 영국의 심리학자 톰 키트우드(Tom Kitwood)에 의해 제안되었으며, 인간 중심 케어는 치매 환자에 대한 의학적 케어(치료)와 구별하기 위한 용어로 사용되었다(Fazio, Pace, Flinner & Kallmyer, 2018). 이 모델은 특히 치매 노인의 개성이나 기호를 존중한 개별 케어를 강조하는데, 치매는 단순히 진단명일 뿐이며 치매 노인에게도 잠재된 능력이 있음을 주장한다(Fazio et al., 2018). 다

시 말해, 인간 중심 케어는 치매 노인의 행동을 노인 자신의 욕구를 전달하기 위한 하나의 방법으로 간주하며, 치매 노인의 욕구가 충족되지 않을 때 행동·심리 증상(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)이 발생한다고 보았다(Heerema, 2020).

인간 중심 케어는 개별 케어(individualized-care)라고도 불리며, 케어가 제공되는 장소에 따라 환자 중심 케어(patient-centered care), 이용자 중심 케어(client-centered care), 거주자 중심 케어(residential-centered care) 등과 같은 용어로도 사용되기도 한다(Morgan & Yoder, 2012). 하지만 최근에는 케어 제공 장소와 관계없이 개별화된 케어가 제공되어야 한다는 의미로 주로 ‘인간 중심 케어’라는 용어가 사용되고 있다(Morgan & Yoder, 2012).

인간 중심 케어 모델이 제안되기 전 영국의 요양시설에서는 치매 노인을 아무것도 모르는 사람, 이상한 행동을 하는 사람으로 인식하였고, 노인의 의사나 자기결정권을 지원하기보다 업무 중심의 관리적 케어를 제공하는 경향이 강하게 나타났다. 이러한 업무 효율 중심의 케어, 위계적 의사소통 방식을 특징으로 하는 전통적 의학 모델(traditional medical model)의 획일성, 비윤리성 문제를 지적하며 치매 노인의 개별성에 착목한 케어, 즉 인간 중심 케어 모델을 제창하기에 이른 것이다.

인간 중심 케어는 개인의 욕구를 중시하는 케어 철학으로(Fazio et al., 2018), 케어를 기능 제한(functional limitations)에 집중해서 제공하기보다 그 사람 앞에 놓인 전체 상황을 고려해 제공해야 하며 특히 이용자의 가치관과 기호를 제일 우선적으로 생각할 필요가 있다고 주장한다(Rosemond, Hansonm, Ennett, Schenck & Weiner, 2012). 지식과 기술이 있는 전문가가 케어를 제공하는 것이며(Lipkin, Quill & Napodano, 1984) 인간 중심 케어 모델의 핵심 구성요소는 집과 같은 환

경을 제공하는 것, 거주자(이용자, resident)의 자기결정을 존중하는 것, 직원과 이용자 간 친밀한 관계를 형성하는 것이라 하였다(Koren, 2010).

미국의 요양시설에서는 인간 중심 케어 모델을 실천하기 위해 문화변화 운동을 실천하고 있다. 문화변화 운동은 기존의 시설화되고 의료화된 케어 모델로부터 벗어나 거주자 자신이 스스로 케어를 지시하고 거주자의 가족이 거주자의 욕구를 평가하고 케어 계획에 적극적으로 참여하는, 가정과 같은 인간 중심 케어 환경으로 전환하는 것을 의미한다(Shier, Khodyakov, Cohen, Zimmerman, & Saliba, 2014). 요양시설에서의 문화변화 운동의 핵심은 거주자에게 개별화된 케어를 제공하는 것이다. 생활 환경이 집과 같고 직원, 거주자 그리고 가족 간 친밀한 관계를 유지하는 것, 직원의 임파워먼트를 강화하는 것, 케어의 질과 삶의 질을 최적화하는 것을 의미한다(Koren, 2010).

Fazio et al.(2018)은 문헌 검토를 통해 인간 중심 케어 모델의 몇 가지 실천 방법을 제안하였다. 첫째, 치매 노인 이해하기이다. 치매 노인의 가치관, 신념, 능력, 선호, 취미 등 그 사람의 개별성을 이해하는 것이 중요하며, 관련 정보는 노인과의 교류에 반영할 필요가 있다. 둘째, 노인의 현실을 인식하고 수용하기이다. 치매 노인의 시점에서 세상을 바라보는 것이 중요하며 이는 노인의 행동에 대한 이해와 공감적 의사 교환을 촉진할 수 있다. 셋째, 노인의 의미 있는 참여를 위한 기회 지원이다. 목적이 있는 생활을 위해 치매 노인의 선호, 관심에 합치된 경험과 교류를 지원하는 것이 중요하다. 치매가 중증화되어도 즐거움을 느끼고 인생의 의미를 체험할 수 있도록 지원해야 한다. 넷째, 배려하는 인간관계 만들기이다. 치매 노인의 개별성을 존중하는 케어가 중요하다. 업무 중심이 아닌 사람 중심, 그 사람과의 상호작용에 집중하는 케어가 필요하다. 다섯째, 노인, 직원, 가족을 위한 지원적 환경 만들기이다. 지원적 환경은 한 사람

한 사람의 차이를 존중하는 것이며 케어의 자율성과 참여의 기회를 제공하는 것을 말한다. 여섯째, 실천된 케어를 정기적으로 평가하고 적절히 변경하기이다. 인간 중심 케어는 평가 도구를 이용해 평가할 수 있다. 정기적으로 직원, 거주자 간 발견을 공유하고 필요에 따라 프로그램과 실천 방법 등을 변화시킬 수 있어야 한다.

이러한 인간 중심 케어 모델에 대한 몇 가지 실천 모델이 제시되고 있다. 첫째, ‘그린하우스 모델(Green House Model)’ 또는 ‘소규모 하우스 모델(Small House Model)’은 요양시설의 물리적 환경을 집과 같은 환경으로 바꾸고, 노인과 직원 간 친밀한 관계 형성을 위해 직원 배치를 담당제로 수정하기도 한다(Li & Porock, 2014). 대규모 시설과 달리 10명 내외의 거주자가 생활하는 소규모 시설을 건축하여 집과 같은 가정적 환경을 제공하고자 한다. 또 치료적 상황보다는 통상적인(일반적인) 상황에서 직원과 노인 간 교류(관계 형성)를 강조함으로써 거주자의 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 한다(Li & Porock, 2014). 둘째, ‘에덴 대안 모델(Eden Alternative)’은 요양시설에 거주하는 노인들의 외로움, 무료함, 무기력함을 없애는 것을 목표로 하며, 식물이나 동물, 아이들이 거주자들의 일상생활에 적극 개입하도록 함으로써 집과 같은 환경을 만들고자 하는 모델이다. 이는 거주자의 자율적 선택과 타인과의 의미 있는 상호작용을 강조한다(윤주영, Roberts, Bowers, 이지윤, 2012). 셋째, ‘웰스프링 모델(Wellspring Model)’은 거주자의 삶의 질 향상을 위해서는 케어의 질이 향상되어야 함을 강조한다(윤주영 외, 2012). 웰스프링 모델은 11개의 비영리 요양원 연합으로 이루어진 모델로 ① 입주자 간호의 질을 최우선으로 하는 경영진, ② 시설 간 노인전문간호사 공유, ③ 특정 치료 영역에 대한 교육을 타 직원에게도 공유하는 학제 간 치료 지원팀 마련, ④ 직원 간의 긴밀한 네트워킹, ⑤ 모든 직원에게 부여된 시설 환경 및 거주

자 간호에 대한 의사결정 권한, ⑥ 유관 시설의 거주자 및 환경 관련 성과 데이터에 대한 모든 직원의 지속적 검토라는 핵심 요소를 기반으로 운영된다. 시설 간 우수 사례를 공유하여 적절한 가격으로 고품질의 서비스를 제공할 수 있도록 함으로써 거주자 중심 치료에 전념하는 시설이다(Reinhard & Stone, 2001).

윤주영 외(2012)는 위와 같은 인간 중심 케어의 핵심 구성요소로 ① 거주자들의 케어에 대한 자율적 의사결정권을 존중하는 자기결정권(autonomy), ② 거주자와 직원 간의 친밀한 관계(close relationships), ③ 사생활을 보장할 수 있는 개인적인 공간 확보와 작은 규모의 거주 환경인 집과 같은 환경(home like environment), ④ 직접적인 케어를 담당하는 직원의 임파워먼트(staff empowerment)를 제시하였다.

이들 구성요소 중 특히 ‘집과 같은 환경’에 대해서는 연구자마다 ‘집’의 범위와 정의가 상이한 특성이 있다. 일반적으로 ‘집’의 의미는 ‘거주 공간’이라는 물리적 환경을 의미한다. 그러나 자신의 주거지를 떠나 생활 공간으로 노인요양시설에 입소한 경우 ‘집과 같은 환경’은 ‘거주 공간’으로서의 ‘집’의 의미보다 더 복잡한 의미가 있다. 즉, ‘집’이 갖는 물리적 환경의 의미와 집 안에서의 삶의 모습과 가족 등 타인과의 관계 등과 같은 사회적 환경, 일상의 자율성과 선택 등이 모두 포함된 의미라고 볼 수 있다.

인간 중심 케어에서 ‘집과 같은 환경’을 중시하는 이유는 노인요양시설은 집이 아닌 ‘시설’이므로 노인요양시설 거주자들이 노인요양시설을 ‘자신의 집과 같은 곳’이라고 편안하게 느낄 수 있도록 물리적·사회적 환경이 조성되어야 하기 때문으로 보인다.

기존 연구에 따르면, 노인요양시설 내 ‘집과 같은 환경’ 요소들은 물리적 환경, 사회적 환경, 관리적 환경으로 구성된다(이은희, 2016). ① 물리적 환경은 사생활을 보장할 수 있는 개인 공간 확보와 대규모의 병원이

아닌 작은 규모의 거주 및 생활 환경(Eliopoulos, 2010, Koren, 2010-윤주영 외, 2012에서 재인용), 개인 물품이나 가구로 꾸며진 환경(Klaassens & Meijering, 2015) 등인 것으로 나타났다. ② 사회적 환경에는 직원들과의 인간적 관계(Molony, Evans, Jeon, Rabig & Straka, 2011), 가족의 잦은 교류 및 지지(이은희, 2016) 등이 포함되었다. ③ 관리적 환경에는 자율성과 프라이버시 존중(Kim, 2002) 등이 포함되었다.

즉, ‘집과 같은 환경’의 노인요양시설은 케어와 치료를 목표로 관리자 및 직원을 중심으로 조직화되어 운영되고 구조화된 활동을 하는 ‘전통적 의료 모델 적용 시설’(Fagan, 2003)이 아니라, 거주 노인을 배려한 개별화된 케어와 거주 노인을 중심으로 하여 시설이 운영되고 직원과 거주 노인의 인간적 관계가 형성되며 노인의 자발적 시간 활용과 활동을 선택할 수 있고 집과 같은 안락한 환경이 조성되는 ‘문화변화 적용 시설’(Fagan, 2003)과 유사한 의미로 간주할 수 있다.

인간 중심 케어 모델을 요양시설 등에 적용한 효과를 검증하는 연구에서는 여러 긍정적인 결과들을 보고하고 있다. 일부 연구에서는 인간 중심 케어 모델이 거주자의 지루함, 무력감, 우울 등을 줄이고 수면의 질을 개선하였으며 노인의 자존감을 향상시키고 삶의 질을 높이는 등 긍정적인 효과를 나타내었다고 하였다(Coleman et al., 2002; Epp, 2003). Koren(2010)은 샤워룸을 따뜻하게 유지하는 것이 거주자의 만족도를 높였고, 이는 직원의 스트레스 감소와 함께 케어에 투입되는 시간을 절약하는 데도 도움이 된다고 보고하였다. 인간 중심 케어 모델은 이용자뿐 아니라 직원의 소진 감소에도 긍정적인 효과가 있었는데, 궁극적으로 직원의 이직률 감소에 도움이 될 수 있다(Barbosa, Sousa, Nolan, & Figueiredo, 2015).

하지만 이러한 인간 중심 케어를 요양시설에 적용할 때 우리는 거주자

의 자율(자유)과 안전이라는 두 가지 가치의 충돌을 경험하게 된다. 거주자의 자율적 선택과 의사결정 존중, 의미 있는 생활과 상호 교류를 지원할 때 거주자의 안전 문제가 대립되는 개념으로 등장하는 것이다. 예를 들어, 시설 직원들은 거주자에게 발생할지 모르는 위험을 줄이기 위해 ‘안전’을 우선 가치로 두고 ‘업무 중심의 케어’를 제공하기가 쉬워진다. 안전을 우선으로 생각하면 이용자의 행동(자율)을 제한하게 된다.

Coleman et al.(2002)은 인간 중심 케어 모델 적용 후 낙상과 영양 관련 문제가 증가하고 있음을 보고하였다. 이는 거주자의 기능이나 인지 상태와 같은 변수들을 통제하지 않아 발생한 방법론적 문제일 수도 있고, 자율성을 중시하는 케어 방식의 변화로 인해 발생한 문제일 수도 있다(Coleman et al., 2002). 반대로 자율성을 강조하는 인간 중심 케어가 오히려 치매 노인의 BPSD 완화(Cheng et al., 2018)와 낙상 방지, 즉 이용자의 안전에 효과적이라는 연구 결과도 있다(Shorr et al., 2002; Suzuki, Kurata, Yamamoto, Makino, & Kanamori, 2012). 치매 노인의 언어적 의사소통 장애가 욕구 충족을 저해하고 오히려 이용자의 낙상으로 이어질 위험성을 높여 치매 노인의 개별 욕구에 근거한 인간 중심 케어가 이용자의 위험을 줄일 수 있다는 것이다(Suzuki et al., 2012). 신체 구속과 행동 제한은 노인의 존엄성을 위협하고 신체 구속 해제 후에는 오히려 낙상 발생을 유의미하게 증가시킨다는 보고도 있다(Tinetti, Liu & Ginter, 1992; Shorr et al., 2002).

이를 종합하면, 인간의 자율(또는 자유)과 안전이라는 가치 사이에 무엇이 일방적으로 더 중요한 가치라고 단정 지을 순 없지만, 무엇보다 중요한 것은 요양시설이 이용자의 존엄한 생활을 지원하기 위해 만들어진 생활시설이라는 점에서 질 높은 서비스를 제공할 필요가 있다는 것이다. 이를 위해서는 이용자의 개별성과 자기결정권을 존중하고 사생활 등을

보호하는 인간 중심 케어의 실천이 필수 불가결하다. 요양시설 입소를 거부하는 노인의 대다수가 요양시설 입소가 곧 삶의 속박이며 주체적 삶의 끝이라고 생각한다는 점(Howard, 2013)에서도 노인이 케어 계획에 적극적으로 참여하고 자율적으로 자신의 케어에 대해 의견을 표현할 수 있는 선택권과 다양성, 사생활이 존중되는 인간 중심 케어 모델의 적극적인 현장 적용이 필요한 시점이다. 일률적이고 정형화된 의학적 케어 모델보다 거주자의 선택권 등을 존중한 인간 중심 케어 모델은 복잡 다양한 거주자의 욕구에 더욱 적절하게 대응할 수 있도록 하기 때문이다. 이용자의 자율을 제한하고 안전하게 생활하게 하는 것, 위험이 있어도 이용자를 자유롭게 생활하도록 지원하는 것, 어느 하나가 일방적으로 강조되기보다 이 두 가치가 조화롭게 지원될 수 있도록 거주자의 생각과 의견을 적극적으로 청취하는 문화변화 운동의 적용을 위한 연구가 필요하다.

3. 노인요양시설의 인간 중심 케어 실현 방안으로서의 특성화

지금까지 노인요양시설에서의 돌봄은 대부분 이용자 개개인의 다양한 욕구를 충족시키기보다는 단체생활을 위해 대다수의 욕구, 서비스 공급 방식의 비용 효율성, 서비스 공급자의 편리성이 중심이 되어 시설의 돌봄이 제공, 운영되었다. 이에 노인요양시설에서 생활하는 이용자는 개인의 선택과 자율보다는 단체생활에서의 규율, 일정, 정해진 서비스에 따라 생활하였다. 향후 노인요양시설의 인간 중심 케어는 시설별로 다양한 실천 모델을 개발하고 안착시키게 될 것이다.

노인요양시설에서의 좋은 돌봄은 인간 중심 케어 실현을 통해 구현될 것이며, 집과 같은 노인요양시설은 그 구성요소에서 일맥상통하게 개개인의 자율권과 선택권, 사생활 보장 등을 통해 편안함과 존엄성을 느끼도

록 하는 것이다. 노인요양시설의 인간 중심 케어 모델로 제시된 그린하우스 모델, 에텐 대안 모델, 웰스프링 모델 등과 같이 모델별로 인간 중심 케어의 강조점은 다르다.

따라서 이를 위한 노인요양시설 운영의 실천 모델은 시설이 지향하는 비전과 경영 마인드, 물리적 환경, 서비스 제공 인력 구성 및 운영 등에 따라 다양화될 수 있다. 더 나아가 이용자의 구성은 노인요양시설의 인간 중심 케어 실천 모델로 개발되고, 이러한 실천 모델은 노인요양시설의 다양한 특성화로 이루어질 것이다. 예를 들면, 질환 또는 장애(예: 치매, 시각장애 등), 취향이나 선호(예: 채식주의자 서비스 필요도 수준(예: 집중간호 서비스 등) 등에 따라 노인요양시설의 특성화가 이루어질 수 있다.

특히 현재 우리나라 노인요양시설이 소규모 시설 중심으로 확대됨에 따라 거주자 개개인의 특성, 욕구, 선호를 맞추는 것이 어렵다는 점을 고려하여 개별 시설별로 지향점과 특성에 따라 특성화하는 것이 노인요양시설의 인간 중심 케어를 실현하는 구체적인 방안이라고 할 수 있다.

노인요양시설의 특성화는 사회서비스 ‘시장화’, ‘영리화’와는 다른 의도를 갖고 있으나, 자칫 시설 서비스 공급 기관이 특성화를 이용하여 이용자를 선택하는 것과 같이 부적절하게 활용될 가능성이 있음에 주의해야 한다. 또한 노인요양시설의 영리화 확대를 통해 요양서비스에 대한 사회적 양극화가 확대되는 부작용이 생기는 것을 주의해야 한다.

노인장기요양보험제도 도입은 노인요양서비스의 사회화를 달성하였으나, 제도 도입 이전 비영리 사회복지적 성격은 크게 축소되고 시장논리에 의한 공급이 대다수를 차지하게 되었다. 노인요양시설의 서비스 확대 정책은 사회서비스 시장화 전략을 통해 급격히 확대되었으며, 사회서비스 시장화는 이용자의 선택권을 확대시킬 것으로 기대되었다. 그러나 이진숙, 박진화(2011)의 연구에 따르면 장기요양제도 도입은 서비스를 필요

로 하는 이용자가 시장에서 직접 서비스 제공 기관을 선택하고 필요한 서비스를 이용할 수 있다는 점에서 소비자의 선택권이 강화된 것으로 평가하면서도 이용자와 공급자 간 정보 비대칭성(information asymmetry)에 의해 올바른 선택을 할 수 없다고 평가하였다(이진숙, 박진화, 2011). 이러한 현상은 영국과 독일에서도 나타난 바 있는데, 전용호(2012)의 연구 결과에서는 영국과 독일의 장기요양서비스 시장화를 통해 비용 감축 경쟁에 따라 대규모 기관들의 독점화 경향이 나타났고, 이러한 현상으로 인하여 이용자의 선택권 축소, 시설에서 비용이 많이 드는 중증 노인의 서비스 제공을 거부하는 ‘크림 스킴링(creaming-skimming)’ 현상이 나타남을 보고하였다. 그러나 한국에서의 사회복지서비스 시장화는 서구의 시장화 또는 민영화와는 다른 양상을 보인다. 서구 사회복지서비스의 시장화는 복지국가 축소 과정에서 서비스의 축소 또는 조정 단계에서 이루어진 반면, 한국에서는 사회서비스 확대 과정에서 시장화의 확대가 이루어지므로 서비스를 효율적으로 달성하기 위한 수단으로 이해해야 한다는 것이다(이진숙, 박진화, 2011).

즉, 본 연구에서는 노인의 다양한 욕구 충족을 위해 인간 중심 케어 모델을 실현시키기 위한 시설의 특성화를 제안함과 동시에 특성화 과정에서 유발될 수 있는 제도의 공공성 훼손을 방지하기 위한 제도적 기제를 강조하고자 한다. 이선영(2020) 또한 시장원리와 규제 기능의 양립이 매우 중요한 과제임을 제시하였다. 장기요양서비스와 같은 사회서비스는 공공성이 강한 성격을 띠고 있기 때문에 완전한 시장경쟁체제하에서의 서비스 제공은 불가능하고 정부의 강력한 규제가 필요한 서비스 영역이지만, 규제를 강화하면 자유로운 시장 진입이 어려워지고 그로 인해 시장원리의 긍정적 기능이 작용하지 않을 수 있으므로 둘 간 균형의 중요성을 강조하였다(이선영, 2020).

제2절 노인요양시설의 특성 및 관련 제도 검토

1. 노인 주거(주택) 및 요양시설의 역사와 최근 변화

노인인구의 증가와 노인에 대한 사회적 부양 형태 변화, 그리고 노인의 특성 변화는 노후 생활 모습의 변화를 가져왔다. 과거 대부분의 노인은 자녀의 부양과 수발을 받으며 함께 노후를 보내는 것이 ‘정상’으로 여겨졌고, 자녀 또는 같이 생활하거나 부양할 가족이 없는 노인은 ‘무의탁’ 노인이라 칭하며 국가와 사회가 보호해야 할 대상으로 여겼다. 하지만 사회와 가족의 변화는 노인이라도 자립적으로 생활하고 국가와 사회에서의 부양과 보호는 욕구와 필요에 따라 지원받는 형태로 변화하였다.

노인요양시설은 요양이 주요 목적이지만 주거, 급식 등의 전반적인 생활 지원을 포함하고 있어 유사한 서비스 형태로 양로시설, 노인복지주택의 특성을 함께 비교해 보고자 한다. 특히 양로시설이나 노인복지주택에서 생활하면서 일부 노인장기요양 재가급여를 이용함에 따라 요양시설과 이들 양로시설, 노인복지주택 등의 주거를 비롯한 서비스 제공 실태를 파악하였다.

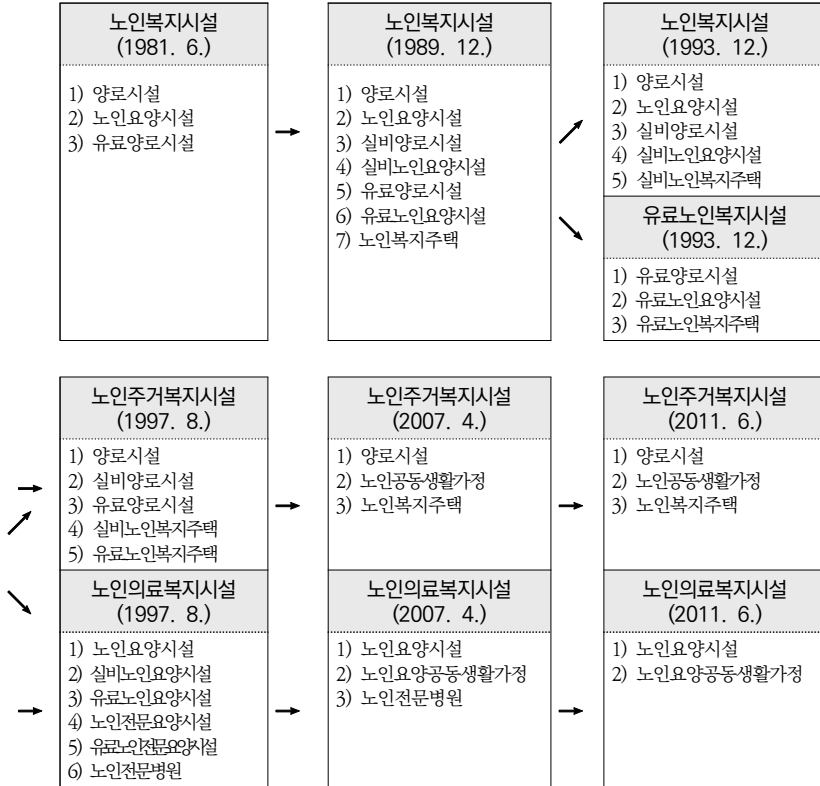
가. 노인복지법 근거 노인주거(주택) 및 노인요양시설

노인복지법이 제정된 1981년 노인복지시설은 양로시설, 노인요양시설, 유료양로시설, 노인복지회관이라는 4개의 시설 형태로 분류되었다. 당시 양로시설은 ‘노인을 입소시켜 무료로 또는 저렴한 요금으로 급식, 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설’로 정의되었으며, 노인요양시설은 ‘노인을 입소시켜 무료로 또는 저렴한 요금으로 급식·치

료, 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설'로 정의되었다. 유료양로시설은 '노인을 입소시켜 급식·치료, 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고, 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 시설'로 정의되었다(노인복지법). 당시 양로시설은 일상생활이 가능한 노인을 대상으로 무료 또는 실비로 주거 및 서비스를 제공한 곳으로 현재의 양로시설과 유사한 형태로 볼 수 있으며, 노인요양시설과 유료양로시설은 현재의 노인요양시설과 유사한 형태로 볼 수 있다.

1989년 노인복지법 개정 당시 노인요양시설은 이용료 지급 방법 및 수준에 따라 노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인요양시설로 시설 형태를 분류하였고, 노인복지주택이 새로운 주거 형태로 제도에 포함되었다. 1993년 개정에서는 시설의 기능보다는 지급 방법에 따라 노인복지시설과 유료노인복지시설을 별도로 분류하였다. 현재의 노인복지시설 분류체계가 시작된 근간은 1997년 개정으로, 이 법에서는 노인주거복지시설과 노인의료복지시설을 분류하고 있으며, 그 안에서 양로시설-노인복지주택-노인요양시설-노인전문요양시설-노인전문병원을 분류하고, 각각을 지급 방법에 따라 무료, 실비, 유료로 분류하였다. 2008년 노인장기요양보험제도 도입을 앞두고 2007년 노인복지법을 개정하면서 무료, 실비, 유료에 따른 시설 구분은 삭제하였으며, 노인주거복지시설은 현재의 양로시설-노인공동생활가정-노인복지주택 체계를 갖추었다. 노인의료복지시설은 노인요양시설-노인요양공동생활가정-노인전문병원으로 분류되었으나, 2011년 노인전문병원이 제외되면서 노인요양시설과 노인요양공동생활가정만 노인복지법 내 요양시설로 분류되었다.

〈표 2-1〉 노인주거·요양시설의 제도적 분류 변화



자료: 1) 노인복지법. 법률 제3453호 (1981).
 2) 노인복지법. 법률 제4178호 (1989).
 3) 노인복지법. 법률 제4633호 (1993).
 4) 노인복지법. 법률 제5359호 (1997).
 5) 노인복지법. 법률 제8200호 (2007).
 6) 노인복지법. 법률 제17199호 (2020).

이러한 분류체계에 근거한 각 시설의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 먼저 노인주거복지시설에 해당되는 양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택은 일상생활이 가능한 노인을 대상으로 주거, 급식, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설이다. 다만, 각 시설 형태에 따라 시설

44 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

의 규모, 입소 대상, 이용료 등이 상이하다. 양로시설과 노인공동생활가정은 시설의 규모에서 상이한 특성을 보이며, 노인복지주택은 주거시설을 분양 또는 임대하는 시설이다.

노인의료복지시설에 해당하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 일상생활에 도움이 필요한 노인을 대상으로 하며, 장기요양 인정등급을 받을 자를 중심으로 서비스를 제공한다.

〈표 2-2〉 노인주거·요양시설 종류와 특징

구분	양로시설	노인공동생활가정	노인복지주택	노인요양시설	노인요양 공동생활가정
설치 목적 ¹⁾	- 노인을 입소시켜 급식과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공	- 노인들에게 가정과 같은 주거여건과 급식, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공	- 노인에게 주거시설을 분양 또는 임대하여 주거의 편의·생활지도 상담 및 안전 관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	- 독립적인 일상생활을 수행하기 곤란한 노인을 입소시켜 24시간 서비스를 제공	
시설 규모 ¹⁾	10명 이상	5~9명	30세대 이상	10명 이상	5~9명
기능 상태 ¹⁾	일상생활 가능자			일상생활에 도움이 필요한 자	
입소 대상 ¹⁾	- (무료) 1) 65세 이상 생계·의료급여 수급자 2) 생계를 같이하는 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자 - (실비) 생계를 같이하는 부양의무자의 소득이 일정 금액 이하인 자 - (유료) 60세 이상인 자		- 단독 취사 등 독립된 주거생활을 하는 데 지장이 없는 60세 이상의 자	- 장기요양 1~2등급 - 장기요양 3~5등급자 중 불가피한 사유, 치매 등으로 시설급여 대상자로 판정받은 사람	
시설 수 ²⁾	232개소	115개소	35개소	3,595개소	1,934개소
정원 수 ²⁾	13,036명	954명	7,684명	174,015명	16,805명

자료: 1) 보건복지부. (2020b). 노인복지사업안내 I. 세종: 보건복지부.

2) 보건복지부. (2020a). 2019 노인복지시설현황. 세종: 보건복지부.

이들 시설의 설치 기준은 다음과 같다. 노인주거복지시설인 양로시설과 노인공동생활가정은 시설 설치 기준이 유사하며, 정원 수 차이에 따라 노인공동생활가정의 일부 시설 기준이 유연하게 적용된다. 이러한 특성은 노인의료복지시설인 노인요양시설과 노인요양공동생활가정에서도 유사하게 나타난다. 다만, 노인요양공동생활가정은 1인당 연면적이 20.5㎡로 노인요양시설보다 작다.

노인주거복지시설과 노인의료복지시설의 시설 기준에서 큰 차이는 첫째, 노인의료복지시설의 연면적과 1인당 침실 면적이 더 넓으며 둘째, 요양보호사실과 자원봉사자실이 분리되어 있다. 인력 배치 기준에 따르면 노인의료복지시설은 요양보호사가 노인 2.5명 또는 3명당 1명인 데 비해 노인주거복지시설인 양로시설은 노인 12.5명당 요양보호사 1명, 노인공동생활가정은 이용자 4.5명당 사회복지사, 간호(조무)사, 요양보호사 또는 조리원 1명 이상으로 돌봄인력이 적게 배치되어 있다. 이는 노인의료복지시설은 요양보호사 근무인력이 많고, 야간근무 등에 따른 휴게 시간 확보가 필요하여 시설 내에 요양보호사를 위한 별도의 휴식 공간을 마련한 것으로 보인다.

노인복지주택은 앞서 논의된 두 개의 시설과는 시설 기준이 상이하다. 이는 독신용 또는 동거용 침실을 둘 수 있으며, 20㎡ 이상의 면적에 침실, 취사할 수 있는 별도의 공간, 목욕실, 화장실 등이 포함되어야 한다.

46 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈표 2-3〉 노인주거·요양시설 종류별 시설 설치 기준: 시설 기준

구분	양로시설 ¹⁾	노인공동생활 가정 ¹⁾	노인복지 주택 ¹⁾	노인요양 시설 ²⁾	노인요양공동 생활가정 ²⁾
1인당 침실 면적	5.0㎡	5.0㎡	20㎡ (독신 또는 동거)	6.6㎡	6.6㎡
1인당 연면적	15.9㎡	15.9㎡	-	23.6㎡	20.5㎡
침실 1실 정원	최대 4인	최대 4인	-	최대 4인	최대 4인
사용 공간					
침실	○	○	○	○	○
사무실	○		○	○	
요양보호사 및 자원봉사자실	○	○	○	요양보호사실 자원봉사자실	○
의료 및 간호사실	○	○	○	○	
체력단련실 및 프로그램실	○	○	-	-	-
물리(작업)치료실	-	-	-	○	○
프로그램실	-	-	-	○	
식당 및 조리실	○	○	○	○	○
비상재해 대비 시설	○	○	○	○	○
화장실	○	○	○	○	
세면장 및 샤워실	○			○	○
세탁장 및 세탁물 건조장	○	○	○	○	

주: 양로시설과 노인요양시설은 30명 이상의 기준으로 작성함.
 자료: 1) 노인복지법 시행규칙 별표2. 보건복지부령 제735호. (2020)
 2) 노인복지법 시행규칙 별표4. 보건복지부령 제735호. (2020)

인력 기준 역시 노인주거복지시설과 노인의료복지시설이 상이한 특성을 보인다. 가장 큰 특징은 간호(조무)사, 물리(작업)치료사, 요양보호사와 같은 의료 또는 돌봄 제공 인력의 배치 기준이다. 양로시설의 경우 촉탁의사 1명 이상, 간호(조무)사는 노인 50명당 1명, 요양보호사는 노인 12.5명당 1명이고 물리(작업)치료사는 그 기준이 없는 반면, 노인요양시설은(촉탁)의사는 필요 수, 간호(조무)사는 노인 25명당 1명, 물리(작업)치료사 1명, 요양보호사는 노인 2.5명당 1명으로 노인의료복지시설은 돌봄인력 배치 비율이 매우 높은 특성이 있다.

〈표 2-4〉 노인주거·요양시설 종류별 시설 설치 기준: 인력 기준

(단위: 명, %)

구분	양로시설 ¹⁾	노인공동생활 가정 ¹⁾	노인복지 주택 ¹⁾	노인요양 시설 ²⁾	노인요양공동 생활가정 ²⁾
시설장	1명	1명	1명	1명	1명
사무국장	1명	-	-	1명	
사회복지사	1명	이용자 4.5명당 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사 요양보호사 또는 조리원 1명 이상	1명	1명	
(촉탁)의사	1명 이상		-	필요 수	-
간호(조무)사	50명: 1명		-	25명: 1명	1명
물리(작업)치료사	-		-	1명	
요양보호사	12.5명: 1명		-	2.5명: 1명	3명: 1명
사무원	1명	-	-	1명	-
영양사	1명	-	-	1명	-
조리원	2명 (100인 이상 추가 1인)	-	-	25명: 1명	-
위생원	50명: 1명	-	-	1명	-
관리인	-	-	-	1명	-

주: 양로시설과 노인요양시설은 30명 이상의 기준으로 작성함.

자료: 1) 노인복지법 시행규칙 별표2. 보건복지부령 제735호. (2020)

2) 노인복지법 시행규칙 별표4. 보건복지부령 제735호. (2020)

나. 고령자 특화 주택 및 지역 서비스 결합

노인복지법에서 정의하고 있는 위와 같은 주거·요양시설 외에도 최근에는 다양한 형태의 고령자 특화 주택이 공급되고 있다. 국토교통부는 주거복지로드맵 2.0을 통해 2025년까지 노인이 주거와 돌봄 지원을 한 번에 받을 수 있는 고령자 맞춤형 주거를 지원하고 있다. 이는 주택의 공급 차원과 서비스 지원 강화라는 두 가지 큰 틀에서 진행되고 있다.

먼저 주택 공급 차원에서는 첫째, 2025년까지 고령자 복지주택을 제공할 계획이다. 고령자 복지주택은 65세 이상 저소득 노인을 위해 무장애 특화 시설을 갖춘 주택으로, 사회복지시설을 함께 공급하여 여가 생활도 누릴 수 있도록 하는 주택이다. 2020년 4월 33개 지역에 4,243호가 추

진되었으며, 2025년까지 1만 호를 제공하는 것을 목표로 하고 있다. 둘째, 고령자 복지주택 외에 신규로 건설되는 공공임대주택과 매입·전세임대주택을 활용한 고령자 주택을 2025년까지 7만 호 공급할 예정이다. 신규 공공임대는 노인 맞춤형 특화 설계를 반영하여 수도권은 신규 공급 호수의 8%, 지방권은 5% 정도를 고령자 맞춤형 공공임대주택으로 공급할 예정이며, 매입임대는 12개 지역 700호를 제공할 예정이다.

다음으로 서비스 지원 강화 측면에서는 첫째, 기존에 공급된 고령자 공공임대주택 내 주거복지전문인력을 배치하고 케어안심서비스를 제공하며 둘째, 저소득 고령자가 거주하고 있는 주택 1만 4천 가구에 대한 집수리 사업도 추진하고 있다(국토교통부 공공주택총괄과, 주거복지정책과, 공공주택지원과, 2020. 4. 1.).

고령자 특화 주택 공급은 노인이 지역사회에서 계속 생활할 수 있도록 하는 ‘Aging in Place’를 구현하는 한 영역이며, 고령자 특화 주택 공급과 함께 지역사회 중심의 다양한 재가 서비스, 요양서비스의 결합이 이루어지도록 하고 있다. 개별 서비스로 이루어지던 주거와 요양이 지역을 기반으로 하여 통합되어 제공되는 체계를 갖추도록 하는 것으로, 정부가 추진 중인 지역사회통합돌봄의 형태이다.

즉, 이와 같은 변화는 지금까지는 노인 주거와 생활, 요양 등의 서비스와 규모 등의 형태가 이미 확정된 모습(시설 유형)에 따라 양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등으로 만들어졌다면, 이제는 각각의 서비스별로 자유로운 조합이 이루어지고 있음을 보여준다. 지금은 본인이 살던 집에서 재가 서비스를 받거나, 노인양로시설 또는 요양시설에서 주거와 생활·보호를 한꺼번에 받는 형태의 선택이었다면, 향후에는 필요한 서비스의 내용과 양, 선호 등에 따라 주거, 생활, 보호 등에서 선택지가 확대될 것이다.

2. 노인요양시설 관련 제도 검토

노인장기요양보험의 노인요양시설에 대한 제도적 관리에 대해 검토해 보고자 한다. 노인요양시설의 설립과 운영의 큰 틀은 노인장기요양보험법과 노인복지법에 법적 근거를 두며, 세부적 운영 기준은 ‘장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시’에 따른다. 또한 노인요양시설의 질 향상을 독려하기 위해 장기요양시설 평가 제도가 운영되고 있으며, 수가 가산 제도의 운영, 특수 욕구 대응을 위한 치매전담형 장기요양시설 운영, 간호전문요양시설 운영 등이 시행되고 있다. 이와 같은 다양한 제도적 기제를 통해 노인요양시설이 공공 서비스로서 표준화를 달성하고 국민들의 욕구 충족을 위한 품질 향상을 이끌고 있다.

가. 노인요양시설 표준화를 위한 제도적 기제

1) 시설 설립 기준: 노인복지법

노인요양시설은 이용자 수에 따라 시설 유형이 구분되는데, 1차적으로는 10인 미만의 노인요양공동생활가정과 10인 이상의 노인요양시설로 구분된다. 노인요양시설은 다시 규모에 따라 30인을 기준으로 30인 이상 시설과 30인 미만~10인 이상 시설로 분류된다. 이에 노인요양시설의 시설 형태와 인력 기준 등은 총 3가지 유형의 시설 형태로 운영되고 있다.

노인요양시설은 <표 2-5>를 기준으로 공간을 구성하도록 되어 있으며, 이러한 기준은 2008년 제도 도입 이후 같은 형태로 유지되고 있다.

〈표 2-5〉 노인요양시설의 시설구성 기준

구분		침실	사무실	요양보호사실	자원봉사자실	의료 및 간호사실	물리 (작업) 치료실	프로그램실	식당 및 조리실	비상재해 대비 시설	화장실	세면장 및 목욕실	세탁장 및 세탁물 건조장
노인요양시설	30명 이상	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	30명 미만 10명 이상	○	○			○	○	○	○	○	○	○	
노인요양공동생활가정		○	○				○		○	○	○		

자료: 보건복지부. (2020b). 2020 노인보건복지사업안내(I). 세종: 보건복지부. p. 330.

구체적인 기준을 보면, 노인 1인당 연면적(노인요양시설 23.6㎡, 노인요양공동생활가정 20.5㎡)과 침실 면적(6.6㎡)에 대한 면적 규정, 침실 1개당 최대 4인까지 이용 가능하다는 이용 인원 규정, 물리(작업)치료실 이용을 위한 엘리베이터 설치, 2층 이상 시설의 경사로 설치 등 시설 운영에 대한 설비 사항들을 시행규칙 내에 규정하고 있다.

〈표 2-6〉 노인요양시설의 시설 면적 및 침실 기준

구분	정원 1인당 연면적	침실 면적	침실 유형	침실 1실 정원
노인요양시설	23.6㎡	6.6㎡	독신용, 합숙용, 동거용	최대 4인
노인요양공동생활가정	20.5㎡			

자료: 노인복지법 시행규칙 별표4. 보건복지부령 제735호. (2020).

이러한 노인요양시설 설치 기준 규정은 2008년 제도 도입 이후 거의 변화하지 않았다. 노인요양시설의 시설 기준은 시설 설치 시 기본적으로 갖추어야 할 조건이며, 물리적 환경으로 그 기준이 변동되기 어려운 상황이다.

정부의 기본적인 시설 환경 규정 외에도 최근 시설 자체적으로 유닛 케어(Unit Care)와 같이 케어의 질을 높이기 위한 시설 형태를 만들기도 한다. 유닛 케어는 10명 전후의 노인들에게 자택과 유사한 환경과 1인실을

제공하고 개인 생활 패턴을 존중하는 케어서비스로 ‘생활 단위 요양’이라고 불리기도 한다(남윤철, 2017). 그러나 이는 시설의 구조 변경 등과 같은 추가적 예산 소요가 많으며, 민간 중심의 요양시설 운영이라는 노인요양시설 운영의 구조적 특성상 고비용의 시설 인프라 변경의 경제성 문제로 인해 활성화되지는 못하고 있는 것으로 보인다.

노인요양시설 운영의 두 가지 축 중 하나인 인력 기준은 2008년 제도 도입 이후 거의 변동 없이 운영되었다. 2017년 사무원, 조리원, 위생원, 관리인과 관련하여 ‘필요 수’ 기준에서 ‘실수’ 기준으로 변경된 것이 가장 큰 변화라 볼 수 있다. 노인요양시설의 인력 부족 문제가 지속적으로 제기되고 있으며, 인력 기준은 서비스 질과 관련성이 매우 높은 데 비해 이에 대한 논의는 매우 소극적으로 진행되었다고 볼 수 있다.

〈표 2-7〉 노인요양시설 인력 기준

구분		시설장	사무국장	사회복지사	(축타) 의사	간호(조무)사	물리(작업)치료사	요양보호사	사무원 ¹⁾	영양사 ²⁾	조리원	위생원 ³⁾	관리인 ¹⁾
노인요양시설	30명 이상	1명	1명	1명	필요 수	이용자 25명당 1명	1명	이용자 2.5명당 1명	1명	1명	이용자 25명당 1명	1명	1명
	30명 미만 10명 이상	1명	1명		필요 수	1명	필요 수	이용자 2.5명당 1명			1명		
노인요양 공동생활가정		1명				1명		이용자 3명당 1명					

주: 1) 이용자 50명 이상인 경우로 한정.

2) 1회 급식 인원이 50명 이상인 경우로 한정함.

3) 이용자 100명 초과할 때마다 1명 추가.

자료: 노인복지법 시행규칙 별표4. 보건복지부령 제735호. (2020).

2) 장기요양 시설급여 제공 기준 및 급여비용 기준

노인요양시설 운영에서의 급여 제공과 관련된 기준과 비용은 ‘장기요양급여제공 기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시’에 기반한다. 해당 고시는 급여 제공의 일반 원칙 등을 담은 1장의 총칙을 비롯하여 2장 장기요양기관 및 종사자의 준수 사항, 3장 재가급여 제공 기준 및 급여비용 산정 방법, 4장 시설급여 제공 기준 및 급여비용 산정 방법, 5장 급여비용의 가산 및 감액 산정 기준, 6장 치매전담형 장기요양기관 급여 제공 기준 및 비용 산정 방법, 7장 의사 소견서 및 방문간호지시서 발급 비용 등으로 구성되어 있다(국가법령정보센터, 2020).

이 중 노인요양시설에서 제공하는 시설급여 제공과 관련된 기준은 인력 운영, 급여 제공 방식에 대해 주로 2장과 4장, 5장에서 매우 구체적으로 제시된다. 노인요양시설 운영자는 해당 고시의 기준에 따라 시설을 운영하도록 한다.

노인요양시설에서 제공되는 시설급여에 대한 보상은 ‘수가’를 통해 이루어진다. 석재은(2008)은 노인장기요양보험 수가는 서비스 시장에서 국가가 노인장기요양 정책을 이끌고 나가고자 하는 방향을 보여 주는 정책적 신호의 의미를 갖는다고 제시하였다. 수가의 전반적인 수준, 급여 종류 및 등급 간 상대적인 수가 수준 등에 따라 서비스 공급자의 시장 참여 여부 및 운영 행태 등에 중요한 영향을 미치는 요인이라는 것이다(석재은, 2008).

노인장기요양보험 시설급여의 수가는 노인요양시설의 서비스 표준 운영 모형을 설정하여 해당 시설의 비용 단가와 시설 유형 및 등급별 수가를 결정하는 구조이며, 시설 유형 및 등급에 따른 차등정책제 방식이다. 수가는 표준 운영 모형을 기준으로 한 인건비와 관리·운영비를 포괄한다(최병호 외, 2007). 따라서 노인요양시설 운영자는 정해진 수가 범위 내

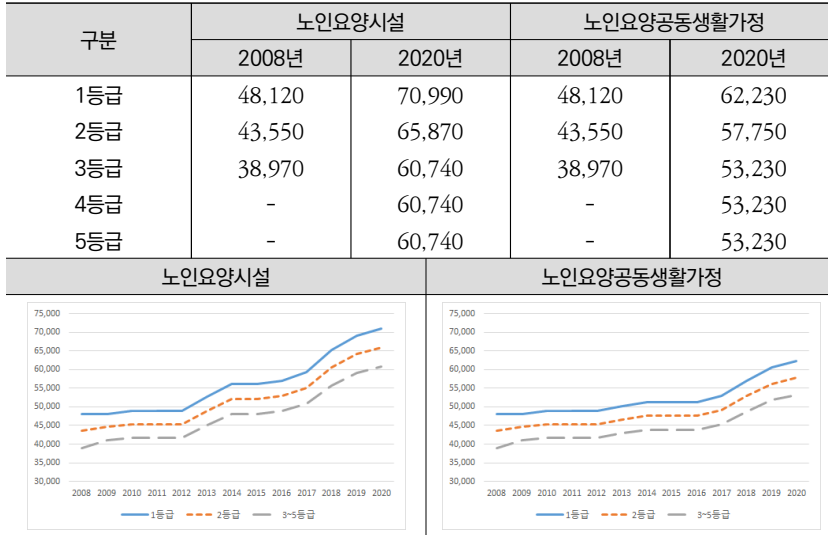
에서 장기요양시설급여 제공 기준에 따라 이용자에게 서비스를 제공한다. 다만, 노인장기요양보험법 시행규칙(제14조)에 근거하여 급여 범위 외의 비급여 대상은 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가 비용(1~2인실), 아·미용비, 그 외 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지부 장관이 정하여 고시한 비용으로 한정하고 있다(노인장기요양보험법 시행규칙, 2020).

〈표 2-8〉과 같이 2008년 제도 도입 당시 노인요양시설의 1일 급여비용은 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 모두 1등급 4만 8,120원, 2등급 4만 3,550원, 3등급 3만 8,970원으로 동일하게 책정되었다. 2013년부터 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 급여비용에 차등을 두게 되었으며, 두 시설 유형 간 등급별 약 2,000원 정도의 차등이 발생하기 시작하였다. 노인요양시설 급여비용은 2008년부터 2010년까지 증가하였고 2011년과 2012년 동결 후 2013년과 2014년 증가, 2015년 동결되었으며 2016년부터 지속적으로 증가하였다. 증가폭은 노인요양공동생활가정에 비하여 노인요양시설이 크게 나타났다. 2020년 현재 노인요양시설은 1등급 7만 990원, 2등급 6만 5,870원, 3~5등급 6만 740원이며, 노인요양공동생활가정은 1등급 6만 2,230원, 2등급 5만 7,750원, 3~5등급 5만 3,230원으로 시설 유형에 따라 8,000원 내외의 차이를 보인다.

54 노인의 영양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈표 2-8〉 노인요양시설 급여비용 변화 추이

(단위: 원)



- 자료: 1) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2008-66호 (2008).
 2) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2009-125호 (2009).
 3) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2010-30호 (2010).
 4) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2011-15호 (2011).
 5) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2011-153호 (2011).
 6) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2012-162호 (2012).
 7) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2013-160호 (2013).
 8) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2015-126호 (2015).
 9) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2016-121호 (2016).
 10) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2017-83호 (2017).
 11) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2018-6호 (2018).
 12) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2020-143호 (2020).

나. 노인요양시설 품질 관리 및 질 향상의 제도적 기제

1) 시설 평가 제도¹⁾

노인요양시설의 서비스 질 관리를 위해 정부에서는 3년 단위로 노인요양 시설에 대한 평가를 하고 있다. 이러한 평가를 통해 노인요양시설의 서비스 형태는 어느 정도 표준화를 이룬 것으로 보인다. 이에 본 영역에서는 시설 유형별 노인요양시설의 평가 내용 및 결과를 살펴보고자 한다.

2008년 제도 도입 이후 장기요양보험에서는 서비스 질 향상과 평가 결과 공개를 통한 수급자의 알권리 충족 및 기관 선택권 확대를 목적으로 장기요양기관 평가 제도를 실시하였다. 이 제도는 평가 시행에서 평가의 자율성과 독립성을 보장하고, 신뢰성과 공공성이 확보될 수 있도록 객관적이고 전문적인 방법으로 평가를 실시하며, 평가 과정에서 관련자의 참여가 원활히 이루어질 수 있도록 하는 것을 원칙으로 수행된다.

〈표 2-9〉 노인장기요양기관 평가의 목적

구분	내용
평가의 목적	1) 장기요양기관의 급여 수준 향상을 꾀하여 전문적인 손길을 통해 수준 높은 양질의 서비스 제공을 유도함으로써 궁극적으로 어르신들의 삶의 질 향상과 가족의 경제활동 참여율을 높여 윤택한 생활을 도모하기 위한 것이다. 2) 공단은 이용 지원 등 장기요양기관에 대한 관리 업무의 연장선상에서 평가를 수행하고 평가 결과를 서비스 개선에 적극 활용하는 등 평가를 통해 보험자로서의 역할에 최선을 다한다. 3) 평가 결과를 공개하여 수급자의 알권리를 충족시키고 수급자의 장기요양기관 선택권을 확대한다.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여)정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. p. 2의 내용을 저자 재구성.

1) 장기요양기관 평가 제도에 대한 내용은 국민건강보험(2019). 2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과. http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60351에서 2020. 10. 21. 인출한 내용을 요약 및 재구성함.

노인요양시설 평가 내용은 다음과 같이 구성된다. 노인요양시설 평가항목은 5개 대영역에 따른 46~48개 문항으로 구성되어 있다. 첫 번째 영역은 기관 운영 영역으로 기관 관리, 인적자원 관리, 자원 활용을 중심으로 11개 문항(공생 10개)에 대해 평가한다. 두 번째 영역은 환경 및 안전 영역으로 시설 및 설비 관리, 위생 및 감염 관리, 안전 관리를 중심으로 12개 문항에 대해 평가한다. 세 번째 영역은 수급자 권리 보장 영역으로 수급자 권리, 수급자 존엄성을 중심으로 4개 문항에 대해 평가한다. 네 번째 영역은 급여 제공 과정 영역으로 급여 개시, 급여 계획, 급여 제공을 중심으로 15개 문항(공생 14개)에 대해 평가한다. 마지막으로 급여 제공 결과 영역은 수급자 상태, 만족도 평가를 중심으로 6개 문항에 대해 평가한다.

[그림 2-1] 노인요양시설 평가 항목

대분류(5개 영역)	중분류
기관 운영	기관 관리, 인적자원 관리, 자원 활용
환경 및 안전	시설 및 설비 관리, 위생 및 감염 관리, 안전 관리
수급자 권리 보장	수급자 권리, 수급자 존엄성
급여 제공 과정	급여 개시, 급여 계획, 급여 제공
급여 제공 결과	수급자 상태, 만족도 평가

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여)정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. p. 4 <표 1-2-1>.

노인요양시설 평가 결과는 서비스 질 향상 및 기관에 대한 이용자의 선택권 보장을 위해 활용되며, 구체적인 사항은 다음과 같다. 첫째, 시설 규모별 상위 20% 이하 범위에 속한 A등급 장기요양기관에 가산금을 지급하여 장기요양기관 간 자율경쟁을 통해 서비스 질 향상을 유도하는 측면으로 활용한다. 둘째, 장기요양보험 홈페이지 및 수급자 제공용 장기요양기관 현황에 기관이 받은 평가 등급 및 평가 결과를 표기하여 이용자의 알권리 충족 및 선택권 보장에 활용한다. 셋째, 평가 결과 미흡 기관에 대

해서는 사후 관리를 통해 급여 수준을 향상할 수 있도록 지원하는 데 활용한다. 넷째, 평가 결과를 장기요양기관 지정권자인 시장·군수·구청장에게 통보하여 관리·감독의 자료로 활용한다.

〈표 2-10〉 노인장기요양기관 평가 결과의 활용

구분	내용
평가의 활용	1) 평가 결과에 따라 가산금을 지급하여 장기요양기관 간 자율경쟁을 통해 서비스 질 향상을 지속적으로 유도한다. 2) 평가 결과 공개를 통하여 소비자 알권리 충족 및 장기요양기관 선택권 보장을 위해 노력한다. 3) 평가 결과 미흡 기관에 대해서는 사후 관리를 실시하여 급여 수준 향상을 위하여 지속적으로 지원한다. 4) 평가 결과를 장기요양기관 지정권자인 시장·군수·구청장에게 통보하여 관리·감독의 자료로 활용하도록 한다.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여)정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. p. 3의 내용을 저자 재구성.

노인요양시설의 평가 점수는 2018년 74.9점으로 2015년에 비해 1.1점 상승하였으며, 기관 간 편차도 감소한 것을 확인할 수 있다. 그러나 시설 규모에 따라서는 30인 이상 시설은 2018년 81.7점으로 2015년 82.5점에 비해 하향되었으며, 그 외 유형들은 2015년 대비 상향되었다.

〈표 2-11〉 노인요양시설 규모별 평가 점수

(단위: 개소, 점)

구분	기관 수		평균 점수		표준편차	
	2018년	2015년	2018년	2015년	2018년	2015년
계	4,287	3,623	74.9	73.8	13.9	15.4
30인 이상	1,490	1,228	81.7	82.5	11.7	12.0
10~30인 미만	1,328	961	73.7	73.4	12.9	14.2
10인 미만	1,469	1,434	69.2	66.5	13.9	14.9

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. p. 28 〈표 3-4-2〉.

평가 영역별 점수를 살펴보면, 가장 높은 평가 점수를 받은 영역은 환경 및 안전 영역으로 인프라와 관련된 부분이며, 낮은 영역은 급여 제공 과정 영역이다. 기관 유형별로는 30인 이상 시설의 환경 및 안전 점수가 90.8점으로 가장 높았으며, 10인 미만 시설의 급여 제공 과정이 60.4점으로 가장 낮았다. 전반적으로 30인 이상 시설의 점수가 세 유형 중 가장 높고 10인 미만 시설의 점수가 가장 낮은 분포를 보여, 기관 유형별 평가 결과에 차이가 있는 것으로 나타났다.

2015년 대비 2018년은 기관 운영, 환경 및 안전, 급여 제공 결과에서 상향 조정되었으며, 수급자 권리 보장과 급여 제공 과정은 하향된 것을 확인할 수 있다. 특히 10인 미만의 시설에서 급여 제공 결과에 대한 평가 점수가 19.8점 상향되어 변화폭이 매우 크게 나타났다.

〈표 2-12〉 노인요양시설 평가 영역별 점수 현황

(단위: 점)

구분	기관 운영		환경 및 안전		수급자 권리 보장		급여 제공 과정		급여 제공 결과	
	2018 년	2015 년	2018 년	2015 년	2018 년	2015 년	2018 년	2015 년	2018 년	2015 년
계	70.8	65.0	86.1	84.3	69.8	76.0	68.1	72.4	84.5	68.5
30인 이상	78.8	74.0	90.8	91.7	77.2	83.9	77.2	82.7	85.7	74.0
10~30인 미만	68.2	63.9	86.2	84.4	68.6	75.2	66.6	72.3	83.7	67.7
10인 미만	65.1	58.0	81.3	77.9	63.3	69.9	60.4	63.6	84.1	64.3

주: 환산 점수 기준임.

자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. p. 31 〈표 3-4-3〉.

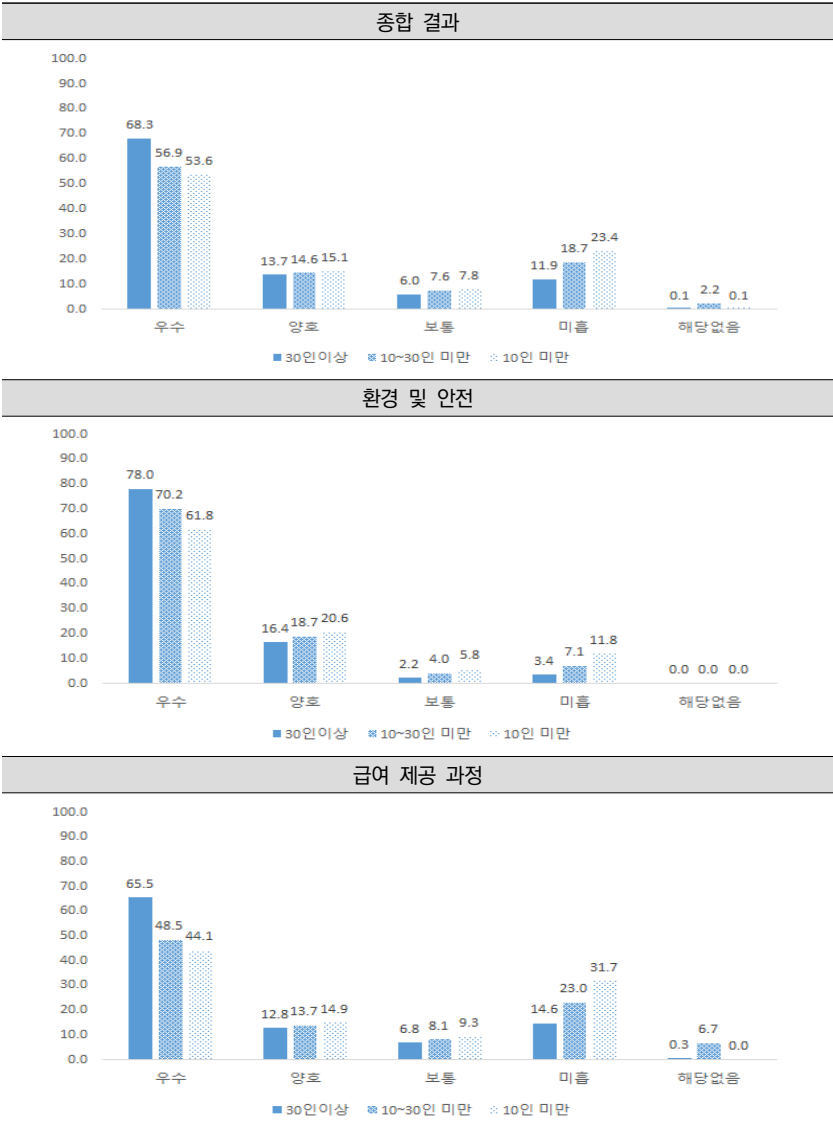
다음으로 평가 영역별 결과를 살펴보면, 종합 결과 우수의 비율은 30인 이상 시설이 가장 높고 미흡은 10인 미만 시설의 비율이 가장 높은 분포를 보인다. 이러한 분포는 대부분의 영역에서 유사하지만, 급여 제공 결과에서는 10인 미만 시설의 우수 비율이 가장 높은 분포를 보인다. 반면, 우

수 기관과 미흡 기관의 차이가 가장 많이 발생한 영역은 급여 제공 과정에 대한 부분으로 30인 이상 시설의 우수 기관은 65.5%, 10인 미만 시설의 우수 기관은 44.1%로 21.4%포인트 차이가 발생하며, 미흡 기관은 반대로 10인 미만이 31.7%로 높고 30인 이상 시설이 14.6%로 낮아 17.1%포인트 차이가 발생한다. 급여 제공 과정은 욕구 사정, 급여 계획 수립 및 제공, 급여 제공 결과 평가, 사례 관리, 청결 서비스, 식사·배설·욕창·간호·의료·기능 회복 훈련·물리치료·인지기능 증진·여가활동 서비스와 같은 대상자 관리 전반에 대한 지표들로 서비스 질과 매우 밀접한 관련이 있어 이러한 평가 결과의 시설 규모별 차이가 서비스 질에서의 시설 규모별 차이로 이어질 수 있음을 예측할 수 있다.

60 노인의 영양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

[그림 2-2] 노인요양시설 기관 규모별 평가 영역별 결과 1

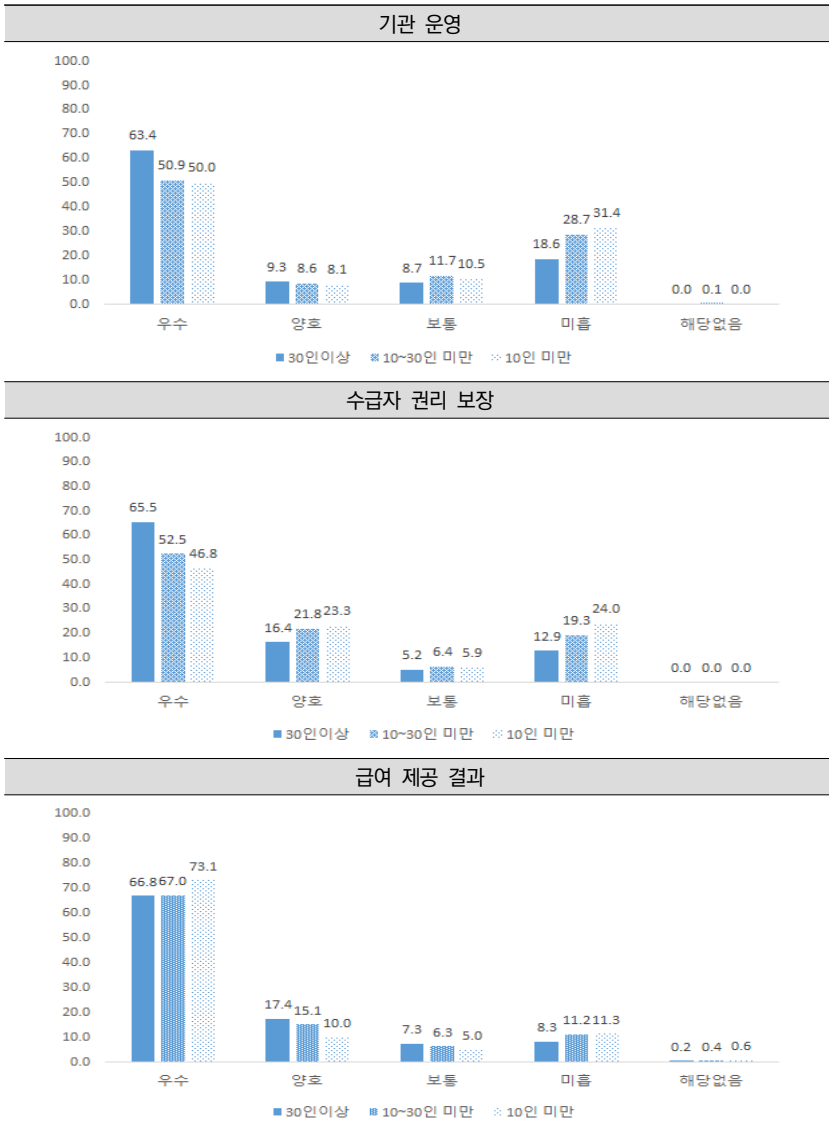
(단위: %)



자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. pp. 33-34 <표 3-4-4>~<표 3-4-6>의 내용을 연구자가 재구성함.

[그림 2-2] 노인요양시설 기관 규모별 평가 영역별 결과 2

(단위: %)



자료: 국민건강보험공단. (2019). 2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과. 원주: 국민건강보험공단. pp. 33-34 <표 3-4-4>~<표 3-4-6>의 내용을 연구자가 재구성함.

2) 수가 가산 및 인센티브 제도

정부는 2009년 서비스 질 보장을 위해 장기요양기관의 시설·인력 기준 준수를 유도하는 한편 전문인력 등을 추가 배치하여 서비스의 질 향상에 힘쓰는 기관에 인센티브를 제공함으로써 서비스 수준을 전반적으로 향상하기 위하여(국민건강보험공단, 2009. 9. 16.) 노인장기요양보험 수가와 관련하여 가감산 제도를 시작하였다.

가산 제도는 인력 추가 배치, 간호사 배치, 야간 직원 배치, 맞춤형 서비스 제공이라는 4가지 차원에서 급여를 가산하고 있으며, 각 항목에 따른 기준 점수는 상이하게 책정되어 있다. 감산 제도는 정원 초과, 인력 배치 기준 위반, 전문인 배상책임보험 미가입이라는 4가지 차원에서 급여 비율을 감산하고 있다. 가감산 제도의 가장 주된 항목은 인력과 관련된 항목으로, 노인요양시설에서의 기본 인력 기준 이상을 충족할 경우 가산을 적용할 수 있도록 하고 있다.

〈표 2-13〉 노인장기요양시설 관련 가감산 기준

구분	항목	내용
가산	인력 추가 배치	- 요양보호사 1인당 이용자 2.4명 미만(치매전담실 1.9명 미만) - 간호(조무)사 1인당 이용자 19명 미만 - 노인요양공동생활가정 내 조리원 1명 이상 배치
	간호사 배치	- 시설급여기관이 간호사를 배치한 경우
	야간 직원 배치	- (노인요양시설) 야간(22시~다음날 06시)에 요양보호사 또는 간호(조무)사 1명 이상이 근무한 경우 직원 1인당 이용자 20인 이하이고, 주간에 근무하는 요양보호사와 간호(조무)사 수의 합이 야간 직원의 2배 이상 - (노인요양공동생활가정) 야간(22시~다음날 06시)에 요양보호사 또는 간호(조무)사 1명 이상이 근무한 경우
	맞춤형 서비스 제공	- 수급자 상태별 맞춤형 프로그램은 관련 자격증을 소지한 외부 강사가 제공 - 맞춤형 프로그램을 주 4회 또는 월 16회 이상, 프로그램별 1회 60분 이상 제공(다만, 제공되는 맞춤형 프로그램의 종류는 매주 최소

구분	항목	내용
		2가지 이상이어야 함)
가산	정원 초과	- 정원을 초과하여 운영된 경우 정원 초과 비율에 따라 급여비용 산정비율 조정
	인력 배치 기준 위반	- 요양보호사/간호(조무)사의 결원 비율에 따른 급여비용 산정 비율 조정 - 사회복지사·물리(작업)치료사·조리원·위생원·보조원(운전사)의 결원 수에 따른 급여비용 산정 비율 조정
	전문인 배상책임보험 미가입	- 시설급여기관, 주·야간보호기관 및 단기보호기관이 전문인 배상책임보험 미가입 시 수급자 전원에 대하여 미가입 기간 동안의 급여비용의 90%를 산정 - 치매전담실이 있는 노인요양시설, 치매전담실이 있는 주·야간보호기관은 전문인 배상책임보험에 가입하지 않은 수급자가 있는 해당 실 수급자에 한정하여 감액 산정

자료: 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시, 보건복지부고시 제2020-143호, (2020).

그러나 이미 대부분의 시설에서 가산에 적용되는 인력 기준을 적용하고 있는 상황으로, 일부 연구에서는 가산 적용을 위한 청구 업무 부담, 부당 청구 발생 우려 등의 문제를 지적하며(이윤경 외, 2017) 인력 배치 기준 상향을 위한 근본적인 조정 없이 가산 제도를 임시적으로 운영하는 데 대한 비판을 제기하고 있다.

노인요양시설 중 인력 가산을 신청한 기관은 69.4%이며, 특히 시설의 규모가 클수록 많이 활용하는 것으로 나타났다. 100인 이상 시설의 경우 93.9%가 인력 가산을 활용하고 있는 것으로 나타났다. 규모가 작은 시설에서는 요양보호사 인력을 추가로 활용하고 있으나, 규모가 클수록 요양보호사뿐 아니라 사회복지사, 간호인력 추가 가산을 활용하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 2-14〉 노인요양시설 규모별 가산 인력 현황

(단위: 개소, 명, %)

규모 (현원 기준)	전체 기관 수		가산 신청 기관			가산 인력을 신청한 기관의 평균 가산 인력 수				
	개소 수(A)	%	개소 수(B)	(B/A)*100	평균 가산 인력	요양보호사 평균	사회복지사 평균	간호인력 평균	물리/작업치료사	조리원 평균
10명 미만	1887	35.8	1225	64.9	1.4	0.5	0.3	(0.1)	(0.0)	0.7
10~19명	545	10.3	250	45.9	1.5	1.2	0.5	0.0	0.0	(0.1)
20~29명	1195	22.7	834	69.8	2.0	1.1	0.8	0.2	0.1	0.0
30~49명	668	12.7	510	76.3	2.7	1.4	0.9	0.4	(0.0)	0.0
50~69명	362	6.9	295	81.5	3.6	1.8	0.9	0.7	0.0	0.3
70~99명	485	9.2	423	87.5	4.7	2.3	1.5	0.7	0.1	0.1
100명 이상	132	2.5	124	93.9	8.3	4.5	2.0	2.0	0.0	(0.3)
합계	5274	100.0	3661	69.4	2.5	1.2	0.7	0.3	0.0	0.2

자료: 강은나 외. (2019b). 장기요양기관 인력배치기준 개선안 마련 연구. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원. p. 165 〈표 4-23〉.

노인요양시설, 노인요양공동생활가정에 근무하는 종사자[요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사]의 퇴사와 잦은 이직 등으로 시설 내 인력 부족과 서비스 질 저하 문제가 발생하면서 2017년 10월부터 월 120시간 이상 36개월 이상 근무자에게 월 5만~7만 원의 장기근속 장려금을 지급하기 시작하였다. 이는 입소형과 방문형을 분리하여 금액에 차등을 두었으나, 2019년 금액을 상향 조정하고 둘 간의 차등을 없애는 방향으로 개선되었다.

〈표 2-15〉 요양보호사 장기근속장려금

구분	동일 기관 근무 기간	36개월~60개월 미만	60개월~84개월 미만	84개월~
2017. 10.~	입소형	5만 원	6만 원	7만 원
	방문형	4만 원	5만 원	6만 원
2019. 1.~	입소형	6만 원	8만 원	10만 원
	방문형			

자료: 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2020-143호. (2020).

다. 노인요양시설의 특성화 기제

현 노인요양시설의 분류체계는 정원에 따른 분류 기준으로 각 기관의 특성에 따른 기능 분화가 이루어지지 않아 대상자의 분포 및 주요 질환이 유사하게 나타나며, 치매를 포함한 노인성 질환 등 이용자의 복합적 욕구에 대응한 전문적 서비스 제공의 한계가 지속적으로 제기되고 있다(이운경 외, 2017). 이에 노인의 기능 상태 및 욕구에 대응하는 서비스 제공을 위해 다양한 시설 유형에 대한 연구가 진행 중이며, 일부 유형은 제도화되어 현재 시설에 적용되고 있다. 본 연구에서는 ‘치매전담형 장기요양기관’과 ‘전문요양실’을 중심으로 논의를 진행하고자 한다.

1) 치매전담형 장기요양기관

치매 노인이 증가하고 이에 대한 욕구가 높아지는 상황에서 정부는 2016년 7월부터 치매 노인이 정서적 안정감을 느낄 수 있는 시설 환경 속에서 치매전문교육을 받은 인력이 인지기능 유지 및 문제행동 개선 등을 위한 전문 프로그램으로 맞춤형 서비스를 제공하는 장기요양기관인 ‘치매전담형 장기요양기관’을 제도화하였다. 이는 노인요양시설 내 치매전담실(가형/나형)과 치매전담형 노인요양공동생활가정이라는 두 가지 형태이다.

‘치매전담실’은 노인요양시설 내에 유닛 형태의 별도 공간인 치매전담실을 두어 치매 노인을 전문적으로 수발하기 위해 맞춤형 서비스를 제공하는 형태이다. ‘치매전담형 노인요양공동생활가정’은 시설 전체를 전환하여 치매 노인을 전문적으로 수발하기 위한 맞춤형 서비스를 제공하는 치매 수급자 전용 노인공동생활가정을 말한다.

2016년 7월 시작된 치매전담형 장기요양기관 중 생활시설은 2017년

41개소에서 2019년 137개소로 3년간 3배 이상 증가하였다. 정원 역시 2017년 456명에서 2019년 1,576명으로 크게 증가하였다. 그러나 아직 정원 대비 현원 비율은 87.3%에 그치고 있어, 제도 활성화를 위한 방안 마련이 필요할 것으로 보인다.

〈표 2-16〉 치매전담형 장기요양시설(생활시설) 연도별 운영 현황

(단위: 개소, 명)

	2017년			2018년			2019년		
	시설 수	정원	현원	시설 수	정원	현원	시설 수	정원	현원
노인요양시설 내 치매전담실	39	438	426	42	685	630	112	1,353	1,180
치매전담형 공동생활가정	2	18	0	3	27	14	25	223	196
계	41	456	426	45	712	644	137	1,576	1,376

주: 각 연도 12월 31일 기준.

자료: 1) 보건복지부. (2018). 2017 노인복지시설현황. 세종: 보건복지부. p. 13 내 '치매전담형 장기요양기관 총괄표'의 내용을 저자 재구성.

2) 보건복지부. (2019). 2018 노인복지시설현황. 세종: 보건복지부. p. 14 내 '치매전담형 장기요양기관 총괄표'의 내용을 저자 재구성.

3) 보건복지부. (2020a). 2019 노인복지시설현황. 세종: 보건복지부. p. 14 내 '치매전담형 장기요양기관 총괄표'의 내용을 저자 재구성.

이러한 치매전담형 시설의 경우 일반 노인요양시설과 상이한 시설 기준 및 인력 기준을 충족해야 한다. 치매전담실은 1실당 정원 16인 이하로 1인실 설치하는 시설 자율 선택 사항이지만, 1명당 면적이 1.65㎡ 이상인 공동거실을 갖추어야 한다(보건복지부, 2020b).

〈표 2-17〉 치매전담형 장기요양기관 시설 기준

구분	침실	공동거실						옥외 공간
		화장실	오물 처리	세면 및 간이욕실	간이주방	식사 공간	간이세탁 및 수납 공간	
치매전담실	○ (필수)	○	○	○	○	○	○	△ (권장)

자료: 노인복지법 시행규칙 별표4. 보건복지부령 제735호. (2020).

이 시설은 치매 노인의 기억 회상에 중점을 두어 침실에 치매 노인이 과거 기억을 회상하는 데 도움이 될 수 있는 개인 물품 등을 위한 수납 공간을 충분히 확보해야 한다. 이를 위해 일반 노인요양시설은 1인당 6.6㎡인 침실의 면적이 치매전담실의 경우 1인실 9.9㎡이며, 다인실도 일반 노인요양시설보다 넓게 설치하도록 되어 있다.

〈표 2-18〉 치매전담실 침실 면적 기준

구분	가형				나형	
	1인실	2인실	3인실	4인실	1인실	다인실
치매전담실	9.9㎡ 이상	16.5㎡ 이상	23.1㎡ 이상	29.7㎡ 이상	9.9㎡ 이상	이용자 1명당 6.6㎡ 이상

자료: 보건복지부. (2020b). 2020 노인보건복지사업안내(I). 세종: 보건복지부. p. 106의 내용을 저자 재구성.

또한 치매전담형 장기요양기관은 이용자 2.5명당 1명의 요양보호사가 배치되었던 기존 시설의 인력 기준과 달리 이용자 2명당 1명의 요양보호사가 배치된다. 이처럼 기존 노인요양시설에 비해 시설 및 인력 측면에서 양질의 서비스를 제공하는 수가 역시 일반 노인요양시설에 비해 높게 책정되어 있다.

〈표 2-19〉 치매전담형 장기요양기관 수가체계

		2016. 7. 1.		2017		2018		2019	
		가형	나형	가형	나형	가형	나형	가형	나형
노인요양 시설	2등급	65,280	58,750	67,900	61,110	74,600	67,140	79,140	71,220
	3등급								
	~5등급	60,190	54,170	62,610	56,350	68,790	61,910	72,970	65,670
노인요양 공동생활 가정	2등급	59,000	59,000	60,890	60,890	65,520	65,520	69,690	69,690
	3등급	54,390	54,390	56,140	56,140	60,410	60,410	64,260	64,260

자료: 1) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2016-121호. (2016).
 2) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2017-83호. (2017).
 3) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2018-6호. (2018).
 4) 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시 제2020-143호. (2020)

또한 치매전담형 장기요양기관을 대상으로 최초 급여를 제공하는 달부터 36개월까지 수급자 1인당 월 1회 10만 원의 비용을 지원하며, 이를 통해 서비스 질 향상과 기관의 부담 완화 효과를 기대하고 있다.

2) 노인요양시설 내 전문요양실²⁾

노인요양시설에는 간호 처치 욕구가 높은 노인들도 입소하고 있으나 체계적인 간호 서비스 제공이 부족하여 잦은 병원 방문, 불필요한 장기간의 병원 입원 등의 문제가 발생하고 있어 이에 대한 개선이 요구되었다. 이에 정부는 2019년부터 ‘노인요양시설 내 전문요양실’ 설치와 관련한 시범사업을 수행 중이다.

‘노인요양시설 내 전문요양실’은 장기요양 1, 2등급자 중 장기요양인 정조사표상 간호 처치 항목 중 하나 이상에 해당하는 사람 또는 전문요양실 담당 촉탁의가 24시간 모니터링이 필요하다고 인정한 사람을 대상으로 제공하는 전문 간호 서비스이다.

전문요양실은 침실을 기본 단위로 지정하며, 한 침실에는 전문요양 대상자만 입실할 수 있고, 정원은 21명 이상~26명 이하로 운영된다. 이들은 영양 관리, 배설 관리, 호흡 관리, 상처 관리 등의 간호 처치를 받을 수 있다. 이러한 처치는 촉탁의로부터 발급받은 개별 간호지시서를 바탕으로 하며, 간호사는 간호지시서에 근거해 서비스를 제공하고 간호조무사는 간호사를 보조하는 업무를 수행한다. 촉탁의는 주 1회 시설을 방문하며, 이용자는 촉탁의 진찰을 필수로 받아야 한다.

간호인력(간호사 또는 간호조무사)은 대상자 6명당 1명이 배치되며,

2) 국민건강보험(2018). 노인요양시설내 전문요양실 시범사업 용역사업자 제안요청서에 제시된 사업 소개 내용을 요약한 것으로, 아직 제도화되지 않은 사업으로 시범사업 내용을 중심으로 제시하였으며, 향후 제도화 시 변동될 수 있는 사항임.

그중 간호사는 50% 이상이어야 하고 책임간호사를 1명 지정해야 한다. 간호인력은 24시간 근무체계를 유지해야 한다. 간호사는 간호업무 경력 2년 이상, 간호조무사는 간호보조업무 경력 3년 이상으로, 사업자가 실시하는 교육을 이수하고 평가를 통과해야 본 사업에 참여할 수 있다.

전문요양실은 별도의 운영비를 지급하며 자세한 사항은 <표 2-20>과 같이 간호인력에 대한 인건비 및 야간수당과 축탁의 진료에 대한 진찰비용, 추가 보상, 방문비용을 별도로 제시하고 있다.

전문요양실은 2020년 현재 20여 개 기관을 대상으로 2차 시범사업을 추진 중이며, 시범사업 결과를 바탕으로 전문요양실 모형을 개발할 계획이다.

<표 2-20> 전문요양실 운영비 항목별 기준 단가(2019년 시범사업 기준)

항목		기준 단가	산출 기준 등(2018년 기준)
간호 인력	인건비	2,155,000원/인·월	2018년 요양시설 수가 반영 인건비
	야간수당	915,000원/월	야간 직원 배치 가산 제외한 수당
전문간호비용(이용자당)		40,000원/인·월	재료비(10,000원) 및 간호관리료(30,000원)
축탁의	진찰비용	10,950원/인·회	현행과 같음
	추가 보상	2,190원/인·회	환자 중증도 등 고려한 진찰비 인상분(20%)
	방문비용	53,000원/회	현행과 같음

자료: 국민건강보험. (2018). 노인요양시설내 전문요양실 시범사업 용역사업자 제안요청서. 원주: 국민건강보험공단.



제3장

노인요양시설 운영 및 이용 실태

제1절 노인요양시설 공급 및 운영 실태

제2절 노인요양시설 이용 가족의 경험 분석
: 질적 연구와 양적 연구의 혼합 연구

제3절 소결

제3장 노인요양시설 운영 및 이용 실태

제1절 노인요양시설 공급 및 운영 실태

1. 노인요양시설 공급 실태

노인요양시설의 전체 기관 수는 2008년 제도 도입 이후 지속적으로 증가하고 있다. 그러나 이러한 경향은 시설 유형별로 상이한 특성을 보인다.

〈표 3-1〉 연도별 · 시설 유형별 기관노인장기요양시설 수(비율) 추이

(단위: 개소, %)

구분	2008년	2010년	2015년	2019년
노인요양시설	1,379	2,408	2,935	3,604
	81.1	64.2	57.7	65.0
노인요양공동생활가정	321	1,343	2,150	1,939
	18.9	35.8	42.3	35.0
계	1,700	3,751	5,085	5,543

주: 1) 연도 말 장기요양기관 소재지 기준, 해당 연도 말 지정 운영되는 기관 대상.

자료: 1) 국민건강보험공단 요양급여실. (2009). 2008 장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 564-565.

2) 국민건강보험공단 요양급여실. (2011). 2010 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. 〈표 4-1〉.

3) 국민건강보험공단 요양급여실. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. p. 566 〈표 4-1〉.

4) 국민건강보험공단 요양급여실. (2020). 2019 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. p. 738 〈표 4-1〉.

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do>에서 2020. 10. 15. 인출.

노인요양시설은 2008년 1,379개소에서 2019년 3,604개소로 제도 도입 이후 지속적으로 증가하고 있다. 노인요양공동생활가정은 2008년 321개소에서 2015년 2,150개소로 급격하게 증가하였으나, 2019년 1,939개소로 감소하였다. 이에 전체 노인장기요양시설 중 노인요양공동생활가정의 비율도 감소하는 특성을 보인다.

노인요양시설의 시설 유형별 비율은 노인요양공동생활가정이 35.0%, 노인요양시설이 65.0%이지만, 정원 비율은 각각 8.9%, 91.1%로 이용자의 많은 수가 노인요양시설에 거주하고 있다고 볼 수 있다. 이 두 유형은 지역별로 유사한 분포를 보이지만, 서울과 대구는 노인요양공동생활가정의 비율이 타 시·도에 비해 매우 높은 반면, 부산, 제주, 세종, 광주, 경남은 노인요양시설 비율이 타 시·도에 비해 높은 특성을 보인다. 이는 정원 수 분포에서도 유사한 경향을 보인다.

지역별 노인요양시설 분포 현황을 살펴보면, 서울의 경우 10인 이상의 노인요양시설은 전체 시설의 5.7%만이 설치되어 있으며, 노인요양시설 전체 정원의 7.1%만을 포함하고 있는 것으로 나타났다. 이와 달리 경기도는 전체 노인요양시설의 33.0%가 설치되어 있으며, 전체 노인요양시설 이용 정원의 31.5%가 경기도에 있는 시설에 포함된 것으로 나타났다. 소규모 시설인 노인요양공동생활가정의 경우 서울에 설치되어 있는 비율이 16.0%로 노인요양시설에 비해 높은 특성이 있다. 이는 10인 이상의 노인요양시설은 높은 땅값과 건축비 등으로 도심지에 시설을 설립하기 어려워 대부분이 서울 외곽 지역인 경기도에서 운영되고 있기 때문인 것으로 보인다.

〈표 3-2〉 노인요양시설 지자체별 분포 현황

(단위: 개소, 명, %)

구분	계(A)		노인요양공동생활가정(B)						노인요양시설(C)					
	기관	정원	기관			정원			기관			정원		
			개소	B/A 1)	B/D 2)	명	B/A 1)	B/D 2)	개소	C/A 1)	C/D 2)	명	C/A 1)	C/D 2)
계(D)	5,543	191,699	1,939	35.0	100.0	17,065	8.9	100.0	3,604	65.0	100.0	174,634	91.1	100.0
서울	514	15,054	310	60.3	16.0	2,726	18.1	16.0	204	39.7	5.7	12,328	81.9	7.1
부산	114	6,397	22	19.3	1.1	193	3.0	1.1	92	80.7	2.6	6,204	97.0	3.6
대구	252	7,987	139	55.2	7.2	1,239	15.5	7.3	113	44.8	3.1	6,748	84.5	3.9
인천	398	13,909	106	26.6	5.5	942	6.8	5.5	292	73.4	8.1	12,967	93.2	7.4
광주	95	3,555	17	17.9	0.9	143	4.0	0.8	78	82.1	2.2	3,412	96.0	2.0
대전	128	6,074	40	31.3	2.1	349	5.7	2.0	88	68.8	2.4	5,725	94.3	3.3
울산	50	2,076	13	26.0	0.7	116	5.6	0.7	37	74.0	1.0	1,960	94.4	1.1
세종	13	565	2	15.4	0.1	18	3.2	0.1	11	84.6	0.3	547	96.8	0.3
경기	1,812	60,408	622	34.3	32.1	5,485	9.1	32.1	1,190	65.7	33.0	54,923	90.9	31.5
강원	320	10,206	118	36.9	6.1	1,042	10.2	6.1	202	63.1	5.6	9,164	89.8	5.2
충북	295	9,248	108	36.6	5.6	963	10.4	5.6	187	63.4	5.2	8,285	89.6	4.7
충남	310	10,606	103	33.2	5.3	911	8.6	5.3	207	66.8	5.7	9,695	91.4	5.6
전북	230	8,068	67	29.1	3.5	577	7.2	3.4	163	70.9	4.5	7,491	92.8	4.3
전남	314	9,520	93	29.6	4.8	809	8.5	4.7	221	70.4	6.1	8,711	91.5	5.0
경북	395	13,976	122	30.9	6.3	1,050	7.5	6.2	273	69.1	7.6	12,926	92.5	7.4
경남	238	10,393	48	20.2	2.5	421	4.1	2.5	190	79.8	5.3	9,972	95.9	5.7
제주	65	3,657	9	13.8	0.5	81	2.2	0.5	56	86.2	1.6	3,576	97.8	2.0

주: 1) B/A*100 또는 C/A*100

2) B 또는 A 내에서의 지역별 기관 및 정원 비율.

자료: 국민건강보험공단 요양급여실. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=view&articleNo=138244&article.offset=0&articleLimit=10>에서 2020. 10. 15. 인출하여 p. 746 〈표 IV-2〉의 내용을 저자가 재구성함.

운영 주체별 시설 유형을 살펴보면, 전체적으로 개인이 운영하는 시설의 비율이 높게 나타나고 있다. 지자체에서 운영하는 시설은 대부분이 노인요양시설 형태를 보이며, 개인이 운영하는 시설은 노인요양공동생활가정의 비율이 타 운영 주체에 비해 높은 분포를 보인다.

