

현안분석 2004-19

고령사회법제 7

고령사회와 노인복지법제의 체제 개선

조 임 영



고령사회와 노인복지법제의 체제 개선

Study on Aging Society and Reform of
Social Security Law

연구자 : 조 임 영(초청연구원)
Jo, Im-Young

2004. 11.



국문요약

인구의 고령화는 다양한 사회경제적 문제를 초래하는데, 그 중 하나가 노인에 대한 복지문제이다. 물론 노인복지의 문제는 고령사회의 고유한 문제는 아니다. 언제 어디서건 고령자는 있기 마련이고 그에 따라 노인복지는 문제될 수 있기 때문이다. 그렇지만 고령‘사회’에서의 노인복지는 양적 측면과 질적 측면에서 사회경제적으로 특유한 문제를 야기하고 새로운 사회정책적 대응을 요구한다.

고령‘사회’란 한 사회의 전체인구 가운데 고령인구의 비율이 증가함을 말한다. 이에 따라 고령사회에서의 노인복지는 양적 측면에서 증가할 수밖에 없고 질적 측면에서도 복지의 내용이나 성격을 달리 할 수밖에 없는 것이다. 특히 고령화가 저출산과 동시에 진행되고 여성의 경제활동 참여의 증가로 인해 노인에 대한 가족의 부양기능은 현저히 약화되고 있는 사정은 더욱 종합적이고 체계적이며 효율적인 노인복지정책을 필요로 한다.

이 연구는 고령사회의 도래에 따른 노인복지 환경의 변화에 주목하여 우리나라 현행 노인복지법제의 구조와 내용을 점검하고 고령사회에 적절히 대응할 수 있는 입법방향을 모색하고자 하였다.

우리나라 노인복지법은 1981년 제정된 이후 수차례 개정되었으나 현재에 이르기까지 근본적인 틀의 변화는 없다. 현행 노인복지법은 주로 저소득 취약계층의 노인들을 대상으로 하는 각종 복지정책의 근거법률로서 기능하여 왔기 때문에 현재의 고령화, 핵가족화, 소자녀출산을 둘러싼 사회적 현실을 제대로 반영하지 못하고 있다. 이에 따라 지금까지의 저소득노인 위주의 생활안정정책만으로는 한계가 있으며, 중산층 노인 등 전체노인의 새로운 복지수요에 효과적으로 대응하기 위한 포괄적, 보편적인 복지로의 정책전환이 필요하다.

노인복지와 관련하여 가장 기본적인 욕구라 할 수 있는 보건, 의료 분야의 경우 입법정책의 기본방향을 ‘사회화’, ‘전문화’, ‘예방화’ 등의 세 범주에 초점이 맞추어져야 할 것으로 생각한다. 이에 따라 보건의료의 권리성과 국가책임성이 강화되어야 하고 법제도에 있어 보편성과 포괄성이 확보되어야 한다.

고령사회의 도래와 따라 증가하는 노인복지수요의 하나는 노인주거복지의 문제이다. 노인주거복지는 고령사회의 노인계층의 다양성에 따른 욕구다양성을 고려하여 선택의 폭이 크도록 주택공급의 유형을 다양화시킬 필요가 있다.

키워드 : 고령사회, 노인복지법제, 의료보장, 주거보장

Abstract

One of socio-economic problems caused by aging of society will be the welfare of the aged. In the aging society, the welfare for senior citizens is related to the society itself in addition to the aged living in such society. The problem could be based on the situation where the welfare demand is increasing and of variety by the increase of the population of the aged and simultaneously the community's burden for the welfare has been increasing because of the decrease of family support to its parents and relatives.

Accordingly, this issue should be considered in a context which the aged can perform its living activities in the aging society from the point of human dignity. It also does require comprehensive, systematic, economic and efficient system corresponding to the current demand of welfare in consideration of aging society.

This study purposes to analyze and review the legal system of senior citizens in Korea and to suggest the new legal system to correspond the aging society.

This study propose that the legal system of senior citizens will be enlarged to all senior citizens who have the needs of welfare.

Key word : aged society, welfare for the aged, medical and housing security

목 차

국문요약	3
Abstract	5
제 1 장 서 론	9
제 2 장 고령사회와 노인보건·의료복지 관련 입법적 과제	11
제 1 절 고령사회와 노인보건의료의 특징 및 실태와 관련문제	11
1. 노인보건의료의 특징 및 실태	11
2. 관련문제	13
제 2 절 고령사회와 노인보건의료에 관한 입법정책의 이념 및 기본방향	15
1. 입법정책의 이념	15
2. 입법정책의 기본방향	18
제 3 절 현행 노인 보건의료보장 법제의 체계와 내용	20
제 4 절 공적노인요양보장 법제와 관련한 논의 현황과 과제	21
1. 현행 노인요양법제의 구조와 문제점	21
2. 현행 법제의 문제점	26
3. 새로운 공적노인요양법제의 도입과 과제	27
제 3 장 고령사회와 노인주거보장	39

제 1 절 노인주거보장의 의의	39
제 2 절 노인주거보장에 관한 현행법제와 실태	41
제 3 절 노인주거보장 관련 외국법제	43
1. 독 일	43
2. 일 본	48
3. 프 랑 스	51
제 4 절 노인주거보장과 관련한 입법적 개선방향	58
제 4 장 결 어	61
참고문헌	63

제1장 서론

인구의 고령화는 다양한 사회경제적 문제를 초래하는데, 그 중 하나가 노인에 대한 복지문제이다. 물론 노인복지의 문제는 고령사회의 고유한 문제는 아니다. 언제 어디서건 고령자는 있기 마련이고 그에 따라 노인복지는 문제될 수 있기 때문이다. 그렇지만 고령‘사회’에서의 노인복지는 양적 측면과 질적 측면에서 사회경제적으로 특유한 문제를 야기하고 새로운 사회정책적 대응을 요구한다.

고령‘사회’란 한 사회의 전체인구 가운데 고령인구의 비율이 증가함을 말한다.¹⁾ 이에 따라 고령사회에서의 노인복지 수요는 양적 측면에서 증가할 수밖에 없고 질적 측면에서도 복지의 내용이나 성격을 달리 할 수밖에 없는 것이다. 특히 고령화가 저출산과 동시에 진행되고 여성의 경제활동 참여의 증가로 인해 노인에 대한 가족의 부양기능은 현저히 약화되고 있는 사정은 더욱 종합적이고 체계적이며 효율적인 노인복지정책을 요구하고 있다.²⁾

우리나라 노인복지법은 1981년 제정된 이후 수차례 개정되었으나 현재에 이르기까지 근본적인 틀의 변화는 없다. 현행 노인복지법은 주

- 1) 우리나라의 인구 고령화는 선진국에서도 경험하지 못한 속도로 빠르게 진행되고 있어 사회경제적 불안감 증대하고 있다. 우리나라는 2000년 고령화사회에서 2019년 고령사회, 2026년 초고령사회에 도달하여 고령화사회에서 고령사회로 가는데 19년, 고령사회에서 초고령사회로는 불과 7년이 소요될 전망이다. 외국의 경우, 고령화사회에서 고령사회로 도달하는데 일본은 24년, 프랑스는 115년이 소요되고, 초고령사회에 도달하는데 일본 12년, 프랑스 41년, 미국은 15년이 소요될 전망이라는 것과 비교할 때 우리나라의 고령화속도는 매우 빠른 특징을 보이고 있다.

<주요국의 인구고령화 속도>

구 분	도 달 년 도			소 요 년 수	
	7%(고령화사회)	14%(고령사회)	20%(초고령사회)	7%→14%	14%→20%
한 국	2000	2019	2026	19	7
일 본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2020	115	41
미 국	1942	2013	2028	71	15

* 통계청, 장래인구추계(2001)

- 2) 조임영, 『프랑스 노인복지법제』, 한국법제연구원, 2004, 9면.

로 저소득 취약계층의 노인들을 대상으로 하는 각종 복지정책의 근거 법률로서 기능하여 왔기 때문에 현재의 고령화, 핵가족화, 소자녀 출산을 둘러싼 사회적 현실을 제대로 반영하지 못하고 있다. 이에 따라 지금까지의 저소득노인 위주의 생활안정시책만으로는 한계가 있으며, 중산층 노인 등 전체노인의 새로운 복지수요에 효과적으로 대응하기 위한 정책전환이 필요하다.

따라서 향후 기존의 저소득노인을 중심으로 한 생활안정시책과 관련하여 그 수준을 현실에 맞게 상향조정하는 것과 중산층을 포괄하는 노인 일반을 대상으로 하는 종합적인 노인복지정책의 개발을 동시에 추진해야 한다는 논의가 광범위하게 행해지고 있다. 즉 저소득노인 위주의 선별적인 제한적 복지가 아니라 노인일반을 대상으로 하는 보편적 복지를 시행해야 한다는 것이다.³⁾

이 연구는 고령사회의 도래에 따른 노인복지환경의 변화에 대응하여 어떠한 노인복지법제가 바람직한지를 검토한다. 가장 넓은 의미의 노인복지법제란 노인의 사회적·경제적·문화적·정치적 생활과 관련한 일체의 법제도라 할 수 있을 것이다.⁴⁾ 그렇지만 이 연구에서는 노인복지 가운데 노인보건 및 의료복지와 노인주거의 문제를 중심으로 현행 노인복지법의 내용과 개선과제를 검토하는데 주안점을 둔다. 이에 따라 이 연구의 제2장과 제3장에서는 각각 노인보건 및 의료복지와 노인주거의 문제에 초점을 두고 입법적 개선방향을 검토한다.

3) 김성순, “고령사회에 대비한 노인복지법의 문제점과 개정방향”, 『노인복지연구』 통권 제15호, 2002, 7면 참조.

4) 고령사회에 대비한 노인보건복지 종합대책에 관해서는, 국무조정실 노인보건복지대책위원회, 『고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책』, 2002와 변재관 외 4인, 『고령사회대책기본법 제정검토 및 노인보건복지종합대책』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2002 등을 참조.

제 2 장 고령사회와 노인보건·의료복지 관련 입법적 과제

제 1 절 고령사회와 노인보건의료의 특징 및 실태와 관련문제

1. 노인보건의료의 특징 및 실태

노령이란 본질적으로 건강이 쇠퇴하는 시기이며, 육체적으로나 정신적으로 매우 허약해지고, 장애의 발생이 높아 다른 사람에게 의존하는 것이 커지는 시기이다. 일반적으로 건강상태라는 측면에서 삶의 질을 따져보면, 노인은 부의 상태에 처한 시기라 하겠다. 그런데 산업화와 함께 생활조건이나 작업환경의 변화는 상병구조도 전염성이나 급성질환 중심에서 비전염성 만성질환 중심으로 바뀌었다. 이러한 만성질환의 주 이환자들이 바로 노인인구계층이라는데 문제가 있다. 비전염성 만성질환은 완치가 불가능하여 질병을 관리하는데 많은 비용을 소요하게 하여 질병에 대한 부담을 늘리게 한다. 그리고 만성질환은 장애를 수반하는 경우가 많다. 장애는 만성질환과 결부되어 만성질환 이환율이 높아지는 만큼 출현율이 높아져 삶의 질을 저하시킨다.⁵⁾

우리나라 노인의 건강상태와 요양보호 실태는 어떠한가? 평균수명의 연장과 고령노인 인구 증가에 따라 신체적 장애를 경험하는 노인이 지속적으로 증가하고 있다. 전체 노인인구 중 86.7%가 장기간 치료·요양을 요하는 당뇨·관절염·고혈압 등 만성질환을 가지고 있으며, 노인 30.8%가 버스타기, 전화걸기 등 일상생활에 장애가 있는 경증장애 상태이며 노인 10.5%가 식사, 목욕 등 일상생활이 곤란한 중증장애 상태이며 모든 일상적 활동이 어려운 노인도 1.3%에 달한다.⁶⁾

또한 정신건강상의 장애를 경험하고 있는 노인도 증가하는 추세이다. 2001년 현재, 노인 중 7.6%가 치매증상을 지니고 있으며, 14.7%는

5) 이규식, “고령화시대의 의료보장정책”, 『나라경제』, 2002. 9., 37면 이하.

6) 국무조정실 노인보건복지대책위원회, 앞의 보고서, 4-5면 참조.

치매로 의심되며, 치매노인수는 지속적으로 증가할 전망이다. 65세 이상 치매 노인 추이(출현율)를 보면, 2005년 8.3%, 2010년 8.6%, 2015년 9.0%, 2020년 9.0표로 추계되고 있다.

