

3

어시스티드 리빙 : 장기요양의 대체 모델

이동수 교수 gerodoc@gmail.com
한서대학교/ Care Management Institute

수명 연장으로 인해 혼자 생활할 수 없는 초고령층의 의존 인구들이 점점 증가하고 있고 나이와 밀접한 치매 관련 질환의 증가에 따른 사회적 비용이 기하급수적으로 늘어나고 있다. 또한 증가하고 있는 이런 노인 인구에 필요한 서비스를 제공할 수 있는 건강·보건 인력들이 부족하기 때문에 사회적·경제적으로 거대한 파장이 예상된다. 기존의 장기 요양 모델과 자원으로는 앞으로의 상황에 대처 할 수 없다는 것이 전문가들의 공통된 의견이다.

1. 개요

세계적인 노인 인구증가로 장기 요양(Long-Term Care)에 대한 관심이 점점 커지고 있다. 개인, 가족, 지역사회, 그리고 정부가 모두 급격하게 증가하고 있는 노인층, 특히 초고령층(85세 이상)의 인구를 어떻게 효과적으로 부양하느냐의 문제를 고심하고 있다. 이러한 맥락하에 미국에서 지난 30년간 폭발적으로 증가한 장기요양의 대체적인 모델인 ‘어시스티드 리빙(Assisted Living)’에 대해서 알아보고자 한다. 어시스티드 리빙이 무엇인지, 설립과 운영에서의 특징과 대도시를 포함한 각 지역사회에서 이 모델이 적용 가능한지를 살펴보고, 정책적 시사점 및 제언점을 논의한다.

2. 어시스티드 리빙이란 무엇인가

가. 개념

어시스티드 리빙의 정의

어시스티드 리빙이란 장애가 있는 사람들을 위한 주거시설로서 거주자의 건강, 안전, 웰빙을 목적으로 24시간 케어(Care)와 감독(Supervision)을 제공하며, 일상생활활동(Activities of Daily Living, ADLs)에 도움을 주고, 외부의 의료·건강 서비스를 이용할 수 있도록, 거주자와 함께 조정하는 서비스를 제공하는 주거시설을 말한다. 쉽게 말하면 타인의 도움이 필요 없는 사람들이 거주하는 독립적인 주거시설(Independent Housing)과 의료적 케어가 필요한 요양시설(Nursing Institutions)의 중간 단계로 볼 수 있다 (ALFA, 2000; Kane et al., 1998; Regnier, 2001). 어시스티드 리빙의 배경은 병원시설과 같은 집단적 요양시설을 부정적으로 보는 사람들을 위해 최대한 개인 가정집과 같이 편안하고 안락한 시설로, 노인의 급성질환보다 만성질환을 케어하기 위해 지어지기 시작했으며, 의료 모델이 아닌 사회적 모델로 발달했다.

정부에서 지원하는 대부분 장기요양 프로그램은 요양병원(Skilled Nursing Facility or Nursing Home)에 집중돼있다. 이러한 시설 중심(요양병원)의 장기요양 서비스는 많은 부정적인 결과

(예: 죽는 곳, 노인학대, 서비스 질 저하)와 연관이 되어 사회적으로 선호하지 않은 장소가 되었다(Kane et al., 1998). 이를 대체하기 위해 가정집이나 호텔과 같은 질 좋은 장소에서 케어를 받기 원하는 요구에 부응하는 움직임이 지역사회에서부터 시작되었다. 이러한 시설로 작게는 가정집부터 많게는 수백 명이 함께 거주하는 시설들이 만들어졌다. 노인의 질환을 치료하려는 것이 아닌, 만성질환이 급성질환으로 변화되는 것을 최대한 늦추고 병의 예방 및 삶의 질을 높이기 위한 노력으로 정부가 아닌, 민간 중심의 어시스티드 리빙 개발이 1980년대 초부터 시작됐다.