〈표 3-3〉 노인요양시설 운영 주체별 분포 현황

(단위: 개소, 명, %)

구분	계(A)		노인요양공동생활가정(B)						노인요양시설(C)					
	기관	정원	기관			정원			기관			정원		
			개소	B/A ₁₎	B/D ₂₎	명	B/A ₁₎	B/D ₂₎	개소	C/A ₁₎	C/D ₂₎	명	C/A ₁₎	C/D ₂₎
계(D)	5,543	191,699	1,939	35.0	100.0	17,065	8.9	100.0	3,604	65.0	100.0	174,634	91.1	100.0
지자체	114	7,990	10	8.8	0.5	89	1.1	0.5	104	91.2	2.9	7,901	98.9	4.5
법인	1,354	79,434	166	12.3	8.6	1,440	1.8	8.4	1,188	87.7	33.0	77,994	98.2	44.7
개인	4,060	103,874	1,757	43.3	90.6	15,491	14.9	90.8	2,303	56.7	63.9	88,383	85.1	50.6
기타	15	401	6	40.0	0.3	45	11.2	0.3	9	60.0	0.2	356	88.8	0.2

주: 1) $B/A \times 100$ 또는 $C/A \times 100$

2) B 또는 A 내에서의 운영 주체별 기관 및 정원 비율.

자료: 국민건강보험공단 영양급여실. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=view&articleNo=138244&article.offset=0&articleLimit=10>에서 2020. 10. 15. 인출하여 p. 746 〈표 IV-2〉의 내용을 저자가 재구성함.

노인요양시설 이용자 수 변화는 기관 수 변화와 유사한 추이를 보인다. 즉, 2008년 제도 도입 이후 전체적으로 노인요양시설 이용자 수는 증가하는 경향을 보이고 있으나, 시설 유형에 따라 그 분포는 상이하다. 노인요양시설 이용자는 2008년 제도 도입 시 6만 2,203명에서 2019년 19만 9,180명으로 지속적으로 증가하였으나, 노인요양공동생활가정은 2008년 1,978명에서 2015년 2만 6,317명까지 증가한 이후 2019년 2만 3,032명으로 감소하였다.

〈표 3-4〉 연도별·시설 유형별 이용자 수(비율) 추이

(단위: 명, %)

구분	2008년	2010년	2015년	2019년
노인요양시설	62,203 96.9	115,479 89.4	153,840 85.4	199,180 89.6
노인요양공동생활가정	1,978 3.1	13,682 10.6	26,317 14.6	23,032 10.4
계	64,181	129,161	180,157	222,212

주: 노인요양시설에는 신법에 적용된 노인요양시설, 구법에 적용된 노인요양시설, 전문요양시설, 단기보호 전환이 이루어진 노인요양시설이 포함된 수치임.

자료: 1) 국민건강보험공단 요양급여실. (2009). 2008 장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 272-273 〈표 3-1〉.

2) 국민건강보험공단 요양급여실. (2011). 2010 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. 〈표 3-1〉.

3) 국민건강보험공단 요양급여실. (2016). 2015 노인 장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 238-239 〈표 3-1〉.

4) 국민건강보험공단 요양급여실. (2020). 2019 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 358-359 〈표 3-1〉.

<https://www.nhis.or.kr/menu/boardRetriveMenuSet.xx?menuId=F332a>에서 2020. 10. 15. 인출.

전체 노인요양시설 이용자 중 1·2등급의 비율은 2008년 79.6%에서 2019년 35.4%로 지속적으로 감소하는 경향을 보인다. 이는 2010년과 2015년 사이에 급격하게 변화된 특성을 보인다. 또한 전반적으로 노인요양시설보다는 노인요양공동생활가정에서의 1·2등급 비율이 높았다.

78 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈표 3-5〉 연도별 · 시설 유형별 1·2등급자 수(비율) 추이

(단위: 명, %)

구분		2008년		2010년		2015년		2019년	
		수	비율 ²⁾	수	비율 ²⁾	수	비율 ²⁾	수	비율 ²⁾
노인 요양 시설 ¹⁾	전체 이용자	62,203		115,479		153,840		199,180	
	1등급	26,111	42.0	34,304	29.7	20,912	13.6	21,266	10.7
	2등급	23,183	37.3	54,575	47.3	44,768	29.1	49,186	24.7
	소계	49,294	79.2	88,879	77.0	65,680	42.7	70,452	35.4
노인 요양 공동 생활 가정	전체 이용자	1,978		13,682		26,317		23,032	
	1등급	873	44.1	3,874	28.3	3,105	11.8	2,486	10.8
	2등급	891	45.0	7,108	52.0	7,541	28.7	5,830	25.3
	소계	1,764	89.2	10,982	80.3	10,646	40.5	8,316	36.1
전체	전체 이용자 ³⁾	64,181		129,161		180,157		222,212	
	1등급	26,984	42.0	38,178	29.6	24,017	13.3	23,752	10.7
	2등급	24,074	37.5	61,683	47.8	52,309	29.0	55,016	24.8
	소계	51,058	79.6	99,861	77.3	76,326	42.4	78,768	35.4

주: 노인요양시설에는 신법에 적용된 노인요양시설, 구법에 적용된 노인요양시설, 전문요양시설, 단기보호 전환이 이루어진 노인요양시설이 포함된 수치임.

2) 시설 유형별 전체 이용자 대비 등급 비율.

3) 급여 종류별, 인정 등급별 중복을 배제한 값으로 등급별 이용자 수의 합과 상이할 수 있음.

4) 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 등급별 합과 소계는 0.1% 정도 상이할 수 있음.

자료: 1) 국민건강보험공단 요양급여실. (2009). 2008 장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 272-273 〈표 3-1〉.

2) 국민건강보험공단 요양급여실. (2011). 2010 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. 〈표 3-1〉

3) 국민건강보험공단 요양급여실. (2016). 2015 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 238-239 〈표 3-1〉.

4) 국민건강보험공단 요양급여실. (2020). 2019 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강보험공단. pp. 358-359 〈표 3-1〉.

<https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do>에서 2020. 10. 15. 인출.

장기요양기관 시설 이용자의 등급별 분포를 살펴보면, 먼저 전체 등급 판정자 수 대비 시설 이용자는 노인요양시설 28.7%, 노인요양공동생활 가정 3.3%로 노인요양시설 이용자의 비율이 높게 나타났다. 등급별 분포를 살펴보면, 이용자의 절대수는 3등급이 높지만, 등급 판정자 중 시설 이용자는 2등급의 비율이 가장 높게 나타났다.

다음으로 시설 이용자 중 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 이용 분포를 살펴보면, 전체 시설 이용자 중 89.6%가 노인요양시설을 이용하고 있으며, 노인요양공동생활가정은 10.4%가 이용하고 있다.

마지막으로 장기요양시설 이용자 내 등급 분포를 살펴보면, 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 모두 유사한 분포를 보인다. 시설 이용자 중 가장 높은 비율을 차지하는 등급은 3등급(노인요양시설 40.9%, 노인요양공동생활가정 40.5%)이며, 다음으로 4등급(노인요양시설 31.0%, 노인요양공동생활가정 30.4%), 2등급(노인요양시설 24.7%, 노인요양공동생활가정 25.3%), 1등급(노인요양시설 10.7%, 노인요양공동생활가정 10.8%) 순으로 나타났다.

〈표 3-6〉 노인요양시설 이용자의 등급별 분포 현황(2019년)

(단위: 명, %)

구분	전체 등급 판정자 수 (A)	시설 이용자								
		계(B)	노인요양시설				노인요양공동생활가정			
			이용자 수 (D)	D/A	D/B	D/C	이용자 수(E)	E/A	E/B	E/C
1등급	44,504	23,752	21,266	47.8	89.5	10.7	2,486	5.6	10.5	10.8
2등급	86,678	55,016	49,186	56.7	89.4	24.7	5,830	6.7	10.6	25.3
3등급	226,182	90,773	81,436	36.0	89.7	40.9	9,337	4.1	10.3	40.5
4등급	325,901	68,738	61,725	18.9	89.8	31.0	7,013	2.2	10.2	30.4
5등급	73,294	3,655	3,250	4.4	88.9	1.6	405	0.6	11.1	1.8
계(C) ¹⁾	756,559	241,934	216,863	28.7	89.6	100.0	25,071	3.3	10.4	100.0

주: 1) 급여 종류별, 인정 등급별 중복을 배제한 값으로 등급별 이용자 수의 합과 상이할 수 있음.
 자료: 국민건강보험공단 요양급여실. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보. 원주: 국민건강
 보험공단. [https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=view
 &articleNo=138244&article.offset=0&articleLimit=10](https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=view&articleNo=138244&article.offset=0&articleLimit=10)에서 2020. 10. 15. 인출하여 를
 바탕으로 저자 재구성.

장기요양기관 입소 시설 1개소당 평균 정원은 35.5명이며, 노인요양시설은 48.3명, 노인요양공동생활가정은 8.8명인 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 노인요양시설 유형별 평균 정원 수

(단위: 명)

노인요양시설	노인요양공동생활가정
48.3	8.8

자료: 국민건강보험공단 홈페이지. 장기요양기관현황(2020. 9. 30. 기준). <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?q=C1010766189E00DDBFF1BDA6B8A578E02EAFDF87FC7025;VbDXdtCfQyHPdaQtM6PtIE0b%2BdpxD0qU64BtS/Wn9PDHMSr3Uk/aj5zEU9XhS/N1QEwTT94fUwc/beNWH9VYL2LOyUplxwOZTTBency sDs%3D;/9P0UuWt1lNjK6f7NJRx5nSS54%3D&charset=UTF-8>에서 2020. 12. 23. 인출한 자료를 바탕으로 저자 산출.

정원 수별로 세부 분류된 특성을 살펴보면, 전체적으로 9인 이하의 시설이 33.4%로 가장 많았으며, 다음으로 10~29인이 32.5%, 30~49인이 12.7% 등의 순으로 나타났다. 이러한 분포는 시·도별로 상이한 특성을 보이는데, 부산과 제주는 시설 1개소당 평균 정원이 각각 57.0명, 57.9명으로 타 시·도에 비해 높게 나타났다. 부산과 울산의 경우 시설 형태가 비교적 고르게 나타나는 특성을 보인 반면, 서울과 대구는 9인 이하의 소규모 시설이 50%를 상회한다.

〈표 3-8〉 시·도별 노인요양시설 입소 정원 분포

(단위: 개소, %, 명)

구분	~9인 이하	10~29인	30~49인	50~74인	75~99인	100인~	전체	평균
전체	1,893 (33.4)	1840 (32.5)	718 (12.7)	419 (7.4)	525 (9.3)	266 (4.7)	5,661 (100.0)	35.5
서울	299 (58.9)	83 (16.3)	43 (8.5)	21 (4.1)	30 (5.9)	32 (6.3)	508 (100.0)	30.2
부산	21 (18.4)	25 (21.9)	17 (14.9)	10 (8.8)	21 (18.4)	20 (17.5)	114 (100.0)	57.0
대구	136 (53.5)	53 (20.9)	18 (7.1)	12 (4.7)	20 (7.9)	15 (5.9)	254 (100.0)	32.4
인천	103 (24.9)	158 (38.3)	70 (16.9)	35 (8.5)	32 (7.7)	15 (3.6)	413 (100.0)	35.9
광주	14 (15.4)	42 (46.2)	12 (13.2)	15 (16.5)	5 (5.5)	3 (3.3)	91 (100.0)	39.2
대전	41 (31.1)	26 (19.7)	26 (19.7)	9 (6.8)	14 (10.6)	16 (12.1)	132 (100.0)	47.7
울산	13 (26.0)	11 (22.0)	8 (16.0)	6 (12.0)	11 (22.0)	1 (2.0)	50 (100.0)	44.3
세종	1 (8.3)	5 (41.7)	1 (8.3)	2 (16.7)	2 (16.7)	1 (8.3)	12 (100.0)	48.2
경기	613 (32.5)	646 (34.2)	294 (15.6)	95 (5.0)	169 (9.0)	71 (3.8)	1,888 (100.0)	34.3
강원	117 (35.5)	122 (37.0)	29 (8.8)	19 (5.8)	27 (8.2)	16 (4.8)	330 (100.0)	33.0
충북	99 (32.9)	121 (40.2)	28 (9.3)	15 (5.0)	21 (7.0)	17 (5.6)	301 (100.0)	32.6
충남	105 (33.5)	101 (32.3)	31 (9.9)	37 (11.8)	28 (8.9)	11 (3.5)	313 (100.0)	34.8
전북	67 (28.4)	87 (36.9)	27 (11.4)	21 (8.9)	26 (11.0)	8 (3.4)	236 (100.0)	34.9
전남	85 (27.9)	132 (43.3)	33 (10.8)	35 (11.5)	14 (4.6)	6 (2.0)	305 (100.0)	31.2
경북	128 (31.0)	136 (32.9)	46 (11.1)	50 (12.1)	44 (10.7)	9 (2.2)	413 (100.0)	35.4
경남	42 (17.9)	76 (32.3)	30 (12.8)	31 (13.2)	35 (14.9)	21 (8.9)	235 (100.0)	45.8
제주	9 (13.6)	16 (24.2)	5 (7.6)	6 (9.1)	26 (39.4)	4 (6.1)	66 (100.0)	57.9

자료: 국민건강보험공단 홈페이지. 장기요양기관현황(2020. 9. 30. 기준). <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?q=C1010766189E00DDBFF1BDA6B8A578E02EAFDF87FC7025;VbDXdtCfQyHPdaQtM6PtIE0b%2BdpxD0qU64BtS/Wn9PDHMSr3Uk/aj5zEU9XhS/N1QEwTT94fUwc/beNWH9VYL2LOyUplxwOZTTBency sDs%3D:/9P0UuWt1lNjK6fl7NJRx5nSS54%3D&charset=UTF-8>에서 2020. 12. 23. 인출한 자료를 바탕으로 저자 산출.

노인요양시설 종사자 현황을 살펴보면, 전체 9만 5,301명의 종사자 중 76.7%(7만 3,082명)가 요양보호사인 것으로 나타났다. 다음으로는 간호직(간호사+간호조무사)이 10.4%(9,883명), 사회복지사 7.2%(6,831명) 등의 순으로 나타났다.

〈표 3-9〉 직군별 노인요양시설 종사 현황

(단위: 명, %)

구분	계	사회복지사	의사 (촉탁포함)	간호사	간호 조무사	치과 위생사	물리(작업) 치료사	요양 보호사	영양사
인원	95,301	6,831	2,324	1,582	8,301	-	2,114	73,082	1,067
비율	100.0	7.2	2.4	1.7	8.7	-	2.2	76.7	1.1

자료: 국민건강보험공단 요양급여실. (2020). 2019년 노인장기요양보험통계연보. <https://www.nhis.or.kr/nhis/together/wbhaec07200m01.do?mode=view&articleNo=138244&article.offset=0&articleLimit=10>에서 2020. 10. 15. 인출하여 이를 바탕으로 저자 재구성.

2. 노인요양시설 운영 현황

노인요양시설의 물리적 특성은 편의성 확보 및 침실 형태를 바탕으로 살펴보았다.

노인요양시설의 편의성 확보를 위한 장기요양급여 제공 목적의 용도 건립 여부에 대해서는 조사 대상 시설의 56.2%가 용도 건립을 한 것으로 나타났다. 단기보호를 제외한 입소시설 중 노인요양공동생활가정이 38.6%로 가장 낮고, 50명 이상의 시설은 76.5%로 가장 높게 나타났다. 또한 운영 주체에 따라서는 비영리법인의 용도 건립 비율이 81.3%로 매우 높은 특성을 보이며, 농어촌 지역 시설은 80.1%가 용도 건립을 한 것으로 나타났다.

편의성 확보를 위한 침상 이동 엘리베이터는 60.0%의 시설이 설치하였다. 이 역시 규모가 큰 시설일수록 비율이 높게 나타났고 비영리법인, 농

어촌 지역 시설의 비율이 높았다.

〈표 3-10〉 노인요양시설의 편의성 확보 특성

(단위: 개소, %)

구분	장기요양급여 제공을 위한 용도 건립 여부		침상 이동 엘리베이터 설치 여부 ¹⁾	
	비율	개소	비율	개소
전체	56.2	486	60.0	394
급여 유형				
단기보호	22.2	9	55.6	9
노인요양공동생활가정	38.6	166	39.6	106
노인요양시설(10~29명)	62.3	146	55.0	120
노인요양시설(30~49명)	61.2	67	65.1	63
노인요양시설(50명 이상)	76.5	98	85.6	97
운영 주체				
개인	48.0	352	52.2	272
영리법인	36.4	11	50.0	10
비영리법인	81.3	123	79.1	110
기타	100.0	1	100.0	1
지역				
대도시	38.2	136	55.8	129
중소도시	44.5	164	56.4	140
농어촌	80.1	186	68.0	125

주: 1) 사용 건물이 단층(1층) 건물인 경우를 제외한 394개소의 자료를 분석.

자료: 강은나 외. (2019a). 2019년도 장기요양 실태조사. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
p. 521 〈표 5-59〉, p. 527 〈표 5-63〉의 내용을 저자 재구성.

장기요양시설은 평균적으로 12.6개의 침실이 있다. 총침실 수 대비 4인실의 비율이 43.2%로 가장 높고, 2인실 25.6%, 3인실 22.4%, 1인실 8.8% 순으로 나타났다. 전체적인 침실 개수는 시설 규모가 큰 시설에서 많은 분포를 보이고 있으며, 침실 유형별 분포에서는 시설 형태별 차이가 크게 나타났다. 노인요양공동생활가정은 2인실 비율이 33.3%로 가장 높지만, 10인 이상의 노인요양시설은 4인실 비율이 가장 높게 나타났으며,

50명 이상의 시설은 4인실 비율이 53.4%로 매우 높은 특성을 보인다. 1인실 비율은 시설 규모가 작은 시설에서 높게 나타났다. 운영 주체에 따라서는 기타를 제외하고 영리법인과 비영리법인의 침실 수가 많으며, 비영리법인의 4인실 비율이 높게 나타났다. 지역별로는 농어촌 지역 시설의 침실 수가 13.8개로 가장 많았으나, 4인실 비율은 대도시 지역이 가장 높은 분포를 보인다.

〈표 3-11〉 노인요양시설의 침실 유형별 평균 침실 개수

(단위: 개, %)

구분	1인실		2인실		3인실		4인실		계	
	개	비율	개	비율	개	비율	개	비율	개	비율
전체	1.1	8.8	3.2	25.6	2.8	22.4	5.4	43.2	12.6	100.0
급여 유형										
단기보호	0.7	14.0	1.0	20.0	1.3	26.0	2.0	40.0	5.0	100.0
노인요양공동생활가정	0.7	16.7	1.4	33.3	1.3	31.0	0.8	19.0	4.3	100.0
노인요양시설(10~29명)	1.0	10.3	2.8	28.9	2.7	27.8	3.2	33.0	9.7	100.0
노인요양시설(30~49명)	1.2	7.3	4.2	25.5	3.7	22.4	7.4	44.8	16.5	100.0
노인요양시설(50명 이상)	2.1	7.2	6.3	21.6	5.2	17.8	15.6	53.4	29.2	100.0
운영 주체										
개인	1.0	10.2	2.5	25.5	2.5	25.5	3.8	38.8	9.7	100.0
영리법인	1.7	8.2	5.8	27.9	4.6	22.1	8.7	41.8	20.8	100.0
비영리법인	1.5	7.6	4.9	24.7	3.8	19.2	9.6	48.5	19.8	100.0
기타	11.5	19.0	0.5	0.8	0.5	0.8	48.0	79.3	60.5	100.0
지역										
대도시	1.1	9.2	2.9	24.4	2.5	21.0	5.4	45.4	11.9	100.0
중소도시	1.0	8.3	3.1	25.8	2.7	22.5	5.2	43.3	12.0	100.0
농어촌	1.3	9.5	3.5	25.5	3.2	23.4	5.7	41.6	13.8	100.0

주: 단기보호, 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 486개소의 자료를 분석.
 자료: 강은나 외. (2019a). 2019년도 장기요양 실태조사. 세종: 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
 p. 530 〈표 5-65〉, p. 531 〈표 5-65〉의 내용을 저자 재구성.

현재 이용자들의 55.0%는 4인실에 거주하고 있으며, 3인실은 23.5%, 2인실은 18.2%, 1인실은 3.3%가 거주하는 것으로 나타났다. 시설 형태

에 따라서는 노인요양공동생활가정의 경우 1인실 거주자의 비율이 9.1%, 2인실 거주자의 비율이 32.2%로 노인요양시설보다 높은 분포를 보이며, 노인요양시설은 4인실이 57.7%로 높아 시설 유형별 침실 규모의 차이를 보여 준다.

〈표 3-12〉 현재 거주하는 노인요양시설 침실 규모

(단위: 명, %)

구분	1인실	2인실	3인실	4인실	계(명)
전체	3.3	18.2	23.5	55.0	100.0 (1,288)
급여 유형					
노인요양공동생활가정	9.1	32.2	28.9	29.8	100.0 (122)
노인요양시설	2.7	16.7	23.0	57.7	100.0 (1,167)

자료: 강은나 외. (2019a). 2019년도 장기요양 실태조사. 세종: 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
p. 266 〈표 3-103〉의 내용을 저자 재구성.

노인요양시설이 사용하고 있는 건물은 상가·업무용 건물 일부의 비율이 62.8%로 가장 높았고, 다음으로 타 용도 건물을 용도 변경하여 사용하는 비율이 16.4%, 주거용 건물 전체 또는 일부를 사용하는 비율은 13.0% 등의 순으로 나타났다. 50인 이상의 노인요양시설을 제외한 급여 유형에서는 전체적으로 상가·업무용 건물의 일부를 사용하는 비율이 높았으며, 이러한 경향은 개인 시설인 경우 더 높게 나타나는 특성을 보인다. 또한 대도시 지역과 중소도시 지역은 농어촌에 비해 상가·업무용 건물 일부를 활용하는 비율이 높게 나타났다. 농어촌은 타 용도 건물을 용도 변경하여 사용하는 비율이 37.8%로 높은 분포를 보인다. 즉, 시설이 위치한 지역, 급여 유형, 운영 주체에 따라 노인요양시설이 사용하고 있는 건물 형태가 상이하게 나타남을 확인할 수 있다.

〈표 3-13〉 노인요양시설이 사용하고 있는 건물 형태

(단위: 명, %)

구분	주거용 건물 건체 또는 일부	공공·복 지·장기 요양기 관 일부	상가·업 무용 건물 일부	의료시 설 일부	타 용도 건물 용도 변경	기타	계(명)
전체	13.0	2.3	62.8	4.9	16.4	0.5	100.0 (213)
급여 유형							
단기보호	0.0	14.3	71.4	0.0	14.3	0.0	100.0 (7)
노인요양공동생활가정	19.6	1.0	66.7	2.0	9.8	1.0	100.0 (102)
노인요양시설(10~29명)	5.5	5.5	63.6	9.1	16.4	0.0	100.0 (55)
노인요양시설(30~49명)	4.0	0.0	68.0	8.0	20.0	0.0	100.0 (25)
노인요양시설(50명 이상)	12.5	4.2	37.5	4.2	41.7	0.0	100.0 (24)
운영 주체							
개인	12.6	0.5	67.0	3.3	15.9	0.5	100.0 (182)
영리법인	14.3	14.3	57.1	0.0	14.3	0.0	100.0 (7)
비영리법인	17.4	13.0	30.4	17.4	21.7	0.0	100.0 (23)
지역							
대도시	7.1	2.4	71.8	5.9	11.8	1.2	100.0 (85)
중소도시	15.2	3.3	65.2	4.3	12.0	0.0	100.0 (92)
농어촌	21.6	2.7	35.1	2.7	37.8	0.0	100.0 (37)

자료: 강은나 외. (2019a). 2019년도 장기요양 실태조사. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
p. 523 〈표 5-60〉의 내용을 저자 재구성.

3. 노인요양시설의 비급여 현황

노인요양시설의 비급여 현황을 살펴보면, 식사재료비는 98.2%의 기관이 비급여를 받고 있으며, 간식비 83.4%, 경관유동식 38.0%로 영양과 관련된 부분의 비급여 비율이 높은 특성을 보인다. 경관유동식과 이·미용비는 시설 규모가 클수록 비급여 비율이 높은 특성을 보이며, 1인실과 2인실 비급여는 30~49명 규모의 시설에서 그 비율이 가장 높게 나타났다. 운영 주체에 따라서는 식사재료비와 간식비는 개인 시설에서 비율이 높

았으나, 그 외 항목들은 영리법인에서의 비급여 비율이 높게 나타났다. 지역별로 살펴보면, 식사재료비는 농어촌, 경관유동식은 중소도시의 비율이 가장 높았으며, 그 외 항목에서는 대도시의 비급여 비율이 높게 나타났다.

〈표 3-14〉 노인요양시설의 비급여 항목별 제공 현황

(단위: %)

구분	식사 재료비	간식비	경관 유동식	1인실	2인실	이·미용 비	기타
전체	98.2	83.4	38.0	25.8	30.9	31.9	0.6
급여 유형							
단기보호	100.0	90.0	40.0	20.0	22.2	22.2	0.0
노인요양공동생활가정	96.4	86.1	24.1	22.9	25.9	28.9	0.0
노인요양시설(10~29명)	98.6	83.6	39.3	25.3	30.1	33.1	0.7
노인요양시설(30~49명)	100.0	83.6	47.8	31.3	40.3	34.3	0.0
노인요양시설(50명 이상)	99.0	77.6	52.5	28.3	34.7	34.3	2.0
운영 주체							
개인	97.7	84.9	38.1	26.7	32.4	33.2	0.3
영리법인	90.9	81.8	63.6	45.5	63.6	36.4	0.0
비영리법인	100.0	78.7	34.4	19.7	23.8	27.9	1.6
기타	100.0	100.0	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0
지역							
대도시	97.1	88.2	39.7	27.9	34.6	34.6	0.7
중소도시	98.2	85.4	45.1	25.6	29.9	29.3	0.6
농어촌	98.9	78.0	30.6	23.7	29.0	32.3	0.5

주: 1) 단기보호, 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 486개소의 자료를 분석함.

2) 비급여 항목별 제공 여부 문항에서 '예'라고 응답한 기관의 비율을 산출함.

자료: 강은나 외. (2019a). 2019년도 장기요양 실태조사. 세종: 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
p. 550 〈표 5-76〉의 내용을 저자 재구성.

비급여 항목별 금액의 경우 식사, 간식, 경관유동식 같은 영양 측면의 비급여 항목들은 노인요양공동생활가정에서의 금액이 가장 높았으며, 1~2인실과 이·미용비는 30~49명 시설의 금액이 높았다. 운영 주체에 따

라서는 대부분의 항목에서 영리법인의 비급여 항목 단가가 높게 나타났으나, 1인실의 경우 개인이 운영하는 시설에서 높게 나타났다. 지역별로는 대부분 중소도시에서 단가가 높았으며, 식사재료비와 경관유동식은 대도시에서 가장 높은 분포를 보였다.

〈표 3-15〉 노인요양시설의 비급여 항목별 금액

(단위: 원)

구분	식사재료비	간식비	경관 유동식	1인실	2인실	이·미용비
전체	2,494	749	2,118	9,335	5,062	770
급여 유형						
단기보호	2,937	913	2,848	18,209	7,133	583
노인요양공동생활가정	2,551	831	2,415	9,161	3,467	813
노인요양시설(10~29명)	2,435	692	1,977	7,696	3,397	605
노인요양시설(30~49명)	2,453	724	2,231	13,055	10,002	1,041
노인요양시설(50명 이상)	2,473	688	1,921	8,292	5,233	773
운영 주체						
개인	2,554	779	2,238	10,410	4,529	808
영리법인	2,768	1,126	2,402	10,007	12,352	1,289
비영리법인	2,305	622	1,733	4,962	5,468	574
기타	2,500	750	610	10,000		
지역						
대도시	2,659	803	2,308	6,987	4,843	408
중소도시	2,636	808	2,243	15,490	7,473	1,058
농어촌	2,254	648	1,779	5,498	3,082	823

주: 1) 단기보호, 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 486개소의 자료를 분석.

2) 식사재료비, 경관유동식은 1식 기준.

3) 1인실, 2인실은 1일 기준.

4) 간식비, 이·미용비는 1회 기준.

자료: 강은나 외. (2019a). 2019년도 장기요양 실태조사. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.

p. 552 〈표 5-77〉의 내용을 저자 재구성.

제2절 노인요양시설 이용 가족의 경험 분석 : 질적 연구와 양적 연구의 혼합 연구³⁾

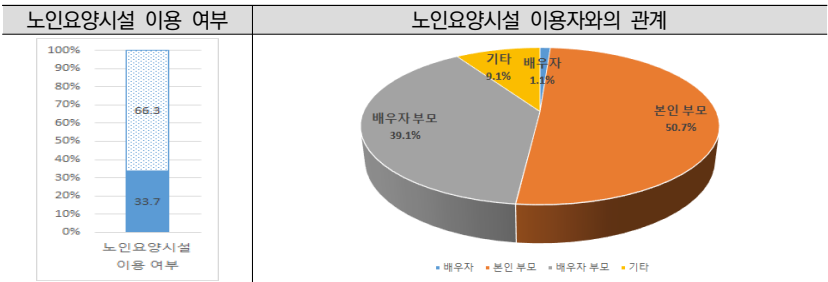
노인요양시설 이용 가족의 구체적인 경험 실태를 파악하고자 인터넷 조사를 통한 양적 연구와 개인 인터뷰를 통한 질적 연구 결과를 주제 분류에 따라 분석하는 혼합 연구 방법을 활용하였다. 노인요양시설 이용 결정과 노인요양시설 선택 과정, 그리고 시설 이용에 대한 경험으로 분류하여 살펴보고자 한다.

1. 노인요양시설 이용 결정 과정

인터넷 조사 대상자(50~60대) 중 가족 구성원이 노인요양시설을 이용한 경험이 있는 비율은 33.7%로 나타났으며, 대부분이 본인의 부모(50.7%) 또는 배우자의 부모(39.1%)인 것으로 나타났다. 조사 대상이 만 50~69세라는 것을 고려할 때, 배우자의 노인요양시설 이용 경험은 1.9%로 낮게 나타난 것으로 보인다.

[그림 3-1] 노인요양시설 이용 경험

(단위: %)



자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

3) 본 연구에서 노인요양시설 이용 실태 파악을 위해 실시한 양적 연구(인터넷 조사)와 질적 연구(개인 인터뷰)를 혼합하여 분석함. 각 조사와 인터뷰에 대한 구체적 내용은 본 보고서 1장의 연구 방법 참조.

이용 경험자를 대상으로 노인요양시설 이용 이유를 살펴본 결과, ‘돌봐줄 사람이 없어서(가족들의 경제활동 때문에)’의 비율이 45.3%로 가장 높았으며, 다음으로 ‘가족들의 돌봄 부담이 높아서’ 30.0%, ‘전문적인 서비스를 받고 싶어서’ 19.8%, ‘노인이 원해서’ 3.4% 순으로 나타났다.

응답자와 노인요양서비스를 이용하는 이용자의 관계에 따른 노인요양시설 이용 이유를 살펴본 결과, 응답자의 배우자인 경우 ‘가족들의 돌봄 부담이 높아서’가 66.7%로 매우 높게 나타났으며, 응답자 본인의 부모와 배우자의 부모는 ‘돌봐줄 사람이 없어서’가 각각 48.2%, 44.4%로 가장 높은 분포를 보였다. 즉, 이용자와의 관계에 따라 노인요양시설 이용 이유가 상이한 것을 알 수 있다.

〈표 3-16〉 이용자의 관계별 노인요양시설 이용 이유

(단위: %, 명)

구분	돌봐줄 사람이 없어서(가족들의 경제활동 때문에)	가족들의 돌봄 부담이 높아서	노인이 원해서	전문적인 서비스를 받고 싶어서	기타	계 (명)
전체	45.3	30.0	3.4	19.8	1.6	100.0 (506)
배우자	16.7	66.7	0.0	16.7	0.0	100.0 (6)
본인의 부모	48.2	27.3	3.6	19.8	1.1	100.0 (278)
배우자의 부모	44.4	34.1	1.9	17.3	2.3	100.0 (214)
기타	40.0	30.0	6.0	24.0	0.0	100.0 (50)

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

가족 구성원 중 노인요양시설 이용자의 노인요양시설 이용 결정 시 주된 의사결정자는 노인의 자녀인 경우가 64.6%로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 노인 본인이 22.1%, 노인의 배우자 10.9%, 기타 2.4% 순으로 나타났다. 노인 본인이 노인요양시설 입소를 결정하는 비율이 22.1%로 나타났다는 것은 노인요양시설에 대한 노인들의 인식도 어느 정도 개선

되었음을 추측할 수 있는 결과라 생각한다.

응답자와 노인요양서비스를 이용하는 이용자의 관계에 따른 노인요양 시설 이용 관련 주된 의사결정자의 분포를 살펴보면, 응답자의 배우자인 경우 노인 본인이 결정한 비율이 50.0%로 매우 높았으며, 노인의 배우자 33.3%, 노인의 자녀 16.7% 순으로 나타났다. 응답자 본인의 부모와 배우자의 부모인 경우 노인의 자녀의 결정이 각각 63.3%, 67.3%로 높게 나타났다. 응답자 본인의 부모인 경우 노인 본인이 결정한 비율이 24.1%, 노인의 배우자가 결정한 비율은 11.2%이며, 응답자 배우자의 부모인 경우 노인 본인이 결정한 비율은 19.2%, 노인의 배우자는 12.6%이다.

〈표 3-17〉 이용자와의 관계별 노인요양시설 이용 관련 주된 의사결정자

(단위: %, 명)

구분	노인 본인	노인의 배우자	노인의 자녀	기타	계 (명)
전체	22.1	10.9	64.6	2.4	100.0 (506)
배우자	50.0	33.3	16.7	0.0	100.0 (6)
본인의 부모	24.1	11.2	63.3	1.4	100.0 (278)
배우자의 부모	19.2	12.6	67.3	.9	100.0 (214)
기타	18.0	4.0	66.0	12.0	100.0 (50)

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

노인요양시설 입소 결정 과정은 혼자 혹은 가족과 생활하기 어려워짐에 따라 결정을 하게 되며, 이 과정에서 노인 본인의 입소 거부 또는 가족의 반대 등을 경험하게 되는 것으로 나타났다. 두 번째 주제인 노인요양 시설 선택 과정은 이용자 및 가족의 특성별로 다양한 선택 기준에 따라 시설을 선택하였으며, 일부 이용자는 돌봄에 대한 욕구 및 비용에 대한 부담 감소 등을 위해 요양병원에서 요양시설로 전원하기도 하였다. 세 번째 주제인 입소 후 경험에 대해서는 가족이 제공할 수 없는 환경 및 서비

스를 제공하고 노인의 선택권을 보장하며 가족과의 소통을 통해 신뢰감을 높이는 등의 시설 서비스에 고마워하는 의견이 있는 반면, 노인을 배려하지 않은 제공자 중심의 서비스 제공과 소극적 대응에 대해 불만을 제기하기도 하였다.

노인요양시설 이용 가족에 대한 질적 인터뷰 결과에서도 이상에서 나타난 입소 결정의 이유와 어려움이 드러났다. 연구 참여자들의 부모 혹은 배우자가 노인요양시설에 입소하게 된 이유에서는 노인이 서서히 혼자 있기 어렵게 되거나 가족과 생활하기 어려워졌음이 나타났고, 노인요양시설 이용을 결정하는 과정에서는 이용 노인의 거부, 가족 간 갈등의 경험도 나타났다.

참여자의 부모 혹은 배우자가 노인요양시설에 입소하게 된 이유는 혼자 혹은 가족과 생활하기 어려워졌기 때문이었다. 거동이 불편해져서 스스로 식사를 해결할 수 없거나 대소변을 받아 내야 할 상황에 이르면 노인요양시설 입소를 결정하게 되었다.

제가 케어를 했거든요, 했는데, 이제 거동을, 걸음을 못 걸으시니까 이제 대소변을 받아 내야 되잖아요, 그러니까 이제 그게 안 쉽더라구요, 부모는 자식한테 기저귀 같고 이렇게 해서도 되는데, 또 자식은 안 되더라구요, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

신체기능 악화로 노인요양시설에 입소하는 예도 있지만, 치매로 인해 사건들이 발생하고 반복될 때 노인요양시설 입소를 결정하게 되었다. 노인이 혼자 거주하는 사례뿐만 아니라 가족과 함께 거주하더라도 치매로 인해 여러 가지 사건들이 발생하거나 폭력적인 행동을 보일 때에는 노인요양시설 입소를 고려할 수밖에 없었다.

한번 그런 일을 겪고 나니까 굉장히 무섭다는 생각이 들더라고
요, 그렇다고 문을 잠가 놓고 살 수도 없잖아요, 같이 살면서 하
면 안에서 문을 잠그지만 이건 그럴 수 없는 상황이니깐, 아무
때고 나와서, 더구나 추운 겨울에 쓰러져서, 아침에 그러니까 누
가 새벽에 발견해서 전화를 켜는데 그 의사 말로는 한겨울이었
거든요, 의사 말로는 이런 데서 한 6시간 정도 5~6시간 정도
영하에 방치가 됐을 거라고 그렇게 얘기를 하시더라고요, (C1,
50대 여성, 어머니 입소)

음식을 한다고, 당신이 끓여 먹는다고, 사실 그럴 필요가 없는데
여러 가지 일상적인 것에서 많이 그러셨어요, 밤에 잠을 안 주
무시고, 끄는 걸 드렸는데 막 끌고 밤새도록 그러시고, 여러 가
지 좀 이상 증상을 많이 보이셨어요, (A6, 남성, 60대, 어머니
입소)

치매로 비롯된 이상 증상도 문제였지만, 가족들이 직장을 다니고 있어
낮 동안 돌봄을 제공할 사람이 없다는 점도 노인요양시설에 부모 혹은 배
우자를 모시게 된 이유였다. 전기, 가스, 수도를 틀어 놓고 다니는 것도
문제지만, 타인의 발에 들어가 작물을 캐 오는 참여자 B1의 시어머니 그
리고 약 복용 사실을 기억하지 못하고 반복해서 약을 먹는 참여자 C5의
어머니처럼 이상행동을 보이는 노인을 보살피기 위해서는 가족 중 누군
가가 직장을 그만둬야 하는데 그럴 수 없으므로 결국 노인요양시설 입소
를 결정할 수밖에 없었다.

그래서 치매를 앓으시고 약도 계속 해 드리고, 집에 혼자 계시
니까 다 일하러 나가니까, 식사 문제나 이런 게 약을 먹은 걸
잊어먹고 또 먹고 해서 심각해지신 거예요, 그게 제일 치명타였
어요, (C5, 50대 남성, 부모 입소)

돌봄을 제공하다 보호자인 참여자의 건강이 악화되어 가족을 노인요양 시설에 입소시킨 사례도 있었다. 수명이 연장됨에 따라 배우자가 노인요양 시설에 입소한 경우는 물론이고, 부모가 노인요양시설에 입소한 사례 가운데 입소 노인의 자녀가 노인 세대인 경우도 많았다. 보호자인 자녀 또한 자신의 건강을 조심해야 할 나이이므로 치매가 있거나 거동이 불편한 부모님을 보살필 여력이 되지 않았다.

우리도 나이가 거의 70인데, 우리도 감당이 안 되는데, 노인들이 오래 사시니까 자식이 늙은 게 걱정이라구요, 젊었으면 할 수 있을 텐데, 90이 넘으니까 우리도 감당이 안 돼서 요양원을 알아보죠. (B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

내가 도저히, 가족들이 할 수 없는 일이라라고 보니까, 나는 내가 자신 있게 우리 엄마 할 수 있어 그랬거든요, 못 하겠더라고요, 도저히, (중략) 엄마 이렇게 조금 이렇게 해서 기저귀 갈고 그런 건 내가 할 수 있겠지 생각했는데, 아프신 분 이렇게 들지를 못해요. (A4, 70대 여성, 어머니/남편 입소)

노인 자신이 노인요양시설 입소를 결정하기도 하였다. 스스로 노인요양 시설 입소를 결정하는 이유는 자녀 혹은 배우자에게 폐를 끼치지 않기 위해서였다. 참여자 A2의 시어머니는 건강 악화로 거동이 힘들어지자 스스로 노인요양시설을 알아보고 입소하였으며, 참여자 C4의 남편도 병원 퇴원 후 요양시설로 가기를 원했다고 하였다.

거기 가기 전부터 뇌경색을 처음에 앓고, 그리고 나서 연세가 80세가 넘어가니까 중심 잡는 걸 자신 없어 하세요, 그래서 보행기 밀고 다니셨거든요, 그랬는데 그것도 힘들고 아무래도 내

가 자식들 때 끼치지 않고 편안하게 갈 수 있는 요양시설을 당신이 결정하셔서, 저희가 우리가 그걸 주선하면 힘들잖아요. 본인한테 이해시키기도 어렵고, 본인도 놀랄 거고, 근데 우리는 거꾸로 당신이 굉장히 현명하신 분이거든요. 그래서 너희한테까지 내가 신세 지고 싶지 않다, 그냥 편안하게 이런 식으로 가겠다고 해서 가시게 된 계기가 된 거죠. (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

노인요양시설은 들어가면 살아서는 돌아오지 못하는 곳이라는 이미지가 강해 입소를 거부하는 경우가 많았다. 참여자 C3의 남편은 살아 돌아올 수 없는 감옥 생활이라고 생각했기 때문에 입소를 강하게 거부하였으며, 참여자 B8의 어머니도 노인요양시설에 대한 부정적인 인식 때문에 입소 문제로 4년간 실랑이를 했다고 하였다.

거기 가면 사람들이 징역 살고 억지로 죽는다고 그래 소문이, 근데 아주 활동력이 없으면 할 수 없이 가야지, 우리 아저씨도 처음에 안 가려고 난리 쳤어, 그러니까 활동을 못 하니까, 못 돌아다니니까, 감옥 생활이랑 같다고 생각해. (C3, 70대 여성, 남편 입소)

노인들은 노인요양시설 입소를 병든 부모를 유기하는 것으로 받아들이기도 하였다. 즉, 현대판 고려장으로 인식한다는 것이다. 다수의 노인은 노인요양시설 입소에 부정적인 태도를 보였다고 하였다. 가족에 의하여 노인요양시설에 입소한 노인들은 가족이 자신을 버렸다는 생각에 화를 내고 절망하다 결국 체념하듯 현실을 받아들이는 모습을 보였다고 하였다.

자식들이 날 버렸다는 그런 상처를 많이 받은 거죠. (중략) 그러니까 이 상황을 받아들이는 게, 시설에 가면 자식들이 자길

버렸다고 생각하고 그것 때문에 화가 나고 절망하고 그러는데 한 6개월 정도 되면 받아들이고 여기서 내가 이제 죽을 때까지 내가 여기에 있어야 하는구나, 그렇게 받아들인다는 거죠. (C1, 50대 여성, 어머니 입소)

노인요양시설에 대한 부정적인 이미지 때문에 노인 자신뿐만 아니라 가족들도 입소를 반대하는 경우가 빈번하였다. 참여자 B1의 경우, 남편을 비롯한 시집 식구들이 시어머니의 입소를 반대하여 가출까지 감행한 끝에 시어머니를 노인요양시설에 입소시킬 수 있었다.

처음에 요양원 가신다고 할 때 우리 아저씨하고 시누가 무지 반대를 했었어요, 반대해서 그러면 요양원으로 못 모시겠다고 하는 사람들이 어머니를 모셔라, 책임져라, 나는 못 모시겠다, 몸이 저런 상태에서는 내가 직장 생활을 하면서 못 모시겠으니깐 두 분이 알아서 하세요, 그리고, (중략) 내가 어머니 등급 판정도 받고 해서 모시고 가서 내가 이제 집으로 왔죠, 지금 시누가 한다는 말이 엄마를 진작에 00엄마 말대로, 진작에 엄마를 거기로 모셨어야 하는 걸, 지금에 와서 후회를 많이 하더라고요. (B1, 50대 여성, 시어머니 입소)

2. 노인요양시설 선택 기준 및 과정

가족의 노인요양시설 선택 시 선택 기준에 대한 조사 결과, 물리적 환경이 58.5%로 가장 높았으며, 다음으로 비용 33.8%, 거주지와의 거리 32.0%, 직원의 충분성, 친절성, 전문성 등 25.9%, 서비스 내용 20.9% 등의 순으로 나타났다.

세부 특성별로 살펴보면, 남성은 물리적 환경 54.7%, 비용 39.7%, 거주지와의 거리 31.2% 순으로 나타났으며, 여성은 물리적 환경 61.8%, 거

주지와의 거리 32.7%, 비용 28.7% 등의 순으로 나타났다. 연령에 따라서는 연령이 낮은 집단에서 물리적 환경을 중요하게 생각하는 비율이 높은 것으로 나타났으며, 연령이 높은 집단에서는 낮은 집단에 비해 주변의 소개 및 추천과 시설의 운영 주체를 중심으로 선택하는 비율이 높았다. 교육 수준에 따라서는 교육 수준이 낮은 집단에서 물리적 환경을 선택 기준으로 삼는 비율이 높은 특성을 보였다.

가족구조에 따라서는 배우자가 있는 경우는 물리적 환경 58.0%, 비용 34.2%, 거주지와의 거리 31.5% 순인 반면, 배우자가 없는 경우는 물리적 환경 62.1%, 거주지와의 거리 36.2%, 비용 31.0% 순으로 나타났다. 자녀가 있는 경우에는 물리적 환경 58.1%, 비용 34.2%, 거주지와의 거리 32.7%인 반면, 자녀가 없는 경우는 물리적 환경 65.4%, 직원의 친절성 38.5%, 비용 26.9%로 집단 간 차이를 보였다.

가구소득에 따른 분포에서는 소득이 낮은 집단에서 비용을 선택 기준으로 삼는 비율이 높았으며, 200만 원 미만의 저소득 집단에서는 물리적 환경 44.8%, 비용과 거주지와의 거리 39.7%, 서비스 내용 29.3% 등의 순으로 나타나 타 소득 수준과 분포에서 차이를 보였다.

입소 노인과의 관계에 따라서는 배우자인 경우 물리적 환경을 선택 기준으로 생각하는 비율이 83.3%로 가장 높았으며, 본인 또는 배우자의 부모인 경우는 유사한 분포를 보이는 것으로 나타났다.

98 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈표 3-18〉 가족의 노인요양시설 선택 시 선택 기준(중복 응답) 1

(단위: %, 명)

구분		비용	물리적 환경	직원	규모	평가 결과	주변 평판	거주지와 의 거리
전체		33.8	58.5	25.9	5.5	8.5	5.3	32.0
성	남자	39.7	54.7	26.5	4.3	6.8	6.0	31.2
	여자	28.7	61.8	25.4	6.6	9.9	4.8	32.7
연령	50~54세	29.3	61.0	28.5	8.9	8.9	7.3	26.0
	55~59세	38.8	60.5	23.7	2.6	6.6	4.6	36.8
	60~64세	31.7	57.0	25.4	4.9	8.5	3.5	34.5
	65~69세	34.8	53.9	27.0	6.7	11.2	6.7	28.1
교육 수준	초등학교 이하	100.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	중학교	37.5	87.5	12.5	12.5	12.5	12.5	25.0
	고등학교	32.7	56.6	20.4	5.3	10.6	4.4	33.6
	전문대학 이상	33.9	58.3	27.9	5.5	7.8	5.5	31.8
결혼 상태	배우자 있음	34.2	58.0	25.7	5.4	8.7	5.8	31.5
	배우자 없음	31.0	62.1	27.6	6.9	6.9	1.7	36.2
가구 형태	노인 독거	39.4	63.6	30.3	0.0	6.1	0.0	27.3
	노인 부부	32.4	58.1	25.0	6.6	9.6	6.6	30.9
	자녀 동거	33.0	58.1	25.4	5.5	7.2	5.8	33.3
	부모 동거	33.3	50.0	41.7	16.7	16.7	0.0	25.0
	부모·자녀 동거	42.4	60.6	24.2	3.0	15.2	3.0	30.3
	기타	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0
자녀	있음	34.2	58.1	25.2	5.4	8.3	5.6	32.7
	없음	26.9	65.4	38.5	7.7	11.5	0.0	19.2
부모	있음	35.6	57.8	27.5	5.8	8.9	6.7	28.9
	없음	29.5	60.3	21.9	4.8	7.5	2.1	39.7
가구소득	200만 원 미만	39.7	44.8	20.7	5.2	6.9	0.0	39.7
	200만~500만 원 미만	34.1	62.8	26.2	7.9	11.0	4.3	28.0
	500만~800만 원 미만	33.3	62.6	27.0	4.6	5.7	4.6	31.0
	800만 원 이상	30.9	52.7	26.4	3.6	10.0	10.9	35.5
지역	동부	33.6	58.5	25.8	5.7	8.1	5.7	31.4
	읍·면부	35.4	58.3	27.1	4.2	12.5	2.1	37.5
종교	있음	31.8	57.5	26.1	4.4	8.5	5.7	35.5
	없음	37.2	60.1	25.5	7.4	8.5	4.8	26.1
입소 노인과의 관계	배우자	0.0	83.3	50.0	16.7	16.7	0.0	16.7
	본인 부모	34.5	58.3	27.7	5.0	6.5	4.7	31.3
	배우자 부모	33.2	57.5	22.0	6.1	9.8	7.0	34.6
	기타	40.0	52.0	28.0	4.0	10.0	4.0	30.0

주: 1) 1순위와 2순위 중복 응답에 대한 결과로 그 합이 100%를 초과할 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈표 3-18〉 가족의 노인요양시설 선택 시 선택 기준(중복 응답) 2

(단위: %, 명)

구분		주변의 소개 및 추천	시설의 운영 주체	서비스 내용	종교	기타	계 (명)	
전체		4.7	4.0	20.9	0.4	0.4	100.0	(506)
성	남자	3.8	5.1	21.4	0.4	0.0	100.0	(234)
	여자	5.5	2.9	20.6	0.4	0.7	100.0	(272)
연령	50~54세	3.3	3.3	23.6	0.0	0.0	100.0	(123)
	55~59세	3.3	3.3	17.8	1.3	0.7	100.0	(152)
	60~64세	5.6	4.2	23.9	0.0	0.7	100.0	(142)
	65~69세	7.9	5.6	18.0	0.0	0.0	100.0	(89)
교육 수준	초등학교 이하	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	(1)
	중학교	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	(8)
	고등학교	5.3	2.7	27.4	0.0	0.9	100.0	(113)
	전문대학 이상	4.7	4.4	19.5	0.5	0.3	100.0	(384)
결혼 상태	배우자 있음	4.9	4.5	21.0	.4	0.0	100.0	(448)
	배우자 없음	3.4	0.0	20.7	0.0	3.4	100.0	(58)
가구 형태	노인 독거	6.1	0.0	24.2	0.0	3.0	100.0	(33)
	노인 부부	5.9	5.1	19.9	0.0	0.0	100.0	(136)
	자녀 동거	4.1	3.8	22.7	0.7	0.3	100.0	(291)
	부모 동거	8.3	8.3	0.0	0.0	0.0	100.0	(12)
	부모·자녀 동거	3.0	3.0	15.2	0.0	0.0	100.0	(33)
	기타	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	(1)
자녀	있음	4.6	4.2	21.0	0.4	0.2	100.0	(480)
	없음	7.7	0.0	19.2	0.0	3.8	100.0	(26)
부모	있음	5.0	3.6	19.4	0.6	0.3	100.0	(360)
	없음	4.1	4.8	24.7	0.0	0.7	100.0	(146)
가구소득	200만 원 미만	6.9	3.4	29.3	0.0	3.4	100.0	(58)
	200만~500만 원 미만	3.0	3.7	18.3	0.6	0.0	100.0	(164)
	500만~800만 원 미만	5.7	4.0	20.7	0.6	0.0	100.0	(174)
	800만 원 이상	4.5	4.5	20.9	0.0	0.0	100.0	(110)
지역	동부	5.2	3.9	21.2	0.4	0.4	100.0	(458)
	읍·면부	0.0	4.2	18.8	0.0	0.0	100.0	(48)
종교	있음	5.7	4.1	20.1	0.3	0.3	100.0	(318)
	없음	3.2	3.7	22.3	0.5	0.5	100.0	(188)
입소	배우자	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	100.0	(6)
노인과의 관계	본인 부모	4.3	3.2	23.4	0.4	0.7	100.0	(278)
	배우자 부모	5.1	5.6	18.7	0.5	0.0	100.0	(214)
	기타	10.0	4.0	18.0	0.0	0.0	100.0	(50)

주: 1) 1순위와 2순위 중복 응답에 대한 결과로 그 합이 100%를 초과할 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

질적 인터뷰에서는 노인요양시설을 이용하기로 결정한 이후에 시설을 선택하는 과정의 경험이 생생하게 나타났다. 또한 가족들은 노인요양시설 이용 결정을 위해 노인요양시설과 요양병원을 같이 선택지에 두고 검토하거나 요양병원을 이용하다가 노인요양시설로 변경한 경험이 있는 것으로 나타났다. 이는 실제로 가족 내에서 집중적인 돌봄을 필요로 하는 노인이 생겼을 때 노인요양시설과 요양병원을 비교하여 선택하는 것으로 보인다. 이는 노인요양시설과 요양병원은 건강보험과 장기요양보험이라는 다른 제도하에서 다른 목적을 가지고 제도화되었으나 이용자 입장에서 유사한 서비스로 인식되고 있음을 의미한다.

노인요양시설 선택 기준에서 가장 중요한 부분은 신뢰할 수 있는 기관이었다. 노인요양시설을 찾아보기 위해 인터넷 검색을 한 참여자도 있었지만, 참여자 대부분은 주변 사람들에게 괜찮은 기관이 있는지 물어보았다고 하였다. 지인이 일하는 기관이기 때문에 신뢰할 수 있었다는 참여자도 있었고, 최우수 기관 평가를 받은 기관을 선택하는 사례도 있었다. 참여자 중 일부는 자신이 믿는 종교와 관련된 시설을 선호하는 경향을 보였다. 종교와 관련된 시설에서 운영하는 시설의 경우 개인이 운영하는 시설에 비하여 입소 노인을 돈으로 보지 않고 인간적으로 잘 대해 줄 것이라는 생각이 있어서였다.

제일 돈만 많으면 제일 좋은 요양원에 모시고 싶죠, 그게 아니고 형편 되는 데에서 제일 믿음이 갈 수 있는 곳, 프로그램은 일단 둘째 문제였어요, 일단 가족같이 얼마나 가족같이 아껴 줄 수 있냐, 먹는 것도 신경 안 썼어요 저는, 어차피 똑같죠 그런 거는, 그래서 얼마나 이 사람을, 물론 수익이 나겠지만 조건도 보겠지만, 얼마나 가족같이 아껴서 보살펴 줄 수 있냐, 그거를 제일 우선으로 보고 있는데 마침 동생 친구가 그거 근무한다고 해서 거기 물

어볼 필요도 없이 바로 모셨죠, (A5, 50대 남성, 어머니 입소)

최우수 기관만 몇 군데 돌아보고 그래서, 그리고 이제 입소문으로 우리가 이제 이렇게 머리 미장원이나 모임에 가 보면 어느 요양시설이 좋더라, 어디가 좋더라, 밥도 잘 나오더라, 이런 얘기를 듣잖아요, 그래서 그쪽으로 모시게 된 거죠, (B1, 50대 여성, 시어머니 입소)

시설 위치 및 주변 환경도 노인요양시설 선택 기준 중 하나였다. 참여자들은 자신의 가족을 자연 친화적인 환경의 노인요양시설에 입소시키기를 희망하였지만, 도심에 거주하는 보호자가 자주 방문하기 위해서는 주거지 근처의 기관을 선택할 수밖에 없었다. 거리가 멀면 자주 방문하기가 어렵고, 가까운 곳에 있어야 일이 생길 때 빨리 가 볼 수 있으므로 참여자가 사는 곳 근처 시설에 부모님 혹은 배우자를 모셨다고 하였다.

선택하는 건 일단은 가까운 데, 집에서 가까운 데 선택하고 그게 제일 우선이었던 것 같아요, 아무리 보호자들이 왔다 갔다 하더라도 집에만 계시다가 시설에 가서 적응하시기 쉽지 않잖아요, 그러니까 계속 자주 가 봐야 하고 집 가까운 거 그게 제일 우선 순위였고 깨끗한 곳, 식사 그런 거, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

참여자들은 부모님 혹은 배우자를 모시기 위하여 여러 기관을 방문한 경험이 있었다. 참여자들은 요양시설을 선택하는 기준에서 자연 친화적인 환경 이외에도 요양원 특유의 냄새가 나지 않는 곳 그리고 시설 운영자의 태도와 직원들이 친절한 곳을 선택하여 가족을 입소시켰다고 하였다.

시설이 우선 좋고, 직원이 많으니까 깨끗하고, 냄새 하나도 안 나고 너무 좋아요, 작은 데도 가 봤는데 냄새 나더라고요, (B4,

70대 여성, 시아버지 입소)

가족 같은 분위기, 인간적으로 대해 줘디다 거기는, (연구자: 좀 어떤 특징을 보면 그러세요?) 선생님들이 화도 안 내고, 좀 기다리시라고 하고, 소리도 안 높이고 잘 함디다, 나는 그런 걸 보거든 다른 것보다, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

직원들이 첫째, 친절미가 있어야 기본도 좋고 저렇게 친절미가 있어서 환자들한테 잘하겠다는 생각이 들지, (C3, 70대 여성, 남편 입소)

주거지 근처에 있고 시설과 환경이 나쁘지 않다면 상대적으로 비용 부담이 적은 시설을 선택하기도 하였다. 참여자 C7의 경우, 어머니를 노인요양시설에 모시기 위하여 주거지 근처 요양병원 한 곳과 노인요양시설 두 곳을 방문하였지만 깨끗하면서도 상대적으로 비용 부담이 적은 시설을 선택하게 되었다고 하였다.

내가 인근에 있는 데 가 봤는데, 두 군데 가 봤는데, 한 군데는 요양병원이고 한 군데는 천주교에서 하는 요양원인데 그거 보니까 전부 다 돈이 더 비싸고 그거하데요, (연구자: 돈이 두 군데가 좀 더 비쌌군요,) 돈이 더 비싸고 조금 그런 저것도 있더라고요 있는데, 우리는 깨끗하고 비용도 좀 덜한 거, (C7, 70대 남성, 어머니 입소)

넘어지거나 침대에서 떨어지는 낙상 사고가 발생하면 젊은 층과 달리 고령의 노인은 수술을 하는 것 자체가 위험할 수 있으므로 병원에 입원해도 특별한 치료를 받지는 못한다고 했다. 그럴 경우, 요양병원보다 상대적으로 비용이 저렴하고 돌봄에 초점을 맞춘 노인요양시설로 전원하게 되었다.

저희 엄마도 처음에 말씀드렸드시피 고관절을 다치셔서, 항상 병원에, 요양병원에 있어야 하는 줄 알고, 그래야 치료도 하고 조금이라도 하고 진통제도 놓고 그래야 하는 것 같아서 그랬는데, 막 상 요양원에 와서 보니까 뭐 별로 다를 게 없더라고요, 약도 저 거하고 되게 아프다고 하면 한 번씩 모셔 가서 약 한 번씩 줄까, 그다음에는 그런 것도 잘 없고, (C7, 70대 남성, 어머니 입소)

거동이 불편하여 노인요양시설에 입소한 노인뿐만 아니라 치매를 앓고 있는 노인도 치료보다는 돌봄이 필요할 경우 요양병원에서 노인요양시설로의 전원을 결정하였다. 요양병원에 입원한 어머니가 침대에 결박된 모습을 본 참여자 C5의 가족은 좀 더 좋은 환경에서 돌봄서비스를 받을 수 있는 노인요양시설을 알아보았고, 몇 군데 시설을 둘러본 끝에 현재 입소한 시설로의 전원을 결정하였다. 노인요양시설이 요양병원보다 돌봄을 제공할 인력이 많고 한 방을 사용하는 인원이 적어서 참여자 C5는 만족스럽다고 하였다.

약을 먹여도 좀 나아질 것 같아서 요양병원으로 가셨는데, 치매가 심해지지 안 되더라고요, (중략) 요양병원에는 전부 간호사들이에요, 우리가 봤을 때는, 그런 분들이고 침대도 뭐 그렇고, 요양원은 이렇게 지금 계신 데는 한방에 두 분이 계시는데, 방도 좀 큰 편이에요, 두 분 계시는데 요양사들이 자주 씻겨 주고 잘 하신데, 병원은 또 사람 대비해서 요양병원은 관리 수가 적다고 그랬어요, 제가 알기로는 그래요, (C5, 50대 남성, 부모 입소)

노인요양시설에 가기를 원하였으나, 장기요양등급판정에서 장기요양급여를 받을 수 있는 사람에 해당하지 않아 우선 병원에 입원했다가 장기요양인정 결과 통지를 받은 후 노인요양시설로 전원한 경우도 있었다.

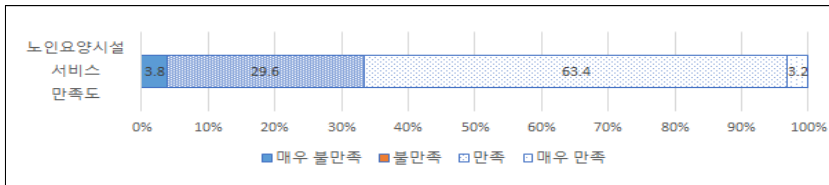
요양원에 들어가려고 하니깐 등급을 받아야 된다고 그러더라고
요, 그 당시 등급을 받으려고 신청을 했더니 수술을 한 사람은
3개월 이후에 해 준다고 당장 못 한다고 그러더라고요, (중략)
요양병원에서 6, 7개월 계셨나? 어쨌든 그렇게 계시다가 등급을
받았어요, 2등급인가 받았어요, 못 움직이고 인지 능력도 좀 없
고, 등급을 받고 다 신청을 했는데 6, 7개월 있을 때 구립에서
연락이 와서 구립, 시립? 요양원인가 그쪽으로 가게 됐고, (A3,
60대 여성, 어머니 입소)

3. 노인요양시설 이용 경험

가족 구성원 중 노인요양시설 이용자가 있는 조사 대상자의 노인요양
시설 서비스 만족도는 만족이 63.4%, 매우 만족이 3.2%로 66.6%가 만
족하고 있는 것으로 나타났다.

[그림 3-2] 가족이 이용하는 노인요양시설 서비스 만족도

(단위: %)



자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

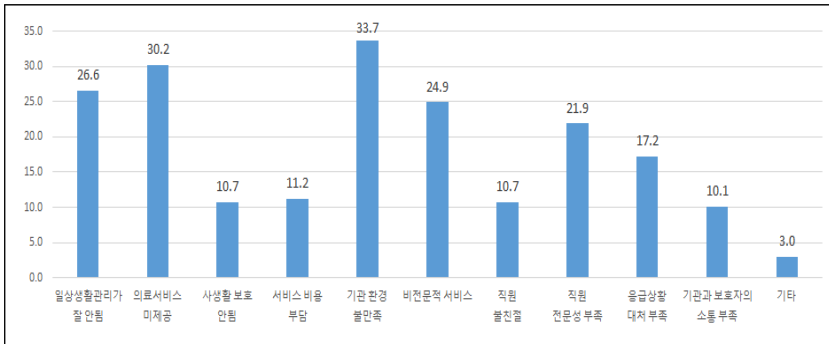
노인요양시설의 서비스에 대해 불만족한다고 응답한 169명을 대상으로 노인요양시설 서비스 불만족 이유를 살펴본 결과, 기관의 물리적 환경에 대한 불만족이 33.7%로 가장 높게 나타났다. 이는 기관 선택에서 가장 중요하게 여기는 항목이 물리적 항목이라는 응답이 가장 높았던 것과

대치되는 결과로, 가족들은 물리적 환경을 중요하게 생각하고 있으나 실제로 이에 대한 불만이 가장 높은 특성을 보였다.

다음으로는 의로서비스 미제공에 대한 불만족이 30.2%, 일상생활 관리가 안 됨 26.6%, 비전문적 서비스 24.9%, 직원의 전문성 부족이 21.9%로 나타났다.

[그림 3-3] 가족이 이용하는 노인요양시설 서비스 불만족 이유

(단위: %)



주: 1순위와 2순위 중복 응답에 대한 결과로 그 합이 100%를 초과할 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

가족이 노인요양시설에 입소한 이후의 서비스 이용 경험은 질적 인터뷰에서 더욱 생생하게 알 수 있었다.

참여자들은 시설에서 가족들이 제공할 수 없는 환경과 서비스를 자신의 부모 혹은 배우자에게 제공하는 데 대해 고마움을 느끼고 있었다. 그리고 몇몇 시설에서 가족과 소통하려고 노력한다는 점, 입소 노인들에게 제한적이지만 자유와 선택을 보장한다는 점에서 긍정적으로 평가하였다. 그러나 입소 노인의 필요나 욕구보다 돌봄 제공자의 업무 편의성이 우선된다는 점과 시설 측에서 문제를 발생시키지 않기 위해 소극적으로 대응

하는 점에 대해서는 불만을 표현하였다.

노인요양시설 입소의 장점 중 하나는 가족이 제공하지 못하는 돌봄 및 응급조치를 할 수 있다는 것이었다. 참여자들은 자신들보다 시설에서 더 나은 서비스를 제공해 주는 것에 고마움을 표하였다. 가족들은 노인을 24시간 보살필 수 없지만 시설에서는 24시간 돌봄이 가능하며, 식사, 위생 관리 등 기본적인 서비스만 제공되는 것이 아니라 말벗도 되어 드리기 때문에 집에서 계시는 것보다 시설에 계시는 것이 나은 것 같다고 하였다. 특히 누워서 지내는 노인은 욕창이 생기기 쉬운데 이를 잘 관리해 주고, 자녀도 부모님의 기저귀를 교체해 주는 일이 쉽지 않은데 이를 대신해 주는 직원들이 고맙다고 하였다.

근데 처음에는 나쁘게 봤었는데, 가서 있다 보니까 집에서 죽어도 그만큼 할 수 없어요. 하루에 땀을, 따뜻한 땀을 해서 드릴 수도 없고 누가 하겠냐고요, 요양원도 가면 냄새가 아주 안 나는 건 아니지만 거의 안 나요. 근데 그전에 노인네 우리가 할머니, 할아버지, 우리 할머니는 2, 3년 정도 그렇게 방에서 소, 대변을 받아 낸 것 같은데 냄새가 엄청나게 나요. (C9, 60대 남성, 어머니 입소)

정말 안 가야 하는 데라고 생각했거든요. 그냥 집에서 엄마도 그렇고 요양원은 절대 못 가겠다, 끝까지 해 본다, 막 이랬거든요. 근데 사실 저는 가시고 나니까 그래도 불편한 거 이것저것 뭐 요양보호사도 사실 쫄쫄해요. 늙은 엄마가 계시는 것보다 이런 보호사들이 좀 더 사람들이, 엄마가 하려면 얼마나 킁킁거리고 해야 해요, 그 사람들은 막 들어서 하고 그러니까 저는 편한 것 같아요. 저희는 몸을 많이 써야 하는 거라서 가족들이 사실 치매는 정신적으로 괴롭지만, 중풍 보호자들이 엄청 힘들거든요. 그거만 해 줘

도 좋은 것 같아요 저는. (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

엄마가 욕창 생겨서 고생을 많이 했는데, 여기서 그 관리를 잘 안 하면 금방 생기는데 여기는 안 생기더라고요. (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

그리고 노인요양시설은 거동이 불편한 노인을 위한 맞춤형 편의시설을 갖추고 있으므로 집에서 생활하는 것보다 오히려 시설에서 생활하는 것이 더 편한 예도 있었다. 참여자 A1의 아버지는 집보다 오히려 시설에서 더욱 잘 지내고 계셨다. 집은 아버지가 생활하시기 편리하도록 맞춤형 편의시설을 갖추지 못하지만 시설은 문턱 제거, 안전 바 설치, 전동 침대 구비 등이 되어 있으므로 아버지가 불편함 없이 생활하고 계신다고 하였다.

오히려 집이 더 불편해진 것 같아요. (연구자: 어떤 점에서요?) 시설, 안전시설물이 집에는 없잖아요. (연구자: 안전 바 같은 거요?) 네, 바 같은 것도 그렇고 화장실도 시설이 되어 있으니까요, 턱도 없고 잡고 이런 것도 다 있고, 침대도 전동으로 뭐 눌러서 다 하는데 집에는 그런 게 없잖아요. (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

노인요양시설 중 일부는 입소한 노인이 운동할 수 있도록 환경이 조성되어 있었고, 가족이 방문하지 않더라도 직원이 입소 노인을 모시고 산책이나 소풍을 나가기도 하였다. 참여자 A4는 어머니와 남편이 각각 다른 노인요양시설에 입소한 경험이 있는데, 어머니가 입소한 시설에서는 가족 동행하에 근처 공원으로 산책 가는 것이 가능했던 반면, 남편이 입소한 시립 노인요양시설에는 산책로가 마련되어 있을 뿐만 아니라 실내 운동 시설도 있어서 시설에 대한 만족도가 높다고 하였다. 운영 주체가 개인이라도 도심에서 떨어진 곳에 위치한 마당 있는 시설에서는 직원들이

입소 노인을 모시고 잠깐이라도 산책하러 나가기도 하였으며, 일부 시설에서는 1년에 1, 2차례 근교로 나들이를 가기도 하였다.

중증이신 경우에는 어머니 계신 곳도 전혀 산책을 안 시키는 게 아니고요, 날씨 이렇게 감기 안 걸리는 날씨에는 휠체어 해서, (연구자: 하세요?) 네, 거기 마당 좁지만 10분, 20분 이렇게 움직이세요, 그거는 도시는 그런 걸 못 하잖아요, (C5, 50대 남성, 부모 입소)

그리고 이제 1년에 2번씩인가 차로 어른들 모시고 또 공원 같은 데로, (중략) 휠체어 해 가지고, 이제 가족들 시간 되는 사람들은 참여하라고 그러고, 또 시간 없는 사람들은 이제 봉사자들이 1대1 케어하고, 그래서 노인네들 소풍도 가고, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

가족들이 제공하기 어렵지만 요양시설에서 제공 가능한 서비스 중 하나는 여가 및 재활 프로그램 참여였다. 참여자 C6의 부인은 시설에서 개개인에게 맞는 활동을 할 수 있도록 돕는 것이 마음에 들었다고 하였다. 직원의 동행하에 근처 밭에 가서 콩도 따고 포도를 따는 것이 치매로 인한 이상행동을 보이지 않게 돕는 것 같았다고 하였다. 참여자 A5도 어머니가 입소한 시설에서 단순히 숙식만을 제공하는 것이 아니라 치매가 더 진행되지 않도록 프로그램을 진행하는 것에 만족감을 표현하였다. 참여자 A1의 아버지가 계신 요양시설에서도 원예, 노래, 미술 등 여가 프로그램이 진행되고 물리치료도 이루어지고 있어 아버지가 집에 계시는 것보다 시설에서 생활하시는 것이 나은 것 같다고 하였다.

그런데 치매가 왔다 갔다 하시니까 우리 어머니 같은 분은 손에

일을 잡으면 생각이 없어지니까, 그렇게 나오셔서 공기 좋은데 콩도 따고 포도도 따게 일을 시키시고 이러더라니까, 환자에 따라 일을 해서 생각이 다른 데 가시게 포도도 따게 하시고, 콩도 흰 콩, 검은 콩 가르게 하시고 나물도 다듬게 하시고, 일을 부리려고 하는 게 아니고, 할머니한테 소일거리를 주시더라고요, 그런 부분이 참 좋았어요, 사람마다 봐 가면서, (C6의 부인, 60대 여성, 시어머니 입소)

노인요양시설에 입소한 노인의 대부분은 정기적으로 처방받아 복용하는 약이 있었다. 정기적으로 처방받는 약의 경우, 노인요양시설과 연계된 병원에서 진료를 받거나 시설로 촉탁의가 방문하여 약 처방을 해 주면 직원이 처방받은 약을 대리수령하여 입소한 노인이 복용할 수 있도록 돕는 노인요양시설이 있었다. 그러나 입소 노인이 평소에 치료받던 병원에서 지속해서 치료받기를 원하거나 상급병원에서의 치료가 필요할 때는 입소 노인의 가족 중 누군가 와서 모시고 가야 했다. 이럴 경우, 일부 노인요양시설에서는 병원으로의 이송을 도와주거나 가족을 대신해 외래진료에 동행하기도 하였다. 보호자가 직장 일로 바쁠 때, 고령의 보호자가 방문하여 외래진료를 동행하기 어려울 때, 입소 노인이 외상 상태일 때 특히 도움이 된다고 하였다.

뭐 하고 있으면 아버님이 어디 아프시니까 병원에, 근데 거기 한 달에 한 번씩인가 일주일에 한 번씩 선생님이 지정되어 있데요, 그래서 바깥으로 나갈 경우에는 연락을 해요, 먼 데로 갈 경우에는 앰블런스 같은 건 자기가 돈 내야 하는데, 그거 불러 주면 거기 가는 싸, 그러면 가서 하고 편안해요, (중략) 그거 정말 힘들어요, 한번 병원에 가까운 데 가면 괜찮은데 먼 데 갈 적에는 너무 힘들어요, 근데 거기서 딱 불러 주면 내가 불러도 거기 선생님께 얘기해, 몇 시에 좀 갈게요, 그러면 와서 요금도 싸고,

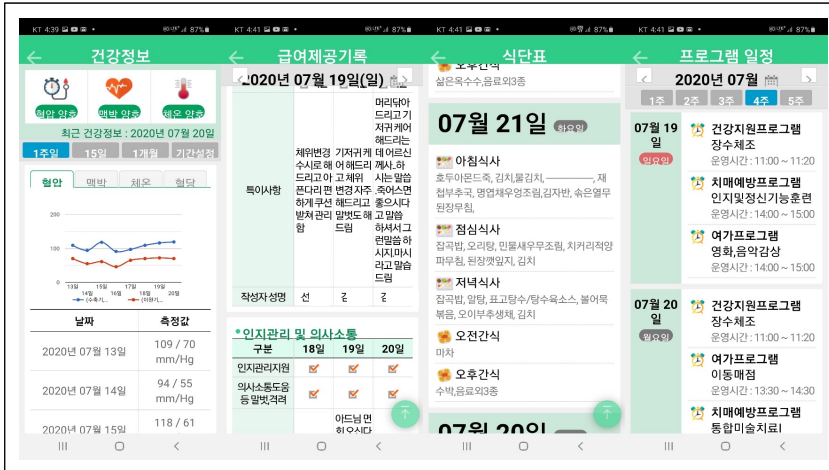
거기에서 다 하고 우리가 다 하고 그래야 하는데, 옛날에는 우리 어머니 있을 적에는 병원에 모시고 가려고 하는데, 세상에 올라가는 데가 있으니까 막 이거 끌고 가다가 넘어질 뻔했어, 내가, 왜 그러냐 하면 병원 찾으러 다닌다고 위층은 안 되고 막, 근데 여기는 딱 해서 그런 거가 다 되는 데 있어요, 그러니까 시립에 가려고 하죠, 서로, (A4, 70대 여성, 어머니/남편 입소)

차가 있어 가지고 어른들을 너무 편안하게 모시고, 그래서 우리가 병원에, “어르신 병원에 모시고 갑니다.” 연락 오면은 우리가 병원으로 가잖아요, 그럼 우리 손댈 거는 하나도 없어요, 그 요양원에서 직원들이 다 케어를 해요, (중략) 그리고 이제 거기서는 보호자들이 어느 병원 와 주세요, 어느 병원 와 주세요, 이러면은 그 병원으로 보호자들이 원하는 병원으로 모셔, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

노인요양시설 중 몇몇 기관은 입소 노인의 가족들에게 우편으로 알림장을 보내거나 카카오톡이나 문자 혹은 시설의 홈페이지, 네이버 밴드, 다음 카페, 별도로 제작한 스마트폰 애플리케이션([그림 3-4 참조])을 통해 소식을 전하고 있었다.

앱을 깔면은, 이게 나날이 상태, 그다음에 엄마 활동, 이제 식단 그리고 프로그램, (중략) 이게 진짜 좋은 점이더라고, (중략) 그리고 여기에 보면은 대변 몇 번, 소변 몇 번, 그리고 엄마 뭐 일상생활에 케어 가고 뭐, 누구 면회 왔다 갔다 하고, (중략) 그런데 코로나 때문에 이제 전혀 그게 안 되니까, 그런데 이제 앱이 있으니까 굉장히 우리가 궁금한 점은 없죠, 이렇게 보니까, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

[그림 3-4] 노인요양시설에서 별도로 제작한 스마트폰 애플리케이션의 예



자료: 인터뷰 참여자 제공.

코로나19로 인해 가족의 면회가 제한되자, 몇몇 노인요양시설에서는 입소 노인의 사진이나 동영상을 보내 주거나 영상통화를 해 주고 있다고 하였다. 참여자 A4의 남편이 입소한 시립 노인요양시설에서는 생일이나 명절 때 가족들의 동영상을 보내 주면 입소 노인에게 전달해 주고 있었다. 코로나19 이전에도 독감이 유행하는 시기에는 가족들에게 면회를 자제해 달라고 메시지를 보내는 등 관리가 철저하다고 하였다. 참여자 A4는 노인 요양시설의 이러한 조치 덕분에 남편을 믿고 맡길 수 있다고 하였다.

그러니까 중간중간 잘 계신다고, 그거 생일인 사람들 카톡에 동영상 보내면 하나씩 다 가족을 못 만나니까 보여 준다고, (연구자: 요즘에 코로나 때문이에요?) 네, 그거 보낼 사람 보내라고 그러고, 구정에도 못 가면 카톡에 동영상 보내면 가족들 얼굴 보여 준다고 그러고, (A4, 70대 여성, 어머니/남편 입소)

노인요양시설 측에서 정기적으로 입소 노인의 가족을 모시고 간담회를 실시하는 것 또한 보호자들에게 좋은 인상을 주고 있었다. 노인요양시설은 정기적으로 간담회를 개최하여 보호자로부터 불만 사항을 듣고 수정하려는 노력을 기울이는 소통의 장으로도 활용하고 있었다. 그리고 기관 평가에서 좋은 결과를 얻은 기관의 경우, 이러한 사실을 간담회를 통해 보호자에게 알림으로써 신뢰감을 줄 수 있었다.

뭐, 가서 하면 1년에 1번씩 좌담회를 4번 하더라고요, 그리고 연말에 하고 보호자들 식사도 같이 떡국 한 그릇씩 끓여서 주지만, 그렇게 하니깐 다른 데는 뭐 없어요, 그리고 일단 거기 있는 위탁된 분들이 좋아하면 최고 아니겠어요? 그 이상 뭐가 더 있겠어요, (B8, 70대 남성, 어머니 입소)

시설에서는 제한적이거나 개인의 요구 수용이 가능하다는 점이 입소 후 만족감에 영향을 주었다. 공동생활이지만 타인에게 피해를 주지 않는 선에서 개인의 자유를 허락한 시설도 있었다. 흡연자인 참여자 C6의 어머니는 며느리가 담배를 가지고 들어가 피우게 해 드린다는 조건으로 입소 후에도 하루에 1, 2개비의 담배를 피우실 수 있었다. 시설 측에서 입구 비밀번호를 알려주어 수시로 드나들 수 있었기에 가능한 일이었다. 참여자 C6의 부인은 시어머니를 기관에 맡기는 것에 대한 불안감과 죄책감을 느끼고 있었는데, 수시로 드나들며 시설의 환경, 직원의 보살핌 등을 보며 안심할 수 있었다고 하였다.

거기 불시에 들어가 봤는데, 저는 비밀번호를 알기 때문에 선생님이 싫어하셔도 저는 수시로 들어갔거든요? (연구자: 아, 비밀번호만 누르면 들어갈 수 있어요?) 아니, 나는 특별히 부탁을 했

지, 어른이 이제 자꾸 담배를 피우시고 이러니까, 원래 저는 담배를 안 피우니까 1대1로 못 해 드리잖아, 특별히 부탁을 했지, 하루에 한두 개피 펴도 다른 분들께 피해 안 드리겠다고, 자꾸 피니까 수시로 내가, 맡겨 놓고도 솔직히 불안하잖아요, 내가 못 모시는 죄책감에 수시로 들어가 봤어요, (C6 부인, 60대 여성, 시어머니 입소)

몇몇 노인요양시설에서는 가족이 시설에 돈을 맡겨 두거나 필요시 송금하면 입소한 노인이 원하는 음식이나 간식, 필요한 물품을 구매할 수 있었다. 참여자 B1의 어머니가 입소한 시설에서는 한 달에 한 번 장터가 열리고 있었고, 참여자 B2의 어머니가 입소한 시설과 참여자 A4의 남편이 입소한 시설에서는 자원봉사자와 함께 원내 편의점에 가서 간식을 구매할 수 있었다. 참여자 C2의 아버지가 입소한 시설에서는 거동이 가능한 입소 노인을 대상으로 월 1회 외출 프로그램을 진행하고 있었는데, 마트에 가서 각자 자신이 구매하고 싶은 물건을 구매하기도 하였다. 참여자 B4의 아버지가 입소한 시설에서는 주 1회 외부에서 음식을 배달시켜 먹을 수도 있었다.

거기 이제 한 달에 한 번씩인가 장터가 열린대요, 요양시설에서 장터가 열려요, 그러면 내가 사고 싶은 거 사고 이런다고 하더라고요, (B1, 50대 여성, 시어머니 입소)

거기는 맨날 하는지 몰라도 웬만한 사람은 돈, 그거 부친 걸로 슈퍼 같은 데 가서 이렇게 하면서 사실 거 있으면 사시라고 그러고, 봉사들이 가서 그런 날이 있다고 그러더라고요, (A4 70대 여성, 어머니/남편 입소)

여기는 또 외식제도가 있더라고요, 한 주에 한 번 외식을 희망

자들만 보호자들이 요구했나 봐, 별식을 드리고 싶다고, 우리가 별식 드리는 건 한 달에 4, 5만 원 맡기면 일주일에 한 번 신청한 사람들끼리 외식을 시킨대, 우리 아버님은 주로 삼계탕, 추어탕 시켜 드리면 원래 식성이 좋으셨어요. 다 드신대요, 한 그릇을, 그러니까 일주일에 한 번씩 외식시켜 드리는 것도 괜찮아서, 거기서 내라고 하기 전에 물어보고 몇만 원씩 드렸어요. (B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

노인요양시설 이용 경험은 앞서 살펴본 것과 같이 만족하는 부분도 있었으나, 불만스럽거나 아쉬운 부분도 제기되었다.

일부 시설에서는 관리에 초점을 두고 입소 노인을 분류하는 경향이 있다고 하였다. 참여자 몇몇은 노인요양시설에 입소한 노인을 질병의 특성이나 중한 정도보다는 활동이 어느 정도 가능한지에 따라 방을 분류하는 것 같다고 하였다. 참여자 A1의 아버지는 뇌신경질환 발병 이후 일상생활 전반에 도움이 필요하여 입소하게 되었는데, 같은 방에 치매를 앓고 있는 노인의 이상행동으로 인해 스트레스를 받고 있었다.

거기서는 정신보다는 자기네들이 보살펴야 하는 그게 더 중요한 거잖아요, 그러니까 환자들은 활동 범위 이런 거에 따라서 묶어 놓는 거죠, 완전히 활동을 전혀 못 하는 사람들, 조금 하는 사람들 이런 식으로 사실 정신하고 상관없이 분류되는 것 같은 그런 느낌. (중략) 우리 아버지 같은 경우에는 정신이 그래도 멀쩡한데 막 맨날 소리 지르고 같이 소리 지르고 이런 사람들하고 같이 있으니까 잠도 못 주무시고 좀 힘든 거죠. (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

온돌방을 선호하는 노인이 많지만, 관리의 편리성으로 인해 온돌방보다는 침대방으로 구성된 경향이 있다고 하였다. 일부 노인들은 침대 생활

이 익숙하지 않기 때문에 침대에서 내려오다가 다치기도 하였다.

침대를 안 쓰시던 분이니까 침대에다 안 했으면 좋겠다고 얘기를 분명히 했는데 가서 보니까 침대에 묶여 있더라는 거예요, 왜 그런가 봤더니 밤에 이제 침대에서 내려오다가 엉덩방아를 찼었다. (C1, 50대 여성, 어머니 입소)

낙상을 방지한다는 이유로 입소 노인을 침대에서 내려오지 못하도록 하는 예도 있었다. 혼자서 내려오다가 다칠 수도 있다는 이유로 침대에서만 생활하게 하다 보면 결국 입소 시 걸어 들어간 노인도 걷지 못하게 되는 일이 발생하였다.

처음에 갈 때는 그래도 요양병원에 있을 때 걸어서 거기까지 갔는데, 2달 되니까 아예 못 걷는 거야 다리가, 아예 눕혀 놓고 내려오지 못하게 하니까, (연구자: 못 내려오게 해요?) 다치면 또 문제가 되니까 어쨌든 못 내려오게 하는 거예요, 아주 정상적인 사람 외에는 못 내려오게 해요, 그러니까 가서 하루 종일 누워 있으니까 굳어 버리는 거지, (C9, 60대 남성, 어머니 입소)

거동이 불편하거나 치매로 비롯된 이상 증상을 보이는 노인 다수를 돌보기 위해서는 노인 개인의 인간다운 삶보다는 효율적인 관리에 초점을 맞추기가 쉬웠다. 서비스 제공자의 입장에서는 부축해서 화장실을 가는 것보다 기저귀 채우는 것을 선호하는 것 같다고 하였다. 관리의 효율성을 높이기 위해 기저귀 교체 시간을 정해 그 시간에만 교체해 주는 시설도 있었고, 삼킴이 어려워 식사 시간이 긴 입소 노인의 보호자를 설득해 코로 유동식을 넣기 위해 콧줄을 삽입한 사례도 있었다.

근데 거기 직원들이 그러니까, 우리 쉽게 생각할 때는 화장실 못 가시는 분을 요양하는 것보다, 보살피는 것보다 화장실 가시는 분이 더 편할 것 같잖아요. 아닌 거예요. 화장실 가는 분은 자기네들이 부족해야 하고 가서 도와줘야 하고, 근데 이거는 기저귀만 가면 되니까 아예 더 싫어하는 거예요, 화장실을 가는 사람을. (C1, 50대 여성, 어머니 입소)

물이 먹고 싶을 때도 있을 수 있고 기저귀 갈고 싶을 수도 있고, 그런 것이, 시간을 정해서 갈아 주니까, (C4, 70대 여성, 남편 입소)

이게 어르신들 케어가 인원이 많이 되면은 일단은 내 스스로 이렇게 식사를 못 하잖아요, 그런데 그런 분한테는 시간에 쫓기다 보니까 막 빨리 삼키지도 않았는데 밥을 또 드리고 하더라고요, (중략) 솔직하게 이렇게 막 급하게, 그러니까 어른들이 삼키지도 않았는데 밥이 있는데도 또 받아 드시고 이러더라고요, 또 치매 환자들은 붙들어 다니다가 또 가고, (중략) 그러니까 엄마 같은 경우는 이제 요양보호사들이 몇 시간을 엄마한테 매달려야 되잖아요, 그러니까 그게 안 되니까 이제 이게 호스를 꽂아서, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

주간보다 인력이 적은 야간에는 입소한 노인들에게 신경을 써 주지 못하는 것 같다고 하였다. 참여자 C4는 야간에 2번 정도만이라도 입소 노인의 상태를 확인해 주면 좋겠지만, 시설 측으로부터 어렵다는 답변을 받았다고 했다. 참여자 A3의 어머니가 과거 입소했던 시설은 야간에 직원 한 명이 CCTV로 입소 노인들을 살피는 방식이어서 언제 다쳤는지 어떻게 다쳤는지 모르고 지나가는 일이 빈번했다고 하였다.

