

연구보고서 2015-21-07

# 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축



선우 덕·강은나·이윤경·김지미·최인덕·양찬미

**【책임연구자】**

선우 덕 한국보건사회연구원 연구위원

**【주요 저서】**

- 노인요양서비스 사업군 심층평가(공저, 2015)
- 노인장기요양보험 선진화를 위한 제도개선 방안(공저, 2015)
- 노인보건사업의 현황과 개선방안(공저, 2014)
- 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안(공저, 2013)
- 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구(공저, 2013)
- 노인장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안(공저, 2012)
- 노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안(공저, 2011)

**【공동연구진】**

- 이윤경 한국보건사회연구원 연구위원
- 강은나 한국보건사회연구원 부연구위원
- 김지미 경남대학교 사회복지학과 교수
- 최인덕 공주대학교 사회복지학과 교수
- 양찬미 한국보건사회연구원 연구위원

연구보고서 2015-21-07

**노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축**

발행일 2015년 12월 31일  
 저자 선우 덕  
 발행인 김상호  
 발행처 한국보건사회연구원  
 주소 [30147] 세종특별자치시 시청대로 370  
 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)  
 전화 대표전화: 044)287-8000  
 홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
 등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
 인쇄처 (주)법신사  
 정가 8,000원

## 발간사 <<

현행 일상생활기능 수행의 제한으로 타인의 도움을 필요로 하는 노인에게 서비스를 제공하는 노인돌봄체계는 크게 공식적 돌봄과 비공식적 돌봄으로 구분하여 볼 수 있다. 전자는 지난 2007년도에 도입된 노인돌봄서비스제도, 2008년도에 도입된 노인장기요양보험제도, 2010년도 이후 기능이 재편된 재가노인지원서비스제도 등이 노인정책의 차원에서 운영되고 있고, 후자는 가족원과 비가족원에 해당하는 친척, 이웃, 친구, 자원봉사자 등에 의해 제공되고 있다. 그 이외에도 소수이기는 하지만, 민영간병보험을 통해서 현금을 받거나, 개인간병인을 자체적으로 고용하여 서비스를 제공받는 경우가 있다. 그런데, 공식적 돌봄과 비공식적 돌봄은 상호 대체적인 관계에 있는 것이 아니라 보완적인 관계에 있는 것으로 각종 문헌고찰을 통해서 알 수 있다. 이는 공식적 돌봄서비스의 제공량에 한계가 있기 때문이다. 실제적으로도 가족원은 공식적 돌봄을 받는 노부모에게 어떠한 방식이든지 간에 돌봄을 지원하고 있는 것으로 나타나고 있고, 비록 공식적 돌봄서비스가 확대된다고 하더라도 가족원에 의한 부가적인 돌봄지원은 선진국가들의 경험을 보더라도 사라지지 않을 것이다. 그렇다고 본다면, 노인돌봄체계에서는 공식적 돌봄을 보완하는 비공식 돌봄자를 지원하거나 양성화시킬 수 있는 대안이 강구되어야 한다.

본 보고서는 대표적인 공식적인 돌봄제도인 노인장기요양보험제도가 지니고 있는 근본적인 서비스량의 제한으로 비공식 돌봄서비스가 필요하다는 전제아래 전반적인 노인 돌봄서비스 제공주체의 실태, 돌봄서비스를 제공받는 수급자의 실태, 현행 노인돌봄서비스제도의 실태 등을 종합적으로 분석하고, 노인돌봄서비스의 이용에 영향을 주는 요인에 대한 분

석과 노인돌봄서비스 이용과 관련된 비용을 추계하여 비공식 돌봄의 개선여하에 따라 변화할 수 있는 공식적 비용의 추계 등을 분석하고 있다. 이러한 분석을 통해서 공식 및 비공식 돌봄의 역할과 상호 연계방안에 대해 검토하는데 연구의 목적을 두고 있다.

본 연구는 선우덕 연구위원의 책임아래 이윤경 연구위원, 강은나 부연구위원, 양찬미 연구원을 비롯하여 공주대학교 최인덕 교수, 경남대학교 김지미 교수에 의해 진행되었고, 보고서의 완성을 위해 보고서 내용에 많은 조언을 해주신 이화여자대학교 김미혜 교수, 인천대학교 전영호 교수, 대전대학교 윤경아 교수, 배재대학교 임진섭 교수에게 감사의 뜻을 전하고자 한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구자들의 의견이며, 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝히고자 한다.

2015년 12월

한국보건사회연구원 원장

**김 상 호**

# 목 차

Abstract .....	1
요 약 .....	3
<b>제1장 서 론 .....</b>	<b>7</b>
제1절 연구배경 및 목적 .....	9
제2절 연구내용 및 방법 .....	13
<b>제2장 노인돌봄(케어)의 개념 및 서비스 내용에 대한 일반적 개념 .....</b>	<b>15</b>
제1절 돌봄(케어)의 개념 및 내용 .....	17
제2절 돌봄(케어)서비스의 제공주체 .....	25
<b>제3장 노인돌봄(케어)서비스의 제공실태와 문제점 .....</b>	<b>39</b>
제1절 일반적 제공실태와 문제점 .....	41
제2절 지역간 제공실태와 형평성 .....	99
<b>제4장 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체 선택의     결정요인 분석과 비용추계 .....</b>	<b>141</b>
제1절 노인돌봄(케어)서비스의 결정요인 분석 .....	143
제2절 노인돌봄(케어)서비스의 비용지출 추계 .....	172
<b>제5장 주요 유럽국가의 공식 및 비공식적 케어 이용실태 분석 .....</b>	<b>197</b>
제1절 공식적 장기요양보호체계의 실태와 비공식 케어자 지원내용 .....	199
제2절 공식 및 비공식적 케어 이용실태 .....	215

---

<b>제6장 정책제언 및 결론</b> .....	<b>221</b>
제1절 공식 및 비공식 돌봄(케어)서비스 제공주체간 역할정립 및 개선방안 ..	223
제2절 공식 및 비공식 돌봄(케어)의 연계적 지원방안 .....	231
제3절 결론 .....	237
 <b>참고문헌</b> .....	 <b>239</b>
 <b>부 록</b> .....	 <b>251</b>

## 표 목차

〈표 2- 1〉 복지다원주의론에서의 비공식부분의 개념 .....	33
〈표 2- 2〉 복지믹스론에서의 비공식 시스템의 개념 .....	33
〈표 3- 1〉 노인돌봄(케어) 제공주체 .....	42
〈표 3- 2〉 노인장기요양보험의 장기요양대상자 인정률 추이 .....	44
〈표 3- 3〉 장기요양인정등급별 기능상태 .....	45
〈표 3- 4〉 장기요양등급 인정자의 주 질병상태(2009) .....	46
〈표 3- 5〉 장기요양등급 인정자의 주 질병상태(2014) .....	47
〈표 3- 6〉 장기요양등급 인정자의 거주상태(2014) .....	49
〈표 3- 7〉 장기요양등급 인정자의 주수발자 유형(2014, 전체 대상자) .....	52
〈표 3- 8〉 장기요양등급 인정자의 주수발자 유형(2014, 일반대상자) .....	53
〈표 3- 9〉 장기요양등급 인정자의 주수발자 유형(2014, 기초수급자) .....	54
〈표 3-10〉 방문요양서비스의 이용시간별 이용실태 .....	56
〈표 3-11〉 재가장기요양서비스의 구체적 내용 .....	57
〈표 3-12〉 노인장기요양기관의 요양보호사 배치기준 .....	59
〈표 3-13〉 노인돌봄종합서비스의 수급대상범위 .....	63
〈표 3-14〉 노인돌봄종합서비스의 제공내용 .....	65
〈표 3-15〉 가정봉사원파견시설, 방문요양 및 재가노인지원서비스의 비교 .....	68
〈표 3-16〉 재가노인지원서비스의 제공 내용 .....	70
〈표 3-17〉 재가노인지원서비스의 제공 내용: 사례(경북 A재가노인지원센터) .....	72
〈표 3-18〉 민영간병보험의 유형과 내용 .....	76
〈표 3-19〉 민영간병보험의 보유계약 건수(2009~2012) .....	76
〈표 3-20〉 민영간병보험의 보험금 수급자수 및 수급자1인당 보험금 실태 (생명보험기준, 2013) .....	77
〈표 3-21〉 시도별 자원봉사센터 운영형태 .....	79
〈표 3-22〉 시도별 자원봉사자 등록 및 활동현황 .....	80
〈표 3-23〉 기관별 자원봉사 정보시스템 및 1365 시스템과의 연계현황 .....	81

〈표 3-24〉 시도별 사회복지 자원봉사 관리센터 현황 .....	82
〈표 3-25〉 시도별 VMS자원봉사자 활동현황 .....	83
〈표 3-26〉 자원봉사협의회 회원단체 리스트(예시) .....	84
〈표 3-27〉 노인장기요양보험제도 이후 재가·입소시설수 추이 .....	93
〈표 3-28〉 노인장기요양서비스 수급자수·이용률 추이 .....	94
〈표 3-29〉 노인재가보호에서 차지하는 공식적·비공식적 노인돌봄의 관계 변화 .....	94
〈표 3-30〉 비공식부문에 의한 노인돌봄 제공주체의 구성 변화 .....	97
〈표 3-31〉 지역사회 노인돌봄(케어) 제공실태 사례조사 기관 특성 .....	100
〈표 3-32〉 본 연구의 주요 질문지 구성 항목 .....	115
〈표 3-33〉 지역별 노인 연령, 가구형태, 기능특성 .....	130
〈표 3-34〉 지역별 허약노인 수발실태 .....	131
〈표 3-35〉 지역별 가족내 수발자 .....	132
〈표 3-36〉 지역별 가족내 노인수발자 .....	132
〈표 3-37〉 시군별 방문요양 및 주야간기관 현황 .....	134
〈표 3-38〉 시도의 시군별 방문요양과 주야간보호기관 현황 .....	135
〈표 3-39〉 시군별 방문간호 및 단기보호시설 현황 .....	136
〈표 3-40〉 시도의 시군별 방문간호와 단기보호시설 현황 .....	137
〈표 3-41〉 시도별 노인돌봄종합서비스 이용 현황 .....	139
〈표 4- 1〉 돌봄 제공자에 의한 노인돌봄 유형 구분 .....	146
〈표 4- 2〉 일상생활수행능력에 따른 노인 건강상태 현황 .....	151
〈표 4- 3〉 일상생활수행능력 제한 노인의 일반적 특성(N=1,906) .....	153
〈표 4- 4〉 일상생활수행능력에 따른 돌봄 유무 .....	154
〈표 4- 5〉 도움을 받지 않는 이유 .....	154
〈표 4- 6〉 무돌봄(no care) 노인의 일반적 특성(N=349) .....	155
〈표 4- 7〉 돌봄제공자 유형 및 개수(중복응답) .....	156
〈표 4- 8〉 일상생활수행능력에(1개 동작 이상 제한 여부) 따른 돌봄유형 비중 .....	158
〈표 4- 9〉 가족 돌봄제공 주체 현황 .....	158
〈표 4-10〉 가족 돌봄제공의 돌봄제공량 .....	159

〈표 4-11〉 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄유형(N=1,557) .....	160
〈표 4-12〉 노인돌봄유형별 자녀수 및 가구총소득 .....	161
〈표 4-13〉 ADL 제한 동작 개수에 따른 돌봄유형(N=680) .....	162
〈표 4-14〉 돌봄유형에 따른 우울수준 .....	163
〈표 4-15〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 분석 (비공식돌봄과 공식돌봄) .....	165
〈표 4-16〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 분석 (비공식돌봄과 혼합돌봄) .....	166
〈표 4-17〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 분석 (공식돌봄과 혼합돌봄) .....	167
〈표 4-18〉 노인돌봄유형 결정요인 요약 .....	171
〈표 4-19〉 노인장기요양보험 대상자 현황(2015.04.30.기준) .....	175
〈표 4-20〉 노인장기요양보험 이용자 현황(2015.04.30.기준) .....	175
〈표 4-21〉 노인장기요양 방문요양서비스 이용시간별 이용실태 .....	177
〈표 4-22〉 노인장기요양보험 등급외 유형별 현황(2014.06.기준) .....	178
〈표 4-23〉 노인장기요양보험 등급외자 현황 및 노인돌봄서비스 이용자 추정 .....	178
〈표 4-24〉 재가급여 월 한도액 (2014.07.01.기준) .....	183
〈표 4-25〉 노인장기요양 재가서비스 중 방문요양 서비스 단가 .....	184
〈표 4-26〉 노인장기요양보험 소요재정 .....	185
〈표 4-27〉 노인돌봄서비스 이용자 추정 .....	185
〈표 4-28〉 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황1 .....	186
〈표 4-29〉 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황2 .....	188
〈표 4-30〉 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황3 .....	189
〈표 4-31〉 노인장기요양등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황 .....	190
〈표 4-32〉 노인장기요양등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상 제외자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황 .....	191

〈표 4-33〉 일반 노인 중 가족이나 친인척으로부터 방임 또는 사각지대에 놓인 대상자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황 .....	192
〈표 4-34〉 노인돌봄 서비스에 소요될 연간 재정 추이 .....	193
〈표 4-35〉 공식, 비공식 노인돌봄(케어) 서비스 소요 재정 추계 .....	194
〈표 5- 1〉 주요 유럽국가의 인구고령화 수준(2010) .....	200
〈표 5- 2〉 주요 유럽국가의 장기요양서비스에 대한 책임소재 .....	202
〈표 5- 3〉 주요 유럽국가의 공적 장기요양서비스의 정부간 역할유형 .....	203
〈표 5- 4〉 주요 유럽국가의 공적 장기요양서비스비용의 지출동향(2010) .....	205
〈표 5- 5〉 주요 유럽국가간 65세 이상 인구 천명당 장기요양병상수 비교(2011) .....	207
〈표 5- 6〉 유럽국가의 돌봄수당(care allowance) 지급조건 비교 .....	209

## 그림 목차

[그림 2-1] 돌봄(케어)의 제공주체간 관계(복지 다이아몬드) .....	29
[그림 2-2] 돌봄(케어)의 제공주체간 관계(공식/비공식 및 영리/비영리부문) .....	30
[그림 2-3] 비공식 및 공식적 돌봄(케어)간 관계모형 .....	36
[그림 2-4] 노인돌봄(케어)서비스 유형별 공식적(FC) 및 비공식(IC) 케어의 관계 .....	38
[그림 3-1] 재가노인지원서비스의 이용절차 .....	71
[그림 4-1] 일상생활수행능력에 따른 노인 건강상태 현황 .....	152
[그림 4-2] 노인돌봄유형 현황 .....	156
[그림 4-3] 일상생활수행능력(ADL 및 IADL 제한동작 개수 평균)에 따른 돌봄유형 현황 .....	158
[그림 4-4] ADL 제한 동작 개수에 따른 돌봄유형 .....	163
[그림 4-5] OECD 주요국의 비공식서비스 제공인구 및 재가서비스 수급인구 비율 .....	173
[그림 4-6] 노인돌봄 공식, 비공식 서비스 시간 및 대상자 현황 .....	181
[그림 4-7] 노인장기요양보험 이용자의 비공식돌봄 서비스 소요재정 추이 비교 .....	189
[그림 4-8] 최저, 최대 시나리오별 공식, 비공식 소요 재정 비중 변화 .....	193
[그림 4-9] 공식, 비공식 노인돌봄서비스 소요재정 추계와 비중 .....	195
[그림 5-1] 비공식 돌봄서비스 유형별 비중(2011, 50세 이상) .....	216
[그림 5-2] 가족원에 의한 비공식 돌봄 수급자 비중(2011, 50세 이상) .....	217
[그림 5-3] 가족원 이외의 돌봄자에 의한 비공식 돌봄 수급자 비중 (2011, 50세 이상) .....	218
[그림 5-4] 가족원 이외의 돌봄자에 의한 비공식 돌봄의 빈도(2011, 50세 이상) .....	218
[그림 5-5] 가족원 및 비가족원에 의한 비공식 돌봄 수급자 비중(2011, 50세 이상) ..	219



---

## Abstract ‹‹

### **Role Establishment and Construction of Continuum System Between Formal and Informal Providers in Elderly Care Services**

This research paper aims at establishing roles between formal and informal care and suggesting model of constructing the continuous system. The results of study are as follow.

Firstly, formal carers need to take charge of caring older persons in severe need of care, for example personal care or heavy domestic support services, while informal caregivers take charge of light domestic support or emotional care such as conversation with them for older persons in mild need of care in terms of results of determinating factor analysis about selecting formal or informal care. Secondly, like a case of European countries social support policies such as carer's allowance needs to be developed for family caregivers under the strict caregiving time and employment conditions. Also, the non-monetary support policies should be developed for family caregivers such as information, training, knowledges of care, respite care and care leave. policies in relation to applying to social security benefit about full-time caring by informal carer should be developed as well. By the long-term prospects of eld-

## 2 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

erly care costs it is estimated that the size of formal care costs rise twice if informal caring is reduced. Lastly, so-called ‘comprehensive center for supporting elderly care’ need to be established in community, which takes charge of assessing and finding out care needs and care-providing resources, planning care package, monitoring its caring. Especially, the center carries out tasks in relation to coordinating and supporting informal caregivers.

### 1. 연구의 목적 및 방법

본 연구는 현행 노인돌봄(케어)체계를 재검토하고, 돌봄서비스의 제공 주체에 대한 역할과 제공주체간 상호 연계방안을 제시하는데 목적을 두고 진행되었다. 특히, 우리나라의 노인돌봄체계는 그동안 가족구성원 등 비공식 돌봄자원을 중심으로 서비스가 제공되는 구조로 이루어져 왔으나, 2008년 노인장기요양보험제도의 도입으로 공식적 돌봄서비스가 제공되기 시작하면서 공식 및 비공식 돌봄에 대한 관계를 조명해 볼 필요성이 제기되었다. 이에 따라 본 연구는 공식적 돌봄서비스제도와 비공식 자원간 관계의 이론적 정립과 실태를 검토하고, 유럽 선진국가들의 돌봄서비스 실태를 검토하여 돌봄체계 개선에 필요한 정책과제를 제안하는 것으로 하였다.

연구방법으로는 국내외 문헌고찰을 중심으로 공식 및 비공식 돌봄간 관계, 유럽국가의 사례분석 등을 검토하고, 기존 노인실태조사자료를 활용하여 각 돌봄주체간 선택의 결정요인을 분석하였으며, 또한, 보험재정 지출 등 노인장기요양보험통계자료 및 정부의 예산지원을 바탕으로 공식 및 비공식 재가돌봄서비스 비용지출을 추계하였다. 그리고 전국의 4개 지역(대도시, 중소도시, 군지역, 도서지역의 각 1개 지역)을 선정하여 각 지역사회내에서 돌봄서비스를 제공하고 있는 비공식 자원을 파악하기 위하여 자원봉사단체 또는 조직 등 현지 기관 방문조사를 실시하였고, 돌봄서비스를 제공받은 수급자의 입장에서 돌봄서비스의 내용 및 제공자의 성격을 파악하기 위해서 서비스수급노인(30명)을 선정하여 면접조사를

실시하였다.

## 2. 주요 연구결과

각 장의 연구내용 결과를 정리하여 제시하면 다음과 같다.

첫째, 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체에는 국가(state), 민간시장(market) 및 가족(family)이 주축을 이룬다는 관점에서 정부에 의해 수립, 시행되고 있는 각종 주요 공적 노인돌봄제도를 공식적 돌봄 제공주체로 보고, 가족원, 비가족원(친척, 친구, 이웃 등) 및 자원봉사자에 의해 제공되는 서비스를 비공식 돌봄으로 규정하였다. 이러한 공식 돌봄과 비공식 돌봄서비스간 관계를 문헌 및 실증자료를 통해서 분석해 본 결과, 상호 대체관계에 있는 것이 아니라 대체·보충·보완관계가 혼합되어 있는 것으로 파악되었다.

둘째, 공식적 노인돌봄서비스제도인 노인장기요양보험제도(노인장기요양보험법), 노인돌봄종합서비스제도(노인복지법) 및 재가노인지원서비스제도(노인복지법)의 실태와 문제점을 검토해 본 결과, 노인장기요양보험제도는 공식적 케어량의 불충분성, 노인돌봄종합서비스제도는 적용대상자범위의 제약성, 재가노인지원서비스제도는 케어서비스 내용의 취약성 등으로 각각 비공식 돌봄지원이 필요한 것으로 파악되었다. 특히 공식적 돌봄자원의 지역간 형평성을 검토해 본 결과, 농촌지역에 공식적 돌봄자원이 상대적으로 부족하고, 비공식 돌봄자에 의한 케어가 상대적으로 많은 것으로 파악되어 농촌지역에서의 비공식 돌봄자에 대한 지원대책이 필요한 것으로 보았다. 아울러, 지역사회내 돌봄기관과 수급노인의 비공식 돌봄서비스 제공과 관련된 현지 실태조사를 실시해 본 결과, 자원봉사단체간 상호연계가 전혀 이루어지고 있지 못하고, 각 단체의 자원봉사서

비스의 내용도 신체케어나 가사지원보다는 밑반찬 지원이나 말벗 지원, 행정처리지원 등 정서적 지원에 치중하고 있는 것으로 파악되었다. 수급 노인의 입장에서는 장기요양등급 인정여부와 관계없이 가족원이나 친인척, 주변인으로부터 가사지원, 정서적 지원 및 경제적 지원을 받고 있는 것으로 파악되었다.

셋째, 공식 및 비공식 돌봄서비스 수급에 영향을 미치는 결정요인을 공식 돌봄, 비공식 돌봄 및 혼합돌봄(공식+비공식 돌봄)으로 구분하여 통계 분석을 해 본 결과, 일상생활기능의 장애정도가 심할수록 비공식 돌봄이 축소하고, 공식 돌봄 또는 혼합 돌봄의 비중이 높아지는 것으로 분석되었다. 아울러 장기요양등급과 무관하게 배우자가 있거나 자녀수가 많을수록 비공식 돌봄의 비중이 높은 것으로 분석되었다. 그리고, 노인돌봄비용을 추계한 결과를 토대로 볼 때, 비공식 돌봄의 축소는 현행 공식 돌봄비용이 2배 이상 증가하는 것으로 작용할 수 있다는 점을 도출하였다.

넷째, 주요 유럽국가들의 비공식 돌봄 실태를 검토해 본 결과, 공식 돌봄제공량의 제약으로 비공식 돌봄자원을 활용하고 있으며, 이를 지원하기 위한 정책도 개발, 시행되고 있는 것으로 파악되었다.

### 3. 결론 및 시사점

본 연구의 결과를 토대로 정책적 시사점을 정리하면 다음과 같다. 먼저, 공식 및 비공식적 돌봄체계의 역할에 대해서 가능한 한 가족 등, 비공식 돌봄자의 돌봄부담이 큰 신체케어나 신체케어를 필요로 하는 중증상태의 대상자에 대한 청소, 식사준비, 세탁 등 중량적인 형태의 가사지원 서비스는 공식 돌봄제도가 담당하고, 비공식 돌봄자에게는 경증 및 허약 노인을 대상으로 경량의 가사지원이나, 말벗 또는 행정지원업무 등 정서

## 6 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

적 지원서비스를 담당하도록 하는 것으로 재정리하여 이에 부합되는 서비스를 개발하여야 할 것이다. 그리고, 공식적 돌봄서비스의 제공량 제약으로 비공식 돌봄자 지원대책이 필요하고 그 내용의 하나로 비공식 수발자를 위한 현금지원대책을 제시할 수 있다. 이는 대부분의 유럽국가에서 시행하고 있는 돌봄관련수당(care or carer allowance, attendance allowance)제도를 시행하기 위한 엄격한 대상자 선정기준을 마련할 필요가 있겠다. 또 하나의 방안인 비물질적 지원대책으로 휴식 케어(respite care), 돌봄휴가(care leave), 돌봄관련 정보 및 지식제공, 그리고 돌봄기간에 대한 사회보장급여 혜택 제공 등이 필요하겠다. 마지막으로 공식 및 비공식 돌봄 간 연계지원방안으로는 무엇보다도 지역사회내에서 종합적으로 돌봄욕구를 측정하고, 케어플랜을 작성 및 모니터링, 평가를 수행할 수 있는 체계 구축이 필요하겠다. 이를 위한 지역사회내(가칭)노인돌봄포괄지원센터 모형을 구축하여야 하겠다.

**\*주요용어:** 공식 돌봄, 비공식 돌봄, 돌봄주체간 이용 결정요인, 돌봄비용 추계, 돌봄연계체계

제 1 장

서론

제1절 연구배경 및 목적  
제2절 연구내용 및 방법



## 제1절 연구배경 및 목적

정부의 노인보건복지사업안내<sup>1)</sup>에 의하면, 노인돌봄(케어)서비스는 일상생활을 스스로 (자립적으로) 수행하기 어려워 타인의 도움을 필요로 하는 노인에게 제공되는 보건·복지서비스로 정의하고 있다. 그런데, 노인 돌봄서비스는 전통적으로 가족 및 지역사회주민이 중심이 되어 제공되어 왔으나, 인구고령화 및 출산저하에 따른 가족원 축소 등, 사회·인구학적 환경의 변화로 점차적으로 공적 사회제도나 민간시장을 중심으로 제공되는 형태로 전환되고 있는 실정이다.

그럼에도 불구하고, 노인돌봄서비스가 공적제도 및 민간시장에 전적으로 맡겨지는 것만은 아니다. 유럽 선진국들의 경험을 살펴보면, 여전히 가족원 등에 의한 비공식적인 케어(informal care)가 한 축을 이루고 있고, 국가도 이를 지원하고 있다. 노인돌봄은 그 특성상 개개인의 사생활과 밀접한 관계가 있기 때문에 돌봄 수혜자의 선호, 공적 사회복지재정의 절감차원, 소비자의 선택권 보장, 공식적 케어(formal care) 지원량의 한계 등으로 비공식 부문의 케어가 여전히 중요하게 다루어지고 있다. 즉, 1990년대 중반이후 인구고령화의 심화에 대응한 유럽국가들의 장기요양 제도에서는 비공식 케어자(informal carer)에 대한 현금수당이 보편적으로 지급되는 것도 그러한 차원에서 운영되고 있다고 볼 수 있다.

우리나라의 경우는 2000년도 고령화 사회의 진입을 계기로 노인돌봄

1) 보건복지부, 2014년 노인보건복지사업안내, 2014 참조.

(케어)문제가 사회문제로 부각되면서 장기요양보호(long-term care)차원에서 논의되기 시작하였는데, 지난 2008년도에 도입된 노인장기요양보험제도의 급여수급자에서 벗어난 정도의 케어 필요자를 대상으로 한 노인돌봄서비스가 2007년부터 시행되는 등, 공식적 케어가 확대되었다.

전반적인 노인돌봄체계는 노인장기요양보험서비스, 지자체기반의 노인돌봄서비스나 재가지원서비스 등에 의한 공식적 케어, 민간생명보험회사의 간병보험 상품이나 사적시장으로부터의 개인간병, 그리고 가족·친척·이웃 등에 의한 비공식 케어가 혼합되어 있다. 이중에서 노인장기요양보험제도로부터 공식적 케어서비스를 받지 못하는 경우, 저소득계층에 한하여 노인돌봄서비스나 재가노인지원서비스 등 부차적인 공적 서비스를 제공받거나, 가족 등 비공식 케어에 의존하여야 하고, 비록 공적서비스를 받을 수 있다고 하더라도 제공량 및 급여비용의 한계로 가족이나 민간시장상품 등, 추가적으로 비공식, 또는 민간시장에 의존하고 있어 가족의 부담은 크게 줄어들고 있지 못한 상태이다. 다시 말하면, 돌봄(케어)서비스가 필요한 노인은 전체의 15~20%<sup>2)</sup>에 해당하는 것으로 추정되고 있는데, 이 중에서 약 6~7%<sup>3)</sup>는 노인장기요양보험제도로부터 서비스를 받고 있고, 나머지의 일부는 지방자치단체의 노인돌봄서비스나 재가노인지원서비스, 또는 가족에 의해 보호받고 있는 실정이다. 또한, 각종 노인돌봄서비스도 지역간 제공기관 설치의 격차로 서비스이용의 불균형이 예상되고, 서비스이용에 따른 이용자 본인 비용부담제로 인하여 소득계층간 서비스 이용의 비형평성이 발생할 여지가 있다.

결국, 전반적으로 보면, 우리나라의 돌봄서비스체계는 국가·사회에 의

2) 2014년도 노인실태조사자료에 의하면, 지역사회내 ADL 및 IADL 제한노인이 전체노인의 18.2%로 나타나고 있음(정경희 외, 2014년 노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2014.12 참조).

3) 2014년도말 노인장기요양서비스대상자 인정률이 전체노인의 6.6%로 집계됨(국민건강보험공단, 2014년 노인장기요양보험통계연보, 2015 참조).

한 서비스체계(노인장기요양보험, 노인돌봄서비스제도)가 주축을 이루고 있지만, 여전히 상당한 부분을 사적시장과 가족이 분담하여야 하는 구조로 되어 있다. 그러한 상황임에도 불구하고 사적시장이나, 가족 등 비공식 돌봄 제공자를 지원하는 사회적 제도는 미흡한 실정이다. 그 반면에 유럽 선진국들의 경우에는 국가에 의한 노인돌봄지원이 중심적이지만, 가족 등 비공식 돌봄자에 대한 지원정책도 수립, 시행하고 있다. 예를 들면, 가족돌봄자에 대한 기업체의 돌봄휴가제, 임금지원방식, 돌봄기간에 대한 사회보장 적용, 세액공제·세금공제·소득공제·연금크레딧, 가족 돌봄자의 육체적 피로, 경제적 부담 및 심리적 부담의 경감지원 대책 등이다.

한편, 노인돌봄서비스의 내용에는 일상생활의 수행능력저하에 따른 신체수발 및 가사지원서비스가 중심을 이루고 있지만, 돌봄수혜자의 욕구가 다양하여, 그 이외의 보건의료 및 복지서비스제공도 필요한 것이 사실이다. 즉, 노인장기요양보험제도가나 노인돌봄서비스제도는 신체수발 및 가사지원과 간호, 재활 등 일부의 보건의료서비스가 포함될 뿐이어서 그 이상의 의료서비스나, 생활복지서비스가 필요한 경우에는 기존 제도와의 연계성이 원활하지 못한 실정이다. 특히, 장기요양보험제도에서의 의료서비스 제공이 미흡하여 요양병원이나 일반병원에 입원하여야 하거나, 병원과 시설간의 입·퇴원 간 연계가 불명확하고, 돌봄대상자 및 가족의 비용부담이 가중되고 있는 실정이다.

최영준 등(2013)의 연구에서는 중앙과 지자체에서 수행하고 있는 모든 돌봄기능 관련사업의 현황을 분석하고 향후 발전과제를 제시하는데 목적을 두고 있으며, 주요 내용으로는 성인돌봄서비스의 개념과 영역, 성인돌봄의 일반적 현황분석, 성인돌봄서비스의 현황 및 심층분석(노인돌봄, 장애인돌봄) 등을 검토하고 있다. 최인희 등(2012)의 연구에서는 여성노인

## 12 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

에 의한 배우자 돌봄과 손자녀 돌봄의 현황을 살펴보고, 여성노인이 배우자나 손자녀를 돌볼 때 경험하게 될 긍정적인 경험 및 다양한 어려움, 지원제도의 이용실태를 파악하는데 목적을 두고 있고, 주요내용으로는 현행 주요 가족돌봄자지원정책 분석, 여성노인의 가족돌봄 현황분석, 여성노인의 가족돌봄 현황분석 등이다. 그리고, 김영란 외(2013)의 연구에서는 지역사회에 기반한 노인돌봄공동체 사례들을 발굴하고, 지역사회 노인돌봄공동체 추진을 위한 실천방안을 제안하는데 목적을 두고 있고, 주요내용으로는 노인 1인가구의 생활실태와 노인돌봄지원서비스의 현황분석, 지역사회 노인돌봄사례 분석, 지역사회 노인돌봄 공동체 제안 등이다.

따라서, 공식적 자원의 한계적 측면을 고려할 때, 국가-민간시장-가족 등 간의 노인돌봄서비스의 균형적 지원대책을 수립하여 각 제공주체간 부담을 완화하고, 이를 지원할 수 있는 사회적 제도의 수립이 필요하여 다음과 같은 연구목적들을 두고 추진하고자 한다. 즉, 노인이 가지고 있는 돌봄(케어)필요정도, 소득수준 및 필요 서비스내용을 기준으로 돌봄제공주체(국가·사적시장·가족)간 역할 및 기능을 재정립하고 필요한 지원방안을 강구하고, 다양한 돌봄(케어)서비스제도 간 서비스의 제공분담 및 누락, 또는 중복을 피하기 위한 연계방안을 모색하는데 있다.

## 제2절 연구내용 및 방법

### 1. 연구 내용

본 연구의 주요내용은 다음과 같다.

서론에 이어 제2장에서는 노인돌봄(케어)체계의 개요를 정리하는데, 돌봄의 개념, 돌봄(케어)의 내용에 대해 학자간의 의견을 정리하고, 정부의 개념도 살펴보았다. 그리고, 돌봄(케어)의 제공주체로 공식 및 비공식 돌봄으로 구분하여 국가와 가족이 핵심적인 제공주체로 검토하였다. 아울러 공식과 비공식 돌봄간의 관계를 정리하고, 서비스내용을 중심으로 공식과 비공식 제공주체간 관계를 검토하였다.

제3장에서는 노인돌봄(케어)서비스를 제공하는 공식 부문은 정부에 의해 운영되고 있고, 비공식 부문은 자원봉사자를 포함하여 가족원이 서비스를 제공하고 있기 때문에 공식 부문의 돌봄제도로 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스제도 및 재가노인지원서비스제도를 돌봄의 차원에서 정리하였다. 그리고, 일부의 지방자치단체에서 제공되고 있는 비공식 돌봄 제공기관에 대한 사례분석과 일부 돌봄서비스 수급자의 돌봄실태에 대한 사례분석을 실시하여 정리하였다. 아울러 지방자치단체간 돌봄 제공주체 등의 분포 차이를 분석하여 형평성 수준을 살펴보았다.

제4장에서는 비공식 및 공식 돌봄서비스의 이용에 영향을 미치는 결정요인을 통계적으로 분석하였고, 각 부문별 결정요인의 차이를 찾아내고자 하였다. 그리고, 돌봄(케어)서비스의 소요비용을 추정하여 보았고, 장래 어느 정도로 증가할 것인가를 추계해 보았다.

제5장에서는 주요 유럽국가들의 비공식 케어자에 대한 실태와 이들을 지원하는 정책에 대해서 검토해 보았다. 다만, 자료의 제한성으로 일부 유럽국가에 국한시켜 정리해 보았다. 아울러, 각국의 비공식 및 공식적

케어정책의 실태를 검토하였다.

제6장에서는 전 장에서의 분석내용을 토대로 제공주체간 역할을 정립해 보고 연계지원할 수 있는 방안을 제시하였다.

## 2. 연구 방법

연구방법은 첫째, 국내외 문헌고찰을 중심으로 하여 개념적 정의나 각종 제도의 현황과 문제점을 분석하는데 활용하였다.

둘째, 사례연구에서는 접근이 양호하고 지자체의 협조가 가능한 전국의 4개 시군구지역을 선정하여 현장방문조사를 실시하였다. 즉, 대도시 지역으로 부산광역시 N구 지역, 중소도시지역으로는 전북 K시 지역, 농촌지역으로 경남 E군 지역, 그리고 도서지역으로는 전남 W군 C면 지역을 선정하였다. 이 방법은 질적 연구의 차원에서 지자체에서 제공되는 비공식 돌봄 제공기관에 대한 서비스 내용을 검토하는데 주력하였다.

셋째, 노인돌봄(케어)서비스를 받고 있는 수급자 노인을 선정하여 서비스 제공자와 서비스내용에 대해 조사자의 방문을 통해서 조사해 보았다. 이 또한 질적 연구를 통해서 수급자의 돌봄욕구나 욕구충족 정도를 기해 보기로 하였다.

마지막으로 전문가 자문회의를 통해서 전반적인 연구내용을 검토하고 의견을 청취하는 것으로 하였다.

## 제 2 장

# 노인돌봄(케어)의 개념 및 서비스 내용에 대한 일반적 개념

제1절 돌봄(케어)의 개념 및 내용

제2절 돌봄(케어)서비스의 제공주체



# 2

## 노인돌봄(케어)의 개념 및 서비스 내용에 대한 일반적 개념

### 제1절 돌봄(케어)의 개념 및 내용

#### 1. 돌봄(케어)의 개념

돌봄은 영어의 케어(care)를 한글로 번역한 것이다.<sup>4)</sup> 이는 ‘돌보다’의 명사형으로 네이버(naver)의 국어사전에 의하면,<sup>5)</sup> ‘관심을 가지고 보살피다’로 설명하고 있고, ‘보살피다’의 뜻은 ‘정성을 기울여 보호하며 돕다’, ‘이리저리 보아서 살피다’, ‘일 따위를 관심을 가지고 관리하거나 맡아서 하다’ 등으로 풀이되어 있다. 다음(daum)의 국어사전에 의하면,<sup>6)</sup> ‘돌보다’는 ‘보살피 부양하거나 수발하다’로 풀이하고 있는데, 여기에서 ‘수발’은 ‘거동이 불편하거나 병이 든 사람 곁에서 여러 가지 시중을 들며 보살핌’이라고 설명하고 있다. 이를 통해서 정리해 보면, 돌봄의 대상자는 거동 불편자 또는 병든 자라는 것을 알 수 있고, 돌봄의 행위는 대상자를 보호하고 돕는 것으로 볼 수 있지만, 그 행위의 내용에 대해서는 구체적으로 제시되어 있지 않다.

보건복지부의 2014년도판 노인보건복지사업안내의 노인돌봄서비스 사업 개요<sup>7)</sup>에서 노인돌봄서비스는 ‘혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어

4) 본 보고서에서는 care의 용어로 ‘돌봄’과 ‘케어’를 문맥에 맞게 혼용하고자 함. 예를 들면, ‘공식적 케어’나 ‘공식적 돌봄’의 표현을 문맥에 맞게 사용하고자 함.

5) <http://terms.naver.com> 참조

6) <http://dic.daum.net> 참조

7) 2014년도판 노인보건복지사업안내(II) pp.135~137을 참조바람.

려운 노인과 독거노인에게 욕구에 따라 안전 확인, 생활교육, 서비스연계, 가사지원, 활동지원, 주간보호서비스 등 맞춤형 복지를 제공하는 서비스'로 정의하고 있고, 사업내용으로는 노인돌봄기본서비스, 독거노인응급안전돌봄서비스, 독거노인사랑잇기서비스가 포함되어 있다. 그런데, 노인돌봄기본서비스와 독거노인사랑잇기서비스의 사업대상이 장기요양서비스가 불필요한 독거노인이지만, 독거노인응급안전돌봄서비스의 경우에는 치매(치매 고위험군 포함)노인과 노인장기요양서비스 및 방문보건서비스 이용자로 하고 있다. 그 이외에 노인돌봄종합서비스가 별도의 사업내용으로 추가되어 있는데, 사업대상은 노인돌봄서비스에서 제시한 사업대상 중 독거노인이 제외되어 있다. 따라서, 정부에서는 노인돌봄서비스의 개념을 일상생활에 자립적이지 못한 노인과 자립적이지만 홀로 사는 노인에게 제공되는 서비스로 설명하고 있어서 구체적으로 개념적 정의를 제시하고 있는 다음(daum)의 국어사전에 의한 개념과 일치하고 있지 못한 점이 보인다.

이러한 돌봄의 개념적 정의와 사업내용이 다소 일치하지 못한 점을 고려하여 2015년도판 노인보건복지사업안내에서는 노인돌봄서비스의 사업안내는 삭제, 별책으로 제작되고 노인돌봄종합서비스의 사업내용만 기술되어 있는데, 그 사업대상은 기존의 개념과 동일하다. 이러한 일련의 흐름으로 볼 때, 돌봄의 대상은 어디까지나 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려워 자립적인 못한 자가 되는데, 여기에서 일상생활은 보편적으로 식사하기, 화장실 이용하기(배설하기), 목욕하기 등을 포함하고 있는 기본적 일상생활동작(basic ADLs)과 청소·세탁·식사준비하기, 외출하기 등을 포함하고 있는 도구적 일상생활동작(instrumental ADLs)을 가리키고 있다.

여기에서 학자의 개념정의를 정리해보면 다음과 같다. 먼저, M. Daly

에 의하면, 케어(care)는 “의존성을 지닌 성인 또는 아이의 신체적이고 정서적인 욕구(needs)를 그것이 책임지워져 수행되는 규범적·경제적·사회적 틀 내에서 충족시키는 것에 관한 행위와 관계”라고 하였다(Daly, 2001: 37). 이렇게 케어를 정의하자면, 케어는 신체적·물리적인 측면(보살핌)과 심리적인 측면(배려와 관심)이라는 두 가지로 구성되어 있음을 알 수 있다.

이와 같은 Daly의 정의<sup>8)</sup>에 대하여 일본의 페미니스트 사회학자인 우에노 치즈코(上野 千鶴子, 2011: 39-40)는 케어의 정의로서 지지하는 입장을 취하고 있는데, 그 이유로서 다음과 같은 여섯 가지를 들고 있다. 즉, 그는 첫째, Daly의 정의에는 사회적·역사적인 문맥 의존성이 포함되어 있어 사회적이면서 역사적으로 비교가능한 개념이라는 것이다. 둘째, Daly의 정의는 케어를 제공하는 자와 케어받는 자간의 상호작용이라고 보고 있어 케어를 제공자와 수혜자의 어느 한쪽에 귀속시키지 않고 사회적 ‘관계’로 볼 수 있다는 것이다. 따라서, 케어를 논함에 있어서는 복수의 행위자(주체)에 관여할 필요가 있다는 것이다. 셋째, Daly의 정의는 역할과 그 수행의 사회적 배치를 포함함으로써 젠더, 계급, 인종과 같은 변수를 투입하여 그 사이의 비교를 가능케 한다는 것이다. 넷째, Daly의 정의는 성인과 아이를 포함하는 것으로써 간호, 개조(介助 assist), 간호, 그리고 육아까지의 범위 전체를 나타낼 수 있다는 것이다. 다섯째, 신체와 정서의 양면을 포함함으로써 케어가 지니는 보살핌과 배려의 양자를 포함할 수 있다는 것이다. 여섯째, 규범에서 실천까지 포함하는 것으로써 케어의 규범적 접근과 기술적 접근을 동시에 가능케 한다는 것이다.

이렇게 케어를 정의할 경우, 케어에 대한 접근방식에는 신체적·물리적

8) 정확하게 말하면, M. Daly가 편집한 ILO 간행의 『Care Work』의 집필자들이 사용하고 있는 Care에 대한 정의임.

인 측면(보살핌)인 ‘케어노동’과 심리적인 측면(배려와 관심)인 ‘케어관계’라는 두 가지 경로가 있다고 하겠다. 그렇지만, 케어노동(돌봄노동)에 초점을 맞출 것인가, 아니면 케어관계(돌봄관계)에 초점을 맞출 것인가에 따라 케어에 대한 접근방법은 다를 수밖에 없다. 돌봄노동에 대한 방식은 주로 거시적인 사회관계에 초점을 맞출 것이고, 돌봄관계에 대한 방식은 돌봄을 받는 자와 돌봄을 제공하는 자의 미시적인 사회관계에 초점을 맞출 것이다. 또한, 돌봄노동에 대한 방식은 주로 돌봄 제공자 편에서 논의될 것이고, 돌봄관계에 대한 방식은 돌봄 제공자와 수혜자에 의한 상호작용이 논의될 것이다. 단, 돌봄노동은 돌봄관계를 떠나서 논의할 수 없으며, 돌봄관계 또한 돌봄노동을 떠나서 논의할 수 없는 것처럼 사회 내에서 돌봄노동과 돌봄관계가 밀접하게 연관되어 있음은 두말할 필요가 없다.

돌봄은 특수한 맥락에서 돌봄을 주고 받는 사람들 간의 감성적, 정서적 관계 속에서 이루어지고 있는 점에 주목할 경우, 돌봄은 노동이지만 대부분의 다른 노동처럼 기계로 대체할 수 없는 노동 이상의 어떤 것으로서 ‘돌봄관계’로 보는 것이 정확하다고 하는 의견도 있다(Held, 2006; 박기남, 2011: 123 재인용). 즉, 돌봄에서 중심적인 요소는 느낌, 욕구, 욕망, 돌봄을 받는 사람의 사고, 돌봄을 받는 사람의 관점에서 상황을 이해하는 능력이라고 한다면, 도구적 돌봄의 제공뿐만 아니라 정서적, 심리적 돌봄의 제공도 중요하게 고려되어야 한다는 것이다. 또한, 돌봄은 특정 집단에 제한된 욕구가 아니라 누구나 생애과정에서 제공하고 받을 수 있는 보편적인 욕구이므로 돌봄관계에서 돌봄 수혜자와 제공자는 모두 포괄적 시민권(inclusive citizenship)의 차원에서 삶의 독립성을 보장받을 수 있어야 한다는 것이다(박기남, 2011: 123).

일본에서 케어라는 용어가 사용되기 시작할 당시 ‘노인개호’의 구체적

인 내용과 특징에 대해서 검토한 소데이 다카코는 “자립곤란한 노인에게 대한 생활원조인 개호에는 의료의 간호에 가까운 것에서부터 격려와 위로라는 정신적인 원조에 이르기까지 매우 다양한 내용이 포함된다”(袖井孝子, 1993: 169)고 지적하고 있다. 예를 들면, 몸담기, 욕창처치, 도뇨, 경관영양 등 간호에 가까운 것, ADL(일상생활동작능력) 및 IADL(수단적 일상생활동작능력)에 대한 원조, 병원동행, 사례관리(case management)의 역할, 각종 신청 서류의 작성과 제출, 거주환경의 정비보전, 금전·재산 관리 및 각종 지불, 정신적인 원조, 문화적 욕구충족 등 10개 항목이 포함되어 있다.

그 이외의 학자들에 의해 정의된 돌봄(케어)에 대한 개념을 살펴보면 다음과 같다. 장기요양보호의 대상자가 누구인가를 보면, ‘만성적으로 장애를 지닌 자’(Doty, et al; 1985), ‘기능적으로 장애를 가진 자’(Evashwick, 1996), ‘장애로 인하여 장기간 기능상태의 무능력이나 어려움을 경험하고 있는 자’(Kane, et al; 1998), ‘신체적 및 정신인지적 제한으로 기능상태가 의존적인 자’(Binstock, 1998), ‘신체적 및 정신적인 제한으로 의존적인 자’(Pratt, 2015)를 대상으로 정의하고 있다. 이러한 학자들의 개념 정의를 바탕으로 사회적 장기요양보호제도를 수립, 운영하고 있는 국가들이 내린 장기요양보호대상자는 ‘셀프케어(self-care)의 기능을 일부, 또는 전부 상실한 자’(Canada, 1988), ‘허약한 노인이나 이미 의존적인 장애상태에 빠져 있는 자’(OECD, 2005), ‘만성질환이나 상해상태로 자신의 셀프케어 기능을 일부라도 상실한 자’(US Congressional Budget Office, 1999), ‘장기간 동안의 신체적 장애나, 인지손상으로 자기 자신을 스스로 돌볼 수 없는 자’(Ireland, 2002)로 설명하고 있다. 결국, 신체적 및 정신적 장애로 의존적인 자가 필요로 하는 도움이라는 것은 기본적으로 일상생활동작의 기능을 지원하는 행위(Evashwick; 1996, Binstock;

1998, Bishop; 2003)로 정리할 수 있다.<sup>9)</sup> 그리고, NCPC(National Care Planning Council, 2015)<sup>10)</sup>에서는 장기간에 걸쳐서 신체적 및 정서적 욕구를 지닌 자로 정의하고 있고, 이러한 (장기요양)케어를 필요로 하는 상태는 말기적 상태, 장애, 질병, 상해, 노쇠에 기인한다고 하고 있다.

대부분의 국가에서는 이들의 돌봄대상자들에게 서비스를 제공하기 위해 이들의 욕구수준을 감안하여 서비스의 제공량에 영향을 줄 수 있도록 범주화하고 있다.<sup>11)</sup> 다시 말하면, 신체적 및 인지정신적 기능상태 뿐만 아니라 부분적으로 의료·복지욕구 등도 감안하여 욕구도를 중도와 경도로 구분하고 있다.

이러한 케어의 대상자에게 제공되는 일상생활에서의 지원서비스를 포함한 다양한 서비스(이에 대해서는 후술함)는 단순히 제공하는 데에만 그치는 것이 아니라 서비스를 통해서 기대하는 목적이 아울러 제시되어 있다. 즉, '기능자립을 최대한도로 유지할 수 있도록 하는 것'(Evashwick, 1996)이라든가, '대상자의 자립, 자율, (사회)참여, 개인적 성취 및 존엄을 최대한 유지하게 하면서 최상의 삶의 질을 유지할 수 있도록 하게 하는 것'(WHO, 2000) 등으로 설명하고 있다.

---

9) 여기에서 대부분의 학자가 제시하고 있는 장애의 기간은 일시적인 것이 아니라 일정한 기간 동안 지속되는 기간으로 정의하고 있는데, 이를 바탕으로 사회제도로 운영하고 있는 독일 및 일본의 장기요양보험에서는 최소한 6개월 이상 지속되는 상태를 장기요양보호가 필요한 상태로 보고 있음. 또한 일상생활동작이란, 전술한 바 있는 기본적 및 도구적 일상생활동작(ADL)을 가리키고 있음.

10) [http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long\\_term\\_care.htm](http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm) 참조

11) 예를 들면, 사회보험제도를 도입하여 서비스를 제공하는 경우에는 독일이 3개 등급, 일본이 7개 등급, 우리나라가 5개 등급으로 욕구도를 구분하고 있으며, 스웨덴이나, 오스트리아, 프랑스 등도 등급으로 구분하고 있음.

## 2. 돌봄(케어)서비스의 내용

전술한 돌봄(케어)의 개념 정의에서 살펴보았듯이 돌봄의 대상자에게 제공되는 서비스도 대상자의 욕구형태를 바탕으로 해서 정의될 수 있다. 우선적으로 돌봄에 대한 정의를 내린 학자 및 관련기관의 입장부터 살펴보고자 한다.

Binstock(1998)에 의하면, 돌봄서비스에는 크게 보건의료서비스와 복지서비스로 구분되어 있는데, 전자에는 의사에 의한 진단과 급성치료, 의료관리, 정신보건, 투약관리, 간호처치, 재활치료(물리·작업·언어치료 등), 시정각 케어, 치과진료, 재택의료, 영양 케어 등이 포함되어 있고, 후자에는 주·단기보호, 케어교육, 케어상담, 복지용구, 신체 및 가사지원, 일상생활지원(물건구매, 식사배달, 심부름, 전화지원 등), 이송지원, 가족 지원, 호스피스 케어, 법률상담 등이 포함되어 있다. OECD(2005)에서는 보건의료서비스, 간호요양서비스, 일상생활지원서비스 및 주거서비스로 구분하고 있는데, 보건의료서비스는 의사 및 재활인력에 의한 서비스이고, 일상생활지원서비스는 신체 및 가사지원, 사회활동지원을 포함하고 있으며, 주거서비스는 병원 이외에 노인요양시설 등과 같은 시설에 입소하여 제공되는 서비스를 지칭하고 있다.

NCPC(National Care Planning Council, 2015)에서는 장기요양서비스를 전문적으로 취급하는 단체이다 보니, 장기요양욕구를 지닌 자에게 제공하는 도움으로 ADL지원(걷기, 목욕, 옷갈아입기, 욕실이용, 실금 조절, 식사 등)과 IADL지원(전화받기, 진료예약, 식사배달, 집안정리, 물건사기, 교통수단제공, 투약관리, 금전관리, 공공요금지불, 세탁하기, 몸단장 등), 이외에 의료적 서비스로 통증관리, 불안정한 행동예방, 배회예방, 정서심리불안 제거, 물리치료, 작업치료, 의료적 욕구 지원, 진료상담

등이 포함되어 있고, 주거관련서비스로 주택수리, 정원관리 및 눈 치우기 등이 포함되어 있다. 이러한 서비스들은 장기요양서비스가 필요한 자이면 기본적으로 핵심적으로 제공되어야 하는 것이다. 마지막으로 미국의 NIH(2015)에서는 장기요양서비스는 장·단기간 동안 건강이나 개인적 신체케어욕구에 대처하기 위해 고안된 다양한 형태의 서비스로 규정하면서 재가기반(home-based) 서비스, 지역기반(community-based) 서비스 및 시설기반(facility-based) 서비스로 구분하고 있다.<sup>12)</sup> 재가기반(home-based) 서비스에는 신체케어(목욕, 옷입기, 투약 등)가 중심적이고, 재가의료서비스도 포함되어 있다. 지역기반(community-based) 서비스에는 주간보호서비스, 시니어센터프로그램, 교통이용지원, 식사배달, 휴식케어(respite care) 등이 포함되어 있는데, 이러한 서비스는 집안에서 또는 지역사회 특정시설에서 제공되고 있다. 시설기반(facility-based) 서비스에는 성인위탁보호(adult foster care), 케어홈(board and care homes), 요양지원시설(assisted living facilities), 노인요양시설(nursing homes), CCRC(Continuing care retirement communities) 등의 시설서비스가 있다.

이러한 장기요양서비스는 분절적인 방식보다는 연계적으로 제공될 때 그 효과가 극대화되기 때문에 연계적 케어(continuum of care)체계의 구축이 필요하다. 특히, 돌봄(케어)대상자들이 필요로 하는 서비스가 복지서비스 뿐만 아니라 보건의료적 서비스도 반드시 포함되어 있다는 점에서 의료서비스와의 연계가 필수적이라 할 수 있다. 또한, 대부분의 일반노인, 그 중에서도 돌봄(케어)대상노인들은 한 가지 이상의 만성질환을 가지고 있다는 것은 의료 및 복지적 욕구를 복합적으로 지니고 있다는 의미이기 때문에 통합적 케어(integrated care)방식이 요구되고 있다.

