

博士學位論文

韓國의 老人 케어福祉 政策에
관한 研究

2002年 12月

漢城大學校大學院

行政學科

政策學專攻

鄭吉弘

博 士 學 位 論 文

指導教授 黃 振 洙

韓國의 老人 케어福祉 政策에
관한 研究

A Study on the Elder Care Policy in Korea

2002年 12月

漢 城 大 學 校 大 學 院

行 政 學 科

政 策 學 專 攻

鄭 吉 弘

博士學位論文
指導教授 黃振洙

韓國의 老人 케어福祉 政策에
관한 研究

A Study on the Elder Care Policy in Korea

이 論文을 行政學 博士學位論文으로 提出함

2002年 12月

漢城大學校大學院

行政學科

政策學專攻

鄭吉弘

鄭吉弘의 行政學博士學位論文을 인정함

2002年 12月 日

審査委員長 李鍾受 

審査委員 金善銀 

審査委員 權海秀 

審査委員 김재은 

審査委員 黃振洙 

- 목 차 -

제 1 장	서	론	.....	1
제 1 절	연구의	목적	.....	1
제 2 절	연구의	범위 및 방법	.....	4
제 2 장	노인케어복지에	관한 이론적 고찰	.....	6
제 1 절	노인케어복지의	의의	.....	6
	1. 노인케어복지의	개념	.....	6
	2. 노인케어복지의	특성	.....	9
	3. 노인케어복지의	영역	.....	16
제 2 절	노인케어복지	정책에 관한 이론	.....	23
	1. 일반적	정책형성 이론	.....	23
	2. 복지정책의	형성모형	.....	27
	3. 전문직으로서의	노인케어복지	.....	33
제 3 절	노인케어복지의	선행연구 고찰	.....	38
	1. 노인케어복지	제도	.....	39
	2. 전문직으로서의	교육훈련	.....	41
	3. 노인케어복지를	위한 자원확보	.....	43
	4. 노인케어복지	전달체계	.....	46

제 4 절	외국의 노인케어복지정책	52
1.	일본의 노인케어복지 정책	52
2.	독일의 노인케어복지 정책	70
3.	영국의 노인케어복지 정책	78
4.	미국의 노인케어복지 정책	85
제 5 절	연구분석모형	94
제 3 장	한국의 노인케어복지 실태분석	95
제 1 절	가정봉사원 제도	96
제 2 절	간병인 제도	101
제 3 절	간호조무사 및 생활보조원 제도	111
제 4 절	케어복지사 제도	116
제 4 장	노인케어복지에 대한 실증분석	124
제 1 절	조사설계	124
1.	조사시기 및 조사대상	124
2.	조사방법 및 자료분석방법	125
3.	설문지 구성	126
제 2 절	표본의 일반적 특성	129
1.	종사자의 일반적 특성	129
2.	보호자의 일반적 특성	132

제 3 절	분석결과 및 해석	135
1.	종사자 분석결과 및 해석	135
2.	보호자 분석결과 및 해석	150
제 5 장	노인케어복지 정책의 문제점과 개선방안	165
제 1 절	노인케어복지의 법령 및 제도 확립	165
제 2 절	노인케어복지 교육훈련의 전문직화	172
제 3 절	노인케어복지를 위한 재원확보	177
제 4 절	노인케어복지의 효율적 전달체계	184
제 5 절	노인케어복지의 정책적 함의	191
제 6 장	결 론	198
	참 고 문 헌	203
	설 문 지	210
	ABSTRACT	229

- 표 목 차 -

〈표 2- 1〉 노인케어복지의 주요업무	17
〈표 2- 2〉 가정과 복지시설의 케어 비교	19
〈표 2- 3〉 장애정도별 케어서비스 대상노인의 분류기준	22
〈표 2- 4〉 정책 형성과정 모형별 단계	25
〈표 2- 5〉 Gilbert & Specht 복지정책 형성과정	27
〈표 2- 6〉 Gilbert & Specht 사회복지정책 프로그램의 선택	32
〈표 2- 7〉 피보험자의 구분과 보험료	54
〈표 2- 8〉 사회복지사 시험응시자 및 합격비율	57
〈표 2- 9〉 개호복지사 시험응시자 및 합격비율	57
〈표 2-10〉 홈헬퍼 양성·보수 과정별 개요	59
〈표 2-11〉 재택서비스	61
〈표 2-12〉 케어 등급	71
〈표 2-13〉 독일의 케어종사자 자격	75
〈표 2-14〉 홈헬프서비스의 사례수	80
〈표 2-15〉 영국의 케어 종사자 자격	82
〈표 2-16〉 지방정부에 고용된 홈헬퍼 및 케어 매니저	83
〈표 2-17〉 지방정부의 홈헬프서비스 지출 비용	84
〈표 2-18〉 미국의 케어종사자 자격	90
〈표 2-19〉 홈헬프서비스의 재원	91
〈표 2-20〉 OECD 주요 4개국의 노인케어복지 비교	93
〈표 3- 1〉 가정봉사원 양성 교과내용	99
〈표 3- 2〉 대한적십자사의 가정보건강습 교과과정	105
〈표 3- 3〉 자활사업 간병도우미 교육과정	107
〈표 3- 4〉 자활사업 간병도우미 업무내용	108
〈표 3- 5〉 신체적 간병수발 및 가사지원 전문직종의 교육내용(안)	109

〈표 3- 6〉	간호학원의 간호조무사 양성과정 교과내용	113
〈표 3- 7〉	2001년 노인의료복지시설 신규 생활보조원 연수 교육과목	114
〈표 3- 8〉	간호조무사 취업현황	115
〈표 3- 9〉	양성기관의 케어복지사 양성교육 교과내용	118
〈표 3-10〉	케어복지사(2급) 양성 교육내용	119
〈표 3-11〉	수원과학대학 사회복지과(케어전공, 보육전공)	120
〈표 3-12〉	일본대학(2년제 양성교)의 개호복지사 교육과정	120
〈표 3-13〉	한국의 케어종사자 비교	122
〈표 4- 1〉	조사영역과 조사내용	127
〈표 4- 2〉	종사자 일반적 사항	130
〈표 4- 3〉	보호자의 일반적 사항	133
〈표 4- 4〉	케어서비스 인력배치 및 적절성 분석표	135
〈표 4- 5〉	케어서비스를 위한 인력의 필요정도 분석표	137
〈표 4- 6〉	케어서비스담당 기관 선호도 분석 표	138
〈표 4- 7〉	케어서비스 인력관리 행정의 주체 및 주관 분석표	139
〈표 4- 8〉	케어서비스 제도 및 법제화 필요 인력 분석표	140
〈표 4- 9〉	케어전문인력 제도 급수구분 정도 비교표	141
〈표 4-10〉	케어서비스 업무 비중 분석표	142
〈표 4-11〉	케어서비스 인력 양성의 전문성 유무	142
〈표 4-12〉	케어서비스 전문인력 명칭선호도	143
〈표 4-13〉	케어비용의 재정부담에 있어 국가·본인부담의 비율에 관한 선호도 ..	144
〈표 4-14〉	케어보험(사회요양보험)제도화 필요성과 비용부담의 정도	144
〈표 4-15〉	정부주체, 주관에 따른 종사자별 선호도 비교분석표	145
〈표 4-16〉	정부가 주체가 되고 보험회사에서 주관에 따른 종사자별 선호도 비교	146
〈표 4-17〉	신설독립기관 주체에 따른 종사자별 선호도 비교 분석	146
〈표 4-18〉	대통령 및 정당지도자의 케어서비스 법제화 영향력에 대한 종사자별 비교분석 ..	147
〈표 4-19〉	보건복지부의 케어서비스 제도 및 법제화 영향력에 대한 시설별 비교분석표	148
〈표 4-20〉	지방자치단체의 케어서비스 제도 및 법제화 영향력에 대한 시설별 비교분석표 ...	149
〈표 4-21〉	대학협의회 및 교수의 케어서비스 제도 및 법제화 영향력에 대한 시설별 비교분석표	150

〈표 4-22〉 노인의 건강상태	153
〈표 4-23〉 노인 수발시 노인과의 어려움	155
〈표 4-24〉 노인수발시 사회활동제한	154
〈표 4-25〉 노인수발시 가족과의 관계	155
〈표 4-26〉 노인 수발시 심리부담	156
〈표 4-27〉 노인 수발시 경제부담	157
〈표 4-28〉 노인 수발시 건강부담	158
〈표 4-29〉 케어서비스 이용현황 및 법제화 필요성 인지도	159
〈표 4-30〉 케어서비스 이용시설 선호도	161
〈표 4-31〉 수발자의 케어교육 현황 및 전문인력 양성선호도	162
〈표 4-32〉 노인케어서비스의 경제적 부담을 책임져야 할 대상	163
〈표 4-33〉 케어 대상 노인의 케어시설 이용 및 서비스 비용 부담선호도	164
〈표 4-34〉 현재 노인 수발에 필요한 월 평균 비용	164
〈표 5- 1〉 노인케어시설 직원배치 기준(개정안)	169
〈표 5- 2〉 케어서비스 담당 행정기관	186

- 그 림 목 차 -

〈그림 2- 1〉 노인케어서비스 체계의 변화	14
〈그림 2- 2〉 케어와 밀접한 관계 영역	18
〈그림 2- 3〉 Gilbert & Specht의 평가 분석틀	29
〈그림 2- 4〉 Greenwood의 전문직의 속성	34
〈그림 2- 5〉 Wilensky의 과정이론 단계모형	36
〈그림 2- 6〉 신케어 체계	53
〈그림 2- 7〉 개호복지사의 자격취득 과정	55
〈그림 2- 8〉 시설 서비스	61
〈그림 2- 9〉 연구분석 틀	94
〈그림 5- 1〉 노인케어복지 전달체계	189

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

우리나라는 2000년도에 이미 고령화사회(Aging Society)에 진입하였고 2002년 현재 65세 이상 노인인구가 전체 인구 4천7백60만명에 7.9%인 377만명으로 2019년에는 노인인구 비율이 14.4%에 도달하여 고령사회(Aged Society)로 예측되며 “고령화사회”에서 “고령사회”로 진입되는 기간이 20년이 안될것으로 세계에서 가장 빠른 고령속도의 추세를 보이고 있다.¹⁾ 이에 따라 고령화국가에서 공통적인 문제인 고령노인의 증가에 따른 노인부양부담증가의 사회적, 경제적 문제와 함께 케어대상노인의 증가로 인한 정부의 대책마련은 세계각국의 공통적인 과제일 것이다.²⁾

본 연구는 고령화에 따른 각종 노인복지정책과제중 고령화에 따른 케어대상노인이 증가하고 케어대상노인 즉 노화로 인한 고령장애노인 또는 만성질환노인에게 가족을 대신하여 케어서비스(수발, 보호)를 제공 해 줄 케어서비스 전문인력의 양성을 위한 제도의 필요성에 초점을 두고 연구를 개진하고자 한다.

연구의 필요성으로는 주요 OECD 국가들이 고령화 사회의 케어대상노인을 위한 대책으로 케어복지서비스 전문인력 양성을 제도화하며 가족을 대신하여 사회적 케어서비스를 제공하고 있는 것이 고령화국가의 기본적 정책사업이며 우리

1) 통계청(2001.12), 「장래인구추이」

2) 2002년 현재 노인부양비(노인인구/생산연령인구)는 11.1%로 생산연령(15~63세)인구 약9명이 노인 1명을 부양하나 2019년에는 19.8%로 증가하여 5명이 1명의 노인을 부양하는 수준으로 전망되며 자기 집에 노인유무에 관계없이 부양책임이 전 국민에게 주어진다

나라의 경우 고령화 사회에 진입한지 2년이 경과한 현재 케어서비스 대상노인은 증가하고 욕구 또한 다양하나 케어인력의 제도화 방안에 특별한 정부의 대책과 사회적 합의가 없으며 또한 케어서비스 인력으로 활동중인 종사원은 가정봉사원, 간병인, 간호(조무사)사, 케어복지사, 생활보조원 등으로 난립되어 있어 명칭이 다르고 주체기관이 다르며 교육, 훈련내용이 상이하여 이에 따라 서비스 내용과 질 그리고 역할에 차이가 있는 케어서비스가 제공될 수밖에 없는 것이 현실로 하루속히 표준화되고 사회적으로 인정받고 국민이 안심하고 이용할 수 있는 공인된 케어복지전문인력에 관한 제도의 성립이 요구되고 있다.

한편 노인케어대책에서 보호시설이나 필요한 환경장비가 준비되고 운영재원이 마련되어 있다하더라도 케어대상노인의 대인서비스 인력이 전문화 체계화 되어 있어야 하며 케어대상노인의 욕구에 맞는 적절한 서비스가 지속적으로 제공될 수 있도록 전문인력이 확보 제공되어야 한다는 것이다.

한편 노인케어의 필요성에 관한 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 65세 이상 노인중 관절염, 요통, 좌골신경통, 고혈압 등 한가지 이상의 만성질환을 지니고 있는 노인이 조사대상의 86.7%이며, 전체 노인 중 56.6%가 독립생활가능 노인인데 반해 43.4%가 독립생활 불편노인이며³⁾ 65세 이상노인의 치매유병률은 8.2%로 연령이 증가할수록 치매유병률이 증가하며 75세에서 79세는 13.6%, 80세 이상은 25.7%로 유병률이 증가하고 있어 75세 이상 후기고령자수가 크게 확대되고 있는 추세에 따라 이들노인의 보건의료와 간병수발을 포함하는 노인케어제도를 마련하여 가족 및 사회적 부양부담을 경감시켜줄 필요가 있음을 제시하고 있다.⁴⁾

또한 케어대상 노인의 조사에서 2000년 현재 재가노인 중 65만5천명(재가노인의 18.9%)과 노인복지시설입소노인 중 6천명(입소노인의 60.7%)이 노

3) 박성수(2000), 「노인부양 형태와 부양의식에 대한 연령별 비교연구」, pp.64~69

4) 한국보건사회연구원(1998), 「노인건강상태 및 기능장애 정도 조사」, p.92

인케어 서비스를 필요로 하는 것으로 추정하는 한편 특히 간병 및 수발자가 없는 독거 외상노인이 3천명(재가노인의 0.1%)으로 추정되어 케어서비스 전문인력의 필요성은 당연시되고 있는 실정이다.

케어대상노인을 위한 케어복지전문인력에 관한 관계법령을 살펴보면 우리나라는 1970년도 사회복지사업법을 제정하고 1983년, 1997년 2차에 걸쳐 사회복지사업법을 개정하면서 동법 제5조 사회복지사자격에서 사회복지사에 관한 자격 및 양성과 배치 규정을 법령으로 규정하고 케어복지사에 관한 규정을 두지 않고 있다는 것이다.

일본의 경우 1987년도에 사회복지사 및 개호복지사법을 제정하여 사회복지사와 개호복지사가 법령에 의한 국가시험제도로 양성 배치되고 있다. 또한 우리나라 노인복지법은 1981년도에 제정되어 1997년도 전면개정되면서 노인복지시설 종사자 배치규정에서 케어서비스 관련 종사자를 생활보조원으로 규정하고 있으며 케어서비스 제공자의 전문성 여부에 관계없이 무자격자를 배치하도록 규정하고 있어 이제 고령화사회를 맞이하여 시대욕구에 따른 전문케어인력배치로 개정되어야 할 것이다.⁵⁾

따라서 본 연구의 목적은 고령사회의 진입에 따른 케어대상노인을 위한 케어서비스 전문인력 양성 및 전달체계확보를 위한 케어복지사 제도 정책방안의 모색에 두고자 한다. 이러한 목적을 달성하기 위하여 다음의 내용을 중점적으로 연구하고자 한다. 첫째, 케어복지종사자 양성을 위한 제도화 방안의 모색, 둘째, 케어복지종사자 전문성 확보 방안은 어떤 교육과 훈련이 되어야 하는가, 셋째, 모든 케어대상노인에게 보편적 서비스를 제공하기 위한 재원의 확보방안은 어떤 것인가, 넷째 케어대상노인과 그 가족이 편리하게 이용할 수 있는 행정 및 전달체계구축 방안은 어떤 것인가에 관하여 연구하고자 한다.

5) 한국보건사회연구원(2002), 「노인보건복지종합대책」, 정책토론회, p.31

제 2 절 연구의 범위 및 방법

우리나라 노인으로 일상생활 독립적 행동이 불편한 노인은 27만여명의 치매 노인을 포함하여 노인인구의 90만여명의 노인이 일상생활 동작에 어려움을 갖고 있으며 이중 10만여명의 노인은 항상 타인의 수발을 필요로 하는 노인이다.⁶⁾ 이들은 노화로 인한 장기질환 노인으로 치료(cure)보다는 수발(care)받아야 하는 대상자이다. 따라서 본 연구는 모든 우리나라 케어대상노인을 위한 케어복지서비스 전문인력 확보를 위한 제도구축방안을 모색하고자 2002년 6월부터 12월까지 6개월 동안 케어복지이론과 정책에 관한 이론적 배경을 고찰하였으며 케어서비스 대상노인의 범위와 이들에 대한 서비스 현황실태를 파악, 노인케어서비스의 특성을 고찰하는 한편 노인케어인력 제도의 정책이 효과적으로 성취되기 위해서는 재원확보 그리고 이용자 관리와 편의를 위한 행정 및 전달체계가 함께 구축되어야 함을 연구 범위로 하여 기존 선행연구와 함께 주요 OECD국가의 케어서비스 정책에 관한 고찰을 통해 시사점을 발견하였다. 또한 10월 20일부터 11월 10일까지 서울지역 노인종합복지관(20개소), 노인요양보호시설(5개소), 노인주간보호센터(5개소) 등 30개소의 노인복지시설 종사자를 대상으로 케어복지정책방안의 의식조사와 함께 위 시설 이용대상가족 즉 보호자에 관한 케어복지서비스 욕구조사를 병행 실시하였다. 이용대상자를 조사 대상으로 하지 않고 보호자를 조사대상으로 한 것은 이용대상노인의 정서적 불안정 상태로 인해 불확실한 조사가 염려되어서 보호가족으로 하였다.

본 논문의 연구방법으로는 문헌조사와 함께 케어 대상 노인의 보호자와 노인복지시설 종사자 즉 전문가 그룹에 대한 설문조사 등이 사용되었다.

문헌연구로는 노인케어복지의 이론적 배경과 노인케어 복지정책 이론에 대해

6) 안향림(2000), 「케어복지연구 창간호」, 한국케어복지협회, p.4

여 국내외 학술저서와 관련기관 자료 등이 사용되었으며 특히 외국 케어복지 정책 사례의 경우 OECD국가 중 노인케어복지 연구에 적합한 주요 4개국을 선정하여 각 나라별 자료를 중심으로 관련정책 및 제도현황에 대한 비교분석을 시도하였으며, 한국의 케어복지 실태에 대해서는 종사자 양성과정 및 교육내용과 역할의 전반을 살펴보고 이들이 활동하고 있는 국내시설 현황과 관련 정책을 검토하여 우리나라 케어복지정책의 문제점과 개선방안을 모색하는데 시사점을 찾아 보았다.

한편 보호자 및 전문가 그룹에 대한 설문조사에서는 케어종사자 제도와 케어종사자의 전문성, 재원조달방법, 행정전달체계 등 4개 분야에 대한 사항을 중심으로 의견을 수렴하였다. 케어복지시설 종사자의 경우 서울시 소재 노인종합복지관(20개소), 노인요양 양로원 및 주간단기보호센터(5개소)등 30개 시설전문 종사자 300명에게 2002년 10월 20일부터 11월 10일까지 우편과 방문을 통한 조사를 실시하여, 조사설문자료 중 사용할 수 없는 52개의 질문지를 제외한 248개의 응답자료를 분석에 사용하였다. 케어대상노인의 보호자의 경우 노인종합복지관, 주간보호소, 요양원 등 노인케어시설을 이용하고 있는 노인의 보호자 중 200명을 선정하여 설문조사를 실시하였으며, 이중 사용할 수 없는 76개 조사지 외에 124개 조사자료를 연구자료로 사용하였다. 이들 케어대상노인의 보호자에게는 노인케어 상의 욕구와 문제점들, 케어에 요구되는 교육의 필요성, 비용의 부담정도, 그리고 서비스 전달체계에 관한 사항을 중심으로 의견을 수렴하였다. 이와 더불어 전문가 의견조사로서 노인보호시설의 장과 노인케어 복지전문가 그리고 보건복지부의 노인복지정책관련 행정요원들과의 면담을 통해 심층적 진술을 채록하여 이론적, 실천적 함의의 한계를 이해하는데 보완하였다.

제 2 장 노인케어복지에 관한 이론적 고찰

제 1 절 노인케어복지의 의의

1. 노인케어복지의 개념

노인케어(care for the aging)는 노인을 대상으로 하는 케어활동을 일컬으며, 여기서 케어(care)란 용어는 한자어로는 개호(介護)로 설명되고 있는 용어로서 돌봄, 부양, 보호, 수발, 간병 등으로 번역할 수 있다. 케어는 일상생활의 단순한 보호활동에서 능동적 의미의 양육·간호·지도에 이르는 의도적인 활동까지 포함하는 포괄적 개념이다.⁷⁾

케어복지는 사회복지의 한 방법이며 사회복지의 가치목표인 자기실현을 지향하는 한 단계라고 하는 적극적인 의미를 갖는다. 따라서, 케어복지는 사회복지직의 하나로 동일 영역의 직종으로써의 공통적인 기반을 공유한다.

케어복지를 보다 더 잘 이해하기 위해서 “개호”라는 용어로 법제화하고 있는 일본의 “개호” 역사를 살펴보면 1963년의 노인복지법(법률 제133호)에서는 특별양호노인홈의 입소 요건으로써 신체상 또는 정신상 현저한 장애가 있기 때문에 상시개호를 필요로 하고 또한 거택에서 이것을 받기 곤란한 자라고 되어 있다. 그러나 이들 시대에는 케어의 개념은 일상 용어의 돌봐준다는 개념도 포함되는 등 다양하게 사용되고 있지만 학문적으로 정리된 것은 1974년 이후이다. 다시 말해, 사회복지사전에서 질병이나 장애 등으로 일상생활에 지장이 있는 경우 개조(介助)나 신변의 시중(취사, 쇼핑, 세탁, 청소 등을 포함)을 하는 것을 개호라고 말한다고 규정되어 있다. 또한 시중에 대해서는 전단(前段)에서와 상노인 즉 병으로 계속 누워있는 노인, 혼자서 동작을 할 수 없는 사람에 대한

7) 장인협, 우국희 공저(2001), 『케어·케이스 매니지먼트』, 서울대학교출판부, p.54

식사, 배변, 자고 일어나는 것 등起居(起居) 동작의 도움을 개조라고 말하며 라고 정의되어 있다. 이것에 의해 케어는 일상 동작을 돕는 것과 신변의 생활(가사원조)을 포함하는 것으로 위치가 정해졌다. 또한 같은 사전에서는 케어 담당자에 대해서도 언급하였는데 “개호는 가족이 하는 경우와 본인이나 가족을 원호하기 위해 가정봉사원이나 시설 직원 등이 하는 경우가 있으며”라고 지적하고 있다.⁸⁾

1982년의 『현대사회복지사전』에서는 ‘어떤 사람이 신체적 기능의 저하, 쇠퇴, 상실인 경우에 발생하는 생활상의 곤란에 대해 신체적 기능을 높이고 보완하는 일상생활의 도움을 중심으로 한 서비스 활동을 <개호·개조>라고 말한다’라고 되어 있듯이 신체적 기능 측면에 초점이 맞춰져 ‘일상생활의 도움을 중심으로 한 서비스 활동’이라고 규정하고 있다.⁹⁾ 1988년의 개정판에서는 ‘중증 심신장애인이나 와상노인, 병자 등 일상생활을 영위함에 있어서 발생하는 여러 곤란에 대한 서비스를 개호·개조라고 말한다’라고 신체적 기능요소는 버리고 ‘일상생활을 영위함에 있어서 발생하는 여러 곤란에 대한 서비스’라고 광범위한 부분으로 개념의 폭을 넓게 하고 있다.

1993년의 『현대복지학 사전』에서는 「개호 부담」항목에서 “‘개호’라는 것은 장애 등에 의해 일상생활을 영위하는 데에 지장이 있는 사람에 대해서 신변의 원조를 행하는 것을 말하지만, 간호, 개조, 시중 등과 엄밀하게 구별되지 않고 사용되고 있으며 명확한 정의는 없다고 말할 수 있다”로 되어 ‘일상생활을 영위하는 데에 지장이 있는 사람에 대한 신변의 원조’라고 대상을 구체화시키고 있다.¹⁰⁾

일반적으로 케어의 내용과 범위는 다양하다. 케어의 내용을 협의로 볼 때 요 케어자에게 제공되는 식사, 배설, 청결, 안락, 체력확보를 위한 욕창방지, 심신

8) 仲村優一 等編(1974), 『社會福祉辭典』, 東京: 誠信書房, 昭和49

9) 仲村優一 外編著(1982), 『現代社會福祉事典』, 東京: 全國社會福祉協議會, 昭和57

10) 愼燮重 외 譯(1995), 『現代福祉學總覽: 日本現代福祉學事典』, 서울: 대학출판사

의 기능저하 방지를 위한 운동, 레크리에이션, 종말기 케어 등의 원조가 포함되며 여기에는 간호와 중복되는 부분도 많다.

광의의 개념으로의 케어는 생활기능이 저하되고 일상생활의 영위가 어려워진 경우 본인만이 아니라 주위 사람들이 이를 도와 가능한 자립생활이 가능하도록 지원하는 것을 의미하며, 이러한 의미에서 케어복지라는 개념으로 이해되어야 한다. 또한 최근의 의미로서는 케어의 범위를 확대하여 케어와 관련한 의료서비스, 재활서비스, 주택개조, 케어메니지먼트 등의 재가서비스 케어시설의 이용과 관련한 직접·간접적인 케어서비스 전반을 포함한다.¹¹⁾

한편 선진국에서는 대인서비스에서 제공되는 공식적 서비스에서 여러 분야에서 케어를 사용하고 있으며 그 예를 보면 대인원조 분야에서 메디컬케어, nursing 케어, 헬스케어 등이 있고 사회복지분야에서 사회적 케어, 지역케어, 시설케어, 가정케어, 데이케어 등에서 사용되고 있다.

이처럼 케어가 다른 전문직이나 환경의 맥락에서 대인서비스(personal service)활동의 하나로 사용되는 경우는 넓은 의미의 케어로 사용되는 것으로 이해된다. 따라서 본 연구에서는 노인케어 서비스와 노인케어복지서비스에 관해 이론적 정의를 펴고자 한다. 노인케어 또는 노인케어 서비스란 노인을 돌봄, 보호, 수발함에 있어 전문적 기술이나 자격에 관계없이 누구나 노인을 수발할 수 있으며 전통적인 노인케어는 노인의 가족원이 수발 또는 보호를 해온 것이 사실이며 지금도 사회적 서비스보호를 받지 못하는 케어대상 노인은 가족에 의해 수발보호를 받고 있다는 것이다. 이에 반해 노인케어복지서비스 또는 “케어복지”는 케어서비스가 단순한 노인의 신체적·정신적 일상생활에 지장을 감소시키고 편안함을 제공하는 것에서 케어복지 서비스는 사회복지가 추구하는 인간존중의 기본가치를 전제로 하여 생활유지에서 생활자립으로 또한 생활편의에서 생활의 질을 추구하는 복지적 목표와 목적에서 케어서비스와는 구별된다고 하겠

11) 이해영(2000), 『케어복지론』. 양서원, p.21

다. 한편 케어서비스는 비전문가와 전문가의 구별 없이 제공되는 활동이라고 한다면 케어복지서비스는 케어의 전문기술과 지식을 동반한 서비스로 이해되어야 한다는 것이다. 우리나라에서는 1999년 6월에 한국케어복지협회가 창립되면서 케어라는 용어를 사회복지용어로 사용하고 있다.

본 연구에서의 케어는 사회복지적 용어로서 신체적, 정신적, 사회적으로 곤란한 사람을 보호, 수발, 원조하는 서비스의 총체를 의미하며, 케어서비스란 전문성과 관계없이 제공되는 원조이나 케어복지 또는 케어복지서비스란 케어 지식과 기술을 가진 전문 케어서비스 인력에 의한 보호수발로서, 사회복지 전문분야의 사회복지실천가로서의 적합한 인간관, 복지관을 가진 대인원조의 기능으로 구분 정의하고자 한다. 따라서 본 연구에서는 노화로 인한 타인의 신변, 가사도움을 필요로 하는 신체적 정신적 사회적 장애나 질환을 가진 노인을 케어대상노인으로 칭하고자 하며 이들 노인을 위한 전문적 수발보호를 담당하는 사업을 케어복지로 하고 담당 서비스 전문인력을 케어복지사로 칭하여 연구 개진한다.

2. 노인케어 서비스의 특성

1) 노인케어 서비스의 특성

대인적 케어서비스(personal care service)는 주로 ADL¹²⁾의 활동과 관련되는 일상생활상의 기초적 욕구의 해결, 즉 식사, 배설, 목욕, 일상동작 등에 대한 케어서비스를 말하고, 건강케어 서비스(health care service)는 영양, 건강관리, 간호, 투약관리, 기능회복훈련, 재활치료 등의 서비스를 말하며, 사회적 지원서비스(social support service)는 주로 IADL¹³⁾의 활동과 관련되는 세탁, 청소, 요리, 집안일, 사회생활관계, 심리·사회적 문제해결 등의 도움 서비

12) 기본적 일상생활동작((ADL:Activities of Daily Living)

걷기, 앉기, 화장실이용하기, 목욕하기, 옷갈아입기, 식사하기의 수행가능 여부를 측정한다.

13) 도구적 일상생활동작(IADL : Instrumental Activities of Daily Living)

일용품 사러가기, 전화걸기, 버스나 전철타기, 가벼운 집안일 하기의 수행가능 여부를 측정한다.

스를 말한다. 노인케어서비스가 이처럼 건강과 관련된 서비스를 포함하는 것이지만 케어대상자에 대한 의료기관에서의 의료서비스는 그 대상에서 제외하는 것이 보통이다. 의료기관에서의 의료서비스는 질병의 치료와 관리를 주된 내용으로 하는 급성적 케어(acute care)로서 회복 불가능한 질병이나 만성적 질환에 대한 장기적 요양케어와는 구별되기 때문이다.

이상과 같은 노인케어 서비스의 특성과 함께 서비스 범주를 살펴보면 의료적 케어(medical care service)의 범주로서 노인케어에는 크게 4가지 면을 고려한 서비스가 제공되어야 한다. 그 첫 번째가 의료적 서비스이며 그 외 사회적 서비스, 수발과 가족의 지지문제, 케어비용 등으로 노인 건강과 관련한 1차적 케어는 의료적 케어라 할 수 있다. 노인의 건강과 관련한 케어서비스는 대부분의 경우 의료적 진단과 치료이지만 그 치료는 현상의 유지나 악화방지에 그치거나 아니면 시한부 질병으로 인한 임종을 대비하는 서비스이다. 노인질병은 비노인층의 질병과는 달리 만성질환이 대부분이므로 병원에서 1차적 진단과 치료를 받은 후 장기적 요양서비스가 필요한 경우 가정으로 퇴원하여 통원서비스를 받거나 요양시설에 입소하게 된다.

사회적 케어서비스(social care service)의 범주로서, 의사와 간호사가 옆에서 서비스를 제공하여야 하는 경우보다는 비의료적인 서비스, 즉 노인의 일상생활 동작을 도와주거나 정서적인 면에서의 지지나 안정을 위한 서비스 등의 사회 케어(social care)¹⁴⁾를 제공해야 되는 경우가 훨씬 많다. 만성적 질병은 치료하여 완쾌시키는 것보다는 현재 상태의 유지, 악화방지, 또는 임종과정에서 필요

14) 사회적 케어란 지금까지 가족들에 의해 수행되어온 보살핌이 시설이나 기타 장소에서 가족이외의 사람에 의해 수행되는 것을 의미한다. 사회적 케어(social care)의 개념은 크게 두가지로 쓰여지고 있다. 그 하나는 의료적 케어 또는 건강케어(medical care or health care)에 대칭되는 것으로서 장애노인에 대한 의료적 서비스 이외 사회적으로 제공되는 케어서비스를 지칭하는 경우이고, 그 두 번째는 가족 등의 비공식체계에 의한 서비스와 대조되는 사회적으로 공식화된 케어 체계에 의한 서비스를 지칭하는 경우이다. 여기서는 후자의 개념으로 사용한다. 그 이유는 이 연구에서 노인케어 서비스에 대한 가족케어의 측면과 사회적케어의 측면의 관계를 파악해 보기 위해서이다.

한 수발과 심리·사회적 서비스를 제공하는 것이 위주가 되거나 바람직한 경우가 훨씬 더 많다. 이러한 사회케어서비스는 비공식적인 차원에서 가족, 친지, 이웃 등에 의하여 제공될 수 있고, 공식적인 사회케어서비스 기관 등(공적 및 사적 기관 포함)을 통해 제공될 수 있다.

가족 케어자 지지(Family care - giver support)의 범주로서, 노인케어가 가정에서 제공되는 경우는 거의 대부분의 경우 가족수발자가 서비스를 제공하게 된다. 대부분 치매노인을 가정에서 보호하는 경우 배우자 또는 자녀가 서비스를 제공하고 있으며 가족보호자는 장기간의 노인보호 서비스 제공으로 인해 육체적 피로와 이로 인한 건강약화, 정신적 갈등과 스트레스 등을 경험하므로 이들도 노인케어 서비스와 관련하여 서비스를 받아야 할 대상이다.

케어서비스 대상노인과 주부양자와의 관계를 보면 배우자가 45.7%를 차지하고 있고, 배우자 다음으로는 대상노인의 딸며느리가 23.7%였고, 아들(8.7%)과 딸(8.1%)이 비슷하게 주부양자 역할을 맡고 있다. 케어서비스 대상노인의 주수발자들이 겪는 어려움의 정도가 높은 것부터 말하면 피로, 짜증남과 화남, 부양의 지겨움, 부양하는 것에서 벗어나고 싶음, 개인시간 부족, 미래의 부양에 대한 불안, 불충분한 휴식, 수면부족 등이다.

2) 노인케어서비스 전달체계의 변화

케어서비스를 필요로 하는 장애노인의 경우 전통적 사회에서는 가족을 비롯한 친척, 이웃 등의 비공식적 보호체계로부터 도움을 받는 경우가 대부분이었다. 한편 현대 사회에 이르러서 의학의 발달 등으로 병원, 의료기관 등에서 질병의 치료와 함께 의료기관에서 케어서비스를 받는 경우로 증가하게 되었다. 그러나 산업화, 도시화, 핵가족화의 진전으로 가족의 노인보호 기능이 약화되고 만성적 질환자의 의료기관 이용에 대한 경제적 부담 등의 요인으로 병원이 아닌 시설보

호와 지역사회보호 서비스 등 사회적 케어(social care) 서비스가 발달하게 되었다.

여기서 사회케어(social care)란 가족과 같은 비공식적 체계와 대조되는 사회적으로 제도화된 공식적 조직과 전문인력에 의하여 제공되는 보호서비스를 말한다.

선진국에서 발달해 온 사회적 보호의 서비스 전달체계는 주로 시설보호와 지역사회보호로 구성되어 있다. 시설케어(institutional care)는 케어서비스 대상노인을 입소시켜 급식, 치료, 기타 편의를 제공하는 시설의 보호서비스를 말하며, 대표적인 시설이 노인요양시설(nursing home)이다.¹⁵⁾ 지역사회케어(communitary care)는 지역사회서비스(communitary service)와 재가케어서비스(in-home care service)의 두 종류로 나누어진다. 전자는 케어서비스 대상노인에게 낮 동안의 보호를 제공하는 주간케어(day care)와 일정기간의 보호를 제공하는 단기케어(respite care)를 말하며, 후자는 재가노인의 가정을 방문하여 제공하는 가정간호(home nursing)와 가정봉사원 서비스(home helper service)등을 포함하는 것이다. 지역사회서비스는 가정 밖에서 이루어지는 것인데 비하여 재가케어서비스는 가정 안에서 이루어진다.¹⁶⁾

이와같은 사회적 케어의 서비스전달체계가 발달해온 과정을 살펴보면 시설케어와 지역사회케어는 서로 보완적으로 발달하여 왔음을 알 수 있다. 시설케어는 원래 가족케어가 어려운 노인을 위한 케어형태로 오래 전부터 존재하여 왔는데, 노인케어의 수요가 증가한 20세기 중반기에 노인요양원과 같은 시설이 크게 증가하였다. 그러나 시설케어는 시설 내에서 전문적 서비스를 제공하는 장점이 있지만 거기에 따른 재정소요와 사회적 격리에 따른 노인의 심리적·정서적 불만족 문제 등이 대두되면서 이를 부정적으로 보는 경향이 생겨나게 되었다.

15) 우리나라 노인복지법 제34조에서는 노인의료복지시설 중 “노인요양시설”로 규정하고 있다.

16) 우리나라 노인복지법 제38조에서는 지역사회보호서비스를 “재가노인복지사시설사업”으로 규정하고 그 종류로서 가정봉사원파견시설, 주간보호시설, 단기보호시설을 규정하고 있다.

일반적으로 시설케어에 대신하는 지역사회케어서비스가 발전하게 된 것은 시설케어가 불가피한 통제성 때문에 노인의 자율성과 독립성을 유지하기 어렵다는 점, 사람은 가능하면 일반사회와 분리된 시설보다는 정상적인 환경 속에서 일반인과 함께 어울려 생활하는 것이 바람직하다는 점, 시설케어보다 지역사회나 가정의 케어가 보다 경제적이고 효율적이라는 점, 사회적으로 볼 때, 시설수용에는 한계가 있고 시설에 상주하는 직원을 확보하기도 쉽지 않다는 점 등이 그 배경이 되었다.¹⁷⁾ 이와 같은 시설케어의 문제점에 대한 반성과 함께 그 대안으로 등장한 것이 지역사회케어이다.

지역사회케어는 가정과 지역사회의 테두리 내에 생활하면서 필요한 서비스를 제공하는 것이다. 이 지역사회케어는 전적으로 가족이 보호하는 것과는 달리 가족·친지 등의 비공식적 보호를 대체 혹은 보완하는 기능으로서 공식적 기관이 전문적 인력을 동원하여 대상자에게 필요한 서비스를 제공하는 방식이다.

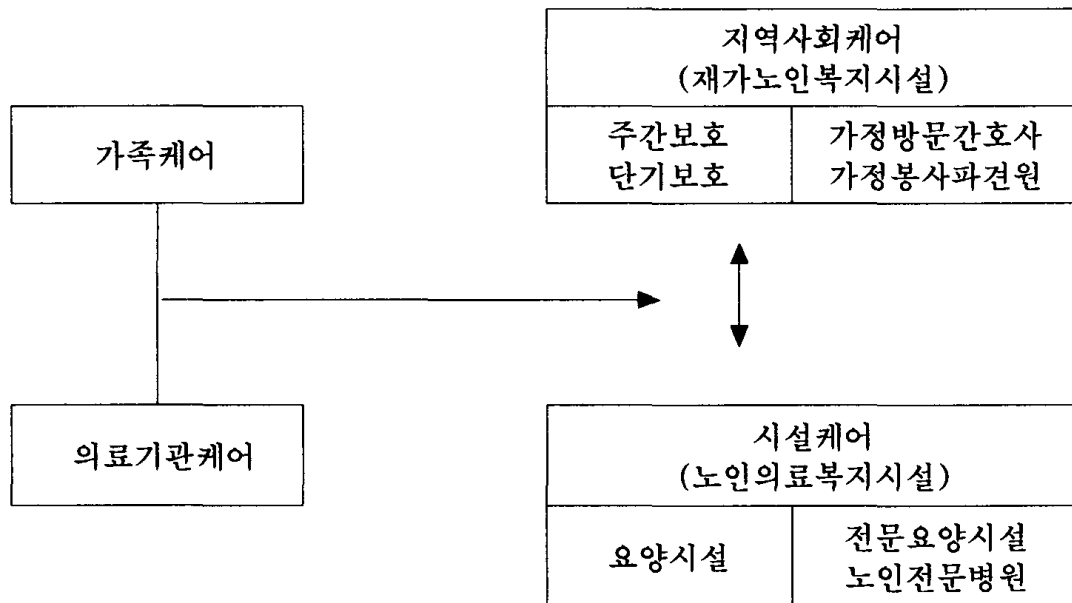
이와 같은 지역사회중심의 노인케어 서비스는 나름대로 장점과 함께 많은 문제점을 지니고 있다고 지적되고 있다. 서비스의 전달체계가 분립·단절되어 서비스의 지속성과 통합성을 유지하기 어렵고, 전문인력의 부족으로 서비스의 질을 유지·관리하기가 어렵다는 점과 시설의 협소, 장비설치·유지와 재원의 부족 등이 이에 속한다.

선진국의 경험에서 보면 장애인에 대한 케어 서비스전달체계는 가족케어, 의료기관이용에서 시설케어, 지역사회케어로 변화하여 왔음을 알 수 있다. 이와 같은 시설케어서비스 변화를 모형으로 그려보면 〈그림2-1〉과 같다. 여기서 가족케어와 의료기관케어는 보다 전통적인 형태로서 해당노인이나 그 가족이 케어의 책임을 지는 것이며, 시설케어와 지역사회케어는 보다 현대적인 형태로서 국가와 사회가 보호에 개입하는 특징을 지니고 있다. 가족케어는 이웃, 친지에

17) 최성재(1997), 「재가노인복지의 정부시책」, 『재가노인복지사업의 이론과 실제』, 한국노인복지회편, 홍익재, pp.80-85

의한 도움과 함께 자생적, 자발적으로 서비스를 제공한다는 점에서 비공식적 성격을 지니는데 비하여 시설케어와 지역사회케어는 공식적 기관에 의하여 전문가가 서비스를 제공한다는 특징이 있다.

〈그림 2-1〉 노인케어서비스 체계의 변화



정책적 관점에서 보면 노인케어서비스 전달체계는 정책적 목표에 맞게 정립되어야 한다. Eustis등은 정책적 관점에서 노인케어서비스 전달체계의 목표는 다음과 같은 것이라고 제시하고 있다. 첫째, 케어대상자에 관한 목표는 기능적 능력을 최대한으로 발휘하여 독립성을 유지하도록 하고, 삶의 질을 확보하면서 오래 살도록 하는 것이다. 둘째, 서비스 체계의 목표는 케어대상자에게 양질의 케어서비스를 제공하고, 필요한 사람들이 필요한 케어서비스를 형평성 있게, 그리고 쉽게 이용할 수 있도록 하여야 하며, 최소한의 기본적인 케어서비스를 보편적으로 제공하고 최저의 비용으로 케어서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이다.¹⁸⁾

위의 설명과 같이 서비스 전달인력체계에서 양질의 보호서비스를 제공하기 위한 것과 다양한 욕구에 따른 서비스 제공은 케어전문인력의 필요성을 더욱 강조하게 한다.

미국의 의료재정청에서 제시하고 있는 서비스 전달체계의 목표도 이와 비슷하다. 즉, 노인케어 서비스 전달체계는 보호대상자의 생존과 기능수행에 도움을 줄 수 있도록 높은 수준의 질을 유지해야 하고, 필요로 하는 대상자에게 지리적 제약조건을 해소하여 모든 대상자가 편리하게 이용할 수 있게 하며, 꼭 필요한 대상자를 선정하는 한편 가족 등 기존의 자원을 최대한 활용하여 비용을 억제하고, 서비스 사업을 합리적으로 관리하고 관리운영비를 최소화해야 한다는 것이다.¹⁹⁾

세계 각국과 함께 우리나라의 경우도 케어노인 시설서비스 전달체계는 가정에서 의료시설 즉 병원으로 이전되었으며 병원에서 요양시설 및 지역사회보호체제로 변화하였음을 알 수 있다. 이와 함께 중시하여야 할 것은 보호대상자와 가족이 신뢰할 수 있는 서비스의 전문성과 합리성, 경제성이 고려되어 제도화된 공식적 조직으로 인정받는 시설보호로 발전해야 하며, 서비스 제공자 중 케어서비스 전문인력의 양성배치에 관하여 특히 우리나라의 경우 대책을 시급히 마련되어야 할 것이다.

18) N. Eustis, J. Greenberg & S. Patten(1984), *Long-Term Care for Older Persons: A Policy Perspective*. Brooks/cole Publishing company, p.10

19) *ibid.* p.11 재인용

3. 노인케어복지의 영역

1) 노인케어복지의 주요업무

케어활동에는 직업으로서의 케어와 직업이 아닌 케어로 나눌 수 있다. 직업으로서의 케어활동은 전문적인 케어업무를 통하여 이용자를 원조하는 책임을 지는 케어실천이라고 할 수 있으며, 케어를 직무로 하는 케어복지사, 생활지도원, 생활보조원, 가정봉사원, 홈헬퍼, 간병인 등 직업으로서 케어활동에 종사하는 전문인력의 실천활동이다. 이러한 케어활동은 목적을 가지며 따라서 한계와 책임을 동반한다. 이러한 직업적인 케어활동 이외에도 가족케어자, 유상·무상의 자원봉사자, 사회복지 관계자, 그리고 의료종사자에 의한 케어활동도 중요한 위치를 차지하고 있으며, 이렇게 케어의 실천과 용어는 일정한 직업에만 부여되는 것은 아니다. 그러므로 케어의 실천활동에 의미를 부여하고 그것을 직무로 하는 전문적인 케어실천가가 케어복지사라고 할 수 있다. 케어복지사는 사회복지전문직으로서 위치를 명확히 해야 한다. 즉, 케어복지사가 행하는 케어행위는 '생활에 관한 체계적 이론을 가지고 사회복지직으로서의 윤리성과 과학성을 기축으로 하는 실천행위'로 복지의 실현을 목적으로 하는 제 활동이며 이러한 면은 간호직 등의 타직종에 의한 케어업무나 자원봉사자에 의한 케어활동, 더구나 가족에 의한 케어와는 명확히 구별되는 근거가 된다. 따라서 케어복지사에 주어지는 업무는 단순히 케어에 관련한 업무수행만이 아니라 사회복지의 증진을 목표로 한 케어복지 활동의 일환으로 케어업무를 수행과 케어기술의 지도업무, 그리고 복지전문직 입장에서의 의료관계자와의 제휴에 관한 업무로 구성된다. 케어복지사에게 요구되고 있는 주요 업무는 아래의 <표2-1>과 같다.

〈표 2-1〉 노인케어복지의 주요업무

업무구분	업 무 내 용
신 변 케 어	건강상태관찰, 식사, 배설, 입욕원조, 신체의 청결, 의복, 수면, 욕창예방, 수진, 약복용원조, 보행, 이동원조
생활(가사)케어	외출원조, 커뮤니케이션, 거실정리, 인간관계 조정, 잡일처리
케어기술지도	가족에 대한 지도, 케어강습, 방문지도, 실습생지도
교육, 오락	연수 프로그램 작성 및 실시, 레크리에이션 계획 작성 및 실시, 제작활동 지도
연락, 조정업무	시설 내 직원과의 연락·조정·시설 외 관계직과의 연락·조정, 의사와의 연락
연 수 업 무	슈퍼비전, 회의, 연수 프로그램의 참가, 연구활동
문 서 업 무	일지 기재, 기타 기록(식사·배설 등), 기록의 활용, 개별기록, 일지 및 제기록의 보존과 관리

※ 출 처 : 이해영(2000), 『케어복지론』, p.24

2) 노인케어활동의 영역

(1) 노인케어 활동영역

케어활동의 주 대상자는 청년기 이후의 사람들이다. 이러한 문제를 가장 많이 갖고 있는 사람은 신체장애인, 정신장애인, 난치병자 및 허약노인이다.

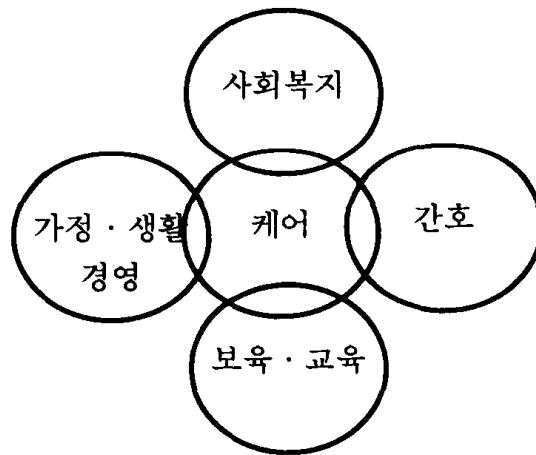
케어의 특수성 중의 하나는 신변(身邊)을 정리할 수 있는 생활기법을 스스로 사용할 수 있는 자립능력에 초점을 두고 원조하는 것이지, 인간의 성장 발달과정에 초점을 두는 것이 아니라는 점이다. 따라서 보육, 양육에 관계하는 전문직이 별도로 있는 아동의 경우는 케어 전문직의 직접대상은 아니다.

그러나 케어와 관련된 대인원조의 분야에는 케어복지사 및 케어종사자만이 관

제하는 것은 아니다. <그림 2-2>는 케어와 밀접한 관계를 갖는 타 영역들을 보여 준다.

케어는 ‘생활하고 있는 인간’에 대한 원조를 목표로 하는 영역의 일부분이며, 따라서 케어의 범위에 속한 문제의 성질을 파악하여 원조계획을 세우고, 독자적인 문제 파악의 방법과 케어기술의 방법을 갖는다.

<그림 2-2> 케어와 밀접한 관계 영역



출 처 : 이해영·안향림 공저(1999), 『케어복지론』, p.177

(2) 가정과 시설에서의 활동영역

케어활동 영역을 크게 구분하면 가정에서의 케어활동과 시설에서의 케어활동으로 구분 할 수 있다. 가정에서의 케어활동은 대상자의 생활의 거점에서 일어나며, 홈헬퍼, 가정봉사원, 간병인, 케어복지사 등과 그 가족에 의해 수행되고 있다. 생활의 거점이 같은 대상자와 그 가족이 케어를 제공하고 받는 관계로 생활의 질서가 깨질 염려가 있거나 이용자의 잠재능력을 살리지 못할 경우 케어종사자는 그 상황에 맞게 직접, 간접으로 가족의 역할 관계나 의식주의 정비를 돕는다.

또한 상담지도를 통해 가족이 케어 때문에 발생할 수 있는 여러 가지 문제를

극복하여 가정의 평화와 행복을 얻도록 원조한다. 가정에서의 케어활동에는 가사지원서비스, 일상생활동작서비스, 우애서비스, 상담 및 결연 서비스 등이 포함되며 그 활동에는 다음과 같은 3가지 특성이 있다. 첫째 케어비용의 파악과 선택으로 케어활동을 이용자가 희망하는 서비스에서 출발하지만 가족이 갖고 있는 환경에 따라 케어방법을 제안하고 실현을 통해 이용자의 욕구를 확인 선택하게 한다. 둘째, 임기응변적 대응으로서 케어활동은 가정생활 전체 흐름 속에서 현재 필요한 케어를 제공하는 것이다. 그러나 방문시에 상황에 따라 질과 양이 다를 수 있으며, 변화시켜야 한다. 또한 대상자에 대한 서비스만이 아니라 가족에게도 상담, 지지 등 서비스하는 것이 보다 적절할 수 있다. 셋째, 각종 서비스의 조절로서 가정 전체의 상황에 비추어 이용자와 가족이 편리하도록 상의하며, 그 리더쉽을 발휘하는 것이다.

시설에서의 케어활동은 생활지도원이나 케어복지사가 이용자 케어를 담당하고 있다. 이들은 생활거점이 가정이 아닌 시설이라는, 즉 공동생활의 장에서 이용자의 케어 실천 및 방법을 모색하고 있다. 시설의 케어담당자는 여러 직종과 팀을 형성하며 이용자의 케어의 종합적인 문제 발생 및 이에 대한 서비스 계획을 수립할 수 있고 돌발상황 발생에 케어 담당자의 접근성이 용이하다는 장점 등이 있다. 가정에서의 케어와 시설에서의 케어를 비교해 보면 <표2-2>과 같다.

〈표 2-2〉 가정과 복지시설의 케어 비교

구 분	가 정	사 회 복 지 시 설
장 소	대상자와 그 가족의 주도	시설종사자의 주도
대 상	가정봉사원, 방문간호사	시설종사자의 다양한 서비스
협동, 연계	지역의 필요직종, 다른 서비스	시설내 각 직종의 역할 분담
활동프로그램	부정기적, 수시변경	정기적, 항상성
다 양 성	가정케어, 통원, 단기시설보호에 의한 일상성의 보장	시설의 사회화에 의한 일상생활의 보장

자 료 : 이해영(2000), 『케어복지론』, p.74

3) 노인케어복지 대상범위

케어서비스 대상노인에 대한 용어가 아직 국내에서 통일되어 있지 않다. 노쇠, 만성질환, 장애 등으로 인하여 일상생활에 제약을 받고 있는 노인을 ‘요보호 노인’, ‘와상노인’, ‘거동불편노인’ 등 여러 가지로 쓰이고 있는데 이 연구에서는 「케어서비스 대상노인」 또는 「케어 대상 노인」으로 칭하고자 한다. 구미지역에서는 가장 많이 쓰이고 있는 용어로는 ‘The Impaired Elderly’와 ‘The Disabled Elderly’ 등이 있으며, 여기서 ‘Impaired’와 ‘Disabled’는 장애를 의미한다. 일본에서는 사회노년학 분야에서 케어서비스 대상노인을 ‘장환노인(障患老人)’이라고 칭하고 있다. 우리나라의 경우 ‘노인복지법 제34조 노인의료복지시설 4항’에서는 노인전문요양시설에 치매, 중풍 등 중증의 ‘질환노인’을 입소시킨다고 하면서 ‘질환노인’으로 그 명칭을 부여하고 있으며, 노인복지법 제38조의 재가노인복지시설 조항에서는 가정봉사원파견시설과 주간보호시설, 단기보호시설의 입소대상으로 ‘신체적, 정신적 장애를 지니거나 허약한 노인’, 즉 ‘장애노인(障碍老人)’을 입소시킨다고 명명하고 있다. 이러한 ‘장애노인’과 ‘질환노인’이라는 용어는 장애노인을 칭할 때 개념상 혼돈을 초래할 우려가 있다.

왜냐하면 장애인 분야의 장애인 복지법의 규정에서 말하는 장애의 범주로 장애인 복지법 제2조에 “장애인이란 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애 또는 정신지체 등 정신적 결함으로 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자”로 정의하고 있다. 노인분야에서 고령장애의 의미와 범주는 ‘노쇠, 허약, 만성적 질환, 정신적 장애 등’ 노화에 따른 원인으로 노령기의 장애인을 일반장애인과 구별하여 고령장애인으로 지칭하는 것이 보다 적합하리라 생각한다. 1994년 이가옥 등의 조사결과에 의하면 60세 이상 노인의 만성적 질환 유병율은 85.9%에 이르고 있다.²⁰⁾ 이 조사결과에서 노인에게 가장 많이

20) 이가옥, 서미경, 고경환, 박중돈(1994), 「노인생활실태 분석 및 정책과제」, 한국보건사회연구원, p.114

발생하는 만성적 질환은 관절염, 신경통 류마티즘 등 관절통(50.5%)이며 그 다음이 만성요통(31.2%), 소화기계 만성질환(19.8%), 고혈압(19.3%)등의 순으로 나타나고 있다.

이들 만성적 질환이 일상생활에 지장을 주는 정도는 1개 이상의 질환으로 인하여 일상생활에 약간이라도 지장을 주는 비율은 72.2%이며, 연령의 증가와 함께 일상생활에 지장을 주는 비율은 높아지고 있다.²¹⁾

다음으로 케어서비스 대상노인의 범위설정으로 가장 많이 사용하는 척도가 일상생활수행능력을 측정하는 ADL과 IADL이라 할 수 있다. 즉 이러한 지표는 의존성을 나타내고 있는 것으로서, 외국 선진국의 경우 그 의존성 정도에 따라 케어서비스 대상자를 선정하고 있다. OECD 각 국의 ADL항목에 대한 조사자료에 의하면 크게 신변케어(self-care)와 이동부분(mobility), 계단 오르내리기, 침대에서 일어나 앉기의 내용이 포함되어 있다.

케어서비스 대상노인을 선정하는 지표로 ADL과 IADL 모두 고려하고 있는데 국가마다 어느 지표에 치중하고 있는가하는 것은 무엇보다도 노인복지프로그램이 얼마나 충실하게 마련되어 있는가에 달려 있다고 보여진다.

대부분의 유럽대륙 국가들은 경증장애에 해당하는 노인을 위한 각종 여가 및 지원프로그램이 잘 갖추어져 있어 노인케어 프로그램에서 크게 다루고 있지 않는 것으로 보인다. 그런데 우리나라의 경우에는 노인복지프로그램이 제대로 갖추어져 있지 못한 실정이어서 중증장애로 전락·악화되는 것을 예방한다는 차원에서 노인케어 서비스를 보다 적극적으로 제공해 줄 수 있는 시스템의 구축이 매우 절실하다. 이 때 경증장애를 사정하는 IADL의 지표를 적절하게 선정할 필요가 있는데 OECD보고서에 의하면 IADL 지표로 각 국에서 가장 많이 활용되고 있는 지표가 '집안일 하기'와 '시장보기', '식사준비하기'인 것으로 조사되고 있다. 케어가 필요한 노인의 기준은 질병이 아닌 신체적·정신적 기능장애정도이기 때

21) 이가옥 외(1994), 상계논문, pp.117~118

문에 일반적으로 일상생활능력(ADL 및 IADL)과 치매증상정도가 그 기준이 되고 있는 것이다.

〈표 2-3〉 장애정도별 케어서비스 대상노인의 분류기준

유 형	분 류 기 준
최 중 증	(아래 ADL항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
이동하기 화장실 사용하기 식사하기	전혀 이동이 불가능한 경우 화장실 출입이 전혀 불가능한 경우 다른 사람이 전적으로 먹여주는 경우 ※완전 와상 상태 노인에 해당
중 증	(최중증 상태가 아니고 아래 ADL항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
이동하기 화장실 사용하기 식사하기 옷 입기 세수하기 목욕하기	다른 사람의 도움을 받으며 이동이 가능한 경우 다른 사람의 도움으로 화장실 출입이 가능한 경우 다른 사람의 도움으로 스스로 식사가 가능한 경우 전혀 혼자서 옷을 챙겨 입을 수 없는 경우 전혀 혼자서 머리감기, 세수, 양치질이 불가능한 경우 다른 사람이 전적으로 도와주는 경우 ※ 대부분의 와상 상태인 경우
경 증	(최중증, 중증상태가 아니고 아래 ADL 항목에서 1개 이상 해당하는 경우)
옷 입기 세수하기 목욕하기	다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우 다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우 다른 사람의 도움이 부분적으로 필요한 경우 ※ 대체적으로 앉아 있으나 가끔씩 누워있는 상태인 경우
치 매	간이인지지능검사표(MMSE-K)에 의한 평가점수가 19점 이하로 치매가 의심되는 노인
허 약	IADL에만 제한 있는 노인

자 료 : 한국보건사회연구원(2001), 「장기요양보호대상노인의 욕구실태 및 정책방안(1)」, p.57

제 2 절 노인케어복지 정책에 관한 이론

1. 일반적 정책형성 이론

노인케어복지 정책 형성과정에 관한 연구는 큰 틀에서 사회복지정책을 산출하는 환경요인과 실제 형성과정에 참여하는 사람들의 역할관계 및 형성과정상의 제반 특성을 이해하고, 그것의 사회적 힘의 소재지를 알려는 데 목적이 있다.

사회복지정책 형성과정에 관한 연구는, 사실 1960년대 이래 사회복지정책 산출과 발달에 기여하는 환경요인을 크게 ‘사회경제적 환경 요인’과 ‘정치행정적 환경요인’으로 구분하여 연구되고 있고, 일반적으로 사회복지정책 과정은 다음과 같은 성격을 지니고 있는데, 바로 이 측면에 관한 집중적인 분석이 기존연구의 한계를 보완하는 것이기도 하다. 즉, 정책과정은 정책이 합리적으로 선택되고 그것이 실현되고 평가되는 과정이므로 정책과정 내의 각 단계는 동태적인 활동이다. 정책과정은 갈등과 타협이 존재하는 정치적 과정이다. 정책과정은 순환적 과정이다. 정책과정은 다수의 활동주체들이 복합적으로 개입하는 동태적인 참여과정이므로 각 참여자들이 세력, 이해관계 등에 따라 정책의 방향과 내용이 변하는 경우가 많다. 정책과정에는 상이한 성격의 여러 집단이 조직적으로 연대하여 참여하는 경우도 있다.