밤에 좀 봐 주셔야지, 이렇게 다치면 어떻게 하나니까 사실 자기들이 CCTV로 5, 60명을 봐야 된대, 그 층에 30명인가 있는데 다 못 본대요, (중략) 가서 얘기를 해도 모르겠다고 그러고 밤이라서 간호사 한 사람이 보는데 어려움이 많다, 그리고 끝이에요, (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

입소 노인의 관리를 위해 수면제 추가 처방을 지속해서 요구하기도 하였다. 참여자 C1의 어머니는 이미 수면제를 처방받아 복용하고 있지만, 시설 측에서는 관리의 편의성을 위해 추가적인 수면제 처방을 지속적으로 요구하고 있다고 하였다.

그다음에는 이제 계속 뭐 수면제를 처방해 달라고 이러는데 언니가 강하게 안 된다, 이거는, 이 약에 아예 수면제가 없는 것도 아니고 무슨 근거로 수면제를 처방해 달라고 그러냐, 자기네가 귀찮으니까 결국에는 수면제를 처방해 달라는 거잖아요, 그러니까 어차피 밤에도 근무하시는 분이 있는데 자꾸 수면제를 처방해 달라고 그러면 24시간 재우려고 그러는 거냐, 수면제를 처방해 달라고 그래서 그것도 강하게 거절했죠, (C1, 50대 여성, 어머니 입소)

참여자들에 따르면 시설에 입소한 노인들에게 건강 유지에 필요한 최소한의 식사만 제공되는 것 같다고 하였다. 최소한의 양만 제공되는 이유는 크게 두 가지인데 첫째는 이윤을 남기기 위함이었고, 둘째는 많은 양을 섭취하면 많은 양의 대소변을 보기 때문에 대소변 처리를 생각해서 양을 적게 주는 것 같다고 하였다. 적은 양의 음식을 제공하는 것은 관리를 위한 이유이기도 하지만 입소 노인의 건강을 위해서는 적은 양의 음식을 드시는 것이 낫다는 의견도 있었다. 그러나 상당수의 참여자는 시설에서 제공되는 식사와 간식만으로는 충분하지 않아서 가족들이 입소 노인의

입맛에 맞는 반찬과 간식을 싸 가서 드린다고 하였다.

저는 가장 큰 건 이게 식사 문제예요, 하루 세 끼를 먹는데 그 음식 들어온 거 보면 굉장히 단조롭고, (중략) 최소한의 건강 유지 할 수 있게 좀 적게 주는 것 같다, 어머님 말씀에 의하면 그래요, (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

흡족하게 주진 않고 딱 맞게, 허기만 면할 정도 배불리 주면 나오잖아, 그거 생각하시더라고요, (C6의 부인, 60대 여성, 시어머니 입소)

치아 문제로 음식물 삼킴에 어려움이 있고 만성 변비인 참여자 C1의 어머니의 경우, 시설에서는 죽만 제공하고 있으므로 영양소가 부족한 상태였다. 단백질 셰이크와 요구르트를 사서 직원에게 맡겼지만 챙겨 주지 않았다. 참여자 C1의 가족은 식사대용식까지 챙겨 주지 않는 시설 직원들을 보면서 요양시설이 돈벌이를 위하여 운영되는 수용소 같다는 생각을 하였다.

이 정도면 완전히 수용소다, 그리고 여기서 일하시는 분들이 무슨 어떤 사명감이나 이런 거는 당연히 없겠지만, 그래도 아까 얘기한 것처럼 이 좀 보호자들이 원하는 최소한 단백질 음료수, 음료수도 아니고 그거는 일정 부분 식사 대응이거든요, 잘 안 드시니까 식사 대응으로라도 보조식으로 먹었으면 하는 그런 입장인데도 그런 것조차도 제대로 신경 안 써 주는 거 보면, 그냥 단순하게 그냥 돈벌이 말고는 별로 의미가 없는 것 같다는 생각이 들더라고요, 최악이죠, (C1, 50대 여성, 어머니 입소)

반면, 외부 음식 반입을 제한하는 것을 이해한다는 참여자들도 있었다. 외부에서 반입한 음식으로 인해 탈이 나거나 대소변을 많이 배출하는 것

을 고려할 때, 제공되는 음식만 먹는 것이 낫다는 참여자도 있었다.

그러니까 그런 거 많이 먹일 수도 없고, 대소변을 받아 내야 되잖아요. 아무래도 내 식구도 식구지만, 요양사들도 생각해야지, 그러니까 나는 간단한 거 식사는 거기서 환자들 맞춰서 먹이고, 내가 갖다 먹였다가 탈이 나면 내가 못 오고, (C4, 70대 여성, 남편 입소)

대다수의 시설에서는 입소 노인에게 주 1회 목욕서비스를 제공하고 있었다. 참여자 A2의 시어머니 요청으로 1회 더 서비스를 제공받기로 하였다. 그러나 그 과정에서 무성(無性)의 존재로 취급받는 경험을 하게 되었다. 성별을 구분하지 않은 채 남성 노인과 함께 목욕을 시키려 하였던 것이었다. 직원에게 항의한 후에 해결되었지만, 참여자 A2는 이러한 일이 개인의 존엄성을 고려하지 않은 데 원인이 있다고 생각하고 있었다.

그리고 한번은 또 그런 일이 있었어요, 왜 그랬는지 모르겠는데 아마 아까 얘기한 대로 이 날짜에 해 줬으면 좋겠다고 해서 어머님 말씀을 들어 드리느라고 생각했는데, 하필이면 남자 환자분 목욕하는 그거랑 같은 건가 봐요, 그래서 어머님이 기겁했죠. 아무리 나이 들었지만 어떻게 여자, 남자 같이 목욕을 하냐, 그래서 거기 계신 분한테 물을 확 바가지 든 걸 썩웠다고, 존엄성이 있는데 그걸 진짜 보기 부끄럽잖아요, 그분들 눈에는 그냥 환자로 다 보이니까 그런 일이 한 번 있어서 굉장히 어머님이 노하셨더라고요, (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

노인요양시설 중에는 입소 노인의 상태를 파악하여 응급조치를 취해 주거나 복용하는 약물을 챙겨 주는 시설도 있었지만, 입소 노인이 열이나거나 이상징후가 관찰되면 응급실로 이송하거나 보호자를 불러서 병원

에 가 보게 한다고 하였다. 참여자 A6의 경우, 새벽에 연락이 와서 응급실에 가 보면 특별한 이상이 없어서 1, 2시간 후 다시 시설로 돌아가는 일이 잦았다고 하였다. 참여자 A1도 아버지에게 이상징후가 발견될 때마다 병원에 모시고 가야 하는 점이 힘이 든다고 하였다.

또 특하면 위험하시다고 앉지도 못하고, 가 가지고 응급실에 갖다 놓고 지네들은 가 버리고, (중략) 새벽에 가니까 아침인가, 퇴원해서부터 불과 1~2시간 동안 같이 있다가 다시 또 들어가 시고, 상당히 좀 뭐라고 그럴까, 힘이 들더라고, 또 하고는 하여튼 그런 게 상당히 그게 제일 힘들었어요, 그리고 엄청 무섭더라고요, 걱정되고, 갑자기 안 좋다고 가 보면 괜찮아지셨다고, 하여튼 그런 게 있었어요, (A6, 60대 남성, 어머니 입소)

사실은, 사실 지켜봐도 될 건데 이제 급하게 보호자를 부른다든가 일단은 책임을 안 하려고 하잖아요, 일단 조그마한 증상이 있어도 부르고 그런 게 좀, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

노인요양시설에 있는 간호사가 처치 가능한 부분도 책임 소재의 문제로 해 주지 않으려 하는 것 같다고 하였다. 참여자 A3의 어머니는 신장에 염증이 생겨 한 달 동안 치료받은 후 흔히 소변줄이라고 불리는 폴리카테터(Foley Catheter)를 연결한 상태로 시설에 재입소하였다. 입소 중 폴리카테터가 빠지는 사건이 있었는데, 다른 층의 간호사는 그 자리에서 끼워 주었지만, 담당 층 간호사는 여기서는 그런 처치를 할 수 없다며 병원에 모시고 가서 제거해 오라고 하였다.

엄마가 움직이니깐 빠지는 수가 있어, "못 한다, 병원에 모시고 가라," 그리고 "빼는 것도 우리는 못 한다," 병원에 가래요,

간호사이지 않냐고, 우리는 간호사지만 그런 거 터치 안 해요, 이러는 거예요, 그래서 중간에 한 번 빠졌는데 굉장히 중환자만 모시는 간호사가 있어요, 3층에, 그 간호사가 그때 당직이었어요, 그때 그게 빠졌어요, 그래서 급하게 3층에 있는 간호사를 불러서, 죄송한데 이게 빠졌다고 어떻게 하냐고, 그 간호사는 아무 말 안 하고 끼웠어요, 근데 5층 간호사는 어렵도 없는 거예요, (중략) 오줌줄도 있고 모이는 것도 있고 기구가 다 있으면서 나 몰라라 하고 안 하는 거예요, 우리는 책임 없어요, 책임 회피예요, (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

요양병원과 달리 노인요양시설에서는 입소 노인이 독감 등 전염성 질환에 걸린 경우, 보호자가 모시고 갔다가 완쾌된 이후에 재입소가 가능하다는 점이 불편하다고 하였다. 참여자 C6의 어머니는 입소 기간 중 독감에 걸린 적이 있는데, 다른 입소 노인에게 옮을 수 있다는 이유로 완쾌한 후에야 다시 입소할 수 있었다.

요양원에는 환자가 몸이 불편하고 그러면 일단 집에 모시고 와야 돼, 와서 우리가 병원에 가서 치료해서 완전 치유시켜서 입소를 시켜야 돼, 요양병원에는 입원만 하면 되는데, 그래서 독감 걸리면 집에 와서 완전히 치료돼서 들어가시고 이랬어요, 다른 사람 전염된다고, 그게 굉장히 불편하더라고, (중략) 그리고 조금만 탈이 있으면 보호자 데리고 오라고 하거든, 당신이 모시고 가라고, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

참여자 A7은 시설로부터 문제 발생 시 책임을 묻지 않겠다는 서류에 사인할 것을 요구받았다. 생활하다가 불가피하게 다치는 경우가 발생할 수는 있지만, 낙상 등 사고로 다치더라도 책임을 묻지 않겠다는 서류에 사인하라는 것과는 다른 의미로 느껴졌다고 하였다.

그러다 보니까 이런 일이 있더라고, 사인하래, 사인을 갖다가 종이애다 가져가서 이게 무슨 사인이냐고 그랬더니 노인네가 넘어져서 떨어져서 침대에서 떨어지든지 어디 가다가 넘어져서 딱 다쳐서 죽더라도 자기네 책임을 안 진다는 걸 사인해 달래요. 그러다 보니까 사실 그럴 수가 있죠. 예를 들어서 간호를 열심히 하는데 노인이 재수가 없어서 침대에서 이렇게 돌아눕다가 딱 떨어져서 머리부터 떨어져서 죽었다든지, 예를 들어 화장실 같은 데 가다가 문지방에 다리 걸려서 확 넘어져서 뇌진탕으로 죽었다든지, 이렇게 되면 왜 죽었냐고 그러면 종업원들은 열심히 간호하다가 혼자서 쓰러져서 죽었다, 붙잡지 못해서 그렇겠지만 막 다르다 이거예요. (A7, 70대 남성, 아버지 입소)

4. 질적 인터뷰에서 나타난 노인요양시설 개선 의견

가족 중 노인요양시설 이용 경험자를 대상으로 가족들의 노인요양시설 이용 경험에 비춰 본인이 노년기 노인요양시설에 입소할 경우 희망하는 시설 형태에 대한 개별 사례 조사를 실시하였다. 미래 희망하는 노인요양시설은 현재 시설에 대한 경험을 바탕으로 하기에 현재 시설의 문제점을 중심으로 이에 대한 개선 희망 사항을 제안하는 내용과 그 외 추가적으로 본인이 생각하는 노인요양시설의 모습 등에 대한 내용, 즉 현재와 미래의 내용이 혼재되어 있는 특성을 보인다. 이는 아직 경험해 보지 않은 자신의 미래이므로 현재 상황에 비춰 응답을 할 수밖에 없는 구조적 한계에 따른 결과로 생각된다.

‘노인이 되어 기능 상태 악화로 노인요양시설에 입소할 수밖에 없는 상황이 되었을 때 어떠한 시설에 입소하고 싶은가?’라는 개방형 질문을 통해 참여자가 자유롭게 의견을 제시할 수 있도록 인터뷰를 진행하였다.

사례 분석 결과, 미래 노인들이 생각하는 이상적인 노인요양시설은 ‘노

인의 존엄성이 유지되고 가족을 대신하여 최상의 돌봄이 가능한 시설'인 것으로 보인다. 이는 공간적 측면에서는 인간의 존엄성을 고려하여 자연 및 가족과 가깝게 지낼 수 있고, 공간에 대한 선택이 가능하며, 자율성과 사생활을 존중받는 공간인 것으로 보인다. 서비스 내용 측면에서는 욕구에 따른 전문화된 서비스를 제공받으며, 원하는 시기에 적절하게 의료서비스를 받을 수 있고, 양질의 서비스 제공을 위한 시스템이 갖춰진 시설을 희망하는 것으로 제시되었다. 또한 케어 과정 등에 대한 정보를 가족들에게 제공하면서 가족들과의 소통이 활발하고, 개인의 선택과 자율성이 보장되는 시설을 희망하였다. 마지막으로 공공 영역에서의 시설 확대와 비용 부담 완화 같은 서비스 접근성이 확대되기를 희망하였다.

〈표 3-19〉 희망하는 노인요양시설에 대한 사례 분석 체계도

주제	하위 주제	개념
공간	인간의 존엄성을 고려한 공간	<ul style="list-style-type: none"> · 자연을 접할 수 있는 곳에 위치 · 가족이 찾아오기 어렵지 않은 곳에 위치 · 답답하지 않을 정도의 생활 공간 · 산책 가능한 환경 및 시스템 · 1인실부터 다인실까지 다양한 침실 구성 · 면회 장소의 다양화 · 기저귀를 교체할 수 있는 별도의 공간 마련
	욕구에 따른 전문화된 서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 치매전담실 혹은 치매전문요양원 운영 · 경증과 중증 분류 · 이용자 친화적 목욕서비스 제공 · 삶의 질을 높여 줄 다양한 편의도구(컴퓨터, 마사지 도구 등) 구비
서비스 내용	의료 연계 서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 응급상황 발생 시 병원으로 이송이 용이한 곳에 위치 · 응급상황 발생 시 가족 대신 대처 · 시설과 병원 연계 · 병원 이송 서비스 가능 · 가정방문 서비스 활용 가능
	양질의 서비스 제공을 위한 시스템	<ul style="list-style-type: none"> · 요양보호사 1인당 담당 노인의 수 조정 · 요양보호사 등 직원 처우 개선 · 효율적인 분업 구조 · 상담인력 배치 · 노인장기요양시설 평가 항목 다양화 · 남성 노인 입소 가능한 시설 마련 및 남성 요양보호사 확충

주제	하위 주제	개념
신뢰감	가족과의 소통 및 정보 제공	<ul style="list-style-type: none"> · 휴대폰 메시지, SNS, 앱으로 입소 노인의 상황 확인 가능 · 결박 수면제 추가 투여 시 가족에게 설명 및 동의 구하기 · 공개된 식단과 동일한 식사 제공 · 식단, 식자재 점검 및 원산지 공개 · 익명의 건의함 설치
자율성	개인의 선택과 자율성 보장	<ul style="list-style-type: none"> · 의복을 비롯한 생필품 지급 · 자신의 흥미에 맞는 프로그램을 할 수 있는 환경 및 시스템 · 종교활동 가능 · 개인의 건강 상태가 허락한다면 외출, 외부 음식 구매 허용 · 휴대폰, 신용카드 등 개인 물품 소지 가능
서비스 접근성	노인요양시설 공공성 강화	<ul style="list-style-type: none"> · 공공 영역 시설 확대 · 비용 부담 완화

자료: 본 연구를 위해 수행한 질적 인터뷰 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

가. 공간: 인간의 존엄성을 고려한 공간

참여자들이 입소를 희망하는 노인요양시설은 자연을 접할 수 있는 곳, 산책이 가능한 환경이었다. 노인요양시설은 병원과 달리 치료보다 전반적인 도움을 받아 살아 나가는 거주 공간이기 때문이다. 참여자들이 가장 많이 언급한 내용은 산책이 가능한 환경이었다. 노인요양시설에 입소한 치매 노인은 물론이고 거동이 불편한 노인도 도움이 없으면 밖을 구경할 수 없으므로 간혀 지내는 것과 다를 바 없기 때문이다. 참여자들은 공간이 넓거나 길지 않더라도 날씨가 좋을 때면 직원이나 자원봉사자의 도움을 받아서 혹은 가족이 방문했을 때 시설 마당이나 시설 근처로 산책하러 나가서 햇볕을 쬔고 바람을 느낄 수 있기를 바랐다.

그리고 주변 환경이 좀 자연과 친숙한 곳이면, 자연 친화적인 곳이면 편안하게 갈 수 있을, 내가 입소하는 데 주저함이 좀 줄어들 것 같다는 생각은 해요, 산책하면서, 아니면 누가 나를 휠체어 밀어서 간다고 하더라도 주변을 돌면서 자연 포함해서 이

렇게 병실에 있는 것보다는 그게 훨씬 나으니까 그런 측면에서
그거 필요한 것 같고, (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

참여자들은 노인요양시설이 자연을 접하고 있지만, 도심에서 멀리 떨어진 곳은 아니기를 바랐다. 만약 시설에 입소하게 된다면 삶의 유일한 낙이 자녀가 면회를 와 주는 것일 텐데, 가족들의 주거지에서 먼 곳에 있으면 아무래도 자주 갈 수 없고 자주 가지 않게 된다고 하였다.

그리고 가족 간에 일단 가까운 쪽이 중요한 것 같아요. (중략)
주거지에서 가까운 곳, 멀면 아무래도 거리가 멀어지면 사람 마음도 멀어진다고, 저희도 역시 와 보니까 어쩔 수 없는 환경에
손녀 키우고, 남편 직장 나가지, 피곤하니까 주말에 쉬어야지,
결혼식 가야지, 할 일이 얼마나 많아요. 그런 측면에서는 일단
가족과 가까운 곳에 있는 요양원도 좀 중요한 조건일 것 같아요, (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

요양시설의 위치도 중요하지만, 입소 노인들이 대부분의 시간을 보내는 곳이 실내이므로 내부의 공간도 답답하지 않을 정도로 넓었으면 좋겠다고 하였다. 거동이 불편하다면 상대적으로 넓은 공간이 덜 필요하겠지만 치매로 진단받고 입소한 노인들에게는 좁은 공간이 감옥살이나 다름없다고 하였다. 입소 노인들에게 필요한 넓은 공간은 침실에 한정되지 않고 함께 TV를 보거나 이야기를 나눌 수 있는 거실 혹은 프로그램실도 포함되며, 실내에서도 걷기 운동을 할 수 있도록 복도가 길었으면 좋겠다고 하였다.

크니까 거기 가서 나와서 산책을 해도 좋은데, 작은 데는 모든 게 아닌 것 같아, 그래도 좀 커서 방도 크고 홀도 커서 넉넉하

게 해서 저 사람도 보고 이 사람도 봐야지, 작아서 복작복작 이
건 아닌 것 같아, 조금 큰 데가 나은 것 같아, (B5, 70대 여성,
남편 입소)

참여자들은 1인실부터 다인실까지 침실 구성이 다양하기를 바랐다. 참여자들이 1인실을 선호하는 이유는 첫째, 자신의 공간에서 TV 시청, 성경 읽기 등 자유롭게 생활할 수 있기 때문이다. 둘째, 여러 명이 같이 생활하면 소음 등으로 인해 스트레스받을 것 같다고 생각하기 때문이다. 만약 불편한 사람과 한방을 쓰게 된다면 버틸 수 없을 것 같다고 하였다. 셋째, 다인실의 경우 자녀들의 면회 횟수와 자신의 건강 상태 등과 같은 것들이 비교되는 경향이 있다고 하였다. 넷째, 1인실이 마련되어 있으면 같은 시설의 다른 노인들에게 피해를 주는 일이 적을 것 같다고 하였다. 수면장애가 있는 노인을 1인실에 입소시키면 타인에게 피해를 주지 않고 잘 생활할 수 있을 것 같고, 입소한 노인이 독감 등 전염 가능한 질병에 걸렸을 때도 시설에서 돌봄이 가능할 것 같다고 하였다. 앞으로는 자녀가 없거나 자녀가 올 수 없는 상황인 노인도 있을 수 있으므로 독감 등 전염병에 걸린 경우에도 입원 치료가 필요한 상태가 아니라면 퇴소 후 재입소하는 것이 아니라 시설에 따로 마련된 공간에서 완쾌될 동안 생활할 수 있었으면 좋겠다고 하였다. 그러나 모든 참여자가 1인실을 원하는 것은 아니었다. 외로움, 돌봄 부재, 경제적인 부담 등을 이유로 다인실을 원하는 참여자도 있었다.

그러니까 1인실도 있고 2인실도 있고, 본인이 원하는 것에 따라서 1인실 원하면 1인실도 주고, 돈을 좀 더 내더라도, (중략)
지금은 60만 원 내는데, 10만 원 정도 더 내면 1인실, 너무 비싸면 다달이 그것도 버겁고, 10만 원 정도, 1인실을 쓴다고 하면,

(B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

요양원에서 그런 사람 독감 걸리면 따로 공간이 있으면 좋겠어요, 집도 없는데 어디를 가요, 자식도 없으면 없잖아, 방을 따로 해서 나을 때까지 생활하도록 하는 게 좋을 것 같은데, (C2, 60대 여성, 아버지 입소)

돈이 있으면 1인실도 가고 돈 없으면 여러 명 있는 데 가고 성격에 따라서 그런 거지, 내 성격이 말하기 싫은 사람은 혼자 있는 게 좋을 거고, 답답한 세상 얘기라도 들어 주는 사람이 있으면 좋겠다는 사람은 다인실이 좋을 거고, 나는 4인실 정도가 좋다고 생각해요, 뭔가 그 속에서 대화가 다 통하진 않아도 대화가 통하는 사람은 있을 테니까, 4명 정도는 괜찮다고 생각해요, (C9, 60대 남성, 어머니 입소)

참여자들은 침실의 형태가 온돌방인지 침대방인지도 중요하다고 하였다. 침대방을 선호하는 참여자도 있었지만, 익숙한 온돌방을 선호하는 참여자도 있었다. 참여자 C9는 입소 노인이 거동이 가능한 경우 침대보다는 온돌이 안전하므로 온돌방과 침대방 모두 갖추어지면 좋겠다고 하였다.

활동할 수 있는 사람은 온돌방에 재우고, 움직이지 못하는 사람은 침대에서 재우고, 그런 식으로 움직일 수 있는 사람은 최대한 움직일 수 있게, 바닥에서는 기어가더라도 떨어질 일은 없잖아요, 그렇게 시설 크게 해서 그렇게 분리해서 최대한 움직이는 사람은 움직일 수 있는 사람들끼리 모여서, 그렇게 하는 게 좋다고 생각하죠, (C9, 60대 남성, 어머니 입소)

입소 노인과 면회 온 가족들의 상황과 욕구가 다를 수 있으므로 면회할

수 있는 공간이 다양해서 선택할 수 있었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 가족이 생활하는 공간에서 면회하기를 바라는 참여자가 있는 반면에 따로 마련된 공간을 선호하는 참여자도 있었다. 노인요양시설에 입소한 자신의 가족이 평소 어떻게 생활하는지 궁금해하는 참여자의 경우에는 따로 마련된 면회실이 아닌 입소한 노인이 평소에 생활하는 공간에서 면회하기를 바라고 있었다. 입소 노인이 생활하는 침실이나 거실뿐만 아니라 한 가족이 따로 이야기할 수 있는 면회실도 마련되었으면 좋겠다는 의견이 있었다. 입소한 노인이 생활하는 방에서 면회할 경우, 같은 방에 입소한 다른 노인이 신경 쓰여서 준비해 온 음식을 편하게 먹을 수가 없고 이야기하는 것도 조심스럽다고 하였다. 면회를 자주 가는 보호자도 있지만 그렇지 않은 보호자도 있으므로 입소한 노인이 서운한 생각이 들 수도 있다고 하였다. 그리고 치매가 있는 노인 중에서는 갑자기 소리를 지르는 사람도 있으므로 면회를 길게 할 수 없었다고 하였다. 참여자 B7이 원하는 가족면회실의 형태는 온돌방이었다. 몸이 불편하신 어머니가 편하게 누우실 수 있고 가족 구성원들이 둘러앉아 이야기하기에는 온돌방 형태가 적절할 것 같다고 하였다. 참여자 B3은 가족이 시간에 구애받지 않고 편안하게 면회를 하고 갈 수 있도록 게스트하우스처럼 꾸며진 공간이었으면 좋겠다고 하였다.

면회를 하러 가면 그 면회하는 장소하고 다 한정되어 있어요, 그런 거보다도 좀 이렇게 어머니가 생활하는 곳에서 확 터놓고 자유자재로 가족들이 왔다 갔다 할 수 있는 그런 게 좀 아쉬워요, (중략) 갈 때마다 어머니가 그 거쳐하는 곳을 볼 수 없다는 게, 그게 조금 아쉽죠, (B1, 50대 여성, 시어머니 입소)

가족을 만날 수 있는 공간이 면담실이 작게 있는 게 아니고 가

능하다면 그냥 게스트하우스처럼 하나가 있어서 (중략) 침대방 이라도 굳이 숙박시설이 아니더라도, 지금은 가면 너무 갈 때부터 올 때까지 마음이 안 편하니까 따로, (B3, 60대 여성, 시어머니 입소)

참여자들은 와상인 상태의 노인을 위해 기저귀를 교체할 수 있는 별도의 공간이 마련되기를 바랐다. 기저귀 교체 공간은 기저귀를 차고 있는 입장에서든 그것을 보는 입장에서든 필요한 공간이었다. 참여자 B2의 어머니는 기저귀를 갈 때마다 같은 공간에서 생활하는 사람들에게 미안해 하였다. 커튼으로 쳐서 보이지는 않더라도 냄새는 숨길 수가 없기 때문이다. 참여자 B2의 의견에 따르면, 방 옆에 기저귀 교체 공간을 별도로 마련하여 기저귀 교체가 필요하면 침대를 이동시켜 그곳에서 기저귀를 교체하면 좋을 것 같다고 하였다. 참여자 C2의 아버지는 90대 노인이지만 거동은 가능한 상태였다. 같이 생활하는 남성은 와상 상태의 노인으로 요양보호사가 그의 기저귀를 갈아 줄 때마다 참여자 C2의 아버지는 자리를 피한다고 하였다. 이렇듯 기저귀를 교체해야 하는 사람은 미안하고 같이 생활하는 사람은 냄새로 인해 불편할 수 있으므로 참여자들은 별도의 기저귀 교체 공간이 마련되기를 바라고 있었다.

우리 아버지 옆에 사람 기저귀 갈고 그러잖아요, 방에서 가니까 그때는 나가거든요, 그때는 시설이 완화돼서 건강한 사람은 방에 있게 하고 냄새 자체를 옮겨서 기저귀 가는 곳이 따로 있으면 좋겠네, 그렇지요? 그게 낫겠다, 그거 한다고 우리 아버지 늘 나가요, 그러지 말고 침대 자체를 옮겨서 가리는 곳이 있으면 좋겠어요. (C2, 60대 여성, 아버지 입소)

나. 서비스

1) 욕구에 따른 전문화된 서비스

참여자들은 치매전담실 운영과 치매 노인 전문요양시설 운영에 긍정적인 태도를 보였다. 노인요양시설이 숙식이나 단순 돌봄만을 제공하는 곳이 아니라 타인과 관계 맺고 남은 삶을 살아 나가는 공간으로 기능하기 위해서는 같이 거주하는 이용자들과의 대화가 가능해야 하므로 기능에 따라 나뉘길 바랐다. 치매전담실이나 치매 노인 전문요양시설이 운영된다면 치매를 앓고 있는 노인에게 맞는 전문적인 서비스를 받을 수 있다는 점에서도 긍정적이라고 하였다.

아무래도 치매 같으면, 그 분야 외에는 그래도 계속 그것만 하니까 좀 병에 안 좋겠습니까? 물론 팔, 다리 아픈 사람하고 같이 있기보다는 나뉘져 있다면 아마 그런 곳을 이용하는 게 더 제 생각엔 좋을 것 같습니다. (B7, 60대 남성, 어머니 입소)

참여자들은 노인요양시설에 입소한 노인을 경증과 중증 혹은 3단계로 구분하여 생활하기를 바랐다. 치매 진단을 받고 입소한 노인이라도 상태에 따라 상당한 차이를 보였기 때문이다. 치매로 인해 시설에 입소한 노인이라도 인지기능의 장애만을 보이는 경우도 있지만 망상과 공격적인 행동을 보이는 경우도 있어서 같이 생활하는 노인은 물론이고 직원과도 갈등을 겪는 경우가 있기 때문이다. 치매가 아니라 신체의 문제로 인해 시설에 입소한 경우라도 경증과 중증을 구분해 주었으면 좋겠다는 참여자도 있었다. 참여자 A3에 따르면, 혼자서 식사하기 어려운 노인의 경우 옆에서 떠먹여 드려야 하는데 한 명의 요양보호사가 여러 명을 떠먹여 드

리기에는 어려움이 있으므로 경증과 중증을 분리하여 중증인 경우 좀 더 보살핌이 가능하도록 인원을 조정하면 좋을 것 같다고 하였다. 참여자 C4는 와상 상태의 노인과 거동 가능한 노인을 침실로 구분 짓기를 원했는데, 참여자 C4가 거동이 불가능한 상태라면 움직일 수 있는 노인들을 보며 부럽고 비참한 생각이 들 것 같다고 하였다.

근데 구분을 좀 해야 될 것 같아요, 왜냐하면 거기 나이가 더 들면 못 씻고 못 삼키는 분이 계세요, 근데 요양사들은 숟가락 쥐어 주고 끝이에요, (중략) 아무래도 삼키질 못하니까 요양사 분이 못 삼키는 분은 따로 케어해야 되잖아요, 그런 분들은 선별을 해서 인원수를 적게 해서 3, 4명이면 식사 해 드릴 수 있지, 나눠야 된다고 생각해요, 안 그러면 못 먹는 분은 계속 못 먹어요, 우리 엄마도 못 먹어요, 왜냐하면 가다가 다 흘려, 그리고 나중에 국물만 들이키고 와요, (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

노인요양시설에 입소한 노인 대부분은 목욕서비스가 필요한 상태로 주 1회 혹은 주 2회 목욕서비스를 받고 있었다. 목욕서비스를 받는 노인의 입장과 서비스를 제공하는 요양보호사 모두가 만족하기 위해서는 노인의 특성을 반영한 목욕시설이 필요하다. 참여자 중 몇몇은 입소 노인이 휠체어로 이동하고 목욕을 위해 마련된 의자에 앉아 목욕을 하는 것보다 누워서 이동하고 누운 상태로 목욕이 가능한 시설을 갖추기를 바라고 있었다.

00는 엄마가 계속 춥다는 걸 보니까 의자에 앉혀 놓고 목욕탕 처럼 생긴 거 있잖아요, 그렇게 하는 것 같은데, 00 구립은 샤워실이 따로 있는데, 침대에 누워 있고 항상 스팀인가 공기 자체를 데워서 안 춥도록 하는 것 같더라고요, 굉장히 잘되어 있어요, 그래서 눕혀서 이 사람들이 한두 번 하면 되도록 효율적

으로 해 놓고 그런 면에서는 굉장히 잘하더라고요, (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

노인의 욕구 해결을 위해 시설에서 구비해 주기를 바라는 물품은 컴퓨터, 라디오, 전동휠체어, 마사지가 가능한 침대 등이었다.

매트리스가 조금 괜찮은 거, 아니면 노인네 되면은 살이 다 빠지고 뼈뿐이잖아요, 그런데 배긴다고 해야 하나 어른들이, “배긴다” 소리를 자주 하잖아요, “배긴다” 이러잖아, 그러니까 침대 해 놓고 마사지 기능, 좀 추가될 수 있으면 마사지 기능이 될 수 있는 침대, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

우리는 조금 할 줄 아니까 그런 문화시설도 있으면 좋지, 지금 90세인 분들은 있어도 활용을 못 해, 우리 세대는 앞으로 내가 70이니까, 85세부터 간다고 보면 15년 후에는 컴퓨터 그런 문화 시설 갖춰 놓으면 좋지, (B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

내가 운전할 수 있고 휠체어도 직접 할 수도 있을 거고, 리모컨으로 작동을 해서 다닐 수도 있고, 이렇게 할 수 있다면은 혼자 하는 게 훨씬 낫지 않겠습니까? 저는 굳이 도움을 받아서, 물론 내가 못 할 정도면 도움을 받아야 되겠지만, 내가 할 수 있다면, 내가 반 바퀴만 돌고 싶으면 반 바퀴만 돌다 올 수 있는 거고, 아니면 전체를 돌면 내가 이 나이에 무리를 하더라도 끝까지 할 수도 있기 때문에 내가 할 수 있다면 내 손으로 해야, (중략) 그런 거(전동휠체어)는 비치되어 있는 게 좋지 않겠습니까? (B7, 60대 남성, 어머니 입소)

2) 의료 연계 서비스

참여자들은 시설 인접한 곳에 병원이 있거나 같은 건물에 병원이 있기를 바라고 있었다.

그런 것들이 있었으면 좋겠어요, 지금은 없는 것 같긴 하지만 그 주변에 병원에 좀 같은 건물에 병원에 있는 거 모여 있다든지, 병원 가기 힘들니까, 그런 거, 그런 병원 건물이 요즘에는 막 있잖아요, 그 건물 위에 요양시설이 있다든가 그러면 좋을 것 같긴 해요, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

종교시설에서 한 거예요, 이거 00병원이라고 거기가 종합병원이예요, 종합병원도 그 내에 있어요, 내에 00라고 영어로 가르치고, 치과 병원도 있고, 종합병원이라고요, 그 안에 000이라는 데가 있어요, 그래서 거기를 들어가려고 교회를 다녔어요, 거기 있는 교회를 들어갔어요, 내가, (중략) 아무래도 자기 교회부터 유리하잖아요, 들어가기가, 그래서 하여튼 그래서 들어간 거예요, (A7, 70대 남성, 아버지 입소)

참여자들은 응급상황 시 대처가 가능하도록 상급병원으로의 이송이 가능한 곳에 노인요양시설이 위치하기를 바라고 있었다. 응급상황일 때에는 병원으로 빠른 이송이 가능한 곳이어야 하므로 도심에서 떨어진 외곽 지역의 요양시설은 적절하지 않다고 하였다.

그거 주변에 요즘에는 요양시설 엄청 좋게 지어서 다 외곽으로 이전하고 안 된다고 그러더라고요, 병원 가기가 힘들어 보여요, (중략) 지병이 있으신 분들은 응급상황 발생하면 그런 걸 감당하는 대책이 없거든요, 새벽에 막 오라고 그러면 어떻게 할 거예요, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

아무리 멀어도 20분 안에 들어가야 되지 않겠습니까? 위급상황이 있으니까, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

응급상황 발생 시 가족을 대신해서 대처해 주었으면 좋겠다고 하였다. 참여자 A1의 아버지는 주기적으로 응급상황이 발생하는데 일반 요양병원에서는 해결할 수 없으므로 응급상황이 발생하면 대학병원에서 치료를 받고 요양시설로 다시 오는 일을 반복하고 있다고 하였다. 참여자 A1은 응급상황이 발생하면 보호자를 대신해서 돌봐 줄 수 있는 시스템이 마련되기를 바라고 있었다. 만약 불가능하다면 병원으로 이송을 해 주거나, 보호자가 올 때까지만이라도 보호자 역할을 대신해 주었으면 좋겠다고 하였다. 참여자 A3도 가능하다면 시설에서 응급실 이송뿐만 아니라 수술까지 해 주기를 바라고 있었다.

병간호를 잠깐이라도 해 줄 수 있는 급할 때라도 그렇게 된다면, 근데 여기는 예외 없어요, 무조건 아프면 보호자가 와야 하는 거예요, 그것도 빨리 한 시간 내에 오세요, 이러면 진짜 너무 힘들거든요, (중략) 감사하죠, 응급실에만 내려만 놔도, (중략) 진짜 국가 도움을 받아서 혼자서 이렇게 잘 계실 수 있는, 응급상황에 대처할 수 있는 시스템으로 돌아가면 참 좋겠네요, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

수술 봐야 주고, 이 사람 누구이고, 어떨 때는 침상이 없어서 정신없는 사람을 얹혀 놓을 때도 있어요, 침상만 어떻게 해서 병원에서든 노인들 눕혀 놓을 수 있는 것까지, (중략) 침상까지 해 주면 훨씬 식구들이 쉽죠, (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

응급상황이 아니더라도 요양시설 입소 노인들은 병원 치료가 필요한

경우가 많다고 하였다. 참여자가 직장에 다니는 경우, 시설에서 멀리 떨어진 곳에 거주하는 경우, 보호자 또한 노인이라서 입소한 노인을 병원으로 모셔 가기 어려울 경우 노인요양시설과 연계된 병원에서 치료를 받을 수 있거나 요양시설 직원이 동행하여 외래진료를 받을 수 있기를 바랐다. 연계된 병원에서 지속해서 치료받으면 입소 노인의 상태와 변화를 알고 있으므로 치료에도 도움이 될 것 같다고 하였다. 노인요양시설이 병원과 의료서비스만 잘 연계되어 있다면 요양병원에 입원할 필요가 없을 것 같고, 자녀가 없는 노인들을 위해서라도 의료 연계 서비스가 필요할 것 같다고 하였다.

요양원에 아까 말한 병원하고 협업해서 치료해 주는 그런, 그것만 되면 요양병원 꼭 갈 필요가 뭐 있어요, 요양원만 가면 되지, 그런 거를 국가의 중요한 사항인데, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

참여자 중 일부는 시설의 직원이 보호자를 대리하여 병원 진료에 동행하는 것이 불가능하다면 이송 서비스라도 제공해 주었으면 좋겠다고 하였다. 병원 이송 서비스 이용 비용이 무료이길 원하는 참여자도 있었으나, 참여자 A1과 참여자 C6, 참여자 C2는 서비스가 제공되지만 한다면 추가 비용을 지불할 수 있다고 하였다. 참여자가 생각하는 적정 비용은 1회당 2만 원부터 20만 원까지 다양했다. 참여자 A1은 시설에서 아버지를 병원으로 옮겨야 할 것 같으며 갑자기 연락이 올 경우, 장애인콜택시를 불러서 이동하고 있었다. 휠체어가 아니면 이동할 수 없는 아버지를 모시고 일반적인 택시로 이동하는 것은 거의 불가능에 가까웠고, 사설구급차를 이용하기에는 경제적인 부담이 크다고 하였다. 그러나 장애인콜택시는 한 시간 전에만 예약할 수 있고 이용하는 사람들이 많아서 필요한 시

간에 딱 맞춰 오는 것도 아니므로 이용에 어려움이 있었다. 또한 아버지의 상태가 좋지 않을 때는 휠체어에 앉아서 이동하기보다 누워서 좀 더 편안하게 이동할 수 있도록 하기 위해서는 노인의 특성을 반영한 병원 이송 서비스가 도입되기를 바라고 있었다.

자기네들이 이제 앰블런스에 모시고 가야지, 앰블런스에 모셔야 돼요, 119 이런 거, 그런 데 모시면 좋죠, (중략) 그 사람들이 회복이 돼서 요양원하고, 병원하고, 그리고 병원에 연락하면 병원에서 앰블런스 와서 싣고 가서 치료해서 모셔다 주면, 한 20만 원 정도는 더 내야 되지 않겠나, 요새 돈이 가치가 없으니까, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

참여자들이 원하는 의료 관련 서비스 중 하나는 가정방문 서비스였다. 상급병원에서 정기적으로 약 처방과 검사가 필요한 노인의 경우, 코로나 19 발생 이전에는 보호자가 노인을 모시고 가서 약 처방과 검사를 받아와야 했는데, 현재는 병원의 가정방문 서비스가 있어 보호자가 병원이나 시설을 방문하지 않고도 검사를 받을 수 있다고 하였다. 특히 참여자 A1의 아버지와 같이 요양병원에서 치료가 불가능하고 상급병원의 정기적인 검사가 필요한 경우에는 코로나19 발생 이후 제공되는 가정방문 서비스를 지속적으로 이용하고 싶다고 하였다.

그래도 요즘은 되게 많이 좋아졌어요, 가정방문도 병원에서 직접 와서 피도 뽑아 가기도 하고 점점 코로나 이것 때문에 되게 많이 좋아진 것 같아요, 되게 편해졌어요, 코로나 전에는 전부 다 가서 진단하고 그랬는데 가정방문 서비스가 되게 많이 생기고 편해진 것 같아요, 예전에는 피검사는 안 했던 것 같은데 피검사도 다 와서, (중략) 그거 뽑아서 결과 나오면 그것대로 처방, 제가 가서

갖고 오니까 되게 편해졌어요. (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

3) 양질의 서비스 제공을 위한 시스템

참여자들은 현 상황보다는 좀 더 개별화된 돌봄이 가능하도록 요양보호사와 입소 노인의 비율을 조정할 필요가 있다고 생각하고 있었다. 현행 법상 요양시설에는 이용자 2.5명당 요양보호사 1명이 배치되어야 한다. 전체 이용자 대비 요양보호사 비율을 이야기하는 것이므로 교대근무, 휴무 등을 고려할 때 실제 현장에서는 1명의 요양보호사가 여러 명의 노인을 보살펴야 했다. 참여자 A3은 어머니가 머리에 혹이 난 것을 보고 요양보호사에게 항의하였더니, 자신이 돌볼 노인이 12명이어서 사고가 나는 것을 확인할 수 있는 상황이 아니라는 답변을 받았다고 하였다. 현재 기준으로 입소 노인에게 개별화된 돌봄을 제공하기 어려운 상황이었다. 참여자들이 생각하는 요양보호사와 입소 노인의 이상적인 비율은 1대1이었다. 그러나 국가의 지원과 개별 부담을 고려할 때 입소 노인 2명당 1명 혹은 3, 4명이 생활하는 침실당 1명의 요양보호사가 적절하다는 의견이 많았다.

내가 이 방, 이 방, 12명인가 매일 돌본대요, 7시간인가 3교대로 그렇게 왔다 갔다 하면서 식사 드려야 되고, 그런데 한순간에 이 할머니가 그렇게 하는 걸 내가 어떻게 하냐는 거야, (A3, 60대 여성, 어머니 입소)

아무래도 아까도 말씀드렸지만, 내가 케어하는 사람들이 많으면 소홀할 수도 있겠다. (연구자: 선생님, 그러면 1명당 케어하는 사람이 몇 명 정도가 적당할까요?) 1명이면 좋죠. (B6, 50대 남성, 장인 입소)

입소 노인에게 개별화된 돌봄이 제공되기 위해서는 요양보호사 등 적절한 수의 직원이 확보될 필요가 있다. 간호사와 요양보호사 같은 돌봄을 제공하는 직원이 자주 바뀌는 것은 좋지 않은데, 입소 노인의 상태를 알고 있는 직원이 바뀌게 되면 입소 노인뿐만 아니라 가족도 힘들어진다고 하였다. 참여자들은 요양보호사 등 직원의 처우 개선이 잦은 이직을 예방할 수 있고 이는 결국 입소 노인들에게 양질의 돌봄 제공으로 이어진다고 하였다.

대우가 좋아지면 그 사람들은 오히려 그거는 사람들이지 말고 그쪽은 대우를 좀 더, 월급을 더 준다든지 대우가 좋으면, 그 사람들도 자주 안 바뀌고 오히려 나아지지 않을까,

(중략) 내가 봐도 안타까운데 그분들에 대한 뭔가를 좀 더 해 주고 그분들이 견딜 수 있는 동기를 줘야 할 거 아닙니까, 요인을, 그렇죠, 그냥 뭐 오래 그것도 못 견디니, 이런 얘기를 하는 사람들은 나는 나쁘다고 생각해요, (C5, 50대 남성, 부모 입소)

노인요양시설 내에 상담인력을 배치하였으면 좋겠다는 의견도 있었다. 노인요양시설에 입소한 노인들이 자녀들에게 수시로 전화하여 하소연하는 경우가 있는데, 바쁜 자녀들이 전화를 받아 주지 않는다고 섭섭해할 것이 아니라 노인요양시설 내에 상담인력이 배치되어 자녀에게도 하지 못하는 입소 노인의 이야기를 들어 주었으면 좋겠다고 하였다.

거기 상담사 같은 사람 이런 사람한테 하소연 들어 주는 사람, (중략) 차라리 있으면 자식한테 의지 안 하고, (중략) 아무래도 젊은 상담사는 감정 빼고 들어 줄 수 있잖아, 근데 요양보호사들한테 오줌, 똥 치우기도 바쁜 사람한테 내 하소연해 봐야 언제 들어 주겠어요, 귀찮지, 아예 말만 들어 주는 사람, (B4, 70대 여

성, 시아버지 입소)

참여자들은 노인요양시설에 입소한 자신의 가족이 학대를 당하지는 않을까 걱정하였다. 그리고 자신이 돌보지 못하고 시설로 모시게 된 것에 대해 죄스러움을 느끼기도 하였다. 가족들의 걱정과 죄책감을 덜어 주기 위해서는 노인요양시설이 믿고 맡길 만한 기관이 될 필요가 있다. 참여자들은 현재 시행되고 있는 노인장기요양시설 평가가 좀 더 다양한 항목으로 평가가 이뤄지고, 평가 결과에 따른 우수 기관 인증 표시를 쉽게 확인할 수 있게 되기를 바라고 있었다.

인증을 받는, 예를 들어 어린이집 인증받듯이 전화, 말해서 보여주지만 여기는 정말 학대 없다, 직원분도 확실하고 여기는 의식주가 완벽하다, 인증제가 그러니까 뭐 호텔 별 5개 등급 식당 가면 에이 플러스, 투플 이렇게 되어 있듯이, 어린이집도 평가인증 되어 있잖아요, 이것도 평가인증을 조금 더 세밀하게 해서, (중략) 직원 이직률, 사고도 보고, 민원이라는 건 우리가 보호자들이 민원을 안 넣으면 민원이 없겠죠, 민원도 점수를 소분화시켜서 그걸 해서 보고, (중략) 그래서 그런 점수화를 시켜서 요양 볼 때 우리가 더 믿음이 가고, 또 자식 된 도리로서 부모님을 보낼 때 제가 편하다는 소리일지 몰라도, 더 좀 죄송한 마음이 좀 덜하지 않을까, (A5, 50대 남성, 어머니 입소)

참여자들은 남성 노인이 입소할 수 있는 시설이 마련될 필요가 있다고 하였다. 남성 노인들을 받아 주는 시설이 적어서 시설에 입소해야 할 남성 노인들이 요양병원에 입원해 있는 상태라고 하였다. 기존에 남성 노인을 받았던 시설조차도 남성 노인을 받지 않는 경우가 있는데, 참여자 C6과 부인은, 요양보호사 대부분이 여자이기 때문에 남자 노인을 돌보기가

쉽지 않아서 그런 것 같다고 추측하였다. 남성 노인이 입소할 수 있는 시설이 마련되기 위해서는 남성 요양보호사 확충이 필요하다고 하였다. 참여자 B5의 남편이 입소한 시설에서는 남성인 요양보호사가 남성 노인을 케어하고 있었는데, 여성이 돌보는 것보다 동성이 돌봄을 제공하는 것이 나은 것 같다고 하였다. 남성 노인이 입소할 수 있는 시설을 지역 내 몇 군데로 지정하면 좋을 것 같다는 의견도 있었다. 남성 노인이 입소한 시설을 꺼리는 여성 노인들이 있을 수 있으므로, 남성 노인이 입소 가능한 시설을 지역 내 몇 군데 지정해 두면 여성 노인들이 기관을 선택하는 데도 도움이 될 것 같다고 하였다.

남자분들은 처음에 운영을 하셨는데 불편하셔서 서서히 자꾸 없애더라고요, 이제 남자는 없습니다, 그래서 여기 어르신들이 세상 희한하다, 왜 여자는 갈 데 있고 남자는 오지 마라고 하나, 그렇게 불평하셨어요, (중략) 요양사들이 전부 여자들이잖아, 대소변 싸고 이러면 같은 여자들끼리는 뭐 가능한데, 남자들은 관리하기가 힘들잖아요, 기저귀 가는 것도 씻기도 힘들고, (중략) 요양보호사들이, 남자 간호사들 생기듯이 생겨야 되지, 남자들도, (중략) 갈 데가 없다니까 요양병원으로 가지, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

무조건 남녀 다 받는 게 아니고 영천시면 시에서 한두 군데는 공용, 그랬으면 좋겠네, (중략) 남자들 있는 데 가고 싶으면 가고 가기 싫으면 안 가고, 나중에 나는 그럴 것 같아요, 나는 여자 있는 데 가고 그러면 좋겠네, 여자들은 여자들만 있는 것도 괜찮은데, 할아버지들이 그렇거든요, (C2, 60대 여성, 아버지 입소)

4) 신뢰감: 가족과의 소통 및 정보 제공

참여자들은 자신의 가족이 시설에서 어떻게 생활하는지 궁금해할 뿐만 아니라 건강 상태 변화에 대해 알고 싶어 했다. 특히 참여자 A1의 아버지처럼 입소 노인의 건강 상태 변화가 있는 경우 이러한 서비스의 도입 필요성을 더 많이 느끼고 있었다. 스마트폰 애플리케이션이나 시설의 홈페이지, 네이버 밴드, 다음 카페, 카카오톡이나 문자 등 입소한 노인의 상황을 가족들이 시공간의 제약 없이 확인할 수 있기를 바라고 있었다.

저희 아버지도 혈압이 좀 왔다 갔다 하시거든요, 근데 이 약을 먹어야 하는 단계와 먹지 않아도 되는 단계 그 중간 사이라고 그럴까요, 추이를 보는 단계인 거죠, 그게 궁금하긴 해요, 근데 좀 높아지면 높아졌다고 연락이 오긴 해요, 좀 높아지셨네요, 근데 그거를 추이를 볼 수는 없으니까, 근데 그거를 요구하기에는 너무 일이 많잖아요, 일이 많은데 그런 거는 조금 궁금하긴 해요, 그런 것들이, 그리고 약이 뭐, 아버지가 쓰시는 약이 언제쯤 떨어질 것 같다고 미리 연락을 주긴 하지만 간호사들이 놓칠 때도 있거든요, 그러면 나는 그 병원이 하루아침에 갑자기 예약되지 않잖아요, 예약해서 또 가서 이렇게 하고, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

폭력적인 행동을 보이거나 밤에 잠을 자지 않고 배회하는 등 다른 입소 노인들에게 피해를 주는 행동을 할 때는 결박이나 수면제 추가 투여가 필요했다. 참여자들은 자신의 부모나 배우자가 결박당한 사실을 이후에 알거나 결박당한 모습을 보고 항의를 하기도 했다. 가장 좋은 것은 결박이나 추가로 수면제가 투여되지 않는 것이지만 불가피하게 필요할 때는 어떤 이유로 결박이나 수면제가 투여되는지, 어떤 처치를 하는지 가족에게

설명하고 동의를 구하기를 바랐다.

설명을 해 줘야죠, 동의를 하고, 저 같은 경우도 어머니가 그렇게 하니깐 약을 쓰겠습니다, 저는 동의했어요, 안 들으니까 조금 더 쓴다고, 저녁에 잘 주무시는데 비몽사몽으로 주무시는 것 같아요, (B8, 70대 남성, 어머니 입소)

참여자들은 양질의 식자재를 쓰는지, 부실한 식사가 제공되는 것은 아닌지, 공개된 식단과 동일한 식사가 제공하는지 공개되기를 바랐다. 노인요양시설 선택 기준 중 하나가 양질의 식사 제공 여부일 정도로 참여자들은 자신의 가족이 먹는 식사에 관심이 있었다. 참여자 A1은 노인요양시설도 학교 급식처럼 식자재를 확인할 수 있고 원산지도 표시되는 등 투명하게 공개되기를 바라고 있었다. 참여자 B5는 컴퓨터를 활용할 줄 모르고 핸드폰 사용도 제한적이므로 월 1회 식단을 우편으로 보내 주거나 면회를 하러 갔을 때 주었으면 좋겠다고 하였다.

식사를 재료들을 막, 거기 계시다 보니까 거기 기관에 있는 사람들과 친해지잖아요, 그러니까 듣는 거죠, 얘기를, 이상한 데서 사 오고, 싸구려고 하고, 그래서 제가 그런 것 때문에 거기에 나왔는데 좀 그런 거 어떻게 볼 수가 없는 거잖아요, 그 안에 들어가 있지 않은 이상 속으려면 얼마든지 속일 수 있는 거잖아요, 그런 거는 어떻게 학교처럼, 학교는 그렇잖아요, 급식할 때 애들 학부모가 다 가서 감사하잖아요, (중략) 자재를 검수할 수 있는 거 중국제를 쓰는지 안 쓰는지 이런 거 보면 좋긴 하겠죠, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

한 달 식단도 해서 우편으로 보내든지, 내가 갔을 때 한 달에 1 번씩이라도 가니까 갈 때 주든지 그러면 좋지, (중략) 손으로 받는 게 좋지, 우리는 늙은이라 핸드폰도 잘 못 하니까, (B5, 70대 여성, 남편 입소)

노인요양시설 내 익명의 건의함을 설치하여 입소 노인과 그들의 가족이 개선해야 할 부분을 익명으로 건의할 수 있었으면 좋겠다는 의견도 있었다. 참여자들은 건의하고 싶은 부분이 있어도 시설에 입소해 있는 자신의 가족에게 피해가 갈까 봐 이야기하지 않고 넘어가는 경우가 있다고 하였다. 익명의 건의함이 있다면 이러한 걱정 없이 개선할 부분을 전달할 수 있을 것 같다고 하였다.

그런데 또 엄마한테 혹시나 피해가 갈까 싫어서 보호자들도 말을 안 하게 되고, (중략) 건의함 같은 거 해서 익명으로 넣으면, 그거를 꺼내서 ‘아, 이런, 이런 문제가 있겠구나’ 이런 거를 감안해서 개선해서 나가면은. (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

5) 자율성: 개인의 선택과 자율성 보장

참여자 몇몇은 노인요양시설에서 필요한 모든 물품을 제공해 주기를 바라고 있었다. 의복의 경우, 개인이 준비한 옷을 입길 원하는 참여자도 있었지만, 기관 차원에서 입소 노인의 옷을 준비해 주기를 원하는 참여자도 있었다. 참여자 C2가 바라는 것은 시설 내에서 필요한 모든 물품을 시설에서 제공하는 것이었다. 누군가 좋은 물건을 가지고 있으면 보호자에게 연락해서 사 달라고 하는 경우도 있고, 자녀가 멀리 있거나 혹은 자녀가 없을 수도 있으므로 시설 내에서 필요한 물품은 모두 시설에서 제공할 수 있는 시스템을 갖추기를 원하고 있었다.

옷을 막 보면 딴 거 남의 옷도 입고 그러니까, 어디 가서 있는지 맨날 찾고, 그것도 힘들잖아요. 팬티 같은 거 이름 써서 맨 처음에 다 해도 딴 데 가면 다른 거 입고 있고 그래. (중략) 전체를 소독을 깨끗이 해서 병원에 있잖아요, 환자복, 이렇게 입혀 주고 그러는데 더 위생적인 것 같아, 내 생각에는, 위생적인 거는. (A4, 70대 여성 어머니/남편 입소)

가족의 입장이 아닌 입소 노인의 입장에서 생각했을 때 옷을 제외하고는 자신의 개성을 드러낼 수 있는 수단이 없으므로 옷만이라도 기존에 자신이 입던 옷을 시설에서도 입기를 바라는 의견도 있었다. 체격이 작은 편이라서 몸에 맞지 않은 단체복보다는 개인의 옷을 입기를 원하는 참여자도 있었다.

우리 어머니가 치매이신데도 불구하고 자기 스타일이 아닌 건 절대 안 입으시거든, 그러면 정신 말짱한 분들은 어떻게어요, 똑같은 병실 복 싫어하실 거예요, 그러면 진짜 거기 있는 사람 위주로 생각을 해야 한단니까요, 그러면 자기 원하는 대로 입게 하시고, 옷을 거기서 자주 입는 것도 아니고, 여러 개 입는 것도 아니잖아요, 거기 계신 분들 위주로 생각해야지. (C5, 50대 남성, 부모 입소)

참여자들은 다양한 프로그램이 있었으면 좋겠다고 하였다. 원하는 프로그램은 영화 감상, 노래교실, 독서, 그림 그리기, 운동 프로그램, 물리치료, 텃밭 가꾸기, 인지기능 향상을 위한 퍼즐 등으로 입소 노인의 흥미에 맞는 프로그램이 진행될 수 있는 환경 및 시스템이 마련되길 바라고 있었다. 참여자 B4에 따르면, 앞으로 노인요양시설에 입소할 노인들은 복지관, 문화원 등에서 다양한 프로그램에 참여해 본 경험이 있으므로 현재 노인요양시설에서 진행되는 프로그램보다 질 높은 프로그램이 시행되

기를 바랐다. 여기에 더해 동아리 활동처럼 진행할 수 있는 문화 공간도 있었으면 좋겠다고 하였으며, 노인요양시설에 대한 부정적인 이미지를 벗어나기 위해서는 노인요양시설의 명칭 또한 변경해야 한다고 생각하고 있었다. 단, 다양한 프로그램이 마련되어 있되 입소 노인이 흥미가 없는 프로그램이거나 상황이 여의치 않을 수 있으므로 참여를 원하지 않는 경우라면 강권하지는 않았으면 좋겠다고 하였다.

국가가, 내 생각에는 대학 기숙사처럼 운영하면 좋겠어, 그래서 아침에 일어날 시간, 첫째 시간 몇 시부터 몇 시까지는 무슨 프로그램, 점심 먹고 자기 몸이 너무 힘들면 참석을 못 하더라도 약 먹고 참석할 사람은 참석하더라도 오전 프로그램, 예를 들면 그림 그리는 시간, 나 같은 사람은 그림 그리러 갈 거고, 오후 프로그램은 영화 관람, 연극 관람 이런 거, 약간 질 높은 거 그런 거 해 주면 가고, 그러면 금상첨화일 것 같아. (중략) 근데 앞으로 미래에 10년 후에는 그렇게 하면 취미생활을 많이 했던 사람들이 가니까, (B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

우리가 이제 모든 대상자를 한꺼번에 놓고 프로그램 때나 뭐를 할 때, 나는 저게 하기 싫은데 왜 저걸 자꾸 하라고 그러냐, 그러면 대상자들이 힘들어하잖아요, 자꾸 스트레스받고, 어떤 사람은 그리는 걸 좋아하고, 어떤 사람은 진짜 뜨개질하는 걸 좋아하고, 그런 거를 그 사람만의 그걸 개성을 그걸 해서 좀 해 줬으면 그런 생각이죠, (중략) 근데 그걸 힘들어하는 사람들은 그런 걸 안 시켰으면 좋겠고, 본인이 하고 싶어 하는 걸 시켰으면 좋겠다. (B1, 50대 여성, 시어머니 입소)

시설에 입소하더라도 종교활동이 가능하면 좋겠다는 참여자도 있었다. 참여자 A2는 시설에 입소한 후에도 종교활동을 지속해 나갈 수 있었으면

좋겠다고 하였고, 참여자 B4는 종교활동을 유지할 수 있도록 수녀회에서 위탁받아서 운영하는 시설에 입소하고 싶다고 하였다.

각자의 신앙 그런 시스템이 있으면 불교인 사람들은 불교식으로 모여서 하고, 천주교인 사람들은 천주교인 식으로 하고 하면 좋은데 그렇게 되면 또 번거롭겠죠, 희망 사항은, (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

참여자들은 노인요양시설에 입소하더라도 건강 상태가 허락한다면 짧은 시간 외출 다녀오는 것이 가능하기를 바랐다. 즉, 치매로 입소한 상태가 아니라면, 보행보조차를 활용하여 이동이 가능한 상태라면 입소한 노인이 원할 때 보호자가 동행하지 않더라도 외출할 수 있기를 바랐다.

일단은 걸어 다닐 수 있으면은, 그 조건이면, 아니면 뭐 일단 외출 자유롭게 할 수 있는 곳, (B2, 60대 여성, 어머니 입소)
그 뭐, 환자가 정신이 진짜 온전하고 아무런 그런 게 없다면 환자가 원하면 보내 주는 것도 괜찮을 것 같아요, 환자가 물론 치매기가 있다든지 이러면 아예 할 수가 없잖아요, 보내서는 안 되고, 그런데 환자가 자기도 판단을 할 것 아닙니까? 정신적으로는 아무런 그런 게 없다면 나가서 사고 날 게 없다 싶으면 환자가 원하면 갈 수 있는 게 안 좋겠습니까? (B7, 60대 남성, 어머니 입소)

그리고 참여자들은 입소 노인의 건강 상태가 허락한다면 외부 음식을 구매할 수 있는 시스템을 마련해 주기를 바랐다. 참여자 A2의 시어머니는 필요한 간식이 있을 때마다 요양보호사에게 개인적으로 부탁하거나 원거리에 거주한 참여자 A2가 사서 가야 했으므로 간식과 사소한 물건은 내부

에서 구매할 수 있는 체계가 마련되기를 바랐다. 참여자 B2도 시설에 입소하게 된다면 가끔이라도 외부 음식을 배달시켜 먹고 싶다고 하였다.

근데 이제 어머님이 꼭 드셔야 하는 게 우유라든지 요구르트라든지 이런 사소한 것들 있잖아요, 근데 이제 그런 거는 부탁하기가 좀 어려우니까, 정 필요하면 요양사한테 개인적으로 당신 내일 출근할 때 돈을 줄 테니 사다 달라고 하셨더라고요, 근데 그런 거는 우리 생각에는 차라리 배달원한테 부탁해서 돈을 우리가 지불하고 오게끔 해 주면 얼마나 좋을까, 우리는 그것 때문에 일부러 갈 경우가 많았어요, (중략) 아니면 거기 매점이 내부에 있어서 내가 사 먹고 싶으면 사 먹는 그런 시스템도 있으면 좋은데 그런 건 운영을 안 하니까, (A2, 60대 여성, 시어머니 입소)

그런데 음식을 이제 내가 먹고 싶을 때 배달시켜서 먹을 수 있고, (중략) 가끔씩, 먹고 싶은 거, 외부의 음식 먹고 싶은 거. (B2, 60대 여성, 어머니 입소)

또한 참여자들은 가능하다면 노인요양시설에 입소하더라도 개인 물품을 소지할 수 있었으면 좋겠다고 하였다. 참여자 C6은 시설에 들어가고 싶은 마음이 없지만, 불가피한 상황에서 입소하게 된다면 자신이 마련해 둔 책과 서예 도구를 가지고 들어가고 싶다고 하였다. 참여자 B7은 입소할 때 핸드폰, 돈 혹은 신용카드, 외출복 정도는 소지할 수 있기를 바랐다.

책을 좀 갖고 들어가야지, 옛날 고서도 보고, 붓글씨도 쓰고, 노는 거에 관심이 없으니까 장기, 바둑, 화투 이런 거 관심이 없어요, (C6, 60대 남성, 어머니 입소)

요즘은 핸드폰 없으면 저희들 같은 경우는 더 불안함을 느끼잖아요, 지금 무슨 핸드폰 정도는 무조건 소지를 해야 안 되겠습니까? (B7, 60대 남성, 어머니 입소)

입소 노인의 핸드폰 소지를 반대하는 참여자도 있었다. 몇몇 시설에서는 개인이 핸드폰을 소지하는 것이 가능한데, 가족에게 수시로 전화하거나 새벽에 전화하는 일이 있으므로 입소한 노인이 핸드폰을 소지하기보다는 전화 통화가 필요할 때 직원에게 요청하거나 공중전화가 비치되기를 바랐다. 만약 핸드폰을 소지하게 한다면 타인에게 불편을 줄 수 있으므로 직원에게 맡기는 것이 좋겠다는 참여자도 있었다.

전화기는 안 갖고 가는 게 맞아요, 내가 해 보니까 우리 아버지는 1번 요새 입력해 놓잖아요, 동생 출근하면 회의하고 그러는데 전화 내내 하니까 몇 번을 하지 말라고 해도 안 되고 번호 다 지우고 내 것만 뒀어요, (중략) 병원에 무슨 일 있으면 다 연락해 주니까 전화기는 안 갖고 갔으면 좋겠어, (C2, 60대 여성, 아버지 입소)

6) 노인요양시설 공공성 강화

참여자들은 공공 영역에서 운영하는 노인요양시설이 늘어나기를 바라고 있었다. 노인요양시설을 하나의 사업으로 생각하는 사람들이 많기 때문이다. 참여자들은 과거 보육이 가정의 책임에서 국가의 책임으로 넘어갔듯이 노인의 요양도 국가가 책임져 주기를 바라고 있었다. 공공 영역에서 운영될 경우, 민간에서 운영되는 것보다 신뢰할 수 있고 규모도 민간보다 대규모로 운영될 수 있어 분야별로 직원이 배치되어 체계적으로 운영될 수 있다고 하였다. 또한 민간 영역에서 운영되는 시설에서는 입소

노인의 상태에 따라 가려 받는 경우도 있었는데, 공공 영역의 시설은 노인의 상태에 따라 가려 받지 않는다는 점이 좋다고 하였다. 실제로 민간에서 운영하는 노인요양시설에서 여러 차례 거부당한 노인이 갈 수 있었던 곳은 공공 영역에서 운영하는 요양시설이었다.

저희도 뭐 이런 사설 안 가고 싶고 국립 뭐 이런 거 가고 싶죠, 엄청나게 기다려야 되는 거예요, 2년, 어떤 데는 5년 기다려야 되고, 그때 우리 아버지 돌아가시지 않고 살아 계실지 아니면 돌아가실지 모르는데 5년 그러니까, 현재는 시설이 그렇게 부족한 거잖아요, (A1, 50대 여성, 아버지 입소)

국가에서 하면 직업적으로 착착착 시스템화되고, 착착착 하는데, 민간으로 가면 일종의 손님 유치더라고요, 그래서 손님 유치를 해서 어쨌든 자기가 이윤을 많이 남겨야 되잖아, 그래서 그 사람들 눈치도 보이고, 작은 소규모로 하는 데선 환자를 꺾다 보면 좋은 환자, 다루기 힘든 환자들이 있잖아, 그걸 감당을 못 해 작은 병원에서는, 힘든 환자는 데려갔으면 전화가 와, 환자가 다 착한 환자만 어딴어, 힘든 환자도 있지, 그러니까 그런 점이 작은 데는 전문화가 안 되어 있는 거야, 간호사 1명 있는 직원 두고 하는 거야, 직원 교육도 사실 잘 안 된 거지, (B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

그러나 공공 영역의 몇몇 노인요양시설은 저렴한 가격에 입소할 수 있다는 장점이 있음에도 불구하고 양질의 서비스를 제공하지 못하여 외면을 받기도 하였다. 참여자 C5는 기존에 어머니가 입소한 시설에 문제가 생겨서 시에서 운영하는 노인요양시설에 어머니가 단기간 입소한 경험이 있었다. 시에서 운영하는 노인요양시설의 서비스가 더 좋으면 그곳에 계속 어머니를 모시려고 하였지만, 이전에 경험했던 시설에 비해 돌봄서비

스의 질이 낮아서 결국 이전에 입소한 시설로 돌아가게 되었다고 하였다. 즉, 공공에서 운영하느냐 아니면 민간에서 운영하느냐가 중요한 것이 아니라, 공공 영역에서 운영하는 노인요양시설이라도 환경과 서비스가 민간 영역에서 운영하는 노인요양시설보다 못할 경우에는 외면받을 수밖에 없는 것이다.

시에서 운영하는데 개인이 하는 데보다는 일단 케어가 부족했어요. (연구자: 어떤 점에서요?) 인원도 그렇고, 케어하는 사람들이 좀 많으면 하는 사람이 많아도요, 썬는 게 달라요, 그만큼 차이가 있더라고요, 그래서 시에서, 관에서 하는 건 아직은 비용은 저렴할지라도 조금 저런 사설 좋은 데보다는 힘들겠구나. (C5, 50대 남성, 부모 입소)

비용 부담 수준에 대해서는 현재의 비용 수준에 만족한다는 참여자와 현재보다 양질의 서비스가 제공된다면 100만 원까지는 부담이 가능하다는 참여자가 있었다. 그러나 상당수의 참여자는 지금보다도 비용 부담이 줄어들기를 바랐다. 현재 개인이 부담하는 비율은 전체 비용 중 20%로 과거에 비해서는 시설 입소에 대한 부담이 줄어들었다. 그러나 식비와 1, 2인실 사용 비용, 이·미용 비용, 프로그램 재료비 등의 비급여 항목이 있고, 입소 중에도 건강상의 문제로 치료를 지속하고 있으므로 입소 노인 한 사람에게 들어가는 비용이 적게는 40만 원에서 별도로 치료를 받는 경우 100만 원 넘게 들기도 하였다. 참여자 C7은 비용 부담 때문에 입소를 꺼리는 사람이 있을 수 있으므로 비용 부담이 좀 더 낮아지거나 무료로 이용할 수 있게 되기를 바랐다.

그냥 내 생활비 정도 내고 100만 원 안쪽으로 그 정도는 갈 수 있을 것 같아. (B4, 70대 여성, 시아버지 입소)

그때 가면 저희도 뭐 국민연금 받는 수준에서는 이제 뭐 시설이 더 좋아졌다든지 복지가 잘돼 있다든지 하면 100만 원까지도, 아까 이야기했던 대로, 시설이 잘돼 있으면 그 정도라도 해서 그런 데 가는 게 안 좋겠습니까? (B7, 60대 남성, 어머니 입소)

등급을 받으면 100%는 안 되도 한 20~30%는 자기 부담 내야 하잖아요, 근데 그 가는 사람들은 몰라, 경제 사정이 저기한 사람들은 몰라도 농촌이나 저런 데 있는 데는 열악한 분들은 그 부담도 또 부담이니까, 그런 부담 정도를 좀 줄여 줬으면 낫지 않겠나, 물론 등급 받으니까 우리 엄마 같은 경우에 한 달에 50만 원 넘게 한 60만 원 가까이 들더라고요, 그것도 정부 지원을 마침 해 주니까 그렇게 되지, 안 그러면 그리 안 될 것 같은데, 부담을 조금 완화해 줄 방법 그런 게 있으면, 저는 이렇게 생각합니다. (C7, 70대 남성, 어머니 입소)

제3절 소결

이 장에서는 노인요양시설 운영 및 이용 실태, 이용 경험 등에 대한 분석을 통해 현재 운영되고 있는 노인요양시설이 미래 노인의 욕구를 얼마나 포괄하고 있는지를 중심으로 살펴보았다.

시설의 운영과 관련해서는 2008년 제도 도입 이후 시설 설치 기준과 인력 기준은 거의 변화 없이 운영되고 있다. 이 두 사항은 일정 기준을 충족할 경우 추가적인 사항들은 대부분 기관의 선택에 따라 운영되고 있다. 특히 시설 설치 기준과 관련해서는 기관의 특성에 따라 비급여 항목의 상급침실료를 책정하는 방식으로 시설을 특성화하고 있다. 인력 및 프로그램의 경우는 가산제를 활용하여 시설의 선택에 따라 인력을 충원하고 있다. 현재 노인요양시설에서 자율성을 발휘하여 운영할 수 있는 부분은 가

산 제도와 비급여 부분이지만, 우리나라의 경우 인력과 맞춤형 서비스 제공, 상급침실료, 식사비, 이·미용비 등으로 한정되어 있다. 특히 가산 제도의 경우 대부분의 시설에서 가산에 적용되는 인력 기준을 적용하고 있으므로 이는 시설의 특성화를 위한 가산 제도라기보다는 인력 기준 상향 배치를 위한 임시방편의 역할이 크다는 지적이 이어지고 있다.

최근에는 노인들의 욕구 대응을 위한 추가적 형태의 시설로 치매 노인을 위한 치매전담형 장기요양기관과 전문요양실을 운영하고 있다. 이는 노인의 기능 상태 및 욕구에 부합하는 다양한 형태의 시설을 제공한다는 점에서 매우 긍정적이지만, ‘요양’ 중심의 욕구로 한정하였다는 한계가 있다. 미래 노인의 경우 다양한 요양시설 형태를 희망하는 것으로 나타나, 노인요양시설은 지금보다 더 다양해질 필요가 있다.

다음으로 현재 노인요양시설의 운영 실태를 미래 노인의 욕구와 매칭하여 살펴보고자 한다. 첫째, 현재 노인요양시설은 대도시의 경우 노인요양 시설이 적고 노인요양공동생활가정의 비율이 높으며, 많은 시설이 시 외곽 지역에 설치되어 있다. 이는 도심 지역의 높은 토지비용과 건축비 등에 따른 현상으로 볼 수 있으나, 미래 노인의 수도권 집중 현상이 증가할 것으로 예상되므로 향후 지역별 수요 대비 공급의 불균형이 발생할 우려가 있다. 둘째, 미래 노인은 공공시설에 대한 욕구가 높지만, 현재 노인요양 시설은 대부분 민간이 운영하고 있다. 셋째, 개인실 또는 부부실에 대한 욕구가 높음에도 불구하고 현재는 4인실 중심(43.2%)으로 시설이 운영되고 있으며, 1인실은 8.8%밖에 되지 않는다. 시설 형태의 개·보수에는 많은 자본이 필요하므로 미래 노인의 개인실 관련 욕구에 대응하기 위해서는 장기적 관점에서 준비가 필요할 것으로 보인다. 넷째, 현재 식사재료비, 간식비, 상급침실료, 이·미용비 등으로 비급여가 한정되어 있으나, 시설 선택에서 미래 노인은 시설 내 이용자의 동일한 비용 부담보다는 이용

서비스에 따른 비용 부담을 우선하는 것으로 나타났다. 마지막으로 노인요양시설의 평가와 관련해서는 점차 평가 점수가 상향되면서 서비스의 질이 향상되었다고 볼 수 있다. 그러나 미래 노인들이 노인요양시설을 이용하지 않으려는 가장 큰 이유는 시설의 서비스 질을 신뢰하지 못하기 때문인 것으로 나타나 노인요양시설의 서비스 질에 대한 미래 노인의 기대와 현재 제공 수준에 차이가 있는 것으로 보인다. 현재의 노인요양시설 평가 기준은 최소한의 기준으로 미흡 시설의 질을 평균 수준으로 끌어올리는 것이 주된 목적 중 하나로 볼 수 있으나, 미래 노인들은 욕구가 다양하고 서비스 질에 대한 기대가 높아 다양성과 전문성을 충족할 수 있는 방안이 필요할 것이다.

다음으로, 미래 노인의 가족 구성원을 대상으로 노인요양시설 이용 경험 과정을 살펴본 결과, 노인요양시설 입소는 노인이 혼자 혹은 가족과 생활하기 어려워짐에 따라 결정을 하게 되며, 결정 과정에서 노인 본인의 입소 거부 또는 가족의 반대 등을 경험하는 것으로 나타났다. 실제로 현재 노인들은 가족의 경제활동으로 인해 돌봄 사람이 없거나, 가족들의 돌봄 부담이 높다는 가족 요인에 의해 노인요양시설 이용을 결정하였으며, 이러한 경향은 미래 노인들도 유사하게 나타났다. 현재 노인의 경우 노인요양시설 이용 결정은 주로 자녀들이 하고 있으나, 노인 본인이 입소를 결정하는 비율도 22.1%로 나타나 이제는 노인들도 노인요양시설 이용을 받아들이는 경향이 있음을 확인하였다. 시설 선택 과정에서는 이용자 및 가족의 특성에 따라 다양한 선택 기준을 고려하여 시설을 선택하는 것으로 나타났다. 시설 선택 기준에서는 가족을 위한 시설 선택과 미래 노인 자신을 위한 기준이 상이하게 나타났다. 현재 노인(가족)을 위한 시설 선택에서는 물리적 환경에 대한 고려가 가장 우선이었으나, 미래 노인(자신)을 위한 시설 선택에서는 인력의 전문성·친절성·충분성에 대한 중

요도가 가장 높고 시설 환경은 중요도가 가장 낮게 나타났다. 이는 현재 노인이 거주하는 노인요양시설과 미래 노인이 거주하는 노인요양시설은 차이가 있어야 함을 보여 주는 결과이다. 마지막으로, 입소 후에는 서비스에 대해 많은 수가 만족하고 있었으며, 가족이 제공할 수 없는 환경 및 서비스 제공과 노인의 선택권 보장, 가족과의 소통을 통한 신뢰감 증가 등의 긍정적 경험을 하는 것으로 나타났다. 그러나 일부에서는 노인을 배려하지 않은 제공자 중심의 서비스 제공과 소극적 대응에 대해 불만을 표출하기도 하였다. 서비스에 대한 가장 큰 불만족 사항은 물리적 환경에 대한 불만족인 것으로 나타났다. 이는 기관 선택에서 가장 중요하게 여기는 항목이 물리적 환경이라는 것과 대치되는 결과이다.

이처럼 미래 노인의 현황 및 욕구와 현재 노인요양시설의 상황은 미스매칭되는 부분이 일부 나타나고 있다. 향후 미래 노인의 85% 이상이 노인요양시설을 이용하겠다고 응답한 것을 고려한다면, 미래 노인의 욕구를 반영한 다양한 형태의 노인요양시설 유형이 개발되어야 할 것으로 보인다.



제4장

미래 노인의 특성과 노인요양시설 욕구 분석

제1절 미래 노인의 특성 변화

제2절 미래 노인의 노인요양시설 욕구 분석: '미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사' 결과

제3절 소결

제4장

미래 노인⁴⁾의 특성과 노인요양시설 욕구 분석

이 장에서는 미래 노인의 특성과 요양 욕구를 파악하기 위하여 다음과 같은 내용을 검토하였다. 먼저 신중년의 특성 파악을 통해 미래 노인의 특성을 예측하여 미래 노인과 현재 노인의 차이점을 확인하였다. 또한 미래 노인이 생각하는 요양 욕구 및 희망하는 노인요양시설에 대한 조사 결과를 제시하였다. 이를 통해 미래 노인의 특성과 요양 욕구를 심층적으로 파악하여, 향후 미래 노인을 위한 노인요양시설 특성화의 기초자료로 활용하고자 한다.

제1절 미래 노인의 특성 변화

1. 인구 및 가구 구조의 변화

저출산·고령화 문제는 2000년 이후 한국 사회에서 계속적으로 논의되고 있다. 특히 고령인구가 매우 급격하게 증가하고 있어 그에 대한 대안 마련이 시급한 상황이다. 2019년 통계청에서 발표한 장래인구특별추계에 따르면, 한국의 총인구는 2030년까지 증가하고 그 이후 감소하는 경향을 보이며, 65세 이상의 노인인구는 2050년까지 증가한 이후 감소세

4) 본 연구에서의 미래 노인은 급격히 변화하는 현대사회에서 청년기를 보낸 후 10~20년 뒤에 노년기에 접어드는 현재의 50~60대 중년층으로 설정함.

를 보일 것으로 예측된다.

그러나 총인구는 감소하는 데 비해 노인인구가 증가하면서 65세 이상 노인인구의 비율은 2030년 25.0%, 2040년 33.9%, 2050년 39.8% 등으로 지속적으로 증가할 것으로 예측된다. 중위연령과 기대수명도 지속적으로 증가하고 있어 후기고령자 비율도 계속적으로 증가할 것으로 예측된다. 실제로 85세 이상 후기고령자의 비율은 2020년 1.5%에서 2040년 4.5%로 3배가량 증가하고, 2067년에는 13.0%까지 증가할 것으로 예측된다.

〈표 4-1〉 미래 인구 고령화

(단위: 만 명, %, 세)

항목	2020년	2030년	2040년	2050년	2060년	2067년
총인구(만 명)	5,178	5,193	5,086	4,774	4,284	3,929
65세 이상 인구(만 명)	813	1,298	1,722	1,901	1,881	1,827
65세 이상 인구(%)	15.7	25.0	33.9	39.8	43.9	46.5
85세 이상 인구(%)	1.5	2.8	4.5	8.5	11.7	13.0
중위연령(세)	43.7	49.5	54.4	57.9	61.3	62.7
기대수명(세)	83.2	85.2	86.8	88.2	89.4	90.1
노년부양비	21.7	38.2	60.1	77.6	91.4	102.4
노령화지수	129.0	259.6	345.7	447.2	546.1	574.5

주: 1) 중위 가정 시나리오에 따른 추계인구임

2) 노년부양비는 (65세 이상 인구)/(15~64세 인구)×100으로 산출됨

3) 노령화지수는 유소년인구 1백 명당 65세 이상 고령인구 비율임

자료: 통계청. (2019a. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년 보도자료. 〈표 1-6〉, 〈표 1-8〉, 〈표 1-9〉, 〈표 2-12〉의 내용을 통합하여 작성. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=373873에서 2020. 10. 19. 인출.

이러한 인구 변화는 지역별로 차이가 나타날 것으로 보인다. 전체 노인 인구의 지역별 분포에 대한 추계를 살펴보면, 65세 이상 인구의 40% 이상이 서울 및 광역시(세종시 포함)에 거주할 것으로 예상되며, 경기권까지 포괄할 경우 60% 이상의 노인들이 서울·경기 및 광역시(세종시 포함)에 거주할 것으로 예상된다. 이러한 경향은 2047년이 되면 66.3%로

더욱 두드러지는 것으로 나타났다. 특히 85세 이상의 경우 2047년으로 갈수록 서울 및 광역시(세종시 포함) 거주 노인의 비율이 증가하는 경향을 보이며, 서울·경기 및 광역시(세종시 포함) 거주 85세 이상 노인은 2047년 65.3%로 나타나 노인인구의 수도권 집중 현상이 지속되거나 증가할 것으로 예상된다.

〈표 4-2〉 시·도별 노인인구 변화 추계

(단위: %, 만 명)

지 역	65세 이상 인구 전체(만 명)					85세 이상 인구 전체(만 명)				
	'17년	'25년	'35년	'45년	'47년	'17년	'25년	'35년	'45년	'47년
전 국	100.0 (707)	100.0 (1,051)	100.0 (1,524)	100.0 (1,833)	100.0 (1,879)	100.0 (59.8)	100.0 (111.6)	100.0 (176.4)	100.0 (325.7)	100.0 (366.3)
서울	18.2	17.7	16.7	16.3	16.2	15.1	15.5	17.3	16.9	16.6
부산	7.6	7.4	6.6	5.9	5.9	6.4	6.4	6.8	6.5	6.3
대구	4.8	4.7	4.5	4.3	4.2	4.0	4.4	4.4	4.3	4.3
인천	4.7	5.2	5.7	5.9	5.9	4.7	4.7	5.2	5.7	5.8
광주	2.5	2.5	2.5	2.5	2.4	2.5	2.3	2.4	2.3	2.3
대전	2.5	2.6	2.6	2.6	2.6	2.5	2.5	2.6	2.6	2.6
울산	1.6	1.8	2.0	1.9	1.9	1.3	1.3	1.4	1.6	1.6
세종	0.3	0.5	0.7	0.8	0.9	0.3	0.4	0.5	0.7	0.7
경기	20.1	22.6	24.9	26.1	26.3	20.1	21.3	23.2	24.7	25.0
강원	3.8	3.7	3.6	3.5	3.5	4.3	4.2	3.7	3.8	3.8
충북	3.4	3.4	3.5	3.5	3.5	3.7	3.8	3.3	3.4	3.5
충남	5.0	4.7	4.7	4.9	4.9	6.0	5.9	5.2	5.0	5.1
전북	4.8	4.2	3.9	3.7	3.7	5.7	5.2	4.6	4.0	4.0
전남	5.5	4.6	4.1	4.0	4.0	6.5	5.9	4.9	4.2	4.2
경북	6.9	6.4	6.0	5.8	5.7	8.0	7.6	6.5	6.2	6.2
경남	6.8	6.9	6.8	6.7	6.7	7.4	7.0	6.5	6.6	6.6
제주	1.3	1.2	1.4	1.5	1.5	1.5	1.5	1.4	1.4	1.4

자료: 통계청, (2019b, 6. 27.). 장래인구특별추계(시도편): 2017~2047년 보도자료, p. 20 〈표 1-5〉의 내용을 활용하여 연구자가 재산출함. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=375555&pageNo=1&rowNum=10&nvCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2020. 11. 18. 인출.

노인 연령군별 가구 형태를 살펴보면, 노인 독거 가구는 2020년 기준 85~89세에서 가장 높은 비율을 보이지만, 2045년에는 75~79세에서 가

장 높은 비율을 보이는 것으로 나타났다. 시간의 흐름에 따라 독거 가구는 75~79세까지는 비율이 지속적으로 증가하고, 80~84세 이후부터는 감소하는 경향을 보인다. 이는 65세 이상 노인이 가구주인 가구 대비 독거 가구 비율에 따른 결과이며, 절대적인 독거노인 가구 수는 지속적으로 증가하는 경향을 보인다.

〈표 4-3〉 65세 이상 노인 독거 가구 수 예측

(단위: 천 명, %)

구분			2020년	2025년	2030년	2035년	2040년	2045년
60~64세	노인인구 비율 ¹⁾		7.4	8.1	8.2	8.4	7.6	7.8
	독거 가구	수	547.4	636.3	689.1	748.0	703.0	737.5
	비율 ²⁾		25.0	26.5	28.0	29.4	30.6	31.7
65~69세	노인인구 비율		5.1	7.2	7.9	8.1	8.4	7.7
	독거 가구	수	411.2	576.5	641.3	668.5	701.5	641.5
	비율		35.9	36.0	36.2	36.5	36.7	36.8
70~74세	노인인구 비율		3.8	4.9	6.9	7.7	8.0	8.4
	독거 가구	수	358.3	455.0	646.0	727.4	762.4	806.1
	비율		30.7	31.1	31.6	32.2	32.6	33.0
75~79세	노인인구 비율		3.1	3.5	4.5	6.4	7.3	7.8
	독거 가구	수	356.1	423.9	558.3	813.6	931.0	993.4
	비율		37.0	38.1	39.4	40.5	41.5	42.4
80~84세	노인인구 비율		2.1	2.6	3.0	3.9	5.7	6.5
	독거 가구	수	273.0	329.2	379.2	483.0	673.5	735.0
	비율		43.0	41.8	40.8	39.9	38.9	37.9
85~89세	노인인구 비율		1.1	1.5	1.8	2.1	2.9	4.4
	독거 가구	수	139.4	197.3	239.1	281.3	361.3	503.3
	비율		49.8	47.8	46.0	44.3	42.5	40.7

주: 장래인구추계 및 장래가구추계를 활용하여 저자가 계산함.

1) 전체 인구 대비 해당 연령 인구 비율.

2) 65세 이상 독거 가구 수/65세 이상 노인이 가구주인 가구 수

자료: 1) 통계청 인구동향과. (2019a. 3. 28.). 장래인구특별추계: 2017~2067년 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=373873에서 2020. 10. 19. 인출.

2) 통계청 인구동향과. (2019c. 12. 16.). 장래가구추계 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=379314&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2020. 11. 29. 인출.

2. 미래 노인(중년층: 50~60대)의 특성

미래 노인은 현재 노인과는 상이할 것이라는 논의가 지속적으로 이어져 오고 있다. 미래 노인에 대한 정의는 코호트적 접근에서의 베이비부머(1955~1963년생), 연령 기준에 따른 예비 노인(만 45~64세), 정부 정책에 따른 신중년(50~69세) 등 다양한 개념이 혼재되어 활용되고 있다. 본 연구에서는 미래 노인의 특성을 알아보기 위하여 노년기를 앞둔 현재 50대와 60대를 포함한 현재 중년층(50~60대)의 특성을 노후 준비 차원에서 살펴보고자 한다. 50~69세를 포괄하기에 본 연구에서 현재 노인은 70대 이상으로 정의하여 중년층과 현재 노인을 비교하고자 한다.

