

노인 장기요양보호의 대상인구 추정

1. 머리말

노인 장기요양보호서비스를 제공하는 데 있어서 우선적으로 검토하여야 할 사항이 누구를 대상으로 하느냐 하는 것이다. 장기요양보호서비스는 일단 신체적으로나 정신적으로 건강한 노인은 제외되며, 건강하지 못한 노인이란 할지라도 특정한 기능상 장애로 인하여 장기간의 요양서비스를 필요로 하는 경우에만 제공된다는 특징을 지니고 있다고 하겠다. 다시 말한다면, 장기요양보호에서 대상으로 하고 있는 기능상 장애노인을 선정하는데 있어서 보편적으로 이용되고 있는 지표가 일상생활 동작(ADL 및 IADL)의 자립적 수행정도이다.

본고에서는 우리 나라의 일상생활동작에 있어서 비자립적인 노인의 수를 노인장기요양보호정책기획단의 기본 방향을 고려하여 추정하고자 한다. 이를 위하여 이용된 자료는 1998년도 한국보건사회연구원에서 실시한 『노인 생활실태 및 복지욕구조사』의 원자료(raw data)이고, 이를 동 기획단의 정책수립측면에서 재분석하였다.



鮮于 憲

한국보건사회연구원 책임연구원

2. 장기요양보호 대상노인의 범위

1) 일반적인 설정범위

일반적으로 대상노인을 선정하는 데에 있어서 가장 많이 사용하는 척도가 상기한 바와 같이 일상생활수행능력을 측정하는 ADL (Activities of Daily Living)과 IADL(Instrumental Activities of Daily Living)이라 할 수 있다. 즉, 이러한 지표는 의존성을 나타내고 있고, 각국에서는 의존성의 정도에 따라서 장기요양보호대상자를 선정하고 있는데, OECD 각국의 ADL 항목에 대한 조사자료에 의하면, 크게 신변보호(self-care)와 이동(mobility)부분으로 나누고, 신변보호에는 대부분의 국가에서 씻기(wash, 목욕하기 포함), 옷갈아입기(dress), 식사하기(feed)의 내용이 포함되어 있고, 이동에는 걷기(walk), 계단 오르내리기(stairs), 침대(침상)에서 일어나 앉기(bed)의 내용이 포함되어 있다(표 1 참조).

그리고 OECD에서는 ADL에는 제한이 없지만, IADL에만 제한이 있는 노인을 경증장애(moderate disability)노인, 한 가지 이상의 ADL에 제한이 있는 노인을 중증장애(severe disability)노인으로 분류하고 있다. 이때 경증장애노인은 보편적으로 시설보호대상으로 보고 있지 않고, 주로 중증장애노인을 장기요양보호대상을 선정하는 대리지표(proxy)로 간주하고 있다. 또한 영국의 경우에는 후생성의 장기요양 보호정책보고서에 의하면 장기요양보호의 욕구를 사정하는데 ADL뿐만 아니라 IADL도 고려하고 있다.

이와 같이 장기요양보호 대상노인을 선정하는 지표로 ADL과 IADL 모두 고려하고 있는데, 국가마다 어느 지표에 치중하고 있는가 하는 것은 무엇보다도 노인복지프로그램이 얼마나 충실하게 마련되어 있는가에 달려 있다고 보여진다. 대부분의 유럽대륙 국가들은 경증장애에 해당하는 노인을 위한 각종 여가 및 지원프로그램이 잘 갖추어져 있어 장기요양보호 프로그램에서 크게 다루고 있지 않는 것으로 보인다. 그런데 우리 나라의 경우에는 노인복지프로그램이 제대로 갖추어져 있지 못한 실정이어서 중증장애로 전락·악화되는 것을 예방한다는 차

우리 나라의 경우에는
노인복지프로그램이
제대로 갖추어져 있지 못한
실정이어서 중증장애로
전락·악화되는 것을
예방한다는 차원에서
장기요양보호서비스를
보다 적극적으로
제공해 줄 수 있는
시스템구축이 필요하다.

원에서 장기요양보호서비스를 보다 적극적으로 제공해 줄 수 있는 시스템구축이 필요하다. 이 때 경증장애를 사정하는 IADL의 지표를 적절하게 선정할 필요가 있는데, OECD 보고서에 의하면 IADL 지표로 각국의 실태를 고려하여 가장 많이 활용되고 있는 지표가 집안일 하기(housework), 시장보기(shopping) 및 식사준비하기(meal preparation)인 것으로 조사되고 있다.