나. 특징

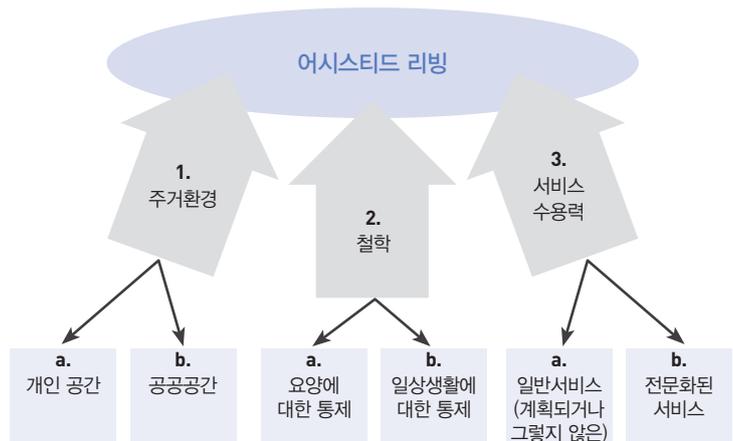
어시스티드 리빙의 설계와 서비스

미국에서 지난 30년간 급성장한 어시스티드 리빙은 주(State)에 따라 법령 및 면허 체계가 다르다. 하지만 공통적으로 노인(주로 60세이상)¹을 대상으로 하고, 제공하는 서비스에는 노인들 개인의 일상생활활동(Activities of Daily Living, ADLs)²에 도움을 주거나, 자유로운 환경에서 본인이 부족한 부분의 서비스를 계약에 의해 이용하고, 본인의 권리에 의해 서비스를 자유롭게 선택할 수 있다.

그림1 에서 보듯이 어시스티드 리빙에서는 기존의 요양시설에서 볼 수 없는 개인의 독립

적인 프라이버시를 침해받지 않는 거주를 목적으로 하기 때문에, 전체적 환경은 개인의 독립적인 공간과 다른 사람과 함께 사용하는 공간을 갖는 것을 원칙으로 한다. 개인의 방은 요양시설에서는 볼 수 없는 개인 프라이버시가 보장되고, 본인의 생활을 위한 기본적인 것들이 제공되며 이러한 것들이 본인들의 건강이나 기능(function)을 유지하고 나빠지지 않는 데 도움은 줄 수 있다. 이러한 환경이 제공되는 기본적인 철학적 배경은 개인 생활에서의 독립심, 개인주의, (의료시설이 아닌) 일반적인 생활환경을 추구하는 데 있다. 이런 환경과 철학적 배경을 바탕으로 그 안에서 개인에게 필요한 서비스들이 제공된다. 이러한 서비스는 통상적인 서비스와 특화된 서비스로 나눌 수 있다. 통상적인 서비스는 개인의 일상생활을 영위하는 데 필요한 기본적인 활동(ADLs)들을 하기 위한 서비스로 개인 케어, 약물 복용과 관리, 안전감독, 그리고 청소와 빨래 등이 있다. 시설의 직원들이 직접 도와주거나 외부의 서비스 제공자들이 방문하여 도와줄 수도 있다. 특화된 서비스는 개인의 건강상태와 본인의 요구에 의해, 시설 직원과 함께 조정하는 것이다. 예를 들어 본인의 주치의나 호스피스를 만나거나 치료가 필요한 서비스 등을 외부로 나가거나 시설에서 서비스를 받도록 조정하는 것을 의미한다.

그림1 어시스티드 리빙의 3대 요소



자료 : Kane and Colleagues, 1998, The Three-legged Stool of Assisted Living 재정리

¹ 이 글에서는 장애가 있는 사람들 중에서 연령별로 청소년과 장년층을 위한 어시스티드 리빙을 제외하고, 노인을 대상으로 한 어시스티드 리빙에 대해 알아보고자 한다.