여기서 자주 지적되는 발달요인 혹은 결정요인은, 사회경제적 요인과 정치적 요인도 포함되지만 특히 강조되는 결정요인은 이익집단, 공무원 및 관료집단, 군인, 전문가집단, 국회의원, 정당(집권 여당과 야당), 사회정책의 대상집단 등의 힘의 역학과 그들이 지니고 있는 이념과 가치관 등이 중요한 역할을 하는 것으로 지적되고 있다. 그리고 이들의 활동과 연관되는 선거경쟁이라든지, 공무원이나 군부 등 엘리트의 이니셔티브, 정당정치에 있어 여당과 야당의 영향력의 정도, 사회계층 및 계급과 관련된 다양한 집단들의 집단적인 행동, 정당이념의 차이, 국가의 역할과 기능, 대통령을 포함한 고위정책결정자의 퍼스낼리티 등이 사

회정책의 발달과 정책산출에 결정요인이라는 것이 지적되고 있다.

다만 이들 중 상대적으로 어느 참여자들이 더욱 강한 영향력을 미치는지는 역시 그 나라의 국내외적인 정책환경이나 역사적 전통, 사회보장제도의 실시연도, 인구구조, 돌발적인 사건이나 상황의 전개, 사회정책과 연관된 정보의 유입이나 지식, 기술의 발달정도 등이 간접적인 요인으로 함께 작용하면서 사회정책의 발달이나 정책산출에 기여하게 되는 것으로 설명되고 있다.

사회복지정책 형성과정 연구는 정책환경요인 연구에서 복잡하고 다양한 정책을 흔히 거시적으로 분석하는 데서 오는 한계를 극복하기 위하여, 형성과정을 여러 단계로 세분하여 각 단계별로 분석하는 방법을 선택한다. 즉 정책형성과정을 단계별로 구분하여 분석하는 이유는 우선, 복잡한 정책과정을 간략하고 체계적으로 연구할 수 있다는 이점과, 둘째로는 각 단계에 따른 정책환경과 정책참여자의 영향력을 비교 평가할 수 있다는 점이다. 그리하여 이 결과로 사회복지정책의 구체적이고 실제적인 정책형성과정에 대한 사실적인 설명을 할 수 있는 이점이 있는 것이다.

사회복지정책 형성과정에 대한 대부분의 선행연구에서는 일반 공공정책의 정책과정단계를 원용하고 있다(Dinitto & Dye²²⁾, Gilbert & Spetch²³⁾, Jones²⁴⁾, Anderson²⁵⁾) 이들 정책과정 모형을 간략하게 요약 정리하면 <표 2-4>와 같다.

22) D. M. DiNitto, R. Dye Thomas(1983), *Social welfare : politics and public policy*, Prentice-Hall, p.123

23) Neil Gilbert & Specht Harry(1986), *Dimensions of social welfare policy*, New Jersey : Prentice-Hall, p.54

24) 김해동 역 · C.O. Joens 저(1977), 『정책형성론』, 서울:법문사, p.94

25) 이종수, 이대희 역 · James E. Anderson 저(1985), 『정책형성론』, 서울 : 대영문화사, p.112

〈표 2-4〉 정책 형성과정 모형별 단계

제안자	Dinitto & Dye	Gilbert & Specht	Jones	Anderson	Hofferbet
	정책결정과정	정책형성과정	정책과정	정책과정	사회복지정책과정
단 계	정책문제확인 정책형성 공공정책의 정당화 정책실행 정책평가	문제의 발견 분석 일반대중에 홍보 정책목표개발 대중의 지지와 정당화	인지 정의 결집/조직화 대표형성 합법화 적용/집행	정책의제 정책의 공식 화 정책체택 정책집행 정책평가	문제발견/인지 정치적 여과 입법화 행정적 실행 새로운 문제의 발견

본 연구에서는 이들 모형 중 우리나라 케어복지 정책의 형성과정에서 그 문제점을 발견하고 각 단계별 관련 세력과 개인들의 활동을 비교적 자세하게 분석할 수 있는 ‘Gilbert & Specht의 정책형성 과정의 모형’을 선택하고자 한다. 이 모형은 다른 모형에 비하여, 정책초기에 발생하는 문제에서부터 공식적인 사회적 인정을 받는 단계에 이르기 까지, 새로운 정책을 창출하고자 하는 본 연구자의 의지와 정책참여자 역할간의 상호관계를 밝힐 수 있다는 점에서 정책형성의 이론적 검정력(檢定力)을 보완할 수 있는 이점이 있다.

본 연구의 분석틀을 구축하는데 있어서 고려해야 할 또 하나의 사항은 정책형성과정 모형을 케어 대상 노인을 위한 케어복지 정책을 서술하려는 연구의 목적에 부합되도록 원용하는 작업이다.

앞서 제시된 정책형성과정 모형들은 대체로 몇 가지 공통적 특성을 가지고 있다. 첫째 각각의 정책형성과정 모형에서 구분하고 있는 단계는 연구를 용이하고 체계적으로 수행하려는 목적과 초점에 따라 다양하게 세분되어 있다. 둘째, 정책형성과정상 각각의 단계는 정책문제해결과 연결되어 인간의 합리적인 사고를 반영하여 상호 논리적인 순서로 연결되어 있다. 셋째, 정책형성과정의 각 단계는 정부 내와 정부 외로 구분하여 양자 모두에 관련된 모형도 있으나, 대체로 정부 내에서 이루어지는 과정에 집중하는 경향을 보인다. 넷째, 정책형성과정의 각 단

계별 정책환경의 영향과 정책참여자의 활동에 대한 명확한 분석들이 설정되어 있지 않다. 다섯째, 그 결과 정책형성과정의 특성을 설명하는 이론적 검정력이 낮다는 점이다.

Gilbert & Specht는 사회복지 정책형성의 과정을 <표2-5>에서 보는 바와 같이 문제확인, 문제분석, 공중에 대한 홍보, 정책목표의 개발, 공중의 지지 및 합법성 확보, 정책 프로그램의 설계, 정책의 수행, 평가 및 사정의 8단계로 구분하고 있다. 각 단계마다 수행되어야 하는 과업의 내용과 이러한 과업수행을 위한 전문가의 역할은 <표2-5>에서 보는 바와 같다. 여기서의 전문가의 역할은 극단적으로는 한 사람에 의해서 수행될 수도 있고 각각 다른 사람에 의해서 수행될 수도 있다. 표에 제시된 전문가의 역할은 각 단계마다 하나씩 되어 있는데 이는 각 단계에서의 가장 주된 전문가적 역할을 나타낸 것이며 다른 역할들이 각 단계에서 복합적으로 수행될 경우도 많음을 알 수 있다.

이 모델은 국가사회 및 지역사회차원에서 뿐만 아니라 구체적인 사회복지기관의 차원에서도 적용될 수 있는 것이므로 본 연구에 적합하게 인용하고자 한다.

〈표 2-5〉 Gilbert & Specht 복지정책 형성과정

절 차	내 용	전문가의 역할
1. 문제의 확인	· 노화 및 노인에 관련된 문제로서 사회전체 또는 지역사회의 문제가 되는 것의 확인 · 해결되지 못한 노인의 공통적 기본욕구 및 발달적 욕구의 확인 · 기존 정책 수행상의 문제점 확인	직접 서비스 전달자
2. 문제의 분석	· 문제에 관련된 자료수집 · 문제의 실태 분석 · 문제의 원인규명	사회 조사자
3. 공중에 대한 홍보	· 사회전체, 지역사회 또는 사회복지기관의 구성원에게 문제의 실태를 알리고 관심을 불러일으킴.	지역사회 조직가
4. 정책목표의 개발	· 문제 및 욕구에 대한 다양한 해결책 연구 · 해결책을 종합 분석하여 정책의 목표 설정	계 획 가
5. 공중의 지지 및 합법성 확보	· 일반공중 또는 기관구성원으로부터의 문제해결 대책수립의 지지확보 · 관련집단(정당, 전문가집단), 시민집단, 사회복지조직, client집단 등)으로부터의 지지확보	지역사회 조직가
6. 정책 프로그램의 설계	· 정책목표 달성을 위한 프로그램에 대한 입법 또는 사회복지기관 차원에서의 구체적 프로그램의 계획 · 프로그램 설계에는 급여자격, 급여내용, 전달체계, 재정, 수행책임자, 시행절차 등 고려	계 획 가
7. 정책의 수행	· 설계된 정책 프로그램의 수행	행정가 · 직접 서비스 전달자
8. 평가 및 사정	· 프로그램의 효율성, 효과성 및 영향평가 · 평가결과를 프로그램 설계 및 수행에 반영	조사자 · 직접 서비스 전달자

2. 복지정책의 형성모형

Gilbert와 Specht는 사회복지정책이란 시장 외부에서 일어나는 급여와 할당의 메카니즘이라 규정하면서 사회적 급여를 누구에게, 어떤 방식으로, 어떻게 전달하며 재원은 무엇인가에 대한 일련의 선택으로 간주하고, 이 선택을 체계적으로 분석할 수 있는 분석틀을 제시하고 있다.²⁶⁾

이들이 제시한 평가분석틀은 현존하는 제도와 정책을 명쾌하게 분석하여 평가

26) N. Gilbert & H. Specht(1986), *op. cit.*, p.24

를 용이하게 한다. 특히 산출과 성과의 통합을 통하여 제도와 정책의 수혜자에 대한 효과를 평가하게 해주며, 새로운 대안을 마련해 주는 장점을 지닌다.

이것은 4차원의 질문형식으로 되어 있는데, 사회적 할당(social allocation)의 기반은 무엇인가, 할당된 사회적 대책(social provision)의 형태는 무엇인가, 이들 급여의 전달(delivery)의 전략은 무엇인가, 이들 급여의 재원조달 방법은 무엇인가 등이다.

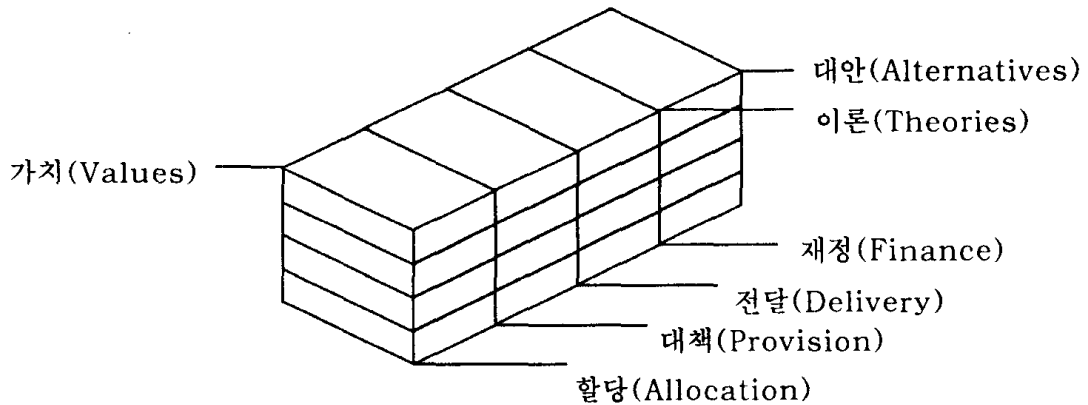
이들 선택의 차원을 다음의 3축으로 연결하여 더욱 진보된 연구를 할 수 있다. 즉 첫째, 각 차원 내에서의 대안의 범위, 둘째, 이들 대안을 지지해주는 사회가치, 셋째, 이들 대안에 내포되어 있는 이론 혹은 전제의 축이다.

위 단계별 절차영역에 따른 본 연구 적용내용은 아래와 같다.

문제의 확인영역으로 고령인구의 증가는 장기적인 케어를 필요로 하는 노인의 증가를 낳았고 케어서비스 대책과 관련된 대상노인과 가족의 문제가 발생하여 사회문제로 심화 되었다. 또한 기존 정책수행상의 문제로 정부가 정책적, 제도적, 적극적 대책의 미비로 가정봉사원, 간병인, 간호조무사, 케어복지사 등 난립되어 수행상의 질적, 양적 문제를 낳고 있다. 문제분석영역으로 현존하고 있는 케어종사자 양성과정을 전문성 중심의 교육과정과 내용을 중심으로 비교 분석하고자 하며 국내외 노인케어 정책의 문헌자료를 분석하고자 한다.

공중에 대한 후보영역으로 본 연구의 발표를 통해 케어 대상 노인을 위한 케어복지 전문인력 양성의 필요성 및 관련 대책 강구에 대한 심각성을 사회전체와 관련인들에게 알려 관심을 불러일으킨다. 정책목표의 개발영역으로 케어 대상 노인을 위한 케어복지사제도를 확립하기 위한 방안을 모색한다. 합법성 확보 영역으로 정책을 제도화 입법화하여 사회적 신뢰성과 함께 국가사회의 책임과 실천을 추구한다. 정책 프로그램 설계영역에서 전달체계 및 재원확보 등 구체적인 실천계획을 수립한다.

〈그림 2-3〉 Gilbert & Specht의 평가 분석틀



또한 이상의 단계별 절차영역에 따른 연구에서 좀 더 나아가, Gilbert & Specht의 사회복지정책 프로그램 선택의 차원에 관한 이론을 통해서 좀 더 구체적으로 분석을 시도해 보고자 한다. 아래의 〈표2-6〉은 Gilbert & Specht의 사회복지정책 프로그램의 선택에 관한 이론을 정리한 것이다.

위의 표에서 확인할 수 있듯이, 네 가지 선택의 차원에 있어서 배분은 배분의 근거 즉 급여를 받을 수 있는 자격요건을 의미하고, 급여는 배분될 급여의 형태를 의미하고, 전달은 급여를 전달하는 전략 또는 체계를 의미하며, 재정은 급여를 뒷받침하는 자금의 조달형태를 의미한다. 이러한 네 가지의 선택차원과 구체적인 선택에 영향을 미치는 요인인 선택적 대안의 범위, 관련된 사회적 가치 및 이론의 관계를 간략히 도표로 정리한 것이 위의 내용이다. 노인복지 프로그램도 일반적인 사회복지 프로그램에 속하므로 일반적인 사회복지정책 프로그램 설계의 기본적 선택차원이 그대로 적용될 수 있다.

위의 도표를 중심으로 네 가지의 선택차원을 좀더 상세히 설명하면 다음과 같다.

먼저, 할당(Allocation)의 선택차원이란 급여를 받을 사람이 누구인가를 결정, 즉 수혜대상자의 자격을 결정하는 것이다. 여기에서는 위의 도표에 있는 바와 같이 네 가지의 원칙 중의 하나, 또는 몇가지의 결합된 원칙에 의해 결정된

다. 귀속적 욕구에 의한 원칙은 기존의 시장체제하에서 만족될 수 없는 공통적인 욕구를 가진 어떤 특정부류, 또는 인구집단에 속하는 사람이 수혜대상이 되는 원칙이다. 이 원칙에 의한 프로그램을 데모그란트(demogrant)라고도 한다. 예를 들면 65세 이상 노인의 경제적 욕구와 의료보호의 욕구를 노인의 공통적인 욕구로 인정하여 65세 이상의 노인에게 다른 조건에 관계없이 일률적으로 일정한 액수의 비기여제 연금(noncontributory pension)을 지급하거나 무료의 의료서비스를 제공하는 것 등이다. 사회적 공헌 및 부당한 손해를 당한 것을 보상하는 원칙은 군복무로 또는 사회보험의 가입에 의한 보험금 납입으로 사회적 또는 경제적으로 공헌했기 때문에, 그리고 사회적 상황의 변화로 인한 실직, 인종적 차별대우 또는 도시재개발 등으로 인하여 부당하게 손해를 입었을 경우 이를 보상해 주는 원칙에 의해서 수혜대상이 되는 것이다. 예를 들면 사회보험에 의한 노령연금, 실업보험, 산업재해보상보험 등이 있다.

심신상태에 대한 전문가의 판단에 의한 원칙은 심신의 불구로 자기 스스로 경제적·사회적 및 심리적으로 정상적인 삶을 영위할 수 없는 경우를 전문가가 판단하여 급여를 제공하는 경우인데, 예를 들면 비기여제 불구연금 등이 여기에 해당된다. 자산분배에 의한 원칙은 개인이 정상적인 시장에서 필요한 상품이나 서비스를 구입할 수 없을 정도로 경제적 수준이 낮다는 사실이 개인이나 가족의 자산상태의 조사를 통하여 판단되는 사람이 수혜대상자가 되는 것이다. 이러한 예로 65세 이상의 노인으로 자산상태가 최저 생활유지의 수준에 미달될 경우 개인수입과 최저생활유지 수준의 차액을 보충해 주는 프로그램이 있다.

이와 같은 원칙의 선택은 가치관의 지배를 크게 받게 되는데, 일정한 부류의 인구집단전체에게 혜택을 줄 것인가(보편주의), 또는 개인의 필요를 조사하여 선택적으로 줄 것인가(선별주의), 혜택을 꼭 필요한 사람에게 주어 비용효과(cost effectiveness)를 높일 것인가, 또는 어떤 부류의 인구집단전체에게 같은 혜택을 주어 모든 사람을 동등하게 취급하는 사회적 효과를 높일 것인가에

따라 취하는 원칙이 다르게 될 것이다.

급여의 선택차원이란 구체적으로 어떤 형태의 급여를 줄 것인가를 선택하는 것이다. 그 형태로는 기획, 힘, 사회적 서비스, 변제, 물품, 물품교환권, 현금 등이 있다. 어떠한 형태의 혜택을 줄 것인가는 소비자의 선택의 자유라는 가치를 더 강조할수록 현금의 형태를 취하게 되고, 소비자에 대한 사회적 통제를 강조하는 편일수록 물품의 형태를 취하게 될 것이다. 또한 주어지는 혜택은 최소한도의 신체적 및 정신적인 복리를 보장할 수 있도록 되어야 하며, 모든 사람에게 꼭 같은 양의 혜택을 줄 것인가(균등 또는 평등분배), 또는 개인이 사회에 공헌한 정도나 능력에 따라 각각 다른 양의 혜택을 줄 것인가(공평분배), 또는 두 가지를 같이 고려할 것인가도 중요한 선택이 될 것이다.

전달의 선택차원이란 급여(혜택)을 효율적으로 전달하기 위하여 어떠한 조직적 전략을 택할 것인가 하는 것이다. 전달의 조직체계는 지방자치의 중앙통제, 관료중심행정과 시민참여행정, 어디에 가치의 역점을 두는가에 따라 조직체계의 수립에 있어서의 선택이 달라지게 된다.

재정의 선택차원이란, 급여가 현금으로 주어지든지 혹은 물품으로 주어지든지 간에 그러한 급여 자체를 위한 경비가 필요한데, 이러한 경비를 마련하기 위하여 다음의 4가지 원칙의 하나를 선택하는 것이다. 즉 사용자 부담, 민간모금, 사회보험, 과세 등의 방법들을 선택하는 것으로, 이러한 선택에 있어서는 어느 한 가지 또는 둘 이상의 결합의 형태를 취할 수 있다. 여기에도 평등 대 공평의 가치, 지방분권 대 중앙집권의 가치에 따라 실질적인 재정원천 및 부담률이 정해진다.

〈표 2-6〉 Gilbert & Specht 사회복지정책 프로그램의 선택

선택 차원	내 용	선택적 대안	관련가치관	관련이론
할 당 배 분	급여를 받을 수 있는 자격요인 (어떤 사람이 급여의 혜택을 받을 수 있는가?)	① 귀속적 욕구(특정 인구집단의 공통적 욕구) ② 사회적 공헌 또는 사회적 것으로 부당한 손해를 당한 것에 대한 보상 ③ 심신의 상태에 대한 전문가의 판단 ④ 개인 또는 가족의 자산상태에 따른 욕구	· 평등 대 공평 · 선별주의 대 보편주의 · 비용효과성 대 사회효과성	적절한 관련이론들(예: 모든 노인은 사회의 발전에 공헌하였으므로 사회로부터 보상받아야 한다)
급 여	급여의 구체적 형태(어떠한 형태의 급여를 제공할 것인가?)	① 기회 ② 권력(power) ③ 사회적 서비스 ④ 물품 ⑤ 변제(credit) ⑥ 물품교환권(voucher) ⑦ 현금	· 평등대 공평 · 적절성 · 소비의 선택자유대 사회적 통제	적절한 이론들(예: 빈곤의 주요원인은 성격적 결함이다)
전 달	급여를 전달하기 위한 전략 (어떠한 방법으로 전달할 것인가?)	① 행정적 중앙집중/지역분산 ② 단독서비스/복수서비스 ③ 같은 건물/다른건물 ④ 상호협조/협조결여 ⑤ 전문가 이용/비전문가 이용 ⑥ 전문가에 의한 의사결정/지역사회에 의한 의사결정 등 다양한 전략	· 평등 대 공평 · 중앙집권 대 지방자치 · 관료중심 행정 대 시민참여행정	적절한 이론들(예: 사회적 서비스는 자발적인 client에게만 주어져야 한다)
제 정	급여를 위한 자원 마련 방법 (어떻게 급여를 뒷받침 할 재원을 마련할 것인가?)	① 사용자부담 ② 민간모금 ③ 사회보험(임금세) ④ 과세(국세, 지방세, 특별세, 목적세 등)	· 평등 대 공평 · 적절성 · 중앙집권 대 지방분권	적절한 이론들(예: 지역사회의 참여와 관심은 모금으로 활성화될 수 있다)

3. 전문직으로서의 노인케어복지

케어대상 노인의 케어서비스 인력이 왜 전문직이어야 하는가를 알아보기 위해서는 먼저 전문직이란 무엇이며 전문직의 이론적 배경과 기준은 무엇인가, 케어복지의 전문직 평가는 어떤것인가를 본 연구를 통해 고찰하고자 한다. 먼저 전문직의 생성의 배경으로는 전문직이란 용어의 출현시기는 13세기 초반에 처음으로 등장한 용어로 본래 종교적인 생활에의 헌신을 의미했었으나, 점차 종교관계인들의 봉사생활에의 헌신으로 활동이 바뀌면서 17세기 말에 가서는 의학, 법학, 신학 등 세가지가 전문직으로 인정받기 시작하여 현재에 이르고 있다. 따라서 가장 대표적인 전문직이란 이론을 제기한 Greenwood의 속성이론과 Wilensky의 과정이론 그리고 Friedson의 권력이론 등을 먼저 살펴보면 다음과 같다.

1) 전문직에 관한 이론

Greenwood는 속성이론의 대표적인 학자로서 전문직의 여부를 판단할 수 있는 기준으로 다음의 〈그림2-4〉와 같이 다섯가지 속성을 제시하였다.²⁷⁾

첫째, 전문직은 체계적 이론을 가진다. 이것은 전문직이 단순히 다른 직업이 갖지 못하는 특정의 기술만을 갖추어서는 안되고, 이러한 기술에 깔려 있는 체계적인 이론이 필요하다는 것을 의미한다. 특히 이론의 확립을 위한 체계적인 조사연구 활동은 비전문직과 구분되는 전문직만의 특징으로서, 전문직 집단에서는 연구이론가들이 생겨난다.

둘째, 전문직은 전문적 권위(professional authority)를 가진다. 이것은 전문가로서의 권위를 인정받음으로써 전문직이 서비스의 내용과 양을 결정함을 의미한다. 이때 교육을 통하여 얻어지는 지식이 전문적 권위의 기반이 되며 전문

27) E. Greenwood(1957), *Attributes of a profession. Social Work*, pp.47-55

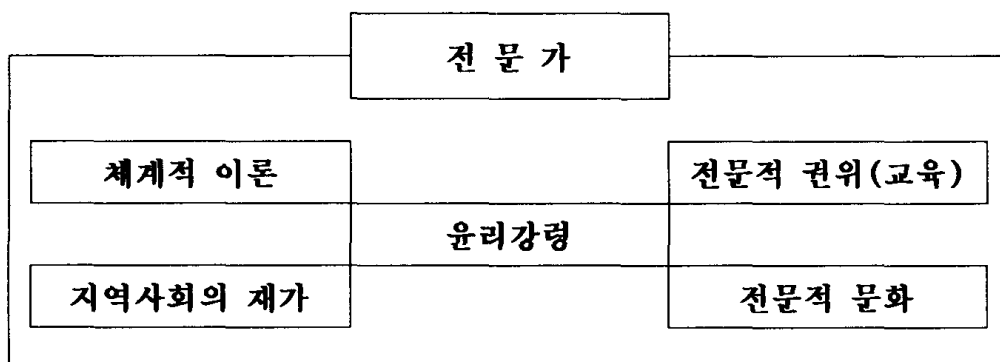
적 권위에 대한 클라이언트의 복종은 전문가에게 판단의 독점권을 부여한다.

셋째, 전문직은 지역사회 재가(sanction of the community)를 얻는다. 이것은 사회가 전문직 공동체에 대해 전적인 자율권을 부여한다는 것으로 새로운 전문직 성원의 충원을 위한 훈련의 내용과 방식을 결정하는 권한이 국가가 아닌 전문직에게 주어짐을 의미한다. 이러한 권력 외에도 일종의 특권이 주어지게 되는데, 비밀보장을 전제로 클라이언트로 하여금 자신에 대한 정보를 털어놓게끔 할 수 있고 기술적 문제에 관한 한 지역사회 판단을 면제받을 수 있는 특권을 재가 받는다.

넷째, 전문직은 윤리강령(code of ethics)을 가진다. 이것은 지역사회 재가를 통해 받은 특권과 권력의 남용을 막기 위한 장치로서 클라이언트와 동료에 대한 일종의 규범체계라 할 수 있는데, 전문직의 윤리강령은 다른 일반직의 강령보다 좀더 명백하고 체계적이며 구속력 있고 공공서비스 지향적이라 할 수 있다.

마지막으로 전문직은 전문적 문화(professional culture)를 가진다. 이것은 그 전문직만의 고유한 가치와 규범, 상징들을 그 전문직 공동체의 성원들이 공유함으로써 일반직과는 구분되는 전문직만의 속성으로 기능하는데, 전문직의 문화야말로 전문직을 다른 일반직과 구분할 수 있는 가장 분명한 속성이라고 생각하였다.

〈그림 2-4〉 Greenwood의 전문직의 속성



그러나 Moore는 전문직을 정의 내리는데 있어서 속성 이론적 접근은 도움이 되지 않으며 그 어떤 직업도 모든 기준들을 충족시킬 수 없다는 점에서 거부되어 왔다고 하였다. 전문직에 초점을 맞추고 있기 때문에, 수없이 많은 직업들이 나름대로 특수성을 지니고 있는 현대 사회에서는 상기와 같은 속성으로 전문직 여부를 가리는 것이 어렵다는 비판이다.²⁸⁾

다음으로 Wilensky는 과정이론(the process model)에서 모든 전문직이 일련의 단계를 거쳐 전문직으로 진화해 나간다는 가정하에 이분법적인 전문직 여부의 판단을 거부하고 연속선상에 한 직업이 도달해 있는 위치를 통해 전문화의 정도를 판단한다. 모든 직업은 아래 <그림2-5>과 같은 단계들을 거쳐 점차 전문직으로 발전해 나간다고 보았다.²⁹⁾

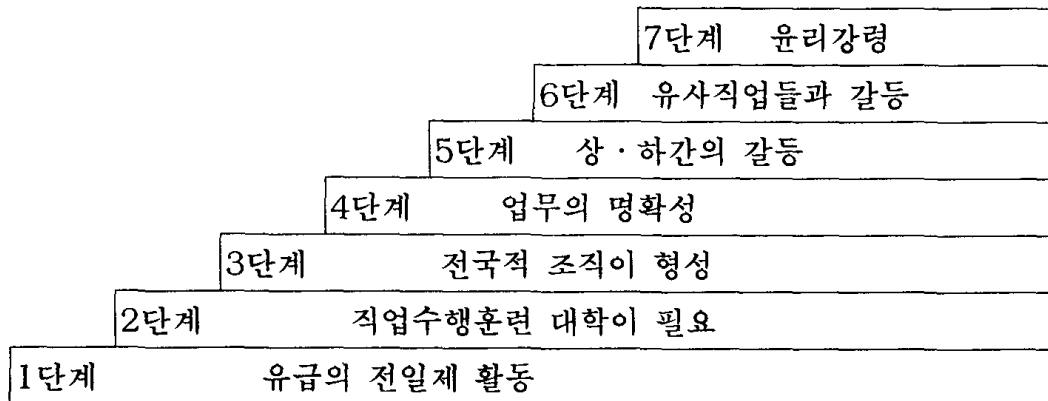
아래 그림과 같이 과정이론의 제1단계에서는 직업수행에 있어 유급의 전일제 활동을 필요로 하게 되고, 그 다음 단계에 가서는 직업을 수행하기 위한 훈련을 위해 대학이 필요해진다. 제3단계에서는 전국적 조직이 형성되어야 하고, 제4단계에 가서는 그 직업에서 수행하는 고유하고 핵심적인 업무가 명확해지며 제5단계에 가서는 고참과 신참간의 갈등이 생겨나게 된다. 제6단계에서는 인근의 유사한 직업들과의 갈등이 나타나고, 제7단계에서는 그 직업에 대한 법적인 보호장치, 예를 들어 면허나 등록, 자격제도 등을 얻게되며 마지막 단계에 가서는 그 직업의 윤리강령이 만들어진다.

그러나 과정이론 또 현실세계의 많은 직업들이 그 속성상 이러한 단계를 반드시 거치지 않는다는 점에서 비판받는데, 결국 속성이론과 마찬가지로 과정이론 또한 모두가 동의하는 속성을 달성하기 위한 단계가 명확하지 않다는 한계가 있다.

28) W. E. Moore(1970), *The professions: roles and rules*, New York: Russell Sage Foundation, p.132

29) H. Wilensky(1964), *Professionalisation of Everyone*, American Journal of Sociology, 70:137-58

〈그림 2-5〉 Wilensky의 과정이론 단계모형



위와 같이 속성이론과 과정이론에 대한 비판이 일어나는 가운데 좀더 통합적인 시각으로 전문직이 무엇인지, 그리고 어떻게 전문직이 되어 가는지 양자 모두를 기술하면서, 비전문직이 전문직으로 되어 가는 과정에서 핵심적인 역할을 하는 요인에 초점을 둔 권력이론이 등장하였다. 권력이론(the power model)은 갈등론적 시각을 근거로 하는 이론으로 대표적인 학자인 Freidson은 전문화란 곧 한 분야에 대한 독점화를 의미한다고 보고 전문직의 형성을 여러 이익집단들간의 권력 갈등을 포함한, 역사적으로 특수한 과정의 결과이며 전문직이라는 인정을 얻고 유지하기 위한 끊임없는 투쟁으로 보았다. 즉 사회가 복잡해질수록 사회에서 필요로 하는 일들이 복잡해지기 때문에 어떤 영역에서 전문직이 점차 필요해지게 되는데, 이때 어떤 직업이 그러한 영역에서 일을 하게 하느냐가 관건으로서 해당 영역의 독점권을 둘러싼 치열한 권력투쟁에서의 승자가 그 영역을 독점하면 전문직이 된다는 주장이다.³⁰⁾

30) E. Freidson(1970), *Professional dominance*, New York: Atherton press, p.73

2) 케어복지 인력의 전문성

케어복지 전문성에 대한 필요성 및 발달은 케어서비스 대상자를 가정에서 보호하던 시대에서 의료 및 지역사회보호로 전환되는 변화와 함께 생성되고있다.

전통적으로 고령노인에 대한 간병 및 수발보호는 가정에서 가족에 의해 이루어지다가, 의료전문인이 종사하고 있는 병원으로 옮겨졌으며, 그 후 다시 사회복지사와 케어관리자가 존재하는 지역사회 사회복지시설로 전환되는 과정으로 변화되고 있다.

그러나 케어는 누구라도 할 수 있는 일상적인 행위이기 때문에 그동안 과학적인 관점에서 연구나 고찰이 부족했으며 따라서 케어의 전문성과 사회적 지위도 낮은 편으로 OECD 각국의 케어인력의 제도화도 20세기 고령화사회를 맞이하여 성립되고 있다. 케어서비스 인력의 전문화 필요성을 케어서비스 내용에서 찾을 수 있다. 즉 노인케어는 생활기능이 저하되고 일상생활의 영위가 어려워진 경우 본인만이 아니라 주위사람들이 이를 도와 생활의 편의를 지원하는 것을 의미하며 오늘날의 케어는 생명체의 유지수준에서 일상생활의 유지로 더 나아가 “사회생활의 유지”수준으로 확대되고 있고 이러한 활동을 전개하기 위해서는 인간의 생활전체를 인식 파악하는 관점을 가져야 하며 이러한 관점을 갖기 위해서는 전문적 지식과 이를 실제로 이용하여 문제를 해결할 수 있는 케어기술이 필요하다. 또한 사회자원활용과 관계형성, 사회조직 집단, 단체들과의 조정기술 등도 요구된다.

Greenwood는 전문직을 체계적 이론을 가진다고 하였으며 비전문직과 구분되는 전문직만의 특성을 제시하고 있다. 이미 전문직으로 인정받고 있는 우리나라의 사회복지사 제도와와의 관계에서도 케어복지의 전문성은 요구되며, Freidson은 전문화는 한 분야의 독점화를 의미한다고 보고 있듯이 케어복지 는 사회복지직으로 사회복지 실천인으로서 적합한 인간관, 복지관은 쌍방이 교

계에서 동일한 기초학습일 수 있으나 케어복지는 노동집약적인 케어 실천의 특수성을 갖고 있다는 면에서 구별되기도 한다.

한편 케어복지가 전문직으로 인정받으려면 전문직의 학습을 거쳐 전문직으로서의 권위를 가질 수 있는 것 또한 관건이라 하겠다. 전문직에 관한 속성이론 틀에서 전문직은 해당 직종에 대한 기초이론을 체계적으로 갖추어야 하며 체계적인 조사 연구활동은 비전문직과 구분되는 전문직만의 특징이라고 하면서 전문지식을 교육을 통하여 얻어져야 하며 고로 전문직은 전문적 권위를 가질수 있다고 전문직 요소로서 교육의 평가여하에 달려 있음을 강조하고 있다. 한편 전문직에 관한 과정이론을 주장하고 있는 Wilensky는 과정이론 8단계를 설명하면서 과정이론 2단계 작업을 수행하기 위한 과정으로서 직업수행훈련이 필수이며 직업수행을 위한 교육은 대학이 필요하다고 제시하고 있다. 따라서 케어서비스 전문인력의 가치요소로는 케어에 필요한 관련 지식과 일반 교양 등 기초지식교육과 함께 케어원조기술과 사회복지제도 등 전문지식의 교육을 얼마나 어떻게 받았는가가 케어전문직의 평가요소라고 사료되며 케어서비스 대상자와 이를 둘러싸고 있는 환경 등 개인의 능력과 인권의 옹호와 함께 케어복지사로의 태도와 역할에 대한 윤리의식이 함께 교육 훈련을 통해 인지되어야 한다.

제 3 절 노인케어복지의 선행연구 고찰

본 절에서는 노인케어복지 전문인력 제도화 방안에 관하여 기존 연구에 대한 검토를 개괄하고자 한다.

다만 우리나라의 경우 노인케어 서비스 인력에 관한 연구는 최근에 일부 제한된 연구인에 의해 개진되고 있는 것을 감안하여 볼 때 직접적인 케어복지사의 제도화 방안에 관한 연구와 더불어 이와 관련된 간접적 내용 중 전문직으로서의 교육훈련, 케어복지를 위한 재원확보 그리고 전달체계에 관한 선행연구를 검토 대상으로 하였다.

1. 노인케어복지제도

케어복지사 제도의 도입방안에 관한 연구를 살펴보면 이해영³¹⁾은 케어서비스의 특징과 케어복지사 제도의 필요성으로 노인의 케어는 보육, 간호와 함께 가족의 보전복지기능으로 가족안에서 충족되었지만 현대 사회에서는 그 기능이 점차 분화되어 그 기능의 일부를 보육사, 간호사 등의 전문인력에 맡기게 되었고 고령화 사회의 진입으로 노인케어를 담당하는 전문케어 직업을 필요로 하고 있다. 또한 전문직으로서의 케어는 간호사와 사회복지사와 구별된다. 케어와 간호는 노인케어의 필수 직종이나 간호는 노인의 건강이 주된 목표라면 케어는 노인의 생활의 자립(신변, 자기결정, 자기실현)에 주된 목표를 가진다. 그러므로 간호전문직은 의료적으로 병을 낮게 하는 것이 주업무이며, 전문직으로서의 케어는 인간이해를 바탕으로 한 대인원조로서 자립지원과 자아실현을 목표로 하는 특징을 지닌다. 사회복지사와 동일한 영역의 기본적 교육단계(인지기능, 통합기능, 관계기능, 커뮤니케이션 기능, 관찰기능, 전문직 자기개발 기능, 공감기능)가 필요하며, 사회복지서비스의 분야로서 그러한 공동기반을 근거로 케어복지는 케어서비스를 중심으로 하는 독자적 대인서비스를 제공하는 것이다.

따라서 서비스의 성과는 이용자의 욕구해소 그리고 대상자 ADL의 향상이라고 할 수 있으며 서비스의 질은 케어하는 자의 축적된 경험과 기술, 그리고 지식 정도에 의해 규정되며 특히 그들의 인격과 건강상태 등에 의해 많은 영향을 받는다. 따라서 전문적인 지식과 기술의 축적, 숙련정도를 표시하는 척도로서의 자격제도가 필요한 것이며 케어서비스의 질을 확보하기 위해 케복지사 자격제도 도입이 이루어져야 한다. 케어복지사의 주요업무는 신변케어가 중심이며 그 외 이용자의 생활과 관련된 가사케어 및 기타 업무를 수행하여야 하고, 상급케어복지사의 경우 이용자의 상태를 판정하고 이에 맞는 케어계획을 세우고 서비스를 조정하는 케어매니저의 역할을 수행할 수 있어야 한다. 이러한 업무내용에 따

31) 이해영(2002), 「우리나라 케어복지사 제도의 도입방안」, 한국노인복지학회 춘계학술대회, p.31

라 케어복지사의 자격은 1,2,3급으로 구분한다. 급수에 따른 업무내용은 3급의 경우 현재 가정봉사원들의 역할정도라고 할 수 있는데, 주로 가사지원을 중심으로 하며, 2급의 경우 3급의 내용은 물론 신체적 케어를 중점적으로 다룰 수 있는 자로 특히 간호와 의학에 관한 지식과 기술이 더욱 필요하다. 1급은 2급과 3급의 내용을 포함하며 2, 3급 케어복지사를 지도 관리하고 케어메니저 기능까지 수행할 수 있는 보다 전문적인 케어복지사로 양성한다는 제도안을 제시하고 있다.

선우덕은 간병전문인력은 3종류의 인력으로 구성하도록 한다. 즉 기술습득의 정도를 감안하여 가사를 전담하여 지원할 수 있는 인력을 3급으로 신체적 간병수발을 전담하여 지원할 수 있는 인력 2급, 그리고 장기적이고 체계적인 신체적 간병수발 및 가사지원 계획을 수립할 수 있는 인력을 1급으로 나눌 수 있다. 그리고 양성교육에 필요한 시간을 총 136시간으로 설정하여 현장실습 소요기간이 최소 1주일(총7일)로 한다. 또한 간병전문인으로 종사할 수 있도록 자격증을 수여할 필요가 있으며 법적 근거는 노인복지법이나 국민기초생활보장법의 자활사업 내용을 보완하여 간병전문인력의 양성 및 보급을 보장해 주어야 하겠다.³²⁾

한편 강용규는 노인복지법과 사회복지사업법 개정의 필요성을 제언하고 있다. 즉 노인복지법과 사회복지사업법의 목적에 노인케어도 법적으로 인정받을 수 있도록 관련 규정을 개정해야 하며, 노인복지법상 직원배치 기준에서 생활보조원, 생활지도원을 케어복지사로 교체할 것을 제안하였다.³³⁾

이근홍은 현재 활동중인 케어서비스 인력과 관계된 명칭, 양성기관, 담당업무 내용과 시간, 자격기준 등이 각각 다르기 때문에 전문인력이 되기 위해서는 양성기관의 통합 일원화가 이루어져야 하고, 일정한 프로그램 평가과정을 거쳐 국

32) 선우덕(2002), 「노인간병전문인력의 도입 및 양성방안」, 전국노인복지단체협의회, 노인보건정책의 현황과 과제, p.29

33) 강용규(2002), 「한국케어복지교육 확립방안」, 한국노인복지학회, 춘계학술대회, p.85

가공인 자격증으로 제도화, 체계화 시켜야 한다고 제언하였다.³⁴⁾ 김태성은 전문직이 제도화, 법제화되어야 하며 법적으로 자격을 보장해 주어야 하는 이유로 “전문직은 자격 또는 면허를 취득하기까지 많은 정신적, 물질적 투자가 필요하고 상당한 기간이 소요된다는 것을 지적하였다. 또한 투자에 대한 일정한 보상 없이 시장에서의 자유로운 경쟁이 맡겨두면 투자한 사람이 불리해질 수 있고, 이것은 반대로 양질의 전문적 서비스를 제공하지 못하게 되는 결과를 가져온다고 하였다.

여기서 중요한 것은 전문직이 제공하는 서비스와 비전문직이 제공하는 서비스의 질적 차이가 크면 클수록 그리고 비전문직의 서비스의 해가 클수록 규제를 통한 수급자와 전문직 보호의 필요성이 높은 것이다.³⁵⁾

2. 전문직으로서의 교육훈련

케어복지제도가 한국 실정에 맞게 제도화되고 노인복지분야 실천영역에서 인정받기 위해서는 교육제도의 확립이 우선 전제되어야 함에 관해 강용규는 케어복지제도의 도입의 필요성을 사회적, 문화적 관점에서 현대사회의 특징 중 실용주의(pragmatism)의 확산, 이기주의 만연, 편의주의 지향 등의 사회적 경향을 노인에 대한 케어를 개인과 가족문제에서 지역 또는 국가의 문제로 확대시켰다. 노인케어 문제는 이제 미시적 차원이 아닌 거시적이며 종합적인 대책이 없이는 해결할 수 없는 제도적 성질의 것으로 변화하였다. 산업사회와 도시화가 수반되는 사회변동은 노인의 지위와 위상을 약화시키며, 핵가족화는 친족관계를 약화시켜 세대간의 고립을 심화시키게 되었으며 직업의 전문화, 노인의 지식 경험과 노동력의 가치가 떨어지면서 노인의 삶의 질을 저하시키는 결과를 초래하게 되었다고 하였다.

34) 이근홍(2002), 「한국 노인케어복지의 과제와 전망」, 한국노년학회 춘계학술대회, p.7

35) 김태성 외(1998), 『사회복지 전문직과 교육제도』, 소화출판사, p.44

또한 경제적 인구학적 관점에서 경제적 발전은 영양과 보건생활 환경개선을 인간의 평균수명 연장을 낳고 평균수명 연장으로 고령노인의 증가는 요케어 대상노인의 증가를 불러왔다. 이러한 사회적, 문화적, 경제적, 인구학적 관점요인에 의거 노인케어에 대한 사회적 개입이 필요하며 한편 사회복지 서비스에 대한 인식자체의 변화로는 과거 “시혜적”에서 사회적 의식의 성숙과 더불어 복지권이 정착해 가면서 “당연한 권리”로 이해하기 시작하였으며 끝으로 노인케어 서비스는 대상노인과 함께 가족의 심리적 경제적 안정과 모든 국민의 삶에 질 향상을 위해 필요하다는 것이다.

법적 자격의 제안으로서 전문직으로 확고한 인정을 받기 위해서는 면허, 등록, 법적자격 보장(statutory certification) 등이 이루어져야 한다. 이를 바탕으로 케어복지사의 향후과제를 제시하면 면허제도 최소 자격요건을 학력, 경험, 훈련 등을 기준으로 설정하고 시험을 통하여 면허를 부여한다. 면허없이 업무수행시 형사처벌을 받으며 면허 제도는 강제적 성격을 갖는다. 현존의 가정봉사과전원, 간병인 등은 면허가 아니며 케어복지사의 경우 민간 자격수준으로 독립적 업무수행을 위해서는 국가인정 법적 자격이 되어야 한다.

교육훈련 시험을 거친 합격자의 경우 정부기관 또는 정부가 위탁한 대행기관에 등록하게 하며 무자격자의 자격명칭 사용을 법률로써 금해야 한다. 다음으로 윤리강령을 제정하고 신념화 해야하며 “직업으로서의 서비스”보다는 시대적 소명의식과 전문직으로서의 사명을 실현하는 의식전환이 필요하고 고귀한 인간의 삶을 관장하는 것이 사회적으로 인정되는 문화가 정착되어질 때 케어전문직은 다른 전문직(의사, 변호사 등)과 동등한 위치에 서게 될 것이다.

케어복지 교육확립방안을 위해서는 우선 표준 교과과정의 도입이 되어야 한다. 즉 사회복지사의 경우 한국사회복지대학 협의회와 동일한 교육내용을 바탕으로 과학적 지식과 기술을 중심으로 현재 사회복지사를 양성 배출하고 있다. 즉 케어복지사 교육과목 지침서 등이 확립되고 이에 따른 교육훈련이 실행되어

야 한다는 것이다. 다음은 체계적 케어교육과 자격시험을 통한 전문적 권위확립이다. 교육연한과 전문적 권위로써 1987년 일본의 경우 “개호복지사”제도가 도입되어 최소 2년 이상의 교육, 3년 이상의 경력을 필요로 하고 있다. 현재 우리나라의 경우 가정봉사원 40시간, 간병인 40시간의 교육과정 이수로 케어서비스를 실시하고 있다. 전문서비스는 2년제 대학 이상에서 이론과 실습을 병행하는 체계적인 케어전문교육을 이수하고 자격시험을 통해 전문적인 권위를 인정받을 수 있어야 한다.

위와 같이 케어복지사 제도 도입방법의 우선 과제는 전문적인 교육과 훈련을 받은 전문요원의 확보에 달려있으며 이를 위해서 현재의 교육체제를 대폭수정 보완하여 소득보장, 여가보장과 더불어 노인의 신체보장이라는 영역을 구축해야 할 것이다. 이가옥은 노인수발 담당 전문인력은 1-2년 정도의 교육으로 노인보호 및 수발의 전문인력을 양성공급해야 한다. 한편 노인수발 가족에 대한 구체적인 지원서비스가 도입되어야 하며 간병수당제도 도입도 고려해 볼만하고 가족수발자에 대한 지지서비스도 개발되어야 한다고 제언한다.³⁶⁾

3. 노인케어복지를 위한 재원확보

노인케어복지서비스를 실천하기 위해서는 케어서비스를 제공받을 대상노인과 그 가족, 케어서비스를 제공할 시설과 인력서비스 프로그램, 전달 등에서 재원이 필요하다. 고령화는 만성질환을 수반하며 만성질환은 일시적인 치료가 불가능하고, 장기간을 요하거나 사망시까지 연장되기 때문에 가족의 심리적, 정신적 부담과 함께 경제적 부담이 가중되고 있다. 케어 대상노인의 경제적 부담 및 재원 마련에 관한 연구는 노인케어 전문인력 제도화의 필수과제로 노인케어에 관한 연구에서 공히 제시되고 있는 내용으로 많은 연구가 개진되고 있다. 차홍봉은

36) 이가옥(1999), 「장기요양보호노인의 욕구와 가족의 부양부담」, 성공회대학교 제5회 세계 노인의 해 기념 세미나, p.29

케어대상노인 가족의 부양부담 유형으로는 정서적 부담, 시간적 부담, 경제적 부담, 육체적 부담 등으로 장애인에 대한 가족의 보호기능을 유지 조장하기 위해서는 가족의 부양부담을 완화할 수 있는 정책을 요청하면서, 그 내용으로 지역사회 보호서비스의 강화와 함께 가족상담, 정보서비스, 가족치료, 수발교육 등의 시책과 사업을 개발할 필요가 있다고 하였다.³⁷⁾

따라서 지역사회 보호기관에서는 대상자별로 프로그램을 다양화하고 서비스 기관 및 특성화하는 것이 바람직하다. 한편 노인의 경제적 능력이 있을 경우 가족보호의 선택에 긍정적 영향을 미친다는 사실이 발견되었다. 즉 케어대상노인이 소유하고 있는 경제적 능력이 향상되면 가족보호의 기능은 조장할 수 있다는 뜻이다. 그러므로 노인의 소득보장 정책을 강화해줌으로써 가족보호의 기능이 조장될 것이다.

이가옥은 국가에서는 일부 저소득층 위주의 재가복지서비스를 제공하고 있을 뿐 일반노인을 대상으로 하는 노인케어대책은 거의 마련하지 못하고 있다. 이제 더 이상 가족의 인간애와 전통적 가치관, 생활양식에 맡겨두어서는 안될 것이며 1차적으로 노인을 가족과 함께 지내게 하고 가족이 효를 현대적으로 실천할 수 있도록 해야 한다. 또한 서비스 적용을 모든 계층에 확대하고 가족도 서비스의 대상으로 포함시켜야 한다. 주요 대책사항으로는 현재 건강진단 서비스를 의료보험의 내용으로 전노인에게 확대하고 정신적 검진도 같이 실시하며 유료 요양시설의 서비스도 다양한 비용체제로 하고 요양시설의 서비스와 운영규모를 가정과 같은 분위기로 개선하고 의료비에 대한 장기입원비용 6개월 - 1년 정도를 의료보험에서 지급해주고 상업적 건강보호(사보험)에 세제혜택을 주어 장기적으로는 공적인 케어보험제도를 도입해야 한다고 하였다.

김재일은 노인케어정책이 효과적이고 효율적이며 형평성있는 정책이 되는것에

37) 차홍봉(1998), 「장애인 부양가족의 장기요양보호서비스 이용선호도와 그 결정요인에 관한 연구」, 중앙대학교 대학원 박사논문

중점을 두어야 한다. 그러므로 첫째, 민간기업을 참여시킨 효율적인 대안을 제시한다. 민간기업은 이윤추구를 극대화하기 위한 조직으로 도덕적 위험이 큰 노인케어서비스에 있어서 중요한 역할을 할 것이다. 둘째, 포괄적인 정책대안으로써 케어보험이 포함되어 모든 국민이 나이와 경제능력에 관계없이 효과적인 혜택을 볼 수 있어야 한다. 셋째, 국가적 정책은 국민모두에게 공평해야한다. 동시에 귀중한 공공자금을 효율적으로 쓸수 있도록 해야한다.³⁸⁾

최성재는 요양보호서비스 내용은 계속적으로 소요되는 것이므로 노인개인이나 가족들이 부담하기가 어렵기 때문에 비용지불 체계를 별도로 마련하는 것이 바람직하다. 선진국의 예에서도 요양비용부담이 크기 때문에 전국민을 대상으로 하는 의료보험에서 케어급여를 지급하는 나라는 거의 없다. 의료보험은 급성질병에 대한 의료서비스 비용으로 노인케어의 비용으로는 부적합하다. 저소득계층의 경우는 불가피하게 공적부조로 지급할 수밖에 없고(미국의 medicaid, 우리나라의 의료보호 등) 일부국가에서는 저소득층과 중산층 사이에 노인들을 위해 실비 또는 비용의 일부만 받는 우리나라의 실비요양시설과 같은 것들이 있다.³⁹⁾ 중산층 이상 노인에 대해서는 일부 국가에서는 케어보험을 국가의 사회보험으로 도입한 경우가 있는데 독일에서 1994년 수발보험을 도입하였고 일본에서는 1997년 개호보험을 입법하여 2000년 4월부터 실시하고 있다. 오스트리아와 프랑스에서는 국고에서 요양보호수당을 지급하고 있고 미국의 경우 사회보험으로서의 케어보험을 도입 못하고 대부분 개인사보험에 의존하고 있어 증가되는 노인요양보호 문제에 고심하고 있다.

우리나라의 경우 가족에 의한 노인보호비용으로 개인적 희생이 따르고 있어 노인케어를 위한 재정적 대책은 '국민이 분산 부담하는 국가적 체제인 사회보험

38) 김재일(2001), 「인구유형변화에 따른 노인장기요양문제와 정책형성의 기본방향」, 한국사회정책 연구원, 『사회정책총론 제13집 제2권』, p.27

39) 최성재(1999), 「장기요양보호노인을 위한 정책과제」, 성공회대학교 제5회 세계노인의 날 기념 세미나, p.156

체계' 나 국가의 조세로 일부 또는 전부를 부담하는 방향으로 정책이 수립되어야 할 것이다. 황진수는 노인케어 부양부담체계는 저소득계층에 대한 재가 및 시설보호 비용은 공적 재정에서 부담하고 중산층 이상에 대한 비용은 단, 중기적으로 다양한 비용체계에 따라 시장에서 공급되도록 하고 장기적으로는 사회보험 제도화 같은 국가의 공동비용 부담체계를 도입하여야 할 것이다.⁴⁰⁾

저소득 계층은 특히 노인케어 비용을 부담하기 어려운 계층이므로 이는 공적 재정에서 부담하도록 하여야 할 것이다. 또한 중산층 이상이 원하는 수준의 실버산업 지원 또는 육성과 함께 특히 가정케어와 지역사회케어 서비스를 강화하면서 시설케어를 발전시키는 방향을 가족의 노인보호기능을 보완하면서 전통적 가족보호의 가치관을 유지하고 가족을 중심으로 한 보호체계를 강화하는 것이 된다. 이근홍은 노인케어복지 재원은 사회보험, 조세 및 이용자부담의 3가지 절충 형태로 이루어져야 하며 노인요양보험은 사회보험이기 때문에 위험분산, 상호부조, 재분배의 기능을 충분히 할 수 있도록 보험료를 일시적 또는 장기적으로 부담 못하는 저소득층을 적용대상으로 선정하여 모든 노인에게 보편적이면서 일정수준 이상으로 제공될 수 있도록 해야 할 것이다.⁴¹⁾

4. 노인케어복지 전달체계

우리나라의 경우 노인복지 서비스 전달체계는 정부조직에 의한 행정체계와 민간에 의한 사업조직체계로 나누어 볼 수가 있다. 정부조직에 의한 행정체계는 중앙행정체계와 지방행정체계로 나누어진다. 민간에 의한 노인복지 사업체계는 사업공단 형태의 준공적(準公的) 행정체계와 순수 민간조직에 의한 사업조직체계로 나눌 수 있다.

일반적으로 노인복지 행정체계는 그 기준에 있어서 서비스 전달의 공평성, 서

40) 황진수(2001), 「노인장기요양시설 정책의 개선방안」, 한국사회복지시설연구회, p.16

41) 이근홍(2002), 「한국노인케어복지의 과제와 전망」, 2002년 한국노인복지학회 춘계학술대회, p.89

비스에의 접근 용이성, 서비스 내용의 적합성, 서비스의 지속성과 포괄성 등이 구현되도록 조직되어야 한다. 여기서 서비스 전달의 공평성은 대상에 대한 완전한 파악이 전제가 되어야 하며, 서비스에의 접근 용이성은 누구나 쉽게 필요한 시기에 필요한 내용의 서비스를 어려움 없이 받을 수 있도록 복지행정 조직이 공개되고 홍보되어 있어야 함을 의미한다. 또한 서비스 내용의 적합성은 전문직에 의한 대상 파악, 분석과 판단에 의한다. 그리고 대개의 복지 서비스는 한두번으로 끝나는 것이 아니라 가장 효과적인 방법을 모색하면서 지속적으로 이루어진다. 여기에서 대상에 대한 연구가 전문적으로 이루어짐과 동시에 지역사회 혹은 다른 관련자원단체나 기관으로부터 자료의 교환 협조 등으로 지속성을 유지하면서 일련의 관계를 갖게 된다. 그리하여 서비스 내용의 기준을 설정하게 되며 유형별로 분류하여 적용하는 등 서비스의 포괄성을 갖게 된다.

김동배는 현대사회의 노인이 겪는 가장 심각한 문제로 경제적 빈곤문제, 질병과 건강문제, 역할상실문제, 고독의 문제를 제기하였다. 이러한 문제를 해결하기 위하여 노인복지 서비스 체계는 노인들의 경제적, 의료적, 사회심리적, 여가활동에 대한 욕구를 충족시켜 주기 위한 소득보장제도와 노인보건제도, 노인주거보장제도 등의 공적 서비스체계를 갖추어야 하며 더불어 재가노인복지서비스와 노인여가복지서비스, 시설케어서비스의 민간서비스체계 또한 포함되어야 한다. 이를 통해 결국 노인의 삶의 질 향상과 노인의 사회적 통합을 이루도록 함으로써 궁극적으로 노인복지를 실현할 수 있게 될 것이라고 하였다.⁴²⁾

황진수는 우리나라 행정체계의 특성은 서비스 전달체계에서 수혜자와 가장 밀접하게 대인관계업무를 수행하는 지방행정체제로 내려갈수록 사회복지행정분야는 독자적인 전달체계를 가지고 있지 못한 점을 지적하였다. 중앙의 보건복지부 조직을 제외한 지방단위에서는 내무부 조직체계에서 사회복지 업무를 대신 담당하고 있어, 생활보호사업을 전담하는 사회복지 전문요원을 제외하고는 사회복지

42) 김동배(2001), 「한국노인복지행정체계의 개선방안」, 전국노인단체 협의회 정책토론회, p.6

담당 공무원도 전문 공무원이 아니고 일반공무원들이 순환보직으로 사회복지 업무를 담당하고 있다. 따라서 지방자치단체의 복지에 대한 책임과 권한이 축소되고 사회복지전달체계가 약화되어 주민의 요구에 부응하는 복지행정의 실천이 어렵다고 지적하였고, 정책을 결정하는 데 있어 급여대상, 급여의 종류와 수준, 재정방법, 전달체계를 중요한 요소로 보았다. 그 중에서도 클라이언트에게 서비스가 직접적으로 전달되는 과정으로서 전달체계를 중요하게 인식하였다. 이는 서비스가 중복되거나 단편적이거나 비연속적인 서비스를 시정하고 서비스에 대한 접근성을 증대하며, 클라이언트의 참여를 권장하여, 전달체계를 갖추어 책임성 있게 운영하는데 정책적 관심을 두어야 한다는 것이다. 이러한 전달체계의 중요성은 노인복지행정 전달체계에서도 중요한 문제로 인식되고 있다. 우리나라 노인복지행정 전달체계에서 나타나는 중앙집권화된 관료적 행정체계의 문제점들은 사회복지부문에서의 민간부문의 역할의 활성화에 새롭게 관심을 가지게 하고 있다. 이는 사회복지서비스 공급주체의 다원화를 통해 갈수록 다양화되어 가는 노인들의 복지욕구를 실현할 수 있는 효율성을 높이는 결과를 가져올 수 있다.⁴³⁾

이근홍은 우리나라에서 허약·장애노인에 대한 보호는 전통적으로 가족을 중심으로 친척, 이웃 등이 담당해 왔으나 가족구조의 핵가족화, 노인 부양의식의 약화, 여성의 사회활동의 증가 등으로 인하여 가족을 포함한 비공식 지원체계가 노인케어의 기능을 제대로 수행하지 못하게 된점을 지적하면서, 따라서 허약·장애노인에 대한 가족의 케어를 보충하고 전문적으로 서비스를 제공할 수 있는 노인의료복지시설과 재가노인복지시설의 발전을 통하여 서비스 공급주체가 다양화되어야 한다고 주장하였다.⁴⁴⁾ 또한 노인케어복지를 제공할 수 있는 시설로는 재가노인복지시설과 노인의료복지시설이 있으며 허약·장애노인에게 케어복지를 제공할 인력은 가족을 포함하여 다양한 분야에 분포되어 있다. 그러나 노

43) 황진수(1999), 『현대복지행정론』, 대영출판사, p.335

44) 이근홍(2002), 전개논문, p.85

인케어복지가 아직 공식적인 제도가 아니기 때문에 공적인 재정부담도 부족한 실정이다. 앞으로 노인케어복지를 활성화시키기 위해서는 케어복지를 제공할 시설과 전문인력을 대폭적으로 확충하고 공적으로 재정을 부담할 수 있는 노인 요양보험을 도입해야 할 것이며, 허약·장애노인들이 신속하게 지속적으로 전문적인 케어복지를 제공받을 수 있도록 서비스 전달체계가 확립되어야 할것이다라고 제언한다.

사회복지전달체계에서 가장 중요한 것 중의 하나는 조직체계를 구성하는 인력인데 특히 노인케어서비스 체계에는 치매 전문의사, 보건요원, 간호사 및 사회복지사의 참여가 필수적이며 가능하면 전문가들이 팀웍을 발휘할 수 있도록 하는 것도 바람직하다.⁴⁵⁾ 특히 보건복지 사무소가 공적 사회복지 전달체계로 발전하게 되면 보건의료서비스와 복지서비스가 통합적으로 계획되고 전달되도록 하는 면에서 큰 역할을 할 것이며 특히 노인케어는 통합적 서비스 체계의 장점을 잘 취할 것으로 생각된다. 그리고 노인에게 혼한 치매나 중풍환자 등의 치료 및 보호에 관여하는 가족과 전문인력에 대한 특별한 훈련이 필요하고, 특히 전문수발자의 수요가 크게 늘어날 것을 대비하여 수발전문가 자격증 교육과 자격증 제도도 발전시켜 나가야 할 것이라고 제언한다.