중년층(50~60대)은 현재의 노인에 비해 학력 수준이 매우 높은 것으로 나타났다. 현재 노인은 초졸 이하의 비율이 62.4%로 매우 높은 특성을 보이나, 중년층(50~60대)은 초졸 이하는 8.0%로 매우 낮고 고졸의 비율이 60.2%로 높은 분포를 보이고 있어 현재 노인과 중년층(50~60대)의 학력 격차가 매우 큼을 확인할 수 있다. 그러나 중년층(50~60대) 내에서도 50대와 60대의 학력 격차가 크게 나타났는데, 50대는 고졸 비율이 66.3%로 가장 높고 대졸 이상 비율도 23.2%인 반면, 60대는 중졸 비율이 52.9%로 가장 높고 대졸 이상 비율은 4.5%로 낮은 분포를 보인다.

〈표 4-4〉 중년층(50~60대)의 교육 수준

(단위: %)

구분	중년층(2019) ¹⁾			현재 노인(2017) ²⁾		
	전체	50대	60대	전체	70대	80대 이상
초등학교 이하	8.0	2.8	12.1	62.4	56.4	66.7
중학교	13.7	7.7	52.9	15.0	18.1	12.7
고등학교	60.2	66.3	30.5	15.3	17.6	13.6
대학 이상	18.1	23.2	4.5	7.3	7.8	7.0

자료: 1) 황남희, 김경래, 이아영, 임정미, 박신아, 김만희. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원. p. 54 〈표 3-11〉.

2) 정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애, ...홍송이. (2017). 2017년도 노인실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_view.jsp?WT.ac=new_data&project_seq=673에서 2020. 10. 19. 인출하여 저자 재산출.

노후 준비 수준의 주요 지표로 볼 수 있는 공적연금 현황에서도 중년층(50~60대)과 현재 노인은 큰 차이를 보이는 것으로 나타났다. 현재 노인은 32.1%가 공적연금을 가입 또는 수령하고 있었으나, 중년층(50~60대)은 76.6%가 가입 또는 수령하고 있는 것으로 나타났다. 중년층(50~60대) 내에서도 50대와 60대는 차이를 보이는데 50대는 81.8%, 60대는 67.5%가 공적연금을 가입 또는 수령하고 있었다.

〈표 4-5〉 중년층(50~60대)의 공적연금 가입 형태

(단위: %)

구분		중년층(2019) ¹⁾			현재 노인(2017) ²⁾		
		전체	50대	60대	전체	70대	80대 이상
가입 또는	가입했으며 납부 중	58.7	76.7	27.3			
수혜 또는	가입했으나 미납 중	3.0	4.0	1.1	32.1	40.2	26.3
납부 중	현재 연금(조기연금) 수혜	14.9	1.1	39.1			
미가입		23.4	18.2	32.5	67.9	59.8	73.7

자료: 1) 황남희 외. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원. p. 256 〈표 8-16〉 저자 재구성..

2) 정경희 외. (2017). 2017년도 노인실태조사. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_view.jsp?WT.ac=new_data&project_seq=673에서 2020. 10. 19. 인출하여 저자 재산출.

중년층(50~60대)의 53.0%는 노후 생활에서 겪을 가장 큰 어려움으로 건강 및 기능 악화를 선택하였으며, 29.8%는 경제적 어려움을 선택하였다. 또한 60대가 50대에 비해 건강 및 기능 악화에 대한 두려움이 더 큰 것으로 나타났다.

〈표 4-6〉 중년층(50~60대)이 생각하는 노후 생활의 어려움

(단위: %)

구분	전체	50대	60대
건강 및 기능 악화	53.0	50.0	58.1
경제적 어려움	29.8	31.1	27.4
배우자와의 관계	1.9	1.9	1.8
자녀와의 관계	1.6	1.8	1.4
친구·이웃과의 관계	0.6	0.7	0.3
주거 문제	0.5	0.5	0.5
소외 및 고독감	5.8	6.4	4.7
소일거리 없음(무료함)	6.3	6.9	5.2
기타	0.6	0.7	0.4

자료: 황남희 외. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원. p. 236 〈표 8-6〉 저자 재구성.

또한 중년층(50~60대)이 생각하는 만족스러운 노후를 위해 중요한 것 역시 건강이 48.4%로 가장 높았으며, 다음으로 경제적인 안정과 여유도 44.2%로 높은 분포를 보인다. 다만, 이 역시도 60대에서 건강을 중요하게 생각하는 비율이 높게 나타났다.

〈표 4-7〉 중년층(50~60대)이 생각하는 만족스러운 노후를 위해 중요한 것 1순위
(단위: %)

구분	전체	50대	60대
경제적인 안정과 여유	44.2	47.4	38.7
건강	48.4	44.9	54.5
가족의 화목과 평안	4.0	4.2	3.8
자녀의 성공	0.9	0.9	1.0
친구·이웃 관계	0.6	0.7	0.5
근로활동	0.5	0.6	0.3
자기계발활동(평생학습)	0.5	0.6	0.3
지속적 사회 참여	0.8	0.8	0.8
사회기여활동	0.0	0.0	0.1

자료: 황남희 외. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원. p. 237 〈표 8-7〉 저자 재구성.

이처럼 중년층(50~60대)은 건강의 중요성을 매우 높게 고려하고 있는 것으로 보인다. 이는 민간보험의 가입률에서도 나타나는데, 건강·요양 관련 민간보험 가입률이 90.6%로 매우 높게 나타났다.

〈표 4-8〉 중년층(50~60대)의 민간보험 가입 현황
(단위: %)

구분	전체	50대	60대
건강·요양	90.6	93.6	85.3
사망	43.4	49.2	33.3
노후소득보장	37.6	43.1	28.1

자료: 황남희 외. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원. p. 113 〈표 5-16〉 저자 재구성.

중년층(50~60대)은 이처럼 건강·요양에 대한 관심이 많지만, 노인장기요양보험을 모르는 비율이 10.7%, 향후 노인장기요양보험을 이용할 생각을 해 본 적이 없다는 비율이 24.2%로 나타났다.

〈표 4-9〉 중년층의 노인장기요양보험 인지도 및 향후 이용 의향

(단위: %)

구분	전체	50대	60대
인지도			
알고 있다	89.3	90.3	87.5
모른다	10.7	9.7	12.5
향후 이용 의향			
있다	64.4	63.4	66.1
없다	11.4	10.7	12.4
생각해 본 적 없다	24.2	25.9	21.4

자료: 황남희 외. (2019). 신중년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사. 세종: 한국보건사회연구원. p. 254 〈표 8-15〉 저자 재구성.

3. 미래 노인의 특성 예측

앞서 중년층(50~60대)의 공적연금 가입률 등을 살펴본 결과, 현재의 중년층이 모두 연금을 수급받게 되는 2030년 이후에는 50% 이상이 연금을 수령하게 되며, 연금 수급액도 현재 노인들보다 높은 수준인 것으로 나타나, 연금 수급액만을 보았을 때 현재의 중년층으로 대변되는 예비 노인층은 현재 노인들에 비해 소득 수준이 높을 것으로 예측된다.

〈표 4-10〉 연령별 국민연금 수급률/수급액(미래)

(단위: %, 천 원)

구분	2020년	2025년	2030년	2035년	2040년	2045년	2050년
수급률	60~64세	28.9	28.0	21.5	14.7	16.1	13.2
	65~69세	45.9	48.9	58.1	71.9	80.3	89.4
	70~74세	46.6	45.3	48.4	57.4	71.1	86.6
	75~79세	38.8	44.5	43.5	46.8	55.1	77.1
	80세 이상	17.5	29.1	36.8	39.5	42.3	55.4
평균 수급액	60~64세	7,328	9,124	10,357	10,698	12,669	15,332
	65~69세	6,059	8,769	11,031	13,161	15,779	18,836
	70~74세	4,734	6,692	9,753	12,315	14,799	17,768
	75~79세	3,141	5,054	7,269	10,393	13,365	16,115
	80세 이상	2,539	3,289	4,869	6,916	10,069	13,261

주: 1) 5세군별 노인인구 수: 2016년 장래인구추계(중위가정).
 2) 수급률: 각 연령 구간별 인구수 대비 수급자 수 비율.
 3) 수급자 및 급여액은 노령연금만 고려하였으며, 평균 수급액은 연간 평균 금액임.
 4) 55~59세는 수급 연령 상향 조정으로 인해 점차 감소하여 2028년 이후 발생하지 않음.
 자료: 이윤경, 강은나, 김경래, 주보혜, 고영호, 김진현, ... 김세진. (2019a). 고령인구 증가와 미래 사회 정책. 세종: 한국보건사회연구원. p. 73 〈표 3-29〉.
 원자료: 1) 국민연금연구원. (2018). 4차 재정계산 결과. http://www.eslc.go.kr/bbs/dataFile/fileDownload.do?sessionId=0krWsrUHbL5H1G7XwvjiqZ9C.node10?bbs_mst_idx=BM0000000260&data_idx=BD0000000008&attach_idx=BF0000000024에서 2019. 10. 25. 인출.
 2) 통계청. (2016. 12. 8.). 장래인구추계. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=357935&pageNo=1&rowNum=10&nAvCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2019. 10. 25. 인출.

공적연금에 따른 소득 외에도 다층적 노후소득보장을 위해 운영되고 있는 퇴직연금과 개인연금에서 미래 노인은 현재 노인보다 가입률이 높은 특성을 보인다. 2018년 기준 퇴직연금제도 도입 대상 사업자 중 도입률은 27.3%로 지속적으로 증가하는 특성을 보인다.

〈표 4-11〉 퇴직연금 도입률 변화

(단위: %)

구분	2015년	2016년	2017년	2018년
도입률	26.2	26.9	27.2	27.3

자료: 통계청 행정통계과. (2019d. 12.27). 2018년 기준 퇴직연금 통계 보도자료. p. 1. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/7/index.board?bmode=read&aSeq=379638에서 2020. 11. 18. 인출.

연령별 가입률을 살펴보면, 사업장 중심의 퇴직연금은 가입 대상자 중 51.3%가 가입하고 있으며, 30대가 59.8%로 가장 가입률이 높다. 다음으로 40대 54.7%, 50대 49.4%, 20대 48.0% 등의 순이며, 60대 이상은 32.8%로 타 연령대에 비해 가입률이 낮게 나타났다.

개인을 단위로 한 개인형 퇴직연금 가입률은 10.1%로 사업장 중심의 퇴직연금 가입률에 비해 낮았으며, 연령대별 분포는 퇴직연금과 다른 특성을 보인다. 즉, 퇴직연금은 30대 → 40대 → 50대 → 20대 → 60대 이상으로 가입률이 감소하는 특성을 보이지만, 개인형 퇴직연금은 50대가 31.0%로 가장 높고, 60대 이상이 29.4%, 40대 22.2%, 30대 7.3% 등으로 은퇴에 가까운 연령에서의 가입률이 높게 나타났다.

〈표 4-12〉 연령대별 퇴직연금 가입률

(단위: %)

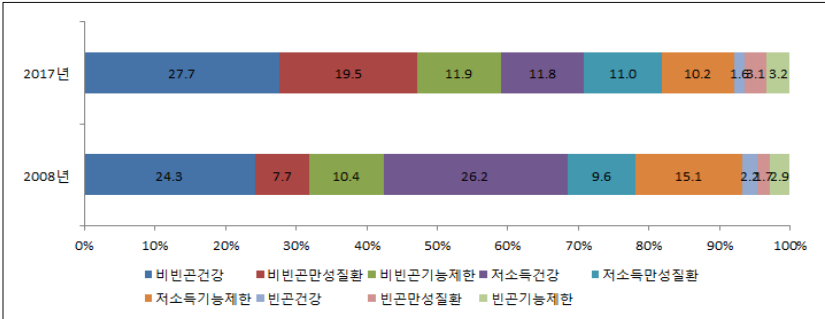
구분	20대	30대	40대	50대	60대 이상	전체
퇴직연금 가입률	48.0	59.8	54.7	49.4	32.8	51.3
개인형 퇴직연금(IRP) 가입률	0.1	7.3	22.2	31.0	29.4	10.1

자료: 통계청 행정통계과. (2019d. 12. 27). 2018년 기준 퇴직연금 통계 보도자료. p. 11, p. 16. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/7/index.board?bmode=read&aSeq=379638에서 2020. 11. 18. 인출.

지금까지 살펴본 소득과 건강 상태는 노년기 삶에 중요한 요소이며, 이 윤경 외(2019b)에서는 이러한 소득 수준과 건강 상태에 따라 2008년과 2017년 노인의 유형을 분류하였다. 그 결과 소득 수준에서는 지난 10년간 비빈곤 노인의 비율이 증가[42.4%(‘08) → 59.1%(‘17)]하였으며, 저소득 노인은 감소[50.9%(‘08) → 33.0%(‘17)]하였고, 빈곤 노인은 유사[6.8%(‘08) → 7.9%(‘17)]한 비율을 보이는 것으로 나타났다. 건강 상태에서는 건강한 노인[52.7%(‘08) → 41.1%(‘17)]과 기능제한이 있는 노인[28.4%(‘08) → 25.3%(‘17)]은 감소한 반면, 만성질환이 있는 노인

[19.0%(’08) → 33.6%(’17)]은 증가하는 특성을 보인다.

[그림 4-1] 소득과 건강 특성에 따른 노인 유형 비교



자료: 이윤경, 강은나, 황남희, 주보혜, 김세진. (2019b). 노인정책종합계획 수립을 위한 기초연구.
 세종: 보건복지부 · 한국보건사회연구원. p. 111 [그림 3-3].

이러한 결과들을 볼 때 미래 노인은 교육 수준이 높고 연금 수급률 및 수급액 등이 높으며 민간 차원에서의 노후 준비율도 높아, 소득 수준이 높은 노인의 비율이 증가하고 건강하거나 만성질환만 있는 허약 노인의 비율이 증가하여 현재의 노인들보다 삶의 질이 개선될 것으로 예측된다. 그러나 향후 10~20년까지는 이러한 미래 노인들과, 자녀에 대한 의존도가 높고 소득 수준이 낮은 현재 노인들이 공존하는 형태를 보일 것으로 예상된다. 즉, 현재의 65세 이상 노인 내에서 나타나는 노인 유형에 비해 미래 노인과 현재 노인이 공존하는 기간 동안에는 다양한 형태의 노인들이 나타날 것으로 예상되며, 이들의 욕구 수준도 매우 상이할 것으로 보인다. 이는 현재 노인들만을 정책의 대상으로 가정하여 수립된 다양한 노인복지 정책들이 이제는 노인집단 내의 다양성을 고려하여 재편되어야 함을 보여주는 결과로 볼 수 있다. 이는 노인장기요양에 대한 욕구에서도 적용된다고 볼 수 있다. 이에 이후 논의에서는 미래 노인들이 생각하는 영양 욕구를 좀 더 구체적으로 살펴보고자 한다.

제2절 미래 노인의 노인요양시설 욕구 분석: ‘미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사’결과

이 절에서는 미래 노인의 시설 욕구를 파악하기 위해 인터넷 조사를 실시하였으며, 미래 노인의 요양 욕구를 노인장기요양보험에 대한 인식, 미래 본인이 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항, 자신이 입소할 노인요양시설에 대한 선호도를 중심으로 살펴보았다. 조사 대상의 일반적인 특성은 다음과 같다.

남성과 여성의 비율은 각각 49.9%와 50.1%로 유사하였으며, 연령은 50~54세 28.9%, 55~59세 27.9%, 60~64세 25.4%, 65~69세 17.9% 순이었다. 교육 수준은 전문대학 이상의 고학력자 비율이 72.6%로 매우 높게 나타났으며, 중졸 이하의 저학력자는 3.1%로 매우 낮았다. 조사 대상자의 83.4%는 배우자가 있으며, 89.1%는 자녀가 있는 것으로 나타났다. 가구 형태는 2세대 자녀 동거 가구의 비율이 52.3%로 가장 높았다. 다음으로 부부 가구 25.7%, 1인 가구 11.5% 순으로 나타났으며, 부모와 동거하는 비율(2세대 부모 동거 가구+3세대 부모·자녀 동거 가구)은 10.1%로 나타났다. 가구소득은 200만~500만 원 미만 32.7%, 500만~800만 원 미만 30.1%, 200만 원 미만 18.7%, 800만 원 이상 18.5% 등이었다. 조사 대상자의 89.9%는 동부에 거주하였으며, 59.4%는 종교가 있었다.

〈표 4-13〉 조사 대상의 일반적 특성

(단위: %, 명)

특성		비율	(명)
전체		100.0	(1,500)
성	남자	49.9	(748)
	여자	50.1	(752)
연령	50~54세	28.9	(433)
	55~59세	27.9	(418)
	60~64세	25.4	(381)
	65~69세	17.9	(268)
교육 수준	초등학교 이하	1.2	(17)
	중학교	1.9	(28)
	고등학교	24.4	(366)
	전문대학 이상	72.6	(1,089)
결혼 상태	배우자 있음	83.4	(1,251)
	배우자 없음	16.6	(249)
가구 형태	1인 가구	11.5	(172)
	부부 가구	25.7	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	52.3	(784)
	2세대 부모 동거 가구	3.3	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	6.8	(102)
	기타	0.5	(7)
자녀	있음	89.1	(1,336)
	없음	10.9	(164)
	자녀 수 평균(S.D)	1.95(0.647)	
부모	있음	50.5	(1,071)
	없음	49.5	(429)
가구소득	200만 원 미만	18.7	(280)
	200만~500만 원 미만	32.7	(490)
	500만~800만 원 미만	30.1	(452)
	800만 원 이상	18.5	(278)
지역	동부	89.9	(1,348)
	읍·면부	10.1	(152)
종교	있음	59.4	(891)
	없음	40.6	(609)

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

1. 노인장기요양보험 및 노인요양시설에 대한 인지

미래 노인의 대부분은 노인장기요양보험을 알고 있는 것으로 나타났다. 그러나 매우 잘 알고 있다는 비율은 36.7%이며, 들어는 봤으나 정확히는 모른다는 비율이 61.2%로 매우 높게 나타났다.

성별에 따라서는 여성의 경우 ‘매우 잘 알고 있다’가 43.0%로 남성에 비해 높았으며, 남성은 ‘들어는 봤으나 정확히는 모른다’의 비율이 67.1%로 여성에 비해 높게 나타났다. ‘전혀 모른다’의 비율은 남성이 2.4%로 나타나, 주로 여성들이 노인장기요양보험을 더 인지하고 있는 것으로 나타났다.

연령에 따라서는 60대 이상의 집단에서의 ‘전혀 모른다’의 비율이 높은 분포를 보인다. ‘매우 잘 알고 있다’고 응답한 비율은 60~64세가 41.2%로 가장 높았으며, 50~54세가 31.4%로 가장 낮은 분포를 보인다.

교육 수준에 따라서는 학력이 낮은 집단에서 ‘전혀 모른다’의 비율이 높았으며, 초등학교 이하에서는 ‘들어는 봤으나 정확히는 모른다’의 비율이 82.4%로 매우 높게 나타나, 학력 수준에 따른 인지 정도가 차이를 확인할 수 있었다.

가구소득에 따라서는 노인장기요양보험 인지 정도에 차이를 보이는데, 소득이 낮은 집단에서 ‘전혀 모른다’의 비율이 높은 경향이 있으며, 소득이 높은 집단에서 ‘매우 잘 알고 있다’의 비율이 높은 특성을 보인다. 특히 800만 원 이상의 고소득 집단에서는 ‘매우 잘 알고 있다’의 비율이 46.4%로 매우 높게 나타났다.

종교에 따라서는 차이가 있었는데, 종교가 있는 집단의 인지 정도가 높게 나타났다.

가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 집단의 경우 99.6%가

노인장기요양보험을 알고 있으며, 55.5%가 ‘매우 잘 알고 있다’고 응답한 반면, 이용 경험이 없는 집단은 27.2%가 ‘매우 잘 알고 있다’고 응답하여 이용 경험에 따른 인지 정도의 차이가 크게 나타났다.

전반적으로 연령이 높고, 교육 수준이 낮은 집단, 소득 수준이 낮은 집단에서 노인장기요양보험을 전혀 모른다고 응답한 비율이 높게 나타나는 등 사회경제적으로 취약한 집단의 노인장기요양보험 인지도가 낮았다.

〈표 4-14〉 노인장기요양보험 인지 정도

(단위: %, 명)

특성		매우 잘 알고 있다	들어는 봤으나 정확히는 모른다	전혀 모른다	계 (명)	
전체		36.7	61.2	2.1	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=25.232^{***}$)	남자	30.5	67.1	2.4	100.0	(748)
	여자	43.0	55.3	1.7	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=14.303^*$)	50~54세	31.4	66.7	1.8	100.0	(433)
	55~59세	39.7	59.1	1.2	100.0	(418)
	60~64세	41.2	56.2	2.6	100.0	(381)
	65~69세	34.3	62.7	3.0	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=37.433^{***}$)	초등학교 이하	5.9	82.4	11.8	100.0	(17)
	중학교	32.1	57.1	10.7	100.0	(28)
	고등학교	35.5	60.4	4.1	100.0	(366)
	전문대학 이상	37.7	61.2	1.0	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=2.431$)	배우자 있음	37.5	60.6	1.9	100.0	(1,251)
	배우자 없음	32.9	64.3	2.8	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=9.466$)	1인 가구	32.0	65.7	2.3	100.0	(172)
	부부 가구	39.7	58.4	1.8	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	36.5	61.6	1.9	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	32.0	62.0	6.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거 가구	39.2	58.8	2.0	100.0	(102)
	기타	14.3	85.7	0.0	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=5.447$)	있음	37.6	60.6	1.9	100.0	(1,336)
	없음	29.9	66.5	3.7	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=1.589$)	있음	36.8	61.4	1.8	100.0	(1,071)
	없음	36.6	60.6	2.8	100.0	(429)

특성		매우 잘 알고 있다	들어는 봤으나 정확히는 모른다	전혀 모른다	계 (명)	
가구소득 ($\chi^2=47.642^{***}$)	200만 원 미만	26.8	67.1	6.1	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	37.6	60.8	1.6	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	36.1	63.1	0.9	100.0	(452)
	800만 원 이상	46.4	52.9	0.7	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=1.227$)	동부	36.4	61.6	2.0	100.0	(1,348)
	읍·면부	40.1	57.2	2.6	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=12.136^{**}$)	있음	40.1	58.4	1.6	100.0	(891)
	없음	31.9	65.4	2.8	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=120.401^{***}$)	있음	55.5	44.1	0.4	100.0	(506)
	없음	27.2	69.9	2.9	100.0	(994)

주: p<.05 *, p<.01 **, p<.001 ***

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

노인요양시설과 요양병원의 차이를 인지하고 있는지에 대한 조사에서는 두 시설의 차이를 모른다고 응답한 비율이 25.5%로 나타났다.

성별에 따라서는 남성의 경우 두 시설 간 차이를 모른다는 비율이 30.3%로 여성보다 높게 나타났다. 연령에 따라서는 50~54세에서 모른다는 비율이 30.5%로 타 연령군보다 높게 나타났으나, 그 외 연령군에서는 거의 차이를 보이지 않았다.

교육 수준에서는 초졸 이하와 중졸에서의 비율이 각각 52.9%, 53.6%로 저학력인 경우 노인요양시설과 요양병원의 차이를 모르는 비율이 높게 나타났다. 고졸과 전문대학 이상은 각각 27.3%, 23.7%로 저학력과 고학력 간 차이가 뚜렷하게 나타난 특성을 보인다.

가족구조와 관련해서는 배우자가 없는 집단에서 모른다는 비율이 35.3%로 높게 나타났으며, 가구 형태에 따라서는 노인 독거 가구(32.0%)와 부모 동거 가구(38.0%)에서 두 시설 간 차이를 모른다는 비율이 높게 나타났다. 또한 자녀가 없는 경우에도 두 시설 간 차이를 모르는 비율이 35.4%로 높았다.

가구소득의 경우 소득이 낮은 집단에서 모른다는 비율이 높게 나타났는데, 200만 원 미만의 저소득 집단에서는 40.4%가 노인요양시설과 요양병원의 차이를 인지하지 못하고 있었다.

종교에 따라서도 종교가 없는 경우 두 시설 간 차이를 모르는 비율이 30.5%로 높았으며, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 없는 집단(32.0%)은 있는 집단(12.6%)에 비해 노인요양시설과 요양병원의 차이를 모르는 비율이 높았으며, 그 차이가 크게 나타났다.

〈표 4-15〉 노인요양시설과 요양병원 차이 인지 정도

(단위: %, 명)

특성		알고 있다	모른다	계 (명)	
전체		74.5	25.5	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=18.727^{***}$)	남자	69.7	30.3	100.0	(748)
	여자	79.4	20.6	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=8.127^*$)	50~54세	69.5	30.5	100.0	(433)
	55~59세	76.6	23.4	100.0	(418)
	60~64세	76.9	23.1	100.0	(381)
	65~69세	76.1	23.9	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=20.885^{***}$)	초등학교 이하	47.1	52.9	100.0	(17)
	중학교	46.4	53.6	100.0	(28)
	고등학교	72.7	27.3	100.0	(366)
	전문대학 이상	76.3	23.7	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=15.338^{***}$)	배우자 있음	76.5	23.5	100.0	(1,251)
	배우자 없음	64.7	35.3	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=13.540^*$)	1인 가구	68.0	32.0	100.0	(172)
	부부 가구	79.0	21.0	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	74.4	25.6	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	62.0	38.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거 가구	77.5	22.5	100.0	(102)
	기타	57.1	42.9	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=9.506^{**}$)	있음	75.7	24.3	100.0	(1,336)
	없음	64.6	35.4	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=0.053$)	있음	74.7	25.3	100.0	(1,071)
	없음	74.1	25.9	100.0	(429)

	특성	알고 있다	모른다	계 (명)	
가구소득 ($\chi^2=46.075^{***}$)	200만 원 미만	59.6	40.4	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	74.3	25.7	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	80.1	19.9	100.0	(452)
	800만 원 이상	80.9	19.1	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=0.202$)	동부	74.7	25.3	100.0	(1,348)
	읍·면부	73.0	27.0	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=13.913^{***}$)	있음	78.0	22.0	100.0	(891)
	없음	69.5	30.5	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=66.100^{***}$)	있음	87.4	12.6	100.0	(506)
	없음	68.0	32.0	100.0	(994)

주: $p<.05$ *, $p<.01$ **, $p<.001$ ***

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

노인요양시설 방문 경험자의 노인요양시설에 대한 이미지를 알아보기 위해 가족 이용자와 가족 미이용자 중 노인요양시설 방문 경험이 있는 이들을 대상으로 조사하였다. 가족 이용자의 경우 최근 3년 이내에 가족 면회를 간 경험이 있어 노인요양시설에 대한 기억이 있는 응답자를 대상으로 조사하였으며, 가족 미이용자 역시 최근 3년 이내에 노인요양시설을 방문한 경험이 있는 이들을 대상으로 조사를 진행하였다.

먼저 전체적으로 노인요양시설은 조용하고 정적이라는 응답 비율이 53.8%로 가장 높았으며, 다음으로 어둡고 무거운 느낌이 24.2%, 가정과 같이 편안함 14.5%, 활동적이고 활기참 6.7%로 나타났다.

가족 이용자의 경우 가정과 같이 편안하고, 활동적이고 활기차다는 긍정적 이미지를 갖고 있는 비율이 24.5%로 가족 미이용자의 16.6%보다 높게 나타나, 가족 구성원 중 노인요양시설을 이용하는 사람이 있는 경우 노인요양시설에 대해 좀 더 긍정적으로 인식하고 있음을 확인할 수 있었다. 가족 미이용자 중에서도 봉사활동이나 노인요양시설 내 직원으로 근무한 경험이 있는 경우 노인요양시설에 대한 긍정적 이미지가 높게 나타

난 특성이 있다(봉사활동 21.6%, 직원으로 근무 33.3%).

그러나 친구, 지인 등이 노인요양시설에서 생활하여 이들을 방문한 경우나, 시설 이용을 위한 가족의 상담 방문인 경우 어둡고 무거운 느낌이라는 비율이 각각 32.7%, 40.0%로 높아 짧은 시간의 노인요양시설 방문 시에는 부정적 이미지를 많이 가질 수 있는 것으로 나타났다.

〈표 4-16〉 노인요양시설 방문 경험자의 노인요양시설에 대한 이미지

(단위: %, 명)

구분		가정과 같이 편안함	활동적 이고 활기참	조용하고 정적임	어둡고 무거운 느낌	기타	계 (명)
전체		14.5	6.7	53.8	24.2	0.6	100.0 (656)
가족 이용자	가족 면회(3년 이내)	16.1	8.4	54.7	19.9	0.8	100.0 (391)
	계	12.1	4.5	52.5	30.6	0.4	100.0 (265)
가족 미이용자 중 요양시설 방문 경험자	친구, 지인 등이 노인요양시설에서 생활	12.7	2.0	52.7	32.7	0.0	100.0 (150)
	봉사활동	11.8	9.8	54.9	23.5	0.0	100.0 (51)
	직원으로 근무	22.2	11.1	55.6	11.1	0.0	100.0 (9)
	그 외 노인요양시설 관련 업무	12.0	0.0	48.0	40.0	0.0	100.0 (25)
	시설 이용을 위한 가족의 상담 방문	0.0	5.0	50.0	40.0	5.0	100.0 (20)
	기타	20.0	20.0	50.0	10.0	0.0	100.0 (10)

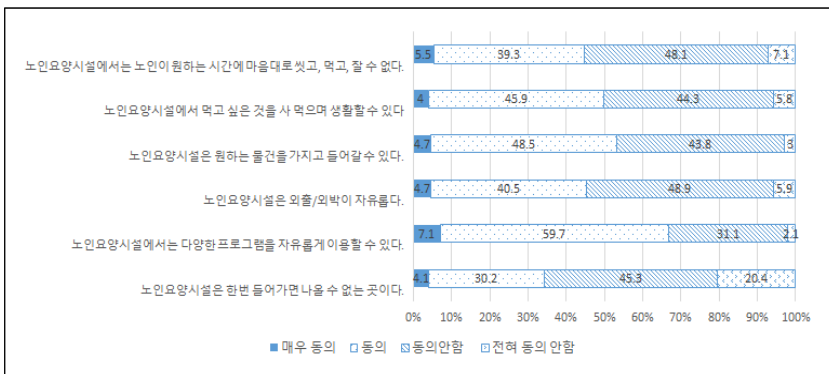
자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

시설의 전반적인 이미지 외에 노인요양시설에 대한 미래 노인의 구체적인 인식을 ‘좋은 돌봄’의 다양한 차원 중 ‘자율성 보장 측면’, ‘서비스 측면’, ‘관계성 측면’을 중심으로 살펴보았다. 이는 White, Newton-Curtis, & Lyons(2008)가 개발한 ‘거주자 중심 케어’의 척도에서 제시된 자율성, 개인적 특성, 개별 노인 이해, 관계 형성, 편안한 케

어 차원(최재성, 2015에서 재인용)을 본 연구의 목적에 맞게 재구조화하여 활용한 것이다. White et al.(2008)의 개인적 특성 차원, 개별 노인 이해 차원, 편안한 케어 차원은 ‘서비스 측면’으로 재구조화하였으며, 자율성 차원은 ‘자율성 보장 측면’으로, 관계 형성 차원은 ‘관계성 측면’으로 변경하였다.

먼저 자율성 보장 측면은 6개 문항으로 살펴보았다. 노인요양시설의 자율성 보장 측면에 대한 부정적 인식이 높은 항목은 ‘노인요양시설은 외출/외박이 자유롭다’(동의 안 함 - 54.8%)이며, 다음으로 ‘노인요양시설에서 먹고 싶은 것을 사 먹으며 생활할 수 있다’(동의 안 함 - 50.1%), ‘노인요양시설은 원하는 물건을 가지고 들어갈 수 있다’(동의 안 함 - 46.8%) 순으로 나타났다. 반면, ‘노인요양시설은 한번 들어가면 나올 수 없는 곳이다’(동의 안 함 - 65.7%)와 ‘노인요양시설에서는 다양한 프로그램을 자유롭게 이용할 수 있다’(동의 함 - 66.8%)는 긍정적 인식이 높은 것으로 나타났다.

[그림 4-2] 노인요양시설에 대한 인식: 자율성 보장 측면

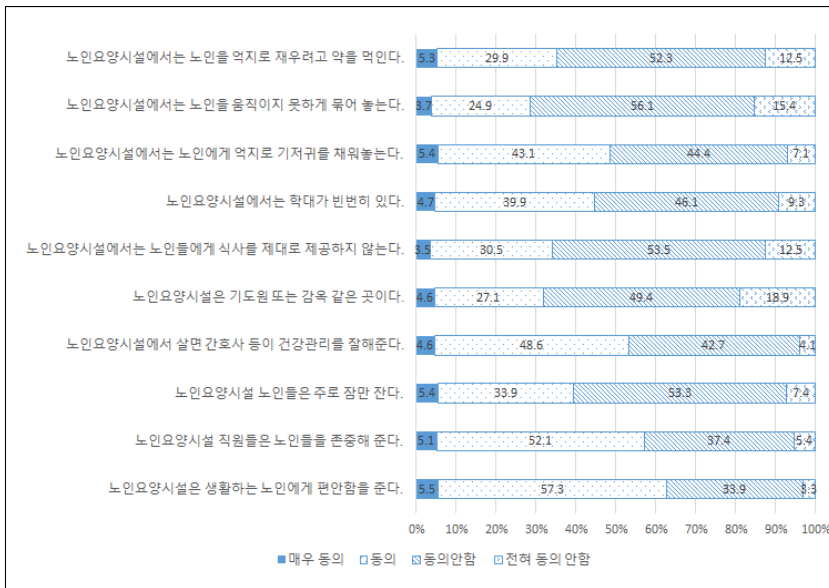


주: 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 합과 소계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

다음으로 서비스 측면은 10개 문항으로 살펴보았다. 노인요양시설의 서비스 측면에 대한 부정적 인식이 높은 항목은 ‘노인요양시설에서는 노인에게 억지로 기저귀를 채워 놓는다’(동의함 - 48.5%)이며, ‘노인요양시설에서 살면 간호사 등이 건강관리를 잘해 준다’(동의 안 함 - 46.8%), ‘노인요양시설에서는 학대가 빈번히 있다’(동의함 - 44.6%), ‘노인요양시설 직원들은 노인들을 존중해 준다’(동의 안 함 - 42.8%) 등으로 나타났다. 반면, ‘노인요양시설에서는 노인을 움직이지 못하게 묶어 놓는다’(동의함 - 28.6%)와 ‘노인요양시설은 기도원 또는 감옥 같은 곳이다’(동의함 - 31.7%)는 부정적 인식 비율이 낮게 나타났다.

[그림 4-3] 노인요양시설에 대한 인식: 서비스 측면

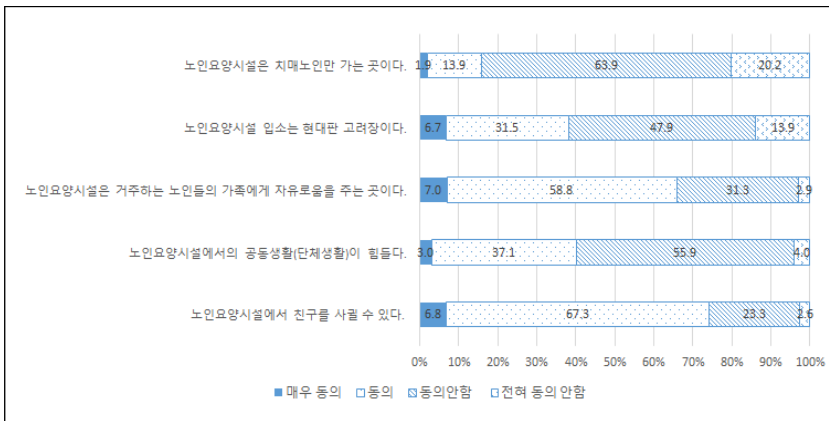


주: 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 합과 소계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

마지막으로 관계성 측면은 5개 문항으로 살펴보았다. 관계성 측면은 상대적으로 타 지표들에 비해 부정적 인식이 낮게 나타난 특성을 보인다. 노인요양시설에서의 관계성 측면에 대한 부정적 인식이 가장 높은 항목은 ‘노인요양시설에서의 공동생활(단체생활)이 힘들다’(동의함 - 40.1%)이고, 친구를 사귈 수 있고(동의 - 74.1%), 가족들에게 자유로움을 준다(동의함 - 65.8%)는 비율은 높았으며, 현대판 고려장이라는 비율은 38.2%로 상대적으로 낮게 나타났다.

[그림 4-4] 노인요양시설에 대한 인식: 관계성 측면



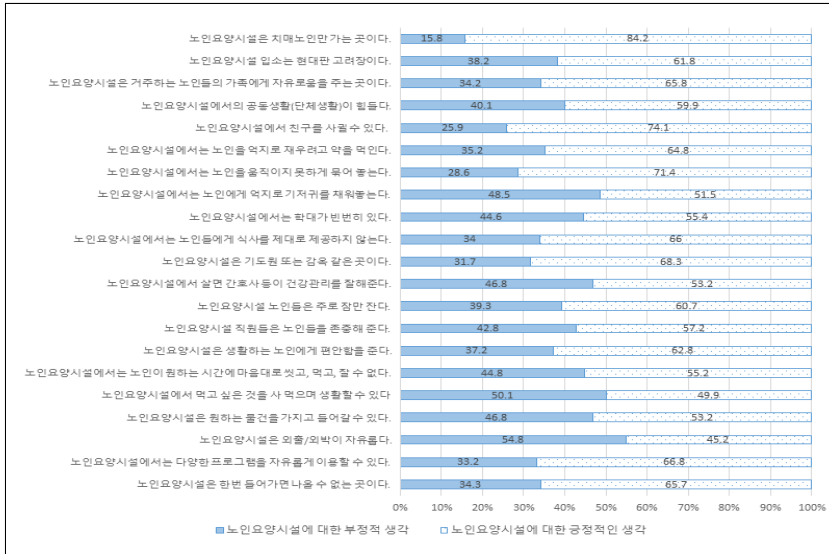
주: 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 각 문항별 합과 소계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

이러한 분석 결과를 바탕으로 동의 정도와 문항의 의미를 고려하여 노인요양시설에 대한 긍정적 인식과 부정적 인식으로 이분화하여 살펴보았다. 예를 들어, ‘노인요양시설은 거주하는 노인들의 가족에게 자유로움을 주는 곳이다’라는 항목에 대해 동의(동의+매우 동의)하는 경우는 긍정적으로 노인요양시설을 인식하고 있다고 간주하였다. 또한 ‘노인요양시설

에서는 학대가 빈번히 있다’는 항목에 대해 비동의(동의 안 함+전혀 동의 안 함)하는 경우는 노인요양시설을 긍정적으로 인식하고 있다고 간주하였다. 이러한 분석 결과, 전체적으로 긍정적으로 인식하는 비율이 높게 나타났다. 특히 ‘노인요양시설은 치매 노인만 가는 곳이다’, ‘노인요양시설에서 친구를 사귄다’, ‘노인요양시설에서는 노인을 움직이지 못하게 묶어 놓는다’와 같은 항목들에서는 70% 이상이 긍정적으로 인식하는 것으로 나타났다. 다만, ‘노인요양시설에서 먹고 싶은 것을 사 먹으며 생활할 수 있다’, ‘노인요양시설은 외출/외박이 자유롭다’는 문항에서는 부정적 인식이 높게 나타나 ‘노인요양시설의 자율성’에 대해 부정적으로 생각하는 비율이 높은 특성을 확인할 수 있다.

[그림 4-5] 노인요양시설에 대한 인식: 긍정적·부정적 인식 비교



주: 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 합과 소계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
 자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

2. 미래 노인의 노인요양시설 욕구

가. 미래 노인이 희망하는 노인요양시설 형태

50~69세의 미래 노인이 희망하는 노인요양시설 형태는 시설의 지역 특성, 시설의 규모, 프로그램, 방 구성, 비용 부담, 시설 운영 주체, 기관의 자율성 보장 정도, 시설의 구조 차원에서 대치되는 두 개의 개념 중 어느 것을 더 선호하는지를 중심으로 조사를 실시하였다. 그 결과, 미래 노인이 선호하는 노인요양시설 위치 지역으로는 교외의 한적한 곳에 있는 시설이 58.4%로 도심(41.6%)보다 높았다. 시설의 규모 측면에서는 소규모 시설을 선호하는 비율이 51.0%로 조금 높았으나 그 차이가 거의 없다고 볼 수 있다. 프로그램에서는 다양한 프로그램이 있는 시설에 대한 선호가 59.8%로 프로그램이 적고 시간적 여유가 있는 시설(40.2%)보다 높았다. 방 구성에서는 개인실이 69.1%, 2인실 이상의 다인실이 30.9%로 개인실에 대한 욕구가 높게 나타났다. 비용 부담에서는 이용자 전체가 동일한 비용을 지불하는 시설에 대한 선호가 56.3%로 차등적 비용 지불(43.7%)보다 높은 분포를 보인다. 시설 운영 주체와 관련해서는 두 항목 간 격차가 전체 영역 중에서 가장 컸는데, 공공이 운영하는 시설에 대한 선호가 87.9%로 압도적으로 높게 나타났다. 기관의 자율성 보장 정도 측면에서는 개인의 자율적 선택을 우선으로 하는 시설에 대한 선호가 60.5%로 높게 나타났다. 마지막으로 시설의 구조는 집과 같은 형태를 선호하는 비율이 82.5%로 병원과 같은 형태의 시설(17.5%)에 비해 높은 분포를 보인다.

〈표 4-17〉 희망하는 노인요양시설 형태

구분		%	명
전체		100.0	1,500
시설의 지역 특성	교외의 한적한 곳에 있는 시설	58.4	876
	도심에 있는 시설	41.6	624
시설의 규모	대규모 시설	49.0	735
	소규모 시설	51.0	765
프로그램	다양한 프로그램이 있는 시설	59.8	897
	프로그램이 적고 시간적 여유가 있는 시설	40.2	603
방 구성	개인실(1인실 또는 부부실)	69.1	1,036
	2인실 이상의 다인실(다른 사람과 함께 생활)	30.9	464
비용 부담	이용자 전체가 동일한 비용을 지불하는 시설	56.3	845
	이용 서비스에 따라 차등적 비용을 지불하는 시설	43.7	655
시설 운영 주체	공공에서 운영하는 시설(정부, 지자체, 법인 등)	87.9	1,318
	개인이 운영하는 시설(민간시설)	12.1	182
기관의 자율성 보장 정도	노인 개인의 자율적 선택을 우선으로 하는 시설	60.5	907
	노인의 건강 또는 바람직한 생활을 위한 관리를 강조하는 시설	39.5	593
시설의 구조	집과 같은 형태	82.5	1,238
	병원과 같은 형태	17.5	262

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

조사 대상자가 희망하는 노인요양시설 형태에 따른 일반적 특성에 대한 결과는 〈부표 4-1〉~〈부표 4-8〉과 같다.

첫째, 시설의 지역적 특성에서 남성은 교외의 한적한 곳에 있는 시설을 선호하는 경향이 높았고(67.0%), 여성은 교외와 도심 시설에 대한 선호도가 거의 유사하게 나타났다. 또한 읍·면부 거주자의 경우 교외의 한적한 곳에 있는 시설에 거주하고 싶어 하는 비율이 70.4%로 높아 지역별 차이를 보이는 것으로 나타났다.

둘째, 시설의 규모 측면에서는 50~54세와 65~69세 집단에서 대규모 시설을 희망하는 비율이 높게 나타났다. 소득에 따라서는 가구소득이 200만 원 미만인 집단에서 소규모 시설을 희망하는 비율이 타 집단에 비

해 매우 높았다. 거주 지역에 따라서는 읍·면부 거주자의 경우 소규모 시설을 희망하는 비율이 63.8%로 동부 거주자에 비해 높게 나타났다.

셋째, 프로그램 측면에서는 여성의 경우 다양한 프로그램이 있는 시설에 거주하기를 희망하는 비율이 65.4%로 남성 54.1%에 비해 높게 나타났다. 또한 배우자가 있는 경우(61.3%), 자녀가 있는 경우(61.4%) 다양한 프로그램이 있는 시설을 희망하는 비율이 높은 분포를 보였다. 가구소득에 따라서는 가구소득이 200만 원 미만인 경우 53.2%가 다양한 프로그램이 있는 시설을 희망한 반면, 800만 원 이상인 경우는 66.2%가 다양한 프로그램이 있는 시설을 이용하기를 희망하고 있어, 가구소득이 높은 집단은 다양한 프로그램이 있는 시설 이용을 희망하는 것으로 나타났다. 종교가 있는 경우 다양한 프로그램이 있는 시설을 희망하는 비율이 높다.

넷째, 방 구성 측면에서는 65~69세의 경우 2인실 이상의 다인실을 희망하는 비율이 39.6%로 타 연령집단에 비해 높은 분포를 보인다. 교육 수준에 따라서는 초졸 이하의 저학력층에서 2인 이상의 다인실을 희망하는 비율이 70.6%로 매우 높았으며, 전문대학 이상의 고학력층은 개인실을 희망하는 비율이 71.7%로 타 집단보다 높아, 학력에 따른 차이가 크게 나타났다. 또한 배우자가 없는 경우(75.5%), 자녀가 없는 경우(75.6%), 가족 중 노인요양시설 이용 경험자가 없는 경우(72.8%) 개인실(1인실 또는 부부실)을 희망하는 비율이 높게 나타났다.

다섯째, 비용 부담 측면에서는 가구소득만이 유의미한 차이를 보이며, 가구소득이 높은 집단에서 이용 서비스에 따라 차등적 비용을 지불하는 시설을 희망하는 비율이 높았다.

여섯째, 시설 운영 주체 측면에서는 자녀가 없는 경우 공공에서 운영하는 시설에 대한 선호도가 높은 것으로 나타났다.

일곱째, 자율성 보장 측면에서는 남성의 경우 노인 개인의 자율적 선택

을 우선으로 하는 시설에 대한 선호도가 여성보다 높게 나타났으며, 자녀가 없는 경우, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 없는 경우 노인 개인의 자율적 선택을 우선으로 하는 시설에 대한 선호도가 높게 나타났다.

마지막으로, 시설의 구조 측면에서는 여성의 경우 집과 같은 형태를 희망하는 비율이 85.8%로 남성 79.3%에 비해 높은 분포를 보이며, 그 외에는 통계적으로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

이처럼 미래 희망하는 노인요양시설 형태는 각 차원마다 희망 요인들이 인구사회학적 특성에 따라 상이하게 나타나고 있어, 이들의 욕구를 복합적으로 결합하여 그 특성을 살펴볼 필요가 있다. 이에 본 연구에서는 위와 같이 나타난 미래 노인요양시설 선택 시 고려 사항을 바탕으로 이들 형태 간의 조합을 살펴보기 위해 50~69세 미래 노인이 희망하는 노인요양시설 유형에 대한 잠재집단 분석을 실시하였다. 잠재집단의 모형 적합도 분석 결과, AIC(Akaike Information Criteria)는 5개 집단까지 감소하고, BIC(Bayesian Information Criteria)(Bayesian Information Criterion), SSABIC(Sample-Size Adjusted BIC)는 4개 집단까지 감소하지만 5개 집단부터는 증가하여 5개 집단은 적합하지 않은 것으로 판단하였다. Entropy지수는 2개 모형이 0.681로 가장 높다. 그러나 Entropy는 잠재계층 수가 늘수록 낮게 나타나는 경향이 있으므로, 모형 선택의 주요 기준으로는 부적절하다(Collins & Lanza, 2009). LMR-LRT(Lo-Mendell-Rubin adjusted Likelihood Ratio Test)지수는 3개 집단에서만 유의미한 것으로 나타나 3개 집단을 모형으로 선정하는 것이 적합하다. 이에 본 연구에서는 3개 집단이 예비 노인층이 희망하는 노인요양시설 유형을 적절히 분류한 것으로 판단하여 3개 집단을 최종 모형으로 선정하였다.

〈표 4-18〉 희망하는 노인요양시설 유형 잠재집단 모형 적합도

집단 수	AIC	BIC	SSABIC	Entropy	LMR	p	집단 수
2	14436.37	14526.70	14472.69	0.681	155.039	0.119	140(9.3) 1,360(90.7)
3	14350.71	14488.85	14406.26	0.610	102.114	0.000	560(37.3) 117(7.8) 823(54.9)
4	14301.74	14487.70	14376.51	0.515	65.969	0.137	233(15.5) 585(39.0) 607(40.5) 75(5.0)
5	14284.19	14517.97	14378.19	0.559	35.016	0.418	134(8.9) 235(15.7) 106(7.1) 543(36.2) 482(32.1)

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

최종 모형으로 선정된 3개 집단의 집단별 특성을 살펴보면, 집단 1은 대규모 시설, 다양한 프로그램 운영, 공공에서의 운영, 집과 같은 형태에서 0.7 이상의 높은 수준의 확률분포를 보이며, 도심 지역, 개인실, 동일 비용 부담, 자율성 보장 영역에서는 0.6~0.5 수준의 확률분포를 보인다. 이에 집단 1은 ‘집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설’(37.3%)로 명명하였다. 집단 2는 소규모 시설, 2인실 이상, 관리 중심의 시설에서 0.7 이상의 높은 수준의 확률분포를 보이며, 교외 지역, 적은 수의 프로그램, 욕구에 따른 차등 비용 지불, 공공에서의 운영, 병원과 같은 형태에서는 0.6~0.5 수준의 확률분포를 보인다. 이 집단은 ‘병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설’(7.8%)로 명명하였다. 집단 3은 소규모 시설, 개인실, 공공에서의 운영, 자율성 보장, 집과 같은 형태에서 0.7 이상의 높은 수준의 확률을 보이며, 교외 지역, 다양한 프로그램 운영, 동일 비용 부담에서는 0.6~0.5 수준의 확률분포를 보여 집단 3은 ‘집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설’(54.9%)으로 명명하였다.

〈표 4-19〉 희망하는 노인요양시설 유형 잠재집단 모형의 사후확률

유형		집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설 (560명 / 37.3%)	병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설 (117명 / 7.8%)	집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설 (823명 / 54.9%)
지역	교외의 한적한 시설	0.489	0.540	0.643
	도심 시설	0.511	0.460	0.357
시설 규모	대규모	1.000	0.258	0.264
	소규모	0.000	0.742	0.736
프로그램	다양한 프로그램	0.841	0.404	0.507
	프로그램이 적고 여유 있는 시간	0.159	0.596	0.493
방 구성	개인실	0.695	0.273	0.771
	2인실 이상	0.305	0.727	0.229
비용 부담	동일 비용	0.575	0.399	0.590
	차등 비용	0.425	0.601	0.410
시설 운영 주체	공공	0.900	0.558	0.930
	개인	0.100	0.442	0.070
자율성 보장	자율성 보장	0.620	0.238	0.669
	관리 강조	0.380	0.762	0.331
시설 구조	집	0.800	0.388	0.925
	병원	0.200	0.612	0.075

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

앞서 도출된 세 집단의 특성을 성, 연령, 교육 수준, 결혼 상태, 가구 형태, 자녀 유무, 부모 유무, 가구소득, 지역, 종교, 가족 구성원 내 노인요양 시설 이용 경험을 중심으로 살펴보았다. 그 결과 자녀 유무, 가구소득, 지역, 종교, 가족 구성원 내 노인요양시설 이용 경험만이 통계적으로 유의미한 차이가 있는 것으로 나타났다. 먼저 ‘집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설’을 희망하는 이들의 특성을 보면, 여자의 비율이 높았으며, 50~54세와 65~69세의 비율이 높고, 학력이 낮을수록 비율이 높았다. 또 유배우자인 경우, 노인 부부 가구 또는 부모·자녀 동거 가구인 경우, 자녀 또는 부모가 있는 경우, 가구소득이 높을수록, 동부에 거주하는 경우,

종교가 있는 경우, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우 비율이 높은 특성을 보인다. ‘병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설’의 경우 남성의 비율이 높았으며, 교육 수준이 높은 집단, 배우자가 있는 집단, 부모·자녀 동거 가구, 자녀가 있거나 또는 부모가 있는 경우, 가구 소득이 중간 수준인 경우, 동부에 거주하는 경우, 종교가 있는 경우, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우 비율이 높은 특성을 보인다. ‘집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설’을 희망하는 집단의 경우 남성의 비율이 높고, 저학력자, 배우자가 없는 경우, 부모 동거 가구, 자녀가 없는 경우, 부모가 없는 경우, 가구소득이 낮은 경우, 읍·면 부 거주자, 종교가 없는 경우, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 없는 경우 비율이 높은 특성을 보인다.

통계적으로 유의미한 특성을 중심으로 결과를 요약하면, ‘집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설’은 자녀가 있는 경우, 소득 수준이 높은 경우, 동부에 거주하는 경우, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우 선호도가 높았다. ‘병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설’은 동부에 거주하는 경우, 자녀가 있는 경우, 소득이 중간 수준인 경우, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우 선호도가 높았다. ‘집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설’은 자녀가 없는 경우, 소득 수준이 낮은 경우, 읍·면부에 거주하는 경우, 가족구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 없는 경우 선호도가 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-20〉 희망하는 노인요양시설 유형별 특성

(단위: %, 명)

특성		집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설	병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설	집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설	계	(명)
전체		37.3	7.8	54.9	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=1.642$)	남자	35.8	8.3	55.9	100.0	(748)
	여자	38.8	7.3	53.9	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=7.008$)	50~54세	40.0	6.5	53.6	100.0	(433)
	55~59세	36.4	8.9	54.8	100.0	(418)
	60~64세	33.3	7.6	59.1	100.0	(381)
	65~69세	40.3	8.6	51.1	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=2.982$)	초등학교 이하	41.2	0.0	58.8	100.0	(17)
	중학교	39.3	3.6	57.1	100.0	(28)
	고등학교	38.3	8.7	53.0	100.0	(366)
	전문대학 이상	36.9	7.7	55.4	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=1.657$)	배우자 있음	37.7	8.1	54.2	100.0	(1,251)
	배우자 없음	35.3	6.4	58.2	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=11.553$)	1인 가구	36.6	7.0	56.4	100.0	(172)
	부부 가구	38.4	8.1	53.5	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	37.4	7.4	55.2	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	24.0	8.0	68.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	42.2	11.8	46.1	100.0	(102)
	기타	14.3	0.0	85.7	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=10.240^{**}$)	있음	38.4	8.2	53.4	100.0	(1,336)
	없음	28.7	4.9	66.5	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=4.650$)	있음	38.7	8.2	53.1	100.0	(1,071)
	없음	34.0	6.8	59.2	100.0	(429)
가구소득 ($\chi^2=14.687^{*}$)	200만 원 미만	29.3	7.1	63.6	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	37.3	9.0	53.7	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	39.2	8.2	52.7	100.0	(452)
	800만 원 이상	42.4	5.8	51.8	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=9.703^{**}$)	동부	38.6	7.9	53.6	100.0	(1,348)
	읍·면부	26.3	7.2	66.4	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=6.219^{*}$)	있음	38.3	9.0	52.7	100.0	(891)
	없음	36.0	6.1	58.0	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=6.850^{*}$)	있음	38.7	10.3	51.0	100.0	(506)
	없음	36.6	6.5	56.8	100.0	(994)

주: $p < .05^{*}$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

나. 미래 노인이 생각하는 노인요양시설 선택의 우선순위

AHP(Analytic Hierarchy Process) 분석은 문제를 작은 요소들(문제들)로 나누고 의사결정자로 하여금 나누어진 요소들 간의 쌍대비교(pairwise comparison)를 하게 함으로써 각 요소의 상대적 중요성에 대한 가중치를 계량적으로 분석하는 방법으로, 정책 연구의 경우 대안들 간의 우선순위에 대한 의사결정자의 판단 결과를 계량적으로 제시하려는 목적으로 많이 이용된다(정홍원 외, 2012).

본 연구에서는 미래 노인들의 노인요양시설 선택의 주요 고려 사항에 대해 AHP 기법을 활용한 가중치 분석을 실시하였다. 먼저 각 항목은 자유로운 사생활 보장, 전문적 서비스, 시설환경, 인력의 친절함·전문성·충분성, 비용이라는 5가지 영역으로 구성되어 있으며, 영역별 세부 항목은 [그림 4-6]과 같이 제시하였다.

[그림 4-6] 노인요양시설 시설 선택 요소에 대한 AHP 분석 지표 체계도



자료: 저자 직접 작성.

AHP 분석 결과의 일관성은 C.R(Consistency Ratio)값을 통해 확인할 수 있다. C.R값은 설문 응답자가 주관적으로 판단한 요소에 대해 얼마나 일관성 있게 응답하였는가를 알아볼 수 있는 수치(일치성 지수와 임의

성 지수 간의 비중)로서 통상적으로 C.R이 0.1 이하인 경우 응답의 신뢰성이 높은 것으로 간주한다(조영태, 최상희, 장인석, 2010). 일반적으로 일관성 비율이 10% 이내($C.R < 0.1$)이면 평가자가 내린 항목들에 대한 판단이 일관성을 갖는 것으로 판단한다(이창효, 2000). 이에 본 연구에서는 C.R값이 0.1 이하인 대상자를 중심으로 분석하였다. 이러한 방법은 AHP 분석의 장점으로 볼 수 있는데, 합리적 의사결정자가 갖추어야 할 일관성 조건을 충족시키는 응답자만을 집단 의사결정에 참여시킴으로써 분석의 신뢰성을 높일 수 있다는 장점이 있다(송근원, 이영, 2013). 분석 결과는 다음과 같다.

1) 영역별 중요도

자유로운 사생활 보장, 전문적 서비스, 시설 환경, 인력의 친절함·전문성·충분성, 비용이라는 5가지 영역 중 중요도가 가장 높은 항목은 인력의 친절함·전문성·충분성(0.222)이며, 그다음으로 자유로운 사생활 보장(0.213), 비용(0.197), 전문적 서비스(0.184), 시설 환경(0.183) 순으로 나타났다.

〈표 4-21〉 노인요양시설 선택 시 영역별 중요도

항목	중요도	순위	C.R.
자유로운 사생활 보장	.213	2	.041
전문적 서비스	.184	4	
시설 환경	.183	5	
인력의 친절함, 전문성, 충분성	.222	1	
비용	.197	3	

주: 소수 넷째 자리에서 반올림한 값으로 중요도의 계는 1.000을 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

2) 세부 지표별 중요도

다음으로 영역별 세부 항목에 대한 중요도를 살펴보고자 한다.

먼저 자유로운 사생활 보장 영역에서는 자유로운 이동 또는 외출(0.226)이 가장 중요도가 높았으며, 다음으로 사적 공간 활용(0.205), 프로그램 참여 선택권(0.191), 자유로운 시간 사용(0.190), 식사 메뉴 선택권(0.189) 순으로 나타났다.

〈표 4-22〉 자유로운 사생활 보장 영역 내 지표의 중요도

항목	중요도	순위	C.R.
자유로운 시간 사용	.190	4	.045
식사 메뉴 선택권	.189	5	
사적 공간 활용	.205	2	
자유로운 이동 또는 외출	.226	1	
프로그램 참여 선택권	.191	3	

주: 소수 넷째 자리에서 반올림한 값으로 중요도의 계는 1.000을 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

전문적 서비스 영역에서는 위생 관리 서비스(0.185)에 대한 중요도가 가장 높았으며, 다음으로 간호 서비스(0.184), 신체활동 지원 서비스(0.181), 호스피스 서비스(0.160), 식사 지원 서비스(0.151), 여가 지원 서비스(0.138) 순으로 나타났다.

〈표 4-23〉 전문적 서비스 영역 내 지표의 중요도

항목	중요도	순위	C.R.
신체활동 지원 서비스	.181	3	.046
간호 서비스	.184	2	
식사 서비스	.151	5	
여가 지원 서비스	.138	6	
위생 관리 서비스	.185	1	
호스피스 서비스	.160	4	

주: 소수 넷째 자리에서 반올림한 값으로 중요도의 계는 1.000을 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

시설 환경 영역에서는 위생(0.287)에 대한 중요도가 가장 높았으며, 다음으로 개인실(1인실 또는 부부실) 사용(0.239), 가정과 같은 구조(0.195), 위치(0.154), 규모(0.124) 순으로 중요도가 높게 나타났다.

〈표 4-24〉 시설 환경 영역 내 지표의 중요도

항목	중요도	순위	C.R.
위치	.154	4	.051
규모	.124	5	
가정과 같은 구조	.195	3	
개인실(1인실 또는 부부실) 사용	.239	2	
위생	.287	1	

주: 소수 넷째 자리에서 반올림한 값으로 중요도의 계는 1.000을 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인력 영역에서는 직원의 전문성(0.356), 직원의 친절성(0.352), 직원 수의 충분성(0.292) 순으로 중요도가 높게 나타났다.

〈표 4-25〉 인력 영역 내 지표의 중요도

항목	중요도	순위	C.R.
직원의 친절성	.352	2	.015
직원의 전문성	.356	1	
직원 수의 충분성	.292	3	

주: 소수 넷째 자리에서 반올림한 값으로 중요도의 계는 1.000을 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
 자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

비용 영역에서는 이용 서비스에 따른 차등적 비용 부담(0.536), 시설 내 이용자의 동일한 비용 부담(0.464) 순으로 중요도가 높게 나타났다.

〈표 4-26〉 비용 영역 내 지표의 중요도

항목	중요도	순위	C.R.
시설 내 이용자의 동일한 비용 부담	.464	2	.000
이용 서비스에 따른 비용 부담	.536	1	

주: 소수 넷째 자리에서 반올림한 값으로 중요도의 계는 1.000을 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
 자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

다. 미래 노인이 생각하는 좋은 요양시설의 조건

미래 노인이 생각하는 좋은 요양시설은 전문적 돌봄서비스를 받을 수 있는 시설이 51.1%로 가장 높았으며, 다음으로 자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설 41.1%, 개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공해 주는 시설이 34.4%, 시설이 아닌 집과 같은 분위기의 시설이 18.4%, 의사가 상주하는 시설 또는 의료서비스를 제공하는 시설이 18.1% 등으로 나타났다.

〈표 4-27〉 좋은 요양시설의 조건

(단위: %)

구분	비율
전문적 돌봄서비스를 받을 수 있는 시설	51.1
자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설	41.1
개인의 경제적 수준에 맞게 서비스를 선택할 수 있는 시설	14.8
시설이 아닌 집과 같은 분위기의 시설	18.4
개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공해 주는 시설	34.4
가족 및 지역사회와의 교류가 활발한 시설	11.5
비용이 저렴한 시설	10.4
의사가 상주하는 시설 또는 의료서비스를 제공하는 시설	18.1
기타	0.1

주: 1순위+2순위 중복 응답으로 100%를 초과함.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인구사회학적 특성에 따른 분포를 살펴보면, 남자의 경우 여자에 비해 자유롭게 살 수 있는 선택권과 비용이 저렴한 시설을 중요하게 생각하는 비율이 높았으며, 여자는 전문적 서비스와 가족 및 지역사회와의 교류가 활발한 시설을 중요하게 생각하는 것으로 나타났다. 연령에 따라서는 연령이 낮은 집단에서 전문적 돌봄서비스를 받을 수 있는 것에 대한 비율이 높은 반면, 연령이 높은 집단에서는 자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설과 비용이 저렴한 시설에 대한 선호가 연령이 낮은 집단에 비해 높게 나타났다. 교육 수준에 따라서는 교육 수준이 높은 집단일수록 개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공해 주는 시설을 중요하게 생각하는 비율이 높은 특성을 보인다. 가구 형태에 따라서는 배우자가 없거나 1인 가구이거나, 자녀가 없는 가구의 경우 자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설을 중요한 조건으로 생각하는 비율이 그렇지 않은 대상자에 비해 높았다.

〈표 4-28〉 좋은 요양시설의 조건 1

(단위: %, 명)

구분		전문적 돌봄서비스 를 받을 수 있는 시설	자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설	개인의 경제적 수준에 맞게 서비스를 선택할 수 있는 시설	시설이 아닌 집과 같은 분위기의 시설	개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공해 주는 시설
전체		51.1	41.1	14.8	18.4	34.4
성	남자	49.3	45.2	16.7	18.3	32.6
	여자	52.8	37.1	12.9	18.5	36.2
연령	50~54세	54.5	39.0	13.6	19.2	35.3
	55~59세	53.3	40.0	16.0	17.9	36.4
	60~64세	47.0	43.8	13.6	18.1	33.9
	65~69세	47.8	42.5	16.4	18.3	30.6
교육 수준	초등학교 이하	58.8	41.2	17.6	23.5	17.6
	중학교	46.4	53.6	10.7	14.3	28.6
	고등학교	47.5	38.8	14.8	16.9	30.3
	전문대학 이상	52.2	41.6	14.9	18.9	36.2
결혼 상태	배우자 있음	52.7	40.0	14.5	18.9	34.6
	배우자 없음	43.0	46.6	16.5	16.1	33.3
가구 형태	1인 가구	40.7	46.5	15.1	19.8	31.4
	부부 가구	48.3	42.3	16.6	17.7	36.4
	2세대 자녀 동거 가구	55.1	38.9	13.9	18.1	34.6
	2세대 부모 동거 가구	50.0	44.0	14.0	24.0	22.0
	3세대 부모·자녀 동거	47.1	45.1	15.7	18.6	35.3
	기타	71.4	14.3	0.0	14.3	57.1
자녀	있음	51.9	40.6	14.8	18.6	34.8
	없음	44.5	45.7	14.6	17.1	31.1
부모	있음	52.1	40.3	15.7	18.0	35.9
	없음	48.5	43.1	12.6	19.3	30.8
가구소득	200만 원 미만	42.9	45.7	17.5	22.5	27.1
	200만~500만 원 미만	51.6	40.4	15.7	15.3	35.5
	500만~800만 원 미만	54.4	40.0	13.3	17.7	35.0
	800만 원 이상	52.9	39.6	12.9	20.9	38.8
지역	동부	50.9	41.0	14.6	18.4	34.1
	읍·면·부	52.6	42.1	16.4	18.4	37.5
종교	있음	53.3	38.7	15.5	18.3	33.6
	없음	47.8	44.7	13.8	18.6	35.6
이용 경험	있음	57.3	37.5	14.0	17.8	34.6
	없음	47.9	43.0	15.2	18.7	34.3

주: 1순위+2순위 중복 응답으로 100%를 초과함.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈표 4-28〉 좋은 요양시설의 조건 2

(단위: %, 명)

구분		가족 및 지역사회와 의 교류가 활발한 시설	비용이 저렴한 시설	의사가 상주하는 시설 또는 의료서비스를 제공하는 시설	기타	계 (명)	
전체		11.5	10.4	18.1	0.1	100.0	(1,500)
성	남자	8.4	12.7	16.6	0.1	100.0	(748)
	여자	14.6	8.1	19.7	0.1	100.0	(752)
연령	50~54세	12.9	9.0	16.4	0.0	100.0	(433)
	55~59세	10.0	10.0	16.0	0.2	100.0	(418)
	60~64세	10.2	11.5	21.5	0.3	100.0	(381)
	65~69세	13.4	11.6	19.4	0.0	100.0	(268)
교육 수준	초등학교 이하	11.8	0.0	29.4	0.0	100.0	(17)
	중학교	21.4	14.3	10.7	0.0	100.0	(28)
	고등학교	15.6	13.7	22.4	0.0	100.0	(366)
	전문대학 이상	9.9	9.4	16.7	0.2	100.0	(1,089)
결혼 상태	배우자 있음	11.5	9.6	18.1	0.2	100.0	(1,251)
	배우자 없음	11.6	14.5	18.5	0.0	100.0	(249)
가구 형태	1인 가구	11.0	13.4	22.1	0.0	100.0	(172)
	부부 가구	13.0	7.8	17.7	0.3	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	10.8	10.6	17.9	0.1	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	14.0	18.0	14.0	0.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	11.8	9.8	16.7	0.0	100.0	(102)
	기타	0.0	14.3	28.6	0.0	100.0	(7)
자녀	있음	11.5	10.2	17.5	0.1	100.0	(1,336)
	없음	11.6	12.2	23.2	0.0	100.0	(164)
부모	있음	11.2	9.6	17.1	0.1	100.0	(1,071)
	없음	12.4	12.4	20.7	0.2	100.0	(429)
가구소득	200만 원 미만	10.4	16.8	17.1	0.0	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	12.4	10.4	18.4	0.2	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	11.1	9.7	18.6	0.2	100.0	(452)
	800만 원 이상	11.9	5.0	18.0	0.0	100.0	(278)
지역	동부	11.6	10.5	18.8	0.1	100.0	(1,348)
	읍·면부	10.5	9.9	12.5	0.0	100.0	(152)
종교	있음	11.3	9.9	19.3	0.1	100.0	(891)
	없음	11.8	11.2	16.4	0.2	100.0	(609)
이용 경험	있음	9.7	10.3	18.6	0.2	100.0	(506)
	없음	12.5	10.5	17.9	0.1	100.0	(994)

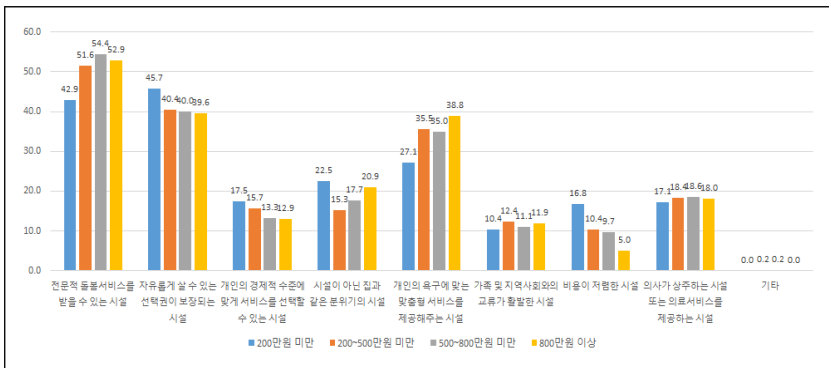
주: 1순위+2순위 중복 응답으로 100%를 초과함.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인구사회학적 특성 중 좋은 요양시설의 조건에서 두드러지는 항목인 소득 수준에 따른 좋은 요양시설의 조건을 살펴보면, ‘자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설’과 ‘개인의 경제적 수준에 맞게 서비스를 선택할 수 있는 시설’, ‘비용이 저렴한 시설’은 소득 수준이 낮은 집단에서 중요하게 생각하였다. 반면 ‘개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공해주는 시설’은 소득 수준이 높은 집단에서 중요하게 생각하는 것으로 나타나 소득 수준에 따른 좋은 요양시설의 조건이 상이함을 확인할 수 있다.

[그림 4-7] 소득 수준에 따른 좋은 요양시설의 조건

(단위: %)



자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

라. 미래 노인의 노인요양시설 이용 의향

미래 노인의 85.8%는 기능 상태가 악화될 경우 노인요양시설을 이용할 의향이 있다고 응답하였다. 노인요양시설을 이용하는 가장 큰 이유는 ‘가족들에게 부담을 주기 싫어서’가 66.7%로 압도적으로 높게 나타났다. 그 외에는 ‘전문적인 돌봄서비스를 받고 싶어서’ 12.1%, ‘나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서’ 9.9%, ‘일상생활을 돌봐 주는 사람이 있는 것

이 좋아서’ 9.2% 순으로 나타났다.

반면 전체 조사 대상자의 14.2%는 기능 상태가 악화되어도 노인요양시설을 이용할 의향이 없는 것으로 나타났다. 이용을 원하지 않는 가장 큰 이유는 노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서가 24.4%로 가장 높았으며, 다음으로 자유가 없을 것 같아서 16.0%, 요양시설 분위기가 싫어서 13.6%, 한번 들어가면 나올 수 없을 것 같아서 12.2% 등의 순으로 나타났다.

〈표 4-29〉 미래 노인의 노인요양시설 이용 의향

(단위: %)

이용 의향 있음(1,287)		이용 의향 없음(213)	
구분	비율	구분	비율
이용 의향 있음	85.8	이용 의향 없음	14.2
가족들에게 부담을 주기 싫어서	66.7	자유가 없을 것 같아서	16.0
		비용이 부담되어서	9.4
나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서	9.9	한번 들어가면 나올 수 없을 것 같아서	12.2
일상생활을 돌봐 주는 사람이 있는 것이 좋아서	9.2	가족 이외에 타인에게 돌봄을 받는 것이 익숙하지 않아서	8.5
		노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서	24.4
다른 사람들과 함께 지내고 싶어서	2.0	의료서비스 부족	2.3
전문적인 돌봄서비스를 받고 싶어서	12.1	가족과 단절될 것 같아서	9.4
		요양시설 분위기가 싫어서	13.6
기타	0.1	기타	4.2

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인구사회학적 특성에 따른 노인요양시설 이용 의향을 살펴보면, 연령이 낮은 집단인 경우, 배우자나 자녀 또는 부모가 있는 경우, 부부 가구, 자녀 또는 부모와 동거하는 경우 노인요양시설 이용 의향이 높게 나타났다. 소득 수준에 따른 이용 의향은 타 인구학적 특성에 비해 소득 수준별로 두드러진 차이를 보이는데, 800만 원 이상의 고소득인 경우 노인요양시설 이용 의향이 높았으며, 200만 원 미만의 저소득인 경우 노인요양시설 이용 의향이 낮게 나타났다.

〈표 4-30〉 미래 노인요양시설 이용 의향

(단위: %, 명)

구분		이용 의향 있음	이용 의향 없음	계 (명)
전체		85.8	14.2	100.0 (1,500)
성	남자	86.5	13.5	100.0 (748)
	여자	85.1	14.9	100.0 (752)
$(\chi^2=0.595)$				
연령	50~54세	87.1	12.9	100.0 (433)
	55~59세	87.3	12.7	100.0 (418)
	60~64세	86.6	13.4	100.0 (381)
	65~69세	80.2	19.8	100.0 (268)
$(\chi^2=8.411^*)$				
교육 수준	초등학교 이하	94.1	5.9	100.0 (17)
	중학교	71.4	28.6	100.0 (28)
	고등학교	83.9	16.1	100.0 (366)
	전문대학 이상	86.7	13.3	100.0 (1,089)
$(\chi^2=7.520)$				
결혼 상태	배우자 있음	87.5	12.5	100.0 (1,251)
	배우자 없음	77.5	22.5	100.0 (249)
$(\chi^2=16.841^{***})$				
가구 형태	1인 가구	78.5	21.5	100.0 (172)
	부부 가구	83.9	16.1	100.0 (385)
$(\chi^2=23.784^{***})$				
	2세대 자녀 동거 가구	89.2	10.8	100.0 (784)
	2세대 부모 동거 가구	72.0	28.0	100.0 (50)
	3세대 부모·자녀 동거	86.3	13.7	100.0 (102)
	기타	85.7	14.3	100.0 (7)
자녀	있음	86.9	13.1	100.0 (1,336)
	없음	76.8	23.2	100.0 (164)
$(\chi^2=12.162^{**})$				
부모	있음	87.1	12.9	100.0 (1,071)
	없음	82.5	17.5	100.0 (429)
$(\chi^2=5.314^*)$				
가구소득	200만 원 미만	75.4	24.6	100.0 (280)
	200만~500만 원 미만	86.1	13.9	100.0 (490)
	500만~800만 원 미만	89.2	10.8	100.0 (452)
	800만 원 이상	90.3	9.7	100.0 (278)
$(\chi^2=33.886^{***})$				
지역	동부	86.1	13.9	100.0 (1,348)
	읍·면부	83.6	16.4	100.0 (152)
$(\chi^2=0.701)$				
종교	있음	86.3	13.7	100.0 (891)
	없음	85.1	14.9	100.0 (609)
$(\chi^2=0.464)$				
이용 경험	있음	86.2	13.8	100.0 (506)
	없음	85.6	14.4	100.0 (994)
$(\chi^2=0.084)$				

주: 1) 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

2) $p<.05$ *, $p<.01$ **, $p<.001$ ***

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인구사회학적 특성별 노인요양시설 이용 희망 이유를 살펴보면, 성별에 따라 남자는 ‘가족들에게 부담을 주기 싫어서’, ‘일상생활을 돌봐 주는 사람이 있는 것이 좋아서’, ‘전문적인 돌봄서비스를 받고 싶어서’ 순으로 나타났지만, 여자는 ‘가족들에게 부담을 주기 싫어서’, ‘전문적인 돌봄서비스를 받고 싶어서’, ‘나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서’ 순으로 성별에 따라 그 이유가 상이한 것으로 나타났다. 노인요양시설 입소 희망 이유는 응답자의 가족관계와 소득에서 큰 차이를 보이는 것을 알 수 있다. 가족관계 특성을 살펴보면, 배우자 또는 자녀가 있는 경우 ‘가족들에게 부담을 주기 싫어서’라는 응답이 70% 이상으로 매우 높게 나타난 반면, 배우자 또는 자녀가 없거나 1인 가구인 경우 ‘나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서’의 비율이 30~40%로 나타나 가족 내 돌봄 제공이 가능한 자원이 있느냐에 따라 차이가 있는 것으로 나타났다. 다음으로 소득 수준에 따른 차이를 살펴보면, 먼저 노인요양시설 이용 이유에서는 소득 수준이 높은 집단에서 전문적인 돌봄서비스를 받고 싶다는 욕구가 높게 나타났으며, 소득 수준이 낮은 집단에서는 나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서라는 응답 비율이 높게 나타났다. 즉, 소득 수준에 따라 노인요양시설 이용 이유가 상이함을 알 수 있다.

〈표 4-31〉 미래 노인요양시설 이용 희망 이유

(단위: %, 명)

구분		가족들 에게 부담을 주기 싫어서	나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서	인생생활을 돌아보는 것이 싫어서	다른 사람들 과 함께 지내고 싶어서	전문적인 돌봄서 비스를 받고 싶어서	기타	계 (명)
전체		66.7	9.9	9.2	2.0	12.1	0.1	100.0 (1,287)
성	남자	68.8	7.9	10.5	2.3	10.4	0.2	100.0 (647)
($\chi^2=13.901^*$)	여자	64.5	12.0	7.8	1.7	13.9	0.0	100.0 (640)
연령	50~54세	63.9	11.1	9.5	2.7	12.5	0.3	100.0 (377)
($\chi^2=10.252$)	55~59세	66.3	11.8	8.5	1.6	11.8	0.0	100.0 (365)
	60~64세	68.2	9.1	9.4	1.8	11.5	0.0	100.0 (330)
	65~69세	69.8	6.0	9.3	1.9	13.0	0.0	100.0 (215)
교육 수준	초등학교 이하	75.0	0.0	18.8	0.0	6.3	0.0	100.0 (16)
($\chi^2=26.796^*$)	중학교	50.0	30.0	15.0	5.0	0.0	0.0	100.0 (20)
	고등학교	65.5	13.7	7.8	1.0	12.1	0.0	100.0 (307)
	전문대학 이상	67.3	8.5	9.3	2.3	12.5	0.1	100.0 (944)
결혼 상태	배우자 있음	70.4	6.2	9.2	1.8	12.3	0.0	100.0 (1,094)
($\chi^2=124.488^{***}$)	배우자 없음	45.6	31.1	8.8	3.1	10.9	0.5	100.0 (193)
가구 형태	1인 가구	40.7	35.6	8.1	3.7	11.1	0.7	100.0 (135)
($\chi^2=162.566^{***}$)	부부 가구	68.4	7.1	10.5	1.5	12.4	0.0	100.0 (323)
	2세대 자녀 동거 가구	71.8	6.0	8.3	1.4	12.4	0.0	100.0 (699)
	2세대 부모 동거 가구	41.7	22.2	19.4	5.6	11.1	0.0	100.0 (36)
	3세대 부모·자녀 동거	71.6	5.7	8.0	3.4	11.4	0.0	100.0 (88)
	기타	33.3	33.3	16.7	16.7	0.0	0.0	100.0 (6)
자녀	있음	70.5	6.6	9.0	1.8	12.1	0.0	100.0 (1,161)
($\chi^2=168.872^{***}$)	없음	31.7	40.5	11.1	4.0	11.9	0.8	100.0 (126)
부모	있음	67.2	8.9	9.4	2.1	12.2	0.1	100.0 (933)
($\chi^2=4.822$)	없음	65.3	12.7	8.5	1.7	11.9	0.0	100.0 (354)
가구소득	200만 원 미만	55.5	20.4	12.3	1.9	9.5	0.5	100.0 (211)
($\chi^2=51.906^{***}$)	200만~500만 원 미만	69.2	10.4	8.3	1.4	10.7	0.0	100.0 (422)
	500만~800만 원 미만	70.2	6.5	8.2	2.5	12.7	0.0	100.0 (403)
	800만 원 이상	66.1	6.0	9.6	2.4	15.9	0.0	100.0 (251)
지역	동부	66.8	9.9	9.4	1.7	12.2	0.0	100.0 (1,160)
($\chi^2=14.960^*$)	읍·면부	65.4	10.2	7.1	4.7	11.8	0.8	100.0 (127)
종교	있음	66.3	9.1	8.8	1.8	13.9	0.0	100.0 (769)
($\chi^2=8.549$)	없음	67.2	11.2	9.7	2.3	9.5	0.2	100.0 (518)
이용 경험	있음	64.9	8.7	9.9	1.6	14.9	0.0	100.0 (436)
($\chi^2=6.954$)	없음	67.6	10.6	8.8	2.2	10.7	0.1	100.0 (851)

주: 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.
 자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인구사회학적 특성별로 노인요양시설 이용을 희망하지 않는 이유를 살펴보면 결혼 상태와 소득 수준에 따라 차이를 보이는 것으로 나타났다. 배우자가 있는 경우는 서비스 질에 대한 낮은 신뢰, 자유가 없음, 한번 들어가면 나올 수 없을 것 같아서, 요양시설 분위기가 싫어서, 가족과 단절될 것 같아서 등의 순으로 비율이 높은 분포를 보였으나, 배우자가 없는 경우는 서비스 질을 신뢰하지 못해서, 자유가 없을 것 같아서, 비용이 부담되어서, 요양시설 분위기가 싫어서 등의 순으로 나타났다. 소득 수준에 따른 노인요양시설 미이용 이유에서는 ‘노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서’와 ‘비용이 부담되어서’의 소득 수준별 차이가 나타났다. 즉, 소득 수준이 낮은 집단일수록 ‘비용이 부담되어서’의 비율이 높은 경향을 보이며, 소득이 높은 집단일수록 ‘노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서’의 비율이 높은 경향을 보인다.

〈표 4-32〉 미래 노인요양시설 이용 미희망 이유

(단위: %, 명)

구분		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	계 (명)
전체		16.0	9.4	12.2	8.5	24.4	2.3	9.4	13.6	4.2	100.0 (213)
성	남자	13.9	9.9	12.9	9.9	23.8	3.0	7.9	12.9	5.9	100.0 (101)
	여자	17.9	8.9	11.6	7.1	25.0	1.8	10.7	14.3	2.7	100.0 (112)
연령	50~54세	21.4	8.9	7.1	8.9	21.4	3.6	5.4	14.3	8.9	100.0 (56)
	55~59세	7.5	7.5	17.0	7.5	26.4	5.7	7.5	15.1	5.7	100.0 (53)
	60~64세	19.6	11.8	15.7	5.9	19.6	0.0	11.8	13.7	2.0	100.0 (51)
	65~69세	15.1	9.4	9.4	11.3	30.2	0.0	13.2	11.3	0.0	100.0 (53)
교육 수준	초등학교 이하	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0 (1)
	중학교	12.5	12.5	12.5	12.5	12.5	0.0	12.5	25.0	0.0	100.0 (8)
	고등학교	13.6	11.9	13.6	10.2	15.3	3.4	16.9	11.9	3.4	100.0 (59)
	전문대학 이상	17.2	7.6	11.7	7.6	29.0	2.1	6.2	13.8	4.8	100.0 (145)
결혼 상태	배우자 있음	16.6	7.6	14.6	7.6	26.1	1.3	10.8	13.4	1.9	100.0 (157)
	배우자 없음	14.3	14.3	5.4	10.7	19.6	5.4	5.4	14.3	10.7	100.0 (56)
가구 형태	1인 가구	16.2	10.8	8.1	8.1	18.9	2.7	5.4	16.2	13.5	100.0 (37)
	부부 가구	17.7	9.7	16.1	8.1	22.6	0.0	12.9	12.9	0.0	100.0 (62)

구분		①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	계 (명)
2세대 자녀 동거 가구		11.8	8.2	10.6	8.2	32.9	3.5	8.2	12.9	3.5	100.0 (85)
2세대 부모 동거 가구		35.7	14.3	0.0	7.1	14.3	0.0	0.0	21.4	7.1	100.0 (14)
3세대 부모·자녀 동거		14.3	7.1	28.6	14.3	0.0	7.1	21.4	7.1	0.0	100.0 (14)
기타		0.0	0.0	0.0	0.0	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	100.0 (1)
자녀	있음	14.9	9.1	13.1	9.1	24.6	2.3	10.3	13.1	3.4	100.0 (175)
	($\chi^2=4.574$) 없음	21.1	10.5	7.9	5.3	23.7	2.6	5.3	15.8	7.9	100.0 (38)
부모	있음	18.8	7.2	13.0	8.7	22.5	2.2	7.2	16.7	3.6	100.0 (138)
	($\chi^2=9.799$) 없음	10.7	13.3	10.7	8.0	28.0	2.7	13.3	8.0	5.3	100.0 (75)
가구소득	200만 원 미만	20.3	15.9	10.1	7.2	14.5	2.9	7.2	13.0	8.7	100.0 (69)
	($\chi^2=37.838^*$) 200만~500만 원 미만	13.2	10.3	16.2	7.4	22.1	1.5	13.2	14.7	1.5	100.0 (68)
	500만~800만 원 미만	16.3	4.1	14.3	16.3	30.6	2.0	8.2	8.2	0.0	100.0 (49)
	800만 원 이상	11.1	0.0	3.7	0.0	44.4	3.7	7.4	22.2	7.4	100.0 (27)
지역	동부	15.4	8.5	12.2	8.5	25.5	2.1	10.6	13.8	3.2	100.0 (188)
	($\chi^2=9.532$) 읍·면부	20.0	16.0	12.0	8.0	16.0	4.0	0.0	12.0	12.0	100.0 (25)
종교	있음	15.6	9.0	9.0	7.4	27.0	1.6	13.1	12.3	4.9	100.0 (122)
	($\chi^2=9.172$) 없음	16.5	9.9	16.5	9.9	20.9	3.3	4.4	15.4	3.3	100.0 (91)
이용 경험	있음	20.0	4.3	12.9	10.0	25.7	4.3	8.6	11.4	2.9	100.0 (70)
	($\chi^2=6.933$) 없음	14.0	11.9	11.9	7.7	23.8	1.4	9.8	14.7	4.9	100.0 (143)

주: 1) ① 자유가 없을 것 같아서, ② 비용이 부담되어서, ③ 한번 들어가면 나올 수 없을 것 같아서, ④ 가족 이외에 타인에게 돌봄을 받는 것이 익숙하지 않아서, ⑤ 노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서, ⑥ 의뢰서비스 부족, ⑦ 가족과 단절될 것 같아서, ⑧ 요양시설 분위기가 싫어서, ⑨ 기타

2) 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

3) * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$ ***

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

미래 노인의 81.9%는 노인요양시설 이용 시 추가 비용 지불 의향이 있는 것으로 나타났다. 이는 남성의 비율이 83.2%로 여성보다 높았으며, 55~59세 연령에서 84.2%로 높은 분포를 보였다. 교육 수준에 따라서는 전문대학 이상인 경우 84.9%가 추가 비용 지불 의향이 있어 타 학력에 비해 높게 나타났다. 또한 배우자가 있는 경우(84.1%), 자녀 동거 가구인 경우(85.6%), 자녀가 있는 경우(83.3%), 부모가 있는 경우(84.2%), 소득 수준이 높은 경우(800만 원 이상 95.0%), 동부 거주자인 경우(82.3%),

종교가 있는 경우(82.8%), 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우(87.2%) 추가 비용 지불 의향이 있는 것으로 나타났다.

