

공공 사회복지서비스제도 최저수준 설정을 위한 기초 연구 : 돌봄서비스를 중심으로

A study on the national minimum standards of public social
services : focused on personal care services

윤상용 · 김미숙 · 오은진 · 임정기 · 강민희 · 이민경

연구보고서 2010-20

공공 사회복지서비스제도 최저수준 설정을 위한 기초 연구
- 돌봄서비스를 중심으로 -

발 행 일 2010년 12월
저 자 윤 상 용 외
발 행 인 김 용 하
발 행 처 한국보건사회연구원
주 소 서울특별시 은평구 진흥로 268(우: 122-705)
전 화 대표전화: 02) 380-8000
홈 페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등 록 1994년 7월 1일 (제8-142호)
인 쇄 처 예원기획
가 격 8,000원

© 한국보건사회연구원 2010

ISBN 978-89-8187-689-0 93330

머리말

노인, 장애인, 아동 등 사회적 기능이 취약한 사람들이 지역사회에서 정상적인 사회생활을 영위하는 데 요구되는 다양한 신체적, 심리사회적, 정신적 서비스를 의미하는 사회복지서비스는 국민의 소득보장, 주거보장, 의료보장을 실현하기 위한 전략으로서 사회보험, 공공부조 등과 더불어 사회보장제도를 완성하는 핵심 요소라고 할 수 있다.

그간 예산 투입 규모 면에서 소득보장에 비해 상대적으로 열악한 지위에 놓여 있던 사회복지서비스는 2000년대 중반 이후 정부의 일자리 창출 전략과 사회 투자 국가로의 전환이라는 정책 기조 하에서 관련 예산이 급격히 증가하기 시작하였으며 이러한 경향은 당분간 지속될 것으로 전망되고 있다. 특히 지난 2007년부터 제도화된 ‘사회서비스 바우처 사업’이 사회복지서비스 분야의 예산 증가를 선도하였는데, 사회복지서비스 공급 과정에 대한 재정 지원 방식을 기존의 공급자 중심에서 이용자 중심으로 전환시킨 ‘사회서비스 바우처 사업’은 2007년 5월 노인돌봄서비스, 장애인활동보조서비스, 산모·신생아도우미서비스, 지역사회서비스혁신사업 등이 도입된 이래로 2008년 가사간병방문도우미, 2009년부터는 장애아동재활치료바우처사업, 출산전진료비사업 등으로 계속 확대되어져 왔다.

이렇듯 최근에 들어 사회복지서비스는 바우처 방식을 통해 이용자 중심의 제도적 매커니즘을 도입하고 서비스의 양적 확대라는 성과에 힘입어 긍정적 측면이 주로 부각되어져 왔으나, 수급권으로서 사회복지서비스의 법적 권리성은 공공부조에 비해 여전히 취약한 상태에 있다. 다시 말해서 소득보장과 더불어 사회안전망 혹은 사회보장제도의 한 축을 담당하고 있는

사회복지서비스의 경우, 스스로 자립적인 생활이 어려운 사회적 취약계층을 대상으로 국가가 이들의 일상생활 지원 및 사회 참여를 위해 어느 정도 수준까지 사회복지서비스를 제공해야 되는 지를 의미하는, 즉 사회복지서비스에 관한 '국가 최저 수준'에 대해서는 명확한 개념 정립 및 관련 논의가 활발히 이루어지지 못하고 있다.

본 연구는 사회복지서비스에 대한 그간의 투자 확대가 바람직하며 이러한 정책 기조는 향후에도 지속되어야 한다는 당위성에 근거하여 사회복지서비스의 법적 권리성을 강화하고 사회복지서비스 발전을 위한 로드맵적 성격을 띠고 있는 사회복지서비스의 국가 최저 수준을 정립하는 것을 궁극적인 목표로 하고 있다.

본 연구를 통해서 사회서비스에 관한 국가가 제공해야 할 최저 수준에 관한 기본 방향과 원칙을 제시함으로써, 국가의 복지 책무성을 확립함과 동시에 중장기 사회복지서비스 제도 개선 로드맵 수립에 기여할 것으로 기대한다.

본 연구는 본 연구원의 윤상용 부연구위원의 책임 하에 김미숙 연구위원, 강민희 부연구위원, 오은진 한국여성정책연구원 연구위원, 임정기 용인대학교 교수, 이민경 연구원이 참여하여 이루어졌다. 연구진은 원고를 읽고 세심한 검토를 해주신 김승권 선임연구위원과 최현수 부연구위원께 감사드립니다. 또한 연구과정에서 많은 조언을 해 주신 서울대학교 조홍식 교수, 한신대학교 이인재 교수, 성공회대학교 김용득 교수께도 감사의 인사를 전한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하

Abstract	1
요약	3
제1장 서론	11
제1절 연구의 필요성 및 목적	11
제2절 연구의 내용	13
제2장 이론적 배경	19
제1절 사회서비스의 개념 및 특징	19
제2절 사회서비스의 최근 동향	26
제3절 공공 사회서비스 최저 기준 합의와 관련된 논의들	28
제3장 방과 후 아동복지서비스 최저수준	35
제1절 방과 후 아동복지서비스 최저수준의 개념	35
제2절 주요 선진국의 방과 후 아동복지서비스	42
제3절 국내 방과 후 아동복지서비스 현황	52
제4절 방과 후 아동복지서비스 최저수준의 기본 방향과 수준	61
제4장 장애인 돌봄서비스 최저수준	67
제1절 성인 장애인 돌봄서비스 최저수준	67
제2절 장애아동 돌봄서비스 최저수준	89

제5장 노인 돌봄서비스 최저수준	123
제1절 노인 돌봄서비스 정의	123
제2절 노인 돌봄서비스 양과 질 검토	125
제3절 주요 선진국의 노인 돌봄서비스 범주와 내용	138
제4절 국내 노인돌봄서비스 현황	168
제5절 노인돌봄서비스 최저수준의 기본방향과 수준	176
제6장 여성·가족 돌봄서비스 최저수준	187
제1절 여성·가족 돌봄서비스의 개념과 종류	191
제2절 주요 선진국의 여성·가족 돌봄서비스 범위와 수준	194
제3절 국내 여성·가족 돌봄서비스 현황	211
제4절 여성·가족 돌봄서비스의 최저수준의 기본방향과 수준	226
제7장 결 론	235
제1절 연구의 요약	235
제2절 연구의 한계 및 후속 연구를 위한 제언	239
참고문헌	241

표 목차

〈표 2- 1〉 사회서비스의 구체적인 종류	23
〈표 3- 1〉 유엔아동권리협약의 이해를 위한 4-3-1 접근법	38
〈표 3- 2〉 어린 시절에 누려야 할 권리	39
〈표 3- 3〉 방과 후 아동건전육성사업과 방과 후 아동교실추진사업 내용 비교 49	
〈표 3- 4〉 선진국의 방과 후 아동복지서비스 비교	51
〈표 3- 5〉 방과 후 돌봄서비스 현황	53
〈표 3- 6〉 지역아동센터의 주요 프로그램 내용	54
〈표 3- 7〉 아동권리유형별 지역아동센터 제공서비스	54
〈표 3- 8〉 소득계층별 지역아동센터 이용아동 현황('09. 12월말 기준) · 56	
〈표 3- 9〉 지역아동센터 이용 아동 연령별 현황	57
〈표 3-10〉 방과 후 아동돌봄 서비스 단가	57
〈표 3-11〉 지역아동센터 종사자 월평균 급여 추이	58
〈표 3-12〉 연도별 지역아동센터 지원 추이	58
〈표 3-13〉 지역아동센터 야간보호 운영현황	59
〈표 3-14〉 아동권리 확보를 위한 지역아동센터의 개선사항	62
〈표 4- 1〉 외국 활동보조서비스의 주요 내용	82
〈표 4- 2〉 국내 활동보조서비스의 주요 내용	84
〈표 4- 3〉 국제장애인권리협약 중 장애아동 관련 조항	91
〈표 4- 4〉 장애인차별금지 및 권리구제등에 관한 법률 중 장애아동 관련 조항 92	
〈표 4- 5〉 건강가정기본법 중 장애아동 관련 조항	92
〈표 4- 6〉 아동복지법 중 장애아동 관련 조항	93
〈표 4- 7〉 일상생활도움정도	94
〈표 4- 8〉 도움 주는 사람 여부	94
〈표 4- 9〉 주로 도움 주는 사람	95

〈표 4-10〉	도움의 충분성	95
〈표 4-11〉	외부 도우미 필요 여부	96
〈표 4-12〉	혼자 외출 가능 여부	96
〈표 4-13〉	지난 1년간 외출 정도	97
〈표 4-14〉	집밖 활동 시 불편을 느끼는 정도	97
〈표 4-15〉	집밖 활동 시 불편 이유	98
〈표 4-16〉	영국의 장애아동 가족지원 관련 주요 법안	100
〈표 4-17〉	독립성에 대한 위험 수준 평가 기준	106
〈표 4-18〉	장애아가족양육지원사업의 지원 대상 및 주요 서비스 내용	110
〈표 4-19〉	장애아가족양육지원사업의 지원 대상 요건으로서 가구 규모별 소득 기준	110
〈표 4-20〉	2010년 상반기 장애아가족 양육지원사업의 국비교부내역	111
〈표 4-21〉	장애아가족양육지원사업 시행기관 현황	111
〈표 4-22〉	장애아동 활동보조서비스	113
〈표 4-23〉	활동보조인 제도 이용자 중 만18세 미만 이용실적	113
〈표 4-24〉	장애인활동보조지원사업 예·결산 현황(2007~2010년)	114
〈표 4-25〉	(가칭)장애아동돌봄서비스 지원 대상(안)	117
〈표 4-26〉	(가칭)장애아동돌봄서비스 제공 시간(안)	118
〈표 5- 1〉	우리나라 노인복지서비스 유형 및 내용	124
〈표 5- 2〉	OECD국가의 GDP 대비 장기요양서비스 지출비 및 예상 지출비	127
〈표 5- 3〉	유럽연합국가의 GDP 대비 노인돌봄서비스 지출비	128
〈표 5- 4〉	유럽연합국가의 GDP대비 노인돌봄서비스 예상 지출비	129
〈표 5- 5〉	GDP 대비 장기요양보호 공적 및 사적 지출비, 2000	130
〈표 5- 6〉	중증재가장애노인을 지원을 위한 최근의 조치들	131

〈표 5- 7〉 65세 이상 시설 및 재가보호서비스의 수혜자	132
〈표 5- 8〉 돌봄서비스 질 영역	133
〈표 5- 9〉 요양시설 보호의 질에 관련된 정책적 고려사항	135
〈표 5-10〉 재가돌봄서비스의 질에 관한 정책적 관심들	135
〈표 5-11〉 OECD 국가의 주요 장기요양 프로그램	166
〈표 5-11〉 OECD 국가의 주요 장기요양 프로그램 계속	167
〈표 5-12〉 장기요양인정신청·인정자·이용자 수	172
〈표 5-13〉 장기요양기관 현황	173
〈표 5-14〉 요양보호사 양성 및 근무현황	174
〈표 5-15〉 장기요양보험 재정운용 현황	175
〈표 5-16〉 장기요양보험 등급외자의 질병별 현황('10. 8월)	177
〈표 5-17〉 요양보호사 교육기관 기준	178
〈표 5-18〉 기관 평가 최저수준	179
〈표 5-19〉 미국의 장기요양서비스 성과 평가 운영현황	180
〈표 5-20〉 가족요양보호서비스 내용	180
〈표 5-21〉 장기요양보험 인정자의 질병별 현황('10. 8월)	181
〈표 5-22〉 재가급여 종류별 기관현황('10. 8월말)	182
〈표 6- 1〉 분야 별 복지예산 현황(2009)	190
〈표 6- 2〉 돌봄서비스 유형에 따른 국가 간 가족 정책 유형	195
〈표 6- 3〉 0~6세 아동을 위한 보육서비스 종류	198
〈표 6- 4〉 아동을 위한 보육서비스 종류	203
〈표 6- 5〉 산모신생아·아이돌보미 사업 제도 현황(2010년 기준)	212
〈표 6- 6〉 산모·신생아도우미 서비스 가격	213
〈표 6- 7〉 연도별 산모·신생아도우미 지원현황	214
〈표 6- 8〉 산모·신생아도우미 교육과정 개요	215

〈표 6- 9〉 산모·신생아도우미 신규 및 심화·경력자 기본과정	216
〈표 6-10〉 이용료 지원액 및 본인부담금	218
〈표 6-11〉 아이돌보미 서비스 이용요금	219
〈표 6-12〉 아이돌보미 이용신청 및 연계 현황	219
〈표 6-13〉 아이돌보미 이용 가정 현황	220
〈표 6-14〉 이용 사유별 현황	220
〈표 6-15〉 이용아동연령 현황	221
〈표 6-16〉 아이돌보미 양성교육과정	221
〈표 6-17〉 아이돌보미 보수교육 과정	223
〈표 6-18〉 결혼 이민자 현황('09.5월 현재)	223
〈표 6-19〉 다문화 가족 지원 정책 및 사업 내용	224
〈표 6-20〉 다문화가정지원센터 지역 분포	225
〈표 6-21〉 다문화가정지원센터 운영 프로그램 내용	225

그림 목차

[그림 2-1] 복지통합 서비스전달 모형	25
[그림 3-1] 지역아동센터 추이	55
[그림 3-2] 시도별 지역아동센터 수('10. 6월말 기준)	55
[그림 3-3] 연도별 지역아동센터 이용아동현황	56
[그림 5-1] 80세 이상 노인인구수와 장기요양비와의 상관관계	126
[그림 5-2] GDP 대비 장기요양지출비, 2007	128
[그림 5-3] GDP 대비 장기요양지출의 재가서비스 대 시설서비스 비용 131	
[그림 5-4] 입소노인 증가 추이(만명)	182
[그림 5-5] 65세 이상 노인성질환자 추이(만명)	183
[그림 6-1] 산모·신생아 도우미 지원사업의 연도별 지원계층 변화	230
[그림 6-2] 아이돌보미 사업의 지원대상과 자부담 비율	230

Abstract

The subject of this article is to suggest the national minimum standards of public social services focused on the personal care services.

Social services are diverse services such as physical, psychosocial, psychological supports for the elderly, the disabled and children to manage normal life in their community.

The expenditure of social services has increased since 'Social Service Voucher Project' is institutionalized in 2007, concretely 'The elderly care services(2007.5)', 'Personal assistance services for the disabled', 'Postnatal care and care services for newborn infants', 'Innovative community based services', etc.

The national minimum standards of public social services are not mentioned apparently in the related laws, nevertheless basic guaranty system is mentioned in the law as minimum standards of living.

In this article, public social services are categorized as follows.

- Social services for children : Child care service after school
- Social services for the disabled : Personal assistance services for the disabled, Care services for the disabled children
- Social services for the elderly : Care services for the elderly, especially long term care service
- Social services for women·families : Nursery service, Postnatal

care and care services for newborn infants

In search of the basis of the national minimum standards for public social services, we considered carefully theoretical discussions, international convention such as 'Convention on the right of the child', related laws and researched systems related to public social services of other countries. In conclusion, we suggested basic directions, principles and practicable policies of the national minimum standards for social services on sections.

요약

1. 연구의 필요성 및 목적

- 본 연구의 목적은 사회복지서비스에 대한 투자 확대가 바람직하며 이러한 정책 기조는 향후에도 지속되어야 한다는 당위성에 근거하여 사회복지서비스의 법적 권리성을 강화하고 사회복지서비스 발전을 위한 로드맵적 성격을 띠고 있는 사회복지서비스의 국가 최저 수준을 정립하기 위한 방향과 원칙을 제시하는 것임.
- 노인, 장애인, 아동 등 사회적 기능이 취약한 사람들이 지역사회에서 정상적인 사회생활을 영위하는 데 요구되는 다양한 신체적, 심리사회적, 정신적 서비스를 의미하는 사회복지서비스의 경우에는 사회복지사업법 및 개별 사회복지서비스 법률 등에서 최저 생활 보장 등의 개념이 명확히 언급되어 있지 않아 법적 권리성이 상대적으로 취약한 상태임.
- 사회복지서비스 공급 과정에 대한 재정 지원 방식을 기존의 공급자 중심에서 이용자 중심으로 전환시킨 ‘사회서비스 바우처 사업’은 2007년 5월 노인돌봄서비스, 장애인활동보조서비스, 산모·신생아도우미서비스, 지역사회서비스혁신사업 등이 도입된 이래로 2008년 가사간병방문도우미, 2009년부터는 장애아동재활치료바우처 사업, 출산전진료비사업 등으로 계속 확대되며 사회복지사업 예산 증가를 선도해 옴.

□ 본 연구에서는 사회복지서비스를 아동, 장애인, 노인 및 여성·가족 등 대상별로 4개 영역으로 유형화한 후 각 영역별로 최저 수준에 관한 기본 방향 및 원칙을 제시하고자 함.

- 본 연구에서의 사회복지서비스는 협의의 사회서비스 개념을 의미하며 사회적 돌봄서비스(social care service) 또는 대인사회서비스(personal social service) 중심으로 정리하였음.
- 사회복지서비스의 제공 형태로서 서비스 이용자에게 완전한 서비스 구매의 재량권이 주어지는 현금 급여를 제외하고, 바우처와 직접서비스로 제공되는 서비스를 의미함.
- 돌봄서비스의 제공 주체로는 공공 부문(국가, 지자체)과 민간 부문 중 사회복지법인 등 비영리부문에서 제공하는 서비스를 의미함.
- 결론적으로 본 연구에서는 각 대상별 돌봄서비스가 단일한 제도가 아닌 여러 제도를 통해 제공되고 있는 현실을 고려하여, 노인, 장애인, 아동 및 여성·가족 등 각 영역별 돌봄서비스 중에서 서비스 대상과 서비스 제공 수준 측면에서 가장 포괄적인 제도를 선정하여 최저 수준 설정에 관한 논의를 진행하고자 함.

2. 서비스 분야별 최저수준 논의

□ 방과 후 아동복지서비스 최저 수준

- 방과 후 아동복지서비스의 최저수준의 기본방향은 다음과 같이 요약할 수 있음.
 - － 첫째, 아동별 개별 맞춤형 서비스의 제공
 - － 둘째, 센터의 아동복지교사수의 증원
 - － 셋째, 아동의 문제뿐 아니라 가족문제와 통합적으로 접근 방식의 변화 필요
 - － 넷째, 서비스 대상자의 확대로 저소득 아동 뿐 아니라 일반 아동까지로의 확대

- 다섯째, 연령대별로의 서비스를 구분하여 지원함으로써 전문화되고 맞춤형의 서비스를 제공하며, 서비스 제공 시간의 유연성 확보 필요성과 아울러 인력의 2교대 근무 방식이 필요함.
- 이러한 적정 수준의 서비스 제공을 위해서 아동복지 서비스에 대한 예산 증액을 위해 정보 보조금 뿐 아니라 아동복지를 위한 기금 마련의 필요성을 지적함.

□ 장애인 돌봄서비스 최저 수준

- 성인 장애인 활동보조서비스 최저 수준
 - 대상 : 서비스 지원에서 제외되어 있는 연령대(6세 미만의 장애 아동, 65세 이상 노인 장애인)에 대한 서비스 확대
 - 서비스 양 : 서비스 제공 양에서 절대시간의 증대와 장애인 개인의 필요도에 따른 세분류된 차등적 지원의 필요성을 제안하면서, 월 180시간 이내에는 개인 부담을 없애고 시간의 유연화된 활용이 가능하도록 하는 제도의 설계를 제안함.
 - 서비스 질 관리 : 활동보조서비스의 질 관리 필요성을 제안하면서, 활동보조인 교육 내용의 전문성 향상과 보조인에 대한 처우개선 등을 통한 서비스 제공 인력에 대한 질 관리 향상을 제안함.
 - 지급방식 : 활동보조서비스 내용 자체가 사회참여를 최대화할 수 있도록 이용자가 직접 서비스 제공자를 선택할 수 있도록 현재의 바우처 방식이 아닌 서비스 이용을 목적으로 하는 현금지급 방식으로의 변화를 제안함.
- 장애아동 돌봄서비스 최저수준
 - 첫째, 효과적인 사례관리 실시를 통한 이용자 중심의 통합 서비스를 제공하는 방식으로의 전환으로, 돌봄서비스를 비롯한 장애아동에 대한 주요 서비스를 통합하여 제공할 것을 제안함.
 - 둘째, 서비스 공급량의 증가 필요
 - 장애아동을 대상으로 하는 서비스 공급량이 수요에 비해 매우

적음을 지적하면서 서비스 공급량이 서비스 대상인구와 서비스 제공 시간(양)의 양 측면에서 이루어져야 한다고 제안

- 더불어 욕구사정 및 판정 시스템을 도입하여 장애가 중증인 장애인에게 더 많은 서비스 지원이 이루어지도록 장애정도와 욕구에 대응하는 서비스 제공 시스템의 도입이 필요함.
- 셋째, 통합적이고 효율적인 사례관리 체계 구축
 - 서비스의 효과성을 제고하기 위해서 통합적이고 효율적인 사례관리 체계 구축 필요함.
- 구체적인 정책제언은 다음과 같음.
 - 첫째, ‘(가칭)장애아동돌봄서비스’ 운영이 필요함.
 - 둘째, ‘(가칭)장애아동보호자 휴식지원 바우처’ 운영
 - 셋째, 장애아동 사례관리 시스템 도입

□ 노인 돌봄서비스

○ 노인돌봄서비스 양에 대한 최저수준 논의

- 첫째, 서비스 접근성을 높이기 위해서는 GDP 대비 1% 정도의 공공재원을 노인돌봄서비스에 투입할 필요가 있음.
- 둘째, 노인장기요양보험 대상의 범위를 현행 3등급에서 4등급으로 확대할 것 제안
 - 등급 확대시 2012년 추자재정규모 : 2,140억원(국고 299억원).
- 셋째, 노인장기요양보험 서비스의 공적수준 향상을 도모함.
 - 노인장기요양보험 방문요양기관의 요건 강화를 통해서 진행할 것 제안
 - 방문요양기관 신규설립요건(요양보호사 15인이상, 상근인력 20% 이상)을 2010년 1월1일 이전 설립된 방문요양기관에도 적용할 것 제안

○ 노인복지서비스 질에 대한 최저수준 논의

- 첫째, 요양보호사에 대한 질 관리

- 요양보호사에 대한 최근의 정책 추진 방향 : 자격시험제도 도입, 표준근로계약서 권고, 재가기관 평가시 종사자 복지수준 반영, 교육기관을 신고제에서 지정제로 전환함.
- 추가 제안 : 요양보호사에 대한 경력관리방안이 강구되어야 함
- 둘째, 장기요양기관에 대한 기관평가를 통한 질 관리
- 평가지표에 인력의 질과 서비스 결과에 대한 지표를 보완하여 장기요양서비스로 인한 임상적, 사회적 효과에 대한 평가를 실시할 것을 제안함.

○ 노인돌봄서비스 서비스 제공의 지속 가능성에 대한 논의

- 첫째, 노인에 대한 예방적·포괄적 서비스 제공 체계를 강화할 것을 제안
- 현재 노인장기요양보험 대상 등급인정자 중 기능개선이 가능한 비율이 높으며, 등급 인정자로 포함되기 이전에 건강관리 등 예방프로그램이 필요함을 제안
- 둘째, 주야간 보호기관이용자(1~3급)를 대상으로 치매노인 인지개선 및 재활프로그램 운영과 이에 대한 노인장기요양보험을 통한 비용지급의 추가를 제안
- 셋째, 지역사회의 노인돌봄을 위한 종합 재가기관의 활성화 제안
- 넷째, 요양서비스와 의료서비스의 연계를 강화할 것을 제안
- 지역내 의료기관과 협약을 체결하여 요양시설 입소자를 전담관리하거나, 원격의료시설을 통한 요양시설 내 의료서비스 연계를 강화하는 방안에 대해서 제안함.

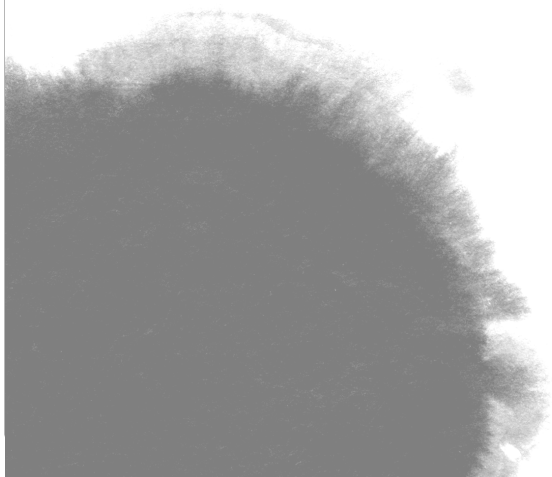
□ 여성·가족 돌봄서비스

- 여성·가족 대상의 사회서비스 최저수준에 대한 제언으로 여성의 노동권과 가족관계에서의 부모권의 상충되지 않은 보장을 위해서는 돌봄의 사회화가 필요함.
- 여성·가족 돌봄서비스 최저수준에 대한 제안 내용은 다음과 같음.

- 첫째, 여성의 노동권을 지키기 위해서는 영유아에 대한 공보육을 확대
 - 대상 범위 : 현재 소득 기준의 적용을 받는 지원금의 상한선과 계층의 범위를 확대함. 구체적으로 현재 전국 평균 가구소득의 50%로 설정하고 있는데 이에 대한 조정을 제안함. 산모신생아도우미사업의 경우 60%이하, 70%이하의 수준으로 나눈 후 자부담 비율을 현재 아이돌보미 사업과 같이 다르게 적용하는 Free Slide Scale 방식으로 전환할 것을 제안함. 그리고 아이돌보미사업의 경우 지원 대상을 여러 계층으로 세분화하여 지원금의 자부담 비율을 현재의 이분법적 지원(가형, 나형으로 구분)이 아닌 Free Slide Scale 방식으로 전환하는 방식을 제안함.
 - 서비스 내용 : 5~12세까지의 아동들에게 교육 서비스를 육아 서비스와 같이 제공할 것을 제안
- 둘째, 요보호가 필요한 가정에 돌봄서비스와 교육 서비스를 패키지로 제공할 것을 제안함.
 - 복지정책의 효과를 위해서 미국의 헤드스타트나 영국의 슈어스타트제도와 같이 돌봄과 교육을 패키지로 묶어서 제공하는 방식의 효율성을 고려하여 돌봄서비스와 교육 서비스의 패키지 형식의 제공 주장함.
- 셋째, 서비스 제공 인력의 최소수준에 대한 제안으로, 인력에 대한 인증된 관리체계를 통해 서비스 질을 담보할 필요성을 제안함.

01

서론



제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

우리나라 모든 사회복지 관련 법률의 입법 지침으로 기능하고 있는 사회보장기본법은 사회보장을 통하여 모든 국민이 인간다운 생활을 영위할 수 있도록 최저생활을 보장하고 국민생활의 수준을 향상시키는 것을 기본 이념으로 하고 있다. 사회보장을 구성하는 4가지 제도적 장치 즉, 사회보험, 공공부조, 사회복지서비스 및 관련 복지제도는 공히 모든 국민의 최저생활 보장을 궁극적인 목적으로 한다고 볼 수 있다. 경제적인 측면에서 최저수준의 생활 보장을 의미하는 소득보장의 경우 국민연금법 및 국민기초생활보장법 등 소득보장을 실현하기 위한 관련 법률에서 각기 생활안정 또는 최저생활 보장 등을 명시함으로써 법적 권리성을 강하게 내포하고 있다. 특히 대표적인 공공부조제도인 국민기초생활보장제도에서는 국민이 건강하고 문화적인 생활을 유지하기 위하여 소요되는 최소한의 비용을 의미하는 ‘최저생계비’ 개념을 도입하여 소득인정액이 이에 못 미치는 가구를 대상으로 다양한 급여를 제공하고 있는데, 여기에서 최저생계비는 소득보장에 관한 ‘국가 최저 수준(national minimum)’이라고 할 수 있다.

그러나 노인, 장애인, 아동 등 사회적 기능이 취약한 사람들이 지역사회에서 정상적인 사회생활을 영위하는 데 요구되는 다양한 신체적, 심리사회적, 정신적 서비스를 의미하는 사회복지서비스의 경우에는 사회복지사업법 및 개별 사회복지서비스 법률 등에서 최저 생활 보장 등의 개념이 명확히

언급되어 있지 않아 법적 권리성이 상대적으로 취약한 상태이다. 다시 말해서 소득보장과 더불어 사회안전망 혹은 사회보장제도의 한 축을 담당하고 있는 사회복지서비스의 경우, 스스로 자립적인 생활이 어려운 사회적 취약 계층을 대상으로 국가가 이들의 일상생활 지원 및 사회 참여를 위해 어느 정도 수준까지 사회복지서비스를 제공해야 되는 지를 의미하는, 즉 사회복지서비스에 관한 ‘국가 최저 수준’에 대해서는 명확한 개념 정립 및 관련 논의가 활발히 이루어지지 못하고 있다.

그간 예산 투입 규모 면에서 소득보장에 비해 상대적으로 열악한 지위에 놓여 있던 사회복지서비스는 2000년대 중반 이후 정부의 일자리 창출 전략과 사회 투자 국가로의 전환이라는 정책 기조 하에서 관련 예산이 급격히 증가하기 시작하였으며 이러한 경향은 당분간 지속될 것으로 전망되고 있다.

특히 지난 2007년부터 제도화된 ‘사회서비스 바우처 사업’이 사회복지서비스 분야의 예산 증가를 선도하였다. 사회복지서비스 공급 과정에 대한 재정 지원 방식을 기존의 공급자 중심에서 이용자 중심으로 전환시킨 ‘사회서비스 바우처 사업’은 2007년 5월 노인돌봄서비스, 장애인활동보조서비스, 산모·신생아도우미서비스, 지역사회서비스혁신사업 등이 도입된 이래로 2008년 가사간병방문도우미, 2009년부터는 장애아동재활치료바우처 사업, 출산전진료비사업 등으로 계속 확대되어져 왔다.

본 연구는 사회복지서비스에 대한 그간의 투자 확대가 바람직하며 이러한 정책 기조는 향후에도 지속되어야 한다는 당위성에 기초하고 있으며, 지속적으로 확대되는 사회복지서비스가 일정 부분 본인부담의 요소를 도입하는 제도적 장치를 도입하여 운영되고 있지만 전체 재원에서 절대적인 비중을 차지하고 있는 공공의 재원으로 제공된다는 점에서, 사회복지서비스의 확대 추세속에서 개별 서비스의 타겟 집단과 서비스 양의 최저 선을 설정하기 위한 논의는 매우 시의성이 있다고 평가된다.

본 연구는 사회복지서비스의 법적 권리성을 강화하고 사회복지서비스 발전을 위한 로드맵적 성격을 띠고 있는 사회복지서비스의 국가 최저 수준을 정립하는 것을 궁극적인 목표로 하고 있으며, 이를 위해 사회복지서비스의

주체로서 공공은 어느 계층에게까지 어느 정도의 서비스를 제공해야 하는 가라는 질문에 답변하기 위한 본격적인 탐색을 시도하고 있다.

사회복지서비스의 국가 최저 수준 정립은 목표치 대비 현 단계의 예산 투입이 어느 정도 수준에 위치해 있는지, 향후 어느 정도의 예산 투입이 더 이루어져야 하는 지 등 중요한 정책 판단의 근거로 활용될 수도 있을 것으로 보인다. 구체적으로 본 연구에서는 사회복지서비스를 아동, 장애인, 노인 및 여성·가족 등 대상별로 4개 영역으로 유형화한 후 각 영역별로 최저 수준에 관한 기본 방향 및 원칙을 제시하고자 한다.

제2절 연구의 내용

본 연구에서의 사회복지서비스는 협의의 사회서비스 개념을 의미하며 사회적 돌봄서비스(social care service) 또는 대인사회서비스(personal social service) 중심으로 정리하였다. 이는 개인의 신체적 기능, 사회적 기능을 지원하기 위해 서비스 이용자의 집, 또는 지역사회 기관 및 거주시설에서 제공되는 모든 서비스를 의미하며, 사회복지서비스의 제공 형태로서 서비스 이용자에게 완전한 서비스 구매의 재량권이 주어지는 현금 급여¹⁾를 제외하고, 바우처와 직접서비스로 제공되는 서비스를 의미한다. 또한 돌봄서비스의 제공 주체와 관련하여, 본 연구에서는 공공 부문(국가 및 지자체)과 민간 부문 중 사회복지법인 등 비영리부문에서 제공하는 돌봄서비스를 분석 대상으로 하였다.²⁾

이렇듯 공공과 민간 비영리부문이 제공하는 직접서비스 및 바우처 방식의 돌봄서비스로 한정하는 경우에도 각 대상별 돌봄서비스가 단일한 제도가 아닌 여러 제도를 통해 제공되고 있는 현실을 고려하여,³⁾ 본 연구에서

1) 장애인복지법에 근거한 장애수당, 장애아동수당 등은 제외하였다.

2) 국가 및 지자체의 재정 지원으로 운영되는 사회서비스 바우처 사업 등에 참여하는 영리법인 등이 제공하는 서비스는 포함된다.

3) 일례로서, 장애인을 대상으로 한 돌봄서비스는 2007년에 도입된 활동보조서비스 외에 여성장애인가사도우미지원사업, 재가복지봉사센터 제공 서비스, 장애인생활시설 제공 서비스

는 노인, 장애인, 아동 및 여성·가족 등 각 영역별 돌봄서비스 중에서 서비스 대상과 서비스 제공 수준 측면에서 가장 포괄적인 제도를 선정하여 최저 수준 설정에 관한 논의를 진행하고자 하였다.

한편, 본 연구의 또 다른 핵심 주요 개념인 국가 최저 수준과 관련하여 본 연구에서는 개별 돌봄서비스의 질(quality)과 내용을 의미하는 미시적(micro) 최저 수준이 아니라 서비스 종류와 양(지급 범위 및 제공 시간)을 의미하는 거시적(macro) 최저 수준으로 정의하였다.

미시적 접근으로서의 사회복지서비스 최저 수준 설정에 관한 연구는 개별 분야별로 이미 진행 중에 있으며, 최근의 연구로는 장애인 거주시설 서비스 최소 기준 연구(김용득 외, 2009)가 수행된 바 있다. 이는 영국의 사회서비스 선진화에 기여했던 ‘Care Standards Act 2000’에 포함된 국가 최소 기준(National Minimum standards) 개념을 도입하여 우리나라 장애인 거주시설이 입소 장애인들을 대상으로 제공하는 각종 서비스의 최소 기준을 제시한 것이다.

본 연구에서 채택하고 있는 거시적 접근으로서의 국가 최저 수준이란 구체적으로 개별 돌봄서비스별로 반드시 제공되어야 하는 세부 서비스 유형을 규명하고 각 서비스의 양(욕구가 있는 대상 집단의 몇 %까지 제공할 것인가? 또한 개별 돌봄서비스의 최소 제공 시간은 얼마여야 하는가?)을 도출하는 것을 의미한다. 기실 이러한 의미의 국가 최저 수준의 정립은 사회적 합의를 필요로 한다는 점에서 예산과 연구 기간의 제약 등으로 인해 서비스 영역별로 1인 연구자에 의해 연구를 수행할 수밖에 없는 점을 감안하여 결과적으로 본 연구에서는 국가 최저 수준 설정을 위한 기본 방향과 원칙을 제시하고 가능한 수준에서 구체적인 국가 최저 수준을 제시하고자 하였다.

이렇듯 본 연구의 주요 개념인 공공 사회복지서비스 제도의 국가 최저 수준에 대한 조작적 정의 과정을 통해 결론적으로 본 연구에서는 장애인의 경우 성인 장애인을 대상으로 한 활동보조서비스와 장애아동을 대상으로 한 활

등 다양한 형태의 서비스가 제공되고 있다.

동보조서비스(아동 부문) 및 장애아양육지원서비스, 노인의 경우에는 노인장기요양보험과 노인돌봄종합서비스, 아동의 경우에는 방과후 아동돌봄서비스, 여성의 경우에는 산모신생아도우미사업, 아이돌보미사업, 다문화가족개별지원서비스(학습도우미과견 등) 등을 선정하여 최저 수준 설정의 기본 방향과 원칙을 제시하고자 하였다.

본 연구의 주요 내용은 다음과 같다.

우선 총론에 해당하는 부분으로서 이론적 배경에서는 사회서비스의 개념, 특성 및 최근 논의 등을 살펴보고, 공공 사회복지서비스 최저 수준 설정에 함의를 제공할 수 있는 논의들을 소개하고 있다.

이어서 각론에 해당하는 부분으로서 아동, 장애인, 노인 및 여성·가족 등 각기 독립된 장에서는 최저 수준의 근거로서 이론적 논의, 국제 권리 협약 등 국제 법규 및 국내 관련 법률 고찰, 주요 외국 사례 검토와 함께 국내 주요 돌봄서비스의 제공 현황 및 문제점을 고찰한 후, 각 돌봄서비스의 최저 수준설정의 기본 방향 및 원칙과 더불어 가능한 수준에서 최저 수준을 제시하였다.

마지막으로 결론에서는 전체 연구의 요약과 함께 정책 제언 및 연구의 한계를 제시하였다.

본 보고서 구성 및 집필자는 다음과 같다.

제1장 서론(윤상용)

제2장 이론적 배경(윤상용·이민경)

제3장 방과 후 아동복지서비스 최저 수준(김미숙)

제4장 장애인 돌봄서비스 최저 수준

제1절 성인 장애인 돌봄서비스 최저 수준(강민희)

제2절 장애아동 돌봄서비스 최저 수준(윤상용)

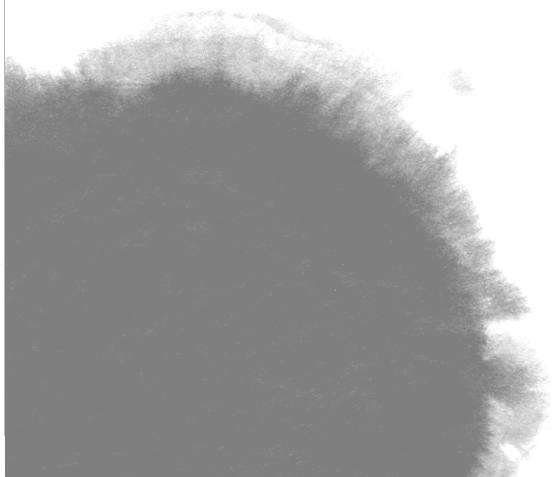
제5장 노인 돌봄서비스 최저 수준(임정기)

제6장 여성·가족 돌봄서비스 최저 수준(오은진)

제7장 결론(윤상용·이민경)

02

이론적 배경



제2장 이론적 배경

제1 절 사회서비스의 개념 및 특징

1. 사회서비스의 개념

사회서비스(social service)는 그 간 우리 사회에서 친숙하게 사용되지 않았던 용어로서, 명칭에 있어서 사회복지서비스(welfare service), 대인사회서비스(personal social service), 사회적 보호(social care or social protection), 사회적 지원(social assistance), 지역사회보호(communitary care) 등의 다양한 용어들과 혼용되고 있으며, 또한 의미에 있어서도 광의와 협의의 개념이 명확하게 정의되지 않은 채 다소 혼돈스럽게 사용되고 있다고 할 수 있다.

광의의 사회서비스 개념은 주로 유럽의 복지국가에서 사용되는 개념으로서, 넓게는 공공행정, 국방, 교육서비스, 사회복지서비스를 아우르는 개념이며, 협의의 사회서비스 개념은 개인 혹은 가족의 사회적 기능이 취약한 경우 정상생활을 할 수 있도록 사람(서비스 제공자)을 통해 직접적으로 도움을 주거나 주거·생활편의 및 활동을 위한 시설·장비를 지원함으로써 일상생활 유지와 재활·자립이 가능하도록 지원하는 ‘개인을 위한 사회서비스’를 의미하는 것으로, 이 때의 사회서비스는 소득보장, 의료보장, 고용보장, 주거보장 등을 위해 마련된 사회보험, 공공부조, 긴급지원의 사회보장시스템과 결합하여 ‘사회안전망’을 완성하게 된다(강혜규, 2007a). 정경희(2001)는 사회서비스를 사람들에게 대인관계나 사회관계에 있어 최대능력을 발휘

할 수 있도록 도와주는 한편, 생활과 건강에서 만족할 만한 수준에 도달할 수 있도록 도와주기 위한 활동과 제도의 조직적인 체계를 의미하는 것으로 개념화하였는데, 이는 협의의 사회복지서비스 개념에 가깝다고 할 수 있다. 이러한 협의의 사회복지서비스의 개념을 채택할 경우, 대부분의 국가에서는 ‘노인, 장애인, 아동(가족)’을 사회복지서비스의 주요 대상으로 설정하고 있다(강혜규, 2007a). 이러한 광의와 협의의 사회복지서비스 개념 중 현재 우리나라의 사회복지체계에 부합하는 것은 협의의 개념이라고 볼 수 있다.⁴⁾

한편 사회복지서비스는 반대되는 개념인 상업적 서비스(commercial service)와의 차이를 살펴봄으로써 개념 규정을 할 수 있는데, 즉, 상업적 서비스는 소비자의 기능적 수요에 따라 소비되는 반면, 사회적 서비스는 이용자의 욕구에 따라 분배되는 성격을 지닌다. 또한 사회복지서비스는 사회 전체 또는 특정 대상 집단의 이익에 부합하는 공공재라고 할 수 있지만, 상업적 서비스는 개인의 이익을 충족시키는 사유재로서 이는 결국 사회복지서비스에 대한 재정적 기여(세금 등)가 곧 사회복지서비스의 수급을 보장하는 것은 아니라는 것을 의미한다(Bengtsson, 1997). 실제로 대부분의 사회복지서비스는 전통적으로 공공재로 여겨져 왔는데, 이것이 좀 더 구체적으로 의미하는 바는 기본적으로 모든 시민들이 사회복지서비스에 대한 권리를 갖고 있으며, 형평성과 전문성이라는 사회정책적 기준을 구체화한 특정한 법률 및 절차에 기반하여 서비스를 제공받고 있다는 것이다(Evers, 1997).

2. 사회복지서비스의 특징 및 기능

주요 선진 외국은 자국의 역사 및 관련 제도를 고려하여 정립된 사회적

4) 결론적으로 최근 사회복지서비스 바우처 사업 등을 통해 정책 당국에서 채택하여 확산시키고 있는 ‘사회복지서비스’라는 용어는 기존에 학계 및 정책 영역에서 사용되어 오던 ‘사회복지서비스’와 개념적으로 차이가 없다고 할 수 있다. 그럼에도 정책 당국에서 ‘사회복지서비스’라는 용어를 차용하여 사회복지서비스 바우처 사업 등의 새로운 제도를 시행하고 있는 것은 이 사업이 기존에 실시되던 공급자 위주의 선별주의적 사회복지서비스와는 분명한 차별성을 갖고 있는, 즉 바우처라는 새로운 형태의 급여 제공에 기반한 이용자 위주의 보편주의적 서비스라는 것을 부각시키기 위한 의도가 내포되어 있는 것으로 판단된다.

비스 개념에 근거하여 사회서비스 정책을 전개하고 있는데, 몇 가지 주요 특징을 살펴보면 다음과 같다. 우선, 서비스 공급 주체와 관련하여 사회서비스는 정부 조직, 비정부 또는 비영리조직, 영리 조직 등 공식적 서비스 제공 기관 외에 가족, 친·인척, 친구, 이웃, 무급 자원봉사자 등 비공식적 서비스 제공자에 의해서도 제공되는 특징을 지니고 있다. 둘째로 타 제도와 의 관계와 관련하여, 사회서비스는 현금 급여, 보건 및 교육서비스 등 관련 서비스의 일부로서 제공되거나 또는 이들 서비스와 별개로 독자적인 서비스로 제공되기도 한다. 셋째, 서비스 대상과 관련하여, 사회서비스는 노인, 아동 및 가족, 장애인을 주 서비스 대상으로 하고 있으며, 약물중독자, 난민, 소년 범죄자 등이 포함되기도 한다. 넷째, 서비스 제공 장소와 관련하여, 사회서비스는 서비스 이용자의 집에서 제공되기도 하고(재가서비스), 다양한 형태의 주간 보호 시설 및 생활시설 등에서 제공된다. 대부분의 국가에서는 비용적인 측면과 최선의 서비스 제공이라는 측면에서 시설 서비스를 축소하는 경향을 보이고 있다. 마지막으로 서비스 제공 인력과 관련하여 사회서비스는 사회복지사를 핵심 인력으로 하고 있으며 그 외에 임상심리사 등의 관련 전문 인력과 자원봉사자 등을 주요 서비스 제공 인력으로 하고 있다(Munday, 2003).

사회서비스 가장 핵심적인 기능은 서비스 이용자가 필요로 하는 직접적인 서비스를 제공함으로써 그들의 일상생활을 지원한다는 것이다(provision of care and support). 그 외에 사회서비스는 선의의 보호자가 없는 노인, 장애인, 아동 등 취약계층을 보호하는 역할을 수행하며(protection), 늘어나는 서비스 수요에 대응하여 공식적인 자원 외에 지역사회 내에 존재하는 추가적인 자원을 개발하고 자원의 효율적 이용을 추구한다는 점에서 지역사회 개발과 서비스 조정의 기능도 수행한다(community development and care-coordination). 또한 최근 주목받고 있는 사회적 배제의 문제와 관련하여, 이들 사회적 배제 집단(socially excluded group)을 사회적으로 통합하는데 있어서도 사회서비스가 중요한 역할을 수행하고 있으며(social integration), 마지막으로 논란의 여지가 있기는 하지만 소년 범죄자 또는

정신질환자들을 대상으로 제공되는 사회서비스에서 나타나는 특징으로서 사회서비스는 일부 사회 통제의 역할도 수행하고 있다고 할 수 있다.

3. 사회서비스의 유형

사회서비스의 구분은 제공하는 서비스의 속성과 서비스 제공을 통해 해결하고자 하는 문제의 성격, 이 두 가지 측면에 따라 이루어진다. 먼저 서비스의 속성에 따라 사회서비스는 세 가지로 나뉘는데, 첫째는 청소, 장보기 등의 단순 서비스이고, 둘째는 전문가의 전문적 지식에 기반 한 보호서비스이며, 셋째는 마약치료 프로그램이나 위기가정 프로그램 같은 다소 온화한 형태의 사회적 압력을 행사하는 서비스가 그것이다. 또한 서비스 제공을 통해 해결하고자 하는 문제의 성격에 따라 사회서비스는 크게 두 가지로 나뉘는데, 가사 지원 및 아동 양육 등과 같은 보편적 문제에 대응하는 사회서비스와 장애나 부적응 가족 등에 대한 특정 문제에 대응하는 사회서비스로 구분할 수 있다(Bengtsson, 1997).

사회서비스의 구분과 관련하여, 정경희(2001)는 사회서비스를 첫째, 시설 서비스, 둘째, 재가서비스, 셋째, 집합적 주택서비스로 분류하고 있으며, 이인수(1999)는 (1) 당면 문제 해결 서비스(사회적 적응과 일상생활 유지 등), (2) 발달 욕구 충족서비스, (3) 접근안내 서비스로 구분하고 있다.

재가서비스를 중심으로 한 사회서비스의 유형에는, 건강 지원 서비스(health supportive services), 사회 지원 서비스(social support services), 접근 및 지원서비스(access & assistance services)가 있는데, 구체적 서비스 종류는 <표 2-1> 과 같다.

〈표 2-1〉 사회서비스의 구체적인 종류

구분	구체적 서비스
건강 지원 서비스	1. 주간보호센터(adult day-care center) 2. 가정건강보호(home-health care) : 방문보호, 간호보호, 의약처방 활동 3. 가정의료 서비스(home medical service) : 방문 의료서비스 4. 영양 프로그램(nutrition program): 영양센터에서 집단식사마련 배달
사회 지원 서비스	1. 홈메이커 서비스(home maker services) : home help, 가사도우미 2. 가정건강원조 서비스(home health aids services) 3. 허드렛일 서비스 (chore services) 4. 전화확인 서비스(telephone reassurance) 5. 배식 서비스(meals-on-wheels) 조리음식배달 6. 우호방문 서비스(friendly visiting) 7. 카운슬링 서비스 : 사회사업기관이나 복지기관을 통해 - 개인적응과 가족관계 문제 - 신체적 질병이나 의료계획에 관한 문제 - 클라이언트 자신들의 문제를 다루어나가는 데 있어서 당면하는 갑작스러운 혼동과 무질서 - 경제적인 문제 - 생활과 주택의 문제
접근 및 지원 서비스	1. 교통편의 서비스 - 요금할인이나 무료, 교통편 제공, 택시서비스 2. 정보제공과 의뢰 - 서비스 정보 제공 3. 주택개조 서비스 - 독거노인이나 노부부에게 집안수리 제공 4. 단기보호 서비스(respite services) 5. 법률서비스(legal services) 6. protective services: 유기, 학대, 위협에 직면한 노인들에게 제공, 정신 장애, 알코올중독 등에 처한 노인에게도 제공

자료: 정경희, 『노인과 사회적 서비스』, 김두섭 편, 변화하는 노인의 삶과 노인복지, 한양대학교 출판부, 2001.

4. 사회서비스 공급 주체 및 역할 분담

앞서 사회서비스의 주요 특징에서 언급했듯이 사회서비스의 제공은 다양한 서비스 제공 주체를 전제로 하고 있는 ‘혼합 경제’(mixed economy) 또는 ‘복지 혼합’(welfare mix)적 관점에서 이루어져 왔다. 즉, 공식적 부문으로서의 시장 공급자, 공공 기관, 비영리 조직 및 자발적 조직과 비공식적 부문으로서의 가족 등의 다양한 서비스 제공 주체가 상호보완하고 경쟁하

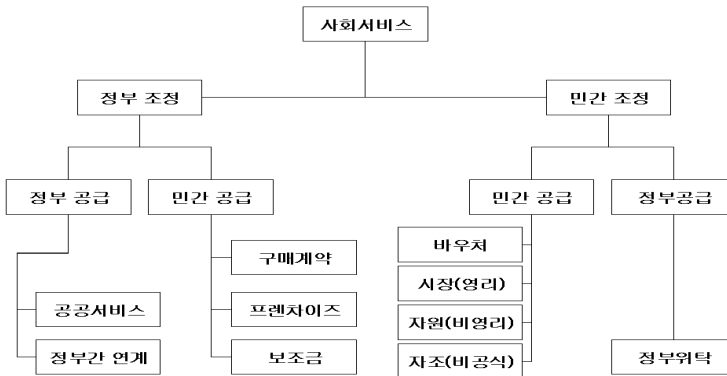
면서 서비스 제공을 담당해 왔다(Wistow et al., 1994; Evers, 1997에서 재인용).

이들 네 가지 사회서비스 공급 주체의 특징을 살펴보면, 우선 가족, 친구, 이웃 등이 서비스 공급자로서 역할을 하는 비공식 부문은 특성상 그 규모를 정확히 파악하기는 힘들다. 모든 국가에서 여전히 사회서비스의 주요 공급체계로 존재하고 있다. 둘째로 자조그룹, 유급 및 무급의 인력을 활용하는 다양한 규모의 비영리조직이 서비스 공급자로서 역할을 하는 자발적 비영리 부문의 경우 최근에는 ‘Trust(트러스트)’⁵⁾같은 새로운 형태의 비영리조직이 등장하고 있다. 셋째, 중앙정부 및 지방정부가 사회서비스 공급자로서 역할을 하는 국가부문에서 제공하는 사회서비스의 경우, 대개 보건, 사회보장, 교육 등과 같은 더 큰 범주의 서비스의 일부로 제공되거나 또는 독립적인 서비스의 형태로 제공된다. 마지막으로 영리조직이 서비스 공급자로서 역할을 하는 시장 부문은 영국을 비롯한 주요 국가에서 그 비중과 역할이 빠르게 증가하고 있는데, 사실 시장 부문과 자발적 비영리 부문을 명확히 구분하기란 쉽지 않다(Munday, 2003).

사회서비스 공급 주체간 역할 분담 모형에 따라 서비스 전달체계의 형태는 다양할 수 있다. 복지서비스의 전달에 있어 공공 민간의 서비스 공급기관들 간의 관계와 재정적 지원체계의 구조는 매우 중요한 이슈이며 이에 따라 다양한 형태의 전달모형이 도출될 수 있다. 역할분담 모형에 따른 서비스 예시는 Savas(1987)의 서비스 제공의 10가지 모형이 대표적이다. Savas는 3가지 질문으로 혼합유형들을 제시하였는데 즉 누가 서비스를 조정하는지, 누가 서비스 비용을 지불하는지, 그리고 누가 서비스를 제공하는지이다. 이 과정을 통해 서비스를 공급하는 모형을 제시한 것이 [그림 2-1]이다.

5) 사회적 회사, 소비자협동조합, 주택협조조합, 신용협동조합, 공동체기업 등 다양한 사회적 기업의 한 형태라고 할 수 있다.

[그림 2-1] 복지혼합 서비스전달 모형



자료: Savas(1987)

먼저 공공서비스는 정부가 서비스 조정자이자 공급자인 모델이다. 그러나 재정부담에 따라 조세에 의한 서비스와 사용자 요금을 부과하는 공공서비스로 다시 나눌 수 있다. 정부간 연계 모형은 중앙정부가 지방자치단체에게 특정의 서비스를 제공하도록 지불하는 형태 또는 소규모의 지역사회가 도서관이나 소방서비스를 특정 정부기관으로부터 구매하는 형태가 해당된다. 즉 조정과 직접 공급을 각기 다른 정부가 개입한다. 구매계약 방식은 공공서비스의 민영화의 가장 대표적인 방식으로, 정부간 연계 모형과는 달리 민간의 영리업체나 비영리 기관들이 서비스나 재화를 공급하게 하는 형태를 말한다. 대표적으로 군수물품 조달이나 기반시설 토목건설 등이 이에 해당된다. 프랜차이즈란 정부가 서비스 공급의 조정자이며 민간조직이 직접적인 서비스 공급자라는 면에서 구매계약과 동일하다. 다만 공급자에게 비용을 지불하는 방식의 경우에서 차별점이 있는데 프랜차이즈에서 정부는 계약에 관해서만 비용을 지불하고, 소비자가 프랜차이즈 서비스에 대해서 비용을 지불한다. 예컨대 전기와 수도세와 같이 소비자가 사용량에 따른 비용을 지불하는 형태이다. 보조금은 소비되는 재화나 서비스 비용이 정부로부터 직접 공급자에게 지원되는 경우이다. 보조금은 현금이나 세금공제 또

는 다른 세제 혜택 및 저리대출과 같은 다양한 형태를 가질 수 있다. 보조금의 효과는 소비자들에게 특정 서비스의 가격을 낮춤으로서 구매력을 높이는 것이다. 구매력을 높이는 또 다른 방법은 직접적으로 소비자에게 소비자를 보조함으로써 시장에서 선택권을 보장하는 바우처 방식이다. 대다수 바우처 방식에서 공급자는 민간기업이며, 정부와 소비자 모두 비용을 지불한다. 보조금제도에서는 정부와 소비자가 공급자를 선택하지만, 바우처 방식에서는 오로지 소비자가 공급자를 선택하게 된다. 시장 방식은 대다수 상품과 서비스에서 가장 보편화된 방식이다. 소비자가 서비스 공급자를 선택하며 정부는 어떠한 방식으로도 개입하지 않는다. 자원(voluntary)서비스는 자선조직과 같이 지역사회 비영리조직들이 정부와 영리 공급자의 개입 없이 서비스 욕구가 있는 대상자에게 서비스를 제공하는 형태이다. 그러나 이러한 형태에서도 자원영역 조직들은 서비스 조정자로서 직접 공급자로서 활동하지만, 영리업자를 고용하거나 서비스 비용을 지불하기도 한다. 자조(self-help)서비스는 대개의 비공식적 서비스 제공방식으로 정부나 민간조직의 도움 없이 스스로 방법이나 청소 등 주로 가족단위에서 제공되는 서비스이다. 마지막으로 정부위탁이란 소비자가 정부로부터 서비스를 구매하는 경우로서 정부가 서비스 공급자이며 소비자는 조정자이다(Savas, 1987).

제2절 사회서비스의 최근 동향

김용득(2005)에 따르면, 최근 사회서비스 영역에서의 주요한 정책적 이슈는 이용자 참여, 시장기제의 도입 및 확산, 지방이양 등으로 정리할 수 있다.

먼저 이용자 참여 이슈부터 살펴보면, 이용자 중심과 자기결정은 전통적으로 사회복지실천에서 가장 중요한 가치로 생각되어 왔다. 그러나 현실 세계에서 서비스 이용자들은 항상 서비스의 다른 주체들에 비해서 상대적으로 낮은 지위에 있었다. 그 이유는 이용자들의 결핍된 재정능력, 서비스 절

차에 대한 빈약한 지식, 이용자로서의 법적 권리에 대한 낮은 이해도, 사회적 관계망의 취약, 미미한 정치적 영향력, 다른 선택가능한 대안의 부재 등으로 설명될 수 있다(Austin, 2002). 이런 불균등한 권력관계 때문에 서비스 이용자들은 부정적인 경험의 위협에 놓이게 된다. 반면에 균등한 관계를 통한 참여는 서비스 전달의 효과성을 높이는 것으로 받아들여지고 있다(Reid, 1978; Griffiths, 1988; Preffer and Coote, 1991; cited on Bichal, 1993).

최근의 복지 이용자 운동의 성장과 발전을 통하여 이용자 참여에 관련된 쟁점들은 사회정책 담론에서 중요한 위치를 점하게 되었다. 이러한 이용자 운동과 이용자 조직들은 1970년대를 거치면서 규모와 영향력이 크게 강화되었으며, 이제는 개별 국가차원에서 뿐만 아니라 국제적인 차원에서도 영향력을 행사하고 있다(Beresford and Holden, 2000).

참여의 문제는 사회적 보호 영역에서도 결정적으로 중요한 요소로 등장하였으며, 따라서 서비스를 계획하거나 전달하는 사람들은 원칙적으로 서비스 이용자들의 영향력을 기꺼이 인정해야 한다(Braye, 2000).

둘째, 시장기제의 도입 및 확산은 서비스의 제공 주체로서 시장 공급자가 새로이 참여하고 이들의 역할이 점점 증대되고 있다는 것을 의미한다. 사회적 보호에서 시장 기제의 도입은 세계적인 추세 중의 하나이다. 그 대표적인 예가 영국의 커뮤니티 케어, 독일의 수발보험, 일본의 개호보험 등이다. 이런 추세는 한편으로는 재정 위기에서 비롯된 국가복지의 축소와 관련이 있다고 볼 수 있다. 그러나 다른 한편에서 보면 1980년대와 1990년대에 진행된 이런 개혁은 관료적이고 제공자 중심적인 복지에 대한 개혁이라는 성격도 동시에 가지고 있다(김승현, 1998; Salamon, 1995). 또한 시장기제의 도입 및 확산은 국가 개입의 방식이 직접 공급자에서 재정 및 규제자로 변화하고 있음을 의미한다. 효율성을 담보하기 위해서 민간 부문의 복지 공급을 확대하지만, 국가는 여전히 가장 중요한 재정 지원의 역할을 수행하는 한편, 핵심적인 사회서비스의 질을 유지, 제고하기 위하여 다양한 규제 및 감독 기능을 강화하고 있다(김진욱, 2007).

사회적 보호에서 시장기제의 도입이 실천현장에서 이용자 참여에 긍정적인 효과를 가지기 위해서는 몇 가지 선행조건이 필요하다. 이 가운데 가장 중요한 것이 이용자가 의미 있는 선택을 할 수 있을 정도로 서비스의 공급이 충분한가의 문제이다. 영국의 경우를 보면 1990년대의 커뮤니티 케어 개혁 이전에는 지방정부가 재정을 부담하는 가정지원 케어 서비스의 대부분은 지방정부에 소속한 서비스 조직에 의해서 제공되었다. 1993년 커뮤니티케어의 시행으로 2000년에 들어서는 지방정부가 구매한 전체 가정지원 서비스의 절반이 지방정부에 소속되지 않은 민간조직에 의해서 제공되었다.

셋째, 지방이양은 사회서비스 제공과 관련된 정책 결정 및 집행을 중앙정부에서 지방정부로 이양한다는 것으로서 지역특성과 지역사회 주민들의 욕구에 부합하는 사회서비스를 제공하려는 의도 하에 이루어지는 것이다. 일반적으로 지방이양은 보다 지역에 밀착된 서비스를 통해서 주민과 공무원간의 관계가 더 가까워 질 수 있을 뿐만 아니라 지역단위의 위원회와 같은 민주적 과정에 주민들이 참여하기가 더 용이해지기 때문에 이용자 참여를 제고할 수 있다는 대안으로 받아들여진다(Servian, 1996). 그러나 실제 현실에서는 집중과 탈중심화의 두 가지 전략 사이의 균형을 유지하는 것이 중요하다. 지방이양의 과제는 한편으로는 욕구를 가진 사람에 대하여 적절한 상품과 서비스를 효율적으로 전달하기 위하여 행정, 전문성 등의 차원에서 집중화된 기능을 요구한다. 그리고 다른 한편으로는 계획과정에 참여할 수 있는 클라이언트의 권리가 존중될 수 있도록 하는 탈중심화 전략이 동시에 요구된다(Doyal, 1993).

제3절 공공 사회서비스 최저 기준 함의와 관련된 논의들

본 고를 통해서 살펴보는 공공 사회서비스 최저수준의 의미는 다음과 같다. 최저수준에 대한 논의는 개별 서비스의 질과 내용을 의미하는 미시적(micro) 최저 수준과 서비스 종류와 양을 의미하는 거시적(macro) 최저 수준이 있으며 본 연구에서는 거시적 의미를 중심으로 살펴보고자 한다.

미시적 접근으로서의 사회복지서비스 최저 수준 설정에 관한 연구는 개별 분야별로 이미 진행 중에 있으며, 최근의 연구로는 장애인 거주시설 서비스 최소 기준 연구가 수행된 바 있음. 이는 영국의 사회서비스 선진화에 기여했던 ‘Care Standards Act 2000’에 포함된 국가 최소 기준(National Minimum standards) 개념을 도입하여 우리나라 장애인 거주시설이 입소 장애인들을 대상으로 제공하는 각종 서비스의 최소 기준을 제시한 것이다.

거시적 최저 기준이란 필요한 서비스 유형을 규명하고 각 서비스의 양(욕구가 있는 대상 집단의 몇 %까지 제공할 것인가? 개별 서비스의 최소 제공 시간은 얼마여야 하는가?)을 도출하는 것을 의미한다.

1. 영국의 국가사회서비스 체계 구축 논의

영국이 국가보건의료서비스(National Health Service)에 상응하는 국가 사회서비스(National Care Service) 건설을 기치로 사회 서비스의 근본적인 개혁을 목표로 발간한 사회 서비스 정책 백서(HM Government, 2010)에 따르면, 국가사회서비스는 다음과 같은 6대 원칙을 견지할 것으로 표방하고 있다.

첫째, 국가사회서비스는 보편적 서비스이어야 한다. 이는 공식적인 사회 서비스의 수급 자격 심사 체계에서 사회서비스에 대한 욕구가 있다고 규명된 자는 사회서비스를 제공받아야 함을 의미한다.

둘째, 국가사회서비스는 무료로 제공되어야 한다. 이는 서비스 이용이 개인의 지불 능력이 아닌 욕구에 근거해서 제공되어야 함을 의미한다.

셋째, 국가사회서비스의 제공은 서비스 제공 기관간에 긴밀한 협력을 필요로 한다. 이는 사회서비스에 대한 욕구를 가지고 있는 개인을 대상으로 서비스를 제공하는 모든 종류의 기관과 서비스 제공자의 파트너십 구축을 의미한다.

넷째, 국가사회서비스는 개인의 선택과 통제를 촉진하는 것이어야 한다. 이는 서비스를 받는 모든 개인은 가치 있는 자로서 그들의 인권을 존중해

야 하며, 개개인의 욕구에 부합하는 개별적이고도 인간으로서의 존엄을 저해하지 않는 방식으로 서비스를 제공하되, 그들이 자신들의 삶을 책임질 수 있도록 해야 함을 의미한다.