12) <http://nihseniorhealth.gov/longtermcare/whatislongtermcare/01.htm> 참조

## 제2절 돌봄(케어)서비스의 제공주체

### 1. 돌봄(케어)서비스의 공식 및 비공식 제공

돌봄(케어)서비스를 제공하는 방식에는 공식적 케어(formal care) 방식과 비공식 케어(informal care) 방식으로 구분할 수 있는데, 일반적으로 각 돌봄(케어)방식으로 서비스를 제공하는 주체는 정부, 비영리단체(non-profit organization), 영리단체, 자원봉사자, 가족원 등을 거론할 수 있다.

먼저, 공식적 케어에 대한 개념을 살펴보면, Glendinning 등(2009)에 의하면, 특정한 훈련을 받고 전문자격증을 취득하여 자격을 갖춘 전문직에 의해 제공되는 케어로 정의하고 있다. 이 케어서비스는 국가나 다른 형태의 조직(공공기관)에 의해 통제를 받는데, 케어제공자는 케어책임을 명시하는 계약을 맺고 있다는 것이고, 케어제공자는 보수(임금)을 지불받고 사회권 및 노동규칙에 따라야 한다는 것이며, 케어 업무는 전문가적 자격수준에 따라 명시되어야 한다. 또한, 케어제공자는 업무계획표를 가지고 케어를 제공하고, 휴식(비번)을 취한다는 것이다. 다만, 자원봉사자(volunteer)도 전문훈련을 받고 재정적 보상을 받는 경우도 있기 때문에 명확하게 공식적 케어와 비공식 케어를 구분하지는 못한다는 것이다. 이러한 공식적 케어를 제공하는 단체에는 정부(공공단체), 비영리단체 및 영리단체가 중심적인데, 국가마다 각 제공단체가 차지하는 비중이 상이한 실정이다. 즉, 영국은 재가서비스기관 및 요양시설 모두 민간영리단체의 비중이 높고, 덴마크는 재가서비스기관 및 요양시설 모두 공공단체가 중심적이지만, 재가서비스부문의 가사지원은 민간영리단체에도 개방하고 있다. 독일은 모두 비영리단체와 영리단체가 균형적으로 비중을 차지

하고 있고, 네덜란드는 재가서비스기관의 경우 비영리단체가 중심적이라 할 수 있다(Winkelmann, 2014).

다음으로 비공식 케어에 대한 개념을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, Glendinning 등(2009)에 의하면, ‘전문직이나 공식적 틀 밖에서 만성질환, 장애, 기타 장기적 건강이나 지원욕구를 지닌 자’에게 도움을 제공하는 자로 설명하고 있고, Triantafillou 등(2010)에 의하면,<sup>13)</sup> 가족, 친척, 친구나 이웃에 의해 주로 제공되는 케어(돌봄)로 케어제공자는 비전문가이고 케어제공을 위한 훈련을 받지 않은 자이다. 다만, 일부의 경우, 특별훈련을 받을 수 있는 혜택을 제공하기도 한다. 또한, 케어제공자는 돌봄책임에 대한 어떠한 계약도 맺고 있지 않으며, 점차적으로 재정적 기여를 받고 있기는 하지만, 일정하고 정기적으로 보수를 받지 않는다(not paid)는 것이다. 그리고 케어제공자는 정서적 지지나 지원을 포함하여(공식 케어자에 의해 제공될 수 있는) 다양한 범위의 업무를 수행하며, 케어에 투입되는 시간의 양에 제한이 없지만, 공식적으로 휴식(off-duty)이 거의 없다는 것이다.

여기에서 영국의 재가케어제공자의 실태를 분석한 미토미 키요시(三富紀敬, 2000: 24)에 의하면, 1980년대에 케어링(caring), 가족케어(family care), 지원자(supporter) 등의 용어 대신에 케어자(carer), 비공식케어자 등의 용어가 페미니스트의 논고에 의해 등장했다고 한다. 따라서, 유럽국들의 복지정책 관련 연구에서는 가족케어(family care)보다는 비공식 케어라는 용어가 사용되고 있으며, 이 경우 비공식 케어는 가족케어를 포함하는 개념임을 알 수 있다(Triantafillou et al., 2010: 11). 이는 바꾸어 말하면, 서구에서는 ‘가족케어’라는 개념을 대신하여 ‘비공식 케어’

13) Triantafillou, Judy, et al, Informal care in the long-term care system: European Overview Paper, European Commission, May 2010.

라는 개념이 일반적으로 사용되고 있다는 의미이기도 하다.<sup>14)</sup>

비공식 케어에 대한 역사적 흐름을 영국의 사례를 통해서 살펴 볼 수 있다. 즉, 영국에서는 1970년대 후반 이후 비공식 케어에 대한 관심이 고조되기 시작하였는데, 비공식(informal)의 개념은 가족·친족과 이웃주민·친구 등이 자원봉사자그룹과 자원봉사단체의 일원으로서가 아니라 개인으로서 특별히 사회활동에 참여하고 있다는 의식도 없이 일상생활에 편입된 형태로 각종 원조활동을 행하는 것으로 설명하고 있다. 1970년대 후반 이후 복지정책을 둘러싼 논의 속에서 ‘비공식적인 케어의 네트워크’, ‘자연발생적인 원조 네트워크(natural helping network)’, ‘비공식적인 복지활동(informal welfare)’ 등의 용어가 빈번하게 사용된 것을 알 수 있다(Henwood, 1987; Offer, 1985).

이러한 비공식 케어에 대한 관심이 고조된 시대적 배경으로는 석유파동 이후 영국경제의 저조와 재정위기 속에서 공적 서비스의 양적 확충이 어려워졌다고 하는 사정이 있었다. 그렇지만, 당시 재택복지서비스를 포함해서 공적 서비스가 확충되어 가는 상황 속에서도 고령자·장애인 등에 대한 케어의 많은 부분을 여전히 가족·친족 등이 담당하고 있다는 것이 각종 사회조사 결과 확인되었고, 또한 개별적인 욕구에 대한 세심한 대응과 유연성, 신속성이라는 점에서 공적 서비스에는 한계가 있기 때문에 비공식 케어가 수행할 수 있는 고유의 역할이 있다고 하는 것에 대한 인식이 널리 공유되기에 이르렀다.

그래서 비공식 케어의 한계를 극복하기 위한 새로운 발상이 나타나기 시작하였다. 그러나, 가족과 이웃 등의 특정 구성원이 개인의 힘으로 할

14) 이러한 용어의 변화는 기존에는 가족이 비공식 케어의 거의 대부분을 담당하고 있었기 때문에 가족케어를 사용해도 무방하였으나, 저출산의 확대나 자녀동거의 현상이 상당히 퇴색된 현대에서는 가족 이외의 친척이나 이웃이나 친구, 자원봉사자 등에 의해 케어가 확대되고 있다는 점에서 좀 더 확장된 개념의 비공식 케어를 사용하기 시작했다고 볼 수 있음.

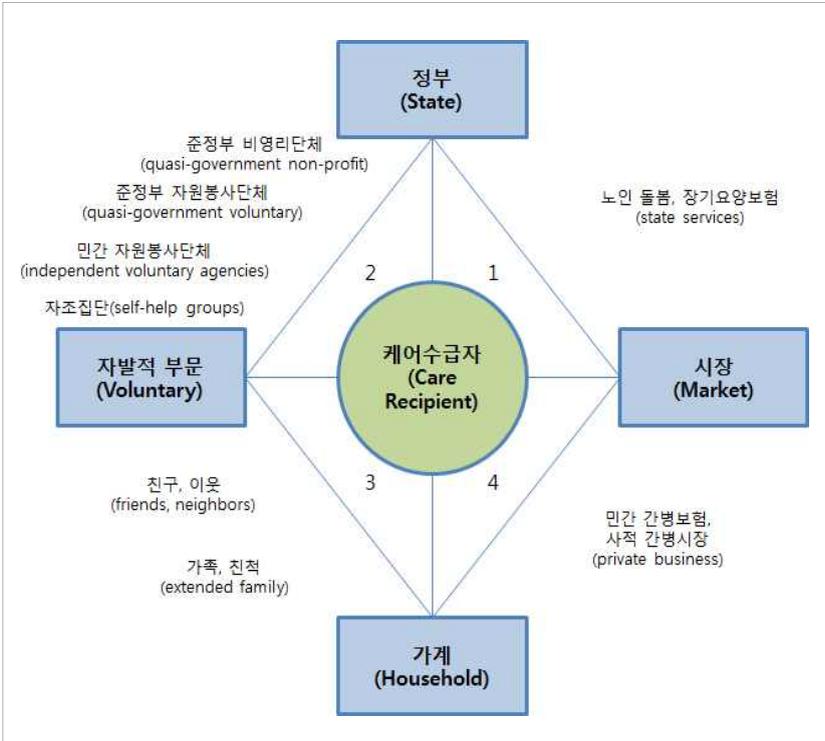
수 있는 데에는 한계가 있기 때문에 비공식 케어를 기반으로 보다 조직적인 원조활동을 전개하는 것이 필요한 것은 아닌가 하는 발상이 생겨났다. 이러한 가운데, 근린에서의 원조활동을 지역케어(community care)의 서비스제공시스템에 편입하기 위하여 영국에서 실시된 서비스 개발 프로젝트의 대표적인 사례의 하나로서 근린케어사업을 들 수 있다.

여기에서, 제공주체의 측면에서 비공식 케어가 위치해 있는 모습을 설명한 Evers 등의 연구(Evers et al., 1994)에 의하면, 이들은 복지다원주의론<sup>15)</sup>에 의거하면서 복지국가의 재편과정에서 서구 복지국가들에서 발전한 비공식 케어에의 현금지급 원리와 형태를 규명하고, 케어의 주된 담당자인 가족을 시작으로 하는 비공식부문과 공식부문 즉, 민간 비영리부문의 역할에 대한 평가를 시도하였다. 그들이 케어제공에 따른 현금지급에 대한 국제비교 연구를 위해 제시한 틀은 다음과 같다.

즉, 케어의 제공주체는 [그림 2-1]과 같이 정부, 민간 비영리단체(자발적 단체), 가족, 민간시장의 네 부문에 의해 구성되어 있다(Pijl, 1994: 4). 영역1은 정부부문이고, 영역2는 민간 비영리부문인데, 이 부문의 주체인 자발적 조직은 재정기반과 조직화의 정도 등에서 일정하지 않다. 따라서, 정부 보조금에 의해 활동자금을 획득하고 있는 준정부적인 비영리 조직과 자원봉사단체, 정부와는 독립적인 조직, 그리고 자조그룹으로 구별할 수 있다. 영역3은 그림에서 가계로 표현되어 있지만, 비공식부문이다. 이 부문의 공급주체는 가족 이외에 친구와 이웃주민 등의 제1차 집단을 들 수 있다. 영역4는 시장부문이고, 케어서비스가 시장에서 거래되고, 정부는 이를 계약에 의해 구매할 수가 있다.

15) 복지의 공급주체는 정부부문, 민간 영리부문, 민간 비영리(볼런터리)부문, 비공식부문의 네 부문으로 구성되어 있고, 다원적인 공급을 지향해야 한다고 하는 것이 복지다원주의의 주장임.

[그림 2-1] 돌봄(케어)의 제공주체간 관계(복지 다이아몬드)

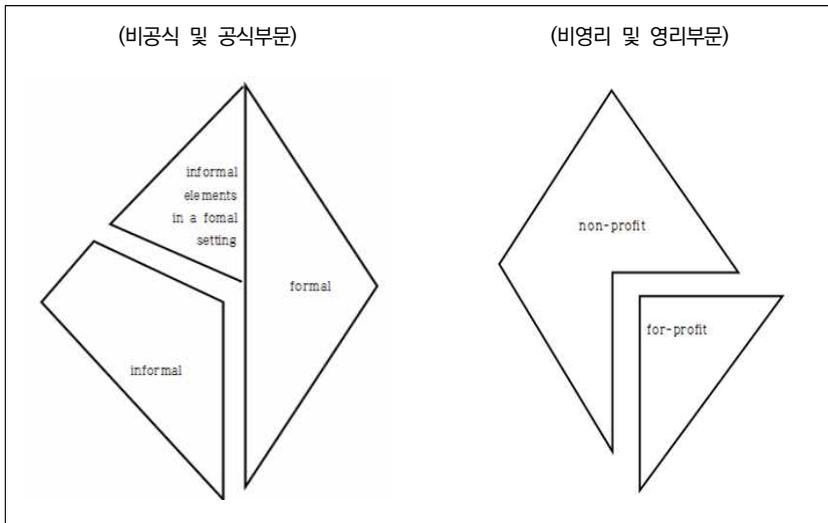


자료: Evers, et al(1994)

이와 같은 복지 다이아몬드는 [그림 2-2]와 같이 공식/비공식, 영리/비영리의 차원에 의해 영역을 설정할 수 있다(Pijl, 1994: 6). Evers 외의 공동연구자의 한 사람인 Pijl은 [그림 2-2]와 같이 비공식의 차원에 민간 비영리부문의 일부를 포함하고 있다. 상술한 것처럼 민간 비영리부문에 속하는 공급주체 중에는 정부로부터의 자금원조에 의존하고 있는 준정부적인 조직 등을 공식적인 주체로서 구분하고 있다. 즉, 공식 케어의 상대 개념으로서의 비공식 케어란, 비공식부문의 주체에 의해 공급되는 케어라 할 수 있지만 민간 비영리부문에 속하는 주체의 운영상황과 조직화의

정도에는 차이가 있으므로 '공식적인 설정에서의 비공식적인 요소'를 가진 주체들도 있음에 유의할 필요가 있겠다.

[그림 2-2] 돌봄(케어)의 제공주체간 관계(공식/비공식 및 영리/비영리부문)



자료: Evers, et al(1994)

한편, 돌봄(케어)의 제공주체를 비공식과 공식부문의 이분적 방식으로 구분하지 않고 비공식부문, 또는 공식적 부문을 세분화하여 정리하기도 한다. 즉, 울펀던(Wolfenden) 위원회의 보고에 의하면, 사회복지서비스는 '비공식 부문(informal sector)', '영리부문(commercial sector)', '자원봉사부문(voluntary sector)', '법정부문(statutory sector)'으로 구성되어 있고, 복지국가 하에서도 이들 부문들이 상호 보완하면서 병존하는 상황이 유지되는 것이 바람직하다고 말하고 있다(Wolfenden, 1978). 여기에서 말하는 비공식 부문은 가족·친족, 이웃주민, 친구 등에 의한 조직화되지 않은 일상적인 원조활동을 말하고, 영리부문은 영리기

업과 자영업자에 의한 서비스제공을 가리키며, 자원봉사부문은 사람들의 자발적인 의사에 의해 창설되어 영리를 목적으로 하지 않고 운영되고 있는 자원봉사단체에 의한 서비스와 당사자단체의 원조활동을 가리키고, 법정부문(정부부문)은 법률에 근거하여 실시되는 중앙·지방정부기관에 의한 서비스제공을 가리킨다.

일본의 히라오카(2000, 2004)에 의하면, 서비스 공급부문은 ‘정부, 영리, 비영리, 비공식의 네 부문’에 의해 구성된다고 하며, 정부부문은 중앙 정부나 지방정부에 의한 직영서비스가 제공되고, 영리부문은 영리기업이나 개인 사업자에 의한 서비스가 제공되며, 비영리부문은 비영리조직에 의한 서비스 제공과 자원봉사단체, 자조그룹 등의 지속적이고 조직적인 원조활동이다. 그리고 비공식부문은 가족·친족, 친구, 이웃주민 등에 의한 일상적인 원조활동으로 정리하고 있다.

한편, 이와 유사한 개념으로서 복지국가 위기 이후 ‘복지믹스’(welfare mix)와 ‘복지의 혼합경제’(mixed economy of welfare)라는 용어도 널리 사용되고 있다. 단, 이 경우 복지믹스와 복지의 혼합경제라는 개념이 복지다원주의와 전적으로 같은 개념으로 사용되기도 한다(Johnson, 1987, 1999). 그러나, 복지믹스와 복지의 혼합경제라는 개념은 시장부문과 공적부문의 혼합에 의한 혼합경제체제라는 경제학적 발상에 근거를 두고 있기 때문에 그것을 구성하는 부문으로서 가족·시장·국가라는 세 부문 또는 시장부문·공적부문·비공식부문이라는 세 부문이 설정되기도 한다(Evers and Svetlik, eds., 1993).

복지다원주의와 복지믹스·복지의 혼합경제 중에서 어느 쪽의 개념적 틀이 좋은가 하는 문제는 일반적으로 판단할 수는 없을 것이다. 단, 본 연구의 과제에 비추어 생각해보면, 비공식부문 혹은 가족(가계)의 위치를 명확히 할 필요가 있을 것이다. 복지서비스의 공급이 네 부문으로 구성된

다고 하는 복지다원주의에서 말하는 비공식부문은 가족·친족, 이웃주민, 친구 등에 의한 일상적인 원조활동을 의미한다(표 2-1 참조). 그리고, 복지서비스의 공급이 세 부문으로 구성된다고 하는 복지믹스·복지의 혼합 경제에서 말하는 비공식부문(비공식시스템)은 가정(가족), 근린주민, 자원봉사부문, 비영리·비공적 조직에 의한 복지활동을 의미하는 것이다(표 2-2 참조).

이상과 같은 논의에 근거하자면, 비공식 케어(informal care)는 케어의 공급에 착안할 경우 비공식적인 주체(가족·친족, 친구, 이웃주민 등)에 의해 공급되는 케어라 할 수 있으며, 또한 케어의 수혜자 쪽에서 보면 비공식적인 지원 네트워크로부터 제공되는 케어라 할 수 있을 것이다.<sup>16)</sup> 단, 이 경우 비공식 케어는 공식적인 케어(formal care)의 상대 개념으로서 사용할 수 있지만, 민간 비영리부문에 속하는 주체에는 ‘공식적인 주체’인지 ‘비공식적인 주체’인지 엄밀한 경계 설정이 어려운 주체들도 상당 부분 포함되어 있다는 점도 잊어서는 안 될 것이다.

16) 관련하여, 복지사전에서는 비공식 케어가 어떻게 정의되고 있는지 보면 “공적기관 등에 의해 제도에 기초하여 이루어지는 공식적인 케어에 대하여 가족과 친구, 이웃, 자원봉사자 등에 의해 이루어지는 비공식적인 케어의 총칭”으로 정의되고 있어(庄司洋子·木下康仁·武川正吾·藤村正之, 1999: 60), 본 연구와 비슷하게 사용되고 있음을 알 수 있음.

〈표 2-1〉 복지다원주의론에서의 비공식부문의 개념

부문	각각의 부문에 의한 복지활동의 개념
정부부문	중앙정부 및 지방정부 기관에 의한 직영 서비스 제공
영리부문	영리기업, 자영업적인 사업자에 의한 서비스 제공
비영리부문	비영리조직에 의한 서비스 제공과 볼런터리그룹, 자조그룹 등의 계속적·조직적인 원조 활동
비공식부문	가족·친족, 이웃, 친구 등에 의한 일상적인 원조활동

자료: 히라오카 코이치(平岡公一, 2000: 32)를 참조하여 필자 작성.

〈표 2-2〉 복지믹스론에서의 비공식 시스템의 개념

시스템 명칭	기능 및 질서 유지	행동 주체
경제시스템	시장메커니즘 수요와 공급의 자동적 균형	기업 영리활동으로서, 기업복지로서 기업의 사회적 책임으로서
정치시스템	의회제 민주주의 다수결원칙과 합의	정부 중앙정부, 지방자치단체 기타 공적기관
사회시스템 (비공식 시스템)	연대와 통합 호혜성 원리	가정, 가족 근린주민, 볼런티어 비영리·비공적 조직

자료: 마루오·나오미(丸尾直美, 1996: 106)에서 인용함.

## 2. 비공식 및 공식적 돌봄(케어)의 관계모형

비공식 돌봄과 공식적 돌봄간의 관계를 정리하면 다음과 같이 몇 가지의 유형으로 구분할 수 있다. Litwak(1985)에 의하면, 분업모형(task specific model), 대체모형(substitution model), 보상모형(compensatory model), 보충모형(supplementary model) 및 보완모형(complementary model)으로 구분하여 설명하고 있다.

먼저, 분업모형(task specific model)에서는 고령자의 선호나 비공식 케어의 이용가능성 보다는 케어의 특성이 케어자원을 결정하는데 중요하다. 다시 말하면, 비공식 케어자는 ADL이나 IADL과 같이 비기술적이고 보편적인 성격의 케어를 잘 수행할 수 있고, 공식적 케어는 간호케어와 같은 기술적이고 정기적인 성격의 케어에 더 적합하다는 것이다. 또한, 비공식 케어자에 해당하는 배우자는 가사업무를 가장 빈번하게 수행하는 제공자이지만, 친구는 정서적 지지를 제공하는데 필요하다는 것을 내포하고 있다. 그렇지만, 현대에는 신체케어나 가사지원조차도 기술적으로 표준화되어 제공되고 있기 때문에 비공식 케어자에게 더 적합하다고 볼 수가 없다.

대체모형(substitution model)에서는 특정의 내용이 공식적 케어자에 의해 제공될 때 비공식 케어가 감소하여 공식적 케어로 완전히 대체된다는 것이다. 그러나, 공식적 케어가 제공되어도 비공식 케어를 완전히 대체하지 못하고 감소하지 않는다는 것으로 지적되고 있다. 특히, 공식적인 재가서비스 자체가 24시간 제공되는 것이 아니기 때문에 비공식 케어자의 케어는 여전히 제공될 수밖에 없다. [그림 2-3]에서 보면, 비공식 케어(돌봄)가 공식 케어로 완전 대체되는 경우와 부분 대체되는 경우를 상정하고 있는데, 케어의 내용에 따라 달라질 수는 있다.

보상모형(compensatory model)에서는 케어의 양상은 개개인의 선호에 의해 결정된 순서적 선택과정(orderly hierarchical selection process)에 따라 케어의 주체가 변해간다는 것이다. 다시 말하면, 배우자로부터의 지원이 성인자녀 → 친척 → 친구나 이웃의 순서로 변해 가는데, 더 이상 비공식 케어가 제공되지 못할 때에 공식적 케어가 비로소 제공되기 시작한다는 것이다. 이는 근본적으로 공식적 케어체계가 마련되어 있지 못한 상태에서 발생할 수 있는 과정으로 볼 수 있고, 이미 공식적 케어

체계가 구축되어 있는 상태에서는 발견되지 못한 모델로 보고 있다.

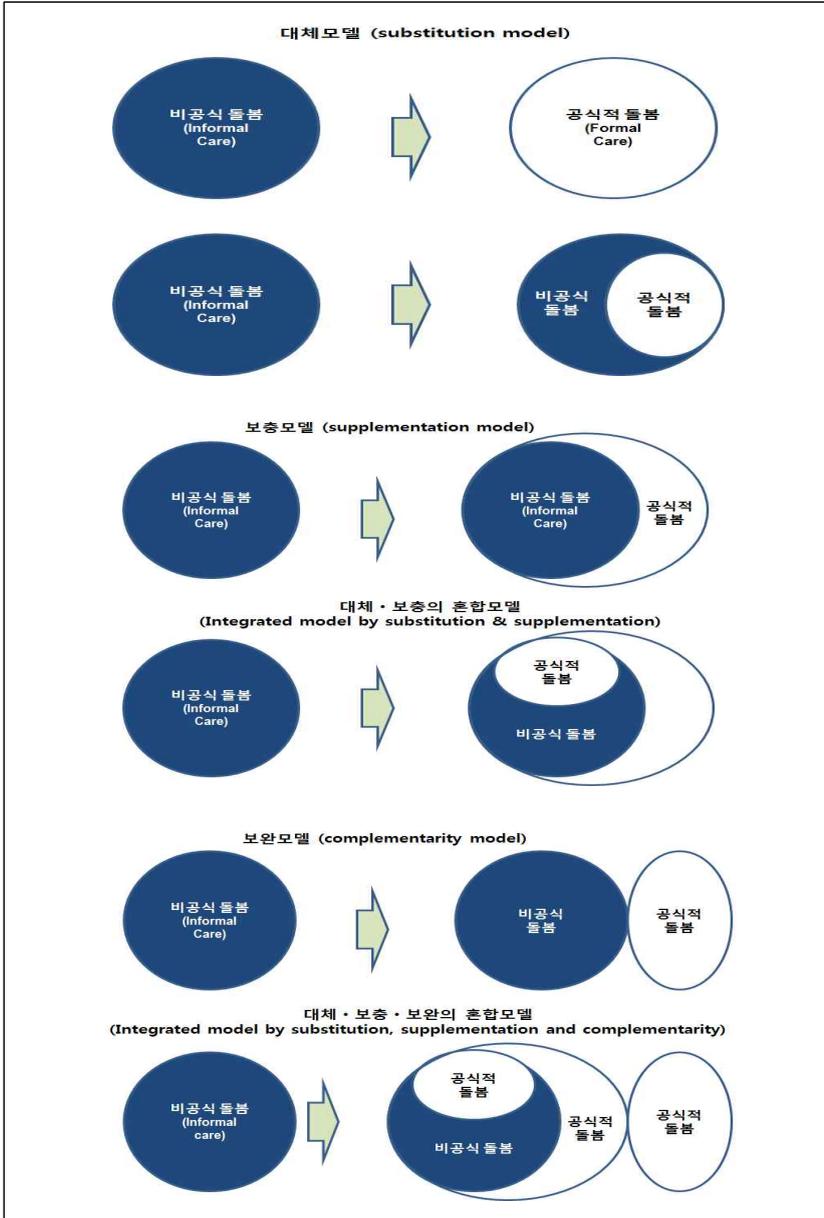
보충모형(supplementary model)에서는 공식적 케어가 비공식 케어를 보충한다는 것인데, 특히, 고령자의 욕구가 비공식 케어자원을 능가할 때 공식적 케어로 보충하는 것이다. 예를 들면, 특정 고령자의 욕구가 충족되기 위해 필요한 케어량이 존재할 때, 비공식 케어로는 충족시키기 어렵다고 할 때 공식적 케어로 보충할 수밖에 없다는 것이다.<sup>17)</sup> 다시 말하면, 일정한 케어의 욕구가 비공식 케어로 충족되던 상태에서 시간의 흐름에 따라(즉, 기능상태의 증증화에 따라) 케어의 욕구가 커지게 되어 보다 많은 양의 케어를 필요로 할 때 기존의 비공식 케어로는 충족되지 못하면 공식적 케어로 보충할 수밖에 없다는 것이다. 사례를 들어 설명하면, 건강기능상태가 허약한 경우 가사지원에 대한 욕구만 존재하여 비공식 케어자에 의해 서비스가 제공되겠지만, 장애상태로 전환되면, 가사지원 이외의 신체케어의 욕구도 발생하는데, 그러한 신체케어에 대한 욕구는 공식적 케어로 보충하여 충족시키고 있다는 것이다. 그렇지만, 신체케어는 공식적 케어로 완전히 보충되는 것이 아니라 일정부분만 보충될 뿐이라는 것이다.

마지막으로, 보완모형(complementary model)에서는 공식적 케어의 보상적 및 보충적 기능을 지니고 있을 때 나타날 수 있는 것으로 비공식 네트워크의 핵심적 요소가 부족하거나, 고령자의 욕구가 중병이나 장애로 커져서 비공식 케어로는 지원하지 못할 때 공식적 케어가 보완된다는 것이다. 예를 들면, 건강상태의 악화로 가사지원서비스나 신체케어 이외에 의료적 서비스나 정서 심리적 지지를 추가로 보완할 필요가 있을 때 적용되는 모델로 볼 수 있다.

17) 예를 들면, 하루에 필요한 영양소가 정해져 있는데, 현재의 음식물 섭취로 필요량을 섭취하지 못하는 경우에 영양보조식품(supplements)으로 보충하는 것과 같은 개념으로 볼 수 있는데, 케어부문에서는 건강기능상태의 하락에 따라서 공식적 케어가 비공식 케어를 보충해 간다는 것으로 해석하고 있음.

36 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

[그림 2-3] 비공식 및 공식적 돌봄(케어)간 관계모형



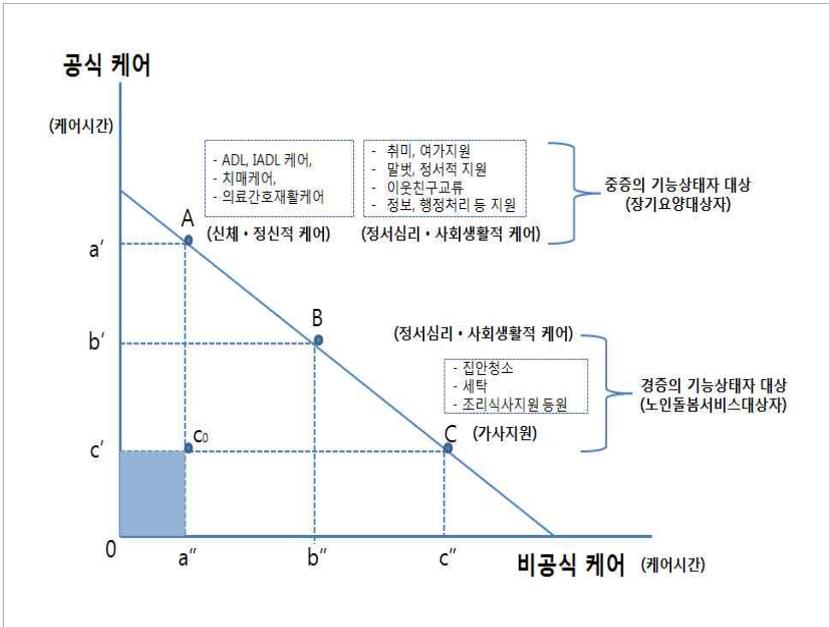
이상과 같은 이론적 검토에 의거하여, 공식적 케어와 비공식적 케어 관계를 그림으로 나타내면 [그림 2-4]와 같다. 즉, 돌봄(케어)부문에서는 비공식 케어와 공식적 케어가 공존할 수밖에 없는 것으로 판단되고, 각 케어의 양은 케어수급자의 건강기능상태에 따라서 달라질 수 있다는 것이다. 여기에서 공식적 케어(formal care)는 노인장기요양보험제도나 노인돌봄서비스제도, 또는 비용지불을 통해서 이용되는 민간간병인이나 민간간병보험에 의한 지원을 들 수 있고, 비공식 케어(informal care)는 배우자나 자녀 등 가족원이나 친척, 이웃을 비롯하여 자원봉사단체나 사회단체, 또는 자발적 집단 등에 의한 무보수(unpaid) 자원봉사자로부터의 지원을 들 수 있다. 그리고, 케어의 내용은 단순하게 신체케어, 가사지원 및 정서심리적 지원으로 구분해 보면, 건강기능상태의 중증도를 기준으로 할 때, 비공식 케어자의 부담이 큰 신체케어는 공식적 케어로부터의 지원이 더 많이 제공되고, 상대적으로 비공식 케어자의 부담이 적은 가사지원은 비공식 케어로부터의 지원이 더 많이 제공된다는 것이다. 정서·심리적 지원은 건강기능상태의 중증도와 무관하게 공식적 케어자나 비공식케어자로부터 제공될 필요가 있는 것인데, 다만, 정서심리적인 지원만 필요로 하는 자는 돌봄(케어)체계내에서의 대상자에서 제외된다고 본다.

아래 그림에서 A에 해당하는 중증자는 0a'만큼의 공식적 케어와 0a"만큼의 비공식 케어를 필요로 한다는 것이고, C에 해당하는 경증자는 반대로 0c"만큼의 비공식 케어와 0c'만큼의 공식적 케어를 필요로 한다는 것이다. 다시 말하면, A에 해당하는 자는 신체/정신케어에 대한 욕구가 높은 자로 공식적 케어(formal care)의 제공이 많다는 것을 의미하지만, 정서·심리·사회적 케어 및 일반생활상에 필요한 지원서비스도 필요하나, 그 양은 상대적으로 적다는 것이다. C에 해당하는 자는 경증의 기능장애자에 해당하기 때문에 신체/정신적 케어나 정서·심리·사회적 케어보다는

38 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

일반생활상에 필요한 지원서비스를 필요로 하는 자로 간주한다. 그렇지만, 정서·심리·사회적 케어 및 일상생활에 필요한 지원서비스에 비해 신체·정신적 케어는 그 필요량이 상대적으로 적다는 것이다.

[그림 2-4] 노인돌봄(케어)서비스 유형별 공식적(FC) 및 비공식(IC) 케어의 관계



제 3 장

## 노인돌봄(케어)서비스의 제공실태와 문제점

- 제1절 일반적 제공실태와 문제점
- 제2절 지역간 제공실태와 형평성



# 3

## 노인돌봄(케어)서비스의 << 제공실태와 문제점

### 제1절 일반적 제공실태와 문제점

전 장에서 살펴본 바와 같이 노인돌봄(케어)부문에서 서비스를 제공하는 주체는 크게 공식 부문과 비공식 부문으로 구분할 수 있는데, 이를 제도적 측면에서 살펴보면 <표 3-1>과 같다. 공식적 노인돌봄부문에 해당하는 사회제도로는 조세재원을 기반으로 하고 있는 공공부문으로 노인돌봄종합서비스와 재가노인지원서비스제도가 있고, 사회보험료 또는 민간보험료를 주요 기반으로 하고 있는 (준)시장부문으로 노인장기요양보험과 민영간병보험이 있다. 그리고, 복지단체나 사회단체와 같은 조직체 등, 사회적으로 인정된 단체에 의해 서비스를 제공하는 자원봉사부문을 공식적 부문으로 간주하는 경우가 있다. 그렇지만, 실제로 자원봉사자들을 모집, 조직하고 운영하는 단체나 조직체의 직원은 보수를 받고 종사하지만, 직접적으로 서비스를 제공하는 자원봉사자들은 무보수(unpaid)이기 때문에 비공식 부문으로 분류하기도 한다. 마지막으로 비공식부문은 배우자나 자녀 등 가족원을 중심으로 친척, 이웃, 친구 등에 의해 케어가 제공되는 부문이다.

대체적으로 공식적 부문에 해당하는 사회적 제도권 내에서 서비스를 제공하는 케어인력은 소속기관이 공공이든, 비영리기관이나 영리기관이든 공식적 케어인력으로 보아야 하고, 그렇지 않은 경우를 비공식부문의 케어인력으로 볼 수 있다. 본 연구에서는 사회적으로 인정된 특정단체에 소속된 자원봉사자라 하더라도 무보수로 케어를 제공하는 경우에는 비공식적 케어인력에 해당하고, 특정단체에 소속되어 있지 않고 자원봉사자

## 42 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

원에서 서비스를 제공하는 이웃이나 친구도 비공식 케어인력에 해당하는 것으로 보았다.

〈표 3-1〉 노인돌봄(케어) 제공주체

	구분	제도 및 조직체	공급자유형
공식 부 문	공공부문 (public sector)	노인돌봄종합서비스 재가노인지원서비스	비영리/영리기관
	(준)시장부문 (quasi-market or private market sector)	노인장기요양보험 민간간병보험 (생명보험회사)	비영리/영리기관 (단, 간병보험회사는 영리)
	자발적 부문 (voluntary sector)	자원봉사서비스(복지단체) : 자원봉사센터, 사회복지협의회 등 자원봉사서비스(사회단체) : 적십자사회, 여성단체 등 자원봉사서비스(복지기관) : 노인복지관, 재가노인지원서비스센터 자원봉사서비스(지역조직체) : 새마을개선회, 부녀회, 보습학원장 모임회 등	비영리중심
	비공식 부문 (informal sector)	가족, 친족, 친척, 이웃, 친구	개인단위

본 장에서는 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체로 정부(state or government), 시장(market), 자원봉사단체(voluntary organization) 및 가족(family) 등으로 구분하고, 제도적 측면에서 돌봄(케어)서비스의 현황과 문제점을 정리하고자 한다. 다시 말하면, 공식적 부문의 사회제도인 노인장기요양보험, 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스를 비롯하여 민간간병보험, 그리고 비공식 부문으로써 자원봉사서비스제도<sup>18)</sup>의 현황과 문제점을 살펴보고, 가족 등의 돌봄(케어) 실태와 이를 지원하는 사회제도에 대한 현황과 문제점을 제시하고자 한다.

18) 자원봉사부문은 조직측면에서는 공식적 부문이지만, 단체에 소속된 자원봉사자는 무보수(unpaid)로 봉사서비스를 제공하고 있기 때문에 비공식 서비스로 분류하고자 함.

## 1. 공식적 돌봄(케어): 사회제도적 측면

### 가. 노인장기요양보험제도

#### 1) 장기요양서비스대상의 인정범위 및 기능상태

노인장기요양보험제도는 소득수준과 관계없이 장기요양욕구를 지닌 자를 대상으로 2008년 7월부터 장기요양서비스를 제공하기 시작하였는데, 그 이전에는 노인복지법에 의해 국민기초생활보장제도의 수급권자(일명, 기초수급자)를 중심으로 시설 및 재가서비스를 제공하고 있었다. 동 제도는 그동안 공공의 장기요양서비스 대상에서 제외되어 있었던 일반소득수준의 고령자까지 서비스를 제공하게 되어 가족의 케어부담을 상당히 경감시켜 놓은 것은 사실이다.<sup>19)</sup>

지난 2008~2014년간 장기요양대상자로의 인정률을 보면, 2008년 214,480명(전체노인의 4.2%)이던 것이 2014년에는 424,572명(전체노인의 6.6%)으로 2배가량 늘어났다. 이와 같은 증가는 2012년부터 인정범위를 지속적으로 확대해 온 결과인데,<sup>20)</sup> 특히, 2014년 하반기부터는 그동안 신체적 기능의 장애를 중심으로 대상자 인정을 해오던 것을 경증치매질환자까지 확대하여 인정을 해주기 시작하였다. 이와 같은 인정범위의 확대에 인하여 비공식 가족수발자의 부담이 상당히 경감된 것은 사실이고, 동시에 공식적 케어량도 크게 늘어나게 되었다. 그렇지만, <표 3-2>에서 볼 수 있듯이 인정신청을 한 대상자 중에서 등급인정을 받지 못

19) 실제적으로도 국민건강보험공단의 설문조사에 의하면, 가족부양부담의 감소가 전체 응답자의 92.7%에 이른 것으로 나타남(국민건강보험공단 보도자료 2013.7.4.일자 참조).

20) 최저 장기요양등급인 3등급의 경우, 2008~2011년까지는 55점이었으나, 2012년 하반기부터는 53점, 2013년 하반기부터는 51점, 그리고 2014년 하반기부터는 51점 미만의 경증치매질환자로 인정범위를 확대해 옴.

#### 44 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

한 자가 2014년말 현재 전체 신청자의 42.4%<sup>21)</sup>에 이르고 있는데, 이들은 어떠한 형태의 돌봄(케어)이 필요한 자로 간주할 수 있고, 이들을 보호하고 있는 자가 대부분이 배우자나 자녀 등의 가족원일 것으로 추측된다.

〈표 3-2〉 노인장기요양보험의 장기요양대상자 인정률 추이

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
65세 이상 노인인구(천명)	5,086	5,286	5,449	5,645	5,922	6,193	6,463
등급인정 신청자(명)	355,526	522,293	622,346	617,081	643,409	685,852	736,879
등급인정자(명)	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572
노인인구대비 인정률(%)	4.2	5.4	5.8	5.7	5.8	6.1	6.6

자료 : 1) 보건복지부(2009). 노인복지시설현황.

2) 국민건강보험공단(2014). 2013 노인장기요양보험 통계연보.

한편, 현재 노인장기요양보험제도의 수급자로 인정받기 위해서는 일정한 수준이상의 신체적 및 인지적 장애상태이어야 하는데, 현재에는 그러한 대상자 인정에 필요한 장기요양상태를 평가하기 위해서 신체적·인지적 기능상태, 치매 등으로 인하여 나타나는 문제행동, 간호·재활치료욕구 등을 평가할 수 있는 52개 항목을 사용하고 있다. 이 평가항목을 바탕으로 장기요양필요상태를 2014년 하반기부터 5개의 등급으로 나누어 중증도를 분류하고 있다. 따라서, 이미 장기요양등급을 받은 인정자는 치매질환자이거나, 일정수준이상의 신체적 케어욕구를 가지고 있는 것으로 볼 수 있고, 미인정자인 경우에는 신체적 케어욕구는 거의 없고, 가사지원이나, 외출 등 사회적 활동에 대한 지원이 필요한 자로 판단된다.

21) 다만, 등급인정 신청을 하였지만, 인정조사가 이루어지기 이전이나 도중에 사망, 주소이전 등 기각 사유로 판정이 최종까지 이루어지지 못하는 경우가 발생하고 있어서, 최종 판정자 기준으로 볼 때, 등급인정율은 총 판정자의 72.5% 수준임(국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보 참조).

〈표 3-3〉 장기요양인정등급별 기능상태

구분	기능상태	인정점수
1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	95점 이상
2등급	일상생활에서 상당부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	75~95점 미만
3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	60~75점 미만
4등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 일정부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	51~60점 미만
5등급	경증의 치매질환자	45~51점 미만

## 2) 장기요양인정자의 주 질병상태

장기요양 인정 신청을 할 때 의사소견서를 첨부하도록 하고 있고, 신청자의 질병상태를 파악할 수 있다(표 3-4, 표 3-5 참조). 이를 기준으로 등급 인정자들의 질병상태를 보면, 2014년도의 경우 전체적으로 치매가 29.1%, 중풍(뇌졸중)이 20.3%, 치매+중풍이 6.7%, 고혈압이 0.9%, 당뇨병이 1.4%, 관절염이 8.3%, 요통 등이 9.8%, 천식 등 호흡곤란이 0.5%, 난청이 0.1%, 백내장 등 시각장애가 1.2%, 골절 등에 의한 후유증이 7.8%, 암이 1.5%, 기타질환이 9.9%, 질병없음이 2.5%를 차지하고 있다. 이 중에서 치매나 중풍의 비중이 전체의 56.1%를 차지하고 있다. 이를 다시 확대해 보면, 전체 등급인정자의 약 2/3가 치매나 중풍, 낙상, 골절 등에 의한 사고에 의해 장기요양상태가 발생하고 있는 것으로 볼 수 있다. 2009년도의 경우와 비교해 보면, 치매의 비중은 늘어난 반면에 중풍의 비중은 감소한 것으로 나타났는데, 이는 2014년 하반기부터 적용된 경증의 치매질환자가 신규 5등급으로 인정을 받기 시작하였기 때문이다.

특히, 치매질환자나 중풍(뇌졸중)환자는 상시적으로 돌봄이 필요한 자이기 때문에 충분한 공적 케어서비스가 지원되어야 함에도 불구하고 재

46 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

가서비스 자체가 시설서비스와 다르게 24시간 제공되고 있지 못해 요양 보험제도권 밖에서의 추가적인 서비스가 필요하다고 할 수 있다.

〈표 3-4〉 장기요양등급 인정자의 주 질병상태(2009)

(단위: 명, %)

	1등급	2등급	3등급	합계
치매	10,142 (23.4)	18,636 (28.4)	28,465 (19.0)	57,243 (22.1)
중풍	13,056 (30.1)	15,511 (23.7)	36,951 (24.7)	65,518 (25.3)
치매+중풍	5,926 (13.7)	5,970 (9.1)	5,531 (3.7)	17,427 (6.7)
고혈압	235 (0.5)	461 (0.7)	1,861 (1.2)	2,557 (1.0)
당뇨병	487 (1.1)	908 (1.4)	2,857 (1.9)	4,252 (1.6)
관절염	1,280 (3.0)	3,209 (4.9)	17,756 (11.9)	22,245 (8.6)
요통	1,140 (2.6)	3,669 (5.6)	14,419 (9.6)	19,228 (7.4)
호흡곤란	223 (0.5)	379 (0.6)	1,460 (1.0)	2,062 (0.8)
난청	35 (0.1)	78 (0.1)	323 (0.2)	436 (0.2)
백내장 등	88 (0.2)	236 (0.4)	1,423 (1.0)	1,747 (0.7)
골절후유증	2,432 (5.6)	5,230 (8.0)	10,747 (7.2)	18,409 (7.1)
암	646 (1.5)	1,052 (1.6)	2,171 (1.5)	3,869 (1.5)
기타질환	5,269 (12.2)	6,587 (10.0)	17,254 (11.5)	29,110 (11.3)
질병없음	2,390 (5.5)	3,644 (5.6)	8,339 (5.6)	14,373 (5.6)
합계	43,349 (100.0)	65,570 (100.0)	149,557 (100.0)	258,476 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 2009년 노인장기요양보험통계연보, 2010

〈표 3-5〉 장기요양등급 인정자의 주 질병상태(2014)

(단위: 명, %)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계
치매	8,976 (23.8)	19,112 (26.5)	48,792 (28.6)	38,511 (28.7)	8,368 (80.0)	123,759 (29.1)
중풍	12,305 (32.7)	17,637 (24.5)	34,905 (20.5)	21,097 (15.7)	162 (1.5)	86,106 (20.3)
치매+중풍	5,324 (14.1)	8,155 (11.3)	10,065 (5.9)	4,461 (3.3)	406 (3.9)	28,411 (6.7)
고혈압	149 (0.4)	450 (0.6)	1,558 (0.9)	1,674 (1.2)	37 (0.4)	3,868 (0.9)
당뇨병	255 (0.7)	832 (1.2)	2,473 (1.5)	2,291 (1.7)	74 (0.7)	5,925 (1.4)
관절염	787 (2.1)	3,058 (4.2)	14,675 (8.6)	16,361 (12.2)	305 (2.9)	35,186 (8.3)
요통	796 (2.1)	4,885 (6.8)	17,570 (10.3)	17,899 (13.4)	322 (3.1)	41,472 (9.8)
호흡곤란	101 (0.3)	258 (0.4)	944 (0.6)	996 (0.7)	15 (0.1)	2,314 (0.5)
난청	8 (0.0)	34 (0.0)	230 (0.1)	277 (0.2)	18 (0.2)	567 (0.1)
백내장 등	87 (0.2)	272 (0.4)	2,047 (1.2)	2,456 (1.8)	25 (0.2)	4,887 (1.2)
골절후유증	2,302 (6.1)	7,289 (10.1)	14,645 (8.6)	8,775 (6.5)	132 (1.3)	33,143 (7.8)
암	514 (1.4)	1,253 (1.7)	2,432 (1.4)	2,220 (1.7)	35 (0.3)	6,454 (1.5)
기타질환	5,089 (13.5)	7,206 (10.0)	15,702 (9.2)	13,537 (10.1)	289 (2.8)	41,823 (9.9)
질병없음	962 (2.6)	1,659 (2.3)	4,291 (2.5)	3,477 (2.6)	268 (2.6)	10,657 (2.5)
합계	37,655 (100.0)	72,100 (100.0)	170,329 (100.0)	134,032 (100.0)	10,456 (100.0)	424,572 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 2014년 노인장기요양보험통계연보, 2015.

### 3) 장기요양 인정자의 주거상태

장기요양 인정자의 주거상태는 돌봄자의 부담여부를 살펴볼 수 있는 좋은 지표인데, <표 3-6>을 보면, 전체대상자의 경우, 자택이 64.5%, 노인요양시설이 21.2%, 노인요양공동생활가정이 2.5%, 단기보호시설이 0.2%, 양로시설이 0.2%, 요양병원이 9.6%, 기타가 1.7%로 나타났다. 전체의 2/3가 자택이고, 노인복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정, 단기보호시설, 양로시설 등)이 24.1%, 그리고 요양병원이 9.6%인데, 약 10명당 한 사람이 장기요양등급을 받고 요양병원에 입원해 있는 것으로 볼 수 있다. 아무튼 돌봄자가 없거나 중증의 상태로 자택에서 생활이 어려운 인정자가 시설에 입소하거나 병원에 입원하게 되는데, 이러한 경향을 등급별로 살펴보면 확실하게 알 수 있다.

자택에 거주하는 경우, 등급이 낮아질수록 높은 비중을 차지하고 있는데, 그 비중이 1등급의 경우 35.3%이나 4등급이나 5등급은 80%를 넘고 있다. 일반적으로 1등급과 2등급을 시설입소대상자로 보고 있는데, 자택에서 생활하는 1, 2등급자의 비중이 35~41% 수준으로 나타나, 돌봄 부담을 느끼고 있을 가족원이 상당히 존재할 가능성이 있다. 또한, 요양병원이나 노인요양시설의 경우, 등급이 높아질수록 입원·입소비중이 높아지고 있음을 알 수 있다. 결국, 장기요양상태가 중증화할수록 자택에서의 생활이 어려워 시설이나 병원으로 전환되는 경향을 찾아볼 수 있다. 다만, 현재 요양병원의 간병비는 노인장기요양보험제도에서 지급하고 있지 않고 전액 이용자본인이 부담하여야 하기 때문에 가족으로써는 돌봄(케어)보다는 비용부담을 느낄 가능성이 높다.

또 하나의 현상으로 일반대상자와 기초수급자간 차이를 살펴보면, 자택거주의 경우는 일반대상자(67.6%)가 기초수급자(53.6%)에 비해 높은

반면에 노인요양시설은 기초수급자(31.4%)가 일반대상자(18.3%)에 비해 더 높은 비중을 차지하고 있다. 요양병원의 경우에는 전체적으로 보면, 일반대상자(9.8%)와 기초수급자(9.4%)가 모두 거의 차이가 없을 정도로 이용하고 있는 것으로 나타나고 있지만, 등급별로 살펴보면 차이가 나고 있다. 즉, 중증의 1, 2등급자만을 기준으로 살펴보면, 노인요양시설의 경우 일반대상자는 각각 29.1%, 32.6%이지만, 기초수급자는 각각 50.1%, 50.6%로 기초수급자가 더 높은 이용률을 나타냈고, 그 반대로 요양병원의 경우는 일반대상자는 각각 25.5%, 16.6%이지만, 기초수급자는 각각 17.8%, 14.5%로 일반대상자가 더 높은 이용률을 나타내고 있다.

이와 같은 현상은 기초수급자가 장기요양서비스를 이용할 때 이용자의 본인부담금이 없기 때문에 요양병원보다 노인요양시설을 더 쉽게 이용할 수 있기 때문이고, 일반대상자는 평균적인 이용자의 본인부담수준이 요양병원과 노인요양시설이 유사하다고 하면 요양병원을 선호하기 때문이라 생각된다.

또한, 자택거주의 경우, 일반대상자가 기초수급자보다 등급별로 보나, 전체적으로 보나 더 높은 비중을 차지하고 있다는 것은 그만큼 가족원의 돌봄 부담감을 더 많이 느낄 가능성이 있다.

〈표 3-6〉 장기요양등급 인정자의 거주상태(2014)

(단위: 명, %)

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계
전체	자택	13,296 (35.3)	29,666 (41.1)	112,370 (66.0)	109,052 (81.4)	9,383 (89.7)	273,767 (64.5)
	노인요양시설	12,677 (33.7)	26,256 (36.4)	35,819 (21.0)	15,145 (11.3)	307 (2.9)	90,204 (21.2)
	노인요양공동생활가정	1,247 (3.3)	2,990 (4.1)	4,399 (2.6)	1,821 (1.4)	40 (0.4)	10,497 (2.5)
	단기보호시설	38 (0.1)	154 (0.2)	481 (0.3)	265 (0.2)	11 (0.1)	949 (0.2)

50 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

구분		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계
	양로시설	75 (0.2)	161 (0.2)	393 (0.2)	320 (0.2)	42 (0.4)	991 (0.2)
	요양병원	8,957 (23.8)	11,479 (15.9)	14,098 (8.3)	5,794 (4.3)	509 (4.9)	40,837 (9.6)
	기타	1,365 (3.6)	1,394 (1.9)	2,769 (1.6)	1,635 (1.2)	164 (1.6)	7,327 (1.7)
	합계	37,655 (100.0)	72,100 (100.0)	170,329 (100.0)	134,032 (100.0)	10,456 (100.0)	424,572 (100.0)
일반 대상자	자택	9,565 (38.1)	21,314 (44.6)	77,952 (69.6)	72,559 (84.0)	7,071 (91.7)	188,461 (67.6)
	노인요양시설	7,296 (29.1)	15,595 (32.6)	20,048 (17.9)	8,009 (9.3)	177 (2.3)	51,125 (18.3)
	노인요양공동생활가정	756 (3.0)	1,762 (3.7)	2,472 (2.2)	959 (1.1)	19 (0.2)	5,968 (2.1)
	단기보호시설	31 (0.1)	118 (0.2)	329 (0.3)	193 (0.2)	7 (0.1)	678 (0.2)
	양로시설	39 (0.2)	75 (0.2)	174 (0.2)	154 (0.2)	19 (0.2)	461 (0.2)
	요양병원	6,390 (25.5)	7,913 (16.6)	9,246 (8.3)	3,519 (4.1)	308 (4.0)	27,376 (9.8)
	기타	1,009 (4.0)	994 (2.1)	1,779 (1.6)	980 (1.1)	107 (1.4)	4,869 (1.7)
	합계	25,086 (100.0)	47,771 (100.0)	112,000 (100.0)	86,373 (100.0)	7,708 (100.0)	278,938 (100.0)
기초 수급자	자택	1,454 (24.6)	2,913 (27.9)	13,333 (52.1)	16,926 (72.9)	873 (78.9)	35,499 (53.6)
	노인요양시설	2,958 (50.1)	5,280 (50.6)	8,378 (32.7)	4,117 (17.7)	66 (6.0)	20,799 (31.4)
	노인요양공동생활가정	237 (4.0)	485 (4.6)	847 (3.3)	427 (1.8)	11 (1.0)	2,007 (3.0)
	단기보호시설	1 (0.0)	7 (0.1)	34 (0.1)	18 (0.1)	0 (0.0)	60 (0.1)
	양로시설	26 (0.4)	58 (0.6)	152 (0.6)	121 (0.5)	16 (1.4)	373 (0.6)
	요양병원	1,052 (17.8)	1,513 (14.5)	2,330 (9.1)	1,211 (5.2)	113 (10.2)	6,219 (9.4)
	기타	171 (2.9)	187 (1.8)	511 (2.0)	384 (1.7)	27 (2.4)	1,280 (1.9)
	합계	5,899 (100.0)	10,443 (100.0)	25,585 (100.0)	23,204 (100.0)	1,106 (100.0)	66,237 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 2014년 노인장기요양보험통계연보, 2015

#### 4) 장기요양인정자의 주수발자 유형

장기요양 인정자의 주수발자 유형을 살펴보면 돌봄(케어)의 공식 및 비공식 유형을 파악해 볼 수 있다. <표 3-7>를 보면, 전체적으로 수발자가 없는 독거상태가 5.6%이고, 나머지는 어떠한 형태의 돌봄자가 있는 것으로 나타나고 있다. 즉, 며느리, 사위 등도 포함하는 자녀가 37.7%로 가장 높고, 그 다음으로 배우자가 22.3%, 간병인이 13.8%, 친척과 이웃이 1.4%, 손자녀가 0.8%, 부모가 0.4%, 자원봉사자가 0.2%, 기타가 16.4%로 나타났다. 이러한 결과만으로 볼 때, 자녀가 주수발자이고, 자녀가 수발하지 못하지만, 배우자가 있는 경우에는 배우자가 주수발자가 되는 것으로 보인다. 여기에서 간병인은 요양보호사를 포함한 민간간병인을 의미하는 것으로 보여 간병인력에만 주로 의존하는 인정자가 적지 않음을 알 수 있다. 그런데, 비공식 돌봄자 중에서 가족원(배우자, 부모, 자녀, 손자녀, 친척 등) 이외의 친구·이웃이나 자원봉사자 등에 의한 돌봄은 전체의 1.6%에 불과하여 상당히 미미한 수준이다. 이는 장기요양 인정등급을 받으면 가족원 이외의 자가 자발적인 돌봄 지원을 포기하고 요양보호사 등 장기요양보험제도권에 맡겨버리기 때문으로 판단된다.