시설서비스의 전달체계는 통일성은 있으나 조치제도에 따른 행정기관의 입소조치가 일반적으로 결정되어 이용자의 시설선택권이나 권리로서의 시설 이용권이 없다. 즉 장기요양이 필요한 노인이 시설의 이용을 신청한 경우 시설 입소의 자격유무와 입소여부는 전적으로 구청 및 복지시설기관의 정원유무에 의해 결정된다는 것이 문제이다. 현 체계에서는 생활보호자의 경우 이용자가 가기 싫은 시설에 입소해야 하며 선택권이 전혀 없다.

우리나라의 경우 노인복지 행정은 중앙정부의 경우 보건복지부 산하 사회복지

45) 최성재(1999), 「장기요양보호노인을 위한 정책과제」, 성공회대학교 제5회 세계노인의 날 기념세미나, p.73

정책실 아래 노인정책과 및 노인보건과가 있다. 서울특별시의 경우 보건복지국 내 노인복지과 내 노인행정팀, 노인복지팀, 노인시설팀이 있으며, 경기도의 경우 여성정책국내 가정복지과 내 노인복지담당이 있다. 오늘날 급격히 노인인구의 증가를 맞고 있는 우리나라에 있어서 노인행정조직은 다양한 업무를 담당하기에 규모나 조직상 어려움이 있다고 본다. 미국의 연방노인청과 같이 노인복지 행정업무에 대한 규모 및 이의 국가적 책임성을 감안하여 보다 적절한 규모와 체계의 행정조직이 이루어져야 할 것이다. 따라서 보건복지부내 노인복지청 또는 노인복지국의 신설이 필요하며, 지방정부에 있어 노인복지 행정업무를 담당하는 주무부서의 조직을 통해 보다 적극적인 노인복지행정이 시행되도록 해야 할 것이다. 또한 중앙정부 및 각 지방자치체 내에서 노인복지 전문가 및 노인복지 관련 실무자로 구성된 노인복지위원회가 설치되어야 할 것이다.⁴⁶⁾

그리고 중앙정부, 지방정부의 역할 및 책임과 관련 규정 또한 구체적이지 않다. 노인복지법상 국가가 노인복지에 대한 책임성이 명확하지 않으며, 노인에게 제공되는 서비스 효과성 및 효율성에 대한 행정조직내의 평가도 원활히 이루어지지 않고 있다. 따라서 노인복지서비스 전달과 관련하여 중앙정부 및 지자체의 역할과 책임에 대한 명확성을 갖도록 법적 규정 및 이에 관한 행정상 지침이 필요하다고 본다. 이는 중앙행정부서간, 지자체간 노인복지 서비스에 대한 긴밀한 협조체제가 이루어짐에 의해 가능하다고 본다.⁴⁷⁾

또한 미국의 경우 서비스 전달체계에서 각각의 하부조직이 융통성을 갖고 있다. 각 전달체계의 기관들은 미국노인법에서 규정한 우선적인 것들만 따르고 나머지는 자체규정에 의해 서비스들이 운영되고 있다. 또한 유사 프로그램들 간에는 지원금의 이동이 가능할 수 있도록 되어 융통성있는 행정체계를 갖고 있다고 볼 수 있다. 이는 지역사회 거주노인에게 보다 적합한 서비스를 개발하고 운

46) 유성호(2001), 「미국의 노인복지관련법」, 한국노년학회 정책토론회 21권 2호, p.154

47) 원영희(2001), 「미국의 노인복지 행정체계」, 전국노인복지단체협의회, p.105

영하는데 도움을 줄 수 있다는 점에서 시사하는 바가 있다.

우리나라 노인복지 행정의 조직체계는 중앙에 6개 부처, 시도에 가정복지국, 시·군구에 가정복지과, 읍·면동에는 사회복지담당자 또는 사회복지사 등의 전달체계로 되어있고 업무내용은 크게 사회보험, 공적부조, 사회복지서비스로 분류된다. 이와같이 우리나라 노인복지 행정에 대하여 실태를 분석한 결과 나타나는 문제점은 첫째, 고령화 속도가 선진국에 비해 빠른 속도로 진행되고 있으나 행정조직체계의 미비로 복지정책 조정기능상·조직구조상·업무기능상에 문제가 있다. 둘째, 연금제도의 미비와 의료보장제도의 미흡으로 노후생계대책과 노인병 등 노인의 건강관리에 문제가 있다. 셋째, 생활보호는 최저생활 수준에 미달하고 시설보호에 있어서도 노인들의 욕구충족에 미치지 못하고 있어 다양한 종류의 시설과 프로그램에 대한 대책이 문제이다. 넷째, 노인의 취업기회 제한과 경로우대제도의 미흡 경로수당의 미약 등 국가사회에 참여한 세대에 대한 보상차원에 실질적인 소득혜택을 주지 못하고 있다. 따라서 고령화 사회의 노인 인구를 보다 생산적이고 경제사회 발전에 유효하게 참여시켜 인간다운 생활을 유지할 수 있도록 국가와 지역사회는 노인들의 최저생활을 보장해 주어야 한다. 그러기 위해서는 현재의 노인복지행정의 조직체계를 과감히 개선하여야 한다.

선우덕은 현행간병인과 관련한 문제점으로 첫째, 가정봉사원이나 민간 간병인, 간호조무사에 대한 교육내용이 너무 빈약하며 현재 노인복지법에 의해 운영되고 있는 가정봉사원의 경우 유급가정봉사원의 교육시간이 40시간으로 전문적이고 양질의 서비스를 제공할 것이라는 기대는 어려울 것이다. 또한 민간케어복지사의 양성교육 내용을 보면 실제적으로 교육시간이 너무 과다하여 교육의 시간 및 비용의 낭비를 불러올 수 있다는 문제점이 있다. 현행 협회자체에서 책정한 시간을 교육시키려면 최소한 6개월이라는 시간이 투입되게 되어있다.

둘째, 동일한 서비스에 대해 서로다른 기술을 가진 간병수발을 받아야 한다는 점이다. 가정봉사원의 경우 가정방문을 주 목적으로 하고 있고, 케어복지사는

주로 일부복지시설(생활시설)에 종사하고 있는 경향을 보이며 민간간병인과 간호조무사는 병원에서 종사하고 있다고 할 수 있어 상호업무영역이 분할되어 있는 모습을 보이고 있다. 그러나 노인과 관련해서는 사고발생에 따른 치료에서부터 최종적인 가정복귀에 이르기까지 여러 사람의 간병, 수발을 받아야 하는 경우가 대부분이다. 예를 들면 급성기질환이든 만성기질환이든간에 병원에 입원할 때에는 민간간병인 또는 간호조무사의 간병수발을 받고 퇴원후 가정에서는 가정봉사원의 간병 수발을 받거나 복지시설에 입소하는 경우에는 생활보조원 또는 케어복지사의 간병수발을 받게 된다. 이러한 경우 서로 상이한 기술을 가진자에게 간병수발을 받아야 하기 때문에 수발당사자로서는 일률적이고 표준적이며 전문적인 서비스를 받지 못함으로써 사고의 위험성이 언제든지 도사리고 있다고 하겠다.⁴⁸⁾

제 4 절 외국의 노인케어복지 정책

본 장에서는 OECD 주요 4개국을 선정하여, 노인케어 및 케어복지정책에 관한 사례를 케어복지제도 현황, 케어복지인력의 전문성, 케어복지의 자원 그리고 케어복지 서비스 전달체계를 중심으로 비교·분석하였다.

1. 일본의 노인케어복지 정책

1) 노인케어복지의 제도 현황

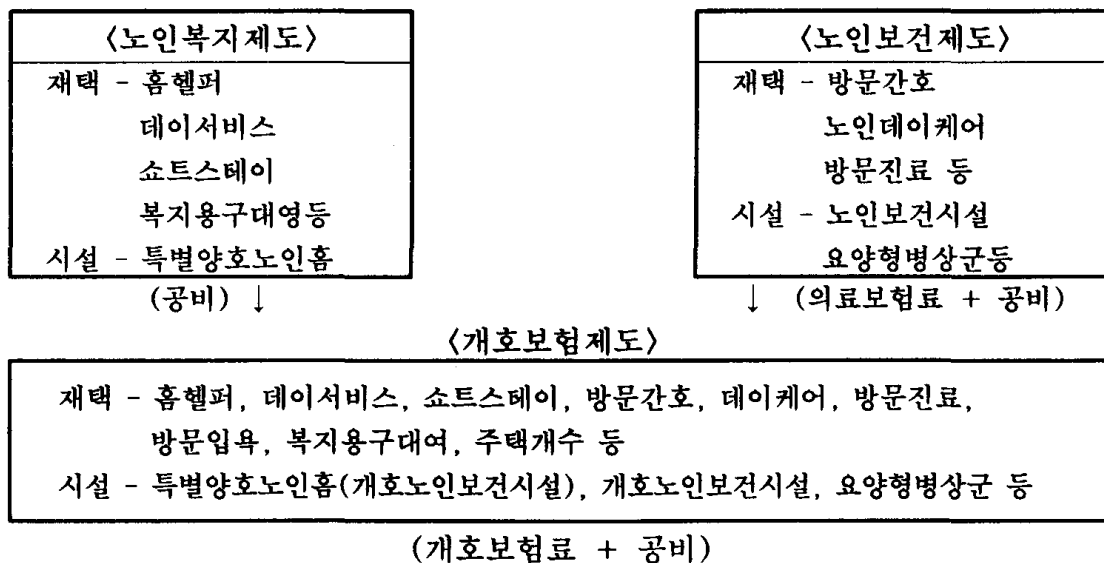
일본의 케어복지제도는 크게 두 가지로 대변된다. 첫째는 케어복지 전문인력에 관한 제도로 1987년도에 사회복지사 및 개호복지사법을 제정하였으며 본법에 의해 개호복지사가 양성이 되고, 양성된 개호복지사들은 일본의 케어대상

48) 선우덕(2002), 「노인간병전문인력의 도입 및 양성방안」, 전국노인복지단체협의회, 노인복지정책의 현황과 과제 세미나, p.12

전체 노인을 위한 케어서비스 활동에 임하고 있다. 둘째는 케어복지 서비스 재원을 위한 제도로 1997년도에 개호보험법을 제정하고, 2000년 4월부터 이 법을 실행하고 있다.

개호보험법은 개호의 사회화, 이용자 본인의 서비스의 종합화, 사회보험의 도입, 사회보장구조 개혁 등을 목적으로 함으로써 케어수혜대상 노인에게 “개호보험”이라는 창구를 통해 국가가 주체가 되어 지방자치제인 시정촌이 급여의 주체이며 동시에 재정주체이며 지방자치제의 역할이 중요하다. 또한 개호보험의 도입에 의해 그동안의 공비중심의 노인복지제도(홈헬퍼, 주간보호, 단기보호, 복지용구대여, 특별양호노인홈)와 노인보건제도(방문간호, 방문진료, 노인보건시설 등), 그리고 공적제도 이외(영리기업, 사회복지법인, 의료법인 등)의 서비스 등이 하나의 보험제도로 통일되었다. 즉, 개호보험은 케어서비스의 이용과 비용부담방법을 새로운 보험으로 일원화함으로써 노인복지와 노인보건간의 불균형을 해소하고 보건, 복지의 종합적인 서비스를 받을 수 있게 한 새로운 케어시스템이다.

〈그림 2-6〉 신케어 체계



피보험자는 40세 이상의 자로 제한하였고, 그 지역에 거주하는 65세 이상의 「제1호 피보험자」와, 40세 이상 65세 미만의 의료보험가입자(직장인대상)를 대상으로 하는 「제2호 피보험자」로 구분하였다. 급여는 65세 이상의 제1호 피보험자에게는 요개호상태가 된 원인과 상관없이 보험급여가 일어나지만, 제2호 피보험자(45세 이상 65세 미만)의 경우는 그 원인이 일반적으로 노화에 따른 심신의 변화에 기인하는 특정질병(초로치매나 뇌혈관장애 등)의 경우로 제한하였다.

〈표 2-7〉 피보험자의 구분과 보험료

	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상자	65세이상자	40~64세의 의료보험가입자
수급권자	요개호자(와상, 치매노인) 요지원자(허약고령자)	초로치매자, 뇌혈관장애 등 노화에 기인하는 질병에 의한 자
보 험 료	소득단계별 정액보험료 일정액이상의 연금수급자는 연금에서 공제	소속된 각 의료보험제도가 의료보험에 부가하여 징수

2) 노인케어인력의 전문성

(1) 개호복지사 자격취득 교육과정

개호복지사 자격을 얻기 위해서는 아래와 같은 3가지 방법이 있다.

- 가. 지정양성 시설에서 지정과목을 이수한다.
- 나. 개호복지사 시험(국가시험)에 합격한다.
- 다. 직업능력개발 촉진법의 규정에 따라 개호 등에 관한 기능검정시험에 합격한다.

(2) 개호복지사 자격취득과정

개호복지사의 자격취득과정에는 다음과 같은 6가지 취득방법이 있다.

아래 그림과 같이 자격취득과정을 정의하면 다음과 같다.

가. 고졸+양성시설 2년

나. 고졸+복지계 대학+양성시설1년

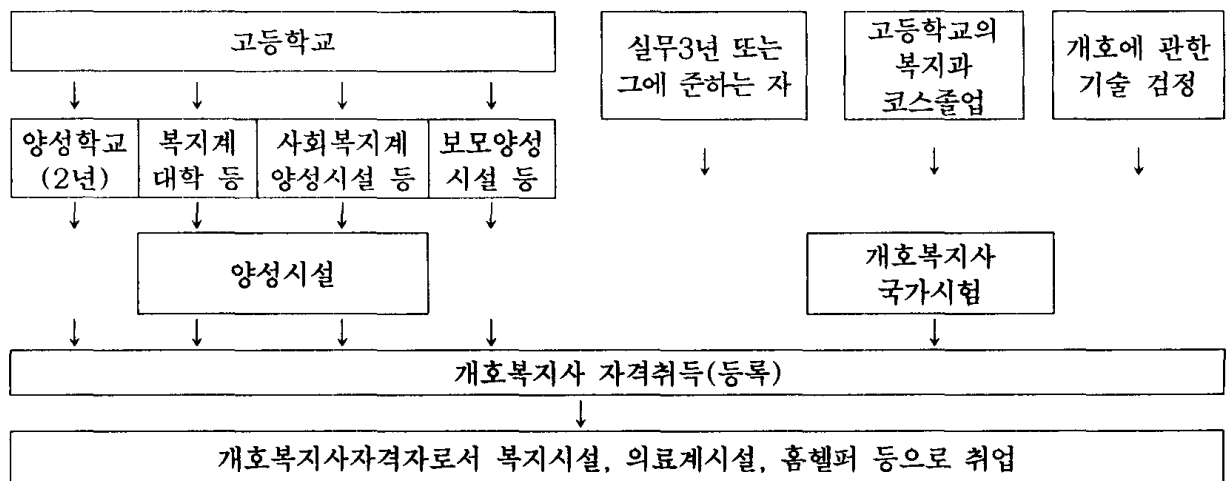
다. 고졸+사회복지사 양성시설+양성시설 1년

라. 고졸+보모양성시설+양성시설 1년

마. 실무 3년+국가시험

바. 실무 3년에 준 한자+국가시험

〈그림 2-7〉 개호복지사의 자격취득 과정



자 료 : 일본 사회복지사 및 개호복지사 협회 2002년 내부자료

(3) 자격취득 시험 교과목과 방법

자격취득 시험의 지정과목에는 '사회복지론, 노인복지론, 장애인복지론, 사회복지장론, 사회복지원조기술론, 사회복지원조기술현장 실습, 심리학, 일반의학, 개호개론' 등 9과목이 포함되고 이들 교과목은 지정과목과 선택과목으로 나누어진다. 시험은 필기시험과 실기시험이 행해진다. 실기시험은 필기시험에 합격한 자에 한하며 2회에 기회를 주며 개호에 관한 전문적 기능에 관해서 실시된다. 먼저 필기시험의 경우 '사회복지개론, 노인복지론, 장애인복지론, rehabilitation론, 사회복지원조기술, 레크리에이션지도법, 노인·장애인의 심리, 가정학개론, 영양·조리, 의학일반, 정신위생, 개호개론, 개호기술, 장애형태별 개호기술' 등의 과정이 포함되며, 그 다음 실기시험에서는 개호에 관한 전문적 기능에 관해서 직접적인 전형이 실시된다. 이때 시설은 후생대신이 인정하고 법률에서 인정하는 시설로 한다.

(4) 국가시험 실시현황

국가시험은 매년 1회 실시하며 1989년 1회 국가시험 이후 2002년 7월까지 총 14회에 걸쳐 실시되었다. 그 결과<표2-8과 표2-9> 사회복지사의 경우 제 14회까지의 응시자의 합격율은 30% 미만이었으며, 개호복지사의 경우 제 14회까지의 합격률이 50% 미만이었고 전체 합격자 수는 174,481명으로 집계되었다. 그러나 현재 일본의 개호수발에 필요한 인원수요가 100만명으로 추산되고 있는 상황이어서 앞으로 지속적인 개호복지사의 증원은 불가피할 것으로 예상된다. 참고로 우리나라는 1985년 개정된 사회복지사업법에 의해 사회복지사 자격을 보건복지부장관명의로 한국사회복지사협회에서 심의 발부하고 있으며 2002년 10월 현재 총 69,323명(1급 40,515명, 2급 19,365명, 3급 9,443명)이 배출되었고 2003년도부터 1급에 한해 국가고시제도를 실시할 예정이다.

〈표 2-8〉 사회복지사 시험응시자 및 합격비율

	1989년 (제 1회)	1990년 (제 2회)	1991년 (제 3회)	1992년 (제 4회)	1993년 (제 5회)	1994년 (제 6회)	1995년 (제 7회)
응시자	1,033명	1,617명	2,565명	3,309명	3,886명	4,698명	5,887명
합격자	180명	378명	528명	874명	924명	1,049명	1,560명
합격률	17.4%	23.4%	20.6%	26.4%	23.8%	22.3%	26.5%
	1996년 (제 8회)	1997년 (제 9회)	1998년 (제 10회)	1999년 (제 11회)	2000년 (제 12회)	2001년 (제 13회)	2002년 (제 14회)
응시자	7,633명	9,649명	12,535명	16,206명	19,812명	22,962명	28,329명
합격자	2,291명	2,832명	3,460명	4,774명	5,749명	6,074명	8,343명
합격률	30.0%	29.4%	27.6%	29.5%	29.0%	26.5%	29.5%

자 료 : 일본 사회복지사 및 개호복지사 협회, 2002년도 내부자료

〈표 2-9〉 개호복지사 시험응시자 및 합격비율

	1989년 (제 1회)	1990년 (제 2회)	1991년 (제 3회)	1992년 (제 4회)	1993년 (제 5회)	1994년 (제 6회)	1995년 (제 7회)
응시자	11,973명	9,868명	9,516명	9,987명	11,628명	13,402명	14,982명
합격자	2,782명	3,664명	4,498명	5,379명	6,402명	7,041명	7,845명
합격률	23.2%	37.1%	47.3%	53.9%	55.1%	52.5%	52.4%
	1996년 (제 8회)	1997년 (제 9회)	1998년 (제 10회)	1999년 (제 11회)	2000년 (제 12회)	2001년 (제 13회)	2002년 (제 14회)
응시자	18,544명	23,977명	31,567명	41,325명	55,853명	58,517명	59,943명
합격자	9,450명	12,163명	15,819명	20,758명	26,973명	26,862명	24,845명
합격률	51.0%	50.7%	50.1%	50.2%	48.3%	45.9%	41.4%

자 료 : 일본 사회복지사 및 개호복지사 협회, 2002년도 내부자료

(5) 홈헬퍼 양성 및 보수교육

일본의 경우 사회복지사와 개호복지사 외에도 홈헬퍼(가정봉사원)를 별도로 양성하고 있다. 홈헬퍼 사업은 개호 대상 노인의 일상생활이 활성화되고 노인 본인 및 가족의 생활의 질이 높아지는 것을 목표로 하고 있다. 파견된 홈헬퍼는 다음과 같은 세 가지 관련 서비스를 제공하고 있다.

첫째는 신체의 개호 관련서비스로 식사의 개호, 배변의 개호, 착의·탈의의 개호, 목욕의 개호, 신체의 청결·세발 통원 등의 보조, 기타 필요한 신체의 개호 등을 제공하고 있다.

둘째는 가사원조 관련서비스로 조리, 의류의 세탁·관리, 주거 등의 청소·정리정돈, 생활필수품의 구매, 병원·보건소·사회복지사무소 등 관계 기관 등과의 연락, 기타 필요한 가사서비스 등이 포함된다.

셋째는 상담·조언 관련 서비스로, 일상생활·신체·개호에 관한 상담·조언, 주택개량에 관한 상담·조언, 기타 필요한 상담·조언 등이 제공되고 있다. 1998년 전체 이용노인의 60%는 가사원조 서비스를, 40%는 신체개호서비스를 제공받았으며, 상담·조언은 각 서비스에 부가되어 제공받고 있다.

1998년 정부예산은 신골드플랜에 의한 재가노인 홈헬퍼 167,980명과 장애인 계획에 의한 재가 장애인 홈헬퍼 24,100명 등 총 192,008명의 홈헬퍼를 확보하는 것으로 되어 있다. 또한 1999년까지는 약 20만명의 홈헬퍼(재가노인 홈헬퍼 17만명, 재가장애인 홈헬퍼 약 3만 명)를 확보하는 것을 목표로 하고 있다. 이러한 홈헬퍼의 양적 확대에는 홈헬퍼의 전문성 확보 등 질적 제고가 병행되어야 하는데 이를 위하여 1996년 홈헬퍼의 양성·보수교육과정이 대폭 개정되었으며, 1998년 전국에 공통적으로 실시되고있다.<표2-10>

〈표 2-10〉 홈헬퍼 양성·보수 과정별 개요

과 정	내 용 및 시 간	대 상 자	시간수
1급	주임 홈헬퍼의 양성교육(팀 운영방식)	2급과정 수료자	232
강의계획서	강의 86시간, 실기강습 62시간, 실습 84시간		
2급	홈헬퍼파견사업 종사자의 기본교육	홈헬퍼 파견사업 종사자·예정자	132
강의계획서	강의 60시간, 실기강습 및 연습42시간, 실습30시간		
3급	홈헬퍼파견사업 종사자의 입문교육	비상근 홈헬퍼 복지공사의협력회원 등록가정봉사원등 가정봉사원파견 사업종사자·예정자	52
강의계획서	이론 및기술 강의27시간, 실기강습17시간, 실습8시간		
보수교육	1급과정 수료자의 자질 유지·향상을 위한 교육	1과정 수료자	설정된 시간수

자 료 : 일본 후생성(2002), 국민복지의 동향, p.158

3) 노인케어복지의 재원

2002년 10월 현재 일본 고령자 3천만여명이 케어서비스를 제공받을 수 있는 개호보험제도가 2000년 4월부터 개시되어 개호보험에 의해 노인의 재택서비스 또는 시설서비스를 받을 수 있다. 운영재원은 보험료와 세금으로 마련되며 보험료 납부는 제1피보험자(65세 이상인 분) 소득에 따라 5단계로 구분된 연액(1단계구분, 생보자 즉, 주민세 비과세대 20,284엔 기준액×0.5)을 납부하면 되고 제 2피보험자(40세부터 64세까지인 분) 경우 의료보험료에 가산하며 계산은 가입된 의료보험 즉, 급여에 따라 보험료를 납부한다.

재원은 보험료가 50%, 공비부담이50%이며, 개호보험에 의한 서비스급여에는 지급한도액이 있고, 1할의 이용자부담이 있다.

보험료의 수납은 「제1호피보험자(65세 이상)는 소득단계에 대응한 정액보험료가 설정된다. 징수방법은 일정액 이상의 노령, 퇴직연금의 수급자는 연금에

서 징수하고(특별징수), 그 이외의 자(無연금 등)는 개별적으로 징수한다(보통 징수).

반면 「제1호피보험자」는 각각 가입하고 있는 의료보험제도(건강보험, 국민 건강보험)에 기초하여 보험료가 산정된다.

독일수발보험제도의 경우, 모든 재원을 피보험자에게 보험료로 부담시키고 있지만, 일본의 경우는 사회보험이면서도 재원의 반은 조세재원에 의한 국가와 지방공공단체의 공비부담에 의존하고 있고, 보험료 부담 부분의 반에 지나지 않는다. 이것이 일본의 사회보험제도가 보험료 부담 경감과 국가 공적책임의 관점에서 이미 공비부담률이 높은 것으로 개호보험제도도 그 예 중에 하나가 된다. 앞으로 보험지급비의 인상에 따라 공비부담도 증가하기 때문에 소위 공비부담이 재정상의 과제가 될 것으로 전망되고 있다. 개호서비스 비용의 10%를 이용자 부담으로 하며 사업자에게 지불하게 되며 비용의 예를 들면 다음과 같다. 이중 식비는 개호보험서비스 지불금액에 포함되어 있지 않아 별도의 표준부담액을 지정하고 있다. 부담액은 아래의 <표2-11>과 같으며, 신청은 각 개인에 거주하고 있는 구의 구청 개호보험계로 접수하게 된다.

4) 보험급여

요개호인정은(또는 요지원인정) 피보험자의 신청에 의해 시군구에 설치된 개호인정심사회(보건, 의료, 복지전문가로 구성된 제3자 기관)에서 심사판정을 받는다. 요개호인정을 받으면 신청일 이후에 이용한 서비스에 대한 급여를 받을 수 있으며, 신청일 이전에 이용한 개호서비스에 대해서도 긴급을 요한 서비스에 대해서는 급여의 대상이 된다. 요개호인정은 유효기간이 있으며, 계속된 서비스를 받기 위해서는 更新을 받아야 하며 상태가 악화된 경우에는 유효기간 중에도 요개호인정의 변경을 받을 수 있다.

〈표 2-11〉 재택서비스

			단위	지역가산 (특갑지)	단가 (특갑지)
방문 개호	신체개호	30분 미만	210단위/회	10.6	2,226엔
		30분 이상~1시간 미만	402단위/회	10.6	4,261엔
		1시간 이상~1시간 반미만	584단위/회	10.6	6,190엔
		이후 30분마다	219단위/회	10.6	2,231엔
	가사원조	30분이상~1시간 미만	153단위/회	10.6	1,621엔
		1시간 이상~1시간 반미만	222단위/회	10.6	2,353엔
		이후 30분마다	83단위/회	10.6	879엔
	신체개호와 가사원조가 같은 정도의 경우	30분 이상~1시간 미만	278단위/회	10.6	2,946엔
		1시간 이상~1시간반 미만	403단위/회	10.6	4,271엔
		이후 30분마다	151단위/회	10.6	1,600엔

단기입소 생활개호	병 설 형 (1일당의 단위·직원배 치의 일례의 경우)	요지원	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5
		914	942	987	1,031	1,076	1,120

자 료 : 일본개호보험(2002), 재택서비스 보험급여

〈그림 2-8〉 시설 서비스(1일당의 단위)

● 개호노인복지시설
(특별양호원)

요개호1	796
요개호2	841
요개호3	885
요개호4	930
요개호5	974

● 개호노인보건시설
(노인보건시설)

요개호1	880
요개호2	930
요개호3	980
요개호4	1,030
요개호5	1,080

● 개호요양형 의료시설

요개호1	1,193
요개호2	1,239
요개호3	1,285
요개호4	1,331
요개호5	1,377

(오사카의 지역 가산 10.4) (오사카의 지역 가산 10.4) (오사카의 지역 가산10.4)

자 료 : 개호보험(2002), 시설 서비스 급여

4) 노인케어복지의 전달체계

개호서비스 사업의 실시 주체는 정부이며 기초 지방단체인 시정촌(우리나라의 구, 읍, 면동에 해당)이다. 시정촌은 파견대상가구 서비스 내용, 그리고 비용부담 수분의 결정을 제외한 나머지 사업 내용의 일부를 시정촌 사회복지협의회, 특별양호노인홈, 민간사업자 등에 위탁하는 것이 가능하도록 되어 있다.

시정촌이 직접 홈헬퍼파견사업을 운영하는 경우와 시정촌 사회복지협의회, 특별양호노인홈, 민간사업자 등이 시정촌으로부터 수탁하여 운영하는 경우로 구분된다. 1992년부터는 시정촌장이 위탁하기에 적당하다고 인정하는 개호복지사, 농업협동조합 등에게도 위탁할 수 있게 됨으로써 홈헬퍼파견사업의 실시 주체가 점점 다양화되고 있다.⁴⁹⁾ 이에 따라 실시 주체별 홈헬퍼의 신분도 공무원, 사회복지협의회 직원, 민간 기관의 직원 등 다양화되고 있다.

1998년 일본전국에서 3,252개의 시정촌(전국시정촌의 99.7%에 해당)홈헬퍼 파견사업이 실시되고 있다. 분석하면 시정촌 사회복지협의회 62.1%, 노인홈을 운영하는 사회복지법인 27.7%, 지방부로부터 실버마크(실버서비스 운영공인표)를 교부받아 실버서비스를 운영하는 민간기업 등이 10.2%로 구성되어 있다.

시정촌 사회복지협의회에 위탁 운영하는 홈헬퍼파견사업의 구성비율이 가장 높으며 시정촌 사회복지협의회에 고용된 홈헬퍼(사회복지협의회 직원)의 수가 증가하고 있다. 피보험자가 개호서비스를 이용하기 위해서는 우선 요개호 상태에 해당여부를 보험자로부터 심사를 받아서 요개호상태를 인정받은 후, 원칙적으로 개호지원전문인(Care Manager)에게서 개호서비스 계획(Care Plan)을 작성받아 이 계획에 따라 서비스를 이용할 수 있다. Care Plan작성에서 서비스 이용에 이르는 과정은 일반적으로 Care Management라 일컬어지고 있으며

49) 日本厚生省(2001), 國民福祉動向, p.45

개호서비스 이용절차에 있어 중요한 위치를 차지하고 있다. 즉 Manager가 이용자의 심신 상태와 욕구를 충분히 고려하여 작성한 Care Plan은 이용자의 개호서비스 이용에 있어, 종래 개별제도에 있어서 제각기 제공되고 있는 복지·의료·간호서비스를 종합적으로 제공받게 하는데 목적이 있다. 이로써 서비스의 질적 향상과 종합화를 도모하고자 한다.

보험지급 대상이 되는 개호서비스는 재택개호서비스와 시설개호서비스로 구분된다. 독일 수발보험제도의 경우 방문간호와 재활 등 의료분야 서비스는 보험지급에서 제외되지만, 일본의 경우 이러한 서비스도 보험지급의 대상이 된다. 또 요양병상과 노인보건시설이라는 의료시설의 서비스도 개호보험의 대상이 된다.

(1) 신청접수 및 서비스 내용

보험의 운영주체는 해당시가 보험자이다. 신청접수는 노인이 거주하고 있는 구청 건강복지서비스과 개호보험계에서 접수하며 민간 거택개호사업자 거택개호지원사업자에 신청을 대행시킬 수 있다.

(2) 개호서비스 이용 절차와 내용

개호인정심사회는 개호보험에 있어 급여를 받기 위해서는 「개호인정심사회」의 인정을 받아야 하며, 신청에서 서비스 시작까지의 흐름은 아래와 같다.

피보험자는 요개호인정 등의 신청을 하고 신청을 받은 시정촌은 해당 피보험자의 심신의 상황에 관한 조사를 행한다. 그 결과와 의사의 소견을 덧붙여 시정촌에 설치된 「개호인정심사회」에서 심사판정을 하고, 그 결과에 근거하여 시정촌이 요개호인정을 한다. 이중 심신의 상황에 대한 조사는 시정촌 직원과 거택개호지원사업자나 개호보험시설에 위탁할 수 있다. 이 경우는 이러한 사업자 등에 배치된 개호지원전문원이 조사를 행한다.

① 피보험자(제 1호 65세 이상, 제 2호 40세-64세 미만)

② 개호지원 사업자

(구청 또는 개호보험시설에 의해 대리 신청, 가족에 의한 대리 신청도할 수 있음)

③ 방문조사 : 방문조사는 위탁을 받은 각국의 사회복지협의회의 방문조사원이 자택을 방문하여 일상생활의 상태 등에 대해 청취조사 하며 가족이나 친구분이 동참할 수 있고 보건센터의 간호사가 동행할 수 있다.

④ 개호인정 심사회의 : 전국 일률의 기준에 의한 개호 정도를 보건, 의료, 복지의 전문가 등과 의사의 의견서를 기초로 하며 어느 정도의 개호가 필요한지 기준으로 판정한다.⁵⁰⁾

⑤ 요개호(요지원)인정 : 신청일로부터 30일 이내에 6단계(요지원, 요개호 1-5)로 구분 중에서 일정서비스의 지급 한도액이 설정되며, 중복 신청을 할 수도 있다.

⑥ 재택서비스 계획의 작성 : 개호지원 전문원이 이용자의 희망을 준수해서 개호서비스 계획을 작성한다.⁵¹⁾

50) 개호나 지원이 필요한 상태의 기준

- 요지원 : 일상생활은 가능하지만 입욕 등 일부 개호가 필요
- 요개호1 : 보행, 일어서기 등이 불안정. 입욕이나 화장실 등에 일부 도움이 필요
- 요개호2 : 보행, 일어서기 등을 혼자서 못함. 입욕이나 화장실에도 움이 필요.
- 요개호3 : 입욕·화장실, 옷 갈아입기 등에 전면적인 도움이 필요
- 요개호4 : 식사나 입욕, 화장실, 옷 갈아입기 등 일상생활에 전면적인 도움이 필요
- 요개호5 : 의사를 전하는 것이 곤란하고 전면적인 도움이 필요

51) 개호지원 전문원이란?

개호보험 서비스를 이용하는 분 등으로부터 상담에 응하고 이용자의희망이나 심신 상태등을 고려하여 적절한 재택 또는 시설 서비스를 이용할 수 있도록 시·정·촌 재택서비스 사업자. 개호보험 시설 등과의 연락 조정을 하는 사람이 개호지원 전문원이다. 전문원은 서비스를 이용하는 분이 일상생활을 하기 위해서 필요한 원조에 관한 전문적인 지식·기술을 가진 사람이다. 구체적으로 의사, 치과의사, 약제사, 보건부(사), 간호부(사), 이학요법사(PT), 작업요법사(OT), 사회복지사, 개호복지사 등을 비롯한 보건·의료·복지서비스의 종사자 중 일정의 실무 경험이 있고 시험에 합격한 후 실무 연수를 수료한 사람이다.

⑦ 서비스 실시 및 이용 : 요개호도에 따라 쓸 수 있는 금액을 넘을 시는 전액을 이용자가 부담하게 된다.

개호보험에서는 이용자 스스로가 이용할 서비스를 선택하는 것을 기본으로 한다. 따라서 인정을 받은 피보험자는 시설, 재택에 관계없이 자신의 선택에 의해 서비스를 이용할 수 있다. 이 경우 이용자의 결정을 돕고 이용자의 심신상황에 맞는 서비스를 효과적·종합적으로 제공하기 위해 개호지원전문원이 개호서비스 계획을 작성하여 이용자의 서비스 선택과 이용을 지원한다. 이 개호지원전문원에 의한 개호서비스 계획의 이용은 보험급여가 되며, 이용자부담은 없다. 개호서비스 계획의 작성절차는 먼저, 이용자가 거택개호지원사업자 등에 의뢰하면, 개호지원전문원이 요개호자를 방문하여 요개호자의 심신의 문제를 파악한다. 그 결과에 의해 본인과 가족의 참가 하에 서비스 계획을 세우고, 이 계획에 따라 이용자는 서비스를 이용한다. 개호보험에 의한 서비스 이용은 이러한 방법 이외에도 이용자 스스로가 개호서비스 계획을 작성하여 자신이 선택한 재택서비스를 받는 것이 가능하며, 계획의 작성 없이 직접 사업자에게 이용신청을 하는 것도 가능하다.

개호보험의 원활한 시행을 위해선 단기간에 많은 개호지원전문원의 양성이 필요하며(4만명 이상이 필요), 따라서, 개호지원전문원의 양성이 주요 과제가 되고 있다. 1997년 후반부터 개호지원전문원의 양성사업이 시작되었는데, 보건, 의료, 복지분야에서 5년 이상의 실무경험자를 대상으로 실무연수 수강자격을 얻기 위한 시험을 실시하고, 합격자에게 3일간 실무연수를 실시, 개호지원전문원 실무연수 수료증을 발급하고 있다.

개호보험에 의한 서비스 급여에는 지급한도액이 있으며, 1할의 이용자부담이 있는 것이 특징이다.

재택개호의 경우는 요개호수준에 따라 개호서비스의 메뉴가 설정되어 있으며,

급여에는 지급한도액이 설정되어 있다. 1995년 기준으로는 지급한도액은 재택서비스의 경우 허약노인 6만엔에서 최고 29만8000엔이다. 이중 1할이 서비스이용시 본인이 부담하는 이용료이며 또한 지급한도액을 초과하는 경우는 전액 자기부담을 기본으로 하고 있다. 이용자부담은 소득에 상관없이 일률적으로 1할 부담이며 따라서 최종도의 경우 3만엔정도의 이용료를 개호보험료에 부가하여 부담하게 되며, 저소득의 노인에게는 과중한 부담이라고 할 수 있다.

시설서비스의 경우는 입소자의 요개호도의 수준에 따라 개호보험의 보수단가가 정해진다. 즉, 같은 시설이라도 輕度, 中度, 重度, 最重度에 따라 보험자간의 보험급여액과 이용료의 차이가 있다. 시설서비스의 본인부담은 1할의 정률부담이지만, 식사부담과 일상 생활부담이 별도 징수된다.

개호보험에서 제공되는 서비스는 재가서비스와 시설서비스로 구분되는데 그 내용은 다음과 같다.

가) 재가서비스

① 홈헬퍼서비스 : 거택에서 홈헬퍼나 개호복지사 등에 의해 실시되는 서비스로 입욕, 배설, 식사 등의 개호서비스와 일상생활상의 원조서비스이다. 경비노인홈이나 유료노인홈 등의 특정시설도 포함한다.

② 방문입욕서비스 : 지금까지 국가의 보조대상이 아니었던 방문입욕서비스도 개호보험의 대상이 되었고, 많은 지방자치체에서는 실버산업에 취탁하여 방문입욕서비스를 실시하고 있는데, 개호보험의 실시로 이러한 실버산업이 보다 활발해질 전망이다.

- ③ 주간보호서비스 : 주로 「고령자재택서비스센터」에서 서비스의 공급을 받고 있다.
- ④ 단기보호서비스 : 이용가능한 기간은 요지원, 요개호의 수준마다 매년 1~2회 또는 2개월에 1회 1주간으로 이용이 제한되어 있다. 인정된 기간을 초과할 경우는 자기부담으로 하던가 고액서비스의 대상이 되어야 한다.
- ⑤ 방문간호서비스 : 개호보험의 도입으로 의료보험에서 개호보험의 급여대상으로 전환되었다.
- ⑥ 치매대응형 공동생활(그룹홈) : 치매 상태에 있는 요개호자에 대해 거택에서 입욕, 배설, 식사 등의 개호서비스를 제공하고 기능훈련을 행하다.
- ⑦ 특정시설입소자생활개호 : 유료노인홈, 케어하우스 등 시설의 생활개호에도 보험의 적용된다.
- ⑧ 거택요양관리지도 : 재택 요개호자등에 대해 병원, 진료소 또는 약사, 치과의사 등에 의해 실시되는 관리 지도를 말한다.
- ⑨ 방문재활 : 재택 요개호자에 대해 개호노인보건시설, 병원, 요양소 등을 통해 심신기능의 유지회복을 도모하고 일상생활의 자립을 돕기 위해 이학요법, 작업요법 등의 재활을 행한다. 단지 이 서비스는 주치의가 그 치료의 필요에 대해 후생성령에서 정하는 기준에 적합하다고 인정할 때에 일어난다.
- ⑩ 복지용구 대여, 구입비의 지급, 주택개수비의 지급
- ⑪ 케어플랜의 작성 : 「거택개호지원」이라고 하며 심신의 상황과 본인, 가족의 희망을 고려하여 이용할 서비스의 종류, 내용, 제공사 등을 정하는 케어플랜의 작성비용이다.

나) 시설서비스

시설서비스는 개호복지시설(특별양호노인홈, 우리나라의 요양원이나 전문요양원에 해당), 개호보건시설, 개호요양시설의 3종류가 있으며, 요개호인정을 받지 못할 경우 입소할 수 없다.

일본의 개호보험은 이용자 스스로가 이용할 서비스를 선택하는 것을 기본으로 하는 이용자 본위의 구조라는 점이 특징이라고 설명되고 있다. 즉 개호인정을 받은 자는 자신의 선택에 의해 서비스를 이용할 수 있는데, 이 경우 이용자의 결정을 돕고 이용자의 심신에 맞는 서비스를 효과적, 종합적으로 제공하기 위해 개호지원전문원이 케어플랜을 작성하여 지원하도록 하였고, 이 개호지원전문원에 의한 케어플랜의 작성은 보험급여의 대상이 된다.

개호보험제도하에서는 거택개호사업지원자(재택서비스제공사업 등)나 개호보험시설(현 특별양호노인홈, 노인보건시설, 요양형병상군 등)에는 개호지원전문원을 배치하는 것이 의무로 지워졌다. 개호보험법에 의하면 개호지원전문원(케어메니저)은 「요개호자 등의 상담에 응하여, 요개호자가 심신의 상황 등에 맞는 적절한 개호서비스를 이용할 수 있도록 시정촌, 사업자 등과 연락조정 등을 행하는 자로 요개호자 등이 일상생활을 영위하는데 필요한 원조에 관한 전문적 지식 및 기술을 갖는 자로 후생성령에서 정한 자」로 규정되어 있다(법79조 2항). 구체적 업무는 요개호인정의 경우 방문조사, 케어플랜 작성 및 검토, 개호서비스 제공사업자, 시설과의 연락, 조정 등이다.

새로운 개호보험의 도입은 지금까지의 행정처분 위주의 케어서비스를 계약에 의한 이용자 본위의 보편주의 서비스로 전환하였고 특히 규제완화를 통하여 민간사업자나 비영리조직 등의 다양한 공급주체의 참여를 가능케 하여 서비스 공급을 촉진하고 서비스 질과 향상과 비용의 효율화를 도모하였다. 또한 개호보험은 공적케어서비스의 표준화를 가져왔는데 지금까지는 어떤 케어상태에 어떤 케

어서비스가 얼마나 제공되어야 하는가에 대한 기준 없이 행정직원의 주관에 의해 케어서비스의 양과 질이 결정되었으나 개호보험의 도입으로 케어정도의 인정과 그에 따른 급여의 선정, 케어보수의 설정으로 표준화가 이루어지게 되었다. 또한 케어매니지먼트 시스템이 채용되어 이용자에게 최적의 서비스 제공과 비용관리를 할 수 있게된 점이 큰 특징이라고 할 수 있다.

이상에서 살펴본 일본 노인개호보험제도는 현재 다음과 같은 문제점들이 나타나고 있다. 첫째는 운영재원 충당에서의 문제로서, 대도시와 지방 간에 개호보험료 납부실적이 차이가 있으며 개호보험료 미납자에 대한 대책에 고심하고 있다. 지방의 경우 시, 도가 도시에 비해 열악한 곳에서 정부의 운영재원조달을 요구하고 있는 것이 현실이다. 둘째는 도시와 지방간에 서비스 내용의 격차로서, 도시의 경우 이용자나 서비스자가 접근하기 용이한 교통편의가 있는가 하면 지방의 경우 이용자 및 케어맨이 서비스 제공 및 수혜시 원거리에 있어 시간 및 서비스료(교통비 등)가 도시에 비해 부담이 증가되고 있는 것에 대한 대책이 요구된다. 셋째는 이용자 선택권에 의한 재가 및 수용시설 서비스중 이용자가 선택할 수 있게 됨으로 재가이용서비스보다 시설입소(수용)서비스를 선호하게 됨에 따라 재가시설 운영비는 -5%의 적자를 보이는 반면 시설운영은 12%의 흑자현상이 나타나고 있어 운영재원의 평준화 대책이 요구되고 있다. 넷째는 개호복지사, 간호사 등의 잦은 직장이동으로 전문인력확보에 있어 운영상의 어려움을 겪고 있다.

지난 98년 일본 후생성 “국민생활기초조사” 발표에 의하면 일본의 수발자 필요노인은 100만 4천명에 달하며 3가구 당 1가구 꼴로 65세 이상 고령자가 거주하고 있으며 65세 이상인구 중 2천62만명(전인구 대비 16.5%)중 자녀와 동거하는 노인은 1천37만명으로 전체노인의 50.3%를 차지하고 노부부만 사는 노인은 32.3%, 노인 혼자 사는 경우는 13.2%, 기타 4.2% 순이었다. 한편 항상 수발을 필요로 하는 케어대상노인은 1백만4천여명으로 이중 와상상태노인

이 31만 6천명이고 경증의 와상노인이 44만여명인 것으로 조사됐다. 이들 와상노인의 절반 이상 51.0%가 3년 이상 계속 누워지내고 있으며 이들 와상노인의 주수발자는 50대가 27.7%, 60대가 28.8%, 70대가 23.3%이고 65세 이상의 경우가 38.8%로 조사된 주수발자의 고령화 현상을 보이고 있다.

2. 독일의 노인케어복지 정책

1) 노인케어복지 제도 현황

2000년 현재 65세 노인인구가 16.5%를 차지하고 있으며 2010년에는 20.2%, 2030년에는 26%에 도달할 전망으로 급속한 고령화문제를 겪고 있는 독일은, 1961년 ‘연방사회부조법’에 의해 케어에 대한 서비스와 급여를 실시하여 왔으나, 급속한 고령사회의 진전과 이에 따른 케어비용의 증가가 크게 사회문제화되면서 기존의 제도에 대한 개혁이 일어나게 되었다. 개혁의 주된 논점은 케어비용의 재원 조달문제와 공급 체계의 정비문제였으며, 1994년 사회보험방식에 의한 케어보험⁵²⁾을 도입함으로써 새로운 보장체계를 구축하게 되었다. 기본원칙으로는 요보호자의 자립성과 자기책임의 확보, 재가케어 우선, 예방과 재활의 우선 원칙하에 수급요건, 케어단계 및 급여내용과 결정 등에 다양한 제한을 둬으로써, 케어의 과잉수요나 과잉공급을 방지하고 있다.

케어보험의 관리는 공적질병보험의 운영기구인 질병기금(8개) 안에 독립된 케어기금(공법인)을 설치하여 각 기금이 케어보험을 관리하고 있다. 따라서, 피보험자는 동시에 공적질병보험의 피보험자이며 각 질병기금이 설립한 케어기금에 강제 가입되며, 따라서 피보험자의 부양가족 역시 자동적으로 케어보험의 적용을 받게 된다. 질병보험에 가입되지 않은 자(면제자나 특수직)는 민간질병보

52) 독일의 케어보험은 본래 사회보험제도의 하나인 질병보험제도(National Health Insurance)를 기초로 신설된 것으로 한국에선 그 명칭이 장기요양보험, 수발보험 혹은 간병보험제도로써 소개되었다.

험에 의무적으로 가입하여야 한다.

보험의 대상인 요보호자는 ‘육체적·정신적·심리적 질병이나 혹은 장애로 인하여 일상생활을 영위하기 위해 적어도 6개월 이상 계속하여 상당한 원조를 필요로 하는 상태에 있는 자’이며, 필요로 하는 케어의 정도에 따라 3등급으로 나누고 있다<표2-12>. 여기서의 일상생활이란 신체의 청결(목욕, 정발, 면도, 배변), 음식물 섭취, 이동(기상, 취침, 옷 갈아입기, 기립, 보행, 계단 오르기 등), 가사(장보기, 조리, 청소, 세탁 등) 등으로 케어보험법에 열거되어 있다.

한편 전문케어인력의 필요성에 의한 독일 16개주 마다 개설한 케어전문인력 제도를 2001년 8월에 독일연방수발교육법이 통과되어 독일 전체가 통일된 법안에 의해 케어전문인력을 양성할 법적 마련을 하여 놓고 2002년 현재 실시 보류 중에 있다.

〈표 2-12〉 케어 등급

구 분	케어 영역 및 빈도	케 어 시 간
등급 I (重症)	· 신체적 케어, 영양보급 및 이동 등의 영역에서, 1개 내지 수개의 영역에서 최저 2종류의 활동에 대해 최저 매일 1회의 원조를 필요, 일주일의 수회 가사원조 필요	1일 최저 1.5시간
등급 II (重症)	· 신체적 케어, 영양보급 및 이동 등의 영역에 관해 시간을 달리하여 최저 매일 3회의 원조를 필요, 일주일에 수회 가사원조 필요	1일 최저 3시간
등급 III (最重症)	· 신체적 케어, 영양보급 및 이동 등의 영역에 있어 야간을 포함하여 24시간의 원조를 필요, 일주일의 수회 가사원조 필요	1일 최저 5시간

자 료 : 이해영(2000), 『케어복지론』, 양서원, p.236

2) 노인케어인력 전문성

2차대전 이후 고령화 사회에 접어든 1950년대 독일에서는 환자가 아닌 노인 수발⁵³⁾을 위한 전문인력이 급히 필요하게 됨에 따라 노인 및 장기요양환자를 위한 수발담당 여성교육과정이 성립되기 시작하였으며 당시 병원 시설이 턱없이 부족하고 의료 보험부담이 가중될 것 등에 의해 노인수발을 환자로 질병으로 본다는 자체가 문제시되어 16개 주마다 독자적인 노인수발사업을 제정시행함에 1990년대부터 노인수발교육을 위한 법안 발의가 본격화되었고 1991년에 연방 차원의 통일된 노인수발법 제정에 찬성하는 각 지자체주들의 절대다수를 이루었다. 그러나 독일남부 바이에른주에서 통일안 반대와 헌법소원을 거듭 제기한 탓에 전국적인 시행을 하지 못하고 있다. 그러므로 2002년 현재 각주별로 독자적인 케어직업교육 및 시험규정들이 효력을 유지하고 있어 16개주에서 독자적인 노인수발법이 각축을 벌이고 있는 실정이다. 이에 따라 주별로 교육기간, 교육내용 그리고 비용납부의 방법과 이론과 실기수업의 비율 등이 차이를 보이고 있다. 이러한 각주의 규정난립은 수발인력이 다른 주로 쉽게 이전할 수 없고 사회적 인정을 받는 직업으로 자리잡기 어렵게 만드는 요인이 되고 있다. 그결과 수발교육법 독일연방통일안이 2000년 11월 26일 연방법안이 통과되었고 2001년 8월 1일부터 연방전체에 통일된 제도와 법안이 수행될 예정이었으나 보류중에 있다. 이 법안의 효력이 발생되면 기존의 16개주에서 각자 운영하여 오던 법안들은 효력을 잃게 되어 있다.

노인수발과 교육수준을 보장함으로써 전문인력의 직업능력 수준을 인정하는 한편 직업에 대한 가치관을 확립하고 서비스 이용자에게 차별 없는 서비스 제공

53) 수발이란 '바라지'와 동의어로서, '바라지'란 '일을 돌보아 주는 일', '음식이나 옷을 대어 주는 일'로 설명되어 있다. 이승녕의 새국어사전(1996년)에도 바라지를 '음식이나 옷을 대어주는 일' 또는 '자식바라지'라는 예문으로 풀이하고 있다. 수발이라는 용어에 전문가를 뜻하는 스승사(師)를 합쳐 수발사란 용어를 사용한다. 특히 수발을 받는 대상자가 주로 노인들 위주로 진행되기 때문에 수발사(Altenpfleger)라는 독일전문용어를 우리식 순수 언어로 번역하였다.

을 하는 등의 서비스질의 평준화를 기할 수 있다는 것이다. 한편 최종 법안에 의하면 노인수발과 교육은 원칙적으로 3년제로 하고, 졸업자격은 전 독일에 걸쳐 유효하고 그에 따른 자격증을 법적으로 보호받게 된다는 것이다. 이 법안에 주요 내용은 다음과 같다.

- ① 노인수발사 교육의 목적 : 독자적이고 자기 책임하에 노인에 대한 상담, 동행, 보호 및 수발에 필요한 제반 지식과 역량의 숙련성을 전수하는 것(3조).
- ② 노인수발사 교육 과정 : 3년의 교육과정이며 이는 직업을 바꾸는 재교육 과정에도 마찬가지로 적용된다. 교육은 이론과 실기수업 및 현장실습으로 구분되며, 실기에 중점을 두지만 전업교육이 아니라 학점누진 교육도 가능하다(4조1항5호).
- ③ 노인수발사 직업학교는 교육 전반에 대한 책임을 지고, 수업 진행과 실기 지도에 만전을 기한다(4조4항). 또한 학교구조나 학교교육에 대한 학비문제는 해당 주의 결정에 따른다.
- ④ 실습은 양로원 및 시설 수발원이나 방문수발서비스 등에서 이루어지고, 실습은 의무사항에 속한다. 단 부가적인 실습의 경우에는 다른 노인 시설에서도 가능하다(4조3항).
- ⑤ 실습교육을 전담하는 교육시설에서는 학생과 직업교육계약을 체결해야 한다. 이러한 과제는 수발시설 혹은 양로원이나 방문수발 서비스 등에서 맡게 되는데, 이때 노인수발직업학교와 상호협조계약을 체결하거나 국가적으로 공인된 노인수발직업학교를 운영해야만 한다(13조1항).
- ⑥ 노인수발 직업교육시설에 대한 입학자격은 실업학교 졸업 내지는 그에 준하는 공인 교육기관 졸업자 이상이다. 그밖에는 2년간의 직업교육이나 노

인수발 보조원 내지는 간호수발보조원분야에서 2년간 배운 사람도 입학이 가능하다.

- ⑦ 해당 직업에서의 경험을 인정받아 교육기간을 단축시킬 수 있는 가능성이 있지만, 그 결정은 사안별로 해당 관청에서 평가하여 내린다.
- ⑧ 노인수발 직업교육법에는 수발보조원 직업교육 과정을 위한 규정이 포함된다. 이 직업교육은 최소한 1년에 600시간 이상의 수업과 900시간이상 실습을 전제로 한다. 직업교육의 내용, 입학자격 등 세부사항은 각 주정부 차원에서 자체적으로 정한다.
- ⑨ 해당직업의 명칭은 “노인수발사” 및 “노인수발보조원”으로 하며 이들의 직업은 법적 보호를 받는다.
- ⑩ 단 2001년 8월 1일 이전에 직업교육을 실시한 학생들의 경우 지금까지 적용되었던 주정부법에 의거하여 졸업한다.

한편 대학의 수발학과 과정은 대부분의 각 주에서 1990년대 이후 대학 내에 수발관련 학과과정을 도입하는 등 적극적인 관심을 갖고 있다. 대학의 학과내용은 대부분 수발매니지먼트와 수발교육을 위한 심화교육단계의 성격을 갖고 있지만 무엇보다 수발소견서 작성절차, 수발지도, 수발계획, 수발행정 등 여러 세분화된 직업분야를 위한 고등교육의 성격을 띠고 있다. 학과 과정은 원칙적으로 예비 ‘노인수발사’들에게 개방되어 있지만, 대학 진학을 위한 입학자격요건 만큼은 충족시켜야 한다는 전제가 있다.⁵⁴⁾

즉 전공과 연관된 고교졸업자격 또는 그에 해당하는 자격평가 시험을 거쳐야 하는 것이다. 다만, 특수 직업교육과정과 노인수발사 전문과정은 수발교육학 관련 전문대학에 주로 설치된 교과과정으로 아직 대학교의 해당학과에는 개설되지 않은 상태이다. 전문대학 졸업자들 중에 많은 수가 노인수발 분야에서의 직업활

54) 김근홍(2002), 「독일 수발사제도의 한국적 시사」, 한국노년학 제22권 2호 통권39호, pp.22-26

동을 하고 있으며, 이들은 수발시설에서 전문수발이나 혹은 노인수발인력 교육 또는 의료보험에서의 의학관련 업무 등을 맡아보고 있다. 한편 대학에서의 노인수발학과 교과과정과 더불어 수발인력은 독일에서 처음으로 직업과 관련하여 매니지먼트와 학문분야로의 사회적 신분상승 가능성이 확보된 상태다. 그러나 대학 학과의 교육개념들은 노인수발사 직업교육에서처럼 아직까지 매우 다양한 분야의 모습을 보이고 있다.

케어를 담당하는 인력은 케어 활동으로 인해 자신의 생계활동을 전적으로 또는 부분적으로 포기해야하는 재가수발담당자와 직업적인 케어를 위한 교육을 받은 노인수발사(Altenpfleger)가 있으며 그 자격은 다음과 같다.

〈표 2-13〉 독일의 케어종사자 자격

자격요건	자격의 설명
자 격 명 칭	Altenpfleger(노인수발사)
법적지위내용	· 주단위의 국가인정자격시험(양성직업학교 수료 필수) · 2001년 현재 연방 노인수발사 법안 통과로 국가고시 시험가능*
자격취득방법	· 2년 수발직업학교 - 실업학교+직업학교 2년+현장실습 1년, 종합학교졸업+직업학교 2년+현장실습1년(각 주마다 약간의 차이가 있음) · 3년제 통일에 직업경험인정에 따른 단축 가능*
주요활동분야	· 사회복지시설과 재택에서 고령자 수발과 간호를 전문적으로 실시 · 시설방문은 물론이고 자체수발 사업 가능

자 료 : 이해영(1999): 37,

* <http://www.bmfsfj.de/2002.05.20>

1995년 기준으로 수발시설에서 활동하고 있는 전문수발요원(Altenpfleger)은 약180,000명 정도인데, 프랑크푸르트 알게마이너지(紙)신문에 보도된 바에 따르면 앞으로도 약300,000명 이상의 전문요원이 확보되어야만 좀 더 나은 서비스를 수발대상자에게 제공할 수 있는 것으로 보았다.

3) 노인케어복지의 재원

재원의 마련은 원칙적으로 피보험자와 사용자의 노사절반부담의 보험료 방식에 의해 부과되며, 기존의 질병보험료에 부가하여 케어보험료(보험료율은 1996년 7월부터 1.7%)를 케어기금(요양보험금고)에 각출한다. 공적연금수급자의 사용자분은 연금보험이, 실업수당수급자는 실업보험이, 공적부조수급자는 사회부조기관이 부담하고, 자영업자의 경우는 보험료 전액을 개인이 부담한다. 민간보험가입자의 경우는 사용주가 사용자분의 보험료보조금을 지불한다.

보험급여에는 재택급여와 부분시설급여, 시설급여, 그리고 케어자 급여가 있는데, 기본적으로 재택급여를 우선으로 한다. 재택급여에는 기본적 급여(현물 혹은 현금)와 대체케어급여, 케어보조용구나 기술적 지원, 주택 개조 등이 있다. 기본적인 재가급여는 케어등급에 따라 현물급여가 제공되는데(월 최고액이 설정) 이러한 현물급여에 대신하여 현금급여(케어수당)를 청구할 수 있으며, 필요에 대응하여 현금과 현물을 조합하여 받는 것도 가능하다. 현금급여의 청구는 요보호자가 필요한 기초적인 케어, 가사원조를 스스로 확보할 수 있다는 것이 요건으로 케어전문가에 의한 조언·지도를 받는 것이 필수적이며(케어기금에서 위촉된 케어전문요원이 정기적으로 방문하여 관리), 케어등급에 따른 월 최고한도액은 현물수준보다 낮게 설정되어 있다. 또한 가족이나 기타 보호자가 휴가나 질병으로 케어가 불가능한 경우 연 4주간 최고한도액을 전제로 대체 케어급여를 청구할 수 있고, 이 경우 가족이나 기타 보호자가 1년 이상 그 가족을 케어해 온 것을 조건으로 지급된다.

보험은 재택케어 우선정책으로 재택케어를 통해 충분한 케어를 확보할 수 있는 경우 주간보호나 야간보호, 단기보호를 이용하여 보완하도록 하였다. 이러한 방법으로도 케어가 불가능한 경우는 시설에 입소하여 보호를 받게 되는데, 보험이 부담하는 부분은 일반적인 간병보호비에 한하고(2,800마르크 한도) 입소시

설의 체제비나 식비 등은 자신이 부담한다. 종말기 케어 등 특별경우는 간병보호비가 3,300마르크까지 높아진다.

4) 노인케어복지의 전달체계

케어보험의 전달체계는 피보험자나 그 부양가족의 신청에 의하여 시작된다. 케어기금인 요양보험금고는 보험급여의 신청을 받으면 신청자의 수급자격을 심사하며, 심사내용은 피보험자 자격 또는 피부양가족 요건의 충족 유무 및 자격기간의 충족 유무 등이다.

케어서비스 제공 필요성의 유무 및 케어등급의 심사는 의학적·전문적 입장에서 질병보험의 의료팀(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)에 의해 일어나며, 이에 근거하여 각 케어기금이 케어서비스의 필요성을 인정한다. 이와 동시에 MDK는 각 케어 대상 노인을 위한 구체적인 케어플랜을 작성하는데 이는 케어급여의 구체적 내용을 결정하는 데 중요한 자료가 된다.