다섯째, 국가사회서비스는 가족과 수발자를 도울 수 있어야 하며 지역사회 생활을 지원하는 것이어야 한다. 이는 국가사회서비스를 통해 서비스 이용자가 지역사회 참여의 기회를 갖고 가족, 친구 및 이웃들로부터 제공되는 우정과 돌봄을 경험할 수 있어야 한다는 것으로서 국가사회서비스의 사회적 자본(Social capital)으로서의 역할 수행을 강조한 것이라고 할 수 있다.

여섯째, 국가사회서비스는 접근성이 높아야 한다. 이는 국가사회서비스가 서비스 이용자들이 이해하는 데 용이해야 하며, 그들이 올바른 선택을 할 수 있도록 돕는 것이어야 함을 의미한다.

2. 시민권으로서의 사회서비스에 관한 논의

Marshall(1963)은 사회적 시민권을 경제적 복지와 안전에 대한 권리로 정의하였다. Esping-Andersen(1990)은 사회적 시민권으로 한 조건으로서 최저 소득에 대한 보편적 권리를 주장한 것과 유사하게 Knijn and Kremer(1998)은 여성주의적 관점에서 기본적인 평등의 필수 조건으로서 돌봄서비스에 대한 보편적 제공을 주장하였으며, 사회적 시민권의 2가지 요소로서 유급 출산 휴직 등과 같이 돌봄서비스를 제공할 권리와 아동이나 노인에 대한 사회서비스의 형태로 돌봄서비스를 받을 권리를 언급하였다.

3. 사회복지사업법의 사회복지서비스에 대한 권리

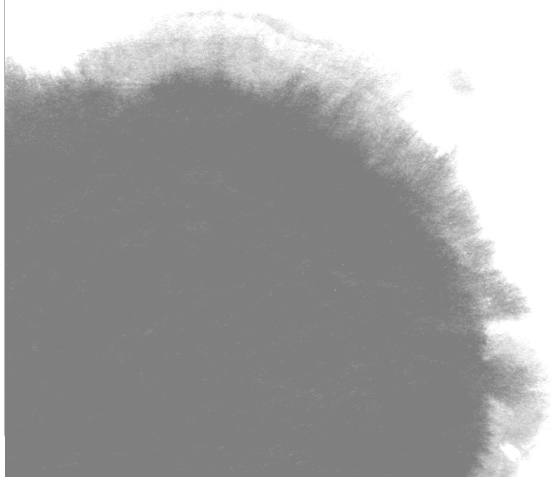
2003년 개정된 사회복지사업법에 의해 사회복지서비스에 대한 권리는 법률상 명목적으로 보장되어 있다.

사회복지서비스를 받기 위해 욕구사정을 받을 권리는 사회복지사업법 제 33조의 2에 규정되어 있다. 사회복지서비스 이용을 위해서는 동 법 규정에

의해 시장·군수·구청장에게 사회복지사업법 시행규칙 제19조의 2 제1항과 2항에 의해 별지서식 14의 2를 작성하여 읍·면·동사무소에 제출함으로써 서비스를 신청할 수 있다. 서비스 신청은 별지 서식을 통해 ‘장애·질병·의료의 문제’나 ‘생계·경제의 문제’, ‘주거의 문제’, ‘가족 및 사회관계의 문제’ 등 문제 영역을 명시하고, ‘생활비 지원’, ‘의료·재활서비스’, ‘주거지원’, ‘취업지원’, ‘상담·후원서비스’, ‘시설이용·입소서비스’를 신청할 수 있다. 시장·군수·구청장은 서비스 신청을 받은 후 복지담당공무원을 통해 서비스 욕구를 조사, 평가하여 보호필요여부를 결정하여 20일 이내에 서비스 신청자에게 통보하도록 하고 있다.

03

방과 후 이동복지서비스 최저수준



제3장 방과 후 아동복지서비스 최저수준

제1 절 방과 후 아동복지서비스 최저수준의 개념

1. 방과 후 아동복지서비스의 필요성

기혼여성의 사회진출 증가와 가족해체는 아동방임의 위험을 증가시키고 있다. 기혼여성의 사회진출비율을 50%를 넘고 있고, 한 부모 가족 수도 꾸준히 증가하여 2008년 현재 15만 가구에 약 40만 명이 있다. 더구나 취약 계층은 가족해체의 경우가 많고, 이로 인해 저소득층 아동이 제대로 가족 내에서 보호되지 못하는 실정이다. OECD 기준 중위소득 50% 이하를 기준으로 한 우리나라의 아동빈곤율은 2008년 현재 19세 이하 아동 수 11,734,759명의 12.5%인 147만 명 정도이다.

우리나라에는 저소득층과 같은 취약계층 아동의 교육과 돌봄을 위해서 국가 주도로 하여 방과 후 돌봄서비스를 제공하고 있다. 여기에는 지역아동센터, 방과 후 아카데미, 방과 후 학교가 포함된다. 전자의 2유형의 서비스를 통해서 총 11만 명의 아동이 보호되고 있고, 후자의 서비스를 통해서 4백3십만 명의 초중고생이 혜택을 누리고 있다. 지역아동센터와 방과 후 아카데미에서는 빈곤 및 저소득층 아동을 보호하고 있는데 반해, 방과 후 학교에서는 일반학생에게도 서비스를 제공하고 있는 특성이 있다.

본 고에서는 현재 급증하고 있는 방과 후 서비스인 지역아동센터를 중심으로 방과 후 아동복지서비스 최저수준을 고찰하고자 한다. 우선 방과 후

아동복지서비스에서 제공되는 서비스의 최저수준 설정을 위해서 아동에게 부여된 권리를 검토할 필요가 있다. 즉, 아동은 사회로부터 기본권을 보장 받을 권리가 있는데, 이러한 보장의 일환으로 제공되고 있는 것이 방과 후 서비스이다. 그런데 과연 지역아동센터에서 제공되고 있는 서비스가 아동권을 보장해 줄 수 있는 수준인가에 대해서는 항목별로 점검이 필요하다. 이에 아동권리협약에 명시된 규정을 근거로 하여 지역아동센터 서비스의 질적 수준을 진단하고자 한다.

2. 아동권리협약의 주요 내용

아동권리협약은 아동을 위해 제공되는 복지의 적절성이나 충분성을 진단하는 기준이 될 수 있다. 아동권리협약(UN Convention on the Rights of the child: CRC)은 1989년 UN총회에서 채택된 것으로 이 협약을 통해서 세계적으로 아동의 권리가 실질적으로 보장되는 계기가 되었다고 할 수 있다. 협약에서는 아동을 보호의 대상이자 동시에 독립된 인격을 가진 ‘권리의 주체’로 접근하고 있다(이혜원, 2010).

아동권리협약은 이전의 헌장이나 서약에 비해서 뚜렷한 특징을 보인다. 협약은 ‘국제법적 구속력’을 갖고 18세 이하의 모든 아동을 ‘보호의 대상’으로 접근하면서, 동시에 ‘권리의 주체’로 인정하고 있다(이혜원, 2010). 아울러, 아동권리협약은 아동의 능동적·수동적 권리보장의 필요성을 강조하면서, 아동이 완전하고 조화로운 인격발달과 인간의 존엄성을 실현하도록 하는 내용을 담고 있다(이혜원, 2010).

성인에게 주어지는 권리는 아동에게도 적용되는데, 단 아동의 발달과정에 있는 미성숙함과 의존적인 특성을 고려하여 생존권과 참여권에 더하여 보호권과 발달권이 추가로 부가되는 차이가 있다(이혜원, 2010).

우리나라는 1991년 아동권리협약에 비준하였다. 협약의 내용들을 아동복지법에 포함시켜서, 내용을 준수하려는 노력을 보이고 있다. 예를 들어 2000년에는 「아동복지법」을 개정하여 차별금지 원칙(제3장 1항)을 넣었고,

3항에서 아동 최선의 이익 원칙을, 제4조에서는 아동이 건강하게 양육되어야 한다는 내용을 포함시켰다(이혜원, 2010).

아동권리협약은 아동을 돌보고 보호함에 있어 무엇보다도 친부모의 역할이 매우 중요하고, 국가는 친부모와 가족이 양육의무를 수행할 수 있도록 지원할 책임이 있음을 규정하고 있다.

아동권리협약은 전문과 본문으로 되어 있다. 본문은 총 3부, 54개 조항으로 구성되어 있다. 제1부(제1조-제41조)는 아동권리와 당사국의 아동보호 의무규정이며, 제2부(제42조-제45조)는 당사국의 아동권리협약 이행규정에 대한 것이다. 제3부(제46조-제54조)는 협약의 비준, 공개, 유보조항, 폐기 등의 내용을 담고 있다.

CRC는 ‘4-3-1 접근법’을 통해서 보다 용이하게 이해될 수 있다(김미숙 외, 2007). 4-3-1 접근법이란 CRC가 4가지 기본 권리, 3가지 원칙, 1가지 과정을 일컫는 것이다. 우선, 협약에서 제시한 아동의 4가지 권리란 생존권, 보호권, 발달권, 참여권을 말한다. <표 3-1>에 제시한 것처럼, 생존권이란 생존을 위한 기본적 욕구 충족의 권리이고, 보호권이란 모든 착취와 억압으로부터 보호받을 권리이다. 이는 고아 또는 난민아동, 상업적 또는 성적 착취, 신체적 정신적 학대, 방임, 가족과의 인위적인 분리, 형법 등의 폐습, 무력행사, 차별로부터의 보호하지는 것인데, 아동을 위협하는 요인으로는: 경제적 착취, 신체적, 정서적 학대 및 성 학대, 방임과 유기, 전쟁, 폭사, 차별대우가 있다. 피해의 아동유형으로 위법행위를 한 아동, 돌봐주는 사람이 없는 아동(유기아), 학대당하는 아동, 성적 상품이 된 아동, 거리의 아이들, 재난을 당한 아동(전쟁, 자연재해로 인한 난민아동) 등을 협약에서는 포함시키고 있다.

발달권이란 자신의 최대의 잠재력에 도달하기 위한 세상경험의 권리인데, 다시 말해 신체적, 감정적 요구를 충족시켜주는 지지적인 환경을 가지고, 정규적·비정규적인 교육을 포함한 모든 종류의 교육을 받을 권리와 아동이 신체적·사회적·정서적·도덕적으로 성장하는데 필요한 평균수준의 생활을 누릴 권리(놀이, 여가, 정보를 누릴 권리, 문화 활동, 사상, 양심, 종교의 자유를 누릴 권리)를 말한다.

〈표 3-1〉 유엔아동권리협약의 이해를 위한 4-3-1 접근법

기본 권리 4	생 존 권	○ 생존을 위한 기본적 욕구 충족의 권리
		- 생명을 유지할 수 있는 권리(최상의 건강, 의료혜택, 음식), 적절한 생활수준을 누릴 권리(교육, 레크리에이션, 놀이) - 위협요인 : 굶주림과 영양실조, 신체적 학대를 포함한 성인에 의한 공격, 빈곤, 위험한 노동환경, 범죄에의 개입, 다양한 종류의 질병 - 피해아동: 15세 미만의 근로아동, 학대당하는 아동, 성적으로 착취당하는 아동, 부모에게 유기되는 아동, 장애아동, 소수민족아동, 난민아동, 인체면역바이러스 양성반응아동, 보호시설의 아동, 거리의 아이들(비행, 가출아동)
	보 호 권	○ 모든 착취와 억압으로부터 보호받을 권리
		- 고아 또는 난민아동, 상업적 또는 성적 착취, 신체적 정신적 학대, 방임, 가족과의 인위적인 분리, 형법 등의 폐습, 무력행사, 차별로부터의 보호 - 위협요인 : 경제적 착취, 신체적, 정서적 학대 및 성학대, 방임과 유기, 전쟁, 학사, 차별대우 - 피해아동: 위법행위를 한 아동, 돌봐주는 사람이 없는 아동(유기아), 학대당하는 아동, 성적 상품이 된 아동, 거리의 아이들, 재난을 당한 아동(전쟁, 자연재해로 인한 난민아동)
	발 달 권	○ 자신의 최대의 잠재력에 도달하기 위한 세상정형의 권리
		- 신체적, 감정적 요구를 충족시켜주는 지지적인 환경 - 정규적·비정규적인 교육을 포함한 모든 종류의 교육을 받을 권리, 아동이 신체적·사회적·정서적·도덕적으로 성장하는데 필요한 평균수준의 생활을 누릴 권리(놀이, 여가, 정보를 누릴 권리, 문화활동, 사상, 양심, 종교의 자유를 누릴 권리)
	참 여 권	○ 자신의 인생에 영향을 줄 결정에 대해 의견을 말할 권리 - 자신과 관련된 모든 일에 대해 알고 자기 생활에 영향을 주는 일에 대하여 자유롭게 의사표현 할 권리 - 책임감 있는 어른이 되기 위해 아동자신의 능력에 부응하여 적절한 사회활동에 참여할 기회를 가질 권리
원칙 3		○ 아동으로 정의하는 범위는 0-18세 미만
		○ 무차별의 원칙
		○ 아동 최선의 이익의 원칙
과정 1		○ 모든 사람이 유엔아동권리협약의 실현과정에 참여할 책임이 있음

자료: 김경륜(2005), 『아동발달특성과 아동권리』, 아동권리교육과정 교재, 보건복지인력개발원; 김미숙·김혜련·조예지·이혜원·홍미·김효진(2007), 『빈곤층 아동급식 지원제도 실태조사』, 국가인권위원회·한국보건사회연구원, p12에서 재인용.

참여권이란 자신의 인생에 영향을 줄 결정에 대해 의견을 말할 권리로서, 이는 다시 자신과 관련된 모든 일에 대해 알고 자기 생활에 영향을 주는

일에 대하여 자유롭게 의사표현 할 권리와 책임감 있는 어른이 되기 위해 아동자신의 능력에 부응하여 적절한 사회활동에 참여할 기회를 가질 권리를 포함한다.

〈표 3-2〉 어린 시절에 누려야 할 권리

내 용	CRC 관련 조항
평등의 권리*	2, 30
최상의 이익을 고려 받을 권리*	3, 18
생존과 발달의 권리*	6
신분을 가질 권리	7, 8
가족을 갖고 부모의 지도를 받을 권리	5, 7, 8, 9, 10, 18, 21, 25
불법적으로 가족으로부터 분리되어 보호시설에 수용되거나 입양되지 않을 권리	11, 21
표현과 사상, 양심, 종교의 자유를 가질 권리	12, 13, 14
결사와 평화적인 집회의 자유를 가질 권리	15
사생활과 가정, 가족, 통신을 법적으로 보호받을 권리	16
적절한 정보를 얻을 권리*	17
학대와 무관심으로부터 보호받을 권리*	19
결손가정 어린이들이 특별한 보호 및 지원을 받을 권리*	20, 22
전쟁으로부터 보호받을 권리	22, 38, 39
장애아가 특별히 보호받을 권리*	23
건강하게 자랄 권리 및 보건진료 서비스를 받을 권리*	24
사회보장 서비스를 받을 권리*	26
적절한 생활 수준을 누릴 권리	27
교육받을 권리*	28, 29
휴식과 여가, 놀이와 오락, 문화와 예술을 즐길 권리*	31
어린이 노동, 인신매매, 성착취나 경제적 착취, 마약으로부터 보호받을 권리	32-36, 39
고문당하지 않고 자유를 박탈당하지 않을 권리	37-39
범법자 어린이들이 인격을 존중받을 권리	40

주: (*) 방과 후 아동복지서비스와 관련된 항목임.

자료: 유니세프(2005), 『2005 세계아동현황보고서』, 김미숙·김혜련·조예저·이혜원·홍피·김효진(2007), 『빈곤층 아동 급식 지원제도 실태조사』, 국가인권위원회·한국보건사회연구원, p13에서 재인용.

다음으로 CRC의 3원칙이란, 첫째, 이 협약에서는 ‘아동을 18세 미만의 자’로 정의하며, 둘째, 아동의 권리는 인종, 국적, 종교를 초월하여 모든 아동에게 해당되는 ‘비차별의 원칙’과, 셋째, 모든 조치와 정책들은 아동에게 가장 유익한 방향으로 결정되어야 하는 ‘아동 최선의 이익의 원칙’의 중요성을 강조하는 것이다. 마지막으로 1과정이란 모든 사람이 CRC의 실현과정에 참여할 책임이 있음을 적시하여, 사회구성원들이 아동의 권리를 증진하는데 노력을 기울일 것을 촉구하고 있다.

3. 아동권리협약과 방과 후 아동복지서비스의 관계

한편 UNICEF에서는 위의 표에서 제시된 것과 같이 아동권리협약으로부터 아동이 누려야 할 권리를 유형별로 분류하였다. 이중 상당히 다양한 항목들이 방과 후 아동복지서비스와 연관이 된다. 이를 음영으로 표시하여 보았다. 직접적으로 방과 후 아동복지서비스와 연결되는 항목에는 생존과 발달의 권리, 적절한 정보를 얻을 권리, 학대와 무관심으로부터 보호받을 권리, 결손가정 어린이들이 특별한 보호 및 지원을 받을 권리, 장애아가 특별히 보호받을 권리, 건강하게 자랄 권리 및 보건진료 서비스를 받을 권리, 사회보장 서비스를 받을 권리, 교육받을 권리, 휴식과 여가, 놀이와 오락, 문화와 예술을 즐길 권리 등이 있다고 할 수 있다. 이와 같이 방과 후 아동복지서비스는 아동의 성장과 발달 및 참여와 관련하여 매우 다양한 아동의 권리를 보장해 주는 기제가 됨을 알 수 있다.

아동권협약이행에 있어서는 3가지 원칙이 있다. 첫째는 아동의 연령 규정으로 18세 미만을 아동으로 정의하는 원칙이고, 둘째는 무차별의 원칙(제2조)으로 아동은 성별, 종교, 사회적 신분, 인종, 국적 등 그 어떤 조건과 환경에서도 차별되어서는 안 된다는 원칙이다. 세 번째는 아동 최선의 이익 원칙(제3조)으로 아동에게 최선의 이익이 보장되어야 한다는 원칙이다.

마지막 1가지 과정이란 아동의 권리를 보장하고 3가지 원칙을 유지하는데 모든 사람이 책임감을 갖고 이를 실행해야 한다는 것이다. 아동의 권리

확보를 위해서 사회의 모든 사람이 노력을 해야 한다.

유엔에서 제정한 아동권리협약은 생존권, 보호권, 발달권, 참여권의 순서대로 발전되어 왔으며 우리나라에서도 ‘보호에서 참여로’라는 아동권리홍보 캠페인이 확산되고 있다. 아동에 대한 방과 후 보호서비스는 협약에 제시된 4개의 권리를 모두 보장하는 것이다. 생존권과 관련해서는 아동이 방과 후 보호를 통해 기본적인 욕구가 해결된다. 보호권과 관련해서는 아동이 위험한 상황에 처하지 않고 안전하게 보호를 받음으로써 온전하게 보호된다.

발달권과 관련해서는 아동에 대한 다양한 교육과 취미활동, 문화활동 등을 통해서 아동이 건강하게 성장발달 할 기회를 갖는다. 참여권에서는 아동이 스스로 방과 후 아동복지서비스의 내용에 있어서 자신들의 의견을 제시함으로써 참여권을 보장받을 수 있다. 이와 같이 방과 후 아동복지서비스는 아동권리협약에서 제시한 모든 권리를 보장하는 수단이 되는 것이다.

현재 우리나라에서의 아동권리협약과 관련해서 법제개정 등 다각적인 노력을 기울이고 있음에도 몇 가지 과제를 안고 있다(이재연 외, 2009). 방과 후 아동문제와 관련하여 우리나라의 아동권리 문제를 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 아동의 권리가 위협받고 있는 양상이 복잡해지고 있다. 한국의 아동들은 경제적 상승으로 인하여 삶의 질이 상당히 제고되었으나, 여성의 경제참여 증가로 인한 가족기능의 변화, 이혼율 급증, 가족해체 현상 등으로 아동의 안전이 위협받고 있는 상황이 되고 있다. 아울러 학력지상주의가 강화되고 있는 가운데, 빈곤아동의 증가와 인터넷 중독, 학교폭력, 자살률 증가, 사교육 증가 등으로 아동의 삶은 위협받고 있다. 둘째, 우리나라의 아동정책의 대부분은 요보호를 중심으로 하고 있어서, 가 필요한 아동을 주 대상으로 하고 있어서 일반아동은 정책대상에서 제외되고 있다. 셋째, 아동을 정책 마련에 있어서 아동의 욕구를 반영하는데 미흡하고, 지역사회의 환경은 아동들에게 친화적이지 않은 문제를 갖고 있다.

제2절 주요 선진국의 방과 후 아동복지서비스

Esping-Andersen(1990)은 복지국가를 탈상품화의 정도에 따라 자유주의적 복지국가, 조합주의적 복지국가, 사회민주주의적 복지국가 이렇게 세 가지 형태로 구분하였다. 자유주의적 복지국가는 자격기준을 강화한 공공부조 프로그램을 강조하므로 복지의 재분배효과가 미약하며 대표적으로는 미국, 캐나다, 영국이 있다. 조합주의적 복지국가는 비례적 평등을 강조함으로써 사회보험이 발전하였으며, 직업별, 계층별로 다른 종류의 복지급여를 제공함으로써 사회복지제공은 사회적 지위의 차이를 유지한다고 할 수 있다. 대표적인 국가로 프랑스, 독일, 일본이 있다. 마지막으로 사회민주주의 복지국가는 강한 사회연대의식을 바탕으로 취약계층 뿐 아니라 중산층까지 주요대상으로 하는 사회복지서비스를 제공한다. 따라서 복지재분배 기능이 가장 강하며 탈상품화 효과가 가장 크다. 사회민주주의 복지국가에는 스칸디나비아 국가들인 덴마크, 스웨덴, 노르웨이 등이 속한다.

이렇게 세 가지로 구분된 Esping-Andersen의 복지국가유형을 기준으로 자유주의적 복지국가로 미국, 조합주의적 복지국가로 독일, 사회민주주의 국가로 스웨덴의 방과 후 아동복지서비스에 대해 알아보고 대표적인 프로그램에 대해 알아보도록 한다. 또한 추가로 미국과 같이 자유주의 복지국가 이면서 아시아적인 특성을 보이는 일본의 방과 후 아동복지서비스에 대해서도 살펴보고자 한다(김미숙 외, 2009).

미국, 스웨덴, 독일, 일본은 모두 1인당 국민소득이 2만 달러 이상인 선진산업국가들로 미국은 제외되지만, 나머지 3국은 유엔아동권리협약에 서명한 국가들이다. 이 국가들의 아동관련 정책은 높은 국가적 관심과 지원 하에 꾸준히 이루어지고 있다. 미국의 경우 저소득층 가정의 아동들을 중심으로 아동정책이 시작되었으나 점차 정책을 보완하고 있는 중이다. 반면 독일과 스웨덴의 경우는 국가들 중에서도 영유아 보육과 교육비에 대한 정부 부담률이 85% 이상을 차지하며 아동정책에 상당히 높은 지원율을 보이고 있으며, 스웨덴은 대표적인 사회복지국가로 아동관련 정책과 권리보호를 안

정된 흐름을 갖고 유지해오고 있다. 일본 역시 저출산 문제를 완화하고자 방과 후 사업과 같은 아동복지서비스를 제공하고 있다.

1. 미국

미국의 방과 후 아동복지서비스는 약물중독, 결손가족 등의 증가로 방임 되는 청소년이 증가하고 기초학력 등의 문제가 사회적으로 대두되면서 그 관심이 높아졌다(강혜규 외, 2010). 특히 아동의 방과 후 시간과 부모의 퇴근시간이 일치하지 않은 오후 3시부터 6시까지 사이에 청소년범죄가 발생하는 비율이 증가하였다는 분석결과에 따라 이 시간대에 방과 후 프로그램을 집중적으로 제공하기 시작하였다(강혜규 외, 2010; 김미숙 외, 2009).

미국정부는 환경에 의해 영향을 받는 아동청소년 간 학업 성취 격차를 줄이고 안전한 환경을 제공하며, 한편으로 부모에게 선택의 기회를 제공하기 위해 2001년 교육법을 개정하여 'No Child Left Behind Act: NCLB'을 발효시켰다(김경준 외, 2005).

미국의 방과 후 프로그램은 각 주정부에 따라 운영주체와 형태가 상이하다. 정부의 지원을 받아 지역사회를 기반으로 하는 다양한 사회봉사단체나 학습단체가 중심이 되어 이루어지는 형태와, 학교가 보유하고 있는 다양한 자원과 시설들을 활용하여 주정부의 교육평가 기준과 목표에 적합하도록 프로그램을 실시하는 형태로 크게 구분해볼 수 있다(강혜규 외, 2010). 운영기관의 대다수는 민간에 의해 운영되는데, 비영리민간단체의 지원을 받거나, 기업과 같은 영리집단에 의해 운영되기도 한다(김미숙, 2006).

방과 후 프로그램은 아동의 연령을 기준으로 크게 학령기 아동보호 프로그램, 청소년 개발 프로그램으로 구분된다. 구체적으로 살펴보면, 학령기 아동보호 프로그램은 맞벌이부부의 자녀발달을 지원하기 위해 시행된다. 주된 담당인력은 아동보육지도사로 각 주에 따라 세부조건이 다르나 몇 가지 공통된 요건을 갖는다. 아동보육지도사는 첫째 주 교육청에서 승인된 아동보육지도사 자격증을 가져야 하며, 자격증이 없을 경우 자원봉사 경험을 포함

하여 1년 혹은 2년 이상 관련분야에 대한 경험을 가지고 있어야 한다. 주임교사나 관리자인 경우는 일반적으로 자격증을 취득해야 한다. 연방과 주 보조금, 지역기금, 학교기부금, 아동발달기금, 부모의 지원 등을 통해 재원이 조달된다. 프로그램으로는 레크레이션, 가정서비스, 독서·음악·미술교육 등이 있다. 청소년개발 프로그램은 청소년의 발달을 지원하고 문제행동을 예방하기 위해 시행된다. 교사, 보조교사, 대학생, 청소년지도사가 중심이 되어 악물남용 상담을 진행하고, 청소년 법률프로그램과 성인교육 강좌 등을 운영한다. 또한 사회력·기술·지도력 등의 향상을 위해 다양한 프로그램을 시행한다. 주된 재원은 부모, 민간기금, 주·연방정부의 범죄와 마약예방 기금 등에서 충당된다(강혜규 외, 2010). 미국정부는 위의 방과 후 아동프로그램을 통해 아동청소년들의 학력격차를 해소하는 한편, 예술, 요리, 컴퓨터 등 다양한 경험을 제공하고 있다.

2. 독일

맞벌이부부와 한부모 가족 증가, 교육격차 해소, 사회소외계층 감소 등 당면한 문제들을 해결하기 위해 아동 방과 후 프로그램이 도입되었다. 사실 독일의 아동청소년의 교육권을 보장하기 시작한 것은 상당히 오래전의 일이다. 1922년 ‘청소년 복지를 위한 제국법’을 제정하여 아동들이 전인격적 존재가 되도록 교육권을 보장하였으며, 1952년에는 ‘유치원, 호르트, 주간 아동보호기관의 건립에 관한 규정’을 제정하여 방과 후 아동보육시설에 관한 규정을 명시하였고, 각 주에서는 방과 후 교육과 관련된 법들을 제정하였다(김미숙, 2006; 김재인·이향란, 2004). 호르트 업무는 중앙에서는 청소년·가족여성보건부가 담당하며, 주와 시에서는 청소년과 관련된 부서에서 담당하게 된다. 부모가 12%를 부담하고 나머지는 시의 재정지원을 받는 공립보육의 형태를 갖고 있다. 또한 종교단체, 기업, 개인이 운영하는 사립 시설들이 운영되고 있다(김미숙, 2007; 김재인·이향란, 2004).

독일은 학교를 다니는 아동청소년을 대상으로 하는 방과 후 학교와 3세

에서 14세까지의 취학아동 및 영유아를 대상으로 하는 방과 후 보육시설(Hort)을 운영하고 있다. 이 중 방과 후 학교 프로그램은 학교 내 활동과 학교 밖 활동으로 나뉜다. 학교 내 활동은 학교 안에서 이루어지는데, 학생들은 학교 방침에 따라 의무적으로 모든 프로그램에 참여해야하거나 선택적으로 참여할 수도 있다. 학교 내 활동이 시행되는 학교의 하교시간은 일반학교보다 늦고 숙제, 운동, 컴퓨터, 예술 활동 등의 프로그램이 제공된다.

한편, 학교 밖 활동은 공립단체 운영시설, 사립학교 운영시설, 청소년복지관, 교육기관, 시민대학 등에서 이루어지는데, 보통 수용할 수 있는 인원이 한정되어 있어 아동의 환경에 따라 우선순위가 부여된다. 방과 후 학교에서 시행되는 프로그램의 내용은 학교법에 근거하며, 각 주정부 별로 조금의 차이는 있지만 전체적인 흐름은 비슷하다. 학생들은 정기적인 프로그램이나 파티와 같은 비정기적인 특별 프로그램에 참여할 수 있다. 비용은 부모의 연소득에 따라 차등부담 하게 된다(강혜규 외, 2010).

방과 후 활동에 종사하는 인력들은 다양한 직업으로 구성되며, 주로 직업학교에서 이론과 실천을 병행하여 양성된다. 마지막으로, 독일에서는 3세에서 14세까지 취학아동 및 영유아를 대상으로 방과 후 보육시설(Hort)을 운영하고 있다. 호르트란 부모의 출근시간이 아이들의 등하교시간과 맞지 않을 때, 전문가, 보조직원, 교사 등이 학교나 유치원에서 아이들에게 돌봄을 제공하는 기관을 말한다. 예를 들어, 부모의 아침 출근시간에 아이들은 먼저 호르트로 가서 등교준비를 하고, 학교가 끝나면 부모의 퇴근시간까지 점심식사와 숙제, 운동 등 다양한 활동들을 할 수 있다. 호르트는 아동과 부모의 상황에 따라 이용시간을 유동적으로 조정할 수 있다. 호르트 비용은 학교밖 활동과 같이 부모의 수입에 따라 차등 부과된다. 단, 저소득층 자녀들은 무료로 이용할 수 있다.

3. 스웨덴

스웨덴의 아동복지발전은 1836년 도입된 '유아학교'의 도입으로 시작되었

다(조미숙, 2006). 초기에는 보육과 교육이 합쳐져 있는 형태였다. 따라서 방과 후 아동복지서비스를 고찰할 때 이 둘을 따로 떨어뜨려 설명하기는 어렵다. 스웨덴에서 아동보육의 초기 목적은 가난하면서 일하는 여성들의 자녀를 보호하는데 있었다. 1944년 탁아소에 공적 지지체계가 도입되어 보육시설로 변화되고 1949년 스웨덴 국가 아동보육위원회가 설립되었으나, 공적아동 보육은 아직 미온적인 상태에 머물러 있었고 한 부모 여성을 지원한다는 정부의 기본 입장에도 변함이 없었다.

그러나 점차 여성들의 노동시장 참여와 보육에 대한 욕구가 증가하고 새로운 가족형태 증가, 인구구조 변화 등 다양한 환경적 변화가 발생하면서, 스웨덴 국가 아동보육위원회는 아동을 대상으로 교육·돌봄 등을 통합하여 제공하는 것이 문제가 있음을 지적하게 된다. 이로써 1990년 중반까지 아동의 발달과 권리보다 남녀평등과 가족지지 가치를 기반으로 부모들이 직장 가정을 병행할 수 있도록 지원하는 것을 일차 목적으로 기능하던 아동보육정책은 1996년 아동보육 업무를 보건사회부에서 교육과학부로 이관되면서 아동교육을 아동보육과 분리하여 아동정책의 중요한 부분으로 초점을 맞춰 제공되기 시작하였다(김재인·이향란, 2004).

그 일환으로 1988년 이래 각 지역의 특성을 살려 문화활동, 자연활동, 지역사회활동 방과 후 아동보육 프로그램들이 개발·도입되기 시작하였으며 스웨덴의 아동보육정책의 성격은 점차 보편적, 아동 교육중심으로 변모하게 되었다.

스웨덴은 12세까지 아동을 대상으로 하는 방과 후 아동보육과, 학령기 아동까지를 대상으로 하는 방과 후 아동교육제도를 운영하고 있다(조미숙, 2006). 스웨덴에서 제공하고 있는 방과 후 아동보육제도란 기본적으로 부모가 일을 하거나 학업을 진행하는 동안 학교에 다니는 12세까지의 아동을 학교시설, 유치원, 레저센터, 가정보육시설 등에서 방과 후에 교육프로그램을 제공하는 것을 말한다.

스웨덴 방과 후 아동보육은 교육법(Education Act)을 근거로 운영되고 있다. 스웨덴 교육법에 의하면 모든 아동과 청소년들은 동일한 교육을 받을

수 있다고 명시되어 있다. 특히 일을 하거나 학업중인 부모를 둔 학령기 아동에게 방과 후 교육서비스를 제공하는 것은 지방정부의 책임임을 분명히 하고 있어 스웨덴 방과 후 아동보육서비스를 이용할 수 있는 권리가 아동들에게 있음을 밝히고 있다(김재인·이향란, 2004).

교육법에서는 1-5세를 대상으로 하는 유아학교의 활동과 학령기 아동을 대상으로 하는 방과 후 활동의 형태를 서로 다르게 규정하고 있다. 1-5세의 아동들에게는 유아학교, 개방형유아학교, 가정보육에서 서비스를 받을 수 있도록 하며, 학교에 다니는 12세까지의 아동들에게는 레저타임센터, 개방형 레저타임센터, 가정보육을 제공한다(김재인·이향란, 2004).

이 중 12세까지 학령기 아동을 대상으로 하는 운영조직들에 대해 구체적으로 살펴보면, 의회와 정부(교육과학부)는 아동방과 후 보육활동에 대한 교육과정, 내용 등에 대한 목표를 세우고, 지방정부는 목표 내에서 학교활동을 조직하고 수행한다. 국립교육원은 교육과학부와 지방정부를 감독하는 역할을 수행함으로써 아동보육의 목적이 국가 수준에 적합한지 평가하고 방과 후 아동보육서비스의 목적이 달성될 수 있도록 한다(김미숙, 2006).

우선 가정보육이란 교사가 자신의 집에서 아동을 돌보는 것으로 주로 유아들을 대상으로 운영되나 학령기 아동도 이용이 가능하다. 부모요청에 따라 시간은 탄력적으로 운영되며, 비용은 지방정부에서 정하는 바에 의해 부모가 부담하게 된다(김재인·이향란, 2004). 다음으로 레저타임센터의 경우 대학에서 레저타임 교사로 장시간 훈련 받은 사람들이 다양한 교수법을 활용하여 학령기 아동과 특수아동을 대상으로 서비스를 제공한다. 주로 학교 건물에 위치하고 있는 경우가 많으며 이곳에서 이루어지는 교육과 보육은 정규교육, 의무교육과 밀접하게 연결되어 있다(김재인·이향란, 2004).

마지막으로 개방형 레저타임센터는 10-12세 아동을 주 대상으로 하며 지역특성을 반영한 지역사회 활동 등을 통해 학교에서의 교과생활을 벗어나 휴식과 놀이를 충분히 제공받을 수 있도록 서비스를 제공한다(조미숙, 2006). 최근 학교, 유아학교, 레저타임센터 등이 통합되어 운영되는 학교가 늘고 있다. 방과 후 혼합연령반을 새롭게 편성하여 학생회 활동, 야외활동,

독서활동 등을 운영하고 있다. 이들 서비스제공기관은 설립주체에 따라 공립과 민간으로 구분되는데, 대부분의 기관이 공립으로 운영되고 있으며, 민간기관은 지방정부의 재정지원과 감독을 받아 운영된다(김재인·이향란, 2004).

비용은 정부지원금, 지방세, 부모부담금으로 구성된다. 부모부담은 지방정부의 재량에 달려있어 지역마다, 그리고 부모의 수입에 따라 차이가 난다. 2002년부터 도입된 ‘보육비상한제’는 방과 후 유아보육과 관련되어 부모가 부담할 수 있는 최고액을 명시하고 있으며, 정부와 지방자치단체는 부모부담금의 나머지를 보조하게 된다.

4. 일본

일본의 방과 후 아동돌봄 서비스인 ‘방과 후 아동플랜’은 후생노동성의 ‘방과 후 아동전전육성사업’과 문부과학성의 ‘신어린이플랜’을 2007년부터 통합, 연대하여 추진한다는 계획에 따라 시행되었다(강혜규 외, 2010).

아동보육서비스를 담당하는 중앙부처는 후생노동성으로 예산을 집행하고 실시주체인 시정촌을 감독한다. 도도부현에서는 방과 후 아동복지에 관련된 학교와 복지기관의 관계자들을 대상으로 연수를 개최하고 추진위원회를 설치하여 시정촌을 지원한다. 실시주체인 각 시정촌(시군구)의 교육위원회에서는 복지부와 연계하여 방과 후 초등학생들의 안전과 건강을 확보하기 위한 프로그램을 진행한다(강혜규 외, 2010; 김미숙 외, 2009).

방과 후 아동플랜의 주 대상은 초등학생으로 지역사회 초등학교에 있는 여유공간과 교실 이용을 기본으로 하나, 최근 지역실정에 따라 체육관 보건실과 같은 학교시설을 이용하거나 아동센터, 아동관, 보육소, 공적시설 등 초등학교 밖에 있는 지역사회 시설을 이용하는 것도 장려되고 있다(강혜규 외, 2010; 김미숙 외, 2009). 보다 자세한 일본의 방과 후 프로그램의 내용과 두 부처 사업의 비교는 다음 표에 제시하였다.

〈표 3-3〉 방과 후 아동건전육성사업과 방과 후 아동교실추진사업 내용 비교

사업별 관할기관	후생노동성	문부과학성
	방과 후 아동건강육성사업 (방과 후 아동클럽)	방과 후 아동교실추진사업
취지 및 대상	맞벌이 가정의 아동(초등학교 1학년 부터 3학년)을 대상으로 방과 후 등 적절한 놀이와 생활의 장소를 제공	모든 아이들이 안전·안심할 수 있는 장소에서 여러 활동을 가능하도록 하는 것을 목적으로 한 것이다. 지역으로부터의 참여를 꾀하여 학습과 스포츠, 문화활동, 지역주민과의 교류활동 등을 추진
근거	아동복지법 제6조2제2항 규정	없음
예산액	186.9억엔(20,000개소 분)	77.7억엔(15,000개소 분)
보조율	1/3(국가, 도도부현, 시정촌 각각부담) ※별도 보호자(이용료)부담 있음	1/3(국가, 도도부현, 시정촌 각각부담)
보조 기본액 (2008년도)	운영비 481.9만엔(아동36~70명 경우) 창설비 1,250만엔, 개수비 700만엔 비품비 100만엔	운영비 문부과학대신이 인정한 액수 (집행 상 제한 없음) 비품비 문부과학대신이 인정한 액수 (집행 상 제한 없음)
지도원 등	방과 후 아동지도원(전임)을 배치	지역사회 어른, 퇴직교원 등을 안전관리인, 학습어드바이저 등을 배치
실시장소	전용 공간을 필요시함	특별히 정하지 않음
	학교내(여유교실) 28.5% 학교내(전용시설) 19.8% 아동관 14.9% 전용시설 10.7% 기존공적시설 9.1% 그 외(민가, 보육소등) 17.0% → 2008년5월 현재	초등학교 67% 공민관 12% 아동관 5% 그 외(집합소, 문화센터, 공원 등)16% → 2007년도 현재
실시개소	17,583개소(2008년5월) (2007년도에 비해 898개소증가)	7,821개소(2008년도-예정포함)
이용 아동 수	등록 아동 수 약79만 명(2008년 5월) (2007년도에 비해 4.5만 명 증가)	연간 참가 아동 수 2,110만 명 · 교실하나당 평균 참가 아동 수 2,550명 · 1회 참여 아동 수 30.6명(2008년도)
실행태 등	원칙으로는 연간 250일수 이상 개소 (여름방학 등 장기휴가나 필요에 따라 토요일도 실시)	연간 계속적이고 단발적으로 실시 (2008년도에는 1개소 당 평균 126일)

자료: 후생노동성(2008.10.29), 『放課後児童クラブについて』, 제16회 사회보장심의회 저출산대책 특별부회 일부 자료
일부분 필자 재정리: 김미숙 외(2009)에서 재인용.

일본의 방과 후 아동교실 프로그램은 각 지자체의 상황에 따라 그 세부 내용에 차이가 있다. 그러나 전반적으로 지역의 독자적인 전통문화를 익힐 수 있는 체험프로그램, 지역 내의 다른 연령층의 사람들과 교류를 할 수 있도록 함으로써 세대 간의 화합을 도모하는 교류프로그램, 아동의 학습능력 향상을 위해 대학생 등 지역인력을 활용하여 학습활동을 보조해주는 학습 프로그램이 있으며, 그 외에도 지역축제나 행사 등에 참여하는 지역활동 참가 프로그램이 있다. 프로그램 진행에는 학습도우미, 코디네이터, 자원봉사자, 전문가, 부모님 등 다양한 인력들이 참여한다. 이 중 코디네이터란 지역사회에서 학교와 그 관련기관, 단체, 자원봉사자 등 다양한 자원들을 확보, 등록, 배치하여 사업의 원활한 진행을 도모하기 위해 배치된 인력이다.

문부과학성에서는 아동이 안전하게 활동할 수 있는 공간을 확보하고, 학습활동, 스포츠 등 다양한 체험활동 등을 원활하게 수행할 수 있도록 코디네이터를 전국 초등학교에 배치하였다. 코디네이터는 지역사회 전문가 뿐 아니라 학부모 등 지역사회의 다양한 인력들이 활동할 수 있으나, 최근 프로그램을 관리하는 코디네이터의 전문가자격에 대한 논란이 이슈화되고 있다(강혜규 외, 2010).

5. 외국의 시사점

이상 4개국의 방과 후 아동복지서비스의 내용을 요약정리하면 다음 표와 같다. 방과 후 아동복지서비스의 설치 동기는 다소 상이한 특성을 보이는데, 미국은 비행청소년 문제 완화인데 반해, 독일은 교육격차 해소 및 아동방임 해결이고, 스웨덴은 아동의 발달적 측면을 강조하고 있다. 반면 일본은 저출산 시대에 아동에 대한 보호의 필요성 증대로 방과 후 사업을 실시하고 있다. 각 국가에서는 관련법을 기반으로 사업을 시행하고 있었다.

〈표 3-4〉 선진국의 방과 후 아동복지서비스 비교

	미국	독일	스웨덴	일본
설치 동기	청소년 임신, 약물중독, 결혼가족 증가청소년들의 기초학력 감소	학업부진아 교육, 잠재력 개발, 교육격차 해소, 맞벌이가족 및 한부모 증가	아동의 발달과 학습적 욕구 충족	저출산, 가족해체, 여성의 사회진출에 따른 아동의 방임 증가
관련법	초중고등교육법 주별 관련규정	주별 학교법	교육법	아동복지법(방과 후 아동간접육성사업)
대상	맞벌이부모 자녀, 소의 학령기아동 (18세)	한부모가족, 맞벌이, 저소득 가족 우선 3-14세 모든 아동	학교다니는 12세까지의 아동	초등학교 저학년 (12세)
이용 비용	실비	저소득층 무료 (소득별 차등화)	소득에 따라 차등지원	소득에 따라 차등 지원
프로 그램 사례	레크레이션, 가정서비스, 독서, 음악, 미술교육	점심, 숙제, 운동과 긴장완화, 컴퓨터, 독서지도, 음악 및 예술 호르트: 등교준비, 점심	문화활동, 자연활동, 지역사회 활동	학습, 스포츠, 문화활동, 주민과 교류활동, 다도, 서도, 야구, 농협체험
운영 장소	학교, 사회봉사단체, 학습단체, 민간기업, 비영리민간단체, 보육시설	학교, 공립단체 운영시설, 청소년복지기관, 청소년사회교육기관, 시민대학, 음악학교, 호르트	가정보육, 레저타임센터, 개방형 레저타임센터	초등학교 여유교실 (2만여개소) 공민관, 아동관
인력	아동보육지도사, 교사, 보육교사, 보조교사, 자원봉사자, 청소년지도사	교사, 학교 밖 전문가, 상급반 학생, 학생 멘토, 학부모 도우미	유치원 교사, 보육교사, 가정보육교사, 레저타임교사	안전관리요원, 학습어드바이저, 코디네이터, 자원봉사자, 부모
교사: 학생	1 대 20		1 대 10	
재원	연방·주보조금· 지역기금, 학교기부금, 아동발달기금, 부모의 지원, 범죄 및 마약예방 기금	지자체 재정	공립 및 민간방과 후 아동보육시설	문부과학성과 후생노동성이 연계하여 필요경비 지원

자료: 일부는 본문 정리, 일부는 김재인·이향란(2004)에서 재구성.

아동의 권리와 관련해서 내용을 살펴볼 때, 이용료부담은 대부분은 소득 수준에 따라 차등지원하고 있음을 알 수 있고, 프로그램은 아동의 욕구에 맞게 프로그램을 제공하고 있었다. 대부분 취미 및 오락, 여가, 스포츠 활동을 중심임을 알 수 있다. 그런데 눈에 띄는 것은 인력과 교사 대 학생 비율이다. 외국의 경우 인력의 유형이 다양한 상황이다. 보육지도사, 교사, 보조교사, 자원봉사자, 멘토, 학부모 도우미, 학습어드바이저 등 전문 및 자원봉사자들이 함께 방과 후 아동복지활동을 지원하고 있었다. 아울러 교사 대 학생 비율은 1대 20을 넘지 않은 상태여서 아동에 대한 밀착된 케어가 가능할 수 있을 것으로 본다. 재원은 다양하되, 특히 미국과 같은 경우는 정부 보조금 뿐 아니라 학교기부금, 아동발달 기금, 마약예방 기금 등과 같은 기금을 활용하고 있는 상황이다. 따라서 우리나라의 경우도 재원의 다양화를 위해 주력할 필요가 있음을 알 수 있다.

이와 같이 선진국에서는 방과 후 활동에 있어서 아동의 욕구에 부응하기 위해서 전문인력을 배치하고, 소득별로 재정적인 지원도 하고 있고, 프로그램도 다양화하여 아동의 여가 및 취미활동을 지원하고 있었다. 특히 교사 대 학생비율을 적정하게 하면서 아동에 대한 밀착된 서비스 제공이 가능하도록 하고 있다.

제3절 국내 방과 후 아동복지서비스 현황

1. 방과 후 아동복지서비스 유형

우리나라의 방과 후 돌봄서비스는 보건복지부의 지역아동센터, 방과 후 보육사업과 교육과학기술부의 초등돌봄교실, 여성가족부의 청소년 방과 후 아카데미 등 3개 부처에서 각각 운영되고 있다. 보다 자세한 방과 후 돌봄 서비스의 내용, 대상자, 지원형태, 시설 수, 수혜아동 수 등은 다음 표에 제시하였다.

〈표 3-5〉 방과 후 돌봄서비스 현황

부처	보건복지부		교육과학기술부	여성가족부
사업	지역아동센터	방과 후 보육	초등돌봄교실	방과 후 아카데미
서비스 내용	보호·학습지도, 급식, 상담, 지역사회 연계	취학아동 보육시설 이용지원(일일 4시간 이상)	간식·석식 제공, 프로그램 제공	특기적성 교육, 보충학습, 급식 등 종합서비스
대상자	저소득·맞벌이부 부·취약계층 자녀(18세 미만)	저소득, 맞벌이부부 자녀	초·중·고 학생(저소득층 자유수강권 지원)	기초생보대상자, 과산자, 차상위층(초등4~중2)
지원 형태	전액지원(시설)	수익자부담 저소득층 정부지원	수익자 부담 저소득층 정부 지원	일반형 이용자 부담 저소득층 정부 지원
시설수	3,585개소	2,164개소	6,622개소	167개소
수혜 아동	98천명	24천명	132천명	7천명

자료: 보건복지위원회, 『2011년도 예산안 및 기금운용계획안』, 국회의안정보시스템
(<http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetailBudget.jsp>)

서비스 대상과 주요 내용은 거의 비슷한 상황으로 저소득 맞벌이 부부 및 취약계층 아동에게 보호 및 학습지도, 급식을 제공하는 것을 주요 목적으로 하고 있다. 다만 교육과학기술부에서 제공하고 있는 초등돌봄교실의 경우는 저소득층 뿐 아니라 일반아동 및 중고생에게도 서비스를 제공하고 있다. 총 보호인원은 지역아동센터 98천 명, 방과 후 보육 24천 명, 초등돌봄교실 132천 명, 방과 후 아카데미 7천명으로 총 261천 명에 이른다.

2. 지역아동센터의 현황

이 중 본 연구에서 초점을 두고 있는 우리나라의 지역아동센터 설립의 주요 목적은 지역사회의 아동보호, 교육, 건전한 놀이와 오락의 제공, 보호자와 지역사회의 연계 등 아동의 건전육성을 위하여 종합적인 아동복지서비스를 제공하기 위한 것이다(아동복지법 제 16조 1항 11호, 보건복지부·지역아동정보센터, 2010). 지역아동센터는 5가지 기능을 가지고 있다(보건복지부·지역아동정보센터, 2010). 첫째, 취약계층 아동의 지역 내 보호개념 실현으로 지역사회 안에서 아동의 권리보장과 안전한 보호 및 급식지원의

로 결식을 예방한다. 둘째, 교육적 기능으로 아동의 학습능력을 제고하고, 학교부적응을 해소하며, 학교생활의 유지 및 적응력강화를 한다.

〈표 3-6〉 지역아동센터의 주요 프로그램 내용

프로그램 명	내 용
보호프로그램	- 빈곤 위기방임 아동 보호, 일상생활지도, 급식제공, 위생지도 등
교육프로그램	- 숙제 지도, 기초학습 부진아동 특별지도, 경제교육, 예·체능교육, 독서지도 등
건강한 놀이	- 문화체험, 견학, 캠프, 공동체 활동, 특기적성 등
보호자와 지역사회 연계	- 가정방문, 상담 정서적 지지, 부모·가족 상담, 후원자 연계, 지역사회 내 인적·물적 자원 연계, 사례관리 등

셋째, 정서적 지원으로 아동의 심리·정서적 안정 및 건강한 신체발달 기능을 강화한다. 넷째, 문화적 지원으로 문화적으로 소외되어 있는 아동에게 다양한 문화체험의 장을 제공한다. 마지막으로 지역사회연계로 지역사회자원 확보, 발굴 및 지원 강화, 지역사회 내 아동문제에 대한 사전 예방적 기능 및 사후 연계를 하는 것이다. 이러한 목적과 기능을 아동권리협약에 비추어서 정리해 보면 다음 표와 같다. 즉 지역아동센터의 목적과 기능은 모두 아동의 권리를 보장하는데 적용될 수 있다.

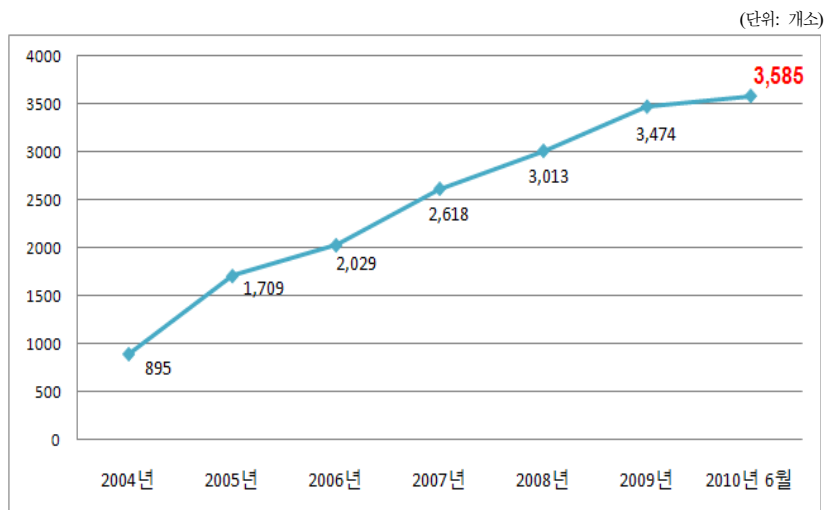
〈표 3-7〉 아동권리유형별 지역아동센터 제공서비스

아동권리유형	지역아동센터의 주요 서비스
생존권	지역사회 아동보호, 급식지원
보호권	지역사회 아동보호, 정서적 지원, 지역사회제공
발달권	교육, 놀이와 오락제공, 문화적 지원
참여권	아동의 자치회 운영

지역아동센터는 2004년 법제화된 이래 지속적으로 증가하는 추세이다. 2010년 6월 현재 총 3,585개소가 설치되어 있다. 이러한 급증 이유는 지역아동센터의 설치기준이 별로 까다롭지 않고, 국가에서 인건비와 운영비를 지원해주고 있기 때문에 지역사회 아동보호에 관심있는 전문가들이 시설을

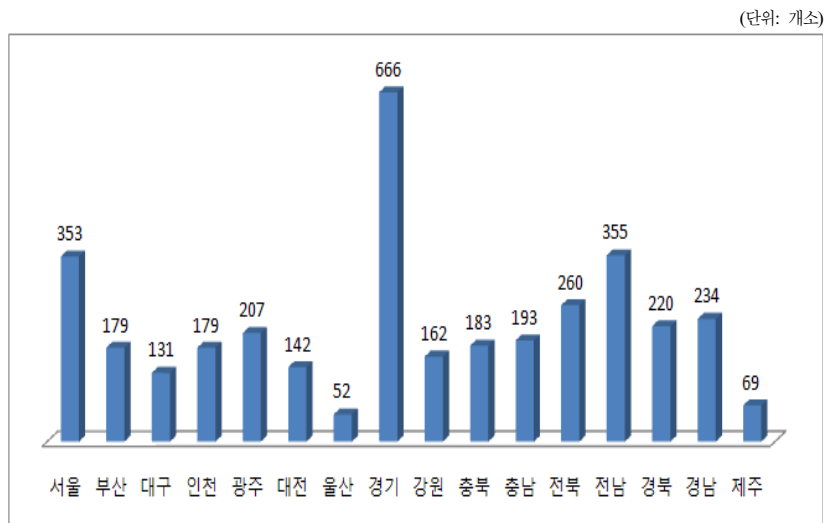
설치하는 경우가 급증하고 있기 때문으로 보인다. 지역별 분포는 경기도가 가장 많은 606개소이고 서울, 전남의 순이다. 2010년 6월 현재 약 98천명의 아동이 이용하고 있다.

[그림 3-1] 지역아동센터 추이



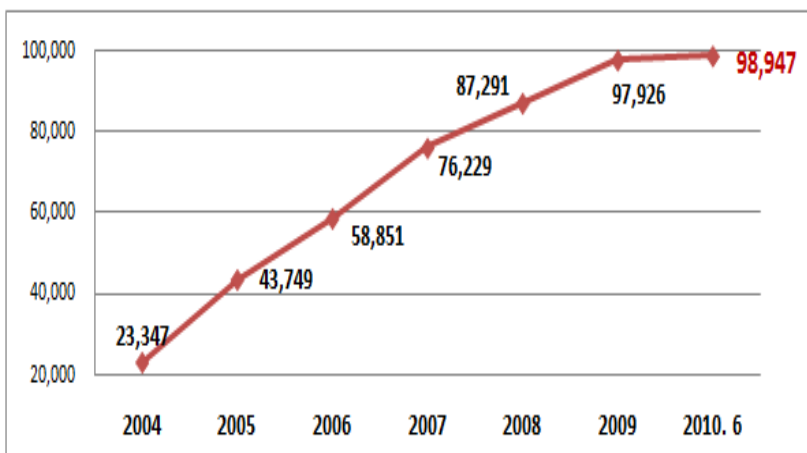
자료: 보건복지부·지역아동정보센터(2010), 『전국지역아동센터 실태조사 보고서』

[그림 3-2] 시도별 지역아동센터 수('10. 6월말 기준)



자료: 보건복지부·지역아동정보센터 (2010), 『전국지역아동센터 실태조사 보고서』

[그림 3-3] 연도별 지역아동센터 이용아동현황



주: 미지원 시설 이용아동 포함, 개소당 평균 이용아동 : 약 28명

자료: 보건복지부·지역아동정보센터 (2010), 『전국지역아동센터 실태조사 보고서』

아동의 소득계층별 분포를 보면 전체 이용아동의 27.8%가 기초생활수급자 아동이고, 차상위계층 아동은 32.5%에 이른다. 기타승인 아동인 기초생활수급 아동 등에 해당되지 않는 아동 중 경제적으로 어려움을 겪고 있는 취약계층 아동은 17.9%로 합하면 저소득계층 아동이 79.2%에 이른다. 그런데 일반가정 아동도 21.8%나 되고 있어서 지역아동센터 이용아동 중 비중이 적지 않음을 알 수 있다. 그런데 지역아동센터의 운영 매뉴얼에서는 지역아동센터 이용대상 아동에서 일반가정아동은 제외하고 있다. 이로 인해 평가에서 일반가정 아동 이용 시 점수를 받지 못하고 있다.

<표 3-8> 소득계층별 지역아동센터 이용아동 현황('09. 12월말 기준)

(단위: 명)

구 분	계	기초생활수급자 아동	차상위계층 아동	기타승인 아동	일반가정 아동
인 원	97,926	27,191	31,792	17,526	21,417
(비 율)	(100%)	(27.8)	(32.5)	(17.9)	(21.8)

- 차상위계층아동 : 기초생활수급권자가 아닌 가구로서 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구의 아동
 - 기타승인아동 : 기초생활수급 아동 등에 해당되지 않는 아동 중 경제적으로 어려움을 겪고 있는 취약계층 아동
 자료: 보건복지부·지역아동정보센터 (2010), 『전국지역아동센터 실태조사 보고서』

다음에는 지역아동센터 이용아동의 연령별 분포를 보면 다수가 초등학교 이하로 77.2%를 차지하고 있다. 한편 중학생도 16.4%로 적지 않고, 고등학생 및 미취학도 일부 있어(각 2.6%, 3.5%), 지역아동센터의 프로그램 운영에 있어서 어려움을 시사한다.

〈표 3-9〉 지역아동센터 이용 아동 연령별 현황

계	미취학	초등학교 저학년	초등학교 고학년	중학생	고등학생	탈학교 등
98,947명 (100%)	3,422명 (3.5%)	35,923명 (36.3%)	40,447명 (40.9%)	16,260명 (16.4%)	2,604명 (2.6%)	291명 (0.3%)

자료: 지역아동정보센터(2010), 『지역아동센터 현황』

2010년 현재 시설 당 매달 320만원 지원해 주고 있고, 2011년의 경우는 월 350만원으로 인상하였다. 그런데 지역아동센터의 실제 운영비용은 월 6백만 원이(29인 기준) 소요되는 것으로 조사되고 있어, '11년의 경우 실제 운영비(월 600만 원)의 58.3%만이 지원되고 있어 운영의 어려움을 짐작하게 한다. 1인당 지원단가를 보면 지역아동센터는 569천인데 비해, 드림스타트는 859천원이고, 교과부의 초등돌봄교실은 2백만 원을 넘고, 청소년 아카데미는 1.6백만 원이어서 가장 낮음을 알 수 있다. 비슷한 유형의 사업에서 이와 같이 지원단가가 다른 것은 형평성에 어긋난다. 더욱이 저소득층 아동이 주로 이용하는 지역아동센터의 경우 서비스 단가가 가장 낮아 문제의 소지가 된다.

〈표 3-10〉 방과 후 아동돌봄 서비스 단가

부 처	구 분	1인당 서비스 단가
보건복지부	지역아동센터	569,158원
	드림스타트	859,212원
교과부	초등돌봄교실(교부세)	2,136,363원
여성가족부	청소년 아카데미	1,687,822원

주: 빈곤아동을 대상으로 한 지원단가의 차이를 시정하고 지역아동센터 야간보호 사업을 확대하여 운영하는 방안을 강구할 것
 자료: 보건복지위원회(2010), 「2011년도 예산안 및 기금운용계획안」, 국회의안정보시스템
<http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetailBudget.jsp>

한편, 지역아동센터 종사자의 월 평균 급여도 '10년 6월 현재 시설장이 919,093원, 생활복지사는 964,855원으로 열악한 상태이다. 이러한 열악한 처우는 양질의 인력을 확보하는데 장애요소가 된다. 종사자의 근로조건이 충족되지 못할 때, 적절하고 전문적인 서비스 제공이 용이하지 않게 된다.

〈표 3-11〉 지역아동센터 종사자 월평균 급여 추이

(단위: 원)

구분	2007년		2008년		2009년		2010년 6월말	
	시설장	생활 복지사	시설장	생활 복지사	시설장	생활 복지사	시설장	생활 복지사
월평균 급여	826,486	843,366	857,402	855,757	884,819	899,351	919,093	964,855

자료: 보건복지부·지역아동정보센터(2010), 『전국지역아동센터 실태조사 보고서』

지역아동센터 서비스의 질을 제고하고 종사자의 처우를 개선하기 위하여 운영비 지원수준을 단계적으로 증액하여 현실화함으로써 지역아동센터가 제대로 운영되기 위한 여건을 마련할 필요가 있다. 지역아동센터 운영비 지원단가 현실화에 대하여 보건복지부에서는 지역아동센터의 지원 체감도를 제고하고, 종사자 처우개선 및 서비스 질 제고를 위해 개별 시설에 대한 재정지원을 지속적으로 확대하되, 시설 규모별 차등지원, 평가결과 반영, 지자체 예산조정권 부여 등을 통해 예산집행의 효율성도 제고할 계획을 수립 하였다(보건복지위원회, 2010).

〈표 3-12〉 연도별 지역아동센터 지원 추이

연도별 구분	2004년	2005년	2006년	2007년	2008년	2009년	2010년	2011년
지원 개소(개소)	500	800	902	1,800	2,788	2,788	2,946	3,260
지원 단가 (만원/월,개소)	67	200	200	200	220	상:220 하:320	320	350
국비(억원)	12	73	98	206	282	457	576	718

자료: 보건복지부·지역아동정보센터 (2010), 『전국지역아동센터 실태조사 보고서』

한편 야간보호사업은 빈곤, 이혼, 맞벌이 등으로 야간에 방임되는 아동에 대한 성범죄 예방 및 사회일탈을 방지하기 위한 사업이다. 우리나라 여성 경제활동 참여율이 '09년 49.2%(통계청, '10년)이고, 「'09년 생활시간조사」에 따르면, 취업가구의 평균 퇴근시간(18:00~19:30)으로 평균 이동시간(1시간 26분)을 고려하면, 최소 저녁 9시까지 야간보호가 필요한 실정이다. 현재 20시 이후까지 야간 운영하는 센터는 전체 지역아동센터 3,585개소 중 61.7%인 2,209개소인 것으로 조사되었다(보건복지위원회, 2010)

〈표 3-13〉 지역아동센터 야간보호 운영현황

(단위: 개소, %)

구 분		개소	비율
20시 이후 운영여부 (야간보호)	전 체	3,585	100.0
	운영합	2,209	61.7
	운영안함	1,376	38.3

자료: 보건복지위원회(2010), 「2011년도 예산안 및 기금운용계획안」, 국회의안정보시스템
(<http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetailBudget.jsp>)

야간보호 운영기관에 대한 지원은 현재 사회복지공동모금회에서 복권기금을 통하여 지원되고 있으나, '10년 야간보호 운영센터 2,209개소 중 377개소만 지원하여 지원규모가 작고 향후 사업 지속여부가 불투명한 상황이다.

3. 아동권리의 관점에서 본 지역아동센터의 문제점

이와 같이 외형상으로 우리나라의 지역아동센터는 아동권리협약에서 제시하고 있는 아동을 위한 기본권을 모두 보장하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 실질적으로 구체적인 상황에서는 아동의 기본권리가 모두 보장된다고 보기가 어렵다. 즉, 아동의 기본권이 형식적으로는 보장된다고 하겠다.

첫째, 지역아동센터에서 가장 문제가 되는 것은 아동에 대한 보호수준이다. 교사 대 아동의 비율이 높은 편이어서 아동관리가 제대로 되기 어렵다.

6) 복권기금 지원규모 : 107억('10년) → 155억('11년 안)

특히 지역아동센터의 경우는 빈곤가족, 한부모가족, 조손가족 등 뿐 아니라 정서적 문제아동, 장애아동 등 사회적 지원이 절대적으로 필요한 아동이 많다. 이로 인해 다양한 전문가의 전문적인 개입이 필요한 상황임에도 불구하고, 인력기준이 매우 낮은 편이다. 아동 10인 미만의 시설의 종사자 배치기준은 시설장 1인이고, 아동 10인 이상 30인 미만 시설은 시설장 1인 생활복지사 1인이고, 30인 이상 시설은 시설장 1인, 영양사 1인, 생활복지사 2인이다. 아동복지교사가 지원되고 있기는 하지만, 학습보충에 투입되므로 아동의 정서적 욕구를 충분히 충족시키기에는 한계가 있다.