그런데, 요양등급이 높을수록 기능상태의 증증으로 비공식 돌봄의 비중이 축소하고, 그 대신에 간병인과 같은 공식 돌봄의 비중이 높아지는 경향을 볼 수 있다. 이는 그만큼 기능상태가 증증화될수록 비공식 돌봄자의 부담이 가중되기 때문에 공식 돌봄자에 의존할 수밖에 없다는 것이다. 그렇지만, 기능상태가 증증화되어도 비공식 수발자가 존재하고 있기 때문에 비공식 돌봄이 완전하게 공식 돌봄으로 대체되지 않음을 알 수 있다.

〈표 3-7〉 장기요양등급 인정자의 주수발자 유형(2014, 전체 대상자)

(단위: 명, %)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계
독거	1,751 (4.7)	3,815 (5.3)	7,984 (4.7)	9,541 (7.1)	597 (5.7)	23,688 (5.6)
배우자	7,193 (19.1)	13,147 (18.2)	41,775 (24.5)	30,398 (22.7)	2,239 (21.4)	94,752 (22.3)
부모	336 (0.9)	208 (0.3)	678 (0.4)	518 (0.4)	28 (0.3)	1,768 (0.4)
자녀(며느리 포함)	7,911 (21.0)	19,506 (27.1)	66,413 (39.0)	59,798 (44.6)	6,261 (59.9)	159,889 (37.7)
손자녀	83 (0.2)	265 (0.4)	1,402 (0.8)	1,633 (1.2)	99 (0.9)	3,482 (0.8)
친척	240 (0.6)	555 (0.8)	2,159 (1.3)	2,909 (2.2)	155 (1.5)	6,018 (1.4)
친구이웃	101 (0.3)	260 (0.4)	1,763 (1.0)	3,739 (2.8)	160 (1.5)	6,023 (1.4)
간병인	11,242 (29.9)	16,412 (22.8)	21,083 (12.4)	9,375 (7.0)	458 (4.4)	58,570 (13.8)
자원봉사자	75 (0.2)	146 (0.2)	315 (0.2)	345 (0.3)	13 (0.1)	894 (0.2)
기타	8,723 (23.2)	17,786 (24.7)	26,757 (15.7)	15,776 (11.8)	446 (4.3)	69,488 (16.4)
합계	37,655 (100.0)	72,100 (100.0)	170,329 (100.0)	134,032 (100.0)	10,456 (100.0)	424,572 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 2014년 노인장기요양보험통계연보, 2015.

한편, 다시 일반대상자와 기초수급자로 구분하여 주수발자의 유형을 살펴보면, 〈표 3-8〉과 〈표 3-9〉와 같다. 우선 주수발자가 존재하지 않는 독거상태인 인정자가 일반대상자(4.3%)에 비해 기초수급자(11.0%)에서 더 많은 것으로 나타났고, 배우자나 자녀와 같은 주수발자의 비중은 일반대상자가 더 높지만, 손자녀, 친척, 친구나 이웃, 간병인, 자원봉사자 등

의 비중은 기초수급자가 더 높게 나타났다. 이 중에서 가족원을 제외한 비공식 돌봄자(친구이웃이나 자원봉사자)의 비중은 기초수급자(4.7%)가 일반대상자(0.9%)에 비해서 약 5배 이상으로 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과를 기준으로 할 때, 비공식 돌봄의 제공이 기초수급자와 같은 저소득계층에게 집중되는 경향이 있음을 알 수 있겠다.

〈표 3-8〉 장기요양등급 인정자의 주수발자 유형(2014, 일반대상자)

(단위: 명, %)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계
독거	946 (3.8)	2,164 (4.5)	3,984 (3.6)	4,423 (5.1)	356 (4.6)	11,873 (4.3)
배우자	5,413 (21.6)	10,055 (21.0)	31,632 (28.2)	23,009 (26.6)	1,838 (23.8)	71,947 (25.8)
부모	123 (0.5)	84 (0.2)	250 (0.2)	206 (0.2)	16 (0.2)	679 (0.2)
자녀(며느리 포함)	5,638 (22.5)	13,829 (28.9)	46,596 (41.6)	42,402 (49.1)	4,813 (62.4)	113,278 (40.6)
손자녀	40 (0.2)	137 (0.3)	716 (0.6)	820 (0.9)	60 (0.8)	1,773 (0.6)
친척	78 (0.3)	171 (0.4)	734 (0.7)	1,028 (1.2)	54 (0.7)	2,065 (0.7)
친구이웃	48 (0.2)	91 (0.2)	618 (0.6)	1,438 (1.7)	58 (0.8)	2,253 (0.8)
간병인	7,735 (30.8)	10,857 (22.7)	13,047 (11.6)	5,343 (6.2)	285 (3.7)	37,267 (13.4)
자원봉사자	44 (0.2)	69 (0.1)	139 (0.1)	114 (0.1)	5 (0.1)	371 (0.1)
기타	5,021 (20.0)	10,314 (21.6)	14,284 (12.8)	7,590 (8.8)	223 (2.9)	37,432 (13.4)
합계	25,086 (100.0)	47,771 (100.0)	112,000 (100.0)	86,373 (100.0)	7,708 (100.0)	278,938 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 2014년 노인장기요양보험통계연보, 2015.

54 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 3-9〉 장기요양등급 인정자의 주수발자 유형(2014, 기초수급자)

(단위: 명, %)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	합계
독거	472 (8.0)	884 (8.5)	2437 (9.5)	3353 (14.5)	146 (13.2)	7292 (11.0)
배우자	593 (10.1)	911 (8.7)	3334 (13.0)	2588 (11.2)	116 (10.5)	7542 (11.4)
부모	137 (2.3)	91 (0.9)	281 (1.1)	222 (1.0)	7 (0.6)	738 (1.1)
자녀(며느리 포함)	761 (12.9)	1691 (16.2)	5895 (23.0)	5678 (24.5)	412 (37.3)	14437 (21.8)
손자녀	31 (0.5)	65 (0.6)	368 (1.4)	486 (2.1)	22 (2.0)	972 (1.5)
친척	140 (2.4)	297 (2.8)	1133 (4.4)	1482 (6.4)	81 (7.3)	3133 (4.7)
친구이웃	40 (0.7)	122 (1.2)	830 (3.2)	1662 (7.2)	78 (7.1)	2732 (4.1)
간병인	1624 (27.5)	2537 (24.3)	4202 (16.4)	2325 (10.0)	102 (9.2)	10790 (16.3)
자원봉사자	14 (0.2)	48 (0.5)	124 (0.5)	175 (0.8)	6 (0.5)	367 (0.6)
기타	2,087 (35.4)	3,797 (36.4)	6,981 (27.3)	5,233 (22.6)	136 (12.3)	18,234 (27.5)
합계	5,899 (100.0)	10,443 (100.0)	25,585 (100.0)	23,204 (100.0)	1,106 (100.0)	66,237 (100.0)

자료: 국민건강보험공단, 2014년 노인장기요양보험통계연보, 2015.

한편, 요양등급별로 주수발자의 유형 변화를 살펴보면, 전술한 바와 같이 기능상태가 중증일수록 (즉, 요양등급이 높아질수록) 일반대상자든 기초수급자이든 간에 비공식 돌봄의 비중이 낮아지고 공식 돌봄(간병인 등)의 비중이 높아지는 경향을 볼 수 있다. 그렇지만, 역시 일반대상자나 기초수급자도 비공식 돌봄의 비중이 완전히 사라지는 것이 아니기 때문에

장기요양대상자가 되더라도 가족원의 돌봄 부담은 여전히 남아 있다는 것을 알 수 있다. 특히, 일반대상자의 배우자 및 자녀는 기초수급자보다도 더 높은 돌봄 부담을 느낄 가능성이 있다는 것을 통계분석으로 알 수 있겠다.

### 5) 장기요양대상자의 서비스 이용행태

장기요양서비스는 시설서비스와 재가서비스로 구분되고 있는데, 시설 서비스는 공식적 돌봄이 중심이어서 가족원과 같은 비공식 돌봄자가 관여할 사항이 제한되어 있다. 다시 말하면, 시설방문을 통한 정서·심리적 지원을 제공하는 정도이고, 더 나아가 자원봉사자에 의한 이미용서비스나 음악, 연극과 같은 공연을 통한 정서적 지원이 대부분이라 할 수 있다. 이는 신체케어나 가사활동이 시설내 종사하는 요양보호사 등 인력에 의해 24시간 제공되기 때문이다. 그러나, 재가서비스의 경우에는 하루 24시간 중에 일부 시간에만 서비스가 제공되기 때문에,<sup>22)</sup> 그 나머지 시간대에는 노인장기요양보험제도에 의한 요양보호사가 아닌 가족을 포함한 비공식 돌봄자에 의해 서비스가 제공될 수밖에 없다. 방문요양서비스를 예를 들어 설명하면 <표 3-10>과 같다. 즉, 1회 방문에 4시간 이상 서비스를 제공하는 유형이 전체의 30.9%(2013년)이고 그 나머지는 3시간 이내이다. 비록 4시간 이상일지라도 8시간을 초과하는 경우는 거의 없는 실정이다. 또한, 주야간보호서비스를 보더라도 하루 중, 12시간 이상을 이용하는 경우가 전체의 5.3%<sup>23)</sup>에 이르지만, 법적으로 숙박은 불가능하기 때문에 주

22) 예를 들면, 방문요양서비스와 방문간호서비스는 1회 방문시 30분단위로 비용지불가격이 형성되어 있고, 방문목욕서비스는 2시간이내에 끝나고, 주야간보호서비스도 하루 중 일정시간만 이용할 수 있다는 점이고, 하루에 모든 재가서비스의 유형을 이용할 수 있는 것도 아님.

23) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계월보(2013년) 참조

야간보호서비스를 이용한 후 귀가하여야 하고, 누군가가 자택에서 돌봄을 제공하여야 한다. 따라서, 노인장기요양보험제도가 도입되어 공식적 돌봄이 확대되더라도 비공식 돌봄은 여전히 유지될 수밖에 없다는 것이다.

〈표 3-10〉 방문요양서비스의 이용시간별 이용실태

(단위: 명)

	30~ 60분	60~ 90분	90~ 120분	120~ 150분	150~ 180분	180~ 210분	210~ 240분	240분 이상	전체
2008	4,593 (0.5)	13,501 (1.3)	108,642 (10.8)	120,678 (12.0)	132,526 (13.2)	183,548 (18.3)	135,466 (13.5)	304,069 (30.3)	1,003,023 (100.0)
1등급	1,367	2,769	23,650	14,998	11,688	17,764	34,032	117,925	224,193
2등급	924	2,647	24,015	17,985	19,505	32,095	32,870	76,718	206,759
3등급	2,302	8,085	60,977	87,695	101,333	133,689	68,564	109,426	572,071
2013	5,280 (0.2)	551,179 (16.6)	417,029 (12.6)	193,928 (5.8)	155,538 (4.7)	652,046 (19.7)	317,487 (9.6)	1,023,247 (30.9)	3,315,734 (100.0)
1등급	393	42,279	30,767	7,009	2,944	16,543	11,260	115,066	226,261
2등급	669	65,805	75,129	13,134	9,240	49,659	34,867	184,191	432,694
3등급	4,218	443,095	311,133	173,785	143,354	585,844	271,360	723,990	2,656,779

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계월보

한편, 현행 제도에서 제공되는 각 재가서비스 유형별 구체적인 내용을 정리하면 〈표 3-11〉과 같다. 방문요양서비스는 요양보호사의 자격증을 소지한 자가 신체케어와 가사지원을 중심으로 제공하는데, 외출동행과 같은 개인활동이나 말벗과 같은 정서적 지원이 부가적으로 주어지는 서비스이다. 방문목욕서비스는 마찬가지로 요양보호사가 목욕지원만 제공하는 서비스로 목욕차량을 이용하는 경우와 그렇지 않은 경우로 구분되면 비용지불단가도 차이가 있다. 방문간호서비스는 의사의 지도감독에 의해 간호(조무)사가 제공하는 서비스로 전문적인 의료행위에 해당하는 것이라 할 수 있는데, 기초적 상담 및 측정 이외에 의사의 지시에 의한 투약 및 주사, 영양·피부·통증·배설·호흡기 간호 등이 제공된다. 주야간

보호나 단기보호서비스는 시설서비스에 준하는 내용들이 제공된다고 보면 된다. 복지용구서비스는 총 17개 품목이 장기요양보험 급여항목에 포함되고 있는데, 구입품목이 9종, 대여품목이 8종으로 정해져 있다. 이와 같은 복지용구 품목은 급여비용의 연간한도액이 160만원으로 묶여 있어서 초과금액에 대해 본인이 전액 부담하지 않으면, 구입이나 대여하지 못한 복지용구를 대신하기 위해서는 타인의 도움을 받을 수밖에 없다.

〈표 3-11〉 재가장기요양서비스의 구체적 내용

유형	급여내용
방문요양	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체활동 지원(세면도움, 구강관리, 머리감기기, 목욕, 식사 등)</li> <li>- 가사활동 지원(취사, 청소, 세탁 등)</li> <li>- 개인활동 지원(외출동행, 일상업무대행 등)</li> <li>- 정서 지원(말벗, 생활상담, 의사소통 지원 등)</li> </ul>
방문목욕	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 목욕 지원(이동욕조에 의한 목욕지원 포함)</li> </ul>
방문간호	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 건강상태 관찰</li> <li>- 측정(혈압, 맥박, 체온, 체중 등)</li> <li>- 투약 및 주사(복약지도, 자기주사교육 등)</li> <li>- 영양간호</li> <li>- 피부간호(욕창간호, 외상처치 등)</li> <li>- 통증간호</li> <li>- 배설간호(도뇨관관리 및 교환)</li> <li>- 호흡기간호</li> <li>- 응급처리 등</li> </ul>
주야간보호	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체활동 지원</li> <li>- 기능회복 훈련</li> <li>- 치매 예방활동</li> <li>- 정서 및 여가활동서비스</li> <li>- 간호 및 처치</li> <li>- 지역사회교류 및 연계서비스</li> <li>- 송영서비스 등</li> </ul>
단기보호	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 시설서비스에 준함</li> </ul>
복지용구대여	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 이동변기, 목욕의자 등 구입품목 9종</li> <li>- 휠체어, 전동침대 등 대여품목 8종</li> </ul>

자료 : 국민건강보험공단, 노인장기요양서비스 업무 매뉴얼 참조

이러한 장기요양서비스를 제공하는 기관의 운영주체를 살펴보면, 2014년말 현재, 시설서비스 제공기관(총 4,871개소)의 경우, 지자체가 전체의 2.2%, 비영리법인 등이 29.3%, 개인사업자가 68.2%, 기타가 0.3%로 나타나, 개인의 영리사업자가 2/3를 차지하고 있다(국민건강보험공단, 2015). 이는 전체시설의 절반가량을 차지하고 있는 소규모 그룹홈형태의 노인요양공동생활가정의 87.6%를 개인사업자가 차지하고 있기 때문이다. 현행 노인장기요양보험제도에서는 영리사업자이든, 비영리사업자이든 관계없이 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있으며, 개인 영리사업자는 대부분이 초기 자본투자의 비용이 적게 드는 소규모의 시설을 설치 운영하는 경향을 보이고 있다. 이러한 현상은 재가서비스 제공기관도 유사하게 나타나고 있는데, 가장 많은 방문요양서비스기관의 경우, 개인영리사업자의 비중이 전체(총 9,073개소)의 82.3%로 집계되고 있다.

## 6) 케어전문인력의 양성실태

현행 노인장기요양보험제도에 의한 서비스를 제공하기 위해서는 일정 기준의 자격증을 소지하여야 한다. 즉, 시설장은 사회복지사 자격증 소지자 및 의료인이어야 하고, 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리치료사, 작업치료사, 조리사, 영양사 등등은 각각 국가자격증 또는 그에 준하는 자격증을 소지하여야 한다. 이 중에서 직접케어인력에 해당하는 요양보호사는 시설규모, 또는 급여성서비스유형에 따라 필요한 수는 다른데, 30인 이상의 노인요양시설에서는 입소자 5명 2인(2.5명당 1인)의 요양보호사를 배치하여야 한다. 대체적으로 입소자의 기능장애수준과는 무관하게 장기요양기관의 규모를 기준으로 배치기준이 완화되어 있다. 이러한 기준은 요양보호사 이외의 사회복지사, 간호(조무)사, 물리치료사 또

는 작업치료사, 사무원, 영양사, 조리원, 위생원, 관리인 등에게도 유사하게 적용시키고 있다.

〈표 3-12〉 노인장기요양기관의 영양보호사 배치기준

유형	배치기준
노인요양시설 (정원 10인 이상)	- 입소자 2.5명당 1인
노인요양공동생활가정 (정원 5~9인)	- 입소자 3명당 1인
방문요양기관	- 15명 이상 (단, 농어촌지역은 5명 이상)
방문목욕기관	- 2명 이상
방문간호기관	- 없음
주야간보호기관	- 수급자 7명당 1인
단기보호기관	- 수급자 4명당 1인
복지용구사업소	- 없음

자료 : 보건복지부, 2015년 노인보건복지사업안내 참조

한편, 영양보호사는 사회복지, 간호 및 간병케어 등과 관련된 이론교육 80시간, 실기실습과 현장실습을 각각 80시간, 총 240시간의 교육을 이수한 후 국가자격시험을 거쳐 자격증이 주어지고 있다. 다만, 기존 국가자격증 소지자나 경력자는 교육시간을 축소시켜주고 있다.<sup>24)</sup> 이러한 영양보호사의 국가자격시험 합격률은 지난 2014년도 1차(3월 15일)는 90.7%, 2차(7월 12일)는 65.7%, 3차(11월 26일)는 92.4%로 대체적으로 높은 합격률을 보이고 있다.<sup>25)</sup> 또한, 취업 영양보호사의 연령분포를 살펴보면, 2013년말 기준으로 50대가 전체의 46.3%로 가장 많고, 40대가 22.4%, 60대가 20.2%, 30대가 6.2%의 순으로 나타나고 있는데, 50대 이상이 전체의 69.3%를 차지하고 있어 고령화수준이 상당히 높다고 하겠다.<sup>26)</sup>

24) 예를 들면, 간호사자격증 소지자는 40시간, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 및 간호조무사는 각각 50시간만 이수하면 됨.

25) 한국보건의료인국가시험원(www.kuksiwon.or.kr) 자료 참조

이러한 요양보호사에 대한 현안문제는 임금수준, 근로환경, 인권사항 등 여러 부문에서 내재되어 있어서 지속적인 개선이 요구되고 있다(서동민 외, 2012).

### 7) 문제점 및 개선방향

현행 노인장기요양보험제도는 일상생활동작의 기능제한상태가 어느 정도 수준 이상으로 존재하여야 서비스를 받을 수 있는 것으로 설계되어 있어서, 장기요양등급을 받지 못한 경우에는 기능제한상태가 일정수준 이하라는 것이다. 이는 등급판정자의 약 30% 수준에 해당하는데, 이들의 대부분이 외출이나 생필품사기와 같은 사회적 활동에 제약을 받고 있는 것으로 보인다. 동 보험제도에서는 일상생활동작(ADL)의 장애 노인을 전제로 가사 및 사회적 활동(IADL)을 지원하는 것으로 되어 있어서, 후자만을 위한 활동지원은 지역사회내에서 다양한 자원에 의해 비공식, 또는 공식적 돌봄 형태로 제공되고 있는 것으로 판단된다. 그렇지만, 장기요양등급인정자라 하더라도 자택생활자인 경우에는 현행 공식적 서비스만으로 충분한가에 대해서는 의문이 남아있다.

둘째는 등급인정자의 질병상태를 보면, 치매나 중풍, 그리고 골다공증이나 낙상 등에 의한 골절 후유증이 전체의 2/3 정도를 차지하고 있어서 지속적인 질병관리가 필요한 상태이다. 특히, 전체의 56% 정도를 차지하고 있는 치매나 중풍은 신체기능의 마비나 행동상의 장애를 항상 지니고 있기 때문에 자택생활자인 경우에는 현행 제도에서의 공식적 돌봄이 부족한 것이 사실이다.

셋째는 등급인정자의 2/3 가량이 자택생활자로 나타나고 있는데, 기능

---

26) 국민건강보험공단 내부자료 참조.

상태가 증증화될수록 자택생활의 비중이 감소하고 시설 입소비중이 늘어나고 있다. 이는 그만큼 자택에서의 돌봄 부담이 과중해지기 때문으로 보인다. 그런데, 소득수준에 따라서 시설입소의 행태가 다소 다르게 나타나고 있어, 일반소득자는 요양병원, 기초수급자는 요양시설을 선호하고 있는 것으로 보인다. 따라서, 일반소득자가 요양병원이 아닌 요양시설을 선택할 수 있도록 시설의 환경개선 등 제도적 개선이 요구되고 있다.

마지막으로, 등급인정자의 주수발자 형태가 배우자, 자녀 등 가족원이 전체의 60%를 차지하고 있어서 노인장기요양보험제도가 도입되어도 주수발자는 공식적 돌봄자가 아닌 비공식 돌봄자이라는 것이다. 이는 그만큼 공식적 돌봄의 제공량이 충분하지 못하다는 것을 뒷받침해주는 근거이다. 실제적으로 장기요양서비스가 제공되는 행태를 보더라도, 방문요양서비스나 방문간호서비스가 24시간 제공되는 것이 아니고, 주·단기보호서비스를 매일 이용할 수도 없기 때문에 그 나머지 시간대는 가족수발자의 몫인 것이다. 따라서, 재가에서 장기요양서비스를 받고 있는 이용자를 보호하고 있는 가족원들의 돌봄부담은 크게 저하되었다고 보기는 어렵기 때문에 가족원의 부담경감을 위한 대책이 요구된다.

## 나. 노인돌봄종합서비스제도

### 1) 노인돌봄종합서비스 대상자의 선정기준과 기능상태

노인돌봄서비스는 노인장기요양보험제도가 도입되기 전인 2007년도에 시행된 공적 제도로, 당시에는 현행 장기요양보험제도의 중증자를 서비스대상자로 하고 있었다. 그 후 2008년도에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 대상자의 범위를 1~3 등급자 이외의 자를 서비스대상으로

변경되었다. 정부의 사업안내에는 노인돌봄서비스제도를 설명할 때, 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인에게 욕구에 따라 안전확인, 생활교육, 서비스연계, 가사 및 활동지원, 주간보호서비스 등을 제공하는 것으로 되어 있다.

그러나, 본 연구를 추진함에 있어서 전 장에서 정의한 노인돌봄의 기준으로 볼 때 돌봄서비스의 대상자를 기준으로 사업안내의 내용을 분류하면 노인돌봄기본서비스와 노인돌봄종합서비스로 구분할 수 있다. 그렇지만, 노인돌봄기본서비스는 일상생활기능의 장애상태가 없는 건강한 독거노인을 서비스대상으로 하고 있기 때문에 노인돌봄서비스는 현행 노인돌봄종합서비스만이 해당한다고 하겠다. 따라서, 노인돌봄종합서비스제도만을 중심으로 정리할 필요가 있는데, 「2015년도 노인보건복지사업안내」에 의하면, 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인에게 가사활동지원 또는 주간보호서비스를 제공하여 안정된 노후생활 보장 및 가족의 사회, 경제적 활동기반을 조성하는 사업으로 설명되어 있다.

우선, 노인돌봄종합서비스의 수급대상자 범위를 설명하면, 방문요양 및 주간보호서비스 수급형태와 단기가사서비스 수급형태로 구분되고 있다. 전자는 노인장기요양보험제도로부터 수급대상자로 인정받지 못한 자(건강기준)이면서 가구소득이 전국 가구 평균소득의 150% 이하(소득기준)이어야 서비스를 받을 자격이 주어진다. 따라서, 장기요양등급자로 판정받거나, 소득수준이 높으면 적용대상범위에서 제외된다. 그리고, 추가적으로 65세 이상 노인이면서 1~3급의 중증 법정등록장애인이거나 중증질환자<sup>27)</sup>인 경우도 수급자범위에 포함시키고 있다. 후자는 일단 소득기준으로 전자와 동일하나, 건강기준에서 최근 2개월 이내에 골절(관절증, 척

27) 중증질환자의 상병코드는 암, 뇌혈관질환, 심장질환, 중증화상에 한정되어 있고, 각 해당 질환에 대한 상병코드가 정해져 있음.

추병증 포함), 또는 중증질환 수술로 단기간의 돌봄이 필요한 자로 되어 있다. 즉, 전자는 장기간의 돌봄이 필요한 자이지만, 후자는 단기간의 일시적인 돌봄을 필요로 하는 자이다. 추가적으로 전자의 수급대상자 중에서 치매노인에 해당하는 경우에는 치매가족 휴가지원서비스를 제공하는 것으로 되어 있다.

〈표 3-13〉 노인돌봄종합서비스의 수급대상범위

구분	대상범위
A형 (방문요양 및 주간보호서비스형)	- 노인장기요양등급(1~5등급) 외 판정자 (건강 및 소득기준 적용) - 지방자치단체장 인정자 (장애 1~3등급, 또는 중증질환자)
B형 (단기가사서비스형)	- 65세 이상의 독거노인이거나, 75세 이상의 고령의 노인부부가구 (건강 및 소득기준 적용)

자료: 보건복지부, 2015 노인보건복지사업안내, 2015.

여기에서, 노인돌봄종합서비스 대상자의 기능상태는 장기요양보험제도와 연동되어 있기 때문에 가늠해 볼 수 있다. 즉, 일정수준이상의 기능장애상태자는 장기요양보험제도로부터 서비스를 받기 때문에 노인돌봄종합서비스의 대상자는 기능장애상태가 경미한 수준에 머무르고 있음을 알 수 있겠다. 이러한 기능상태를 지니고 있는 대상자가 2014년 말 현재 전체 판정자의 27.5%(160,814명)인데, 실제적으로 방문요양 및 주간보호서비스를 이용한 자(예산기준)는 41,000명인 것으로 되어 있다(선우덕 외, 2015).<sup>28)</sup> 이는 기능상태의 장애가 경미하기 때문에 가족 등 비공식 돌봄자에 의존하기 때문이거나, 국가예산 지원액의 부족과 서비스 이용

28) 선우덕 외, 노인요양서비스 사업군 심층평가, 한국조세재정연구원·한국보건사회연구원, 2015, 참조.

시 본인일부부담금을 지불하여야만 하는 조건 때문에 실제 이용자는 장기요양 등급외자의 1/4 정도만이 서비스를 이용하고 있는 것으로 집계되고 있다.

## 2) 노인돌봄종합서비스의 제공내용

서비스의 내용은 <표 3-14>를 보면 알 수 있듯이 노인장기요양보험제도의 방문요양서비스와 거의 동일하다. 즉, 신체케어와 가사지원서비스를 중심으로 제공하고 있는 방문요양급여, 주야간보호급여의 내용과 별반 차이가 없다. 여기에서 이용자가 서비스를 이용하고자 할 때에는 소득 수준에 따라서 차등화되어 있는 이용자본인부담금을 선납하여야 하는데, 이용할 수 있는 서비스의 양이 사전적으로 정해져 있다. 즉, 방문 및 주간보호서비스는 27시간형과 36시간형으로 나뉘는데, 방문서비스는 1회 방문당 1시간, 주간보호서비스는 3시간을 상한으로 비용결재<sup>29)</sup>가 이루어지고 있기 때문에 방문서비스는 한 달에 27회, 또는 36회, 그리고 주간보호서비스는 한 달에 9일 또는 12일을 이용할 수 있는 제공량이다.

여기에서 서비스를 제공하는 인력은 노인돌보미인데, 이는 제공기관에 방문요양기관이 포함되어 있어서 요양보호사자격증을 소지한 자이어야 한다. 노인돌봄종합서비스의 대상자가 장기요양등급 인정신청 후, 비 해당자로 판정받은 자이기 때문에 장기요양서비스 욕구가 미약하나마 존재하는 것으로 보고, 노인장기요양보험제도권에서 활동하는 요양보호사가 서비스를 제공해야 하는 것으로 되어 있다. 다만, 실제적인 방문서비스의

29) 실제적으로 방문서비스는 1회 방문시 45분이상 서비스가 제공되어도 1시간으로 비용결재가 이루어지고, 주간보호서비스도 1일 7~9시간이하인 경우에는 3시간으로 비용결재가 이루어지고 있어서, 27시간형 또는 36시간형은 실제의 서비스 제공량이 아닌 비용결재시간임.

내용을 보면, 가사지원에 치우쳐 있어서 요양전문인력의 활용에 문제점은 남아 있다.

〈표 3-14〉 노인돌봄종합서비스의 제공내용

구분	대상범위
A형 (방문요양 및 주간보호서비스형)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 방문(요양)서비스               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 신변활동지원: 식사도움, 세면도움, 옷 갈아입기, 구강관리, 신체기능의 유지, 화장실 이용도움, 외출동행, 목욕보조 등</li> <li>○ 가사, 일상생활지원: 취사, 생필품 구매, 청소세탁 등</li> </ul> </li> <li>- 주간보호서비스               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 기능회복, 급식 및 목욕, 송영서비스 등</li> </ul> </li> </ul>
B형 (단기가사서비스형)	- 방문(요양)서비스와 동일함

자료: 보건복지부, 2015 노인보건복지사업안내, 2015.

이와 같은 노인돌봄종합서비스는 기본원칙에 따르면, 기능상태가 노인 장기요양보험 대상자에 비해서 상당히 양호한 편이고, 그에 따라서 서비스의 제공량도 상당히 제한적이라고 볼 수 있다. 특히, 주간보호서비스에 대한 서비스 제공량이 제약적이어서 실제적으로 이용하는 비율은 방문서비스에 비해서 상당히 저조한 편이다. 즉, 정경희 외(2014)의 연구에 의하면,<sup>30)</sup> 방문서비스와 주간보호서비스의 이용률이 각각 99.3%, 1.5%로 분석되어 있고, 방문서비스의 평균이용시간은 30시간인 것으로 나타나고 있다.

한편, 노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험제도의 서비스제공기관이라도 제공될 수 있도록 하고 있기 때문에 영리추구의 개인사업자도 서비스제공이 가능하다. 대부분의 방문요양서비스기관에서 노인돌봄종합

30) 정경희 외, 노인장기요양보험 차매특별등급 도입에 따른 노인돌봄서비스 개편방안 연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원, 2014 참조.

서비스를 제공하고 있는 실정이고, 요양보호사자격증을 소지한 자가 서비스를 제공하고 있는데, 시간당 방문요양보호사의 임금격차가 발생하고 있어서 노인돌봄종합서비스가 원활하지 못한 것으로 되어 있다.

### 3) 문제점과 개선방향

노인돌봄종합서비스제도의 문제점을 정리하면, 무엇보다도 서비스내용의 효과성이 미흡하다는 점이다. 일단, 현행 노인장기요양보험제도에 서 1~5의 등급인정을 받지 못하면, 신체케어의 욕구가 거의 없고, 자택에서의 가사지원 욕구도 높지 않은 것으로 보여지기 때문에 현행의 방문서비스와 주간보호서비스의 제공에 의한 사업 효과성이 적다는 것이다. 다시 말하면, 장기요양 미인정자는 대체적으로 기능상태가 양호하기 때문에 기능상태를 지속적으로 유지시켜 줄 수 있는 서비스가 필요한 것으로 기능개선프로그램이나 영양개선 및 구강관리 등 특화된 보건의료서비스가 제공되어야 하고, 개별적인 자택방문에 의한 관리보다는 주간보호서비스 비용지출방식을 현실화시켜서 주간보호서비스를 활성화시킬 필요가 있다.

## 다. 재가노인지원서비스제도

### 1) 재가노인지원서비스 대상자의 선정기준과 기능상태

재가노인지원서비스는 보건복지부의 2015년 노인보건의료사업안내에 의하면, 동 서비스의 대상자는 경제적, 정신적, 신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 복지사각지대의 노인이고, 서

비스 내용은 일상생활지원(방문요양 제외)을 비롯한 각종 필요서비스이며, 서비스의 제공목적은 지역사회 내에서 건강한 생활을 영위하는 데에 어려움이 없도록 예방적 복지 실현 및 사회 안전망 구축에 두고 있다.

재가노인지원서비스는 노인장기요양보험제도가 도입되기 이전에 노인복지법에 의해 제공되던 가정봉사원파견서비스가 명칭이 변경된 것이다. 즉, 2008년 7월 이전에 운영되던 가정봉사원파견서비스는 현재 2종류로 이원화되었는데, 이는 재가노인지원서비스와 방문요양서비스이다. 다시 말하면, 기존 가정봉사원파견서비스의 대상자 중에서 중증 기능장애자로 장기요양등급을 받은 장기요양대상자는 노인장기요양보험제도의 방문요양서비스, 장기요양등급을 받지 못한 경증의 기능장애자는 재가노인지원서비스의 대상으로 각각 나뉘었다(표 3-15 참조). 이에 따라 재원도 전자는 보험재정에서 조달되고, 후자는 지방자치단체에서 지원, 조달되는 것으로 변경되었다.

구체적으로 재가노인지원서비스의 대상자는 ① 장기요양급여 수급자이지만, 방문요양, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호서비스 이외의 서비스를 필요로 하는 자, ② 장기요양급여수급자 이외의 자(등급외자) 중, 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 혼자서 일상생활을 수행하기 어려워 재가서비스 제공이 필요한 자(시·군·구청장이 의뢰한 자), ③ 2008.7.1이전 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 등급외자 중 기초수급권자 및 실비이용자, ④ 기타 자연재해로 인하여 긴급지원이 필요한 노인으로 되어 있다. 결국, 재가노인지원서비스가 필요한 자는 재가 장기요양급여서비스에서 제공되지 못하는 서비스를 필요로 하는 자이거나, 장기요양등급 미인정자가 중심이라 하겠다. 사실상, 재가 장기요양급여서비스에는 신체케어 및 청소·세탁·취사지원 등의 가사지원서비스가 중심이기 때문에 그 밖의 가사원조나, 외출지원은

장기요양서비스 이외의 사회제도에서 제공될 필요가 있고, 또한, 재가 장기요양급여서비스 자체가 하루 중, 일정시간에만 제공되기 때문에 나머지 시간대의 지원이 요구되고 있는 실정이다.

〈표 3-15〉 가정봉사원파견시설, 방문요양 및 재가노인지원서비스의 비교

구분	가정봉사원파견시설 (‘08.7.1 이전)	방문요양 (재가노인복지시설) (‘08.7.1 이후)	재가노인지원서비스 (‘10.3.1 이후)	방문요양 (장기요양기관)
서비스 대상	① 일상생활 수행능력에 지장이 있는 자 ② 노인성질환 또는 노쇠로 심신의 장애가 있는 자 ③ 일반질환으로 일시적인 서비스가 필요한 자 ④ 독거노인으로 일상생활 서비스가 필요한 자 ⑤ 기타 복지실시기관장이 서비스가 필요하다고 인정한 자	① 장기요양급여 수급자 ② 장기요양급여수급자 이외의 자 중(등급외자) 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 재가 서비스 제공이 필요한 자 (시·군·구청장이 의뢰한 자) ③ ‘08.7.1이전 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 등급외자 중 기초수급권자 및 실비이용자 ④ 이용자 본인이 전액 부담하는 자	① 장기요양급여 수급자 ② 장기요양급여수급자 이외의 자 중 기초수급권자 및 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 서비스 제공이 필요한 자(시·군·구청장이 의뢰한 자) ③ ‘08.7.1이전 운영비를 지원받는 시설을 이용하고 있는 등급외자 중 기초수급권자 및 실비이용자 ④ 기타 자연재해 등으로 긴급지원이 필요한 노인	① 장기요양급여 수급자 ② 이용자 본인이 전액 부담하는 자
서비스 내용	신체수발, 일상생활 지원, 노화·질병 및 장애관리, 상담 및 교육, 복지지원 발굴 및 네트워크축(결연 사업, 봉사자 발굴 등)	방문요양, 상담 및 교육, 노인결연 등 <‘10.3.1 이후> 방문요양만 제공(신체수발, 일상생활 지원, 정서지원 등)	일상생활 지원, 노인생활 및 신상에 관한 상담, 재가노인 및 보호자의 교육, 무의탁노인 후원을 위한 결연 및 연계지원, 여가활동지원, 주거환경 개선 지원	신체수발, 일상생활 지원, 정서지원 등
인력 기준	시설장 1인 사회복지사 1인 사무원 1인 보조원 또는 운전기사 1인 무급봉사원 및 유급급봉사원	<‘10.2.24이후> 시설장 1인 요양보호사 15인 사무원, 보조원 또는 운전사는 필요수	시설장 1인 사회복지사 1인 사무원 1인	<‘10.2.24이후> 시설장 1인 요양보호사 15인 사무원, 보조원 또는 운전사는 필요수
운영비 지원 (등급 외자)	‘08년상반기: 67,850천원	‘08년하반기: 50,000천원 ‘09년: 100,000천원 ‘10년: 지자체에서 결정	지자체에서 결정	없음.

자료: 보건복지부, 2015 노인보건복지 사업안내, 2015

한편, 재가노인지원서비스센터의 인력은 시설장, 사회복지사, 사무원 각각 1인씩으로 구성되어 있고, 1개의 센터마다 서비스수급자수는 지자체마다 상이한데, 집중관리대상은 50명을 기본으로 하고 있는데, 대략적으로 70명 내외로 되어 있다.<sup>31)</sup>

## 2) 재가노인지원서비스의 제공내용

현재 제공되고 있는 재가노인지원서비스의 내용은 <표 3-16>과 같이 제시되어 있다. 크게는 예방적 사업과 사회안전망 구축사업, 그리고 긴급 지원사업으로 구분되어 있는데, 사회안전망 구축사업은 유관제도로의 연계지원과 교육지원, 지역사회네트워크 지원의 차원에서 이루어지는 사례 관리로 되어 있어서 어디까지나 간접서비스에 해당하고, 예방적 사업이 재가노인지원서비스의 중심적인 서비스라 할 수 있다. 예방적 사업에는 일상생활 지원, 정서 지원, 주거환경개선 지원, 여가활동 지원, 상담 지원, 지역사회자원 개발 등이 포함되어 있는데, 대부분의 서비스들이 매달, 또는 주 단위로 정기적으로 제공된다기보다는 지원욕구가 발생할 때마다 서비스가 수시로 부정기적으로 제공된다고 보는 것이 타당할 것이다. 예를 들면, 이미용서비스, 김장서비스, 명절·생신서비스, 장보기서비스, 주거환경서비스, 나들이서비스, 문화체험서비스 등은 매일, 매주 또는 매달 제공되는 것이 아니라 필요시 제공되는 서비스로 보여진다.

이러한 재가노인지원서비스의 이용절차를 보면, 대상자 선정이후 구체적인 서비스계획을 수립하기 위해서 욕구조사를 실시하고, 각 욕구는 이에 대응할 수 있는 각종 서비스를 지역사회 자원연계를 통해서 해결하는 것으로 되어 있다(그림 3-1 참조).

31) 한국재가노인복지협회 내부자료(2015) 참조

70 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 3-16〉 재가노인지원서비스의 제공 내용

대분류	중분류	소분류	
예방적 사업 (직접서비스)	일상생활지원	무료급식 및 밑반찬서비스 행정지원서비스 김장서비스 장보기서비스	이·미용서비스 명절·생신서비스 차량이송서비스
	정서지원	심리지지서비스	
	주거환경개선지원	도배서비스 장판교체서비스 전기수리서비스 방역서비스 보일러수리서비스	변기수리서비스 편의시설 개보수 집수리서비스
	여가활동지원	나들이서비스	문화체험서비스
	상담지원	상담서비스	
	지역사회자원개발	후원·결연서비스	자원연계서비스
사회안전망 구축사업 (간접서비스)	연계지원	안전확인서비스 생활교육서비스 노-노케어서비스 보청기, 틀니제작 의뢰 장수사진서비스 노인장기요양보험	개인수술서비스 건강검진서비스 의료연계서비스 전·월세자금지원서비스 노인돌봄기본 노인돌봄종합
	교육지원	임종교육 보호자교육 응급처치교육 낙상예방 치매예방	사기예방 대인관계기술 자살예방 이성교육
	지역사회네트워크지원	지역재가협의체구성	사례관리
긴급지원사업 (긴급서비스)	긴급지원	위기지원서비스 무선페이징서비스	응급호출서비스 화재, 가스유출감시서비스

자료: 보건복지부, 2015 노인보건복지 사업안내, 2015

[그림 3-1] 재가노인지원서비스의 이용절차



자료: 경북 A재가노인지원센터 사업내용에서 발췌함(<http://www.adnoin.or.kr>).

한편, <표 3-17>은 정부의 지침대로 재가노인지원서비스를 제공하는 기관의 실제적인 사업내용을 예시해 놓은 것이다. A기관의 경우, 각종 서비스를 연간 단위, 월 단위, 또는 분기별 등 정기적으로 서비스를 제공하기도 하고, 특정 서비스에 한해서는 연간 수혜인원수를 정해서 제공하기도 한다. 특히, 전절에서도 지적하였듯이 재가노인지원서비스 대상자는 신체적 기능상태가 대체적으로 양호하기 때문에 일상생활의 지원내용도 신체케어보다는 사회적 활동지원에 집중하고 있다. 그런데, 지역사회자원연계사업<sup>32)</sup>을 보면, 각종 필요한 서비스를 적절하게 관계기관에 연계하여 지원하고 있다는 점이 재가노인지원센터의 장점인 것 같다.

32) 사실, 현재 재가노인지원센터를 중심으로 지역자원연계사업(국비 50%, 지방비 50%)이 시범사업을 거쳐 유지되고 있는데, 지방자치단체로서는 국비가 지원되는 사업에 치중할 수밖에 없기 때문에 지역사회자원연계사업이 활성화되어 있음.

## 72 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 3-17〉 재가노인지원서비스의 제공 내용: 사례(경북 A재가노인지원센터)

구분		내용
예방적 사업 (직접서비스)	일상생활 지원	- 저소득 재가노인 식사배달사업 (주 5회) - 행정지원서비스 - 명절함께 나누기 (연 2회) - 김장김치지원서비스 - 생신서비스 (월 1회) - 차량지원서비스 - 난방유지지원서비스 (연 1회) - 자원봉사자파견서비스 (월 2회) - 가정봉사원파견서비스 (주 2회)
	정서 지원	- 효사랑잔치 (연 1회) - 안부전화서비스 (월 1회) - 마음의 꽃 피우기서비스
	주거환경개선지원	- 도배서비스 (연 2명) - 장판교체서비스 (연 2명) - 편의시설 개보수 (연 2명) - 집수리서비스
	여가활동지원	- 어르신나들이 (연 1회) - 문화체험서비스 (분기 1회)
	상담지원	- 상담 - 사례회의
	지역사회자원개발	- 후원물품서비스 - 결연후원서비스
사회안전망 구축사업 (간접서비스)	연계지원	- 간강플러스(+) 연계지원 (병원) - 개안수술서비스 연계 (병원) - 틀니제작 의뢰 (보건소) - 방문간호서비스 연계 (병원) - 장수사진서비스 연계 (지역 사진관) - 노인장기요양보험 연계 (장기요양기관) - 노인돌봄종합서비스 연계 (서비스제공기관) - 건강검진서비스 연계 (병원)
	교육지원	- 호스피스, 응급처치, 치매예방, 대인관계기술, 성교육 - 노인관련지원법, 노인성질환, 낙상예방교육, 사기예방교육, 자살 및 우울증예방교육 - 인권윤리교육, 응급상황대처교육
	지역사회네트워크지원	- 협약식 및 운영위원회 실시
긴급지원	긴급지원	- 화재감지지원, 위기지원, 구급함지원
기타	연구개발사업	- 평가, 직원연수, 협회교육, 직원전문화교육

자료: <http://www.adnoin.or.kr> (경북 A 재가노인지원센터 홈페이지)참조

이러한 각종 서비스를 제공하고 있는 인력은 사회복지사인데, 주로 사회복지사는 사례관리, 상담 및 자원연계를 담당하고, 무료급식, 이미용 등과 같은 직접서비스는 지역사회내 자원을 동원하여 제공하고 있다.

대체적으로 재가노인지원서비스를 제공하는 기관은 재가노인지원센터의 명칭으로 운영되고 있고, 동 센터에서는 기관마다 차이가 있어서 재가노인지원서비스만을 제공하는 기관이 있는가 하면, 장기요양서비스사업(방문요양, 방문목욕 등)도 아울러 운영하는 기관도 있다. 그러나, 대부분의 기관에서는 재가노인지원서비스와 장기요양서비스를 같이 취급하고 있는 실정이다. 2015년 현재, 재가노인지원센터는 전국적으로 474개소가 설치, 운영되고 있으며, 이용정원이 총 23,700명인 것으로 집계되고 있다.<sup>33)</sup>

### 3) 문제점과 개선방향

현재, 재가노인지원서비스는 그 대상자가 장기요양등급자 및 등급 미인정자를 모두 포함하고 있다는 점에서 노인돌봄종합서비스와 다르다. 지역사회내에는 장기요양등급 미인정자에게 다양한 제공주체가 각종 서비스를 제공하고 있는데, 수급대상자의 기능상태를 보면 차이가 거의 없는 실정이다. 일단, 장기요양등급 인정자들은 기능상태의 중증도에 따라서 5개의 등급으로 구분되어 있지만, 노인돌봄종합서비스나 재가노인지원서비스(장기요양대상자 제외)를 제공받는 수급자들은 기능상태가 거의 동일하고, 심지어는 신체적 및 인지적 기능상태가 정상적인 경우가 보편적이어서 개념상의 돌봄(케어) 수급자에 적합하지 못한 것으로 판단된다.

따라서, 전반적으로 장기요양등급자 이외의 노인을 대상으로 한 지역

33) 한국재가노인복지협회 내부자료(2015) 참조

서비스는 통합될 필요성이 있다.

## 2. 공식적 돌봄(케어): 민영간병보험 측면

### 가. 민영간병보험의 개요와 보험금 지급 사유

일반적으로 생명보험회사 등에서 판매하고 있는 민영간병보험 상품은 노인장기요양보험제도가 도입되기 이전인 2003년 8월부터 판매되기 시작하였다. 민영간병보험은 일정기간 이상의 장기간 간병상태를 보험지급 사유로 하고 있는데, 그 간병상태란, 피보험자가 상해, 질병 등의 사고로 인하여 더 이상 일상생활을 할 수 없게 된 상태를 말하고 있다.<sup>34)</sup> 이러한 간병상태가 발생하였을 때 간병비를 지급하는 보험상품이 민영간병보험이다.

민영보험회사가 판매하는 민영간병보험은 보험금 지급방식에 따라 정액보상형과 실손보상형으로 구분하고 있는데, 대부분이 정액보상형으로 판매되고 있고, 보험금 지급기간도 연금형, 종신보장형 및 정기보상형으로 나뉘어지고 있다. 이러한 민영간병보험은 30세 이상을 가입 가능연령으로 되어 있고, 대부분의 보험기간은 종신형 또는 80세 만기형이다. 암보험과 유사하게 일상생활장애상태로 인한 보장개시일은 90일, 중증치매상태에 대한 보장개시일은 2년으로 면책기간이 설정되어 있다(오병국, 2012).

민영간병보험 상품에서 제시하는 간병상태, 또는 일상생활장애상태라는 것은 각 보험회사가 정한 기준이 아니라 노인장기요양보험제도에서

34) 구체적으로는 활동불능 또는 인식불명(식물인간, 치매 등)이 되어 타인의 간병을 요하는 상태로 설명하고 있음(오병국, 금융보험 해설: 제3보험의 이해: 간병보험, KiRi Weekly 2012.12.3. 참조).

사용하고 있는 장기요양필요상태(장기요양등급 인정상태)에 준하고 있다. 전절에서도 언급하였듯이 노인장기요양보험제도의 수급자범위가 2012년 이후 지속적으로 확대되었기 때문에 그 이전 가입한 민영간병보험의 수급자는 상대적으로 적은 보험료로 보험금을 지급받게 되는 문제점도 발생된 적이 있었다. 지난 2014년 하반기부터 경증의 치매질환자도 장기요양대상자로 포함되었기 때문에 그동안 치매상품을 운용해 온 보험회사들이 혼란을 겪었다.

민영간병보험은 생명보험회사와 손해보험회사가 판매하고 있는데, 전자는 장기요양상태로 진단, 확정시에 연금형으로 간병비를 지급하는 상품을 판매하는 반면, 후자는 활동불능상태에 대한 간병비를 보장하는 상품을 판매하는 것으로 되어 있다(조용운 등, 2013). 여기에서 간병보험상품을 구매할 때에는 신체적 및 인지적 기능상태가 정상적이지만, 향후 보험금(간병비) 지급사유가 발생하였을 때 현금으로 지급하고 있는데, 생명보험회사에서는 일상생활장애상태, 손해보험회사는 활동불능상태를 지급사유로 하고 있으며, 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 장기요양등급 인정자에 대해 보험금을 지급하는 상품을 판매하고 있는 것으로 알려져 있다. 또한, 치매상태를 보장하는 상품도 판매되고 있는 실정이다. 이를 정리하면, <표 3-18>과 같은데, 보험금 지급방식도 보험회사마다 차이가 있는 것으로 보인다. 그리고, <표 3-19>에서는 간병보험상품의 계약건수를 보여주고 있다. 즉, 민영간병보험의 판매상황을 살펴보면, 2012년말 현재, 생명보험회사는 1,642천건, 손해보험회사는 775천건이 계약되어 있는데, 종신보험이나 장기손해보험 대비율에서는 각각 13.0%(2011), 1.8%(2012)로 조사되어 있다.

76 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 3-18〉 민영간병보험의 유형과 내용

구분	내용
생명보험 (장기간병비)	- 보험기간 중, 중증치매상태, 또는 일상생활장애상태로 진단, 확정된 경우 - 최초 1회, 매월 1~3년간, 또는 매월, 매년의 10년간, 생존기간 중 지급 등 다양
손해보험	(장기간병비) - 노인장기요양보험 수급대상으로 인정받거나, 활동불능의 경우 - 최초 1회, 매월 5년간 지급 등 다양 (치매간병비) - 치매상태로 진단, 확정되고, 그 간병상태가 일정기간 이상 지속되는 경우 - 최초 1회, 매월 1회 5년간(10년간) 지급 등 다양

자료 : 조용운, 김미화, 민영간병보험의 발전방향, KiRi Weekly 2013.10.7., 〈표 1〉 재인용함.

〈표 3-19〉 민영간병보험의 보유계약 건수(2009~2012)

(단위: 건, %)

구분	2009	2010	2011	2012
생명보험	1,010,085 (9.8)	1,295,394 (12.1)	1,479,531 (13.0)	1,641,530 (na)
손해보험	181,620 (0.6)	218,308 (0.7)	300,837 (0.8)	775,071 (1.8)

주: ()내는 종신보험, 또는 장기손해보험 대비율임.

자료: 조용운, 김미화, 민영간병보험의 발전방향, KiRi Weekly 2013.10.7., 〈표 2〉 재인용함.

한편, 민영간병보험은 생명보험회사를 중심으로 판매되고 있는데, 2013년 말 기준으로 연령대별 생명보험 상품별 보유비율을 보면, 40대에서는 종신보험(전체의 23.2%)이 가장 많고, 60대 이상에서는 상해보험(24.4%)이 가장 많은 비중을 차지하고 있는데, 장기간병보험은 각각 0.14%, 0.6%로 가장 적은 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 그리고, 간병보험이 가입자 10만 명당 수급자비율이 의료부문의 보험보다는 상당히 낮은 편이나, 수급자 1인당 보험금액 측면에서는 진단관련 보험을 제외하고는 가장 많은 것으로 집계되어 있다(표 3-20 참조).