지불 의향이 있는 응답자들을 대상으로 추가 비용을 지급하며 이용하고자 하는 서비스에 대해 질문한 결과, 1인실 이용에 대한 추가 비용 지불 의향이 77.1%로 가장 높았으며, 다음으로 부부전용실 73.9%에 이어 양질의 식사 서비스와 요양시설 내 제공 의료서비스가 69.7%로 동일하게 나타났다. 그 외에 기능훈련 및 재활서비스는 64.5%, 개별 목욕서비스 62.2%, 추가 돌봄인력 배치 54.5%, 병의원 동행 및 외출 52.8%, 개별 여가활동 및 나들이 50.9%, 이·미용 42.5%, 기호식품 28.0% 등의 순으로 나타났다.

인구사회학적 특성별 추가 비용 지급 의향이 있는 서비스의 특성은 다음과 같다.

성별에 따라서는 남성의 경우 부부전용실이 79.9%로 가장 높았으며, 다음으로 1인실이 78.9%, 요양시설 내 제공 의료서비스가 68.5%로 나타났다. 반면 여성은 1인실이 75.3%로 가장 높았으며, 다음으로 양질의 식사 서비스 73.0%, 기능훈련 및 재활서비스 69.9% 순으로 나타났다.

연령별로는 50~54세는 1인실이 79.9%, 요양시설 내 제공 의료서비스가 73.8%, 부부전용실 71.3%로 나타났으며, 55~59세는 1인실 80.4%, 부부전용실 75.9%, 양질의 식사 71.0% 순이며, 60~64세는 부부전용실 74.4%, 1인실 72.9%, 양질의 식사 서비스 72.6% 순으로 나타났다. 65~69세는 부부전용실이 74.1%, 1인실 73.1%, 요양시설 내 제공 의료서비스 69.7% 순으로 높게 나타났다.

교육 수준에 따라서는 학력 수준이 높을수록 1인실과 부부전용실, 개별 목욕서비스에 대한 추가 지불 의향이 높은 분포를 보였다. 또한 학력 수준에 따라 추가 지불 의향이 있는 서비스가 상이하게 나타났다. 초졸

이하의 경우 양질의 식사 서비스가 75.0%로 가장 높은 반면, 중졸은 1인실과 부부전용실이 68.8%로 높은 분포를 보이며, 고졸의 경우 1인실의 비율이 75.0%로 가장 높고 다음으로 양질의 식사 서비스 69.6%, 부부전용실 68.8% 등의 순으로 나타났다. 전문대졸 이상은 1인실 비율이 78.3%로 가장 높았으며, 다음으로 부부전용실 76.0%, 양질의 식사 서비스 69.9% 등의 순으로 나타났다.

배우자가 있는 경우는 부부전용실에 대한 추가 지불 의향이 80.1%로 가장 높았고, 이어 개인실 76.7%, 요양시설 내 제공 의료서비스 69.4% 등의 순이었으며, 배우자가 없는 경우는 1인실 79.7%, 양질의 식사 서비스 71.8%, 요양시설 내 제공 의료서비스 71.2% 순으로 나타났다.

가구 형태에 따라서는 노인 부부 가구의 경우 부부전용실이 82.0%로 가장 높았으며, 노인 독거 가구와 부모 동거 가구는 1인실의 비율이 각각 77.4%, 80.0%로 높게 나타났다.

가구소득별 분포를 살펴보면, 가구소득이 높은 집단에서 1인실, 부부전용실, 개별 여가활동 및 나들이, 이·미용, 추가 돌봄인력 배치, 기능훈련 및 재활서비스 등에 대한 추가 지불 의향이 높은 것으로 나타났다. 특히 1인실과 부부전용실의 경우 800만 원 이상의 소득집단에서는 80% 이상이 추가 비용 지불 의향을 보였다.

노인요양시설 이용 경험에 따라서는 이용 경험이 있는 경우는 부부전용실이 77.6%로 가장 높고, 다음으로 양질의 식사 서비스 71.9%, 1인실 71.2% 등의 순으로 나타났으나, 이용 경험이 없는 집단은 1인실 80.5%, 부부전용실 71.8%, 요양시설 내 제공 의료서비스 69.2% 등의 순으로 나타나 이용 경험별 추가 비용 지불 의향에서 차이를 보였다.

〈표 4-33〉 미래 노인요양시설 이용 시 추가 비용 지불 의향 1

(단위: %)

구분		추가 비용 지급	추가 비용 지급 의향 서비스					
			1인실	부부 전용실	개별 목욕 서비스	개별 여가활동 및 나들이	요양시설 내 제공 의료서비스	병의원 동행 및 외출
전체		81.9	77.1	73.9	62.2	50.9	69.7	52.8
성	남자	83.2	78.9	79.9	59.0	48.2	68.5	49.5
	여자	80.7	75.3	67.7	65.6	53.7	70.8	56.2
연령	50~54세	82.9	79.9	71.3	61.8	54.3	73.8	53.8
	55~59세	84.2	80.4	75.9	61.1	48.9	69.0	51.4
	60~64세	83.2	72.9	74.4	64.7	50.2	65.6	54.3
	65~69세	75.0	73.1	74.1	61.2	49.8	69.7	51.2
교육 수준	초등학교 이하	70.6	50.0	33.3	41.7	58.3	66.7	50.0
	중학교	57.1	68.8	68.8	50.0	43.8	62.5	37.5
	고등학교	75.4	75.0	68.8	62.7	52.5	73.6	53.6
	전문대학 이상	84.9	78.3	76.0	62.6	50.5	68.6	52.9
결혼 상태	배우자 있음	84.1	76.7	80.1	62.6	50.7	69.4	52.5
	배우자 없음	71.1	79.7	36.7	59.9	52.5	71.2	54.8
가구 형태	1인 가구	72.1	77.4	33.9	62.9	49.2	72.6	54.8
	부부 가구	80.8	74.9	82.0	65.6	54.0	67.2	50.8
	2세대 자녀 동거 가구	85.6	78.4	78.2	60.5	48.4	71.4	53.8
	2세대 부모 동거 가구	70.0	80.0	65.7	68.6	68.6	74.3	57.1
	3세대 부모·자녀 동거	82.4	75.0	73.8	60.7	54.8	59.5	47.6
	기타	57.1	50.0	25.0	50.0	50.0	50.0	50.0
자녀	있음	83.3	76.9	77.2	61.5	50.9	69.0	52.1
	없음	70.7	79.3	42.2	69.8	51.7	75.9	59.5
부모	있음	84.2	77.7	75.1	61.6	52.5	70.3	52.9
	없음	76.2	75.5	70.6	63.9	46.5	67.9	52.6
가구소득	200만 원 미만	60.7	71.2	50.0	60.6	45.9	67.1	51.2
	200만~500만 원 미만	80.0	74.5	72.2	59.9	49.0	67.6	47.2
	500만~800만 원 미만	89.2	78.2	80.1	60.8	52.9	71.0	56.1
	800만 원 이상	95.0	83.3	82.2	68.9	54.2	72.3	57.2
지역	동부	82.3	77.3	73.9	62.3	50.6	70.2	53.0
	읍·면부	78.9	75.8	73.3	61.7	54.2	64.2	50.8
종교	있음	82.8	76.2	75.1	61.8	51.1	70.6	50.5
	없음	80.6	78.6	72.1	62.9	50.7	68.2	56.2
이용 경험	있음	87.2	71.2	77.6	63.5	52.4	70.5	56.2
	없음	79.3	80.5	71.8	61.5	50.1	69.2	50.9

주: 1순위+2순위 중복 응답으로 100%를 초과함.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈표 4-33〉 미래 노인요양시설 이용 시 추가 비용 지불 의향 2

(단위: %)

구분		추가 비용 지급	추가 비용 지급 의향 서비스					
			양질의 식사 서비스	아·미용 (염색, 파마 등)	기호식품 (술, 담배)	추가 돌봄인력 배치	기능훈련, 재활·서비스	기타
전체		81.9	69.7	42.5	28.0	54.5	64.5	96.9
성	남자	83.2	66.4	37.6	34.7	56.3	59.3	100.0
	여자	80.7	73.0	47.4	21.1	52.7	69.9	94.3
연령	50~54세	82.9	67.4	42.6	32.3	51.8	66.6	100.0
	55~59세	84.2	71.0	40.9	25.6	57.4	69.3	100.0
	60~64세	83.2	72.6	42.9	26.2	57.4	61.8	100.0
	65~69세	75.0	66.7	44.3	27.4	49.8	56.7	84.6
교육 수준	초등학교 이하	70.6	75.0	66.7	16.7	41.7	33.3	0.0
	중학교	57.1	50.0	37.5	37.5	62.5	50.0	50.0
	고등학교	75.4	69.6	42.0	25.7	52.5	68.1	93.8
	전문대학 이상	84.9	69.9	42.4	28.6	55.1	64.1	100.0
결혼 상태	배우자 있음	84.1	69.3	43.0	28.1	54.4	64.6	96.3
	배우자 없음	71.1	71.8	39.5	27.1	55.4	63.8	100.0
가구 형태	1인 가구	72.1	74.2	42.7	32.3	54.8	62.1	100.0
	부부 가구	80.8	71.1	42.4	29.6	56.6	61.1	87.5
	2세대 자녀 동거 가구	85.6	69.9	41.6	24.9	53.5	66.6	100.0
	2세대 부모 동거 가구	70.0	62.9	65.7	34.3	57.1	71.4	100.0
	3세대 부모·자녀 동거	82.4	58.3	41.7	39.3	52.4	60.7	100.0
	기타	57.1	75.0	0.0	0.0	75.0	75.0	100.0
자녀	있음	83.3	69.4	42.4	27.7	54.0	64.4	96.4
	없음	70.7	72.4	43.1	31.0	59.5	65.5	100.0
부모	있음	84.2	69.4	42.6	28.6	53.5	66.1	100.0
	없음	76.2	70.3	42.2	26.3	57.2	60.2	90.0
가구소득	200만 원 미만	60.7	70.0	40.0	27.6	45.9	54.1	90.0
	200만~500만 원 미만	80.0	67.9	40.3	28.3	52.0	63.0	95.7
	500만~800만 원 미만	89.2	70.0	43.4	26.3	57.6	64.0	100.0
	800만 원 이상	95.0	71.6	45.8	30.3	59.1	74.2	100.0
지역	동부	82.3	70.3	42.8	28.0	54.6	65.1	96.6
	읍·면부	78.9	63.3	39.2	27.5	54.2	59.2	100.0
종교	있음	82.8	70.3	43.1	26.4	54.7	65.6	97.6
	없음	80.6	68.6	41.5	30.3	54.2	62.9	95.7
이용 경험	있음	87.2	71.9	43.8	26.3	54.4	67.1	96.4
	없음	79.3	68.4	41.8	28.9	54.6	63.1	97.2

주: 1순위+2순위 중복 응답으로 100%를 초과함.

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

조사 대상의 7.7%는 미래 노인요양시설 이용 시 추가적인 부담을 하지 않겠다고 응답하였다. 월 50만~100만 원 미만 부담이 가능한 비율이 49.8%로 가장 높았으며, 월 50만 원 미만 30.5%, 월 100만~250만 원 미만 7.5%, 해당 시기 연금 수급액 안에서 지출 3.9% 등으로 나타났다.

추가 부담을 하지 않겠다는 비율은 인구사회학적 특성에 따라 경향성이 뚜렷하다. 즉, 연령이 높은 집단, 교육 수준이 낮은 집단, 소득 수준이 낮은 집단에서는 부담하지 않겠다는 비율이 높은 경향을 보인다.

세부 영역별로 살펴보면 여성의 경우 부담하지 않겠다는 비율이 9.6%로 남성에 비해 높으며, 남성의 경우 월 100만 원 이상 부담이 가능하다는 비율이 여성에 비해 높은 분포를 보인다. 연령에 따라서는 연령이 높을수록 100만 원 이상 부담하겠다는 비율이 낮은 특성을 보인다. 교육 수준에 따라서는 학력이 낮을수록 부담하지 않겠다는 비율이 높으며, 중졸의 경우 100만 원 이상의 비용 부담을 하겠다는 비율은 나타나지 않았다.

가구 구조에 따라서는 배우자가 없는 경우(14.9%), 노인 독거 가구인 경우(15.1%), 자녀가 없는 경우(18.3%), 부모가 없는 경우(11.0%) 부담하지 않겠다는 비율이 높았으며, 100만 원 이상의 높은 수준의 비용 부담을 하겠다는 응답도 낮게 나타났다.

가장 두드러진 경향을 보이는 항목은 소득 수준인데, 월 100만 원까지는 소득 수준이 낮을수록 높은 비율을 보이는 반면, 월 100만 원 이상은 소득 수준이 높을수록 높은 비율을 보인다. 특히 200만 원 미만의 저소득인 경우 부담하지 않겠다는 비율이 21.1%로 매우 높았으며, 월 50만 원 미만 부담도 42.5%로 높게 나타났다. 지역에 따라서는 동부의 경우 월 100만 원 이상의 고비용 부담 의향이 읍·면부에 비해 높았으며, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우 100만 원 이상의 고비용 부담 의향이 이용 경험이 없는 집단에 비해 높은 분포를 보인다.

〈표 4-34〉 미래 노인요양시설 이용 시 추가 부담 가능 금액

(단위: %, 명)

구분		부담 하지 않겠다	월 50만 원 미만	월 50만~1 00만 원 미만	월 100만~ 250만 원 미만	월 250만 원 이상	해당 시기 연금 수급액 안에서 지출	계 (명)	
전체		7.7	30.5	49.8	7.5	0.5	3.9	100.0	(1,500)
성	남자	5.9	32.5	48.7	9.0	0.7	3.3	100.0	(748)
	여자	9.6	28.6	50.9	6.0	0.4	4.5	100.0	(752)
연령	50~54세	7.2	32.3	46.4	9.2	0.9	3.9	100.0	(433)
	55~59세	7.2	30.6	50.0	6.2	1.0	5.0	100.0	(418)
	60~64세	7.6	29.7	52.5	7.1	0.0	3.1	100.0	(381)
	65~69세	9.7	28.7	51.1	7.1	0.0	3.4	100.0	(268)
교육 수준	초등학교 이하	29.4	23.5	35.3	5.9	0.0	5.9	100.0	(17)
	중학교	14.3	28.6	50.0	0.0	0.0	7.1	100.0	(28)
	고등학교	7.7	36.3	45.6	4.6	0.0	5.7	100.0	(366)
	전문대학 이상	7.3	28.7	51.4	8.6	0.7	3.2	100.0	(1,089)
결혼 상태	배우자 있음	6.3	29.8	51.7	7.8	0.5	3.9	100.0	(1,251)
	배우자 없음	14.9	34.1	40.2	6.0	0.8	4.0	100.0	(249)
가구 형태	1인 가구	15.1	35.5	41.3	4.1	0.6	3.5	100.0	(172)
	부부 가구	9.4	28.3	53.2	6.2	0.5	2.3	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	5.0	30.2	50.8	8.5	0.5	5.0	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	12.0	42.0	34.0	6.0	0.0	6.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	7.8	28.4	51.0	10.8	1.0	1.0	100.0	(102)
	기타	14.3	14.3	57.1	0.0	0.0	14.3	100.0	(7)
자녀	있음	6.4	29.8	51.3	8.0	0.6	3.9	100.0	(1,336)
	없음	18.3	36.6	37.8	3.0	0.0	4.3	100.0	(164)
부모	있음	6.4	30.5	50.0	7.9	0.7	4.5	100.0	(1,071)
	없음	11.0	30.5	49.4	6.3	0.2	2.6	100.0	(429)
가구소득	200만 원 미만	21.1	42.5	30.4	1.1	0.0	5.0	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	7.1	32.0	52.7	5.1	0.0	3.1	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	3.8	25.7	57.7	8.0	0.7	4.2	100.0	(452)
	800만 원 이상	1.8	23.7	51.4	17.3	1.8	4.0	100.0	(278)
지역	동부	7.9	30.2	49.5	7.7	0.6	4.2	100.0	(1,348)
	읍·면부	6.6	33.6	52.6	5.3	0.0	2.0	100.0	(152)
종교	있음	6.2	30.9	51.3	7.3	0.8	3.6	100.0	(891)
	없음	10.0	30.0	47.6	7.7	0.2	4.4	100.0	(609)
이용 경험	있음	5.9	24.5	56.7	9.3	1.0	2.6	100.0	(506)
	없음	8.7	33.6	46.3	6.5	0.3	4.6	100.0	(994)

주: 1) 소수 둘째자리에서 반올림한 값으로 문항별 계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

2) $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

미래 노인요양시설 이용 시 자부담 비용 부담자에 대해서는 노인 본인(배우자)이 부담해야 한다는 비율이 60.6%로 가장 높았으며, 자녀의 부담이 35.9%, 기타가 3.5% 순으로 나타났다. 즉, 노인요양시설 이용 자부담은 본인이 부담해야 한다는 인식이 높은 것을 확인할 수 있다.

전반적으로 학력 수준이 높을수록, 소득 수준이 높을수록 배우자가 있는 집단, 자녀가 없는 집단, 부모가 없는 집단, 노인요양시설 이용 경험이 없는 집단에서 노인 본인(배우자)이 부담해야 한다는 비율이 높은 특성을 보인다.

교육 수준에 따라서는 그 차이가 매우 크게 나타나는데, 전체적으로 학력 수준이 낮은 집단에서 본인(배우자) 부담의 비율이 낮았다. 특히 초등학교 이하의 경우 노인 본인(배우자)이 부담하겠다는 비율은 23.5%이고, 자녀 부담이 70.6%로 매우 높게 나타났다.

가구 구성에 따라서는 배우자가 있는 경우, 노인 독거 가구인 경우, 자녀가 없고, 부모가 없는 경우 노인 본인(배우자)이 부담하겠다는 비율이 높으며, 자녀 동거 가구와 부모·자녀 동거 가구의 경우 자녀들이 부담해야 한다는 비율이 높은 특성을 보인다.

가구소득에 따른 분포 역시 교육 수준과 비슷한 분포를 보이는데, 가구소득이 높은 집단에서 노인 본인(배우자)이 부담한다는 비율이 높은 분포를 보인다. 200만 원 미만의 소득이 있는 집단은 자녀가 부담한다는 비율이 38.3%로 타 가구소득에 비해 높은 분포를 보인다.

그 외 지역에 따라서는 읍·면부 거주자가 노인 본인(배우자)이 부담한다는 비율이 64.5%로 높게 나타났으며, 가족 중 노인요양시설 이용 경험이 있는 경우 노인 본인(배우자) 부담 비율은 55.3%로 낮은 반면, 자녀들이 부담해야 한다는 비율은 43.1%로 이용 경험이 없는 응답자와 차이를 보인다.

〈표 4-35〉 미래 노인요양시설 이용 시 자부담 비용 부담자

(단위: %, 명)

구분		노인 본인(배우자)	자녀(며느리, 사위 포함)	기타	계 (명)	
전체		60.6	35.9	3.5	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=2.617$)	남자	58.5	37.9	3.6	100.0	(748)
	여자	62.7	34.1	3.3	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=11.280$)	50~54세	57.8	37.2	5.1	100.0	(433)
	55~59세	60.8	36.2	3.1	100.0	(418)
	60~64세	64.1	32.2	3.7	100.0	(381)
	65~69세	60.1	38.8	1.1	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=23.939^{**}$)	초등학교 이하	23.5	70.6	5.9	100.0	(17)
	중학교	39.3	57.1	3.6	100.0	(28)
	고등학교	56.3	38.5	5.2	100.0	(366)
	전문대학 이상	63.1	34.0	2.8	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=12.819^{**}$)	배우자 있음	60.9	36.4	2.7	100.0	(1,251)
	배우자 없음	59.4	33.3	7.2	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=52.666^{***}$)	1인 가구	63.9	29.0	7.0	100.0	(172)
	부부 가구	65.2	33.8	1.0	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	59.1	38.0	2.9	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	48.0	34.0	18.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	54.9	41.1	3.9	100.0	(102)
	기타	71.4	28.6	0.0	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=17.072^{***}$)	있음	59.8	37.2	2.9	100.0	(1,336)
	없음	66.4	25.6	7.9	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=3.108$)	있음	59.1	37.3	3.5	100.0	(1,071)
	없음	64.1	32.6	3.3	100.0	(429)
가구소득 ($\chi^2=26.009^{***}$)	200만 원 미만	54.6	38.3	7.1	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	60.4	35.1	4.5	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	61.2	37.2	1.5	100.0	(452)
	800만 원 이상	65.9	33.1	1.1	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=6.290^*$)	동부	60.1	35.9	3.9	100.0	(1,348)
	읍·면부	64.5	35.5	0.0	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=1.253$)	있음	60.9	36.0	3.0	100.0	(891)
	없음	60.1	35.8	4.1	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=22.186^{***}$)	있음	55.3	43.1	1.6	100.0	(506)
	없음	63.3	32.3	4.4	100.0	(994)

주: 1) 소수 둘째 자리에서 반올림한 값으로 문항별 계는 100.0%를 기준으로 약간의 차이가 있을 수 있음.

2) $p < .05$ *, $p < .01$ **, $p < .001$ ***

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

제3절 소결

이 장에서는 노인의 요양 욕구 다양화에 따른 노인요양시설 특성화 전략 마련을 위해 미래 노인의 특성과 요양 욕구 및 이들이 생각하는 이상적인 시설에 대해 분석하였다.

인구 및 가구 구조 변화와 코호트별 특성을 고려할 때, 미래 노인은 건강하고 소득이 높은 노인과 상대적으로 소득 수준과 신체적 기능 상태가 낮은 후기노인이 공존하면서 복지와 관련된 욕구의 스펙트럼이 매우 넓어질 것으로 예상된다. 즉, 노인 세대 내에서도 다양한 특성이 있는 집단이 발생할 것으로 보인다. 따라서 현재 노인들을 중심으로 설계되어 있는 노인요양 관련 정책들의 패러다임 전환이 필요하며, 노인집단 내의 다양성을 고려한 정책 설계가 필요할 것으로 보인다.

이를 위해 노인요양시설에 대한 미래 노인들의 욕구를 파악하고, 이들이 희망하는 요양시설에 대해 분석하였다.

노인요양시설에 대해 미래 노인의 상당수는 어둡고 무섭거나 조용하고 정적이라는 이미지를 갖고 있었다. 그러나 노인요양시설에서의 생활에 대한 부정적 인식은 상대적으로 낮은 수준이었으며, 노인요양시설을 현대판 고려장이라고 생각하는 비율도 낮은 편이었다. 또한 향후 노인요양시설 이용을 희망하는 비율은 85.8%로 매우 높게 나타나 미래 노인들은 기능 상태 악화 시 노인요양시설 거주를 당연하게 받아들이고 있는 것으로 보인다.

미래 노인이 생각하는 이상적인 노인요양시설은 ‘노인의 존엄성이 유지되고 가족을 대신하여 최상의 돌봄이 가능한 시설’로 정의할 수 있다. 이들은 이러한 노인요양시설 선택 시 인력의 친절함·전문성·충분성을 가장 중요하게 고려하였으며, 다음으로 자유로운 사생활 보장을 중요한

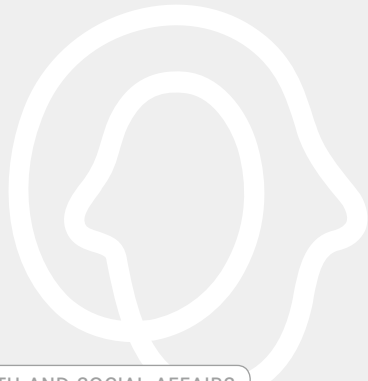
요소로 고려하였다. 또한 좋은 요양시설은 전문적 돌봄서비스가 제공되는 시설, 자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설이라고 인식하는 것으로 나타났다. 즉, 미래 노인이 시설 선택 시 고려하는 주요 요소와 좋은 요양시설의 조건은 유사한 특성을 보인다. 그러나 이러한 요인들은 노인 개인의 특성에 따라 다르게 나타나며, 가장 큰 차이를 보이는 항목은 '소득'이다. 즉, 소득 수준에 따라 좋은 요양시설의 조건이 상이하게 나타나는 특성을 보인다. 이러한 경향성은 노인요양시설을 이용하고자 하는 이유에서도 나타나는데, 소득 수준이 낮은 집단에서는 '돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서' 노인요양시설을 이용하는 비율이 높고 '비용이 부담되어서' 이용하지 않겠다는 비율이 높은 반면, 소득 수준이 높은 집단에서는 '전문적인 돌봄서비스를 받고 싶어서' 노인요양시설을 이용하는 비율이 높고 '노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서' 이용하지 않겠다는 비율이 높다.

이러한 특성은 미래 노인이 희망하는 노인요양시설 형태에서도 나타난다. 미래 노인이 희망하는 노인요양시설 유형은 '집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 공공시설', '집과 같은 형태의 자유로운 대규모 공공시설', '병원과 같은 형태의 관리 중심 소규모 시설'인 것으로 나타났으며, 전반적으로 소득 수준과 현재 거주지(동부, 읍·면부), 자녀 유무, 가족 구성원 중 노인요양시설 이용 경험 유무 등에 따라 희망하는 시설 형태가 상이하게 나타나는 특성을 보인다.

앞서 현재 노인요양시설을 이용하는 가족을 인터뷰한 결과에서도 개인의 자율성과 존엄성이 확보되기를 희망하였다. 자율성 차원에서는 첫째, 단체생활이라고 해서 다수가 한방에서 생활하는 것이 아니라 1인실부터 다인실까지 개인이 선택할 수 있는 선택권의 확보를 희망하였다. 둘째, 현재보다 더 다양한 프로그램이 마련되어 노인요양시설에서도 하루 종일

누워 지내는 것이 아니라 자신의 흥미에 맞는 활동을 선택할 수 있기를 바랐다. 셋째, 개인의 건강 상태가 허락한다면 외출, 외부 음식 반입이 가능하기를 원했고, 개인 물품을 소지할 수 있으며, 삶의 질을 높여 줄 도구가 비치돼 있어 사용할 수 있게 되기를 희망하였다. 존엄성 차원에서는 첫째, 인간으로서 존엄성을 유지하고 타인에게 피해를 주지 않도록 서비스가 제공되기를 희망하였다. 예를 들어, 기저귀를 교체할 수 있는 별도의 공간이 마련되기를 바랐다. 기저귀를 교체해야 하는 노인도 미안하고 같은 침실에서 생활하는 노인들도 불편할 수 있으므로 참여자들은 별도의 기저귀 교체 공간이 마련되기를 원했다. 둘째, 개별화된 돌봄을 제공할 수 있는 시스템이 마련되기를 바랐다. 셋째, 인력 확보를 통해 서비스 질이 확보되기를 희망하였다. 특히 영양보호사 1인당 노인 수 조정과 입소 노인을 위한 전담 상담인력 배치를 바라는 참여자도 있었다.

미래 노인이 갖고 있는 노인요양시설에 대한 다양한 욕구를 충족하기 위해 미래 노인의 81.9%는 추가 비용을 부담할 의향이 있으며, 소득이 높은 집단의 욕구 수준이 더 높은 것으로 나타났다. 그러나 실제 부담할 수 있는 금액은 현재 노인요양시설 이용자들이 평균적으로 지불하는 비용 수준 정도로 나타나 욕구의 다양성에 비해 지불 가능 금액 수준은 높지 않은 것으로 나타났다. 반면, 월 100만 원 이상의 높은 금액을 지불할 의향이 있는 비율이 8.0%로 나타나 이들에 대한 고려도 필요할 것으로 보인다.



제5장

국내 노인요양시설 특성화 사례 분석

제1절 특성화된 노인요양시설의 선정

제2절 노인요양시설의 특성화 사례 분석

제3절 소결

제5장 국내 노인요양시설 특성화 사례 분석

제1절 특성화된 노인요양시설 선정

노인장기요양보험제도 내에서 운영되는 노인요양시설은 시설 기준, 인력별 배치 기준을 비롯하여 운영에서 준수해야 할 지침에 따라 운영되고 있다. 또한 노인장기요양보험제도의 관리 운영 주체인 건강보험공단에서는 공적 제도로서 국민의 요양서비스 이용권 보장과 제도의 안정적 운영을 위해 노인요양시설에 대한 관리·감독을 실시하고 있으며, 3년마다 이루어진 기관평가를 통해 노인요양시설의 방향성과 구체적 운영 기준을 제시하고 있다.

노인장기요양보험제도에서의 노인요양시설에 대한 관리·감독과 표준 운영 기준의 엄격한 관리를 통해 시설들은 제시된 기준을 충족하기 위해 노력하고 있다. 이들 기준은 노인요양시설이 수행해야 할 내용을 담고 있으나, 전국의 모든 노인요양시설에 적용할 수 있고 평가제도로서의 신뢰성을 유지하도록 하기 위해 평가의 판단 기준을 매우 구체적으로 제시하여 이에 따른 평가가 이루어진다. 그러나 증빙이 가능하거나 평가자의 판단이 개입되지 않을 수 있는 구체적인 기준을 제시하고 있어 노인요양시설별 독특한 특성이나 질적 우수성 등이 부각되기 어려운 측면이 있다. 노인요양서비스의 지향점인 이용자의 다양한 욕구와 선호가 반영된 ‘인간 중심 케어’를 반영하기 어려운 한계가 있다.

앞서 미래 노인이 희망하는 노인요양시설의 모습은 매우 다양한 차원에서 분화되고 있는 것을 볼 수 있었다. 즉, 인간 중심 케어의 핵심인 노인 개개인이 희망하는 서비스를 받을 수 있도록, 희망하는 형태의 노인요

양시설을 선택할 수 있도록 할 필요가 있다.

미래 노인요양시설을 이용할 노인들은 개인에 따라 교외시설 vs 도심 시설, 대규모 시설 vs 소규모 시설, 다양한 프로그램 vs 시간적 여유가 있는 시설, 개인실 vs 다인실 등 여러 차원에서의 선호도가 다르다는 것을 알 수 있다. 또한 전문적 서비스의 내용, 정도에서도 개인별 희망 정도가 다를 것이다.

최근 국내의 노인요양시설에서는 시설에 대한 노인(노인의 가족)의 욕구 변화를 충족시키기 위한 시도들이 등장하고 있다. 이러한 시설 사례를 살펴보는 것은 노인요양시설 운영자, 이용자, 미래 이용 희망자를 포함한 국민들에게 다양한 노인요양시설 사례에 대한 정보 접근성을 높여 주어 다양한 노인요양시설이 확대되도록 하며, 이용자 입장에서는 선택의 폭이 넓어지는 계기가 될 것이다.

하지만 현재 노인요양시설 특성의 세부적인 정보에 대한 접근의 한계로 인해 본 연구에서는 기존 문헌이나 언론 등에서 특성화된 사례로 제시된 기관이나 장기요양 관련 협회, 전문가로부터 본 연구의 목적에 부합되는 기관으로 추천받은 시설 중 미래 노인의 희망 노인요양시설 특성에 부합되는 기관을 임의로 선정하였다. 특히 기존의 일반화된 시설과는 달리 기관만의 독특한 비전에 따라 운영되는 시설을 선택하였다. 노인장기요양보험의 장기요양기관으로 등록된 노인요양시설 4개 소와 노인요양공동생활가정 1개소 등 총 5개 시설을 사례로 선정하였다.

사례 시설들은 공통적인 특징이 있다. 이들 시설의 가장 큰 공통적 특징은 단체생활의 한계 내에서 노인요양시설이 거주자 개개인의 생활이 존중되는 ‘인간 중심 케어’ 실현을 위한 공간이 되도록 노력한다는 것이다.

첫째, 이용자의 건강과 기능 상태에 따른 개별화된 서비스 제공을 위한 노력이다. 이용자의 건강과 기능 상태에 따른 식사의 종류 다양화, 목욕, 프

로그그램의 다양화 등이 이루어진다. 특히 개별화된 서비스 제공을 위해 인력을 확보하기 위한 인력 가산과 전문인력에 대한 교육, 관리가 이루어진다.

둘째, 환경 관리 측면에서는 쾌적한 환경 조성을 위해 자연 환기 또는 환기시설 설치, 채광을 위한 설계, 건물 설계에서 배리어프리(barrier free) 설계 적용 등이 이루어지고 있다. 시설의 규모, 건물의 특성, 시설 설치 시기에 따라 물리적 환경의 차이는 있으나, 시설별 노력이 이루어진다.

셋째, 노인요양시설은 노년기에 머무는 마지막 집으로 인식되어 ‘집과 같은 시설’에 대한 욕구가 크며, 시설에서도 ‘집과 같은’ 시설을 지향한다. 사례 시설로 선정한 시설들의 공통적인 특징은 가정과 같은 분위기를 조성하기 위해 시설 내부 인테리어와 공간을 활용하고 있다는 점이다. 일반 가정집에서 사용하는 식탁, 옷장, 테이블 등의 가구 및 집기를 안전하게 활용함으로써 병원에서 활용하는 형태를 제한하고 있다. 또한 공간이 허락하는 범위 내에서 개인 물품(가구 또는 액자, 이불 등)의 자유로운 소지를 허용하여 개개인의 취향이 존중되도록 하고 있다.

넷째, 장기요양 법적 의무 배치 인력 외의 제도에서 요양보호사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등의 추가적 인력을 활용함으로써 서비스 질 향상을 위해 노력하고 있다. 시설별 인력이 투입되는 정도가 상이하고, 추가 인력의 직종도 시설이 중요시하는 전문적 서비스에 따라 상이하게 나타난다.

다섯째, 이용자의 자율성과 선택권 보장을 위한 노력이다. 사례 검토를 한 시설에서 공통된 부분은 의복, 핸드폰 소지, 외출과 외박의 자율성이 보장된다는 것이다. 자율성 수준은 시설 이용자의 건강 상태, 인력의 층분성, 시설 환경에 따라 차이를 보인다. 취침 시간, 산책, 식사 시간 및 종류, 취향에 따른 음식, 인테리어 등에서 이용자의 자율권과 다양한 선택권을 높이기 위해 노력한다.

이를 종합해 보면, 시설에서 생활하는 거주자의 개인적 특성, 선호, 취향 등이 반영되어 편안하게 생활할 수 있도록 하기 위한 노인요양시설의 패러다임을 개별화의 최대화를 위한 노력이라 할 수 있다. 사례 연구에서 선정한 5개 시설은 거주자 개개인에게 개별화된 서비스를 제공하기 위해 노력하며, 특히 시설별로 다음과 같은 점에 더욱 주력하고 있는 것으로 판단되어 본 연구에서 소개하고자 한다.

첫 번째 시설은 9인 미만의 노인요양공동생활가정 형태로, 소규모 시설이면서 정원과 텃밭을 갖고 있는 단독주택 형태의 시설이다. 1~2인실 거주자 개개인이 개별적 독립 공간을 확보한 농촌형(도시 외곽) 시설이라는 특성이 있다.

두 번째 시설은 전문적 케어서비스가 특화된 시설이다. 간호 전문인력과 요양보호사 인력을 충분히 확보하여 거주자 대비 서비스인력의 비율을 높임으로써 거주자 개인의 건강, 취향, 특성을 파악하여 기본적이고 전문적인 케어를 하는 체계가 탄탄하게 갖춰진 시설이다. 도시 외곽의 주택가에 있는 단독 건물이며 정원이 잘 갖추어진 시설이라는 특성이 있다.

세 번째 시설은 중소도시에 위치한 대규모 시설이면서 전체 거주 공간을 유닛 구조로 설계하여 모든 거주자가 방과 거실, 주방으로 구성된 집과 같은 환경에서 생활하고 있다. 또한 1층은 외부에서도 시설 안을 볼 수 있는 유리 구조로 되어 있어 주변 환경(지역)에 대해서도 개방적으로 이루어져 있다.

네 번째 시설은 대도시 중심에 위치한 기업이 운영하는 노인요양시설이다. 자본력과 기업 경영 노하우를 바탕으로 시설 건물과 인테리어의 물리적 환경 조성 및 인력 관리에 장점이 있다. 경제적으로 안정된 도시의 노인층을 주요 타겟으로 하여 간호 및 재활치료 등 전문적 서비스를 제공하는 데 초점을 두고 있다.

다섯째 시설은 종교시설을 기반으로 한 사회복지법인이 운영하는 노인요양시설로 지역사회와 외부의 인적·물적 자원이 풍부하여 거주자의 다

양한 활동(activity)이 이루어지는 역동성을 갖춘 시설이다. 사회복지법인의 사회복지시설 운영의 노하우가 축적되어, 개개인의 케어매니지먼트 방식을 통해 케어서비스가 제공되는 시설이다.

제2절 노인요양시설의 특성화 사례 분석

노인요양시설의 사례 분석은 시설별 운영 개요와 특성화된 내용을 중심으로 기술하였다. 우선 시설 운영의 전반적인 내용으로 시설의 물리적 환경, 인력, 이용자 특성에 대한 부분을 제시하였으며, 시설별로 타 시설과 차별화되는 특성을 분석하였다.

1. 소규모 농촌형 시설: 경기도 용인시 H 노인요양공동생활가정

가. 시설 운영 개요

경기도 용인시의 농촌에 위치한 H 시설은 노인요양공동생활가정이다. 소규모 시설이면서 외관은 일반 단독주택과 같고 돌봄을 제공하는 시설로 단독 시설을 갖춘 곳이다.

〈표 5-1〉 경기도 용인시 H 노인요양공동생활가정 시설 개요

구분	내용
시설 유형	노인요양공동생활가정
설립 시기	2012년
정원/현원(2020. 11. 현재)	9명 / 9명
거주실	1인실(4개), 2인실(2개)
인력	시설장 포함 총 6명

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

많은 노인요양공동생활가정이 상가 건물을 임대하여 운영하는 것과 달리 이 시설은 단독주택 형태로 정원을 갖춘 1층의 단독 시설이다. 전체 대지 중 건물은 90평이고 텃밭과 정원이 190평으로 이루어져 넓은 야외 공간을 갖고 있다. 정원 외곽의 대문 잠금 장치를 통해 거주자들이 정원을 자유롭게 이용하도록 하였다. 주거하는 방은 1인실 4개, 2인실 2개로 구성되어 개개인의 사생활과 자율성, 선택권을 보장할 수 있는 물리적 환경을 갖추고 있다. 노인요양공동생활가정의 거주 노인 1인당 규정 공간 면적이 20.5㎡이지만, 해당 시설은 32㎡로 공간의 여유가 충분히 보장된다.

[그림 5-1] H 시설의 물리적 환경



주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

총정원은 9명이며, 현재 9명이 생활하고 있다. 이용자의 장기요양등급은 2등급 2명, 3등급 1명, 4등급 6명으로 4등급의 비율이 높았다. 성별에 따라서는 7명이 여성이며, 질환 특성으로는 9명의 노인이 모두 치매질환자이다. 이들 중 기저귀를 이용하는 노인은 5명이다(2020년 11월 기준).

〈표 5-2〉 경기도 용인시 H 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)

(단위: 명)

등급별	이용자 수	성별		치매질환자 수	기저귀 이용 노인 수
		남	여		
1등급	-	-	-	-	-
2등급	2	-	2	2	1, 실금팬티1
3등급	1	-	1	1	1
4등급	6	2	4	6	실금팬티2
5등급	-	-	-	-	-
기타	-	-	-	-	-
(계)	9	2	7	9	5(실금팬티 포함)

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

직원은 원장, 간호조무사 1명, 영양보호사 4명(주간 2명, 주야간 1명, 야간 1명)으로 총직원 6명이 근무하고 있다. 법정 직원 수는 5명이며, 영양보호사 1명을 인력 가산으로 활용하고 있다. 영양보호사 대비 이용 노인 수의 비율은 주간은 1:3, 야간은 1:9이다.

〈표 5-3〉 경기도 용인시 H 시설의 이용료 기준

(단위: 천 원)

등급별	급여 중 본인 부담 (20%)	비급여				
		주거비(일)		식사비(1일)	기타	
		1인실	2인실	식사/간식	프로그램 등	이·미용
1등급(월)	373	16.5	13.5	9/3	-	-
2등급(월)	346	16.5	13.5	9/3	-	-
3~5등급	319	16.5	13.5	9/3	-	-

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

해당 시설의 이용자는 노인요양공동생활가정의 등급별 1일 수가에 따라 해당 급여의 20%를 본인부담하며, 주거비, 식사비의 비급여에 해당하는 비용을 이용료로 지불하도록 한다. 이용료 중 비급여비는 상급침실 이용료 1인실 1만 6,500원(1일), 2인실 1만 3,500원(1일), 식사 1식 3천 원과 간식 1일 2회 1,500원이다. 1개월(30일 기준) 비급여 이용료는 1인실이 약 85만 5천 원, 2인실이 약 76만 5천 원이다. 장기요양의 노인요양공동생활가정 시설급여 단가에 따라 1등급자가 1일 6만 2,230원(2020년 단가)이라고 하면, 30일 기준 급여비는 총 186만 7천 원이다. 본인부담금 일반 대상자의 경우 총급여비의 20%를 부담하면 37만 3천 원이다.

따라서 H 시설에서 생활하는 1등급 이용자가 해당 시설의 1인실을 이용하게 되면 월 122만 8천 원, 2인실은 월 113만 8천 원의 이용료를 지불하게 된다. 해당 시설 이용자 중 비중이 가장 높은 4등급자의 본인부담금은 1인실 월 117만 4천 원, 2인실 월 108만 4천 원이다.

나. 시설의 특성화 전략: 시골집 같은 교외의 자유로운 소규모 시설

H 요양시설은 ‘고향에 계시는 부모님을 방문하는 것과 같이 시골집’ 같은 물리적 환경을 갖추고 있다. 9명의 노인이 생활하는 소규모 시설이면서 정원이 있는 주택의 형태여서 공동생활가정이 지향하는 소규모 노인이 모여 사는 “집과 같은” 모습이 가능한 곳이다. 현재 노인들은 아파트 형태보다는 단독주택 형태, 그리고 도시보다는 농촌에서 생활하는 세대로 H 요양시설의 형태에 친숙함을 느낄 것이다.

이곳에서는 9명의 노인이 소규모로 가족과 같이 모여 사는 형태로 생활하고 있어, 대규모 시설과는 달리 시간별 일정과 활동, 프로그램이 상대적으로 자유롭다.

해당 시설 원장과의 인터뷰에서도 H 시설의 장점으로 노인들이 정원 있는 주택에서 자유롭게 생활하고 있다는 것임을 강조하였다.

“우리 집은 집 마당에서 텃밭도 가꾸고 정원도 같이 만들어요, 가정과 같이 음식 냄새와 피자나, 짜장면을 배달시켜 먹기도 하고요, 어르신들이 개인 물건들을 희망하실 경우에 가지고 오세요, 가족사진이나 소지품, 이불이나 옷 등, 그리고 온돌과 침대 생활도 어르신 상태와 보호자가 원하는 스타일에 따라서 상의하고 생활해요, 방은 온돌방이라 집에서 생활하는 거랑 똑같이 신발 신지 않고 생활해서 좋구요,”

요양시설에서 건강체조 및 인지활동 시간, 발배구(짐볼로 둥글게 둘러 앉아 하는 운동) 같은 프로그램을 진행하고 있으나, 다양한 프로그램을 하기보다는 노인들이 자연스럽게 모여서 노는 것처럼 생활할 수 있다. 또한 입소 노인과 가족의 긴밀한 연락을 통해 생활을 공유하고, 가족들이 자유롭게 면회 와서 시간을 보낼 수 있도록 하고 있다.

해당 시설은 미래 노인이 희망하는 요양시설 중 ‘집과 같은 형태의 교외의 자유로운 소규모 시설’을 희망하는 잠재집단에서 특히 선호할 것으로 기대된다. 교외의 소규모 시설이면서, 개인 사생활과 자율성을 중요시하여 프로그램이 개별화되어 있고, 개인실 중심이며 자율성이 보장된 집과 같은 시설인 것이다.

노인요양공동생활가정은 노인요양시설에 비해 요양인력의 수가 적다. 요양보호사는 노인 3명당 1명이며, 간호사 또는 물리치료사와 같은 의료인력, 사회복지사 인력에서도 차이를 보인다. 의료적 필요도가 높거나 요양 필요도가 높은 1~2등급이 생활하기에는 요양인력이 부족해 충분한 돌봄이 이루어지기 어려운 구조이다.

해당 시설은 9명 중 6명이 4등급으로 상대적으로 신체적 기능은 양호하나 치매로 인한 어려움이 있는 노인들이 생활하고 있다. 이에 따라 요양보호사 인력 1명을 가산하여 4명이 돌봄을 제공하는 형태로 운영하더라도 1~2등급의 와상 상태 노인이 거의 없어 돌봄이 안정적으로 이루어지는 것으로 판단된다.

노인요양공동생활가정은 시설급여 형태이지만, 노인요양시설에 비해 낮은 수가와 적은 필요 인력 기준이 제시되고 있다. 하지만 서비스를 이용할 수 있는 노인의 기준을 시설급여 기준과 동일하게 적용하고 있어 노인요양공동생활가정을 이용하는 노인에게는 제공되는 서비스가 부족할 수밖에 없는 제도적 문제가 있다. 이와 같이 제도적으로 운영의 어려움이 있음에도 불구하고 H 요양시설은 도시 외곽에 위치하고 개인의 자율성과 사생활 보호를 위한 시설 생활이 가능해 이와 같은 형태의 시설 서비스에 대한 욕구가 있는 대상에게 특화된 형태라 할 수 있다.

하지만 H 요양시설은 요양등급이 높은 노인이 입소를 희망할 경우 현재의 제도에서는 거부할 수 없다는 아이러니와, 1~2인실로만 구성된 시설 형태로서 비급여비용이 높아 이와 같은 형태를 이용하고자 하는 저소득 노인은 이용에 제한을 받을 수밖에 없다는 한계가 있다.

2. 간호 및 돌봄 전문서비스에 특화된 노인요양시설: 경기도 광주 시 G 요양시설

가. 시설 운영 개요

경기도 광주시에 위치한 G 요양시설은 장기요양보험제도가 도입되기 이전인 2000년에 설립되어 20년 이상 운영돼 왔다. 시설은 주변에 연립 주택이나 일반 상가, 주택이 있는 일반 주거단지 내에 위치해 있다. 건물은 총 4층(본관과 확장된 별관 형태)이며, 시설을 둘러싸고 장미 정원이 갖추어져 자연과 조화를 이루는 공간으로 구성되어 있다. 또한 큰 창문을 설치하여 환기뿐 아니라 외부 날씨, 계절 변화 등을 잘 느낄 수 있도록 설계되었다.

〈표 5-4〉 경기도 광주시 G 요양시설 시설 개요

구분	내용
시설 유형	노인요양시설, 간호
설립 시기	2000년
정원/현원(2020. 11. 현재)	65명 / 64명
거주실	2인실(19개), 3인실(1개), 4인실(6개)
인력	시설장 포함 총 58명

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

주거하는 방은 2인실과 4인실 중심으로 구성되며, 층별로 거실을 갖추고 있어 각 층이 하나의 유닛 형태로 운영되고 있다. 식사는 층별로 하며, 개인의 건강 상태별 도움 정도에 따라 개별 또는 소규모로 식사를 한다.

[그림 5-2] G 시설의 물리적 환경



자료: 1) 이호준. (2018. 10. 18.). BRAVO Life. “집보다 나은 삶 향해” 너싱홈 그린힐.
http://bravo.etoday.co.kr/view/atc_view.php?varAtcId=9101에서 2020. 11. 30. 인출.
 2) 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

총정원은 65명이며, 현재 64명이 생활하고 있다. 이용자의 등급별 분포를 살펴보면 1등급 15명, 2등급 23명, 3등급 15명, 4등급이 10명이다. 1~2등급의 중증 이용자가 38명으로 전체 이용자 중 59.4%를 차지해 매우 높게 나타났다. 치매질환자는 41명으로 64.1%이며, 기저귀를 사용하는 노인은 50명으로 78.1%이다(2020년 11월 기준). G 시설의 경우 1~2등급의 중증 이용자가 많음에도 불구하고 중증 이용자 중 치매질환자와 기저귀 이용 노인의 비율은 낮게 나타났다.

〈표 5-5〉 경기도 광주시 G 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)

(단위: 명)

등급별	이용자 수	성별		치매질환자 수	기저귀 이용 노인 수
		남	여		
1등급	15	1	14	8	15
2등급	23	2	21	15	17
3등급	15	1	14	10	7
4등급	10	1	9	8	11
5등급	-	-	-	-	-
기타	1(등급 신청)	1		-	-
(계)	64	6	58	41	50

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

직원은 사회복지사 2명, 간호사 5명, 간호조무사 4명, 물리치료사 2명, 요양보호사 35명, 영양사 및 조리사 5명, 행정원 및 기타 관리인이 5명으로 총 58명이 근무한다. 법정 인력은 39명이지만 19명의 인력이 추가되어 법정 인력 기준 대비 32% 이상 많은 수준이다.

〈표 5-6〉 경기도 광주시 G 시설의 이용료 기준

(단위: 천 원)

등급별	급여 중 본인부담 (20%)	비급여				
		주거비(일)		식사비(1일)	기타	
		1인실	2인실	식사/간식	프로그램 등(1일)	이·미용
1등급(월)	426	-	13	9/1	15.5	5
2등급(월)	395	-	13	9/1	15.5	5
3~5등급	364	-	13	9/1	15.5	5

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

해당 시설의 비급여 현황을 살펴보면 상급침실료, 식사비, 기타 프로그램비로 구성된다. 상급침실 이용료 2인실 1만 3천 원(1일), 식사는 1식 3천 원과 간식 1일 2회 1천 원, 이·미용 5천 원, 기타 비급여 비용이 1만 5,500원(1일)이다. 기타 비급여 비용은 서비스 질 향상을 위한 환경 조

성, 원예요법, 아로마테라피, 기타 프로그램 활동비 명목으로 부여되지만 실제로는 간호사, 요양보호사 등 추가 인력에 대한 인건비로 대체된다.

1개월(30일 기준) 비급여 이용료는 2인실 이용 시 116만 원, 4인실 이용 시 77만 원이다. 따라서 1등급 이용자가 해당 시설의 2인실을 이용하게 되면 월 158만 1천 원, 4인실의 경우 119만 6천 원의 이용료를 지불하게 된다.

나. 시설의 특성화 전략

G 요양시설의 가장 큰 특징은 거주자의 건강 특성에 따라 질 높은 돌봄과 간호 서비스를 제공하는 것이다. 이러한 특성화 전략에 따라 층별 이용자의 구성, 전문인력의 충분한 활용, 인력 운영 방식, 개별화된 전문서비스 제공이 이루어지고 있다.

이용자의 건강 상태 특성에 따라 전문요양실(2층)의 29명, 중경증 치매(3층) 24명, 경증뇌혈관 질환(4층) 12명으로 유닛 케어 체계를 갖추고 있다.

전문간호서비스가 특화된 시설로서 직접 돌봄을 제공하는 전문간호인력의 경우, 전문요양실이 1:6으로 간호사 4명, 조무사 1명이 29명의 중증 노인을 담당하고 있으며 24시간 간호사가 배치되어 있다. 일반실의 경우 간호인력은 1:9로 간호사 2명, 조무사 2명이 36명의 노인을 담당하고 있다. 요양보호사는 35명(법정 인력 26명)이 근무하여 주간에는 노인 4명당 요양보호사 1명이 보호하며, 야간에는 노인 8명당 1명의 요양보호사가 보호하는 방식으로 운영된다. 특히 요양보호사는 보호하는 노인을 가능한 한 계속적으로 보호할 수 있도록 하는 담당제 방식의 인력 운영으로 요양보호사가 노인 개개인의 건강, 선호, 취향 등의 특성을 파악하여 개인 맞춤형 서비스를 제공할 수 있도록 한다.

해당 시설 원장과의 인터뷰에서도 노인 개개인의 건강 상태 변화에 따른 전문간호서비스와 돌봄의 중요성을 강조하였다.

"어르신 개개인에게 질 높은 서비스를 제공하기 위해서 전문인력을 충분히 활용하는 것을 가장 중요시 생각합니다. 3교대 간호사를 배치하고, 요양보호사도 충분한 인력을 배치하여 로테이션하지 않고 계속 같은 어르신을 돌보도록 합니다. 요양보호사가 방에서 계속 있으면서 어르신을 돌보니까 용변을 보고 싶을 때나 불편하거나 필요한 게 있을 때 신속하게 응대할 수 있고, 기저귀를 차고 있더라도 배변 후 바로 처리가 가능해요."

이와 같은 요양보호사 배치 방식(4인실에는 요양보호사 1명, 2인실에는 2개 방에 1명의 요양보호사)은 노인이 배변감을 느낄 때 바로 화장실로 이동시킬 수 있어 최대한 기저귀 없이 보호하는 것이 가능한 상태이다. 해당 시설의 평균적인 요양등급은 중증 비율이 높음에도 불구하고 기저귀 이용 노인 비율이 상대적으로 낮은 이유이다.

또한 노인의 심리적 편안함과 요양보호사의 업무 집중도를 위한 서비스 내용과 방식에서도 타 시설과 차별성이 있는 것으로 나타났다.

"좋은 수면을 위해 개개인 노인에게 취침 전 아로마 발 마사지를 해 드리고, 물리치료는 별도의 물리치료실을 두지 않고 물리치료사 2명이 기구를 이동하며 방에서 이루어질 수 있도록 합니다. 그러면 요양보호사가 물리치료실까지 이동하는 것을 돕지 않아도 되니 요양보호사가 노인돌봄에 집중할 수 있어요."

"어르신들이 인생의 마지막을 이곳에서 보내고 우리 시설에서 임종하시길 희망하시는 경우가 90% 이상입니다. 별도의 임종실을 두어 가족 곁에서 편히 임종하실 수 있도록 호스피스케어를

제공하고 있습니다.”

G 시설은 전문간호와 돌봄서비스에 특화되어 있으며, 개인의 자율성과 선택권을 높이기 위해 노력하고 있다. 의복과 핸드폰 사용, 외출과 외박이 자유롭고, 개인용 소형 가구와 가전(냉장고) 비치, 종교활동의 참여에 대한 선택이 이루어지고 있다. 또한 시설 같지 않은 편안한 환경을 위해 건축의 외양, 실내 인테리어, 정원 조성, 가구 선택, 공간 배치에서도 집 같은 요양원, 시설 같지 않은 요양원으로 만들고자 하는 노력을 지속적으로 하고 있다. 냄새 퇴치를 위해 아로마요법을 활용하고 시설 외부 4곳에 기저귀 전용 쓰레기통을 배치하는 등 실내 공기를 정화하는 데 많은 노력을 하고 있다.

해당 시설은 미래 노인이 희망하는 요양시설 중 전문적 서비스가 제공되는 관리 중심의 시설로서, 간호에 특화된 전문적 케어서비스가 제공되고 인력의 전문성과 직원의 충분성이 보장되는 시설을 희망하는 잠재이용 계층이 선호할 것이다. 현재 노인장기요양보험의 기준이 되는 인력 배치 기준과 비교할 때, 인력의 전문성(간호사 배치)과 인력의 수(기준 대비 20% 이상)가 충족되어야 제공될 수 있는 형태이다. 타 시설에서는 현재의 인력 기준으로는 요양보호사 또는 간호인력 1명당 돌봐야 하는 노인수가 평균 8~10명이 됨에 따라 노인 개개인의 욕구가 고려된 개별화된 돌봄서비스를 제공하기 어려운 한계가 있다는 점에서 해당 시설의 사례는 향후 많은 시설들이 지향해야 할 모형이라 할 수 있다.

다만, 현재 서비스의 전문화와 개별화를 위한 추가 인력 투입은 비급여로 이용자 개인이 부담하고 있어 이용료가 높다는 한계가 있다.

3. 중소도시 대규모 유닛형: 경기도 부천시 I 요양시설

가. 시설 개요

경기도 중소도시 도심에 위치한 이 시설은 2015년 개원한 정원 177명의 대규모 시설이다. 시설이 아파트 주변 도시 녹지 공원에 위치하고 있어 도시와 가까우면서도 공원을 이용할 수 있다. 전체 시설은 유닛 구조로 설계되어 있다. 유닛 구조는 대규모 시설에서 가정과 같은 형태의 케어가 가능한 소규모 단위의 유닛을 두는 방식으로, 12인실 유닛과 10인실 유닛으로 총 15개의 유닛으로 운영된다. 거주실은 2인실과 4인실로 운영되고 있다. 최근 1인실에 대한 수요가 있어 1개를 1인실로 운영하고 있다.

〈표 5-7〉 경기도 부천시 I 요양센터 시설 개요

구분	내용
시설 유형	노인요양시설
설립 시기	2015년
정원/현원(2020. 11. 현재)	177명 / 176명
거주실	총별 유닛 구성 12인실 유닛 12개, 10인실 유닛 3개로 구성 1인실(1개), 2인실(51개), 4인실(18개)
인력	시설장 포함 110명

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

총정원은 177명이며, 현재 176명이 생활하고 있다. 이용자의 등급별 분포를 살펴보면 1등급 7명, 2등급 31명, 3등급 72명, 4등급이 61명이다. 1~2등급의 중증 이용자가 38명으로 21.6%이며, 3~4등급의 비중이 높게 나타났다. 치매질환자는 131명으로 74.4%이며, 기저귀를 사용하는 노인은 130명으로 73.9%이다(2020년 11월 기준).

〈표 5-8〉 경기도 부천시 I 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)

(단위: 명)

등급별	이용자 수	성별		치매질환자 수	기저귀 이용 노인 수
		남	여		
1등급	7	2	5	6	7
2등급	31	7	24	21	28
3등급	72	13	59	53	54
4등급	61	16	45	46	39
5등급	3	1	2	3	-
기타	2	1	1	2	2
(계)	176	40	136	131(74.4)	130(73.9)

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인력은 총 110명이 근무하며, 법정 인력은 96명이며, 14명의 인력 가산을 활용하는 중이다. 가산 인력은 사회복지사 3명, 간호인력 3명, 영양보호사 8명으로, 추가 인력 가산을 최대한 활용하고 있다. 유닛 방식은 일반 요양시설에 비해 추가 인력이 더 요구되는 형태이며, 유닛별 5명의 영양보호사가 돌봄을 제공하게 된다. 따라서 주간에는 영양보호사 1명당 5~6명의 노인을 돌보고 야간에는 10~12명을 돌보게 된다.

[그림 5-3] I 시설의 물리적 환경



주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

비급여 항목은 상급침실료, 식사비이다. 상급침실 이용료 2인실 1만원(1일당), 식사비 2,000원(1식), 간식 500원(1일)으로 2인실을 이용할 경우 월 49만 5,000원이다. 따라서 1등급 이용자가 해당 시설의 2인실을 이용하게 되면 월 92만 1천 원, 4인실은 62만 1천 원의 이용료를 지불하게 된다. 이 시설의 가장 많은 등급인 3~4등급자가 2인실을 이용할 경우 월 85만 9천 원을 부담하게 된다.

〈표 5-9〉 경기도 I 시설의 이용료 기준

(단위: 천 원)

등급별	급여 중 본인부담 (20%)	비급여				
		주거비(일)		식사비(1일)	기타	
		1인실	2인실	식사/간식	프로그램 등(1일)	이미용
1등급(월)	426	-	10	6/0.5	-	-
2등급(월)	395	-	10	6/0.5	-	-
3~5등급	364	-	10	6/0.5	-	-

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

나. 시설의 특성화 전략: 유닛 방식의 집과 같은 대규모 도시 시설

I 시설의 가장 큰 특징은 도시의 대규모 시설이면서 전체 시설의 유닛 방식을 도입하여 집과 같은 거주 공간을 갖추었다는 것이다. 대규모 시설의 장점으로 직접 서비스 비용이 아닌 관리비용, 식사비용에서 규모의 경제로서 경쟁력을 확보하되, 유닛 구조를 통해 이용자 입장에서는 소규모 형태의 거주가 이루어질 수 있는 것이다. 유닛은 ‘집’이라고 부르고, 1개 동의 요양시설에서 총 15개의 집에 177명이 함께 생활하는 공간이다.

이와 같은 유닛 방식의 대규모 시설은 질 좋은 식사를 제공하면서도 비용을 낮출 수 있어 이용자의 비용 부담을 줄일 수 있는 경쟁력이 있다. 사례 연구 시설 중에서 가장 낮은 식사비(간식)를 받고 있는 것으로 나타났

다. 상급침실료도 2인실 1일당 1만 원으로 타 시설에 비해 저렴한 것으로 나타났다. 따라서 이 시설에서 2인실을 이용할 경우 1등급 이용자가 월 1백만 원 미만의 본인부담금을 납부하게 되어 타 시설에 비해 저렴하다.

해당 시설은 요양시설이 생활하는 노인 개개인의 개별화를 지향하되 고급화보다는 물리적인 환경을 잘 갖추면서도 비용 부담이 높지 않은 시설 설립과 운영을 지향한다는 것을 보여 준다.

“도심에서 멀지 않으면서도 삭막하지 않고, 주변 녹지가 있고 집 같은 따뜻한 공간의 요양시설을 생각하고 건립하였다. 장기적으로는 개별화가 되었으면 좋겠다는 생각으로 유닛 방식을 선택했다.”

“개별화를 위해서는 2인실이 좋지만, 시설에 입소하면 5년, 10년 이상씩 있을 수 있어서 상급침실료에 대한 부담을 줄이기 위해 2인실과 4인실로 구성했다. 우리는 고급화 전략은 아니었다. 다만 물리적 시설은 잘해 놓되 누구나 부담 없이 올 수 있도록 하는 시설로 운영한다.”

해당 시설은 유닛 방식으로 운영하고, 소그룹 중심의 음악치료, 미술치료 등의 프로그램을 실시하고 있다. 그러나 많은 프로그램을 하기보다는 노인들이 거실 등에서 TV를 같이 보거나 개인 운동, 화투놀이 등을 자유롭게 하도록 한다. 또한 집과 같은 분위기를 위해 협탁, 가구 등의 인테리어에서도 가정에서 많이 쓰는 형태를 선택했으며, 나무를 많이 기르고, 방마다 넓은 창을 두어 외부의 변화를 인지하고 환기가 잘되도록 공간을 설계한 특성이 있다.

또한 생활서비스를 가정에서 하듯이 유닛에 세탁기를 두어 수시로 세탁할 수 있도록 구성하고, 식사도 유닛에서 가족들이 같이 식사하는 형태

로 운영하고 있다. 요양보호사와 간호인력을 유닛 단위로 배치하고 유닛 내에서 순환하도록 함으로써 하나의 유닛은 곧 하나의 가족, 하나의 가정과 같이 운영되고 있다.

해당 시설은 미래 노인이 희망하는 요양시설 중 집과 같은 형태의 대규모 시설 유형이라고 할 수 있다. 즉, 대규모 시설이 갖는 관리운영의 효율성이 있으며, 거주하는 공간에서는 집과 같은 형태를 희망하는 욕구가 반영된 것이라고 할 수 있다. 특히 물리적 환경에서 개별화를 실천할 수 있으면서도 이용자의 비용 부담이 높지 않다는 장점이 있다. 미래 중산층이 이용할 수 있는 수준, 국민연금 수급 세대에서 본인이 부담할 수 있는 정도의 수준을 고려한 특성화된 모형이다.

4. 대도시 기업 운영 노인요양시설: 서울시 송파구 K 요양시설

가. 시설 개요

K 시설은 2019년 서울 도심에 설립된 시설로, 기업이 운영하는 노인 요양시설이다. 2016년 해당 기업에서 요양사업을 시작하여 2019년 해당 노인요양시설을 개원하였고, 2021년 서울 도심에 1개소의 노인요양시설을 추가로 개원할 예정이다.

도심에 위치하고, 지하 1층 지상 5층의 시설이며, 거주실은 8개의 유닛으로 운영된다. 유닛별 구성은 [그림 5-4]에서 보는 것과 같이 유닛별 침실과 거실, 주방으로 구성되어 있어 개별 유닛은 한 채의 집과 같이 운영된다. 또한 8개의 유닛 중 1개를 치매전담실로 특화하여 운영 중이다.

〈표 5-10〉 서울시 송파구 K 요양시설 시설 개요

구분	내용
시설 유형	노인요양시설
설립 시기	2019년
정원/현원(2020. 11. 현재)	132명 / 127명
거주실	8개의 유닛 운영 1인실(52개), 2인실(20개), 4인실(10개)
인력	직접 인력 84명(간호, 재활, 사회복지, 요양보호사) / 총인력 104명

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

침실은 총 82개가 설치되어 있으며 1인실 52개, 2인실 20개, 4인실 10개로 구성되어 있다. 1인실의 비중이 가장 높지만, 2인실과 4인실 이용자가 각각 40명으로 구성되어 있어 다양한 선택지가 가능하도록 운영되고 있다.

〈표 5-11〉 서울시 송파구 K 시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)

(단위: 명, %)

등급별	이용자 수	성별		치매질환자 수	기저귀 이용 노인 수
		남	여		
1등급	8	-	8	8	8
2등급	25	5	20	19	21
3등급	52	17	35	48	40
4등급	39	1	38	35	18
5등급	2	-	2	2	1
기타	1	-	1	-	-
계(%)	127	23	104	112(88.2)	88(69.3)

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

정원은 132명이며, 현재 127명이 생활하고 있다. 이용자의 장기요양등급 분포는 1~2등급의 비율이 26.0%이고, 3~4등급은 71.7%로 3등급 이하의 비교적 기능상태가 경증인 이용자 위주로 생활하고 있다. 치매질환자는 112명으로 약 88.2%, 기저귀를 이용하는 노인은 88명으로 69.3%이다.

[그림 5-4] K 시설의 물리적 환경



주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인력은 직접 서비스 제공 인력으로 간호사 10명, 재활치료사 4명, 사회복지사 4명, 요양보호사 66명 있고, 운영관리자 2명, 사무원·관리인 3명, 위생원·시설관리인 4명과 조리 위탁업체의 영양사 2명, 조리원 9명을 포함하여 총 104명이 근무 중이다. 법정 인력 대비 28명의 추가 인력이 근무 중이다. 요양보호사 1명 대비 이용자 수는 주간 4~5명, 야간 10~11명이다.

해당 시설 이용료의 비급여 항목은 상급침실료와 식사비로 구성된다. 상급침실 이용료 1인실 6만 원(1일당), 2인실 3만 5,000원(1일당), 식사비 4,400원(1식), 간식 2,000원(1일)이다. 장기요양급여를 포함한 월별 이용료는 1등급 이용자가 1인실을 이용할 경우 268만 2천 원, 4등급자가 4인실을 이용할 경우 82만 원으로 나타난다. 해당 시설의 경우 도시 지역 시설로 상급침실료의 기준 단가가 높아 이용자 간 본인부담금 차이가 크다.

〈표 5-12〉 서울시 송파구 K 시설의 이용료 기준

(단위: 천 원)

등급별	급여 중 본인부담 (20%)	비급여				
		주거비(일)		식사비(1일)	기타	
		1인실	2인실	식사/간식	프로그램 등(1일)	이미용
1등급(월)	426	60	35	13.2/2	-	-
2등급(월)	395	60	35	13.2/2	-	-
3~5등급	364	60	35	13.2/2	-	-

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

나. 시설의 특성화 전략

K 시설은 기업의 자본력을 바탕으로 기존 요양시설과는 차별화된 요양시설의 비즈니스 모형을 적용하였다. 노인요양서비스 시장을 분석하여 장기적 수요를 발굴하고, 초기 투자를 통해 장기적으로 수익이 창출될 수 있는 모델로 운영하고 있다.

도시 거주 노인은 계속 증가하고 있으나 도심 시설이 부족하여 이에 대한 욕구가 높아짐에 따라 개인의 자율성과 사생활이 보장되는 1~2인실 중심의 개별화된 서비스 제공 시설에 대한 수요 분석을 바탕으로 노인 친화적 배리어프리 설계를 적용하고, 기존 요양시설의 부정적 환경(냄새 등)을 고급화하기 위한 물리적 환경을 조성하였다.

전문 경영의 차원에서 ‘인간 중심 케어’를 위해 이용자 특성별 서비스 차별화(신체, 인지기능을 기준으로 유형화한 서비스 제공), 이용자의 선호와 취향에 따른 자기결정권 확장(개인 거주 공간에 커튼, 가구 등의 인테리어, 식사 등)이 이루어진다.

인력의 전문성 향상과 체계적 관리를 위해 인력에 대한 교육과정이 체계적으로 운영되고 있다. 인력에 대한 교육은 직무별 입사 교육과 입사 이후 직무별 직무능력 개발 교육을 실시하고 있다.

〈표 5-13〉 K 시설 직무별 입사 교육과 직무능력 개발 교육

구분	교육 내용		비고
리프레시 교육	입사 3개월	• 마인드 점검 • 케어 기술 재확인	
	입사 8개월	• 자신의 강점과 과제 정리 • 케어 기술 심화	
	입사 2년차 이상	• 케어서비스 업그레이드	연 1회
역량 강화 전문연수 교육	자격 유지를 위한 교육과 별도의 전문연수교육	• 직군별 전문성 강화를 위한 직무교육	직무별 유관기관 주최 교육

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

K 시설은 서울 도심의 대규모 시설이면서, 물리적 환경 조성에 투자하여 ‘도심형 고급 요양시설’로 특성화한 시설이다. 또한 시설 운영에서 개인실 중심의 특성을 이용하여 개인의 물리적 환경에서의 자기결정권을 확대시키며, 인력 운영에서는 자체 전문교육을 통해 서비스를 표준화하

는 전략을 활용하고 있다.

또한 해당 기업은 향후 추가적으로 요양시설을 확대하여 관리 업무의 효율화와 요양서비스의 표준화를 통해 규모의 경제 효과를 낼 것으로 기대된다.

해당 시설의 형태는 미래 노인의 요양시설에 대한 욕구 중 도심형 대규모 시설로서 자율성이 보장되는 형태를 선호하는 계층에서 이용 희망이 높을 것이다. 그러나 해당 시설과 같은 형태의 특성화 유형이 확대되기 위해서는 식사 또는 상급침실료 외에 물리적 인프라에 대한 투자, 기타 서비스에 대한 부분은 비급여 항목으로 이용료를 부가하는 것에 한계가 있는 현재의 장기요양급여 구조를 개선할 필요가 있다.

5. 종교시설을 기반으로 다양한 프로그램을 운영하는 역동적 노인 요양시설: 경기도 하남시 Y 요양시설

가. 시설 개요

경기도 하남시의 Y 요양시설은 종교시설을 기반으로 한 사회복지법인이 운영하는 노인요양시설로, 2010년 개원하여 운영되고 있다. 도시에 가까운 자연 녹지에 위치하고 있으며, 숲속 자연환경에서 산책이나 다양한 활동, 행사 등이 이루어진다. 요양시설 건물은 지하 1층, 지상 4층으로 구성되며, 집과 같은 내·외부 인테리어, 가구 구성, 오픈형 사무 공간 운영이 특징이다. 거주실은 2인실, 3인실, 4인실을 고르게 구성하여 개인의 선호와 경제적 수준에 따라 선택이 가능하도록 하고 있다. 2인실 12개, 3인실 6개, 4인실 8개가 설치되어 있다.

〈표 5-14〉 경기도 하남시 Y 요양시설 시설 개요

구분	내용
시설 유형	노인요양시설
설립 시기	2010년
정원/현원(2020. 11. 현재)	74명 / 74명
거주실	2인실(12개), 3인실(6개), 4인실(8개), 특별요양실
인력	시설장 포함 49명(정규직원) 5명(위탁직원)

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

74명 정원에 현원이 74명이다. 이 중 장기요양 1~2등급자는 18명(24.3%)이며, 3등급자는 35명(47.3%), 4등급자는 19명(25.7%)으로 중증보다는 중경증 중심의 이용자로 구성되어 있다.

〈표 5-15〉 경기도 하남시 Y 요양시설의 이용자 현황(2020. 11. 현재)

(단위: 명)

등급별	이용자 수	성별		치매질환자 수	기저귀 이용 노인 수
		남	여		
1등급	4	1	3	4	4
2등급	14	3	11	12	13
3등급	35	4	31	23	19
4등급	19	10	9	2	0
5등급	2	-	2	-	-
기타	-	-	-	-	-
(계)	74	18	56	41	36

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

인력은 총 54명(위탁 5명 포함)이 근무하며, 요양보호사 33명, 간호인력 5명, 물리치료사 1명, 사회복지사 4명이 근무하고 8명의 추가 인력 가산을 이용하고 있다. 또한 위탁으로 5명의 인력이 추가로 투입되고 있다. 특히 해당 시설은 시설기준에 따른 사회복지사 1인 외에 사회복지사 3명이 고용되어 총 4명의 사회복지사가 근무함으로써 타 시설에 비해 사회복지사 비중이 높게 나타났다.

[그림 5-5] Y 시설의 물리적 환경



주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

해당 시설의 이용료 중 비급여는 상급침실 이용료 2인실 2만 2,000원 (1일당), 식사비 3,800원(1식), 간식 2,000원(1일), 프로그램 및 이·미용비 등 5만 원으로 구성된다. 2인실을 이용할 경우 월 111만 2천 원의 비급여 비용이 발생한다. 따라서 1등급 이용자가 해당 시설의 2인실을 이용하게 되면 월 153만 8천 원, 4등급의 이용자가 4인실을 이용할 경우 81만 6천 원의 이용료를 지불하게 된다.

〈표 5-16〉 경기도 하남시 Y 요양시설의 이용료 기준

(단위: 천 원)

등급별	급여 중 본인부담 (20%)	비급여				
		주거비(일)		식사비(1일)	기타	
		1인실	2인실	식사/간식	프로그램 등(1일)	이·미용
1등급(월)	426	-	2.2	11.4/2	50	-
2등급(월)	395	-	2.2	11.4/2	50	-
3~5등급	364	-	2.2	11.4/2	50	-

주: 해당 시설 제공 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

나. 시설의 특성화 전략

해당 시설은 건강보험공단에서 수행하는 장기요양기관 평가에서 4회에 걸쳐 최우수 등급을 받았고, 2018년 평가에서는 모든 평가 항목에서 100점을 받아 물리적 환경과 서비스 제공 과정, 결과의 전 영역에서 우수한 기관이다.

요양을 필요로 하는 노인의 돌봄에서 기본에 충실한 서비스를 제공하고, 사회복지법인 시설의 안정적 운영이 이루어지는 시설이다. 해당 시설의 가장 돋보이는 특성은 종교 기반 사회복지법인 운영 시설로서 내·외부 자원의 적극적 개발과 활용을 통해 이용자에게 다양한 활동과 프로그램 참여 기회를 제공함으로써 이용자의 생활에 활력을 불어넣는 역동적인 시설이라는 것이다.

시설 외부의 적극적 공모사업 지원을 통한 다양한 프로그램 추진이 보다 풍부한 활동과 물리적 환경 개선에 자원으로 활용된다. 사회복지공동모금회가 지원한 노인 산책 공간 조성을 위한 “나누美, 너른마당” 조성 사업(2015년), 국민체육진흥공단의 장기요양시설 노인들의 일상 탈출을 위한 화려한 외출 “테마가 있는 여행, 세상 속으로”(2018년), 스타필드 하남점의 장기요양 현장에서의 돌봄자와 노인 간 상호 인권 존중 프로젝트

“인권 행복 바이러스”(2019년), 인천국제공항공사의 경증 치매 노인들을 위한 행복 소환 프로젝트, 추억과 행복, 그리고 삶의 기억을 나누는 아름다운 “나누美 카페”(2019년) 등 매년 다양한 공모 사업이 선정되고 있다. 또한 다양한 지역사회 기관에서 바자회, 후원 사업 등을 하고 있어 하나의 요양시설 역할을 넘어 지역사회와의 소통을 통해 지역 노인복지의 중심적 역할을 수행하고 있다.

Y 요양시설은 사회복지기관으로서 좋은 돌봄의 본보기를 제공하면서, 풍부한 외부 자원의 적극적 발굴과 활용을 통해 시설 이용자가 시설에서 활기찬 삶을 영위하도록 하고 있다.

이와 같은 다양한 프로그램과 활동의 특성화 전략은 사회복지사 인력의 추가 배치를 통해 노인 개개인에게 맞춤형 ‘존엄 케어’를 실천하는 케어 매니지먼트, 그리고 적극적 자원 발굴을 가능하게 한 것으로 평가된다.

Y 시설 유형의 노인요양시설은 도시와 밀접한 수도권에 위치한 시설로 다양한 프로그램과 활동이 이루어질 수 있는 활동적 요양시설을 희망하는 미래 이용자들의 잠재적 욕구를 충족시킬 수 있는 형태이다.

제3절 소결

노인요양시설은 장기요양보험제도 도입 이전에는 사회복지법인이 정부의 지원을 통해 무료 또는 저렴한 실비 시설로 운영하였으나, 장기요양보험제도 도입 이후에는 노인요양시설의 운영 주체가 개인, 기업, 사회복지법인 등으로 다양화되고 있다. 운영 주체는 다양화되었으나, 장기요양제도의 범위 내에서 운영되는 대부분의 시설은 제도가 제시하는 물리적 설비 기준과 인력 기준, 다양한 운영 지침에 따라 운영되고 있어 다양화 수

준은 낮다. 노후 돌봄에 대한 인식과 제도 변화, 개인 욕구의 다양화에 따라 점차 노인요양시설에 대한 욕구가 다양해지고 그에 대응하는 시설이 등장하고 있다. 지금까지 해외 시설의 우수 사례에 대한 검토는 다수의 연구와 언론을 통해 소개되었으나, 국내 우수 요양시설 사례에 대한 소개는 부족하였다. 본 연구에서는 노인장기요양보험에서 제시하는 운영 기준과 요양서비스 제공에서 기본에 충실하면서도 개별 시설만의 특성화된 전략이 있는 우수 시설 5곳을 선정하여 시설별 특성을 검토하였다.

5개 사례 시설의 가장 큰 공통적 특징은 단체생활로서 노인요양시설을 거주자 개개인의 생활이 존중되는 ‘인간 중심 케어’ 실현을 위한 공간으로 만들기 위해 다양한 노력을 하고 있다는 것이다. 첫째, 이용자의 건강과 기능 상태에 따른 개별화된 서비스 제공을 위한 노력, 둘째, 환경 관리 측면에서 쾌적한 환경 조성을 위해 자연 환기 또는 환기시설 설치, 채광을 위한 설계, 건물 설계에서 배리어프리 설계 등을 적용, 셋째, 노인요양시설은 노년기에 머무는 마지막 집으로 인식되어 ‘집과 같은 시설’에 대한 욕구가 많으며, 시설에서도 ‘집과 같은’ 시설을 지향하여 개인의 자율성과 선택권을 보장하기 위해 노력, 넷째, 장기요양 법적 의무 배치 인력 외의 제도에서 요양보호사, 사회복지사 등의 추가 인력 활용을 통해 서비스 질 향상을 위한 노력을 하고 있다. 이를 종합하면, 시설에서 생활하는 거주자의 개인적 특성, 선호, 취향 등이 최대한 반영되어 편안하게 생활할 수 있도록 하기 위한 노인요양시설의 패러다임을 개별화의 최대화를 위한 노력이라 할 수 있다.

〈표 5-17〉 우수 노인요양시설 사례의 특성 비교

(단위: 명, 천 원, %)

구분		H 시설	G 시설	I 시설	K 시설	Y 시설
이용자 특성	정원/현원	9명 /9명	65명 /64명	177명 /176명	132명 /127명	74명 /74명
	1~2등급 비율	22.2%	59.4	21.6	26.0	23.0
인력 현황	직접 인력 대비 노인 수	1.5	1.3	1.8	1.5	1.7
	1인 당 노인 수	요양보호 사	2.3	1.8	2.2	1.9
		간호사	9	7.1	17.6	12.7
		사회복지 사	9	32	35.2	31.8
침실 수	1인실	5	0	3	52	0
	2인실	2	19	51	40	12
	3~4인실 이상	0	7	18	40	14
월 이용료 본인부담 금 기준, 비급여 포함	최대	1,201	1,585	921	2,682	1,538천원
	최소 (3등급 이하, 4인실)	1,084 (2인실)	1,134	559	820	816
특성화 전략	물리적 환경	-주택형 가 정집 형태 로 공간의 여유 확보 -1, 2인실 중 심	-정원 조성 -집과 같은 공간 배치	-대규모지만 집과 같은 시설(유닛)	-물리적 환경 에서의 자기 결정권 보장 -친환경 자재 IoT·ICT 도입	-도시형과 농 촌형 공존 시 설 -집과 같은 환 경 조성
	전문적 서비스	-개별화되고 기본에 충 실한 돌봄 제공	-건강 특성에 따른 질 높은 돌봄과 간 호 서비스 제 공	-소그룹 중 심의 프로 그램	-자체 전문교 육을 통한 시 설 내 서비스 표준화	-노인요양시 설의 표준 준 수
	기타	-일상의 자유 로움과 편안 한 생활 영 위	-돌봄인력의 충분성	-자율성 보장	-요양시설의 비즈 니스 모델 -도심형 고급 요양시설	-다양한 활동과 프로그램 -풍부한 외부자 원

주: 저자 직접 작성.

우수 사례의 5개 시설별 특성화 전략을 비교하면, H 시설은 9인 정원의 소규모 시설이며 주택과 텃밭, 정원을 갖추고 있어 소규모 노인요양공동생활가정이 지향하는 “집과 같은” 시설의 전형적인 유형이다. 또한 거주공간이 1~2인실 중심으로 운영되고 활동이 자유로워 더더욱 집과 같은 느낌을 주는 요양시설 모형이다.

G 요양시설은 1~2등급자의 비율이 높은 데서 알 수 있듯이 중증 이상의 집중적 돌봄이 필요한 노인에게 특성화된 시설로서, 간호인력과 요양보호사 등 돌봄인력 비율이 매우 높다. 이를 통해 전문적 간호 및 요양이 이뤄지는 시설 모형이다.

I 시설은 도시에 위치한 대규모 시설이면서 유닛 방식의 시설 설계를 통해 개별화한 생활시설 모형이다. 유닛은 집과 같은 환경이지만, 대규모 인원을 보호하는 시설로서 규모의 경제 효과를 통해 타 요양시설에 비해 저렴한 중산층 모형이다.

K 시설은 대도시 도시에 위치한 기업 운영형 요양시설 모형으로 도시 지역 거주 노인이 도시에서 계속 생활하기를 희망하는 ‘Aging in place’ 욕구를 충족시킬 수 있는 모형이다. 초기 투자를 바탕으로 향후 다수의 시설 운영을 계획함에 따라 해당 기업의 요양시설 운영 모형을 표준화하여, 물리적 환경과 인력의 체계적 관리와 일정 수준 이상의 서비스 질이 보장되는 도심형 고급 요양시설 모형이다.

Y시설은 사회복지 이념을 실천하는 노인요양시설 운영 모형으로 장기요양기관으로서 수행해야 할 운영 지침과 기준을 모든 영역에서 달성하며, 특히 사회복지사 인력을 적극적으로 활용하여 다양한 활동과 프로그램, 자원 발굴을 통해 시설 거주자가 활기차게 생활할 수 있도록 하는 모형이다.

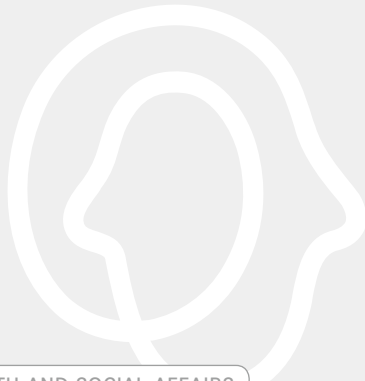
이상의 5개 기관은 모두 노인요양이라는 기본 서비스에 충실하되, 개

별 시설이 갖고 있는 지향점과 목표에 따라 시설의 독특한 장점과 특성을 갖고 있다. 이와 같은 시설 운영의 다양한 사례 발굴과 특성화된 시설이 확대될 수 있도록 하는 노력을 통해 미래 노인요양시설 이용자에게 좋은 시설 서비스가 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제6장

해외 노인요양시설 사례 분석

제1절 일본

제2절 독일

제6장 해외 노인요양시설 사례 분석

우리나라에 비해 인구 고령화가 빨리 진행된 일본을 비롯한 서구에서는 노인요양시설의 다양한 형태가 발전되어 왔다. 노인요양시설은 개별 국가의 복지와 보건의료제도에 따라 세부 서비스 종류, 인력, 설립 및 운영 기준 등에서 차이를 보인다.

이 장에서는 우리나라와 같이 사회보험 형태로 장기요양제도를 운영 중인 일본과 독일의 노인요양시설 관련 제도와 개별 시설 운영 사례에 대해 검토하고자 한다. 이를 통해 국가별로 노인요양시설 질 향상을 위한 제도적 노력과 노인의 욕구 충족을 위해 특성화하여 시설을 운영하는 요양시설 사례에서 향후 우리나라 노인요양시설에서 질 높고 다양한 특성화 시설을 확대하기 위한 방안을 모색해 보고자 한다.

제1절 일본

1. 일본 개호보험의 입소 시설(노인요양시설) 제도 현황

일본은 급속한 초고령화, 가족구조의 변화, 의료비 증가 등의 노인케어 문제에 대비하기 위해 1989년부터 미래 사회 대응에 대해 본격적으로 논의하기 시작하였다. 이를 위해 ‘고령자보건복지추진 10개년 전략’(1990년부터 1999년까지 인플라 구축 계획: 소위 골드플랜이라 함)을 추진하였으며, 구체적인 인프라 구축을 추진하는 데 성공하였다. 이러한 지속적

인 논의들과 성공적인 준비를 기반으로 2000년 4월에 5번째 사회보험 방식의 개호보험을 시행하였다.

개호보험은 인정자의 심신 상황에 맞추어 선택할 수 있도록 입소 시설을 ① 개호요양형 의료시설, ② 개호노인 보건시설, ③ 개호노인 복지시설, ④ 인지증(치매) 노인 공동생활가정, ⑤ 특정 시설 이용자 생활개호(유로 노인홈) 등의 5개 유형으로 제도화하였다. 일본의 이러한 다양한 시설 유형 중 우리나라의 장기요양 입소생활시설인 노인요양시설과 노인요양 공동생활시설에 해당하는 유형은 개호보험의 개호노인 복지시설(특별양호노인홈)과 인지증(치매) 노인 공동생활가정으로, 본 연구에서는 이 두 유형을 중심으로 일본의 사례를 살펴보고자 한다. 다만 일본의 개호보험에서 인지증 노인 공동생활개호는 지역 밀착형 서비스로 분류하고 있다.

