

FEATURE

# A Review on Social Foundations to Promote AIP (Aging in Place) for the Elderly

Lee, Hwa-seon

*Professor, Div. of Welfare, Seoul Digital University, South Korea*

## ABSTRACT

AIP (Aging in Place) is gaining traction and being discussed as a new paradigm for dealing with an aging population, as the desire of older adults to live autonomously and independently in their later years meets the need of governments to reduce the cost burden of operating senior facilities. Various domestic and international studies on AIP claim that AIP has a positive impact on the quality of life in old age, which is possible when a social environment is provided for the elderly to live independently. This study examines the actual situation of essential medical care, palliative care and care at the end of life, and the current laws and systems of AIP-related policies, and makes recommendations on the responsibilities of national and local governments and effective measures to fulfill those responsibilities in the future.

## KEY WORDS


AIP (Aging in Place), Access to medicine, Hospice and palliative care, Elderly care

---

### Corresponding Author:

Dr. Hwa-seon Lee, Professor, Seoul Digital University, Seoul, South Korea.

E-mail: [happy428@sdu.ac.kr](mailto:happy428@sdu.ac.kr)

 <https://orcid.org/0000-0002-5533-824X>

Received: November 14, 2023; Reviewed: December 10, 2023; Revised and Accepted: December 19, 2023

## I. 서론

노인인구 비율의 증가와 기대수명의 증가로 은퇴 이후의 길어진 노년기를 ‘어디서’, ‘누구와’, ‘어떻게’ 보낼 것인지에 관한 사회적 논의가 시급해졌다. 과거와 비교하여 노인들은 더 건강해지고 기능적이며 독립적으로 되었다. 이러한 증거들을 기반으로 미래의 노인들은 더 오랫동안 지역사회에서 독립적인 생활을 할 수 있을 것으로 예측할 수 있다. 하지만 고령인구의 증가는 궁극적으로 만성질환을 앓고 있는 취약한 인구의 증가를 의미하며,<sup>1)</sup> 이들의 복잡하고 다양한 욕구에 어떻게 대처할 것인지는 전 세계가 직면한 공통의 과제가 되었다.

세계 각국은 노인센터, 지역사회기반 성인 데이케어센터, 임시 간호, 호스피스 케어, 완화치료, 재활병동, 전문 요양원 등 노인의 자립심과 역량을 유지하고 돌봄을 제공하기 위한 다양한 방법과 케어 서비스를 갖추고 있다. 이러한 서비스들은 노인거주지역에 따라 분류할 수 있는데, 크게 요양원 등의 노인장기요양 모델과 가정과 지역사회에 기반한 서비스(Home and Community-based Services: HCBS) 모델로 구분된다.

‘Aging in Place(이하 AIP)’는 가정과 지역사회에 기반한 서비스 모델에 포함되는데, 가능한 노인들이 가정과 지역사회에서 노후를 보낼 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다(Barati et al., 2022: 6647). ‘지역사회 계속 거주’로 번역할 수 있는 AIP는 노인이 살아온 시간만큼 친숙한 환경과 관계 속에서 나이가 들고 계속해서 살아가도록 함으로써 노인의 자율성과 독립적인 생활을 가능하게 한다는 측면이 강조되어 왔다. AIP의 이러한 이점은 길어진 노년기에 대한 노인복지정책의 전략으로서 제시되면서 국내외에서 활발히 논의되고 있다.

AIP가 고령화에 대한 새로운 정책적 방안으로 주목받는 이유는 크게 두 가지로 볼 수 있다. 첫째, 대부분의 사람들은 노년기에 들어서도 가능한 오랫동안 그들의 집에 머무르기를 희망한다는 것이다. 국내외의 다양한 연구들에 의하면 사람들은 노후에도 낯선 노인요양시설이나 병원이 아닌 내 집, 지역사회에서 살아가기를 바라는 것으로 나타난다(보건복지부, 2020.<sup>2)</sup> 익숙한 환경에서 계속 거주하는 노인은 신체적, 정서적인 안정감을 가질 수

1) 2020년 노인실태조사에 의하면 75세 전후에는 사회참여나 건강상태가 약화되는 경향을 보이며, 85세이상 연령에서는 일상적 기능상태가 급격히 떨어지는 것으로 조사되었다(이윤경 외, 2020).

있고, 사회참여와 지역사회와의 상호작용을 통해 삶의 만족도가 높은 것으로 나타난다 (Lecovich, 2014; 이승훈, 2017).<sup>3)</sup> 따라서 AIP는 자율적이고 독립적인 노후를 희망하는 노인들의 의사를 반영한다는 점에서 지지를 받고 있다.

두 번째는 AIP가 시설 돌봄과 비교하여 비용적인 측면에서 효율적이라는 점이다. 집에 머무는 것은 장기요양비용을 줄일 수 있으므로, 노인과 지역사회가 가장 선호하는 방법이다. AIP는 노인이 요양원이 아닌 지역사회에서 필요한 돌봄을 받을 수 있도록 함으로써 시설운영에 필요한 비용을 절감할 수 있다(Barati et al., 2022: 6647).<sup>4)</sup>

한국 사회는 빠르게 나이 들어가고 있으며, 이는 노인의 사회적 돌봄을 목적으로 운영 되는 노인장기요양보험의 재정 악화를 초래하면서 지속가능성을 위협하고 있는 실정이다 (김용하, 2020). 이러한 상황에서 노인의 욕구를 반영하는 동시에 사회적 비용을 감축할 수 있는 AIP는 고령화에 대처하는 주요한 정책 대안으로 주목받고 있는데, 이를 가능하게 하는 사회적 기반에 대한 충분한 검토는 이루어지고 있지 않다. 특히 한국의 급격한 인구 변화는 지방소멸이라는 심각한 변화를 초래하고 있는데(국토연구원, 2022)<sup>5)</sup>, 인구감소지역은 의료와 공공의료, 돌봄 및 필수적인 생활 서비스를 제공할 수 있는 기반이 취약하거나 앞으로 취약성이 더욱 심화할 것으로 예상되는 상황이다.

AIP는 단순히 거주문제나 주거정책에서 접근해야 할 것이 아니라, 물리적, 심리적으로 포괄적인 접근이 필요하다. 지역사회보호 시스템이 충분히 갖추어지지 않은 상태에서의 AIP는 노인을 '집'이라는 공간에 고립시키고 사회적으로 배제시키는 결과를 초래할 수 있

2) 보건복지부 3년마다 실시하는 법정 노인실태조사(「노인복지법」 제5조) 2020년 결과를 보면, 노인 총 10,087명 대상 중 83.8%는 현재 집에서 계속 거주하기를 바라고, 56.5%는 거동이 불편해지더라도 재가서비스를 받으면서 현재 살고 있는 집에서 계속해서 살기를 희망하는 것으로 나타났다.

3) AIP는 노인이 살아온 시간만큼 친숙한 환경에서 나이가 들고 계속해서 살아가도록 한다. 이는 노인이 요양시설이나 병원 등 낯선 곳으로 이전할 때 발생할 수 있는 스트레스와 불안 등을 최소화할 수 있다. 또한 AIP는 가족이나 친구 및 마을이나 지역사회와의 지속적인 관계 맺음을 통하여 정서적으로 안정되어, 고립감이나 외로움 등을 줄일 수 있다고 본다. 그리고 이러한 노인의 정서적 안정은 신체적 및 정신적 건강에 이로울 수 있다. 그리고 AIP는 노인에게 자신의 일상적 삶을 통제하고 다양한 결정을 내릴 수 있도록 하며, 이러한 노인의 자율성과 자기결정권은 기본적 인권과 자유를 위한 필수조건이다.

4) 비용감축을 강조하는 AIP의 활성화는 노인을 고립시키고 격리시킴으로써 노인의 집을 교도소처럼 만드는 요인이 된다는 점에서 비판을 받는다(Sixsmith & Sixsmith, 2008).

