정책자료 2020-06-01

국제협력 연구 및 국제심포지움
: COVID-19와 국가별 노인돌봄

한국보건사회연구원 인구정책연구실

한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

【연구책임자】
이윤경 한국보건사회연구원 연구위원

【공동연구진】
김지수 한국보건사회연구원 연구원
문승현 한국보건사회연구원 연구원
강은나 한국보건사회연구원 연구위원
변수정 한국보건사회연구원 연구위원
김현경 한국보건사회연구원 연구위원
박소정 Washington University in St. Louis 조교수
신어진 University of Illinois at Urbana-Champaign 박사과정(수료)
조민정 Okayama Prefectural University 준교수
Glendinning, C 前 University of York 교수
Marier, P Concordia University 교수
Da Roit, B Ca' Foscari University of Venice 교수
Johansson, L Jonkoping University 부교수
Sundstrom, G Jonkoping University 명예교수
Aaltonen, M University of Tampere 연구위원
Forma, L University of Helsinki 조교수
Pulkki, J University of Tampere 조교수

정책자료 2020-06-01

국제협력 연구 및 국제협력 심포지엄
: COVID-19와 국가별 노인돌봄

발 행 일 2020년 12월
발 행 인 조 흥 식
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전 화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 http://www.kihasa.re.kr
등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처 ㈜에이치에이엔컴퍼니

ⓒ 한국보건사회연구원 2020
ISBN 978-89-6827-751-1 93330

발|간|사

전 세계적인 코로나19 확산은 사회경제 전반에 심각한 영향을 미치고 있다. 특히 취약계층을 중심으로 한 사회 서비스 제공 및 제도의 한계가 분명하게 드러났다. 노인돌봄에 있어 현재의 시설 중심 서비스제공으로, 시설 내 감염병 확산 우려와 돌봄 종사자들의 부담이 가중되었으며, 감염병 확산 방지를 위해 대인 접촉을 최소화함에 따라 돌봄 서비스 공백, 사회적 고립문제가 큰 문제로 대두되었다. 이에 따라 사회적 안전망 강화 및 노인돌봄에 대한 정책적 대응 마련이 시급하며 돌봄 체계의 재정비 필요성이 제기되었다.

한국보건사회연구원은 그동안 다양한 국제협력 연구를 통해 유럽국가와 동아시아 국가가 경험하고 있는 코로나19 대유행에 따른 노인돌봄 현황을 논의하며 이에 대응할 수 있는 방안을 강구하였다. 코로나19라는 전 세계적인 감염병 유행으로 세계 각국이 같은 고민을 하고 있음에 해외 사례의 공유는 매우 시의 적절한 주제이다. 이러한 배경에서 본 연구는 "국제협력 연구 및 국제협력 심포지엄: COVID-19와 국가별 노인돌봄"이라는 주제로 각 국가별로 노인돌봄에 어떻게 대응하고 있는지 살펴보았다. 이러한 연구 결과로 우리나라의 노인돌봄정책에 적용 가능한 시사점을 제공하는 데 기여하고자 한다. 본 연구를 통해 지속되는 코로나19 상황에서 각 국가들의 경험 및 교훈을 공유하며 노인돌봄 정책 마련에 기여할 수 있기를 기대한다.

2020년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

제1장 서 론 ····· 1

제2장 잉글랜드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 7

제1절 코로나19 팬데믹 및 전개 상황 ····· 9

제2절 팬데믹 발생 이전의 노인돌봄 및 지원 ····· 26

제3절 코로나19 관련 노인돌봄 대응 ····· 38

제4절 팬데믹이 노인돔봄에 미친 영향 ····· 51

제5절 결론 ····· 61

제3장 캐나다의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 69

제1절 코로나19 발생 현황 ····· 73

제2절 노인돌봄 정책 현황 ····· 79

제3절 코로나19 관련 노인돌봄 대응 ····· 89

제4절 결론 ····· 102

제4장 핀란드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 105

제1절 서론 ····· 107

제2절 코로나19 발생 현황 ····· 109

제3절 노인돌봄 정책 현황 ····· 114

제4절 코로나19 관련 노인돌봄 대응 ····· 118

제5절 결론 ····· 136

제5장 미국의 코로나19 발생으로 인한 노인돌봄분야의 문제 ····· 145

제1절 서론 ····· 147

제2절 코로나19로 인한 노인관련 사회문제 ····· 148

제3절 코로나19 관련 대응방안 ····· 162

제4절 결론 ····· 168

제6장 미국의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 169

제1절 코로나19 발생 현황 ····· 171

제2절 노인돌봄 체계 ····· 181

제3절 팬데믹으로 인한 노인돌봄의 한계와 정책적 대응 ····· 194

제4절 결론 ····· 210

제7장 스웨덴의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 215

제1절 노인돌봄 현황: 정책 및 실제 ····· 217

제2절 공공 노인돌봄의 발전과 현황 ····· 220

제3절 코로나19 현황과 대응 ····· 230

제4절 노인돌봄의 현재 및 미래 이슈 ····· 248

제5절 결론 ····· 254

제8장 일본의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 257

제1절 서론 ····· 259

제2절 코로나19 발생 현황 ····· 260

제3절 코로나19 관련 정부 대응 ····· 267

제4절 노인돌봄과 코로나19 위기 대응 ····· 270
제5절 결론 ····· 299

제9장 네덜란드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응 ····· 303
제1절 서론 ····· 305
제2절 코로나19 발생과 정부 대응 ····· 306
제3절 노인돌봄 현황 ····· 313
제4절 노인돌봄과 코로나19 위기 대응 ····· 318
제5절 결론 ····· 328

참고문헌 ····· 333

표 목차

〈표 2-1〉 제2장에 쓰인 약어 ····· 67
〈표 3-1〉 퀘벡주 장기요양 대응 시간순 개요 ····· 91
〈표 4-1〉 2018년 서비스 비중 ····· 116
〈표 4-2〉 코로나19 감염 및 확산 방지를 위한 요양원과 방문돌봄 권고안 예시 ····· 122
〈표 4-3〉 2020년 3~6월 요양원 가이드라인 및 적용시기 ····· 125
〈표 4-4〉 2020년 3~6월 방문돌봄 가이드라인 및 적용시기 ····· 127
〈표 5-1〉 브루킹스연구소에서 발표한 코로나19 관련 장단기 대응방안 ····· 166
〈표 5-2〉 American Society on Aging에서 발표한 코로나19 관련 대응방안 ····· 167
〈표 6-1〉 미국 코로나19 전체 확진자 및 사망자 수 ····· 172
〈표 6-2〉 미국 질병관리본부의 전환적 돌봄 서비스 시설운영 및 가이드 라인 ····· 200
〈표 7-1〉 인구 10만 명당 사망자 수(2015~2020년) ····· 230
〈표 7-2〉 스웨덴의 주간 코로나19 확진자 수 및 사망자 수(2020년) ····· 231
〈표 7-3〉 70세 이상 노인의 연령, 성별, 돌봄 형태, 사망장소에 따른 코로나19 사망자 수·비율(2020년 9월 21일 기준) ····· 233
〈표 7-4〉 70세 이상 노인인구 지역 및 돌봄 형태별 사망자 수·비율(2020년 9월 21일 기준) ····· 235
〈표 8-1〉 일본의 확진자 수 ····· 260
〈표 8-2〉 연령대별 중증자 비율(2020년 9월 16일 현재 ····· 264
〈표 8-3〉 연령대별 사망률(2020년 9월 16일 현재 ····· 265
〈표 8-4〉 지원 제도 실시 요건(대상 보조율 보조 상한액) ····· 279
〈표 8-5〉 직원 위로금 지급 대상사실 및 직원 ····· 282
〈표 8-6〉 입소시설 등의 감염방지 대책 ····· 286
〈표 8-7〉 코로나19 감염자 발생 시 대응 방식: 입소시설 ····· 287
〈표 8-8〉 통소형, 단기입소 등 감염방지 대책 ····· 288
〈표 8-9〉 코로나19 감염이 발생했을 경우의 대응 방식: 통소형, 단기입소 등 ····· 289
〈표 8-10〉 방문형 서비스의 감염방지 대책 ····· 290
〈표 8-11〉 코로나19 감염이 발생했을 경우의 대응 방식: 방문형 ····· 291

〈표 8-12〉 입소시설이나 노인주거시설에서의 개별 케어 등 서비스 제공 시의 유의사항 ····· 292
〈표 8-13〉 방문형 서비스 제공상의 유의사항 ····· 293
〈표 9-1〉 총사망자 수, 기대사망자 수(전년 기준 추정) 및 초과사망률(2020년 1월~11월 기준) ····· 311
〈표 9-2〉 2019년 65세 이상 인구 중 시설돌봄, 방문요양 및 재가서비스이용자 ····· 317

그림 목차

[그림 2-1] 2020년 11~26주차 영국의 주간 초과사망률(과거 5년 평균 사망률 대비 사망률 증가율) ····· 21
[그림 2-2] 2020년 8월 21일 기준 잉글랜드 및 웨일스 지역 성별 및 연령별 코로나19 사망자 수 ····· 22
[그림 2-3] 2020년 3월2일부터 5월 15일까지 잉글랜드, 웨일스 지역 인구 10만 명당 65세 이상 인구의 성별 및 인종집단별 연령표준화 (Age-standardised) 코로나19 사망률 ····· 23
[그림 2-4] 2020년 1월 1일부터 7월 3일까지 사망 장소에 따른 코로나19 사망자 수 ·· 24
[그림 2-5] 2020년 3월 13일부터 7월 3일까지 다양한 환경의 초과사망률 ····· 24
[그림 2-6] 보고일 기준 방문돌봄서비스를 받는 노인의 7일 연속 평균 사망률 ····· 26
[그림 2-7] 2020년 4~5월 사망 장소별 코로나19 사망자 수 ····· 53
[그림 3-1] 캐나다 코로나19 일일 확진자 수(7일 이동평균 포함) ····· 74
[그림 3-2] 2020년 3월 1일~9월 17일 캐나다 코로나19 누적 사망자 ····· 74
[그림 3-3] 코로나19 확진자 연령별 분포도 ····· 75
[그림 3-4] 코로나19 사망자 연령별 분포 ····· 76
[그림 3-5] 퀘벡주 코로나19 사망자 주거형태별 분포 ····· 77
[그림 3-6] 인구 10만 명당 코로나19 확진자 수 ····· 78
[그림 3-7] 인구 백만 명당 코로나19 사망자 수 ····· 79
[그림 3-8] 2015년 정부 및 의무보험제도 장기요양 지출(보건 및 사회 서비스)의 GDP 비중 ····· 82
[그림 4-1] 2019년 65세 인구 비중 ····· 109
[그림 4-2] 연령별 코로나19 확진자 수(2020년 9월 7일) ····· 110
[그림 4-3] 코로나19 사망자 연령분포 ····· 111
[그림 4-4] 2020년 8~34주차 65~74세, 75~84세, 85세 이상 인구의 사망률 ····· 112
[그림 4-5] 코로나19 사망자의 사망 장소(2020년 9월 15일) ····· 113
[그림 4-6] 코로나19 상황관리 ····· 119
[그림 5-1] 전 세계 코로나19 발병 현황 ····· 147
[그림 5-2] 인종별 코로나19 발병 현황 ····· 159
[그림 5-3] 도시, 지방에 따른 의료체계 시설 비교 ····· 161
[그림 5-4] 지역별 고위험 건강상태 인구 비교표 ····· 162

[그림 6-1] 성별에 따른 확진자 및 사망자 수 ····· 172
[그림 6-2] 연령대별 확진자 및 사망자 수 ····· 174
[그림 6-3] 인종별 확진자 및 사망자 수 ····· 175
[그림 6-4] 인종별 코로나19 관련 입원 현황(인구 10만 명 당 환자 수) ····· 176
[그림 6-5] 지역별 확진자 및 사망자 수 ····· 177
[그림 6-6] 코로나19 관련 질병별 사망자 수 ····· 178
[그림 6-7] 주별 노인 집단시설의 확진자 및 사망자 현황 ····· 179
[그림 6-8] 노인 집단시설 거주자 1,000명당 확진자 및 사망자 수 ····· 180
[그림 6-9] 미국의 노인 돌봄 체계 ····· 183
[그림 7-1] 80세 이상 노인의 홈헬프 및 시설돌봄 커버리지 비율(1993-2019년) ····· 221
[그림 8-1] 신규 확진자 수(2020년 9월 16일 현재) ····· 262
[그림 8-2] 주별 확진자 인원수(2020년 9월 16일 현재) ····· 263
[그림 8-3] 연령별 확진자 수(2020년 9월 16일 현재) ····· 264
[그림 8-4] 연령별 사망자 수(2020년 9월 16일 현재) ····· 265
[그림 8-5] 도도부현별 확진자 수(2020년 9월 16일 현재) ····· 266
[그림 8-6] 노인 인구 및 비율의 추이(1950-2040년) ····· 271
[그림 8-7] 제1호 피보험자(65세 이상) 요개호도별 인정자 수의 추이 ····· 272
[그림 8-8] 요돌봄자의 비율이 급증하는 75세 이상 노인인구의 추이 ····· 273
[그림 8-9] 개호보험제도 개요 ····· 274
[그림 8-10] 고령자의 주거현황 ····· 276
[그림 8-11] 다인실의 개인실화 분리 공사의 예 ····· 279
[그림 8-12] 개호시설 등에 마스크가 배포되는 경로 ····· 280
[그림 8-13] 보험적용후의 코로나19 바이러스 PCR검사 체제와 경비부담 ····· 281
[그림 8-14] 위로금 지급 ····· 283
[그림 9-1] 지역 당국에 보고된 코로나19 확진자 수(2020년 2월 27일~11월 17일) ··· 308
[그림 9-2] 코로나19 관련 입원 현황(2020년 2월 27일~11월 17일) ····· 309
[그림 9-3] 확진자 수 추정치(2020년) ····· 310
[그림 9-4] 초과사망률(사망률과 기대사망률 차이), 연령군별, 주간(per week) (2020년 1월~11월) ····· 312

[그림 9-5] 초과사망률(사망률과 기대사망률 차이), 국가 장기요양서비스 수급자 기준(*), 주간(per week), (2020년 1월~11월) ····· 313
[그림 9-6] 시설돌봄 이용자 수(2009~2010년) ····· 316

제1장

서론

제 1 장 서론

코로나19[1] 확산과 사회적 거리두기의 장기화는 우리 사회 구성원의 일상을 송두리째 바꿔놓았으며, 특히 혼자서 일상생활이 어려운 노인의 사회적 단절과 돌봄 공백을 가속화하고 있다. 요양병원이나 노인요양시설과 같은 집단거주시설을 중심으로 집단 감염이 끊임없이 발생하고 있으며, 자신의 집에서 생활하는 노인들은 자의 반, 타의 반으로 사회적으로 고립되고 있다. 이러한 코로나19와 같은 감염병이 발생하면서 노인돌봄체계는 새로운 위기상황에 봉착했으며, 코로나19에 대응하는 노인돌봄체계의 변화와 적응을 위한 새로운 패러다임 변화가 요구되는 시점이다. 이에 본 보고서는 전 세계적으로 급박하게 진행되었던 코로나19 위기 상황 속에서 각 국가가 노인돌봄을 어떠한 방식으로 어떻게 대응하고 있는지 살펴보고, 우리나라의 노인돌봄정책에 적용 가능한 시사점을 제공하는 데 기여하고자 한다.

본 보고서의 국가별 코로나19와 노인돌봄의 주요 내용은 크게 세 부분으로 구성된다. 첫째, 해당 국가의 노인돌봄정책에 관한 개략적인 현황을 다루고 있다. 노인돌봄은 크게 재가서비스와 시설서비스로 구분할 수 있으며, 해당 국가의 상황에 따라 또는 해당 국가에서 중요하게 다뤄지는 노인돌봄정책 영역에 따라 노인돌봄정책을 개관하였다. 둘째, 해당 국가 혹은 지역사회의 코로나19 전개 상황과 그에 따른 대응과 지원 사항을 다루고 있다. 국가나 지자체에 따라 노인요양시설, 노인주거시설, 노인이용

1) 코로나바이러스 감염증(COVID-19)은 '코로나19'로 표기함.

시설 등 시설 유형에 따른 현황이나 대응 방식, 자가 격리나 확진 노인에 대한 지원, 서비스 제공인력의 현황과 지원, 가족돌봄 부담 증가에 대한 대응 방식 등의 현황과 대응을 국가별 상황에 맞게 기술하였다. 마지막으로 해당 국가의 노인돌봄정책에서 남아 있는 문제점과 포스트 코로나 시대를 준비하기 위한 국가별 대응 방향과 과제를 제시하고 있다.

코로나19 상황에 대한 국가별 노인돌봄 현황과 정책 대응은 미국, 캐나다, 영국(잉글랜드 중심), 스웨덴, 네덜란드, 핀란드, 일본 등 총 7개국에 대한 8개 원고를 확보하였다.

먼저, 영미권에 해당하는 미국, 영국, 캐나다 원고의 주요 내용을 보면, 미국 사례는 2개의 원고로 구성된다. 하나는 코로나19로 인해 발생한 노인, 노인돌봄제공자, 서비스 제공기관 차원의 문제와 대응방안의 전반적인 내용을 다루고 있으며, 다른 하나는 미국의 노인돌봄체계를 중심으로 미국 노인돌봄정책과 코로나19 확산 속에서의 한계와 대응방안을 제시하였다. 영국 사례는 영국 전체의 노인돌봄체계를 다루기보다는 잉글랜드를 중심으로 노인돌봄정책의 역사적 배경, 코로나19에 대한 정부의 준비와 지원 현황, 팬데믹이 노인, 가족, 그리고 돌봄종사자에게 미치는 영향 그리고 남은 과제에 대해 기술하고 있다. 캐나다는 노인돌봄시설(노인장기요양기관, 중간보호시설 등)에 대한 개관과 국가 및 지역 차원의 노인돌봄 조치와 전략을 소개하였으며, 마지막으로 코로나19 위기대응에 있어 노인돌봄정책의 과제를 제시하였다.

다음으로 북유럽 국가인 스웨덴, 핀란드, 네덜란드 원고의 내용을 보면, 스웨덴은 노인돌봄정책의 역사적 변천 과정과 현재 공공 노인돌봄정책의 현황, 노인돌봄의 코로나19 대응 방식, 스웨덴 정부의 코로나19 대응방식에 대한 비판, 그리고 코로나19 상황에서의 노인돌봄의 이슈와 미래 과제를 제시하고 있다. 핀란드 사례에서는 핀란드의 노인돌봄서비스의 현황과 코로나19 발생 현황, 그리고 코로나19 위기와 관련한 국가와

지역사회의 대응방식에 대해 서술하고 있으며, 노인요양시설과 방문돌봄, 돌봄종사자, 비공식 돌봄 차원에서의 정책 과제를 제안하였다. 네덜란드 사례는 코로나19의 발생 현황, 노인돌봄 현황, 노인요양시설 · 노인주거시설 · 재가돌봄에 대한 정부의 대응전략, 그리고 장기화하고 있는 코로나19 위기상황에서 해결해야 하는 과제에 대해 기술하고 있다.

마지막으로 우리나라와 인접한 일본 사례에서는 일본의 코로나19 발생 현황, 일본 정부의 긴급대책, 개호 및 복지정책과 관련한 코로나19 대응 정책과 고령자와 가족에 대한 지원 내용 등을 체계적으로 제시하고 있다. 이와 함께 향후 코로나19 상황 속에서 노인돌봄정책의 남아 있는 과제들을 제안하였다.

본 보고서는 코로나19 상황이 급박하게 진행되던 2020년 중반에 해외 노인돌봄 전문가들에게 워킹 페이퍼(working paper) 수준의 논문을 의뢰하였다. 2020년 봄부터 2020년 가을까지의 코로나 확산 추이와 이에 따른 노인돌봄정책의 변화와 대응방식에 대한 현황과 정책 대응의 변화를 중심으로 서술하고 있어 다른 연구보고서와는 달리 보고서 내용의 체계성이나 인과성을 담보하지 못하고 있다. 또 국가별 사회문화적 상황과 대응 정책 방향의 차이 그리고 원고 집필자의 성향과 집필 방식의 차이 등으로 인해 국가별 원고 목차와 내용의 통일성은 다소 미흡할 수 있다. 그러나 본 보고서는 전 세계적 재난인 코로나19를 동일하게 경험하고 있는 해외 국가들의 현황과 노인돌봄정책의 대응방식을 살펴봄으로써 향후 우리나라의 노인돌봄정책이 추구해야 하는 방향을 설정하고, 현재 한국의 노인돌봄정책의 사각지대와 미흡한 영역을 점검하는 데 활용할 수 있을 것으로 기대된다.

제2장

잉글랜드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 코로나19 팬데믹 및 전개 상황
제2절 팬데믹 발생 이전의 노인돌봄 및 지원
제3절 코로나19 관련 노인돌봄 대응
제4절 팬데믹이 노인돌봄에 미친 영향
제5절 결론

제 2 장 잉글랜드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

Caroline Glendinning[2)]

제1절 코로나19 팬데믹 및 전개 상황

1. 도입 및 개요

노인건강, 돌봄 및 지원 업무는 잉글랜드, 스코틀랜드, 웨일스, 북아일랜드 정부에서 각각 담당하고 있다(제2절 참조). 지역별로 노인 건강 및 사회복지서비스의 구조, 재정 및 거버넌스가 더욱 상이해지고 있다. 코로나19에 대응하는 지역에 따라 차이도 두드러진다. 본 보고서는 영국 인구의 84%를 차지하는 잉글랜드를 중점적으로 다룬다.

현재 영국에는 노인과 관련하여 포괄적으로 정책을 수립하는 기관이 없다. 코로나19 전후 모두 노인 관련 정책은 각 관련 부처별로 수립되고 있으며 부처 간 조율은 거의 이루어지지 않고 있다. 코로나19 팬데믹 기간 중 노인 관련 담론이나 정책 대응은 시설보호와 요양을 제공하는 장기요양원(long-term residential homes)에 집중되어 있다. 자택에서 생활하는 노인이나 돌봄을 제공하는 가족을 위한 정책 및 서비스 대응(재가노인돌봄 및 단기보호서비스(respite service) 포함)은 일반 대중이나 학계 또는 정부 정책 대응에서 관심을 거의 받지 못했다.

잉글랜드의 코로나19 팬데믹 대응은 몇 가지 주요 요인으로 설명할 수 있다.

---

2) 前 요크 대학교 교수

보리스 존슨 총리가 이끄는 영국 정부는 심각한 공중보건 비상사태이자 경제적 위기이기도 한 현 상황에 대처할 수 있는 정치적 경험이 거의 없다. 존슨 총리도 2019년 6월 보수당 대표로 선출된 지도자일 뿐이다. 지난 4년간 정계는 브렉시트라는 매우 정파적인 담론에 휩싸여 있었다. 2019년 가을 선거 이후 경험이 풍부한 장관들이 물러나고, 브렉시트에 대한 입장과 존슨 총리의 리더십에 대한 지지 여부에 따라 신임 장관들이 임명되었다. 코로나19 발병 초기, 존슨 총리는 각료회의에 불참했고 총리가 코로나19 감염으로 증세가 악화되면서 입원한 후 그의 리더십에도 빨간불이 켜졌다. 언론, 방송, 소셜미디어에 그의 무책임과 무능함에 대한 비난이 쏟아졌으며,[3] 록다운 규정을 노골적으로 위반한 고위 정책고문을 해임하지 않으면서 더욱 거센 비난이 일었다. 이러한 실패는 바이러스 전파를 막기 위한 정부 조치에 국민의 신뢰와 협조적 자세에 심각한 타격을 입혔다.

영국 정부는 팬데믹을 공중보건 위기가 아닌 정치적 위기로 대했다. 개인보호장비(PPE)나 코로나19 진단 역량 등 주장과 약속을 담은 정치적 메시지에 방점을 두었으나 현실에서는 모두 매우 부족했다. 감염 통제를 위한 잠재적 제한조치(예: 50세 이상인 자는 격리기간 연장)가 제안되었으나 거절되었다. 일부 조치는 실제 시행보다 너무 앞서 발표되기도 하였다. 갑작스레 발표되는 조치도 있어 장관이 세부사항을 반대로 설명한 경우도 있었다. 갑자기 발표된 조치가 몇 시간 후 철회되는 일도 있었다. 이러한 일련의 일로 어떠한 감염 통제 조치가 실제 시행되는지에 대해 많은 혼란이 있었고, 이러한 조치마저 비논리적이고 급작스러운 변경이 설명 없이 이루어질 수 있다는 생각에 잘 지켜지지 않았다. 전반적으로 정책 대응이 과도하게 지연되어 효과적인 공중보건 개입을 위한 명확성과 일

3) 예: 2020년 6월 20일자 Anthony Costello와의 인터뷰를 참고할 것.

관성에 혼선이 나타났다.

팬데믹에 대한 공중보건이 아닌 정치적 차원의 대응은 중앙정부의 주도로 진행되었다. 노인을 위한 공중보건과 서비스 위탁 및 재정 지원 모두를 담당하는 지방정부와의 협력 및 정보 공유가 제대로 이루어지지 않았다. 잉글랜드 공중보건국(PHE: Public Health England)도 정치인들의 외면을 받았다[4]. 대신, 코로나19 진단키트 및 추적시스템을 개발하는 민간 기업과 계약을 체결하고, 관련 인프라를 확충하는 와중에도 지방정부 공무원과의 의사소통은 거의 이루어지지 않았다. 특히 코로나19 전국 진단체계 운영 계약을 맺은 민간 기업으로부터 국민보건서비스(NHS: National Health Service)나 지방 당국에 데이터가 공유되는 데 몇 주가 걸렸고, 이로 인해 지역 집단 감염 발생 여부 파악이나 지역 감염통제 조치 시행에 많은 걸림돌이 되었다.

팬데믹 초기에 지속적으로 공유된 대중 메시지는 '국민보건서비스(NHS)를 살리자'였다. 이탈리아와 스페인의 보건서비스에 과부하가 걸리는 것을 목도한 정부는 그러한 상황이 잉글랜드에서 발생할 경우 가져올 심각한 정치적 파장을 두려워했다. 4월에서 5월 중 몇 주 간 목요일 저녁마다 문 앞에서 박수를 치는 'NHS에 박수를'이라는 운동이 진행되었고, 이는 추후 의료보건종사자를 위한 '의료진에게 박수를'이라는 운동으로 바뀌었다. 팬데믹 초기에는 코로나19 양성판정 후 병원에서 사망한 사람만 사망 데이터에 포함되었다. 4월 초가 돼서야 요양원이나 자택에서 사망한 사람도 데이터에 포함되었다. 이처럼 매우 불리한 상황에서도 3월 말에서 5월 중순까지 영국 전역에 실시된 봉쇄령이 잘 준수되어 감염률과 사망률 모두 상당히 감소하였다.

5월 말 감염률이 1에 가까운 수준을 유지하고, 코로나19 추적 '앱' 파

4) 2020년 8월에는 공중보건국(PHE)이 폐지될 수도 있음이 발표되었다.

일럿 결과 효율성이 떨어져 결국 폐기되고, 검사/추적/방역 시행 조치도 역량 미달로 판정이 났으나, 경제 '재개방'에 대한 압력을 더 이상 간과할 수 없는 상황에 이르렀다. 코로나19의 경제적 영향이 더욱 두드러지고 있었다. 과감한 단기 일자리 유지 조치에도 불구하고 대량 실업이 예상되었다. 여름방학 전까지 대부분의 어린이는 등교하지 못했다. 9월 등교 재개 이후 많은 학교에서 코로나19 양성 판정을 받은 학생이 발생하여 한 학급 전체나 전교생을 집으로 보내 14일간 격리하는 사례가 발생하였다. 현재는 지역 당국의 공중보건국장(DPH: Director of Public Health)에게 세부 데이터가 공유되어 지역감염을 통제하기 위한 작은 규모의 보다 집중된 제한 조치를 취할 수 있게 되었다. 9월 말 현재 급속도로 확산되는 감염 추세로 인해 그레이터맨체스터, 노스이스트잉글랜드, 요크셔, 런던, 랭커셔 지역에서는 추가로 지역적 제한조치(예: 개인 가정 간 방문 금지)가 시행되었다.

코로나19 팬데믹 발생 초기, 요양보호서비스의 재정이 부족하고 지속가능성이 미흡하다는 것을 대중이 인식하게 되었다(제2절 참고). 요양보호사의 낮은 지위 및 급여 수준에 대한 인식도 높아졌다. 방문돌봄서비스, 주간보호시설, 단기보호시설(respite care facilities) 또는 무급으로 봉사하는 가족돌봄제공자에 대한 인식이나 언론의 관심은 훨씬 적었다.

코로나19는 국민보건서비스(NHS), 돌봄 및 다른 필수 직종의 일선에서 근무하여 바이러스 노출 위험이 높은 흑인 및 소수인종(BAME)에 더 큰 타격을 입혔다. 흑인 및 소수인종 지역사회는 일반적으로 더 빈곤하고 보건도 열악하며 인구밀도가 높은 도심지역에 거주하여 감염과 심각한 질병에 노출될 위험이 더 크다.

팬데믹과 관련하여 과학과 정치의 관계도 주목을 받았다. 이는 팬데믹이 돌봄 분야에 미치는 영향에도 영향을 미쳤다. 과학전문가위원회인 비상사태과학자문단(SAGE; Scientific Advisory Group on Emergencies)은

수학적 모델링과 행동 관련 이슈에 대해 정부에 자문을 제공했다[5]. 팬데믹 초기, 바이러스에 대한 증거가 수집되는 와중에 정부는 국민의 신뢰를 얻고자 대국민 메시지에서 정책 결정은 과학적 자문에 따라 이루어진다고 강조하였다. 장관들은 기자회견 때마다 정부최고과학자(GCS: Government Chief Scientist)나 최고의료책임자(CMO: Chief Medical Officer)와 함께 등장했다. 그러나 과학자들은 '잘못된' 조언[6]을 제공하면 정치인들로 비난받기 쉽다는 점을 인식하고 정치적 의사결정에서 거리를 두기 시작했다. 최근에 있었던 봉쇄령 완화조치는 정치적 및 경제적 고려로 실시된 것으로 과학자들은 이로 인한 위험에 대해 신랄하게 비판하였다.

2. 팬데믹 진행 경과 1-5월

잉글랜드에서 코로나19의 지역감염에 대한 초기 인식이 매우 낮았고 바이러스 전파를 막기 위한 조치도 심각하게 지연되었다는 인식이 일반적이다. 그 결과 특히 요양시설에 거주하는 노인의 사망률이 매우 높았다. 이번 절에서는 빠른 감염 확산 및 중증 환자, 사망자 관련 증거와 이에 대한 정부 조치 사이의 불일치를 살펴본다.

1) 1월

- 25-29일: 중국 본토 항공노선 차단. 요양원에서 보건사회복지부(DHSC)에 감염환자·방문자 제한, 개인보호장비 보호 관련 자문을 요청했으나 응답 없음
- 31일: 코로나19 첫 확진자 2명 발생 및 격리

5) https://www.gov.uk/government/groups/scientific-advisory-group-for-emergencies-sage

6) 정부의 코로나바이러스 가이드라인 'One of the biggest failures of scientific advice in our lifetime'(https://www.independent.co.uk/news/uk/politics/coronavirus-uk-government-guidance-tests-sage-jeremy-hunt)을 참고할 것.

2) 2월

- 10일: 중국 내 감염률이 5일마다 두 배씩 증가하면서 코로나19 공중보건 비상사태 선언
- 25일: 잉글랜드 공중보건국(PHE)에서 지역감염이나 무증상자도 감염을 일으킬 수 있다는 증거가 없어 요양시설의 감염 가능성이 '매우 희박'하다고 발표. 직원은 마스크나 다른 개인보호장비를 착용할 필요가 없으며 방문자 제한이나 '현재 돌봄 환경에서 평소와 다른 조치를 취할 필요가 없다'고 언급. 이러한 내용은 요양원 웹사이트에 대대적으로 게재되었으며 3월 12일까지 적용됨
- 29일: 확진자 23명 발생. 일반(non-emergency) 국민보건서비스(NHS) 콜센터에 442,000건의 문의가 쇄도하는 등 대중의 우려가 커짐.

3) 3월

- 3일: 경미한 팬데믹에서 심각한 팬데믹 장기화 등의 시나리오와 팬데믹 정점에 노동인력의 20%가 질병으로 일을 못할 수도 있다는 경고를 담은 정부 행동계획 발표. 요양원에 대한 구체적 조치가 마련되지 않음에 최고의료책임자(CMO)는 '너무 이른 조치'를 피할 필요가 있다고 언급
- 5일: 코로나19 첫 사망자 발생. 정부 전략은 국민보건서비스(NHS)의 마비를 피하기 위해 감염자 폭증을 막기 위한 목적으로 '억제(containment)'에서 '지연'으로 전환
- 6일: 런던, 스톡포트, 테임사이드, 노팅엄 소재 요양시설에서 첫 코로나19 발생 보고
- 10일: 잉글랜드 국민보건서비스(NHSE)는 '병원 측의 승인이 없는 한' 요양원 입소자의 병원 입원을 제한해야 한다고 발표. 비판이 일

자 5일 후 철회

- 12일: 요양원으로 또는 요양원 내 감염이 '희박하다'는 초기 발표 철회. 최고의료책임자(CMO)은 팬데믹 위험을 중에서 상으로 격상. 증상이 있는 사람은 7일간 격리 권고. 진단역량 부족으로 지역사회 검사 중단[7]. 검사 대상은 유증상 입원 환자 및 보건의료 종사자로 한정
- 13일: 접촉자 추적 포기. 잉글랜드 공중보건국(PHE)은 요양원에 건강하지 않은 사람이나 코로나19 감염 의심자의 방문을 제한하라고 권고. 그러나 일부 요양원 및 친인척 조직은 가족생활권을 빼앗는다는 이유로 모든 방문자 접근제한에 반대
- 14일: 확진자 1,140명, 사망자 21명 발생. '집단면역' 달성을 위한 정책이 발표되자 감염에 취약한 노인의 잠재적 위험성으로 논란 가중
- 15일: 70세 이상 노인들은 '앞으로 몇 주 내로', '오랜 기간 동안' 자가격리해야 한다고 경고
- 16일: 확진자 1,500명 이상, 사망자 55명 기록. 총리는 재택근무 및 불필요한 여행, 타인과의 접촉이나 대중시설(social venue) 방문이나 대규모 모임 자제를 권고. 돌봄품질위원회(CQC)는 돌봄기관 지원에 집중하기 위해 돌봄서비스에 대한 정기 점검 중단
- 17일: 4월 15일부터 약 30,000개의 국민보건서비스(NHS)를 위한 병상을 마련하기 위해 긴급하지 않은 병원 운영은 중단. '건강하지 않은' 방문자의 요양원 방문 금지
- 19일: 성인 대상 사회적 돌봄 및 노숙자 추가 지원을 목적으로 지방정부에 16억 파운드의 재정을 지원하고 병원 환자 15,000명 퇴원

---

7) British Medical Journal Covid-19: Lack of capacity led to halting of community testing in March, admits deputy chief medical officer BMJ 2020, 369:1845.

을 위해 (선제적 코로나19 검사 없이) 국민보건서비스(NHS) 및 사회복지서비스에 13억 파운드 지원 발표. 병원 및 요양원에서 낮은 등급의 개인보호장비를 활용하도록 하여 코로나19 전파 위험을 하향 조정

- 23일: 필수적 쇼핑, 운동, 병원 방문, 출근 등 업무를 제외한 영국 전역 봉쇄 시작
- 24일: 사망자 422명 발생. 코로나바이러스법 2020, 케어법 완화안(Care Act Easement) 통과. 이로 인해 인권을 침해하지 않는 선에서 지방정부의 욕구사정(needs assessments) 또는 노인 지원 제공에 대한 법적 부담을 완화
- 25일: 의회 폐쇄. 봉쇄령 집행 권한 경찰에 부여, NHS 의사 2명 최초 사망
- 26일: '봉쇄 규정' 시행으로 즉시 폐쇄해야 하는 사업장 확대. 사망자 578명, 양성 판정자 11,568명. 10주간 진행되는 전국 'NHS에 박수를'운동 시작. 의회 위원회에서 요양시설 개인보호장비 제공 차질 인식
- 31일: 확진자 10,000명 초과, 사망자 1,789명. 대규모 요양원 운영기관에서 절반이 넘는 요양원의 감염 의심 발표

4) 4월

- 1일: 진단 시약 부족으로 NHS 직원 검사 차질 보고
- 3일: 런던전시센터 내 임시 병원 500병상과 환자 4,000명 수용 능력으로 개소
- 6일: 총리 중환자실 입원
- 10일: 병원 내 개인보호장비 부족 현실화. 드라이브스루 진료소 15개 개소. 돌봄품질위원회(CQC)는 요양원 내 사망과 코로나19 확진

이나 의심사례와의 상관관계 보고 요청. 해당 데이터는 통계청(ONS) 보고에 반영 예정

- 14일: 노인자선단체가 코로나19 감염 및 사망 공식 통계에 요양원 및 자선단체 입소자를 포함하지 않아 노인통계가 왜곡되었다고 우려 표명. 10% 이상의 요양원에서 감염 발생
- 15일: 병원 퇴원 가이드라인 개정. 퇴원 후 요양원으로 전원하는 모든 환자는 퇴원 전 검사 필수. 생사의 기로에 있는 요양원 입소자에 대한 친인척 방문 허용. 요양보호사에 개인보호장비 지급을 위한 네트워크 구축. 국민보건서비스(NHS)와 돌봄품질위원회(COQ)는 요양원 근로자 대상 검사 시작. 정부는 요양원 사망자 수의 과소 추정 인정
- 16일: 잉글랜드 공중보건국(PHE)의 권고에도 불구하고 감염 리스크를 줄이기 위한 요양원 근로자의 입소자 간/층간/요양원 간 이동 제한 가이드라인이 공지되지 않음.
- 18일: 국민보건서비스(NHS) 소속 의사 및 간호사는 개인보호장비(PPE) 재고 부족 시 재사용을 권고하는 가이드라인에 우려 표명. PPE 수입 지연 및 사용 불가. (돌봄서비스 제공자를 대변하는) 케어 잉글랜드(Care England)는 코로나19로 인한 요양원 입소자 사망자 수 공식 통계를 1,400명이 아닌 7,500명 사망으로 추산. 지역사회내의 흑인 및 소수인종의 과도한 피해 가시화
- 20일: 병원 입원율이 런던을 중심으로 하락
- 21일: 초과사망자 8,000명 초과, 요양원 입소자 1,043명 포함

- 23일: 보건부 장관이 새로운 진단서비스는 하루 51,000명 진단 가능하다고 주장. 필수 근로자 드라이브스루 진료소/홈키트로 검사 가능. 접촉자 추적 재개시. 검사 및 추적 서비스 계약을 맺은 민간기업에서 18,000명의 접촉자 추적 인력 고용
- 24일: 필수 근로자 코로나19 검사 예약 웹사이트 접속자 폭주로 다운
- 25일: 사망자 20,000명 초과. 코로나19 비관련 의료보건 수요 급감
- 27일: 코로나19로 사망한 국민보건서비스(NHS) 및 돌봄 종사자 가족 보상금 6만 파운드 수령 가능
- 28일: 통계청(ONS), 코로나19 사망자의 1/3이 요양시설 발생 발표. 요양원 사망자 일일 통계에 포함 예정. 코로나19 유증상 돌봄 제공자에 검사 확대
- 29일: 요양원 의료 지원 확대 발표

5) 5월

- 1일: 지난주 사망자 중 40%가 요양원 사망자
- 5일: 사망자 29,427명 기록. 병원 사망률 감소 중이나 요양원 사망률 증가
- 7일: 수입 개인보호장비 기준 미달로 회수. 진단 및 접촉자 추적 프로그램 개시
- 10일: 잉글랜드 지역 봉쇄령 점진적 해제 개시. 스코틀랜드, 웨일스, 북아일랜드 전면 봉쇄령 유지
- 12일: 영국 사망자 40,000명 초과, 요양원 환자 11,000명 포함
- 13일: 총리가 3월 12일 기준 가이드에 요양시설 전파 가능성은 낮다고 언급한 점을 (잘못) 부인함. 증상이 있거나 요양시설을 옮겨 다니는 요양원 입소자에 검사를 확대하였으나 무증상 직원에 대한 대대적 검진은 미시행. 요양원 측은 정상가격에 개인보호장비 구비 어

려움 호소

- 14일: 코로나19 사망자 통계에서 기저질환(당뇨, 호흡기질환, 신장 및 심장 질환) 환자의 사망위험이 높다는 점 드러남
- 15일: 통계청(ONS) 보고에 따르면 코로나19는 요양원 사망 원인의 27% 차지. 요양원 근로자 및 입소자 전원 대상 검사는 6월 초 진행 예정. 사회복지 '구호 계획' 발표. 감염통제 예산 6억 파운드 배정. 요양원 간 직원 이동 제한, 요양원 근로자 개인보호장구 사용 관련 NHS 교육 실시, 모든 요양시설에 임상책임자(clinical lead)[8] 지정
- 18일: 5세 이상 모든 유증상자 대상 검사 확대. 영국 전역에 접촉자 추적 전담요원 21,000명 고용
- 19일: 요양원 사망자 11,600명. 파일럿 접촉자 추적 앱 심각한 보안 문제 확인
- 20일: 돌봄 종사자와 돌봄 대상자 제외 NHS 직원 및 환자만 검사하는 이유가 역량 부족이라고 장관이 시인
- 22일: 3-4월 초 버밍엄 요양원에서 병원에서 전원 온 113명 이상의 감염환자와 검사 미시행 환자 다수 입소 확인
- 30일: 비상사태 과학자문단(SAGE)은 높은 감염률 및 사망률로 봉쇄 해제 반대 입장 표명
- 31일: 정부최고과학자(SGC)는 고위험군에 대한 제한 완화 발표를 비판

8) 요양원에서 간호사나 의료 어시스턴트 팀을 이끌어 양질의 돌봄이 제공될 수 있도록 책임을 지는 역할을 하는 사람.

3. 결과: 확진 및 사망 사례 개요

잉글랜드에서 보고된 코로나19 확진자 및 사망자 수는 유럽에서 가장 높은 수준이다. 팬데믹 초기, 아마도 성과를 부풀리기 위한 정치적인 압박으로 병원 외에는 대대적인 검사가 실시되지 않았고, 이중집계 등 검사 데이터 수집 및 처리의 신뢰도가 매우 낮았으며[9], 민간 검사센터 및 실험실 등 NHS의 검사 역량 보완을 위해 계약을 맺은 업체들의 검사 결과 반영이 지연되는 등 감염률 추정치의 신뢰도가 높지 않았다.

사망 데이터 또한 신뢰도와 포괄성이 떨어졌다. 팬데믹 초기, 코로나 관련 사망자 데이터는 병원에서만 수집되었다. 병원 외에는 검사가 진행되지 않았기 때문에 요양원 또는 방문돌봄의 코로나 관련 사망자 통계는 누락되었다. 병원 이외의 장소에서 사망하면 모든 사망 확인서에 코로나19를 사인으로 포함한 것도 아니었다. 지역사회 검사기관이 없는 경우, 의료진이 요양원이나 자택에서 사망한 환자의 사망 확인서에 코로나19를 사인으로 명시하지 않은 것으로 추정되며[10], 쇠약한 노인이나 치매환자의 비정형(atypical) 증상으로 인해 이러한 누락 위험이 가중되었을 수 있다[11]. 또한 노인의 경우 앓고 있는 다른 증상에 대해 긴급한 진료를 받지 못하거나, 요양원 또는 지역사회 내에서 격리가 길어지면서 심신 건강에 심각한 쇠락을 겪는 이러한 상황은 팬데믹이 노인의 사망률 증가에 간접적으로 상당한 영향을 미쳤을 것이란 우려가 확산되고 있다.

4월 초부터 돌봄품질위원회(CQC)이 요양시설 사망자 통계 수집에 착

9) https://news.sky.com/story/coronavirus-government-overstated-number-of-people-tested-by-up-to-200-000-12025912

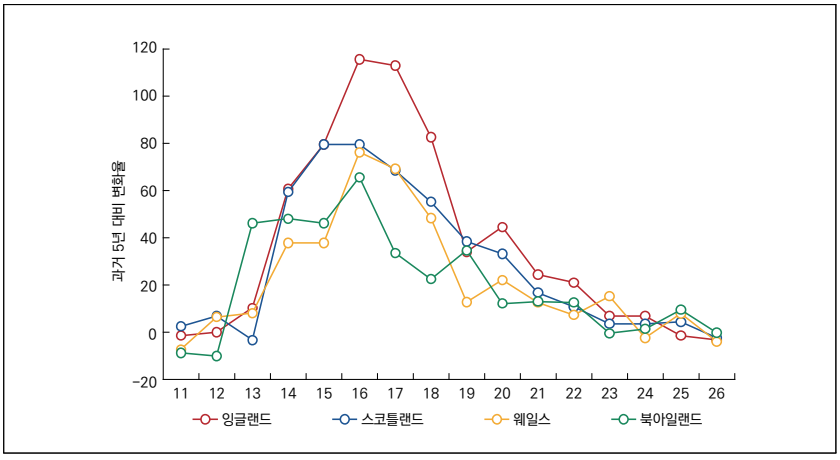
10) Financial Times. 2020년 4월 18일. 'Deaths in UK care homes from coronavirus may be 6,000, study estimates'

11) T. Solanki (2020). Atypical Covid-19 presentations in older people, BSG Blog. 2020년 4월 14일. https://www.bgs.org.uk/blog/atypical-covid-19-presentations-in-older-people-%E2%80%93-the-need-for-continued-vigilance.

수하자 코로나19 사망률이 급증하였다.[12] 이후에도 사망장소가 실제 병원이나 호스피스 병동이면 요양시설 사망자 추정치에서 해당 입소자는 제외되었다. 코로나19가 간접 원인일 수 있는 사망도 누락되었다.

연구자들은 팬데믹 기간 중 사망자 수와 지난 5년간 같은 기간 평균 사망률의 차이를 나타내는 초과사망률이 팬데믹의 영향을 더 정확히 드러내는 지표라 주장한다[13]. [그림 2-1]은 11주차(2020년 3월 13일)부터 26주차(2020년 6월 26일)까지 영국 4개 지역의 초과사망률을 보여준다.

[그림 2-1] 2020년 11~26주차 영국의 주간 초과사망률(과거 5년 평균 사망률 대비 사망률 증가율[14])



자료: Bell et al.(2020)

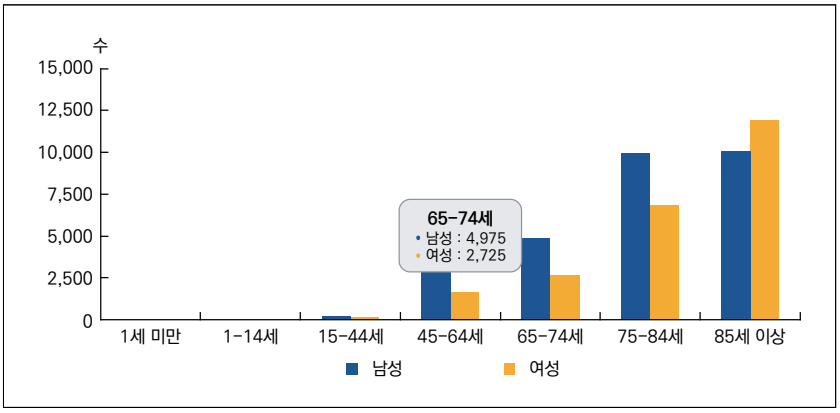
12) The Guardian. 2020년 4월 28일. 'UK records 4,343 care home coronavirus deaths in a fortnight'.

13) A. Comas-Herrera and J-L Fernández England: Estimates of mortality of care home residents linked to Covid-19 pandemic, https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/England-mortality-among-care-home-residents-report-17-May-1.pdf.

노인인구의 코로나19 사망률은 다른 연령집단 대비 상당히 높게 나타났다. 8월 21일까지 잉글랜드와 웨일스의 코로나19 사망자는 52,173명(남성 28,698명, 여성 23,475명)이었다. 코로나19 사망자의 대부분은 65세 이상(52,173명 중 46,614명) 인구였다(그림 2-2). 노인 연령집단에서 여성이 남성보다 많기 때문에, 노인 여성 사망자 수도 높게 나타났다.

[그림 2-2] 2020년 8월 21일 기준 잉글랜드 및 웨일스 지역 성별 및 연령별 코로나19 사망자 수

(단위: 명)

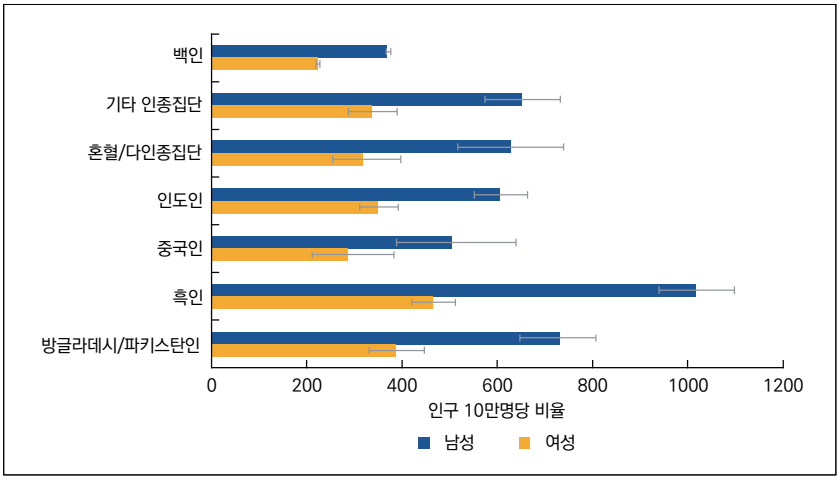


자료: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare. 2020년 9월 4일 인출

흑인 및 소수인종의 코로나19 사망위험도는 백인 인구 대비 월등히 높았다(그림 2-3). 65세 이상 흑인 남성은 인구 10만 명당 1,015.8명이 사망하여 다른 모든 인종집단 대비 코로나19 사망률이 통계적으로 유의미하게 높았다. 이는 사망률이 가장 낮은 백인 남성보다 2.8배 높은 수치이다. 방글라데시와 파키스탄 출신 남성은 백인 남성 사망률보다 2배 높았다. 흑인 인종 배경을 가진 여성의 사망률은 가장 낮은 백인 여성 대비 2.1배나 높은 사망률을 기록했다. 실제로 흑인 및 소수인종 출신 모든 여

성은 (중국인 제외) 백인 여성 대비 통계적으로 유의미하게 높은 사망률을 보였다.

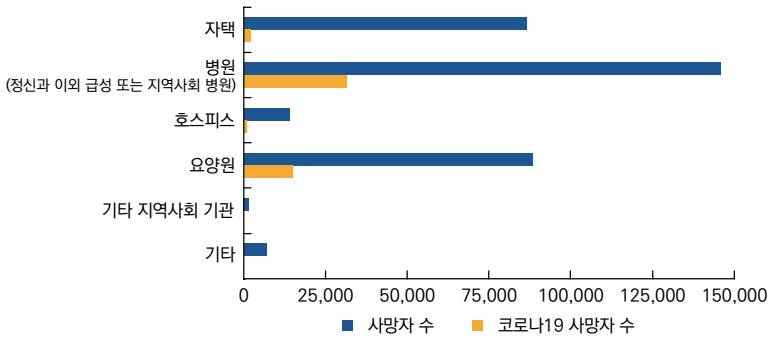
[그림 2-3] 2020년 3월2일부터 5월 15일까지 잉글랜드, 웨일스 지역 인구 10만 명당 65세 이상 인구의 성별 및 인종집단별 연령표준화 (Age-standardised) 코로나19 사망률



자료: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/coronaviruscovid19relateddeathsbyethnicgroupenglandandwales/2march2020to15may2020#age-standardised-mortality-rates-of-death-involving-covid-19-by-ethnic-group에서 6월 1일 인출.

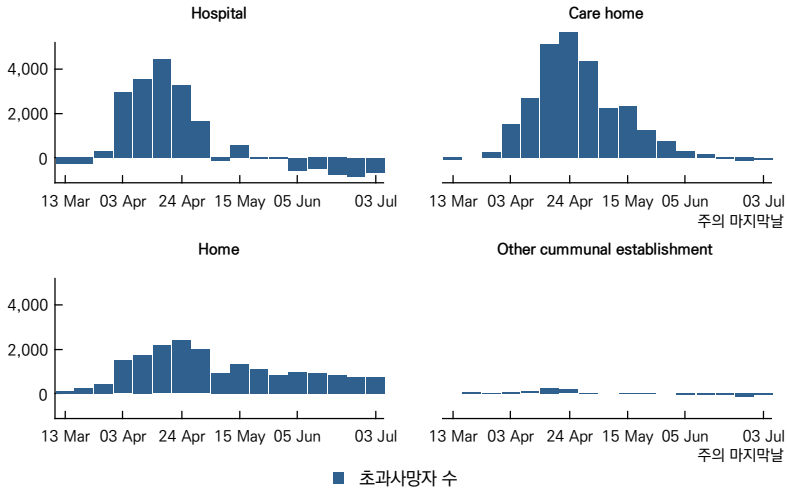
[그림 2-4]와 [그림 2-5]는 병원, 기관, 재가노인의 사망자 수 및 초과 사망률을 보여준다.

[그림 2-4] 2020년 1월 1일부터 7월 3일까지 사망 장소에 따른 코로나19 사망자 수



출처: 영국 통계청(ONS) – 잉글랜드 및 웨일스 주간 사망자 기록

[그림 2-5] 2020년 3월 13일부터 7월 3일까지 다양한 환경의 초과사망률



Source: Office for National Statistics – Deaths registered weekly in England and Wales

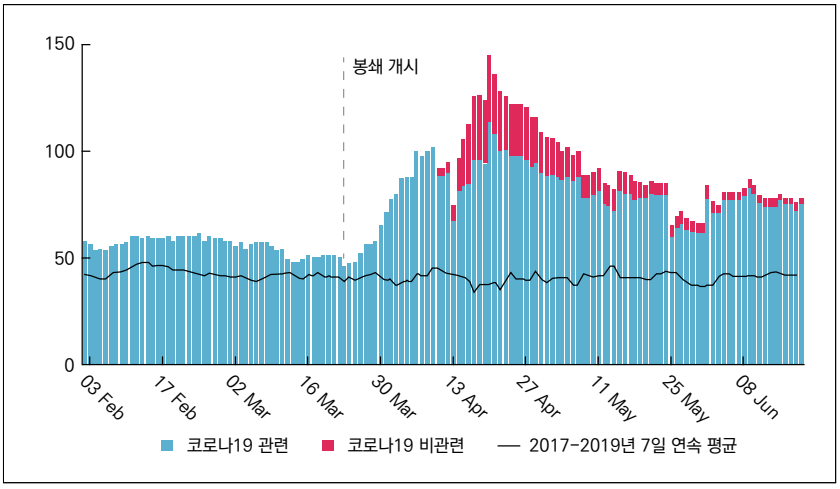
치매와 알츠하이머는 코로나19로 사망한 요양원 환자가 가장 많이 앓고 있는 기저 질환으로 요양원 코로나19 사망자 전체의 절반을 차지한다.[15] 다른 장소와 마찬가지로 흑인 및 아시아계 요양원 입소자들이 코로나19의 피해를 가장 많이 입었다.[16]

잉글랜드에서 코로나19가 방문돌봄 및 지원을 받는 노인에 미친 영향에 대한 정보는 쉽게 입수할 수 없지만, 방문요양기관의 보고서에서 일부 데이터를 확보할 수 있다. 2020년 6월 12일까지 방문요양서비스를 받는 노인의 초과사망자는 3,628명이 보고되었으나 819건 만이 코로나19 관련 사망으로 보고되었다. 설명이 되지 않는 다수의 초과사망이 코로나19 기록 누락에 기인한 것인지 팬데믹의 간접 영향으로 인한 것인지는 분명치 않다. 그러나 절대적 수치는 낮더라도 요양원 입소자 대비 방문돌봄서비스를 받는 노인의 사망률이 훨씬 높았다(208% 대 225%).

15) https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/articles/deathsinvolvingcovid19inthecaresectorenglandandwales/latest#deaths-involving-covid-19-among-care-home-residents.

16) The Guardian.0 2020년 6월 17일. 'BAME care home residents in England more likely to die of Covid-19'.

[그림 2-6] 보고일 기준 방문돌봄서비스를 받는 노인의 7일 연속 평균 사망률



주: 이 데이터는 무급 가족의 돌봄을 받거나 개인적으로 돌보미 고용 또는 자영업 돌봄종사자의 돌봄이나 지원을 받는 노인에게 코로나19가 미친 영향은 반영하지 않는다.
자료: https://www.health.org.uk/publications/reports/adult-social-care-and-covid-19-assessing-the-impact-on-social-care-users-and-staff-in-england-so-far.

제2절 팬데믹 발생 이전의 노인돌봄 및 지원

1. 노인 지원 배경 및 발전

전후 복지국가 건설 후 국민보건서비스(NHS)는 자택 거주든 시설 보호 대상이든, 노인을 대상으로 하는 비임상 돌봄 및 지원을 점차 축소하고, 이러한 책임은 점차 지역 당국으로 이관되었다(Means & Smith, 1985). 그러나 1980년대 초반, 노인에 대한 지원 욕구에 대한 평가 없이 저소득층 노인을 요양시설에 수용할 수 있는 사회부조 재원의 마련으로 상황이 복잡해졌다. 이로 인해 요양시설에 거주하는 노인과 요양시설에 대한 공공지출이 기하급수적으로 증가했고, 시설 돌봄이 아닌 지역사회

및 재가노인 기반 돌봄을 확대하겠다는 정책 목표가 달성되지 못했다.

1994년 실시된 대대적 개혁은 두 가지가 목표이다. 지역사회 및 방문돌봄이 아닌 기관보호를 장려하는 결과를 낳은 재정지원 구조를 개혁하고 돌봄서비스 제공에 준시장 제도를 도입하는 것이었다(Means, Morbey & Smith, 2002). 이후 20년 동안 지역 당국은 자체 서비스 제공을 대체로 중단했다. 추가적인 간호돌봄의 여부와 상관없이 대부분의 요양원은 민간 소유이다. 2019년 병상의 84%는 민간 상업(영리) 기관 소유였으며 13%는 자선기관/비영리단체, 3%만이 공공부문 소유였다(IPPR 2019). 많은 요양원이 영세한 규모이지만 요양시설 병상의 30%는 큰 글로벌 기업이 소유하고 있다(CHPI, 2019). 방문에서도 비슷한 추세가 관찰되었다. 1992년 민간 부문은 잉글랜드 방문요양서비스 제공시간의 2%만을 담당했으나 2018년에는 방문돌봄의 97.5%를 민간 사업자가 제공했다. 일부 남아 있는 지역 당국의 방문돌봄은 고도로 특수화되어 있거나, 민간 시장에 매력도가 떨어지는 급성질환 전문병원에서 퇴원한 환자를 대상으로 하는 단기, 집중 자립(reablement) 서비스이다(Glendinning et al, 2010).

또한, 일부 노인들은 돌봄 서비스를 받는 대신 지역 당국으로부터 현금지원(직접 지원)을 받아 방문요양사(방문돌보미(PA: personal assistant))를 고용하기도 한다.

요양보호기관과 재가노인 방문돌봄센터가 공존하는 '혼합 경제'가 생성되면서 종합적인 통합 등록 및 점검 체계가 마련되었다. 돌봄품질위원회(CQC)는 영리, 비영리, 공공기관 운영의 모든 돌봄서비스를 정기적으로 점검한다. 점검을 통해 돌봄의 안전성, 효과성, 배려, 수용성, 운영 등을 평가한다.[17] 이러한 기준에 따라 '우수', '보통', '개선필요', '미흡'으로

17) https://www.cqc.org.uk/guidance-providers/adult-social-care/how-we-mon

서비스를 평가한다.

가족돌봄제공자는 돌봄 영역에서 중요한 역할을 하며 정책 및 실제에서도 이 점이 인정되어 왔다. 팬데믹 이전 영국 전역에서 약 900만 명의 가족 구성원이 상당한 돌봄을 제공한 것으로 추정된다. 거의 1/4에 달하는 22%의 돌봄 제공자들이 65세 이상이며, 돌봄 행위가 자신의 심심 건강에 미치는 영향에 불안감을 갖고 있으며, 젊은 돌봄제공자 대비 9배 많은 사람이 때때로 외로움을 느낀다고 말한다(Carers UK, 2020). 경제활동이 가능한 나이의 돌봄 제공자는 유연근무제도와 자신이 돌보는 사람과 관련된 위기에 대처할 수 있는 '합당한' 쉬는 시간을 요청할 권리가 있다. 최저소득에 미치지 못하는 전국의 돌봄제공자를 위한 소득대체수당(돌봄제공자 수당, Carers Allowance)이 있다. 지방정부는 가족돌봄제공자의 웰빙을 신장시키고 지원에 대한 니즈를 평가할 법적 의무가 있다. 정보와 지원을 제공하는 돌봄제공자 지원 기관 및 단체도 있다(Carers UK와 Carers Trust). 그러나 무급 가족구성원이나 개인적으로 고용된 요양보호사의 서비스 품질에 대한 규정은 없다. 대신 가족돌봄제공자를 대변하는 단체가 요구하는 인정, 지원, 경제적 보상을 정책 및 실제에서 반영하고 있다.

2010년 지방정부가 대대적인 예산 삭감을 경험하고 정부가 '긴축'정책을 시행하면서 노인을 위한 서비스도 큰 타격을 입었다. 2019년부터 2020년까지 지방정부의 1/3이 추후 돌봄예산 초과를 예상하고 있으나 이러한 부족분을 채우기 위한 충당금 적립이나 다른 서비스의 삭감은 없는 상황이다(ADASS, 2019).

---

itor-inspect-regulate-adult-social-care-services

2. 잉글랜드 노인 지원 프로그램 현황

지방정부는 관할 지역 내 돌봄 및 지원서비스의 적절한 제공을 담보하고(시장 감독), 노인의 돌봄 및 지원 니즈를 평가하며 (그리고, 이와는 별도로 가족돌봄제공자의 니즈도 평가), 자격 기준에 부합하는 노인에게 적절한 돌봄을 마련하고 재정을 지원할 법적 책임이 있다.

요양보호시설의 경우, '케어홈(care home)'은 치매환자의 돌봄을 포함하여 입소자에게 돌봄과 관리를 제공한다. 이러한 시설은 기본적 수준의 훈련을 받은 요양보호사를 고용한다. 지역사회 NHS 서비스는 경구약 투여 이외에도, 기타 모든 헬스케어(예: 주사 투약, 드레싱 교체, 물리치료 또는 언어치료)를 제공한다. '요양시설(nursing home)'도 기본적인 간호돌봄을 제공하며 1명 이상의(병상 수에 따라 다름) 면허소지 간호사를 고용해야 한다. 마찬가지로 전문간호(예: 경관영양(enteral feeding), 정맥 주사)는 지역사회 NHS 서비스에서 제공한다. 이러한 시설 모두에서 모든 의료서비스는 지역사회 NHS 일반의(GP)와 병원 내 전문의가 제공한다.

지역 당국은 엄격한 돌봄, 소득, 자산 자격기준을 충족하는 노인을 대상으로 돌봄서비스에 재정을 지원한다. 재산이 2만 3,250파운드 이상인 개인(자가주택 가치 포함)은 지원 니즈와 상관없이 정부의 재정 지원 대상이 아니다. 재산이 1만 4,250파운드 미만인 경우에도 주당 24.90파운드의 개인지출수당(Personal Expenses Allowance)을 제외하고 전액을 납부해야 한다. 이 두 가지 기준 사이에 해당하면 실제 소득과 명목/추정 자산소득을 평가하여 본인부담금이 결정된다. 정부가 지원하는 방문돌봄 수급자격을 결정할 때에도 비슷한 자산 및 소득 기준이 적용되는데, 자산규모 산정 시 자가주택 가치는 포함되지 않는다.

현재 잉글랜드 요양시설보호의 약 절반은 입소 노인들의 소득 또는 자산 기준이 수급자격 기준보다 높아 이들의 자금으로 전액 운영되고 있다.

요양시설보호 분야의 총 연소득(152억 파운드)의 50%가 넘는(77억 파운드) 금액을 개인과 가족이 부담하고 있다. 지역 간 사회경제적 불평등이 확대되는 가운데, 지역별로 직접 비용을 부담하는 사례의 비중이 잉글랜드 남동지역은 62%, 잉글랜드 북동지역은 22%로 차이가 크다(NAO, 2018). 요양시설의 경우, 국민보건서비스(NHS)가 (직접 비용 부담하는 입소자 포함) 입소자의 요양보호 비용을 지원한다. 특별히 복잡하거나 예측이 어려운 의료보건 니즈가 있는 일부 환자에 대해서는 NHS가 '호텔식' 식사('hotel' board)와 병상료(lodging charge)를 포함한 돌봄비용 전액을 지원한다.

또 영국 전역에서 약 38만 명의 노인이 방문돌봄서비스 비용의 전액 또는 일부를 개별적으로 부담하고 있다(Henwood, McKay, Needham, & Glasby, 2019). 잉글랜드 지역에서 방문돌봄서비스를 받는 노인의 6-25%(145,000-249,000명 추산(NAO, 2018)가 모든 서비스를 개인적으로 구매하고 있으며, 20만 명은 정부 지원 돌봄에 더해 가사도우미를 개별적으로 고용하고 있다.

추가적인 사회보장제도는 다음과 같다.

노인간호수당(Attendance Allowance)은 65세 이상 노인의 추가 돌봄을 위해 제공되는 현금지원이다. 소득기준이 아닌, 돌봄지원 또는 관리의 니즈만 판단하여 수급자격을 판단한다.

돌봄제공자수당(Carers Allowance)은 근로로 최저소득 미만을 벌면서 노인간호수당 수급자를 위해 주당 35시간 이상 돌봄을 제공하는 가족돌봄제공자의 소득대체수당이다. 이러한 수당은 전국적으로 지급되며, 수급자격은 노동연금부(Department for Work and Pensions)에서 정한다.

노인 서비스에 영향을 미친 최근 법률은 2014년 돌봄지원법(Care and Support Act)으로 지방정부의 책임을 추가하였다. 지역 당국이 위탁 및 재정 보조하는 서비스는 수급자의 웰빙을 도모하고 개인의 니즈와

선택권을 존중하도록 개별화되어야 한다. 돌봄서비스를 받는 대신 개인이 직접 돌봄종사자를 고용할 수 있도록 하는 현금 지원 (‘개별’ 또는 ‘개인 예산’)은 돌봄의 개인화(personalization)를 달성하는 주요 수단으로 장려되고 있으나, 이러한 옵션을 사용하는 노인은 상대적으로 적다. 2014년 돌봄지원법은 지역 당국에 지역 돌봄 준시장 지원 및 유지의 책임(수단은 제공 안 함)도 부여하였다.

노인 및 돌봄종사자를 위한 광범위한 자발적 조직 네트워크가 존재한다. 가족돌봄제공자를 위한 Carers UK나 Carers Trust처럼 Age UK도 전국에 지부를 두고 있다. 이러한 자발적 단체들은 노인 및 가족에 정보와 서비스 자문을 제공하고 주간보호 같은 실질적 서비스도 제공한다. 지역 당국과의 계약 및 사용자 수수료로 자금을 충당한다. 지역사회 조직은 집에 거주하는 노인을 위해 방문서비스 또는 기타 실질적인 도움(예: 쇼핑 또는 병원 방문)을 제공한다. 이러한 지역사회 집단은 자원봉사자에 상당부분 의존하는 경우가 많다.

3. 현재의 논의

코로나19 팬데믹 이전부터 노인 대상 서비스 및 지원은 이미 상당한 어려움을 겪고 있었다.

1) ‘긴축’과 그 영향

잉글랜드에서 지난 수십 년간 공공지출의 대대적 감축 규모와 그 영향에 대한 논의가 집중되었다. 예산 삭감의 결과는 코로나19 팬데믹 기간 중 뚜렷하게 드러났다.

보수당·자유민주당 연합(2010-2015)과 보수당(2010-2015) 정부가 추진한 ‘긴축’ 정책은 지방정부 예산을 대대적으로 삭감했다. 지난 정부

에서는 노인 인구 증가로 인한 인구학적 문제에 제대로 대처하지 못했다. 특히 85세 이상 노인 인구(돌봄이 시급한 인구)의 수가 가파르게 증가했다. 이 연령집단의 인구는 2017년부터 2040년까지 140만에서 270만 명으로 증가할 전망이다(AGE UK, 2019a).

잉글랜드 지방정부에 대한 정부 재정지원의 실질 감축분은 2010-11년도와 2017-18년도 사이에 49.1%로, 실제 지출 능력의 28.6%가 축소되었다(NAO, 2018). 지방정부 차원에서 노인 서비스 예산을 유지하기 위해 애썼으나 그렇게 할 수 있는 여력이 점차 감소하고 있다. 실제로 성인돌봄서비스에 쓰인 지방 당국 예산 비중이 2019-20년에 축소되었다.

영국 4개 모든 지역이 '긴축'의 영향을 받았으나 잉글랜드 지역에 미친 영향은 특히 극심했다. 2016-17년 잉글랜드의 성인돌봄서비스 1인당 지출은 스코틀랜드 대비 43%나 낮았다(Health Foundation, 2019a). 잉글랜드 지역 돌봄서비스 접근성과 품질을 2009-10년 수준으로 회복시키고 무급 돌봄제공자의 부담을 해소하며 충족되지 않은 니즈를 해소하기 위해 연간 80억 파운드(91.1억 유로)의 추가 재정이 필요한 것으로 추산된다. 향후 인구학적 변화에 따라 더 많은 재정이 필요할 전망이다(House of Lords Economic Affairs Committee, 2019).

이러한 과제가 수십 년간 누적되어 왔으나 의미 있는 재정지원이나 구조적 개혁은 없었다. 정책 대응은 단편적인 임시방편이 주를 이루었고 지역 내, 지역 간 불평등을 심화시킬 우려가 있었다. 돌봄을 요하는 개인, 그 가족, 국가 간 책임의 균형을 조정하고, 현재의 불평등을 해소하며, 돌봄종사자의 안정을 꾀하고(사적 이윤도 제한), 세대 간 공정을 위한 대대적인 구조개혁이 시급했다. 1990년대 중반부터 개혁안이 제안되어 의회 선거기간마다 주기적으로 등장했다. 1998년 이후 최소 12건의 정부 협의 문서와 5건의 별도의 검토가 있었다(House of Lords Economic Affairs Committee, 2019). 2017년, 2019년 선거 공약에도 개혁이 포함되었으

며, 보리스 존슨 총리는 당선 후 '사회복지 위기의 완벽한 해결'[18]을 약속했다. 그러나 현재까지 아무런 행동도 취하지 않았다. 재정 감축은 노인과 그 가족에게 심각한 타격을 입히고 있다.

2) 충족되지 않은 욕구

정부 지원 돌봄 수급자격 판단을 위한 소득 및 자산 기준 이외에도, 지방 당국은 자격 요건(needs eligibility) 기준을 높여 심각한 재정난에 대응하고 있다. 현재 가장 높은 수준의 돌봄욕구를 갖고 있으면서 가족 지원을 받을 수 없는 노인만 정부지원 서비스를 받을 수 있다. 상당수의 노인은 자비로 돌봄 비용 전액을 충당해야 하기 때문에 파탄에 이르게 할 수준의 돌봄 비용에 직면하고 있다. 세대 간 유산에 이러한 비용이 미치는 영향은 중요한 정치적 과제로 인식되고 있다.

필요한 도움과 지원을 받지 못한 채 살아가는 노인도 있다. 노인 인구의 지속적인 증가에도 불구하고 지방 정부가 지원하는 돌봄을 받는 노인의 수는 2014-15년에 599,385명에서 2018-19년 548,435명으로 5년간 8.5% 하락하였다(AGE UK, 2019b). 잉글랜드 노인 7명 중 1명은 개인활동보조(personal care) 도움의 욕구가 충족되지 않는 실정이다. 개인활동(일상생활활동(ADL): activities of daily living)에 어려움을 겪고 있는 65세 이상 인구의 약 1/3은 유급 도우미 또는 가족돌봄제공자의 도움을 받지 않고 있다. 이러한 영향을 받는 노인 140만 명 중 약 30만 명은 3가지 이상의 개인 일상생활활동(ADL)에 어려움을 호소하고 있다. 쇼핑이나 요리 등 실제 생활활동(도구적 일상생활활동(IADL): Instrumental Activities of Daily Living)에 대한 도움을 포함하면, 욕구가 충족되지

18) https://www.theguardian.com/uk-news/2019/aug/01/promising-to-fix-social-care-could-cost-boris-johnson-dearly

못하는 노인의 수는 150만 명으로 늘어난다. 2017-18년 잉글랜드 지방 당국에 도움을 공식 요청한 노인의 절반 이상이(51.2%) 실제로 서비스를 받지 못했거나 다른 보편복지서비스로 전환되지 못했다(AGE UK, 2019a).

3) 노동력 관련 도전과제

요양보호시설이나 방문요양 환경에서 종사하는 돌봄종사자들은 숙련도와 급여가 낮다. 인력 수급 및 유지에 많은 어려움이 있으며 이직률도 높다.

사회복지 수요가 증가하면서 관련 노동력의 규모도 증가하였다. 돌봄 인력은 2009년 이후 22%(290,000개 일자리)가 증가했으나 늘어나는 노인 인구를 따라갈 수 없었다. 현재 관련 직종에 약 160만 개의 일자리(정규직 113만 개)가 있으며 그중 대부분이 직접 돌봄과 지원을 제공하는 '일선' 인력이다. 전체 일자리의 3/4(78%)은 민간 부문이고 지역 당국이 고용하는 비중은 7%이다. 나머지 15%는 주로 개인이 직접 고용하는 도우미다. 다른 OECD 회원국과 마찬가지로 관련 인력은 주로 여성(83%)이며 고령화(55세 이상이 25%)되어 있다. 향후 인구변화를 감안했을 때 2025년까지 잉글랜드 지역 돌봄 인력은 36%(58만 개 일자리) 정도의 확대가 필요하다(Skills for Care, 2019).

팬데믹 초기 돌봄 일자리의 8%(약 11만 개 일자리)가 충원되지 못한 상황이었다. 미충원은 등록관리자(registered manager)가 11.4%로 가장 많았다(CQC, 2019). 이직률은 약 30.7%이다. 2012-13년부터 2017-18년까지 이직률은 꾸준히 증가하였다(AGE UK, 2019a).

돌봄종사자의 급여는 매우 낮기로 유명하다. 약 70%는 시간당 10파운드의 급여를 받았으며, 평균 연봉은 16,400파운드에 그쳤다.[19] 방문요

양사의 경우 환자의 집을 이동하는 시간에 대한 보상을 받지 못하는 경우 실제 버는 금액이 법정최저임금에 미달한다. 잉글랜드 지역 돌봄인력의 1/4은 실제 근무 시간에 대해서만 보상을 받는 0시간 계약(zero-hours contract) 조건으로 고용되어 있으며, 방문요양사의 비중이 58%에 이른다(Ravalier, Morton, Russell & Rei Fidalgo, 2019). 잉글랜드 지역 돌봄종사자의 절반은 사회복지사 자격이 없으며, 영국 지방 당국의 70%는 요양기관에 지급하는 지원금에 요양사 훈련비를 포함하지 않는다(House of Commons Communities and Local Government Committee, 2017). 돌봄종사자는 저임금, 높은 압박, NHS의 명쾌한 대안 제시, 돌봄에 대한 낮은 사회적 인식에 대해 불만을 품고 있다.

2018-19년 기준, 잉글랜드 돌봄종사자의 84%는 영국 태생이다. 8%(11만 5,000개 일자리)는 EU 국적자이고, 9%(13만 4,000개 일자리)는 EU 이외 지역 국적자이다. 지역별로 국적은 다양하며, 런던의 경우 특히 비영국계 돌봄종사자가 많다. 브렉시트 이후 이민 제한으로 인해 돌봄 분야 인력 수급에 많은 차질이 예상된다.[20]

가족 또는 비공식 돌봄제공자나 노인이 개인적으로 고용하는 돌봄도우미 교육을 목적으로 하는 체계적인 프로그램은 없다.

4) 시장 취약성

10년에 걸친 '긴축'정책에도 불구하고 요양보호기관과 방문돌봄센터는 돌봄서비스의 최대 구매자인 지방정부에 여전히 많이 의존하고 있다. 그러나 이 두 영역 모두 시장이 매우 취약한 상황이다.

---

19) The Guardian. 2020년 5월 26일. Care workers should be better paid after Covid-19.

20) The Guardian. 2020년 9월 29일. Brexit: Warnings for care sector in pandemic as freedom of movement ends.

지역 당국이 요양보호시설에 지원하는 금액과 실제 돌봄 비용, 그리고 돌봄을 자체 부담하는 개인이 지불하는 금액 간 간극이 점차 확대되고 있다. 규제기관인 경쟁시장국(CMA: Competition and Markets Authority)은 지방정부가 요양시설에 지원하는 보조금이 실제 돌봄 비용에 최대 10%에도 미치지 못하는 것으로 추산하였다. 자체적으로 돌봄을 해결하는 경우 동일 기관에서 지방정부가 보조하는 병상 대비 교차보조(cross-subsidy) 기준 주당 236파운드에 달하는 평균 41% 높은 비용을 부담한다. 지방정부가 지원하는 노인 또는 그 가족의 약 11% 정도는 더 큰 병실이나 발코니 등 실제 '추가' 내용에 대해 '추가' 금액을 지불하지만 기본 돌봄인 배변 기기 등에 대해서도 추가요금을 지불하고 있다(AGE UK, 2019a). 요양원의 약 1/4에서 입소자의 75% 이상이 지방정부 재정보조를 받고 있으며 이러한 경우 시장 실패 위험이 특히 높다(CMA, 2017).

돌봄기관들은 법정 최저임금의 점진적 인상으로 상당한 인건비 인상을 부담해야 했다. 올해(2020-21년) 돌봄기관들은 임금인상분 6.2%를 부담해야 한다. 간호 인력 등 노동력 부족은 더욱 심각한 문제가 되고 있다. 2013년 이후 요양보호기관 및 병상 수는 감소세에 있으며 돌봄기관들은 지방정부와의 계약을 반납하거나 취소하고 있다. 2019년 상반기 영국 지방정부의 1/3이 1개 이상의 요양보호기관 폐쇄를 보고했으며 약 10%는 돌봄기관 계약 반납을 보고했다. 주요 요양보호기관인 서던크로스(Southern Cross)와 포시즌스(Four Seasons)가 각각 2012년, 2019년에 파산했고, Allied Healthcare도 2018년 '파산관리'에 들어갔다. 2020년 상반기 지방정부의 약 절반(43%)에서 방문돌봄기관 1개 이상을 폐쇄하거나 서비스 중단 또는 계약을 반납하여 7,000명 이상의 노인인구에 영향을 미쳤다고 보고했다(Home Care Insight, 2020).

잉글랜드 지역 일부에서 노인이 스스로 서비스 비용을 부담하는 상황에서도 적절한 사회복지서비스를 제공하지 못하는 '돌봄의 사막(Care

deserts)'이 형성되고 있다(AGE UK, 2019a).

5) 가족 돌봄

무급 가족돌봄제공자의 니즈도 상당 부분 충족되지 못하고 있다. 2014년 돌봄지원법은 가족돌봄 제공자에게 돌봄이 필요한 자와 동일한 수준으로 지방정부로부터 욕구사정을 받을 권리를 부여했다. 욕구사정은 돌봄의 역할이 돌봄제공자의 삶에 전반적으로 미치는 영향과 돌봄제공을 지속하는 데 필요한 지원을 평가해야 한다. 그러나 2019년 8,000명의 돌봄제공자를 대상으로 한 조사에서 27%만이 전년도에 평가나 검토를 받았다고 답했으며 1/5은 사정을 위해 6개월 이상 대기해야 했다고 답했다. 대부분의 가족돌봄제공자들은 자신들의 니즈가 충분히 고려되지 않는다고 느끼고 있으며 8명 중 1명은 자신들 또는 돌보는 가족이 지난해 지원서비스의 감소를 경험했다고 밝혔다. 팬데믹 이전 잉글랜드의 돌봄제공자는 540만 명으로 이 중 돌봄제공자수당(Carers Allowance)을 받은 사람은 70만 명이고, 지방정부의 지원을 받은 사람은 30만 명에 그쳤다(NAO, 2018). 돌봄제공자의 약 2/3가 경제적 어려움을 호소했다(Carers UK, 2019a). 돌봄을 제공할 때 정기적인 휴식권이 보장되지 않는다. 2019년 돌봄제공자 휴식 관련 예산 지출은 잉글랜드 지방정부 사이에 0파운드에서 600만 파운드까지 격차가 컸으며 1,000명의 돌봄제공자를 표본으로 한 조사에서 단지 8%만이 충분한 휴식을 취할 수 있다고 답했다(Carers UK, 2019b).

제3절 코로나19 관련 노인돌봄 대응

1. 팬데믹 대비 태세

2016년 10월, 영국 정부는 중앙 및 지방 정부의 인플루엔자 대유행 대비 태세를 평가하기 위한 모의연습인 시그너스 프로젝트(Operation Cygnus)를 수행했다(Public Health England, 2017). 이 연습에 따르면 영국의 대비태세는 미흡한 것으로 나타났다. 권고사항으로 서비스 수요가 지방 역량을 초과하는 곳에 지역 시행을 위한 전국 가이드 발행, 효과적인 지역 대응을 전국 수준으로 확대할 수 있는 방안 등이 포함되었다. 지역 및 전국 행동의 간극을 줄이고 지역의 다중기관 협력을 도모하기 위해 지역 수준의 계획이 권고되었다.

구체적으로는 감염병 대유행 발생 시 요양시설의 역량에 대한 우려가 대두되었다. 급성 환자를 위한 국민보건서비스(NHS) 역량을 확대하기 위해 병원에서는 환자를 퇴원시켜야 할 것으로 판단했다. 시그너스 프로젝트를 통해 민간이 주도하는 요양시설 분야의 전반적인 유휴역량을 평가하는 메커니즘이 부재하다는 점을 파악하였다. 유휴 역량 보고책임이 보건사회복지부(DHSC)에 있는지 지방정부 재정지원 및 성과를 전반적으로 관장하는 주택·커뮤니티·지방정부부(MHCLG)에 있는지도 명확하지 않았다. 노인 관련 권고사항에는 호텔에 공식 요청하거나 폐쇄된 시설을 재개원하여 요양시설 수용능력을 증가하거나, 용도 지정 재정지원을 통해 규모가 큰 요양보호기관과 긴급계약 체결 등이 포함되었다. 요양시설 병상 확대를 위해서는 최근 은퇴한 간호인력과 돌봄종사자를 다시 불러들일 필요도 있다. 중요한 것은 요양원은 급성전문병원의 부담을 줄이는 역할을 하는 것으로만 인식되었고, 입소자 및 직원의 질병이나 사망률이 높아지면서 같은 요양보호 분야 내부에서 더 부담이 가중된다거나 재가

노인의 지원 니즈나 삶의 질에 팬데믹이 미치는 전반적인 영향에 대해서는 별다른 주의를 기울이지 못했다.

이에 따라 잉글랜드 지역 성인사회복지국장(Directos of Adult Social Care, 지방정부에서 돌봄 계획 및 업무 위탁)들은 보건사회복지부에 팬데믹 대응계획 개선을 골자로 하는 보고서를 몇 차례 제출했다. 이들은 개인보호장비 수급계획 개선, 감염통제 계획 향상, 파행이 예상되는 서비스를 복구하기 위해 가족, 자선기관, 지역사회 자원봉사자 채용 등을 권고하였다. 그러나 성인사회복지국장들의 대변인은 "정부 부처에서 우리의 권고안을 반영했는지 알지 못한다"고 언급하였다.[21] 결론적으로, 이러한 모의연습에도 불구하고, 또한 요양기관이 국민보건서비스(NHS)의 업무과중을 해소하는 제한적 역할을 부여했음에도 불구하고 팬데믹 상황에서 심각한 증상을 앓고 있거나 사망에 이른 입소자 증가를 관리하는 돌봄제공자를 지원하기 위한 준비가 진행되었다는 증거는 없다.

시그너스 프로젝트는 계절성 인플루엔자 대유행의 영향을 모델링 하였다. 코로나19는 전파속도, 건강한 사람의 질병 취약성, 특히 치매 환자의 다양한 증상 그리고 백신이 없다는 점 등 여러 중요한 차이가 있다.[22] 현 팬데믹 초기에 이러한 차이가 온전히 인식되지 않은 것으로 보인다.

2. 입법, 규제 및 재정지원 대응

1) 국가 정책 변화

팬데믹 초기, 정책 우선순위는 NHS 병원의 수용능력을 증가시키는 데 방점이 찍혔다. 대대적으로 내부 구성을 바꾸고 일상적, 선택적 진료의

---

21) The Guardian. 2020년 5월 14일.

22) Centre for Disease Control How is Pandemic Flu different from Seasonal Flu? https://www.cdc.gov/flu/pandemic-resources/basics/about.html.

취소 이외에도 병원들은 임상적으로 안전한 모든 환자를 퇴원시켜야 했다. 빠른 퇴원 수속을 위해 지방정부의 법적 의무를 일시적으로 완화하는 법이 만들어졌다. 2020돌봄법 완화법(2020 Care Act Easement Act)은 3월 31일 발효되었다. 이를 통해 요양원 입소 전 개인의 돌봄, 지원, 경제 상황에 대한 세부적인 평가를 실시하고 돌봄 및 지원 계획을 준비하고 주기적으로 검토해야 하는 의무가 해제되었다. 그러나 유럽협약(European Convention)에 따라 지방정부는 니즈를 충족시켜주지 못하는 것이 인권 침해일 경우(예: 생명권, 프라이버시권, 가족생활권) 그러한 니즈를 충족할 의무가 있다.[23]

'돌봄법 완화법'은 방문돌봄을 받으며 집에서 요양하거나 자신이 선택한 요양보호시설 입소 등 노인과 가족이 병원에서 퇴원 후 갈 곳을 정할 권리를 중지시켰다. 세부 사정을 하지 않게 되면서 새로운 환자의 니즈, 상황, 선호도 등에 대한 정보가 돌봄기관에 충분히 제공되지 못했다.

3월 중순, 돌봄품질위원회(CQC)는 요양시설 및 방문돌봄서비스에 대한 정기 품질점검을 중단했다. 5월 말까지 요양시설 직원이 CQC에 자신이 근무하는 시설의 잘못된 관행에 대해 제기한 민원이 55% 증가하였다.[24]

코로나19가 요양보호시설에 미치는 영향에 대한 우려가 확산되면서 4월 15일 행동계획이 발표되었다.[25] 이 계획은 감염 확산 통제, 요양원 돌봄인력 지원, 임종돌봄 포함 요양원 입소자 지원, 지방정부 및 돌봄기관 지원에 대한 가이드를 담고 있다. 이 행동계획은 요양시설이 '심폐소생술 포기(Do Not Attempt Resuscitation)' 정책을 전면 적용하는 것을 지양

23) Department of Health and Social Care. 2020년 5월 20일. Care Act Easement: Guidance for Local Authorities.
24) The Guardian. 2020년 6월 17일. BAME care home residents in England more likely to die of Covid-19.
25) Department of Health and Social Care. 2020년 4월 15일. Covid-19 Our Action Plan for Adult Social Care.

하고, 임종돌봄(end-of-life care) 선호도 등 개별화된 사전돌봄계획(Advanced Care Plan)을 각 입소자별로 마련할 것을 주문했다.

2020년 3월 팬데믹이 확산되면서 요양시설은 코로나19 유증상자의 방문을 제한하라는 권고를 받았으나 봉쇄령은 내려지지 않았다. 4월이 되면서 요양원은 '예외적 상황'(예: 임종)에 한해 방문자를 출입시킬 것을 권고받았으나 이때에도 봉쇄령은 내려지지 않았다. 마지막으로 4월 말 코로나 피해가 가장 극심한 지역에서 요양원의 절반이 넘는 감염자가 발생하면서 잉글랜드 공중보건국(PHE)은 모든 요양시설의 전면 봉쇄령을 권고하고 장관들에게 'NHS 시설 및 다른 임시 수용시설을 활용하여 입소자들을 격리'하고, '앞으로 4주간 직원들의 요양원 상주 가능 여부를 파악'할 것을 촉구했다. 보건사회복지부는 이러한 권고안을 거부했다.[26] 7월 들어 요양원 방문제한은 일부 완화되었으며 입소자에게 고정된 1명의 방문자가 허용되기 시작했다.[27]

2020년 9월 돌봄서비스와 관련한 겨울행동계획이 발표되었다. 돌봄종사자와 돌봄을 받는 환자를 위한 코로나19 검사 접근성의 지속 개선, 돌봄종사자들에게 개인보호장비 무료 지급 확대, 지역 감염에 대한 정보 제공 개선 등의 내용을 담고 있다.[28]

2) 재정 지원

4월 말 정부는 잉글랜드 보건 및 돌봄서비스 지원을 위해 66억 파운드

---

26) The Guardian. 2020년 5월 28일. Government rejected radical lockdown of England's care homes.

27) https://inews.co.uk/news/politics/care-home-visitors-ban-ends-england-matt-hancock-explained-560243.

28) Adult Social Care: Our Covid-19 Winter Plan 2020-2021. https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-coronavirus-covid-19-winter-plan-2020-to-2021/adult-social-care-our-covid-19-winter-plan-2020-to-2021.

의 예산을 책정하고, 지방정부의 노인 지원을 포함하는 모든 서비스와 관련해서 코로나19에 대응할 수 있도록 32억 파운드를 책정했다. 66억 파운드 중 13억 파운드는 NHS 수용인원을 늘리기 위해 병원 환자의 신속한 퇴원을 위한 예산으로 별도 책정되었다.[29]

이후 5월 중순에는 지방정부 지원을 통해 개인보호장비, 방역 및 청소, 격리 시설 및 감염통제 직원 교육 등 추가 비용을 충당하기 위해 돌봄서비스에 추가로 6억 파운드를 책정하였다. 감염통제 재정지원금은 추가 인력 고용 및 아픈 직원 대체, 자가격리하는 기존 돌봄종사자 지원, 교차감염 리스크를 줄이기 위해 돌봄종사자의 복수 요양원 근무를 막기 위한 임금 지원 등에도 사용된다.[30] 돌봄종사자를 위한 추가적인 개인보호장비 공급망도 시범적으로 구축할 계획이다.

지방정부는 중앙정부 예산을 지역 돌봄기관에 신속히 지원해야 했다. 또 사전에 정한 일정에 따라 예산을 지급하고 새로운 비용을 충당하도록 지원액수를 조정하는 등 돌봄기관의 현금 흐름을 원활히 하도록 해야 했다. 지방정부 중 약 절반이 요양보호시설에 지급하는 지원금을 일시적으로 상향조정하였으며, 국가가 지원하는 요양원 입소자의 대부분을 대상으로 하는 지원금을 단기적으로 10% 인상하였다. 또 지방정부 중 30%는 돌봄기관을 위한 긴급지원금을 마련하였으며, 16%는 전액 선지급하였다.

지방정부 재정 지도자들은 추가 예산지원이 다양한 서비스 분야에 분산되는 것이 부적절한 것으로 보았다. 이들은 팬데믹으로 발생하는 추가 비용을 온전히 충당하는 데에만 40억 파운드가 소요될 것으로 추정했다.[31] 돌봄기관 또한 지방정부가 일시적으로 지원금을 10% 인상한다는

29) National Audit Office. 2020년 6월 12일. Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19.
30) https://www.gov.uk/government/publications/coronavirus-covid-19-support-for-care-homes/coronavirus-covid-19-care-home-support-package.
31) https://www.cipfa.org/cipfa-thinks/cipfa-thinks-articles/social-care-the-forg

제안에 반발했다. 일부는 이러한 추가 지원이 개인보호장비 구입비조차 감당하지 못할 수준이라고 지적하였다.[32]

"아직까지 한 푼도 받지 못했다"

"관료들은 필요치 않은 시기에 왜 지원이 필요한지 정당성을 신청서에 설명하고, 추가비용 증빙을 제출하라고 한다. 우리는 분석하고 보고할 시간이 없다."[33]

코로나19 대응을 위하여 2020년 겨울에 실시될 '성인돌봄서비스'의 내용에 따르면, 돌봄종사자가 복수의 요양시설에서 근무하지 않도록 추가 임금을 제공하고 자가격리하는 직원을 지원하는 등 감염통제 조치에 추가적으로 5억 파운드가 지원된다.[34]

3. '국민보건서비스(NHS) 보호' - 병원 퇴원

이탈리아 북부와 스페인에서 발생한 일로 정책입안자와 정치인들은 국민보건서비스(NHS)가 마비될 수 있다는 큰 불안에 휩싸였다. 이로 인해 3월 19일 NHS 소속 병원에 최대한 많은 환자를 퇴원시키라는 '매우 엄격하고 철저한 가이드'가 내려졌다.