² 일상생활활동(Activities of Daily Living, ADLs) : 음식먹기, 옷입기, 용변보기, 걷기, 의자나 침대에서 일어나기, 목욕하기 등 일상생활을 영위하기 위한 행동

어시스티드 리빙의 운영

미국은 주마다 어시스티드 리빙에 관한 설립 및 운영 법 등이 다르고 다양하다. 미국에서 어시스티드 리빙이 가장 활성화돼 있는 캘리포니아주를 보면(California Code of Regulations, 2008), 가정집에서 노인을 대상으로 하는 시설이 가장 많다. 한 가정집에서는 최대 6명이 살 수 있고, 반드시 노인시설을 운영할 수 있는 원장(administrator)이 필요한데, 정부에서 인증하는 자격이 필수이다. 원장은 최소 21세 이상의 성인으로 범죄기록이 없어야 하며, 필요한 교육을 이수하고 시험을 통과하면 자격을 가지고, 노인들의 기본적인 권리에 어긋나지 않는 일상생활을 영위할 수 있도록 기본적인 케어와 감독을 다른 직원(caregiver)들과 함께 수행한다. 시설은 기본적으로 거주자가 장애가 있다고 가정하고, 그에 맞는 생활을 할 수 있는 기본적인 요건을 요구한다(예: 집안에서 휠체어 이동 가능, 침실, 화장실이나 목욕시설에 안전장치 설치). 정부는 정기적으로 시설 및 거주자에 대해 감사를 하며, 거주자의 불만 사항이 접수되면 정해진 시간 안에 조사를 해야 하는 규정이 있다. 그 외 지역사회의 노인권리 감시단체(Long-term care Ombudsman, Adult Protective Services)들이 어시스티드 리빙의 서비스 질과 노인 학대 등을 감시하며, 보고가 접수되면 바로 경찰과 함께 조사할 수 있다. 6명을 초과하는 시설은 일반 거주지역(Residential area)에서 있을 수 없고, 상업지역에서 시설을 운영할 수 있는데, 실제적으로 대부분 노인 거주자는 일반 거주지역에 있는 가

정집 어시스티드 리빙에 많이 거주하고 있다. 이러한 이유로 캘리포니아에서는 노인 주거시설(Residential Care Facilities for the Elderly, RCFE)이라고 다르게 불리고 있다.

이러한 시설에서는 하루 3식이 제공되어야 하며, 중간에 스낵을 먹을 수 있도록 해야 한다. 방 청소 및 빨래 서비스도 제공된다. 노인들의 여가, 건강, 웰빙을 위해 미리 준비된 계획에 의해 활동 프로그램이 시행되어야 하며, 건강과 관련해서 원장과 조정해 의사나 치과, 물리치료, 작업치료, 호스피스 등의 서비스를 받을 수 있도록 교통을 제공하거나, 외부에서 방문하여 치료할 수 있도록 해야 한다.

가장 중요시되는 거주자의 권리는 개인의 독립성과 프라이버시이다. 어느 서비스도 거주자는 거부할 수 있으며, 언제든지 마음대로 시설의 출입을 할 수 있다.

치매에 관한 서비스

미국 어시스티드 리빙에 거주하는 50% 이상의 거주자들은 치매를 비롯한 인지 장애를 갖고 있다(Molica & Houser, 2012; Tilly & Reed, 2009). 인지능력 이외 신체적으로 건강한 초고령층 노인들이 어시스티드 리빙에 많이 거주하고 있다. 특히 치매의 초기와 중기의 환자들이 일상적인 생활을 효과적으로 영위하면서 치매 및 인지력 퇴화를 최대한 늦추고 규칙적인 활동과 약물 복용으로 치

그림 2 미국 펜실베이니아 이스턴 홈(Easton Home)은 인지력과 기억력 향상을 위해 실내를 과거의 모습으로 재현했다. 노인들은 편안한 환경일수록 기능과 기억력 퇴보가 늦춰졌다.