5) 인구감소지역에서의 인구구조 변화는 매우 뚜렷하게 나타나는데, 만 20세~34세 청년 비중은 2010년에 17.0%에서 2020년에 13.3%로 줄어든 반면, 만 65세 이상 노인인구의 비중은 20210년 21.3%에서 2020년 28.5%로 증가하였다. 국토연구원이 발간한 연구보고서에 의하면, 인구감소 정도가 타 지역에 비하여 심각한 인구감소지역은 지역의 활력 저하와 지역경제 기반 약화 등으로 인하여 지역소멸 가능성이 높아질 수 있다(국토연구원, 2022).

다. 지역사회에서 AIP가 이루어지기 위해서는 노인들이 자립적으로 생활할 수 있는 사회 환경이 제공되어야 하며(박영란·박경순, 2015), 지역사회가 함께하는 돌봄이 필요하다(현다운 외, 2022: 97).

본 연구에서는 사람이 살아가는데 가장 기본적인 필수 의료와 임종기 완화의료 및 돌봄 등의 실태를 점검함과 아울러 각 정책의 현행 법령과 제도를 살펴봄으로써, 국가와 지방 정부의 책무는 무엇이며 향후 그 책무를 충실히 이행하기 위한 실효적 방안들은 무엇인지에 관하여 논하고자 한다.

노인은 권리 주체로서 본인이 살던 곳에서 계속 거주하고 존엄한 죽음을 맞이하기를 바라고, 정부에서도 노인의 AIP를 위한 지역사회 통합돌봄 정책을 추진해오고 있다. 따라서 본 연구는 정부의 AIP 정책을 활성화하기 위한 방안을 제안하고자 한다.

## II. 고령화정책의 새로운 패러다임으로서의 AIP

### 1. AIP(Aging in Place)의 이론적 배경

AIP는 인구고령화에 대응하기 위한 접근방식으로서 국제적으로 주목받고 있음에도 불구하고 그 개념이 여전히 모호하며 이에 대한 포괄적인 정의가 없다(Barati et al., 2022: 6646). AIP는 건축과 환경, 커뮤니티와 사회서비스, 보조장치와 기술, 건강과 기능 등 다양한 분야에서 다루어지고 있음에도 연구자와 실무자, 정책 입안자 간에 AIP를 어떻게 정의해야 하는지에 대한 합의가 이루어지지 않았다.

넓은 의미에서 AIP는 가능한 한 오랫동안 가정과 지역사회에서 노후기간을 보내고 장기요양시설로의 이전을 늦추는 것이다. 하지만 ‘장소(place)’와 관련하여 합의된 정의가 없는 상태에서 AIP는 여러 학자들에 의해 다른 범주로서 논의되고 있다. AIP는 주로 개인의 주거환경에서 머무는 것을 의미하는데, 이러한 차원에서 AIP는 수십 년 동안 거주해온 주택의 개조나 보조 기술, 적절한 지원 서비스를 중심으로 논의되거나 동일한 지역사회 또는 이웃과 함께 거주하는 의미로서 논의된다. 또 다른 차원에서 AIP는 장기요양시설을 대신하는 지원주택(supportive housing)이나 커뮤니티를 포함하여 좀 더 넓은 개념으로 정

의되기도 한다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 235).

이코비치(Iecovich, 2014)는 '장소(Place)'를 세 가지 차원으로 설명한다. 첫 번째 물리적 차원은 집 또는 이웃과 같은 개념이며, 사회적 차원은 다른 사람들과의 관계와 관련된 것이다. 심리적 차원은 소속감과 애착이며, 문화적 차원은 사람들의 가치관과 믿음, 인종 등과 관련되어 있다. 따라서 '장소'라는 용어는 노인의 집뿐만 아니라 가족과 친구, 이웃, 종교 시설이나 서비스 기관 등의 지역사회와 관련되어 있다고 주장한다.

AIP 개념에 대한 합의가 부족한 이유는 그 정의의 근간을 이루는 이론적 견해가 다양하기 때문인데, AIP에 대한 연구는 크게 4가지 관점으로 분류할 수 있다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 236). 첫째, 기능주의 또는 생물학의학적 관점은 노인을 기능저하를 겪는 대상으로 바라보고, 노인의 능력을 제한하는 물리적 환경 요인을 고치고 개선하는 것에 주목하면서 주택개조와 AIP를 지원하는 기술을 강조한다.<sup>6)</sup> 예를 들어서 노년층의 변화하는 욕구에 맞춰진 적합한 주택 옵션은 노인의 독립성을 강화하므로, 가정환경이 적합하지 못한 경우에는 AIP와 웰빙을 위한 주요한 지원책으로서 주택 개조를 제안한다(Campbell, 2015; Golant, 2011).

둘째, 구조주의 또는 비판적 관점에 의하면, 사회는 노인의 삶을 형성하고 사회 내 불평등과 계층화를 유발하는 구조로 구성되어 있기 때문에 노인의 권한부여, 사회적 통합, 참여 촉진을 AIP의 핵심 메커니즘으로 삼는다.

셋째, 현상학적 관점은 일인칭 시점의 생생한 경험을 초점을 맞춘다. 이 관점은 노인들의 소속감과 정체성, 시간, 장소 애착, 집의 의미 등과 같은 노인들의 경험을 강조한다. 현상학적 관점에 의하면, 노인들은 AIP를 그들 삶에 대한 독립성과 선택권, 편의시설과 서비스에 대한 좋은 접근성, 사회관계의 유지, 집과 지역사회에서 느끼는 안전함, 장소에 대한 소속감 등이라고 생각한다. 대부분의 노인들은 가능한 오랫동안 편안하고 안전한 집에서 일상생활을 즐기고 싶어 하는데, 지역사회 환경에 친숙하고 소속감을 느끼는 노인의 경우 집에 대한 더 강한 애착을 갖게 된다(Barati et al., 2022: 6650).<sup>7)</sup>

6) AIP에 관한 국내 연구는 대부분 주택과 지역사회 등 물리적인 공간에 초점을 둔 연구들이 다수를 차지하는 경향을 보인다(윤효원·황성민, 2017).

7) 롤스(Rowles, 1983)는 환경에 대한 애착을 3가지 차원의 내부성 이론(theory of insideness)으로 개념화하였다. 첫째 물리적 차원의 내부성(physical insideness)은 노인이 오랜 시간 동안 한 지역사회에 거주하면서 자신의 일상적인 고유한 생활패턴을 형성함으로써 환경에 대한 통제권을 갖게 되는 것을 의미한다. 둘째, 사회적 내부성(social

넷째, 생태학적 관점은 노인과 환경 간의 관계에 주목하며 사람들이 나이를 먹어감에 따라 그들이 살아왔던 장소에 애착하게 되면서 동시에 사회적 물리적 환경에 더 민감하고 취약해진다는 점을 강조한다(Iecovich, 2014: 24). 환경적 특성은 특히 취약한 노인의 건강에 부정적인 영향을 미칠 수 있으며, 적극적인 노후의 삶을 살아가는 데에 장애요인이 될 수 있다(Annear et al., 2014).<sup>8)</sup>

삶의 마지막 시기에 노인의 몸은 물리적으로 돌봄 장소에 존재한다. 어느 돌봄 장소에 있는지에 따라 상당히 다른 돌봄 서비스 및 대우를 받을 수 있다. AIP는 노인 스스로의 삶에 대한 통제권을 부여하며, 그들의 정체성과 웰빙을 유지할 수 있게 한다. 주거공간의 이주는 그들의 사회적 관계의 상실과 일상생활의 변화, 그리고 제한된 시설 공간으로 인한 개인 물건의 포기, 독립적인 생활의 상실을 의미한다.