---

otten-front-line

32) The Guardian. 2020년 4월 10일. England care providers say 10% council fee rise is "too little too late".

33) Responses to survey conducted by National Care Association. https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update

34) Adult Social Care: Our Covid-19 Winter Plan 2020-2021. https://www.gov.uk/government/publications/adult-social-care-coronavirus-covid-19-winter-plan-2020-to-2021/adult-social-care-our-covid-19-winter-plan-2020-to-2021

급성질환 및 지역사회 병원은 퇴원이 임상적으로 안전한 모든 환자는 즉시 퇴원시켜야 한다. 이러한 결정이 내려진 후 한 시간 이내로 병동에서 지정된 퇴원 구역으로 환자를 이동해야 한다. 병원 퇴원은 두 시간 내로. 가능한 신속히 시행해야 한다. 이러한 서비스 요건의 시행으로 인해 2020년 3월 27일 금요일까지 최소 15,000개의 병상이 확보될 수 있을 것으로 보인다.[35]

대부분의 퇴원환자는 케어홈 또는 요양시설로 전원되었다. 한 NHS 소속병원은 14일 만에 퇴원 대기 환자가 250명에서 20명으로 감소했다고 보고했다.[36] 그러나 이렇게 퇴원한 환자에 대한 돌봄을 위한 요양시설과 관련한 별도의 가이드라인이나 지원은 발표되지 않았다. 더욱 심각한 점은 퇴원 전 환자에 대한 코로나19 검사가 진행되지 않았다는 것이다. 잉글랜드 공중보건국(PHE)은 2월 "요양시설에서 돌봄을 받는 사람들이… 감염될 가능성은 매우 낮다"고 언급한 바 있다. 해당 가이드라인은 요양시설 웹사이트에도 대대적으로 게재되었고 3월 13일까지 적용되었다.

4월 중순이 되어서야 병원에서 장기요양시설로 전원하는 모든 환자를 대상으로 테스트를 진행하기로 결정되었다. 이때는 이미 2만 8,000명이 넘는 환자가 퇴원하여 요양시설로 이동한 뒤였다. 무증상 감염이 발생할 수 있다는 것이 명백해졌고, 이미 요양시설 입소자 5,700명이 사망한 상황이었다. 이후 의사들로 구성된 영향력 있는 위원회가 진행한 조사에서 이것이 "끔찍한 실수였다. 요양시설을 늑대 소굴에 던진 것과 다름없다"는 결론이 나왔다.[37] 검사 없이 병원 환자를 요양원으로 퇴원시킨 정책에

35) HM Government. 2020년 3월 19일. Covid-19 Hospital Discharge Service Requirements https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/880288/COVID-19_hospital_discharge_service_requirements.pdf

36) NHS Providers. 2020년 4월 15일. Briefing: Confronting Coronovirus in the NHS; the story so far.

37) Public Accounts Committee https://www.parliament.uk/business/committees/c

대해 사망한 요양원 입소자의 가족은 소송을 제기한 상태다.[38]

4. 의료 접근성

4월 말, 한 노인의학전문의 컨설턴트가 케어홈과 요양시설의 의료 지원 부족에 대해 다음과 같이 기고했다.

평상시라면 병원으로 이송될 많은 급성 환자들이 요양원에서 돌봄을 받고 있으며, 이는 케어홈에 많은 부담을 주고 있다. 특히 등록 간호사를 고용하지 않거나 일반의, 지역 간호 또는 노인의학 지원에 신속하게 접근할 수 없는 곳은 상황이 더욱 열악하다. 만약 죽어가는 환자가 있고 임종돌봄이 필요하다면, 또는 숨을 쉬지 않아 산소요법이 필요한 경우 의약품, 숙련된 완화요법 지원, 또는 마스크나 실린더를 구하는 데 어려움이 발생할 수 있다.[39]

팬데믹 발생 이전, 케어홈 내 의료제공을 개선하기 위한 계획이 이미 마련된 바 있다. 2020년 10월 시행 예정이었으나 시행일이 앞당겨졌다.[40] 5월 1일 자 가이드라인[41]에 따르면 협진팀이 코로나19 의심 또는 확진 환자를 포함한 임상적으로 중요한 입소자들을(가능한 경우에는 원격으로) 매주 검토해야 한다. 지역 임상의들은 요양시설 내 산소포화기 및 기타 특수장비를 제공 및 사용을 지원하고, 임종돌봄을 포함하여 입소

---

ommittees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/news-parliament-2017/readying-nhs-and-social-care-for-covid-19-peak-report-published-19-21/

38) The Guardian. 2020년 6월 21일. Releasing English hospital patients into care homes 'not illegal'.

39) BMJ. 2020년 4월 24일. David Oliver: Let's not forget care homes when covid-19 is over.

40) HSJ. 2020년 4월 29일. Contentious NHS scheme to bolster care homes brought forward.

41) NHS England. 2020년 5월 1일. https://www.england.nhs.uk/coronavirus/wp-content/uploads/sites/52/2020/03/COVID-19-response-primary-care-and-community-health-support-care-home-residents.pdf

자들에 대한 맞춤화된 치료 진행계획 수립을 위해 케어홈과 협력해야 한다. 약제 서비스는 의약품 전달과 검토에 만전을 기할 것을 주문받았다. 영업시간 외 의료 서비스에 대해 분명하고 일관된 접근성을 마련해야 했다. 병원은 '임상적으로 합당한' 경우 요양시설 입소자를 입원시켜야 했다. 일반의들이 인력 부족이나 예산 문제[42]에 대해 우려를 표명했으나, 지역 NHS 서비스에 이러한 계획 이행을 위해 2주의 준비시간을 주었다.

그러나 요양보호기관에 대한 추가 의료 지원의 형태와 수준에는 차이가 컸다. 예를 들어 많은 요양시설 직원들이 만성폐쇄성폐질환(COPD)을 앓고 있는 환자의 저유량 산소치료를 도울 수 있지만, 피하주사를 놓을 수는 없다. 요양시설 근로자가 필요한 역량을 갖추고 있는지, 위기 상황에서 확대된 역할을 할 수 있는지는 분명하지 않다(Gordon et al., 2020).

5. 개인보호장비(PPE)

지난 10년간 국민보건서비스(NHS)의 장비 조달 및 공급은 중앙집중화되었다. 그러나 요양보호시설, 방문돌봄센터 및 지역사회 보건 서비스는 이러한 공급망에 편입되지 않았다. 게다가 시그너스 프로젝트를 통해 잉글랜드 지역 개인보호장구 재고 수준이 낮다는 점이 파악되었다. 결과적으로 팬데믹이 시작되면서 개인보호장비에 대한 수요가 기하급수적으로 증가했고(일부 품목은 5,000% 증가), 신설된 긴급 전화주문 시스템에 문의가 폭주하였다.[43]

팬데믹 초기에 파악된 가장 심각한 문제는 돌봄종사자(그리고 많은

42) Health Service Journal. 2020년 5월 4일.
43) NHS Providers. 2020년 4월 15일. Briefing: Confronting Coronovirus in the NHS; the story so far.

NHS 스태프)의 개인보호장비(PPE) 부족이었다. 가이드라인과 실제 현장 모두 혼란스럽고 모순적이었다. 3월 13일 발표된 가이드는 요양원의 경우 직원이나 입소자가 코로나19 증세가 없을 때 직원에게 개인보호장구를 지급할 필요가 없다고 명시하였다. 해당 가이드는 5월 중순까지 유지되었다. 4월에는 정부 공식 웹사이트에 방문요양사를 위한 가이드 2가지 버전이 게재되어 있었다. 그중 한 가지 버전은 PPE를 언급하지 않고 있으며, 추후에 나온 버전에는 방문요양사들이 마스크와 방호복을 착용해야 한다고 되어 있는데, 이전 버전도 여전히 유효했다. 코로나19로 사망한 노인에 대한 공식 조사에서 공식 가이드라인을 업데이트하지 못한 것이 안전상의 주요 리스크로 지적되었다.[44]

3월 중순 총리는 수급 불안이 해소되었으며 모든 요양시설 종사자에게 필요한 개인보호장비가 '이번 주말'까지 지급될 것이라고 언급하였다. 한 달 후, 최고의료책임자(CMO)는 부족 현상이 완전히 해소되지 않았음을 시인하였다. 한 요양원에 근무하는 종사자는 몇몇 직원이 증상을 보이는 와중에 유증상 환자를 다룰 때에만[45] 종이 마스크를 쓸 수 있었다고 설명했다.

4월 초부터 요양기관 및 기타 지역사회 서비스들도 NHS 공급망에 접근할 수 있게 되었다. 잉글랜드 공중보건국(PHE)도 돌봄종사자를 대상으로 PPE의 올바른 사용법을 교육할 예정이다. 개인보호장비의 공급을 개선하기 위해 물류 역량을 추가 확보하고, 지방정부는 요양기관 배포를 도왔다.[46] 그럼에도 불구하고 일부 돌봄서비스에 필요한 적절한 물품의 조달에 여전히 어려움이 겪고 있고, 주로 대형 NHS 병원들이 개인보호장비 시장을 점령한 상황에서 가격이 많이 상승했다고 호소했다.

---

44) The Independent. 2020년 8월 27일. Confusing guidelines on protective clothing against coronovirus is a safety risk, HSIB has warned.
45) Reuters Investigates 2020년 5월 10일. Special Report Health: Coronovirus Britain.
46) Department of Health and Social Care. 2020년 4월 15일. Covid-19 Our Action Plan for Adult Social Care.

"국가 지정 납품업체의 장갑 가격이 100개들이 1상자당 2.50파운드에서 4.00파운드로 지금은 5.00파운드로 올랐다."

"마스크 및 다른 장비 때문에 평소보다 지출이 600% 상승하였다."

"코로나19 이전에는 평균 지출비용이 월 50파운드였으나, 지난 3개월 동안은 4,000파운드로 증가했다.[47] "

일부 돌봄서비스는 개인보호장비 구입 시 6억 파운드의 감염통제 지원금을 사용할 수 없다는 통지를 받았다.[48] 코로나19가 무증상 감염을 유발한다는 점에도 불구하고 돌봄종사자의 개인보호장비 사용을 일관되게 의무화하지 않은 것은 의회 관련 위원회의 질타를 받았다.[49]

6. 노인 및 돌봄종사자 검사

코로나19 검사 역량은 실제 돌봄기관의 필요에 미치지 못했다. 검사에 대한 책임소재도 불분명하여 많은 혼선이 따랐다.

팬데믹 초기 병원에서 장기요양시설로 전원되는 많은 노인환자에 대해 검사가 진행되지 않았으며, 요양원당 최대 5명의 유증상 입소자에 대해서만 검사가 진행되기도 했다.[50] 4월 중순 요양원 사망자가 하루 400명을 기록하면서 성인사회복지행동계획(Adult Social Care Action Plan)에 따라 증상의 유무에 상관없이 요양원에 입소하는 모든 노인을 대상으

47) Responses to survey conducted by National Care Association https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update

48) The Independent. 2020년 6월 1일. Coronavirus: Government's £600m infection fund for care homes can't be used to buy protective clothing.

49) Public Accounts Committee https://www.parliament.uk/business/committees/committees-a-z/commons-select/public-accounts-committee/news-parliament-2017/readying-nhs-and-social-care-for-covid-19-peak-report-published-19-21

50) National Audit Office. 2020년 6월 12일. Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19.

로 검사를 진행하되, 병원에서 전원하는 환자부터 우선적으로 검사를 시행하기로 하였다. 이 계획은 자가격리 중인 가족이 있는 돌봄종사자 등 검사가 필요한 모든 요양원 근로자에게 검사를 약속했다. 당시 검사를 받은 요양원 돌봄종사자는 전체 50만 인력 중 약 1,000명이다.

4월 28일 증상 유무에 관계없이 모든 요양원 근무자 및 입소자로 검사 대상이 확대되었다. 그러나 1인당 한 번의 검사만이 허용되어 추후 증상이 발현되어도 추가 검사가 불가능했다.[51] 한 요양원에서는 요양원 내 첫 의심사례가 발생한 지 34일 만에, 그리고 보건사회복지장관이 요양시설 내 '검사를 요하는 모든 사람'에게 검사를 시행하겠다는 발표 후 14일 만에 첫 입소자에 대한 검사를 진행했다고 보고했다. 요양원의 유증상 입소자에 대한 검사마저도 충분하게 이루어지지 않고 있다는 보고가 이어졌다.[52] 5월 중순 정부는 모든 요양시설을 대상으로 검사를 진행하기까지 3주가 더 필요하다는 점을 시인했다. 5월 말 진행된 한 조사에서 요양원의 약 1/3이 직원에 대한 검사가 전혀 이루어지지 않았다고 응답했다.[53] 중소규모 요양보호기관을 대변하는 국가돌봄포럼(National Care Forum)은 감염 추적을 위해서는 보건사회복지부가 약속한 3만 명이 아닌 매일 최소 20만 명에 대한 검사가 필요한 것으로 추정하였다.[54]

또한 잉글랜드 공중보건국(PHE), 돌봄품질위원회(CQC), 또는 보건복지부 중 요양원 점검 책임이 있는 기관이 어디인지에 대한 혼란도 있었다. 성인사회복지행동계획은 돌봄품질위원회(CQC)가 지역 성인사회복지국장 및 공공보건국장과 협력하여 현지 수요에 따라 검사 접근성을 조

51) The Guardian. 2020년 5월 28일. Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes?
52) Reuters Investigates. 2020년 5월 10일. Special Report Health: Coronovirus Britain.
53) BBC News 24. 2020년 5월. https://www.bbc.co.uk/news/uk-england-52715055
54) The Guardian. 2020년 5월 28일. Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes?

율하는 등 전반적인 검사 조율에 대한 책임을 지도록 하고 있다. 그러나 돌봄품질위원회는 자신의 역할이 요양원을 접촉하여 진단키트 주문을 안내하는 것이라고 주장했다. 4월 25일 이후 보건사회복지부, 잉글랜드 공중보건국(PHE), 그리고 국민보건서비스(NHS)가 주된 책임을 맡았다.[55]

결국 국가 체계가 실패했다는 암묵적 인정 속에 5월 8일 요양원 검사에 대한 주된 책임은 지방정부 공중보건국장에게 이관되었다.[56] 7월에는 요양원 근무자는 매주, 요양원 입소자는 매달 검사를 받는 것이 공식 정책이 되었다. 그러나 무증상 감염에 대한 증거가 계속 나오는 상황에서 방문요양사들은 증상이 있는 경우에만 검사가 권고되었다.

7. 임상적으로 취약한 환자에 대한 '방어'

3월 중순 전국 봉쇄령이 시행되면서 특정 인구는 코로나19로 심각한 질병이나 사망 위험이 높다는 점이 인지되었다. 국민보건서비스(NHS)는 기저질환 때문에 심각한 질병에 매우 취약한 약 150만 명의 시민을 접촉하여 타인과의 접촉을 삼가고 자신을 '방어(shield)'할 것을 당부했다. 중증호흡기질환이나 암 치료 중인 환자, 면역질환을 앓고 있는 환자 등이 연락 대상이었다. 추가로 70만 명의 인구가 연락 대상 목록에 추가되었다. 시민들을 '방어'하기 위해 식품 및 의약품을 택배로 배송하고, 슈퍼마켓 장보기 온라인 신청에서도 우선권이 부여되었다. 식품, 의약품 또는 생필품 구매 등 도움이 필요한 사람들에게는 NHS 구조자원봉사자(NHS Volunteer Responder) 지원도 제공되었다. 이러한 지원은 8월 초 폐지되었다.

---

55) The Guardian. 2020년 5월 13일. Confusion over care home responsibility
56) The Guardian. 2020 8월 5일. Public health directors in England are asked to take charge of Covid-19 testing.

제4절 팬데믹이 노인돌봄에 미친 영향

1. 노인과 가족에게 미친 영향

돌봄서비스를 받는 노인들, 특히 요양원 입소 노인들은 코로나19로 인해 심각한 타격을 입었으며 보건사회복지부가 돌봄 영역에 '보호장치'를 제공했다고 주장했음에도 불구하고 많은 논평가들은 피할 수 있는 타격이었다고 꼬집었다.

2월 초에 이미 코로나19의 광범위한 확산과 노인에게 집중된 피해에 대한 근거가 비상사태과학자문단(SAGE)에게 제공되었다. 3월 첫주에 요양원에서 33건의 확진 사례가 발생하였고 이는 3월 말 793건으로 치솟았다. 그러나 3월 초 최고의료책임자(CMO)는 정부가 '너무 이른 조치'는 회피할 필요가 있다고 언급하며 요양원 보호를 위한 특정 조치가 마련되지 않은 것을 옹호했다. 결국 요양원은 건강이 좋지 않거나 코로나19로 의심되는 자를 제외하고는 방문자를 제한하라는 안내를 받지 못했다. 한 요양원에서는 증상이 있는 환자를 별도의 방에 격리하려고 했으나 바이러스가 전파되어 3주 만에 10명의 입소자가 사망했다.[57]

요양원에 대한 가이드라인이 발표되지 않자, 감염 예방 및 통제를 위한 최선의 방법이 무엇인지, 개인보호장비는 언제 사용하는지, 입소자와 직원을 언제 어떻게 격리하고 효과적인 돌봄을 유지할 수 있을지 등에 대한 불확실성이 요양관리사들 사이에 팽배했다. 이러한 불확실성(과 이로 인한 직원과 입소자의 위험)은 명확한 가이드라인이 발표되었다면 피할 수 있었다(Spilsbury et al., 2020).

팬데믹 초기, 요양원 입소자에 대한 검사가 거의 이루어지지 않았고 사

57) The Guardian. 2020년 5월 28일. Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes?

망진단을 내리는 의사들이 사망진단서에 코로나19를 사인으로 언급하지 않았기 때문에 코로나19로 인한 요양원 사망자가 심각하게 과소평가되었다.[58] 감염된 입소자들은 종종 일반적인 호흡기 증상이 아닌 발열이나 이동성(mobility) 상실 등 비정형적인 증상을 보였는데, 이 점도 감염에 대한 진단이 제대로 이루어지지 않았음을 시사한다(Gordon et al., 2020). 돌봄품질위원회(CQC)에서 모든 요양원 사망자에 대해 통보를 받았을 것임에도 불구하고 4월 중순까지 요양원 사망자 데이터에 코로나19의 연관성은 포함되지 않았다.

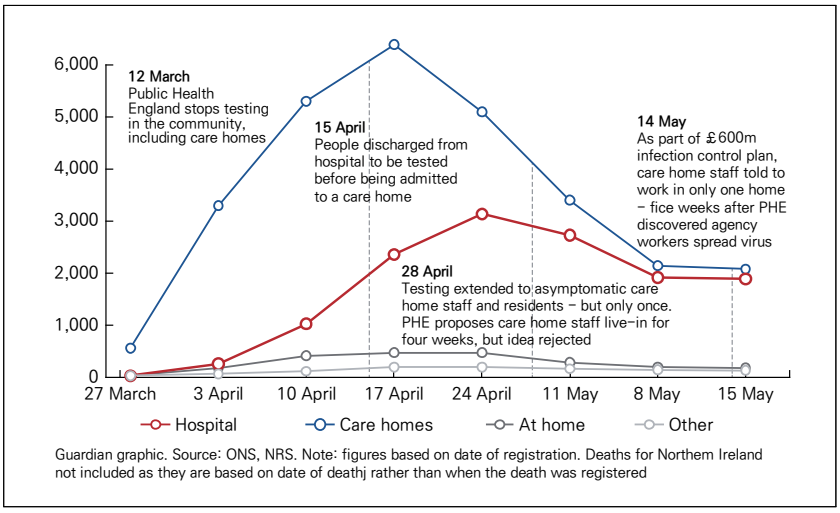
4월 중순부터 돌봄품질위원회(CQC)는 요양원 관리자가 제공한 정보를 활용하여 요양원에서의 코로나19 관련 사망자 데이터를 수집하기 시작했다. 이로써 요양원에 최초 1,009명이라는 대규모 감염과 동시에 사망자 급증이 드러났다.[59] 4월 중순부터 통계청(ONS)은 초과사망 데이터를 발표하기 시작했고 4월 말 요양원 및 지역사회 사망자 수도 병원 사망자와 함께 매일 발표되었다.[60] 통계청은 4월 19일부터 4월 24일까지 코로나19로 인한 요양원 사망자가 2배 증가했다고 보고했다(Gordon et al., 2020).

종합적으로 3월 9일부터 5월 17일 사이, 약 5,900개(38%)의 잉글랜드 지역 요양원에서 코로나19 감염이 보고되었다. 일부 지역은 다른 지역보다 감염이 더욱 심각했다.[61] 5월 중순 요양원 사망자는 병원 사망자와 비슷한 수준을 기록했다(그림 2-7).

---

58) Financial Times. 2020년 4월 18일.
59) The Guardian. 2020년 4월 28일
60) The Guardian. 2020년 4월 29일
61) National Audit Office. 2020년 6월 12일. Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19.

[그림 2-7] 2020년 4~5월 사망 장소별 코로나19 사망자 수



자료: 통계청(ONS), NRS.
참고: 수치는 등록일 기준. 북아일랜드 사망자 수는 사망 등록일이 아닌 사망일 기준이어서 포함되지 않음.

5월 말 요양원 누적 사망자 수는 16,000명에 달했으며, 확인된 코로나19 사망자의 40% 이상을 차지했다.

3월 중순부터 요양원은 가족 및 지인 방문을 제한하기 시작했다. 인근 지역사회 감염이 발생하는 경우 지역 공공보건국장이 위험도를 평가하고[62] 현실적이고 윤리적인 많은 문제를 야기했음에도 불구하고 (Henwood & Hudson, 2020), 7월에 이러한 제재가 완화되어 예약을 한 '한 명의 고정된 방문자'의 방문이 허용되었으며, 방문자는 마스크와 추가 개인보호장비를 착용해야 했다. 그러나 9월 초 지역감염이 재확산되자 요양원에 대한 지역의 제한사항은 다시 강화되었다.[63]

62) https://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1630141/government-lifts-ban-visitors-care-homes-england
63) https://www.carehome.co.uk/news/article.cfm/id/1633095/Councils-order-care-homes-to-ban-visitors-in-lockdown-areas

코로나19 관련 사망자 수는 팬데믹이 노인에 미친 영향의 일부만을 반영한다. 코로나19로 격리와 다른 질환에 대한 치료를 받지 못하게 되어 사망률에 간접적인 영향을 미쳤다. 격리로 인해 이동이 제한되면서 심리적, 육체적 비용 증가도 초래했다. 요양원 관리자를 대상으로 한 조사에서 방문자 제한과 개인보호장비가 만들어낸 관계의 장벽 때문에 80%가 넘는 요양원에서 입소자들이 외로움을 느낀다고 밝혔다. 요양원의 1/3은 입소자들의 식사량 감소를 언급했다. 관리자의 30%는 입소자들을 격리하는 것이 항상 가능한 것은 아니라고 답했고, 45%는 몸을 움직일 수 있는 치매환자를 격리하는 것이 불가능할 때가 있다고 말했다(Rajan & McKee, 2020). 요양원 입소자의 친인척을 대변하는 한 자선기관은 헬프라인 전화 중 절반이 입소자의 정신적 건강에 대한 불안 관련 내용이라고 보고한 바 있다.[64]

코로나19의 간접적인 영향으로 인해 초과사망률 추정치에 대해 더 많이 의존하게 되었다. 5월 중순까지의 요양원 초과사망자 데이터에 따르면, 확인된 코로나19 사망률은 모든 초과사망의 54%밖에 차지하지 않는다. 그러나 잉글랜드 지역 요양보호시설의 총 초과사망자 수는 19,319명으로 추정되며(잉글랜드 총 초과사망의 48%), 요양원 입소자의 초과사망자 수는 22,231명으로 잉글랜드 전체 초과사망자의 55%를 차지한다(Comas-Herrera & Fernández ,2020).

팬데믹은 지역사회에 거주하거나 가족의 돌봄을 받는 노인에게도 큰 타격을 주었다. 치매를 앓고 있는 사람들은 치매환자 카페나 합창단 등 비공식 집단 활동을 비롯해 다양한 사회적 지원이 급작스럽게 중단되었다고 보고했다. 봉쇄기간 중에는 치매 증상과 신체적 웰빙이 악화되었다고 언급했다. 외출이 왜 제한되는지 이해하지 못하는 사람도 있었다. 일

64) The Guardian. 2020년 5월 30일.

부 주간보호센터에서 노인 서비스 이용자에게 주기적으로 전화연락을 하거나 줌(Zoom)을 통한 화상회의를 연결하기도 했으나 모든 노인이 접근할 수 있었던 것은 아니며, 가족은 이러한 것들을 물리적 대면접촉의 허술한 대체물이라 여겼다(Giebel et al., 2020).

한 소규모 연구에 따르면, 방문돌봄서비스를 통해 방문요양사가 하루에 여러 번 방문했던 노인을 돌보는 가족돌봄제공자들은 감염에 대한 불안으로 이러한 방문서비스를 취소하였으며, 방문요양사가 적절한 개인보호장비를 착용하지 않아 이러한 불안이 가중되었다. 돌봄종사자 부족은 익숙하지 않은 새로운 요양보호사가 방문하고 방문 시간의 축소를 의미하며, 이 때문에 방문돌봄서비스가 언제 다시 재개될 수 있을지 불확실함에도 불구하고 서비스를 중단하게 된 것이다. 한편 가족돌봄제공자들의 돌봄 책임도 상당히 늘어났다(Giebel, 2020). Carers UK의 조사에 따르면 영국 전역에서 팬데믹으로 인해 무급으로 가족돌봄을 새로이 제공하기 시작한 인구수는 450만 명으로 50% 증가했다. 새로 돌봄을 맡게 된 가족은 직장을 다닐 가능성이 높다. 팬데믹이 시작된 이후 유급 근로자 10명 중 1명이 돌봄을 시작한 것으로 추산된다(Carers UK, 2020).

2. 돌봄종사자에게 미친 영향

4월 사회복지행동계획은 전국 언론 캠페인, 온라인 교육, 일자리 배정 플랫폼, 관련 규제 신속 승인 등을 통해 앞으로 3개월간 2만 명의 돌봄종사자를 추가 확충하겠다는 계획을 담고 있다. 6월 초 보건사회복지부는 이러한 목표의 달성도를 평가할 수 없었다.[65] 이 행동계획은 기존에 NHS 직원의 감정 및 심리 지원을 목적으로 설립된 웹사이트와 전화상담

65) National Audit Office 2020년 6월 12일. Readying the NHS and Adult Social Care for Covid-19.

을 돌봄종사자에게까지 접근할 수 있도록 확대하였다.

돌봄종사자들의 낮은 임금은 악명이 높다. 많은 종사자들이 0시간 계약(zero-hours contracts)을 맺고 있으며 몸이 좋지 않을 때 급여를 포기하고 자가격리를 할 처지가 안 된다. 일부는 임금을 더 받기 위해 한 곳 이상의 요양원에서 일하기도 한다. 잉글랜드 공중보건국(PHE)이 복수의 요양시설 근무가 심각한 감염 위험을 초래한다고 파악했음에도 불구하고 사회복지행동계획은 이에 대해 언급하지 않고 있다.[66]

일부 요양원에서는 직원들이 봉쇄기간 중 요양원에 거주하였다.[67] 4월 중순 아픈 환자들에 압도된 요양원 직원과 직원 부족에 대한 언론 보도가 이어졌다.[68] 4월 말이 돼서야 요양원 근무자들이 증상 여부와 관계없이 코로나19 검사를 받을 수 있었다.[69] 그럼에도 불구하고 한 달 후 요양원 돌봄종사자를 대상으로 한 조사에서 검사 결과를 받기까지 최대 6일이 걸리고,[70] 이 기간에 종사자들은 환자들과 밀접 접촉을 지속할 수밖에 없는 등 검사 접근성이 '혼돈의 상태'임이 드러났다.

적절한 개인보호장비의 입수가 어려워 돌봄종사자의 위험은 더욱 가중되었다. 한 요양원은 300개의 마스크를 지원받았으나 하루 소요량이 400개라고 보고했다. 최악의 상황에서 이 요양원은 적절한 마스크나 가운, 바이저를 갖추지 못했고, 직원 48명이 코로나19에 감염되었다. 한 돌봄종사자는 수술용 마스크가 부족해 가방을 뒤집어 쓰라는 이야기를 들

66) The Guardian. 2020년 5월 19일. Agency staff were spreading Covid-19 betwe en care homes, PHE found in April.
67) The Guardian. 2020년 5월 28일. Government rejected radical lockdown of En gland's care homes.
68) BMJ. 2020년 4월 24일. David Oliver: Let's not forget care homes when covid-19 is over.
69) The Guardian. 2020년 4월 29일.
70) National Care Forum. https://www.nationalcareforum.org.uk/nc f-press-releas es/covid-testing-chaos-set-to-continue-for-social-care/

었다고 전했다.

"일을 그만두고 싶은 지경입니다. 내 삶을 위험에 빠뜨리고 있는 심정입니다."[71]

일부 요양원은 팬데믹이 정점에 이른 시기에 사망률이 10배 증가했다고 밝혔다. 일주일 동안 입소자의 1/4이 사망하기도 하였다. 이는 직원 심리에 큰 영향을 미쳤다(Gordon et al., 2020). 5월 초 요양관리사를 대상으로 한 조사에서 70%는 직원의 사기, 심리적 건강 및 웰빙에 대해 우려하고 있다고 밝혔다. 입소자를 감염으로부터 지켜야 한다는 막중한 책임감과 두려움을 안고 힘들게 일하고 있다고 설명했다. 많은 요양관리사들이 NHS와 돌봄서비스 간 격차에 좌절하고 직원 사기 유지에 고전하고 있다고 언급했으며, 약 절반은 인력난을 호소했다. 일부 요양원은 어쩔 수 없이 인력을 충원하기 위해 높은 가격에 에이전시 인력을 쓸 수밖에 없었다. 직원에 보너스를 지급하거나 급여를 인상한 돌봄기관도 있었지만(Rajan & McKee, 2020) 상황이 어려운 곳도 있었다.

"우리는 에이전시 직원에 지불하고 있습니다. 에이전시에서 수수료를 25% 인상하려고 했습니다."

"우리는 [간호사와 효과적으로 격리하기 위해] 직원을 두 배로 늘릴 수 있었지만 아직도 역부족이고 임금을 지급할 재원도 충분치 않습니다."[72]

---

71) The Guardian. 2020년 5월 28일. Why did so many people die of Covid-19 in the UK's care homes

72) Responses to survey conducted by National Care Association. https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update.

돌봄종사자가 겪는 위험은 사망률에도 반영되어 있다. 4월 20일까지 남성 돌봄종사자의 코로나19 사망률은 20-64세 남성 10만 명당 23.4명(총 사망자 45명)으로 전국 평균 9.9명보다 높다(남성 의료보건 종사자 중 10.2명). 여성 돌봄종사자의 사망률은 10만 명당 9.6명으로(사망자 86명), 일반 인구의 5.2명과 대비된다(여성 의료보건종사자 중 4.8명). 4월 20일까지 NHS 종사자 중 총 사망자 수는 106명인 반면, 돌봄종사자 사망자는 131명으로, 그 이후 많이 증가했을 가능성이 높다.[73]

3. 돌봄 영역에 미친 전반적인 영향

10여 년간 심각한 재정 부족으로 노인을 대상으로 하는 돌봄서비스의 시장 공급은 극도로 취약해졌다. 팬데믹으로 인해 돌봄 분야에 경제적 압박이 심화되었다.

- 직원의 질병과 자가격리로 에이전시 직원을 쓰게 되었다.
- 에이전시 직원은 더 비싸고, 일부 에이전시에서 수수료를 인상하였다.
- 일반적으로 입소자들이 공동 장소에서 시간을 보내는 것으로 전제하고 인력 수준이 정해지는데 아프거나 격리된 입소자가 발생하는 경우 추가적인 돌봄종사자가 필요하다.
- 일부 요양원에서는 직원들이 다른 요양원에서 추가 근무하거나 요양원을 이동하다가 감염을 전파시키지 않도록 보너스를 지급하기도 했다.
- 적절한 개인보호장비를 조달하는 것은 필요한 수량과 대대적인 가격 인상으로 많은 비용을 초래했다.

4월에서 9월까지 잉글랜드 지역 돌봄 분야의 총 추가비용(방문돌봄 및

73) Community Care. 2020년 5월 12일. Deaths among social care staff far outstripping those in healthcare.

일하는 성인을 위한 지원 포함)은 약 66억 파운드로 추산되며, 다음의 비용을 포함한다.

- 아프거나 자가격리 중인 직원으로 인해 안전한 인력 충원 수준을 유지하기 위한 추가 인건비 10억 1,800만 파운드
- 개인보호장비 비용 41억 7,900만 파운드
- 방역 및 간접비 증가 약 7억 파운드[74]

또 다른 문제는 요양원 입소자 사망, 감염 입소자 격리로 추가 공간(예: 공유공간) 필요, 감염 위험으로 팬데믹 기간 중 노인들의 요양원 입소 거부 등으로 인해 평균 87%에 이르던 입소율이 감소하였다는 점이다. 5월 초 최대 요양돌봄기관은 가족이 노인을 요양원에서 퇴소시키고 있다고 밝혔다. 그래서 7월경 입소율이 평소의 90%에서 70%로 하락할 것으로 예상했다. 해당 기관은 '계속 기업(going concern)'으로서의 역량에 대한 '심각한 불확실성'을 피하기 위해 지방정부가 90%의 입소율 기준으로 지원할 것을 촉구했다.[75] 다른 요양기관의 관리사들은 다음과 같이 말했다.

"현재 경영상태가 불안하며 폐업 위기에 있다."

"영업이익이 적은 소규모 요양원인데 매우 걱정된다."

"우리 사업모델은 입소율에 달려 있는데 코로나19 환자가 있어 치매를 앓고 있는 환자를 격리 및 간호하는 데 자원 및 안전에 상당한 부담으로 신규 입소자를 받는 것이 꺼려진다."[76]

---

74) https://www.adass.org.uk/social-care-providers-face-more-than-6bn-in-extra-covid-19-costs

75) The Guardian. 2020년 5월 5일.

76) Responses to survey conducted by National Care Association. https://nationalcareassociation.org.uk/news-events/news/covid-19-care-provider-impact-study-june-2020-update.

중앙정부가 돌봄서비스 지원을 목적으로 지방정부에 제공한 160만 파운드의 긴급지원금을 활용하여 일부 지방정부는 국가 지원을 받는 입소자를 기준으로 돌봄기관에 지원하는 정부지원금을 임시로 10% 인상하였다. 업계 대표들은 이것이 개인보호장비 비용도 감당할 수 없는 수준이라며 이를 거절했다.[77] 일부 요양원은 자비로 요양보호 서비스를 받는 입소자가 부담하는 비용을 최대 15% 또는 주당 100파운드 인상하였고,[78] 이로 인해 지방정부가 보조하는 입소자와 자비로 서비스를 받는 입소자 간 불평등이 심화되었다.

팬데믹 이전, 지방정부의 고위 관료 5명 중 4명이 이미 일부 지역 돌봄서비스 기관의 경제적 지속가능성에 대해 우려하고 있었다. 현재 25%의 고위관료가 해당 지역 대부분 요양병원의 경제적 지속가능성을 걱정하고 있으며, 7%는 모든 지역 돌봄기관에 대해 우려하고 있다(ADASS, 2020). 20병상 미만의 요양원 2만 7,000여 곳은 경제적 취약성이 매우 높은 것으로 판단되며 향후 2년간 대대적인 폐업이 예상된다.[79]

77) The Guardian. 2020년 4월 10일.
78) BBC News. 2020년 6월 6일. https://www.bbc.co.uk/news/uk-52944751
79) The Guardian. 2020년 5월 26일.

제5절 결론

코로나19 대유행의 첫 달에는 요양병원 및 요양시설에 거주하는 가장 취약계층인 노인들에게 심각한 영향을 미쳤다. 2020년 3월부터 6월 초 사이에 약 18,562명의 입소자가 사망했으며, 이 수치는 위 기간 동안 전체 사망자의 40%에 달한다. 또 같은 기간에 영국 요양원에서 28,186명의 초과 사망자가 발생하였으며, 이는 코로나19 대유행이 취약계층인 노인들에게 광범위한 영향을 미쳤음을 보여준다. 국제앰네스티는 국가 및 지방 정부와 준정부 기관이 채택한 정책과 관행이 노인요양원 거주자의 인권, 특히 생명권, 건강, 차별금지, 사생활 및 가정 생활에 대한 권리를 직접 침해했으며 비인간적이거나 모욕적인 대우를 받지 않을 권리를 침해했을 수 있다고 주장해왔다. 이러한 결론에 이른 주요 내용은 다음과 같다.

- 코로나19에 대한 사전 테스트 없이 병원에서 노인거주시설로 집단 퇴원시킴
- 근로자 또는 입소자가 증상이 없는 경우에는 개인보호장비(PPE)가 필요하지 않다고 노인주거시설에 조언함
- 거주시설에 적절한 개인보호장비(PPE)를 공급하지 않음
- 감염되거나 감염이 의심되는 입소자를 격리하고 돌볼 수 있는지 시설의 수용력을 평가하지 않음
- 시설 종사자 및 입소자에 대한 정기적인 코로나19 검사를 보장하지 않음
- 심폐소생술 금지 전면 시행 명령 및 입소자들의 병원 출입 제한
- 돌봄품질위원회의 정기적인 감독 및 조사 중단

이러한 주장은 상당히 비판적이다.

팬데믹이 시작되기 전부터 이미 노인을 위한 돌봄 및 지원 서비스는 위기에 처해 있었다. 인구학적 압력이 가중되는 상황에서, 지방정부는 10년간 이어진 '긴축'정책으로 예산이 대폭 삭감되면서 이러한 서비스에 대한 예산도 줄게 되었다. 정부가 지원하는 지원 또는 돌봄서비스를 전혀 받지 못하는 노인의 수가 증가하였다. 일상생활 활동에 대한 도움도 제공받지 못했다. 극빈층 및 장애가 심각한 노인만 정부 지원에 기댈 수 있었다. 가족구성원이 지원 없이 부담해야 하는 책임도 점점 늘어났다. 돌봄기관에 대한 정부 지원 감소, 인건비 증가, 직원 고용 및 유지의 어려움 등으로 증가하는 자비부담으로 돌봄서비스를 사용하는 입소자들로부터 상당한 (그러나 매우 불평등한) 교차 지원금을 받고 있음에도 불구하고, 지역의 돌봄 및 지원 서비스 준시장의 붕괴는 이미 시작되었다. 노인이 양질의 돌봄서비스를 지역에서 제공받는 것은 이미 어려운 일이 되었다.

이러한 문제는 10여 년간 누적돼 온 것으로 잉글랜드 지역의 상황이 특히 극심하지만 어떠한 의미 있는 재정지원이나 구조개혁이 이루어진 바 없다. 정책 대응은 단편적, 단기적, 임시적으로 시행되었으며 불평등을 심화시킬 우려가 있었다. 2016년 이래 잉글랜드 지방정부는 3년간 국내 및 기업 부동산세 인상을 승인받았다. 그러나 세수 증가분은 돌봄종사자 임금인상을 겨우 감당할 수 있는 수준이었으며 지역 영업세(business tax) 증가분은 중앙정부 교부금 감소로 상쇄되었다. 일부 추가 재정지원이 NHS 예산으로 이루어졌으나 이마저도 NHS 서비스 부담 완화(예: 병원 환자 퇴원) 등 특정 목표와 결부되는 것이 일반적이었다.

팬데믹 이전부터 지원이 필요한 개인과 그 가족, 국가의 책임 간 균형, 돌봄 준시장의 안정화, 서비스 품질 향상, 그리고 세대 간 공정을 위해 훨씬 더 급진적인 개혁이 필요한 상황이었다. 개혁의 우선과제는 두 가지로 나뉜다.

- 예산삭감 및 서비스의 양과 질을 2010-11년 수준으로 회복, 수요 압력 해소, NHS 직원 수준으로 임금 인상, 지원 접근성을 2010-11년 수준으로 회복하기 위해서는 2023-24년까지 잉글랜드에서 125억 파운드의 예산이 필요하다(Health Foundation, 2019b).
- 미래의 재정 지원 및 돌봄과 지원의 전달에 공정성 및 지속가능성 개선이 필요하며 개혁에 대한 압력은 잉글랜드에서 특히 거세다.

개혁에 대한 제안은 1990년대 중반부터 나왔으며 의원 선거 캠페인마다 재등장했다. 1999년 정부가 임명한 위원회는 더 완화된 자산조사와 개인 요양돌봄의 전액 지원 내용을 담은 개혁안을 제시했다. 당시 노동당 정부가 이러한 제안을 부분적으로 수용하고 이후 스코틀랜드 정부가 시행하였다. 이후 위원회(딜넛(Dilnot) 검토)가 2011년 개인이 평생 부담하는 사회복지 비용에 상한선을 두고 더 관대한 자산 기준을 제안했다. 2014년 법안에 포함되긴 했지만, 이러한 개혁안은 지방정부의 재정 압력으로 무기한 연기되었다. 2017, 2019년 선거 공약에도 개혁이 들어가 있다.

지속가능한 장기 개혁에 초당적 합의가 필요하고, 자발적 민간 보험은 현실적 해결책이 아니며, 개혁은 리스크를 최대한 모으는(pooling) 방향으로 진행되어야 한다는 점에 대해 정치인과 전문 싱크탱크 간에 어느 정도 의견이 일치되었다. 국민보건서비스(NHS)처럼 재난적 돌봄비용에 대해 국가가 최소한의 보편적 보호를 제공하는 역할을 해야 한다는 점도 어느 정도 인정되고 있다. 그러나 이러한 이슈 이외에는 합의가 거의 이루어지지 않고 있다. 논평가들은 돌봄과 지원이 사용 시점에는 무료(또는 약간의 본인부담금)가 되어야 하고, 개인이 평생 납부하는 금액에 상한선을 두며, 정부지원 돌봄 수급자격이 주어지지 않는 자산 기준이 대폭 높아져야 한다고 주장해왔다(Health Foundation & Kings Fund, 2018). 재정지원 개혁안은 돌봄에 별도 배정된 지원 또는 단일 지정 또는 용도지정 예산

(hypothecated budget) 등 종합과세를 통한 재정 지원, 보건 및 사회복지 통합 예산, 상속세 기여분 증액(House of Commons Health and Social Care and Housing, Communities and Local Government Committees, 2018), 기여형 사전적립식(pre-funded) 노후돌봄펀드(Later Life Care Fund) 등의 내용을 담고 있다(House of Lords Economic Affairs Committee, 2019). 보편성, 투명성, 지속가능성 원칙으로 하여 인정받고 있는 독일(Nuffield Trust, 2019a)과 일본(Nuffield Trust, 2019b)의 돌봄 개혁에 대한 관심도 높아지고 있다. 정책과 관련하여 유례없는 논의와 토론이 이어지고 있으나, 현재 부족한 것은 정치적 리더십이다.

코로나19 팬데믹으로 인해 소외되고 파편화된 노인을 위한 돌봄과 지원의 현재가 여실히 드러났다. 시장화가 진행되고 민간 기업이 주도하며 민간 구매자에게 과도하게 의존하는 돌봄 분야는 광범위한 정부 규제와 NHS를 지탱하는 공급망을 벗어났다. 또 고위 정책입안자와 정치인은 특히 팬데믹 초기에 돌봄 분야의 본질에 대한 인식이 매우 부족했던 것으로 보인다. 2016년 팬데믹 시뮬레이션 훈련과 3월, 4월 중 신속하게 병원 환자를 퇴원시키라는 지시에 있어, 돌봄 및 지원 분야를 점잖은 병원 환자가 급하게 쓸 수 있는 급성 보건서비스의 부속물로 여겼다. 결과적으로 검사를 받지 않은 병원환자의 전원, 개인보호장비 부족, 직원 및 입소자의 코로나19 검사 접근 제한, 적절한 직원교육 부재 등의 문제로 인해 요양시설의 사망률은 용납할 수 없을 정도로 높았다. 3개월이 지난 시점에 돌봄 분야에 배정된 추가 재정지원은 요양원 병상당 1,633파운드에 그쳤다.[80]

봉쇄령과 사회적 활동 제한이 이어지면서 특히 방문요양 및 지역사회 기

80) Oliver Lewis. The government has failed care home residents. https://insights.doughtystreet.co.uk/post/102g8la/the-government-has-failed-care-home-residents. 2020년 6월 1일 인출.

반 서비스가 중단된 시기와 맞물려 노인의 돌봄 및 지원에 대한 니즈가 증가했다. 방문요양서비스를 받던 노인들은 여러 다른 방문요양사가 자신의 집을 방문하는 것에 대한 두려움 때문에 방문을 거절하였다. 지역 공동체 지원 서비스를 제공하는 자선단체 및 지역사회기관도 사회적 거리두기 실천을 위해 활동 규모를 축소해야 했다. 일부는 아예 활동을 재개하지 않을 수도 있다. 이런 모든 변화로 인해 무급 가족돌봄제공의 범위와 강도가 증가했다.

팬데믹 초기에는 돌봄종사자의 낮은 임금과 열악한 조건이 강조되었으나 아직까지 개선된 제안은 나온 바 없다. 단기적으로 경제 전반에 걸친 실업률 증가로 인해 돌봄 및 지원 업무에 채용되는 인원이 늘어날 수 있으나, 인력 고용 및 유지, 그리고 중장기적으로 돌봄의 품질을 위해서는 임금인상이 중요하다. 돌봄 준시장, 특히 요양시설 분야는 현재 매우 취약하며, 입소율이 감소하고 돌봄기관이 추가로 인력을 고용하고 개인보호장비 구입과 관련해 추가 비용을 부담해야 하는 한 이러한 상황은 계속될 것이다. 돌봄을 자비로 부담할 수 있고 그럴 의사가 있는 노인도 지역 내에서 양질의 요양보호시설을 찾는 것이 어려울 수 있다.

무엇보다도 팬데믹으로 돌봄과 지원의 가치 그리고 공식 또는 비공식인 지역사회의 자발적 활동이 노인의 삶의 질에 대한 기여에 전반적인 인식의 부족함이 드러났다. 감염된 환자를 요양원으로 긴급 퇴원시킨 것은 돌봄기관, NHS 병원, 지역 당국 간 관계에 장기적인 악영향을 미쳤을 수도 있다. 한편 사회복지가 노인의 소득 및 삶의 질[81]을 개선할 수 있는 잠재성도 간과된 점은 매우 아쉽다.

또한 코로나19 발생이 이어지고 제2차 대유행이 임박했음에도 불구하고, 중앙정부 기관과 지역 당국, 민간 주도 돌봄 분야 간의 책임의 파편화 및 혼란을 해결하기 위한 공론화가 이루어지지 않고 있다. 사회복지는 매

81) https://www.pssru.ac.uk/ascot/

우 파편화되어 있고, 수요 및 역량에 대한 양질의 데이터가 적시에 제공되지 않는 상황에서 중앙정부가 해당 분야의 위기 정도를 온전히 이해하는 것이 매우 어렵다. 돌봄 및 지원에 대한 신규 요청 건수, 지방정부 지출 및 지원을 받는 노인 수급자 수 등 기본적 데이터도 2020년 가을이 되어야 집계될 전망이다. 파편화로 인해 대대적인 개혁에 대한 효과적인 리더십도 제한되고 있다.

2020년 말 브렉시트로 인해 경제 불황이 더욱 악화될 것으로 전망되는 가운데 개혁의 앞날도 그리 밝지 않다. 실제로 정부는 돌봄 분야에 악영향을 미치는 정책 결정을 계속하고 있다. 2021년 발효되는 새 이민 규정으로 인해 해외 출신 돌봄종사자 고용이 어려워져 돌봄인력 채용의 '블랙홀'이 예상된다(이와는 대조적으로 NHS 직원 채용은 신규 제약에서 면제된다.)[82]

82) The Guardian. 2020년 3월 7일. Immigration policy will mean care sector 'black hole' claims union.

〈표 2-1〉 제2장에 쓰인 약어

BAME	흑인 및 소수인종(Black and Minority Ethnic)
COPD	만성폐쇄성폐질환(Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
COC	돌봄품질위원회(Care Quality Commission)
CMA	경쟁시장국(Competition and Markets Authority)
CMO	최고의료책임자(Chief Medical Officer)
DHSC	보건사회복지부(Department of Health and Social Care)
DPH	공공보건국(Director of Public Health)
GP	일반의(General Practitioner)
MHCLG	주택·커뮤니티·지방정부부(Ministry of Housing, Communities and Local Government)
NHS	국민보건서비스(National Health Service)
NHSE	잉글랜드 국민보건서비스(National Health Service England)
ONS	통계청(Office for National Statistics)
PHE	잉글랜드 공중보건국(Public Health England)
PPE	개인보호장비(Personal protective equipment)
SAGE	비상사태 과학자문단(Scientific Advisory Group on Emergencies)

제3장

캐나다의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 코로나19 발생 현황
제2절 노인돌봄 정책 현황
제3절 코로나19 관련 노인돌봄 대응
제4절 결론

제3장 캐나다의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

Patrik Marier[83]

도입

캐나다에서 코로나19 발생을 통제하기 위한 첫 번째 조치는 브리티시 컬럼비아주에서 2020년 3월 초에 시행되었다. 정부는 봉쇄조치, 집합금지, 지역이나 주 이동제한, 일부 공공기관 및 사업체 폐쇄 등 전국적으로 긴급 조치를 시행하였다. 공중보건 조치 이외에도, 연방 및 주 정부는 경제를 지탱하고 국민의 소득을 보호하기 위해 유례없는 조치를 단행하였다. 이러한 정책 조치는 임시적인 것으로 팬데믹의 경과 및 감염병 통제를 위한 모범 관행의 확산에 따라 조정되었다. 그러나 캐나다에서 최근 코로나19 확산세가 증가하고 '2차 대유행'을 암시하는 복수의 징조가 나타나면서 정부 당국은 많은 공중보건 조치의 재시행을 고려하고 있다.

캐나다는 연방국가로 연방, 주, 준주(territories) 정부가 책임을 분담하고 있다. 팬데믹 기간 중 연방정부는 주로 소득 대체의 형태로 전례 없는 조치를 시행하였다. 노인을 위한 보건 및 장기돌봄 영역(예: 노인돌봄)은 10개 주정부가 주된 책임을 맡고 있다. 주정부별로 코로나19 확진자 수나 보건 및 사회 복지 기관의 부담 등 현실을 반영하여 나름의 조치를 마련했으며, 팬데믹 관련 다양한 도전과제를 해결하기 위해 각기 다른 접근법을 취했다. 각 주의 다양한 대응에서 공공기관에 대한 값진 정책 교훈을 얻을 수 있기도 하지만, 이러한 차이로 인해 정책 포럼에서 많은 비

83) Concordia University 교수

판과 토론이 이어지고 있다. 특히 요양보호사들을 다수의 요양원에서 근무하지 못하게 하는 매우 효과적인 브리티시컬럼비아주의 법을 퀘벡주와 온타리오주에서 도입 적용하지 못하면서 많은 비판을 받았다.

본 보고서는 2020년 9월 17일 기준 캐나다에서 가장 많은 확진자 수(47.2%)와 사망자 수(62.9%)를 기록한 퀘벡주의 상황을 주로 다룬다. 최근 통계에 따르면, 퀘벡주는 캐나다 인구의 22.5%를 차지하여 온타리오주 다음으로 가장 인구가 많다.[84] 본 본고서의 각 절을 통해 퀘벡주의 세부 정보를 분석하고 다른 9개주의 조치와 추세를 전반적으로 살펴본다.

노인 장기돌봄은 주거(요양원 및 시니어 레지던스)제도와 다양한 주체(공공/민간/비영리기관)가 제공하는 서비스(방문돌봄, 지역사회 활동, 식사 서비스 등) 등 다양한 범위를 포괄한다. 코로나19가 퀘벡주에 유례없는 영향을 대대적으로 미친 가운데, 본 보고서는 공공기관이 시행한 프로그램 및 서비스, 특히 요양원(nursing home)을 중심으로 다룬다. 2020년 9월 기준 코로나19 전체 사망자에서 요양원 입소자는 68%를 차지한다.

한국보건사회연구원이 제공한 템플릿을 바탕으로, 본 보고서는 4가지 주제를 다룬다. 첫째, 연방(캐나다)과 주(퀘벡) 차원의 코로나19 현황을 간략히 짚어본다. 둘째, 비교의 관점에서 장기요양(long-term care) 정책을 소개한다. 셋째, 퀘벡 주정부의 장기요양 대응을 요약하고 다른 주의 이니셔티브와 비교한다. 마지막으로, 2차 대유행에 직면한 퀘벡주의 남은 과제를 살펴본다. 팬데믹은 아직 진행형으로, 퀘벡주에서 대유행이 다시 시작되었으며 더 나은 대응을 관리하기 위한 조정이 지속적으로 이루어지고 있다. 몬트리올과 퀘벡은 9월 28일 '적색위험지역(red area)'으로 재지정되었으며 새로운 제한 규정이 시행될 예정이다. 정부가 장기요양 위기에 어떻게 대응할지에 대한 국민의 문의가 이어지고 있으며 2021년에 결론이

84) https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2019036-fra.htm

나올 예정이다. 그러므로 본 보고서는 2020년 9월 기준 현재의 특정 지식을 바탕으로 현황을 평가한 것으로 이해해야 한다.

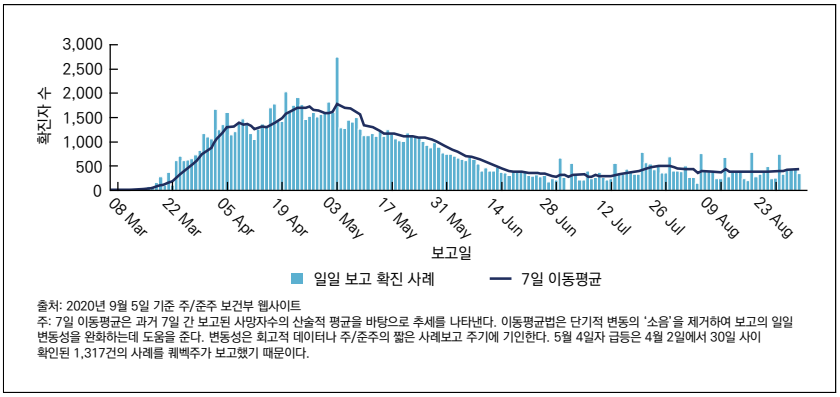
제1절 코로나19 발생 현황

1. 캐나다 최근 통계[85)]

주/준 정부는 코로나19 관련 통계를 수집하여 이를 연방정부와 공유한다. 캐나다에서 코로나19 첫 확진자는 2020년 3월 8일 브리티시컬럼비아주에서 확인되었으며, 9월 5일 기준 가장 많은 확진자 수는 5월 초에 기록되었다([그림 3-1]). 캐나다에서 코로나19 확진 사례는 퀘벡주와 온타리오주에 집중되었으며 각각 전체 확진자의 47.2%와 32.4%를 차지한다. 본 보고서 작성이 완료되는 시점에 앨버타, 브리티시컬럼비아, 퀘벡 주를 중심으로 캐나다 전역에서 확진자 수가 증가하고 감염률이 인구 10만 명당 30명으로 나타나는 등 모든 징조가 제2차 대유행의 도래를 보여주고 있다.

85) 캐나다 통계와 최신 연방 가이드라인은 다음의 웹사이트에서 주기적으로 업데이트 된다.: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-covid-19.html

[그림 3-1] 캐나다 코로나19 일일 확진자 수(7일 이동평균 포함)

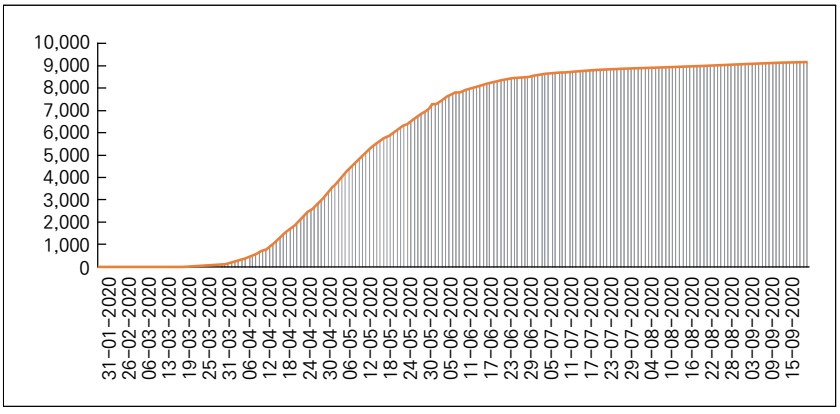


자료: 캐나다 공중보건청(Public Health Agency of Canada), 캐나다 코로나19 주간 역학보고서 2020. 8. 30 ~ 9. 5,

9월 17일 기준 캐나다의 코로나19 관련 사망자는 9,200명이며 4월과 5월에 사망자가 급증했다(그림 3-2).

[그림 3-2] 2020년 3월 1일~9월 17일 캐나다 코로나19 누적 사망자

(단위: 명)

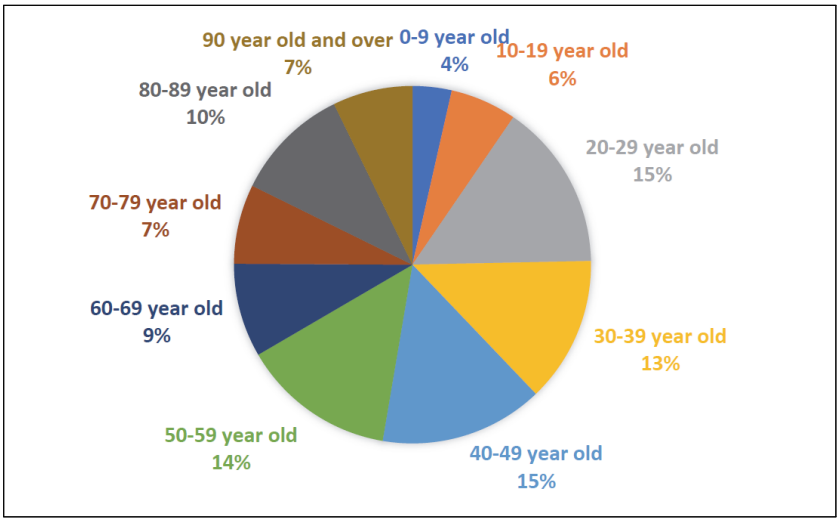


자료: 캐나다 공중보건청(Public Health Agency of Canada), 2020년 9월 17일

2. 퀘벡주 통계[86)]

퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ)의 최근 데이터(9월 16일)에 따르면, 현재까지 코로나19 확진자는 66,356명이다. 확진자 중 여성은 57.2%, 남성은 42.8%이다. 팬데믹 초기에는 노인 인구에 확진 사례가 집중되었으나 검사 확대, 학교 재개방, 경제활동 재개 등으로 인해(일부 요인만 언급) 다양한 연령대의 확진자가 보고되었다.

[그림 3-3]코로나19 확진자 연령별 분포도

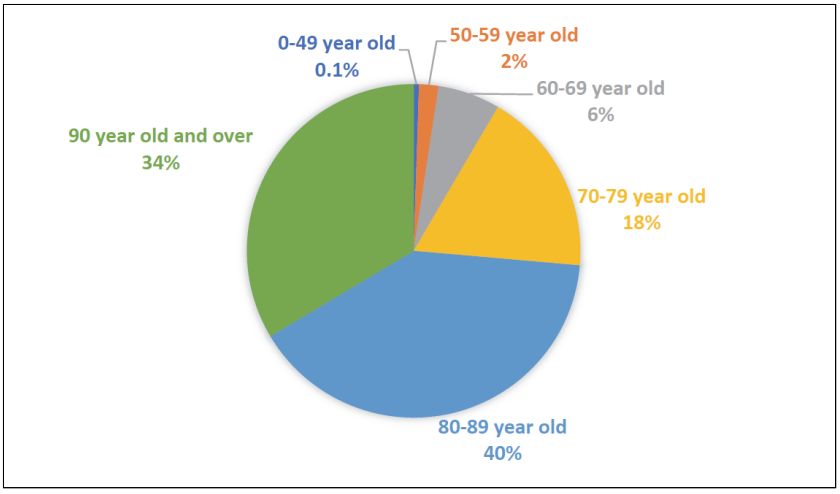


자료: 퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ), 2020년 9월 16일 인출

86) 최근 데이터는 해당 웹사이트(프랑스어)에서 확인 가능함. https://www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees

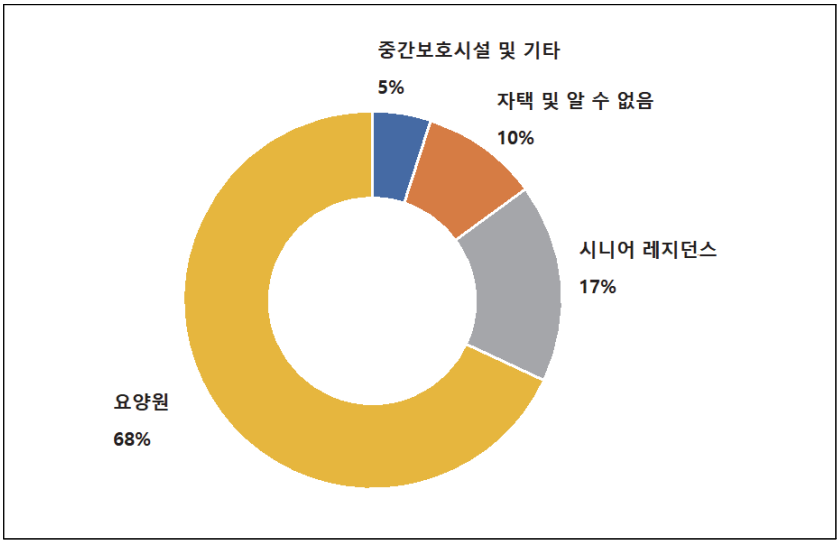
지금까지도 코로나19 사망자의 대부분은 노년층이다(그림 3-4). 퀘벡주 코로나19 사망자 5,791명 중 74%는 80세 이상이다. [그림 3-5]에서 볼 수 있듯이, 사망자의 대부분(64%)은 요양원(퀘벡주에서는 장기요양거주센터(CHSLD: Centre d'hébergement pour soins de longue durée)라 불림)에서 발생했다. 팬데믹 이전부터 존재한 장기요양체계의 취약성은 요양원 내 코로나바이러스의 확산 요인이었다. 관련 내용은 2절에서 다룬다. 시니어 레지던스 거주자의 확진사례(17%)도 많이 보고되었다.

[그림 3-4] 코로나19 사망자 연령별 분포



자료: 퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ), 2020년 9월 16일 인출

[그림 3-5] 퀘벡주 코로나19 사망자 주거형태별 분포



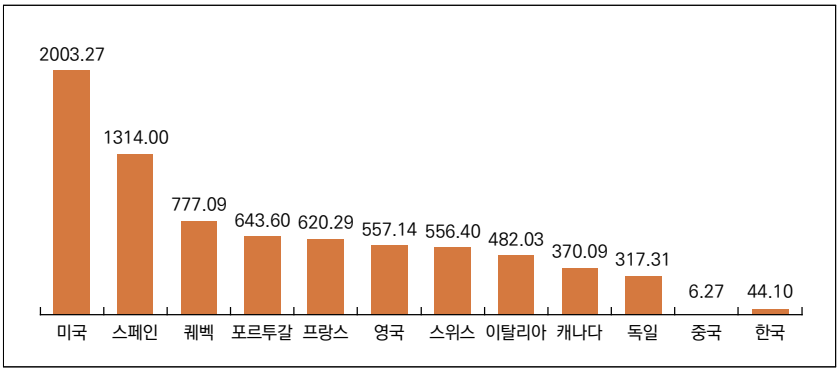
자료: 퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ), 2020년 9월 16일 인출

3. 퀘벡: 다른 지역과 비교 현황

퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ) 데이터에 따르면, 퀘벡주의 코로나19 확진자 및 사망자 수는 산업화된 국가 중 가장 높은 수준이다(그림 3-6). 퀘벡주의 인구 10만 명당 확진자 수는 2개 선진국(미국, 스페인)보다 낮지만, 인구 백만 명당 사망률은 가장 높다(그림 3-7). 최근에 진행된 역학 조사에 따르면 퀘벡주의 코로나19 확진 사례 대부분은 유럽, 카리브해 연안 및 미국을 여행한 247명으로부터 전파되었다. 다른 주보다 일주일 빨랐던 퀘벡주의 스프링 브레이크(봄 연휴)도 높은 확진자 수에 기여했다.[87]

[그림 3-6] 인구 10만 명당 코로나19 확진자 수

(단위: 명)

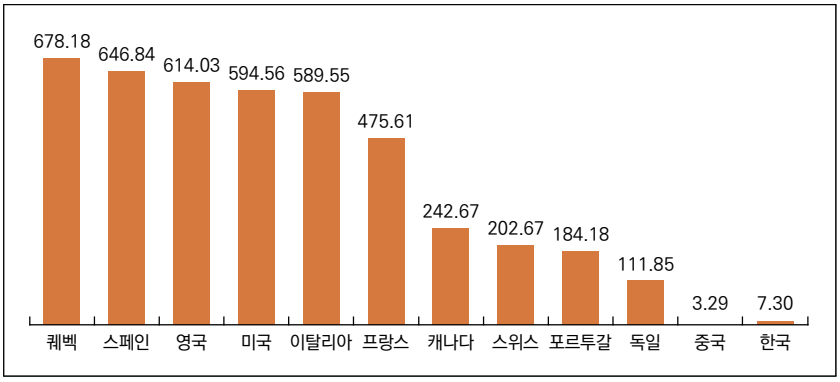


자료: 퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ), 2020년 9월 16일 인출. 한국 코로나19(COVID019) 2020년 9월 18일 인출.

87) 본 연구는 다음의 링크에서 확인할 수 있다. : https://virological.org/t/genomic-epidemiology-of-early-introductions-of-sars-cov-2- into-the-canadian-province-of-quebec/553

[그림 3-7] 인구 백만 명당 코로나19 사망자 수

(단위: 명)



자료: 퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ), 2020년 9월 16일. 한국 코로나19(COVID019) 2020년 9월 18일 인출.

제2절 노인돌봄 정책 현황

1. 캐나다의 장기요양기관

캐나다는 10개의 주와 3개의 준주(territories)로 이루어진 연방국가이다.[88] 의료보건은 주로 주정부의 책임 소관이며 복잡한 연방 역학에 얽매여 있다. 많은 재정 역량을 보유한 연방정부는 1950년대 협상 이후로 전 국민을 대상으로 무상보편적 의료보건 접근성을 유지하기 위해 (캐나다 보건 및 사회지출(Canada Health Transfer)을 통해) 재정을 지원하고 있다. 이에 따라, 각 주정부는 캐나다 보건법(Canada Health Act)에 명시된 다섯 가지 주요 기준을 충족해야 한다. ① 각 주는 비영리 건강보험을 운영

88) 10개 주는 (서쪽에서 동쪽) 브리티시컬럼비아, 앨버타, 서스캐처원, 매니토바, 온타리오, 퀘벡, 뉴브런즈윅, 프린스에드워드아일랜드, 노바스코샤, 뉴펀들랜드래브라도이다. 3개 준주는 유콘, 노스웨스트, 누나부트이다.

하고, 관련 수당 및 서비스에 공적 책임을 진다. ② 건강보험은 병원과 의사가 제공하는 서비스를 보장한다. ③ 의료보건 서비스는 모든 시민들에게 보편적 접근성을 제공해야 한다. ④ 보장은 캐나다 전역에서 제공되며 주거지 주정부가 제공한다. ⑤ 각 주는 보건 서비스에 대한 합당한 접근성을 보장해야 한다(캐나다 보건부: Health Canada), 2020, pp. 9-10).

연방 가이드라인은 주/준주별로 많은 차이를 만들어냈다. 예를 들어 앨버타주는 의료보건 자원이 GDP의 6%인 반면 노바스코샤와 프린스에드워드아일랜드는 10%가 넘는다(CIHI, 2018). 실제로, 연방 보건 및 사회지출(health transfer) 프로그램에 연결된 의료보건제도는 13가지이다. 지난 30년간, 연방정부의 재정지원은 상당부분 감소하여 1970년대 중반 의료보건 지출의 35%를 차지하던 것이 1990년대 중반 15% 이하로 감소하고, 현재 23%로 줄었다(Advisory Panel on Healthcare Innovation, 2015, p. 26). 연방정부의 예산지원이 줄어들고 의료보건 비용이 높아지면서 특히 2008년 경제 위기 이후에 관련 지출을 줄이기 위한 주정부 이니셔티브가 많이 추진되었다(Marchildon & Matteo, 2015).

의료보건 정책은 장기요양(LTC: long-term care) 정책에 중요한 영향을 미친다. 캐나다 보건법(Canada Health Act)이 장기요양(LTC)을 다루고 있지만, 보험으로 보장하는 보건 서비스가 아닌 '확대된 의료보건 서비스'의 지위를 갖고 있다. 결과적으로 각 주에서 준수해야 하는 장기요양 정책 연방표준이 없는 것이다. 이로 인해 장기요양은 의료보건체계 안에서 운영되었지만 다양한 수준의 정부에서 주변적인 지위를 갖게 되었다(Marier, 발표 예정). 캐나다 의료보건의 미래와 관련된 전반적인 논의에서 장기요양부문은 연방정부에 의해 종종 외면받았다. 예를 들어, 주요 의료보건위원회나 전략적 협의에서 장기요양은 정책 연구 대상이 아니었다(Canadian Healthcare Association, 2009). 요양원 내 코로나19 감염 확산을 막기 위한 노력에 많은 애로사항이 발생하자, 연방정부가 해당 정

책 분야에 더욱 적극적인 역할을 해야 한다는 목소리가 높아지고 있다.

연방체계(framework)가 없는 상황에서, 모든 주/준주는 다양한 장기요양 프로그램과 서비스를 제공하고 있다. 이로 인해 독립적으로 운영 또는 정부계약으로 운영되는 민간 요양기관, 비영리기관, 공공기관 간 장기요양 수급자격(eligibility), 수급조건(entitlement) 및 자금조달 등 운영방식이 각기 다르다. 예를 들어 브리티시컬럼비아주 요양원 병상의 68%는 민간 요양기관이 운영하는 레지던스에 마련되어 있는 반면, 퀘벡주는 17%의 병상이 민간에서 제공한다(Marier, 발표 예정). 결과적으로 캐나다 보건법(Canada Health Act)이 적용되는 보건서비스보다 장기요양에 주별 차이가 더 크다. 각 주 장기요양체계의 다양성으로 인해 의료보건 예산지원을 증액하는 것 이외에 연방정부가 이 분야에 개입하는 것이 매우 어렵다.

그러나 모든 주에서 공통적으로 발견되는 장기요양 트렌드가 있다. 첫째, 방문돌봄을 확대하려는 주 전략에도 불구하고 주정부 지출은 주로 요양원에 집중되고 있으며 상대적으로 제한된 수의 노인을 대상으로 한다. 병원 중심의 캐나다 보건 인프라에서 알 수 있듯이, 요양원은 장기요양 재정지원의 많은 도움을 받고 있다. 요양원은 장기요양 공공지출의 82%를 차지하며, 요양원 총지출의 75%는 공공재원으로 조달한다(Grignon & Spencer, 2018). 이는 OECD 평균 대비 20%bps 높은 수치이다. 장기요양 공공지출이 상대적으로 낮은 상황에서 요양원을 대대적으로 강조함에도 불구하고, 캐나다는 장기요양 병상 수가 OECD 기준보다 약간 높은 수준이다[65세 이상 인구 1,000명당 48.5, OECD는 46.2(OECD, 2019)]. 그 결과 여러 주의 보고서 및 위원회에서 노인 장기요양 욕구를 해결할 중요 서비스가 불충분하다고 여러 번 지적한 바 있으며, 또한 기존 정부 프로그램의 목표에 대해서도 문제를 제기하고 있다(Marier, 발표예정).

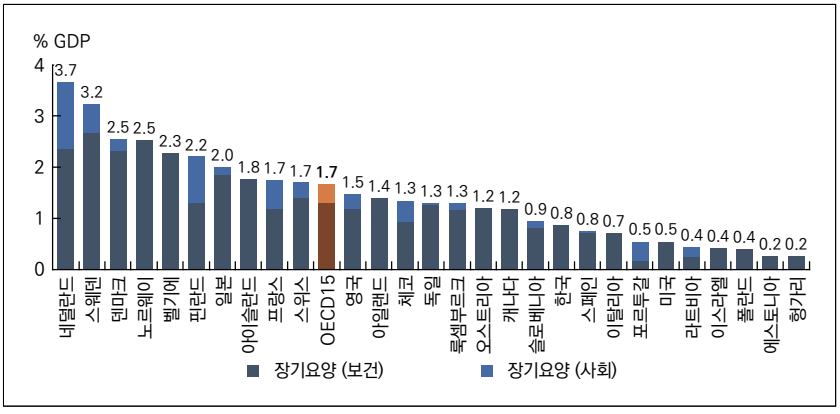
둘째, 2008년 경제 위기 이후 지출 감축 노력은 보건의료법(Health Care

Act)이 보장하는 보건서비스보다는 장기요양 분야에 집중되었다. 특히 많은 주에서 보건사회서비스 기관의 수와 영역을 확대하고 지역 보건당국의 개입 범위를 확대하는 등 보건의료기관의 집중화로 진행되었다. 이러한 행정 구조로 인해 병원 서비스 및 전문의료가 개입의 최전선에 위치하게 되었으며, 장기요양을 주로 담당하던 소규모 지역 기관들은 통합되었다.

셋째, 장기요양 역량을 강화하기 위해 민간 분야와 그 정도는 낮지만 비영리기관이 제공하는 장기요양 개발이 추진되었다. 민간 요양기관들은 지역 보건당국과의 계약에 따라 운영되며, 서비스 이용자들은 요양원에서 병실료나 식대 등 일부 돌봄 항목에 비용을 부담해야 이용할 수 있다. 민간 요양기관들은 노인들이 자비로 부담하는 별도의 서비스를 제공한다.

기타 산업화 국가의 장기요양 정책 노력과 비교했을 때 캐나다에서 장기요양의 소외된 입지는 명백하다(그림 3-8). 캐나다 장기요양 지출은 GDP의 1.2%로 OECD 평균인 1.7%보다 낮으며, 네덜란드나 스칸디나비아 국가 등 선진국 대비 매우 낮은 수준이다.

[그림 3-8] 2015년 정부 및 의무보험제도 장기요양 지출(보건 및 사회 서비스)의 GDP 비중



자료: OECD, Health at a Glance, 2017

정리하면, 캐나다의 장기요양 서비스 전달에 있어 지방정부는 부수적인 역할을 하는데, 특히 퀘벡주가 그러하다. 장기요양 서비스 전달의 주된 책임을 지방정부가 지고 있는 스칸디나비아 국가들과 대비된다.

2. 퀘벡주의 장기요양

퀘벡주에서 장기요양은 개인은 적절하고 지속적인 서비스를 받을 권리가 있음을 명시한 보건 및 사회 서비스법의 테두리에 속한다. 무료 방문 돌봄 및 요양원 서비스가 여기에 포함된다. 그러나 법 제도, 가용한 공공자원, 캐나다 보건법(Canada Health Act)의 제약이 이 법의 적용범위를 제한한다. 그 결과 장기요양에 대한 절대적 권리가 없으며 가족, 국가, 민간 요양기관 또는 비영리기관에 대한 법적 의무가 잘 제도화되어 있지 않다(Lavoie, 2014, pp. 4-5).

3. 퀘벡주의 요양원

퀘벡주의 장기요양 정책 수립은 보건사회복지부(Ministry of Health and Social Services)의 책임이며, 지역 보건당국(CISSS/CIUSSS)들이 돌봄서비스 전달 책임을 진다.[89] 2015년 의료보건 구조개혁 이후 CISSS/CIUSSS는 공공기관으로서 유효한 건강보험증을 소지한 시민에게 의료보건 및 사회복지 서비스를 무료로 제공한다. 각 CISSS/CIUSSS는 병원, 지역 보건 및 사회복지센터, 재활센터, 요양원(CHSLDs) 등 다양한 보건 및 사회복지 서비스를 포함하는 특정 지역을 담당한다.

장기요양 서비스에 대한 수급조건(entitlement) 및 접근성은 기능자

89) CISSS/CIUSSS는 각각 Centre intégré de santé et de services sociaux, Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux의 약자이다. 퀘벡주에는 13개의 CISSS, 9개의 CIUSSS가 있다.

립측정제도(SMAF: Functional Autonomy Measurement System)를 사용하여 CISSS/CIUSSS 직원이 수행한다. 자립에 심각한 제약이 있는 환자들은 공적 제도의 지원으로 요양원 입소자격이 주어진다. 2016-17년 자료에 따르면, 75세 이상 노인의 4.4%는 공공네트워크에 속한 요양원에 거주하고 있다(Commissaire à la santé et au bien-être, 2017).

퀘벡주에는 3가지 형태의 요양원(CHSLD)이 있다. 첫 두 가지 형태는 일반적으로 공공네트워크라고 부르는 것이다. 먼저 보건당국에서 소유 및 운영하는 전통적 공공요양원이 있다. 둘째, 보건당국과 장기계약을 맺고 요양원을 운영하는 민간기관이 있으며, 이들은 공공 분야 요양원과 비슷한 수준의 서비스를 제공해야 한다(privés conventionnés). 2016-17년 데이터에 따르면 공공네트워크에 37,468개의 병상이 있으며, 이 중 83%는 공공요양원에, 17%는 정부 계약 민간요양원에 있다. 마지막으로 별도의 입소 요건을 두고 정해진 규제에 따라 운영하는 민간요양원이 있다(privés non-conventionnés). 2016년 데이터에 따르면 이러한 형식의 요양원은 총 3,333개의 병상을 운영하고 있다(Commissaire à la santé et au bien-être, 2017).

팬데믹 이전에도 퀘벡주 요양원 운영에 대한 우려가 많았으며 2018년 주 선거 전에 보건사회복지부와 지역 보건당국 주요 인사가 만남을 갖기도 하였다. 예를 들어, 공적 체계에 속한 주 요양원에 접근하려면 대기를 해야 하는데, 평균 9.9개월을 대기해야 한다. 그 원인 중 하나는 65세 이상 인구 1,000명당 병상 수의 감소로, 2010-11년부터 2018-19년까지 17% 이상 감소하였다(Commissaire à la santé et au bien-être, 2017). 인력 부족도 퀘벡주뿐 아니라 캐나다 다른 주에서도 이미 나타난 문제이다. 2018-19년 데이터를 바탕으로 진행 중인 연구에 따르면, 현재 요양원 인력은 환자의 욕구와 돌봄의 71%를 해결하고 있는 것으로 나타났다(Borgès da Silva, Hébert, Perreault, Bosson-Rieutort, & Blais, 2020).

4. 퀘벡주의 방문돌봄

퀘벡주의 방문돌봄체계는 준시장(Mixed Public Managed Market)의 형태를 지니고 있다. 간호사, 의사, 작업치료사(occupational therapists) 등 전문의료보건 인력이 제공하는 보건서비스는 지역 보건당국(CISSS/CIUSSS)에서 운영한다. 이러한 서비스 대부분은 노인자립지원 프로그램(SAPA: Support Program for the Autonomy of Seniors)으로 운영된다. 그러나 집 청소, 식사 준비 등 방문돌봄서비스는 사회적(경제) 기업(EÉSAD: entreprises d'économie sociale en aide à domicile)에 대부분 의존한다. 이러한 모델을 운영하는 곳은 퀘벡주가 유일하다. EÉSAD는 다양한 방문돌봄 서비스를 제공한다. 이러한 방문돌봄 서비스의 확장을 시작한 초기 정책의 목적은 지역사회 서비스센터(CLCS: Local Community Service Centre)보다 더 낮은 비용으로 방문돌봄서비스를 제공하는 것이었다. 퀘벡주에는 100개의 EÉSAD가 있다. 먼저 이들은 세액공제에 상당부분 의존하며 서비스를 받는 사람이 부담하는 비용을 대폭 낮춘다. 그러나 EÉSAD의 시간당 이용료가 증가하고 보조금은 정해져 있으며 표적 인구(75세 이상 노인)에서 나오는 매출이 적어 방문돌봄의 접근성과 범위가 점차 줄어들고 있다. 둘째, EÉSAD도 지역 보건당국(CISSS/CIUSSS)과의 계약에 따라 노인자립지원 프로그램(SAPA)의 서비스 일부를 제공한다.

연구에 따르면 최근 개혁으로 인해 급증하는 수요 문제는 해결하지 못한 채 서비스 공급의 재편이 이루어졌다(Jetté, Vaillancourt, & Bergeron-Gaudin, 2011). 최근 민간 돌봄기업의 성장을 촉진하는 방향으로 전환하고 있다. 지역 보건당국(CISSS/CIUSSS)의 계약체결 현황을 보면 EÉSAD 대신 민간 돌봄기관과의 계약이 증가하였다.

5. 중간보호시설 및 가족 형태의 돌봄

중간보호시설(intermediate resource)은 공공 보건기관과 연계된 전문시설을 의미한다. 입소자들은 일상생활 활동 및 의료지도(medical oversight)의 도움이 필요하다. 전체 사망의 5%가 발생하는 중간보호시설에 거주하려면 공식 사정을 받아야 하며, 일반적으로 요양원보다 더 유연한 생활 환경을 제공받는다. 가족 형태 돌봄(family-type resource) 또는 위탁가정(foster home)은 최대한 자신의 집에 사는 것처럼 느끼도록 하는 것이 목적이며 자립의 훼손이 심각하지 않은 개인이 대상이다. 중간보호시설에는 약 5,500개의 병상(space)이 있고, 가족 형태의 보호는 약 1,000명 미만을 수용하며, 이는 노인을 위한 주거 복지에서 매우 적은 비중을 차지한다(Séguin, Van Pevenage, & Dauphinais, 2020).

6. 시니어 레지던스

시니어 레지던스는 간단한 방에서부터 침실이 1개 이상인 아파트 형태까지 다양한 형식의 주거를 포함한다. 일반적으로 식사서비스, 24시간 모니터링, 식당, 공용 활동 공간 등을 제공한다. 이러한 형태의 주거는 자립도의 상실이 심하지 않으면서 요양원 입소자격이 없는 노인들이 주로 사용한다(Séguin et al., 2020).

캐나다 모기지 및 주택공사(Canadian Mortgage and Housing Corporation)의 최근 데이터에 따르면 퀘벡주에서 75세 이상 노인의 18.4%가 시니어 레지던스에 거주하고 있는데, 이는 캐나다의 다른 주 평균(6.1%) 대비 월등히 높은 수준이다. 평균 월세는 1년에 1,788-21,456캐나다달러이다(Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2019). 참고로, 퀘벡주의 75세 이상 은퇴자의 평균 세후 연소득은 남녀 각각 19,000캐나다달러, 14,800캐나다 달러이다(Marier, Carrière, & Purenne,

2020). 이보다 소득이 낮은 개인의 경우, 퀘벡주에서 일종의 정부보조주택(subsidized housing)에 거주하는 노인이 약 5만 명이다(Séguin et al., 2020). 퀘벡주에서 이러한 거주형태에 의존하는 사람이 상대적으로 많다는 것은, 퀘벡주에서 코로나19 관련 사망자 중 시니어 레지던스 거주 노인 비중이 높다는 것을 설명해준다.

장기요양의 다른 영역에도 공공 및 비영리 기관이 참여하고 있으나 시니어 레지던스는 예외이다. 퀘벡 노인주택그룹(QSHG: Quebec Seniors' Housing Group)은 퀘벡주 전역 10만 호 레지던스의 소유자, 관리인, 회원 800명을 대변한다. Chartwell, Groupe Maurice 같은 일부 대형 기관을 포함한 민간 분야 시니어 레지던스 소유/운영 기관뿐 아니라 비영리 기관이 운영하는 보조주택도 있다. 이들은 정치적으로 주에서 가장 영향력 있는 조직이기도 하다.

7. 지역사회 돌봄

퀘벡의 보건체계는 초창기부터 관련 법률(1971) 안에 사회복지 서비스를 통합했으며, 주정부는 지역사회 서비스센터(CLSC: Local Community Service Centre) 네트워크를 발전시켰다. 지역사회 서비스센터(CLSC)는 지역사회 부문에서 중앙 공공기관의 역할을 대변하며, 지역사회 돌봄의 관문으로 기능하도록 설립되었다. 퀘벡주에는 현재 297개의 지역사회 서비스센터가 운영되고 있다.

장기요양에서 지역사회 서비스센터(CLSC)는 각 CISSS/CIUSSS에서 노인 대상 돌봄 및 서비스 제공에 중추적인 역할을 한다. 병원과 가정의 돌봄제공자(caregiver) 및 서비스제공기관은 돌봄서비스 접근을 위해 사정을 요청할 수 있다. 사례 관리자(case manager)는 주로 지역사회 서비스센터 내에서 근무하며, 해당 기관에서 노인을 위한 다양한 장기요양서비스를

조직 및 조율하는 역할을 한다. 욕구사정은 지역사회 서비스센터(CLSC)에서 일하는 CISSS/CIUSSS 직원이 수행한다.

예산 제약으로 인해 지역사회 서비스센터(CLSC) 및 다른 공공기관에서 제공하는 서비스 범위가 특히 방문돌봄 위주로 점차 축소되고 있다. 그 결과 장기요양 분야 CISSS/CIUSSS 영역 내에서 노인을 위한 다양한 돌봄 및 지원을 제공하는 민간기관이 늘어났다. 최근 연구에 따르면 CISSS/CIUSSS 체계의 설립으로 이어진 2015년 개혁 이후 CISSS/CIUSSS이 제공하는 공공 서비스의 조율 역량은 눈에 띄게 후퇴했다(Hébert, 2017). 이러한 연구 결과 및 지역사회 돌봄 주체 간 비공식 논의를 살펴보면, 공공네트워크 외부의 돌봄기관과의 조율은 비슷한 수준이거나 상황이 더욱 심각한 것으로 보인다.

장기요양에 배정된 제한적인 공공자원이 요양원에 집중된 결과, 퀘벡주에서는 방문돌봄서비스 제공에 비영리기관들이 중요한 역할을 하고 있다. 최근 정부는 이러한 서비스의 추가적인 발전을 도모하기 위해 재정 지원을 늘렸다. 여기에는 추가적인 단기보호시설(respite care sites) 마련과 노인 격리 대응 노력 확대 등을 위한 재정 지원 등이 포함되어 있다. 마지막으로 비공식 돌봄제공자(caregiver)가 하는 중요한 역할을 강조할 필요가 있다. 퀘벡주에서 비공식 돌봄제공자는 노인에게 필요한 돌봄의 80%를 제공하고 있다(Lavoie, 2014). 퀘벡주는 현재 돌봄제공자를 위한 국가 정책 수립의 막바지에 있다.

제3절 코로나19 관련 노인돌봄 대응

1. 코로나19 관련 국가차원 대응

1) 퀘벡주의 코로나19 대응

캐나다의 각 주는 코로나19 대응에 있어 다른 조치와 전략을 취했다. 정치적으로 뉴브런즈윅주는 주 총리(Premier), 보건부 장관, 사회개발부 장관, 교육부 장관 및 3개 야당 지도자들이 참여하는 '신종코로나바이러스 내각 위원회(cabinet committee on novel coronavirus)'를 신속히 출범시켰다. 이러한 위원회에 야당 지도자들을 참여시키는 것은 일반적인 관행이 아니고 당시 정부의 소수적 입지를 암시하는 것이지만, 사회개발부 장관의 참여는 정부의 입지가 그렇지 않음을 보여준다. 이러한 위원회의 설치는 정부 부처 아래 운영되는 퀘벡주의 장기요양이 강력하고 독특한 방식으로 제도화되어 있음을 보여준다. 캐나다에서 장기요양의 책임이 보건부에만 위탁되어 있지 않은 유일한 곳이 퀘벡주이다. 퀘벡주의 이러한 행동은 일반적으로 바이러스 통제 대응전략을 주 총리, 보건부 장관, 공중보건국장(Public Health Director)이 주도적으로 수립하는 것과 대비된다.

캐나다 주정부 리더십 그룹의 구성이 퀘벡주의 이러한 상황을 만드는데 영향을 미쳤다는 분석도 있다. 예를 들어, 캐나다에서 팬데믹 발생 초기 병원의 병상 수 부족 및 중환자실 수용능력 부족이 많은 관심을 끌었다(Woolley, 2020). 퀘벡주의 대응은 이러한 두려움을 해소하는 것을 염두에 두고 요양원은 간과한 채 병원과 중환자실(ICU)에만 너무 집중한 것이 아니냐는 비판을 받았다(Borgès da Silva, 2020). 실제로 초기 대응조치 중 하나는 코로나19 확진 요양원 입소자의 병원 입원을 제한한 것이었다. 4월 10일 정부는 감염병 관리를 위해 장기요양전문가위원회를 발족시켰으

나 이는 10개 보건위원회가 설립된 지 1개월 후의 일이었다.

요양원의 확진자 발생을 막기 위한 가장 성공적인 개입은 브리티시컬럼비아주의 결정적이고 신속한 행동에서 찾을 수 있다. 예를 들어 개인보호장비(PPE) 부족을 해소하기 위해 장비의 추가 조달에 선제적으로 대응했다. 가까운 미국 워싱턴주에서 코로나19 확진자와 사망자가 요양원에서 발생하자 브리티시컬럼비아주는 재빨리 새로운 법을 만들어 요양원 근무자들이 복수의 요양원에서 일하는 것을 금지했다. 이러한 법이 요양원 근무자들의 생계에 부정적인 영향을 미치지 않도록 보건사회복지부는 신속히 요양원 근무자들의 근로조건을 개선하기 위한 조치를 취했다. 이러한 조치는 신속히 이루어졌으며, 50개가 넘는 단체협약을 조율(harmonization)하고 공공/민간 요양원의 근로조건을 일치시켰다. 이로 인해 요양보호사(orderlies)의 급여가 시간당 7캐나다달러가 인상되어 25캐나다달러가 되었다.

퀘벡주는 3월 13일 캐나다에서 가장 먼저 보건 비상사태를 선포한 주이다. 본 보고서 첫 장에 명확히 서술되었듯, 퀘벡주는 코로나19 통제에 있어 많은 도전과제에 직면했으며, 특히 요양원에서 코로나19로 인한 사망자가 많이 발생하였다.

퀘벡주 코로나19 사망자의 약 2/3는 요양원에서 발생했다. 캐나다의 주요 전문가로 구성된 미래장기요양 워킹그룹(Working Group on the Future of Long-Term Care)은 코로나19로 인해 요양원에 '운영상 깊은 균열'이 드러났다고 주장했다(Estabrooks et al., 2020). 이로 인해 2020년 봄 요양원에 심각한 위기가 발생했으며, 인력을 긴급 충원할 다른 수단이 소진되자 캐나다 군이 개입하기에 이르렀다.

〈표 3-1〉은 장기요양 분야에서 퀘백주의 관련 발표 및 개입을 시간 순서대로 정리한 것이다.

〈표 3-1〉 퀘벡주 장기요양 대응 시간순 개요

날짜	행동/이벤트
2020년 2월 27일	퀘벡주 코로나19 첫 확진자 발생
2020년 3월 13일	공중보건 비상사태 선언
2020년 3월 14일	• 요양원, 병원, 시니어 레지던스에 불필요한 방문 금지 • 70세 이상 노인은 집에 머물 것을 권고
2020년 3월 18일	퀘벡주 첫 코로나19 사망자 발생
2020년 3월 23일	• 인도주의적 사유(예: 임종 임박)를 제외한 요양원 방문 금지 • 요양원 및 시니어 레지던스 거주자 의무 격리 • 유증상 환자, 의료보건 종사자, 요양원 입소자 검사 우선권 부여
2020년 3월 27일	몬트리올 비상사태 선언
2020년 3월 30일	• 새로운 우선 검사 기준 적용 • 코로나19로 타격을 입은 민간 돌봄기관 지원을 위한 정부 긴급지원자금 1억 3,300만 캐나다달러 발표. 이 중 4,000만 캐나다달러는 시니어 레지던스, 2,000만 캐나다달러는 공공네트워크 외부의 민간 요양원, 7.300만 캐나다달러는 중간보호시설 및 가족형태시설 지원
2020년 4월 4일	공중보건국장, 퀘벡주 전역 지역감염 발생 발표
2020년 4월 10일	• 병원에서 요양원으로 환자 전원 종료 • 시니어 레지던스 지원을 위해 병원에서 의사 및 간호사 배치 • 요양원 등 장기요양시설의 코로나19 발생의 정부 관리를 지원하기 위한 전문가위원회 설립
2020년 4월 11일	우선 검사대상 업데이트 : 요양원 입소자 및 직원은 비격리 확진 사례가 확인되는 즉시 검사 진행
2020년 4월 17일	사회적 경제 종사자 임금인상 위한 1,570만 캐나다달러 정부 지원 발표
2020년 4월 20일	일부 요양원 지원을 위해 캐나다 군 인력 배치
2020년 5월 6일	• 시니어 레지던스 입주자 외출 허용 • 요양원, 중간보호시설 및 민간 레지던스 방문자들은 완화치료실 출입 가능
2020년 5월 7일	일선 근무자 보너스 지급. 최대 월 1,000 캐나다달러
2020년 5월 11일	돌봄제공자(caregiver)들의 시니어 레지던스 및 중간보호시설에 거주하는 노인 지원 허용

날짜	행동/이벤트
2020년 5월 15일	모든 요양원 근무자 대상 검사 시행
2020년 6월 18일	• 요양원 가용 인력 상황에 따라 엄격한 조건 아래 돌봄제공자(caregiver) 재고용 가능. 코로나19 확진자가 2명 이상인 경우, 돌봄제공자는 충분한 지원이 제공되고 있다는 것을 소명해야 함 • 확진자 없는 경우 요양원 입소자 외출 허용
2020년 6월 26일	캐나다 군 임무 종료. 적십자사 지원 개시

자료: 퀘벡 국립공중보건연구소(INSPQ) (ligne du temps), 보건사회복지부 웹사이트, 캐나다 보건정보연구소(Canadian Institute for Health Information).