〈표 3-20〉 민영간병보험의 보험금 수급자수 및 수급자1인당 보험금 실태(생명보험기준, 2013)

	보험가입자 100만명당 수급자수(명)		수급자1인당 보험금(천원)	
	60세 미만	60세 이상	60세 미만	60세 이상
입원	6,368	7,155	951	1,151
수술	4,306	4,618	1,373	1,601
진단	1,546	1,880	6,746	7,313
요양	95	223	1,969	1,944
간병	102	435	2,695	3,521
전체	10,248	11,487	2,557	3,214

자료: 보험연구원 보도자료(2015.1.20.일자), 우리나라 고령자, “노후 보험활용도 낮아”에서 발췌함.

#### 나. 민영간병보험의 향후 전망

기본적으로 민영간병보험은 보험금 지급사유가 노인장기요양보험제도에서 정의한 장기요양상태에 준하고 있다는 것이다. 다시 말하면, 현재 노인장기요양보험제도에서는 장기요양상태를 신체적 및 인지적 기능상태 등을 종합적으로 판단하여 중증도에 따라서 5개 등급으로 구분하고 있는데, 지난 2008년 7월에 도입된 이후 장기요양상태의 범위가 정책적으로 확대되어 왔으며,<sup>35)</sup> 향후 어떻게 변화할 것인지는 미지수이다. 특히, 장기요양서비스의 수급대상자 범위는 향후 보험재정의 상태에 따라서 축소, 조정될 가능성도 있고, 치매질환도 판단기준에 따라서 진단여부도 변동될 가능성이 있다.

그럼에도 불구하고, 민영간병보험은 일반소득계층을 대상으로 판매되고 있지만, 현행 노인장기요양보험제도에서는 서비스 이용시 이용자가 비용의 일부를 부담하여야 하기 때문에 향후 발생할 수 있는 고액의 장기

35) 제도 도입 당시에는 장기요양점수가 55점을 하한선으로 하였으나, 2012년 7월에 53점, 2013년 7월에 51점으로 하향조정하였고, 2014년 7월에는 경증의 치매질환자까지 수급자범위로 포함함으로써 수급자수가 크게 증가하였음.

요양서비스비용 지불에 대비하기 위한 유용한 상품인 것만은 사실이다. 특히, 장기요양상태의 지속기간이 짧게는 1년 이내, 길게는 몇 년 이상 걸리는데, 그 기간동안 장기요양비용이 지불되어야 하고 이용당사자의 입장에서 고액의 비용이 들게 된다. 더욱이 장애상태의 중증화로 이전될 때 노인요양시설이나 요양병원에 입소, 또는 입원하게 되어 그 비용은 재가에서보다 2~3배 더 들게 되어 민영간병보험의 역할은 필요하게 된다.

### 3. 비공식 돌봄(케어): 자원봉사서비스제도 측면

현행 자원봉사서비스를 제공하고 있는 제공자의 유형은 친구나 이웃과 같이 개별적으로 자원봉사가 이루어지는 경우와 어떠한 형태이든지 간에 특정 단체나 조직에 소속된 일원으로써 자원봉사활동이 이루어지는 경우로 나눌 수 있다. 후자의 경우에도 정부의 운영비 등 재정지원으로 운영되는 단체와 순수한 개인비용으로 운영되는 단체로 구분할 수 있다. 그렇지만, 자원봉사활동은 어디까지나 무보수(unpaid)로 이루어지고 있다는 것이다.

#### 가. 한국중앙자원봉사센터

자원봉사센터는 행정자치부 소관 기관으로 운영되고 있는데, 한국중앙자원봉사센터가 설치되어 있고, 각 시도 및 각 시군구마다 1개소씩 설치 운영되고 있다. 이러한 자원봉사센터는 자원봉사활동 기본법 및 동법 시행령에 의해 운영되고 있는데, 자원봉사의 전문성을 보완하고, 운영을 활성화하며, 네트워크 구축을 통한 허브의 역할을 수행하는 것으로 되어 있다.

2014년 12월말 기준으로 전국에 자원봉사센터가 264개(중앙1개소,

광역시도 17개소, 246개소) 설치되어 있다(표 3-21 참조). 이 중에서 시군구가 직접적으로 운영하고 있는 순수직영형태는 전체의 26.4%, 지방자치단체에서 직접 운영하되 민간인을 포함하는 혼합직영형태는 31.3%, 사회복지법인 또는 비영리법인에 위탁하는 위탁운영형태는 22.0%, 지방자치단체에서 법인을 설립하여 운영하는 형태는 20.3%로 나타나, 운영형태가 다양한 실정이다. 그런데, 순수하게 위탁운영하는 형태는 적고, 3/4 이상이 지자체가 직·간접으로 관여해서 운영되고 있다는 것이다. 그리고, 자원봉사자들의 활동률을 보면, 시도별로 차이는 있지만, 제주도를 제외하면 20~30%대에 머무르고 있다. 그런데, 자원봉사활동은 초중고 학생에 의해 가장 많이 이루어지고, 그 다음으로 주부, 대학생, 자영업자의 순으로 이루어지고 있다.

〈표 3-21〉 시도별 자원봉사센터 운영형태

(단위: 개소, %)

지역	기관수	순수직영	혼합직영	위탁	법인
합계	246 (100.0)	65 (26.4)	77 (31.3)	54 (22.0)	50 (20.3)
서울	26	-	3	5	1
부산	17	-	2	12	3
대구	9	-	1	7	1
인천	11	-	11	-	-
광주	6	-	-	-	6
대전	6	-	1	1	4
울산	6	5	-	1	-
세종	1	-	-	1	-
경기	32	1	8	5	18
강원	19	-	17	-	2
충북	13	-	13	-	-
충남	16	2	5	9	-
전북	15	1	9	-	5
전남	23	21	-	1	1

80 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

지역	기관수	순수직영	혼합직영	위탁	법인
경북	24	4	4	8	8
경남	19	14	3	1	1
제주	3	-	-	3	-

자료: 행정자치부, 한국중앙자원봉사센터, 2014 자원봉사센터 현황 자료집.

〈표 3-22〉 시도별 자원봉사자 등록 및 활동현황

구분	등록인원(명)			등록률 (%)	실인원(명) (B)	활동율 (B/A)(%)
	계(A)	남	여			
합계	9,533,241	4,112,118	5,421,123	18.6	2,642,529	27.7
서울	1,795,038	724,667	1,070,371	17.7	393,400	21.9
부산	728,114	325,293	402,821	20.6	188,835	25.9
대구	494,696	203,741	290,955	19.8	128,250	25.9
인천	502,406	195,118	307,288	17.4	117,584	23.4
광주	414,253	176,083	238,170	28.1	117,954	28.5
대전	317,128	140,044	177,084	20.7	111,633	35.2
울산	204,120	81,099	123,021	17.7	70,872	34.7
세종	17,183	7,789	9,394	14.1	4,894	28.5
경기	2,190,554	935,170	1,255,384	17.9	619,055	28.3
강원	296,385	138,960	157,425	19.2	82,389	27.8
충북	264,540	120,511	144,029	16.8	85,713	32.4
충남	331,375	162,092	169,283	16.2	92,322	27.9
전북	364,722	159,728	204,994	19.5	118,245	32.4
전남	340,608	172,377	168,231	17.9	117,915	34.6
경북	490,662	223,480	267,182	18.2	182,152	37.1
경남	676,080	296,744	379,336	20.3	160,181	23.7
제주	105,377	49,222	56,155	17.7	51,135	48.5

주: 등록률(%)= 등록인원/주민등록인구(2013. 12. 31일 기준) 인원 \*100  
 자료: 2014 자원봉사센터 현황 자료집. 행정자치부, 한국중앙자원봉사센터.

한편, 자원봉사활동의 내용을 살펴보면, 생활편의, 안전방범영역, 문화 행사 봉사가 주로 이루어지고 있는 것으로 나타나고 있는데, 신체케어나 가사지원과 같은 돌봄 이외의 다양한 활동이 이루어지고 있는 것으로 판단된다.

#### 나. 1365 자원봉사포털시스템

1365 나눔포털(www.1365.go.kr)로 불리는 1365자원봉사 행정자치부 자원봉사포털시스템은 전국 시도, 시군구, 유관기관의 자원봉사 자료를 한 곳에 모아 전국의 모든 자원봉사 자료를 검색할 수 있도록 하고, 전국의 자원봉사를 지역, 분야별로 정리하여 자원봉사 희망자가 자신의 조건에 맞는 맞춤형 자원봉사를 선택할 수 있도록 하고 있다. 또한 포털을 통해 자원봉사 정보 실적관리, 확인서 발급서비스를 제공하여 개인정보보호 및 문서 위조방지 시스템을 적용하여 봉사자의 정보를 관리하고 있다.

본 포털에서는 각 소관부처별 및 기관 자체적으로 운영 중인 자원봉사 정보시스템과의 연계를 도모하고 있으며 그 내용은 다음과 같다.

〈표 3-23〉 기관별 자원봉사 정보시스템 및 1365 시스템과의 연계현황

기관명	정보시스템	연계내용
보건복지부	사회복지자원봉사인증관리(VMS)	봉사실적 연계
교육부	나이스(NEIS)	초중고 봉사실적 제공
문화체육관광부	지자체 도서관(도서관 자원봉사)	수요처 봉사실적 등록
여성가족부	청소년 자원봉사(DOVOL)	봉사실적 연계
걸스카우트연맹	자원봉사시스템	연맹 봉사실적 수집
네이버	해피빈	봉사일감 제공
봉사정보 공개시스템	OPEN-API	봉사일감 제공

#### 다. 사회복지 자원봉사 인증관리(VMS)

보건복지부가 우리나라 사회복지 자원봉사활동의 활성화를 위해 정부 정책사업 일환으로 2001년도 11월부터 ‘사회복지 봉사활동 인증관리사업계획’을 추진하였다. 한국사회복지협의회에서는 2013년 기준 전국 10,724개소의 사회복지자원봉사관리센터를 운영하고, ‘사회복지 자원봉사 인증관리 시스템(VMS)’를 통해 자원봉사활동에 관한 정보를 관리하고 있다.

〈표 3-24〉 시도별 사회복지 자원봉사 관리센터 현황

(단위: 개소, %)

지역 (광역 시도)	총계	사회복지							보건 의료	기타
		소계	아동 시설	노인 시설	장애인 시설	기타 시설*	복지관	법인/ 단체		
총계	10,724	9,012	2,264	2,801	1,661	423	444	1,419	630	1,082
서울	1,419	1,136	189	251	236	58	92	310	47	236
부산	652	498	100	144	85	29	53	87	82	72
대구	403	356	84	113	69	15	25	50	22	25
인천	539	443	102	174	63	18	21	65	37	59
광주	795	642	276	154	86	24	21	81	52	101
대전	648	531	161	120	103	30	24	93	32	85
울산	290	219	38	51	48	19	8	55	22	49
세종	28	26	5	8	6	4	1	2	1	1
경기	1,629	1,395	359	465	280	51	70	170	68	166
강원	415	372	73	128	87	13	15	56	14	29
충북	506	360	91	106	65	16	14	68	17	28
충남	634	532	129	187	76	27	16	97	34	68
전북	499	447	66	179	74	19	22	87	30	22
전남	765	682	238	256	97	38	16	37	56	27
경북	740	653	164	226	134	28	18	83	46	41
경남	574	482	114	168	100	27	20	53	55	37
제주	289	238	75	71	52	7	8	25	15	36

주: 기타 시설은 여성복지시설, 정신요양시설, 부랑인복지시설의 합  
 자료: 2013년 사회복지 자원봉사 통계연보, 한국사회복지협의회

〈표 3-25〉 시도별 VMS자원봉사자 활동현황

(단위: 명)

구분	성별 활동인원			활동자원 봉사자계	등록자원 봉사자계
	계(A)	남	여		
총계	1,291,264	528,834	762,430	1,384,549	5,946,729
중앙	-	-	-	93,285	115,964
서울	272,993	122,117	150,876	272,993	1,239,073
부산	78,281	29,570	48,711	78,281	339,764
대구	55,377	20,683	34,694	55,377	248,067
인천	58,851	21,412	37,439	58,851	246,900
광주	84,266	34,677	49,589	84,266	351,791
대전	56,308	24,359	31,949	56,308	258,876
울산	50,234	19,900	30,334	50,234	192,398
세종	3,035	1,265	1,770	3,035	22,004
경기	179,651	70,313	109,338	179,651	897,526
강원	37,161	15,660	21,501	37,161	195,480
충북	32,194	13,395	18,799	32,194	165,156
충남	61,191	25,378	35,813	61,191	285,575
전북	41,830	16,844	24,986	41,830	218,738
전남	89,253	39,920	49,333	89,253	350,762
경북	68,681	27,603	41,078	68,681	320,951
경남	89,819	33,057	56,762	89,819	386,463
제주	32,139	12,681	19,458	32,139	111,241

주: 1) 중앙사회복지자원봉사 관리본부 봉사자 수는 현행실적으로만 이루어진 봉사자 수입 (2010.7.1.부터 시행)

2) 활동자원봉사자는 2013년 1회 이상 활동한 봉사자임(중앙 사회복지자원봉사관리본부 활동 자원봉사자 포함)

3) 등록자원봉사자는 '사회복지 자원봉사 육성, 지원사업' 정보등록 기준년도인 2001.1부터 2013.12.31.까지의 등록된 봉사자임.

자료: 2013년 사회복지자원봉사 통계연보, 한국사회복지협의회

봉사영역별 자원봉사활동 현황을 살펴보면 다음과 같다.

전체 8,042,536회의 자원봉사 횟수 중 시설봉사가 전체 봉사영역에서 가장 많은 비율을 차지하였다(6,122,732회, 76.1%). 그 다음으로 재가 봉사가 8.6%, 지역사회 봉사가 6.3%, 전문봉사가 4.9%, 기타 4.1%로 나타

났다. 성별 자원봉사영역별 활동 현황에서는 여성이 전체의 66.3%로 남정보다 자원봉사활동이 많은 것으로 나타났다. 시설봉사와 지역봉사의 영역에서는 10대 이하 봉사자들의 활동이 두드러졌으며, 전문봉사 영역에서는 20대와 50대 이상 자원봉사자의 활동이 부각되었다. 직업별 자원봉사활동 영역에서는 학생의 비율이 가장 많고, 주부, 기타 무직(퇴직자 포함), 사무 관리직 등의 순으로 나타났다.

## 라. 한국자원봉사협의회

한국자원봉사협의회(Volunteering Korea)는 자원봉사 민간대표기구이고, 자원봉사활동기본법 제17조에 의한 법정단체로 전국의 자원봉사단체들의 총괄대표기구라 할 수 있다.

1994년 한국자원봉사단체협의회로 창립하여 139개 회원단체(시민사회, 재계, 교육계, 종교계, 의료계 등)와 250여개 협력단체로 구성된 자원봉사 상설 민간협의체로, 시민사회, 정부, 기업들의 초이념적이고 초당파적 성격을 가지고 활동하고 있다.

〈표 3-26〉 자원봉사협의회 회원단체 리스트(예시)

기관명	기관명	기관명
각당복지재단	강한전북일등도민운동추진협의회	경기교육자원봉사단체협의회
경기도자원봉사협의회	경상남도자원봉사협의회	경인사랑나눔봉사회
곰두리봉사회	곰두리자원봉사연합	과우회 과우봉사단
교보생명 교보다솜이봉사단	국립공원관리공단	국민은행 사회봉사단
국제개발협력민간협의회	굿네이버스	그린하모니클럽
글로벌피스메이커스	기독교연합봉사회	기독교청소년협회
기아대책	나눔문화	남북통일운동국민연합
이외 다수 존재	이외 다수 존재	이외 다수 존재

자료: 한국자원봉사협의회 홈페이지(www.vkorea.or.kr), 2015년 5월 28일 반출.

#### 4. 비공식 돌봄(케어): 가족돌봄(케어)의 측면

##### 가. 가족돌봄(케어)의 개념

비공식부문은 민간 비영리부문과 영역 설정이 모호한 부분도 있지만, 그 주된 주체가 가족인 것은 분명하다. 따라서, 비공식 케어의 중심을 이루고 있는 가족돌봄(케어)의 개념을 살펴보고자 한다.

돌봄(케어)서비스의 제공 측면에서 볼 때, 가족돌봄(family care)은 가족 구성원에 의한 돌봄서비스의 제공을 의미한다. 즉, 돌봄을 필요로 하는 가족 구성원에 대해 다른 가족 구성원에 의해 제공되는 돌봄(케어)인 것이다. 그런데, 최근 유럽에서는 가족케어를 제한적으로 사용하기보다는 비공식 케어(informal care)로서 포괄적으로 이해하고 있는 경향이 다.<sup>36)</sup> 전술한 것처럼 비공식 케어란 비공식적인 주체(가족, 친족, 친구, 근린주민 등)에 의해 비공식적인 지원 네트워크를 통해 제공되는 케어라 할 수 있다. 이 비공식 케어의 개념 정의에 근거하여 가족돌봄을 다시 이해하자면, ‘가족 구성원에 의해 비공식적으로 제공되는 돌봄’을 의미하는 것이라 할 수 있다. 돌봄의 제공 측면에서 볼 경우, 가족이 비공식적 주체인 것은 새삼스럽게 언급할 필요도 없으나, 우리나라의 ‘가족요양급여’와 같이 가족 구성원에 의해 ‘공식적으로 제공되는 돌봄서비스’(formal care)도 존재하는 것이다. 따라서, 가족돌봄을 단순히 ‘가족 구성원에 의

36) 예를 들면, 영국에서는 1970년대 후반 이후 복지정책을 둘러싼 논의 속에서 ‘비공식적인 케어의 네트워크’, ‘자연발생적인 원조 네트워크(natural helping network)’, ‘비공식적인 복지활동(informal welfare)’ 등의 말이 빈번하게 사용되었다고 함(Henwood, 1987; Offer, 1985). 그리고, ‘Informal care’를 ‘재택개호’로서 영국의 재택개호자의 실태를 밝힌 미토미·기요시(三富紀敏, 2000: 24)에 의하면, 1980년대에 ‘Caring’, ‘Family care’, ‘Supporter’ 등의 용어를 대신하여, ‘Carer’, ‘Informal carer’ 등의 용어가 페미니스트의 논고에 의해 등장했다고 함.

한 돌봄서비스의 제공'으로 이해하기보다는 '가족 구성원에 의해 비공식적으로 제공되는 돌봄'으로 이해하는 것이 더 정확할 것이다. 나아가, 이러한 가족돌봄은 크게 가족 구성원에 의한 돌봄노동 측면과 가족 구성원의 돌봄관계라는 두 가지 경로로써 접근할 수 있을 것이다.

먼저, 가족 구성원에 의한 돌봄노동 측면에 주목하여 가족돌봄을 생각해 보면 첫째, 가족돌봄은 가정 내에서 주로 배우자, 아들·며느리, 딸·사위, 형제자매 등 가족 구성원이 제공하고 있는 돌봄노동을 의미한다고 할 수 있다. 둘째, 이러한 가정 내 가족 구성원에 의한 돌봄노동은 가사노동과 마찬가지로 대체적으로 무상(노동)으로 제공되고 있다고 할 수 있다. 셋째, 따라서, 자본주의 사회에서는 가족 구성원에 의한 가족돌봄 역시 시장에서의 서비스로 대체되어 상품화가 가능하다고 할 수 있다. 그러나, 이러한 가족돌봄을 가족 구성원의 돌봄관계에 주목하여 생각해 보면, 가족돌봄은 다른 가사노동과는 구분되는 '가사노동 이상의 무엇'이라 할 수 있다. 가족돌봄은 가정 내에서 돌봄 제공자인 가족 구성원과 돌봄 수혜자인 요보호노인 간의 감성적이고 정서적인 관계 속에서 이루어지고 있기 때문에 정서적·심리적 돌봄 역시 가족돌봄의 중요한 부분이라고 할 수 있는 것이다.

즉, 이상과 같이 돌봄노동 및 돌봄관계 측면에서 '가족 구성원에 의해 비공식적으로 제공되는 돌봄'에 접근할 경우, 가족돌봄은 가정 내에서 가사노동과 마찬가지로 가족 구성원에 의해 '무상'으로 제공되고 있는 돌봄이라 할 수 있겠다. 더욱이, 이러한 가족돌봄은 한편으로는 시장에서의 공식적 서비스(또는 국가에 의한 공공서비스)로 대체되어 상품화(또는 탈상품화)가 가능하지만, 다른 한편으로는 '화폐가 매개할 수 없을'뿐만 아니라 '국가에 의한 공공서비스로도 대체할 수 없는' 돌봄 제공자와 수혜자 간의 심리·정서적인 부분까지도 포함하는 개념이라 말할 수 있겠다.

가족에 의한 비공식적 노인돌봄의 내용은 광범위하며 가족부담의 정도도 상대적으로 가벼운 것에서부터 극심한 것에 이르기까지 천차만별이라 하겠다. 가족에 의한 노인돌봄은 필연적으로 그 가족의 생활과 밀접하게 연관될 수밖에 없으므로 실상은 개개의 가족이 놓인 상황에 따라 “기준도 표준도 없이”(筒井孝子, 2001: 190) 이루어지고 있는 것이다. 따라서, 가족에 의한 노인돌봄의 내용에는 신체적·물리적인 측면의 보살핌과 심리적·정서적인 측면의 배려와 관심까지 모두 포함된다 하겠다. 물론, 그 보살핌과 배려·관심의 수준이 가족마다 상이하게 이루어지고 있음은 두말할 필요도 없는 것이다.

한편, 현행 노인돌봄(케어)서비스에서 규정하고 있는 ‘요양보호사파견 서비스’의 급여 내용은 어떠한가?<sup>37)</sup> 즉, 상술한 ‘가족돌봄’의 내용과는 어떠한 차이가 있을까? 현행 노인돌봄(케어)서비스 중에서 ‘요양보호사파견 서비스’에는 노인장기요양서비스의 재가급여인 방문요양과 방문목욕 및 노인돌봄종합서비스의 신변·활동지원과 가사·일상생활지원 등이 있다. 노인장기요양서비스의 재가급여의 하나인 ‘방문요양’은 요양보호사가 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여이고, ‘방문목욕’은 요양보호사가 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여이다(노인장기요양보험법 제23조). 특히 방문요양서비스의 급여 내용에는 신체활동지원, 인지활동지원, 정서지원, 가사 및 일상생활지원 등이 포함되어 있다. 구체적으로 보면, ‘신체활동지원’에는 세면도움, 식사도움, 옷 갈아입히기, 머리감기기, 목욕도움, 화장실 이용하기, 이동도움, 체위변경 등이 있다. ‘인지활동지원’에는 인지자극활동과 신체능력 잔존·유지

37) 보충하면, 가족돌봄(가족에 의한 노인돌봄)의 내용과 관련하여 노인돌봄서비스의 급여 내용을 알고자 할 경우에는 요양보호사 등이 가정에 파견되어 이루어지고 있는 돌봄(케어)서비스에는 어떠한 것들이 있는지 알아볼 필요가 있을 것임.

가 있으며, ‘정서지원’에는 말벗과 격려가 있고, ‘가사 및 일상생활지원’에는 식사준비, 청소, 세탁 등이 포함되어 있다(노인장기요양보험법 시행규칙 제18조).<sup>38)</sup> 그리고, 노인돌봄종합서비스의 ‘신변·가사활동지원’에는 식사도움, 세면도움, 옷 갈아입히기, 구강관리, 신체기능의 유지, 화장실 이용 도움, 외출동행, 목욕보조 등이 있으며, ‘가사·일상생활지원’에는 취사, 생활필수품 구매, 청소, 세탁 등이 포함되어 있다(보건복지부, 2015: 92). 일반적으로 공적으로 제공하는 돌봄서비스는 정책목적에 상응하는 일정 기준을 설정함으로써 대상자를 정하여 서비스를 제공하고 있다. 본 연구는 돌봄정책에 내재되어 있는 정책목적이나 정책의도를 문제삼는 것이 아니므로 이에 대해 깊이 있는 분석은 할 수가 없다. 그렇지만, 현행 노인돌봄(케어)서비스에서 규정하고 있는 ‘요양보호사파견서비스의 급여 내용을 살펴본 바로는 가족돌봄과 상당 부분 중복되는 서비스도 있는 반면, 가족돌봄과는 상호 대체관계 또는 보완관계에 있는 서비스도 상당 부분 존재하고 있음을 엿볼 수 있다.

이상과 같이 가족돌봄을 살펴본 결과에 근거하여 비공식 케어의 서비스 내용을 생각해 보면, 신체적·물리적인 측면의 보살핌과 심리적·정서적인 측면의 배려·관심까지 아우르고 있으며, 동시에 그것은 공식서비스(특히 정부부문에 의한 서비스)로 대체될 수도 있고 공식서비스(공공서비스)를 보완할 수도 있는 서비스라고 말할 수 있겠다.

#### 나. 가족돌봄(케어)서비스의 의의

일찍이 Hobsbaum이 주장한 것처럼 오늘날 우리들이 ‘전통’이라고 생

38) 노인장기요양보험법 시행규칙 제18조의 [별지 제12호서식] 작성방법을 보면 방문요양서비스의 세부내용이 제시되어 있다.

각하고 있는 많은 것들이 실상은 역사가 그리 길지 않은 사회현상으로 근대 이후에 '만들어진 전통'에 지나지 않는다(Hobsbaum and Ranger, 1983). 이러한 주장은 가족돌봄(특히, 가족 구성원에 의한 노인돌봄)의 경우에도 그대로 적용된다. 즉, 역사적으로 볼 때 노인을 가정 내에서 돌보는 노인돌봄은 비교적 새로운 사회현상인 것이다. 그 이유로서는 무엇보다도 과거와 오늘날의 평균수명의 차이, 곧 인구학적 요인을 들 수 있다. 한국이 고령화율 7% 이상의 고령화사회에 도달한 것은 극히 최근의 2000년대에 들어선 이후이며, 적어도 그 이전까지 한국사회는 인구학적으로 볼 때 전체인구 중에서 노인이 차지하는 비중은 소수에 지나지 않았던 것이다. 그럼, 한국사회에서 가족돌봄은 언제부터 문제가 되었던 것일까?

1982년 국제연합 주최의 '세계고령자문제회의'는 노인인구 7% 이상의 사회를 고령화사회, 14% 이상의 사회를 고령사회로 규정하였다. 그런데, 여기에서 주목할 것은 당시의 국제회의가 그 명칭에 '문제'라는 용어를 사용하고 있는 점이다. 이는 현대사회에서 고령화의 진행은 그것이 성립하는 당초부터 해결해야만 하는 '고령자문제'로서 등장했음을 알 수 있는 대목이다. 이러한 속에서, 오늘날 세계 각국에서는 자국의 고령자문제를 가늠하는 척도로서 고령화사회와 고령사회라는 기준들을 사용하고 있으며, 그 경우 대부분의 국가들은 어떻게 하면 고령화에 동반되는 문제를 해결할 수 있을까 하는 관점으로 접근하고 있는 것이다. 마찬가지로, 한국사회에서도 2000년에 고령화율 7% 이상의 고령화사회가 되면서 노인돌봄을 포함하여 다양한 노인부양의 문제를 시급히 해결해야 하는 사회적 과제로 인식하게 되었던 것이다.

한국의 경우 1990년대 후반의 IMF 위기 이전까지 '권위주의적 개발국가'의 이념 아래 "최선의 복지는 경제성장과 가족이라는 사고가 지배적"

이었다(이혜경, 2004: 8~9)는 지적에서 알 수 있듯이 한국사회에서 일차적인 노인부양·돌봄의 책임은 가족이 떠안고 있었다. 좀 더 정확하게 표현하면, 가족에 의한 노인돌봄이 당연시되었기 때문에 사회문제로 부각되지 않고 가족 내의 문제로 내재화되어 있었던 것이다. 그런데, 2000년대에 들어서면서 지금까지 가족 구성원의 일차적인 복지를 책임져왔던 가족을 둘러싼 변동이 커서 한국사회에서의 가족은 일찍이 상상조차 할 수 없었던 여러 가지 것들을 경험하면서 크게 흔들렸다. 특히 저출산과 고령화의 급속한 진전은 사회 전반적으로 가족부양·돌봄에 대한 불안감을 증폭시켜 아동과 노인의 사회적 부양에 대한 기대감을 상승시켰다. 그러한 속에서, 한국에서는 노인부양·돌봄의 문제가 크게 부각되면서 2000년대 중반 이후 노인돌봄서비스를 강화하는 여러 대책을 내세워 가족의 노인돌봄 부담을 해소하기 위한 정책을 추진해 왔던 것이다(김지미, 2013: 134~136).

즉, 우리나라에서는 종래 가족돌봄에 근거하여 가족책임으로 맡겨왔던 노인돌봄 영역에 최근 들어 가족돌봄의 한계를 인정함으로써 노인돌봄을 위한 공식적인 서비스를 대폭 확충해 왔다. 그렇다고는 하지만, 지금도 한국의 노인돌봄서비스에는 여전히 가족 구성원(및 비공식적 자원)에 의한 비공식적인 노인돌봄이 많은 부분을 차지하고 있다(김지미, 2015).

한편, 전술한 바와 같이 비공식부문에 의한 노인돌봄(특히 가족돌봄)은 정부에 의한 공식서비스가 확충되기 이전은 물론 이후에도 여전히 전체 노인돌봄서비스의 상당 부분을 책임지고 있다. 그 이유는 무엇일까?

우선 첫째는, 공식적인 서비스의 접근성이 부족하여 어쩔 수 없이 가족 등이 제공하는 비공식적 돌봄에 의존할 수밖에 없다고 하는 사정을 들 수 있다. 관련하여 말하자면, 종래 우리나라의 노인돌봄에 관한 정책을 보면 1981년 노인복지법의 제정으로 노인돌봄서비스 제공에 관한 법적

근거가 정비되어 있었지만, 공공부조의 틀에 구속받으면서 구빈정책적인 측면에서 시설보호를 중심으로 극히 일부의 저소득층에게만 제공되어 왔다. 그리고, 이러한 시설보호를 중심으로 하는 노인돌봄서비스가 저소득층뿐만 아니라 일반노인에게 전개된 것은 1997년 노인복지법 개정을 통하여 유료노인전문요양시설과 노인전문병원 등의 시설 설치·운영을 위한 법적 근거가 마련된 이후이다. 그러나, 당시 노인을 위한 소득보장정책(연금제도 등)이 확립되어 있지 않았음을 고려할 때 ‘실버비즈니스’와 같은 요양시설에는 일정 이상의 수입이 있는 노인(소위 부자노인)밖에 입소할 수 없었으며, 돌봄이 필요한 대부분의 노인은 자택에서 가족에게 의지할 수밖에 없었을 것이다. 이처럼 한국의 노인돌봄서비스는 저소득층을 위한 공적부조방식의 시설보호와 본인부담의 민간 시설서비스 하에서 극히 잔여적인 기능밖에 지니지 못하였던 것이다. 이러한 가운데, 공식적인 서비스의 접근성을 보장받지 못한 대부분의 요보호노인의 돌봄은 전적으로 가족에게 의존할 수밖에 없었던 것이다(김지미, 2013, 2015). 이러한 공식적인 서비스의 접근성 부족 문제는 정부에 의한 노인돌봄서비스가 확충된 이후 일정 부분 해소되었다고는 할 수 있지만, 여전히 남아 있다고 보아야 할 것이다.

둘째는 공식적 케어에 비해 비공식적 케어는 제공자의 재량권에 맡겨져 있는 부분이 많아 요보호노인의 개별적인 욕구에 부합되게 세심하고 유연하게 대응할 수 있다는 점을 들 수 있다. 다시 말해, 노인돌봄서비스 자체가 가지는 특성으로 인해 공식적 케어보다는 비공식 케어(자)가 요보호노인의 욕구 충족에 더 적절하다는 것이다. 노인돌봄서비스는 의료서비스와 달리 고도의 전문가적인 처방이 요보호노인의 욕구와 일치하지 않을 수 있다는 특성이 있다(Ikegami and Campbell, 2002). 의료서비스의 경우에는 의사의 전문가적 견해가 중요한 역할을 하지만, 노인의 독

립적 사회생활 지원을 목표로 하는 노인돌봄서비스는 그 목표달성에 대한 평가가 요보호노인의 주관적 가치에 의해 크게 좌우될 수도 있는 것이다. 또한, 노인돌봄은 개인의 사생활과 밀접히 연관되어 있어 서비스 제공과정(목욕 및 화장실 도움 등)에서 개인의 사생활이 침해될 가능성이 있다는 특성도 있다(김철주·홍성대, 2007: 240). 따라서, 노인돌봄서비스는 서비스 이용자의 주관적인 가치나 기호에 익숙하고 사생활을 공유하며 친밀한 관계를 형성해온 가족·친족 등의 서비스 제공자가 요보호노인의 개별적인 돌봄욕구에 맞추어 세심하고 유연하게 대응할 수 있는 것이다.

이상과 같이 비공식부문에 의한 노인돌봄은 공식적인 서비스와의 접근성 부족이라는 물리적·제도적인 이유뿐만 아니라 노인돌봄서비스의 특성상 비공식적 돌봄(자)만이 가능한 ‘고유의 역할’이 있다는 것 등으로부터 노인돌봄서비스 제공에서 중요한 기능을 수행하고 있다고 하겠다. 그러나, 이러한 비공식 케어는 인구구조·가족구조·사회구조의 변화라는 사회변동 속에서 점차 그 기능이 쇠퇴하는 경향에 있다는 점과 가족·친족 및 이웃주민 등의 특정 구성원이 개인의 힘으로 서비스를 제공할 수 있는 데에는 한계(예를 들면, 서비스 제공자의 책임감과 지속성을 담보할 수 없다는 것)가 있다는 점을 잊어서는 안될 것이다.

## 다. 가족돌봄(케어)서비스 제공실태와 문제점

이상과 같은 의미를 지니고 있는 비공식부문에 의한 노인돌봄서비스의 제공실태는 어떠한가? 2000년대 중반 이후 노인돌봄(케어)서비스를 확충해온 한국의 경우 비공식부문에 의한 노인돌봄서비스는 어떻게 전개되고 있는지 살펴보고자 한다.

우리나라는 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 시행됨에 따라 노인돌봄(케어)서비스체계는 국민건강보험공단에 의한 노인장기요양보험사업과 지방자치단체에 의한 노인돌봄종합서비스사업으로 재편되었다. 이러한 현행 노인돌봄(케어)보장체계와 관련하여, 노인장기요양보험사업의 도입·확대에 따른 노인돌봄서비스의 수준을 노인장기요양보험제도 이후 재가·입소시설수 및 장기요양서비스 수급자수·이용률 추이를 통해 살펴보면 <표 3-27>과 <표 3-28>과 같다. 관련하여, 노인돌봄종합서비스의 대상자 수는 2013년 현재 423백명이다(한국여성정책연구원, 2014: 30). 이러한 것들을 통해서는 최근 노인돌봄정책이 확충되면서 지금까지 가족·친족 등 비공식 돌봄에 많은 부분을 의존해온 노인돌봄서비스 제공에 무엇인가 분명한 변화가 일어나고 있음을 짐작할 수 있을 것이다.

이에, 노인재가보호를 중심으로 노인돌봄정책이 확대된 2000년대 중반을 전후하여 공식적 돌봄과 비공식적 돌봄과의 관계가 어떻게 변화하였는지 그 변화상을 살펴보면 <표 3-29>와 같다.

<표 3-27> 노인장기요양보험제도 이후 재가·입소시설수 추이

(단위: 개소)

시설유형		2008	2009	2010	2011	2012	2013
재가 시설	방문요양	4,206	8,446	9,164	8,709	8,500	8,620
	방문목욕	2,959	6,279	7,294	7,162	7,028	7,146
	방문간호	592	787	739	692	626	597
	주간보호	790	1,106	1,273	1,321	1,331	1,427
	단기보호	694	1,368	199	234	257	368
	복지용구	720	1,086	1,278	1,387	1,498	1,574
입소 시설	노인요양시설	375	725	1,078	1,352	1,646	2,494
	노인요양공동생활가정	321	934	1,343	1,572	1,739	2,150

자료: 국가통계포털KOSIS(<http://kosis.kr/>) 「맞춤통계」.

94 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 3-28〉 노인장기요양서비스 수급자수·이용률 추이

(단위: 명, %)

연월	시설서비스	재가서비스	시설 및 재가서비스 이용자	노인인구대비 이용률
2009. 5	62,677	138,811	202,492	3.8
2010. 6	91,910	220,964	292,405	5.4
2011. 6	108,495	217,163	314,240	5.6
2012. 6	121,357	209,255	318,266	5.4
2013. 6	131,399	221,594	339,307	5.5
2014. 6	-	-	370,709	5.9

주: 2009년부터 2014년(단, 2014년의 경우는 6월 기준)까지의 고령자 수는 각각 5,286,383명, 5,448,984명, 5,448,984명, 5,644,758명, 5,921,977명, 6,192,762명, 6,335,294명임.  
 자료: 국민건강보험공단·건강보험정책연구원(2009: 243, 246), 국민건강보험공단 홈페이지 「(각 연도) 장기요양보험 주요통계」를 참조하여 필자가 작성함.

〈표 3-29〉 노인재가보호에서 차지하는 공식적·비공식적 노인돌봄의 관계 변화

연도	비공식 돌봄 (가족·친척·근린·지인)	공식적 돌봄 (외부서비스/유료간병인/기타 <sup>1)</sup> )	기타
1998	97.8%	2.3%	-
2008	88.6%	8.8%	2.6%
2011	85.2% (가족원 72.1% + 혼합 <sup>2)</sup> 13.1%)	24.5% (외부서비스 11.4% + 혼합 <sup>2)</sup> 13.1%)	3.4%

주: 1) '기타'가 공식적 돌봄에 포함되는 경우는 1998년도분임. 2) '혼합'은 가족과 외부서비스를 함께 이용하는 경우를 말하고 있으므로, 해석상 이를 고려할 필요가 있음.  
 자료: 한국보건사회연구원(1998: 289; 2012: 339-340), 보건복지가족부(2009: 901)를 참조하여 작성함.

먼저, 노인재가보호에서 차지하는 비공식 돌봄의 규모를 보면, 1998년 현재 97.8%로 나타나(한국보건사회연구원, 1998: 289), 2000년대까지 재택에서의 노인돌봄은 거의 대부분 가족·친척, 이웃 등의 비공식보호체계에 의해 이루어졌음을 알 수 있다. 그 후 노인돌봄서비스가 확대된 정책전개를 반영한 시점인 2008년 현재 주수발제공자의 구성을 보면, 가족

· 친족 등 비공식 돌봄제공자의 비율이 88.6%로 나타나(보건복지가족부, 2009: 901), 비공식 돌봄의 규모가 약 10% 포인트 감소하였음을 알 수 있다. 또한, 2011년 현재 주수발제공자의 구성을 보면 ‘가족원’이 72.1%로 가장 높으며, 외부서비스가 11.4%, 가족과 외부서비스를 함께 이용하는 경우가 13.1%, 기타 3.4%로 나타나(한국보건사회연구원, 2012: 339~340), 노인장기요양보험제도 도입 이후 가족돌봄(단, 외부서비스를 함께 이용하는 경우는 제외함)이 15% 포인트 이상 줄고 요보호노인 중에서 외부서비스를 받는 비율 또한 상당 부분 증가하였음을 알 수 있다. 그리고 가장 최근인 2014년도 현재 비공식 돌봄의 규모를 보면 외부서비스<sup>39)</sup>가 23.1%로 나타나(한국보건사회연구원, 2014: 355~357), 그만큼 비공식 돌봄이 차지하는 비중이 감소하였음을 엿볼 수 있다.

즉, 우리나라에서는 2000년대 중반 이후 노인돌봄정책이 확대되면서 비공식적인 돌봄이 일정 부분 공식적인 서비스로 이동됨과 동시에 비공식 돌봄의 규모가 축소되어 왔지만, 가족·친족, 근린·지인 등이 제공하는 돌봄이 지금도 전체 노인돌봄의 80% 정도를 차지하고 있을 정도로 중요한 역할을 수행하고 있다고 말할 수 있겠다.

한편, 노인돌봄(케어)서비스의 확충에 따른 공식·비공식 돌봄의 관계 변화를 염두에 두고, 본 절에서는 비공식부문 내부에 초점을 맞추어 노인돌봄의 제공을 둘러싸고 어떠한 변화가 일어나고 있는지 노인실태조사 결과를 중심으로 살펴보고자 한다.

먼저, 비공식 돌봄 제공주체의 구성 변화이다. 한국의 경우 2000년대 이전까지 재택에서의 노인돌봄의 대부분은 비공식 돌봄 주체에 의해 이루어졌다. 이와 관련하여, 1998년 현재 일상생활상 도움이 필요한 노인

39) 단, 이는 장기요양보험서비스(15.4%), 노인돌봄서비스(6.4%), 개인간병인·가사도우미(1.3%)를 말하지만, 설문 문항이 중복응답이라는 점을 고려할 필요가 있음.

들을 부양하고 있는 ‘주부양자’(주돌봄자)의 유형을 보면, 배우자가 34.2%, 장남·며느리가 22.7%, 그 외의 아들·며느리가 14.8%, 딸·사위가 11.0%, 미혼자녀가 4.5%, 손자녀·배우자가 5.5%, 친구·이웃이 5.1%, 기타 2.3%로 나타났다(한국보건사회연구원, 1998: 289). 이를 다시 ‘가족·친족’, ‘친구·이웃’, 기타로 구분하여 그 구성을 보면 가족·친족이 92.7%, 친구·이웃이 5.1%, 기타 2.3%로 나타나 비공식 돌봄제공자의 대부분이 가족·친족으로 구성되어 있음을 알 수 있다.

그 후, 정부에 의한 노인돌봄서비스가 확대된 정책전개가 어느 정도 반영된 시점인 2008년 현재 주수발제공자의 세부구성을 보면, 배우자가 46.9%, 장남·며느리가 20.6%, 장남외 아들·며느리가 9.4%, 장녀·사위가 4.2%, 장녀의 딸·사위가 5.2%, 손자녀·배우자가 1.3%, 형제자매가 0.2%, 기타 친인척이 0.3%, 친구·이웃이 0.5%, 유급간병수발자(가정봉사원, 간병인)가 8.8%, 기타 2.6%로 나타났다(보건복지가족부, 2009: 901). 이를 다시 ‘가족·친족’, ‘친구·이웃’, ‘유급간병수발자’, 기타로 구분하여 그 구성을 보면, 가족·친족이 88.1%, 친구·이웃이 0.5%, 유급간병수발자가 8.8%, 기타 2.6%로 나타나 1998년 당시와 마찬가지로 비공식 돌봄제공자의 대부분이 가족·친족으로 구성되어 있음을 알 수 있다.

그리고, 노인장기요양보험제도가 도입된 지 6년이 지난 2014년도 현재 수발자(중복응답)의 유형을 보면 가족원(동거·비동거)이 91.9%, 친척·이웃·친구·지인이 7.3%, 개인간병인·가사도우미가 1.3%, 장기요양보험서비스 제공인력이 15.4%, 노인돌봄서비스 제공인력이 6.4%로 나타나고 있다(한국보건사회연구원, 2014: 355~357)<sup>40</sup>. 중복응답이라는 점을 염두에 두고 해석상 유의하면서, 2014년 현재 ‘수발제공자(단 복수

40) 단, 2014년도 노인실태조사의 경우 기존 문항과 다르게 수발자 주체 모두에 대하여 중복체크가 가능한 문항으로 되어 있어 앞서 살펴본 1998년도 및 2008년도 조사와 직접적인 비교는 불가능함. 따라서, 조사결과의 해석상 유의할 필요가 있을 것임.

임)’의 구성을 다시 ‘가족’, ‘친구·이웃’<sup>41)</sup>, ‘공공서비스 제공자’, ‘시장서비스 제공자’로 나누어 살펴보면, 가족이 91.9%, 친구·이웃이 7.3%, 공공서비스 제공자가 21.8%, 시장서비스 제공자가 1.3%로 나타나고 있다(한국보건사회연구원, 2014: 357).

이상으로, 우리나라에서 노인돌봄정책이 확대되기 이전과 이후의 비공식적인 노인돌봄의 제공주체에 나타난 변화를 정리하면 <표 3-30>과 같다. 즉, 잔여적인 노인돌봄정책이 실시되었던 2000년대 이전 및 노인돌봄정책이 확충된 2000년대 중반 이후 모두 가족·친족이 비공식 주체의 90% 정도를 차지하고 있음을 알 수 있다. 그렇지만, 비공식 돌봄 주체 내부에서도 미묘한 변화가 나타나고 있는데, 가족·친족의 경우 2000년대 중반 이후 노인돌봄정책이 확충되면서 주수발자에서 차지하는 비중이 줄어들고 있으며, 친구·이웃의 경우에는 2000년대 중반 이후 노인돌봄정책이 확충되면서 거의 존재감을 상실하였다가 최근 다시 조금씩 증가하고 있음을 엿볼 수 있다.

<표 3-30> 비공식부문에 의한 노인돌봄 제공주체의 구성 변화

연도	가족·친족	친구·이웃	기타 <sup>1)</sup>
1998	92.7%	5.1%	2.3%
2008	88.1%	0.5%	11.4%
2014 <sup>2)</sup>	91.9%	7.3%	23.1%

주: 1) ‘기타’에는 비공식 돌봄주체를 제외한 모든 주체를 포함하고 있음. 2) 2014년도의 경우 중복응답임.

자료: 한국보건사회연구원(1998: 289; 2014: 357), 보건복지가족부(2009: 901)를 참조하여 작성함.

41) 단, 이전 노인실태조사와의 비교 관점에서 ‘친척·이웃·친구·지인’의 범주를 ‘친구·이웃’으로 포괄하고 있음. 그러나, 가족돌봄의 범위에 포함시키고 있는 친척의 비중이 지극히 미미하게 나타나므로 크게 문제될 것은 없다고 봄.

그리고, 비공식돌봄 주체별 노인돌봄 제공의 특성이다. 노인의 일반특성별로 살펴보면, 가족·친족(family and kin)에 의한 돌봄을 주로 받고 있는 노인들은 어떤 특성을 가지고 있으며, 친구·이웃(friend and neighborhood)에 의한 돌봄을 주로 받고 있는 노인들은 어떤 특성을 가지고 있는 것일까? 상술한 바와 같은 비공식 돌봄제공자의 구성을 노인의 일반특성별로 살펴보면 성별, 거주지역, 결혼상태, 가구형태, 소득정도<sup>42)</sup> 등에 따라 차이가 나타나고 있음을 알 수 있다(한국보건사회연구원, 1998: 289, 2014: 357; 보건복지가족부, 2009: 901). 첫째, 성별의 경우 2000년대 이전에는 그다지 차이가 없었지만, 노인돌봄정책이 확충된 2000년대 중반 이후에는 남성이 상대적으로 가족·친족에 의한 돌봄을 받는 경우가 많은 데 비해 여성은 친구·이웃에 의한 돌봄을 받는 경우가 높게 나타났다. 둘째, 거주지역의 경우 2000년대 이전에는 상대적으로 농촌지역 노인들이 가족·친족에 의한 돌봄을 많이 받고 있었던 반면, 도시지역 노인들은 친구·이웃에 의한 돌봄을 많이 받고 있었지만, 2000년대 중반 이후에는 지역별로 그다지 차이가 없었으나 종래에 비해 두 주체 모두 그 비중이 감소한 것으로 나타났다. 그러나, 최근 들어 가족·친족에 의한 돌봄에는 크게 변화가 나타나지 않지만, 친구·이웃에 의한 돌봄의 경우 도시지역보다는 농촌지역 노인들이 상대적으로 많이 받고 있는 것으로 나타났다. 셋째, 결혼상태의 경우 배우자가 있는 노인의 경우에는 가족·친족에 의한 돌봄을 상대적으로 많이 받고 있으며, 배우자가 없는 노인의 경우에는 친구·이웃에 의한 돌봄을 많이 받고 있는 것으로 나타났다. 넷째, 가구형태의 경우 노인부부 및 자녀동거의 경우에는 가족·친족에 의한 돌봄이 2000년대 이전이나 지금이나 변함없이 거의 90%대 후반 수준

42) 단, 1998년도 조사에서는 노인의 일반특성에 소득정도가 포함되어 있지 않아 소득정도는 2008년도 및 2014년도에만 해당됨.

으로 높게 나타나고 있지만, 노인독거의 경우 2000년대 이전에는 친구·이웃에 의한 돌봄이 가족·친족(43.7%)과 비슷한 수준(42.4%)으로 높았다가 2000년대 중반 이후 대폭 감소 추세를 보인 이후 최근 다시 조금씩 증가하는 추세에 있는 것으로 나타났다.<sup>43)</sup> 다섯째, 소득수준이 높을수록 가족·친족에 의한 돌봄을 상대적으로 많이 받고 있으며, 비록 소득수준 별로 크게 차이는 없지만 소득수준이 낮을수록 친구·이웃에 의한 돌봄을 많이 받고 있는 것으로 나타났다.

이상과 같은 분석결과에 의하면, 우리 사회의 경우 가족·친족에 의한 돌봄을 주로 받고 있는 노인들은 노인부부 또는 자녀와 동거하고 있는 남성노인들로서 소득수준이 높은 노인들로 구성되어 있는 반면, 친구·이웃에 의한 돌봄을 주로 받고 있는 노인들은 소득수준이 낮은 농촌지역에 거주하고 있는 독거 여성노인들이라 말할 수 있겠다.

## 제2절 지역간 제공실태와 형평성

### 1. 지역간 노인돌봄(케어) 제공실태(사례분석)

#### 가. 조사개요

지역간 비공식 노인돌봄(케어)의 제공실태 파악을 위해 전국의 4개 지역을 선정하였는데, 이는 대도시지역으로는 부산광역시 N구, 중소도시지역으로는 전북 G시, 농촌지역으로는 경남 E군, 도서지역으로는 전남 C도(W군 관내)이다.

43) 그 이유는 독거노인의 경우 공공서비스 제공자가 상대적으로 많은 부분을 차지하고 있기 때문인 것으로 여겨짐.

이들 지역의 비공식 제공주체에 대한 비공식 돌봄서비스 내용의 조사방법으로는 가족 이외의 비공식 자원 중, 조사의 성격에 맞는 단체를 공공기관(시군구 및 읍면동 주민센터, 자원봉사센터, 자원봉사협의회 등)을 통하여 추천받거나, 홈페이지 등을 통하여 확인하여 사전에 전화연락을 취하여 접촉하였으며, 기관 및 단체를 대표할 수 있거나, 개인의 서비스 제공 경험을 말해 줄 수 있는 자원봉사자를 중심으로 최종 인터뷰를 실시하였다.

〈표 3-31〉은 비공식 및 공식 돌봄서비스의 현황을 살펴보기 위해서 연구진이 방문한 기관들인데, 각 지역사회내에는 표에 제시되지 않은 제공기관들이 상당히 있을 가능성이 있다. 예를 들면, 교회, 사찰 등과 같은 종교기관을 비롯하여 지역사회내 자치모임에 해당하는 주민자치회, 부녀회, 청년회, 노인회 등 이외에 각종 자영업자들의 모임에 해당하는 시장상인회, 각종 상가번영회 등도 자원봉사의 형태로 서비스를 제공하는 경우도 있다. 다만, 본 연구에서는 제한된 시간과 장소에서 면접이 가능한 단체의 일부를 선정하여 실시하였다는 점에서 면접결과를 일반화시킬 수 없다는 것이 연구의 제한점이다.

〈표 3-31〉 지역사회 노인돌봄(케어) 제공실태 사례조사 기관 특성

지역	방문기관	인터뷰 대상	서비스구분
대도시지역 (부산 N구)	부산 K2동 주민센터	동장, 사회복지사, 주민자치위원장, 통장친목회장	비공식
	대한적십자사 부산 N구지부 협의회(적십자 봉사회)	봉사회장, 봉사자	비공식
	부산 N구자원봉사센터	사무국장	비공식
중소도시 지역 (전북 G시)	G시 여성자원활동센터	간사	비공식
	G시 자원봉사종합센터	센터장, 사무국장, 자원봉사자	비공식
	G노인종합복지관	사무국장, 부장, 사회복지사	공식
	G면 생활개선회	회장	비공식
	Gu 노인복지센터	센터장	공식
Gi 노인복지센터	센터장	공식	

지역	방문기관	인터뷰 대상	서비스구분
농촌지역 (경남 E군)	E노인복지센터	센터장	공식
	E군 주민복지과	계장, 주무관	공식
	E군 여성단체협의회	여성단체 회장 4인 (팔각회, 향군 여성회, 생활개선회, 아이코리아)	비공식
	E군 B면자원봉사회	회장, 봉사자 2인	비공식
	E군 B면사무소	-	공식
	E군 노인공동겨우지	경로당회장 및 입주노인	비공식
도시지역 (전남 C도)	W군 종합복지회관 (대한노인회 W군지회)	사무국장	공식
	W군 지역자활센터	담당직원 2인	공식
	C도 B요양원	간호조무사	공식
	C면 보건지소	간호사	공식
	C면사무소	생활관리사	공식
	C장기요양서비스센터	센터장	공식

## 나. 조사결과

### 1) 대도시 지역 (부산광역시 N구)

부산광역시 N구는 구민 인구수는 2015년 10월말 현재, 총세대수는 114,388세대이고, 총 인구수는 284,122명으로 집계되고 있다. 65세 이상 노인인구수는 2014년말 기준으로 41,878명으로 전체인구의 14.6%로 부산광역시 전체 평균 노인인구비율(13.8%)에 비해 약간 높은 수준이다(국민건강보험공단, 2015).