또한 개호보험에서는 노인요양시설의 질 향상을 위해 설립과 운영, 평가제도 실시, 돌봄 개별화를 위한 개편, 인력의 전문화, 가산 제도의 활용 등 다양한 방식에서의 접근이 이루어지고 있다. 서비스 질 향상을 위한 노력을 구체적으로 살펴보면, 첫째, 보험자로서 지자체의 관리가 이루어진다. 지자체는 3년마다 개호보험 사업 계획을 작성하고, 지역의 시설 수요와 공급 상황을 조정하고 있다. 또한 입소 시설은 서비스의 질 관리를 위해 평가제도를 시행하고 있으며 정보 공표 제도를 운영하고 있다. 둘째, 돌봄의 개별화를 위한 제도가 운영된다. 이용자 개개인의 개별 케어를 위한 서비스 코디네이터 기능으로 케어매니지먼트 제도가 운영되고 있으며, 개호노인 복지시설에서 유닛 케어를 시행하기 위해 생활 공간을 10명 이하로 규정하고 기존의 4인 1실을 개인실로 변경하여 개별 케어 시스템으로 전환하였다. 셋째, 인력 전문화를 위한 노력이다. 개호복지사가 국가 자격으로 제도화(1987년)되었으며 입소 시설에서 케어전문인력으로 근무하고 있다. 인지증(치매) 케어를 기본으로 전문성 향상을 위한

교육 체계를 운영하고 있다. 넷째, 개호보험 입소 시설은 상대적으로 높은 수가를 책정하고 있으며, 시설에서 제도가 지향하는 방향을 함께하기 위하여 정책 유도를 위한 가산(감산) 제도를 운영하고 있다. 마지막으로, 최근 시설은 지역포괄케어 시스템 도입으로 마지막 안식처와 지역사회 지원 거점으로서의 역할을 수행하도록 하고 있다.

가. 개호보험 입소 시설의 유형과 기준

일본의 개호보험 서비스 형태는 한국에 비해 매우 다양하게 운영되고 있다. 개호보험의 서비스 종류는 개호급여와 예방급여로 구별되며 입소 시설 서비스와 재가서비스로 구분할 수 있다. 또한 지자체가 관할하는 지역 밀착형 서비스로 시설 서비스와 재가서비스가 있다(〈표 6-1〉 참조).

개호보험 입소 시설 서비스는 의료, 보건, 복지 분야로 분류되며, 개호 등급인정자의 심신 상황에 따라 이용자가 서비스를 선택할 수 있도록 구성되어 있다. ‘개호요양형 의료시설’은 의료적 필요도가 높은 대상자를 위한 시설이며, ‘개호노인 보건시설’은 재활을 위한 시설이고, ‘개호노인 복지시설’은 한국의 노인요양시설과 같은 생활시설로 볼 수 있다. 또한 지역 밀착형 서비스로 분류되는 ‘인지증 노인 공동생활가정’은 치매 노인을 대상으로 하고 있다. 그 외에도 유료노인홈 등에서 제공하는 ‘특정 시설 이용자 생활개호’가 단계적으로 마련되어 있다(황재영, 일본인지증케어학회, 2011).

일본에서는 개호요양형 의료시설, 개호노인 보건시설, 개호노인 복지시설의 경우 설립 주체를 공공, 의료법인, 사회복지법인으로 한정하는 방법으로 서비스 질을 확보하고자 노력하였다. 또한 인지증 노인 공동생활가정과 특정 시설 이용자 생활개호의 경우는 개호서비스 인프라 구축과 다

양한 서비스 제공, 서비스의 질 경쟁을 할 수 있도록 영리법인에서도 서비스를 제공할 수 있도록 하였다.

〈표 6-1〉 개호보험급여의 종류

종류	개호급여	예방급여
입소 시설 서비스	<u>개호노인복지시설(특별양호노인홈)</u> <u>개호노인보건시설(노인보건시설)</u> <u>개호요양형의료시설(요양형 병상군, 노인성인지증증질환요양병동)</u>	없음
재가개호서비스	방문개호(홈헬프 서비스) 방문목욕개호 방문간호 방문재활 거택요양 관리지도 통소(通所: 데이서비스)개호 통소재활(의료기관에서의 데이케어) 단기 입소 생활개호(쇼트스테이) 단기 입소 요양개호(쇼트스테이) 특정 시설 이용자 생활개호(유료노인홈 등) 복지용구 대여 거택개호 복지용구 구입비 거택개호주택개수비	개호 예방 방문개호(홈헬프서비스) 개호 예방 방문목욕개호 개호 예방 방문간호 개호 예방 방문재활 개호 예방 거택요양 관리지도 개호 예방 통소(通所: 데이서비스)개호 개호 예방 통소재활(데이케어) 개호 예방 단기입소 생활개호(쇼트스테이) 개호 예방 단기입소 요양개호(쇼트스테이) 개호 예방 특정시설이용자생활개호(유료노인홈 등) 개호 예방 복지용구 대여 개호 예방 거택개호 복지용구 구입비 개호 예방 거택개호주택개수비
지역 밀착형 서비스 ⁵⁾	소규모 다기능형 재가개호 야간 대응형 방문개호 인지증 대응형 통소개호 <u>인지증 대응형 공동생활개호(그룹홈)</u> 지역 밀착형 특정 시설 이용자 생활개호 지역 밀착형 개호노인복지시설 이용자 개호	개호 예방 소규모 다기능 재가개호 개호 예방 인지증 대응형 통소개호 개호 예방 인지증 대응형 공동생활개호
개호 급여	재가 개호 지원(케어플랜 작성 등)	재가 개호 예방 지원(케어플랜 작성 등)

주: 2000년 개호보험 시행으로 특별양호노인홈(우리나라 노인요양시설에 해당)은 개호노인 복지 시설로 명칭이 변경됨.
 자료: 선우덕, 김찬우, 임효연, 김순옥, 서동민, 양영애,... 황재영. (2012). 최신노인장기요양보험제도: 외국의 장기요양보험제도 일본편(p.275). 서울:노인연구정보센터.

5) '지역 밀착형 서비스'란 익숙한 거주 지역에서 다양하고 유연한 서비스를 받으며 생활을 지속할 수 있도록 지원하는 서비스 제공 체계이다.

다만, 개호요양형 의료시설은 폐쇄를 위해 단계적으로 축소하고 있으며 그 대안으로 개호의료원 제도가 신설되어 운영되고 있다. 개호보험 시설(입소, 거택) 서비스의 종류와 특징은 아래 <표 6-2>와 같다.

<표 6-2> 개호보험의 시설(입소, 거택) 종류와 특징

구분	개호요양형 의료시설	개호노인 보건시설	개호노인 복지시설 (특별양호노인홈)	인지증 대응형 공동생활 개호 (그룹홈)	특정 시설 이용자 생활개호
기본 성격	의료·요개호 고령자의 장기요양시설	요개호 고령자가 재택 복귀를 목표로 하는 재활 시설	요개호 고령자를 위한 생활시설	치매 고령자를 위한 가정 같은 공동생활주거	요개호 고령자도 포함한 고령자를 위한 생활시설
정의 (개호보험법)	요양병상 등을 보유하는 병원 또는 진료소이며, 해당 요양병상 등에 입원하는 요개호자에 대해 시설 서비스 계획에 따라 요양상의 관리, 간호, 의학적 관리 아래 개호, 기타 도움 및 기능훈련 기타 필요한 의료 서비스를 실시하는 것을 목적으로 하는 시설	요개호자에 대해 시설 서비스계획에 따라 간호, 의학적 관리 아래 개호 및 기능훈련, 기타 필요한 의료 진료에 일상 생활상의 도움을 실시하는 것을 목적으로 하는 시설	노인복지법에 규정하는 특별양호노인홈이며, 해당 특별양호노인홈에 입소하는 요개호자에 대해 시설 서비스 계획에 따라 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 기타 일상생활상의 도움, 기능훈련, 건강관리 및 요양상의 돌봄을 실시하는 것을 목적으로 하는 시설	요개호자이며, 치매인(그 사람의 치매 원인이 되는 질환이 급성 상태에 있는 자를 제외)에 대해 그 공동생활을 영위할 주거에서 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 기타 일상 생활상의 도움, 기능훈련을 실시하는 곳	(「특정시설입거자생활개호」의 정의) 유료노인홈, 경비노인홈, 양호노인홈 또는 적합한 고령자 전용 임대주거에 거주하고 있는 요개호자에 대해 제공하는 서비스 내용 등과 규정하는 계획에 따라 실시되는 목욕, 배설, 식사 등의 개호, 기타 일상생활상의 도움, 기능훈련 및 요양 상의 돌봄
시설 수	1,078	4,289	7,885	13,499	5412
정원 수	8.4만 명	55.9만 명	67.2만 명	25.1만 명	27.7만 명

주: 1) 시설 수, 정원 수는 「개호서비스시설·사업소 조사(2019년 6월 시점).

2) 특정 시설 이용자 생활개호는 거택과 지역 밀착형 서비스를 합한 시설 수와 정원 수.

자료: 후생노동성. (2013). 개호보험 3시설 개요. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/iryohoken15/dl/zimu11-1-1.pdf에서 2020. 10. 2. 인출 및 내용 정리.

2019년 개호보험의 시설 유형별로 이용자 수를 살펴보면 개호노인 복지시설이 67만 2천 명, 개호노인 보건시설이 55만 명, 개호요양형 의료시설이 8만 명이였다. 또한 거택개호 서비스의 특정 시설 입거자 생활개호는 5,088개소에 약 26만 명이 입소하고 있었다. 인지증 대응형 공동생

활가정(치매그룹홈)은 1만 3,499개소에 약 25만 명이 입소하여 생활하고 있었다.

개호보험 시설 서비스의 기준을 살펴보면, 개호요양형 의료시설, 개호노인 보건시설의 경우 의사가 배치되어 있고, 개호노인 복지시설은 촉탁의사가 대응하고 있다. 입소 시설의 인력 및 시설 기준은 다음 <표 6-3>과 같다.

<표 6-3> 개호보험 관련 시설 설치 기준

		개호요양형 의료시설	개호노인 보건시설	개호노인 복지시설	인지증 고령자 공동생활개호	특정 시설 이용자 생활개호
평균 요개호도		4.30	3.19	3.73	2.39	2.32
평균 재소 일수		359.5일	230.1일	1,429.0일	(데이터 없음)	(데이터 없음)
1인당 거실 면적		6.4㎡ 이상	8㎡ 이상	10.65㎡ 이상	7.43㎡ 이상	적당한 넓이
1부실(部室) 정원 수		4명 이하	4명 이하	원칙 개인실 (과거 4인실)	원칙 개인실	원칙 개인실
주요 지원 배치 기준	의사	3 이상 48:1 이상	상근 1 이상 100:1 이상	필요한 수 (비상근 가능)		
	간호직원	6:1 이상	개호·간호 3:1 이상 (간호 2/7)	개호·간호 3:1 이상 이용자 100명인 경우, 간호 3명	3:1 이상	개호·간호 3:1 이상 이용자 100명인 경우, 간호 3명
	개호직원	6:1 이상				
	물리치료사(PT) 작업치료사(OP)	PO 및 OT가 적당한 수	PO 및 OT가 100:1 이상			
	기능훈련지도원			1 이상		1 이상
	생활(지원) 상담원		100:1 이상	상근 1 이상 100:1 이상		100:1 이상 (중 1명 상근)
	개호지원전문원 (계획 작성 담당자)	상근 1 이상 100:1 이상	상근 1 이상 100:1을 표준	상근 1 이상 100:1을 표준	1 이상	상근 1 이상 100:1을 표준

주: 1) 평균 요개호도는 「개호급대비 실태조사」(후생노동성통계정보부, 2005년 11월 사분)에서 산출.
 2) 평균 재소 일수는 「개호서비스시설·사업소조사」(동, 2003년 9월 중의 퇴소자 등에 대해).
 3) 특정 시설은 외부 서비스 이용형 특정 시설을 제외.
 자료: 후생노동성. (2013). 개호보험 3시설 개요. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryohoken/iryohoken15/dl/zimu11-1-1.pdf에서 2020. 10. 2. 인출 및 내용 정리.

나. 시설제도의 최근 동향

1) 지자체에 의한 계획 및 관리

개호보험은 구시정촌이 보험자로서 급여와 재정의 주체가 되어 보험료 징수와 서비스의 최적화를 위한 보험자 기능을 수행하고 있다. 이에 따라 보험자인 지방자치단체[시(市), 정(町), 촌(村)과 도쿄도 23구(이하 구시정촌)]는 3년마다 의무적으로 개호보험 사업 계획을 작성하며(아마시키 외, 2000), 이를 도도부현에 제시하여야 한다. 이 계획에 따라 지역의 입소 급여 기관의 수요와 공급 상황을 제시하고 시설의 총량을 관리한다.

또한 보험자인 지자체는 입소 시설의 서비스 질 향상을 위해 평가제도(자기평가와 외부평가)를 운영하며, 이용자와 가족, 주민들의 알권리와 시설 개방을 확대하기 위해 평가 결과에 대한 공표 제도를 시행하고 있다. 평가의 실시 주체는 도도부현이며, 개호노인 복지시설은 17개 항목, 인지증 노인 공동생활 개호는 5개 영역의 68항목과 외부평가 20항목에 대해 평가를 받는다. 외부평가 항목은 지자체 홈페이지 등에 공개한다.

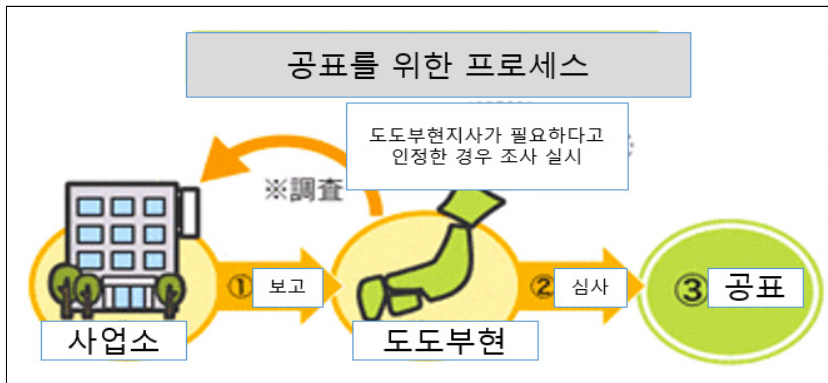
〈표 6-4〉 인지증 노인 공동생활개호(그룹홈)의 5가지 자기평가 영역과 항목

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 설립 이념에 기초한 운영(14항목) 2. 안심과 신뢰를 위한 관계 만들기과 지원(8항목) 3. 사람다운 생활을 지속하기 위한 케어매니지먼트(13항목) <ul style="list-style-type: none"> - 단골 의사의 진료 / 간호직원과의 협력 / 입퇴원 시 의료기관과의 협력 4. 사람다운 생활을 계속하기 위한 매일의 지원(20항목) <ul style="list-style-type: none"> - 중증 상태나 임종기 케어를 위해 가족과 의사소통하고 지역의료, 보건체계와 협력 5. 결과 지표(13항목) <ul style="list-style-type: none"> - 이용자는 건강관리와 의료 관리와 안전 면에서 불안 없이 생활 |
|---|

자료: 후생노동성. (2016a). 인지증노인 공동생활개호(그룹홈) 5가지 자기평가 영역과 항목.
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1005-7b01.pdf>에서 2020. 10. 26. 인출.

그 외에도 서비스 질 관리를 위해 지자체에서는 2012년 10월부터 개호서비스 제공 기관의 정보 공개를 실시하고 있다. 이는 이용자 및 가족에게 바른 정보를 제공하고 기관들의 시설 개방을 위하여 도입하였다. 도도부현의 책임하에 운영되고 있으며 개호사업소 및 생활 관련 정보의 검색이 가능하다. 각 사업소는 관련 내용을 담당 도도부현에 보고해야 하고 도도부현은 각 사업소 내용을 검토하여 도도부현 홈페이지에 내용을 게재한다. 각 지자체 사이트에서는 지도에서 시설의 위치를 확인할 수 있으며, 서비스, 주거, 조건으로 시설 검색이 가능하다. 또한 협력 의료기관에 대한 내용도 포함되어 있다. 대상자와 가족 등이 개별 개호서비스 사업소가 제공하는 서비스 내용이나 운영 상황을 비교, 검토하고 적절하게 선정할 수 있도록 하고 있다.

[그림 6-1] 정보 공표를 위한 시스템 프로세스



자료: 후생노동성. (2012). 개호사업소 생활관련정보검색. <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>에서 2020. 10. 2. 인출 및 내용 정리.

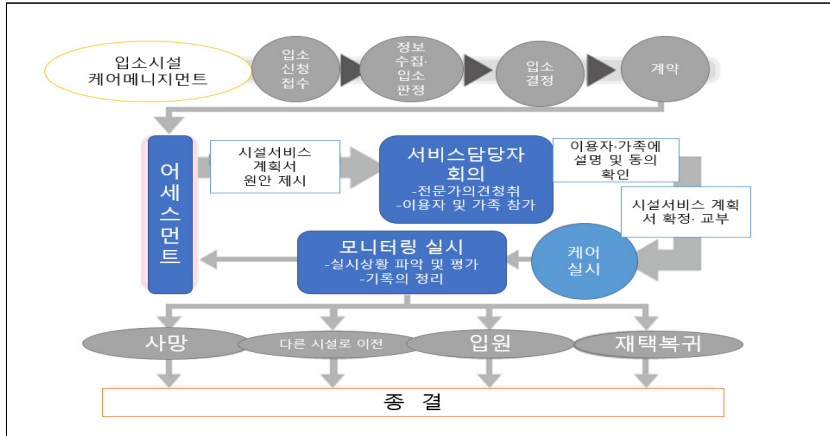
2) 시설의 개별 케어: 케어매니지먼트와 유닛 케어 도입

개호보험 서비스에서 시설 내 대상자에 대한 개별 케어를 위한 제도적 접근은 케어매니지먼트의 실시와 유닛 케어 도입, 두 가지를 들 수 있다.

먼저 개호보험 서비스 제공에 있어 개별 케어를 위한 서비스 코디네이터의 역할로 케어매니지먼트 제도가 도입되었으며 개호지원전문원(케어매니저)이 책임성을 가지고 이용자 중심의 서비스 제공이 되도록 관리한다. 케어매니지먼트에서 중심적 역할을 수행하는 케어매니저는 개호보험법 제79조 제2항에 따르면 요개호자 등의 상담을 하고 요개호자 등의 심신의 상황에 따라 적절한 거택 서비스 및 시설 서비스를 이용할 수 있도록 시정촌, 거택 서비스 사업을 하는 자, 개호보험시설 등의 연락 조정을 하는 사람이며, 요개호자 등이 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 필요한 지원에 관한 전문적 지식과 기술을 가진 자로 정의하고 있다.

실제로 시설의 거택개호지원전문원(케어매니저)은 중립적이고 공정한 입장에서 의료, 보건, 복지 관계자들을 연계하여 대상자 개개인의 심신 필요도에 따라 사정을 하고 이에 근거하여 케어플랜을 작성 및 실행함으로써 이용자의 존엄과 권리를 옹호하여 생활의 질 향상에 노력해야 한다. 케어매니저가 작성한 케어플랜은 본인 혹은 가족에게 제시하여 원하는 방향으로 작성되었는지 동의를 얻어 시행하며 심신의 필요도 등의 변화에 따라 케어플랜을 변경한 경우에는 다시 본인 및 가족에게 변경 내용을 설명하고 동의를 얻어 서비스를 제공해야 한다. 그 외에 요개호자 및 그 가족에 대한 정보 제공과 상담 등을 담당한다. 아래 [그림 6-2]는 시설의 개호지원전문원 업무 프로세스이다.

[그림 6-2] 개호노인 복지시설 개호지원전문원의 업무 프로세스



자료: 도쿄도. (2012). 도쿄도 시설의 개호지원전문원 업무 매뉴얼. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/shisetutebiki25.files/shisetu_2_01.pdf에서 2020. 10. 15. 인출.

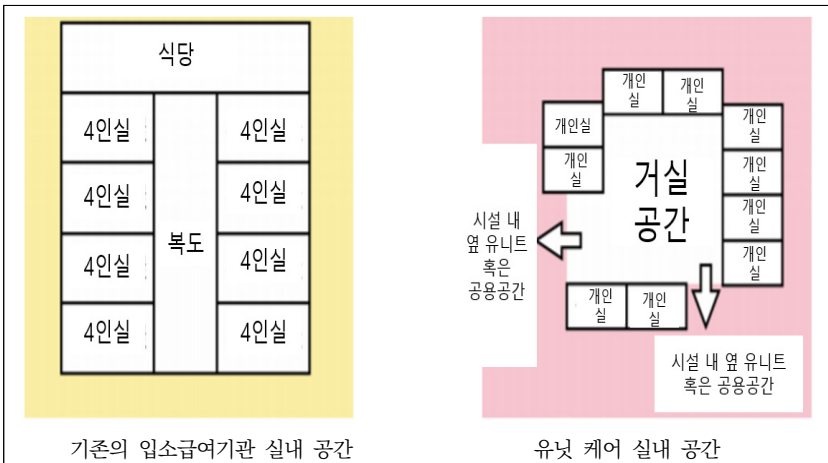
다음으로 유닛 케어는 기존의 대규모 단위의 공급자 중심의 케어서비스를 개선하기 위해 생활인원수를 10명 이하로 하고, 거실을 중심으로 이용자는 개인실을 사용하며, 공유 공간인 로비, 식당, 주방, 욕실(복수), 화장실(복수)을 공유하고 공동생활을 하는 형태이다. 시설에 따라 개인실마다 화장실을 설치하는 경우도 있으며, 직원은 유닛에 배치되어 담당 유닛을 전담하여 케어한다. 기존의 대규모 시설을 개조한 준유닛 모델 등도 있다(足立 啓, 2002).

개호보험에서는 2002년 개호노인 복지시설의 유닛 케어(Unit Care)를 위해 생활 단위를 10인 이하의 유닛으로 하고, 기존의 4인 1실에서 1인실(10.65㎡ 이상) 기준으로 변경하였다. 이는 기존의 대규모 수용형 시설의 문제점으로 지적되어 온 생활의 장소라고 하기 어려운 대규모 공간에서 집단적이고 획일적인 케어로 인하여 발생하는 다양한 문제점인 열악한 삶의 질, 사회와의 격리로 인한 소외 등을 개선하기 위해서였다. 후생노동성

의 개호서비스 시설 사업소 조사에 따르면 2015년 기준으로 전체 개호노인 복지시설의 약 40.5%가 유닛 케어를 하고 있는 것으로 나타났다.

유닛 케어는 기존 대규모 시설의 집단 케어에서 가정 같은 생활 공간 안에서 개개인의 개성과 존엄을 보장하는 개별 케어를 제공한다는 장점이 있다. 즉 가정 같은 생활 공간(공용 공간)과 프라이버시를 유지할 수 있는 개인실(개인 공간)에서 자유롭게 장소의 선택과 이동이 가능하다. 또한 유닛마다 담당 케어 직원이 배치되어 이용자의 심신 상황과 하루의 생활리듬을 잘 숙지하고 친숙한 관계 속에서 개개인의 24시간 365일을 안전하고 안심할 수 있게 케어를 제공하는 것이 가능하다. [그림 6-3]은 기존의 시설의 실내 공간과 유닛 케어 실내 공간의 차이를 나타낸다.

[그림 6-3] 기존 시설의 실내 공간과 유닛 케어 실내 공간



자료: 후생노동성. (2015). 존엄있는 개별케어의 실현을 위한 유니트 케어. <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3b.html>에서 2020. 10. 15. 인출.

3) 적정 수가 책정 및 가감산 제도

개호보험은 개호노인 생활시설과 인지증케어 공동생활개호에 대한 급여비용을 상대적으로 높게 산정하고 있으며 정책적 유도 방안으로 가산(감산) 제도를 운영하고 있다.

개호보험의 요개호도 5의 경우 1개월 이용 상한액이 35만 8,300엔으로 설정되어 있으며 대표적인 생활시설인 개호노인 복지시설(유닛형 개인실)의 입소한 요개호 5(최중증)는 1일 894단위(1단위 약 10엔)로 유닛형(개인실)의 수가가 다인실보다 다소 높게 책정되어 있다. 이용자는 개호보험 서비스에 따라 수가의 10%를 부담하고, 방값 및 식대 등은 비급여로 전액 자비로 부담해야 한다.

〈표 6-5〉 개호보험 요개호도에 급여 및 수가 기준

요개호도	1개월 이용 가능 급여		개호노인 복지시설 개호 수가(단위)		인지증 대응형 공동생활개호 개호 수가(단위)	
	1개월 이용 상한액	상한액에 대한 자기부담액	유닛형 개인실	다인실	1개소	2개소
요지원 1	49,700엔	4,970엔	-	-	-	-
요지원 2	104,000엔	10,400엔	-	-	-	-
요개호 1	165,800엔	16,580엔	625	547	759	747
요개호 2	194,800엔	19,480엔	690	614	795	782
요개호 3	264,500엔	26,450엔	762	682	818	806
요개호 4	306,000엔	30,600엔	828	749	835	822
요개호 5	358,300엔	35,830엔	894	814	852	838

자료: 후생노동성. (2017). 개호급여분과회제143회 첨부자료2. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutanto/0000171814.pdf에서 2020. 10. 20. 인출.

또한 개호보험의 정책적 유도를 위해 서비스에 따라 다양한 가산(감산) 제도가 〈표 6-6〉과 같이 운영되고 있었다. 실제 금액의 상한(지급 한도 기준액)은 단위수로 정해져 있으며 지역에 따라 단위수는 다소 차이가 있

다. <표 6-6>은 1단위를 10엔으로 계산한 내용이다.

<표 6-6> 개호노인 복지시설과 인지증 노인 공동생활 개호 수가 가(감)산 제도

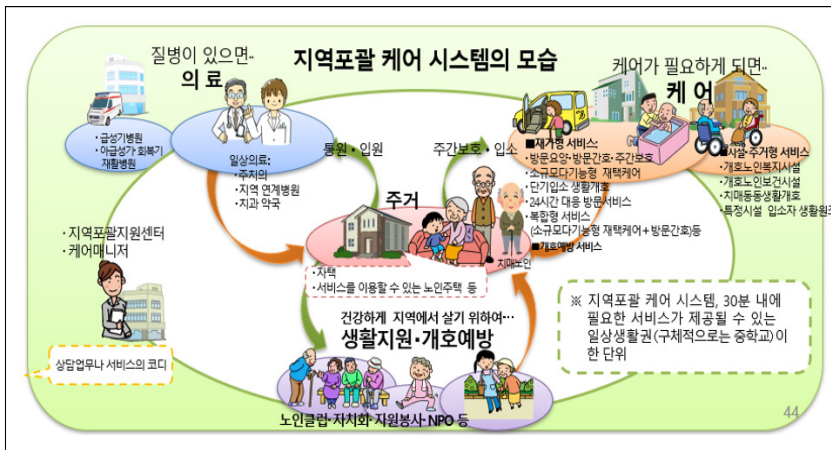
구분		명칭	유닛	다인실	요건
개호노인복지시설	가산	일상생활 지속 지원	46 단위	36 단위	신규 이용자 총수 가운데 요개호도4 혹은 5인 자 및 치매자립도3 이상이 차지하는 비율이 일정 이상인 시설에 있어 개호복지사 수가 이용자 6에 대하여 1 이상 배치된 경우
		개별 기능훈련 가산	12단위		전속 기능훈련지도원의 직무에 종사하는 상근 물리치료사 등을 1명 이상 배치 이용자 개별 기능훈련계획에 근거하여 계획적으로 기능훈련 실시
		서비스제공체제 강화	개호복지사 60% 이상: 18단위, 개호복지사 50% 이상: 12단위 상근 직원 등: 6단위		
		간호체제 가산	13단위	많은 간호직원 배치 24시간 연락 가능 체제 확보	
		야간 직원 배치 가산	27단위	야간 개호직원 또는 간호직원 수가 최저 기준을 1이상, 상회하는 경우	
		영양매니지먼트	14단위	상근 영양관리사 1명 이상 배치 섭식 및 연하 기능, 음식 형태에 배려한 영양 케어계획을 작성하고 영양관리 실시	
			개호직원 처우 개선 가산	가산1: 8.3%, 가산2: 6.0%, 가산3: 3.3%, 가산4: 가산3*90%, 가산5: 가산3에 *80%	
인지증노인공동생활개호	감산	정원을 초과한 인원 배치 기준 위반 시에 30% 감산			
		신체 구속에 기록을 안 한 경우에 5단위 감산			
	가산	야간 직원 또는 숙직 직원의 많은 배치		1유닛 50단위, 2유닛 이상 25단위	
		초로기 치매 이용자 케어		120단위	
		의료연계체제 구축		39단위	
		전문적 치매케어 실시		3단위, 4단위	
		긴급 서비스 이용이 필요한 이용자에 대한 서비스 제공		200단위(입소한 날로부터 7일 한정 지급)	
		임종 케어 실시		사망일 전 4~40일: 144단위 전날 및 전전날: 680단위 / 당일: 1,280단위	
		퇴거 시 상담원조 실시		400단위(이용자 1명에 1회 한정 지급)	
	개호복지사, 상근 직원 또는 3년 이상 근무자를 일정 이상 배치		18단위, 12단위, 6단위		
감산	정원을 초과한 인원 배치 기준 위반 시에 30% 감산				
	야간 직원의 근무조건이 기준을 충족하지 못하는 경우에 3% 감산				

자료: 후생노동성. (2017). 개호급부비분과회제143회 첨부자료2. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf에서 2020. 10. 20. 인출.

4) 지역포괄케어 시스템의 도입에 따른 시설의 역할 변화

2005년 일본 정부는 초고령화에 대응하기 위해 지역에 기반한 의료와 요양 서비스를 통합하여 제공하는 지역포괄(地域包括)케어 정책을 추진하고 있다. 베이비부머가 75세가 되는 2025년까지 고령자가 요개호 상태가 되더라도 자신이 그동안 살아왔던 지역에서 계속해서 생활할 수 있도록, 의료·간호·개호·예방·생활 지원 등의 서비스가 필요로 할 때 언제든지 포괄적으로 제공하는 시스템을 말한다([그림 6-4] 참조).

[그림 6-4] 지역포괄케어 시스템 개념도



자료: 후생노동성. (2016b). 지역포괄케어 시스템개념. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/에서 2020. 10. 21. 인출.

지역포괄케어 시스템은 거주형 재택 서비스를 더욱 확충하고 기능 분화를 철저히 하며 연계를 강화하여 병원에서 치료를 최대한 신속하게 마치고 퇴원시켜 지역사회에서 치료와 돌봄을 제공하는 것이다. 이를 위해 최대한 지역 내의 의료와 개호 통합 시스템을 구축하고, 질환이나 기능장애가 있는 노인을 병원이나 시설에서 지역으로 의료에서 개호로 전환하는

것을 목표로 하고 있다. 즉 의료 기능의 분화를 추진하고 재택의료와 요양 서비스를 강화하며 입원에서 집까지 연계하도록 한다. ‘지역 밀착형 개호 노인복지시설 이용자 개호’는 시설과 재가를 연계한 서비스 예시이다. 일본의 지자체는 지역포괄케어의 추진을 담당하고 있으며 개호보험의 보험자이기도 하다. 따라서 후생노동성에서는 지자체가 자신들의 지역 상황에 맞추어 서비스를 계획 및 제공할 수 있도록 지역 밀착형 서비스를 신설하였고, 재가서비스 중심의 제도 운영과 기존의 입소 시설들에 대하여 재가 서비스를 지원하는 기능을 확충하도록 정책 유도를 실시하고 있다.

2. 개호보험 노인요양시설 사례⁶⁾

앞서 설명한 개호보험의 서비스 질 향상을 위한 노력 중 시설 자체적 선택이 가능한 유닛 케어와 지역포괄케어 연계를 우수하게 수행하는 두 기관을 선정하여 사례를 제시하였다. 개별 케어를 위한 유닛 케어 모델은 홋카이도의 고세이카이를 제시하였으며, 지역포괄케어와 시설 서비스를 연계하는 기관은 관동(수도권) 지역 사회복지법인 준세이엔(潤生園)을 예로 제시하였다.

고세이카이는 일본 내에서도 개호보험이 시작되기 전부터 입소 시설에서 개별 케어를 통한 서비스 질 향상의 방안으로 유닛 케어를 도입하였고, 그 효과와 전문성을 전국에 전파한 선도적인 역할을 해 왔다.

사회복지법인 준세이엔은 설립 초기부터 입소 시설(개호노인 복지시설)의 확대가 아닌, 입소 시설이 지역사회 재가복지 지원 기능을 지원·

6) 일본의 입소 시설 사례 선정은 최근 우리나라 일부 시설에서 선도적으로 도입하고 있는 유닛 케어 시설 사례와 커뮤니티케어에서의 시설 역할을 고려하여 지역을 기반으로 시설 운영에서 우수하다고 판단되는 2개 시설 사례를 검토함. 코로나19의 상황으로 직접 방문이 어려워 해당 내용과 사진은 해당 시설에서 제공한 내용임.

강화하는 거점 역할과 기능을 수행하도록 해 왔다. 현재 일본의 커뮤니티 케어인 지역포괄케어의 우수 모델로 손꼽히고 있다.

가. 개별 케어를 위한 유닛 케어 모델: 홋카이도 고세이카이

사회복지법인 고세이카이는 홋카이도 남쪽의 도야코초(洞爺村), 도요라초(豊浦町), 다테시(伊達市), 무로란시, 도마코마이시(3개 시와 2개 2초)에서 개호서비스를 제공하고 있다. 삿포로에서 차로 약 2시간 거리의 남쪽에 위치하고 있다.

고세이카이 법인은 1973년 법인을 설립하며 전문적인 지식과 기술을 가지고, 고령자에게 유익하고 적절한 케어 환경을 마련하여 지속적으로 긍정적인 자극을 제공함으로써 고령자가 가지고 있는 건강한 능력을 최대한 발휘할 수 있도록 한다. 또한 무엇보다 고령자의 자존심을 높일 수 있도록 케어를 제공하는 것을 목표로 하고 있다.

고세이카이 법인에서 운영하는 개호서비스 사업은 크게 제1종 사회복지사업(특별양호노인홈 등 13개 시설)과 제2종 사회복지사업(인지증 대응형 노인공동생활가정 외 20개 시설), 공익사업이 있다. 2019년 기준으로 직원 수 614명과 위탁 69명으로 총 683명이 근무하고 있다.

1) 고세이카이의 유닛 케어를 통한 요양 욕구 다양화와 전문화 대응 전략

고세이카이는 홋카이도라는 추운 지역에서 노인요양시설의 다양화와 전문화에 대응하기 위하여 1996년부터 일본에서도 선구적으로 그룹홈 케어를 도입하였고, 이를 계기로 대규모 노인요양시설에서 개별 케어를 하기 위한 유닛 케어를 도입하였다. 그룹홈 케어 도입 당시 그룹홈을 위한 단독 건물(목조 단층 건물, 약 340㎡, 개인실 8실)을 신축하였다. 이러

한 준비를 한 후에 기존의 특별양호노인홈 개호 직원 3명과 8명의 입거자가 이주하여 6개월간 그룹홈에서 생활하게 하였다. 또한 그룹홈 케어 도입 당시 직원이 새로운 치매 케어에 대해 이해를 하고 실천할 수 있도록 기본적인 개념 교육을 실시하였으며, OJT, 외부 강사에 의한 슈퍼비전, 케어에 대한 직원 자신의 객관적 평가 실시 등 직원 교육을 중점으로 시설의 질 관리를 실시하였다.

1998년 100인 정원(4인실 25개 실) 시설인 특별양호 노인홈 고히하이츠(幸豊のハイツ) 옆에 신축으로 유닛 형태로 개인실 30실을 만들고, 10명을 1개 유닛으로 구성하여 총 3개 유닛을 구성하였다. 유닛 케어를 도입함으로써 얻는 교훈은 7가지로 정리할 수 있다.

〈표 6-7〉 유닛 케어 시행으로 얻은 교훈 7가지

- ① 케어 이념의 이해를 심화해야 한다.
- ② 시설의 환경을 가정생활과 최대한 유사하게 하기 위해 직원 개개인이 시설의 현황을 점검해야 한다. 너무 긴 복도, 익숙한 가구가 적은 거실, 너무 넓은 식당, 편안한 목욕과 동떨어진 특수 욕조, 이용자의 생활에서 분리된 직원룸 이것들을 어떻게 해야 하는지에 대해 논의하고 환경을 정비해야 한다.
- ③ 일에 쫓겨 간파했던 고령자의 생활 모습을 이해해야 한다.
- ④ 개호직원을 유닛에 고정 배치 해야 한다.
- ⑤ 가족의 협력을 얻어 익숙한 물건을 놓는다.
- ⑥ 고령자에게 좋은 상황을 가능한 많이 만든다.
- ⑦ 큰 유닛에서도 작은 유닛에서도 입거자에 맞는 ‘생활’의 장소가 되어야 한다.

자료: 사회복지법인 고세이카이. (2020a). 유닛케어 시행의 교훈 7가지. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html>에서 2020. 11. 5. 인출.

유닛 케어 시행으로 유닛 내 이용자의 상황 등에 따라 직원의 출퇴근 근무시간도 유닛별로 상이하게 조정하였다. 이러한 변화로 목욕은 요일이나 시간에 관계없이 목욕탕에 이용자가 없는 경우에는 언제든지 이용자가 원하는 시간에 목욕을 할 수 있게 되었다.

요개호도 4~5의 중증 대상자도 ‘느긋하게 여유롭게 목욕하고 싶다’는

요구가 있으면 1인용의 편백나무 욕조를 사용하게 되었고, 이로 인해 기계 욕조를 사용하는 노인이 전체에서 1명으로 감소했다. 또한 휠체어 식사 및 거실 생활에서 벗어나, 개개인에게 맞는 의자를 준비하고 휠체어는 이동 시간에만 사용하게 하였다. 가족 면회 시 이용자와 함께 시간을 보낼 수 있도록 하였다. 이러한 시설의 변화는 직원의 업무 형태를 변화시켰고, 직원이 치매 노인 개개인과 여유를 가지고 제대로 마주함으로써 노인이 느끼는 불안과 혼란, 분노와 스트레스 등을 조기에 해소할 수 있었다. 제대로 여유를 가지고 마주하여 케어함으로써 행동장애에 숨겨진 ‘요구하는 것’과 ‘하고 싶은 것’을 이해할 수 있게 되었다.

2) 유닛 케어의 구체적 운영 사례 1: 치매 이용자를 위한 고평하이츠

고평하이츠는 개호노인 복지시설로, 치매 고령자 전용 시설이다. 이는 1985년에 약 900평 마당을 둘러싸는 사각형의 단층 건물로 개설하였다. 고평하이츠는 정원이 100명이고, 주간보호 서비스를 병설하고 있으며, 그 외 동일 부지 내에 정원 9명의 그룹홈이 있다. 이 시설은 자연환경이 풍부하여 바다와 산과 강 풍경을 즐길 수 있는 평화로운 환경에 둘러싸여 있다. 무로란선 오오기지역에서 도보 약 7분 거리에 위치하고 있다.

가) 유닛 구성

고평하이츠는 종래형(70명 정원)과 개인실 유닛형(30인 정원)으로 되어 있다. 종래형은 2인실 35실 4개 유닛(18명 정원 2개 유닛, 17명 정원 2개 유닛)으로 구성되어 있고, 개인실 유닛형은 10명씩 3개가 있다. 종래형 이용자는 모두 치매 혹은 치매 증상이 있으며, 등급 분포는 다음과 같다.

〈표 6-8〉 고호하이츠 이용자 등급 분포

요개호도	종래형	개인 유닛
요개호 1	8명	7명
요개호 2	13명	5명
요개호 3	20명	6명
요개호 4	16명	8명
요개호 5	13명	4명

자료: 사회복지법인 고세이카이. (2020b). 고호하이츠 이용자 등급 분포. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html>에서 2020. 11. 5. 인출.

나) 시설의 거주 환경

고호하이츠는 치매 고령자의 특성에 대한 이해와 불완전한 행동에 대한 대응을 고려하여 시설 환경을 구성하였다.

① 중앙 정원

본관 중앙의 정원은 약 2,700㎡로, 정원을 둘러싸고 있는 주변 약 230m의 벽은 홋카이도의 춘하추동(春夏秋冬)의 4계절을 풍경화처럼 묘사하여, 푸른 하늘 아래 ‘잔디와 산의 푸름을 표현한 벽화’가 위화감 없도록 배치되어 있다. 이 정원은 이용자의 쉼터로 24시간 언제나 나가서 쉴 수 있다. 중앙 정원의 테라스는 각종 행사 시에 이용되고 있다. 중앙 정원은 3개소의 슬로프에서 휠체어 이용자가 나갈 수 있고 유닛마다 이벤트 광장으로 활용하고 있다.

[그림 6-5] 개호노인복지시설 고포하이츠 평면도



자료: 사회복지법인 고세이카이. (2020c). 고포하이츠 평면도. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html>에서 2020. 11. 5. 인출.

② ㄱ자형 회랑식 복도(回廊式廊下)는 각 유닛과 연결되는 ‘길(道)’ 고포하이츠의 중앙 정원에 접하고 있는 총 230m의 복도는 유닛 간 연결 통로로 이용되고 있다. 중앙 정원과 함께 복도의 벽에는 핫카이도 각지의 판화와 아이들의 모습을 그린 그림 등이 묘사되어 있어 이용자와 직원의 대화 소재가 되거나, 과거의 기억을 회상할 수 있게 해 준다.

③ 식당 겸 로비

생일 파티와 외식 등은 7개의 유닛마다 각자의 거실에서 독자적으로 하지만 크리스마스 등의 행사 시에는 식당 겸 로비에서 직원이 분위기에 맞는 복장(산타클로스 복장 등)을 하고 레스토랑 분위기를 만들어 계절에 변화에 따른 생활에 리듬을 주려고 하고 있다.

④ 유닛 구분

2인실이 35실, 개인실은 30실이 있다. 유닛은 총 7개로 구성되어 있다. 개인실 10개가 1개의 유닛(3유닛)으로 구성되어 있으며, 2인실 70명의 경우 18명이 1개 유닛으로 2개 유닛이 구성되어 있으며, 17명이 1개 유닛으로 2개 유닛이 구성되어 있다. 개인실 2개 유닛에는 부엌을 설치하여 그룹홈 케어를 도입하고 있다.

⑤ 방

방은 편하고 안락한 가정적인 환경을 지향하여 가능한 한 자신의 가구와 소장품을 자유롭게 가지고 입소하여 배치할 수 있게 하고 있다. 이용자와 직원이 대화를 하며 가구를 배치한다. 모든 방 앞에는 커튼을 달았고 테이블과 의자를 배치하여 따뜻하고 편안한 분위기가 되도록 연출하였다.

⑥ 거실

7~8명의 이용자에 1개 거실을 사용할 수 있도록 유닛마다 각각 2개의 거실을 마련하고 있다. 또한 식사는 리빙 공간을 이용하여 소수가 평안한 분위기에서 하고 있어 식후에도 배회 등의 행동장애가 줄어든 이점이 있다. 의자와 다다미, 사진, 장식품 등을 배치하여 가정적인 분위기를 연출하고 있다. 또한 가능한 한 침대에서 일어나게 하거나 방 안에만 있지 않도록 하여 배회에 의한 과도한 보행을 하지 않도록 배려하고 있다.

⑦ 욕실

일본의 노인들에게 목욕은 청결 유지의 목적보다 인생의 삶과 추억을 회상하는 의미가 매우 크다. 한편 과거 시설의 대형 욕조는 가정의 욕실

과 달리 공중목욕탕 같았다. 이에 고호하이츠는 이러한 집단적인 분위기를 없애기 위해 벽에 풍경화를 그리고 식물로 장식하거나 음악을 틀어서 평안한 분위기를 조성하고 있다. 개인실 유닛에서는 일반 가정과 동일한 욕실 설비를 갖추었다. 낮에 목욕은 주 2회 이상 하고 있으며, 야간 일반 욕이 주 2회, 기계욕은 주 3회 실시하여 매일 같이 욕실이 사용되고 있다. 특히 야간에 여유 있게 목욕을 하고 나면 배회도 즐기고 안정되어 수면을 잘 취하는 모습을 볼 수 있다.

[그림 6-6] 일본 개호노인복지시설 고호하이츠의 거주 환경



자료: 사회복지법인 고세이카이. (2020d). 고호하이츠 거주환경. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html>에서 2020. 11. 5. 인출.

나. 커뮤니티케어 지원 거점형: 지역 기반 주거와 요양서비스 콤비네이션 시설 유형 ‘준세이엔’

준세이엔은 가나가와현 오다와라시(小田原市)에 위치하며 도쿄의 남서 지방에 해당하며 하코네산(箱根山) 동쪽 기슭의 사가미만(相模灣)에 접하고 있다. 1977년 사회복지법인 오다와라복지회 준세이엔(潤生園)이 설립되었으며, 1978년 특별양호노인홈 고령자 종합 사회복지시설 준세이엔(정원 50명)을 개원하였다. 그 이후 지역사회의 재가서비스를 지원하는 거점 역할을 하고 있다. 오다와라복지회의 이념과 서비스 제공 방침은 다음 표와 같다.

〈표 6-9〉 일본 준세이엔의 이념과 서비스 제공 방침

구분	내용
이념	고령자가 요(要)개호 상태가 되더라도 자신이 그동안 살아왔던 지역에서 계속해서 존엄을 유지하며 생활할 수 있도록 한다.
서비스 제공 방침	준세이엔의 케어는 당신이 주인입니다. 이용자 한 사람 한 사람의 삶의 방식을 중시하고, 자립을 지원하고, 사람으로 충실한 인생을 마지막까지 보낼 수 있도록 서비스를 제공합니다. 신체적 및 정신적 측면은 물론 사회적 측면도 고려한 전인적인 개호를 지향합니다. 향후 어떻게 시대가 변해도 준생원의 개호는 사람이 원점이라는 정신을 잊지 않겠습니다. 모든 시작의 원점은 당신입니다. 당신에게 기쁨과 감동을 그리고 함께 우리들도 감동을 받는 기쁨을...마음에 울림 있는 개호를 지향합니다.

자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2000a). 준세이엔의 이념과 서비스 제공 방침. <https://junseien.jp/feature/>에서 2020. 10. 25. 인출.

준세이엔은 커뮤니티를 지원하는 재가서비스 거점들을 중심으로 노인 케어 사업을 40년 이상 일관되게 진행하고 있다. 그 외에도 지역사회를 위한 다양한 사회공헌사업을 하고 있다.

2018년 기준으로 직원은 총 506명이며 이 법인에서 제공하는 서비스를 크게 4가지로 분류하면 다음과 같다. 오다와라복지회 준세이엔에서

제공하는 서비스는 입소형으로 특별양호노인홈 등 7개소, 통소형 13개소, 방문형 6개소, 상담형 서비스제공 센터 등이 있다.

기존의 일본 의료와 개호는 병원이나 개호시설에 입원 또는 입소해서 케어하는 시설 서비스가 중심이었다. 즉 기존의 일본의 많은 사회복지법인들은 시설 중심의 서비스를 확대해 왔다. 그러나 개인의 존엄성 유지, 자립생활을 지원하기 위해서는 자신이 그동안 살아왔던 가정에서 가족들과 함께 평생 살아갈 수 있도록 하는 것이 적절하다는 판단하에 준세이엔은 가족의 개호 부담을 덜 수 있도록 하는 재가서비스의 충실화를 추진하였다.

이에 준세이엔은 지역 노인의 요양 욕구 다양화에 따른 요양서비스의 다양화와 전문화를 위한 전략을 마련하였으며, 이를 확립하기 위해 중장기적으로 개발 및 발전시켜 오고 있다.

〈표 6-10〉 일본 준세이엔의 요양서비스 다양화 및 전문화 전략

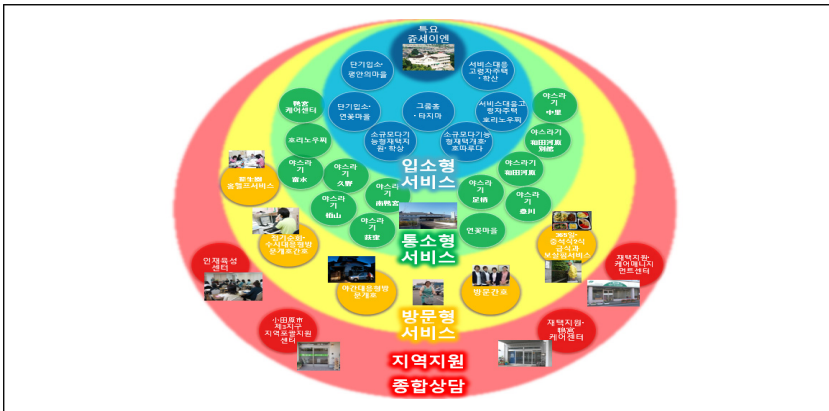
1. 고령자를 자신들의 자택에서 생활할 수 있도록 케어하고 지역에서 돌본다.
2. 죽음을 맞이하기 전까지 입으로 식사를 하고 천수를 누릴 수 있도록 한다.
3. 치매 고령자의 인격과 존엄을 지킨다.
4. 전문가 팀으로 임종기 케어를 한다.
5. 이론적인 타당성에 근거한 케어를 한다.
6. 기관 내에서 인재 육성과 케어의 질 향상을 위한 전문연수를 실시한다.

자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2000b). 요양서비스 다양화 및 전문화 전략. <https://junseien.jp/feature/>에서 2020. 10. 25. 인출.

준세이엔은 지역포괄케어의 우수 모델로 입소형과 통소형, 방문형과 지역 지원 종합상담 사업을 실시하고 지역케어 체계를 구축한 좋은 모델이 되고 있다. 특히 개호보험 개정을 통하여 지역에서의 재가서비스 강화를 위하여 ‘소규모 다기능형 거택개호 간호’, ‘정기 순회·수시 대응 방문개호·간호’ 등의 새로운 서비스를 선구적으로 시행하고 있다. 또한 다양

한 재가서비스를 효과적으로 수행하기 위하여 지역을 구분하고 지역마다 서비스 제공 거점을 정비하고 있다. 2010년 이후에는 고령자 주거와 개호서비스를 복합적으로 제공하는 ‘서비스 대응 고령자주택과 의료·개호 등의 복합시설’을 정비하고 있다.

[그림 6-7] 일본 사회복지법인 준세이엔의 지역포괄케어를 위한 서비스 제공 체계



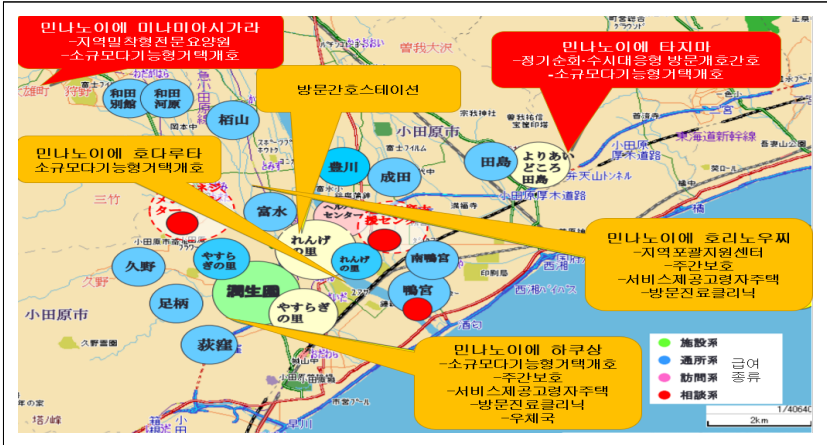
자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018a). 지역포괄케어 서비스 제공 체계. (법인사업 내부자료, 오다와라)

준세이엔은 ‘종합상담’을 시작으로, ‘보살핌을 포함한 중식식 2식·365일 급식서비스’, ‘24시간·365일 방문개호’, ‘방문간호’, ‘주간보호’, ‘단기 입소’, ‘장기 입소’, ‘그룹홈’, ‘소규모 다기능 시설’, ‘서비스 대응 고령자주택’ 등 고령자에 대한 포괄적인 서비스 체계를 정비하여 ‘케어로 시민을 힘들게 하지 않는다.’를 목표로 재택 케어의 충실화를 도모해 왔다.

준세이엔은 지역 포괄케어 시스템의 확립을 위해 다양한 재가서비스를 그물망처럼 지역에 전개함으로써 접근성을 높이고 끊임 없는 서비스를 제공하기 위한 거점으로 종합지원센터를 운영하고 있다. 또한 지역포괄케어 시스템을 구축하기 위한 거점이 되는 종합지원센터를 중심으로 운

영하고 있다. 본 연구에서는 시설을 중심으로 살펴보고자 한다.

[그림 6-8] 일본 사회복지법인 오다와라회 준세이엔 지역포괄케어 시스템 거점 기관



자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018b). 지역포괄케어시스템 거점 기관 지도
<http://junseien.jp/shisetsu/>에서 2020. 10. 25. 인출.

지역 거점은 크게 5곳이다. 첫째, 특별양호노인홈 준세이엔은 1978년 설립 이후 와상 및 중증 치매자의 입소 시설의 역할을 하며 단기 입소와 도시락 제작·배달 등의 지역 지원 활동을 하고 있다. 둘째, 인지증 대응형 공동생활개호 다지마로 2개소의 그룹홈과 1개소의 주간보호센터를 병설하고 있어 치매 노인에게 특화된 서비스를 제공하고 있다. 셋째, 고령자주택과 소규모 다기능형 개호서비스를 병설한 민나노이에 하쿠산(みんなの家はくさん)은 서비스 제공 고령자주택(14호), 소규모 다기능형 거택개호(정원 25명)를 제공하고 있으며, 같은 건물 1층에 방문진료 클리닉과 우체국이 있다. 넷째, 고령자주택과 지역포괄지원센터를 병설한 민나노이에 호리노우치(みんなの家ほりのうち)는 서비스 제공 고령자주택 14호, 지역포괄지원센터, 주간보호(정원 25명) 서비스를 제공하고 있으며, 같은

건물 1층에 방문진료 클리닉이 있다. 다섯째는 지역 밀착형 특별양호노인홈과 소규모 다기능형 거택개호서비스를 제공하는 민나노이에 미니미 아시가라로, 지역 자원봉사센터를 병설하고 있다.

1) 지역사회 돌봄 지원형 개호노인복지시설 준세이엔

개호노인 복지시설(정원 50인) 준세이엔은 와상 혹은 뇌졸중으로 고통받는 노인들의 입소 시설로 1978년 개설하였다. 그러나 당시에 재가서비스가 제도화되지 못해 지역에 와상 혹은 뇌졸중 등으로 고통받는 노인들이 상당수 있었다. 이에 준세이엔은 케어의 사각지대에서 놓인 분들을 위하여 시설 차량을 운행하여 시설까지 모셔 와 목욕과 단기 입소 등의 서비스를 제공하였다. 이러한 지역 돌봄 활동이 지속되며 그 역할이 인정되어 지자체가 제도화하였다.

1990년에는 중증 치매 노인의 입소처가 없는 것이 지역사회 의 과제가 되어 준세이엔은 시설을 50명 정원에서 100인 규모로 확대하였고, 신설되는 공간을 중증 치매 노인을 위한 생활 장소로 제공하였다. 또한 30인의 단기 입소 서비스도 신설하여 가족들에 대한 임시돌봄(respite care)을 제공하여 케어 부담과 피로를 경감하도록 하였다.

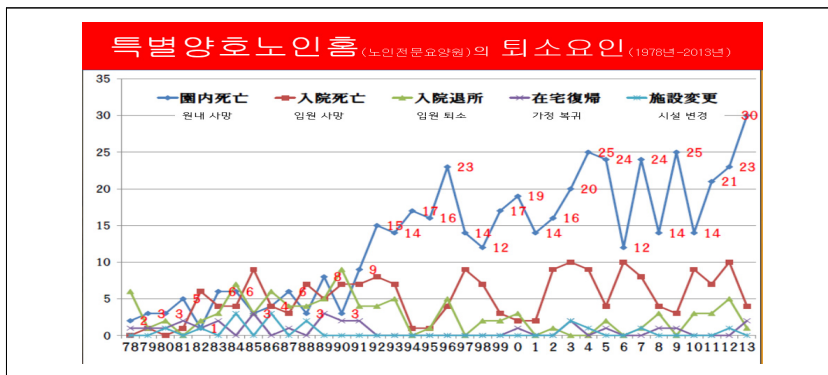
가) 임종 케어 시행

현재 중증의 요개호 고령자나 치매 환자들이 병원에 장기 입원하는 것이 어려워지고 있어, 본인 혹은 가족 등의 요청이 있을 경우 시설 내에서 임종기 케어를 시행하고 있다. 이를 위해 준세이엔에서는 고령자의 존엄유지와 생활의 질을 중시하여 시설의 촉탁의사를 중심으로 간호사와 개호복지사, 치과위생사, 관리영양사, 조리사 등이 임종 케어를 위한 팀을

구성하고 있으며, 가족도 참여시켜 가능한 의료적 개입을 최소한으로 줄이는 임종 케어를 제공하고 있다.

1978년부터 2013년까지 시설의 퇴소 요인을 살펴보면 임종 케어팀이 활동을 시작하며 원내 사망이 급속하게 늘어났고 병원 퇴소와 병원 사망이 줄고 있는 것을 알 수 있다.

[그림 6-9] 일본 준세이엔 개호노인복지시설의 퇴소 요인(1978~2013년)



자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018c). 지역포괄케어 서비스 제공 체계. (법인사업 내부자료, 오다와라)

나) 도시락 배달 서비스

준세이엔에서는 지역사회서비스로 1990년부터 365일 하루도 거르지 않고 지역사회에 점심과 저녁 도시락을 배달하는 것은 물론 안부 확인을 겸하고 있다. 일반도시락은 500엔, 특별도시락은 550엔으로 저렴하게 제공하고 있다.

① 건강을 생각한 개개인의 취향에 맞춘 도시락

대상자의 건강과 구강 상태에 맞춘 조리방법으로 만들어진 영양이 좋

은 도시락을 만들어 배달하면서 대상자의 건강을 지키고자 노력하고, 개인의 ‘취향에 맞추어’ 대응하고 있으며, 계절에 맞는 식재료로 식단 구성을 하고 있다. 또한 세시풍속에 맞는 식단을 제공하고 있으며, 염분과 기름 섭취를 고려하여 조리하고 있다. 특히 연하와 저작 상태에 맞는 특별식 ‘개호식’을 제공하고 있다.

② 안부 확인

도시락은 각 가정에 배달하며 대상자의 얼굴을 보고 직접 전달한다. 간혹 대상자의 안색이 나쁘면 안부를 확인하고 필요에 따라 법인에 연락하여 신속하게 대응함으로써 신변 안전 확인도 겸하고 있다.

[그림 6-10] 일본 준세이엔의 도시락 배달 서비스



자료 : 1) 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018d). 준세이엔 도쿄 홈페이지 <https://junseien.jp/tokyou/>에서 2020. 10. 25. 인출.

2) 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018e). 준세이엔 홈페이지 <https://junseien.jp/delivery/>에서 2020. 10. 25. 인출.

2) 인지증(치매) 케어를 위한 공동생활개호(그룹홈) 다지마(田島)

2011년 4월 다지마는 1층에 10인 정원의 소규모 주간보호센터, 2층에 인지증 대응형 공동생활개호 2개소(정원 18명)를 개설하였다. 주택가에 위치하고 있으며 대지는 996.42㎡, 연면적은 504.73㎡이며 목조 2층의 배리어프리 구조이다. 그룹홈의 방은 개인실로 크기는 11.16㎡이며, 소화설비는 스프링클러, 소화기, 자동 통보 시스템을 갖추고 있다.

가) 목적과 운영 방침

인지증 대응형 공동생활개호 다지마(이하, 그룹홈 다지마)의 목적과 운영 방침은 케어가 필요한 인지증 노인에게 공동생활주거로 가정적인 환경을 제공하고, 지역 주민과의 교류와 더불어 목욕, 배설, 식사 등의 개호 기타 일상생활상의 뒷바라지 및 기능훈련을 실시함으로써 개개인의 능력을 최대한 활용하여 자립적인 일상생활을 할 수 있도록 지원하며 이를 위해 다음과 같은 6가지 운영 원칙을 정하고 있다.

〈표 6-11〉 인지증 대응형 공동생활개호 다지마의 6가지 운영 원칙

1. 이용자의 인지증 증상 진행을 완화하고 안심하며 일상생활을 할 수 있도록 이용자의 심신 상황에 근거하여 적절하게 실시한다.
2. 이용자 개개인의 인격을 존중하고 이용자 각각의 역할이 가정적인 환경 아래에서 일상생활을 할 수 있도록 배려한다.
3. (개호 예방) 인지증 대응형 공동생활개호 계획에 근거하여 민연하고 확실적인 것이 되지 않도록 배려한다.
4. 공동생활 주거의 개호 종사자는, (개호 예방) 인지증 대응형 공동생활개호를 제공하고 친절하고 정중하게 하는 것을 우선으로 이용자 또는 그 가족에게 서비스 제공 방법을 이해하기 쉽게 설명한다.
5. 사업소는 이용자의 생명 또는 신체를 보호하기 위해 긴급하거나 여쩔 수 없는 경우를 제외하고 신체 구속을 하지 않는다.
6. 사업소는 스스로 제공하는 서비스의 질을 평가하고 정기적으로 외부인에 의한 평가를 받으며 이 결과를 공표하고 항상 그 개선을 도모한다.

자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018f). 그룹홈 다지마의 6가지 운영 원칙. (법인사업 내부자료, 오다와라)

나) 이용자 특성

그룹홈은 공동생활 주거(주택)라는 이념하에 지역사회 내에서 치매질환자만을 입소 보호하는 시설로, 특히 일상생활 기능을 보유한 경증 치매질환자를 주요 대상으로 한다. 시설은 2개 유닛(1개 유닛 9명)에 인지증 노인(남성 3명, 여성 15명) 총 18명이 생활하고 있으며 등급을 살펴보면 요개호 1은 6명, 요개호 2는 4명, 요개호 3은 3명, 요개호 4는 5명이다. 한편 생활하는 기간이 길어짐에 따라 요개호 3 이상의 중증자 8명은 중증화가 진행되고 있다.

다) 주거 환경

다지마는 주택가에 위치하고 있으며 일반 2층집의 가정과 같은 양식으로 건축하여 시설과 같은 분위기가 없도록 배려하였다. 단독 건물로 각 층에 유닛이 별개로 운영되고 있으며 인지증(치매) 노인 개개인의 프라이버시와 개별 케어를 위해 가정 같은 환경에서 개인실을 기본으로 생활하고 있다. 입소 시에 자신의 가구와 물건을 가지고 입소하고 있다.

[그림 6-11] 일본 다지마 공동생활가정의 주거 환경



자료 : 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018g). 그룹홈 다지마 내부 사진. <http://junsei-en.jp/shisetsu/>에서 2020. 10. 25. 인출.

라) 케어 제공 인력

그룹홈 다지마에 관리자 1명(계획 작성 담당자 겸임)은 사업소 종사자의 관리 및 업무의 관리를 총괄한다. 계획 작성 담당자 2명(관리자 겸임 1명, 상근 전담 1명)은 적절한 서비스가 제공되도록 개개인의 케어플랜을 작성하고 모니터링을 실시한다. 개호직원은 14명으로 이용자에게 필요한 개호 및 지원을 실시한다. 주요 서비스는 목욕, 배설, 식사 등의 요양업무와 일상생활에서의 관찰 보호, 일상생활 속에서의 기능훈련, 상담 원조 등이다. 대부분이 실무 경험 5년 이상이다.

마) 이용 요금

인지증 대응형 공동생활개호의 이용료는 요개호 등급에 따라 1개월 한도액(수가)의 10%이며 그 외 개인 부담 비용(개인 실비, 식대 그 외 소모품비 등)을 합하면 월 15만 엔에서 20만 엔 정도가 되며 후생연금 등을 받는 중류층 정도의 인지증 노인들이 이용하고 있다.

바) 의료 지원 체계

그룹홈 다지마 입소 시에 계획 작성 담당자는 기존의 담당 의사에게 계속적으로 진료를 받을 것인지 그룹홈 다지마 방문의사에게 진료를 받을 것인지를 선택하도록 한다. 기존의 담당 의사에게 진료를 받던 인지증 대상자도 인지증 대응형 공동생활개호 다지마에서 생활하게 되면 자연스럽게 방문 의사에게 진료를 받는 경우가 많다. 촉탁의는 월 2회 정신과 의사, 월 2회 내과 의사, 월 1회 치과 의사가 방문하고 있으며 필요한 약물 등은 약사에게 알려 주면 약사가 시설에 약을 전달한다. 주 1회 방문간호 서비스를 이용하고 있

다. 의료요양 시스템에 기반하여 현재까지 다지마에서 5명이 임종 케어를 시행했다. 이용자 가족이 원하는 경우에 병원으로 이송하여 연명치료를 하는 경우도 있다. 이용자의 심신 이상 및 긴급 사태가 발생 시 신속하게 주치의나 촉탁의에게 연락하여 전원 등의 조치를 취하고 이용자의 가족에 보고한다.

3) 고령자주택과 소규모·다기능형 개호서비스를 병설한 민나노이에하쿠산(みんなの家はくさん)

가) 서비스 제공 고령자주택과 소규모 다기능형 거택개호 병설형 거점

서비스 제공 고령자주택이 제도화되면서 민나노이에 하쿠산(みんなの家はくさん)은 고령자주택과 소규모·다기능형 거택개호 서비스의 병설이라는 새로운 형태의 서비스 제공 거점으로 개설되었다. 소규모·다기능형 거택개호는 정원은 25명이며, 서비스 제공 고령자주택(14호)을 제공하고 있다. 건물 내에 방문치료 클리닉과 우체국이 있으며 역에서 도보 3분 거리이다.

[그림 6-12] 일본 민나노이에 하쿠산(みんなの家はくさん)의 외관



민나노이에 하쿠산의 외관¹⁾

민나노이에 하쿠산의 출입구²⁾

자료: 1) 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020a). 민나노이에하쿠산 내부자료.
2) 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020b). 민나노이에하쿠산 출입구. <http://junseien.jp/shisetsu/>에서 2020. 10. 25. 인출.

나) 민나노이에 하쿠산 내 서비스 제공 고령자주택

민나노이에 하쿠산은 1인실과 2인실로 구성되어 있다. 방에는 에어컨, 조명기구, 통보 시스템, 커튼, 화장실, 세정대, 발코니, 수납 공간이 마련 되어 있고 식당과 거실, 엘리베이터는 공동으로 사용한다.

[그림 6-13] 일본 민나노이에 하쿠산(みんなの家はくさん)의 내부



자료 1) 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020c). 민나노이에 학산 내부자료.

2) 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020d) 민나노이에 학산 내부 모습. <http://junsaien.jp/takinou/#satuki>에서 2020. 10. 25. 인출.

① 서비스 제공 고령자주택의 목적과 대상자

고령자케어서비스 제공 주택은 고령자주거법 제5조(高齢者住まい法第5条)에 근거하여 고령자의 주거 지원을 목적으로 하며 안부 확인 및 상담, 식사 등의 서비스를 제공한다. 비용은 민간의 유료노인홈보다 매우 저렴하고 개호 인정을 받을 사람(60세 이상)도 입소가 가능하다.

② 서비스 제공 고령자주택의 비용과 주요 서비스 내용

1인실의 경우 주거비는 월 5만 8,000엔부터이며, 공공요금은 광열비 포함 1만 5,000엔이다. 생활 지원비는 4만 5,000엔이며 입소 보증금은 17만 4,000엔부터이다. 식사는 별도로 신청하는 경우에 1일 3식 1개월에 4만 5,000엔이다. 이용자 자신의 생활습관에 맞추어 지낼 수 있으며 식사는 자신의 방의 미니키친을 이용하여 요리할 수도 있다.

〈표 6-12〉 일본 민나노이에 하쿠산 이용 요금

구분	1인실	2인실
임대료	A타입(20.70㎡) 63,000엔	B타입(19.87㎡) 58,000엔
공익비	15,000엔(광열비 포함)	
생활 지원 서비스비	45,000엔 [서비스 내용] 1일 2회 안부 확인, 실내 청소 / 주 1회, 상담 지원, 취미 활동	
월 금액 이용료	A타입 123,000엔 B타입 118,000엔	
식비(1일 3식)	45,000엔(1명분·개산)	90,000엔(2명분·개산)
합계	A 168,000엔 B 163,000엔	2명이서 A 213,000엔 B 208,000엔
입거 시 비용	보증금 A타입 189,000엔, B타입 174,000엔, 퇴거 시에 정산한다.	
별도 비용	개호보험 자기부담분, 의료비는 별도	

자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020e). 민나노이에 학산 이용요금. <https://junsaien.jp/wp/wp-content/uploads/2016/09/d7dbbce7342487ff30d88ad51e895f66.pdf>에서 2020. 10. 25. 인출.

의료서비스가 필요하면 이용자는 자신의 주치의를 찾아가거나 그렇지 않은 경우 시설에서는 1층에 있는 병설 진료소를 이용할 수 있도록 소개한다. 개호보험서비스를 이용할 경우에는 운영자인 사회복지법인 오다와라복지회 준세이엔에서 지원한다. 특히 1층에 병설된 소규모 다기능 거택개호 서비스가 365일, 24시간 제공되고 있어 심신이 기능이 많이 떨어지는 경우에도 안정적으로 생활이 가능하다.

이용자 가운데는 주변에 자신의 자택이 있지만 편안하게 생활하기 위해 서비스 제공 고령자주택에서 생활하는 사람도 있다. 이들은 필요할 때 자택을 방문하는 것도 가능하다.

다) 민나노이에 하쿠산 내 소규모·다기능형 거택개호

소규모·다기능형 거택개호는 이용자가 자신의 정든 지역에서 생활을 계속할 수 있도록 지역 주민과의 교류 및 지역 활동의 참여를 도모하면서, 이용자의 심신 상황, 희망과 처한 환경에 근거하여 주간보호, 방문요양 및 단기 입소(숙박) 서비스를 종합적으로 계획하여 서비스를 제공한다.

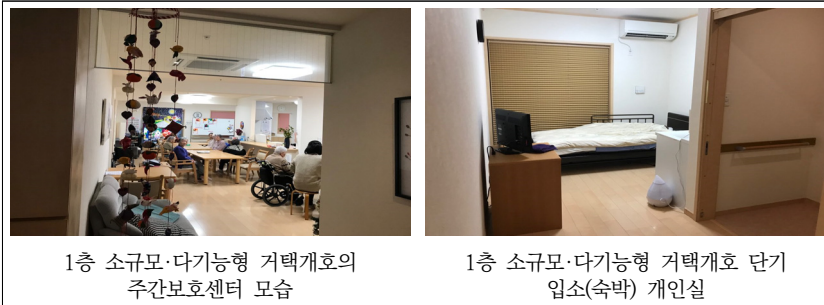
〈표 6-13〉 소규모·다기능형 거택개호의 서비스 개요

항목	구체적인 내용
개호 계획 작성과 제공	이용자가 지역사회에서 지속적으로 생활할 수 있도록 심신 등의 상황을 파악하고, 일상의 상태, 희망 등을 감안하여 적시에 적절하게 왕래, 방문 및 숙박 서비스를 유연하게 조합하여 제공한다. 작성한 개호 계획은 이용자 및 그 가족에 대하여 그 내용을 설명하고 동의를 얻은 후 서비스를 제공한다. 서비스 제공 후에는 정기적으로 모니터링을 실시한다.
상담·원조 등	이용자의 심신 상황 등을 정확하게 파악하고 이용자·가족 상담에 응하며 지원한다.
왕래 서비스(주간보호)	사업소에서 식사나 목욕, 배설 등 일상생활상의 도움이나 기능훈련을 실시한다.
숙박 서비스(단기 입소)	숙박하여 식사나 목욕, 배설 등 일상생활상의 도움이나 기능훈련을 실시한다.
방문 서비스(방문요양)	이용자의 거택에서 식사나 목욕, 배설 등 일상생활상의 도움이나 기능훈련을 실시한다. ※ 왕래 서비스를 이용하지 않는 날에서는 가능한 방문 서비스를 제공하고, 전화 연락으로 지켜보기를 실시하는 등 거택에서 생활 지원을 하기 위한 서비스를 제공한다.
서비스 제공 시간	연중 매일 서비스를 제공하고 주간보호 서비스는 오전 9시부터 오후 4시까지, 단기 입소 서비스는 오후 4시부터 오전 9시까지, 방문요양 서비스는 24시간 제공한다.

자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020f). 소규모 다기능형 거택개호 서비스 개요. 시설 내부자료.

민나노이에 하쿠산 내 소규모·다기능형 거택개호는 25명이 이용하고 있다.

[그림 6-14] 일본 소규모·다기능형 거택개호 내부



자료 : 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020g). 소규모 다기능형 거택개호 내부 사진. <http://junseien.jp/>에서 2020. 10. 25. 인출.

이용자 부담금은 지정 소규모 다기능형 거택개호를 제공한 경우 이용료의 금액은 후생노동대신이 규정하는 기준에 의한 것으로 한다. 해당 지정 (개호 예방) 소규모 다기능형 거택개호가 법정 대리 수령 서비스일 때에는 그 10% 또는 20%의 금액으로 한다. 다만 다음의 항목에 대해서는 별도로 이용 요금을 지불받는 것으로 한다.

<표 6-14> 소규모·다기능형 거택개호의 비급여 항목

① 식비 조식 400엔 중식 600엔, 석식 500엔(이용한 경우만)
② 숙박비 1박에 3,000엔
③ 기저귀 실비(테이프식 기저귀, 재활 바지 100엔·패드 50엔)
④ 간식비 100엔
④ 세탁비 1회 500엔

자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020h). 소규모 다기능형 거택개호 비급여 항목. <https://junseien.jp/wp/wp-content/uploads/2016/09/d7dbbce7342487ff30d88ad51e895f66.pdf>에서 2020. 10. 25. 인출.

4) 고령자주택과 지역포괄지원센터를 병설한 민나노이에 호리노우치

철도역에서 도보로 6분 거리에 있는 민나노이에 호리노우치(みんなの家ほりのうち)는 2층에 서비스 제공 고령자주택 14호가 있고, 1층에 주간보호서비스(정원 25명), 지역포괄지원센터, 방문치료 클리닉이 병설되어 있다.

[그림 6-15] 일본 민나노이에 호리노우치(みんなの家ほりのうち) 외관



자료: 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020i). 민나노이에 호리노우치 외관. <http://juns-eien.jp/shisetsu/>에서 2020. 10. 25. 인출.

가) 지역 밀착형 개호노인복지시설과 소규모·다기능형 거택개호 서비스

민나노이에 미나미아시가라는 2017년 단층 구조로 개설되었으며, 입구에는 지역 주민을 위한 커뮤니티 공간이 있다. 개호보험 서비스로는 소규모·다기능 시설(정원 29명)과 지역 밀착형 개호노인복지시설이 유닛케어 방식(3유닛 정원 29명)으로 운영되고 있다.

3. 일본 사례의 시사점

본 연구에서는 일본 내에서 유닛 케어를 통한 케어의 개별화를 실현하고 있는 사회복지법인 고세이카이와 지역사회 돌봄과 시설돌봄을 연계해서 운영하고 있는 사회복지법인 준세이엔을 중심으로 각 법인 내 시설들의 특성을 살펴보았다. 법인별 지향점에 따라 기관을 특성화하여 운영하고 있었으며, 각 법인이 갖는 특성을 다음과 같다.

사회복지법인 고세이카이 시사점은 크게 4가지로 정리할 수 있다.

첫째, 지역사회의 시대적 필요와 상황에 대응하며 서비스의 전문성과 다양성을 발전시켜 왔다. 홋카이도의 혹한과 화산 피해, 인구 감소 등으로 어려운 자연 및 사회적 환경 가운데서도 치매 노인의 증가에 따른 유닛 케어의 도입, 폐교를 활용한 노인복지 거점화, 요양 종합복지관 모델의 제시 등을 하며 성장해 온 과정은 지역사회의 시대적인 요양 필요에 맞추어 제공 기관이 어떻게 서비스의 전문성과 다양성을 발전시켜 가야 하는지에 대한 시사점을 제시한다.

둘째, 시설에서의 개별 케어를 통한 서비스 질 향상을 위한 유닛 케어의 실현이다. 일본에서도 선각적으로 1996년 치매 노인 공동생활 케어를 시작하여 1998년에는 기존의 특별양호노인홈 고호하이츠를 유닛 케어 모델로 변경하여 개별 케어를 시도하였고, 2000년 개호보험 시행 이후에는 모든 시설을 유닛 케어로 실시하여 이용자의 존엄성을 지키기 위한 개별 케어를 실행하고 있다. 이러한 현장의 변화로 2002년부터 개호노인 복지시설에서 유닛 케어가 의무화되었다. 고세이카이의 유닛 케어는 우수 모델로 일본 전국에 소개되고 있다.

셋째, 지역사회에 주민들과 함께하는 개방적인 시설을 운영하기 위해 노력하고 있었다. 입소 시설의 폐쇄성과 획일성이 일본 사회에서도 오랫동안

동안 비판을 받아 왔다. 이에 고세이카이는 시설들을 지역사회에 개방하고 있으며 지역 주민과 케어를 함께하기 위해 도모하고 있다. 폐교를 활용한 시설 모델에서는 도자기 인형 교실, 도서관, 체육시설로 개방하고 있었으며, 개호노인 복지시설 미타라노사토에서는 1층에 지역 카페와 미술과 다목적실을 지역에 개방하고 있었다. 그 외에도 다양한 지역과의 교류와 지역공헌사업 등을 전개하여 주민에게 열린 지역사회 자원의 역할을 할 수 있도록 노력을 하고 있다.

넷째, 전문인력 양성과 다양한 복리후생 정책으로 인력 확보에 노력하고 있었다. 홋카이도는 젊은 인력이 도쿄 혹은 삿포로 같은 대도시로 이동하여 케어인력을 확보하기 쉽지 않은 지역이다. 이에 고세이카이는 젊은 인력이 일하고 싶은 직장 환경을 만들기 위해 연수센터를 운영하며 체계적인 교육 시스템 안에서 직원들의 전문성 향상을 지원하고 있었다.

또한 직장에서의 다양한 고민을 상담할 수 있는 임상심리사를 두어 전문상담을 실시하고 있었으며, 아이를 가진 직원들의 육아 지원을 위한 보육원 개설, 진학 혹은 외부 연수 참가 등을 지원하기 위한 학습 장려 제도 등의 다양한 교육 및 복리후생제도를 운영하여 인력 확보와 양성에 힘을 기울이고 있었다.

다음으로 사회복지법인 오다와라복지회 준세이엔의 시사점은 크게 4가지로 정리할 수 있다.

첫째, 법인의 명확한 이념 제시와 이에 근거한 사업 전개와 지속적인 서비스 제공이다. 1977년 법인 설립과 함께 이념을 지역 주민이 지역사회에서 존엄성을 가지고 살아갈 수 있도록 케어 제공 체계를 정비한다는 것과 케어의 주인은 이용자라는 것을 명확히 제시하였다. 이러한 이념을 실현하기 위해 다양한 전문서비스 제공과 케어서비스의 지속적인 질 관리를 위해 인력 교육 양성 시스템을 갖추고 있었다.

둘째, 재가서비스 중심의 지역 통합 케어서비스 시스템 구축으로 지역

포괄케어를 추진하고 있다. 재가서비스 중심의 지역 통합 케어서비스 구축 전략으로 지역의 거점 기관을 확립하고, 24시간 365일 재가서비스 강화 시스템을 구축하고 있다. 특히 지역포괄케어 정책의 시행 이후에는 서비스 제공 고령자주택을 확충하여 주거에서 요양까지 통합적인 서비스를 제공하고 있었다.

셋째, 치매 노인의 증가에 따라 치매 케어의 질 향상을 위해 소규모의 가정적인 환경에서 전문적인 서비스 제공 체계를 갖추고 있었다. 기존의 외상 혹은 일상생활동작이 어려운 분들에 대한 케어에서 치매 노인의 증가에 따라 치매 케어의 중요성을 일찍부터 직감하여 치매 케어 체계를 갖추었다. 가정 같은 소규모의 치매 노인 공동생활가정과 민가 개축형 주야간보호센터는 경영적 측면에서는 매우 어려운 상황이지만, 치매 노인이 가정적인 환경과 전문적인 케어를 받음으로써 지역사회에서 삶의 질을 유지하며 평온하게 생활할 수 있는 데는 최적의 서비스라고 할 수 있다.

넷째, 연하와 저작 기능이 저하된 이용자의 개호식(요양식)을 개발하여 임종 때까지 입으로 식사할 수 있도록 지원하고 있었다. 일본에서 처음으로 요양식 개발에 성공하여 연하와 저작 기능이 저하된 이용자들의 안전한 영양 제공을 지원하고 있었으며, 임종 때까지 입을 통하여 식사할 수 있도록 지원하고 있었다. 도시락 제공 시에도 이용자 개개인의 영양 상태와 저작, 연하 기능을 확인하고 희망에 맞추어 개별화된 서비스를 제공하고 있었다.

이 두 우수 기관이 주는 공통의 시사점은 크게 4가지로 정리할 수 있다.

첫째, 케어서비스 이념과 철학을 명확히 제시하고 있으며 이에 맞는 서비스 제공과 질 향상을 위한 인력 양성 체계를 갖추고 있었다. 일본 속담에 ‘불상은 만들었는데 영혼은 넣지 않았다(仏作って魂入れず)’라는 표현이 있다. 즉 이 속담을 요양 분야에 비유하면, 케어를 위한 시설과 인력을 갖추고 서비스는 제공하지만, 자신들이 하는 케어의 목적이 불분명하다

는 것이다. 예를 들면 안전만을 강조하여 과도한 케어를 하면 이용자의 활동 가능성을 줄일 수 있고, 부적절한 구속 등은 인권 침해로 이어지기 쉽다. 케어란 물건을 만드는 노동과는 다르게 감정이 동반하며 다양한 상황에서 딜레마가 발생한다. 이러한 상황 속에서 서비스 제공자의 철학은 나침판과 같은 역할을 한다.

둘째, 시대적 변화에 따른 지역사회의 케어 필요에 맞추어 서비스의 다양화와 전문화를 추진해 왔다. 일본은 1970년대 와상 노인에 대한 사회적 문제가 발생하였고, 1980년대는 재가서비스 확충, 1990년대에는 치매 노인에 대한 케어의 전문성이 요구되었다. 2000년에 들어서면서 유닛 케어가 의무화되었으며, 2010년도는 본격적으로 지역포괄케어 시책이 진행되고 있다.

셋째, 노인케어 분야에서 기존의 신체적 케어 중심에서 치매 케어로 전환하여 전문성을 향상하여 왔다. 치매 노인에 대한 케어는 개개인에 대한 신체적 케어는 물론 인지 저하와 심리적 문제를 포함하여 전인적인 케어를 해야 하기 때문에 높은 전문성이 요구된다. 따라서 이를 대응하기 위한 제공 인력에 대한 단계적인 치매전문 교육, 유닛 케어와 같은 물리적 환경의 개선 등의 케어 제공 시스템의 변화와 발전에 대응해 오고 있다.

넷째, 지역사회에 입소 시설의 개방과 주민들의 참여를 통한 시설 운영을 지향하고 있었다. 일본에서도 오랫동안 시설의 폐쇄성과 획일성으로 인한 인권 문제로 인한 사회적 낙인이 지속되었고, 비판에 대상이 되어 왔다. 따라서 정책적인 시설의 질 향상의 노력과 초고령화로 인한 시설의 사회화로 인하여 지역사회에 귀중한 자원으로 재인식되기 시작하였다. 두 법인은 입소 시설들을 지역사회에 적극적으로 개방하고 있으며 지역 주민과 케어를 함께하기 위해 노력하고 있다. 그 외에도 다양한 지역과의 교류와 지역공헌사업 등을 전개하여 지역 주민과 함께하려는 다양한 시도를 하고 있었다.

제2절 독일

1. 독일 노인주거시설 제도적 현황

독일에서는 ‘완전주거시설(vollstationäre)’에서 수발서비스(Pflege)를 받는 요양원(Pflegeheim)만이 아니라 부분주거시설(teilstationäre Pflege)이라 불리는 주야간보호시설, 단기보호 그리고 대안으로 ‘돌봄주거(betreutes Wohnen)’도 노인요양시설에 포함된다. 독일에서 장기요양 대상자는 등급과는 상관없이 시설을 선택할 수 있기 때문에 주로 장기요양 필요성 정도, 시설이 제공하는 서비스 종류, 비공식 수발 가능성 그리고 본인의 선호에 따라 시설을 선택한다.

독일에서는 노인이 거주하면서 장기요양서비스를 받는 것을 ‘완전주거보호(vollstationäre Pflege)’라고 하며, 하루 중 일정 시간이나 단기간 머물면서 요양서비스를 받는 주·야간보호나 단기보호는 ‘부분주거보호(teilstationäre Pflege)’라고 한다. 이러한 장기요양서비스가 제공되는 노인요양시설은 거주자의 돌봄 및 수발 필요 정도에 따라 크게 노인공동주택을 포함한 양로시설(Altenheim)과 요양시설(Pflegeheim)로 구분할 수 있다. 장기요양보험제도가 성숙해 가는 과정에서 양로시설과 요양시설은 혼합된 형태로 다양하게 운영되고 있다. 또한 상대적으로 건강한 노인이 자립적으로 생활할 수 있는 독립된 아파트먼트가 많이 생겨나면서 양로시설에서 ‘돌봄주거(betreutes Wohnen)’가 가능한 주택도 생겨나 시설 유형의 구분이 큰 의미가 없어졌다. 이 밖에 고급스러운 주거 환경을 제공하는 시니어레지던스(Senioren Residenz)도 최근 늘어나고 있는데, 이곳에서도 역시 상대적으로 건강한 노인이 살 수 있는 주거 공간은 물론 시설 내에 한국의 치매전담실과 유사한 치매 노인을 위한 주거

공간을 따로 제공하고 있다.

가. 주거시설 유형

1) 양로시설(Altenheim)

가) 노인공동주택(Altenwohnheim)

연방가족노인여성청소년부(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)의 개념 정의에 따르면 노인공동주택은 설비시설과 가구가 노인의 필요에 맞게 특별히 설계된 아파트를 말한다(BMFSFJ, 2020).

노인공동주택의 목표는 가능한 오랫동안 독립적인 삶을 살아갈 수 있도록 하는 것이다. 거주자는(혼자/부부) 주방과 욕실이 딸린 자신만의 공간에서 살아간다. 노인공동주택에는 변기, 욕실, 침대 등에 추가 손잡이를 부착해 놓거나, 미끄럼 방지된 평평한 바닥재(계단 및 모서리 방지) 등이 설비되어 있어야 한다.

필요한 경우 약물치료, 음식 배달 또는 진료 예약 지원과 같은 다양한 형태의 돌봄 및 수발 지원 서비스를 이용할 수 있다. 일반적으로 노인공동주택에는 장기요양등급판정을 받지 않은 상대적으로 건강한 노인들이 생활하기 때문에 이들에게 제공되는 서비스의 종류는 양로원이나 요양시설보다는 적다. 그러나 장기요양등급판정을 받은 노인공동주택 거주자가 재가서비스를 신청할 경우 동등한 서비스를 이용할 수 있다.

나) 양로원(Altenheim/Seniorenheim)

양로원은 더 이상 스스로 가사노동을 할 수 없는 노인들이 돌봄과 가사 지원을 받으며 독립적으로 생활할 수 있는 시설이다. 거주자들은 작은 부엌이 있는 분리된 작은 아파트(Wohnung) 또는 아파트먼트(Apartment)⁷⁾에서 직접 요리를 할 수도 있다. 취사시설이 아예 없는 공간에서 거주하거나 본인이 원할 경우 공동식당에서 식사할 수 있다 (BMG, 2020).

방 청소, 의료서비스, 약물 제공 등은 종사자들이 관리하기 때문에 일상생활 수행이 가능하다. 또한 다양한 여가 프로그램이 제공되기 때문에 노인들은 공동체 생활을 함으로써 노화로 인한 외로움을 덜 수 있다.