자료 : <http://www.presbyterianseniorliving.org/the-easton-home>

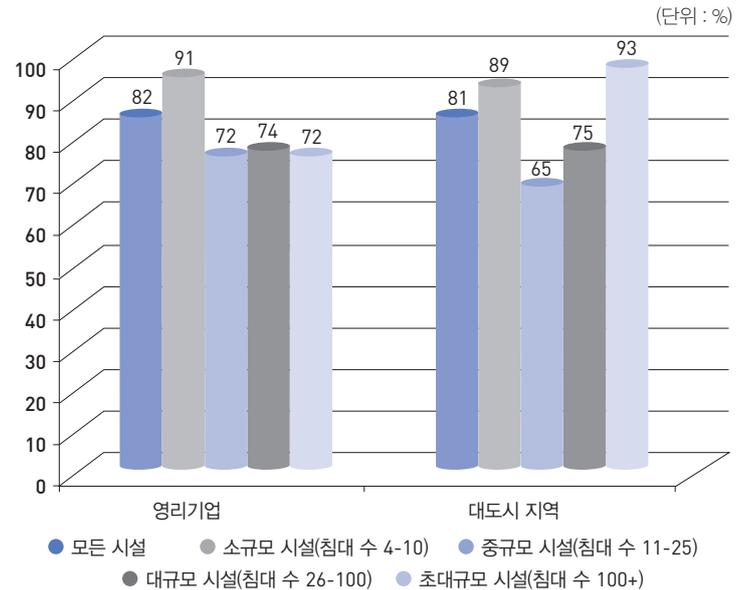
매를 관리하며, 지역사회 내에서 생활하고 있다. 이러한 치매 노인들을 위해 특별히 메모리 케어(Memory Care)라는 형태의 어시스티드 리빙이 많이 운영되고 있다. 인지 장애가 있는 거주자들을 위한 메모리 케어는 일반 어시스티드 리빙보다 안전과 화재를 비롯한 재난 사고 시 대피 등을 위해 운영 및 시설 관리에 필요한 특별한 요구사항(건물 조건 및 직원교육)을 충족해야 운영할 수 있다.

어시스티드 리빙의 현황

미국 오리건주와 버지니아주에서 1980년대 시작된 어시스티드 리빙은 지난 30년간 괄목한 양적 성장을 했다. 어시스티드 리빙은 2007년 38,373개에서 2010년에는 1,233,690개로 빠른 속도로 팽창하고 있다 (Molica & Houser, 2012). 장기요양의 시설로 주간 보호시설과 요양병원보다 어시스티드 리빙이 상대적으로 양적으로 빠른 성장을 해왔다.

그림3을 보면 어시스티드 리빙은 정부의 지원이나 비영리 단체의 소유보다 영리 목적의 민간 기업(Private for profit)의 소유가 80%를 넘는다. 특히 소규모(4-10 beds) 자영업자들이 운영하는 어시스티드 리빙은 91%가 민간 개인 소유의 것이었다. 이런 시설은 대부분 소규모(89%)이거나 대규모(93%)이며 대부분 대도시권을 중심으로 운영되고 있다는 것이 특징이다. 중소규모는 도심 외곽지역에서 상대적으로 발달했다 (NCHS Data Brief, 2011).

그림3 미국 어시스티드 리빙의 규모에 따른 소유 운영 형태 및 대도시 분포 2010



3. 어시스티드 리빙의 적용

서울과 같은 대도시에서는 대규모 및 소규모의 어시스티드 리빙이 바람직하다. 특히, 중증 장애 및 치매 관련 인지력에 문제가 있는 노인에게는 소규모의 시설이 적합할 수 있다. 새로운 시설을 짓기보다는 기존의 가정집을 노인 시설로 개조하거나 학교, 호텔, 교회 등을 어시스티드 리빙시설로 전환하는 방법도 바람직하다. 노인들은 개인의 프라이버시가 보장되지 않는 병원과 같은 요양시설을 혐오한다. 따라서 장기적으로 유럽과 같이 이러한 장기요양시설을 개인 프라이버시가 가능한 시설로 전환을 해야 한다. 또한 일반 가정집을 장애인을 살 수 있는 시설로 개조할 수 있는 기구나 기술을 개발하여 더욱 효과적으로 거주자가 안전하게 개인의 건강과 웰빙을 추구하며 개인이 살아온 지역사회에서 삶을 영위할 수 있도록 법적, 제도적, 기술적인 뒷받침이 필요하다.

그림4 미국 미네소타의 에베네저(Ebenezer) 비영리 어시스티드 리빙 시설: 노인들은 본인의 살던 지역사회에서 가족과 함께 시간을 보낼 수 있는 시설을 선호한다.