## 2. UN의 AIP정책 동향

노인에게 AIP는 자율성의 상징이며, 일상생활과 독립성, 프라이버시에 대한 통제권을 부여한다(Wiles et al., 2012). 시간이 지남에 따라 익숙함과 일상적인 일은 장소에 대한 애착을 갖게 하며, 집과 이웃은 노인의 정체성을 구성하는 주요한 요소가 된다. AIP는 노인이 나이가 들어감에 따라 본인의 집과 지역사회에서 자신의 생활방식을 통제하면서 독립적으로 살아갈 수 있는 것을 의미한다. 노인이 본인의 의지와 선택을 통하여 일상생활을 영위할 수 있다는 것은 인권의 가장 중요한 기반인 자기결정권을 누릴 수 있다는 것이다. 이러한 관점에서 본다면, AIP는 노인이 자신의 권리를 충분히 향유할 수 있는 기반을 제공한다.

유엔은 1991년 12월 16일 총회에서 ‘노인을 위한 원칙(UN Principles for Older Persons)’을 채택(결의 46/91)하였으며, 이 원칙을 통하여 5가지 분야인 자립, 참여, 보호, 자아실현,

---

insiderness)은 노인이 다른 사람들과 서로를 알게 되면서 형성해온 사회적 관계와 관련되어 있다. 셋째, 자서신적 내부성(autobiographical insiderness)은 장소에 대한 노인의 애착과 관련된 차원이다. 노인은 생애 추억을 바탕으로 자아 정체성을 형성하면서 장소에 대한 애착을 갖게 되는데, 장소에 대한 강한 유대감을 가진 노인들은 더 많은 통제력과 안정감을 느끼고 긍정적인 자아감을 갖게 된다는 것을 의미한다(Rowles, 1983).

8) 특히 열악한 환경에서의 거주는 신체 기능의 상실과 관련이 있으며, 장애, 건강 관련 삶의 질 저하, 퇴행성 질환 발생률 증가, 낙상 발생률 증가, 심혈관 질환 사망률 및 수명 단축과 관련이 있다(Annear et al., 2014: 600).

존엄에 대한 18개 권리를 명시하였다. 자립 원칙은 노인이 가족과 지역사회 지원, 그리고 본인의 힘으로 적절한 음식, 식수, 주거, 의복, 의료서비스 등에 접근할 수 있어야 하고, 소득보장을 비롯해 사회권이 보장되어야 함을 강조한다.<sup>9)</sup>

유엔이 1982년 세계고령화총회에서 채택한 '고령화에 관한 국제 행동계획'에 의하면, 행동을 위한 권고 9번에서 “노인 돌봄의 기본적인 원칙은 가능한 오랫동안 지역사회에서 독립적인 생활이 가능하게끔 하여야 한다(para. 62.)”라고 강조하였고, 19번 권고에서는 “노인에게 집이란 거주지뿐만 아니라 안 되는 것이 육체적으로 뿐만 아니라 심리적 및 사회적 중요성을 갖기 때문에, 주거정책은 노인이 가능한 오랫동안 자신의 집에서 살아갈 수 있도록 도와야 한다”라고 기술하고 있다(UN, 1983).

유엔이 오스트리아 빈에서 세계고령화총회를 개최하고 20년이 지나서, 스페인 마드리드에서 개최한 제2차 총회에서는 '고령화에 관한 마드리드 국제 행동계획'이 채택되었으며, 이 행동계획에서도 “노인이 자신의 지역사회에서 늙는 것은 모든 국가에서 하나의 이상이다(para. 102)”라고 기술하면서, “지난 20년간 지역사회에서의 보호와 노인이 자신의 지역사회에서 살아가도록 하는 것은 많은 정부들의 정책 목표가 되어왔다(para. 104)”라고 제시하였다(UN, 2002).

### 3. AIP 관련 국내법 검토

국내 법률은 「노인복지법」 제2조에서 “노인은 후손의 양육과 국가 및 사회 발전에 기여하여 온 자로서 존경받으며 건전하고 안정된 생활을 보장받는다”고 기본이념을 제시하고 있으며, 「노인장기요양보험법」 제3조에서는 장기요양급여 제공의 기본원칙의 하나로 “장기요양급여는 노인 등이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공하여야 한다”라고 규정하고 있다.

유엔 사회권규약의 조약감시기구가 대한민국 정부의 제4차 국가보고서를 심의한 최종

9) 이러한 유엔의 노인을 위한 원칙에 따르면, 노인은 자신의 존엄성, 신념과 욕구 및 사생활에 대한 완전한 존중을 보장 받아야 하며, 건강과 삶의 질에 관하여 결정할 수 있는 권리를 가진다. 이러한 존엄 원칙에서는 노인이 집이 아닌 다른 주거시설이나 보호 및 치료 시설에 거주하더라도, 노인은 기본적 인권과 자유를 향유할 수 있어야 한다고 밝히면서 시설에서 생활하는 노인에 대한 인권 보호에 대해서도 구체적으로 명시하고 있다. 무엇보다도 이 원칙은 노인의 존엄성이 가장 중요하다고 강조하면서, 노인이 자신의 존엄성을 지킬 수 있고, 안전하게 살 수 있어야 함을 천명하고 있다.

견해(UN, 2017)에 따르면, 유엔 사회권위원회는 “고령인구의 복지가 당사국의 최우선 과제임을 주목하는 한편, 심각한 노인빈곤과 요양시설에서의 학대를 포함한 노인학대 관련 보고에 대하여 우려한다(para. 46)”고 밝히면서, “노인이 존엄성을 유지하고 안전한 환경에서 살 수 있도록 보장할 것”을 권고하였다. 구체적인 권고 내용은 “노인들이 가능한 한 오래 집에서 생활할 수 있도록 보장하고, 지역사회 기반 돌봄서비스를 확대”하여야 한다는 것이다.

위에서 검토한 바와 같이, AIP는 유엔의 노인을 위한 원칙과 행동계획 및 결의문, 조약 감시기구 심의 최종견해 등에서 지속적으로 강조되고 있음을 확인할 수 있다. 한국은 유엔의 권고에 따라 AIP를 활성화하고 노인의 인권을 증진할 수 있는 관련 법과 제도 등을 마련하여야 할 것이다.

### III. AIP를 위한 한국의 사회적 기반: 지역사회의 의료, 영양, 돌봄 현황

노인의 AIP에 영향을 미치는 요인은 매우 다양한 범주에서 논의되고 있는데, 비고네스 와 차우두리(Bigonnesse & Chaudhury, 2019)는 여러 연구들을 검토하여 개인별 경험과 특성<sup>10)</sup>, 구축된 환경<sup>11)</sup>, 사회적 지원과 상호작용<sup>12)</sup>, 커뮤니티 기반 서비스<sup>13)</sup>, 이동성<sup>14)</sup>을 AIP에 영향을 미치는 다섯 가지 요인으로 분류하였다.

AIP는 노인이 거주해온 공간에 대한 애착이나 유대감, 보안과 친숙함이라는 실질적인 혜택을 부여한다는 점과 노인의 독립성과 자율성을 지속시켜준다는 점에서 긍정적으로 논

10) 개인별 경험과 특성에는 장소에 대한 개인의 애착 정도와 개인의 건강상태, 사회경제적 지위, 문화적 배경 등이 포함된다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 237).

11) 노인의 욕구에 적합한 주택과 잘 연결된 거리, 높은 주거밀도 등은 일상에 필요한 자원에 대한 접근성을 높인다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 238).

12) 가정간호와 같은 사회적 지원과 또래 지원과 지인과의 정기적인 만남 등의 상호작용은 규칙적인 신체활동 참여를 촉진하고 도움이 필요할 때 안전하고 지원받는다고 느끼게 하며 노인의 웰빙과 생존에 긍정적인 영향을 미친다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 238-239).

13) 지역사회기반 서비스에는 식료품가게와 은행, 우체국, 약국, 건강클리닉, 대중교통 시스템 등의 일상생활에 필요한 활동을 지원하는 도구와 서비스를 의미한다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 239).