2) 정부 조치

가. 요양원 관련

코로나19 기간 중 요양원 관련 정부정책은 정부 훈령, 정부부처 명령 또는 국립공중보건연구소(INSPQ)[90]의 가이드라인에 따라 시행되었다. 첫째로, 요양원 방문은 제한되었다가 2020년 3월 23일에 중단되었다. 돌봄제공자(caregiver)는 인도적인 사유(예: 임종)에 한해서만 엄격한 규정(예: 항상 마스크 착용 및 임종을 앞둔 입소자의 병실만 방문)을 준수하는 조건으로 예외적으로 방문이 허용되었다. 이러한 제한으로 인한 영향을 완화하기 위한 방안으로 3월 요양원을 대상으로 입소자와 돌봄제공자 간 서로 연락을 취할 수 있도록 의사소통 수단을 설치하고, 환자 가족 및 돌봄제공자에게 입소자의 웰빙에 대한 상황을 주기적으로 전달할 수 있도록 이들과의 연락업무를 수행할 직원을 지정하도록 하였다.

90) 2020년 봄 코로나19 유행 기간 중 정부 조치는 종종 업데이트되었다. 특히 퀘벡 국립 공중보건연구소(INSPQ) 권고안이 그러했다. 이번 절의 목적에 부합하기 위해 저자는 법령 및 장관 명령을 넘어 요양원 코로나19 발생 초기(4월 7일)와 위기가 한창 진행 중이던 시기(5월 9일) 등 두 차례 발표된 장관 가이드라인에 의존하였다.

둘째, 바이러스 확산의 예방 및 통제를 위한 다양한 조치가 취해졌다. 건물 입구나 공용공간 등에 손을 씻을 수 있는 세면대를 설치하거나, 요양원 출입 시 건강을 체크하고 최근 휴가를 다녀온 적이 있거나 코로나19 확진자와의 접촉 여부를 확인하였다. 사회적 거리두기를 준수하고, 요양원 근무자가 복수의 요양원에서 근무하지 않도록 하며 환자당 돌봄을 제공하는 요양사의 수도 제한하였다. 이러한 조치는 감염병 현황에 따라, 또한 새로이 확인되는 과학적 사실에 따라 주기적으로 조정되었다.

셋째, ① 요양원 내 공간 재조정, ② 입소, ③ 돌봄 및 서비스의 조직 및 전달, ④ 임시 단기돌봄(respite) 병상, ⑤ 요양원 전원과 관련하여, 팬데믹 기간 중 일부 관행을 변경하기 위해 다섯 가지 임시 조치가 시행되었다. ㉠ 생활 공간을 콜드존(cold zone: 코로나19에 감염되지 않은 입소자)과 핫존(hot zone: 검사 결과를 기다리는 코로나19 감염 의심 입소자나 확진자)으로 구분하였다. 각 요양원은 모범관행을 도입하고 콜드존 입소자의 감염을 방지하기 위해 핫존을 별도 구성하고 전담팀을 두도록 했다. ㉡ 요양원 입소와 관련하여, 병원이나 재활센터에서 요양원으로 전원하는 데 최대한 지연되지 않게 요양원(또는 중간보호시설) 접근을 위한 내부적 도구를 수정하였다. 입소자가 콜드존과 핫존 중 어느 곳에 배정되어야 하는지를 평가할 가이드라인도 마련되었다. ㉢ 돌봄 및 서비스의 조직 및 전달이 바뀌면서, 요양원들은 불필요한 단체 활동을 자제하고, 입소자의 침실에서 식사를 제공하며, 돌봄제공자들의 입소자 의복 세탁 중단 및 금지, 요양원 내 외부음식 반입 금지뿐 아니라 요양원에서 지급되지 않는 생필품이 입소자들에게 전달될 수 있는 안전한 메커니즘을 마련하였다. ㉣ 의료보건네트워크에서 병원 등 다른 자원의 활용을 회피할 수 있는 임시 단기보호 형태는 허용되었다. ㉤ 다른 요양으로의 전원 요청이 일시 중단되었다.

팬데믹 기간 중 이러한 초기 조치들은 추후 변경되었다. 예를 들어 핫존과 콜드존에서의 개인보호장비(PPE) 착용 규정도 각 보건 영역의 감염 확

산에 따라 수정되었다. 광역 몬트리올(greater Montreal) 이외 지역 요양원의 경우 콜드존에서는 의료용 마스크 착용이 의무화되었고, 입소자들에게 돌봄을 제공할 때는 (또는 입소자들과 물리적 거리두기 2미터 준수가 어려운 경우) 의료용 마스크와 눈 보호장비를 착용해야 했다. 단기보호(respite stay) 제한과 같은 일부 조치는 해제되었다.

넷째, 코로나19 의심환자, 검사 중인 환자 그리고 확진자의 치료에 대한 구체적인 가이드라인, 검사 프로토콜은 팬데믹 기간별로 달랐다. 4월 초 요양원 전파 초기에는 요양원 유증상 입소자에 대한 검사만 진행되었다.

이러한 조치는 팬데믹 기간 중 더욱 악화된 장기요양의 미흡한 점을 확연히 개선하지 못했고 코로나19의 확산을 막기에 역부족이었다. 4월 말경 광역 몬트리올 지역을 중심으로 다수의 요양원에서 확진자가 발생하였다. 중환자실 수용능력 확대에 집중하여 코로나19 확산을 억제하려는 노력은 요양원 관련 대응을 계획하고 적절한 장비를 갖추는 데 지연을 초래했다. 기존의 품질 이유와 인력 부족에 이러한 전략적 결정이 더해져 최악의 상황(perfect storm)이 도래했다. 2020년 6월 연구에 따르면 퀘벡주 요양원 코로나19 감염자의 사망률이 42%로 가장 높다(Hsu et al., 2020).

나. 시니어 레지던스 관련

공중보건청은 노인이 거주하는 다른 형태의 레지던스에 대한 지침도 마련하였다. 요양원과 마찬가지로 이러한 시설들도 3월 23일부터 5월 6일까지 봉쇄 조치를 준수하고 바이러스 전파 방지를 위한 엄격한 내부 프로토콜을 시행해야 했다. 정부는 3월 30일 시니어 레지던스에 4,000만 캐나다 달러, 중간보호시설 및 가족 형태 돌봄에 7,300만 캐나다달러의 긴급자금을 지원했다.

시니어 레지던스와 중간보호시설과 가족 형태 돌봄도 인력난을 겪었다. 인력부족을 해소하기 위해 정부는 해당 기관들에 시간당 임금 4캐나다달러 인상을 지원하겠다고 4월 2일 발표하였다.

다. 방문돌봄 관련

정치 및 언론은 주로 요양원과 시니어 레지던스에 관심을 두었다. 흥미롭게도 방문돌봄에 대한 이슈도 여러 번 제기되었으나 그 목적은 요양원 모델을 회피해야 한다는 맥락에서 강조된 것이었다. 그러나 코로나19로 인해 내려진 제한이 아닌 요양원 지원을 위해 인력이 동원되면서 방문돌봄 서비스도 파행을 겪었다. 방문돌봄 제공자도 팬데믹 기간 중 8%의 긴급수당을 지원받았다.

보건사회복지부 일반 가이드라인은 다양한 서비스 간 인력이동 제한, 코로나19 확진사례 및 고위험군 전담팀 구성, 수술용 마스크 착용, 불필요한 방문 중단을 위해 방문돌봄 이용자의 건강 및 돌봄 욕구 재사정 등의 내용을 담고 있다.[91] 관리자들은 방문돌봄 서비스를 받은 노인들과 접촉하는 돌봄종사자의 수를 제한하기 위해 서비스 전달을 재조정하고 특정 생활환경 또는 지리적 영역에 전담팀을 구성해야 했다. CISSS/CIUSSS가 정부와 계약을 맺는 제3자의 서비스를 임시로 대신 맡게 된 것은 주목할 만하다.

7월 초, 보건사회복지부는 방문돌봄서비스의 재개를 위한 단계적 계획을 마련하였다.[92] 총 4단계로 구성되어 있다. ① 일시 중단되거나 CISSS/

91) 관련 내용은 다음의 웹사이트(프랑스어)에서 확인할 수 있음. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/sad/

92) 세부사항은 다음의 웹사이트(프랑스어)에서 확인할 수 있음. https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/covid-19-directives-au-reseau-de-la-sante-et-des-services-sociaux/plan-de-retour-vers-les-services-usuels-de- soutien-a-domicile/

CIUSSS 방문돌봄팀이 맡아서 제공했던 제3자 제공서비스의 재개, ② 재가노인 임시돌봄(home respite care) 등 제3자 제공 모든 서비스의 재개, ③ 재가노인 임시돌봄 등 보건사회복지서비스 네트워크가 제공하는 서비스 정상 복귀, 기존 방문돌봄 수급자 대상 신규 서비스 추가 및 장기요양을 필요로 하는 신규 노인 수급자 대상 서비스 제공 포함, ④ 방문돌봄 프로그램상 모든 활동 재개.

앞에서 논의한 바와 같이 방문돌봄은 주로 사회적 경제 기업(EÉSAD)이 제공한다. EÉSAD 직원에 대해 금전적인 추가 보상은 없었으나, 정치적인 압력이 거세지자 4월 중순 정부는 요양원 근무자에게는 시간당 4캐나다달러, 방문돌봄 제공자에게는 임금의 8%를 추가로 제공하였다(EÉSAD 직원의 기본급이 더 낮은데도 불구하고 CISSS/CIUSSS 직원에게도 동일한 8% 임금인상 제공). 팬데믹 기간 중 개인보호장비 구입이나 관행 개선을 위한 EÉSAD 네트워크 추가 지원은 없었다. 일부 지역사회기관의 코로나19 대응을 지원하기 위해 4월 중순 총 2,000만 캐나다달러가 지원되었다. 최근 정부는 152개 전국 조직과 3,476개 지역 조직에 코로나19로 인한 지역사회의 자금난 해소를 돕기 위한 총 7,000만 캐나다달러의 지원을 발표했다.

2. 코로나19 관련 지역자원 대응: 요양원 중심으로

요양원 관련 공중보건당국이 직면하고 있는 3대 핵심과제인 인력부족, 감염 관리 장비 접근성, 요양원의 서비스 품질에 대해 논의한다.

1) 인력부족

캐나다 장기요양 분야에서 인력 문제는 새로운 이슈가 아니다. 요양원, 방문돌봄서비스, 시니어 레지던스 모두 이러한 문제를 겪고 있다. 옴부즈맨, 전문가위원회, 감사국(Office of the Auditor General) 모두 요양원 포함 노인 대상 돌봄의 자원 부족 문제를 신랄히 비판한 바 있다(Marier, 발표 예정). 한 연구에 따르면, 캐나다에서 누락되거나 성급하게 진행되는 돌봄활동의 비중이 특히 높은 것으로 나타났다(Song, Hoben, Norton, & Estabrooks, 2020). 요양원에서 요양보호사(orderlies)나 간호사를 고용하여 인력을 유지하는 것도 어렵다. 돌봄의 75-80%를 제공하는 요양보호사들의 근로조건은 열악하며 일로 인한 부상이나 질병에 걸릴 확률이 매우 높다(Estabrooks, Squires, Carleton, Cummings, & Norton, 2015). 돌봄인력의 85%는 여성이고 50%는 캐나다 이외 지역 태생이다(Estabrooks et al., 2015).

최근 정보에 따르면 심각한 인력부족으로 인한 악순환으로 개입 능력이 저하되고, 정부가 돌봄종사자들이 2곳 이상의 요양원에서 근무하지 못하도록 하는 법안을 만들지 못하는 주된 이유이기도 하다. 브리티시컬럼비아주의 전염 통제 노력에서 배울 수 있는 긍정적 교훈이 있다. 요양보호사들의 복수 요양원 근무를 막는 것이 중요하다는 점은 인식하지만, 정부는 그러한 조치를 시행하지 못했다. 또 인력 풀을 극대화하기 위해 관리자들은 일방적으로 휴가를 중단 또는 보고하고 임시 인력을 고용할 수 있는 유연성을 확보했다.

인력부족 문제는 급속히 악화되었고, 공공네트워크 소속 요양원 근무자에 대한 추가 근무수당(기본수당의 4-8% 수준) 지급의 효과는 미미했다. 4월 퀘벡주 총리의 일일 언론기자회견을 분석해보면 이러한 점이 분명히 드러난다. 인력난을 해소하기 위해 4월 8일 정부는 의사 450명, 간

호사 500명의 요양원 배치를 발표했다. 10일이 채 지나지 않아 정부는 더욱 적극적인 조치를 단행해야 했다. 4월 14일 주 총리는 근무를 중단한 1,200명의 돌봄종사자에게 현장으로 복귀하고, 의료 교육을 받은 개인들은 자원하고 일반 시민들은 새로 신설된 웹사이트(Je contribue) 등록을 통해 요양원 근무를 신청하도록 독려했다.[93] 4월 15일 주 총리는 요양보호사와 간호사 등 2,000명의 추가 인력이 필요하다고 밝혔다. 4월 17일 총리는 기자회견에서 요양원에 국가적 비상사태가 발생했으며 더 많은 시민들의 도움이 필요하다고 말했다. 4월 20일, 주 총리는 요양원에 여전히 2,000명의 인력이 부족하다고 말했다. 22일에는 공식적으로 캐나다 총리에게 캐나다 군(CAF) 1,000명의 인력 지원이 필요하다고 호소했다. 군은 1,350명의 인력을 퀘벡주에 동원하였으며 이 중 1,050명은 25개 요양원에서 직접 근무하였다.[94] 4월 23일 주 총리는 전체 보건네트워크에서 9,500명의 인력이 일터를 떠났으며, 이 중 4,000명이 코로나19에 감염되었다고 밝혔다. 인력부족 문제는 5월 말부터 서서히 개선되기 시작했다.

초기 장관 명령에 따라 관리자들은 에이전시를 통해 인력을 충원할 수 있었다. 광역 몬트리올 지역에서 요양원 청소 및 방역 관련 작업에 많은 임시 근로자가 고용되었다. 최근에는 불확실한 신분에도 불구하고 난민들이 일선에서 일하고 있다는 언론보도도 있었다. 9월 말 일부 CISSS/CIUSSS는 요양원 감염이 계속 발생하고 있음에도 불구하고 일부 인력을 충원하기 위해 여전히 임시근로자 에이전시에 의존하고 있다.

(보건 기관 간 이동 및 병원으로부터 전원 제한으로 인해) 요양원 입소자

93) 계속되는 인력난에 더해 언론은 자원한 사람들에 대한 후속조치에 있어 많은 지연과 의사소통 문제가 빈번하다고 보도했다.

94) 캐나다 군이 발표한 보고서는 다음의 웹사이트(프랑스어)에서 확인할 수 있음. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/sante/documents/Problemes_de_sante/covid-19/Rapport_FAC/Observation_FAC_CHSLD.pdf?1590587216

의 수가 일시적으로 증가하고, 코로나19 발생 초기의 장비 부족이나 관행상의 문제, 그리고 요양원에서 감염 관리가 복잡해지면서 인력난이 악화되었다. 많은 노인들이 생활하는 환경, 특히 요양원의 어려움이 언론에 대대적으로 보도되었다. 현재 진행되는 연구 프로젝트에서 2월 24일부터 6월 15일까지 몬트리올 지역 주요 프랑스어 신문(La Presse)에서 이 이슈를 다룬 기사가 100건이 넘었음을 확인할 수 있었다. 많은 기사들이 어려운 환경에서도 묵묵히 용기를 갖고 일하는 돌봄종사자에 대한 내용을 담고 있지만, 공공기관에 대한 체념과 분노에 대한 기사도 많았다. 일부 기사에서는 상황이 너무 심각하여 코로나19 증상을 보이는 직원도 출근하거나 마스크 부족으로 커피 필터를 활용한 마스크를 착용하라는 지시를 받았다는 내용을 보도하였다(Cox, Dickson, & Marier, 2020). 캐나다 군의 5월 보고서에 명시되었듯이 인력부족은 요양보호사에 한정된 문제가 아니었다. 팬데믹에 대응할 수 있는 의료훈련을 받은 인력이 요양원에 절대적으로 부족했으며 이는 정부가 충분한 인적자원을 배치하지 못했음을 시사한다.

팬데믹 기간 중 돌봄종사자들이 근로를 중단한 이유와 동기에 대한 연구나 연관 정보는 없는 상황이다. 그러나 코로나19 감염 이외에도 몇 가지 이유는 있다. 첫째, 일터를 떠난 많은 사람들이 열악한 근무조건, 공공기관의 준비성 부족, 개인보호장비 부족 등을 이유로 꼽았다. 자신들의 하는 업무의 가치에 대한 낮은 인식도 또 다른 이유이다. 둘째, 많은 돌봄종사자들은 여성, 이민자, 한부모 또는 최저임금을 받는 비정규직 근로자이다. 3월 봉쇄령이 내려졌을 때 많은 돌봄종사자들이 가족과 함께 집에 머무르는 것 이외에 별다른 대안이 없었다. 이러한 문제는 인력의 구성과 불안에 직격탄을 날렸다. 셋째, 캐나다 비상대응수당(CERB: Canada Emergency Benefit Response)은 임금 상실분 일부를 보존하는 데 도움을 주었으며, 상당히 유연하다. 주당 최대 500캐나다달러까지 지원한다.[95] 최저임금이나 최저임금보다 약간 높은 수준의 임금을 받으며 요양원에서 일하는 지원 인력에게

이러한 비상대응수당(CERB)은 실제 임금 소득에 맞먹는 금액을 제공한다. 넷째, 일선 현장의 이야기와 과거 요양원의 경험으로 인해 바이러스와 바이러스가 보건인력에게 미치는 영향에 대한 두려움이 증폭되었다.

2) 적절한 장비에 대한 접근

비교 연구에 따르면 퀘벡주와 마찬가지로 많은 국가에서 병원 중심의 접근법을 취하는데 이는 팬데믹 기간 중 요양원 직원의 안전유지 실패로 이어졌다. 전 세계 많은 요양원 근로자들이 개인보호장비(PPE) 없이 근무하는 결과를 초래했다(McGilton et al., 2020). 개인보호장비 구비 미흡과 진단 역량 부족은 퀘벡주 언론 보도에 자주 등장했다. 공급에 대한 엄격한 통제와 개인보호장비 부족은 온라인 포럼에 자주 등장한 이슈로 팬데믹 기간 중 간호사에 대한 관리 행태에도 많은 비난이 이어졌다(Perron, Dufour, Marcogliese, & Gagnon, 2020). 캐나다 다른 지역 대비 퀘벡주 정부가 개인보호장비 확보 노력을 게을리하고, 개인보호장비 지급 우선대상 선정에 있어 요양원에서 일하는 일선 인력에 병원 근로자와 동등한 지위를 부여하지 않은 데 대해 많은 비판을 받았다.

적절한 장비 수급이 원활하게 된 이후에도 모범관행은 지켜지지 않았다. 캐나다 군의 보고서는 높은 이직률과 핫존/콜드존 구분 없는 관리감독 미흡을 지적하였다.

3) 품질

캐나다 공공 어젠다에서 요양원의 품질문제가 또 다시 수면 위로 떠올랐다. 많은 요양원이 1970년대에 지어져 노후화가 심각했고 보건복지부와

95) 2019년이나 2020년에 근로소득 5,000캐나다달러(한화 약 454만원) 이상인 비공식 돌봄제공자에게 주어지는 캐나다 회복돌봄수당(CRCB: Canada Recovery Caregiving Benefit)이 있다. 한 달에 최대 2,000캐나다달러(한화 약 181만원)까지 지원된다.

계약을 맺은 개인(without affiliation) 요양원의 품질에 대한 이슈가 주 논의 대상이었다(privés non-conventionnés). 이러한 일부 요양원의 문제는 상당히 심각했다. 언론에 집중 보도된 요양원(CHSLD)인 몬트리올 소재 Hérron은 4월 중순 코로나19 발생 한 달 만에 150명 입소자 중 31명이 사망했다는 보고 이후 현재 조사를 받고 있다.[96] 이러한 사건 발생 후, 정부는 이러한 형식의 요양원에 대한 대대적인 점검을 즉시 시행했다. 옴부즈맨(Protecteur du citoyen) 최근 보고서에 따르면 이러한 요양원은 인력 부족 및 이직률 문제가 더 심각했다. 더 복잡한 증상이 있는 입소자 관리에도 어려움을 겪고 있었다(Protecteur du citoyen, 2020, p. 135). 퀘벡 주정부는 요양원 현대화 및 새로운 형태의 요양원(maison des aînés) 설립이라는 선거공약을 재추진하기로 결정했다.

노인돌봄에 있어 퀘벡주보다 민간부문에 훨씬 더 많이 의존하고 있는 온타리오주에서 민간요양원에 제공하는 서비스의 품질과 역할에 대한 정책 논의가 더 활발하게 이루어졌다. 캐나다 군은 온타리오에도 개입하였고 매우 비판적인 보고서를 내놓았다. 캐나다의학협회저널(Canadian Medical Association Journal)이 발표한 최근 연구에 따르면 온타리오주 요양원의 민간/공공 운영 구분은 코로나19 발생 확률에 아무런 영향을 미치지 않았다. 그러나 감염 발생의 정도 및 사망 입소자 수는 민간요양원에서 높았으며, 노인시설 설계 표준과 시설 소유권이 주요 원인인 것으로 파악하였다(Stall, Jones, Brown, Rochon, & Costa, 2020).

장기요양시설에 코로나19 위기가 미친 유례없는 범위와 폭의 영향으로 인해 2020년 3월 23일 요양원 방문제한 시행 이후 돌봄 품질이 상당히 빠르게 후퇴했다. 감염자가 발생한 요양원의 상황이 특히 그러했다.

---

96) Tommy Chouinard, Vincent Larouche, and Gabrielle Duchaine. CHSLD Herron: De la grosse négligence, La Presse, 2020년 4월 12일.

돌봐야 할 환자 수에 돌봄종사자들이 압도되고 명확한 가이드라인, 자원, 시간의 부족을 겪으면서 방치(neglect)에 대한 보고가 다수 있었다. 4월 말에는 영양실조와 탈수로 고통받거나 심지어는 죽어가는 노인에 대한 언론 보도도 있었다. 이로 인해 인권위원회에 진정과 소송이 이어졌다.

제4절 결론

6월 18일 정부는 점진적인 제한조치 완화 계획에 돌입했다. 장기요양도 여기에 포함되었다. 요양원 방문자 출입제한은 특정 조건을 전제로 해제되었다. 새로운 가이드라인은 방문자와 '도움 또는 중요한 지원을 제공'하는 돌봄제공자(caregiver)를 구분하고 있다. 코로나19 확진자가 없는 요양원은 방문자와 돌봄제공자를 관리할 수 있는 충분한 인력이 있는 경우 이들의 출입을 허용하며, 방문자는 정해진 수칙을 준수해야 한다. 코로나19 확진자가 2명 이상인 요양원은 돌봄제공자만 출입이 가능하다. 가이드라인은 보건/장기 요양시설 간 이동제한의 필요성을 강조하지만 요양원에서 돌봄을 제공하는 요양사들은 코로나19 확진자가 없는 다른 요양원에서(그리고 일부 확진사례가 발생한 경우, 가능하다면 콜드존에서) 활동을 재개할 수 있었다. 미용이나 여가와 같은 다른 서비스도 6월 26일 코로나19 확진자가 없는 요양원에 한해 재개되었다.

요양원의 인력 부족은 여전히 주요한 과제로 남아 있다. 2020년 9월 현재, 인력부족 현황에 대해 확인해 달라는 대중의 압력이 거세지자 정부는 여전히 간호사 부족 문제가 있음을 인정하였다. 이러한 문제로 인해 정부는 5월에 유료로 신속 교육을 제공하는 대대적인 채용 캠페인을 벌였고, 연봉 49,000캐나다달러(시급 26캐나다달러)를 약속하였다. 약

10,000명의 신청자가 6월 교육 프로그램에 등록하였으며, 7,000명이 넘는 인력이 9월 초 업무를 개시했다.

정책행위자들은 이러한 이니셔티브에 대해 엇갈린 반응을 보였다. 첫째, 12주간 진행되는 집중 교육 프로그램은 요양보호사들이 일반적으로 받는 교육시간의 50%가 채 안 되는 수준으로 교육훈련의 품질을 보장할 수 없고, 이렇게 훈련받아 채용된 인력이 코로나19 상황 대처 역량에 대한 심각한 의문이 들었다. 둘째, 약속된 시급 26캐나다달러 적용에 필요한 노조와의 합의가 아직 타결되지 않았다. 요양원에서 근무하는 종사자에 대한 보상과 같은 다른 복잡한 문제도 얽혀 있다. 정부가 약속한 임금은 간호사 초임 등 더 높은 직제에 속한 다른 직업군보다 더 높은 수준이다. 아직 해결되지 못한 사안으로, 초반에 고용된 사람들은 약속된 26캐나다달러를 받지 못했다. 마지막으로 이 정책은 요양원에 근무하는 사람과 노인장기요양의 다른 분야에서 종사하는 사람 간에 커다란 임금 격차를 유발한다는 데 대해 많은 비판을 받았다. 많은 전문가들은 시니어 레지던스, 중간보호시설/가족형태 돌봄, 사회적 경제기업(EÉSAD)에서 일하는 종사자들의 임금은 최저임금보다 약간 높은 수준이며, 코로나19로 인해 많은 인력이 현장을 떠났다고 지적한 바 있다. 이로 인해 지역 보건당국(CISSS/CIUSSS) 내에서 가정돌봄에서 요양원으로의 전환이 될 수도 있다. 현재 방문돌봄 서비스는 상당히 취약한 상황이다.

정부도 공공네트워크 외부에서 운영되는 민간요양원의 품질 개선 방향을 고심하고 있다. 현재 정부는 모든 민간 요양기관이 conventionnés이 되는 방안(공공네트워크에 편입시키는 것)을 검토하고 있다. 어떻게, 어떠한 조건으로 가능한지는 아직 불확실하다. 그러나 요양원이 전체 요양시설 병상의 약 10%를 차지하는 퀘벡주에서 이것은 하나의 대안이 될 수 있다.

온타리오주는 민간 돌봄기관의 역할과 중요성으로 인해 공공네트워크에 편입시키는 것이 더 많은 비용이 많이 들기 때문에 정부 당국이 해결하는

것은 더욱 어려운 상황이다. 온타리오주는 요양산업과 관련된 독립위원회를 출범시켰다.

결론: 향후 전망

지금까지 퀘벡과 온타리오의 장기요양에 코로나19가 미친 영향은 유례가 없는 것으로, 정책 분야에서 여러 가지 이슈에 대한 인식을 전환시켰다. 코로나19 팬데믹과 그로 인한 비극적인 결과는 의미 있는 장기요양 개혁을 이룰 흔치 않은 정책의 창을 열어준다는 의미에서 '집중해야 할 사안'이라고 판단된다(Béland & Marier, 2020). 한국과 비슷한 연방정부 차원의 장기요양보험 프로그램 마련에 대한 요구도 높아지고 있다. 이것이 주정부 관할 사항이기 때문에 연방정부가 각 주와 합의를 도출할 수 있을지는 분명치 않다. 주 지도자, 특히 퀘벡주 총리는 현재의 많은 문제가 지난 25년간 주정부가 보건 및 사회지출(health transfer)을 감축한 결과라고 지적한 바 있다.

현재 퀘벡주에서는 코로나19 관리 및 요양원 위기에 대한 조사가 진행 중이다. 여름 요양보호사 교육으로 일부 인력난은 해소될 것으로 보이나, 현재 상황으로 비추어보아 인력난이 바로 해소될 조짐은 보이지 않는다. 다른 장기요양 프로그램과 서비스가 코로나19로 인해 타격을 입긴 하였지만 아직까지 총체적인(systemic) 피해로 이어지지는 않았다. 향후 몇 달간 이러한 상황이 바뀔 수도 있다.

제4장

핀란드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 서론
제2절 코로나19 발생 현황
제3절 노인돌봄 정책 현황
제4절 코로나19 관련 노인돌봄 대응
제5절 결론

제4장 핀란드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

Leena Forma[97], Jutta Pulkki[98], Mari Aaltonen[99]

제1절 서론

2020년 3월 세계보건기구(WHO)는 코로나19 글로벌 팬데믹을 선언했다. 핀란드 정부는 국민과 사회, 경제를 보호하기 위한 목적으로 즉시 비상사태를 선포하였다.

바이러스 전파 예방을 위한 가장 강력한 조치는 대부분의 감염이 확인된 수도가 있는 지역(핀란드어로 우시마)을 다른 지역과 격리하는 것이었다. 또 70세 이상 노인은 코로나19 감염 시 심한 증세를 겪기 때문에 격리와 비슷한 조건에서 생활하도록 권고하였다. 이러한 조치와 더불어 가능한 경우 학교와 기업체의 원격수업/근무가 시행되었다. 식당은 문을 닫았으며, 10명 이상 집합금지령도 내려졌다.

이러한 비상사태는 3개월간 지속되어 6월에 종료되었다. 그러나 여름에도 여전히 많은 제한조치가 시행되었으며 대부분의 대중 행사는 취소되었다. 코로나19 확진자 수는 8월에 다시 증가하기 시작하였으며, 일부 제한조치가 강화되었다. 2020년 9월 현재 해외여행 제한령이 발효 중이다. 50명 미만 집합모임은 허용되었으며 50-500명이 모이는 행사는 특별한 조건에서만 허용된다.

---

97) University of Helsinki 조교수
98) University of Tampere 조교수
99) University of Tampere 연구위원

현재는 광범위한 제한조치에서 확산된 감염병 관리로의 전환을 의미하는 '하이브리드 전략'을 시행하고 있다. 이러한 전략은 검사, 추적, 격리, 치료에 초점을 맞춘다. 코로나19 초기 검사 역량은 제한적이었으며 대기기간도 길었지만, 현재 검사 역량은 최악의 상황 대비 6배 증가하였다.

팬데믹 기간 중 시민들은 타인과의 접촉을 삼가고, 가이드라인에 따라 손을 자주 씻고, 기침이나 재채기를 할 때에는 위생수칙을 준수하라는 권고를 받았다. 오랫동안 마스크 사용 권고에 대해 혼란이 있었다. 사회보건부(MSAH: Ministry of Social Affairs and Health)는 2020년 5월 마스크 사용의 효과성에 대한 검토를 의뢰하였고 그 결과 마스크 사용에 대한 권고는 내려지지 않았다. 그 이후 핀란드 보건복지연구원(THL: Finnish Institute for Health and Welfare)은 14일 이내에 코로나19 확진자가 발생한 병원지구(hospital district) 내 사람이 밀집한 공간에서는 마스크 착용을 권고하였다.

2020년 9월에는 휴대폰 앱 Koronavilkku이 출시되었다. 핀란드 보건복지연구원(THL)이 만든 접촉추적 앱으로 코로나바이러스 노출 여부를 확인하는 데 도움을 준다. 이 앱은 출시일에 50만 회 다운로드되었으며 3일 후 다운로드 횟수는 180만회에 달했다.

핀란드 보건복지연구원(THL)은 핀란드의 전반적인 의료보건체계가 성공적으로 위기를 관리했으며 정책의 여러 위기에 잘 대응했다고 평가한다. 또 핀란드는 70세 이상 노인 인구도 성공적으로 보호했다. 그러나 코로나19 사망자의 거의 절반이 노인요양원(care home)에서 발생했다.

본 보고서는 주로 공식적인 방문돌봄이나 요양원(24시간 돌봄)을 이용하는 노인을 중심으로 서술하지만 많은 내용에서 코로나19의 영향을 받은 노인 인구에 대한 전반적인 정책 대응 맥락에서의 노인을 다룬다. 권고안은 주기적으로 업데이트되지만 본 보고서는 코로나19 감염이 가장 극심한 시기부터 2020년 6월까지의 권고안을 살펴본다.

제2절 코로나19 발생 현황

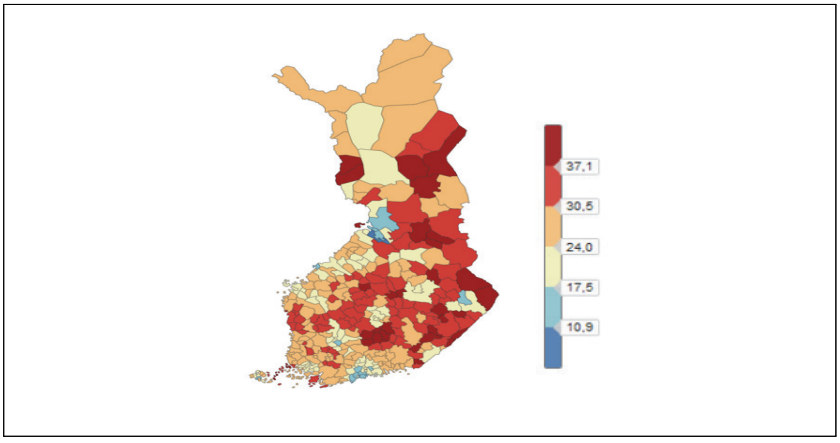
1. 개요

핀란드는 북유럽에 위치한 국가이다. 유럽연합(EU) 회원국이며 5개 노르딕 국가 중 하나이다. 노르딕의 복지시스템은 보편주의에 기반하고 있으며, 이는 모든 국민이 자신들의 니즈에 따라 돌봄을 받을 권리가 있다는 것을 의미한다. 보건사회복지 서비스는 세금으로 운영되나 이용자가 비용을 일부 부담하는 서비스도 많다. 서비스 이용료는 다른 노르딕 국가나 EU 회원국 대비 높은 수준이다.

핀란드 인구는 550만 명이다. 65세 이상 인구의 비중은 21.8%로 유럽에서 가장 높다. 연령구조는 지역별로 다르다(그림 4-1 참고). 연령구조는 각 지방의 규모와 관련이 있다. 가장 작은 지자체는 65세 이상 인구 비중(30%)이 큰 지역(인구 10만 명 이상인 지역은 18%) 대비 높다. 2020년 초 기준, 핀란드의 130개 지자체 대부분(n=197)은 인구가 10,000명 미만이다.

[그림 4-1] 2019년 65세 인구 비중

(단위: %)



자료: Kuntaliitto (2020) Municipal population and age structure. 2019년 12월 31일.

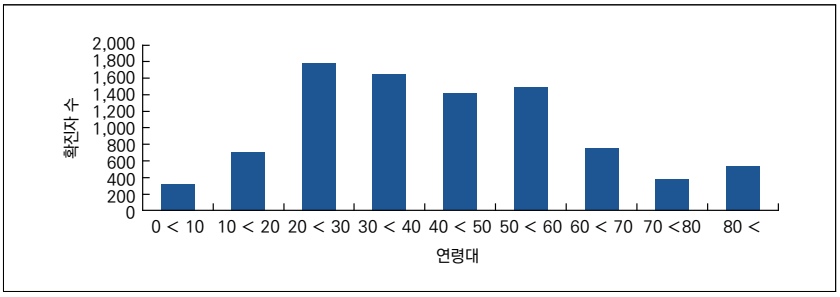
2. 전체 인구 중 확진자 수 및 사망자 수

2020년 9월 15일 기준, 총 검사 표본 수는 약 812,400명이며, 보고된 총 확진자 수는 8,627명이다. 확진자 수가 가장 많은 연령대는 20대, 30대, 50대, 그리고 40대 순이다(그림 4-2 참고).

코로나19 관련 사망자는 330명으로 보고되었다. 핀란드 인구 5,543,233명의 발생률은 인구 10만 명당 156명이다. 9월 15일 추정에 따르면 확진자 중 7,500명이 완치(확진자 중 거의 90%)되었다.

[그림 4-2] 연령별 코로나19 확진자 수(2020년 9월 7일)

(단위: 명)



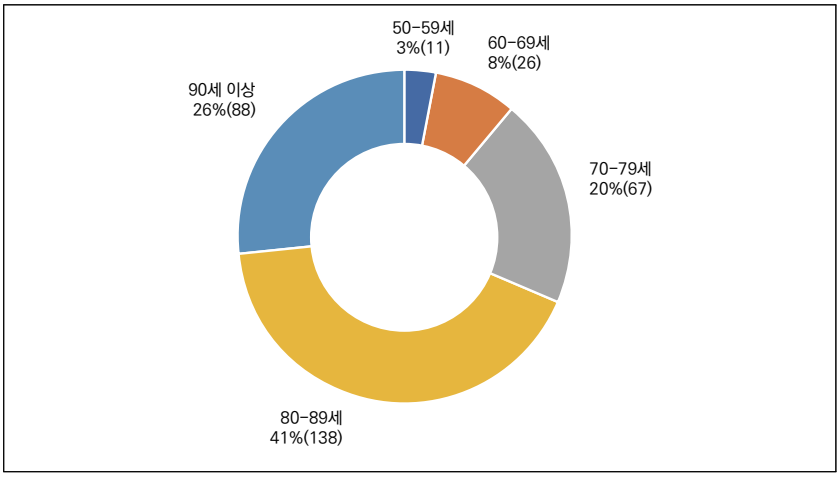
자료: Finnish Institute for Health and Welfare (2020). Situation update on coronavirus.

3. 코로나19 사망자의 연령 및 성별 분포도

코로나19 사망자 수는 80-89세 노인 인구에서 가장 많고 그다음으로 90세 이상 노인에서 높다(그림 4-3 참고). 9월 15일 기준 통계에 따르면 코로나19 사망자 중 48%는 남성, 52%는 여성이다. 사망자의 중간 나이는 84세이다.

[그림 4-3] 코로나19 사망자 연령분포

(단위: %)

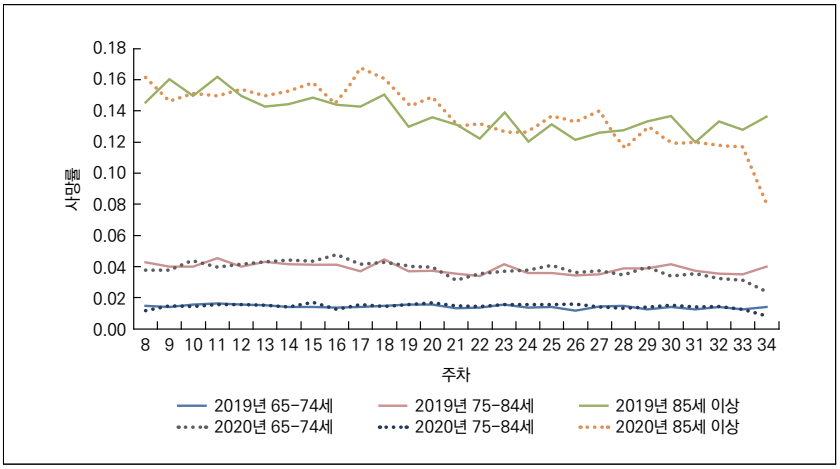


주: 젊은 층의 사망률은 5% 미만으로 통계에서 제외함
자료: Finnish Institute for Health and Welfare (2020). Situation update on coronavirus.

인구사망 통계 데이터베이스(Human Mortality Database) 초기 사망률 통계를 보면, 2019년 봄과 2020년 봄 사망률에 큰 차이가 없다. [그림 4-4]는 8-34주차(2월 17일부터 8월 23일) 사이 65세 이상 인구의 사망률을 보여준다. 2020년 20주차에서 22주차 사이 가장 높은 연령군(85세 이상)의 사망률은 2019년 대비 소폭 상승하였다. 그러나 이러한 수치를 바탕으로 증가세가 얼마나 유의미한지 파악하고 코로나19와의 관련성을 확정 짓는 것은 불가능하다.

[그림 4-4] 2020년 8~34주차 65~74세, 75~84세, 85세 이상 인구의 사망률

(단위: %)

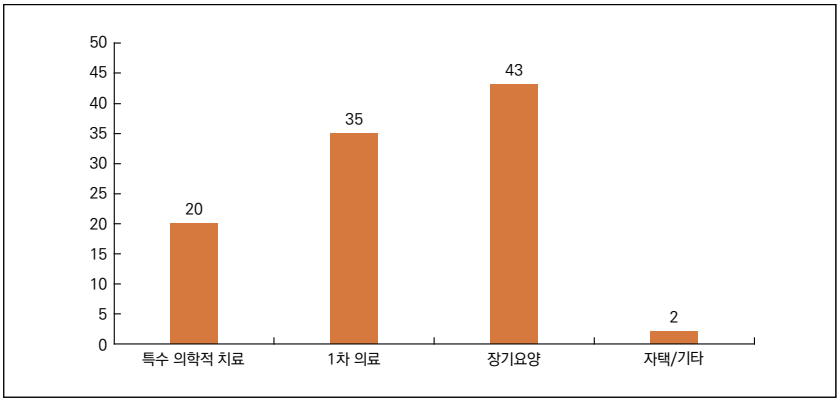


자료: The Human Mortality Database. www.mortality.org(referred 22nd September 2020)

대부분 확진 사례가 젊은 층에서 발견되었지만(그림 4-2 참고), 코로나19 사망자 대부분은 노인 인구이다(그림 4-3 참고). 핀란드 보건복지연구원(THL) 통계에 따르면 코로나19 사망자의 43%는 장기요양시설에서 발생했다. 사망률이 두 번째로 높은 곳은 핀란드에서 노인사망의 주요 장소인 보건센터이다(1차 의료) (그림 4-5 참고). 해당 수치는 사망 장소를 보여주는 것으로 감염 전 거주 장소를 의미하지 않는다. 보건센터의 경우, 사망자 중 몇 명이 자택거주 또는 요양원 거주인지는 알려지지 않았다. 그렇기 때문에 요양원에서 치명적인 바이러스 감염된 사람이 보고된 요양원 사망자 수보다 많을 수 있다.

[그림 4-5] 코로나19 사망자의 사망 장소(2020년 9월 15일)

(단위: %)



자료: Finnish Institute for Health and Welfare (2020). Situation update on coronavirus.

코로나19 확진 사례는 전국적으로 급증했다. 2020년 봄에는 우시마 지역과 수도 헬싱키의 확진자 수의 증가세가 가장 빨랐다. 9월에도 핀란드 다른 지역 대비 확진자 수가 높다. 우시마 지역과 헬싱키의 확진자 수가 가장 많기 때문에 요양원 확진자 수도 많다. 헬싱키 요양원의 첫 감염 사례는 2020년 3월 말에 확인되었다. 감염병 발병 초기부터 2020년 5월까지 요양원 입소자 132명이 확진 판정을 받았으며 이는 헬싱키 요양원 입소자의 3% 수준이다. 확진 입소자 중 80명이 코로나19로 사망했는데, 이는 헬싱키 요양원 입소자의 1.8%이다. 일부는 요양원에서, 일부는 입원 중 사망하였다. 헬싱키 요양원과 헬싱키시에서 서비스를 위탁한 민간 장기요양시설 모두에서 확진자가 발생하였다.

2020년 봄, 소규모 지자체 등 다른 지역에서도 코로나19 확산세가 증가하였다. 요양원에서 한 명의 확진자가 다른 입소자를 감염시킨 것이었다. 최악의 사례 중 하나는 북사보(Northern Savonia) 지역 Kiuruvesi 소재 요양원 입소자 중 약 1/3이 사망하였다. 해당 요양원은 민간기업이

운영하던 시설인데, 투약 및 의학적 치료가 제대로 되지 않았고, 직원이 부족했으며, 위생 및 청결에도 소홀했던 것으로 드러났다. 해당 요양원의 운영책임은 민간기업에서 북사보 보건사회복지협회(Northern Savonia Health and Social care Municipal Association)로 이관되었다. 요양원 고객과 환자 안전이 위험한 것으로 판단되었기 때문이다. 여름부터 9월 중순까지 핀란드에서 다른 유사사례는 보고되지 않았다. 전반적인 감염률이 낮아졌기 때문이기도 하지만 봄에 요양시설에 내려진 가이드라인이 제대로 작동하고 잘 준수되었기 때문이다. 그러나 9월 코로나19 확진자가 증가하면서 노인요양시설에서 새로운 확진 사례가 발생하고 있다.

제3절 노인돌봄 정책 현황

1. 노인돌봄 전달체계 구조

핀란드에서 지방자치단체는 시민을 위한 보건사회복지서비스 조직을 담당한다. 각 지자체는 자체적으로 또는 다른 지자체와 공동으로 서비스를 제공하거나 영리/비영리 단체에서 서비스를 구매하기도 한다. 과거 여러 행정부에서 보건사회복지 개혁을 준비해 왔다. 개혁의 목적은 보건사회복지서비스 조직의 책임을 작은 지자체에서 주(county) 같은 더 큰 주체로 이관하는 것이다(현재 계획에는 18개 주 포함). 돌봄 접근성의 평등을 향상시키는 것을 골자로 한다.

핀란드에는 지방정부행정위원회(AVI: Regional State Administrative Agencies)라 불리는 6개의 지역 주체와 21개의 병원지구(hospital district)를 두고 있다. 지방정부행정위원회(AVI)는 국가 목표에 따라 지자체와 협력하여 보건사회복지서비스 개발을 지원한다. AVI는 지방정부와 민간부문의 보건사회복지를 지도하고 모니터링한다. 각 지자체는 각 지역 거주민을 위한 의료보건을 제공하는 병원지구에 속해 있다.

2. 노인서비스 구조

노인(일반적으로 75세 이상)을 위한 공식/비공식 돌봄은 주로 가정에서 제공된다(〈표 4-1〉 참고). 노인은 주로 가족구성원이 돌보는 경우가 많으며, 지자체가 가족돌봄을 지원하기도 한다. 가족돌봄자(family caregiver)에 대한 지원에는 재정 지원, 휴가 제도, 돌봄업무 지원, 돌봄 수혜자에 대한 일부 서비스가 있다. 가족돌봄자는 노인을 위한 공식 돌봄을 대체하는 광범위한 역할을 하고 있으며 연간 약 28억 유로의 비용을 절감해 주는 것으로 추정된다.

공식 방문돌봄(home care, 가사도움 및 요양)과 지원서비스(식사 배달, 목욕, 청소 등)는 필요한 대상에게 제공된다. 방문돌봄에는 간호사나 의사 방문과 같은 의료보건 업무와 절차도 포함하지만 돌봄의 종류는 수급자의 니즈에 따라 지자체 간 그리고 지자체 내에서도 다양하다. 또 방문돌봄 이용자들은 보건센터(health centre, 1차 의료) 및 병원(2차, 3차 의료)의 입원 및 통원 서비스를 이용할 수 있다. 방문돌봄은 주간돌봄센터(day centre)에서 제공하며, 방문돌봄 이용자들과 비공식 돌봄 이용자들에게 다양한 주간 활동을 제공한다. 이러한 활동의 목적은 노인의 기능적 능력과 자신의 집에서 거주할 수 있는 능력을 지원하고 비공식 돌봄자들에게 휴가를 제공하는 것이다.

24시간 장기요양(LTC: long-term care)은 돌봄 욕구가 가장 높은 사람을 위한 것이다.[100] 24시간 돌봄을 받는 대부분의 노인은 인지장애를 겪고 있다. 24시간 돌봄은 24시간 지원이 제공되는 보호주택(sheltered housing)에서 대부분 제공된다. 보호주택은 2000년대 보건센터 입원 병동이나 요양병원(nursing home)에서 제공되는 시설돌봄을 대체했다. 보건센터는 여전히 노인돌봄에서 중요한 역할을 하고 있으나, 최근 이러한

100) 이후 요양원(care home)은 24시간 장기요양시설을 의미함

센터는 장기요양보다는 통원치료 및 급성질환 치료를 제공한다. 요양원에 거주하는 노인은 요양원에서 1차 진료를 받게 되어 있지만 이러한 시설에는 급성질환이나 특수한 의학적 치료를 제공할 수 있는 자원이 없다. 그렇기 때문에 심각한 질환을 앓고 있는 재가노인 또는 요양원 거주 노인은 보건센터 입원병동이나 병원지구(hospital district)의 거점 병원(central hospital)에서 치료를 받는다. 보건소는 임종돌봄 및 출산이 이루어지는 중요한 장소이기도 하다. 지자체별로 장기요양의 활용에 큰 차이가 있으며, 노인 대상 다른 서비스에도 차이가 있을 것이다. 지방정부가 제공하는 공식 서비스와 더불어 영리기관과 많은 비정부기관, 교회 등도 노인과 그 가족을 위한 다양한 활동과 지원을 제공한다.

〈표 4-1〉 2018년 서비스 비중

(단위: %)

구분	75세 이상	85세 이상
공식돌봄 받지 않음	75	53
가족돌봄자를 위한 지원	5	7
방문돌봄	11	22
24시간 돌봄	9	18
합계	100	100

자료: Noro A. (2019) Ikäihmisten palveluiden vertaiskehittäminen. In: Sote-järjestelmän bencmarking-päivä.

3. 노인 서비스의 최근 도전과제

핀란드 인구 수명이 점차 늘어나고 출산율이 감소하면서 고령화가 급속도로 진행되고 있다. 이러한 인구 변화는 노인인구를 위한 서비스의 양적 및 질적 변화를 요구한다. 더 많은 사람에게 도움이 필요하지만 비용도 통제해야 하는 것이 가장 큰 문제이다. 이러한 사실 때문에 노인돌봄의 변화는 지난 수십 년간 진행되어 왔으며 아직도 진행 중이다. 핀란드 정부는 수많은 국가 가이드라인과 더불어, 노인과 노인 대상 서비스에 직접 관련된 핀란드 최초의 입법 이니셔티브인 고령화 인구 기능적 역량 지원 및 노인을 위한 사회보건서비스에 대한 법률(Act on Supporting the Functional Capacity of the Ageing Population and on Social and Healthcare Services for Older People)을 마련했다. 이 법률은 2013년 7월 1일 제정되었으며 이후 몇 차례 개정되었고, 현재도 개정 중이다.

방문돌봄은 증가한 반면, 시설돌봄 병상 수는 감소하였다. 노인돌봄 정책은 가능한 한 오래, 삶을 마감할 때까지도 자택에서 거주하는 것을 목적으로 한다. 방문돌봄의 품질을 개선하고 재가노인의 개별적 니즈를 더 잘 충족시키기 위한 여러 프로젝트가 진행된 바 있으나 여전히 개선할 점이 있다. 예를 들어 방문돌봄을 받는 사람의 수가 많이 늘어났으며 이로 인해 돌봄종사자가 겪는 스트레스나 압력도 증가하였다. 또 많은 노인이 충분한 도움 없이 집에 거주하면서 Kröger et al.(2019)이 정의한 '돌봄 빈곤(care poverty)' 현상이 빈번하게 일어나고 있다.

지난 10년간, 영리 민간부문의 역할이 확대되었는데, 노인을 위한 보호주택(sheltered housing)의 절반은 민간부문에서 공급하고 있다. 그러나 노인이 스스로 민간돌봄을 구매하는 경우는 거의 없으며 주로 지자체에서 외주를 주는 형식이다. 2019년 노인돌봄에 몇 가지 문제가 드러났다. 이러한 '돌봄 위기'는 대중의 분노를 샀고, 일부 요양원이 폐쇄되거

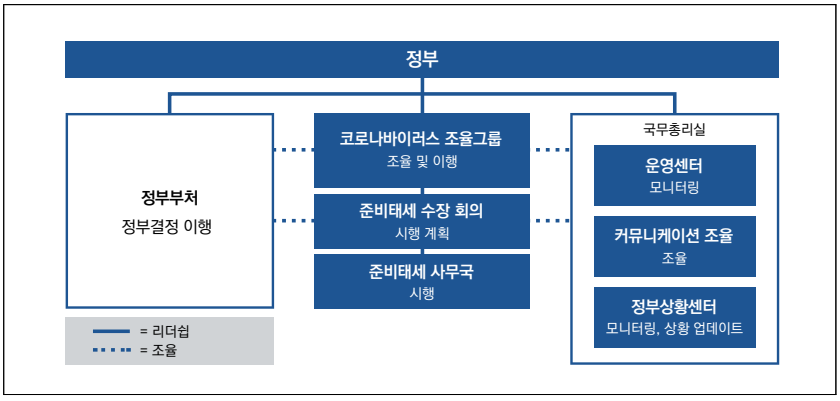
나 지자체에서 대신 돌봄 책임을 맡게 되었다. 가이드라인과 면밀한 모니터링으로 일부 문제가 해결되었다. 요양원의 상황은 코로나19 팬데믹이 도래했을 때가 그 이전보다 어느 정도 나았다는 평가가 있다.

제4절 코로나19 관련 노인돌봄 대응

사회보건부(MSAH)와 핀란드 보건복지연구원(THL)은 노인돌봄 관련 권고안과 지시를 내리는 핀란드 정부 산하기관이다. 사회보건부(MSAH)는 감염병 예방을 위한 전반적인 계획, 가이드, 모니터링을 담당한다. 사회보건부의 주요 업무 중 하나는 질병 발생 및 비상사태 관련 돌봄 및 사회복지 서비스의 준비태세를 다른 기관 및 운영주체와 함께 운영, 모니터링 및 조율하는 것이다. 핀란드 보건복지연구원(THL)도 여러 업무를 하지만 지자체, 병원지구, 지역 행정기관들의 감염병 예방 업무를 지원 및 지도한다. 코로나19 감염 및 확산 방지 관련 공공 가이드라인을 제공한다. 핀란드 보건복지연구원은 사회보건부 산하 독립 국가연구소이다.

3월 30일 정부는 코로나19 위기 관리체계를 재조직하였다(그림 4-6 참고). 코로나바이러스 조율그룹의 임무는 정부결정 시행, 팬데믹 완화, 부처간 협력 및 조율이다.

[그림 4-6] 코로나19 상황관리



자료: Ministry of Social Affairs and Health(referred 21st September 2020)

병원지구는 각 담당 지역의 감염병 예방 및 치료의 전문성을 보유하고 있으며, 지자체에 관련 정보를 제공한다. 봄에서 초여름까지 일부 병원지구는 노인의 코로나19 감염 예방 및 치료를 위해 지자체에 매우 정확하고 실용적인 정보를 제공했고, 다른 병원지구는 사회보건부(MSAH)와 보건복지연구원(THL)처럼 좀 더 일반적인 가이드라인을 제공하기도 했다.

국가적 정책 방향과 가이드라인은 지자체가 지역 수준에 근거해서 이행하며, 지자체는 각 지역의 감염병 예방 및 치료를 담당한다. 중앙정부와 마찬가지로 지방정부는 코로나19 관리를 위한 임시 조직을 구성하였다.

1. 노인인구 코로나19 감염 예방을 위한 국가적 조치

2020년 3월 16일 핀란드 정부는 코로나19 확산 예방을 위한 대대적인 조치를 단행했다. 대부분의 공공시설 폐쇄, 10명 이상 집합금지, 공공장소 불필요한 방문 금지 권고 등 모든 시민을 대상으로 하는 조치도 있었다. 그러나 많은 조치들이 노인을 대상으로 하는 것이었다.

첫째, 노인인구에 영향을 미친 조치 중 하나는 70세 이상 노인과 같이 거주하지 않는 가족을 포함해서 타인과의 접촉을 최대한, 즉 격리 수준으로 제한하는 것이었다. 이러한 결정은 노인가족을 돌보는 가족과 친지의 방문을 제한한다는 의미였다.

둘째, 일부 예외사항을 제외하고, 요양원과 병원 등 노인 장단기 돌봄시설에 대한 방문이 금지되었다(3.2절 참고). 노인돌봄과 관련하여 정부는 코로나19로 인해 증가할 수 있는 사회보건복지 니즈를 정확히 충족하기 위해 관련 자원의 재배치를 발표하였다. 필요한 경우 민간부문과 다른 영역에서 종사하는 보건사회복지 종사자의 역량을 공공부문에 배치한다는 계획이었다. 또 정부는 보건사회복지서비스 역량을 민간, 공공 부문 모두에서 증가시키겠다고 발표하였다. 이는 긴급하지 않은 활동의 중단으로 이어졌다. 예를 들어 비급성질환의 수술과 마찬가지로, 다양한 만성 질환에 대한 일상적 통제가 중단되었다. 이후 이러한 조치는 완화되었다. 핀란드 보건복지연구원(THL)은 합당한 이유 없이 의사와의 진료 일정을 취소하지 말고, 만성적 질환이나 질병 치료도 중단해서는 안 된다고 안내하고 있다.

2. 요양원 및 방문돌봄 관련 가이드라인

노인의 코로나19 감염 예방을 위한 핀란드의 전국적 조치를 보고할 목적으로 사회보건부(MSAH)와 핀란드 보건복지연구원(THL)에 2020년 1월부터 6월 말까지 노인돌봄과 관련해서 발행한 가이드라인 자료를 요청하였다. 사회보건부는 5건의 문서를 보내왔으며 그중 첫 번째 문서는 5월 31일에 발행되었고, 3건은 방문돌봄 관련, 3건은 요양원 관련 내용이다. 핀란드 보건복지연구원(THL)은 1월 21일부터 6월 30일까지 발행한 모든 가이드라인 총 63건을 보내주었다. 이 중 18건은 노인돌봄, 9건은 방문돌봄, 9건은 요양원 관련 가이드라인이다. 이러한 문서 이외에도, 보건

복지연구원은 19건의 가이드라인에서 노인은 가장 취약한 집단이며 집중적으로 검사를 받아야 할 대상이라고 언급한 바 있다. 보건복지연구원은 5월 3일 노인돌봄 관련 첫 가이드라인을 발표했다. 그전에 이미 코로나19 관련 일반 가이드라인 22건을 발표한 바 있다.

사회보건부와 보건복지연구원에서 동일한 가이드라인을 여러 번 발표하기도 했으나 2020년 봄에서 여름에 이르기까지 상황이 바뀌면서 이러한 가이드라인도 보충하고 업데이트되었다. 4월 21일 발표된 요양원 관련 가이드라인 및 3월 30일에 발표한 방문돌봄 가이드라인의 사례는 〈표 4-2〉에 정리되어 있다. 발표된 가이드인과 봄부터 여름에 걸친 가이드라인 개정에 대한 분석은 〈표 4-3〉(요양원)과 〈표 4-4〉(방문돌봄)와 같다.

사회보건부와 보건복지연구원이 발표한 가이드라인 대부분은 구속력이 없으며, 지자체와 개별 요양원들은 상황에 따라 가이드라인을 따르지 않아도 되었다. 예를 들어 일부 지역에서 요양원 방문제한은 정부 가이드라인 발표 이전에도 이미 시행되었지만, 권고가 나온 이후에도 지켜지지 않은 지역이 있었다. 지자체 대표에 따르면 대부분의 지역에서 바이러스 전파 방지를 위해 힘썼고 주어진 지시를 잘 이행했으며, 가이드라인 시행의 차이는 바이러스 전파 현황의 지역 간 차이에 기인한 것이다. 또한 많은 지자체에서 사회보건부와 보건복지연구원이 제시한 가이드라인만 준수한 것이 아니라 자체적인 조치를 마련했다. 예를 들어, 70세 이상 노인을 위한 헬프라인 및 식료품 서비스를 마련하거나, 자원봉사자의 도움으로 빠른 시일 내에 마스크 생산을 진행한 지자체도 있었다.

〈표 4-2〉 코로나19 감염 및 확산 방지를 위한 요양원과 방문돌봄 권고안 예시

요양원	• 아픈 직원 출근 금지 • 직원 이직률 최소한으로 유지 • 방문제한 가이드라인 준수. 방문이 필요한 경우, 방문자 건강체크 • 감염병 상황에 대해 입소자와 직원에 정보 제공 • 요양원 간 전원 금지. 전원이 필요한 경우 새로운 입소자가 감염에 노출되지 않도록 관리. 감염에 노출된 경우, 가능하면 1인실에 격리. 새로운 입소자의 호흡기 질환 증상 모니터링 • 요양원 내 연락 담당자 지정(예: 방역 담당자) • 직원, 입소자, 방문자 대상 손씻기, 기침 예절 등 강조 • 직원에 대한 적절한 보호 제공 • 호흡기 증상이 있는 입소자와의 접촉 주의뿐 아니라, 일반 접촉 및 비말 감염에 대한 주의 환기 • 일회용 장갑, 수술용 비강보호 및 고글 또는 바이저, 보호슬리브/에이프런 등 보호장비 착용. 보호장비 착용 전후 손위생 철저. 충분한 보호장비 구비 • 가능한 경우 유증상 또는 확진자 접촉 입소자에 1인실 제공 • 요양원에서 유증상 입소자가 있는 경우 공용공간 폐쇄 및 무증상 직원 및 입소자 검사(4월 9일 추가) • 경비요원(guard) 배치 • 직원 대상 감염 예방 및 통제 수칙 교육 제공. 호흡기 증상 확인법 및 의사 또는 간호사에게 즉시 보고 교육 • 입소자나 직원의 호흡기 증상 발현 여부 모니터링(직업보건부서와 협업) • 치료 환경 청결 강화 • 개인보호장비 사용 문제 확인. 입소자 중 확진자 발생 시 무증상 입소자 치료 시에도 보호장비 착용 고려
방문돌봄	• 아픈 직원 출근 금지 • 감염병 상황에 대해 돌봄대상과 직원에 정보 제공 • 돌봄대상자가 자택에서 병원이나 장기요양시설로 전원 시 호흡기 증상 있으면 보고 • 돌봄대상의 코로나 감염 의심 시 하루 중 시간에 따른 대처 방법 교육 • 직원, 돌봄대상, 방문자 대상 손씻기, 기침 예절 등 강조 • 직원에 대한 적절한 보호 제공. 손소독제나 물과 비누로 손을 씻을 수 있는 접근성 제공 • 모든 돌봄대상을 다룰 때 기본적 주의사항 준수. 고객/방문자에게 추가 주의사항 안내. 호흡기 증상이 있는 대상을 다룰 때 기본 주의사항과 접촉 및 비말 감염 주의사항 준수 • 보호장비 마련(일회용 장갑, 수술용 마스크, 눈 보호 및 에이프런) • 직원 대상 감염 예방 및 통제 수칙 교육 제공. • 고객 및 직원의 호흡기 증상 발현 여부 모니터링(직업보건부서와 협업)

주: 코로나19 감염 및 확산 방지를 위한 요양원 내용은 주로 4월 21일이며, 방문돌봄 내용은 주로 3월 30일 자임

자료: Forma L, Aaltonen M, Pulkki J. (2020). COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. LTC Responses to COVID-9. International Long-term care Policy Network.

1) 요양원 가이드라인

3월부터 6월 말까지 요양원 가이드라인의 변화는 〈표 4-3〉에 정리되어 있다. 이 가이드라인은 위생 관련 권고사항, 직원의 감염 인식 및 예방법, 입소자 질병 또는 감염 의심 시 대처요령 등의 내용을 담고 있다. 직원이 아프거나 본인의 감염이 의심될 때 어떻게 행동해야 하는지와 방문 및 방문자 관련 내용도 담고 있다. 감염 예방과 입소자 감염 시 돌봄활동 조직에 대한 가이드라인도 포함되어 있다.

가장 처음에 마련된 가이드라인은 입소자와 직원의 손위생과 신규 입소자의 증상 모니터링을 강조하고 있다. 초반에 마련된 가이드라인은 직원이 아플 경우(증상이 매우 경미하다 하더라도) 출근을 해서는 안 되며, 감염이 의심되면 검사받을 것을 권고한다. 그러나 핀란드에서 봄에 검사의 신뢰성과 사용성(usability)에 대한 일반적인 논의가 있었다. 3월 9일 보건복지연구원(THL)은 요양원에서 코로나19 확진자가 발생하면 모든 입소자와 직원에 대한 검사를 고려해야 한다고 권고하였다. 이전에는 증상이 있는 경우만 사회복지 돌봄직원과 신규 입소자에 대한 검사가 진행되어야 한다는 안내가 있었다. 실제로 이 두 가지 사항 모두 제대로 지켜지지 않았다는 보고가 있다.

초기에 시행된 조치 중에, 가까운 친인척을 포함한 모든 방문자의 요양원 방문 금지가 있었다. 기본적으로 6월 중순까지 요양원은 거의 모든 방문을 제한했다. 입소자의 임종 상황 등 일부 예외가 적용되기는 하였다. 상황이 나아지지 않자 지자체 및 요양시설은 외부 접견이나 방문용 컨테이너 사용 등 대안을 마련했다. 5월 중순 이러한 방문과 관련한 대안적(optional) 조치들도 국가 가이드라인에 추가되었다. 비정상적인 상황 대응의 일환으로 요양원에서 나이든 환자와의 의사소통 대안이 마련되었다. 요양원에 있는 가족과 처음으로 많은 사람들이 화상전화를 하였다.

요양원 입소자의 사회적 상호작용을 돕기 위해 새로운 기술을 도입한 것은 특수한 상황에 처한 많은 사람들에게 기쁨을 안겨주었지만 기능적 또는 인지적 제약으로 인해 이러한 커뮤니케이션 기술이 모든 사람에게 적합한 것은 아니었다. 6월 방문자 출입이 다시 허용되었고, 친인척의 요양원 입소자 방문은 외부나 별도의 접견실 등 안전한 방식으로 진행할 것을 권고하였다. 이러한 새로운 방문 규정은 코로나19 감염 추세 및 지역적 고려에 따라 변경될 수 있었다.

3월 말에 나온 새로운 가이드라인은 돌봄종사자 보호에 대한 내용을 담고 있으나(사회보건부, 3월 24일), 돌봄종사자 마스크 착용 의무화는 5월 15일까지 이루어지지 않았다. 그때까지 마스크 착용의 효과가 불분명하고 각 지역에서 마스크 부족 사태를 겪고 있었기 때문에, 당국별로 상반되는 가이드를 제공했다. 가이드라인 간 모순 때문에 지자체에도 혼란이 야기되었고 요양원별로 마스크 착용 관행에 차이가 발생했다. 그러나 일부 자자체에서는 환자와 직원을 보호하기 위해 혁신적으로 수술용 마스크 품질에 준하는 마스크를 자체 제작하기도 하였다.

4월 요양원의 돌봄업무 조직에 대한 가이드가 발표되었다. 각 직원은 정해진 같은 입소자 그룹을 돌보고, 이를 통해 요양원 내 접촉을 최소화할 수 있다는 권고안이 마련되었다. 요양원 내 공용공간을 피하라는 권고도 제시되었다. 돌봄 조직 관련 주요 가이드라인 중 하나는 입소자 및 돌봄종사자 모두 요양원에서 병원으로 이동 등 요양시설 간 이동을 제한하라는 것이었다. 시설 이동은 합당한 사유가 있을 때에만 허용되었으며 새로운 요양시설에 신규 입소자의 호흡기 증상 유무에 대한 정보를 제공해야 했다. 중환자실 치료가 필요하지 않은 경우, 코로나19 감염에 대한 치료는 요양원에서 실시되었다. 유증상 입소자는 별도의 병실에서 치료하고 직원은 보호장비를 강화해야 했다.

5월 15일 기존의 가이드라인에 권고안을 추가하는 가장 포괄적인 가이

드라인이 발표되었다. 예를 들어 확진자 및 확진자 접촉자의 14일 격리에 대한 가이드라인이 구체적으로 요양원 입소자 및 직원을 대상으로 마련되었다. 이전까지는 요양원에서 방역 관련 일반 가이드라인을 준수했다. 요양원의 완화요법 제공에 대한 가이드라인은 5월 중순까지 내려지지 않았다.

여름 코로나19 감염이 안정되면서 사회보건부(MSAH)와 보건복지연구원(THL)은 이전까지 발표된 코로나19 감염병 관련 권고안을 검토하였다. 대부분은 7월에 종료되었고, 많은 요양원에서 제한규정을 완화하였다. 본 보고서 작성 시점(2020년 9월)에 전면적 방문금지를 유지하는 것은 불가능한 상황으로, 요양원 간 가이드라인에는 차이가 있었다.

〈표 4-3〉 2020년 3~6월 요양원 가이드라인 및 적용시기

구분	3월				4월				5월				6월			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
공용공간 및 위생																
손씻기	x	x				x	x			x		x				x
공용공간 사용제한		x			x	x	x			x		x				x
효율적인 청결					x	x	x			x		x				x
직원의 감염 파악 및 예방 관련 가이드라인																
신규 입소자 증상 관찰	x		x			x	x									x
증상 인지 및 적절히 대처					x	x	x			x						
감염 예방 관련 지식 습득					x	x	x			x						
돌봄종사자 관련 가이드라인																
아프면 출근하지 않기		x	x			x	x			x						x
마스크 등 적절한 보호장비 착용				x		x	x			x						x
감염 의심 시 검사받기										x						
감염 의심 시 14일 격리										x						x
방문																
아픈 사람의 방문 금지		x	x			x	x			x						
방문 전면 금지							x			x						

구분	3월				4월				5월				6월			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
위중한 환자 방문 허용										x						x
가족 등에 원격 연결 권고										x						x
돌봄업무 조직 관련 가이드라인																
환자가 다른 요양원 및 병원으로 전원 시 증상 보고		x	x			x	x			x						x
요양시설 간 돌봄종사자 이동 최소화					x	x	x			x						x
요양시설 내 돌봄종사자 이동 최소화						x				x						
필요한 경우에만 입소자 이동						x	x			x						x
유증상 입소자 별도의 방에 격리						x	x			x						
유증상 환자, 감염노출 환자 검사, 확진자 발생 시 모두 검사 고려		x				x				x						x
감염노출 입소자 14일간 격리										x						
완화요법 요양원에서 제공										x						

자료: Ministry of Social Affairs and Health(2020)를 참고하여 저자 작성

2) 방문돌봄센터 가이드라인

방문돌봄 관련 가이드라인은 요양원만큼 세부적이지 않으며 첫 권고안은 요양원 관련 내용이 나온 후 수 주 후에 발표되었다. 이는 방문돌봄서비스와 사용고객의 다양성 때문일 수 있다. 방문돌봄 가이드라인은 요양원 내용과 부분적으로 유사했다. 일반 가이드라인과 이것이 3월부터 6월까지 어떻게 적용되었는지는 [표 4-4]에 정리하였다.

3월 말 초반의 가이드라인은 손위생과 기침예절에 대한 권고안과 직원 대상 감염 예방 및 추적, 증상 파악 및 대처요령 등의 내용을 담고 있다. 돌봄종사자는 아프거나 감염이 의심되는 경우 집에 머물 것을 권고하였

다. 봄철 기간 중 일부 지자체는 돌봄종사자를 통한 바이러스 전파를 차단하기 위해 감염의심자를 파악하기 위한 대대적인 작업을 벌였다.

3월 말부터 6월까지 돌봄대상과 밀접 접촉을 피하라는 권고안이 제시되었다. 가족 등 가까운 친인척과의 밀접 접촉에 대한 안내사항도 있었다. 5월 중순 가정돌봄을 받고 있는 노인과의 연락 방법으로 원격 커뮤니케이션이 추가되었다.

가이드라인은 감염 예방을 위한 돌봄활동 조직 관련 내용도 담고 있다. 요양원과 비교했을 때, 환자가 다른 곳으로 전원할 때 신규 시설에 증상을 알려야 한다는 가이드라인 이외에 방문돌봄과 관련한 이러한 내용이 더 먼저 발표되었다. 3월 말의 가이드라인은 직원의 이동을 최소화하고 각 돌봄대상에 대해 돌봄인력 지정을 권고하였다. 이후 5월 중순에는 코로나19 통제를 위해 감염 환자를 돌보는 종사자에 대한 별도의 커피 및 점심 휴게시간이 권고되었다.

〈표 4-4〉 2020년 3~6월 방문돌봄 가이드라인 및 적용시기

	3월				4월				5월				6월			
주차	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
위생																
손씻기 및 기침예절				x			x	x				x		x		
고객에게 위생수칙 안내				x						x	x			x		
직원의 감염 파악 및 예방 관련 가이드라인																
고객의 증상 관찰 및 적절히 대처				x			x	x		x	x	x		x		
감염 예방 관련 지식 습득				x			x			x	x	x		x		
돌봄종사자 관련 가이드라인																
아프면 집에 머물기				x			x	x		x	x			x		
마스크 등 적절한 보호장비 착용				x			x	x		x	x	x		x		
접촉																

	3월				4월				5월				6월			
직원과 고객 간 밀접 접촉 금지				x						x						
접촉 관련 가족에 안내						x	x			x						
가족 등 친인척 원격 의사소통 수단 사용 권고										x						
돌봄업무 조직 관련 가이드라인																
직원 이동 최소화				x		x				x				x		
각 고객 돌봄 담당자 지정				x		x				x				x		
요양원이나 병원 전원 시 환자 증상 보고				x		x	x				x	x				
유증상 환자 돌보는 직원의 휴식 분리										x						

자료: Ministry of Social Affairs and Health(2020)를 참고로 저자 작성

코로나19로 인해 각 지자체에서 다양한 방식으로 방문돌봄을 재조직하였다. 실제로 방문돌봄팀에 배정된 지역의 규모가 축소되었는데 이는 돌봄종사자가 가능하면 동일한 고객을 돌보는 것을 의미한다. 아프거나 증상이 있는 사람은 가능하면 건강한 사람과 분리하여 돌봄을 제공한다. 전국적 권고안의 시행과 더불어 각 지자체는 원격 방문돌봄 등 별도의 조치를 마련하였다. 필요한 경우 방문돌봄을 지원하기 위해 방문 병원서비스 및 의료보건서비스 원격상담도 활용되었다.

3. 노인 공동체 및 주간보호시설

지역사회 노인센터(senior community center)와 주간보호시설(day center)에서는 재가노인과 집에서 도움이 필요한 노인들에게 일과 중 다양한 활동을 제공한다. 가족수발자의 회복과 충전을 위해 일부 시설에서는 가족수발자의 법정휴가를 사용할 수 있도록 단기돌봄을 제공하기도 한다. 그리고 지역사회 노인센터와 주간보호시설은 잡지읽기, 사회문제 그룹토

론, 간단한 운동, 외출, 게임, 수공예, 회상하기(reminiscence) 등 다양한 활동을 제공한다. 미용이나 페디큐어 등 별도의 유료서비스를 운영하기도 한다.

사회보건부(MSAH)와 보건복지연구원(THL)은 주간보호시설에 구체적인 가이드라인을 제시하지 않았다. 지역사회 노인센터와 주간보호시설 모두 지자체나 비정부기관(NGO)에서 운영하는데 다른 공공시설의 가이드라인을 따랐다. 예를 들어, 이러한 센터의 서비스가 차질을 빚은 기간이 있었다. 주간보호센터는 3월 중순 폐쇄되었고, 6월 서비스 재개가 계획되었다. 이러한 시설폐쇄는 바이러스 확산을 예방하기 위한 목적이었다. 한편 주간보호시설의 주간 모임은 지역사회 독거노인이 한 주에 할 수 있는 유일한 사회활동일 수도 있다. 장애인 배우자나 가족을 집에서 돌보는 많은 사람들은 일주일에 한 번 지역사회 노인센터나 주간보호시설에 가는 것이 그들만의 유일한 시간이 될 수 있다. 그래서 이러한 시설의 운영 중단은 비공식 돌봄종사자의 부담을 가중시킬 수 있다. 이러한 이유로 주간보호시설을 유지하고 방문돌봄 고객의 웰빙을 위해 마당이나 야외에서 매일 운동을 하라고 안내하는 등의 노력이 있었다.

4. 자가격리 중인 감염/비감염 노인을 위한 지원

노인 대부분이 공적 돌봄 체계의 밖인 자택에 거주하기 때문에 다음에 설명하는 가이드라인은 대부분의 노인에 적용되었다. 70세 이상 노인에 적용된 연령 제한(3.1절 참고)은 감염 및 노출 여부에 관계 없이 해당 연령 집단의 모든 노인에게 적용되었다. 전국적 제한을 둔 이유는 명확하다. 이러한 제한의 목적은 고위험군의 바이러스 감염을 막는 것이었다. 그러나 이러한 제한으로 인해 많은 사람들이 일상생활에 큰 불편을 겪었다. 핀란드의 노인 대부분은 자식들 없이 비슷한 연령의 배우자와 살거나 혼자 산다. 그렇기 때

문에 생필품을 구매하는 등의 일이 매우 힘들 수 있다. 제한조치는 전면 금지가 아닌 강력한 권고로 표현되었으며, 일상생활에 필수적인 활동을 위해서는 격리조치가 완화될 수 있다는 것을 의미한다. 다행스럽게도 일부 식료품점에서 고위험군 및 노인을 위해 시간대를 별도로 지정하기도 하였다.

핀란드의 분권형 시스템은 비감염 노인을 위한 많은 지원서비스가 지역차원에서 제공되고 비영리단체, 종교단체, 자원봉사자 등(제3섹터) 지역서비스제공자에게 의존한다는 것을 의미한다. 식료품이나 의약품 구매, 식사 지원 등 필수적 일상활동 지원은 지자체와 자원봉사자 또는 여러 다른 기관에서 제공하였다. 몇몇 지자체와 지역 당국은 상담 및 자문에 필요한 코로나19 헬프라인을 개설하고 치료에 대한 안내를 제공하였다. 70세 이상 모든 노인에 대해 가정방문을 실시한 지자체도 있다. 일부 지역에서는 노인에 대한 우려사항을 신고할 수 있는 전자적 '우려사항 신고(Concern Report)'를 도입하기도 했다.

독거노인을 지원하는 몇 가지 자구책이 안내되었다. 보건복지연구원(THL)은 자신의 안녕과 기능역량을 유지하기 위해 활발히 활동하고 자신의 신체, 정신, 사회적 능력을 사용하기를 권고하였다. 예를 들어, 집안일하기, 베이킹, 수공예, 독서, 정원 가꾸기 등을 권고했다. 할 수 있는 범위내에서 매일 운동을 하고 사회적 거리두기를 준수하며 외출하거나 집에서 운동하기, 적절한 식사 간격 유지하기, 전화나 화상전화로 가족 및 친구들과 연락하기 등도 권고하였다. 가상콘서트나 전시회 등 다양한 원격 서비스도 적극 활용할 것을 주문했다.

코로나19에 감염되었다면 증상이 없거나 건강하다고 짐작되는 상황과 마찬가지로 집에서 자가격리, 타인과의 접촉금지, 손과 기침 위생 철저, 증상이 악화될 경우 증상 치료 및 보건기관 연락 등 동일한 지시와 권고안이 주어졌다. 지자체 보건센터는 지역사회 확진자에게 통원치료를 제공하고 증상이 심각한 환자는 보건센터 입원 병동이나 병원지구 거점병원에서

치료를 받는다.

5. 돌봄종사자의 도전과제 및 지원

1) 보호

사회보건부(MSAH)와 보건복지연구원(THL)은 3월 요양원과 가정방문돌봄의 보호장비 사용에 대해 명확하지 않은 지시를 내렸다. 5월 15일 돌봄종사자는 마스크 착용이 의무화되었다. 감염예방물품 사용에 대한 가이드라인은 착용의 효과성에 대한 증거 부족으로 초반에 혼선이 있었다. 가이드라인이 늦게 나온 이유 중 하나는 지자체의 마스크 부족이 알려졌기 때문이다. 개인보호장비 부족 문제는 봄 기간 중 핀란드 언론의 주요 토론 주제였다.

핀란드 간호보조사(practical nurse)노조(SuPer)는 5월 중순 회원을 대상으로 하는 노인돌봄 및 장애인 서비스에 대한 조사를 의뢰하였다. 응답자 중 43%는 보호장비가 충분하지 않다고 답했다. 마스크 부족으로 같은 마스크를 여러 명의 환자가 공유하는 등 지침에 맞지 않는 방식으로 사용되었다. 응답자 중 40% 이상은 보호장비 부족으로 자신과 자신이 돌보는 사람의 건강과 안전이 걱정된다고 말했다. 보호장비 부족 및 부적절로 인해 응답자의 약 1/3이 불안이나 스트레스를 받는다고 응답했다. 또한 보건사회복지종사자노조(THEY)가 병원 간호 인력을 위해 의뢰한 조사에서 70%의 응답자가 보호가 불충분하다고 답하는 등 보호장비의 부족이 드러났다.

2) 업무 지원

핀란드의 돌봄인력 상황은 전반적으로 양호했다. 지자체의 다른 서비스가 폐쇄되거나 제한되면서 그 인력이 노인 돌봄을 맡게 되었다. 고위험

군이 아닌 퇴직 간호사와 보건대학 학생들도 필요한 경우 동원되었다. 지자체의 이러한 노력에도 불구하고 일부 지역의 인력난은 심각했다. 상황이 가장 안 좋은 곳에서는 요양원 정규직의 대부분이 격리되어 다른 인력으로 대체해야 했다. 이러한 대체인력도 지시와는 달리 한 요양원에서 다른 요양원으로 이동할 수밖에 없는 경우도 있었다.

지시를 따를 수 없고 인력이 부족하다는 사실은 직원의 안녕에 대한 우려로 이어졌다. 봄에 언론은 생존조차 버겁다고 이야기하는 간호인력의 내용을 집중 조명했다. 간호인력은 자신들의 업무 가치를 인정받지 못한다고 언급했다. 병원 간호사들은 보건사회복지종사자노조(THEY) 조사에서 업무로 인한 스트레스와 부담이 늘었으며 더 위험해졌다고 이야기했다. 팬데믹 기간 중 의료보건종사자에게 토론 기회를 줄 수 있는 몇몇 웹사이트가 자발적으로 만들어졌고, 병원지구는 직원들을 위한 지원조치를 마련했다. 그러나 돌봄종사자의 안녕을 위한 더욱 체계적인 지원책은 마련되지 않았다.

3) 재정 지원

9월까지도 간호사들은 봄에 유연적으로 대처한 부분에 대해 금전적 보상을 받지 못했다. 봄이 끝날 무렵 간호사노조는 코로나19로 인한 보상을 국가에 요구하는 진정을 제출했으나, 그에 대한 답변은 없었다. 간호사노조는 수십억의 보조금이 어떻게 다른 부문에만 지원될 수 있었는지 답변을 호소했다. 간호사들은 아직도 정부로부터 구체적인 인정과 응답을 기다리는 중이다.

6. 가족돌봄자를 위한 지원

1) 감염병과 그로 인한 제약이 가족돌봄자에 미친 영향

사람은 감염병에 걸리기 전에 어떠한 삶을 영위했느냐에 따라 각기 처한 상황이 다르다. 코로나19 발병 이전에 양호한 기능적 능력을 보유하고 활발한 사회활동을 하던 사람들은 가정 외부와 더 자주 연락하고 타인에 대한 의존도가 낮으므로 더 잘 견뎠고, 더 잘 견디고 있다.

돌봄서비스 일부가 중단되고 방문돌봄이 축소되면서 가족돌봄자 및 다른 사랑하는 이들이 제공해야 하는 돌봄 니즈가 증가하였다. 또 바이러스 감염에 대한 우려로 일부 가족돌봄자들은 감히 서비스를 사용할 엄두가 나지 않아서 서비스 이용도 감소했다. 일부는 지원서비스의 부족으로 일상생활을 영위할 때 더 많은 불안과 공포를 느끼기도 하였다. 돌봄자가 느끼는 불안은 돌보는 사람의 상황과 자신의 바이러스 감염이나 코로나19가 아닌 질병에 걸려 돌봄책임을 다하지 못할 것에 대한 불안이다. 자신의 대처 능력과 다른 사람을 돌봐야 한다는 책임감은 정상적인 지원서비스가 제공될 수 없는 상황에서 큰 부담으로 작용한다. 코로나19가 유행하면서 나이가 많은 가족돌봄자들은 불안, 스트레스, 두려움 등 심리적 증상을 호소했다. 자가격리 같은 물리적/사회적 거리두기는 정상적 일상에서 일어나는 사회적 접촉을 금지하여 외로움을 느끼게 만들었다.

정보접근성과 가용성 또한 제한되는 경우가 일부 있었다. 비상사태가 선언되고 시급하지 않은 서비스가 축소되면서 코로나19 상황에도 불구하고 어떠한 서비스가 계속 제공되는지, 방역 수칙이 단기보호(respite care)에 어떤 영향을 미치는지 등에 대한 명확한 정보가 제공되지 않았다. 일반적으로 돌봄자들은 휴가를 내거나 휴식을 취할 수 있는 시간이 주어진다. 가족돌봄자들은 한 달에 2, 3일의 휴가를 쓸 수 있다. 그러나

감염병으로 인해 이러한 기회가 제약되었다. 단기보호를 제공하더라도 요양원 단기보호 중에는 자신이 사랑하는 가족을 방문할 수 없었기 때문에 이러한 기회를 늘 사용하기를 원하는 것은 아니었다. 그래서 모든 가족돌봄자들이 돌봄 책임으로부터 휴식을 취할 수 있었던 것이 아니고, 이는 자신들의 대처와 미래에 대한 생각에 영향을 미쳤다. 나이가 많은 가족돌봄자와 돌봄을 받는 사람은 제한조치로 집을 떠날 수 없었고 이는 두 사람 모두의 신체적, 정신적 기능에 영향을 미친다. 정상적인 신체 활동이 감소하고 외부활동이 줄어들면서, 신체적 조건과 기능적 능력이 약화되기 시작했다. 가족돌봄도 돌봄자의 돌봄 자원이 소진되면서 무너지기 시작했다. 또 방문으로 이루어지던 재활서비스의 일부에 차질이 생기면서 노인의 기능적 능력에도 문제가 생기게 된다. 예를 들어, 돌보는 가족에게 신체 또는 정신 운동을 집에서 하도록 가족돌봄자가 동기를 부여하는 것은 가정을 방문하는 물리치료사의 도움 없이는 힘든 일이다.

2) 재정지원

핀란드에서 노인을 돌보는 가족돌봄자에 대한 재정 지원은 없었으나, 1차 대유행의 정점 이후 시기적으로는 좀 늦었으나 형편이 좋지 않은 사람들을 위한 지원이 마련되었다. 정부는 감염병 임시수당을 위한 법안을 의회에 제출했다. 아직까지 법안은 통과되지 못했다. 이 법안에 따르면 코로나19 상황으로 인해 핀란드 사회보험공단(SII: Finnish Social Insurance Institution)은 2020년 가을 소득지원 수급자에게 새로운 지원금을 제공하게 되어 있다. 이러한 지원의 명칭은 감염병 임시수당이다. 감염병 임시수당의 목적은 코로나19로 인한 제한 조치로 추가 비용을 부담하게 된 최저소득층 가구 및 개인을 지원하는 것이다. 또 지역에 마스크 착용 권고가 있을 때 지자체는 취약계층이 무상으로 마스크를 지원할 수 있도록 해야 한다.

3) 심리적 지원 및 안내

코로나19 대유행 기간 중 Carers Finland에 참여 중인 협회들은 가족에게 연락할 수 있는 전화서비스를 개시하였다. 전화 연락은 장애가 있는 가족에게 혼자가 아니라는 경험을 하게 하는 매우 중요한 수단이었다. 지원책도 정비하여 동료 또는 개인에 대한 지원이 온라인으로 제공될 수 있었다. Carers Finland는 주로 대면 동료그룹을 지원하지만 감염병 대유행 기간 중에는 그 대신 전화지원, 전화 토론, 온라인 토론그룹, 소셜 미디어 채널 등을 운영했다. 원격 카페, 온라인 전문가 강의, 웰니스 이브닝(wellness evening), 쿠킹클래스나 요가 같은 기능적 활동 등을 통해 돌봄자들을 지원하기도 하였다.

코로나19 확산을 막기 위한 조치들은 부정적 결과뿐 아닌 긍정적 결과도 낳았음을 명심해야 한다. 예를 들어, 어떤 가족은 노인 또는 돌봄자, 그리고 그 자녀와도 더 활발한 의사소통을 경험하였다. 많은 사람들이 새로운 디지털 역량을 배워야 했고 이는 감염병이 종식되면 그들에게 많은 도움이 될 것이다.

4) 치매노인

치매를 앓고 있는 사람은 상황을 이해하고 제한사항이나 권고안을 따르기가 어렵기 때문에 비상사태 시 다른 사람보다 더 큰 어려움에 처하게 된다. 핀란드 알츠하이머학회(Alzheimer Society of Finland)에 따르면, 제한조치를 시행했을 때 치매환자들은 이러한 상황을 침착하게 받아들였다. 대부분은 생활에서 사회적, 개인적 어려움을 겪고 있는 고령의 노인들로서 제2차 세계대전이나 전후에 어려운 시기를 겪은 사람이 많다. 많은 치매노인은 일상을 대부분 집에서 보내기 때문에 자가격리 권고로 인해 일상생활에 큰 변화를 경험하지는 않았다. 그럼에도 제한조치가

무기한 계속되면서 많은 사람들의 상황이 악화되었다. 혼자 거주하는 치매노인은 상황이 더욱 심각하다. 물리적, 사회적 거리두기도 준수해야 했기 때문에 혼자 사는 치매노인에 대한 가족의 우려도 증가하였다.

코로나19 대유행이 시작되면서 핀란드 알츠하이머학회가 취한 특별 조치는 치매를 앓고 있는 사람과 그 가족을 전화나 서신으로 연락하여 코로나19에 대한 정보를 전달하는 것이었다. 또 일부 회원협회는 기분 전환이나 자극에 도움이 되는 자료를 보내기도 하였다. 핀란드 알츠하이머학회와 지역 회원협회들은 가족이나 가족돌봄자, 치매 환자를 위한 헬프라인을 열었다. 왓츠앱(WhatsApp), 이메일, 팀즈(Teams)나 기타 화상전화 서비스 등 디지털 서비스 사용도 안내하였다. 물론 왓츠앱이나 이메일은 사람들에게 이미 친숙한 것이었기 때문에 활발히 사용되었고 화상전화는 처음 활용하는 사람이 많았다. 한 지역 회원협회는 기억장애를 앓고 있는 가족을 도울 수 있는 방문가족돌봄 간호사들(family care nurse, 핀란드에 있는 서비스의 한 형태로 흔하지는 않음)에 대해 보고했다. 일부 가족은 과거보다 이러한 도움을 더 많이 받게 되어 자녀 및 다른 친척과의 관계가 좋아졌다고 보고했다.

제5절 결론

1. 일반 이슈

질병 확산과 그로 인한 사망률의 관점에서 코로나19 관련 노인돌봄 정책 결정을 평가하자면, 그러한 정책 결정은 성공적이었다. 유럽의 다른 많은 국가들과는 달리 2019년 같은 기간의 사망률과 비교했을 때 핀란드의 사망률은 크게 바뀌지 않았다. 스웨덴은 매우 다른 전략을 이행하여,

사람들의 활동이나 이동, 공공장소의 운영 시간 등이 핀란드처럼 제한되지 않았다. 핀란드에서 그러한 전략을 따랐다면 전체 사망자 수는 7배 이상으로 증가했을 것이다.

종합적으로 볼 때 코로나19 대유행은 보건사회 돌봄정책에 장기적인 영향을 미친다. ① 노인과 돌봄자의 안전에 대한 우려, ② 질병을 앓고 있으나 서비스를 받지 않는 70세 이상 노인들의 상황, ③ 개인보호장비 부족, ④ 사회적 접촉이 없는 노인들의 심리적 증상, ⑤ 가족돌봄자의 탈진에 대한 두려움 등 다섯 가지 이유로 팬데믹은 노인이 필요로 하는 니즈도 바꾸어 놓았다.

건강하거나 상대적으로 건강한 70대 노인들 대다수는 격리나 마찬가지인 생활을 매우 잘 견뎠고, 지금까지 장기적인 큰 피해에 대한 징조는 없다. 그러나 물리적인 그리고 사회적인 제한은 치매와 같은 심각한 만성질환을 겪고 있거나 장기요양(LTC) 시설에서 거주하는 사람을 돌봐야 하는 건강이 취약한 사람들에게 부정적인 영향을 미쳤음이 분명하다. 이러한 상황이 지속되면서 사람들의 안녕과 건강에 장기적인 영향을 미치는 문제로 발전할 수 있다. 2차 대유행이 발생하면, 이러한 문제가 발생하기 전에 예방하거나 해결하기 위한 조치를 강구해야 한다. 만약 팬데믹 상황이 장기화되고 백신이 개발되지 않는다면, 많은 제한조치를 재검토할 필요가 있고, 사회적 문제를 회피하기 위해 봄과 같은 수준으로 엄격하게 시행되지 않을 수도 있다. 예를 들어 연령을 기준으로 요양원 방문을 전면 금지하거나 일부 인원을 격리하는 것은 앞으로 가능하지 않을 수 있으며, 시급하지 않은 의료보건 서비스 이용은 다른 심각한 보건문제를 악화시키지 않는 방향으로 제공해야 한다.