<노인의 건강상태 및 기능장애 정도>

신체적 자립생활 가능노인 (57.4%)	신체적 자립생활 불가능 노인(42.6%)		
	IADL 제한노인 (30.8%)	ADL 제한 노인 (11.8%)	
		ADL 일부 제한 (10.5%)	ADL 모두 제한 (1.3%)

*IADL : 일상생활 수단의 수행능력(Instrumental Activities of Daily Living),
 ADL : 일상생활에 꼭 필요한 활동(Activities of Daily Living)
 자 료 : 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 『2001년도 노인 장기요양보호 욕구실태조사』, 2001
 *99년 현재 유병율은 여자 25.6%, 남자 19.1%로 노년기에 질병을 가질 확률이 높고 의료 욕구가 큼

<노인의 치매유병율>

구 분	정 상	치매의심	치매판정
유병율(%)	77.7	14.7	7.6

자료 : 한국보건사회연구원 · 보건복지부, 『2001년도 노인 장기요양보호 욕구실태조사』. 2001

한국 노인의 건강에 대한 문제는 일본 내각부가 일본, 미국, 독일, 한국, 스웨덴 등 5개국을 대상으로 5년마다 실시하는 「고령자의 생활과 의식에 관한 국제비교조사」(일본 내각부, 2000)에서도 그 문제성이 단적으로 나타나고 있다. 이 조사 결과 건강하다는 비율이 한국의

경우 37.9%로서, 일본 등 3개국의 56.6-60.4%에 비해 크게 낮고, 노인들의 고민 중 노후건강에 대한 고민이 56.0%로서, 타 4개국의 38.5-48.9%보다 훨씬 높게 나타났다. 결국, 이러한 제 지표는 우리나라 노인의 건강상태가 저조한 것임을 단적으로 보여주는 것이다.⁷⁾

2. 관련문제

(1) 경제적 측면의 문제

노인들은 거의가 현업에서 은퇴하여 퇴직금이나 연금으로 생활하거나 자식들에게 의존하여 생활한다. 우리나라의 경우 국민연금제도가 1988년에 도입되어 2008년부터는 본격적인 연금수급자가 나오게 되어 연금이 주요기능을 하게 될 것이다. 그러나 자영업자들은 1999년에 연금가입을 시작하였기 때문에 여전히 자녀들로부터의 생활비 보조가 주종을 이룬다.

한편 전체국민의 3.2%가 국민기초생활보장 수급자인 반면, 노인의 경우 10.1%로 빈곤층 비율이 높다.⁸⁾

<생활보호대상자 규모>

(단위 : 천명, %)

구 분	전 체 국 민	노 인 인 구
총 인 구	47,343	3,579
생활보호대상인구	1,503	363
구 성 비	3.2%	10.1%

자료 : 보건복지부, 『2001년도 기초생활보장 통계자료』, '01

7) 장병원, “공적노인요양보장정책의 방향과 기본문제”, 『노인복지연구』, 한국노인복지학회 vol. 21 가을호, 2003, 145면.

8) 국무조정실 노인보건복지대책위원회, 앞의 보고서., 3-4면 참조.

이러한 노인들이 질병에 걸리거나 거동이 불편해져 치료를 요하거나 시설에의 입소 등이 필요해진다면 비용부담의 어려움이 발생하게 된다.

(2) 의료비증가의 문제

고령화가 진전함에 따라 노인의료비는 점차적으로 증가하고 있다. 노인의료비의 상당 부분이 가정내에 잠재화되어 있고, 잠재화된 비용들이 의료이용으로 표출되면서 건강보험·의료급여 등의 재정을 압박하는 경향은 갈수록 심화될 것이다. 지난 10년간의 건강보험제도하에서의 노인의 의료이용 증가는 이러한 예측을 뒷받침하고 있다.⁹⁾

<고령화와 노인의료비의 전망 : 2000~2030>

구 분	2000년	2001년	2010년	2030년
노인인구 비중 (%)	7.2	7.6	10.7	23.1
노인의료비 비중 (%)	20.3	22.2	30.1	47.9

註: 1) 노인의료비는 전체 국민의료비를 추계하고, 그 중 노인의료비 비중을 추정하여 계산 (*노인의료비 비중은 선진 6개국의 노인의 인구비중과 의료비 비중을 참조하여 추정) 단, 2000~01년은 최근의 추세치를 이용
 2) 국민의료비는 의료비의 소득탄력성 1.119를 이용하여 추정. 다만, 2000~01년은 최근 자료를 이용

<건강보험제도에서의 노인의 의료이용 추이 : 1991~2001>

	1991	1996	2001	연평균증가율(%)
65세 이상 노인 비중 (%)	5.07	5.80	6.93	3.17
65세 이상 노인의 수진율 ¹⁾	3.52	6.83	12.73	13.71
평 균 수 진 율 ¹⁾	3.35	4.88	7.10	7.80

주: 1) 수진율은 '적용인구 1인당 연간 진료건수'이며, 내원율은 적용인구 1인당 연간 내원일수임

9) 공적노인요양보장추진기획단, 『노인요양보장제도 도입의 필요성과 재정운영방식의 선택』, 2003. 7. 2, 3-4면.

(3) 가족부양의 문제

사회환경의 변화에 따라 가족의 노인부양기능은 지속적으로 약화되고 있다. 자녀수 감소와 여성의 경제활동 참여 증가로 전통적인 가족의 노인부양기능이 지속적으로 약화되는 추세이다. 3세대 이상 가구는 95년도에 비하여 8.9%포인트 감소하고 혼자 사는 1인 노인가구는 2.9%포인트 증가하여 16.2%에 이른다.¹⁰⁾

결국 노인을 둘러싼 이러한 변화는 가족에 의한 노인의 부양이 머지 않은 장래에 한계에 이를 것임을 단적으로 말해주는 것이다.

<노인의 세대구성>

(단위 : 명, %)

구 분	1995	2000	증 감
1세대	610(23.3)	960(28.7)	5.4
2세대	602(23.0)	799(23.9)	0.9
3세대 이상	1,041(39.7)	1,030(30.8)	△8.9
1인 가구	349(13.3)	543(16.2)	2.9
기타 비혈연가구	21(0.8)	15(0.4)	△0.4
계	2,624(100.0)	3,347(100.0)	-

자료 : 통계청, 『2000년 인구주택총조사』, '02

제 2 절 고령사회와 노인보건의료에 관한
입법정책의 이념 및 기본방향

1. 입법정책의 이념

고령사회의 도래에 따른 노인보건의료와 관련한 입법정책의 기본이념과 관련한 큰 틀은 아래와 같은 사회보장 관련 법령에서 그 근거를 구할 수 있을 것이다.

10) 국무조정실 노인보건복지대책위원회, 앞의 보고서, 6면.

○ 헌 법

제10조 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다”

제34조 제 1 항 “모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다”

제 2 항에서 “국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다”.

제 4 항 “국가는 노인과 청소년의 복지향상을 위한 정책을 실시할 의무를 진다”,

제 5 항 “신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 진다.

○ 사회보장기본법

제 2 조 “사회보장은 모든 국민이 인간다운 생활을 할 수 있도록 최저생활을 보장하고 국민 개개인이 생활의 수준을 향상시킬 수 있도록 제도와 여건을 조성하여, 그 시행에 있어 형평과 효율의 조화를 기함으로써 사회복지를 실현하는 것을 기본이념으로 한다.”

위와 같은 헌법과 사회보장기본법의 기본정신을 토대로 하여 고령사회의 고유한 특징으로서 노인보건의료에 관한 입법정책의 바탕이 되는 규범적 근거와 이념을 구체적으로 개발할 필요가 있다.

이와 관련하여 다음과 같이 일본의 고령사회대책기본법에서 제시하고 있는 기본이념은 참고가 될 것이다. 일본은 고령사회에 대비하기 위하여 1995년에 고령사회대책기본법을 제정하여 시행하고 있는데 동법에서 고령사회의 입법정책에 대한 기본적인 골격을 정하고 있다. 일본의 고령사회대책기본법에서는 고령사회정책의 기본이념으로서, ①국민이 일생동안 취업 기타 다양한 사회적 활동에 참가할 수 있는 기회가 확보되는 공정하고 활력 있는 사회, ②국민이 일생동안 사회를 구성하는 중요한 구성원으로서 존중되고, 지역사회가 자립 및 연대정신

에 입각하여 형성되는 사회, ③국민이 일생동안 온전하고 충실한 생활을 영위할 수 있는 풍요로운 사회 등 3가지를 들고 있다(제2조).¹¹⁾

또한 UN 총회는 결의46/91로서 노인을 위한 UN 원칙¹²⁾을 채택하고 회원국 정부에 대하여 가능한 이 원칙을 국내프로그램에 포함시킬 것을 권고하고 있는데 이 원칙의 주요 내용들은 기본이념의 정립시 중요한 참고가 될 수 있다.¹³⁾ 이들 18가지 원칙은 노인의 지위와 관한 5가지 소주제, 독립, 참여, 돌봄, 자아실현, 존엄성으로 나뉘어 볼 수 있다. 이 가운데 돌봄(care)과 존엄성의 항목을 보면 다음과 같다.

○ 돌봄(Care)

- 노인은, 각 사회의 문화적 가치제도에 따라, 가족, 사회의 돌봄과 보호로부터 혜택을 받아야 한다.
- 노인은 신체적, 정신적 및 감정적 복지의 적정 수준을 유지하거나 얻기 위해 이들을 돕고, 질병을 예방하거나 늦추기 위하여, 건강을 돌보는 보건제도를 이용할 수 있어야 한다.
- 노인은 자신의 자율성, 보호와 보호를 강화하기 위하여 사회적 법적 서비스를 이용할 수 있어야 한다.
- 노인은, 인간적이고 안전한 환경에서 보호를 부여하고, 사회복귀와 사회적으로 정신적으로 용기를 북돋는 적절한 수준의 제도적 보호를 이용할 수 있어야 한다.
- 노인은, 쉼터, 돌봄 혹은 처우시설에서 거주하고 있는 경우, 인권과 기본적 자유를 향유할 수 있어야 하고, 이들의 존엄성, 신념, 필요성과 사생활과 자신의 돌봄과 삶의 질을 결정할 권리를 충분히 존중하여야 한다.

11) 이정, “고령사회와 일본의 입법적 대응”, 『고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(Ⅰ)』, 한국법제연구원, 2003, 13면.

12) United Nations Principles for Older Persons. 이하 UN 원칙.

13) 장복희, “고령사회와 관련한 주요 국제기구에서의 논의”, 『고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(Ⅱ)』, 한국법제연구원, 2003. 9. 5, 21-23면.

○ 존엄성(Dignity)

- 노인은 존엄성을 유지하며 안전하게 살 수 있어야 하며, 착취와 신체적 정신적 침해로부터 자유로워야 한다.
- 노인은 연령, 성별, 인종적 혹은 민족적 배경, 장애나 지위에 관계없이 공정하게 처우되어야 하고, 이들의 경제적 기여는 독립적으로 평가되어야 한다.¹⁴⁾

경제협력개발기구(OECD)는 인구고령화의 도전에 직면하여 1998년 제출된 ‘고령화 사회에서의 지속적인 번영’(Maintaining prosperity in an ageing society) 정책보고서는 OECD 회원국에서 발현되기 시작하는 인구 압력에 필요한 고령화 관련개혁방안으로서 퇴직유인, 고령노동자의 고용, 재정강화, 퇴직 후 소득보장 개혁, 보건과 장기간 보호, 사전준비 연금제도 등의 7가지 원칙을 제시하였다. 이 가운데 보건과 장기간 보호와 관련하여 “건강과 장기간 보호에서 효율적 비용의 의료비지출에 관심을 가져야 하고, 점차 신체적 의존성을 줄이는 방식으로 연구가 진행되어야 하며, 취약한 노인에게 부양을 위한 명백한 정책이 개발되어야 한다”는 것을 제시하고 있다.

2. 입법정책의 기본방향

고령사회와 노인보건의료의 특징 및 실태, 입법정책의 기본이념을 고려할 때 입법정책의 기본방향은 노인보건의료의 ‘사회화’, ‘전문화’, ‘예방화’ 등의 세 범주에 초점이 맞추어져야 할 것으로 생각한다.

(1) 노인보건의료의 사회화

고령사회에 있어 노인 보건의료의 문제는 그 성격이나 비용의 문제 그리고 가족구조의 변화 등에 비추어 볼 때 개인책임이나 가족책임이

14) United Nations Principles for Older Persons, http://www.islamset.com/healnews/aged/UN_princip.html.

아닌 사회적 책임으로서 전면 전환되어야 한다. 이에 따라 보건의료의 권리성과 국가책임성이 강화되어야 하고 법제도에 있어 보편성과 포괄성이 확보되어야 한다.

(2) 노인보건의료의 예방화

고령화에 따른 사회적 비용증가를 완화하고 국민들의 건강을 확보하기 위해서는 현재의 사후·치료중심·문제해결 중심의 보건복지서비스 제공에서 적극적인 예방적인 서비스제공체계의로의 전환이 필요하다.

이러한 예방적인 서비스제공체계는 두 측면에서의 접근이 필요하다. 먼저 거시적으로 전 생애에 걸친 국민건강정책 프로그램이 마련되어야 한다. 즉 만성질환을 적절히 관리하기 위해서는 먼저 이러한 질병의 원인으로 꼽히는 생활습관을 변화시키고, 고령에서도 건강하게 지낼 수 있는 건강 관리·증진을 위한 정책이 요구된다. 다음으로 실질적이고 효율적인 예방검진의 필요하다. 이러한 보건의료의 예방화는 선진각국의 정책이나 국제기구에서 가장 강조하는 점임은 두말 할 필요가 없을 것이다.

(3) 노인보건의료의 전문화 및 연계성 강화

고령화에 부합하는 의료체계를 구축하기 위해서는 먼저 노인인들이 갖는 질환이 만성질환이 중심이 되고 있다는 특성을 이해하고 만성질환을 효율적으로 관리할 시스템을 마련해야 한다. 그래야만 국민 의료비 부담도 줄어들고 노인들의 건강관리도 원활해진다

만성질환은 현재의 의학 지식으로는 완치가 불가능하기 때문에 다만 증상을 완화시키기 위한 관리가 중심이 되어야 할 것이다.