14) 이동은 AIP의 중요한 요소로서, 노년기의 이동성은 커뮤니티 기반 서비스에 대한 접근성에 영향을 미친다(Bigonnesse & Chaudhury, 2019: 239).



의되고 있다. 그러나 애착이나 유대감은 특정 주택과 연관된 것이 아니라, 커뮤니티와 사회적 범주 안에서 작동한다(Wiles et al., 2011: 364). AIP 논의는 노인의 주택을 포함한 지역 사회의 범주에서 논의되어야 하며, 노인이 자신의 집과 지역사회에서 질적인 노년기를 보낼 수 있도록 견고한 커뮤니티 기반시설을 갖추어야 할 것이다(Lahr & Henning-Smith, 2021). 본 논문에서는 지역사회의 여러 사회기반 중에서 특히 의료접근성과 지역사회 돌봄 상황 및 호스피스·완화의료 실태를 중심으로 AIP를 위한 사회적 기반의 조성 정도를 검토할 것이다. 이는 건강과 돌봄, 호스피스 완화의료가 노년기 삶의 질에 중요한 요인이 되기 때문이다.

## 1. 지역사회 응급의료와 의료접근성

2023년 5월 6일 서울에서 40도 고열을 앓던 5세 아이가 구급차에 실려 가까운 대학병원에 갔으나, 빈 병상이 없어 입원할 수 없었고 치료받으려면 5시간 이상 기다려야 하는 상황에서 3곳의 병원을 더 돌아다니다가 결국 숨지는 사건이 발생하였다. 이른바 '응급실 뺑뺑이' 사건으로 불리는 사건에서, 입원과 진료 거부한 병원 측은 대기 환자가 많거나 야간에 소아 응급환자를 진료하지 않는다는 이유로 입원 치료를 거부하였다고 보도되었다(조선일보, 2023.5.17).<sup>15)</sup>

한국사회는 현재 연 매출 1조 원 이상인 5대 병원이 서울에 집중되어 있고, KTX 열차의 이용으로 접근성이 좋아짐에 따라 지방에서 서울로 올라오는 환자의 원거리 의료 이용이 증가하였다. 반면, 전국 의료시설 접근성을 살펴보면, 30분 이내에 응급의료기관에 갈 수 없는 지방자치단체가 30여 곳, 분당 시설이 없는 지방자치단체는 50여 곳이 넘는다. 또한 사도별 권역응급의료센터에 60분(1시간) 내 접근이 불가능한 인구 비율이 평균 9.7%인 것으로 나타났다(국립중앙의료원, 2023).<sup>16)</sup>

15) 국회 보건복지위원회 최혜영 의원이 소방청에서 확보한 자료에 따르면, 2018년부터 2022년까지 119 구급대 재이송 건수는 37,218건으로 집계되었는데, 재이송 사유는 전문의 부재(11,684건, 31.4%)가 가장 많았고, 병상 부족(5,730건, 15.4%), 환자와 보호자 변심(1,722건, 4.6%) 순이었다(후생신문, 2023.06.01).

16) 국립중앙의료원에서 발간한 「2022년 공공보건의료 통계집」에 따르면, 2021년 기준으로 시도별 권역응급의료센터 60분 내 접근이 불가능한 인구 비율(평균 9.7%)이 높은 지역은 충남(35.1%), 강원(33.2%), 전남(19.8%), 충북(19.4%), 경남(16.6%), 제주(15.3%), 경북(12.3%), 전북(11.9%) 순으로, 서울과 경기 및 광역수도권은 모두 60분 내 권역별 응급의료센터로 접근이 가능하지만 지방자치단체는 예외 없이 접근이 불가능한 인구 비율이 평균 이상 35%까지 존

실제로 우리나라 시도별 및 지역 유형별 의료접근성은 지역 간 격차가 명확하게 드러난다. 서울이 압도적으로 의료 접근성이 높으며, 경남, 창원, 경북 등 농촌지역은 의료접근성이 매우 낮아서 도시와 농촌지역 간 격차가 뚜렷하게 나타났다. 국토연구원과 국토지리정보원이 발표한 보고서에 의하면, 서울(3분), 광주(7분), 부산과 대전(8분)은 차량으로 10분 내 종합병원에 도착할 수 있지만, 경남(38분)과 강원(37분) 및 경북(32분) 지역 등은 30분 이상 운전하여야 도착이 가능한 것으로 나타났다(국토연구원, 2022).

## 2. 호스피스·완화의료 실태

「호스피스완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률」(이하 연명의료결정법)에 의하면, ‘호스피스완화의료’란 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화, 그 밖에 보건복지령으로 정하는 질환(만성호흡부전)으로 말기환자 진단을 받은 환자 또는 임종과정에 있는 환자(이하 호스피스대상환자)와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 목적으로 하는 의료를 말한다.

호스피스와 연명의료 및 연명의료 중단 등 결정에 관한 모든 행위는 환자의 존엄성을 침해하여서는 안 된다는 것을 기본원칙(제3조)으로 삼는다. 국가와 지방자치단체는 환자의 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 사회적문화적 토대를 구축하기 위하여 노력하여야 하고, 환자 최선의 이익을 보장하기 위하여 호스피스 이용의 기반 조성에 필요한 시책을 우선적으로 마련하여야 한다(제5조).

호스피스완화의료 사업은 입원형 호스피스, 가정형 호스피스, 자문형 호스피스, 요양병원 호스피스, 소아청소년 완화의료로 구분된다. 국립암센터 중앙호스피스센터 자료에 따르면, 2023년 11월 29일 기준 국내 호스피스완화의료 기관은 총 190개소이고, 사업 유형별 중복된 기관을 제외하면 114개소가 있다.

---

재하는 것으로 나타났다. 한편, 시도별 NICU(신생아 집중치료실, 산부인과에서 미숙아, 저체중아, 어떤 질환이 있는 신생아를 집중적으로 치료하는 곳) 90분 내 접근이 불가능한 비율(평균 11.7%)을 살펴보면, 전남(41.2%), 경북(39.5%), 강원(33.6%), 충남(31.4%), 충북(19.7%), 경남(16.8%), 전북(11.5%), 제주(3.9%) 지역 순으로 높게 나타난다. 신생아 집중치료실에 접근할 수 없는 비율이 높은 지역도 권역별응급의료센터와 마찬가지로 지방자치단체 모든 지역이 해당한다는 사실을 확인할 수 있다.

입원형 호스피스완화의료는 보건복지부로부터 지정받은 전문기관의 호스피스 병동에 입원한 말기환자 및 가족들을 대상으로 호스피스 돌봄 및 전문완화의료서비스를 제공하는 것이다. 그리고 입원형 호스피스전문기관은 「연명의료결정법」 제25조에 따라 보건복지부령으로 정하는 시설·인력장비 등의 기준을 충족하며 호스피스대상환자에게 호스피스완화의료 서비스를 제공하는 의료기관이다. 이 입원형 호스피스완화의료가 도입된 목적은 생애말기 환자들이 죽음을 맞이하는 과정에서 환자와 가족들의 신체·작심리적 고통 및 경제적 부담을 완화하기 위한 것으로, 대상 질환은 ‘암’이다. 입원형 호스피스 기관은 94개소에 병상수는 1,603개 이다(2023년 11월 29일 기준).

가정형 호스피스완화의료는 가정에서 지내기를 원하는 말기환자 및 가족을 대상으로 보건복지부로부터 지정받은 전문기관의 호스피스팀의 포괄적인 초기평가 및 돌봄계획 수립 하에 간호사가 주기적으로 가정에 방문하여 돌봄 및 전문완화의료서비스를 제공한다. 이 가정형 호스피스완화의료는 가정에서 지내기를 원하는 호스피스완화의료 대상자의 선택권을 보장한다. 대상 질환은 암, 후천성 면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화, 만성호흡부전이 해당된다. 가정형 호스피스 기관은 2023년 11월 29일 기준, 전국에 39개소가 있다. 지역별 가정형 호스피스 기관 현황은 경기(11개소), 서울(6개소), 대구(4개소), 대전·부산(각 3개소), 인천·강원·울산·전북(각 2개소), 광주·제주·충남·충북(각 1개소)이고, 경남·경북·전남·세종 지역은 부재하다.