둘째, 시설설치 기준도 매우 기본적인 시설을 갖추기만 하면 모든 시설이 신고가 된다. 시설별 편차가 있기는 하지만, 시설이 설비 및 면적 등이 아동을 양육하기에 불충한 시설도 있다. 따라서 아동이 교육받고 양육되기에 적합하도록 시설기준을 강화할 필요가 있다.

셋째, 지역아동센터 아동들의 대상에서 일반 맞벌이 아동을 지원 대상에서 제외되어 있다. 즉, 현재의 지역아동센터가 지역에 살고 있는 아동의 욕구를 다 충족시켜 주지는 못하는 상황이다. 일반 아동 중에서도 맞벌이 가구나 한부모가족의 경우 아동이 방임될 소지가 매우 높다. 아울러 최근 증가하고 있는 다문화가족 아동의 경우 학교생활 등의 적응력이 낮는데 반해 가정으로부터 지원을 많이 받지 못하여 사회적인 돌봄이 매우 필요함에도 적절한 서비스가 충분히 제공되지 못하고 있으므로, 지역아동센터의 이용 대상아동 범위를 넓힐 필요가 있다.

넷째, 낮은 지원단가로 인해서 아동들에게 적절한 서비스가 제공되는데는 한계가 있다. 특히 종사자에 대한 열악한 처우로 인해서 양질의 인력이 안정적으로 고용되기 어려워 질 높은 서비스를 기대하기 어렵다.

다섯째, 운영시간도 제한되어 있어 방과 후 돌봄이 필요한 아동의 돌봄이 유연하게 제공되지 못하고 있다. 이는 지원단가와도 맞물린 문제여서 2교대 등을 통해서 야간근무인력 지원을 통해 야간에도 센터가 운영될 수 있도록 해야 한다.

기타 문제는 지역아동센터가 가족에 대한 지원이 필요한 아동이 많은데

이에 대한 지원은 거의 되고 있지 않은 상황이다. 이용 아동의 대부분이 저소득 및 취약계층으로 아동에 대한 지원이 효과를 거두기 위해서는 아동 자신뿐만이 아니라 가족이 가지고 있는 복지욕구가 동시에 해결 될 수 있어야 한다. 이를 위해서는 지역아동센터에 상담전문가나 지역사회전문가가 상주하고 있으면서 가족의 욕구를 충족시켜주기 위해 필요한 지원방안을 마련하는데 주력해야 한다.

제4절 방과 후 아동복지서비스 최저수준의 기본 방향과 수준

1. 기본방향

우리나라에서 운영되고 있는 지역아동센터에서 아동의 기본적인 욕구가 제대로 충족되기 위해서는 아동권리협약에서 제시된 아동의 기본권리가 보장될 수 있는 기반이 재정비 되어야 한다. 앞에서도 지적한 바와 같이 현재 지역아동센터에서 제공되고 있는 서비스는 외형상으로는 아동의 권리를 충족시키고는 있다. 그런데 문제가 되는 것은 서비스의 내용면에 있다. 지역아동센터의 서비스는 형식 뿐 아니라 내용면에서도 아동의 권리를 충분히 충족시키는 수준에까지 다다라야 할 것이다. UN 아동권리협약에서 제시된 아동권리와 지역아동센터에서 서비스의 최저수준 확보를 위해 부가적으로 필요한 항목을 정리하면 다음 표와 같다. 보다 자세한 내용은 다음 절에서 다루었다.

〈표 3-14〉 아동권리 확보를 위한 지역아동센터의 개선사항

UN 아동권리협약 주요 내용					
참 가 권		보 호 권		발달 및 생존권	
사회 참가	생활 참가	특별한 조건의 아동	모든 아동	발 달	생 존
· 정보접근권	· 의견표명권 · 프라이버시· 통신·명예의 보호	· 피해아동의 사회복귀 · 소수자·원주민 아동의 보호 · 장애아권리 · 난민아동의 보호·원조	· 부모에 의한 학대·방임·착취 로부터의 보호 · 성적착취·학대 로부터의 보호	· 가정적인 환경에의 권리 · 교육권리 · 휴식·놀이·문화 적·예술적 생활 권리	· 보건의료의 권리 · 양육지정의 권리 · 사회보장의 권리 · 생활수준의 권리

지역아동센터에서의 아동권리 확보를 위한 개선사항					
참 가 권		보 호 권		발달 및 생존권	
사회 참가	생활 참가	특별한 조건의 아동	모든 아동	발 달	생 존
· 충족됨	· 충족됨	· 다문화아동, 새터민 아동 전용 센터 및 전문가 필요	· 대상아동 확대: 일반아동 지원 · 사례관리 강화 · 아동방임 예방을 위한 운영시간 확대 · 가족지원 및 치료를 통한 아동학대 예방	· 가족지원강화 및 연계 · 전문가 확충 · 교사 대 학생 비 적정화 · 연령별 차등 서비스	· 보건의료: 충족됨 · 가족지원 강화

2. 방과 후 아동복지서비스 최저수준 설정

지역아동센터는 아동의 기본적인 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 돌봄서비스를 제공하는 기관이 되어야 한다. 이를 위해서는 첫째, 아동별로 개별적인 맞춤형 서비스가 가능해야 한다. 이러한 서비스가 전제가 되는 것이 사례관리이다. 특히 아동의 보호권이 제대로 보장되기 위해서는 아동 한 명 한 명에 대한 치밀한 사례관리가 필요하다. 여기에는 아동의 정서적 측면, 신체적 측면, 교육적 측면, 문화적 측면 등 모든 면이 연관되어 있다. 이러한 모든 측면에서의 기본적인 아동의 욕구가 충족될 수 있기 위해서는 개개 아동에 대한 사례관리가 철저해야 한다. 아동 개인의 특성은 물론이고 가족적인 욕구, 학교생활 등 전반에 걸친 관리가 제대로 될 수 있도록 인력지원과 전문적인 사례관리 양식이 필요하다.

둘째, 교사 대 아동수가 개선되어야 한다. 이는 앞의 사례관리와도 연결된 문제이다. 현재와 같이 시설장과 1~2명의 생활복지교사가 아동을 돌보기에는 행정업무, 아동관리업무, 교육업무가 다양하고, 이와 더불어 자원봉사자 관리, 문화활동 등도 지도해야 한다. 현재 이러한 문제점을 보완하고 사회적 일자리 확충의 의미로서 아동복지교사를 센터당 1명 정도씩 파견하고 있다. 이에 대한 센터의 평가가 매우 긍정적이고 많은 인력적인 지지가 되고 있다. 센터에서는 아동복지교사 지원사업을 확대할 것을 요구하고 있고, 특히 아동의 연령대가 다양하거나, 특수한 분야의 경우는 더욱이 그러하다. 당장 지역아동센터에 인력을 확충하기가 어려우면, 아동복지교사라도 확충하여 부족한 인력을 보충하도록 해야 할 것이다.

셋째, 앞의 표에서 지적된 바와 같이 아동이 가지고 있는 문제는 아동만의 문제가 아니라 가족문제와 직결되어 있다. 그런데 현재와 같은 인력구조로서는 가족의 문제에게까지 관여하기가 역부족이다. 그런데 가족문제가 완화되지 않으면 아동문제도 완화되기 어려운 상황이다. 따라서 지역아동센터의 종사자는 아동의 부모 및 가족지원까지 할 수 있는 구조가 되어야 한다. 직접 지원이 어려울 경우 지역의 관련 전문가와의 network 구축을 통해서 가족에 대한 통합적인 지원이 가능하도록 해야 한다. 김미숙 외(2009)는 이를 위해 지역아동센터 10개소당 거점센터를 지정하여 network 담당 인력을 추가로 1인 두자는 제안을 하였다. 추가 인력은 network 뿐 아니라 자원연계를 통해서 가족이 안고 있는 문제해결을 위한 방안 모색도 가능할 수 있게 될 것으로 본다.

넷째, 지역아동센터의 대상자의 확대가 필요하다. 지역아동센터 이용아동현황에서 본 바와 같이 일반아동의 이용률이 20% 가량 되고 있다. 일반아동의 이용률은 맞벌이 가족의 증가에 따라 더욱 증가할 것으로 예상된다. 따라서 지역아동센터의 이용대상 아동을 일반 아동으로까지 확대해야 한다. 현재 일반아동에 대한 이용은 평가에 반영되지 않고 있어서 전체적으로 보면 독려되고 있는 상황은 아니다. 그런데 지역사회에 방임의 소지가 많은 일반아동을 선정하여 돌봄이 필요한 아동으로 책정될 수 있도록 해야 할 것이다. 즉, 소

득 기준과 함께 욕구를 반영하여 대상아동을 선정해야 할 것이다.

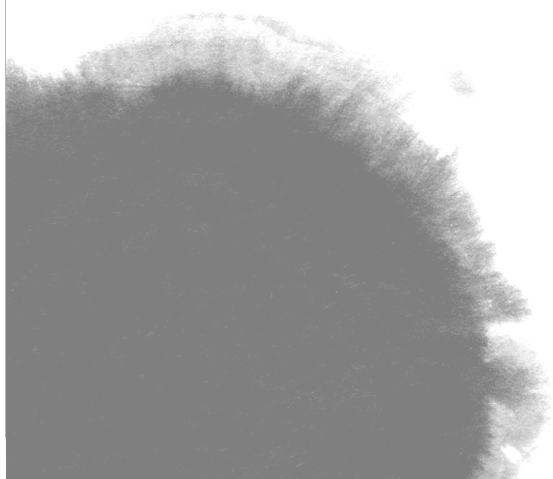
다섯째, 아울러 다양한 연령대가 지역아동센터를 이용하고 있어서 서비스의 전문성 제고를 어렵게 하고 있다. 초중고가 같은 센터에서 보호받을 경우 집중된 서비스가 어렵고 분산된 서비스가 제공되어 전문성이 약화될 우려가 있다. 따라서 현재 부족한 중고생을 위한 센터를 많이 개설하고 이 연령대가 필요로 하는 전문적인 서비스를 제공하도록 한다. 이는 부족한 청소년 공부방 아카데미의 보충으로 볼 수도 있을 것이다.

마지막으로 운영시간의 유연화가 필요하다. 특히 고학년이나 맞벌이 가족 아동을 위해 부모가 퇴근하는 시간까지 아동을 돌볼 수 있도록 센터에서의 2교대가 필요하다.

이상에서 살펴본 바와 같이 방과 후 아동복지서비스의 최저수준이 충족되기 위해서는 가장 근본적으로 예산의 증액이 불가피하다. 문제는 현재 우리나라 아동복지예산에서 가장 많은 비중을 차지하고 있는 항목이 지역아동센터 예산이다. 그리고 예산이 매년 증액되어 책정되고 있고, 이와 더불어 급식지원과 아동복지교사 지원까지 하고 있어서 적지 않은 예산이 배정되고 있다. 따라서 정부보조금의 증액과 함께 아동복지를 위한 기금을 마련하여 이를 적극적으로 활용할 수 있도록 해야 할 것이다.

04

장애인 돌봄서비스 최저수준



제4장 장애인 돌봄서비스 최저수준

제1 절 성인 장애인 돌봄서비스 최저수준

지난 20년간 한국사회에서는 사회적 권리보장에 대한 관심이 급격히 증가되었다. 특히 장애인 인권의식의 향상과 자기선택의 권리에 대한 인식이 높아지면서 자립생활(Independent Living)의 이념이 확산되었고, 지역사회 내에서 자립생활을 추구하는 장애인이 자기결정의 삶의 목표를 추구할 수 있도록 사회활동참여의 가능성과 기회를 넓히기 위한 지원이 증가되었다. 활동보조서비스는 바로 이러 사회적 지원의 하나라고 볼 수 있으며 사회서비스의 주축으로서 장애인들의 권리보장에 절대적으로 필요한 사회서비스이다. 특히 신체장애를 가진 이들의 사회활동 참여와 자립생활, 그리고 이를 기반으로 하는 사회통합을 위해서는 절대적으로 필요한 것이라 할 수 있다. 본 고에서는 장애인을 대상으로 하는 활동보조서비스의 의미를 권리적 관점에서 조명해보고 외국사례 고찰을 통해 장애인의 기본권 보장을 위해 제공되어야 하는 활동보조서비스의 내용과 수준에 대해 논의해보고자 한다.

1. 활동보조서비스의 기본 이념 및 개념

가. 장애인의 자립생활과 활동보조서비스

장애인의 자립생활과 활동보조서비스를 논하기 위해서는 장애패러다임에

대한 이해가 전제되어야 할 것이다. 장애를 이해하는 지배적 패러다임은 재화를 중심으로 하는 개념이 지배적이었으나 이러한 재화패러다임에서는 장애인이 경험하는 문제를 해결하는데 있어 장애인 당사자가 가지는 인식과 문제해결에 대한 의사가 배제되어 지나치게 전문가 의존적이기 때문에 모든 문제가 장애인 개인에게서 비롯된 것으로 인식되어 개인의 문제로만 고착화 될 수 있다. 이러한 재활중심적 관점은 장애를 둘러싼 환경에 대한 관점으로 전환되게 되었고 이에 따라 장애인 문제의 초점 또한 재화를 통한 기능회복이 아닌 장애인의 사회적 참여를 방해하는 환경적 요인들을 변화시키는 것으로 전환되게 되었다. 이는 장애인이 시민으로서 가지는 권리 행사를 위해 필요한 제반서비스를 제공받아야 하는 존재로서 인식되기 시작한 것이라 볼 수 있을 것이다. 환경요인적 관점에서는 장애인 관련 복지의 최종목적이 장애인의 사회참여를 지원하여 비장애인과 함께 생활하며 경쟁력 있는 개인으로서 자립적 생활을 달성하여 진정한 사회통합을 이루어 내게 하는 것이며 특히 장애인의 사회참여와 자립생활, 그리고 최종목적인 사회통합을 위해서는 사회참여를 위한 모든 개인 활동을 지원하여 장애인의 일상생활에 필요한 도움을 제공하는 것이 최우선적 목적이라 볼 수 있다.

나. 자립생활의 핵심원리

장애인 자립생활의 핵심을 이루는 원리는 당사자주권이라 할 수 있는데, 이는 전문가가 아닌 서비스의 실제적 소비자인 장애인이 자신의 이익을 가장 잘 판단할 수 있다고 보는 것이며 궁극적으로 소비자인 장애인이 자신들의 필요에 따라 서비스가 어떻게 구성되어야 하는지를 결정하는 것이다. 이를 위해서는 소비자인 장애인이 자신에게 주어져야 하는 권리와 혜택을 얻어낼 수 있는 자신들의 자원과 능력에 대한 믿음, 즉 자기신뢰가 바탕이 되어야 하고, 정치 및 경제 등 다양한 영역에서 자유롭게 자신들의 이익을 위해 활동할 수 있는 정치적·경제적 권리를 가질 수 있어야 한다. 또한 커

뮤니티 안에서 발생하는 문제의 해결을 위한 장애인 당사자의 주체적인 역할과 그것을 위한 지원을 중시하는 것이 필요하다(김동호, 2000).

다. 활동보조의 이념 및 활동보조서비스의 개념

활동보조는 자립생활 개념의 가장 핵심을 이루는 부분이다. 활동을 보조하는 행위는 특히 중증의 장애를 가진 이들에게 자신의 권리실현을 위해 반드시 필요한 서비스이다. 데중(DeJong, 1979)은 음식, 주거, 건강 등의 권리를 생존권으로 인식하듯 활동보조서비스 역시 생존권의 일부이며 각 개인의 신체적 생존에 필수적인 혜택이라고 설명하면서 활동보조서비스는 양도할 수 없는 시민권적 권리라고 강조했다. 오사나이 미치코(2000) 역시 활동보조서비스는 자립을 선택할 수 있는 선택권과 선택할 수 있는 기회를 보장하는 것이며 장애인의 기본적 선택권을 보장하는 중요한 사회적 서비스라고 주장했다. 여러 학자들이 주장하듯이 활동보조서비스는 단순히 장애인의 사회참여를 활성화시키는 매개체라기보다 생존과 자립에 필수적인 조건을 만족시키는 지원책이라 보아야 할 것이다.

활동보조서비스(Personal Assistant Service)의 개념과 관련해서는 일반적으로 세계장애연구소(World Institute on Disability)가 조사한 자료에 근거한 ‘활동보조서비스 정의’에 근거한 개념을 사용하며, 기본적으로 일상생활능력(Abilities of Daily Living)의 기능보조와 사회참여에 관한 지원 부분을 활동보조서비스의 지원 대상으로 규정하고 있다. 세계장애연구소에 의하면 “활동보조서비스란 한 가지 또는 그 이상의 일상생활과 관련하여, 장애로 인한 지역사회생활 유지에 본인 스스로 신변처리가 불가능한 장애인을 대상으로 서비스를 제공하고, 최대한의 자기관리권을 부여하여, 장애인의 자립생활을 통한 자기실현을 추구하기 위한 서비스이다. 또한 장애인의 장애정도에 따라 직접지원 또는 간접지원을 병행하는 서비스”(Simi Litvak et al. 1987: 정종화, 2009에서 재인용)이며, 그 대표적 항목은 다음과 같다.

- 목욕, 배설, 옷 갈아입기, 세면, 식사보조 등의 신변처리 등 일상생활 행위에 관한 항목
- 장보기, 청소, 요리보조 등 가사지원에 관한 사항
- 아동 돌보기, 아동의 배설, 목욕, 보육보조 등 장애인 부부의 양육 보조
- 금전관리, 시간관리, 일정관리의 보조 등 일상생활에 관한 조언
- 수화통역, 점자통역, 낭독보조, 대필보조 등 커뮤니케이션 보조
- 긴급연락, 복지긴급콜, 친구방문 등 긴급지원서비스
- 안내보조(가이드 헬퍼), 대리운전(시각장애인) 등 이동보조

또한 베르브룩과 세벡(Verbrugge and P. Sevak, 2002)은 활동보조서비스의 범위를 다음과 같이 크게 세 가지로 구분하고 있다.

- 목욕하기, 옷 입기, 침대나 의자에서 이동하기, 화장실가기 등의 일상 생활기술(ADLs : Activities of Daily Livings)
- 식사하기, 약 먹기와 식품 구입하기, 식사준비, 집안일 등과 같은 수단적 일상생활기술(IADLs : Instrumental Activities of Daily Living)
- 신체유지와 지역사회 내에서의 생활에 전반적으로 필수적인 특정 활동과 관련하여 개인에게 제공되는 도움을 말함

한편 랏츠카(Ratzka, 1993)는 활동보조서비스를 신체 기능적 측면보다 사회관계적 측면에서 정의하며 사회적 평등을 회복하기 위하여 반드시 필요한 지원서비스로 규정하고 있다.

- 활동보조서비스란, 장애인 당사자가 활동보조인에게 일상생활의 보조를 받음으로써 신체적, 심리적으로 역량이 강화되는 행위이며, 장애인 본인이 할 수 없는 일상생활활동의 도움을 통하여 자립을 성취하는 서비스 행위를 말한다. 인간은 장애를 갖지 않았다면, 누구든 노력하면 원하는 행위를 할 수 있지만 장애로 인하여 그 행위가 제한된다면,

그것은 사회적 평등에서 벗어난 것이며, 사회적 평등을 회복하기 위하여 활동보조서비스가 필요한 것이다. 활동보조서비스는 신체적·정신적·사회적 관계를 지원하는 중요한 서비스로서 규정 된다.

라츠카(Ratzka, 2004)는 활동보조서비스를 홈헬퍼나 자원봉사와 차별화 하며 다음과 같이 정의 하고 있다.

- 장애인에게 활동보조서비스란 장애로 인하여 일상생활상의 행위를 할 수 없게 되었을 때, 그 신체적 케어와 심리적·사회적 생활을 보조하기 위하여 동반되는 인적 지원서비스로서, 자립생활의 철학에 근거하여 출발한 개념이며, 기존의 홈헬퍼서비스나 자원봉사와는 차별성 있는 사회적 시스템에 의한 서비스이다.

그는 활동보조서비스의 기본철학은 자기선택과 결정에 근거한 참여가 원칙이 되어야 하며, 공적 서비스 원칙, 활동보조인과의 대등한 관계구축, 직접급여에 의한 당사자의 권한강화, 소비자로서의 서비스 구매력 강화라고 설명한다. 많은 학자들의 설명처럼 장애인 활동보조서비스 이념은 장애인 자립생활의 철학을 배경으로 하고 있으며 서비스에 대한 본인의 선택권과 결정권을 중요시하고 있다.

2. 외국의 활동보조서비스⁷⁾

활동보조서비스는 대부분 노인과 장애인의 케어서비스를 종합적으로 다루고 있고, 장애인활동보조서비스는 특별한 필요성으로 구분된 서비스로 규정되기도 한다. 장애인활동보조서비스는 다른 사회적 집단과 구별되는 장애

7) 미국, 영국, 캐나다, 스웨덴, 일본의 활동보조서비스의 내용은 「활동보조서비스 국제비교 연구」(정종화, 2009)를, 독일 및 호주의 활동보조서비스의 내용은 「장애인활동보조서비스 이용 및 공급실태 조사연구」(이익섭 외, 2009)의 내용을 요약·정리한 것이다.

인의 특수성을 고려한 정책이라는 점이 한 특징이라 볼 수 있다. 본 고에서는 근거 법률 및 서비스의 대상자와 서비스 내용 등에 대한 외국 장애인 활동보조서비스 제도를 살펴보고 이를 바탕으로 한국의 장애인을 위한 활동보조서비스의 최저수준을 가늠해보려 한다.

가. 미국

미국의 활동보조서비스는 자립과 사회참여를 축으로 하는 차별금지 및 평등이기 때문에 자립생활은 장애인의 당연한 권리로 인정하고 있는 것이 특징이다. 장애인차별금지법(American Disability Act)법이 그것을 규정하고 있고, 재활법(Rehabilitation Act) 제501~508조에서 구체적으로 규정하고 있다. 영국이나 스웨덴, 캐나다, 일본 등의 국가에서도 기존의 노인요양 서비스와는 별도로 장애인 케어 서비스의 욕구를 반영한 독자적인 법률을 가지고 있으며, 이 제도의 틀은 기존의 장기요양서비스의 틀 위에 구축된 서비스 모형이라고 볼 수 있다. 또한 사회보장법 제18장에서 재가건강치료 서비스를 받는 사람에 대하여 활동보조서비스가 제공하도록 하고 있으며, 메디케어(Medicare)의 대상자가 서비스 대상으로 지정된다. 사회보장법 제19장에서는 노인의료보험서비스를 규정하고 있는데, 이 기금을 통하여 소득이 낮은 사람인 경우, 병원·요양원·시설 보호에 필요한 조치와 비용이 지급된다. 또한 메디케이드(Medicaid) 기금은 메디케이드 퍼씨옵션(PC-Option)과 메디케이드 웨이버(Waiver)를 통하여 활동보조서비스를 제공하는데 이것은 각 주정부의 선택적 결정에 의하여 지원되고 있다. 또한 재활법에서도 활동보조서비스를 규정하고 있고, 이 서비스를 장애인자립생활센터를 통하여 또는 직접지불(Direct Payments) 형태로 지원되고 있다.

서비스 대상자는 위에서 기술한 대로 연방정부의 메디케어 대상자 또는 메디케이드 대상자인 경우 활동보조서비스의 대상이 된다. 공공부조대상자는 서비스 비용이 전액 무료이며, 연방정부 지원금과 주정부 사업예산에 따라 재원이 편성된다. 또한 저소득자의 경우 평균소득의 125% 이상인 자에

대하여 본인부담이 추가되며, 그 이하의 대상자에게는 본인부담이 추가되지 않는다. 또한 16~18세 이상 65세 미만의 장애인(주로 신체장애인 대상)으로서 자기관리가 가능한 장애인에게 지원되며 주에 따라 연령규정이 다소 차이가 있다. 재가생활자 중에서 중증장애인(주당 18시간 이상 활동보조서비스가 필요한 자), 지적 장애인의 경우 일부 주에서 가족급여를 지원하고 있으며 기본적 대상규정은 메디케어 대상자이어야 한다.

서비스 상한기준은 미국은 주정부에 따라 다르나 평균적으로 주당 40시간을 상한선으로 설정하고 있다. 이 기준이 초과되면 초과분은 모두 지자체의 부담이 되고, 수입(평균소득의 140% 상한)에 따른 개인부담이 적용된다. 또한 빈곤선의 74% 수준에서 그 대상의 상한선이 결정되고 있는 것이 평균적 통계이지만 지원대상자의 60%가 공적 급여 대상자인 점을 감안한다면, 그 대상자가 중증장애인으로 소득수준이 낮은 장애인이 주요대상자라는 것을 알 수 있다(Kristofer, 2004).

지원방식은 현금 및 현물지원 혼합방식으로 하고 있으나 자기관리가 가능한 경우는 대부분 현금급여가 원칙이다. 일부 주에서는 지적장애인이나 정신장애인의 경우는 서비스 지정기관 계약제로 운영하고 있으며, 이 경우는 주정부가 비용을 사업기관에 지급하고 있다.

활동보조인 고용방식은 본인이 모집과 고용 모두 이행하는 경우가 많으나 자립생활센터(CIL) 등에 의뢰하여 모집하고 면접을 통하여 채용하는 경우도 많다. 자립생활센터가 활동보조서비스를 직접 지원하여 사업을 이행하는 곳은 사회보험방식을 채택하고 있는 나라에 비하여 매우 적은 편이다.

나. 영국

영국의 활동보조서비스는 국민건강서비스와 지역사회보호법(National Health Service and Community Care Act)에 의하여 1990년에 시작된 지역사회 생활에 대한 홈 헬퍼 서비스가 지원되었던 것이 그 시작이라고 볼 수 있다. 1996년에는 지역사회보호법이 제정되어 개별지원 프로그램이

실시되고 있다. 이 두 법률은 서비스 지원형태에 따라 차이가 있으나 전자는 지역사회의 노인과 장애인을 위한 포괄적인 서비스를 규정하고 있는 반면에 후자는 장애인의 특수성을 인정하여 직접지급 형태로 제3자 기관을 통한 직접지급(Direct Payment) 형태로 운영되고 있으며, 최근 중증장애인이 증가하는 추세에 따라 그 욕구 또한 다양화되는 양상을 보이고 있다.

장애인 직접지급의 경우는 본인부담이 없으나, 활동보조인을 개인이 고용한 경우는 엄격한 신고를 의무화하고 있다. 그러나 경증의 장애인으로서 지역사회의 홈 헬퍼 서비스를 이용할 경우, 직접지급의 대상자가 되지 못하므로 이 경우는 소득비례 개인 서비스 이용에 따른 비용부담이 발생한다. 대상자는 16세 이상 65세 미만의 중증 신체장애인으로 지역에서 자립생활을 하며 서비스 이용 등에서 자기관리능력이 인정되어야 한다. 지적 장애인이나 정신장애인은 대상에서 제외하여 별도 프로그램으로 지원하고 있다.

서비스의 상한은 기본적으로 설정하고 있지 않으나 케어 매니지먼트의 실시를 통하여 적정 필요도를 엄격히 체크하고 있으며 취업을 목적으로 훈련을 받고 있는 경우 등의 경제적 자립을 위한 활동보조서비스가 별도로 지원되고 있다. 본인이 직접 수급하는 현금지원방식을 택하고 있으며 활동보조인의 고용비용 및 사회보험비용을 포함하여 포괄적으로 지급하고 있다. 지역사회보호법에서는 서비스 수급이나 현금수령을 선택할 수 있도록 하고 있으며 직접지급의 경우는 제3자 기관을 통하여 활동보조 운영 자금이 개인에게 지급되고 있다. 보조인 고용방식은 본인이 고용하고 계약하는 것이 원칙이며 중개기관 소개를 통한 면접채용도 증가하고 있다. 일반사업자 및 노인케어서비스 사업자로부터의 채용도 많은 편이며 지적 장애인의 경우 가족도 활동보조인으로 인정하고 있다.

다. 캐나다

캐나다의 경우는 연방정부가 사회보장에 관한 근거법률을 가지고 있지만 장애인이나 노인에 대한 장기요양서비스에 대해서 주정부가 독자적인 프로

그램에 의해 지원을 하고 있다. 온타리오 장애지원 프로그램(Ontario Disability Support Program)의 경우는 장애인의 장기요양서비스를 자립 생활 직접급여기금(Direct Funding)에 의해 운용하고 있다.

서비스 시간은, 연방정부의 기금으로 운용되기 때문에 월 180시간까지는 개인의 비용부담이 없고, 이 시간을 초과할 경우에 한하여 지역 건강보험조합에서 초과한 활동보조서비스 비용을 지원하도록 하고 있으며, 개인소득이 평균소득의 140%를 넘지 않으면 개인부담은 발생하지 않는다. 서비스 대상자는 16세 이상 65세 미만의 중증 신체장애인으로서는 지역에서 자립생활을 하고 있는 자이며 월 180시간 활동보조서비스가 필요한 장애인이 그 대상이라고 볼 수 있다. 입소시설에서 생활하고 있는 장애인은 대상에서 제외되지만 그룹홈이나 케어하우스에 살고 있는 장애인은 지원 대상이 된다.

개인부담금으로는 월 180시간 이내에서는 개인부담이 없으며 서비스 상한을 초과할 경우 지자체가 부담하거나 개인수입에 따른 비율을 적용하여 부담시킨다. 개인부담은 개인수입의 상한선이 평균임금의 200%까지 이므로 개인이용료를 부담하는 경우는 매우 적다고 볼 수 있다. 직접급여기금(Direct Funding) 프로그램의 상한은 기본적으로 180시간이며 이를 초과할 경우 지자체의 건강보험서비스에서 홈헬퍼 서비스 이용으로 보충할 수 있다. 활동보조인은 중개기관이 모집하여 이용자에게 소개하는 방식이며 장애인 본인이 직접 면접하여 채용하고 있다. 중개기관을 통할 경우 수수료 및 알선료, 그리고 광고료를 지급해야 하고 가족은 활동보조인으로 인정하지 않는다.

라. 스웨덴

스웨덴의 경우는 사회서비스법(LOS)과 기능장애인지원서비스법(LSS, 1993) 및 중증장애인개별지원서비스법(LASS, 1994)이 있는데, 사회서비스법의 경우는 노인과 장애인의 전체적인 사회서비스의 장기요양서비스에 대하여 규정하고 있으며, 기능장애인지원서비스법의 경우는 신체 장애인을 대

상으로 하는 장기요양서비스를 제공하고 있다. 특히, 중증장애인개별지원서비스법은 장애인의 특수한 욕구를 지원하기 위한 법률로 현금급여를 통한 직접지급 방식을 취하고 있다.

스웨덴의 경우는 사회서비스의 비용을 기본적으로 조세부담으로 하고 있기 때문에 개인비용은 발생하지 않는다. 단, 기능장애인지원서비스법의 대상자는 주당 20시간 활동보조서비스가 필요한 중증이기 때문에, 경증장애인이 이용할 수 있는 사회서비스법의 서비스대상자인 경우는 소득비례부담이 있다(Beatty, 1998). 서비스 대상자는 자기관리능력이 있는 신체장애인으로 지역에서 자립생활을 하고 있음을 증명할 수 있어야 하며 주당 20시간 이상의 활동보조서비스가 필요하다고 인정되는 자여야 한다. 서비스의 상한선은 없으며 개인재산이나 수입과도 무관하게 서비스를 제공하고 있다.

스웨덴 활동보조서비스 제도의 특징 중 하나는 연금이나 활동보조서비스 비용을 포함하여 장애인 개인에게 부여된 모든 수입에서 세금을 내도록 하는 것이다. 이는 장애인이 서비스 대상자로서 한정되는 것이 아니라 소비자로서의 위치를 보장하는 주요한 방법으로 볼 수 있다. 즉, 활동보조서비스에서 직접급여대상자는 활동보조인을 고용하는 고용주가 되고 활동보조서비스 비용은 운영자금이 되어 이 자금사용을 통한 세금부담을 통해 소비자로서의 권리를 인정받고 있다는 뜻이다.

지원방식은 본인이 직접 수급하는 현금지원방식이며 활동보조비용 및 사회보험비용 모두 본인에게 포괄적으로 지급하고 있으며 활동보조인 고용시 중개기관을 이용할 경우 수수료 7%를 지급해야 한다. ‘스톡홀름 자립생활 협동조합’ 중개기관을 통해 활동보조인을 확보한 후 서비스 조정이나 일정관리 등은 본인이 직접 관리한다.

마. 일본

일본의 활동보조서비스는, 기존에 시·정·촌 홈헬퍼 서비스가 1970년대 후반부터 도입되어 운영되어 왔으나 이에 대한 재원이 지방자치단체에 의

존하고 있고, 서비스 대상 영역이 제한적이어서 1980년 후반부터 국고보조에 의한 시·정·촌 홈헬퍼 서비스로 확대되었다. 특히, 1997년 노인개호보험법이 제정되면서 사회보험에 의한 서비스로 전환되었으며, 2000년 노인개호보험법이 전면 시행되면서 노인을 대상으로 하는 홈헬퍼 서비스가 사회보험에 의한 서비스로 확대되었다. 이와 때를 같이하여 2003년에는 장애인도 사회보험 형식을 따른 지원비제도가 시행되었으나 증가하는 비용과 세 가지 유형 장애인(신체, 지적, 정신)보험 모두 장기요양서비스가 필요함을 인정하여 2005년에 장애인자립지원법이 별도로 제정되었고, 2006년 4월부터 시행되었다. 장애인자립지원법은 장애인에게 장기요양서비스가 필요함을 인정하고 있으며 시설거주 장애인과 재가장애인 모두를 대상으로 하고 있다. 따라서 일본의 활동보조서비스의 근거는 장애인 자립지원법이라고 할 수 있다.

활동보조서비스의 재원은 시·정·촌이 서비스의 제공주체가 되기 때문에 재원은 국가 50%, 도·도·부·현 25%, 시·정·촌 25%의 기준을 가지고 있으며, 이용자의 비용 부담은 공공부조 대상자를 제외한 모든 서비스 이용자가 10%의 본인부담금을 지급하도록 규정하고 있다. 서비스 이용료의 10%를 부담해야 하기 때문에 경제활동(직업활동) 중증장애인일 경우 그 비용부담이 커지고 있으며, 저소득층의 경우는 비용부담 상한선을 정해놓고 그 차액을 지자체에서 지원해 주고 있다. 이 때문에 지자체 별로 개인부담금액의 격차가 발생하고 있다. 서비스의 상한선은 설정하고 있지 않기 때문에 24시간 활동보조서비스 이용이 가능하나 서비스 남용을 위한 방편으로 10%의 개인부담이 존재한다. 또한 케어 매니지먼트를 시행함으로써 영국과 같이 서비스 남용을 방지하는 기능도 함께 가지고 있다.

서비스 지원방식은 사업자가 수급하여 대리 수령하는 현물지원방식을 선택하고 있다. 사업비 단가에서 사업소별 지급단가 차이가 있으며 지급제로 활동보조인에게 사업자가 지급한다. 장애인 본인의 지급권한은 없으며 평균 시급은 1,200엔에서 1,700엔 정도이다. 보조인 고용방식은 자립생활센터나 본인이 추천한 사람을 등록하여 파견하는 방식이며 보조인이 되려면 홈헬

퍼 2급 이상의 자격증을 가지고 있거나 지자체의 50시간 연수 프로그램을 수료해야 한다. 자립생활센터의 활동보조인 60%가 학생 및 직장인이며 주부 역시 30%정도 된다. 일반사업자(개호보험사업자)를 파견할 경우 주부가 60%(파트타임) 정도이다. 보조인 모집은 사업자를 통하고 있으며 면접 후에 채용하는 방식이다.

바. 독일

독일의 활동보조서비스 근거 법률은 우선 사회법전 제9권(Das Sozial Gesetzbuch IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen : SGB IX)을 들 수 있다. 사회법전 제9권은 장애인들의 자발적 사회참여에 대한 욕구를 증진시키기 위하여 새로운 급부형식을 도입하였는데 바로 개인별 예산(Personliches Budgets)에 대한 법적 청구권⁸⁾이다. 그동안 장애인으로 하여금 필수적인 생활의 재정조달을 위해 일반적인 현물을 제공했으나, 개인별 예산에 의하여 장애인이 직접 현금이나 상품권을 청구할 수 있게 되었고 그들 스스로의 결정에 의해 서비스 및 물품을 구매하여 장애인서비스영역의 경쟁력 강화 또한 이룰 수 있었다. 또한 독일수발보험 제14조는 요양이 필요한 상태의 개념을 정의하고 제15조에서는 요양이 필요한 상태의 등급을 규정하여 요양보호의 기준을 세워 놓았다. 두 번째로, 장애인평등법(Gesetz zur Gleichstellung behinderter Menschen : BGG)은 장애인의 차별을 제거·예방하고 장애인의 사회생활에 대한 평등한 참여를 보장하여 스스로 자율적인 삶을 영위할 수 있도록 보장하는 내용으로 규정되어 있으며 이것은 독일연방헌법 제3조 제3항 제2호의 “누구도 자신의 장애로 인하여 차별받아서서는 안된다” 는 조항을 구체화한 것이다. 또한 장애인을 단순한 사회복지수혜자 혹은 객체로 간주하지 않고 장애인의 자기결정

8) 장애인의 동등한 사회참여 및 자기결정 권한 부여를 위해 '08.1.1부터 장애인들은 개인에 산에 대한 법적청구권을 가지게 되었다. 그간 장애인에 대한 개인예산은 재량에 따른 급부(Ermessensleistung)였으나 08.1.1부터는 이에 대한 무제한적인 법적청구권이 성립했다.

권과 참여를 실현하는 권리당사자로 인정한 정책의 전환이다.

독일의 활동보조서비스는 1990년에 장애인들이 설립한 장애인조합(Assistenzgenossenschaft)을 통해 처음으로 제공되기 시작하였다. 활동보조 서비스 내에 수발서비스를 함께 제공하고 있으며 개인수발과 일반적인 사회 생활지원을 위한 활동보조를 모두 포함하여 서비스 제공하고 있는데 그 형태와 운영은 각 지자체마다 차이가 있으나 장애유형에 따라 24시간 제공되는 경우도 있으며 개인의 필요정도에 따라 시간이 차등 지원된다. 대상은 영유아를 제외한 장애 아동부터 성인과 노인장애인을 모두 포함한다.

서비스 내용은 주로 개인수발에 관련된 수발보험과 일상 사회생활 참여와 관련된 서비스를 포함하고 있으며 신체관리, 영양섭취, 이동, 가사관리, 학습 및 직업활동보조 등 장애인이 일상생활을 영위하는데 요구되는 모든 영역의 서비스를 포함하고 있다. 특별한 경우 의사소통을 위한 컴퓨터교육 및 일반교육을 포함한 활동보조서비스를 제공하고 있다. 구체적인 서비스 제공인력은 간호사 및 요양보호사, 그리고 활동보조인이며 전문 의료서비스는 간호사와 요양보호사가 제공하고 있다. 활동보조인은 주로 장애인의 일상생활을 지원하는데, 장애인의 일상적인 개인활동 영역의 도움과 자기결정을 지원하는 기능을 하며 주로 신변처리, 가사일, 의사소통, 여가동반 등 실제적인 사회생활 참여의 동반자적인 역할을 이행하고 있다.

활동보조서비스의 계약은 활동보조서비스 제공기관과 활동보조인 간 근로계약을 통해 이루어지며 계약내용에는 세부적인 사항이 포함되는데, 주당 일하는 시간과 월평균 서비스 제공시간들이 명시된다. 서비스 모니터링은 코디네이터를 통해 보통 2주에 한 번씩 팀 회의를 통해 이루어진다. 이용 장애인이 자신에게 제공되는 서비스에 대해 의견을 제시하고 이용자는 언제든지 활동보조인의 교체를 요구할 수 있다. 특이한 점은 서비스 단가를 차등화하여, 토요일과 일요일, 그리고 공휴일의 서비스 단가를 평일보다 시간당 높게 책정하고 있다.

사. 호주

호주의 활동보조서비스(Attendant Care Programme)는 장애인들이 가정과 지역사회 내에서 자립을 유지하도록 돕는 것, 장애인이 그들의 교육 및 직업적 목표를 달성할 수 있도록 보조하는 것, 장애인이 자립생활을 할 수 있을 만한 최대한의 역량을 형성할 수 있도록 하는 것, 장애인 스스로 보조인 관리에 대한 책임을 짐으로써 스스로의 권한을 강화하는 것 등을 목표로 지원되는 서비스이다. 서비스 대상은 16세에서 65세 이하의 장애인으로서 주당 15시간에서 35시간의 서비스를 이용함으로써 지역사회 내에서 자립생활을 유지할 수 있는 신체 장애인이 그 주요 대상자라 할 수 있다. 이용 표준 시간 외 추가적인 시간을 요구하는 경우 및 과외활동 등의 지침은 다음과 같다.

- 주변환경에 대한 관리가 가능하며 보조인 지시와 감독이 가능할 경우, 개별적 돌봄(Personal care) 서비스가 주당 15시간 이상 필요한 자 및 급속퇴행성질병 판정을 받은 자의 경우 주당 10시간 이상 필요한 경우 추가서비스를 요청할 수 있음.
- 주당 최고 35시간의 서비스만으로 지역사회 내에서 살아가기 힘든 중증 혹은 복합 장애인의 경우 보다 장기간의 서비스 혹은 대안적인 시설지원서비스를 요청할 수 있음.
- 장애인활동보조서비스를 통해 12개월 중 최고 3개월까지는 타지역 혹은 외국으로 휴가를 갈 수 있음.
- 주당 할당된 시간을 모두 사용하지 않은 경우 남은 시간을 추후에 사용할 수 있음. 추가시간이 필요할 시 휴가와 같은 특별한 목적을 위해 사용될 수 있는 시간은 최대 50시간까지 모아둘 수 있음.
- 커뮤니케이션에 심각한 손상이 있는 이용인의 경우 보조인과의 효과적인 의사소통을 위해 보조인을 훈련시킬 때에는 변호인지원서비스를 이용할 수 있음.

반면 활동보조서비스 이용의 제한을 받는 자격요건 또한 존재한다. 16세 이하 65세 이상의 연령대에 속하는 자, 생활시설거주자, 서비스관리감독이 불가능한 중증장애인 혹은 상당한 인지장애를 가진 자, 자기결정능력이 심각하게 떨어지는 자 등은 보다 체계화된 시설보호를 받게 되며 중증장애대상자(NHP: High Need Pool) 프로그램으로 옮겨가게 된다.

서비스 내용은 활동보조서비스 패키지에 속하는 것으로 인정하고 있는데 재가보호서비스와 여가, 직업, 교육활동을 수행할 수 있도록 보조하는 일, 보조인과 클라이언트 교육과 훈련, 기사일, 식사준비, 생필품 쇼핑 등의 최대 주당 4시간의 보조서비스 등이 포함된다.

서비스 제공자는 서비스 사정주체가 승인하고 서비스를 제공할만한 자격이 갖추어진 자로 규정되어 있는데 이는 호주의 활동보조서비스가 서비스 사정주체와 서비스 기획 및 모니터링 주체, 일선서비스 제공주체가 분리되어 있다는 특징에 기인하는 것이다. 서비스제공자는 ‘활동보조서비스사업 재원부서’에 소속되어 있어야 하며 각 이용자에게 승인된 인정시간만큼의 서비스를 제공해야 한다. 또한 활동보조서비스사업 재원부서는 보조인 선정 과정과 서비스계획, 그리고 서비스내용에 대한 동의를 얻고 그 것을 이용자의 사정보고에 반영해야 한다. 또한 이용자들에게 그들이 지역사회 내에서 삶의 질을 향상시키고 도움을 줄 수 있는 다른 전문가 및 일반적 서비스에 대한 정보를 제공하고 만약 원한다면 이러한 서비스에 접근하도록 도움을 주어야 하며 하부적으로 계약된 서비스제공자들에 의해 전달되는 서비스의 질, 비용, 양에 대해서도 모니터링 해야 한다.

활동보조서비스 패키지는 사정된 단계 및 당사자의 욕구 특성에 따라 3단계로 이루어진 재원 표준표내에서 지원시간 수(혹은 이에 상응하는 시간)로 배정된다. 1단계는 일주일에 활동보조를 15시간에서 35시간 사이에 상응하는 시간이 필요한 경우의 재원이다. 여기에는 주당 1시간에 해당하는 응급상황서비스가 포함되며 주당 15시간 이하의 단계는 특정경우에만 승인된다. 2단계는 주당 50시간까지 활동보조에 상응하는 시간을 필요로 하는 재원이다. 2단계는 안전이동시 두 명 스텝의 추가적인 도움이 필요한 이용

자의 경우 승인되며 여기에도 주당 한 시간의 응급상황 서비스 시간이 포함된다. 3단계는 주당 70시간의 활동보조서비스를 요하는 단계의 재원이다. 이 단계는 단기로 예외적인 경우에만 해당하는데 일시적이거나 추가적 돌봄을 위한 권한이 포함되며 여기에는 미계획 상황과 응급상황을 위한 주당 한 시간이 포함된다. 주당 15시간 이하 및 1단계 자격조건으로는 만성질환을 가지고 있으며 단기 내에 지원의 단계 상승이 요망되는 경우 및 비공식적 돌봄지원이 변경될 가능성이 있는 경우, 그리고 주당 15시간 이상의 자기돌봄을 수행하는데 감독을 주로 요구하는 경우나 지역사회돌봄(Home and Community Care)에서 우선되지 않는 경우이다. 2단계 자격조건은 서비스 패키지를 개선하기 위해 다른 활동보조서비스보다 추가적인 특징지원 혹은 서비스를 요구하는 경우, 돌봄 관계에 대한 유지를 확실히 하기 위해 사정이 필요한 경우, 위기관리 혹은 프로그램지원에 대한 특정한 투입을 요구하는 경우, 지역사회 내에서 자립생활을 지속하기 위해 활동보조서비스보다 더 추가적인 지원을 요구하는 내용으로 사정되었을 경우이다. 3단계 자격조건은 일시적이고 추가적인 지원으로 가족이 이용자를 돌볼 수 있게 할 수 있는 경우, 복잡한 건강관리 혹은 행동적 문제가 보조인을 위협에 처하게 할 수 있는 경우, 안정화, 사정, 위기관리 과정을 위한 일정 시간을 요구하는 경우, 과도기 회복을 위해 혹은 특수화된 훈련시간 요구를 위해 제한된 사례관리가 이루어져 단기간의 매우 높은 수준의 지원을 요하는 것으로 사정된 경우이다.

〈표 4-1〉 외국 활동보조서비스의 주요 내용

	서비스 상한기준	비용지급방식	활동보조인 확보방법
미국	· 평균 주당 40시간 (주정부에 따라 다름)	· 현금 및 현물지원 혼합방식	· 본인 모집 및 고용 · 자립생활센터 등에 의뢰모집, 면접채용
영국	· 서비스상한은 없으나 케어매니지먼트를 통해 적정필요도 체크	· 현금지원방식 · 활동보조인 고용비용, 사회보험비용을 포함한 포괄지급	· 본인 고용, 계약 · 중개기관의 소개로 면접채용

	서비스 상한기준	비용지급방식	활동보조인 확보방법
캐나다	· 월 180시간 이내는 개인부담 없음. 상한 초과 경우 자자체 부담 또는 개인수입에 따른 비율부담 적용	· 현금지원방식(직접지급)	· 중개기관이 모집하여 소개, 본인이 면접채용
스웨덴	· 서비스 상한선 없음.	· 현금지원방식(직접지급)	· 자립생활협동조합의 중개기관을 통해
일본	· 서비스 상한선 없으나 서비스의 10% 개인부담	· 현물지원방식(대리수령-사업자가 수급)	· 자립생활센터에 추천한 사람 등록
독일	· 장애유형에 따라 차등지원	· 현금 및 현물지원 혼합방식	· 활동보조서비스 제공기관과 활동보조인 간 노동계약
호주	· 주당 35시간이나 추가서비스 요청 시 사정 실시	· 현물지원 방식	· 활동보조서비스사업 재원부서 소속인

3. 국내 활동보조서비스의 제공 현황

가. 활동보조서비스의 제도화 및 내용

활동보조서비스는 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공함으로써 장애인의 자립생활과 사회참여 증진을 목적으로 제공하는 서비스이다. 우리나라의 경우 1990년대 후반에 자립생활 패러다임이 국내에 소개되기 시작하면서 활동보조서비스의 필요성이 이슈화되었고, 2005년 4월부터 보건복지부 시범사업의 일환으로 전국 10개의 자립생활센터에서 활동보조서비스가 실시되었다. 그리고 장애계의 강력한 요구로 2007년 5월, 보건복지부는 지방비를 포함한 410억의 예산을 들여 중증장애인 활동보조 서비스를 제도화하였고, 2008년 738억 원, 2009년 1,120억 원으로 예산을 확대하여 2009년 전국 434개 기관에서 서비스를 제공하고 있다(이익섭 외, 2009).

2010년 현재 장애인 활동보조서비스는 장애인복지법상 등록 1급 장애인(15종 전체), 만 6세 이상에서 만 65세 미만을 대상으로 월 40시간에서

100시간의 신변처리 지원, 가사지원, 일상생활 지원, 커뮤니케이션 보조, 이동 보조 등의 서비스를 제공하고 있다. 이와 관련하여 본인부담금 및 전 자바우처 방식의 전달체계를 도입하였으며 본인부담금의 경우 소득수준에 따라 차등 부과하고 있다. 대상자 선정기준은 신청 자격이 있는 자로서 인정조사표에 의해 일정 점수(220점) 이상인 자로서 독거 특례지원 대상자의 경우 주민등록상 단독 가구원이거나 현장조사 등에 의해 실제 독거로 확인 되는 경우에 한한다. 시·군·구는 대상자를 점수에 따라 4등급으로 구분하여 월 40에서 100시간을 제공하며 독거특례지원 대상자의 경우 20시간씩 추가로 지원한다.

서비스 내용으로는 첫째, 목욕, 대소변, 옷갈아 입기, 세면, 식사보조 등의 신변처리지원, 둘째, 쇼핑, 청소, 양육보조 등 가사지원, 셋째, 금전관리, 시간관리 등 일상생활지원, 넷째, 대필보조 등 커뮤니케이션 보조, 다섯째, 직장 출·퇴근지원, 학교 등·하교지원, 야외활동지원 등 이동보조 등이 있다. 서비스 대상자에게는 정해진 등급에 해당되는 만큼의 매월 일정액의 바우처를 지원하는데, 매월 일정액의 본인부담금 선납 후 바우처 지원액을 사용할 수 있다. 본인부담금은 소득수준에 따라 차등화 되어 있는데, 기초생활수급은 면제, 최저생계비 120% 이내는 2만원, 최저생계비 120% 초과는 4만원을 지급하도록 되어 있다.

〈표 4-2〉 국내 활동보조서비스의 주요 내용

	주요 내용
근거법	장애인복지법 및 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률
대상자	장애인복지법상 등록 1급 장애인(15종 전체), 만 6세 이상~ 만 65세 미만
서비스 제공시간	4등급으로 구분하여 월 40-100시간을 제공하며 독거 특례지원 대상자의 경우 20시간씩 추가로 지원
서비스 내용	신변처리 지원, 가사지원, 일상생활 지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조 등
지원방식	정해진 등급에 해당되는 만큼의 매월 일정액의 바우처 지원
본인부담금	기초생활수급자는 면제, 최저생계비 120% 이내는 2만원, 최저생계비 120% 초과하는 4만원의 본인부담금

나. 국내 활동보조서비스의 문제점

현재 시행 중에 있는 활동보조서비스는 몇 가지 문제점을 안고 있는데, 서비스 대상자, 서비스 제공인력, 활동보조인 교육, 서비스 단가, 본인부담금 등의 문제이다. 먼저 대상자 등급과 관련된 부분이다.

먼저, 서비스 대상과 관련하여 현행 활동보조지원사업의 신청 자격은 ‘장애인복지법’ 상 등록 1급 장애인으로 제한되어 있으나, 사회활동참여를 위해 활동보조서비스가 필요한 장애인은 이 보다 훨씬 많다는 점이다. 활동보조서비스를 필요로 하는 모든 장애인에게 서비스를 지원해야 한다는 전제를 기본으로 할 때 향후 대상자의 점진적 확대를 검토해야 한다. 이를 위해 지원 대상자 선정을 위한 현행 활동보조인정조사표의 수정·보완이 시급하다고 할 수 있다.

둘째, 대상자의 연령 문제이다. 현행 활동보조서비스 신청자격의 연령기준은 만 6세 이상에서 만 65세 미만으로 제한하고 있으며 이 외의 활동보조서비스 필요인은 지원 대상에서 제외하고 있다. 특히 만 6세 미만 장애아동 부모의 양육부담에 대한 국가지원이 절실함을 감안하면, 사정을 통한 특별서비스의 허용이 필요하다. 또한 장애아동에 대한 특별서비스를 마련하여 가족의 돌봄 부담을 덜어 가족이 유지될 수 있도록 지원하는 방안도 고려해야 할 것이다. 평균수명이 연장되면서 65세 이상의 노령자들이 사회활동에 직접적으로 참여하는 경우가 많아지고 있는 현실을 감안하여 직업 등 사회활동을 위한 활동보조서비스를 원하는 고령자에 한해 특별사정을 통한 지원 방안을 검토하는 등 서비스제공 대상에서 적절성과 효율성을 높이도록 서비스 체계를 보완할 필요가 있다.

셋째, 서비스 제공인력과 관련된 부분이다. 장애인 활동보조서비스 제공인력인 활동보조인에 대해서, 현행규정은 서비스 제공기관이 소속 활동보조인에 대한 4대 보험을 해당 보험의 가입 기준에 따라 처리하도록 하고 있다. 그러나 제공기관을 대상으로 한 조사 결과, 4대 보험 가입에 대한 활동보조인의 만족도가 전반적으로 낮게 나타났으며 아울러 활동보조인의 근로지

위가 비정규직이고 근로시간이 시간당 정해지는 등 일용직과 같은 근로형태 등 근로자로서 지위가 불안정한 것에 대한 불만이 높은 것으로 나타났다. 따라서 활동보조인의 직무만족을 높이고 수급을 원활히 하기 위해, 활동보조인의 보수수준 대비하여 높은 보험료를 납부하지 않도록 지원해야 하고 방편으로 건강보험 면제 등 가능한 범위 내에서 탄력적인 운영을 할 필요가 있다. 또한, 현행 규정에는 활동보조인의 퇴직금에 대한 조항이 명문화되어 있지 않아 퇴직금 적립과 관련하여 제공기관과 활동보조인 간에 갈등이 발생하는 것으로 나타나, 향후 지침에는 4대 보험 조항처럼 퇴직금에 대해 “활동보조인의 퇴직금을 법적으로 명문화”시킬 필요가 있다(이익섭 외, 2009).

넷째, 활동보조인 교육과 관련된 부분이다. 현재 활동보조인 교육시간은 기본교육 60시간, 이론과목 40시간, 실기과목 20시간으로 구성되어 있으나 교육기관 및 활동보조인들에게 큰 부담으로 작용하고 있는 것으로 나타났다. 또한, 현행 규정상 유사경험자, 즉 기사·간병도우미 또는 노인요양보호사가 활동보조인으로 근무하는 경우 기본교육 경감에 대한 별도의 규정이 없다. 향후 유사경험자가 활동보조인으로 근무하려 하는 경우, 활동보조인 수급의 원활화 측면에서 교육내용이 중복되는 교과목에 한해 기본 교육 시간 경감을 검토할 필요가 있다.

다섯째, 서비스 단가와 관련된 부분이다. 현재 활동보조서비스 기준단가는 시간당 8,000원이나 향후 물가인상, 경제발전, 복지환경의 변화 등을 고려할 때, 서비스 단가의 점진적 인상에 대한 논의가 필요하다. 특히, 현재 서비스 단가 체계는 대상자의 특성 및 종류에 상관없이 동일하나 업무 강도에 따른 단가의 차별화에 대한 검토가 필요하다. 또한, 현행 서비스 단가는 휴일 및 야간에 서비스를 제공하는 것에 대한 별도의 사항을 고려하고 있지 않아 서비스 제공의 형평성에 문제가 있다는 지적을 받고 있다.

4. 활동보조서비스 최저수준의 기본방향

이와 같이 선진 외국의 활동보조서비스 제도와 국내 장애인 활동보조서비스 제도의 문제점들을 고려할 때 활동보조서비스가 장애인의 필요성에 부응하는 최저수준의 제도로 정착하기 위해서는 다음과 같은 보완이 필요한 것으로 판단된다.

첫째, 활동보조서비스의 대상은 서비스가 필요한 전 장애인이 되어야 한다는 점이다. 신체장애를 비롯한 많은 장애 유형의 장애인들이 사회활동에 참여하기 위해서 반드시 활동보조서비스가 필요하다. 이러한 전제에서 보았을 때 현재 서비스 대상에서 제외된 연령대의 장애인에게 활동보조서비스를 제공하기 위한 적극적인 고려가 필요하다. 모든 연령대에 서비스를 제공하기 위해서 활동보조서비스 내용의 확대로 부가서비스의 개발 역시 중요한데, 특히 6세 미만 장애 아동 부모의 양육부담을 경감시켜주기 위한 서비스와 65세 이상 노인들의 사회참여 지원 서비스의 개발이 시급하다고 할 수 있다.

둘째, 활동보조서비스는 자립생활과 이를 기본으로 하는 사회통합이 그 궁극적인 목표라는 점을 감안할 때 최소한 장애인의 자립생활이 가능한 수준의 지원이 이루어져야 한다. 정확한 케어매니지먼트를 통해 적정 필요도를 조사하여 개인별 필요 서비스를 차등화 하여 지원해야 할 필요가 있다. 여기에는 절대적 시간의 증대와 함께 차등화 된 서비스 지원이 반드시 고려되어야 할 것이다. 동일한 시간의 서비스라 할지라도 서비스 종류를 차별화하여 개인의 필요성에 부응하는 서비스를 이용자가 선택할 수 있도록 지원하는 것이 중요하다. 예를 들어 외상 중증 장애인 등 24시간 케어가 필요한 장애인의 서비스 상한 기준을 없애고 서비스 유형 및 시간대를 본인이 계획할 수 있도록 하는 것이다. 또한 현재 서비스를 받고 있는 대상 외에 거주가 확인되는 중증장애인 전체를 서비스 대상인구로 하여 적어도 월 180시간 이내 개인부담을 없애고 누적사용이 가능하게 하여 필요한 때와 시간에 서비스 사용이 가능하게 하는 방안 또한 고려할 수 있을 것이다.

셋째, 활동보조서비스 자체의 질을 높여 이용자 개인의 선택권과 만족도를 최대화할 수 있는 방향으로 개발되어야 한다. 이를 위해서는 서비스 자체의 질 관리가 매우 중요하다 할 수 있다. 우선 활동보조인이 장애인의 고용인으로서의 권위를 인정하고 장애인의 요구에 맞는 서비스를 제공할 수 있도록 교육하는 것이 필요하다. 현재 시행되는 교육은 수료 시간에 따라 평가되고 있으나, 교육 이수 시간 이외의 기준을 통해 활동보조인을 평가하는 것이 필요하다. 이용자의 장애유형별 특성 등을 고려한 활동 방법 등 교육 커리큘럼이 장애유형에 따라서 다양화되어야 하고 기본교육과 보수교육 내용을 차별화해야 하며, 장애인 당사자가 활동보조인을 교육하도록 하는 방안도 검토할 수 있다. 활동보조인의 처우개선 또한 고려해야 할 중요한 사항인데, 장애인 활동보조서비스 제공자와 유사 분야의 서비스제공자와의 형평성을 고려하여 그 처우를 개선해야 할 필요가 있다. 이를 통해 노동강도가 다소 약한 분야로 서비스제공자가 쏠리게 되는 현상을 없애는 것도 매우 중요하다. 또한 활동보조인의 직위가 비정규직어서 불안정한 근로형태임을 고려하여 건강보험 등 활동보조인이 부담해야 할 보험료를 경감시키거나 퇴직금을 명문화하는 등 가능한 범위 내에서 활동보조인 인력 수급을 원활히 하기 위한 검토가 필요하다. 서비스 제공자의 질 관리를 위해서는 지급액의 조정 또한 필요한데 독일의 경우와 같은 주중 서비스 단가와 주말 서비스 단가에 차이를 두는 등 휴일 및 야간 서비스 제공에 대한 별도의 할증을 검토할 필요가 있다.

넷째, 활동보조서비스가 장애인의 사회활동 참여에 실질적 도움이 될 수 있도록 발전시켜 나가야 할 것이다. 현재 서비스로 제공되고 있는 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션보조, 이동보조 외에 가족이 이행할 수 있을 정도의 요양치료 등을 서비스 내용에 포함시키는 것에 대한 검토가 필요하다. 또한 본 제도를 통해 장애인의 사회참여를 최대화 할 수 있도록 이용자가 직접 서비스 제공자를 선택할 수 있는 현금지원방식로의 제공방식의 변경도 고려할 수 있을 것이다. 이와 같이 장애인의 서비스제공자 선택에 대한 결정, 자기 결정방식에 따른 서비스 내용 결정, 서비

스 제공자 교체에 대한 장애인의 권리 인정 등을 보장해 줌으로서 활동보조서비스가 서비스를 제공하고 이용하는 제도 뿐 아니라 장애인의 사회참여를 수행하고 촉진시키는 제도로 발전해 갈 수 있을 것이다.

제2절 장애아동 돌봄서비스 최저수준

본 고에서 장애아동이란 생애주기적 관점에서 발달 단계상 영유아기 및 아동시기(0~17세)에 있으면서, 사회에서 규정하는(사정을 통한 기준범위) 장애의 범주 안에 포함되는 아동을 말한다. 즉, 아동이라는 보편성과 장애라는 특수성을 갖고 있는 집단⁹⁾이다.

전통적으로 우리나라에서 장애아동에 대한 복지와 보호는 시설중심의 수용과 재활 중심의 접근이었으며, 장애아동 가족에 대한 접근이나 장애아동의 존엄성과 권리에 대한 접근은 거의 이루어지지 않았다고 할 수 있다. 그러나 최근 바우처 방식으로 대표되는 이용자 중심의 다양한 사회서비스 사업이 도입되면서 장애아동 및 그 가족을 대상으로 하는 돌봄서비스의 제공이 증가하는 등 이전과는 다른 변모를 보이고 있다.

본 고는 장애아동을 대상으로 하는 대표적인 돌봄서비스로서의 위상을 가지고 있는 장애아가족양육지원사업과 장애인활동보조서비스를 중심으로 장애아동 돌봄서비스의 최저 수준 정립을 위한 기본 방향을 제시하는 것을 목적으로 하고 있다. 본 연구에서 제안하는 최저수준에 대한 논의의 초점은 서비스 질이 아닌 서비스 대상과 서비스 유형 혹은 서비스 양에 맞추어져 있으며, 결과적으로 본 연구에서는 현재 제공되고 있는 장애아동 돌봄서비스가 형평성과 충분성의 측면에서 적정한가에 대한 분석과 함께 사회적 기본권에 대한 보장으로서 국가 및 지자체에서 장애아동을 대상으로 제공되는 돌봄서비스를 향유할 수 있는 범위와 서비스 양의 가이드라인을 제시하는 것을 구체적인 목표로 설정하였다.

9) 장애인권리협약 해설집, 국가인권위원회 (2007)

1. 장애아동 돌봄서비스 최저 수준 정립의 논거

가. 국제조약 및 관련 법률에서의 장애아동 조항¹⁰⁾

1) 국제장애인권리협약

이 협약은 2001년 53차 UN 총회에서 멕시코 빈센트 폭스 대통령이 최초로 제안하여 2006년 12월 13일 UN에서 채택되었으며 2008년 12월 12일 현재 41개국이 가입한 상태이다. 우리나라는 2007년 3월 30일 보건복지부장관이 협약에 서명하고 2008년 12월 12일 국회 본회의를 통과하여 2009년 1월 10일부터 발효되었다.