그런데 오늘날 병·의원은 고도의 전문적인 지식을 갖춘 전문의가 있고, 고가의 정밀한 장비를 갖춘 기술 집약적이고 자본 집약적인 치료처이기 때문에 이러한 곳을 이용할 경우에는 치료비가 비싸져 의료보장을 위한 비용부담이 커진다. 더욱이 21세기는 지금 보다 더욱 빠

른 기술변화가 예상되고 있어 만성병의 관리에 맞는 의료의 공급체계를 개발하지 않고는 늘어나는 노인의료 수요로 인하여 국민들의 의료비 부담은 감당하기 어려워질 것이다.

따라서 만성질환을 관리하기 위해서는 만성병 특수 클리닉을 만들어 대처하거나 요양병원이나 노인들을 위한 노인보건시설 등과 같이 비교적 자본과 기술이 적게 소요되는 시설 등을 설치·운영할 필요가 있을 것이다.¹⁵⁾ 또한 이와 더불어 노인보건의료를 담당할 전문인력의 양성도 필요하다.

제 3 절 현행 노인 보건의료보장 법제의 체계와 내용

현재 우리나라에서 시행되는 보건의료보장 관련 법제도로는 다음과 같다. 먼저 사회보험법으로서 전국민을 대상으로 하는 국민건강보험법과 생활이 곤란한 자에게 치료와 요양을 제공해 주는 의료급여법이 있다. 다음으로 노인복지법 및 사회복지사업법에서는 생활이 어려운 노인들에 대해서는 질병의 조기발견과 치료를 위해 부가적으로 노인건강진단을 실시하고 있으며 노인요양관련 제도를 두고 있다.

한편 국민건강증진을 위한 국민건강증진법이 있다. 국민건강증진법은 “국민에게 건강에 대한 가치와 책임의식을 함양하도록 건강에 관한 바른 지식을 보급하고 스스로 건강생활을 실천할 수 있는 여건을 조성함으로써 국민의 건강을 증진함을 목적”으로 하고 있다. 동 법에서는 건강생활지원, 보건교육, 국민영양조사 등 국민건강과 관련한 각종 사업에 대해 규정하고 있다.

그리고 보건의료와 관련하여서는 보건의료기본법을 중심으로 의료법, 공공보건의료에 관한 법률, 지역보건법 등이 있다. 보건의료기본법은 “보건의료에 관한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체의 책임을 정하고 보건의료의 수요 및 공급에 관한 기본적인 사항을 규정함으로써 보건의료의 발전과 국민의 보건 및 복지의 증진에 이바지

15) 이규식, 앞의 논문, 37면 이하.

함을 목적”으로 하고 있다. 의료법은 “국민의료에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 의료의 적정을 기하여 국민의 건강을 보호증진함을 목적”으로 하며, 공공보건의료에관한법률은 “공공보건의료의 기본적인 사항을 규정하여 국민에게 양질의 공공보건의료를 효과적으로 제공함으로써 국민보건의 향상에 이바지함을 목적”으로 하고, 지역보건법은 “보건소등 지역보건의료기관의 설치·운영 및 지역보건의료사업의 연계성 확보에 필요한 사항을 규정함으로써 보건행정을 합리적으로 조직·운영하고, 보건시책을 효율적으로 추진하여 국민보건의 향상에 이바지함을 목적”으로 하고 있다.

제 4 절 공적노인요양보장 법제와 관련한 논의 현황과 과제

1. 현행 노인요양법제의 구조와 문제점

(1) 현행 노인요양법제의 구조¹⁶⁾

일반적으로 요양서비스는 우리나라 법에서 그러한 명칭을 일반적으로 사용하고 있지는 않지만, 시설보호와 재가복지서비스를 통해 이루어진다고 할 수 있다. 이에 대한 일반적인 규범은 사회복지사업법에 규정되어 있고, 노인에 관하여는 노인복지법, 장애인에 관하여는 장애인복지법이 특별법으로 존재한다.

우리나라 사회복지사업법에서는 구분하고 있지 않지만 사회복지시설은 이용시설과 생활시설로 구분할 수 있다.¹⁷⁾ 대개 개호 또는 요양서비스는 이용시설을 통해서 이루어지거나 생활시설에 거주하는 사람들에게 제공된다.

16) 이하 윤찬영, “우리나라의 고령자개호법제의 현황과 과제”, 한국법제연구원 『노인요양법제의 현황과 과제』, 92-97면.

17) 일본 사회복지사업법에서는 사회복지사업을 1종과 2종으로 구분하는데, 1종은 주로 생활시설이고 2종은 이용시설이다.

1) 사회복지사업법에서의 개호

가) 지역사회복지 강화

지난 6월 30일 개정되어 7월 30일 공포된 사회복지사업법은 지역 사회복지를 강화하는 내용을 주로 담고 있다. 시장·군수·구청장은 지역사회복지협의체를 구성하여(법 제7조의 2) 지역사회복지계획을 수립하여야 한다(법 제15조의 3 이하). 이것은 지방자치단체와 단체장에게 지역사회복지의 주체임을 강조한 것으로 볼 수 있다.

또한 사회복지서비스를 필요로 하는 자(이하 “보호대상자”라 한다)와 그 친족 그 밖의 관계인은 시장·군수·구청장에게 보호대상자에 대한 사회복지서비스의 제공을 신청할 수 있다(법 제33조의 2). 이에 시장·군수·구청장은 보호대상자의 복지욕구를 조사하여(법 제33조의 3) 보호 실시여부와 보호유형을 결정하며(법 제33조의 4), 보호가 결정되면, 보호대상자별 보호계획을 수립하여야 한다(법 제33조의 5). 이렇게 보호대상자에게 서비스(보호)에 대한 신청권을 인정하고 이에 대해 시장·군수·구청장이 보호계획에 따른 서비스를 제공하도록 한 것은 매우 획기적인 발전으로 볼 수 있다.

나) 보건과 복지의 통합적 연계

개정된 사회복지사업법의 특징 중의 하나는 보건과 복지를 연계하도록 했다는 점이다(법 제4조 제2항). 지역사회복지계획을 수립할 때 지역보건의료계획과 연계하도록 하였으며(법 제15조의 3 제1항), 시·도의 사회복지위원회(법 제7조 제2항 2호)와 시·군·구 지역사회복지협의체(법 제7조의 2 제1항)의 위원도 보건의료에 관한 학식과 경험이 풍부한 자를 위촉하도록 하였다.

이것은 특히 지역사회가 고령화되어 감에 따라 노인인구가 증가하고 노인들은 복지서비스에 대한 욕구뿐만 아니라 동시에 보건의료에 관련

된 욕구를 갖기 때문에 복지서비스와 보건서비스를 통합적으로 제공하기 위한 취지이며, 개호 또는 장기요양서비스의 제도화에도 무관하지 않은 것으로 보인다.

다) 재가복지

그 동안 노인복지법에 의해서 부분적으로 실시되어오던 재가복지를 일반적으로 사회복지서비스로 인정하는 사회복지사업법 개정이 이루어졌다. 그리하여 국가 또는 지방자치단체는 보호대상자에게 재가복지서비스를 제공할 수 있도록 하였다(법 제41조의 2). 이에 따르면, 가사 및 개인활동을 지원하거나 정서활동을 지원하는 가정봉사서비스, 주간·단기보호시설에서 급식 및 치료 등 일상생활의 편의를 낮 동안 또는 단기기간 동안 제공하거나 가족에 대한 교육 및 상담을 지원하는 주간·단기보호서비스가 있다.

국가 또는 지방자치단체는 재가복지서비스를 필요로 하는 가정 또는 시설에서 보호대상자가 일상생활을 영위하기 위하여 필요한 각종 편의를 제공하는 가정봉사원을 양성하도록 노력하여야 한다(법 제41조의 4).

이러한 규정들은 개호 및 요양서비스를 포함한 재가복지서비스를 위한 전달체계와 인력을 확보하기 위해 국가 또는 지방자치단체의 책임을 정한 것으로 보인다.

(2) 노인복지법과 노인복지시설

노인복지법에서는 노인복지시설의 종류를 ①노인주거복지시설, ②노인의료복지시설, ③노인여가복지시설, ④재가노인복지시설로 구분하고 있다(법 제31조). 여기에서 노인 개호 또는 요양서비스와 관련된 시설은 ①, ②, ④이라 하겠다.

<노인복지법의 노인복지시설의 종류>

구 분	내 용	
노인주거복지시설	양 로 시 설	양로시설, 실비양로시설, 유료양로시설
	노 인 복 지 주 택	실비노인복지주택, 유료노인복지주택
노인의료복지시설	노 인 요 양 시 설	무료노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인요양시설
	노인전문 요양시설	무료노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설
	노인전문병원	
노인여가복지시설	노인복지회관, 경로당, 노인교실, 노인휴양소	
재가노인복지시설	가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설	

1) 노인주거복지시설

노인주거복지시설은 ①양로시설, ②실비양로시설, ③유료양로시설, ④실비노인복지주택, ⑤유료노인복지주택 등이다(법 제32조 제1항). 이 중에서 개호 또는 요양서비스와 관련된 시설은 ①, ②, ③이다. 이러한 시설들에서는 노인을 입소시켜 무료, 저렴한 비용, 일체의 비용 수납을 통해 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공한다.

2) 노인의료복지시설

노인의료복지시설은 전반적으로 개호 또는 요양서비스호가 이루어 지는데, ①노인요양시설, ②실비노인요양시설, ③유료노인요양시설,

④노인전문요양시설, ⑤유료노인전문요양시설, ⑥노인병원 등으로 구분된다(법 제34조 제1항). 여기에서 ①, ②, ③은 노인을 입소시켜 무료, 저렴한 비용, 일체의 비용수납을 통해 급식, 요양 및 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공한다. ④와 ⑤는 치매, 중풍 등 중증의 질환노인을 입소시켜 무료, 저렴한 비용, 일체의 비용수납을 통해 급식, 요양 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공한다. ⑥은 노인을 대상으로 의료를 행하는 시설로 병원시설과 인력을 이용해 의료적인 치료와 더불어 간호 및 요양서비스가 이루어진다.

3) 재가노인복지시설

재가노인복지시설은 시설에서 생활하지 않고 현재 거주지에서 생활하는 노인을 대상으로 서비스를 제공하는 시설이다. 이 시설의 종류는 ①가정봉사원파견시설, ②주간보호시설, ③단기보호시설 등으로 구분된다(법 제38조 제1항). ①은 신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는 시설이며, ②는 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인을 낮 동안 시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 시설이며, ③은 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애노인을 시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인가정의 복지증진을 도모하기 위한 시설이다.

또한 경로연금 수급자 노인, 국민기초생활보장법 차상위계층 등을 대상으로 하는 식사배달서비스는 사회복지사업의 일환으로 시장·군수·구청장이나 민간 위탁을 받은 사회복지사업기관들이 대행하고 있다.

이러한 노인복지시설들은 주로 민간시설로서 국가 또는 지방자치단체로부터 비용을 보조받거나(법 제47조) 노인의 입소·장례 등에 관하여 위탁을 받을 때에는 정당한 이유 없이 거부할 수 없다(법 제41조). 이와 같이 개호 또는 요양보호를 담당하는 시설과 전달체계는 민간에 존재하며 국가 및 지방자치단체로부터 보조금을 받거나 수탁 의무를 갖는 종속적 파트너십 관계를 맺고 있다.

(3) 기타 : 가정간호 및 방문간호

의료법 제30조 및 동 시행규칙 제22조에 의거하여 가정간호사업이 이루어지고 있으며, 지역보건법 제9조에 의거하여 방문보건사업이 이루어지고 있다. 이 제도는 입원대체서비스가 가능하다고 판단되는 환자와 그 가족에 대한 서비스라고 할 수 있다.

2. 현행 법제의 문제점

고령화선진국의 요양보호정책은 ‘사적보호 우선정책’에서 ‘가족요양보호 지원정책’으로, 다시 요양보호노인의 ‘자립지원정책’으로 전환되어 오고 있다. 그러나 지금까지 우리나라의 장기요양보장정책은 사적 요양보호 우선의 잔여적 모델을 근간으로 해왔고, 최근에는 요양보호가족 지원정책이 이를 보완하는 형태이다. 잔여적 모델은 가족이나 시장 등의 공급구조가 붕괴했을 때에 한하여 사회복지제도가 발동하는 것인데, 이에 따라 개인과 가족에게 1차적인 요양책임이 지워졌다. 다음으로 보충성의 원칙에 의거 지역사회, 종교단체 등의 지역적 차원에서 요양서비스가 제공되고 있다. 정부의 역할은 개인과 가족에 의한 요양보호가 재가복지시설에 대한 투자, 사회복지법인에 대한 보조금 지원에 그치고 있다. 또한 ‘질병’과 ‘요양’이 엄격하게 법적으로 구분되어 있어, 건강보험에서는 요양보호에 대한 급여를 제공하지 않고 있다. 즉 요양병원 등에서 간병에 소요된 비용은 전액 본인이 부담하고 있다.¹⁸⁾

18) 장병원, 앞의 논문, 150면.

이와 같이 현행법제에서는 고령화의 진전에 따라 증가하는 노인요양의 수요에 대응하는데 한계가 있는 바 이에 대한 전면적인 법제의 재검토가 필요하다.