자문형 호스피스완화의료는 일반병동과 외래에서 진료를 받는 말기환자 및 가족을 대상으로 호스피스팀이 담당 의사와 함께 호스피스완화의료를 제공한다. 주요 서비스 내용은 통증 및 증상 관리 자문, 호스피스 입원(말기암 경우) 또는 재가서비스 연계 등이다. 대상 질환은 암, 후천성 면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화, 만성 호흡부전이며, 자문형 호스피스 기관은 2023년 11월 29일 기준 전국에 39개소가 있다.

### 3. 지역사회 돌봄 실태

지역사회 돌봄은 노인의 AIP를 현실화하고 활성화하는 데 필요한 주요 기반이 된다. 보건복지부는 2018년 11월 ‘지역사회 통합 돌봄 기본계획’을 발표하였는데, 여기에는 지역주민의 개별적인 욕구에 적합한 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등이 포함된다. 성

공적인 지역사회 돌봄을 위해서는 물적 기반의 구축과 지역사회 돌봄에 참여하는 행위주체들의 역할이 중요하다(권미영, 2019: 28).

우리나라의 65세 노인인구는 2022년 12월말 기준으로 937만 명이고, 장기요양 신청자는 135만 명 중 인정된 수가 약 102만 명으로, 전체 노인인구 대비 장기요양 인정률은 10.9%이다(국민건강보험, 2022). 장기요양 인정률은 2018년 8.8%에서 2022년 10.9%로 증가하였는데, 향후 인구 고령화와 함께 노인인구가 늘어나면서 장기요양을 필요로 하는 노인의 수가 증가하리라는 것은 자명하다. 연도별 장기요양급여 이용수급자 추이를 살펴보면, 2018년 648,792명이었는데, 2022년에는 999,451명으로 급격하게 증가했음을 확인할 수 있다(국민건강보험공단, 2023).<sup>17)</sup>

2022년 연도말 기준으로, 장기요양기관은 재가시설이 21,334개소, 시설이 6,150개소, 통합재가 31개소가 운영되고 있다. 이는 2019년 재가시설이 19,410개소, 시설 5,543 개소에서 크게 확대된 것임을 확인할 수 있다. 2022년 기준 시도별 장기요양기관 현황을 보면, 경기지역이 6,743개소로 월등히 높게 나타났으며, 397개소의 울산과 85개의 세종시는 가장 낮은 수치를 보여주었다(국민건강보험공단, 2023).

#### IV. AIP 정책의 활성화를 위한 제언

AIP는 노인의 자율성과 독립성을 보존하는 노년기의 삶을 제시하며, 많은 연구자와 정책 입안자들로부터 지지를 받고 있으며, 노인들로 하여금 낮은 사람들로 부터 돌봄을 받아야 하는 시설이 아닌, 자신의 집에서 나이들 수 있다는 희망을 갖게 하였다.<sup>18)</sup>

노인이 살아왔던 집과 지역사회를 떠나지 않고 안전하고 자율적인 노년기와 생애 말을 보내기 위해서는 다양한 제도적 기반이 요구되는데, 본 논문에서는 의료접근성과 호스피스·완화의료, 지역사회 돌봄을 중심으로 국가와 지방자치단체의 책무를 제언하고자 한다.

17) 권미영(2019: 28)은 커뮤니티 케어에 참여하는 행위주체들의 존재와 역할의 중요성을 강조하면서, 행위주체들의 문제가 해결되지 않으면 개인과 가족에게 돌봄의 부담이 전가될 수 있음을 경고한다.

18) 자신이 살아왔던 친숙한 공간에서 자유와 독립성을 잃지 않고 가족 또는 신뢰할 만한 사람과 함께 안전하고 안정적인 노후를 보낼 수 있다고 생각하는 것은 노인들에게 위로가 된다. 하지만, 씩씩한 진실은 노인이 자신의 집에서 거주하게 되더라도, 공허하고 힘든 삶을 살 수 있다는 것이다(Thomas & Blanchard, 2009: 13).

## 1. 지역사회 의료접근성 보장

「응급의료에 관한 법률」(이하 응급의료법)<sup>19)</sup>에 의하면, 모든 국민은 성별, 나이, 민족, 종교, 사회적 신분 또는 경제적 사정 등을 이유로 차별받지 아니하고 응급의료를 받을 권리를 가진다(제3조). 또한 모든 국민은 국가나 지방자치단체의 응급의료에 대한 시책에 대하여 알 권리를 가진다(제4조). 이 「응급의료법」에서 규정한 응급의료기관은 중앙응급의료센터(제25조), 권역응급의료센터(제26조), 전문응급의료센터(제29조), 지역응급의료센터(제30조), 지역응급의료기관(제31조)으로 구성되어 있는바, 2023년 기준 중앙응급의료센터는 국립중앙의료원이 지정되어 있고, 권역응급의료센터로는 서울대학교병원 등 38개소가 지정되어 있으며, 지역응급의료센터로는 연세대학교 세브란스병원 등 128개소가 지정되어 있다. 지역응급의료기관은 시장군수구청장이 지정할 수 있는 응급의료기관으로, 사군 단위에서는 종합병원(「의료법」 제3조의3)뿐만 아니라 병원급(「의료법」 제3조의2) 중에서도 지정할 수 있으며 총 237개소가 지정되어 있다.

현행 「응급의료법」 제31조에서는 지역응급의료기관 지정에 관하여 규정하고 있는바, 시장군수구청장은 응급환자의 진료 및 신속한 이송 등 응급의료에 관한 업무를 수행하도록 종합병원 중에서 지역응급의료기관을 지정할 수 있고, 사군의 경우에는 「의료법」 제3조 제2항 제3호 가목<sup>20)</sup>의 병원 중에서 지정할 수 있다. 이에 시장군수구청장은 관할 지역 내 의료기관이 지정 요건을 갖춘 경우에 지역응급의료기관으로 지정할 수 있으나, 강행규정이 아니다 보니 지역응급의료기관이 다수 지정되어 있는 사군구가 있는 반면에 지역응급의료기관이 없는 지역도 존재한다. 이렇듯 지역응급의료기관이 없는 지역은 '권역응급의료센터'(「응급의료법」 제26조)나 '지역응급의료센터'(「응급의료법」 제30조)가 지정되어 있거나 인근에 응급의료기관이 소재하고 있기 때문에 해당 지역응급의료기관이 부재한 것일 수는 있으나, 그렇지 않은 곳이라면 의료서비스 여건이 열악한 지역이다.

한편, 정부(소관부처 보건복지부)는 의료서비스의 공급이 현저하게 부족한 지역을 '의료취약지'로 지정하여 고시하고 있다. 「공공보건의료법」 제12조에 따라, 보건복지부장관은

19) 이 법은 국민들이 응급 상황에서 신속하고 적절한 응급의료를 받을 수 있도록 응급의료에 관한 국민의 권리와 의무, 국가·지방자치단체의 책임, 응급의료제공자의 책임과 권리를 정하고 응급의료자원의 효율적 관리에 필요한 사항을 규정함으로써 응급환자의 생명과 건강을 보호하고 국민의료를 적정하게 함을 목적으로 한다(응급의료법 제1조).

20) 병원급 의료기관이란, 의사, 치과 의사 또는 한의사가 주로 입원환자를 대상으로 의료행위하는 의료기관을 말한다.