국제장애인권리협약은 장애인의 천부적인 존엄성을 증진하고 장애인이 모든 인권과 기본적인 자유를 일반인과 동등하게 향유할 수 있도록 돕는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 장애여성과 장애아동의 권리 보호, 장애인의 이동권과 문화접근권 보장, 교육권과 일할 권리, 자립생활 권리 등 전 생활영역에서의 장애인 권익보장 등 50개의 조항을 규정하고 있다.

특히 국제장애인권리협약에는 장애아동에 대한 별도조항이 마련되어 있는데 이는 포괄적인 조항으로는 장애아동권리의 실현에 한계가 있으며, 별도의 장애아동조항을 통해 권리가 더욱 강조되어야 함을 의미한다.

국제장애인권리협약은 장애아동이 다른 아동들과 동등한 기초 위에서 장애아동의 모든 인권과 기본적 자유를 완전히 향유할 것을 명시하면서, 구체적으로 장애아동의 연령과 성숙도에 따라 적절한 비중을 둘 것을 보장하며 그러한 권리를 실현하도록 장애와 연령에 적합한 지원을 하는 것을 규정하고 있다. 결과적으로 장애아동에 대한 사회적 지원에 있어서는 아동이라는 보편성에 기초를 두어 연령과 성숙도에 따른 적절한 지원을 하되 장애라는 특수성을 고려할 것을 제안한 것이라고 하겠다.

또한 장애아동 자녀를 둔 가족과 관련된 조항으로는 제23조 3항이 해당

10) 백은령 외(2009), 장애인가족지원 연구 보고서의 내용을 참조하였음을 밝힌다.

되는데 정부는 장애아동과 그 가족에 대해 정보와 서비스, 지원을 제공해야 하고 5항에서는 직계 가족이 장애아동을 돌볼 수 없는 경우에 가족의 형태로 대체적 보호를 제공해야 한다고 규정하고 있다. 이와 같이 이 협약에서는 장애아동의 이익을 우선시해야 함을 강조하면서 아동양육에 필요한 종합적인 정보, 서비스 및 지원을 가족에게 제공해야 함을 명시하고 있다.

〈표 4-3〉 국제장애인권리협약 중 장애아동 관련 조항

제7조 장애아동
1. 당사국은 장애아동이 다른 아동들과 동등한 기초 위에서 장애아동의 모든 인권과 기본적 자유를 완전히 향유하도록 보장하기 위한 모든 필요한 조치를 취한다.
2. 장애아동과 관련된 모든 활동에 있어서 아동의 최선의 이익을 최우선적으로 고려한다.
3. 당사국은 장애아동들이 자신에게 영향을 미치는 모든 문제들에 대해 자신의 견해를 자유롭게 표현할 권리와 그러한 견해에 대하여 다른 아동들과 동등한 기초 위에서 그들의 연령과 성숙도에 따라 적절한 비중을 둘 것을 보장하며 그러한 권리를 실현하도록 장애와 연령에 적합한 지원을 제공한다.
제23조 가정과 가족에 대한 존중
3. 당사국은 장애아동이 가정생활에 있어서 동등한 권리를 가질 것을 보장한다. 이러한 권리를 실현하고 장애아동의 은닉, 유기, 방임 및 격리를 방지하기 위하여 당사국은 장애아동과 그 가족에 대해 조기에 종합적인 정보, 서비스 및 지원의 제공을 약속한다.
5. 당사국은 직계 가족이 장애아동을 돌볼 수 없는 경우에 대가족 내에서 대체적인 보호를 제공하고, 이것마저 불가능한 경우에는 지역사회에서 가족의 형태로 대체적인 보호를 제공하기 위한 노력을 다할 것을 약속한다.

2) 국내 법

가) 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률

이 법은 2007년 4월 11일 제정된 것으로 모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 장애인에 대한 차별을 금지하고 장애를 이유로 차별받은 사람의 권익을 효과적으로 구제함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 한다.

제36조는 장애아동에 대한 차별금지를 위한 국가 및 지방자치단체의 의무를 규정하고 있는데, 특히 ②항에서 국가 및 지방자치단체가 아동에게 조기에 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것을 조치하여야 한다는 것을 명시하고 있다.

〈표 4-4〉 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 중 장애아동 관련 조항

제36조 (장애아동에 대한 차별금지를 위한 국가 및 지방자치단체의 의무) ②국가 및 지방자치단체는 장애아동의 성별, 장애의 유형 및 정도, 특성에 알맞은 서비스를 조기에 제공할 수 있도록 조치하여야 하며, 이를 위하여 장애아동을 보호하는 친권자 및 양육책임자에 대한 지원책을 마련하여야 한다.

나) 건강가정기본법

이 법은 건강한 가정생활의 영위와 가족의 유지 및 발전을 위한 국민의 권리·의무와 국가 및 지방자치단체 등의 책임을 규정하고 가정문제의 적절한 해결방안과 가족구성원의 복지증진에 기여할 수 있는 지원정책을 강화하는 것을 목적으로 2004년도에 제정되어 2005년 1월 1일부터 시행되고 있다.

이 법 제21조에 따르면 국가 및 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행할 수 있도록 가정에 대한 지원을 하도록 명시하고 동조 ④항에서 국가 및 지방자치단체는 한부모가족, 노인단독가정을 비롯하여 장애인가정 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대하여 적극적으로 지원하여야 한다고 언급하면서 장애인가정을 지원 대상에 포함시키고 있다. 한편 제25조 ②항에서는 국가 및 지방자치단체는 질환이나 장애로 가족 내 수발을 요하는 가족구성원이 있는 가정을 적극 지원하며, 보호시설을 이용할 수 있도록 전문 보호시설을 확대하여야 한다는 내용을 골자로 가족부양의 지원 조항을 두고 있다.

〈표 4-5〉 건강가정기본법 중 장애아동 관련 조항

제21조 (가정에 대한 지원) ①국가 및 지방자치단체는 가정이 원활한 기능을 수행하도록 지원하여 한다.
②국가 및 지방자치단체는 한부모가족, 노인단독가정, 장애인가정, 미혼모가정, 공동생활 가정, 자활공동체 등 사회적 보호를 필요로 하는 가정에 대하여 적극적으로 지원하여야 한다.
제25조 (가족부양의 지원) ②국가 및 지방자치단체는 질환이나 장애로 인해 가족내 수발을 요하는 가족구성원이 있는 가정을 적극 지원하며, 보호시설을 이용할 수 있도록 전문보호시설을 확대하여야 한다.

다) 아동복지법

아동복지법은 아동이 건강하게 출생하여 행복하고 안전하게 성장하도록 복지를 보장하는 것을 목적으로 한다. 이 법에서는 기본이념과 국가의 책임에 장애아동을 포함시키고 있다. 제3조 ①항에서는 아동은 장애유무에 의해 차별받지 않아야 함을, 제4조 ④항에서는 장애아동의 권익옹호를 위한 국가와 지방자치단체의 책임을, ⑤항에서는 아동이나 부모의 장애유무에 의해 차별받지 않도록 해야 하며 필요한 시책을 강구해야 한다고 규정하고 있다.

〈표 4-6〉 아동복지법 중 장애아동 관련 조항

제3조 (기본이념) ①아동은 자신 또는 부모의 성별, 연령, 종교, 사회적 신분, 재산, 장애유무, 출생지역, 인종 등에 따른 어떠한 종류의 차별도 받지 아니하고 자라나야 한다.
제4조(책임) ④국가와 지방자치단체는 장애아동의 권익을 보호하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다.
⑤국가와 지방자치단체는 아동이 자신 또는 부모의 성별, 연령, 종교, 사회적 신분, 재산, 장애유무, 출생지역 또는 인종 등에 따른 어떠한 종류의 차별도 받지 아니하도록 필요한 시책을 강구하여야 한다.

나. 장애아동의 돌봄서비스 욕구

1) 2008년 장애인실태조사 원자료 분석

장애인정책 수립의 기초자료로서 활용되는 장애인실태조사는 장애아동의 돌봄서비스 욕구 실태를 보여주는 대표적인 조사라고 할 수 있다. 본 고에서는 가장 최근의 조사인 2008년 장애인실태조사 원자료를 재분석하여 장애아동의 돌봄서비스 욕구를 규명하고자 하였다.

우선 일상생활시 다른 사람의 도움 필요 정도에 대해 알아보면, 전체 장애아동의 57.7%가 다른 사람의 도움이 필요(대부분 남의 도움 필요, 거의 모든 일에 남의 도움 필요)한 것으로 나타났다. 장애유형별로 살펴보면, 뇌병변장애가 남의 도움이 필요하다는 응답이 82%를 넘어 압도적으로 높게 나타났다. 자폐장애의 경우 도움이 필요한 경우가 약 76%, 지적장애의 경

우 65%로 이들도 높게 나타났다. 뇌병변, 지적장애, 자폐장애의 경우 장애 정도가 심하여 일상생활에서 의존도가 매우 높은 것이다.

〈표 4-7〉 일상생활도움정도

(단위: %)

일상생활 도움 정도	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
모든일상 생활 혼자함	23.1	0.0	19.1	0.0	0.3	16.1	5.5
대부분의 일상생활 혼자함	8.0	4.1	22.3	11.5	3.4	25.6	10.9
일부 남의 도움 필요	51.7	13.2	28.7	22.9	20.8	20.7	25.9
대부분 남의 도움 필요	15.5	26.2	18.4	43.7	52.7	16.2	35.9
거의 모든 일에 남의 도움 필요	1.7	56.5	11.5	21.9	22.8	21.5	21.8
계	10,236 (100.0)	8,347 (100.0)	9,477 (100.0)	42,614 (100.0)	9,676 (100.0)	1,968 (100.0)	82,318 (100.0)

도움 주는 사람이 있는지 여부에 대해서는 거의 대부분 있다고 응답하였으나, 주로 도와주는 사람을 알아본 결과 전체적으로 87% 정도가 부모라고 응답하여 부모에 대한 의존도가 매우 높음을 알 수 있다. 언어·시청각 장애아동의 경우 조부모의 비율이 상대적으로 높은 것은 조손가족의 비율이 높기 때문일 것이다. 지적장애의 경우 “기타”의 비율이 높은 것은 상대적으로 시설거주자가 많기 때문으로 생각된다. 주로 도움주는 사람이 활동보조인이라는 응답은 전체적으로 0.1%에 불과하여 전체 장애인의 이용율(0.6%)보다도 낮게 나타났는데, 이는 활동보조서비스의 영향이 장애아동에게는 더욱 더 미약한 것으로 보인다.

〈표 4-8〉 도움 주는 사람 여부

(단위: %)

도움 주는 사람 여부	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
있음	100.0	99.3	100.0	99.0	100.0	97.6	99.3
없음	0.0	0.7	0.0	1.0	0.0	2.4	0.7
계	7,868 (100.0)	8,348 (100.0)	7,672 (100.0)	42,614 (100.0)	9,646 (100.0)	1,652 (100.0)	77,800 (100.0)

〈표 4-9〉 주로 도움 주는 사람

(단위: %)

주로 도움 주는 사람	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
배우자	0.0	0.0	0.0	0.0	0.5	0.0	0.1
부모	86.9	96.0	89.3	84.1	86.8	83.5	86.5
형제자매	0.0	0.0	0.0	0.0	1.1	0.0	0.1
조부모	9.6	4.0	9.5	6.7	6.3	11.5	7.0
기타가족	0.0	0.0	0.0	0.4	0.8	0.0	0.3
친척	0.0	0.0	1.1	0.0	0.6	0.0	0.2
이웃	0.0	0.0	0.0	1.2	0.0	0.0	0.7
활동보조인	0.0	0.0	0.0	0.0	1.0	0.0	0.1
기타	3.5	0.0	0.0	7.7	2.8	5.1	5.0
계	7,868 (100.0)	8,290 (100.0)	7,672 (100.0)	42,199 (100.0)	9,645 (100.0)	1,614 (100.0)	77,288 (100.0)

현재 가족이나 주변사람들로부터 받는 도움이 충분한가에 대한 설문에 대하여, 전체 장애아동의 30.6%가 부족하거나 매우 부족하다고 응답하였다. 장애유형별로 살펴보면, 뇌병변장애아동의 약 45%가 부족하다고 답하였고, 지적장애와 자폐 장애아동의 경우 약 28%가 부족하다고 응답하여, 다른 장애유형에 비해 상대적으로 더 많은 도움이 필요함을 보여준다.

〈표 4-10〉 도움의 충분성

(단위: %)

도움의 충분성	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
매우 충분하다	15.4	11.6	21.8	12.7	15.3	14.9	14.1
충분하다	6.2	28.0	46.8	35.2	32.2	50.9	32.6
보통	34.7	15.3	13.3	23.6	23.8	15.9	22.7
부족하다	43.6	41.0	16.5	23.4	25.1	17.7	26.8
매우 부족하다	0.0	4.1	1.7	5.1	3.5	0.6	3.8
계	7,869 (100.0)	8,290 (100.0)	7,672 (100.0)	42,200 (100.0)	9,645 (100.0)	1,614 (100.0)	77,290 (100.0)

외부 도우미의 활용 의향에 있어서는 전체 장애아동의 44.8%가 이용할 의사가 있다고 응답하였다. 장애유형별로 살펴보면, 뇌병변, 지적장애, 자폐장애 등 세 가지 장애유형에서 외부 도우미를 활용할 의향이 상대적으로 높았는데, 뇌병변의 경우 약 78%, 지적 및 자폐장애의 약 65%정도가 무료 또는 유료로 이용하고자 하는 의향을 보였다. 그러나 많은 경우 무료 이용을 선호하고 있어 외부 도우미 활용에서 경제적인 부담이 중요한 장애물임을 보여준다.

〈표 4-11〉 외부 도우미 필요 여부

(단위: %)

외부 도우미 필요 여부	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
무료면 이용	3.5	44.2	16.8	48.0	43.5	32.6	39.1
유료라도 이용	8.5	33.3	6.2	14.9	20.0	0.0	15.7
필요없다	88.0	22.6	77.0	37.1	36.5	67.4	45.2
계	7,869 (100.0)	8,348 (100.0)	7,672 (100.0)	42,613 (100.0)	9,645 (100.0)	1,652 (100.0)	77,799 (100.0)

혼자 외출 가능 여부를 알아본 결과, 혼자 외출이 불가능한 장애아동은 전체의 49.7%에 이르렀으며, 장애유형별로 살펴보면 뇌병변장애와 자폐장애에서 상대적으로 동 비중이 높았다.

〈표 4-12〉 혼자 외출 가능 여부

(단위: %)

혼자 외출 가능 여부	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
예	64.3	20.0	79.7	50.9	27.8	63.3	50.3
아니오	35.7	80.0	20.3	49.1	72.2	36.7	49.7
계	10,236 (100.0)	8,348 (100.0)	9,478 (100.0)	42,614 (100.0)	9,676 (100.0)	1,968 (100.0)	82,320 (100.0)

지난 1년간의 외출빈도를 살펴보면, 월 1~3회 미만의 외출 빈도를 보이는 장애아동이 전체의 3.6%를 차지한 가운데, 특히 뇌병변장애와 내부장애 아동의 외출빈도가 상대적으로 낮았다.

〈표 4-13〉 지난 1년간 외출 정도

(단위: %)

지난 1년간 외출 정도	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
거의 매일	97.3	80.5	98.8	95.2	96.7	84.0	94.3
주 1~3회	0.0	5.5	1.2	2.2	1.8	2.2	2.1
월 1~3회	0.0	4.1	0.0	2.0	1.5	6.4	1.8
1년에 10회 이내	2.7	7.3	0.0	0.6	0.0	0.0	1.4
전혀 외출하지 않음	0.0	2.6	0.0	0.0	0.0	7.4	0.4
계	10,237 (100.0)	8,347 (100.0)	9,478 (100.0)	42,614 (100.0)	9,675 (100.0)	1,968 (100.0)	82,319 (100.0)

집박 활동 시 불편을 느끼는 정도를 알아보면, 전체 장애아동의 62.0%가 불편을 느낀다고 응답한 가운데, 장애유형별로는 뇌병변장애가 85.1%로 가장 높았으며, 자폐장애와 지적장애의 경우도 불편하다는 응답이 상대적으로 높았다.

〈표 4-14〉 집박 활동 시 불편을 느끼는 정도

(단위: %)

집박 활동 시 불편 느끼는 정도	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
매우 불편하다	4.4	50.8	8.6	23.4	34.6	10.2	22.9
약간 불편하다	63.3	34.3	26.2	38.8	36.3	25.4	39.1
보통이다	3.9	2.7	11.1	8.7	8.9	4.3	7.8
거의 불편하지 않다	0.0	11.3	21.8	20.1	14.2	43.2	16.8
전혀 불편하지 않다	28.3	0.8	32.4	9.5	6.0	16.9	13.5
계	9,961 (100.0)	7,520 (100.0)	9,479 (100.0)	42,349 (100.0)	9,677 (100.0)	1,822 (100.0)	80,808 (100.0)

집박 활동 시 불편을 느끼는 이유에 대해서는 전체적으로 약 74%의 응답자가 외출 시 동반자가 없어서라고 응답하였다. 특히 자폐아동의 경우에는 뇌병변이나 지적장애에 비해 주위 사람들의 시선 때문에 어렵다는 반응이 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 4-15〉 집박 활동 시 불편 이유

(단위: %)

집박 활동 시 불편 이유	지체	뇌병변	언어시각 청각	지적	자폐성	기타	전체
장애인관련 편의 시설부족	6.5	12.4	12.7	1.4	1.9	10.2	4.4
외출 시 동반자 없어서	50.2	77.1	48.4	83.6	69.0	64.3	73.7
주위사람들의 시선 때문에	43.3	10.5	38.9	15.0	29.1	19.3	21.8
기타	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	6.2	0.1
계	6,746 (100.0)	6,407 (100.0)	3,290 (100.0)	26,130 (100.0)	6,863 (100.0)	647 (100.0)	50,083 (100.0)

이상의 분석 결과를 요약하면, 결론적으로 우리나라 장애아동과 그 가족은 돌봄서비스에 대한 욕구가 매우 큰 반면에 이러한 욕구에 대응하여 실제로 돌봄서비스를 제공하고 있는 자는 대부분 부모이며, 활동보조서비스와 같은 공공의 영역에서 제공하는 돌봄서비스의 수혜를 받고 있는 집단은 매우 미미한 수준임을 실증적으로 확인할 수 있었다.

2) 기타 선행 연구

김성천 외 (2009)가 장애아동 가족지원 정책개발을 위해 실시한 장애아동 가족의 욕구조사 결과에 따르면 255명의 장애아동 부모 가운데 약 72%가 가족 간의 갈등이 있다(다소 있다, 자주 있다 포함)고 응답하였고 이중 15%는 자주 있다고 응답하였다. 가족 간 갈등의 주요 요인은 ‘장애 자녀를 돌보는 문제(35%)’, ‘장애자녀로 인한 경제적 부담 문제(31%)’, ‘장애

아동에 대한 가족 간 이해 부족 문제(23%)'의 순서로 나타나다 장애 자녀에 대한 돌봄 부담이 큰 요인임을 알 수 있다. 또한 장애 자녀에 대한 주 돌봄자는 어머니가 92.1%로 가장 많았으며, 다음으로 장애자녀의 할머니(3.1%), 장애 자녀의 아버지(1.6%), 생활재활교사(1.6%), 친척(1.2%), 형제자매(0.4%)의 순으로 나타나 앞서의 장애인실태조사 결과와 마찬가지로 부모의 비율이 압도적으로 높았다. 또한 장애 자녀의 양육으로 인해 최근 1년 동안 하지 못한 일은 '시간적·경제적 여유 부족으로 모두 불가능했다'가 30.4%로 가장 높았고, 다음으로 '비장애 형제와 관련된 행사(26.1%)', '본인 포함 가족 성원의 병원치료 및 간병 등(15.7%)', '친인척 행사 불참(12.2%)', '지인 경조사(10.0%)', '기타(5.7%)'의 순으로 조사되었다. 이를 통해 장애 자녀의 부모들이 장애 자녀의 양육으로 인해 대부분 꼭 해야 하는 일임에도 불구하고 불가피하게 하지 못하고 있으며, 정부의 제도적 지원이 필요함을 알 수 있다.

한편, 이지수(2008)는 전라북도의 소도시 거주 장애아동 부모의 양육부담감을 조사하였는데, 연구결과 정서적 부담의 정도는 3.54점(5점 척도)으로 경제적 부담(3.6)만큼이나 큰 것으로 나타나고 있다. 장애아동을 돌보는 부모들은 자주 아이를 돌보느라 몸이 고되고, 수면이 부족하여 건강의 문제가 생김을 호소한다. 장애아동의 부모는 비장애아동의 부모보다 훨씬 더 많은 시간을 더 오랜 기간 동안 아이를 돌보는데 쓸 수밖에 없다. 장애아동의 신체적 의존도가 높을 뿐 아니라 발달에 더 많은 시간을 필요로 하기 때문이다.

2. 영국의 장애아동 돌봄서비스 정책 현황¹¹⁾

가. 영국 장애아동 가족지원정책의 배경 및 동향

영국의 장애아동 가족지원정책의 발달 과정은 큰 틀에서 1980년대 이후

11) 가. 영국 장애아동 가족지원 정책 배경 및 동향과 나. 장애아동돌봄서비스 정책 현황 중
1) 장애아동돌봄서비스 지원 제도는 김성천 외(2009)를 참조하였음.

의 장애인운동 발전에 따른 장애인제의 사회적, 권리적 인식 확대라는 사회적
 치적 배경과 더불어 인구 고령화, 여성의 경제활동 증가, 한 부모 가정 등
 가족구조의 변화로 인한 전반적인 ‘사회적 돌봄 위기(social care crisis)’에
 대한 영국 정부의 케어복지정책 재구조화 과정이 엿물려 있다고 할 수 있다.

아래 <표 4-16> 1990년대 이후 장애아동의 돌봄, 양육문제와 관련된
 사회복지서비스 발달과 제공방식에 있어서 변화를 가져왔던 주요 법안을
 시기별로 정리한 것이다. 여기에서는 이를 중심으로 영국의 장애아동 가족
 지원 정책의 최근 동향을 살펴보고자 한다.

<표 4-16> 영국의 장애아동 가족지원 관련 주요 법안

연도	법안	주요 내용
1990	국민의료서비스 및 커뮤니티케어법 National Health Service and Community Care Act	- 지역사회에 기반 한 보호, 돌봄의 법적 근거로 1990년 에 제정, 1993년부터 시행됨. - 케어 중심의 사회서비스 제공의 의무를 지방정부에 부여함.
1995	케어러(인식 및 서비스 지원)법 Carers(Recognition and Services) Act	- 케어러에 대한 법적 정의, 지위 및 사회적 권리를 부여함. - 돌봄 역할을 수행, 지속할 수 있는 능력여부를 판단할 수 있는 케어러 진단개념(carer's assessment)을 도입 - (young carer를 포함하여) 모든 연령대의 돌봄(제공)자 에게 확대 적용
1996	커뮤니티케어 직접지불법 Community Care Direct Payment Act	- 서비스 이용자들이 필요한 서비스를 직접 구매할 수 있는 현금지원의 법적 근거를 마련함.
2000	케어러 및 장애아동법 Carers and Disabled Children Act	- 돌봄대상자와는 별도로 돌봄제공자가 자산과 관련된 육구사정을 받을 수 있는 독립된 권리를 부여함 - 장애아동에 대한 부양책임을 지닌 돌봄자에 적용

공공 사회복지서비스 발달의 오랜 역사를 지닌 영국에서도 전체 사회적
 돌봄 체계에서 비공식적 돌봄자(informal carer)가 차지하는 비중은 절대적
 이라고 할 수 있다. 비공식적 돌봄자에 대한 지원정책의 필요성을 최초로
 언급한 것은 1989년 대처정부에 의해 공표된 ‘Caring For People’로서,
 이는 비공식적 돌봄자에 대한 사회적 지원을 향후 복지정책의 중심과제로
 삼아야 함을 공식적으로 발표한 최초의 정책백서이다. “비공식적 돌봄자들

이 그들의 가치 있는 기여를 유지할 수 있도록 돕는 것은 옳은 일이며 동시에 건전한 투자”라고 하면서 케어를 제공받는 사람과 함께 케어를 제공하는 사람들에 대해서도 정부가 지지와 서비스를 제공할 것임을 공식화하였다(이가옥·우국희, 2005: 190에서 재인용). 이후 지역사회에 기반한 돌봄 서비스 제공체계 (community care)로의 전환을 꾀한 ‘국민의료서비스 및 커뮤니티케어법(National Health Service and Community Care Act)’을 1990년 발표하였고 여기에서 “지방정부는 보호·돌봄과 관련된 개인의 서비스 욕구 사정, 서비스 제공 계획의 수립 및 서비스 전달을 보장하는 선도 기관(leading agencies)로의 책임을 갖는다”라고 명시하였다.

1995년에는 ‘케어러(인식 및 서비스 지원)법(Carers (Recognition and Services) Act)’이 제정되었는데, 이는 비공식적 돌봄자가 사회적 인정을 받는데서 나아가 법적 권리를 최초로 부여 받게 되었다는 것을 의미한다. 이 법에서 규정하고 있는 케어러는 16세 이상의 사람들로 다른 사람에게 정기적으로 상당한 양의 돌봄을 제공하는 경우에 해당된다. 케어러로 인정되기 위해서는 지방정부에 의한 사정작업을 거쳐야 한다고 명시함으로써, 최초로 케어러가 돌봄을 제공하고 지속할 수 있는 능력을 판단하는 돌봄 제공자 사정작업(carer's assessment)이라는 개념을 정책적으로 도입하게 되었고, 이때부터 국가로부터 급여나 서비스를 제공받을 수 있는 공식적인 지위를 갖게 되었다.

비공식 돌봄자에 대한 정책적 관심이 증대하는 가운데 신노동당 정부에서는 보다 적극적이고 다양한 비공식 돌봄자를 위한 정책들을 개발하여 1999년 ‘케어러를 위한 국가전략(National Strategy for Carer)’라는 정책 백서를 발표하였다. 여기에서 정부는 케어러를 지원하기 위한 3가지 전략을 제시하였는데, 첫째는 이용 가능한 서비스 자원과 지지에 대한 좋은 정보를 광범위하게 제공함으로써 케어러의 선택권과 그들 삶에 대한 통제력을 증가시킨다는 것이고, 둘째는 서비스 기획 및 제공 단계에서 케어러의 의견과 관점이 반영될 수 있는 참여의 폭을 넓힌다는 것이다. 마지막 세 번째 전략은 케어러의 삶의 질을 높일 수 있도록 사회적으로 지원해야 한다는 것

으로, “케어러들은 그들 자신만을 위한 삶과 시간을 누리고, 일을 계속하고, 자신의 삶에 대한 통제력, 더 나은 건강, 지역사회에 통합된 삶, 나아가 마음의 평화를 누릴 자유를 가진다”고 강조하였다(DoH, 1997). 이 정책 백서에서 정부가 제안한 혁신적인 전략 중 하나는 ‘휴식지원서비스(short break)’의 확대였다. 실질적으로 중앙정부는 ‘케어러특별교부금(Carers Special Grant)’을 조성하여, 지방정부로 하여금 1999년부터 2002년 3년 동안 이 교부금을 이용하여 휴식지원서비스를 향상시킬 의무를 부과하였으며, 결과적으로 케어러의 삶의 질을 향상시킨 것으로 평가되고 있다(PMSU, 2005).

이러한 흐름 속에서 2000년에 제정된 ‘케어러및장애아동법(Carers and Disabled Child Act)’은 1995년의 케어러법에 비교하여 케어러의 권리를 한층 강화시키는 내용을 담고 있다. 이 법이 제정되면서 돌봄을 필요로 하는 사람의 욕구뿐만 아니라 돌봄을 행하는 케어러 자신들의 욕구가 별개로 다루어질 수 있게 되었고, 케어러들은 그들 자신을 위한 서비스를 지방정부에 대해 요구할 수 있게 되었다. 장애아동가족의 입장에서 다시 서술하자면, 이 법이 통과되면서 지방정부는 장애아동을 위한 사회서비스를 제공하는 것뿐만 아니라 장애아동을 돌보고 있는 부모의 건강과 복지향상을 위한 실질적인 서비스를 개발, 제공해야 하는 의무를 지게 되었다. 또한, 이 법에 근거하여 성인 장애인, 노인에게 한정되어 있던 직접지불제(Direct Payment)는 장애 아동을 돌보고 있는 부모에게 까지 확대 적용되게 되었다. 이로써 지방정부로부터 지급되는 현금을 이용하여 부모 자신이 직접 필요한 서비스를 선택 구입할 수 있게 되었다.

나. 장애아동 돌봄서비스 정책

1) 장애아동 돌봄서비스 지원 제도

영국의 경우 장애아동을 상시적으로 돌보는 가족이 겪게 되는 신체적,

정신적 부담을 경감하기 위해 제공되는 지원서비스는 다양한 방식으로 행해지고 있는데, 그 주요 내용을 보면 재가 서비스(Help at Home), 주간 보호(Day Care), 휴식지원서비스(Short Break), 보조기구 및 설비지원(Aids and Equipment), 주택개조(Adapting Home), 케어러 서비스(Carer's Services) 등이 있다.

재가 서비스는 가정에 정기적으로 방문하여 장애아동의 목욕, 옷 입히기, 배변처리 등을 도와주는 대인적 서비스(personal services)와 장애가족의 식사 준비 또는 장봐주기, 집안 청소 등을 대신하여 주는 일상생활 지원서비스로 나누어 행해지고 있다. 보조기구와 설비 지원 서비스는 핸드레일, 호이스트 등 일상생활을 쉽게 할 수 있도록 도움이 되는 보조기구나 편의 기구를 지원하는 것이다. 주택개조 역시 몸이 불편한 장애아동에게 맞게 주택을 개조해 주는 서비스이다. 편의기구 제공이나 주택개조 서비스는 장애아동을 대상으로 하는 서비스들이지만, 이는 장애아동을 돌보는 가족의 돌봄 노동의 부담을 경감시켜 주는 효과를 가지게 된다. 일반적으로 보조기구, 편의기구 제공, 주택개조 서비스 등은 지방정부에 의해 조성된 금액으로 제공되고 있으며, 그 지원규모에 있어서는 지역 간에 차이를 보이고 있다.

휴식지원서비스는 영국에 있어서 장애아동가족에 대한 핵심적인 공적지원방안 중의 하나이다(DoH, 2001). 휴식지원서비스는 가정 또는 여러 세팅에서 제공되고 있으며, 그 제공방식에 있어서도 매우 다양한 형태로 이루어지고 있다. 먼저 가정 내에서 행해지는 휴식지원서비스(In-home respite)로는 주 돌봄자가 쉴 수 있도록 도와주는 (발달)장애아동 보호감독서비스(day and night sitting services)와 세심한 주의가 필요로 하는 장애아동가족을 위해 지역 담당 보건요원이나 간호사가 내방하여 제공되는 단기적인 보호서비스 등이 있다. 가정 밖에서 행해지는 형태로는 지역 센터 혹은 교육기관 등에 기반을 두고 행해지는 다양한 주간보호프로그램(Day programs)이 대표적이라고 할 수 있고, 장애아동의 여가 및 사회활동과 결부하여 제공되는 주말휴가프로그램(Weekend respite schemes)과 방학 프로그램(summer school programs) 등이 있다. 요양시설(nursing home),

병원 또는 특별단기보호소에서 제공되는 휴식지원서비스가 있는데, 이는 주로 의료처치나 상시적인 간호를 받아야 하는 장애아동 가족이 주 대상자가 된다. 그 외에도 장애아동의 접근성이 확보되고, 장애아동을 돌봐주는 직원이 상주하는 특별 캠프장 등에서 가족 전원이 함께 휴가를 보낼 수 있는 프로그램이 있다.

영국의 경우에 있어서 휴식지원서비스는 위에서 열거한 바와 같이 주 돌봄자의 돌봄 노동시간을 덜어 줄 수 있는 서비스라면 모두 포함하는 매우 폭넓은 개념으로 사용되고 있다(DoH, 2001). 이러한 휴식지원서비스들은 지방정부가 운영하는 기관뿐 아니라 비영리단체, 장애아동부모 자조 집단, 민간단체 등에 의해서도 다양하게 제공되고 있다. 최근의 경향은 지방정부가 이들 민간기관들에게 재정적 지원을 하거나 협조체제를 강화함으로써 장애아동 가족에게 제공되는 휴식지원서비스의 양적 확대와 질을 향상시키는 데 초점을 맞추고 있다(HM Treasury, 2007).

2) 돌봄서비스 이용 절차

돌봄서비스 자격기준을 정하는 기준(Eligibility Assessment)은 각 지방정부가 권한을 가지고 자체 규정에 의해 실시하며, 장애중증도, 소득기준과 같은 단면적인 기준 보다는 장애아동 및 가족의 욕구를 포함한 종합적인 평가를 거치며 이에 따른 Care Plan 을 작성하고 이에 따라 서비스를 제공하게 된다.

가) 서비스 신청

케어서비스에 대한 신청은 ‘누군가 일상생활을 영위하는 것이 어렵다’고 판단되었을 때, 이용자 본인이 신청하거나, 혹은 이웃이나 친척이 지방정부의 사회서비스국에 연락하여 신청할 수도 있다. 신청 방법은 직접 방문하거나, 전화, 웹사이트 등을 활용할 수 있다.

지방정부(local council) 사회서비스국은 신청 후 28일 이내에 신청자에

대한 사정을 완료하여 서비스 필요 여부를 통보해야 한다. 만약 서비스 신청자가 법적으로 인정되는 장애가¹²⁾ 있다면 지방정부는 반드시 사정 절차를 진행해야하고, 법적 장애에 해당되지 않는 경우는 지방정부의 재량에 따라 사정 절차를 진행하지 않을 수도 있다. 사정을 받을 수 있는 자격은 서비스 이용자의 경제적 상태와는 무관하게 결정 된다(The Legal Services Commission, 2005).

나) 사정

사정 시에는 사회서비스 뿐 만 아니라, 의료서비스 등 신청자의 필요와 욕구에 대한 총체적인 사례관리 차원에서 실시된다. 사정의 목적은 다음과 같다(The Legal Services Commission, 2005).

- 이용자가 필요로 하는 지원이 무엇인지 발견
- 이용자에게 도움이 되는 서비스가 무엇인지 결정
- 이용자가 급여를 청구할 수 있는지 여부를 포함하여 이용자의 재정상태를 파악

모든 사회서비스국들은 다음 표의 서비스 틀을 사용하여야 하며, 정확한 용어로 표현하여야 한다. 하지만 지방정부에 따라서는 각 범주에 다른 위험요소들을 추가시키는 것은 가능하다.

사정 방법은 지방정부마다 차이가 있지만, 흔히 이용자의 집에서 받는다. 또 사회서비스 센터나 일반의 상담소에서 사정을 받을 수도 있다. 사정하는 사람은 사회서비스국이나 NHS 담당자이거나, 직업치료사와 같은 분야 사람일 수도 있다. 이용자가 거주지를 옮겨야 할 필요가 있을 것으로 추측될 때에는 지방 주거 담당공무원이 관여할 수도 있다. 만약 이용자가 사정을 받을 때 통역이 필요하면 지방정부는 이를 반드시 실행해야 한다.

12) 법적 장애는 ① 실명, 농, 아, ② 질병으로 인한 심각하고 영구적인 핸디캡, 사고 혹은 선천적 기형, 정신보건법에 규정된 정신질환을 앓는 경우, ③ 부분적인 시각장애 또는 청각장애가 포함됨.

사정하는 사람들은 이용자가 무슨 말을 했는지를 기록하고, 이용자의 욕구를 파악하고, 이용자와 사정하는 사람이 동의하지 못한 것이 무엇인지를 기록하게 되어 있다. 이를 위해 신청자에게 다음과 같은 것을 질문한다(The Legal Services Commission, 2005).

- 당신이 할 수 있는 일과 할 수 없는 일
- 가끔씩 수행하기 어려운 일
- 특별 식이를 해야 하는지 여부
- 특별한 필요가 있는지 여부(예를 들어 종교 또는 종족과 관련된 문제)

〈표 4-17〉 독립성에 대한 위험 수준 평가 기준

구분	기준(각 항목들 중의 어느 하나에 해당하는지를 판단함)
심각한 수준 (Critical)	- 생명을 위협받고 있거나 위협받을 수 있을 것으로 보이는 경우 - 심각한 건강문제가 진행 중이거나 진행될 것으로 보이는 경우 - 현재 생활환경의 핵심적인 부분들에 대하여 선택이나 통제가 전혀 또는 거의 불가능하거나 불가능해질 것으로 보이는 경우 - 심각한 학대나 방임이 발생했거나 발생할 수 있는 경우 - 중대한 영역의 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 - 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 치명적인 수준에서 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 - 핵심적인 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 - 중대한 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우
중대한 수준 (Substantial)	- 현재 생활환경에서 아주 미미한 수준에서 선택이나 통제가 이루어지고 있거나 이루어질 것으로 보이는 경우 - 학대나 방임이 발생했거나 발생할 수 있는 경우 - 많은 부분에서 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 - 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 - 많은 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 - 많은 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우

구분	기준(각 항목들 중의 어느 하나에 해당하는지를 판단함)
통상적인 수준 (Moderate)	- 몇 가지 부분에서 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 - 몇 가지 부분에서 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 - 몇 가지 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 - 몇 가지 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우
낮은 수준 (Low)	- 한두 가지 부분에서 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 - 한두 가지 부분에서 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 - 한두 가지 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 - 한두 가지 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우

또한 ‘누군가 혼자서는 일상생활을 영위하기가 어려운’상태의 사람을 정기적으로 도와주고 있는 사람도 사정을 요청할 법적 권리를 가진다. 그리고 보호자도 사정을 요청할 권리가 있으며 지방정부는 보호자의 직업, 연구, 휴식에 대한 지원을 고려해야한다고 명시되어 있다(The Legal Services Commission, 2005).

다) 서비스 이용

사회서비스국에서의 사정이 끝나면 신청자 개인에 대한 보호 계획(Care plan)이 세워지고, 보호계획에 의거하여 서비스를 이용하게 된다. 보호계획서에는 이용자가 필요로 하는 서비스와 받게 될 서비스, 그에 따른 요금, 계획이 점검된 날짜 등이 기록된다. 지방정부가 일부 서비스를 직접 제공할 수도 있고, 민간보호기관과 같은 다른 조직들이 서비스를 제공하도록 조정할 수도 있다. 보호자가 있다면, 보호자가 어떤 서비스를 제공할 것인지 동의한 내용이 계획서에 있어야 한다. 또한 지방정부는 사정이 끝난 후 서비

스를 대기하는 동안 고통을 받는 일이 없도록 해야 하고, 서비스 개시 3개월 이내와 그 후 1년 이내에 이용자의 보호계획서를 다시 점검해야 한다(The legal Service Commission, 2005).

라) 이의제기

케어서비스 이용 과정에는 모든 결정에 이용자가 참여할 권리와 결정에 이의제기할 권리를 법적으로 인정받고 있다. 이의제기 할 수 있는 경우는 서비스 부족, 서비스 거절, 서비스 제공 지연, 스태프의 행동이나 태도, 스태프이나 패널의 구성에 대한 의견, 진행과정에서 의견개입의 부족 등 이다(Birmingham Social Services Department, 2005). 이의제기를 신청할 수 있는 사람은 이용자뿐 만 아니라 보호자, 이용자의 편에서 대표할 수 있는 사람을 포함한다(Birmingham Social Services Department, 2002). 버밍햄 사회서비스국에서 발간한 ‘Your Right to be Heard: Comments·Compliments·Complaints’에는 이의제기 절차를 다음과 같이 안내하고 있다.

- － 1단계(문제해결 단계): 사회서비스국의 관리자에게 이의제기 하며, 결과에 만족하지 않으면 다음 단계로 넘어간다.
- － 2단계(독립적 조사 단계): 불만처리국(Complaints Section)에 이의제기 하며, 독립적인 조사부서에서 조사하고, 5일 내에 이의제기에 대한 확인을 받을 수 있다. 결과에 만족하지 않으면 독립적인 조정위원(Independent investigation officer)에 이의제기 할 수 있다.
- － 3단계(재심): 독립적인 조정위원은 세 명의 패널로 구성되며, 24시간 이내에 위원회가 사회서비스국 책임자에게 전한 권고를 듣게 되고, 책임자는 28일 이내에 회답을 보낸다. 마지막 단계에서도 만족하지 않으면 행정감찰관에 사법적 재심을 청구할 수 있다.

3. 국내 장애아동 돌봄서비스 현황

가. 장애아가족양육지원사업 현황

장애아가족양육지원사업은 건강가정기본법 제25조(가족부양의 지원) 제2항 “국가 및 지방자치단체는 질환이나 장애로 가족 내 수발을 요하는 가족 구성원이 있는 가정을 적극 지원하며, 보호시설을 이용할 수 있도록 전문보호시설을 확대하여야 한다”에 의거하여 실시되고 있는 사업으로서 상시적인 돌봄이 요구되는 장애아 가정의 돌봄 부담 경감을 목적으로 한다.

동 사업은 2007년 여성가족부에서 시작되었다가 정부조직개편과 함께 2008년부터는 보건복지부에서 수행하고 있으며, 2010년 현재 전국 16개 단체(건강가정지원센터 5개소, 장애인복지관 3개소, 장애인부모회 등 장애인단체 8개소에서 위탁운영)에서 사업을 운영하고 있다.

장애아가족양육지원사업은 돌봄서비스와 휴식지원 프로그램으로 나뉘어 운영되는데, 돌봄서비스는 돌보미가 장애아 가족에게 파견되어 장애아동 보호 및 휴식을 지원하고 있고, 휴식지원 프로그램은 장애아 가족 문화교육프로그램, 상담서비스, 양육 정보공유, 가족교육프로그램 등으로 구성되어 있다.

각 서비스의 지원 대상 요건을 살펴보면, 돌봄서비스의 경우 만 18세 미만의 자폐성 장애, 지적장애, 뇌병변 장애 등 모든 중증장애아동과 생계, 주거를 같이하는 도시근로자 가구 월평균 소득 100%이하 가정을 지원 대상으로 하고 있으며, 휴식지원사업의 경우에는 소득기준에 관계없이 만 18세 미만의 모든 장애아동 가족을 대상으로 하고 있는데, 돌봄서비스를 받지 않는 가정도 참여 가능하지만 돌봄서비스를 받는 가정을 우선적인 지원 대상으로 하고 있다.

〈표 4-18〉 장애아가족양육지원사업의 지원 대상 및 주요 서비스 내용

구분	지원대상	지원내용
돌봄 서비스	만 18세미만의 자폐성·지적·뇌병변 장애아 등 중증 장애아와 생계·주거를 같이 하는 전국 가구평균소득 100% 이하 가정	- 양육자의 질병, 사회활동 등 일시적 돌봄서비스 필요시 일정한 교육과정을 수료한 돌보미를 파견하여 장애아동 보호 및 휴식지원 - 아동의 가정 또는 돌보미 가정에서 돌봄서비스 제공 - 1가정 당 연 320시간 범위 내 지원(특별한 경우 연장가능)하며 선정 가정이 사용하지 않은 잔여시간은 추가 선정하여 지원
휴식지원 프로그램	소득기준 상관없이 만 18세 미만의 모든 장애아 가족으로 돌봄서비스를 받지 않는 가정도 참여 가능, 돌봄서비스를 받는 가정을 우선 지원	- 가족관계 회복 및 돌봄노동 분담을 위해 장애아가족 문화·교육프로그램, 휴식 박람회, 가족 캠프 등 휴식지원 프로그램 운영 - 돌보미를 통한 장애아가족 상담서비스, 생활지도 등 제공 및 자조모임 결성지원 등을 통해 양육의 어려움 경감, 정보 공유 등 - 가족휴식지원 및 가족역량강화 프로그램 확대: 가족상담(치료) 프로그램, 가족교육프로그램(부모·비장애 형제교육, 가족관계개선 등)

자료: 보건복지부, 2010년 장애아가족양육지원사업 안내.

〈표 4-19〉 장애아가족양육지원사업의 지원 대상 요건으로서 가구 규모별 소득 기준

(단위: 천원)

가구원 수	1인	2인	3인	4인	5인
전국가구 월평균소득 100%	1,308	2,394	3,379	3,913	4,251

※ 6인 이상 : 1인 추가시 마다 소득 338천원씩 증가

장애아가족양육지원사업의 재원은 2009년부터 일반회계에서 지원되고 있다. 2009년 결산액은 13억 8,000만원이었고, 2010년 예산액은 15억 7,000만원이다. 다음 〈표 4-20〉은 2010년도 상반기 ‘장애아가족 양육지원사업’의 국비교부내역이다.

〈표 4-20〉 2010년 상반기 장애아가족 양육지원사업의 국비교부내역

(단위: 천원)

시도명	도우미 지원	휴식 지원	사업 기관	국고보조금				교부 후 잔액
				보조내시액	기교부액	금회교부액	교부총액	
서울	80	160	1	68,700	-	34,350	34,350	34,350
부산	59	116	1	125,916	-	62,958	62,958	62,958
대구	29	60	1	77,756	-	38,878	38,878	38,878
인천	41	85	1	97,384	-	48,692	48,692	48,692
광주	26	52	1	72,604	-	36,302	36,302	36,302
대전	25	52	1	71,260	-	35,630	35,630	35,630
울산	22	44	1	66,108	-	33,054	33,054	33,054
경기	116	232	1	218,832	-	109,416	109,416	109,416
강원	22	44	1	66,108	-	33,054	33,054	33,054
충북	26	52	1	72,604	-	36,302	36,302	36,302
충남	28	56	1	75,852	-	37,926	37,926	37,926
전북	35	68	1	86,940	-	43,470	43,470	43,470
전남	22	44	1	66,108	-	33,054	33,054	33,054
경북	45	88	1	103,180	-	51,590	51,590	51,590
경남	90	180	1	176,540	-	88,270	88,270	88,270
제주	22	44	1	66,108	-	33,054	33,054	33,054
합계	688	1,377	16	1,512,000	-	756,000	756,000	756,000

주: 장애아가족 양육지원사업 총 예산 15억 7,000만원 중 관리기관 운영비 5,800만 원을 제외한 1억 1,200만 원에 대한 교부 내역이며, 기준보조율은 서울 30%, 지방 70%이다.

자료: 보건복지부, 2010.5.31 기준

2010년 5월 31일 현재 장애아가족양육지원사업 수행기관은 16개소로서 16개 시도에 각 1개소씩 운영되고 있고, 돌보미 종사자 수는 총 521명이다.

〈표 4-21〉 장애아가족양육지원사업 시행기관 현황

(단위: 명)

업체명	종사자수(돌보미)
서울시장장애인부모회	42
부산시장장애인종합복지관	24
대구광역시장애인부모회	32
인천광역시장애인부모회	32
엠마우스복지관	22

업체명	종사자수(돌보미)
대전시장애인부모회	41
울산시건강가정지원센터	5
경기도장애인부모회	72
강원도장애인종합복지관	12
충북장애인부모회	29
사회복지법인 세종중앙	25
익산시건강가정지원센터	19
순천시장애인종합복지관	20
포항시건강가정지원센터	11
경남장애인부모회	126
제주장애인부모회	9
합 계	521

자료: 보건복지부, 2010.5.31 기준

2009년 12월 기준 장애아가족 양육지원사업 대상 가정 수 547가구 중 370가구에 대하여 총 236명의 도우미가 활동한 것으로 나타났다.

나. 장애인활동보조서비스 현황(장애아동 부문)

장애인 활동보조서비스는 장애인의 지역사회 내 자립을 위한 사회서비스로 지난 2006년도에 시범사업 이후 2007년부터 전국 사업으로 확대되어 실시되고 있다. 동 사업은 장애인복지법 제53조(자립생활지원)와 제55조(활동보조인 등 서비스지원)에 근거하고 있다. 활동보조서비스의 신청 자격은 「장애인복지법」 상 등록 1급 장애인(15종 전체)을 대상으로 ‘인정조사표’에 의한 조사결과 220점 이상이 되는 경우에 이용가능하다(보건복지부, 2010).

만 6세 이상부터 이용이 가능하며, 만 18세 미만의 장애아동의 경우 월 32만원~48만원 상당의 시간(월 40~60시간)만 지원이 가능하도록 하고 있다.

서비스 내용으로는 신변처리 지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조로 판정받은 시간 이내에 일정 교육훈련을 이수한 활동보조인의 활용 및 지원이 가능하다.

〈표 4-22〉 장애아동 활동보조서비스

	장애아동 활동보조서비스
서비스 성격	장애아동 1인에 대한 바우처 형식의 활동보조서비스 지원
서비스 내용	○ 교육 및 훈련된 활동보조인 파견을 통한 다음의 서비스 지원 - 신변처리지원 : 목욕, 대소변, 옷 갈아입기, 세면, 식사보조 등 - 가사지원 : 쇼핑, 청소, 식사준비, 양육보조 등 - 일상생활지원 : 금전관리, 시간관리, 일정관리 등 - 커뮤니케이션 보조 : 낭독보조, 대필 보조 등 - 이동의보조 : 안내도우미, 학교 등·하교 지원, 야외·문화활동지원 등 ○ 만 6세~18세 미만의 장애아동의 경우 월 40~60시간만 이용 가능 (지자체 특례 시간은 별도)
서비스 대상	○ 「장애인복지법」상 등록1급 장애인(15종 전체)을 대상으로 ‘인정조사표’에 의한 조사결과 220점 이상이 되는 경우 ○ 만 6세 이상부터 이용 가능함
개인 부담금	국민기초생활보장 지원 가구의 경우는 면제, 차상위 가구는 월 2만원의 개인 부담금, 이후 경제적 수준에 따른 차등부과로 최대 월 8만원의 이용료 부과함.

자료: 2010년 장애인 활동보조지원사업 안내, 보건복지부(2010)

2010년 9월말 현재 활동보조서비스 이용자 중 만 18세 미만 이용 실적은 총 8,814명으로 예산은 305억이다.

〈표 4-23〉 활동보조인 제도 이용자 중 만18세 미만 이용실적

	2010년 9월 현재
대상	8,814명
예·결산액	30,519백만원

자료: 보건복지부 내부자료.

한편 장애인활동보조서비스의 2007년부터 2010년까지 예·결산 내역은 다음과 같으며, 2010년도 예산은 1,279억원이다.

〈표 4-24〉 장애인활동보조지원사업 예·결산 현황(2007~2010년)

(단위: 명, 백만원)

	2007	2008	2009	2010
대상	14,515	19,498	27,818	30,000
예·결산액	27,637	72,322	124,096	127,913

주: 2007~2009년은 결산 기준, 2010년은 예산편성 기준

자료: 보건복지부 내부자료.

활동보조서비스 제공기관은 공공·비영리기관 및 민간기관 중 시·군·구별로 2개소 이상을 지정하고, 교육기관은 활동보조인 전문 교육을 위해 시·도별로 2개소 이상을 지정하고 있으며, 총 453개이다.

4. 장애아동돌봄서비스 최저 수준 설정의 기본 방향 및 정책 제언

가. 기본 방향

본 고에서는 국제장애인권리협약 등을 비롯한 국내외 관련 법률, 주요 외국의 사례 및 국내 장애아동 돌봄서비스의 현황에 근거하여 장애아동 돌봄서비스 최저 수준 설정을 위한 기본 방향을 제시하고자 한다.

첫째, 장애아동 돌봄에 대한 효과적 지원이 이루어지기 위해서는 유사한 목적과 기능을 수행하고 있는 주요 서비스를 통합할 필요가 있다. 현재와 같이 분절적으로 운영되고 있는 서비스 제공 체계 하에서는 여러 관계 기관을 거쳐야 하는 행정적 번거로움으로 인하여 서비스 이용자의 불편을 초래하게 되며, 또한 효과적인 사례관리가 이루어지기 어렵다. 따라서 장애아동에 대한 보호 및 가족지원서비스로서 기능하고 있는 장애아가족양육지원서비스와 장애아동대상의 활동보조서비스를 우선적으로 통합하여 ‘(가칭)장애아동돌봄서비스’로 운영할 필요가 있다. 장기적으로는 장애아동을 대상으로 한 타 서비스, 즉 장애아보육서비스, 장애치료서비스로서 기능하고 있는 장애아동재활바우처, 지역사회투자서비스 중 장애아동 대상의 각종 치료서비스 등까지 포함하여 ‘(가칭)장애아동지원패키지’로 운영하는 것을 적극

적으로 추진해야 할 것이다. 이는 주거서비스, 주간보호서비스 등 서비스 공급기관 보조금 방식으로 제공되고 있는 기존 서비스들을 이용자 중심의 통합서비스로 전환하는 데 단초가 될 수 있을 것이다.

둘째, 장애아동을 대상으로 제공되는 서비스 공급량이 수요에 비해 매우 부족한 상황임을 고려할 때 서비스 공급량을 지속적으로 확대하여야 한다. 서비스 공급량의 확대는 서비스 대상 인구와 서비스 제공 시간의 양 측면에서 모두 이루어져야 하는데, 우선 서비스 대상 측면에서 현재 돌봄서비스의 수혜를 받고 있는 장애아동은 전체 욕구 집단 대비 매우 미미한 수준이다. 앞서 살펴본 2008년 장애인실태조사 결과에서 나타났듯이 장애아동 중 일상생활의 대부분에서 다른 사람의 도움을 필요로 하는 전체 장애아동의 57.7%에 달하고 있음에 반해, 활동보조서비스와 장애아가족양육지원사업의 수혜를 받고 있는 아동은 돌봄서비스 욕구가 있는 전체 18세 미만 장애아동의 18.5%에 불과한 현실을 볼 때 서비스 대상 가구 확대를 통한 서비스 공급량 확충은 시급한 당면과제이다. 또한 현재 수급요건을 충족하고 있는 장애아동 및 가구를 대상으로 제공되는 서비스 제공 시간도 늘어나야 한다. 현재의 서비스 제공 시간은 욕구를 충족하기에는 턱없이 부족한 상황이며, 지속적으로 서비스 제공 시간을 증가시키되, 장기적으로는 보다 적합한 욕구사정 시스템을 도입하여 장애 정도가 심하고 사회적 지지체계가 부족한 장애아동을 대상으로 더 많은 시간의 돌봄서비스가 제공될 수 있도록 해야 할 것이다. 더불어 장애아동을 대상으로 한 서비스뿐만 아니라 장애아동과 생활을 함께 하면서 여러 측면에서 역기능을 경험하고 있는 가족 및 보호자를 대상으로 한 다양한 가족지원서비스 등 신규 서비스들이 지속적으로 확충되어야 한다.

셋째, 장애아동 돌봄서비스 제공을 통해 서비스의 효과성을 제고하기 위해서는 통합적이고 효율적인 사례관리 체계가 구축되어야 한다. 장애아동에 대한 효과적인 지원이 이루어지기 위해서는 무엇보다 장애아동의 발굴, 서비스 욕구 평가, 서비스 연계 및 모니터링에 이르는 일련의 사례관리서비스를 제공할 수 있는 체계의 구축이 가장 시급하다고 할 수 있다. 장애아동

대상의 사례관리체계 모형은 장애아동 대상의 공공·민간서비스의 수급 요건(장애 상태)을 평가하고 수급 자격을 부여하며 서비스 구매에 관한 예산 배분과 사후관리 등 모든 기능을 수행하는 제도적(institutional) 모형과, 공공·민간서비스에 대한 정보 제공과 사후 관리 등의 일부 기능을 수행하는 보완적(residual) 모형으로 구분할 수 있다. 미국의 Regional Center는 제도적 모형의 전형적인 사례이며, 일본의 발달장애인지원센터는 보완적 모형의 한 예라고 할 수 있다. 이상적인 형태로는 제도적 모형이 가장 바람직하나, 공공 사회복지서비스 전달체계에서 이러한 모형의 선택이 없고, 소요 예산 등을 고려할 때 현실화하기 어려운 점이 있다. 반면에 보완적 모형은 기존의 지적장애인자립지원센터, 장애인가족지원센터 등에서 이미 이러한 기능을 일부 수행하고 있기 때문에 제도 개선의 효과는 매우 미미할 수 있다. 따라서 제도적 모형과 보완적 모형의 중간 수준에 해당하는 모형으로 사례관리체계를 구축하는 것이 바람직하다고 판단되며, 구체적으로 사회서비스 중심의 수급 요건으로서 장애 상태를 평가하고 서비스 계획을 수립하며 서비스 모니터링 등의 기능을 갖도록 해야 한다.

나. 정책 제언

본 고에서는 앞서 제시된 장애아동 돌봄서비스 최저 수준 정립을 위한 기본 방향하에서 정책 적용 방안을 몇 가지 제안하고자 한다.

첫째, 장애아동을 대상으로 제공하는 활동보조서비스와 장애아가족양육지원사업의 돌봄부문을 통합하여 ‘(가칭)장애아동돌봄서비스’로 운영하는 것을 추진한다. 두 사업은 서비스의 내용이 동일하며 주관 부처가 같다는 점에서 상대적으로 통합이 용이할 것으로 판단된다.

우선 장애아동 돌봄서비스의 서비스 대상은 욕구에 기반한 서비스 제공 원칙에 입각하여 소득 수준에 제한이 없도록 하되, 이용자간 형평성 측면에서 소득 수준에 따라 본인부담금의 차등을 두도록 한다. 돌봄서비스 욕구가 있는 모든 장애아동을 대상으로 돌봄서비스를 제공하는 것은 사회적 기본권

을 구현하는 것이라고 할 수 있다. 구체적으로 본인부담금 차등은 현행 활동보조서비스 본인부담금 기준을 적용하는 것을 추진하며, 장애 기준에 있어서는 의학적 손상 중심의 현행 장애 등급 체계가 갖는 한계를 보완하고 욕구 중심 사정이 가능하도록 하기 위해서 1, 2급 및 3급 중복 등 중증 장애 전체로 확대하도록 한다. 장애이동의 경우 2~3급의 경우에도 일상생활에서 부모의 지속적인 지원이 필요하며, 1급 장애인에 대한 자격기준을 완화하는 것에 대한 의견이 제기되고 있으며, 지원시간이 최대 60시간으로 제한되고 있는 것에 대한 불만도 제기되고 있음을 감안한 것이다. 한편 연령 기준은 활동보조서비스의 하한 연령인 6세 이상을 폐지하고 18세 미만 전체로 한다.

〈표 4-25〉 (가칭)장애아동돌봄서비스 지원 대상(안)

구분		장애인활동보조서비스	장애아가족양육지원사업	기준(안)
수급 요건	장애	1급 등록장애인	자폐성·지적(장애등급 무관), 뇌병변 및 기타 중증장애아가정	1, 2급 및 3급 중복
	연령	6~18세 미만	18세 미만	18세 미만
	소득 (본인 부담금)	- 수급자: 무료 - 최저생계비 120% 이내: 월 2만원 - 최저생계비 120% 이상: 소득 및 지원량에 따라 차등	도시근로자가구 월평균 소득 100% 이하: 무료	장애인활동보조서비스 기준 적용

돌봄서비스 대상을 욕구가 있는 모든 장애아동으로 규정하는 것을 최저 수준으로 설정하는 매우 합리적이거나 서비스 제공 시간과 관련하여 공공에서 부담해야 할 최저 수준, 즉 최소 서비스 제공 시간을 설정하는 것은 합리적인 논거를 찾기 어렵고, 또한 기술적으로도 매우 어려운 작업이다. 즉, 공공 부문과 영리 부문, 그리고 자발적 부문이 각기 서비스 주체로서 역할을 분담하고 있는 사회서비스 공급의 특성을 감안할 때 전체 서비스 필요량 중에서 공공에서 부담해야 할 서비스 양을 결정하는 것은 우리나라의 사회정책적 전통과 지향점에 대한 사회적 합의(consensus)에 근거해야 하는 만큼 공

공 사회복지서비스의 최저 수준 정립에 관한 탐색 연구 또는 기초연구로서의 성격을 지니고 있는 본 연구의 과업을 벗어난 것이라고 할 수 있다.

결론적으로 본 고에서는 서비스 양 측면에서 장애아동 돌봄서비스의 최저 수준은 현재 제공되고 있는 서비스 양이 주요 선진 외국과 비교할 때 매우 부족하다는 사실에 근거하여 향후 지속적으로 증가시키는 것을 제안하고자 한다. 구체적으로 장애아동돌봄서비스의 제공 시간은 김성천 외(2009)의 장애인활동보조서비스 및 장애아가족양육지원사업 이용자 조사 결과를 토대로 현행 활동보조서비스의 월 40~60시간보다 약간 높은 연 840시간(월 평균 70시간)을 최저 수준으로 제시하고자 한다.

〈표 4-26〉 (가칭)장애아동돌봄서비스 제공 시간(안)

구분	장애인활동보조서비스	장애아가족양육지원사업	기준(안)
서비스 제공 시간	월 40~60시간 (지자체별로 별도 추가지원 가능)	연 320시간 (월평균 최대 27시간)	연 840시간 (월 평균 70시간)

둘째, 장애아가족양육지원사업의 휴식지원프로그램을 개편하여 ‘(가칭)장애아동보호자 휴식지원 바우처’를 도입·운영할 것을 제안하고자 한다. 현행 휴식지원프로그램은 가족 캠프, 가족교육프로그램 등 일회성의 서비스 공급자 중심 프로그램으로서 장애아동을 보호하고 있는 가족의 욕구를 충족시키기에는 미흡하다고 할 수 있다. 따라서 가족 내 주 돌봄자의 건강상 문제가 생겼을 경우 단기적 휴식을 지원하고 가정의 응급상황이나 주 돌봄자의 휴식 욕구에 대처할 수 있는 실질적인 휴식지원서비스의 확대가 필요하다.

이런 측면에서 중증 장애아동을 지속적으로 보호하고 있는 가족내 주 돌봄자의 휴식과 응급 상황 등에 대처할 수 있는 ‘장애아동 보호자 휴식지원 바우처’는 도입의 타당성이 충분하다고 할 수 있다.

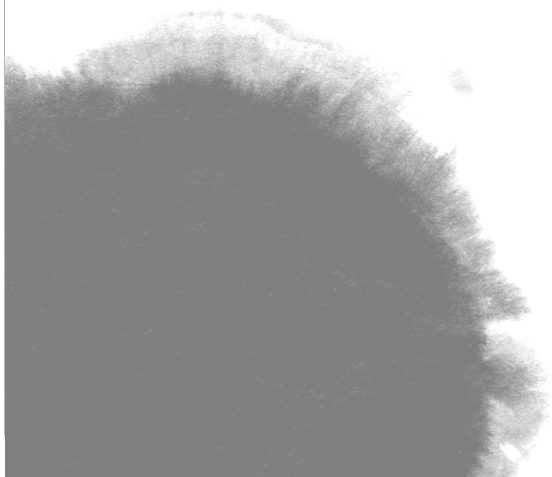
구체적으로 바우처의 지급 대상은 18세 이상의 성인으로서 ‘(가칭)장애아동돌봄서비스’를 제공받고 있는 중증장애아동과 동거하고 있거나 또는 실

질적인 보호를 하고 있는 자로서 주 15시간 이상의 취업 혹은 교육·훈련 등을 받고 있지 않아야 하며, 본인과 배우자의 소득인정액이 소득 하위 60%인 자로 한다. 바우처는 단기보호센터의 실비 입소 기준으로 연 15일 이용이 가능한 금액을 지급하되, 실질적으로 단기보호의 기능을 담당할 인프라가 매우 부족한 상황을 고려하여, 영리부문의 참여를 유도할 수 있는 인프라 확충 방안을 동시에 강구해야 할 것이다.

셋째, 장애아동 사례관리체계 도입을 제안하고자 한다. 장애아동 사례관리체계는 크게 장애아동을 발굴하고 돌봄서비스를 포함한 이들의 서비스 욕구를 평가하는 진단 판정체계와 이러한 진단 판정 결과에 근거하여 서비스 제공 계획을 수립하고 서비스를 연계하며, 사후 관리를 실시하는 사례관리체계로 구분할 수 있다. 이상적인 형태로는 진단판정체계와 사례관리체계를 통합하여 운영하는 것이 바람직하나, 기존의 관련 인프라를 최대한 활용함으로써 예산 절감을 추구하고자 하는 효율성 측면에서 두 가지 기능을 분리하여 운영하는 것도 대안이 보다 현실적이라고 할 수 있다. 이 경우, 진단판정체계는 이 분야에서 전문성을 확보하고 있는 장애인복지관에 ‘(가칭)장애아동진단평가센터’를 설치하여 운영토록 하고, 사례관리체계는 지적장애인지원센터, 건강가정센터, 장애인가족지원센터 등 기존 인프라를 활용하여 설치할 수 있다. 장애인복지관에 설치되는 장애아동진단평가센터의 경우 기존의 인력과 사업에 약간의 추가 예산을 투입하면 큰 무리없이 운영될 것으로 판단되며, 사례관리체계는 장애인복지시설의 한 유형으로 제도화된 지적장애인지원센터, 건강가정기본법에 근거한 건강가정지원센터, 그리고 지방자치단체 조례에 의거하여 설치되어 운영되고 있는 장애인가족지원센터의 지속적인 확충을 꾀하면 가능할 것으로 판단된다. 이러한 사례관리기능의 분리 하에서 효과적인 사례관리가 이루어지기 위해서는 장애아동진단평가센터와 각 사례관리체계의 상호간 정보 교류 등의 유기적 협조 체계 구축은 필수적인 전제 조건이다. 또한 건강가정센터 등 사례관리체계는 지역사회내 특수교육지원센터와 유기적인 협조 체계를 구축함으로써 교육서비스와 보호서비스가 원활히 제공되도록 해야 한다.