3. 새로운 공적노인요양법제의 도입과 과제

고령화 사회에 대응한 요양보호의 사회화에 대한 논의는 최근 정부를 중심으로 이루어져 오고 있다. 2000년 1월 보건복지부내에 『노인장기요양보호정책기획단』이 발족되었고, 2002년 7월의 국무조정실 노인보건복지대책위원회에서는 ‘노인보건복지종합대책’을 발표하였는데 이 대책에서는 노인요양보호를 위해 사회적으로 공동분담하는 시스템 개발의 필요성을 제기하고 ‘노인요양보험제도’의 도입을 제안하였다.

2003년 3월 정부는 ‘공적노인요양보장제도’를 2007년에 도입할 것임을 공식화하였고, 이를 효과적으로 추진할 목적으로 ‘공적노인요양보장추진기획단’이 2003년 3월에 설치되어 운용되어 왔다. 이 추진기획단은 2004년 3월 공적노인요양보장제도 『실행위원회』 및 『실무기획단』 구성·운영하면서 기획단(안)을 토대로 구체적인 실행모형, 시범사업 모형 및 법률(안) 마련하여 2004년 8월 ‘노인요양보장체계 시안에 관한 공청회’를 거쳐 최종안을 준비 중에 있다.

아래에서는 정부에서 추진하고 있는 ‘노인요양보험제도’의 주요내용을 검토하도록 한다. 정부는 아래의 내용으로써 시범사업을 실시하며 도입 및 시행방안으로 건강보험급여 형태로 우선 운영 후, 별도의 노인요양보장제도를 창설하며 2007년에 제도를 도입하는 것으로 방향을 잡고 있다.

(1) 노인요양보호(long-term care)의 개념

실행위원회는 노인요양보호의 개념을 “신체적·지적·정신적인 질병 등으로 인해 의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인

에게 장기간(6월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 「보건·의료·요양·복지」 등의 서비스”, “간병·수발 등의 일상생활지원, 요양관리, 간호, 기능훈련, 기타 필요한 복지지원서비스”로 제시하고 있다.¹⁹⁾

노인요양제도 설계의 출발점은 그 개념을 어떻게 확정하는가에 있을 것이다. 그 개념설정에 있어 가장 기본적인 쟁점은 제도의 대상범위에 의료와 수발(복지)을 모두 포함시키느냐 아니면 의료를 제외하고 수발만을 포함시키느냐에 있다. 이 구별의 중요성은 노인요양비용을 누가 내지는 어느 제도에서 부담하느냐에 직결된다는 점에 있다. 의료는 병인을 특정화하여 그것을 치료하는 것을 주요 목적으로 하는 것이며, 복지는 대상자의 생활원조를 주요 목적으로 한다. 즉 의료는 의사의 판단에 따라 의료장비와 약물을 투여하여 환자를 치료하는 것인데 비하여, 복지는 대상자의 생활능력저하에 대응하여 생활전반에 원조를 행하는 것이다. 고령기에 질병으로 인해 고령자가 의학적 치료와 생활원조를 함께 받아야 하는 경우가 많기 때문에 고령자의 생활보장은 의료와 복지서비스가 통합적·일체적으로 제동되는 것이 바람직하다. 그러나 종합적 서비스를 제공하는 것과 그 서비스를 구성하는 의료와 복지 각각의 부분에 대한 비용부담을 어느 제도에서 부담할 것인가의 문제는 별개의 문제이다. 이 문제를 어떻게 해결하는가에 기존 의료보험제도와의 관계를 어떤 근거에서 어떻게 설정할 것인가의 문제이다.

일본의 개호보험법 제1조에서는 그 목적을 “이 법률은 가령(加齡)에 수반하여 발생하는 심신의 변화에 기인하는 질병 등에 의해 요개호상태가 되고, 입욕, 배설, 식사 등의 개호, 기능훈련 및 간호, 요양상의 관리 기타 의료를 요하는 자 등에 관하여, 이러한 자들이 그가 가지는 능력에 따라 자립한 일상생활을 할 수 있도록 필요한 보건의료서비스

19) 공적노인요양보장제도 실행위원회, ‘노인요양보장체계 시안에 관한 공청회’ 자료집, 3면.

및 복지서비스에 관한 급부를 행하기 위하여 국민의 공동연대의 이념에 기초하여 개호보험제도를 설치하고 이 제도가 행하는 보험급부 등에 관하여 필요한 사항을 정하고 이로써 국민의 보건의료의 향상 및 복지의 증진을 도모하는 것을 목적으로 한다”고 규정하고 있다. 이러한 일본의 개호보험법은 의료와 복지를 통합하고 있음을 볼 수 있다.

이에 비해 독일에서는 수발만을 대상으로 하고 있는 점은 주목된다. 독일의 연방사회법전 제XI권 ‘사회적 수발보험법 : 수발대상자의위험에대비한사회보장법’은 이 법의 대상이 될 수 있는 ‘수발상태’을 고령자들이 육체적·정신적·정서적 질병이나 장애, 기능상실 저하로 인해서 자립적인 일상생활을 유지할 수 없어 다른 사람의 도움을 필요로 하는 경우를 말한다. 이 점은 프랑스에서도 동일하다. 프랑스는 1997년에 의존특별급여(*prestation spécifique dépendance; PSD*)를 도입하였고, 2001년에는 이를 대체하는 개인별자립수당(*allocation personnalisée d'autonomie; APA*) 제도를 새로이 도입하여 시행하고 있다. 프랑스에서는 의존의 개념을 명확히 하려는 연구시도가 있어 왔고, 오늘날 일반적으로 의존을 “일상생활의 기초적 행위들(옷입기, 대소변 등)을 위해 제3자에게 의존하며 통상적인 주거에서 혼자서 생활하는 것을 가능하게 하는 가사 일을 실행할 능력이 없는 성인”이 처해 있는 상황을 특징지우는 것으로 정의하고 있다.²⁰⁾ 따라서 이는 다음과 같은 두 가지 이유에서 질병상황과는 구별된다. 먼저, 의존 없이 질병에 걸릴 수 있고, 반대로 질병 없는 의존상태가 있을 수 있다. 다음으로 이 두 상태는 서로 다른 서비스를 필요로 한다는 것이다. 프랑스 사회사업및가족법전에서는 개인별자립수당제도의 대상이 되는 자립상실을 “받을 수 있는 간병에도 불구하고 생활의 본질적인 행위들의 수행을 위해 원조를 필요로 하거나 정기적인 감독(감시)을 요구하는” 자의 상태로 정의하고 있는 것은 이러한 점들을 고려한 것이다.

20) P. Schopflin et alii(Rapport), *Dépendance et solidarités. Mieux aider les personnes âgées*, Commissariat général du Plan, 1991, p.9, La Doc. fr.

실행위원회는 노인요양의 개념을 “의존상태에 있는 노인 또는 생활상의 장애를 지닌 노인에게 장기간(6월 이상)에 걸쳐서 일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 『보건·의료·요양·복지』 등의 서비스”로 규정하고 있고, 후술하는 요양급여의 종류에는 요양병원 및 요양병상, 치료적 간호서비스는 제외하고 이는 건강보험의 요양급여로 제공하는 것으로 하고 있다. 따라서 일본의 개호보험법과는 상이하며 오히려 독일의 수발보험에 가깝다. 이러한 점에서 개념을 보다 명확히 할 필요가 있다.

한편 노인‘요양’이라는 용어에 대한 검토도 필요할 것으로 보인다. 국민건강보험법 제39조는 ‘요양급여’라는 표제하에 가입자 및 피부양자의 질병·부상·출산 등에 대하여 진찰·검사, 약제·치료재료의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 예방·재활, 입원, 간호, 이송 등의 요양급여를 실시한다고 규정하고 있다. 그리고 동법 제40조는 요양급여를 행하는 요양기관으로 의료법에 의하여 개설된 의료기관, 약사법에 의하여 등록된 약국, 약사법 제72조의12의 규정에 의하여 설립된 한국희귀의약품센터, 지역보건법에 의한 보건소·보건의료원 및 보건지소, 농어촌등보건의료를위한특별조치법에 의하여 설치된 보건진료소 등을 규정하고 있다. 산업재해보상보험법 제40조는 “요양급여는 근로자가 업무상의 사유에 의하여 부상을 당하거나 질병에 걸린 경우에 당해근로자에게 지급한다”(제1항)고 규정하고 그 범위를 진찰, 약제 또는 진료재료와 의지 기타 보철구의 지급, 처치·수술 기타의 치료, 의료시설에의 수용, 간병 이송, 기타 노동부령이 정하는 사항 등(제4항)으로 규정하고 있다. 근로기준법 제81조는 ‘요양보상’을 “근로자가 업무상 부상 또는 질병에 걸린 경우에는 사용자는 그 비용으로 필요한 요양을 행하거나 또는 필요한 요양비를 부담하여야 한다”고 규정하고 있다.

이와 같이 현행법령에서는 ‘요양’을 질병, 부상에 대한 치료를 중심으로 개념정의하고 있음을 알 수 있다. 실행위원회에서는 노인요양을

‘일상생활 수행능력을 도와주기 위해 제공되는 『보건·의료·요양·복지』 등의 서비스’로 정의하여 요양의 개념을 현행법령의 개념보다도 확대하고 있는데 현행법제와의 체계적 정합성을 위하여 이에 대한 적절한 개념적 재검토와 용어의 선택이 필요할 것으로 본다.

한편 제도의 명칭과 관련하여 ‘노인요양보험제도’, ‘국민요양보험제도’, ‘노인(국민)요양보장제도’가 각각 제안되었다.²¹⁾ 제도명칭에 대한 다양한 주장은 해당제도의 인적 적용범위를 노인에 한정하느냐, 전국민을 대상으로 하느냐 그리고 책임주체의 성격에 따른 차이이다. 노인요양보험제도의 용어는 주 대상이 노인이라는 점, long-term care 개념이 포괄적 서비스라는 점, 그리고 주된 재원방식이 보험이며, 사회적 연대로서 국민이 일정 부분 부담해야 한다는 점등을 명확히 내포한다는 점에서 제안되었다. 국민요양보험제도는 대상이 45세 이상(또는 전국민)이므로 노인으로 한정할 필요가 없다는 점에서 제안되었다. 노인(국민)요양보장제도는 보험과 부조를 포괄하고, 재원·요양서비스 등 국가 책임 강조하고, 서비스 인프라, 서비스 수준유지 등 제도적 기반 정비의 정부책임 강조하기 위해 제안된 용어이다. 실행위원회는 이 제도가 “노인”을 위한 제도이며, 노인이 제도의 주 대상임을 명확히 하고 요양(long term care)이라는 개념에 부합하고, 주된 재원이 사회보험료이고 부담능력에 따라 보험료를 부담해야 함을 명확히 표시하기 위해 ‘노인요양보험제도’로 확정하였다.

(2) 노인요양보장체계의 기본목표 및 방향

실행위원회는 노인요양보장체계의 기본목표 및 방향을 아래와 같이 설정하고 있다.²²⁾

21) 공적노인요양보장제도 실행위원회, ‘노인요양보장체계 시안에 관한 공청회’ 자료집, 6-7면.

22) 공적노인요양보장제도 실행위원회, ‘노인요양보장체계 시안에 관한 공청회’ 자료집, 5면.

○ 기본목표

- 요양보호가 필요한 모든 노인을 포괄할 수 있는 「보편적인 체계」
- 서비스의 권리성·선택성이 보장되는 「이용자 중심」의 서비스체계
- 국가, 가족, 지역사회, 기업 등 「다양한 주체의 참여」시스템
- 「사회적 연대」에 의한 요양보호비용의 확보체계
- 가정 및 「재가복지 우선」, 예방 및 재활에 중점을 둔 체계
- 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 「케어매니지먼트」(care management) 체계

○ 추진 방향

- 치매·중풍 등 요양보호노인들의 자립생활을 보장하고 가족의 부담을 경감하기 위한 사회적 지원시스템 확립
- 정부·지방자치단체·건강보험자·민간이 각각 역할을 분담하여 중층적으로 지원하는 시스템 구축
- 요양보호가 필요한 노인이 서비스를 선택·이용할 수 있도록 시설 및 인력의 계획적·균형적 확충
- 공급주체로서 다양한 민간사업자가 적극 참여할 수 있도록 제도적 지원을 강화하여 요양산업 시장과 고용의 확대에 연결되도록 추진
- 노인요양보장 비용은 노인 및 가족, 현역세대, 사업주 등 전국민이 연대하여 부담하고 정부도 적절한 수준의 공비를 부담
- 시행까지의 충분한 준비기간을 두고 시설기반정비 상황 등을 감안하여 단계적으로 확대

(3) 제도 운영방식 및 관리운영주체

실행위원회는 노인요양보장제도를 별도의 법률을 제정하여 다른 사회보장제도와 독립된 제도로 창설할 것을 제시하고 있다. 그리고 급여관리 및 재정관리 주체의 일원화로 관리운영의 책임성·효율성을

제고하고 건강보험체계 활용을 통한 관리운영비용 절감 및 서비스 질을 향상시키기 위해 관리운영주체(보험자)를 건강보험공단으로 하고, 시·군·구는 지역 내 요양보호 노인의 발굴·보호·의뢰, 평가판정 위원회에 참여, 요양시설 등에 대한 지도·감독 역할 부여를 부여하는 것으로 하였다.²³⁾

이와 같이 관리운영주체를 「건보공단+시군구」혼합형태로 할 경우, 장점은 보험료 부과·징수 등 재정관리는 건보공단이, 대상자 평가판정 및 인프라 확충 등은 시군구가 상호보완적으로 수행함으로써 양기관의 장점을 활용할 수 있고, 지역복지 방향과도 부합한다는 점에 있으며, 단점으로는 급여관리주체와 재정관리주체의 이원화로 도덕적 해이 발생 및 재정관리에 있어 책임 소재 불분명하고 시군구 등의 혼합형은 현행 단일보험자 체제를 다보험자 체제로 재편하는 결과 초래, 관리주체의 이원화에 따른 업무절차의 번잡 및 비효율성 등으로 원만한 제도 정착 애로 등이 제기되었다. 보험방식의 장기요양보장제도 실시 국가인 독일, 일본, 네덜란드 등의 경우 급여 및 재정관리 주체가 일원화되어 있고 관리운영주체가 이원화되어 있는 사례는 없다. 따라서 위 장점에도 불구하고, 제도의 핵심사항인 재정관리상 대두될 문제점이 크기 때문에 이에 따라 시군구 등에 적절한 역할부여 방안에 대한 논의 필요하다는 문제가 제기되고 있다.