표 1. OECD국가의 ADL 및 IADL 지표 포함여부

국가명	신변보호			이동			IADL 제한		
	씻기	옷 갈아입기	식사하기	걷기	계단 오르내리기	침대에서 일어나 앉기	집안일 하기	시장 보기	식사 준비하기
오스트리아	○	○	×	×	×	○	○	○	○
캐나다	○	○	○	○	○	○	○	○	○
프랑스	○	○	○	○	○	○	○	○	○
아이슬랜드	×	○	○	×	○	×	○	×	×
이태리	○	○	○	○	○	○	○	○	○
뉴질랜드	○	○	×	○	○	×	○	○	○
노르웨이	○	○	○	○	○	○	○	○	×
스웨덴	○	×	×	×	○	○	○	○	○
영국	○	○	○	○	○	○	○	○	○

자료 : Gudex, C. and Lafortune, G., *An Inventory of Health and Disability-Related Surveys in OECD Countries*, DEELSA/ELSA/WD, 2000. 5.

2) 노인장기요양보호정책기획단의 설정범위

장기요양보호 대상노인은 기본적 또는 수단적 일상생활동작을 혼자 스스로 수행하지 못하는 노인으로 범위를 설정해 놓고 있다. 여기에서 기본적 일상생활동작(Basic ADL)에 해당하는 항목으로는 ① 걷기, ② 앉기, ③ 화장실 이용하기, ④ 목욕하기, ⑤ 옷 갈아입기, ⑥ 식사하기로 하였고, 수단적 일상생활동작(Instrumental ADL)에 해당하는 항목으로는 ① 일용품 사러가기, ② 전화걸기, ③ 버스 전철타기, ④ 가벼운 집안일하기로 하였다. 특히, IADL에만 문제가 있는 노인은 집안 내에서의 신체적 활동은 자립적으로 수행할 수 있지만, 집밖의 외출 생활에 제한을 받게 되기 때문에 이러한 활동이 지속적으로 제약을 받아 스스로 해결하지 못하는 경우에는 빠른 시기에 중증장애화될 수 있어 예방적인 차원에서 경증장애노인도 장기요양보호서비스가 필요한 대상에 포함시킬 필요가 있다는 것이다.

3. 장기요양보호 대상노인의 추정

1) 장기요양보호 대상노인의 추정방법

장기요양보호서비스의 수요는 장기요양보호 대상노인의 욕구와 비공식적 보호(informal care)의 수준을 감안하여 측정하여야 하는데, 이에 는 두 가지의 유형으로 구분이 가능하다.

그 하나는 수발자의 존재유무, 수발자의 신체적·정신적 건강을 고려한 방법인데, 비공식적 보호의 수준을 알기 위하여 노인의 거주형태(예: 독거노인, 노인부부가구, 자녀동거가구, 기타) 변인을 주로 사용하나, 수발자의 존재유무, 수발자의 신체적·정신적 건강을 고려하여 비공식적 보호의 수준을 파악하는 것이 좀 더 정확한 측정이 될 수 있다. 여기에서 비공식적 보호수준은 다음의 5가지로 구분할 수 있다. 즉,

- ① 노인에게 수발자가 없어, 비공식적 보호를 전혀 받지 못하는 경우
- ② 수발자가 있지만, 수발자가 노인과 별거하는 경우인데, 이는 수발자가 노인과 동거하지 않기 때문에, 노인이 제대로 보호(care)를 받을 수 없는 경우이다.
- ③ 수발자의 신체적 건강이 수발에 지장이 있을 정도로 좋지 못한 경우와 수발자가 정서적 부양부담을 느끼는 경우인데, 이는 ①, ② 다음으로 비공식적 보호를 받는데 어려움이 있다. 그 이유는 수발자의 신체적 건강이 나쁘면, 이로 인해 보호를 제공하는 데 어려움이 커, 노인이 충분한 보호를 받지 못할 가능성이 크고, 정서적 부양부담이 높으면, 이로 인해 노인이 충분한 보호를 받지 못할 가능성이 있기 때문이다.
- ④ 수발자의 신체적 건강이 수발에 지장이 있을 정도로 좋지 못하거나 또는 수발자가 정서적 부양부담을 느끼는 경우
- ⑤ 기타

장기요양보호서비스의 수요는 장기요양보호 대상노인의 욕구와 비공식적 보호(informal care)의 수준을 감안하여 측정하여야 한다.