05

노인돌봄서비스 최저수준



제5장 노인 돌봄서비스 최저수준

제1 절 노인 돌봄서비스 정의

1. 우리나라 노인복지서비스 유형 및 내용

우리나라 노인복지법에 의한 노인복지서비스를 유형별로 정리해 보면 <표 5-1> 과 같다. 먼저 노인요양 및 건강보장과 관련된 사업으로는 노인 장기요양보험에 따른 서비스가 대표적이다. 그 외 노인장기요양보험의 한계를 보완해주는 재가복지서비스, 치매상담 서비스 등이 포함된다. 다음으로 노인 소득보장과 관련하여 노인일자리 사업에 대한 서비스가 있다. 마지막으로 노인사회서비스로 노인장기요양보험에 의한 등급에 포함되지 못한 노인을 위한 돌봄서비스, 무료급식, 경로당 및 복지관을 이용한 여가 서비스 등이 포함된다.

본 연구에서는 노인사회서비스를 총망라하기보다는 노인서비스의 대표격이라고 할 수 있는 돌봄(care)서비스에 한정하고자 한다. 흔히 사회서비스는 대인서비스(personal service)로 노인을 위한 직접적 서비스를 제공하는 것을 일컫는 것으로 정의되기도 한다. 또한 노인돌봄 서비스는 전 국가적으로 장기요양서비스(long term care service)로 명명되며 이에 대한 국가적 대책을 모색하는 논의가 활발하다. 따라서 본 연구에서는 노인사회서비스를 돌봄서비스에 국한하여 외국과의 비교를 통한 최저수준을 설정하는데 기초자료를 제공하고자 한다.

〈표 5-1〉 우리나라 노인복지서비스 유형 및 내용

서비스 분류			세부내용
노인요양 및 건강보장	노인장기 요양보험 서비스	시설	노인요양시설, 노인요양공동생활가정
		재가	방문요양서비스, 주간·야간보호서비스, 방문목욕서비스, 방문간호서비스
	재가복지서비스		재가지원서비스
	치매상담센터		치매치료관리, 치매노인 및 그 보호자에 대한 상담 및 지원, 치매 예방 및 간병요령에 대한 교육 등
	치매관련서비스		치매 조기검진사업, 치매 치료관리비 지원, 실종노인찾기, 배회 가능 어르신 인식표 나누어드리기
	노인 안검진 및 개안수술		
소득보장	노인일자리	직업상담, 취업준비교육 및 훈련, 일자리 상담 및 알선	
사회 서비스	노인돌봄서비스		노인돌봄기본서비스, 종합서비스
	결식우려노인 무료급식 지원		경로식당 무료급식, 거동불편 저소득 재가 노인 식사배달
	노인여가복지		경노당, 노인복지관
	어버이날 행사, 노인의 날 및 경로의 달 행사, 경노우대 서비스		

2. 노인돌봄서비스 정의

노인돌봄서비스는 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인들에게 기본적인 일상생활을 도와주는 일련의 서비스라고 할 수 있다(OECD, 2005). 이러한 돌봄서비스는 집이나 지역사회, 기관 등 다양한 세팅에서 제공된다. 노인돌봄서비스에는 비공식적 수발자와 개인계정에 대한 지원, 소비자 중심의 보호, 보호수당 등과 요양시설에서 제공하는 욕창, 만성질환, 고동완화에 대한 예방과 치료, 요양시설 거주비용 등을 포함한다. 그러나 일반적으로 장기요양서비스에는 간헐적 입원, 특수재활, 진단, 만성질환관리(고혈압 약 등)등의 의료서비스는 포함되지 않는다(European Commission, 2008).

이에 따라 본 연구에서는 우리나라 노인돌봄서비스를 노인장기요양보험 및 노인돌봄서비스를 포함하여 정의하고자 한다.

제2절 노인 돌봄서비스 양과 질 검토

유럽 연합 및 OECD는 인구고령화와 가족의 변화 등 새로운 사회적 위험에 따른 돌봄 수요에 대응하기 위하여 각국이 국가적 돌봄정책을 수립하고 협력을 증진할 것을 요구한다. 특히 유럽연합은 돌봄 서비스에 있어 접근성과 서비스 질 그리고 지속가능성에 초점을 맞추어 각국이 다양한 방법을 동원해 국가적 돌봄정책을 수립할 것을 요구한다. 따라서 본고에서는 우리나라 노인 돌봄 서비스와 관련하여 국가적 최저수준의 선을 설정하기 위하여 첫째, 돌봄서비스의 접근성을 높일 수 있는 총량의 증대와 둘째, 돌봄 서비스 제공에 있어 질 향상의 문제, 그리고 돌봄서비스의 내용을 외국의 논의와 우리나라의 현황을 중심으로 비교 검토해 보고자 한다.

1. 돌봄서비스 양 검토

가. 돌봄서비스 총량

유럽연합에 따르면 돌봄서비스 정책과 관련하여 첫째, 각국은 가정, 지역 사회, 시설 서비스를 망라한 돌봄서비스의 제공량을 증가시키고 둘째 돌봄 서비스를 받을 수 있는 대기시간을 짧게 하며, 셋째, 모든 개인이 보편적이고 적절한 돌봄서비스를 받을 수 있도록 하는 것, 넷째, 다양한 돌봄 서비스의 질과 유용성에 대한 지리적 차이를 줄이는 것을 목표로 한다.

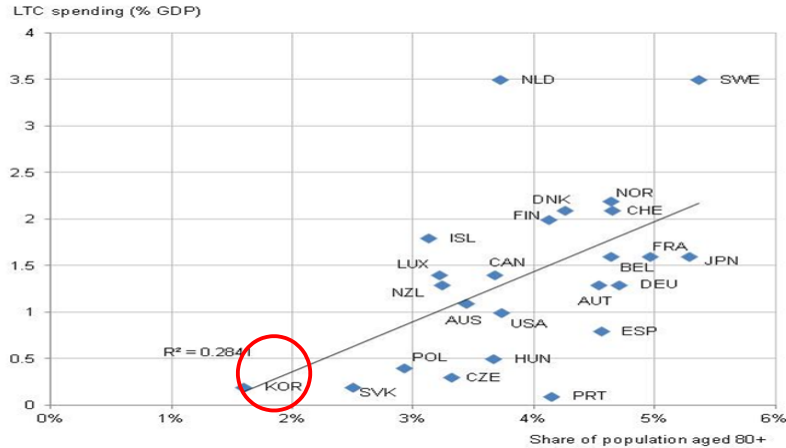
따라서 우리나라 돌봄 서비스의 최저수준을 설정하기 위해서는 먼저 각국의 돌봄서비스의 접근성을 높이기 위한 내용을 살펴보기로 한다.

2005년 OECD 보고서에 따르면 각국의 장기요양 지출비와 연령과는 큰 상관관계가 없다고 보고하고 있다(그림 5-1). 즉 각 국가는 고령화율에 따라 장기요양비가 증가하기 보다는 고유한 제도적 영향에 따라 장기요양비용을 지출한다고 설명하고 있다(Huber, M, 2005).

각 국가의 장기요양 관련 비용은 다양한 프로그램을 가지고 있으며 여기

에는 현금 서비스 외 현금지급까지 포함하고 있을 수 있다. 그러나 본 연구에서는 현금으로 지급하든지 현금으로 제공하든지 간에 전체적인 돌봄 욕구를 충족하고자 한다는 점에서 돌봄서비스의 총량으로 파악하고자 한다.

[그림 5-1] 80세 이상 노인인구수와 장기요양비와의 상관관계



다음 OECD국가의 노인돌봄서비스 비용을 살펴보면 〈표 5-2〉와 같다. 2005년 OECD국가의 돌봄 서비스 지출비는 GDP대비 평균 1.1%로 나타났다. 우리나라의 경우에는 0.3%로 OECD국가의 평균에 상당히 못 미치고 있다. 더구나 우리나라와 GDP비율이 비슷한 네덜란드, 스위스, 벨기에 등과 비교해 볼 때도 낮은 편이다. 그러나 우리나라의 고령화율을 고려할 때 2050년에는 3.1~4.1%로 OECD평균보다는 높게 예상하고 있다. 즉 현재 우리나라의 고령화율을 비교해 본다면 돌봄 서비스에 대한 지출이 매우 낮은 편이라는 것을 알 수 있다. 따라서 돌봄 서비스의 최저수준을 설정하는데 있어 돌봄 서비스에 대한 국가적 지출비용의 총량을 증대시킬 필요가 있다.

〈표 5-2〉는 유럽연합국가의 GDP 대비 노인돌봄서비스 지출비이다. 우리나라보다 GDP가 낮은 벨기에의 경우에도 돌봄 서비스 비용이 1%를 넘

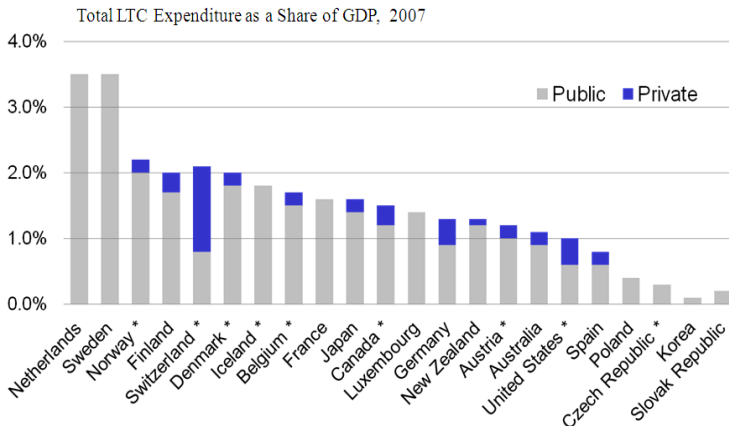
어서고 있다. 이들 국가의 2050년 예상 지출비를 보면 2004년 유럽연합 25개국 평균 지출비가 0.9%였으며, 2050년에는 1.5%로 예상하고 있다.

이상의 결과를 종합해 보면, 우리나라의 고령화율이 매우 높은 편이라는 점을 감안하여 OECD국가 및 유럽연합국가의 평균 수준의 지출비가 보장 될 수 있도록 해야 할 것이다.

〈표 5-2〉 OECD국가의 GDP 대비 장기요양서비스 지출비 및 예상 지출비

	2005년	2050	
		비용압력	비용억제
Australia	0.9	2.9	2.0
Austria	1.3	3.3	2.5
Belgium	1.5	3.4	2.6
Canada	1.2	3.2	2.4
Czech Republic	0.4	2.0	1.3
Denmark	2.6	4.1	3.3
Finland	2.9	5.2	4.2
France	1.1	2.8	2.0
Germany	1.0	2.9	2.2
Greece	0.2	2.8	2.0
Hungary	0.3	2.4	1.0
Iceland	2.9	4.4	3.4
Ireland	0.7	4.6	3.2
Italy	0.6	3.5	2.8
Japan	0.9	3.1	2.4
Korea	0.3	4.1	3.1
Luxembourg	0.7	3.8	2.6
Mexico	0.1	4.2	3.0
Netherlands	1.7	3.7	2.9
New Zealand	0.5	2.4	1.7
Norway	2.6	4.3	3.5
Poland	0.5	3.7	1.8
Portugal	0.2	2.2	1.3
Slovak Republic	0.3	2.6	1.5
Spain	0.2	2.6	1.9
Sweden	3.3	4.3	3.4
Switzerland	1.2	2.6	1.9
Turkey	0.1	1.8	0.8
United Kingdom	1.1	3.0	2.1
United States	0.9	2.7	1.8
Average	1.1	3.3	2.4

[그림 5-2] GDP대비 장기요양지출비, 2007



〈표 5-3〉 유럽연합국가의 GDP 대비 노인돌봄서비스 지출비

	2003	2004	2005
Belgium	1.41	1.37	1.44
Bulgaria	0.02	0.13	0.17
Czech Republic	0.26	0.24	0.24
Denmark	1.85	1.82	1.95
Germany	1.31	1.32	1.34
Estonia	0.11	0.12	0.15
Spain	0.53	0.55	0.57
France	1.24	1.33	1.4
Cyprus	0.09	0.09	0.11
Lithuania		0.4	0.43
Luxembourg	1.38	1.51	1.54
Netherlands	1.23	1.24	1.25
Poland	0.31	0.39	0.43
Portugal	0.13	0.13	0.13
Romania	0.01	0.02	0.02
Slovenia	1.15	1.13	1.18

자료: Health statistics, Key data on health 2002, PANORAMA OF THE EUROPEAN UNION 2002 EDITION, Data 1970-2001, Eurostat

〈표 5-4〉 유럽연합국가의 GDP대비 노인돌봄서비스 예상 지출비

	Projected spending as % of GDP						2004-2050
	2004	2010	2020	2030	2040	2050	
BE	0.9	0.9	1.1	1.3	1.6	1.8	1
DK	1.1	1.1	1.2	1.8	2	2.2	1.1
DE*	1	1	1.2	1.4	1.6	2	1
EL							
ES	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.8	0.2
FR	0						
IE	0.6	0.6	0.6	0.7	0.9	1.2	0.6
IT	1.5	1.5	1.6	1.7	1.9	2.2	0.7
LU	0.9	1	1	1.1	1.3	1.5	0.6
NL	0.5	0.5	0.5	0.8	0.9	1.1	0.6
AT	0.6	0.7	0.8	1	1.2	1.5	0.9
PT							
FI	1.7	1.9	2.1	3	3.4	3.5	1.8
SE	3.8	3.7	3.7	4.9	5.2	5.5	1.7
UK	1	1	1.1	1.3	1.5	1.8	0.8
CY							
CZ	0.3	0.3	0.4	0.5	0.6	0.7	0.4
EE							
HU							
LT	0.5	0.6	0.6	0.6	0.7	0.9	0.4
LV	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.3
MT	0.9	0.9	0.9	1	1.1	1.1	0.2
PL	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1
SK	0.7	0.8	0.7	0.9	1.1	1.3	0.6
SI	0.9	1.1	1.3	1.5	1.9	2.2	1.2
EU25	0.9	0.9	0.9	1.1	1.3	1.5	0.6
EU15	0.9	0.9	1	1.1	1.3	1.5	0.7
EU10	0.2	0.3	0.3	0.3	0.4	0.5	0.2

자료: Health statistics, Key data on health 2002, PANORAMA OF THE EUROPEAN UNION 2002 EDITION, Data 1970-2001, Eurostat

나. 돌봄서비스 공적 및 사적 영역 분류

다음은 돌봄서비스 제공에 있어 공적 영역과 사적 영역의 비율에 대한 것이다. 2000년 기준 OECD 연구결과에 따르면 공적 비용이 평균 0.99%, 사적 비용이 평균 0.24%를 차지하는 것으로 나타났다. 공적 지출이 가장 많은 나라는 스웨덴으로 전체 장기요양비용의 약 5%를 차지하고 있으며 사적 지출이 가장 많은 나라는 스페인으로 전체 장기요양비용의 약 70%이상을 차지

하는 것으로 나타났다. 이 역시도 공적 평균 비용이 약 1%의 수준으로 앞서 2004년 전체적 장기요양비용의 평균수준과 비슷한 것을 알 수 있다.

〈표 5-5〉 GDP 대비 장기요양보호 공적 및 사적 지출비, 2000

	총비용			공적 지출			사적 지출		
	재가 보호	시설 보호	계	재가 보호	시설 보호	계	재가 보호	시설 보호	계
Australia	0.38	0.81	1.19	0.30	0.56	0.86	0.08	0.25	0.33
Austria	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	1.32	n.a.	n.a.	n.a.
Canada	0.17	1.06	1.23	0.17	0.82	0.99	n.a.	0.24	0.24
Germany	0.47	0.88	1.35	0.43	0.52	0.95	0.04	0.36	0.40
Hungary	0.10	0.20	0.30	n.a.	n.a.	0.20	n.a.	n.a.	0.10
Ireland	0.19	0.43	0.62	0.19	0.33	0.52	n.a.	0.10	0.10
Japan	0.25	0.58	0.83	0.25	0.51	0.76	0.00	0.07	0.07
Korea	n.a.	n.a.	0.30	0.10	0.10	0.20	n.a.	n.a.	n.a.
Luxembourg	n.a.	n.a.	n.a.	0.15	0.37	0.52	n.a.	n.a.	n.a.
Mexico	n.a.	n.a.	0.20	n.a.	n.a.	0.10	n.a.	n.a.	0.10
Netherlands	0.60	0.83	1.44	0.56	0.75	1.31	0.05	0.08	0.13
New Zealand	0.12	0.56	0.68	0.11	0.34	0.45	0.01	0.22	0.23
Norway	0.69	1.45	2.15	0.66	1.19	1.85	0.03	0.26	0.29
Poland	0.35	0.03	0.38	0.35	0.03	0.37	n.a.	0.00	0.00
Spain	0.23	0.37	0.61	0.05	0.11	0.16	0.18	0.26	0.44
Sweden	0.82	2.07	2.89	0.78	1.96	2.74	0.04	0.10	0.14
Switzerland	0.20	1.34	1.54	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
United Kingdom	0.41	0.96	1.37	0.32	0.58	0.89	0.09	0.38	0.48
United States	0.33	0.96	1.29	0.17	0.58	0.74	0.16	0.39	0.54
Average1	0.38	0.88	1.25	0.35	0.64	0.99	0.06	0.19	0.24

주: 헝가리, 한국, 멕시코, 폴란드에 대한 자료는 규모에 대한 대략적인 지수임. 오스트랄리아, 노르웨이, 스페인 스웨덴은 65세이상 그룹에 대한 자료임. n.a = 정보 없음
국가적 맥락에서 '장기요양보호'에 대한 언급은 주로 광범위할 수 있음. 예를 들어 네덜란드, 북유럽국가들은 노인 거주시설을 포함하고 있음

1. 오스트리아, 헝가리, 룩셈부르크, 한국, 멕시코에 대한 평균은 제외됨.

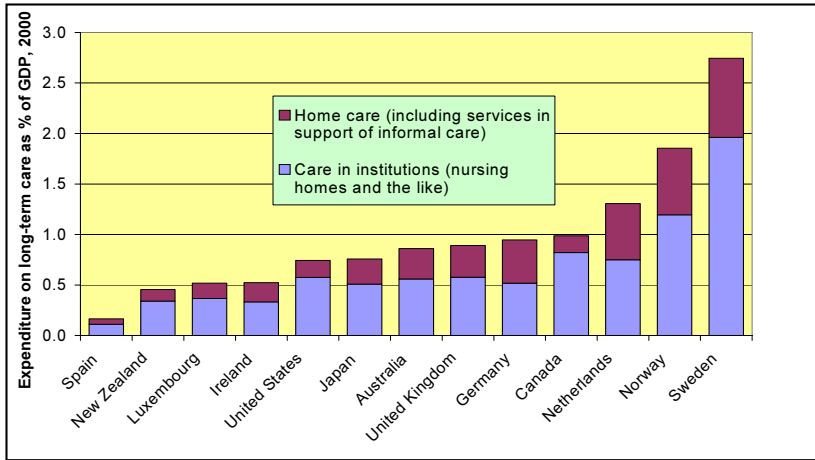
출처: 캐나다, 독일, 헝가리, 노르웨이, OECD Health Data 2004; 오스트리아, Productivity Commission(2003); 아일랜드, O'hea (2003) and Mercer Limited (2003)에 기초한 추정; 폴란드, Kawiorska (2004); 스페인, Marin and Casanovas (2001); 미국, OECD Health Data 2004 and GAO (2002); 오스트리아, 일본, 한국, 룩셈부르크, 멕시코, 노르웨이, 뉴질랜드, 스웨덴, 스위스, 영국, OECD 장기요양보호 질문지에 대한 응답에 기초하여 사무국에서 추정함.

다. 재가 서비스 대 시설 서비스

OCED(2005)의 연구결과에 의하면 장기요양지출비용의 절반 이상이 시설서비스에 지출된다. 〈표 5-5〉에 의하면 조사국가의 재가 서비스 대 시설서비스는 평균 1:2로 나타났다.

그러나 각국은 <표 5-6> 과 같이 재가장애노인을 위한 조치를 적극적으로 취함으로 <표 5-7> 에서 보듯이 시설서비스와 재가서비스의 균형을 맞추어 가고 있다. 과거 10년 동안 OECD는 ‘자신이 머무는 곳에서 서비스를 받을 수 있도록 하느(ageing in place)’데 우선순위를 두도록 추진해 왔다.

[그림 5-3] GDP 대비 장기요양지출의 재가서비스 대 시설서비스 비용



<표 5-6> 중증재가장애노인을 지원을 위한 최근의 조치들

국가	내 용
Australia	지역사회노인돌봄패키지(Community Aged Care Packages, 1985년부터, 1997년에 개정)/ 확장된 노인돌봄패키지(Extended Aged Care Packages, 1997년 이후, 최근에 재원증가)
Austria	장기요양보호수당(1993) : 장애노인이 재가보호를 구입하거나 비공식적 수발자에게 지불할 수 있도록 함
Canada	전국재가보호평가(National Evaluation of Home Care, 2002); 재가 및 지역사회 보호를 위한 협력전략(2002).
Germany	장기요양보험: 전문적 재가보호서비스의 구매 및 비공식적 수발자에 대한 수당지급 가능
Japan	장기요양보험(2000): 재택돌봄자 선택이 가능
Luxembourg	장기요양보험(1999): 재택돌봄자 선택이 가능 혹은 재택돌봄/사적 돌봄자에 대한 수당지급 가능
Netherlands	장기요양보험: 재택돌봄서비스제공(2003) 또는 소비자중심의 계정 제공
New Zealand	Ageing in Place initiatives : 노인들이 집에 머무르면서 지원받을 수 있는 패키지 제공

국가	내 용
Sweden	대부분의 장애인에게 재택돌봄이 제공되도록 타켓팅
United Kingdom	지방정부가 집중 재가돌봄패키지(intensive home care packages, 2005)의 증가에 집중해 오고 있음.
United States	메디케이드 와이버(Medicaid waivers, 2003/04).

Source: OECD' questionnaire on long-term care.

〈표 5-7〉 65세 이상 시설 및 재가보호서비스의 수혜자

	Year	%65+ receiving long-term care in an institution	Year	%65+ receiving home care benefits
Australia	1995	5.7	2000	14.7
	2000	5.5		
	2003	5.3		
Austria	1996/97	3.8	1997	14.4
	2000	3.6	2000	14.8
Canada	1998	3.7		n.a.
Germany	1997	3.3	1997	7.3
	2003	3.9	2003	7.1
Hungary	2000	n.a	1995	5.1
			2000	4.5
Ireland	2000	4.6	2000	ca. 5%
Japan	2000	3.2	2000	5.5
Korea	2000	0.2	2000	0.2
Luxembourg	2001	3.8	2001	4.3
	2003	4.0	2003	4.8
Netherlands	1990	8.4	2000	12.3
	2000	2.4		
New Zealand	2000	5.9	2000	5.2
Norway	1991	6.2	1995 2000	16.0 18.0
	1992	17.6		
	1995	5.9		
	2000	6.0		
Sweden	1991	6.4	1990	13.4
	1995	8.8	1995	8.9
	2000	7.9	2000	9.1
Switzerland	2000	7.0	2000	5.4
United Kingdom	2000	5.1	2002	20.3
United States	1973-74	4.5	1992	3.0
	1985	4.6	1996	5.3
	1995	4.2	2000	2.8
	1999	4.3		

출처: Huber, M. (2005b), "Long-term Care: Services, Eligibility, and Recipients" OECD Health Working Papers, OECD, Paris, forthcoming.

2. 돌봄서비스 질 검토

OECD 및 유럽연합은 각 국가가 노인돌봄 서비스의 질을 향상시키기 위한 국가적 노력을 하도록 요구한다. 유럽연합 회원 국가의 경우 국가적 기준과 규정을 수립하거나 변화시키고 있으며, 가장 중요하게는 재가서비스를 통한 맞춤형 서비스를 제공하도록 강조한다. 만약 재가 서비스가 용이하지 않을 경우에는 그와 유사한 시설보호서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 또한 재활과 고지된 선택, 의료 및 간호, 사회적 서비스를 모두 조화롭게 받을 수 있도록 하고 있으며 질 보장 기제를 수립할 것을 권유하고 있다.

OECD는 구조(방 크기 및 직원비율 등), 과정(서비스 전달체계 및 배치 사정 등), 성과(임상적 조건의 발생률 등)에 대한 다양한 지표를 구분하여 돌봄 서비스의 질을 향상시킬 것을 권유하고 있다.

〈표 5-8〉 돌봄서비스 질 영역

영역	예
구조의 질	시설 안전에 대한 질(위험성, 제재) 주거환경의 쾌적성 방의 크기 직원비율, 전문직원의 다양성
과정의 질	거주자 권리를 보호할 수 있는 기제 의뢰 및 퇴소관리의 원활한 작동 거주자 사정이 케어플랜에 사용되는 절차 거주자가 최상의 기능을 획득할 수 있도록 제공되는 서비스 일주일 7일 서비스가 잘 될 수 있도록 자격증을 갖춘 직원의 충분성 균형잡힌 식단 재활, 약처방, 전염병 통제 등과 같은 보완적인 서비스의 접근성 임상기록과 보호기록 규정 질보장위원회 가동

영역	예
결과의 질	욕창발현율 영양결핍, 휴대식량, 적절한 경관영양 ADL 및 IADL 기능의 감소율 거주자 보호계획의 빈약성 물리적 또는 병리학적 사용 감염률 정신의약적 약물 사용 경관영양 낙상 예방 배변관리 사생활보호 및 사회적 관계

이 구분은 서비스 질을 사정하고 서비스 전달과정을 통제하기 위한 측정 가능한 지표들로 구성되어 있다. 게다가 성과와 관련된 측정은 돌봄서비스의 수준을 광범위하게 사정할 수 있도록 고안되어졌다.

돌봄서비스의 질에 대한 강조는 특정한 최소기준을 정하는 것을 넘어서서 노인의 권리나 지속적인 직원 훈련과 같은 광범위한 질 보장으로 초점을 맞추어 가고 있다. 동시에 질적 수준을 보장하기 위하여 직원비율과 적절한 훈련 등 표준지표 등이 개발되고 있다.

각국은 다양한 방식으로 돌봄서비스의 질을 규정하였다. 독일, 그리스, 프랑스, 네덜란드 등은 모니터링 시스템을 활용하며, 이와 더불어 네덜란드와 슬로바키아는 인증제도를 구축하였다. 또한 독일과 룩셈부르크는 임상적 가이드라인을 활용하고 있다. 또한 체코와 독일, 스페인, 스웨덴, 슬로베니아, 영국 등은 지역적 특성을 반영한 지표를 만들어 활용하고 있다.

〈표 5-9〉와 〈표 5-10〉은 각국이 시설 및 재가 보호의 질 향상을 위해 고려하고 있는 사항이다. 시설 및 재가 보호 모두 직원의 자질을 가장 중요하게 고려하고 있음을 알 수 있다. 또한 시설 보호의 경우 우리나라는 정부보조금의 감소를 통한 공급의 통제를 주요 방향으로 설정하고 있음을 알 수 있다. 재가보호의 경우에는 돌봄서비스의 지속성과 연계, 케어매니저

의 기술향상 등이 시설보호와 큰 차이를 두는 관심사이다. 그 외 시설보호에 비해 재가보호의 질적 수준에 대한 우려, 치매노인에 대한 재가서비스 개발 등이 중요한 고려사항이라는 것을 알 수 있다.

〈표 5-9〉 요양시설 보호의 질에 관련된 정책적 고려사항

이슈 영역	나라
적합하게 교육되고 숙련된 노동력의 모집 및 유지; 직원들의 자격 향상을 위한 노력	이 질문에 응답한 12국 모두
질적 사정과 모니터링체계에 대한 계획	오스트리아, 한국, 미국
돌봄서비스의 Co-ordination	캐나다, 헝가리, 독일
질적 수준과 시설설비 기준 마련	헝가리, 일본
다른 공급의 제한; 제공자에게 지급되는 부적절한 사용료에 대한 인허압력; 직원들을 위한 충분한 시간의 부족	뉴질랜드, 영국, 한국(정부보조금의 감소)
확장된 서비스에의 접근 정도, 다양한 세부구분	노르웨이, 오스트리아(단기거주의 수)
기타 나라별 특화된 주요 관심	신체적 역대제 사용 (일본) 손해배상청구권 수: 장기요양보험의 배상보험 부족(미국)

주: 데이터는 '시설케어의 견지에서 당신의 나라에서 주요한 3가지 관심은 무엇입니까?'라는 질문에 대한 각국 행정부의 응답에 기초함

출처: OECD' questionnaire on long-term care.

〈표 5-10〉 재가돌봄서비스의 질에 관한 정책적 관심들

이슈 영역	나라
적합하게 교육되고 숙련된 노동력의 모집 및 유지; 직원들의 자격 향상을 위한 노력	이 질문에 응답한 대부분의 국가
케어 매니저의 기술 향상	캐나다, 일본
질적 사정과 모니터링체계에 대한 계획; 향상된 기준 체계	호주, 오스트리아, 한국
돌봄서비스의 Co-ordination; 돌봄의 지속성	호주, 뉴질랜드
서비스 정보의 결여	일본, 영국
거주자 보호의 부적절성	호주
공급제한; 제한된 재정지원	한국, 미국
확장된 서비스에의 접근 정도, 다양한 세부구분	캐나다, 노르웨이, 영국
치매노인에 대한 적절한 보호 공급	독일, 일본

주: 데이터는 '재가케어의 견지에서 당신의 나라에서 주요한 3가지 관심은 무엇입니까?'라는 질문에 대한 각국 행정부의 응답에 기초함

출처: OECD' questionnaire on long-term care.

돌봄서비스의 질 문제는 돌봄서비스의 개혁을 요구하고 재정을 증가시킬 수 있기 때문에 매우 중요한 부분이다. 따라서 많은 국가들이 돌봄서비스의 질을 증가시킬 수 있는 규정을 개발하고 있다. 질에 대한 기준은 적절한 서비스의 질에 중요한 역할을 할 수 있다.

유럽연합은 회원국을 대상으로 노인돌봄서비스의 질에 대한 검토를 실시하였다. 그 결과 오스트리아는 치매노인에 대한 적절한 보호를 제공하기 위하여 2006년부터 치매노인에 대한 지원서비스 체계를 국가적으로 정비하고 있다.

또한 유럽연합 회원국은 2007년 9월 노인들에게 높은 수준의 돌봄서비스를 제공하고자 하는 국가적인 노력을 동료검토(peer review)의 형태로 검증했다. 스웨덴의 경우에는 노인의 선택권과 자유가 보장되는 점에서 매우 높은 동의를 얻게 되었다. 타 유럽국가에서 온 동료 검토자들이 스웨덴을 방문해 최근 도입된 지자체중심의 클라이언트선택 모델을 검증했다. 스웨덴의 한 지자체인 Nacka에서는 소비자가 직접 민간재가돌봄서비스 및 시설보호서비스를 선택할 수 있도록 하였으며, 이는 재가돌봄서비스를 제공하는데 관심 있는 소규모 민간 제공업체의 수를 높이는 효과로 인해 참여자들에게 관심을 불러일으켰다. 여기서 소비자들의 직접적인 선택의 중요한 전제조건은 이용가능한 제공자와 서비스에 대한 충분한 정보라고 할 수 있다. 따라서 스웨덴의 ‘원스탑 샵(one-stop shop)’은 이용자와 그들의 가족이 함께 고지된 선택에 이르게 하는데 도움을 줄 수 있는 정보를 도출해 낼 수 있다. 또한 돌봄서비스 질과 관련하여 개인계정(personal budgets)이 비공식적케어와 공식케어간의 필수적인 요소인지에 대한 것이 논의되었다. 개인계정(personal budgets)은 개인이 케어를 구매하고, 케어보조자를 고용하고, 또는 개인의 니드에 적합화된 개인서비스에 대한 지불하는데 사용되는 가상계좌의 사용이 가능하게 한다. 마지막으로 동료검토 기간 동안 참가자들은 보건서비스와 사회서비스의 연계된 제공의 중요성은 두 분야 각각이 강조되었을 때 더 강조된다는 것을 논의하였다. 이러한 모든 것을 종합해 볼 때 각국의 질적 측면의 측정과 질적 측정의 지표 개발의 필요성이 매우 중요하다는데 의견을 같이 했다.

독일의 경우에는 돌봄서비스의 질을 보장하기 위하여 시설보호와 재가보호 모두에서의 장기요양보호의 질적인 측면과 그 보장 메커니즘의 발전을 위한 일련의 방법들이 시행되어왔다. 재가보호세팅에서는 장기요양보호의 필요가 있는 사람 및 돌봄을 제공하는 가족구성원에 대하여 수발수당과 현금급여 외 연금기여 및 상해보험, 교육과정 제공 등의 다양한 혜택을 지원하는 체계가 있다. 부가적으로 가족구성원의 돌봄부담을 덜어주기 위한 외래보호서비스도 있다.

독일은 재가보호세팅에서 제공되는 돌봄의 질을 보장하기 위하여 질병금고의 의료서비스팀에 의한 주거환경 방문이 의무화되어 있으며, 훈련된 수발자에 의한 돌봄상담이 필수적이다. 이 상담을 통해 수발자는 돌봄에 있어 부족한 점을 인지하고 돌봄수급자의 욕구를 충족시키는 동시에 수발자의 부담을 덜기위한 장기요양보호급여의 가능한 조합을 파악할 수 있게 한다. 또한 수발금고는 자원봉사자 및 가족구성원들을 위한 무료 돌봄교육과정을 운영하고 있으며, 사정을 통해 가족수발자들의 부담을 경감시킬 수 있는 외래시설서비스, 집개조/기술적 도구등과 같은 부가적인 보조 등의 조합을 가능하게 한다.

시설세팅에서는 수발보험법(Social Code Book XI)을 통해 보호기관내의 내적인 질 관리의 발전을 추구한다. 그러나 동시에 전국적인 질 점검 가이드라인을 따르는 필수적인 외부 조정 또한 이루어진다. 독일의 돌봄서비스 질 보장은 수발금고와 서비스 제공자간의 계약을 통해 확정된다. 제공자는 일차적으로 내부적인 질 조정/구조 및 과정 등의 질 보장에 책임이 있다. 반면 수발금고는 보호기관에서 제공되는 케어의 결과 및 산출물에 대한 질을 감독하며 제제권한을 지니고 있다. 이러한 계약상 협정아래, 구매자는 감독권한을 가지고 제제를 가할 수 있다. 최근 독일은 법개정을 통해 수발보험 체계내에서 돌봄 기준의 발전을 도입하고 보호기간의 서비스 질 수행에 소비자지향적 투명성을 제공함으로써 장기요양보호시스템안에서 질적접근을 강화하고 있다.

이상을 통해 살펴본 바에 의하면, 대체로 각 국가가 질 지표를 개발하는

경향이 증가함에도 불구하고 서비스 질에 대한 모니터링을 위한 성과 지표는 부족한 편이다. 서비스 질과 평가는 소비자 중심의 서비스 진작을 통한 소비자의 선택권이 증가할수록 더욱 중요한 요인으로 간주되고 있다. 노인 돌봄서비스와 관련하여 질 보장의 기본적 최소 규정은 바로 노인이 적절한 서비스를 받지 못하거나 방임되는 것을 방지하는 것이다.

따라서 우리나라의 경우에도 현재 노인장기요양기관 평가제도가 실시되고 있지만, 성과지표는 부족하다. 따라서 노인이 적절한 서비스를 받고 임상적 성과가 나타나고 있는지에 대한 검토가 필요할 것이다.

제3절 주요 선진국의 노인 돌봄서비스 범주와 내용

1. 호주

가. 클라이언트 사정 및 자격

호주는 Aged Care Assessment Teams(ACATs)의 체계를 통해 전문가가 사정하고 노인의 서비스 욕구를 고려하여 적절한 서비스를 조언해준다. ACATs는 노인의 의료, 신체, 사회, 심리적 욕구를 사정하고 서비스 선택에 대한 정보와 조언을 제공한다. 클라이언트는 노인돌봄서비스에 대한 보조를 받기 전에 ACATC에 의해 자격요건을 심사받게 된다.

나. 시설 서비스

시설서비스는 노인이 그들의 집에서 혼자서 살수 없거나 다른 사람의 도움을 받고서도 살 수 없는 경우 제공된다. 호주의 시설서비스는 high-level care와 low-level care로 나뉘어진다. High-level care는 보통 24시간 서비스를 포함한다. 요양원 서비스는 숙박과 청소, 세탁, 식사 등의

지원서비스와 옷 입기, 먹기, 화장실가기, 목욕하기, 돌아다니기 등의 대인 서비스, 작업치료 및 물리치료 등과 같은 의료적 서비스를 연계하는 것을 포함한다. Low-level care는 대인서비스에 초점을 맞추지만, 숙박과 지원 서비스 및 의료서비스를 연계하기도 한다.

호주는 욕구중심의 설계를 통해 시설과 재가서비스 패키지(Community Aged Care Packages ;CACPs)의 국가적 제공수준을 달성하고자 한다. 2007년 기준 70세 이상 노인인구 1,000명당 108 places를 제공하고 있다. 2003년 기준 65세 이상 노인인구의 5.3%가 영구적인 시설 서비스를 받고 있었다.

호주정부는 시설서비스 재정의 대부분을 제공하는 책임을 가지고 있으며 거주노인의 본인부담에 대한 상한선 규정을 가지고 있다. 1일 서비스 비용은 개인의 연금과 소득조사에 따라 일상생활비용과 기본적인 서비스 비용으로 구성된다. 거주노인은 숙박비를 지불하게 된다.

호주정부는 인증과 허가제를 통해 서비스 질에 대한 국가적 틀을 갖추고 있다. 인증은 의료 및 대인서비스의 물리적 환경과 안전, 그리고 서비스 전달체계를 평가한다. 노인요양시설은 호주정부의 재정지원을 받기 위해서는 인증을 받아야 한다.

다. 재가 및 지역사회 보호

가능한 한 자신의 집에 머물면서 도움을 받도록 하는 프로그램으로 재가 및 지역사회 서비스(Home and Community Care Programme), 지역사회 노인보호패키지(Community Aged Care Packages), 확장된 재가 노인보호 서비스 패키지(Extended Aged Care at Home Packages)가 있다.

재가 및 지역사회 보호서비스(Home and Community Care;HACC)는 허약 노인 및 보호자에 대한 중앙정부와 지역정부의 합동 프로그램이다. 지방정부는 일상적인 서비스 관리에 대한 책임을 가진다. HACC서비스는 지역사회 요양보호, 가정지원, 대인보호, 식사, 주거개선, 교통, 지역사회 휴식 보호서비스로 구성된다. HACC 프로그램은 ACAT의 사정을 필요로 하지

는 않고 HACC National Service Standards에 의해 제공된다. 이 기준은 서비스 제공기관에 내부의 질 통제와 외부 소비자 이용자의 성과에 대한 공통적인 준거 틀을 제공한다.

지역사회 노인보호 패키지(Community Aged Care Packages; CACPs)는 시설서비스를 필요로 하는 복합적인 욕구를 가진 허약노인에 대해 시설 서비스 대신 자신의 집에서 서비스를 받도록 하는 것이다. CACPs는 개별노인에 대해 맞춤형 서비스를 제공하며 ACAT에 의해 자신의 집에서 받는 서비스의 범위를 규정받는다.

확장된 재가노인보호서비스(Extended Aged Care at Home; EACH)패키지는 CACP가 제공하는 서비스보다 더 많은 서비스를 필요로 하는 사람에게 집에서 high-level care를 제공받을 수 있도록 하는 것이다. 2003년 450개의 EACH 패키지가 이용가능 하였다. 시설보호와 마찬가지로 중앙정부와 주정부가 함께 이 프로그램의 대부분의 재정을 담당한다.

이용자는 서비스의 종류와 클라이언트의 능력에 따라 서비스 비용을 달리 내게 된다.

2. 캐나다

캐나다의 돌봄서비스는 확장된 보건의료서비스(Extended Health Care Services ;EHCS)에 포함된다. 이는 보험에 속하지 않으며 요양시설, 재가 서비스, 응급보건의료서비스 등이 포함된다.

캐나다의 돌봄서비스는 지역에 따라 분리되어 운영되고 있어 지역의 권한에 따라 매우 다르다. 그러나, 공통적으로는 요양시설, 호스피스, 휴식서비스, 방문간호, 재활서비스, 방문요양서비스 등은 핵심적인 서비스로 간주된다. 그 외 공통된 서비스로는 음식서비스, 주간보호, 그룹홈, 보장구 대여, 긴급반응팀(quick response teams) 등이 있다.

가. 시설보호

캐나다의 시설서비스는 지역에 따라 큰 차이를 보이며, 재정적 지원 또한 개인이 서비스 자격에 해당하지 않는다면 모든 것을 전액 부담해야 하는 지역이 있는가 하면, 서비스 이용자에 대한 보조금의 정도를 다양하게 제공하는 지역 등 매우 다르다.

모든 지역은 서비스 욕구에 대한 사정도구를 가지고 있으나 보조금과 관련하여 지역에 따라 매우 다른 형태의 욕구 사정을 하고 있다. 예를 들어 Nova Scotia에서는 노인이 모든 비용을 지불해야 하며, 18개월 동안 서비스 비용을 지불할 수 있는 거주자만 시설에 갈 수 있다. 18개월 이후 공적 보조금을 통해 서비스를 받고자 한다면 보호의 수준을 평가받아야 한다. British Columbia의 경우, 대부분의 요양비용(생활비용제외)은 지방에 의해 포괄되는데, 수급자격여부를 결정하기 이전에 케이스매니저의 사정이 요구된다.

나. 재가보호

가정요양과 재활서비스는 모든 지역에서 대개 욕구에 따라 제공되며 무료이다. Homemaker service나 개인요양과 같은 다른 홈-케어서비스는 일반적으로 비용을 지불하거나 소득이나 자산과 연결된 비용을 지불한다. 노인간보호 또는 식사는 보통 정해진 비용을 지불한다.

3. 독일

독일은 1995년부터는 장기요양보호를 포괄하는 사회보험제도를 가지고 있다. 인구의 약 90%가 사회보건/수발보험에 적용된다. 민간보험에 적용되는 사람들(주로 고소득자와 공무원)은 동등한 사적 수발보험을 구입하는 것이 강제화되어 있다. 공공 또는 사적 건강보험에 포괄되지 않는 작은 비율의 인구에 대해, 2001년부터 수발보험에 가입할 권리가 존재하며, 공적보

험에 속할 것인지 사적 보험에 속할 것인지 선택할 수 있다. 사회보험의 조건은 연방정부에 의해 제한된다. 지방정부로부터의 사회부조는 욕구가 사회보험급여를 초과하거나 기타 이유로 인해 포괄되지 않는 사람들에게 자산 조사를 통해 안전망을 제공한다.

가. 수발보험

수발보험은 사회보험의 한 축(pillar)이며, 건강보험과 독립적으로 자금이 마련되고 규제되지만, 기존 질병기금에 의해서 운영된다. 공적 및 사적 수발 보험 모두 유사한 정부 규제에 의해 통제된다. 개인은 시설보호에 대한 거주비용을 부담하도록 요구되며, 사회부조는 장기요양과 관련된 개인지출을 부담할 소득이 불충분한 사람에 대해 재가 및 시설 돌봄 비용을 보조한다.

수발보험 하에서의 급여는 의료 사정 후에 주어진다. 수급자는 요양욕구의 3가지 수준 중 하나로 분류되며, 각각의 요양 수준의 상한까지 현금 혹은 현물 급여를 받는다. 수급자는 자유로이 현금과 현물을 택할 수 있으며, 혼합할 수도 있다. 현물로 주어지는 급여의 총량이 현금 수급(또는 혼합)보다 상당히 높다.

공적 수발보험의 기금은 건강보험 보험료에 덧붙여서 지불하는 보험기여로 이루어진다. 다른 사회보험과 다르게 기여는 법으로 총 소득의 1.7%로 고정되어 있는데, 가능한 총 재정에 상한선을 제공한다. 고정된 기여율에 의한 수입의 증가분은 1998년 이후 일년을 제외하고는 지출의 증가분보다 사실상 낮는데, 특히 이는 시설보호로부터의 지출압박 때문이다. 장기요양 보험의 적자는 각각 2002년에 2%, 2003년에 4%이다. 사회부조는 일반세에 의해 지급된다.

나. 시설급여

1995년 이후 요양시설의 수는 상당히 증가해서 최근에는 현저하게 긴

대기시간이나 시설보호 장소의 부족은 보고되지 않고 있다. 2002년에는 약 635,000명이 공적 보험(600,000)이나 사적 보험(35,000)에서 시설보호 급여를 받았다.

다. 재가급여

재가급여 제공자의 수는 1995년 이후 4천명에서 10,600명으로 증가하였고, 행정기관의 파악에 따르면, 현재의 시설은 수적으로 충분한 것으로 나타난다. 2002년 총 137만 명이 재가급여를 공적 보험(129만 명)과 사적 보험(79,000명)에서 받고 있다.

비공식적 요양은 독일에서 전통적으로 강한 역할을 해왔으며, 이는 비공식적 수발자에게 현금 수당을 주는 급여 제도를 반영한다. 비영리 기관은 재가돌봄 서비스의 주요한 제공자이다. 수발보험의 도입은 재가돌봄서비스 제공자의 급격한 성장을 낳았고 이들은 법적으로 주로 사적 제공자이다. 이는 공공공급자에 비해 사적공급자 시스템이 돌봄의 질과 비용에서 더 나은 결과를 이끌어 낼 수 있고 경쟁적 환경을 만들어 낼 것이라는 입장에 기초하고 있다.

4. 헝가리

노인과 장애인을 위한 사회 서비스는 헝가리에서 상대적으로 잘 발달된 시설 네트워크를 가지고 있다. 그러나 장소의 수나 서비스 질에서는 증가하는 욕구를 충족하지 못하고 있다. 장기요양을 위한 시설은 1990년대에 시작되었을 뿐이고, 여전히 상당한 확대를 필요로 한다.

가. 의료체계

병원에서의 장기 요양과, 요양시설에서의 서비스, 그리고 가정 요양서비스가 노인을 위해서 제공되고 있으며, 건강보험제도는 특별한 서비스를 제

공하지 않는다. 더욱이 특정한 노인병에 대한 치료약은 보조율이 높는데 사용자의 지불을 비교적 낮거나 소득이 낮은 대상에 대해서는 지불비용이 아예 없도록 부담을 줄여주고 있다.

특히 시골에서는 가정의(GPs)나 일차요양 간호사가 환자(대다수 노인)를 방문하는데 상당한 시간을 보내는 경향이 있으며, 이러한 방문의 대부분은 사회적·정신적 건강 기능을 돕는 것이다. 이에 더하여, 특화된 재가요양 조직의 수가 상당히 증가하고 있는데, 이 조직들은 제한된 치료를 제공하거나 수술 전후의 요양을 제공한다. 가정의와 가정요양기관 모두 민간 공급자이지만 강제적 건강보험에 의해서 재정을 조달한다.

나. 사회 서비스

돌봄 사회 서비스는 노인에 대한 서비스와 정신적, 육체적 장애인을 위한 서비스를 포함한다. 그들의 집이나 매일의 일과에 기반한 서비스는 식사 배달, 가사도움, 일상생활지원, 노인을 위한 클럽과 장애인을 위한 일상생활 지원을 포함한다. 거주시설은 노인을 위한 거주공간과 물리치료를 제공하며 영구 또는 일시보호시설로 운영된다.

다. 장기요양보호 프로그램의 수급대상

노인은 강제 건강보험 제도 하에서 필요한 요양을 받는다. 특별한 건강 서비스에 대한 수급권은 의사에 의한 욕구 산정에 기반 한다. 사회 서비스 수급자격은 1993년 사회 요양법에 의해 정의되며, 지방 정부 법령-수급권과 사용자 이용료 규제-과 관련된다. 욕구사정은 기관에 의해 이루어진다. 2000년에 60세 이상 1,000명의 노인 중 50명에게 식사가 배달되며, 20명이 가사지원 서비스를 받았고, 20명이 일일보호센터를 이용했다. 영구적 요양을 제공하는 거주기관은 2001년에 1,000명당 6.5개의 거주시설이 있었고 1,000명의 거주자당 한 기관이 일시보호를 제공한다.

라. 장기요양보호의 재정

보건 요양 서비스는 주로 강제 건강 보험에 의해서 재원이 조달되며, '기본적인 질'의 서비스는 무료이다. 그러나 '높은 질'의 서비스와 병원의 공식적 서비스 제공항목 이외의 추가항목에 대해 서비스를 받을 경우, 병원은 환자에게 비용(의료보험에 의한 비용에 더하여)을 요구할 수 있다. 이 비용은 기관에 의해 정해진다. 서비스는 또한 민간 섹터에 의해 온전히 제공되고 자금조달 될 수 있다.

돌봄 사회서비스는 지방정부의 책임이다. 돌봄 서비스는 중앙과 지방정부에 의해서 공동으로 재정이 부담된다. 사회서비스의 경우 사용자의 비용 부담이 요구되며 이는 공적 돌봄서비스에 대한 법적 기준과 지방정부에 의해 정의된 범위 안에서 기관 재량으로 정해진다. 그러나 사회서비스의 비용은 사용자 소득의 일정수준을 넘어서는 안 된다.

마. 서비스 제공기관

병원은 지방 정부에 의해서 운영된다. 민간 요양시설의 수는 증가하고 있다. 가정의나 재가돌봄기관은 주로 민간 제공자이지만 서비스는 의무적 건강 보험에 의해서 자금이 조달된다. 사회서비스는 지방정부에 의해서 공급된다. 10만 명 이상의 거주자를 가진 도시의 지방정부는 서로 다른 사회서비스를 통합하여 사회서비스 센터를 운영한다. 서비스 공급(공공 지출로 보조되는)에서 사적 서비스 섹터의 역할이 증가하고 있다. 2001년에 장기 요양(66,029 개소, 1,000명당 6.5개)을 제공하는 886개의 요양시설과 344개의 단기요양(1,000명당 1개소) 시설이 있다. 이들의 78%는 지방정부에 의해 제공된다.

5. 아일랜드

아일랜드 정책은 그들이 원하는 한 노인들이 집에 거주하며 독립적으로 지내도록 하며, 그들이 더 이상 집에 머무를 수 없을 때 병원과 요양시설에서 높은 질의 서비스를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 공공 보건시스템은 요양시설과 지역사회 서비스를 모두 제공하지만, 2003년의 장기요양재정에 대한 독립적인 재검토를 통해 새로운 사회보험제도를 제시했다.(Mercer Limited, 2003). 장기요양은 현재 일반 조세와 개인의 지출을 통해 자금이 조달되고 있다. 정부는 모든 이해관계자로 구성된 Working Group을 구성하여 요양시설의 보조금에 대한 개별적인 재검토와 Mercer 보고서의 추천을 검토하도록 하였다(O'Shea, 2003). 2004년 말, Working Group의 활동은 여전히 진행 중이며 아일랜드 장기요양시스템의 근본적인 재구조화에 대한 어떤 결정도 아직은 이루어지지 않았다.

가. 장기요양정책

모든 공적 장기 요양정책은 일반 조세로 재정지원되며 서비스는 보건국(Health Board)에 의해서 산정되는 의료 욕구에 기초해서 수여된다.

나. 시설 보호

2000년의 경우, 장기 거주시설에는 노인을 위해 24,052개의 만성요양 침상을 가지고 있었는데, 이는 100명의 노인 당 56.2 침상에 해당한다. 이 중 11,415개의 침상은 보건국에 의해 직접 제공되었다. 또한 보건국은 1,281개의 침상을 민간요양시설에 맡겼다. 보건국은 요양시설 지원계획을 통해 6,196개의 다른 민간 기관에 재정지원을 한다. 전체적으로 전체 만성요양침상 중 약 80%가 보건국에 의해서 지원되며 나머지는 사적으로 운영된다.

1) 공적시설보호

공적 시설에서 장기 요양을 받기 위해서는 다른 항목들 중에 주거, 사회적 상태, 가족지지와 건강 등을 포괄하는 욕구사정이 필요하다. 입소자로서 인정된 사람들은 비기여 노령 연금의 최대 80%까지 기여해야 한다. 그러나 자산조사의 조건은 보통 공공기관에 지원하는 이들보다 민간기관에 들어가고자 지원하는 이들에게 더 엄격하게 적용된다.

2) 민간요양시설에 대한 공적 지원

민간요양시설은 요양시설법과 다른 관련 규정 하에서 규제되며 보건국의 감독 하에 있다. 보조금은 요양시설이 필요한 사람에게 민간요양시설의 비용에 대해 지불된다. 의학적 사정이 요구되며, 지원자는 의존의 정도에 따라서 중간, 높음, 최대로 범주화된다. 이에 더하여, 지원자는 자산조사를 통과해야 한다.

요양시설의 돌봄비용을 충족하기 위해 개인에게 보조금이 제공되지만, 총비용을 충족시킬 수 있는 목적은 아니다. 지불 가능한 보조금의 최대 비율은 의존도에 달려 있다. 중간의존에는 EUR 114.30, 높은 의존에는 EUR 152.40, 고도중증 의존에는 EUR 190.50이 지불된다(2001년 4월 1일 기준). 입소자는 그 외 나머지 금액을 내야한다.

보조금에 대한 자산 조사는 지원자의 소득을 고려하며, 또한 자산을 고려할 수도 있다. 보건국은 자산 사정을 위해 재산을 어떻게 다룰 것인지와 관련하여 상당한 재량을 가진다. 이 계획이 나온 이후, 계획에 드는 비용이 지속적으로 늘고 있다. 정부는 미래의 옵션을 살펴보기 위해 보조금 계획의 재검토를 시작하였다. 보고서(O'Shea, 2003)는 공공 대 민간기관의 규제에서 일관성을 높이고, 재가요양에 대한 더 많은 지원, 시설요양에 대한 접근성을 통제하기 위해 엄격한 포괄적 사정을 강조하였다.

다. 재가 보호

지역 사회에서 노인들이 이용 가능한 재가요양서비스에는 요양 보호, 가사도움, 일시보호서비스, 주간보호센터, 식사서비스, 그리고 물리치료, 작업치료, 언어치료 등과 같은 준의료서비스 등이 포함된다. 공공 간호사가 적절한 재가요양을 사정하고 조정한다.

6. 일본

일본은 노령 장애와 보건을 포함한 주요 위험을 포괄하는 사회보험 시스템을 가지고 있다. 2000년부터 장기 요양 보험의 필요에 대한 보험자를 포괄하기 위해 사회보험을 도입했다.

가. 개호보험

일본 개호보험은 중앙정부 법제정하에 지방정부에 의해서 운영되는 강제 의무적 사회보험이다. 40세 이상의 모든 일본 거주자는 가입대상이 되며, 65세 이상은 1종, 40~64세는 2종으로 분류된다.

나. 자격기준과 서비스 이용

요양욕구가 있는 보험가입자는 자격이 심사되고 요양욕구에 따라서 6개 요양수준 중 하나로 분류된다. 요양수준의 결정은 지자체 장기요양위원회에 의해서 평가되지만, 개별 케이스에 대한 적절한 데이터 수집은 서비스 제공자에게 전달되는 것이 보통이다. 시설과 재가요양 모두는 개호보험에 의해서 재정운영된다. 비용은 요양욕구의 수준에 따라 정해진다.

재가요양서비스는, 각각의 요양수준이 예산한도를 가지는데, 매달 JPY 61,500에서 35,800까지이다(약 EUR 470~2,750). 수급자는 그들의 요양수준에서 정해진 한도까지 요양서비스를 이용할 수 있다. 가장 낮은 레벨은

보조금이 지급되는 시설요양을 이용할 자격이 없다.

2종에 가입된 사람도 수발보험에 의해 재정지원되는 서비스를 받을 자격이 있지만, 그들의 장애가 노령과 관련된 질병, 파킨슨병이나 뇌졸중등과 같은 것에 의한 것이어야 한다. 2종에 가입된 사람 중 장기요양이 필요한 사람의 욕구가 노령과 관련된 질병에 의한 것이 아니면 다른 사회서비스 프로그램이나 건강보험에 의해 포괄된다.

일본은 개호보험 도입과 함께 ‘care manager’의 역할이 새롭게 만들어졌다. 요양수준이 정해진 후 서비스를 받기 전에, 수혜자의 욕구를 반영하여 care-manager의 도움으로 요양계획이 세워져야 한다. 요양계획은 달(1개월) 기준으로 조정되거나 수혜자의 생활패턴 또는 정신적, 육체적 상태에 변화가 있을 때 조정된다. 2003년 3월의 경우, 65세 이상의 장기요양수혜자 중 73.4%가 재가서비스를 받고 있고 26.6%가 시설에서 서비스를 받고 있다.

다. 재정

수급자는 서비스 비용의 10%를 지불한다. 비용의 나머지는 보험자, 예를 들어 지방정부에 의해서 부담된다. 보험자의 수입원은 여러 가지이다. 1종으로부터의 기여(18%), 2종으로부터의 기여(32%), 중앙정부로부터의 보조금(25%), 도도부현 정부(12.5%), 지자체 자체예산(12.5%)이다. 그러나 정부보조금은 지방의 노인 수에 따라 달라진다. 1종 보험자의 기여율은 각 지자체에 의해 결정된다. 2003년 국가평균은 월 JPY 3,200이다(EUR 25). 2종 보험자의 기여는 공공건강보험의 기여에 포함된다.

7. 룩셈부르크

가. 장기요양 보험

룩셈부르크는 1998년 6월에 건강보험의 일부로서 보편적인 장기요양보

협프로그램을 도입했다. 적용범위는 건강보험 시스템의 적용범위와 같다. 결과적으로 시설과 재가 모두에서 거의 모든 인구집단을 포함하는 보편적인 적용범위이다.

공공방식에서의 요양수준은 ADL이나 IADL까지 필요한 도움을 공급하기에 요구되는 시간의 양에 따라 주로 결정되며, 사회보험으로부터 독립된 공공서비스에 의해서 사정된다. 시설과 재가 모두의 비용수준은 요구되는 요양시간으로 결정되며 시간당 일정량이 정해져 있다. 요양시간은 연속측정(continuous scale)으로 사정되며, 오스트리아나 독일과 같이 요양수준에 따라 구분되지는 않는다.

개별가구는 추가적인 비용을 부담해야 하는데, 시설요양의 거주비용이 상당한 부분을 차지한다. 사회부조로부터의 비용지불은 평균보다 높은 장기요양비용을 가진 사람들을 위해서 제공된다. 최근 이 계획으로부터 제공받는 수가 증대하고 있으며, 장기요양수급노인 10명 중 1명 정도의 수준이다.

장기요양보험 외에도 허약한 노인을 위한 특별승인거주를 위한 재정적 지원이 있다.

장기요양보험의 재정은 세 가지 출처로부터 충당된다. 1) 일반조세(45% 2001년), 2) 소득에서 정률1% 기여 및 소득의 다른 원천(연금을포함), 3) 전기에 대한 특별세.

나. 장기요양서비스

2001년 이후 집에서 요양받는 의존노인의 비중이 늘어나고 있는데, 2001년에 53%에서 2004년에 60.4%가 되었다.

1) 시설보호

2002년에 60세 이상의 모든 장기요양수급자 중 47%가 요양시설에서 요양을 받았다. 기관의 수용능력은 2002년에 4,328 침상으로, 65세 인구의

6.8%에 이른다. 사회장기요양보험의 도입과 함께 요양시설과 그 밖의 다른 노인을 위한 기관의 수용능력은 최근 늘어나고 있다. 향후 24%의 기관이 증가할 것을 목표로 하고 있으며, 이는 이미 지어진 기관의 2/3에 해당한다.

2) 재가 보호

소비자는 현금과 현물급여 혹은 혼합을 선택할 수 있다. 2002년에 단지 10%만이 현물만을 선택했다. 거의 절반의 소비자(49%)가 오직 현금만 선택하고, 41%가 혼합을 선택한다. 장기요양보험의 도입으로 재가요양에 종사하는 노동력의 크기가 1999년에서 2002년까지 21% 증가했다.

8. 네덜란드

네덜란드는 세 개의 기둥으로 구성된 보건/장기요양보험제도를 가지고 있다: 1) 일정소득수준에 따라 강제가입 건강보험, 2) 일정소득을 넘어선 사람들의 민간건강보험, 3) '재앙적/예외적' 리스크와 '비보험'대상으로 구분되는 전체 인구집단을 위한 광범위한 공적제도. 마지막방식이(AWBZ) 넓은 범위의 장기요양을 포함한다. AWBZ는 만성상태와 '예외적인' 지출에서 발생된 급박한 요양에 대한 비용도 커버한다.

가정/ 지역사회요양을 촉진하는 정책의 영향으로, 전체 장기요양수급자의 58%가 가정이나 지역사회기반세팅에 있다. 민간 장기요양보험은 일반인구에 주요한 역할을 하지 못한다.

가. 시설보호

시설요양제공자들은 주로 독립적인 비영리기관이다. 노인의 의존 수준에 따라 장기요양을 제공하는 기관은 다양하다. 시설은 전문분야(치매환자, 신체적기능제한, 또는 감각적 손실을 가진 노인에 대한 시설)에 따라 다양하

다. 장기요양기관은 종류에 따라 다양한 기능을 수행한다. 신체기능요양시설은 퇴원 후의 사람을 대상으로 하며 정신-노인성시설은 집, 다른 장기요양기관, 그리고 병원퇴원 후의 환자를 대상으로 한다. 더 낮은 수준의 요양을 제공하는 기관은 집을 주 세팅으로 하는 수급자들을 대상으로 한다.

2000년에 약24만명의 시설장기요양수급자가 있고, 170,000명은 요양홈이나 비슷한 기관에 있으며, 58,000명은 장애인을 위한 공동거주시설에, 12,000명은 보호소에 있다.

대기자명단이 시설요양이나 재가요양 모두에서 보고된다. 시설요양의 대기자(수급자의약5%)는 재가 요양기관을 거쳐 온 사례가 80%다. 대기자가 줄어들지 않는 이유에는 돌봄 서비스 관련 노동력이 부족한 것도 큰 이유라고 할 수 있다.

나. 재가 보호

재가보호제공자는 약 90%가 민간비영리기관이다. 재가보호 서비스의 범위는 넓은데, 식사배달서비스와 가사돌보기에서 요양욕구의 연속을 위해, 데이케어시설과 일시요양을 포함한 더 강도 높은 재가요양까지 존재한다. 최근 지역사회보호와 시설요양 사이의 경계가 좁혀지고 있다. 재가요양의 경우에도 약 10%정도의 대기자 명단이 있다. 물론 대기명단에 있을 때에도 일시적인 재가요양서비스를 받을 수는 있다. 최근 이들이 약30%가량 줄었다는 보고가 있었다. 2003년 개혁에 따라, 모든 새로운 재가요양사용자는 현물 서비스를 대신해서 개인계정을 선택할 수 있다.

9. 뉴질랜드

뉴질랜드에서 긴급/장기보건의료요양의 책임은 2000년 1월에 보건재정국에서 지역보건의료국으로 넘어갔다. 이는 긴급/장기요양을 한 기관하에 놓음으로써 노인요양의 통합적인 연속성을 발전시키려는 의도이다.

긴급/장기요양 모두 일반조세로부터 재정지원되며, 지역보건의료국이 중앙정부로부터 받는 일괄교부금(block grant)이 더해진다. 장기요양시설(연속적인 요양병원, 노인성질환시설(units)과 요양원)이 필요하다고 사정된 사람들은 보조금 접근을 결정하기 위해서 소득/자산조사를 받는다. 정부는 자산조사를 2005년을 시작으로 단계적으로 폐지할 것이라 발표하였다.