(4) 가입자(피보험자) 및 요양급여(서비스)

실행위원회는 보험료를 부담하는 가입자(피보험자)를 전국민(건강보험가입자)으로 제안하고 있다. 그 근거로는 이 제도는 요양보호 문제를 사회적으로 공동해결하기 위한 제도로 이에 소요되는 비용은 노인 및 그 가족뿐 아니라, 국민전체가 사회적 부양이라는 측면에서 세대간 사회적 연대로 충당함이 타당하다는 점을 들고 있다. 그리고 공공

23) 공적노인요양보장제도 실행위원회, '노인요양보장체계 시안에 관한 공청회' 자료집, 7-8면.

부조 대상자도 정부재정부담으로 노인요양보험제도 내 포괄하는 것으로 하고 있다.²⁴⁾

요양 급여(서비스)의 수급권자와 관련하여서는 크게 ①65세 이상 노인+45~64세 노화 및 노인성질환 대상자로 하자는 안(제1안)과 ②65세 이상 노인+45~64세 노화 및 노인성질환 대상자+수발이 필요한 중증장애인(64세 이하)로 하자는 안(제2안)이 있다. 실행위원회는 두 안의 장단점을 다음과 같이 비교하고 있다.

<장·단점 비교>

비 고	제 1 안	제 2 안
장 점	<ul style="list-style-type: none"> • 계획된 적정 인프라 확보 가능 • 초기 정부 및 국민의 재정부담이 적어 제도의 순응성이 높음 • 보험료 부담은 전 국민인 반면, 수급자는 45세 이상으로 보험재정 안정화 가능 	<ul style="list-style-type: none"> • 노인성 질환 불문, 수발대상 중증장애인에 대한 요양급여 보장으로 제도 도입의 정당성 확보 • 보험료 부담자와 수급권자의 일치로 사회보험 원리에 적합
단 점	<ul style="list-style-type: none"> • 보험료 부담과 수급권의 불일치로 사회보험 원리에 불합치 문제 • 일반장애인 등의 요양서비스 보장요구 및 관련단체 반발 예상 	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스의 원활한 제공을 위한 인프라 확보 곤란 및 이에 따른 요양제도에 대한 불신 초래 가능성 • 정부 및 국민부담 과다로 제도 도입, 시행 곤란 예상

외국의 예를 보면 다음과 같다. 독일의 경우는 가입자 및 수급대상자를 전국민으로 하고 있고, 일본은 가입자를 수급대상자로 한정하여 40세 이상으로 하고 있다. 제1안으로 할 경우 가입자는 전국민으로 하고 수급대상자는 연령을 제안하는데 이는 보험료부담과 수급권의 불

24) 공적노인요양보장제도 실행위원회, '노인요양보장체계 시안에 관한 공청회' 자료집, 9-10면.

일치로 사회보험 원리에 불합치한다는 문제, 그리고 노인이나 일반장애인의 경우 동일한 욕구(needs)를 가지고 사회적으로 분리하여 처리해야 할 근거가 부족하다는 문제 등이 지적될 수 있다. 바람직한 방안은 제2안으로 생각된다. 이 경우 인프라 및 재정문제가 있을 수 있는데, 이는 장애인복지에 대한 검토와 국가예산의 확충으로 해결할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

(5) 요양급여의 범위 및 종류

실행위원회는 요양급여의 범위를 신체적·정신적 장애에 대한 요양 및 복지 서비스 중심으로 운영, 즉 간병·수발 등의 일상생활 지원, 요양관리, 간호, 재활(기능훈련), 기타 복지지원서비스 중심으로 함을 제안하고 있다. 급여종류는 시설서비스 3종, 재가서비스 10종으로서 현물서비스 제공을 원칙으로 하고 있다.²⁵⁾

<요양급여 종류>

재 가 서 비 스 (10종)	시 설 서 비 스 (3종)
①방문간병 및 수발서비스 ②방문목욕서비스 ③방문간호서비스 ④방문재활 ⑤주간보호(day care) ⑥단기보호(short stay) ⑦재가요양관리지도 및 지원 ⑧복지용구대여 및 구입 지원 ⑨그룹홈(group home) 서비스 ⑩요양서비스제공계획(케어플랜) 작성지원서비스	①노인요양시설 ②노인전문요양시설 ③공립치매요양병원

요양급여와 관련한 주요쟁점 가운데 하나는 현금급여를 인정할 것인지 여부이다. 즉 일정요건을 구비한 가족이나 서비스 공급사업자가 없는 경우 등에 대한 현금급여를 지급할 것인지의 문제이다.

25) 공적노인요양보장제도 실행위원회, '노인요양보장체계 시안에 관한 공청회' 자료집, 11-12면.

<장·단점 비교>

비 고	현금급여 불인정	현금급여 인정
장 점	<ul style="list-style-type: none"> 노인의 장애정도 및 니드에 대응한 현물서비스 제공으로 만족도 제고 전문적이고 체계적인 양질의 서비스 제공으로 재활·회복 등 노인의 자립생활 지원 가족의 간병, 수발 부담 해소 	<ul style="list-style-type: none"> 가족에 의한 서비스 제공으로 대상노인의 정서적 만족감 제고 소비자 선택권 보장 가능 현물급여에 비해 비용절감이 가능하여 보험재정 안정화 도모 초기 시설인프라 부족에 대한 보완, 해소 가능
단 점	<ul style="list-style-type: none"> 수급자의 다양한 선택기회 제한 및 가정의 노약자 보호기능 약화 촉진 시설서비스 선호로 요양비용 증가 우려 가족 노동력에 대한 미평가 	<ul style="list-style-type: none"> 서비스 실시 여부 및 서비스 질 확인·평가 곤란 가족의 경비지원 제도로 변질 우려 전문적·지속적인 교육연수가 어려워 요양서비스 질 저하 우려 민간의 인프라 투자심리 위축 및 이에 따른 인프라 구축 지체 가능성 여성의 사회참여활동 저해요인으로 인식, 여성계 반발 예상

한편 요양급여비 한도액은 요양등급별 월 사용한도액 범위 내에서 서비스를 선택 이용하도록 하고에 초과부분에 대해서는 본인이 부담하도록 하고 있다. 이용자 부담은 요양급여 대상이 되는 비용의 20% 수준(공공부조 대상은 이용자부담 없음)로 하고 다만, 추가임의 서비스와 일반가입자의 시설 이용 식비는 전액 이용자가 부담하는 것으로 하고 있다. 그리고 저소득자 경감대책 및 고액 급여비(본인부담상환제 등) 경감제도 마련할 것을 제안하고 있다.

(6) 재원충당 및 비용부담

요양보험 재원의 구성은 보험료+정부지원(조세)+이용자부담 등 혼합방식을 취하고 있다. 구체적으로 건강보험 가입자는 건강보험 재정

분담체계와 동일(보험료+국고·담배부담금) 수준 부담(총 80%), 이용자부담 20%이고 공공부조자는 정부재원 100%로 하는 것으로 제안하고 있다.²⁶⁾

국고부담은 공공부조자(국고 및 지방비)는 요양급여비 총액 지원(총 재정의 100%)으로 하고, 건강보험 가입자(국고)는 건강보험 국고부담체계와 동일 수준으로 하는데 총 지원규모는 총 재정의 30~40% 수준으로 제안하고 있다.

26) 공적노인요양보장제도 실행위원회, '노인요양보장체계 시안에 관한 공청회' 자료집, 14면.

제 3 장 고령사회와 노인주거보장

제 1 절 노인주거보장의 의의

고령사회의 하나의 특징은 노인단독세대의 급증이다. 따라서 고령사회의 노인주거 문제는 노인의 특성과 단독생활의 특징이 모두 고려될 필요가 있다. 우리나라는 1981년의 노인복지법 제정 이래 고령화 사회에 대응하기 위하여 지속적인 확충이 이루어져 왔으나, 소득보장, 의료보장 및 사회복지서비스 보장에 관한 것이었고, 노인의 주거보장에 관한 것은 무의탁노인을 위한 시설수용보호의 프로그램을 제외하고는 전무하였다.

주거보장이란 개인 자신의 독립성을 유지하면서 안전하고 안락한 일상생활을 유지할 수 있는 공간을 확보하고 유지할 수 있도록 주택의 건설과 공급, 그리고 이에 관련되는 서비스를 통하여 지원하여 주는 제반 사회적인 노력을 의미한다. 따라서 노인주택보장은 노화에 따른 신체적·심리적·사회적·경제적 특성을 감안한 구조의 주택건설과 기존 주택의 개조 그리고 제반 사회적 지원을 통하여 지역사회와 교류하면서 안전하고 안락한 일상생활을 유지할 수 있는 공간을 확보하여 노인이 건강하고 자립을 유지할 수 있도록 하는 사회적인 제반노력이라고 규정할 수 있다.

노인의 생활특성은 다음과 세 가지로 요약할 수 있다. 첫째로, 경제적으로 수입에 한계가 있다는 점이다. 둘째, 사회적·개인적으로 고립되기 쉽다는 점이다. 셋째, 심신이 쇠약해지면서 장애를 갖기 쉽다는 것이다. 따라서 이 같은 특성에 근거하여 노년기 생활의 장애를 제거함과 동시에 노인이 주택에서 자립된 생활을 영위하기 위해서는 노인의 개별적인 욕구에 맞는 주택의 건설과 기존 주택의 개조, 그들의 개별적인 욕구를 충족시키는 재가복지와 방문간호, 요양원서비스 등의 제반 사회적 지원이 불가결하다.

이와 같은 노인 생활의 특성에 따른 제도로서의 노인주택보장의 필요성은 다음과 같다.

첫째, 노인은 경제적으로 수입에 한계가 있기 때문에 주택을 확보하는데 필요한 비용을 자력으로 마련하기가 어렵다. 그러므로 국가와 지역사회 차원에서 소득 수준에 따라 주택수당을 제공하든지, 무리나 저렴한 비용으로 주거공간을 확보하도록 지원할 필요성이 있다.

둘째, 직장에서 퇴직한 노인은 사회생활의 주된 무대를 상실하였기 때문에 사회적 관계의 중심지가 노인이 거주하는 지역사회 내의 주택이 된다. 그러므로 사회적 관계를 지속적으로 유지할 수 있도록 하는 지역의 인간적인 생활의 장으로서의 노인주택보장의 필요성이 있다.

셋째, 많은 노인들이 심신의 질병으로 인하여 허약해지고 장애를 갖게 됨에 따라 일상생활 영위에 지장을 받을 수 있고, 그 결과 주거지 내외에서 안전사고의 발생가능성도 높아지게 된다. 따라서 노년기에 나타나는 생활상의 장애를 제거함과 동시에 보건·의료 및 사회복지서비스와의 연계를 통하여 노인이 거주하는 지역의 주택에서 안전하고 쾌적하면서 자립된 생활을 할 수 있는 주택의 구조와 환경 조성의 필요성이 제기된다.²⁷⁾

헌법 제34조 제4항은 “국가는 노인과 청소년의 복지향상을 위한 정책을 실시할 의무를 진다”고 규정하는 한편, 제35조제3항은 “국가는 주택정책개발을 통하여 모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다”고 규정하여 국가는 노인의 특성에 적합한 주택정책을 복지향상차원에서 개발하여 대한민국국민으로서의 노인으로 하여금 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력해야 할 의무를 부담하고 있음을 인정할 수 있다. 이는 헌법 제10조에 의해 보장되고 있는 행복추구권의 법리에서도 당연히 도출되는 국가의 책무라고도 할 수 있을

27) 박차상 외, 한국노인복지론, 학지사, 2003, 147-151면.

것이다.²⁸⁾ 노인복지법 제8조는 노인의 주거에 적합한 기능 및 설비를 갖춘 주거용시설을 공급·조장하고 이러한 주거시설의 공급자에 대해 적절한 지원을 할 국가 및 자치단체의 책무를 규정하고 있는데 이는 이러한 헌법정신을 확인한 것이라 하겠다.²⁹⁾

제 2 절 노인주거보장에 관한 현행법제와 실태³⁰⁾

현행 노인복지법 제32조에 의한 노인주거복지시설로는 ①노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 양로시설, ②노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 실비양로시설, ③노인을 입소시켜 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영하는 유료양로시설, ④보건복지부장관이 정하는 일정소득 이하의 노인에게 저렴한 비용으로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 실비노인복지주택 및 ⑤노인에게 유료로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 유료노인복지주택 등이 있다.