또 하나는 수발자의 존재유무, 수발자와 대상노인과의 관계, 수발자의 연령 등을 고려한 방법인데, 현재로서는 수발자의 신체적 건강, 정

서적 부양부담을 알 수 있는 통계자료가 없기 때문에, 수발자의 신체적 건강과 정서적 부양부담에 영향을 미치는 주요변인들을 사용하여 비공식적 보호수준을 측정할 수밖에 없다. 여기에는 비공식적 보호수준을 4가지로 구분할 수 있다. 즉,

- ① 노인의 수발자가 없어 비공식적 보호를 전혀 받지 못하는 경우
- ② 수발자가 있지만, 수발자가 노인과 별거하는 경우
- ③ 노인의 수발자가 70세 이상의 배우자인 경우인데, 이는 노인이 ①, ② 다음으로 비공식적 보호를 받기 어렵다. 그 이유는 수발자가 70세 이상인 노인의 배우자인 경우 본인 역시 노인이기 때문에 신체적 건강이 나쁠 가능성이 크며, 이로 인해 보호를 제공하는 데 어려움이 커 노인이 충분한 보호를 받지 못할 가능성이 크기 때문이고, 수발자가 배우자인 경우 자녀에 비해 정서적 부양부담이 높기 때문에 이로 인해 노인이 충분한 보호를 받지 못할 가능성이 있다.
- ④ 수발자가 노인과 동거를 하지만, 70세 이상인 노인의 배우자가 아닌 경우인데 특히 이 집단에는 수발자가 자녀인 경우가 많을 것으로 생각된다. 또한 이들은 앞의 세 집단에 비해 자원이 더 많다는 점에서 보호의 어려움이 가장 낮다고 할 수 있다.

이와 같은 관점을 고려하면서 여기에서는 현재 이용된 자료의 한계로 노인의 건강상태와 가족 간병수발 정도만을 고려하여 추정하였다. 즉, 노인의 건강상태는 상기한 일상생활동작을 기준으로 ① 경증(IADL만 제한), ② 중증(ADL 1~5개 제한) 및 ③ 최중증(ADL 6개 모두 제한)의 3개 유형으로 구분하였고, 가족 간병수발 정도는 수발자 유무, 수발자와 노인과의 가족관계, 수발자의 연령 등을 기준으로 ① 수발자 없는 독거상태, ② 수발자인 배우자의 연령이 70세 이상, ③ 수발자인 배우자의 연령이 69세 이하, ④ 수발자가 자녀이면서 맞벌이부부 및 ⑤ 수발자가 자녀이면서 전업주부인 경우의 5개 유형으로 구분하였다. 다만, 시설보호노인의 경우에는 기본적으로 가족이 간병수발을 하지 않기 때문에 가족 간병수발 정도 요소는 고려하지 않고 있다.

2) 장기요양보호대상노인의 추정결과

재가노인 중에서 장기요양보호 대상은 2000년 현재 전체 시설에 수용보호를 받고 있는 노인을 제외한 재가노인인구의 18.9%에 해당하는 63만 5천명인 것으로 추정되고 있다. 이를 다시 건강상태별로 구분하여 보면, 경증노인이 재가노인인구의

7.3%(24만 2천명), 중증노인이 재가노인인구의 10.1%(34만 3천명), 최종증 노인이 재가노인인구의 1.5%(5만명)에 해당하고 있다.

그리고 수발형태의 유무에 따라 구분하여 보면, 일상생활동작의 장애 정도와 관계없이 자녀 및 타인의 수발이나 도움을 받지 못하는 독거노인 비중이 전체 재가노인의 2.5%에 해당하는 8만 4천명 정도로 추정되고 있다. 주수발자가 연령의 구분없이 배우자인 경우가 전체 재가노인의 4.6%, 자녀인 경우가 전체 재가노인의 11.8%인 것으로 추정되고 있다.