주기적으로 국민의 의료 이용 실태 및 의료 자원의 분포 등에 관한 다음 각 호의 사항을 평가분석하여야 하는바, △인구수, 성별·연령별 인구 분포, 소득 등에 따른 지역 내 국민의 의료 이용 실태에 관한 사항, △의료인력·의료기관의 수 등 지역 내 의료 공급에 관한 사항, △지역적 특성을 고려한 의료기관 접근성에 관한 사항, △그 밖에 의료 이용 실태 및 의료 자원 공급에 관한 사항 등이다. 보건복지부장관은 이러한 사항을 평가하고 분석한 결과에 따라 의료서비스 공급이 현저하게 부족한 지역을 의료취약지로 지정·고시할 수 있다. 이에 「보건복지부 고시 제2021-306호」<sup>21)</sup>에 따르면, 응급의료분야 의료취약지로 총 98개 사군이 지정되어 있어 있다. 이 중에서 16개 사군에는 응급의료기관이 부재한 실정이다.<sup>22)</sup>

위에서 살펴본 바와 같이, 한국사회의 의료적 접근성은 지역에 따라 격차가 상당하다. 사람이 살아가기 위한 안정적인 정주 여건 조성에는 안심하고 믿을 수 있는 보건의료 체계가 필수적이다. 따라서 우리나라 전국의 지역사회에서 응급의료 체계와 의료접근성 및 공공병원 등을 재정비하거나 미흡한 필수 의료 기반에 대해서는 사회적 기반의 마련이 필요하다. 응급환자 사망률 격차는 심각한 수준이므로 이를 개선하기 위한 정책적 처방이 시급하다.

## 2. 호스피스·완화의료의 확대

사람은 누구나 내가 살던 집에서 계속해서 살아가기를 바라고 또한 죽음에 이르는 과정도 내 집에서 맞이하는 죽음을 원한다는 것을 각종 통계와 노인 당사자의 목소리를 통하여 확인할 수 있었다.<sup>23)</sup> 그러나 현실은 병원에서 사망하는 비율이 더 높다.<sup>24)</sup>

21) 보건복지부 누리집 사전정보공표, “응급의료분야 의료취약지 공표”(등록일 2023. 6. 27).

22) 국립중앙의료원 중앙응급의료센터, 응급의료기관 현황(2021. 5 기준).

가평군, 동두천시, 양양군, 인제군, 단양군, 보은군, 음성군, 급산군, 예산군, 함평군, 군위군, 봉화군, 영덕군, 영양군, 하동군, 함안군.

23) 서울대 고령사회연구단 조사(2019년)에 따르면, 임종 장소로 가장 선호하는 곳은 자택(38%)이지만 실제로 자택에서 임종하는 비율은 15.6%에 불과하였다.

24) 선진국은 2009~2019년 의료기관 사망률이 감소하는 것과 달리, 한국은 증가하고 있다. 재택임종에 대한 노인의 열원이나 세계적 추세와 반대로 간다. 2022년 한국 사망자의 74.8%가 의료기관에서 숨졌다. 지난해 총 사망자 37만 2,800명 중 28만 8,854명이 의료기관 사망자이다(김윤, 2023).

그렇다면 내 집에서, 본인의 의지로 맞이하는 죽음인 재택임종이 가능하려면 무엇이 필요한가. 임종기 노인의 가족은 흔히 재택임종이 죽음을 방지하는 것이라고 인식할 수 있다. 또한 실제로 임종이 임박한 상황이 닥치게 된다면 무엇보다 어떻게 해야 하는지가 막막하다. 그러므로 임종의 모든 과정에서 발생할 수 있는 일들을 감내하기가 무척 힘들 수 있다. 그리고 재택임종은 사망 원인을 확인하기 위한 검안(檢案) 후 진단서 또는 검안서를 첨부하여 사망 신고를 하여야만 한다.<sup>25)</sup>

지역사회에서 계속 거주하다가 맞이하는 마지막 여정은 생애말기 돌봄이다. 사람은 누구나 자신의 원하는 곳에서 살기를 원하는 것과 마찬가지로 자신이 원하는 장소에서 죽음을 맞이하기를 바라고, 이것이 존엄하게 죽음에 이르는 과정일 것이다. 그러나 우리나라의 노인은 60.2%가 집에서 죽음을 맞이하기를 원하지만, 76.2%가 병원에서 사망한다. 이 같은 현상은 '죽음의 의료화'라고 표현되기도 한다.

그러나 현행 호스피스 제도는 입원형 호스피스완화의료 기관이 대부분이고, 가정형 호스피스는 입원 대기를 위한 일시적 역할에만 머무르고 있는 실정이다. 따라서 AIP와 더불어 의료기관에서보다는 가능한 내 집에서 맞이하는 죽음이 실현되기 위해서는 가정형 호스피스 제도가 보편적 장기요양서비스의 하나로 제공될 필요가 있다고 본다.

### 3. 지역사회 돌봄 강화

자신의 집과 지역사회에서 노년기를 보내고 싶은 노인들의 욕구와 유엔 사회권위원회의 권고 사항 등에 의해 문재인 정부는 '지역사회 통합 돌봄(커뮤니티 케어, Community Care)'을 국정과제로 삼아서 추진하였고, 관련 지역사회통합돌봄 법안 3건이 국회에 계류되어 있다.<sup>26)</sup> 윤석열 정부에서는 '지역사회 통합돌봄 선도사업'이 '노인 의료돌봄 통합지

25) 사망 신고는 사망신고의무자가 사망 사실을 안 날부터 1개월 이내에 진단서 또는 검안서를 첨부하여 하여야 한다 (「가족관계의 등록 등에 관한 법률」(가족관계등록법) 제84조). 사망신고의무자는 동거하는 친족이며, 친족동거자 또는 사망 장소를 관리하는 사람, 사망 장소의 동장 또는 통이장도 사망의 신고를 할 수 있다(같은 법률 제85조).

26) 「지역사회통합돌봄법안」 2020. 11. 4., 정춘숙의원 대표 발의, 의안번호 제4946호, (제안이유) 돌봄이 필요한 대상자 본인의 의사나 욕구에 반하여 시설과 병원에서 입소입원해서 살아갈 것이 아니라 본인이 살기를 희망하는 곳에서 가족, 이웃과 어울려 살아갈 수 있도록 지역사회에서 사회연대에 기반한 돌봄서비스와 지원의 제공 원칙과 이에 필요한 각종 지원 시책을 규정하고, 대상자 중심의 돌봄서비스와 지원을 제공하는데 필요한 절차와 방법을 정함으로써 지역사회에서 대상자 중심의 통합적인 돌봄을 실현하는데 필요한 법률을 제정하고자 한다.

「지역사회통합돌봄법안」 2021. 7. 6., 전재수의원 대표 발의, 의안번호 제11356호, (제안이유) 최근 급속한 핵가족

원 시범사업으로 변경되었고, 국회에 의료·요양·돌봄 통합 지원에 관한 법률안 2건이 발의 되어 있다.<sup>27)</sup>

그러나 정부가 지역사회 통합돌봄 선도사업과 노인 의료돌봄 통합지원 시범사업을 실효적으로 이행하기 위해서는 각 지역사회마다 돌봄서비스를 제공할 수 있는 인프라 구축 및 확충이 필수적인바, 이러한 돌봄서비스 인프라가 마련되어 있지 않을 경우에는 불충분한 재가 돌봄서비스로 인하여 노인을 돌보는 가족이나 친척, 이웃 등 돌봄 구성원에게 큰 부담이 될 수밖에 없을 것이다.

현행 노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인의 신체활동 또는 가사활동을 지원하여 노후 건강 증진 및 생활 안정을 도모하고 가족의 부담을 덜어주는 것을 목적으로 한다. 이러한 노인장기요양보험제도를 규정한 「노인장기요양보험법」을 보면, 장기요양급여 제공의 기본원칙 중 하나는 노

화, 고령화 및 자녀의 부양의식 약화 등으로 인하여 노인 등이 병원이나 시설에 장기 입원입소하여 돌봄을 제공받는 경우가 많아지고 있다. 또한, 노인이나 장애인 등 돌봄을 필요로 하는 사람에 대한 사회보장이 당사자 중심이 아닌 보장기관 중심으로 분절적으로 제공되고 있어 개선이 필요하다는 지적이 있다. 이에 노인, 장애인 등에 대한 사회복지 및 보건의료 서비스 등이 당사자의 의사에 따라 평소에 살던 지역사회에서 통합적으로 연계 제공될 수 있도록 체계를 마련함으로써 국민 건강 증진 및 삶의 질 향상에 기여하려는 것이다.