최근에 진행된 핀란드의 연구에서 보면, 바이러스 전파 예방을 위한 성공적인 조치는 분권화된 공공보건기능에 의해 부분적으로 작동한 결과라고 할 수 있으며, 분권화된 공공보건 기능은 지역 차원에서 활발한 공중보

건활동을 펼칠 수 있게 하였다. 분권형 체계에 단점이 있을 수도 있겠으나 노인돌봄도 마찬가지이다. 노인을 위한 지원 조치는 종종 지역 차원에서 추진되었다. 예를 들어 식료품이나 의약품 구매를 돕는 자원봉사자 등의 지원조치는 일부 지역에서 다른 지역보다 더 광범위하게 제공되어 불평등한 상황을 만들었다. 팬데믹에 대비한 미래 행동을 계획할 때, 특히 더욱 심각한 상황에 대비할 때 의료보건과 마찬가지로, 노인돌봄체계를 운영하는 것은 더욱 어려워질 수 있다

핀란드의 보건사회복지 통계는 그 품질과 범위가 우수하지만, 현 상황에서 요양원 사망자나 요양원 입소자 중 사망자 수 등 최신 데이터는 입수할 수 없었다. 국가비상사태에는 최신 정보에 대한 수요가 높음에도 불구하고 많은 기록의 정보는 훨씬 나중에 작성된다. 물론 데이터의 신뢰성과 정확성 확보를 위한 이러한 지연은 이해된다. 핀란드 통계청은 사망 관련 사전 통계 공개를 시작했으나 사전데이터가 부정확할 수 있음을 지적한 바 있다. 안타깝게도 사인(cause of death)을 규명하는 데에는 더 많은 시간이 소요된다.

2. 국가 차원 가이드라인의 명확성 및 발행 시기

노인을 보호하기 위한 바이러스 전파방지 목적으로 발행된 가이드라인은 다소 모호하고 모순적인 부분이 있었다. 다양한 출처의 가이드라인이 발행되었으며, 돌봄을 제공하는 사람들은 복수의 출처에서 나온 정보를 바탕으로 가이드라인을 해석, 적용하였다. 이로 인해 혼선의 여지가 발생했다. 실례로, 보호장비 사용에 대한 내용이 있다. 개인보호장비 사용에 대한 가이드라인은 존재하지만 보호장비가 충분하지 않았다. 요양원은 특수한 상황을 대비해 보호장비를 유지해야 했으나 초기에 주간보호 시 마스크 사용 내용은 포함되지 않았다. 핀란드 지방자치단체협의회는 마스크

가 없는 상황에서 마스크 사용을 요구하는 것은 부당하다고 언급하였다.

특히 보건복지연구원(THL) 가이드라인은 바이러스 전파, 원인, 리스크 요인에 대한 해외 정보를 면밀히 파악하고 핀란드가 다른 나라의 조치를 배우려고 한 점을 잘 보여준다. 그러나 방문돌봄과 같은 노인돌봄 가이드라인은 상대적으로 뒤늦게 마련되었다. 핀란드 장기요양 맥락에서 바이러스 전파를 어떻게 예방할 수 있는지에 대해 배울 수 있는 사례가 없었다. 직원 부족과 더불어 애매하고 뒤늦은 가이드라인과 지자체의 자율성은 일부 요양원의 감염 사례로 이어졌다.

향후에는 가이드라인의 명확성 및 타당성에 많은 주의가 요구된다. 가이드라인과 규정은 돌봄종사자들이 각 시설에서 시행할 수 있는 역량을 보유한 것이어야 한다. 현재 불분명한 지시 때문에 불필요한 피해나 심지어 사망에 이르기도 하였다. 실제로, 경찰은 한 요양원의 코로나19 관련 사망을 조사 중이다. 불충분한 안전 조치와 일부 부적절한 관행을 밝히고 조사하여, 앞으로의 비상상황에 더 잘 준비할 수 있어야 한다. 이러한 경찰의 개입은 서비스 제공기관과 지역 당국에 상황의 심각성을 일깨우고 있다.

3. 요양원 및 방문돌봄

요양원은 전반적으로 일부 또는 전체 입소자가 다른 입소자들이나 방문하는 가족 및 사랑하는 사람들로부터 격리되어야 하는 상황을 전제로 설계되지 않았다. 많은 요양시설들은 주간돌봄이나 다른 입소자의 도움을 위해 친인척에 의존한다. 이들이 요양원을 방문하지 못하면 돌봄에도 참여할 수 없게 된다. 또 적절한 시설이 부재하여 안전하고 사적인 공간에서 사랑하는 사람들을 만나는 것이 많은 요양원에서 불가능했다. 최근 연구에 따르면 코로나19 팬데믹 예방 조치는 요양원 입소자뿐 아니라 그

들과 가까운 사람들의 웰빙에도 부정적인 영향을 미쳤다. 요양원 일상의 변화(활동 취소)와 가족, 다른 친지 및 동료의 부재는 입소자의 웰빙에 부정적인 영향을 초래했다. 화상전화나 다른 대체 의사소통 수단의 도입은 일부에게 대면 방문의 좋은 대안이 될 수 있었지만 모두에게 그런 것은 아니었다. 마지막으로 요양원은 임종돌봄(end-of-life care)의 중요한 장소이다. 많은 제약이 따르는 시기라도 사랑하는 사람을 생의 마지막에 볼 수 있도록 하는 것은 매우 중요하다.

앞으로 알려지지 않은 바이러스 확산과 같은 상황에 대비하여 더욱 광범위하고 세부적인 비상계획과 준비가 필요하다. 2020년 6월부터 감염병법(Communicable Diseases Act) 17조에 따라 노인요양원 등 주거시설에 구속력 있는 방문 금지는 시행될 수 없기 때문에 이러한 준비가 더욱 절실하다. 요양원이나 다른 사회복지 주거시설 약속이나 방문은 전면금지가 불가능하며 입소자의 퇴소(departure)도 법적인 사유가 아닌 한 금지할 수 없다. 요양원 방문과 사랑하는 사람에 대한 도움 제공은 고객 상황의 개별 사정 결과가 감염병법에 따른 분리 또는 격리 조치에 해당하지 않으면 허용되어야 한다.

전반적으로 코로나19 상황은 사람들에게 필요한 치료를 받지 못하게 할 수 있다. 심각한 증상을 앓는 환자를 포함하여 요양원에 많은 확진자 수 때문에 요양원 입소가 필요한 많은 사람들이 감염에 대한 두려움 때문에 입소를 원치 않게 되었다. 더 이상 자택에서 주거할 수 없는 사람들도 요양원 입소 신청을 미뤘다.

방문돌봄보다 요양원 관련 지시가 더욱 상세했다. 또 대부분의 공공 담론은 요양원 입소자에 대한 제한 및 그로 인한 결과에 집중되었다. 예를 들어 방문돌봄 이용자의 코로나19 관련 사망자 수 추정치는 존재하지 않는다. 그러나 방문돌봄이 짧아지고 방문횟수가 줄어들면서, 그리고 가족이 나이든 친인척에 대한 방문횟수를 줄이면서 집에서의 요양도 변화하

였다. 바이러스 전파 방지를 위한 조치가 자택에 거주하는 사람의 확진 사례는 줄였으나 우울증 증가 등 다른 문제를 야기했다는 주장도 있다. 이러한 경험에 비추어 볼 때 제한조치가 노인의 삶에 간접적으로 초래할 수 있는 문제에 대해 향후 더 많은 고려가 필요하다.

4. 돌봄종사자

현재까지 바이러스에 노출되거나 직장에서 감염된 보건돌봄인력 숫자에 대한 정보는 입수된 바 없다. 노조의 조사에 따르면 간호사들은 많은 압박을 받고 있지만 팬데믹 상황에서 이들의 업무 부담에 대한 종합적인 연구는 진행된 바 없다. 대신 직원과 보호장비가 부족하고 스트레스가 높은 상황에서 노인을 돌봐야 하는 직원의 웰빙과 대처법에 대해 많은 논의가 이어졌다. 격리로 인해 직원 전체가 대체되어야 하는 상황에서 입소자 돌봄뿐만 아니라 돌봄종사자의 웰빙도 저하되었다. 이러한 사례는 역량 있는 직원이 완화요법 등 양질의 돌봄을 지속하는 것이 얼마나 중요한지를 보여준다. 많은 곳에서 이미 팬데믹 이전부터 돌봄인력이 부족했기 때문에 가족구성원들은 요양원의 일상업무 수행에 많은 역할을 하는 데 익숙하다. 그렇기 때문에 가족방문이 줄어들면서 요양원 입소자의 일상적 돌봄에 차질이 빚어졌다. 역량 있는 충분한 수의 인력과 대체 인력 마련 및 오리엔테이션의 중요성을 알 수 있는 대목이다.

특히 의료보건종사자 노조와 일부 시민들은 코로나19 상황이 심각한 상황에서 보건의료 인력에 일회성 수당 지급 등 임금인상이 전혀 이루어지지 않은 점에 대해 비판했다. 대체인력 문제와 더불어 이러한 문제는 비슷한 상황이 다시 발생할 경우 돌봄인력의 적정성에 대한 우려를 낳고 있다.

5. 비공식 돌봄

앞서 언급한 대로 가족 돌봄자들은 가정에서 장기요양의 많은 부분을 제공한다. 많은 경우 노인들은 공식적인 요양원서비스와 가족돌봄을 모두 받는다. 그러나 가족구성원이나 다른 친인척이 제공하는 비공식 돌봄은 노인이 받는 유일한 장기돌봄인 경우가 많다. 가족돌봄자와 장애가 있는 가족이 한집에 살 때 격리가 길어지면서 더 많은 정신적, 심리적, 사회적 문제를 겪을 수 있다. 이러한 상황에서 NGO들은 전화 연락 및 상담(discussion) 지원을 제공했다. 또 많은 독거노인들이 집에서 다른 곳에 거주하는 친인척의 도움과 돌봄을 받고 있다. 이러한 경우 도움에 더한 욕구는 높고 돌봄자가 위험군에 속한 사람을 방문하는 것 이외에는 다른 방법이 없기 때문에, 제한조치를 엄격하게 준수하지는 않았다. 미래에 비슷한 감염병 상황이 발생한다면 개인의 욕구에 따라 서비스를 제공할 수 있는 계획을 마련해야 한다. 재가노인을 도움 없이 혼자 남겨두거나, 다른 방법이 없기 때문에 가족돌봄자가 '규칙을 위반'하는 것에 대해 죄책감을 느끼는 상황을 만들어야 하는지에 대해서는 다툼의 여지가 있다. 또 방문 전면금지 대신 다른 사람을 감염시킬 우려가 없는 자원봉사자나 전문돌봄종사자의 방문을 계획하여 진행할 수도 있다.

물리적, 사회적 거리두기 또는 격리는 치매 환자에게 특히 많은 피해를 줄 수 있다. 핀란드 알츠하이머학회에 따르면, 자극이 없으면 기억장애 진행이 가속화되고 친인척의 부담도 늘어나게 된다. 자택에 거주하는 기억장애 환자의 균형과 이동성 등 기능적 능력은 점차 후퇴하게 된다. 치매환자 일부는 사회적 상호작용 부족으로 언어장애를 겪기도 한다. 환자 생체시계(circadian rhythm)의 변화도 가족돌봄자의 수면이나 휴식패턴에 영향을 미치며 돌봄자의 자원이 고갈되어 기억장애를 앓는 사람에게 영향을 준다. 이렇게 문제가 쌓이게 된다. 많은 지자체에서 주간보호

활동 등 단기요양이 제공되지 않았고 가족돌봄휴가를 실시하는 것도 가능하지 않았다.

6. '디지털 전환': 많은 사람에게 적합하지만 모두에게는 그렇지 않음

새로운 디지털 온라인 서비스의 도입으로 디지털 역량에 대한 학습과 적용이 가속화되었지만, 여기에도 단점이 있다. 이러한 접근법은 이전에도 온라인 서비스에 대한 관심이 없었거나 사용 능력이나 기회가 없던 고령의 환자와 돌봄자를 배제한다. 적절한 장비도 없거니와 사용법도 모르고, 감염병 유행 시에는 관련 도움도 쉽게 얻을 수 없다. 온라인 만남에 장점이 있지만 대면 만남 대비 기밀유지의 문제가 있다. 온라인의 경우 상대방의 기기에 누가 또 접속해 있는지 확실하지 않기 때문에 대면 만남처럼 어렵거나 개인적인 이야기를 하기가 꺼려질 수 있다. 가족돌봄자의 경우, 돌봄자가 만남에 참여할 때 돌봄을 받는 사람도 참여할 수 있어 돌봄자가 자신의 감정이나 경험을 털어놓기가 어려울 수 있다.

일부 단체 및 기관에서는 다양한 지원서비스와 헬프라인에 대한 정보를 웹사이트에 게시하였다. 그러나 이러한 정보도 최신 컴퓨터와 인터넷 사용 능력이 있어야 접근 가능한 것이다. 검색엔진에 적절한 검색어를 입력해야 특정 웹사이트에서 정보를 찾을 수 있다. 과거에 인터넷을 많이 활용해보지 않은 사람은 정보를 검색하거나 그러한 정보를 인터넷에서 찾을 수 있다는 것조차 잘 모른다. 그렇기 때문에 비상사태 시 도움과 지원에 대한 접근성은 노인이나 컴퓨터와 온라인 환경을 전에 많이 사용해보지 않은 사람들에게는 여전히 문제가 될 수 있다. 특히 인지장애와 치매를 앓고 있는 사람에게 디지털 서비스 사용은 특히 어렵다. 치매환자를 돌보는 가족들은 현재의 의사소통 방식을 대부분의 노인이 사용하기에 불편하므로 다른 방법을 모색해 줄 것을 당부했다.

7. 결 론

핀란드는 70세 이상 노인을 코로나바이러스로부터 지키는 데 전반적으로 성공했으나 사망자의 거의 절반이 노인요양원에서 발생하였다. 급박하게 진행되는 상황에서 일부 요양원의 감염 예방 능력이 실패했다는 것을 의미한다. 처음부터 분명한 가이드라인이 주어졌다면 일부 사망은 막을 수도 있었을 것이다. 지역별로 감염 현황에 큰 차이가 있었고 지금도 그런 상황이다. 그렇기 때문에 감염 예방 조치도 지자체별로 달랐다. 그러나 대부분의 지자체는 바이러스 예방을 위해 최선의 노력을 했으며 주어진 지시를 잘 이행하였다. 70세 이상 노인의 자가격리는 많은 비판을 받았다. 바이러스로부터 사람들을 보호해 줄 수는 있지만, 일부는 격리가 장기화되면서 더 심각한 정신, 신체, 사회적 문제를 겪었다. 앞으로, 격리 시 지원서비스에 대한 욕구는 사라지지 않을 것이며 오히려 더 증가할 수 있다는 점을 이해하는 것이 중요하다. 요양원에서 방문제한은 엄격히 시행되었고, 비슷한 상황이 다시 발생할 경우 그러한 엄격한 제한은 가능하지 않을 것으로 보인다.

제5장

미국의 코로나19 발생으로 인한 노인돌봄분야의 문제

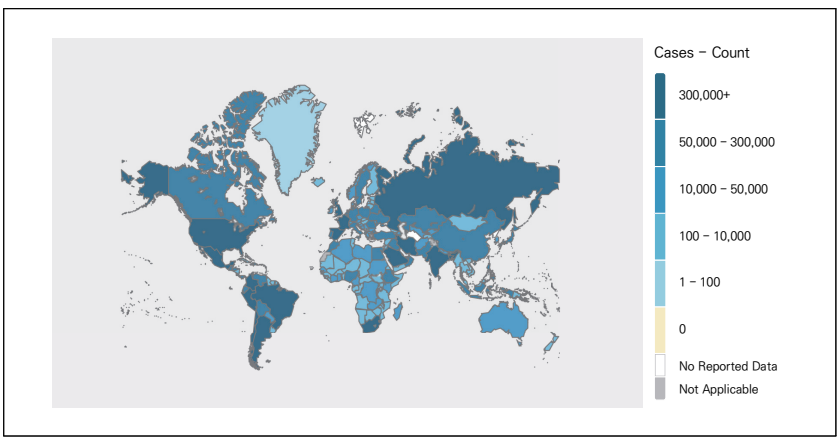
제1절 서론
제2절 코로나19로 인한 노인관련 사회문제
제3절 코로나19 관련 대응방안
제4절 결론

제 5 장 미국의 코로나19 발생으로 인한 노인돌봄분야의 문제

신어진[101]

제1절 서론

[그림 5-1] 전 세계 코로나19 발병 현황



자료: World Health Organization. (2020). WHO Coronavirus Disease(COVID-19) Dashboard. Retrieved from https://covid19.who.int/

미국의 코로나19 확진자 수는 6,189,488명으로 (2020년 9월 7일 기준) 전 세계 확진자 27,032,617명의 1/4 이상을 차지하고 있으며, 사망자 수 또한 187,541명으로 세계에서 가장 많은 상황이다. [그림 5-1]은 코로나19 확진자가 30만 명 이상인 국가를 진한 파란색으로 나타내고 있는데 미국은 인도, 브라질, 러시아 등과 함께 매우 많은 코로나19 확진자 수를 보여주고 있다. 국가 전체 인구수를 반영해서 보아도 미국은 100만 명당 18,699.21명으로 OECD

101) University of Illinois at Urbana-Champaign 박사과정(수료)

국가 중에 가장 높은 인구수 대비 확진자 비율을 보이고 있다(WHO, 2020).

예측이 불가한 바이러스의 변형과 치료약 개발의 지연 등으로(Lurie, Saville, Hatchett, & Halton, 2020), 미국 내의 코로나19 확진자와 사망자 수는 계속 증가하고 있으며 바이러스 문제가 장기화됨에 따라 사회에 여러 가지 문제점을 야기하고 있다. 특히, 신체적·사회적으로 가장 취약한 노인은 더욱 복합적인 문제에 노출되는 상황에 놓이게 된다. 본 보고서는 코로나19가 초래한 노인과 관련된 문제들을 개인, 기관, 사회 수준으로 구분하여 구체적으로 검토하고, 미래의 대응방안을 모색함으로써 코로나19 관련 노인 복지에 중요한 논점을 제시한다.

제2절 코로나19로 인한 노인관련 사회문제

1. 개인 차원의 문제

개인 차원의 문제는 코로나19로 인해 노인이 개인 차원에서 경험하게 되는 어려움을 이야기하며, 본 보고서에서는 정신건강과 스트레스, 마약성 진통제 사용 증가, 노인 근로자, 노인 수감자, 노인 이민자, 노인 노숙인 등을 중점적으로 다루었다.

1) 정신건강과 스트레스

코로나19가 장기화되면서 지속되는 사회적 거리두기 정책과 사망자가 계속 증가하는 상황에서 노인들은 본인의 안전과 생활에 매우 높은 불안감을 경험하게 된다. 또 노인들의 신체적인 취약성과 제약된 사회 생활로 인하여 사회적 고립감을 경험함으로써 코로나19 상황에 큰 정신적 스트레스를 받게 된다(Whitehead, 2020). 노인의 고립감과 외로움은 노인

의 정신건강에 매우 중요한 요소임에도 불구하고, 사회적 관심을 받지 못해온 사회문제 중 하나이다(National Academies of Sciences & Medicine, 2020). 노인들은 코로나19 이전에도 이미 사회적 관계망의 소실, 거주 환경의 변화, 교통수단 이용의 제한 등의 이유로 이미 상당한 사회적 고립감과 외로움의 위험에 노출되며, 65세 이상의 노인 중 25%는 사회적으로 고립되어 있으며 외로움을 느끼는 것으로 보고되고 있다(National Academies of Sciences & Medicine, 2020). 하지만 코로나19 이후로 노인 계층은 코로나19의 높은 위험도 때문에 엄격한 사회적 거리두기 정책을 요구받고 있으며, 이러한 사회적 거리두기 정책 기간이 장기화함으로써 신체적, 정신적 건강에 문제를 보일 가능성이 매우 높은 것으로 보인다(Morrow-Howell, Galucia, & Swinford, 2020).

이번 코로나19 확산으로 인해 일반 국민의 사회적 고립과 외로움에 대한 사회적 관심이 증가하였고, 특히 노년층의 사회적 고립 위험과 취약성에 대한 관심이 높아졌다. 노인들은 사회적 거리두기 정책 때문에 기존의 방식으로 사회적 관계를 맺거나 의료서비스를 이용하기가 어려워졌고, 지속적으로 이용해 오던 식사나 운동 프로그램, 사회 프로그램 등이 모두 제한되면서 혼자 있는 시간이 길어져 고립감과 외로움의 위험이 매우 높아졌다. 특히 요양원이나 집단 거주시설에서 지내는 노인들의 경우 코로나19 상황에서 방문객이 극히 제한되고 거의 모든 집단 프로그램이 취소됨으로써 더욱 증폭된 사회적 고립감과 외로움에 노출되게 되었다(Simard & Volicer, 2020).

2) 마약성 진통제 사용 증가

장기적인 사회적 거리두기로 인한 노인들의 증가하는 정신건강과 스트레스 문제와 더불어 미국에서는 빠른 속도로 증가하는 노인의 마약성 진통제

(opioid)의 과다 복용 문제도 새로운 사회 문제로 대두 되고 있다(Vahia et al., 2020). 마약성 진통제는 코로나19 이전에도 존재하는 사회문제였지만, 사회적 거리두기 정책으로 인해 많은 사람들이 집에서 지내게 됨으로써 그 심각성이 더욱 크게 대두되었다(B. Henry et al., 2020). 특히 많은 수의 노인들은 기저질환으로 만성 질환이 있기 때문에, 신체적 고통을 완화하기 위해 진통제를 처방 받아 사용하기도 하는데, 마약성 진통제는 사용 기간이 지날수록 중독성이 강해지기 때문에 지속적인 건강 검진과 진료가 매우 중요하다. 하지만 코로나19 이후에 노인들의 정기적인 병원 방문이 어려워 지면서 효과적인 고통 완화 치료나 약물 중독 치료 등을 받기가 어려워졌고, 이로 인한 마약성 진통제를 사용하는 노인의 중독과 치료가 중요한 사회문제가 되었다(B. Henry et al., 2020).

최근 미국 약물남용 및 정신건강서비스부(SAMHSA; Substance Abuse and Mental Health Services Administration)에서 환자들이 가정 내에서 메타돈(methadone: 의학적 진통제)을 안전하게 사용할 수 있는 새로운 가이드라인을 제공하였으나(Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020), 이러한 새로운 방식은 메타돈의 오남용 위험, 진통제 과다 복용의 위험을 완화하기 위한 또 다른 치료제(naloxone)의 처방 등 여러 부작용이 예상되는 상황이다(Haffajee, Cherney, & Smart, 2020). 특히, 기존에 약물 중독 치료를 진행 중인 노인의 경우에는 온라인으로 치료를 받거나 도움을 얻을 수 있는 방법이 익숙지 않으면, 기존에 받고 있던 약물중독 프로그램을 그만두게 되는 상황도 발생할 수 있을 것으로 예측된다(Satre, Hirschtritt, Silverberg, & Sterling, 2020).

3) 노인 근로자

많은 근로자들이 코로나19로 경제적 타격을 받게 되었음에 불구하고, 가

장 취약한 계층인 65세 이상의 근로자들은 언론의 주목을 거의 받지 못했다. 미국 노동통계청에 따르면 코로나19 이후 미국 65세 이상의 근로자 중 75%(약 5만 명의 노인 근로자)는 재택근무가 불가능한 직종에 종사하고 있으며, 이 중 소수는 해고를 당하였고, 대다수는 건강에 대한 위험을 느끼며 현장 근무를 하고 있다고 보고되었다. 이러한 상황은 노인 근로자는 본인뿐 아니라 본인의 근무로 인해 배우자나 다른 가족 구성원의 건강을 위협하는 상황에 처하게 된다. CARES Act(The Coronavirus Aid, Relief and Economic Security)를 통하여 노인들이 건강상의 이유로 직장을 그만두거나 쉬어야 할 때 실업보험을 받을 수 있게 되었지만, 여전히 현장에서 근무하는 노인을 위한 추가 지원과 보호 체계 마련이 필요한 상황이다 (Gould, 2020).

특히, 코로나19가 장기화됨에 따라 미국 경제가 큰 타격을 받으며 대규모 실업사태가 나타나면서 노인 근로자에게는 더욱 악영향을 미치게 되었다. 코로나19로 인한 미국의 실업률은 32.1%로 미국 대공황 기간의 실업률을 뛰어넘었으며, 약 5,000만 명의 실업자가 발생하였다(Faria-e-Castro, 2020). 특히 노인 근로자들은 본인의 일자리를 잃은 후에 재취업이 매우 어려운 실정이다 (Morrow-Howell et al., 2020). 코로나19 이전의 노인 근로자들은 늦은 은퇴, 전환적 은퇴(부분 은퇴), 재취업 등 다양한 형태로 노동시장에 오랫동안 머무는 형태를 보였는데, 코로나19 이후 실직한 노인 근로자들은 소득을 마련하기 위한 방법을 개인적인 차원에서 모색해야 하는 상황에 처하게 되었다(Morrow-Howell et al., 2020).

4) 노인 수감자

미국의 전체 수감자 수는 220만 명 정도로 예상되며, 전 세계에서 수감자 수가 가장 많다. 코로나19 이후의 미국 내 수감 시설에는 코로나19 검

사장비와 보호장비가 매우 제한적으로 제공되고 있으며, 제공되더라도 관련 종사자에게 우선적으로 주어지고 수감자에게는 거의 제공되지 않는 상황이다(Burki, 2020). 특히, 미국에서 코로나19 검사는 극소수의 수감 시설에서 실시되고 있으며, 검사가 실시되는 수감 시설들은 모두 높은 코로나19 발생률을 보이고 있다. 예를 들면, 미국의 오하이오주 수감 시설에 있는 2,500명의 수감자 중 2,000명의 수감자가 코로나19 양성 반응을 보인 것으로 나타났다(Burki, 2020). 수감 시설은 많은 인원이 좁은 공간에서 생활하면서 바이러스를 쉽게 옮기게 되고, 수감자가 확진을 받더라도 공간상의 제약 때문에 따로 격리 공간을 마련하기 어려워 코로나19 확산 위험이 매우 높은 상황이다(Vieira, Franco, Restrepo, & Abel, 2020).

수감 시설에 있는 55세 이상의 수감자의 다수는 심장병, 폐질환 등의 만성 질환이 있으며, 수감자들의 건강상태는 일반인 동일 연령 집단보다 만성 질환의 유병률이 높은 것으로 나타났다(Maruschak, Berzofsky, & Unangst, 2015). 특히 적절한 치료 시설이 연계되어 있는 수감 시설은 매우 소수이고, 연계가 되어 있더라도 많은 수의 수감자로 인해 치료 대기 기간이 매우 길다. 또 치료 비용도 수감자의 추가 비용이 필요할 때가 있어서 노인 수감자들은 수감 시설에 있는 동안 적절한 치료를 받는 것이 거의 불가능하다고 여겨진다(Hawks, Woolhandler, & McCormick, 2020). 이러한 상황 가운데 노인 수감자들은 기저질환과 코로나19의 위험에 동시에 노출되고 있으며, 치료를 받기 어려운 상황까지 가중되어 복합적으로 어려움을 경험하고 있으나 적절한 도움을 받지 못하는 상황이다.

5) 노인 이민자

미국 내 이민자들은 코로나19 상황 이전에도 추방의 두려움 때문에 의료 혜택을 받는 것에 두려움을 갖고 지내고 있어서 정부에서 합법적 거주

자에 대한 코로나19 기간 동안의 예방적 의료 서비스와 치료 서비스를 제공함에도 불구하고 이민자의 대다수가 이용하지 못하고 있다(Rothman, Gunturu, & Korenis, 2020). 또 많은 수의 이민자들은 미국 의료 서비스를 이용하기 위해 필수적인 개인 주치의가 없으며, 건강상의 문제가 생겼을 때 코로나19 감염 위험이 높은 응급 서비스 시설을 이용해야 하기 때문에 노인 이민자라면 더 심각한 코로나19 위험 상황에 노출되게 된다(Page, Venkataramani, Beyrer, & Polk, 2020).

특히, 미국 내 저임금 이민 근로자들은 경제적, 신체적으로 매우 위험한 환경에 노출됨에도 불구하고, 이민 신분 때문에 대부분의 연방정부와 주정부의 코로나19 관련 혜택을 받지 못하고 있다. 코로나19 기간에 미국의 많은 저임금 이민 노동자들은 적절한 개인보호장비 없이 현장에서 근무하고 있어 이들과 같이 살고 있는 노인 이민자의 건강을 위협하는 요인으로 작용하게 된다. 몇몇 주정부는 자체 재정으로 코로나19 관련 서비스를 이민자들까지 확대하여 적용하고 있지만(예: 캘리포니아주, 뉴욕주, 워싱턴주 등) 여전히 대다수의 주에서는 이민자들을 위한 서비스를 실행하지 않고 있거나 최소한의 범위에서 지원하고 있기 때문에(McTarnaghan, Bernstein, Vilter, & & Okoli, 2020) 같이 거주하는 노인 이민자들도 동시에 코로나19 관련 위험에 노출되게 되었다.

또한 기존 연구에 의하면, 특히 라틴계 노인 이민자는 다른 노인 집단에 비해 신체적으로 더 취약한 동시에 경제적으로 적은 수의 코로나19 관련 지원 서비스를 이용하고 있다고 보고되었다(Calvo, 2020). 코로나19로 인해 이민자 계층에게 발생하는 경제적, 신체적 불평등을 최소화하고, 세대 간 코로나19 전파 위험을 최소화하기 위해 이민자를 포함하는 보다 광범위한 코로나19 관련 정책의 마련과 보급이 시급하다.

6) 노인 노숙인

미국에서 하루 동안 약 56만 8,000명이 노숙생활을 하는 것으로 조사되었으며, 이 중 63% 정도가 노숙자 쉼터를 이용하는 것으로 나타났다(Henry, Watt, Mahathey, Ouellette, & Sitler, 2020). 미국의 노숙인은 단지 노숙의 문제가 아닌 정신건강과 약물중독 등의 복합적인 문제가 합쳐져 있는 상황이기 때문에 이에 대한 복합적인 접근이 필요하다(Rothman et al., 2020). 특히 노인 노숙인은 고령으로 신체적 취약성까지 더해지기 때문에 도움이 필요함에도 불구하고 적절한 보호를 받지 못하고 있다.

많은 수의 노숙자들은 쉼터에 머무르며 지내게 되는데 노숙자 쉼터는 공간상의 제약으로 사회적 거리두기가 불가능하며 노숙자들이 서로 좁은 한 공간에서 지내면서 서로에게 코로나19 바이러스를 옮길 수 있다. 예를 들면, 샌프란시스코에 위치한 한 노숙인 쉼터에서 코로나19 검사를 실시한 결과 노숙자들의 67%와 16%의 직원들이 양성 결과를 보였다(Imbert et al., 2020). 또 노숙자들의 이동 경로 추적은 거의 불가능하기 때문에 이로 인한 지역 병원과 지역 환경에 바이러스 전파가 생겨날 수 있어서 이에 대한 적극적인 대처 방안을 마련해야 할 것으로 사료된다(Rothman et al., 2020).

2. 노인돌봄제공자 및 서비스 기관 차원의 문제

노인돌봄제공자(caregiver) 및 서비스 기관 차원의 문제는 노인이 직접 경험하는 어려움이 아닌, 노인에게 도움을 제공하고 보호하는 중간 체계에서 경험하는 코로나19로 인한 어려움을 의미한다. 본문에서는 돌봄제공자와 노인 대상 서비스 기관 종사자가 경험하는 어려움을 중점적으로 기술하였다.

1) 돌봄제공자들의 늘어난 부담과 정신건강

장기화된 코로나19로 인해 돌봄제공자들의 정신건강 또한 악영향을 받고 있다. 미국 내에는 4,700만 명 이상의 돌봄제공자가 질병 또는 장애가 있는 가족이나 친구를 돌보고 있다고 보고되고 있다(National Alliance on Caregiving, 2020). 코로나19 이전의 연구에서도 돌봄제공자들은 돌봄제공자들이 아닌 집단에 비하여 높은 우울과 불안 상태를 보이며, 만성 스트레스를 경험하는 비율이 높은 것으로 나타났다(Adelman, Tmanova, Delgado, Dion, & Lachs, 2014; Schulz & Sherwood, 2008). 하지만 코로나19 이후에 돌봄제공자들은 코로나19로 인해 느끼게 되는 심리적 불안감까지 더해져서 더 많은 스트레스를 경험하게 되었다. 예를 들면, Park(2020)에 따르면 코로나19로 인하여 돌봄제공자가 아닌 사람에 비하여 단기(short-term)/장기(long-term) 돌봄제공자들은 코로나19 기간에 신체 건강이 더 악화되었고, 특히 장기 돌봄제공자들의 지난 7일간의 두통, 만성피로, 복통 등의 신체 증상 경험 비율은 돌봄제공자가 아닌 사람에 비하여 60% 이상 높았다. 특히, 장기 돌봄제공자들의 경우에는 돌보는 노인의 건강상태가 상대적으로 더 취약한 경우가 많아 더 많은 육체 노동이 필요한데, 코로나19 이후에는 돌봄제공자들의 심적인 부담감까지 가중되어 이로 인한 스트레스와 정신건강이 위협받고 있는 상황이다.

2) 노인 대상 서비스 기관 종사자의 부족

미국의 지역노인복지기관(Area Agencies on Aging)은 지역사회의 다양한 정신건강 기관과 사회적 서비스 제공 기관들과 협력해서 지역사회에 거주하는 노인들을 위한 복합적인 서비스를 지원하고 있다. 코로나19 이전의 지역사회 노인서비스는 대부분 은퇴한 자원봉사자의 도움으로 운영되어 왔는데, 코로나19 발생 후 고령의 봉사자들이 더 이상의 서비스를 제공하

기 어렵게 되어 기관들의 일손이 급작스럽게 부족해진 상황이다(Kaiser Family Foundation, 2020a). 예를 들면, 노인들에게 제공하는 음식배달 서비스는 노인 자원봉사자들이 운영하는데, 코로나19로 인해 노인 자원봉사자들이 집에 머물게 됨으로써 음식배달서비스가 제대로 운영되지 못하면서 저소득층 노인들이 필요한 영양분을 제공받는 데 어려움을 호소하고 있다. 특히 만성질환이 있는 노인이라면 갑작스러운 식단의 변경은 합병증 등 다른 건강 문제를 초래할 수 있기 때문에 이 문제에 대한 특별한 주의가 요구된다(Goger, 2020).

미국에는 230만 명의 노인 관련 근로자들이 가정과 지역사회 기반의 현장에서 노인들의 일상을 돕고 있는 것으로 보고되었다(Campbell, 2018). 이들은 노인들의 치료를 돕고, 신체 증상을 체크하고, 심리적인 부분까지 지원함으로써 일상생활에 제약이 있는 노인들 삶에서 없어서는 안 되는 중요한 부분을 차지한다(Sterling & Shaw, 2019). 하지만 코로나19로 인해 노인들의 신체와 정신 건강이 상당히 위협받게 되면서 노인 대상의 복지 서비스의 필요성이 급격히 늘어나게 되고, 코로나19 이후의 업무 형태들이 온라인으로 바뀌면서 기존의 전달체계에 많은 수정을 요하게 되면서 이를 수행할 수 있는 인력이 매우 부족하게 되었다. 뿐만 아니라 기존 근로자들 또한 대면 업무에 대한 두려움 때문에 직장을 그만두게 되면서(Kwiatkowski & Nadolny, 2020), 장기적으로 노인 클라이언트에게 서비스를 제공하기 위한 기관종사자들 확보가 중요한 문제가 되었다. 각 기관에서는 계속 새로운 직원들과 자원봉사자를 모집하는 중이지만 코로나19 이후에 변화한 복지 서비스 형태와 증가한 사례 수를 보다 효과적으로 대처하기 위한 새로운 재정 자원 지원과 재가 서비스 직원들을 보호하기 위한 추가적인 지원체계가 필요하다(Kaiser Family Foundation, 2020a).

3. 사회 차원의 문제

사회 차원의 문제는 노인과 관련된 사회 문제를 이야기하며, 단기적인 시점에서 보면 노인에게 직접 영향을 크게 주지는 않지만 장기적인 관점에서 보면 노인의 삶의 질에 심각한 영향을 미칠 수 있는 잠재적인 요인들을 포함한다. 본 보고서에서는 노인 차별과 증가하는 사회적 격차에 대하여 다루었다.

1) 노인 차별

기존 사회에 존재하던 노인 차별(Ageism) 현상은 코로나19로 인해 더욱 심각해져서 노인 상대 폭력과 혐오 등의 사회문제로 대두하고 있다. WHO에 따르면 노인 차별은 "연령에 따른 사람들에 대한 고정 관념, 편견 및 차별"로 정의되며(WHO, n.d.), 기존 연구에 의하면 노인 차별의 경험은 건강에 매우 부정적인 영향을 주는 것으로 나타났다(Chang et al., 2020). 연구에 따르면 미국은 연령에 따른 차별로 인해 연간 재화와 서비스 생산에서 약 8,500억 원($850 billion)이 손실되고 있으며(AARP, 2020), 연령 차별로 인해 약 630억 원($63 billion)의 의료비용이 추가로 손실되는 것으로 나타났다(Levy, Slade, Chang, Kannoth, & Wang, 2020). 또 다른 연구들에서도 연령 차별이 개인의 전반적 건강에 부정적인 영향을 미치며, 노동시장 참여에도 큰 장벽으로 작용하는 것으로 보고하였다(Gonzales, Lee, & Marchiondo, 2019; Morrow-Howell & Gonzales, 2020).

이러한 노인 차별 현상은 코로나19로 인한 인해 더욱 심해지고 있다. 노인 집단만 코로나19가 발생하는 것이 아님에도 불구하고 코로나19로 인해 노인에 대한 관심과 가치가 감소하게 되었고, 특정 병원에서는 코로나19 관련 치료 및 완화 프로토콜이 어린이와 청소년에게 우선적으로 초점을 맞추어 마련된 반면 노인 대책은 상대적으로 늦게 마련하고(Morrow-Howell et

al., 2020), 늘어나는 코로나19 환자들을 제한적인 의료 자원으로 치료하기 위하여 환자의 나이를 기준으로 환자를 구분하여 치료하기도 하였다(Aronson, 2020; Nacoti et al., 2020). 또한 코로나19와 관련된 방송에서는 코로나19 관련 노인의 사망은 다른 연령 집단의 사망에 비해 중요하지 않은 것처럼 보도하는 경우도 종종 있어 왔다(Haffower, 2020). 이러한 심각해진 노인 차별 현상으로 인해 노인들은 자신의 존재에 대해 점점 부정적으로 인식하게 되며 자신의 삶에 대해 회의감을 느끼게 되며, 코로나19로 인해 생겨난 노인의 신체적, 사회적 취약성과 맞물려 정신건강을 위협하고 있다(Brooke & Jackson, 2020). 이 외에도 코로나19 이후의 심각해진 세대 갈등과 노인 차별은 젊은 세대들이 자주 사용하는 소셜 미디어에 나타난 코로나19 관련 게시물에서 사용되고 있는 #Boomer Remover(베이비붐 세대 노인의 제거)라는 해시태그에도 나타나고 있다. 이러한 해시태그는 젊은 세대 사이에서 노인 집단의 가치를 폄하하고 차별하는 도구로 사용되고 있다(Sparks, 2020).

또 요양시설에서도 또 다른 형태의 노인 차별이 나타나고 있다. 코로나19로 인해 가족과 외부인의 방문이 제약되고 요양시설의 직원 수가 감소하면서 노인을 대상으로 한 언어적, 신체적, 정신적 폭력 등이 빈번하게 일어나고 있다고 보고되고 있다. 노인 차별은 노인 학대와 밀접하게 관련되어 있는 일차적 요소라는 사실을 고려할 때 앞으로 노인 차별로 인한 노인 학대가 증가할 것으로 예상할 수 있다(Han & Mosqueda, 2020).

2) 심해지는 사회적 격차

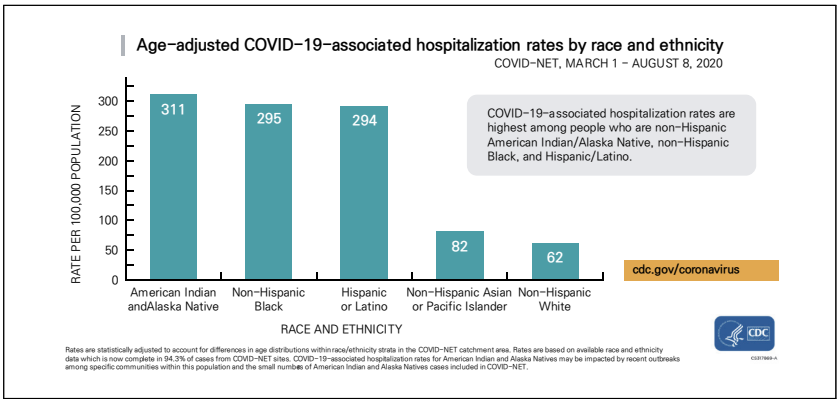
유엔 보고서에 따르면, 코로나19의 발생과 확산은 기존의 사회적, 경제적, 그리고 의료 격차를 더욱 심화시키는 촉매제가 되었으며, 소외 계층의 코로나19 관련 피해와 삶의 질 격차는 날이 갈수록 심각해지고 있다

(United Nations, 2020). 여기서는 인종, 지역 격차에 초점을 맞추어 살펴보고자 한다.

가. 인종 간 격차

팬데믹 이후 코로나19로 인한 흑인 사망률은 전체 인구의 평균 사망률과 비교하였을 때 매우 높은 수준이다(van Dorn, Cooney, & Sabin, 2020). 예를 들면 디트로이트는 인구의 80%가 흑인으로 구성되어 있는 지역인데, 미시간주에서 가장 높은 코로나19 발병률을 보이고 있으며, 미시간주 전체 코로나19 사망률의 40%를 차지한다. 또한 인구의 30%가 흑인으로 구성된 시카고의 경우 시카고 전체 코로나19 발생자의 70%가 흑인이며, 코로나19 흑인 사망자는 일리노이주 전체의 절반을 차지한다고 보고되었다(Evelyn, 2020). 또 CDC 자료에 따르면 코로나19 관련한 병원 입원은 아메리칸인디언과 알래스카 원주민이 100,000명당 311명, 흑인이 295명, 히스패닉이 294명, 아시안이 82명으로 백인 62명에 비하여 유색인종이 매우 취약한 것으로 나타났다(CDC, 2020a).

[그림 5-2] 인종별 코로나19 발병 현황



자료: CDC (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET).

이러한 유색인종의 건강 불평등과 관련된 요인은 인종과 관련된 차별, 낮은 의료 서비스 접근성, 교육 및 소득 격차 등으로 나타났다(CDC, 2020b). 미국 내 소수인종 노인 인구(racial/ethnic minority population)는 2018년 1,230만 명(전체 노인 인구의 23%)에서 2040년에는 전체 노인 인구의 34%로 증가가 예상되는데 이러한 증가율로 미루어 보아, 앞으로 인종 격차는 더욱 심각해질 것으로 예상된다(Administration for Community Living, 2020).

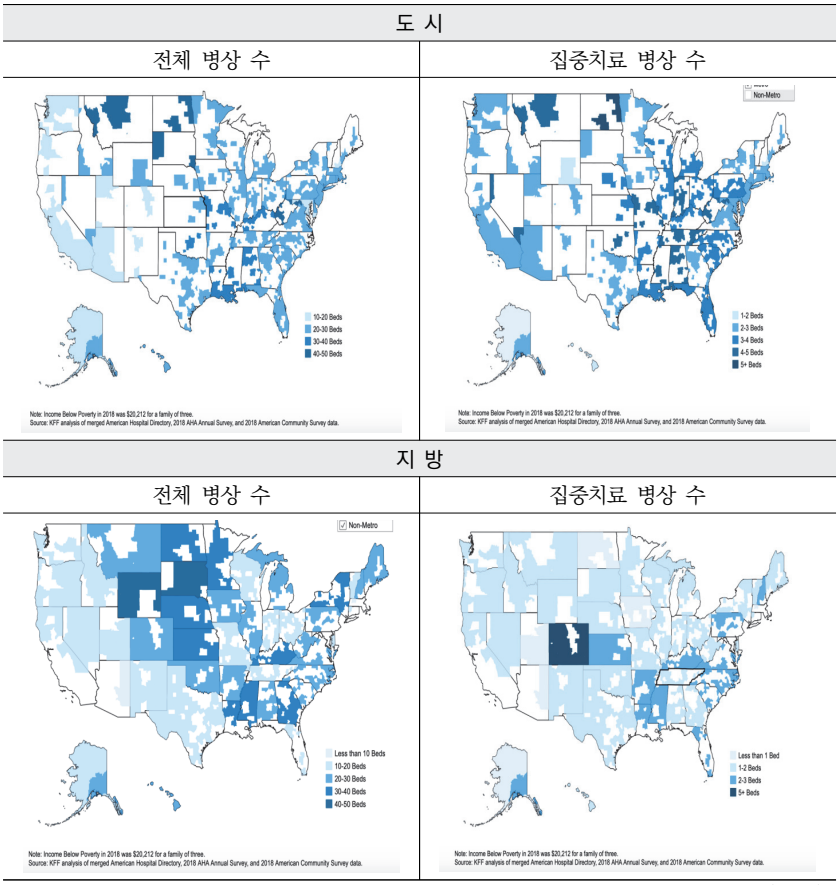
특히 코로나19 예방과 관련하여 지속적으로 지역의 사례 수 현황뿐 아니라 생활 안전 권고사항을 모니터링하는 것이 매우 중요한데(Nania, 2020), 유색인종 노인들의 경우 상대적으로 사회적 네트워크가 좁고 지역의 주류 사회에서 배제되어 정보 접근에 한계가 있는 경우가 많다고 보고되었다. 이러한 유색 인종 노인들의 정보 접근의 취약성과 이용 가능 자원의 부족은 유색 인종 노인의 신체적 정신적 건강에 직접 위험을 줄 수 있는 것으로 보인다(Gauthier, Smith, García, Garcia, & Thomas, 2020).

나. 지역 간 격차

미국의 농어촌 지역에 거주하는 사람들은 코로나19와 관련하여 특수한 상황에 놓여 있다. 농어촌 지역은 도시 지역에 비해 경제적 또는 의료적 자원이 상대적으로 부족하기 때문에 지방의 노인은 제한된 의료 서비스를 제공받을 수밖에 없다. 또 온라인 연결도 제약을 받을 수 있어서, 농어촌 지역에 사는 노인들은 외로움, 고립감 등의 위험에 더욱 많이 노출되게 된다. 이 또한 의료 시설과 온라인 서비스 인프라의 부족 등으로 인해 적절한 서비스를 충분히 받기 어려운 실정이다(Henning-Smith, 2020). 예를 들면, [그림 5-3]에서 보듯이 도시에는 지방의 10배가 넘는 집중치료침대(ICU: Intensive Care Units)가 있으며, 평균적으로 지방에는 10,000명의 인구

당 1.7개의 ICU가 있는 반면, 도시에는 2.8개가 배치되어 있다(Orgera et al., 2020).

[그림 5-3] 도시, 지방에 따른 의료체계 시설 비교

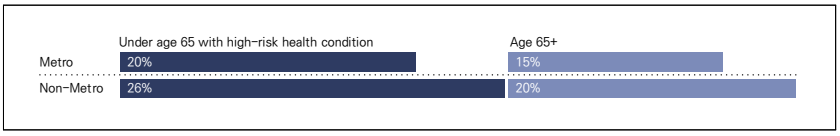


자료: Orgera, K., McDermott, D., Twitter, M., Claxton, G., Koma, W., & Twitter, C.(2020). Urban and rural differences in coronavirus pandemic preparedness.

또한 카이저가족재단(Kaiser Family Foundation)의 분석에 따르면 (그림 5-4), 농어촌 지역에 거주하는 65세 이상의 노인의 경우에는 도시

지역의 노인들에 비하여 전체 평균 연령이 높으며 더 많은 인구가 기저질환을 갖고 있는 것으로 나타났다. 농어촌 지역에 사는 노인들은 신체적 취약성의 위험과 더불어 병원 시설의 부족 문제로 더욱 복합적으로 어려움에 노출된 상황이다(Orgera et al., 2020).

[그림 5-4] 지역별 고위험 건강상태 인구 비교표



자료: KFF analysis of 2018 Behavioral Risk Factor Surveillance System and 2018 American Community Survey. Retrieved from https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/

제3절 코로나19 관련 대응방안

미국에서 지속적으로 증가하는 노인 환자 수와 사망률에 대응하기 위해서 여러 기관에서는 미래의 대응 방안을 발표하고 있다. 본 절에서는 코로나19와 관련된 사회문제에 대응하기 위해 미국 학자들과 주요 연구소 및 노인 관련 기관에서 발표한 세부적인 대응방안과 종합적인 대응방안으로 나누어 살펴봄으로써 미국 내 대응방안에 대한 핵심 내용을 도출해 보고자 한다.

1. 코로나19 관련 세부적인 대응방안

본문에서는 앞에서 논의된 개인, 기관, 사회 수준의 문제점에 대하여 미국 학계와 정부기관에서 발표한 노인 관련 대응방안을 세부적으로 정리함으로써, 앞으로 코로나19 관련 노인 문제 대응에 필요한 사회 서비스 정책 및 프로그램 마련을 위한 정보를 검토한다.

1) 개인 차원 문제의 대응방안

노인의 외로움과 사회적 고립 문제의 심각성이 점차 알려지면서, 이러한 문제를 돕기 위한 여러 방법들이 다차원적으로 모색되고 있다(Span, 2020). 코로나19로 인해 사회적 거리두기 정책이 시행되는 상황이기 때문에 온라인으로 제공되는 서비스를 더 적극적으로 홍보하고 노인들이 참여할 수 있도록 지역사회에서 도움을 제공해야 할 것이다. 예를 들면, 미국에서는 요양시설에 거주하는 노인들이나 지역 서비스 프로그램을 이용해 온 노인들에게 편지나 카드를 보내어, 온라인상으로 상담 또는 사회적 교류를 제공하는 서비스를 홍보함으로써 개인의 외로움을 줄여주기 위해 노력하고 있다(Swinford, Galucia, & Morrow-Howell, 2020). 노인들의 정서적인 측면은 신체 건강과도 밀접히 관련되어 있을 뿐만 아니라 표면적으로 잘 드러나지 않기 때문에 노인 클라이언트와 사회복지사들의 지속적이고 규칙적인 온라인 상담이나 전화 상담을 이용해 노인들에게 필요한 서비스를 지속적으로 제공하는 방안을 시급히 마련해야 할 것이다. 만약 예정되어 있던 미팅에 노인 클라이언트가 예고 없이 참석하지 않거나 후속 조치를 취하는 등의 방안을 고려하여 노인들이 사회안전망에서 누락되지 않도록 적극적으로 개입하려는 노력이 필요하다.

이 외에도 새로운 기술을 빠르게 받아들여 여러 가지 방식의 비대면 사회활동 혹은 의료 지원 활동 등을 신속하게 도입할 수 있어야 한다. 거시적인 차원에서는 여러 단체들이 문제 의식을 공유하고 확산시키고 있는데, 예를 들어 미국 100개의 연방 및 주 정부 단체들로 이루어진 National Coalition on Mental Health and Aging(NCMHA)에서는 “사회적 고립감과 외로움을 끝내기 위한 연대(Coalition to End Social Isolation & Loneliness)”를 결성하여 노인의 외로움과 고립의 위험성에 대한 캠페인, 팟캐스트, 연구자료 공유 및 옹호 활동을 이어 가고 있다(National Council on Aging,

2020). 또한, 앞으로는 노인들의 외로움 및 사회적 고립감을 빠르고 정확하게 진단할 수 있는 도구를 개발하여 적절히 사용되어야 할 것이며, 팬더믹 상황 가운데 노인의 정신 건강을 도울 수 있는 효과적인 온라인 프로그램이 개발되고 연구되어야 한다(Berg-Weger & Morley, 2020).

특히 근무지에서 일을 하고 있는 노인 근로자들을 보호하는 것이 매우 중요한 사항이 되었다. 기존의 근로 환경과 근로 정책에서는 노인들이 근무지에서 오랜 기간 동안 일하는 것이 회사와 젊은 근로자들에게 부담이 되는 경우가 많았는데 (Marchiondo, Gonzales, & Williams, 2017), 이러한 상황은 코로나19 이후에 더욱 악화 되게 되었다. 앞으로는 노인 근로자들이 경험하는 연령 차별문제를 더욱 적극적으로 해소하기 위해 노인 근로자들을 보호할 수 있는 근로 환경과 정책으로 수정하려는 노력이 사회적 차원에서 동시에 진행되어야 한다(Morrow-Howell et al., 2020).

2) 노인 돌봄제공자/서비스 기관 차원의 문제 대응방안

전례가 없던 장기간의 팬더믹으로 인해 노인 서비스의 형태가 온라인으로 바뀌면서, 노인 서비스 관련 종사자들도 많은 부담감과 어려움을 경험하고 있다. 미국 내 다수의 노인 관련 종사자들이 낮은 임금으로 장시간 일을 하는 조건에 있으며 이러한 요소 때문에 종사자들은 높은 이직률을 보이고, 노인 서비스 기관들은 종사자 부족을 경험하게 된다. 노인 돌봄 제공자와 서비스 종사자들을 위해 서비스 제공에 필요한 훈련과 교육 등을 지원하고, 개인보호장비를 지속적으로 지원함으로써 신체를 보호할 수 있는 환경을 제공해야 할 것이다(Guerrero, Avgar, Phillips, & Sterling, 2020).

또한 노인 관련 서비스 종사자들이 적절한 보상을 받을 수 있는 지원정책을 마련해야 한다. 예를 들면, 유급 병가, 건강보험, 은퇴 보상금 지원 등 최소한의 지원정책을 확보함으로써 노인 서비스 근로자들이 일에 대한 만

족도를 높이고 근무 소진을 예방하는 방안을 생각해 볼 수 있다(Guerrero et al., 2020). 코로나19와 관련되어 증가된 노인 문제에 적절히 대응하기 위해 노인 관련 서비스 종사자들을 증원하는 방안도 고려할 수 있다. 다양한 전공(의사, 간호사, 심리학자, 사회복지사, 공공보건사 등)의 전문가를 고용하여 노인 관련 서비스 인력 부족을 해결하는 방안을 고려해야 한다(Morrow-Howell et al., 2020).

3) 사회 차원 문제의 대응방안

노인 차별을 완화하려면 코로나19 취약 집단을 정의할 때 나이로 구분한 설명을 사용하기보다는 환자의 만성 질환 여부로 구분하는 등 다른 요인들을 적극적으로 고려하려는 노력이 필요하다(Ayalon et al., 2020). 또 무엇보다도 사회 전반적으로 노인 집단에 대한 과도한 일반화를 지양하고, 개개인으로 바라보려는 노력이 필요하다(World Health Organization, 2020). 이러한 노인 차별과 더불어 온라인에서 노인을 대상으로 한 각종 사기가 유행하고 있는데, 이를 해결하기 위해 인터넷 사기에 관한 광고와 예방 교육을 확대 실시하고, 이에 대한 공공의 심각성을 인지할 수 있도록 해야 한다. 또 노인이 경험하는 노인 차별, 사기 문제에 대해 즉각 점검하고 개입하는 국가적인 전화 시스템(helpline)을 마련하는 것도 고려할 수 있다(World Health Organization, 2020).

2. 코로나19 관련 종합적 대응방안

미국의 정책연구소와 노인 관련 기관 등에서 노인 관련 문제에 다양한 대응 방안을 발표하고 있다. 본 보고서에는 대표적인 국가 정책과 노인 관련 전문기관 두 곳에서 발표한 대응방안을 살펴보았다.

미국에서 사회적, 국제적 문제에 대한 정책 관련 연구를 수행하는 비영

리기관인 브루킹스연구소에서 최근에 발표한 대응방안은 아래와 같다(Goger, 2020). 브루킹스연구소는 공공정책 문제에 대한 연구 및 분석, 대응책 마련 등의 업무를 수행하는데 300명 이상의 정부와 학계 전문가들로 구성되어 있다(Brookings, 2020).

〈표 5-1〉 브루킹스연구소에서 발표한 코로나19 관련 장단기 대응방안

단기계획
• 노인을 위한 푸드뱅크 서비스를 가정배달시스템으로 전환시킨다. • 팬데믹 동안 전기, 난방, 물 등의 유틸리티 서비스 중단을 예방한다. • 노인들을 위한 음식 지원과 긴급 지원 프로그램에 대한 캠페인 프로그램을 시작한다. • 긴급 SNAP(Supplemental Nutrition Assistance Program) 수혜자와 음식 지원을 위한 다른 사회 안전망 프로그램 수혜자에 대한 재정을 늘린다. • 미국 농무부(USDA)의 파일럿 프로그램으로 실시 중인 SNAP 수혜자들의 온라인 음식 구매와 배달서비스를 미국 전체로 확대한다. • 원격 의료(telemedicine)의 전달 체계를 확장시키고, 원격 의료서비스를 제공한다. 이러한 서비스에 대하여 디지털 서비스 이용이 어려운 계층에게(low-digital-literacy) 홍보함으로써 코로나19로 인한 병원비 부담을 줄일 수 있도록 한다.
장기계획
• 물리적 이동이 어려운 계층을 위한 저렴한 (또는 무료) 슈퍼마켓 배송시스템을 구축한다. • 보충영양지원프로그램(SNAP) 혜택 범위를 확대한다. • 빈곤층을 위한 광대역 서비스 및 저렴한 인터넷 이용 가격을 제공하고, 가상 도구(virtual tool)를 통해 개인의 기본 욕구를 충족시킬 수 있는 방법을 홍보하고, 디지털 기술 교육을 제공한다. • 노인들의 필수 영양소 섭취를 위한 건강한 냉동 음식 지급을 고려해 본다. • 정보 체계와 프로그램 통합을 위한 재정을 추가로 마련하여, 여러 가지 서비스를 동시에 간편히 지원할 수 있는 체계를 마련한다. • 노인들이 보다 편리하게 사용할 수 있는 앱(예: GetCalFresh[102])을 전국적으로 확대 하고, 전화를 통한 지원 서비스를 제공할 수 있는 직원을 추가로 고용한다.

또한 미국 노년층 관련 종사자들의 리더십 증진과 정보 제공을 목적으로 하는 American Society on Aging에서는 코로나19로부터 노인들을 보호하기 위한 미래 대응책을 아래와 같이 제시하였다(Ayalon et al., 2020). American Society on Aging은 노인과 관련한 국가 차원의 전문 교육과 온라인 교육과 훈련 자료를 제공한다(American Society on Aging, 2020).

102) CalFresh is California's food stamps (SNAP) program. Apply to get up to $194 a month per household member on an EBT card.

〈표 5-2〉 American Society on Aging에서 발표한 코로나19 관련 대응방안

- 노인들의 코로나19 관련 서비스 신청 절차를 간소화하고, 건강 스크리닝과 보호 서비스 접근을 향상시킨다.
- 원격의료의 옵션을 확대하고, 더 포괄적인 (코로나19 이외의 부분까지도) 서비스를 제공하고, 지역 기관은 노인들을 위해 컴퓨터와 필요한 기술을 지원한다.
- 가족 구성원을 돌보는 데 있어서, 여러 책임이 가중되었을 가족 부양자들을 위한 서비스를 제공한다(예: 가족 부양자의 휴식 기간 제공).
- 정책 입안자들은 연방정부의 코로나19 보조 재정 가운데 $8.3 billion 사회적 고립 문제를 해결하기 위한 서비스로 배정해야만 한다. 예를 들면, 노인식사배달프로그램(Meals on Wheels programs)을 단지 음식만 배달하는 것이 아니라, 노인들과의 대면 상호교류를 위한 서비스 창구로 사용하고, 규칙적인 전화 또는 컴퓨터 수시점검(check-ins) 서비스를 통해서 노인들이 혼자 고립되어 더 심각한 상황이 되지 않도록 예방한다.
- 주정부와 지역 건강 기관들은 지역 내 노인들의 건강을 최적하기 위해, 노인들의 건강과 웰빙을 직접 도와주는 역할을 하는 사람들의 명단을 확인한다. 이러한 과정은 연방정부의 보조금과 의회의 지원으로 시행할 수 있을 것이며, 장기적으로 보았을 때 노인들의 건강을 촉진하기 위한 시스템과 노인친화적 공공 건강 프로그램(age-friendly public health programs)을 구축하는 데 기여할 것이다.

이 외에도 미국 노년학회(GSA)에서는 코로나19 태스크포스팀을 구성하여 노인들에게 유용한 정보를 제공하기 위한 노력을 지속적으로 하고 있다. 예를 들면, 코로나19 의사결정페이지(GSA_Decision_Aid)[103]를 만들어서, 노인들이 외부활동을 꼭 해야 하는 상황인지에 대해 스스로 점검하고 의사결정하는 질문지를 만들어서 공유하였고, 이 외에도 미국 노인의 보호를 위해서 노인학회 홈페이지에 발빠르게 최신 정보 및 연구자료를 업데이트하고, 코로나19 위기 대처 관련 교육 및 이용 가능한 서비스 정보를 지속적으로 제공함으로써 미국 노인들의 보호와 건강 증진에 앞장서서 일하고 있다.

103) https://www.geron.org/images/gsa/documents/GSA_Decision_Aid.pdf

제4절 결론

지금까지 미국 노인들이 코로나19에 따른 어려움을 개인, 기관, 사회적 차원에서 살펴보고, 국가적으로 마련 중인 미래 대책 방안에 대하여 살펴보았다. 코로나19로 인한 어려움은 노인들의 전반적인 삶을 위협하고 삶에 많은 변화를 가져왔다. 다른 연령 계층에 비하여(아동 또는 젊은 연령), 새로운 변화에 적응하는 데 시간이 더 필요하고 더 많은 지원체계가 필요함에도 불구하고, 노인 계층에 대한 지원체계는 아직 그러한 욕구를 적절히 뒷받침하기에 어려움이 있는 것으로 보인다.

지금까지 직접 코로나19의 큰 영향을 받은 노인들을 위한 포괄적인 대책을 우선적으로 마련해 왔다면, 앞으로 마련해야 할 미래의 대응책은 노인들의 다양한 상황을 고려한 방안을 마련해야 할 것이다. 특히나 상대적으로 소외계층에 속하는 노인 이민자, 노인 수감자에 대한 사회적 관심과 지원 체계가 필요하다. 노인 근로자는 코로나19로 인해 원치 않게 은퇴할 가능성이 매우 높다. 하지만 예측하지 못한 은퇴는 경제적인 타격을 직접적으로 줄 뿐 아니라 전반적인 삶의 질에 부정적인 영향을 주기 때문에 이에 대한 근본적이고 장기적인 사회적 대안책을 마련해야 한다.

노인들에게 직접 도움을 제공하는 돌봄제공자와 노인 관련 종사자들의 경우에는 이들에 대한 처우 개선과 권익 향상 방안을 즉각적으로 마련함으로써, 늘어난 업무와 신체적·정서적 위험 등으로 인해 발생하는 종사자들의 소진과 이직을 예방해야 할 것이다. 예를 들면, 코로나19로 인해 급격히 늘어난 실업률과 노인들의 증가한 서비스 욕구에 동시 개입할 수 있는 방안도 고려해 볼 수 있다. 무엇보다도, 사회적으로 점차 증가되는 노인 차별과 사회적 격차에 대한 사회적 경각심을 높이고 이를 줄일 수 있는 방안을 국가적 차원에서 지속적으로 마련함으로써 사회 내에서 삶의 다양성과 존엄성이 보장받을 수 있도록 노력해야 할 것이다.

제6장

미국의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 코로나19 발생 현황
제2절 노인돌봄 체계
제3절 팬데믹으로 인한 노인돌봄의 한계와 정책적 대응
제4절 결론

제6장 미국의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

박소정[104]

미국 내 코로나19 발생 현황과 노인 관련 정책을 구체적으로 살펴보기 위하여, 본 보고서는 미국의 코로나19 발생 현황을 먼저 살펴보고, 미국 내 노인 돌봄 정책을 개괄한 후, 코로나19로 인해 노인이 경험하는 어려움과 이에 관련한 정부 정책으로 구분하여 살펴보았다.

제1절 코로나19 발생 현황[105]

2020년 8월 22일 기준으로, 미국 내 코로나19 누적 확진자는 559만 명으로 전 세계 감염자 2,281만 명의 4분의 1을 차지하며 세계에서 가장 많은 누적 확진자와 사망자 수를 보이고 있다. 코로나19는 2020년 1월 31일 워싱턴주에서 코로나19 최초 확진자가 발생한 이후, 워싱턴주와 캘리포니아주를 시작으로 미국 전역에 빠른 속도로 퍼졌다.[106] 2020년 8월 말까지도 하루 동안 코로나19 신규 확진자 수가 연이어 4만 명대를 유지하면서, 코로나19의 재확산에 대한 우려가 여전히 존재하는 상황이다. 코로나19로 인한 미국의 전체 사망자는 현재까지17만 명으로 집계되었으며, 일일 사망

104) Washington University in St. Louis 조교수
105) 2020년 8월 22일을 기준으로 작성됨.
106) Holshue, M. L., DeBolt, C., Lindquist, S., Lofy, K. H., Wiesman, J., Bruce, H., ... & Diaz, G. (2020). First case of 2019 novel coronavirus in the United States. New England Journal of Medicine.

자 수도 1,000명대 이상을 보여주고 있다. 미국 전체 코로나19 현황을 보다 정확히 이해하기 위하여 사회인구학적 특성에 따라 성별, 연령, 인종, 지역, 질병, 노인집단시설별로 나누어 자세히 살펴보았다.[107]

〈표 6-1〉 미국 코로나19 전체 확진자 및 사망자 수

전체 확진자	5,598,547명
전체 사망자	174,645명

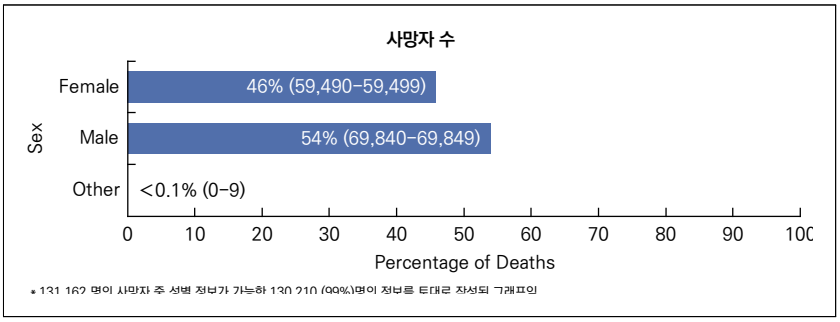
자료: CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html

1. 성별에 따른 확진자, 사망자 수

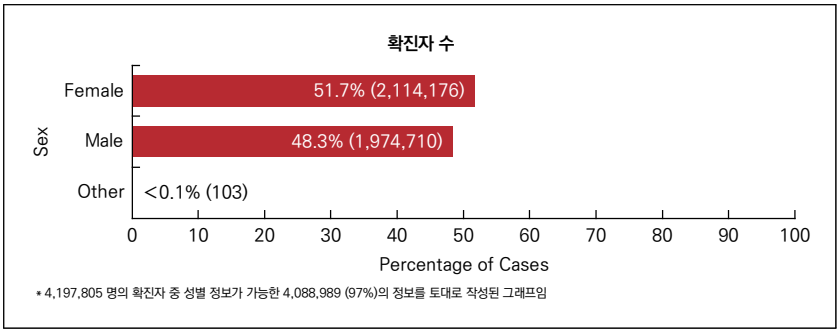
미국 내 확진자 중 남성과 여성의 비율은(그림 6-1참고) 각각 48.3%와 51.7%로, 상대적으로 여성 비율이 높지만, 사망자 수만 놓고 보면 남성의 비율이 54%로 여성의 비율 46%보다 높았다.

[그림 6-1] 성별에 따른 확진자 및 사망자 수

(단위: 명, %)



107) CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html



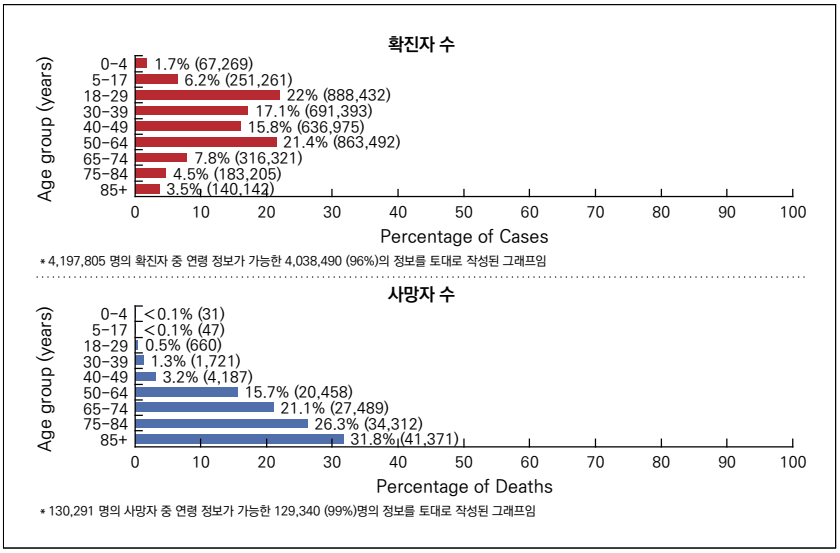
자료: CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html

2. 연령대별 확진자, 사망자 수

[그림 6-2]는 연령에 따른 코로나19 확진자와 사망자 수를 보여준다. 연령대별 확진자 분포는 0-4세 67,269명(1.7%), 5-17세 251,261명(6.2%), 18-29세 888,432명(22%), 30-39세 691,393명(40-49%), 50-64세 863,492명(21.4%), 65-74세 316,321명(7.8%), 75-84세 183,205명(4.5%), 85세 이상 140,142명(3.5%)이다. 연령대별 사망률은 30-39세, 40-49세, 50-64세, 65-74세, 75-84세, 85세 이상 각각 1.3%, 3.2%, 15.7%, 21.1%, 26.3%, 31.8%로 연령이 많을수록 높아지고 있다. 가장 많은 사망자가 나온 연령층은 85세 이상으로 전체 사망자의 31.8%를 차지하였다.

[그림 6-2] 연령대별 확진자 및 사망자 수

(단위: 명, %)



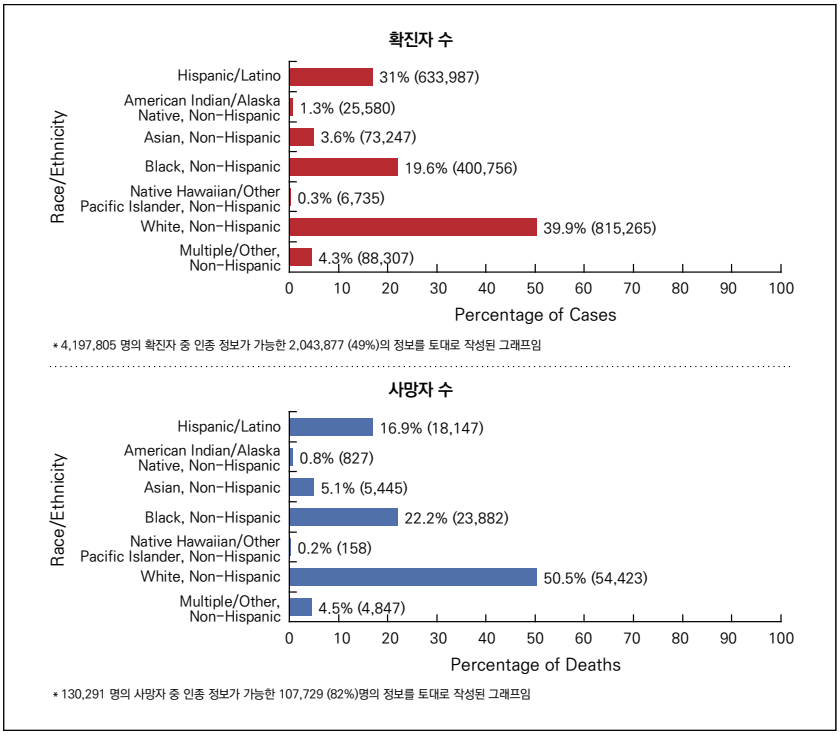
자료: CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html

3. 인종별 확진자 및 사망자 수

인종별 확진자 수를 살펴보면, 백인이 39.9%로 비율이 가장 높았으며 그다음으로 히스패닉(31%), 흑인(19.6%) 순이다. 사망자의 경우, 백인 비율이 50%로 가장 높았으며, 그다음으로 흑인(22.2%), 히스패닉(16.9%) 순으로 높았다(그림 6-3 참고).

[그림 6-3] 인종별 확진자 및 사망자 수

(단위: 명, %)

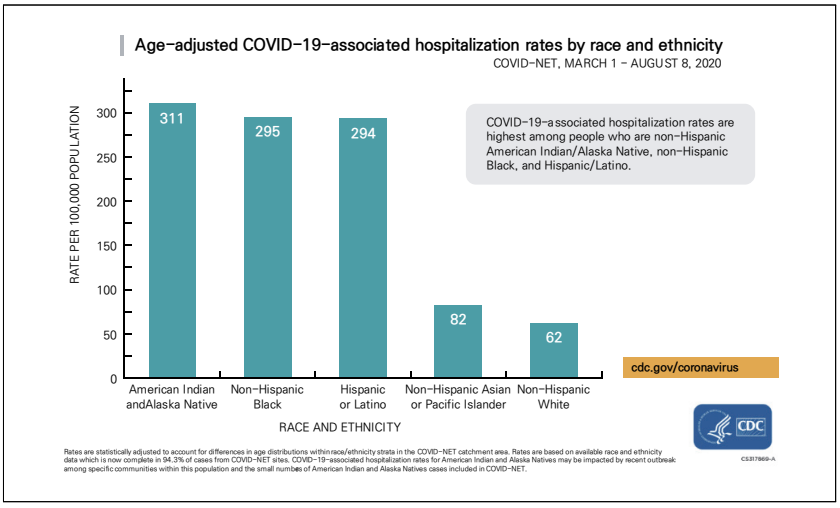


자료: CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html

하지만 미국 질병관리본부(CDC: Centers for Disease Control and Prevention)에서 발표한 미국 내 인종별 코로나19 입원율 현황을 살펴본 결과(그림 6-4 참고), 유색인종의 경우(아메리칸 인디언과 알래스카 원주민 311명, 흑인 295명, 히스패닉 294명, 아시안 82명) 백인에 비하여 코로나19 관련 병원 입원율이 매우 높게 나타났다(CDC, 2020c).

[그림 6-4] 인종별 코로나19 관련 입원 현황(인구 10만 명 당 환자 수)

(단위: 명)



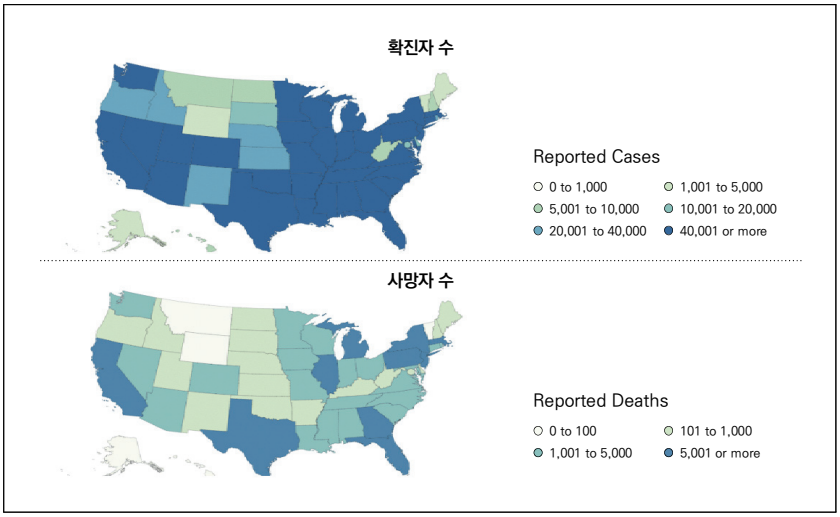
Source: CDC. (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). Retrieved from https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covid-net/purpose-methods.html

4. 지역별 확진자 및 사망자

미국 질병관리본부(CDC)에 따르면 32개 주의 확진자 수가 이미 4만 명을 넘어섰으며(그림 6-5의 파란색 표시), 특히 캘리포니아가 656,892명으로 가장 많았고 이어 플로리다(591,283명), 텍사스(573,139명), 뉴욕(430,408명), 조지아(252,222명), 일리노이(219,702명), 애리조나(197,895명), 뉴저지(189,236명) 순이었다. 사망자는 뉴욕이 32,582명으로 가장 많고, 뉴저지(15,943명), 캘리포니아(11,988명), 텍사스(11,266명), 플로리다(10,274명), 매사추세츠(8,921명), 일리노이(8,083명), 펜실베이니아(7,576명) 등도 피해가 많이 발생하고 있다.

[그림 6-5]지역별 확진자 및 사망자 수

(단위: 명)



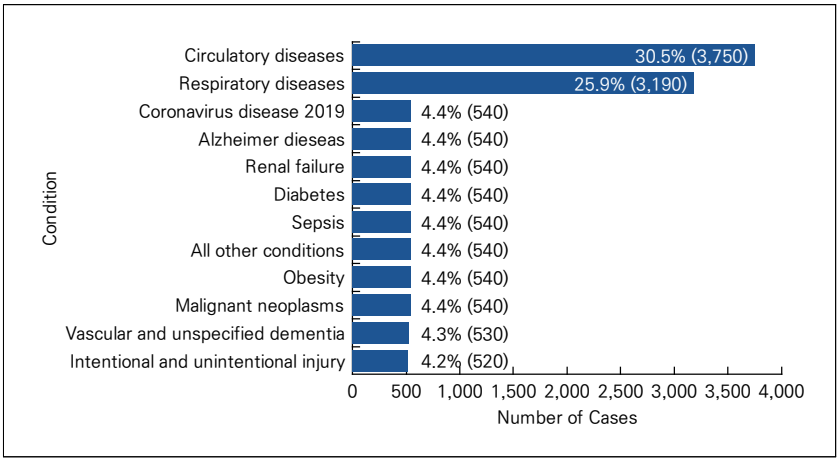
자료: CDC. (n.d.). Cases in the U.S. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/cases-updates/cases-in-us.html

5. 질병별 사망자

[그림 6-6]은 코로나19 사망과 관련된 질병 사례 수를 보여준다. 전체 사망자 중 코로나19로 사망한 비율은 4%에 불과하며, 평균적으로 코로나19 외의 1개 이상의 기저질환이 사망에 영향을 미친 것으로 나타났다. 전체 12,210명의 코로나19 관련 사망자 중 혈액순환계 질병을 가진 사람은 3,720명(30%)으로 가장 많았으며, 그다음으로는 호흡기계 관련 질병 3,180명(26%), 기타 질병 540명(4%), 신부전증 540명(4%) 순으로 나타났다.

[그림 6-6] 코로나19 관련 질병별 사망자 수

(단위: 명)

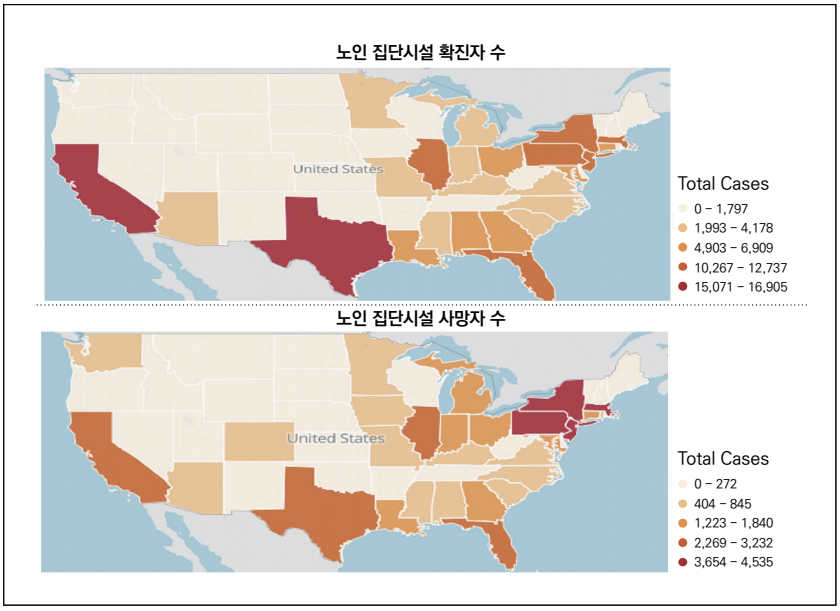


자료: National Center for Health Statistics. (2020, Oct 9). Conditions contributing to deaths involving coronavirus disease 2019 (COVID-19), by age group and state, United States. Retrieved October 9, 2020, from https://data.cdc.gov/NCHS/Conditions-contributing-to-deaths-involving-corona/hk9y-quqm

6. 노인 집단시설 확진자 및 사망자 현황

미국 내 많은 수의 코로나19 확진자와 사망자가 노인이 거주하는 장기요양시설에서 발생하고 있는 상황이기 때문에, 노인 집단시설의 코로나19 확진자와 사망자를 확인하는 것은 매우 중요하다. [그림 6-7]은 주별 전체 노인 집단시설의 확진자와 사망자 수를 주별로 보여주고 있다. 확진자의 경우 캘리포니아주가 16,905명으로 가장 많았으며, 그다음으로 텍사스주 15,071명, 뉴욕주 12,737명, 플로리다주 11,819명 순으로 많았다. 사망자의 경우 뉴욕주가 4,535명으로 가장 많았고, 그다음으로 펜실베이니아주 4,027명, 뉴저지주3,860명, 매사추세츠주 1,654명 순이었다.

[그림 6-7] 주별 노인 집단시설의 확진자 및 사망자 현황

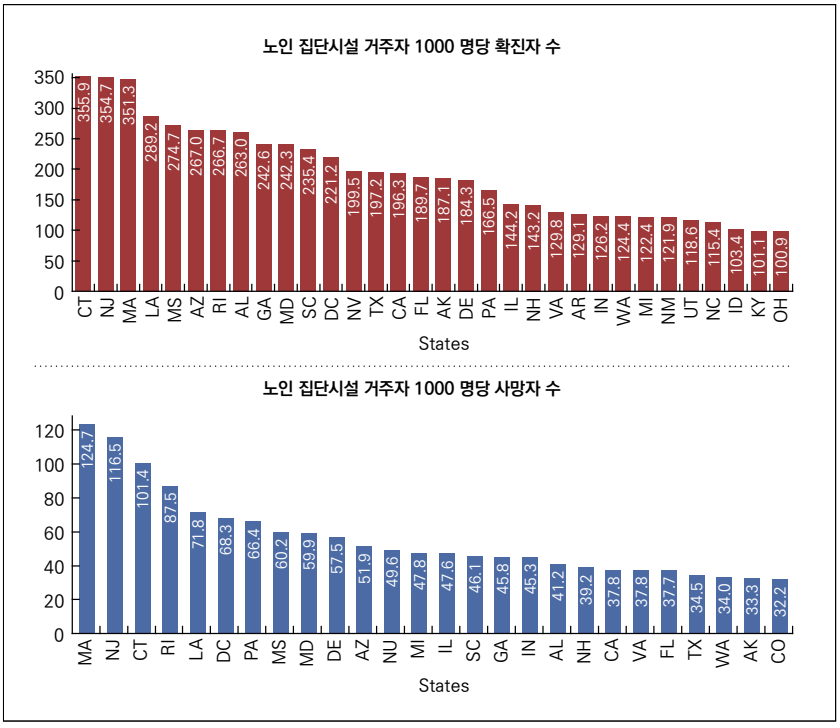


자료: Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. Retrieved August 24, 2020, from

[그림 6-8]은 주별 노인 집단시설 거주자 1000명당 확진자 및 사망자 수이다. 거주자 1000명당 확진자 수는 코네티컷이 355.9명으로 가장 많았으며, 그다음으로 뉴저지 354.7명, 매사추세츠 351.3명, 루이지애나 289.2명 순으로 많았다. 사망자는 매사추세츠가 124.7명으로 가장 많았고, 그다음으로 뉴저지 116.5명, 코네티컷 101.4명 순이었다.

[그림 6-8] 노인 집단시설 거주자 1,000명당 확진자 및 사망자 수

(단위: 명)



자료: Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. Retrieved August 24, 2020, from

미국의 코로나19 현황을 요약하면, 여성 확진자 수가 남성에 비하여 많은 반면 사망자 수는 남성이 많았으며, 젊은 연령층의 확진자 수가 많은 반면 85세 이상의 노인들의 사망자 수가 가장 많았다. 인종은 백인 확진자, 사망자 수가 가장 많았지만, 백인에 비하여 유색인종이 코로나19로 입원하는 비율이 매우 높았다. 대도시는 빠른 속도로 코로나19가 계속 퍼지고 있으며, 사례수가 가장 많은 지역은 캘리포니아, 플로리다, 텍사스로 나타났다. 특히 코로나19는 기저질환이 있으면 매우 치명적이었는데, 전체 사망

자 중 코로나19로 사망한 비율은 4%에 불과하였으며 대부분 1개 이상의 기저질환이 있는 것으로 나타났다. 노인 집단시설의 경우에는 이러한 코로나19 관련 위험이 동시에 존재할 수밖에 없는 상황(고연령, 높은 기저질환 보유율, 밀집된 거주 환경 등)이라는 점에서, 더욱 세밀하고 체계적인 보호 조치가 필요할 것으로 사료된다.

제2절 노인돌봄 체계

노인을 위한 코로나19 관련 대응 방식을 살펴보기에 앞서 미국의 노인돌봄 체계를 개략적으로 살펴봄으로써 미국의 노인 관련 서비스 체계에 대한 주요 배경 정보를 제공한다.

노인 돌봄 서비스란 노인의 신체적 기능과 삶의 질을 최적 상태로 유지하고 향상시키기 위한 일련의 보건복지서비스를 의미하며, 주로 일상생활수행(ADL: Activities of Daily Livings) 및 도구적 일상생활수행(IADL: Instrumental Activities of Daily Livings)에 도움이 필요한 노인들을 대상으로 한다(Harris-Kojetin, 2019). 미국의 전통적인 돌봄 서비스의 경우 크게 시설요양과 재가요양으로 나눌 수 있는데, 시설요양은 한국의 시설 서비스와 유사한 요양원(Nursing Homes)과 전문요양시설(Skilled Nursing Facilities)을 일컬으며, 재가요양은 대상자의 가족이 제공하는 비공식적 돌봄(Informal Caregiving), 전문인력이 파견되는 공공 재가복지서비스(Formal Caregiving), 노인주간보호센터(Adult Day Centers) 등으로 구성되어 있다(Administration on Aging. 2020a). 대다수의 노인들은 복합적인 서비스가 필요한 경우가 많기 때문에, 시설요양과 재가요양만으로는 이러한 욕구를 충족시키기 어려운 경우가 있다.

이 외에 미국에서는 시설 및 재가 돌봄 욕구 사이의 욕구를 가진 노인을 위한 전환적 돌봄(Transitional Care) 서비스가 있다(Freedman & Spillman, 2014). 전환적 돌봄에는 노인주택(Independent Senior Housing), 생활보조 시설(Assisted Living), 자연발생 은퇴자 주거 공동체(NORC: Naturally Occurring Retirement Communities)와 연속보호체계형 은퇴자 주거공동체(CCRC: Continuing Care Retirement Communities) 등이 해당된다. 이러한 주거시설들은 노인들이 지역사회 내에 거주하면서 통합적인 돌봄 서비스를 제공받음으로써 높은 수준의 삶의 질을 유지하며 시설요양으로의 조기 진입을 예방하는 효과가 있다(Scharlach & Lehning, 2012). [그림 6-9]는 미국의 노인 돌봄 체계를 독립성 정도에 따라 개념적으로 도식화한 그림으로, 지역사회 내 돌봄부터 시설 보호까지 구체적 돌봄 서비스의 종류와 개인의 독립성 정도를 연결해 보여주고 있다.

[그림 6-9] 미국의 노인 돌봄 체계

자료: Rowles, G. D. & Teaster, P. B. (2015). Long-Term Care in an Aging Society: Theory and Practice (1st Edition). Springer Publishing Company. (p. 44).

대부분의 노인 돌봄 서비스는 보건복지부(Department of Health and Human Services) 산하의 의료보험국(Centers for Medicare & Medicaid Services)과 지역생활정책실(Administration for Community Living) 내 노인복지실(Administration on Aging)에서 제공한다(Administration for Community Livingm, 2017; Administration on Aging. 2020b). 시설 및 재가 돌봄 서비스의 재정 지원은 주로 의료보장제도인 메디케이드(Medicaid)와 메디케어(Medicare)를 통해 이루어진다. 2018년 기준 의료보험국에서 제공한 전국 의료비지출자료(National Health Expenditure Account Data)에 따르면, 메디케이드와 메디케어를 통해 미국 내 전체 돌봄 서비스 비용의 약 64%를 지불하였다(Colello, 2020). 메디케이드는 소득 및 자산 조사를 기반으로 주정부를 통해 운영되는 저소득층을 위한 의료급여제도로서 요양원 비용뿐만 아니라 홈케어를 비롯한 지역사회 기반 돌봄 서비스 비용을 충당하는 대표적인 재원이다(2018년 기준 전체 돌봄 서비스 재원의 44.1%, 약 1,805억 달러). 메디케어는 65세 이상 노인이나 65세 미만 장애인 대상의 연방정부 차원 공공의료보험제도로서 돌봄 서비스 제공 간 의료적으로 전문적인 치료 및 처방을 요하거나 재활 목적인 경우에 한해서 돌봄 비용을 지원한다(2018년 기준 전체 돌봄 서비스 재원 중 20.4%, 약 837억불에 해당).

전환적 돌봄 재원의 경우 그 종류가 훨씬 다양하다. 예를 들어, 연방정부의 주택도시개발부(HUD: Department of Housing and Urban Development)는 노인주택에 상주하는 서비스 코디네이터(입주민의 일상생활 지원을 비롯하여 각종 공공 또는 민간 사회복지서비스 신청, 건강 및 교육지원 등의 서비스 제공 업무를 담당하는 전문인력)를 노인주택에 지원한다.[108] 또

108) U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Multifamily Housing Service Coordinators(https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/progdesc/servicecoord). 2020년 7월 3일 인출.

주택도시개발부는 돌봄 시설 건축 및 리모델링, 노인 친화환경 조성프로그램 등을 운영하여 지원하기도 한다(U.S. Government Accountability Office, 2005).

이 외에도 지역사회 내 공공 및 민간 돌봄 서비스의 효율적이고 효과적인 전달을 위해 미국 내 각 지방정부에서는 주정부의 노인 부서와 그 산하의 지역노인기관을 통해 노인 서비스를 운영하며 서비스 종류와 운영방식은 지방정부별로 상이하다. 예를 들어, 미주리주의 세인트루이스 지역노인기관은 저소득층을 대상으로 집세지원, 집수리 및 가사도움 프로그램, 교통지원 프로그램, 식사지원 프로그램 등의 재가서비스를 제공한다.

이후 내용에서는 돌봄의 연속성(Continuum of Care)에 기반하여 미국 내 노인 돌봄을 크게 ① 재가 돌봄, ② 전환적 돌봄, ③ 시설 돌봄으로 나누어 자세히 살펴본다. 미국의 노인 돌봄 서비스는 주별로 매우 상이하기 때문에 본 내용에서는 연방정부에서 제공하는 정책과 프로그램에 초점을 맞춘다.

1. 재가 돌봄 서비스

미국의 재가 노인을 위한 서비스의 경우 대표적으로 방문형 재가 돌봄 서비스, 주간보호서비스, 주거환경개선 및 주택 개보수 등이 있다.

1) 방문형 재가 돌봄 서비스

방문형 재가 돌봄 서비스의 경우 일상생활 수행의 어려움이 있는 재가 노인에게 목욕, 이동, 식사, 빨래, 가사 등의 서비스를 제공하며, 이는 메디케이드 재정으로 뒷받침한다. 이 서비스를 받으려면 대상자가 메디케이드에서 정한 소득과 자산 기준을 충족해야 하며, 제공 서비스의 종류에 따라 장기요양 수급의 경우 각 주별로 상이한 추가 검증 과정을 거쳐야 한다(U.S. Department of Health & Human Services, 2020).