이 중에서 공식적인 돌봄제도인 노인장기요양보험제도에 의한 장기요양등급 인정자수는 2015년 6월말 현재 인정자격 유지자 기준으로 2,037명인데, 이는 65세 이상 노인인구의 4.9%에 해당하는 수치이다. 이 중에서 1등급 138명(전체의 6.8%), 2등급 282명(13.8%), 3등급 781명(38.3%),

4등급 738명(36.2%), 5등급 98명(4.8%)으로 집계되어 있다(국민건강보험공단, 2015). 즉, 중증자(1~2등급) 비중이 20.6%로 부산시 전체의 23.9%에 비해서 낮은 수준이다.

한편, 비공식 돌봄지원단체에 해당하는 부산광역시 N구의 자원봉사센터의 운영 현황을 보면, 운영형태는 비영리단체에 위탁한 상태이고, 2013년말 현재 등록인원은 65,347명인데, 1회 이상 봉사활동을 수행한 자는 19,219명으로 등록인원의 29.4%이다. 동 센터에 등록된 단체수는 266개소에 20,061명의 회원을 포함하고 있고, 자원봉사활동의 수요처로는 특정기관이나 시설이고 개인을 대상으로 하는 봉사활동은 이루어지고 있지 않은 것으로 집계되어 있다. 그리고 동 센터의 대표적인 프로그램으로 청소년 교육 및 체험 프로그램, 세계전통 의학엑스포 홍보 및 캠페인 활동으로 되어 있어서 고령자대상의 프로그램은 나타나 있지 않다(한국중앙자원봉사센터, 2014).

공식적 돌봄서비스로 제공되는 장기요양보험사업의 경우, 방문요양서비스와 주야간보호서비스간 수급조절이 필요한 것으로 나타났다. 방문요양서비스는 3~4시간의 방문서비스가 비효율적인 것으로 나타났는데, 특히, 장시간의 서비스에는 말벗과 같은 정서적 지원이 상당하게 차지하고 있는 실정이다. 그런 반면에 주야간보호기관의 대기자가 발생하고 있는 시점에서 주야간보호기관의 확대설치는 물론이고, 프로그램 개발의 필요성이 제기되었다. 그러한 가운데 장기요양 가족을 지원하는 사업의 일환을 자조모임을 조성하여 돌봄내용 및 기술방법 등의 교육을 통해서 재가서비스의 활성화를 도모하고 있는 것으로 파악되어 가족원에 의한 자발적인 비공식 돌봄도 공공부문에서 지원할 필요성이 도출되었다.

한편, 비공식 돌봄 제공에 대한 사례조사를 실시한 인터뷰 대상자는 대한적십자사 봉사회 회원, G동 주민센터 주관 주민자치위원회 회원, N구

자원봉사센터 직원이다. 대한적십자 봉사회에서는 기관자체가 공식적인 공익단체이기 때문에 회원을 통한 자원봉사활동도 체계적으로 이루어지고 있는 것으로 판단된다. 예를 들면, 서비스는 한 달에 1~2회 주기적으로 봉사서비스가 제공되고, 그 내용은 말벗을 비롯하여 필요한 물품의 지원 등으로 하고 있는데, 봉사활동 대상은 노인을 비롯하여 장애인, 조손가구, 한부모가구 등 다양한 사회적 취약계층이다. 봉사활동에 필요한 비용은 대한적십자사에서 지원받고 있으나, 자원봉사자의 인건비나 이동경비가 아닌 물품구입에 충당하고 있는 실정이다. 동 기관에서 봉사활동 대상자를 선정할 때에 통장의 지원을 받고 있으며, 대상자 중에는 장기요양 등급자도 포함되는 경우도 있는 실정이다. 전반적으로 볼 때, 대한적십자 자체가 공신력이 있고, 봉사활동에 필요한 경비(물품구입비 등) 지원도 안정적으로 지원하고 있다는 점에서 지속적인 봉사활동이 유지되고 있는 것으로 파악되었다.

그리고, 공공기관에서의 자원봉사활동에 대해 살펴본 결과, 동 주민센터에서도 주민자치위원회를 중심으로 자원봉사활동이 이루어지고 있는데, 주된 봉사활동대상은 독거노인이지만, 장기요양 욕구와 무관하게 돌봄이 필요한 노인으로 되어 있고, 필요한 대상자 선정은 동 주민센터로부터 지원을 받고 있다. 다만, 애로사항으로 지적된 것으로는 자원봉사단체 간 정보교환 및 공유가 전혀 이루어지고 있지 못하고 있다는 점, 정서적 지원욕구가 많은 반면에 이를 해소시켜줄 수 있는 장소나 지원단체가 부족하다는 점, 특히, 장기요양보험제도의 도입으로 자원봉사활동이 위축되어 있다는 점 등을 제시하였다. 마지막으로 N구자원봉사센터의 경우에는 자원봉사자 및 단체의 등록과 관리가 주된 업무이기 때문에 직접적으로 봉사서비스를 제공하고 있지는 않고 있다. 동 센터에 등록된 가족봉사단이나 주부봉사단에서는 노인을 대상으로 한 자원봉사가 이루어지고 있

지만, 대상자들의 신체기능 등에 대한 고려는 못하고 있고, 동 센터에서도 행정기관, 자원봉사센터, 민간자원들 간의 정보공유 및 연계가 이루어지고 있지 한다는 문제점으로 지적하였다.

결론적으로 N구 지역사회내 공식 및 비공식 돌봄에 대한 지원 실태를 살펴본 결과를 종합해 보면, 공익단체에서의 자원봉사활동이 안정적이고, 체계적으로 이루어지고 있는 것으로 판단된 반면에 대상자선정의 기준이 불명확하고 자원봉사단체간 대상자의 정보공유가 이루어지고 있지 않다는 점이 나타났다. 장기요양보험제도의 도입으로 거동불편노인에 대한 신체적 및 가사지원은 공식 돌봄체계에서 가능하기 때문에 자원봉사활동의 내용도 정서적 지원이나 공식 돌봄에서 부족한 생활지원에 중점을 두고 있다는 것이다.

## 2) 중소도시 지역 (전북 G시)

전북 G시는 도농복합시로 전체 시민 인구수는 2015년 10월말 현재, 총세대수는 41,459세대이고, 총 인구수는 89,022명으로 집계되고 있다. 65세 이상 노인인구수는 2014년말 기준으로 23,836명으로 전체인구의 26.3%로 전라북도 전체 평균 노인인구비율(17.1%)에 비해 매우 높은 수준이다(국민건강보험공단, 2015).

이 중에서 공식적인 돌봄제도인 노인장기요양보험제도에 의한 장기요양등급 인정자수는 2015년 6월말 현재 인정자격 유지자 기준으로 1,801명인데, 이는 65세 이상 노인인구의 4.9%에 해당하는 수치이다. 이 중에서 1등급 103명(전체의 5.7%), 2등급 190명(10.6%), 3등급 725명(40.3%), 4등급 719명(39.9%), 5등급 64명(3.6%)으로 집계되어 있다(국민건강보험공단, 2015). 즉, 중증자(1~2등급) 비중이 16.3%로 부산시 전체의

17.1%에 비해서 약간 낮은 수준이다.

한편, 비공식 돌봄지원단체에 해당하는 전북 G시의 자원봉사센터의 운영 현황을 보면, 운영형태는 시가 설치한 비영리법인에서 운영하고 있는 상태이고, 2013년 말 현재 등록인원은 17,700명인데, 1회 이상 봉사 활동을 수행한 자는 6,840명으로 등록인원의 38.6%이다. 동 센터에 등록된 단체수는 280개소에 17,034명의 회원을 포함하고 있고, 자원봉사 활동의 수요처로는 역시 특정기관이나 시설이고 개인을 대상으로 하는 봉사활동은 이루어지고 있지 않은 것으로 집계되어 있다. 그리고 동 센터의 대표적인 프로그램으로 자원봉사자 교육, 경로당 순회봉사, 사랑의 연탄나누기, 어르신을 위한 문화 및 전문봉사서비스 등으로 되어 있는데, 고령자를 위한 자원봉사활동이 활발하게 이루어지고 있는 것으로 판단된다(한국중앙자원봉사센터, 2014).

공식적 돌봄서비스로 제공되는 장기요양보험사업의 일환인 방문요양 서비스와 노인돌봄종합서비스를 제공하는 GS노인복지센터와 장기요양 서비스, 노인돌봄종합서비스, 재가노인지원서비스 등을 복합적으로 제공하는 GJ노인복지센터를 방문하여 검토해본 결과, 노인돌봄종합서비스를 제공하는 양 기관은 등급외자에 대해 가사지원서비스를 중심으로 제공하고 있는데, 요양보호사의 처우개선에 대해 지적하면서 무엇보다도 임금 수준도 중요하지만, 요양보호사로서의 직업적 자긍심을 고취시키지 못하고 있다는 점을 지적하였다. GJ 기관의 경우, 장기요양등급자, 장기요양 등급외자 및 기타 재가노인 등을 포괄하고 있는 기관이기 때문에 신체적 및 인지적 기능장애의 정도에 따라서 적절하게 서비스를 조합하여 제공하고 있는 것으로 파악되었다. 특히, 노인돌봄종합서비스의 대상자에게는 가사지원의 욕구를 지닌 노인인 만큼 기능상태가 일반노인에 비해 열악하지만, 재가노인지원서비스의 대상노인은 기능상태가 상대적으로 양호한

것으로 나타나, 사회활동지원에 중점을 두고 있다는 점이다. 그리고 장기요양대상자에게 제공되는 보험서비스의 내용이 신체케어 및 가사지원서비스에 치중하고 있어서 주거환경개선(집수리)이나 생필품지원, 밀반찬지원 등이 재가노인지원서비스기관의 기능으로 기관자체 인력이나 자원봉사단체와의 연계로 제공될 수 있도록 하고 있다는 것이다. 또한, 노인돌봄종합서비스가 장기요양서비스를 일부 지원하는 기능을 지니고 있다고 한다면, 재가노인지원서비스는 장기요양욕구를 사전에 발생하는 것을 예방하는 기능을 수행할 목적으로 제공되고 있다는 것이다.

한편, 비공식 돌봄 제공에 대한 사례조사를 실시한 인터뷰 대상자는 여성자원활동센터, 자원봉사센터 및 노인종합복지관 직원과 생활개선회 자원봉사자이다. 여성자원봉사센터는 정부에 의해 운영되는 G시자원봉사센터에 등록된 사회단체로 봉사활동대상자는 요양시설, 양로시설 등 시설입소자를 비롯하여 재가노인, 한부모노인, 조손가구 등 취약계층인데, 봉사자 개인이나 시를 통해서 대상자를 선정하고 있다. 서비스내용은 맛사지 등 전문적인 기술을 동원한 봉사와 밀반찬, 김장지원, 명절선물 등과 같은 봉사, 정서적 지원 봉사 등으로 구성되어 있는데, 장기요양보험제도에서 제공하는 서비스내용에 한계가 있어서 부족한 서비스에 한해 자원봉사활동을 통해 지원되어야 함을 지적하였다. 기관 운영비는 지방자치단체로부터의 지원금과 자체 수익사업을 통해서 조달하고 있다. 다만, 동 기관의 봉사활동대상자는 서비스의 내용에 따라서 달라지겠지만, 지역사회내 거동불편노인은 대부분이 공식적 돌봄의 대상자로 이관되었기 때문에 현재에는 건강상태가 양호한 노인이 주 대상으로 하고 있다. 특히, 동 센터는 G시 자원봉사센터와 연계하여 자원봉사활동을 수행하고 있다.

G시 노인종합복지관에서도 자원봉사자를 모집하여 활용하고 있는데,

동 기관에서는 장기요양서비스사업 이외에 노인돌봄서비스, 노노케어사업도 수행하고 있지만, 순수한 차원에서의 자원봉사활동은 공식적 돌봄서비스 대상에 해당하지 않는 취약계층 노인에게 정서적 서비스를 중심으로 제공하고 있는 실정이다. 동 기관자체가 공적 기관이고 지방재정으로 운영되고 있는 기관인 만큼 자원봉사활동도 주기적으로 수행하도록 유도하고 있으며, 서비스량 자체는 충분하지 못한 것으로 지적하고 있다. 특징적인 점은 노인종합복지관의 성격상 자원봉사활동을 수량적으로 확대하여 추진하기보다는 전문적인 봉사활동을 중심으로 제공하려고 하고 있다는 점이다. 그렇지만 전반적으로는 공식적 돌봄과의 중복성을 회피하기 위해 공식적 돌봄서비스에서 배제되어 있는 정서적 서비스에 치중하고 있다는 것이다. 마지막으로 생활개선회 단체의 경우, 생활개선회는 농업기술센터에서 조직한 자원봉사단체인데, 재가노인에게도 가사지원 서비스를 제공하기는 하나, 주로 양로 및 요양시설에 입소한 노인을 대상으로 자원봉사활동을 실시하고 있다.

결론적으로 공식적 돌봄서비스는 신체기능상의 장애 등으로 장기요양 서비스를 필요로 하는 욕구를 지닌 자에게 제공되고 있는 반면에, 비공식적 돌봄서비스는 정서적 지원서비스에 치중하고, 공식적 돌봄에서 제공하지 않는 유형의 서비스를 부정기적으로 필요할 때에 제공되는 것으로 파악되었다.

### 3) 농촌지역 (경남 E군)

경남 E군은 군민 인구수는 2015년 9월말 현재, 총세대수는 14,396세대이고, 총 인구수는 28,618명으로 집계되고 있다. 65세 이상 노인인구수는 2014년 말 기준으로 9,393명으로 전체인구의 31.0%로 경상남도

전체 평균 노인인구비율(13.2%)에 비해 매우 높은 수준이다(국민건강보험공단, 2015).

이 중에서 공식적인 돌봄제도인 노인장기요양보험제도에 의한 장기요양등급 인정자수는 2015년 6월말 현재 인정자격 유지자 기준으로 663명인데, 이는 65세 이상 노인인구의 7.1%에 해당하는 수치이다. 이 중에서 1등급 33명(전체의 5.0%), 2등급 78명(11.8%), 3등급 233명(35.1%), 4등급 291명(43.9%), 5등급 28명(4.2%)으로 집계되어 있다(국민건강보험공단, 2015). 즉, 중증자(1~2등급) 비중이 16.8%로 경남 전체의 20.2%에 비해서 낮은 수준이다.

한편, 비공식 돌봄지원단체에 해당하는 경남 E군의 자원봉사센터의 운영 현황을 보면, 운영형태는 군에서 직접 운영하고 있는 상태이고, 2013년말 현재 등록인원은 5,278명인데, 1회 이상 봉사활동을 수행한 자는 891명으로 등록인원의 16.9%이다. 동 센터에 등록된 단체수는 95개소에 3,248명의 회원을 포함하고 있고, 자원봉사활동의 수요처로는 역시 특정기관이나 시설이고 개인을 대상으로 하는 봉사활동은 이루어지고 있지 않은 것으로 집계되어 있다. 그리고 동 센터의 대표적인 프로그램으로 청소년자원봉사자 교육, 다문화가정 지원프로그램, 재능기부봉사단 운영 등이 있고, 군내 13개 읍 자원봉사회외의 활동사업지원시책으로 독거노인 밑반찬 및 목욕봉사프로그램 등이 수행되고 있다(한국중앙자원봉사센터, 2014).

공식적 돌봄서비스로 제공되는 장기요양보험사업의 경우, 전형적인 농촌지역에 해당하고 있는데, 주야간보호서비스기관이 태부족한 것으로 나타나고 있어 부득이하게 방문요양서비스를 이용하여야 하는 실정이다. 특히, E군지역에는 치매노인에 대한 장기요양서비스 제공에 대한 홍보가 적극적으로 이루어진 결과로 특별치매등급 인정자가 많아지기는 하였지

만, 경증치매질환에 특화된 서비스보다는 가사지원서비스를 가족들이 원하고 있다는 점에서 치매질환자에 대한 공식적 돌봄서비스의 한계성이 엿보였다. 그리고, 노인돌봄기본서비스가 제공되고 있지만, 이는 독거노인을 대상으로 하고 있다는 점과 타 서비스와의 중복성을 회피하기 위해 서비스내용이 안부확인이나 자원연계수준에 그치고 있는 것으로 파악되었다. 그런데, 농촌지역의 특성상 독거노인이 많기 때문에 인력이나 재정 측면에서 어려움을 겪고 있고, 노인돌봄기본서비스, 노인돌봄종합서비스, 재가노인지원서비스간 상호 연계가 이루어지고 있지 못한 것으로 나타나고 있다. 이는 사업비용의 지원주체가 국고, 지방비 등으로 구분되어 있어서 관리운영주체가 서로 다르기 때문일 수도 있다.

한편, 비공식 돌봄 제공에 대한 사례조사를 위해 실시한 인터뷰 대상자는 여성단체협의회 소속단체의 대표자, B면 자원봉사회 회원, B면사무소 직원 등이다. 우선 여성단체협의회에 소속된 각 단체의 회원들에 의해 제공되는 자원봉사활동은 대부분이 주기적으로 이루어지기 보다는 1년에 한두 번 정도로 이루어지고 있지만, 특정 면단위 지역을 각 단체가 선정하여 활동하고 있다는 데에 특징이 있다. 봉사활동의 주된 내용도 밑반찬제공, 생필품 구매전달, 경로식당에서의 조리 식사 봉사 등이 중심이다. 그렇지만, 각 여성단체의 활동내용이 다양하여 노인만을 대상으로 한 봉사의 양적인 측면에서는 제한적이라 할 수 있다. 특히, 각 단체에서의 자원봉사활동이나 공식적 돌봄서비스의 제공이 활발하게 이루어지고 있기 때문에 오히려 가족원에 의한 비공식 돌봄 기회가 위축되는 결과를 낳고 있는 것으로 보인다. 그런데, 각 소속단체간 봉사활동의 내용이나 지역간 조정은 원활하게 이루어지고 있는 것으로 보이나, 행정기관이나 기타 복지단체간 정보공유나 연계는 거의 이루어지고 있지 못한 것으로 나타났다. 그리고, 면단위 지역별로 조직된 자원봉사회에서는 면사무소

로부터 소개받은 대상자나 동 봉사회가 발굴한 취약계층 노인을 대상으로 집 청소, 밑반찬 제공, 생필품 구매 전달, 명절행사 등의 봉사활동을 수행하고 있다. 그 이외에도 목욕지원이나 집수리 등도 제공되고 있는데, 장기요양보험제도에서 제공하는 방문요양서비스나 방문목욕서비스와의 중복을 최대한 피하려고 노력하고 있기는 하지만, 대상자의 입장에서는 장기요양서비스 이용시 본인일부부담을 지불하여야 한다는 점에서 이용을 회피하고 오히려 자원봉사자에 의존하려는 경향이 있다는 것이다.

결론적으로 각 민간단체간 봉사활동에 대한 정보공유가 전혀 이루어지고 있지 못해 서비스의 중복이 상존해 있는 것으로 파악되고, 자원봉사의 대상노인도 신체적 및 인지적 기능상태의 정도를 기준으로 선별되는 것이 아니라 특별한 기준 없이 행정기관으로부터 소개를 받거나 각 단체가 자체적으로 발굴하고 있다는 점에 효율적이지 못한 것으로 보인다. 특히, 장기요양등급을 인정받고 서비스를 이용하는 노인을 대상으로 어떠한 형태의 자원봉사활동도 이루어지고 있지 못하고 있다는 것이다. 현재의 장기요양서비스의 양이나 범위가 포괄적이라면 문제가 되지 않겠지만, 현재 그렇지 못한 상황에서는 공식적 돌봄과 비공식적 돌봄간 연계뿐만 아니라 부족한 부분의 상호지원도 필요한 상태이다.

#### 4) 도서지역 (전남 C도)

전남 W군 C면은 면민 인구수는 2014년 말 현재, 총세대수는 1,372세대이고, 총 인구수는 2,536명으로 집계되고 있다. 65세 이상 노인인구수는 2014년 말 기준으로 1,052명으로 전체인구의 41.5%로 W군 전체 평균 노인인구비율(28.5%)에 비해 매우 높은 수준이다(국민건강보험공단, 2015).

이 중에서 공식적인 돌봄제도인 노인장기요양보험제도에 의한 W군 전체의 장기요양등급 인정자수는 2015년 6월말 현재 인정자격 유지자 기준으로 1,162명인데, 이는 65세 이상 노인인구의 7.7%에 해당하는 수치이다. 이중에서 1등급 59명(전체의 5.1%), 2등급 181명(15.6%), 3등급 431명(37.1%), 4등급 479명(41.2%), 5등급 12명(1.0%)으로 집계되어 있다(국민건강보험공단, 2015). 즉, 중증자(1~2등급) 비중이 20.7%로 부산시 전체의 20.0%과 유사한 수준이다.

한편, 비공식 돌봄지원단체에 해당하는 전남 W군의 자원봉사센터의 운영 현황을 보면, 운영형태는 군에서 직접 운영하고 있는 상태이고, 2013년말 현재 등록인원은 7,216명인데, 1회 이상 봉사활동을 수행한 자는 968명으로 등록인원의 13.4%이다. 동 센터에 등록된 단체수는 76개소에 3,044명의 회원을 포함하고 있고, 자원봉사활동의 수요처로는 역시 특정기관이나 시설이 중심인데, 통계상으로는 개인에게도 봉사활동이 이루어진 것으로 집계되어 있다. 그리고 동 센터의 대표적인 프로그램으로 외딴섬 자원봉사활동인데, 이는 교통이 불편한 외딴섬주민을 위한 생활불편을 해소시키기 위한 프로그램이다(한국중앙자원봉사센터, 2014).

공식적 돌봄서비스로 제공되는 장기요양보험사업의 경우, 방문요양서비스 등 요양보호사에 의한 장기요양서비스의 제공이 불가능한 도서벽지에 거주하는 장기요양대상자는 가족요양비의 명목으로 현금을 지급받도록 하고 있다. 이는 가족원이 요양보호사 대신에 서비스제공을 조건으로 지급되는 특별한 보험급여로 비공식 돌봄자에 대한 공적인 지원방식이다. 그런데 가족요양비는 장기요양대상자에게 지급되고, 다시 돌봄서비스를 제공한 가족원에게 전달되어야 하나, 실제적으로는 가족원에게 전달되는 경우는 거의 없는 것으로 판단되었다. 그리고, 노인돌봄기본서비스의 경우에는 지침대로 일주일에 2회 전화, 1회 방문을 기준으로 안부확

인을 하고 있으며, 필요한 경우 욕구에 따라서 자원연계를 실시하고 있었다. 다만, 기본서비스는 타 서비스와의 중복을 회피하기 위해 대상자를 조정하여 제공되고 있지만, 서비스의 내용에 따라서는 중복체크가 이루어지지 못하고 있는 점도 있다. 노인돌봄종합서비스의 경우에는 지방비 예산의 제한으로 미수급대상자가 발생하고 있기는 하지만, 가능한 한 적절하게 해당대상자에게 서비스가 제공될 수 있도록 서비스시간을 공유하는 방법을 활용하고 있었다.

특히, C섬지역의 경우 장기요양서비스, 노인돌봄서비스 등 공식적 서비스는 체계적으로 제공되고 있지만, 특별한 자원봉사단체에 의한 비공식 서비스는 제공되지 않는 상태이고, 다만, 각 마을마다 형성되어 있는 부녀회, 이장 등에 의해 생활편의나 정서적 서비스가 제공되고 있는 것으로 보인다.

결론적으로 W군 C섬지역내 지역사회내 공식 및 비공식 돌봄에 대한 지원 실태를 살펴본 결과, 공식적 부문에서는 방문간호 등 장기요양서비스의 의료적 지원이 부족하여 응급환자관리가 미흡하고, 방문요양서비스와 노인돌봄종합서비스의 제공에는 무리가 없는 것으로 판단된다. 그러나, 특정지역별 마을이 조성되어 있고, 각 마을내에 거주하는 지역주민자체가 돌봄자의 역할을 수행하고 있어서 자원봉사단체와 같은 조직에 의한 비공식 서비스는 활성화되어 있지는 않은 실정이다.

## 2. 농촌지역의 비공식 노인돌봄(케어)서비스 수급자 사례분석

본 연구에서는 비공식적 돌봄이 실제 구체적으로 어떻게 제공되고 있는지 그 실태를 알아보기 위하여 경상남도 E군 거주노인을 대상으로 비공식적 노인돌봄(케어)서비스에 대한 사례연구를 실시하였다.<sup>44)</sup> 이에 근

거하여, 본 절에서는 농촌지역에서의 비공식적 노인돌봄서비스 제공실태 및 그 시사점이 무엇인지 생각해보고자 한다.

### 가. 사례조사 개요

본 연구에서는 앞서 수행한 E군 내 노인돌봄 관련 자원봉사단체 및 사회단체 조사결과 돌봄이 필요한 노인들에게 비공식적 돌봄서비스가 제공되고 있음을 경험적으로 확인할 수 있었다. 그렇지만, 그러한 비공식적 돌봄서비스가 구체적으로 어떠한 노인들에게 어느 정도 제공되고 있는지 실태를 파악하기에는 한계가 있었다. 이에, 돌봄(케어)이 필요한 노인을 대상으로 실제 그들이 어떠한 비공식 서비스를 제공받고 있는지 심층면접을 실시하였다.

특히, 본 연구에서는 돌봄이 필요한 노인들에게 제공되는 비공식 돌봄을 공식 돌봄과의 관련성 속에서 구체적으로 어떠한 노인들이 어떤 내용의 비공식 돌봄을 제공받고 있는지 살펴보았다. 그 이유는 돌봄이 필요한 노인에게 제공되고 있는 돌봄 총량에서 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 양적인 부분이 어떻게 커버되고 있는지 전체적으로 파악할 수 있기 때문이다. 따라서, 이러한 조사는 돌봄(케어)의 총량적 관점에서 돌봄(케어)이 필요한 노인을 둘러싸고 비공식적 네트워크가 어떻게 작동하고 있는지 파악할 수 있다는 데에 그 의의가 있을 것이다.

44) 본 연구에서는 도시지역과 농촌지역에 거주하는 노인을 대상으로 사례조사를 실시할 예정이었으나, 도시지역 거주 노인에 대한 조사 접근이 어렵고, 이용자정보의 수집지원이 이루어지지 않았기에 농촌거주지역 노인에게만 사례조사가 이루어졌음.

## 나. 조사대상자 선정방법 및 분석자료

본 연구에서는 우선, 비공식 돌봄의 제공실태를 파악하기 위한 심층면접 대상자로서 E군 내에서 공식적 돌봄(케어)서비스를 받고 있는 노인들로 대상자를 한정하였다. 그리고, 이러한 공식적인 돌봄서비스를 받고 있는 노인들 중에서 돌봄서비스의 내용 및 E군의 지역적 특성 등을 반영하여 조사대상자를 선정하였다.

즉, 본 연구에서는 2015년 7월 현재 경상남도 E군 내 8개 읍면지역에 걸쳐서 장기요양서비스와 돌봄종합서비스 및 주간보호서비스, 그리고 재가노인지원서비스와 돌봄기본서비스를 장기간 이용하고 있는 노인 30명을 최종적으로 조사대상자로 선정하였다. 구체적으로는 장기요양서비스 이용자 8명, 돌봄종합서비스 이용자 7명, 주간보호서비스 이용자 2명, 재가노인지원서비스 이용자 8명, 돌봄기본서비스 이용자 5명이다. 단, 이러한 조사대상자 선정과정에서는 E노인복지센터 및 E노인통합지원센터의 행정적인 도움을 받았다.

본 연구에서는 E군 내에서 돌봄이 필요한 노인들이 어떠한 비공식돌봄을 제공받고 있는지 실태를 파악하기 위하여 공식적인 노인돌봄(케어)서비스를 제공받고 있는 노인을 대상으로 2015년 7월 11일부터 7월 26일까지 심층면접을 실시하였다. 심층면접의 질문지는 공식적 돌봄과의 관련성 속에서 비공식 돌봄이 구체적으로 어떻게 이루어지고 있는지 알아보기 위한 필요성으로부터 반구조화된 질문지를 사용하여 면접을 실시하였다(표 3-32 참조). 단, 이러한 반구조화된 질문지 항목은 핵심적인 주요 질문항목이고, 조사대상자가 돌봄이 필요한 노인들이라는 점을 충분히 고려하여 조사가 이루어지는 현장의 상황에 맞추어 적절하게 질문내용을 추가하면서 면접을 진행하였다.

〈표 3-32〉 본 연구의 주요 질문지 구성 항목

구분	비공식 돌봄 실태 파악을 위한 질문지 구성 항목
일반적인 사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 성별, 나이, 교육수준, 가족관계, 근린생활환경, 건강상태 등</li> </ul>
돌봄 관련 사항	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공식 돌봄 제공받은 기간 및 이용정도</li> <li>• 가족과의 관계 정도</li> <li>• 비공식 돌봄 제공자 유무 및 그 유형</li> <li>• 비공식 돌봄 서비스 정도 및 빈도</li> <li>• 비공식 돌봄 서비스 내용</li> <li>• 돌봄 관련 공식 및 비공식 서비스 욕구</li> </ul>

심층면접은 전문적인 훈련을 받은 사회복지학과 석·박사과정 수료 또는 재학 중인 조사원 3명에 의해 이루어졌다. 관련하여, 조사원들은 본 연구진으로 참여하고 있는 노인돌봄 전공의 대학교수로부터 조사내용 등에 대한 교육을 받았다. 그리고, 조사원들 간에 조사대상자를 10명씩 적절하게 배분하고, 개별적인 접촉을 통하여 개략적인 심층면접의 내용을 전달한 후 면담일정을 정하고 노인들의 집을 직접 방문하여 1시간 정도의 면접을 실시하였다. 이 때 조사대상자와 연락이나 의사소통이 원활하게 진행되지 않을 시에는 E노인복지센터와 E노인통합지원센터 직원 및 담당 요양보호사와 생활관리사 등의 도움을 받았으며, 경우 따라서는 요양보호사가 방문하는 시간에 맞추어 방문하여 면접을 실시하기도 하였다. 특히, 조사대상자인 노인 당사자가 기능적 및 인지적 장애로 인하여 의사소통이 어려운 경우에는 동거가족 등을 대상으로 조사를 진행하였다. 면접의 내용은 노인 및 가족의 동의를 구하여 녹음하였으며, 녹음한 내용은 전술한 <표 3-31>의 주요 질문지 항목에 맞추어 조사원들이 녹취록을 작성하였다.

이와 같이 수집한 자료는 조사원들이 작성한 녹취록을 바탕으로 본 연구진이 조사목적에 맞게 어떠한 노인들이 구체적으로 어떤 내용의 비공

식 돌봄을 제공받고 있는지 그 실태를 분석하였다.

본 연구에서는 사례조사의 전 과정에서 조사대상자의 권리가 보호되어야 함을 고려하였다. 본 연구진은 조사대상자 선정과정 및 조사원 교육과정에서 조사의 목적과 면접의 진행과정, 주요 질문항목 내용 및 면접시간 등에 대해 구체적으로 설명하였다. 특히, 조사대상자가 돌봄이 필요한 노인들이라는 점을 고려하여 심층면접의 전 과정을 통하여 발생할 수 있는 여러 가지 상황들에 대해 조사원들에게 미리 숙지하도록 하였으며, 가능한 한 노인들이 면접과정에 주도적으로 참여하도록 하였다. 그리고, 조사원들은 심층면접의 내용을 녹음하고 기록하는 이유를 노인 및 가족 등에게 설명하고 알렸으며, 면접내용은 조사목적 외에 다른 용도로는 일체 사용되지 않음을 설명하였다.

#### 다. 농촌지역의 비공식 노인돌봄서비스 수급자 실태와 시사점

2015년 7월 현재 장기요양서비스와 돌봄종합서비스, 주간보호서비스와 재가노인지원서비스 및 돌봄기본서비스를 1년 이상부터 10년 이상까지 장기간 이용하고 있는 노인 30명을 대상으로 심층면접을 실시한 결과, 비공식 돌봄을 일상적으로<sup>45)</sup> 제공받고 있는 노인들은 20사례 정도로 나타났다. 세부적으로는 장기요양서비스 이용자가 8명 중 6명, 돌봄종합서비스 이용자가 7명 중 3명, 주간보호서비스 이용자가 2명 중 2명, 재가노인지원서비스 이용자가 8명 중 5명, 돌봄기본서비스 이용자가 5명 중 4명이다. 이들 사례의 개요를 간략히 정리하면 다음과 같다.

45) 단, 가족, 친족 및 친구, 이웃 등으로부터 비공식 돌봄을 전혀 제공받고 있지 않은 사례는 6사례 정도이고, 4사례는 자녀나 동생 및 이웃 등으로부터 일정 정도의 비공식 돌봄을 제공받고 있음.

#### ■ A노인(86세, 여성)의 사례

현재 장기요양서비스 대상자(4등급)로서 주5회 3시간 서비스를 이용하고 있으며, 이용경험은 3년 정도임. 10채 이상 마을에 거주하고 있으며, 일반가구로 기초연금을 받고 있음.

독거노인으로 슬하에 자녀는 3남 4녀를 두고 있으며, 부산과 김천에 거주하는 삼녀와 사녀가 자주 들러 음식수발을 해주고 있고, 장남은 의료비를 지원하고 있음. 단, 삼녀와 사녀에 의한 음식수발의 경우 며칠 정도 먹을 수 있도록 죽 등을 끓여 놓고 가면 요양보호사가 그것을 데워서 노인에게 제공하는 방식으로 수발이 이루어지고 있음. 목욕수발은 요양보호사가 해주고 있지만, 목욕 후에는 오른쪽 마비 증상 및 어지럼증 등이 있어 힘들어 하고 있음. 약값은 큰아들이 내고 있지만, 큰아들이 경제적으로 힘든 상태이고, 다른 자녀들로부터는 지원을 기대하기 힘들어 큰아들한테 미안한 마음을 가지고 있음. 따라서, 정부 등으로부터의 경제적인 지원을 원하고 있음.

#### ■ B노인(82세, 여성)의 사례

현재 장기요양서비스 대상자(3등급)로서 주5회 3시간 서비스를 이용하고 있으며, 서비스 이용경험은 1년 정도임. 기초생활수급자로 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 1남 2녀를 두고 있으며, 장남은 부산에, 장녀는 대구에, 차녀(장애 있음)는 의령에 거주하고 있음. 아들(장남)이 주3~4회 방문하여 여러 가지 집안일을 돌봐주고 있고, 의령에 거주하는 딸이 자주 들러서 하루나 이틀씩 머물다 가는 경우도 있음. 또한, 이웃에 사는 친구가 자주 놀러 와서 말벗을 해주고 있음. 목욕수발은 요양보호사가 해주고 있지만, 추운 겨울에는 목욕탕을 이용함. 지금보다 더 많은 경제적인 지

원을 원하고 있음.

■ C노인(80세, 여성)의 사례

현재 장기요양서비스 대상자(4등급)로서 주5회 3시간 서비스를 이용하고 있음. 일반가구로 기초연금을 받고 있으며 '빌라·아파트'에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 2남이 있으며, 장남은 20분 거리의 근린지역에 살고 있고 차남은 부산에 살고 있음. 장남과 며느리가 1주일에 1번 정도 방문하여 음식수발, 목욕수발 등을 하고 있음. 3~4년 전에 고향인 의령으로 이사를 왔으며, 이웃과의 왕래는 거의 없는 편이지만, 다리가 불편하여 경로당까지 가기가 힘든 상태라서 누군가 집으로 찾아오기를 원하고 있음.

■ D노인(83세, 여성)의 사례

현재 장기요양서비스 대상자(4등급)로서 주5회 2시간 30분 이용하고 있으며, 1년 이상 장기간 서비스를 받고 있음. 일반가구로 기초연금을 받고 있으며, 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 2남 1녀를 두고 있지만, 딸은 서울에, 큰 아들은 진주, 작은 아들은 수원에 거주하고 있어 자주 찾아오지 않음. 진주에 사는 며느리가 월1회 정도 정기적으로 찾아오는 편이며, 위급 시에는 요양보호사가 진주 며느리에게 연락하여 대처하고 있음. 장남이 가끔씩 경제적 지원도 하고 있고 의료비를 지원하고 있으며, 차남이 정기적으로 경제적 지원을 하고 있음. 또한, 의령교회로부터 월1회 밀반찬서비스를 지원받고 있음. 밀반찬서비스에 대한 제공횟수를 늘려주었으면 하는 욕구와 보행 보조기로 사용하고 있는 유모차가 낡아서 새것으로 바꾸어 주었으면 하는 욕구를 가지고 있음.

#### ■ E노인(86세, 여성)의 사례

현재 장기요양서비스 대상자(3등급)로서 1년 조금 넘게 서비스를 이용하고 있음. 일반가구로 ‘빌라·아파트’에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 3남 1녀를 두고 있으며, 자녀들은 서울, 대구 등에 거주하고 있음. 대학교수가 된 아들이 2명이나 있어 생활비와 병원비를 지원하고 있으며, 전화는 자주 오지만 왕래는 휴가 때 찾아와서 놀다가는 정도임. 일상적인 면에서는 근처 이웃(주 1~2회)이나 의령지역에 살고 있는 동생으로부터 도움을 받고 있음. 친한 이웃과는 말동무, 음식나누기, 나들이 등을 함께 하고 있으며, 82세인 동생과는 거의 매일 시간을 함께 보내고 목욕도 함께 하고 있음.

#### ■ F노인(74세, 여성)의 경우

현재 장기요양서비스 대상자(4등급)로서 주7회 3시간씩 서비스를 이용하고 있음. 일반가구로 기초연금(부부)을 받고 있으며, 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

노인부부가구로서 슬하에 2남 2녀를 두고 있지만, 인천, 울산, 창원 등에 거주하고 있으며 아들이 생활비는 지원하고 있으나 자녀들이 자주 찾아오지는 않음. 그러나, 남편이 건강하여 일상생활을 지원하고 있으며, 이웃에 있는 친구들과 마을 어귀에 있는 평상 등에서 만나 서로 말벗이 되어 주고 있음. 자식들이 지원하는 생활비로는 약값이나 병원비가 부족하므로 의료비 지원을 원하고 있음.

#### ■ G노인(89세, 여성)의 사례

현재 노인돌봄종합서비스 대상자로서 월 36시간 서비스를 이용 중이며, 서비스 이용경험은 1년 이상으로 장기간 이용하고 있음. 기초생활수

급자로 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 딸이 서울에 거주하고 있지만 연 2~3회 정도 명절 때 방문하는 정도이고, 동생부부가 5분 거리의 근처에 거주하고 있어 몸이 불편할 때 주로 (일상적인) 도움을 받고 있음. 그리고, 의령교회로부터 월1회 밑반찬서비스와 연간 쌀 20킬로그램 및 10만원 정도의 금품을 지원받고 있음. 목욕은 가까운 목욕탕에 가서 혼자 하고 있으며, 자녀들의 잦은 방문과 경제적 지원을 원하고 있음.

#### ■ H노인(89세, 여성)의 사례

현재 노인돌봄종합서비스 대상자로서 월 36시간 서비스를 이용중이며, 서비스 이용경험은 1년 정도임. 저소득층(차상위)으로 '빌라·아파트'에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 3남 2녀를 두고 있으며, 장녀가 5분 거리의 근처에 살고 있고 그 외 자녀들은 창원, 마산, 대구 등에 거주하고 있음. 근처에 사는 장녀가 이틀에 한번씩 방문하여 밑반찬 등 음식수발, 말벗, 병원동행 등을 하고 있음. 그리고, 이웃에 사는 친구가 매주 1회 이상 방문하여 3시간 정도 함께 시간을 보내며 말벗을 해주고 있음. 요양보호사나 목욕차량이 제공하는 목욕서비스를 원하고 있음.

#### ■ I노인(75세, 여성)의 사례

현재 노인돌봄종합서비스 대상자로서 월 27시간 서비스를 이용중이며, 1년 조금 넘게 서비스를 이용중임. 일반가구로 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 계자녀 2남 1녀를 두고 있음. 자녀들과는 왕래가 거의 없는 편이며, 며느리와 딸이 10만원씩 경제적 지원을 하고 있

음. 이웃이 너무 자주 찾아와서 스트레스를 많이 받고 있음. 근처에 있는 시집 초가가 전화도 자주하고 무슨 일이 있으며 달려와서 해결해 주고 있음.

#### ■ J노인(67세, 여성)의 사례

현재 주간보호서비스 대상자(치매등급)로서 2년 정도 서비스를 이용하고 있는 중임. 일반가구로 기초연금(부부)을 받고 있으며 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

노인부부가구로서 슬하에 1남 3녀를 두고 있으며, 자녀들은 인근의 함안, 진영, 중리 등에 살고 있고 일주일에 2~3회 정도 아들딸 번갈아서 방문하고 있음. 주간보호 이용(아침 8시 30분~오후 5시)을 제외하고는 대부분 남편이 식사를 준비함.

#### ■ K노인(78세, 여성)의 사례

현재 주간보호서비스 대상자(4등급)로서 주5회(1일 8시간 이상) 이용 중임. 서비스 이용경험은 2년 정도로 일반가구임. 근린 생활환경은 시장이 들어설 정도의 읍내와 같은 비교적 큰 규모의 마을임.

독거노인으로 슬하에 딸 5명과 아들 1명을 두고 있음. 장녀가 의령에 거주하고 있지만 왕래가 많은 것은 아님. 아들은 명절 정도에만 찾아오고 가끔 아들집을 방문하기도 함. 아들이 동거를 권유하고 있지만, 아들에게 짐이 되기 싫고 지금까지 살던 의령이 살기가 편해서 계속 의령에서 혼자 살기를 원하고 있음. 부정기적으로 지인이 집으로 찾아오는 경우도 있지만, 지인과는 바깥에서 자주 만나고 있음. 젊었을 때 사회활동(봉사활동)을 많이 한 관계로 이웃이나 지인이 많은 편임.

■ L노인(83세, 여성)의 사례

현재 재가노인지원서비스 대상자로서 주2회 서비스를 이용하고 있으며, 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

자녀동거가구로서 막내아들과 손자 2명과 함께 살고 있음. 막내아들 외에 딸이 5명 있지만 경제적으로 여유가 없는 편이고 거의 왕래가 없음. 동거하는 아들이 생활비 지원뿐만 아니라 필요한 대부분의 것을 해주고 있음. 이전에 아들과 동거하지 않았을 때는 이웃들도 자주 찾아오는 편이었지만, 지금은 집으로 오는 경우는 거의 없고 마을회관에서 만나 이야기를 나누고 있음. 그리고, 이전에는 동네 이장이 오토바이로 병원이송을 도와주었지만, 오토바이 사고 이후 대중교통(병원 차량)을 이용하고 있음. 식구가 많아서인지 밀반찬서비스에 대한 욕구가 상대적으로 높음.

■ M노인(75세, 여성)의 사례

현재 재가노인지원서비스 대상자로서, 2년 정도 서비스를 이용하고 있는 중임. 근린 생활환경은 시장이 들어설 정도의 읍내와 같은 비교적 큰 규모의 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 창원(마산)에 거주하는 딸이 1명 있는데, 무엇인가 도움이 필요할 때에는 딸에게 연락하여 해결하고 있음. 딸이 전화상으로 안부는 자주 묻지만, 두 달에 1회 정도 찾아오는 편임. 6개월 전에 무릎 인공관절 시술로 인해 일상생활에 지장이 있음. 몸이 아프기 전에는 자주 마을회관에 나갔지만, 지금은 오래 앉아 있을 수가 없어서 거의 집에 있으며, 대신 이웃과 친척이 집으로 자주 찾아옴. 동네 이웃과 친하게 지내고 있고 거의 매일 찾아와서 말벗을 해주고 있음. 그리고, 근처에 친척(작은 집)이 살고 있어서 매일 왕래하는 편이고 일을 많이 도와주고 있음.

#### ■ N노인(76세, 여성)의 사례

현재 재가노인지원서비스 대상자로서 주2회 서비스를 이용하고 있음. 서비스 이용경험은 4년 정도임. ‘허씨 집성촌’(30~40채 정도)으로 주변의 대부분이 일가친척들임.

독거노인으로 슬하에 1남 1녀를 두고 있으며, 딸은 충청도 어디에 살고 있는 정도에만 알고 있고 왕래는 없으며, 아들은 창원에 거주하고 있고 가끔 찾아오는 정도이고 경제적으로나 일상생활 면에서 도움을 주지는 않음. 주변에 친척들이 많아서 거의 매일 집으로 찾아와서 말벗을 해 주는 등 도움을 받고 있음. 경로당에도 자주 나가서 놀기도 함.

#### ■ O노인(79세, 남성)의 사례

현재 재가노인지원서비스 대상자로서 주1회 서비스를 이용중임. 서비스 이용경험은 10년 이상임. 기초생활보장 수급자로서 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 자녀가 없음. 도쿄에서 태어나 한국으로 왔으며, 한국에서 결혼한 부인과는 이혼하였음. 자녀는 없지만, 사촌들이 있으며 김해에 사는 사촌이 자주 찾아와서 돌봐주고 있음(사후에는 양자로 삼을 계획임). 밥, 청소, 목욕 등은 혼자서 대부분 가능하지만, 몸이 아플 경우에는 이웃 등으로부터 도움을 받고 있음. 마을에 있는 절에서도 반찬, 병원이송 등의 지원을 받고 있음. 병원비 부족 등으로 경제적 지원을 원하고 있음.

#### ■ P노인(76세, 여성)의 사례

현재 재가노인지원서비스 대상자로서 저소득 가구임. 기초연금과 국민연금을 수급하고 있으며, 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 1남 3녀를 두고 있으며, 추석이나 설 등 명절 정도에만 찾아오고 방문 시에만 경제적 도움을 주고 있음. 식사 등은 마을 회관에서 많이 해결하고 있으며 목욕은 동네 사람들과 목욕탕에 함께 하러 감. 주변에 동생과 친척이 살고 있어서 도와주고 있음.

#### ■ Q노인(98세, 여성)의 사례

현재 노인돌봄기본서비스 대상자로서 주1회 1시간 서비스를 이용중임. 일반가구로 기초연금을 받고 있으며 10채 이상 마을에 거주하고 있음.

독거노인으로 슬하에 아들 1명을 두고 있으며, 손자녀 3명이 있음. 아들이 생활비를 지원하고 있으며, 주1회 이상 자주 들러서 음식도 같이 해 먹고 하룻밤 머물다 돌아감. 옆집에 사는 할머니가 매일 들여다보고 있으며 음식 등을 나누어주고 있음. 그리고, 절에서 가끔씩 음식을 보내오고 있음. 마을에는 포래가 없고 나이가 많다고 생각하고 있어 잘 나가지 않고 있음.

#### ■ R노인(88세, 남성)의 사례

현재 노인돌봄기본서비스 대상자로서 주1회 서비스를 이용하고 있음. 서비스 이용경험은 5년 이상임. 10채 이상 마을로 빈집 포함하여 30가구 정도가 살고 있음.

독거노인(6년 전 사별)으로 슬하에 2남 2녀를 두고 있으며, 울산, 태백, 중리, 창원에 거주하고 있음. 자녀들이 돌아가면서 매주 방문하여 청소, 음식, 목욕 등 수발을 해주고 있음. 급한 용무는 마을 이장에게 부탁하는 경우도 있지만, 장남에게 대부분 부탁하여 해결하고 있음. 소일거리로 텃밭을 가꾸고 있으며, 집 앞에 있는 평상에서 친한 할아버지 2명과 담배도 피우고 이야기도 나누면서 지내고 있음. 경로당에도 자주 놀러감. 그러

나, 혼자 살고 있는 것에 대해 심심해하고 무료해하고 있음.

#### ■ S노인(81세, 여성)의 사례

현재 노인돌봄기본서비스 대상자로서 주2회 서비스를 이용하고 있음. 서비스 이용경험은 10년 정도임. 10채 이상 마을에 살고 있음.

독거노인으로 슬하에 1남 1녀를 두고 있으며, 딸은 목사이고 아들은 진주에 살고 있음. 첫째 딸이 교회를 세운 뒤 경제적으로 힘든 상태이며, 자녀들로부터는 도움을 받고 있는 것이 거의 없음. 도움이 필요하면 바로 아랫집에 살고 있는 친척에게 부탁하고 있고, 친척이 거의 매일 찾아오는 편임. 병원에 갈 때는 병원차량을 이용함.

#### ■ T노인(88세, 여성)의 사례

현재 노인돌봄기본서비스 대상자로서 주1회 서비스를 이용하고 있음. 서비스 이용경험은 7년 정도임. 근린 생활환경은 80채 이상 정도의 비교적 큰 마을임.

독거노인으로 슬하에 아들 3명이 있지만 모두 서울에 거주하고 있음. 아들들은 명절 정도에만 찾아오고, 명절에 찾아오지 않을 때도 있음. 공부를 많이 못시켜서 미안한 마음에 자주 오라는 말도 못하고 있으며, 그나마 스스로 잘 살고 있는 것만도 다행이라 여기며 살고 있음. 집안일은 혼자서 하고 있지만, 이동이 어려운 편이라서 요리는 가능하나 청소는 앞서 영등이로 바닥을 끌며 이동하여 겨우 해결하고 있음. 병원이송은 의령병원에서 지원하는 병원차량을 이용함. 거의 매일 경로당에서 이웃과 함께 시간을 보내고 있으며, 장보기는 이웃이 도와주고 있음. 그러나 목욕탕에 가거나 집에서 혼자 목욕하는 것이 힘들어서 목욕서비스를 원하고 있음.

이상과 같은 사례들에 기초하여 농촌지역 비공식돌봄 제공에 나타난 특성을 도출하면 다음과 같다.

먼저, 비공식 돌봄을 받고 있는 노인들의 특성으로서는 첫째, 극히 일부 사례(F·J·L사례, O·R사례)를 제외하면, 거의 대부분이 여성 독거노인이라는 점을 들 수 있다. 즉, 비공식 돌봄을 받고 있는 노인들의 성별은 남성인 두 사례(O·R사례)를 제외하고는 모두가 여성이었으며, 가구형태는 노인부부가구(F·J사례)와 자녀동거가구(L사례)를 제외하면 모두 노인 독거가구로 나타났다.

둘째, 비공식 돌봄을 받고 있는 노인들은 돌봄서비스가 필요하지만 일상생활을 하는 데 전적으로 타인의 도움이 필요할 정도로 기능상태가 저하된 노인들이 아니라는 점을 들 수 있다. 즉, 본 사례조사의 결과 비공식 돌봄을 제공받고 있는 노인들의 기능상태를 보면 3~4등급 및 치매등급의 장기요양서비스 이용자들도 있었지만(A~F사례, J, K사례), 대체적으로 집안과 마을 어귀 등 가까운 거리를 스스로 이동(단, 보행보조기를 이용하여 이동하는 경우도 있음)할 수 있을 정도의 기능상태를 유지하고 있는 노인들로 나타났다.

셋째, '장기요양 관련 서비스 이용자'<sup>46)</sup>에 한해 비공식 돌봄을 제공받고 있는 노인들의 소득정도를 보면 기초생활수급자와 차상위계층 등 저소득층 노인들도 일부 포함되어 있지만(B, G, H사례), 대부분이 기초연금을 수급하고 있는 일반가구 노인들이라는 점을 들 수 있다(A사례, C~F사례, I, J, K사례).

넷째, 비공식 돌봄을 제공받고 있는 노인들의 대부분은 노후에 홀로 남아 집을 지키고 있는 독거노인들이지만, 많은 경우 자녀 및 친척들이 근

46) 즉, A부터 K까지의 사례로서 장기요양서비스, 노인돌봄종합서비스, 주간보호서비스 이용자를 말함.

린지역에 거주하고 있어 상대적으로 도움을 제공받기 쉬운 상황에 놓여 있는 노인들이라는 점을 들 수 있다. 즉, 본 사례조사 결과 무자녀인 한 사례(O사례)를 제외하고는 비공식 돌봄을 받고 있는 대부분의 노인들이 슬하에 자녀를 몇 명씩 두고 있는 노인들인 것으로 나타났다. 그러나, 서울 등 상대적으로 멀리 거주하고 있는 자녀들로부터는 일상적인 돌봄을 제공받고 있지 않았으며(D·E·G·T사례), 대부분의 경우 의령 관내에서부터 인근의 부산에 거주하는 자녀 또는 근린지역에 거주하는 친인척과 이웃 등으로부터 일상생활에 필요한 돌봄을 제공받고 있었다.

그리고, 비공식 돌봄 제공자 및 서비스 내용을 보면, 상술한 바와 같이 본 사례조사 결과, 비공식 돌봄을 제공받고 있는 노인들은 자녀에서부터 친척, 이웃 등으로부터 돌봄서비스를 제공받고 있음을 알 수 있다. 좀 더 세부적으로 들어가서 어떠한 비공식 돌봄 제공자로부터 구체적으로 어떠한 서비스를 받고 있는지 정리하면 다음과 같다.

첫째, 돌봄서비스가 필요한 노인들에게 비공식 돌봄을 제공하고 있는 주체는 장녀 등의 딸을 비롯하여(A·B·H·M사례), 아들딸(R사례), 막내아들(L사례), 장남과 며느리(C·D사례), 동생과 동생부부(E·G사례), 동생과 친척(P사례), 이웃과 친척(M사례), 남편(F·J사례), 친척(N·O·S사례), 시집 조카(I사례), 사촌(O사례), 옆집 할머니(Q사례), 이웃(E·I·K·M·O·R·T사례), 이웃에 사는 친구(B·H사례), 마을이장(R사례), 교회 및 절(G·O·Q사례) 등 다양한 주체들로 구성되어 있었다. 그러나, 이러한 주체들을 가족·친족 및 친구·이웃의 범주로 구분하여 보면 가족·친족이 친구·이웃보다 많은 비중을 차지하고 있음은 말할 필요도 없다. 그렇지만, 친구·이웃도 적지 않은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

둘째, 돌봄서비스가 필요한 노인들에게 제공되고 있는 비공식돌봄의 서비스 내용을 보면 음식수발(A·C·H·J·O·R사례), 가사지원(B·R사

례), 일상생활지원(F·G사례), 목욕수발(C·E·R사례), 병원동행(H사례) 및 병원이송(L·O·S·T사례),<sup>47)</sup> 밀반찬서비스(D·G·O사례), 장보기(T사례), 의료비지원(A·D사례), 말벗(B·E·F·H·M·N·R·T사례), 의료비지원(A·D사례), 장보기(T사례) 등 다양한 내용의 서비스가 이루어지고 있었다. 특히, 이러한 비공식 돌봄의 내용과 관련하여서는 음식수발과 가사 및 일상생활 지원, 의료비지원은 주로 자녀·동생 등의 가족·친척으로부터 제공되고 있고, 병원이송은 병원에서 보내주는 차량지원으로 이루어지고 있으며, 밀반찬서비스는 교회·절 등에서 제공되고 있고, 말벗과 장보기는 주로 이웃들에 의해 제공되고 있는 것으로 나타났다.