뉴질랜드는 현재 상대적으로 젊은 사회이지만 2030년까지 노인인구의 빠른 상승이 예측되고 있다. 2002년에 뉴질랜드는 노인인구를 활용하고 건강을 증진시키기 위한 정책방향을 제공하는 포괄적인 노령화정책을 발표하였다.

장기요양은 공인된 연속적인 요양병원과 요양시설을 통해 제공되고 재가지원서비스에 의해 제공된다. 재가지원서비스와 시설서비스 둘 다 서비스 진입은 욕구사정과 지불능력을 조건으로 한다. 사정, 치료, 재활서비스는 사용자에게 무료이다.

가. 시설보호

2003년 4월, 시설에서 요양하는 사람의 약 61%가 거주자 보호보조금 규정을 통해 주정부 보조금을 받는다. 이 보조금을 받으려면 소득과 자산조사가 필요하고, 이 조사는 지역보건의료국을 대신하여 사회발전국에 의해 관리된다.

보조금은 주당 일정금액이하에서 비용을 분담해 주는 것으로 되어있다. 보조금의 자격을 얻기 위해서는 일정수준이하의 소득을 가지고 있어야한다. 정부는 모든 것을 고려하여 현재의 시스템보다 더 사용자에게 관대한 소득조사시스템을 만들기위해 시설요양을 위한 자산조사를 2005년부터 단계적으로 폐지할 것이라 밝혔다.

지역보건의료국 소유의 장기요양서비스는 매우 작은 비중을 차지하며 대부분은 민간부문에 이전하여 제공된다. 민간 위탁은 보건국에 의해 허가를 받아야 하며 허가심사는 합법적인 요구조건에 맞는 시설을 보증한다.

또한 민간부분(영리비영리)에서 선택적인 생활지원을 제공해주는 은퇴마을(retirement village)의 성장이 두드러진다. 평균적으로 요양원과 연속요

양병원거주자는 15년전보다 평균체류기간이 짧아졌다. 그러나 정부는 최근 시설수의 증가가 노인인구의 증가보다 높은 것에 대해 우려하며, 요양을 필요로 하는 노인에게 가능한 재가중심의 선택지가 더 많아질 수 있도록 고려하고 있다.

나. 재가 보호

재가보호는 요리 및 청소 등과 같은 가사지원, 목욕 등의 돌봄서비스, 그리고 개인이 자신의 집에 머물 수 있도록 돕는 휠체어, 보조기구, 가정용 기구 및 도구 등의 원조기술을 포함한다. 재가서비스에는 서비스접근에서 지역간 불균등이 있다는 문제가 있으며, 현재 이 문제가 고려되고 있다.

방문요양서비스는 이 서비스가 필요하다고 판단된 모두에게 무료이다. 가사지원이 필요하다고 판단된 사람은 정해진 선이하의 소득을 가지고 있지 않을 경우 비용을 부담할 것이 요구된다. 노인의존자와 종일 함께 있는 가족 또는 비공식보호자 또한 일시요양이나 데이케어 서비스를 받을 수 있다.

최근 보건국과 사회발전국은 집에 머무는 노인들을 돕는 정책들의 포괄과 통합에 대해 노력하고 있다.

10. 노르웨이

노르웨이에서 정부는 장기요양에서 중요한 역할을 하는데, 이는 공공섹터가 대부분의 서비스를 제공하고 주로 직접적인 세금으로 자금이 조달되기 때문이다. 그러나 장기요양서비스제공은 대부분 탈중앙화 되어 있고, 지자체 수준에서 통합되어 있다.

공공장기요양은 지방자치보건서비스법과 사회서비스법하에서 제공되고 규제된다. 장기요양서비스비용의 대부분은 조세로 커버되며, 사용자의 부담은 적다. 지자체는 자격판단에 있어 법적 틀 내에서 재량권을 가진다. 서비스제공자나 다른 소속의 구성원으로 만들어진 팀도 서비스에 대한 노인의

자격을 사정할 수 있다. 노인을 위한 서비스는 시설요양, 보호소(sheltered housing), 그리고 재가서비스의 세 그룹으로 나뉘어진다.

가. 시설 보호

노인을 위한 시설은 양로원과 요양원 두 가지가 있다. 둘은 다른 법으로 규제되지만, 모두 지자체의 책임 하에 있다. 요양시설은 전통적인 양로시설에 비해 최근 팽창하는 추세이며, 전체 시설 중 70%가 요양시설이다.

양로시설과 요양시설 모두 장기체류를 위해서 주로 사용되지만, 요양시설은 재활과 임시요양의 단기숙박을 위해서도 사용된다. 또한 노인을 위한 데이케어센터로도 기능한다.

장기시설요양의 90%는 지역사회 공공보건제도에 의해서 제공된다. 나머지 10%는 공공비영리기관과 민간영리기업에 의해 채워진다.

요양시설의 침상 수는 1980년대 이후 감소하였고, 2000년에 시설에 머무는 사람의 수는 65세 이상 인구의 6%정도에 이른다. 시설의 거주자는 공적연금의 최대 80%정도의 비용을 지불한다.

나. 보호소

새로운 형태의 보호소가 최근 도입되었는데, 이는 독립적인 생활을 제공하지만, 서비스와 요양이 결합되어있는 형태다.

다. 재가 보호

여러 가지 재가서비스가 존재하지만, 이 중 대표적인 것 두 가지는 방문요양과 방문간호이다. 방문요양을 제공하는 자는 요양서비스와 사회적이고 지지적인 기능도 수행한다. 방문간호는 간호사에 의해 제공되는 전문적인 의료서비스다. 두 서비스는 서로 다른 법(사회발전과건강법)에 의해 규제되

지만, 똑같이 지자체의 관리 하에 있고, 일반적으로 공통기관에 통합되어있다. 재가요양서비스의 주된 공급자는 지방공공제공자이다.

방문요양은 특정 경우에 한하여 사용자의 비용부담(2003년 기준 평균적으로 1회 NOK 50)이 있는 반면, 방문간호는 무료이다. 식사배달, 상담, 일상서비스, 임시요양서비스등과 같은 다른 지역서비스들이 대부분의 지자체에서 가능하다.

방문요양서비스는 1980년대까지 팽창하다가 이후에는 일정하다. 최근에는 노인인구에 비해 조금씩 줄어들고 있다. 그러나 1990년 이후 24시간 간호요양과 가정알람제도는 증가하고 있다.

11. 폴란드

폴란드는 현재까지 장기요양을 가족에 의한 비공식적 요양의 전통적인 공급에 의존해 오고 있지만, 미래에는 현재의 상태를 지속하는 것이 어려울지도 모른다. 1999년에 있었던 가장 최근의 보건서비스개혁에서는 장기요양이나 노인에 대한 상태를 특별히 지적하지 않고 있으며, 2004년에도 분리된 장기요양제도가 존재하고 있지 않았다. 보건서비스는 일반조세와 국가의료보험제도가 혼합되어 재정 운영 된다.

가. 시설 보호

폴란드에서 시설보호를 받는 노인의 수는 매우 낮은 편이다. 양로시설은 특별한 사회적 요양이나 간호가 필요하지 않은 장애수준이 낮은 노인을 위한 곳으로 약10,000명의 노인을 수용하는 109개의 양로시설이 있다.

요양시설은 지속적인 관심과 간호가 요구되는 장애인 만성질환을 가진 사람들에게 유효하다. 또한 까리타스(Caritas)가 운영하는 174개의 민간비영리 요양원이 있다.

이에 더하여 특별한 직업군과 퇴역군인을 위해 제공되는 많은 보호소가 있다.

총 534개 사회복지시설이 약 6만 명을 위한 장소를 제공하는데, 이는 노인의 1.7%에 해당한다. 노인은 공공시설에서 머물고 요양을 받기위해 소득의 75%를 지불해야 하며, 민간시설에서 거주하는 이들의 지불액에는 상한선이 없다.

나. 재가 보호

재가서비스는 지방정부 책임이다. 이 서비스는 자산조사에 기반 한다. 가족구성원의 일인당 소득이 최소국가연금을 초과하지 않는 경우에 서비스는 무료로 제공된다. 서비스 위탁자들은 지역보건팀에 의해 만들어 질 수 있는데, 이 팀은 의사, 지역간호사와 사회복지사, 또는 가족보호자, 이웃 또는 친구로 구성된다.

노인은 '장애인의 재활을 위한 기금'으로부터 도움을 지원할 권리를 가지는데, 이 단체는 가정에 제한된 범위의 장애기구와 적응 도구를 제공한다. 수급자는 이 서비스의 비용에 대한 기여를 하는 것이 요구된다.

식사제공 등과 같은 다른 서비스들은 좀 더 임시적으로 제공하며, 노인의 집에 식사를 구입하여 배달하는 적십자 간호사와 같은 에이전시를 통해 이루어진다.

12. 스웨덴

대부분의 장기요양서비스는 조세로부터 재정이 충당되고 공공부문에 의해서 공급된다. 1992년 이후 기초보건 요양과 장기요양의 운영 모두 지자체수준에서 통합되었다. 그러나 서비스공급을 규제하는 법의 두 틀은 사회서비스법(1982)과 보건및의료서비스법(1983)으로 나뉘어져 남아있다.

가. 장기요양서비스 자격기준과 재정

노인요양은 거의 전부 또는 약간의 사용자 비용과 조세로 자금이 조달된다. 비용의 가장 큰 부분은 지방세로 충당되는 것이다. 지방세 재정이 2000년 비용의 83.8%를 차지한다.

사회요양서비스는 욕구측정을 충족하는 모든 노인에게 공급된다. 그러나, 지난 15년 간 재가 요양서비스의 사정기준은 더 많은 장애인에 대한 서비스에 초점을 맞추도록 조정되어 왔다.

나. 장기요양서비스

지자체는 노인을 위한 요양의 주요한 제공자이다. 공공제공자는 노인을 위한 서비스의 95%를 커버한다. 그러나 최근 지방정부가 가격억제방법으로 노인에 대한 서비스를 줄이도록 함에 따라 민간부문과 가족에 의해 공급되는 서비스 비중이 증가하고 있다. 몇몇 지자체는 종종 개인의 욕구를 계획하고 사정하는 임무를 맡은 케어매니저를 공급과 구매기능의 분리를 도입하고 있다.

1) 시설 보호

지자체 수준에서의 서비스에 초점을 맞춘 1992년 개혁의 일부로, 이전의 분리된 중앙정부 수준의 요양시설관리는, 소위 "특별욕구수용주택(Special Needs Housing)"이라는 지자체 프로그램 하에 노인과 장애인을 위한 주택을 단일화 하였다.

SNH에 대한 사정은 지자체 재가서비스단위에서 수행되며 사회서비스법에 의해서 운영된다. 요양에 대한 욕구가 선별되면 케어매니저는 지원자의 거주와 건강사항을 기록하고, 종종 그들의 가족사항도 기록한다. SNH가 제공하는 장소에 거주하는 것으로 사정될 때는 자산과 소득이 고려되지 않는다.

SNH의 대부분의 시설은 공공으로 제공된다. 사적주거시설은 지자체와의 계약 하에서 제공되며 공공시설과 동일한 비용을 지불한다. 지자체 사이에 지방의 차이가 존재하지만, 최근 SNH의 노인비용이 평균적으로 줄어 들고 있다.

2) 재가 보호

지자체는 노인, 가족 또는 의사에 의해 요청된 원조에 대한 욕구를 산정할 수 있다. 많은 지자체에서 케어매니저는 욕구를 선별하며 도움의 성격과 범위를 계획하는 책임이 있다. 이러한 업무에서 케어매니저는 보통 공급될 영양의 양을 결정한다.

1980년대부터 사정기준은 더 엄격해졌고 욕구가 커질 때까지 도움이 연기되고 있다. 그러므로 과거보다 재가서비스를 받는 노인의 비율이 더 적어 졌다.

재가서비스를 받고 있는 사람의 수가 줄어들고 있다는 사실과는 대조적으로, 사람당 들어가는 서비스의 양은 평균적으로 상당히 증가하였다. 재가 서비스는 보다 광범위한 영양욕구를 가진 사람에게 집중되고 있다. 1999년에, 노인을 위한 총서비스의 7%만이 민간제공자에 의해 위탁제공 되었다.

주요한 비용은 지자체가 부담한다. 사용자는 시간과 세금공제 가능한 수입에 기반하여 비용의 일부만 부담한다. 2002년 중반에, 새 법이 제정되어, 주거, 서비스 그리고 영양에 지불된 후 남은 보증된 소득의 총량뿐만 아니라 지불비용의 최대수준을 규제하였다.

지자체 서비스의 범위는 노인이 가정에 머물 수 있도록 포괄적이다. 대부분의 경우, 이러한 서비스들은 재가서비스 비용에 더하여 사용자비용이 지불되는 보조적인 서비스로 제공되며 욕구사정을 기본으로 제공되지 않는다.

13. 영국

1993년 이후, 장기요양은 지방정부에 의해서 각 부분이 조화되었는데, 지

방정부는 사정과 요양관리의 책임을 가진다. 이것은 보건서비스를 포함하여 2004년부터 "단일사정과정"에서 단계적으로 시행하는 것으로 계획되었다.

서비스는 지방정부에 의해서 직접적으로 혹은 지방정부와의 계약하에 민간부문에 의해서 제공된다. 서비스의 재정은 주로 일반조세로 지방인구의 특징과 관련되어 중앙정부보조금의 형태와 일부는 지방세와 사용자부담에서 나온다.

보건서비스는 NHS(National Health Service)에 의해서 제공되며, 이는 일반 조세를 통해서 재정이 마련되고, 사용시점에서는 무료로 제공된다. NHS는 많은 방법으로 장기요양에 기여하는데, 지역간호, 치료서비스, 그리고 계속적 요양을 포함한다. 2002년 이후, NHS는 민간요양시설에서 제공된 요양비용을 충족할 책임을 가진다. 지역보호는 일반개업의 또는 병원 중 하나에 의한 욕구조사에 따라 NHS를 통해 무료로 제공된다.

모든 요양원과 대부분의 양로시설은 민간이며, 영리이거나 비영리이다. 둘 사이의 법적구분은 2002년에 폐지되었지만, 요양원은 양로시설보다 간호서비스를 더 제공한다.

사회요양서비스는 모든 시설서비스를 포함하여, 사용자의 소득과 자산에 의존하는 사용료가 있다.

그러나 요양을 필요로 하는 대부분의 노인들은 비공식보호자로부터 요양을 받는다. 최근 추정에 따르면(Comas-Herrera et al.,2003) 53%가비공식요양만을 받으며, 34%는 비공식과 공식, 9%가 공식서비스만을 받는다. 두 개 이상의 ADL 제한을 가진 사람들 중, 31%가 비공식요양만을 받으며, 36%가 재가서비스(때로는 비공식과 함께) 그리고 32%가 시설에서 요양을 받는다.

가. 시설 보호

노인 중 5.1%가 시설에서 장기요양을 받는다고 추산된다. 3.1%가 양로시설에, 1.7%가 요양시설에, 그리고 0.3%가 병원에 있다(Comas-Herrera

et al.,2003). 시설에서 요양을 받는 대부분의 노인들은 요양을 받을 욕구를 지방정부가 평가해왔고 국가적 기준에 따라 비용을 지불한다. 소득이 EUR 30,000이면 지원자격이 안되며, 이 금액이하의 경우는 소득에 따라 다양하게 자기부담이 요구된다. 2002년부터, NHS는 민간기관의 지원을 줄이면서, 요양시설에서 제공되는 요양서비스에 재정을 지원하고 있다. 보건과 사회서비스는 잉글랜드, 웨일즈, 북부아일랜드, 스코틀랜드에 이양되었다. 위에서 언급한 재정지원은 잉글랜드, 웨일즈, 북부아일랜드에 적용되며, 스코틀랜드에는 가정이나 시설에서의 개인요양에 대한 자산조사가 없으며, 자산조사는 오직 "숙박"가격에만 적용된다.

지방정부에 의해서 부분적 혹은 전부 비용지불 되는 사적시설요양에 대한 비용의 수준은 제공자와 각 지방정부사이의 협상에 달려있다. 지방정부는 1993년의 지역요양개혁의 일부로서 이 책임을 획득하였고, 비용의 수준을 제지할 수 있는 힘을 사용해왔다. 몇몇 제공자들이 공적지원을 받는 환자보다 완전 개인비용 지불자에게 더 높은 비용을 청구하여 소득을 메꾸려 한다는 증거가 있다. 사적기관요양센터는, 1980년대와 1990년대 초반의 상당한 성장이후, 최근 그 크기를 줄여가고 있다.

나. 재가 보호

영국은 NHS에 의해서 무료로 공급되는 보건서비스와 사적으로 구매되거나 지방정부를 통해서 공급되는 사회요양서비스와 함께, 일반적으로 자산조사에 따라 비용이 수반되는 일련의 재가서비스를 공급한다. 반드시 지켜야 하는 일반원칙을 명시한 중앙정부의 가이드라인이 있지만, 지방정부는 자유롭게 비용수준과 자산조사를 정한다. 1998/1999년 일반가계조사에서 추정된 수치는 노인 5명중 한명이 이들 서비스들 중 하나 이상을 받고 있다고 한다. 재가서비스를 자세히 들여다보면, 사적으로 가정원조서비스를 구매하는 노인이 9%로 추정되는데 비해, 약4%의 노인이 지방정부가 제공하는 가정원조를 받고 있다.

재가서비스정책은 시설서비스의 대안으로 노인이 가능한 한 집에 머물 수 있도록 서비스를 제공받는 것을 말한다. 지방정부는 중앙정부보조금을 받을 때 재가요양패키지를 받는 의존노인의 비중을 증가시키는 것이 중요하다.

14. 미국

노인을 위한 요양서비스는 메디케어프로그램을 통해 공급되는데, 이 프로그램은 사회보장기여를 통해서 연방정부에 의해서 재정이 마련된다. 그러나 메디케어는 시설이나 재가서비스에서의 장기요양을 커버하지는 않는다. 노인이 비용을 충당할 수 없을 때, 메디케이드라는 연방 및 지방정부가 함께 재정을 마련하는 자산조사 사회부조 프로그램을 통해서 비용이 충족된다.

민간 장기요양보험은 메디케어로 보장되지 않는 필요한 욕구에 대해 보험에 들길 원하고 이를 재정적으로 감당할 수 있는 사람들에게 이용가능하다. 2001년에 330만 명이 이러한 정책에 의해 커버되었다. 65세 이상 인구 중 연소득이 2만 달러 이상인 인구의 15%가 현재 사적장기요양보험에 의해 커버된다.

2002년 가을부터, 연방장기요양보험프로그램 하에서, 군사훈련을 받거나 또는 이러한 서비스와 관련된 연방정부서비스에 있는 사람 총 2천만 명은 정부에 의해서 선택되고 승인된 보험자로부터 단체할인율이 적용된 장기요양보험을 구입할 수 있다. 점점 많은 회사들 또한 사적건강보험에 대한 추가옵션으로 장기요양보험을 제공한다. 현재 약 3,500개의 회사들이 그렇게 하고 있다. 그러나 적용범위가 증가하는 반면, 현재 사적장기요양보험은 장기요양 지출의 10% 이하를 커버한다.

가. 시설 보호

시설에서의 요양을 필요로 하는 노인들은 그들의 소득이 메디케이드를

통한 비용지불이 필요한 수준에 도달하지 않는다면 그때까지 요양을 위해 비용을 지불해야 한다. 요양시설수준의 요양이 필요한 메디케이드 수혜자는 모두 연방법에 의해 시설급여를 받는다. 요양시설의 94%가 민간섹터이며, 2/3가 사적영리기관이다. 1999년에 65세 이상 노인의 4.3%가 요양시설에서 요양을 받고 있는데 이는 1985년의 5.4%에서 하락한 수치이다. 최근에는 요양시설의 대안적 형태로 요양주택이 성장하고 있다. 원조생활주택(Assisted living)은, 개별 거주시설에 살 수 있는 사람으로 서비스가 필요하다고 파악된 사람에게 일상에 필요한 활동에 대한 도움과 청소, 식사 등의 개인요양서비스가 제공되는 생활방식 중 하나이다. 대부분의 경우, 거주자는 그들이 받는 서비스에 대한 추가비용과 기본월세를 지불한다. 대부분의 원조생활시설은 더 강력한 욕구가 발생하면 거주자를 방출해야만 한다.

계속적인 요양퇴직지역사회는 거주자가 시간이 흘러가면서 필요한 것에 따라 다양한 수준의 요양을 제공한다. 거주자는 그들의 욕구가 커지면 원래의 세팅에서 상대적으로 비용이 드는 요양세팅으로 옮겨가면서 월세를 제외한 상당한 비용을 지불하지만, 여전히 지역사회 안에 머무른다.

나. 재가 보호

1999년 대법원은 언제든 가능할 때, 시설과 상반된 지역사회에서 요양을 받을 개인의 권리를 판결함으로써 가능한 한 집에 머무르면서 사람들을 돕는 쪽을 지지하는 정책선택이 있어 왔다.

메디케이드가 필요한 요양시설 가격을 커버해주는 공공프로그램이기 때문에 요양시설 입소를 막기 위해 메디케이드를 사용하는 방법을 개발하는데 특별한 정책적 관심이 있어왔다. 1981년부터, 메디케이드는 사람들의 요양시설 입소를 막는데 일조하는 일련의 서비스를 지원하기 위해서 재가 서비스를 확대해왔다. 그러나 다른 OECD 국가들과 마찬가지로, 가족들로부터 비공식요양이 공식요양서비스의 범위를 초과하고 중요하게 기능하고 있다. 4가구 중 하나가 50세이상의 요양이 필요한 사람에게 도움을 제공하

고 있는 것으로 추산된다(www.caregiver.org)

이상 국가별로 장기요양서비스로 대표되는 노인 돌봄 서비스의 내용을 검토해 보았다. 〈표 5-11〉은 OECD국가의 주요 장기요양프로그램을 시설 및 재가, 내용, 재원, 급여방식, 자격기준, 사용자 부담 등을 중심으로 간략하게 보여주는 것이다.

각국의 사례를 통해 우리나라 노인 돌봄서비스에 대한 함의는 다음과 같다고 할 수 있다.

첫째, 재가서비스를 활성화할 방안이 마련되어야 할 것이다. 외국의 경우 재가서비스를 활성화하기 위하여 시설서비스에 버금가는 재가서비스의 질과 내용을 담보하는 노력을 하고 있다. 따라서 우리나라의 경우에도 재가서비스를 활성화하기 위해서는 재가중증노인 및 치매노인을 위한 특성화되고 집중화된 서비스를 개발할 필요가 있을 것이다.

둘째, 재가서비스의 다양한 구분과 종류는 주거와 밀접한 관련을 가진다. 따라서 우리나라의 경우에도 요양시설과 방문서비스의 중간단계인 공동주택이나 보호소 등과 같은 단계적인 주거프로그램이 필요하다고 할 수 있다. 즉 지역사회 내에서 홀로 방치되기 보다는 안전한 주거공간에서 일정 정도의 보호를 받을 수 있도록 하는 단계의 서비스가 필요하다고 할 수 있다.

셋째, 의료서비스와의 연계 및 통합에 대한 전달체계가 마련되어야 할 것이다. 스웨덴이나 영국 등과 같이 지방자치단체 수준에서는 돌봄서비스가 의료와 사회서비스의 성격이 통합되어 제공될 필요가 있다.

넷째, 서비스 이용과 관련하여 본인부담금에 대한 소득계층별 부담금액에 대한 국가적 기준을 새롭게 마련할 필요가 있다. 즉, 의료보호대상자를 위한 본인부담 면제 외 소득계층이나 지역적 차이를 고려하여 부담금액을 조정하는 것도 서비스의 접근성을 높이는데 필요한 부분일 수 있다. 특히 보편적 서비스를 표방하고 있으나 수혜대상이 엄격히 제한되어 있는 우리나라의 경우에는 경제적 차이에 의한 서비스 욕구를 함께 반영하여 서비스 보편성과 함께 표적집단에 대한 집중화를 높이는 것도 필요할 것이다.

마지막으로 서비스 전달체계의 효율성을 높이기 위하여 어떤 형태로든 케어매니지먼트가 필요할 것이라는 판단이다. 케어매니지먼트는 재정적인 면에서는 효율성을 높일 수 있는 방안이며, 동시에 보호의 통합성과 연속성을 높여 노인의 욕구에 민감하게 대응할 수 있다는 장점을 가진다고 할 수 있다. 따라서 향후 노인돌봄서비스의 대상과 파편화된 서비스를 연결시킬 수 있는 케어매니지먼트 체계를 어떻게 구축 할 것인가에 대한 논의가 활발히 이루어질 필요가 있다고 본다.

〈표 5-11〉 OECD 국가의 주요 장기요양 프로그램

국가명	유형	프로그램	재원
호주	시설	Residential care	일반조세
	재가	Community Aged Care Packages(CACP)	일반조세
		Home and Community Care(HACC)	일반조세
		Care Payment	일반조세
		Carer Allowance	일반조세
오스트리아	재가/시설	장기요양수당 (Long-term care allowance)	일반조세
캐나다	재가	Provincial programmes	일반조세
	시설	Provincial programmes	일반조세
독일	재가	사회보험	보험료
	시설	사회보험	보험료
헝가리	재가	Social protection and social care provision programme	일반조세
	시설	Health-care insurance fund financed services	보험료
아일랜드	시설	Nursing Home Subvention scheme	일반조세
		Public long term care	일반조세
	재가	Community-based care	일반조세
일본	재가/시설	사회보험	보험료/일반조세
룩셈부르크	재가/시설	Dependency insurance	보험료
멕시코	시설	노인관련 전문 서비스	일반조세
	재가	연금수급자와 은퇴자를 위한 주간병원	일반조세
네덜란드	재가	AWBZ	보험료
	시설	AWBZ	
뉴질랜드	재가	Care Support Home Support: Home help Home Support: Personal care	일반조세
	시설	Long-term residential care	일반조세
노르웨이	재가보호 시설보호	Public long term care	일반조세
폴란드		Social services	일반조세
스페인	재가/시설	Social care programmes at Autonomous Community level	일반조세
스웨덴	재가/시설	Public long term-care	일반조세
스위스	재가	Programmes at Canton level	질병/노령보험 및 일반조세
	시설	Health Promotion for the elderly	
영국	재가/시설	NHS	일반조세
	재가/시설	Social services	일반조세
	재가(현금)	Social Security Benefits	일반조세
미국	재가(현물) 시설(현물)	Medicare	보험료
	재가(현물) 시설(현물)	Medicare	일반조세

자료: OECD(2005)

〈표 5-11〉 OECD 국가의 주요 장기요양 프로그램 계속

국가명	급여방식	자격기준	사용자 부담
호주	현물	전 연령	표준비용+소득연동부담
	현물	70세 이상 자산조사	지불능력에 따른 부담
	현물	전 연령/자산조사	지불능력에 따른 부담
	현금	전 연령/자산조사	
	현금	전 연령/보편적	
오스트리아	현금	전 연령/보편적	급여와 사용액 차액
캐나다	현물	전 연령/자산조사	자산조사
	현물	전 연령/자산조사	자산조사
독일	현물/현금	전 연령/보편적	급여상한 초과액
	현물	전 연령/보편적	숙식비 + 급여상한초과액
헝가리	현물 및 현금	전 연령/자산조사	표준서비스 외 고급서비스는 지자체설정범위내에서 시설별 책정
	현물	전 연령/보편적	
아일랜드	현물	전 연령/자산조사	본인부담 상한존재
	현물	전 연령/자산조사	본인부담 상한존재
	현물	전 연령	비자산조사/자산조사
일본	현물	40~64세 노인성질환자 65세 이상/보편적	정률 비용분담
룩셈부르크	현물 및 현금	전 연령/보편적	급여와 사용액 차액
멕시코	현물	전연령, 보험가입자	
	현물	보험가입한 연금수급자와 은퇴자	
네덜란드	현금	전연령/보편적	소득연동 본인부담
	현물	전연령/보편적	소득연동 본인부담
뉴질랜드	현물	전 연령/자산조사 전 연령/소득조사 전연령/보편적	
	현물	65세 이상 50~65세 노인성질환 자산조사	
노르웨이	현물	전 연령/보편적	시설이용자는 소득의 80% 부담, 가사도움은 사용자분담
폴란드	현금/현물	전 연령/자산조사	
스페인	현물	자산조사	사용자가 비용의 73% 부담
스웨덴	현물	전 연령/보편적	지자체설정한 분담액
스위스	현금/현물	시설요양은 자산조사	고액
영국	현물	전 연령/보편적	무료
	현물	전 연령/자산조사	지불능력에 따라 부담
	현금	전 연령/자산조사	
미국	현물	장애인 및 65세이상/보편적	시설이용일수에 따른 부담
	현물	전 연령/자산조사	경제력에 따른 본인부담

자료: OECD(2005)

제4절 국내 노인돌봄서비스 현황

다음은 우리나라 노인 돌봄서비스의 현황을 살펴보고자 한다. 노인돌봄 서비스는 주로 노인장기요양보험제도 하에서 제공되어지므로 노인장기요양 보험의 수급대상, 서비스 내용 등에 대해 살펴보고자 한다. 또한 노인장기 요양보험 외 노인복지법에서 제공하고 있는 노인돌봄서비스를 함께 살펴보 고자 한다.

1. 노인장기요양보험

가. 노인장기요양보험 내용

우리나라 노인장기요양보험은 크게 시설서비스와 재가서비스로 나뉘 수 있다. 시설서비스는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 속하며, 재가 서비스에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 대여 등이 포함된다. 다음은 각 서비스의 수급대상자 및 서비스 내용이다.

1) 시설 서비스

노인요양시설은 입소정원 10명 이상이며 노인요양공동생활가정은 입소정 원 5~9명이다. 입소대상 및 절차는 노인복지법에 의한 노인의료복지시설의 규정에 따른다¹³⁾.

13) 노인의료복지시설의 입소대상자

가. 장기요양급여수급자 중 시설급여 대상자

- 장기요양 1~2등급자
- 장기요양3등급자 중 불가피한 사유, 치매 등으로 등급판정위원회에서 시설급여 대 상자로 판정 받은 사람

나. 위 '가'에 해당하지 않는 사람 중 아래와 같은 사유로 반드시 시설 입소가 필요한 노 인은 먼저 양로시설로 보호 조치하고, 만약 양로시설의 입소가 불가능할 경우에는 관 할 시군구청장이 판단하여 노인요양시설로 입소 보호

- 노인보호전문기관에서 학대피해노인으로서 입소를 의뢰한 노인
- 기초수급자나 긴급조치대상자로서 거주지가 없어져서 가정에서 생활이 불가능하거나,

2) 재가 서비스

○ 방문요양서비스

- 이용대상 : 재가노인복지시설 이용대상자
 - ※ 단, 노인돌봄서비스, 가사간병도우미, 독거노인생활지도사 등 타 서비스를 제공받고 있는 자는 대상에서 제외 한다.
- 서비스 내용
 - 신체활동지원서비스 : 세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아 입히기, 목욕도움, 배설도움, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체기능이 유지·증진 등
 - 가사활동지원서비스 : 취사, 생활필수품 구매, 청소·세탁·주변정돈 등
 - 개인활동지원 서비스 : 외출시 동행·부축, 일상업무 대행 등
 - 정서지원서비스 : 말벗, 격려 및 위로, 생활상담, 의사소통도움 등
 - ※ 이전에 방문요양기관에서 수행하던 상담 및 교육, 노인결연사업은 재가노인지원서비스로 이관됨

○ 주간·야간보호서비스

- 이용대상 : 재가노인복지시설 이용대상자
- 서비스 내용
 - 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스
 - 일상생활지원 : 취미·오락, 운동 등 여가생활 서비스
 - 일상동작훈련 : 이동, 체위변경, 기능훈련
 - 급식 및 목욕서비스 등
 - 송영서비스
 - 노인 가족에 대한 교육 및 상담

부양의무자가 부양을 거부하거나 실종되는 등의 사유로 수발을 들사람이 없는 경우다. 위 ‘가, 나’에 해당하지 않는 사람 중 본인이 비용을 전액 부담하여 시설에 입소하고자 하는 경우에는 국가나 지자체로부터 시설운영비와 기능 보강비를 지원받지 않는 시설(기존 미지원 시설)에 입소하여야 함

○ 단기보호서비스

- 이용대상 : 재가노인복지시설 이용대상자
- 서비스 내용
 - 급식, 치료, 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스
 - 그 밖에 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 사업에 준하는 서비스

○ 방문목욕서비스

- 이용대상
 - 장기요양급여 수급자(1~3등급)
 - 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자(이용자로부터 이용비용의 전부를 수납 받아 운영하는 시설의 경우에는 60세 이상의 자)로서 가정에서의 보호가 필요한 자
- 서비스 내용
 - 목욕준비, 입욕 시 이동보조, 몸 씻기, 머리 말리기, 옷 갈아입히기 등이며, 목욕 후 주변정리까지를 포함

○ 방문간호서비스

- 이용대상 : 장기요양급여수급자
- 서비스 내용
 - 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약 관련지도, 환자·가족 대상 건강관리에 필요한 식이요법 등 교육훈련, 상담 등

3) 재가지원서비스

○ 이용대상

- 장기요양급여 수급자(1~3등급)

※ 방문요양서비스 ~방문목욕서비스 대상자와 가급적 중복되지 않도록 함. 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자(이용자로 부터 이용비용의 전부를 수납 받아 운영하는 시설의 경우에는 60세 이상의 자)로서 가정에서의 보호가 필요한 자

○ 서비스 내용 : 방문요양서비스 내용과 중복 불가

- 방문요양, 주야간보호, 단기보호, 방문목욕 이외의 서비스 제공
- 일상생활 지원, 노인생활 및 신상에 관한 상담, 재가노인 및 보호자의 교육, 무의탁노인 후원을 위한 결연 및 연계지원, 여가활동 지원, 주거환경개선 지원, 긴급지원, 시군구의 위탁을 받은 사업, 그 밖에 지역의 재가노인복지사업

나. 노인장기요양서비스 현황

노인장기요양보험제도가 시행된 지 2년 만에 장기요양인정신청자 및 인정자, 요양서비스 이용자의 큰 폭의 증가 등을 보아도 본 제도가 국민들에게 사회보장제도로 안착되고 있음을 알 수 있다. 장기요양인정 신청자는 제도 시행 2년 만에 295,715명(노인인구의 5.9%)에서 690,640명(12.8%)으로 133% 증가함에 따라 서비스를 받을 수 있는 수급자는 146,643명(노인인구의 2.9%)에서 312,138명(5.8%)으로 계속 증가 일로에 있다. 더불어 제도의 수혜자는 70,542명(등급인정자의 48%)에서 270,238명(86.6%)로 약 280% 이상 큰 폭으로 증가하였고, 초창기의 요양시설 이용중심에서 재가기관의 확충에 따라 재가요양서비스 이용으로 전환되는 추세를 보여주고 있다.

〈표 5-12〉 장기요양인정신청·인정자·이용자 수

(단위: 명, %)

구 분		2008.7월	2009.6월	2010.6월	증가율 ('08.7월 대비 '10.6월)
신청자 (노인인구 대비)		295,715 (5.9)	493,963 (9.5)	690,640 (12.8)	133.6
인정자 (인정률)		146,643 (2.9)	268,980 (5.2)	312,138 (5.8)	112.9
이용자 (이용률)	계	70,542 (48.1)	197,875 (73.6)	270,238 (86.6)	283.1
	요양시설	39,711 (56.3)	60,662 (30.7)	84,737 (31.4)	113.4
	재가기관	30,831 (43.7)	137,213 (69.3)	185,501 (68.6)	501.7
총요양 급여비용 (천원)	계	480,818,142	829,800,015	1,304,640,346	171.3
	요양시설	296,180,397 (61.6)	401,166,186 (48.3)	543,593,833 (41.7)	83.5
	재가기관	184,637,745 (38.4)	428,633,829 (51.7)	761,046,513 (58.3)	312.2

주: 1) () : 장기요양인정신청자 및 인정자는 각 월말 기준, 이용자는 급여계약내역서 기준
 2) 노인인구 : 5,028,357명(2008.7월말 기준), 5,185,497명(2009.6월말), 5,380,777명(2010.6월말)
 3) 총 요양급여비용 : 공단 부담금과 본인일부부담금의 합계, 저급기준임('08년도-12월 기준)
 자료: 1) 국민건강보험공단('08.7월, '09.6월, '10.6월), 『노인장기요양보험 통계월보』
 2) 행정안전부('0.6월), 『인구통계』

또한, 제도 도입 준비과정에서 가장 우려했던 점은 장기요양서비스를 제 공할 수 있는 인프라 확충이었는데, 아래 〈표 5-13〉에서 보는 바와 같이 2008.7월 대비 2010.6월에는 장기요양기관이 총 7,735개소에서 23,116개 소로 약 200% 정도 증가되었다. 이 중에 요양시설의 경우 1,395개소에서 3,442개소로 약 150% 증가하였고, 재가기관은 6,340개소(재가급여서비스 별 기준)에서 19,674개소로 210% 증가하였다. 재가기관 중에 방문요양 및 방문목욕, 복지용구제공기관은 2~3배 큰 폭의 증가를 보였으며, 방문간호 제공기관은 소폭 증가에 그쳤다. 단기보호기관은 요양시설의 대용기능으로 써 2009년 말까지 큰 폭의 증가를 보였으나, 2010.3월부터 단기보호 개편 (월 15일 이용원칙)으로 요양시설로의 전환에 따라 일부 기관만 기능을 유 지되는 변화가 있었다.

〈표 5-13〉 장기요양기관 현황

(단위: 명, %)

구 분		2008. 7월	2009. 6월	2010. 6월	증가율 (‘08.7월 대비 ‘10.6월)
계		7,735	16,753	23,116	198.8
요양시설		1,395 (58,425)	2,114 (77,919)	3,442 (108,996)	146.7 (86.6)
재 가 기 관	소 계	6,340 (4,104)	14,639 (9,486)	19,674 (11,178)	210.3 (172.4)
	방문요양	2,823 (44.5)	6,404 (43.8)	9,136 (46.4)	259.7
	방문목욕	1,654 (26.1)	4,539 (31.0)	7,100 (36.1)	317.9
	방문간호	461 (7.3)	719 (4.9)	774 (3.9)	23.4
	주야간보호	641 (10.1)	951 (6.5)	1,247 (6.4)	208.7
	단기보호	397 (6.3)	1,112 (7.6)	205 (1.0)	-48.5
	복지용구	364 (5.7)	914 (6.2)	1,212 (6.2)	239.5

주: 1) 요양시설의 () : 정원기준

2) 재가기관의 소계 : 재가급여 서비스별 기준, ()는 장기요양기관기호 기준

자료: 1) '08.7월 : 보건복지부(2009.7). 『노인장기요양보험 시행 1주년기념 워크숍자료』

2) '09.6월, '10.6월 : 국민건강보험공단. 『노인장기요양보험 통계월보』

그리고 농어촌지역의 경우에는 대도시에 비해 장기요양서비스에 대한 절대 수요가 적을 뿐만 아니라 이동거리가 넓은 점 등 지역적인 특성으로 재가요양서비스 제공기관이 활성화가 되지 않은 지역이 있다. 2010. 6월말 기준으로 방문간호서비스 제공기관은 강화군, 단양군, 무주군 등 20여개 지역, 주야간보호는 인제군 등 3개 지역, 단기보호는 평창군, 화천군 등 9개 지역이다.

제도 시행과 더불어 국가 자격으로 장기요양서비스를 제공할 수 있는 인력인 요양보호사는 〈표 5-14〉에서와 같이 2008.8월 182,565명에서 2010.6월 932,607여 명으로 무려 410% 이상 증가하였으며, 이 중에 실제로 장기요양기관에서 근무하는 요양보호사는 23만 명으로 실제 근무인력보다 4배 이상 양성되었다고 볼 수 있다. 제도 시행으로 인한 사회적 일자리(요양보호사에 한함)의 창출효과는 약 20만 명(‘08.6월 대비) 정도이다.

〈표 5-14〉 요양보호사 양성 및 근무현황

(단위: 개소, 명, %)

구 분		2008. 8월	2009. 6월	2010. 6월	증가율 (‘08.8월 대비 ‘10.6월)
요양보호사자격 취득자	소계	182,565	518,806	932,607	410.8
	1급	181,735	517,844	931,860	-
	2급	830	962	747	-
요양보호사 종사자	소 계	42,148	134,012	229,960	445.6
	요양시설	4,813	21,206	32,045	
	재가기관	37,335	112,806	197,915	

주: 1) 자격취득자 : 신규자, 경력자, 자격면허자(사회복지사, 간호사 등)로 교육이수자 포함.

2) 장기요양기관 중복 종사자를 제외한 실제 종사인원 기준

3) '08.6월 기준, 요양보호사 자격취득자는 70,355명, 요양보호사 종사자는 23,853명임.

자료: '08.8월, '09.6월, '10.6월 : 국민건강보험공단, 『노인장기요양보험 통계월보』

마지막으로 장기요양보험 재원은 장기요양보험료+국가지원+본인일부부담으로 구성된다. 장기요양보험료는 건강보험료에 장기요양보험료율을 곱한 금액으로 2009년에는 건강보험료의 4.78%인 3,090원, 2010년에는 건강보험료의 6.55%인 4,439원이다. 국가지원은 보험료 예상수입액의 20%를 지원하며, 의료급여자는 국가가 80%, 지자체가 20%로 부담하고 있으며 기초수급자 급여는 지자체가 부담하고 있다. 본인일부부담은 시설급여 20%, 재가급여 비용의 15%를 부담한다. 의료급여 수급권자는 50%경감을 받으며 기초생활수급자는 무료이다.

〈표 5-15〉는 노인장기요양보험 재정운용 현황이다. 2008년 제도시행 이후 누적수지가 3,234억 원으로 흑자를 보이고 있다. 그러나 연도가 증가할수록 수입과 지출의 차이는 줄어들고 있음을 알 수 있다.

2009년 한국개발원에 연구결과에 의하면 GDP대비 2010년 0.26%(GDP : 1,077조)에서 2030년 0.37%~0.40%(GDP : 2,081조, 잠재성장을 1.5% 가정)로 예상하고 있다(KDI, 2009).

〈표 5-15〉 장기요양보험 재정운용 현황

(단위: 억원)

구 분		'08년	'09년	'10년
총 재정	□ 수 입	7,518	20,238	28,372
	- 요양보험료	3,723	11,371	17,432
	- 국고지원금	1,181	2,044	3,566
	- 의료급여부담금 등	2,615	6,823	7,374
	□ 지 출	5,731	18,791	28,372
	□ 누적수지	1,787	3,234	3,234

2. 노인돌봄서비스

노인돌봄서비스는 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거 노인에게 욕구에 따라 안전확인, 생활교육, 서비스 연계, 가사활동 지원 및 주간보호 등 맞춤형 복지서비스를 제공한다.

1) 노인돌봄기본서비스(구. 독거노인생활관리사과견사업)

○ 서비스 대상자

- 만 65세 이상 요양서비스 불필요 독거노인
- 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 서비스 욕구가 높은 순으로 대상자 선정

○ 서비스 내용

- 월 4시간의 가정방문, 유선 등을 통한 주기적 안전확인, 생활교육, 서비스연계 등 예방서비스로 구성

○ 이용자 부담

- 무료

2) 노인돌봄종합서비스(구. 노인돌보미바우처)

○ 서비스 대상자

- 만 65세 이상 장기요양보험 등급 외 A,B의(요양서비스 필요) 노인
- 전국가구 월평균소득 150%이하

○ 서비스 내용

- 가사활동지원서비스(월 36시간/27시간) 또는 주간보호서비스(월 9일/12일)로 구성

○ 이용자 부담

- 본인 부담 면제~48,000원(바우처 방식)

제5절 노인돌봄서비스 최저수준의 기본방향과 수준

1. 서비스 양 최저수준

가. 서비스 자원 및 대상자 확대

앞서 언급한 바와 같이 노인돌봄서비스에 대한 국가 재정은 2007년 기준 GDP대비 0.3%수준으로 OECD국가의 평균 1%에 크게 못 미치고 있다. 특히 고령화율을 비교해 볼 때는 매우 낮은 수준이라고 할 수 있다. 노인인구수 대비 수급자 비율을 비교해 볼 때는 2009년 기준 우리나라는 5.5%의 노인이 돌봄 서비스를 받고 있다면, 2005년 기준 독일은 11%, 일본은 16.8%의 노인이 서비스를 받고 있다. 제도시행의 시기와 고령화율, 재정수준을 함께 고려하더라도 매우 낮은 수준임을 알 수 있다.

또한 우리나라 장기요양보험 서비스를 받을 수 없는 등급외자 중 치매 및 중풍자가 31천명(22.7%)에 이르러, 이들에 대한 장기요양서비스 제공이 시급한 실정이다.

〈표 5-16〉 장기요양보험 등급외자의 질병별 현황('10. 8월)

질병유형	치매·중풍	근골격계 질환 (관절염, 골다공증, 요통, 사고후유증)	암, 당뇨 등 기타
(총 138,021명)	31,333명 (22.7%)	64,806명 (46.9%)	41,882명 (30.4%)

특히 현행 장기요양보험제도는 보험료는 모든 국민이 납부하는 반면, 수혜자 범위는 매우 협소하여 재정 및 수혜자를 확대할 수 있는 동의수준이 마련되어야 할 것이다.

본 연구에서는 우리나라 고령화율을 고려할 때 적어도 OECD국가의 평균수준 정도의 재정확보가 필요하다고 판단된다. 즉, 노인돌봄서비스와 관련한 양에 대한 최저수준은 약 1%정도가 될 수 있다.

또한 현행 3등급 체계에서 4등급으로 대상자를 확대할 필요가 있다. 2010년 대상자 1~3등급이 31만 명으로 4등급 상위 50%(1~3등급 진입 직 전단계의 대상자)를 포함한다면 2012년에는 약 39만 명이 대상자가 될 수 있다. 보건복지가족부(2010, 내부자료)는 4등급 확대 시 2012년 추가재정 규모를 2,140억 원(국고는 299억 원)으로 추정하였다.

나. 요양기관 요건 및 공공성 강화

서비스 양의 최저수준은 단순히 요양서비스의 총량만을 늘리기 보다는 공적 수준을 함께 늘일수 있는 방안이 전제되어야 할 것이다.

현재 재가요양기관의 불법 편법운영을 방지하기 위해서는 난립 과당경쟁하고 있는 방문요양기관의 요건을 강화해서 상향식 경쟁을 유도해야 할 것이다.

이에 방문요양기관 신규 설립 요건(요양보호사 15인 이상, 상근 인력 20%이상)을 2010년 1월 1일 이전 설립된 방문요양기관에도 적용해야 할 것이다. 또한 신규 시설 및 재가요양기관의 설립 요건을 법인격이상으로 강

화하는 것도 필요할 것이다.

2. 서비스 질 최저수준

가. 요양보호사 질 관리

서비스 질과 관련하여 유럽연합국가의 정책적 관심을 살펴보면 직원의 자질과 훈련에 가장 초점을 두고 있다. 우리나라의 경우에도 2010년 8월 현재 활동 중인 요양보호사는 약 16만 명에 이르나, 고용의 질은 여전히 열악하다. 월 평균 소득은 약 95만원(입소 136만원, 재가 79만원)이며, 60%는 비정규직 형태로 고용되어 있다. 따라서 요양보호사의 질과 처우를 개선하는 수준이 노인돌봄서비스의 질에 있어 매우 중요하다는 것을 알 수 있다.

이에 정부는 2010년 4월 노인복지법 시행규칙을 개정하여 요양보호사의 전문성 제고를 통한 장기요양서비스 질적 개선을 위해 자격시험제도를 도입하고, 표준근로계약서 권고('10. 5월), 재가기관 평가 시 종사자 복지수준 반영(상근직 비율·근로계약 체결·정기검진 등) 등을 추진해 오고 있다. 또한 양질의 요양보호사 교육환경 조성을 위한 교육기관 시설·인력 최소기준 마련 및 종전 신고제에서 지정제로 전환('10. 4월)하였다.

〈표 5-17〉 요양보호사 교육기관 기준

	종 전	주요 개정사항
시설(신설)	연면적 하한 없음	연면적 하한설정 80m ²
인력(신설)	전임교수, 전담행정요원	교육기관 장(신설), 전임교수

이와 더불어 요양보호사의 질 관리가 실질적으로 보장되기 위하여서는 현장맞춤형 보수교육 프로그램(OJT) 마련 및 승급체계, 경력사다리 등 경력관리방안 강구되어야 할 것이다.

나. 기관 평가

노인장기요양보험제도 도입 이후 장기요양기관은 지속적으로 증가하여 양적 인프라는 상당히 확보하였다. '08.6월~'10.8월까지 시설증가추이는 입소시설이 1,271→3,547개소, 재가시설이 3,762→19,788개소로 증가하였다. 반면, 서비스의 질적 수준에 대한 평가 및 이용자의 다양한 서비스 이용욕구에 대한 대응이 미흡하여 질 높은 서비스 제공 유인 부족하다.

현재 보건복지부는 장기요양기관의 서비스 관련 정보제공과 경쟁을 통한 서비스 수준 향상을 도모하기 위해 '09년부터 기관평가를 시행하고 있다. 08년에는 요양시설 평가, 09년에는 재가기관 평가를 시행하여 평가결과에 따라 우수기관(상위 10%) 공표 및 인센티브(공단부담금의 5%) 지급 예정할 예정이다.

그러나 현행 장기요양기관평가는 임상적, 사회적 욕구에 대한 검증지표가 미흡하여 이에 대한 보완이 마련되어야 할 것이다. 즉, 인력의 질과 서비스 결과에 대한 지표를 보완하여 장기요양서비스로 인한 임상적, 사회적 효과에 대한 평가를 실시해야 할 것이다.

〈표 5-18〉 기관 평가 최저수준

현 행			개 선
	지표현황	결과지표 유무여부	
입소 시설	106개	4개 *등급호전, 욕창발생, 유치도뇨관, 낙상발생	결과지표* 비중 강화 및 종합지표 도출·적용 *(예) ADL, 인지기능, 의사소통장애, 욕창 등
재가 기관	56~98개	없음	

→

〈표 5-19〉 미국의 장기요양서비스 성과 평가 운영현황

주요성과		수행기관·주기	주요 평가내용
경제적 효과	(국가단위) 고용창출, 산업발전(GDP), 세수증대, 의료비 절감	통계전문 컨설팅회사 (매년), 연구자료	장기요양제도의 미국경제에 미치는 영향에 대한 조사를 매년 주(State) 별로 실시, 의료비 절감효과는 연구 자료로 제시
	(가계단위) 가계소득 증대, 부양비용 감소	(상동)	장기요양제도 도입을 통한 경제적 효과 중 대상자 및 가족이 받는 영향
사회적 효과	삶의 질 향상, 심리적 안정, 고객만족도 제고	만족도 조사기관 (매년)	서비스 대상자와 가족이 받는 영향 (예. 자살률 감소, 배우자의 관절염·고혈압 감소)
임상적 효과	기능상태 호전	CMS (매년)	QI, QM 지표관리
수행과정 및 인프라	제도운영과정, 재정, 기관역량 등	JCAHO (신청시) CMS (매년)	JCAHO의 인증은 자발적 신청에 의하며, 인증 받은 시설은 대외적 공신력 제고 CMS는 Health Inspection 및 Staffing 평가

다. 비공식적 수발의 질

현행 노인장기요양보험법상 요양보호사 자격이 있는 자는 가족여부와 상관없이 장기요양급여 제공이 가능하다. 2010년 6월 현재 동거가족 요양보호사는 약 4만 명으로, 방문요양 급여 청구기준 요양보호사(12만 명)의 약 33%에 해당한다.

〈표 5-20〉 가족요양보호서비스 내용

구 분	방문요양 제공 인정시간
동거가족인 요양보호사	1일 90분 이내
비동거가족 혹은 타인인 요양보호사	1일 4시간 이내

동거가족요양과 관련하여서는 동거·비동거에 따른 급여차이로 주민등록 분리, 가족 간 교차청구·증량청구 등 일부 부당청구행위 발생하고, 동거가족 요양보호사가 실제로 서비스를 제공하지 않거나, 장기요양기관·요양보호사 교육기관과 밀착되어 기형적 운영도 보고되고 있다. 즉 장기요양기관은 본인부담금 면제 등 수급대상가족과 편법계약을 하거나 동거가족요양보호사와 계약하여 수가의 일부를 충당 받고 있는 등 허위급여청구가 빈번하다. 요양보호사 교육기관은 수급자 가족에게 가족방문요양 제공을 조장하여 교육생을 모집하고 있는 사례가 빈번하다.

이에 가족 요양서비스 제공에 대한 모니터링 체계와 가족 요양서비스의 질을 보장할 수 있는 교육체계 및 자정체계, 신규진입 제한 등이 필요하다.

3. 지속가능성을 위한 수준 마련

가. 시설입소 방지를 위한 예방적·포괄적 서비스 제공체계 강화

등급인정자 중 기능개선이 가능한 치매·중풍 및 근골격계 질환을 앓고 있는 노인은 약 245천명(전체의 78%)에 이르고 있다.

〈표 5-21〉 장기요양보험 인정자의 질병별 현황('10. 8월)

질병유형	치매·중풍	근골격계 질환 (관절염, 골다공증, 요통, 사고후유증)	암, 당뇨 등 기타
(총 312,630명)	168,898명 (54%)	76,186명 (24%)	67,546명 (22%)

반면, 재가급여는 방문요양·목욕이 다수를 차지하고 있어, 시설입소 방지를 위한 기능 및 건강개선 프로그램 보완이 필요하다.

〈표 5-22〉 재가급여 종류별 기관현황('10. 8월말)

기관	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
개소	19,786	9,145	7,169	756	1,268	205	1,243
(비중)	(100%)	(46.2%)	(36.2%)	(4%)	(6.4%)	(1%)	(6.2%)

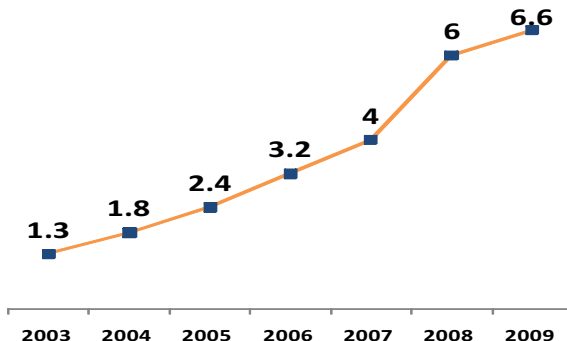
이에 장기요양보험제도의 지속가능성을 위하여 등급인정자로 포함되기 이전의 예방프로그램이 필요하다는 것을 알 수 있다. 현재 제도의 내용을 통해 강화될 수 있는 방안으로는 주야간 보호기관 이용자(1~3등급)를 대상으로 치매노인 인지개선 및 재활 프로그램 운영하며, 이에 대한 비용지급 등이 추가되어질 필요가 있다.

다음으로는 종합재가기관의 활성화를 추진해야 한다. 재가급여 이용자를 대상으로 방문간호 및 주야간·단기 보호 등이 통합적으로 제공될 수 있도록 종합재가기관을 육성할 필요가 있다. 이에 대한 인력·시설기준, 수가적용방식, 지원내용 등에 대한 기준이 마련될 필요가 있다.

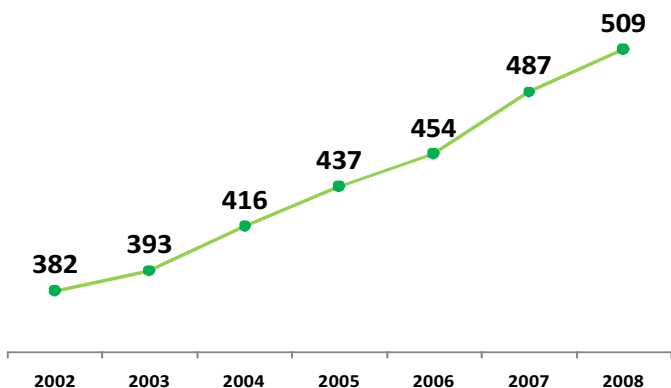
나. 요양서비스와 의료서비스 연계 강화

고령화 및 부모부양 양태변화로 인해 요양시설 입소노인의 증가와 더불어 시설입소 잠재계층인 65세 이상 노인성 질환자도 매년 꾸준히 증가하고 있다.

[그림 5-4] 입소노인 증가 추이(만명)



[그림 5-5] 65세 이상 노인성질환자 추이(만명)

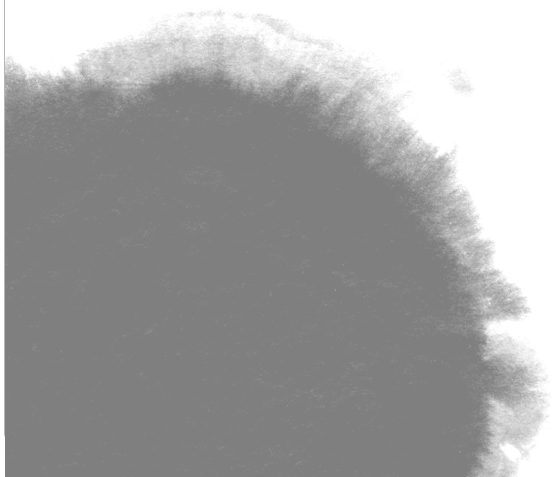


노인들의 건강한 삶에 대한 욕구가 커짐에 따라 입소시설 내 질 높은 의료서비스 제공의 필요성이 증대되고 있다. 2008년 노인생활실태조사 결과에 따르면 노인이 생각하는 가장 중요한 노후준비는 ‘건강한 신체’(50.1%), 그 다음은 ‘경제적 준비’(44.7%)로 나타났다.

이에 요양서비스와 의료서비스를 연계하기 위하여 지역 내 의료기관과 협약을 체결하여 요양시설 입소자를 전담 관리하는 것이 필요하다. 또한 원격의료를 통한 요양시설 내 의료서비스 연계를 강화할 수 있는 방안도 필요할 것이다.

06

여항가족 돌봄서비스 최저수준



제6장 여성·가족 돌봄서비스 최저수준

우리사회에 사회복지공급은 1980년대 후반부터 지속적으로 증가해왔다. 냉전시대의 종식과 그 이후 급속도로 재편성된 국제질서의 변화와 함께 국내에서도 사회복지 공급의 절실함이 인식되었고 특히 2000년대를 전후한 저출산·고령화라는 사회문제는 국가사회적 대처방안에 대한 중요성을 더욱 강조하는 계기가 되었다. 한편 기술 변화에 따른 탈산업화와 경제·사회적 변화는 고용불안, 일자리 감소, 빈부격차에 따른 빈곤문제 등 심각한 사회문제를 야기하며 사회적 위기감을 조성하게 하였다. 이와 같은 문제의식은 2000년대를 전후한 한국사회의 사회복지 공급확대정책에 기초가 되었다 할 수 있다.

특히 여성의 경제·사회적 참여 증가 및 지위향상과 더불어 산업화와 함께 급격히 진행되고 있는 핵가족화 현상과 최근의 단독가구 및 한부모 가구의 증가는 가족 내에서 주로 해결되던 보육과 돌봄의 문제를 사회문제화시키는 중요한 계기가 되었다.

먼저 산업화와 더불어 여성의 사회진출이 확대되고 고등교육이 보편화되면서 가정 내에서의 여성의 역할과 지위에 급격한 변화가 나타나고 있다. 예컨대, 1970년에서 2004년 사이 남성의 경제활동참가율이 77.9%에서 74.8%로 3.1%p 줄어든데 비해 여성의 경제활동참가율은 동 기간 동안 39.3%에서 49.8%로 10.5%p 증가하였다. 또한 여성의 대학진학률도 79.7%(2004년)로 남성 대학진학률 82.8%와 거의 차이가 없다(통계청, 2005).

1인 단독가구의 경우 1975년 4.2%에서 2000년 15.5%로 3배 이상 늘어났으며, 평균가구원수의 경우 같은 기간 동안 5.0명에서 3.1명으로 줄어들었다. 또한 여성가구주 가구의 비율은 1975년 전체가구의 12.8%에서 2000년 19.5%로 증가하였다. 결국 여성의 사회활동 참여 증가와 의식의 변화 그리고 가족구조의 변화는 기존의 가족 내 역할구조를 변화시킴으로써 서비스의 ‘사회화’ 요구와 욕구를 증대시키는 계기가 되었다(이봉주 외, 2006). 2006 한국 복지패널 사회서비스 조사에 따르면 아동 양육과 관련하여 57.5%가 양육비의 부담, 16.2%의 응답자가 자녀를 돌보아 줄 사람이 없다는 점, 보육시설의 양과 질의 문제가 아동양육과 관련한 어려움이라고 응답하였다.

사회서비스의 확대를 요구하는 또 다른 요인으로 인구구조의 변화를 들 수 있다. 특히, 최근 한국의 저출산·고령화 양상은 국가의 미래전망과 직결된 것으로 위기의식을 가질만한 수준이다. 합계출산율은 1975년 3.47명에서 2005년 1.08명으로 날개 없는 추락을 계속하고 있는 한편, 65세 이상 노인인구가 전체 인구에서 차지하는 비중은 동기간 동안 3.5%에서 9.1%로 급격히 증가하였다. 더욱 우려스러운 상황은 이러한 노인인구비의 증가속도가 세계적으로 유례 없이 급속하게 진행되고 있다는 점이다. 노년부양비가 1985년 6.5에서 2005년 12.8로 20년 만에 거의 2배 증가했고 현재의 추세라면 지금으로부터 20년가량 후인 2030년에는 노년부양비가 37.7로 지금에서 다시 3배로 증가하게 된다고 할 수 있다.¹⁴⁾ 결국 앞에서 언급한 핵가족화 및 단독가구 증가와 더불어 인구의 고령화는 특히 보건의료와 돌봄에 대한 사회적 수요를 급격하게 증가시키는 요인이 되고 있다(이봉주 외 2006).

따라서 전통적으로 가족주의의 체계에 기반을 두고 가정 내에서 제공되었던 노인부양, 아동교육, 양육, 보호 등이 그 한계점에 봉착하게 되었으며, 결과적으로 제 3의 보호와 수발이 필요한 의존적 가족원들의 증가로 사회

14) 통계청(2006). 장래추계인구

서비스의 양적 수요의 확대는 필연적이라 할 수 있다. 국가는 이러한 환경 변화에 누구를 대상으로 어떻게 사회복지서비스를 공급하며 이를 체계화할 것인가에 대한 본격적 논의가 필요한 시점이라 할 수 있다.

본 연구는 공공 사회복지서비스 최저 수준 설정을 위한 기초연구로 본 장에서는 여성·가족 대상 사회복지서비스의 욕구의 범위와 내용을 개념화 하고 보편서비스로서 국가최저수준의 대인사회복지서비스의 기본 방향과 원칙의 당위성을 개발하는데 있다 .

본 연구에서 사회복지서비스 최저 수준의 의미는 개별서비스에 대한 내용과 질 보다는 거시적 수준에서의 서비스 제공 대상 집단의 범위 및 종류를 의미한다. 그러나 현실적으로 사회복지 최저수준의 집단 별 제공범위 기준 및 해당 집단에 대한 서비스 종류관련 욕구를 파악하는 것은 상당히 모호하다. 또한 계량화된 분석을 위해서는 사회복지서비스에 대한 집단 별 욕구조사의 시계열별 자료구성이 필수적이라 할 수 있다. 본 연구는 해당분야 실증연구에 앞서서 수행하는 기초연구인 만큼 계량적 잣대를 적용하기 보다는 본 장에서 대상으로 하는 여성·가족을 하나의 범위로 간주하고 이들에게 어떤 서비스가 어느 수준으로 필요한지에 대한 내용을 이론적 논의와 OECD 선진국가들의 경험적 사례를 통해 확인하고자 한다. 한편 현재 우리나라의 해당 집단에 대한 사회복지서비스 제공 현황을 분석하여 최종적으로 여성·가족 대상 집단에 대한 사회복지서비스의 최저수준의 범위와 양을 개념적으로 설정하고자 한다.

현실적으로 사회복지서비스의 사업별 구분은 모호하다. 그러나 <표 6-1>에 따르면 정책집행과정에서 복지 분야 중 사회복지서비스를 서비스 대상 별로 접근하여 노인, 아동, 장애인, 여성·가족 그리고 보훈, 주택, 지역사회서비스투자사업 등으로 분류하여 이 기준에 따라 예산을 집행하고 있다.