재가간호서비스는 거동이 불편한 노인이 집에서도 의료 서비스를 받을 수 있도록 도와주는 서비스로, 메디케어가 인증한 기관의 의사, 간호사, 물리치료사, 심리치료사 등이 서비스를 제공한다. 물리치료나 언어치료, 재가간호서비스, 휠체어와 같은 의료용구 등이 제공되는데, 장기적인 관점에서의 돌봄 서비스라기보다는 주로 일시적인 의료 및 재활 서비스에 중점을 두고 있다(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2017).

2) 주거환경개선

주거환경개선은 일상생활이 제한된 서비스 대상자의 물리적인 환경을 편리하게 바꿈으로써 작업 능력을 향상할 수 있도록 하는 작업치료(occupaional therapy)에서 널리 쓰이는 방법이다(Stark et al., 2017). 재가 및 지역사회 돌봄 서비스가 주목받게 되면서, 주거환경개선은 노인의 독립적인 생활보장과 효과적인 돌봄 서비스의 방안으로 자리 잡았다(Carnemolla, & Bridge, 2020). 노인을 대상으로 하는 주거환경개선서비스는 자신이 거주하던 집에서 이동이 더욱 편리할 수 있도록 휠체어 경사, 휠체어 리프트, 화장실 및 계단 손잡이 제작 등의 주택 개보수 제공을 일컫는다. 이는 메디케이드의 다양한 형태 중 재가지역사회 기반 메디케이드(Medicaid Home and Community Based Services: 주택 개보수 포함 다양한 방법으로 병원, 요양원 등에 있는 대상자가 지역사회에서 지낼 수 있도록 지원하는 서비스)를 통해 제공되며, 주거 수리 및 변경 서비스 외에도 거주 환경 안전성 평가 등 전반적인 주거환경개선이 포함된다(Center for Medicare & Medicaid Services, 2019).

3) 주간보호 서비스

주간보호센터(ADS: Adult Day Service)는 주로 인지력 저하 혹은 신체 기능적 제약이 많은 노인 클라이언트를 대상으로 주간보호 및 재활의 역할을 제공하며, 교통 및 식사, 교육 및 사회 프로그램, 재활 및 인지 치료 등의 서비스를 제공한다(Rowles, & Teaster). 주간보호시설은 재가·지역사회 기반 메디케이드를 통해 가족 돌봄 제공자들의 돌봄 부담을 덜어줄 뿐만 아니라 서비스 대상자가 집 밖의 여러 가지 활동에 참여할 수 있도록 돕는다(Bangerter, Liu, Kim, & Zarit, 2019).

4) 기타 프로그램

이 외에도 지역사회에서 서비스를 받을 수 있는 다양한 프로그램들이 있다. 예를 들면, MFPP(Money Follows the Person Program)의 경우, 시설에서 지역사회로 복귀하려는 노인들을 대상으로 의료 및 재활 서비스, 방문간호, 이동 서비스 및 사례관리를 제공한다.[109] 이러한 서비스를 통해 노인들이 재가 및 지역사회의 서비스를 적극적으로 이용하고, 시설에서 제공하는 서비스 사용을 낮추는 것을 목표로 한다.

또 다른 프로그램으로는 PACE(Programs of All-Inclusive Care for the Elderly)가 있는데, 이 프로그램은 시설 요양기관으로의 조기 진입을 예방하고 지역사회에서 필요한 의료 돌봄 서비스를 지원받을 수 있도록 하는 서비스로, 55세 이상의 클라이언트에게 다양한 서비스를 지원한다.[110] 이 프로그램을 통하여 노인들에게 식사 서비스, 방문 의료, 사회

109) Medicaid.gov. (n.d.). Money Follows the Person. https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/money-follows-person/index.html. 2020년 8월 23일 인출.

110) Centers for Medicare & Medicaid Services. (n.d.). Programs of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/get-help-paying-costs/pace. 2020년 8월 29일 인출.

서비스, 재가 돌봄 서비스, 약품 지원 등을 제공하며, 메디케이드 등록자는 월 보험료를 지불하지 않아도 되고 메디케어 등록자는 PACE 프로그램에 대한 매월 보험료를 지불한다.

2. 전환적 돌봄 서비스

전환적 돌봄 서비스는 노인이 독립적인 생활을 영위하고 지역사회 계속 거주 욕구(Aging in Place)를 충족시키기 위해 개발된 다양한 주거 모델의 통칭이며, 대표적으로 노인주택(Independent Senior Housing), 생활보조시설(Assisted Living), 자연발생 은퇴자주거공동체(NORCs), 연속보호체계형 은퇴자 주거공동체(CCRCs) 등이 있다. 전환적 돌봄 서비스는 다른 돌봄 모델들에 비해 낮은 단계의 의료 욕구를 가진 노인들을 위한 모델이며 메디케어나 메디케이드와 같은 보건의료 관련 급여가 제공되지 않는 경우가 많다. 연방정부 주택도시개발부(HUD)나 주정부, 민간기관의 투자로 개발·운영되는 경우가 많다. 다음은 대표적인 전환적 돌봄 서비스 기관에 대한 설명이다.

1) 노인주택

노인주택(Independent Senior Housing)은 연방정부 주택도시개발부를 통해 제공되는 공공임대주택 정책 중의 하나이다. 연방정부 주택도시개발부가 지원하는 공공임대주택은 전국적으로 약 500만 채 이상이며, 거주민 중 3분의 1(160만 명) 이상은 62세 이상 노인 가구에 해당한다.[111] 연방정부 주택도시개발부가 지원하는 공공주택은 종종 공동주거

111) U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Assisted Housing: National and Local. Retrieved from https://www.huduser.gov/portal/datasets/assthsg.html

시설(congregate setting)로 불리기도 하는데, 시설 내에는 공동 주방, 여가문화공간, 사회적 교류를 위한 공간, 공동 세탁소 등 거주민 간 공유 공간이 존재하고 일상생활에 도움이 필요한 노인이나 장애인을 위한 가사도움이나 송영 서비스 등 다양한 지지적 서비스도 제공된다(Wacker & Roberto, 2014). 또한 노인주택 거주민들의 조기 요양시설 진입을 방지하기 위한 목적으로 연방정부 주택도시개발부의 서비스 코디네이터 프로그램을 통해 거주민에게 다양한 사회복지서비스를 제공한다.[112] 서비스 코디네이터는 노인주택에 상주하는 사회서비스 제공 전문인력으로서 일상생활 지원을 비롯한 공공 또는 민간 사회복지서비스 신청, 사회적 교류 프로그램, 건강 및 교육지원 등의 서비스 제공을 담당한다.[113]

2) 생활보조 시설

생활보조 시설(Assisted Living Facilities)은 노인주택에 거주하는 노인들보다 더 많은 일상생활 지원이 필요하고 의료서비스에 대한 욕구가 있는 노인들을 대상으로 제공되며 주거 및 보건, 사회적 서비스를 제공하는 서비스 결합형 주거복지시설이다.[114] 전국적으로 약 30,200개의 생활보조 시설이 835,000명 이상의 노인에게 서비스를 제공하고 있으며(Sengupta et al., 2016), 생활보조 시설은 기본적인 주거환경과 여가, 사회적 서비스에 더해 24시간 모니터링, 일상생활수행(ADL) 및 도구적 일상생활수행(IADL) 보조, 일부 보건의료서비스를 제공한다(National Institute

112) U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Multifamily Housing Service Coordinators. https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/progdesc/servicecoord. 2020년 7월 3일 인출.

113) U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Snapshot of Program. https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/scp/snp. 2020년 8월 18일 인출.

114) American Health Care Association. (n.d.). Assisted Living. https://www.ahcancal.org/Assisted-Living/Pages/default.aspx. 2020년 8월 19일 인출.

on Aging, 2017). 시설 거주민들은 지방정부에서 제공하는 교통, 영양지원 서비스를 비롯한 돌봄 서비스를 받을 수 있으며, 메디케이드 수급 거주민들의 경우 생활보조 시설 면제(Assisted Living Waivers) 프로그램을 통해 시설에서 제공하는 의료 및 사회적 서비스 비용이 지원된다(Wacker & Roberto, 2014). 뿐만 아니라, 연방정부 주택도시개발부는 생활보조 시설 전환 프로그램(ALCP: Assisted Living Conversion Program)을 통해 노인주택을 생활보조 시설로 전환하는 데에 필요한 비용을 지원한다.[115]

3) 은퇴자 주거 공동체

자연발생 은퇴자 주거 공동체(NORC)는 은퇴 이후의 장년과 고령자 밀집도가 높은 주거지역을 의미하며, 시설에 입소하여 노후를 보내지 않고 지역사회에서 노후를 보내기 위한 노인들이 주요 구성원이다. 특히, 이 공동체는 정부나 민간기관이 계획적으로 조성한 주거단지가 아닌 자연발생적으로 형성된 지역사회를 의미한다(Hunt & Gunter-Hunt. 1986). NORC는 공공 및 민간 재원이 투입(주로 민간재원으로 운영, 일부 주 혹은 도시에는 공공재원 투입)되는 전환적 돌봄 모델로서 지역사회 내 자원을 활용하여 다양한 사회서비스와 보건의료서비스를 비롯한 문화 및 교육 등의 서비스를 제공하고, 노인들이 시설에 입소하지 않고도 지역사회에서 지낼 수 있도록 여러 자원 및 서비스를 제공한다(Vladeck et al., 2010).

115) U.S. Department of Housing and Urban Development. (n.d.). Assisted Living Convertsion Program(ALCP). https://www.hud.gov/program_offices/housing/mfh/progdesc/alcp. 2020년 7월 13일 인출.

4) 연속 보호 체계형 노인 공동 주거단지

연속 보호 체계형 은퇴자 주거공동체(CCRC)는 은퇴한 장년이나 노인을 대상으로 독립적 생활주택(Independent Living)부터 요양원(Nursing Home)에 이르기까지 거주민의 다양한 욕구 수준에 맞추어 여러 종류의 주거옵션을 제공하는 연속형 돌봄 모델을 의미하며, 전국적으로 약 2,000개가 존재한다(AARP, 2019). CCRC의 재원은 대부분 거주민 자기 부담으로 구성되지만, 메디케어 급여 대상의 보건의료서비스(예: 입원, 물리치료, 전문요양서비스 등)에 한정하여 공적 자금이 투입될 수 있다(Administration on Aging, 2020c). CCRC는 대부분 입주 비용이 상당히 높기 때문에(AARP, 2019) 메디케이드 수급 거주민은 드물다.

3. 시설 돌봄

시설 돌봄 서비스는 재가 돌봄 서비스와 전환적 돌봄 서비스로 돌봄 욕구를 충족하기 어려운 노인이 시설에 입소하면 제공하는 서비스를 일컬으며, 전환적 돌봄 서비스와는 달리 메디케어나 메디케이드와 같은 공공의료보험을 통해 공적자금이 상당 부분 투입된다. 시설 돌봄 서비스 기관은 요양원(Nursing home)과 전문요양시설(SNFs: Skilled Nursing Facilities)과 같은 요양시설과 만성질환이 있는 노인에게 완화의료서비스를 제공하는 호스피스(Hospice) 기관이 대표적이다.

1) 요양시설

요양시설(Nursing facility)은 전환적 돌봄 시설들과 비교하여 상대적으로 높은 수준의 신체·건강 욕구가 있는 노인을 위한 전문요양시설로서 일상생활 수행(식사하기, 목욕하기, 옷 입기 등) 보조를 비롯하여 전문 의료인력에 의한 간호 서비스 및 24시간 관리ㆍ감독 서비스, 재활 서비스(물리

치료, 작업치료, 언어치료) 등을 제공한다(National Institute of Health, 2017). 2019년 기준 미국 전역에는 15,061개의 요양 시설이 있고, 약 125만 명이 서비스를 제공받았다(Kaiser Family Foundation, 2019). 요양시설은 요양원과 전문요양시설로 분류된다. 요양원은 주로 일상생활지원서비스에 집중하는 시설이 많고 장기 입소 이용자가 많은 데 비해, 전문요양시설은 전문간호인력이 상주하여 수술 후 퇴원 치료 등 주로 재활 목적으로 특화된 보건의료서비스를 제공하고 상대적으로 단기입원이용자가 주를 이룬다.[116]

미국 의료보험국의 인증을 받은 시설 돌봄 기관에 한해 메디케이드와 메디케어를 통한 공적자금이 투입되며, 메디케어(65세 이상의 노인과 65세 미만 장애인을 위한 공영의료보험)는 일반적으로 시설요양급여를 제공하지 않고, 메디케이드(저소득층을 위한 공영의료보험)가 시설요양급여를 지원한다.

2) 호스피스

호스피스 서비스란 치료가 어려운 만성질환 환자들의 완치가 아닌 '돌봄'에 집중하는 완화 의료 서비스를 일컬으며, 전문 의료인력에 의한 통증관리 및 환자의 욕구에 따른 정서적, 영적 지지서비스를 제공하는 모든 서비스를 의미한다(Rowles & Teaster, 2015).

호스피스 서비스를 제공하는 시설은 크게 세 유형으로 나눌 수 있다. 첫 번째 유형은 호스피스 건물이 독립적으로 설립되어 서비스를 제공하는 경우로(Independent Hospice), 이는 돌봄을 제공할 수 있는 보호자가 없을 때 서비스를 이용하기에 유용하며, 24시간 서비스 이용이 가능하고 기관에 따라 방문형 재가 호스피스 서비스를 제공하기도 한다. 두 번째 유형으로 병원

116) Centers for Medicare & Medicaid Services (n.d.). Nursing home care. https://www.medicare.gov/coverage/nursing-home-care. 2020년 7월 18일 인출.

내에서 호스피스 병동을 운영해 호스피스 프로그램을 제공하는 경우이다(Hospital-Based Hospice). 이 경우 병동에 입원한 환자들이 호스피스 서비스를 기타 의료서비스와 연계적으로 제공받는다는 특징이 있다. 마지막으로 장기요양보호시설(Long-Term Care Facility)에서 호스피스 서비스를 제공하는 경우이다. 이는 돌봄을 제공할 수 있는 동거인 또는 보호자가 없는 경우와 이미 요양시설 및 기타 장기요양시설에 거주하는 경우 추가로 서비스를 제공받을 수 있다는 특징이 있다.[117]

호스피스 서비스는 경우에 따라 메디케어 및 메디케이드와 같은 공적의료보험 급여 적용이 가능하다. 메디케어는 메디케어 파트 A(병원 보험)에 급여적용이 되며, 메디케이드의 경우 주별로 호스피스 서비스 제공 범위 및 여부가 상이하다. 호스피스 서비스가 메디케이드 급여항목에 포함된 주의 경우, 이용자 욕구에 따라 호스피스 전담인력이 주기적으로 이용자의 가정에 방문하여 호스피스 서비스를 제공하는 가정방문 서비스(RHC: Routine Home Care)부터 최대 24시간 동안 모니터링하며 장기요양시설에서 호스피스 서비스를 제공하는 지속적 간호서비스(CHC: Continuous Home Care), 보호자가 돌봄이 어려울 경우 단기적으로 병원 또는 호스피스 요양시설에 입소하여 호스피스 서비스를 제공받는 단기 입원 간호 서비스(IRC: Inpatient Respite Care), 그리고 호스피스병동이나 전문요양시설 등에 입소하여 호스피스 서비스를 이용하는 일반입원간호서비스(GIC: General Inpatient Care) 중 하나를 선택해 호스피스 급여가 제공된다.[118]

---

117) American Cancer Society (n.d.). How and where is hospice care provided and how is it paid for?. https://www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/hospice-care/who-provides-hospice-care.html. 2020년 8월 5일 인출.

118) Centers for Medicare & Medicaid Services (n.d.). Hospice benefit. https://www.medicaid.gov/medicaid/benefits/hospice-benefits/index.html. 2020년 7월 18일 인출.

제3절 팬데믹으로 인한 노인돌봄의 한계와 정책적 대응

본 절은 코로나19로 인해 미국 노인들이 경험하는 실제적인 어려움과 이에 대한 연방정부의 정책적 대응을 재가 돌봄 서비스, 전환적 돌봄 서비스, 시설 돌봄 서비스로 나누어 살펴본다.

1. 재가 돌봄 서비스

미국의 특성상 코로나19 관련 구체적인 대응 정책은 주별로 상이하지만, 주요 정책은 연방정부 지침 안에서 시행된다. 미국에서는 코로나19 발생에 신속히 대처하기 위하여 백악관 내 태스크포스팀을 구성하여 관련 정책과 서비스를 지속적으로 업데이트하고 있으며, 많은 주에서 코로나19와 관련하여 주요 재난 상황을 선포하여 감염 상황을 모니터링하고, 코로나19 환자와 가족에게 필요한 서비스를 지원하려고 노력하고 있다.[119] 65세 이상 노인은 미국 질병관리본부(CDC)에서 코로나19의 위험집단으로 구분하여[120] 코로나19 예방과 치료에 각별한 주의를 기울일 것을 요구하고 있으며, 정부 차원의 사회복지 관련 기관들에서는 다양한 노인 관련 정책을 지속적으로 발표하고 있다.[121]

기저질환이 있는 노년층의 경우 코로나19에 걸릴 확률이 다른 연령 집단에 비하여 매우 높으며, 코로나19에 걸릴 경우 사망이나 심각한 후유증을 초래할 수 있다는 문제점이 있다.[122] 이러한 문제에 대응하기 위해, 질

119) Advancing States. (2020). State Materials on COVID-19. http://www.advancingstates.org/initiatives/covid-19-resources/state-materials-covid-19. 2020년 8월 22일 인출.

120) Centers for Disease Control and Prevention. (August 16, 2020). Older Adults. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/older-adults.html. 2020년 8월 22일 인출.

121) National Association of Area Agencies on Aging. (n.d.). COVID-19 Government Resources. https://www.n4a.org/covid19govtresources. 2020년 8월 22일 인출.

병관리본부에서는 노인 집단에게는 기본 예방 행동(마스크 착용, 손 씻기 등) 외에도 외부 활동을 최대한 자제하고 사회적 거리두기 준수를 강력히 권고하고 있다.

복지 서비스의 사각지대가 발생하지 않도록 하기 위하여 미국 정부에서는 음식배달서비스, 방문목욕, 의사 방문을 위한 교통편 제공, 건강관리교육 및 돌봄제공자지원 등의 서비스가 각 지역사회기반의 사회복지 기관을 통해서 제공되고 있다.[123] 많은 주정부들과 지역사회 기관들은 노인들의 기본 욕구 충족을 가장 우선시하여 서비스를 제공하며 이러한 서비스는 연방정부의 3단계 프로토콜에 따라 달리 운영된다.[124] 1단계와 2단계는 기본적으로 정부의 자택 대기명령(shelter in place) 조치를 기반으로 서비스가 제공된다. 1단계는 신선식 혹은 대체식이 드라이브스루(drive-through), 픽업 또는 배달 등으로 제공되며, 서비스 프로그램은 Zoom이나 Facetime 등을 통해 비대면으로 시행된다.[125] 2단계는 1단계 서비스에 더해 소규모 집합 프로그램(50명 미만) 등이 점차적으로 시행되며, 3단계에서는 사회적 거리두기를 유지한 채로 기존의 집합 프로그램들이 재시행된다. 지역사회 노인들에게 제공되는 코로나19 관련 주요 서비스의 구체적인 내용은 아래와 같다.

---

122) Centers for Disease Control and Prevention. (August 17, 2020). COVID-19 Guidance for Older Adults. https://www.cdc.gov/aging/covid19-guidance.html?deliveryName=DM22660. 2020년 8월 22일 인출.

123) Advancing States. (2020). Addressing Social Isolation for Older Adults during the COVID-19 Crisis. http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/u24453/Social%20Isolation%20Response_04092020.pdf. 2020년 8월 22일 인출.

124) Administration for Community Living. (2020). Phased Reopening Guidelines for Senior Nutrition Program Operations during the COVID-19 Public Health Emergency. https://acl.gov/sites/default/files/common/AoA%20-%20Nutrition%20Reopening-Final%20-%205-5-20_1_0.docx. 2020년 8월 22일 인출.

125) The White House. (n.d.). Guidelines for Opening Up America Again. https://www.whitehouse.gov/openingamerica. 2020년 8월 22일 인출.

1) 음식지원서비스

2020년 3월 18일부터 코로나19와 관련한 법령(Families First Coronavirus Response Act)이 시행되었으며, 이를 통해 보건복지부에서는(Department of Health and Human Services) 2억 5천만 달러의 재정을 지역사회거주관리청(Administration for Community Living)에 추가 지원함으로써 지역사회 내 코로나19 노인 환자 및 돌봄을 제공하는 가족에게 무료 식사 배달서비스(Meals on Wheels)를 확대 제공하였다. 이러한 식사제공서비스는 집에 머물지만 건강과 안전상의 이유로 음식 재료를 사기 어렵거나 요리하기가 어려운 노인에게 일주일에 두세 번의 식재료 및 음식을 제공함으로써 노인들의 기본 생활에 필수적인 도움들을 지속적으로 제공한다.[126] 또 지역노인기관(Area Agencies on Aging)에서는 식사 및 식료품을 배달할 뿐만 아니라 드라이브스루 및 픽업 서비스(grab-and-go model)를 제공하는 등 다양한 서비스를 비대면 방식으로 제공하고 있다.[127]

2) 원격의료서비스

노인들이 병원에 가지 않고도 진료를 받을 수 있는 원격의료서비스(telehealth)를 2020년 3월 6일부터 기존에 제공하던 메디케어 서비스에 포함해 제공하기 시작하였다. 이는 코로나19에 취약한 노인 집단이 병원 방문 시 노출되는 위험을 최소화하고자 실행된 조치로서, 미국 전역의 노인들은 손쉽게 집에서 원격진료시스템을 통해서 진료를 받고 필요한

126) U.S. Department of Health & Human Services. (2020). HHS Announces Grants to Provide Meals for Older Adults. from https://www.hhs.gov/about/news/2020/03/24/hhs-announces-grants-to-provide-meals-for-older-adults.html. 2020년 8월 22일 인출.

127) National Association of Area Agencies on Aging. (n.d.). COVID-19 Government Resources. https://www.n4a.org/covid19govtresources. 2020년 8월 22일 인출.

약 처방을 받을 수 있게 되었다. 원격진료에는 신체적 건강검진뿐 아니라 심리 상담, 예방적 진료 등이 포함되며, 의사, 간호사, 정신과의사, 임상사회복지사 등의 서비스를 포함한다.[128]

3) 정신건강서비스

코로나19 예방을 위한 사회적 거리두기로 인해 증가된 노인의 외로움, 사회적 고립감, 우울감 및 정신적 스트레스 완화를 위하여 주 정부에서는 온라인 미팅이나 통화 등을 통한 봉사자 혹은 이웃과의 교류 프로그램, 사회적 거리두기를 준수한 방문 서비스 등을 제공한다. 또 여러 교육 강좌들과 운동 영상 등을 비디오 콘퍼런스를 통해 공유하여 노인들이 집에서도 사회적 프로그램에 참여할 수 있도록 지원하고 있다.[129]

4) 돌봄 제공자를 위한 서비스

코로나19 팬데믹 이후 가족 내 노인을 돌보는 보호자들의 증가한 심리적 부담과 건강 관련 문제 또한 대두되었는데, 이를 해결하고자 국가 차원의 다양한 돌봄 제공자(caregiver) 지원 기관을 통한 서비스가 지원되고 있다. 국가돌봄제공센터(National Center on Caregiving)에서는 돌봄 제공자의 온라인 서비스 신청을 통해 개인의 문제를 직접 점검하고 필요한 서비스를 제공하고 있으며[130] 국가 가족 돌봄 제공자 지원 프로그램(National Family

128) Centers for Medicare & Medicaid Services. (Mar 17, 2020). President Trump Expands Telehealth Benefits for Medicare Beneficiaries during COVD-19 Outbreak. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/president-trump-expands-telehealth-benefits-medicare-beneficiaries-during-covid-19-outbreak. 2020년 8월 22일 인출.

129) Advancing States. (April 9, 2020). Addressing Social Isolation for Older Adults during the COVID-19 Crisis. http://www.advancingstates.org/sites/nasuad/files/u24453/Social%20Isolation%20Response_04092020.pdf. 2020년 8월 22일 인출.

Caregiver Support Program)은 이용 거주 지역 내 가능한 서비스 정보 제공, 개인 상담 및 필요한 교육 지원, 방문 간호서비스 지원 등의 서비스를 통하여 가족 돌봄 제공자들에게 도움을 제공한다.[131] 또한 연중무휴로 제공되는 국가 재난 스트레스 도움 전화(National Disaster Distress Helpline)에서는 'TalkWithU' 문자서비스 등을 통하여 전문 상담가와 연결되도록 함으로써 돌봄 제공자가 경험하는 감정적 스트레스를 완화시키기 위한 노력을 지속적으로 제공하고 있다.[132]

5) 교통수단 지원 서비스

미국 노인들은 국가 노인 및 장애인 교통센터(National Aging and Disability Transportation Center)의 지원으로 필요한 교통수단을 직접 제공하는 서비스를 받고 있다. 코로나19 이후, 증가된 신체의 위험과 대중 교통수단의 감염 위험 때문에 개별적 교통수단 지원 서비스의 중요성이 더욱 부각되고 있다. 각 주의 지역 노인기관에서는 해당 지역의 코로나19 관련 상황을 면밀히 감시하며, 보건당국의 권고사항에 따라 방역을 실시한 후 지역 내 이동, 병원 방문 서비스를 제공하고 있다.[133] 예를 들면, 메인주는 코로나19로 인해 노인들의 병원 방문 교통 서비스만 계속 지원하고 있고, 다른 서비스는 임시로 중단된 상태로 추후 재개할 준비 중

130) Family Caregiver Alliance. (April 21, 2020). Caregiving and the Coronavirus: Tips for Caregivers. https://www.caregiver.org/caregiving-and-coronavirus-tips-caregivers. 2020년 8월 22일 인출.
131) Administration for Community Living. (November 12, 2019). National Family Caregiver Support Program. https://acl.gov/programs/support-caregivers/national-family-caregiver-support-program. 2020년 8월 22일 인출.
132) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (June 11, 2020). Disaster Distress Helpline. https://www.samhsa.gov/find-help/disaster-distress-helpline. 2020년 8월 22일 인출.
133) Nadtc. (n.d.). COVID-19 Resources.https://www.nadtc.org/covid-19-resource-center. 2020년 8월 16일 인출.

이며[134] 캘리포니아주의 소노마 카운티는 코로나19 이후에 긴급 병원방문 서비스만 제공한다. 노인들이 직접 방문하는 것을 도와주던 기존의 이동 서비스는 배달서비스 시스템으로 전환시켜, 노인들을 위한 약국에서의 약 배달, 식료품점에서 장보기 배달, 음식배달 등의 서비스를 제공함으로써 노인들을 코로나19 위험으로부터 보호하는 동시에 일상생활에 꼭 필요한 활동을 돕기 위해 노력하고 있다.[135]

앞서 언급한 정부 정책 외에도 지역사회 내에서 노인들을 위한 프로그램으로 노인들을 위한 상점 개방 정책을 시행하고 있다. 이른 오전 시간을 노인들만을 위한 쇼핑시간으로 지정함으로써, 지역사회 노인들이 일상생활에 필요한 음식이나 물건을 구매하는 데 노출될 수 있는 코로나19 위험을 최소화하고자 노력하고 있다.[136]

2. 전환적 돌봄 서비스

미국 질병관리본부(CDC)에 따르면, 노인주택, 생활보조 시설, 은퇴 커뮤니티(NORCs, CCRCs 등)에 거주하는 노인들은 코로나19에 매우 취약하다고 보고하고 있다.[137] 코로나19는 연령이 높을수록 위험성이 증가하는데, 전환적 돌봄 서비스 시설에 거주 중인 노인의 경우에는 상당수가 이

134) Maurer, J. (2020, July 23). Volunteer Driver Programs During COVID-19 A Northern New England Perspective. http://www.nadtc.org/wp-content/uploads/Jess_Maurer_Volunteer_Driver_PDF.pdf. 2020년 8월 16일 인출.

135) Sonoma Country Area Agency on Aging (May 27, 2020). County of Sonoma Human Services Department Division of Adult and Aging Area Agency on Aging. http://www.nadtc.org/wp-content/uploads/Presentation-5-27-2020-Sonoma-AAA.pdf. 2020년 8월 16일 인출.

136) American Association of Retired Persons. (April 22, 2020). Supermarkets Offer Special Hours for Older Shoppers. https://www.aarp.org/home-family/your-home/info-2020/coronavirus-supermarkets.html. 2020년 8월 22일 인출.

137) Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Living in or Visiting Retirement Communities or Independent Living Facilities. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/residents.html. 2020년 8월 1일 인출.

미 심장질환, 당뇨, 폐질환 등 기저질환이 있기 때문에 코로나19에 걸리면 더 위험한 상황에 노출된다. 뿐만 아니라, 전환적 돌봄 서비스 중에는 거주민을 위한 사회적 교류 활동이 비교적 많고, 공유 주방 및 식당, 강당과 같은 공동 이용 공간이 많기 때문에 거주자들 간의 접촉이 많을 수밖에 없는 환경에 노출되어 있어 바이러스 확산에 더욱 취약하다.[138] 질병관리본부는 코로나19와 관련하여 노인주택, 생활보조 시설, 은퇴 커뮤니티의 방역 지침 및 시설운영 가이드라인을 〈표 6-2〉와 같이 발표하였다.

〈표 6-2〉 미국 질병관리본부의 전환적 돌봄 서비스 시설운영 및 가이드 라인

미국 질병관리본부는 개인 방역 차원에서 해당 주거시설 서비스 제공자로 하여금 사회적 거리두기와 마스크 착용, 손 소독제 사용 및 기침 예절 준수 등 개인 방역 준수사항을 해당 시설 거주 노인들에게 교육하도록 권고한다. 시설 방역 측면에서는 기관 방역 및 환기시스템 구축, 시설 내에서 제공되는 단체 프로그램(운동, 레저 프로그램, 종교활동 등)의 운영을 중단하거나 온라인 기반 프로그램으로 전환하거나 또는 최소 6피트(약 1.8미터) 이상의 개인 간 간격 유지가 지켜질 수 있는 소규모 단체 프로그램에 한해서 운영하도록 권고한다. 만약 전환적 돌봄 시설 거주자가 코로나19 의심 증상을 보이거나 확진자의 밀접 접촉자에 해당할 경우에는 지역 내 보건당국에 연락하여 지침을 따르도록 권고한다.

자료: Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Retirement Communities and Independent Living Facilities. Retrieved Aug 1, 2020, from https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/considerations.html

전환적 돌봄 서비스에 거주하는 노인들에게 제공되는 코로나19 관련 주요 서비스를 ① 노인주택, ② 생활보조 시설, ③ 은퇴 커뮤니티로 나누어 살펴보았으며 구체적인 내용은 각 아래와 같다.

138) Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Retirement Communities and Independent Living Facilities. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/considerations.html. 2020년 8월 1일 인출.

1) 노인 주택

연방정부 주택도시개발부가 지원하는 노인주택은 노인밀집도가 높은 공동주거시설의 경우 코로나19에 더욱 치명적일 수 있다.[139] 또한 노인주택은 시설 돌봄 기관(Nursing Home, Skilled Nursing Facilities)과는 달리 거주자 또는 내방객들에 대하여 사회적 거리두기를 강제할 권한이 없어 바이러스 확산에 더욱 취약하게 된다(Stone, Sanders & Magan, 2020). 또한 노인주택에는 거주민 및 내방자의 모니터링을 위한 인력이 부족한 실정이며, 특히 야간과 주말에는 직원이 근무하지 않기 때문에 방문객의 출입 확인 및 건강 모니터링이 어렵다.[140] 뿐만 아니라, 식당, 세탁실, 엘리베이터 등 많은 사람들이 동시에 이용해야 하는 공유공간에 대해서는 사용을 금지하기도 어려운 실정이다.

특히, 저소득층 노인을 위한 주택의 경우(Section 202), 거주 중인 노인들의 평균 나이가 79세로 매우 고령이며,[141] 55% 정도가 5개 이상의 만성질환이 있는 것으로 보고되고 있어 코로나19의 위험에 더욱 취약한 것으로 판단된다.[142] 또한 저소득층 노인주택의 거주자들은 경제적인 이유로 인터넷 사용이 어렵고, 컴퓨터 및 스마트기기를 소유하고 있지 않은

---

139) Musumeci, M., & Chidambaram, P. (April 16, 2020). COVID-19 Issues and Medicaid Policy Options for People Who Need Long-Term Services and Supports. Kaiser Family Foundation. https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/covid-19-issues-and-medicaid-policy-options-for-people-who-need-long-term-services-and-supports. 2020년 8월 1일 인출.

140) Graham, J. (June 26, 2020). Seniors In Low-Income Housing Live In Fear Of COVID Infection. Kaiser Family Foundation.https://khn.org/news/seniors-in-low-income-housing-live-in-fear-of-covid-infection. 2020년 8월 1일 인출.

141) National Low Income Housing Coalition. (2017). Advocates' Guide 2017: A Primer on Federal Affordable Housing & Community Development Programs. https://nlihc.org/sites/default/files/2017_Advocates-Guide.pdf.

142) The Lewin Group. (2014). Picture of housing and health: Medicare and Medicaid use among older adults in HUD-assisted housing. https://aspe.hhs.gov/basic-report/picture-housing-and-health-medicare-and-medicaid-use-among-older-adults-hud-assisted-housing#appendC.

경우가 많아(Choi, & Dinitto, 2013) 비대면 일상 속에 느끼는 사회적 고립감이 더욱 심각해질 수 있다(Seifert, Cotten & Xie. 2021). 뿐만 아니라, 저소득 노인의 경우 상대적으로 교육수준이 낮고, 영어를 하지 못하는 이민자들이 많아서 정부나 시설에서 발표하는 코로나19 관련 소식이나 예방교육자료 등에 대한 접근이 어려울 수 있기 때문에(Stone, Sanders & Magan, 2020) 취약조건에 더 노출되어 있다.

코로나19의 위험 속에서 저소득층 노인주택 거주자들을 보호하기 위해서 연방정부는 코로나19 보조, 구호 및 경제보장법(CARES Act: The Coronavirus Aid, Relief and Economic Security Act)에 의거하여 저소득층 노인주택에 공적자금을 지원한다고 발표하였으며, 이 재정을 통하여 저소득층 노인주택 시설은 운영 비용을 보조 받고 서비스 코디네이터를 충원할 수 있게 되었다.[143] 연방정부 지원 외에도 일부 주에서는 지역 보건당국과 노인주택 간의 협력 네트워크를 구축해 코로나19 확산에 대응하고 있다. 성공적인 예로 매사츠세츠주 리비어시에 위치한 노인주택들은 지방정부 보건당국과의 파트너십을 통해 기관 간의 긴밀한 연락시스템을 구축하였고, 이를 통해 코로나19 관련 최신 정보 및 대응전략 등에 대한 접근성을 높임으로써 타 지역에 비해 확진자 수를 최소화할 수 있었다((Stone, Sanders & Magan, 2020).

2) 생활보조 시설

생활보조 시설은 노인주택 거주자들에 비해 상대적으로 높은 수준의 일상생활 보조 및 의료서비스 욕구가 높은 노인을 대상으로 한다. 생활보조 시설은 상대적으로 거주자의 연령이 높고 만성적인 기저질환이 있으

143) U.S. Department of Housing and Urban Development. (2020). Planned use of CARES Act funding. https://pandemic.oversight.gov/sites/default/files/2020-06/HUD_Agency_Plan_for_Use_of_CARES_Act_Covered_Funds_FINAL.pdf.

며(Harris-Kojetin et al., 2019), 신체적으로 취약성이 높은 거주자들이 밀집적으로 지내고 있기 때문에 코로나19 위험에 더욱 취약하다.[144]

연방정부 차원에서 감염관리 시스템 도입 의무화를 적용한 요양시설과는 달리, 생활보조 시설은 오직 4분의 1가량의 주에서만 실질적인 감염관리 프로그램을 운영하고 있다(Bucy, Smith, Carder, Winfree, & Thomas). 예를 들면, 워싱턴주 생활보조 시설의 경우, 종사자 방역물품 보급 및 유증상 시 접촉금지 의무화, 시설 방역 의무화, 주정부 보건부서와의 정보공유 네트워크 구축 등 감염관리 프로그램을 주정부 차원에서 지원하고 있다.[145] 하지만 일부 주를 제외하고는 여전히 생활보조 시설에 대한 감염관리정책은 부족한 실정이며, 생활보조 시설 내 개인방역물품도 매우 부족한 상황이다(Zimmerman et al., 2020). 게다가 생활보조 시설 거주자들은 노인주택과 비교하여 의료적 욕구가 높은 거주자들이 많음에도 전문간호사 또는 간호사 면허가 있는 직원이 부족한 시설이 많아 코로나19 대응에 어려움을 겪고 있는 상황이다.

3) 은퇴 커뮤니티(NORC, CCRC)

은퇴 커뮤니티도 노인주택이나 생활보조 시설과 마찬가지로 노인 집단 거주시설로서 다수의 공동 이용공간 및 단체프로그램이 존재하기 때문에 코로나19의 위험이 높은 편이다. 이에 정부에서 발표한 시설운영 권고사항은 동일하게 적용되지만[146] 은퇴 커뮤니티를 대상으로 한 코로나19 관련

144) Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Preventing Spread of COVID-19 in Assisted Living Facilities. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/assisted-living.html. 2020년 8월 1일 인출.

145) Washington State Legislature. (n.d.). WAC 388-78A-2610: Infection Control. https://apps.leg.wa.gov/wac/default.aspx?cite=388-78A-2610. 2020년 8월 1일 인출.

146) Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Considerations for Retirement Communities and Independent Living Facilities. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/retirement/considerations.html. 2020년 8월

정책이나 프로그램에 대해서는 아직 상세하게 확인되지 않은 상황이다.

3. 시설 돌봄 서비스

미국 질병관리본부에 따르면, 요양원과 전문요양시설을 비롯한 시설 돌봄 서비스 기관 이용 노인은 다른 종류의 노인 돌봄 서비스 이용자에 비해 만성, 기저 질환자가 많아 전반적으로 보건의료 욕구가 매우 높다. 또 시설 돌봄 서비스 특성상 의료 취약 계층의 노인들이 밀집 거주하고 있어 코로나19 집단 감염 확산 위험이 매우 취약한 상황이다.[147]

2020년 9월 말 기준, 미국에서는 시설 돌봄 서비스 기관에서 코로나19로 인해 49만 명 이상의 확진자와 8만 명 이상의 사망자가 발생하였는데, 이는 미국 전역 감염률의 8%에 해당하지만 전체 사망률의 41%에 육박한 결과이다(Kaiser Family Foundation, 2020b). 이에 정부는 시설 돌봄 서비스 기관에서의 코로나19 감염과 확산을 예방하기 위해 시설운영 가이드라인 개발 및 배포, 방역 물품 지원 등 약 10억 달러가량의 공적자금을 투입함으로써 다른 돌봄 서비스에 비해 보다 적극적인 정책적 차원의 대응을 하고 있으나, 여전히 방역 물품 부족을 비롯하여 서비스 제공 인력의 안전 및 처우개선의 문제, 이용 노인의 사회적 고립 및 정서적 우울감 등 다방면에서 어려움을 겪고 있다.[148] 다음은 시설 돌봄 서비스가 겪는 어려움과 이에 대한 정책적 대응에 해당한다.

1일 인출.

147) Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Preparing for COVID-19 in Nursing Homes. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/long-term-care.html. 2020년 10월 18일 인출.

148) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 22, 2020). Trump administration announces new resources to protect nursing home residents against COVID-19. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-new-resources-protect-nursing-home-residents-against-covid-19. 2020년 7월 27일 인출.

1) 감염관리

의료보험국에서는 주정부 설문조사 기관을 통해 기관 내 코로나19 감염 확산으로 위급상황에 놓인 기관들을 선별하여 감염관리가 성실히 이행되고 있는지에 대한 방역 진단 검사를 시행하고 있으며, 기관 자체적으로도 감염 관리 체크리스트(Infection Control Checklist)를 통해 자체 방역 진단을 시행하고 있다.[149] 감염 관리 조사를 시행한 기관은 의료보험국 방침에 따라 시설 내외 코로나19 감염 관련 데이터를 서비스 이용자들에게 알리고,[150] 질병관리본부에 주 1회 의무적으로 보고하고 있다.[151] 이렇게 수집한 데이터는 의료보험국이 각 주에 전달함으로써 감염 관련 정보를 공유하여 질병 확산을 예방하고자 노력하고 있다.[152]

또한 2020년 3월, 의료보험국은 코로나19 감염과 확산 예방을 위해 시설 방문객을 제한하고 집단 활동을 전면 취소하도록 요청하였으나,[153]

149) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (March 23, 2020). CMS announces findings at Kirkland nursing home and new targeted plan for healthcare facility inspections in light of COVID-19. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-findings-kirkland-nursing-home-and-new-targeted-plan-healthcare-facility-inspections. 2020년 7월 29일 인출.

150) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 22, 2020). Trump administration announces new resources to protect nursing home residents against COVID-19. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-new-resources-protect-nursing-home-residents-against-covid-19. 2020년 7월 29일 인출.

151) Musumeci, M., and Chidambaram, P. (April 16, 2020). COVID-19 Issues and Medicaid Policy Options for People Who Need Long-Term Services and Supports. https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/covid-19-issues-and-medicaid-policy-options-for-people-who-need-long-term-services-and-supports/

152) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 22, 2020). Trump administration announces new resources to protect nursing home residents against COVID-19. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/trump-administration-announces-new-resources-protect-nursing-home-residents-against-covid-19. 2020년 7월 27일 인출.

153) Musumeci, M., and Chidambaram, P. (April 16, 2020). COVID-19 Issues and Medicaid Policy Options for People Who Need Long-Term Services and Supports.

이후 2020년 5월, 연방정부가 발표한 3단계 사회적 거리두기 프로토콜에 따라 운영 방침을 조정하여 운영하고 있다. 사회적 거리두기 프로토콜에 따르면, 1단계와 2단계에서는 시설 돌봄 서비스 기관과 같은 감염 확산에 취약한 기관의 경우 방문객 제한과 외부활동 중단을 권고하며, 3단계의 경우 그 기준이 완화되어 개인 간 거리 두기 등 적정 수준의 안전이 보장된 상태에서 제한된 시설 방문이 허용된다.[154] 이는 시설 돌봄 서비스 기관과 같은 취약계층이 거주하는 시설은 다른 시설에 대한 지침과 비교할 때 가장 보수적으로 재운영을 검토하는 조치에 해당한다.[155] 재운영방침이 제시된 이후 2020년 7월을 기준으로 30개 이상의 주는 시설 방문을 제한된 수준으로 허가하여 운영 중이다(Soergel, 2020).

2) 시설 돌봄 서비스 이용 노인의 사회적 고립 및 우울감

오랜 시간 동안 시설 돌봄 서비스의 방문이 제한되면서 요양시설 거주 노인들의 정신건강 문제도 대두되고 있다. 코로나19의 확산으로 인해 시설 내외적으로 대면 접촉이 금지되고 사회 활동 및 가족 방문이 극도로 제한됨에 따라 거주 노인들의 외로움과 우울감이 높아지고 이로 인해 치매 관련 위험도 증가하였다(Simard & Volicer, 2020). 이에 의료보험국은 방역 수칙을 철저히 준수하는 선에서 단계별로 요양시설의 방문 제한 기준을 완화하는 등의 정책으로 거주 노인들의 고립감과 우울감을 완화

---

https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/covid-19-issues-and-medicaid-policy-options-for-people-who-need-long-term-services-and-supports/. 2020년 7월 27일 인출.

154) Whitehouse (2020). Opening Up America Again. https://www.whitehouse.gov/openingamerica/

155) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (May 18, 2020). Nursing home reopening recommendations for state and local officials. https://www.cms.gov/medicareprovider-enrollment-and-certificationsurveycertificationgeninfopolicy-and-memos-states-and/nursing-home-reopening-recommendations-state-and-local-officials

할 수 있도록 탄력적으로 정책을 운영하고 있다.[156] 다만 이는 다른 정책과 마찬가지로 주별로 차이를 보이며, 전반적으로는 시설 방문을 점진적으로 허용하는 분위기이나 몇몇 주에서는 요양시설 방문을 전면 금지하기도 했다.[157] 코로나19로 인한 문제점들은 대부분 요양시설에 초점을 맞추어서 보고되어 왔다.

3) 방역물자 부족

전국적으로 상당수의 시설 돌봄 서비스 기관은 노인 거주자에게 매일 직접 서비스를 제공해야 하기 때문에 마스크, 가운, 보안경, 장갑, 손 소독제 등 개인보호장비(PPE: Personal Protective Equipment)가 필수적임에도 불구하고, 개인보호장비의 부족을 겪고 있다.[158] 2020년 5월 연방정부에서는 코로나19 위험으로부터 이용자와 종사자의 최소한의 안전을 보장하기 위해서 개인보호장비와 코로나19 검사 기구를 요양원에 전달하겠다고 발표했다.[159] 정부는 개인보호장비와 코로나19 검사 기구를 시설의 크기 및 직원 수를 기준으로 할당량을 정하여[160][161] 코로나19가 확산되는

156) Centers for Medicare & Medicaid Services. (September 17, 2020). CMS Announces New Guidance for Safe Visitation in Nursing Homes During COVID-19 Public Health Emergency. https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-announces-new-guidance-safe-visitation-nursing-homes-during-covid-19-public-health-emergency. 2020년 9월 30일 인출.

157) Soergel, A. (September 28, 2020). Track the Status of Nursing Home Visits in Your State. https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-home-visits-by-state.html. 2020년 9월 29일 인출.

158) Whoriskey, P., Cenziper, D., Englund, W., & Jacobs, J. (June 5, 2020). Hundreds of nursing home ran short on staff, protective gear as more than 30,000 residents died during pandemic. The Washington Post. https://www.washingtonpost.com/business/2020/06/04/nursing-homes-coronavirus-deaths/

159) Rau, J. (June 11, 2020). Federal Help Falters as Nursing Homes Run Short of Protective Equipment. Kaiser Health News. https://khn.org/news/federal-help-falters-as-nursing-homes-run-short-of-protective-equipment/

160) Federal Emergency Management Agency. (May 1, 2020). Coronavirus pandemic response: PPE packages for nursing homes. https://www.fema.gov/fact-

지역에 우선 전달한다고 공표하였음에도 불구하고, 상당수의 시설 돌봄 서비스 기관들은 적정 수준의 개인보호장비를 아직 확보하지 못하고 있다(McGarry, Grabowski, & Barnett, 2020). 카이저가족재단(Kaiser Family Foundation)의 조사 결과 약 2,700개의 시설 돌봄 서비스 기관에 개인보호장비(N95마스크, 수술용 마스크, 눈 보호구, 가운, 장갑, 및 손 소독제)가 부족한 것으로 나타났다.[162]

4) 서비스 제공 인력 부족

상당수의 시설 돌봄 서비스 기관은 코로나19 확산 이전에도 인력부족의 문제를 겪어 왔는데(Geng, Stevenson, & Grabowski, 2019), 코로나19가 확산되면서 기존 종사자들이 건강 등의 이유로 근무를 중단하는 사례가 많아져서 시설 돌봄 서비스 제공 인력 부족이 더욱 심각해졌다(McGarry, Grabowski, & Barnett, 2020). 이에 대한 대책으로, 의료보험국은 시설 돌봄 서비스 기관의 근무 효율을 증대시키기 위하여 기존의 행정업무 절차를 대폭 축소하였다. 이는 요양시설에 대한 기존의 의료보험국의 규제를 대폭 완화한 조치로 시설의 인력난과 코로나19 감염 대응에 도움을 주기 위한 정책이다.[163] 특히 시설 평가 및 행정적 보고에

---

sheet/coronavirus-pandemic-response-ppe-packages-nursing-homes. 2020년 8월 16일 인출.

161) U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. (2020). Frequently asked questions: COVID-19 testing at skilled nursing facilities/ nursing homes. https://www.cms.gov/files/document/covid-faqs-snf-testing.pdf.

162) Chidambaram, P. (July 21, 2020). Rising cases in long-term care facilities are cause for concern. Kaiser Family Foundation. https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/rising-cases-in-long-term-care-facilities-are-cause-for-concern/. 2020년 8월 8일 인출.

163) Centers for Medicare & Medicaid Services. (July 7, 2020). Long Term Care Facilities (Skilled Nursing Facilities and/or Nursing Facilities): CMS Flexibilities to Fight COVID-19. https://www.cms.gov/files/document/covid-long-term-care-facilities.pdf. 2020년 10월 18일 인출.

대한 규정을 완화함으로써 시설 종사자들이 돌봄 서비스 제공에만 집중할 수 있도록 불필요한 행정 절차를 간소화하였다.[164][165] 또한 간호조무사의 훈련 시간을 줄이고 의료진이 본인의 권한 일부를 조무사나 직원에게 양도할 수 있도록 하는 등의 유연한 인력 운영 방안을 도모하고 있다. 호스피스 시설의 경우 직원교육 시간을 축소하고 교육 이수 기간의 마감기한을 연장해 줌으로써 인력운영의 효율을 돕고 있다.[166][167]

그러나 약 3,000개의 시설 돌봄 서비스 기관들은 이러한 대응 정책 이후에도 여전히 인력 부족으로 어려움을 겪고 있는데, 이 중 특히 전문 간호인력이 부족한 실정이다.[168] 뿐만 아니라, 상당수의 시설 돌봄 서비스 종사자들은 과도한 업무로 인하여 본인의 유급 병가를 이용하지 못하고 있다. 정부는 코로나19 대응책 중 하나로 긴급 유급 병가 제도를 시행하여 노동자들이 아플 경우 14일간 자택에서 쉴 수 있도록 제공하였지만, 상당수의 의료계 종사자들은 그 대상에서 제외되어서 종사자들의 건강을 돌보기 위한 적절한 보상조차 받기 어려운 상황에 놓이게 되었다. 카이저

164) National Cancer Institute (Feb 2, 2018). SEER-medicare: Minimum data set (MDS) - nursing home assessment. https://healthcaredelivery.cancer.gov/seermedicare/medicare/mds.html#:~:text=The%20Minimum%20Data%20Set%20(MDS,functional%20capabilities%20and%20health%20needs

165) U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (n.d.). QAPI description and background. https://www.cms.gov/Medicare/Provider-Enrollment-and-Certification/QAPI/qapidefinition#:~:text=QAPI%20is%20the%20coordinated%20application,and%20Performance%20Improvement%20(PI).&text=PI%20in%20nursing%20homes%20aims,make%20good%20quality%20even%20better.

166) U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (July 9, 2020). Hospice: CMS flexibilities to fight COVID-19. https://www.cms.gov/files/document/covid-hospices.pdf

167) U.S. Centers for Medicare and Medicaid Services. (July 9, 2020). Long term care facilities (skilled nursing facilities and/or nursing facilities): CMS flexibilities to fight COVID-19. https://www.cms.gov/files/document/covid-long-term-care-facilities.pdf

168) Davidson, P. M., and Szanton, S. L. (2020). Nursing homes and COVID-19: We can and should do better. Journal of Clinical Nursing, 29(15-16), 2758-2759. https://doi.org/10.1111/jocn.15297

가족재단의 조사에 따르면 전체 노동자 중 20%, 약 6,900만 명의 의료계 종사자들이 유급 병가 이용의 제한 대상이었고 이 중 9%는 시설 돌봄 서비스 종사자에 해당했다.[169]

제4절 결론

지금까지 미국 내 코로나19 감염 현황과 미국의 노인 돌봄 서비스 체계를 개괄적으로 살펴보고 각 돌봄 서비스별로 겪는 어려움과 이에 대한 정책적 대응에 대해 알아보았다. 미국의 코로나19 현황은 갈 수록 악화되고 있으며, 백신과 치료제가 나오지 않은 상황에서 앞으로 당분간은 코로나19로 인한 영향이 지속될 것으로 예측되고 있다. 특히, 미국의 코로나19는 특정 집단에 속한 사람들이 더욱 취약성에 노출될 수 있음을 보여주었다. 예를 들면, 노인 집단은 다른 연령 집단에 비하여 매우 높은 사망률을 보이고 있고 기저질환이 있는 사람들이 코로나19로 인한 사망에 더욱 취약하게 되고, 유색인종 집단은 백인 집단에 비하여 코로나19로 인한 입원율이 매우 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 종합하여 보았을 때, 코로나19 관련 위험이 복합적으로 노출된 계층에 대한 이해와 사회적 개입이 우선해야 할 것으로 여겨진다(예: 유색 인종인 동시에 기저질환이 있는 노인 계층 등). 또한 코로나19로 인해 특정 계층이 더 취약해지는 사회적 구조를 이해하고, 이를 해결하기 위한 조치를 신속히 마련해야 할 것이다.

미국의 노인 관련 돌봄 서비스를 살펴본 결과, 재가 돌봄 서비스의 종류는

169) Long, M., and Rae, M. (June 17, 2020). Gaps in the Emergency Paid Sick Leave Law for Health Care Workers. Kaiser Family Foundation. https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/gaps-in-emergency-paid-sick-leave-law-for-health-care-workers/. 2020년 8월 17일 인출.

방문형 재가 돌봄 서비스, 주거환경 개선 서비스, 주간보호 서비스 및 기타 지역사회 연계 서비스 등 다양하였다. 그러나 재가 돌봄 서비스는 서비스 특성상 비대면 제공이 어려워 코로나19 확산의 타격을 크게 받고 있다. 이로 인해 지역 거주 노인들은 이전에 경험했던 대면 서비스를 더 이상 제공받지 못하게 되고, 사회 관계망이 더욱 악화되면서 여러 신체적, 정신적 및 사회적 욕구 충족에 어려움을 겪고 있다(Morrow-Howell, Galucia, & Swinford) 코로나19가 확산되는 상황에서 기존의 방식으로는 원활한 서비스 제공이 어려울 수 있기 때문에 새로운 방식의 다양한 서비스를 개발하고 제공할 필요가 있다. 앞서 언급한 무료 식사 배달 서비스(Meals on Wheels)의 확대를 통한 서비스 공백 완화, 원격 의료 및 정신건강 서비스 지원으로 건강 증진 및 사회적 고립 방지, 교통수단 제공을 통한 서비스 접근성 향상 등이 좋은 대안이 될 수 있다. 또한, 사회적 고립 문제의 중요성을 다시금 인식하고 원격 의료의 발전에 박차를 가하는 등 적극적으로 위기를 기회로 삼는 태도가 필요할 것이다(Berg-Weger, & Morley, 2020).

노인주택, 생활보조 시설, 은퇴 커뮤니티를 비롯한 전환적 돌봄 서비스 제공기관들은 코로나19에 대응하는 정부 지원이 여전히 부족한 상황에 처해 있다. 이용자와 제공자의 안전을 보장하고 코로나19 사태에도 지속적인 서비스 제공을 위해 크게 다음과 같은 노력이 필요할 것으로 예상된다. ① 전환적 돌봄 서비스 기관과 같은 거주시설은 확진자 발생 시 집단감염으로 이어질 수 있는 위험이 크기 때문에 철저한 방역시스템 구축과 대책 수립이 필요하다(Gardner, States, & Bagley, 2020). ② 거주자 및 종사자에 대한 방역물품 보급을 비롯하여 기관 내 외부인 출입통제 시스템 구축, 발열 모니터링, 단체 프로그램 및 공동이용 공간의 사회적 거리두기 준수 등 이용자의 안전을 보장하기 위한 노력이 요구된다.[170] ③ 주택단지 내 광역

170) International Council on Active Aging (2020) Creating a path towards the "Next

통신망을 설치하여 인터넷 보급을 늘리고 정보통신기술을 활용한 원격 서비스제공 시스템을 확보하여 서비스 이용자들의 코로나19에 대한 정보접근성을 높이는 등 의료기관을 비롯한 다양한 서비스 제공자로부터 지속적으로 서비스를 제공받도록 한다. 이러한 노력을 지속적으로 제공한다면 노인주택, 생활보조 시설, 은퇴 커뮤니티에 거주하는 노인들의 신체 건강뿐 아니라 가족, 친지와 소통으로 사회적 고립 및 외로움 해소에도 도움을 줄 수 있을 것이다(Simard, & Volicer, 2020).[171]

코로나19에 대응하기 위하여 요양원, 호스피스 등 시설 돌봄 서비스 기관은 재가, 전환적 돌봄 서비스 모델에 비해 다양한 방면으로 정책적인 노력(코로나19 진단검사 지원, 방문객 제한, 코로나19 확진자 분리공간 조성)이 투입되고 있다. 그럼에도 시설 돌봄 서비스 기관에서 발생하는 확진자는 오히려 증가한 것으로 나타났다. 카이저가족재단(Kaiser family Foundation)에 따르면 2020년 6월 말부터 7월 10일까지 2주 동안 35개 주의 시설 돌봄 서비스 기관에서 발생한 확진자는 평균 11% 증가하였다. 뿐만 아니라, 방역 물품을 지원하는 정부의 노력에도 보급 사각지대에 놓인 시설은 아직까지도 지원받지 못한 경우가 많으며 직원 유급병가 이용 제한으로 인해 서비스 제공 인력의 소진도 우려된다. 시설 내 출입제한 기준이 다소 완화됨에 따라 가족, 친지 등의 방문을 허용하는 주가 증가하고 있지만, 이럴 때일수록 서비스 이용자와 내방객의 안전을 위한 방역 체계 구축을 철저히 하고, 그렇지 못한 경우 줌(Zoom) 등을 활용한 온라인 소통채널을 조성해 감염 확산을 예방할 필요가 있다고 발표하였다.[172]

Normal" in senior living

171) Simard, J., & Volicer, L. (2020). Loneliness and Isolation in Long-term Care and the Covid-19 pandemic. Journal of the American Medical Directors Association.

172) AARP. (October 14, 2020). When Can Visitors Return to Nursing Homes? https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-home-visits-after-coronavirus.html. 2020년 10월 18일.

빠른 속도로 확산된 코로나19 문제에 대응하기 위하여 미국이 지금까지 노인과 관련하여 주요 문제에만 초점을 맞추어 대처해 왔다면, 앞으로는 장기화된 코로나19 상황에 대비하여 더욱 체계적인 대처 방안을 마련해야 한다. 특히, 노인들이 경험하는 상실감, 불안감 등에 초점을 맞추어 적극적으로 노인들의 권리를 옹호하고(advocate), 보호하기 위해 노력해야 하며, 노인 집단 중에도 사회적으로 소외되어 있는 계층(저소득층, 이민자, 중증환자 등)과 이들에게 돌봄을 제공하는 돌봄 제공자와 서비스 관련자들에 대한 더욱 광범위한 지원 방안을 모색해야 할 것이다.

제7장

스웨덴의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 노인돌봄 현황: 정책 및 실제
제2절 공공 노인돌봄 발전과 현황
제3절 코로나19 현황과 대응
제4절 노인돌봄의 현재 및 미래 이슈
제5절 결론

제 7 장 스웨덴의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

Gerdt Sundstrom[173], Lennarth Johansson[174]

제1절 노인돌봄 현황: 정책 및 실제

역사적 배경은 중요하다. 세계적으로 그리고 스칸디나비아 국가에서 공공복지는 새로운 것으로 인식되고 있다. 그러나 복지가 공공을 위한 것이라면, 도움이 필요한 사람들을 위한 돌봄의 의무는 노르딕 국가에서도 오랜 역사를 갖고 있다. 오늘날 스웨덴은 발전된 복지 체계를 갖추고 있으며 국민의 생애에 걸쳐 건강돌봄(health care), 사회복지서비스 그리고 연금과 사회보장을 제공한다. 1950년대 이전까지는 주로 돌봄을 제공할 수 있거나 돌봐주는 가족이 없는 빈곤한 시민을 위해 돌봄을 제공했는데, 수백년 동안 노인과 장애인을 돌보는 것은 공공부문의 책임이었다. 현재 장기요양 정책의 일반 원칙은 경제적 수단이나 가족 자원과 관계없이 개인의 욕구에 기반하여 광범위한 서비스(현물)를 국가 보조로 제공하는 것이며 이를 통해 어느 정도 가족의 서비스와 돌봄 부담을 덜어주는 것이다(Sipilä, 1997). 스웨덴 복지시스템의 보편적인 특징을 뒷받침하는 기본 아이디어는 빈곤한 계층을 위한 저렴한 서비스를 마련하되, 부유층에게도 매력적인 서비스를 만드는 것이다(Szebehely & Trydegård, 2012).

173) Jonkoping University 부교수
174) Jonkoping University 명예교수

1950년대 초반, 스웨덴은 노인돌봄의 정책방향을 '요양시설(care home)에서 가정돌봄(home care)으로' 전환하였다. 이후 1960년대와 70년대에 가정돌봄이 빠르게 확산되었고, 1980년대 초반에 정점에 다다랐다. 이후 1980년대에 정부위원회가 구성되어 스웨덴의 노인돌봄체계 개혁을 위한 새로운 전략을 수립하기에 이르렀다. 이 작업에서 의료보험과 사회복지서비스가 두 개의 다른 지방당국이 제공하는, 노인돌봄의 '분리된 책임'이 강조되었다. 그리하여 시의회(county council)가 건강 및 의료돌봄을, 지방정부가 사회복지서비스를 담당하게 되었다.

'분리된 책임'은 노인돌봄 관련 기관 사이에 협력의 어려움을 야기했고, 협력의 부족은 궁극적으로 노인돌봄에 영향을 미쳤다. 분리된 책임은 정치적 책임에 대한 혼란, 자원의 비효율적 사용, 돌봄활동의 실제에 문제를 초래했다.

재정 및 돌봄 책임을 통합하기 위해, 노인돌봄의 책임은 지방당국인 지방정부 차원에서 지는 것으로 결정되었다. 1992년 지역사회 돌봄개혁(Community Care Reform)이 추진되어 장기요양(LTC: long-term care)의 틀이 갖추어졌으며 오늘날까지 이어지고 있다. 지역사회 계속 거주(aging in place)를 골자로 하는 1992년의 개혁은 시설에 거주하는 노인에 대한 건강돌봄(health care)을 포함한 노인의 시설보호 및 돌봄에 법적인 책임을 지방정부가 진다는 것을 의미한다. 지자체(county)와의 합의를 통해 각 지방정부는 가정기반 건강돌봄의 책임도 질 수 있다. 의사를 통한 건강돌봄 및 의료의 제공은 여전히 1차 의료의 책임 영역이다. 도움이 필요한 대상의 가정기반 건강돌봄은 주로 지방당국의 책임이다. 이에 따라 각 지방당국의 전문간호사(MRN: medically responsible nurse) 배치가 결정되었다. 이들의 책임 영역은 적절하고 안전한 지역 건강돌봄을 제공하는 것이다. 전문간호사(MRN)는 지역 건강돌봄 계획, 자원 및 전문성 배정도 담당하는 등 지역 건강돌봄 서비스와 돌봄에 중요한 역할을 한다.

병원 간호에서, 입원 후 치료를 받기 위해 병상을 차지하는 환자인 '병상 점유자(bed blocker)'의 고질적인 문제를 해결하기 위해 개혁안은 새로운 법을 마련하여 지방당국이 병원 치료를 받는 병상점유자에 대한 재정적 부담을 지게 하였다(Johansson, 1997).

1990년대에 마련된 또 다른 정책 방향은 노인돌봄에 변화를 불러왔다. 시장 및 민간복지서비스 강화이다. 공공서비스의 효율성 개선 필요성에 대한 집중적인 논의 후에 시장에 대한 의존도가 높아지게 되었다. 시장 메커니즘 도입 또는 '돌봄의 민영화'로 인해 1990년대 초반부터 장기요양(LTC) 이용자에게 선택의 자유가 확대되었다. 2007년에 가사보조, 우애방문서비스(befriending service) 등의 서비스 구매에 대해 세금보조(tax subsidy)가 도입되면서 이러한 추세가 강화되었고 이후 보조금이 확대되면서 많은 노인이 이용하게 되었다. 조세당국을 통한 이러한 보조는 흔히 말하는 '암흑거래(black work)'의 근절을 의미했다.

2009년 선택의 자유법(Act on Freedom of Choice)이 제정되면서 지방당국의 돌봄기관과의 계약체결 방법에 대안이 생겼다. 앞서 언급한 세금보조는 소비자의 선택을 강화하는 모델의 도입으로 이어졌다. 이러한 모델은 스웨덴 290개 지자체 중 약 절반이 도입하였다. 욕구사정 이후, 수급자격이 있는 대상자는 다양한 인가(accredited) 돌봄기관 중에서 선택할 수 있다. 지방당국이 돌봄 대상자에게 제공한 돌봄 시간에 고정비를 부담하기 때문에 이러한 준시장(quasi-market)에서는 가격을 기반으로 한 경쟁은 일어나지 않는다. 새로운 법으로 인해 지자체는 계약방식의 대안을 통해 돌봄기관에 재정을 보조할 수 있게 되었다.

이후 기관 내(in-house) 서비스 제공, 민간 돌봄기관과 돌봄서비스 계약 체결, 소비자 선택모델 도입 또는 서비스별로 다른 옵션 사용 등 다양한 선택지가 마련되었다. 지자체와 공공/민간 서비스 제공기관의 관계는 계약에 따라 정해진다. 서비스 위탁 및 고객 선택 모델에서 지자체는 품질 기

준, 가격 등을 설정하고 돌봄기관을 관리 감독하게 된다(Meagher & Szebehely, 2013).

2010년 1차 의료서비스 관련 법이 제정되어 환자들은 '자신들의' 1차 의료 의사 및 의료기관을 선택할 권리를 얻게 되었다. 이는 각 기관이 특정 재정 및 행정 기준을 충족하면 원하는 서비스를 만들어 제공할 수 있는 권리를 확보했다는 의미이기도 하다(Burström et al., 2017). 복잡한 건강문제와 어려운 니즈를 갖고 있는 독거노인은 24시간 돌봄 서비스에 의존한다. 노인돌봄의 시장화로 인해 건강돌봄 및 사회복지 관련 기관의 수가 빠르게 증가하였다. 많은 민간 기관들은 다수의 하청업체와 계약을 맺어 필요한 서비스를 제공한다. 24시간 도움이 필요한 사람에게 복수의 돌봄종사자가 돌봄을 제공하는 결과로 이어져 돌봄의 지속성, 보장(security) 및 환자의 안전에 도전이 될 수 있다.

제2절 공공 노인돌봄의 발전과 현황

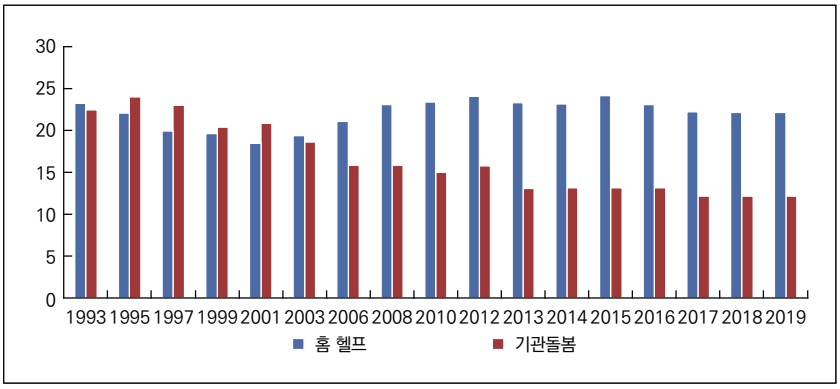
1. 노인돌봄의 발전

1950년대에 추진된 지역사회 돌봄개혁(Community Care Reform)은 스웨덴의 공공 노인돌봄에서 지역사회 계속거주(aging in place) 정책을 통합시켰다. 이러한 개혁을 통해 노인돌봄의 탈중앙집중화, 탈시설화가 추진되었다. 급성 병원진료의 병상 점유자에 대해서 지자체가 재정적 책임을 지게 되면서 병원에서 노인의 퇴원이 급속도로 진행되었다. 이로 인해 병원의 병상 수가 빠르게 감소하였고, 이후 30년간 병원의 병상 수는 50% 이상 감소하였다. 현재 인구 대비 병원의 병상 수는 OECD 국가 중 가장 낮은 수준이다(SBU, 2013; OECD, 2019).

2000년대 초반 지자체의 돌봄 기관 병상이 잇따라 감소하면서 모든 지자체 요양원 정원의 약 40%가 감소하는 결과를 초래했다(NBHW, 2020c). 65세 이상 인구의 커버리지 비율도 [그림 7-1]에 나와 있는 바와 같이 약 50% 포인트 감소하였다. 지자체의 시설돌봄이 축소되면서 거주자의 전원율도 증가하였다. 국가 데이터에 따르면 시설돌봄에 입소한 거주자의 10%가 2개월 이내 사망하고, 31%는 입소 후 12개월 이내, 50%는 24개월 이내에 사망하는 것으로 나타났다(NBHW, 2016). 이러한 양상은 시설돌봄 거주기간은 줄어들고 시설돌봄 입소 후 단기간 내에 사망하는 사람의 비중이 빠르게 증가하는 결과를 담은 현지 연구에서도 확인되었다(Schön et al., 2016). 2019년 시설돌봄 평균 거주기간은 730일이었다(SALAR, 2020a).

[그림 7-1] 80세 이상 노인의 홈헬프 및 시설돌봄 커버리지 비율(1993-2019년)

(단위: %)



자료: NBHW, 연간 노인 돌봄 및 서비스 통계

노인돌봄에서 지역사회 계속거주 정책은 사람을 서비스와 돌봄의 장소로 옮기는 것이 아닌 서비스와 돌봄을 사람이 있는 곳으로 옮기는 것이고, 기관 입소 대신 필요한 서비스와 돌봄을 거주하는 집에서 제공하는 것으로, 1950

년대 그 개념이 확립되어 지금까지 대중에게 대대적으로 받아들여졌다.

그러나 최근 수십 년간, 국민은 지역사회 계속거주가 하나의 선택지가 아닌 노인과 그 가족에게 강요되는 대안이 되었다고 생각하게 되었다. 연구에 따르면 스웨덴 노인들은 계속거주를 하며 필요한 서비스나 돌봄은 물론 시설돌봄도 받지 못하는 것으로 나타났다. 스웨덴에서 이러한 문제를 나타내는 또 다른 지표는 병원 응급실에 대기하는 노인의 수가 증가하고 있다는 점이다(SBU, 2013).

노인돌봄은 공공의 책임이며 자녀가 도움이 필요한 부모를 돌보거나 금전적 지원을 해야 한다는 법적 의무나 법적 요건은 존재하지 않는다. 스웨덴의 복지국가 프로그램은 개인의 독립성에 기초한다. 공식적으로 가족 간 연대는 자발적인 것이지 의무가 아니다. 이와 관련한 근본 철학은 개인의 일상생활 영위에 도움이 필요한 경우라도 다른 가족 구성원으로부터의 독립을 최대한 보장한다는 것이다. 그러나 노인의 서비스 및 돌봄 욕구를 공공이 책임지게 되어 있으나, 스웨덴은 다른 국가와 마찬가지로 노인돌봄을 제공하는 주된 책임은 여전히 가족과 친지가 맡고 있다(Jegermalm & Jeppsson Grassman, 2012; Ulmanen & Szebehely, 2015; Schön & Johansson, 2016; Abellán et al., 2017; Johansson et al., 2018; Sundström et al., 2018; Malmberg & Sundström, 2020).

이러한 전개가 노쇠한 가족 구성원에 대한 돌봄 책임을 떠안은 가족에 영향을 미치게 되었다. 지자체 돌봄기관의 병상 수가 감소하고 인구 중 초고령 노인이 증가하면서 노쇠하고 장애를 가진 환자들이 병원에서 퇴원하여 가정으로 돌아가고 광범위한 홈헬프 서비스와 가정 건강돌봄을 요하게 된 것이다. 이들은 대부분 85세 이상 고령이며 혼자 사는 사별한 노인 여성이다.

이러한 노인의 대부분이 홈헬프 서비스를 받고 있으나 이러한 서비스가 가정에서 안전한 양질의 돌봄을 충분히 제공하는지는 여전히 이슈이다. 하루는 24시간으로 구성되어 있고 하루에 7회에서 8회 방문을 하더라도 노인

에게 필요한 안정(security)을 담보하기에는 충분치 않다. 종종 근처에 거주하는 자손이 돌봄의 공백을 채우기도 한다. 그러나 스웨덴의 여성 대부분이 일을 하기 때문에 오히려 일상 업무에 스트레스를 가중시킬 뿐이다. 연구에 따르면 앞서 기술한 사항으로 인해 치매를 앓고 있는 환자 대부분이 집에서 돌봄을 받고 있다(Wimo et al., 2016). 이로 인해 이미 고된 생활을 하는 많은 가정에 더 큰 부담이 되고 있다.

2. 공공 노인돌봄 현황

1) 노인돌봄 거버넌스

스웨덴에서 건강돌봄과 사회복지서비스 책임은 세 가지 다른 차원의 정부에서 담당한다. 국가적 차원에서는 의회와 중앙정부가 입법활동과 경제적 인센티브를 통해 정책 목표와 방향을 설정한다. 각 지역(21개 주)은 건강돌봄과 의료서비스 제공을 책임진다. 지방 차원에서 290개의 지자체는 노인을 위한(도움이 필요한 청년도 포함) 사회복지서비스, 가정건강돌봄(home health care) 그리고 시설돌봄의 니즈를 충족시킬 법적 의무가 있다. 오늘날 노인을 위한 장기요양(LTC)은 각 지자체가 주도하며 지자체의 재정보조로 운영된다.

각 주와 지자체는 중앙정부로부터 상당한 수준의 자율성을 누리고 있다. 주와 지자체 모두 선출된 의원으로 구성된 의회를 두고 있으며 조세권을 갖는다. 각 주 그리고 지자체는 법에 명시된 한계 내에서 다른 연령집단 대비 노인을 얼마나 우선시할지, 그리고 일반적으로 어떠한 방식으로 자원을 분배할지를 결정할 수 있다. 이러한 책임의 분리는 재원조달에도 반영되어 있다. 건강돌봄과 사회복지서비스 등 노인을 위한 돌봄은 거의 전부 세금으로 운영된다. 수급자는 비용의 일부(4-6%)만을 부담한다. 비용의 가장 많은 비중(약 90%)이 세금으로 충당된다. 국세로 나머지 비

용(약 5%)을 충당한다. 노인을 위한 건강돌봄과 사회복지서비스가 주로 지방세로 운영된다는 점은 지방정부가 중앙정부로부터 독립되어 독립적인 역할을 한다는 점을 분명히 한다. 대부분의 스웨덴 근로자들은 소득의 약 30%를 지방세로 납부한다. 또한 소비세(consumer tax: 대부분 상품의 25%), 주류세, 담뱃세 등을 납부한다.

2) 가정 기반 돌봄

스웨덴 국민은 언제 어디서나 필요할 때 서비스와 돌봄을 요청할 법적 권리가 있다. 장기서비스 및 돌봄 제공은 단일경로체계(single-entry system)를 기반으로 한다. 즉, 도움이 필요한 사람은 거주지 지자체 또는 다른 지역에서 임시로 거주하는 경우 임시거주지 지자체에 도움을 요청할 수 있다. 지자체 사회복지사(care manager)가 진행하는 욕구사정 절차를 통해 욕구를 평가하게 된다. 서비스 수급자격은 시설돌봄과 가정 기반 돌봄 모두 자산조사를 통해 제공되는 것이 아니며 국가 규제도 없다. 지자체별로 서비스 수준, 수급자격 기준, 제공되는 서비스 범위를 결정한다. 개인은 서비스를 요청할 수 있지만 서비스에 대한 권리나 권한을 자동적으로 갖는 것은 아니다. 노인의 서비스 신청이 거절되거나 신청 내용보다 제공되는 서비스 내용이 더 부족하면, 행정법원에 소를 제기할 수 있으며 점점 더 많은 사람들이 행정소송에 기대고 있다.

지역사회에 거주하는 노인을 위한 주요 서비스 중에 홈헬프(Home Help)가 있다. 스웨덴에는 약 3,000개의 홈헬프 센터가 있으며(SALAR, 2020a), 2019년 한 해 16만 명의 노인에게 도움을 주었다(NBHW, 2020a). 쇼핑, 요리, 청소, 빨래 등 가사지원 활동뿐 아니라 목욕보조, 화장실 가기, 옷 입기, 침대에 눕기와 일어나기 등 신변 활동 지원도 포함된다.

현재 홈헬프는 1980년대의 홈헬프와 비교할 때 많은 면에서 발전하였다.

현재 홈헬프 이용자들은 하루에 수시로 또는 저녁시간, 밤, 주말 등의 시간에 도움을 받을 수 있으며 이러한 지원은 20년 전만 해도 불가능했다. 이제 홈헬프는 식사배달서비스(meals-on-wheels) 등 집안일을 대체하려고 한다. 또 다른 예로, 야간 순찰조가 방문하는 대신 웹캠으로 야간 감시를 제공한다. 이용자들은 한 달에 평균 39시간 서비스를 이용하고 있으나, 대부분의 이용자들은 서비스 이용시간이 짧고, 소수의 이용자가 많은 서비스를 이용함으로써 분포가 왜곡되어 있다.

홈헬프 이외에도 교통서비스, 식사배달서비스, 보안 알람, 주거적응(housing adaptations), 보조기기 등 노인을 위해 지자체가 제공하는 다양한 서비스가 있다. 지자체는 가정에서 노인을 돌보는 가족들이 휴식을 취할 수 있도록 하는 주간돌봄서비스도 제공하고 있다. 노인들은 일주일에 한 두번 주간돌봄시설에 방문하여 4-5시간을 보내며 다양한 사회적 활동을 할 수 있다. 또 다른 돌봄 대안은 단기요양돌봄으로 병원에서 퇴원한 노인들에게 주로 제공된다.

건강돌봄은 공공기관 또는 민간기관에서 운영하는 (민간기관일 경우 공적자금으로 보상) 1차 보건의료센터(PHC: primary health care centres)를 통해 접근할 수 있다. 각 주에서 1차 보건의료센터에 대한 책임을 진다. 이러한 센터에서 노인을 포함하여 인구 전체에 대한 서비스를 제공하는 의사, 간호사, 작업치료사, 물리치료사가 건강돌봄을 제공한다. 그러나 1차 보건의료센터의 의사 부족은 특히 외곽의 농촌 지역에서 계속되는 문제로 지자체의 장기요양에 부정적 영향을 미친다. 시설에는 의사가 없지만 거주자들은 급성 질환이 발생하는 경우 1차 보건의료센터의 의사들의 정기방문 서비스를 받는다.

지자체는 지자체 노인돌봄의 한 부분을 차지하는 가정건강돌봄(home health care)도 책임지고 있는데, 이러한 돌봄은 개인의 가정이나 기관에서 제공된다. 가정건강돌봄은 의료서비스도 담당하고 있으나 환자 대부분

은 지자체가 제공하는 홈헬프 서비스의 도움이 필요한 사람들이다. 2017년 돌봄을 받는 모든 노인 중 약 70%가 가정건강돌봄과 홈헬프 두 가지를 모두 받고 있었으며(NBHW, 2019a), 이러한 상황에 놓인 많은 노인은 일상적인 도움과 관리에 많이 의존하고 있다.

3) 시설돌봄

현재의 시설돌봄 체계는 지자체에서 모든 형태의 책임을 맡게 되는 지역사회 돌봄개혁을 통해 마련되었다. 1992년에 시작된 이러한 노력은 노인돌봄의 탈중앙집중화, 탈시설화로 스웨덴의 공공노인돌봄의 구조를 바꾸었다. 시설돌봄에 대한 접근성은 홈헬프 서비스와 마찬가지로 지자체 돌봄관리자(care manager)가 수행하는 욕구사정 절차를 거쳐 결정된다. 수급자격과 접근성 기준은 지자체별로 다를 수 있고 실제로도 다르다. 그러나 인지기능장애의 경우 의존도와 인지기능장애 정도가 종종 결정적 기준으로 작용한다.

지역사회 돌봄개혁의 핵심은 지자체가 31,000개의 추가적인 요양원 병상에 대해 새로운 책임을 맡게 되었다는 것이다. 이러한 새로운 책임에 따라 요양원은 의료보건법(Health Care Act)에 따른 병원의료의 일부가 아닌, 사회복지서비스법(Social Services Act)에 따른 노인의 주거 옵션이 되었다. 요양병원이나 병상 중 얼마나 원래 설계된 대로 아직도 활용되는지에 대한 데이터는 없다. 많은 시설이 폐쇄되었거나 다른 목적으로 사용되고 있다. 재건축이나 리모델링을 거친 시설도 있고 대안 주거 옵션으로 대체된 곳도 있다.

현재 스웨덴에는 약 1,700개의 노인돌봄 관련 시설이 있다(SALAR, 2020a). 지역사회 돌봄개혁 이후, 모든 형태의 시설돌봄은 하나의 '우산' 아래 노인을 위한 서비스와 돌봄을 제공하는 '특수주거(special hous-

ing)'라는 명칭으로 통합되었으며, 여기서는 요양원으로 통칭한다. 이러한 개념에는 요양원(nursing home)이나 양로원(old age home)과 같은 노인주거시설(residential care facility), 서비스 하우스, 노인보조주거(Assisted Living), 치매노인을 위한 그룹홈 등이 있다. 1992년 이후로 노인을 위한 시설돌봄의 여러 형태에 대한 국가 차원의 통계는 없다.

돌봄기관은 지자체의 위탁에 따라 민간기업이 운영할 수 있으며, 지자체가 노인의 기관 입소를 결정한다. 2019년 기준 시설돌봄을 받은 모든 노인 중 19%가 민간기관에서 운영하는 돌봄을 받았다(NBHW, 2020c). 입소자가 돌봄 비용 전액을 부담하는 민간 돌봄기관도 있지만 매우 드물다. 시설 소유권과 관련하여, 돌봄기관의 약 79%가 공공기관 소유이고 21%가 민간기업 소유였다. 민간이 소유한 돌봄기관 중 3%는 비영리, 18%는 영리기관이었다(Erlandsson et al., 2013). 최근 몇년 동안 민간기관이 소유한 돌봄시설(영리 시설)이 증가하였으나 이러한 추세에 대한 국가 통계는 없다.

2019년 10월 기준, 약 82,000명의 노인이 지자체 기관에서 돌봄을 받았다. 65세 이상 인구 중 시설돌봄을 받는 65세 노인 인구의 비율(coverage ratio)은 290개 지자체별로 많은 차이가 있다. 65세 이상 노인 중 시설돌봄을 받는 비율이 가장 낮은 곳은 0.8%, 가장 높은 곳은 8.2%이며, 국가 평균은 4%이다(NBHW, 2020a).

이러한 시설돌봄의 개념은 매우 광범위하고 다양한 형태의 돌봄 환경을 포함하는데, 최소한의 공통점은 24시간 돌봄종사자가 상주한다는 것이다. 오늘날 대략 세 가지 형태의 기관에서 세 가지 유형의 거주자를 돌보는 것으로 파악된다. 약 35%의 거주자는 심각한 신체 질병을 앓고 있는 노인을 돌보는 요양원 병상에서 지내고 있으며 35%는 인지력 감퇴를 겪고 있는 치매환자 병상에, 30%는 중증도가 덜한 니즈를 갖고 있는 노인을 위한 요양시설에서 지내고 있다. 한편 모든 거주자의 2/3는 다양한

인지기능장애를 겪는 것으로 추정된다. 이는 치매를 앓고 있는 환자가 모두 특수 설계된 치매 병동에서 돌봄을 받는 것이 아니라, 대부분은 지역사회에 거주하고 있다는 것을 의미한다(Wimo et al., 2016).

지자체의 장기요양시설의 외관은 일반적인 아파트 건물과 상당히 유사하며 이는 주거기준에도 반영되어 있다. 시설돌봄을 받는 거주자의 3/4은 방 1개 또는 1.5개, 조리시설(작은 주방), 화장실 및 샤워실이 갖춰진 아파트에 거주한다(NBHW, 2020b). 거주자들은 자신의 아파트에 가구 등을 들여놓아 자신이 원하는 대로 집처럼 꾸민다. 거주자들은 월세를 납부하며 식대와 돌봄비는 소득에 따라 달리 책정된다. 거주자 대부분은 저소득층이다. 개인부담금 상한선이 이들을 보호하고 있기 때문에 개인적 니즈 충족을 위한 필요자금을 확보할 수 있다.

그러므로 스웨덴의 장기 시설돌봄, 즉 요양원에서 '병상'은 작은 아파트를 의미한다. 이러한 아파트들은 복도를 따라 위치하며, 복도 끝에 식당과 TV 시청실이 있다. 많은 아파트에는 각 층과 연결된 발코니도 있다. 1층에 정원이나 외부 공간이 있는 곳도 많다. 여러 개의 침실과 침대 옆 협탁, 산소치료용 의료장비를 갖춘 기존 요양원 병동과 오늘날의 돌봄시설을 비교하면 비슷한 점이 거의 없다. 그러나 이러한 돌봄시설 역시 고급의료서비스를 제공하지는 못한다.

돌봄기관에 입소하는 평균 연령은 86세이다. 앞서 언급한 대로 거주자의 2/3가 인지기능장애를 앓고 있으며, 이것이 시설돌봄 입소의 주된 이유이다(Sköldunger et al., 2018). 나머지 1/3은 심각한 질환이나 기능쇠퇴를 앓고 있거나 지속적인 지원과 관리가 필요한 환자들이다. 많은 지자체에 '전통적인 노인 양로원(old age home)'이 존재하는데 상대적으로 건강하고 신체적으로 활동적이며 인지 문제도 없는 노인들이 거주하기도 한다.

시설돌봄의 주요 문제 중 하나는 시설돌봄 병상의 빠른 감소와 연관되

어 있다. 이로 인해 시설돌봄 입소자격 및 접근성에 대한 논의가 반복되고 있다. 일부 지자체에서 초고령, 독거노인, 건강상태 불량 등 심각한 의존도가 있음에도 불구하고 이러한 조건이 시설돌봄에 병상을 배정하기에는 '충분하지' 않다는 결정이 나는 등 일반 대중이 보기에 기관 입소자격이 불합리한 경우가 있다. 직원 비율과 돌봄종사자 교육에 대한 논의도 지속되고 있다. 사회복지서비스법은 시설돌봄에 돌봄종사자의 비중을 법적으로 명시하지 않고 있다. 법령에는, '필요한' 직원이 배치되고 '양질'의 돌봄을 제공해야 한다고 되어 있다. 그렇기 때문에 지자체별로 이를 달리 해석하고 있다.

돌봄종사자 비율, 근무시간표, 그리고 교대근무시간 모두 서로 연관된 문제이다. 2017년 데이터(NBHW, 2017)에 따르면, 시설돌봄/요양원(care home)의 돌봄종사자 비율 전국평균은 주간 병상당 0.3명이다. 간호사 비율은 주간 병상당 0.04명이다. 즉, 요양원에 24시간 근무 중인 훈련된 간호사가 상주하지 못한다는 것으로 이는 전문간호와 의료가 제한된다는 뜻이다. 돌봄종사자에 대한 훈련 수준도 수년간 비판을 받아 왔다. 시설돌봄 거주자가 고령화함에 따라 점차 쇠약해지고 인지기능장애를 갖게 되면서 전문의료훈련을 받은 종사자가 더 많이 요구되고 있다.

건강돌봄은 간호사와 간호조무사가 제공한다. 의료서비스는 1차 보건의료 의사가 제공한다. 돌봄종사자(주로 간호조무사와 요양보호사)들은 일상생활 돌봄, 사회활동, 말벗되기(companionship) 등의 역할을 한다. 또한 돌봄종사자들은 빵 굽기, 요리하기, 상 차리기 등 활동뿐 아니라 가능하면 거주자와 같이 산책하거나 가벼운 운동을 하기 위해 노력한다. 돌봄기관은 종종 운영관리자를 두고 사회복지사 훈련을 거쳐 행정업무, 재무, 돌봄종사자 근무계획 및 교대시간 등을 관리하게 한다. 각 유닛(또는 평면계획)은 주간 간호사가 주로 관리한다. 야간 시간에는 필요한 경우 호출할 수 있는 당직근무 의사 및 간호사가 있다.

제3절 코로나19 현황과 대응

1. 코로나19 현황

코로나19는 다양한 방식으로 영향을 미쳤으며 시간에 따라 그 양상이 바뀌었다. 스웨덴에서는 2월 말에서 3월 사이, 겨울 휴가기간에 해외여행을 다녀온 스웨덴 사람들이 감염되어 귀국한 후 감염을 전파시킨 것으로 추정된다. 코로나19 팬데믹 기간 중 전체 인구의 사망률은 3월과 4월 사이 몇 주 동안 급증했다가 그 이후에는 최근 몇 년간의 사망률보다 낮은 수준을 기록했다. 6월(20-21주차) 사망률은 최근 몇 년간의 평균 사망률 수치에 근접했다. 여름에 사망률이 감소한 것은, 봄에 사망한 환자들이 어쨌든 몇 달 후에는 사망했을 거라고 해석할 수 있다.

〈표 7-1〉 인구 10만 명당 사망자 수(2015~2020년)

(단위: 명)

월	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1월	86.0	85.4	89.9	84.2	79.2	78.1
2월	88.9	82.0	85.9	88.2	78.3	75.5
3월	85.9	80.1	79.7	90.1	73.6	80.1
4월	79.2	76.4	77.1	76.9	71.9	102.0
5월	72.8	69.8	72.2	66.3	67.4	83.4
6월	70.0	67.7	68.1	65.6	64.6	71.7
7월	70.4	70.6	66.7	71.1	65.4	66.0
8월	67.3	69.8	67.3	66.3	66.1	64.2
9월	53.8	42.2	43.8	49.7	40.4	44.3

자료: 스웨덴 통계청(2020)

스웨덴 통계청(국가 중앙 통계기관)은 팬데믹 관련 정보를 종합하는 특별 웹사이트를 초기에 개설했다. 봄의 초과사망률이 높고, 가을에 평균 대비 사망률이 낮다는 점을 인식했다. 이는 1918년 스페인 독감 유행시기에

관찰된 양상과 비슷한 것으로 볼 수 있다. 스웨덴 통계청은 코로나19 사망자가 35,000명이라고 발표했으나 1918년 결핵으로 인한 사망자보다는 그 수가 현저히 낮다는 점에 주목했다. 스웨덴 통계청에 따르면, 이러한 사망자들은 이미 쇠약한 상태였고 기저질환으로 인해 신종바이러스의 희생자가 된 것이다. 근대 역학자들은 사망자들이 '추수된(harvested)' 것이라 언급했다.

〈표 7-2〉는 코로나19 감염자 및 사망자 수를 주간 데이터로 보여주고 있다. 봄 기간 동안 감염자 수를 통해 감염 케이스 테스트 수준이 낮다는 것이 비판된다. 사망자 수는 4월부터 5월 초에 해당하는 14-19주차에 최대치를 나타낸다.

〈표 7-2〉 스웨덴의 주간 코로나19 확진자 수 및 사망자 수(2020년)

(단위: 명)

주	감염자 수	누적 감염자 수	코로나19 관련 사망자 수	코로나19 관련 누적 사망자 수
1-8	1	1	-	-
9	13	14	-	-
10	211	235	-	-
11	835	1,070	3	3
12	911	1,978	56	59
13	1,943	3,917	189	정보 없음
14	3,208	7,127	451	562
15	3,698	10,800	663	1,098
16	3,740	14,577	656	1,842
17	4,171	18,735	546	2,386
18	3,728	22,485	543	2,881
19	4,029	26,482	511	3,406
20	3,652	30,132	379	3,776
21	3,466	33,597	361	4,499
22	4,300	38,897	271	정보 없음
23	6,060	44,956	247	4,757

주	감염자 수	누적 감염자 수	코로나19 관련 사망자 수	코로나19 관련 누적 사망자 수
24	7,208	52,189	236	5,007
25	7,462	59,650	197	5,179
26	7,645	67,295	136	5,459
27	4,935	72,758	103	5,489
28	2,789	75,488	87	5,588
29	2,274	77,757	61	5,647
30	1,376	79,126	31	5,712
31	1,598	80,762	23	5,746
32	2,016	82,728	21	5,762
33	2,058	84,787	18	5,789
34	1,697	83,060	20	5,808
35	1,212	83,986	11	5,808
36	1,335	85,310	13	5,830
37	1,598	86,907	15	5,847
38	2,084	88,989	12	5,863
39	2,926	91,911	11	5,881
40	3,641	95,543	17	5,878
41	4,282	99,823	21	5,892

자료: Folkhälsomyndighetens veckorapporter(공중보건국의 주간 보고서)

* 위 데이터는 주간 보고서에서 가져온 것이며, 해당 수치 보고에 지연이 있었다. 가능하면, 2, 3주 후에 게시된 수정 데이터를 사용했다. 이러한 이유에서 누적 확진자 수는 항상 정확하게 계산되지는 않았지만, 누적 숫자가 달라지더라도 주간 사망자 수는 거의 정확하다. 코로나19 사망자 수는 코로나19가 주요 사망원인이거나 (주요 사망원인은 아니지만) 코로나19 감염과 동반하여 사망한 경우에 해당한다.