현재 노인주거시설은 보건복지부 2003년 통계를 기준으로 할 때 아래의 표에서 보는 바와 같이 시설수 295개소에 정원 23,495명에 입소인원 17,312명에 이르고 있다.

28) 헌법 제35조제3항이 신설되기 이전에는 주택복지의 차원에서 인간다운 생활권을 그 헌법적 근거로 하였다. 권녕성, 헌법학원론, 보정판, 649쪽.

29) 정준현, “고령사회에 대비한 현행 주거법제의 개선방향”, 『고령사회의 노인주거관련 법제의 과제』, 한국법제연구원, 2004, 87면.

30) 정준현, 위의 논문, 91-93면.

<노인주거복지시설 및 노인의료복지시설 총괄표(단위 개소/명)>

구 분		합계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충남북	전남북	경남북	제주	
합 계	시 설 수	25	27	16	15	12	9	8	3	49	17	36	44	59	9	
	입소 인원	정원	23,455	2,896	1,760	1,017	1,190	829	648	212	4,326	1,782	2,263	2,832	3,268	473
		현원	17,312	2,140	1,362	828	1,009	563	569	137	3,107	785	1,743	2,255	2,425	389
	종사자수	5,641	855	372	257	350	166	212	62	932	301	513	683	808	130	

출처 : 보건복지부 2003년도 노인복지시설현황

종류	시설	설 치 목 적	입 소 대 상 자	설치
노인주거 복지시설	양로 시설	노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의 제공	생활보장대상노인 또는 생활보장대상노인이 아닌 65세이상의 자중 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 일상생활에 지장이 없는 자	시장· 군수· 구청장 에 신고
	실비양 로시설	노인을 입소시켜 저렴한 요금으로 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공	본인 및 그 배우자와 부양의무자의 월소득 합산 금액을 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액이 통계청장이 고시하는 전년도의 도시근로자가구 월평균 소득을 전년도의 평균 가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액 이하인 자(이하 “실비보호대상자”라 한다)로서 일상생활에 지장이 없는 65세이상의 자	”
	유료양 로시설	노인을 입소시켜 급식 기타 일상생활에 필요한 편의를 제공하고 이에 소요되는 일체의 비용을 입소한 자로부터 수납하여 운영	일상생활에 지장이 없는 60세이상의 자	”

종류	시설	설 치 목 적	입 소 대 상 자	설치
노인주거 복지시설	실비노인 복지주택	보건복지부장관이 정하는 일정소득이하의 노인에게 저렴한 비용으로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	실비보호대상자로서 단독취사 등 독립된 주거생활을 하는데 지장이 없는 65세이상의 자	”
	유료노인 복지주택	노인에게 유료로 분양 또는 임대 등을 통하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공	단독취사 등 독립된 주거생활을 하는데 지장이 없는 60세이상의 자	”

제 3 절 노인주거보장 관련 외국법제

1. 독 일

독일에서는 1999년 “노년기의 주거를 내가 결정하자(Selbstbestimmt Wohnen im Alter)”라는 연방정부 차원의 모델프로그램이 시작되었다.³¹⁾ 노인들에 있어서 주택은 단순히 잠을 자고 음식을 섭취하는 곳이 아니라, 혼자서 자립적으로 생활할 수 있어야 한다. 현재 독일의 노인들은 압도적으로 평소에 살던 집에서 생활하고 있으며, 집단시설에 거주하는 비중은 전체 노인인구의 8% 정도에 지나지 않고 있다. 그러므로 일반주택에 거주하는 노인들을 위해서는 주택의 시설 및 구조의 개선 그리고 보조금의 지급 등이 필요한바, 정부에서는 노인친화적주택에 대한 규정을 마련하고 주택의 개조를 위하여 보조금을 지급하고 있으며, 수발보험법 등을 도입하고 있다. 나아가 노인주택정책

31) 이하 강현호, “고령사회의 고령자 주거안정을 위한 독일의 노인주거법제”, 『고령사회의 노인주거관련법제의 과제』, 한국법제연구원, 2004, 13면 이하 참조.

은 노인세입자의 보호, 집단주거시설에 거주하는 노인들의 권익보호 등도 고려하고 있다.

연방가족노인여성청소년부는 노인친화형주택의 마련을 위한 방안으로서 다음과 같은 다섯 가지 유형을 들고 있다. 첫째, 기존 주택을 노인친화형으로 개조하는 것, 둘째, 새로운 방안으로서 편의제공 혹은 서비스 주택, 셋째, 발전된 방안으로서 공동주거, 넷째, 신기술의 활용방안이라고 할 수 있는 인터넷 쇼핑과 네트워크, 다섯째, 새로운 주택모델개발로서 비용절감및노인친화형주택개발 등을 들고 있다.

독일에서 노인주거복지법제만을 전담하여 다루는 법은 없으며, 관련 되는 여러 법령들에서 노인의 주거복지에 대해서 다루고 있다. 중요한 법령으로는 집단주거시설법(Heimgesetz), 수발보호법(Pflegeversicherungsgesetz: SGB XI), 주택임대법(Wohnungsvermittlungsgesetz)등이 있다. 아래에서 집단주거시설법의 주요 내용을 보면 다음과 같다.

(1) 집단주거시설법(Heimgesetz)

1) 의의 및 목적

노인집단주거시설법은 사회보장에서의 사회보험이나 사회부조와는 달리 시설에 거주하는 노인들의 권익을 보장하는 등 집단주거시설에 대해 그 시설 및 운영기준 등을 규정하는 기본법적 규범이다. 동법은 1974년에 제정되어 1975년부터 시행되었다. 그 후에 몇 차례에 걸쳐서 부분적이 개정이 있었으며, 2001년 개정되어서 2002년부터 시행되었다.

집단주거시설법은 집단주거시설에 적용된다. 동법에서 집단주거시설이란 노인 혹은 수발필요자 혹은 성년장애인을 수용하고, 그들에게 주거공간, 보호 및 수발을 제공하며, 입주자의 수의 변경에 상관하지 아니하고 존속하며 이용요금을 받고서 운영하는 시설을 의미한다(제1조 제1항).

이 법은 ①입주자의 존엄성, 이익 그리고 필요를 침해로부터 보호하는 것, ②입주자의 자립, 자결 그리고 자기책임을 보장하고 조장하는 것, ③입주자에 대한 시설운영주체의 의무준수를 확보하는 것, ④입주자의 협력을 보장하는 것, ⑤전문적 지식에 의한 일반적으로 인정된 수준에 해당하는 주거 및 보호의 수준을 확보하는 것, ⑥집단주거시설관련 조연을 조장하는 것, ⑦동법의 시행과 관련된 관할관청, 시설운영주체, 시설협회, 수발보험조합, 건강보험의 의학적 업무 그리고 사회부조의 주체들과의 협동을 조장하는 것 등을 목적으로 한다(법제2조 제1항).

노인집단주거시설은 유료로 운영되므로 경제적 여건에 따른 선택의 폭이 상당히 넓다. 또한 주거시설의 종류와 서비스의 내용도 선택할 수 있다. 노인집단주거시설에 입주하려는 노인들은 자신의 연금이나 저축금 또는 보험금으로 입주금을 납부하여야 한다. 노령연금 등 사회보험으로 시설입주금을 납입하지 못하는 경우에는 사회부조를 통해서 그 부족분을 지원받을 수 있다.

노인집단주거시설법은 시설에 거주하는 노인들의 권익을 보장하는 법률이다. 노인집단주거시설법은 최소한의 인간다운 생활을 누리면서 생활할 수 있는 수용시설의 기준과 종류를 법적으로 규율하고 있다. 동법에 의한 노인집단주거시설로는 양로시설(Altenheim), 노인복지주택(Altenwohnheim) 및 수발형 요양원(Altenpflegeheim) 등이 있다. 또한 집단주거시설에 입주하지는 않지만 일정한 시간동안 수발이 필요한 노인을 위한 수발원 및 수발과 관계없이 가정의 노인들에게 모임의 기회와 다양한 여가활동 및 교양프로그램을 제공해 주는 노인정 등이 있다. 수용시설에는 해당되지 아니하나, 노인들이 생활하는데 편리하도록 설비된 노인용아파트(Altenwohnungen), 보호주택(Betreutes Wohnen) 그리고 수발주택(Pflegewohnung) 등도 널리 제공되고 있다.

2) 이용계약

집단주거시설법에서는 노인의 권익을 위해 시설운영자와 장래의 입주자 사이에 시설이용계약을 체결하여야 하며, 계약의 내용은 서면으로 하도록 규정하고 있다(제5조 제1항). 그리고 시설운영자는 장래의 입주자에게 계약의 체결전에 계약내용에 대한 설명하여야 하며, 또한 사후의 급부나 이용요금의 변경에 대해서 알려야 한다(제5조 제2항). 시설이용계약에는 입주자 및 운영자의 권리·의무, 특히 운영자의 급부 그리고 시설이용료 등에 대해서 자세하게 규정하여야 한다(제5조 제3항). 시설이용계약에는 입주자의 부재시에 절감되는 비용의 보상에 대하여 규정하여야 한다(제5조 제8항). 개별적인 경우에 기간을 정하여 입주한 경우가 아니라면 시설이용계약은 기간의 약정이 없이 체결된다(제8조 제1항). 입주자는 늦어도 그 달 3일까지 그 달 월말을 계약만기로 하여 서면으로 계약해지를 통보할 수 있다. 이용요금의 인상에 있어서는 인상이 효력을 발하는 시점을 만기로 하여 언제나 계약을 해지할 수 있다(제8조 제2항).

3) 임대료 및 운영

지금까지의 계산의 기초가 변경되고 인상과 인상된 이용요금이 적절한 경우에는 시설운영자는 임대요금의 인상을 요청할 수 있다(제7조 제1항). 입주계약의 투명성을 보장하기 위하여 주거에 따른 관리, 수발, 숙식 및 기타 서비스에 대한 비용은 분리하여 명기하도록 하였다. 가격인상은 4주 전에 통보되어야 하며, 근거를 자세히 밝혀야 한다. 비용을 부담하는 주체의 성격에 따라 가격에 차별을 두어서는 아니된다(제5조 제7항).

입주자들이 퇴거할 때 3일전에 통고할 수 있다. 시설자문위원회가 활동한다. 입주자는 시설자문위원회를 통해서 시설운영, 숙소, 보호, 거주조건, 시설규정, 수발 그리고 자유시간 등의 안전에 대해서 협의

할 수 있다(제10조 제1항). 자문위원회의 참가자격은 시설 입주자들 뿐만 아니라 다른 분야 사람들(예를 들면 지역노인협회회원이나 장애인협회회원)에게도 개방된다. 시설자문위원회는 시설 내 직원들의 급여 및 서비스의 종류와 수준에 대해서 협상하고, 시설에 대한 감독을 통해서 서비스의 질적 수준을 감시하고 기타 부수적인 시설운영에도 참여할 수 있다.

(2) 연방가족노인여성청소년부의 노인친화형주거의 조건

현재 노인들이 거주하는 일반주택은 주로 1950~60년대에 지어진 구조로서, 현재의 주택구조는 자녀들이 있는 젊은 가족을 위하여 설계된 것이다. 그러므로 이러한 일반주택은 노인들에게 불편할 수밖에 없다. 그렇다고 노인친화형주택이라고 하여 현재의 주택단지에서 멀리 떨어진 외딴곳에 건축하여서는 아니된다. 노인친화형주거란 노인들이 불편을 겪지 않으면서도, 다른 모든 연령층 특히 젊은층의 사람들도 편리하게 살 수 있는 주택을 말한다.

독일의 연방건강사회보장부에서 정의하고 있는 노인친화형주거조건은 다음과 같은 8가지로 구분된다.

① 대중교통의 편리한 접근

대중교통의 연결이 편리한 지역의 중심지에 위치한다.

② 은행, 공공기관, 병원과의 양호한 접근성

주변에서 시장을 볼 수 있는 곳, 가정주치의와 은행 및 기타 자주 이용하는 공공기관과 접근 가능성이 양호한 곳에 위치한다.

③ 단층주택이 혹은 엘리베이터가 설치된 주택

외부에서 접근이 용이하도록 주거가 건물의 1층에 위치하거나 승강기가 설치되어야 한다.

④거주이동편이주택(Barrierefreiheit) 설계규정 적용

장애물이 제거되어서 거주이동편이주택이라는 설계규정에 의거하여 거동에 장애가 없도록 한다.

⑤충분한 주거공간

노인이 거주하기에 적절한 정도의 주거공간이 제공되어야 한다.

⑥중앙난방, 욕실 또는 샤워실, 실내화장실 등 기본시설 구비

중앙난방, 욕실 또는 샤워실, 실내화장실 등 기본적인 설비가 완비되어야 한다.

⑦사고를 대비한 안전장치구비

사고에 대한 안전대책이 마련되어 있어야 하고, 충분한 밝기의 조명, 미끄럼방지바닥재, 욕실과 화장실의 지지대 등이 갖추어져 있어야 한다.

⑧수발행위의 편의성

수발행위가 이루어지기 편리하여야 한다.