2) 요양시설(Pflegeheim)

가) 일반 요양원(Pflegeheim)

요양원은 장기요양을 필요로 하는 사람들을 중심으로 운영된다. 장기 요양의 필요 정도 및 기간에 따라 완전 거주(즉 하루 종일) 또는 부분 거주(즉 주·야간 또는 단기보호)로 구분된다. 대부분의 요양원 거주자들은 사전에 장기요양등급판정을 받고 입소한다. 즉, 요양원 거주자들은 질병과 노화로 인해 더 이상 스스로 돌볼 수 없는 사람들이 대부분이기 때문에 전문요양인력이 24시간 돌봄과 수발서비스를 제공한다. 요양원에서는 장기요양서비스 외에 거주자들이 일반적으로 고립된 상황에서 벗어날 수 있도록 다양한 사회 접촉 및 여가활동의 기회를 제공한다.

7) 아파트먼트(Apartment)는 작은 아파트를 의미하며 일반적으로 침실, 욕실과 간이부엌으로 구성되어 있어 우리나라의 오피스텔과 유사함.

요양원 거주 요금은 일부 시설에서 매우 높게 책정된다. 장기요양보험 조합은 장기요양등급판정을 받은 자에게 월 최대 2,005유로를 지급한다. 그러나 이 금액을 초과하는 비용은 거주자와 부양 의무가 있는 그의 가족이 부담해야 한다.

나) 치매 노인을 위한 요양원(Pflegeheime für Demenzkranke)

치매 노인을 위한 요양원에서는 노인들이 소그룹으로 생활하며 항상 같은 요양인력이 돌보도록 한다. 이를 통해 치매 노인은 신뢰를 갖게 되며 사회적인 구조에서 본인의 자리를 잡게 된다.

최근 많은 요양원에서 치매를 앓고 있는 노인을 ‘도무스 원칙(Domus-Prinzip)’에 따라 소그룹으로 조성하여 장기요양서비스를 제공하고 있다. 도무스 원칙은 양로원에서 치매 환자를 위한 주거 및 돌봄 개념을 설명하는 것으로, 이미 치매가 진행된 노인이 제한된 수로 구성되어 별도의 공간에서 생활하도록 한 것이다. 이로 인하여 동질의 그룹이 형성된다. 이곳에서 거주하는 노인들은 비슷한 필요를 가지고 있다. 도무스 원칙에 따라 치매로 인한 특성이 받아들여지고, 거주자마다 그를 책임지는 치매전문 요양인력과 (거주자와 일정하게 관계를 형성할 수 있는) 참조인(Bezugsperson)이 있다(Verband Pflegehilfe, 2020).

3) 시니어레지던스(Seniorenresidenz)

시니어레지던스는 돌봄주거가 가능한 고급스러운 양로 및 요양시설이다. 일반 요양원보다는 호텔을 연상시키는 곳이다. 대부분의 시니어레지던스는 최고의 거주지에 위치하고 있으며 고품격 인테리어를 갖추고 있다. 일부 시니어레지던스는 수도원이나 성과 같은 오래된 건물을 리모델

링하여 “시니어슈티프트(Seniorenstift)”라는 명칭이 사용되기도 한다. 아직까지는 시니어레지던스나 시니어슈티프트라는 용어에 대한 법적 구속력이 있는 규정은 없다.

연방가족노인여성청소년부가 지원하는 주거네트워크(Kompetenznetzwerk Wohnen)와 비영리 노인주거실무협의체(Kuratorium Wohnen im Alter)는 시니어레지던스와 시니어슈티프트의 특징적인 설비시설을 다음과 같이 정리하고 있다. 호텔과 유사한 주거 시설, 아파트먼트로 구성, 사우나·수영장·도서관 등 고급스러운 추가 시설, 일반 요양원보다 다양한 문화 및 레저 프로그램, 돌봄주거, 장기요양 병동 등 대부분의 시니어레지던스에는 클리닉과 약국이 있어 의료 응급 상황에 신속한 대응이 가능하다(Wohnen im Alter, 2020).

폭넓은 서비스를 제공하는 만큼 다른 노인요양시설보다 가격은 비싸다. 시니어레지던스 거주자는 월정액 요금을 내는데, 이 가격에는 주거 및 돌봄비용이 포함되어 있다. 정액 요금의 단점은 거주자가 필요하지 않은 서비스에 대한 비용도 지불한다는 것이다. 일부 레지던스는 기본 서비스에 대한 고정 금액을 책정하고 거주자가 추가로 이용하는 서비스에 대하여 개별로 청구하기도 한다. 독일의 대표적인 소비자 보호단체에 따르면 시니어레지던스의 비용은 월 700~3,500유로로 그 폭이 매우 크다(Stiftung Warentest, 2020). 이처럼 시니어레지던스의 요금은 기관마다 매우 다양하기 때문에 입주 전 거주자가 신중하게 비교할 필요가 있다.

최근에는 해외의 저렴한 시니어레지던스가 언론에 소개되고 있다. 동유럽 국가에서 독일어를 구사할 뿐 아니라 독일의 노인요양시설에서 근무한 경력이 있는 장기요양인력이 고품질의 장기요양서비스를 제공하는 시니어레지던스가 늘고 있다. 특히 독일 국경 근처에는 독일인이 운영하는 시니어레지던스도 늘어나고 있는 추세이다(Wohnen im Alter, 2020).

나. 주거시설 요금

주거시설의 비용은 크게 수발비(Pflegekosten), 숙식비(Hotelkosten), 투자비(Investitionskosten), 그 외 유료 서비스, 기타 서비스(시설 종사자들의 교육비용 등)로 구성된다. 독일 노인들은 대부분 공공연금을 받고 있기 때문에 우선 자신이 받은 연금에서 본인부담금을 지불하게 된다. 연금액이 부족할 경우 기초지자체가 자산조사를 실시한 후 신청자가 기준을 충족한 경우 시설에 직접 비용을 지불한다. 그러나 장기요양 대상자와 그의 가족이 부담해야 하는 비용은 갈수록 증가하고 있다(ASMK, 2019, p. 12).

1) 주거시설 요금의 구성요소

가) 수발비용/본인부담금(einrichtungseinheitliche Eigenanteil)

장기요양보험조합에서 제공하는 수발비용은 장기요양보험조합이나 사회부조 관리·운영 주체와 장기요양 계약을 체결한 시설에 거주할 경우에만 부담한다. 만약 조합과 요양시설과의 계약이 체결되지 않은 경우 시설 거주자가 모든 비용을 직접 지불하여야 한다.

수발비용에는 요양서비스와 의료적 치료 수발 조치도 포함된다. 장기요양 2~5등급 판정을 받은 시설 거주자는 동일 시설에 거주하는 한 동일한 본인부담금을 지불한다. 즉, 한 시설에서 거주하는 장기요양 대상자들은 등급과 상관없이 동일한 수발비용을 지불하도록 변경되었다. 그러나 시설 거주자가 동일하게 부담하는 새로운 개념의 ‘본인부담금(Eigenanteil)’은 등급별 장기요양보험급여 월 한도액과 요양시설의 장기요양수가에 따라 다르기 때문에 금액은 시설마다 다르다.

나) 숙박 및 식사비(Kosten für Unterkunft und Verpflegung)

소위 호텔비용에는 숙박비와 식사비가 포함된다. 주거시설에서 생활하는 사람은 이 비용을 본인이 부담하여야 한다. 숙박비는 시설의 크기와 설비에 따라 다를 수 있으며, 세탁물 청소, 쓰레기 처리, 여가 및 행사비용 등이 포함된다. 식사비에는 음식 및 음료 제공과 관련된 모든 비용이 포함된다. 아침, 점심, 저녁 식사와 물, 차 또는 커피와 오후 시간에 제공되는 케이크나 빵도 이 비용에 포함된다. 식사 관련 서비스에 대해서는 장기요양보험을 통한 지원은 없다.

다) 시설투자비(Investitionskosten)

투자비용은 아파트 또는 주택의 일반 임대료와 비교할 수 있다. 투자비용에는 공동휴게실을 포함한 주거 공간 임대비용이 포함된다. 이 비용은 일반적으로 주거 공간을 임대할 때의 기본 임대료와 거의 비슷하다(BIVA, 2019).

투자비용에는 부동산, 모든 장비, 차량과 같은 모든 조달 비용과 요양시설의 개조 또는 확장 조치, 리모델링 및 유지·관리 비용이 포함된다. 공공 자금이 지원되지 않는 한 투자비용은 시설에서 거주자에게 비례적으로 직접 분담하게 할 수 있다.

라) 유료 서비스

기본 제공되는 요양서비스 외 비급여 서비스를 신청하여 이용할 경우 거주자는 전액 본인이 부담하여야 한다. 비급여 서비스로는 개인 파티를 위한 공동휴게실 사용, 특별한 이·미용 서비스, 옷 수선 등을 예로 들 수 있다. 기관에서 제공하는 비급여 유료 서비스는 공급 계약서에 명시되어야 한다.

마) 기타

시설 거주자는 위의 비용 외에 시설 종사자들의 교육비용을 (Ausbildungsumlage) 부담할 수 있다. 이는 요양기관이 젊은 종사자들을 스스로 훈련시키는 기관 중 하나일 때 발생한다(Verbraucherzentrale, 2020). 이 금액 또한 주마다 다르지만 일반적으로 거주자들은 하루에 2~3 유로를 지불한다(altenpflege-hilfe, 2020).

2) 거주자 부담 기준

위에서 설명한 바와 같이 시설 거주자는 시설 내 동일한 본인부담금, 숙박 및 식사비와 시설투자비를 부담하여야 한다. 물론 등급 판정을 받은 거주자는 월 한도액까지는 장기요양보험조합에서 부담한다. 그러나 장기요양보험에서 지급되는 금액으로는 시설요금을 충당하기 어렵다. 따라서 독일 노인은 실제로 본인이 얼마나 부담하는지 그리고 주마다 어느 정도 차이가 나는지를 살펴보아야 한다.

가) 거주자 본인 부담

일반적으로 장기요양 대상자의 노령연금(노령연금)은 시설요금을 지불하는 데 사용된다. 단, 109.08유로는 ‘용돈’으로 남겨 놓을 수 있다. 노령연금에 이어 장기요양 대상자는 개인 자산을 사용하여야 한다. 경제적인 준비금이 없는 경우 본인 주택, 주식 또는 기타 재산을 사용하여야 한다. 그러나 노인 1인 기준 한 달에 2,600유로, 부부의 경우 월 3,214유로의 ‘보호자산(Schonvermögen)⁸⁾’은 남길 수 있다.

본인이 전체 수발비용을 지불할 수 없을 경우 사회법전 제11권에 따라

수발부조(Pflegehilfe)를 관할 사회청에 신청할 수 있다. 수발부조 수급 여부는 지자체의 사회청에서 결정하는데 첫째, 장기요양보험급여액이 요양원 요금을 지불하는 데 충분하지 않을 것, 둘째, 자신의 재정자금이 고갈됐을 경우, 셋째, 부양 능력이 있는 가족이 없을 경우 이 세 가지 기준이 충족될 경우 장기요양 대상자는 사회법전 제12권 제61조에 따라 사회청으로부터 수발부조금을 받을 권리가 있다. 고정 금액으로 지급되는 다른 장기요양 관련 지원금과 달리 사회부조금은 실제 필요에 따라 차이가 있다. 장기요양 대상자가 사회부조로 생활할 경우 추가로 월 109.08유로의 용돈을 지원받을 수 있다.

나) 부양의무자 부담

장기요양에서 부양의무자는 직계혈족까지 해당된다. 시설 거주자가 충분한 연금과 자산이 없는 경우 배우자 및 자녀에게 구상권이 발생한다. 배우자는 자신의 연금과 공동자산으로 부양할 의무가 있다. 배우자의 자산이 충분하지 않을 경우 자녀가 자신의 부모에 대해 책임을 져야 한다. 이때 소위 부모부양규정이 적용된다. 자녀의 부양의무 여부와 책임질 부양 금액은 사회청이 조사하는 여러 요인에 따라 다르다. 자녀에게 충분한 자산이 있다고 판정되면 장기요양 대상자의 자녀가 책임을 질 수 있다.

부양의무가 적용되는 경우 자녀 또한 본인의 소득과 자산을 이용하여 부모에 대한 재정적 책임을 져야 한다. 이 경우에도 고정된 보호자산액이 있다. 자녀가 혼자 사는 경우 1,800유로, 결혼한 경우 3,240유로까지는 보호를 받는다. 경우에 따라 노인의 자녀에게 아직 어린 자녀가 있는 경

8) 보호자산(Schonvermögen)은 독일 사회법 및 독일 부양의무법(Unterhaltsrecht)에서 사용되는 용어이며, 자신의 자산을 사용할 의무의 제한을 받는 것을 설명함.

우 보호자산과 함께 자녀소득공제(Kinderfreibeträge)가 포함되며, 이 금액은 관할 사회청에 따라 다른데 2만~8만 유로이다.

2020년 1월 1일부터 가족경감법(Angehörigen Entlastungsgesetz)이 시행되었다. 이 법의 목적은 가족이 직접 수발할 수 없는 자녀와 부모의 재정적 부담을 덜어 주는 것이다. 2020년 1월 1일부터 연 소득 한도액은 이전의 2만 1,600유로에서 10만 유로로 상향 조정되었다. 자녀와 부모의 부양의무는 경감되었지만 배우자에 대한 부양의무는 여전히 유효하다.

다) 지역별 본인부담비용의 차이

평균적으로 높은 수발비용이 발생하는 주에서는 종종 다른 비용도 높은 것으로 파악된다. 특히 구동독과 구서독의 차이가 크게 나타난다. 구동독 주거시설의 본인부담비용은 구서독 지역보다 낮을 뿐 아니라 평균 투자비용 또한 월 350유로 미만으로 낮게 나타났다(Dietmar, 2020, p. 194).

2019년 4분기 기준 시설 거주자들이 평균 부담한 본인부담비용 금액은 월 1,958유로이다. 이 중 약 40%(775유로)는 시설에서 거주하는 전국 평균 2~5등급자들이 부담하였다. 숙박비로는 약 38%인 월 750유로를 부담하여 수발비용과 큰 차이를 보이지 않았다. 시설투자비용으로는 평균 432유로(약 22%)를 부담하였다.

본인부담금은 시설 주체, 즉 영리, 비영리 공공기관에 따라 그리고 시설의 규모에 따라 다른 것으로 나타났다.

Meißner(2017)는 일반적으로 요양시설의 규모가 클수록 그리고 상대적으로 새로 설립한 시설일수록 거주자들의 본인부담이 크며, 수요가 크면 가격도 높을 수 있다고 지적하였다.

AOK 데이터에 따르면 노르트라인베스트팔렌주의 본인부담금이 월 2,448유로로 가장 높았으며, 메클렌부르크포어포메른주는 월 1,357유

로로 가장 낮았다.

〈표 6-15〉 독일 16개 주의 본인부담비용

(단위: 유로/월)

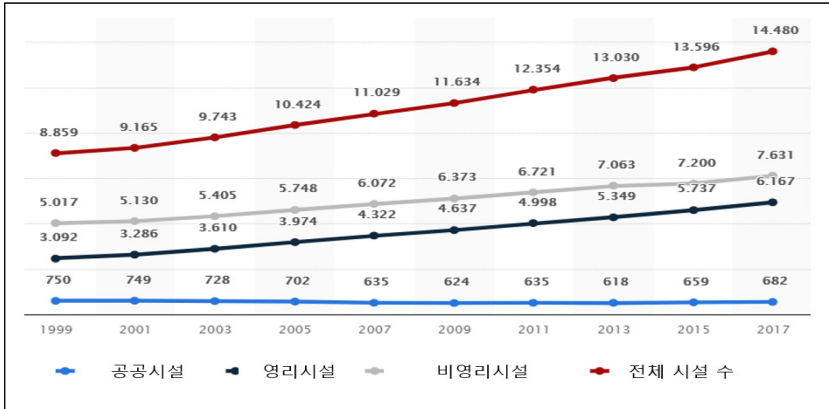
주	바덴뷔르템베르크	바이에른	베를린	브란덴부르크
본인부담	2,184	1,925	1,883	1,572
주	브레멘	함부르크	헤센	메클렌부르크포어포메른
본인부담	1,845	1,974	1,881	1,428
주	니더작센	노르트라인베스트팔렌	라인란트팔츠	자를란트
본인부담	1,562	2,337	1,983	2,225
주	작센	작센안할트	슐레스비히홀슈타인	튀링겐
본인부담	1,363	1,363	1,679	1,405

자료: Statista. (2019). Statistisches Bundesamt Pflegestatistik. Retrieved from <http://s://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/>에서 2020. 9. 1. 인출.

다. 주거시설 현황

독일 연방통계청에 따르면 2017년 기준 1만 4,480개의 요양시설이 있다. 이 중 공공시설은 682개소로 가장 적었으며, 민간 영리시설이 6,167개소, 민간 비영리시설이 7,631개소였다. 1999년부터의 요양시설의 추이를 살펴보면 요양시설의 수는 늘어나고 있다. 특히 영리시설의 증가율이 매우 높고 공공시설은 감소하는 추세를 보이고 있다(statista, 2020).

[그림 6-16] 독일의 주체별 요양시설(1999~2017년)



자료: Statista. (2020). Anzahl von Pflegeheimen in Deutschland nach Trägerschaft in den Jahren 1999 bis 2017. Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/>에서 2020. 9. 1. 인출.

2. 노인요양시설 사례

본 연구에서는 독일의 노인요양시설 중 우수 시설 사례를 선정하기 위해 장기요양시장 전문 포털사이트인 ‘pflegemarkt.com⁹⁾’의 2019년 최우수 10위 요양시설 중 프랑크푸르터 알게마이네 자이퉁(Frankfurter Allgemeine Zeitung-F.A.Z.-Institut¹⁰⁾의 우수 시설 평가 결과,

9) ‘pflegemarkt.com’은 2008년 설립된 ‘pm pflegemarkt.com GmbH’가 운영하는 장기요양시장 전문 포털사이트임. 이 유한회사는 장기요양시장의 완전주거시설, 부분주거시설 및 재가기관에 중점을 두고 장기요양시장 참여자들을 위하여 관련 데이터를 제공해오고 있음. 이 회사에서는 6개월마다 최신 장기요양시설 관련 데이터, 통계 및 시장 분석 결과를 제공한다.

10) 프랑크푸르터 알게마이네 자이퉁(Frankfurter Allgemeine Zeitung)의 회사인 F.A.Z.-Institut는 커뮤니케이션 및 마케팅 의사결정자를 위한 각종 서비스 및 관련성 있고 신뢰할 수 있는 고품질 정보를 30년 넘게 제공하고 있음. 이러한 점에서 F.A.Z.-Institut는 전문성을 인정받고 높은 평판을 누리고 있음. 1949년에 설립된 프랑크푸르터 알게마이네 자이퉁은 독일에서 가장 영향력 있고 권위 있는 일간지 중 하나를 출판하는 저명한 출판그룹임. 2019년 F.A.Z.-Institut는 IMWF(Institut for Management and Economic Research)와 협력하여 독일 요양시설을 평가하였고,

MDK의 시설 평가에서 우수한 시설로 평가받은 시설 중 요양시설의 다양한 형태를 사례 연구로 선정하였다. 소개하고자 하는 요양기관에 관한 정보는 기관 홈페이지와 독일 법정 보험자인 AOK 및 다양한 요양시설 포털사이트를 통해 파악하였다.¹¹⁾

가. Korian 그룹의 Baden-Württemberg주 Ulm시에 위치한 시니어 레지던스 Elisa Ulm¹²⁾

1) 회사 소개

Korian 그룹은 독일, 프랑스, 이탈리아 및 벨기에에 총 715개의 장기요양기관을 보유하고 있는 프랑스의 대그룹이다(Korian Gruppe, 2020). 독일 내 시장점유율이 3%를 넘어선 Korian그룹은 pflegemarkt.com 평가에서 1위를 차지하였다. 2019년 현재 전국 247개소의 요양시설에서 2

전국 1만 4,500개 요양시설 중 “pflegemarkt.com”의 데이터뱅크를 통해 첫 번째 단계에서 투명성 보고서를 확인한 후 약 1만 500개소가 선정되었다. 이후 공익 단체 “heimverzeichnis.de”가 진행한 평가와 통합하여 결과적으로 최종 3,000개소가 마지막 분석에 선정돼, 평가를 통해 획득한 점수에 따라 순위가 결정되었음. ‘독일 최고의 요양원’상은 연방주 및 같은 규모의 범주 내에서 최고 25%에 속하는 시설에 수여되었음(F.A.Z.-Institut, 2020). F.A.Z.-Institut가 수여하는 ‘독일 최고의 요양원’상은 12개월 기간 동안 유효하며, 이 상을 받은 요양시설은 높은 수준의 품질을 보장함을 인정받기 때문에 추가적인 명성을 얻게 됨(F.A.Z.-Institut, 2020).

- 11) 한국과 달리 독일의 문화적 특성상 시설의 홈페이지에서 제공하는 기관 정보가 일정하지 않으며 제한적이고, 사이트마다 소개하고자 하는 기관에 대한 정보 수준이 매우 달라 연구자가 관련 기관에 대한 정보를 가장 많이 제공한 포털사이트를 임의로 선택하였음을 밝힘
- 12) Seniorenresidenz Elisa Ulm 홈페이지. Retrieved from <https://www.bestens-umsorg.de/einrichtungen/1065-seniorenresidenz-seniorenresidenz-elisa-ulm> 2020. 8. 15.; Wohnen im Alter 포털사이트 내 Seniorenresidenz Elisa Ulm. Retrieved from <http://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/pflegeheim/ulm/seniorenresidenz-elisa-ulm-1331> 2020. 8. 15.; Residenz-Kompass 포털사이트 내 Seniorenresidenz Elisa Ulm. Retrieved from <https://www.residenz-kompass.de/residenzen/baden-wuerttemberg/ulm/seniorenresidenz-elisa-ulm/> 2020. 8. 15. 위의 세 사이트의 내용을 통합하여 작성.

만 6,598명의 정원을 보유하고 있다(F.A.Z.-Institut, 2020).

2) 시설 안내

Elisa Ulm 시니어레지던스는 1994년에 설치되었으며, 오래된 공원에 위치하고 있다. 이 시설은 5층 규모이며, 주차는 지하주차장에 60대, 지상 7대가 가능하다. 정원과 테라스 면적은 400m²이다.

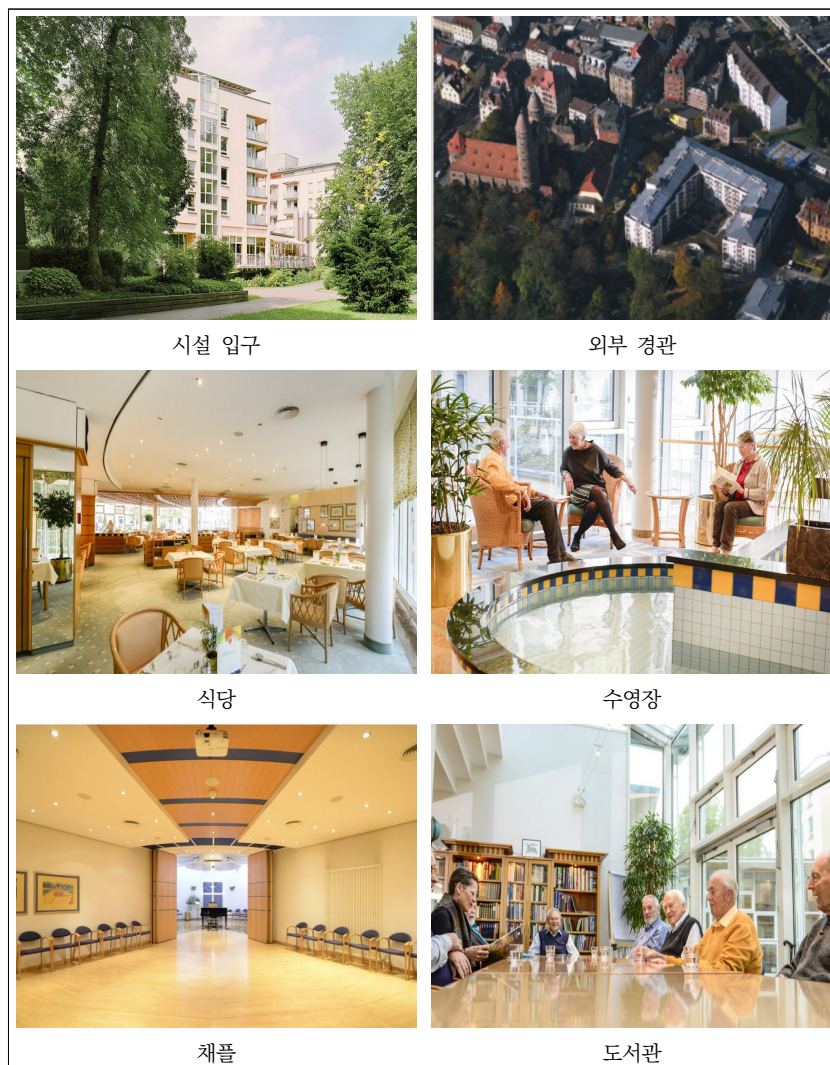
Elisa Ulm 시니어레지던스에는 본인이 독립적으로 살아갈 수 있는 노인을 위해서는 배리어프리 노인 친화적인 돌봄주거를 제공하는 총 188개의 아파트와 수발을 필요로 하는 노인을 위한 요양원이 있다. 이 시설에서는 아파트에서 거주하는 노인에게 재가서비스를 제공하며, 치매 노인을 위한 주거 공간이 준비되어 있다. Elisa Ulm 시니어레지던스의 정원은 235명이다. 수발서비스를 제공하는 종사자는 총 18명이다.

Elisa Ulm 시니어레지던스는 최근 MDK 품질 평가와 거주자를 대상으로 한 평가에서 최고점인 1.0을 받았으며, F.A.Z-Institut에서도 우수한 평가를 받은 기관이다.

가) 시니어레지던스의 주거 환경

정원을 포함하여 모든 공간은 배리어프리 주거 환경을 갖추고 있어 노인과 장애인이 생활하기에 적합하다. 기본 시설로는 옥상 테라스와 발코니, 주방, 미장원, 레스토랑, 카페, 매점, 정원, 도서관, 공동휴게실, 채플·기도실, 주차장, 엘리베이터, 공동식당, 운동실, 안내데스크와 취미생활을 할 수 있는 공간이 갖추어져 있다. 지하에는 세탁기와 건조기가 있는 공동세탁실이 있다.

[그림 6-17] 독일의 시니어레지던스 Elisa Ulm의 주거 환경



자료: Seniorenresidenz Elisa Ulm. (2020). Seniorenresidenz Elisa Ulm 홈페이지.
Retrieved from
<https://www.bestens-umsorgt.de/einrichtungen/1065-seniorenresidenz-seniorenresidenz-elisa-ulm/> 2020. 8. 15.

나) 주거공간의 시설

Elisa Ulm 시니어레지던스는 개별 방 또는 아파트먼트 임대 가능하다. 아파트먼트의 면적은 28~82㎡로 방은 1~4개가 있으며, 인테리어는 본인의 취향에 따라 변경할 수 있다. 개별 지하 창고에는 거주자가 본인의 물건을 보관할 수 있다. 모든 주거 공간에는 발코니나 테라스가 있으며 미니주방, 화장실, 샤워실 또는 욕조, 금고, 비상 호출 시스템, 전화·TV 및 인터넷 연결선이 갖춰져 있다. 요양원은 1인실과 2인실로 구성되어 있으며 본인의 가구를 배치할 수 있다.

[그림 6-18] 독일의 시니어레지던스 Elisa Ulm의 주거 공간



자료: Seniorenresidenz Elisa Ulm. (2020). Seniorenresidenz Elisa Ulm 홈페이지. Retrieved from <https://www.bestens-umsorgt.de/einrichtungen/1065-seniorenresidenz-seniorenresidenz-elisa-ulm/> 2020. 8. 15.

3) 서비스

장기요양서비스로는 완전주거보호, 단기보호, 대리수발, 아파트 거주자를 위한 재가서비스가 제공된다. 치매 환자를 위한 주거 공간도 따로 준비되어 있다. Elisa Ulm 시니어레지던스가 제공하는 서비스에는 수발, 치료 및 기타 서비스가 포함된다. 구체적으로는 마사지, 이·미용, 발 관리, 문화 및 여가활동, 반려동물 가능, 건물 관리 서비스, 이동서비스, 작업치료, 24시간 서비스, 청소서비스, 세탁서비스, 사회서비스, 물리치료, 24시간 열린 안내데스크, 수중운동, 네일케어 등이다.

가) 수발서비스

기본적인 수발서비스는 24시간 응급 호출 시스템, 의사 선택, 외국어 가능한 요양인력, 가정의와 전문의 방문, 안경점과 음향전문업체 방문, 가사서비스(청소), 12시간 이상 리셉션, 물리치료 등이 있으며, 개별 지원 서비스는 신앙생활 지원, 죽음 동행, 다양한 기능 회복 서비스 등이 있다.

나) 건강 및 여가서비스

기본적인 건강 및 여가서비스는 다양한 체조 프로그램, 태극권, 기공, 신체장애가 있는 거주자를 위하여 앉아서 할 수 있는 운동, 콘서트, 슬라이드 쇼, 시사 토론, 영화 상영, 예배·미사 등이 있다.

또한 지역 내 시민학교(Volkshochschule) 교육 참여, 기동성 및 균형 훈련, 낙상 예방 및 체력 단련 등의 강좌 및 스포츠 활동을 제공한다. 그 외에도 계절별 행사, 신년 모임, 웰컴 카페, 생일 카페 등과 같은 파티 등 사교 모임도 진행하고 있다.

다) 식사 서비스

식사 서비스는 시설 주방에서 매일 신선하게 준비된 식사와 카페에서 커피와 케이크가 제공되며 거주자들은 다양한 시간에 식사할 수 있다. 또한 본인이 원할 경우 룸서비스도 가능하며 개별 모임을 위해 케이터링 서비스도 제공된다. 메뉴는 세 가지로 제공되는데, 메뉴는 8주마다 바뀌며, 각 메뉴에는 신선한 샐러드 뷔페, 메인 코스, 수프 및 디저트가 포함된다. 그 외에도 건강 상태에 따라 특별 식사(예: 글루텐프리, 락토프리, 당뇨 환자를 위한 다이어트 식사 등)가 제공되며, 크리스마스 및 새해 전야 특별 요리 등과 같은 시즌 요리도 제공된다.

[그림 6-19] 독일의 시니어레지던스 Elisa Ulm의 여가 공간



자료: Seniorenresidenz Elisa Ulm. (2020). Seniorenresidenz Elisa Ulm 홈페이지. Retrieved from <https://www.bestens-umsorgt.de/einrichtungen/1065-seniorenresidenz-seniorenresidenz-elisa-ulm/> 2020. 8. 15.

라) 요금

Elisa Ulm 시니어레지던스의 월별 비용에는 장기요양보험에서 지급되는 등급별 보험급여액을 공제한 후 비용 부담자와 합의한 하루 수발비용에 따른 투자비용과 본인부담금, 숙박 및 식사비용이 포함된다. Elisa Ulm 시니어레지던스의 홈페이지에서 확인할 수 있는 요금의 예는 2020년 현재 1인실 월 2,450.33유로와 2인실 월 2,366.68유로이다.

나. SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs¹³⁾

1) 회사 소개

Victor's Group은 독일 회사로 시장점유율은 1.69%이며 장기요양시장에서 세 번째로 큰 회사이며, 순수 독일 회사로는 가장 크다(F.A.Z.-Instiut, 2020). 현재 Victor's Group은 8개 주 8개 시에 정원 1만 8,500명의 120개 완전주거형 요양시설, 15개의 재가서비스 기관과 주간보호시설을 운영하고 있다. 또한 14개 시에 3~5성급 호텔과 식당도 운영하고 있다(Victor's Group, 2020).

13) Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs 홈페이지. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/> 2020. 8. 15.; Frankfurter Allgemeine Service portal für Best Ager, Senioren und Angehörige 포털사이트 내 Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. Retrieved from <https://50plus.faz.net/pflegeheim/senvital-seniorenpark-solingen-ohligs-hackhauser-str-58-64-42697-solingen> 2020. 8. 15.; Deutsches Seniorenportal 포털사이트 내 Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. Retrieved from <https://www.seniorenportal.de/pflegeheim/senvital-seniorenpark-solingen-ohligs-hackhauser-str-58-64-42697-solingen> 2020. 8. 15. 위의 세 사이트의 내용을 통합하여 작성.

2) 시설 안내

SenVital Seniorenpark Solingen-Ohligs(이하, 시니어파크 Solingen')은 독일 서부 베르기셰스란트(Bergisches Land) 숲이 우거진 외곽에 위치하고 있다. 다양한 상점과 카페가 있는 보행자 전용 구역까지 도보로 몇 분 안에 갈 수 있다. 이 시설은 버스정류장과 기차역 모두가 가까이 있어 교통이 편리하다. 시니어파크 Solingen의 정원은 119명이다. 시니어파크 Solingen은 F.A.Z.-Institut의 우수시설 리스트에는 포함되지 않았으나 독일에서 세 번째로 큰 회사가 운영하고 있으며, MDK-시설품질평가에서 모든 영역에서 1.0이라는 최고점을 받아 소개하고자 한다.

가) 공용 공간

리셉션, 윈터가든이 있는 옥상 테라스, 도서관, 테라스가 있는 레스토랑, 카페, 매점, 이·미용실, 정원, 문화 및 여가활동, 공동휴게실, 주방 등이 갖춰져 있다. 또한 치매를 앓고 있는 거주자를 위한 보호된 주거 공간이 있다.

나) 주거 공간의 설비시설

시니어파크 Solingen의 주거 공간은 수발 영역, 일반 주거 영역으로 구분된다. 수발 영역인 '하우스 1(Haus 1)'은 호텔을 개조한 30개의 2인실 아파트먼트로 구성되어 있으며 면적은 51~70㎡이다. '하우스 2(Haus 2)'는 요양원으로 89개의 1인실과 2인실로 구성되어 있다. 일반 주거 영역인 '하우스 3(Haus 3)'에는 2개의 방이 갖춰진 15개의 아파트먼트가

[그림 6-20] 독일 시니어파크 Solingen의 주거 환경



자료: Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (2020). Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs 홈페이지. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/> 2020. 8. 15.; Deutsches Seniorenportal. (2020). Deutsches Seniorenportal 포털사이트 내 Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. Retrieved from <https://www.seniorenportal.de/pflegeheim/senvital-seniorenpark-solingen-ohlighs-hackhauser-str-58-64-42697-solingen> 2020. 8. 15. 통합하여 작성.

있다. 식사는 월별로 또는 끼니마다 계산하거나, 아파트먼트에 있는 간이주방에서 본인이 직접 요리할 수 있다. 원할 경우 재가서비스가 제공되며 시설에서 제공하는 다양한 서비스에 참여 가능하다.

시니어파크 Solingen의 모든 주거 공간은 배리어프리 주거 환경을 갖추고 있으며, 거주자 본인의 가구를 배치할 수 있다. 화장실, 샤워실·욕조와 비상호출 시스템, 전화와 TV 연결선이 갖춰져 있다. 아파트먼트에는 부엌과 창고, 우체통이 추가로 갖춰져 있으며 대부분 발코니가 있다.

3) 서비스

가) 장기요양서비스

시니어파크 Solingen의 장기요양서비스에는 완전주거, 단기보호, 대리수발과 휴가수발이 포함된다. 여기에는 생활상담치료, 물리치료 등 다양한 치료서비스가 제공된다. 특히 치매인 거주자를 위해서는 정원 이용이 가능한 보호된 영역에서 생활할 수 있는 공간이 따로 마련되어 있다.

나) 문화 및 여가생활

시니어파크 Solingen(에서 문화 및 여가를 위하여 계절별 다양한 행사, 분기별 예배·미사, 음악회, 체조그룹, 의류 및 신발 판매 및 패션쇼, 여행, 이·미용, 매니큐어, 드라이브 등의 서비스가 제공된다.

다) 식사 서비스

하우스 1과 2 거주자들에게는 하루 세 끼가 제공되며, 하우스 3 거주자들은 월별로 혹은 끼니별로 식사를 구매할 수 있다. 식사 및 간식 시간은 다양하며, 거주자가 원하는 장소에서 식사가 가능하다. 메뉴는 아침과 저녁은 뷔페로 제공되며, 점심은 두 개의 메뉴 중 선택할 수 있다. 식사는 일반식, 다이어트식과 채식으로 구분되며, 거주자가 특별한 식사를 원할 경우 준비해 준다. 오후에는 커피와 직접 만든 케이크와 빵이 제공된다.

라) 기타 서비스

최근 코로나로 인하여 가족 방문이 어려워지자 시니어파크 Solingen은 정원에 텐트를 마련하여 가족들이 충분한 거리를 지키면서 만날 수 있도록 하였다. 시설 내에는 치료견이 같이 생활하고 있어 거주자들에게 위로를 주고 있다. 지역사회와의 네트워크 유지를 위해 Solingen시 중고등학교 학생들과의 교류도 이어지고 있다.

[그림 6-21] 독일 시니어파크 Solingen의 기타 서비스



자료: Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (2020). Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs 홈페이지. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/> 2020. 8. 15.

4) 요금

시니어파크 Solingen의 요금은 시설 내 어느 영역에서 그리고 어떤 유형의 주거서비스를 이용하느냐에 따라 다르다. 즉, 하우스 1, 2와 하우스 3의 완전주거 요금과 하우스 1, 2와 하우스 3의 대리수발 및 단기보호의 요금은 다르게 책정된다. 하우스 3의 요금에는 관리비(수도, 전기, 난방, 토지세, 쓰레기 처리 비용)가 포함되어 있다. 2020년 시니어파크 Solingen의 주거시설의 요금은 <표 6-16>과 같다. 이때 장기요양보험에서 등급별 지급되는 급여를 제외한 금액이 본인이 부담해야 하는 금액이다.

<표 6-16> 독일 시니어파크 Solingen의 기준 요금

(단위: 유로)

서비스 형태	구분	1	2	3	4	5
하우스 1, 2의 1인실	수발비용/일	91.08	99.93	116.11	132.97	140.53
	수발비용/월	2,770.65	3,039.87	3,532.07	4,044.95	4,274.92
	본인부담/월	2,645.65	2,269.87	2,270.07	2,269.95	2,269.92
	본인부담/일	86.97	74.62	74.62	74.62	74.62
	요양보험급여/월	125.00	770.00	1,262.00	1,775.00	2,005.00
하우스 1, 2의 2인실 대리수발 및 단기보호	수발비용/일	-	99.93	116.11	132.97	140.53
	본인부담/일	-	33.03	33.03	33.03	33.03
	요양보험급여/월	-	48.14	64.32	81.18	88.74
하우스 3의 1인실	수발비용/일	108.99	118.94	135.12	151.98	159.54
	수발비용/월	3,315.48	3,618.15	4,110.35	4,623.23	4,853.21
	본인부담/월	3,190.48	2,848.15	2,848.35	2,848.23	2,848.21
	본인부담/일	104.88	93.63	93.63	93.63	93.63
	요양보험급여/월	125.00	770.00	1,262.00	1,775.00	2,005.00
하우스 3의 1인실 대리수발 및 단기보호	수발비용/일	-	118.94	135.12	151.98	159.54
	본인부담/일	-	66.09	66.09	66.09	66.09
	요양보험급여/월	-	52.85	69.03	85.89	93.45

자료: Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (2020). Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs의 기준요금. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/pflegebereich/> 2020. 8. 15.

다. Elbschloss Residenz¹⁴⁾

1) 회사 소개

Orpea Deutschland 유한회사(이하, 독일 Orpea)는 프랑스 Orpea 그룹의 자회사로 독일 내 시장점유율 1.35%로 독일에서 네 번째로 큰 민간 장기요양서비스 회사이다(F.A.Z.-Institut, 2020). 독일 Orpea는 프랑스 Orpea 그룹이 ‘Silver Care Gruppe’을 인수하면서 설립되었다. Silver Care Gruppe은 2006년부터 2016년까지 다양한 장기요양회사를 인수하여 독일에서 장기요양기관 네트워크를 구축하였다. 독일 Orpea는 2015년 정신과 시설과 급성기 후 재활클리닉을 운영하는 Celenus-클리닉을 인수하면서 의료사업 또한 확장하고 있다(Orpea Group, 2020).

2) 시설 소개

Elbschloss Residenz(이하, Elbschloss 레지던스)는 독립적 주거가 가능한 Elbschloss Residenz Elbchaussee(이하, 레지던스 Elbchaussee)와 장기요양서비스를 더 필요로 하는 거주자들을 위한 Elbschloss Residenz Klein Flottbek(이하, 레지던스 Klein Flottbek)로 구분된다. Elbschloss 레지던스는 F.A.Z.-Institut의 우수 시설 리스

14) Elbschloss Residenz Klein Flottbek 홈페이지. Retrieved from <https://www.elbschloss-residenz.de/home/> 2020. 8. 15.; Elbschloss Residenz Elbchaussee 홈페이지. Retrieved from <https://www.elbschloss-residenz.de/pflege-plus/> 2020. 8. 15.; AOK Pflege-Naviator 홈페이지. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/?module=nursinghome&id=53123> 2020. 8. 15. 위의 세 사이트의 내용을 통합하여 작성.

트에는 포함되지 않았으나 독일에서는 네 번째로 큰 회사인 Orpea가 운영하고 있으며, 독일 요양시설 중 매우 고급스러운 요양시설 중 하나이기 때문에 소개하고자 한다.

가) 레지던스 Elbchaussee

레지던스 Elbchaussee는 함부르크에서 가장 아름다운 주거 지역 중 하나의 공원 한가운데에 있다. 이전에 있던 Elbschloss 양조장을 2001년 8개의 단독 빌라로 리모델링하였다. 188개의 고급 아파트먼트를 개별 빌라 형태로 분산하였으며, 모든 빌라는 배리어프리로 모든 통로 및 공원과 연결되어 있다. Elbe와 Nienstedten시의 중심부는 걸어서 갈 수 있을 정도로 가까우며, 함부르크 도심, 블랑켄(Blanken)호수 또는 공항으로 가는 고속버스는 레지던스 바로 앞에 정차한다. 고속철도와 근거리 여행 열차 정거장도 기관에서 50~100m 거리에 있다.

① 레지던스 Elbchaussee의 주거 환경

빌라 건물마다 우편함이 있는 넓은 리셉션이 있으며, 엘리베이터는 투명하게 만들어져 있다. 건물마다 지하에는 공동세탁실에 무료로 이용할 수 있는 세탁기와 건조기가 있다. 기타 설비시설로는 난로가 있는 도서관, 일상생활에 필요한 물건을 구매할 수 있는 매점, 지하 주차장, 손님방, 공동휴게실, 엘베(Elbe)강 전망이 있는 레스토랑과 여름 테라스, 미용 및 헤어살롱이 있다. 수영장, 사우나, 한증탕이 있는 웰빙 스파는 아파트먼트에서 통로를 통해 계단 없이 이동할 수 있다.

② 주거 공간의 설비시설

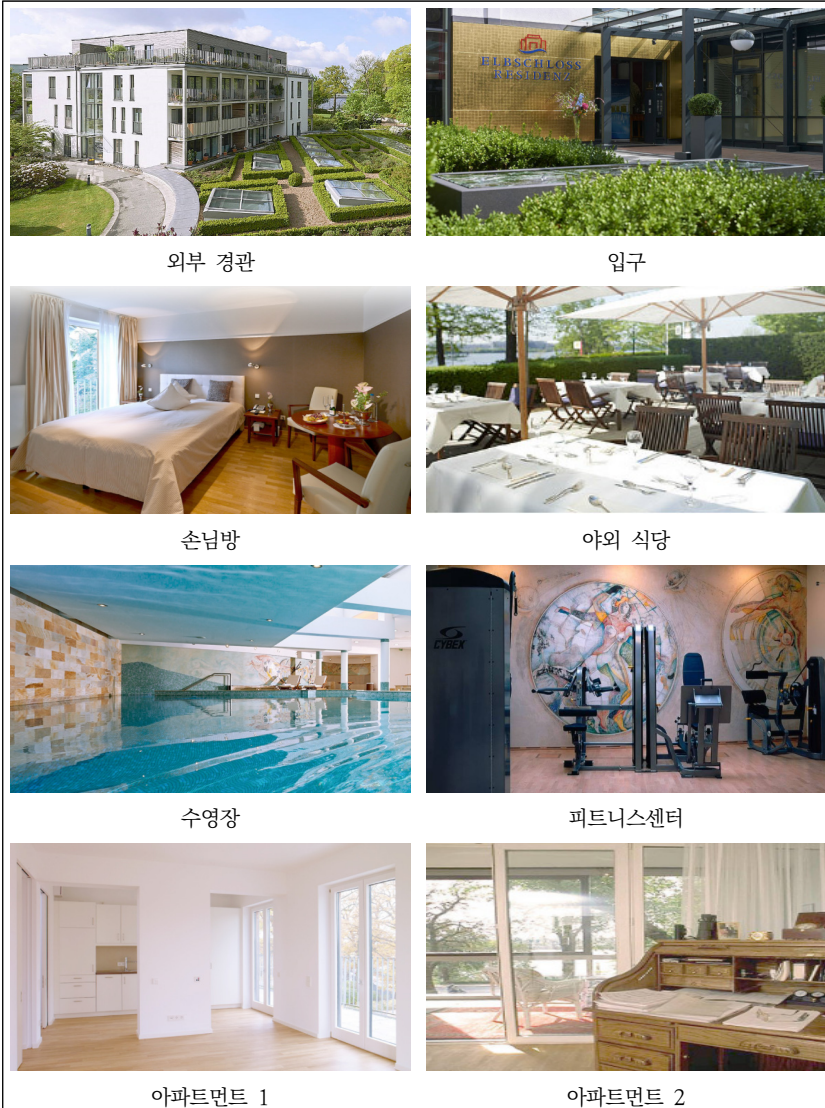
2~3개의 방이 있는 아파트먼트에서는 거주자들이 24시간 동안 본인이 필요한 도움이 항상 근처에 있다는 것을 인지한 상태로 자신만의 공간에서 독립적인 생활을 할 수 있다. 아파트먼트의 면적은 50~90㎡이다.

모든 아파트먼트는 오크나무 마루, 붙박이장, 주방, 욕실, 연기탐지기 와 넓은 발코니·테라스 또는 로지아가 갖추져 있다. 주방에는 전기레인지, 오븐, 냉동고가 있는 냉장고, 식기세척기가 설비되어 있으며, 배리어 프리가 적용된 욕실에는 세탁기를 연결할 수 있다. 모든 아파트먼트에 전화 및 케이블 TV 연결이 되어 있으며, 요청 시 DSL(Domain Specific Language) 액세스가 가능하다. 또한 안전을 위하여 2개의 하우스 응급 전화 연결 시스템이 갖추져 있으며 욕실, 거실, 침실에는 응급전화센서기와 아파트먼트 출입구에는 인터폰이 설치되어 있다.

③ 서비스

레지던스 Elbchaussee 거주자는 점심 식사로 매일 세 가지 메뉴 중 선택할 수 있으며 4코스로 제공된다. 조식 및 석식은 요청 시 제공된다. 거주자가 원할 경우 재가서비스를 이용할 수 있다. 주거를 희망하는 사람이 원하는 아파트먼트가 나오기까지 대기 신청이 가능하며, 이 경우 기관의 모든 행사에 대한 정보를 제공하며 연 2회 파티에 초청된다.

[그림 6-22] 독일 레지던스 Elbchaussee의 주거 환경



자료: Elbschloss Residenz Elbchaussee. (2020). Elbschloss Residenz Elbchaussee 홈페이지 . Retrieved from <https://www.elbschloss-residenz.de/wohnen-plus/>에서 2020. 8. 15.

나) 레지던스 Klein Flottbek

2019년 현재 레지던스 Klein Flottbek에는 90명의 거주자가 장기요양서비스를 받으며 생활하고 있다. 이 시설은 2019년 MDK 평가에서 총 1.1점을 받아 매우 우수한 기관에 속한다.

① 레지던스 Klein Flottbek의 주거 환경

넓은 공동휴게실에서는 주로 문화 및 여가활동을 하며 다양한 규모의 파티 공간도 있어 거주자가 예약하고 개인 파티를 위하여 이용할 수 있다. 6~16인을 위한 해수 수족관이 있는 Salon Nautilus, 15~30인을 위한 벽난로가 있는 도서관, 6~12인을 위한 호수 전망이 있는 Salon Elbblick, 6~10인을 위한 Salon Columbus, 20~120인을 위한 여름 테라스가 있는 Hanseatic 레스토랑이 있다. 이 공간을 사적 모임을 위하여 이용할 경우 케이터링 매니저 데틀레프 쉘츠(Detlev Schulz)가 모든 것을 계획하고 준비한다. 660㎡의 독일 최초의 노인 친화적 웰빙시설인 웰니스 스파(Wellness Spa)가 있다.

② 주거 공간의 설비시설

모든 방은 샤워실이 갖춰진 1인실로 구성되어 있으며, 현대적인 케어 침대와 호텔과 같은 가구를 비치하였다. 방은 거주자의 선호에 따라 본인의 가구와 다른 장식으로 꾸밀 수 있다.

[그림 6-23] 독일 레지던스 Klein Flottbek의 주거 환경



자료: Elbschloss Residenz Klein Flottbek. (2020). Elbschloss Residenz Klein Flottbek, 홈페이지. Retrieved from <https://www.seniorplace.de/einrichtung/elbschloss-residenz-klein-flottbek-5054.html#preisanfrage> 2020. 8. 15.

3) 서비스

장기요양서비스로는 완전거주, 돌봄주거, 단기보호, 대리수발이 제공된다.

가) 수발서비스

수발서비스는 개별 필요에 맞춰 계획하고 정기적으로 기관에 오는 일 반의와 전문의, 약사 및 치료사와 지속적으로 교류한다. 특히 이 기관에 서는 다발성 경화증, 식물인간 상태 등으로 인한 전문관리는 물론 노인정 신병실도 있어 치매를 앓고 있는 노인을 위한 보호가 가능하다. 또한 장애인을 위한 특화된 서비스가 있다. 기관의 지원팀은 다양한 분야의 치료 사들로 구성되어 있으며, 이들은 신문 읽기, 요가, 체조, 산책, 쇼핑하러 나가기, 영화 상영, 콘서트와 같은 다양한 활동을 매일 제공한다. 이 프로 그램에 참여할 수 없는 거주자들을 위해서는 개별 프로그램을 준비한다.

나) 기본 서비스

의료서비스, 본인이 의사 선택, 기본 수발 서비스(Grundpflege) 및 간 호 서비스(Behandlungspflege), 긴급 및 호출용 경보기, 건조기 사용 가능하거나 다리미질이 필요 없는 옷 세탁, 아파트먼트 매일 청소, 다양 한 이벤트 및 일일 프로그램, 브리지 카드 게임 등 축제와 여행 및 근거리 소품은 정기적으로 진행한다.

다) 치매 거주자를 위한 서비스

모든 거주자가 이용할 수 있는 서비스 외에 치매 거주자를 위해 거주자의 주거 공간에서 특별한 일일 프로그램을 제공한다. 예를 들어 운동서비스, 음악 모임, 독서 그룹, 정원 가꾸기 등 거주자들의 삶의 이야기 등을 거주자의 필요 및 욕구에 맞게 제공한다. 매우 인기 있는 프로그램은 치료견 ‘오스카’의 방문이다. 새로운 프로그램으로 치매 환자들의 긴장을 풀어 주는 울림그릇치료(Klangschalentherapie)가 제공되는데 이러한 서비스는 함부르크에서 유일하다. 또한 치매 환자를 위한 전문적인 활동 치료, 감각통합치료, 일상생활 트레이닝 등도 실시한다. 치매 거주자를 위한 옥상 테라스도 갖추어져 있다.

라) 식사 서비스

매일 신선하고 영양적으로 균형 잡힌 지역 및 계절 특선 요리를 제공한다. 식사 및 간식은 하루 7차례에 걸쳐 제공되기 때문에 거주자는 식사 시간을 자유롭게 선택할 수 있다. 메뉴는 거주자가 요청할 경우 4끼 식사 및 간식, 조식 및 샐러드 뷔페, 3코스 점심 메뉴, 알코올 유무에 관계없이 다양한 주스, 와인, 스파클링 와인, 매일 두 명의 방문객을 위한 커피와 케이크가 무료로 제공된다. 거주자가 특정 질환 때문에 특별 식단이 필요한 경우 이를 고려한다. 모든 식사는 룸서비스도 제공된다.

마) 기타 서비스

여가 및 정서 지원 서비스에는 벽난로 앞에서 함께 저녁 시간 보내기, 기도·묵상, 지역 소품, 베이킹 그룹, 산책 등 다양한 프로그램이 제공된다.

또한 다양한 운동 프로그램과 스파 및 마사지 프로그램도 운영되고 있다. 물리치료는 의사 처방에 따라 진행되며, 기관이 의료보험조합과 결산한다. 거주자들은 반려견을 키울 수 있으며, 치료전 방문도 이루어진다.

바) 유료 추가 서비스

거주자는 일일 물리치료, 작업치료, 매니큐어, 페디큐어, 이·미용, 옷 수선, 다림질, 드라이클리닝, 거주자의 방문객을 위한 식사, 파티, 전화 요금, 인터넷 연결 등은 추가 비용을 지급하고 유료로 이용할 수 있다.

4) 요금

레지던스 Klein Flottbek의 요금은 홈페이지에서는 확인 불가능하지만 AOK의 홈페이지를 통해 단기보호 요금은 확인할 수 있다.

〈표 6-17〉 레지던스 Klein Flottbek의 단기보호 요금(2021년)

(단위: 유로)

장기요양등급	1	2	3	4	5
수발비용/일	44.63	111.63	126.63	143.63	143.63
투자비/일	35.00	35.00	35.00	35.00	35.00
본인부담/일	79.63	73.00	73.00	73.00	73.00
본인부담/30일	2,388.90	2,786.90	3,236.90	3,746.90	3,746.90

자료: AOK. (2021a). Preise der Kurzzeitpflege. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/?module=nursinghome&id=53123> 2021. 2. 3.

라. Nordrhein-Westfalen주의 Johanniter-Stift Erkelenz¹⁵⁾

1) 회사 소개

F.A.Z.-Institut의 평가에서 7위를 차지한 요하니터 시니어주택 유한회사(Johanniter Seniorenhäuser GmbH)는 요하니터 유한회사(Johanniter GmbH)의 자회사이다. 요하니터 시니어주택 유한회사의 장기요양시장 점유율은 0.89%로 비영리조직에서는 가장 높다(F.A.Z.-Institut, 2020). 2020년 현재 요하니터 시니어주택 유한회사는 정원 8,000명이 넘는 95개 노인요양시설, 1,500개 이상의 시니어아파트와 약 300명 정원의 주간보호기관을 운영하고 있으며, 7,000명 이상의 종사자가 근무하고 있다(Johanniter, 2020).

요하니터 시니어주택 유한회사는 2020년 현재 병원 9개, 전문 재활 클리닉 8개, 여러 의료 및 치료센터, 호스피스 3개소, 3개의 간호학교와 95개의 주거형 요양시설과 3개의 중앙서비스회사를 포함하여 100개 이상의 병원 및 요양시설을 운영하고 있다. 요하니터 유한회사에서 근무하는 전체 직원은 약 1만 6,000명이다(Johanniter, 2020).

2) 시설 안내

Johanniter-Stift Erkelenz(이하, 슈티프트 Erkelenz)는 1994년에 설치되었다. 시내 중심에 있는 이 시설은 지역 주민과의 행사뿐 아니라

15) Johanniter-Stift Erkelenz 홈페이지. Retrieved from <https://www.johanniter.de/johanniter-seniorenhaeuser/standorte/johanniter-stift-erkelenz/> 2020. 8. 15.; AOK Pflege-Navigator 홈페이지 내 Johanniter-Stift Erkelenz. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2020. 8. 15. 위의 두 사이트의 내용을 통합하여 작성.

시설의 공간을 지역 주민에게 개방함으로써 지역사회와의 교류를 활발히 유지하고 있다. 시설에서 버스정류장까지의 거리는 150m 정도이며 역까지는 약 500m 떨어져 있어 교통이 편하며, 시설에서 100~200m 내에 많은 상점이 있어 거주자들이 쇼핑하기 좋다.

슈티프트 Erkelenz는 비교적 건강한 노인이 독립적으로 생활할 수 있는 29개의 아파트먼트와 요양원이 있다. 요양원의 정원은 102명이며, 이 중 단기보호 정원은 5명이다. 1인실은 68개, 2인실은 17개가 있다(Johanniter, 2020).

슈티프트 Erkelenz에서 근무하는 종사자 중 5년 이상 장기간 근무하고 있는 종사자는 80명이다. 이 중 독일이 모국이 아닌 거주자들을 위하여 영어, 폴란드어, 러시아어를 할 수 있는 종사자가 있다. 2019년 현재 슈티프트 Erkelenz의 등급별 인력 수는 아래의 표와 같다. 2020년 현재 30명의 자원봉사자들이 활동하고 있다(Johanniter, 2020).

〈표 6-18〉 독일 슈티프트 Erkelenz의 종사자 1명 대비 등급별 거주자 수

(단위: 명, 전일제 기준)

등급	1	2	3	4	5
종사자 1명: 거주자 수	8.1	4.7	3.1	2.3	2.0

자료: AOK. (2020). Weitere Angaben zur Einrichtung. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2020. 8. 15.

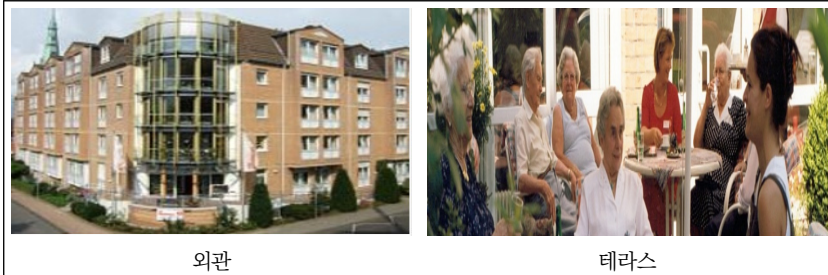
슈티프트 Erkelenz는 요하니타가 종교조직으로서 기독교의 이념에 부합한 서비스를 제공하기 위하여 자체적으로 개발한 ‘Diakonie-Siegel Pflege’라는 품질 관리 시스템을 사용하고 있다. 이 품질 관리 시스템의 일부로 ‘불만 관리(Beschwerdemanagement)’를 시행하고 있다. 표현된 모든 불만은 서면으로 기록하여 처리하고 불만을 제기한 사람에게 개인 피드백을 주도록 한다.

가) 슈티프트 Erkelenz의 주거 환경

모든 공간은 배리어프리 주거 환경을 갖추고 있어 장애인이 생활하기에 적합하다. 이 시설에는 TV가 있는 공동휴게실, 레스토랑 및 앉아서 설 수 있는 휴게공간이 여러 곳에 있으며, 매점, 미장원, 욕실과 다목적 룸이 있다. 야외 공간으로는 안뜰과 옥상 테라스가 있다.

슈티프트 Erkelenz에는 치매를 앓고 있는 노인을 위한 주거 공간이 따로 마련되어 있다. 이 주거 공간은 보호된 생활 공간이지만 폐쇄하지는 않는다. 장기요양 및 돌봄 개념트는 특별히 치매 환자의 수발에 맞춰져 있다.

[그림 6-24] 독일 슈티프트 Erkelenz의 외부



자료: Johanniter-Stift Erkelenz. (2020). Johanniter-Stift Erkelenz 홈페이지. Retrieved from <https://www.johanniter.de/johanniter-seniorenhaeuser/standorte/johanniter-stift-erkelenz/> 2020. 8. 15.

나) 주거 공간의 설비시설

배리어프리 디자인이 적용된 아파트먼트는 간이주방과 PVC 바닥이 갖춰져 있다. 요한기사수도회 구조대의 비상호출 시스템이 설치되어 있어 응급상황 발생 시 24시간 치료가 가능하다. 모든 방에 전통침대, 옷장과 편안한 의자가 갖춰져 있다. 주거 공간에는 거주자 본인의 가구와 개인

물건을 배치할 수 있으며, 전화와 TV를 연결할 수 있다. 거주자가 원할 경우 반려동물이 가능하다.

3) 서비스

장기요양서비스로는 완전주거보호, 단기보호, 대리수발, 아파트먼트 거주자를 위한 재가서비스가 제공된다.

가) Erkelenz 아파트먼트 거주자를 위한 기본 서비스

독립적인 생활이 가능한 아파트먼트 거주자를 위한 기본 서비스로는 아파트 청소, 리셉션 서비스, 관공서 문제에 대한 조언 및 지원, 린서비스, 하우스 키팅 등이 제공된다. 요한기사수도회 구조대의 재가서비스와 합의에 따라 추가 서비스 제공이 가능하다.

나) Erkelenz 요양원 거주자를 위한 수발서비스

수발과 관련된 기본 서비스는 시설 입소 전 본인이 원할 경우 거주자가정에서 인터뷰, 시설과 계약을 맺은 가정의, 전문의, 치과의사, 약사, 전문 재가 통증치료사, 발관리사의 정기적인 방문서비스, 가족을 위한 서비스 등이 제공된다. 그 외 매주 개신교 예배와 천주교 미사, 성 람베르투스교회의 특전예배에 동반하여 예배에 참여한다.

다) 건강 및 여가서비스

이 시설에서는 매주 다음 주(주말 포함)에 있을 행사를 포함한 프로그램을 거주자들에게 알려준다. 개별 및 그룹별로 진행되는 행사에는 가족도 언제든지 참여할 수 있다. 정기적으로 소풍과 저녁행사가 진행되며, 이 밖에 다양한 계절축제와 축하행사도 열린다.

라) 치매 거주자를 위한 서비스

슈티프트 Erkelenz에서는 경증에서 중증의 노인성 정신질환을 앓고 있는 환자를 위한 주거 공간이 따로 마련되어 있다. 경증 치매를 앓고 있는 거주자들을 위하여 산책, 가사 또는 수작업, 그림 그리기, 수공예 및 음악활동 등 모든 거주자들이 하는 일상생활활동에 참여하도록 한다. 기억훈련과 같은 소그룹 활동과 생애사 작업이나 ‘10분 활성화’와 같은 개별 활동도 제공한다. 일반 전문요양보호사와 치매전문훈련을 받고 풍부한 경력이 있는 종사자들이 개별적으로 돌볼 수 있도록 한다.

마) 식사 서비스

모든 식사는 시설 내 주방에서 직접 요리한다. 식사 및 간식은 하루 7차례에 걸쳐 제공되기 때문에 거주자는 식사시간을 자유롭게 선택할 수 있다. 식사는 거주자의 개별적인 필요에 맞춰 준비되며 거주자가 원하는 공간에서 할 수 있다.

[그림 6-25] 독일 슈티프트 Erkelenz의 서비스



자료: Johanniter-Stift Erkelenz. (2020). Johanniter-Stift Erkelenz 홈페이지. Retrieved from <https://www.johanniter.de/johanniter-seniorenhaeuser/standorte/johanniter-stift-erkelenz/> 2020. 8. 15.

4) 요금

슈티프트 Erkelenz의 완전주거형 시설보호와 단기보호 요금은 아래 표와 같다.

<표 6-19> 독일 슈티프트 Erkelenz의 완전주거형 시설보호 요금(2021년)

(단위: 유로)

장기요양등급	수발비용/월 ¹⁾		숙박 및 식사비/월	투자비/월	본인부담 총/월
	본인부담	개인부담			
1	-	1,398.41	962.79	659.20~720.04	2,895.40
2~5	972.22	-	962.79	659.20~720.04	2,594.22

주: 1) 요양인력의 교육비용 포함.
자료: AOK. (2021b). Preise der vollstationären Pflege. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2021. 2. 3.

〈표 6-20〉 독일 슈티프트 Erkelenz의 단기보호 요금(2021년)

(단위: 유로)

장기요양등급	1	2	3	4	5
수발비용/일	77.62	88.93	105.10	121.96	129.535
투자비용/일	21.67~23.67	21.67~23.67	21.67~23.67	21.67~23.67	21.67~23.67
본인부담/일	99.29	53.32	53.32	53.32	53.32
본인부담/30일	2,978.70	1,706.00	2,191.10	2,696.90	2,924.00
요양보험급여/월	125.00	770.00	1,262.00	1,775.00	2,005.00

자료: AOK. (2021c). Preise der Kurzzeitpflege. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2021. 2. 3.

3. 독일 사례의 시사점

독일은 사회법전 제11권을 비롯하여 연방 차원에서 주거시설과 관련된 다양한 법을 제정함으로써 거주자의 권리를 보장하기 위한 노력을 해왔음을 알 수 있다. 요양시설 관련 구체적인 계획과 실행은 주정부에서 기초지자체를 통해 실행되기 때문에 주마다 시설 운영과 거주자들이 부담해야 하는 비용의 차이가 크다. 따라서 시설 거주자가 시설의 본인부담금을 스스로 지불하지 못할 경우 지자체가 일반 사회부조뿐 아니라 노인 부조를 제공해야 한다고 규정하고 있다(사회법전 제12권 제71조).

운영 주체별 요양시설을 살펴보면 비영리민간시설이 영리시설보다 아직은 많지만 그 격차는 갈수록 줄어들고 있어 몇 년 안에 요양시설 시장에서 차지하는 영리시설의 비율이 더 높아질 것으로 예측된다. 반면 공공시설이 차지하는 비율은 장기요양보험제도가 도입된 이후 꾸준히 하락하고 있으며 2017년 현재 4.7%로 매우 낮은 수준이다(statista, 2020). 이처럼 요양시설의 운영 주체로서 민간 부문의 비중이 커지고 있음에도 불구하고 독일은 계약 및 요금협정체계의 엄격한 규제를 통하여 민간시설을 철저히 관리하고 있다.

본 연구에서는 독일의 노인주거시설 관리체제와 구체적인 5개의 요양 시설을 살펴본 결과, 다음과 같은 시사점을 제시하고자 한다.

첫째, 장기요양 대상자에게 선택권이 보장된다. 여기서 선택권은 등급과 상관없이 본인이 원할 경우 시설에 입소할 수 있다는 의미도 있지만, 장기요양 대상자가 선택할 수 있는 시설의 종류가 매우 다양하다는 것이다. 이는 민간시장이 매우 활성화되어 있어 시설 거주자의 경제적 상황과 그의 욕구에 따라 시설을 선택할 수 있음을 의미한다. 특히 주거 및 돌봄 계약법에서 예비 거주자가 14일까지 시험적으로 생활할 권리를 보장하고 있어 노인 및 그의 가족이 입소하기 전 적응 기간을 거쳐 안전하게 시설 입소를 결정할 수 있다.

둘째, 대부분의 요양시설은 다양한 유형의 시설을 동시에 운영하고 있어, 거주자들의 건강 상태에 따라 필요한 요양서비스 이용이 가능하다. 상대적으로 건강한 노인이 주거할 수 있는 아파트먼트와 완전주거형 요양원을 갖추고 있는 시설에서는 주야간보호나 단기보호서비스도 제공하고 있다. 아파트먼트 거주자는 독립적인 삶이 보장되지만 언제든지 기관의 재가서비스를 이용할 수 있으며 24시간 응급 시스템이 갖춰져 있어 심리적으로 안정된 생활을 할 수 있다. 시설에서 제공되는 서비스의 종류 또한 매우 다양하여 이용할 서비스 선택의 폭이 매우 넓다.

셋째, 모든 시설 거주자들은 독립성과 프라이버시가 보장된다. 독일 요양시설은 1~2인실로 구성되어 있으며, 최근에는 1인실을 늘리는 추세이다. 거주자는 방을 본인 취향에 맞게 본인의 가구와 소품으로 꾸밀 수 있기 때문에 ‘시설’로의 입소에 대한 거부감이 어느 정도 낮아질 수 있을 것으로 사료된다. 시설에서 제공하는 다양한 프로그램에는 본인이 원할 경우 참여하기 때문에 거주자가 원할 경우 언제든지 본인의 방에서 개인 시간을 보낼 수 있다. 식사 시간도 매우 자유로우며, 식사 메뉴 또한 다양하다. 거주

자의 친인척은 언제든지 방문할 수 있으며 시설의 행사 참석도 가능하다. 또한 많은 요양시설에는 노인이 입소 전 함께 살던 반려동물과 입주를 가능하게 하여 입소 후 급격한 생활 변화에 적응하는 데 도움을 주고 있다.

넷째, 본 연구에서 살펴본 사례뿐 아니라 독일 대부분의 요양시설은 시내에 위치하고 있으며 시설에서 도보로 근처 상점에 가서 필요한 물건을 구매하는 것이 가능하다. 대중교통 이용 또한 편리하여 근거리 여행이나 가족 방문이 수월하다. 또한 거주자가 원할 경우 지역 내 다양한 행사에 참여하는 것도 가능하다.

다섯째, 대부분의 요양시설은 정원과 옥상 테라스가 있어 거주자가 햇빛을 받으며 자연을 즐길 수 있다. 식사나 간식 또한 외부 테라스가 있는 식당에서 할 수 있다. 또한 대부분의 시설에는 매점과 카페가 있어 거주자가 자유롭게 쇼핑을 하거나 여가시간을 보낼 수 있어 시설의 ‘격리와 통제’에서 벗어나 자율적으로 생활할 수 있다.



제7장

노인요양시설 특성화 전략 모색

제1절 노인요양시설 특성화 유형 개발

제2절 노인요양시설의 다양한 특성화를 위한 정책 제언

제 7 장 노인요양시설 특성화 전략 모색

제1절 노인요양시설 특성화 유형 개발

1. 노인요양시설에 대한 수요 증가와 욕구 다양화

노인장기요양보험제도의 도입은 노인돌봄의 직접적 책임을 개인과 가족에서 사회로 전환하게 된 계기가 되었으며, 노인요양시설 이용에 대한 수요를 크게 증가시켰다. 본 연구에서 실시한 조사 결과, 현재 50~60대 응답자의 85%는 향후 노인요양시설을 이용할 의사가 있다고 응답하였다. 그러나 아이러니하게도 현재의 노인요양시설에 대해서는 “노인요양시설에서는 노인에게 억지로 기저귀를 채워 놓는다”, “노인을 억지로 재우려고 약을 먹인다”라는 응답이 각각 48.5%, 35.2%였으며 “노인요양시설은 현대판 고령장이다”라는 응답이 38.2%로 부정적인 인식이 높게 나타났다. 반면 “노인요양시설은 가족들에게 자유로움을 준다”에 대한 동의 비율은 65.8%로 높았고, 향후 노인요양시설을 이용할 의향이 있다는 응답자의 66.7%는 그 이유를 “가족들에게 부담을 주기 싫어서”라고 응답하였다.

즉, 미래의 노인인 현재의 50~60대는 현재의 노인요양시설에 대해 부정적인 인식이 많지만 스스로의 보호를 위해서가 아니라, 가족에게 부담을 주지 않기 위해 상당수가 요양시설 이용을 선택할 것이라는 ‘슬픈 노년기’의 모습을 보였다.

반면, 미래의 노인은 좋은 노인요양시설 이용을 위해 본인 스스로 추가 비용을 지불할 의사(능력)가 있으며, 노인요양시설에 대한 다양한 선택의

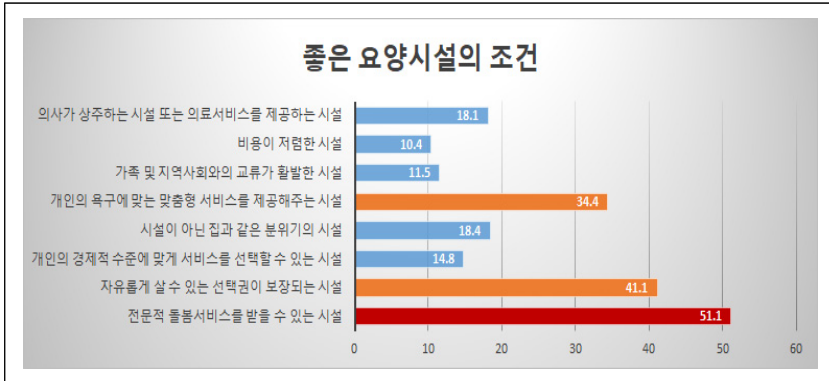
조건에 대해 인지하고 있으므로 향후 요양시설 서비스에 대한 새로운 수요가 발생할 것으로 기대된다.

노인요양시설의 수요는 노인인구의 증가, 특히 시설 이용의 주요 이용층인 80세 이후의 후기노인 증가에 따라 수요가 크게 늘어날 것으로 예상된다. 현재 65세 이상 노인인구의 약 3%(24만 2천 명, 2019년)가 장기요양의 시설급여를 이용하고 있으며, 시설급여를 제공하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 5,543개소이므로 평균 44명이 생활하고 있다(국민건강보험공단, 2020), 이와 같은 이용 비율과 1개 요양시설의 평균 이용자를 고려하면 2030년에는 노인요양시설 이용자가 38만 9천 명으로 증가할 것으로 예상되고, 노인요양시설은 현재보다 3,340개소가 더 필요할 것이다. 즉 1년에 약 300개의 요양시설이 새로 개설되어야 하는 것이다.

미래 노인의 욕구, 특성 변화와 수요 증가를 고려하면 미래 노인요양시설은 양적 확대와 함께 요양서비스에 대한 질적 향상, 그리고 다양한 시설에 대한 요구가 충족될 수 있도록 확대되어야 할 것이다.

노년기의 마지막 집이라고 표현되는 노인요양시설은 ‘생활’과 ‘요양’의 목적을 갖고 있다. 따라서 최근 노인요양시설에서의 좋은 돌봄은 앞서 2장에서 살펴본 것과 같이 서비스 이용자 개인의 선호와 바람을 고려한 개별화된 케어가 이루어지는 인간 중심 돌봄(person centered care)이다. 따라서 서비스 이용자의 선호와 바람을 파악하는 것이 중요하다. 본 연구에서 실시한 좋은 요양시설의 조건에 대한 조사에서는 전문적 돌봄서비스를 받을 수 있는 시설, 자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설, 개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공해 주는 시설에 대한 응답이 가장 높게 나타나, 미래 노인이 희망하는 시설이란 ‘인간 중심 돌봄’이 제공되는 곳을 알 수 있다.

[그림 7-1] 미래 노인(중장년층)이 생각하는 좋은 요양시설의 조건

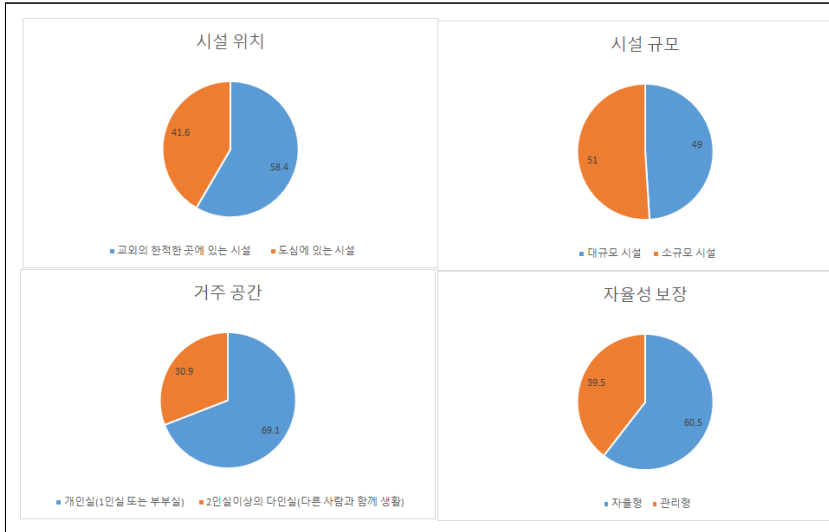


자료: 본 연구 수행 조사 자료.

미래 노인인 현재의 50~60세 중년층이 희망하는 노인요양시설의 형태는 시설 위치, 규모, 방 구조, 프로그램 다양성과 생활의 자율 수준에서 내용에 따라 정도의 차이는 있으나 다양한 형태에서 의미를 가질 정도로 양분화되어 나타나는 특성을 보인다.

도심 시설(41.6%)과 교외 시설(58.4%), 대규모 시설(49.0%)과 소규모 시설(51.0%), 다양한 프로그램이 있는 시설(59.8%)과 프로그램보다는 시간적 여유가 있는 시설(40.2%), 개인의 자율성이 있는 시설(60.5%) 또는 관리 중심형 시설(39.5%) 등의 희망 비율은 큰 차이를 보이지 않았다. 반면, 2인실 이상의 다인실(30.9%)보다는 개인실(69.1%)을 희망하는 비율이 높았고, 집과 같은 형태(82.5%)에 대한 선호는 병원과 같은 형태(17.5%)보다 월등히 높게 나타났다. 즉, 미래 노인요양시설은 병원의 형태가 아닌 집과 같은, 개인실에 대한 선호가 매우 높을 것으로 예상된다.

[그림 7-2] 미래 노인(중장년층)이 희망하는 노인요양시설



자료: 본 연구 수행 조사 자료.

현재 중년층인 미래 노인이 생각하는 좋은 노인요양시설의 조건과 희망하는 노인요양시설의 모습에 대한 인식을 보면, 아직까지는 노인요양 시설에 대해 부정적 인식을 갖고 있으나, 시설 선택 시 주요한 기준으로는 인력(전문성, 충분성, 친절함), 사생활 보장, 비용, 전문적 서비스, 시설 환경 순으로 꼽은 것으로 나타났다.

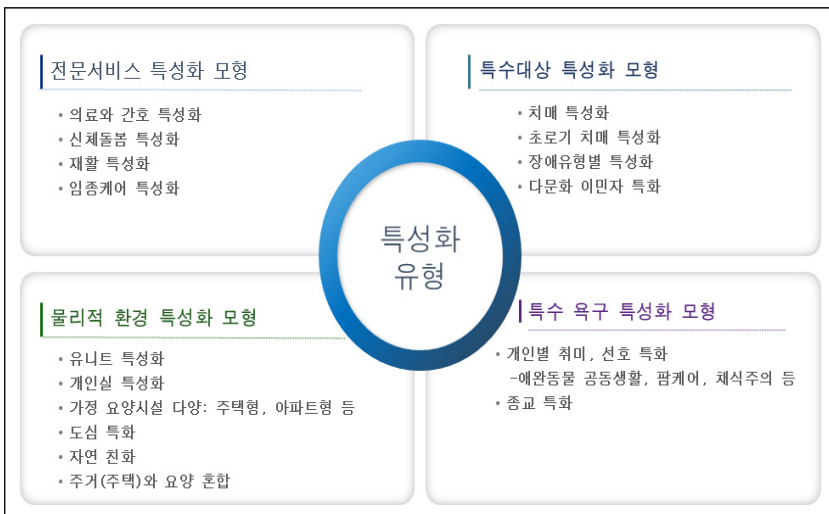
이상의 결과를 종합해 보면, 앞으로는 상당수의 국민이 노인요양시설을 일반적으로 이용하게 될 것이며, 개개인이 갖고 있는 상황이나 선호, 특성을 고려하여 시설을 선택하게 될 것임을 예상할 수 있다. 따라서 향후에는 국민의 노인요양시설에 대한 다양한 욕구가 충족될 수 있도록 시설의 공급이 이루어져야 할 것이다.

2. 노인요양시설의 다양한 특성화 유형

노인요양시설의 특성화는 다양한 서비스, 개인의 욕구, 특성, 환경에 따라 다양한 유형이 요구된다. 미래 노인의 노인요양시설에 대한 욕구와 현재 특성화되어 운영되는 시설들, 일본과 독일에서 노인요양시설에 대한 이용자의 선택권 확보를 위한 다양한 유형의 시설이 운영되고 있는 사례는 다양한 특성화 시설이 필요하다는 것을 보여 준다.

이를 바탕으로 특성화 모형을 전문 서비스 특성화 모형, 특수 대상 특성화 모형, 물리적 환경별 특성화 모형, 특수 욕구 특성화 모형으로 구분하여 제시하고자 한다. 제시한 특성화 모형은 시설별 복수의 특성화 모형의 다양한 조합을 통해 새로운 노인요양시설 형태가 제시될 수 있다.

[그림 7-3] 노인요양시설의 특성화 유형



주: 저자 직접 작성.

가. 전문 서비스 영역별 특화 모형

노인요양시설에서 제공되어야 할 서비스에 대한 기준은 노인장기요양 보험법과 고시 등을 통해 제시되고 있다. 이는 보편적으로 제공되어야 할 요양서비스를 제시하였으며, 시설별로 전문 서비스 영역에 따라 시설을 특성화할 수 있다. 전문 서비스를 특성화하는 유형으로는 현재 시범사업이 이루어지고 있는 의료와 간호 특성화, 신체돌봄 특성화, 재활 특성화, 임종 케어 특성화 등이 있다. 전문 서비스를 특성화하기 위해서는 특성화 유형에 따라 해당 서비스에 대한 기존 인력과는 별도 직종 또는 전문인력 또는 추가 인력, 별도의 기기나 장치(예: 재활기구, 간호용품 등), 별도의 공간 등이 필요할 것이다. 이와 같은 전문 서비스 특성화 모형은 노인요양시설의 규모와 물리적 환경에 따라 한 가지 또는 여러 가지 전문 서비스를 특성화하여 운영하는 것이 가능하다.

미래 노인의 노인요양시설에 대한 욕구에서 전문 서비스에 대한 욕구는 이와 같은 특성화된 시설에 대한 수요로 이어질 것이며, 이는 앞서 살펴본 경기도 G 시설의 사례에서 확인할 수 있었다. G 시설은 전문요양간호 특성화, 개인별 신체돌봄 특성화, 임종 케어 등을 특성화하여 제공하며, 이를 위한 전문인력 투입, 서비스 제공 방식, 공간의 구성과 활용 등을 통해 일반적 노인요양시설에 비해 특화된 전문화가 이루어지고 있다. 이를 희망하는 이용자들의 수요는 계속적으로 유지되고 있다.

나. 특수 대상 특성화 모형

평균수명이 증가하면서 요양을 필요로 하는 75세 또는 80세 이상의 후기노인 규모가 계속적으로 증가하고 있다. 특히 1차 베이비부머(1955~1963년생)가 후기노인으로 접어드는 2030년 이후부터는 규모가 더욱더 커질 것으로 예상된다. 이와 같은 변화는 노인 집단이 하나의 동일 집단이 아닌 다양한 형태로 나뉠 수 있음을 의미한다. 특히 후기노인의 경우 노화로 인한 다양한 질환에 취약하므로 질환별로 노인의 요양 욕구를 개별화하여 접근할 필요가 있다. 대표적인 질환은 치매이다. 앞서 질적 연구 결과에서 노인요양시설 이용을 결정하게 된 이유 중 ‘치매’가 주요한 원인으로 나타났다. 즉, 일반적인 돌봄으로는 한계가 있으며 전문화된 돌봄, 특화된 돌봄이 필요함을 방증하는 것이다. 특히 치매 중에서도 초로기 치매는 연령 구분상의 노인은 아니지만 치매질환으로 인해 돌봄이 필요한 특수 대상이다.

또한 최근 장애인의 고령화는 장애별 특성과 노화로 인한 돌봄 욕구가 중복적으로 나타나 일반 요양과는 다른 별도의 요양을 필요로 한다. 특히 장애는 시각, 청각 등의 시청각장애를 비롯해 뇌병변장애, 정신장애 등의 다양한 장애 유형별로 개인이 겪는 일상생활의 어려움과 필요로 하는 욕구가 상이하다는 점을 고려하여 장애 유형별로 특성화된 노인요양시설이 요구된다.

향후 국내에서 생활하는 다양한 문화(국가)의 이민자가 고령화로 요양을 필요로 할 때 이용할 수 있는 다문화 노인요양시설에 대한 특성화가 요구된다. 이미 캐나다나 미국 등에서는 중국인 또는 한국인에게 특화된 노인요양시설이 운영되고 있다.

다. 물리적 환경의 특성화 모형

미래 노인요양시설에 대한 욕구에서 공간, 위치 등의 물리적 환경에 대한 욕구가 나타나고 있다. 노인요양시설은 노년기에 삶을 살아가는 거주 공간(집)이라는 점에서 중요성이 크며, 개인마다 선호하거나 중요하게 고려하는 요소가 매우 다를 수 있다. 예를 들어 개인마다 침실의 개별화, 인테리어, 구조, 혼자 있는 공간을 중요시하는 사람, 공동생활 공간(거실)의 형태 등에 따라 선호도와 우선순위가 달라질 것이다.

미래 노인에 대한 조사 결과에서도 노인요양시설의 위치는 시설 결정의 주요 요인으로 나타났다. 도시 지역인지 도시 외곽인지 여부, 본인이 시설 입소 이전에 거주하던 위치와의 관계성, 자녀 등 친밀한 관계에 있는 사람과의 거리, 자연환경 등의 외관 등에 대해 개인별로 선호하는 형태가 매우 다양하다. 따라서 노인요양시설의 물리적 환경별로 다양한 노인요양시설의 특성화는 노인의 선호도, 욕구에 따라 다양해질 수 있다. 시설 내부와 위치, 방 구조 등의 물리적 환경에서 이용자들의 다양한 욕구를 고려한 특성화 시설의 필요성이 제기된다.

시설 위치에서 도심형과 도시 외곽의 자연 친화형, 유닛 방식의 방 배치, 1인실 중심의 개인실 특성화, 집과 같은 요양시설에 대한 높은 욕구는 가정형 요양시설의 다양한 형태를 필요로 한다. 주택이나 아파트형 노인요양시설로 현재 노인요양공동생활가정의 5~9인 형태가 아닌 주택이나 아파트 여러 집을 하나의 시설이 운영하는 형태를 생각해 볼 수 있다. 특히 최근 다양하게 나타나는 고령자 주택과 시설급여(24시간 케어)를 연계하여 활용하는 특성화 유형 등도 미래 노인의 주거와 요양에 대한 욕구를 고려한다면 수요가 있을 것으로 예측된다.

라. 특수 욕구 특성화 모형

노인요양시설이 ‘집과 같은’ 시설이 되기 위해서는 개인별 취미와 선호에 따라 본인의 생활을 보낼 수 있어야 할 것이다. 미래 노인의 경우 노인요양시설을 이용하기 이전까지 다양한 취미와 여가 생활을 즐기고, 입소 후 노인요양시설에서도 이러한 활동과 선호가 연속적으로 유지되기를 희망할 것이다. 이와 같은 다양한 취미와 취향을 특수화한 시설 유형으로는 애완동물 동반 입소, 농사를 같이 하는 팜케어 방식, 채식주의를 위한 식단이 제공되는 시설 등을 생각해 볼 수 있다.

또한 고려해 볼 수 있는 특수 욕구로는 종교 별 특화된 노인요양시설에 대한 수요가 있을 것이다. 노년기 종교활동의 비중이 높아짐에 따라 개인의 취미, 취향의 맥락에서도 종교활동에 특화된 시설에 대한 수요층이 있을 것으로 생각된다.

제2절 노인요양시설의 다양한 특성화를 위한 정책 제언

1. 노인요양시설의 서비스에 대한 비용 보상 체계 개편

노인요양시설의 공급은 대부분 개인을 포함한 민간에 의해 제공되고 있다. 노인요양시설 운영자의 수입원은 노인장기요양보험의 급여비, 이용자가 지불하는 본인부담금과 식사 등의 비급여 비용이다. 특히 노인장기요양보험의 급여비는 주요 수입원으로 이용되며, 따라서 급여비의 수준과 항목은 서비스 공급자의 운영 방식에 큰 영향을 미친다. 즉, 노인장기요양시설에서 제공하는 서비스에 대한 비용 보상 체계는 제도의 지향

점을 반영하는 기제로 활용된다. 노인요양시설의 다양한 특성화 모형을 적극적으로 확대하기 위해서는 개별 노인요양시설에서 적극적인 투자와 도입이 필요하다. 또한 개별 노인요양시설에서 이를 수행하기 위한 서비스 보상체계 개편이 필요할 것이다.