2020년 봄의 전개 상황을 보면 노인인구의 초과사망률이 연령이 높아짐에 따라 증가하는 것을 알 수 있다. 〈표 7-3〉과 같이 70세 이상 노인 중 봄에 사망한 노인의 29%는 가정돌봄을 받았고, 50%는 요양원에 거주했다. 코로나19의 모든 노인 사망자 중 요양원 사망은 전체 사망의 약 절반을 차지하고, 병원 사망은 45%, 자택 사망은 약 3% 수준이었다.

스톡홀롬 카롤린스카 병원에서 환자를 대상으로 한 연구에서, 2020년 봄 병원에서 돌봄을 받은 코로나19 환자 4명 중 3명이 생존하였다(Religa

& Hägg, 2020). 임상적 노쇠등급(Clinical Frailty Scale)에 따라 평가한 노쇠 수준이 사망 리스크나 집으로 퇴원하지 못하는 것과 연관성이 있는 것으로 나타났다. 연령과 동반질병(comorbidity)도 리스크 증가와 연관이 있으나 노쇠 대비 그 연관성은 낮았다.

2020년 봄, 보건돌봄조사국(Health and Care Inspectorate)은 요양원의 코로나19 감염 연구를 진행했다. 스웨덴 요양원의 코로나19 사망자는 전국적으로 발생했으나, 전체 사망률의 70%는 40개 지자체에 집중되었다. 사망률이 높았던 40개 지자체 중 코로나19 발생 초기부터 코로나19 감염 관련 의사의 평가나 치료 관련 모든 조건을 충족하는 요양원은 60% 수준이었다. 다른 250개 지자체의 경우 이러한 조건을 완벽하게 충족하는 사례는 67%였다(HCI, 2020).

〈표 7-3〉 70세 이상 노인의 연령, 성별, 돌봄 형태, 사망장소에 따른 코로나19 사망자 수·비율(2020년 9월 21일 기준)

(단위: 명, %)

	전체		남성		여성	
	사망자	비율	사망자	비율	사망자	비율
연 령						
70-74	479	9.2	330	12.3	149	5.9
75-79	729	14.0	445	16.6	284	11.3
80-84	1,109	21.4	643	24.0	466	18.5
85-89	1,344	25.9	652	24.3	692	27.5
85+	2,878	55.4	1,263	47.1	1,615	64.2
90+	1,534	29.5	611	22.8	923	36.7
돌봄 형태						
요양원	2,631	50.6	1,131	42.2	1,500	59.7
홈헬프	1,477	28.4	795	29.7	682	27.1
사망 장소						
병원	2,318	44.6	1,392	51.9	926	36.8
요양원	2,576	49.6	1,121	41.8	1,455	57.9

	전체		남성		여성	
	사망자	비율	사망자	비율	사망자	비율
자택	178	3.4	95	3.5	83	3.3
사망자 수	5,195		2,681		2,514	

자료: National Board of Health and Welfare(2020d)

〈표 7-4〉와 같이 스톡홀름 지역의 코로나19 감염이 가장 먼저 발생한 후 이어 웁살라와 솜란드 지역도 감염자가 발생하였다. 이후 감염은 스웨덴 남부와 베스트라 예탈란드 지역으로 확산되었다. 흥미로운 것은 스코네 지역의 감염률이 스톡홀름보다 훨씬 낮았다는 점이다. 스코네 지역의 감염은 늦게 시작되었고 감염통제 조치가 감염률을 제한하는 효과를 거둔 것으로 볼 수 있다. 스톡홀름 지역은 감염률과 사망률 기준으로 가장 많은 타격을 입은 지역이다. 요양원의 확진자 및 사망자 수를 보아도 그렇다. 요양원에 거주하는 노인 중 약 7%가 코로나19로 봄에 사망하였으며 이는 스웨덴의 다른 지역 대비 약 2-3배 높은 수치이다.

봄에 사망한 사람 중 70%가 넘는 사람이 70세 이상 노인이었으며, 성별 차이는 매우 작다. 스톡홀름과 예테보리 일부는 해외 출신 인구 비중이 높은데, 확진자 및 사망자 중 외국인이 과대표(overrepresentation)되었다. 이들 중 상당수는 최근에 스웨덴에 입국하였고 교육수준이 높지 않으며 스웨덴어를 이해하지 못하는 경우도 많다. 2세대 이상이 함께 거주하거나 밀집 주거가 많아 감염 위험이 높다.

〈표 7-4〉 70세 이상 노인인구 지역 및 돌봄 형태별 사망자 수·비율(2020년 9월 21일 기준)

(단위: 명, %)

지역(주)	합계		요양원		홈헬프	
	사망자	비율*	사망자	비율**	사망자	비율**
스웨덴	5,195		2,631	50.6	1,477	28.4
스톡홀름	2,044	39.3	1,047	51.2	564	27.6
베스트라 예탈란드	797	15.3	463	58.1	182	22.8
스코네	241	4.6	96	39.8	91	37.8
외스테르예틀란드	241	4.6	139	57.7	48	19.9
쇠데르만란드	226	4,4	89	39.4	68	30.1
웁살라	218	4.2	107	49.1	67	30.7
달라르나	203	3.9	88	43.3	67	33.0
베스트만란드	170	3.3	117	68.8	19	11.2
옌셰핑	168	3.2	83	49.4	50	29.8
예블레보리	159	3.1	72	45.3	57	35.8
외레브로	143	2,8	52	36.4	63	44.1
베스테르노를란드	115	2.2	60	52.2	32	27.8
크로노베리	87	1.7	45	51.7	32	36.8
노르보텐	80	1.5	41	51.3	27	33.8
할란드	72	1.4	44	61.1	18	25.0
베름란드	65	1.3	16	24.6	31	47.7
칼마르	64	1.2	19	29.7	31	48.4
옘틀란드	59	1.1	36	61.0	14	23.7
베스테르보텐	25	0.5	9	36.0	10	40.0
블레킹에	X		X		X	
고틀란드	X		X			

주: * 총사망 대비 지역별 사망률, ** 연령별 및 관련 총사망률. X=기밀유지를 위해 데이터 비공개
자료: National Board of Health and Welfare. 사망원인.

2020년 봄 사망위험 증가에 대한 최근의 분석은 이러한 인구집단의 사망률 증가에 기여한 사회, 문화적 요인을 포함한 다양한 요인이 있는 것으로 보았다. 이러한 지역에 거주하는 많은 여성들은 요양원에서 간호조무사로 근무하며 대중교통을 이용하여 출퇴근하는데 이를 통해 요양원과 다른 공공서비스 그리고 지역 환경에 악순환이 초래되었다. 또 다른 위험요인은 많은 요양원과 홈헬프 서비스에서 임시 또는 '대체' 인력을 고용하여 비용을 줄이고 있는 현실에서 스웨덴 의료보험의 혜택을 받지 못하는 직원들은 아픈 경우에도 집에 머무를 수 없어 출근하게 됨으로 노인이나 동료들을 감염시킬 위험이 있다는 것이다(Hanson et al., 2020).

코로나19의 사인 비중이 얼마인지 판단하기도 어렵다. 외스테르예틀란드주에서 자택이나 요양원에서 사망한 노인에 대해 연구한 결과 사망자 중 코로나19로 사망한 사례는 적었다(Pramsten, 2020). 전체 사망자 중 코로나19가 직접 사인인 비중은 15%로 추정된다. 사망자 중 최대 70%는 코로나19가 직접 사인이 아닌 사망 기여인자였다. 코로나19가 직접 사인인 15% 중, 사망원인은 다른 질병으로 인한 것인데 가장 많은 질병이 심장병이었다. 이것은 사망자가 코로나19에 감염되었더라도 코로나19가 사망의 주된 원인인지는 명확하지 않다는 것을 의미한다.

2. 노인돌봄과 코로나19 대응

2020년 봄 코로나19는 스웨덴을 강타했으며 스웨덴 사회 전반, 특히 건강돌봄과 사회복지 서비스에 많은 영향을 미쳤다. 팬데믹 이전에도 병원돌봄은 긴 대기 시간, 수술 대기, 응급실 및 병동 혼잡으로 많은 어려움을 겪고 있었다. 간호사도 부족하여 병원에 여유 병상이 있더라도 의료 인력 부족으로 병상을 열어둘 수 없었다. 그리하여 스웨덴의 팬데믹 대응전략은 집중치료(intensive care)의 붕괴를 막는 것에 상당부분 초점이 맞춰져 있

다. 이를 위해 각 지역은 병상을 개방하거나 코로나19 치료를 위한 병상을 확보함으로써 집중치료에 필요한 병상을 신속히 늘려나갔다. 인력을 확보하기 위해 각 지역은 은퇴 인력이나 다른 직종으로 전환한 기존 보건서비스 종사자 등을 대상으로 채용 캠페인을 시작했다. 병원도 병원 근무자나 돌봄종사자가 집중치료실에 배정된 후 그 자리를 채울 학생들을 고용하였다. 호흡기 치료와 집중치료 업무에 필요한 직원과 개인보호장비 및 의약품 확보가 가장 중요시되었다.

팬데믹 이전의 1차 의료보건 상황을 보면, 의사의 진료를 받기 위한 오랜 대기 시간과 전국적인 의사 부족, '릴레이 의사(relay doctor)[175]'에 대한 의존 등이 문제였다. 코로나19 감염 위험을 최소화하고 의료보건의 수요 증가에 대응하기 위해서 각 주의 1차 의료보건센터의 치료나 방문은 환자나 보건센터에 의해 취소되었다. 지자체의 홈헬프 서비스와 가정건강돌봄은 팬데믹 이전에도 종사자의 잦은 이직과 훈련된 돌봄종사자 부족으로 이미 많은 어려움에 처해 있었다(Strandell, 2019).

1차 진료 의사도 지자체 요양원에서 치료의 책임을 지고 있기 때문에 이들의 돌봄 참여도 많은 어려움에 처하게 되었다. 국가보건복지위원회(National Board of Health and Welfare)는 감염 우려로 인해 의료진의 요양원 직접 방문은 최소화되어야 한다고 권고하였다. 또 가능하면 의사 상담은 전화나 화상 연결 등 원격으로 진행할 것을 권고하였다(NBHW, 2020e). 결과적으로 몇몇 주에서는 요양원 거주자 중 코로나19 감염이 의심되거나 확진되는 경우에 요양원에서 일차적으로 돌봄을 제공하고 병원으로 전원하지 말 것을 권고하였다.

175) Relay doctor는 의사 공급이 부족한 지역에 일시적으로 다른 장소의 대체인력으로 제공되는 의사이다.

1) 준비 부족

스웨덴의 현재 비상준비태세는 2000년대 초반에 마련되었다. 2006년 비상대비에 대한 새로운 법인 '평시 및 고도의 준비태세 중 특수한 사건 발생 전후 지자체 및 주정부 조치에 관한 법(Act on municipalities' and regions' measures before and in the event of extraordinary events in peacetime and heightened preparedness)'이 제정되었다. 이 법은 사회에 심각한 차질을 초래할 수 있는 특별한 사건이 발생하기 전후에 각 지자체 및 주정부가 조치해야 한다고 규정하였다. 이 법에 따르면 노인돌봄 및 건강돌봄 등 행정부의 책임소관과 관련된 리스크와 취약점을 분석하고 비상계획을 세워 예방해야 한다. 취약성 분석 및 비상계획은 위기 상황 시 정부기관, 지역, 조직 및 기업 간 협력을 조율할 수 있도록 하는 필수요건이다.

시민보호비상계획국(Agency for Civil Protection and Emergency Planning)은 국가가 책임을 지며, 주정부의 행정위원회(County Administrative Board)는 각 지자체의 비상대응 태세의 조율을 책임진다. 이러한 비상계획의 특징은 팬데믹에 준비된 사회를 조성하는 데 유용한지 여부를 판단하는 것이다. 예를 들어, 한 지자체, 주, 또는 주요 기업은 팬데믹 위험이 사람, 재산, 사업에 얼마나 피해를 입힐지, 그리고 팬데믹에 대비하여 구비한 보호장비 수량 등 여러 가지 대응조치의 효과는 어떠한지를 보여주어야 한다.

그러나 코로나19 팬데믹 관련한 취약성 분석이 부족했고, 비상계획도 기초적인 수준에서 행정부가 어떻게 특수한 사건에 대비해야 하는지에 대한 구체적 가이드라인 없이 단순화되어 있었음이 드러났다. 2020년 2월에 진행된 검토에서, 팬데믹 발생 이전, 지자체의 43%만이 비상계획을 업데이트한 것으로 나타났다(NBHW, 2020f). 팬데믹 초기 주정부와 지자체에서 돌봄종사자들을 위한 마스크, 바이저, 보호가운 등 보호장비가 매우 부

족한 것으로 드러났을 때 이러한 현실이 극명히 드러났다. 코로나19 발생 초기 몇 주간 많이 부족했던 물자 중 하나인 인공호흡기 같은 병원 장비도 마찬가지였다.

당시 스웨덴에는 보호장비 구매와 관련해 국가적인 조율이 이루어지지 않았고, 이러한 사안은 21개 주정부에서 자체적으로 해결하였다. 보호장비 접근성 미흡에 대한 한 가지 설명은 많은 지역에서 재고를 충분히 확보하지 않았고, 의료보건체계에서 의약품이나 장비는 '적시에(just-in-time)' 구매했다는 점이다. 환자가 병원에 방문했을 때, 일부 지역에서는 보호장비에 대한 소비가 100배 이상 증가하기도 하였다. 주정부와 지자체에서 보호장비를 많이 구매하려고 하자 다른 국가의 조달기관과 경쟁해야 했기 때문에 장비 확보에 많은 어려움이 있었다.

2) 국가적 차원

2020년 2월에서 3월 사이 코로나19 첫 확진자가 발생했을 때 공중보건국(PHA: Public Health Agency)은 첫 보도자료와 기자회견을 통해 '노약자 보호 필요성'을 강조하였고, 자주 손씻기, 2미터 거리두기, 불필요한 여행 자제 등을 권고하였다. 언론과 안내판 등을 통한 반복적인 광고에서 이것은 모두의 책임이며, 개인의 책임을 중시하는 스웨덴의 전통과 공식 권고안을 준수하는 시민의식이 강조되었다. 공중보건국(PHA)은 노인(70세 이상)과 다른 '위험군(당뇨병, 심장질환, 신장질환 등을 앓고 있는 사람)'에 대해 특별한 주의를 당부했다. 모임을 자제하고, 쇼핑이나 불필요한 대중교통 이용을 피하라는 권고가 내려졌다. 조금이라도 몸이 안 좋은 사람은 연령에 관계없이 집에 머무르고 증세가 호전된 후로부터 이틀간 더 집에 머물게 했다. 사람들이 아플 때 집에 머무르게 하기 위한 인센티브로 3월부터는 통상적으로 2일차부터 지급한 병가 중 급여(sick

pay)를 병가 1일차부터 지급하였다.

가. 마스크 관련 권고 부재

자주 손씻기와 사회적 거리두기 등 일반적인 권고 이외에 마스크나 기타 개인보호장비 착용에 대한 일반적 규정은 없었다. 공중보건국(PHA)은 마스크 착용을 권고하지 않는 등, 팬데믹의 심각성을 간과한 것에 대해 비판을 받았다. 공중보건국은 마스크에 대해 '과학적으로 탄탄한 근거의 부재'를 계속 언급했다. 그러나 8월 공중보건국은 대중교통 등 밀집 지역에서 마스크 착용의 효과성을 인정하였다. 또 공중보건국은 '집단면역'의 자연적 과정을 암묵적으로 수용하면서 여기에 필연적으로 수반되는 사망자에 대해서는 공개적으로 언급하지 않으려 해 또 다른 비판을 받았다. 7월과 8월에 바이러스 및 항체형성 검사에 대한 일반적인 노력이 시작되었으나 이러한 이니셔티브는 일반인을 대상으로 한 것이었다(입원 시에는 제외).

국가보건복지위원회(National Board of Health and Welfare)는 봄에 코로나19 감염자에 대한 돌봄이 어떻게 조직되고 관리되어야 하는지에 대한 규정 및 권고안을 각 주정부와 지자체에 전달했다(NBHW, 2020e). 또 국가보건복지위원회는 심각한 질환을 앓고 있는 많은 거주자들의 취약성은 무시한 채, 위생을 단순히 '사회적인' 활동으로 보았다. 팬데믹 이전에도 위생이 미흡하다는 보고서(NBHW, 2020a)가 나온 바 있기 때문에, 노인돌봄과 돌봄직원의 기본적 위생 수칙에 대한 교육자료(e-러닝)를 마련하였다. 국가보건복지위원회는 감염통제 그리고 돌봄종사자 및 의료보건종사자의 치료 경험을 바탕으로 한 코로나19 관련 Q&A도 계속 발행하였다.

나. 노인돌봄의 제약, 재정적 · 법적 혼란

스웨덴지방정부연합(SALAR: Swedish Association of Local Authorities and Regions)은 개인보호장비의 좀 더 제한적인 사용을 주장했으며, 이에 대해 스웨덴지자체노동자연합(Swedish Municipal Workers' Union, Kommunal)은 반대 입장을 표명하고 법적 검토를 요청했다. 스웨덴지방정부연합(SALAR)은 긴급돌봄의 우선순위 배정, 그리고 국가가 봄에 검사를 추진하지 않는다는 정부 입장을 옹호하였다. 스웨덴의 지자체 및 주정부는 (중앙)정부가 돌봄 및 '돌봄 부채(care debt: 코로나19 확진자의 대량 발생으로 인해 대기해야 하는 환자들)'에 대해 국가 추가기금으로 부담해 줄 것을 요청했다. 또한 스웨덴지방정부연합은 4월 말 요양원 내에서 발생한 확진자를 시설거주자와 격리할 수 있도록 법적 지원을 정부에 요청했다. 정부는 요양원 거주자들이 현재 자택에 거주하는 것이기 때문에 이것은 헌법으로 보호되는 권리라는 이유로 요양원의 격리입소 요청을 거부하였다. 국가보건복지위원회는 주정부와 지자체의 조율 미흡을 지적하였다. 가족은 방치와 정보부족, 그리고 요양원에서 임종할 기회마저 주지 않는 것에 대해 항의했다. 연금생활자 단체들도 요양원의 의료전문성 부족과 지자체의 노인돌봄에 노인전문의의 부족에 대해 항의하였다.

3. 지역 및 지방 차원

팬데믹은 노인과 공공 노인돌봄에 큰 타격을 주었다. 4월 일부 지자체의 상황은 매우 심각했고, 특히 요양원 내 확진자와 사망자 증가에 대한 보고가 이어졌다.

가. 요양원과 코로나19

감염이 어떻게 '스며들어' 요양원에서 확산되는지에 대한 논의가 뜨겁다. 일부 병원에서는 전원한 노인 환자에 의해 감염이 발생하였다. 가족에 의한 감염도 발생하여 3월부터 많은 지자체에서 요양원 방문 금지령을 내리기도 하였다. 택배기사 등 다른 방문자들이 감염시켰을 수도 있다. 직원이 요양원 내 감염전파에 어떤 역할을 했는지는 평가할 수 없다. 그러나 코로나19가 사회 전반에 확산되면서 무증상 감염자인 직원이 자신이 감염된 사실을 모른 채 요양원 감염을 일으켰을 수도 있다. 감염 전파에 요양원 직원이 어떠한 역할을 했는지에 대한 논의는 일부 지자체에서 직원의 약 1/3이 시간제 근로자라는 사실에 주목하였는데, 이들은 아파도 일하지 않으면 돈을 벌 수 없기 때문에 증상이 있어도 집에 머무르지 않았을 수 있다.

나. 개인보호장비 및 위생 수칙 미흡

요양원에 일단 감염자가 발생하면 보호장비가 부족하므로 감염 확산이 빨라질 수 있다. 많은 지자체에서 개인보호장비를 충분히 확보하지 않았다. 팬데믹 이전에도 물자 부족에 대한 보고가 있었고, 장갑을 '지나치게 많이 사용하지 말라'는 지시가 있었다. 알코올 소독제, 장갑, 보호가운, 마스크 등 많은 물품이 부족했다. 보호 바이저는 구입이 거의 불가능했다. 많은 요양원과 홈헬프 서비스에서 직원들이 장갑과 마스크 그리고 보호 바이저를 돌봄 활동 중 항상 착용해야 하는지, 언제 개인보호장비를 사용해야 하는지에 대한 정확한 정보가 없었다. 노인을 위한 공공서비스는 기본적인 위생에 미흡한 부분이 있고, 종사자들도 자신과 노인들을 감염으로부터 보호할 수 있는 충분한 역량이 없다는 지적이 이전에도 있었다. 앞서 언급한 대로, 일부 지역에서 감염환자는 요양원(및 자택)에서 돌보고 병원으로 전원하지 말라는 권고가 있었다.

다. 인력충원 문제 및 요양원의 이니셔티브

직원이 감염되면 아픈 직원을 대체할 직원을 채용할 때 지자체는 많은 부담이 발생한다. 홈헬프 서비스와 요양원 모두 인력 부족을 겪었다. 이는 임시 고용 직원이 홈헬프 서비스와 요양원을 오가며 근무해야 한다는 의미로, 이는 감염 전파 위험을 높였다. 이러한 상황에서 고용된 직원들은 적절한 훈련을 받지 못했고, 기본 위생 수칙에 대한 이해 역시 부족했다. 요양원 내 감염 확산의 또 다른 요인은 거주자 간 감염이 발생했다는 것이다. 전체 요양원 거주자의 2/3가 인지기능장애를 앓고 있기 때문에 다른 거주자나 감염자와의 접촉을 제한하는 것이 어려웠다.

개인보호장비를 조달하는 것은 매우 어려웠고, 돌봄종사자들의 기본 위생 수칙은 또 다른 문제였다. 많은 요양원에서 새로운 위생 수칙이 도입되었다. 일부 요양원은 코호트 돌봄을 조직하여, 거주자 중 감염자와 비감염자를 분리하려고 하였다. 스톡홀름시에서는 병원에 입원 중 코로나19에 감염된 환자들을 위해 돌봄을 위한 단기 병상을 활용하기도 하였다. 규모가 큰 지자체에서는 홈헬프 서비스에 코로나19팀을 조직하여, 지역사회에 거주하는 감염 의심 또는 확진자를 위한 모든 형태의 개입을 책임지도록 하였다. 일부 요양원은 코로나19팀과 코호트 돌봄을 결합하여, 전담 직원으로 하여금 요양원의 다른 거주자와 분리해 감염 거주자를 돌볼 수 있게 하였다(SALAR, 2020a).

많은 요양원에서 감염 위험을 관리하기 위한 이니셔티브가 시행되었다. 코호트 돌봄, 코로나19팀, 위생수칙 온라인 '즉시(instant)' 교육, 위생 수칙 강화 등의 이니셔티브가 시행되었다. 단기돌봄 시설은 확진자를 격리하는 데 사용되었다. 일부 지자체는 감염의 추가 확산을 막기 위해 요양원 신규 입소를 중지하기도 하였다.

라. 감염 통제 노력

홈헬프 서비스와 요양원 내 개인보호장비의 사용은 관리자들의 결정사항이었다. 예를 들어 한 민간 요양원인 Judiska Sjukhemmet는 코로나19 첫 확진자 및 사망자 발생 이후 자체적으로 면회를 금지하고 보호조치를 시행하였다. 이후 확진자와 사망자가 발생하지 않았다. 초기에는 당국이 이러한 자체 조치를 비판하였으나 곧이어 3월 초 많은 지자체에서 요양원에 거주하는 친지를 방문하지 말라는 권고안을 내렸다.

이후 4월 1일, 정부는 새로운 전국적인 요양원 방문금지법을 임시로 마련했다. 이러한 방문금지령은 10월 22일에 해제되었다. 초기 문제 중 하나는 요양원 내 감염병 발생 교육이 거의 전무하다시피 했고 팬데믹이 발생했을 때 대처방법 교육도 부족했다. 요양원 대부분은 노화와 노인돌봄이 주로 '사회적' 이슈라는 인식을 반영하여 거주자들이 사회적 상호작용을 하고 함께 식사하는 공간으로 설계되어 있다. 이러한 건축 특징이 바이러스의 확산에 일조했다. 모든 거주자들은 작은 조리시설을 갖춘 각자의 방이 있지만, 각 방은 복도를 중심으로 이어져 있다. 거주자 대부분은 치매를 앓고 있으며 이리저리 서성이기 때문에 감염 위험이 높다. 몇몇 지자체는 주정부의 감염통제 의사나 가정건강돌봄 및 요양원을 담당하는 의사로부터 지원을 많이 받지 못했다고 언급했다. 많은 노력이 너무 늦게 시작되었고 지자체와 요양원은 검사 및 확진자 추적보다 우선순위가 낮게 설정되었다는 것이 전반적인 평가이다.

마. 홈헬프 서비스와 기타 지역사회 돌봄

노인돌봄 종사자들은 일반적으로 시간제나 임시 근로자들이 많고 이직률도 높다. 지난 몇년간 홈헬프 이용자에 대한 여러 조사를 통해 이용자를 방문하는 종사자들이 여러 명이라는 문제는 계속되어 왔다. 예를 들어

2018년 2주 동안 16명의 다른 돌봄종사자가 홈헬프 노인 한 명을 방문하였다(NBHW, 2019a).

바. 홈헬프와 기타 서비스의 혼란

일례로, 몇 년 전 뇌졸중으로 심각한 마비가 온 아내를 돌보는 75세 노인이 있다. 아내는 지자체 홈헬프 서비스로부터 하루에 5번, 야간에 2번의 방문서비스를 받는다. 3월부터, 이 부부는 91명의 다른 돌봄종사자의 방문서비스를 받았는데, 이들의 거주지는 농촌이다. 일반적으로는 여성을 위한 다른 일자리가 적기 때문에 이러한 문제를 덜 겪는다. 남편은 자신이 생각하기에 적절한 보호장비가 부족한 상태에서 수많은 다른 사람들이 자신의 집을 드나들어 바이러스에 노출될 수 있다는 걱정이 들었다. 그래서 방문하는 직원에게 마스크를 주었으나, 이 직원은 행정기관에서 승인하고 규정한 '알려지지 않은' 장비는 사용할 수 없었다.

홈헬프 서비스와 가정건강돌봄은 별도의 서비스로 모두 지자체가 운영한다. 각 지역의 보건당국에 따라 보호장비 사용과 관련한 가이드라인이 각각 나온다. 일부 지역은 플라스틱 바이저를 사용하고 그렇지 않은 주도 있고 마스크를 착용하지 않는 곳도 있다. 언론 보도에 따르면 많은 노인이 서비스를 중단하고 대신 스스로 돌봄을 해결하거나 가족이나 다른 사람에 의존하고 있다. 스웨덴에서 2020년 봄에 홈헬프의 신규 신청자를 검토한 결과, 2015-2019년 대비 신규 신청자의 수가 45% 감소하였다(NBHW, 2020g).

주간돌봄, 지역사회센터 그리고 이러한 기관의 기능은 지역별로 차이가 있으나 3월과 4월에 많은 기관이 폐쇄되었다. 6월 들어 제한적으로 운영을 재개하였다. 사회적 거리두기를 실천하고, 대부분 야외활동으로 진행해야 했다. 8월과 9월에는 이용자가 얼마 안 되었지만, 이후 점진적으로 운영을 재개하였다. 또 지자체의 단기돌봄도 봄에 이용자가 많이 감소하였다. 이러

한 서비스는 집에서 노인을 돌보는 가족의 돌봄휴가 서비스를 제공하는 기능을 한다.

사. 민간의 개입 및 지원

감염되지 않은 노인에 대한 구체적인 정부 지원은 없었다. 그러나 공중보건국에서 처음 경고가 나오고 거리두기에 대한 수칙이 발표되면서, 지역사회 및 지역사회 네트워크가 자생적으로 결성되어 장보기나 다른 일생생활에 도움을 줄 수 있는 사람이 없거나 혼자 사는 노인을 도와주기 시작했다. 이것이 얼마나 공통적인 현상이었는지는 알려지지 않았으나 아파트 건물이나 언론에서 관련된 내용을 많이 접한 바 있다. 곧바로 식료품점 체인에서 노약자들이 장을 볼 수 있는 별도의 시간대와 비용을 받고 생필품을 집 앞까지 배달해 주는 서비스를 마련하였다. 일부 식당은 청년과 노인을 위한 간편식 배달 서비스를 시작했다.

많은 지자체가 초반에 개인보호장비 부족 현상을 겪었으나 혁신적인 생산 및 헬프라인을 구축한 지역의 상인과 기업에 의해 이러한 문제도 많이 해소되었다. 예를 들어, 한 지방의 증류소와 화학회사는 생산시설을 손소독제 생산라인으로 변경하였고, 자발적인 조직이 생겨나 보호 가운과 바이저를 생산하기 시작했다. 봄 동안 전국적으로 시민사회가 동원된 사례가 많이 발견되었다.

시민보호비상계획국의 지원을 받아 158개 지자체에 자발적 조직 및 집단이 만들어졌고, 많은 자원봉사자들이 노인의 식료품 구입과 의약품 처방에 도움을 보탰다. 지역주민, 동료뿐 아니라 NGO와 교회도 많은 장소에서 비슷한 서비스를 제공했다. 일부 지자체는 '비상전화'를 개설했다. 격리 중인 노인들이 전화를 걸어 자신의 상황을 이야기하고 잠재적인 해결책을 찾도록 도와주는 것이다. 노인과 대중교통 이용이 어려운 장애인을 위한 교통서비스는 4월부터 9월까지 제한되었는데 한 번에 두 명 이상 이용할 수 없었다.

4. 장기적 영향

팬데믹이 인구 전체와 특히 요양원에 거주하는 노인에게 장기적으로 어떤 영향을 미쳤는지에 대한 논의가 확대되고 있다. 많은 요양원 돌봄종사자들은 거주자의 격리를 피하기 위해 많은 이니셔티브를 진행했다. 돌봄종사자들은 요양원 거주자들이 가족과 온라인으로 연락할 수 있도록 하였다. 실내외 공간에 플라스틱 스크린이나 가벽을 세워 안전한 방식으로 방문하도록 했다. 여름에는 거주자들이 야외에서 가족을 만나기도 했다. 거주자와 직원은 정원 합창과 같은 다양한 창의적 야외활동을 진행했다.

인상적인 이니셔티브와 활동이 지방에서 많이 진행되었음에도 요양원 방문금지가 단계적으로 전국으로 확대되면서 비판이 거세졌다. 방문금지가 해제되었을 때(10월 22일) 공중보건국은 국제연구, 스웨덴 조사, 연금생활자 단체, 해외출신 시민의 이익을 대변하는 단체, 그리고 국가 의료보건 헬프라인 1177의 데이터를 바탕으로 보고서를 발행하였다. 보고에 따르면 이러한 권고안으로 인해 특정 집단의 정신건강이 악화하였고 신체적 건강에도 악영향을 미쳤을 수 있다. 이러한 부정적 결과는 권고안이 지속적으로 이행되는 한 더욱 악화될 수 있다. 이러한 집단의 의료보건 니즈에 상당한 적체(backlog)가 발생할 수도 있다. 이러한 보고는 전국적인 요양원 방문금지령을 포기하는 데 강력한 동기를 제공했다.

지역사회에 거주하는 자가격리 중이거나 감염된 노인을 위한 특별 지원은 제공되지 않았다. 건강이 많이 악화하면, 직접 또는 가족이 보건상담 전화를 걸거나 구급차를 부를 수 있다. 지금까지 스웨덴은 요양원에서 거주자들을 임시로 격리할 수 있는 공간을 마련하였으나 별도의 격리 시설을 만들지는 않았다.

관계 당국은 계속 증가하는 돌봄 부채를 점점 관리하기 어려운 문제로 인식하고 있다. 건강문제에 대해 돌봄을 받지 않거나 그래서 적시에 필요

한 치료를 받지 못할 위기에 처한 '숨은' 돌봄 부채도 있을 수 있다. 스웨덴 공중보건국과 스웨덴의 전반적인 코로나19 대응전략에 모두가 비판하는 이유이다. 특히 요양원 방문금지가 뒤늦게 결정되고 검사도 뒤늦게 시작되었으며, 마스크 착용에 대한 혼란도 있었다. 중앙정부 및 주정부 모두 보호장비 준비 및 확보의 미흡, 그리고 관리, 조직, 협력 미흡에 대해 비판을 받았다. 또 팬데믹 기간 중 여러 문제점이 정치적인 리더십 부재와 연결되면서 정치 일반과 정부에 대한 비판도 이어졌다.

제4절 노인돌봄의 현재 및 미래 이슈

코로나19 펜대믹은 2020년 상반기 스웨덴 인구의 초과사망을 유발했다. 많은 노인이 감염에 노출되었고 노인 사망자의 70%는 노인 대상의 다양한 정부 서비스를 이용했다.

팬데믹은 스웨덴의 노인과 일반 국민을 위한 의료보건 및 공공서비스의 역사적인 시험대가 되었다. 스웨덴의 의료보건 및 공공서비스 조직에 어떠한 취약점과 미흡한 점이 있는지 여실히 드러났다. 이미 3월부터 보호장비(손 세정제, 장갑, 마스크, 보호가운, 바이저)의 부족 문제가 불거졌다. 감염이 확산하면서 노인을 위한 의료보건 및 서비스에 더 많은 보호장비와 의료 물품이 필요하게 되었다. 각 주정부와 지자체는 필요한 물품을 확보해야 했는데, 많은 지역에서 재고 부족 현상을 겪었다. 그래서 가용한 장비를 병원의 요구에 따라 우선순위를 정해 배급하기 시작했다. 이로 인해 노인돌봄에서 보호장비 사용 시기에 대해 매우 제한적인 권고안이 나오게 된 것이다. 앞서 언급한 대로 팬데믹 발생 초기에 스웨덴의 다양한 돌봄 환경에서 보호장비 사용과 관련하여 보관시설, 조직 및 가이드라인, 창고보관 및 유통 관련 물류체계가 미흡한 것으로 드러났다.

1. 인력 부족 및 시설돌봄 부족

코로나19 팬데믹으로 노인을 위한 서비스 종사자의 열악한 근무조건이 드러났는데, 이미 과거에도 알려졌고 수차례 지적된 그러한 문제가 더욱 자명해졌다. 지난 10년간 반복된 또 다른 문제는 노인을 위한 시설돌봄의 확대이다. 고용 조건, 인력 충원, 교육, 언어문제, 근무관리 미흡 등의 문제가 이미 여러 차례 지적되었다(NBHW, 2020c).

홈헬프 서비스의 수준과 요양원 근로자의 이직도 만성적인 문제이다. 이는 인력의 지속성이 낮다는 것을 의미한다. 근로자의 잦은 이직은 필요한 역량을 지닌 종사자의 채용과 유지를 어렵게 한다. 팬데믹으로 불안정한 고용 조건, 보호장비 부족, 기본 위생수칙에 대한 인식 부족 등의 현실이 드러났고, 이것이 감염 확산에 주요 원인이 되어 직원들도 감염되거나 사망에 이르렀다. 또한 스웨덴 요양원의 대부분은 코로나19 확진자를 위한 산소호흡기 등 의학적 치료를 위한 장비를 보유하고 있지 않다. 또 24시간 상주하는 의료 훈련을 받은 직원도 없다.

2. 사회복지기관과 의료보건기관의 협력 부족

코로나19 팬데믹은 노인을 위한 의료보건 행정기관과 사회복지서비스 기관의 협력이 상당히 미흡했다는 점을 드러냈다. 위험군(70세 이상 노인)과 공공 노인돌봄 이용자들에게 집에 머무르기, 병원 방문 자제하기 등의 일반적인 권고와 지시만이 내려졌다. 의사는 중요한 역할을 담당하지만 가정건강돌봄 및 요양원에서 받을 수 있는 의사의 지원에는 많은 격차가 있었다. 1차 의료시설은 의사의 요양원 방문을 제한한다고 권고하였다. 이는 요양원에 거주하는 아픈 환자를 병원으로 전원해야 하는지 아니면 요양원에서 돌봄을 받아야 하는지에 대한 의사결정이 필요할 때 큰 문제가 되었다. 진단, 처방, 치료 지시는 전화로 이루어졌다. 국가보건복지위원회에 따

르면, 완화요법이 최선의 대안이며 2명의 의사, 환자, 그리고 가족의 평가가 필요하다. 종종 이러한 조건은 충족되지 않았으며 요양원 거주자에게 완화요법이 필요한 것으로 잘못 결정되어 언론에 보도가 되기도 하였다. 코로나19 환자에 대한 완화요법이 부정확한 기준으로 너무 일찍 개시되었다는 논의가 있다. 이로 인해 일부 환자에 대해 부적절한 돌봄이 시행되어 피할 수 있는 사망에 이르렀을 수도 있다.

특히 스톡홀름에서 3월 20일 주정부가 '환자 흐름'에 대해 내린 지시를 한 언론인이 보도하면서 이러한 암울한 현실이 드러났다(Dagens Nyheter October 13, 2020). 그 내용은 요양원의 아픈 거주자들은 예외적인 경우에만 입원토록 하고 요양원이 적절한 의료를 제공할 수 없으므로 거주하는 곳에서 돌봄을 받아야 한다는 것이었다. 이러한 지시는 일반인에게 익숙하지 않은 임상적 노쇠등급(Clinical Frailty Scale)으로 설명되었다. 이러한 등급이 환자에 대한 임상적 평가를 대체할 수 있는 것은 아니다. 스톡홀름 지역에서 의사의 요양원 방문이 최소 25% 감소하였으며, 요양원 거주자들은 의사에게 개별적인 진찰을 받지 못하고 완화적 요법만 받을 수밖에 없었다. 이러한 사례가 얼마나 일반적이었는지는 분명하지 않으나, 보도에 따르면 지역 보건 관료들이 내린 결정과, 그 결정에 대해 의사들이 내린 해석은 비윤리적이고 위법일 수도 있다. 이러한 지시가 내려지기 전에 있었던 주정부 회의에서 주요 논의의 일부는 기록되지 않고 구두로만 진행되었으며, 회의에 참석한 정치인들은 논의 내용을 상기하는 데 곤란을 표했다.

언론의 관심을 받은 한 사례에서는 한 가족이 요양원에 있는 노쇠한 부친이 코로나19에 감염되어 '완화요법 사례'로 간주되었는데, '강제로' 병원에 입원시켜 치료받고 완치되었다.

3. 검사 지연

스웨덴 공중보건국(Public Health Agency)의 코로나19 검사 전략은 초기에 확진자 추적에 집중되었으나 이러한 전략은 3월 중순 철회되었다. 대신 병원을 방문한 환자를 먼저 검사하고, 병원 직원, 지역사회 필수 종사자 검사가 이어진 후에야 노인돌봄 지자체 서비스 종사자 검사가 이루어졌다. 운이 좋으면 지자체는 민간업체에서 진단 키트를 구매할 수도 있었으나, 6월과 7월이 될 때까지도 공중보건국이 코로나19 감염 검사를 위한 PCR 검사나 확진자 추적에 대한 권고안을 내지 않았다. 정부는 검사 확대를 지지하고 비용 지원을 약속하였다. 그러나 스웨덴지방정부연합(SALAR)은 검사를 확대하라는 분명한 신호를 각 주정부에 너무 늦게 전달한 데 대해 공중보건국을 비판하였다. 공중보건국 측은 권고안에서 충분히 설명했다고 생각하며 의료보건체계의 마비를 원하지 않는다고 주장했다. 추후 공중보건국은 예를 들어 노인돌봄 종사자 검사가 더 일찍 개시되었어야 한다는 점은 인정했다.

4. 현재의 문제점

팬데믹은 시민, 기업, 주정부, 지자체에 각기 다른 방식으로 영향을 미쳤다. 스웨덴 21개 주와 290개 자치단체의 의료보건 및 공공 서비스의 취약성이 더 분명해졌다. 취약점은 서로 상승 작용을 일으켜 각 주와 지방에 각기 다른 문제를 야기한다. 그렇기 때문에 감염 전파가 의료보건 및 노인돌봄의 일반적인 그리고 구조적인 문제나 지역 간 차이에 얼마나 영향을 주었는지 파악하는 것은 어렵다. 팬데믹으로 드러난 문제는 각 주와 지자체에서 분석해야 한다. 이러한 의료와 공공서비스의 취약성 문제는 개인, 조직 또는 운영에 따라 달라질 수 있으며, 노인 대상 의료보건과 돌봄 간 협력 관계에도 적용된다(Szebehely, 2020).

5. 스웨덴의 장기요양체계는 재설계가 필요한가?

스웨덴의 공공행정은 중앙정부, 주정부, 지자체 등 3단계의 구조로 이루어져 있으며 관리, 조율, 효율성에 문제를 안고 있다. 팬데믹이 스웨덴의 노인돌봄에 어떤 영향을 미칠지는 지켜보아야 할 것이다. 지자체 사이에 많은 차이가 있지만, 많은 지자체에서 감염 확산을 막는 데 상당한 어려움을 겪었다. 많은 지자체는 인구 규모가 작고, 노인돌봄을 위한 자원은 다른 목적을 위한 자원과 경쟁한다. 지금까지 감염의 전국적인 확산세에 지역별 차이가 있기 때문에, 스웨덴의 노인 대상 의료보건 및 돌봄 서비스가 일반적으로 노인을 보호하는 데 실패했다고 보기는 어렵다.

정치적, 전문적 그리고 공공의 논의에서 변화에 많은 제안이 제시되었다. 이 중 하나는, 중앙정부가 주정부로부터 의료보건에 대한 책임을 가져오는 것이다. 주정부가 지자체의 노인돌봄 책임을 가져와야 한다는 제안도 있었다. 스웨덴 의사협회(Swedish Medical Association)는 국가가 보호장비 조달 및 비축에 전반적인 책임을 지고, 의약품 구매 및 비축에 대한 책임을 다시 지는 등 의료보건에 대한 통제가 더욱 강해져야 한다고 주장하였다. 지자체는 현재와 달리 의사를 고용할 수 있는 법적 권한을 가져야 한다는 제안도 반복되고 있다. 주정부와 지자체에서 제대로 된 비상계획을 수립할 수 있도록 요건을 강화해야 한다는 목소리도 높다. 이러한 문제 중 일부는 현재 조사 중이며, 스웨덴 의료보건 및 사회복지서비스의 개혁 및 개선을 위한 제안에 밑거름이 될 것이다.

6. 대대적인 개편이 아닌 주먹구구식 변화

저자는 노인 돌봄 및 서비스의 구조, 책임, 자금조달 측면에 유의미한 변화는 없을 것으로 본다. 그러나 대대적인 구조 변경이 실행되지 않는다고 하더라도 노인돌봄에 대한 전반적인 자원 확충의 필요성은 더욱 분명해졌다. 정부는 이미 의료보건 및 지자체 서비스의 재정이 부족하다는 결론을 내린 바 있다. 이에 따라, 주정부와 지자체는 중앙정부가 노인돌봄 의료보건 및 서비스 비용의 더 많은 부분을 부담해 줄 것을 요구하고 있다.

이에 대해 정부는 향후 주정부와 지자체에 더 많은 교부금을 제공하겠다는 결정을 내리고 노인을 위한 의료보건 및 돌봄에 중앙정부 보조금을 책정하였다. 2020년 5월에 정부는 이미 돌봄종사자 근로조건 개선 및 역량개발 그리고 장기요양 분야를 매력적인 일자리로 만들기 위한 '노인 돌봄을 위한 개선(äldreomsorgslyft)'이라는 새로운 이니셔티브를 제시했다. 장기요양 분야 종사자들을 위해 근무시간 중 유료 교육훈련을 제공할 것이다. 정부는 근로자들이 교육으로 업무를 하지 못하는 시간에 대한 비용을 부담할 것이다. 2020년과 2021년에 총 22억 크로나를 투자할 계획이다. 이러한 정부 이니셔티브에 더해, 스웨덴지방정부연합(SALAR)과 스웨덴 지자체노동자연합(Swedish Municipal Workers' Union)은 이런 프로그램에 참여하는 근로자들을 종신 정규직으로 대우하기로 합의하였다. 종합하면, 이러한 투자는 간호조무사와 간병인 10,000명이 새로운 정규직 고용으로 이어질 것으로 추산된다. 9월에 정부는 해당 이니셔티브에 17억 크로나를 추가 투자하기로 결정했다.

6월에 발표된 보고서에서 스웨덴지방정부연합(SALAR)은 현재까지의 코로나19 팬데믹 경험을 요약하고 코로나19 제2차 대유행에 대비한 10대 과제를 내놓았다(SALAR, 2020b). 이는 ① 기본 위생수칙 준수, ② 보호장비의 적절한 사용, ③ 물리적 거리두기, ④ 검사 및 확진자 추적, ⑤ 감염 상

황 주시, ⑥ 코호트 돌봄 적용, ⑦ 지방 및 지역 협력 강화, ⑧ 분명한 의사소통, ⑨ 강력한 리더십 발휘 및 효과적인 위기 관리, ⑩ 우수한 근무 환경 조성이다. 이러한 '좋은 자문'은 각 지역과 지방의 상황에 따라 이행된다.

제5절 결론

2020년 봄이 끝날 무렵부터 스웨덴 정치인과 관계 당국은 스웨덴이 팬데믹 기간 중 노인을 보호하지 못했다는 인식을 같이했다. 노인을 위한 공공서비스에 여전히 많은 과제가 남아 있다. 홈헬프 서비스와 요양원의 근무조건과 인력 부족은 만성적인 문제이다. 팬데믹으로 인해 건축적 특징, 인력 부족, 위생 미흡, 건강돌봄 관행 등 노인을 위한 시설돌봄의 취약점이 여실히 드러났다. 훈련을 받은 직원 부족은 수년간 제기된 문제이며 요양원은 자주 인력 부족 문제를 겪는다. 의료보건과 노인돌봄 모두 재정이 부족하다는 데에는 이의가 없으며, 이미 정부는 주정부 및 지자체 재정을 대대적으로 강화할 몇몇 새로운 이니셔티브를 마련했다.

코로나19가 노인 인구, 특히 어떤 형태든 공공서비스를 이용하는 노인에게 미친 영향을 단순화하여 설명하기는 어렵다. 코로나19는 2020년 봄, 스웨덴 290개 지자체에 다양한 정도와 방식으로 영향을 미쳤다. 감염은 여전히 확산을 거듭하며 모든 인구 집단에 영향을 미치고 있다. 스웨덴에는 약 1,700개 요양원과 3,000개의 홈헬프 센터가 있으며, 이로 인해 감염이 홈헬프 서비스 이용자와 요양원 거주자에게 전파되어 영향을 미쳤는지 명확한 양상을 파악하기는 어렵다. 이러한 노인인구가 왜 이러한 수준으로 감염되었는지, 이것이 어떤 방식으로 예방할 수 있는지에 대해 단순한 답을 내놓는 것은 아마 불가능할 것이다.

2020년 봄과 여름, 많은 의사, 전염병 학자, 정치인, 그리고 일반 시민

들이 정부의 팬데믹 대응에 대해 많은 비판을 쏟아냈지만, 스웨덴이 지금까지 팬데믹에 대처한 방식에 대해 평가를 내리는 것은 시기상조이다. 처음에 무책임하고 자유방임적인 것 같았던 조치도 시간이 지난 뒤, 여러 국가에서 취한 다양한 접근법 중 하나였기 때문이다. 6월 1일 결성된 코로나19위원회는 팬데믹 대처 방식을 평가하고 노인돌봄 내용을 집중적으로 다루는 첫 보고서를 12월에 발표할 예정이다.

그러나 팬데믹은 아직 끝나지 않았다. 본 보고서 작성 시점에도 스웨덴은 코로나19 재유행을 겪고 있다. 코로나19 확진자 수가 급증하고 있으며 사망자 수도 증가하고 있다. 몇몇 지자체는 요양원 내 신규 코로나19 확진자가 발생했음을 보고했고, 노인 인구의 사망자도 다시 증가하고 있다. 병원도 중환자실 환자 수가 증가하고 있다고 보고하고 있다. 점점 더 많은 지자체에서 요양원 방문금지령을 다시 내리고 있다. 새로운 사실과 데이터가 축적되면서 1차 대유행에 대한 새로운 근거가 제시되고 있다. 일례로, 요양원 감염을 효과적으로 차단하기에 봄의 검사수준은 턱없이 낮았다. 현재 전국구 및 지역구 정치인 모두 요양원에 대해 더욱 집중적인 검사와 확진자 추적을 요구하고 있다. 이를 통해 팬데믹의 심각한 영향이 완화되기를 희망한다.

스웨덴 복지모델과 자아상은 심각한 타격을 입었다. 국가가 '요람에서 무덤까지' 책임을 진다는 사회적 '계약'은 갑자기 작동을 멈춘 듯하다. 근대적이고, 잘 조직되었으며, 우수하고, 광범위한 서비스를 갖추고 의료보건과 사회복지서비스가 효율적으로 협력하는 고도로 디지털화된 국가인 스웨덴은 노인복지를 포함한 여러 방면에서 국제사회의 모델이었다. 이러한 이미지에, 명성에 부합하지 않는 문제들이 산적해 있다.

제8장

일본의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 서론
제2절 코로나19 발생 현황
제3절 코로나19 관련 정부 대응
제4절 노인돌봄과 코로나19 위기 대응
제4절 결론

제8장 일본의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

조민정[176]

제1절 서론

일본은 아베 총리 취임 후 아베노믹스를 슬로건으로 한 금융완화와 소비세 인상 등의 경제정책, 근로개혁 등을 표방해 경제회복에 주력해 왔으며, 대기업은 최고이익이 연속상승하며 실업률은 낮아졌다. 그러나 물가상승에 대한 국민의 실질임금은 감소하는 등 국민의 노동환경은 개선되지 않고 있으며 경제회복의 평가와는 동떨어진 국민의 생활난이 앞으로도 계속될 것이 전망되는 가운데,[177] 코로나19 사태에 직면한 이후 아베정권에 대한 국민의 지지율은 급격히 저하되었다.[178] 2020년 9월에 질병을 이유로 퇴임한 아베 총리에 뒤이어 스가 총리가 취임하면서 코로나19 관련 정책은 아베 총리의 방침을 계승하여 코로나19 대응과 경제 활성화를 주요 목표로 천명하였다. 국민의 신뢰를 만회하기 위해 정부는 연일 코로나19 관련 정보와 방안을 적극적으로 공개하는 등 대처 방안을 모색하는 데 분주하며, 새 정권에 거는 국민의 기대 또한 절실한 상황이다.

일본은 한국과 인구사회학적으로 유사한 점이 많으며 제도적인 면에서

176) Okayama Prefectural University 준교수. 본 보고서를 작성하는데 있어 岡山県立大学准教授 소속 原野 かおり준교수의 조사 협력을 받았음.

177) 立松 潔 失われた30年と安部政権の7年 月刊社会主義 2020年1月号特集 http://www.kyokai.gr.jp/syakaisyugi2001.html

178) 東京新聞Web 2020年2月26日付 内閣支持率軒並み低下 各種世論調査不支持が上回る, https://www.tokyo-np.co.jp/article/14512

도 공통된 점이 많아 일본의 현황과 과제를 살펴보는 것은 한국의 방안을 검토하는 데 유용하다고 사료된다. 따라서 본고에서는 일본의 코로나19 발생 현황과 고령자를 대상으로 한 개호서비스[179] 분야의 대응 상황을 살펴보고, 이와 관련한 정책적 시사점을 제시해 보고자 한다.

제2절 코로나19 발생 현황

1. 일본의 확진자 수

2020년 9월 17일 현재, 일본 국내의 확진자 수는 77,009명이며, 상세 내역은 다음과 같다.

〈표 8-1〉 확진자 수

(단위: 명)

	PCR 검사 실시자 수(*3)	확진자 수 (*2)	입원치료 등이 필요한 자		퇴원, 요양 해제자 수	사망자 수	확인중 (*4)
				중증자			
국내 사례(*1,*5) (전세기편 귀국자 제외)	1,594,338	76,135	6,174	167 (*6)	68,473	1,472	76
공항검역	191,175	859	93	0	765	1	0
전세기편 귀국자	829	15	0	0	15	0	0
합계	1,786,342	77,009	6,267	167	69,253	1,473	76

주: 국내 사례 76,135건, 전세기편 귀국자 사례 15건, 공항검역 859건
자료: 후생노동성 코로나19의 현황과 후생노동성의 대응(2020년 9월 17일 판)[180]
상기 자료를 저자가 일부 수정. 하루 전 비교 증감 수치를 삭제하였다
*1: 전세기를 제외한 국내 사례는 기존의 후생노동성이 파악한 누적 산출 건수였으나, 2020년 5월 8일 이후부터 각 지자체가 웹사이트에 게시하는 건수 등을 누적 산출한 건수로 변경했다.
*2: 신규 확진자 수는 각 지자체가 보도한 사례 수(재양성 사례 포함)를 누적 산출한 것이다.
*3: 일부 지자체에 대해서는 실시 건수를 기록하고 있어 실제 인원수를 웃돌고 있다. 건수를

179) 개호서비스는 우리의 장기요양에 해당
180) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の現在の状況と厚生労働省の対応について(2020年9月17日版) mhlw.go.jp/stf/newpage_13640.html

기준으로 웹에 게재하고 있는 지자체는 하루 전과 비교해 산출한 건수의 차이이며, 전날 검사 실시 인원을 확인할 수 없는 경우에는 최종 공표 시점의 수치와의 차이를 기록하고 있다.

*4: PCR 검사 확진자 수에서 입원 치료 등이 필요한 사람 수, 퇴원 또는 요양 해제자 수, 사망자 수를 제외하여 후생노동성에서 산출한 것. 또한 요양 해제 후 재입원 자를 감염자 수로 계상하지 않은 현이 있는 관계로 합계는 일치하지 않는다.

*5: 공항 검역소에서 양성이 확인된 사례를 국내 사례로 공표하고있는 지자체의 사례는 포함되어 있지 않다.

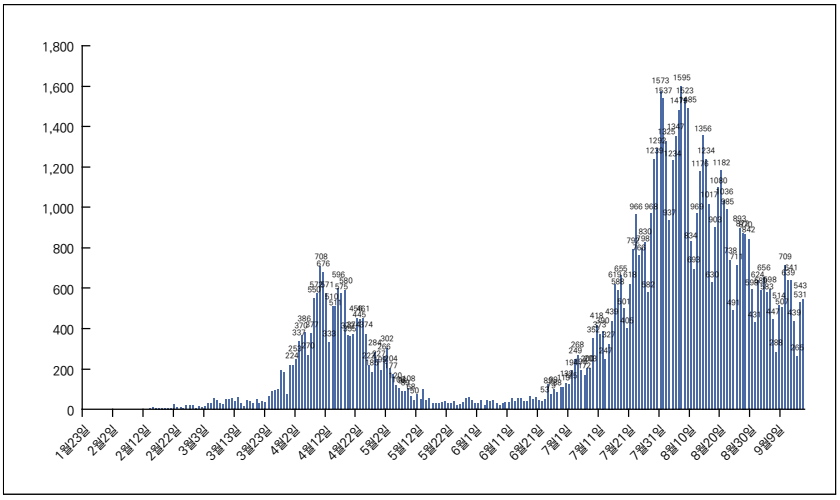
*6: 도쿄, 시가현, 교토부, 후쿠오카현과 오키나와현의 중증자 수는 도도부현의 독자적인 기준에 준거해 발표된 수치를 사용하였으며, 중환자실(ICU) 등 관리가 필요한 환자는 포함되어 있지 않다.

2. 보고 일별 신규 확진자 수

2020년 1월 16일 국내에서 처음으로 코로나19 검출 환자가 발생한 이후, PCR 검사에 의한 신규 확진자 수의 추이를 보면 다음과 같다. 4월에 1차 유행이 발생하였고 이에 대해 정부의 전국 긴급사태 선언이 발령되었다. 외출 자숙, 초·중·고 휴교, 대규모 행사 중지 등의 협력 요청이 이루어지면서 일시적으로 확진자 수가 감소하였다. 그러나 5월에 정부의 긴급사태 선언 해제 후 감염자 수가 급속히 증가하여 2차 유행에 접어들었다. 7월 하순에서 8월 상순을 절정으로 감소 추세이기는 하나 9월 중순 현재도 1차 유행에 가까운 수준에 머물고 있다.

[그림 8-1] 신규 확진자 수(2020년 9월 16일 현재)

(단위: 명)



주: 1. 도도부현에서 수일분을 함께 정부에 보고한 경우에는 본래의 해당일에 계상. 중복 사례의 유무 등 조사한 수치임.
2. 5월 10일까지 보고가 없었던 도쿄도의 사례는 확정일에 보고된 것으로 간주하여 추가함
자료: 후생노동성, 코로나19 국내 발생동향[181]

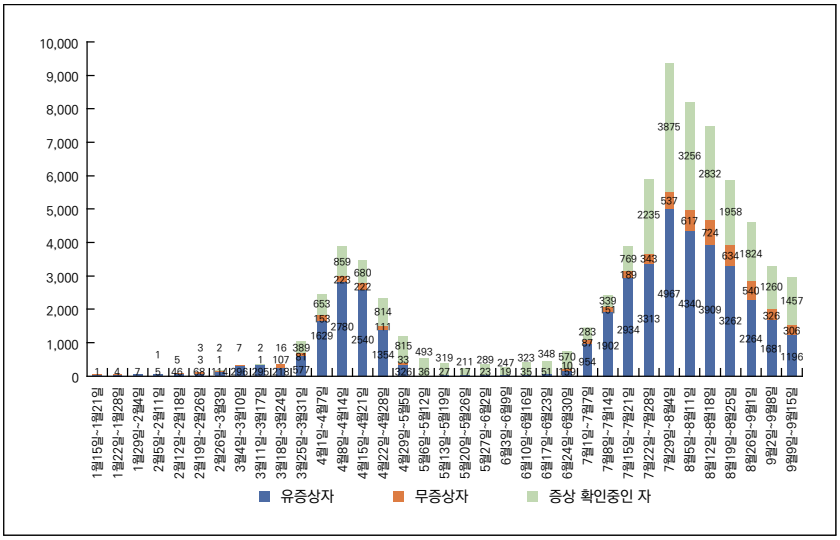
3. 주별 확진자 수의 추이

[그림 8-2]는 코로나19 검사 결과 확진자 현황을 보여주고 있으며, 확진자 중 유증상자, 무증상자, 그리고 증상 확인 중인 감염자를 구분하여 집계하고 있다. 무증상자가 전체의 일정비율을 차지하고 있으며 PCR검사를 실시한 자에 한정되어 있음을 고려할 때, 향후 무증상자에 의한 감염확대가 예측된다.

181) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 報告日別新規陽性者数 (2020年9月16日24時時点) https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673420.pdf

[그림 8-2] 주별 확진자 인원(2020년 9월 16일 현재)

(단위 명)



자료: 후생노동성, 코로나19 국내발생 동향[182]

주: 후생노동성이 파악한 누적치에 근거하여 작성하였으며 재감염자는 신규 확진자로 집계하고 있다. 따라서 총 수는 현재 후생노동성에 공표되어 있는 각 지자체 웹의 공표 수치의 누적치와 일치하지 않는다.

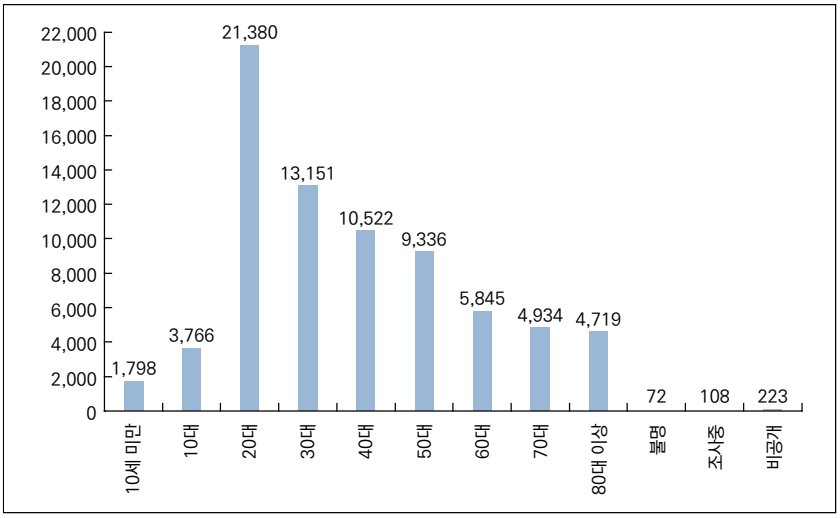
4. 연령대별 감염자 수와 중증자, 사망자 비율

전체 감염자 중 연령대별 확진자 인원수를 보면 20대가 가장 높다. 중증자는 전체의 1.9%에 불과하나 중년층 이후의 비율이 증가하고 있다. 연령 계급별 사망자 수 또한 연령이 높아질수록 사망비율도 증가하고 있으며 60세 이상의 고령자 비율의 증가가 현저하다.

182) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 確定週別人数(2020年9月16日18時時点) https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf

[그림 8-3] 연령대별 확진자 수(2020년 9월 16일 현재)

(단위: 명, %)



〈표 8-2〉 연령대별 중증자 비율(2020년 9월 16일 현재)

전체	10세 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
1.9	0.0	0.0	0.1	0.0	0.8	1.9	4.1	6.8	4.6

【중증자 비율】연령 계급별로 본 중증자 대한 입원치료 등이 필요한 자의 비율

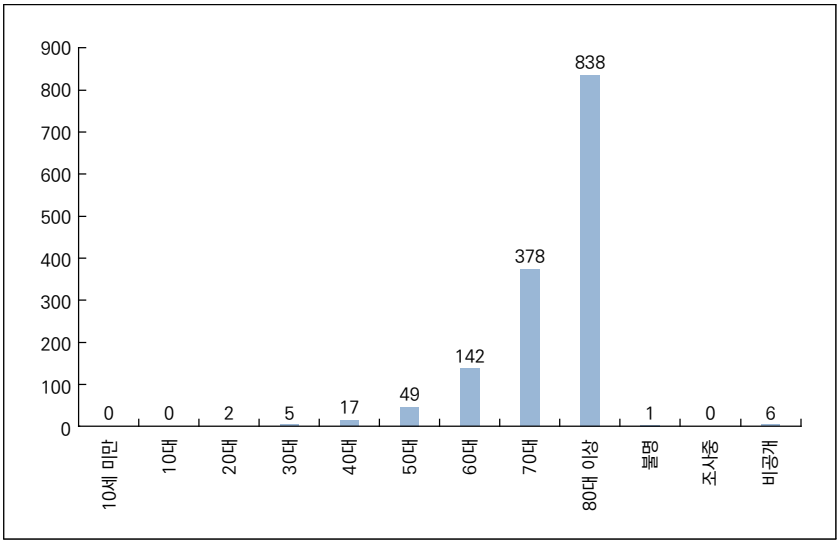
* 연령대와 입원, 퇴원 상황 등 감염자의 개별 상황에 대해서는 각 관청이 도도부현 등에서 입수한 정보에 근거하여 집계한 것이며, 총수는 현재 각 지자체의 웹사이트에 공개하는 수치를 누적한 감염자 수, 사망자 수, 중증자 수와 일치하지 않는다.

자료: 후생노동성, 코로나19 국내 발생 동향[183]

183) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 年齢階級別陽性者数(2020年9月16日18時時点) https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf

[그림 8-4] 연령별 사망자 수(2020년 9월 16일 현재)

(단위: 명, %)



〈표 8-3〉 연령대별 사망률(2020년 9월 16일 현재)

전체	10세 미만	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80대 이상
1.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.2	0.5	2.4	7.7	17.8

【사망률】연령 계급별로 본 감염자 대한 중 사망자의 비율

* 연령 계급과 입원, 퇴원 상황 등 감염자의 개별 상황에 대해서는 각 관청이 도도부현 등에서 입수한 정보에 근거하여 집계한 것이며, 총 수는 현재 각 지자체 웹사이트에서 공개하고 있는 수치를 누적한 감염자 수, 사망자 수, 중증자 수와 일치하지 않는다.

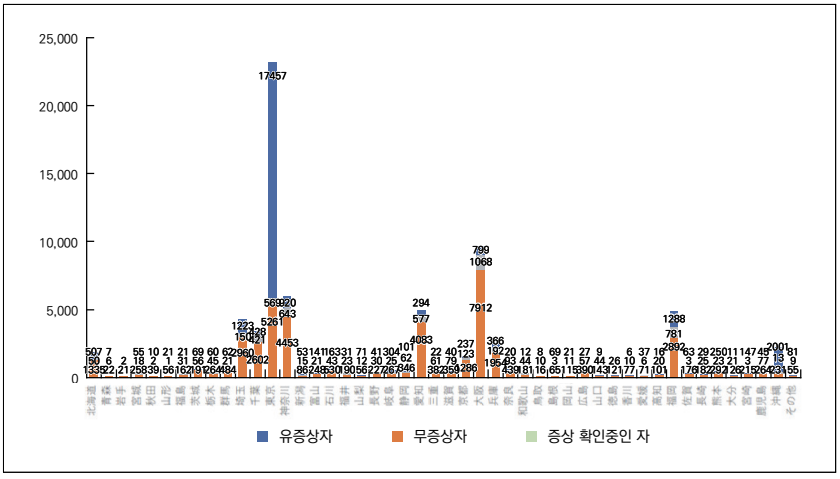
자료: 후생노동성, 코로나19 국내 발생 동향[184]

184) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 年齢階級別陽性者数(2020年9月16日18時時点) https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf

5. 지역별 확진자 수

확진자 수는 도쿄, 오사카, 아이치, 가나가와 등 인구가 밀집한 대도시에 집중되어 있으며 지역 간의 격차가 크다. 또 9월 16일 현재 유증상자 중 중증에서 경증이나 중등증으로 회복된 자는 410명, 국적이 일본으로 확인된 자 12,428명, 국적이 외국으로 확인된 자 585명, 그외에 나가사키현의 여객선 확진자 수가 포함되어 있다.

[그림 8-5] 도도부현별 확진자 수(2020년 9월 16일 현재)



주: 후생노동성이 파악한 개표를 누적하여 작성하였으며, 재감염자는 신규 발생으로 집계하고 있기 때문에 총 수는 현재 후생노동성 홈페이지에 공표되어 있는 지자체의 누적 감염자수와 일치하지 않는다.

자료: 후생노동성, 코로나19 국내발생 동향 185)

185) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症の国内発生動向 都道府県別人数（2020年9月16日18時時点）https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/000673422.pdf

제3절 코로나19 관련 정부 대응

일본 정부는 코로나19 관련 대책이 위기관리상 중대한 과제라는 인식하에 대책본부를 설치하였고 두 번에 걸쳐 긴급대응책을 마련하였다. 제1차 긴급대응책은 입국 제한과 사회활동 제한 등을 중심으로 한 코로나19 확산 예방과 감염검사 체제정비와 방향성이 제시되었고, 한 달 뒤에 제시된 제2차 긴급대응책에서는 제1차 긴급대응책의 감염확산 예방책을 강화함과 동시에 정부의 요청에 협조한 기업, 시설 등에 보조금 같은 사회활동을 지속하기 위한 구체적인 지원책을 중심으로 경제 회복을 의식한 방안이 다방면으로 제시되었다. 제1차, 제2차 긴급대응책의 개요는 다음과 같다.

【제1차 긴급대응책】(2020년 2월 13일)[186]

1. 기본방침

국민의 생명과 건강을 지키는 것을 최우선으로 필요한 대책을 민첩하게 실행한다는 방침 아래 여당 등의 제언도 반영하여 시급하게 조치할 사항을 정리하였다.
이를 위해, 금년도 예산의 집행에 우선 예비비 103억 엔을 추가 투입하여 총액 153억 엔의 대응책을 실행한다.
앞으로도 사태의 상황변화를 주시하면서 정부가 일치단결하여 예비비를 활용하여, 국내 감염대책, 예방대책, 관광업 대책 등 긴급도에 맞추어 순차적으로 실시한다.

2. 주요 긴급대응책

(1) 귀국자 등에 대한 지원
① 귀국자 등에 대한 건강관리, 감염확대방지를 위한 지원
② 정부의 전세기 귀국자와 여객선 다이아몬드 프린세스호의 승무원과 승객의 생활 지원 · 건강관리에 만전을 기하기 위해 지원물자 배부 등
③ 정부 요청으로 귀국한 사람 · 수용에 협력한 민간기업 등에 대한 대응
④ 귀국자 등에 원활한 사회복귀를 위한 지원
• 국민에 대한 정확한 정보제공
• PCR 검사, 건강진단 등
⑤ 재외국민의 안전확보를 위한 지원

186) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策 (2020) http://www.kantei.go.jp/jp/singi/novel_coronavirus/th_siryou/kinkyutaiou_corona.pdf

(2) 국내 감염대책의 강화
① 병원체 등의 신속한 검사체제의 강화 등
• 국립 감염증연구소에 대한 다량 검체 검사 시스템의 긴급 정비
• 전국 지방 위생연구소의 검사체제 확충 지원
• 코로나19 검사법 개발
② 감염증 지정의료기관 등의 치료체제 · 기능 강화
• 국립국제의료연구센터 등의 치료법 개발 가속화
• 귀국자 · 접촉자 외래 및 귀국자 · 접촉자 상담센터의 설치 지원
③ 검사키트, 항바이러스약, 백신 등의 연구개발 촉진
• 간이 진단키트, 항바이러스약, 백신 등의 개발 조속히 착수
• 민간기업과 협력함과 동시에 예방, 진단, 치료법 개발을 도모하는 기술 확립
• 감염증 유행대책 이노베이션 연합에 보조금 투입을 통한 백신 조기 개발 지원
④ 마스크, 의약품 등 신속하고 원활한 공급체계 확보

(3) 예방대책의 강화
① 전국 검역소 등의 검사체제 · 기능 강화
• 지방출입국재류관리국과 검역소의 연계를 통한 엄격한 상륙심사
• 검역관의 응모 등 체제강화를 통한 검사체제의 강화
• 항공회사와 여객선 사업자 등에 협력 요청
② 건강 follow-up · center 체제 정비를 통한 검역기능의 충실
• 건강 follow-up · center를 중심으로 지자체와의 연계, 정보공유 등 필요한 체제의 긴급정비
③ 입국관리를 한층 강화
• 출입국 관리 및 난민인정법에 근거한 상륙 거부의 대상 지역, 여객선 포괄 지정을 통한 민첩한 대응

(4) 영향을 받은 산업 등의 긴급대응
① 국민과 외국인 여행객에게 신속하고 정확한 정보제공
• JNTO 방일 외국인 여행객에게 정확한 정보 발신
• 후생노동성 전화상담창구(콜센터) 설치
• 숙박사업자, 관광협회 등에 적절한 정보제공 등
② 관광사업 등 중소기업 · 소규모 사업자 대책 등
• 일본정책금융공고 등에 5,000억 엔의 긴급대출, 보증범위를 확보하여 공고, 신용보증협회의 네트워크 보증을 통한 자금 지원
• 중소기업 생산성 혁명추진사업 등에 의한 물자 공급망 훼손에 대응하기 위한 설비 투자를 실시하는 사업자를 우선 지원
③ 고용대책
• 고용조정 조성금의 요건 완화

(5) 국제연계의 강화 등
① 감염증 대책에 관한 국제 지원
• 분리한 바이러스를 연구개발용으로 무상 제공
• 아시아 각국에 의료 기자재 등 제공, 검사 체계의 충실을 위해 공헌
• 각국 지역과의 연계를 통해 국제 감염 동향을 파악
• NPO 등을 통한 국제공헌의 지원

【제2차 긴급대응책】(2020년 3월 10일)[187]

1. 기본방침

일본 정부는 약 0.4조 엔의 재정조치와 1.6조 엔의 금융조치를 통해 금후 감염상황과 지역 경제 및 세계 경제의 동향을 충분히 주시하며 필요한 대책을 강구하여 대처할 것을 제시하였다.

2. 주된 긴급대응책 방안의 내용은 다음과 같다.

(1) 감염확대 방지책과 의료제공체계의 정비

① 감염 확대방지책
- 클러스터 대책 전문가를 지방공공단체에 파견
- 개호시설, 장애인 시설, 보육소 등을 대상으로 소독액 구입 등을 보조

② 수요공급 양면에서 종합적인 마스크 대책
- 인터넷 등에서 고액 전매를 목적으로 한 마스크 구입을 방지하기 위해, 마스크의 전매행위 금지
- 천 마스크 2,000만 매를 정부가 일괄 구입하여, 개호시설 등에 긴급 배부
- 의료기관용 마스크 1,500만 매를 정부가 일괄구입하여, 필요한 의료기관에 우선적으로 배부
- 마스크 생산기업에 추가 증산 지원

③ PCR 검사체계의 강화
- PCR 설비를 구입하는 민간기업을 지원하고, 검사능력을 확대(1일 최대 7,000건 정도)
- PCR 검사 보험적용(공비보조를 통해 자기부담금 면제)

④ 의료제공체계의 정비와 치료약 등의 개발 가속
- 긴급시에 5,000개를 넘는 병상 확보와 인공호흡기 등 설비정비 지원
- AMED 등을 활용한 치료약 등의 개발 가속

⑤ 증상이 있는 자에 대한 대응
- 상병수당금의 원활한 지급을 위한 취급 명확화와 주지 철저

⑥ 정보 발신의 충실
- 정보를 알기 쉽고 적극적으로 홍보(전형적인 임상정보 등)
- 재류외국인, 외국인 여행객을 위한 다언어로 적절 쾌속한 정보제공

제1차 긴급대응책이 해외유입 방지책 강화를 중심으로 감염확대예방책등 감염예방조치를 위한 검사체제의 정비와 관광업 등 큰 영향을 입은 산업분야에 대한 경제적 지원 등, 금후 정부의 주된 방향성과 과제를 제시하고 있는데 비해 제2차 긴급대응책은 국내의 감염확대를 우려한 방

187) 厚生労働省新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾 - ポイント (2020) https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/minutes/2020/0310/shiryo_05-2.pdf

지책에 초점을 맞추어 구체적인 대응방안을 제시하고 있다. 국내 감염자의 추이를 주시하면서 실행방안의 우선순위를 가늠하는 일본정부의 의향을 엿볼 수 있다. 또한, 2020년1월15일 일본 국내 감염자가 발생 이후 제 1차 긴급대응책은 불과 한 달 정도 소요되었고, 이후 제2차 대응책이 제시되기까지는 한 달 이상 소요되었으며, 예산지출에 신중한 일본정부이지만 비교적 신속한 대응이라 평가할 수 있겠다.

제4절 노인돌봄과 코로나19 위기 대응

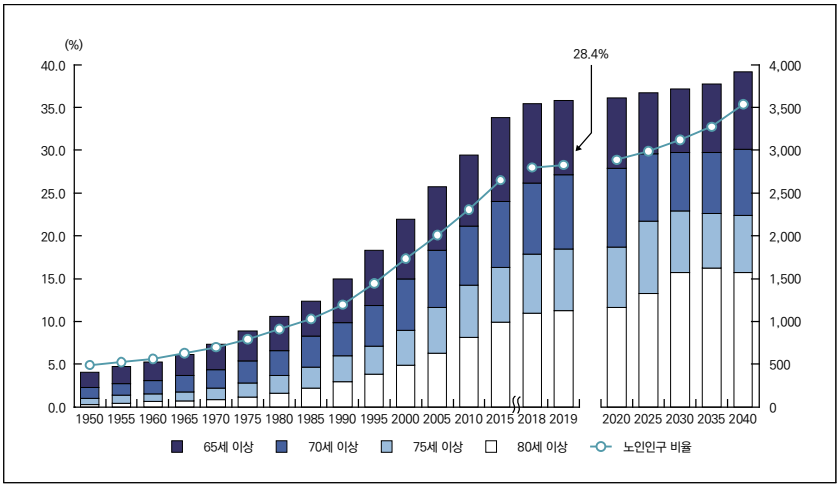
1. 일본의 돌봄서비스 정책

1) 일본의 고령화

일본의 총인구(2019년 10월 1일 현재)는 1억 2,617만 명으로 매년 감소추세이다. 반면, 총인구에 대한 노인인구 비율의 추이를 보면, 1950년(4.9%) 이후 계속 증가하고 있다. 1985년에는 10%, 2005년에는 20%를 넘어섰고 2019년에는 28.4%로 사상 최고 기록을 갱신하고 있으며 2025년에는 30%, 2040년에는 35.3%가 될 것으로 전망되고 있다.[188)189)]

188) 高齢化の推移と将来推計2020年版高齢社会白書（概要版）https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2020/gaiyou/pdf/1s1s.pdf
189) 総務省統計局 高齢者の人口（2019）https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html

[그림 8-6] 노인 인구 및 비율의 추이(1950-2040년)



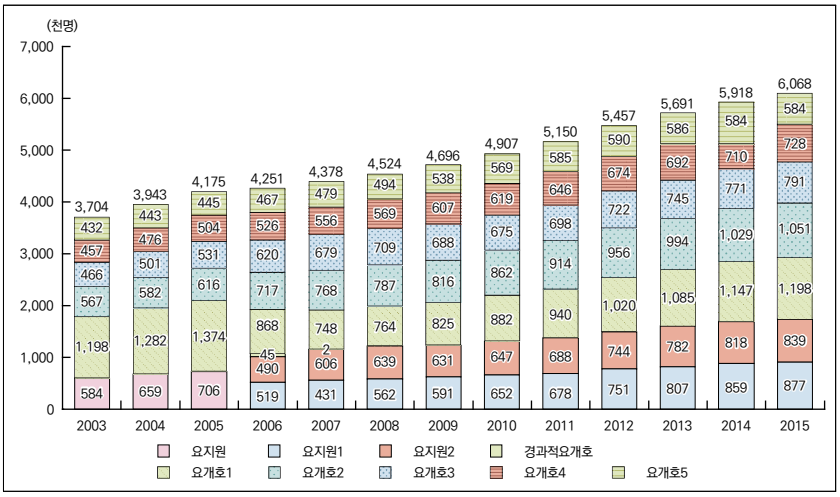
자료: 총무성, 통계토픽 No.121 통계로 본 일본 고령자(경로의 날을 기념하여), 2019[190]

개호가 필요한 고령자도 꾸준히 증가 추세이며,[191] 요개호자의 비율이 급증하는 75세 이상의 노인인구도 2025년까지 급속하게 증가할 전망이다. 2030년부터 75세 이상 인구의 급속한 증가는 해소되지만, 85세 이상 인구는 10년 정도 계속 증가할 전망이다.[192]

190) 総務省統計局 高齢者の人口(2019) https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1211.html
191) 内閣府 2019年版高齢社会白書（全体版） https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html
192) 厚生労働省 福祉と住宅政策との連携について（2019） https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000499815.pdf

[그림 8-7] 제1호 피보험자(65세 이상) 요개호도별 인정자 수의 추이

(단위; 천 명)

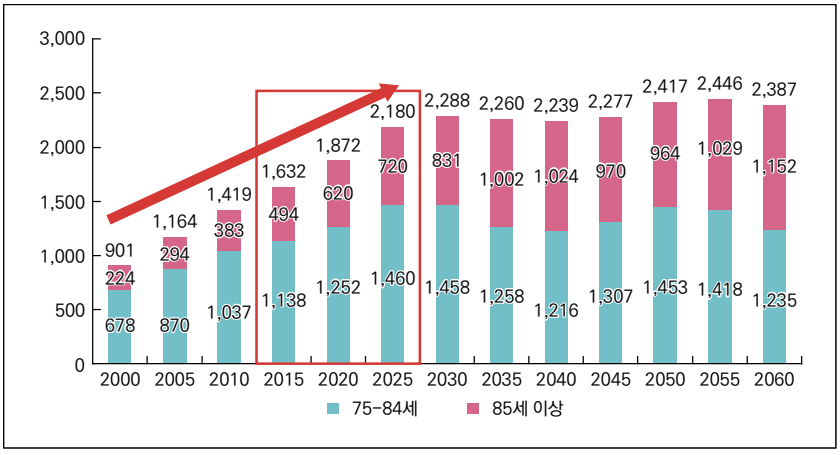


주: 후생노동성, 개호보험사업상황보고(연보)에 근거하여 작성한 자료임
자료: 내각부, 2018년판 고령사회백서[193]

193) 内閣府 2018年版高齢社会白書 https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/s1_2_2.html

[그림 8-8] 요돌봄자의 비율이 급증하는 75세 이상 노인인구의 추이

(단위: 만 명)



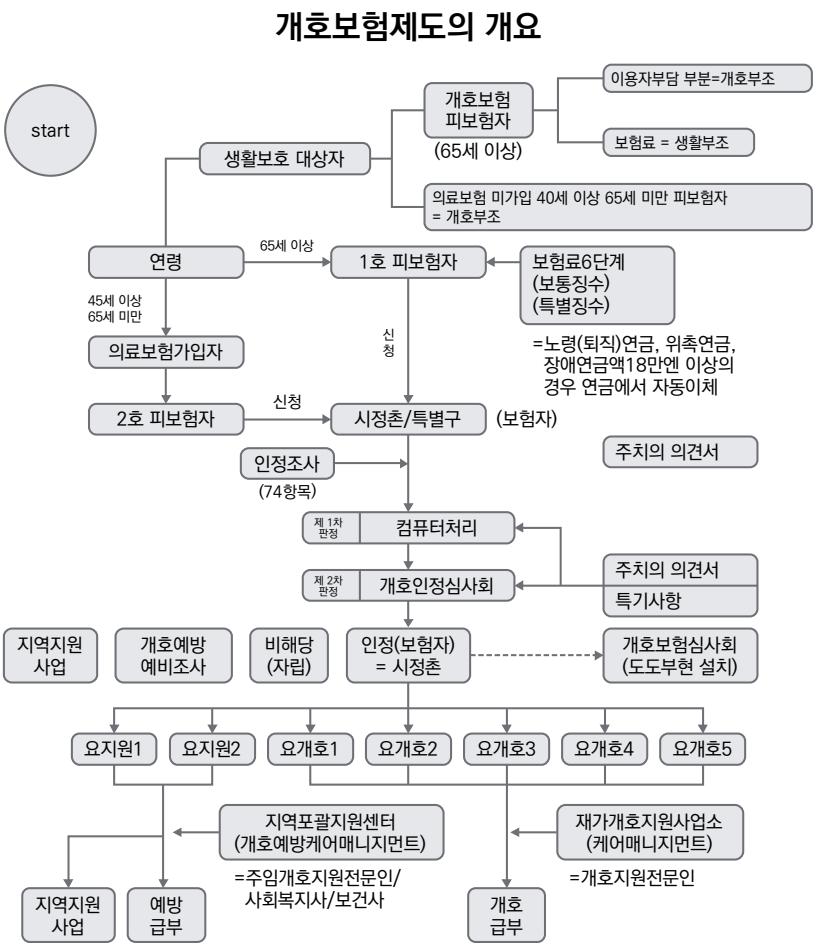
주: 장래 추계는 국립사회보장 · 인구문제연구소,「일본의 장래 추계 인구」(2017년 4월 추계), 출생 중간(사망 중간) 추계에 의한 것임
자료: 후생노동성, 복지와 주택정책과의 연계(2019)[194]

2) 개호보험제도와 서비스

일본 고령자의 돌봄서비스는 개호보험제도를 중심으로 재가서비스와 시설입소 서비스로 구분되며, 이외에 지역별 상황에 따라 추가 서비스가 제공되고 있다. 개호보험제도의 개요는 다음과 같다.

194) 厚生労働省 福祉と住宅政策との連携について (2019) https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000499815.pdf

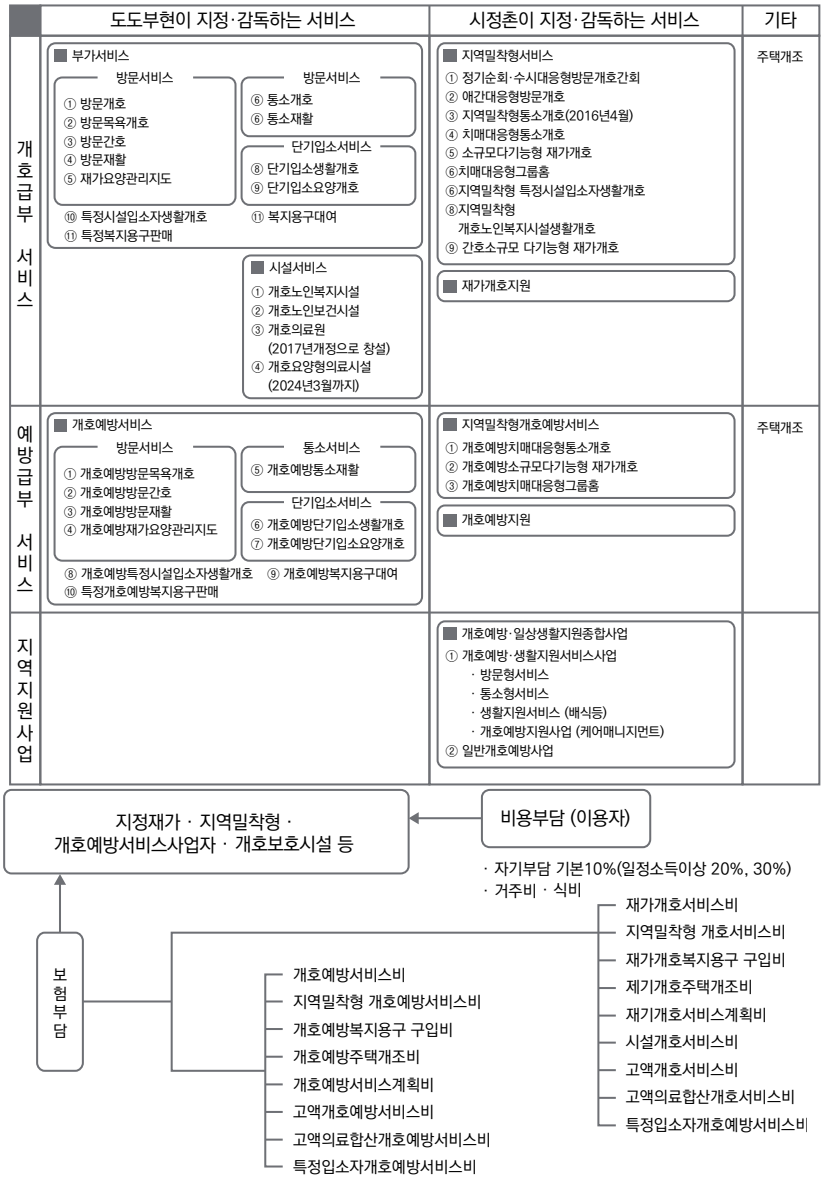
[그림 8-9] 개호보험제도 개요



자료: 개호보험의 개요. 외국인을 위한 개호복지사 국가시험대책(2019)을 번역하였다.[195]

195) 外国人のための介護福祉士国家試験対策 2019 新カリキュラムⅠ「人間と社会」 公益社団国際厚生事業団

[그림 8-9] 계속

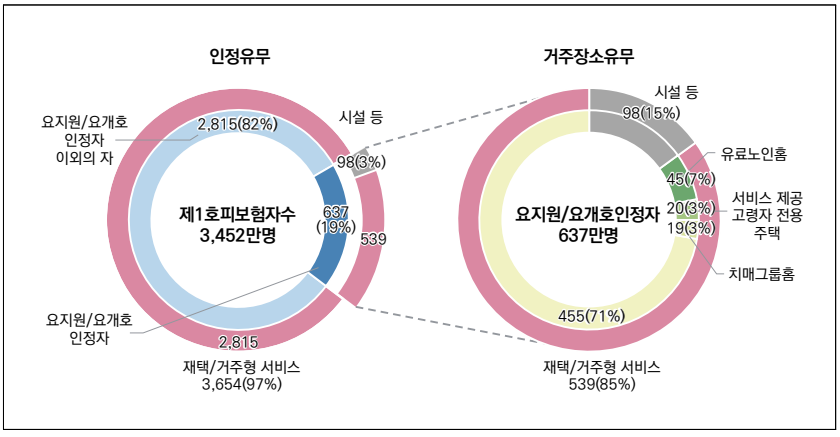


자료: 개호보험의 개요. 외국인을 위한 개호복지사 국가시험대책(2019)을 번역하였다.[196]

3) 고령자의 주거 현황

후생노동성이 정리한 고령자의 주거실태 조사결과를 보면, 개호보험의 제1피보험자 3,452만 명 중 3,354만 명(97%)이 자택(주거형 시설 입소자 포함)에서 거주하고 있으며, 요개호 인정자 637만 명 중 539만 명(85%)이 자택(주거형 시설 입소자 포함)에서 생활하고 있다.

[그림 8-10] 고령자의 주거현황



주: 제1호 피보험자 수, 요지원 · 요개호 인정자 수, 시설 등 이용자 수, 치매 그룹홈 이용자 수는 개호보험 사업 상황보고(2017년 6월 말 현재 잠정판), 유료 양로원 및 서비스 고령자 용 주택 이용자 수는 후생노동성 조사의 정원 수(2017년 6월 말 현재), 서비스 고령자용 주택 정보 제공 시스템의 등록 세대수(2017년 6월 말 현재), 2017년도 노인보건 사업 「고령자 전용 주택의 운영 실태의 다양화에 관한 실태 조사 연구」(2018년 3월 주식회사 노무라 종합 연구소)에서 추정하여 작성함

자료: 후생노동성, 복지와 주택정책과의 연계 2019[197]

196) 外国人のための介護福祉士国家試験対策 2019 新カリキュラムⅠ「人間と社会」 公益社団国際厚生事業団

197) 厚生労働省 福祉と住宅政策との連携について (2019) https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000499815.pdf

정부의 복지정책(의료법, 노인복지법, 개호보험법), 주택정책(고령자주택법)에 의한 주거지, 그 외에도 민간기업이 마련한 고령자를 위한 분양 아파트 등 고령자가 가능한 한 지역에서 생활할 수 있도록 다양한 주거지가 마련되어 있다.

대표적인 주거지의 특징을 보면, 특별양호 노인홈[198]은 중증도 이상의 요개호자가 저렴한 비용으로 개호서비스를 제공받을 수 있기 때문에 입소 희망자가 많다. 후생노동성의 조사결과에 의하면 2019년 12월 현재 특별양호노인홈 입소 신청자는 29.2만 명이며,[199] 신청 후 입소하기까지 대기기간이 길고 입소 시기를 예측하기가 어렵다. 케어하우스는 신변 케어가 가능한 고령자가 비교적 저렴한 비용으로 입주 가능하며 환경이 정비되어 있는 주택이다. 한편 개호서비스가 제공되는 경우와 제공되지 않는 경우도 있어, 후자의 경우 개호가 필요한 새로운 주거지를 확보해야 할 필요가 있다. 서비스 제공 고령자 전용주택은 안부 확인과 생활상담 등을 필수 서비스로 하며 식사를 제공하는 경우가 많다. 개호 서비스는 별도로 계약하여 이용할 수 있다. 유료 노인홈은 주거지와 식사, 생활지원 서비스가 함께 제공되는 경우가 많다. 서비스 제공 고령자 전용주택과 유료노인홈은 자립도가 높은 고령자로부터 요개호도가 높은 노인에 이르기까지 광범위한 니즈에 대응 가능하나 경제적 부담이 크다.

이와 같이 시설입소자는 중등증 이상의 요개호자이거나 의료니즈등 전문적 케어가 필요한 일부 요개호자에 국한되어 있으며 대부분의 고령자는 요개호자의 유무, 자립도, 경제력 등을 감안하여 거주지를 선택하고 지역에서 재택생활을 영위하고 있는 자가 대부분이다.