〈표 6-1〉 분야 별 복지예산 현황(2009)

분류	영역	내용	예산(조원)
사회보험(7종)	국민연금	국민연금 급여	8.1
	건강보험 등	건강보험	27.8
		노인장기요양보험	2.1
		산재보험	3.6
	고용보험	실업급여, 육아휴직급여 등 3종	3.3
공공부조(21종)	기초생활보장	생계급여, 의료급여 등	8.5
	기초노령연금	기초노령연금	3.4
	장애수당 등	장애수당, 자활급여 등	6.4
사회복지서비스 (73종)	노인	노인일자리, 노인돌봄서비스 등 13종	0.8
	아동	보육료, 유아학비 지원 등 9종	3.3
	장애인	장애인활동보조 지원 등 13종	0.8
	여성·가족	산모신생아도우미 지원 등 8종	0.1
	기타	지역사회서비스투자사업 등 15종	1.6
	보훈	보훈급여 등 10종	3.1
	주택	영세민전세자금 대여 등 5종	2.6

자료: 김영중(2009), 공공사회복지전달체계의 대안적 패러다임 모색, 공공사회복지서비스 전달체계 개선 및 전문성 강화를 위한 정책토론회 자료집

〈표 6-1〉의 음영부분은 여성·가족대상의 사회복지서비스와 관련한 정책사업의 내용과 예산규모를 보여주고 있다. 공공사회복지서비스정책사업 중 여성·가족 대상 사업은 산모신생아도우미사업을 포함하여 총 8종으로 분류하고 있다. 사업의 내용은 저소득 한부모가족 보증보험료 및 이차보전 지원 사업, 청소년한부모자립지원 사업, 가족실태조사사업, 아이돌보미지원 사업, 건강가정지원센터 운영지원사업, 위기가족 역량강화 및 자녀양육비 이행지원 서비스사업, 저출산고령화사회 극복 국민인식개선사업 등이다. 이 중 대인돌봄서비스(personal care service) 관련 사업은 산모신생아지원사업과 아이돌보미지원사업이 유일하다 할 수 있다.

다음 절에서는 집단 별로 차별화된 여성·가족 대상의 공공 사회복지서비스의 개념과 범위를 이론적 논의를 통해 규명하고자 한다.

제1 절 여성·가족 돌봄서비스의 개념과 종류

여성을 대상으로 하는 사회복지정책은 여성주의적 시각과 사회정책의 구조로부터 자유롭지 못하다. 여성을 어떤 시각으로 볼 것인가? 또한 사회복지수혜대상자로써의 여성은 사회복지정책에서 어떻게 자리하고 있는가를 함께 고민해야 하는 문제이기 때문이다. 여성대상의 사회복지정책은 우선 사회문제와 국가개입 수준에서의 여성지위를 고민하지 않을 수 없다. 이것은 성 차이와 성 불평등에 의한 성역할의 문제로 이어지기 때문이다. 따라서 여성주의적 관점에서 복지제도를 정비하는 것은 여성의 삶의 질 향상과 사회적 지위를 평등하게 보장받는데 매우 중요한 쟁점사항이라 할 수 있다. 가족대상의 복지정책은 급격한 출산을 저하, 고령화의 가속화, 노동시장의 불안정성과 가족구조의 불안정성 증대, 여성의 경제활동 참가로 인한 돌봄의 공백 등 탈산업화이후에 가족해체 현상과 1인생계소득자모델(single earner family model)에서 이인소득자 가족모델(dual earner family model)이 보편화되는 가운데, 자본주의에 근간하는 안정적인 노동력의 재생산을 위해 현대 사회복지정책의 핵심이라 할 수 있다. 결론적으로 여성·가족 대상의 복지정책은 변화되는 현대사회에서 자본주의의 근간을 유지할 수 있는 매우 핵심적인 것이다.

우리나라에 여성을 공식화하여 복지서비스를 시작한 것은 1990년대 중반 이후라 보는 것이 정확할 것이다(한정원, 2007). 그 이전에는 소위 ‘요보호’¹⁵⁾를 대상으로 복지서비스를 전개하고 있었다 할 수 있다. 그러나 2000년대 이후 여성의 경제활동참여의 증가와 저출산, 고령화사회에서 보건의료와 돌봄에 대한 사회적 수요의 급증은 전통적으로 가정 내에서의 돌봄영역의 역할을 여성의 역할로 한정하던 것에서 사회가 함께 풀어야 하는 사회문제로 인식되기에 이르렀다. 여성의 삶의 질 개선과 노동권 보장 그리고 사회적 불평등 해소를 위해 사회서비스 제공에 대한 논의가 본격화되었

15) 요보호여성이란 저소득 한부모가정의 여성가구주, 미혼모, 성매매 종사여성 등 사회적으로 열악한 계층의 여성을 총칭한다 할 수 있다.

다. 특히 노동시장구조의 변화, 가족구조의 변화, 젠더관계의 변화 속에서 그동안 가족 내에서 이루어져왔던 아동양육은 가족의 개별적 상황에 맡기기에 한계에 직면하였다. 이것은 점차 국가가 전통적으로 가족이 담당해 왔던 아동양육과 돌봄이 정책적으로 개입할 수밖에 없는 필수적 과제가 되었음을 의미한다(Sainbury, 1999; Daly, 2000).

사회서비스 발달에 대한 논의는 여러 이론적 근거를 설명할 수 있겠으나, 우선 근대화(modernization)이론에 근거한 가족 해체 현상과 이로 인한 사회적 서비스 증가가 주요하다 할 수 있다. 근대화이론은 자본주의 산업사회에서의 복지발달을 설명하는 기능주의적 관점과 탈산업화논의의 연장선상에 있다.

기능주의적 관점에서 사회의 새로운 위험요소로 등장한 다양한 가족형태는 전통적인 대가족 제도의 해체현상이라 할 수 있다. 탈산업화, 여성의 경제활동참여증가, 이혼 등에 기인한 한부모가구 등장 그리고 핵가족화에 따른 노인부양과 자녀양육의 문제 등은 가정 내에서 해결하기 어려운 문제가 되었고 가족 관계 대신 새로운 형태의 사회적 안전망을 요구하게 되었다. 이러한 사회변화에 대한 문제의식은 유럽 국가들에 의해 먼저 시작되었다고 할 수 있다. 산업고용인구가 전체 고용인구의 40%미만으로 하락하는 탈산업화는 1970년대에 이미 북유럽이 먼저 경험하게 되었고, 여성경제활동참여를 60%이상으로 증가하는 사회적 변화는 스웨덴이 1970년대 이후, 영국은 1980년 후반부터 등장하면서 사회복지서비스에 고민과 사회적 합의가 시작되었다.

이러한 환경적 변화와 함께 1960년대 이후 봉착해 오던 노동력 부족현상 때문에 북구 유럽국가들은 여성경제활동을 높이고자 노력하였고 이것이 가족 내 돌봄노동을 사회화하는 적극적 계기가 되었다. 무료출산, 공보육, 출산·양육 휴가의 제도화, 공공수발서비스 등 양육·양로에 대한 사회적 책임성을 확대했고 이것이 사회복지서비스의 체계화로 이어졌다.

또 다른 관점에서 사회서비스는 일자리로써의 발달과정을 갖는다. 기술의 발달과 함께 전통산업들이 쇠퇴하고 있으며 노동시장 안에서의 지식기

반직업을 얻고자하는 경쟁은 점차 치열해 지고 있는 상황에서 교육수준이 낮은 사람들은 더욱 일자리를 찾기가 어려워지고 있고 이로 인한 사회적 배제와 양극화 현상이 심화되고 있다. 사회적으로 필요로 하는 비공식 노동의 사회화와 공식화 그리고 탈산업화와 함께 점차 감소하는 일자리 규모를 확대하기 위해 사회적일자리 창출은 복지정책과 함께 현실적 결과라 할 수 있다.

그러나 사회서비스에 대한 시민들의 욕구 충족을 복지정책으로 모두 충당하기에는 재정적 압박이 커지고 있으며 이로 인해 민간의 사회서비스가 점차 확대되는 추세에 있다. 또한 사회서비스의 시장화 전략을 통해 국가가 직접 서비스를 제공하기 보다는 사회급여, voucher 등을 통하여 민간부문에서 서비스를 이용하도록 하는 경향이 강해지고 있다. 이는 국가가 복지의 직접공급자의 위치에서 서비스를 구입하는 위치로 전환하게 되는 것을 의미하는 것이며, 기존 복지국가의 역할에 변화가 오고 있음을 보여준다고 할 수 있다(van Berkel & van der Aa 2005).

복지국가의 패러다임전환에 있어 중요한 이슈는 ‘가족과 젠더’이다. 전통적 복지국가에서는 남성이 가족의 주된 생계부양자로서 역할을 하였지만 노동시장의 참여, 노동력의 유연성과 공적 영역 참여를 정책적으로 지지한다. 이러한 정책적 기조는 여성들에게 상당한 부담이 되고 있다. 여성이 주로 가족이라는 사적영역에서 담당하던 이동과 노인에 대한 수발을 점차 공적으로 이동하기 때문이다. 노동시장에서 스스로의 욕구를 충족할 수 없는 사람들을 위해 자원을 재배분하는 것은 전통 복지국가의 주된 관심이다. 그러나 새로운 위기의 도출과 재정적 압박을 받고 있는 복지국가에서 모든 노동력을 활용하여 가구소득을 증대시키고 국가가 제공하던 것을 민간서비스로 이동하는 것은 새로운 복지국가의 주요 이슈라 하겠다. 사회가 변화하면서 취약계층일수록 위기상황에서 영향을 받는 정도가 더욱 심하게 나타나는데, 이들이 빈곤으로 인해 평등한 삶의 기회를 갖지 못하고 위기에 적절하게 대응하지 못하는 것은 사회적 보호가 보편적 서비스로 제공되어야 함을 의미한다.

이러한 시대적·사회적 변화에 따라 사회복지서비스 대상 계층은 요보호 여성·가족에서 벗어나 보다 양성평등적 관점에서 서비스 수혜가 이루어지도록 배려하는 부분이 별도로 요구된다. 여성·가족 대상의 사회복지서비스는 1차적으로 요보호 여성들에게 우선적 수혜가 돌아가야 하지만 일반 여성에게도 전통적 성 역할에 대한 사회적 요구로부터 벗어나 서비스 욕구를 가진 존재로써 국가로부터 보편적 서비스를 제공받을 수 있어야 한다고 판단된다. 특히 대인서비스의 경우, 그 동안은 비공식 노동으로 존재하여 있었기 때문에 원하는 수준의 서비스를 다양하게 요구하기 어려웠으나 향후 복지국가에서는 이러한 부분을 공개하여 다양한 서비스 욕구에 따른 서비스 질을 제공하는 것이 필요하다 할 수 있다.

제2절 주요 선진국의 여성·가족 돌봄서비스 범위와 수준

현대 복지 국가에서 여성을 대상으로 하는 복지서비스의 핵심은 가족정책이라 할 수 있다. 탈산업화되면서 여성의 경제활동참여의 증대와 가정 내 여성의 돌봄노동은 양립할 수 없는 가치가 되었다. 여성의 노동참여가 증가하기 위해서는 가정 내 여성들이 담당했던 돌봄노동에 대한 의무가 감소되어야 하며 이는 필수적이다. 따라서 돌봄이 필요한 가족 구성원에 대한 돌봄서비스를 국가가 지원하는 것은 여성의 자아실현과 노동권을 보장하는 동시에 가족해체를 예방하고 사회적 안전망을 구축하는 핵심이라 할 수 있다. 특히 요보호가 필요한 빈곤계층을 대상으로 한 여성정책은 돌봄서비스 지원이 매우 중요한 이슈가 될 것이다. 결과적으로 돌봄의 사회화는 가족정책의 핵심과제이다.

OECD의 주요 국가들은 앞서서 여성노동력의 필요성과 함께 적극적인 가족정책을 추진해왔다.

〈표 6-2〉는 OECD 국가들의 돌봄서비스 제공에 따른 가족 대상 정책 유형을 살펴보면 다음과 같이 구분할 수 있다.

〈표 6-2〉 돌봄서비스 유형에 따른 국가 간 가족 정책 유형

가족정책 유형	특징	해당국가
시장형	돌봄의 가족화와 탈가족화 모두 국가의 역할은 미비함. 대신 시장이 돌봄의 사회화된 주된 방식으로 자리함.	미국, 영국, 캐나다, 뉴질랜드 등
가족화우선형	- 돌봄의 사회화보다는 돌봄의 가족화에 상대적으로 관대한 지원을 하고 있는 사회 - 가족화우선형에서는 가족화 정책이 탈가족화의 대체제로 위치함.	독일, 오스트리아 등
가족화·탈가족화 병행형	- 돌봄의 가족화, 사회화 모두에서 국가의 지원이 이루어짐. - 여성의 사회적 수급권은 모성과 노동자성 양자에 근거하고 있음.	프랑스, 벨기에, 네덜란드 등
탈가족화 우선형	돌봄의 가족화 정책은 돌봄의 탈가족화 정책을 보완하는 위치에 있음.	스웨덴, 덴마크
미발달형	돌봄의 사회화와 가족화를 위한 충분한 정책확대가 이루어지고 있지 않은 국가	그리스, 한국 등

주: 윤홍식, 송다영, 김인숙(2010), 가족정책: 복지국가의 새로운 전망, 경기도:공동체.

본 절에서는 외국의 여성·가족 대상 정책사례 중에서 공공 부문의 돌봄 서비스 제공 사례를 중심으로 기술하고자 한다. 사례에 대상이 되는 국가는 〈표 6-2〉에서 제시하고 있는 시장형의 국가 중 미국의 헤드스타트 프로그램, 가족화·탈가족화 유형의 프랑스, 탈가족화 우선의 스웨덴, 그리고 우리와 가장 흡사한 환경을 가지고 있으나 여성노동권 보장을 위해 돌봄서비스를 지원하고 있는 일본의 사례를 제시하고자 한다.

1. 미국

미국은 자유주의 체제에 의해 보육서비스를 제공하는 국가로, 가정의 자녀 양육은 주로 부모, 친척, 보육기관에 의존한다. 국가의 양육지원은 주로 요보호 대상자인 빈곤가정이나 장애아를 대상으로 이루어지는데 헤드스타트 프로그램이 대표적이라 할 수 있다. 최근 지역사회와 가정 아동의 유기

적인 양육지원을 네트워킹 하는 모델로 뉴-헤드스타트 프로그램이 지방자치 제별로 강화되면서 영유아의 보육시설, 방과 후 교실 등을 가정방문, 가정 지원, 지역사회자원들을 연결하는 새로운 모델이 제시되고 있다.

가. 미국의 가정 내 보육서비스

미국의 가정 내 보육서비스는 주로 영아를 중심으로 이루어지면서 비공식적이며 비용부담도 상당하다. 미국의 모든 정책들이 그러하듯 가정 내 보육서비스의 형태는 주마다 다른 특징을 가지고 있다. 앨라배마를 비롯한 31개 주의 경우 허가제도 이지만 조지아 주 외 13개 주는 등록제이다. 지도와 감독도 어떤 주는 매년 혹은 반년마다, 또는 격년에 한 번씩 조사를 실시하기도 하고, 일부 주는 표본조사만을 실시하기도 한다.

가정보육모의 양성도 비공식적인 방법을 통해 이루어지는 것이 대부분이다. 다수가 고등학교 졸업자이며 공식적 교육이 거의 없다. 가정보육모의 면허와 관리 감독의 경우 민간에서 가정보육모 자격증을 관리 감독하는 경우가 있고 또 다른 방법은 주에서 관리하는 방식이다.

나. 헤드스타트 프로그램의 가정 내 양육지원 서비스

헤드스타트의 목적은 저소득 가정의 만 3-4세 유아를 대상으로 일정 연령대의 발달을 도와 이후 초등학교에 입학했을 경우 학업성취도를 높이고 가정의 기능을 증진시키기 위해 포괄적 서비스를 제공하는 것이다. 특히 1995년부터 시작된 초기 헤드스타트(early head start)의 경우 임신부터 출생 이후 만 3세까지의 영아와 부모에게 서비스를 확대하면서 가정을 기반으로 한 서비스가 이루어지고 있다. 초기헤드스타트는 많은 연구들이 조기 중재와 가정방문 프로그램을 통해 어린 영아와 가정에 중요한 장기적 효과를 줄 수 있다고 제안한 것에 착안하여 실시되었다. 가정방문 보육활동은 영아와 그 부모사이의 관계를 향상시키고 지지하기 위해 포괄적인 서비스

를 제공하는 것이다. 가정 방문을 통해 제공하는 서비스는 다음과 같은데, 첫째, 영아와 부모와의 상호작용관계를 유도한다. 둘째, 영아발달과정에서 부모의 훈육방법과 교육에 대해 학습하도록 한다. 셋째, 영아기 발달 단계에 관한 정보를 부모에게 제공하며 영아의 기질, 학습 성향, 흥미에 따라 개별화된 경험을 어떻게 주어야 하는지, 영아의 행동 관찰 방법에 대한 정보를 제공한다. 넷째, 아이양육과 관련한 정보제공 등, 다섯째, 장애아 전문가와 조기 중재프로그램 제공자와 강담하여 각 가정의 영아와 그의 가족에게 보조기구, 보조 의사소통 수단을 제공한다. 최근에 진행되는 뉴헤드스타트 프로그램은 포괄적인 양육지원을 목표로 하여 한부모 가정, 미혼모 가정, 취업가정, 위기가정 등 다양한 가정의 자녀와 부모를 위해 가정보육모와 양육전문가를 투입하여 가정에서 서비스를 받도록 하는 제도로 전화하였다.

지방자치제가 발달한 미국은 주에 따라 다양하게 가정 내 양육서비스를 제공하고 있다. 자유주의 원칙에 따라 모든 주에서 가정보육모제도를 실시하지는 않지만 가정보육모제도를 갖고 있는 주의 경우는 철저한 기준을 갖고 있다. 정부차원에서 지원하는 헤드스타트 프로그램은 저소득 가정을, 뉴헤드스타트 프로그램은 다양한 가정의 양육지원을 체계적으로 하고 있다고 할 수 있다.

2. 프랑스

가. 가정 내 양육지원 서비스

프랑스에서는 보편적으로 시설보육이 제공되지만 시설보육을 이용하기 어려운 경우, 또는 부모가 시설보육을 원하지 않는 경우, 가정 내 육아지원 서비스를 받을 수 있다.

〈표 6-3〉 0~6세 아동을 위한 보육서비스 종류

보육서비스종류	기관	대상연령
공공보육기관	crèche collective	만 3세 미만
	crèche parentale halte-garderie jardin d'enfant	0~6세
	crèche familiale	3~6세
가정보육모	가정보육모(assistante maternelle): 자신의 집에서 양육	0~6세
	부모에 의해 고용된 가정보육모(AFEAMA 수혜)	0~6세
방과 후 활동	centre de loisir(방과 후 여가센터)	3~6세
부모양육	부모가 직접 양육(APE 수혜)	0~6세
	부모에 의해 고용된 보육모(AGED 수혜)	

주: 오온진, 노대명(2009), 사회서비스여성일자리활동을 위한 정책과제Ⅱ:일자리 제도화, 한국여성정책연구원.

이는 자격을 갖춘 가정보육모가 2-3명의 유아들을 자신의 집에서 개별적으로 돌보는 형태이다.

가정 내 보육은 대개 기존 보육시설이나 모자 보건원 또는 사회복지관과 연계되어 운영되므로 규모는 작지만 자격을 인정받고 있다. 1992년 7월 12일 공포된 법에 의하면 가정보육모는 일정한 보수를 받으며 자신의 집에서 미성년자를 보육하는 자를 의미한다. 초기에는 보모, 탁아모로 불리어졌는데 1977년 법령에 의해 가정보육모(assistante maternelle)라는 공식적 명칭이 명시되었으며 유급휴가와 직업의 사회적 권리보장, 자격인증절차와 교육시간, 그리고 가정보육모의 역할과 기능에 대해 명시되어졌고 1992년 법령에 의해 전문직업인으로서의 위상을 갖게 되었다.

가정보육모의 고용방식은 크게 두 가지로 나눌 수 있는데 집 가까운 가정보육모의 집에 아이를 맡기는 방법과 가정보육모를 자신의 집에 고용하는 방식으로 이 두 경우 모두 양육지원수당과 관련한 지원금을 받을 수 있다¹⁶⁾.

16) 부모의 집에서 아동을 보육하는 사람은 assistante parentale이라고 한다. 이들은 보육뿐만 아니라 가사 도우미의 역할까지 하며, 무엇보다 프랑스어 사용 실력을 중요시 여긴다. 하지만, 특별히 공공기관의 인증을 받거나 의무 교육을 받지는 않으므로, assistante

나. 가정보육모 자격인증

프랑스 가정보육모가 되기 위해서는 경우 사·도 의회장의 인가를 받아야 활동할 수 있다. 각 도의 가정보육모의 관리를 담당하는 기관(PMI)에 등록 서류를 제출하게 되면, 약 3개월간의 처리 기간을 통해 자격인증의 여부를 통보받게 된다. 자격 인증을 받기 위해서는 우선 가정보육모 활동을 하고자 하는 지역에 거주하고, 건강 검진을 통해 보육에 적합한 건강 상태인지를 확인해야 하며, 영유아의 안전과 건강을 책임지고, 육체적, 지적, 감성적 발달을 도울 수 있다는 신뢰를 줄 수 있어야 하며, 보육하고자 하는 영유아의 수와 연령에 적합한 주거 환경을 보유하고 있어야 한다. 이를 확인하기 위하여, 서류 심사뿐만 아니라, PMI의 전문 인력들로 구성된 PMI의 인가 위원회와의 면담 및 주거 환경의 방문 확인들로 구성된다. 특히 면담을 통해서 영유아 보육을 위한 교육적 자질을 살펴보기도 하고, 외국인의 경우 프랑스어의 구사수준도 중요한 판단 기준으로 차지하는 한편, 부모들과의 의사 소통능력, 가정보육모로서의 책임과 역할에 대한 기초지식정도도 판단 기준이 된다. 또한 주거 환경의 경우, 위생과 안전 상태를 확인하고, 주거 환경 내 잠재된 위험 요소가 없는지도 자세히 살펴본다. 이렇게 평가된 내용들은 평가 서류를 구성하게 되고 이를 토대로 시도 의회장이 최종 결정을 내리게 된다. 심사를 통해 자격 승인을 받게 되면, "승인 후 모임"을 통해 가정보육모로 활동하기 위해 필요한 다양한 정보들을 제공받게 된다.

가정보육모의 자격을 시도 의회장으로부터 승인받았다고 할지라도, 즉시로 보육활동을 개시할 수 있는 것은 아니다. 보육활동을 위해 의무적인 교육을 받아야 하는데, 2007년 1월 이전에 승인받은 가정보육모는 5년간 총 60시간의 교육을 받고 최소 20시간을 이수하면 가정보육모로 활동할 수 있었지만 2007년 1월 이후 승인을 받은 가정보육모들은 교육이 강화되어 총

maternelle과는 구별이 된다고 할 수 있다. 한편, assistante parentale을 고용하는 경우에도 "개인고용주에 의한 고용 공동 협정"에 따른 절차를 통해 고용인의 권익을 보호하고 고용주는 보조 수당(AGED)을 받을 수 있다.

(http://www.study.com/formations_metiers/services/assistante_parentale.htm)

120시간의 교육을 받아야 하며, 이 중 최소 60시간을 받아야 보육활동을 시작할 수 있다. 그리고 이후 60시간의 교육은 보육활동을 하면서 2년 안에 이수하여야 한다. 만약 교육을 거부하게 되는 경우 보육활동을 시작할 수 없거나, 추가 교육을 받지 않는 경우, 자격 갱신을 할 수 없게 된다.

가정보육모로 활동하면서 교육을 받아야 하는 경우에는 도에서 직접 재정을 부담하는 공공보육기관에 아이들을 그 기간 동안 맡기거나 다른 가정 보육모가 임시로 아이들을 돌보도록 한다. 총 120시간의 교육의 주요 내용은 유아 욕구 및 발달 요소, 유아의 질환, 유아 개인 보육과 관련된 유아와 가족 관련 법적 제도적 범위, 전문 분야에 응용되는 IT지식, 일반적인 인력 조직 및 기능, 식품 영양학, 주거 생활 및 주거 내 사고 방지법들이다.

다. 가정 내 육아지원 서비스 관리체계

가정보육모와 직접적으로 관련되어 있는 관계기관은 실질적으로 가정보육모를 승인하고 관리하는 보건부 내 모자보건국(PMI)이다. RAM은 해당 지역에 가정보육모를 가정과 연계시키는 역할 뿐만 아니라 이들의 보수교육을 담당하고, 가정보육모가 담당하는 아동들이 활동하는 공간이 되기도 한다. 또한 CNAF(CNAF:Caisse Nationale des allocations familiales)에서는 가정보육모의 수당을 지급하고 있다.

PMI의 각 기관 중 가정보육모 담당 부서(Service des Assistantes maternelles)에서는 각 가정에서 등록 가정보육모의 리스트를 요구할 때 정보를 제공하고, 가정보육모 지원자를 관리하며, 승인 과정을 운영하는 역할을 한다. RAM이 없는 지역에서는 부모와 가정보육모간의 대화의 장을 열기도 하고, 이들의 가교 역할을 담당하기도 한다.

국가가족수당기금관리처인 CNAF(CNAF:Caisse Nationale des allocations familiales)는 보육관련 가족 수당을 담당하는 기관으로, 지역의 면 단위 소속 보육시설에 대한 재정지원을 담당하고 있다. 보육관련 가족수당으로는 AFEAMA(가정보육모 고용지원수당), AFED(가정내 보육수당), APE(부모

교육수당) 등 다양하며 가족수당의 지급은 각 지역별 가족수당회계창구 CAF(Caisse des allocations familiales)를 통해 지급되어 진다.

가정보육모 연계망(RAM:Relais d'Assistantes Maternelles)은 2007년 1월부터 업무를 시작하였고 부모와 가정보육모 간의 가교역할을 하는 기관이다. 이 기관은 각 지방자치단체에 의해 탄생되었으며 각 개인 가정보육모들에게 만남과 소통의 장소를 제공하기도 한다. 또한 다양한 활동들을 제안하여 보육의 질을 높이고, 가정보육모 보육 방식의 가치를 상승시키며, 가정보육모라는 직업을 전문화하는데 기여하고 있다. 각 연계망은 또한 법률적, 행정적, 교육적 최신 정보들을 취합 제공하는 역할도 담당한다. 부모들과 가정보육모들에게 각각의 의무와 권리를 상기시킨다. 또한 고용주와 고용인의 관계에서 문제가 발생하는 경우, 이를 중재 조정하는 역할도 한다. 한편, 가정보육모와 아이들을 위한 놀이마당, 발달 이플리에 등을 마련한다. 그리고 시의 다른 보육기관들과의 협력도 모색하여, 가정보육모가 아동 보육 분야에 자리를 잡을 수 있도록 노력한다. 그러나 가정보육 연계망은 관리 규제를 담당하지는 않으며, 가정보육모를 인가하고, 관리하며 유아들의 보건 관리를 담당하는 PMI과 협력을 통해 부차적인 업무를 보조하기도 한다(Guide petite enfance 08/09, p.16).

3. 스웨덴

스웨덴은 전적으로 아동 양육의 기본 책임을 부모와 국가가 공동으로 책임지고 있는 형태이다. 따라서 스웨덴의 보육제도는 중앙정부와 지방자치단체를 통해 이루어진다. 의회가 보육시설의 확충 및 재정 등에 관한 법률을 제정하지만 실질적인 업무는 보건복지부가 관장한다.

스웨덴의 보육서비스가 갖는 특징은 모든 아동과 부모가 보육서비스를 누릴 수 있는 보편주의적 성격을 띠며, 보호와 교육이 구분되지 않고 통합되어 있다. 하지만 스웨덴의 보육정책은 장기간 부여되는 육아휴직제나 부모보험, 특히 아버지에게도 적용되는 육아휴직제 등을 통하여 자녀양육에

대한 부모의 역할과 책임을 중요시 여긴다는 것이 큰 특징이라고 할 수 있겠다.

가. 스웨덴의 가정 내 육아지원서비스

스웨덴의 가정보육시설은 가정보육모가 1-12세 아동을 대상으로 보육하는 형태로 여러 가지 이유로 보육시설을 이용할 수 없는 경우에 이용한다. 가정보육은 보육기관이 가깝지 않은 부모들이 친척이나 이웃사람들에게 맡기던 것을 지방자치 단체에서 원조하면서부터 시작되었다.

가정보육모는 지방자치단체가 운영하는 기관에서 일정시간(90-120시간) 훈련을 받고 자신의 집에서 보육을 제공하는 자를 말한다. 가정보육모 유형은 세 가지 유형이 있는데 지방자치단체가 채용하여 보수를 주는 제도화된 가정보육모, 지방자치단체의 인가 후 감독을 받는 사립 가정보육모, 공적인 규제를 받지 않고 완전히 사적으로 일하는 가정보육모 등으로 나눌 수 있다. 현재 기관보육시설의 증가와 부모들의 기관보육에 대한 선호도 증가에 따라 감소하는 추세에 있다.

나. 가정 내 육아지원 서비스 관리체계

스웨덴의 공공보육은 사회민주주의형으로 의무교육 연한인 7세 이전까지의 어린이들에 대해 포괄적인 서비스를 제공한다. 스웨덴에서의 공공보육은 원칙적으로 어린이를 가진 모든 가족이 누릴 수 있는 권리이다. 따라서 개개 가족에서 부과되는 보육비용은 권리의 향유에 제한이 되지 않을 정도로 매우 낮으며 공공보육을 위한 제정은 대부분 공적재원에 의존하고 있다. 보육료의 수준, 부과방식의 결정은 전적으로 지방정부의 재량이다. 복지국가로 꼽히는 스웨덴에서는 보육을 초등학교처럼 공공의 책임으로 여긴다. 스웨덴은 공립 보육시설이 75%로 굉장히 높은 편이며, 사립시설 25% 중에서도 부모협동시설이 11%며, 기업이나 개인 운영시설은 10.8% 수준이다.

학교에 들어가기 전 1~5세의 아동 90%가 공립 보육시설 또는 민간보육시설에 다니며, 1세미만 아동은 육아휴직으로 부모가 양육한다.

1) 보육유형

① 공립보육시설

스웨덴에서 가장 전형적인 공립 보육시설은 종일제와 시간제기관 보육시설이다. 그밖에 가정 보육시설, 개방 유아학교, 레저타임센터가 있고 몇몇 지방자치단체에서 예외가 있긴 하지만 일반적으로 6세부터 취학 가능한 유치원도 일종의 공립 보육시설로 분류될 수 있다. 보육시설에 종사하는 보육교사는 양호교사, 유아교사, 레크리에이션 지도자, 가정탁아모 등 네 가지로 구분된다.

〈표 6-4〉 아동을 위한 보육서비스 종류

구분	운영형태 및 특징
기관보육시설	유아원이라고도 하며 일반적으로 종일 아동을 돌본다. 1-6세까지 아동을 대상으로 부모가 취업 또는 학업중인 경우 그리고 발달을 특별히 지원할 필요가 있는 아동인 경우 보통 월요일부터 금요일까지 오전 6시30분부터 오후 6시까지 연중 문을 연다.
시간제 유아집단	4-6세 아동을 대상으로 하여 대체로 15-20명 집단으로 운영되며 오전 또는 오후에 3시간의 보육서비스를 제공한다. 유아교사 1인과 아동양호교사, 관리자1인이 돌본다.
개방유아학교	가정에서 자녀를 돌보고 있는 부모와 그 자녀들의 교육을 지원하기 위하여 공공차원에서 법률적 지원과 보육교사의 채용이 이루어진다. 부모들은 다른 부모를 만날 수 있으며 보육교사로부터 조언을 들을 수 있다. 그리고 자녀들은 자기 가족 외에 다른 아동들을 만나 함께 지낼 수 있는 기회를 가질 수 있다.
공립가정보육 시설	1-12세 아동을 대상으로 하는 공립가정보육시설은 가정 탁아모를 지방자치단체가 고용한 것이다. 지방자치단체가 가정 탁아모에게 직접 임금을 주고 부모들은 지방자치단체에 비용을 지불한다. 스웨덴의 가정보육시설은 대부분 조직화된 가정 보육시설이라고 할 수 있다
레저 타임 센터와 레저클럽	부모가 취업·학업 중인 아동을 대상으로 아침, 방과 후 또는 휴일에 시간제로 운영한다. 연중 운영하며 운영시간은 부모의 요구에 따라 다양하며 학령기 아동을 위한 대표적인 보육시설이다.

② 민간보육시설

보육서비스에 대한 수요와 공급의 차이를 좁히려는 정부의 노력으로 최근 스웨덴에서는 민간 보육시설이 확대되고 있다. 민간보육시설의 가장 보편적인 형태는 민간가정보육시설이다. 가정 보육시설에서는 부모들이 직접 가정 탁아모에게 비용을 지불하며 이 경우에는 지방자치단체가 보육서비스의 질을 규제하지 않는다.

2) 스웨덴의 보육비용 부담

① 공립 보육시설 비용

스웨덴의 보육비용은 원칙적으로 공공기금에 의존하며 지방 자치 단체와 정부, 수익자 즉 부모가 분담한다. 개별가족이 부담하는 보육비용은 전체 보육비용의 10~15%로 지방에 따라 다르다. 그리고 부모의 소득수준과 자녀수에 따라 다르게 지불되어 낮은 소득 계층의 부모는 전혀 부담하지 않는 경우도 있다. 부모의 보육료 부담률은 기관 보육시설을 이용할 때보다 가정보육시설을 이용할 때 약간 더 높다. 중앙 정부와 지방자치 단체의 보육료 자금 출처는 다음과 같다

- 중앙정부 : 사회보장 보험의 일부로 아동보육부담금(child care charge)에서 충당하고 있음.
- 지방자치단체 : 개인과 기업에 부과된 지방세에서 보육비용을 충당하고 있음.

② 민간 보육시설 비용

보육시설의 직원봉급, 임대료, 창립 보조금을 중앙정부로부터 제공받는다. 그러나 공립 보육시설을 이용할 때보다 부모들이 보육료 부담률이 높아 상대적으로 불이익을 받기도 한다. 그래서 스웨덴에서는 가족이 보육료를 지불하지 못할 형편에 있을 때에는 보육료 부담액을 일정기간 대여 받을 수 있도록 하

고 있어 실제로 부모들의 보육료 부담은 크게 문제가 되지 않는다고 한다.

보육서비스에 대한 수요와 공급의 차이를 좁히려는 정부의 노력으로 최근 스웨덴에서는 민간 보육시설이 확대되고 있다. 스웨덴의 민간보육시설은 그것이 비영리 기관이나 부모협동체에 의해 운영될 경우 중앙 정부로부터 지원금이 제공되고 지방자치단체로부터 보조를 받는다. 지방자치단체로부터 받는 보조는 지방에 따라 다양해서 어떤 곳은 보육시설 착수금을 지원받기도 하고 어떤 지방에서는 장소를 빌리는 비용 또는 보육 지원금을 주기도 한다.

3) 양육지원정책의 유형

스웨덴의 가족지원정책은 가정에 자녀가 없는 시기부터 자녀를 양육하는 시기 등 생애주기별로 재원을 재분배할 수 있도록 고안되어 있다. 아동수당 정책은 자녀가 있는 가정 거의 모두에게 지원되는 정책이다. 1948년에 도입되었으며 자녀가 있는 가정과 없는 가정, 그리고 적은 수의 자녀를 둔 가정과 많은 수의 자녀를 둔 가정 사이에서 재원을 재분배하려는 목적을 가지고 있다.

① 육아휴직급여

출산으로 인한 육아휴직기간동안의 소득손실을 재정적으로 보상하려는 정책이다. 최근 육아 휴직기간을 부부가 50%씩 나누어 사용하는 것을 권장하고 있으며, 실제적으로 육아휴직신청자 중 85%를 여성이 그리고 15%를 남성이 차지하고 있다. 육아휴직급여는 2002년 이후에 출생한 자녀의 경우 480일 동안 주어지며, 부부 중 일방이 각자에게 주어진 240일의 육아 휴직일을 다른 배우자에게 양도할 수 있으나 적어도 60일을 육아 휴직기간으로 가져야 한다. 육아휴직은 자녀가 8살에 이르기 까지 혹은 자녀가 초등학교 1학년에 다닐 때까지 사용할 수 있다. 2002년 현재 육아휴직급여로 받을 수 있는 최대 액수는 월19,000크로나이다(원화로 약 2백 7십만 원).

② 병간호휴가

자녀를 돌보기 위해 혹은 아픈 자녀를 데리고 병원에 가기 위해 직장에 가지 못하고 집에 잠시 머무르는 부모에게 재정적인 보상을 제공하는데 그 목적이 있다. 자녀의 나이가 12세 이하인 경우에 받을 수 있으며, 병간호휴가에 따른 현금급여는 자녀 당 연간 60일 동안 지급된다. 병간호휴직급여로 1997년에는 소득의 75%를 지급하였으나, 1998년부터 소득의 80%를 지급하고 있다.

③ 아버지휴가

자녀를 출산하거나 입양하였을 때 아버지는 10일간의 아버지 휴가를 받을 수 있다. 2001년 7월부터 특정한 경우 아버지 대신에 제 3자가 사용할 수 있도록 하고 있다. 아버지 휴가는 자녀를 출산하거나 입양한 후 60일 이내에 사용해야 한다. 1998년 1월부터 아버지 휴가의 급여는 소득의 80%를 지급하도록 하고 있다.

④ 임신출산급부

임신 중에 태아에게 위험한 작업을 함으로써 일을 계속할 수 없을 때 소득의 손실을 보상해주는 정책이다. 임신 중에 육체적으로 힘든 일을 하는 경우, 임신출산급부로서 임신부는 출산 예정일 최대 2달 이전에 최대 50일에 대하여 현금 급여를 받을 수 있다. 또한 Work Environment Act에 따라 일을 할 수 없게 된 경우 일을 할 수 없게 된 날에 대하여 임신출산급부를 받을 수 있다. 1998년 1월부터 급여액으로 소득의 80%를 지급하고 있다.

이밖에 스웨덴의 자녀양육지원정책은 아동수당과 육아휴직정책을 기본적인 정책으로 하면서 취약계층 혹은 다자녀 가정 등 특별한 경우에 적용되는 정책을 추가적으로 제공하고 있는 형태이다. 2자녀 이상인 경우 다가족수당을, 부모 모두 혹은 한쪽이 사망한 경우 아동연금을, 이혼한 부모가 양

육비 지원에 곤란을 겪고 있는 경우 한부모 가족지원금을 제공한다. 또한 자녀가 병에 걸렸거나 장애가 있는 경우 추가적으로 아동보호수당을 지급한다. 이러한 수당들은 중복적인 측면이 없어 아동수당을 받는 상태에서 다른 수당들을 추가적으로 지급받을 수 있는 특징이 있다.

4. 일본¹⁷⁾

일본의 여성·가족 정책의 핵심은 보육정책으로 여성노동력을 확보하려는 노동정책과 어머니에 의한 아동양육을 강조하는 전통적인 동양적 정서에서 균형을 잡아왔다. 그러나 출산율 저하를 우리나라보다 앞서 경험하고 엔젤 플랜에서 차세대육성추진법에 이르는 일련의 양육지원정책을 수립했다는 점에서 참고할 만하다 할 수 있다.

일본의 경우 이미 수년 전부터 출산율 저하 원인을 분석하고 육아지원정책의 개발과 보육서비스의 대대적인 개선을 도모하고 있다. 육아지원정책으로는 영아보육확대, 연장보육, 일시보육, 24시간 보육, 방과 후 보육, 자녀·가정지원센터, 영유아 건강지원 일시보육서비스를 실시하고 있다. 이 중에서 본 절에서는 대인돌봄서비스라 할 수 있는 가정 내 육아지원 서비스 부분만을 소개하고자 한다.

가. 가정 내 육아지원서비스

일본은 저출산 대책으로 차세대육성추진법을 제정하고, 관련법에 따라 가정 내 육아지원서비스를 “패밀리서포트센터”를 통하여 지원하고 있다. 현재 시도 현 뿐 아니라 시정촌에 460개의 센터를 설치하고 민간위탁 또는 직영의 형태로 운영한다. 특히 육아종합센터나 자녀·가정지원센터를 두고 가정지원통합서비스를 제공함과 동시에 산하 기관으로 패밀리서포트센터를

17) 여성가족부(2006), 「가정 내 육아지원서비스 제공 방안 마련을 위한 연구」 중 주요 국가동향에서 일본사례 중 일부를 발췌하여 수정하였음.

운영하고, 가족협력원(아이돌보미)을 교육하여 가정 내 육아지원서비스를 받고자 하는 가정에 파견하고 있다.

① 지방자치에 근거한 가정 내 육아지원서비스제도

지방자치단체는 관련법에 의해 중장기 가정-육아지원정책을 실행하기 위한 조례 제정 및 정책 개발을 하고 있다. 특히 가족협력원을 파견하기 위해 관련 조례에서 업무의 정의, 역할, 계약 등에 대해 자세하게 규정하고 있다. 즉 지방자치단체별로 다양한 조례와 정책을 가질 수 있으며 가정 내 육아지원서비스제도 역시 근거법을 중심으로 다양한 방식으로 재정지원과 가정 보육모와 위탁센터를 관리하고 있다.

② 가정 보육모 제도

가정 보육모 제도는 지방자치단체에 의한 “기타의 적절한 보호”의 일환으로써 인가보육소의 보육을 보충하는 역할을 하고 있다. 가족협력원을 통한 가정 내 육아지원서비스 이용 자녀는 출산휴가 종료 후인 생후 6~8주간 동안에 과반수 이상이 요청하고 있다. 출산도우미로서 파견될 경우에는 국가의 지원을 받고 일부는 가정에서 지출하도록 되어 있다. 가정보육모는 시정촌장의 인정을 받은 보육사 또는 간호사의 자격을 가진 자로 가정보육모 자신의 집에서 3인 이하의 아동(가정 보육모가 보조자를 고용하여 2명이 보육하는 경우에는 5인 이하) 보육한다. 가정보육모는 시정촌장과 위탁계약을 체결하고, 연계를 도모할 보육소 등을 지정을 받고, 해당 연계보육소에 성명 등을 등록해야 한다. 아직까지 채우는 열악하지만 일부 지방자치 단체는 가정보육모에게 유급휴가, 보조자 등을 지원하고 있다.

③ 관리체계(family support center)

지역에서 양육 지원을 제공하고 싶은 사람과 제공받고 싶은 사람이 회원이 되어, 양육에 대하여 서로 돕는 회원조직으로 이는 일하는 사람들에게

일과 양육의 양립을 지원하는 것을 목적으로 한다.

- 주요사업 : 보육시설까지 배움, 보육시설 운영시간 전·후의 아동양육, 방과 후 보육 이후의 양육, 방학동안의 양육, 보호자 등이 질병이나 급한 용무가 있을 때 아동을 맡아 준다.
- 이용방법 : 일단 접수를 하여야 하며 의뢰회원이나 제공회원은 모두 가족지원센터의 구조와 규칙을 이해하기 위한 단기교육을 받는다. 제공회원은 아동양육에 관한 지식을 습득하기 위한 강습을 받은 후에 활동하게 되는데 강습내용은 자녀의 심리, 아동의 신체와 병, 아동의 안전과 응급처치, 상호원조활동 등에 관한 것 등이며, 또한 의뢰회원과 제공회원은 처음에는 반드시 면접하여야 하며 이 후에 서비스 이용 및 제공이 가능하다.
- 서비스 제공 장소 : 아동을 맡는 장소는 제공회원의 자택을 원칙으로 하지만 서로의 협의 하에 이용자의 자신 집도 가능하고 이 역시 서로 협의하게 된다.
- 서비스 이용료: 지역마다 차이가 나는 것은 일본의 지방자치단체의 특성 때문이다. 오사카의 경우는 공시된 일반 시간 이용의 경우는 시간당 800엔, 저녁 8시 이후나 오전 7시 이전, 휴일, 연말연시, 아이가 아플 때 등에는 1000엔을 지불해야 한다. 그러나 국가지원을 받아야 하는 특별한 가정은 이용료를 지방자치단체가 지원하여 무료로 이용가능하다. 비용을 받는 주체는 당사자 간에 주고받음으로써 이용료로 인한 잡음은 없다. 특히 학대 아동이나 상담대상이 되는 가정의 경우에는 전문적인 가족평가요원들이 개입하고 자격증을 가진 전문가를 파견하고 지방정부가 그 비용을 지불한다(국문사시, 2006).

5. 시사점

앞서 제시한 국가 별 가족정책유형(표 2참조)에 따라 미국, 프랑스, 스웨덴, 일본의 가정 내 육아지원서비스 체계를 개괄적이거나 확인해 보았다.

미국은 헤드스타트(Head Start) 프로그램을 진행하면서 요보호가 필요한 계층에게 보육, 교육, 건강, 가족지원 등 패키지 형식의 사회복지서비스를 제공하고 있다. 특히 아동, 학부모, 가족 등 가족을 구성하는 대상 모두에게 전방위적 사회복지서비스를 제공하기 때문에 시너지 효과를 기대할 수 있도록 설계되어 있다. 그러나 이 서비스는 보편서비스라기 보다는 저소득층, 한부모, 미혼모 등 “요보호”를 필요로 하는 계층을 대상으로 이들의 사회서비스에 대한 욕구, 사회적 배제, 양극화 문제를 해결하기 위해 제공되고 있다. 따라서 ‘요보호’대상 외의 집단에 대한 양육지원서비스는 시장에서 해결하기를 원하는 시장주의적 방식을 고수하고 있다. 이에 반해서 프랑스의 경우는 일반가정에게도 양육지원 서비스를 제공하여 국가와 가정이 공동책임을 지는 가족화와 탈가족화 병행의 형태를 보인다. 보육시설과 가정보육모 제도의 체계화를 통해 가정에 양육서비스를 제공함으로써 여성의 노동권을 보장하고 가정 내 보육수당을 제공하여 부모가 양육도움을 고용할 수 있도록 하고 있다. 스웨덴의 경우는 프랑스의 경우보다 아동양육 및 육아서비스의 대한 책임을 국가가 더 의무화하는 경향을 보이며, 남녀 불문하고 부모의 경우, 노동권과 부모권을 모두 양립할 수 있는 형태로 가족정책을 체계화하였다. 프랑스와 스웨덴의 경우, 가족정책에서 ‘요보호’가정을 대상으로 사회복지서비스를 제공하는 것이 아닌, 전체 국민을 대상으로 여성의 노동권과 부모권을 보호하기 위한 사회적 장치를 마련하고 있다고 볼 수 있다. 따라서 이들 국가들은 사회서비스를 시장화하기 보다는 국가가 서비스 제공인력 양성을 인증하고 이들을 사회복지제도 내에서 활용가능하도록 설계되어 있다. 일본의 경우는 우리나라와 상당부분 유사하다. 가족정책 중 돌봄의 완전한 사회화를 지향하고 있지는 못하지만 여성들의 노동권 유지를 위해 돌봄의 사각지대 가정에게 개별 돌봄서비스를 제공하는 방식으로 사업을 운영하고 있다.

결과적으로 여성·가족 대상의 사회복지서비스의 최저수준은 국가가 가족 내 돌봄서비스의 사회화를 어느 계층까지 지원할 것인가에 대한 합의수준에 달려 있다고 할 수 있으며 종류도 사회화의 범위 여부에 따라 ‘요보호

계층·대상 일시, 긴급 서비스에서부터 교육, 가족지원에 이르는 전방위적인 패키지 형식까지 어떤 것을 선택할 것인가가 결정되어야 한다.

제3절 국내 여성·가족 돌봄서비스 현황

여성·가족 대상 사회복지서비스의 범위는 모두에서 설명한 바와 같이 개념을 규정하기에 따라 양육과 노인돌봄을 아우르는 광의의 범위가 될 수도 있으나 개인이 가진 특성에 한정하여 여성과 가족만을 대상으로 하는 대인 서비스로 협의로 해석한다면 가정 내 지원중심의 대인돌봄서비스로 사업의 규모와 내용은 상당히 제한적이다. 본 절은 중앙정부 수준에서 여성·가족을 대상으로 제공하는 사회서비스 내용인 산모신생아 도우미와 아이돌보미 사업의 제공현황과 요보호 대상 중 다문화가족 지원 사업 내 대인사회복지서비스의 정책사업에 대해 기술하고자 한다. 범위는 가정 내 파견서비스를 중심으로 대인돌봄에 한정하지만 돌봄과 교육의 경계가 모호한 양육지원사업의 경우 돌봄의 범위에 포함하여 기술하고자 한다.

본 절에서는 국내에서 제공되는 대인돌봄서비스의 제도와 현황을 통해 현재 제공되고 있는 서비스의 범위 및 수준 그리고 물량을 확인해 보고자 한다. 서비스 제공 범위는 계층을 범주화한 것으로, 수준은 서비스 제공 인력 관리, 그리고 물량은 제공받은 서비스 이용자 가구 수를 중심으로 확인해 보고자 한다. 〈표 6-5〉에 따르면 산모신생아 도우미사업과 아이돌보미사업의 서비스 수혜계층 범위를 설정하고 있다. 전국가구 평균 소득을 중심으로 산모신생아 도우미의 경우 50%이하, 아이돌보미의 경우 100%미만을 대상집단으로 규명한 후 집단 내의 소득규모에 따라 자부담률을 정하는 방식으로 서비스를 제공하고 있다. 이 두 사업의 경우도 해당 계층의 구분이 상이하며 자부담에 대한 비율도 일정하지 않다. 최저수준의 사회복지서비스에 대한 개념과 범위가 각 사업마다 다르게 적용된 경우라 할 수 있겠다. 각 사업 별 현황을 구체적으로 살펴보면서 최저수준의 사회복지서비스 설정의 방향성에 대해 논의해 보고자 한다.

〈표 6-5〉 산모·신생아·아이돌보미 사업 제도 현황(2010년 기준)

사업 유형	구분	대상	서비스 가격 및 자기부담	기능	지원 가구 수*	예산액 (국고)
바우처	산모·신생아·도우미 서비스	전국평균 가구소득의 50% 이하의 산모 및 신생아	- 단태아의 경우 전국가구평균소득의 40% 초과인 경우 가격 642,000원에 본인부담 92,000원	일시적인 과부담에 대한 정부 응급지원	58,698 가구	325억 (245억)
직접 재정 지원	아이돌보미 서비스	전국가구 평균소득 100% 이하, 0세(3개월이상) ~만 12세 아동이 있는 이용 희망가정	- 전국가구평균소득의 50% 이하(이용요금 80%지원)/전국가구평균소득의 50%~100% (이용요금 20% 지원) - 기본가격: 시간당 5,000원(주말, 심야 6,000원)	긴급·일시적으로 필요한 아이돌보미 서비스가 필요한 가구에 응급 지원	99,163 가구	308억 (197억)

주: (*) 지원가구수는 2009년 기준임.

자료: 보건복지가족부(2010), 2010년도 산모·신생아도우미 지원사업 안내, 여성가족부(2010), 아이돌보미 지원사업 안내, 국민일보(2010.08.15)

1. 산모·신생아 돌보미 사업의 내용과 현황

가. 사업 내용

산모·신생아도우미 지원사업은 출산 가정에 산모·신생아도우미의 가정방문 서비스를 통해 산모 및 신생아의 건강관리 및 출산가정의 경제적 부담을 완화하기 위해 도입된 서비스로 2006년 4월 사업지침을 확정하여 최저생계비 130% 이하 둘째아 출산가정에 서비스를 지원하기 시작했고, 2006년 6월에는 최저생계비 130% 이하 출산가정으로 지원 대상을 확대하였다. 그러나 이후 지원 대상 기준을 축소하여 2006년 10월에는 도시근로자가구 월평균 소득 60% 이하, 2007년 12월에는 전국가구평균소득 65% 이하로 조정하였고, 2008년 7월에는 전국가구평균소득 50% 이하의 출산 가정으로 조정하였다.

서비스 대상자 선정은 출산가정의 소득 및 재산을 고려하여 선정하는데,

소득기준은 가구 소득이 전국가구 월평균소득¹⁸⁾의 50% 이하를 충족시켜야 하며, 재산기준은 차량 배기량과 평가액 기준으로 선정한다.

서비스 대상자는 산모의 산후 건강관리 및 신생아 관리를 위한 가정방문 도우미 서비스를 받을 수 있는 서비스 이용권(Voucher)을 지급받게 되는 데, 서비스 가격은 다음 <표 6-6> 과 같다. 지원된 바우처로 2주 12일간의 서비스가 가능하나 쌍생아 출산가정의 경우 3주, 3태아 이상 및 출산가정 및 중증장애인(장애등급 2급 이상) 산모는 4주이용이 가능하다. 또한 지원된 바우처를 신청일로부터 90일 이내에 사용(종료)하지 않는 경우(단, 출산 후 30일 이내 서비스 미개시자 지원불가)는 지원자격상실로 서비스가 중지된다.

<표 6-6> 산모·신생아도우미 서비스 가격

구 분	총 구매력 (A=B+C)	소 득	유 형	바우처 지원액(B)	본인 부담금(C)	서비스 제공기간
단태아 (A형)	642,000원 (53,500원/일)	전국가구평균소득 40%초과~50%이하	A-가형	550,000원	92,000원	2주 (12일)
		전국가구평균소득 40%이하	A-나형	596,000원	46,000원	
쌍생아 (B형)	1,180,000원 (65,556원/일)	전국가구평균소득 40%초과~50%이하	B-가형	1,088,000원	92,000원	3주 (18일)
		전국가구평균소득 40%이하	B-나형	1,134,000원	46,000원	
삼태아 이상, 중증장애인 산모 (C형)	1,747,000원 (72,792원/일)	전국가구평균소득 40%초과~50%이하	C-가형	1,655,000원	92,000원	4주 (24일)
		전국가구평균소득 40%이하	C-나형	1,701,000원	46,000원	

자료: 보건복지가족부(2010), 2010년도 산모·신생아도우미 지원사업 안내

서비스 이용시간은 월~금요일(09:00~17:00), 토요일(09:00~13:00)이며, 서비스 제공계획 수립시 산모의 요청에 의해 서비스 시간 및 요일 조정이 가능하다.

18) 4인 기준으로 전국가구평균소득은 3,913,000원이며, 전국가구평균소득의 50%는 1,956,000원이다(2010년도 산모·신생아도우미 지원사업 안내).

이용할 수 있는 서비스로는 산모의 영양관리(산모 식사), 유방관리, 산후체조, 좌욕, 산모·신생아 관련 세탁물 관리, 산모·신생아 방청소, 신생아 돌보기(목욕, 제대관리) 보조, 신생아 건강관리 및 기본 예방접종 안내, 감염예방·관리, 큰아기 돌보기, 저녁식사 상차림, 산후조리와 관련한 산모의 요청사항(출산과 산모·신생아 관련), 산모에 대한 정신적 안정 및 정서적 지지 등이다.

서비스 대상자는 전국가구 월평균소득 50% 이하의 출산가정으로 출산(예정)일 전 60일 또는 후 30일 이내에 있는 산모가 이용할 수 있다. 임신 후 만 4개월 이상 경과한 경우에는 사산과 유산도 포함되며, 소득·재산 등이 기준을 초과하더라도 산모 및 신생아의 건강관리가 필요하다고 보건소장이 판단한 경우(장애아, 희귀난치성질환자, 한부모가정, 여성장애인 산모, 결혼이민자 가정, 셋째아 이상 출산 가정, 실직된 임신·일용직 가정, 휴·폐업한 영세자영업자 등)는 지원이 가능하다. 그러나 해산급여대상자나 민관협약사업¹⁹⁾에 의해 서비스를 받고 있는 가구는 서비스 대상에서 제외된다.

2006년 본 사업을 시작할 때 지원대상자는 12,964명이었으며, 2009년 현재는 58,698명으로 집계되고 있다. 지원예산은 매년 증액되고 있고, 전체 지원대상자 수는 증가하고 있으나 지원 대상기준은 2006년을 제외하고는 축소되고 있으며, 2007년과 2008년은 연중에 지원기준이 축소·변경되기도 하였다.

〈표 6-7〉 연도별 산모·신생아도우미 지원현황

(단위: 천원, 가구)

구분	2006년	2007년	2008년	2009년
지원금액*	5,100,000	20,300,000	23,815,117	34,000,000
지원가구수	12,964	36,883	41,393	58,698
지원대상	최저생계비 130%이하 ↓ 도시근로자가구 월평균소득 60%이하	도시근로자가구 월평균소득60%이하 ↓ 전국가구평균소득 65%이하	전국가구평균소득 65%이하 ↓ 전국가구평균소득 50%이하	전국가구월평균소득 50%이하

*자료: 보건복지가족부 전자사업바우처 통계자료: <http://www.socialservice.or.kr>(’06년 및 ’07년은 사업지침상 금액임.)

19) 2006년 6월 12일 산모도우미 지원에 대한 민관협약사업을 체결하여 삼성생명 비추미 산모사랑 봉사단에서 산모도우미 서비스를 지원하고 있다.

나. 인력양성체계

산모·신생아도우미의 연간 소요인원은 2009년 기준으로 2,258명으로 추정하고 있다. 자격은 신체 건강하고 정신상태 양호한 자로서 서비스 제공 전 반드시 소정의 교육을 이수하여 산모와 신생아 건강관리에 대한 지식을 확보하도록 하고 있다.

교육과정은 신규자와 경력자로 나뉘지는데, 신규자는 기본과정 40시간(강의 20시간, 실기 20시간), 심화과정 40시간(강의 10시간, 실기 30시간)의 교육을 받아야 하고, 경력자는 40시간의 경력자과정 교육을 받으면 된다. 신규자 심화교육과 경력자 교육은 공통과정으로 운영되고 있다. 또한 업무에 필요한 지식과 능력을 유지·개발하기 위해 매년 8시간의 보수교육을 실시하도록 하고 있다. 산모·신생아도우미 신규자 기본과정과 심화교육 및 경력자 교육 과정에 대한 세부 교육내용은 다음 <표 6-8> 과 같다.

<표 6-8> 산모·신생아도우미 교육과정 개요

교육과정	대상구분	교육과정	비 고
신규자 교육	사업 참여 예정자	기본과정 40시간	사업 참여 이전에 교육 이수
		심화과정 40시간	기본과정 이수 후 6개월 이내 교육 이수
경력자 교육	2년이내에 500시간 이상 산모신생아도우미 사업에 참여자	경력자과정 40시간	경력증명서는 서비스 제공기관 장의 확인으로 가능 (참여기간과 시간 명시필요)
	국고 지원을 받는 산모신생아도우미 과정 40시간 이수자(한국산업인력공단, 지자체 등)		
보수 교육	신규자 교육(기본, 심화) 또는 경력자 교육 수료 후 1년 이상 경과자	보수과정 8시간	업무에 필요한 지식과 능력을 유지·개발하기 위하여 매년 8시간의 보수교육 실시 ※ 제공기관 자체계획에 따라 실시

〈표 6-9〉 산모·신생아도우미 신규 및 심화·경력자 기본과정

신규자 기본과정(교육시간 : 40시간)		심화·경력자 기본과정(교육시간 : 40시간)	
1	사회복지제도와 서비스	1	사회복지제도 및 사회서비스 동향과 전망
2	건강과 돌봄의 이해	2	건강과 돌봄의 이해
3	역할과 인권	3	산모신생아도우미의 역할과 직업윤리
4	산모, 신생아 및 가족에 대한 기초 지식	4	산모, 신생아 및 가족에 대한 지식
5	산모신생아 돌봄 실기	5	산모, 신생아 돌봄 실기
6	의사소통	6	의사소통
7	안전	7	안전
8	가사 및 일상생활 지원	8	업무 기록 및 보고
9	업무 기록 및 보고	9	현장 사례별 문제인식 및 해결방안 모색

교육기관은 산모신생아도우미 및 사회서비스 등 관련 교육능력과 경험이 있는 공공기관 및 비영리 단체, 보건복지부 산모신생아도우미 사업에 참여하고 있는 기관으로서 교육운영에 필요한 시설, 강사, 학습교구 등을 갖춘 곳이 교육기관으로 운용된다.

2. 아이돌보미 사업

가. 사업 내용 및 이용자 현황

아이돌보미 지원사업은 양육자가 야근, 출장, 질병 등으로 일시적이고 긴급한 돌봄이 필요할 때, 해당 가정에 아이돌보미 서비스를 제공함으로써 시설보육의 사각지대를 해소하여 아동의 안전한 보호 및 가족의 아동양육 부담을 경감시키는데 1차적 목적이 있으며, 아울러 저소득 중장년 여성들에게 아이돌보미 교육을 통한 양육 전문가를 양성하여 일자리를 제공하는 일석 이조의 목적을 지닌 사업이라 볼 수 있다. 사업 초기 여성가족부와 지방정부가 추진하였고, 보건복지부로 이관되었다 여성부가 2010년에 여성가족부

로 개편됨에 따라 다시 여성가족부에서 관장하고 있게 되었다. 사업은 초기와 마찬가지로 건강가정지원센터 등이 위탁 받아 추진하고 있다.

2006년 천안, 울산, 여수, 부산 4개 지역 건강가정지원센터에서 시범 운영하여 맞벌이, 한부모, 조손가정 등에서 수요를 필요로 한다는 것을 확인하였고, 2007년부터는 38개 지역에서 본격 추진하였고, 2008년에는 65개 지역, 2009년에는 232개 지역으로 대폭 확대하여 접근성을 높이고 있으며 2008년에는 전국적으로 약 3만가구가 이 서비스를 이용한 것으로 나타났다.²⁰⁾ 이러한 시장수요를 반영하여 건강가정지원센터에서는 양육돌보미 보다 한 차원 전문성을 지닌 학습돌보미를 파견하고 있다.

사업 운영 방식은 다른 정부의 돌봄서비스사업과는 다르게 바우처(voucher)방식이 아니라 정부재정지원 사업의 형태로 재원을 해당 센터마다 나누어 분배하며 이를 소진하는 방식으로 운영된다. 아이돌보미 서비스 제공 절차는 대상 아동 양육가정의 가구원이 사업기관에 아이돌보미 서비스 신청을 하면 사업기관에서 가정의 소득 및 가구원 수를 확인한 후 아이돌보미 담당자가 방문·상담 조사를 실시한다. 조사 후 서비스 대상으로 선정된 가정은 사업기관 담당자에게 서비스를 신청한 뒤 사업 개시일 1일 전까지 본인부담액을 사업기관 계좌로 선 입금하면 기관에서 예약 가정 선착순으로 아이돌보미를 파견하게 된다. 다만, 예약가정이 동시에 서비스를 신청하거나 예산이 소진 되었을 시 서비스 연계원칙에 따라 국민기초생활보장법에 따른 수급자, 한 부모 가족지원법 규정에 의한 보호대상자의 자녀, 국민기초생활보장법에 의한 차 상위 계층의 자녀 등의 순으로 지원 순위를 결정하여 서비스를 제공한다. 서비스 제공기간동안 기관에서는 당월 서비스 이용자를 대상으로 방문 또는 전화로 월 1회 모니터링을 실시하여 기관의 만족도와, 돌보미 만족도, 서비스 불편사항 등을 수시로 점검한다.

서비스 대상자는 전국가구 소득 평균 100% 이하이면서 0세(3개월 이상)~만 12세 아동이 있는 이용희망 가정으로 월 40시간, 연간 480시간 이내에

20) 2008년에 3만 가구가 이용하였고 그 만족도가 높아 2009년에는 초등학교 저학년 학습지원 등을 위한 학습도우미를 파견하고 있다(보건복지가족부, 2009년 3월 25일자 보도자료).

서 서비스를 지원받을 수 있다. 전국가구 소득 평균 50% 이하인 가정(가형)은 이용요금의 80%를 지원받고, 50%~100%인 가정(나형)은 이용요금의 20%를 지원받을 수 있다. 전국가구 평균소득 100%이상에 해당하는 '다'형의 경우, 0세(3개월 이상)~12세 아동이 있는 이용 희망 가정에서 돌보미 이용비를 전액 자부담으로 하여 필요한 시간만큼 이용 가능하다²¹⁾.