나아가 셋째, 이러한 비공식 돌봄서비스를 제공받고 있는 노인들이 더 원하는 서비스를 보면 공식적으로는 경제적인 지원(A·B·F·G·O사례) 및 목욕서비스(H·T사례)와 복지용구서비스(D사례)를, 비공식적으로는 자녀나 이웃 등에 의한 정서적지원(C·G사례) 등을 원하고 있는 것으로 나타났다.

결론적으로, 이상과 같이 농촌지역 비공식 돌봄의 제공에 나타나는 특성을 살펴본 결과, 돌봄서비스가 필요한 노인들에게 다양한 비공식 주체들에 의해 다양한 비공식적 돌봄서비스가 제공되고 있음을 알 수 있다. 특히, 주목할 점은 다양한 비공식적 주체에 의한 다양한 비공식적 돌봄이 돌봄서비스가 필요한 노인들에게 제각각 독자적으로 적용되는 것이 아니라는 것이다. 즉, 돌봄서비스가 필요한 노인 하나의 사례에 대해서 다양한 비공식적 주체에 의해 다양한 비공식돌봄이 제공되고 있는 경우가 많은 것이다(B·D·E·G·H·M·Q·R·T 등의 사례). 이것이 시사하는 바는 무엇일까?

우선 첫째, 다양한 주체에 의해 다양한 비공식 돌봄이 제공되고 있다는 것은 공식적 돌봄만으로는 필요한 돌봄(케어) 총량이 부족하다는 것을 알 수 있다. 따라서, 현행 한국의 공적 노인돌봄서비스 공급량을 부분적으로

47) 단, 병원이송의 경우, 병원이나 절에서 제공하는 차량을 이용하는 것을 말함.

확대할 필요가 있으며, 동시에 비공식 돌봄을 활성화하는 방안도 강구할 필요가 있을 것이다.

둘째, 돌봄서비스가 필요한 노인 하나의 사례에 대해서 다양한 주체에 의해 다양한 비공식 돌봄이 제공되고 있다는 것은 공식 돌봄과 비공식 돌봄 간의 역할분담뿐만 아니라 비공식 돌봄 제공주체 간에도 일정 정도 서비스 제공 상의 역할분담이 이루어져 있음을 엿볼 수 있다. 따라서, 앞으로 노인돌봄서비스의 공급량을 확대할 경우에는 공식 및 비공식 돌봄 제공주체의 역할정립은 물론 공식 및 비공식 돌봄 내에서도 역할체계를 확립하여 돌봄이 필요한 노인의 상황에 맞게 공식·비공식 돌봄을 아우르는 체계적인 돌봄(케어)시스템이 구축되어야 할 것이다.

### 3. 노인돌봄의 지역간 편차 분석

#### 가. 지역별 비공식 돌봄 실태

기능 저하 노인은 가족 등에 의한 비공식적 돌봄 또는 노인장기요양서비스와 같은 공식적 돌봄의 조합을 통해 보호를 받는다. 일반적으로 노인의 돌봄형태는 노인의 기능과 가족 등의 돌봄자원, 지역내 서비스 제공현황에 따라 다르게 나타난다. 노인이 거주하는 지역 변수는 노인의 돌봄형태에도 영향을 미치는데, 이는 도시와 농어촌간의 노인의 가구특성과 지역내 서비스 공급특성의 차이에 의해 발생한다고 볼 수 있다.

도시와 농어촌 노인은 인구학적 특성에서 차이를 보인다. 2014년 노인 실태조사(보건복지부·한국보건사회연구원, 2015)에 의하면, 농어촌은 75세 이상의 후기 노인의 비율이 높으며, 전체 노인 중 75세 이상이 49.5%이다. 또한 가구형태에서도 농어촌은 독거, 노인부부의 비율이 72.8%인

데, 이는 도시지역의 75세 이상 노인의 비중이 39.6%이며, 독거, 노인부부의 비율이 65.4%과 차이를 보인다. 지역별 기능제함에 있어 제한이 없는 비율이 농어촌은 78.1%이며, 도시는 82.9%로, 농어촌에서 기능제한이 있는 비율이 높다. 일상생활수행능력 제한 노인의 비율은 도시와 농촌의 비율이 유사한 수준으로 나타나는 것을 볼 때, 현재까지는 농어촌 노인 중 기능이 저하되었지만 일상생활수행능력까지 제한이 발생하지 않은 허약노인의 비중이 높다고 보여진다. 즉, 농어촌 지역에서는 현재는 직접적인 돌봄 필요로 하는 노인은 적지만, 장기적으로 보호를 필요로 하는 잠재적 돌봄 필요노인인 허약노인의 비중이 높음을 나타낸다.

〈표 3-33〉 지역별 노인 연령, 가구형태, 기능특성

(단위: %, 명)

특성	지역		전체
	도시	농어촌	
연령			
65~69세	33.8	25.0	31.7
70~74세	27.6	25.5	27.1
75~79세	19.5	24.0	20.6
80~84세	11.9	14.9	12.6
85세 이상	7.2	10.6	8.0
가구형태			
노인독거	21.9	26.8	23.0
노인부부	43.5	48.0	44.5
자녀동거	30.4	21.8	28.4
기타	4.2	3.3	4.0
기능상태			
제한 없음	82.9	78.1	81.8
IADL만 제한	10.2	15.0	11.3
ADL만 제한	6.9	6.9	6.9
인지저하자 비율	29.5	37.9	31.5
계 (명)	100.0 (8,008)	100.0 (2,443)	100.0 (10,451)

출처: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2014년 노인실태조사

이러한 결과는 종합적으로 볼 때 농어촌지역은 돌봄을 필요로 하는 잠재집단이 도시에 비해 많이 거주하고 있으나, 자녀 동거비율이 낮고 독거, 노인부부 비율이 높아 비공식적 돌봄 자원인 가족으로부터 돌봄을 받을 자원은 도시에 비해 부족함을 의미한다.

실제로 농어촌 지역 거주노인은 도시지역에 비해 돌봄을 받는 비율이 낮게 나타났다. 일상생활수행능력(ADL) 또는 수단적 일상생활수행능력(IADL)에 어려움이 있는 노인 중 도움을 받는 비율은 도시지역이 84.4%, 농어촌이 74.8%로 나타났다. 특히 돌봄을 제공하는 수발자는 도시와 농어촌 모두 가족이 가장 높지만, 도시지역은 농어촌에 비해 장기요양보험서비스, 개인간병인 등과 같은 외부 서비스의 비중이 높은 반면, 농어촌의 경우 도시지역에 비해 친인척, 친구, 이웃과 같은 비공식 돌봄의 비율이 도시지역에 비해 약간 높게 나타났다. 또한 농어촌지역은 도시에 비해 장기요양보험서비스 보다는 노인돌봄서비스를 받는 비율이 높게 나타났다. 이는 공식적 서비스인 장기요양서비스 제공기관이 농어촌지역에 비해 도시지역에서 제공되는 비율이 높고 또한 자녀와 동거하는 비율이 낮기 때문이다. 따라서 농어촌지역은 도시지역에 비해 가족 이외의 비공식적 돌봄 자원이 작동하고 있다고 추측되어진다.

〈표 3-34〉 지역별 허약노인 수발실태

(단위: %, 명)

특성	수발률	수발자 <sup>1)</sup>					명
		가족원 (동거/비동거)	친척, 이웃·친구·지인	개인간병인, 가사도우미	장기요양 보험서비스	노인돌봄 서비스	
전체 <sup>1)</sup>	81.7	91.9	7.3	1.3	15.4	6.4	1,557
지역							
동부	84.4	92.1	6.8	1.6	16.0	5.9	1,156
읍·면부	74.8	91.3	9.0	0.5	13.7	8.0	401

주: 1) 수발자가 여러 명일 경우 중복응답

출처: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2014년 노인실태조사

가족내 수발자는 도시와 농촌이 유사한 경향을 보이지만, 농어촌의 경우 배우자로부터 수발을 받는 비율이 높으며, 도시지역은 딸로부터의 수발비율이 높은 특성을 나타냈다.

〈표 3-35〉 지역별 가족내 수발자

(단위: %, 명)

특성	배우자	장남	장남 배우자	차남 이하	차남 이하 배우자	딸	기타	계 (명)
전체 <sup>1)</sup>	37.7	14.3	9.7	10.9	2.7	20.6	4.1	100.0(1,430)
지역								
동부	36.4	14.0	9.4	10.6	2.8	22.5	4.3	100.0(1,064)
읍·면부	41.8	15.4	10.4	11.5	2.2	15.4	3.3	100.0( 364)

출처 : 보건복지부한국보건사회연구원, 2014년 노인실태조사

가족 수발을 받는 노인의 수발시간도 농어촌 노인은 도시에 비해 적게 받는 것으로 나타난다. 도시지역의 경우 거의 매일 받는 비율이 51.2%인 것에 비해 농어촌은 44.9%이며, 농어촌의 경우 일주일 1회 미만의 비율이 35.1%이며, 도시는 24.9%이다. 지역별 노인의 기능상태에 있어서 농어촌 노인 중 기능상태가 좋지 않은 노인이 많았음에도 불구하고 돌봄정도는 도시가 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-36〉 지역별 가족내 노인수발자

(단위: %, 명)

특성	거의 매일 하루 종일	거의 매일 반일 미만	일주일에 3~4일 정도	일주일에 1~2일 정도	일주일 1회 미만	계 (명)
전체 <sup>1)</sup>	10.7	39.0	8.6	14.2	27.5	100.0(1,430)
지역						
동부	11.1	40.1	8.6	15.2	24.9	100.0(1,064)
읍·면부	9.3	35.6	8.5	11.5	35.1	100.0( 365)

출처 : 보건복지부한국보건사회연구원, 2014년 노인실태조사

## 나. 지역별 공식서비스 공급 현황

샵터에서의 노화(AIP: Aging in place) 관점에서 볼 때 노인이 지역사회에서 계속적으로 생활할 수 있는 환경을 갖추는 것은 매우 중요하다. 특히 건강이 악화되어 돌봄을 필요로 하는 노인이 재가에서 생활할 수 있기 위해서는 지역사회에서의 서비스 공급이 원활히 이루어져야 한다.

현재 방문요양과 주야간보호시설은 지역에서 돌봄을 제공하는 주요 서비스 기관이다. <표 3-37>을 살펴보면 전국 229개 시군구의 평균 노인수는 30천명이다. 시 또는 구 지역인 도시지역은 147개 시군구이며, 1개 시·구의 평균 노인수는 39천명이고, 군지역인 농촌지역은 82개 군으로 약 15천명의 노인이 거주한다. 도시지역은 1개 시·구 평균 53개 방문요양기관이 운영되고 있으며, 이는 노인인구 872.2명당 1개 시설 정도수준이다. 주야간보호시설은 도시는 1개 시·구 평균 9.7개소이고, 노인인구 대비 5,365명당 1개소로 나타났다. 이에 비해 농촌지역은 1개 군에 15.2개의 방문요양기관이 운영되고 있으며, 이는 해당 지역 노인 1,156명당 1개 기관인 것으로 나타났다. 주야간보호 기관은 농촌지역 1개 군당 3.1개 기관이 운영 중이며, 이는 노인 6,387명당 1개로 나타났다. 또한 시군구 중 주야간보호기관이 1개도 없는 지역은 6개의 군지역으로 나타났다.

방문요양과 주야간보호와 같이 지역내에서 서비스를 제공하는 기관의 경우 노인이 기관을 방문하거나 또는 서비스 제공자가 노인의 집에 방문하여 서비스를 제공하는 방식으로 서비스 제공에서 이동이 용이한 물리적 접근성이 매우 중요한 요인이라고 할 수 있다. 농촌지역은 도시지역에 비해 인구밀도가 낮고 주거형태가 아파트보다는 단독주택 형태를 띠고 있어 접근성이 낮은 특성을 보인다. 그러나 실제적으로 방문요양과 주야간보호 기관은 농촌이 도시에 비해서 1개 지역에서 운영되는 기관수가

적고, 또한 노인인구수 대비 기관수에서도 농촌에서 포괄해야할 노인인구수가 더 많은 것으로 나타났다.

이와 같은 결과는 농촌지역에 거주하는 돌봄을 필요로 하는 노인의 경우 방문요양 또는 주야간보호서비스를 이용함에 있어서 도시에 비해 접근성이 떨어질 것이다.

〈표 3-37〉 시군별 방문요양 및 주야간기관 현황

(단위: 개소)

	해당 지역수	시군구 평균 노인수(명)	시군구당 평균 방문요양 기관수	노인수대비 방문요양시설수	시군구 평균 주야간보호 기관수	노인수 대비 주야간보호 기관수
도시	147	39,635	53.3	872.2	9.7	5,365.8
농어촌	82	14,991	15.2	1,156.1	3.1	6,387.1
계	229	30,810	39.6	973.8	7.4	5,713.9

자료: 국민건강보험공단, 2014 노인장기요양보험통계연보; 통계청, 2014 시군구 주민등록인구통계 분석 재분석

시도별 도시와 농촌지역의 방문요양과 주야간보호기관의 설치현황을 살펴보면, 도시지역이 농촌지역에 비해 1개 시군구에 설치된 방문요양기관의 수와 노인인구수 대비 기관수가 많은 경향을 나타낸다. 그러나 특히 방문요양기관이 부족한 시도는 강원도로 군 지역은 1개 지역에 평균 6.7개의 방문요양기관이 있으며, 이는 노인인구수대 비 1,934명당 1개 기관으로 전국 평균은 973명당 1개 기관과 비교할 때 2배 넘는 규모로 나타났다. 또한 경남 지역의 시 지역은 도시지역임에도 불구하고 노인 1,520명 대비 1개 방문요양기관이 있는 것으로 나타나, 농촌지역 평균에 비해서도 방문요양기관이 적은 것으로 나타났다.

〈표 3-38〉 시도의 시군별 방문요양과 주야간보호기관 현황

(단위: 개소)

지역		시군구수	시군구 평균 노인수(명)	시군구당 평균 방문요양 기관수	노인수 대비 방문요양 기관수	시군구 평균 주야간보호 기관수	노인수 대비 주야간보호 기관수
서울	시	25	46,156	59.4	827.2	10.3	4,752.3
부산	시	15	30,264	38.5	1,006.3	5.0	7,057.3
	군	1	17,502	24.0	729.3	8.0	2,187.8
대구	시	7	39,011	66.4	622.6	17.7	2,297.5
	군	1	20,178	21.0	960.9	11.0	1,834.4
인천	시	8	33,020	63.8	560.7	5.7	7,667.3
	군	2	11,238	9.5	1,134.0	1.0	11,238.0
광주	시	5	30,892	70.0	449.0	12.8	2,429.5
대전	시	5	30,632	72.4	420.6	10.6	3,158.6
울산	시	4	17,644	23.8	799.0	4.8	3,966.7
	군	11	22,969	31.0	741.0	8.0	2,871.2
세종	시	1	18,656	20.0	932.8	3.0	6,218.8
경기	시	28	49,448	62.0	923.7	11.9	4,463.8
	군	3	17,287	16.3	1,081.5	4.3	3,902.6
강원	시	7	27,755	32.0	1,047.0	7.0	5,465.5
	군	11	9,618	6.7	1,934.1	2.3	6,081.1
충북	시	3	55,652	53.0	1,118.1	12.3	5,664.2
	군	8	12,918	10.9	1,201.2	2.6	7,114.5
충남	시	8	31,646	36.1	831.4	7.5	6,974.7
	군	7	20,419	22.7	910.5	4.3	6,198.0
전북	시	6	45,673	60.2	794.0	12.2	4,322.1
	군	8	13,854	16.0	959.3	2.8	6,235.1
전남	시	5	34,596	47.0	724.4	9.4	3,811.4
	군	17	16,899	16.9	1,073.9	3.5	6,462.7
경북	시	10	38,266	45.7	894.9	9.9	6,076.8
	군	13	13,329	14.5	1,024.7	2.6	5,037.6
경남	시	8	44,724	52.4	1,520.2	7.0	11,170.9
	군	10	17,082	17.5	1,034.5	2.2	8,798.8
제주	시	2	48,982	44.5	1,210.8	18.5	2,751.7

자료: 국민건강보험공단, 2014 노인장기요양보험통계연보; 통계청, 2014 시군구 주민등록인구통계 분석 재분석

주야간보호기관이 적은 시도는 부산의 시 지역과 인천 시지역과 군지역, 충북 군지역, 충남 시지역과 군지역, 전북 군, 전남 군, 경북 군지역, 경남 시지역과 군지역으로 나타났다. 즉, 광역시에서는 인천과 부산의 시지역에서의 주야간보호시설의 부족이 나타났다. 도 지역에서는 경기도를 제외하고는 군 지역에서 주야간보호시설이 전반적으로 공급이 부족한 것으로 나타났다.

방문간호는 2014년 12월 현재 전국 586개소이며, 시지역에 527개소, 군지역에 59개소가 설치운영 중이다. 시지역 중 방문간호가 미설치된 것은 16개이며, 군지역 중 미설치지역은 43개소로 나타났다. 군지역 82개 지역 중 43개는 방문간호가 운영되지 않고 있는 결과이다. 방문간호는 전국 시군구 평균 2.6개소가 운영 중이며, 도시는 3.6인 것에 비해 농어촌은 0.7개소로 나타났다. 단기보호는 전국 322개소가 운영 중이며, 시지역에 294개소, 군지역에 28개소가 운영 중이다. 시지역 중 단기보호가 미설치된 곳은 66개소이며, 군지역에서는 60개 지역으로 나타났다. 군지역이 82개 지역으로 약 73%가 단기보호가 없는 것으로 나타났다. 단기보호의 경우 전국 시군구 평균 1.4개소가 운영 중이며, 도시는 2개소, 농어촌은 0.3개소로 나타났다.

〈표 3-39〉 시군별 방문간호 및 단기보호시설 현황

(단위: 개소)

구분	해당 지역수	시군구 평균 노인수(명)	시군구 평균 방문간호기관 수	노인수 대비 방문간호기관 수	시군구 평균 단기보호시설수	노인수 대비 단기보호시설수
도시	147	39,635	3.6	14985.6	2.0	25,079.7
농어촌	82	14,991	0.7	13447.8	0.3	15,364.7
계	229	30,810	2.6	14632.8	1.4	23,004.7

자료: 국민건강보험공단, 2014 노인장기요양보험통계연보; 통계청, 2014 시군구 주민등록인구통계 재분석

〈표 3-40〉 시도의 시군별 방문간호와 단기보호시설 현황

(단위: 개소)

지역		시군구수	시군구 평균 노인수(명)	시군구당 평균 방문간호 기관수	노인수 대비 방문간호 기관수	시군구 평균 단기보호시설	노인수 대비 단기보호시설수
서울	시	25	46,156	5.2	9,788.6	3.6	19,911.5
부산	시	15	30,264	1.2	23,146.8	0.1	36,409.3
	군	1	17,502	1.0	17,502.0	0.0	-
대구	시	7	39,011	3.7	14,229.8	6.6	6,575.8
	군	1	20,178	1.0	20,178.5	1.0	20,178.5
인천	시	8	33,020	3.6	13,286.0	2.8	11,828.8
	군	2	11,238	0.0	-	0.5	18,278.0
광주	시	5	30,892	3.0	17,191.1	0	-
대전	시	5	30,632	3.8	8,878.8	0.2	21,709.0
울산	시	4	17,644	3.5	5,394.8	0.3	11,970.5
	군	11	22,969	5.0	4,593.9	0	-
세종	시	1	18,656	1.0	18,656.5	1.0	18,656.5
경기	시	28	49,448	4.5	13,093.8	3.2	29,278.1
	군	3	17,287	2.3	13,836.2	0	-
강원	시	7	27,755	4.6	8,031.6	1.0	27,262.3
	군	11	9,618	0.5	8,760.8	0	-
충북	시	3	55,652	3.0	23,189.7	2.0	23,362.0
	군	8	12,918	0.9	10,960.6	0.3	12,981.0
충남	시	8	31,646	1.9	20,783.1	0.4	31,122.0
	군	7	20,419	1.1	13,035.5	0.4	14,662.4
전북	시	6	45,673	2.7	19,950.2	0.5	56,832.7
	군	8	13,854	0.5	12,161.1	0.3	15,970.0
전남	시	5	34,596	2.8	11,044.2	0	-
	군	17	16,899	0.6	16,450.1	0.4	15,317.2
경북	시	10	38,266	3.2	15,976.8	1.6	26,476.1
	군	13	13,329	0.3	14,910.4	0.6	13,518.0
경남	시	8	44,724	2.8	32,414.8	0.8	33,103.2
	군	10	17,082	0.7	12,990.6	0.5	16,336.4
제주	시	2	48,982	4.0	21,179.5	0.5	64,873.0

광역별 시군구의 방문간호와 단기보호시설 설치현황을 살펴보면, 전반적으로 농어촌지역의 시설 공급 부족현상을 나타낸다. 방문간호의 경우 인천의 옹진군과 강화군의 2개 군에서는 방문간호가 전혀 없으며, 강원도와 전북·전남, 경북·경남의 군 지역에서는 방문간호 설치가 군 지역 평균보다 낮게 나타났다. 노인장기요양보험에서 방문간호가 활성화되지 못하는 현실을 반영한 결과라고 볼 수 있다.

단기보호는 도시와 농어촌 타 시설에 비해 부족한 상태이며, 특히 군 지역에서는 부산, 광주, 울산, 경기, 강원 지역의 군 지역에는 전혀 시설이 설치되지 못하고 있는 상태이다. 단기보호는 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 시설의 입소시설과 재가시설의 중간적 특성으로 인해 시설의 정체성에 대한 제도적 혼란을 겪고 있으며, 이로 인해 시설의 확대 설치가 이루어지고 있지 못하다고 보여진다.

노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험서비스와 유사하지만 돌봄필요도가 비교적 낮은 사람을 대상으로 한다. 노인돌봄종합서비스는 조세를 바탕으로 하는 지역사회기반 서비스로 장기요양 등급의 A, B를 대상으로 제공되는 서비스이다.

지역별 노인돌봄종합서비스의 이용자 현황을 살펴보면, 17개 지역 평균 노인인구대비 0.5%의 대상자가 서비스를 받고 있으며, 장기요양등급 외자 중 돌봄종합서비스 이용비율은 18.8%이다. 서비스 이용률은 지역별로 차이를 보이는데, 평균보다 낮은 지역은 서울, 대구, 인천, 대전, 울산, 세종과 도 지역에서는 경기, 충남이 평균에 비해 낮은 서비스 비율을 보인다. 그에 비해 광주, 강원, 충북, 전북, 전남, 경북 지역은 등급외 자 중 돌봄종합서비스 이용비율이 20%를 넘으며, 광주, 전북의 경우 전체 노인인구대비 1%에 달하는 수준으로 나타났다.

노인돌봄종합서비스의 재원은 지역(시도/시군구)와 중앙정부간의 매

칭펀드 방식으로 이루어짐으로써 서비스 제공규모는 지역에 따라 차이를 보이고 있다. 자료의 제한으로 인하여 도시와 농촌을 분리하여 분석할 수 없으나, 도 지역의 서비스 이용비율은 도시지역에 비해 높다고 판단된다.

〈표 3-41〉 시도별 노인돌봄종합서비스 이용 현황

광역시	노인돌봄종합서비스 이용자수	노인인구 대비 돌봄종합이용비율	등급의 중 돌봄종합이용비율
전국	30,283	0.5	18.8
서울	1,676	0.1	11.6
부산	2,171	0.5	19.2
대구	1,232	0.4	17.9
인천	1,222	0.4	16.7
광주	1,866	1.2	27.8
대전	796	0.5	17.9
울산	335	0.4	17.3
세종	55	0.3	12.8
경기	3,594	0.3	15.1
강원	1,626	0.7	26.5
충북	1,028	0.5	20.3
충남	1,524	0.5	17.3
전북	3,410	1.1	22.1
전남	3,468	0.9	21.5
경북	3,138	0.7	22.2
경남	2,789	0.6	17.5
제주	353	0.4	18.5

자료: 1) 보건복지부, 한국보건사회연구원, 노인장기요양보험 치매특별등급 도입에 따른 노인돌봄 서비스 개편방안 연구, 2014, p 74 시도별 노인돌봄종합서비스 이용자수(2014년 현재)  
2) 국민건강보험공단, 2014 노인장기요양보험 통계연보, 시도별 등급별 판정현황

도시지역과 농어촌 지역의 공식적 서비스의 공급실태와 현재 노인이 받고 있는 비공식 돌봄의 실태를 분석한 결과 농어촌의 노인은 도시지역에 비해 기능상태에서 더욱 취약한 상태임에도 불구하고, 공식적 서비스를 받을 수 있는 기반은 도시에 비해 부족한 상태이다. 또한 농어촌 지역은 허약노인의 비중이 도시에 비해서 높으나 독거, 노인부부가구의 비중이 높아 자녀로부터의 돌봄 보다는 노인돌봄종합서비스나 지역내 친인척, 이웃으로부터 돌봄이 이루어지고 있다.

전술한 분석내용을 정리하여 시사점을 제시하면 다음과 같다. 즉, 현재 노인돌봄은 노인장기요양보험을 중심으로 하여 이루어지고 있으며, 허약노인의 경우 가족에 의한 돌봄 또는 시장에 의한 서비스, 비가족원에 의한 돌봄을 통해 이루어지고 있다. 노인돌봄에서 비공식적 돌봄은 공식적 돌봄과 함께 큰 역할을 수행하고 있다. 따라서 향후 비공식적 돌봄이 계속적으로 유지되기 위해서는 노인을 돌보는 가족에 대한 지원체계가 마련되어야 할 것이며, 농어촌 지역에서는 가족 뿐 아니라 비가족원에 의한 돌봄 즉, 지역사회의 돌봄체계가 유지될 수 있는 방안 마련이 이루어져야 할 것이다.

제 4 장

## 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체 선택의 결정요인 분석과 비용추계

제1절 노인돌봄(케어)서비스의 결정요인 분석  
제2절 노인돌봄(케어)서비스의 비용지출 추계



# 4

## 노인돌봄(케어)서비스의 << 제공주체 선택의 결정요인 분석과 비용추계

### 제1절 노인돌봄(케어)서비스의 결정요인 분석

#### 1. 분석 배경

인구고령화는 한 사회의 인구 속성 및 사회경제적 환경 변화를 가져오고 있으며, 이 가운데 늘어나는 노인 의존의 문제를 어떻게 해결할 것인가가 주요 정책적 관심사로 부각되고 있다. 2008년 장기요양보험이 도입되어 노인돌봄의 사회화의 기반이 구축되었지만 장기요양시설의 무제한적인 양적 증가의 한계와 자신이 살던 지역 안에서 나이듦(소위, 샹터에서의 노화, aging in place)의 철학 하에 요양시설에서 돌봄서비스를 받기 보다는 지역사회 안에서 필요한 도움을 받으며 가능한 자신의 집에서 나이 들어갈 수 있는 환경구축이 요구되고 있다. 그리고 이를 위해서는 정부나 시장에 의한 공식 돌봄과 함께 배우자나 자녀, 그리고 지역사회를 중심으로 한 비공식 돌봄체계의 적절한 조합과 상호협력이 무엇보다도 중요하다고 할 수 있다.

같은 맥락에서 장기요양보험과 같은 공식 돌봄과 가족과 지역사회 중심의 비공식 돌봄의 상호관련성과 적절한 역할분담에 대한 연구와 논의가 보다 심화될 필요가 있다. 그러나 지금까지의 노인돌봄과 관련한 국내 연구는 장기요양보험을 중심으로 한 공식 돌봄과 가족을 주축으로 하는 비공식 돌봄을 개별 영역으로 구분하여 이원화되어 진행되어 왔다. 공식 돌봄과 관련한 국내 연구는 주로 장기요양보험이나 노인돌봄서비스 등과

같은 노인돌봄제도(강욱모, 2010; 선우덕 외, 2013; 정경희 외, 2013; 김찬우, 2014), 노인돌봄의 사회적 비용(선우덕 외, 2011; 한남경 외, 2013), 서비스 제공주체(문동규·강용규, 2014; 박경일 외, 2014) 등과 같은 중·거시적인 연구가 주를 이루고 있다. 그리고 비공식 돌봄과 관련한 연구는 돌봄제공자를 중심으로 가족수발자의 돌봄부담과 지원방안에 관한 연구가 축적되어 왔다(이홍자, 2012; 공선희, 2013).

고령화가 심화된 외국에서는 케어서비스의 다원화, 시장화, 그리고 커뮤니티에 의한 돌봄 등의 현상이 나타나고 있으며, 이와 함께 돌봄제공자의 다양성과 노인돌봄의 복잡성에 관한 논의가 증가하고 있다(山口麻衣, 2010). 이에 따라 노인돌봄과 관련한 학문 영역에서는 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 상호관련성에 대한 이론과 모델이 발전해왔다. 그러나 앞에서 언급했듯이 우리나라는 아직까지 공식 돌봄과 비공식 돌봄과의 관련성에 대한 실증적인 연구가 거의 전무한 실정이다. 지역사회에 거주하고 있는 노인들의 돌봄 필요 규모가 어떻게 되며, 누구에 의해 돌봄을 받고 있으며, 돌봄을 받지 못하고 있는 노인은 어떠한지, 그리고 돌봄제공 주체에 의한 돌봄유형은 어떤 특성을 보이는지 등에 관한 면밀한 분석과 검토는 미흡한 수준에 머물러 있다.

이에 본 장에서는 노인의 건강상태에 따라 돌봄이용 양상이 어떻게 변화되며, 노인의 인구사회학적 특성이나 가족구성원 특성, 거주지역 등에 따라 이용하고 있는 돌봄형태가 어떠한지에 대한 이해를 높이하고자 한다. 즉, 우리나라의 공식 돌봄과 비공식 돌봄이 어떤 관계가 있으며, 돌봄이 필요한 노인의 돌봄이용 유형은 어떻게 되는지, 그리고 돌봄유형을 결정하는 요인이 무엇인지에 대해 실증적으로 분석하고자 한다. 이를 통해 우리나라 공식 돌봄과 비공식 돌봄간의 관계와 위치를 파악하고, 고령사회의 노인 돌봄부담의 문제를 완화하기 위한 정책적, 실천적 함의를 제시하

고자 한다.

분석방법에 대해서 설명하면 다음과 같다. 본 장에서는 노인돌봄 제공 주체에 따른 노인돌봄 유형과 각 유형별 특성을 밝히는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 2014년 노인실태조사 자료를 활용하였다. 노인실태조사는 노인복지법에 의해 매 3년마다 실시되는 전국조사로서 2014년도 조사에서는 전국 10,451명의 노인을 대상으로 가족관계, 소득, 건강·기능상태, 경제활동, 여가활동 등에 관한 내용을 다루고 있다. 조사모집단은 2010년 인구주택총조사의 조사구 중 기숙사, 특수시설, 섬지역 조사구를 제외한 975개 조사구에 거주하는 65세 이상의 노인이다. 본 연구의 대상은 일상생활수행(ADL 및 IADL)과 관련한 동작을 1개 이상 ‘부분적 도움’ 혹은 ‘완전 도움’이 필요한 지역사회 거주 65세 이상 노인으로 1,905명이다.

분석에서 사용되는 주요 변수로 돌봄제공 주체에 의한 노인돌봄 유형을 파악하기 위해 ‘귀하께서는 일상생활을 수행하는데 누구의 도움을 받으십니까? 모두 말씀해 주십시오’를 활용하였다. 응답 범주로는 가족원(동거, 비동거), 친척·이웃·친구·지인, 개인 간병인이나 가사도우미(파출부), 장기요양보험서비스(요양보호사 등), 노인돌봄서비스(가사간병 등 공공돌봄서비스) 등의 5개 범주가 있다. 비공식 돌봄은 가족원과 친척·이웃·친구·지인으로부터의 도움을 받는 경우를, 공식 돌봄은 개인 간병인이나 가사도우미, 장기요양서비스, 노인돌봄서비스 등을 받는 경우를 의미한다. 그리고 혼합 돌봄은 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 모두 받는 유형을 지칭한다.

〈표 4-1〉 돌봄 제공자에 의한 노인돌봄 유형 구분

구분	돌봄 제공자
비공식 돌봄	- 가족원(동거, 비동거) - 친척, 이웃, 친구, 지인
공식 돌봄	- 개인 간병인이나 가사도우미 <sup>1)</sup> - 장기요양보험서비스 - 노인돌봄서비스(공공돌봄)
혼합 돌봄	비공식 돌봄과 공식 돌봄을 동시에 받음

주: 1) 이는 개인간병인이나 가사도우미(파출부)는 공식적인 제도에 의해 활동하지는 않지만, 보수를 받고(paid) 서비스를 제공한다는 측면에서 공식돌봄의 개념정의를 고려하여 공식 돌봄으로 분류함.

노인의 신체적 제약을 나타내는 변수는 일상생활수행능력(ADL)과 도구적 일상생활수행능력(IADL)을 활용하였다. ADL은 매일의 생활에서 기본적으로 행하게 되는 옷입기, 세수·양치·머리감기 등 7개 동작에 대해 완전자립(=1), 부분도움(=2), 완전도움(=3)으로 측정하고 있다. IADL은 몸단장, 집안일, 식사준비 등 총 10개 동작의 자립정도를 질문하고 있다. 본 분석에서는 ADL과 IADL 응답 문항에서 완전자립(=1), 부분도움(=2), 완전도움(=3)을 완전자립을 '0'으로, 부분도움과 완전도움을 '1'로 재코드화하여 분석에 사용하였다.

노인돌봄과 관련한 영향변수로는 성별(남성=1, 여성=2), 만 연령, 교육 수준, 배우자 유무, 동거자녀수, 거주지역(동부=1, 읍면부=2), 가구소득, 기초생활수급여부 등을 사용하였다. 교육수준의 응답범주는 미취학(=0), 무학(글자 모름, =1)에서 대학교 이상(=7)까지 구성되어 있으나, 본 연구에서는 무학(=0), 초졸(=1), 그리고 중졸 이상(=2)로 재코드화하여 사용하였다.

분석방법으로는 분석대상의 일반적 특성, 일상생활수행능력, 돌봄제공 유형 등의 특징을 파악하기 위해 빈도분석과 기술분석을 실시하였다. 그

리고 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄유형간 차이를 분석하기 위해 카이스퀘어 분석을 실시하였다. 마지막으로 노인돌봄유형을 결정하는 요인을 분석하기 위해 다항로지스틱 회귀분석을 실시하였다. 본 연구의 통계분석은 SPSS 21.0 통계패키지를 사용하였다.

## 2. 이론적 검토

공식 돌봄과 비공식 돌봄의 상호관계를 설명하는 이론으로 대체모형(substitution model), 위계적 보상모형(hierarchical compensatory model), 분업모형(task specificity model), 상호보완모형(complementarity model) 등이 있다.<sup>48)</sup>

위계적 보상모형(Cantor, 1979)은 비공식 돌봄체계가 부족하거나 기능을 하지 못할 때 공식 돌봄을 선택하게 된다는 모형이다. 위계적 보상모형이 대체모형과의 다른 점은 비공식 돌봄과 공식 돌봄은 위계적인 선택과정이 있다는 것이다. 즉, 노인이 도움을 필요로 할 때는 가장 먼저 배우자를 선택하고, 다음으로 자녀, 친구, 이웃, 그리고 공식 돌봄을 가장 마지막에 선택하게 된다는 것으로 노인은 비공식 돌봄의 모든 자원이 소진될 때 공식 돌봄(사회적 돌봄서비스, 전문화된 민간 돌봄서비스 등)에 의존하게 된다고 설명하고 있다. 이에 따라 공식 돌봄은 비공식 돌봄 자원의 존재여부와 양에 따라 결정된다고 할 수 있다.

대체모형(Green, 1983)은 공식 돌봄서비스가 비공식 돌봄을 대체한다고 보는 이론으로 공식 돌봄서비스가 증가할수록 비공식 돌봄이 감소하는 것으로 공식과 비공식 돌봄을 부적인(-) 관계로 설명하고 있다. 그러

48) 공식돌봄과 비공식돌봄의 관계에 관한 네 가지 모형에 관한 내용은 임진섭 외(2011) 및 Jimenez-Martin and Prieto(2012)의 내용을 일부 발췌하여 요약함

나 위계적 보상모델과의 차이 중의 하나로 가족은 공식적인 돌봄을 받는다 하더라도 비공식 돌봄 제공을 멈추지 않는다고 할 수 있다.

분업모형(Litwak, 1985)은 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 서로 대체하거나 위계적으로 선택되기 보다는 서로 다른 과업과 역할을 수행하는 관계로 설명하고 있다. 즉, 공식 돌봄은 전문적인 돌봄 서비스(과제), 특별한 훈련과 예측가능한 서비스(과제)를 담당하고, 비공식 돌봄은 비전문적이고, 비회일적인 그리고 예측하기 어려운 과제를 담당하는 것으로 설명하고 있다. 그러므로 노인이 필요한 서비스에 따라 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 선택이나 선호가 달라진다고 할 수 있다.

대체모형과 보상모델의 조합으로 이루어진 상호보완모형(Chappell, 1985; Chappell & Blandford, 1991)에서는 공식돌봄과 비공식 돌봄은 상호보완하는 관계가 있다고 주장하였다. 가족의 돌봄 노력을 보충하기 위해 공식 돌봄을 이용하더라도 비공식 돌봄의 양은 감소하지 않으며, 공식 돌봄이 제공되더라도 공식 돌봄이 비공식 돌봄 영역까지 전부를 담당하기 어렵다는 것을 보여주고 있다.

공식 돌봄과 비공식 돌봄에 관한 초기 연구에서는 공식 돌봄과 비공식 돌봄이 부적인 관계에 있다는 가설(주로 대체모형)을 중심으로 연구가 진행되었다. 그러나 최근에는 공식 돌봄이 비공식 돌봄을 촉진한다거나 돌봄 필요도나 증증화·고령화에 따라 돌봄의 조합이 많아진다는 등의 공동책임성이나 상보성에 주목한 연구가 다양하게 이루어지고 있다.

유럽의 5개국(영국, 독일, 노르웨이, 스페인, 이스라엘)을 대상으로 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 관련성에 대한 연구에서는 대체가설보다는 장려(encouragement)가설과 혼합책임(mixed responsibility)가설을 지지하였다(Motel-Klingebiel et al., 2005).

가족의 돌봄은 복지서비스가 미흡하거나 가족주의 국가에서 높고, 노

르웨이처럼 공식적 복지서비스가 발달한 국가에서는 낮게 나타났다. 그러나 노인의 건강특성, 가구특성 등을 통제할 경우, 국가간 가족돌봄의 차이는 유의하지 않아 대체모형은 검증되지 않은 것으로 나타났다. 그러나 복지국가 레짐에서는 전체 노인돌봄의 양이 높은 반면, 가족주의 국가에서는 공식 돌봄의 양이 상대적으로 낮은 것을 볼 수 있다. 이는 공식 돌봄이 가족 돌봄을 지원하고 가족이 노인돌봄에 참여할 수 있도록 장려하는 역할을 하고 있음을 보여주고 있다. 그리고 가족돌봄과의 혼합 돌봄은 노르웨이나 이스라엘과 같은 복지국가에서 더 높게 나타나 혼합책임 가설을 지지하였다. 즉, 노인돌봄에 대한 복지 인프라가 잘 정비된 국가에서는 혼합돌봄 현상이 나타나는 반면, 가족주의 국가에서는 혼합 돌봄 유형은 발견되지 않았다.

노인돌봄의 선호와 돌봄유형과 관련있는 요인은 노인의 신체적 건강상태, 가구형태, 자녀유무, 돌봄의 내용(말동무, 가사지원, 신체수발 등), 거주지역, 돌봄에 대한 규범의식 등 다양하게 제시되고 있다.

장기적인 케어가 필요할수록 공식 돌봄을 선호하고(Pinquant & Sorensen, 2002), 대도시 거주 고령자 중 독거노인과 저소득 노인일수록 공식돌봄에 대한 선호가 높은 것으로 나타났다(權·岡田·白澤 2004). 스웨덴의 홈헬퍼 이용에 관한 연구에서는 건강하지 않은 노인, 남성 노인, 고령노인, 독거노인이 혼합 돌봄, 즉 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 동시에 받는 것으로 분석되었다(Herlitz, 1997).

돌봄필요도와 관련하여 경증 노인에 대한 돌봄은 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 관계가 부(-)의 관계이고, 고령이면서 중증인 경우에는 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 동시에 이용하는 양(+)의 관계로 전환되는 것으로 나타났다(Mai, 2010). 이와 유사하게 중증노인일수록 혼합돌봄 비중이 많아지며, 독거노인일수록 공식 돌봄을 받을 가능성이 높으며, 아들은 돌봄유

형에 아무런 영향이 없는 반면 딸이 많을수록 비공식 돌봄 유형에 속할 가능성이 높게 나타났다(Paraponaris et al., 2012).

돌봄에 대한 노인의 인식이나 주관에 따라 노인돌봄 유형의 선호도도 달라지는 것으로 보고되고 있다. 전통적인 돌봄규범의식이 강할수록 공식 돌봄에 대한 선호가 약해지고(Min, 2005), 타인에게 부담을 주고 싶지 않다는 인식이 높을수록 공식 돌봄 선호도가 높은 것으로 나타났다(Wielink & Huijmsman, 1999).

공식 돌봄과 비공식 돌봄에 관한 연구결과를 종합한 Mai(2010)의 연구에서는 돌봄 내용에 따라 돌봄 선호 유형이 다른 것으로 나타났다. 돌봄 선호는 거주지역, 노인특성, 돌봄 내용, 돌봄 필요 시점 등에 따라 연구 결과의 차이가 나타나며, 돌봄 규범의식이나 자녀 유무 등도 관련이 있다는 것을 볼 수 있다. 그리고 가족 자원이 가까이 있어도 공식 돌봄만을 선호하는 경우도 발견되며, 직계 자녀에 의한 돌봄 선호가 높은 동시에 자녀돌봄에 대한 불확실성과 불안감도 가지고 있었다.

마지막으로 공식 돌봄과 비공식 돌봄의 조합으로 구성된 돌봄 유형에 관한 해외 연구들의 결과를 제시하면 다음과 같다. 적어도 한 개 이상 ADL 혹은 IADL 기능제한을 가진 70세 이상 미국 노인을 대상으로 돌봄 유형을 분석한 결과(Muramatsu & Campbell, 2002), 약 38%는 돌봄을 받지 못했으며, 48%는 비공식 돌봄을, 5%는 공식 돌봄을 받고 있었으며, 9%만이 혼합 돌봄(mixed care)을 받고 있는 것으로 나타났다. 이와 유사한 연구로 ADL 장애를 가진 75세 이상 스웨덴 노인의 돌봄유형에서는 비공식 돌봄만 받는 노인은 약 45%에 해당하였으며, 공식 돌봄은 15%, 그리고 혼합 돌봄을 받는 노인은 40%에 이르는 것으로 나타났다(Hellstrom & Hallberg, 2004). 그리고 지역사회에 거주하는 프랑스의 장애인노인의 돌봄 실태를 분석한 연구(Paraponaris et al., 2012)에서는

장애를 가진 노인의 1/3은 돌봄을 받지 못하는 무돌봄 유형(no care)에 해당되었으며, 돌봄을 받는 노인의 55%는 비공식 돌봄, 25%는 공식 돌봄, 20%는 돌봄혼합유형에 속하는 것으로 나타났다. 그리고 비공식 돌봄의 경제적 가치는 약 66억 유로이며, 이는 총 돌봄비용의 2/3에 해당되는 것으로 분석되었다.

### 3. 노인돌봄 제공특성 및 유형 분석

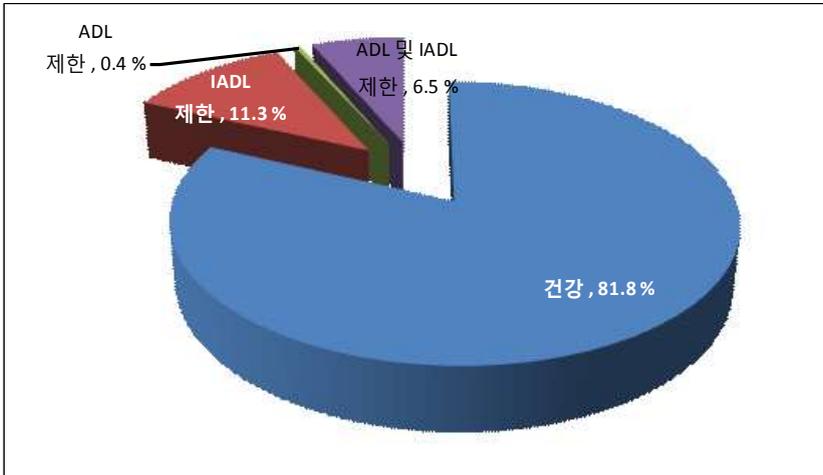
#### 가. 일상생활수행능력 제한 노인의 특성 및 돌봄현황

만 65세 이상 노인의 81.8%는 신체적 기능에 있어 일상생활에 어려움이 없는 건강한 노인이지만, 나머지 18.2%는 일상생활수행에 부분적이라도 제한이 있는 것으로 나타났다. 전체 노인의 약 11.3%는 도구적 일상생활수행능력의 제한이 있으며, 6.9%는 ADL 장애를 가지고 있는 것을 볼 수 있다.

〈표 4-2〉 일상생활수행능력에 따른 노인 건강상태 현황

구분	전체노인 기준		일상생활제한노인 기준	
	빈도(명)	백분율(%)	빈도(명)	백분율(%)
건강	8,545	81.8		-
IADL 제한	1,184	11.3	1,184	62.1
ADL 제한	42	.4	42	2.2
ADL 및 IADL 제한	680	6.5	680	35.7
합계	10,451	100.0	1,906	100.0

[그림 4-1] 일상생활수행능력에 따른 노인 건강상태 현황



일상생활수행능력의 제한이 있는 노인의 일반적 특성을 살펴보면, 남성이 24.2%, 여성이 75.8%로 여성의 비중이 남성에 비해 3배 가량 높게 나타났다. 분석대상 노인의 평균 연령은 79.1세로 75세 이상 노인이 전체의 2/3를 차지하고 있으며, 무학인 노인이 약 57%로 나타났다. 배우자가 없는 노인이 58.5%, 평균 자녀수는 3.9명이며, 자녀와 동거하지 않는 노인이 62.8%, 혼자 살고 있는 노인은 전체의 28.0%로 분석되었다. 장기요양등급(1~5등급)을 받은 노인은 전체의 16.7%이며, 이 중 절반 이상이 3등급 판정을 받은 것으로 나타났다. 월평균 의료비는 약 9만원이 지출되고 있으며, 작년 한해 가구소득 평균은 약 2,068만원으로 분석되었다.

일상생활수행능력 제한 노인의 81.6%는 가족이나 가족이외의 사람으로부터 도움을 받지만, 18.4%는 공식 혹은 비공식적 도움을 받지 못하고 있는 것으로 나타났다. ADL 제한이 있는 노인 중 공식 혹은 비공식적 도움을 받고 있는 비중은 94.0%이며, IADL 제한이 있는 노인은 74.1%만 도움을 받고 있는 것으로 나타났다.

도움이 필요함에도 불구하고 누구의 도움을 받지 않는 이유로는 ‘혼자 견딜만 해서’가 58.0%로 가장 높았으며, ‘도움이 필요 없어서’가 38.1%, ‘비용이 부담될 것 같아서’가 3.1% 등으로 나타났다.

〈표 4-3〉 일상생활수행능력 제한 노인의 일반적 특성(N=1,906)

구분		빈도	백분율	평균(SD)
성별	남	461	24.2	-
	여	1,445	75.8	
연령	65~69	179	9.4	79.1세 (7.1)
	70~74	384	20.1	
	75~80	423	22.2	
	80~84	453	23.8	
	85세 이상	467	24.5	
학력	무학	1,086	57.0	교육년수 3.6년 (4.3)
	초등학교 졸업	531	27.8	
	중학교 졸업 이상	289	15.2	
배우자 유무	없음	1,116	58.5	-
	있음	790	41.5	
자녀동거 여부	없음	1,197	62.8	-
	있음	709	37.2	
독거여부	독거	533	28.0	-
	비독거	1,372	72.0	
기초생활수급현황	기초생활수급자	190	10.0	
	의료급여수급자	38	2.0	
	비수급자	1,677	88.0	
장기요양 등급	해당없음	1,528	80.2	-
	1등급	21	1.1	
	2등급	57	3.0	
	3등급	205	10.8	
	4등급	27	1.4	
	5등급	8	0.4	
	등급외	58	3.0	
구분		평균	표준편차	범위
자녀수(명)		3.9	1.81	0-13
월평균 의료비 지출(만원)		8.9	16.25	0-250
연평균 가구소득(만원)		2,067.6	5,001.5	140-152,116

〈표 4-4〉 일상생활수행능력에 따른 돌봄 유무

구분	도움여부		소계
	예	아니오	
IADL	877(74.1)	307(25.9)	1,184(100.0)
ADL	670(94.0)	42( 6.0)	722(100.0)
전체	1,557(81.6)	349(18.4)	1,906(100.0)

〈표 4-5〉 도움을 받지 않는 이유

구분	빈도	백분율
도움이 필요 없어서	133	38.1
혼자 견딜만해서	203	58.0
도움을 어디에 신청할지 몰라서	3	0.8
비용이 부담될 거 같아서	11	3.1
합계	349	100.0

부분적이라도 1개 이상의 동작에서 일상생활에 어려움이 있는 노인 중에서 누구로부터 도움을 받지 않은 노인의 일반적 특성을 간략하게 살펴 보았다. 그 결과, 무돌봄 노인은 돌봄을 받고 있는 노인에 비해 여성노인의 비중이 높고(여성 91.2%, 남성 8.8%), 배우자가 없고, 혼자 사는 노인 비중이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 또한 돌봄을 받지 않은 노인의 평균 연령은 77.2세로 돌봄을 받고 있는 노인의 평균연령 79.5세보다 낮았으며, 돌봄을 받지 않은 노인의 ADL와 IADL 제한 동작 개수도 통계적으로 유의한 수준에서 적은 것으로 분석되어 상대적으로 기능상태 수준이 양호하다고 볼 수 있다.

일상생활수행능력에 부분적이라도 제약이 있지만, 가족이나 공적 서비스로부터 도움을 받지 않는 노인의 95% 정도(혼자 견딜만해서 58% 및

도움이 필요 없어서 38.1%)는 도움의 필요성이 낮다고 인식하고 있다고 할 수 있다. 그리고 건강상태 역시 상대적으로 양호하다고 판단됨에 따라 돌봄의 받지 않는 노인은 본 분석의 돌봄유형에서 제외하고자 한다.

〈표 4-6〉 무돌봄(no care) 노인의 일반적 특성(N=349)

구분		빈도	백분율
성별	남성	31	8.8
	여성	319	91.2
배우자 유무	무배우자	233	66.6
	유배우자	117	33.4
독거여부	독거노인	170	48.7
	비독거노인	179	51.3
구분		돌봄을 받지 못하는 노인 평균	돌봄받는 노인 평균
연령(세)***		77.2	79.5
ADL 합***		0.13	1.18
IADL 합***		1.36	6.06

주: \*\*\*  $p < .001$

## 나. 노인돌봄제공주체에 따른 돌봄유형 특성 분석

일상생활수행능력 제한노인에게 돌봄을 제공하고 있는 주체를 분석한 결과, 가족으로부터 돌봄을 받는 노인이 75.0%로 가장 많았으며 요양보호사 12.6%, 친척이나 이웃 등은 6.0%, 노인돌봄서비스 이용자는 5.2%, 그리고 개인간병인이나 가사도우미 이용자는 1.0%로 나타났다.

돌봄 제공주체가 1개인 노인은 전체의 79.2%이며, 2개인 노인은 19.2%, 그리고 3개인 노인은 1.6%로 돌봄제공 주체는 1개 유형에서 최대 3개까지 분포하는 것으로 나타났다.

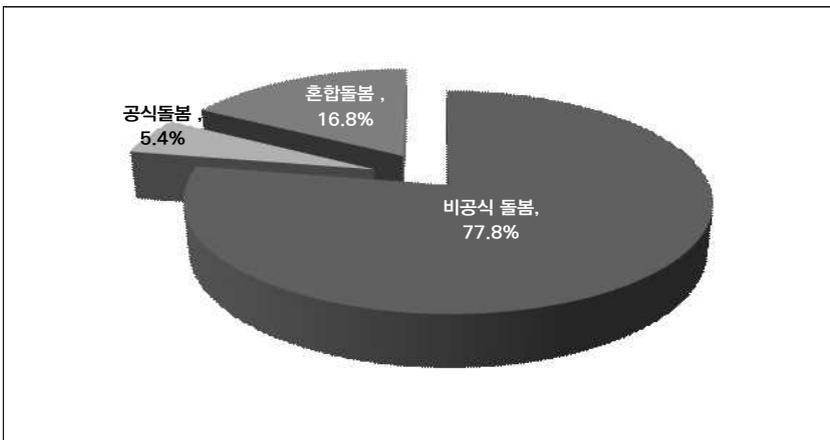
〈표 4-7〉 돌봄제공자 유형 및 개수(중복응답)

구분	범주		빈도	비율
돌봄 제공자 형태	비공식 돌봄	가족원(동거, 비동거)	1,430	75.0
		친척·이웃·친구·지인	114	6.0
	공식 돌봄	개인간병인이나 가사도우미	20	1.0
		요양보호사(장기요양보험)	240	12.6
		노인돌봄서비스	99	5.2
돌봄 제공 주체수	1		1,233	79.2
	2		299	19.2
	3		24	1.6
	합계		1,556	100.0

일상생활수행능력에 따른 돌봄유형을 살펴보면, 전체적으로 비공식돌봄만을 받는 노인은 77.8%, 공식 돌봄만을 받는 신체적 기능 저하 노인의 5.4%, 그리고 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 동시에 받고 있는 노인은 16.8%로 나타났다.