이러한 심사와 인정은 '요개호지침'에 의해 일어나며, 케어 대상 노인으로 인정되면 케어기금은 인정된 공급 주체와 케어서비스 위탁 계약을 맺고 이 계약에 의해 다양한 케어급여가 제공된다. 제공되는 급여에는 재가급여 및 시설급여 그리고 케어제공자에 대한 급여(케어자에 대한 사회보장)가 포함된다. 재가급여로서 재택케어서비스는 18단위의 종류로 분류되어 각 단위마다 점수제(예: 조식 청결유지 250점, 식사수발 250점, 취침 100점, 배뇨 100점)를 정하고 있으며, 환산단가(함부르크는 1점당 6.5페니)에 의해 비용이 계산된다. 이 점수는 케어보험기금과 6개의 복지 단체가 공동으로 결정하며 민간 케어서비스업체에도 적용된다. 이러한 케어서비스의 단위화는 서비스 공급자가 제공하는 케어내용을 평준화하고 일정한 수준의 간병보호서비스를 제공할 수 있게 하고 있다.

특히 독일의 케어보험은 케어자에 대한 급여를 인정하고 있는 점이 특징인데,

케어보험에서 인정된 케어자(주 30시간 미만의 노동시간에 주 14시간 이상 케어하는 자)는 케어기금에 의한 연금보험료의 일부 보조, 케어시간대에 있어 노재보험의 적용 및 고용촉진법과 실업보험의 적용 등 우대조치를 받는다. 이는 무상으로 가혹한 케어에 종사하는 가족케어의 중요성과 그 노동의 가치를 인정했다는 점에서 높이 평가되고 있다.

그러나 독일의 경우도 공적 케어보험이 커버하는 부분은 한계가 있으며, 따라서 케어보험에서 커버되지 않은 일정 소득이하의 계층에게는 사회부조의 영역에서 이를 보완하고 있으며, 법정 케어 급여 수준 이상은 민간보험의 임의 부가보험을 장려하여 공적 케어보험을 보충하도록 하였다.

3. 영국의 노인케어복지 정책

1) 노인케어복지 제도 현황

영국은 1601년 제정된 엘리자베스 여왕의 구빈법(The Poor Law)을 통하여 빈민들의 문제를 자선사업에서 사회적인 정책의 하나로 발전시킨 선진복지국가 중 하나이다. 영국의 경우 케어복지는 재가복지서비스 중 한 형태인 홈헬프 서비스에서 근원을 찾을 수 있을 것이다.

영국은 19세기 급속한 도시화, 공업화로 도시빈민 노동자 계층 및 가족들의 비위생적인 빈곤생활이 사회문제로 제기되었다. 1859년 도시빈민가정을 위한 가정방문 원조가 시작되고, 1862년 맨체스터와 셰ffield 여성들이 공중위생개선 협회를 조직하고 빈민의 가정을 방문하여 환경상태의 향상을 위한 상담, 전염병 예방, 어린이들의 수유와 옷 입히기 등의 활동을 하였는데 대부분이 간호사였다. 간호사들이 1887년 런던 방문간호사업 기념재단을 설립하여 간호 목적으로 가정방문서비스가 실시되었는데 사회개발운동과 관련하여 광범위한 생활환경개선의 역할도 수행하였다.

1918년에 입산부와 유아에 대한 홈헬프 서비스가 입법화되었지만, 1944년까지는 노인들을 홈헬프 서비스의 대상으로 인식하지 못하였다. 이후 노인인구가 크게 증가하였을 뿐만 아니라 핵가족화 현상과 2차대전으로 인한 여러 가지 폐해가 나타나면서 노인들이 홈헬프 서비스의 대상으로 인식되기 시작하여 연방정부는 1934년에 신빈민법(New Poor Law)을 제정하여 홈헬프제도의 기초를 마련하고, 1944년에 연방정부는 지방정부에게 노인을 대상으로 하는 홈헬프 서비스를 제공하도록 적극 권장하기에 이르렀다. 그후 1946년에 국민보건서비스법(National service and Public health act)이 제정됨에 따라 중앙정부는 각 지방정부에 클라이언트의 욕구 충족을 위해 적합한 홈헬프 서비스를 연결하거나, 제공해 주도록 권고하였다. 1971년 4월에는 재가복지서비스 제공에 대한 책임이 새로 재편된 지방정부의 사회복지서비스국(Social Service Department)으로 이관되어졌고, 1972년부터 지방정부에서 의무적으로 제공되는 서비스중의 하나가 되었다. 홈헬프 서비스는 1974년 지방정부규정에 의해서 큰 전환점을 맞게 되었다. 1980년대에 들어서 커뮤니티 케어(communitary care)에 대한 정부보고서는 노인을 위한 효과적인 서비스 운영과 서비스 제공에, 서비스 조정과 대상자 선정의 문제가 있음을 제기하게 되었고, 1988년에 발간된 그리스(Griffths)보고서(「Community Care an agenda for action」)는 영국의 커뮤니티케어의 전환을 가져왔다. 이 보고서는 지방정부의 사회복지서비스국은 클라이언트 중심의 서비스와 서비스 공급자들의 경쟁을 통해 효과적인 서비스를 제공하기 위한 다양한 서비스 부문, 즉 혼합경제서비스로부터 서비스 구매자의 역할을 강화해야 한다고 주장하였다. 그는 이러한 전달체계의 변화를 위해 케어매니지먼트의 도입과 개발을 권고하게 되었다.

1990년 지역사회보호법(Community Care Act)의 제정으로 민간단체와 자원봉사단체에 의한 새로운 서비스의 개발이 장려되고 진행 중이다. 이 법이 발효된 1993년 3월 이후 지방정부의 사회복지 서비스국은 서비스의 공급자에

서 구매자의 역할로 변화되었다.

영국은 1930년에 노인인구비율이 7%였으며, 1945년에는 10%가 되어 비교적 이른 시기에 고령화에 도달하게 되었다. 노인을 위한 가정봉사 서비스는 1946년 국민보건 서비스 법(National Health Service Act)을 제정하여 1차 보건의료(Primary health care), 병원치료(Hospitals), 지역사회 보건의료(Community health care) 등 3개의 단계로 이루어졌다. 가정봉사원서비스는 전통적으로 지방자치단체가 제공하는 서비스로 간주되었으나, 1999년 현재 민간영리 및 비영리기관이 가정봉사원서비스의 40%를 제공하고 있다.

영국의 홈헬프 서비스 대상인구는 1970년부터 1980년까지 10여년 동안 약 30만 명이 넘게 급격히 증가하였다. 1985년 일반가구조사는 지역사회 내에서 거주하는 65세 이상 노인이 약 9%와 75세 이상의 25%가 공공부문에서 홈헬프 서비스를 받았다고 보고하고 있다. 홈헬프 서비스를 받는 클라이언트는 대부분 독거노인이며, 25%가 배우자 또는 자녀들과 동거하는 노인이었다.

국민보건서비스와 커뮤니티 케어법(NHS & Community Care Act)이 발효된 1993년 이후 1994년 영국에서는 65세 이상 총 노인 인구의 약 7%에 달하는 537,600명이 홈헬프 서비스를 이용하였으며, 지방정부 제공의 홈헬프서비스는 감소 추세를 보인 반면 자원봉사와 민간부문이 증가하는 추세를 보이고 있다. <표2-14>

〈표 2-14〉 홈헬프서비스의 사례수 (영국, 1970-1994)

년 도 구 분	1970	1977	1980	1992	1994
전체사례	443,200	665,100	743,500	528,600	537,600
지방정부				517,700	478,400
자원봉사				2,300	12,900
민 간				8,600	46,300

자 료: DHSS(1978, 1982, 1995), Health and Personal Social Service Statistics, London, HMSO.

2) 노인케어인력 전문성

영국의 홈헬프 서비스 프로그램 내용은 크게 가사서비스, 대인적 서비스, 사회적 서비스, 역할훈련 서비스의 4가지로 나누어서 살펴볼 수 있다. 가사서비스에는 일상적인 집안청소, 식사준비, 세탁, 난방, 침대정리, 의복다림질, 쇼핑 등이 포함되며, 대인적 서비스에는 목욕, 의복손질, 면도 및 이발, 개인 위생 및 대·소변처리, 치료 또는 약물의 지속적인 처방지원, 약물지도 및 감독 등이 있다. 사회적 서비스에는 연금 수급, 법규 및 규정 알려주기, 편지 써주기, 집세 계산 및 지불, 친척과의 관계유지, 지속적인 취미 또는 사회활동 조장, 1차 진료 기관의 연결, 전화 걸어주기, 가계부 적어주기 등이 있으며, 마지막으로 역할훈련 서비스에는 자아보호능력유지 및 회복서비스가 제공되고 있다.

홈헬프서비스는 커뮤니티케어 전달체계에 포함되어 제공되며, 지방정부에 의해 제공되어지는 홈헬프서비스는 중요한 사회적 서비스의 하나라고 할 수 있다.

그러나 이전부터 부유층을 중심으로 민간 홈헬프서비스가 발달되어 왔는데, 1990년 노인들의 욕구사정과 서비스를 계획하고 공공과 민간의 서비스 공급자와 공급계약을 행하는 케어 매니지먼트에 의하여 홈헬프서비스를 제공하도록 규정하고 있다.

홈헬퍼의 교육과 훈련에는 가사원조에 대한 최소한의 과정이 포함되며, 특수한 보호나 안전에 대한 지속적 교육으로 이루어진다. 홈헬퍼 교육과 훈련에 관한 공식적인 정부지침은 없으며, 지방 정부에 따라 교육과 훈련에 큰 차이가 있다.

영국의 케어직은 CSS, PCSC, ICSC 등이 있고, 주요활동 분야는 CSS는 홈헬퍼 조정자, 케어서비스의 매니저, PCSC는 아동복지 시설의 보육사, 성인시설의 케어워커, ICSC는 주거시설과 데이서비스의 케어워커로 활동하고 있다.<표2-15>

〈표 2-15〉 영국의 케어 종사자 자격

자격요건	자격의 설명
자격명칭	CSS (Certificate in social service)
	PCSC (Preliminary social care)
	ICSC (In-service courses in social care)
법적지위	CSS, PCSC, ICSC는 국가자격
	CCETSW(사회사업교육훈련중앙협의회가 인정한 코스 수료에 의한 자격 인정)
자격취득방법	CSS는 현재 종사자를 대상으로 한 연수 코스
	PCSC는 학생만으로 전일제 2년 과정
	ICSC는 종사자를 위한 파트타임연수 인정코스 후 자격 부여
주요 활동 분야	CSS는 홈헬퍼 조정자, 케어서비스의 매니저
	PCSC는 아동복지 시설의 보육사, 성인 시설의 케어워커
	ICSC는 주거시설과 데이서비스의 케어워커

자 료 : 일본 후생성 사회국(1998), 사회보장통계연보, p.26

영국의 홈헬퍼는 1975년 42,000명에서 1992년 54,000명으로 증가하였으나, 1995년에 49,000명으로 감소추세를 보이고 있다. 클라이언트의 증가에도 불구하고 지방정부에 고용된 홈헬퍼가 감소추세를 보이는 것은 민간과 자원봉사 부문에서 홈헬퍼가 증가했다는 것을 의미한다. 홈헬퍼 1인당 10명의 노인을 수발하고 있고, 지방정부 사회복지서비스국 케어매니저 1명당 홈헬퍼의 비율은 12명 정도가 된다(표2-16).

〈표 2-16〉 지방정부에 고용된 홈헬퍼 및 케어 매니저(영국, 전일고용기준)

구분 \ 년도	1975	1985	1992	1995
홈 헬 퍼	42,494	51,959	54,254	49,811
케어매니저	1,681	2,746	3,751	4,088
총	44,175	54,750	58,005	53,899

자 료 : DHSS(1978, 1982, 1995), Health and Personal Social Service Statistics, London, HMSO.

3) 노인케어복지의 재원

영국 지방정부들의 홈헬프서비스에 대한 지출은 〈표2-17〉과 같이 과거 20년 동안 급격히 증가하고 있음을 알 수 있다. 특히 1990년대 이후 클라이언트의 부담 비율이 크게 증가하고 1993, 1994년의 클라이언트 자체 부담률은 전체 지방정부의 홈헬프서비스 총지출을 7.9%를 차지하고 있다. 홈헬프서비스의 비용부담은 다음의 네 가지 형태로 나타내는데, 즉 ① 무료 서비스, ② 일정률(flat-rate)의 비용 부담, ③ 이중비용구조(보충급여를 받는 저소득층은 무료 또는 저렴한 비용을 부담하는 방식), ④ 자신에 의한 비용부담(자산조사에 의한 소득 정도에 비례하여 비용을 부담)이 그것이다.

홈헬프서비스 기관의 재정은 80%가 일반조세로 충당되며, 최근 사용자 부담이 20%까지 증가하고 있다. 지방정부가 민간기관으로부터 서비스를 구매하는 재정비율이 증가하고 있으며, 이 중에서 50%가 영리목적의 민간기관이다.

〈표 2-17〉 지방정부의 홈헬프서비스 지출 비용(영국, 백만 파운드)

구분 \ 년도	1974	1984/85	1991/92	1993/94
지방정부 총지출	73.2	289.0	650.6	729.2
이용자 부담				424(6.5)

자 료 : DHSS(1978, 1982, 1995), Health and Personal Social Service Statistics, London, HMSO.

4) 노인케어복지의 전달체계

영국의 116개 각각의 지방정부의 서비스 전달체계는 지역의 상황 즉, 인구 및 자원에 따라 다르게 구성되어있다. 켄트(Kent)주 사회복지서비스국의 경우, 6단계의 서비스 전달체계로 구성되어 있는데, 사회복지서비스국 국장 아래 5개 광역지역 디렉터(area directors)와 선거구를 중심으로 한 18개 소지역 매니저(division manager), 그 아래 여러 개의 케어 매니지먼트 팀으로 구성되어 있다. 인구 3만에서 14만(지역에 따라 다름) 단위의 소지역 매니저를 중심으로 케어 매니지먼트 팀에 소속된 케어 매니저에 의하여 홈헬프서비스가 매니지먼트로 되어진다.

클라이언트의 홈헬프서비스에 대한 욕구사정은 지방정부에 의해 고용된 케어 매니저에 의하여 이루어지며 사정과 홈헬프서비스의 공급은 분리되어 있다. 홈헬프서비스의 시간은 구매자, 즉, 케어 매니저와 클라이언트에 의하여 결정되어진다. 주로 공공서비스만이 공급되는 저소득층은 대부분 케어 매니저에 의하는 반면, 기타의 경우 클라이언트의 서비스 비용 지불능력에 의하여 시간이 결정된다. 이러한 홈헬프서비스는 홈헬퍼를 필요로 하는 노인은 각 지방단체의 사회복지서비스국에 소속된 홈헬퍼 담당기관에 신청한다. 해당 담당기관은 대상자의 건강상태, 일상생활 등 친인척의 원조상태, 주거상황 등을 검토하여 홈헬퍼가 필

요하다고 판단이 되면 봉사내용과 봉사의 횟수 등을 평가하여 결정한다. 신청자들은 대기자 명부에 등록되며 곧바로 서비스를 받을 수 없는 경우라도 욕구의 긴요성이 높은 경우에 가정 담당의가 신청자의 욕구사항 및 문제점을 사회복지서비스국으로 연락하고, 이에 따라 특별히 배려가 되는 경우도 있다. 서비스 내용은 서비스 종류와 클라이언트의 부담 능력에 따라 달라진다.

4. 미국의 노인케어복지 정책

1) 노인케어복지 제도 현황

미국에서는 최초로 조직적이고 전문화된 가정봉사원서비스가 1900년대 초부터 나타나기 시작했다. 1904년 뉴욕의 한 사회복지기관에서 아동을 돕기 위해 홈헬프서비스를 처음으로 개발하였으며 이후 1930년대 대공황기에 정부가 취업추진정책의 일환으로 빈곤여성들을 홈헬퍼로 채용하여 아동, 노인 및 질환자를 가정에서 도와주는 것을 계기로 크게 확산되었다.

1965년에는 공공복지청 및 미국 공중보건서비스의 만성질환부서의 협조하에 전국 홈헬프서비스 심의회가 홈헬프서비스를 위한 기준을 작성하였다. 이 기준에 근거하여 홈헬퍼는 노인을 방문하기 위해 건강보조와 관련된 훈련을 받고 병원을 포함한 지역사회기관에서 기관전문직원의 지도 감독아래에서 혈압을 재고, 연고를 바르며 처방된 약을 복용하도록 도와주고, 또한 목욕, 침대시트갈기, 세탁 등 가사서비스도 실시하도록 하고 있다. 홈헬퍼가 건강보조와 관련된 훈련을 받지 않은 경우에는 쇼핑, 음식준비, 세탁, 목욕, 식사시중 등 가사보조 서비스만을 제공하게 된다.⁵⁵⁾

복지기관에서 시작된 홈헬프서비스는 1965년부터 65세 이상의 노인의료보

55) 김미혜(1999), 「미국의 가정봉사원서비스」, 한국재가노인복지협회편, 「재가노인복지서비스」, 서울 : 동인, pp. 188-189.

험인 Medicare와 공적 부조인 Medicaid가 도입되면서 이를 통해서도 노인들에 대한 홈헬프서비스가 제공되었다.

1970년대 미국은 고령화 사회에 진입하게 되면서 노인문제를 해결하기 위한 다양한 정책들을 광범위하게 실시하였다. 그 결과 노인을 위한 의료부조(Medical Assistance for the Aged : 1960년도의 사회보장법 개정)에는 '가정건강보조원(Home Health Aide)이라는 자격과 개념이 도입되었고, 노인, 맹인, 장애인과 같은 공적부조 수혜자에게 이러한 서비스를 제공하는 사람에게 직접적인 비용지불이 허용되었다.

미국노인법(Older Americans Act : OAA)은 1965년 제정된 이래 9차례 개정을 거치면서 노인에게 제공해야 할 우선적 서비스로서 홈헬프서비스를 강조하였고, 1970년대에 세계경제불황으로 재정압박에 따른 복지서비스 효율성 재고의 정책방향은 기존 공직단체를 통한 서비스보다는 많은 부분 민간단체를 통한 서비스와 민간단체에서 개발하여 공급하는 서비스를 정부에서 채택하여 구입하는 방향으로 이루어졌다.

1980년대에 와서는 보수주의적 공화당정권의 국가재정 부채 삭감정책과 연계되어 복지재정이 크게 압박을 받았으며, 최근에는 새로운 서비스실천 방식으로 각광받고 있는 사례관리가 홈헬프서비스에 도입되어 서비스 전달이라는 측면에서 효율성과 효과성을 추구하며, 사회사업실천 측면에서는 재가노인의 부양·보호의 개선을 위해 여러 변화를 도모하고 있다. 미국은 1993년 당시 남자 평균수명은 73세, 여자의 평균수명은 80세까지 증가하였다. 그리고 현재는 85세 이상 고령노인의 급격한 증가에 따라 보호를 요하는 허약노인, 거동불능노인, 치매노인, 독거노인 등이 급증하고 있다. 이렇게 보호를 필요로 하는 노인의 수가 증가하고, 최근 들어 요양원이나 병원 등의 시설보호보다는 지역사회보호에 대한 선호가 증가하면서 홈헬프(케어)서비스를 필요로 하는 대상노인의 수가 크게 늘어나고 있다.⁵⁶⁾

미국의 홈헬프(케어)서비스 주체는 병원 지역사회건강센터 사립기관 등 다양하다. 비용상 무료와 유료로 이분화 되어 있어 서비스를 원하는 노인은 누구나 이용 가능하다. 그러나 현실적으로는 유료로 홈헬프서비스를 이용할 수 없는 노인의 경우 무료서비스를 제공받는데 어려움이 많아 서비스 공급에 있어 선별주의적 요소가 강하다. 홈헬프(케어)서비스 대상 노인을 살펴보면 다음과 같이 나누어질 수 있다.

- (1) 의료보장제도인 Medicare, Medicaid의 수혜노인들
- (2) 사회보장법의 사회복지서비스 포괄지원프로그램(SSBG) 적용대상이 되는 65세 이상의 보충소득 보장(SSI) 수혜노인들
- (3) 미국 노인법 하에서 제공하는 서비스의 경우에는 60세 이상 저소득층 노인으로 서비스가 필요하다고 인정되는 노인들
- (4) 유료서비스를 이용하고자 하는 일반노인들

오늘날 홈헬프(케어)서비스를 받는 노인들은 이전보다 더욱 다양하고 복합적인 장·단기보호가 요구되는 실정이며 이런 문제는 서비스를 제공하는 기관들에 많은 부담이 되고 있다.

2) 노인케어인력 전문성

미국에서의 홈헬프(케어)서비스는 재가보건의료서비스와 가정봉사서비스로 구분되어 있다.

재가보건의료서비스에는 치료, 간호, 재활치료 등이 포함되어 있으나 제한된 범위 내에서 제공되고 있으며, 가정봉사서비스는 가계를 관리하고, 빨래, 시장보기, 음식준비를 도와주는 등의 가사원조가 주를 이루고 있다.

56) 상계서, pp.190-191

간호사와 치료사는 자격증이 있어야 한다. 홈헬퍼는 대개 사회사업가나 간호사의 지시에 따라 일을 한다.

홈헬프서비스에는 의료적, 비의료적 서비스가 포함되며 다음의 3가지 종류로 구별할 수 있다. 첫째는 개인적 보호의 서비스로 일상생활의 기본적인 활동을 원조한다. 예를 들면 착의, 목욕, 화장실 이용, 몸단장, 이동 그 외에 안전점검 및 약물복용의 주지 등과 같은 지지적 서비스가 제공된다. 환경적 보호의 서비스로는 쇼핑, 요리, 세탁, 청소 및 심부름 등 일반적인 일상생활 활동을 원조한다. 건강관련 보호의 서비스로는 투약, 요도관 등의 처리, 피부손실 등과 같은 다양한 간병 및 의료서비스 등이 포함된다.

또한 노인을 위한 홈헬프서비스는 간호 및 개인보호 정도에 따라 다시 3가지 수준으로 분류할 수 있다. ‘숙련된 서비스(intensive or skilled services)’란 의사에 의해 지시되고 간호사의 지시 감독하에 제공되는 서비스를 의미한다. Medicare하에서 의료의 사용이 필요한 질병의 예로는 골절, 심장질환, 당뇨 등이 있다. 또한 급식서비스, 약배달 및 가정 건강비의 제공과 노인의 가정에서 안전하게 제공할 수 있는 치료적 서비스와 같은 비교적 기술을 요하지 않는 서비스가 포함된다.

‘개인 간호서비스(personal care or intermediate service)’의 보호를 받고 있는 노인의 신체상태는 일시적 혹은 장기적인 보호 상태에 있을 수는 있지만 대체로 안전적이라 할 수 있다. 목욕 등 일상생활 등의 원조, 약물복용의 지도나 혈압검사와 같은 건강보조, 물리치료에 있어서의 도움 등이 요구되며 급성 질환으로부터 회복기에 있는 사람이나 일시적인 무능력상태에 빠진 만성질환자에게 이러한 서비스를 제공하게 된다. ‘홈헬프서비스(homemaker-chore or basic services)’에는 가사, 음식준비, 세탁서비스 등이 해당되는데 노인이 자신을 돌볼 수는 있지만 주변의 환경을 돌볼 능력이 없을 때 이러한 기초적 서비스를 제공한다.

위의 3가지 분류의 서비스는 단독으로 또는 복합적으로 제공될 수 있으며, 특히 홈헬프서비스의 개인간호영역과 가정봉사구역에서 핵심적인 역할을 하는 사람을 홈헬퍼라 할 수 있다. 이들이 하는 업무는 개인적 서비스와 가사원조인데 수행해야 할 기본 임무는 청소, 식단 차리기, 음식품 구입, 음식장만, 세탁, 침대시트갈기, 목욕, 침상목욕, 세발, 노인을 침대에서 의자로 옮겨주기, 맥박체크, 단순운동, 약물복용원조, 기능 훈련시키기, 정서적지지 등이 있다. 이들의 훈련과정에는 두 영역에 관한 기술개발이 포함되기 때문에 이러한 서비스 수행이 가능하다.

그리고 1981년 Omnibus Budget Reconciliation Act(OBRA)가 Medicaid의 적용범위를 비의료적 장기보호서비스를 포함시키는 것으로 확대시킨 이후, 서비스 제공에 있어서 Case Management가 보다 널리 활용되고 있다.

미국은 1959년 가정봉사서비스에 대한 전국회의에서 가정봉사 서비스의 대상이 노인에게 확대되었고 1960년대에는 노인들을 위한 의료서비스의 필요성으로 가정봉사 서비스에 건강보호 활동을 추가시켰다. 1965년 공공 복지청 및 미국공중보건서비스의 만성질환 부서의 협조 하에 전국 가정봉사원 서비스 심의회(National Council for Homemaker-Home Health Aide Service)는 가정봉사원 서비스의 기준을 작성하였다.

이 기준에 근거하여 가정봉사원(Homemaker, Home health aide)은 노인을 방문하기 위하여 건강보조와 관련된 훈련을 받고 병원을 포함한 지역사회기관에서 기관전문직원의 지도 감독 하에 혈압을 재고 연고를 바르며, 처방된 약을 복용하도록 돕는다. 또한 목욕, 침대시트갈기, 세탁 등 가사업무를 할 수 있다. 가정봉사원이 건강보조와 관련된 훈련을 받지 않는 경우에는 쇼핑, 음식준비, 세탁, 목욕, 식사시중 등 가사보조서비스만을 제공하게 된다. 미국은 자격명칭은 없으나 Social service aide, Nursing aid Homemaker 등이 가정봉사 서비스를 제공한다.

〈표 2-18〉 미국의 케어종사자 자격

자격요건	자격의 설명
자 격 명 칭	없음
	Social service aid
	Nursing aid
	Homemaker
법 적 지 위	없음
	NASW에 의한 구체적 기준은 없음
	뉴욕주에서는 120시간분의 교육, 훈련과 인정시험
자격취득방법	불명
주요활동분야	가정봉사 서비스

자 료 : 일본 후생성 사회국(1998), 「사회보장통계연보」, p.32

3) 노인케어복지의 자원

홈헬프서비스의 자원은 민간차원에서는 회비, 수혜자의 이용료, 보조금과 회비, 재단이나 개인에 의한 기부금 등에 의해서 마련되어지고 있다.

〈표2-19〉를 보면 재정 지원에 있어서 재가의료보건서비스와 가정봉사서비스가 이분화 되어있음을 알 수 있다.

의료중심의 재가보건의료서비스는 미국 사회보장법 제18장 Medicare와 제19장 Medicaid에 근거하여 재정지원이 되고 있으며, 가정봉사원서비스는 사회보장법 제20장 사회복지서비스 포괄지원(Social Service Block Grant : SSBG) 프로그램과 미국노인법(Old America Act)에 의해서 지원되고 있다. 그밖에 원호청 프로그램이 재가의료 및 가정봉사서비스를 동시에 지원하고 있다.

〈표 2-19〉 홈헬프서비스의 재원

재가보건의료서비스	가정봉사서비스
Medicare	사회복지서비스 포괄지원프로그램(SSBG)
Medicaid	미국 노인법
원호청 프로그램	원호청 프로그램

자 료 : 유성호(2001), 「미국의 노인복지관련법」, 한국노년학회 정책토론회 21권 2호, p.215

Medicare는 65세 이상의 노인만을 대상으로 하며 가정건강간호, 그것도 숙련된 간호나 물리적, 작업적, 언어적 치료를 요하는 단기간의 건강문제를 가진 노인에게 대한 간호서비스만을 재정지원하고 있다. 그는 대상에 빈곤노인이라는 제한을 두고 있다. Medicare와 Medicaid는 수혜자격요건과 일치하는 상황에 있는 노인만이 서비스를 제공받을 수 있기에 한계가 있으므로, 대상확대를 위해서 SSBG 및 미국노인법의 Title III와 같은 공공재원이 가정보호재정을 늘리는 차원에서 저소득 빈곤노인들에게 제공되었다.

4) 노인케어복지의 전달체계

홈헬프서비스의 실시주체는 지역병원의 가정간호사, 복지부, 비영리사립지역 사회기관, 지역사회건강센터, 사립기관 등 다양하다.

미국에서의 홈헬프서비스는 다수의 전문가 및 준전문가가 한팀을 이루어 기능하고 있다. 서비스의 인력은 간호사, 사례관리자, 치료사, 사회사업가, 영양사, 정신의료사회사업가의 전문직원과 홈헬퍼, 가정건강보조원, 가사보조원 등 훈련 정도에 따라 분류된 준전문직으로 구성되어 있으며, 장기재가서비스의 약 70-80%는 준전문직원들이 책임지고 있다. 그러므로 홈헬프서비스는 준전문적인 홈헬퍼의 활동에 의해 크게 좌우된다고 볼 수 있다.

홈헬퍼는, 전국 홈헬퍼 및 가정건강보조원서비스 심의회가 정한 기준에 따라

건강 및 관련문제들에 대한 훈련을 받고 전문가의 지도 하에 업무를 수행한다. 지도감독자는 간호사, 사회사업가 또는 기타 전문직원으로서 대상노인의 욕구를 평가하고 서비스를 조정하는 업무를 맡는다. 홈헬퍼의 건강보조와 관련한 훈련을 받지 않은 경우에는 가사보조서비스만을 제공하게 된다.

그러나 미국의 홈헬프서비스 인력구성은 전문가로 구성된다기 보다는 전문가를 중심으로 훈련과 교육을 받는 준전문가 홈헬퍼로 구성되어 이러한 인력구조 하에는 홈헬퍼에 의한 가사나 간호 보조적인 서비스만이 제공되고 정서적·심리적 사회사업적 개입이 배제될 수 있다고 할 수 있다. 홈헬프서비스는 주로 Medicare 프로그램의 참여가 인정된 복합서비스 기관에 의해 제공되며, 비영리기관이나 민간조직에서도 제공되는데 이는 단일 기능만을 수행하는 기관인 경우가 많다. 서비스 비용을 낼 수 있는 노인인구가 증가함에 따라 현재 영리조직이 숫적으로 크게 증가하고 있다.

노인복지법의 프로그램 주(州) 수준에서 실천하기 위한 조직으로 주단위 노인복지사무소가 있고 그 아래 지역단위 노인복지사무소가 있다. 주 단위 노인복지사무소는 지역단위 노인복지사무소를 위해 서비스의 우선순위를 개발하며, 행정, 통합, 평가의 책임을 진다. 지역단위노인복지사무소는 욕구평가, 서비스 계획 및 조정, 개발을 하는 책임을 진다. 사회보장법의 사회복지서비스 포괄지원프로그램(SSBG)은 역시 보건후생성에서 관장하며, 주정부에서는 사회서비스국(Department of Social Services)이 주정부의 서비스계획에서 서비스 제공자들과 구매계약을 하여 노인들에게 서비스를 제공하고 있다.

현재의 홈헬프서비스와 관련하여 미국의 과제는 서비스 전달체계를 일원화하고 대상노인들이 서비스에 쉽게 그리고 공평하게 도달할 수 있도록 하는 방안을 찾는 것이다. 그 대안으로 사례관리를 확대하여 보다 통합적이고 효율적으로 서비스를 공급받도록 하는 방법이 모색된다. 이상에서 살펴 본 OECD 주요 4개국의 노인케어복지를 비교해 보면 다음과 같이 표로 정리해 볼 수 있다.

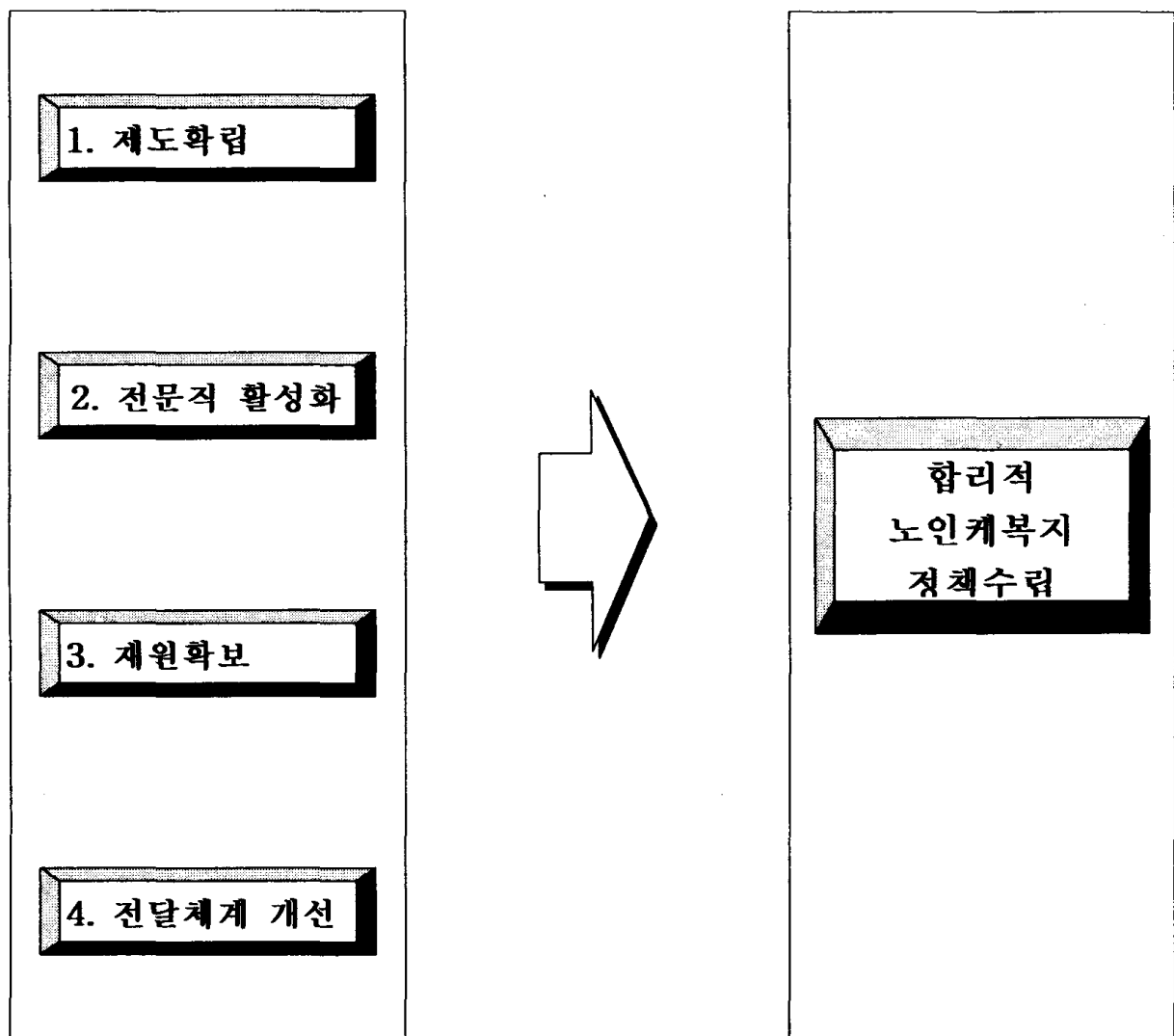
〈표 2-20〉 OECD 주요 4개국의 노인케어복지 비교

구분	일 본	독 일	영 국	미 국
케어 제도	◦ 개호보험	◦ 수발보험	◦ 홈헬프서비스(국가중심)	◦ 홈헬프서비스(민간중심)
케어 인력 전문성	자격 명칭 ◦ 개호복지사 ◦ 홈헬퍼	◦ Altenpfleger(노인수발사)	◦ CSS ◦ PCSC ◦ ICSC *케어매니저 역할 수행	◦ social service aide ◦ nursingaide ◦ homemaker *케어복지사 없으며 민간의 관련직종 종사자들이 케어를 담당함
	주요 역할 ◦ 사회복지시설의 요모, 노인보건시설의 개호직원, 공사의 홈헬퍼, 재택개호 지원센터의 상담원	◦ 시설, 재택에서 고령자의 수발과 간호를 전문적으로 행함	◦ CSS는 홈헬퍼 조정자, 케어서비스의 매니저 ◦ PCSC는 아동복지시설의 교육사, 성인시설의 케어워커 ◦ ICSC는 주거시설과 데이서비스의 케어워커	◦ 의료적 치료서비스 ◦ 개인 간호서비스 ◦ 건강보조훈련받지 않은 가정봉사원은 가사 보조 서비스만 제공
	법적 지위 ◦ 국가자격제도(양성시설수료 후 국가 자격시험 실시)	◦ 주단위의 국가자격시험에서 2001년 8월에 연방노인수발사 법안통과로 국가고시 시험가능	◦ CSS, PCSC, ICSC는 국가자격 ◦ CCETSW(사회사업교육훈련중앙협의회가 인정한 코스 수료에 의한 자격인정)	*케어전문 종사자 법적 자격 없음
	자격 취득 방법 ◦ 고졸+양성시설2년 ◦ 고졸+복지계재학+양성 시설1년 ◦ 고졸+보모양성시설+양성시설1년 ◦ 실무3년+국가시험	◦ 2년간의 개호양성시설, 실가학교졸업+양성2년+1년 연수 ◦ 기간학교졸업+양성2년+1년연수	◦ CSS는 현재 종사자를 대상으로 한 연수코스 ◦ PCSC는 학생만의 전 일제 2년과정 ◦ ICSC는 종사자를 위한 파트타임연수 인정코스 수료후 자격부여	(NASW에 의한 구체적인 기준은 없음) 단, 뉴욕주에서는 120시간 교육/훈련과정의 인정시험이 있음
전달 체계	◦ 재택개호서비스 - 방문간호, 재활 등 의료서비스 제공 ◦ 시설개호서비스 - 개호시설 - 요양병상, 노인보건시설(의료시설)이용 ◦ 홈헬퍼서비스	◦ 질병보험의 급여체계 - 금고의 심사 후 MDK가 각 요보호자의 케어플랜 작성 - 재가급여 및 시설급여 제공하며, 케어제공자에 대한 급여도 제공 - 간병보호서비스, 방문간호와 재활 서비스 - 일상의 신변케어서비스(청결, 식사, 취침, 배뇨 등)	◦ 서비스 전달체계를 담당하는 116개 지방정부(사회복지서비스국)의 상황에 따라 각자 상이하게 구성됨 - 광역지역 디렉터 소지역 매니저	◦ 민간의 다양한 주체에 의해 서비스 제공됨 - 지역병원 간호사, 지역 사회건강센터, 복지부, 사립기관 등 매우 다양 ◦ 홈헬퍼서비스 체계 - 재가보건의료서비스와 가정봉사서비스로 구분됨
재원	◦ 개호보험의 재원 - 개인부담 보험료 ◦ 조세부문의 지원(전체 지출의 50%)	◦ 수발보험 재원 - 보험료(노사균등부담)	◦ 조세부문 지원(80%) 사용자 부담(20%) - 서비스에 따라 비용이 차등 부과: '무료서비스, 일정률 비용부담, 이중비용구조, 완전본인부담' 4가지 기준	◦ 까다로운 선별기준에 의한 국가지원

제 5 절 연구분석모형

선행연구 및 이론적 배경에 의한 본 연구의 분석틀을 <그림 2-9>과 같이 구성하였다. 본 연구의 분석틀은 앞서 밝힌 이론적 배경과 선행연구를 통해 독립변수, 즉 제도의 확립과 전문직의 활성화 그리고 재원확보 및 전달체제로 하였으며 종속변수는 독립변수 각각의 요인분석에 의해 합리적인 케어복지정책 수립으로 하였다.

〈그림 2-9〉 연구분석 틀



제 3 장 한국의 노인케어복지 실태분석

본 장에서는 2002년 현재 우리나라에서 활동중인 케어서비스 종사자에 대한 현황실태를 고찰하고자 한다. 조사대상 종사자는 ① 가정봉사원, ② 간병인 및 자활후견기관의 복지간병인, ③ 간호조무사 및 생활보조원 ⑤ 케어복지사 순으로 하였으며, 실태분석내용은 첫째, 법령제도 및 생성배경, 설립목적, 둘째, 교육훈련 내용을 중심으로 하였으며 셋째, 노인케어복지의 재원과 서비스 행정 및 전달체계 등 4개 부문을 중심으로 하였다.

2002년 현재 고령화 사회 진입 2년이 경과한 우리나라에서는 케어대상 노인을 위한 노인케어복지사 제도는 없다. 다만 1970년도에 제정된 사회복지사업법 제5조 사회복지사규정에 의한 사회복지사만 최근에 1년에 9천여명이 배출되고 있어 고령화시대에 사회복지사와 함께 케어복지사 제도가 함께 구축되지 못하고 사회복지사의 경우 수요에 비해 과대하게 배출되고 있다는 것이다.

주요 OECD국가들이 고령화사회를 맞이하기 전후 케어대상노인을 위한 사회적 케어대책으로 케어전문인력을 양성 제도화하고 있다. 우리나라의 고령화에 따른 케어대상노인을 위한 대책은 어떠한가를 먼저 살펴보고자 한다. 우리나라는 2000년도 2월에 고령화사회 진입에 따른 케어대상노인의 사회적 부양체제를 마련하기 위하여 보건복지부는 「노인장기요양보호정책 기획단」을 설치운영하여 노인케어 대책에 필요한 시설, 인력 및 재정 소요액 측정 등을 중장기계획으로 추진 구성하고 있으며, 2001년 9월에는 국무총리실에서 우리나라 「노인보건복지대책위원회」 기구를 설치운영하여 2002년 9월 18일 국회헌정기념관에서 「노인보건복지종합대책」에 관한 토론회를 개최하면서 노인의 건강보장에서 간병전문인력 제도화에 관하여 장단기 계획을 수립하고 있다. 또한 최근 2002년 12월 13일에는 전국노인복지단체협의회 주최로 노인보건정책의 현황과 과제 정책 세미나에서 선우덕은 노인간병 전문인력의 도입 및 양성방안을 발

표하였다.

위와 같이 보건복지부 소속의 「노인장기요양보호정책기획단」과 국무총리실의 「노인보건복지대책위원회」 그리고 한국보건사회연구원 위원 중 일부가 주축이 되어 노인케어복지 종사자 제도화에 관한 제안을 하고 있으며 특징으로는 명칭을 복지간병인 또는 노인간병전문인력으로 하고 교육과정을 136시간으로 연구 발표하고 있다.

한편 사회복지학교수 및 시설종사자가 주축이된 한국케어복지협회 창립일(1999년 6월 18일) 학술세미나와 전국대학 사회복지교육 협의회(2000년 7월 5일) 사회복지교육 자격증 제도와 발전방향 세미나, 한국노인복지학회 2002년 춘계학술대회(2002, 5, 24)에서는 노인과 케어복지를 주제로한 세미나 등에서 고령화에 따른 노인케어서비스 전문인력의 필요성과 제도의 구축과 교육과정을 전문학교 2년 과정 이상을 1급으로 하고 양성학원에서의 교육과정은 200시간으로 하며 명칭은 케어복지사로 한다는 것이다.

그리하여 현재 20여개 대학에서 사회복지학과에 케어복지전공을 두어 케어복지사 1급을 배출하고 있다. 정부산하 단체 일부 연구원은 복지간병인을 민간단체와 대학에서는 케어복지사의 제도화를 모색하고 있는 양분상태에 놓여있다. 이러한 상태에서 현재 활동 중인 케어서비스 종사자에 대한 실태를 아래와 같이 살펴보고자 한다.

제 1 절 가정봉사원 제도

1. 제도의 생성배경과 목적

가정봉사원 파견사업은 신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 필요한 각종 편의를 제공하여 지역사회 안에서 건전하고 안정된 노후생활을 영위하도록 하는

사업을 말하며 또한 가족의 수발부담을 경감시켜주는 서비스를 말한다.⁵⁷⁾

가정봉사원 파견사업은 한국노인복지회가 펴고 있는 무의탁노인 결연사업 대상노인들이 경제적 어려움 외에 노쇠하여 일상생활에 어려움과 고독감 등 2중고통 속에 생활하고 있음을 감안하여 1987년 5월 제1기 가정봉사원 파견교육을 실시하여 시범사업으로 출발한 것이 계기가 되어 1989년 12월 30일 노인복지법 1차 개정의(법률 제4178호) 제11조에 가정봉사원사업 등의 실시지원이 규정되어 생활보호 대상노인을 대상으로 한 무료사업으로 실시되어 왔으나 1993년 노인복지법 개정으로 일반노인을 대상으로 하는 유급가정봉사원 제도로 확대되어 시행되고 있다.

또한 1997년 노인복지법 전문개정시 노인복지법 제38조 재가노인복지시설 1항 가정봉사원 파견시설로 규정되어 주간보호시설, 단기보호시설 등과 함께 시설로 규정되어 있다.

가정봉사원 파견사업에 국고보조를 받아 운영하는 가정봉사원 파견시설은 88개소이나 2000년 11월 현재 전국종합사회복지관 113개소, 노인종합복지관 68개소 등에서도 실시하고 있다. 가정봉사원 파견사업에서 제공되는 사업내용은 가사서비스(취사, 시장보기, 주변정돈, 생필품구입 등), 개인활동서비스(식사수발, 신체청결, 목욕, 용변수발 등), 우애서비스(전화 및 방문 말벗, 편지 써주기 등)의 서비스, 상담 및 교육서비스, 노인결연에 관한 서비스 등이 있다.

한국 재가노인복지협회의 2000년도 가정봉사원 파견실적을 보면 78개소에서 9,681명의 노인을 대상으로 실시하였으며 많이 제공되는 서비스로는 우애서비스, 가사지원서비스, 노인상담서비스, 개인활동지원서비스의 순으로 주로 가정봉사원의 활동이 가사지원 서비스 정도의 수준에 있다. 현재 무급자원봉사자 5,663명(2001년), 유급은 455명이 활동 중이다.

57) 노인복지법 제38조 제1항

2. 교육훈련 및 전문성

노인복지법 제39조 2항의 규정에 의해 가정봉사원 파견사업에 종사하는 가정봉사원은 보건복지부령이 정하는 바에 따라 교육을 받아야 한다. 교육과정은 양성교육과정과 보수교육과정으로 구분되며, 양성교육기간은 유급의 경우 40시간, 무급의 경우 20시간이며 보수교육과정에서는 유급은 20시간이고 무급자원봉사자는 8시간이다. 보수교육과정의 훈련주기는 유급은 1년이고 무급은 3년이다.

교육내용은 강의, 실기, 실습기간으로 구성되어 있다. 교육내용은 가정봉사원 서비스 입문, 노인복지론, 장애인 복지론, 노인심리학, 재가간병이론 등에 관한 이론교육과 노인의 가사활동 지원, 간병 및 상담 등에 필요한 기술습득을 위한 실기교육이 제공되고 있으며 주간보호사업기관 및 노인요양시설에서의 실습교육을 실시하고 있다. 유급과정과 무급과정은 교육내용 면이나 훈련시간의 차이가 있을 뿐 실제로 제공되는 서비스 내용에는 거의 차이를 볼 수 없다.

가정봉사원 서비스는 현재 거의 국민기초생활보장 수급권대상이나 저소득 계층을 중심으로 한 봉사차원에서 실시되고 있는데, 일반노인들의 욕구에 대응한 서비스의 확충이 요구되고 있는 시점에서 이들에 대한 교육 내용과 교육시간을 높여 질을 향상시켜야 할 것이며, 일반인도 손쉽게 이용할 수 있는 일본과 같은 홈헬퍼제도로 양성시켜 나가야 할 것이다.⁵⁸⁾

앞으로 가정봉사원의 서비스를 신변케어를 중점으로 하는 영역으로 확대되어야 하며, 이에 필요한 전문적 지식과 기술교육을 강화하여야 한다는 지적이 있다.

가정봉사원의 양성교육과정(표3-1)을 보면, 무급·유급과정에 따라 강의, 실

58) 일본의 홈헬퍼(방문개호원 제도)제도

일본의 홈헬퍼는 1,2,3급이 있으며 1급은 230시간, 2급은 130시간, 3급은 50시간의 교육을 받는다. 1급은 2급과정에서 습득한 지식 및 기술을 강화함과 동시에 주임헬퍼로서의 업무에 필요한 지식과 기술을 습득하여 선임자로서 활동할 수 있는 능력을 배양한다. 2급은 전문적인 홈헬퍼서비스를 할 수 있는 능력을 배양하는 교육이며, 3급은 시간제 근무나 기초적인 홈헬퍼 기술을 습득하는 교육이다.

기, 실습시간이 다르게 이루어지고 있다. 즉, 교육내용은 가정봉사원 서비스입문, 노인복지론, 장애인복지론, 노인심리학, 재가간병이론 등에 관한 이론교육과, 노인의 가사활동 지원, 간병 및 상담 등에 필요한 기술습득을 위한 실기교육이 제공되고 있으며, 주간보호사업기관 및 노인요양시설에서의 실습교육을 실시하고 있다. 즉, 가정봉사원 양성과정 교육시간은 유급가정봉사원의 경우 40시간, 무급 자원봉사형 가정봉사원의 경우에는 20시간으로 되어 있다.

〈표 3-1〉 가정봉사원 양성 교과내용

유급과정(40시간)	자원봉사과정(20시간)
1) 강의 : 16시간 - 사회복지관계(8시간) 가정봉사원서비스 입문, 노인복지론, 대인원조기술, 장애인복지론 - 노인수발방법 및 기타(8시간), 가사원조입문, 개호개론, 노인의 심리, 의학기초지식, 재가간호방법론 2) 실기 : 16시간 - 노인·장애인에 대한 가사원조 등 기초기술 습득 및 개호에 대한 기초원리와 기술을 습득하고 복지윤리 함양 3) 실습 : 8시간 - 주간보호사업기관 및 노인요양시설의 실습	1) 강의 : 8시간 - 사회복지관계(4시간) 가정봉사원서비스 입문, 노인복지론 대인원조기술 - 노인수발방법 및 기타(4시간) 가사원조입문, 개호개론, 노인의 심리, 의학기초지식 2) 실기 : 8시간 - 재가노인가구를 방문하여 원조기술 및 노인 식사 등 조리방법을 습득하고 복지윤리 함양 3) 실습 : 4시간 - 주간보호사업기관 및 노인요양시설의 실습

자 료 : 보건복지부(2001), 「2001년도 노인보건복지 국고보조사업 안내」, p.47

3. 재원 및 전달체계

가정봉사원 파견사업센터 중 정부의 국고를 받는 센터는 88개소로 개소당 7,700만원을 받고 있으며 평균직원 4명으로 시설장 1명, 사회복지사 2명, 사무원 1명 등으로 조직되어있다. 우리모두 가정봉사원 센터의 경우 2001년 12월 기준 법인자부담 2,700만원, 후원금 5,000만원, 보조금 9,200만원으로 보조금 의존도가 54.0%로 가정봉사원 82명(정기 가정봉사원 60명, 비정기 봉사원 18명, 유급 4명)⁵⁹⁾이 활동하고 있다.

2002년 서울시 재가노인복지협회 조사에 따르면 65세 이상⁶⁰⁾ 국민기초생활보장 대상노인으로 하고 있으며 거택보호자가 74.8%, 자활보호자가 20.4%, 저소득자가(월 100만원 미만) 3.9%이고 기타 일반노인이 1.0%로 생활보호자 중심으로 저소득 노인들이 제외되고 있으며, 요보호노인 뿐만 아니라 저소득층 및 일반노인들에게 함께 제공되는 것이 바람직하나 재원부족에 따른 직원 및 자원봉사자의 질적, 양적 부족으로 실행을 못하고 있다.

한편 서비스 이용경로에 관한 행정 및 전달체계를 살펴보면 시설직원의 권유가 42.7%로 가장 많았고 행정기관(구청 및 동사무소)의 추천이 38.8%, 이웃의 소개로 알게된 경우가 7.8%로 가정봉사원 파견사업에 대한 인지도를 높이기 위해 시설자체의 적극적인 홍보사업을 전개할 필요가 있다.

한편 현재 시행되고 있는 가정봉사원 파견사업에서 개선되어야 할 과제에 대한 종사자들의 조사에서 예산 및 인력확충이 25.0%, 서비스 중복 25.0%, 프로그램 개발 16.7%, 서비스 형평성 재고 16.7%, 서비스 질재고 8.3%, 대상자 선정기준 세분화(치매환자 분류) 8.3% 등을 지적하고 있다. 저소득층 노인의 경제적 지원 강화가 필요함을 요구하고 있다.⁶¹⁾

59) 서울시재가노인복지협회(2002), 「2002년 직원연수 운영사례」, pp.27-29

60) 유료인 경우 60세 이상 노인임. 「노인복지사업 지침」, 1998

61) 한국복지정책연구소(1998), 「재가노인복지서비스 전달체계」, '98 노인복지 workshop, pp.64-66

제 2 절 간병인 제도

1. 제도의 생성배경

우리나라에서의 간병인 칭호는 1980년 「간병인 복지회」가 창설되면서 불리어진 간병인과 1998년 보건복지부 자활지원과에 의한 자활후견기관 사업에 의한 가칭 복지간병인 등 두가지가 있음을 구분하여 본 연구에서 살펴보고자 한다.⁶²⁾

1) 간병인

가정이나 혹은 병원에서 가족을 대신해서 아픈 사람을 돌봐주는 사람을 간병인으로 불려왔으며, 어떤 관련 법령에도 간병인의 역할이나 임무가 규정되어 있지 않고, 신분보장이 안된 상태에서 환자의 보호자역할을 하면서 환자를 돕고 보수를 받는 사람으로 알려져 있다. 즉, 환자의 가족이나 친인척이 아니면서 환자나 그 가족의 요구에 가족을 대신하여 근로의 대가를 받고 환자를 돌보는 간병인이라는 인력은 1980년 「간병인복지회」가 창설되면서 본격적으로 활동하게 된다. 현재 국내에는 허가된 단체로 1,750여 개소 이상의 유, 무료간병인 파견업체가 활동중이며 허가된 단체에 등록된 간병인도 전국에 최소한 10여 만 명이 있는 것으로 추산되며, 이중 30-60%가 병원이나 가정에서 활동하고 있다.⁶³⁾

한국보건사회연구원의 종합병원 간병인에 관한 조사에 의하면 간병인은 대부분 4,50대의 여성이며, 간병한 환자는 주로 노인으로 65세 이상이 51.3%, 55-64세가 26.8%로 노인환자가 대부분을 차지하고 있다. 간병인의 업무는 환자 신체청결관리, 옷갈아입히기, 식사돕기 등 환자의 일상적인 활동을 돕는 환

62) 간병인과 복지간병인의 경우 후자는 편의상 구분하기 위한 가칭이며 모든 복지간병인이란 용어는 사회적으로 합의된 용어가 아니다.

63) 황나미·고덕기(1998), 「종합병원 간병인 활용현황과 개선방안」, 한국보건사회연구원, p.29

자 도우미 역할을 하고 있다. 그러나 간병인의 68%가 환자의 체온·맥박·호흡을 측정하고 86%가 '음식의 섭취량과 횟수측정', '배설물의 양·횟수 측정 및 기록', '검사물 채집(가래, 소·대변)', '의사 회진 시 환자상태 경과보고' 등의 행위를 수행하고 있으며, 특히 '튜브로 음식주입'(72.4%)과 '체위를 이용한 거담' 등 보험수가 책정된 간호행위까지도 수행하고 있는 것으로 나타났다.

전문지식과 기술을 요하는 간호행위를 간병인의 주관적 판단에 의해 행하는 경우, 그리고 간호지식 없이 경험만 내세워 행하는 경우 의료사고나 감염사고 등의 문제가 발생할 수 있다. 간병인의 역할규정과 사회에서의 기대규범이 전혀 확립되지 않아 간병인과 이용환자는 물론 의료기관과 공히 역할기대에 대한 불일치로 모두가 만족하지 못하고 있으며, 간병비의 부담도 커서 사회적인 문제도 야기시키고 있다. 환자에 대한 의료행위는 국가의 면허를 취득했거나 자격을 인정받은 인력이 아니면 수행할 수 없도록 법적으로 엄격하게 제한되어 있다. 그럼에도 불구하고 간병인들의 경우 간호서비스까지 수행하고 있는 경우도 많아 앞으로 케어복지사를 제도화하는 경우 케어 범위에 대한 구체적인 명시가 필요하고 고려되어야 할 사항이다.

2) 자활후견기관의 복지간병인

1998년 외환위기 이후 실업 빈곤문제와 사회복지서비스의 확충과 같은 난제에 봉착해 있음에 따른 실직빈곤계층 자활을 위한 일자리 창출을 필요로 하는 여성실업자 등 특정계층을 위한 일자리 창출과 노인케어 정책 강화의 필요성에 의하여 복지간병인 사업이 시작되었으며 자활후견기관에서 간병인 교육훈련을 실시하여 인력을 양성, 2002년 6월 현재 전국 136개 자활후견기관에서 1,768명이 활동 중이다. 전체 사업규모중 유료서비스는 약 10%이며 나머지는 저소득층을 대상으로 무료서비스를 제공하는 공익형 자활근로로 이루어지고

있다. 유료서비스 영역인 시장형 자활근로 사업단 및 자활공동체는 대도시를 중심으로 도시지역에 집중되어 있다. 도농복합 및 농촌지역에서는 재가서비스, 무료서비스, 공익형 자활근로 중심으로 사업이 실시되고 있다.

공익형 자활근로는 수혜자 발굴 및 의뢰시 공식적 체계의 미비, 서비스 시간의 제한, 서비스 질의 문제, 사업의 전망과 비전 수립의 어려움이 있다. 시장형 자활근로 및 자활공동체는 개별 자활후견기관 사업수행 체계로 인한 시장경쟁력 취약이 문제로 나타나고 있다. 그리고 체계적 간병인 양성과 관리프로그램의 부재가 공동으로 지적되고 있다.

공익형의 발전방안은 수혜대상자 공식적 의뢰체계 구축, 서비스 시간대 확대, 서비스 질 제고, 공익형 사업의 공익성 부각 방안 등이다. 시장형의 경우는 공동사업단 구성을 통한 시장경쟁력 강화가 핵심과제가 된다. 그리고 간병인 교육과정의 마련이 필요하다.⁶⁴⁾

한편 간병사업 제도화를 위해 2001년 5월 15일⁶⁵⁾ 복지간병사업 제도화방안을 발표하면서 지역별 간병서비스 주요과업 수혜대상의 선정기준, 간병프로그램의 형태, 간병인력의 유형별 교육, 간병사업의 행정관리체계, 간병사업의 실시주체 및 자율운영 체계, 간병사업의 재원에 관한 종합계획을 수립할 것과 국가공인된 간병전문인력 양성대책으로 기존 유료가정봉사원의 교육을 강화하며 기존 간병인을 재교육시켜 활용하며 또한 복지간병사업의 안정적 집행을 위해서 보건복지부 일반 회계대상으로 하여 사업의 지속성을 유지함과 저소득 거동불편 노인과 장애인에 대한 복지간병서비스를 대행하는 경우 그 내용을 공공기관(국가, 지방자치단체 등)이 부담하는 것으로 함이 2002년 12월 13일 발표한 『복지간병 사업제도화방안』의 주요 내용이다.⁶⁶⁾

64) 자활후견기관협회 서울지부(2002), 「2002년 서울시 자활사업 민관실무자 워크숍」, p.75

65) 번재관(2001), 「복지간병인 사업제도화방안」, 한국보건사회연구원 공청회 자료 2001-06, p.30

66) 선우덕(2002), 「노인간병전문인력의 도입 및 양성방안」, 전국노인복지단체협의회 정책세미나, p.29

2. 교육훈련 및 전문성

최근 황나미 외의 연구⁶⁷⁾에서 병원간병인이 환자에게 제공하는 수행업무는 주로 환자 신체청결관리, 옷 갈아 입히기, 식사 돕기 등 환자의 일상적인 활동을 돕는 환자 도우미 역할을 하고 있다.

기존 간병인 교육은 「대한적십자사」나 「적십자봉사관」 등 공공기관 및 비영리단체에서 가정 내에 누워있는 환자나 노인이 있을 때 이들을 안전하고 편안하게 위생적으로 간호할 수 있는 기본지식과 실습내용을 일반인에게 무료로 실시하는 가정보건강습 교육인 ‘환자간호 기초교육과정’ 또는 ‘노인간호과정’(각각 4일 12시간)의 교육과정을<표3-2> 대부분 활용하고 있다.

간병인에 대한 교육은 대한 적십자사의 가정보건강습<표3-2> 간병인 교육과 기타 자활후견기관으로 위탁받은 종합사회복지관, 노인종합복지관 등 일부 강습기관을 제외하고는 교육내용이 불성실하며 양성기관마다 교육내용이나 시간에 있어 차이가 많아 질적인 면에서 문제가 많다. 역할규정이나 교육훈련의 부재 외에 간병인 관리나 간병인 알선단체의 지도, 감독 체제도 없는 실정이다. 따라서 간병인 알선 시 어려움이 따르며 간병인의 불성실한 간병활동과 의료사고 시 책임소재가 불분명한 문제점을 안고 있다. 한편 일반 간병인 단체와 자활후견기관의 복지간병인과의 상호정보교류 등이 이루어지지 않은 상태에서 각자 영역에서 유지발전을 도모하고 있다.