자료 : http://www.fairviewebenezer.org/housing/s_017489

4. 정책 시사점과 제언

인류는 인간의 수명 연장으로 앞서 경험해 보지 못한 새로운 상황이 앞으로 일어날 것이며, 어떤 의미에서는 이미 진행되고 있다. 수명 연장으로 인해 혼자 생활할 수 없는 초고령층의 의존 인구들이 점점 증가하고 있고 나이와 밀접한 치매 관련 질환의 증가에 따른 사회적 비용이 기하급수적으로 늘어나고 있다. 또한 증가하고 있는 이런 노인 인구에 필요한 서비스를 제공할 수 있는 건강·보건 인력들이 부족하기 때문에 사회적·경제적으로 거대한 파장이 예상된다. 기존의 장기 요양 모델과 자원으로는 앞으로의 상황에 대처할 수 없다는 것이 전문가들의 공통된 의견이다.

앞서 살펴본 것처럼, 개인의 책임과 독립심을 존중하고, 민간기업들을 중심으로 이런 노인들의 장기요양 문제를 지역사회 기반으로 정부와 함께 협력해서 해결하도록 노력해야 한다. 미국에서 민간이 주도해서 발전한 어시스티드 리빙은 차츰 개인 선호, 예산 감

소, 민간기업 참여 등의 이유로 연방정부와 주정부가 함께 의료보호가 필요한 사람들까지 어시스티드 리빙의 서비스 범위를 시험적으로 확대하고 있다. 정부가 장기요양을 주도하는 한국에서는 민간기업의 참여 유도로 케어서비스의 다양화, 장기요양 비용의 분산, 개인의 창업기회 창출 등의 효과를 기대할 수 있다.

어시스티드 리빙 프로그램이 성공하기 위해서는 정부의 주도보다는 민간중심의, 즉 개인의 문화, 생애 역사, 환경을 고려한 모델들이 케어 서비스를 선도하고, 그에 맞는 법적 제도적 장치와 IT를 이용한 장애관리 프로그램들이 개발되어야 한다. 더불어 다양한 노인 서비스 관련 취업 및 창업

의 기회를 넓히고, 케어 관련 인력 훈련 프로그램을 만들어 중·장년층이 은퇴 후 이런 시설을 운영할 수 있도록 창업 및 취업 관련 교육 프로그램을 만들고 정부가 인센티브를 제공한다면 어시스티드 리빙 프로그램은 성공적으로 정착할 것이다.

정부차원에서 지역사회의 다양한 서비스와 협력을 거쳐 치매를 관리하고 병원이 아닌 지역사회나 가정집에서 여생을 보낼 수 있도록 한다면 치매와 관련한 사회적 위기를 극복할 수 있을 것이다. 또한 치매 이외의 장기 만성 질환도 자원들을 치료에 집중하기보다는 재활과 예방, 관리를 통해 지역사회의 어시스티드 리빙에서 노인들이 생활을 최대한 영위하도록 하는 것이 노인의 삶의 질을 높이며, 가족과 정부 부담도 줄일 수 있는 대안이 될 수 있을 것이다. 

참고 문헌

- California Code of Regulations, 2008, Residential Care Facilities for the Elderly, Title 22, Div. 6, Chap. 8, <http://www.dss.cahwnet.gov/ord/PG240.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention, 2011, Residential Care Facilities: A Key Sector in the Spectrum of Long-term Care Providers in the United States, NCHS Data Brief, December 2011, No. 78, <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db78.htm>
- Kane, R. A., Kane, R. L., & Ladd, R. C., 1998, Heart of long-term care, New York: Oxford University Press
- Molica, R. & Houser, K. U., 2012, Assisted Living and Residential Care in the States in 2010,
- AARP Public Policy Institute Regnier, V., 2002, Design for Assisted Living, New York: John Wiley & Sons, 202
- Tilly, J & Reed, P., 2009, Dementia Care Practice Recommendations for Assisted Living Residences and Nursing Homes, Campaign for Quality Residential Care, Alzheimer's Association