2. 일 본

(1) 고령자의거주의안정확보에관한법률

일본에서 고령자주택과 관련하여 우선 관심을 끄는 법률은 ‘고령자의거주의안정확보에관한법률’이다.³²⁾ 일본은 고령자가 차지차기법상의 차가제도를 이용하는 것이 어렵다는 현실을 감안하여, 고령자가 보다 용이하게 임대주택을 이용할 수 있도록 2001년 4월에 「고령자의거주

32) 일본의 노인주거와 관련한 법제에 대해서는, 함인선, “일본의 노인주거법제”, 『고령사회의 노인주거관련법제의 과제』, 한국법제연구원, 2004, 47면 이하 참조.

안정확보에 관한 법률』(이하 ‘고령자거주법’이라 부른다.)를 제정하였다. 동법은, 고령자의 원활한 입주를 촉진하기 위한 임대주택의 등록제도를 설치하고, 양호한 거주환경이 확보되어 고령자가 안정적으로 거주할 수 있는 임대주택에 대하여 종신건물임대차제도를 설치하는 등의 조치를 강구함으로써 고령자의 거주안정의 확보를 도모함으로써 그 복지의 증진에 기여하는 것을 목적으로 하는 것이다(제1조).

그런데, 고령자가 거주하기 편리하도록 되어 있는 이른바 배리어프리(barrier-free) 주택은 전 주택 가운데 3% 미만이고, 특히 임대주택에 있어서는 0.3% 미만이다. 일본정부는 고령자가 거주하기 편한 배리어프리 주택을 2015년까지 전 주택의 20%까지로 할 계획으로 있다.

고령자거주법은 고령자원활입거임대주택제도, 고령자용우량임대주택제도, 종신건물임대차제도 등을 설치하여 고령자의 주거생활의 안정적인 확보를 도모하고 있다.

(2) 유료노인홈

유료노인홈이란 “상시 10인 이상의 노인을 입소시켜, 식사의 제공 기타 일상생활상 필요한 편의를 공여하는 것을 목적으로 하는 시설로서 노인복지시설이 아닌 것”을 말한다(노인복지법 제29조 참조).³³⁾ 따라서, 유료노인홈은 입거자가 부담하는 비용으로 운영되는 민간경영의 주거이며, 주거기능에 더하여 일상생활에 필요한 서비스제공기능도 함께 갖춘 고령자용 민간시설이라고 할 수 있다. 근래 일본에서의 유료노인홈의 숫자가 급증하고 있다. 후생노동성의 조사에 의하면, 1999년에는 303개소였던 것이 2001년 7월에는 400개소로 29,126인이 유료노인홈에 입거해서 생활하고 있다고 한다.

종래의 유료노인홈은 수천만엔의 입거일시금을 지불하고 입거하는 종신이용권형 노인홈이 일반적인 것으로 ‘일부의 유복하고 건강한 고

33) 함인선, 위의 논문, 64-69면 참조.

령자를 위한 호화시설'이라는 이미지가 강하였으나, 버블경제의 파탄과 세계에서 손꼽히는 고령화사회의 진전으로 인하여 입거일시금이 수십만엔에서 수백만엔인 중간소득층을 위한 노인홈이 주류가 되고 있다고 한다.

또한 1980년대까지 개설된 유료노인홈의 평균규모는 125호인데 비하여, 버블경제의 파탄이후에는 사원기숙사 등 기존건물을 개수해서 개설하는 유료노인홈이 증가하여, 현재는 50호 정도로 되어 있다. 대규모의 유료노인홈에서 중소규모의 가정적인 분위기를 가진 유료노인홈으로 그 추세가 변하고 있다.

후생노동성도 이같은 현실을 받아들여, 유료노인홈을 시설로서 파악하는 것이 아니라 안심하고 생활할 수 있는 제2의 자택으로서 노후의 주거지로 생각하여, 거주기능의 충실을 도모하고 있다.

유료노인홈에서는 거주공간을 제공한다. 즉, 입거자가 각자 생활의 중심이 되는 전용거실과, 식당이나 목욕탕, 프런트, 오락실 등의 각종 공용시설이 있다. 유료노인홈에서는 생활지원서비스, 식사서비스, 건강관리서비스, 간호서비스 등의 서비스를 제공하고 있다.

유료노인홈의 설치·운영주체에는 법률상의 제한이 없으므로 개인은 물론, 주식회사, 재단·사회복지법인, 종교법인 등 여러 가지 형태가 존재한다.

노인복지법은 유료노인홈을 설치하고자 하는 자는 사전에 그 시설을 설치하고자 하는 지역의 도도부현지사에게 일정한 사항³⁴⁾을 신고하여야 하도록 되어 있고(법 29조 1항), 도도부현지사는 후생노동성의 「유료노인홈설치운영표준지도지침(가이드라인)」에 기하여 유료노인홈에 대하여 행정지도를 하도록 되어 있다.

34) 신고하여야 할 사항은 다음과 같다(노인복지법 제29조 1항).

①시설의 명칭 및 설치예정지, ②설치하고자 하는 자의 성명 및 주소 또는 명칭 및 소재지, ③조례, 정관 기타의 기본약관, ④사업개시 예정일, ⑤시설관리자의 성명 및 주소, ⑥시설에서 제공하는 편의의 내용, ⑦기타 후생노동성령에서 정한 사항.

3. 프랑스

자택거주가 불가능한 상태에 있거나 건강 상태에 보다 적합한 환경에서 거주하기를 원하는 노인은 시설, 가정 및 중간적 형태의 시설 등의 크게 세 형태의 시설에 입소할 수 있다.

(1) 시설입소

노인의 시설입소에 관한 근거법률은 1970년 12월 31일의 법률을 개정된 병원개혁에 관한 1991년 7월 31일의 법률 n° 91-748과 사회 및 의료사회복지 제도에 관한 1975년 6월 30일의 법률을 개정된 2002년 1월 2일의 법률 n° 5-535이다.³⁵⁾

위의 1970년 법률과 1975년 법률은 병원은 순수한 치료적 역할만을 수행하고 노인수용의 기능은 그 역할에서 제외하고자 했는데, 그 결과 의료영역(secteur sanitaire)과 사회 및 의료사회복지(secteur social et médico-social)의 영역간의 분할이 이루어졌다. 이미 1962년 라로크보고서에서도 수세기에 걸쳐 노인수용의 기능을 담당하여왔던 병원의 전통을 단절하여야 한다는 제안을 하였고 이에 따라 노인주택과 양로원이 급속히 발전하였다. 이러한 취지는 병원에 입원한 대부분의 노인들의 경우 그다지 복잡하지 않은 단순한 의료행위만을 필요로 한다는 점, 병원 이외의 시설에서 수용할 경우 질병보험의 재정적 부담을 완화시킬 수 있다는 점등에 기인한다.

그런데 병원은 치료센터의 역할을 하고 시설은 수용센터의 역할을 한다는 기능분할은 바로 현실적인 어려움에 직면하게 되었다. 즉 전부 또는 부분적으로 생활의 자립을 상실한 수많은 노인들은 항상적인 의료적 관찰을 요하는 케어를 필요로 하며, 이는 일정한 사회복지분야의 수용시설들을 의료적 영역으로 흡수하게 되었으며 노인들을 장

35) CASF, art L. 312-1.

기체류의 수용서비스를 갖춘 병원에 다시 입원하게 만들었다.³⁶⁾ 이와 같이 두 분야 사이의 경계가 지속적으로 완화됨에도 불구하고 1970년 법률과 1975년 법률에서의 구분은 여전히 유효하다. 따라서 현재 노인수용시설은 포괄적으로 1991년 법률에 의해 규율되는 의료영역에 속하거나 2002년 법률이 적용되는 사회 및 의료사회복지 영역에 속한다.

1) 의료분야의 시설

1991년 병원개혁법에 따르면 공공 또는 민간의 의료시설은 단기치료, 후속치료 또는 재활치료 및 장기치료 서비스의 제공을 목적으로 한다. 단기치료시의 입원을 제외하면 노인의 수용이 이루어지는 것은 후속치료 또는 재활치료와 특히 장기치료를 제공하는 기관들이다.

후속치료나 재활치료를 제공하는 시설에서의 수용은 급성질병의 단계 이후에 적극적 치료를 연장하거나 자립적 생활에의 복귀를 촉진하는 치료를 목적으로 하는 시설이다. 따라서 이 시설은 원칙적으로 노인들의 지속적인 수용공간으로서 기능하는 것을 목적으로 하지는 않는다.

이 비용은 전부 또는 부분적인 정액의 본인부담을 제외하고 질병보험에서 부담한다. 이와 같은 비용부담의 조건은 가족들에게 유리하므로 당해 시설의 본래의 목적이 있음에도 불구하고 종종 이러한 형태의 주거를 이용하는 경우가 생기게 된다.³⁷⁾

장기치료를 제공하는 시설에서의 수용은 “자립적인 생활을 할 수 없고 항상적인 의료적 관찰과 면담요법을 필요로 하는 상태에 있는 자들”³⁸⁾에 대한 주거 제공을 목적으로 하는 시설이다. 마지막으로 정신병원에서의 수용이 있다. 이는 엄밀히 말하여 입소에 대한 연령제한

36) 박재간, 전계논문, 157면.

37) Michel Borgetto et Robert Lafore, *Droit de l'aide et de l'action sociales*, 4^e édition, Monchrestien, p. 289.

38) C. santé pub., art. L. 711-2, 2^o.

이 없기 때문에 노인만을 위한 시설에 포함되는 것은 아니지만 입원자의 상당수가 노인들이다.

2) 사회 및 의료사회복지시설

가) 고령자주택(logements-foyers)

1979년 4월 11일의 데크레에서는 고령자주택을 “가구가 딸린 공동의 공간 및 경우에 따라서는 사용료를 지불하는 세탁실, 케어서비스 또는 사회교육적 서비스 등과 같은 다양한 부가서비스를 보유하는 건물 내에서의 주거를 보장하는 사회적 성격의 시설”로 정의하고 있다.³⁹⁾ 즉 고령자주택은 기본적으로는 고령자용 독립주택 또는 독립거실이지만 주택과 함께 배치된 각종의 집단적 서비스가 제공되는 것이 특징이다.

고령자주택은 재가와 노인요양시설의 중간적 형태라고 생각되며 고령자가 친근하게 살아온 생활환경에서 그다지 멀지 않은 곳에서 생활의 터전을 확보한다는 이념에 따른 시설이다.

위 규정에서는 노인을 명시적인 대상으로 하지 않으므로 이 시설은 노인 이외의 다른 범주의 사람들도 수용할 수 있으나 원할 경우 입소 최저연령을 정할 수 있다. 사회사업 및 가족법전에 의하면 이 시설에서는 식사를 제공할 수 있으나 이는 임의적인 것이다.⁴⁰⁾

고령자주택은 원칙적으로 상당한 자립성을 보유하는 자를 대상으로 임대차관계에서 주거를 제공하는 것으로 일종의 자택을 대체하는 기능을 한다. 한편 소득이 부족한 고령입주자를 위하여 사회부조가 제공된다. 게다가 ‘사회적 성격의 주택수당(l'allocation logement à caractère social)’의 지급도 가능하다. 다만 사회부조를 받기 위해서는 공립의 시설이나 사회부조 수급의 인가를 받은 민간시설에만 입소해야 한다. 주택비용에 대한 원조로서 요건만 갖추어질 수 있다면 ‘주택

39) C. const. et hab., art. R. 351-55.

40) CASF, art. L. 231-3.

원조수당'(l'aide personnalisée au logement; APL)이 지급될 수 있다.

이 시설은 처음에는 원조가 필요하지 않은 건강한 고령자를 예상하여 건립되었으나 재가보호정책의 진전에 따라 이들 고령자는 오히려 자신의 주택에서 생활할 것을 권장하게 되고 고령자주택에 대한 수요는 고령화가 보다 더 진전된 자 또는 원조를 필요로 하는 정도가 심한 사람들에게 이행하게 되었다. 또 이 시설에 입소당시는 건강하였지만 고령화와 더불어 장애가 발생하게 되는 사례도 두드러지게 눈에 띄게 되었다. 이러한 상황변화 하에서 한편으로는 의료부문의 부설이 인정됨과 동시에 준건강고령자 및 장애고령자도 이 시설의 입소가 인정되었다.

이 시설은 저가임대주택(Habitation à loyer modéré), 사회보장 금고, 도 등의 기금에 의해 재정이 지원되며 대개 시·읍·면 사회복지조사사무소(CCAS), 협회에서 관리한다. 영리적 목적의 민간부문에서 운영하는 고령자주택은 매우 드물다.

나) 노인홈(maisons de retraite)

노인홈은 주거, 식사 및 특별서비스를 포함하는 종합적인 급부를 제공하는 집단적 노인거주시설이다. 이 시설의 대부분은 과거 구빈원(hospices)의 변형물이다. 이 시설은 원래 입소시 일정한 자립성을 보유한 자만을 대상으로 하였으나 노인의존현상에 직면하여 건강저하를 겪고 있는 거주자들을 유지하거나 자립상실 상태에 있는 자들도 받고 있다. 즉 고령자주택의 경우와 마찬가지로 이 시설에 있어서도 입주자의 고령화의 진전에 따라 의료서비스의 제공이 요구되었고 이에 따라 1975년 법률에 의해 의료부문의 설치 가능성도 인정되었다.