「지역사회 통합돌봄에 관한 법률안」 2023. 5. 26., 신현영의원 대표 발의, 의안번호 제22302호, (제안이유) 돌봄이 필요한 사람 중 상당수가 자신이 살던 곳에서 인간다운 생활을 유지하며 지내길 원하지만, 이들의 자립적인 생활에 필요한 각종 돌봄서비스가 당사자 중심이 아닌 보장기관 중심으로 분절적으로 제공되고 있어 개선이 필요하다는 지적이 있다. 이에 돌봄이 필요한 사람에 대한 돌봄서비스가 당사자 의사에 따라 자신이 평소에 살던 지역사회에서 통합적으로 연계 제공될 수 있도록 제공 기반을 구축함으로써 국민의 삶의 질 향상 및 인간다운 생활의 유지증진에 이바지하려는 것이다.

27) 「노인 돌봄 등의 통합지원에 관한 법률안」 2023. 7. 13., 최영희의원 대표 발의(의안번호 제23246호), (제안이유) 우리나라의 노인 대상 보건의료와 요양·돌봄 등의 사회보장제도가 수요자 중심이 아닌 공급자 중심으로 분절적으로 운영되고 있어 노인들의 복합적인 의료·돌봄 욕구를 충족시키기에 한계가 있다. 따라서 노인 대상 다양한 보건의료·요양·돌봄의 서비스가 대상자 중심으로 통합적으로 지원되는 체계가 마련될 필요가 있다. 이에 제각기 운영되고 있는 돌봄 사업들을 통합지원이 필요한 노인의 욕구와 필요도에 따라 복합적으로 제공하기 위해 관련 기관들이 서로 대상자의 정보를 공유하고 협력하는 제도적 기반을 마련함으로써 노인들의 지역에서의 건강하고 인간다운 노후생활을 보장하도록 하려는 것이다.

「의료·요양·돌봄 통합지원을 위한 특별법안」 2023. 9. 12., 최재형의원 대표 발의, 의안번호 제24407호, (제안이유) 우리나라는 2025년 초고령사회 진입을 앞두고 있으며, 고령 장애인의 비율도 빠르게 증가하는 추세로 노인·장애·안정 신질환자 등의 보건의료와 요양·돌봄 등의 복합적인 욕구는 계속해서 증가할 것이다. 이들이 살던 곳에서 건강하고 자립적인 생활을 유지하기 위해서는 보건의료와 요양·돌봄 등의 지원이 빈틈없이 통합적으로 제공될 필요가 있다. 그런데 노인 등에 대한 보건의료·장기요양·사회복지 사업들이 건강이나 필요도와 무관하게 정보가 부족한 이용자의 선택에 의존하거나 사업별로 각각 대상자를 선정하는 등 이용체계가 불명확하여 사각지대가 발생하고 있음. 지자체를 중심으로 보건의료 등의 통합지원을 제공하려는 노력이 있으나 전달조직과 정보시스템 등 제도적 기반이 미비하여 관련 기관과의 서비스 연계 및 정보 공유 등이 원활하지 않은 실정임. 이에 보건의료와 요양·돌봄 영역에서 공급자 중심이 아니라 수요자의 욕구 중심으로 필요한 서비스를 통합적으로 제공하기 위해 지방자치단체를 중심으로 서비스 제공기관과 정보 공유 및 연계협력체계의 근거를 마련하여 살던 곳에서의 ‘계속거주(Ageing in Place)’와 삶의 질 향상에 이바지하려는 것이다.



인이 가족과 함께 생활하면서 가정에서 장기요양을 받는 재가급여를 우선적으로 제공(같은 법 제3조 제3항)하여야 하고, 국가 및 지방자치단체는 노인인구 및 지역 특성 등을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 적절한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야 하는 책무(같은 법 제4조 제3항)가 있다.

정부와 함께 각 지방자치단체도 노인인구 및 지역적 특성을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 적정 수의 장기요양기관을 확충하여야 하는 책무(「노인장기요양보험법」 제4조 제3항)가 있는바, 돌봄이 필요한 재가 노인과 그 가족이 해당 지역사회 내에서 '단기보호' 서비스를 이용할 수 있도록 적극적인 조치를 취하여야 할 필요가 있다.

따라서 정부는 「노인복지법」 제38조 제1항 제3호, 「노인장기요양보험법」 제23조 제1항 제1호 마목에 규정되어 있는 '단기보호'를 돌봄이 필요한 재가 노인과 그 가족이 살고 있는 거주지에 따른 제약 없이 누구나 접근하여 이용할 수 있도록, 노인장기요양보험제도의 급여비용 체계를 개선하는 등 개선안을 통하여 장기요양기관을 확충하여야 하는 책무를 적극 이행하여야 할 것이다.

## V. 결론

본 연구는 의료와 완화의료, 돌봄 등 사회적 기반을 검토함으로써 새로운 고령사회정책의 패러다임인 AIP의 활성화 가능성을 분석하고자 하였다. 이는 초고령사회로 급속히 이행 중인 한국사회의 현실을 감안했을 때 매우 시급한 일이라고 할 수 있다. 현재의 노인 세대는 지역사회에서 안전하고 존엄한 삶을 살아갈 수 있는가. 이러한 문제제기에서 이 연구는 시작하였지만, 나아가서 미래 세대가 자신이 살아왔던 집과 지역사회에서 노년기를 보내고 죽음을 맞이할 수 있으려면 가장 시급하게 요구되는 것이 무엇인지에 관한 정책적 제언을 도출할 수 있었다.

AIP는 자신의 집과 지역사회에서 노년기를 보내고 싶어 하는 사람들의 욕구를 충족시키는 동시에 노인시설의 운영 등으로 인한 재정적 압박에 직면한 정부들의 부담을 줄여준다는 측면에서 여러 국가의 고령화 정책의 핵심으로 논의되었다. 노인의 AIP는 국제사회

가 약속으로 만들어가는 유엔의 결의문이나 행동계획(Action Plan) 등에서도 주목되며, 노인이 가능한 오랫동안 자신의 집과 마을, 지역사회에서 살아갈 수 있도록 도와야 한다고 강조하고 있다.

이와 함께 AIP는 지난 20여 년이 넘게 많은 국가나 정부의 정책 목표가 되어 노인이 자신의 지역사회에서 살아가도록 하고 또한 노인을 지역사회에서 보호하려고 노력해왔다. AIP에 관한 대부분의 연구들은 AIP가 삶의 질과 웰빙에 기여한다고 가정한다. 이러한 가정은 많은 경우 사실일 수 있지만, 자신의 욕구가 충족되지 못하는 주택이나 이웃에서 노년기를 보내는 것은 개인의 웰빙과 독립성에 오히려 부정적인 영향을 미칠 수 있다.

우리나라 정부도 '지역사회 통합돌봄'과 '노인 의료돌봄 통합지원'과 같은 시범사업을 통하여 지역사회 계속 거주에 관한 정책을 추진해오고 있지만, 응급의료와 의료접근성 등 필수 의료서비스의 도농 간 격차가 상당하고 대다수 지역사회는 필수 의료 기반이 미비한 상황이다. 노인이 지역사회에서 계속 거주하면서 죽음을 맞이하는 장소도 병원이 아닌 집에서 존엄한 죽음을 바라지만, 전국에 호스피스완화의료기 입원을 위한 기관뿐이거나 그곳마저도 대상 질환이 얇으로 한정되어 있고, 가정형 호스피스완화의료기관은 전국에 39개 소로 보편적인 서비스를 제공하기에 지역 간 격차가 있거나 일부 지역은 부재한 상황이다. 이렇듯 사람이 살아가는데 필수적인 의료와 장기요양 기관은 부족하거나 미흡한 실정이다.