〈표 6-10〉 이용료 지원액 및 본인부담금

(단위: 원)

구분		이용요금(1시간당)		
유형	소득 기준	이용단가	정부지원	본인부담
가형	50% 이하(이용요금 80%지원)	5,000원	4,000원	1,000원
나형	50%~100% (이용요금 20% 지원)	5,000원	1,000원	4,000원

자료: 여성가족부(2010), 아이돌보미 지원사업 안내

서비스 이용요금은 〈표 6-11〉 과 같이 아동의 수와 시간 등에 따라서 달라진다. 가나형의 경우에는 주간·심야·주말 간 요금 차이가 없으며 3자녀 이상의 경우 아이돌보미 2명이 파견된다. 아이돌보미 한명이 돌볼 수 있는 최대 아동 수는 3명으로 제한하며, 연계 장소는 이용가정이 주연계 장소이며 아이돌보미 가정의 아이가 1명 이하면 이용자와의 합의에 따라 돌보미 가정에서도 돌볼 수 있으며, 육아정보나눔터 등의 이용도 가능하다(보건복지부, 2009).

21) 가나다형 서비스 대상자 여부 확인은 건강보험카드 및 건강보험료 납부 영수증 혹은 고지서 사본(월급 명세서 또는 납부 확인서도 가능)을 통해 확인되며, 가형의 경우 행정기관에서 적용하고 있는 차상위계층 증명서, 한부모가정증명서 등도 포함된다.

〈표 6-11〉 아이돌보미 서비스 이용요금

(단위: 원)

아동수	가형		나형		다형			
					주간		심야 및 주말	
	기본요금 (2시간)	추가 (시간당)	기본요금 (2시간)	추가 (시간당)	기본요금 (2시간)	추가 시간당	기본요금 (2시간)	추가 시간당
1명	2,000	500	8,000	3,000	10,000	5,000	12,000	6,000
2명	3,000	700	12,000	4,500	15,000	7,500	18,000	9,000
3명	4,500	1,100	18,000	6,700	22,500	11,200	27,000	13,500
4명	6,000	1,500	24,000	9,000	30,000	15,000	36,000	18,000
5명	7,500	1,800	30,000	11,200	37,500	18,700	45,000	22,500
6명	9,000	2,200	36,000	13,500	45,000	22,500	54,000	27,000

* 가형: 전국가구 평균 소득 50% 이하(이용요금 80% 지원)

** 나형: 전국가구 평균 소득 100% 이하(이용요금 20% 지원)

*** 다형: 전국가구 평균 소득 100% 초과(전액 이용자 부담)

주: 1) 심야·주말 이용시 할증요금은 본인부담(여성가족부, 2010년, 6월1일.)

2) 추가시간당 추가요금의 100%본인부담(여성가족부, 2010년, 6월1일.)

아이돌보미에는 양육 돌보미와 학습돌보미가 있는데, 양육 돌보미의 업무는 부모가 올 때까지 임시 보육, 놀이 활동, 간단한 급·간식서비스, 보육 시설 및 학교 등·하원, 안전·신변보호 처리 등이며, 가사활동은 제외된다. 학습 돌보미는 숙제점검, 예·복습 관리, 준비물 보조 등 아동의 학습보조를 하며, 공통적으로 아동의 건강관리 및 응급조치 등의 역할을 수행한다.

2008년 보건복지가족백서에 따르면 아이돌보미 서비스를 이용한 가정은 30,522가정이었으며, 이 중 47.42%가 가형, 39%가 나형, 그리고 전액 자 부담 가정인 다형 가정도 전체의 13.67%를 차지하였다. 또한 전체 서비스 연계 건수는 280,141건에 이르며, 가형이 53.58%, 나형이 35.14%, 다형이 11.29%였다.

〈표 6-12〉 아이돌보미 이용신청 및 연계 현황

(단위: 개소, %)

	연계 가정				연계 건수			
	가형	나형	다형	계	가형	나형	다형	계
연계가정수/ 연계건수	14,457	11,898	4,167	30,522	150,086	98,443	31,612	280,141
비율	47.42	39.01	13.67	100	53.58	35.14	11.29	100

자료: 보건복지가족부, 2009년 3월 25일 보도자료

보건복지부가 2009년에 아이돌보미 서비스를 제공할 대상으로 계획하는 아동 수는 전국 3,384,542명으로 경기도가 877,163명으로 전체의 25.92%를 차지하였고, 그 다음으로는 서울 633,301명(18.71%), 경상남도 225,044명(6.65%), 부산이 205,772명(6.08%) 등의 순이었다(보건복지부, 2009).

아이돌보미 이용가정 현황을 보면 맞벌이 가족인 경우가 46.4%로 가장 높은 비율을 차지하였고, 한부모 가정이 13.1%를 차지하여 아동의 주 양육자 부재로 인한 서비스 이용신청이 많음을 알 수 있다. 비 취업주부가 아이돌보미를 이용하고 있는 비율 역시 35.5%로 나타나 맞벌이 부부가 아니라도 ‘아이돌보미’ 서비스를 이용하고자 하는 수요자 욕구가 있음을 확인할 수 있다. 이는 <표 6-13> 에서도 확인할 수 있는데 직장근무로 인해 아이돌보미 이용을 한 경우가 66.5%로 가장 많은 비율을 차지하여 맞벌이 가정에서 이들에 대한 욕구가 절대적으로 높음을 확인할 수 있었다. 그 외 결혼이민자 가족이 서비스를 이용한 경우가 1.97%, 장애인 가족이 1.91%, 조손가족의 경우가 0.3% 등인 것으로 나타났다.

<표 6-13> 아이돌보미 이용 가정 현황

(단위: 가정, %)

가정 유형	한부모	맞벌이 가족	장애인 가족	조손가족	결혼이민자 가족	비취업 주부가족 (일반가정)	기타	계
이용가정수	3,930	13,910	573	89	592	10,637	267	29,998
비율	13.10	46.37	1.91	0.30	1.97	35.45	0.89	100
이용건수	42,511	141,380	6,823	824	5,274	80,512	2,817	280,141
비율	15.18	50.47	2.44	0.29	1.88	28.73	100	100

자료: 보건복지부, 2009년 3월 25일 보도자료

<표 6-14> 이용 사유별 현황

(단위: 수, %)

	직장 근무	교육 참여	병원 치료	여가 활동	산후 후유증	집안 행사	자녀 양육부담	기타	계
이용건수	186,355	19,660	13,120	8,308	3,376	2,337	37,390	9,595	280,141
비율	66.53	7.02	4.68	2.97	1.21	0.83	13.34	3.43	100

자료: 보건복지부, 2009년 3월 25일 보도자료

아이돌보미 서비스를 이용 아동들의 연령을 살펴보면, 만 6~8세가 가장 많았고, 그 다음이 만 1세, 12개월 이하, 만 2세, 만 3세 등의 순서였으며, 만 9~12세 아동이 가장 낮은 비율을 차지하였다.

〈표 6-15〉 이용아동연령 현황

(단위: 명, %)

	12개월 이하	만1세	만2세	만3세	만4세	만5세	만6-8세	만9-12세	계
아동수	61,860	63,397	49,021	40,311	37,863	34,451	70,055	21,229	378,169
비율	16.36	16.76	12.96	10.66	10.01	9.11	18.53	5.61	100

자료: 보건복지부, 2009년 3월 25일 보도자료

나. 아이돌보미 양성체계

아이돌보미 양성교육과정 내용은 아래와 같으며, 양성교육 이수 후 6개월 이내 50시간(주말·공휴일, 심야에 20시간 활동은 필수)은 의무적으로 활동하여야 한다. 아이돌보미로 활동하면서 매달 월례회와 보수교육을 통해 사례를 나누고 아이돌보미의 서비스 향상을 위하여 보수 교육을 받을 수 있도록 관리하였다. 특히, 보수교육의 경우 격월 1회(2~4시간) 진행되는데, 전체 보수 교육 중 4회 이상 반드시 참석하여야 하며, 보수교육 2회 이상 불참 시 돌보미 활동이 중지되며 보수교육 불참으로 인해 활동이 중지된 도우미가 활동을 재개하고자 할 때는 신규양성교육의 50%를 다시 이수하도록 규정하고 있다.

〈표 6-16〉 아이돌보미 양성교육과정

회기	교육내용	시간
1회	아이돌보미의 역할과 기본업무 및 서비스 기본예절	2
2회	돌봄 아동과의 관계형성을 위한 아이돌보미의 자세	2
3회	아동인권과 권익보호	1
4회	MBTI 검사 및 지표설명	2

회기	교육내용				시간
5회	MBTI를 통한 성격의 이해	○			"
6회	다양한 가족에 대한 이해	○			"
7회	다문화 가족의 이해(신규)	○			"
8회	다문화 가족 자녀의 이해(신규)	○			"
9회	영아기, 유아기, 학동기 발달의 이해(1)		○		"
10회	영아기, 유아기, 학동기 발달의 이해(2)		○		"
11회	문제행동의 발견	○			"
12회	가정에서의 안전 및 건강관리	○			"
13회	가정에서의 응급처치 방법 및 실습	○			"
14회	기본생활 습관 지도방법	○			"
15회	방과 후 생활지도	○			"
16회	돌보미의 양육스타일과 아동의 특성에 따른 지도	○			"
17회	독서지도	○			"
18회	창작활동		○		"
19회	음악활동		○		"
20회	살내놀이 활동		○		"
21회	장애부모 정서 및 장애가족지원의 이해		○		"
22회	장애아동 일상생활 훈련		○		"
23회	아이돌보미 정보화교육	○			"
24회	아이돌보미 활동사례 공유	○			1
25회	역할극을 통한 아이돌보미 활동실습	○			"
26회	아이돌보미 관련 토의 및 질의응답	○			"
27회	포래문화의 이해와 적용	○			2
28회	교과 및 숙제지도			○	"
29회	언어영역 지도1			○	"
30회	언어영역 지도2			○	"
31회	수과학영역 지도1			○	"
32회	수과학영역 지도2			○	"
33회	예체능 영역 지도1			○	"
34회	예체능 영역 지도2			○	"
총 시간					50시간

자료: 보건복지부(2010), 가족 사업안내 붙임7. 아이돌보미 기본교육 커리큘럼

〈표 6-17〉 아이돌보미 보수교육 과정

교육 주제	
1	아이돌보미 직업윤리와 역할
2	아이돌보미 지원사업의 이해
3	아동과의 대화법
4	방과 후 이동지도 및 학습
5	다문화가족 아동의 학습지도
6	자원봉사자의 가치와 철학
7	영·유아 돌보기(기저귀 갈기, 수유방법 등)
8	베이비 마사지
9	낮가림 심한 아이의 유형 및 대응
10	생활안전교육-주거공간별 안전수칙, 안전점검체크리스트
11	위생과 질병관리
12	아동의 문제행동에 따른 이해와 대응
13	활동일지기록 및 활동보고/홈페이지 활용
14	가족관계의 이해(한부모가족, 장애아가족, 다문화 가족 등)
15	스트레스 대처방안(가족의 특성에 따라 발생할 수 있는 스트레스를 중심)

자료: 보건복지부. (2009). 가족 사업안내 붙임6. 아이돌보미 보수교육 커리큘럼

3. 다문화 가족지원 대상 대인(care) 사회복지서비스 사업 현황

가. 중앙정부의 정책 및 사업 현황

공식적으로 이민정책을 수행하지 않는 우리나라의 경우 다문화가족을 이루는 방법은 결혼이민자에 의한 것이라 볼 수 있다. 결혼이민자 현황을 살펴보면 '09.5월 현재 결혼 이민자는 167,090명으로 '08년도 144,385명에 비해 13.6% 증가한 것을 알 수 있다. 성별로는 여성이 89.7%, 국적취득자는 24.8%로 나타났다.

〈표 6-18〉 결혼 이민자 현황('09.5월 현재)

결혼 이민자									자녀현황		
계			국적 미취득자			국적 취득자					
계	남	여	계	남	여	계	남	여	계	남	여
167,090	17,237	149,853	125,673	15,190	110,483	41,417	2,047	39,370	103,484	52,842	50,642

다문화가족이 증가하는 것은 세계화에 의한 것이며 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 예측할 수 있다. 또한 이들의 이주가 결혼에 의한 것이 가장 많으며 가정에서 아이의 양육을 주로 담당하는 여성들의 이주가 월등히 많기 때문에 이들의 자립과 향후 자녀양육에 있어서 이들의 역량강화를 강화하도록 지원하는 것, 그리고 이들 자녀의 양육의 일부를 지원하는 것은 사회통합차원에서 상당히 중요한 부분일 것이다.

다문화 가족을 위한 지원 정책은 다문화가족의 안정적인 정착과 가족생활을 지원하기 위한 것으로 한국어교육, 가족교육·상담, 정보제공, 역량강화 지원 등 종합적인 서비스를 제공하여 이들이 한국사회에 빨리 적응하며 아울러 사회·경제적으로 자립지원을 도와주기 위한 것이다. 현재까지 진행되어 온 다문화 가족 정책·사업은 <표 6-19> 와 같다.

<표 6-19> 다문화 가족 지원 정책 및 사업 내용

연혁	내용	비고
'06.4.26	범부처 차원에서 「여성결혼이민자 가족의 사회통합 지원방안」 마련	결혼이민자가족의 사회문화적 적응 지원체계 구축을 위하여 시·군·구별로 “결혼이민자가족 지원센터”(21개소)를 지정·운영하기로 함. ※ ('06) 21개소 → ('07) 38개소 → ('08) 80개소 → ('09) 100개소
'07년	결혼이민자 이동양육지원 방문교육 시범사업 추진(29개소)	한국어 방문교육은 농림부 농특기금 예산으로 시범사업 추진(30개소)
'08년	한국어교육 및 이동양육 방문교육사업을 통합하여 전국 서비스 전달체계 구축	정부조직개편으로 주무부처 이관 (여성가족부→보건복지가족부)
'08.3월	다문화가족지원법 제정으로 원스톱 서비스 제공기반 강화 및 “다문화가족지원센터”로 명칭 변경 (08.3월제정, 9월 시행)	'09.4월 전액 지방비 센터 19개소 지정·운영(다문화가족지원센터 총 119개소)
'09년	다문화가족의 자녀에 대한 언어 발달지원사업 및 결혼이민자 통번역 서비스 제공	사회복지사업법 개정으로 다문화가족지원센터를 사회복지시설로 전환

사업추진체계는 여성가족부가 사업의 기본방향 및 예산지원 등 사업내용을 총괄하고 시·도는 예산 지원과 지역특성화 사업을 개발하며, 최종적으로 시·군·구에서 다문화가족지원센터를 지정 관리 감독하는 역할을 한다.

사업을 추진하는 기관으로 다문화가정지원센터의 현황과 사업 내용을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 6-20〉 다문화가정지원센터 지역 분포

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
계	159	19	7	6	7	3	2	3	24	12	9	10	11	15	15	14	2
'09	100	4	4	4	3	2	2	2	10	8	7	7	9	13	13	11	1
'10 신규	59	15	3	2	4	1	-	1	14	4	2	3	2	2	2	3	1
· 독립	27	2	1	1	2	-	-	1	3	2	2	3	2	2	2	3	1
· 병합	32	13	2	1	2	1	-	-	11	2	-	-	-	-	-	-	-

다문화가정지원센터는 2010년 기준 총 159개이며 이 중 병합형 형태는 2010년부터 건강가정지원센터가 다문화지원센터로 병합하여 운영할 수 있도록 지정하는 형태로 운영되고 있다.

다문화가정지원센터에서 운영하는 프로그램은 〈표 6-21〉에 기술되어 있다.

〈표 6-21〉 다문화가정지원센터 운영 프로그램 내용

구 분		내 용	비고
사 업	기본사업	- 한국어교육, 가족통합 및 다문화사회 이해 교육, 취·창업 지원, 자조모임, 상담	필수: 방문사업 포함
	특성화사업	- 이중언어교실, 언어발달지원사업, 결혼이민자 통·번역 서비스 등	선택: 방문사업 포함
홍보 등 운영		- 육아정보나눔터, 멘토링·자원봉사단 운영, 다문화인식개선 및 지역사회 홍보, 기관협약 및 외부사업연계 등	

〈표 6-21〉에서 제시한 내용은 가이드라인이며 이를 통해 해당 지자체 별로 사업내용을 다양화하여 운영하고 있는데, 이들 내용 중 대인서비스는 다문화가족 방문교육사업이라 할 수 있다. 방문사업의 내용은 한국어교육, 아동양육지원, 임신, 출산 지원 서비스 등이다. 한국어교육사업의 목적은 다문화가족에게 한국어 교육을 시키는 것으로 특히 이주 여성들의 경우 언어 소통문제로 조기정착에 어려움을 겪고 있기 때문에 결혼이민자들에게 한국어 교육서비스를 제공한다.

아동양육지원은 언어·문화차이 등으로 자녀양육에 어려움을 겪고 있는 만 12세 이하의 자녀를 양육하는 결혼이민자들에게 자녀양육 전반에 걸친 교육 및 상담서비스를 제공하고 있다.

임신·출산 지원 서비스는 출산을 앞둔 결혼이민자에게 산전준비 및 산후 자녀양육에 필요한 출산 전후 서비스를 제공하고 있다.

지자체들은 이 사업들을 자신들의 지역상황에 맞게 적용하여 특성화하여 이용하고 있는데, 서울시의 경우, 서울시는 경제적 어려움과 지리적 접근성의 문제로 집합교육에 참석하기 어려운 결혼이민자 및 그 가족을 대상으로 전문 한국어 및 아동양육 지도사를 파견하여 맞춤형 서비스를 제공하고 있다. 또한 한국생활에 적응하지 못한 12세 미만의 아동을 양육하는 결혼 이민자에게 아동양육 전반에 걸친 교육 및 상담서비스를 통해 아동양육 능력 제고를 통한 가족통합을 지원하도록 하고 있다.

경기도는 ‘행복한 다문화가족 만들기 및 사회통합 지원’정책의 일환으로 일 ‘다문화가정 자녀 방문 학습지 지원 사업’을 수행하고 있다. 서비스 대상은 만4세-만6세의 도내 저소득 다문화가정 자녀로 취학전 아동 및 한글이 부진한 초등학교 저학년 아동에게 대인 서비스를 제공하고 있다.

제4절 여성·가족 돌봄서비스의 최저수준의 기본방향과 수준

여성·가족을 대상으로 하는 사회복지서비스에 대한 범위는 가족의 구성원이 영·유아, 아동, 성인, 노인 등 인간의 전 생애주기를 포괄하는 만큼

상당히 광의의 개념이다. 그러나 본 장에서는 개인의 생애주기에 해당되는 보편서비스를 제외한, 여성과 가족 대상 대인서비스로 한정하여 사회복지서비스의 최저수준에 대한 개념과 종류 그리고 양에 대해 이론적 논의, 외국 사례, 국내 현황 분석 등을 통해 제시하고자 노력하였다.

북구유럽에서부터 시작한 여성·가족 정책의 핵심은 여성의 노동권과 가족관계에서의 부모권을 탈산업사회에서 어떻게 평등하게 보장받을 수 있는가에 대한 정책적 고민에서 시작되었다. 여성의 교육수준이 향상되어 여성들도 자신들의 노동권을 통해 사회의 핵심인력으로 성장하고자 하는 욕구가 강해지고 있고 이는 전통적으로 가족 내의 돌봄역할은 여성의 몫이라는 관념과 배치된다. 이를 사회적으로 극복하기 위해서는 돌봄의 사회화는 필수적이다. 특히 자녀양육과 관련한 사회복지서비스 제공 수준은 여성의 노동권을 지키고 더불어 부모권을 어떻게 현대 사회에서 해결할 것인가를 결정할 수 있는 매우 중요한 변수이다.

우리보다 이러한 고민을 앞서 시작했던 북구유럽과 시장주의적 사회복지정책을 지향하는 미국, 전통적 가족관계와 의식이 우리나라와 많이 비슷한 일본의 돌봄정책 사례들은 우리나라에서 여성·가족을 대상으로 하는 돌봄 분야 사회복지서비스가 어떠한 방향성을 지향해야 하는지 제시한다.

첫째, 최저수준의 돌봄서비스에 대한 종류와 범위가 국가가 지향하는 복지정책의 지향점에 따라 상당히 다르다는 점이다. 예컨대 스웨덴의 경우는 국가와 가정이 자녀양육을 같이한다고 할 정도로 신생아부터 아동기에 이르기까지 시스템이 체계적으로 작동하고 있다. 또한 노동시장에서도 부모권 유지에 대한 강한 권리주장이 가능하기 때문에 자녀양육에 대한 다양한 부모 선택권을 인정받을 수 있다. 예컨대 영·유아 자녀를 자격화된 돌봄이를 통해 양육을 위탁할 수 있지만 부모들이 자신의 자녀를 직접양육하기를 희망하면 노동시장에서의 불이익을 감수하지 않고 자녀를 돌볼 수 있는 제도적 장치가 유기적으로 연계되어있다. 프랑스의 경우는 자녀양육과 관련하여 전 국민이 재정적 지원을 받을 수 있다. 이 경우도 국가나 지자체가 보증하고 인증하는 자격화된 돌보미를 파견한다. 미국의 경우는 시장주의 복지를

지향하는 국가로 상황은 좀 다르다. 영·유아기의 자녀양육은 가정의 몫으로 맡기는 경향이 강하다. 그러나 ‘요보호 가정’으로 대표되는 한부모 가정, 저소득 가정에게는 양육, 교육, 가족지원 등에 해당되는 서비스를 패키지로 지원하여 시너지를 유발하는 정책을 적용하고 있다. 이들은 모든 가정에 보편 서비스로 돌봄서비스를 제공하지는 않지만 ‘요보호’가 필요한 가정에는 돌봄 서비스 뿐만 아니라 취업지원, 자녀양육 교육서비스 등 이들의 개별화된 욕구를 만족시킬 수 있는 종합서비스를 제공하고 있다고 할 수 있다. 결과적으로 최저수준의 공공사회복지서비스는 해당 국가가 복지서비스의 지향점을 어떻게 가져가는가에 따라 수준의 범위가 상이할 수밖에 없다.

둘째, 서비스의 종류에 대한 부분이다. 우리나라의 경우 산모·신생아 도우미 사업은 여성을 대상으로 한 개별서비스의 욕구를 반영한 사업이라 할 수 있다. 그러나 산모를 돌보는 서비스는 우리나라와 일본이 차별화하여 실시하고 있는 서비스이다. 우리나라는 전통적으로 여성들이 산후조리에 특별한 의미를 부여하고 있으며 저소득·요보호(미혼모 등) 가정일 수록 이 부분이 미흡하여 출산이후 여성들의 건강에 지대한 영향을 주어왔다. 따라서 북유럽이나 미국에는 없는 서비스로 여성들을 위해 2주 14일간의 서비스를 제공하고 있다. 그러나 이 서비스를 모든 여성이 정부재정지원으로 누릴 수 있지는 않으며 소득계층에 따라 범위가 한정되어 있다. 다시 말해 해당 국가의 상황에 따라 대인서비스의 종류는 차별화될 수 있기 때문에 어떤 서비스가 최저수준이다 라고 설정하기는 상당히 모호하다. 그러나 영·유아 양육과 관련해서 우리나라의 양육시스템이 다른 선진국의 최저수준과 상당한 차이를 보이는 것은 사실이다. 저소득층에 대한 개별화된 양육서비스 시스템이 갖춰진 것도, 전 국민을 대상으로 하는 보편서비스가 제공되는 것도 아닌 상태이기 때문이다. 유사국가인 일본의 경우, 2005년부터 2009년까지 OECD 기준의 여성경제활동참여율은 지속적으로 60%를 상회하고 있다. 여성경제활동참여율의 증가는 돌봄의 사회화정책에 가장 많은 영향을 받는 만큼 일본의 가족정책이 효과를 보고 있다고 평가할 수 있다.

셋째, 돌봄서비스 인력에 대한 최저수준의 설정이다. 일본은 우리나라와

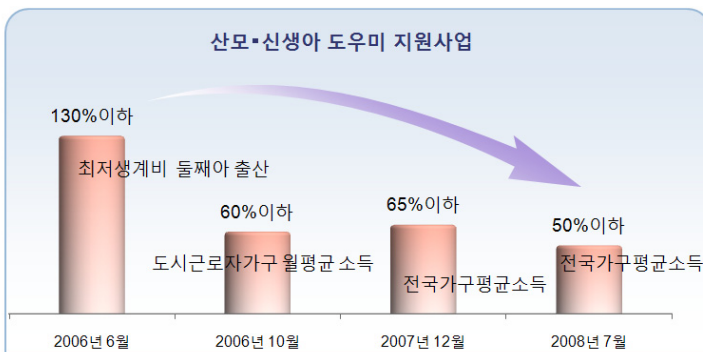
유사한 패턴의 정책들을 수행하고 있다. 가정 내 육아지원서비스의 경우, 지자체를 중심으로 ‘패밀리서포트센터’를 운영하고 여기서 아이돌보미를 교육하여 필요한 가정에 지원하고 있다. 우리나라도 유사 사업이 있으나 수혜를 받는 대상층은 극히 한정적이다. 2009년 기준으로 전국의 약 9만 가구에 불과하다. 일본은 특히 양육도우미의 경우, 인력관리를 중앙정부나 지자체가 특별 관리하고 있으며, 사적인 영역의 개별서비스라는 점을 감안하여 정신적인 이력 및 교육훈련, 사후관리에 대한 인력관리체계가 인증되어 있다. 물론 우리나라의 경우도 이수해야 할 직업훈련이 정해져 있고 해당기관에서 관리하고 있기는 하지만 인력관리체계를 인증할 만한 시스템으로 성장하지 못하고 있다. 특히 신원보증을 확실히 조회할 시스템이 없기 때문에 여전히 가정 내 보육은 미완의 체계로 존재한다. 프랑스와 스웨덴의 경우는 가정 내 양육도우미의 자격화와 인증, 사후관리를 지자체가 관리하고 있으며, 자유방임인 영국의 경우도 가정 내 서비스를 제공하는 인력에 대해서는 범죄기록국에서 신원조회 및 범죄기록, 병력 등에 대해서 세심히 조사한 후 인증하고 있다. 또한 영국은 사회복지서비스 인력에 대한 최소한의 자격을 부여할 수 있는 'skill standard'를 영역(노인, 아동 등)별로 제시하고 있고 이를 국가가 관리함으로써 최소한의 서비스 질을 보장하고자 한다.

국가 최저수준의 여성·가족 대상의 사회복지서비스의 종류와 양을 계량적으로 제시하는 것은 각 국가가 가지고 있는 차별화된 상황에서 상당히 어려우며 모호한 작업이다. 그러나 선진국의 경험적 사례 관찰을 통해 다음과 같은 영역에서의 최소수준에 대한 범위는 보다 확대되어야 한다고 판단할 수 있다.

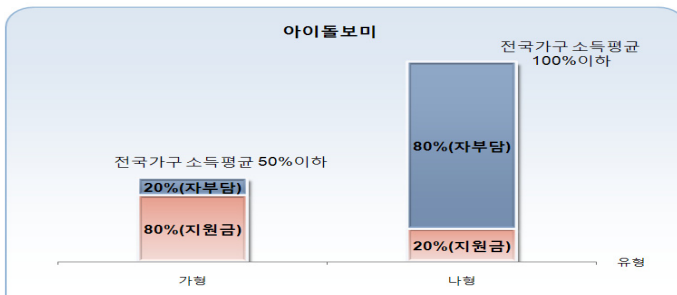
첫째, 여성의 노동권을 지키기 위해서 영·유아들을 위한 공보육을 현재 수준보다 확대해야 한다는 점이다. 여성들이 이용할 수 있는 보육의 선택범위를 공보육에서 확대하는 것은 물론이고 현재 소득기준의 적용을 받는 지원금의 상한선과 계층의 범위를 확대해야 한다. 산모·신생아 돌보미 파견의 경우 전국평균 가구소득의 50% 이하로 설정하고 있는데 이 범위에 대한 조정이 필요하다.

아래의 그림은 2006년부터 시작된 산모·신생아 도우미 지원사업의 대상 계층에 대한 변화를 보여주고 있다. 이 사업은 지원방법이 대상계층을 소득을 중심으로 블록(Block)화 한 후에 적용범위를 정하는 형태이다. 이 방법은 사실상 지원대상이 되는 계층에게는 혜택이 많이 돌아가지만 그렇지 않은 범위 밖의 계층에게는 전혀 혜택이 돌아가지 못하는 구조로 시장화하기 어려운 공공부조사업의 형태이다. 따라서 현재의 Block화 되어 있는 지원 계층 구조를 다원화하여 소득계층별로 자기부담의 비율을 차등화하는 방향은 전반적인 지원 대상층을 확대한다는 점에서 고무적이다.

[그림 6-1] 산모·신생아 도우미 지원사업의 연도별 지원계층 변화



[그림 6-2] 아이돌보미 사업의 지원대상과 자부담 비율



산모·신생아 도우미 지원사업은 현재 전국가구평균소득 50% 이하의 가정에 지원하고 있다. 그리고 기간도 2주 14일을 지원하는 형태이다. 그러나 현재의 범위에서 전국가구평균소득의 50%이하로 한정하지 않고 50% 이하, 60% 이하, 70% 이하로 나눈 후에 자부담비율을 현재 아이돌보미 사업과 같이 다르게 적용하는 Fee Slide Scale방식으로 전환한다면 각 계층별 자부담에 대한 부담은 안게 되지만 서비스 수혜계층은 지속적으로 증가할 것으로 판단된다.

현재 아이돌보미 사업은 지원 대상 범위를 ‘가’형, ‘나’형의 두 집단으로 나누고 지원계층과 자기부담률을 다르게 하고 있다. 그러나 아이돌보미에 대한 중산층의 요구가 많은 만큼 이 부분을 세부적으로 재설계하여, 지원대상집단을 여러 계층으로 세분화하고 지원금의 자부담 비율도 [그림 6-2]에서 나타나는 현상과 같이 이분법적이 아닌 Fee Slide scale화 하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이것역시 산모신생아 돌보미 사업에서 제안한 것과 같이 수혜계층을 여러 급간을 나눠서 자기부담률을 세밀히 한다면 중산층의 이용범위가 확대될 것으로 기대한다. 또한 만 5세부터 12세까지의 아동들에게는 교육서비스도 육아서비스와 함께 제공한다면 서비스 이용자들의 만족도는 더 높아질 것이라 판단된다.

그러나 현재 가구소득 만을 기준으로 하는 지원대상 가구 요건을 가구소득과 자산을 함께 고려하는 시스템으로 변화해야 수혜의 형평성이 보완될 것이다.

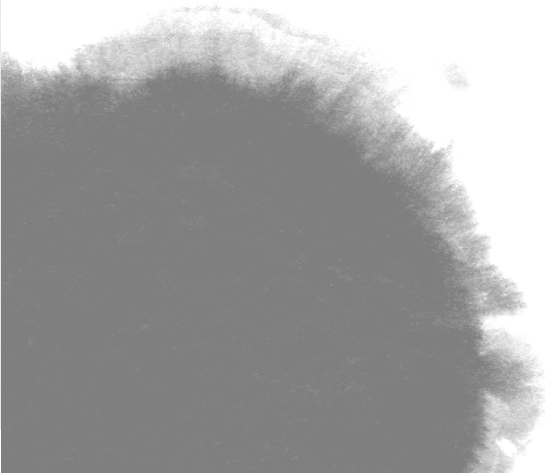
둘째, 요보호가 필요한 가정에서는 돌봄서비스와 교육서비스를 패키지로 제공해야 시너지 효과를 볼 수 있다는 점이다. 미국의 헤드스타트나 영국의 슈어 스타트가 저소득층 대상으로 돌봄과 교육을 함께 제공하는 패키지 사업의 예이다. 우리나라 사업의 형태는 가구소득으로 서비스 계층을 차별화하여 서비스를 제공하고 있다. 따라서 사업 별로 서비스 제공 계층이 달라지며 돌봄과 다른 서비스의 연계가 순조롭지 못하다. 복지정책의 효과를 위해서는 현재 제공되는 서비스들이 서로 패키지로 묶여서 특별한 요구가 있는 계층에게 전달될 필요가 있다.

셋째, 서비스 인력에 대한 관리체계의 최소수준이다. 돌봄서비스는 사적

인 영역에서 이루어지는 서비스이기 때문에 서비스인력에 대한 믿음과 신뢰가 무엇보다 중요하다. 그리고 인력의 질에 따라 서비스의 만족도의 차이가 나타나는 영역이다. 그러나 현재의 인력관리는 체계는 존재하나 관리가 모호하다. 또한 해당인력의 신원관리에 대한 책임이 존재하지 않는다. 물론 돌보미를 파견하는 센터들이 이 부담을 안고 있지만 현실적으로 이들에게 이들의 신원을 파악하고 기록할 수 있는 권한과 의무가 없기 때문에 사고 발생 시 책임소재가 모호하다. 스웨덴, 프랑스는 돌봄미의 자격과 책무를 강화하고 이를 전문인력으로 발전시키기 위해 노력하고 있다. 이들의 전문성이 아이들의 미래와 직결되기 때문이다. 이들에 대한 자격화 그리고 인력에 대한 인증된 관리체계가 서비스 질을 담보하는 최소수준으로 필요하다.

07

결론



제7장 결론

제1절 연구의 요약

본 고에서는 아동, 장애인, 노인, 여성·가족 등 4개 대상별로 주요 돌봄 서비스를 연구 대상으로 설정하고, 각 돌봄서비스의 서비스 대상, 서비스 종류 및 서비스 제공 시간 등에서 공공의 재정 지원을 통해 제공되어야 할 수준을 돌봄서비스의 최저 수준으로 조작적 정의하여, 이론적 배경 및 선진 외국의 유사제도 고찰 등을 통해 각 돌봄서비스의 최저 수준에 대한 기본 방향과 정책 대안을 제시하고자 하였다.

본 연구의 주요 결과는 다음과 같다.

방과 후 아동복지서비스를 연구 대상으로 한 아동 돌봄서비스의 경우에는 최저수준의 기본방향으로 첫째, 아동별 개별 맞춤형 서비스의 제공, 둘째 센터의 아동복지교사수의 증원, 셋째 아동의 문제뿐 아니라 가족문제와 통합적으로 접근 방식의 변화 필요, 넷째 서비스 대상자의 확대로 저소득 아동 뿐 아니라 일반 아동까지로의 확대, 다섯째 연령대별로의 서비스를 구분하여 지원함으로써 전문화되고 맞춤형의 서비스를 제공할 것, 서비스 제공 시간의 유연성 확보 필요성과 아울러 인력의 2교대 근무 방식을 제안하였다. 또한 이러한 적정 수준의 서비스 제공을 위해서 아동복지 서비스에 대한 예산 증액을 위해 정보 보조금 뿐 아니라 아동복지를 위한 기금 마련의 필요성을 지적하고 있다.

장애인 돌봄서비스는 성인 장애인과 장애 아동으로 구분하여 활동보조서

비스와 장애아양육지원사업을 연구 대상으로 설정하였다.

성인 장애인 대상의 활동보조서비스에 대해서는 첫째, 서비스 지원에서 제외되어 있는 연령대(6세 미만의 장애아동, 65세 이상 노인 장애인)에 대한 서비스 확대를 제안하였고 둘째, 서비스 제공 양에서 절대시간의 증대와 장애인 개인의 필요도에 따른 세분류된 차등적 지원의 필요성을 제안하였고, 월 180시간 이내에는 개인 부담을 없애고 시간의 유연화된 활용이 가능하도록 하는 제도의 설계를 제안하였다. 셋째, 활동보조서비스의 질관리 필요성을 제안하면서, 활동보조인 교육 내용의 전문성 향상과 보조인에 대한 처우개선 등을 통한 서비스 제공 인력에 대한 질관리 향상을 제안하였다. 넷째, 활동보조서비스 내용 자체가 사회참여를 최대화할 수 있도록 이용자가 직접 서비스 제공자를 선택할 수 있도록 현재의 바우처 방식이 아닌 서비스 이용을 목적으로 하는 현금지급 방식으로의 변화를 제안하였다.

장애아동 돌봄서비스 최저수준에 대해서는 기본 방향으로서 첫째, 돌봄 서비스를 비롯한 장애아동에 대한 주요 서비스를 통합하여 제공할 것을 제안하였는데 이는 효과적인 사례관리 실시를 통한 이용자 중심의 통합 서비스를 제공하는 방식으로의 전환을 의미한다. 둘째, 장애아동을 대상으로 하는 서비스 공급량이 수요에 비해 매우 적음을 지적하면서 서비스 공급량이 서비스 대상인구와 서비스 제공 시간(양)의 양 측면에서 이루어져야 한다고 제안하였다. 이와 더불어 욕구사정 및 판정 시스템을 도입하여 장애가 중증인 장애아동에게 더 많은 서비스 지원이 이루어지도록 장애정도와 욕구에 대응하는 서비스 제공 시스템의 도입이 필요함을 지적하였다. 셋째, 서비스의 효과성을 제고하기 위해서는 통합적이고 효율적인 사례관리 체계가 구축되어야 함을 지적하였다. 구체적인 정책제언으로는, 첫째 장애아동을 대상으로 하는 활동보조서비스와 장애아가족양육지원사업의 돌봄부분을 통합하여 ‘(가칭)장애아동돌봄서비스’를 운영할 것을 제안하였다. 이 제도에 대해서는 소득 수준에 따른 본인 부담금의 차등을 두되, 1~3급(중복포함)까지 장애등급의 폭을 확대하고, 현재 활동보조서비스 제도에서 만 18세 미만의 아동은 60시간으로 제한하고 있는 부분을 연 840시간(월 70시간)으로 확

대하고, 6세 미만을 제외하는 부분도 폐지하여 18세 미만 전체 장애아동에 대해서 적용할 것을 제안하였다. 둘째, 장애아가족양육지원사업의 휴식지원 프로그램을 ‘(가칭)장애아동보호자 휴식지원 바우처’를 도입하여 운영할 것을 제안하였다. 지금 대상을 18세 이상 성인으로 돌봄서비스를 제공받고 있는 중증장애아동의 동거자 및 보호자로서 주 15시간 이상의 취업 혹은 교육을 받지 아니한 자로, 본인 및 배우자의 소득인정액이 하위 60%인 자로 할 것을 제안하였다. 셋째, 장애아동 사례관리 시스템의 도입을 제안하였다. 사례관리 시스템은 장애아동에 대한 평가판정 시스템과 서비스연계 및 모니터링 시스템으로 나누어 이루어질 수 있는데 기존 복지전달체계의 기관을 최대한 활용할 것을 제안하고 있다.

노인장기요양보험과 노인돌봄서비스를 연구 대상으로 설정한 노인 돌봄서비스의 최저수준의 경우 서비스 양과 질 및 서비스 제공의 지속 가능성 등의 측면에서 다음의 사항을 제안하였다. 첫째, 서비스 접근성을 높이기 위해서는 GDP 대비 1% 정도의 공공재원이 노인돌봄서비스에 대해서 투입될 필요가 있다고 언급하면서, 장기요양보험 대상의 범위를 현행 3등급에서 4등급으로 확대할 것을 제안하였다(4등급 확대 시 2012년 추가재정 규모 : 2,140억 원(국고 299억 원)). 또한, 노인장기요양보험 서비스의 공적수준 향상을 도모해야 하는데, 이는 방문요양기관의 요건 강화를 통해서 진행할 것을 제안하면서, 방문요양기관 신규설립요건(요양보호사 15인 이상, 상근인력 20% 이상)을 2010년 1월1일 이전 설립된 방문요양기관에도 적용할 것을 제안하였다. 둘째, 서비스 질에 대한 최저수준에 대해서는 요양보호사에 대한 질 관리와 장기요양기관에 대한 기관평가를 통해서 이루어져야 한다고 하면서, 요양보호사에 대한 최근의 정책 추진 방향 - 자격시험 제도 도입, 표준근로계약서 권고, 재가기관 평가 시 종사자 복지수준 반영, 교육기관을 신고제에서 지정제로 전환하는 것에 대해서 언급하면서, 아울러 요양보호사에 대한 경력관리방안이 강구되어야 할 것을 제안하였다. 기관평가에 대해서는 평가지표에 인력의 질과 서비스 결과에 대한 지표를 보완하여 장기요양서비스로 인한 임상적, 사회적 효과에 대한 평가를 실시할 것을

제안하였다. 셋째, 지속가능성을 위한 수준 마련을 위해서는 시설입소 방지를 위한 예방적·포괄적 서비스 제공 체계를 강화할 것을 제안하면서, 현재 노인장기요양보험 대상 등급인정자 중 기능개선이 가능한 비율이 높으며, 등급 인정자로 포함되기 이전에 건강관리 등 예방프로그램이 필요함을 제안하고 있다. 또한 주야간 보호기관이용자(1~3급)를 대상으로 치매노인 인지개선 및 재활프로그램 운영과 이에 대한 비용지급의 추가를 제안하고 있다. 아울러 종합 재가기관의 활성화를 제안하였다. 마지막으로, 요양서비스와 의료서비스의 연계를 강화할 것을 제안하고 있는데, 이를 위해서는 지역 내 의료기관과 협약을 체결하여 요양시설 입소자를 전담관리하거나, 원격의료시설을 통한 요양시설 내 의료서비스 연계를 강화하는 방안에 대해서 제안하고 있다.

산모신생아 도우미사업과 아이돌보미사업 및 다문화가족개별지원서비스를 연구 대상으로 설정한 여성·가족 대상의 돌봄서비스 최저수준에 대한 제언으로는 여성의 노동권과 가족관계에서의 부모권의 상충되지 않은 보장을 위해서는 돌봄의 사회화가 필요함을 주장하면서 다음의 제안을 하였다. 첫째, 여성의 노동권을 지키기 위해서는 영유아에 대한 공보육을 확대해야 하며, 현재 소득 기준의 적용을 받는 지원금의 상한선과 계층의 범위를 확대해야 함을 지적하였다. 현재 전국 평균 가구소득의 50%로 설정하고 있는데 이에 대한 조정을 제안하였다. 즉, 산모신생아 도우미사업의 경우 60%이하, 70%이하의 수준으로 나눈 후 자부담 비율을 현재 아이돌보미사업과 같이 다르게 적용하는 Free Slide Scale 방식으로 전환할 것을 제안하였다. 아이돌보미사업의 경우 지원 대상을 여러 계층으로 세분화하여 지원금의 자부담 비율을 현재의 이분법적 지원(가형, 나형으로 구분)이 아닌 Free Slide Scale 방식으로 전환하는 방식을 제안하였다. 또한 5~12세까지의 아동들에게 교육 서비스를 육아서비스와 같이 제공할 것을 제안하였다. 둘째, 요보호가 필요한 가정에 돌봄서비스와 교육 서비스를 패키지로 제공할 것을 제안하였다. 복지정책의 효과를 위해서 미국의 헤드스타트나 영국의 슈어 스타트제도와 같이 돌봄과 교육을 패키지로 묶어서 제공하는

방식의 효율성을 주장하였다. 셋째, 서비스 제공 인력의 최소수준에 대한 제안으로, 인력에 대한 인증된 관리체계를 통해 서비스 질을 담보할 필요성을 제안하였다.

제2절 연구의 한계 및 후속 연구를 위한 제언

본 연구는 앞서 서론에서도 언급했지만, 아동, 장애인, 노인 및 여성·가족 등 각 서비스 대상별로 모든 사회복지서비스를 포괄하지 못하고 있으며, 조작적 정의를 통해 사회복지서비스를 돌봄서비스로 한정하였음에도 여러 한계로 인하여 각 대상별로 주요 돌봄서비스 제도만을 연구 대상으로 설정할 수밖에 없었다. 더불어 본 연구는 주요 돌봄서비스의 최저 수준으로서 기본 방향 및 원칙을 제시하고 가능한 범위 내에서 각 서비스의 제공범위와 서비스의 제공 시간 등 최저 수준의 내용을 구체화하는 것을 목표로 하였으나 분석 대상으로 설정한 모든 돌봄서비스에서 이를 달성하지는 못하였다.

결국 포괄적인 사회복지서비스 또는 돌봄서비스를 분석 대상으로 하여 서비스 제공 범위, 서비스 종류 및 서비스 제공 시간을 제안하는 최저 수준 정립에 관한 후속 연구를 기대한다.

더불어 사회복지서비스의 핵심적 주체로서 최저 수준 보장에 대한 공공의 책임과 최저 수준 보장의 기본 방향과 원칙을 명시하고, 사회복지서비스의 객체인 시민으로서 사회복지서비스 향수에 대한 법적 권리성을 강화할 수 있는 장치로서 관련 법률 정비 및 마련에 대한 후속 연구를 제안하고자 한다.²²⁾

22) 그 구체적인 내용은 사회복지서비스의 일반법으로서 기능하고 있는 사회복지사업법의 전면 개정 또는 ‘(가칭)사회서비스기본법’ 제정일 것이다. 현재의 사회복지사업법은 사회복지서비스를 제공하는 공급자가 갖추어야 기본적인 요소에 초점을 둔 조항들로 구성되어 있어 최근 급증하는 사회복지서비스 확대속에서 서비스 이용자 측면에서 사회복지서비스의 법적 권리성, 이용자 참여 등의 이슈를 담아내는데 한계가 있다.

참고문헌

- 강혜규·박세경·임정기·변숙영·김은정·박소현·정세정·김은지(2010), **2009년
도 이등복지교사 지원사업 발전방안**, 이동복지교사 중앙지원센터·한
국보건의사회연구원,
- 국가인권위원회(2007), **장애인권리협약해설집**
- 국민일보, **아이 낳으라면서 지원예산 삭둑**, 2010.08.15일자
- 김경미(2007), **활동보조서비스의 제도화방안: 미국의 활동보조서비스와 한
국에서의 제도화 모색**, **사회복지정책 29**, pp.195-216.
- 김경준·최인재·김형초·주재현·윤혜순·김문섭(2005), **외국의 청소년 복지정책,
한국청소년개발원**
- 김미곤(2006), **한국복지패널 기초분석보고서**, 한국보건의사회연구원
- 김미숙(2006), **방과후 아동보육서비스 전달체계 효율성 제고에 관한 연구.
보건사회연구 26(2)**, pp.3-36.
- 김미숙·김혜련·조애저·이혜원·홍미·김효진(2007), **빈곤층 아동급식 지원제도
실태조사**, 국가인권위원회·한국보건의사회연구원
- 김미숙·황진구·이향란·신어진(2009), **방과 후 통합운영모델 및 전달체계에
관한 연구**, 보건복지가족부·한국보건의사회연구원
- 김성천·권오형·최복천·심석순·신현욱·임수경(2009), **가족중심의 장애아동 통합
지원체계 구축 연구 보고서**, 보건복지가족부·한국장애인개발원
- 김송이(2007), **스웨덴과 영국의 보육서비스 비교**, 한국보건의사회연구원.
- 김영중(2009), **공공사회복지전달체계의 대안적 패러다임 모색, 공공사회복
지서비스 전달체계 개선 및 전문성 강화를 위한 정책토론회 자료집**

김재인·이향란(2004), **외국의 방과 후 아동보육제도 연구**, 한국여성개발원
 박선권 외(2009), **장애인활동보조서비스 개선방안 연구**, 한국장애인개발원
 박진원(2010), 아동권리협약의 국내적 이행과정에 대한 분석, **국제헌법연구**
16(1), pp.181-208.

백은령·이명희·유영준·최복천·김기룡(2009), **장애인가족지원 연구 보고서:**
문헌 연구 자료를 중심으로, 장애아이 We Can.

보건복지가족부(2008), **보건복지가족백서**

_____, 2009년 3월 25일 보도자료

_____, 2009년 장애인 활동보조지원사업 안내

_____(2010), 2010년도 산모·신생아도우미 지원사업 안내

보건복지부·지역아동정보센터(2010), **전국지역아동센터 실태조사 보고서**

보건복지위원회(2010), **2011년도 예산안 및 기금운용계획안**, 국회의안정보
 시스템(<http://likms.assembly.go.kr/bill/jsp/BillDetailBudget.jsp>)

서문희(2008), **일본의 일하는 여성보육지원**, 한국보건사회연구원

송재숙·정종화(2009), 중증장애인의 활동보조서비스 제공기관별 만족도 비
 교연구, **재활복지 13(1)**, pp.187-213.

신윤정(2008), **스웨덴의 양육지원정책 현황**, 한국보건사회연구원

여성가족부(2010), **아이돌보미 지원사업 안내**

_____(2010). 2010년도 일시간급아이돌보미 지원사업 변경지침

오은진·노대명(2009), **사회서비스여성일자리활동을 위한 정책과제 II:일자
 리 제도화**, 한국여성정책연구원

윤철경·정희욱(2010), **유럽국가의 청소년정책**, 한국청소년개발원

윤홍식·송다영·김인숙(2010), **가족정책: 복지국가의 새로운 전망**, 경기도:
 공동체

이봉주 외(2006), **한국사회복지서비스 제도화의 과제: 경험과 전망, 일자리
 창출을 위한 국가고용전략과 비전: 국제심포지움 자료집**, 사람입국일
 자리위원회, 빈부격차시정위원회, 7월 14일

이선주 외(2008), **여성결혼이민자를 위한 사회서비스 현황과 정책과제**, 한국여성정책연구원

이익섭 외(2009), **장애인활동보조서비스 이용 및 공급실태 조사연구**, 보건복지가족부

이재연·황옥경·김효진(2009), 아동과 권리, **아동과 권리** 30(6), pp.153-165.

이혜원(2010), 아동의 권리와 이주아동의 지원, **다문화가족 아동의 지원방안(2010 제1차 여성정책워크숍)**, 인천발전연구원, 2010.4.30.

정경희(2004), **2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사**, 한국보건사회연구원

정만자(2006), **가정내 육아지원서비스 제공방안 마련을 위한 연구**, 여성가족부

정종화(2009), PAS 국제비교 연구, **장애인장기요양보장 실시 모형개발 및 도의 적용 연구**, 변용찬 외, 한국보건사회연구원

정종화 외(2008), **자립생활과 활동보조서비스**, 양서원

조미숙(2006), 방과후 교육제도에 관한 비교 연구: 스웨덴, 독일, 미국, 일본, **인하교육연구 제12권**, pp.33-74.

통계청(2005.6), **장래추계인구**

한정원(2007), 지역사회복지에서 여성주의 접근의 필요성에 대한 이론적 고찰, **아시아여성연구 46(2)**, pp.161-187.

Adolf D. Ratzka (2004-6-23), *The Swedish Personal Assistance Act of 1994*, independent living Institute of Swedish, pp.1-7.

Berg, Susanne (2003.5.20), *Personal Assistance in Sweden*, A Conference Organized by the Swiss Association for Social Policy, pp.1-14, <http://www.independentliving.org/docs6/berg20030520.html>

Daly, M. (2000b), Globalization and the Bismarckian Welfare States. In R. Sykes, B. Palier, and P. Prior(Eds.), *Globalization and European welfare states*, pp.79-102, New York Palgrave.

Esping-Andersen, Gosta (1990), *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press.

LaPlante, M. Harrington, C. & Kang, T. (2002), *Estimating the amount and cost of the unmet need for personal assistance services at home*.

Mandelstam, M. (1999), *Community Care Practice and the Law(2ed education)*, London.

Sainbury, D. (1999), Gender, policy regimes, and politics, in D. Sainsbury(ed), *Gender and Welfare State Regimes*, Oxford: Oxford University Press, pp.245-276.

Van Berkel, Rik and Paul van der Aa. (2005), The Marketization of Activation Services: a Modern Panacea? Some lessons from the Dutch Experience. *Journal of European Social Policy*, 15(4), pp.329-343.

Yoshida Karen (2000), *A Case Study Analysis of the Ontario Self-managed Attendant Services Direct Funding Attendant Service Pilot: Independent Living in Action*, The Social Science Humanities Research Council and Human Resource Development Canada.

<http://www.socialservice.or.kr>

<http://cafe.naver.com/hyunaworld/125>

http://www.study.com/formations_metiers/services/assistante_parentale.htm

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 268 한국보건사회연구원 지식관리센터
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8234)

도서판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |

시간 안내

KI-HASA 한국보건사회연구원
Korea Institute of Health & Social Affairs

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-01	지역보건의료정책의 현황과 개선방안	이상영	미정
연구 2010-02	회귀난치성질환자의 의약품 접근성 제고 방안	박살비아	미정
연구 2010-03	해외의료시장 개척의 투자효과 분석과 중장기 발전 전략	조재국	미정
연구 2010-04	식품안전분야의 사회적 위험 요인 중장기 관리전략 수립	정기혜	미정
연구 2010-05	단체급식의 영양관리 개선을 통한 국민식생활 향상 방안	김혜련	미정
연구 2010-06	식품안전 규제영향분석의 실효성 제고 방안	곽노성	미정
연구 2010-07	식품위해물질 모니터링 중장기 추진 계획 수립	김정선	미정
연구 2010-08	건강보험 정책현황과 과제	신영석	미정
연구 2010-09	의료비 과부담이 빈곤에 미치는 영향	신현웅	미정
연구 2010-10	국민연금기금 해외투자 환경 분석을 위한 주요 해외금융시장 비교 연구	원종욱	5,000
연구 2010-11	사회통합을 위한 복지정책의 기본방향	이태진	미정
연구 2010-12	한국 제3섹터 육성방안에 대한 연구	노대명	미정
연구 2010-13	기초보장제도 생계보장 평가와 정책방향	김태완	미정
연구 2010-14	주거복지정책의 평가 및 개편방안	이태진	미정
연구 2010-15	자활정책에 대한 평가 및 발전방향	노대명	미정
연구 2010-16	2010년도 빈곤통계연보	김문길	미정
연구 2010-17	OECD 국가 빈곤정책 동향분석: 복지자본주의 체제 변화에 따른 공공부조제도의 조용성 분석	여유진	미정
연구 2010-18	근로장려제제 시행 & 개편방안의 효과성 분석 및 소득보장체계 연계방안 연구	최현수	미정
연구 2010-19	이동복지정책 유형과 효과성 국제비교	김미숙	미정
연구 2010-20	공공 사회복지서비스 최저수준 설정을 위한 연구: 돌봄서비스를 중심으로	윤상용	8,000
연구 2010-21	사회복지서비스의 이용자중심 제도 운영에 관한 연구	강해규	미정
연구 2010-22	장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구 -장애인정책발달5개년계획 복지분야 중간점검	김성희	미정
연구 2010-23	민간 복지지원 확충을 위한 자원봉사 활성화 방안의 모색	박세경	미정
연구 2010-24	자살의 원인과 대책연구: 정신의학적 측면을 중심으로	강은정	미정
연구 2010-25	한국 노인의 삶의 변화 분석 및 전망을 통한 노인복지정책 개발	오영희	미정
연구 2010-26	보건복지통계 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2010-27	보건복지통계 생산 표준화 방안 연구: 메타정보관리를 중심으로	손장균	6,000
연구 2010-28	2010년 한국의 보건복지 동향	장영식	미정
연구 2010-29	지역별 보건통계 생산방안	도세록	미정
연구 2010-30-1	저출산 원인과 파급효과 및 정책방안	이삼식	미정
연구 2010-30-2	생애주기 변화와 출산수준 간의 상관성에 관한 연구: 교육, 경제활동 및 결혼을 중심으로	이삼식	미정
연구 2010-30-3	결혼행태 변화와 출산율의 상관성 연구	변용찬	5,000
연구 2010-30-4	출산관련 의식변화와 출산율간 인과관계 연구	김나영	미정
연구 2010-30-5	평균수명 연장에 따른 자치가치와 출산율 관계 연구	김은정	미정
연구 2010-30-6	저출산의 거시경제적 효과분석	남상호	미정
연구 2010-30-7	저출산·고령화가 가족형태 및 개인의 삶의 질에 미치는 영향	김은자(외부)	미정
연구 2010-30-8	저출산 양육비용 추계와 정책방안 연구	신윤정	미정
연구 2010-30-9	저출산고령화에 따른 사회보험 개편방안	윤석명	미정
연구 2010-30-10	한국의 인구정책 동향과 전망	장영식	미정
연구 2010-30-11	입양실태와 정책방안	김유경	미정

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2010-30-12	인공임신중절 실태와 정책과제	최정수	미정
연구 2010-30-13	저출산 극복을 위한 불임부부 지원사업 현황과 정책과제	황나미	미정
연구 2010-30-14	저출산·고령화시대 노동력 부족과 인력활용 방안	염지혜	미정
연구 2010-30-15	저출산정책 효과성 평가 연구	이삼식	미정
연구 2010-30-16	저출산·고령사회 정보관리체계 및 통계DB 구축방안 연구	송대민	미정
연구 2010-30-17	신노년층의 출현에 따른 정책과제	정경희	미정
연구 2010-30-18	베이비 부머의 생활실태 및 복지욕구	정경희	미정
연구 2010-30-19	에버노년층의 일과 여가에 대한 욕구와 정책적 함의	이소정	미정
연구 2010-30-20	신노년층(베이비붐세대)의 건강실태 및 장기요양 이용욕구 분석과 정책과제	선우덕	미정
연구 2010-30-21	신노년층의 소비행태 특성과 고령친화산업적 함의	김수봉	미정
연구 2010-30-22	저출산고령사회 대응관련 쟁점 연구	이소정	미정
연구 2010-31-1	2010 사회예산분석	최성은	미정
연구 2010-31-2	2010 보건복지재정의 정책과제	유근춘	미정
연구 2010-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(4차년도): DB의 활용성 측면을 중심으로	고경환	미정
연구 2010-31-4	사회복지 재정지출과 지방재정 부담에 관한 연구	최승은	미정
연구 2010-31-5	복지경영의 이론적 논의와 과제	고경환	미정
연구 2010-31-6	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명	미정
연구 2010-31-7	건강보험 재정 평가	신영석	5,000
연구 2010-32-1-1	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제1권	김동진	미정
연구 2010-32-1-2	건강도시 건강영향평가 사업 및 기술 지원 제2권	김동진	미정
연구 2010-32-2	건강영향평가 DB 구축	서미경	미정
연구 2010-32-3	건강마을의 건강영향평가	최은진	미정
연구 2010-33	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영(3년차)	오영호	미정
연구 2010-34	보건사회 기후변화 모니터링센터 운영 (1년차)	신호성	미정
연구 2010-35	취약위기와 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 (1년차)	김승권	미정
연구 2010-36	아시아 복지국가 자료 및 전략센터 구축 (1년차): “아시아 국가의 사회안전망”	홍석표	미정
연구 2010-37-1	2010년 한국복지패널 기초분석 보고서	강산욱	미정
연구 2010-37-2	2009년 한국복지패널 심층분석 보고서: 한국복지패널을 활용한 사회지표분석	김미근	미정
연구 2010-38-1	2008년 한국의료패널 기초분석 보고서(Ⅱ)	정영호	미정
연구 2010-38-2	2009년 한국의료패널 기초분석 보고서	정영호	미정
연구 2010-39	인터넷 건강정보 평가시스템 구축 및 운영 (10년차)	정영철	미정
연구 2010-40	보건복지 통계정보시스템 구축 및 운영 (2년차)	이연희	미정
연구 2009-01	의료서비스 질 및 효율성 증대를 위한 통합적 의료전달 시스템 구축 방안	신호성	7,000
연구 2009-03	신의료기술의 패권 변화에 따른 의사결정체제의 발전방향 -의약품 허가제도와 약가제도를 중심으로-	박살미아	6,000
연구 2009-04	생애의료비 추정을 통한 국민의료비 분석 (I)	정영호	6,000
연구 2009-05	미중족 의료수준과 정책방안에 대한 연구	허순임	5,000
연구 2009-06	식품안전관리 선진화를 위한 취약점 중점 관리방안 구축	정기혜	7,000
연구 2009-07	부문간 협력을 통한 비만의 예방관리체계의 구축 방안 -비만의 역학적 특성 분석과 비만예방관리를 위한 부문간 협력체계의 탐색	김혜련	8,000
연구 2009-08	국가건강검진사업의 성과제고를 위한 수요자 중심의 효율적 관리체계 구축방안	최은진	7,000
연구 2009-09	취약계층에 대한 사회보험 확대작용 방안 - 국민연금을 중심으로 -	윤석명	7,000
연구 2009-10	글로벌 금융위기상황하의 국민연금기금의 운용방안	원종욱	8,000
연구 2009-11	건강보험 내실화를 위한 재정효율화 방안 -본인부담 구조조정 방안 중심으로	신현웅	6,000
연구 2009-12	A study for improving the efficiency of health security system the division of roles between public and private health insurance	홍석표	5,000

보고서 번호	서 명	저자	가격
연구 2009-13	사회수당제도 도입타당성에 대한 연구	노대명	7,000
연구 2009-14	저소득층 지원제도의 유형 및 특성	여유진	8,000
연구 2009-15	저소득층 금융지원 실태 및 정책방안 연구	김태완	6,000
연구 2009-16	한국의 사회위기 지표개발과 위기수준 측정 연구	김승권	13,000
연구 2009-17	이동청소년복지 수요에 기반한 복지공급체계 제편방안 연구 II: 지역유형별 사례를 중심으로	김미숙	8,000
연구 2009-18	한국가족의 위기변화와 사회적 대응방안 -경제위기 이후 가족생애주기별 위기 유형을 중심으로	김유경	8,000
연구 2009-19	장애인 소득보장과 고용정책 연계 동향 및 정책과제	윤상용	8,000
연구 2009-20	사회자본과 민간 복지지원 수준의 국가간 비교연구: 자원봉사활동과 기부를 중심으로	박세경	6,000
연구 2009-21	사회복지부문별 정보화현황 및 정책적용방안	정영철	6,000
연구 2009-22	노인건강정책의 현황과 향후 추진방안: 일상생활기능의 자립향상을 중심으로	선우덕	7,000
연구 2009-23	노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가	정경희	6,000
연구 2009-24	보건복지가족부 웹사이트 통합 연계 및 발전방안 연구	송태민	7,000
연구 2009-25	한국의 보건복지 동향 2009	장영식	9,000
연구 2009-26-1	2009년 국민기초생활보장제도 모니터링 및 평가 -법제정 10년의 제도운영 점검-	이태진	10,000
연구 2009-26-2	가난한 사람들의 일과 삶: 심리사회적 접근을 중심으로	이현주	6,000
연구 2009-26-3	근로빈곤층 지원정책 개편방안 연구	노대명	8,000
연구 2009-26-4	사회복지지출의 소득재분배 효과 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-5	저소득층의 자산 실태 분석	남상호	5,000
연구 2009-26-6	2009년 빈곤통계연보	김태완	8,000
연구 2009-27-1	유럽의 능동적 복지정책 비교연구	홍석표	6,000
연구 2009-28	2008년 한국의료패널 기초분석보고서	정영호	7,000
연구 2009-29	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2009년 보건의료자원실태조사 결과보고서-	오영호	6,000
연구 2009-30-1	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제1권 (총괄)	강은정	10,000
연구 2009-30-2	2009년 건강영향평가 시스템 구축 및 운영 제2권 -건강영향평가 시범사업	강은정	11,000
연구 2009-31-1	2009 사회예산 분석	최성은	9,000
연구 2009-31-2	보건복지제정의 정책과제	유근춘	7,000
연구 2009-31-3	정부의 사회복지재정 DB구축에 관한 연구(3차년도): 중앙재정 세출 예산을 중심으로	고경환	6,000
연구 2009-31-4	보육지원정책의 적정성 및 효과성 분석	최성은	6,000
연구 2009-31-5	자활사업의 평가 연구: 정책설계와 정책효과 그리고 쟁점들	고경환	7,000
연구 2009-32-1	2009년 한국복지패널 기초분석 보고서	손창균	14,000
연구 2009-32-2	2008년 한국복지패널 심층분석 보고서 - 한국복지패널을 활용한 사회지표 분석	여유진	6,000
연구 2009-33	2009년 전국 출산력 및 가족보건복지실태조사	김승권	14,000
연구 2009-34-1	다문화가족 증가가 인구의 양적·질적 수준에 미치는 영향	이삼식	5,000
연구 2009-34-2	저출산에 대응한 육아 지원 인프라의 양적·질적 적정화 방안	신윤정	6,000
연구 2009-34-3	장기요양등급외자 관리를 위한 노인복지관과 보건소의 보건복지서비스 연계 방안	오영희	6,000
연구 2009-34-4	노인자살의 사회경제적 배경 및 정책적 대응방안 모색	이소정	6,000
연구 2009-34-5	고령친화용품 소비실태 및 만족도에 관한 연구	김수봉	7,000
연구 2009-35	보건복지통계 정보시스템 구축 및 운영	이연희	6,000
연구 2009-36	2009 인터넷 건강정보 게이트웨이시스템 구축 및 운영	정영철	7,000