67) 황나미·고덕기(1998), 「종합병원 간병인 활용현황과 개선방안」, 한국보건사회연구원, p.33

〈표 3-2〉 대한적십자사의 가정보건강습 교과과정

교육 구분	교과내용	
가정 보건 (Ⅰ) 환자 간호 기초 교육	건강과 질병	· 건강의 개념 · 간호대상자 이해 · 건강유지의 요소 · 질병예방요소 · 질병증세 관찰 · 활력증후
	누워있는환자간호 (실습포함)	· 환자의 방 · 환자 침상 만드는 법 · 환자복 · 환자의 자세 바꿈 · 욕창예방과 간호
	환자청결 (실습포함)	· 침상변기 사용 · 침상목욕 · 머리 감기기
	환자의 식사와 투약	· 환자의 식사와 영양소 · 중환자 식사주는 방법 · 환자의 음식 섭취량 측정 · 가정상비약 · 약의 보관과 약주는 방법 · 투약시 지켜야할 사항 · 투약시 주의할 점
	증상에 따른 처치 (실습포함)	· 더운물주머니 찜질 · 온습포 · 얼음주머니 찜질 · 증기흡입 · 관장 · 가정에서의 응급처치
	회복기환자 간호 (실습포함)	· 환자를 안락의자에 옮기는 방법 · 환자를 침상에서 휠체어로 옮기는 방법 · 환자의 운동 · 구강청결 · 저녁간호
가정 보건 (Ⅱ) 노인 간호	노인간호의 개요	· 우리나라의 노인문제 · 노인과 노년기의 의미 · 노인간호의 일반적 의미
	노화현상과 간호	· 소화기계 · 호흡기와 순환기계 · 근골격계 · 생식 및 비뇨기계 · 피부계 · 신경계
	노인의 건강증진	· 영양과 식사 · 활동과 운동 · 일상생활관리 · 환경과 주거
	노인성질환과 간호	· 노인성 질환의 특성 · 노인성 질환과 간호
	누워지내는 환자간호	· 정의 · 누워지내는 노인이 되는 요인 · 누워지내는 노인에게 오기 쉬운 건강문제 · 누운채로 두지 않는 간호 · 일상생활 동작 훈련 · 가정용 간호용구 준비
	임종간호	· 죽음의 이해 · 죽음에 대한 두려움 · 임종시 증상과 간호 · 호스피스 이해 · 호스피스 간호

자 료 : 대한적십자사(2001), 「가정보건 1·2부」

2) 자활후전기관의 복지간병인

국민기초생활보장의 자활사업의 간병도우미 교육내용은 가정봉사원 파견사업의 유급교육과 마찬가지로 40시간이며 기본 교육과정<표3-3>으로 기초기술교육과정(16시간), 소양교육(16시간), 실기실습(8시간)이 이루어지고 있으며 보수교육이 1년 1회(20시간) 실시되고 있다. 기초기술교육에는 의학기초지식, 개호개론, 대인원조기술, 가사 원조입문 등이 있으며, 소양교육으로는 노인복지론, 장애인복지론, 복지간병 도우미사업 등에 관한 이론교육이 실시되고 있다. 전체 시간수나 내용이 노인복지법에 의한 가정봉사원 교육과 비슷하며 좀더 내용이 전문적으로 편성된 면도 있으나, 결국 가정봉사원 정도의 서비스수준을 벗어나기는 어렵다.

그러나, 자활사업의 일환인 복지간병인은 결국 기초생활보장 수급자 중 자활을 목적으로 한 사업으로 자활을 위한 하나의 직업개발 측면이 포함되어 있다. 그러므로 근로의욕이 미약하고 교육수준이 전반적으로 낮은 기초생활수급대상자의 자활방안이 이용자의 복지를 우선한 케어서비스 전문인력의 확보방안으로 추진된다면 우리나라의 케어서비스의 전반적 질에 있어 많은 문제를 야기시킬 수 있다.

한편 2002년 9월 18일 한국보건사회연구원이 주체가 되어 국무총리실 『노인보건복지대책위원회』에서 확정된 『노인보건복지종합대책에 관한 토론회』 “노인의 건강보장”중 전문인력의 양성부분에서 ① 노인의학 전문의 제도 및 노인 전문간호사 제도도입과, ② 간병전문인력 제도화 및 일상생활동작훈련을 위한 재활전문인력 확대추진일정으로 2003년도 노인복지법상 근거마련과 교육과정 신설 및 교과과정 마련을 136시간으로 (교육강습 54시간 실기강습 54시간 현장실습 30시간) 신체적 간병수발 및 가사지원 전문직종의 교육 내용안을 제시하고 있다.

〈표 3-3〉 자활사업 간병도우미 교육과정

과 정 별			교 육 과 목		시 간	비 고
기 본 교 육	자 격 취 득 교 육	기초기술 교 육	· 의학기초지식 · 대인원조기술 · 가사원조입문	· 개호개론 · 환자수발방법 · 재가간병방법	16	최초 1회 - 유급가정봉사원: 소양교육, 실기실습면제 - 기존간병인: 실기실습 면제
		소양교육	· 사회복지개론 · 노인복지론 · 복지간병도우미사업	· 심리학개론 · 장애인복지론	16	
		실기실습	기초기술교육에 대한 실기 및 실습		8	
	보수교육		· 활동시 유의사항 · 사례발표 및 토론 등	2		
	재 교 육	월례모임	· 활동시 유의사항 · 사례발표 및 토론 등		2	
분기교육		질환별 기초상식 등		4		

자 료 : 한국자활후견기관협회(2001), 내부자료

또한 2002년 12월 13일 전국노인복지단체 협의회가 주체한 노인보건정책의 현황과 과제 정책세미나에서 선우덕은 노인간병전문인력의 도입 및 양성방안을 다음과 같이 제안하고 있다.

① 간병전문인력의 직무

일상생활동작의 수행능력을 지원하여 자립적으로 생활할 수 있도록 하는 신체적 간병수발 즉 식사동작지원, 목욕동작지원, 대소변처리동작지원, 옷갈아입기, 욕창예방지원, 심리적 지원 기타 ADL관련 동작의 지원 등이 있으며, 수단적 일상생활동작(IADL)을 지원하여 ADL상태의 기능을 유지 집안일 지원, 세탁지원, 물건사기 지원, 식사준비 및 조리지원, 은행일 등 업무지원, 기타우애서비스 말벗 등이 있다. 또한 신체적 간병수발 및 가사지원 업무를 수행함으로써 습득한 경험을 바탕으로 간병수발 계획을 작성하는 업무를 지원한다.

〈표 3-4〉 자활사업 간병도우미 업무내용

구 분	가정 및 병원 간병도우미 업무내용	
공통사항	· 구강간호 · 옷갈아입기 · 식사수발 · 침상에서 환자이동 · 기동 및 심호흡돕기 · 냉·온찜질(정상체온 유지돕기) · 기저귀 교환 또는 배설물 처리 · 종교적 요구 도움 · 배설물의 양과 횟수 측정 기록 · 증상과 증후 관찰 · 휠체어를 밀거나 동행하는 일	· 세면 및 신체청결 · 수면돕기(소음 및 불안감 제거) · 침상자세 교환 · 침상주위 정돈, 침구교환 업무 · 운동돕기 · 대소변을 돕거나 변기세척 · 감염 등 잠재위험으로부터 보호 · 음식 섭취량과 횟수 측정 기록 · 약을 먹여주고 확인하는 일 · 중기요법 실시
가정간병	· 시장보기 등 심부름 · 밑반찬 조리 · 가족수발자 상담, 수발방법 지도	· 취사, 청소, 세탁 · 식기세척 및 소독 · 지역사회 자원연계 지원
병원간병	· 튜브로 음식 주입 · 가래 뽑아내는 일 · 의사 회진시 환자 상태 경과보고	· 체온, 맥박, 호흡측정 · 검사물 채집 · 관찰 후 간호사에게 보고

자 료 : 한국자활후견기관협회(2001), 내부자료

② 노인간병전문인력의 양성교육내용 기본원칙

첫째, 양성교육에 필요한 시간을 총 136시간으로 한다.

둘째, 교육과정을 교육, 강습 54시간, 실기강습 52시간, 현장실습 30시간으로 크게 3부분으로 설정한다. 교육내용은 4:4:2의 수준으로 설정한다.

셋째, 신체간병수발 및 가사지원과 관련한 교육을 중점적으로 실시하고 기타 복지, 간호 및 보건의료와 관련된 기초교육을 보완적으로 실시하는 것으로 하였다.

넷째, 실기강습내용은 신체간병수발 기술을 습득하는데 필요한 내용을 교육강습과 연속적으로 실시하여 간병기술의 이해도를 제고시킬 수 있도록 하였다.

다섯째, 현장실습은 노인케어시설과 재가노인시설로 하여 노인복지법에 명시되어 있는 노인의료복지시설로 하되 노인전문병원, 일반병원 내 노인병동이나 요양병동에서의 실습도 인정하는 것으로 시설로 하여 기간을 1주일 총 7일을 초과하지 않는 것으로 하였다.

한편 136시간의 총수업교육 소요기간이 최소1개월 1주에서 최대 5개월 3주까지 소요되는 것으로 하였다.

③ 양성교육방안의 기본방안

교육내용을 정리해 보면 다음 <표3-5>과 같다. 이와 같은 교육내용을 가지고 교육을 실시하는 경우에는 일당 교육시간의 배정에 따라 총 소요기간이 최소한 1개월 1주에서 최대한 5개월 3주까지 소요되는 것으로 보인다.

<표 3-5> 신체적 간병수발 및 가사지원 전문직종의 교육내용(안)

구분	교육과목명	교육 시간수	주요 교육내용
교육강습		(54)	
	사회복지에 대한 이해	3	사회복지의 개념, 실천방법, 복지정책(제도)
	노인복지에 대한 이해	4	시설복지론, 재가복지론
	장애인복지에 대한 이해	4	시설복지론, 재가복지론
	신체간병수발에 대한 이해	15	ADL 지원방법론
	가사지원에 대한 이해	4	IADL 지원방법론
	가정간호에 대한 이해	4	노인간호, 응급처치 및 호스피스간호 내용
	재활훈련에 대한 이해	3	물리치료 및 작업치료 훈련내용
	노인 및 장애인의 질병, 장애에 대한 이해	4	기초의학내용, 의료도구 내용
	노인 및 장애인의 심리상태에 대한 이해	4	노인 및 가족의 심리상태
	간병전문인으로써의 자세 이해	3	신체간병수발 및 가사지원 전문직 종사자의 자세
	재가요양계획수립에 대한 이해	4	신체수발 및 가사지원계획 작성론
	보건복지서비스연계에 대한 이해	2	서비스연계론

구분	교육과목명	교육 시간수	주요 교육내용
실기강습		(52)	
	간병수발실시 자세 동작 훈련	4	기본자세 숙달, 도구사용 훈련
	신체간병수발기술	36	ADL 관련 신체간병수발방법
	사례검토	6	보건복지서비스연계, 간병사례 검토
	재가요양계획수립	6	신체수발 및 가사지원계획 수립
현장실습		(30)	
	장기요양시설 실습	18	요양·전문요양시설, 요양병원 등
	재가요양시설 실습	12	주·단기보호시설, 가정
합계		136	

자 료: 선우덕·오영희(2001), 「간병전문인력의 제도화방안」, 한국보건사회연구원, p.124

3. 자원 및 전달체계

일반 간병인의 경우 각 간병인 단체에서 간병인 교육신청자에게 교육비 10-40만원의 수강료를 받아 운영하며 자활후견기관의 경우 무료로 간병인 교육을 시켜 양성배출하고 있다. 양성된 간병인은 일반 간병인의 경우 유료로 각 간병인 양성소가 개별적으로 개발한 병원이나 가정에 간병인을 파견하며 자활후견기관의 간병인은 무료인 경우 1일 8시간 근무에 2만원을 책정하며 기관에서 간병인 서비스 비용을 간병인에게 지급하며 유료인 경우 1일 8시간 근무에 2만 5천원의 서비스 비용이 책정되어 있으나 대상자의 간병상태에 따라 1일 8시간 기준 5만원에서 10만원까지 비용이 다양하다.

간병인 사업기관의 운영비와 이용요금에 관하여 금천노인종합복지관 간병인 사업의 경우 자활후견기관으로 금천구가 지정되어 구청에서 금천노인종합복지관에 위탁 운영하도록 지정하여 사회복지사 1인을 배치하고 간병인 교육 및 파견 사업을 실시하고 있다. 무료간병인의 경우 8시간 서비스 요금을 2만원으로 서

비스 이용자 생활보호자는 서비스만 제공받고 이용료는 기관에서 월별 지급하며 평균 45만원 정도이고 유료간병인 서비스이용요금은 2만 5천원으로 이용자가 부담한다. 전체 운영비는 년 1억2천만원정도이며 인건비 1인과 교육비 그리고 간병인의 서비스 이용대금으로 지출되고 있다.

공식적인 전달체계 구축이 사회적으로 마련되어 있지 않아 기관마다 홍보에 의한 개별적인 전달체계를 유지하고 있고 병원에 입원중인 환자의 간병인 파견 사업에 간병인 단체의 치열한 경쟁이 사회적인 문제로 부각되기도 한다. 현재 간병인 교육의 질과 간병인의 자질에 대한 문제점에 관해 간병인 파견사업의 개선을 위한 연구가 주요 정부산하 단체에 의해 연구되고 있는 것이 특징이다.

제 3 절 간호조무사 및 생활보조원 제도

1. 제도의 생성배경

간호조무사는 의료법 제58조(간호조무사)에 의해 의료법 제25조의 규정(무면허 의료행위 금지)에도 불구하고 간호보조업무에 종사할 수 있다. 간호조무사의 주요업무는 「간호조무사 및 의료유사업자에 관한 규칙」에 의하면 진찰환자를 준비시키고 진료하는 의사를 돕고, 환자의 체온, 혈압, 맥박, 호흡 등을 측정하고 기록하고, 환자의 치료 및 간호에 필요한 물품 및 공급품을 준비하고 병실을 정리하며, 의사의 치료 및 처방에 따라 내복약을 투약하거나 주사를 놓으며, 진료 및 치료에 사용한 의료기구를 세척, 소독, 보관하는 것 등이다. 즉, 간호조무사는 간호·간호업무의 보조 및 진료의 보조업무로서 의료영역의 업무를 담당하는 자임을 알 수 있다. 따라서 취업장소도 대부분이 병·의원에서 이루어지고 있으며, 노인시설에 취업하는 경우는 주로 간호사 업무를 대행하고 있다. 현재 간호조무사는 인가 받은 간호학원에서 1년간 단기교육을 받고 국가시험에 응시하여 합격하면 자격증을 취득할 수 있다. 이들은 처음에는 간호보조원의

명칭으로 단순히 간호사를 보조하는 사람으로 인식되어 왔으나 1987년 이들의 권익을 위해 의료법 개정이 국회에서 통과됨으로서 간호조무사란 명칭을 갖고 정규의료요원으로 인정받게 되었다.

2. 교육훈련 및 전문성

1) 간호조무사

간호조무사를 양성하는 인가 받은 사설학원은 1999년 현재 전국에 105개가 있으며 다른 분야의 사설학원과는 달리 정규학교와 같은 체계를 갖고 있으며 학원마다 허가받은 일정인원을 준수하도록 되어 있는 것이 특징이다.⁶⁸⁾ 교육기간은 12개월(학과 8개월, 병원실습 4개월)이며 입학자격은 고졸이상의 남녀로 매년 3월, 10월중에 모집한다. 교육내용은 보건의료지식을 중심으로 내과, 외과, 소아과, 산부인과, 한의과, 치과, 공중보건 등의 분야 등 총 22개 교과목으로 세분화되어 있다.

현재 매년 10,000명 이상의 간호조무사들이 배출되고 있으며 현재 자격증 소지자는 26만여명이고 이들 중 취업자는 20%에 불과하고 50%가 넘는 약 13만 7천명이 유휴인력으로 남아있다. 간호조무사가 취업할 수 있는 의료기관은 한정되어 있는데 매년 배출되는 간호조무사는 계속 증가되는 추세로 취업률은 낮아지고 실직자, 유휴인력이 양성되고 있는 현실이다. 따라서 케어에 필요한 기본적인 간호지식과 기술을 겸비한 간호조무사들을 케어전문인력으로 양성해 나가는 방안을 모색하는 것은 케어인력을 보건과 복지의 통합서비스 체계로 합하는 것으로 바람직하다고 사료되며 깊이 연구되기를 기대한다.

간호조무사는 의료법시행령에 의한 보건복지부와 그 소속기관직제 제44조(국립정신병원 정신간호조무사양성소 등의 설치) 또는 제48조(국립소록도병원 간

68 김주희 외(1998), 『노인간호학』, 현문사, p.64

호조무사양성소의 설치)의 규정에 의하여 양성소의 전 과정을 수료(9개월 간)하여 일정기간(12개월) 교육을 받은 후 자격증을 취득하여 의료기관에서 병상자의 간호와 진료보조 업무를 수행하고 있다.

국립정신병원부설정신간호조무사양성운영규칙 제5조에 의한 교과과정은 학과 교육(740시간)으로 기초간호학 개요, 보건간호학 개요, 공중보건학 개요, 보건 의료관계 법규, 정신과학 개요 등이 있으며, 그리고 임상실습(740시간)이 이루어지고 있다. 한편 간호조무사 양성기관(시설 간호사)의 교육운영과정은 학과 교육 740시간 이상과 학원등의 장이 위탁하는 의료기관 또는 보건소에서 실습 과정 780시간 이상을 이수하기 위하여 교육이론 8개월, 병원임상실습 4개월로 총 교육기간은 1일 5교시 수업으로 1년(12개월)이 소요된다.

〈표 3-6〉 간호학원의 간호조무사 양성과정 교과내용

교육구분	교과목	내용		
이론 (8개월)	기초간호학 I	· 간호관리 · 기초해부생리 · 기초약리	· 기초영양 · 기초치과	· 기초한방 · 병원실기
	기초간호과학 II	· 기본간호	· 성인간호	· 모성간호
	기초간호과학 III	· 아동간호 · 보건간호학개요	· 노인간호 · 공중보건학개요	· 응급간호
	임상간호 기술	· 기초간호	· 성인간호	· 모자간호
병원임상실습 (4개월)	내과 정형외과 성형외과	외과 응급실 신경외과	산부인과 수술실 이비인후과	소아과 중환자실

자 료: 대한간호조무사협회(2001), 내부자료

2) 생활보조원

노인복지법 시행규칙 제29조 1항에 의한 재가노인복지시설의 시설기준 및 직원배치기준에서 정의된 생활보조원은 시설이용자에게 일상생활의 편의를 제공

하고 사회복지사 또는 시설의 장을 보조하는 자로 정의하고 있다. 일반적으로 노인 장기입소시설에서 종사하는 생활보조원의 업무는 노인 케어(care) 및 제반 생활보조업무를 비롯하여 프로그램의 기획 및 진행업무, 자원봉사자 및 후원자 관리보조업무로 되어 있어 다양한 업무를 담당하고 있는 실정이다.

그런데 노인 일반요양시설 및 전문요양시설에서 생활보조원을 채용할 때 적용시키는 자격기준을 보면, 간호사·사회복지사·간호조무사의 자격증을 소지한 자를 우선적으로 채용하되 지원자가 부족한 경우에는 관련분야의 경력자, 일반인 등의 순으로 채용하고 있는 실정이다.

생활보조원에 대한 양성교육과정은 사실은 없으며 주로 대한적십자사에서 이루어지는 가정보건강습의 수료증을 소지한 자 또는 사설 간병인협회에서 이루어지는 간병인 교육수료증을 소지한 자들이 대부분이다.

최근 2001년 한국노인복지시설협회에서 교육의 필요성을 보건복지부와 협의하여 생활보조원에 대한 연수를 실시한 바 있으며 연수교육내용으로는 <표3-7>과 같다. 우리나라의 노인복지정책 현황, 노인복지시설의 케어복지 원조기술, 일상생활예절, 뇌졸중의 재활운동요법, 노인케어시설의 노인간호, 노인의 심리와 부양자의 역할, 노인복지시설 종사자의 자세 및 역할, 그리고 노인문제와 상담기법에 관한 내용이다.

<표 3-7> 2001년 노인의료복지시설 신규 생활보조원 연수 교육과목

일 자	주 제
6월 18일	우리 나라의 노인복지정책 현황 노인복지시설의 케어복지 원조기술 일상생활예절 뇌졸중의 재활운동요법
6월 19일	장기요양시설의 노인간호 노인의 심리와 부양자의 역할 노인복지시설 종사자의 자세 및 역할 노인문제와 상담기법

자 료: 한국노인복지시설협회(2001), 내부자료(<http://www.elder.or.kr/notice.asp>)

3. 재원 및 전달체계

간호조무사의 경우 국고지원 등의 재원보조는 없으며 각 양성학원 교육신청자의 교육비가 1년과정으로 2-300만원으로 학원을 운영하며 간호조무사 자격시험에 합격한 자에 대한 취업을 알선하고 있다. 최근 의약분업으로 인한 간호사 취업난에 따라 간호조무사는 더욱 취업이 어려워진 상태로 20만 여명이 취업을 못하고 있는 실정으로 일부 간호조무사들이 케어복지사 2급 양성과정에 입학하여 케어복지사 2급과정을 수료 후 케어복지사 취업의 기회를 기대하고 있는 간호조무사가 증가하고 있다.

〈표 3-8〉 간호조무사 취업현황

구		분		인원수	비율(%)	
현재자격증 취득자수				264,726	100	
사망, 고령 결혼 및 이직자수				72,053	27	
해외취업 등				약 2,000	1	
취업대기 유희인원				137,272	52	
현취업자수	종합병원(치과, 한방포함)			11,818	53,401	20
	의원			36,694		
	부성의원			842		
	조산소			33		
	보건기관			4,014		

자 료 : 대한간호조무사협회(2001), 내부자료

2000년 현재 노인시설 중 무료 요양 및 전문요양 시설 수는 124개소이고 생활보조원수는 1,159명이다. 노인복지시설에서 개별적으로 생활보조원 퇴사에 따른 인원을 수시 모집하고 있고 생활보조원의 낮은 보수에 비해 노동집약적인 신체적 피곤 등의 사유로 이직율이 높아 경험자의 부족과 전문성 결여 등의 문제점을 안고 있으며 또한 케어서비스 인력이 제도화되어 자격증 소지자에 한.

생활보조원에서 케어전문인력으로 대치될 경우 낮은 보수 등 처우가 획기적으로 개선되지 않을 경우 전문 케어서비스 인력 확보에 어려움이 있는 것을 예상하여 현재와 같이 무자격 생활보조원으로 인력수급에 원할을 기할 수 있다는 사유로 케어서비스 전문인력 제도와 함께 처우가 개선되어야 함이 전제될 것을 시설직원들은 요망하고 있다.

제 4 절 케어복지사 제도

1. 제도의 생성배경

우리나라의 경제 사회변화 발전에 따라 사회복지대상의 욕구가 다양하고 더욱이 급속한 고령화사회를 앞두고 와상노인 치매노인 중증장애인들이 크게 증가하고 있으며 가족기능의 저하와 부양의식 등의 약화로 가정의 케어대상 노인을 가족이 아닌 사회적 케어로 대처해야할 필요성이 강조되고 더욱이 현재의 케어종사자 교육 훈련 수준으로는 감당할 수 없는 서비스의 한계에 도달한 것 등의 사유가 증폭되고 있다. 특히 우리나라의 경우 1970년도 제정된 사회복지사업법에 의해 사회복지사만이 배출되고 있으며 케어전문인력의 제도적 장치가 없다는 절실한 시대요청에 따라 케어복지에 관심있는 사회복지대학교수 50여명과 노인복지 시설 및 기관종사자 50여명 그리고 노인복지관련 연구자 등에 의해 1999년 6월 18일 서울교육문화회관에서 한국케어복지협회 창립총회를 개최하여 한국케어복지협회가 생성되었다. 창립목적으로는 첫째, 케어복지욕구에 대응할 질적 서비스 전문인력의 양성과 둘째, 한국에서의 케어복지사 제도의 정착이며 이에 따른 후속활동으로는 케어복지사 양성에 필요한 교육 기술 개발 보급과 국내외 연수를 통한 지도자 자질 향상 그리고 케어서비스 전문인력을 교육 양성함으로써 우리나라 노인케어복지 대책에 기여함을 목적으로 하였다. 2002년 현재 21개 대학에서 케어복지전공학과를 개설하여 2003년부터 매년 1,000명의 1

급 자격자들이 배출될 예정이며 2001년도 양성기관 28개소에서 2급 케어복지사가 1천여명 이미 배출되었으며 매년 2천여명의 케어복지사 1,2급이 배출될 예정이다. 한국케어복지협회의 과제와 문제점으로는 협회가 법적 승인을 받지 못한 임의 민간단체로써 협회 정관규정에 의한 케어복지사 1급, 2급 자격시험에 의해 자격증을 발부하고 있다.

위와 같이 현재 활동중인 우리나라 케어서비스 종사자의 경우 가정봉사원은 노인복지법 제 39조 가정봉사원 교육에서 가정봉사원 파견시설에 종사하고 가정봉사원은 보건복지령이 정하는 바에 따라 교육을 받아야 한다 라는 규정에 의해 교육을 받고(유급과정 40시간, 무급과정 20시간) 수료증을 발급 받는 것 외에 특별한 자격 평가 기준이 없다. 간호조무사의 경우 의료법 제 58조 간호조무사 규정에 의해 간호학원에서 1년간 단기교육을 받고 국가시험에 응시 자격증을 취득하여 간호조무사란 명칭과 함께 정규의료요원으로 인정받게 되었다. 간병사의 경우 일반 간병인과 자활후견기관의 복지간병인 등이 현재로써 40시간의 교육수료후 간병인교육기관에서 수료증을 발급받아 간병인 활동에 임하고 있다. 케어복지사의 경우 1급은 전문대학에서 케어복지 전공수료자에 한해 시험을 학교별로 협회에서 주관하여 합격자에 한하여 1급 자격증을 지급하고 2급의 경우 한국케어복지협회에 등록된 지정 학원에서 3개월 교육수료 후 협회주관 시험에 합격하면 케어복지사 2급 자격증을 협회명으로 발급 받는다.

OECD국가중 미국의 경우 정부법령에 의하지 않고 민간 자격증에 의한 케어복지 종사자가 존재하고 있기도 하다. 정부에 의존하지 않고 민간단체가 정부에 앞서 전문직의 관리를 효율적 민주적으로 이끌어 가는 경우도 있다. 이러한 경우 민간단체의 전문성과 사회적 신뢰성이 뚜렷하고 제반환경과 조건이 구비되어야 한다. 우리의 경우는 생성 초기에서 선진국의 민간자격과 같은 권위와 사회적 인정도가 아직 없는 상태로 제도화를 위한 제반 준비가 필요한 실정이다.

2. 교육훈련 및 전문성

현재 케어복지사 1급은 전문대학 이상에서 필수 7과목과 선택 8과목을 이수한 자에게 협회 주관의 시험을 보고 합격자에 한해 케어복지사 자격을 주고 있다. 2002년 2월에 처음으로 10개 대학에서 600여명이 취득하였다. 케어복지사 2급은 협회승인 양성시설(사회복지관이나 사회교육원 등 비영리시설)에서 정해진 기준 하에 총 200시간 이상의 교육과 실습(40시간 이상)을 받아야 하며 교육수료 후 시험을 거쳐 자격증을 받고 있다. 현재 28개의 기관에서 실시되고 있는데 이미 1000여명 이상이 자격증을 취득하였다. 이들 중에는 자원봉사자로 활동하는 사람, 가정봉사원으로 활동하는 사람, 시설에서 일하는 사람들이 포함되어 있다.

〈표 3-9〉 양성기관의 케어복지사 양성교육 교과내용

구 분	교 육 과 목
필수과목 (8개)	사회복지개론, 노인복지론, 장애인복지론, 사회복지실천기술론, 케어개론, 케어실습, 케어기술, 의학일반(기본간호, 노인간호)
선택과목(7개)	노인장애자 심리(상담심리, 상담기술), 레크리에이션(치료 레크리에이션), 응급처치론, 치매노인의 케어, 케이스 매니지먼트(사례관리), 장애형태별 케어기술, 재활론, 물리치료, 수화, 동양의학 및 민간요법, 수치료, 작업치료, 가족복지, 가족치료, 가정학개론, 영양·조리, 정신건강(정신보건), 지역사회복지론, 지역사회 간호, 자원봉사론, 재가복지론, 의료사회사업(정신의료사회사업)

자 료 : 이해영(2000), 『케어복지론』, 양서원, p.217

우리나라 케어복지사 2급 교육과정〈표3-10〉과 같다.

〈표 3-10〉 케어복지사(2급) 양성 교육내용

과 목	시간	내 용
사회복지개론	9	사회복지의 목적, 개념, 사회복지실천기술의 개요, 사회복지서비스 및 사회보장의 개요, 사회복지의 법체계와 행정조직, 사회복지의 동향
노인복지	9	현대사회와 노인문제, 노인복지법과 행정, 노인복지서비스 (재가시설), 노인복지와 관련분야, 실버산업 등
장애인복지	9	장애인의 개념, 장애인의 실태, 장애인 복지의 기본이념, 장애인복지 서비스의 체계와 내용
사회복지실천기술	9	직접적 원조기술과 간접적 원조기술, 개별사회사업, 집단사회사업, 지역사회조직사업, 사례관리
케어개론	12	케어의 목적, 케어의 원조관계, 케어와 가정·간호·의료와의 관계, 케어기법의 기본, 케어활동의 장애 따른 문제, 케어실천 과정(계획, 실천, 평가, 기록, 정보의 공유화 등)
케어기술 1) 케어기술기본 (일상생활동작) 2) 치매환자케어 3) 중풍환자케어 4) 종말기케어	35	커뮤니케이션 기술, 관찰과 사정(사전평가), 기록의 기술, 신 변원조기술(식사, 배설, 청결, 의료교환 등), 거주환경의 정 비, 사회생활유지확대의 기술(이동, 운동), 치매, 중풍, 종말 기케어 등
의학일반 (기본간호, 성인간호)	12	인체의 구조와 기능(순환기계, 호흡기계, 소화기계, 중추신경 계, 내분비계 등), 노인성 질병에 대한 지식(암, 심장병, 뇌혈 관장애, 치매, 정신질환, 고혈압, 당뇨병 등) 보건의료정책, 노인, 산모, 신생아, 기본간호
상담심리 1) 노인·장애인 심리 2) 가족상담 및 치료	12	노화와 장애의 심리적 영향, 노인과 장애인의 심리적 특성과 이에 대응방법, 상담기술, 가족상담 및 치료
재활론	9	재활의 이념과 기본원칙, 장애정도와 그 영향, 재활의 목표설 계와 계획, 사회적 재활 등
자원봉사론	6	자원봉사의 이념, 특징, 자원봉사자 관리, 조정
가정학개론	9	가정생활, 식생활, 의생활, 주생활에 있어 그 의의를 이해하고 관리하는 능력을 배움
영양과 조리	9	신체의 기능과 영양소, 고령자의 식생활, 조리방법의 개요, 노 인과 장애인의 영양섭취, 식생활 관리 등
정신건강	9	정신건강의 개요, 노인정신건강(노인성 치매, 불안신경증, 우 울증 등), 지역사회정신보건의 개요, 정신장애의 기초지식, 정 신보건행정의 개요 등
레크리에이션	9	레크리에이션활동의 기본적 이해, 활동 영역과 의의, 계획과 실시, 레크리에이션 활동의 실천
케어현황실습	40	노인, 장애인 시설에서의 케어 실습
기 타	2	인간관계 훈련, 특강 등
합 계	200	

자 료 : 이해영(2000), 「케어복지사 교육과정 도입에 관한 고찰」, 대학교육협의회 세미나자료, p.51

2000년부터 교육과정을 도입한 수원과학대학, 수원여대 그리고 청주과학대, 대전보건대의 노인보건복지과의 교육과정 중 수원과학대학 사회복지과 케어전공 교육과정 <표3-11>와 일본대학 2년제 교육과정<표3-12>을 비교하고자 제시하고 한다.

<표 3-11> 수원과학대학 사회복지과(케어전공, 보육전공)

학 년	1학기	2학기
1학년	사회복지개론, 노인복지, 아동복지, 사회문제, 인간행동과 사회환경, 컴퓨터실습	사회복지실천론, 장애인복지, 사회복지정책, 케어개론, 영유아보육, 현장실습
2학년	사회복지조사 사회복지실천기술론 사회복지윤리와 철학 상담이론 및 기술 기본간호 및 응급처치 정신건강 레크리에이션 사회복지현장실습 케어기술/유아학습 및 놀이지도	지역사회복지 사회복지법제 사회복지행정 프로그램개발 및 평가 의료사회사업 가족복지 사회복지실무 재활치료/장애아 보육 및 지도 케어실습/보육실습
총 계	전공 72학점, 교양 15학점	총 87학점 개설

자 료 : 수원과학대학교(2001), 교육과정 내부지침, p.49

<표 3-12> 일본대학(2년제 양성교)의 개호복지사 교육과정

기초분야		인간과 생활의 이해(120시간)	총 120시간
전문분야	이론	사회복지개론 (60시간), 노인복지론 (60) 장해자복지론 (30), 재활론강의 (30) 사회복지원조기술 (30) 노인장해자의 심리 (60) 가정학개론 (60), 의학일반 (90) 정신보건 (30), 개호개론 (60)	총 510시간
	실기(연습)	사회복지원조기술연습 (30) 레크레이션활동지도법 (60) 가정학실습 (90), 개호기술 (150) 장해별개호기술 (150), 개호실습지도 (90)	총 570시간
	현장실습	개호실습 (450)	총 450시간
총 시간수			총 1650시간

자 료 : 일본 개호복지사협회(2001), 교육분과 내부자료. p.59

3. 재원 및 전달체계

한국케어복지협회는 2002년 12월 현재 정부로부터 법인승인을 받지 않은 상태로 임의 구성된 임원들의 특별회비와 케어복지사 자격증 발부시 회원가입비 등으로 협회 운영비를 충당하고 있다.

한편 보건복지부에 법인명칭을 가칭 한국케어복지협의회로 사단법인을 신청중에 있으며 2000년도부터 협회 주최로 실시한 케어복지사 1급, 2급 회원을 중심으로 2002년 12월에 전국 케어복지사회를 조직하여 전국 16개 도시에 전국 케어복지사회 조직을 완료하였으며 보건복지부로부터 한국케어복지협의회가 법인이 승인될 시 정관 규정에 따른 한국케어복지협의회 지회를 전국 도시에 설치하여 전국케어복지사회와 함께 행정 및 전달체계를 합리적으로 구축하고자 준비하고 있다. 가칭 한국케어복지협의회가 법적 승인을 하루속히 인정받음으로써 유사한 명칭의 난립을 예방하고 표준화된 케어복지서비스 교육과정 및 서비스 내용이 평준화되어야 할 것이다.

지금까지 살펴본 우리나라 노인케어복지의 내용을 종사자별로 비교해 보면 다음의 <표 3-13>과 같이 정리될 수 있다.

〈표 3-13〉 한국의 케어종사자 비교

구 분	가정봉사원		복지 간병인		가정방문간호사		케어복지사	
	유급	무급	자활	간병인	가정간호사	간호조무사	1급	2급
법적 근거	사회복지사업법, 노인복지법 제20 조, 제38조, 제 39조		국민기초생활보 장법자활대상자	직업안정법 제 18조, 제 19 조에 의한 유료 직업소개사업을 구청에 등록후 에 운영	의료법 제54조, 제58조		법적근거 없음	
사업 배경	1987년 한국노 인복지회에서 시 범 사업으로 시작		1996년 복지 부가 전국에 5 개의 자활지원 센터를 시범운 영하면서 시작	1980년 간병인 복지회가 임의 창설되면서 시작	1970년 기독교병원의 보건의 효과에서 어려운 가정을 방 문하여 간호를 제공으 로 시작		1999년 6월 한국케어복 지협회 창립으로 시작	
이 용 경 비	· 국민기초생활보 장 수급권 노인 무료 · 일반 가정 노 인 유료(지정금 액 미정)		· 국민기초 생활보장 수 급권자 무료 · 일반 가정 노인 유료 (금액 미정)	· 유료 1일 4시 간이상 3만~ 5 만원으로 일정 지정 금액 없음	· 일반인 -기본방문료:일당 3,800 원(19,000원의 20%) -교통비:회당 6,000 -처치료:의료보험수가기준(2 0%본인부담) · 국민기초생활보장수급권 자, 저소득층:무료		사회복지, 의료복지시설에 취업자의 경우를 제외하고 는 일정한 이용경비 수급 규정 없음	
교 육 내 용	▶ 총 40시간 · 강 의 : 16시간 사회복지관계(8시 간), 노인수발방법 및 기타 (8시간) · 실 기 : 16시간 · 실 습 : 8시간		▶ 총 40시간 · 기초기술교육 :16시간 의학기초, 가사 원조, 환자수발 등 · 소양교육 :16시간 사회복지개론, 노인복지론 등 · 실기실습 :8시간	· 무료 :환자간호 기초과 정 또는 노인간호 과정 12시간 · 유료 :양성기관마다 내 용 및 시간 다름	▶총598시간 · 이론교육 :352시간 · 실습교육 :246시간 · 정규 3년과 정 이후 별도 교육	▶총1,520시간 이 상 · 학과 :740시간 간호학이론교육 · 실습 :780시간 병의원 실습	· 이수과목수 : 15과목 -필수이수과 목:8과목(사 회복지개론, 노인복지론, 케어복지론 등) -선택관련과 목:21개 과목 중 7개 선택 (노인·장애 인 심리, 응급 처치론, 지역 사회간호 등)	▶총200시간 이 상 · 200시간이 상: 사회복지 론, 노인복지, 장애인복지, 케어개론, 케 어기술 및 실 습 40시간 포 함
교 육 기 간	· 양 성 교육: 40시간 · 보 수 교육: 20시간 · 재교 육주기 :1년	· 양 성 교육 : 20시간 · 보 수 교육 :8시간 · 재교 육주기 :3년	· 기본교육 :40시간 · 보수교육 :20시간 · 재교육 주기 :1년 · 최초 1회 유급 가정봉사원은 소 양, 실기, 실습 을 기존간병인은 실기, 실습 면제	· 무료 :12시간 · 유료 :양성기관마다 내 용 및 시간 상이	3~4년	1년 (12개월)	대학 2년 이 상	양성시설에서 200시간 이 상 교육 (3개월)
교육 비	무 료		무 료	무료/ 5만원 ~ 10만원	2천5백 ~3천만원	200 ~300만원	1천5백 ~2천만원	
자격 증/수 료증	수 료 증		수 료 증	수 료 증	가정간호사 자격증	간호조무사 자격증	케어복지사 1급 자격증	케어복지사 2급 자격증

구 분	가정봉사원		복지 간병인		가정방문간호사		케어복지사	
	유급	무급	자활	간병인	가정간호사	간호조무사	1급	2급
운 영 재 원	국고보조 (16개 지정 훈련 기관당 2,200만 원)		국고보조	자부담	· 병원 : 월8회까지는 의료보험 적용 20% 본인부담 그 이상은 전액 본인부담 · 보건소: 국고보조		자부담	
자 격 득 경 비	무료 (국고보조)		무료 (국고 보조)	교육신청자 10만~40 만원 (일정 금액 규정없 음)	· 가정간호사: 2천500만 ~ 3천만원 (간호사의 경우 전문대 학 3년이상 수료자 교육 비 및 교재비) · 간호조무사 : 200~300만원 (간호조무사 양성 교육기 관 교육비)		· 케어복지사1급: 1천5백 만원 (전문대 2년 수료 교육비 및 교재비) · 케어복지사2급 : 30~50만원 (양성교육 3개월 교육비)	
대 상	· 만20세 이상의 남녀 · 학력제한 없음		· 조건부수 급자, 차 상위계층 · 학력 제한 없음	· 간병인 활동 을 원하는 사람 · 학력제한없음	· 임상에서 2년 이상의 경력을 가진 간호사	· 고졸이상의 남,여	· 전문대학 이 상에서 15과목 이수자 · 케어복지사 2 급으로 3년이상 케어실무경력자 · 케어복지실무 경력 3년 이상 자로 양성소에 서 200시간이 상 수료자	· 공인 양 성 소 에 서 200시간이 상 수료자 · 고졸이상 의 남, 녀
교 육 기 관	보건복지부에서 지 정한 전국 16개 기 관		자활후견 기 관	· 무료 : 대한적십자사 등 비영리기관 · 유료 : 직업소개 사업 등록 기관	가정간호 전문교육기관	간호조무사 양성 인가 학원	전문대학 19 개교, 대학원 4개교	양 성 시 설 21개 기 관 (사 회 복 지 관, 사 회 교 육 원 등)
서 비 스 내 용	가사서비스 간병서비스 정서적서비스 의료서비스		가정간병 병원간병		치료중심의 사업 전문 및 특수 건강관리 자원 및 지지적 서비스 환자사정 기본간호 치료적 간호		신변케어, 건강관리 생활(가사)케어, 케어기술 지도, 보건 심리사회적 원조, 사회생활유지·확대, 사회자원 개발	
서비 스 주체	가정봉사원파견센 타, 재가복지센터, 노인복지관		자활후견기관, 유·무료 간 병사업단, 간병인 공동체, 간병인복지회, 직업소개소 (사설)		보건소, 병원		-	
서비 스 대상 자	국민기초생활보장수 급권자, 저소득층		일반, 수급권자		수급권자		일반, 수급권자	
서비 스 인력	가정봉사원		유·무료 간병인		가정간호사		케어복지사	

자 료 : 한국재가노인복지협회(2001), 고령자자활과 복지간병인사업
한국자활후견기관협회(2001), 복지간병매뉴얼
금천노인종합복지관 (2001), 무료간병인사업 총람
한국노인복지학회(2002), 노인과 케어복지; 2002년 춘계학술대회
서울시재가노인복지협회(2001), 2001년도 서울시재가노인복지 세미나

제 4 장 노인케어복지에 대한 실증분석

제 1 절 조사설계

1. 조사시기 및 조사대상

본 연구의 목적은 노인 케어복지시설 종사자의 의식과 케어 대상 노인 보호자의 욕구를 조사하여 사회복지 전문직으로서의 케어복지 인력의 제도를 확립하고, 케어복지종사자의 전문성 확보, 케어 대상 노인들에게 보편적인 서비스를 제공하기 위한 재원의 확보, 그리고 케어복지사와 케어 대상 노인 및 그 가족을 위한 효율적인 행정 및 서비스 전달체계를 확립하기 위한 것으로서 본 연구의 목적을 달성하기 위해 사회조사방법을 활용하였다.

본 연구에서는 모집단을 케어서비스 시설 종사자와 케어서비스에 대한 잠재적 수요자 즉 케어 대상 노인의 보호자들로 설정하였고, 비확률 표본추출(non-probability sampling method) 중에서 편의 표본추출(convenience sampling)을 사용하여 표본을 선정하였다. 비확률 표본추출의 경우 연구의 일반화에 제한점을 갖고 있으나 노인을 부양하고 있는 보호자의 경우 조사의 접근성에서 어려움이 있었기 때문에 이 같은 표본추출을 사용할 수밖에 없었고, 특히 본 조사는 표본에 대한 기술조사나 인과조사가 아닌 단순 의견조사를 목적으로 하기 때문이기도 하다. 케어복지시설 종사자의 경우 판단표본추출(judgement sampling)의 표본 선정방법을 사용하였다. 이는 시설에 존재하는 다양한 종사자들 중에서 연구목적에 부합하는 케어복지 관련 특정집단을 표본으로 선정하기 위한 것으로, 이들 관련 전문가들의 의견을 반영할 수 있을 것으로 사료된다. 이들 케어 대상 노인의 보호자의 경우 서울시 및 경기도 지역내의 주·단기보호소, 노인종합복지관, 보건소, 치매노인전문병원을 이용하고 있는 케어 서비스 대상 노인의 보호자를 연구대상으로 선정하였으며 총 200부를 배

포하여 135부의 설문지를 회수하였다. 이중 불성실한 응답을 한 설문지 9부를 제외하고 총 124부의 사례를 분석하였다.

다음으로 케어복지시설 종사자의 경우 서울시 및 경기도지역 노인복지관, 재가복지시설, 노인요양·양로원 및 보건소, 주·단기보호소 등 노인케어서비스 전문종사자를 대상으로 하였다. 직종별로는 의사, 사회복지사, 간호사, 물리치료사, 생활보조원, 케어복지사 등이 있으며 총 300부를 배포하여 255부를 회수하였다. 이 중 불성실하게 응답한 7부를 제외한 248개의 사례를 분석하였다.

2. 조사방법 및 자료분석방법

본 조사연구는 기존의 문헌과 경험을 바탕으로 연구자가 직접 작성한 설문지를 이용하였다. 1차로 작성된 설문지를 서울시 노인복지시설의 종사자와 보호자에게 사전조사를 실시한 후 SPSS WIN 10.0 프로그램을 이용하여 신뢰도 분석을 하였으며, 이들 문항 중에서 신뢰도를 떨어뜨리는 문항을 제외한 후 설문지를 재구성하였다.

본 조사는 요양보호 노인의 주 부양자를 대상으로 노인부양에 관한 부담 정도와 실태를 파악하기 위한 것으로 주·단기보호소, 보건소, 노인요양·양로원 등의 사회복지사들과 각종 가족모임 운영자들에게 의뢰하여 2002년도 10월 20일부터 11월 10일에 걸쳐 설문지를 조사·회수하였다. 주·단기보호소 및 보건소, 노인요양·양로원의 경우 기관의 보호자 현황을 사전 조사하여 기관별 평균 10부, 총 200부를 배포하였으며, 조사자가 직접 사회복지사에게 의뢰하여 가족과의 상담 중 설문지를 작성토록 하거나 가족모임에 참석하여 설문지를 작성토록 하였다.

종사자의 경우 노인종합복지관, 노인요양·양로원, 주·단기보호센터에 케어서비스 인력 현황을 파악한 후 현재 기관에 평균 15부, 총 300부의 설문지를

반송우편과 함께 배포하였다.

보호자 조사가 이루어지는 기관은 직접 전달하였으며 이외의 기관에는 우편설문을 할 수 있도록 하였다. 수집된 자료 즉 원자료를 토대로 우선 자료의 특성을 파악하기 위해 도수분포표를 작성하여 빈도분석을 하였다. 또한 빈도분석에 불필요한 결과를 제외하고 필요한 통계량을 지정하여 간단하게 자료 분포의 특성을 알기 위해 기술통계분석(descriptive analysis)을 활용하였다.

또한 특정집단간의 분산 즉 그 집단이 얼마나 이질적 혹은 동질적인가를 보기 위하여 F-검증을 사용하였으며 두 집단간에 평균 차이를 분석하고자 통계적으로 유의미한 차이가 있는지 알아보기 위하여 F-검증(Anova Analysis)을 하였다.

3. 설문지 구성

시설종사자용 설문지의 경우 일반적인 사항 8개 문항, 행정 및 전달체계에 관한 사항 13문항, 제도 및 법제관련사항 13개 문항, 케어서비스 전문성에 관한 사항 5개 문항, 재원에 관해 3개 문항으로 구성하였다. 케어 대상 노인의 보호자용 설문지의 경우 일반적인 사항 10개 문항, 건강상태 16개 문항, 수발자의 부양부담 관련사항 28개 문항, 요양보호서비스 제도 및 법제화 관련 5개 문항, 전달체계 관련 2개 문항, 전문성 및 노인수발교육에 관련 3개 문항으로 구성되었다

조사영역과 조사내용을 대별해 보면 <표4-1>과 같다.

〈표 4-1〉 조사영역과 조사내용

	조사영역	조 사 내 용(설문문항)
시설 종사 자 용	일반적 사항(8문항)	성별, 연령, 학력(1-1~1-3), 직책, 근무기간(1-4~1-6) 시설유형, 교육경험(1-7~1-8)
	전달체계에 관한 사항 (13문항)	케어서비스 직원배치의 적절성, 담당인력(2-1~2-2) 팀구성적합한 인력(2-3) 케어서비스 인력의 필요정도 (2-4~2-12), 케어서비스 담당기관(2-13)
	제도 및 법제관련사항 (13문항)	인력관리 행정(3-1~3-4), 케어서비스 제도 및 법제화 필 요 인력(3-5~3-12), 케어전문인력 급수 구분(3-13)
	케어서비스 전문성에 관한 사항(9문항)	케어서비스 업무 비중정도(4-1~4-2), 전문성정도 (4-3~4-8), 케어서비스요원(4-9), 신규명칭 선호도 등
	재원에 관한 문항(3문항)	장기요양보험 신규재정시 개인부담비율(5-1) 노인요양보험의 필요성(5-2), 노인수발비용의 충분성(5-3)
케 어 노 인 보 호 자 용	일반적 사항(10문항)	성별, 연령, 학력, 노인과의 관계, 직업, 주거형태(1-1~ 1-6), 주택소유형태(1-7), 동거수, 수입, 노인수발기간 (1-10)
	수발자의 부양부담 관련 사항 (43문항)	노인건강상태(2-1~2-6)), 수발자의 부양부담 등(3-1~3-29), (7-1~7-8)
	요양보호서비스 제도 및 법 제화 관련 사항(13문항)	케어서비스 이용현황 및 법제화 필요성 인지도 (4-1~4-5),(7-5~7-12)
	전달체계 관련 사항(2문항)	케어서비스 이용시설 선호도 등(5-1~5-2)
	전문성 및 노인수발교육에 관한 사항(7문항)	교육 받은 시간, 교육의 도움 정도, 노인수발 교육의 필요성 (6-1~6-7)

조사내용의 세부사항에 있어 종사자의 경우, 우선 일반적 현황으로 성별에 대한 구분을 하였고, 연령의 임의 작성을 통해 종사자에 따른 연령분포를 확인하였다. 또한 직책과 근무경력, 그리고 노인케어서비스에 대한 별도의 교육 유무도 물어보았다. 다음 서비스 전달체계에 관한 질문으로는 직원배치의 적절성과 인력배치 선호도를 5점 척도로 하여 조사하였으며 본인 근무지의 인력배치 현황에 대해서도 질문하였다. 이는 케어서비스 인력 현황과 실무자들이 필요로 하는 인력기준을 비교해 보고자 함이다. 나아가 어느 기관에서 케어서비스 프로그램을 주관하는 것이 적당한가에 대해서도 의견을 조사하였다. 제도에 관해서는 제도구성 과정에서 관여해야할 주체 즉 케어서비스 전담기구를 최대한 나열하여 5

점 척도로 질문지를 구성하였다. 케어서비스의 전문성에 관해서는 현재 종사자가 하고 있는 업무를 행정과 프로그램, 케어서비스, 운영관리 등으로 분류하여 이중 가장 비중 있는 업무를 선택 할 수 있도록 하였으며, 더불어 가장 비중이 낮은 업무에 대해서는 그 이유를 보충적으로 질문하였다. 현행 실시되고 있는 케어서비스 인력에 대한 교육내용과 기간 등 전문성에 영향을 줄 수 있는 부분들을 간병인, 가정봉사원, 케어복지사, 간호사, 간호조무사 등으로 나열하고 종사자에게 이들에 대한 전문성 인지도에 관하여 5점 척도로 문항을 구성하여 제시하였다. 마지막으로 재원에 관한 질문으로 제도화에 대한 필요성 정도와 비용의 적절성에 대하여 리커트(Likert)척도를 사용하여 질문하였으며, 설문지의 척도간 구분을 '1) 매우 그렇다, 2) 그렇다, 3) 보통이다, 4) 아니다, 5) 전혀 아니다'로 설정하여 '1)'척도상의 점수를 1점으로 하여 분석하였다.

케어 대상 노인의 보호자에 관한 설문에서도 앞의 종사자 부분과 마찬가지로 일반적 현황과 전문성, 재원, 전달체계 그리고 제도에 관한 사항이 포함되었으며, 그 것 외에 추가로 노인의 건강 상태에 대한 질문과 부양부담정도를 리커트 척도를 사용하여 질문하였다. 총 28문항의 부양부담 관련 영역의 경우, 노인수발에 대한 직접적인 어려움 8문항, 사회활동제한에 관한 질문 5문항, 노인부양으로 발생하는 가족 간의 갈등 정도에 대한 질문 5문항 그리고 심리적 경제적 부담정도에 대한 질문 7문항은 5점 척도를 사용하여 '매우 그렇다, 그렇다, 보통이다, 그렇지 않다, 전혀 그렇지 않다'로 구분하여 조사하였으며, 나머지 직접적인 비용지출에 관한 문항의 경우 부양자가 노인수발을 위해 지출하고 있는 비용을 20만원단위로 20만원에서 100만원 이상까지로 구분하여 조사하였다. 또한 이에 덧붙여 앞으로의 노인부양비용 지출에 있어서 가능한 수준에 관해서도 질문을 하였는데, 이 경우 시설입소와 이용시설 이용 그리고 가정방문 서비스로 구분하여 어느 정도 지출이 가능한지를 확인하였다.

제 2 절 표본의 일반적 특성

1. 종사자의 일반적 특성

〈표4-2〉에서 보는 바와 같이 일반적 사항에 대해 살펴보면, 성별에 따라서는, 여자가 75.0%, 남자가 24.6%로 남녀의 비율이 7.5 : 2.5 로 여전히 사회복지시설에 여성이 많다는 것을 보여주고 있다. 연령에 따라서는, 26-30세가 40.3%, 25세 이하가 21.8%, 31-40세가 19.8%로 40세 이하가 81.9% 이상을 차지하고 있다.

이는 일반적으로 21세에 취업을 시작한다고 보았을 때 대부분이 5년 미만의 경력을 갖고 있음을 나타내고 있다고 하겠다. 학력에 따라서는, 대졸이 40.7%, 전문대졸이 33.1%, 고졸이 15.3%, 대학원 이상이 10.9%로 조사 대상자의 특성상 일부 물리치료사 및 기타 생활보조원의 경우를 제외하고 대부분 고학력을 갖고 있는 것으로 나타나고 있다. 소지자격증에 따라서는 사회복지사 자격증이 61.3%, 간호사자격증과 기타가 각각 14.5%로 나타났다.

직책에 따라서는 사회복지사가 42.3%, 과장·팀장이 23.8%, 기타가 12.9%로 나타났는데 본 조사연구의 목적이 전문가의 조언을 듣기 위함이기 때문에 가능한 사회복지사 이상의 관리자급에 대한 조사가 이루어 졌다. 따라서 전체의 1/3이상이 관리자 및 지도자로 나타나고 있다.

사회복지 근무기간에 따라서는 12개월 이하가 29.8%, 51개월 이상이 28.2%, 26-50개월이 24.6%로 나타나 예상대로 3년 이하의 경력을 소지한 경우가 절반이상을 차지하고 있다. 따라서 종사자의 이직율이 상당히 높다는 것을 예측할 수 있다.

근무하는 시설 유형에 따라서는, 노인종합복지관이 52.4%, 종합사회복지관이 15.7%로 나타났고, 10시간 이상의 케어서비스 교육을 받은 경험에 따라서

가 사회복지사였음을 감안하여 볼 때, 현재 사회복지사에 대한 케어교육은 물론 보수교육 조차 제대로 이루어지고 있지 못함을 반영한다고 볼 수 있다.

〈표 4-2〉 종사자 일반적 사항

		빈 도	백 분 율
성 별	남 성	61	24.6
	여 성	186	75.0
	무 응 답	1	.4
연 령	25 세 이 하	54	21.8
	26 - 30 세	100	40.3
	31 - 40 세	49	19.8
	41 세 이 상	41	16.5
	무 응 답	4	1.6
학 력	고 졸	38	15.3
	전 문 대 졸	82	33.1
	대 졸	101	40.7
	대 학 원 이 상	27	10.9
소 지 자 격 증	의 사 면 허 증	6	2.4
	간호사 자격증	36	14.5
	사회복지사자격증	152	61.3
	물리치료사자격증	10	4.0
	케어복지사자격증	4	1.6
	기 타	36	14.5
	무 응 답	4	1.6
사 회 복 지 근 무 기 간	12개월 이하	74	29.8
	13-25개월	38	15.3
	26-50개월	61	24.6
	51개월 이상	70	28.2
	무 응 답	5	2.0
합 계		248	100.0

		빈 도	백 분 율
직 책	시 설 장	6	2.4
	국 장	4	1.6
	부 장	3	1.2
	총 무	3	1.2
	과 장 , 팀 장	59	23.8
	사 회 복 지 사	105	42.3
	간 호 사	11	4.4
	물 리 치 료 사	10	4.0
	생 활 보 조 원	14	5.6
	기 타	32	12.9
	무 응 답	1	.4
근무하는 시설 유형	노인종합복지관	130	52.4
	노인요양시설	18	7.3
	전문요양시설	7	2.8
	노인양로시설	10	4.0
	노인주간보호센터	21	8.5
	노인단기보호센터	9	3.6
	종합사회복지관	39	15.7
	기 타	14	5.6
10시간 이상 케어 서비스 교 육 을 받 은 경 험	있 다	70	28.2
	없 다	178	71.8
합 계		248	100.0

2. 보호자의 일반적 특성

〈표4-3〉에서 보는 바와 같이 일반적 사항에 대해 살펴보면, 성별의 경우 여성이 79.8%, 남성이 20.2%로 여성이 남성에 비해 3배 이상 많은 것으로 나타났다으며, 연령에 따라서는 41-50세가 29.8%로 가장 많았으며, 40세 이하가 26.6%, 60세 이상이 22.6%로 나타났으나 전체 응답자의 절반 이상이 40대 이상의 중장년층이며 40세 이하의 젊은층도 상당수 노인수발을 하고 있음을 알 수 있다. 학력에 따라서는 고졸이 35.5%로 가장 많았으며, 전문대졸이 25.0%, 중졸이 13.7%로 나타났다. 노인과의 관계에 따라서는 며느리가 30.6%, 딸이 22.6%, 배우자가 21.0%로 부양자중 며느리가 가장 많은 것으로 나타났다. 직업에 따라서는 가사가 40.3%로 대다수의 보호자가 가사일에 전념하는 것으로 나타났으며, 주거형태에 따라서는 아파트가 54.0%, 단독주택이 27.4%, 연립주택이 12.9%로 나타났다. 주택 소유형태에 따라서는 자가 71.0%로 가장 높았으며, 동거자 수에 따라서는 4명이 31.5%, 5명이 25.0%으로 가족수가 많이 있음을 알 수 있다.

월수입의 경우 130만원 이상-180만원 미만 21.0% 가장 많은 비율을 차지했으며, 80만원 이상-130만원 미만 18.5%, 180만원 이상-230만원 미만과 230만원 이상-300만원 미만이 각각 14.5%로 나타나 평범한 수준의 경제력을 가지고 있는 것으로 나타났다. 노인 수발 기간에 따라서는 5년 이상이 28.2%로 가장 많았으며 4년 이상 장기수발자가 절반이 넘는 것은 노인수발이 장기적인 형태로 진행된다는 것을 알 수 있으며 이들 수발자 중 상당수가 가사일을 전담하는 것을 볼 때 노인 수발에 대한 보호자의 부담이 어느 정도인지 파악할 수 있다.