표 2. 장기요양보호 대상노인수 추정¹⁾(2000년)

(단위: 명, %)

구 분	재가노인수 비율 ²⁾						시설 노인수
	전체	수발자 없는 독거노인	수발자 있음				
			배우자 수발자		자녀 수발자 ³⁾		
			70세 이상	69세 이하	맞벌이 부부	전업 주부	
경 증	241,954 (7.3)	13,442 (0.4)	20,163 (0.6)	26,884 (0.8)	94,725 (2.8)	86,740 (2.6)	1,931 (19.1)
중 증	342,767 (10.1)	67,209 (2.0)	33,605 (1.0)	57,128 (1.7)	96,479 (2.9)	88,346 (2.6)	4,055 (40.1)
최증증	50,407 (1.5)	3,360 (0.1)	10,081 (0.3)	6,721 (0.2)	15,787 (0.5)	14,457 (0.4)	152 (1.5)
합 계 (활동제한) ⁴⁾	635,126 (18.9)	84,011 (2.5)	63,849 (1.9)	90,732 (2.7)	206,991 (6.2)	189,543 (5.6)	6,138 (60.7)

주: 1) 전체 재가 및 시설노인에 대한 백분율로 나머지는 건강한 노인임.

2) 재가노인의 비율은 99.7%이며, 시설 노인의 비율은 0.3%임.

3) 추계인구에서는 전업주부 자녀(전체의 47.8%), 맞벌이 자녀(52.2%)로 구분하였음.

4) 활동제한노인이란 일상생활수행능력 항목별 응답에서 '매우 어렵거나 전혀 할 수 없다'고 응답한 노인을 대상으로 하였음(약간 어렵다고 응답한 경우는 제외함).

자료: 한국보건사회연구원, 『1998년 노인생활실태 및 복지욕구조사』 원자료

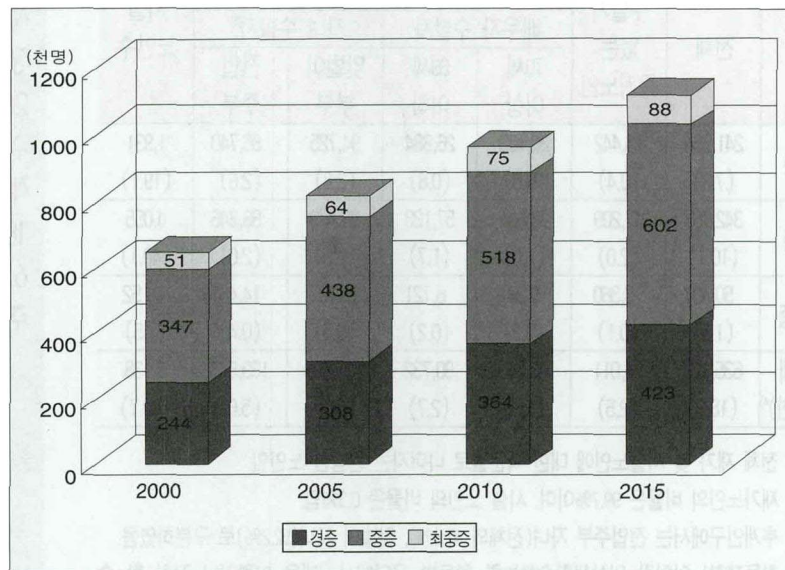
또한 건강상태와 수발형태를 모두 고려하여 살펴 보면, 최종증 노인 중에서 수발자가 없는 독거노인이 전체 재가노인의 0.1%에 해당하는 3천명 정도로 추정되고 있으며, 수발자가 배우자이면서 배우자의 연령이 70세 이상인 경우가 전체 재가노인의 0.3%, 69세 이하인 경우가

재가노인 중에서
장기요양보호 대상은
2000년 현재 전체 시설에
수용보호를 받고 있는 노인을
제외한 재가노인인구의
18.9%에 해당하는
63만 5천명인 것으로
추정되고 있다.

0.2%로 추정되고 있다. 그리고 수발자가 자녀이면서 맞벌이부부인 경우가 전체 재가 노인의 6.2%, 전업주부인 경우가 5.6%로 추정되고 있다. 그리고 시설에 입소보호를 받고 있는 노인 중에서 장기요양보호가 필요한 노인비중은 전체 시설입소노인의 60.7%인 것으로 추정되고 있으며, 그 중에서 중증 및 최중증에 해당하는 노인비중이 전체 시설노인의 41.6%로 추정되고 있다.

한편, 향후 장기요양보호 대상노인의 추정치를 살펴 보면 [그림 1]과 같다. 즉, 2000년에 64만 2천명 수준에서 2010년경에는 백만명에 육박하는 정도까지 확대될 것으로 추정되고 있다. 다만, 일상생활 기능장애 발생률이 1998년도와 동일하다고 가정하였는데, 노인 건강상태에 따라서 실제로 나타나는 장기요양보호 대상노인의 수는 변동이 있을 수 있겠다.