198) 특별양호노인홈은 개호노인복지시설(개호보험법 기준)이라고도 하며, 우리의 노인요양시설에 해당

199) 厚生労働省 特別養護老人ホームの入所申込者の状況 (2019) https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/000581323.pdf

2. 개호·복지영역과 코로나19 위기 대응[200]

일본 고령자의 개호복지서비스의 핵심이라 할 수 있는 개호보험제도에 근거한 시설과 사업소를 지원하기 위한 각종 대책이 강구되었다. 예방대책은 ①시설과 사업소내의 감염확대 방지를 위한 물품와 공사비 보조 , 마스크 배포, PCR검사의 보험적용 방안 등 시설내의 환경정비 지원, ② 개호 · 복지영역 종사자들에 대한 위로금 · 지급 · 등을 통한 사기지원 , ③감염자 · 발생 시의 · 대응 · 지원 등 크게 3가지로 구분할 수 있다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

1) 개호·복지시설내의 감염확대 방지를 위한 환경정비 지원

가. 개호시설 등의 감염 확대방지 대책 지원

① 개호시설 등의 감염 방지대책으로 각 도도부현[201]이 개호시설에 배부하는 소독액 등을 도매·판매회사로부터 일괄 구입하고 개호시설 등 소독. 고령자 장애자를 대상으로 감염 예방을 위한 홍보· 계몽과 다인실의 개실화 공사에 필요한 비용을 보조

② 지원내용

- 도도부현의 소독액 등 구입비: 개호 현장에서는 감염 경로 차단이 중요하다는 인식하에 필요한 소독액 등을 자력으로 구입하기 어려운 요양시설 등을 위해 도도부현 개호시설 등에 배포하는 소독액 등을 도매 · 판매 회사에서 일괄 구입에 필요한 비용 보조
- 요양 시설 등의 소독 경비: 감염이 의심되는 자가 발생했을 경우, 요양 시설 등 시설 내 감염이 확대되지 않도록 이용자·종사자가 이용

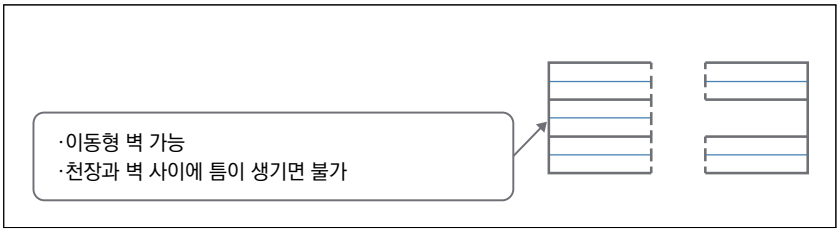
200) 厚生労働省 · 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾 - 概要資料集 · 2020 https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000612097.pdf

201) 도도부현은 우리의 광역지자체로 시도에 해당

하는 장소와 사용하는 물품 등의 소독에 필요한 비용을 보조

- 지방자치단체의 홍보·계몽 경비: 노인 장애인에게 필요한 정보를 제공할 수 있도록 감염 예방 홍보·계몽 경비 보조(예: 시각 장애 노인을 위한 점자 책자, 노인들이 반드시 인터넷으로 정보를 입수한다고는 볼 수 없기 때문에[202] 시정촌 정보지에 전단지 삽입)
- 개호 시설 등 다인실의 개실화 공사비용: 사업을 지속하는 데 필요한 요양 시설 등에서 감염이 의심되는 자가 복수 발생해 다인실로 분리할 경우에 대비해, 감염이 의심되는 자의 공간 개실화에 필요한 공사비 보조

[그림 8-11] 다인실의 개인실화 분리 공사의 예



〈표 8-4〉 지원 제도 실시 요건(대상 보조율 보조 상한액)

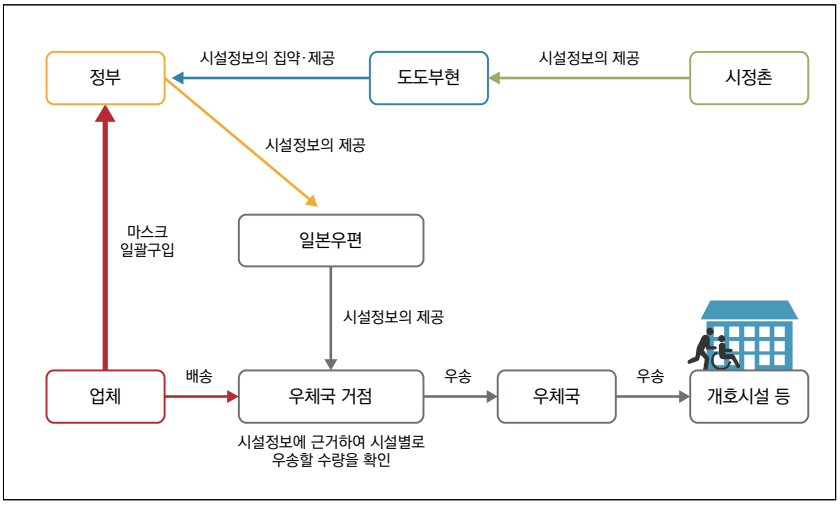
	대상시설	보조율	보조상한액	담당	재원
①-③	모든 개호시설 등	정부 2/3 도도부현 1/3	없음	도도부현	지역의료개호 종합확보기금 (개호시설 등의 정비분)
④	입소형 개호시설 등	-	1정원당 97.8만 엔	도도부현 또는 시구정촌 (정령시 중핵시를 포함)	지역개호 · 복지공간 정비 등 시설정비 교부금

202) 시정촌은 기초지자체로 우리의 시군구에 해당

나. 요양 시설 등에 대한 패브릭 마스크 배포

- 2019년도 예비비에서 패브릭 마스크 비용 113억 엔 요구
- 세탁 가능한 패브릭 마스크 2,000만 장 국가가 일괄 구입
- 요양시설과 장애인 시설, 탁아소, 학교 휴업으로 인한 방과후 아동 클럽 등에 대해 지방공공단체의 협력으로 적어도 1인 1매 배부

[그림 8-12] 개호시설 등에 마스크가 배포되는 경로



자료: 후생노동성, 코로나19 관한 긴급대응책 제2차 개요 자료집[203]

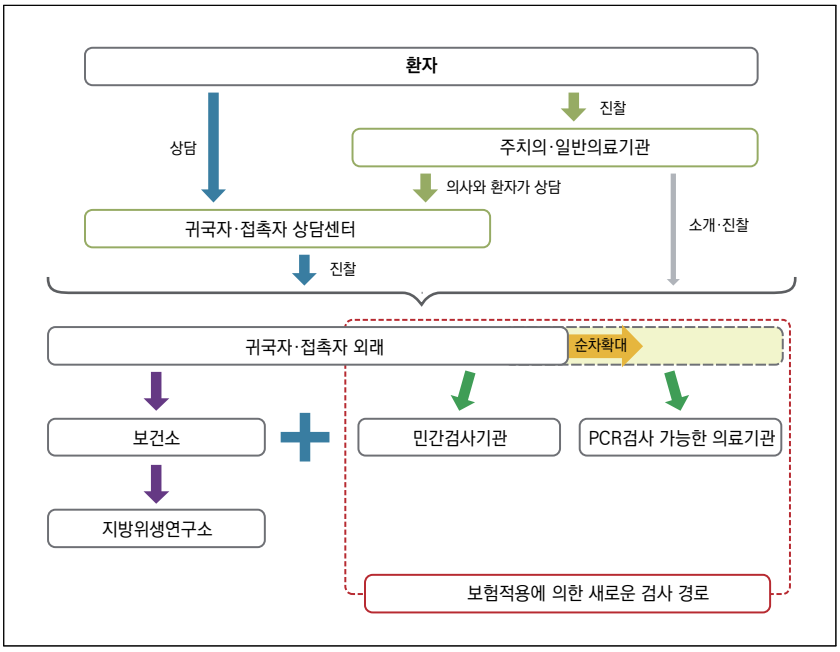
다. 코로나19 PCR 검사의 보험 적용

- 보건소가 검사 대상 외로 판단한 경우에도 의사의 판단으로 직접 검사 기관에 의뢰 가능
- 원내 감염 방지, 귀국자·접촉자는 외래에서 검사를 실시하도록 요청

203) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾－概要資料集 2020 https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000612097.pdf

- 향후 민간의 체제 정비 상황을 고려하여 보험 적용에 의한 검사가능 수의 확대를 도모한다.

[그림 8-13] 보험적용후의 코로나19 바이러스 PCR검사 체제와 경비부담



예비비 조치액 3.4억 엔

지방 위생연구소의 검사 비용 및 보험 적용에 의한 자기부담의 1/2을 국고부담
예산항목 감염 대책비/감염예방사업비 등 부담금

자료: 후생노동성, 코로나19에 관한 긴급대응책 제2차 개요 자료집[204]

204) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する緊急対応策—第2弾－概要資料集 2020 https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000612097.pdf

2) 직원 위로금 지급

- 개호서비스는 노인과 그 가족의 생활을 지원하고 노인의 건강을 유지하는 데 필수이며, 향후 감염에 의한 중증화 위험이 높은 고령자에 대한 접촉 서비스가 필요한 개호 서비스의 특징을 바탕으로 최대한의 감염 대책을 계속 실시하면서 필요한 서비스를 제공하는 체제를 구축할 필요가 있다. 이에 필요한 물자를 확보함과 동시에 감염 대책을 철저히 하면서 개호서비스를 재개하고 지속적으로 지원함과 동시에 코로나19의 감염 방지 대책을 강구하면서 개호서비스를 지원하는 직원에 위로금 지급[205]
- 장애 복지 서비스 등은 장애 아동들과 그 가족을 지지하는 데 있어서 필수적이다. 감염증 대책을 철저히 한 후, 장애 복지 서비스를 제공하는 체제를 구축하기 위해 지원하며 동시에 코로나19 감염이 발생하는 시설 · 사업소에서 감염 위험을 안고 있는 환경 속에서 지속적인 서비스를 위해 업무에 종사하는 직원에 위로금 지급[206]
- 사업내용

  이용자와 접하는 직원에게 위로금으로 최대 20만 엔 지급

〈표 8-5〉 직원 위로금 지급 대상사실 및 직원

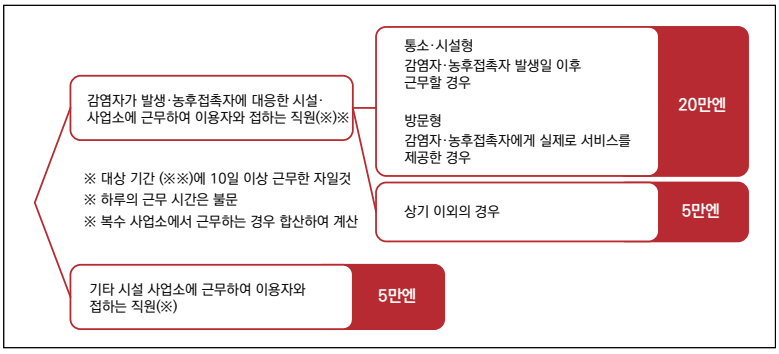
	개호	장애
대상시설 /사업소	개호보험의 모든 서비스, 유료노인홈, 서비스 제공 고령자 전용주택, 양호시설, 경비노인홈	종합지원법, 아동복지법에 근거한 장애복지의 모든 서비스
대상 직원	대상시설/사업소에 근무하는 이용자와 접하는 직원	

205) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（介護分）2020 https://www.mhlw.go.jp/content/000641921.pdf

206) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害福祉サービス等分）2020 https://www.mhlw.go.jp/content/000644197.pdf

• 급부액

[그림 8-14] 위로금 지급



기간: 해당 도도부현에서 코로나19 환자 발생일 또는 수용일(★) 중 빠른 날(이와테현은 비상사태 선언의 대상 지역으로 된 4월 16일)에서 6월 30일까지
★: 코로나19에 관련한 전세기 및 여객선 '다이아몬드프린세스호'에서 환자를 수용한 날을 포함함.
자료: 후생노동성, 개호/장애 위로금(2020)[207]

3) 병상 확보 지원

① 코로나19 환자 등에 대한 감염 예방 및 감염 환자에 대한 의료에 관한 법률(1998년 법률 제114호) 등에 따라 해당 환자에 필요한 병상 확보

• 예산: 예비비 조치액 17억 엔
• 예산항목: 감염 대책비 및 질병 예방 대책 사업비 등 보조금
• 보조율과 대상 경비
  - 보조율: 1/2(정부 : 지방 = 1 : 1)
  - 빈 침상에 관련되는 경비: 16,190엔 × 빈 침상 일수

207) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金（障害福祉サービス等分）2020 https://www.mhlw.go.jp/content/000644197.pdf

- 소독 관련되는 경비: 해당 소독에 소요된 금액

② 코로나19 대책의 기본 방침(20.02.25 코로나19 대책 본부 결정)

• 환자가 한층 더 증가할 경우와 코로나19의 특징을 감안한 병상과 인공호흡기 등의 확보, 지역 의료 기관의 역할 분담(예를 들어, 집중치료가 필요한 중병 환자를 우선적으로 받는 의료기관) 등 적절한 입원의료 제공 체제를 정비한다.

③ 코로나19 긴급대응책(제2차) (20.03.10 코로나19 대책 본부 결정)

• 감염 확대 방지와 동시에 국내에서 환자 수가 크게 증가할 경우에 대비해 중증자 대책을 중심으로 의료 체계를 강화한다. 현재 전국에 2,000개 이상의 감염 병상이 존재하며, 감염 지정 의료기관이나 국립병원기구 등의 공공 의료기관 등을 최대한 활용하여 긴급시에는 5,000개 이상의 병상을 확보하고 있으며, 계속해서 필요한 병상의 확보를 추진한다.

3. 서비스 제공기관 대응

1) 감염예방 지침 안내

국내 감염확대의 상황이 시시각각 변화하는 가운데 정부의 대응이 순차적으로 실시되었으며 전용 페이지를 마련하여 이와 관련한 최신 정보를 개호복지시설과 사업소에게 신속하게 전달함으로서 지속적인 운영을 도모할 수 있도록 지원하였다. ① 기본적인 감염예방과 감염 확대 방지, ② 개호직원의 확보 , ③ 위생용품의 확보, ④요개호 인정 , ⑤개호 서비스 사업소 등의 인원, 시설 · 설비 및 운영 기준 등의 임시적인 취급, ⑥ 경비경감, 경영자금 지원에 관한 사항 등으로 구성되어 있으며[208] , 구체

208) 介護事業所等における新型コロナウイルス感染症への対応等について 2020 https://www.

적인 내용은 다음과 같다.

기본적인 감염 예방에서는 개호서비스 사업소 휴업 요청 시의 유의점, 사회복지시설 등에 대한 코로나19 대응책, 개호사업소를 포함한 사회복지시설 등에서 감염이 발생한 경우의 대응방법[209]을 게재하고 있으며, 시설 내 감염확대 방지에서는 직원과 이용자의 체온측정 및 발열 등의 증상이 있을 경우의 대처방법, 면회 제한과 위탁업자 등에 대한 대응 등 감염확대 방지에 관한 정보를 발신하였다.

또한 코로나19 감염 관리, 고령자 시설 내 감염 대책 점검요령,[210][211] 각종 개호시설/사업소의 이용자와 유료 노인홈 거주자의 의료개호서비스 등의 이용, 고령자 시설 감염자 발생 시의 검사체제, 고령자 시설에서 코로나19 대응책, 사회복지시설 등의 감염확대방지를 위한 유의점, 개호예방 일상생활 지원 사업 등과 관련한 코로나19 대응, 감염증에 관한 상담 진찰의 판단기준 등을 제시하였다.

- 정보 발신한 내용을 포함해 감염증에 관한 기초 지식 및 감염 예방과 관련된 정보를 정리한 개호 현장 감염 대책 지침서[212] 작성
- 감염 대책에 관한 각종 동영상(입소시설, 방문형 서비스)
- 감염 대책에 관한 리플릿 등을 작성

---

mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000121431_00089.html

209) 厚生労働省 社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について (2020年3月19日) https://www.mhlw.go.jp/content/000610596.pdf

210) 厚生労働省 高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検実施要領 (2020) https://www.mhlw.go.jp/content/000657094.pdf

211) 厚生労働省 高齢者施設における施設内感染対策のための自主点検について(その2)(2020) https://www.mhlw.go.jp/content/000678401.pdf

212) 厚生労働省 介護現場における感染対策の手引き第1版 (2020年10月) https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000678253.pdf

〈표 8-6〉 입소시설 등의 감염방지 대책

(1) 시설 등의 대처	(감염증 대책의 재 철저) ○ 감염이 의심 대해 더 조기에 파악할 수 있도록 평소부터 이용자의 건강 상태와 변화의 유무 등에 유의 ○ 감염 방지를 위해 직원 간 정보 공유를 긴밀히하여 감염 방지를위한 조치를 직원이 협력하여 추진 ○ 적극적 역학 조사에 원활한 협력이 가능하도록 증상 출현 후 접촉자 목록, 관리 기록, 근무 표, 시설 출입 자의 기록등을 준비 (면회 및 시설에 출입) ○ 면회는 긴급 부득이한 경우를 제외하고 제한한다. 화상 전화 등의 활용 등을 검토 ○ 위탁업자의 물품 전달 등은 현관 등 시설의 한정된 장소에서 실시하고 시설내에 들어가는 경우 체온을 측정, 발열이 인정되는 경우에는 입장을 거절 ○ 면회자와 업자 등 시설에 출입 한 자의 성명 · 방문 일시 · 연락처 대해 적극적 역학 조사에 협력이 가능하도록 기록
(2) 직원의 대처	(감염증 대책의 재 철저) ○ 「노인 개호 시설 감염 대책 매뉴얼 개정판」 등을 참조하여 마스크의 착용을 포함 기침 에티켓과 화장실, 알코올 소독 등을 철저. ○ 출근 전에 체온을 측정하고, 발열 등의 증상이 인정되는 경우에는 출근하지 않을 것을 철저. ○ 감염이 의심되는 경우에는 「코로나-19에 대한 상담 · 진료 기준」에 입각하여 적절하게 대응. ○ 직장 밖에서도 감염 확대를 막기위한 노력이 중요하다. 환기가 나쁘고 사람이 조밀하게 모여 보내는 공간에 집단으로 모이는 것을 방지 하는등의 대응을 철저.
(3) 재활훈련등의 실시상의 유의점	○ ADL 유지 등의 관점에서 재활 등의 실시가 중요하지만, 감염 확대 방지의 관점에서 "3 개의 조밀"("환기가 나쁜 밀폐 공간", "다수가 모이는 밀집 장소"및 "가까이서 대화 나 발성을 밀접 장면 ")을 피해야한다. ○ 가능한 한 같은 시간대 · 같은 장소에서 실시하는 인원의 축소, 정기적 인 환기, 서로 손을 뻗으면 손이 닿는 범위 이상의 거리 확보, 말하는 기회의 최소화, 말하는 기회가 많은 경우 마스크 착용, 청소 철저, 공유물의 소독 철저, 손 위생의 철저.

주: *노인요양시설 감염대책 매뉴얼 개정판[213], *신형 코로나19 바이러스 감염에 대한 상담 진료기준[214]

213) 厚生労働省 高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版（2019年3月）https://www.mhlw.go.jp/content/000500646.pdf
214) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症についての相談・受診の目安について（2020年2月17日）https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000596978.pdf

〈표 8-7〉 코로나19 감염자 발생 시 대응 방식: 입소시설

<table>
<tr><th rowspan="2">정의</th><th rowspan="2">(1)정보공유
· 보고등</th><th rowspan="2">(2)소독· 청소등</th><th rowspan="2">(3) 적극적 역학 조사에 협력 등</th><th colspan="2">(4)감염자에 대한 대응/(5) 농후접촉자에 대한 대응</th></tr>
<tr><th>직원</th><th>이용자</th></tr>
<tr><td>의료기관이 특정
· PCR 양성자</td><td>· 이용자 등에게 발생했을 경우 "상담 센터"(귀국 자 · 접촉자 상담 센터)에 전화 연락하고 지시를 받는다
· 즉시 시설장 등을보고하고 시설 내에서 정보 공유
· 시설의 지정권자 (도도부현 지사/ 시정촌장), 가족 등에보고</td><td rowspan="2">· 거실 및 이용한 공동 공간을 소독 청소, 장갑을 착용하고 소독 용 에탄올 또는 차아 염소산 나트륨 액으로 소독 등
· 보건소의 지시가있는 경우 지시에 따른다.</td><td>· 이용자 등에 발생한 경우 보건소의 지시에 따라 농후 접촉자의 특정에 협력
· 가능한 한 이용자 관리 기록 및 면담자 정보를 제공</td><td>· 입원을 원칙 (증상 등에 따라 지자체의 판단에 따른다)</td><td>· 입원을 원칙, 노인과 기저질환이있는 자 이외의 자에 대해서는 증상 등에 따라 지자체가 판단</td></tr>
<tr><td>시설등이 판단
감기의 증상과 37.5도 이상의 발열이 2 일 정도 계속되고있는 자 또는 강한 권태감과 호흡 곤란이 있는 자, 의사가 종합적으로 판단한 결과 감염 의심되는 자
※ PCR 양성 등 진단이 확정 전</td><td>· 이용자 등에게 발생했을 경우 "상담 센터"(귀국 자 · 접촉자 상담 센터)에 전화 연락하고 지시를 받는다.
· 즉시 시설장 등을보고하고 시설 내에서 정보 공유
· 시설의 지정권자 (도도부현 지사/ 시정촌장), 가족 등에보고</td><td>· 이용자 등에 발생한 경우 해당 시설 등에서 감염이 의심되는 자와 농후 접촉이 의심되는 자를 특정</td><td colspan="2">· 「상담 센터」에 전화 연락하고 지시를 받는다</td></tr>
<tr><td>보건소가 특정
· 감염자와 같은 방에서 장시간 접촉
· 적절한 보호없이 감염자를 진료, 간호, 개호
· 감염자의 기도 분비물 등에 직접 접촉</td><td>–</td><td>–</td><td>–</td><td>· 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다.
· 직장 복귀시기에 대해서는, 발열 등의 증상의 유무 등도 감안하여 보건소의 지시에 따른다.</td><td rowspan="2">· 원칙적으로 개인 실에 이동. 개인 실이 부족한 경우는 증상이없는 농후 접촉자를 같은 방에, 개인 실 관리 할 수없는 경우 마스크 착용 침대 간격을 2m 이상 두는 등의 대응. 방을 나오는 경우에는 마스크를 착용하고 손 위생을 철저.
· 가능한 한 다른 이용자와 담당 직원을 나누어 대응 · 관리에 있어서는, 실내 환기를 충분히 실시.
· 직원은 일회용 장갑과 마스크를 착용. 비말 감염의 위험이 높은 상황에서는 필요에 따라 고글 등을 착용.
· 체온계 등의기구는 가능한 한 전용.
· 치료 시작시와 종료시에 비누와 흐르는 물에 의한 화장실 등에 의한 손가락 소독을 실시. 손 소독 앞에 얼굴을 만지지 않도록주의. "1 케어 1 화장실」 등이 기본
· 유증 내용은 재활 등은 실시하지 않는다. 증상에 대해서는, 손 소독을 철저히 한 후, 직원은 일회용 장갑과 마스크를 착용하고 개인 실 등에서 실시도 가능하다.
※ 보건소와 상의하여 대응.
※ 개별 관리 등 실시시의 유의점은 별첨과 같다.</td></tr>
<tr><td>시설 등이 특정
· "감염이 의심되는 자"와 같은 방에서 장시간 접촉
· 적절한 보호없이 "감염이 의심되는 자"를 진료, 간호,
개호
· "감염이 의심되는 자"의 기도 분비물 등에 직접 접촉</td><td>–</td><td>–</td><td>–</td><td>· 발열 등의 증상이있는 경우는 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다. 복귀시기에 대해서는 상기와 같다.
· 발열 등의 증상이없는 경우는 보건소와 상담 후, 의심되는 직원 수 등의 상황도 감안해 대응.</td></tr>
</table>

〈표 8-8〉 통소형, 단기입소 등 감염방지 대책

(1) 시설 등의 대처	(감염증 대책의 철저) ○ 감염의 의심에 대해 더 조기에 파악할 수 있도록 평소부터 이용자의 건강상태와 변화의 유무 등에 유의 ○ 감염방지를 위해 직원간 정보공유를 긴밀히 하여 감염방지를 위한 조치를 직원이 협력하여 추진 ○ 적극적 역학조사에 원활한 협력이 가능하도록 증상 출현 후 접촉자 목록, 관리 기록, 근무표, 시설출입자의 기록 등을 준비 (면회 및 시설에 출입) ○ 면회는 긴급하거나 부득이한 경우를 제외하고 제한한다. 화상전화 등의 활용 등을 검토 ○ 위탁업자의 물품전달 등은 현관 등 시설의 한정된 장소에서 실시하고 시설 내에 들어가는 경우 체온을 측정, 발열이 인정되는 경우에는 입장 거절 ○면회자와 업자 등 시설에 출입한 자의 성명·방문일시·연락처에 대해 적극적 역학조사에 협력이 가능하도록 기록
(2) 직원의 대처	(감염증 대책의 철저) ○ 「노인개호시설 감염대책 매뉴얼 개정판」등을 참조하여 마스크의 착용을 포함 기침에티켓과 화장실, 알코올 소독 등을 철저 ○ 출근 전에 체온을 측정하고, 발열 등의 증상이 인정되는 경우에는 출근하지 않을 것을 철저 ○ 감염이 의심되는 경우에는 「코로나19에 대한 상담·진료기준」에 입각하여 적절하게 대응. ○ 직장 밖에서도 감염 확대를 막기위한 노력이 중요. 환기가 나쁘고 사람이 조밀하게 모여 보내는 공간에 집단으로 모이는 것을 방지하는 등의 대응을 철저
(3) 재활훈련 등의 실시상의 유의점	○ ADL 유지등의 관점에서 재활 등의 실시가 중요하지만, 감염확대 방지의 관점에서 "3개의 조밀"("환기가 나쁜 밀폐공간", "다수가 모이는 밀집 장소" 및 "가까이서 대화나 발성 밀접 장면")을 피해야 함 ○ 가능한 같은 시간대·같은 장소에서 실시하는 인원의 축소, 정기적인 환기, 서로 손을 뻗으면 손이 닿는 범위 이상의 거리 확보, 말하는 기회의 최소화, 말하는 기회가 많은 경우 마스크 착용, 청소 철저, 공유물의 소독 철저, 손 위생의 철저

〈표 8-9〉 코로나19 감염이 발생했을 경우의 대응 방식: 통소형, 단기입소 등

<table>
<tr><th rowspan="2">정의</th><th rowspan="2">(1)정보공유
· 보고등</th><th rowspan="2">(2)소독· 청소등</th><th rowspan="2">(3) 적극적 역학 조사에 협력 등</th><th colspan="2">(4)감염자에 대한 대응/(5) 농후접촉자에 대한 대응</th></tr>
<tr><th>직원</th><th>이용자</th></tr>
<tr><td>의료기관이 특정
· PCR 양성자</td><td>· 이용자 등에게 발생했을 경우 "상담 센터"(귀국자 · 접촉자 상담 센터)에 전화 연락하고 시설내에서 정보공유
· 시설의 지정권자 (도도부현 지사/ 시정촌장), 가족 등에게 보고
·주치의 및 재가개호지원사업소에 보고</td><td rowspan="2">· 거실 및 이용한 공동 공간을 소독 청소. 장갑을 착용하고 소독 용 에탄올 또는 차아 염소산 나트륨 액으로 소독 등
· 보건소의 지시가있는 경우 지시에 따른다.</td><td>· 이용자 등에 발생한 경우 보건소의 지시에 따라 농후 접촉자의 특정에 협력
· 가능한 한 이용자 관리 기록 및 면담자 정보를 제공</td><td>· 입원을 원칙 (증상 등에 따라 지자체의 판단에 따른다)</td><td>· 입원을 원칙. 노인과 기초 질환이있는 자 이외의 자에 대해서는 증상 등에 따라 지자체가 판단</td></tr>
<tr><td>시설등이 판단
감기의 증상과 37.5도 이상의 발열이 2 일 정도 계속되고있는 자 또는 강한 권태감과 호흡곤란이있는 자, 의사가 종합적으로 판단한 결과 감염 의심되는 자
※ PCR 양성 등 진단이 확정 전</td><td>· 이용자 등에게 발생했을 경우 "상담 센터"(귀국 자 · 접촉자 상담 센터)에 전화 연락하고 지시를 받는다.
· 시설의 지정권자 (도도부현 지사/ 시정촌장), 가족 등에보고
·주치의 및 재가개호지원사업소에 보고</td><td>· 이용자 등에 발생한 경우 당해 시설 등에서 감염이 의심되는 자와 농후 접촉이 의심되는 자를 특정</td><td colspan="2">·「상담 센터」에 전화 연락하고 지시를 받는다</td></tr>
<tr><td>보건소가 특정
· 감염자와 같은 방에서 장시간 접촉
· 감염자의 기도 분비물 등에 직접 접촉</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>· 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다.
· 직장 복귀시기에 대해서는, 발열 등의 증상의 유무 등도 감안하여 보건소의 지시에 따른다.</td><td rowspan="2">· 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다. 재가개호지원사업소는 보건소와 상담하여 생활에 필요한 서비스를 확보
· 단기입소의 경우, 필요에 따라 입소시설/거주계 서비스와 동일하게 대응</td></tr>
<tr><td>시설 등이 특정
· "감염이 의심되는 자"와 같은 방에서 장시간 접촉
· "감염이 의심되는 자"의 기도 분비물 등에 직접 접촉</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>· 발열 등의 증상이있는 경우는 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다. 복귀시기에 대해서는 상기와 같다.
· 발열 등의 증상이없는 경우는 보건소와 상담 후, 의심되는 직원 수 등의 상황도 감안해 대응.</td></tr>
</table>

〈표 8-10〉 방문형 서비스의 감염방지 대책

(1) 시설 등의 대처	(감염증 대책의 재 철저) ○ 감염 방지를 위해 직원 간 정보 공유를 긴밀히하여 감염 방지를 위한 조치를 직원이 협력하여 추진. ○ 적극적 역학 조사에 원활한 협력이 가능하도록 케어 기록, 근무표의 기록 등을 준비.
(2) 직원의 대처	(감염증 대책의 재 철저) ○ 「노인 요양 시설 감염 대책 매뉴얼 개정판」등을 참조하여 마스크의 착용을 포함 기침 에티켓과 화장실, 알코올 소독 등을 철저. ○ 출근 전에 체온을 측정하고, 발열 등의 증상이 인정되는 경우에는 출근하지 않을 것을 철저. ○ 감염이 의심되는 경우에는 "신형 코로나 바이러스 감염에 대한 상담 · 진료 기준」에 입각하여 적절하게 대응. ○ 직장 밖에서도 감염 확대를 막기위한 노력이 중요하다. 환기가 나쁘고, 사람이 조밀하게 모여 보내는 공간에 집단으로 모이는 것을 방지 하는등의 대응을 철저.
(3) 케어 등의 실시시의 대처	(기본 사항) ○ 서비스 제공에 앞서 본인의 체온을 측정하고 발열이 인정되는 경우에는 "「신종 코로나 바이러스 감염에 대한 상담 · 진료 기준」에 입각 한 대응 "을 감안한 적절한 상담 및 진찰을 촉구 함과 동시에, 서비스 제공시 다음 사항에 유의. · 보건소와 상담 한 후, 재가 개호 지원 사업소 등과 연계하여 서비스의 필요성을 다시 검토 후 감염 방지책을 철저히 하고 서비스를 계속 제공. · 기초 질환이있는 자 및 임산부 등은 감염된 때 위독 화 할 우려가 높기 때문에 근무상의 배려를한다. 서비스의 제공에 있어서는, 서비스 제공 전후의 화장실, 마스크 착용, 앞치마 착용, 필요시 장갑 착용, 기침 에티켓을 철저. 사업소에서도 마스크를 착용하는 등 감염 리스크의 경감을 꾀한다. · 가능한 한 담당 직원을 나누어 대응하고 마지막으로 방문하는 등의 대응.

〈표 8-11〉 코로나19 감염이 발생했을 경우의 대응 방식: 방문형

<table>
<tr><th rowspan="2">정의</th><th rowspan="2">(1)정보공유
· 보고등</th><th rowspan="2">(2)소독· 청소등</th><th rowspan="2">(3) 적극적 역학 조사에 협력 등</th><th colspan="2">(4)감염자에 대한 대응/(5) 농후접촉자에 대한 대응</th></tr>
<tr><th>직원</th><th>이용자</th></tr>
<tr><td>의료기관이 특정
· PCR 양성자</td><td>· 이용자 등에게 발생했을 경우 신속히 관리자등에게 보고하고 시설내에서 정보공유
· 시설의 지정권자 (도도부현 지사/ 시정촌장), 가족 등에게 보고
·주치의 및 재가개호지원사업소에 보고</td><td rowspan="2">–</td><td>· 이용자 등에 발생한 경우 보건소의 지시에 따라 농후 접촉자의 특정에 협력
· 가능한 한 이용자 케어 기록을 제공등</td><td>· 입원을 원칙 (증상 등에 따라 지자체의 판단에 따른다)</td><td>· 입원을 원칙, 노인과 기초 질환이있는 자 이외의 자에 대해서는 증상 등에 따라 지자체가 판단</td></tr>
<tr><td>시설등이 판단
감기의 증상과 37.5도 이상의 발열이 2 일 정도 계속되고있는 자 또는 강한 권태감과 호흡곤란이있는 자, 의사가 종합적으로 판단한 결과 감염 의심되는 자
※ PCR 양성 등 진단이 확정 전</td><td>· 이용자 등에게 발생했을 경우 " 상담 센터"(귀국자 · 접촉자 상담센터)에 전화 연락하고 지시를 받는다.
· 신속히 관리자등에게 보고하고 시설내에서 정보공유
· 시설의 지정권자 (도도부현 지사/ 시정촌장), 가족 등에보고
·주치의 및 재가개호지원사업소에 보고</td><td>· 이용자 등에 발생한 경우 해당 시설 등에서 감염이 의심되는 자와 농후 접촉이 의심되는 직원을 특정</td><td colspan="2">·「상담 센터」에 전화 연락하고 지시를 받는다</td></tr>
<tr><td>보건소가 특정
· 감염자와 같은 방에서 장시간 접촉
· 감염자의 기도 분비물 등에 직접 접촉</td><td>–</td><td>–</td><td>–</td><td>· 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다.
· 직장 복귀시기에 대해서는, 발열 등의 증상의 유무 등도 감안하여 보건소의 지시에 따른다.</td><td rowspan="2">· 재가 개호 지원 사업소 등은 보건소와 상담하여 생활에 필요한 서비스를 확보. 보건소와 상담 한 후, 방문 개호 등의 필요성을 재차 검토
· 검토 결과 필요성이 인정되어 서비스를 제공하게되는 경우에는 다음 사항에 유의
기초 질환자 및 임산부 등은 감염된 때 위독화될 우려가 높기 때문에 근무에 배려
서비스 제공시, 보건소와 상담 후 지원을 실시하나, 방문 시간을 가능한 한 짧게하는 등 감염 예방을 철저. 서비스 제공 전후 손씻기, 마스크 착용, 앞치마의 착용, 필요시 장갑 착용, 기침 에티켓을 철저함과 동시에 사업소내에서도 마스크를 착용하는 등 감염 기회를 줄이기위해 노력
※ 서비스 제공시 및 케어등 실시시의 유의점은 별첨과 같다</td></tr>
<tr><td>시설 등이 특정
· "감염이 의심되는 자"와 같은 방에서 장시간 접촉
· "감염이 의심되는 자"의 기도 분비물 등에 직접 접촉</td><td>–</td><td>–</td><td>–</td><td>· 발열 등의 증상이있는 경우는 자택 대기를하고 보건소의 지시에 따른다.
· 발열 등의 증상이없는 경우에도 보건소와 상담 후, 가능한 한 서비스 제공을 실시하지 않도록 한다.</td></tr>
</table>

〈표 8-12〉 입소시설이나 노인주거시설에서의 개별 케어 등 서비스 제공 시의 유의사항

농후 접촉자에 대한 개별 케어에서는 다음 사항에 유의한다.

① 식사 지원 등
- 식사 지원은 원칙적으로 개인실에서 실시
- 식사 전에 이용자에 대해 (액체) 비누와 흐르는 물로 손씻기
- 식기는 일회용을 사용하거나, 농후 접촉자 것을 별도로 구분하여, 고온 자동 식기 세척기를 사용
- 도마, 행주는 세제로 충분히 씻어 고온 소독 또는 차아염소산나트륨 용액에 담근 후 세척

② 배설 지원 등
- 사용하는 화장실 공간을 분리
- 기저귀 교환 시에는 배설물에 직접 닿지 않아도 장갑, 마스크, 일회용 앞치마를 착용
- 기저귀는 감염성 폐기물로 처리

※ 휴대용 화장실을 이용하는 경우의 지원도 동일함(사용 후 휴대용 화장실은 청소하고 차아염소산나트륨 용액 등으로 처리).

③ 침상목욕, 목욕 지원 등
- 지원이 필요한 경우는 원칙적으로 침상목욕을 실시함. 침상목욕에서 사용한 타월 등은 고온 스팀세탁기(80℃ 10분간)로 세척 후 건조 또는 차아염소산나트륨 용액에 담근 후 세탁, 건조
- 개인 전용 욕실에서 도움없이 목욕할 수 있다면 목욕해도 무방함. 이때도 필요한 청소 등을 실시

④ 리넨 의류의 세탁 등
- 해당 이용자의 리넨과 의류를 다른 이용자와 반드시 분리할 필요는 없지만, 고온 스팀세탁기(80℃ 10분간)로 처리하고 세척 후 건조하거나 또는 차아염소산나트륨 용액에 담근 후 세탁, 건조
- 해당 이용자가 코를 푼 휴지 등 쓰레기 처리는 비닐봉투에 넣어 감염성 폐기물로 처리

〈표 8-13〉 방문형 서비스 제공상의 유의사항

- 자신의 건강관리에 유의하고, 출근 전에 각자 체온을 측정하여 발열이나 감기 증상 등이 있으면 출근하지 않는다.
- 농후 접촉자 및 기타 이용자의 개호 등에 있어서는 가능한 한 담당 직원을 별도로 구분하여 대응하고 마지막으로 방문
- 방문 시간을 가능한 한 단축할 수 있도록 노력. 부득이하게 장시간 주시할 필요가 있다면 가능한 범위 내에서 이용자와의 거리를 유지
- 방문 시에는 환기 철저
- 케어 과정에서 직원은 일회용 장갑과 마스크 착용. 기침 등으로 비말 감염의 위험이 높다면 필요에 따라 고글, 일회용 앞치마, 가운 등을 착용
- 체온계 등의 기구 사용 시 소독용 체온계 등의 기구는 소독용 에탄올로 소독
- 서비스 제공 전후 (액체) 비누와 흐르는 물로 손 세척 또는 소독용 에탄올로 손과 손가락 소독 실시. 손 소독 전에 얼굴(눈, 코, 입)를 만지지 않도록 주의. '1케어 1손 세척' 케어 전후의 손 세척 기본

2) 직원 확보: 사회복지시설 등의 개호 직원 확보 지원

코로나19의 발생에 따라 초등학교 등의 임시 휴업이나 사회복지 시설 등에서 일하는 간호 직원 등이 코로나19 감염되어 출근이 곤란한 경우, 후생노동성의 보조를 받아 도도부현 또는 도도부에 적당하다고 인정하는 단체에서 직원이 부족한 다른 사회복지시설 등에 응원 직원을 파견하여 사회복지시설 등의 서비스를 계속해서 제공할 수 있도록 지원한다.

'재해 복지 지원 네트워크 구축 추진 등 특별 대책 사업(사회복지시설 등의 응원 직원 파견 지원 사업)'으로서 다음 내용을 실시하고, 정액보조(보조율 10/10)한다.

- 개호 직원 등 응원 파견의 조정: 직원이 부족한 시설과 응원 파견의 협력이 가능한 시설 간에 파견을 조정한다(파견 조정에 관한 사무 비용을 지원).
- 개호 직원 등의 파견: 사회복지시설 등의 서비스를 계속 제공하기 위해 개호 직원 등 직원이 부족한 시설에 직원을 파견한다(파견하는 직원의 여비, 숙박비 등 인건비 부분은 개호 보수 등으로 대응).

3) 위생용품 확보

- 마스크 등 위생용품의 국내 수급이 어려운 시기에 정부는 도도부현 및 시정촌이 비축하고 있는 마스크, 알코올 소독제 등 각종 위생용품을 고령자 시설에 우선 공급하도록 협력을 요청한다.
- 마스크 부족을 해소하기 위해, 재사용 가능한 천 마스크를 국가가 일괄 2,000만 장 구입, 지방공공단체와 협력하여 요양시설 등에 적어도 1인 1매를 공급할 수 있도록 충분한 양을 긴급 배포한다.
- 도도부현은 해당 시설에 의료용 마스크와 일반 마스크의 신속한 공급을 위해 위생용품과 방호용품을 비축. 의료용 마스크는 의료기관에 우선 배포, 사회복지시설 등에서는 감염이 발생한 시설 등을 제외하고 원칙적으로 일반 마스크(천 마스크, 일회용 마스크 등)를 사용한다.
- 신속한 대응을 위해 위생용품의 배부 방법을 구체적으로 제시하고 배부 신청에 관한 상담창구 설치한다.

4) 요개호 인정에 관한 수속절차의 다양화

- 코로나19의 영향으로 초래되는 경제적 부담 경감 조치를 마련하고, 각종 수속이 원활하게 이루어지도록 신청경로를 다양화하였다.
- 코로나19의 영향으로 면회 등 인정조사의 실시가 어려운 경우, 요개호, 요지원 인정의 유효기간을 최대 12개월 연장할 수 있다(갱신 인정). 신규 신청은 전화 상담 또는 우편으로 가능하다.
- 각 지역별 대응 상황에 다소 차이가 있으나, 이하의 개호보험 관련 9개 항목은 온라인 수속절차가 가능하다(개호 원스톱 서비스).

① 요개호, 요지원 인정 신청(신규, 갱신, 구분 변경)
② 재가개호서비스 계획 작성(변경) 의뢰 신고
③ 부담률증서 재교부 신청
④ 피호험자증서 재교부 신청
⑤ 고액 개호서비스비 지급 신청
⑥ 개호보험 부담한도액 인정 신청
⑦ 복지용구 구입 지급 신청
⑧ 주택수선비 지급 신청
⑨ 주택 이전 후 요개호/요지원 인정 신청

5) 개호서비스 사업소 등의 인원, 시설/설비 및 운영기준 등의 임시적 대응

- 코로나19의 영향으로 인한 개호보수 청구 사무작업 등에 지연이 있을 경우의 유연한 대응조치를 한다.
- 코로나19의 영향으로 인한 방문 개호사업소의 폐쇄 등으로 인해 일시적으로 특정 사업소에 서비스가 집중될 경우에도 감산 적용하지 않는다.
- 코로나19의 영향으로 인한 임시조치로 각종개호시설/사업소에 대한 개호보수 산정방법을 구체적으로 제시하여 적용한다.
- 통소개호사업소에서 이용자 자택 방문 서비스 제공, 전화로 안부 확인, 서비스제공시간 단축, 서비스 제공장소의 변경 등으로 서비스를 지속적으로 제공하도록 지원. 코로나19 감염확대 방지의 관점에서 휴업 요청의 유무에 관계없이 특례 적용이 가능하도록 한다.

6) 경비 경감, 경영 자금 지원

• 개호서비스 사업소/개호 시설 등이 관계자들과 연계하여 감염 기회를 줄이면서도 필요한 개호 서비스를 계속해서 제공할 수 있도록 일반 개호 서비스 제공 시에 상정되지 않는 소요 증가 경비를 지원한다.

가. 지원대상

a. 휴업 요청을 받은 통소계 서비스 사업소, 단기 입소계 서비스 사업소

b. 이용자 또는 직원에 감염자가 발생한 개호서비스 사업소 · 개호 시설 등

c. 농후 접촉자에 대응한 방문계 서비스 사업소, 단기 입소계 서비스 사업소 개호 시설 등

d. a ~ b 이외의 통소계 서비스 사업소 방문 서비스를 실시하는 경우

※ a ~ b의 통소형 서비스 사업소 방문 서비스를 실시하는 경우는 상기 이외에 방문 서비스를 실시하는 경우의 비용(d와 같은)에 대한 추가 지원이 가능

나. 지원 내용

• 사업소·시설 등의 소독 청소 비용, 마스크 · 장갑 · 체온계 등 위생용품 구입 비용

• 사업 계속에 필요한 인력 확보를 위한 직업 소개 요금(할증), 임금 · 수당, 여비 · 숙박비, 손해 보험 가입 비용 등

• 방문 서비스 실시에 따른 인력 확보를 위한 직업 소개 요금(할증), 임금 · 수당

• 방문 개호 사업소에 소속된 방문 개호원에 의한 동행 지도자에 대한

보상 등

- 지원대상 a, b 및 자주적으로 휴업한 개호 사업소 등과의 연계에 따른 소요 증가 경비 지원
- 추가로 필요한 인력 확보를 위한 직업 소개 요금(할증), 임금·수당, 여비·숙박비, 손해보험 가입 비용 등
- 이용자를 인계받는 경우에 발생하는 개호 보수에서 평가되지 않는 비용 등
- 이와 관련된 도도부현 등의 사무비 지원

4. 노인돌봄과 코로나19 위기 대응

고령자와 요개호자가 있는 가정의 가족돌봄자를 대상으로 코로나19 관련 감염 예방 대책에 관한 정보제공을 중심으로 정보를 발신하여 주지를 강화하였다.

1) 장기간에 걸친 감염확대를 예방하기 위한 새로운 생활방식을 제시

가. 개개인의 기본적인 감염대책

- 감염방지를 위한 3기본: 신체적 거리 확보, 마스크 착용, 손씻기
- 고령자, 지병이 있는 고령자, 기저질환자 등과 대면할 경우 건강관리에 각별히 유념할 것
- 이동에 관한 감염 대책: 감염유행지역 출입 이동 절제, 대면장소와 접촉자에 관한 정보 기록 등

나. 일상생활의 기본적 생활양식

- 외출 자제, 3밀(밀집, 밀접, 밀폐) 회피, 환기, 기침 시의 에티켓, 손 씻기/소독 장려

다. 일상생활상 장면별 생활양식

- 쇼핑, 오락, 스포츠, 대중교통기관 이용, 외식, 관혼상제 등 친족 행사 참가 시의 유의

라. 새로운 근무 스타일

- 자택근무와 로테이션 근무, 시차 통근, 온라인 회의, 온라인을 통한 명함 교환, 대면 회의에는 환기와 마스크 착용 등

2) 코로나19로 보험료 납부가 어려운 경우 유예 또는 감면 조치

- 제1호 피보험자(65세 이상): 코로나19의 영향으로 피보험자를 포함한 세대의 생계 담당자의 수입이 크게 감소했을 경우, 일정 기간(6개월 이내 등) 보험료가 유예된다. 또는 일정한 비율이 보험료에서 감면된다.
- 제2호 피보험자(40세 이상 65세 미만): 코로나19의 영향으로 피보험자의 수입이 크게 감소했을 경우, 국민건강보험료(개호보험료를 포함)가 유예된다.

3) 건강 유지를 관련 자료

- 손 씻기 동영상, 체조 동영상 배부, 개호예방 관련 자료 제시

제5절 결론

본고에서는 주로 일본 정부의 돌봄 관련 코로나19 대응 방안을 소개하였다. 돌봄 관련 지원책으로 기존 인플루엔자 감염 예방대책을 활용하여 작성한 매뉴얼을 조속히 제시하고, 개호보험제도를 중심으로 하는 개호 시설/사업소의 지속적인 서비스 제공에 필요한 인적/물적 자원의 지원과 동시에 재정지원을 적극적으로 추진하였다. 이와 같은 포괄적인 지원체제는 개호 난민의 발생을 방지하고 개호서비스를 지속적으로 제공하는 데 있어 어느 정도 성과를 거두고 있다.

한편, 과제도 남아 있다. 입소형 시설의 대응 방안에 역점을 두었음에도 불구하고 11월 9일 현재 도쿄신문의 보도에 의하면 일본 전국의 감염발생 건수는 총 1,994건이며 음식점 489건, 기업/행정기관 430건, 복지시설 364건, 의료기관 333건, 학교/교육기관 193건의 순이다.[215] 고령자 개호시설을 포함한 복지시설의 감염 발생 건수는 의료기관 발생 건수와 비슷한 수준이며, 감염예방책이 충분히 효과를 거두고 있다고 보기는 어려운 상황이다. 일단 신발적 집단 감염이 발생한 후 원상 회복에 이르기까지 장기간의 지속적인 지원이 검토되어야 할 것이다.

또한 일본의 고령자 거주형태는 재택이 90% 이상이며 요개호자 또한 80% 이상임을 감안할 때 방문형/통소형 서비스 확보는 매우 중요하다. 그러나 현 코로나19 대응 방안은 주로 입소형 시설에 역점을 두고 있어 재택서비스를 제공하는 사업소의 대응방안에 보다 주력할 필요가 있다. 예를 들면, 방문개호서비스 이용자가 개호직원으로부터 감염되어 사망에 이르자 유족이 방문개호사업소를 대상으로 손해배상을 청구하는 사례[216]가 발

215) 東京新聞Web 2020年11月12日付 クラスター全国2000か所で発生 https://www.tokyo-np.co.jp/article/68052

216) 朝日新聞デジタル 2020年10月12日付「ヘルパーからコロナ感染」遺族と介護業者が和解 広島

생하였다. 방문개호사업소에 종사하는 개호 직원은 입소시설 등의 개호 직원에 비해 인력 부족이 보다 심각한 상황이다. 비정규직 비율도 전체의 절반을 웃돌고 있고, 평균연령이 53.7세이며 60세 이상이 전체의 절반을 차지한다.[217] 비정규직은 정규직에 비해 연수 등의 기회가 충분치 못할 것으로 예상되며, 방문개호 직원의 전문성을 담보할 수 있는 지원체제의 강화가 필요하다. 또 방문개호사업소의 개호 직원 중 중고령층이 차지하는 비율이 높은 점 또한 주시해야 한다. 코로나19는 고령자와 기저질환자의 경우 중증화되기 쉬운 점을 감안할 때 방문개호사업소의 개호 직원이 감염을 두려워하여 이직할 가능성이 있고 따라서 인력부족이 가속화할 우려가 있다. 잠재된 개호 인력을 활용하는데 있어서 시간이 필요하며 특히 젊은 인력을 확보하기 위한 대책을 강구해야 한다.

독거 고령자, 고령자 가구에 대한 지원도 필요하다. 감염 예방과 건강유지·개호예방을 위한 정보제공은 인터넷 중심으로 이루어지고 있으나, 인터넷 이용률은 연령대와 수입 간에 격차가 있다. 특히 70대 이후의 고령자가 51%, 80대 이후 고령자가 21.5%로 낮은 수준에 머물고 있다.[218] 어느 정도 정보가 전달되는지, 어느 정도 효과적인지 그 성과를 확인하고 인터넷 이용이 가능한 환경조성 지원 등 보다 적극적인 지원책을 검토해야 할 것이다.

치매 고령자 등과 동거하는 가족에 대한 지원 또한 시급히 검토해야 한다. 코로나19 예방을 위한 외출 자숙 등으로 인해 가정 내 폭력 등이 문제가 되어 아동학대 사례가 증가하고 있으며[219] 고령자 학대 또한 예상되

---

https://www.asahi.com/articles/ASNBD6K8SNBDPITB00Q.html

217) 公益財団法人 介護労働安定センター 令和元年度介護労働実態調査 http://www.kaigo-center.or.jp/report/pdf/2020r02_chousa_kekka_0818.pdf (2020)

218) 総務省 2019年度情報通信白書 インターネット利用の世代間や年収間の格差はいまだに存在 https://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/r01/html/nd232120.html

219) 読売新聞オンライン 2020年10月1日付 コロナ下の児童虐待、最悪ペース 上半期1割増の9万8814件 https://www.yomiuri.co.jp/national/20200930-OYT1T50346/

는 과제이다. 코로나19 예방을 위해 개호서비스 중단 등으로 가정에서 개호가 필요한 이들과 가족들이 고립되거나, 스트레스를 해소하지 못해 가족관계가 악화될 가능성이 있다. 일시적으로 서비스를 중지한 경우에도 정기적으로 이용자의 상황을 확인하고 가족과의 면담을 실시하는 등 상담지원을 강화해야 한다. 상기의 과제와 동시에 개호시설/사업소는 앞으로 코로나19 예방을 위한 새로운 생활양식을 도입하고 응용하여 새로운 개호서비스의 형태를 모색해 나가야 할 것이다.

두 번에 걸친 코로나19 관련 긴급 대처방안의 실시 결과를 바탕으로 일본 정부가 제시한 대처방안(2020년 8월 28일)은 감염방지와 사회경제 활동과의 양립을 목표로 제시하였다.[220] 그러나 이는 당초의 제1차 긴급 대처방안에서 제시한 일본정부의 방향성을 재확인 하고 있을 뿐 주목할 만한 방안은 찾아볼 수 없다.

일본은 코로나19 긴급사태선언 등을 발동하여 감염상황은 개선하였으나, 실업자 급증과 기업 경영파탄이 이어지는 등, 사회경제 활동 전반에 걸쳐 큰 영향을 초래하였다. 사회경제 활동을 회복하기 위해 2020년 10월 현재 일본에서는 도쿄를 포함한 여행비용 할인 캠페인이 실시되고 있으며, 캠페인 실시 후 감염자 수는 다시 증가 추세이다.[221] 경제활동의 제한 조치가 다시 실시되는 것은 시간적 문제이라 볼 수 있을 것이며, 이와 같은 정부의 대응은 앞으로도 번복될 것이 예상된다. 감염 위험성이 높은 '장소'와 위험 정도에 맞추어 신축성 있는 대책을 강구하여 중증 환자와 사망자를 가능한 한 억제하면서 동시에 사회경제 활동의 회복을 꾀하겠다는 일본 정부의 방침은 일본만이 아니라 한국을 비롯한 전 세계 공

220) 厚生労働省 新型コロナウイルス感染症に関する今後の取組 2020年8月28日 https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000664805.pdf
221) 朝日新聞デジタル 2020年10月29日付 国内の感染者10万人超す 東京が3割、地方でも再拡大 https://www.asahi.com/articles/ASNBY4HN9NBWUTIL032.html

통 과제이다. 특히 감염 위험이 높은 고령자 등에 대한 지원책은 일본을 비롯해 고령화율이 높은 지역과 국가에서 시급히 검토해야 할 과제이다. 각국에서 실험적으로 실시되는 다양한 대책과 연구의 성과들을 공유하고 연계를 기대하며 일본의 사례가 이에 조금이나마 도움이 되길 바라는 바이다.

제9장

네덜란드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

제1절 서론
제2절 코로나19 발생과 정부 대응
제3절 노인돌봄 현황
제4절 노인돌봄 분야의 코로나19 위기 대응
제5절 결론

제 9 장 네덜란드의 코로나19 발생 현황과 노인돌봄분야의 대응

Barbara Da Roit[222)]

제1절 서론

본 보고서는 코로나19 팬데믹이 노인과 장기요양(LTC: long-term care) 정책 및 개입(이용자, 종사자, 비공식 돌봄제공자)에 미친 영향과 정부가 시행한 주요 조치를 설명하는 데 목적이 있다. 이를 위해 2020년에 발행한 네덜란드 정책 문서, 학술논문과 관련 보고서, 공개된 통계 데이터를 바탕으로 작성되었으며, 현 상황에 대한 맥락을 제공하기 위해 네덜란드 장기요양제도 및 최근 개혁안 관련 자료 및 데이터를 참고하였다.

본 보고서의 구성은 다음과 같다. 먼저 네덜란드의 코로나19 전개 상황 및 바이러스 확산 통제를 위해 네덜란드 정부가 취한 일반적인 조치를 설명한다. 둘째, 네덜란드 장기요양 정책 및 개입에서 최근의 개혁과 현황을 소개하고 중요한 이슈를 설명한다. 셋째, 제시된 장기요양 분야, 특히 노인돌봄 분야의 도전과제와 이를 해결하기 위해 도입된 정책 대응에 대한 맥락을 제공하는 데 의의를 두고 있다. 결론에서는 중요 이슈 및 교훈, 향후 과제를 논의한다.

본 보고서를 작성하는 시점에서의 코로나19 팬데믹은 네덜란드 및 다른 지역에서 여전히 진행 중이다. 감염병 발생, 사회에 미친 영향, 정부의 대응과 관련된 데이터 및 정보는 코로나19 1차 대유행과 관련한 잠정 데

222) Ca' Foscari University of Venice 교수

이터 및 정보, 그리고 2차 대유행과 관련한 일부 데이터 및 정보를 바탕으로 하고 있다. 관련하여 추가적인 조사 및 평가가 필요하다.

제2절 코로나19 발생과 정부 대응

네덜란드에서 코로나19 첫 확진자는 2020년 2월 27일에 공식 보고되었다. 1차 대유행은 3월에 발생하여 3월 초 일일 확진 사례는 40-50건에서 지속적으로 증가하여 4월 1일 하루에만 거의 1,400건으로 정점에 이르렀다. 이후 일일 확진자 수는 감소하기 시작하여 5월에는 200명 이하로 안정화되었다.

감염병 발생 초기 정부의 목표는 급성의료보건서비스에 대한 부담을 줄이고 인구 중 노약자 및 위험군을 보호하기 위해 바이러스 확산을 차단하는 것이었다(De Jonge, 2020a). 네덜란드에서 공식 확인된 확진 사례가 나온 후 몇 주 뒤에 정부는 '스마트 봉쇄령'을 내렸다. 이는 이탈리아와 프랑스 등의 국가에서 취한 극단적인 제한조치와 스웨덴 같은 국가의 상대적으로 느슨한 접근법의 중간 전략이다. 정부는 시민들에게 최대한 집에서 머무르기를 당부하며, 타인과(동거인 제외) 1.5미터 거리두기를 준수할 때에만 외출을 허용하였다. 사회적 거리두기를 지키지 않으면 과태료를 부과하였다. 또 학교 및 보육시설, 술집과 식당(포장 서비스 제외) 등 기타 서비스, 그리고 접촉을 피할 수 없는 실내 활동(예: 미용실, 헬스장)이 폐쇄되었다. 또 정부는 필수업무 종사자(보건의료종사자 등)를 제외한 근로자에게 최대한 재택근무를 하도록 당부하였다. 코로나19 증세(발열, 기침, 오한 등)를 보이는 사람들은 자가격리를 해야 했다. '스마트 봉쇄령'에서 장기요양 분야에 직접 영향을 미친 가장 중요한 조치는 요양원 방문금지였다.

5월 중순 이후 정부는 제한조치를 일부 완화하기 시작하여, 보육시설, 초등학교(부분 개교) 및 일부 시설(예: 미용실)에 운영 재개를 허용하였다. 카페와 식당도 엄격한 방역 및 사회적 거리두기를 준수하며 6월 초부터 운영을 재개하였다(De Jonge, 2020b). 제한조치 완화와 함께 정부는 코로나19 검사와 관련된 새로운 접근법을 발표하였다. 1차 대유행 기간에는 검사가 보건의료종사자 및 특정 위험군에 대해서만 선별적으로 진행되었는데, 6월 1일부터 코로나19 관련 증상을 보이는 사람은 누구든지 진료소견서 없이 검사를 받을 수 있게 되었다(Rijksoverheid, 2020e)

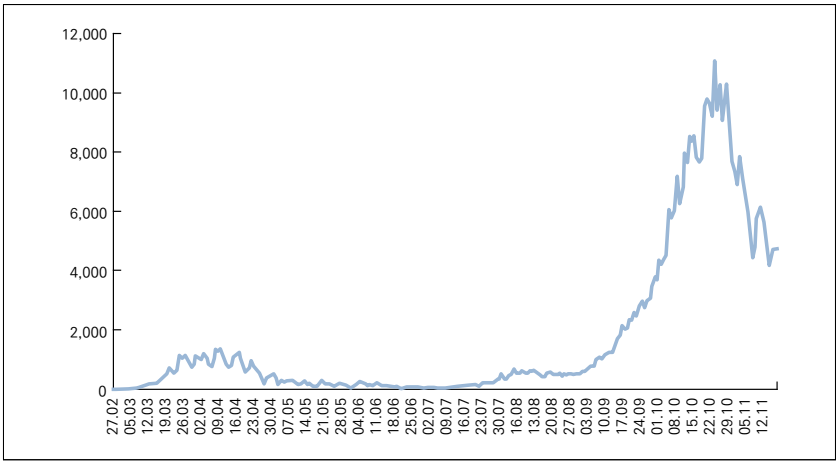
이후 6월과 7월 두 달간 보고된 신규 확진자 수는 제한적이었고 유럽의 다른 나라와 마찬가지로 바이러스 확산세도 누그러지는 것으로 보였다. 2차 대유행의 초기 징후는 8월에 일일 확진자 수가 500명대로 치솟으며 드러났으며, 9월 초 이후 확진자 수는 급증하였다. 1차 대유행과는 지리적 양상에서 큰 차이를 보였다. 봄에는 감염병이 주로 네덜란드 남쪽 지역에서 시작하여 영향을 미친 반면 가을에는 암스테르담, 로테르담, 헤이그 등 인구가 많은 서쪽 도시지역에 집중되었다. 현재 정부는 다른 접근법을 시행하고 있다. 지역 당국은 바이러스 전파를 막을 맞춤형 조치를 설계했다. 그러나 이러한 전략은 일부 지역에서 엄격한 규제조치 시행에 대한 거부감 때문에 바이러스의 전국 확산을 막기에는 역부족이었다(Kruse et al., 2020b). 9월과 10월에도 확진자 급증세가 이어졌다. 10월 13일 정부는 2차 (준)봉쇄령을 내렸다. 봄에 내려진 봉쇄 조치와 비슷한 사항도 있었지만 몇 가지 차이점도 있다. 먼저, 정부는 처음으로 실내 공공장소에서의 마스크 착용을 권고했다. 종전에 네덜란드 당국은 이러한 조치에 미온적인 태도를 보였다. 둘째, 코로나19 관련 증상을 보이는 사람은 검사를 받아야 한다. 검사 역량이 확대되었다. 셋째, 1차 봉쇄령 당시 폐쇄되었던 보육시설, 학교 및 일부 시설은 운영을 계속했다. 넷째, 요양원 방문도 허용되었다. 팬데믹 2차 대유행은 10월 마지막 주 일일 확

진자 수가 11,107명을 기록하며 정점을 찍었다. 이후 검사에서 양성 판정 건수가 감소하기 시작했다(그림 1). 2차 봉쇄령을 통해 시행된 조치들이 감염 확산을 막은 것으로 보인다. 11월 중순 감염 관련 수치 감소에 대한 징후가 뚜렷해지면서 정부는 12월 1일 자로 13세 이상 모든 인구에 대해 실내(상점, 박물관, 식당, 극장 등) 및 교육시설(초등학교 및 보육시설 제외) 내 마스크 착용을 의무화하였다(Rijksoverheid, 2020f).

보고된 감염 관련 수치는 검사 관련 정책 및 적용의 변경으로 인해 1, 2차 대유행 기간 중 팬데믹의 확산을 정확히 묘사하지는 못한다. 코로나19 환자의 입원 현황이 시간 경과에 따른 감염병의 정도와 확산 속도를 더 잘 보여준다. 3월 말 병원 입원률은 하루 4~500명 수준이었으나, 10월 입원률이 최고치를 기록했을 때에는 하루 200명, 250명 수준이었고, 대신 그러한 기간이 더 오래 지속되었다.

[그림 9-1] 지역 당국에 보고된 코로나19 확진자 수(2020년 2월 27일~11월 17일)

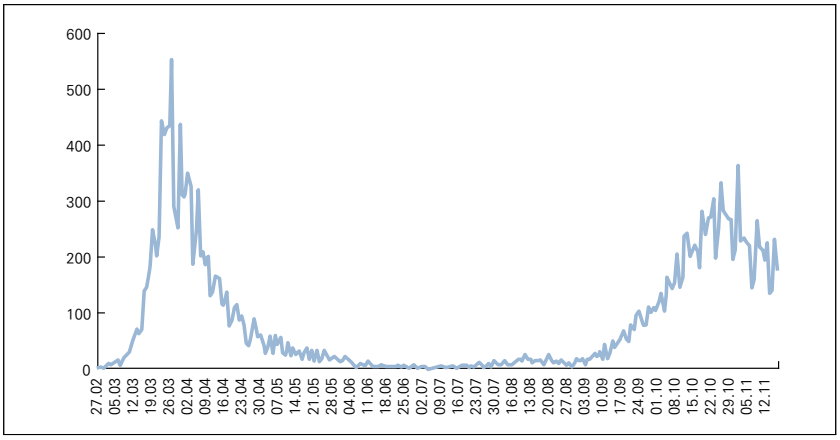
(단위: 명)



자료: RIVM, 지역보건당국(GGD) 수집 데이터
기준https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken

[그림 9-2]코로나19 관련 입원 현황(2020년 2월 27일~11월 17일)

(단위: 명)

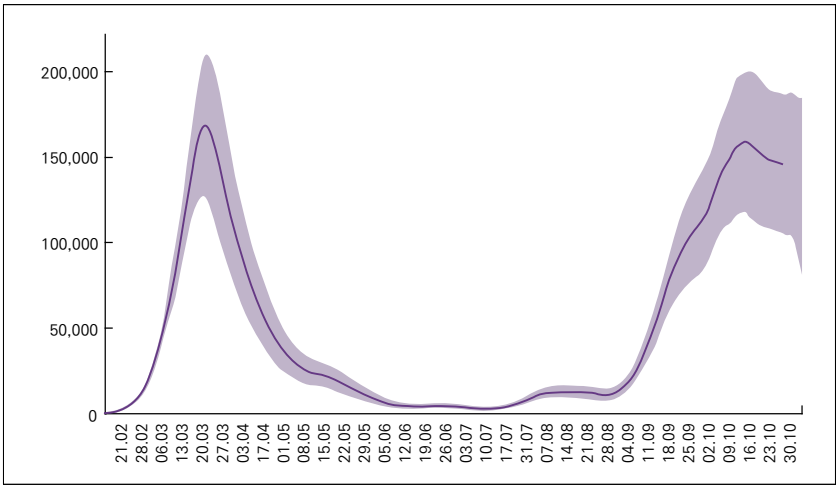


자료: RIMV, 국립집중치료평가원(National Institute for Intensive Care Evaluation) (Stichting NICE) https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/grafieken

보고된 감염 사례와 병원 입원율 및 사전(ad hoc) 역학 조사(PIENTER Corona studie: https://www.rivm.nl/pienter-corona-studie) 데이터를 바탕으로 네덜란드 국립공중보건환경연구소(RIVM: National Institute for Public Health and the Environment)는 연간 총감염자 수를 추정한다. 이러한 추정치에 따르면, 두 번의 대유행은 감염이 정점에 이른 시기의 최고 확진자 수가 각각 125,000에서 200,000명으로 유사하다. 네덜란드 인구가 1,700만 명이라는 점을 감안하면, 이는 인구 1,000명당 7명에서 12명이 감염된다는 것을 의미한다. 그러나 병원 입원율 추세와 마찬가지로 2차 대유행 시기는 더 길었고, 확진자 수 감소도 더디게 이루어졌다.

[그림 9-3] 확진자 수 추정치(2020년)

(단위: 명)



자료: RIVM (XXX) Tweede golf COVID-19 neemt veel langzamer af dan de eerste, Publicatiedatum 17-11-2020 | 14:30 https://www.rivm.nl/nieuws/tweede-golf-covid-19-neemt-veel-langzamer-af

팬데믹으로 인해 사망률도 크게 높아졌다. 2020년 1월 1일부터 11월 15일까지 네덜란드의 총사망자 수는 145,377명으로 전년도 사망자 데이터 기준으로 예상한 수치보다 10,500명(7.8%)이 늘었다. 다른 국가들과 마찬가지로 노인의 사망률이 특히 높았다. 같은 기간 초과사망률은 5세 미만 인구의 경우 3%였지만, 65세 이상 80세 미만 인구는 9.3%, 초고령 인구(80세 이상)는 8.1%였다.

〈표 9-1〉 총사망자 수, 기대사망자 수(전년 기준 추정) 및 초과사망률(2020년 1월 ~11월 기준)

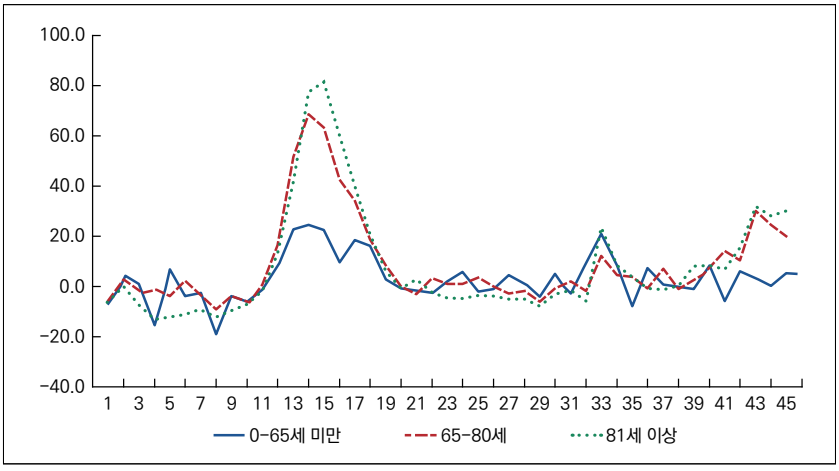
	0-65세	65-80세	80세 이상+	총 사망자 수	장기요양 수급자 수 (*)	
사망자 수	18800	44007	82570	145377	55566	89811
기대사망자 수	18244	40247	76400	134891	50122	84774
초과사망자 수	556	3760	6170	10486	5444	5037
초과사망률 (기대 사망자 중 비중(%)	3.0	9.3	8.1	7.8	10.9	5.9

자료: https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/48/minder-oversterfte-tijdens-tweede-golf-maar-na-9-weken-nog-steeds-hoog).

[그림 9-4]에서도 확인할 수 있듯이 1차 대유행 기간 중 노인 인구의 초과사망률은 최대 70%에서 80%를 기록(65세 미만은 20%)한 반면, 2차 대유행 때는 20-30%대에 머물렀다(65세 미만은 거의 없음). 국가 장기요양 서비스 수급자의 초과사망률에서도 비슷한 양상이 드러났다. 네덜란드 장기요양 정책에 최근 구조조정이 단행된 이후 장기요양서비스를 받는 노인은 심각한 장애나 돌봄욕구를 갖고 있으며 대부분은 주거복지시설에서 살고 있다(약 80%). 국가 장기요양 서비스 수급자의 2/3는 65세 이상이며, 전체 수급자의 절반 이상이 주거복지시설에 사는 노인이다.

[그림 9-4] 초과사망률(사망률과 기대사망률 차이), 연령군별, 주간(per week) (2020년 1월~11월)

(단위: 명)

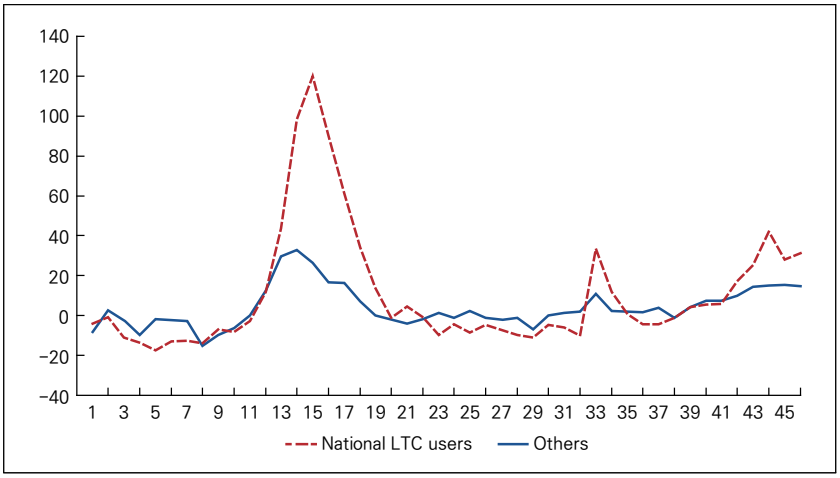


자료: CBS https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/47/sterfte-in-week-46-nog-steeds-hoger-dan-verwacht

[그림 9-5]와 같이 1차 대유행 시 초과사망률은 팬데믹이 정점에 이른 주에 최고 120%까지 치솟았으나 가을에는 40%로 떨어졌다. 2차 대유행 때 중환자실 입원 환자 중 더 많은 사람이 생존했다는 사실(REF)에서 볼 수 있으며, 이는 치료 역량이 개선되었기 때문이기도 하다. 동시에 팬데믹이 노인 인구에 미치는 가장 부정적인 영향을 줄일 수 있는 준비와 보호조치가 작동했다. 실제로 노인 및 모든 연령의 장기돌봄서비스 이용자들은 심각한 증상을 겪거나 사망할 위험이 높은 집단인데 2차 대유행 시기에는 상대적으로 영향을 덜 받았다.

[그림 9-5] 초과사망률(사망률과 기대사망률 차이), 국가 장기요양서비스 수급자 기준(*), 주간(per week), (2020년 1월~11월)

(단위: %)



자료: CBS https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/47/sterfte-in-week-46-nog-steeds-hoger-dan-verwacht

제3절 노인돌봄 현황

네덜란드에서 주로 비영리단체가 제공하는 주거복지서비스, 주간 및 방문 돌봄 서비스와 같은 장기요양서비스는 국고가 보조하는 국가사회보장제도로서 1969년 도입된 이후 상대적으로 긴 역사를 갖고 있는 제도이다. 지난 수년간 장기요양 부문은 큰 성장을 이루었다. 서방 국가 중 네덜란드는 오랫동안 장기요양에 많은 예산을 투자해왔다. 비급성 돌봄 서비스가 필요한 거주자는 연령에 관계없이 장기요양서비스를 받을 자격이 있다. 1990년대 이후 비용을 억제하고 접근이 용이한 대규모 장기요양제도를 유지하기 위해 몇 번의 개혁이 시도되었다. 효율성 중심의 대책, 수급자 선택권 도입, 다양한 형태의 공급 시장화(marketization), 가족의

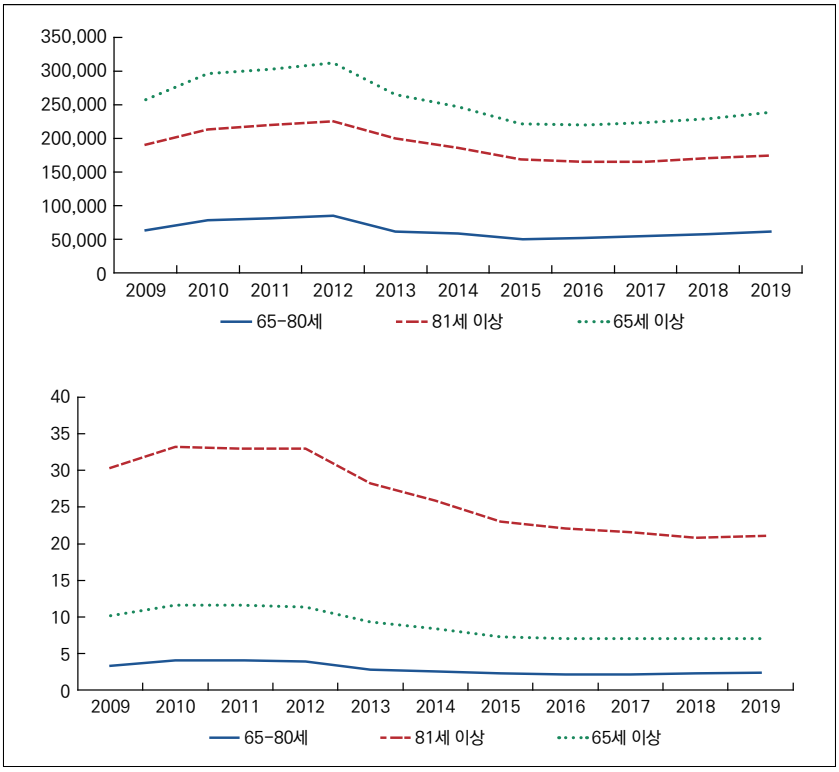
책임 강화 및 비공식 돌봄 육성, 수급자격 기준 강화 등이 추진되었다(Da Roit, 2012a; 2012b). 그러나 이러한 개혁은 네덜란드의 장기요양 인프라를 근본적으로 바꾸는 데 실패했고, 인건비를 억제했음에도 불구하고 장기요양 지출은 지속적으로 증가했다(Da Roit, 2012a). 장기요양 분야를 대대적으로 개혁한 2015년에 완성된 장기정책 개혁의 첫걸음으로 마련된 새로운 사회지원법(Social Support Act: Wmo, Wet maatschappelijk ondersteunin)의 제정으로 더욱 급진적인 개혁 아젠다가 등장하게 되었다. 이 전략은 기존 장기요양 국가제도인 AWBZ(장기요양 급여)를 분리하고, 수직/수평적 탈중앙화(다양한 복지국가 영역 및 국가/지방을 기준으로 분리), 예산 삭감 및 운영 원칙 차별화로 장기요양정책을 세 개의 분리된 층으로 만드는 것을 골자로 한다. 새로운 국가장기요양제도(Wlz: Wet langdurige zorg)는 시설 돌봄 또는 비중은 작지만 종합적인 방문돌봄 패키지를 통해 해결해야 하는 중증의, 집중적인 종일 돌봄이 필요한 모든 연령의 인구를 대상으로 한다. 엄격한 국가 장기요양 수급자격을 충족하지 못하는 사람은 두 가지 지원(주로 혼합형태)을 받을 수 있다. 먼저, 간호(nursing)와 개인돌봄(personal care)을 포함하는 방문요양(home nursing)은 네덜란드에서 시장화 되어 있으나, 강력한 규제가 적용되고 의무화된 건강보험제도에 속한다. 재가서비스(home help)와 사회적 지원(social support)을 포함하는 사회적 돌봄(social care)의 책임소관은 지자체에게 있으며 가용한 다른 자원(개인, 가족, 사회적 네트워크)이 없을 때 제공된다. 세 가지 제도 모두 현물 서비스 대신 현금 지원을 받아 민간돌봄 비용으로 충당하거나 비공식 돌봄자에게 지급하는 데 쓸 수 있다(Da Roit and Le Bihan, 2019). 전반적으로 이러한 정책 변화로 인해 지역 간, 사회계층 간 불평등을 심화시킬 수 있다는 우려가 제기되었다(Da Roit and Thomese, 2013).

새로 도입된 정책들은 네덜란드 국민에게 제공되는 장기요양의 기회를

바꾸었다. 노인의 시설돌봄 서비스 수급자 수 추이를 살펴보면, 최근에 단행된 개혁의 효과는 분명한 것으로 보인다. 시설 돌봄 접근에 뚜렷한 제한이 있었다. 2009년, 시설돌봄 이용자 수는 258,000명이었으며 2013년에 최고치인 312,000명을 기록한 후 개혁 직전 감소하기 시작하여 2015년 가장 낮은 222,000명을 기록하였다. 개혁이 단행된 이후 수급자 수가 천천히 증가하기 시작했다. 특히 2019년 새로운 국가건강보험 제도에서 제공되는 장기요양서비스에 대한 수요가 많이 증가하였고, 이로 인해 요양원 대기자 명단이 더 길어지게 되었다(NZa, 2019). 그러나 동일 연령집단의 전체 인구 대비 수급자 비중을 살펴보면, 서비스 적용범위(coverage rate)가 감소하는 것을 볼 수 있다. 65세 이상 노인 중 수급자 비중은 2010년 10.5%에서 2013년 11.5%로 상승하였으나 이후 꾸준히 감소하기 시작하였다. 이는 장기적 추세에 따른 개혁과 인구구조 변화의 복합적인 영향 아래 최근 시설 돌봄에 대한 접근성에 많은 제약이 발생했다는 것을 의미한다. 두 가지 영향을 꼽자면, 먼저 노인인구 중, 특히 초고령에 집중 돌봄이 필요한 노인들 중 요양원 입소를 선택하는 비중이 늘어나고, 한편 재가 노인의 상태가 더욱 악화하고 있다는 점이다. 특히 재가 노인의 노쇠함으로 인해 비공식 돌봄뿐 아니라 공식 방문돌봄 서비스에 대한 부담이 가중되었다.

[그림 9-6] 시설돌봄 이용자 수(2009~2010년)

(위) 연령별 노인의 수(단위: 명) (아래) 동일 연령집단 내 비중(단위: %)



자료: CBS 자료 정교화(StatLine Monitor Langdurige Zorg)

2019년 장기요양 서비스를 이용하는 노인의 수와 비중은 네덜란드 장기요양 정책의 확대와 역량을 단적으로 보여준다(개인 예산은 제외). 돌봄시설에 거주하는 노인은 187,000명으로, 연간 시설 이용자 전체를 고려했을 때 전체 노인 인구의 5.6%이다. 이 비중은 특성 시기, 특정 상황에서는 더욱 제한적(4.1%)이다. 네덜란드의 시설 입소율이 1990년대 초반 최대 12%까지 올랐던 것을 고려하면 이는 상대적으로 낮은 수치이다(Da Roit, 2010). 또 노인 인구의 약 1%만이 국가장기요양제도에서 심

각한 돌봄 욕구를 지닌 사람을 대상으로 하는 재가노인 방문돌봄 종합서비스를 받고 있다.

〈표 9-2〉 2019년 65세 이상 인구 중 시설돌봄, 방문요양 및 재가서비스이용자

	연간 이용자		특정 시점 이용자 수		이용자별 지출액(유로)
	이용자 수(명)	65세 이상 비율(%)	이용자 수(명)	65세 이상 비율(%)	
시설 돌봄 (국가 장기요양급여)	185,765	5.6	137,090	4.1	62,609
종합 방문돌봄 (국가 장기요양급여)	40,445	1.2	33,065	1.0	28,092
방문요양(건강보험)	472,930	14.3	177,365	5.3	5,867
재가서비스 (지자체)	197,595	5.9	Na	Na	Na

자료: CBS, StaLine, Monitor Langdurige Zorg

최근의 개혁은 장기요양에 대한 접근성을 제약하여 비공식돌봄을 활성화하고, 돌봄 책임을 공식돌봄에서 비공식돌봄으로 전환하는 것을 목표로 하였다. 실제 이 목표가 얼마나 달성되고 있는지는 분명하지 않지만, 현재까지 근거를 살펴보면, 비공식돌봄자와 비공식돌봄을 받는 노인 인구 비중은 지난 몇 년간 감소하였다(Swinkels et al., 2015; Van Houwelingen and de Hart, 2013; Oudijk et al., 2010). 그러나 돌봄의 강도는 더욱 높아지고 있다(Cloïn et al., 2013; Oudijk et al., 2010). 제한적인 비공식 돌봄 인력에 점점 더 많은 부담이 집중되면서 심각한 문제가 발생하고 압력이 가중되었다. 또 비공식돌봄에 대한 관심과 지원이 증가하고 지역 당국의 요구조건을 충족하면 지원(또는 육성)을 받을 수 있다. 사회복지 서비스와 연계하여 지역 당국 및 비영리단체를 통해 지원서비스, 정보, 훈련 및 상담에 대한 접근성이 과거에 비해 많이 개선되었다.

2000년대 중반, 특히 2015년 개혁 이후 네덜란드 장기요양제도에 도입된 변화들로 인해 장기요양 전문 돌봄 종사자들의 고용 조건도 바뀌었다(Da Roit, 2018; Da Roit and Moreno Fuentes, 2019). 2000년대 중반 1차 돌봄 개혁 이전, 그리고 2007년 금융위기 이후 이루어진 축소 이전에 장기요양 분야에는 전체 돌봄 분야 일자리의 약 40%를 차지하는 37만 개의 일자리가 있었다. 2007년에 단행된 구조조정으로 인해 해당 분야 고용 증대가 잠시 멈추었다가 2012년에서 2016년 사이 전체 인력의 10%가 넘는 46,000개의 일자리가 사라졌다. 이후 고용 증가세는 완만했다(Da Roit, 2018). 고용기회 축소와 더불어 일부 일자리(특히 저숙련 일자리)의 불안정성과 불확실성이 심화되었다. 자영업자 및 임시 인력이 대폭 증가하였다(Da Roit, 2018). 장기요양 노동시장의 분화도 진행되었다. 새로운 국가장기요양 규제가 적용되고, 방문요양부문도 돌봄 일자리 및 업무 내용(profile)의 기술 및 전문성이 강화되었다. 지자체가 관리하는 방문돌봄 분야는 숙련도와 전문성은 낮고 시장화가 더 많이 진행된 일자리가 주를 이루고 있다.

제4절 노인돌봄과 코로나19 위기 대응

다른 국가와 마찬가지로 코로나19 발생 이후 노인 인구, 특히 돌봄시설에 거주하는 노인 인구가 심각한 질병을 겪거나 사망할 수 있는 위험성이 높다는 것이 분명해졌다.

팬데믹 발생 초기 장기요양 분야 정책 대응에는 상반되는 특징들이 있었다. 정부는 3월 20일 요양원의 외부 방문객 금지령을 내리는 등 강력하게 대응했다. 그러나 팬데믹 통제 및 모니터링을 위한 수단으로 "요양원 및 기타 장기요양부문은 국가의 검사 시행 및 보호장비 배급에 있어 [의

료보건 분야 중에서도] 가장 후순위에 있었으며" (Schols et al., 2020: 33), 확진자 및 사망자 통계 모니터링에서도 우선순위가 밀렸다. 이번 절에서는 정책 대응을 살펴보고 이러한 접근법이 어떻게 만들어지고 시간에 따라 바뀌었는지 조명한다.

1. 장기요양 분야의 팬데믹 모니터링 및 억제

주거형 돌봄시설의 확진자 및 사망자 수의 증가는 초기부터 언론의 관심을 받았다. 그러나 Kruse et al.(2020a)이 강조한 바와 같이 1차 대유행 시기에 장기요양시설 그리고 방문돌봄을 받는 재가 노인에 대한 데이터 부족 및 모니터링 역량 미흡이 큰 이슈가 되었다. 마찬가지로 장기요양시설 및 재가 노인에 대한 팬데믹 확산과 관련한 면밀한 정보도 없었다.

5월 중순, 1차 봉쇄령 때 시행된 조치를 완화하면서 바이러스 재확산 가능성에 대비하여 정부는 전체 인구에 대한 특히 장기요양시설에 거주하는 노약자에 대한 감염병 모니터링 확대 필요성을 언급하였다(De Jonge, 2020d). 발표된 전략은 일반 '대시보드'에 요양원 확진자 수 추이, 1명 이상의 확진자가 발생한 장소의 수, 전자의무기록 및 일반의와의 협력을 기반으로 한 사망률 및 초과사망률 등 세 가지 지표를 사용하는 것을 골자로 하고 있다(De Jonge, 2020d). 그 결과 6월부터 더 많은 양질의 정보가 정책입안자들에게 (그리고 연구 목적으로) 제공되었다. 그러나 상황을 개선하기 위한 조치에도 불구하고, 돌봄시설 거주자 및 장기요양 종사자의 확진자 및 코로나19 관련 사망자 모니터링에 여전히 많은 공백이 존재한다(Kruse et al., 2020b).

1) 검사 정책

앞서 언급한 바와 같이 네덜란드 정부의 일반적인 검사 정책은 선별적 검사에서 좀 더 포괄적인 접근법으로 전환되었다. 장기요양에서 이는 거주자 및 돌봄종사자 모두에 대한 검사 가능성 확대를 의미한다.

4월 초까지 요양원 거주자들은 증상이 있어도 검사를 거의 받지 못했다. 코로나19 확진자가 발생한 시설에서 증상이 있는 환자가 발생한 경우에만 검사가 진행되었다. 4월 6일부터 코로나19 감염이 의심되는 모든 요양원 거주자에 검사가 진행되었다(De Jonge, 2020c).

마찬가지로 돌봄종사자에 대한 검사 가능성도 개선되었다. 3월과 4월 초에는 코로나19 관련 증상을 보이는 병원 직원만 검사를 받을 수 있었다. 4월 6일부터 정책이 바뀌었다. 병원 직원뿐 아니라 장기요양 종사자 등 비급성 의료에 종사하는 모든 의료보건종사자들도 증상이 있는 경우 검사가 진행되었다. 증상을 보이는 돌봄시설 이용자들에 대해서도 검사가 확대되었다(De Jonge, 2020c). 장기요양종사자 및 요양원 거주자 모두 팬데믹 통제를 강화하기 위해 장기요양시설에서 신속 검사를 받을 수 있다. 보건부장관이 '검사 역량'이 새로운 검사 정책의 요건을 충족하는 데 충분하다고 언급하였지만(Rijksoverhied, 2020c), 이러한 조치의 시행에 문제가 없었던 것은 아니다. 전국간호사협회가 봄에 대규모 표본집단을 대상으로 실시한 조사에 따르면, 검사를 요청한 요양원 돌봄종사자의 절반만 검사를 받을 수 있었다(V&VN, 2020b).

2차 대유행 시기 검사 역량 및 접근성 확대에도 불구하고 현장에서 검사는 여전히 신속하게 진행되지 못하고 있다(Kurse et al., 2020). 감염병관리팀(Outbreak Management Team)은 2021년에는 (전체 인구 중) 무증상 환자에 대해서도 검사를 확대하여 향후 제한조치를 완화할 수 있도록 해야 한다고 11월에 정책 자문을 발표한 바 있다(RIVM, 2020b).

2) 개인보호장비(PPE)

코로나19 팬데믹 1차 대유행 시기에 요양원 및 기타 주거복시시설은 개인보호장비(PPE, 주로 마스크)의 심각한 부족을 겪었다. 다른 국가와 마찬가지로 네덜란드에서는 1차 대유행 기간 중 장기요양시설뿐만 아니라 전반적으로 개인보호장비가 부족했다. 네덜란드 정부는 해당 이슈를 해결하기 위해 여러 가지 시도를 했다. 먼저 수입 의존도를 낮추기 위해 전국적인 개인보호장비 생산을 독려하였다. 그리고 3월에 정부는 병원, 돌봄기관 및 개인보호장비 생산업체 등 관련 이해당사자 간 파트너십을 촉진하여 보호장비의 생산 및 분배를 조율하게 하였다(Rijksoverheid, 2020a).

그러나 개인보호장비의 중앙 조달 및 배분 체계는 주로 병원돌봄에 우선순위를 두고 있었고, 그러한 체계는 설계상 돌봄시설의 보호 욕구를 크게 과소평가하였다. 간호사와 전문 돌봄종사자를 대상으로 네덜란드 간호사협회(V&VN)가 진행한 조사에서 돌봄 종사자의 43%는 마스크 부족을 겪었고, 병원 대비 장기요양시설의 상황이 더욱 심각한 것으로 드러났다(V&VN, 2020a; 2020b). 게다가 한 신문에서 진행한 조사에 따르면, 요양원에서 코로나19 환자가 격리된 공간에서 사용한 마스크 대부분이 보건 및 안전 기준 미달로 나타났다(Friedrichs and Timmermans, 2020).

이후 중앙 분배 체계는 점차적으로 요양원 등 장기요양시설의 요구도 수용하는 방향으로 발전되었다(Rijksoverheid, 2020b). 개인보호장비는 시설의 특징에 따라 배분되는 것이 아니라 관련 (보건)돌봄 종사자의 위험 특성에 따라 배분되었다. 결과적으로 위험한 것으로 판단되는 장기요양시설 근무자에 대해서만 개인보호장비가 지급되기 시작했고 장기요양시설의 안전도 개선되었다. 1차 대유행이 끝나가던 5월 말에는 방문요양 분야의 개인보호장비 수급도 개선되었다.

2. 돌봄시설

장기요양 부문에서 주거형 돌봄시설은 정책입안자와 다른 이해당사자의 관심을 더 많이 받았다. 감염병으로 인해 다양한 도전과제에 맞닥드린 돌봄시설의 상황을 시설 폐쇄 및 재개방 조치, 재조직, 프로토콜 관련 논의 및 개발로 구분하여 제시하고자 한다.

네덜란드의 주거형 돌봄시설의 발전 정도, 전문화 및 조직을 고려했을 때 이는 놀랍지 않다. 특히 요양원은 주기적인 감염병이나 더 큰 위기가 발생했을 때 내부의 전문적 자원으로 대응할 수 있는 준비가 잘 갖추어져 있다. 코로나19가 유럽 전역을 강타했을 때, 요양원 (및 기타 시설)은 국가 감염병관리팀이 감염병 대응 조율을 개시하기 이전에 내부 위기대응팀을 발동시켰다(Schols et al., 2020).

1) 폐쇄 및 재개방

가장 두드러진 대응은 돌봄시설의 폐쇄였다. 3월 19일 정부는 요양원, 양로원 및 기타 소규모 주거형 시설에 대한 방문금지를 발표했으며(De Jonge, 2020a), 이 내용은 그 다음 날 시행되었다(TK 2019/2020b). 팬데믹 1차 대유행 때 내려진 '느슨한(soft)' 봉쇄령에 비해 이러한 조치는 상대적으로 극단적인 조치였다. 그러나 이러한 결정에 대한 반발은 없었다. 이해당사자들은 장기요양시설의 감염 확산 방지 및 사망자 증가를 막을 수 있는 필요한 조치로 보고 이에 대해 동의했다. 예외적인 상황에서만 이러한 기본적 규제의 적용이 면제되었다. 정책입안자들이 안전보다 접촉의 욕구를 더 중요한 것으로 인식한 임종돌봄(end-of-life care)이 그 한 예이다.

장기요양 수급자, 돌봄종사자, 가족에 많은 영향을 끼치는(Sizoo et al., 2020) 방문자 금지는 곧 많은 문제가 있는 것으로 인식되었다(Kuyper and Putters 2020; Woittiez et al., 2020). 연구에 따르면, 돌봄 및 요양

시설의 폐쇄는 고독감, 특히 요양원 거주자 및 인지능력에 제약이 있는 환자의 문제 행동에 영향을 미친 것으로 나타났다 (Van der Roest et al., 2020). 2차 대유행 발생 이후, 환자 단체, 연구자, 돌봄종사자들이 요양원에 대한 방문 허용을 요청하자 정부는 이를 받아들여 주거형 돌봄시설을 폐쇄하지 않기로 결정하였다. 또 정부는 요양원에 자율적인 방문 프로토콜 시행을 주문했다(Van de Wier, 2020; Kruse et al., 2020b). 1차 대유행 때 발생한 마스크 등의 개인보호장비 부족 문제를 해결하기 위한 역량 개선, 안전 및 기타 관련 프로토콜 및 검사 역량 확대로 인해 요양원 방문자 허용에 대한 의사결정을 유지할 수 있었다(Kruse, 2020a; 2020b; Hamers et al., 2020).