〈표 4-3〉 보호자의 일반적 사항

		빈 도	백 분 율
성별	남 성	25	20.2
	여 성	99	79.8
연 령	40세 이하	33	26.6
	41 - 50세	37	29.8
	51 - 60세	26	21.0
	60세 이상	28	22.6
학 력	무 학	6	4.8
	초 졸	10	8.1
	중 졸	17	13.7
	고 졸	44	35.5
	전 문 대 졸	31	25.0
	대 졸	12	9.7
	대 학 원 졸	4	3.2
월수입	30만원이상-80만원미만	15	12.1
	80만원이상-130만원미만	23	18.5
	130만원이상-180만원미만	26	21.0
	180만원이상-230만원미만	18	14.5
	230만원이상-280만원미만	18	14.5
	280만원이상-300만원미만	8	6.5
	300만원이상-400만원미만	8	6.5
	400만원 이상	6	4.8
	무 응 답	2	1.6
노인 수발 기 간	1 년 이 하	22	17.7
	2 년 이 하	23	18.5
	3 년 이 하	11	8.9
	4 년 이 하	13	10.5
	5 년 이 하	19	15.3
	5 년 이 상	35	28.2
	무 응 답	1	.8
합 계		124	100.0

		빈 도	백 분 율
노인과의 관계	배 우 자	26	21.0
	며 느 리	38	30.6
	딸	28	22.6
	아들	18	14.5
	이	5	4.0
	친	2	1.6
	노 무 직	1	.8
	기	6	4.8
직 업	공 무 원	2	1.6
	교 직 원	5	4.0
	상	4	3.2
	일반사무직	13	10.5
	기 술 직	10	8.1
	가 사	50	40.3
	무 직	21	16.9
	기	18	14.5
주거형태	무 응 답	1	.8
	아 파 트	67	54.0
	단 독 주 택	34	27.4
	연 립 주 택	16	12.9
	임대아파트	3	2.4
주 거 소유형태	기	4	3.2
	자 가	88	71.0
	전 세	28	22.6
	월 세	4	3.2
	임 대	3	2.4
동거자 수	기	1	.8
	1 명	4	3.2
	2 명	15	12.1
	3 명	18	14.5
	4 명	39	31.5
	5 명	31	25.0
	6 명	13	10.5
	7 명	3	2.4
합 계	무 응 답	1	.8
		124	100.0

제 3 절 분석결과 및 해석

1. 종사자 분석결과 및 해석

1) 행정 및 전달체계 분석

(1) 케어서비스 인력배치 및 적절성

〈표4-4〉에서 보는 바와 같이 서비스 인력 배치에 대한 적절성 분석을 보면, 케어서비스 직원배치의 경우에는 적절하다가 33.5%, 그저 그렇다가 31.9%로 비교적 현재의 케어서비스 인력 배치에 대하여 긍정적인 결과를 보이고 있는데 그저 그렇다와 적절치 않다와 같은 부정적인 분석도 많은 부분을 차지하고 있다는 것도 인지해둘 필요가 있다고 하겠다. 사회복지사 이외에 케어서비스를 담당하고 있는 인력의 경우에는 생활보조원이 52.4%, 간호사가 22.6%, 가정봉사원이 12.5%로 나타났다. 이러한 결과로 볼 때 사회복지사와 간호사보다 비교적 케어 전문지식이 부족한 생활보조원이 서비스에서 매우 큰 비중을 차지하고 있음을 확인할 수 있었고, 이는 곧 서비스의 질과 전문성에서 한계를 보일 수밖에 없다는 것을 보여 주고 있다. 다음은 케어서비스의 팀 구성에 적당하다고 생각되는 인력의 경우 의사가 60.5%, 간호사가 28.6%로 나타났으며 다음은 물리치료사, 사회복지사, 케어복지사 순으로 나왔다. 이러한 결과로 볼 때 현재 케어복지사 제도에 대한 인지도가 매우 떨어지고 있음을 확인할 수 있었다.

〈표 4-4〉 케어서비스 인력배치 및 적절성 분석표

		빈 도	백 분 율
케 어 서 비 스 직 원 배 치	매우 적절하다	24	9.7
	적 절 하 다	83	33.5
	그저 그렇다	79	31.9
	적절하지 않다	47	19.0
	매우 적절하지 않다	10	4.0
	무 응 답	5	2.0
합 계		248	100.0

		빈 도	백 분 율
사회복지사 외케어서비스를 담당하고 있는 인력	생활보조원	130	52.4
	간 호 사	56	22.6
	케 어 복 지 사	2	.8
	간 병 인	10	4.0
	가 정 봉 사 원	31	12.5
	자 원 봉 사 자	8	3.2
	물 리 치 료 사	7	2.8
	무 응 답	4	1.6
케어서비스 팀 구 성 에 적당하다고 생 각 되 는 인력	의 사	150	60.5
	간 호 사	71	28.6
	사 회 복 지 사	8	3.2
	물 리 치 료 사	9	3.6
	케 어 복 지 사	5	2.0
	생 활 보 조 원	2	.8
	가 정 봉 사 원	3	1.2
합 계		248	100.0

(2) 케어서비스인력의 필요정도

〈표4-5〉에서 보는 바와 같이 케어서비스를 위한 인력의 필요정도에 대해 살펴보면, 간호사 4.36, 사회복지사가 4.31점으로 가장 높은 평균값을 나타내고 있으며 다음으로 케어복지사가 4.10으로 나타나고 있으며 의사 물리치료사 간병인이 4.0 수준으로 다음을 차지하고 있다. 이는 기존의 케어서비스 인력 유지에 대한 의미를 가지며 케어복지사의 필요성을 전문가들은 인식하고 있음을 나타내고 있다는 것이다.

간호사의 경우에는 매우 필요하다는 46.9%, 필요하다는 44.8%로 나타나 대부분 케어서비스 전담 인력을 절실히 필요로 하고 있음을 알 수 있다. 이는 간호사 대부분 의료서비스에 중점을 두기 위해 케어인력을 필요로 하고 있는 것으로 사료된다.

〈표 4-5〉 케어서비스를 위한 인력의 필요정도 분석표

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 필요하다	필요하다	보통이다	필요하지 않다	적 필요하다 않
의 사	4.0864	.8110	86 (35.4%)	97 (39.9%)	55 (22.6%)	5 (2.1%)	
케어복지사	4.1	.8572	86 (35.8%)	105 (43.8%)	38 (15.8%)	9 (3.8%)	2 (0.8%)
간 병 인	4.0122	.8754	81 (33.1%)	99 (40.4%)	53 (21.6%)	11 (4.5%)	1 (0.4%)
가정봉사원	3.7186	1.0015	56 (24.2%)	84 (36.4%)	67 (29.0%)	18 (7.8%)	6 (2.6%)
간 호 사	4.361	.7176	113 (46.9%)	108 (44.8%)	16 (6.6%)	2 (.8%)	2 (.8%)
물리치료사	4.0204	.7706	72 (29.4%)	109 (44.5%)	61 (24.6%)	3 (1.2%)	-
사회복지사	4.3154	.7529	113 (46.9%)	96 (39.8%)	27 (11.2%)	5 (2.1%)	-
생활보조원	3.7857	.9938	63 (26.5%)	88 (37.0%)	67 (28.2%)	13 (5.5%)	7 (2.9%)

(3) 케어서비스를 전담 기관 선호도

〈표4-6〉에서 보는 바와 같이 케어서비스를 담당하는 주관기관으로 적당한 곳에 대해 살펴보면, 노인종합복지관이 25.0%로 가장 선호하는 것으로 나타나고 있으며 다음으로 케어서비스 센터가 22.2%, 케어복지사협회가 13.7%로 나타났다.

그러나 케어서비스센터와 케어복지사협회가 전체의 36%를 차지하고 있는 것을 보여주고 있음을 케어서비스 전담기관은 케어관련 기관이 담당해야 한다는 인식을 갖는 것으로 볼 수 있겠다. 즉 케어서비스를 위한 전담기관을 설치해야 한다는 것이다. 25%가 노인종합복지관으로 답하고 있는데 이는 본 조사대상이 대부분 서울지역의 노인종합복지관으로 대체적으로 복지관에 대한 인지도가 높고 대부분의 기관이 케어서비스인력 즉 의사, 간호사, 물리치료사, 사회복지사, 가정봉사원 등이 구성이 되어 있기 때문인 것으로 사료된다.

〈표 4-6〉 케어서비스담당 기관 선호도 분석 표

	빈 도	백 분 율
의 료 기 관	29	11.7
노인종합복지관	62	25.0
보 건 소	15	6.0
구청사회복지과	5	2.0
사회복지사협회	2	.8
사회복지협의회	6	2.4
케어복지사협회	34	13.7
재가노인복지협회	26	10.5
케어서비스센터	55	22.2
기 타	10	4.0
무 응 답	4	1.6
합 계	248	100.0

(4) 케어서비스 인력관리 행정의 주체 선호도

〈표4-7〉에서 보는 바와 같이 요양노인 케어서비스 인력관리 행정의 주체 및 주관에 대해 살펴보면, 정부가 주체가 되고 보험회사에서 주관한다가 2.5점, 신설 독립기관에서 주체가 되어 주관한다가 3.1점으로 나타났고, 정부가 주체가 되고 케어복지관련단체가 주관한다가 3.9점으로 가장 높게 나타났다. 이는 정부의 재정적 지원을 의미한다고 볼 수 있으며 케어복지관련단체에서 주관함으로써 전문성을 갖는다는 의미로 볼 수 있겠다. 또한 보험회사에서 주관하는 것이 가장 낮게 나타나고 있는 것은 아직 노후보험에 대한 인식의 부족이 원인으로 사료된다.

정부가 주체가 되고 케어복지관련단체가 주관한다의 경우에는 그렇다가 40.2%, 매우 그렇다가 33.2%, 보통이다가 17.5%로 나타나 전체의 90% 이상이 긍정적인 답변을 하고 있다.

〈표 4-7〉 케어서비스 인력관리 행정의 주체 및 주관 분석표

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
정부가 주체, 주관한다	3.2863	1.1854	52 (21.6%)	43 (17.8%)	82 (34.8%)	50 (20.7%)	14 (5.1%)
정부가 주체가 되고 보험 회사에서 주관한다	2.5043	.9136	6 (2.6%)	22 (9.4%)	84 (35.8%)	94 (40.2%)	28 (12.0%)
정부가 주체가 되고 케어 복지관련단체가 주관한다	3.9502	.9988	80 (33.2%)	97 (40.2%)	42 (17.5%)	16 (6.6%)	6 (2.5%)
신설 독립기관에서 주체가 되어 주관한다	3.1068	1.0407	27 (11.5%)	46 (19.7%)	99 (42.3%)	49 (20.9%)	13 (5.6%)

2) 제도 및 법제 분석

(1) 케어서비스 제도 및 법제화 필요 인력

〈표4-8〉에서 보는 바와 같이 케어서비스 제도 및 법제화 노력이 가장 필요한 사람에 대해 살펴보면, 보건복지부가 4.08점으로 가장 높게 나타나고 있으며 다음으로 대통령 및 정당지도자가 3.72점을 나타내고 있고 국회의원과 시민단체가 각각 3.54점과 3.34점으로 뒤를 잇고 있다.

케어서비스 전문인력 양성단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다가 3.19점, 케어 교육 대학협의회 및 교수가 가장 큰 영향을 줄 것이다가 3.01점으로 나타났고, 여성부의 경우 2.85로 가장 낮은 수준을 보이고 있다. 본 연구에서 여성부를 지목한 것은 주 수발자 대부분 여성이라는 점을 감안하였으나 여성부의 케어서비스 전문성이 아직 미약하다는 인식을 갖고 있는 것으로 사료된다. 즉 주 수발자가 여성이라는 인식보다는 케어 서비스의 질적 전문성 향상과 더불어 보다 체계적인 인력관리가 필요하다는 것을 본 분석표를 통해 알 수 있다.

가장 높게 나타난 보건복지부의 경우에는 그렇다가 51.5%, 보통이다가

16.2%, 매우 그렇다가 30.3%로 나타나 전체의 67.7%가 긍정적으로 판단하고 있음을 나타내고 있다.

이상에서 보듯이 여성부를 제외한 모든 분야에서 평균 이상의 점수를 나타내고 있으며 아직 시행되지 않은 정책에 관한 질문이기 때문에 특정한 분야를 선택하기보다는 제도화 법제화의 필요성을 강조하는 의미로 받아 들여 질 수도 있다는 것이다.

〈표 4-8〉 케어서비스 제도 및 법제화 필요 인력 분석표

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
대통령 및 정당 지도자가 가장 큰 영향을 줄 것이다	3.725	.9326	53 (22.1%)	91 (37.9%)	77 (32.1%)	15 (6.2%)	4 (1.7%)
보건복지부가 가장 큰 영향을 줄 것이다	4.0871	.7777	73 (30.3%)	124 (51.5%)	39 (16.2%)	2 (0.8%)	3 (1.2%)
입법부, 국회의원이 가장 큰 영향을 줄 것이다	3.5417	.8120	27 (11.3%)	95 (39.6%)	102 (42.5%)	13 (5.4%)	3 (1.2%)
여성부가 가장 큰 영향을 줄 것이다	2.8511	.7947	8 (3.4%)	29 (12.3%)	124 (52.8%)	68 (28.9%)	6 (2.6%)
지방자치단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다	3.2532	.8357	12 (5.1%)	83 (35.0%)	96 (40.5%)	45 (19.0%)	1 (0.4%)
시민단체(여성단체, 노인단체 등)가 가장 큰 영향을 줄 것이다	3.3445	.9042	23 (9.7%)	80 (33.6%)	94 (39.4%)	38 (16.0%)	3 (1.3%)
케어서비스 전문인력 양성단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다	3.1967	1.0079	27 (11.3%)	57 (23.8%)	102 (42.7%)	42 (17.6%)	11 (4.6%)
케어교육 대학협의회 및 교수가 가장 큰 영향을 줄 것이다	3.0169	.8732	13 (5.5%)	45 (19.0%)	120 (50.6%)	51 (21.5%)	8 (3.4%)

(2) 케어전문인력 급수 구분

〈표4-9〉에서 보는 바와 같이 케어전문인력 제도를 만든다면 어느 정도의 급수구분이 필요하다고 생각하나에 대해 살펴보면, 1,2급이 59.7%, 1,2,3급이 22.6%, 1급이 13.7%로 나타났다. 전체의 59.7%정도가 1,2급의 구분이 적당하다고 대답한 것은 현재 시행되고 있는 사회복지사 제도에 대한 형평성 기준

에서 비롯되었다고 할 수 있는데 차후 전문성제고에 있어서 교육과정 및 내용이 보다 체계적이고 효율적으로 이루어져야 하며 사회복지사자격과 같이 공신력을 갖출 수 있도록 제도적 기틀을 마련해야 할 것이다. 현재 일부 기관 또는 학교에서 케어인력을 양성하고 있는 데 이러한 급수 구분에 대해 조속히 제도가 정착되어야 하겠다.

〈표 4-9〉 케어전문인력 제도 급수구분 정도 비교표

	빈 도	백 분 율
1급	34	13.7
1,2급	148	59.7
1,2,3급	56	22.6
기 타	8	3.2
무 응 답	2	.8
합 계	248	100.0

3) 케어서비스 전문성 연구분석

〈표4-10〉에서 보는 바와 같이 케어서비스 전문성에 대해 살펴보면, 가장 비중 있는 업무의 경우에는 행정업무가 32.3%, 케어서비스가 31.9%, 프로그램이 26.2%로 나타났으며 법인업무 및 운영관리가 8.9%로 나타났다. 이로서 볼 때 케어서비스 종사자의 업무에서 행정업무가 차지하는 비중이 상당히 크다고 할 수 있는데 오히려 케어서비스 업무보다 많다는 것은 서비스의 전문성 향상에 제약이 따를 수밖에 없다는 것을 나타내주며 우리나라 사회복지의 현실이라고도 할 수 있다. 가장 비중이 없다고 표시한 업무의 이유에 대해 살펴보면, 본인의 업무가 아니기 때문인가 51.6%, 다양한 업무를 해야 하기 때문인가 17.7%로 나타났다. 대부분의 케어서비스 인력이 본인의 케어서비스 외에도 해야 할 업무가 있음을 보여준다고 하겠다.

〈표 4-10〉 케어서비스 업무 비중 분석표

		빈 도	백 분 율
가장 비중 있는 업무	행 정 업 무	80	32.3
	프 로 그 램	65	26.2
	케어서비스	79	31.9
	법인업무 및 운영관리	22	8.9
	무 응 답	2	.8
가장 비중 이 없다고 표시한 업무의 이유	전문적인 교육을 받지 않아서	20	8.1
	본인의 업무가 아니기 때문에	128	51.6
	다양한 업무를 해야하기 때문에	44	17.7
	간 병 인	6	2.4
	법적 근거 및 예산부족	19	7.7
	기 타	31	12.5
합 계		248	100.0

〈표4-11〉과 같이 케어서비스 인력 양성의 전문성 유무를 살펴보면, 간병인은 보통이다가 41.9%, 가정봉사원은 보통이다가 49.1%, 케어복지사는 그렇다가 49.6%, 케어복지사(2급)은 그렇다가 46.9%, 간호사는 매우그렇다가 46.3%, 간호조무사는 그렇다가 51.7%로 간호사가 가장 높게 나타났다. 간호사는 다른 케어인력보다 체계적인 지식과 훈련을 받고 교육기간도 타 종사자에 비해 길기 때문인 것으로 생각된다. 케어인력이 전문성을 갖출 수 있도록 체계적인 교육과 훈련이 시급하다.

〈표 4-11〉 케어서비스 인력 양성의 전문성 유무

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매 우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전혀그렇 지 않 다
간 병 인	2.50	.8583	31 (12.7%)	87 (35.7%)	102 (41.8%)	22 (9.0%)	2 (0.8%)
가정봉사원	2.63	.8206	20 (8.3%)	78 (32.2%)	119 (49.1%)	21 (8.7%)	4 (1.7%)
케어복지사	2.06	.8409	60 (24.6%)	121 (49.6%)	53 (21.7%)	6 (2.5%)	4 (1.6%)
케어복지사(2급)	2.42	.8411	26 (10.7%)	114 (46.9%)	83 (34.1%)	15 (6.2%)	5 (2.1%)
간 호 사	1.65	.7183	113 (46.3%)	108 (44.3%)	20 (8.2%)	1 (0.4%)	2 (0.8%)
간호조무사	2.32	.7645	26 (10.7%)	125 (51.7%)	83 (34.3%)	3 (1.2%)	5 (2.1%)

〈표4-12〉와 같이 케어서비스 종사자에게 문의한 케어서비스 전문인력의 명칭 선호도를 조사해 본 결과 케어복지사가 응답자의 42.7%로 나타났으며 다음은 요양복지사이 13%, 생활복지사가 10%를 차지하였다. 이는 전문케어서비스 인력에 대한 명칭은 케어복지사가 적절한 것으로 인식되고 있음을 알 수 있다. 이와 같이 노인케어복지를 담당하고 있는 인력과 관련된 명칭, 양성기관, 담당업무, 교육내용과 시간, 자격기준 등이 각각 다르기 때문에, 이들이 질적으로 수준 높은 서비스를 제공할 수 있는 전문인력이 되기 위해서는 명칭, 자격, 업무, 양성기관 등이 통합 일원화되어야 한다. 또한 이러한 전문인력은 일정한 프로그램과 평가과정을 거쳐 국가공인자격증으로 제도화하여 체계적이고 계획적으로 양성되어야 한다.

앞으로 노인케어복지 전문인력의 확보는 허약·장애노인에 대한 수준 높은 서비스를 제공하는 밑거름이 될 수 있기 때문에 전문인력 양성과 관련된 법적 근거를 마련하고 수준 높은 이론교육, 현장실습, 기술훈련 등을 통하여 노인케어복지 전문인력을 확충해야 할 것이다.

〈표 4-12〉 케어서비스 전문인력 명칭선호도

	빈 도	백 분 율
요양복지사	34	13.8
간병인	19	7.7
가정봉사원	24	9.8
가정방문간호사	3	1.2
케어복지사	105	42.7
생활관리사	21	8.5
생활보조원	7	2.8
생활복지사	25	10.2
생활관리지도사	8	3.3
합 계	248	100

〈표4-13〉에서 케어비용의 재정부담에 있어 국가·본인부담 비율에 관한 선호도를 살펴보면, 정부(80%)-개인 및 사보험(20%)이 58.9%, 정부(60%)-개인 및 사보험(40%)이 23.4%로 나타났다. 이는 보험료에 대한 부담과 노인케어 보험이 부양가족의 부담과 문제만이 아닌 국가적인 차원의 문제임을 시사하고 있다. 따라서 전체 응답자의 80% 이상이 정부의 재정적 부담에 더 비중을 두고 있음을 보여주고 있다.

〈표 4-13〉 케어비용의 재정부담에 있어 국가·본인부담의 비율에 관한 선호도

	빈 도	백 분 율
정부(80%)-개인 및 사보험(20%)	146	58.9
정부(60%)-개인 및 사보험(40%)	58	23.4
정부(50%)-개인 및 사보험(50%)	40	16.1
정부(40%)-개인 및 사보험(60%)	3	1.2
정부(20%)-개인 및 사보험(80%)	1	.4
합 계	248	100

〈표4-14〉의 재원확충 문제에서 사회요양보험을 제도화하자는 응답에 매우그렇다가 59.9%로 가장 높게 나타났다. 노인수발비용문제에서는 보통이다가 37.6%로 가장 높게 나타났다. 노인요양보험을 도입함으로써 노인케어복지에 대한 이용자의 관심을 제고시키고, 비용부담을 일원화하여 노인케어복지와 관련된 불평등을 해소하며, 노인들이 보건의료와 사회복지의 종합적인 서비스를 받을 수 있도록 해야 한다.

〈표 4-14〉 케어보험(사회요양보험)제도화 필요성과 비용부담의 정도

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	전 혀 그렇지 않다
사회요양보험의 제도화	1.50	.7644	148 (59.9%)	87 (35.2%)	5 (2.1%)	2 (0.8%)	5 (2.0%)
노인수발비용	3.35	.9960	8 (3.2%)	38 (15.4%)	93 (37.6%)	76 (30.8%)	32 (13.0%)

4) 케어서비스 종사자별 행정 주관기관 비교

(1) 정부주체 주관

〈표4-15〉에서 보는 바와 같이 노인케어서비스 인력관리 행정은 정부가 주체, 주관한다에 대해 살펴보면, 소지자격증에 따라서는, 간호사가 3.47점, 의사가 3.16점, 사회복지사는 3.08점, 물리치료사 3.9점, 케어복지사 5.00점, 기타가 3.57점으로 케어복지사가 가장 긍정적으로 반응하였으며, 이는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.005$) 비록 케어복지사의 수가 적은 분석이지만 케어복지사는 명확한 제도적 뒷받침이 없는 케어서비스 제도에 있어서 정부의 적극적인 관심이 필요함을 알 수 있다.

〈표 4-15〉 정부주체, 주관에 따른 종사자별 선호도 비교분석표

		평균(M)	빈도(N)	표준편차(SD)	F값	유의수준(p)
소지 자격증	의 사	3.1667	6	1.6021	3.795**	.003
	간 호 사	3.4722	36	1.1585		
	사회복지사	3.0884	147	1.1282		
	물리치료사	3.9	10	1.5239		
	케어복지사	5	4	.0000		
	기 타	3.5714	35	1.1450		

($p<.005$)

(2) 정부가 주체가 되고 보험회사에서 주관

〈표4-16〉에서 보는 바와 같이 노인케어서비스 인력관리 및 행정은 정부가 주체가 되고 보험회사에서 주관한다에 대해 살펴보면 케어복지사 4.50점, 사회복지사 2.55점, 간호사 2.36점, 의사 2.16점, 물리치료사 1.90점, 기타가 2.45점으로 케어복지사가 가장 긍정적으로 반응하였으며, 이는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.001$)

〈표 4-16〉 정부가 주체가 되고 보험회사에서 주관에 따른 종사자별 선호도 비교

		평균(M)	빈도(N)	표준편차(SD)	F값	유의수준(p)
소지 자격증	의 사	2.1667	6	.7528	5.659***	.000
	간 호 사	2.3636	33	.8223		
	사회복지사	2.5578	147	.9151		
	물리치료사	1.9	10	.8756		
	케어복지사	4.5	4	.5774		
	기 타	2.4516	31	.7229		

***p<.001

(3) 신설 독립기관 주체 주관

〈표4-17〉에서 보는 바와 같이 케어서비스 인력관리 행정은 신설 독립기관에서 주체가 되어 주관한다에 대해 살펴보면, 케어복지사 4.00점, 사회복지사 3.25점, 의사 3.00점, 물리치료사 2.30점, 간호사 2.90점, 기타가 2.70점으로 케어복지사와 사회복지사가 가장 긍정적으로 반응하였으며, 종사자별 선호도에 있어서 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다. (p<.005)

〈표 4-17〉 신설독립기관 주체에 따른 종사자별 선호도 비교 분석

		평균(M)	빈도(N)	표준편차(SD)	F값	유의수준(p)
소지 자격증	의 사	3	6	1.0954	3.599**	.005
	간 호 사	2.9697	33	1.0749		
	사회복지사	3.2568	148	.9974		
	물리치료사	2.3	10	1.2517		
	케어복지사	4	4	1.1547		
	기 타	2.7	30	.9523		

**p<.005

(4) 케어서비스 종사자별 케어서비스 법제화 영향력 기관 분석

케어서비스 종사자별 법제화 영향력 집단에 대한 선호도 비교분석에서 보면 대통령 및 정당 지도자의 경우 가장 많은 영향력을 주는 것으로 분석되었는데 종사자별 비교분석에 있어서도 유의미한 차이를 보이고 있다.

〈표4-18〉에서 보는 바와 같이 노인케어서비스 제도 및 법제화는 대통령 및 정당 지도자가 가장 큰 영향을 줄 것이다에 대해 살펴보면, 케어복지사 4.50점, 물리치료사 4.40점, 사회복지사 3.75점, 간호사 3.58점, 의사 1.83점, 기타가 3.81점으로 의사를 제외한 대부분의 종사자가 긍정적으로 반응하였으며, 케어복지사와 물리치료사가 가장 긍정적으로 반응하였다. 이는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.001$) 이는 우리나라 정치 현실을 보았을 때 대통령중심제 국가에서 절대 권력을 갖는 국가 최고 권력자의 영향력은 매우 크다는 것을 반증해 주고 있으며 나아가 정책 입안에 있어서도 최고 권력자의 의지와 적극성이 중요한 영향을 미치고 있다는 것으로 보여 진다.

이상과 같이 케어서비스 법제화에 가장 큰 영향력을 주는 기관을 분석한 결과 각 종사자별 선호도에 대한 차이는 유의미한 결과를 보이고 있으며 특히 각 영향력 집단중 대통령 및 정당 지도자들이 가장 많은 선호도를 보이고 있다. 대부분 0.01 또는 0.001수준에서 유의미한 것으로 나타난다는 것은 종사자의 분야별 선호대상이 구분 될 수 있음을 나타낸다고 하겠다. 그러나 대부분 시설에 따른 영향력집단 분석은 유의미하지 않은 것으로 나타났다.

〈표 4-18〉 대통령 및 정당지도자의 케어서비스 법제화 영향력에 대한 종사자별 비교분석

		빈도(N)	평균(M)	표준편차(SD)	F값	유의수준(p)
소지 자격증	의 사	6	1.8333	.9832	7.680***	.000
	간 호 사	36	3.5833	.9673		
	사회복지사	148	3.75	.8719		
	물리치료사	10	4.4	.6992		
	케어복지사	4	4.5	.5774		
	기 타	33	3.8182	.8461		

*** $p<.001$

5) 시설별 케어서비스 제도 및 법제화 영향력 집단 분석

(1) 보건복지부의 케어서비스 제도 및 법제화에 대한 영향력

〈표4-19〉에서 보는 바와 같이 노인케어서비스의 제도 및 법제화는 보건복지부가 가장 큰 영향을 줄 것이다에 대해 살펴보면, 근무시설의 유형에 따라서는, 전문요양시설이 4.33점, 노인주간보호센터가 4.29점, 노인요양시설이 4.15점, 노인종합복지관이 3.83점, 종합사회복지관이 3.77점, 노인양로시설이 3.66점, 노인단기보호센터가 2.88점, 기타가 3.25점으로 전문요양시설이 가장 긍정적으로 반응하였으며, 이는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다. ($p < .001$) 이는 전문요양시설의 경우 보건복지부의 자원을 받고 있는 상황에서 당연한 결과로 보여지며 나아가 보건복지부의 역할이 매우 중요하다는 것을 보여주고 있다.

〈표 4-19〉 보건복지부의 케어서비스 제도 및 법제화 영향력에 대한 시설별 비교분석표

		빈도(N)	평균(M)	표준편차 (SD)	F값	유의수준 (p)
근무 시설의 유 형	노인종합복지관	112	3.8304	.8041	4.273***	.001
	노인요양시설	13	4.1538	.8987		
	전문요양시설	6	4.3333	1.0328		
	노인양로시설	9	3.6667	.5000		
	노인주간보호센터	17	4.2941	.5879		
	노인단기보호센터	9	2.8889	1.0541		
	종합사회복지관	36	3.7778	.7968		
	기 타	12	3.25	.6216		

*** $p < .001$

(2) 지방자치단체의 케어서비스 제도 및 법제화에 대한 영향력

〈표4-20〉에서 보는 바와 같이 요양노인케어서비스 제도 및 법제화는 지방자치단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다에 대해 살펴보면, 근무시설의 유형에 따라

서는, 노인주간보호센터가 3.72점, 전문요양시설이 3.71점, 종합사회복지관이 3.35점, 노인종합복지관이 3.25점, 노인단기보호센터가 3.22점, 노인양로시설이 2.80점, 노인요양시설이 2.50점, 기타가 3.35점으로 노인주간보호센터가 가장 긍정적으로 반응하였으며, 이는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.001$)

〈표 4-20〉 지방자치단체의 케어서비스 제도 및 법제화 영향력에 대한 시설별 비교분석표

		빈도(N)	평균(M)	표준편차(SD)	F값	유의수준(p)
근무 시설의 유형	노인종합복지관	124	3.25	.7717	3.806***	.001
	노인요양시설	16	2.5	.7303		
	전문요양시설	7	3.7143	.4880		
	노인양로시설	10	2.8	1.2293		
	노인주간보호센터	18	3.7222	.5745		
	노인단기보호센터	9	3.2222	.8333		
	종합사회복지관	39	3.359	.9594		
	기 타	14	3.3571	.6333		

*** $p<.001$

(3) 대학협의회 및 교수의 케어서비스 제도 및 법제화에 대한 영향력

〈표4-21〉에서 보는 바와 같이 노인케어서비스 제도 및 법제화는 케어교육 대학협의회 및 교수가 가장 큰 영향을 줄 것이다에 대해 살펴보면, 근무시설의 유형에 따라서는, 노인단기보호센터가 3.77점, 전문요양시설이 3.14점, 노인종합복지관이 3.09점, 노인주간보호센터가 3.05점, 노인요양시설이 2.87점, 노인양로시설이 2.80점, 종합사회복지관이 2.71점, 기타가 2.85점으로 노인단기보호센터가 가장 긍정적으로 반응하였으며, 이는 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.05$)

따라서 본 연구분석이 시설별로 케어서비스 제도 및 법제화 영향력 집단 분석한 결과 시설별로는 보건복지부가 가장 영향력 있는 것으로 나타났으며 반대로 종사자에 따라서는 무의미하게 나타나고 있다.

〈표 4-21〉 대학협의회 및 교수의 케어서비스 제도 및 법제화
영향력에 대한 시설별 비교분석표

		빈도(N)	평균(M)	표준편차 (SD)	F값	유의수준 (p)
근무 시설의 유형	노인종합복지관	124	3.0968	.8594	2.084*	.05
	노인요양시설	16	2.875	1.0247		
	전문요양시설	7	3.1429	.3780		
	노인양로시설	10	2.8	.9189		
	노인주간보호센터	18	3.0556	.7254		
	노인단기보호센터	9	3.7778	.8333		
	종합사회복지관	39	2.7179	.8255		
	기 타	14	2.8571	1.0271		

*** $p < .05$

2. 보호자 조사결과 및 해석

1) 케어서비스 대상노인 보호자 조사결과

(1) 건강상태

〈표4-22〉서 보는 바와 같이 노인의 건강상태에 대해 살펴보면, 노인이 갖고 있는 만성질환에 따라서는, 관절염이 50.0%, 고혈압이 15.3%, 당뇨가 10.5%로 관절염이 월등히 많은 것으로 나타났으며, 노인의 정기적 의료시설 이용 여부에 따라서는, 대부분 시설이용자를 대상으로 하여 의료시설을 이용하고 있다가 79.8%, 이용하지 않고 있다가 17.7%로 나타났다. 노인이 정기적으로 이용하는 의료시설에 따라서는, 일반병원이 60.5%, 노인복지시설이 15.3%, 무응답이 12.1%로 대부분 노인성 질병으로 일반병원을 이용하고 있었으며 노인복지시설을 함께 이용하는 것으로 나타났다. 케어 대상 노인을 보

호하는 방법의 선호도는 노인과 가족이 좋다고 생각하는 시설이 있을 시, 시설에 입소시켜 보호하고 싶다가 50.0%, 낮 동안만 보호해주는 시설이 적절하다고 29.8%, 집에서 보호하고 전문서비스 인력이 필요시 방문해서 보호한다고 16.9%로 가정보호를 주로했던 기존의 인식에 상당부분 전환이 이루어 졌음을 알 수 있었으며 시설이용에 대한 많은 욕구를 나타냈고 전문케어서비스를 원하는 것으로 드러났다. 현재 이용시설에 대한 만족도에 따라서는, 만족한다고 42.7%, 그저 그렇다가 28.2%, 매우 만족한다고 21.8%로 이용하고 있는 시설에는 대부분 만족하고 있는 것으로 나타났다. 이는 대상자의 특성상 기관을 통해 의뢰하였음을 감안하더라도 비교적 현재의 서비스에 긍정적이라는 것을 알 수가 있다.

〈표 4-22〉 노인의 건강상태

		빈 도	백 분 율
질 병	관 절 염	62	50.0
	당 뇨	13	10.5
	고 혈 압	19	15.3
	저 혈 압	4	3.2
	근 육 통	5	4.0
	요 통	1	.8
	신 경 통	2	1.6
	천 식	1	.8
	천 식 질 환	1	.8
	치 매	8	6.5
	뇌 졸 중	4	3.2
	기 타	4	3.2
노인의정기적 의료시설 이용여부	이용하고 있다	99	79.8
	이용하지 않고 있다	22	17.7
	무 응 답	3	2.4
노인이 정기적으로 이용하는 의료시설	일 반 병 원	75	60.5
	한 의 원	9	7.3
	보 건 소	5	4.0
	노인복지시설	19	15.3
	기 타	1	.8
	무 응 답	15	12.1
합 계		124	100.0

		빈 도	백 분 율
의료시설을 이용하고 있지 않은 이유	시간적 여유가 없어서	8	6.5
	경제적인 여유가 없어서	12	9.7
	어디인지 몰라서	6	4.8
	이용하고 싶지 않아서	4	3.2
	기 타	15	12.1
	무 응 답	79	63.7
케어 대상 노인을 보호하는 방법의 선호도	집에서 보호하고 전문서비스 인력이 필요시 방문해서 보 호한다	21	16.9
	노인과 가족이 좋다고 생각 하는 시설이 있을 시 시설에 입소시켜 보호하고 싶다	62	50.0
	낮 동안만 보호해주는 시설 이 적절하다	37	29.8
	기 타	2	1.6
	무 응 답	2	1.6
현재 이용시설에 대한 만족도	매우 만족한다	27	21.8
	만 족 하 다	53	42.7
	그저그렇다	35	28.2
	매우 불만족스럽다	2	1.6
	무 응 답	7	5.6
합 계		124	100.0

(2) 수발자의 부양부담

① 수발시 어려움

〈표4-23〉에서 보는 바와 같이 노인 수발시 노인과의 어려움에 대해 살펴보면, 노인을 부양할 때 화가 나는 경우가 있다가 3.57점으로 노인수발시 가장 많은 어려움으로 나타났으며 노인을 부양하다 보면 짜증이 날 때가 있다가 3.54점으로 노인을 부양할 때 화가 나는 경우가 보통보다 많은 것으로 나타났다. 앞으로 감당하기 힘든 부양문제가 일어날 것 같아 불안하다가 3.26점, 노인을 부양하는 것에서 벗어나고 싶다, 부양하는 것이 지겨울 때가 있다가 각각 3.0점으로 보통으로 나타났다. 대부분 그렇다 이상의 답변을 하고 있음을 볼 때 보호자의 노인수발에 대한 부담과 스트레스가 위험수준에 이르고 있음을 볼

수 있다. 보다 효과적이고 체계적인 케어체제수 수립이 시급하다는 것을 보여주고 있는 것이다.

〈표 4-23〉 노인 수발시 노인과의 어려움

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전 그렇지 않 다
노인을 부양하는 것에서 벗어나고 싶다	3.0081	1.0122	6 (4.9%)	38 (30.9%)	37 (30.1%)	35 (28.4%)	7 (5.7%)
노인을 부양하는 것이 지겨울 때가 있다	3.0081	.9624	2 (1.6%)	45 (36.6%)	34 (27.6%)	36 (29.3%)	6 (4.9%)
노인을 부양하다 보면 짜증이 날 때가 있다	3.5455	.8367	6 (5.0%)	73 (60.3%)	25 (20.6%)	15 (12.4%)	2 (1.7%)
노인을 부양할 때 화가 나는 경우가 있다	3.5714	.7873	6 (5.0%)	71 (59.7%)	28 (23.6%)	13 (10.9%)	1 (0.8%)
노인과 같이 있는 것이 즐겁지 않다	2.7967	.8489	1 (0.8%)	25 (20.3%)	51 (41.5%)	40 (32.5%)	6 (4.9%)
앞으로 감당하기 힘든 부양문제가 일어날 것 같아 불안하다	3.2683	1.1020	10 (8.1%)	56 (45.5%)	23 (18.8%)	25 (20.3%)	9 (7.3%)
노인을 마주 대하기가 싫을 때가 있다	2.7823	.9758	3 (2.4%)	29 (23.4%)	40 (32.2%)	42 (33.9%)	10 (8.1%)
나 혼자 자유롭게 쓸 수 있는 시간이 없다	2.9758	1.0704	9 (7.3%)	35 (28.2%)	31 (25.0%)	42 (33.9%)	7 (5.6%)

② 사회활동제한정도

〈표4-24〉에서 보는 바와 같이 사회활동제한에 대해 살펴보면, 충분한 휴식을 취할 수가 없다는 3.03점으로 노인부양으로 자신을 몸을 돌보며 휴식을 취할 수 있는 시간적 여유가 가장 없는 것으로 나타났으며, 친구를 만날 수가 없다는 2.87점, 가족과 함께 외출이나 외식을 할 수가 없다 2.83점, 바깥일을 볼 수 있는 시간이 없다는 2.82점으로 나타났다. 심리적 부담보다는 비교적 사회활동을 하고 있는 것으로 나타났으며 최소한의 경제적 활동을 하고 있음을 알 수 있으나 휴식을 취할 수 없다는 상대적으로 높게 나타나고 있다는 것은 무엇보다 정신적 스트레스가 높음을 알 수 있다.

〈표 4-24〉 노인수발시 사회활동제한

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
친구를 만날 수가 없다	2.879	1.0248	4 (3.2%)	39 (31.5%)	26 (21.0%)	48 (38.7%)	7 (5.6%)
가족과 함께 외출이나 외식을 할 수가 없다	2.8306	1.0647	6 (4.8%)	34 (27.4%)	26 (21.0%)	49 (39.5%)	9 (7.3%)
이웃과 만날 수 있는 기회 가 없다	2.7661	.9968	2 (1.6%)	35 (28.2%)	28 (22.6%)	50 (40.3%)	9 (7.3%)
바깥일을 볼 수 있는 시간 이 없다	2.8226	1.0044	2 (1.6%)	39 (31.5%)	26 (20.9%)	49 (39.5%)	8 (6.5%)
충분한 휴식을 취할 수 가 없다	3.0323	1.0354	6 (4.8%)	44 (35.5%)	28 (22.6%)	40 (32.3%)	6 (4.8%)

③ 가족관계

〈표4-25〉에서 보는 바와 같이 가족관계에 대해 살펴보면, 나는 하느라고 하는데 가족이 알아주지 않으면 화가 난다가 3.22점으로 가장 높은 평균점을 나타냈으며 가족간에 갈등을 일으키는 경우가 많다가 2.99점으로 나타났다.

가족들이 나의 어려움을 이해해주지 못한다가 2.95점으로 나타났으며 다른 가족이 노인을 돌볼 수 있음에도 아무것도 하지 않는다가 2.88점으로 나타났다. 나는 하느라고 하는데 가족이 알아주지 않으면 화가 난다의 경우에는 그렇다가 40.3%로 가장 높은 비율을 나타냈으며, 보통이다가 25.8%, 그렇지 않다가 21.0%로 나타났다.

이는 수발자에 대한 심리적 보상이 필요하며 이는 가족간의 지지와 격려로서 해소될 수 있다고 하겠다.

〈표 4-25〉 노인수발시 가족과의 관계

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
가족간에 갈등을 일으키는 경우가 많다	2.9918	1.0325	6 (4.9%)	38 (31.1%)	35 (28.7%)	35 (28.7%)	8 (6.6%)
가족들이 나의 어려움을 이해해주지 못한다	2.9597	1.0153	6 (4.8%)	35 (28.2%)	39 (31.5%)	36 (29.0%)	8 (6.5%)
나는 하느라고 하는데 가족이 알아주지 않으면 화가 난다	3.2258	1.0425	9 (7.3%)	50 (40.3%)	32 (25.8%)	26 (21.0%)	7 (5.6%)
다른 가족이 노인을 돌볼 수 있음에도 아무것도 하지 않는다	2.8871	1.0058	4 (3.2%)	38 (30.6%)	28 (22.7%)	48 (38.7%)	6 (4.8%)
노인이 치매에 걸린 이후로 가족관계가 나빠졌다	2.75	1.0776	4 (3.7%)	26 (24.1%)	31 (28.7%)	33 (30.5%)	14 (13.0%)

④ 심리부담정도

〈표4-26〉에서 보는 바와 같이 노인 수발시 심리부담에 대해 살펴보면, 나의 미래가 어떻게 될지 불안하다가 2.62점으로 미래에 대한 불안감이 가장 큰 것으로 나타났으며, 요즈음은 아무것도 하고 싶지가 않다가 2.52점, 나의 미래는 그렇게 밝을 것 같지 않다가 2.51점, 자살하고 싶을 때가 있을 정도로 괴롭다가 2.20점으로 나타났다.

자세히 살펴보면 자살하고 싶을 때가 있을 정도로 괴롭다의 경우는 그렇지 않다가 51.2%로 가장 많았고 보통이다가 23.6%, 전혀 그렇지 않다가 18.5%로 자살의 충동을 느끼는 경우는 낮은 수치이나 6.4%의 보호자는 자살의 충동을 느끼는 것으로 나타났고, 나의 미래가 어떻게 될지 불안하दा의 경우에는 그렇지 않다가 38.7%, 보통이다가 22.7%, 그렇다가 18.5%로 미래에 대해 불안해하는 비율은 24.1%로 상당수를 차지하고 있는 것으로 나타났다. 요즈음은 아무것도 하고 싶지가 않다의 경우에는 그렇지 않다가 43.9%, 그렇다가 20.3%, 보통이다가 18.8%로 나타났고, 나의 미래는 그렇게 밝을 것 같지 않

다의 경우에는 그렇지 않다가 41.1%, 보통이다가 28.3%, 그렇다와 전혀 그렇지 않다가 각각 13.7%를 나타냈으며 16.9%는 부정적인 견해를 나타내고 있는 것으로 드러났다.

과도한 스트레스와 심리적 부담이 미래에 대한 불안감으로 이어지고 있음을 알 수 있다. 무기력감과 의욕상실은 곧 노인케어에 대한 무관심을 초래할 수 있다고 하겠다. 새로운 케어서비스 정책의 확립과 제도정비를 통해 미래에 대한 불확실성을 해소하고 서비스의 질적 향상을 할 수 있도록 하는 것이 시급하다는 것이다.

〈표 4-26〉 노인 수발시 심리부담

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
자살하고 싶을 때가 있을 정도로 괴롭다	2.2033	.8774	3 (2.4%)	5 (4.1%)	29 (23.6%)	63 (51.2%)	23 (18.7%)
나의 미래가 어떻게 될지 불안하다	2.621	1.1160	7 (5.6%)	23 (18.5%)	28 (22.7%)	48 (38.7%)	18 (14.5%)
요즈음은 아무것도 하고 싶지가 않다	2.5203	1.0508	3 (2.4%)	25 (20.3%)	23 (18.8%)	54 (43.9%)	18 (14.6%)
나의 미래는 그렇게 밝을 것 같지 않다	2.5161	.9999	4 (3.2%)	17 (13.7%)	35 (28.3%)	51 (41.1%)	17 (13.7%)

⑤ 경제적 부담정도

〈표4-27〉에서 보는 바와 같이 노인 수발시 경제부담에 대해 살펴보면, 노인의 간호와 치료에 드는 비용이 가계에 부담이 된다. 3.29점으로 보통이상의 부담을 나타냈으며, 노인의 간호와 치료에 드는 비용이 부족하다가 3.15점, 노인의 부양으로 인하여 경제활동에 지장을 받는다가 2.94점으로 나타났다.

자세히 살펴보면 노인의 간호와 치료에 드는 비용이 가계에 부담이 된다는 경우에는 그렇다가 41.4%로 가장 많았으며, 보통이다가 22.8%, 그렇지 않다가

20.3%로 응답자의 반이상이 가계에 부담을 느끼는 것으로 나타났다. 노인의 간호와 치료에 드는 비용이 부족하다는 경우에는 그렇다가 43.5%, 보통이다가 24.3%, 그렇지 않다가 23.4%로 간호와 치료비가 부족하다고 응답한 비율이 높아 노인의 의료비용이 상당수 부담이 됨을 알 수 있었다.

노인수발에 대한 심리적 부담, 사회활동 제한보다 부정적으로 경제적 부담을 보여주고 있다는 것을 알 수 있다. 수발에 대한 경제적 부담은 우선적으로 해결해야 할 과제이며 심리적, 사회적 부담감이 모두 영향을 줄 수 있기 때문에 문제의 심각성이 있는 것이다. 무엇보다 경제적 지원이 될 수 있도록 제도의 확립이 요구되며 나아가 재정적 지원이 필요한 재원을 마련하는 것 또한 시급한 문제라고 하겠다.

〈표 4-27〉 노인 수발시 경제부담

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전 혀 그렇 지 않 다
노인의 간호와 치료에 드는 비용이 가계에 부담이 된다	3.2927	1.0768	12 (9.8%)	51 (41.4%)	28 (22.8%)	25 (20.3%)	7 (5.7%)
노인의 간호와 치료에 드는 비용이 부족하다	3.1532	1.0044	4 (3.2%)	54 (43.5%)	30 (24.3%)	29 (23.4%)	7 (5.6%)
노인의 부양으로 인하여 경제 활동에 지장을 받는다	2.944	.9902	2 (1.6%)	43 (34.7%)	33 (26.6%)	38 (30.6%)	8 (6.5%)

⑥ 건강부담정도

〈표4-28〉에서 보는 바와 같이 노인 수발시 건강부담에 대한 평균점을 살펴보면, 피로를 자주 느낀다가 3.32점으로 피로를 느끼는 경우가 가장 높았으며, 충분한 수면을 취하지 못한다가 3.09점으로 보통보다 조금 높은 수치를 나타냈으며 건강이 좋지 않아 불안하다가 2.99점으로 나타났다. 장기적인 노인수발로 인하여 보호자의 건강이 대체적으로 불안한 수준에 이른 것으로 나타났다.

보호자의 건강상 문제를 제2의 의료비 지출을 초래할 것이며 이를 통해 경제

적 부담은 가중되고 따라서 가족간의 갈등과 노인에 대한 수발의욕 상실로 이어질 수 있다. 문제의 악순환이 되풀이됨으로서 노인에 대한 서비스가 어려워지고 사회문제로 대두되고 있는 현실이다.

〈표 4-28〉 노인 수발시 건강부담

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전 그렇지 않 다
피로를 자주 느낀다	3.3226	1.0324	12 (9.7%)	51 (41.1%)	31 (25.0%)	25 (20.2%)	5 (4.0%)
충분한 수면을 취하지 못 한다	3.0992	1.0280	6 (5.0%)	46 (38.0%)	29 (23.9%)	34 (28.1%)	6 (5.0%)
건강이 좋지 않아 불안하 다	2.9918	.9663	6 (4.9%)	33 (27.0%)	42 (34.1%)	36 (29.5%)	5 (4.0%)

〈표4-29〉에서 보는 바와 같이 요양보호서비스 제도 및 법제화에 대해 살펴보면, 가족 이외의 노인수발서비스 제도에 대해 알고 있는 내용에 따라서는, 가정 봉사원이 54.8%, 간병인이 25.0%, 모른다가 11.3%로 가정봉사원에 대한 인식이 가장 높은 것으로 나타났으며 모른다는 경우도 상당수 있는 것을 알 수 있다. 이용한 경험에 따라서는, 없다가 62.1%로 응답자의 과반수 이상을 차지했으며, 이용한 경험이 있다는 경우는 29.0%로 나타났다.

이용한 서비스에 따라서는, 이용한 적 없다가 48.4%로 가장 많았으며, 간병인이 20.2%로 케어전문인력중 가장 많이 이용하고 있었으며, 무응답이 12.1%, 가정봉사원 11.3%로 케어전문 인력 가운데 간병인과 가정봉사원을 이용한 것으로 나타났으며, 이용하지 않은 이유에 따라서는, 가족이 수발해도 된다고 생각해서가 32.3%, 무응답이 26.6%, 활용방법을 몰라서가 16.1%로 노인부양이 가족의 역할로 생각하고 있는 경우가 많았으며 케어전문인력에 대한 인지도가 낮아 서비스를 활용하지 못하는 것을 알 수 있었다. 케어서비스 제도화 필요성에 따라서는, 필요하다가 52.4%, 매우 필요하다가 41.1%로 대부분

의 보호자는 전문화된 케어서비스의 제도화가 필요하다고 생각하는 것을 알 수 있다.

가정봉사원과 간병인이 가장 많은 인지도를 나타내는 것은 현재 방문케어서비스 인력이 간병인과 가정봉사원이 대부분이기 때문으로 사료된다. 응답자의 절반이 서비스를 모르고 있다는 것은 서비스 홍보의 부족도 그 원인으로 찾을 수 있고 나아가 서비스 인력이 부족하고 체계적으로 제도화되지 못했기 때문에 소수에게만 그 혜택이 주어지는 한계가 있기 때문으로 보여진다. 제도의 확립과 서비스 비용의 규격화 등 제도의 확립을 통한 서비스 인식 개선이 시급하다.

〈표 4-29〉 케어서비스 이용현황 및 법제화 필요성 인지도

		빈 도	백 분 율
가족 이외의 노인 수발 서 비 스 제 도 에 대 해 알 고 있 는 내 용	가정 봉사원	68	54.8
	간 병 인	31	25.0
	노인케어복지사	1	.8
	가정방문간호사	4	3.2
	기 타	3	2.4
	모 른 다	14	11.3
	무 응 답	3	2.4
이용한 경험	있 다	36	29.0
	없 다	77	62.1
	무 응 답	11	8.9
이 용 한 서 비 스	가정봉사원	14	11.3
	간 병 인	25	20.2
	노인케어복지사	1	.8
	가정방문간호사	4	3.2
	기 타	5	4.0
	이용한적 없다	60	48.4
	무 응 답	15	12.1
	합 계	124	100.0

		빈 도	백 분 율
이용하지 않은 이유	경제적 부담	16	12.9
	활용방법을 몰라서	20	16.1
	가족이 수발해도 된다고 생각해서	40	32.3
	이용하려고 생각중이다	5	4.0
	기 타	10	8.1
	무 응 답	33	26.6
케어서비스 제 도 화 필 요 성	매우 필요하다	51	41.1
	필요하다	65	52.4
	그저 그렇다	6	4.8
	무 응 답	2	1.6
합 계		124	100.0

(3) 전달체계

〈표4-30〉에서 보는 바와 같이 전달체계에 대해 살펴보면, 노인수발서비스를 받고 싶은 기관에 따라서는, 노인복지시설 및 단체가 62.1%, 의료시설이 25.8%로 노인복지시설 및 단체에 대한 욕구가 높았으며 이유를 살펴보면 대부분 시설이용자를 대상으로 설문을 실시하였고 만족도도 상당수 높아 긍정적인 견해를 나타냄을 알 수 있다. 케어대상노인 발생 시 이용할 시설에 따라서는, 노인요양시설에 입소가 53.2%, 지역에 수발전문 기관에 출퇴근 이용이 25.0%, 본인이나 가족이 수발이 10.5%로 나타났으며 전문수발자의 가정방문서비스 이용은 8.9%로 비교적 낮은 수치를 나타냈다. 이는 서비스 특성상 개인적인 사생활이 공개되는 것과 타인에게 수발을 맡긴다는 수치심 즉 수발자의 도리를 다하지 못했다는 전통적 사상이 영향을 주는 것으로 보여진다.

〈표 4-30〉 케어서비스 이용시설 선호도

		빈 도	백 분 율
노인수발서비스를 받고 싶은 기관	의료시설	32	25.8
	노인복지시설 및 단체	77	62.1
	동사무소	3	2.4
	신설독립법인	7	5.6
	보건소	3	2.4
	기 타	2	1.6
장기요양노인발생시 이용할 시설	노인요양시설에 입소	66	53.2
	지역에 수발전문 기관에 출퇴근이용	31	25.0
	본인이나 가족이 수발	13	10.5
	전문 수발자의 가정방문서 비스 이용	11	8.9
	기 타	3	2.4
합 계		124	100.0

(4) 전문성 및 수발교육

〈표4-31〉에서 보는 바와 같이 전문성 및 노인 수발교육에 대해 살펴보면, 교육받은 시간에 따라서는, 무응답이 77.4%, 6시간~30시간이 11.3%로 나타나 대부분 수발교육을 받지 않은 것으로 나타났으며 교육을 받은 경우 6시간~30시간 정도의 교육이 가장 많았으며, 교육의 도움 정도에 따라서는, 무응답이 66.9%, 매우 많은 도움이 된다가 20.2%, 약간의 도움이 된다가 12.9%로 교육을 받은 경우 대부분 노인수발을 하는데 도움이 되는 것으로 나타났다. 노인수발 교육 필요성에 따라서는, 필요하다가 57.3%, 매우 필요하다가 32.3%로 노인수발 교육의 필요성에 대해서 요케어노인 보호자의 경우 많은 필요성을 느끼고 있었으며, 노인수발 전문인력 양성 필요성에 따라서는, 필요하다가 50.8%, 매우 필요하다가 38.7%로 전문인력의 양성에 대해 대부분 필요성을 절실히 느끼고 있는 것으로 나타났다. 노인케어 전문인력의 적당한 교육정도에 따라서는, 대학 2년이 43.5%, 양성학교 6개월이 27.4%, 양성학교 3개월이 13.7%로 노인케어요양보호의 전문인력 양성을 위한 전문교육이 체계적이며 구체적으로 실시되어야 함을 나타내고 있다.

〈표 4-31〉 수발자의 케어교육 현황 및 전문인력 양성선호도

		빈 도	백 분 율
교육 받은 시간	5시간 이하	8	6.5
	6시간~30시간	14	11.3
	31시간 이상	6	4.8
	무 응 답	96	77.4
교육의 도움정도	매우 많은 도움이 된다	25	20.2
	약간의 도움이 된다	16	12.9
	무 응 답	83	66.9
노인수발 교육 필요성	매우 필요하다	40	32.3
	필요하다	71	57.3
	그저 그렇다	10	8.1
	필요하지 않다	2	1.6
	무 응 답	1	.8
노인수발 전문인력 양성 필요성	매우 필요하다	48	38.7
	필요하다	63	50.8
	그저 그렇다	11	8.9
	무 응 답	2	1.6
노인케어 요양보호 전문인력의 적 당 한 교육정도	대학4년	11	8.9
	대학2년	54	43.5
	양성학교6개월	34	27.4
	양성학교3개월	17	13.7
	기 타	7	5.6
	무 응 답	1	.8
합 계		124	100.0

(5) 비용경비

① 경제적 부담대상

〈표4-32〉에서 보는 바와 같이 노인요양 보호시 서비스의 경제적 부담을 책임져야 할 대상에 대해 살펴보면, 사회보험을 제정해서 보험에 의한 혜택을 준다가 3.90점으로 경제적인 부담을 책임져야 할 대상으로 가장 많이 생각하고

있었으며, 정부가 사회보험에 의한 서비스를 준다가 3.83점, 정부와 개인, 가족이 부담한다가 3.52점, 사회보험과 개인, 가족이 부담한다가 3.24점으로 나타났다, 전적으로 국가가 책임을 진다가 3.18점으로 나타났다.

항목별로 가장 높게 나타난 사회보험을 제정해서 보험에 의한 혜택을 준다는 경우에는 그렇다가 62.3%, 보통이다가 20.5%, 매우 그렇다가 15.6%로 나타났다. 따라서 노인케어서비스에 대한 정부의 역할은 절대적이며 수발자도 어느 정도의 경제적 부담을 각오하고 있는 만큼 조속한 제도의 확립과 재원의 확보가 이루어져야 함을 보여주고 있다.

〈표 4-32〉 노인케어서비스의 경제적 부담을 책임져야 할 대상

	평 균 (M)	표 준 편 차 (SD)	빈도(N)				
			매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
전적으로 국가가 책임을 진다	3.1833	1.1226	15 (12.5%)	36 (30.0%)	32 (26.7%)	30 (25.0%)	7 (5.8%)
사회보험을 제정해서 보험에 의한 혜택을 준다	3.9016	.7090	19 (15.6%)	76 (62.3%)	25 (20.5%)	-	2 (1.6%)
정부가 사회보험에 의한 서비스를 준다	3.8374	.7397	17 (13.8%)	75 (61.0%)	27 (22.0%)	2 (1.6%)	2 (1.6%)
정부와 개인, 가족이 부담한다	3.5289	.8374	8 (6.6%)	63 (52.0%)	39 (32.2%)	7 (5.9%)	4 (3.3%)
사회보험과 개인, 가족이 부담한다	3.2459	.9119	6 (4.9%)	46 (37.7%)	47 (38.5%)	18 (14.8%)	5 (4.1%)
전적으로 개인과 가족이 부담한다	2.1417	.9640	2 (1.7%)	8 (6.7%)	29 (24.1%)	47 (39.2%)	34 (28.3%)

② 적절한 이용부담정도

〈표4-33〉에서 보는 바와 같이 신규 요양노인전문센터의 설립 시 매월 이용 부담할 수 있는 적절한 지급금액에 대해 살펴보면, 시설에 입소(1개월)의 경우에는 21만원-40만원이 72.9%, 41만원-60만원이 12.7%로 나타났고, 출·퇴근 이용시(1개월) 오전 9시~4시까지의 경우에는 21만원-40만원이

64.7%, 41만원-60만원이 28.6%로 나타났다. 유료가정방문간호서비스(1일 4시간) 20일 기준의 경우에는 21만원-40만원이 68.4%, 41만원-60만원이 21.1%로 나타나 수입의 이용부담이 적은 것을 선호하는 것으로 나타났다. 이는 대체적으로 낮은 비용부담을 선호하는 것을 볼 때 경제적인 부담이 크다는 것을 반증해주고 있음이다.

〈표 4-33〉 케어 대상 노인의 케어시설 이용 및 서비스 비용 부담선호도

	빈도(N)				
	21만원 -40만원	41만원 -60만원	61만원 -80만원	81만원 -100만원	100만원 이 상
시설에 입소(1개월)	86 (72.9%)	15 (12.7%)	7 (6.0%)	9 (7.6%)	1 (1.8%)
출·퇴근 이용시(1개월) 오전 9시~4시까지	77 (64.7%)	34 (28.6%)	7 (5.9%)	1 (0.8%)	-
유료가정방문간호서비스(1일 4시간) 20일 기준	78 (68.4%)	24 (21.1%)	9 (7.9%)	3 (2.6%)	-

③ 수발비용

〈표4-34〉에서 보는 바와 같이 현재 노인 수발에 필요한 월 평균 비용에 대해 살펴보면, 20만원 미만이 39.5%으로 가장 많았으며, 20만원 이상-40만원 미만이 32.3%로 40만원 이상-60만원미만이 8.9%로 대부분 노인수발 월평균 비용이 40만원미만으로 나타났다.

〈표 4-34〉 현재 노인 수발에 필요한 월 평균 비용

	빈 도	백 분 율
20만원 미만	49	39.5
20만원 이상-40만원 미만	40	32.3
40만원 이상-60만원 미만	11	8.9
60만원 이상-80만원 미만	8	6.5
80만원 이상-100만원 미만	5	4.0
100만원 이상	9	7.3
무 응 답	2	1.6
합 계	124	100.0

제 5 장 노인케어복지 정책의 문제점과 개선방안

제 1 절 노인케어복지 법령 및 제도확립

노인케어복지 제도의 필요성으로는 첫째, 요케어 대상노인의 증가와 가족부양의 한계, 현 종사자의 서비스 한계를 들 수 있다.

2002년 현재 우리나라의 65세 이상 인구는 377만 명으로, 이 중 2만 6천 여명이(0.4%) 노인복지시설에 입소 보호받고 있으며 기타 374만명(99.6%)이 재가노인으로 지역사회와 가정에서 생활하고 있다. 전체노인 86.7%가 장기간 치료, 요양을 요하는 당뇨, 관절염, 고혈압 등 만성질환을 가지고 있으며 전철타기, 전화걸기 등 일상생활이 곤란한 중증장애 상태의 모든 일상적 생활이 어려운 노인도 43.3%에 달한다. 이렇게 많은 장애 또는 질환 노인들이 전통적인 케어 방법인 가족에 의하여 보호되기에는 한계에 도달하여 사회문제화 되고 있어 케어복지 정책의 새로운 방향 모색의 필요성이 대두되고 있다. 즉 고령자 증가와 케어대상자의 증가화, 장기화 및 핵가족화 등 가족기능들의 변화로 가족 케어력 약화, 노후의 불안, 가족의 케어 내용 미흡, 기존 케어종사자의 한계 등에 의한 사회문제로 국가개입이 필요하게 된 것이다. 따라서 케어복지의 효율적 추진을 위해서는 전문적인 케어복지종사자를 양성하여 다양한 케어욕구에 대처해야 할 것이며, 이를 위해 전문직으로서의 지식과 기술을 받는 케어복지사 자격제도는 법률화·제도화되어야 한다.