많은 노인들이 친숙한 집과 지역사회에서 노후를 보내기를 희망하지만, 가정이 항상 안전한 장소가 되지는 않는다. 특히 노후에 필요한 적절한 사회적 기반이 부재할 경우 AIP는 집에 머무는 것이 아니라, 집에 갇히는 결과를 초래할 수 있다. AIP가 시설중심의 장기요양서비스와 차별화되는 것은 자율성과 독립성에 있다. 노인이 자신의 주택과 지역사회에서 자율적이고 독립적인 생활을 할 수 있도록 하려면 의료시설의 확충과 생애 말기의 돌봄과 치료를 제공할 수 있는 호스피스 서비스의 확대, 적절한 돌봄 서비스의 제공이 우선되어야 할 것이다.

본 논문은 한국사회의 AIP 활성화에 미치는 여러 요인 중 지역사회에 따라 편차가 나타나는 의료접근성과 호스피스 서비스, 돌봄 서비스 등을 중점적으로 살펴보았다. 지역 간 편차는 지방소멸지역에서 더 크게 나타날 것으로 예측된다. 한국의 지방소멸지역에서의 AIP 방안에 대한 논의는 후속 연구로 이어지길 기대한다.

## 참고문헌

### 1. 문헌자료

- 국민건강보험공단(2022). **노인장기요양보험통계연보**. [National Health Insurance Agency (2022). *Statistical annals of Long-term care insurance*.]
- 권미영(2019). 커뮤니티 케어(Community Care)에 대한 탐색적 연구: 한국에의 함의와 전망. **사회적질연구**, 3(1), 19-33. [Kwon, Mi-young (2019). An exploratory study on the community care: Implications and prospects for Korea. *Korean Journal of Social Quality*, 3(1), 19-33.]
- 김용하(2020). 노인장기요양보험 재정의 지속가능성과 세대 간 공평성. **보건사회연구**, 40(4), 149-177. [Kim, Yong-ha (2020). Sustainability and intergenerational equity in long-term care financing. *Health and Social Research*, 40(4), 149-177.]
- 박영란 박경순(2015). 사람중심 고령사회 패러다임: Aging in Place 이념과 장기요양. **장기요양연구**, 3(1), 134-155. [Park, Yong-ran, & Park, Kyung-soon (2015). Person-centered aging paradigm: Aging in place ideology and long-term care. *Long-term Care Research*, 3(1), 134-155.]
- 박종용(2019). 도시공간의 물리적 안전과 노인들의 계속 거주와의 관계분석. **한국재난정보학회 논문집**, 15(1), 109-120. [Park, Jong-young (2019). The analysis of the relationships between physical safety in urban spaces and aging in place. *Journal of the Korea Society of Disaster Information*, 15(1), 109-120.]
- 이승훈(2017). AIP(Aging in Place)에 대한 주관적 기대와 의미: 농촌지역의 노인들을 중심으로. **공공사회연구**, 7(1), 135-163. [Lee, Seung-hoon (2017). The subjective expectation and the meaning of AIP (Aging in Place) of the elderly in rural areas. *Public Social Research*, 7(1), 135-163.]
- Annear, M., Keeling, S., Wilkinson, T., Cushman, G., Gilgillow, B., & Hopskins, H. (2014). Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. *Ageing and Society*, 34(4), 509-622.
- Barati, F., Khoddam, H., & Mahnaz, M. (2022). Concept development of "Aging in Place": Application of hybrid model. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 11, 6646-6653.
- Bigonnesse, C., & Chaudhury, H. (2019). The landscape of "Aging in Place" in gerontology literature: Emergence, theoretical perspectives, and influencing factors. *Journal of Aging and Environment*, 34(3), 233-251.
- Campbell, N. (2015). Designing for social needs to support aging in place within continuing care retirement communities. *Journal of Housing and the Built Environment*, 30(4), 645-665.
- Chappell, N., Haavens, B., Hollander, M. J., Miller, J. A., & McWilliam, C. (2004). Comparative costs of home care and residential care. *The Gerontologist*, 44(3), 389-400.
- Golant, S. M. (2011). The changing residential environments of older people. In *Handbook of aging and the social sciences* (pp. 207-220). London: Academic Press.
- Iecovicj, E. (2014). Aging in place: From theory to practice. *Anthropological Notebooks*, 20(1), 21-33.

- Lahr, M., & Henning-Smith, C. (2021). Barriers to Aging in Place in rural communities: Perspectives from state offices of rural health. *Policy Brief*, Nov. 2021 (Rural Health Research Center, University of Minnesota), 1-7.
- Lewis, C., & Buffel, T. (2020). Aging in Place and the places of aging: A longitudinal study. *Journal of Aging Studies*, 54, 1-8.
- Rowles, G. (1983). Place and personal identity in old age: Observations from Appalachia. *Journal of Environmental Psychology*, 3(4), 299-313.
- Sixsmith, A., & Sixsmith, J. (2008). Aging in place in the United Kingdom. *Aging International*, 32(3), 219-235.
- Thomas, W. H. (1996). *Life worth living: How someone you love can still enjoy life in a nursing home-The Eden alternative in action*, Acton, Mass: Vanderwyk and Burnham.
- Thomas, W. H., & Blanchard, J. M. (2009). Moving beyond place: Aging in community. *Journal of the American Society on Aging*, 32(2), 12-17.
- UN. (1991). *Principles for older persons, Resolution 46/91, a International plan of action on ageing*. New York.
- Wiles, J. L., Leibing, A., Guberman, N., Reeve, J., & Allen R. E. S. (2012). The meaning of "Aging in Place" to older people. *The Gerontologist*, 52(3), 357-366.

## 2. 보도자료

조선일보(2023.5.17). **어린이날 연휴 '응급실 뺑뺑이'...고열 시달리던 5살 아이 숨졌다**. [Chosun Ilbo (May 17, 2023). 'Emergency room hit and run' on Children's Day holiday ...A 5-year-old child suffering from a high fever died.]

### 이화선

현재 서울디지털대학교 복지학부 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 노년기의 삶의 질, 웰다잉, 교정 복지, 인권과 복지 등이다. 주요 논문으로는 "기후변화의 사회학: 기후위기와 기후 부정의 타개를 위한 정책 방향", "Xenophobia in Multicultural Society" 등이 있다.

E-mail: happy428@sdu.ac.kr

국문초록

## 노인의 '지역사회 계속거주(Aging in Place)' 활성화를 위한 사회적 기반 검토

이화선

서울디지털대학교 사회복지학과 교수

'지역사회 계속거주(AIP: Aging in Place)'는 자율적이고 독립적인 노년의 삶을 원하는 노인들의 욕구와 노인시설 운영비용 부담을 줄이고자 하는 정부의 필요성이 부합되면서 인구 고령화에 대처하는 새로운 패러다임으로서 주목받으며 활발히 논의되고 있다. AIP에 관한 국내외의 다양한 연구들은 AIP가 노년기의 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치고 있음을 주장하는데, 이는 노인이 자립적으로 생활할 수 있는 사회환경이 제공되었을 때 가능하다. 본 연구는 사람이 살아가는데 가장 기본적인 필수 의료와 임종기 완화의료 및 돌봄 등의 실태를 점검하고 AIP 관련 정책의 현행 법령과 제도를 살펴봄으로써, 국가와 지방정부의 책무는 무엇이며 향후 그 책무를 충실히 이행하기 위한 실효적 방안들은 무엇인지에 관하여 제언한다.

**주제어:** 지역사회 계속거주(AIP: Aging in Place), 의료접근성, 호스피스·완화의료, 노인돌봄

투고일: 2023.11.14. / 심사완료일: 2023.12.10. / 게재확정일: 2023.12.19.