노인요양시설에서 제공하는 서비스에 대한 비용 보상체계 개편 방안과 관련해 3가지 영역으로 구분하여 정책 제언을 하고자 한다. 첫째는 장기요양보험 시설급여에 대한 보상인 수가체계의 개편 방안이며, 둘째는 가산 제도에 대한 제언이다. 셋째는 시설에서 제공하는 서비스 중 이용자가 전액 지불하는 장기요양 비급여체계에 대한 개편 방안이다.

가. 수가체계

1) 1~2등급 중심의 시설급여 수가 상향

노인장기요양보험의 시설급여 수가는 등급별로 차등을 두고 설계되어 있다. 이는 등급별 요양 필요도의 차이가 있음을 반영한 결과이다. 하지만 재가급여와 달리 시설급여는 3~5등급의 시설급여에 대해 동일한 급여액을 산정해 등급별 요양 필요도의 차이가 반영되고 있지 않다. 또한 1~2등급과 비교할 때도 수가금액의 차이가 크지 않으므로 1~2등급의 노인보다는 3~4등급의 등급자를 선호하는 경향이 나타난다. 노인장기요양보험의 시설급여는 1~2등급자에게만 선택권이 주어졌으나, 점차 3등급 이하에서도 필요성이 있다고 인정되면 시설을 이용할 수 있도록 함으로써 현재 3~4등급 이용자가 상당 비율을 차지하고 있다. 즉, 본래의 제도 설계 의도에 따라 재가급여만으로는 부족한 중증 중심의 시설 이용을 위해 시설에서 1~2등급자에 대한 적극적 보호가 이루어질 수 있도록 중증 등급에 대한 급여 수준을 높여야 할 것이다.

2) 특수 요양 욕구 대상자에 대한 별도의 보상

돌봄의 어려움이 발생하는 특수성이 있을 경우 입소를 꺼리는 경향이 나타난다. 이는 현재의 등급별 포괄수가제 방식으로 인해 동일 등급이라도 돌봄의 난도가 높거나 추가 인력, 돌봄이 필요한 경우에 이들을 돌보는 것이 공급자 입장에서 이득으로 작용하지 않고 이에 대한 별도의 보상이 없기 때문이다.

이를 고려할 때, 현재의 등급별 포괄수가 방식은 일부 행위별 수가 또는 특수 대상자에 대한 별도의 보상체계를 필요로 한다. 이를 통해 앞서 제시하였던 전문화된 서비스나 특수 대상 특성화 시설의 확대가 이루어질 수 있을 것이다.

3) 시설급여의 포괄적 수가에서 거주비와 요양비 분리

시설급여의 수가는 포괄수가제로 운영되며 그 구성 내용에는 요양비와 거주비(4인실 기준)가 포함된다. 현재 노인요양시설에서 4인실을 이용할 경우 별도의 거주비를 지불하지 않는다. 이는 병원에서 건강보험에 정해진 입원실(6인실 기준)을 이용할 경우 급여에 포함되는 것과 같은 형태이다. 그러나 노인요양시설에서의 식사는 급여가 아닌 비급여로 이루어지고 이용자가 비용을 지불해야 한다. 식사비가 비급여로 구성된 이유는 재가에 거주하는 노인과는 형평성 때문인데, 재가에 거주하면서 재가급여를 이용할 경우 식사비는 본인의 생활비에서 지불되기 때문이다. 하지만 이와 같은 논리에 따른다면, 거주비도 동일하게 이용자가 비급여로 본인 부담을 해야 하는 것이다.

노인요양시설의 물리적 환경을 특성화한 시설이 다양하게 운영되기 위해서는 물리적 환경, 설비 비용에 대한 급여 또는 비급여에서의 보상이

필요하다. 하지만 지금과 같이 노인요양시설 거주비와 요양비를 하나로 구성하는 포괄수가 방식으로는 노인요양시설의 주거 다양성을 확보하기 어렵다. 따라서 노인요양시설의 현재 포괄수가에서 주거비와 요양비를 분리하여 구성함으로써 수가 수준과 구성을 투명하게 하고 향후 다양한 주거 형태와 결합된 노인요양 특성화를 위한 준비를 할 수 있을 것이다.

나. 다양한 가산 제도 도입

가산 제도는 등급별 포괄수가가 갖고 있는 시설의 표준화를 넘어 선도적이고 우수한 시설 운영을 유도하기 위한 제도적 기제이다. 현재 노인요양시설에서 이용할 수 있는 대표적 가산 제도는 인력 가산이다. 직접 요양서비스를 제공하는 요양보호사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사나 조리원에 대한 가산이 이루어지고 있으며 많은 요양시설에서 인력 가산을 통해 부족한 인력을 보충하고 있다.

일본은 한국과 유사한 형태의 가산 제도를 운영하고 있으나, 한국의 가산 항목에 비해 매우 세분화된 가산 항목을 적용하고 있다. 예를 들어 일상생활 속 지원, 유닛 케어 가산, 주치의 배치 가산, 정신과 의사 치료 가산, 영양매니지먼트 가산, 구강위생 관리 가산, 요양식 가산, 임종 케어 가산, 재가복지 기능 지원 가산 등 매우 다양한 형태의 가산 제도를 운영하고 있다. 이러한 다각적 형태의 가산은 시설 운영자 측면에서는 기관의 서비스를 특성화하고 서비스 질을 향상시킬 수 있는 기회가 될 수 있으며, 이용자 측면에서는 시설 내 가산 활용 수준을 파악하여 자신의 욕구에 부합하는 시설을 선택할 수 있게 될 것이다. 그러나 매우 다양한 가산과 복잡한 가산 방식은 오히려 이용자의 선택에 어려움과 불필요한 비용 부담을 주는 부작용을 일으킬 수도 있다.

노인요양시설이 다양한 욕구에 부합하는 특성화 형태로 발전하기 위해서는 기본적인 등급별 포괄수가체계 외에 가산 제도에 대한 활용이 필요하다. 앞서 논의한 특수 욕구·대상에 대한 별도의 보상체계는 다양한 가산 제도를 통해 노인요양시설의 다양한 서비스를 개발하고 특수 이용자에게 서비스하는 것을 유인할 것으로 예상된다.

다. 비급여 다양화

노인장기요양보험에서는 이용자가 전액 본인부담을 하는 비급여는 식사, 상급침실료, 이·미용, 프로그램비로 매우 제한적으로 이루어지고 있다. 이로 인해 급여의 범위와 비급여의 범위에서 이용자의 다양한 욕구를 충족시키는 데는 한계가 있다. 현재 대부분의 시설에서 상급침실료 외에는 시설에서 제공하는 서비스별 비급여를 받을 수 없는 구조로, 상급침실료를 이용하여 이윤 창출과 서비스 제공의 추가 비용으로 활용하고 있다. 결과적으로 특성화 시설들은 1~2인실의 방을 이용한 사람이 낸 비용으로 전 이용자에게 물리적 인프라, 추가 인력 투입을 통한 질 좋은 서비스를 제공하는 것이다.

따라서 현재의 단순한 비급여 항목을 다양화하여 전문적 서비스, 개별적 특수 욕구, 특수 대상 등의 다양한 특성화 시설이 확대될 수 있도록 하여야 할 것이다. 특히 현장에서의 비급여 항목 필요성은 간호 물품, 품질좋은 영양용품(예: 기저귀), 추가적인 전문인력 등에 대한 요구가 높게 나타났다.

다만, 비급여 항목의 확대는 이용자에 대한 과도한 재정적 부담으로 인해 장기요양서비스에 대한 국민의 보장성 감소라는 부정적 결과를 초래할 수 있으므로, 이를 고려하여 비급여 인정 범위 확대를 신중하게 할 필요가 있다. 또한 현재와 같이 시설별 비급여 항목과 비용을 공표, 신고하

여 관리하는 기제가 필요하다.

2. 지자체별 지역 수요에 기반한 노인요양시설 책임 공급

이용자의 노인요양시설에 대한 선택권이 확보되기 위해서는 충분한 서비스 공급이 이루어져야 한다. 미래 노인의 희망 노인요양시설에 대한 욕구 조사 결과에서는 시설 위치에서 도심 시설, 도시 외곽 시설 등의 다양한 욕구가 나타났다. 또한 노인요양시설 선택에서도 위치와 관련해 자녀 및 가족과 가까운 곳에 대한 선호가 높게 나타났다. 과거에는 노인요양시설이 외부와 차단된 형태로 인식되고 이용되었다면, 최근에는 노인이 생활하던 지역과 가까운 곳, 동일 지역의 익숙한 노인요양시설을 이용하고자 하는 욕구가 나타난 것이다.

인구가 도시를 중심으로 밀집됨에 따라 도시에 위치한 노인요양시설에 대한 수요가 증가할 것으로 예측된다. 하지만 현재 도심 노인요양시설은 높은 땅값을 포함하여 설립비가 많이 소요되어, 대부분이 상가 임대를 통한 소규모 노인요양공동생활가정 형태로 운영되고 있다. 이로 인해 도시 거주 노인은 도시 외곽의 노인요양시설을 이용하기 위해 이동을 하게 되어 넓은 의미에서의 지역 계속 거주 욕구가 충족되지 못하고 있다.

따라서 도시 지역을 포함하여 모든 지역에서는 지역별 수요에 적합한 노인요양시설 공급을 위한 전략이 필요하다. 특히 수요 대비 노인요양시설 공급이 부족한 도시 지역에서 요양시설 욕구 충족을 위한 대안 모색이 필요하다. 이는 앞서 물리적 환경 특성화 모형에서 제시한 바와 같이 도심 특화, 다양한 형태의 가정요양시설이 하나의 대안이 될 것이다. 또한 도심 지역 노인요양시설 공급의 제한 요인인 높은 초기 투자비용에 대한 보상체계 마련(예: 비급여 방식 또는 별도의 수가체계)과 현재 모든 요양

시설에 동일하게 제시되어 있는 인력, 시설 설치, 운영 기준을 특성화 모형에 따라 자율적으로 적용하는 방안 등이 검토될 필요가 있다.

3. 노인요양시설에 대한 소비자의 알권리 보장 기제 마련

마지막으로, 노인요양시설의 시설별 정보 제공 방식을 다양화하여 이용자의 알권리를 보장하고 현명한 선택이 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해 신뢰도 높은 민간 기관 또는 공공기관에서 인증하는 제도를 허용하도록 한다. 인증제도를 통해 국민의 눈높이와 다양한 욕구에 맞는 시설 정보를 제공할 수 있다. 유사한 사례로는 언론사 등 국민의 신뢰도가 높은 기관에서의 대학에 대한 인증제도, 다양한 기관이나 상품에 대한 인증제도가 있다.

또한 노인요양시설의 특성화가 이루어질 때, 시설 선택 시 정보가 체계적으로 제공되지 못해 혼란이 생길 수 있다. 따라서 노인요양시설 선택을 돕고 세부 정보를 제공하는 포털이 운영될 필요가 있다.

노인요양시설 특성화 전략은 국민의 다양한 서비스에 대한 요양 욕구에서의 선택 범위를 확대하기 위한 것이지만, 자칫 민간의 영리중심 장기요양시장에서 부작용이 나타날 수 있음을 인지해야 한다. ‘특성화’는 다양한 이용자의 욕구 중 특수 욕구를 충족하기 위한 요양시설로 설계되어 이윤을 극대화하는 이용자만 선정, 과도한 전문 요양서비스 제공, 개인의 선호에 대한 과도한 서비스 개발 등으로 고급 노인요양시설만이 공급되는 부작용이 나타날 수 있다. 따라서 모든 이용자의 다양한 선택권이 보장될 수 있도록 특성화 보장과 함께 지속적인 모니터링이 이루어져야 할 것이다. 예를 들면, 개인실 중심의 고급 시설 공급과 함께 비용이 저렴한 시설 공급이 지역에서 함께 이루어지도록 해야 할 것이다.



- 강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, 배혜원. (2019a). **2019년도 장기요양 실태조사**. 세종: 보건복지부-한국보건사회연구원.
- 강은나, 이윤경, 윤태영, 배혜원, 남우균, 최희정. (2019b). **장기요양기관 인력배치기준 개선안 마련 연구**. 세종: 보건복지부-한국보건사회연구원.
- 국민건강보험공단. (2009.9.16). **서비스 질 따라 장기요양급여비용 차등 지급**. 국민건강보험공단 **보도자료**. <https://www.kihasa.re.kr/common/filedown.do?seq=27029&ano=2514> 에서 2020. 10. 21 인출
- 국민건강보험공단. (2018). **노인요양시설내 전문요양실 시범사업 용역사업자 제안요청서**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2019). **2018년 장기요양기관(시설급여) 정기평가결과**. http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000000770&bKey=B0009&search_boardId=60351 에서 2020. 10. 21 인출.
- 국민건강보험공단. (2020). **장기요양기관현황(2020.9.30. 기준)**. <http://www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?q=C1010766189E00DDBFF1BDA6B8A578E02EAFDF87FC7025;VbDXdtCfQyHPdaQtM6PtIE0b%2BdpxD0qU64BtS/Wn9PDHMSr3Uk/aJ5zEU9XhS/N1QEwTT94fUwc/beNWH9VYL2LOyUplxwOZTTBencysDs%3D;/9P0UuWt1lNjK6fl7NJR5nSS54%3D&charset=UTF-8>에서 2020.12.23. 인출.
- 국민건강보험공단 요양급여실. (2009). **2008 장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단 요양급여실. (2011). **2010 노인장기요양보험통계연보** 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단 요양급여실. (2016). **2015 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.

국민건강보험공단 요양급여실. (2020). **2019 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.

국민연금연구원. (2018). **4차 재정계산 결과**. http://www.eslc.go.kr/bbs/dataFile/fileDown.do?sessionId=0krWsrUHbL5H1G7XwvjiqZ9C.node10?bbs_mst_idx=BM0000000260&data_idx=BD0000000008&attach_idx=BF0000000024에서 2019.10.25. 인출.

국토교통부 공공주택총괄과, 주거복지정책과, 공공주택지원과. (2020.4.1). **어르신들 고통자 맞춤형 공공임대주택에서 편안한 노년 보내세요!**. 국토교통부 보도자료. <http://m.molit.go.kr/viewer/skin/doc.html?fn=12daa6c9b9e622e437a29b0e3fa92d98&rs=/viewer/result/20200401>에서 2020.12.29. 인출.

남윤철. (2017). 일본 유니트형 시설의 공간별 우수사례와 국내 도입. **예술인문사회융합멀티미디어논문지**, 7(12), 673-682.

노인복지법. 법률 제3453호. (1981).

노인복지법. 법률 제4178호. (1989).

노인복지법. 법률 제4633호. (1993).

노인복지법. 법률 제5359호. (1997).

노인복지법. 법률 제8200호. (2007).

노인복지법. 법률 제17199호. (2020).

노인복지법 시행규칙. 보건복지부령 제735호. (2020).

노인복지법 시행규칙 별표2. 보건복지부령 제735호. (2020).

노인복지법 시행규칙 별표4. 보건복지부령 제735호. (2020).

노인장기요양보험법. 법률 제17173호. (2020).

노인장기요양보험법 시행규칙. 보건복지부령 제752호. (2020).

도쿄도. (2012). **도쿄도 시설의 개호지원전문원 업무 매뉴얼**. https://www.fukushihoken.metro.tokyo.lg.jp/kourei/hoken/kaigo_lib/care/shisetubiki25.files/shisetu_2_01.pdf에서 2020. 10. 15. 인출.

보건복지부. (2018). **2017 노인복지시설현황**. 세종: 보건복지부.

- 보건복지부. (2019). **2018 노인복지시설현황**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2020a). **2019 노인복지시설현황**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2020b). **2020 노인보건복지사업안내(I)**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부 복지정책과. (2019.1.10). **지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)**. 선도
사업 추진계획. 보건복지부 보도자료. http://www.mohw.go.kr/react/modules/download.jsp?BOARD_ID=140&CONT_SEQ=347345&FILE_SEQ=245026 에서 2020.10.5. 인출.
- 사회복지법인 고세이카이. (2020a). **유넷케어 시행의 교훈 7가지**. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html> 에서 2020. 11. 5. 인출.
- 사회복지법인 고세이카이 (2020b). **고호하이츠 입소자 등급 분포**. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html> 에서 2020. 11. 5 인출.
- 사회복지법인 고세이카이. (2020c). **고호하이츠 평면도**. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html> 에서 2020. 11. 5. 인출.
- 사회복지법인 고세이카이 (2020d). **고호하이츠 거주환경**. <http://www.koseikai-wel.or.jp/kouseien.html> 에서 2020. 11. 5. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2000a). **준세이엔의 이념과 서비스 제공 방침**. <https://junseien.jp/feature/> 에서 2020. 10. 25. 인출
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2000b). **요양서비스 다양화 및 전문화 전략**. <https://junseien.jp/feature/> 에서 2020. 10. 25. 인출
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018a). **지역포괄케어 서비스 제공 체계**. 법인사업 내부자료, 오다와라.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018b). **지역포괄케어시스템 거점 기관 지도**. <http://junseien.jp/shisetsu/>에서 2020. 10. 25. 인출
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018c). **지역포괄케어 서비스 제공 체계**. 법인사업 내부자료, 오다와라.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018d). **준세이엔 도쿄 홈페이지** <https://junseien.jp/tokuyou/> 에서 2020.10.25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018e). **준세이엔 홈페이지** <https://>

- junseien.jp/delivery/ 에서 2020.10. 25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018f). **그룹홈 다지마의 6가지 운영 원칙**. 법인사업 내부자료, 오다와라.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2018g). **그룹홈 다지마 내부 사진**. ht
tp://junseien.jp/shisetsu/ 에서 2020. 10. 25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020a). **민나노이에하쿠산 내부자료**.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020b). **민나노이에하쿠산 출입구**. h
ttp://junseien.jp/shisetsu/ 에서 2020. 10. 25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020c). **민나노이에하쿠산 내부자료**.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020d). **민나노이에하쿠산 내부모습**.
http://junseien.jp/takinou/#satuki 에서 2020. 10. 25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020e). **민나노이에하쿠산 이용요금**.
https://junseien.jp/wp/wp-content/uploads/2016/09/d7dbbce7
342487ff30d88ad51e895f66.pdf 에서 2020. 10. 25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020f). **소규모 다기능형 거택개호 서
비스 개요**. 시설 내부자료.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020g). **소규모 다기능형 거택개호
내부사진** https://junseien.jp/ 에서 2020. 10. 25. 인출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020h). **소규모 다기능형 거택개호
비급여 항목**. https://junseien.jp/wp/wp-content/uploads/2016/0
9/d7dbbce7342487ff30d88ad51e895f66.pdf 에서 2020. 10. 25. 인
출.
- 사회복지법인 오다와라 복지회 준세이엔. (2020i). **민나노이에 호리노우치 외관**.
http://junseien.jp/shisetsu/ 에서 2020. 10. 25. 인출.
- 석재은. (2008). 우리나라 노인장기요양서비스 시장의 특성과 정책과제. **보건복
지포럼**, 142, 31-37.
- 석재은, 노혜진, 임정기. (2015). 좋은 돌봄의 필요조건과 저해요인에 관한 연구.
한국사회복지학, 67(3), 203-225.

- 선우덕, 김찬우, 임효연, 김순옥, 서동민, 양영애,... 황재영. (2012). **최신장기요양보험제도의 현황과 과제**. 서울: 노인연구정보센터.
- 송근원, 이영. (2013). AHP의 일관성 향상을 위한 척도 재구성. **사회과학연구**, 29(2), 271-288.
- 야마시킴, 마스다마사노부, 이구찌나오키, 사와다카츠, 카와무라코이찌, 타나카 카즈야. (2000). **개호보험제도와 골드플랜21**. 동경: 동경법령출판
- 윤주영, Roberts, T., Bowers, B. J., 이지윤. (2012). 노인요양시설의 인간중심 케어(Person-centered care)에 대한 연구. **한국노년학**, 32(3), 729-745.
- 이규식, 정형선, 황성완, 최대봉. (2017). 고령사회를 대비한 노인의료비 효율적 관리방안. 서울: 건강복지정책연구원.
- 이선영. (2020). 준시장 관점에서 본 노인장기요양서비스 공급체계의 특성에 관한 연구. **생명연구**, 56, 31-51.
- 이윤경, 강은나, 변재관, 김세진. (2017). **노인의 지역사회 계속 거주를 위한 장기요양제도 개편 방안**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이윤경, 강은나, 김경래, 주보혜, 고영호, 김진현, ... 김세진. (2019a). **고령인구 증가와 미래사회 정책**. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이윤경, 강은나, 황남희, 주보혜, 김세진. (2019b). **고령인구 증가와 미래사회 정책**. 세종: 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 이은희. (2016). 거주노인이 노인요양시설을 자신의 집과 같이 인식하게 하는 환경적 요인. **사회과학연구**, 35(3), 131-159.
- 이진숙, 박진화. (2011). 시장원리 확대를 통한 노인장기요양서비스의 효과성 평가. **보건사회연구**, 31(4), 5-33.
- 이창효. (2000). **집단의사결정론**. 서울: 세종출판사.
- 이호준. (2018. 10. 18). BRAVO Life. “집보다 나은 삶 향해” 너싱홈 그린힐. http://bravo.etoday.co.kr/view/atc_view.php?varAtcId=9101에서 2020.11.30. 인출.
- 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시**. 보건복지부고시

제2016-121호. (2016).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2017-83호. (2017).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2018-6호. (2018).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2020-143호. (2020)

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시.

제2008-66호. (2008).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2009-125호. (2009).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2010-30호. (2010).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2011-15호. (2011).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2011-153호. (2011).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2012-162호. (2012).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2013-160호. (2013).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2015-126호. (2015).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2016-121호. (2016).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

제2017-83호. (2017).

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시. 보건복지부고시

- 제2018-6호. (2018).
- 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시.** 보건복지부고시 제2020-143호. (2020).
- 전용호. (2012). 영국과 독일의 노인장기요양서비스의 시장화와 그 결과: 이용자 관점에서의 평가를 중심으로. **보건사회연구**, 32(2), 143-169.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애, ...홍송이. (2017). **2017년도 노인실태조사**. https://data.kihasa.re.kr/micro/subject_view.jsp?WT.ac=new_data&project_seq=673.에서 2020. 10. 19. 인출.
- 정홍원, 남상호, 이윤경, 정경희, 박보미, 김세진, ... 최숙희. (2012). **인구 고령화의 경제적 영향 분석 및 고령화 대응지수 개발**. 서울: 보건복지부 · 한국보건사회연구원.
- 조영태, 최상희, 장인석. (2010). AHP 기법을 이용한 지역별 노인복지의 수요특성 분석: 원주, 의성, 순창, 부여를 중심으로. **대한건축학회 논문집: 계획계**, 26(7), 167-174.
- 최병호, 신호성, 허순임, 선우덕, 변용찬, 김상철, ... 이수형. (2007). **노인수발보협제도 시범사업 평가연구(2차): 수가, 표준시설모형, 표준수발서비스, 질관리 부문**. 서울: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 최재성. (2015). 노인요양원과 문화 변화: 거주 노인 중심 장기요양시설. 서울: 집문당.
- 통계청 인구동향과. (2016.12.8.). **장래인구추계: 2015-2065년 보도자료**. 통계청 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=357935&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2019. 10. 25. 인출.
- 통계청 인구동향과. (2019a.3.28). **장래인구특별추계: 2017~2067년 보도자료**. 통계청 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=373873 에서 2020.10. 19. 인출.
- 통계청 인구동향과. (2019b.6.27). **장래인구특별추계(시도편): 2017~2047년**

- 보도자료.** 통계청 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=375555&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2020. 11. 18. 인출
- 통계청 인구동향과. (2019c.12.16). **장래가구추계 보도자료.** 통계청 보도자료. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=379314&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&searchInfo=&sTarget=title&sTxt=에서 2020. 11. 29. 인출.
- 통계청 행정통계과. (2019d. 12.27). **2018년 기준 퇴직연금 통계 보도자료.** 통계청 보도자료. https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/6/7/index.board?bmode=read&aSeq=379638 에서 2020. 11. 18. 인출.
- 황남희, 김경래, 이아영, 임정미, 박신아, 김만희. (2019). **신증년의 안정적 노후 정착 지원을 위한 생활실태조사.** 세종: 한국보건사회연구원.
- 황인옥, 윤경아, 김은경. (2007). 시설 생활노인의 거주만족도 수준 및 예측요인. **한국노년학**, 27(4), 847-860.
- 황재영, 일본인지증케어학회. (2011). **(치매노인을 위한) 케어유리.** 서울: 노인연구정보센터.
- 후생노동성. (2012). **개호사업소 생활관련정보검색.** <http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>에서 2020. 10. 2인출 .
- 후생노동성. (2013). **개호보험 3시설 개요.** https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/iryuuhoken15/dl/zimu11-1-1.pdf 에서 2020. 10. 2 인출.
- 후생노동성. (2015). **존엄있는 개별케어의 실현을 위한 유니트 케어.** <https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/kentou/15kourei/3b.html> 에서 2020. 10. 15. 인출.
- 후생노동성. (2016a). **인지증노인 공동생활개호(그룹홈) 5가지 자기평가 영역과 항목.** <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/10/dl/s1005-7b01.pdf>

- f에서 2020. 10. 26. 인출.
- 후생노동성. (2016b). **지역포괄케어 시스템개념**. [https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000171814.pdf](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/2020. 10. 21. 인출.</p>
<p>후생노동성. (2017). 개호급부비분과회제143회 첨부자료2. <a href=) 에서 2020.10.20. 인출.
- 足立 啓(2002). **既存特別養護老人ホームにおけるユニットケア環境の整備・開発に関する研究**, 日本建築学会. http://www.nihonseimei-zaidan.or.jp/shiryo/kourei/saisyu_houkoku/H14_adachi.pdf에서 2020.8.3. 인출.
- 筒井 孝子. (2016). **ケアの質評価: 国際的な到達点と日本の今後**. 社会保障研究, 1 (1), 129-147.
- 杉山 理恵. (2020). **摂食嚥下障害と栄養: 患者の「口から食べる」を支援するために (疾患別栄養管理: やって良いこと・悪いこと) -- (患者の状況に応じた栄養管理の実際とその工夫)** Nursing care+: エビデンスと臨床知 2(4), 542-548.
- Altenpflege-hilfe. (2020). **Wie hoch ist der Eigenteil für ein Pflegeheim / Altenheim**. Retrieved from <https://www.altenpflege-hilfe.net/hilfe-bei-der-altenpflege/eigenanteil-kosten-altenheim-pflegeheim.php> 2020.9.10.
- AOK, (2020). **Weitere Angaben zur Einrichtung**. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2020.08.15.
- AOK. (2021a). **Preise der Kurzzeitpflege**. Retrieved from <https://www.>

- pflge-navigator.de/?module=nursinghome&id=53123 2021.02.03.
- AOK. (2021b). **Preise der vollstationären Pflege**. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2021.02.03.
- AOK. (2021c). **Preise der Kurzzeitpflege**. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2021.02.03.
- AOK Pflege-Naviagtor 홈페이지 내 **Elbschloss Residenz Kelin Flottbek**. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/?module=nursinghome&id=53123> 2020.08.15.
- AOK Pflege-Navigator 홈페이지 내 **Johanniter-Stift Erkelenz**. Retrieved from <https://www.pflege-navigator.de/index.php?module=nursinghome&id=32997> 2020.08.15.
- ASMK (2019). Externes Ergebnisprotokoll der 96. Konferenz der Ministerinnen und Minister, Retrieved from https://asmkintern.rlp.de/fileadmin/asmkintern/Beschluesse/Beschluesse_96_ASMK/Externes_Ergebnisprotokoll_96_ASMK_web.pdf. 2020. 8. 16.
- Attree, M. (2001). Patients' and relatives' experiences and perspectives of 'good' and 'not so good' quality care. **Journal of advanced nursing**, 33(4), 456-466.
- Basenio. (2020). **Die Unterschiede zwischen Altenheim, Pflegeheim und Seniorenresidenz: Eine Übersicht der Betreuungsformen**. Retrieved from <https://www.basenio.de/senioren-ratgeber/pflege/unterschied-altenheim-und-pflegeheim-220/> 2020.09.01.
- Barbosa, A., Sousa, L., Nolan, M., & Figueiredo, D. (2015). Effects of person-centered care approaches to dementia care on staff: A systematic review. **American Journal of Alzheimer's Disease and Ot**

- her Dementias, 30, 713-722.
- BIVA (2019). **Investitionskosten. Was sind Investitionskosten und welche Kosten dürfen auf die Bewohnerinnen und Bewohner umgelegt werden?** Broschüre, 4. Aufl. Bundesinteressenvertretung alter und pflegebetroffener Menschen e. V., Bonn: BIVA-Pflegeschutzbund.
- BMFSFJ. (2020). **Vereinbarkeit von Pflege und Beruf** Navigation öffnen/schließen. Retrieved from <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/aeltere-menschen/zuhause-im-alter>. 2020.9.1. 인출.
- BMG(Bundesministerium für Gesundheit). (2020). **Altenheim/Altenwohnheim**. Retrieved from <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/a/altenheimaltenwohnheim.html> 2020.08.16.
- Bowers, B. J., Esmond, S., & Jacobson, N. (2000). The relationship between staffing and quality in long-term care facilities: Exploring the views of nurse aides. **Journal of nursing care quality**, 14(4), 55-64.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cagle, J. G., Unroe, K. T., Bunting, M., Bernard, B. L., & Miller, S. C. (2017). Caring for dying patients in the nursing home: Voices from frontline nursing home staff. **Journal of pain and symptom management**, 53(2), 198-207.
- Castle, N. G., & Engberg, J. (2005). Staff turnover and quality of care in nursing homes. **Medical care**, 43(6), 616-626.
- Cheng, P., Tan, L., Ning, P., Li, L., Gao, Y., Wu, Y., ... & Hu, G. (2018). Comparative effectiveness of published interventions for elderly

- fall prevention: a systematic review and network meta-analysis. **International journal of environmental research and public health**, 15(3), 498.
- Chung, G. (2013). Understanding nursing home worker conceptualizations about good care. **The Gerontologist**, 53(2), 246-254.
- Coleman, M. T. & Looney, S., O'Brien, J., Ziegler, C., Pastorino, C. A., Turner, C. (2002). The Eden Alternative: Findings after 1 year of implementation. **Journal of Gerontology: Medical Sciences**, 57A (7), 422-427.
- Collins, L. M., & Lanza, S. T. (2009). *Latent class and latent transition analysis: with application in the social, behavioral, and health sciences*. Hoboken, New York: Wiley.
- Deutsches Seniorenportal 포털사이트 내 **Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs**: Retrieved from <https://50plus.faz.net/pflegeheim/sen-vital-seniorenpark-solingen-ohlighs-hackhauser-str-58-64-42697-solingen> 2020.08.15.
- Dietmar, H. (2020). Pflegefinanzierung in regionaler Perspektive: Ergebnisse eines Vier-Länder-Vergleichs zu den Selbstkosten der stationären Langzeitpflege. In: **Jacobs, K. et al. (Hrsg.)**, Pflege-Report 2020. 191-207. doi.org/10.1007/978-3-662-61362-7_13.
- Elbschloss Residenz Elbchaussee. (2020). Elbschloss Residenz Elbchaussee 홈페이지. Retrieved from <https://www.elbschloss-residenz.de/pflege-plus/> 2020.08.15.
- Elbschloss Residenz Klein Flottbek. (2020). Elbschloss Residenz Klein Flottbek 홈페이지. Retrieved from <https://www.elbschloss-residenz.de/home/> 2020.08.15.
- Eliopoulos, C. (2010). Guest editorial: Cultural transformation in nursing homes. **International Journal of Older People Nursing**. 5(1),

1-2.

Epp, T. D. (2003). Person-centred dementia care: A vision to be refined. **The Canadian Alzheimer Disease Review**, 5(3), 14-19.

Fagan, R. M. (2003). Pioneer Network: Changing the culture of aging in America. **Journal of Social Work in Long Term Care**, 2(1/2), 125-140.

Fahey, T., Montgomery, A. A., Barnes, J., & Protheroe, J. (2003). Quality of care for elderly residents in nursing homes and elderly people living at home: controlled observational study. **Bmj**, 326(7389), 580.

Fazio, S., Pace, D., Flinner, J., & Kallmyer, B. (2018). The fundamentals of person-centered care for individuals with dementia. **The Gerontologist**, 58(suppl_1), S10-S19.

F.A.Z.-Institut. (2020). **Zertifikate / Wettbewerbe**. Retrieved from <http://www.faz-institut.de> 2020.08.20.

Frankfurter Allgemeine Service portal für Best Ager, Senioren und Angehörige. (2020). Frankfurter Allgemeine Service portal für Best Ager, Senioren und Angehörige 포털사이트 내 **Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs**: Retrieved from <https://50plus.faz.net/pflegeheim/senvital-seniorenpark-solingen-ohligs-hackhauser-str-58-64-42697-solingen> 2020.08.15.

Heerema, E. (2020). **Thomas Kitwood's Person-Centered Care for Dementia**. <https://www.verywellhealth.com/what-is-person-centered-care-in-dementia-97737>에서 2020.11.3.인출.

Howard, R.(2013). **Care homes suffering from image problem, as media focuses on negative dementia statistics**. Retrieved from <https://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1559073/care-homes-suffering-from-image-problem-as-media-focuses-on-negative>

- ive-dementia-statistics 2020.11.3.
- Johanniter. (2020). **Johanniter**. Retrieved from <https://www.johanniter.de/die-johanniter/startseite>. 2020.9.1.
- Johanniter-Stift Erkelenz. (2020). Johanniter-Stift Erkelenz 홈페이지. Retrieved from <https://www.johanniter.de/johanniter-seniorenhaeuser/standorte/johanniter-stift-erkelenz/> 2020.8.15.
- Kim, Y. (2002). **Assisted living facility as a home: Cases in southwest Virginia**. (Doctor of Philosophy Virginia Polytechnic Institute and State University). Retrieved from <https://vtechworks.lib.vt.edu/handle/10919/27868?show=full>. 2020.7.3.
- Klaassens, M., & Meijering, L. (2015). Experiences of home and institution in a secured nursing home ward in The Netherlands: A participatory intervention study. **Journal of Aging Studies**, 34, 92-102. doi.org/10.1016/j.jaging.2015.05.002.
- Korian Gruppe. (2020). **Korian Gruppe**. Retrieved from www.korian.de. 2020.8.15.
- Koren, M. J. (2010). Person-centered care for nursing home residents: The culture-change movement. **Health Affairs**, 29(2), 312-317.
- Li, J., & Porock, D. (2014). Resident outcomes of person-centered care in long-term care: A narrative review of interventional research. **International Journal of Nursing Studies**, 51, 1395-1415.
- Lipkin, M. Quill, T. E. Q., & Napodano R. J. (1984). The Medical Interview: A Core curriculum for residencies in internal medicine. **Annals of internal Medicine**, 100(2), 277-284.
- Meißner S. (2017). **Investitionskosten im Bundeslandervergleich 2017**. Retrieved from <https://www.Pflegemarkt.com>. 2020. 08.15.
- Molony, S. L., Evans, L. K., Jeon, S., Rabig, J., & Straka, L. A., (2011).

- Trajectories of at-homeness and health in usual care and small house nursing homes. **The Gerontologist**, 51(4), 504-515.
- Morgan, S., & Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. **Journal of holistic nursing**, 30(1), 6-15.
- Orpea Group. (2020). **Orpea Group**. Retrieved from <http://orpea.de> 2020.08.15.
- Pflegemarkt.com. (2020). **pflegemarkt.com**. Retrieved from <https://www.pflegemarkt.com/> 2020.07.20.
- Reinhard, S., & Stone, R. (2001). **Promoting Quality in nursing home: the wellspring model**. The Commonwealth fund. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2001_jan_promoting_quality_in_nursing_homes__the_wellspring_model_reinhard_wellspring_432.pdf.에서 2021.01.04. 인출.
- Residenz-Kompass. (2020). Residenz-Kompass 포털사이트 내 **Seniorenresidenz Elisa Ulm**: Retrieved from <https://www.residenz-kompass.de/residenzen/baden-wuerttemberg/ulm/seniorenresidenz-elisa-ulm/> 2020.08.15.
- Rosemond, C. A., Hanson, L. C., Ennett, S. T., Schenck, A. P., & Weiner, B. J. (2012). Implementing person-centered care in nursing homes. **Health care management review**, 37(3), 257-266.
- Schröder, A., & Ahlström, G. (2004). Psychiatric care staff's and care associates' perceptions of the concept of quality of care: a qualitative study, **Nordic College of Caring Sciences**, 18(2), 204-212.
- Shier, V., Khodyakov, D., Cohen, L. W., Zimmerman, S., & Saliba, D. (2014). What does the evidence really say about culture change in nursing homes?. **The Gerontologist**, 54(Suppl_1), S6-S16.
- Shorr, R. I., Guillen, M. K., Rosenblatt, L. C., Walker, K., Caudle, C. E.,

- & Kritchevsky, S. B. (2002). Restraint use, restraint orders, and the risk of falls in hospitalized patients. **Journal of the American Geriatrics Society**, 50(3), 526-529.
- Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs. (2020). Sen Vital Seniorenpark Solingen-Ohligs 홈페이지. Retrieved from <https://solingen.senvital.de/> 2020.08.15.
- Seniorenresidenz Elisa Ulm. (2020). Seniorenresidenz Elisa Ulm 홈페이지: Retrieved from <https://www.bestens-umsorgt.de/einrichtung/en/1065-seniorenresidenz-seniorenresidenz-elisa-ulm/> 2020.08.15.
- Suzuki, M., Kurata, S., Yamamoto, E., Makino, K., & Kanamori, M. (2012). Impact of fall-related behaviors as risk factors for falls among the elderly patients with dementia in a geriatric facility in Japan. **American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias**, 27(6), 439-446.
- Statista. (2019). **Statistisches Bundesamt Pflegestatistik**. Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/> 2020.09.01.
- Statista. (2020). **Anzahl von Pflegeheimen in Deutschland nach Trägerschaft in den Jahren 1999 bis 2017**. Retrieved from <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/201876/umfrage/anzahl-von-pflegeheimen-nach-traegerschaft-in-deutschland/> 2020.09.01.
- Stiftung Warentest. (2020). **15 Ergebnisse für "Seniorenresidenz"**. Retrieved from <https://www.test.de/suche/?q=Seniorenresidenz> 2020.09.01.
- Tinetti, M. E., Liu, W. L., & Ginter, S. F. (1992). Mechanical restraint use and fall-related injuries among residents of skilled nursing facilities.

- lities. **Ann Intern Med**, 116 (5), 369-374.
- Temple, A., Dobbs, D., & Andel, R. (2009). Exploring correlates of turn over among nursing assistants in the National Nursing Home Survey. **Health Care Management Review**, 34(2), 182-190.
- Vandervoort, A., Houttekier, D., Vander Stichele, R., Van der Steen, J. T., & Van den Block, L. (2014). Quality of dying in nursing home residents dying with dementia: does advanced care planning matter? A nationwide postmortem study. **PloS one**, 9(3), e91130.
- van Zadelhoff, E., Verbeek, H., Widdershoven, G., van Rossum, E., & A bma, T. (2011). Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. **Journal of Clinical Nursing**, 20(17-18), 2490-2500.
- Verband Pflegehilfe. (2020). **Pflegeheime & Altenheime**. Retrieved from <https://www.pflegehilfe.org/pflegeheime> 2020.08.10.
- Verbraucherzentrale. (2020). **Kosten im Pflegeheim: Wofür Sie zahlen müssen und wofür die Pflegekasse**. Retrieved from <https://www.verbraucherzentrale.de/wissen/gesundheit-pflege/pflege-im-heim/kosten-im-pflegeheim-wofuer-sie-zahlen-muessen-und-wofuer-die-pflegekasse-13906>. 2020.09.05.
- Victor's Group. (2020). **Victor's Group**. Retrieved from <https://www.victors-group.com> 2020.08.15.
- White, D. L., Newton-Curtis, L., & Lyons, K. S. (2008). Development and initial testing of a measure of person-directed care. **The Gerontologist**, 48, 114-123.
- WHO. (2003). **Lessons for LTC Policies**. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH7CCL_02.1.pdf 2020. 6.12.
- Wohnen im Alter. (2020). **Seniorenresidenzen: Gehobenes Wohnen im Alter**. Retrieved from <https://www.wohnen-im-alter.de/einricht>

ung/wohnformen/seniorenresidenz 2020.09.01.

Wohnen im Alter. (2020). Wohnen im Alter 포털사이트 내 **Seniorenresidenz Elisa Ulm**: Retrieved from <https://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/pflegeheim/ulm/seniorenresidenz-elisa-ulm-1331> 2020.08.15.



부록 1. 미래 노인요양시설 욕구 분석 부표

〈부표 4-1〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항 시설의 지역 특성

(단위: %, 명)

구분		교외의 한적한 곳에 있는 시설	도시에 있는 시설	계 (명)	
전체		58.4	41.6	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=45.196^{***}$)	남자	67.0	33.0	100.0	(748)
	여자	49.9	50.1	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=2.155$)	50~54세	57.3	42.7	100.0	(433)
	55~59세	56.7	43.3	100.0	(418)
	60~64세	61.4	38.6	100.0	(381)
	65~69세	58.6	41.4	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=2.159$)	초등학교 이하	41.2	58.8	100.0	(17)
	중학교	60.7	39.3	100.0	(28)
	고등학교	58.7	41.3	100.0	(366)
	전문대학 이상	58.5	41.5	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=0.231$)	배우자 있음	58.7	41.3	100.0	(1,251)
	배우자 없음	57.0	43.0	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=5.853$)	1인 가구	62.2	37.8	100.0	(172)
	부부 가구	60.5	39.5	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	57.7	42.3	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	56.0	44.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	52.9	47.1	100.0	(102)
	기타	28.6	71.4	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=0.089$)	있음	58.5	41.5	100.0	(1,336)
	없음	57.3	42.7	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=1.766$)	있음	57.3	42.7	100.0	(1,071)
	없음	61.1	38.9	100.0	(429)
가구소득 ($\chi^2=1.315$)	200만 원 미만	56.8	43.2	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	60.4	39.6	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	58.0	42.0	100.0	(452)
	800만 원 이상	57.2	42.8	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=10.017^{**}$)	동부	57.0	43.0	100.0	(1,348)
	읍·면부	70.4	29.6	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=0.504$)	있음	59.1	40.9	100.0	(891)
	없음	57.3	42.7	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=1.919$)	있음	55.9	44.1	100.0	(506)
	없음	59.7	40.3	100.0	(994)

주: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

378 노인의 영양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈부표 4-2〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설의 규모

(단위: %, 명)

구분		대규모 시설	소규모 시설	계 (명)	
전체		49.0	51.0	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=.448$)	남자	49.9	50.1	100.0	(748)
	여자	48.1	51.9	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=7.843^*$)	50~54세	51.3	48.7	100.0	(433)
	55~59세	47.4	52.6	100.0	(418)
	60~64세	44.4	55.6	100.0	(381)
	65~69세	54.5	45.5	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=0.187$)	초등학교 이하	47.1	52.9	100.0	(17)
	중학교	46.4	53.6	100.0	(28)
	고등학교	49.7	50.3	100.0	(366)
	전문대학 이상	48.9	51.1	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=0.076$)	배우자 있음	48.8	51.2	100.0	(1,251)
	배우자 없음	49.8	50.2	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=4.315$)	1인 가구	51.2	48.8	100.0	(172)
	부부 가구	48.6	51.4	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	49.2	50.8	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	38.0	62.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	52.0	48.0	100.0	(102)
	기타	28.6	71.4	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=1.915$)	있음	49.6	50.4	100.0	(1,336)
	없음	43.9	56.1	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=2.638$)	있음	50.3	49.7	100.0	(1,071)
	없음	45.7	54.3	100.0	(429)
가구소득 ($\chi^2=8.684^*$)	200만 원 미만	41.1	58.9	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	50.6	49.4	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	51.1	48.9	100.0	(452)
	800만 원 이상	50.7	49.3	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=11.117^{**}$)	동부	50.4	49.6	100.0	(1,348)
	읍·면부	36.2	63.8	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=0.022$)	있음	49.2	50.8	100.0	(891)
	없음	48.8	51.2	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=0.980$)	있음	50.8	49.2	100.0	(506)
	없음	48.1	51.9	100.0	(994)

주: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈부표 4-3〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_프로그램

(단위: %, 명)

구분		다양한 프로그램이 있는 시설	프로그램이 적고 시간적 여유가 있는 시설	계 (명)	
전체		59.8	40.2	100.0	(1,500)
성	남자	54.1	45.9	100.0	(748)
	($\chi^2=19.852^{***}$) 여자	65.4	34.6	100.0	(752)
연령	50~54세	62.4	37.6	100.0	(433)
	($\chi^2=4.655$) 55~59세	61.5	38.5	100.0	(418)
	60~64세	58.5	41.5	100.0	(381)
	65~69세	54.9	45.1	100.0	(268)
교육 수준	초등학교 이하	70.6	29.4	100.0	(17)
	($\chi^2=6.321$) 중학교	75.0	25.0	100.0	(28)
	고등학교	55.7	44.3	100.0	(366)
	전문대학 이상	60.6	39.4	100.0	(1,089)
결혼 상태	배우자 있음	61.3	38.7	100.0	(1,251)
	($\chi^2=7.157^{**}$) 배우자 없음	52.2	47.8	100.0	(249)
가구 형태	1인 가구	51.2	48.8	100.0	(172)
	($\chi^2=7.781$) 부부 가구	61.0	39.0	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	60.7	39.3	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	58.0	42.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	64.7	35.3	100.0	(102)
	기타	42.9	57.1	100.0	(7)
자녀	있음	61.4	38.6	100.0	(1,336)
	($\chi^2=12.645^{***}$) 없음	47.0	53.0	100.0	(164)
부모	있음	60.8	39.2	100.0	(1,071)
	($\chi^2=1.509$) 없음	57.3	42.7	100.0	(429)
가구소득	200만 원 미만	53.2	46.8	100.0	(280)
	($\chi^2=12.061^{**}$) 200만~500만 원 미만	57.6	42.4	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	62.4	37.6	100.0	(452)
	800만 원 이상	66.2	33.8	100.0	(278)
지역	동부	60.0	40.0	100.0	(1,348)
	($\chi^2=0.255$) 읍·면부	57.9	42.1	100.0	(152)
종교	있음	61.6	38.4	100.0	(891)
	($\chi^2=3.011^*$) 없음	57.1	42.9	100.0	(609)
이용 경험	있음	62.5	37.5	100.0	(506)
	($\chi^2=2.232$) 없음	58.5	41.5	100.0	(994)

주: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈부표 4-4〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_방 구성

(단위: %, 명)

구분		개인실 (1인실 또는 부부실)	2인실 이상의 다인실 (다른 사람과 함께 생활)	계 (명)
전체		69.1	30.9	100.0 (1,500)
성 ($\chi^2=.361$)	남자	69.8	30.2	100.0 (748)
	여자	68.4	31.6	100.0 (752)
연령 ($\chi^2=12.017^{**}$)	50~54세	69.5	30.5	100.0 (433)
	55~59세	72.0	28.0	100.0 (418)
	60~64세	71.4	28.6	100.0 (381)
	65~69세	60.4	39.6	100.0 (268)
교육 수준 ($\chi^2=22.181^{***}$)	초등학교 이하	29.4	70.6	100.0 (17)
	중학교	67.9	32.1	100.0 (28)
	고등학교	63.1	36.9	100.0 (366)
	전문대학 이상	71.7	28.3	100.0 (1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=5.787^{**}$)	배우자 있음	67.8	32.2	100.0 (1,251)
	배우자 없음	75.5	24.5	100.0 (249)
가구 형태 ($\chi^2=7.962$)	1인 가구	72.7	27.3	100.0 (172)
	부부 가구	66.2	33.8	100.0 (385)
	2세대 자녀 동거 가구	68.5	31.5	100.0 (784)
	2세대 부모 동거 가구	84.0	16.0	100.0 (50)
	3세대 부모·자녀 동거	70.6	29.4	100.0 (102)
	기타	71.4	28.6	100.0 (7)
자녀 ($\chi^2=3.690^*$)	있음	68.3	31.7	100.0 (1,336)
	없음	75.6	24.4	100.0 (164)
부모 ($\chi^2=0.429$)	있음	69.6	30.4	100.0 (1,071)
	없음	67.8	32.2	100.0 (429)
가구소득 ($\chi^2=5.846$)	200만 원 미만	71.8	28.2	100.0 (280)
	200만~500만 원 미만	65.9	34.1	100.0 (490)
	500만~800만 원 미만	68.1	31.9	100.0 (452)
	800만 원 이상	73.4	26.6	100.0 (278)
지역 ($\chi^2=0.305$)	동부	69.3	30.7	100.0 (1,348)
	읍·면부	67.1	32.9	100.0 (152)
종교 ($\chi^2=1.677$)	있음	67.8	32.2	100.0 (891)
	없음	70.9	29.1	100.0 (609)
이용 경험 ($\chi^2=19.606^{***}$)	있음	61.7	38.3	100.0 (506)
	없음	72.8	27.2	100.0 (994)

주: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈부표 4-5〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_비용 부담

(단위: %, 명)

구분		이용자 전체가 동일한 비용을 지불하는 시설	이용 서비스에 따라 차등적 비용을 지불하는 시설	계 (명)
전체		56.3	43.7	100.0 (1,500)
성	남자	58.4	41.6	100.0 (748)
($\chi^2=2.647$)	여자	54.3	45.7	100.0 (752)
연령	50~54세	57.7	42.3	100.0 (433)
($\chi^2=6.362$)	55~59세	51.2	48.8	100.0 (418)
	60~64세	59.1	40.9	100.0 (381)
	65~69세	58.2	41.8	100.0 (268)
교육 수준	초등학교 이하	47.1	52.9	100.0 (17)
($\chi^2=5.102$)	중학교	53.6	46.4	100.0 (28)
	고등학교	61.2	38.8	100.0 (366)
	전문대학 이상	54.9	45.1	100.0 (1,089)
결혼 상태	배우자 있음	56.5	43.5	100.0 (1,251)
($\chi^2=0.101$)	배우자 없음	55.4	44.6	100.0 (249)
가구 형태	1인 가구	58.7	41.3	100.0 (172)
($\chi^2=3.129$)	부부 가구	56.1	43.9	100.0 (385)
	2세대 자녀 동거 가구	54.8	45.2	100.0 (784)
	2세대 부모 동거 가구	64.0	36.0	100.0 (50)
	3세대 부모·자녀 동거	60.8	39.2	100.0 (102)
	기타	57.1	42.9	100.0 (7)
자녀	있음	56.3	43.7	100.0 (1,336)
($\chi^2=0.010$)	없음	56.7	43.3	100.0 (164)
부모	있음	55.8	44.2	100.0 (1,071)
($\chi^2=0.377$)	없음	57.6	42.4	100.0 (429)
가구소득	200만 원 미만	60.7	39.3	100.0 (280)
($\chi^2=20.005^{***}$)	200만~500만 원 미만	60.8	39.2	100.0 (490)
	500만~800만 원 미만	55.5	44.5	100.0 (452)
	800만 원 이상	45.3	54.7	100.0 (278)
지역	동부	56.2	43.8	100.0 (1,348)
($\chi^2=0.168$)	읍·면부	57.9	42.1	100.0 (152)
종교	있음	55.2	44.8	100.0 (891)
($\chi^2=1.108$)	없음	58.0	42.0	100.0 (609)
이용 경험	있음	55.1	44.9	100.0 (506)
($\chi^2=0.443$)	없음	56.9	43.1	100.0 (994)

주: * $p<0.05$, ** $p<0.01$, *** $p<0.001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

382 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

〈부표 4-6〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설 운영 주체

(단위: %, 명)

구분		공공에서 운영하는 시설 (정부, 지자체, 법인)	개인이 운영하는 시설 (민간시설)	계 (명)
전체		87.9	12.1	100.0 (1,500)
성	남자	88.1	11.9	100.0 (748)
	여자	87.6	12.4	100.0 (752)
연령	50~54세	88.2	11.8	100.0 (433)
	55~59세	86.6	13.4	100.0 (418)
	60~64세	88.5	11.5	100.0 (381)
	65~69세	88.4	11.6	100.0 (268)
교육 수준	초등학교 이하	100.0	0.0	100.0 (17)
	중학교	85.7	14.3	100.0 (28)
	고등학교	87.4	12.6	100.0 (366)
	전문대학 이상	87.9	12.1	100.0 (1,089)
결혼 상태	배우자 있음	87.4	12.6	100.0 (1,251)
	배우자 없음	90.4	9.6	100.0 (249)
가구 형태	1인 가구	91.3	8.7	100.0 (172)
	부부 가구	88.1	11.9	100.0 (385)
	2세대 자녀 동거 가구	87.4	12.6	100.0 (784)
	2세대 부모 동거 가구	86.0	14.0	100.0 (50)
	3세대 부모·자녀 동거	85.3	14.7	100.0 (102)
	기타	100.0	0.0	100.0 (7)
자녀	있음	87.4	12.6	100.0 (1,336)
	없음	92.1	7.9	100.0 (164)
부모	있음	87.4	12.6	100.0 (1,071)
	없음	89.0	11.0	100.0 (429)
가구소득	200만 원 미만	91.1	8.9	100.0 (280)
	200만~500만 원 미만	87.8	12.2	100.0 (490)
	500만~800만 원 미만	87.4	12.6	100.0 (452)
	800만 원 이상	85.6	14.4	100.0 (278)
지역	동부	87.8	12.2	100.0 (1,348)
	읍·면부	88.2	11.8	100.0 (152)
종교	있음	87.0	13.0	100.0 (891)
	없음	89.2	10.8	100.0 (609)
이용 경험	있음	86.0	14.0	100.0 (506)
	없음	88.8	11.2	100.0 (994)

주: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈부표 4-7〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_기관의 자율성 보장 정도

(단위: %, 명)

구분		노인 개인의 자율적 선택을 우선으로 하는 시설	노인의 건강 또는 바람직한 생활을 위한 관리를 강조하는 시설	계 (명)	
전체		60.5	39.5	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=6.271^{**}$)	남자	63.6	36.4	100.0	(748)
	여자	57.3	42.7	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=1.175$)	50~54세	61.0	39.0	100.0	(433)
	55~59세	60.3	39.7	100.0	(418)
	60~64세	61.9	38.1	100.0	(381)
	65~69세	57.8	42.2	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=4.367$)	초등학교 이하	58.8	41.2	100.0	(17)
	중학교	57.1	42.9	100.0	(28)
	고등학교	56.0	44.0	100.0	(366)
	전문대학 이상	62.1	37.9	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=0.397$)	배우자 있음	60.1	39.9	100.0	(1,251)
	배우자 없음	62.2	37.8	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=2.144$)	1인 가구	65.1	34.9	100.0	(172)
	부부 가구	59.7	40.3	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	60.1	39.9	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	56.0	44.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	60.8	39.2	100.0	(102)
	기타	57.1	42.9	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=4.718^{*}$)	있음	59.5	40.5	100.0	(1,336)
	없음	68.3	31.7	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=0.595$)	있음	59.9	40.1	100.0	(1,071)
	없음	62.0	38.0	100.0	(429)
가구소득 ($\chi^2=4.755$)	200만 원 미만	63.9	36.1	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	57.8	42.2	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	59.1	40.9	100.0	(452)
	800만 원 이상	64.0	36.0	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=2.005$)	동부	59.9	40.1	100.0	(1,348)
	읍·면부	65.8	34.2	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=2.872$)	있음	58.7	41.3	100.0	(891)
	없음	63.1	36.9	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=3.178^{*}$)	있음	57.3	42.7	100.0	(506)
	없음	62.1	37.9	100.0	(994)

주: * p<.05, ** p<.01, *** p<.001

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

〈부표 4-8〉 미래 이용할 노인요양시설 선택 시 고려 사항_시설의 구조

(단위: %, 명)

구분		집과 같은 형태	병원과 같은 형태	계 (명)	
전체		82.5	17.5	100.0	(1,500)
성 ($\chi^2=10.967^{**}$)	남자	79.3	20.7	100.0	(748)
	여자	85.8	14.2	100.0	(752)
연령 ($\chi^2=2.697$)	50~54세	82.2	17.8	100.0	(433)
	55~59세	83.3	16.7	100.0	(418)
	60~64세	84.3	15.7	100.0	(381)
	65~69세	79.5	20.5	100.0	(268)
교육 수준 ($\chi^2=4.637$)	초등학교 이하	94.1	5.9	100.0	(17)
	중학교	89.3	10.7	100.0	(28)
	고등학교	79.8	20.2	100.0	(366)
	전문대학 이상	83.1	16.9	100.0	(1,089)
결혼 상태 ($\chi^2=0.411$)	배우자 있음	82.8	17.2	100.0	(1,251)
	배우자 없음	81.1	18.9	100.0	(249)
가구 형태 ($\chi^2=4.856$)	1인 가구	82.0	18.0	100.0	(172)
	부부 가구	83.4	16.6	100.0	(385)
	2세대 자녀 동거 가구	82.8	17.2	100.0	(784)
	2세대 부모 동거 가구	88.0	12.0	100.0	(50)
	3세대 부모·자녀 동거	75.5	24.5	100.0	(102)
	기타	85.7	14.3	100.0	(7)
자녀 ($\chi^2=0.332$)	있음	82.3	17.7	100.0	(1,336)
	없음	84.1	15.9	100.0	(164)
부모 ($\chi^2=0.797$)	있음	82.0	18.0	100.0	(1,071)
	없음	83.9	16.1	100.0	(429)
가구소득 ($\chi^2=2.855$)	200만 원 미만	83.6	16.4	100.0	(280)
	200만~500만 원 미만	80.2	19.8	100.0	(490)
	500만~800만 원 미만	84.1	15.9	100.0	(452)
	800만 원 이상	83.1	16.9	100.0	(278)
지역 ($\chi^2=2.178$)	동부	82.0	18.0	100.0	(1,348)
	읍·면부	86.8	13.2	100.0	(152)
종교 ($\chi^2=0.607$)	있음	83.2	16.8	100.0	(891)
	없음	81.6	18.4	100.0	(609)
이용 경험 ($\chi^2=1.537$)	있음	80.8	19.2	100.0	(506)
	없음	83.4	16.6	100.0	(994)

주: * $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

자료: 본 연구를 위해 수행한 “미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식조사” 자료를 바탕으로 저자 직접 작성.

부록 2. '미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사' 설문지

미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사

안녕하십니까?

정부출연 전문연구기관인 한국보건사회연구원에서는 노인요양시설에 대한 국민들의 인식을 파악하고자 만 50세에서 만 69세 국민을 대상으로 조사를 실시하고 있습니다. 우리나라는 2008년부터 '노인장기요양보험제도'를 통해 돌봄(요양)을 필요로 하는 노인을 대상으로 노인요양시설(노인요양원), 방문요양보호사 서비스 등을 운영하고 있습니다. 본 조사는 현재의 노인요양시설에 대한 국민의 인식과 경험을 파악하고, 현재의 중장년층이 미래에 이용하기를 희망하는 요양시설의 모형을 개발하고자 해당하는 욕구를 파악하고자 합니다. 응답해주시는 자료는 연구와 향후 관련 정부정책을 위한 자료로 귀중하게 사용될 예정입니다. 바쁘시겠지만 조사에 참여해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

2020년 10월 한국보건사회연구원 이윤경 연구위원

조사수행기관 : 엠브레인퍼블릭(02-3429-1714)

문의처 : 한국보건사회연구원 김세진 부연구위원(044-287-8402)

내용	동의함
■ 본인은 「미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사」의 내용을 충분히 이해하고 자의(自意)에 의해 「미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사」에 참여하는 것을 동의합니다.	<input type="checkbox"/>
■ 본인은 「미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사」 수행과 관련 통계작성의 과정에서 필요한 개인정보를 한국보건사회연구원에 제공하는데 동의합니다. [수집·이용 목적] 노인요양시설에 대한 욕구 파악 [보유 및 이용기간] 상기 「개인정보의 수집·이용목적」을 달성하는데 필요한 기간 동안에 한하여 보유 및 이용됩니다. 다만, 수집 및 이용 목적이 달성된 경우에도 다른 법령 등에 의하여 보관의 필요성이 있는 경우에는 개인정보를 보관할 수 있습니다.	<input type="checkbox"/>
[개인정보 수집 항목] 성명, 전화번호 등	<input type="checkbox"/>
[민감정보 수집 항목] 가족 중 노인요양시설이용경험, 소득, 학력 등 설문문항 항목	<input type="checkbox"/>
■ 본인이 원하지 않으면 언제든지 조사에 참여하는 것을 거절할 수 있고, 거절하더라도 아무런 불이익이 없음을 이해하였습니다.	
■ 본인은 한국보건사회연구원에 자신의 개인정보에 대한 열람, 정정, 삭제, 처리정지 등의 요구를 언제든지 요청할 수 있음을 이해하였습니다.	
■ 본인은 「미래의 노인돌봄시설(형태)에 대한 욕구 및 인식 조사」 참여 완료 후 <u>답례품을 수령</u> 하였음을 확인합니다.	(인)
「개인정보보호법」에 의거 위와 같이 개인정보 수집 및 이용에 동의합니다.	
2020년 월 일	



KIHASA
한국보건사회연구원

SQ. 사전 질문

SQ1. 귀하의 성별은 무엇입니까? [1개 선택]

- ☐① 남성 ☐② 여성

SQ2. 귀하의 출생연도 어떻게 되십니까?

_____년

SQ3. 귀하께서 거주하는 지역은 어디입니까?

- ☐1) 서울 ☐2) 부산 ☐3) 대구 ☐4) 인천 ☐5) 광주
☐6) 대전 ☐7) 울산 ☐8) 세종 ☐9) 경기 ☐10) 강원
☐11) 충북 ☐12) 충남 ☐13) 전북 ☐14) 전남 ☐15) 경북
☐16) 경남 ☐17) 제주

SQ4. 귀하께서 거주하는 지역은 '동'과 '읍/면' 중 어디에 해당합니까? [1개 선택]

- ☐① 동 ☐② 읍/면

SQ5. 귀댁의 월 평균 가구소득은 대략 얼마 정도입니까?

- ☐① 100만원 미만 ☐② 100만원 이상 - 200만원 미만
☐③ 200만원 이상 - 300만원 미만 ☐④ 300만원 이상 - 400만원 미만
☐⑤ 400만원 이상 - 500만원 미만 ☐⑥ 500만원 이상 - 600만원 미만
☐⑦ 600만원 이상 - 700만원 미만 ☐⑧ 700만원 이상 - 800만원 미만
☐⑨ 800만원 이상 - 900만원 미만 ☐⑩ 900만원 이상 - 1000만원 미만
☐⑪ 1000만원 이상

SQ6. 귀하의 경제 수준은 어느 정도라고 생각하십니까?

- ① 상 ② 중상 ③ 중 ④ 중하 ⑤ 하

A. 가족의 노인요양시설 이용 경험

※ 다음의 질문들은 노인요양시설에 대한 귀하의 생각에 대한 질문입니다.

Q1. 귀하께서는 노인장기요양보험에 대해서 알고 계십니까?

- ☐① 매우 잘 알고 있다(사회보험이고, 서비스 내용도 잘 알고 있음)
☐② 들어는 봤으나 정확히 어떤 서비스인지는 모른다
☐③ 전혀 알지 못한다(처음 들어봤다)

Q2. 귀하께서는 노인요양시설과 요양병원이 다르다는 것을 알고계십니까?

- ☐① 알고있다 ☐② 모른다

Q3. 귀하의 직계가족 중 현재 노인요양시설에 거주하고 계시거나, 과거 10년 이내 거주하셨던 분이 있습니까?

- ☐① 있다(→Q3-1로)
☐② 없다(→Q4로)

※ 다음의 질문들은 귀하의 직계가족의 노양시설 이용 경험에 대한 질문입니다.

Q3-1. 귀하께서는 노인요양시설에 거주하고 계시거나, 거주하셨던 분과 어떠한 관계 이십니까(복수응답 가능)?

- ☐① 배우자 ☐② 본인 부모 ☐③배우자 부모 ☐④기타(_____)

[program: 복수 응답]

Q3-2. 귀하의 가족이 노인요양시설을 이용한 **가장 큰 이유**는 무엇입니까?

- ☐① 돌봐줄 사람이 없어서(가족들의 경제활동 때문에)
☐② 가족들의 돌봄 부담이 높아서
☐③ 노인이 원해서
☐④ 전문적인 서비스를 받고 싶어서
☐⑤ 기타(text _____)

Q3-3. 귀하 가족의 노인요양시설 이용 여부 결정시 누구의 의견이 가장 많이 반영 되었습니까?

- ☐① 노인 본인 ☐② 노인의 배우자 ☐③ 노인의 자녀

388 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

☐ ④ 기타()

Q3-4. 귀하의 가족이 현재 이용하고 있는 노인요양시설을 선택했을 때 중요하게 생각하였던 선택 기준은 무엇이었습니까? 2순위까지 선택하여주십시오.

(1순위)		(2순위)	
-------	--	-------	--

- ☐ ① 비용
☐ ② 노인요양시설의 물리적 환경(청결, 위생, 안전 등)
☐ ③ 직원의 충분성, 친절성, 전문성 등
☐ ④ 노인요양시설의 규모(정원 수 등)
☐ ⑤ 노인요양시설 평가결과
☐ ⑥ 주변의 평판
☐ ⑦ 노인요양시설과 주된 보호자의 거주지와의 거리
☐ ⑧ 주변의 소개 및 추천
☐ ⑨ 시설의 운영주체(공공, 민간)
☐ ⑩ 서비스 내용(여가활동, 인지재활, 물리치료, 작업치료 등)
☐ ⑪ 종교
☐ ⑫ 기타(text)

[program: 2순위 필수]

Q3-5. 귀하께서는 귀하 가족의 노인요양시설 이용 중에 제공되고 있는 서비스에 대해 만족하십니까?

- ☐ ① 매우 불만족(→Q3-5-1로)
☐ ② 불만족(→Q3-5-1로)
☐ ③ 만족
☐ ④ 매우 만족

Q3-5-1. 만족하지 못하셨다면, **이유**는 무엇입니까? 우선순위 2가지 선택

- ☐ ① 일상생활 관리가 잘 안됨(식사, 목욕 등)
☐ ② 의료서비스 미제공(건강관리가 잘 안됨)
☐ ③ 사생활 보호가 안됨
☐ ④ 서비스 비용이 부담됨
☐ ⑤ 기관의 환경이 좋지 않음(시설의 노후화, 냄새, 청결 등)
☐ ⑥ 서비스 내용이 전문적이지 않음

- ☐ ⑦ 직원들이 불친절함
☐ ⑧ 직원들의 전문성이 부족함
☐ ⑨ 응급상황 대처 부족(낙상, 심장지시 대처 등)
☐ ⑩ 기관과 보호자와의 소통 부족
☐ ⑪ 기타(text)

[program: 2개 선택 필수]

Q3-6. 귀하께서는 최근 3년 이내 시설에서 생활하는 귀하의 가족에게 면화를 간 적이 있습니까?

- ☐ ① 있다(→Q5로)
☐ ② 없다(→Q6으로)

※ 다음의 질문들은 노인요양시설 방문 경험에 대한 질문입니다.

Q4. 귀하께서는 최근 3년 이내 노인요양시설을 방문한 적이 있습니까?

- ☐ ① 있다(→Q4-1로)
☐ ② 없다(→Q6으로)

Q4-1. 귀하께서 노인요양시설에 방문하신 **주된 이유**는 무엇입니까?

- ☐ ① 친구, 지인 등이 노인요양시설에서 생활하고 있어서
☐ ② 봉사활동
☐ ③ 직원으로 근무
☐ ④ 그 외 노인요양시설 관련 업무(실습, 물품납품 등)
☐ ⑤ 시설 이용을 위한 가족의 상담 방문(시설선택과정 중)
☐ ⑥ 기타(text)

Q5. 귀하께서 노인요양시설을 방문하셨을 때 노인요양시설에 대한 인상은 어떠하십니까?

- ☐ ① 가정과 같이 편안함
☐ ② 활동적이고 활기참
☐ ③ 조용하고 정적임
☐ ④ 어둡고 무거운 느낌
☐ ⑤ 기타(text)

B. 노인요양시설에 대한 인식

※ 다음의 질문들은 노인요양시설에 대한 귀하의 생각에 대한 질문입니다. 다음의 설명을 읽어보시고, 노인요양시설을 연상하면서 응답해 주십시오.

□ 노인요양시설이란 무엇인가요?

-고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체 활동 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하여 노인의 노후 생활 안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 생활시설입니다.

□ 노인요양시설에서 제공되는 서비스는 무엇이 있나요?

-신체활동지원서비스: 세면 및 몸단장, 구강위생, 머리감기 및 목욕, 체위변경, 옷갈아입히기, 화장실 이용하기
-간호처치서비스: 간호처치(투약, 영양, 통증간호 등), 재활
-식사지원서비스: 일반식사, 건강상태에 따른 특별식, 경관영양 등
-여가지원서비스: 다양한 여가프로그램 지원
-위생관리서비스: 세탁, 청소 등

□ 노인요양시설 입소기준은 무엇인가요?

-노인장기요양등급 1~2등급 및 장기요양 3~5등급자 중 불가피한 사유, 치매 등으로 시설급여 대상자로 판정받은 사람

□ 노인요양시설과 요양병원은 다른 시설인가요?

-노인요양시설과 요양병원은 다른시설입니다.

구분	요양시설	요양병원
개념	치매, 중풍 등 노인성 질환으로 인해 일상생활에 도움이 필요한 노인들에게 생활의 편의를 제공 돌봄을 목적으로 함	장기요양을 요하는 입원환자에게 의료서비스 제공 치료를 목적으로 함
대상	장기요양 1~2등급 및 장기요양 3~5등급자 중 시설급여 대상자	없음
인력기준	요양보호사 중심	의사, 간호사 등 의료인력 중심
관련 제도	의사 및 간호사는 축적의 국민건강보험	노인장기요양보험

Q6. 귀하께서는 노인요양시설에 대한 다음과 같은 생각에 동의하십니까?

문항	① 매우 반대다	② 동의 하는 편이다	③ 동의 하 지 않는 편이다	④ 전혀 동의 하지 않는다
자율성 보장	1) 노인요양시설은 한번 들어가면 나올 수 없는 곳이다.			
	2) 노인요양시설에서는 다양한 프로그램을 자유롭게 이용할 수 있다.			
	3) 노인요양시설은 외출/외박이 자유롭다.			
	4) 노인요양시설은 원하는 물건을 가지고 들어갈 수 있다.			
	5) 노인요양시설에서 먹고 싶은 것을 사 먹으며 생활할 수 있다			
	6) 노인요양시설에서는 노인이 원하는 시간에 마음대로 씻고, 먹고, 잘 수 없다.			
서비스	7) 노인요양시설은 생활하는 노인에게 편안함을 준다.			
	8) 노인요양시설 직원들은 노인들을 존중해 준다.			
	9) 노인요양시설 노인들은 주로 참만 잔다.			
	10) 노인요양시설에서 살면 간호사 등이 건강관리를 잘해준다.			
	11) 노인요양시설은 기도원 또는 감옥 같은 곳이다.			
	12) 노인요양시설에서는 노인들에게 식사를 제대로 제공하지 않는다(적은 양, 낮은 질의 식사 등).			
	13) 노인요양시설에서는 학대가 빈번히 있다.			
	14) 노인요양시설에서는 노인에게 억지로 기저귀를 채워놓는다.			
	15) 노인요양시설에서는 노인을 움직이지 못하게 묶어 놓는다.			
	16) 노인요양시설에서는 노인을 억지로 재우려고 약을 먹인다.			
관계성	17) 노인요양시설에서 친구를 사귄다.			
	18) 노인요양시설에서의 공동생활(단체생활)이 힘들다.			
	19) 노인요양시설은 거주하는 노인들의 가족에게 자유로움을 주는 곳이다.			
	20) 노인요양시설 입소는 현대판 고려장이다.			
	21) 노인요양시설은 치매노인만 가는 곳이다.			

**C. 미래 본인이 이용할
노인요양시설 선택시 고려사항과 중요도**

※ 다음의 질문들은 귀하께서 미래 본인이 이용할 노인요양시설 선택시 고려사항에 대한 질문입니다. 귀하께서 노인요양시설을 이용해야 한다면, 어떠한 부분에 중점을 두고 시설을 선택할 것인지를 생각하며 응답해주시십시오.

Q7. 귀하께서는 노인요양시설을 이용해야 한다면, 다음의 각 항목에 대해 둘 중 어떤 시설에 입소하기를 원하십니까?

구분	보 기
Q7-1. 시설 지역 특성	<input type="checkbox"/> ① 교외의 한적한 곳이 있는 시설 <input type="checkbox"/> ② 도심에 있는 시설
Q7-2. 시설규모	<input type="checkbox"/> ① 대규모 시설 <input type="checkbox"/> ② 소규모 시설
Q7-3. 프로그램	<input type="checkbox"/> ① 다양한 프로그램이 있는 시설 <input type="checkbox"/> ② 프로그램이 적고 시간적 여유가 있는 시설
Q7-4. 방 구성	<input type="checkbox"/> ① 개인실(1인실 또는 부부실) <input type="checkbox"/> ② 2인실이상의 다인실(다른 사람과 함께 생활)
Q7-5. 비용부담	<input type="checkbox"/> ① 이용자 전체가 동일한 비용을 지불하는 시설(동일 서비스 동일 비용) <input type="checkbox"/> ② 이용 서비스에 따라 차등적 비용을 지불하는 시설
Q7-6. 시설운영주체	<input type="checkbox"/> ① 공공에서 운영하는 시설(정부, 지자체, 법인 등) <input type="checkbox"/> ② 개인이 운영하는 시설(민간시설)
Q7-7. 기관의 자율성 보장 정도	<input type="checkbox"/> ① 노인 개인의 자율적 선택을 우선으로 하는 시설 <input type="checkbox"/> ② 노인의 건강 또는 바람직한 생활을 위한 관리를 강조하는 시설
Q7-8. 시설의 구조	<input type="checkbox"/> ① 집과 같은 형태 <input type="checkbox"/> ② 병원과 같은 형태

Q8. 귀하께서 미래에 노인요양시설을 이용해야한다면, 시설선택의 요소 중 중요하게 고려할 사항은 무엇입니까? 아래의 문항은 A가 B에 대해 상대적으로 얼마나 중요한가를 평가하는 것입니다.

예를 들어, '개인의 자유로운 생활 보장'이 '전문적 서비스'에 비해 상대적으로 중요하다고 생각하시면 "같다(①)"를 기준으로 '개인의 자유로운 생활 보장'(A) 쪽의 ⑤에 √표로 기입해 주시면 됩니다.

☐ **자유로운 사생활 보장**

- 자유로운 시간사용(식사시간, 활동시간, 수면시간), 식사메뉴 선택권, 사적인 공간 활용, 자유로운 이동 또는 외출, 프로그램 참여 선택권

☐ **전문적 서비스**

- 신체활동 지원 서비스, 간호 서비스, 식사서비스, 여가지원서비스, 위생관리서비스, 호스피스

☐ **시설환경**

- 위치, 규모, 가정과 같은 구조, 개인실(1인실 또는 부부실) 사용, 위생

☐ **인력의 친절함, 전문성, 충분성**

- 직원의 친절성, 직원의 전문성, 직원 수의 충분성

☐ **비용**

- 시설 내 이용자의 동일한 비용 부담, 이용 서비스에 따른 비용 부담

영역부분(A)	절대 중요		매우 중요		중요		약간 중요		같다		약간 중요		중요		매우 중요		절대 중요		영역부분(B)
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		
개인의 자유로운 사생활 보장																			전문적 서비스
개인의 자유로운 사생활 보장																			시설환경
개인의 자유로운 사생활 보장																			인력의 친절함, 전문성, 충분성
개인의 자유로운 사생활 보장																			비용
전문적 서비스																			시설환경
전문적 서비스																			인력의 친절함, 전문성, 충분성
전문적 서비스																			비용
시설환경																			인력의 친절함, 전문성, 충분성
시설환경																			비용
인력의 친절함 전문성, 충분성																			비용

394 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

Q8-1. 개인의 자유로운 사생활 보장 영역에서 '자유로운 시간사용(식사시간, 활동시간, 수면시간)', '식사메뉴 선택권', '사적 공간 활용', '자유로운 이동 또는 외출', '프로그램 참여 선택권' 중 5개의 지표를 2개씩 상호비교한다면 어느 부분이 더 중요하다고 생각하십니까?

영역부분(A)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	감다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	영역부분(B)
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	
자유로운 시간사용										식사메뉴 선택권
자유로운 시간사용										사적 공간 활용
자유로운 시간사용										자유로운 이동 또는 외출
자유로운 시간사용										프로그램 참여 선택권
식사메뉴 선택권										사적 공간 활용
식사메뉴 선택권										자유로운 이동 또는 외출
식사메뉴 선택권										프로그램 참여 선택권
사적 공간 활용										자유로운 이동 또는 외출
사적 공간 활용										프로그램 참여 선택권
자유로운 이동 또는 외출										프로그램 참여 선택권

Q8-2. 전문적 서비스 영역에서 '신체활동지원서비스(세면도움, 양치도움, 목욕도움, 체위변경, 이동도움, 화장실 이용 돕기 등)', '간호서비스(투약, 영양, 호흡기 및 피부간호 등)', '식사서비스', '여가지원서비스(나들이, 프로그램 등)', '위생관리 서비스(세탁 및 청소 등)', '호스피스' 중 6개의 지표를 2개씩 상호비교한다면 어느 부분이 더 중요하다고 생각하십니까?

영역부분(A)	절대중요		매우중요		중요		약간중요		같다		약간중요		중요		매우중요		절대중요		영역부분(B)
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨		
신체활동지원서비스																			간호서비스
신체활동지원서비스																			식사서비스
신체활동지원서비스																			여가지원서비스
신체활동지원서비스																			위생관리서비스
신체활동지원서비스																			호스피스
간호서비스																			식사서비스
간호서비스																			여가지원서비스
간호서비스																			위생관리서비스
간호서비스																			호스피스
식사서비스																			여가지원서비스
식사서비스																			위생관리서비스
식사서비스																			호스피스
여가지원서비스																			위생관리서비스
여가지원서비스																			호스피스
위생관리서비스																			호스피스

Q8-3. 시설환경 영역에서 ‘위치’, ‘규모’, ‘가정과 같은 구조’, ‘개인실(1인실 또는 부부실) 사용’, ‘위생’ 중 5개의 지표를 2개씩 상호비교한다면 어느 부분이 더 중요하다고 생각하십니까?

영역부분(A)	절대 중요	매우 중요	중요	약간 중요	같다	약간 중요	중요	매우 중요	절대 중요	영역부분 (B)
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	
위치										규모
위치										가정과 같은 구조
위치										개인실(1인실 또는 부부실) 사용
위치										위생
규모										가정과 같은 구조
규모										개인실(1인실 또는 부부실) 사용
규모										위생
가정과 같은 구조										개인실(1인실 또는 부부실) 사용
가정과 같은 구조										위생
개인실(1인실 또는 부부실) 사용										위생

Q8-4. 인력 영역에서 ‘직원의 친절성’, ‘직원의 전문성’, ‘직원 수의 충분성’ 중 3개의 지표를 2개씩 상호비교한다면 어느 부분이 더 중요하다고 생각하십니까?

영역부분(A)	절대 중요	매우 중요	중요	약간 중요	같다	약간 중요	중요	매우 중요	절대 중요	영역부분 (B)
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	
직원의 친절성										직원의 전문성
직원의 친절성										직원 수의 충분성
직원의 전문성										직원 수의 충분성

Q8-5. 비용 영역에서 ‘시설 내 이용자의 동일한 비용 부담’, ‘이용 서비스에 따른 비용 부담’ 중 2개의 지표를 2개씩 상호비교한다면 어느 부분이 더 중요하다고 생각하십니까?

영역부분(A)	절대 중요	매우 중요	중요	약간 중요	같다	약간 중요	중요	매우 중요	절대 중요	영역부분(B)
	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	
시설 내 이용자의 동일한 비용 부담										이용 서비스에 따른 비용 부담

Q9. 귀하께서 생각하시는 좋은 요양시설은 어떤 곳입니까? 2순위까지 응답해주시시오.

(1순위)		(2순위)	
-------	--	-------	--

- ☐ ① 전문적인 돌봄서비스를 받을 수 있는 시설
☐ ② 자유롭게 살 수 있는 선택권이 보장되는 시설(식사 및 취침시간의 자율성, 식사 메뉴 선택, 외부활동 등)
☐ ③ 개인의 경제적 수준에 맞게 서비스를 선택할 수 있는 시설
☐ ④ 시설이 아닌 집과 같은 분위기의 시설
☐ ⑤ 개인의 욕구에 맞는 맞춤형 서비스를 제공하는 시설(식사, 간식, 여가, 활동 등)
☐ ⑥ 가족 및 지역사회와의 교류가 활발한 시설
☐ ⑦ 비용이 저렴한 시설
☐ ⑧ 의사가 상주하는 시설 또는 의료서비스를 제공하는 시설
☐ ⑨ 기타(text)

[program: 2순위까지 필수]

※ 다음의 질문들은 귀하께서 미래 노인요양시설 이용시 비용부담과 관련된 질문입니다.

Q10. 귀하께서는 노인요양시설을 이용하실 때 희망하는 서비스를 선택할 수 있다면 비용을 추가로 지급하고도 이용할 의향이 있으십니까?

- ☐ ① 있다(→Q10-1로)
☐ ② 없다(→Q11로)

398 노인의 요양 욕구 다양화와 노인요양시설 특성화 전략 개발

Q10-1. 다음의 서비스 중 추가로 비용을 들여서 이용하고 싶은 서비스는 무엇입니까?

문항	① 추가비용 지급없음	② 추가비용 지급있음
1) 1인실(개인공간)		
2) 부부전용실		
3) 목욕서비스(원하는 시간에 개별 목욕 실시)		
4) 개별 여가활동 및 나들이		
5) 요양시설 내에서 제공되는 의료서비스		
6) 병의원 동행 및 외출		
7) 양질의 식사서비스(건강상태 및 욕구에 따른 개별화된 식사)		
8) 이마용(염색, 파마 등)		
9) 기호식품(술, 담배 등)		
10) 나만을 위한 전담 돌봄 인력 또는 추가 돌봄 인력 배치		
11) 기능훈련, 재활 서비스 등		
12) 기타(text)		

Q11. 현재 노인요양시설 이용시 평균적인 부담금액은 월 50만원(비급여 및 본인부담금 포함) 정도입니다. 귀하께서는 노인요양시설에서 지금보다 좋은 돌봄을 받기 위해 개인이 부담할 수 있는 금액은 어느 정도입니까?

- ☐ ① 0원(부담하지 않겠다) ☐ ② 월50만원 미만
☐ ③ 월50만원 이상 ~ 월70만원 미만 ☐ ④ 월70만원 이상 ~ 월100만원 미만
☐ ⑤ 월100만원 이상 ~ 월150만원 미만 ☐ ⑥ 월150만원 이상 ~월 250만원 미만
☐ ⑦ 월 250만원 이상 ☐ ⑧ 해당 시기 연금 수급 금액 안에 지출

Q12. 귀하께서 노인요양시설을 이용하게 된다면, 서비스 이용에 대한 자부담 비용은 누가 부담해야 한다고 생각하십니까?

- ☐ ① 노인 본인 ☐ ② 노인의 배우자 ☐ ③ 노인의 아들/며느리
☐ ④ 노인의 딸/사위 ☐ ⑤ 자녀들 공동부담 ☐ ⑥ 기타

D. 본인의 향후 노인요양시설 이용 의향

※ 다음의 질문들은 귀하께서 노인이 되어 건강이 악화되었을 때 노인요양시설을 이용할 의향이 있는지와 관련된 질문입니다.

Q13. 노인요양시설은 나이가 들어 몸이 약해져 누군가의 도움 없이 생활을 할 수 없을 때 입소하여 생활하는 시설을 말합니다. 귀하께서는 귀하의 건강상태가 악화되어 향후 노인요양시설을 이용해야 할 상황이 되었을 때 노인요양시설을 이용할 의사가 있으십니까?

- ☐① 그렇다(→Q13-1로)
☐② 이용하지 않겠다(→Q13-2로)

Q13-1. 귀하께서 노인요양시설을 이용하고 싶은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ☐① 가족들에게 부담을 주기 싫어서
☐② 나에게 돌봄을 제공해 줄 사람이 없어서
☐③ 일상생활을 도와주는 사람이 있는 것이 좋아서
☐④ 다른 사람들과 함께 지내고 싶어서
☐⑤ 전문적인 돌봄서비스를 받고 싶어서
☐⑥ 기타(text)

Q13-2. 노인요양시설을 이용하고 싶지 않은 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- ☐① 자유가 없을 것 같아서
☐② 비용이 부담되어서
☐③ 한번 들어가면 나올 수 없을 것 같아서
☐④ 가족 이외에 타인에게 돌봄을 받는 것이 익숙하지 않아서
☐⑤ 노인요양시설의 서비스 질을 신뢰하지 못해서
☐⑥ 의료서비스 부족
☐⑦ 가족과 단절될 것 같아서
☐⑧ 요양시설 분위기가 싫어서
☐⑨ 기타(text)

일반 사항

※ 다음의 질문들은 귀하의 일반사항에 대한 질문입니다.

DQ1. 귀하의 최종학력은 무엇입니까?

- ☐① 무학 ☐② 초졸 ☐③ 중졸 ☐④ 고졸
☐⑤ 전문대졸 ☐⑥ 대졸 ☐⑦ 대학원이상

(※ 재학 또는 중퇴의 경우에는 이전 학력으로 간주함.)

DQ2. 귀하의 종교는 무엇입니까?

- ☐① 없음 ☐② 불교 ☐③ 개신교(기독교) ☐④ 천주교
☐⑤ 유교 ☐⑥ 원불교 ☐⑦ 기타

DQ3. 귀하는 평소의 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- ☐① 매우 건강하다 ☐② 건강한 편이다 ☐③ 그저 그렇다
☐④ 건강이 나쁜 편이다 ☐⑤ 건강이 매우 나쁘다

DQ4. 귀하의 혼인상태는 무엇입니까?

- ☐① 무배우 ☐② 유배우(기혼) ☐③ 기타()

DQ5. 귀하의 가구형태는 무엇입니까?

- ☐ ① 1인가구
☐ ② 부부가구(응답자 부부 2인만 사는 경우)
☐ ③ (응답자의) 자녀동거가구
☐ ④ (응답자의) 부모동거가구(부모+응답자)
☐ ⑤ (응답자의) 부모와 자녀 동거가구(부모+응답자+자녀)
☐ ⑥ 기타()

DQ6. 귀하께서는 자녀가 있으십니까? 있다면 몇 명입니까?

- ☐① 없음 ☐② 있음(_____명)

DQ7. 귀하께서는 생존한 부모가 있으십니까?

문항	① 없음	② 있음
1) 응답자의 부		
2) 응답자의 모		
3) 배우자의 부		
4) 배우자의 모		

☞ 바쁘신 중에 끝까지 성의있게 협조해 주셔서 진심으로 감사드립니다.

간행물 회원제 안내

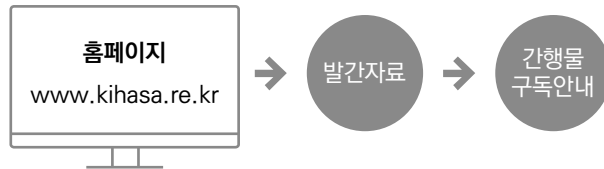
회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원	보건 분야 간행물 회원
120,000원	75,000원
사회 분야 간행물 회원	정기 간행물 회원
75,000원	35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>