〔그림 4-2〕 노인돌봄유형 현황

(단위, %)



공식 혹은 비공식 돌봄을 받는 노인의 대부분은 IADL 동작 중 1개 이상의 제한을 가지고 있는 것으로 나타났다. 즉, 비공식 돌봄을 받는 노인의 99.3%, 혼합 돌봄을 받는 노인의 99.6%, 그리고 공식 돌봄을 받는 노인의 100%는 최소 1개 이상의 IADL 제한을 가지고 있었다. 돌봄유형별 최소 1개 이상의 ADL 제한이 있는 노인은 비공식 돌봄의 34.5%, 공식 돌봄의 48.2%, 혼합 돌봄의 84.7%로 분석되었다. ADL 제한동작 개수를 보면, 비공식 돌봄유형은 평균 0.78개로 가장 적었으며, 혼합유형은 3.09개로 월등히 많은 것으로 나타났다. 마찬가지로 IADL 제한동작 개수도 혼합 돌봄이 7.48개로 가장 많았으며, 비공식 돌봄 3.92개, 공식 돌봄 3.82개로 나타났다(표 4-8, 그림 4-3 참조).

전반적으로 공식 혹은 비공식 돌봄을 받고 있는 노인은 1개 이상의 IADL 제한을 가지고 있는 반면, ADL의 경우 1개 이상 제한동작이 있는 비중과 평균 제한동작 개수는 비공식 돌봄이 가장 적었으며, 혼합 돌봄에 속한 노인이 가장 많은 것으로 나타났다.

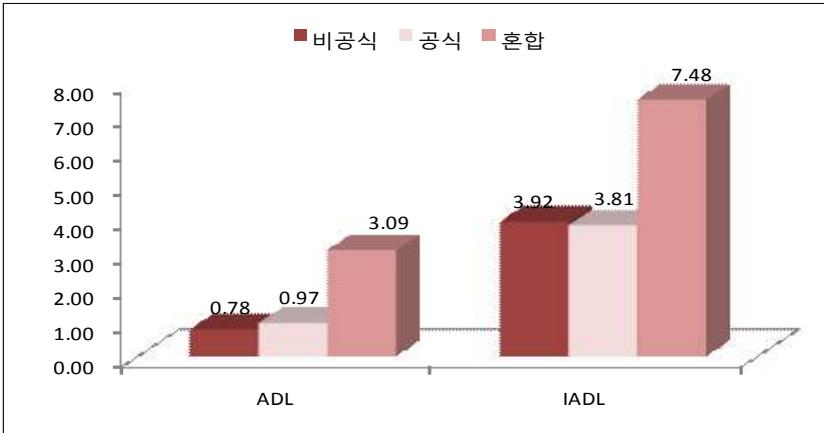
가족으로부터 돌봄을 받는 비공식 돌봄과 혼합 돌봄을 중심으로 가족 돌봄제공 주체와 돌봄 제공량을 살펴보았다. 비공식 돌봄과 혼합 돌봄의 가족돌봄 제공자 형태를 보면, 비공식 돌봄은 혼합 돌봄에 비해 배우자로부터 돌봄을 받는 비중이 높았으며(비공식 돌봄 38.6%, 혼합 돌봄 33.6%), 반면 혼합 돌봄에 속한 노인들은 아들이나 딸로부터 돌봄을 받는 비중이 상대적으로 높게 나타났다. 이 밖에 며느리나 기타 가족구성원으로부터 돌봄을 받는 비중은 비공식 돌봄과 혼합 돌봄간의 차이는 크지 않은 것으로 분석되었다(표 4-9 참조).

〈표 4-8〉 일상생활수행능력(1개 동작 이상 제한 여부) 따른 돌봄유형 비중

(단위: 명, %)

구분	비공식 돌봄	공식 돌봄	혼합 돌봄	소계
IADL 제한	1,202(99.3)	84(100.0)	260(99.6)	1,546(99.4)
ADL 제한	418(34.5)	41( 48.2)	221(84.7)	680(43.6)

〔그림 4-3〕 일상생활수행능력(ADL 및 IADL 제한동작 개수 평균)에 따른 돌봄유형 현황



〈표 4-9〉 가족 돌봄제공 주체 현황

(단위: 명, %)

구분	배우자	아들	며느리	딸	기타 <sup>1)</sup>
비공식 돌봄	455(38.6)	292(24.8)	147(12.5)	237(20.1)	48(4.1)
혼합 돌봄	84(33.6)	68(27.2)	29(11.6)	58(23.2)	11(4.4)

주: 1) 손자녀, 노인의 형제, 사위 등이 포함

비공식 돌봄만을 받는 노인의 경우, 가족으로부터 거의 매일 반일 이상 돌봄을 받는 비중이 36.6%로 가장 많았으나, 일주일에 1회 미만도 30.3%로 높게 나타났다. 이와 대조적으로 혼합 돌봄을 받는 노인의 경우

거의 매일 반일 이상 가족으로부터 돌봄을 받는다는 비중이 50.0%, 거의 매일 하루 종일도 16.3%로 혼합 돌봄 노인의 약 66%는 거의 매일 가족의 돌봄을 받는 것으로 나타났다. 그러나 약 15%에 해당하는 노인은 가족으로부터 일주일에 1회 미만의 돌봄을 받는다고 응답하였다.

〈표 4-10〉 가족 돌봄제공의 돌봄제공량

(단위: 명, %)

구분	거의 매일 하루 종일	거의 매일 반일 이상	일주일에 3~4일 정도	일주일에 1~2일 정도	일주일 1회 미만
비공식 돌봄	112(9.5)	431(36.6)	102(8.7)	177(15.0)	357(30.3)
혼합 돌봄	41(16.3)	1,126(50.0)	21(8.3)	27(10.7)	37(14.7)

노인의 일반적 특성에 따른 돌봄유형을 살펴보면, 남성은 여성보다 비공식 돌봄 비중이 높으며, 공식 돌봄과 혼합 돌봄은 남성보다 여성노인의 비율이 높게 나타났다. 연령대가 높아질수록 비공식 돌봄의 비중은 낮아지고, 혼합 돌봄의 비중이 증가하는 경향성을 발견할 수 있다. 학력도 마찬가지로 학력이 높아질수록 비공식 제공주체만의 돌봄을 받는 비중은 낮아지고, 혼합 돌봄의 비중이 증가하는 것을 볼 수 있다.

배우자 유무에 따른 혼합 돌봄의 비중 차이는 크지 않았으나, 공식 돌봄은 배우자가 없는 노인이 8.5%인 반면 배우자가 있는 노인은 1.3%로 배우자 유무에 따른 공식 돌봄 비중의 차이가 큰 것으로 나타났다. 배우자 유무와 유사하게 독거노인이 비독거 노인에 비해 비공식 돌봄 비중(62.3%)이 낮고, 공식 돌봄 비중(19.0%)이 높은 것으로 나타났다.

자녀와 같이 살고 있는 노인집단은 그렇지 않은 집단에 비해 비공식 돌봄 비중(84.3%)이 높았으며, 자녀와 동거하지 않은 노인은 자녀와 동거하고 있는 노인에 비해 공식 돌봄 비중(8.6%)이 높게 나타났다. 장기요양

인정등급을 받은 여부와 관련해서 등급과 관계없이 장기요양등급을 받은 노인의 경우, 혼합 돌봄 비중은 66.6%에 이르며, 비공식 돌봄은 21.5%, 공식 돌봄은 12.0%에 이르는 것으로 나타났다.

〈표 4-11〉 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄유형(N=1,557)

(단위: 명, %)

구분		사례수	비공식	공식	혼합	계	$\chi^2$
전체		1,556	77.8	5.5	16.8	100.0	-
성별	남	431	83.8	2.6	13.7	100.0	15.326***
	여	1,126	75.5	6.6	17.9	100.0	
연령	65~69	146	80.1	6.2	13.7	100.0	33.597***
	70~74	291	87.6	4.8	7.6	100.0	
	75~80	323	78.0	3.7	18.3	100.0	
	80~84	373	75.6	7.0	17.4	100.0	
	85세 이상	422	72.3	5.2	22.5	100.0	
학력	무학	805	81.0	4.0	15.0	100.0	18.402***
	초졸	475	77.5	6.3	16.2	100.0	
	중졸 이상	276	69.2	8.0	22.8	100.0	
배우자	없음	883	73.3	8.5	18.2	100.0	44.267***
	있음	673	83.8	1.3	14.9	100.0	
독거여부	독거	363	62.3	19.0	18.7	100.0	178.464***
	비독거	1,194	82.6	1.3	16.2	100.0	
자녀 동거	없음	922	73.3	8.6	18.1	100.0	46.590***
	있음	635	84.3	0.9	14.8	100.0	
장기요양 등급	없음	1,240	92.2	3.8	4.0	100.0	782.293***
	있음	317	21.5	12.0	66.6	100.0	
거주지역	동부	1,156	77.7	5.4	17.0	100.0	.180
	읍면부	401	78.1	5.7	16.2	100.0	
기초수급 <sup>1)</sup>	수급	152	50.0	25.7	24.3	100.0	150.591***
	비수급	1,404	80.8	3.2	16.0	100.0	

주: 1) 국민기초생활보장수급자는 아니지만 의료급여수급자는 38명(2.0%)으로 유효수가 적어 비수급 집단에 포함시킴

2) \* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

거주지역에 따라서는 비공식 돌봄, 공식 돌봄, 혼합 돌봄간의 통계적으로 유의한 차이는 발견되지 않았다. 그리고 국민기초생활수급자와 그렇지 않은 노인의 경우, 기초수급노인의 경우 비공식 돌봄(50.0%) 비중이 상대적으로 낮지만 공식 돌봄(25.7%)과 혼합 돌봄(24.3%)의 수준은 비수급 노인에 비해 높은 것으로 나타났다.

노인돌봄유형별 자녀수 및 가구총소득을 분석한 결과, 자녀수는 비공식 돌봄과 혼합 돌봄 유형에 속한 노인이 4.0명과 3.9명으로 많았으며, 공식 돌봄에 속한 노인은 2.7명으로 상대적으로 적은 것을 볼 수 있다. 가구 총소득은 혼합 돌봄 유형에 속한 노인의 가구소득이 약 3,098만원으로 가장 많았으며, 다음은 비공식 돌봄 약 2,109만원으로 나타났다. 그러나 공식 돌봄에 속한 노인의 가구 총소득은 880만원 정도로 다른 유형에 비해 가구 소득이 현저히 낮은 수준이었다.

〈표 4-12〉 노인돌봄유형별 자녀수 및 가구총소득

구분	비공식 돌봄	공식 돌봄	혼합 돌봄
자녀수(명)	4.0 (1.79)	2.7 (1.96)	3.9 (1.77)
가구총소득(만원)	2,109.2 (1913.57)	880.5 (718.13)	3,098.4 (12,693.39)

기존의 설문문항에서는 일상생활수행능력을 평가하는 항목의 응답범주를 완전자립(=1), 부분도움(=2), 완전 도움(=3)으로 코딩하였다. 그러나 ADL 제한 동작 개수를 파악하기 위해 완전자립을 '0'으로, 그리고 부분적인 도움이 필요한 경우에도 ADL 제한으로 간주하여 부분도움과 완전도움을 '1'로 재코드화하여 분석에 사용하였다.

일상생활수행능력(ADL) 제한 동작 개수에 따른 돌봄유형 분포를 보면, 1개 동작에 어려움이 있는 노인은 비공식 돌봄이 74.5%, 혼합 돌봄이

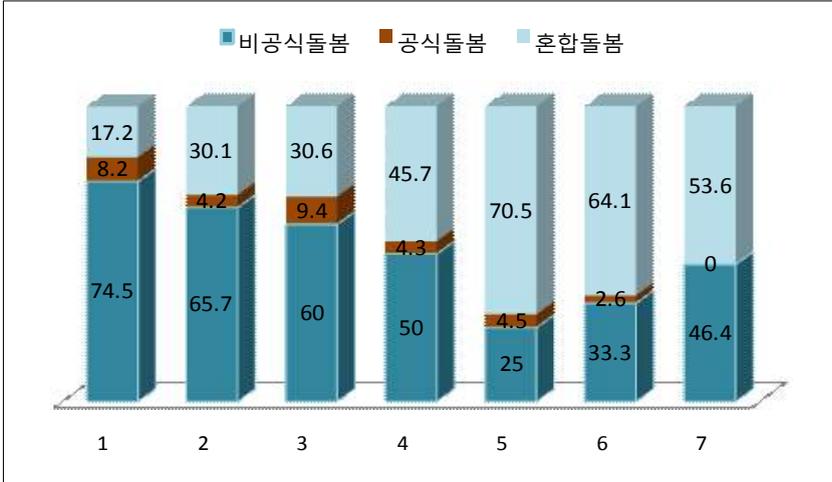
17.2%, 공식 돌봄이 8.2%로 분석되었다. 2개 동작에 어려움이 있는 노인은 비공식 돌봄 65.7%, 혼합 돌봄 30.1%, 공식 돌봄 4.2% 수준이었다. 일상생활동작 7개 중 3개 동작에 어려움이 있는 노인의 60.0%는 비공식 돌봄만을 받고 있었으며, 공식 돌봄은 9.4%, 혼합 돌봄이 30.6%로 나타났다. 5개 이상 동작에 어려움이 있는 노인은 비공식 돌봄이 25.0%, 혼합 돌봄 70.5%, 공식 돌봄 4.5%이었으며, 6개 이상 동작에 제한이 있는 노인부터는 비공식 돌봄만을 받는 비중은 25%에서 50% 미만으로 급감하는 대신 혼합 돌봄의 비중이 50~70% 안팎으로 급증하는 것으로 나타났다.

전반적으로 ADL 동작 중 3개까지 제약이 따르는 경우 비공식 돌봄만을 받는 비중이 60%를 상회하였으나, 4개의 제약이 있는 경우에는 비공식 돌봄 비중이 50%로 감소하였다. 그리고 5개 이상의 제약이 있는 노인부터는 비공식 돌봄 비중이 점차 감소하고 혼합 돌봄 유형 비중이 50%를 넘는 것으로 나타났다. 즉, 노인의 기능적 중증도가 높아질수록 가족을 중심으로 하는 비공식 돌봄보다는 공식 돌봄과 비공식 돌봄에 의한 혼합 돌봄 형태로 전환되는 것을 볼 수 있다.

〈표 4-13〉 ADL 제한 동작 개수에 따른 돌봄유형(N=680)

동작제한 개수	사례수	비공식 돌봄	공식 돌봄	혼합 돌봄	계
1	267	74.5	8.2	17.2	100.0
2	143	65.7	4.2	30.1	100.0
3	85	60.0	9.4	30.6	100.0
4	46	50.0	4.3	45.7	100.0
5	44	25.0	4.5	70.5	100.0
6	39	33.3	2.6	64.1	100.0
7	56	46.4	0	53.6	100.0

[그림 4-4] ADL 제한 동작 개수에 따른 돌봄유형



돌봄 유형은 노인의 신체적 건강상태와 관련이 있으며, 신체적 건강상태가 악화될수록 우울수준도 높아지는 것으로 알려져 있다. 아래 표에서 볼 수 있듯이, 신체적 제약이 있는 노인의 65.7%는 우울을 의심할 수 있는 수준으로 나타났다. 그러나 우울증이 의심되는 노인의 비율은 비공식 돌봄 62.3%, 공식 돌봄 57.1%, 혼합 돌봄 84.3%로 나타났다. 즉, 돌봄 필요도가 높은 집단인 혼합 돌봄에 속한 노인의 우울의심 비중이 가장 높게 나타났다.

〈표 4-14〉 돌봄유형에 따른 우울수준

구분	비공식돌봄	공식돌봄	혼합돌봄	소계
정상	457( 37.7)	36( 42.9)	41( 15.7)	534( 34.3)
우울의심	754( 62.3)	48( 57.1)	220( 84.3)	1,022( 65.7)
전체	1,211(100.0)	84(100.0)	261(100.0)	1,556(100.0)

#### 다. 노인돌봄유형 결정요인 분석

일상생활수행능력의 제약이 있는 노인을 대상으로 노인돌봄유형을 결정하는 요인이 무엇인지를 다항로지스틱 회귀분석을 통해 분석하였다. 본 분석에서는 비공식 돌봄 유형을 기준으로 설정하였으며, 비공식 돌봄과 공식 돌봄, 비공식 돌봄과 혼합 돌봄, 그리고 공식 돌봄과 혼합 돌봄 간의 집단간의 차이를 결정하는 요인을 검증하였다.

첫 번째로 비공식 돌봄과 공식 돌봄간의 차이를 분석한 결과, 성별( $p < .05$ ), 교육수준( $p < .001$ ), 배우자 유무( $p < .001$ ), 동거 자녀수( $p < .01$ ), 거주지역( $p < .05$ ), 가구소득( $p < .01$ ), 기초수급여부( $p < .001$ ), ADL 제한동작수( $p < .05$ )가 비공식 돌봄과 공식 돌봄의 차이를 결정하는 요인으로 나타났다. 교육수준에서 중졸 이상인 노인이 무학이나 초졸인 노인에 비해 비공식 돌봄보다는 공식 돌봄을 받을 가능성이 높게 나타났으며, 배우자가 없는 노인이, 그리고 동거자녀수가 적을수록, 가구소득이 낮은 노인일수록, 그리고 기초수급권자인 노인이 비공식 돌봄보다는 공식 돌봄을 받을 확률이 높았다.

두번째로 비공식 돌봄과 혼합 돌봄 유형을 결정짓는 요인으로는 성별( $p < .001$ ), 교육수준( $p < .01$ ), 배우자 유무( $p < .001$ ), 동거자녀수( $p < .001$ ), 기초수급여부( $p < .01$ ), ADL 제한동작 개수( $p < .001$ ), IADL 제한동작 개수( $p < .001$ )로 나타났다. 남성노인보다 여성노인이 비공식 돌봄이 아닌 혼합 돌봄에 속할 가능성이 높았으며, 중졸 이상 노인이 무학인 노인보다 비공식 돌봄이 아닌 혼합 돌봄에 속할 가능성이 높게 나타났다. 배우자가 없는 노인이 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높으며, 동거자녀수가 적을수록 혼합 돌봄에 속할 가능성이 증가하였으며, 기초생활수급노인이 비수급권 노인에 비해 혼합 돌봄에 속할 가능성이 증가하였다. ADL 제한동작 개수

와 IADL 제한 동작 개수가 증가할수록 비공식 돌봄보다 혼합 돌봄을 받을 확률이 증가하였다.

〈표 4-15〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 분석(비공식돌봄과 공식돌봄)

(기준집단: 비공식돌봄)

구분	공식 돌봄(모델1)		공식 돌봄(모델2)	
	exp(B)	CI	exp(B)	CI
성별	2.367*	(1.045- 5.362)	2.486*	(1.090- 5.669)
연령	1.022	(.986- 1.058)	1.014	(.977- 1.052)
학력 (기준: 중졸 이상)				
무학	.074***	(.034- .164)	.087***	(.039- .194)
초졸	.209***	(.099- .444)	.227***	(.105- .490)
배우자 유무	.096***	(.042- .224)	.081***	(.034- .193)
동거자녀수	.150***	(.056- .403)	.137***	(.050- .374)
거주지역	1.808	(.983- 3.325)	1.856*	(1.002- 3.438)
가구소득	.539*	(.332- .876)	.516**	(.313- .850)
기초수급여부 (기준: 비수급자)				
의료급여수급자	1.026	(.118- 8.922)	.852	(.099- 7.365)
기초보장수급자	8.078***	(4.482- 14.559)	6.987***	(3.863- 12.638)
ADL 제한 동작수			1.236*	(.997- 1.534)
IADL 제한 동작수			1.056	(.928- 1.201)
만성질환개수			1.062	(.929- 1.214)
유효수(N)	1,556		1,556	
Likelihood $X^2$ (df)	271.603(20)***		648.231(26)***	
-2Log Likelihood	1755.614		1380.008	

주: 1) 성별(남성=1, 여성=2), 교육수준(무학=0, 초졸=1, 중졸 이상=2), 배우자 유무(없음=0, 있음=1), 거주지역(도시=1, 농어촌=2), 가구소득은 로그화한 값임. 장기요양등급(0=없음, 1=1등급~5등급), 기초수급여부(수급=1, 비수급=2)

2) CI: 95% confidence interval

3) \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

〈표 4-16〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 분석(비공식돌봄과 혼합돌봄)

(기준집단: 비공식돌봄)

구분	혼합 돌봄(모델1)		혼합 돌봄(모델2)	
	exp(B)	CI	exp(B)	CI
성별	1.872**	(1.265- 2.771)	2.554***	(1.601- 4.072)
연령	1.055***	(1.033- 1.077)	1.020	(.995- 1.046)
학력 (기준: 중졸 이상)				
무학	.330***	(.216- .505)	.430**	(.260- .711)
초졸	.478***	(.315- .724)	.630	(.387- 1.026)
배우자 유무	.713	(.494- 1.030)	.388***	(.247- .609)
동거자녀수	.459***	(.319- .662)	.274***	(.175- .430)
거주지역	1.139	(.819- 1.584)	1.414	(.958- 2.089)
가구소득	1.347**	(1.089- 1.667)	1.119	(.868- 1.442)
기초수급여부 (기준: 비수급자)				
의료급여수급자	1.492	(.621- 3.589)	.756	(.254- 2.252)
기초보장수급자	2.734***	(1.730- 4.322)	2.119**	(1.252- 3.587)
ADL 제한 동작수			1.329***	(1.197- 1.476)
IADL 제한 동작수			1.394***	(1.286- 1.512)
만성질환개수			1.062	(.981- 1.151)
유효수(N)	1,556		1,556	
Likelihood $X^2$ (df)	271.603(20)***		648.231(26)***	
-2Log Likelihood	1755.614		1380.008	

주: 1) 성별(남성=1, 여성=2), 교육수준(무학=0, 초졸=1, 중졸 이상=2), 배우자 유무(없음=0, 있음=1), 거주지역(도시=1, 농어촌=2), 장기요양등급(0=없음, 1=1등급~5등급), 기초수급여부(수급=1, 비수급=2)

2) CI: 95% confidence interval

3) \* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

〈표 4-17〉 노인돌봄유형의 영향요인에 관한 다항로지스틱 분석(공식돌봄과 혼합돌봄)

(기준집단: 공식돌봄)

구분	혼합 돌봄(모델1)		혼합 돌봄(모델2)	
	exp(B)	CI	exp(B)	CI
성별	.791	(.333 - 1.878)	1.027	(.420- 2.513)
연령	1.033	(.995 - 1.072)	1.006	(.966- 1.047)
학력 (기준: 중졸 이상)				
무학	4.448***	(1.958- 10.105)	4.923***	(2.102- 11.531)
초졸	2.282*	(1.038- 5.020)	2.772*	(1.217- 6.313)
배우자 유무	7.393***	(3.073- 17.790)	4.778*	(1.908- 11.967)
동거자녀수	3.057*	(1.101- 8.488)	1.998	(.701- 5.689)
거주지역	.630	(.328- 1.208)	.762	(.386- 1.503)
가구소득	2.498***	(1.503- 4.150)	2.167**	(1.272- 3.692)
기초수급여부 (기준: 비수급자)				
의료급여수급자	1.454	(.151- 13.973)	.888	(.086- 9.169)
기초보장수급자	.338*	(.179- .640)	.303**	(.154- .598)
ADL 제한 동작수			1.075	(.865- 1.336)
IADL 제한 동작수			1.321**	(1.149- 1.518)
만성질환개수			1.000	(.870- 1.150)
유효수(N)	1,556		1,556	
Likelihood $\chi^2$ (df)	271.603(20)***		648.231(26)***	
-2Log Likelihood	1755.614		1380.008	

주: 1) 성별(남성=1, 여성=2), 교육수준(무학=0, 초졸=1, 중졸 이상=2), 배우자 유무(없음=0, 있음=1), 거주지역(도시=1, 농어촌=2), 장기요양등급(0=없음, 1=1등급~5등급), 기초수급여부(수급=1, 비수급=2)

2) CI: 95% confidence interval

3) \* p<.05; \*\* p<.01; \*\*\* p<.001

셋째로 공식 돌봄과 혼합 돌봄 유형을 결정짓는 요인으로는 교육수준( $p < .001$ ,  $p < .05$ ), 배우자 유무( $p < .001$ ), 가구소득( $p < .001$ ), 기초수급여부( $p < .01$ ), IADL 제한동작 개수( $p < .01$ )로 나타났다. 중졸 이상 노인보다는 무학이나 초졸인 노인이 공식 돌봄보다는 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높았으며, 배우자가 있고 가구소득이 높은 노인이 공식 돌봄보다는 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높게 나타났다. 가구소득과 마찬가지로 기초수급권자보다는 비수급자인 노인이 공식 돌봄보다는 혼합 돌봄에 속할 확률이 높았다. 건강상태와 관련해서는 IADL 개수가 높을수록 공식 돌봄보다는 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높아지는 것으로 분석되었다.

## 라. 소결

본 장에서는 2014년도 노인실태조사 자료를 활용하여 노인돌봄의 특성과 유형을 도출하였다. 주요결과 및 시사점을 제시하면 다음과 같다.

먼저, 65세 이상 노인의 약 82%는 신체적 기능장애가 없는 건강한 노인으로 나타났으며, 신체적 기능상태 제한이 있는 노인의 약 18%는 돌봄을 받지 못하는 것으로 나타났다. 그러나 공식 혹은 비공식 돌봄을 받지 못하는 노인의 대부분은 상대적으로 일상생활수행의 제한정도도 낮아 돌봄의 필요성도 적다고 할 수 있다. 그리고 신체적 기능제한이 있어 주변의 도움을 받고 있는 노인의 약 77.8%는 비공식 돌봄만을 받고 있으며, 16.8%는 공식 돌봄과 비공식 돌봄을 동시에 받는 혼합유형이며, 나머지 5.4%는 공식 돌봄만을 받고 있는 것으로 나타났다.

둘째, ADL에서 5개 이상 동작의 제한이 있는 노인의 경우, 비공식 돌봄 비중은 50% 이하로 감소하는 반면 혼합 돌봄 비중이 50~67%로 증가하는 것으로 나타났다. 즉, 신체적 기능상태의 중증화가 진행될수록 혼합

돌봄 비중이 증가하고 있는 것을 볼 수 있다. 그러나 다른 한편으로는 신체적 기능상태가 중증화가 되어도 여전히 공적 돌봄서비스를 받지 못하고 비공식 돌봄에만 의존하는 노인 비중도 절반 안팎을 차지하고 있는 것도 볼 수 있다. 즉, 신체적 기능 제약이 있지만 공식 돌봄으로 포괄하기는 아직까지 한계가 있으며, 이로 인해 가족에 의해 비공식 돌봄의 역할이 노인 돌봄의 핵심적인 역할을 수행하고 있다고 할 수 있다. 그러므로 요양보호사 또는 노인돌보미 등에 의해 공식적인 돌봄 제공자에 대한 정부의 지원과 함께 가족수발자에 대한 정보제공, 상담, 일시적인 휴식프로그램 등에 대한 서비스 개발과 보급이 확대되어야 할 것이다.

셋째, 노인돌봄의 세 가지 유형을 결정하는 요인을 분석한 결과를 요약하면 다음과 같다.

비공식 돌봄 집단과 공식 돌봄 집단을 비교하면, 공식 돌봄을 받을 가능성이 높은 노인은 여성노인, 무학이나 초졸 노인보다는 중졸 이상이며, 배우자가 없거나 동거자녀수가 적고, 도시보다는 농어촌 지역에 거주하는 것으로 나타났다. 그리고 가구소득이 낮을수록 그리고 기초수급권자이며, 건강상태에서는 공식 돌봄만 받는 노인이 비공식 돌봄만 받는 노인 에 비해 ADL 제한동작 개수가 많은 것으로 분석되었다.

비공식 돌봄과 혼합 돌봄 집단을 비교하면, 여성노인, 무학인 노인보다는 중졸 이상 노인, 무배우자, 동거자녀수가 적은 노인, 기초생활수급노인이 비수급권 노인보다 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높았다. 건강상태와 관련해서는 ADL 제한이 많을수록, 그리고 IADL 제한이 많을수록 비공식 돌봄보다는 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높았다. 혼합 돌봄은 공식과 비공식을 동시에 받는 유형이지만, 분석 결과 무배우자나 동거자녀수가 적은 노인이 비공식 돌봄만 받기 보다는 혼합 돌봄 가능성이 높은 것으로 나타났다. 이는 비공식 돌봄 유형에 속한 노인에 비해 혼합 돌봄에 속한

노인의 낮은 건강상태와 높은 돌봄 필요도로 인해 같이 살지 않은 자녀나 이웃의 도움이 제공되고 있다는 것을 보여주고 있다.<sup>49)</sup> 즉, 노인의 건강이 악화될수록 같이 살지는 않지만 비공식적인 자원이 동원되고 있는 것을 볼 수 있으며, 이러한 비공식 자원이 유지되고 강화되기 위한 노력이 요구된다.

공식 돌봄과 혼합 돌봄 유형을 비교하면, 중졸 이상인 노인보다는 무학이나 초졸의 학력을 가진 노인이 혼합 돌봄을 받을 가능성이 높았으며, 배우자가 있고 가구소득이 높은 노인이 공식 돌봄보다는 혼합 돌봄에 속할 확률이 높았다. 그리고 공식 돌봄과 혼합 돌봄을 받는 노인의 ADL 제한동작 개수의 차이는 유의하지 않았으나, 혼합 돌봄에 속한 노인의 IADL 제한동작 개수가 많아 공식 돌봄에 속한 노인보다 혼합 돌봄에 속한 노인의 기능상태가 좋지 않은 것으로 나타났다.

전반적으로 일상생활수행능력 수준에 따라 노인돌봄유형의 패턴이 발견된다. 즉, 무돌봄 노인은 신체적 기능제한수준이 가장 낮았으며, 신체적 기능상의 제약이 많아질수록 ‘비공식 돌봄 → 공식 돌봄 → 혼합 돌봄’으로 이동하는 것을 볼 수 있다<sup>50)</sup>. 신체적 기능상태를 제외하고, 배우자가 있거나 동거자녀가 많음은 비공식 돌봄의 가능성을 높이며, 배우자가

49) 비공식 돌봄만 받는 노인 중 독거노인은 18.6%, 공식 돌봄만 받는 노인 중 독거노인은 82.1%, 혼합 돌봄을 받는 노인 중 독거노인은 26.1%임. 이를 다시 해석하면, 독거노인 임에도 불구하고 비공식 돌봄을 받고 있는 노인은 비공식유형에서 18.7%, 혼합 돌봄유형의 26.1%으로 이들 독거노인들은 동거하지 않는 자녀나 이웃으로부터 도움을 받고 있다는 것을 보여주고 있음. 반대로, 공식 돌봄을 받고 있는 노인의 17.9%는 독거노인이 아님에도 불구하고 공식 돌봄만을 받고 있는 것으로 나타남.

구분	독거노인 비율(%)
비공식 돌봄	18.6
공식 돌봄	82.1
혼합 돌봄	26.1

50) ① IADL 제한 수준: 비공식 돌봄 = 공식 돌봄 < 혼합 돌봄  
 ② ADL 제한 수준: 비공식 돌봄 < 공식 돌봄 = 혼합 돌봄

없거나 가구소득이 적고, 기초수급권자인 노인은 공식 돌봄만을 받을 가능성이 높은 것으로 나타났다.

〈표 4-18〉 노인돌봄유형 결정요인 요약

구분	비공식 돌봄	공식 돌봄	비공식 돌봄	혼합 돌봄	공식 돌봄	혼합 돌봄
성별	남	여	남	여	-	-
연령	-	-	-	-	-	-
중졸 이상 vs. 무학	무학	중졸 이상	무학	중졸 이상	중졸 이상	무학
중졸 이상 vs. 초졸	초졸	중졸 이상	-	-	중졸 이상	초졸
배우자	유	무	유	무	무	유
동거자녀	많음	적음	많음	적음	-	-
거주지역	도시	농어촌	-	-	-	-
가구소득	많음	적음	-	-	적음	많음
비수급자 vs 의료급여	-	-	-	-	-	-
비수급자 vs 기초수급	비수급	기초수급	비수급	기초수급	기초수급	비수급
ADL	적음	많음	적음	많음	-	-
IADL	-	-	적음	많음	적음	많음
만성질환개수	-	-	-	-	-	-

마지막으로 고령사회에 들어서면서 노인복지서비스의 증대에 대한 재정압박이 심화됨에 따라 지역사회의 비공식 돌봄 부문의 역할이 중요시 될 것으로 예상되는 가운데 노인에게 돌봄을 제공하는 주체에서 가족 이외의 친구나 지인 등이 차지하는 비중이 매우 낮은 것으로 나타났다. 우리나라에서 아직까지는 자원봉사 또는 지역사회내 돌봄이 보편화되지 않은 실정이다. 그러나 공식적인 돌봄과 가족에 의한 돌봄 이외에 이웃이나 지역사회의 자발적인 참여에 의한 노인돌봄을 활성화할 수 있는 방안 마련이 필요하다고 할 수 있다.

## 제2절 노인돌봄(케어)서비스의 비용지출 추계

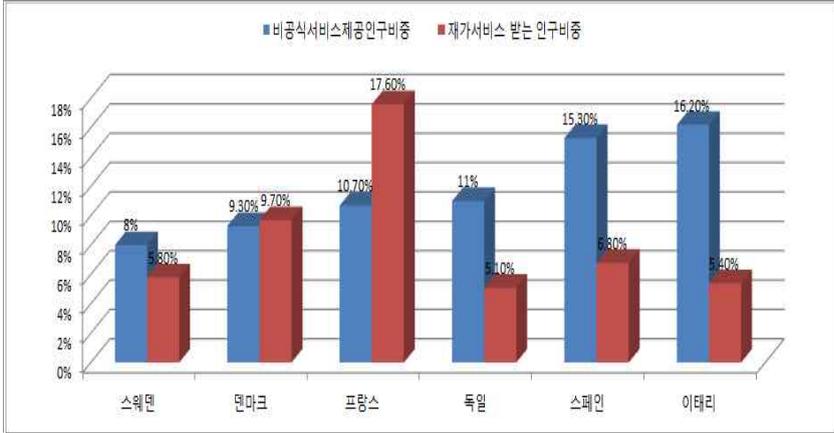
### 1. 노인돌봄 케어서비스 대상자 추계 시나리오

#### 가. 대상자 및 공식, 비공식 서비스 제공시간 추정

본 절에서는 이론적 배경을 토대로 정의된 노인돌봄서비스의 공식, 비공식 케어와 대상자에 따라 그 대상자 규모를 추정하고 서비스 제공에 필요한 재정 규모를 산출하고자 한다. 이에 앞서 해외 사례를 통한 비공식 돌봄(케어) 서비스를 제공하는 인구비중과 재가서비스를 받는 인구 비중 등을 살펴보면, 이태리와 스페인이 일상생활활동(ADL)에 도움이 필요한 대상자에게 비공식 서비스를 제공하는 인구 비중이 가장 높아 각각 16.2%와 15.3%를 차지하는 것으로 나타났다. 이는 가족 중심의 가톨릭적 전통에 따른 결과로 보여진다. 이에 반해 공식 서비스가 발달한 스웨덴, 덴마크 등은 각각 8.0%와 9.3% 비중을 차지하고 있다. 프랑스와 독일은 각각 10.7%와 11.0%의 인구가 비공식 서비스를 제공하는 인구 규모를 보이고 있다.

주요국의 50세 이상 인구 중 재가서비스를 받는 인구 비중을 살펴보면, 스웨덴과 덴마크가 각각 5.8%, 9.7% 수준을 보이고 있고, 프랑스와 독일은 각각 17.6%와 5.1%이며 이중 프랑스가 가장 높은 분포를 보이고 있다. 스페인과 이태리는 각각 6.8%와 5.4%로 상대적으로 재가서비스를 받는 인구 비중이 상대적으로 낮은 것을 알 수 있다. 물론 여기서 제시한 재가서비스는 공식, 비공식 대상자를 모두 포함하는 수치이다.

[그림 4-5] OECD 주요국의 비공식서비스 제공인구 및 재가서비스 수급인구 비율



자료: OECD, 2011에서 일부 발췌

본 연구에서는 우선 노인돌봄 서비스의 공식부분은 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스가 포함될 것이다. 물론 기능상태와 건강상태가 좋지 못하여 급성기 병상이나 요양병상에 입원치료를 받는 경우도 노인돌봄서비스가 필요한 대상으로 볼 수 있겠지만 건강보험급여 중 노인의료비로 산출될 수 있으므로 본 연구에서는 공식 노인돌봄서비스 대상자에서는 제외하도록 한다. 공식적인 건강보험 급여비 중 노인의료비는 2014년 기준 15조 8,000억원에 이르고 매년 10.8%씩 증가하고 있는 것으로 나타났다. 이중 5조 1,500억원은 치매, 알츠하이머, 파킨슨, 뇌혈관성 질환과 넘어짐, 부딪힘으로 인한 상해 등에 소요되는 노인성 질환에 따른 진료비이다. 이상과 같이 5조원 규모의 비용을 노인돌봄 서비스 비용으로 추가하는 것은 바람직하지 않다고 판단된다. 왜냐하면, 본 연구의 주 연구 대상은 재가서비스 대상자이기 때문에 입원치료를 받는 대상자는 국민건강보험공단의 노인의료비 부분으로 갈음하는 것이 논리상 더 타당할 것으로 판단한다. 그럼에도 불구하고 큰 범주에서 단기 치료나 외래 환자의

경우는 공식 노인돌봄서비스 대상자에 포함될 것이기 때문에 큰 편차는 없을 것이다.<sup>51)</sup>

다음으로 비공식 케어 부분은 첫째, 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스 대상자의 공식 케어 서비스에 준하는 서비스가 제공될 것으로 가정하며, 둘째, 이 밖에 서비스가 필요함에도 불구하고 공식 케어 서비스의 대상자가 되지 못한 노인 중에서 주로 가족이나 친인척, 종교기관 등으로부터 비공식적 케어 서비스를 받는 대상자를 추정하였다.

결국, 절대 다수의 공식, 비공식 서비스가 필요한 대상은 노인복지 체계 내에서 선정된 대상자가 주가 되며, 추가적으로 비공식 대상자를 발췌하는 순서로 대상자를 추정한 것이다. 또한 주요 대상자는 시설입소 노인은 제외된 순수한 재가에서 공식, 비공식 서비스를 받는 노인으로 하였다. 보다 구체적인 공식, 비공식 노인돌봄(케어) 서비스 대상자의 규모를 살펴보면 다음과 같다.

## 1) 노인장기요양보험 대상자

전체 노인 인구 중 노인장기요양보험 신청자는 11.5%인 752,883명에 이르고 있으며, 이 중 등급판정을 받은 자는 노인인구 대비 9.1%인 598,766명에 이른다. 또한 등급 인정자는 438,466명으로 6.7%에 해당하는 규모이고 등급외 판정자는 2.4% 비율인 160,300명이다.

51) 장기요양대상자이면서 장기요양 서비스를 이용하지 않고 요양병원 입원자 비중은 43.7% 수준임. 또한, 요양병원입원자 중 장기요양서비스를 받을 필요가 있는 자는 15~20%수준인 것으로 나타나고 있음(김진수 외, 2013:35). 하지만 이들이 공식노인돌봄서비스의 대상이 되는 것도 아니며, 이 밖에 노인장기요양대상자가 아닌 일반 노인 중 노인돌봄서비스가 필요해 요양병상에 입원한 대상자 규모는 파악하기 어려움.

〈표 4-19〉 노인장기요양보험 대상자 현황(2015.04.30.기준)

(단위: 명, %)

구분	노인 인구	신청자	등급 판정	인정자						등급외
				소계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	
인원수	6,571,839	752,883	598,766	438,466	36,767	70,627	172,272	144,403	14,397	160,300
노인인구 대비		11.5	9.1	6.7	0.6	1.1	2.6	2.2	0.2	2.4
등급판정자 대비			100.0	73.2	6.1	11.8	28.8	24.1	2.4	26.8

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계월보, 2015.4

노인장기요양보험 실제 이용자수를 살펴보면, 재가서비스 이용자는 2015년 4월말 기준 227,096명이며, 1등급 이용자는 13,174명, 2등급은 24,860명, 3등급 이용자는 92,363명, 4등급은 91,098명, 그리고 차매특별등급은 5,601명에 이른다. 시설서비스 이용자는 127,891명으로 1등급은 15,341명, 2등급은 34,475명, 3등급은 52,294명, 4등급은 26,142명, 5등급은 666명 순으로 나타났다.

〈표 4-20〉 노인장기요양보험 이용자 현황(2015.04.30. 기준)

(단위: 명)

구분		실인원수
계	계	350,268
	입소	128,918
	재가	227,096
1등급	소계	28,322
	입소	15,341
	재가	13,174
2등급	소계	58,791
	입소	34,475
	재가	24,860

구분		실인원수
3등급	소계	143,569
	입소	52,294
	재가	92,363
4등급	소계	116,520
	입소	26,142
	재가	91,098
5등급	소계	6,246
	입소	666
	재가	5,601

주: 1) 2015. 4월 지급 기준

2) 실인원수 계는 입소+재가 중 중복을 배제한 인원수

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계월보, 2015.4

이들은 공식적으로 1일 최대 4시간의 재가 방문요양서비스를 받을 수 있으며, 2015년 4월 1개월 급여액을 통해 1일 평균 제공시간을 분석한 결과 대략 2시간 30분에서 3시간의 공식서비스를 이용하는 것으로 나타나고 있다. 이는 등급별로 큰 차이를 보이고 있지 않다. 서비스 이용시간 및 등급별 서비스 이용자 현황은 <표 4-21>과 같다.

한편, 정경희 외(2011)가 분석한 ‘2011년 노인실태조사’에서 가족 지원이 필요한 케어 시간이 1일 평균 2.89시간으로 나타났으며, 현재 노인 돌봄종합서비스에서 1일 제공하는 서비스 제공시간 역시 1일 최대 3시간 이므로 본 연구에서도 1일 평균 공식 서비스 제공시간을 3시간으로 추정 하도록 하였다. 여기에 등급별 중증도를 고려하여 2, 3, 4등급에서 1시간 씩 삭감하여 필요한 비공식 서비스 양과 소요 재정을 산출할 수 있을 것이다.

따라서, 공식 서비스의 양은 급여액이 이미 등급별과 전체 규모로 산출 되어 있으므로 비공식 부분만 서비스 제공시간과 단가를 산정하여 산출 하는 것으로 하였다.

〈표 4-21〉 노인장기요양 방문요양서비스 이용시간별 이용실태

(단위: 명, %, 시간)

구분	0.5시간	1시간	1.5시간	2.0시간	2.5시간
전체	5,280 (0.16)	551,179 (16.62)	417,029 (12.58)	193,928 (5.85)	155,538 (4.69)
1등급	393 (0.17)	42,279 (18.69)	30,767 (13.60)	7,009 (3.10)	2,944 (1.30)
2등급	669 (0.15)	65,805 (15.21)	75,129 (17.36)	13,134 (3.04)	9,240 (2.14)
3등급	4,218 (0.16)	443,095 (16.68)	311,133 (11.71)	173,785 (6.54)	143,354 (5.40)
구분	3.0시간	3.5시간	4.0시간	합계	
전체	652,046 (19.67)	317,487 (9.58)	1,023,247 (30.86)	3,315,734 (100.0)	
1등급	16,543 (7.31)	11,260 (4.98)	115,066 (50.86)	226,261 (100.0)	
2등급	49,659 (11.48)	34,867 (8.06)	184,191 (42.57)	432,694 (100.0)	
3등급	585,844 (22.05)	271,360 (10.21)	723,990 (27.25)	2,656,779 (100.0)	

자료: 2013년 급여지급 기준, 국민건강보험공단

## 2) 노인돌봄종합서비스 대상자

노인장기요양 등급외자 중 일정소득 이하 노인들을 대상으로 노인돌봄 서비스가 제공되고 있다. 정경희 외(2014)가 조사한 결과 2014년 6월 기준으로 노인장기요양보험 등급외자 213,045명 중 노인돌봄종합서비스를 이용하는 대상자는 30,283명(14.2%)으로 나타났다. 물론 노인장기요양등급 신청을 하지 않고 노인돌봄종합서비스를 이용하는 대상자도 있다. 2014년 노인돌봄종합서비스 전체 이용자는 41,080명으로 대략 1만명 정도가 이에 해당하는 것으로 나타났다.<sup>52)</sup>

178 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 4-22〉 노인장기요양보험 등급의 유형별 현황(2014.06.기준)

(단위: 명, %)

등급구분	사례수	노인돌봄종합서비스 이용여부		전체
		미이용	이용	
등급외A	123,621(58.0)	108,353(87.6)	15,268(12.4)	123,621(100.0)
등급외B	71,242(33.5)	56,266(79.0)	14,976(21.0)	71,242(100.0)
등급외C	18,182(8.05)	18,143(99.8)	39(0.2)	18,182(100.0)
전체	213,045(100.0)	182,762(100.0)	30,283(100.0)	213,045(100.0)

주: 1) 전체 217,874명 중 4,829명(전체 2.2%)는 등급 구분 없는 사례로서 이 수치는 2014년 2월부터 2014년 6월 기간 동안 노인돌봄종합서비스를 이용했던 노인이 등급외자에서 등급 내(1~3등급)으로 이동한 경우로 설명될 수 있음.

2) 2014년 6월 현재 노인돌봄종합서비스 이용자는 33,032명이지만 이중 2,749명에 대한 등급자료가 없어 30,283명의 자료만 분석에 포함됨.

자료: 정경희 외, 2014에서 재인용

2015년 4월 기준 등급외자는 160,300명이며, 등급외A 83,327명, 등급외B 62,744명, 등급외C는 14,229명이며, 이를 2014년 조사한 비율로 산출할 경우 대상자는 전체 23,536명이고, 등급외A는 10,332명, 등급외B는 13,176명, 등급외C는 28명으로 추정된다. 하지만, 이미 노인돌봄종합서비스의 공식 서비스 예산이 책정되어 있고, 급여액이 산출됨으로 공식부분에서의 소요재정 산출은 큰 의미가 없을 것이다.

〈표 4-23〉 노인장기요양보험 등급외자 현황 및 노인돌봄서비스 이용자 추정

(단위: 명, %)

구분	계	등급A	등급B	등급C
실인원	160,300	83,327	62,744	14,229
서비스 이용자 추정	23,536	10,332	13,176	28
서비스 이용 비율	-	12.4	21.0	0.2

주: 정경희 외(2014)의 연구에서 나타난 등급외자 중 노인돌봄종합서비스 이용비율로 산정

52) 보건복지부 노인돌봄종합서비스 대상자 현황, 2014

### 3) 노인돌봄종합서비스 대상 제외자

노인장기요양보험 등급외자 160,300명 중 노인돌봄종합서비스 추정 대상자인 23,536명을 제외하면, 공식적인 서비스를 받지 못하는 대상자 규모는 136,764명으로 산출된다. 이들은 노인돌봄종합서비스의 대상자에서 제외되는데 일정소득이상자이거나 기능 및 건강상태가 비교적 양호한 대상자에 해당된다. 하지만 이들 역시 돌봄(케어)서비스에 대한 욕구가 있을 경우 공식적인 서비스의 사각지대에 놓이게 되는 대상으로 이들에게 필요한 서비스는 가족이나 친인척 등 비공식 관계자에 의한 케어서비스로 제공되어야 하는 상황이다.

앞서, 노인종합돌봄서비스의 1일 서비스 최대 제공시간은 3시간이며, 2014년 노인돌봄종합서비스 급여액은 1,244억 2,572만원으로 이를 1일 평균 급여액으로 환산하면 10,080원 수준이다. 이를 1시간 시급 7,425원으로 나누면 1일 평균 1.35시간의 서비스를 이용한 것으로 나타난다. 따라서, 본 연구에서는 최저 1시간에서 최대 3시간의 서비스 이용량에 따른 비공식 돌봄(케어)서비스 소요 재정을 산출하였다. 한편, 노인돌봄종합서비스에서는 주간보호서비스로 9시간을 인정하고 있으나 케어서비스의 속성이 달라 본 연구에서는 비공식 서비스 제공시간을 1~3시간 범위에서 산출하였다.

### 4) 돌봄서비스에서 방임, 사각지대 해당자

앞서 언급한 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스 그리고 노인장기요양보험 등급외 판정자를 제외하고, 가족이나 친지로부터 정서적 지원이나 경제적 지원에서 방임되거나 사각지대에 놓인 대상자 규모는 전

체 노인인구 중 약 3.9%가 이에 해당되는 것으로 나타났다(정경희 외, 2011; 475). 2014년 12월말 기준 노인인구 6,520,607명 중 3.9%는 254,303명으로 이들 대상자는 공식적인 돌봄(케어) 서비스에서는 제외된 방임, 사각지대 해당자로 비공식 돌봄, 케어 서비스만을 제공받을 수 있는 대상자이지만 실제로는 어떠한 서비스도 제공 받지 못하는 집단으로 볼 수 있다. 이들 대상자에 대한 서비스 제공시간은 노인돌봄종합서비스에서 산출한 1일 평균 1~3시간의 범위에서 산정하였다(그림 4-6 참조).

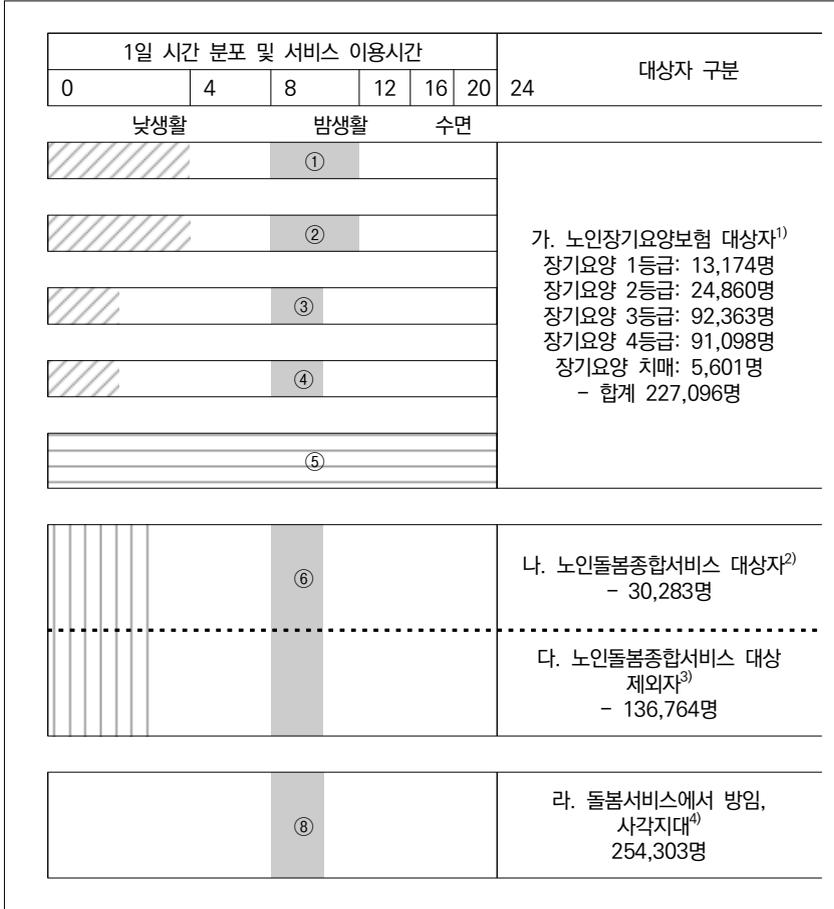
## 2. 노인돌봄 공식, 비공식 서비스 비용추계

### 가. 필요서비스 시간 및 단가 추정

앞서 노인돌봄(케어) 공식, 비공식 서비스 대상자와 서비스 제공 필요 시간의 추정방법과 결과를 기술하였다. 서비스 제공시간은 대략 1일 평균 1시간에서 3시간 범위내에서 산출되었으며, 중증의 기능저하자나 외상 노인, 치매환자의 경우를 제외하고는 비교적 타당한 범주의 제공시간으로 판단된다. 물론 중증의 경우도 케어의 질적 측면에서 지켜보기와 상태 확인 등을 케어시간에 포함할지 여부에 대해서는 논란의 여지가 크기 때문에 본 연구에서는 일상적 수준에서 제공되는 서비스 제공시간으로 규정하고자 한다.

[그림 4-6] 노인돌봄 공식, 비공식 서비스 시간 및 대상자 현황

(단위: 시간, 명)



주: 1) 노인장기요양보험 통계월보, 2015년 4월 기준, 실인원수, 지급기준, 재가서비스 이용자이며, 등급별 총계는 227,096명이나 중복서비스 이용자를 배제할 경우 224,994명임  
 2) 정경희 외(2014)에서 조사한 2014.6월 기준으로 추정한 2015년 4월 현재 노인장기요양보험 등급의 자 중 노인돌봄서비스이용자 수  
 3) 노인장기요양보험 등급외자 160,300명에서 노인돌봄서비스 대상자 제외할 수  
 4) 정경희 외(2011)의 2011년 노인실태조사 중 가족이나 친인척의 돌봄으로부터 방임, 사각지대에 놓인 대상자 전체 노인인구 중 3.9%에 해당  
 ①~⑧의 음영은 비공식 돌봄(케어) 서비스의 필요양을 추정한 것으로 시간의 범위를 의미하며, 실제 계산에서는 범위에 따라 재정을 추정하였으며, 무늬는 공식서비스의 제공량을 의미함.