감염병의 확산세가 누그러지면서 돌봄시설 거주자 방문금지는 5월 초 해제되기 시작했다. 정부는 전국적으로 요양원 거주자당 1명의 고정 방문자를 허용하는 단계적 접근법을 취했다. 시범운영을 통해 평가자들은 사회적 거리두기를 골자로 하는 방역 프로토콜에서 제한을 완화하는 것을 선호했다(Maatricht University & Radboudumc, 2020; De Jonge, 2020d). 이에 따라 이러한 방식이 모든 주거형 돌봄시설로 확대되었고 거주자당 방문자의 수도 늘어났다(Rijksoverheid, 2020d).

2) 재조직(reorganization)

한 조직에서 감염병을 관리하려면 조직 내 활동 및 일일 업무, 직원 등에 대한 대대적인 재조직이 필요하다. 네덜란드 노인돌봄의사협회(Verenso)는 정부 정책에 따른 주거형 돌봄시설의 감염 예방수칙 및 감염 관리 관련 프로토콜 개발 및 전파에 중요한 역할을 했다(Rijksoverheid, 2020). 이러한 가이드라인은 내부위기대응팀의 도움으로 요양원에 전파될 수 있었다 (Schols et al., 2020).

코로나19 감염 의심환자 또는 확진자가 있는 요양원의 경우, 돌봄시설의 이용자를 병원으로 전원하는 것은 통상적인 사례가 아니므로, 환자 격리를 위한 별도의 공간을 마련하였다(Kruse et al., 2020a; 2020b; Van Boekel et al., 2020). 또한 사회적 거리두기 준수 및 바이러스 확산을 막기 위해 여러 직업 활동(occupational activity)도 중단되었다. 결국, 외부세계와의 사회적 소통 감소와 더불어 시설 내에서도 인력 부족, 거리두기 준수 및 바이러스 감염에 대한 우려로 시설 활동 및 상호작용의 기회가 줄어들게 되었다.

이러한 상황은 상대적으로 젊고 활발한 요양원 거주자 및 인지기능장애를 겪고 있는 거주자에게 특히 힘들었다. 치매를 앓는 노인들은 일상적인 활동의 차질로 많은 어려움을 겪었으며 불편을 호소하고 문제행동을 많이 보였다(Van Boekel, 2020). 감염병 예방 및 관리를 위한 기술을 더 많이 사용하는 것은 일부 거주자에게 도움이 되기보다는 스트레스를 유발하였고 타인과의 접촉 및 활동의 제약에 대한 보상이 되지 못했다(Van der Roest, 2020). 게다가 보호조치로 인한 제약 및 검사 맥락에서의 이러한 변경(재조직)은 종사자들에게도 많은 스트레스가 되었다.

3) 경제적 문제

팬데믹으로 인해 돌봄시설이 겪게 된 또 다른 문제는 경제적 부담이다. 네덜란드에서 시설돌봄에 대한 수요는 높지만 인구 고령화 및 장기요양 병상 축소로 대기자가 늘어나게 되었다. 그러나 팬데믹 기간 중 요양원에 대한 및 입소율은 감소하였다. 먼저, 1차 대유행 이후 높은 사망률로 인해 많은 병상이 비었다. 동시에 요양원에 거주하는 것이 위험하다는 인식이 생기면서(그리고 1차 대유행 때 요양원이 폐쇄되면서), 재가돌봄에서 시설돌봄으로 전환하려던 사람들이 이러한 계획을 미루었다(NZa, 2020). 수요

감소와 더불어 직원의 병가, 방역 수칙 준수를 위한 서비스 조직 등으로 시설 운영자들은 인건비 및 기타 비용 상승을 감수해야 했다. 이러한 돌봄시설의 경제적 어려움을 해소하기 위해 정부는 추가 비용보상 및 매출손실 및 유동성 문제에 대한 지원을 골자로 하는 지원책을 마련하였다(Kruse et al., 2020b).

3. 방문돌봄

방문돌봄 분야는 시설돌봄보다 더 분화되어 있다. 먼저, 방문돌봄에는 두 가지 다른 재정지원과 조직적 지원이 공존한다. 건강보험제도에서 제공하는 방문요양과 지자체가 개입하는 재가서비스(home help) 및 사회적 돌봄이 있다. 또한 방문돌봄 제공자들은(특히 재가서비스 영역에서) 큰 기관이 아니다. 절차 및 책임의 분배가 대부분 공식화되어 있지 않고, 이러한 개입은 본질적으로 더 유연하다는 특징이 있다.

1) 전반적 제약과 방문돌봄

시설돌봄 분야와 달리 정부는 팬데믹 발생 이후 방문돌봄(방문 간호, 사회적 돌봄, 자원봉사자 지원 및 비공식 돌봄)에 대해서는 구체적인 규정을 마련하지 않았다. 그러나 정부의 다른 일반적인 정책이 재가 노인과 이들이 받는 공식 방문요양서비스 그리고 자원봉사자 및 비공식 돌봄자들로부터 받는 지원에 영향을 미쳤다.

먼저 불필요한 외출 자제, 사회적 거리두기 준수, 대중교통 운행 축소 등으로 인해 사람들이 외출하는 것뿐만 아니라 (비)공식 돌봄 네트워크 종사자들의 방문도 어렵게 되었다. 네덜란드의 1차 봉쇄령은 상대적으로 느슨했음에도 불구하고 모든 연령대의 인구 대부분이 이동 및 외출을 자제했다. 예를 들어 쇼핑(식료품 구입 포함), 운동, 타인 방문, 자원봉사, 비공식

돌봄에 있어 다른 연령집단 대비 노인에게 미치는 영향은 컸다(De Haas et al., 2020).

둘째, 5월 말까지 정부는 70세 이상 노인 및 노쇠한 사람에 대한 방문 자제를 권고했다. 실제로 방문요양 서비스 이용자들은 1.5미터 사회적 거리두기와 대중교통 운행 제한으로 자신들이 받던 지원의 축소를 경험했다. 일례로 직업활동이 중단되었다(SCP, 2020; VGN, 2020).

2) 비공식돌봄의 필요성 및 중요성

4월 중순이 돼서야 정부는 장기요양 부문에 개입하여 재가 및 주간 돌봄 활동의 지속을 위한 가이드라인을 발표했다(De Jong, 2020f; Rijk sov-erheid, 2020g). 이러한 가이드라인에는 두 가지 중요한 내용이 담겨 있다. 첫째는 가정에서 최대한의 돌봄을 제공하는 것이 급성질환 치료 분야의 추가 부담을 덜어주는 데 도움이 된다는 것이다. 이에 따라 관련 이해당사자들(돌봄기관, 돌봄종사자, 비공식돌봄자 및 자원봉사자)에게 자신이 돌보는 사람의 상황을 '판단'할 것을 당부했다. 둘째로 이러한 가이드라인은 보조의 원칙에 기반을 두고 있다. 자신의 돌봄자원 및 돌봄네트워크에 의존할 수 있는 사람들은 서비스 전달의 대안 솔루션을 찾는 데 도움을 받아야 한다는 것이다. 허약한 노인이나 사회 네트워크 및 돌봄 대안이 없는 경우 개입이 이루어져야 한다. 이러한 접근법에 따라 정부는 비공식돌봄자에 대한 가이드라인(MVWS)을 발표했다(2020c). 이러한 가이드라인에 따라 방문돌봄서비스 종사자들은 비공식돌봄에 많이 의존하면서 방문간호 및 재가 서비스의 방향 및 상황을 조율해야 했다. 이에 따라 한두 명의 비공식돌봄자들이 노인을 정기적으로 방문할 수 있게 되었다(De Jong, 2020f). 이러한 목적을 달성하기 위해 비공식돌봄자를 보호하고 웰빙을 담보하는 것이 매우 중요했다. 확진자 또는 의심 증상이 있는 사람을 돌보는 돌

봄자에게는 무료로 개인보호장비가 지급되었다(MVWS, 2020c). 또 방문돌봄 기관들이 확진 및 비확진 이용자에게 각기 다른 팀을 배정해 돌봄을 제공하기 시작함에 따라 돌봄종사자들의 일일 업무에 대해서도 어느 정도 재조직이 일어났다(ActiZ, 2020). 지역 차원에서 이루어진 연구에 따르면, 상당히 많은 돌봄이용자들이 지원 축소를 겪거나 공식돌봄서비스 지원을 전혀 받지 못한 것으로 드러났다(Erdem and Wenkink, 2020). 팬데믹 1차 대유행 시기의 전반적인 서비스 중단 및 축소로 인해 보건부는 4월과 5월 서비스 이용자 자기부담금을 부과하지 않기로 결정했다(https://www.hetcak.nl). 한편 지역차원의 사전 연구를 보면, 노인 돌봄자에 대한 부담이 많이 가중된 것으로 나타났고, 공식적인 재가 돌봄도 축소되었다. 특히 팬데믹 이전에도 높은 돌봄 부담을 안고 있던 비공식돌봄자뿐 아니라 유급 돌봄 및 기타 가정 의무(육아)에도 부담은 가중되었다(StiB, 2020).

사전 연구에 따르면(Stolte et al., 2020), 노인 대부분은 1차 대유행 시기에 이러한 새로운 상황에 잘 적응했다. 집 안팎에서 자신이 할 수 있는 일을 찾고 1.5미터 거리두기를 준수하며 접촉하고 친구 및 친지와 연락하기 위한 기술도 사용하기 시작했다. 그러나 위기와 봉쇄령으로 인해 많은 노인들이(약 40%) 고립감을 느끼고 더 허약한 노인의 경우(초고령 및 독거노인) 필요한 지원을 받지 못하여(80세 이상 노인 중 16%, 독거노인 중 10%) 특히 어려운 시기를 보냈다(Stolte et al., 2020).

3) 돌봄 서비스 '재개방' 및 새로운 방향

주거형 돌봄시설과 마찬가지로 정부는 5월 말 방문돌봄에 대한 제한을 해제하고, 개별 사례에 대한 리스크와 효용에 대한 신중한 평가를 바탕으로 방문돌봄서비스의 전면 운영 재개를 발표하였다(De Jonge, 2020d Mei; TK, 2019/2020a).

2차 대유행 시기 방문돌봄에 대한 접근법이 수정되어 최소한의 돌봄 유지가 아닌 주어진 상황에서 최대한의 돌봄 패키지 제공에 방점이 찍혔다. 여름에는 종전에(시설 돌봄에 비해) 공식화가 부족했던 방문돌봄 분야에 대해 프로토콜과 가이드라인의 공식화가 이루어졌다. 이는 돌봄 분야 주요 이해당사자들이 마련한 문서의 발행, 그리고 방문돌봄 기관의 공식화된 절차 규정이 마련되었기 때문이다.

이 시기에 원격돌봄(e-care)의 토대도 마련되었다. 네덜란드 (건강) 돌봄 분야에 팬데믹 이전에도 어느 정도 자리 잡았던 것으로 정부는 정기적인 대면 서비스 일부를 원격 형태의 지원으로 전환하기 위해 원격돌봄 프로젝트에 대한 촉진 및 확대 그리고 재정지원을 시작했다. 원격돌봄 시스템을 활용한 돌봄 기관 지원은 네덜란드 정부가 팬데믹 통제 전략의 일환으로 EU에 요청하여 자금지원을 획득한 계획 내용에도 포함된 것이다.

제5절 결론

장기요양 분야는 감염병에 특히 취약하다. 노인돌봄 이용자들의 특성상 감염과 심각한 결과에 더 많이 노출된다. 또한, 밀접 접촉으로 이루어지는 장기요양 서비스는 이용자 및 종사자 모두 감염 위험이 높아 바이러스 확산에 심각한 원인이 될 수 있다. 이러한 이유로 코로나19 팬데믹은 장기요양제도 변화를 이끈 중요한 요인이 되었다. 또한 네덜란드에서 1차 그리고 (아직 끝나지 않은) 2차 대유행은 요양원 거주 노인 및 재가 노인, 돌봄종사자 및 돌봄기관에 큰 영향을 미쳤다. 코로나19 팬데믹 대응의 일환으로 정부 및 다른 관련 이해당사자들이 행한 노인돌봄 분야 개입에 대한 검토 결과 몇 가지 중요한 이슈가 드러났다. 한편으로는 팬데믹으로 인해 네덜란드 장기요양제도의 기본적 특징이 더 두드러지고 극명

하게 드러나게 되었다.

장기요양시설 및 서비스는 전통적으로(다른 국가처럼 사회적 돌봄이나 사회부조 영역이 아닌) 보건의료체계에 속하며, 체계화된 조직, 높은 수준의 전문성(Schols et al., 2020), 정책입안자 및 해당 분야 기타 이해당사자와의 체계화된 관계 등의 특징을 갖는다. 오랜 역사를 지닌 국가 제공의 장기요양보험과 이보다 더 오래된 공적 규제(및 재정지원)를 받는 비영리단체가 제공하는 돌봄 제도는 조정, 협의 및 복잡한 정책의 이행에 있어 다양한 주체 및 이해당사자의 조율을 필요로 한다.

네덜란드에서 1차, 2차 코로나19 대유행의 경험을 평가할 때 고려할 중요한 요소들이 있다. 1차 대유행 때 불거진 요양원 거주자 격리, 방문돌봄 서비스 중단 등 일부 이슈에 대한 해결책은 잘 갖추어진 인프라 덕분에 시행될 수 있었다. 그러나 지난 검토에 따르면 이는 장기요양 분야에만 해당되는 '진실'로 다른 분야는 그렇지 못했다. 방문돌봄 분야(특히 재가서비스)에 비해 통합 및 준비가 잘 되어 있는 요양원들은 새로운 규정, 수칙(protocol), 가이드라인의 도입(Schols et al, 2020) 및 서비스 지속 운영을 위한 역량을 향상시켜 왔다.

이러한 요소들은 다음 두 가지를 시사한다. 첫째, 네덜란드 장기요양제도에서 얻은 또는 얻을 수 있는 '교훈'은 제도적 맥락에서 살펴보아야 한다. 도출된 해결책을 구조화가 덜 된 맥락에 곧바로 적용하는 것은 너무 단순한 조치로 쉽게 성공하기 어렵다. 둘째, 네덜란드 정부가 최근 시행한 장기요양 정책의 분절화(fragmenting) 및 탈중앙화(decentralizing) 정책 방향은 올해 팬데믹 기간 중 관찰된 경과에 비추어 재평가될 수 있고, 재평가되어야 한다. 특히 장기요양의 하위 분야인 방문돌봄은 돌봄의 지속성 보장, 서비스의 질과 안전성, 비상시 업무 측면에서 최근에 있었던 보완성(subsidiaritiy), 비공식 돌봄 중심의 돌봄 패키지, 탈중앙화 등 개혁의 지속가능성에 대해 의문을 제기한다(Kruse et al., 2020b 참고).

또 최근 일련의 사건들은 보건의료 부문에서 장기요양 분야가 차지하는 위치가 급성질환 돌봄 대비 상대적으로 취약하다는 점이 드러났다. 개인보호장비의 제공 지연 및 검사 정책의 조정 등이 이를 잘 보여준다(Kruse et al., 2020a; 2020b). 이러한 중요한 이슈들을 장기요양 정책의 책임으로 볼 수는 없다. 오히려 거버넌스, 정책, 정치적 우선과제, 가시성 관련 이슈들이다. 이러한 경험에서 도출할 수 있는 분명한 교훈은 장기요양정책이 비급성 돌봄의 중요한 역할로 팬데믹 시기뿐 아니라 평소에도 정책의 우선 과제로 다루어져야 한다는 점이다.

이와 관련하여 중요하면서도 아직까지 해결되지 않아 많은 관심이 요구되는 이슈는 바로 돌봄종사자의 처우이다. 장기요양 돌봄인력에는 지난 몇 년간 많은 변화가 있었다. 가중되는 압박과 노동시장에서 인식 부족의 징후로 무단결근(Da Roit, 2018)과, 장기요양 분야의 고질적인 문제인 만성적인 인력 부족이 있다. 또 장기요양 분야 노동시장은 영역별로 세분화되어 각기 다른 보호, 인식, 전문성, 역량을 보이고 있다. (조직화되고, 지원을 받으며 심지어는 때로 보상을 받는) 비공식 돌봄 정책에 대한 관심이 높아지면서 전문적 돌봄업무 맥락에 대한 인식이 줄어들게 되었다. 팬데믹 기간 중 장기요양 전문 돌봄종사자의 업무 부담과 스트레스를 가중시키는 유례없는 환경에서 일하게 되면서 이러한 취약성이 더욱 두드러졌다. 초기 개인보호장비 부족 및 제한적 검사정책은 업무 관련 리스크를 증가시켰고 때때로 스트레스도 높였다(V&VN APRIL). 코로나19 발생 이전부터 이미 돌봄종사자의 병가 증가현상은 그들의 많은 불편함을 시사한다. 이는 장기요양 분야 고용 조건의 변화와도 관련이 있다(Da Roit, 2018). 팬데믹 기간 중 이러한 추세가 더욱 두드러졌다(Skipr, 2020; De Jonge, 2020e). 이에 따라 감염(의심)이나 높은 스트레스로 인한 동료의 결근으로 인해 돌봄업무의 질에도 부정적인 영향이 있었다. 코로나19로 인한 시설돌봄 및 방문돌봄 분야에 필요한 일일 돌봄 업무의

재조직은 새로운 안전 문제 및 조직 프로토콜의 변화와 이행으로 스트레스를 가중시켰다. 뿐만 아니라 노쇠한 노인과 같은 고위험 고객과의 어려운 관계로 인해 업무 관련 심리적 압박도 증가하였다. 이러한 특수한 상황에서 장기요양 고용의 일부 취약성이 드러났다. 그러나 이에 대해 팬데믹 기간 중 정책 대응을 통한 체계적인 해결이 이루어지지 않았다. 이와 관련하여 돌봄 분야의 전반적인 고용 정책, 인력 부족, 근로 조건, 업무의 질, 그리고 돌봄의 질 등의 문제 해결에 더 많은 관심이 요구된다.

마지막으로 팬데믹의 경험은 비공식돌봄자의 부담이 가중되는 돌봄 모델을 부각시켰다. 지난 몇 년간, 네덜란드의 노인돌봄 정책은 부담스럽고, 비용이 높으며, 관료주의적이고, 소외감을 느끼게 하는 공식 돌봄에 대한 대안으로 비공식 돌봄을 촉진해 왔다. 최근 개혁의 근본적인 취지는 돌봄의 가용성을 줄임으로써 정부가 사회적 연대를 촉진, 강화, 향상시킬 수 있다는 점이었다. 그러나 돌봄서비스의 강제적 축소는 돌봄 업무가 비공식 돌봄에 집중되는 현상을 낳았다. 이로 인한 스트레스와 업무 가중에 더 많은 주의가 필요하다.

참고문헌

코로나바이러스감염증-19(COVID019). (2020). http://ncov.mohw.go.kr/ 에서 2020년 9월 18일 인출.

Aaltonen M. (2015). Patterns of care in the last two years of life. Care transitions and places of death of old people. Acta Universitatis Tamperensis 2094. Tampere, Tampere University Press.

Aaltonen M, Van Aerschot L. (2019). Unmet care needs are common among community-dwelling older people with memory problems in Finland. Scandinavian Journal of Public Health. 2019. DOI: 10.1177/1403494819890800

AARP. (2019). How Continuing Care Retirement Communities Work. https://www.aarp.org/caregiving/basics/info-2017/continuing-care-retirement-communities.html. 2020년 8월 1일 인출.

Abellán, A., Pérez Diaz, J., Pujol, R., Jegermalm, M., Malmberg, B. & Sundström, G. .(2017). Partner care, gender equality, and ageing in Spain and Sweden. International Journal of Ageing and Later Life, 11, 1, 69-89.

Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Care Services for Older Persons. (2012). No. 980/2012. https://www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/2012/en20120980

ActiZ. (2020). 18 april. ActiZ: 'De zorg thuis gaat door, maar anders'. Vergeet de zorg thuis niet 2020 Retrieved on: 25-5-2020; Available from: https://www.actiz.nl/nieuws/actiz-de-zorg-thuis-gaat-door-maar-anders.

ADASS. (2019). ADASS Budget Survey 2019, London, Association of Di

rectors of Adult Social Services.

ADASS. (2020). ADASS Coronovirus Survey 2020. https://www.adass.org.uk/adass-budget-survey-2020-part-1-covid-19-response

Adelman, R. D., Tmanova, L. L., Delgado, D., Dion, S., & Lachs, M. S. (2014). Caregiver burden: a clinical review. Jama, 311(10), 1052-1060.

Administration for Community Living. (2017). About the Administration on Aging (AoA). Retrieved from https://acl.gov/about-acl/administration-aging

Administration for Community Living. (2020). 2019 Profile of Older Americans. Retrieved from https://acl.gov/sites/default/files/Aging%20and%20Disability%20in%20America/2019ProfileOlderAmericans508.pdf

Administration on Aging. (2020a). Long Term Care.gov: Glossary. Retrieved August 29, 2020, from https://longtermcare.acl.gov/the-basics/glossary.html#long-term-care-services

Administration on Aging. (2020b). Who Pays for Long-Term Care?. https://longtermcare.acl.gov/the-basics/who-pays-for-long-term-care.html. 2020년 7월 2일 인출.

Advisory Panel on Healthcare Innovation. (2015). Unleashing Innovation: Excellent Healthcare in Canada. Health Canada

Age UK. (2019a). Health and Care of Older People in England, 2019, London, Age UK.

Age UK. (2019b). Parliamentary Briefing. Social Care Reform, www.ageuk.org.uk/our-impact/politics-and-government/briefings.

American Society on Aging. (2020). About ASA. Retrieved from https://www.asaging.org

Aronson, L. (2020). Ageism is making pandemic worse. Retrieved from

https:// www.theatlantic.com/culture/archive/2020/03/americas-ageism-crisis-is-helping-the- coronavirus/608905/

Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M., Levy, B., Neupert, S. D., Rothermund, K., . . . Wahl, H. W. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. doi:10.1093/geronb/gbaa051

Bangerter, L. R., Liu, Y., Kim, K., & Zarit, S. H. (2019). Adult day services and dementia caregivers' daily affect: the role of distress response to behavioral and psychological symptoms of dementia. Aging & Mental Health, 1-7.

Barbieri M, Wilmoth J, Shkolnikov V, Glei D, Jasilionis D, Jdanov D, Boe C, Riffe T, Grigoriev P, Winant C. (2015). Data Resource Profile: The Human Mortality Database (HMD). Int J Epidemiol, 44(5): 1549–1556.

Béland, D., & Marier, P. (2020). COVID-19 and Long-Term Care Policy for Older People in Canada. Journal of Aging & Social Policy, 32 (4/5), 358-364. doi:10.1080/08959420.2020.1764319

Bell, D., Comas-Herrera, A., Henderson, D., Jones, S., Lemmon, E., Moro, M., Murphy, S., O'Reilly, D. and Patrignani, P. (2020). Covid-19 mortality and long-term care: a UK comparison. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, .

Berg-Weger, M., & Morley, J. (2020). Loneliness and social isolation in older adults during the Covid-19 pandemic: Implications for gerontological social work. In: Springer.

Borgès da Silva, R. (2020). Portrait des CHSLD et enjeux en contexte de pandémie. Options Politiques(Avril).

Borgès da Silva, R., Hébert, R., Perreault, S., Bosson-Rieutort, D., & Blais, R. (2020). Repenser l'allocation des ressources humaines en santé: faut-il vraiment faire un choix entre CHSLD et hôpitaux? Perspectives(2020PE-06), 1-5.

Bos, A., F.M. Kruse, & P.P.T. Jeurissen. (2020). For-Profit Nursing Homes in the Netherlands: What Factors Explain Their Rise? Int J Health Serv, 2020. DOI: https://doi.org/10.1177/0020731420915658

Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. Journal of clinical nursing, 29(13-14), 2044-2046. doi:10.1111/jocn.15274

Brookings. (2020). About us. Retrieved from https://www.brookings.edu/about-us/

Bucy, T., Smith, L., Carder, P., Winfree, J., & Thomas, K. (2020). Variability in state regulations pertaining to infection control and pandemic response in US assisted living communities. Journal of the American Medical Directors Association, 21(5), 701-702. doi:10.1016/j.jamda.2020.03.021

Burki, T. (2020). Prisons are "in no way equipped" to deal with COVID-19. Lancet (London, England), 395(10234), 1411.

Burström, B., Burström, K., Nilsson, G., Tomson, G., Whitehead, M., & Winblad, U. (2017). Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden–a scoping review. International journal for equity in health, 16(1), 29.

Canadian Institute for Health Information. (2018). National Health Expenditure Trends, 1975 to 2018. Ottawa, ON: CIHI; 2018.

Calvo, R. (2020). Older Latinx Immigrants and Covid-19: A Call to Action. Journal of Gerontological Social Work, 1-3.

Campbell, S. (2018). home care workers: key facts (2018). Retrieved fr om https://phinational.org/resource/ u-s-home-care-workers-key-facts- 2018/

Canadian Healthcare Association. (2009). New Directions for Facility-Based Long Term Care.

Carers Finland. (2020). Omaishoidon tuki [Family care support] https://omaishoitajat.fi/omaishoidon-tietopaketti/omaishoidon-tuki/ (referred 21st September 2020)

Carers Finland. (2020). Unpublished information gathered from the cli ents. Compiled by Parviainen K, Ring M, Tervonen S.

Carers UK. (2019a). State of Caring, www.carersuk.org 10.09.2019.

Carers UK. (2019b). Carers at Breaking Point www.carersuk.org. 03.0 5.2020.

Carers UK. (2020). Carers Week 2020 Research Report. https://www.c arersuk.org/images/CarersWeek2020/CW_2020_Research_Repo rt_WEB.pdf. 2020년 9월 4일 인출.

Carnemolla, P., & Bridge, C. (2020). A scoping review of home modific ation interventions–Mapping the evidence base. Indoor and Built Environment, 29(3), 299-310.

CDC. (2020a). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hosp italization Surveillance Network (COVID-NET). Retrieved from h ttps://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covid-n et/purpose-methods.html

CDC. (2020b). Health Equity Considerations and Racial and Ethnic Min ority Groups. Retrieved from https://www.cdc.gov/coronavirus /2019-ncov/community/health-equity/race-ethnicity.html?CDC _AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F20 19-ncov%2Fneed-extra-precautions%2Fracial-ethnic-minoritie

s.html

CDC. (2020c). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET). Retrieved from https://www.cdc.gov/coro

CDC. (n.d.). CDC COVID Data Tracker. Retrieved August 24, 2020, from https://www.cdc.gov/covid-data-tracker/index.html

Centers for Medicare & Medicaid Services. (2017). Medicare & Home Health Care. Retrieved from https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10969-Medicare-and-Home-Health-Care.pdf

Center for Medicare & Medicaid Services. (2019). Home-and Community-Based Services. Retrieved from https://www.cms.gov/Outreach-and-Education/American-Indian-Alaska-Native/AIAN/LTSS-TA-Center/info/hcbs

Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. 2020년 8월 24일 인출

Centers for Medicare & Medicaid Services, (2020, June 25). COVID-19 Nursing Home Data. 2020년 8월 24일 인출

Chang, E.-S., Kannoth, S., Levy, S., Wang, S.-Y., Lee, J. E., & Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. PloS one, 15(1), e0220857.

Choi, N. G., & Dinitto, D. M. (2013). The digital divide among low-income homebound older adults: Internet use patterns, eHealth Literacy, and attitudes toward computer/internet use. Journal of Medical Internet Research, 15(5). doi:10.2196/jmir.2645

CHPI. (2019). Plugging the Leaks in the UK Care Home Industry, London, Centre for Health and the Public Interest.

City of Helsinki. (2020) Epidemia on taittumassa Helsingin hoivakodeissa – osa karanteeneista on jo purettu. [The epidemic has eased

in nursing homes in Helsinki - some of the quarantines have alr eady been lifted] [https://www.hel.fi/uutiset/fi/sosiaali-ja-terveysvirasto/epidemia-on-taittumassa-helsingin-hoivakodeiss a (referred 7th May and 15th September 2020).

Cloïn, M. (2013). Met het oog op de tijd: een blik op de tijdsbesteding van Nederlanders [Considering time: a view on the time use of t he Dutch]. The Netherlands Institute for Social Research, The H ague, the Netherlands.

CMA (2017). Care homes market study: Final report. https://ass ets.publishing.service.gov.uk/media/5a1fdf30e5274a750b 82533a/care-homes-market-study-final-report.pdf.

Colello, J. K. (2020). Who pays for long-term services and supports? (C RS Report No. IF10343). Retrieved from Congressional Research Service website: https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF /IF10343

Comas-Herrera, A. and Fernández, JL. (2020). England: Estimates of m ortality of care home residents linked to the Covid-19 pandemic https://ltccovid.org/country-reports-on-covid-19-and-long-ter m-care/

Commissaire à la santé et au bien-être. (2017). Les personnes de 75 an s et plus en attente d'une place d'hébergement en CHSLD. Info-performance(16), 10.

Cox, R., Dickson, D., & Marier, P. (2020). Resistence, Innovation and I mprovisation: Comparing the Responses of Nursing Home Work ers to the Covid-19 Pandemic in Canada and the United States.

CQC. (2019). The State of Health Care and Adult Social Care in Englan d 2018/19, HC9, London, Care Quality Commission.

Da Roit B. (2012a). "Long-term care reforms in the Netherlands" In C.

Ranci and E. Pavolini (eds.) Reforms in Long-Term Care Policies in Europe, Springer.

Da Roit B. (2012b). The Netherlands: the struggle between universalism and cost containment, Health and Social Care in the Community, 20(3), 228-237.

Da Roit, B. (2018). Long-term care reforms in the Netherlands: care work at stake, The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World, Routledge.

Da Roit, B., Le Bihan, B. (2019) Cash for long-term care: policy debates, visions and designs on the move, Social Policy & Administration, Special Issue "Cash-for-care schemes in Europe", 53(4): 519-536.

Da Roit, B., Moreno-Fuentes J. (2019) Cash for care and care employment: (Missing) debates and realities, Social Policy & Administration, 53(4): 596-611.

Da Roit, B., Thomese, F. (2016) Maakt lokaler thuiszorg zorg (on)gelijker? Sociaaleconomische ongelijkheid in de toegang tot huishoudelijke zorg binnen Nederlandse gemeenten voor en na de invoering van de WMO in 2007, Mensch en Maatschappij, vol. 91, pp. 381-403.

De Haas, Faber R., Hamersma M. (2020). How COVID-19 and the Dutch 'intelligent lockdown' change activities, work and travel behaviour: Evidence from longitudinal data in the Netherlands, Transportation research interdisciplinary Perspectives, 6/2020: 2590-1982.

De Jonge, H. (2020a), 19 maart. Aanscherping bezoek verpleeghuizen ivm COVID-19, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: https://www.rijksover

heid.nl/documenten/kamerstukken/2020/03/19/kamerbrief-over-aanscherping-bezoek-verpleeghuizen-in-verband-met-covid-19.

De Jonge, H. (2020b). 6 mei. Kamerbrief COVID-19 update stand van zaken, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/06/kamerbrief-covid-19-update-stand-van-zaken.

De Jonge, H., (2020c). 16 april. Kamerbrief COVID-19 update stand van zaken, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/04/15/covid-19-update-stand-van-zaken.

De Jonge, H. (2020d). 20 mei. COVID-19 Update stand van zaken, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, Editor. 2020: Den Haag; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2020/05/20/kamerbrief-stand-van-zaken-covid-19.

De Jonge, H. (2020e). 27 october. Kamerbrief. Stand van zakenbrief COVID-19. 2020, Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport: Den Haag.

De Jonge, H. (2020f). Kamerbrief 21 april 2020 BetreftCOVID-19: Update stand van zaken https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/kamerstukken/2020/04/21/kamerbrief-covid-19-update-stand-van-zaken

De Vries D., J. Pols en A. M'charek (2020). Tussentijdse resultaten - Impact van thuisisolatie op kwetsbare groepen in Nederland: Balanceren tussen risico's en kwaliteit van leven. Geraadpleegd 5 juli

via https://www.coronatijden.nl/wp-content/uploads/2020/05/Tussentijdse-resultaten-Impact-van-thuisisolatie-op-kwetsbare-groepen-in-Nederlands-20200525.pdf. Amsterdam: Amsterdam Institute for Social Science Research, Universiteit van Amsterdam.

Duijs S., Abma T., Verdonk P. (2020). Hoe zzp'ers in de zorg in een moreel mijnenveld terechtk\Namen, Sociale Vraagstukken, 6 juli 2020.

Erdem, Ö., & Wentink, Y. (2020). Zorgmijding en zorggebruik in tijden van COVID-19 in Engbersen G., Wentink T. (red.) De bedreigde stad: de maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam, Kenniswerkplaats Leefbare Wijken, Rotterdam, april 2020.

Erlandsson, S., Storm, P., Stranz, A., Szebehely, M., & Trydegård, G-B. (2013). Marketising trends in Swedish eldercare: competition, choice and calls for stricter regulation In G. Meagher and M.

Estabrooks, C. A., Squires, J. E., Carleton, H. L., Cummings, G. G., & Norton, P. G. (2015). Who is looking after Mom and Dad? Unregulated workers in Canadian long-term care homes. Can J Aging, 34(1), 47-59. doi:10.1017/S0714980814000506

Estabrooks, C. A., Straus, S., Flood, C. M., Keefe, J., Armstrong, P., Donner, G., . . . Wolfson, M. (2020). Restoring trust: COVID-19 and the future of long-term care. Ottawa: Royal Society of Canada.

Eurostat. (2020). Population ageing and structure. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Population_structure_and_ageing (referred 21st September 2020)

Evelyn, K. (2020). 'It's a racial justice issue': Black Americans are dying in greater numbers from COVID-19 Retrieved from https://www.theguardian.com/world/2020/apr/08/its-a-racial-justice-issu

e-black-americans-are-dying-in-greater-numbers-from-covid-19

Faria-e-Castro, M. (2020). Back-of-the-envelope estimates of next quarter's unemployment rate. Saint Louis Fed Blogs. Retrieved from https://www.stlouisfed.org/on-the-economy/2020/march/back-envelope-estimates-next-quarters-unemployment-rate.

Finnish Government. (2020). Government, in cooperation with the President of the Republic, declares a state of emergency in Finland over coronavirus outbreak 16/03/2020. https://valtioneuvosto.fi/en/article/-/asset_publisher/10616/hallitus-totesi-suomen-olevan-poikkeusoloissa-koronavirustilanteen-vuoksi (referred 7th May 2020)

Finnish Government. (2020). Health and social services reform. https://soteuudistus.fi/etusivu (referred 21st September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Ikääntyneiden toimintakyvyn tukeminen koronavirusepidemian aikana [Supporting the functioning of the elderly during a coronavirus epidemic] https://thl.fi/fi/web/ikaantyminen/ajankohtaista/ikaantyeiden-toimintakyvyn-tukeminen-koronavirusepidemian-aikana (referred 11th September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Koronavilkku. https://koronavilkku.fi/en/ (referred 15th September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Palvelujärjestelmän kriisinsietokyky ja mukautumisvalmius osoittautuivat koronaepidemian aikana hyviksi. [The crisis resilience and adaptability of the service system proved to be good during the corona epidemic]. https://blogi.thl.fi/palvelujarjestelman-kriisinsietokyky-ja-mukautumisvalmius-osoittautuivat-koronaepidemian-aikana-hyvi

ksi/

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Prevention of Corona virus infection at long-term care units. https://thl.fi/fi/web/infektiotaudit-ja-rokotukset/taudit-ja-torjunta/taudit-ja-taudinaiheuttajat-a-o/koronavirus-covid-19/koronavirustartuntojen-torjunta-pitkaaikaishoidon-ja-hoivan-toimintayksikoissa (referred 19th May 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Prioritising home care. https://thl.fi/en/web/ageing/prioritising-home-care (referred 21st September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Situation update on coronavirus. https://thl.fi/en/web/infectious-diseases/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus (referred 15th September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Treatment of coronavirus and instructions for the infected. https://thl.fi/en/web/infectious-diseases-and-vaccinations/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/symptoms-and-treatment-coronavirus/treatment-of-coronavirus-and-instructions-for-the-infected (referred 22nd September)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Situation update on coronavirus. https://thl.fi/en/web/infectious-diseases /what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus. (referred 15 September 2020)

Finnish Institute for Health and Welfare. (2020). Situation update on coronavirus. https://thl.fi/en/web/infectious-diseases/ what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/situation-update-on-coronavirus (referred 15 September 2020)

Finnish National Institute for Health and Welfare. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/epirapo/covid19case/fact_epirapo_covid19case?column=dateweek20200101202012 31-443686&row=ttr10yage-444309# (referred 15 September 2020)

Finnish National Institute for Health and Welfare. (2020). Elderly persons and other risk groups – coronavirus instructions. https://thl.fi/en/web/infectious-diseases-and-vaccinations/what-s-new/coronavirus-covid-19-latest-updates/risk-groups-for-severe-coronavirus-disease/elderly-persons-and-other-risk-groups-coronavirus-instructions (referred 22nd September 2020).

Finnish Union of Practical Nurses. (2020). Survey results from Vanhus- ja vammaispalvelut jäivät koronaepidemiassa suojainten osalta sivuraiteelle. [SuPer's survey: Old-age care and services for disabled were left on the sidelines in the corona epidemic in terms of protection] 14 May 2020 https://www.superliitto.fi/viestinta/tiedotteet-ja-kannanotot/superin-kysely-vanhus-ja-vammaispalvelut-jaivat-koronaepi-demiassa-suojainten-osalta-sivuraiteelle/ (referred 22nd Sep 2020)

Forma L, Aaltonen M, Pulkki J. (2020.) COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. LTC Responses to COVID-9. International Long-term care Policy Network. Available from https://ltccovid.org/2020/06/14/new-report-covid-19-and-clients-of-long-term-care-in-finland-impact-and-measures-to-control-the-virus/ (referred 15th September 2020)

Forma L, Aaltonen M, Pulkki J. (2020). COVID-19 and clients of long-term care in Finland – impact and measures to control the virus. LTC Responses to COVID-9. International Long-term care Polic

y Network. Available from: https://ltccovid.org/2020/06/14/new-report-covid-19-and-clients-of-long-term-care-in-finland-impact-and-measures-to-control-the-virus/ (referred 15 September 2020)

Forma L, Aaltonen M, Raitanen J, Anthun KS, Kalseth J. (2020). Place of death among old people in Finland and Norway. Scandinavian Journal of Public Health, first Published August 5, 2020. DOI: 10.1177/1403494820944073

Freedman, V. A., & Spillman, B. C. (2014). The residential continuum from home to nursing home: Size, characteristics and unmet needs of older adults. The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 69(Suppl 1). doi:10.1093/geronb/gbu120

Friedrichs, S. and C. Timmermans. (2020). 25 mei. Veel falende mondkapjes in verpleeghuizen: 'Schandalig, we zijn besodemieterd', in Algemeen Dagblad. 2020; Available from: https://www.ad.nl/binnenland/veel-falende-mondkapjes-in-verpleeghuizen-schandalig-we-zijn-besodemieterd~a91dfea5/?referrer=https://www.google.com/.

Gardner, States, & Bagley. (2020). The Coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. Journal of Aging & Social Policy. https://doi.org/10.1080/08959420.2020.1750543

Gauthier, G. R., Smith, J. A., García, C., Garcia, M. A., & Thomas, P. A. (2020). Exacerbating Inequalities: Social Networks, Racial/Ethnic Disparities, and the COVID-19 Pandemic. The Journals of Gerontology: Series B.

Geng, F., Stevenson, D. G., & Grabowski, D. C. (2019). Daily nursing home staffing levels highly variable, often below CMS expectation

s. Health Affairs, 38(7). 1095-1100.

Glendinning, C., Jones K., Baxter K., Arksey, H., Rabiee, P., Forder, J.a nd Wilde, A. (2010). Home Care Re-Ablement Services: Investiga ting the Longer-Term Impacts (Prospective Longitudinal Study) York: SPRU, University of York.

Giebel, C. (2020). Decision-making for receiving paid home care for dementia in the time of COVID-19: a qualitative study. BMC Ge riatrics 20: 333.

Giebel, C., Cannon, J., Hanna, K., Butchard, S., Eley, R., Gaughan, A., ... & Gabbay, M. (2020). Impact of COVID-19 related social supp ort service closures on people with dementia and unpaid carers: a qualitative study. Aging & Mental Health, 1-8.

Goger, A. (2020). For millions of low-income seniors, coronavirus is a food-security issue. Washington, DC: The Brookings Institution.

Gonzales, E., Lee, Y. J., & Marchiondo, L. A. (2019). Exploring the con sequences of major lifetime discrimination, neighborhood condi tions, chronic work, and everyday discrimination on health and retirement. Journal of Applied Gerontology, 0733464819892847.

Gordon, A. L., Goodman, C., Achterberg, W., Barker, R. O., Burns, E., Hanratty, B., ... & Spilsbury, K. (2020). Commentary: COVID in c are homes—challenges and dilemmas in healthcare delivery. Age and ageing, 49(5), 701-705.

Gould, E. (2020). Older workers can't work from home and are at high er risk for COVID-19. Economic Policy Institute. Retrieved from https://www.epi.org/blog/older-workers-cant-work-from-hom e-and-at-high-risk-for-covid-19/

Grignon, M., & Spencer, B. G. (2018). The Funding of Long-Term Care in Canada: What Do We Know, What Should We Know? Canadia

n Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement, 37 (2), 110-120. doi:10.1017/S0714980818000028

Guerrero, L. R., Avgar, A. C., Phillips, E., & Sterling, M. R. (2020). They are essential workers now, and should continue to be: Social wo rkers and home health care workers during COVID-19 and beyo nd. Journal of Gerontological Social Work, 1-3.

Haffajee, R. L., Cherney, S., & Smart, R. (2020). Legal requirements an d recommendations to prescribe naloxone. Drug and alcohol de pendence, 209, 107896.

Haffower, H. (2020). A certain horrible subset of the internet is calling the coronavirus 'boomer remover'. Business Insider Australia.

Hamers, J.P.H., et al., (2020). "Klaar voor een nieuwe golf?" Monitor n aar aanleiding van de verruiming van de bezoekregeling in verpl eeghuizen. 16 oktober 2020. Maastricht University & Radboudu mc: Maastricht & Nijmegen

Han, S. D., & Mosqueda, L. (2020). Elder Abuse in the COVID-19 Era. J ournal of the American Geriatrics Society.

Hanson, E., Albin, M., Rasmusson, M., & Jakobsson, K. (2020). Stora sk illnader i överdödlighet våren 2020 utifrån födelseland /Big differ ences in excess mortality spring 2020 by land of birth/. Läkartid ningen /The Swedish Medical Journal/ 28-32, 894-896.

Harris-Kojetin, L. D., Sengupta, M., Lendon, J. P., Rome, V., Valverde, R., & Caffrey, C. (2019). Long-term care providers and services users in the United States, 2015-2016. National Center for Healt h Statistics. Retrieved from https://stacks.cdc.gov/view/cdc/762 53

Haverinen A. (2020). Personal interview, 8th May 2020. Specialist, Assi ociation of Finnish Municipalities.

Hawks, L., Woolhandler, S., & McCormick, D. (2020). COVID-19 in Pri sons and Jails in the United States. JAMA Intern Med, 180(8), 104 1-1042. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1856

HCI, Health and Care Inspectorate. (2020). IVO deepens the review of care and treatment in care homes for the elderly. Inspektionen f ör vård och omsorg, IVO (2020). IVO fördjupar granskningen av vård och behandling på särskilda boenden för äldre (in Swedish).

Health Canada. (2020). Canada Health Act: Annual Report 2018-2019. Ottawa: Health Canada. Hébert, R. (2017). Canada: Application of a Coordinated-Type Integration Model for Vulnerable

Health Foundation. (2019a). The real cost of a fair adult social care sys tem. London, Health Foundation.

Health Foundation. (2019b). What should be done to fix the crisis in s ocial care? London, Health Foundation.

Health Foundation and Kings Fund. (2018). A Fork in the Road; Next S teps for Social Care Funding Reform, London, Kings Fund.

Helin. S. (2020). Personal interview, 11th May 2020. Director, Social a nd Health Services, the City of Rauma.

Helsingin Sanomat. (2020). Näin paljon Suomi tekee koronavirustestej ä [This is how much Finland does coronavirus testing] A6-7. Ne wspaper article, 16th September 2020.

Helsingin Sanomat. (2020). Poliisi selvittää Kiuruveden hoivakodin kor onakuolemia, yli kolmannes vanhuksista kuollut [Police investig ate coronary deaths in Kiuruvesi nursing home, more than a thir d of the elderly have died] 22nd April 2020. https://www. hs.fi/paivanlehti/23042020/art-2000006482887.html (referred 3 1st May 2020). Newspaper article.

Helsingin Sanomat. (2020). Vanhusten telkeäminen huoneisiinsa pitää

lopettaa koronakriisin uhallakin, vaatii hoitajien puheenjohtaja Silja Paavola - "Myös häkissä pitäminen on epäinhimillistä" [Locking the elderly in their rooms must be stopped even at the risk of a coronary crisis, demands Silja Paavola, the chairman of the nurses - "Keeping in a cage is also inhumane". 5th May 2020. https://www.hs.fi/paivanlehti/05052020/art-2000006496127.html (referred 31st May 2020)

Henning-Smith, C. (2020). The Unique Impact of COVID-19 on Older Adults in Rural Areas. Journal of Aging & Social Policy, 1-7.

Henry, B., Mandavia, A., Paschen-Wolff, M., Hunt, T., Humensky, J., Wu, E., . . . El-Bassel, N. (2020). COVID-19, mental health, and opioid use disorder: Old and new public health crises intertwine. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12 (S1), S111.

Henry, M., Watt, R., Mahathey, A., Ouellette, J., & Sitler, A. (2020). The 2019 Annual Homeless Assessment Report (AHAR) to Congress. Part 1: point-in-time estimates of homelessness Retrieved from https://www.hudexchange.info/resource/5948/2019-ahar-part-1-pit-estimates-of-homelessness-in-the-us/

Henwood, M., McKay, S., Needham, C. and Glasby, J. (2019). From Bystanders to Core Participants? A Literature and Data Review of Self Funders in Social Care Markets, HSMC, University of Birmingham.

Home Care Insight. (2020). Covid-19 has made fragile care markets more susceptible to failure warns ADASS, https://www.homecareinsight.co.uk/covid-19-has-made-fragile-care-markets-more-susceptible-to-failure-warns-adass.

House of Commons Health and Social Care and Housing, Communitie

s and Local Government Committees. (2018). Long term funding of adult social care First Joint Report of the Health and Social C are and Housing, Communities and Local Government Committ ees of Session 2017-19 Ninth Report of the Health and Social Ca re Committee Seventh Report of the Housing, Communities and Local Government Committee HC 768.

House of Commons Communities and Local Government Committee. (2017). Adult Social Care, Ninth Report of Session 2016-17, HC 1103, London: TSO

House of Lords Economic Affairs Committee. (2019). Social Care Fund ing; Time to end a National Scandal, Seventh Report of Session 2017-19 HL 392.

Hunt, M. E., & Gunter-Hunt, G. (1986). Naturally occurring retirement communities. Journal of Housing For the Elderly, 3(3-4), 3-22. d oi:10.1300/j081v03n03_02

Henwood, M. and Hudson, B. (2020). Care home visits – another area of confusion surrounding the UK's Covid-19 response, https://bl ogs.lse.ac.uk/politicsand
policy/care-home-visits-covid19

Imbert, E., Kinley, P. M., Scarborough, A., Cawley, C., Sankaran, M., C ox, S. N., . . . Fuchs, J. D. (2020). Coronavirus Disease 2019 (CO VID-19) Outbreak in a San Francisco Homeless Shelter. Clinical Infectious Diseases.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). https:// www.inspq.qc.ca/covid-19/donnees

Janssen M., Van der Voort H. (2020). Agile and adaptive governance in crisis response: Lessons from the COVID-19 pandemic, Internati onal Journal of Information Management, 55.

IPPR. (2019). Who Cares? The Financialisation of Adult Social Care, Lo
ndon, Insti
tute for Public Policy Research.

Jegermalm, M., & Jeppsson Grassman, E. (2012). Helpful citizens and c
aring families: Patterns of informal help and caregiving in Swed
en in a 17-year perspective. International Journal of Social Welf
are, 21(4), 422-432.

Jetté, C., Vaillancourt, Y., & Bergeron-Gaudin, J.-V. (2011). L'économi
e plurielle dans les services à domicile au Canada: une comparai
son des modes de régulation entre le Québec et l'Ontario. Lien S
ocial et Politiques(66), 155-175.

Johansson, L. (1997). Decentralisation from acute to home care setting
s in Sweden. Health Policy, 41 (Suppl.), 131-143.

Johansson, L., Malmberg, B., & Sundström, G. (2018). Ett halvt århundr
ade svensk äldreomsorg. /Half a century of Swedish old-age care
/. Tidskrift for omsorgsforskning, 4, 1, 62-68.

Kaiser Family Foundation. (2019). Total Number of Certified Nursing F
acilities. https://www.kff.org/other/state-indicator/number-of-
nursing-facilities/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colI
d%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D. 2020년 9월
15일 인출.

Kaiser Family Foundation. (2020a). How might Coronavirus Affect Resi
dents in Nursing Facilities? Retrieved from https://www.kff.org/
medicaid/issue-brief/data-note-how-might-coronavirus-affect-
residents-in-nursing-facilities/

Kaiser Family Foundation. (2020b). State Data and Policy Actions to A
ddress Coronavirus. from https://www.kff.org/coronavirus-covi
d-19/issue-brief/state-data-and-policy-actions-to-address-cor

onavirus/. 2020년 9월 30일 인출.

Kehusmaa S, Autti-Rämö I, & Rissanen P. (2013). Omaishoidon vaikutus ikääntyneiden hoidon menoihin. [Impact of informal care provision on elderly care expenditure]. Yhteiskuntapolitiikka 74, 138-151.

Keskimäki I, Tynkkynen LK, Reissel E, Koivusalo M, Syrjä V, Vuorenkoksi L, Rechel B, & Karanikolos M. (2019). Finland health system review. Health Systems in Transition Vol. 21 No. 2 2019. European Observatory on Health Systems and Policies.

KFF analysis of 2018 Behavioral Risk Factor Surveillance System and 2018 American Community Survey. (2018). Retrieved from https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/

Kiers, B. (2020). Conny Helder: 'Ouderenzorg had steeds onvoldoende aandacht bij het RIVM', in Zorgvisie. 2020; Available from: https://www.zorgvisie.nl/magazine-artikelen/conny-helder-ouderenzorg-had-steeds-onvoldoende-aandacht-bij-het-rivm/

Kröger T. (2020). Interviewed by Lundelin K for Seura magazine. Onneksi hoivakriisi edelsi koronaepidemiaa – Yhteiskuntapolitiikan professori: ”Nyt selviävät parhaiten ne vanhuspalvelut, jotka korjasivat toimintaansa vuosi sitten” [Luckily the care crisis preceded the corona epidemic - Professor of Social Policy: “Now the elderly services that repaired their activities a year ago are going strong” https://seura.fi/asiat/ajankohtaista/onneksi-oli-hoivakriisi-ennen-koronaepidemiaa-nyt-vanhuspalvelut-selviavat-paremmin/ (referred 22nd May 2020)

Kröger T, Puthenparmbil J, Aerschot van Lina. (2019). Care poverty: unmet care needs in a Nordic welfare state. International Journal

of Care and Caring 3(4): 485-500(16)

Kröger T, Van Aerschot L, & Puthenparambil J .(2018). Hoivatyö muut oksessa: suomalainen vanhustyö pohjoismaisessa vertailussa [Ca re in change: Finnish old age care work in a Nordic comparison] YFI Publications, Jyväskylä of Tampere.

Kruse, F. Abma, I. & P. Jeurissen. (2020a). The impact of COVID-19 o n long-term care in the Netherlands. LTCcovid, International Lo ng-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 26 May 2020.

Kruse F., van Tol L., Vrinzen C., van der Woerd O., Jeurissen P. (2020 b). The impact of COVID-19 on long-term care in the Netherlan ds: the second wave, International Long-Term Care Policy Netw ork, CPEC-LSE, 25 November 2020.

Kunst A., De Visser M., Stoeldraijer L., Harmsen C. (2020). Oversterfte tijdens de eerste zes weken van de corona-epidemie Sociaal-de mografische en geografische verschillen, CBS|Statistische Trend s|2020.

Kuntaliitto. (2020). Municipal population and age structure in 31 Dec 2019. https://www.kuntaliitto.fi/talous/kuntien-vaesto-ja-ikara kenne (referred 17th September 2020)

Kuyper, L. and K. Putters. (2020). 18 mei. Zicht op de samenleving in coronatijd. Eerste analyse van de mogelijke maatschappelijke ge volgen en implicaties voor beleid. 2020, Sociaal en Cultureel Pla nbureau,: Den Haag.

Kwiatkowski, M., & Nadolny, T. (2020). We want to live': At-risk adult s, home health care workers fear coronavirus. USA Today.

Laukkala T, Tuisku K, Junttila K, Haravuori H, Kujala A, Haapa T, & Jy lhä P. (2020). Psychosocial well-being during COVID-19 pandem ic among the Finnish health care professionals. Duodecim, onlin

e article.

Lavoie, J.-P. (2014). La responsabilité des soins aux aînés au Québec. Du secteur public au privé.

Levy, B. R., Slade, M. D., Chang, E.-S., Kannoth, S., & Wang, S.-Y. (2020). Ageism amplifies cost and prevalence of health conditions. The Gerontologist, 60(1), 174-181.

Lurie, N., Saville, M., Hatchett, R., & Halton, J. (2020). Developing Covid-19 vaccines at pandemic speed. New England Journal of Medicine, 382(21), 1969-1973.

Maatricht University & Radboudumc. (2020). 18 mei. Gefaseerde en gecontroleerde aanpassing van de bezoekregeling in verpleeghuizen: indrukken week 1. 2020; https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/20/gefaseerde-en-gecontroleerde-aanpassing-van-de-bezoekregeling-in-verpleeghuizen

Malmberg, B. & Sundström, G. (2020). Anhöriga i närbild. En nationell kartläggning (Family carers close up. A national survey). Kalmar: Nationellt Kompetenscentrum Anhöriga. In press.

Marchildon, G. P., & Matteo, L. d. (Eds.). (2015). Bending the Cost Curve in Health Care: Canada's Provinces in International Perspective. Toronto: University of Toronto Press.

Marchiondo, L., Gonzales, E., & Williams, L. (2017). Workplace age discrimination: Long-term relationships with health and retirement intentions. The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences & Social Sciences, 74(4), 655-663.

Marier, P. (forthcoming). The Four Lenses of Population Aging: Planning for the Future in Canada's Provinces. Toronto: University of Toronto Press.

Marier, P., Carrière, Y., & Purenne, J. (2020). Living on Easy Street? Th

e Myth of the Affluent Senior. In V. Billette, P. Marier, & A.-M. S éguin (Eds.), Growing Wise about Getting Old: Debunking Myths about Aging (pp. 20-27). Vancouver: Pubish Books.

Maruschak, L. M., Berzofsky, M., & Unangst, J. (2015). Medical proble ms of state and federal prisoners and jail inmates, 2011-12: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Just ice

McGarry, B. E., Grabowski, D. C., & Barnett, M. L. (2020). Severe Staffi ng and Personal Protective Equipment Shortages Faced by Nursi ng Homes during the COVID-19 Pandemic. Health Affairs, 39(1 0). 1812-1821.

McGilton, K. S., Escrig-Pinol, A., Gordon, A., Chu, C. H., Zuniga, F., S anchez, M. G., . . . Bowers, B. (2020). Uncovering the Devaluatio n of Nursing Home Staff During COVID-19: Are We Fuelling the Next Health Care Crisis? J Am Med Dir Assoc, 21(7), 962-965. do i:10.1016/j.jamda.2020.06.010

McTarnaghan, S., Bernstein, H., Vilter, C., & & Okoli, A. (2020). Includ ing Immigrants in State and Local Support Responses during the COVID-19 Pandemic Retrieved from https://www.urban.org/urb an-wire/including-immigrants-state-and-local-support-respons es-during-covid-19-pandemic?cm_ven=ExactTarget

Meagher, G., & Szebehely, M. (Eds.). (2013). Marketisation in Nordic el dercare: a research report on legislation, oversight, extent, and consequences. Stockholm Studies in Social Work 30. Departmen t of Social Work: Stockholm University.

Means, R. and Smith, R. (1985). The Development of Welfare Services for Elderly People, London: Croom Helm.

Means, R., Morbey, H. and Smith, R. (2002). From Community Care to

Market Care, Bristol: Policy Press.

Ministry of Finance. (2020). Municipalities at a turning point? Information on the situation of municipalities in 2020. Publications of the Ministry of Finance 2020:13. file:///C:/Users/js70840/AppData/Local/Temp/VM_2020_13_Kuntien_tilannekuva_2020.pdf (referred 17th September 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Aluehallinto [Regional State Administrative Agencies] https://stm.fi/aluehallinto (referred 21st September 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Fighting infectious disease: Responsibilities of the authorities. https://stm.fi/en/fighting-infectious-disease-responsibilities-of-the-authorities (referred 6th May 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Kuntainfo: Sosiaali- ja terveysministeriö on tarkistanut koronavirusepidemian aikana antamansa määräykset, ohjeet ja suositukset – suurimman osan voimassaolo on päättynyt [Municipal info: The Ministry of Social Affairs and Health has reviewed the regulations, instructions and recommendations issued during the coronavirus epidemic - most have expired] https://stm.fi/-/kuntainfo-sosiaali-ja-terveysministerio-on-tarkistanut-koronavirusepidemian-aikana-antamansa-maaraykset-ohjeet-ja-suositukset-suurimman-osan-voimassaolo-on-paattynyt (referred 22nd September 2020).

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Ministry of Social Affairs and Health guidelines to municipalities on how to implement rehabilitative work between 1 June and 31 July 2020. https://stm.fi/en/-/sosiaali-ja-terveysministerio-ohjeistaa-kuntia-kuntouttavan-tyotoiminnan-toteutustavoista-1-6-2020-31-7-2020-valisen

a-aikana. (referred 22nd September 2020).

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Prepadness for the COVI D-19 disease – a state of emergency in Finland. https://stm.fi/en /coronavirus-preparedness (referred 14th May 2020)

Ministry of Social Affairs and Health. (2020). Report on the use of com munity face covernings to prevent the spread of the COVID-19 e pidemic. Helsinki, Reports and Memorandums of the Ministry of Social Affairs and Health 2020: 21. Press release in English: http s://stm.fi/en/-/selvitys-kasvosuojusten-kaytosta-koronavirustart untojen-ehkaisemisessa-laajaa-vaihtelua-maakohtaisissa-linjau ksissa-ja-vahan-tutkimustietoa

Morrow-Howell, N., & Gonzales, E. (2020). Recovering From Coronavi rus Disease 2019 (COVID-19): Resisting Ageism and Recommitti ng to a Productive Aging Perspective. The Public Policy and Agi ng Report.

Morrow-Howell, N., Galucia, N., & Swinford, E. (2020). Recovering fro m the COVID-19 pandemic: A focus on older adults. Journal of Aging & Social Policy, 1-9.

MVWS (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport) (2020a), 19 mei. Richtlijn Persoonlijke Beschermingsmiddelen (PBM) voor m antelzorgers, PGB-gefinancierde zorgverleners en vrijwilligers in palliatieve zorg. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richt lijnen/2020/05/19/richtlijn-persoonlijke-beschermingsmiddelen -voor-mantelzorgers-pgb-gefinancierde-zorgverleners-en-vrijw illigers-in-palliatieve-zorg.

MVWS (Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport). (2020b). 12 mei. Richtlijn testbeleid van mantelzorgers, vrijwilligers in de pa lliatieve zorg en PGB-gefinancierde zorgverleners. 2020; Availab

le from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/richtlijnen/2020/05/12/richtlijn-testbeleid-mantelzorgers-vrijwilligers-palliatieve-zorg-en-pgb-gefinancierde-zorgverleners.

MVWS (2020c) Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. (2020 b). 16 april. Richtlijn mantelzorgondersteuning. 2020.

Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., . . . Naspro, R. (2020). At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, 1(2).

Nania, R. (2020). CDC Information on Covid-19 Risk for Older Populations. Retrieved from https://www.aarp.org/health/conditions-treatments/info-2020/cdc-covid-19.html

National Academies of Sciences, E., & Medicine. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System.

NAO. (2018). Adult Social Care at a Glance, London, National Audit Office.

National Alliance on Caregiving. (2020). Caregiving in the U.S. 2020. Retrieved from https://www.caregiving.org/caregiving-in-the-us-2020/

National Council on Aging. (2020). Social Isolation and Loneliness Among Older Americans during COVID-19. Retrieved from https://www.ncoa.org/resources/webinar-social-isolation-and-loneliness-among-older-americans-during-covid-19-evidence-policy-and-advocacy

National Institute of Health. (2017). Residential facilities, assisted living, and nursing homes. https://www.nia.nih.gov/health/residenti

al-facilities-assisted-living-and-nursing-homes. 2020년 7월 27일 인출.

National Institute on Aging. (2017). Residential Facilities, Assisted Living, and Nursing Homes. https://www.nia.nih.gov/health/residential-facilities-assisted-living-and-nursing-homes. 2020년 7월 15일 인출.

NBHW, National Board of Health and Welfare. (2020d). Statistics on covid-19. Socialstyrelsen (2020). Statistik om covid-19 (in Swedish).

NBHW, National Board of Health and Welfare. (2020e). Work methods in municipal health and medical care at covid-19. Socialstyrelsen (2020). Arbetssätt i kommunal hälso- och sjukvård vid covid-19 (in Swedish).

NBHW, National Board of Health and Welfare (2020g). Fewer people living at home, have applied for, and received Home Help. Socialstyrelsen (2020). Färre i ordinärt boende har fått insatser från socialtjänsten.

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2016). The situation and development of health care and social services. Report of the situation 2016]. Socialstyrelsen (2016). Tillståndet och utveckling en inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2016 Retrieved from Stockholm: National Board of Health and Welfare (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2017). The unit survey on the Health and social care in the municipalities in 2017 Socialstyrelsen (2017). Enhetsundersökningen om äldre och kommunernas hälso- och sjukvård 2017 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2019a). Open compari

sons 2018 - Services and Care for the Elderly. Socialstyrelsen (20 19). Öppna jämförelser 2018. Vård och omsorg om äldre (in Swe dish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2019b). Services and c are for older people. Report of the situation 2019. Socialstyrels en. (2019). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2019 (in Sw edish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020a). Statistics on C are and Services for the Elderly 2019. Socialstyrelsen (2020). Stat istik om socialtjänstinsatser till äldre 2019 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020b). Services and c are for older people. Report of the situation 2020. Socialstyrelse n (2019). Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2020 (in Swed ish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020c). Statistics on El derly and People with Impairments – Management Form 2019. S ocialstyrelsen (2020). Statistik om äldre och personer med funkti onsnedsättning efter regiform 2019 (in Swedish).

NBWH, National Board of Health and Welfare. (2020f). Open comparis ons 2020 - Crisis preparedness in social services and municipal health care. Socialstyrelsen (2020). Öppna jämförelser 2020 – Kri sberedskap inom socialtjänst och kommunal hälso- och sjukvård (in Swedish).

Nederlandse Patiëntenfederatie. (2020). Uitstel geplande zorg door de corona-crisis. https://www.patientenfederatie.nl/images/stories /dossier/Ziekenhuiszorg/17042020_Flitspeiling_Uitstel_onderzo ek_en_behandeling_2.pdf (consulted 26-11-2020)

Noro A .(2019). Ikäihmisten palveluiden vertaiskehittäminen [Bench

marking the old age care] In: Sote-järjestelmän bencmarking-päivä [Bechmarking day for social and health care system] Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, 28th November 2019.

Noro A. (2019). Ikäihmisten palveluiden vertaiskehittäminen. In: Sote-järjestelmän bencmarking-päivä. Finnish Institute for Health and Welfare, Helsinki, 28th November 2019.

Nuffield Trust. (2019a). What Can England Learn from the Long-Term Care Scheme in Germany? London, Nuffield Trust.

Nuffield Trust. (2019b). What can England learn from the long-term care system in Japan? London, Nuffield Trust.

NVAVG & Verenso. (2020). Behandeladvies COVID-19 Acute fase en nazorg. Voor SO en AVG in verpleeghuizen, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, woonzorgcentra en kleinschalige woonvoorzieningen (mits hoofdbehandelaar). Update 12 mei 2020. 2020; Available from: https://www.verenso.nl/_asset/_public/Dossiers/200512-18-00-COVID-19-behandel-advies-update-herstructurering-DEFNITIEF.pdf.

NZa. (2019). NZa: uitgaven langdurige zorg groeien sneller dan verwacht. 2019 Retrieved on: 26-05-2020; Available from: https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2019/06/13/nza-uitgaven-langdurige-zorg-groeien-sneller-dan-verwacht.

NZa. (2020). Analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de langdurige zorg - 16 juni 2020. https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_311715_22/1/ Utrecht: Nederlandse ZorgAutoriteit.

OECD. (2017). Health at a Glance 2017. OECD Indicators.

OECD. (2019). Health at a Glance 2019. OECD Indicators.

Official Statistics Finland. (2019). Kotihoito ja sosiaalihuollon laitos- ja asumispalvelut 2018. [Home care and institutional care and ho

using services 2018]. Finnish Institute for Health and Welfare Statistics Report 41/2019.

Older People in Québec: The PRISMA Project. In V. Amelung, V. Stein, N. Goodwin, R. Balicer, E. Nolte, & E. Suter (Eds.), Handbook Integrated Care (pp. 499-510). Cham: Springer.

Organisation for Economic Co-operation and Development. (2019). Health at a Glance. Paris: OECD.

Orgera, K., McDermott, D., Twitter, M., Claxton, G., Koma, W., & Twitter, C. (2020). Urban and rural differences in coronavirus pandemic preparedness. Retrieved from https://www.healthsystem tracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/

Orgera, K., McDermott, D., Twitter, M., Claxton, G., Koma, W., & Twitter, C. (2020). Urban and rural differences in coronavirus pandemic preparedness. Retrieved from https://www.healthsystemtracker.org/brief/urban-and-rural-differences-in-coronavirus-pandemic-preparedness/

Ottawa: Canadian Healthcare Association.

Oudijk, D., de Boer, A., Woittiez, I., Timmermans, J., & de Klerk, M. (2010). Mantelzorg uit de doeken [Informal care reveiled]. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau. Available at: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2010/Mantelzorg_uit_de_doeken (in Dutch)

Page, K. R., Venkataramani, M., Beyrer, C., & Polk, S. (2020). Undocumented US immigrants and Covid-19. New England Journal of Medicine, 382(21), e62.

Park, S. S. (2020). Caregivers' Mental Health and Somatic Symptoms During COVID-19. The Journals of Gerontology: Series B.

Perron, A., Dufour, C., Marcogliese, E., & Gagnon, M. (2020). La déno nciation infirmière en contexte de pandémie de COVID-19: une analyse du contenu de la plate-forme “je dénonce”. Aporia, 12 (1), 76-90.

PHA, Swedish Public Health Agency. (2020). Consequences for persons 70 years and older of infection control measures against covid-1 9. Folkhälsomyndigheten (2020). Konsekvenser för personer 70 å r och äldre av smittskyddsåtgärder mot covid-19.

Pirhonen, J., Blomqvist, K., Harju, M., Laakkonen, R., Lemivaara, M. (2 020) Etäläheiset – hoivakotien koronaeristys asukkaiden läheiste n kokemana. [Remote loved ones - the corona isolation in nursi ng homes as experienced by the loved ones] Accepted for public ation in Gerontologia.

Pramsten, S. (2020). Covid-19 ofta inte ensam dödsorsak bland äldre. L äkartidningen, 35 – 36. Covid-19 is often not the only cause of d eath among the elderly. The Swedish Medical Journal/ 35-36.

Protecteur du citoyen. (2020). Rapport annuel d’activités 2019-20. Qu ébec: Le Protecteur du citoyen

Public Health Agency of Canada. (2020). https://www.canada.ca/en/p ublic-health.htmlhttps://www.canada.ca/en/public-health.html

Public Health England. (2017). Exercise Cygnus Report Tier One Com mand Post Exercise Pandemic Influenza 18-20 October 2016.

Pulkki J, Jylhä M, Forma L, Aaltonen M, Raitanen J & Rissanen P. (201 6). Long-term care use among old people in their last 2 years of life: variations across Finland. Health Soc Care Community 24, 4 39-49.

Pulkki J, & Tynkkynen L-K .(2020). Misunderstanding home: Exploring depictions of home in old age policy decision-making. Internati

onal Journal on Ageing and Late Life, open access, 14(1).

Rajan, S. & McKee, M. (2020). Learning from the impacts of Covid-19 on care homes; a pilot survey www.ltccovid.org.

Rantainen, T. (2020). Vanhuutta koronan aikaan [Being old in corona t ime]. Science blog. https://jyunity.fi/ajattelijat/vanhuutta-koron an-aikaan/?fbclid=IwAR3oXXYxHNUh6txVGdNiQVhkkoI14FJH D3RBpDh7G5rhbncZxTrUs2EzO1o (referred 15th September 20 20).

Ravalier, J., Morton, R., Russell, L., & Rei Fidalgo, A. (2019). Zero-hour contracts and stress in UK domiciliary care workers. Health & so cial care in the community, 27(2), 348-355.

Regional State Administrative Agencies (2020) Coronavirus COVID-1 9. http://www.avi.fi/web/avi/usein-kysytyt-kysymykset#E1 (refe rred 13rd September 2020)

Religa, D., Hägg, S. (2020). Skörhet mer kopplad till dödlighet i covid-19 än ålder. Läkartidningen, 38 – 39, 2020. Covid-19 is often not the only cause of death among the elderly. The Swedish Medical Journal/ 38–39.

Rijksoverheid. (2020a), Opstart initiatief Landelijk Consortium Hulpmi ddelen 2020; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/actue el/nieuws/2020/03/24/opstart-initiatief-landelijk-consortium-h ulpmiddelen.

Rijksoverheid. (2020b), Factsheets verdeling persoonlijke bescherming smiddelen 2020; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/o nderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/publicaties/202 0/04/11/factsheet-verdeling-pbm.

Rijksoverheid. (2020c). Testbeleid uitgebreid voor nieuwe doelgroepen Nieuwsbericht | 30-04-2020 | 19:09 https://www.rijksoverheid.

nl/actueel/nieuws/2020/04/30/testbeleid-uitgebreid-voor-nieuwe-doelgroepen

Rijksoverheid. (2020d). 19 mei. Routekaart voor mensen met een kwetsbare gezondheid. 2020; Available from: https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2020/05/20/routekaart-voor-mensen-met-een-kwetsbare-gezondheid

Rijksoverheid. (2020e). Vanaf 1 juni testen mogelijk voor iedereen met milde klachten, Nieuwsbericht, 27-05-2020, 15:00

Rijksoverheid. (2020f). Mondkapje verplich vanaf 1 december, Nieuwsbericht, 19-11-2020, 15:00

Rijksoverheid. (2020g). Zorg voor kwetsbare mensen die thuis wonen nader uitgewerkt, Nieuwsbericht | 16-04-2020 | 19:02

Rissanen P, Parhiala K, Kestilä L, Härmä V, Honkatukia J, & Jormanainen V. (2020). COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen – nopea vaikutusarvio [Impact of the COVID-19 epidemic on the service needs of the population, the service system and the national economy - rapid impact assessment] THL report 8/2020.

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu). (2020a). Risicogroepen en COVID-19. 2020 Retrieved on: 24-05-2020; Available from: https://www.rivm.nl/coronavirus-covid-19/risicogroepen

RIVM (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu) (2020b) Advies n.a.v. 88e OMT (Outbreak Management Team), 23 November 2020, Ministry of Health Welfare and Sport https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2020/11/23/advies-nav-88e-omt

Rothman, S., Gunturu, S., & Korenis, P. (2020). The mental health impact of the COVID-19 epidemic on immigrants and racial and ethnic minorities. QJM: An International Journal of Medicine.

Rowles, G. D. & Teaster, P. B. (2015). Long-Term Care in an Aging Soc iety: Theory and Practice (1st Edition). Springer Publishing Com pany.

SALAR, The Swedish Association of Local Authorities and Regions. (20 20a). Homebased care and services 2019 - difficulties and succe ss factors. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2020). Vård och omsorg i hemmet 2019 – svårigheter och framgångsfaktorer (in Swedish).

SALAR, The Swedish Association of Local Authorities and Regions. (20 20b). Facts about elderly care in the light of the corona pandemi c. Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2020). Fakta om äldre omsorgen i ljuset av coronapandemin (in Swedish).

Satre, D. D., Hirschtritt, M. E., Silverberg, M. J., & Sterling, S. A. (202 0). Addressing problems with alcohol and other substances amo ng older adults during the COVID-19 pandemic. The American J ournal of Geriatric Psychiatry, 28(7), 780-783.

SBU. (2013). Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukh us – med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt [Comprehensive geriatric assessment and care of frail older peo ple]. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering [S wedish Council on Health Technology Assessment].

Scharlach, A. E., & Lehning, A. J. (2012). Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. Ageing and Society, 33(1), 110-136. doi:10.1017/s0144686x12000578

Schols J.M.G.A., Poot E.P., Nieuwenhuizen N.M., Achterberg W.P. (202 0), Dealing with COVID-19 in Dutch Nursing homes, The Journa l of Nursing Home Research Sciences, ;6:30-34.

Schön, P. & Johansson, L. (2016). European Social Policy Network. Th

ematic report on work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives. Sweden 2016. Report. EU network of independent experts on social inclusion. Brussels: European Commission: European Union.

Schön, P., Lagergren, M., & Kåreholt, I. (2016). Rapid decrease in length of stay in institutional care for older people in Sweden between 2006 and 2012: results from a population-based study. Health & Social Care in the Community, 24(5), 631-638

Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. Journal of Social Work Education, 44(sup 3), 105-113.

SCP (Sociaal Cultureel Planbureau). (2020). Zicht op de samenleving; eerste analyse van de mogelijke maatschappelijke gevolgen en implicaties voor beleid. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

SCP (Sociaal Cultureel Planbureau). (2020) Eerste doordenking maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen. Beleidssignalement, Maatschappelijke effecten Corona, 7 mei 2020.

Seifert, A., Cotten, S. R., & Xie, B. (2021). A double burden of exclusion? Digital and social exclusion of older adults in times of COVID-19. The Journals of Gerontology: Series B, 76(3), e99-e103.

Séguin, A.-M., Van Pevenage, I., & Dauphinais, C. (2020). Do Most Very Old Quebecers Live in Residential Long-Term Care Centres? In V. Billette, P. Marier, & A.-M. Séguin (Eds.), Growing Wise about Getting Old: Debunking Myths about Aging (pp. 55-63). Vancouver: Pubish Books.

Sengupta, M., Valverde, R., Lendon, J. P., Rome, V., Caffrey, C., & Harris-Kojetin, L. D. (2016). Long-term care providers and services

users in the United States - State estimates supplement: National study of long-term care providers, 2013-2014. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Seppälä TT, Pekurinen M (2014) Sosiaali- ja terveydenhuollon keskei set rahavirrat. [The main funding sources of for social and healt h care] THL raportteja / THL report 22/2014.

Simard, J., & Volicer, L. (2020). Loneliness and Isolation in Long-term Care and the Covid-19 pandemic. Journal of the American Medi cal Directors Association.

Simon, B. (2020). How Covid-19 has magnified some of social care's k ey problems, www.kingsfund.org.

Sipilä, J. (1997). Social care services: The key to the Scandinavian welf are model: Aldershot, Avebury.

Sizoo E.M., Monnier A.A., Bloemen M., Hertogh C.M.P.M., Smalbrugge M., (2020) Dilemmas With Restrictive Visiting Policies in Dutch Nursing Homes During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative A nalysis of an Open-Ended Questionnaire With Elderly Care Physi cians, Journal of the American Medical Directors Association, 21 (12): 1774-1781.e2.

Skills for Care (2019). The State of the adult Social Care Sector and W orkforce in England, skillsforcare.org.uk/adult-social-care-work force-data/Workforce-intelligence/publications/national-infor mation/The-state-of-the-adult-social-care-sector-and-workfor ce-in-England.aspx. 09 April 2020.

Skipr (2020). 22 mei. 'Ziekte-uitval onder verpleeghuispersoneel neem t toe'. 2020; Available from: https://www.skipr.nl/nieuws/ziekte -uitval-onder-verpleeghuispersoneel-neemt-toe/?daily=1&tid=T IDP524288XECECCC6C590F488B947541F9041BFC0AYI4&utm_

medium=email&utm_source=20200525%20skipr%20daily%20nieuwsbrief%20-%20&utm_campaign=NB_SKIPR.

Sköldunger A, Wimo A, Sjögren K, et al. Resource use and its association to cognitive impairment, ADL functions, and behavior in residents of Swedish nursing homes: results from the U-Age program (SWENIS study). International Journal of Geriatric Psychiatry. 2019;34(1):130-6.

Social Insurance Institution. (2020) Frequently asked questions about the corona virus situation https://www.kela.fi/web/en/corona-frequently-asked-questions?inheritRedirect=true (referred 15th September 2020). Finnish Institute for Health and Welfare (2020) Koronaan liittyvillä rajoitustoimilla säästetyt laatupainotetut elinvuodet[Quality-weighted

life years saved by corona-related restrictive measures] June 10th 2020. https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/talous-ja-politiikka/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2020/koronaan-liittyvilla-rajoitustoimilla-saastetyt-laatupainotetut-elinvuodet .(referred 15th September 2020)

Société canadienne d'hypothèques et de logement. (2019). Rapport sur les résidences pour personnes âgées. Ottawa: Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Soergel, A. (2020). Are nursing home visits allowed in my state? American Association of Retired Person. Retrieved from https://www.aarp.org/caregiving/health/info-2020/nursing-home-visits-by-state.html

Song, Y., Hoben, M., Norton, P., & Estabrooks, C. A. (2020). Association of Work Environment With Missed and Rushed Care Tasks Among Care Aides in Nursing Homes. JAMA Netw Open, 3(1), e1920

092. doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.20092

Span, P. (2020). Just what older people didn't need: More isolation. Retrieved from https://www.nytimes.com/2020/04/13/health/coronavirus-elderly-isolation-loneliness.html? fbclid=IwAR1dLpzQ80aXG8ERacNtMvfkej01IOBX3nKEJO72MEEmwkacvLQxfODqKP0

Sparks, H. (2020). Morbid 'boomer remover' coronavirus meme only makes millennials seem more awful. New York Post.

Spilsbury, K., Devi, R., Griffiths, A., Akrill, C., Astle, A., Goodman, C., ... & Thompson, C. (2020). Seeking Answers for Care Homes during the COVID-19 pandemic (COVID SEARCH). Age and Ageing.

Stall, N. M., Jones, A., Brown, K. A., Rochon, P. A., & Costa, A. P. (2020). For-profit long-term care homes and the risk of COVID-19 outbreaks and resident deaths. CMAJ, 192(33), E946-E955. doi:10.1503/cmaj.201197

Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. American Journal of Occupational Therapy, 71(2), 7102290010p1-7102290010p11.

Sterling, M. R., & Shaw, A. L. (2019). Sharing the care—a patient and her caregivers. JAMA Internal Medicine, 179(12), 1617-1618.

StiB (Steunpunt Mantelzorg Breda). (2020). Corona en Mantelzorg. Verslag onderzoek, 17 april 2020.

Stolte E., Steinmetz, S., van der Roest H.,De Vries D., Van Tilburg, T. (2020). De sociale situatie van zelfstandig wonende ouderen in mei 2020, tijdens het hoogtepunt van de coronacrisis, https://research.vu.nl/en/publications/de-sociale-situatie-van-zelfstandig-wonende-ouderen-in-mei-2020-t

Stone, I. R., Sanders, A., & Magan, G. (2020). Under the Radar: Affordable Senior Housing Communities Need Support To Fight COVID-19. https://www.healthaffairs.org/do/10.1377/hblog20200515.635326/full/

Strandell, R. (2019). Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015. Health & Social Care in the Community, 28, 137-147.

STT News. (2020). Tehyn ja SuPerin terveiset budjettiriiheen: Hoitajien panos koronan hoidossa on korvattava [Greetings from Tehy and SuPer to the budget dispute: The contribution of caregivers in the care of the corona must be reimbursed] 11 Sep 2020 https://www.sttinfo.fi/tiedote/tehyn-ja-superin-terveiset-budjettiriiheen-hoitajien-panos-koronan-hoidossa-on-korvattava?publisherId=69817322&releaseId=69888585 (referred 22nd Sep 2020)

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). Opioid Treatment Program (OTP) Guidance. . Retrieved from https://www.samhsa.gov/sites/default/files/otp-guidance-20200316.pdf.

Sundström, G. (2019). Mer familj, mer omsorg /More Family, More Care/. Stenkvista: Familjen först (www.familjenforst.nu).

Sundström, G., Jegermalm, M., Abellán, A., Ayala, A., Pérez Diaz, J., Pujol, R. & Souto, J. (2018). Men and older persons also care, but how much? Assessing amounts of caregiving in Spain and Sweden. International Journal of Aging and Later Life, 12, 1, 75-90.

Swinford, E., Galucia, N., & Morrow-Howell, N. (2020). Applying gerontological social work perspectives to the coronavirus pandemic. Journal of Gerontological Social Work, 1-11.

Swinkels J.C., Suanet B., Deeg D.J.H. & Broese Van Groenou M.I., (201

6), Trends in the informal and formal home-care use of older adults in the Netherlands between 1992 and 2012, Ageing and Society, 36, pp. 1870-1890.

Szebehely (Eds.), Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences (pp. 23-83): Stockholm Studies in Social Work 30. Department of Social Work: Stockholm University.

Szebehely, M. (2020). The impact of COVID-19 on long-term care in Sweden. LTCcovid.org, Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 22 July 2020.

Szebehely, M., & Trydegård, G. B. (2012). Home care for older people in Sweden: a universal model in transition. Health & Social Care in the Community, 20(3), 300–309.

The Alzheimer Association of Finland. (2020). Unpublished information gathered from the clients. Siipola T, Suomu K, the regional member associations.

The Association of Finnish Municipalities. (2020). Päätösluonnos valmiuslain (1552/2011) 86 §:n mukaisiin sosiaalihuollon ohjaustoimiin ryhtymisestä [Draft decision on taking social care guidance measures in accordance with section 86 of the Emergency Preparedness Act (1552/2011)] https://www.kuntaliitto.fi/lausunnot/2020/paatosluonnos-valmiuslain-15522011-86-ssn-mukaisiin-sosiaalihuollon-ohjaustoimiin (referred 3rd September 2020)

The Human Mortality Database. www.mortality.org (referred 22nd September 2020)

The Union of Health and Social Care Professionals. (2020). Survey results from Korona on tehnyt työstä vaativampaa ja vaarallisempaa [TEHY's inquiry: Korona has made the work more demanding an

d dangerous] 21 Apr 2020. https://www.tehy.fi/fi/mediatiedote/tehyn-kysely-korona-tehnyt-tyosta-vaativampaa-ja-vaarallisempaa (referred 22nd Sep 2020)

The Union of Health and Social Care Professionals. (2020). Survey results from Suojautumisessa selviä puutteita – työturvallisuus tärkeämpää kuin koskaan [TEHY's survey: Clear shortcomings in protection - occupational safety more important than ever] 6 April 2020. https://www.sttk.fi/2020/04/06/tehyn-kysely-suojautumisessa-selvia-puutteita/ (referred 22nd Sep 2020)

Tiirinki H, Tynkkynen L-K, Sovala M, Atkins S, Koivusalo M, Rautiainen P, Jormanainen V, Keskimäki I. (2020). COVID-19 pandemic in Finland – Preliminary analysis on health system response and economic consequences. Health Policy and Technology, 2020. https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.08.005.

TK. (2019/2020a). Kamerbrief met nieuwe aanvullende maatregelen om de COVID-19-uitbraak te bestrijden (brief dd. 19 mei). Tweede Kamer, vergaderjaar 2019/2020, 25 295, nr. 351.

TK. (2019/2020b). Kwaliteit van zorg. Tweede Kamer, vergaderjaar 2019/2020, 31 765, nr. 491.

Tynkkynen LK, Keskimäki I, Atkins S, Koivusalo M, Rautiainen P, Reisell E, Aalto AM, Jormanainen V, Satokangas M, & Viita-Aho M (2020). COVID-19 Health System Response Monitor Finland. https://www.covid19healthsystem.org/countries/finland/countrypage.aspx (referred 15th September 2020)

Ulmanen, P. & Szebehely, M. (2015). From the state to the family or to the market? Consequences of reduced residential care in Sweden. International Journal of Social Welfare, 24, 1, 81-92.

Understanding the impact of COVID-19 on residents of Canada's long

-term care homes - ongoing challenges and policy resposne: International Long-Term Care Policy Network.

United Nations. (2020). COVID-19 Pandemic Exposes Global 'Frailties and Inequalities': UN Deputy Chief. Retrieved from https://news.un.org/en/story/2020/05/1063022

U.S. Government Accountability Office. (2005). Elderly housing: Federal housing programs that offer assistance for the elderly. (Publication No. GAO-05-174). Retrieved from https://www.gao.gov/new.items/d05174.pdf

U.S. Department of Health & Human Services. (2020). State Medicaid Programs. https://longtermcare.acl.gov/medicare-medicaid-more/medicaid/index.html. 2020년 8월 23일 인출.

V&VN. (2020a). Stil drama in wijk en verpleeghuizen door tekort beschermende middelen [press release]., 6 april 2020

V&VN. (2020b). 1 mei. Peiling V&VN: tekorten maskers houden aan, psychische druk hoog. 2020 Retrieved on; Available from: https://www.venvn.nl/nieuws/peiling-v-vn-tekorten-maskers-houden-aan-psychische-druk-hoog/.

Vahia, I. V., Blazer, D. G., Smith, G. S., Karp, J. F., Steffens, D. C., Forester, B. P., . . . Reynolds III, C. F. (2020). COVID-19, mental health and aging: A need for new knowledge to bridge science and service. The American Journal of Geriatric Psychiatry.

Van Bochove M., Snel E. (2020). Solidariteit: hulp geven en ontvangen, in Engbersen G., Wentink T. (red.) De bedreigde stad: de maatschappelijke impact van COVID-19 op Rotterdam, Kenniswerkplaats Leefbare Wijken, Rotterdam, april 2020.

Van Boekel L., Stoop A., Luijkx K.G. (2020). Uitbraak COVID-19 in de verpleeghuiszorg Wat kunnen we leren uit de literatuur van ande

re rampen of crisissituaties? Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 2020, vol. 51.

Van de Wie. (2020). M. Manifest: Doe verpleeghuizen tijdens tweede coronagolf niet meer op slot. 2020 Retrieved on: 20-11-2020; Available from: https://www.trouw.nl/zorg/manifest-doe-verpleeghuizen-tijdens-tweede-coronagolf-niet-meer-op-slot~ba185602/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.vilans.nl%2Fartikelen%2Fvilans-tekent-manifest-verpleeghuizen-tijdens-tweede-golf-niet-weer-op-slot.

Van der Klundert, M. (2020). Minister kreeg al weken signalen over dreigende tekorten in verpleeghuizen. 2020; Available from: https://nos.nl/artikel/2330830-minister-kreeg-al-weken-signalen-over-dreigende-tekorten-in-verpleeghuizen.html

Van der Klundert, M. and J. Kompeer. (2020). Vanaf 1 juni kan iedereen in Nederland op het coronavirus getest worden. 2020; Available from: https://nos.nl/artikel/2334835-vanaf-1-juni-kan-iedereen-in-nederland-op-het-coronavirus-getest-worden.html.

Van der Roest H., Prins M., van der Velden C., Steinmetz S., Stolte E., van Tilburg T., de Vries D. (2020). De impact van sociale isolatie onder bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen ten tijde van het nieuwe coronavirus, Trimbos Instituut, ZonMw, 25 juni 2020.

Van Houwelingen P & De Hart J. (2013). Maatschappelijke participatie: voor en met elkaar. In Cloïn, M. (ed.) (2013) Met het oog op de tijd Een blik op de tijdsbesteding van Nederlanders [With an eye on time. A look at the time use of Dutch people], The Netherlands Institute for Social Research (SCP), Den Haag, November 2013 (in Dutch). Available at: https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_

publicaties/Publicaties_2013/Met_het_oog_op_de_tijd

Van Dorn, A., Cooney, R. E., & Sabin, M. L. (2020). COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Lancet (London, England), 395(10232), 1243.

VenV. (2020). Handreiking voor bezoekbeleid van verpleeghuizen in corona-tijd. Actiz, Alzheimer Nederland, LOC, NIP, Verenso, V&VN en ZorgthuisNL. Geraadpleegd op 18-06-2020 via https://www.waardigheidentrots.nl/tools/handreiking-bezoekbeleid-verpleeghuizen-corona/#.

Vieira, C. M., Franco, O. H., Restrepo, C. G., & Abel, T. (2020). COVID-19: The forgotten priorities of the pandemic. Maturitas.

Vladeck, F., Segel, R., Oberlink, M., Gursen, M. D., & Rudin, D. (2010). Health indicators: A proactive and systematic approach to healthy aging. Cityscape, 12. 67-84. doi:10.2307/20868745

Wacker, R., & Roberto, K. (2014). Community resources for older adults: Programs and services in an era of change (4th ed.). Los Angeles, CA: SAGE Publications, Inc.

Whitehead, B. R. (2020). COVID-19 as a Stressor: Pandemic Expectations, Perceived Stress, and Negative Affect in Older Adults. The Journals of Gerontology: Series B.

WHO. (2020). WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Retrieved from https://covid19.who.int/

WHO. (n.d.). Ageing and life-course. Retrieved from https://www.who.int/ageing/ageism/en/

Wimo, A., Jönsson, L., Fratiglioni, L., Sandman, PO., Gustavsson, A., Sköldunger, A., & Johansson, L. (2016). The societal costs of dementia in Sweden 2012 – relevance and methodological challenges in valuing informal care. Alzheimer's Research and Therapy.

Woittiez, Isolde, Evelien Eggink en Mirjam de Klerk. (2020). Beleidssignalement Maatschappelijke gevolgen coronamaatregelen. Mensen met een verstandelijke beperking. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

Woolley, F. (2020). Canada has so few acute-care beds that even the flattest of curves will overwhelm hospitals. Fixing the system's flaws will require federal funding. Policy Options, 19 March 2020.

World Health Organization. (2020). COVID-19 and Violence Against Older People. Retrieved from https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-and-violence-against-older-people

Yle News. (2020). Hoitajaliitot ihmettelevät, miksei koronaohjeista piitata: Vanhusten hoivakotien ovia pidetään auki ja hoitajien suojaksi tarjotaan putkihuivia. [Caregivers' associations wonder why the corona guidelines are ignored: The doors of nursing homes are kept open and tube scarves are provided to protect caregivers] 23rd April 2020. https://yle.fi/uutiset/3-11315435 (referred 19th May 2020)

Yle News. (2020). Hoitajat kertovat hoivakotien kaoottisesta korona-arjesta – "Juostaan kolmessa kerroksessa, ja sijaiset kiertävät ympäri kaupungin paikkoja" [Caregivers tell of the chaotic daily life in nursing homes - "We run between three floors and deputies to our facilities around the city] 21st April 2020. https://yle.fi/uutiset/3-11314262. (referred 19th May 2020).

Yle News. (2020). Hoivakodissa Kiuruvedellä tehtiin vakavia virheitä koronaepidemiassa – potilasturvallisuus vaarantui, liki kolmannes asukkaista kuollut. [Serious mistakes were made in the corona epidemic in the care home in Kiuruvesi - patient safety was endangered, almost a third of the residents died]. 4th April 2020. http

s://yle.fi/uutiset/3-11305293 (referred 4th April 2020).

Yle News. (2020). Mänttä-Vilppula todettu 11 koronatartuntaa kuntout usosastolla – sairastuneet pääosin yli 80-vuotiaita [11 COVID-19 cases in rehabilitation ward in – most of them over 80 year of ag e] https://yle.fi/uutiset/3-11544685 (referred 15th September 20 20)

Yle News. (2020). THL: Hallituksen toimet hidastaneet selvästi koronan leviämistä Suomessa, testausta lisätään voimakkaasti [THL: The g overnment's actions have clearly slowed down the spread of the corona in Finland, and testing is being stepped up]. 1st April 202 0. https://yle.fi/uutiset/3-11285785 (referred 19th May 2020)

Zimmerman, S., Sloane, P. D., Katz, P. R., Kunze, M., O'neil, K., & Res nick, B. (2020). The need to include assisted living in responding to the COVID-19 pandemic. Journal of the American Medical Di rectors Association, 21(5), 572-575. doi:10.1016/j.jamda.2020.0 3.024