이러한 관점에서 볼 때 제도의 부재로 인한 문제와 필요성을 8가지로 요약하여 제시해보면 아래와 같다.

① 요보호 장애노인을 위한 케어서비스 전문인력의 법령화·제도화가 되어있지 못해 케어종사자의 난립과 함께 통일된 체계성립이 안되어있어 사회적 수준이 케어인력의 수요와 공급의 기반이 없는 등의 문제점이 있다.

② 케어 대상자 증가에 따른 케어전문인력이 부족하며 국민기초생활보장법 대상자 중심의 서비스가 제공되고 있다. 간병서비스를 필요로 하는 장애노인의 규모를 살펴보면 2001년 현재 26만명의 장애노인이 있으며 중증으로 병원이나 시설에 입소해야할 노인수가 5만명에 이르며 재가보호를 받아야 할 노인의 수가 약 21만명에 이르고 있다.⁶⁹⁾ 이에따른 보건복지부의 2001년 5월에 무료간병인력추계에 따르면 무료간병인력은 약 4-5만 명에 이르고 있으며(시설중심추계 53,232명 전체인구 기준 45,606명을 필요) 이중에서 무료간병인력은 9,204명이 필요하며 유료간병사업에 필요한 간병인력은 36,281명에 달하고 있다. 이에 2001년 4월말 현재 전국에 간병사업인력은 1,093명으로 추정하고 있다. 이와 같이 필요한 케어대상자에 따른 케어복지전문인력의 수급대책이 제도적으로 마련되어야 하겠다.

③ 케어서비스의 사회적 체계확립을 위한 제도가 필요하다는 것이다. 사회적 가족구조 변화로 가족에 의존하던 전통적인 케어방법인 가족케어기능이 약화되고 이제는 사회적 케어서비스 체계 도입을 필요로 하는 시대에 서있다. 그 실례로 주요 OECD국가들이 이미 10년 전부터 케어복지 인력제도를 법률화·제도화하며 실시하고 있으며 우리나라도 고령화 사회국으로 예외일수 없다는 것이다.

④ 케어대상노인의 증가로 케어서비스 인력이 증가 추세에 따라 가정봉사원과 간호조무사 그리고 간병인과 케어복지사 등 서비스 영역이 비슷한 직종이 출현되고 있어 이용자 국민이 신뢰받고 안심하고 이용할 수 있는 단일체계화가 필요한 시기에 있다. OECD 국가 중 일본은 개호복지사와 홈헬퍼(가정봉사원)제도로 이원화되어 운영되고 있으며 독일도 1950년도부터 시작된 노인수발 교육이 2000년에는 16개 각 주마다 노인수발관계법을 갖고 있던 것을 2001년도에 통합수발교육법을 제정하여 최근에 단일화하였다. 우리나라의 경우 시행착오를

69 선우덕(1999), 「노인의료비 적정화를 위한 정책방안」, 보건복지포럼, p.144

줄여 단일화제도를 지금부터 시행해 나가야 한다.

⑤ 노인케어복지 서비스는 시설노인, 재가노인 대상의 차별성이 있어서는 안 되며 병원에 있는 노인 그리고 가정에 있는 노인의 구별을 주는 제도가 되어서는 안되겠다는 것이다. 모든 대한민국 노인이 케어복지 인력의 서비스를 보편적으로 제공할 수 있는 제도이어야 한다는 것이다. 현재 가정봉사원도 보건복지부 예산을 받아 16개 위탁기관에서 가정봉사원을 양성하고 있으며 복지간병인 사업도 보건복지부의 예산을 받아 150개 민간단체, 자활후견기관에서 복지간병인을 양성하고 있다. 이처럼 분산된 인력 교육체계에 따라서 국가예산의 합리적 집행이 안되고 이에따른 효과는 하락을 초래할 뿐이다.

⑥ 현재 활동중인 노인케어 관련 종사자의 협력구축을 위한 제도적·법적 장치 부재로 현재 우리나라에는 케어 관련 종사자로서 가정봉사원과 간병인, 간호조무사, 케어복지사 등 이 있으며, 또한 이것 외에도 유사한 명칭의 협회가 난립할 수 있는 기회를 제공해 주고 있다.

이러한 케어 관련 종사자들은 서로 다른 교육과정을 통해 양성되지만, 활동하는 영역에 있어서는 중복되는 부분이 있기도 하며, 무엇보다 긴밀한 협조와 공조의 서비스 체계가 시급하다고 할 수 있다. 그러므로 서비스의 질을 제고하고 관련 종사자의 역할과 운영의 효율화를 꾀하기 위해서는 각 분야의 케어 관련 종사자가 케어 대상 노인을 중심으로 종합적이고 협력적인 서비스 체계를 구축해야 할 것이다. 특히 전문관리직으로서 케어복지사는 관련 인력을 적절히 배치하고 욕구에 적합한 서비스 내용을 구성하는 전문관리자(Manager)로서 활동할 수 있어야 하나 현재 법적인 지위를 얻고 있지 못하다. 그러므로 관련 종사자에 대한 서비스 체계를 일원화(Team-Approach)하고 효율적으로 케어자원을 분배할 전문관리직으로서의 법적 지위와 실질적인 위상을 정립해 나갈 필요가 있다.

⑦ 케어대상노인을 환자로 취급하여 일반 의료기관에서 소화하기에는 병원시

설이 턱없이 부족하며 의료보험에서 의료비용이 과다한 문제점이 있다. 또한 요양병원이나 요양원 등 시설확충의 비용이 과다한 문제가 있다. 그러므로 케어보험과 함께 케어복지사의 양성을 통해 가정과 지역사회에서 케어서비스를 통한 지역사회보호의 대책으로도 필요하다.

⑧ 현재 노인케어서비스와 관련하여 종사자의 명칭과 관련용어에 관한 사회적 합의용어가 시급히 필요하다 학자들 사이에도 개호, 케어, 간병, 장기요양보호, 가정봉사원, 노인수발자 등의 용어를 사용하고 있으며 상호 용어에 대한 주장의 견도 다양하다. “개호”나 “케어”는 외래어이며 “간병인”과 “요양”의 경우 노화로 인한 자연현상을 병으로 보아야 하는가에 대한 문제가 있다고 보며, 가정봉사원의 경우 ‘봉사’ 용어에 따른 유료가정봉사원은 의미에 어긋나며 노인케어는 학자들 간에 많이 사용하고 있으나 용어가 복잡하다는 지적이 있으며 “수발”이란 용어는 주장하는 학자도 있으나 한글의미로 쉽게 이해하기에 어렵다. 이에따라 케어복지인력 제도화와 함께 사회적 합의된 우리말 용어가 생성되어야 한다.

본 연구에서 제안하는 노인케어복지의 법령 및 제도 개선방안은 다음과 같다. 법률제정의 기본원칙으로 모든 대한민국 국민을 위한 케어복지전문인력의 양성 제도로 한다. 즉 지금까지 재가노인을 위한 가정봉사원, 간병대상을 위한 간병인 등 제한적 대상을 위한 케어복지종사자가 아닌 시설, 재가, 간병, 대상노인과 가정의 모든 일반노인 모두를 대상으로 한 케어서비스 전문인력을 한다는 것이다.

첫째, 사회복지사업법(1970)에 대한 개선안으로 사회복지사업법 제5조 ‘사회복지사의 자격’을 ‘사회복지사 및 케어복지사 자격’으로 동법 시행령 제11조 ‘사회복지사의 자격’을 ‘사회복지사 및 케어복지사의 자격’, 시행규칙 제2조 ‘사회복지사 자격증의 교부신청’을 ‘사회복지사 및 케어복지사 교부신청’, 시행규칙 제5조 ‘사회복지사 자격에 관한 관련학과 지정’을 ‘사회복지사 자격 및 케어복지사

자격에 관한 관련학과 지정'으로 개정하는 한편 시행령 제20조 한국사회복지사 협회와 함께 한국케어복지사협회가 추가로 개정되어 사회복지사업법에서 사회복지사와 케어복지사가 함께 법률의 보호를 받도록 한다.⁷⁰⁾

둘째, 노인복지법(1981)의 개정을 통한 방안으로서 노인복지법 제3장 보전 복지조치, 제24조 지역봉사 지도원 위촉 및 업무와 함께 케어복지사 업무를 추가 개정하며 재가노인 및 시설노인을 위한 케어서비스 업무를 담당하는 역할과 배치규정을 두어야 하며 제29조 가정봉사원의 교육, 제39조 3항 가정봉사원 교육기관의 설치를 케어복지사를 추가 개정하고 시행규칙 제29조 가정봉사원 교육, 제29조 3항 가정봉사원 교육기관의 설치신고 등에서도 케어복지사를 추가한 개정안으로 개선되어야 한다. 노인복지시설의 직원배치 개선안은 다음과 같다. 현행 노인복지법상의 직원배치기준도 강화하여 해당직종의 전문 국가자격증을 소지한 전문가로 인력을 배치하여 서비스의 질을 향상시켜야 한다.

〈표 5-1〉 노인케어시설 직원배치 기준(개정안)

자 격	현 행	개 정 안
원 장	사회복지사 2급 이상	사회복지사 1급 또는 케어복지사 1급으로 8년 이상 실무경험이 있는 자.
사무국장	사회복지사 2급 이상	사회복지사 1급 또는 케어복지사 1급으로 5년 이상 실무 경험이 있는 자.
생활보조원		생활보조원·지도원 ⇒ 케어복지사 1급 (입소자 5명당 1인 배치)
생활지도원		
의 사	전담의사 또는 촉탁의사	동일
간 호 사 · 간호조무사	입소자 25인당 1인 이상	입소자 20인당 간호사 1명 이상 배치, 간호사와 간호조무사의 배치비율은 1:2로 한다.
물리치료사	시설당 1인 이상, 100인 초과시 1인 추가	시설당 1인 이상, 50인 초과시 1인 추가 배치

70) 일본의 경우 1987년도에 사회복지사 및 개호복지사법을 제정하여 현재에 이른다. 우리나라는 1970년도 사회복지사업법 제정, 1983년 5월에 전문개정하면서 제5조에 사회복지사 자격기준 규정 이후 20년간 사회복지사만 배출하고 있으며 사회복지사 1, 2, 3급 중 2003년부터 1급의 경우 국가고시제로 준비하고 있다.

셋째, 케어복지사법 제정을 개선안으로 하는 방안으로 본법의 필요성으로는 케어복지사란 외상노인이나 치매노인, 장애인 등 타인의 도움을 받아야만 일상생활이 가능한 사람 또는 그 가족에 대해 일상생활동작 등의 원조를 하여 가능한 자립적인 생활을 영위하도록 도와주는 케어서비스 전문인력을 말한다. 이미 고령사회에 진입한 선진국의 경우 국가적 차원에서 케어전문인력을 제도화하여 체계적 양성과 배치를 하고 있음을 볼 때 케어복지사 제도의 도입은 고령화 사회의 시대적 흐름이며 국가적 위기 대처의 측면에서도 꼭 필요한 부분이다. 이에 우리나라의 케어복지사제도 도입을 위한 법 제정안을 아래와 같이 제시하고자 한다.

※ 케어복지사 법 제정(案)

제 1 조 목적

이 법은 노인, 장애인, 임산부의 보건과 복지증진을 도모하기 위한 케어복지사업에 관한 사항을 규정함으로써 국민의 보건 및 복지의 향상에 이바지함을 목적으로 한다.

제 2 조 케어복지사

케어복지사는 노인, 장애인, 임산부 및 기타 신체적 정신적 결함으로 일상생활을 영위하는데 장애를 가진 사람에게 생활영위, 자립, 재활 등의 케어를 담당하는 전문 지식 기술을 가진 자로서 보건복지부 장관의 면허를 받은 자를 말한다.

제 3 조 면허의 종류

케어복지사 1급, 2급, 3급이 있다.

~ 중 략 ~

----- 부 칙 -----

제 1 조 시행일

이 법은 공포 후 6개월이 경과한 날부터 시행한다.

제 2 조 경과조치

이 법 시행 전 케어업무 종사자 즉 가정봉사원, 간병인, 도우미, 산후조리 종사자 등은 6개월간 지정 대학에서 실시하는 특별과정을 이수하고 면허시험에 응시할 수 있다.

넷째, 국민기초생활보장법의 자활사업 내용을 보강하는 방안으로 최근 자활후견사업의 일환으로 간병인 양성 및 파견사업을 케어복지사로 확장시키는 모색 등이 있을 수 있다. 이와 함께 여성부와 노동부와의 협력체계 등 종합적인 제도화 방안을 모색할 수 있겠다.

이상과 같이 4가지 법령 및 제도도입 방안을 제시하여 제도화이전에 몇가지 기본전제로써 명칭에 대한 결정, 기존종사자 구분의 명칭을 하나로 통일할 것인지 별도로 만들것인지 자격구분을 몇등급으로 선택할 것인지에 대한 종사자간의 합의와 국민의 합의가 있어야 할 것이다. 또한 양성기관의 지정과 시설기준, 교과목설정 등 종합적인 추진과정에 필요한 조직 및 환경 등 재원이 필요하다. 현존의 기구를 활용하는 방법도 있다. 즉, 보건복지부가 2000년 2월에 구성한 「노인장기요양보호정책 기획단」과 한국사회복지사협회 및 한국케어복지협회가 공동주최단체로 구성될 수도 있다. 가능한 한 여성단체, 의사회, 간호사협회 등 관련 단체 모두의 참여로 합의를 이끌어 내야 할 것이다.

본 연구조사에서 노인복지관련 시설 종사자 전문인의 의견조사에서 법제화, 영향력 요인 1순위는 보건복지부로 지목하였으며 가족 및 보호자의 경우 대통령 또는 정당을 1순위로 지목한 것과 현존의 케어종사자 양성배경과 이론의 틀에서 엘리트론을 선호하고 있음을 알 수 있다. 노인케어종사자에 관한 제도정착을 위해서는 전문인집단, 정당대표 등 엘리트 집단에 기대하는 바가 대다수 의견임을 확인하면서 케어복지 서비스 인력의 제도화는 정부 그리고 엘리트집단의 노력 여하에 의해 결정되어야 할 것이다. 그러나 엘리트 집단 또는 전문집단의 집단이기주의적 발상의 제도화 추진은 이중, 삼중의 경비와 시간의 낭비를 초래할 수도 있다.

최근 16대 대통령으로 당선된 노무현 당선자의 노령화 사회대책 공약에 의하면 대통령 직속의 노인대책 특별위원회 구성과 노인대책 기본법 제정방침을 밝혔으며 무작출 노령연금도입에도 찬성하였다. 이에따라 대통령 직속의 노인대

책 특별위원회에서 노인케어복지 전문인력제도화 방안과 이와 관련된 법령도 조성할 수 있도록 학계와 실무계가 함께 노력해야할 것으로 기대한다.

제 2 절 노인케어복지 교육훈련의 전문직화

노인케어복지의 전문성에 대한 문제를 살펴보면 첫째, 전문가 양성을 위한 교육훈련의 표준교과과정 부재이다. 현재 우리나라에서 활동중인 가정봉사원의 교육은 보건복지부 노인보건과에서 승인받은 16개 재가봉사지원센터 등에서 이루어지며 교육시간은 40시간이다. 복지간병인의 경우는 자활후견기관 150개소에서 교육이 이루어지며, 그 교육시간은 가정봉사원과 마찬가지로 40시간으로 되어 있다. 일반간병인의 경우는 직업소개소 허가를 관할구청에서 맡고 간병인 교육은 자체적으로 20~40시간을 시키고 있으며 간병인으로 파견하고 있다. 케어복지사의 경우 일정한 홍보상담처와 구인광고 없이, 대학의 경우 사회복지 시설에 취업창구를 두고 있으며 케어복지사 2급의 경우 지정 양성학교에서 취업을 알선하고 있다. 이와 같이 3가지 종사자의 교육훈련 시간이 다르고 교육내용도 각 기관별로 다르다. 즉 표준교과 과목이 없다는 것과 실습 또한 기자재 구비 없이 실시하는 등 지도감독처가 없는 상태에서 교육이 무분별하게 이루어지고 있는 것이 문제이다.

둘째, 교육훈련을 담당하는 지도교수의 전문성 결여로 우리나라에서 케어복지 교육이 시작한 것은 최근 2~3년에 불과하여 케어복지 관련 지도자와 교수들의 실습 및 실무현장 경험이 매우 부족하다. 또한 케어복지 관련 전공학과 교수들의 자격이 검증되어야 하나 검증절차 없이 임용되고 있는 점 또한 문제점으로 지적할 수 있다. 특히 이처럼 교육훈련을 담당하는 지도자와 교수들의 전문성 결여는 곧바로 케어복지를 전공하는 학생들에게 직접적인 영향을 줄 수 있는 사항이므로 이에 대한 시급한 개선이 요구된다. 그러므로 케어복지 전문인력의 양

성 뿐 아니라 이러한 전문인력을 교육할 케어복지 관련 교수 및 지도자의 양성이 시급히 이루어져야 한다.

셋째, 전문직으로서의 직업 윤리강령 부재를 들 수 있는데, 노인케어복지 전문관리직이란 전문적 서비스의 제공 뿐 아니라, 그 직업윤리 상 인간존중의 사명을 실천하는 분야인 것이다. 그러므로 이를 뒷받침할 관련 종사자들의 의식전환이 필요하며, 이를 위해선 고귀한 인간의 삶을 관장하는 전문직 윤리강령의 제정이 매우 필요하다. 그리고 앞서 제기한 바와 같이 이러한 직업윤리를 교육하기 위한 체계적이고 과학적인 교과과정의 도입도 이루어져야 할 것이다.

우리나라의 경우 최근 21개 전문대학에서 케어복지 전공학과를 설치하여 교육하고 있으며, 이 외 20개 양성기관에서 200시간 교육과정을 수립하여 학생들에게 가르치고 있으나 케어의 실습이 제대로 되지 않고, 실습교재와 도구 또한 올바르게 갖추어지지 않은 채 비전문적인 교육이 이루어지고 있다. 그러므로 현재의 간병인과 가정봉사원, 그리고 케어복지사의 교육훈련 과정에 전문적 기술과 가치, 지식을 포괄하는 검증 받은 교과과정을 수립하고 이를 체계적으로 이수하는 교육훈련이 이루어 질 때만이 그 자격취득의 전문성과 투명성이 확보될 수 있다는 것이다.

넷째, 현재 대학에서의 케어복지전공 교육은 본래 사회복지학과 설치기반에서의 교수와 실습 도구 및 방법을 인용하여 케어복지전공 교육과 실습을 실시하고 있고 케어복지사와 보육사, 사회복지사 3가지 자격취득을 하고 있다. 케어복지 전문직의 확립을 위해서는 케어복지사에게 필요한 의료, 간호, 보건관련 교육과 케어복지의 이론 및 기술이 필요하다고 주장하며 이에 따른 교육과 훈련이 이루어져야 한다. 그러나 현재 의료, 간호보다는 보육과 사회복지사 자격취득을 위한 교육훈련 과정으로 교육내용이 짜여 있는 것은 개정되어야 한다.

본 연구에서 노인케어 교육훈련의 전문직화를 위한 교육훈련 내용과 등급의 종류에 대한 개선안은 다음과 같다. 다만 전문직의 명칭은 현재 사용되고 있는 케어복지사로 하고 준전문직의 명칭은 가칭 케어보조원으로 한다.

첫째, 케어복지사의 종류는 전문직과 준전문직으로 하며 등급은 전문직 1, 2급과 준전문직 1, 2급으로 하며 내용은 다음과 같다.

전문직 1급은 전문대학 2년 이상 교육기간을 거친 보건복지 이론과 기술의 소유자로서 1년은 간호, 의료, 보건, 행정의 교육으로 간호조무사 자격취득과정의 교육훈련 실습을 받고 1년은 사회복지 및 케어이론과 기술을 교육훈련 및 실습을 받은 자로써 자격시험에 합격한 자로 하며 1급 자격자는 간호조무사 및 케어복지사 자격증 소지자로 한다.

전문직 2급은 고등학교 졸업이상의 학력자로서 보건복지부 또는 보건복지부가 위탁한 양성교육 지정 교육기관에서 300시간 이상의 교육훈련 및 실습을 받아야 한다. 150시간은 의료, 간호, 보건행정 및 실습, 150시간은 사회복지 및 케어이론과 기술교육 및 실습으로 6개월의 교육과정을 수료한 후 시험에 합격한 자로 신체적 간병수발, 가사지원을 체계적으로 할 수 있는 자로 한다. 단 간호조무사 자격자는 150시간의 사회복지 및 케어이론과 기술교육만 수강하는 것으로 간호, 의료, 보건행정 관련 150시간으로 면제할 수 있다.

준전문직 1급은 160시간의 교육을 3개월 과정으로 80시간은 의료, 간호, 보건행정 교육과 실습, 80시간은 사회복지 및 케어기술이론 실습의 교육과정을 수료한 후 시험에 응시하여 합격한다. 준전문직 2급은 교육시간 80시간으로 간호, 의료, 보건행정 40시간과 케어복지이론 및 기술 40시간을 수강한다.

준전문직 2급의 경우 미국의 간호보조원(75시간) 교육수준으로 일본의 홈헬퍼 2급 내지 3급의 수준격으로 하며, 준전문직 1급은 일본의 홈헬퍼 1급수준으로 하며 교육대상의 학력기준은 중졸 이상의 학력으로 하는 등 많은 유휴인력의

참여를 기하도록 한다. 이상과 같은 전교육과목 내용은 제도구축시 교육분과위원회가 연구한다.

셋째, 명칭에 관한 제언으로 명칭에 관한 본 연구 조사에 의하면 케어복지사라는 명칭을 가장 선호했고 다음은 요양복지사였으며 생활복지사 등 순위로 나타났다. 본 연구에서도 케어복지사라는 명칭을 쓰고 있으나 “케어”의 한국어를 예들들어 건강복지사 또는 노인수발사 등 순수 우리말로 명칭이 부여되기를 희망한다.

케어복지 구축을 위한 재원마련에서 일본의 경우 개호보험으로 불리고 있으나 우리나라의 경우 케어보험을 선호할지 건강 및 수발보험을 선호할지 아직은 정확한 판단이 서지 않으나 앞으로 케어와 보건의 호완성을 계속 연구해야 할 것이다. 또한 가정봉사원의 경우 봉사라는 단어가 있는 한 유료봉사 시 명칭과 맞지 않으며 간병인의 경우 케어대상 노인 모두가 환자일 수는 없으며 “병”자에 의해 환자와 병원을 떠올리는 문구이기 때문에 간병인이 적절치 않다는 사유를 들 수 있다. 연구자의 개선의견으로는 우리나라의 케어복지 전문관리직의 특성은 선진국에 비해 새롭게 생성되는 21세기 보건복지형 케어전문인력으로 보건과 복지를 통합한 의미가 있는 명칭으로 제도화와 함께 사회적 합의된 한국어 용어가 새롭게 생성되기를 기대한다.

넷째, 케어복지전문인 양성은 전문대학과 실업계 고등학교로 확장하여야 한다.

21세기는 고용창출을 통한 경제사회 건설의 발전을 꾀하는 시대로 현재 전문학교에서의 케어전문인력 양성과 함께, 실업계 고등학교 3년 과정에서 케어전문인력을 양성시켜 케어복지전문직으로 사회복지시설 및 병원과 가정방문사 등의 취업활동을 조장시키는 한편, 공익근무요원으로 2년간 사회에 봉사하고 수입도 얻는 취업처 개척의 방향으로 교육부와 국방부의 협력체계를 구축해 나가야 한다. 현재 공익근무요원들이 사회복지시설에 근무하고 있다.

다섯째, 현재 활동중인 가정봉사원, 간병인, 케어복지사 등의 교육의 질향상을 위해서 보건복지부가 명칭 통일과 함께 교과목 평준화 및 교사의 질을 높이고 실무 경험을 위한 실습을 강화시켜야 하며 현존의 전문대학의 경우 사회복지사, 케어복지사, 보육교사 등 3개의 자격취득을 2년내에 하고 있어 취업 기회의 장을 넓히는 기회를 주는 것은 좋으나 한가지 자격증이라도 충실한 교육훈련과정을 통해 전문직으로서 손색이 없는 품격을 갖추어 졸업시키는 방향으로 전환되어야 한다. 그러기 위해서 교육부와 보건복지부가 상호 케어교육에 지도감독과 평가를 실시하는 체제가 필요하다. 한편 케어복지전문인력 교육과정을 간호, 의료, 보건행정에 50%사회복지와 케어복지 이론과 기술에 50%를 개정안으로 간호, 의료의 중요성을 인식하는 한편 케어복지전공의 대학 교수들이 대부분 사회복지 및 케어복지 전공자 외에 간호, 의료, 보건교육 전공 교수들로 구성되어야 한다. 현재의 케어전공 설치대학의 교수체계가 개선되지 않고서는 보건과 복지를 통합한 케어전문인력은 기대하기 어렵다. 보건과 사회복지 케어이론 기술이 50:50으로 교육훈련되어 양성배출 되어야 함은 케어대상자의 특성을 고려한 신체적, 정신적 건강예방 및 증진을 위한 절대적인 과정임을 강조한다.

또한 현존의 케어전공대학과 함께 양성학원의 시설과 기자재 환경이 전문화를 기할 수 있도록 시설기구 규정이 구축되고 교수 및 케어지도자가 질적 양적으로 양성배치 되도록 제도적 정책적 방안의 실현이 절실히 요구된다. 현재 대학과 양성학원에서 실습 설비투자없이 강의실만 확보한 상태에서 교육시키고 있는 것이 우리나라의 현실이라면 속히 개선되어야 한다.

여섯째, 케어복지사 전문직과 준전문직의 제도화에 있어서 기본방침으로 서비스의 질과 요케어대상자의 다양한 욕구에 대응한 이용자 중심의 교육과 훈련이 마련되어야 한다는 것이다. 그렇지 않고 교육대상자의 편의와 수준에서 교육과 훈련 내용이 구성되는 것은 전문직으로서 가치가 없으며 사회적 인정을 받을 수 없다.

일곱째, 케어복지사 제도화와 함께 전제되어야 할 사항은 전문직으로서 가치와 사회적 인정 그리고 직업인으로서의 자긍심과 생활인으로서의 보람을 가질 수 있는 처우개선이 함께 이루어져야 한다. 구체적으로 사회복지직이 교사나 간호사, 공무원에 비해 낮은 급료의 처우를 벗어나지 못하고 있는 것에 유능한 인재들이 타직종으로 이직하고 있다는 점을 감안하여 급료체계가 교사나 간호사, 공무원 수준으로 개선되어야 한다.

한편 기존 간호조무사의 경우 26만명이 배출되어 있어 간호조무사의 케어직 통합화는 적극 추진하여야 한다. 즉, 케어이론과 기술을 재교육시킴으로써 노인 케어서비스 뿐만 아니라 기타 복지영역에서 보건인력을 통한 건강증진 사업에 기여될 것이며 노인의 신체적 사회적 특성을 고려한 보건과 복지의 통합이 절대적으로 필요하다.

제 3 절 노인케어복지를 위한 재원확보

우리나라는 현재 국민기초생활보장 대상 노인에게는 전액 무료의 의료 혜택을 주고 있으며 이를 통해 케어에 대한 비용을 일부 부담해주고 있으나, 일반 노인에게는 케어 관련 비용을 전혀 지원해 주지 못하고 있다. 그러나 현재 갈수록, 케어 대상 노인의 케어 기간이 장기화되고 있어 가족들의 부담이 더욱 과중 되고 있어 주요 OECD 고령화 사회국가에서는 노인케어서비스 비용의 공적, 사적 대책에 고심하고 있다. 그러나 독일과 일본의 경우 이러한 의료보험 재원의 문제를 해결하기 위하여 케어보험을 국가차원의 사회보험으로 실시하였다.⁷¹⁾

우리나라의 경우 잠재적 비용을 추계 해 보면 노인요양보호 대상자에게 해당되는 서비스 욕구를 모두 제공할 경우에 소요되는 비용은 2000년 가격기준으

71) 독일은 1994년 수발보험을 도입하였고, 일본은 1997년 개호보험 입법 후 2000년 4월부터 실시 중에 있다.

로 2001년에 약 4조 4천억원 정도의 잠재적 비용이 소요되고, 2010년 6조 6천억원, 2020년에는 약 9조 4천억원의 비용이 소요될 것으로 추정된다. 그러나, 노인요양보험제도를 도입하는 경우 단계적인 수혜대상자의 확대에 따라 소요되는 운영비용은 2005년에 약 4,900억원이 소요되는데, 그 중 정부부담분은 2,150억원, 보험자부담은 1,960억원, 나머지 800억원은 본인부담으로 추산된다. 이러한 부담은 대상자의 확대에 따라 점차 증가하게 될 것이다.

본 연구의 케어 대상 노인의 가족(보호자)에 대한 조사결과에서 확인할 수 있듯이, 이들은 국가주도의 케어보험을 원하고 있으며 이에 대한 국가의 보험료 지원을 요구하고 있다. 또한 서비스 이용 시 국가와 본인의 비용부담비율을 정부가 80%, 개인이 20%를 선호하고 있음을 확인할 수 있었다. 그러나 그럼에도 불구하고 이들은 시설보호의 케어 이용 시 비용부담의 적정금액을 이들 응답자의 평균 총가구수입인 180만원의 1/3에 해당하는 60만원으로 응답하고 있었다. 두 응답을 함께 고려해 볼 때, 이는 그만큼 현재 이들 가족들이 노인의 케어비용에 대한 부담을 심각하게 느끼고 있다는 사실을 반증한다고도 할 수 있을 것이다.

2002년 현재 사회적인 노인부양 부담의 수준은 약 11.1%(노인인구/생산연령인구의 비율)로 생산연령(15-64세)의 인구 약 9명당 노인 1명을 부양하고 있다. 이것이 2019년에는 19.8%로 증가될 것으로 예상되고 있어 생산연령 인구 5명당 노인 1명을 부양하는 수준이 될 것이고, 이러한 전망에 대한 대안으로서 노인부양부담의 상당부분을 커버할 수 있는 케어보험(사회보험 방식의 요양보험)의 조속한 실시가 시급히 요구된다고 할 수 있겠다.

노인건강 상태 저조 및 의료비용의 증가 실태로는 전체 노인인구 중 86.7%가 장기간 치료요양을 요하는 당뇨, 관절염, 고혈압 등 만성질환을 가지고 있으며, 정신건강 상의 장애(치매 등)를 지닌 노인의 증가추세율은 2000년 7.6%에서 2005년 8.35%, 2020년에는 9.0%로 상승 예측되고 있다. 한편 사회

환경의 변화에 따른 자녀수 감소와 여성의 경제활동 참여증가 등 가족의 노인부양기능은 지속적으로 약화되어 가고 있다.

2000년 4월부터 실시되고 있는 일본의 개호보험 성립시초인 1997년부터 일본의 여성단체가 앞장서서 개호보험의 필요성과 개호보험의 제정을 위해 적극적인 개입의 결과로 전해지고 있음은 우리나라의 경우 시사하는바가 크다.

우리나라에서도 최근에 민간보험방식의 '의료저축구좌'(Medical Savings Account)를 통해 노후의 의료 및 신체원호를 개인이 적립·조달하도록 하자는 전해가 제시되고 있으며,⁷²⁾ 현금급여 이외에 현물급여에 대한 비용상환방식을 채택하면 케어서비스의 양적 확대도 도모할 수 있을 것이라는 주장도 제기되고 있다.⁷³⁾

그러나 민간수발보험의 문제점은 민간보험방식은 노인에 대한 대인적 보호의 한 축을 이루는 '접근가능성'의 실질적 보장에 본질적 한계가 있다. 민간보험은 그 보험료 산정에 있어 피보험자의 소득에 의하지 않고 피보험자의 개별적인 보험사고 발생위험(risk), 즉 보험가입년령이나 필요한 기능장애 노인의 경우에는 보험료가 높게 선정될 수밖에 없다.⁷⁴⁾

또한 민간보험 방식이 모든 계층의 노인, 특히 저소득층까지 포괄할 수 있을지도 의문이다. 실제로 독일의 민간질병보험은 그 높은 보험료가 단점으로 지적되고 있으며⁷⁵⁾ 미국의 장기케어보험도 가입자가 많지 않은 실정이다.⁷⁶⁾ 게다가 민간

72) 선우덕(1999), 「노인의료비 적정화를위한 정책방안」, 보건복지포럼, pp.65-76

73) 이해영(1998), 「일본의 고령자 개호보장의 신구축」, 노인복지연구, p.242

74) 그러나 민간보험의 이와 같은 보험료 책정방법에 대하여 “소득재분배 효과가 일어나지 않는다”는 이유로 비판하는 것은 타당하지 못하다고 생각한다. 민간보험의 경우 보험료는 위험의 정도에 의하여, 반면에 급여는 보험료 부담 수준에 따라서 결정된다. 그러나 이는 ‘비용보장의 미흡’으로 비판할 문제이지 소득재분배 효과가 발생하지 않는다고 비판할 문제는 아니다. 왜냐하면 앞에서 고찰했듯이 비용보장은 보험의 본질적 요소이지만 소득의 재분배효과는 부수적·파생적 효과에 지나지 않기 때문이다.

75) 이상각(1998), 『독일의 간병보험제도』, 「각국의 고령자 간병보험제도」 통권 제11호, 한국노인문제연구소, p.79

76) 미국의 민간수발보험 가입자 수는 1987년 82만명, 1990년 165만명으로 노인인구의 3-5%에 불과한

보험회사가 금전적 손해를 염려하여 그 방비대책으로서 보험급여로 처리할 수 있는 범위를 제한할 수 있다는 것도 민간수발보험제도의 단점으로 지적할 수 있다. 미국의 케어보험규정을 살펴보면 정신질환을 보험급여에서 제외한다던가, 입원 후 계속되는 시설입소기간에 제한을 설정하거나 부담금을 증액하는 등의 각종 제한조건이 적지 않다고 한다.⁷⁷⁾ 이상의 연구에서 알 수 있듯이 민간보험방식은 일정한 한계를 가지고 있다.

위와같이 노인케어복지 재원의 문제점은 의료서비스 비용에 과대지출, 노인케어 프로그램 지원비용의 한계성 그리고 개인의 케어비용 부담 등 3가지 재원의 부담에 대한 문제점에 관하여 다음과 같이 노인케어복지를 위한 재원확보 방안을 제안하고자 한다.

첫째, 모든 국민에게 모든 케어대상노인에게 보편적 서비스를 제공할 수 있도록 재원이 마련되어야 한다. 즉, 케어보험의 정착이다. 우리나라는 현재 국민연금, 의료보험, 산업재해 보호보험, 고용보험 등이 도입되어 있어 근로자의 보험료 부담이 크다고 생각되나 이미 OECD 국가들이 우리나라 보다 앞서 노인케어보험을 통해 케어복지서비스를 제공받도록 케어보험을 실시하고 있으며 우리나라의 총체적 국가재원의 실정에 맞는 케어보험을 개발하여 세제감면 혜택을 주는 방안 등 몇가지 사적 케어보험 모형을 개발하여 국민들이 선택하도록 해야한다. 늦어도 2005년도에는 실시될 수 있도록 지금부터 준비해 나가야 한다.

사회케어보험의 재원은 정부(중앙 및 지방자치단체)의 재정지원, 보험료 및 본인부담으로 구성할 수 있는데, 이들 3자간 부담비율은 시설보호 및 재가보호, 중증도별, 소득수준별로 달리 책정할 수 있다. 보험료 분담은 직장가입자는 근

것으로 나타나고 있다.

77) 이미애(1998), 『영국·미국의 고령자 간병정책』, 「각국의 고령자 간병보험제도」, 통권 제11호, 한국노인문제연구소, p.187

로자 30%, 사용주 30%, 정부 40%로 하고, 지역가입자는 본인과 정부가 50%씩 분담하는 방안을 검토할 수도 있다.

둘째, 국가에서는 현재까지 일부 생활보호대상 위주의 몇가지 시설 및 재가복지서비스를 제공하고 있을 뿐 일반노인을 대상으로 하는 노인케어 서비스 대책은 거의 마련하지 못하고 있다. 노인보호는 더 이상 가족의 인간애와 전통적 가치관과 생활양식에 맡겨두어서는 안될 것이며 국가의 적절한 대책수립이 시급하다. 이러한 상황에서 우리나라의 케어서비스 대상노인에 대한 노인복지정책은 다음과 같은 원칙과 방향으로 나가야 할 것이다.

① 국가정책은 노인이 일차적으로 가족과 함께 가정에서 보호받을 수 있도록 하기 위해 가족이 노인을 보호할 수 있는 능력을 키워주고 가족의 짐을 덜어주어야 한다.

② 국가의 적절한 노인보호서비스는 결국은 노인을 가능하면 가족과 함께 지내게 하고 가족이 효를 현대적으로 실천하도록 돕는 것이 된다는 것을 명심해야 한다.

③ 가족들이 필요한 경우 지역사회내의 재가복지서비스를 적극적으로 이용하는 것이 노인을 가족과 함께 지내도록 하는 것이 되고 효도를 하는 것이 된다는 것을 국가가 인식시켜야 한다.

④ 국가의 노인케어 서비스는 모든 계층에게 확대되어야 한다.

⑤ 케어는 노인과 더불어 돌보는 가족도 서비스의 대상이 되어야 한다.

나아가 모든 노인이 원하는 장소(시설 또는 재가)에서 적절한 서비스를 제공받기 위해 필요한 재원마련은 사회요양보험의 신설로 충당할 수 있도록 요양사회보험을 재정해야 한다.

현재의 건강진단서비스를 의료보험의 비용으로 전 노인계층에게 확대하고 정

신적 검진도 같이 실시하도록 한다. 케어대상 노인과 함께 그 가족이 지지적 서비스도 받도록 조치되어야 한다.

셋째, 노인케어복지의 대상인 허약·장애노인의 대부분이 소득이 극히 적기 때문에 연금제도가 노인소득보장제도로의 기능을 원활히 수행하기까지는 이용자 부담의 한계가 있을 수 있으므로 재원조달을 위해서는 사회보험, 조세, 이용자 부담의 적절한 조화가 이루어져야 할 것이다. 또한 노인케어복지의 재원으로서 가장 큰 역할을 담당하게 될 노인케어보험은 사회보험이기 때문에 위험분산, 상호부조, 재분배의 기능을 충분히 발휘 할 수 있도록 하고, 보험료를 노인케어복지 서비스가 모든 허약·장애노인들에게 보편적이면서 일정수준 이상으로 제공 될 수 있도록 해야 할 것이다.

여기에서 노인요양보험이란 노령으로 인하여 거동이 불편하여 타인의 도움과 보호를 필요로 하는 노인을 사회적으로 보호하기 위해서 가정봉사원서비스, 주간보호, 단기보호, 방문간호, 방문재활, 주택개수, 시설요양보호 등의 비용을 사회보험방식으로 조달하기 위한 제도인 것이다.

일본의 경우만 보더라도 노인인구의 급속한 팽창에 따른 노인의료비의 급증으로 재정적 부담이 가중되고 건강보험 재정이 만성적으로 악화되면서 이러한 문제를 해결하기 위해 개호보험의 신설을 심각하게 고려하게 되었으며, 2002년 12월 현재 일본 고령자 3천만여명이 케어서비스를 제공받을 수 있는 개호보험 제도가 2000년 4월부터 개시되고 개호보험에 의해 노인의 재택서비스 또는 시설서비스를 받을 수 있다. 운영재원은 보험료와 세금으로 마련되며 보험료 납부는 제1피보험자(65세 이상인 분) 소득에 따라 5단계로 구분된 연액(1단계구분, 생보자 즉, 주민세 비과세대 20,284엔 기준액×0.5)을 납부하면 되고 제2피보험자(40세부터 64세까지의 분)의 경우 의료보험료에 가산하며 계산은 가입된 의료보험 즉, 급여에 따라 보험료를 납부한다.

개호보험 재원의 특징으로는 이용자의 이용료 부담(기본적으로 1할의 정률 부담, 다만 현 및 시정촌이 각 1/4), 보험료 부담이 1/2이다. 보험료 부담 부분의 경우, 제1호 피보험자(고령자) 전체의 1/3, 제2보험자 전체의 2/3가 된다.

독일수발보험제도(1994년)의 경우, 모든 재원을 피보험자에게 보험료로 부담시키고 있다. 일본의 경우 사회보험이면서도 재원의 반은 조세재원에 의한 국가와 지방공공단체의 공비부담에 의존하고 있다. 이것이 일본의 사회보험제도가 보험료 부담 경감과 국가 공적책임의 관점에서 이미 공비부담률이 높은 것으로 개호보험제도도 그 예 중에 하나가 된다.

고령화시대에서 고령시대로 접어드는 2019년경에는 고령의 노인케어 대상자가 증가할 것이며 장애정도도 심화될 것이 당연시되고 있다. 일반적으로 장애의 정도가 심할 때 시설보호의 비용이 재가보호보다 저렴하다 그러므로 시설보호를 적극 검토하며 비용이 절감될 수 있을 경우에는 시설보호를 유도하는 것이 효율성을 가지고 올 것이다. 일본의 경우 개호보험법 실시이후 시설에 입소 비용이 15% 상승하였다고 한다. 다만 노인케어정책 도입이전에 충분한 검토와 작업을 통하여 재정적으로 안정상태에 있는 노인케어정책을 수립하여야 할 것이다.⁷⁸⁾

넷째, 노인케어 정책이 효과적이고 형평성 있는 정책이 되기 위해서는 민간기업들의 참여, 노인케어 서비스가 필요한 모든 국민에게 그 필요성을 충족시켜주는 것 즉 모든 국민이 나이와 경제능력에 관계없이 노인케어보험을 통해 혜택을 볼 수 있도록 한다. 또한 국민 모두에게 공평해야한다. 즉 노인케어 정책은 공평하고 필요한 국민모두에게 제공하는 동시에 귀중한 공공자금을 효율적으로 쓸 수 있도록 한다.⁷⁹⁾

78) 김재일(2002), 「노인장기요양정책의 필요성 여부 및 자격요건을 바탕으로 한 역량분석」, 한국 사회정책연구원, 사회총론 제14집 1권, p.385

노인케어복지재원조달 방안으로 제시한 노인케어보험 비용문제 해결에 고심하고 있다. 따라서 장기요양 비용문제는 앞으로 노인문제의 가장 핵심적인 문제의 하나가 될 것임이 분명하다. 앞에서 언급한 바 있지만 노령기 후반기는 의존적 생활이 불가피한 시기로 보편화되고 있으므로 인생의 정상적인 생활주가의 일부로 생각하여 이 시기에 닥쳐올 노인케어보호를 위한 재정적 위험을 국민이 같이 분산하여 부담하는 국가적 체제인 사회보험체제 아니면 국가의 조세로 일부 또는 전부를 부담하는 방향으로 나가야 할 것이다.

한편 가족수발자의 신체적 및 정신적 건강보호와 심리적·정서적면의 갈등과 스트레스 문제를 해결하고 노인을 보다 효율적이고 체계적으로 잘 케어할 수 있도록 하는 것은 대단히 중요한 것이다. 일부 국가에서는 가족 케어자의 케어업무에 대한 재정적 보상으로 세제감면 혜택을 주거나 수당이나 수고료를 지불해주는 경우를 우리도 함께 고려해 보아야 할 것이다.

제 4 절 노인케어복지의 효율적 전달체계

노인복지 전달체계의 문제점으로는 첫째, 행정조직과 전달체계의 문제로 우리나라 노인복지 행정은 중앙정부의 경우 보건복지부 산하 사회복지 정책실 아래 노인복지정책과 및 노인보건과가 있다. 이러한 조직형성은 그나마 1990년에 노인보건과가, 그리고 DJ정부에서 노인복지정책과가 신설되었다. 서울특별시의 경우 보건복지국내 노인복지과내 노인행정팀, 노인복지팀, 노인시설팀이 있으며, 경기도의 경우 여성정책국내 가정복지과내 노인복지담당이 있다. 그러나 중앙정부 보건복지부의 노인행정 담당부서와 노인복지행정을 담당하는 지방행정 전달체계는 보건복지부 산하에 전달체계를 두지 못하고, 행정자치부산하 시·도의 가정복지국 또는 보건국 산하 시·군·구의 가정복지과와 사회복지과(사회과)

79) 김재일(2001), 「인구유형변화에 따른 노인장기요양문제와 정책형성의 기본적방향」, 한국사회정책연구원, 사회총론 제13집 2권, p.7

그리고 읍·면·동의 사회담당요원이 노인복지행정 업무를 담당하고 있다. 이 때문에 1995년부터는 보건복지부 산하의 보건복지 사무소를 만들어 사회복지 업무를 전담하는 조직으로 발전시키려는 연구들이 있었다.

정부(보건복지부)의 노인복지사업지침이 일관성 없이 매년 바뀌고 그 내용의 구체성 결여, 또한 전문가와 노인의 참여 없는 임의성에 잘 드러난다. 장기계획이 결여되어 있는 이유 중 가장 큰 것은 정부 내 노인관련 부서가 양적으로 취약하기 때문이다. 현재 사무관급 이상 4~5명의 보건복지부 노인복지정책과나 노인보건과로는 일국의 노인복지행정 계획 업무를 담당하기에 역부족이다.

정부의 노인복지 행정조직 및 전달체계가 일본과 미국에 비해 상대적으로 미약한 중앙(보건복지부)과 지방자치단체와의 담당부서가 행정자치부 소속으로 되어있는 등 행정의 출발부터가 문제점을 안고 있다.

둘째, 노인복지상담소의 부재를 들 수 있는데 우리나라 노인복지법 제128조(상담, 입소 등의 조치) 규정은 있으나 상담소 설치규정이 없으며 제29조(치매관리사업) 규정은 있으나 운영재원 및 시설과 인력 등의 부재로 달성화되지 못하고 규정만 되어있다.

서구 복지선진국의 경우 지역사회에서 발생하는 문제노인은 모두 노인복지상담소에서 상담, 감별하여 가정에 귀가시키고 재가복지시설이나 노인요양원, 양로원에 입소시켜거나 혹은 보건 의료기관에 의뢰·조치한다. 이러한 노인상담소에서는 관내·외 노인복지관련 정보를 가지게 되고 이를 통해 보편적이고 효율적인 서비스를 제공하며 그 형평성과 효율성을 제고하고 있다.

그러나 우리나라는 위와 같은 역할을 하는 상담·감별 기구인 노인복지상담소가 존재하지 않아 케어 대상 노인을 위한 서비스의 효과성이 떨어지며, 전달체계상 낮은 효율성을 유발하고 있어 하루 속히 이러한 전달체계의 구축하고 이를 통해 케어복지인력의 팀웍을 살려나가야 할 것이다.

셋째, 전달체계의 분산문제로 아래의 <표5-2>과 같이 우리나라 재가노인복지사업은 중앙정부 및 지방자치단체의 다양한 부서에서 관장되고 있기 때문에 행정업무의 중복과 비효율성을 낳고 있다. 특히 보건과 복지의 통합된 서비스가 어려울 뿐만 아니라 현재 상호 정보교환이 이루어지지 않고 있어 클라이언트는 2중·3중의 시간낭비를 하게 되고 그에 대한 자원 또한 낭비되고 있다.

〈표 5-2〉 케어서비스 담당 행정기관

구분	보건복지국			시·군·구					
	생활보건과	복지지원과	노인복지과	노인복지과	가정복지과	사회과 사회복지과	보건소	보건사회국	동사무소
가정봉사원 파견사업			○	○	○	○			
재가복지 봉사센터		○		○		○		○	
가정방문 간호사업	○			○	○		○		
서울시가정 도우미사업				○	○	○			○
케 어 복지사업									

본 연구에서는 앞절에서 제기한 노인복지행정 및 케어복지 전달체계에 관한 효율적 전달체계 개선안을 아래와 같이 제시하고자 한다.

첫째, 중앙부처 부서업무 행정통일부터 개선해야한다. 노인복지 행정의 전달체계는 서비스 전달의 공평성과 접근성, 용이성 그리고 내용의 적합성과 지속성 및 포괄성 등이 구현되도록 조직되어야 한다고 전달체계의 원칙을 제시하고 있으나 노인복지 행정 중앙부처인 보건복지부, 사회복지정책실 산하의 자활지원과에서는 자활후견사업을 통한 복지간병인 제도를 구축하고 있으며 노인보건과에서는 치매관리사업과 재가노인복지서비스 개발 및 지원사업을 통한 가정봉사과 견사업을 주관하고 있다. 같은 청사 안에 같은 조직 내에서 유사한 케어복지서

비스 종사자관리를 명칭만 다른 중복업무의 일을 하고 있다. 그러므로 현존의 보건복지부와 노인복지정책과의 요케어대상노인을 위한 전문인력제도에 적극적인 개입이 요구된다.

둘째, 2019년 고령사회 대책을 위한 보건복지부 내 노인보건과 노인복지정책에서 노인복지국으로 승격하는 조직강화를 개선안으로 제안해 본다. 2010년까지는 선진 OECD국가와 같이 노인복지청으로 승격 및 개편되어야 한다. 현재 일본의 경우 노인복지국, 미국의 경우는 노인복지청(Administration on Aging)이 노인복지를 담당하고 있다. 우리나라도 노인복지에 관한 행정중심기관(예: 노인보건국)을 신설해서 보건복지부와 노동부 등에 산재한 각 부서를 통합하여 총무과, 복지과, 시설과, 보건과 등으로 구분하여 요양보험제도 또한 신설되도록 한다.

노인보건국 업무는 노인복지 증진에 관련된 업무를 총괄하고 노인보건 향상과 보험에 관한 것을 개발하고 개선, 조정하며 노인케어서비스에 대한 전문인력 양성 프로그램 정책 연구·개발 및 서비스 확대와 이용촉진에 관한 것, 노인보건복지에 필요한 시설정비에 관한 것들이 있다. 정부 노인복지 행정조직의 확대 즉 노인복지청 노인복지국 신설 또는 확장을 통한 고령사회를 맞는 행정기구들을 먼저 개선하고 중앙과 지방자치단체와의 노인행정체제로 개선하여야 하겠다.

셋째, 보건복지부 노인복지국 또는 노인보건과 요원으로 케어복지사가 배치되어야 한다. 케어서비스 대상노인의 대책으로 시범 보건복지사무소를 재개하고 지방단체의 노인케어와 관련된 요원의 서비스가 추가되어야 한다. 현재는 국민 기초생활 수급여부 판정에도 1명의 전문사회복지요원 평균 170여명 이상의 수급자를 상대함으로 업무에 여력이 없다. 사회복지사와 함께 케어복지요원을 공적서비스 요원으로 채용되어 보건복지부 산하조직에 보건의료와 함께 케어복지서비스가 주어져야 한다.

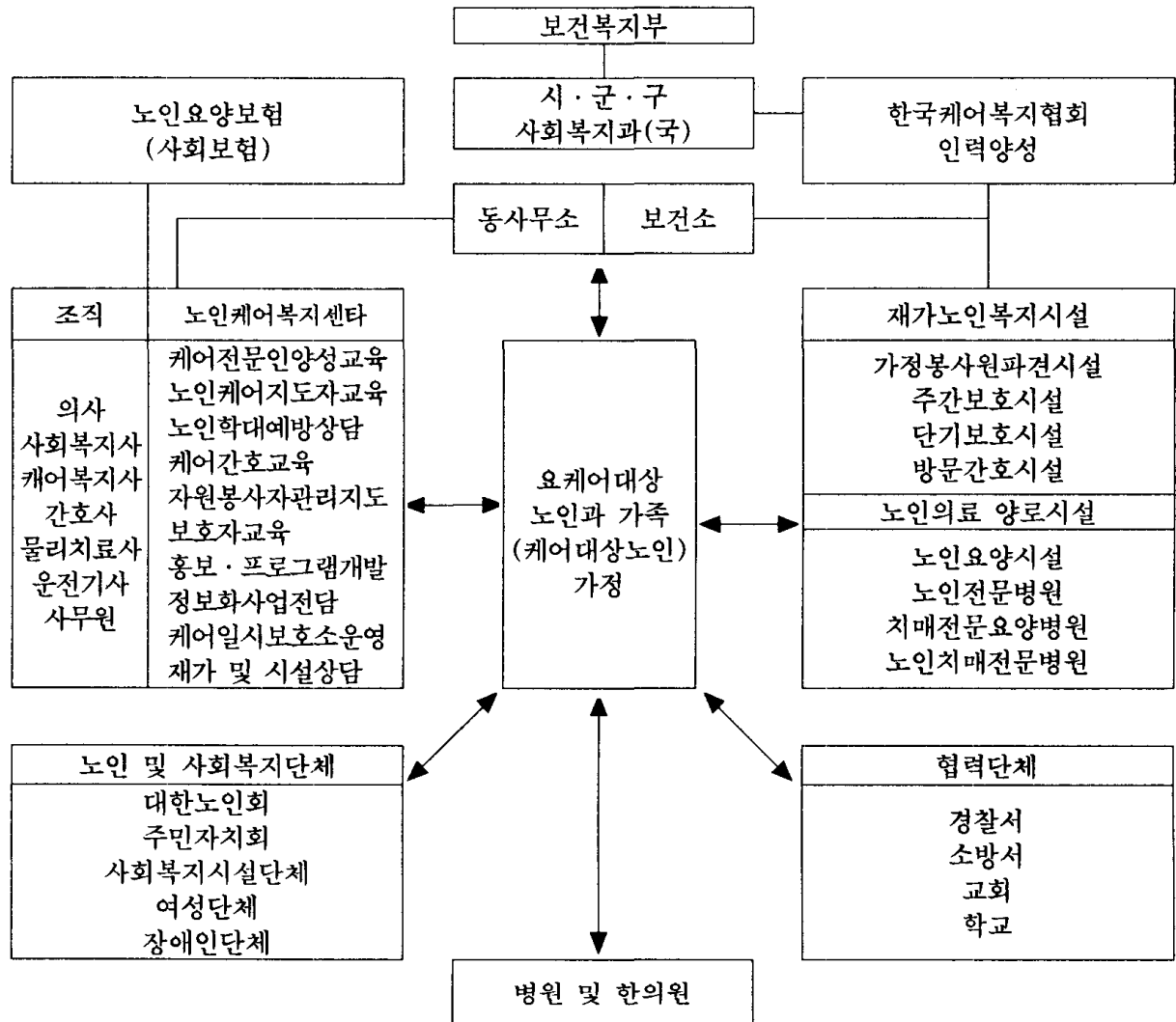
넷째, 지방자치단체 20만 인구에 1개소의 노인케어서비스 센타가 설치되어야 할 것이다. 지역의 재가 및 시설노인 모두를 위한 케어서비스 센타가 별도로 설치되고 노인복지관 또는 보건소나 동사무소 등에 위탁설치될 수도 있도록 하며 팀요원으로는 의사와 함께 사회복지사, 간호사, 케어복지사, 물리치료사 등으로 구성 조직되어 재가노인을 위한 24시간 서비스가 제공되도록 케어서비스 센타가 구마다 설치 운영되어야 한다. 이곳의 업무는 홍보 및 케어서비스 지원과 상담과 함께 보호자 교육도 실시한다.

다섯째, <그림 5-1>과 같이 지방자치단체마다 노인케어복지센타가 설치되고 노인일시 보호센타가 신설되어 1일 또는 2일간 일시보호할 수 있는 지역사회노인일시(24시간) 보호소가 법적으로 제도화되어 실비 또는 무료와 유료로 구분되어 가족의 일상생활유지에 기여되고 노인학대예방센타 역할체계가 함께 구축되어야 한다. 센타설치로 모든 케어대상노인의 정보체계가 구축되어야 한다.

여섯째, 노인케어 시설에 민간 자원유치로 규모를 확대시켜야 한다. 시설노인과 재가노인을 케어필요에 따라 서비스를 제공할 수 있는 팀원(조직)이 지역사회에 배치되어 시설 및 재가노인이 안심하고 생활할 수 있는 서비스 전달체계가 확립되어야 한다. 이를 위해서는 민간자원을 유치시켜 세금혜택과 시설 건립시 저리융자 등 경제적 지원책이 함께 이루어지도록 추진되어야 하겠다.

일곱째, 노인케어 전산망을 구축하여 체계적인 행정편의 제공을 할 수 있도록 해야한다. 현재 활동하고 있는 케어종사자 4개 분야가 교육, 기간, 교육내용 기타 대인서비스 체계를 전산화, 통합화하여 교육, 홍보, 대인서비스 전달체계가 단일화, 효율화하여 질 좋은 케어종사자로 거듭나야할 것이다. 또한 이들에 대한 행정지도와 프로그램 평가 주체기관도 함께 모색되어야 한다.

〈그림 5-1〉 노인케어복지 전달체계



본 연구의 사회조사에 의하면 케어노인을 위한 케어서비스 구성팀 요원으로는 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 케어복지사 순으로 생활보조원, 가정봉사원, 간병인 보다는 케어복지사를 구성요원으로 선호하였으며, 케어서비스 전문기관으로는 노인복지관 25%, 케어서비스센터 22.2%, 케어복지사협회 13%의 순이었다. 한편 사회복지 시설에서 사회복지사를 제외한 케어인력으로 52.4%,를 생활보조원이 담당하고 22.6%는 간호사로 응답하고 있어 노인복지관의 전문케어 인력 배치, 간호사 체계구축이 시급함을 보여주고 있다.

한편 보호자 의견조사에서 케어서비스 제공처 선호도에서 노인복지시설 및 단체가 62.1%로 가장 선호하고 있으며 케어서비스 대상노인의 노인시설입소 희망보호자 의견이 53.2%, 지역사회보호이용이 25%로 응답자의 44.5%가 노인부양기간이 5년 이상인 것을 감안할 때 가정내 부양부담이 크다는 것을 단적으로 나타내주고 있다.

일곱째, 민간자격자의 상담소 설치와 일시보호소 운영의 활성화가 필요하다. 상담소와 일시보호소를 민간인의 참여로 건립할 수 있도록 관계규정이 재정비되어야 하며, 인정 자격소지자가 순수 민간 자원으로 운영할 수도 있도록 제도가 마련되어 유료 또는 설비와 무료상담 및 일시보호소가 활성화되도록 개방되어한다.

여덟째, 케어서비스 기관 행정체계의 일원화가 절실히 요구된다. 가정봉사원, 간병인, 케어복지사, 가정방문간호사업, 주간보호, 단기보호사업체의 행정체계가 일원화되어 상호교류 협력하여 중복서비스 방지와 경제낭비를 최소화하고 정보교류를 통한 합리적 운영체계를 구축한다.

아홉째, 케어서비스의 표준모형을 개발하고 보급해야 한다. 서비스 프로그램 케어복지사, 간호사, 물리치료사, 의사, 사회복지사 등의 업무 및 역할 등의 표준모형이 개발 및 제공되어 차별성 없는 서비스가 주어지도록 협력하여야 한다.

열째, 보건과 복지의 통합화가 이루어져야 한다. 치매관리 사업소가 현행 노인복지법에 보건소에서 상담 등 역할을 할 수 있도록 되어 있으나 활성화되고 있지 못하다. 하루속히 보건소와 사회복지시설 그리고 구청 및 지역사회 각종 사회복지단체와 연계되어 케어대상 가족에게 보건복지가 함께 서비스 되도록 관계 개선되어야 하겠다. 최근 제16대 대통령으로 당선된 노무현 당선자의 노령화 사회대비 정책안 중 노령화 사회의 노인복지 수요에 적극 대응하기 위하여

노인복지행정을 강화하겠다는 약속과 함께 노인보건법을 제정하여 노인전문병원, 요양치료 시설을 대폭 확충하고 방문간병서비스를 대폭 확대하여 가족의 부담을 줄일 계획임을 공약으로 하였다. 이에 따른 공약의 실천은 노인복지관련 학자와 실무자들 그리고 정부요원 등 3인의 참여가 있어야 할 것이다.

제 5 절 노인케어복지의 정책적 함의

지금까지 본 연구에서 조사된 선행연구와 외국의 케어복지정책 그리고 제4장 제3절에서 실시한 종사자 및 보호자 사회조사 결과를 중심으로 노인케어복지 실태의 일반적 문제점과 개선점 등 정책적 함의를 도출하고자 한다.

첫째, 선행연구고찰에서 노인케어복지제도화에 관한 선행연구자들은 현재 사회복지학과 또는 케어복지학을 지도하고있는 교수와 보건복지부에 「노인장기요양 보호정책 기획단」 및 국무총리실의 「노인보건복지 대책위원회」 위원들 중 노인케어복지 및 노인케어대책에 관심있는 일부 교수들에 의해 연구되고 있으며 교수들의 경우 케어복지 또는 노인케어 대책 중심의 연구이며 한국보건사회연구원 위원과 노인보건복지대책위원 및 노인보건복지대책위원의 경우 간병복지 인력의 제도화로 명칭과 내용에서 차이점을 보이고 있음을 알 수 있다.