의료부문은 '단독으로 통상적인 생활행위를 수행할 능력을 상실하고 만성화된 신체적 질환 때문에 타인의 수발을 받아야 하며 의료상의 간호 및 준의료적 간병보호를 필요로 하는 입주자를 위하여 주거와 의료

상의 간호서비스를 제공'하는 시설이다. 이 시설에는 건강상태가 병원에서 간병보호를 필요로 하기까지에는 이르지 아니한 사람을 수용한다.⁴¹⁾ 이러한 사람의 수용가능수는 자치단체장이 결정하지만 원칙적으로 당해 시설의 수용가능 인원의 4분의 1을 넘을 수 없게 되어 있다. 또 이 시설에 입주시에는 입주자가 의사를 선정할 수 있는 자유가 있다. 이 의료부문시설에 의하여 노인홈은 입주자가 자립성을 상실하지 않는 정도의 요간병보호상태가 된 후에도 계속 입주가 가능하고 입주자 입장에서든 병원 등의 의료시설에의 이동을 피할 수 있다는 점에서 여러모로 장점이 있는 조치라고 볼 수 있다.

다) 의존고령자를 위한 수용주택(maisons d'accueil)

고령자주택이나 노인홈의 현대적 형태로는 MAPA(maisons d'accueil pour personnes âgées), MAPAD(maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes)) 등이 있다. 이 시설들은 1980년대에 등장하였으며 사회 및 의료사회복지사업에 관한 2002년 1월 2일의 법률에 의해 규율되고, 자립상실로 인해 재택유지가 곤란하거나 불가능한 노인들을 수용하고 있다.

고령자주택이나 노인홈은 원칙적으로 건강한 고령자를 대상으로 하는 시설이다. 그러나 최근 장애가 있는 요간병고령자의 증가라는 현실문제에 대처하기 위한 방안의 일환으로 의료서비스를 겸한 시설을 설치하거나 입주요건을 완화하는 방향으로 정책이 전환되고 있음을 보았다. 근래에 이러한 유형의 시설과는 별도로 오로지 요간병보호 고령자의 입주만을 상정한 시설도 설치하게 되었는데 여기에 해당하는 시설들이 MAPAD이다.

MAPAD는 원칙적으로 노인홈과 같은 법적 취급을 받는 시설이지만 요간병보호 고령자만의 수용을 예상하여 거실의 면적이나 건축방식을 결정하고 있다는 점에서 노인홈과는 다르다. 또 입주고령자 수는

41) 이하 박재간, 전계논문, 161-162면.

80명을 상한으로 하고 시설입지는 도심지 등에서 구하며 이러한 요건을 충족하여야만 비로서 MAPAD의 명칭을 쓸 수 있다.

재정은 임대비, 지방자치단체와 사회보장금고의 보조비로 운영되며 시·읍·면 사회부조사무소, 병원, 협회, 상사회사 등에 의해 운영된다. 이 시설들은 대개 의료부문을 부설할 수 있다. 이 시설들이 수용할 수 있는 의존노인의 비율은 MAPAD의 경우 의료부문의 수용범위를 총 수용능력의 75%로 한정되어 있다.

(2) 중간적 성격의 시설

중간적 성격의 시설이란 재택유지와 시설입소의 중간적 성격을 가지는 소규모의 시설을 말한다. CANTOU(centre d'animation naturelle tirée d'occupations utiles)는 치매성노인 또는 정신장애노인을 대상으로 하는 정원 10-15명 정도의 소규모시설이다. 관리자(maîtresse de maison)는 입소자와 그 가족을 일상생활의 다양한 일에 참가시켜 사회적 격리감을 배제하여 가능한 한 자립성을 확보시킨다. 이와 유사한 것으로는 수용아파트(appartements d'accueil)가 있다. 수용아파트는 소규모 시설로서 자립성을 상실한 노인들을 동일한 아파트에 수용하는 기능을 한다. 수용아파트의 수용규모는 CANTOU와 유사하며 또한 관리자(maîtresse de maison)가 노인들을 일상생활에 참여시킨다.

CANTOU를 모델로 하고 농촌의 특수성을 고려하여 설치된 고령자 농촌수용시설로서 MARPA(maison d'accueil rurale pour personnes âgées)가 있다. MARPA는 의존상태에 있거나 독거노인과 같이 취약한 상태에 있는 농촌노인들을 수용한다.

한편 임시거주(hébergement temporaire) 시설이 있다. 이 시설은 지위가 일시적으로 불안정하게 된 고령자를 기간을 정하여 입소시키는 것을 목적으로 하고 있다. 예를 들면 가족의 바깥으로 인해 고령자를 돌 볼 가족이 없을 경우, 고령자의 쇠약을 일시적으로 완화시키

고자 하는 경우 등에 이용된다. 이 시설은 일년 내내 노인을 보호하는 가족의 부담을 일시적으로 덜어주고 노인의 병원 입원을 피하는 것을 가능하게 한다.

이 시설은 기존의 시설(maisons de retraite, MAPA, MAPAD ...)과 결부될 수 있으며 또한 독자적으로 설립될 수 있다. 이 시설은 10명에서 25명의 수용능력을 가지며 일반적으로 1주에서 3개월간 거주하도록 하고 있다.

(3) 가정위탁

1989년까지 보수를 대가로 노인을 개인의 가정에 수용할 수 있는 가능성은 사회부조 수급인에게만 한정되었다. 그리고 이를 위해서 수용인은 도의회 의장과 협약을 체결하여야 했다. 이러한 방식은 수용인이 10명 정도를 자택에 수용하는 등의 남용적인 상황이 발생하였고, 사회부조의 수급인이 아닌 노인을 수용하는 것을 금지하였는데, 이는 1989년 7월 10일 법률 n° 89-475의 채택에 의해 폐기되었다. 이 법률은 개인이 자신의 가정에 노인이나 성인장애자를 수용하는 것을 규율함을 목적으로 한다.⁴²⁾ 그 이후 2002년 1월 17일의 사회현대화 법률에서는 몇 가지 규정을 개정하여 이 형태의 노인수용에 적용하는 법제를 명확히 하였다.

이후 노인은 사회부조 수급인인지 여부와 관계없이 개인(‘가정수용자 (accueillants familiaux)’에 의해 유급으로 수용될 수 있다. 이 경우 개인은 도의회 의장의 승인을 얻고 수용되는 자와 계약을 체결해야 한다.

도의회 의장의 승인을 얻기 위해서는 다음의 요건을 충족하여야 한다. 먼저, 수용의 계속성, 피수용인의 건강의 보호, 신체적·정신적 안전과 안녕 등을 보장할 수 있는 수용조건을 필요로 한다. 다음으로 수용자는 최초 및 계속 교육을 이수하여야 한다. 마지막으로 수용인이

42) CASF, art. L. 441-1 et s.

사회적·의료사회적 조사를 할 수 있어야 한다.⁴³⁾ 승인신청에 대한 심의는 도의회 의장이 하며, 나아가 도의회 의장은 가정수용자를 감독한다. 그리고 도의회 의장은 수용조건이 충족되지 않으면 가정수용인으로 하여금 일정한 기간 내에 이를 개선하도록 명령하고 이를 준수하지 않을 경우 자문위원회의 의견을 들은 후 승인을 철회할 수 있다. 긴급한 경우 승인은 사전명령이나 자문위원회의 의견없이 철회될 수 있다. 승인을 얻은 경우 이어서 가정수용인은 피수용인 또는 그 법적 대리인과 서면의 계약(수용계약; contrat d'accueil)을 체결해야 한다.

이 계약은 일정한 사항을 기재하여야 한다. 즉 계약에서는 당사자의 권리와 의무, 가정수용인의 연차휴가에 대한 권리와 이 경우 대체방식, 수용의 물질적·재정적 조건을 명확히 하여야 한다. 그리고 법률에서는 남용을 방지하고 가정수용을 촉진시키기 위해 수용인과 노인간의 재정적 문제에 관한 몇 가지 규정을 두고 있는데, 그 중에는 데크레는 보수의 최저액을 정하고 있고 도의회 의장은 최고액을 정하도록 하고 있다.

피수용인은 임차인으로서의 지위를 가지며 보수의 최저액과 최고액을 준수하면 사회보장의 사용자분담금을 면제받는다. 반면에 수용인은 보수에 대해 사회보장 보험료가 부과된다. 한편 노인 또는 성인장애인의 거주시설이나 서비스를 제공하는 공적 또는 사적인 법인은 도의회 의장과의 협정을 통하여 가정수용인의 사용자가 될 수 있다.⁴⁴⁾

제 4 절 노인주거보장과 관련한 입법적 개선방향

이상으로 노인주거의 특성, 현행법제의 내용 그리고 외국법제를 살펴해보았다. 이로부터 노인주거보장과 관련하여 입법적 개선방향을 검토하면 다음과 같다.

43) CASF, art. L. 441-1.

44) CASF, art. L. 443-12.

첫째, 주거형태의 다양화가 필요하다. 즉 노인들의 경제적 상태, 신체적 상태 등에 따라 선택의 폭이 크도록 주택공급의 유형을 다양화시킬 필요가 있다.

둘째, 노인주거와 의료 및 요양을 효율적으로 연계하여 주택정책이 필요하다.

셋째, 집단주거시설의 경우 이용노인과 시설운영자 간의 권리의무를 관계를 법적으로 명확할 필요가 있다. 특히 노인의 경우 계약능력이 취약할 수 있으므로 시설내에서의 노인의 권익이 침해되지 않도록 법률에서 이를 구체화시킬 필요가 있다.

제 4 장 결 어

노인들의 수명연장은 단순히 신체적 생존의 연장만을 의미하는 것이 아니다. 노인이 한 인간으로서 존엄성과 가치를 인정받고 보다 질적으로 개선된 삶을 영위하는 사회적 생존의 연장까지를 포함해야 할 것이다.⁴⁵⁾

이 연구에서는 우리나라의 고령화의 현황과 노인복지환경의 변화 및 현행 노인복지법제의 문제점을 검토하고 주요 노인복지영역에 대한 입법적 개선방향을 검토하였다. 그 주요 내용을 정리하면 다음과 같다.

먼저, 노인보건의료 영역은 고령사회와 노인보건의료의 특징 및 실태, 입법정책의 기본이념을 고려할 때 입법정책의 기본방향은 노인보건의료의 ‘사회화’, ‘전문화’, ‘예방화’ 등의 세 범주에 초점이 맞추어져야 할 것으로 생각한다. 고령사회에 있어 노인 보건의료의 문제는 그 성격이나 비용의 문제 그리고 가족구조의 변화 등에 비추어 볼 때 개인책임이나 가족책임이 아닌 사회적 책임으로서 전면 전환되어야 한다. 이에 따라 보건의료의 권리성과 국가책임성이 강화되어야 하고 법제도에 있어 보편성과 포괄성이 확보되어야 한다. 고령화에 따른 사회적 비용증가를 완화하고 국민들의 건강을 확보하기 위해서는 현재의 사후·치료중심·문제해결 중심의 보건복지서비스 제공에서 적극적인 예방적인 서비스제공체계의로의 전환이 필요하다. 고령화에 부합하는 의료체계를 구축하기 위해서는 먼저 노인인구들이 갖는 질환이 만성질환이 중심이 되고 있다는 특성을 이해하고 만성질환을 효율적으로 관리할 시스템을 마련해야 한다. 그래야만 국민의료비 부담도 줄어들고 노인들의 건강관리도 원활해진다. 만성질환은 현재의 의학 지식으로는 완치가 불가능하기 때문에 다만 증상을 완화시키기 위한 관리가 중심이 되어야 할 것이다.

45) 김성순, 전계 논문, 16면.

다음으로 노인주거보장의 영역은 고령사회의 노인계층의 다양성에 따른 욕구다양성을 고려하여 선택의 폭이 크도록 주택공급의 유형을 다양화시킬 필요가 있다. 집단주거시설의 경우 이용노인과 시설운영자 간의 권리의무를 관계를 법적으로 명확할 필요가 있다. 특히 노인의 경우 계약능력이 취약할 수 있으므로 시설내에서의 노인의 권익이 침해되지 않도록 법률에서 이를 구체화시킬 필요가 있다. 이는 노인 주택공급에 있어서도 마찬가지이다.

참고문헌

- 공적노인요양보장제도 실행위원회, 『노인요양보장체계 시안에 관한 공청회』 자료집, 2004
- 국무조정실 노인보건복지대책위원회, 『고령사회에 대비한 노인보건복지종합대책』, 2002
- 노상현, 『일본의 공적연금법제의 개혁과 과제』, 한국법제연구원, 2004
- 대통령비서실 고령사회대책 및 사회통합기획단 인구·고령사회대책팀, “저출산·고령사회 대응을 위한 국가실천전략”, 제35차 국정과제회의 보고자료, 2004
- 박차상 외 5인, 『한국노인복지론』, 학지사, 2003
- 변재관, “21세기 노인복지정책의 전망과 과제”, 『노인복지연구』 제14호, 한국노인복지학회, 2001
- 변재관 외 4인, 『고령사회대책기본법 제정검토 및 노인보건복지종합대책』, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2002
- 이민표, “노인복지법의 문제점과 개선방안”, 『노인복지연구』 제14호, 한국노인복지학회, 2001
- 조임영, 『프랑스 노인복지법제』, 한국법제연구원, 2004
- 한국법제연구원, 『고령사회의 노인주거관련법제의 과제』, 2004
- _____, 『고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(Ⅰ)』, 2003
- _____, 『고령사회의 도래와 각국의 입법적 대응 및 현황(Ⅱ)』, 2003
- _____, 『노인요양법제의 현황과 과제』, 고령사회법제워크샵, 2003