그림 1. 장기요양보호 대상노인의 추이(시설 및 재가노인 포함)



주: 자료의 한계로 장애발생률을 1998년도와 동일한 것으로 가정함.

자료: 한국보건사회연구원, 『1998년 노인생활실태 및 복지욕구조사』 원자료.

통계청, 인구추계자료, 1996.

결과적으로 추론하건대 현재 집에서 살고 있는 노인 중에서 옷을 갈아입고, 밥을 먹고, 화장실을 이용하는 것과 같은 모든 일상생활동작을 혼자 스스로 수행하지 못하면서 가족이나 타인의 도움을 받지 못하는 독거상태의 최중증 장애노인이 우선적으

로 노인장기요양시설에서 입소보호할 대상으로 보여지고 있고, 또한 연령이 70세 이상인 배우자가 수발을 하여야 하는 최중증 장애노인인 경우에도 재가 지역사회보호서비스가 제대로 제공되기 이전까지에는 추가적으로 노인장기요양시설에서 입소보호할 대상으로 보여지고 있다. 그 이 외에도 노인의 건강상태와 수발유형을 고려하여 추가적으로 시설보호가 필요한 경우가 있는데, 이에 대해서는 노인 장기요양보호서비스의 공급량 추계에서 설명하기로 한다.

4. 맺는 말

향후 장기요양보호가 필요한 대상노인을 보다 정확하게 추정하기 위해서는 다음과 같은 사항을 고려할 필요가 있다.

첫째, 장기요양보호 대상노인을 추정하는 데 있어서 중요한 것은 신체적뿐만 아니라 정신적인 측면을 고려하여야 한다는 점이다. 그런데 정신적인 측면을 고려하기가 여간 어려운 것이 아니다. 여기에서 정신적인 기능장애의 요소로 치매 증상 또는 우울 증상을 보편적으로 제시하고 있지만, 실제적으로 이를 측정하여 증상정도에 따라 장기요양보호 대상으로 포함시키는 데에는 아직도 기술적으로 적지 않은 문제가 있다. 따라서 본문에서도 설명하였듯이 정신적인 측면을 동시에 고려하여야 하였으나, 현재 전국적인 가용자료가 부재하기 때문에 본 분석에서는 제외되었다. 향후 보다 정확한 장기요양보호 대상노인을 추정하기 위해서 치매노인의 발생 현황에 대한 자료가 필요하고, 이를 위해서는 별도의 전국조사가 시급한 실정이다.

둘째, 일상생활동작을 나타내는 ADL 및 IADL 지표항목에 대한 재검토가 충분히 이루어져야 할 것이다. 특히 수단적인 동작상태를 의미하는 IADL를 나타내는 항목에 대해서는 많은 연구자나 국가마다 상이한 것이 사실이다. 따라서 우리 나라 노인의 일상생활동작으로 적합한 항목을 중심으로 재검토되어야 한다.

셋째, 장기요양보호 대상노인을 보호하는 데 중요한 역할을 담당하는 주수발자의 특성을 정확하게 파악하여야 할 것이다. 다시 말하면,

보다 정확한
장기요양보호 대상노인을
추정하기 위해서는,
치매노인의
발생 현황에 대한
자료가 필요하고,
이를 위해서는 별도의
전국조사가 시급한 실정이다.



가정봉사원이나 간병전문인력이 양성 보급된다고 하더라도 일차적인 수발자는 가족 구성원이 담당하여야 할 것이다. 따라서 가족수발자의 건강상태나 취업상태와 같은 변인을 파악하여 전반적인 서비스공급의 필요량을 보다 더 정확하게 추정할 수 있도록 하여야 한다.

끝으로, 장기요양보호 대상노인을 측정하는 데 필요한 ADL 및 IADL뿐만 아니라 치매정도를 재조정하고 판정할 수 있는 체제가 구축되어야 한다. 다시 말하면, 전문인력뿐만 아니라 판정팀이 양성·보급될 필요가 있는데, 이에는 노인병을 전문적으로 다루고 있는 전문의, 노인보호서비스를 전문적으로 제공하는 간호사, 사회복지사, 재활치료사(PT, OT) 등이 필요하고, 이들로 구성된 판정팀이 각 의료기관, 보건기관 및 장기요양시설에서 활동할 수 있도록 하여야 한다. 