본 연구자의 견해로 케어대상노인 모두를 대상으로 보편적 서비스 원칙에 입각한 대상의 구분과 제한을 두지 않은 케어복지 전문인력이 양성되고 제도화되어야 한다고 사료되어 간병인력 만을 위한 케어전문인력에는 서비스의 한계가 있고 대상의 차별성이 있다고 사료되어 먼저 모든 케어대상을 수용할 수 있는 케어전문인력의 양성으로 제도화 전문화가 이루어져야 한다고 개선방향을 제시한다.

또한 우리나라에서의 케어복지 인력은 일본이나 독일 등 선진 OECD국가의 케어전문인력 교육훈련 내용과의 차별성을 두고 출발해야 한다. 그 차별성과

특징으로는 우리나라의 경우 우리나라 노인의 건강증진 및 예방에 초점과 기반을 둔 케어복지사 양성을 주장한다. 즉 ‘의료·간호·보건’을 먼저 교육훈련 받고 의료인으로 또는 간호인으로서의 기반을 쌓은 후 사회복지의 윤리와 철학을 포함한 이론과 실천의 케어복지 기술을 습득한 케어복지사로 새롭게 생성되어야 한다는 것이다. 우리나라의 의료보장수준은 세계보건기구(WHO)의 발표에 따르면 50위권에 머물고 있다. 특히 사회보장제도라는 이름이 무색할 정도로 환자의 본인부담이 높고 응급의료수준도 열악하여 이에 대한 개혁의 목소리가 높다. 의료서비스의 질을 높이고 의료비 증가는 억제하며 재정부담을 형평하게 해야 한다는 것이다. 노인케어복지가 위와 같은 의료서비스와 재정부담 실태를 감안한 보충적 역할을 담당해야 하는 것 또한 국익에 기여하는 것으로 케어복지사의 보건서비스는 중요하다고 강조한다.

선행연구에서 제도의 필요성을 교육훈련의 전문성을 그리고 재원확보와 서비스 행정 및 전달체계의 개선을 모두 제안하고 있다. 본 연구자도 동의하며 제도와 전문화를 실천하기 위해서 케어관련 일부 교수와 노인복지 관련 연구위원들과 함께 입법자 계층, 시의원, 국회의원 등의 참여와 인식개선이 있도록 케어복지정책 필요성을 홍보, 개진하고 보건복지부 노인보건 및 노인복지정책과가 확대 증설되어야 하며 노인단체가 노령연금 등과 함께 노인케어복지 필요성에 마인드를 갖고 대정부 정책활동에 임할 수 있도록 노인단체의 적극적인 참여의 길을 모색하여야 할 것이다.

둘째, 외국의 노인케어복지 정책이 우리에게 주는 시사점에 관하여 일본의 경우 1997년도에 개호보험법을 제정하고 2000년 4월부터 개호보험법에 의해 이용자 스스로가 이용할 케어서비스를 선택하고 있어 시설이용선호도가 15% 증가하는 대신 거택케어 이용자는 -5% 줄어들었다는 평가로 이용자 선택의 자유가 보장된 민간사업자나 비영리조직 등 다양한 공급주체의 참여를 가능케 하여 서비스의 질 향상과 비용의 효율화를 도모하고 있다. 한편 케어서비스 전문

인력은 2년제 이상의 전문대학 과정의 개호복지사와 홈헬퍼(방문 개호원)양성 등 두가지로 구분하여 전문케어인력을 양성하고 있다.

독일의 경우 1950년대 교회를 중심으로 이루어져 왔던 자원봉사 활동이 줄어들게 되어 1958년도 전문지식을 갖춘 간병직 종사자가 필요하게 되어 공공 복지 단체에 의한 노인간병에 관한 교육이 이루어지게 되어 현재의 노인간병사로 이어지고 있다. 노인간병사와 함께 가정간병사도 있는데 교육기간은 3년으로 1년간 실습기간으로 되어 있고, 독일은 12개월간의 병역의무제도가 있는데 병역의무 대신 15개월간 교육 및 복지시설에 근무하거나 6개월~1년간 사회복지분야에서 근무할 수도 있는 제도가 있는 등 우리나라에서도 참고할 만한 공익 근무제도의 간병사 역할 등을 개발할 필요가 있으며, 실업고등학교에서의 케어 복지사 교육훈련도 적극 검토해야 할 것으로 제안하는 바이다.

미국의 경우 간호관련 인력으로 정규간호사(RN: Registered Nurse), 실무간호사(LPN: Licensed Practical Nursing), 간호보조원(Nursing Assistant Nursing) 등으로 분류된다. 정규간호사는 3-5년(드물게 2년)학제의 대학교육과정을 이수하고 면허시험을 통과, 실무간호사는 고등학교 졸업자로서 1년과정(이론 및 임상교육)의 실무간호 교육후 면허시험 합격후 자격취득으로 교육기간은 우리나라 간호조무사와 같으나 교육기관이 주정부에서 승인한 기술학교나 대학에서 제공하는 질평가 없이 허가하는 우리나라의 사설간호조무사와는 근본적으로 많은 차이가 있다. 한편 고등학교, 직업기술센터, 지역대학 및 간호대학 등에서 4개월(75시간) 이수 후 주정부에 등록된 후 간호보조원으로 활동하는데 환자의 일상생활을 도와주는 도우미 역할 즉 간병역할을 하고 있으며 많은 수가 요양원에서 활동하고 있다. 이상과 같이 과정을 달리 양성하여 효율적으로 활용하고 있는 것으로 나타났다.

한편 미국에서는 간병과 관련한 전문직종의 명칭이 주마다 다르기 때문에 4종류의 간병전문인력이 활동하고 있다. 가정보건보조원으로 알래스카주에서 통

청되고 교육기간은 정원정리, 창문청소 그리고 이외에도 Companion이라는 음식조리 지원과 환자의 말상대로 마음을 편안하게 해주는 역할을 하기도 한다. 이와 같은 선진국의 사례를 분석한 우리의 케어복지제도가 필요하다.

셋째, 노인복지시설 종사자 및 케어대상가족에 관한 사회조사 결과 노인복지시설종사자의 대부분이 30세 미만 종사자로 젊은 세대들이 노인복지종사자로 근무하고 있어 노인복지시설종사자가 육체적 노동을 겸한 정신적 업무역할자로 서비스 이용대상을 위해서 바람직한 면이 있다고 사료되나 노동의 대가인 보수는 교사와 간호사에 못미치는 것이 문제점으로 오랜 기간 지적되는 사항이라 할 수 있다. 그러므로 케어복지 종사자의 처우개선이 제도화에 즈음하여 개선되어야 한다. 또한 본 연구에서 실시한 종사자 및 보호자의 케어복지제도에 관한 사회조사 주요내용을 정리하면 아래와 같다.

① 케어서비스 전문인력의 필요성에 관한 종사자 의식조사 결과 케어서비스에 필요로하는 인력이 간호사, 사회복지사, 케어복지사 순임을 알 수 있었고 케어서비스 센터 또는 케어서비스 체계 구축의 필요성을 재확인 할 수 있었다. 다음으로 케어서비스 주관부서에 관한 종사자의 의견은 정부가 주체가 되고 케어복지 관련 단체가 주관기관으로 행정 및 전달체계 구조를 희망하고 있음을 알 수 있었고 케어전문인력제도 급수는 케어복지사 1급과 2급으로 양분하는 것을 가장 선호하였다.

② 케어복지전문성에 관한 종사자 업무분석을 살펴본 결과 시설종사자 대부분이 행정업무를 1순위로 표했고, 케어서비스에 관한 업무는 본인업무가 아니라는 점에서 등한시하고 있다고 응답한 것은 케어에 관한 전문교육을 받지 않아서가 8.1%로 현재까지 우리나라의 경우 사회복지사 교육과정에서 케어이론과 기술에 관한 과목이 교과목으로 배정되어 있지 않은 사유가 원인이기도 하다.

③ 케어전문인력 명칭선호도조사에서 케어복지사 1순위 요양복지사가 2순위, 3순위로는 생활복지사 였으며 건강복지사, 보건복지사 등을 제시하지 못한 것이

아쉬우나 현존의 케어복지사를 선호하고 있는 것을 알 수 있었으며 케어비용부담에 있어서 국가와 본인부담 비율선호도는 정부가 80%: 개인 20%가 1순로 재정적 부담을 정부의 책임으로 욕구가 있음을 알 수 있었다. 이는 앞으로 실시해야될 요양보험에 대한 국민의 비용부담비율에 참고해야 하는 사항으로 사료된다. 요양보험에 대한 필요성은 대부분 긍정적으로 대답해 요양보험제도를 필요로 하고 있음을 알 수 있었으며 케어복지 제도화에 관한 종사자의 전달지도 영향력에서 케어복지사, 물리치료사, 사회복지사 순으로 대통령이나 정당대표의 영향력을 기대하고 있었다. 대학협의회나 교수들에 대한 기대보다는 보건복지부의 영향력을 기대하는 것은 현실이면서 권위주의적 사고가 종사자간에 행정부를 우위로 보게 하는 것 또한 현실임을 알 수 있었다.

④ 보호자의 일반적 사항으로 우리나라에서 대부분의 케어담당자가 며느리로 나타났으며 노인의 대부분이 퇴행성 만성질환을 앓고 있으며 보호자의 50.0%가 시설에 입소시켜 수발할 수 있기를 바라고 있음을 나타냈다. 수발시 어려움에 관해서는 화가 나거나 짜증날 때가 3.57%, 3.54%로 가장 많았고 불안하고 벗어나고 싶다가 2순위로 노인수발에 정신적 부담과 스트레스가 가족의 부담으로 접하고 있음을 알 수 있었다. 기타 심리적 부담과 함께 수발비용의 부담 및 비용부담의 증가가 또 하나의 어려움으로 나타났다. 케어서비스의 이용경험으로 60% 이상이 이용경험이 있으며 대부분이 간병인 및 가정봉사원으로 이들의 연결통로는 병원인 것으로 나타났다. 이는 병원이 손쉽게 구할 수 있는 장점이 있다고 사료되며 케어복지사는 아직 사회적으로 알려지지 않았고 이용통로가 없다는 문제점도 있다.

⑤ 케어서비스 전달체계에 관한 욕구조사에서 보호자가 가장 선호하는 시설이 노인복지시설이나 단체, 의료시설, 신설 노인복지센터 순으로 나타났으며 보건소나 동사무소가 하위순으로 나타났는데 이는 보건소와 동사무소에 대한 보호자들의 인식부족으로 보건소의 대인서비스 증대에 대한 역할보완이 요구됨으로 사료

되며 노인수발의 시설과 지역케어센터 중 시설에 입소를 선호하였다. 전문인력 양성과정으로는 전문대학 2년제 이상을 가장 선호하고 양성학교, 대학 4년제 순으로 전문대학 정도의 수준을 선호함을 나타냈고 보호자 수발교육에 관한 욕구 조사 결과 아직은 절실히 필요로 하고 하지 않음을 나타냈다. 수발교육의 경험은 70% 이상이 무응답으로 교육받은 적이 없으며 11.3%가 6시간 이상 교육받은 적이 있다고 응답했다.

⑥ 노인케어의 경제적 부담책임은 전적으로 국가의 책임이나 가족의 책임보다는 정부와 사회보험이 책임져야 한다는 순으로 국가와 가족이 함께 책임져야 함을 인식하고 있으며 시설서비스 이용시 부담비용에 관한 조사에서 1개월 입소비용을 평균 30만원선을 이용부담금액 적정선으로 보호비용을 비원하고 있음을 알 수 있는 한편 현재 노인수발에 필요한 월평균 비용은 40만원 미만이 사용되고 있음을 알 수 있었다.

⑦ 제16대 대통령으로 당선된 노무현 당선자는 대선공약 여성복지 부문에서 치매노인 가족간병제도를 도입하여 시도별로 치매관리 센터를 설치하겠다고 정책을 내놓았다. 본 연구에서의 견해로 치매관리센터로 제한하기보다는 모든 장애 및 질환노인을 대상으로 한 노인케어복지 센터로 설치하는 것을 제안한다.

이상과 같이 선행연구 고찰과 주요 선진국의 케어복지 정책 그리고 노인시설 종사자의 의견조사와 보호자 욕구 조사 등의 결과를 통해 앞으로도 계속 필요한 연구조사가 이루어져 한국의 노인케어복지 발전을 위한 자료가 계속 보완되고 정리되어 우리나라 노인케어복지제도가 합리적으로 이루어지는데 기여되기를 바라며 새롭게 생성되는 우리나라 노인케어복지제도는 보건의료를 중시하는 교육 훈련 실습 등을 기초로 하여 사회복지 및 케어복지 이론과 기술이 함양되는 보건복지서비스 인력으로 양성되기를 기대하며 명칭통일과 자격구분에 따른 역할 정립 그리고 이용자의 처우개선과 함께 케어복지 전문인력의 처우가 함께 개선될 수 있도록 종합적인 검토가 이루어져야 할 것이다. 그리고 현존의 케어서비

스 종사자간에 제도화를 위한 합의를 통해 케어복지 종사자간에 직업윤리가 확립되어져야 할 것이다.

또한 노인케어복지의 발전을 위하여 첫째, 입법자들의 관심과 의식이 선행되어야 하겠으며 종사자 연수 등 재교육과 함께 새로운 케어이론 기술이 발전할 수 있도록 정부의 지원과 사회적 인식이 새롭게 정립되기를 기대한다. 한편 가칭 한국케어복지연구소와 한국노인케어복지회 등 이론과 실무기술 발전을 위한 연구와 사업이 많은 노인복지인들의 참여로 확장되어지기를 기대한다.

최근 2002년 5월 14일 독일 연방가정 노인-여성-청소년부서 장관은 성명서에서 “노인수발은 미래의 직업이다. 그러므로 연방차원의 통합된 노인수발직업 교육법이 시행되어야 한다”라고 천명하고 통일법안 시행을 당연시한 공동 결의문을 채택하였다. 우리나라에서도 16대 새정부를 맞이하여 보건복지부와 함께 여성부, 교육부, 노동부 등이 합심하여 고령화시대에 노인케어에 필요한 전문인력 양성을 위한 각 부가 합의된 공동결의 의식이 심어져 노인케어복지 대책이 실현되기를 기대한다.

제 6 장 결 론

우리나라는 2002년 현재 65세 이상 노인인구가 전체인구 4천7백60만대 노인인구 377만명으로 노인비율 7.9%로 2019년에는 노인인구 비율이 14.4%에 도달하며 고령사회(Aging Society)에 진입될 전망으로 현재 생산연령 인구 10명이 노인 1명을 부양해서 앞으로 17년 후에는 5명의 생산연령인구가 1명의 노인부양부담을 책임져야 하는 부담과 함께 평균수명 연장으로 고령인구 증가는 케어대상노인의 증가로 이어져 가족과 사회의 정서적, 육체적, 경제적 부담증가는 사회적 문제로 정부의 대책을 요구하고 있다.

고령화에 따른 노인의 노화는 인간이면 누구나 노후에 접해야 하는 질환으로서 65세 이상 노인중 관절염, 요통, 고혈압, 당뇨등 한가지 이상의 만성질환을 지니고 있는 노인이 86.7%이며 전체 노인중 56.6%가 독립생활가능노인이나 43.4%에 해당하는 노인이 독립생활 불편노인이며 이들 중 3.5%의 노인은 일상생활 동작을 타인의 도움없이는 곤란한 노인들이다. 한편 전체노인 인구에서 치매유병율은 65세 이상 노인인구의 약 8.3%에 달하며 연령이 증가할수록 치매유병율이 높아지는데 70-79세는 13.6%이며, 80세 이상은 25.7%로 치매유병율이 증가하고 있다.

한편 케어대상 노인을 지금까지도 가정안에서 주케어자는 여성 즉 며느리의 역할이 컸었다. 그러나 여성의 사회참여로 여성이 담당하던 노인부양 역할이 축소되고 더욱 노인케어의 문제를 가중시키는 것은 산업화, 도시화, 가족취업구조의 변화, 핵가족화 등이 노인케어수발을 가정에서 사회로 국가로 이전시키는 직접, 간접요인으로 등장하게 되었다.

이와같이 고령화에 따른 케어대상 노인의 증가와 사회적 케어대책 필요성에 모든 OECD국가들은 노인케어 대책을 추진하고 있으며 우리나라 정부도 2000

년 2월 고령화 사회진입에 따른 「노인장기요양보호정책 기획단」을 보건복지부가 주최가 되어 설치한바 있으며 이 기획단은 신체적, 정신적 기능의 장애로 일상적인 활동동작을 스스로 수행하지 못하여 타인에 간병수발을 받아야 살아갈 수 있는 노인을 대상으로 한 노인케어대책을 수립하기 위하여 구성되어 간병전문인력 제도화를 구상하고 있다.

또한 2001년 9월에는 국무총리실에 「노인보건복지대책위원회」를 설치하였으며 이 위원회는 고령화 사회의 돌입을 계기로 우리나라가 준비해야할 「노인보건복지 종합대책」을 수립하기 위하여 설치된 기구로써 최근 7월 15일 총리실이 “노인보건복지대책위원회”가 작성된 「노인보건복지종합대책」을 2002년 9월 18일 국회 헌정기념관에서 토론회를 가진바 있다. 이러한 양정부 기구에서 작성 발표한 보고서를 보면 향후 실행되어야할 노인보건복지 대책중 노인케어복지 전문인력에 관한 제도화 방안이 포함되어 있다는 점이다.

케어전문인력의 제도화 필요성의 설명으로는 노부모에 대한 간병수발 서비스는 과거에는 자녀의 몫이던 것이었으나 자녀와 동거하지 않는 노인(독거노인 및 노부부가구)이 늘어나고 있고 동거자녀가 있다 하더라도 맞벌이 등 사회활동의 참여로 간병할 수 없는 실정이어서 간병수발을 가족이외의 타인에게 맡길 수 밖에 없기 때문이다.

따라서 본 연구는 이러한 사회적 케어인력의 필요성과 정부의 노인케어대책 추진에 힘입어 한국의 노인케어복지정책 방안을 연구 논제로 설정하였다. 연구의 대상과 범위로써는 현재 활동중인 우리나라 케어서비스 종사자인 가정봉사원, 간병인, 간호조무사, 케어복지사들을 대상으로 한 제도적 합법성과 교육훈련 등 전문성에 대한실태분석과 케어복지 서비스가 원만하게 유지 발전하고 케어서비스가 보편적 서비스로 모든 필요한 국민에게 보급되기 위한 필요한 자원과 서비스의 효과적 수행을 위한 행정 및 전달체계 등 4개부문에 관해 집중연구하였으며 선진 OECD국가들의 케어복지정책과 케어복지실천에 대한 선행연구를 검토

하는 한편 케어복지이론 배경등 문헌연구와 함께 노인케어종사자와 케어대상노인 보호자에 대한 사회조사 방법을 통해 전문가의 의견과 보호자 욕구실태조사를 실시하였다.

연구기간은 2002년 6월부터 12월까지 6개월간 실증적 조사대상은 서울지역 노인종합복지관, 노인요양 양로시설 및 노인주간보호 및 단기보호시설 30개소의 종사자와 위 시설이용대상자의 보호자를 대상으로 하였다. 그 결과 우리나라 노인케어복지제도 구축을 위해서 케어제도의 확립과 전문인력 양성, 보험제도 도입 그리고 체계적인 전달체계 구축이라는 제안을 하게 되었다.

제도확립방안으로는 1970년도 제정된 사회복지 사업법 제5조 사회복지사 자격규정에 케어복지사 자격규정을 추가 삽입하며 노인복지법과 국민기초생활보장법 등에 케어복지전문인력 양성 배치에 관한 개정안을 제출하는 것 그리고 끝으로 케어복지법안을 별도로 제정하는 세가지 안을 제안하기에 이르렀다.

노인케어복지관리직의 전문직화를 위해서는 현행 가정봉사원, 간병인, 간호조무사, 케어복지사의 교육훈련과정과 내용을 전체적으로 개편하여 간호, 의료, 보건행정 50%, 교육훈련 실습과 사회복지, 케어이론 및 기술 50% 비율로 교육훈련되어 노인의 신체적 질환과 장애 등 건강증진을 기할 수 있는 전문적 인력으로 1급의 경우 간호조무사 자격을 필히 취득토록하고 케어복지사 자격을 취득할 수 있도록 간호직무에 비중을 두도록 하였으며 자격구분은 전문직케어복지사 1, 2급과 준전문직 케어보조원 1, 2급으로 개정안을 제안하며 전문직은 일본의 케어복지사 또는 독일의 노인수발사 기준으로 하고자 하며 준전문직의 경우 일본의 홈헬퍼 1,2,3급에 준한 기준으로 보건복지의 통합 전문적 케어인력으로 양성, 제도화 방안을 제안하게 되었다.

효과적인 재원 마련을 위한 케어보험제도 마련을 제안한다. 현재 우리나라 경우 의료 및 케어복지 대상노인 중 국민기초생활보장 대상노인에게 정부의 공적 서비스 비용이 지급되어 무료 또는 실비의 요금으로 케어보호를 보장받고 있

으나 일반가정노인들은 정부의 공적비용 혜택이 전무하고 노인케어 비용대책에 보편적 서비스가 주어지지 못하고 있다. 이와 함께 케어대상 가족에게 지지적 혜택이 사회로부터 배제되어 있어 케어대상 일반가정의 보호자는 정신적 육체적 경제적 부담과 피로가 증가되고 있어 노인학대, 방임 등의 사회적 문제가 발생되고 있다. 이러한 점을 감안하여 2003년부터 노인케어보험을 준비하여 2-3년의 준비기간을 거쳐 최소한 2005년부터는 전국민 노인케어보험제도를 실시하여 고령 사회를 맞는 2019년 전에 최소한 케어보험 혜택을 받을 수 있도록 케어보험 실시와 함께 각종 세제혜택 등 사보험도 함께 모형을 개발 추진할 것을 제안한다.

또한 케어전문인력의 효과적 활동을 기하고 케어대상자 및 가족이 편리하고 합리적 이용을 위한 서비스행정 및 서비스 전달체계 구축을 위한 제안으로 보건복지부 노인보건과 노인복지정책과 기구를 노인복지국 또는 노인복지청으로 확대 개편하여 고령화 사회에 필요한 노인보건종합 실천을 원활히 할 수 있는 행정기반을 구축하는 한편, 노인케어서비스에서 의료, 보건, 복지인력이 함께 연계되는 전달체계 확립이 지방자치단체 20만 인구비율에 따라 1개소씩의 노인케어복지센타를 개설운영하여 지역에서 손쉽게 케어서비스를 이용할 수 있도록 조직이 체계화되어 근본적인 초점은 가정 및 지역에서 거주하면서 노년기에 건강을 유지하고 장애를 예방할 수 있도록 프로그램이 개발, 토착화되고 이와 함께 가족이 함께 정신적 경제적 육체적 부담을 경감시켜 나갈 수 있는 케어전달 시스템을 제안한다.

한편 케어전문인력의 제도화와 함께 전제되어야 할 조건은 케어전문인력의 처우개선이 함께 성립되어 사회복지 전문직으로서 긍지와 자긍심을 갖고 케어복지직을 선호할 수 있는 직업으로 교사, 간호사, 공무원과 같은 수준의 처우개선이 함께 이루어져야 하겠다. 처우개선을 통하여 유능한 케어인력이 타직종으로의 이직을 예방하며 전문성 향상을 위한 지속적인 연구와 발전이 있을 것이다.

본 연구는 우리나라에서 고령화 사회를 맞이하여 처음 연구되는 박사학위 논문으로 사료되며, 본 연구가 계기가 되어 앞으로 많은 후학들에 의해 한국노인 케어복지 전문화 및 제도화가 계속 연구되어 우리나라 케어대상노인을 위한 케어복지 전문화, 제도화가 정착 발전되기를 기대한다.

參 考 文 獻

1. 서적

- 김주희외, 『노인간호학』, 현문사, 1998.
- 김태성 외, 『사회복지 전문직과 교육제도』, 소화출판사, 1988
- 김해동역·C.O. Joens 저 『정책형성론』, 서울 : 법문사, 1977
- 신섭중 외 역 『현대복지학총람 : 일본현대복지학사전』, 서울 : 대학출판사, 1995
- 이종수, 이대회 역·James E. Anderson 저 『정책형성론』, 서울 : 대영문화사, 1985
- 이해영·안향림, 『케어복지론』, 학보사, 1999
- 이해영, 『케어복지론』, 양서원, 2000
- 장인협·우국희 공저, 『케어·케이스 매니지먼트』, 서울대학교 출판부, 2001
- 정길홍, 『사회복지개론』, 홍익재, 1999
- 『노인복지개론』, 훈마음출판사, 2002
- 조휘일 역· Alfred Kadushin 저, 『사회복지실천과 슈퍼비전』, 서울 : 학지사, 2000
- 중춘우 외, 『현대사회복지사전』, 전국사회복지협의회, 1982
- 황진수, 『현대복지행정론』, 대영출판사, 1999

2. 학술지 및 기타 간행물

- 금천노인종합복지관, 「무료간병사업총람」, 2001
- 강용규, 「한국케어복지교육 확립방안」, 한국노인복지학회 춘계학술대회, 2002
- 김근홍, 「독일 노인수발사 제도의 한국적 시사」, 한국노년학, 22권 2호, 2002
- 김동배, 「한국노인복지행정체계의 개선방안」, 전국노인단체 협의회 정책토론회, 2001
- 김미혜, 「미국의 가정봉사원서비스」, 한국재가노인복지협회편, 서울 : 동인, 1999
- 김재일, 「인구유형변화에 따른 노인자아기요양문제와 정책행정의 기본방향」, 한국 사회정책연구원, 사회정책논총 제13집, 2001
- 「노인장기요양정책의 필요성여부 및 자격요건을 바탕으로 한 역량 분석」, 한국사회정책연구원, 사회정책 논총 제14집 제 1권, 2002
- 김태성, 「사회복지 전문직과 교육제도」, 소화출판사, 1998
- 대한노인병학회, 「노인의 일상생활 장애정도의 표준화 및 판정기준 절차마련 연구」, 2001
- 대한적십자사, 「가정보건 1·2부」, 2001
- 박성수, 「노인부양 형태와 부양의식에 대한 연령별 비교연구」, 2000
- 변재관, 「복지간병인사업제도화 방안」, 한국보건사회연구원 공청회자료, 2001-06, 2001
- 선우덕, 「노인의료비 적정화를위한 정책방안」, 보건복지포럼, 1999
- 「노인간병전문인력의 도입 및 양성방안」, 전국노인복지단체협의회, 노인복지정책의 현황과 과제 세미나, 2002
- 서울시재가노인복지협회, 「2001년도 서울시 재가노인복지 세미나자료집」, 2001
- 수원과학대학교, 「교육과정 내부지침」, 2001
- 안향림, 「케어복지연구 창간호」, 한국케어복지협회, 2000

- 원영희, 「미국의 노인복지 행정체계」, 한국노년학회 정책토론회, 전국노인복지단체협의회, 2001
- 유성호, 「미국의 노인복지관련법」, 한국노년학회 정책토론회 21권 2호, 2001
- 이가옥 외, 「노인생활실태 분석 및 정책과제」, 한국보건사회연구원, 1994
- 이가옥, 「장기요양보호노인의 욕구와 가족의 부양부담」, 성공회대학교 제5회 세계 노인의 해 기념 세미나, 1999
- 이근홍, 「한국 노인케어복지의 과제와 전망」, 한국노년학회 춘계학술대회, 2002
- 이미애, 『영국·미국의 고령자 간병정책』, 「각국의 고령자 간병보험제도」, 통권 제11호, 한국노인문제연구소, 1998
- 이상각, 「독일의 간병보험제도」, 한국노인문제연구소, 1998
- 이해영, 「일본의 고령자 개호보장의 신구축」, 노인복지연구, 1998
- 이해영, 「우리나라 케어복지사 제도의 도입방안」, 한국노인복지학회 춘계학술대회, 2002
- 「케어복지사 교육과정 도입에 관한 고찰」, 대학교육협의회 세미나자료, 2000
- 자활후견기관협회 서울지부, 「2002년 서울시 자활사업 민관실무자 워크숍」, 2002
- 차홍봉, 「장애노인 부양가족의 장기요양보호서비스 이용선호도와 그 결정요인에 관한 연구」, 중앙대학교 대학원 박사논문, 1998
- 최성재, 「장기요양보호노인을 위한 정책과제」, 성공회대학교 제5회 세계노인의 날 기념세미나, 1999
- 「재가노인복지의 정부시책」, 「재가노인복지사업의 이론과 실제」, 한국노인복지회편, 홍익재, 1997
- 최혜경, 「노인의 삶에 질향상을 위한 가족부양의 방향」, 한국노인복지학회, 2000년 가을호
- 한국노인문제연구소, 「고령자 개호와 여성의 역할」, 제9회 국제사회복지세미나, 1999
- 한국노인복지시설협회, 내부자료 (<http://www.elder.or.kr/notice.asp>), 2001
- 한국사회복지사협회, 「일본사회복지사 국가시험제도 및 관계법령」, 2001

한국복지정책연구소, 「재가노인복지서비스 전달체계」, '98노인복지워크샷, 1998

한국자활후견기관협회, 「복지간병메뉴얼」, 2001

한국재가복지협회, 「고령자 자활과 복지간병인사업」, 2001

황나미·고덕기, 「종합병원 간병인 활용현황과 개선방안」, 한국보건사회연구원, 1998

황진수, 「장기요양보호시설 정책의 개선방안」 사회복지시설연구, 2001

3. 정부문서

보건복지부, 「노인보건복지사업 안내서」, 2001
「노인보건복지사업 안내서」, 2002

서울시정연구원, 「서울시정연구」, 1997

서울특별시, 「노인종합복지관 설치안내」, 1999

통계청, 「<http://www.nso.go.kr.7001/s-data/data.htm>」
「장래인구추이」, 2001
「한국통계연감」, 1995

한국보건사회연구원, 「노인건강상태 및 기능장애정도조사」, 1998
「간병전문인력의 제도화 방안」, 연구보고서, 2001
「인구고령화와 정책과제」, 복지포럼, 2001
「장기요양보호대상노인 자료조사」, 복지포럼, 2001
「노인요양제도 도입방안연구」, 2001
「장기요양보호대상노인과 가족수발자의 수발관련 및 복지서비스 욕구」, 복지포럼, 2002
「노인보건복지종합대책」, 정책토론회, 2002

5. 국외문헌, 논문 단행본

- 全國社會福祉協議會, 『社會福祉動向』, 2001
- 莊村多加志 『介護技術』, 中央法規出版, 1996
- 高野 喜久雄, 『介護福祉社試験』, 一橋出版, 2000
- 中島 愼雄, 『福祉のわかる本』, 2000
- 小國英夫, 『老人福祉概論』, 全社協, 1998
- 日本厚生省, 『介護保険制度案内』, 2001
- 『國民福祉動向』, 2001
- 加藤 美枝, 『老人福祉施設と 地域』, 一橋出版, 1999
- 中島 愼雄, 『福祉のわかる本』, 2000
- 小國英夫, 『老人福祉概論』, 全社協, 1998
- 藤林 慶子, 『高齢社會に 対応する 介護保険制度と 介護支援サービス』, 一橋出版, 1999
- 日本厚生省, 『介護保険制度案内』, 2001
- 石井 三智子, 『介護のための ソーシャルワーク』, 一橋出版, 1999
- 大久保 秀子, 『社會福祉とは何 か』, 一橋出版, 1999
- 岡本民夫・井上津子, 『介護福祉論』, ミネルヴァ書房, 2001
- 仲村優一 等編 『社會福祉辭典』, 東京 : 誠信書房, 昭和49, 1974
- 仲村優一 外編著 『現代社會福祉事典』, 東京 : 全國社會福祉協議會, 昭和57
1982
- Cochilla, S. J. *Long-Term Care, 2nd ed*, Chicago : Dearborn Financial
Publishing, Inc., 1998
- DHSS *Health and Personal Social Service Statistics*, London, HMSO.,
1978, 1982, 1995
- DiNitto, D. M. & Thomas, R. Dye *Social welfare : politics and public policy*,
Prentice-Hall, 1983

- Freidson, E. *Professional dominance*, New York: Atherton press, 1970
- Gilbert, Neil & Harry, Specht *Dimensions of Social Welfare Policy*, N. J. Prentice - Hall, Inc, 1986
- Greenberg, N., Eustis, J.&Patten, S. *Long-Term Care for Older Persons: A Policy Perspective*, Brooks cole Publishing company, 1984
- Greenwood, E. *Attributes of a profession. Social Work*, 1957
- Helcon, *Federal and State laws pertaining to methadone*, Rockville, Md. : National Institute on Drug Abuse, 1974
- Higgins, J. R. *Completeness and basis properties of sets of special functions*, Cambridge [Eng.] : New York : : Cambridge University Press, 1978
- Koff, T. H. *Long-Term Care : An Approach to Serving the Frail Elderly*. Little. Brown and Company, 1982
- Martin, Landau *Development Administration and Decision Theory*, in E. E. Weidner(ed.), *Development Administration in Asia*, Duke University Press, 1970
- Moore, W. E. *The professions: roles and rules*, New York: Russell Sage Foundation, 1970
- Rigges, Fred W. *Agraria and Industria*, in William J. Siffin(ed.), *Toward the Comparative Study of Public Administration*, Indiana University Press, 1957
Administration in Development Countries: The theory of Porismatic Society, Houghton Mifflin Co., 1964
- Kane, R.L. & Kane *A Will and A Way: What the United States Can Learn from Canada about Caring for the Elderly*, Columbi Univ.Press. , 1985

Susan, Tester *Community Care for Older People - A Comparative Perspective*,
Houndmills: MacMillan Press Ltd., 1996

Koff, T. H. *Long-Term Care : An Approach to Serving the Frail Elderly* Tittle. Brown
and Company, 1982

U.S. Congressional Budget Office *Long-Term Care for the Elderly and the
Disabled*, Budget Issue Paper. US
Government, Printing Office. 1-2, 1977

Edwards, W. Farrell *Fundamentals of physics*, 1981

Wilensky, *The welfare state and equality : structural and ideological roots of public
expenditures*, Berkeley : Univ. of California Pr., c., 1975

〈〈 시설종사자용 설문지 〉〉

케어 대상 노인을 위한
케어서비스제도 정책개발에 관한 설문지

안녕하십니까?

서울시립구로노인종합복지관에 재직중인 정길홍관장입니다.

다름이 아니오라 본인이 한성대학 대학원 과정의 박사학위 논문으로서
케어 대상 노인을 위한 케어 서비스제도 정책방향에 대해 연구하고자 합니
다.

바쁜 업무중에 번거로운 일 인줄 아오나 본 설문작성에 적극 협조해주시
면 고맙겠습니다.

노인복지 동역자 선생님 모두의 행운을 기원드립니다. 감사합니다.

2002년 10월

정 길 홍 올림

※ 질문을 천천히 읽으신 후에 해당사항에 V하여 주십시오.

I. 종사자의 일반적 사항

1-1. 귀하의 성별은 어떻게 됩니까? 1) 남성 ☐ 2) 여성 ☐

1-2. 귀하의 현재 나이는 어떻게 됩니까? (만 세)

1-3. 귀하의 학력은 어떻게 됩니까?

1) 고 졸 ☐ 2) 전문대졸 ☐ 3) 대 졸 ☐ 4) 대학원이상 ☐

1-4. 귀하가 소지한 자격증 및 면허증은 무엇입니까?

1) 의사면허증 ☐ 2) 간호사자격증 ☐ 3) 사회복지사 자격증 ☐

4) 물리치료사 자격증 ☐ 5) 케어복지사 자격증 ☐ 6) 기 타() ☐

1-5. 귀하의 현재 맡고 있는 직책은 무엇입니까?

1) 시설장 ☐ 2) 국 장 ☐ 3) 부 장 ☐ 4) 총 무 ☐

5) 과장·팀장 ☐ 6) 사회복지사 ☐ 7) 간 호 사 ☐ 8) 물리치료사 ☐

9) 생활보조원 ☐ 10) 기 타 () ☐

1-6. 귀하의 사회복지 근무기간은 얼마나 됩니까? (년 개월)

1-7. 귀하의 근무하고 있는 시설은 어떤 유형입니까?

1) 노인종합복지관 ☐ 2) 노인요양시설 ☐ 3) 전문요양시설 ☐

4) 노인양로시설 ☐ 5) 노인주간보호센터 ☐ 6) 노인단기보호센터 ☐

7) 종합사회복지관 ☐ 8) 노인케어서비스연구기관 ☐ 9) 기 타 () ☐

1-8. 귀하는 케어서비스 교육을 10시간 이상 받은 적이 있습니까 ?

1) 있 다 ☐ 2) 없 다 ☐

Ⅱ. 행정 및 전달체계 관련 질문입니다.

2-1. 귀기관의 케어서비스 직원배치가 적절하다고 생각합니까?

1) 매우 적절하다 ☐ 2) 적절하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
4) 적절하지 않다 ☐ 5) 매우 적절하지 않다 ☐

2-2. 귀기관에서 사회복지사의 케어서비스를 담당하고 있는 인력이 있다면 모두
체크하여 주십시오.

1) 생활보조원 ☐ 2) 간 호 사 ☐ 3) 케어복지사 ☐
4) 간 병 인 ☐ 5) 가정봉사원 ☐ 6) 의 사 ☐
7) 자원봉사자 ☐ 8) 물리치료사 ☐ 9) 기 타() ☐

2-3. 케어서비스 팀구성에 적당하다고 생각되는 인력을 모두 골라주세요

1) 의 사 ☐ 2) 간 호 사 ☐ 3) 사회복지사 ☐
4) 물리치료사 ☐ 5) 간 병 인 ☐ 6) 케어복지사 ☐
7) 생활보조원 ☐ 8) 가정봉사원 ☐ 9) 기 타() ☐

※ 케어서비스를 위한 인력중 필요정도에 따라 V체크하여 주십시오.

구 분	아주 필요하다	필요하다	보통이다	필요하지 않다	전혀 필요하지 않다
2- 4. 의 사					
2- 5. 케어복지사					
2- 6. 간 병 인					
2- 7. 가정봉사원					
2- 8. 간 호 사					
2- 9. 물리치료사					
2-10. 사회복지사					
2-11. 생활보조원					
2-12. 자원봉사자					

2-13. 앞으로 위한 케어서비스를 담당하는 주관기관으로 적당한 곳은 어떤기관이라고 생각하십니까?

- 1) 의 료 기 관 ☐ 2) 노인종합복지관 ☐ 3) 보 건 소 ☐
4) 구청 사회복지과 ☐ 5) 사회복지사협회 ☐ 6) 사회복지협의회 ☐
7) 케어복지사협회 ☐ 8) 재가노인복지협회 ☐ 9) 케어서비스센터(신설) ☐
10) 기 타 ☐ ()

■. 제도 및 법제화 관련 질문입니다.

※ 요양노인케어서비스 인력관리 행정은 어디에서 주체 및 주관이 되어 운영하는 것이 좋다고 생각하십니까? (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3- 1. 정부가 주체, 주관한다.					
3- 2. 정부가 주체가 되고 보험회사에서 주관한다.					
3- 3. 정부가 주체가 되고 케어복지관련단체가 주관한다.					
3- 4. 신설 독립기관에서 주체가 되어 주관한다.					

※ 요양노인케어서비스 제도 및 법제화는 누구의 노력이 가장 필요하다고 생각하십니까? (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3- 5. 대통령 및 정당 지도자가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3- 6. 입법부, 국회의원이 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3- 7. 보건복지부가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3- 8. 여성부가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3- 9. 지방자치단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3-10. 시민단체(여성단체, 노인단체 등)가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3-11. 케어서비스 전문인력 양성단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
3-12. 케어교육 대학협의회 및 교수가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					

3-13. 케어전문인력 제도를 만든다면 어느 정도의 급수구분이 필요하다고 생각하십니까?

1) 1급 ☐ 2) 1급, 2급 ☐ 3) 1급,2급,3급 ☐ 4) 기 타 () ☐

IV. 케어서비스 전문성에 관한 질문입니다.

4-1. 귀하가 실시하는 현재의 핵심업무를 나열한 것입니다. 가장 비중 있는 업무부터 순서대로 1, 2, 3, 4로 순위를 표해주세요.

행 정 업 무	프로그램기획, 프로그램 평가, PC작업, 상담서비스 개별일지작성 실습생지도, 기타행정업무	
프 로 그 램	프로그램 진행, 자원봉사모집, 상담서비스, 인력관리	
케어 서비스	식사수발, 목욕, 용변수발, 주사투약, 약복용원조 체온·혈압·맥박측정, 보행 및 이동원조, 의료기구세척 및 관리, 상담서비스	
법인업무 및 운 영 관 리	시설운영, 관리 및 직원 처우개선, 후원자개발관리, 법인업무	

4-2. 표시한 업무중 가장 비중이 없다고 표시한 업무의 이유는 무엇입니까?

- 1) 전문적인 교육을 받지 않아서 ☐ 2) 본인의 업무가 아니기 때문에 ☐
 3) 다양한 업무를 해야하기 때문에 ☐ 4) 간 병 인 ☐
 5) 법적 근거 및 예산부족 ☐ 6) 기 타 () ☐

※ **현행** 실시되고 있는 4가지 케어서비스 양성인원 중 전문성의 유무에 대하여 표시하여 주십시오.

구 분	교육시간	대 상	매 우 그렇다	그렇다	그 저 그렇다	그렇지 않 다	매 우 그렇지 않 다
4-3. 간 병 인	40시간	자활 및 일 반					
4-4. 가정봉사원	40시간	일 반					
4-5. 케어복지사	2년	일 반					
4-6. 케어복지사 2급	200시간	일 반					
4-7. 간 호 사	3년	일 반					
4-8. 간호조무사	1년	일 반					

4-9. **현재 케어서비스요원으로 사용되고 있는 명칭과 신규명칭 중 선호하는 명칭**은 어떤 것입니까? (1개만 V표 해주십시오)

현 재 사 용	1) 생활보조원	☐	2) 간 병 인	☐	3) 가정봉사원	☐
	4) 가정방문간호사	☐	5) 케어복지사	☐		☐
신 규	6) 생활관리사	☐	7) 요양복지사	☐	8) 생활복지사	☐
	9) 생활관리지도사	☐				☐
기 타 ()						

V. 재 원

5-1. 장기요양보험 신규재정 시 개인부담 비율은 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까?

	정 부	개 인 및 사보험	
1)	80%	20%	☐
2)	60%	40%	☐
3)	50%	50%	☐
4)	40%	60%	☐
5)	20%	80%	☐

5-2 노인 사회(요양)보험이 제도화되는 것에 대해 필요성을 느끼십니까?

- 1) 매우 필요하다 ☐ 2) 필요하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
4) 필요하지 않다 ☐ 5) 매우 필요하지않다 ☐

5-3. 귀 기관의 노인수발 비용이 충분하다고 생각되십니까?

- 1) 매우 충분하다 ☐ 2) 충분하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
4) 충분하지 않다 ☐ 5) 매우 충분하지않다 ☐

※ 설문에 응답해주셔서 감사합니다.

<< 보호자용 설문지 >>

케어 대상 노인을 위한
케어서비스제도 정책 개발에 관한 설문지

안녕하십니까.

저는 서울시립구로노인종합복지관에 재직중인 정길홍관장입니다.

다름이 아니오라 본인은 한성대학 대학원에서 박사학위 논문을 작성하고
자 케어 대상 노인을 위한 케어 서비스제도에 관한 정책방향에 대해 연구를
하고 있습니다.

번거로운 일인줄 아오나 설문작성에 협조해주시면 대단히 고맙겠습니다.

선생님 가족에 행운을 기원드립니다. 감사합니다.

2002년 10월

정 길 홍 올림

※ 질문을 천천히 읽으신 후에 해당사항에 (V)하여 주십시오.

I. 노인보호자의 일반적 사항

1-1. 귀하의 성별은 어떻게 됩니까? 1) 남성 ☐ 2) 여성 ☐

1-2. 귀하의 현재 나이는 어떻게 됩니까? (만 세)

1-3. 귀하의 학력은 어떻게 됩니까?

1) 무 학 ☐ 2) 초 졸 ☐ 3) 중 졸 ☐ 4) 고 졸 ☐
5) 전문대졸 ☐ 6) 대 졸 ☐ 7) 대학원졸 ☐ 8) 기 타 ☐

1-4. 귀하는 노인과 어떠한 관계입니까?

1) 배 우 자 ☐ 2) 며 느 리 ☐ 3) 딸 ☐ 4) 아 들 ☐
5) 사 위 ☐ 6) 이 웃 ☐ 7) 친 척 ☐ 8) 노 무 직 ☐
9) 기 타 () ☐

1-5. 귀하의 현재 직업은 무엇입니까?

1) 공 무 원 ☐ 2) 교 직 원 ☐ 3) 사업(상업) ☐ 4) 일반사무직 ☐
5) 기 술 직 ☐ 6) 가 사 ☐ 7) 무 직 ☐ 8) 기 타 ☐

1-6. 귀하의 주거형태는 무엇입니까?

1) 아 파 트 ☐ 2) 단독주택 ☐ 3) 연립주택 ☐ 4) 임대아파트 ☐
5) 기 타 ☐

1-7. 귀하의 주택 소유형태는 무엇입니까?

- 1) 자 가 ☐ 2) 전 세 ☐ 3) 월 세 ☐ 4) 임 대 ☐
5) 기 타 ☐

1-8. 귀하의 동거자 수는 몇 명입니까? (총 _____명)

1-9. 귀하의 가정 월수입은 총 얼마입니까?

- 1) 30만원 이상 ~ 80만원 미만 ☐ 2) 80만원 이상 ~ 130만원 미만 ☐
3) 130만원 이상 ~ 180만원 미만 ☐ 4) 180만원 이상 ~ 230만원 미만 ☐
5) 230만원 이상 ~ 280만원 미만 ☐ 6) 280만원 이상 ~ 300만원 미만 ☐
7) 300만원 이상 ~ 400만원 미만 ☐ 6) 400만원 이상 ☐

1-10. 귀하께서는 노인을 얼마동안 수발하셨습니까?

- 1) 1년 이하 ☐ 2) 2년 이하 ☐ 3) 3년 이하 ☐ 4) 4년 이하 ☐
5) 5년 이하 ☐ 6) 5년 이상 ☐

II. 노인의 건강상태

2-1. 노인이 갖고 있는 만성질환은 무엇입니까? (모두 체크하여 주십시오.)

- 1) 관 절 염 ☐ 2) 당 뇨 ☐ 3) 고 혈 압 ☐ 4) 저 혈 압 ☐
5) 근 육 통 ☐ 6) 신장질환 ☐ 7) 요 통 ☐ 8) 결 핵 ☐
9) 디 스크 ☐ 10) 신 경 통 ☐ 11) 빈 혈 ☐ 12) 천 식 ☐
13) 신장질환 ☐ 14) 피 부 병 ☐ 15) 안 질 환 ☐ 16) 기타호흡질환 ☐
17) 기타순환질환 ☐ 18) 치 매 ☐ 19) 뇌 졸 중 ☐ 20) 기 타 ☐

2-2. 노인은 정기적으로 의료시설을 이용하고 있습니까?

- 1) 이용하고 있다 ☐ (2-3번 문항에 응답해 주십시오)
2) 이용하지 않고 있다 ☐ (2-4번 문항에 응답해 주십시오)

2-3. 노인이 정기적으로 어느 의료시설을 이용하십니까?

- 1) 일반병원 ☐ 2) 한 의 원 ☐ 3) 보 건 소 ☐
4) 노인복지시설 ☐ 5) 기 타() ☐

2-4. 의료시설을 이용하고 있지 않다면 그 이유는 무엇입니까?

- 1) 시간적 여유가 없어서 ☐ 2) 경제적인 여유가 없어서 ☐
3) 어디인지 몰라서 ☐ 4) 이용하고 싶지 않아서 ☐
5) 기 타 () ☐

2-5. 귀하는 요양보호노인을 어떤 방법으로 보호하시시길 원하십니까?

- 1) 집에서 보호하고 전문서비스 인력이 필요시 방문해서 보호한다 ☐
2) 노인과 가족이 좋다고 생각하는 시설이 있을 시 시설에 입소시켜 보호하고 싶다 ☐
3) 낮 동안만 보호해주는 시설이 적절하다 ☐
4) 기 타 () ☐

2-6. 현재 이용시설에 대해 얼마나 만족하십니까?

- 1) 매우 만족하다 ☐ 2) 만족하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
4) 불만족스럽다 ☐ 5) 매우 불만족스럽다 ☐

■. 수발자의 부양부담 관련사항

※노인 수발시 노인과의 어려움에 관한 질문입니다. (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3-1. 노인을 부양하는 것에서 벗어나고 싶다.					
3-2. 노인을 부양하는 것이 지겨울 때가 있다.					
3-3. 노인을 부양하다 보면 짜증이 날 때가 있다.					
3-4. 노인을 부양할 때 화가 나는 경우가 있다.					
3-5. 노인과 같이 있는 것이 즐겁지 않다.					
3-6. 앞으로 감당하기 힘든 부양문제가 일어날 것 같아 불안하다.					
3-7. 노인을 마주 대하기가 싫을 때가 있다.					
3-8. 나 혼자 자유롭게 쓸 수 있는 시간이 없다.					

※ 사회활동제한에 관한 질문입니다. (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3- 9. 친구를 만날 수가 없다.					
3-10. 가족과 함께 외출이나 외식을 할 수가 없다.					
3-11. 이웃과 만날 수 있는 기회가 없다.					
3-12. 바깥일을 볼 수 있는 시간이 없다.					
3-13. 충분한 휴식을 취할 수가 없다.					

※ 가족관계에 관한 질문입니다. (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3-14. 가족간에 갈등을 일으키는 경우가 많다.					
3-15. 가족들이 나의 어려움을 이해해주지 못한다.					
3-16. 나는 하느라고 하는데 가족이 알아주지 않으면 화가 난다.					
3-17. 다른 가족이 노인을 돌볼 수 있음에도 아무것도 하지 않는다.					
3-18. 노인이 치매에 걸린 이후로 가족관계가 나빠졌다.					

※ 노인 수발시 심리부담에 관한 질문입니다. (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3-19. 자살하고 싶을 때가 있을 정도로 괴롭다.					
3-20. 나의 미래가 어떻게 될지 불안하다.					
3-21. 요즈음은 아무것도 하고 싶지가 않다.					
3-22. 나의 미래는 그렇게 밝을 것 같지 않다.					

※ 노인 수발시 경제부담에 관한 질문입니다. (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
3-23. 노인의 간호와 치료에 드는 비용이 가계에 부담이 된다.					
3-24. 노인의 간호와 치료에 드는 비용이 부족하다.					
3-25. 노인의 부양으로 인하여 경제활동에 지장을 받는다.					

※노인 수발시 건강부담에 관한 질문입니다. (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그 렇 다	보 통 이 다	그 렇 지 않 다	전 혀 그 렇 지 않 다
3-26. 피로를 자주 느낀다.					
3-27. 충분한 수면을 취하지 못한다.					
3-28. 건강이 좋지 않아 불안하다.					

IV. 요양보호서비스 제도 및 법제화 관련 질문입니다.

4-1. 가족 이외의 노인수발서비스 제도에 대해서 알고 계신 내용은 (V)표를 해 주십시오.

- 1) 가정봉사원 ☐ 2) 간 병 인 ☐ 3) 노인케어복지사 ☐
 4) 가정방문간호사 ☐ 5) 기 타() ☐ 6) 모 른 다 ☐

4-2. 1번 질문에 (V)표 한 경우 이용한 적이 있습니까?

- 1) 있 다 ☐ 2) 없 다 ☐

4-3. 어떤 서비스를 이용한 적이 있습니까?

- 1) 가정봉사원 ☐ 2) 간 병 인 ☐ 3) 노인케어복지사 ☐
 4) 가정방문간호사 ☐ 5) 기 타() ☐ 6) 이용한적 없다 ☐

4-4. 이용한 적이 없는 경우 그 이유가 무엇입니까?

- 1) 경제적 부담 ☐ 2) 활용방법을 몰라서 ☐ 3) 알고싶지 않아서 ☐
 4) 가족이 수발해도 된다고 생각해서 ☐ 5) 이용하려고 생각중이다 ☐
 6) 기 타 () ☐

4-5. 요양보호노인을 전문적으로 수발할수 있도록 하는 케어서비스 제도화가 필요하다고 생각하십니까?

- 1) 매우 필요하다 ☐ 2) 필요하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
 4) 필요하지 않다 ☐ 5) 전혀 필요하지않다 ☐

V. 전달체계

5-1. 노인수발서비스를 어느 기관에서 받고 싶으십니까?

- 1) 의료시설 ☐ 2) 노인복지시설 및 단체 ☐ 3) 동사무소 ☐
 4) 신설 독립법인 ☐ 5) 보 건 소 ☐ 6) 기 타() ☐

5-2. 장기요양노인 발생시 수발 방법에 대한 질문입니다. 어느 시설을 이용하시겠습니까?

- 1) 노인요양시설에 입소 ☐ 2) 지역에 수발전문 기관에 출·퇴근 이용 ☐
 3) 본인이나 가족이 수발 ☐ 4) 전문 수발자의 가정방문서비스 이용 ☐
 5) 기 타 () ☐

VI. 전문성 및 노인 수발교육에 관한 질문입니다.

6-1. 노인수발보호에 관한 교육을 받은 적이 있으니까?

- 1) 있 다 ☐ (5-2번으로) 2) 없 다 ☐ (5-5번으로)

6-2. 있을 경우 어느 기관에서 몇 시간 교육을 받았습니까?

- 1) 보 건 소 ☐ 2) 노인 및 사회복지기관 ☐ 3) 병원과 한의원 ☐
4) 시민단체 ☐ 5) 학교 및 전문교육기관 ☐

6-3. 교육받은 시간은 얼마나 됩니까? (_____시간)

6-4. 교육받았을 경우 도움이 되었습니까?

- 1) 매우 많은 도움이 된다 ☐ 2) 약간의 도움이 된다 ☐
3) 그저 그렇다 ☐ 4) 별로 도움이 안된다 ☐
5) 전혀 도움이 안된다 ☐

6-5. 노인수발 교육이 필요하다고 생각하십니까?

- 1) 매우 필요하다 ☐ 2) 필요하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
4) 필요하지 않다 ☐ 5) 전혀 필요하지않다 ☐

6-6 노인수발 전문인력 양성이 어느정도 필요하다고 생각하십니까?

- 1) 매우 필요하다 ☐ 2) 필요하다 ☐ 3) 그저 그렇다 ☐
4) 필요하지 않다 ☐ 5) 전혀 필요하지않다 ☐

6-7 노인케어요양보호 전문인력의 교육은 어느정도가 적당하다고 생각하십니까?

- 1) 대 학 4 년 ☐ 2) 대 학 2 년 ☐ 3) 양성학교 6개월 ☐
4) 양성학교 3개월 ☐ 5) 기 타 () ☐

Ⅶ. 노인요양보호 비용경비에 관한 질문입니다.

※ 노인요양 보호시 서비스의 경제적 부담을 책임져야할 대상에 관한 질문입니다.

	매우 그렇다	그렇다	보통 이다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
7-1. 전적으로 국가가 책임을 진다					
7-2. 사회보험을 제정해서 보험에 의한 혜택을 준다					
7-3. 정부가 사회보험에 의한 서비스를 준다					
7-4. 정부와 개인, 가족이 부담한다					
7-5. 사회보험과 개인, 가족이 부담한다					
7-6. 전적으로 개인과 가족이 부담한다					

7-7. 신규 요양노인전문센터의 설립시 귀하가 매월 이용부담할 수 있는 적절한 지급금액은 얼마인지 (V)표해 주십시오.

순번	구 분	금 액
1	시설에 입소 (1개월)	1) 21만원이상-40만원이하 ☐ 2) 41만원이상-60만원이하 ☐ 3) 61만원이상-80만원이하 ☐ 4) 81만원이상-100만원이하 ☐ 5) 100만원 이상 ☐
2	출·퇴근 이용시 (1개월) 오전 9시-4시까지	1) 10만원 이하 ☐ 2) 10만원이상-40만원이하 ☐ 3) 41만원이상-60만원이하 ☐ 4) 61만원이상-80만원이하 ☐ 5) 81만원이상-100만원이하 ☐
3	유료가정방문간호서비스 (1일 4시간) 20일 기준	1) 20만원 이하 ☐ 2) 21만원이상-40만원이하 ☐ 3) 41만원이상-60만원이하 ☐ 4) 61만원이상-80만원이하 ☐ 5) 81만원이상-100만원이하 ☐

7- 8. 귀택에 현재 노인 수발에 필요한 비용이 월평균 얼마나 지출되니까?

- 1) 20만원 미만 ☐ 2) 20만원 이상 ~ 40만원 미만 ☐
 3) 40만원 이상 ~ 60만원 미만 ☐ 4) 60만원 이상 ~ 80만원 미만 ☐
 5) 80만원 이상 ~ 100만원 미만 ☐ 6) 100만원 이상 ☐

※ 요양노인을 위한 제도가 법제화 되기 위해서는 누구의 노력 가장 필요하다고 생각하십니까? (해당사항에 V표 해주십시오)

	매 우 그렇다	그렇다	보 통 이 다	그렇지 않 다	전 혀 그렇지 않 다
7- 9. 대통령 및 정당이 가장 큰 영향을 줄것이다.					
7-10. 입법부, 국회의원이 가장 큰 영향을 줄것이다.					
7-11. 보건복지부가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
7-12. 여성부가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
7-13. 지방자치단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
7-14. 시민단체(여성단체, 노인단체 등)가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
7-15. 케어서비스 전문인력 양성단체가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					
7-16. 케어교육 대학협의회 및 교수가 가장 큰 영향을 줄 것이다.					

※ 설문에 응답해 주셔서 감사합니다.

ABSTRACT

A Study on the Elder Care Policy in Korea

Chung, Kil-Hong

Department of Public Administration

Graduate School

Hansung University

The aging society dawned in Korea in the year 2000, at the beginning of the 21st century. As of year 2002, the elderly in Korea number 3,770,000 out of 47,680,000, or 7.9% of the total population. The total cost of caring for the elderly stands at 11.1%, with nine productive persons (ages 15-63) supporting one elderly person. In 2019, 17 years from now, the elderly population is projected to reach 7,310,000 out of 50,610,000, or 14.4% of the total population.

At the same time, the total cost of care for the elderly is projected to reach 20.2%, with five productive persons supporting one elderly person, thereby entering into an era of so-called aged society. At this rate, the transition from an aging society to an aged society will only take 19 years, the shortest such period known in the world. Certainly, the longer life span achieved through advances in the life sciences and improvements in the quality of life is something to be celebrated. However, with the longer life span

inevitably come a variety of chronic diseases of the old age. 86.7% of the elderly in Korea 65 years or older in age suffer from one or more chronic diseases, such as arthritis, back pain, high blood pressure and diabetes. 43.4% of all elderly persons are unfit for independent living; 14.4% are significantly limited in their life activities; and 10.3% are confined to their beds.

Such increase in the number of the elderly in need of long-term care in an aged society is an issue common to many countries around the world. Part of this larger issue are concerns such as medical care and social care for the elderly in need of long term care, provision of care services for sustaining daily life activities and ensuring a certain level of comfort, and securing the finances for health care costs, as well as encouraging support and protection by family members. Thus, this study explores policy options for the specialization and systemization of elder care professionals, and discusses the theoretical considerations for care welfare policies in other countries, in an effort to gather some helpful perspectives for our society.

Furthermore, this study considers the institutional aspects of and the degree of professionalism in educating and training care professionals currently working in Korea (i.e. home caretakers, caretakers for the ill, nursing assistants, care welfare professionals, and life activity supporters). In doing so, the author of this study, along with a survey of the relevant literature, performed field studies at welfare centers, daycare centers and short-term care facilities for the elderly in the Seoul area, and studies of welfare professionals in convalescent and care facilities, as well as studies of the demands of elderly persons who are clients of such facilities.

This study has shown that Korea is in need systemically developing a pool of elder care welfare service professionals, like the main OECD countries. Such policy can be legislated by brining social welfare professionals and care welfare professionals together under Article 5 of the Social Welfare Work Law, or by enacting a new Care Welfare Professionals Law. On the other hand, to enhance the professionalism of care welfare workers and to improve the medical care for the elderly, the two-year specialized college course (leading to a care welfare professional level-1 qualification) should consist of a first year of medicine, nursing, and public health administration, leading first to qualification as a nursing assistant, and a second year of theoretical and practical training in social welfare and care theories and techniques. Such proposed curriculum would develop new care welfare workers that are competent professionals in both health and welfare care, by integrating training in the important areas of public health and welfare. In addition, the government should institute a care insurance to help the poor elderly and to ease the financial burden on the families of the elderly receiving care. Such care insurance will allow all elderly persons to freely access care services. A privatized insurance system can be developed at the same time to give those elderly persons with more financial resources a wider choice of care. Lastly, this study proposes ways to improve the administration and delivery of care services, so that they can be better and more readily accessed from home. This study is the first Ph.D. thesis on these topics in Korea, and should be made available to other scholars to contribute to better policy making in developing care professionals and improving the long-term care system.