영국의 경우 2000년 기준 노인인구의 16.0%가 돌봄서비스를 제공받고 있으며, 이들 중 28.0% 이상이 주당 20시간 이상의 돌봄서비스를 제공받는 것으로 나타나고 있다. 특히, 영국 PSSRU 모형에 의한 비공식 돌봄서비스의 수요는 2003년부터 2026년까지 노인인구의 45.0%까지 증가할 것으로 예측하고 있다(Beesley, 2006). OECD 주요국의 비공식 서비스 제공 시간에 대한 사례를 살펴보면, 일반적으로 비공식 서비스 제공자 입장에서 50% 이상이 주당 평균 10시간 이상의 서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났으며, 이는 비교적 경증자에 대한 서비스 제공시간에 국한된 경우이다. 주요국 중 20% 이상의 제공자는 중증 서비스 수급자에게 주당 평균 20시간 이상을 제공하는 것으로 나타나고 있다(OECD, 2001: 89).

공식적인 조사가 이루어지지 않는으나 노인장기요양 시설을 운영하는 시설장이나 요양보호사들의 경우 1등급의 중증 노인의 경우 1일 평균 12시간 이상의 케어서비스가 제공된다고 하며, 2등급은 10시간 정도의 서비스가 제공되는 것으로 제시하고 있다.<sup>53)</sup> 이들의 경험 값을 재가노인으로 환원하여 필요한 서비스 제공시간을 추정할 경우 재가 서비스 최대 제공시간 4시간을 제외하면 대략 1등급은 8시간, 2등급은 6시간의 차이가 있다. 이를 그대로 필요한 비공식 서비스 제공시간으로 환산하기에는 논리적 타당성이 떨어진다. 왜냐하면, 시설입소 노인보다 재가 노인의 건강, 기능상태가 양호하고, 케어 서비스에 대한 욕구(need) 역시 크지 않기 때문이다.

이에 다른 접근 방법을 고려할 경우 앞서 언급한 것처럼 2015년 6월 기준 월평균 급여이용량으로 계산하면 등급별 1일 평균 2시간 30분가량 사용한 것으로 나타났고, 2011년 노인실태조사에서 나타난 것처럼 비공식

53) 노인장기요양 시설장에 대한 인터뷰 자료

가족 지원 필요시간은 1일 평균 2.89시간으로 대략 3시간 범위내로 파악할 수 있다. 따라서, 재정추계에서도 비공식 돌봄(케어) 필요시간을 등급별 상관없이 3시간으로 하되, 1시간 씩 차등을 두는 방법과 시간별 제공 단가를 차별화하는 방법을 병행하였다.

제공자의 시간당 단가를 산정함에 첫째, 장기요양 방문서비스 수가가 1일 평균 12,000원 수준이나 요양보호사 평균 급여수준은 7,000원~7,500원 수준으로 나타나고 있다. 둘째, 가족요양보호 비용이 월 15만원이며 이를 25일 기준으로 하면 1일 평균 6,000원 수준이 된다. 물론 이를 시간당으로 재계산하여야 하나 본 연구에서는 시간 단가로 그대로 사용하였다. 왜냐하면, 1일 평균 급여를 다시 시간당으로 구분할 경우 3시간 평균으로 할 경우 시간당 단가가 2,000원 수준이 되기 때문에 현실성이 떨어진다는 판단에서다. 끝으로, 노인돌봄서비스 2014년 41,080명에 대한 재정은 1,242억원 규모로 총 급여액을 1일 평균으로 산출할 경우 3,360원 수준이다.

결과적으로 시간의 범주는 1~3시간으로 서비스 제공시간을 규정하고, 서비스 단가는 3,360원에서 6,000원, 7,000원을 모두 계산하는 방법으로 소요 재정을 산출하였다.

〈표 4-24〉 재가급여 월 한도액(2014.07.01.기준)

(단위: 원)

분류	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
월 한도액	1,185,300	1,044,300	964,800	903,800	766,600

주: 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 급여를 이용하는 경우에 적용재가급여 월 한도액 (2014.7.1.기준)

자료: 국민건강보험공단, 2015

〈표 4-25〉 노인장기요양 재가서비스 중 방문요양 서비스 단가

(단위: 원/방문당)

분류	30분	60분	90분	120분	150분	180분	210분	240분 이상
방문요양	11,390	17,490	23,450	29,610	33,650	37,200	40,470	43,500

주: 1) 야간가산 20%, 심야 및 휴일가산 30%(야간·심야·휴일가산이 동시에 적용되는 경우 중복하여 가산하지 않음)  
 2) 방문요양 원거리교통비: 가장 가까운 방문요양기관과 수급자의 실거주지까지의 거리에 따라 원거리교통비 가산방문요양  
 자료: 국민건강보험공단, 2015.

## 나. 비용추계 결과

### 1) 공식적 돌봄(케어)부문의 비용지출

공식 돌봄(케어) 서비스 비용은 노인장기요양보험(재가부문) 재정 2조 1,571억원과 노인돌봄종합서비스 재정 1,445억원을 합하여 2조 2,902억원 규모로 나타났다. 공식 서비스 대상자와 급여액은 다소 증감이 발생하여 차이가 날 수 있겠으나 전반적인 규모면에서는 큰 편차가 발생하지 않을 것으로 판단된다.

노인돌봄종합서비스에 대한 재정규모는 2015년 추계 자료를 중심으로 하여 기술하였으나, 실제 예산 규모는 공식적인 자료가 없다. 2015년 선우덕 외(2015)의 연구에서 추계한 내용으로 대략 1,445억원이 소요될 것으로 추정하고 있다. 보건복지부 2015년 노인돌봄서비스 예산안은 1,326억원 규모이다. 하지만 결산이 되지 않았기 때문에 추정액으로 다소 높게 산출한 결과로 추계하였다.

〈표 4-26〉 노인장기요양보험 소요재정

(단위: 천원)

등급	공식 대상자	월 급여액 <sup>1)</sup> (실측값)	연간재정 <sup>2)</sup> (추정값)
1등급	13,174	10,017,285	120,207,420
2등급	24,860	19,476,172	233,714,064
3등급	92,363	74,000,213	888,002,556
4등급	91,098	71,748,215	860,978,580
치매등급	5,601	4,520,897	54,250,764
합계	227,096	179,762,782	2,157,153,384

주: 1) 월급여액은 노인장기요양보험통계월보 2015년 4월말 기준 실측값임.

2) 연간 소요재정은 월 급여액에 12개월을 곱하여 산출

한편, 노인돌봄종합서비스 대상자와 노인장기요양보험 등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상자와는 차이가 대략 1만명 정도가 있다. 즉, 노인장기요양보험 등급외자라 하더라도 병원이용이나 기능상태의 호전, 소득기준 초과 등으로 노인돌봄종합서비스를 이용하지 않는 경우가 있기 때문으로 볼 수 있다. 따라서 등급외자 전체에 대한 소요재정 추정보다는 보건복지부 예산규모를 통해 비슷한 수준으로 추정하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

〈표 4-27〉 노인돌봄서비스 이용자 추정

(단위: 명, %, 억원)

구분	계	등급A	등급B	등급C
실인원	160,300	83,327	62,744	14,229
서비스 이용자 추정	23,536	10,332	13,176	28
서비스 이용 비율		12.4	21.0	0.2
소요재정 <sup>1)</sup>	1,445			

주: 실제 보건복지부 2015년 노인돌봄서비스 예산액은 1,326억원 규모이나 결산되지 않기 때문에 추정액으로 추계함

## 2) 비공식적 돌봄(케어)부문의 비용지출

비공식 돌봄(케어) 서비스 비용은 노인장기요양보험과 노인돌봄종합서비스 대상자, 노인장기요양보험 등급외자, 그리고 사각지대 및 방임자로 크게 4가지로 분류된다. 첫째, 노인장기요양보험 등급인정자 중 이용자에 대한 비공식 서비스 이용에 대한 재정을 분석한 결과 1일 3시간 서비스 제공을 조건으로 할 경우 최저 가정(시간당 단가 7,000원 기준)시 1조 7,168억원이 소요되며, 최고(시간당 7,500원 기준) 가정 시 1조 7,394억원, 그리고 가족요양비 단가 기준(시간당 6,000원) 가정 시 1조 4,715억원이 소요되는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 노인장기요양 등급에 상관없이 1일 기준 3시간의 동일한 비공식 서비스가 제공됨을 가정한 것으로 노인의 기능저하와 중증도에 따라 서비스 제공시간을 조정할 필요성이 제기된다.

〈표 4-28〉 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황1

(단위: 명, 시간, 일, 원)

가정	구분	대상자	재정산정 조건			월 재정	연간 재정
			제공시간	제공일	시간 단가		
최저	1등급	13,174	3	30	7,000	8,299,620,000	99,595,440,000
	2등급	24,860	3	30	7,000	15,661,800,000	187,941,600,000
	3등급	92,363	3	30	7,000	58,188,690,000	698,264,280,000
	4등급	91,098	3	30	7,000	57,391,740,000	688,700,880,000
	치매	5,601	3	30	7,000	3,528,630,000	42,343,560,000
	계						143,070,480,000
최고	1등급	13,174	3	30	7,500	8,892,450,000	106,709,400,000
	2등급	24,860	3	30	7,500	16,780,500,000	201,366,000,000
	3등급	92,363	3	30	7,500	62,345,025,000	748,140,300,000
	4등급	91,098	3	30	7,500	61,491,150,000	737,893,800,000
	치매	5,601	3	30	7,500	3,780,675,000	45,368,100,000
	계						153,289,800,000

가정	구분	대상자	재정산정 조건			월 재정	연간 재정
			제공시간	제공일	시간 단가		
가족 요양 기준	1등급	13,174	3	30	6,000	7,113,960,000	85,367,520,000
	2등급	24,860	3	30	6,000	13,424,400,000	161,092,800,000
	3등급	92,363	3	30	6,000	49,876,020,000	598,512,240,000
	4등급	91,098	3	30	6,000	49,192,920,000	590,315,040,000
	치매	5,601	3	30	6,000	3,024,540,000	36,294,480,000
	계						122,631,840,000

앞서 제기한 것처럼 노인장기요양보험 대상자가 이용하는 비공식 돌봄(케어)서비스에 대한 1일 제공 시간을 증증도에 따라 차등을 둘 경우에는 소요 재정에 다소 차이가 발생하게 된다. 1등급과 치매등급은 동일하게 1일 3시간 비공식 서비스 제공을 가정하고, 2등급은 2시간, 3, 4등급은 1시간씩만을 제공하는 것으로 가정하였다. 이때, 최저 가정(시간당 단가 7,000원 기준)시 7,295억원이 소요되며, 최고(시간당 7,500원 기준) 가정 시 7,816억원 그리고 가족요양비 단가 기준(시간당 6,000원) 가정 시 6,253억원이 소요되는 것으로 나타났다. 등급별 서비스 제공 시간을 3시간으로 고정하였을 경우보다 2배 이상 저렴한 재정소요 결과를 보이고 있다.

서비스 욕구와 이용자의 증증도 등을 고려할 경우 전자 보다는 후자의 등급별 제공 시간을 차등하고, 그에 따라 비용 역시 차등하여 산정하는 것이 보다 더 타당성이 클 것으로 판단된다.

188 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

〈표 4-29〉 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황2

(단위: 명, 시간, 일, 원)

가정	구분	대상자	재정산정 조건			월 재정	연간 재정
			제공시간	제공일수	시간단가		
최저	1등급	13,174	3	30	7,000	8,299,620,000	99,595,440,000
	2등급	24,860	2	30	7,000	10,441,200,000	125,294,400,000
	3등급	92,363	1	30	7,000	19,396,230,000	232,754,760,000
	4등급	91,098	1	30	7,000	19,130,580,000	229,566,960,000
	치매	5,601	3	30	7,000	3,528,630,000	42,343,560,000
	계					60,796,260,000	729,555,120,000
최고	1등급	13,174	3	30	7,500	8,892,450,000	106,709,400,000
	2등급	24,860	2	30	7,500	11,187,000,000	134,244,000,000
	3등급	92,363	1	30	7,500	20,781,675,000	249,380,100,000
	4등급	91,098	1	30	7,500	20,497,050,000	245,964,600,000
	치매	5,601	3	30	7,500	3,780,675,000	45,368,100,000
	계					65,138,850,000	781,666,200,000
가족 요양 기준	1등급	13,174	3	30	6,000	7,113,960,000	85,367,520,000
	2등급	24,860	2	30	6,000	8,949,600,000	107,395,200,000
	3등급	92,363	1	30	6,000	16,625,340,000	199,504,080,000
	4등급	91,098	1	30	6,000	16,397,640,000	196,771,680,000
	치매	5,601	3	30	6,000	3,024,540,000	36,294,480,000
	계					52,111,080,000	625,332,960,000

한편, 공식적 돌봄(케어)서비스의 경우에는 중증도가 높을수록 돌봄시간이나 서비스양이 증가하는 반면, 비공식 돌봄(케어)서비스의 양은 감소한다는 선행연구를 참조하여 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정을 재분석하면, 중증 대상자인 1, 2등급의 서비스 소요 시간을 각각 1시간으로 축소하고, 대신 3, 4등급의 서비스 시간을 각각 2, 3시간으로 확대하여 서비스 소요 재정을 추계한 결과 최저를 가정(시간당 7,000원)한 경우 연간 1조 2923억원이 소요되며, 최고 1조 3,847억원이 소요되는 것으로 나타났다. 가족요양기준 비용을 적용할 경우에도 역시 비슷한 수준인 1조 1,077억원이 소요되는 것으로 나타나고 있다.

〈표 4-30〉 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황3

(단위: 명, 시간, 일, 원)

가정	구분	대상자	재정산정 조건			월 재정	연간 재정
			제공시간	제공일수	시간단가		
최저	1등급	13,174	1	30	7,000	2,766,540,000	33,198,480,000
	2등급	24,860	1	30	7,000	5,220,600,000	62,647,200,000
	3등급	92,363	2	30	7,000	38,792,460,000	465,509,520,000
	4등급	91,098	3	30	7,000	57,391,740,000	688,700,880,000
	치매	5,601	3	30	7,000	3,528,630,000	42,343,560,000
	계					107,699,970,000	1,292,399,640,000
최고	1등급	13,174	1	30	7,500	2,964,150,000	35,569,800,000
	2등급	24,860	1	30	7,500	5,593,500,000	67,122,000,000
	3등급	92,363	2	30	7,500	41,563,350,000	498,760,200,000
	4등급	91,098	3	30	7,500	61,491,150,000	737,893,800,000
	치매	5,601	3	30	7,500	3,780,675,000	45,368,100,000
	계					115,392,825,000	1,384,713,900,000
가족 요양 기준	1등급	13,174	1	30	6,000	2,371,320,000	28,455,840,000
	2등급	24,860	1	30	6,000	4,474,800,000	53,697,600,000
	3등급	92,363	2	30	6,000	33,250,680,000	399,008,160,000
	4등급	91,098	3	30	6,000	49,192,920,000	590,315,040,000
	치매	5,601	3	30	6,000	3,024,540,000	36,294,480,000
	계					92,314,260,000	1,107,771,120,000

〔그림 4-7〕 노인장기요양보험 이용자의 비공식돌봄 서비스 소요재정 추이 비교



주: 시나리오1~3은 〈표 4-28〉~〈표 4-30〉의 월별 재정추정임.

결국, 노인장기요양보험 이용자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 추이를 살펴보면 시나리오1이 가장 높은 재정이 필요한 것으로 나타났다. 반면, 시나리오2의 경우에 상대적으로 가장 낮은 소요 재정 규모를 보이고 있다.

둘째, 노인장기요양보험 등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 제공에 대한 소요 재정을 산출하면 1일 1시간 평균 급여액인 3,360원 기준으로 3시간 서비스 제공시 854억원이 소요되며, 가족요양급여 기준인 6,000원 기준으로 3시간 비공식 서비스를 제공할 경우 1,525억원, 끝으로, 3시간 서비스 제공에 1일 시급 7,000원을 가정할 경우에는 1,779억원이 소요되는 것으로 나타났다. 한편, 제공시간을 3시간에서 1시간으로 일괄 조정할 경우 평균급여액 3,360원 기준으로는 284억원이 소요되며, 가족요양기준 시간당 6,000원 기준을 가정하면 508억원 끝으로 시간당 급여비 7,000원을 가정할 경우에는 593억원이 소요되는 것으로 나타났다.

〈표 4-31〉 노인장기요양등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황

(단위: 명, 시간, 일, 원)

가정	대상자	재정산정 조건			월 재정	연간 재정
		필요시간	제공일수	시간단가		
1시간 시급기준	23,536	3	30	7,000	14,827,680,000	177,932,160,000
1시간 평균급여기준		3	30	3,360	7,117,286,400	85,407,436,800
가족요양기준		3	30	6,000	12,709,440,000	152,513,280,000
1시간 시급기준	23,536	1	30	7,000	4,942,560,000	59,310,720,000
1시간 평균급여기준		1	30	3,360	2,372,428,800	28,469,145,600
가족요양기준		1	30	6,000	4,236,480,000	50,837,760,000

셋째, 노인장기요양보험 등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상에서 제외된 대상자들에 대한 비공식 돌봄(케어)서비스 제공에 대하여 소요 재정을 산출하면 1일 1시간 평균 급여액인 3,360원 기준으로 3시간 서비스 제공시 4,962억원이 소요되며, 가족요양급여 기준인 6,000원 기준으로 3시간 비공식 서비스를 제공할 경우 8,862억원, 끝으로, 3시간 서비스 제공에 1일 시급 7,000원을 가정할 경우에는 1조 339억원이 소요되는 것으로 추정되었다.

한편, 제공시간을 3시간에서 1시간으로 일괄 조정할 경우 평균급여액 3,360원 기준으로는 1,654억원이 소요되며, 가족요양기준 시간당 6,000원 기준을 가정하면 2,954억원 끝으로 시간당 급여비 7,000원을 가정할 경우에는 3,446억원이 소요되는 것으로 나타났다. 최대가정과 최소가정 간 소요재정 차이는 3배가량 나타나는 것을 알 수 있다.

〈표 4-32〉 노인장기요양등급외자 중 노인돌봄종합서비스 대상 제외자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황

(단위: 명, 시간, 일, 원)

가정	대상자	재정산정 조건			월 재정	연간 재정
		필요시간	제공일수	시간당가		
1시간 시급기준	136,764	3	30	7,000	86,161,320,000	1,033,935,840,000
1시간 평균급여기준		3	30	3,360	41,357,433,600	496,289,203,200
가족요양기준		3	30	6,000	73,852,560,000	886,230,720,000
1시간 시급기준	136,764	1	30	7,000	28,720,440,000	344,645,280,000
1시간 평균급여기준		1	30	3,360	13,785,811,200	165,429,734,400
가족요양기준		1	30	6,000	24,617,520,000	295,410,240,000

넷째, 앞의 노인돌봄종합서비스 배제자에 대한 비공식 돌봄(케어) 서비스 비용 추정방식과 동일한 내용으로 일반노인 중 가족이나 친인척으로부터 방임 또는 사각지대에 놓인 대상자에 대한 비공식 돌봄(케어) 서비

스 소요재정을 추정한 결과 제공시간을 3시간으로 고정하고 시급에 차이만을 둘 경우 최저 3,360원 기준일 때 9,228억원, 가족요양 6,000원 기준일 때 1조 6,478억원, 그리고 시급 7,000원을 가정할 경우에는 최대 1조 9,225억원이 소요되는 것으로 산정되었다.

이에 반해 제공시간을 1시간으로 고정할 경우에는 각각 3,076억원, 5,492억원, 그리고 6,408억원이 소요되는 것으로 나타났다. 따라서, 최고 대비 최저 간 소요재정 격차는 역시 시간의 차이인 3배정도 나타나는 것을 알 수 있다.

〈표 4-33〉 일반 노인 중 가족이나 친인척으로부터 방임 또는 사각지대에 놓인 대상자의 비공식 돌봄(케어) 서비스 소요재정 현황

(단위: 명, 시간, 일, 원)

가정	대상자	제공시간	제공일수	시급	월 재정	연간 재정
1시간 시급기준	254,303	3	30	7,000	160,210,890,000	1,922,530,680,000
1시간 평균급여기준		3	30	3,360	76,901,227,200	922,814,726,400
가족요양기준		3	30	6,000	137,323,620,000	1,647,883,440,000
1시간 시급기준	254,303	1	30	7,000	53,403,630,000	640,843,560,000
1시간 평균급여기준		1	30	3,360	25,633,742,400	307,604,908,800
가족요양기준		1	30	6,000	45,774,540,000	549,294,480,000

결론적으로 노인돌봄(케어) 서비스에 대한 소요 재정은 공식 비용은 2조 2,902억원이며, 비공식 비용은 최저 1조 1,268억원에서 최대 4조 9,738억원이 소요되는 것으로 산출되었다. 공식비용과 합산할 경우 최저 3조 4,238억원에서 최대 7조 2,756억원에 이르는 것으로 추정된다.

최저기준 시나리오에서는 비공식 부분이 전체 노인돌봄서비스 비용에서 32.9%만을 차지하였으나, 최대기준 시나리오로 분석할 경우 68.4%까지 노인돌봄서비스 비용이 증가하는 것으로 나타났다. 이는 노인돌봄서비스 비공식 비용이 공식 돌봄서비스 비용보다 상대적으로 증가될 수

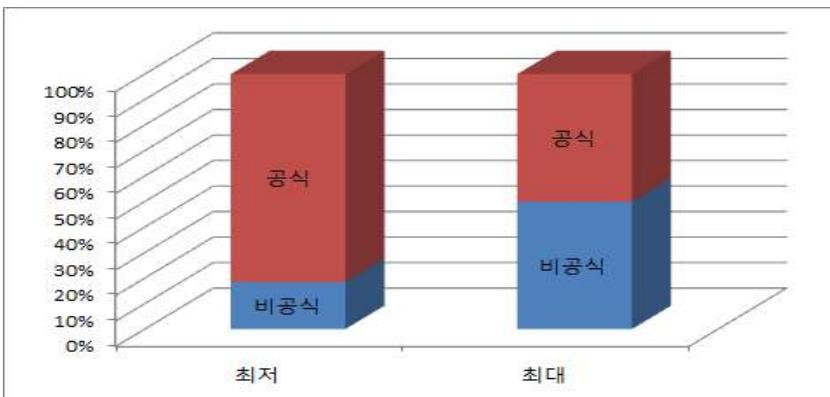
있으며, 비공식부분이 축소될 경우 공식부분에서 적절한 수준의 공식 돌봄서비스를 제공해야 함을 의미한다. 따라서, 비공식부분에서 담당하고 있던 돌봄서비스를 유지, 존속시키지 않는다면 향후 공식적 돌봄서비스 부분의 재정소요는 현재보다 2배 이상 증가할 수도 있음을 간과해서는 안될 것이다. 나아가 2017년 노인인구 14% 진입이후 고령사회에서는 돌봄서비스의 수요는 급진적으로 증가할 것으로 보인다. 이러한 경험은 일본과 독일을 통해서 볼 수 있으며, 노인돌봄서비스의 비공식부분에 대한 적절한 정책적 대안을 마련하여 공식부분과 비공식부분의 적절한 역할 분담을 이끌어 낼 필요가 있겠다.

〈표 4-34〉 노인돌봄 서비스에 소요될 연간 재정 추이

(단위: 원, %)

구분	비공식 소요재정	공식 소요재정	합계
최저 기준	1,126,836,748,800 (32.9)	2,301,735,384,000 (67.1)	3,428,572,132,800 (100.0)
최대 기준	4,973,876,280,000 (68.4)	2,301,735,384,000 (31.6)	7,275,611,664,000 (100.0)

[그림 4-8] 최저, 최대 시나리오별 공식, 비공식 소요 재정 비중 변화



### 3) 공식, 비공식적 돌봄(케어)부문의 소요비용 추계

지금까지 도출된 연간 소요 재정을 기존의 공식 노인돌봄서비스 재정의 증가추이를 반영하여 연간 재정 추계를 산출하면, 2016년 공식 노인돌봄서비스 재정은 4조 9,289억원이며, 비공식 소요재정은 최저 1조 2,160억원에서 최대 5조 3,676억원으로 확대된다. 나아가 2020년에는 공식노인돌봄(케어) 서비스가 6조 2,235억원 규모로 확대되며 비공식 노인돌봄(케어) 서비스 비용은 최저 시나리오 기준 1조 6,492억원 규모이며, 최대 시나리오 기준 7조 2,798억원 규모로 확대되는 것으로 나타났다. 최대 기준으로 2020년에는 공식, 비공식 비용을 합해 13조 4천억원 규모가 노인돌봄(케어) 서비스 비용으로 지출될 것으로 예측된다.

〈표 4-35〉 공식, 비공식 노인돌봄(케어) 서비스 소요 재정 추계

(단위: 억원)

구 분		2016	2017	2018	2019	2020
공식	노인장기요양 <sup>1)</sup>					
	노인돌봄서비스 비용 <sup>2)</sup>	49,289	52,526	55,762	58,999	62,235
비공식 <sup>3)</sup>	최저 기준 시나리오	12,160	13,122	14,161	15,282	16,492
	최고 기준 시나리오	53,676	57,925	62,510	67,458	72,798

주: 1) 노인장기요양보험 재정은 2015년까지의 재정규모에 최근 3개년 기하평균 증가율 7.9%를 적용하여 산출

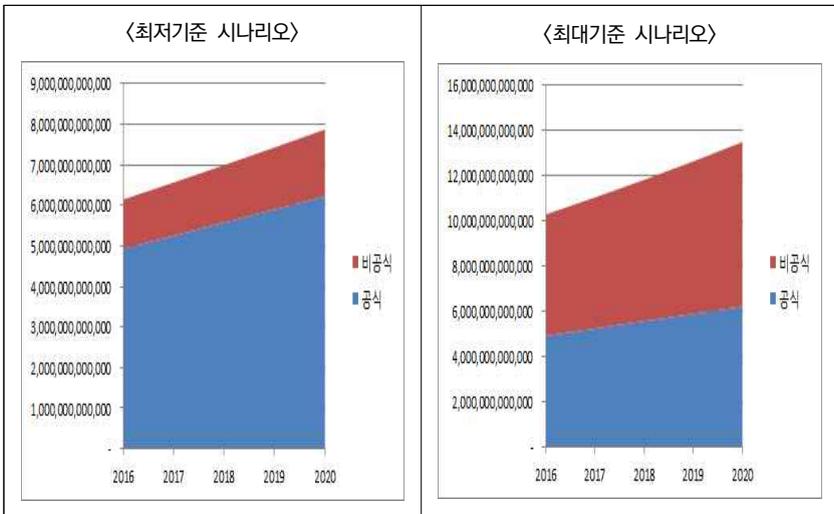
2) 노인돌봄서비스 비용은 2015년 예산과 2016년 예산 기하평균 증가율을 적용

3) 비공식 부분은 2015년 4월 기준으로 추정된 연간 소요 재정에 노인장기요양보험 재정 증가율 7.9%를 반영하여 산출

이러한 규모의 변화를 공식, 비공식 비율로 살펴보면, 최저 시나리오 기준으로 볼 때 노인돌봄(케어) 서비스를 위한 총 비용 중 최저 시나리오 기준으로 할 경우 비공식부분은 전체 비용 중에 약 25%수준을 유지할 것으로 보이고, 최대 시나리오 기준으로 확대된다면 비공식부분은 전체 노

인돌봄(케어) 서비스 비용 중 50% 이상을 차지하는 것으로 나타났다. 결과적으로 최대 시나리오 기준에 따르면 비공식부분이 축소될 경우 공식 부분의 노인돌봄(케어) 서비스 소요 비용은 2배로 증가할 것으로 예측되는 것이다.

[그림 4-9] 공식, 비공식 노인돌봄서비스 소요재정 추계와 비중



이상의 결과와 해외 재정추계 사례를 비교하면, 해외 선행 연구에 따른 영국의 비공식 돌봄(케어) 재가 서비스 비용은 2011년 기준 60억 유로(한화 7조 8천억원 규모)이상으로 추정되고 있다. 이는 프랑스의 최저 임금 기준으로 산출한 결과이다. 한편 미국의 연구에서는 2,570억 달러(한화 308조원 규모)가 비공식 돌봄(케어) 서비스 비용으로 추정되었다. 미국의 경우 공식돌봄 서비스보다 훨씬 높은 비중과 비용을 소비하는 것으로 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 비공식 돌봄서비스에 대한 비용이나 가치는 사회적으로 무시되는 경향이 있다(Paraponaris, Davin,

Verger, 2012:333). 결과적으로 우리와 비슷한 공식 노인돌봄 체계를 운영하고 있는 유럽의 비공식 비용 추계와 현재 산출한 결과가 비슷한 수준으로 나타나고 있음을 확인할 수 있다.

제 5 장

## 주요 유럽국가의 공식 및 비공식적 케어 이용실태 분석

제1절 공식적 장기요양보호체계 실태 및 비공식 케어자  
지원 내용

제2절 공식 및 비공식적 케어 이용 실태



# 5

## 주요 유럽국가의 공식 및 << 비공식적 케어 이용실태 분석

### 제1절 공식적 장기요양보호체계 실태와 비공식 케어자 지원내용

제5장에서는 공식적 케어체계라 할 수 있는 장기요양보호체계를 사회 제도 측면에서 검토해보고, 그러한 체계내에서 비공식 케어자에 대한 사회적 지원내용에 대해서 정리하고자 한다. 대체적으로 유럽국가를 중심으로 한 장기요양보호체계는 자원조달방법을 기준으로 분류할 때, 조세 방식과 사회보험방식으로 나눌 수 있다. 즉, 조세방식으로 장기요양서비스를 제공하는 국가는 대부분이 일정 소득수준 이하의 노인에게만 국가가 공적 서비스를 제공하는 반면에 사회보험방식에서는 소득수준과 관계 없이 장기요양욕구가 발생한 노인에게 공식적 서비스를 제공하고 있다. 그렇지만, 이용자는 어느 방식이든지 간에 공적 제도의 한계로 공식적 서비스만으로 장기요양 욕구를 충족할 수 없기 때문에 어떠한 형태로든지 간에 비공식 케어자에 의한 서비스를 받게 마련이다. 이 때 공적 장기요양보호제도에 의한 공식적 서비스는 비용지불을 전제로 전문적인 인력에 의해 제공되고 있기 때문에 비용지불 케어(paid care), 또는 전문 케어(professional care)라 지칭되고, 가족원이나 친척, 친구, 이웃 또는 자원봉사자 등이 무보수로 서비스를 제공하는 것을 무보수 케어(unpaid care)라 지칭하고 있다.

## 1. 인구고령화 수준과 노인케어 부담력

일반적으로 고령이 될수록 장기요양 욕구가 높아지는 것으로 알려져 있어서 노인인구비율을 살펴보면, 2010년도 통계로 65세 이상 인구비율은 독일(20.6%)과 이태리(20.3%) 20%를 넘은 것으로 나타나고, 포르투갈(18.0%)과 스웨덴(18.3%)이 18%대, 그리고 오스트리아(17.6%), 벨기에(17.2%), 스위스(17.5%), 에스토니아(17.0%), 스페인(17.0%) 등이 17%대를 나타내고 있다. 80세 이상 인구비율에서는 헝가리(5.9%)와 이태리(5.9%)가 높고, 벨기에(5.0%), 스위스(5.1%), 독일(5.2%), 스페인(5.4%), 스웨덴(5.3%)이 5%대를 나타내고 있다.

〈표 5-1〉 주요 유럽국가의 인구고령화 수준(2010)

(단위: 천명, %)

	총인구	50세 이상	65세 이상	80세 이상	80세 이상/ (50~64세)
오스트리아	8,390	36.3	17.6	4.8	0.257
벨기에	10,896	36.5	17.2	5.0	0.259
스위스	7,822	37.0	17.5	5.1	0.262
체코	10,520	36.1	15.4	3.6	0.174
독일	81,777	40.3	20.6	5.2	0.264
덴마크	5,548	36.1	16.6	4.1	0.210
에스토니아	1,340	36.1	17.0	4.2	0.220
스페인	46,071	34.5	17.0	5.4	0.309
프랑스	62,959	36.2	16.9	4.0	0.207
네덜란드	16,615	35.7	15.4	4.0	0.197
헝가리	10,000	37.1	16.7	5.9	0.289
이태리	60,483	39.4	20.3	5.9	0.309
폴란드	38,184	34.5	13.5	3.4	0.162
포르투갈	10,637	36.8	18.0	4.6	0.245
슬로베니아	2,049	37.1	16.5	4.0	0.194
스웨덴	9,378	37.2	18.3	5.3	0.280

자료: The Netherlands Institute for Social Research, *Who cares in Europe?*, June 2014.

여기에서 후기노인계층에 대한 비노인계층의 케어력(80세 이상인구/50~64세인구)을 인구적 측면에서 분석해 본 지표값에서는 스페인(0.309)과 이태리(0.309) 등 남유럽국에서 가장 높게 나타나, 비노인계층의 노인 케어 부담이 높다고 볼 수 있고, 체코(0.174), 폴란드(0.162), 슬로베니아(0.194), 네덜란드(0.197) 등 동유럽국가들에서 상대적으로 노인케어 부담이 적은 것으로 나타나고 있다. 여기에서 네덜란드의 경우는 서유럽국가이지만, 노인인구비율이나 노인케어 부담력 수준에서 보면, 동유럽국가의 특성을 지니고 있다고 하겠다. 이와 같이 낮은 통계값을 나타낸 국가는 가족원 등 비공식 케어자가 노인케어를 전담한다고 할 때 상대적으로 부담이 적다는 것이어서 공적 제도가 발달해 있지 않을 수 있고, 그 반대로 높은 통계값을 지닌 국가는 가족 등 비공식 케어자의 케어부담이 높아서 공적 제도의 도입 필요성이 높다고 하겠다. 이런 결과를 놓고 볼 때, 네덜란드는 비공식 케어자의 부담이 적을 것으로 보이지만, 공적 장기요양보험제도가 지난 1960년대에 도입된 국가로 노인케어의 사회화가 일찍부터 이루어진 특성을 보이고 있다.

## 2. 주요 국가의 공적 장기요양보호체계 내용

### 가. 장기요양보호의 책임유형

일반적으로 유럽국가들의 공적 장기요양서비스는 일상생활을 수행하는데 있어서 지원이 필요하지만 받지 못하는 자에게 수급자격이 주어지고 있다. 다시 말하면, 소득수준이 일정수준 이하인데, 서비스를 받지 못하는 경우에는 국가가 책임을 지거나, 가족으로부터 서비스를 받지 못하는 경우에도 국가가 공적서비스를 준비해서 제공하고 있다.

〈표 5-2〉는 장기요양보호에 대한 각 국가간 책임소재의 유형을 나타낸 것인데, 주로 정부가 책임을 져야 한다는 국가는 네덜란드, 덴마크, 스웨덴 등과 같은 북유럽국가이고, 오스트리아, 벨기에, 독일, 프랑스 등 서유럽국가들은 정부와 가족이 병행해서 공동책임을 져야 한다는 형태이며, 체코, 에스토니아, 헝가리, 폴란드, 슬로베니아와 같은 동유럽국가나, 스페인, 이태리, 포르투갈과 같은 남유럽국가들은 주로 가족이 책임을 져야 한다는 유형을 보이고 있다. 따라서, 남유럽국가와 동유럽국가들은 공적 장기요양서비스가 발달해 있지 못하고, 여전히 비공식 케어자에 의한 서비스제공에 의존하고 있다고 하겠다.

〈표 5-2〉 주요 유럽국가의 장기요양서비스에 대한 책임소재

	정부중심	정부와 가족 병행	가족중심
오스트리아		○	
벨기에		○	
스위스			○
체코			○
독일		○	
덴마크	○		
에스토니아			○
스페인			○
프랑스		○	
네덜란드	○		
헝가리			○
이태리			○
폴란드			○
포르투갈			○
슬로베니아			○
스웨덴	○		

자료: The Netherlands Institute for Social Research, *Who cares in Europe?*, June 2014.

## 나. 공적 장기요양서비스의 중앙·지방정부간 역할

유럽 주요국가의 중앙 및 지방정부간 역할부담을 살펴보면, 중앙정부 중심으로 장기요양정책이 추진되는 국가가 대부분의 동유럽국가와 남유럽국가들인데, 이 중에는 네델란드와 스웨덴이 포함되어 있다. 그런데, 네델란드의 최근개혁 동향을 살펴보면, 아직은 중앙정부 중심으로 제도 운영이 시행되고 있기는 하지만, 재가서비스는 지방정부의 책임하에 제공되는 것으로 검토하고 있다. 순수하게 지방정부가 주축이 되어 서비스를 제공하는 정책을 국가는 스위스와 프랑스이다.

〈표 5-3〉 주요 유럽국가의 공적 장기요양서비스의 정부간 역할유형

	중앙정부중심	중앙 및 지방정부 병행	지방정부중심
오스트리아		○	
벨기에		○	
스위스			○
체코	○		
독일		○	
덴마크		○	
에스토니아		○	
스페인		○	
프랑스			○
네델란드	○		
헝가리	○		
이태리	○		
폴란드	○		
포르투갈	○		
슬로베니아	○		
스웨덴	○		

자료: The Netherlands Institute for Social Research, *Who cares in Europe?*, June 2014.

여기에서 중앙정부와 지방정부가 공동으로 책임을 지는 경우에 중앙정부는 예산책정, 장기요양서비스비용단가 설정 등 제도의 가이드라인이나 정책계획을 담당하고, 지방정부는 제도의 집행과 관련된 업무를 담당하고 있다. 예를 들면, 장기요양관련 재무회계업무, 장기요양서비스 모니터링, 서비스 질 관리, 시설설치의 허가 등이 지방정부가 담당하는 역할이다.

특히, 장기요양서비스의 질 관리는 중앙정부가 직접적으로 관리하는 국가는 거의 없으며, 대부분의 국가에서 지방정부 또는 특정 기관에서 수행하도록 하고 있다. 시설서비스와 재가서비스에 대한 질 관리는 대부분이 특정 기관에 의해 수행되는 질 기준에 따라 이루어지고 있는데, 의무적으로 실시하고 있는 편이다. 예를 들면, 네델란드는 장기요양기관의 질을 관리하기 위한 특별법이 있고, 오스트리아와 폴란드는 장기요양기관에 적용되는 질 관리가 의무적이지 않다. 그런 반면에 슬로베니아와 체코는 시설서비스에 한하여 의무적이지 않으며, 재가서비스는 양 국가가 상이하야 체코에서는 의무적으로 질 관리가 이루어지고 있다(The Netherland ISR, 2014). 대체적으로 공적 장기요양보호체계가 발전되어 있지 않은 동유럽 국가들에게서 정부, 또는 특정기관에 의한 서비스 질 관리가 의무적으로 이루어지고 않은 것으로 보인다.

또 한 가지는 지방정부의 중요한 역할 중에 하나가 장기요양 인프라를 확보하는 것인데, 네델란드의 경우는 시설입소의 최대 대기시간을 설정해 놓고 있으며(The Netherland ISR, 2014), 덴마크도 장기간의 대기상태를 해소하기 위해서 2009년도에 2개월의 최대 대기시간제(maximum waiting time guarantee)를 도입하였다(Schulz, 2010).

#### 다. 공적 장기요양서비스 비용 지출의 지출동향

각국의 장기요양서비스의 비용지출은 장기요양보호제도의 내용에 차이가 크기 때문에 비율의 차이는 큰 의미가 없을 수 있다. 그렇지만, 대체적으로 동유럽 국가들이 장기요양비용지출비율이 낮은 것으로 나타나고 있다. 여기에서 시설서비스비용지출이 재가서비스비용지출보다 높은 국가는 네덜란드가 유일하고, 거의 대부분의 국가가 시설서비스에 비해 재가서비스비용 지출이 높지만, 그 중에서도 포르투갈, 폴란드, 체코, 에스토니아, 헝가리 등 동유럽 국가들에서 상대적으로 매우 높은 수준이다.

〈표 5-4〉 주요 유럽국가의 공적 장기요양서비스비용의 지출동향(2010)

(단위: GDP대비, %)

	시설서비스비용(A)	재가서비스비용(B)	합계	(B)/(A)
오스트리아	0.9	2.5	3.4	2.8
벨기에	1.3	3.3	4.6	2.5
스위스	2.0	3.6	5.6	1.8
체코	0.1	1.9	2.0	19.0
독일	0.9	3.4	4.3	3.8
덴마크	1.4	3.0	4.5	2.1
에스토니아	0.2	1.4	1.6	7.0
스페인	0.7	2.4	3.1	3.4
프랑스	0.7	3.2	3.8	4.6
네덜란드	2.6	2.2	4.8	0.8
헝가리	0.3	1.6	1.9	5.3
이태리	na	na	na	-
폴란드	0.1	1.9	2.0	19.0
포르투갈	0.1	3.3	3.5	33.0
슬로베니아	0.5	2.1	2.6	4.2
스웨덴	na	2.0	na	-

자료: The Netherlands Institute for Social Research, *Who cares in Europe?*, June 2014.

특히, 네델란드의 경우, 스위스와 유사하게 상당히 높은 장기요양서비스비용 지출률을 나타내고 있는데, 이는 재가서비스보다는 시설서비스의 비용 지출 때문에 나타나는 현상이다. 이와 같이 시설서비스비용 지출이 유난히 높은 이유는 다른 국가와 달리 침실료(거주료)와 식사비용까지 보험급여로 제공하고 있기 때문으로 지적하고 있다(The Netherland ISR, 2014). 여기에서 중앙 및 지방 정부간 역할의 차이가 있지만, 중앙집권적인 제도를 가진 국가간에도, 또한 지방분권화된 제도를 가진 국가간에도 비용 지출률이 서로 상이한 것으로 나타나고 있는데, 다만, 장기요양보호의 책임이 개개인이나 가족에 큰 비중을 두고 있는 국가일수록 공적 장기요양서비스비용 지출률이 낮은 것은 사실이다.

이와 같이 국가간 공적 장기요양서비스비용 지출률의 격차는 장기요양 인프라의 차이, 비공식 케어의 활용 차이에 의해 결정되고 있다. 먼저, 인프라의 차이를 국가간 비교해 보면, <표 5-5>와 같이 대체적으로 병원병상이 시설병상에 비해 상당히 낮은 것으로 나타나고 있는데, 이는 단위비용이 시설보다 훨씬 높은 병원병상을 축소시켜 왔기 때문이다. 시설병상을 기준으로 살펴보면, 스웨덴(65세 이상 인구 1,000명당 72.3개), 벨기에(71.1개), 스위스(68.9개), 네델란드(64.9개), 핀란드(62.9개)로 높은 국가군이고, 이태리(17.8개), 폴란드(17.5개), 스페인(35.3개), 에스토니아(38.1개)가 낮은 국가군으로 나타나고 있다. 대체적으로 남유럽국가와 동유럽국가들이 공적 장기요양제도가 미흡하기 때문에 상대적으로 적은 시설병상을 가지고 있는데, 동유럽국가 중에서도 헝가리(49.2개), 체코(41.9개) 등은 많은 시설병상을 가지고 있다. 그런데, 헝가리나 에스토니아, 체코 등이 상대적으로 비용이 높은 시설병상을 많이 설치하고 있지만, 장기요양서비스 비용 지출 측면에서는 다른 유럽국가들에 비해서 낮게 나타나고 있어서 동일한 장기요양시설일지라도 운영비용이 국가간 다

르다는 것을 알 수 있다.

〈표 5-5〉 주요 유럽국가간 65세 이상 인구 천명당 장기요양병상수 비교(2011)

(단위: 개)

	시설병상 (침상)수	장기요양병원 병상수	합계
오스트리아	42.1	2.0	44.1
벨기에	71.1	1.0	72.1
스위스	68.9	na	68.9
체코	41.9	4.5	46.4
독일	52.1	na	52.1
덴마크	47.8	0.2	48.0
에스토니아	38.1	6.7	44.8
스페인	35.3	1.9	37.2
프랑스	56.5	3.0	59.5
네덜란드	64.9	na	64.9
헝가리	49.2	6.7	55.9
이태리	17.8	0.8	18.6
폴란드	17.5	2.3	19.8
아일랜드	51.8	0.6	52.4
핀란드	62.9	9.4	72.3
스웨덴	72.3	1.1	73.4
영국	51.7	na	51.7

자료: OECD, *Health at a glance 2013*, 2013.

한편, 장기요양 비용 지출의 차이는 공적 케어와 비공식 케어간 비중의 차이로도 설명할 수 있다. 이미 전술한 바와 같이 공식적 케어(formal care or publicly care)와 비공식 케어 간에는 요약해서 세 가지의 이론적 근거에 의해 제공되는 것으로 알려져 있는데, 하나는 양자간 대체(substitutes) 관계에 있다는 것이고, 두 번째는 비공식 케어가 부족할 때 공식적 케어가 보완적(complementary)으로 마련된다는 것이고, 세 번째는 양자간 제공되는 서비스의 내용이 달라서 공식적 케어는 전문적인

케어, 비공식 케어는 일상생활의 지원을 담당한다는 것(task-specific model)이다. 어쨌든 간에 국가간 비공식 케어를 활용하는 근거나 이유가 다르기 때문에 일률적으로 말할 수는 없겠지만, 지금까지 살펴본 바와 같이 비공식 케어의 비중이 상대적으로 높은 남유럽국가나 동유럽국가에서 장기요양 비용 지출규모가 작다는 것으로 볼 때 비공식 케어의 활용 정도는 공적 제도의 장기 지속 가능성과도 관련이 있다고 하겠다.

### 3. 주요 선진국가의 비공식 케어자 지원정책

일반적으로 많은 유럽국가에서 비공식 케어자에 대한 지원정책이 시행되고 있음을 알 수 있는데, 그러한 정책이 공식적인 장기요양정책과 연결되어 있을 수도 있고, 그렇지 않을 수도 있다는 것이다. 또한, 지원방법으로 현금이나 현물서비스의 형태가 이루어지는 경우가 있다. 우선적으로 비공식 돌봄서비스에 대한 현금지급방식에는 두 가지가 있는데, 하나는 돌봄서비스를 제공하는 비공식 케어자에게 직접 지급하는 돌봄(자)수당(carer 또는 care allowance)과 돌봄서비스를 받는 노인 당사자에게 지급하고, 당사자가 비공식 케어자에게 돌봄에 대한 보상으로 활용하는 간병수당(attendance allowance)이 있다. 특히, 후자는 돌봄수혜자가 서비스를 선택할 수 있는 방안의 일종으로 비공식 케어서비스도 선택할 수 있도록 한 것으로 피돌봄자의 주권을 강화시키는데 큰 역할을 한다. <표 5-6>을 보면, 대부분의 국가에서 전자의 돌봄(자)수당을 지급하는 방식을 채택하고 있는 것으로 보이는데, 이 때 돌봄서비스를 제공하는 비공식 케어자는 일정한 취업조건을 갖추어야 하는데, 핀란드, 스웨덴과 같은 북유럽국가는 반드시 지켜야 하는 취업조건은 없다.

〈표 5-6〉 유럽국가의 돌봄수당(care allowance) 지급조건 비교

	급여명칭	소득조사 여부	기타급여	취업조건
아일랜드	돌봄자수당	있음	-	전일돌봄 요구 (단, 주당 10시간 미만 근로자 한정)
	돌봄자급여	없음	아동보충급여	전일돌봄 요구 (단, 주당 10시간 이상 근로자는 제외) 최대급여기간: 65주
핀란드	돌봄수당 (비공식 돌봄수당)	없음	친척지원서비스 휴식돌봄(월 2일) 연금크레딧 재해보험급여	임금노동상태와 무관
룩셈부르크	돌봄자수당	없음	연금크레딧 사회보험기여금 지불 휴식돌봄	월간 최저 50시간 돌봄 필요
노르웨이	돌봄임금	없음	평균연금크레딧 장기돌봄제공연금	주당 3~10시간 피고용자 한정
슬로베니아	재가돌봄 지원수당	없음	연금크레딧 실업보험급여 부모보험급여 사회보험기여금 지불	무직자 또는 시간제 근로자 한정
슬로바키아	돌봄수당	있음	-	최저생계비의 200%이내 근로자 한정
스웨덴	돌봄자봉급	없음	완전 사회적 보호	-
영국	돌봄자수당	있음	연금크레딧 아동보충급여 사회급여 인상	최저돌봄제공시간: 주당 35시간 전일교육수강자 제외 (주당 21시간 이상)

자료: Huber, M., Rodrigues, R., Hoffmann, F., Gasior K., and Marin, B., Facts and Figures on Long-Term Care-Europe and North America, Vienna: European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2009.

즉, 아일랜드는 비공식 돌봄을 제공하는 자는 전일 돌봄을 전제로 하  
되, 주당 10시간 미만의 취업에 종사하여야 하고, 룩셈부르크는 월간 최  
저 50시간(1일 평균 1.7시간) 이상을 돌봄을 제공하는 자에게 지급한다.  
슬로베니아는 비공식 케어자가 직업이 없는 무직자이거나 시간제 근로자  
인 경우에 한하여 수당을 지급하고, 슬로바키아는 최저생계비의 200%이

내의 저소득자에게만 수당을 지급하고 있다. 영국의 경우에는 최저 돌봄 제공시간을 전제로 하고 있는데, 주당 35시간(1일 평균 5시간) 이상 제공 하여야 하는 것으로 되어 있다.

그리고, 돌봄(자)수당을 지급할 때 수급자의 소득수준을 고려하는 국가는 아일랜드, 슬로바키아 영국 등이고, 다른 국가들은 소득조사를 실시하고 있지 않다. 그런데, 중요한 것은 단순히 비공식 케어자에게 현금성의 수당을 지급하는데 그치는 것이 아니라 추가적인 혜택을 제공하고 있다. 연금크레딧을 제공하는 국가는 핀란드, 룩셈부르크, 노르웨이, 슬로베니아, 영국 등이고, 사회보험기여금이나 연금, 사회급여를 지급하는 국가는 룩셈부르크, 노르웨이, 영국 등이다. 그 이외에 휴식케어(respite care)를 제공하는 국가는 핀란드, 룩셈부르크 등이다.

이상과 같은 비공식 돌봄자에 대한 금전적 지원방식은 취업이나 돌봄 제공시간 등에 제약조건을 제시하고 있는데, 영국과 같이 급여수급자에 대한 전제조건이 많은 경우에는 배우자나 친척에 의한 돌봄선택이 축소될 가능성이 있다는 것이다(Hoffmann and Rodrigues, 2010). 그리고, 현금급여는 여성으로 하여금 돌봄노동에 얽매게 하는 위험을 유발시킬 수가 있다는 것이다. 그래서 돌봄의 탈가족화를 주장하는 자는 현금급여 정책을 반대하고 있다(Kroger and Silpa, 2005). 그렇지만, 비공식 돌봄자의 역할이나 중요성을 인식하게 되고, 연금크레딧이나 건강보험 급여혜택을 제공함으로써 돌봄자의 사회적 지위나 복지수준도 향상될 가능성도 있다는 점에서 현금급여는 긍정적으로 받아들일 수 있다.

그리고, 비공식 케어자에게 현금이 아닌 현물(in-kind)의 형태로 지원을 하는 방식에는 전문적인 공식 서비스지원, 주거환경개선과 휴식케어 지원이 있다. 전자는 조세방식이든 사회보험방식이든 간에 공적 장기요양제도를 통해서 재가방문요양서비스를 제공함으로써 비공식 케어자의

케어부담을 경감시켜주는 방식이다. 그리고 후자의 휴식케어지원에는 주간보호서비스, 단기입소, 24시간 재가보호 등이 있는데, 이러한 지원방식의 목적은 케어부담을 일시적으로나마 경감시켜주기 위해 휴식 기회를 제공하는데 있고, 이를 통해 장기간 비공식 케어가 지속되게 하려는 데 있다. 돌봄대상자의 휴식케어(respite care)는 현실적으로는 서비스내용의 결정 및 전달방식, 시설의 기존 입소자와의 관계, 비용 등의 문제로 아직은 유럽국가에서도 보편적이지 못한 것으로 보이고 있다. 그리고, 돌봄자는 돌봄의무감 때문에 여가시간을 제대로 갖지 못하는 경향이 있다. 그로 인하여 고립감, 심리적 스트레스, 건강악화, 우울증, 자아상실감 등과 같은 문제가 발생된다. 특히, 고령의 배우자가 돌봄자인 경우에는 예방적 건강대책이 중요하게 거론될 수 있고, 중년의 돌봄자인 경우에는 노부모의 돌봄뿐만 아니라 자녀양육도 동시에 짊어져야 하는 사례<sup>54)</sup>도 있기 때문에 이들을 대상으로 하는 돌봄서비스 지원정책이 필수적으로 마련되어야 하는 것으로 지적하고 있다.

그 이외의 현물지원방식으로는 비공식 케어자에게 정보제공, 조언이나 상담, 케어제공 훈련이나 교육, 자조(self-help)모임이나 동료모임, 비공식 케어자협회 조성 및 고용지원 등이 있다. 특히, 비공식 케어자협회 조성과 같은 정책에 적극적인 국가는 영구, 네덜란드 및 북유럽국가들이다.

한편, 추가적으로 일부 유럽국들을 대상으로 비공식 케어자에 대한 정책적 지원내용을 살펴보고자 한다.

먼저, 독일의 경우, 공적 장기요양보험제도에서 재가급여의 경우, 현금으로 받을 수 있는 선택을 제공하고 있는데, 이는 기본적인 장기요양보험 정책에 따른 것으로 보여진다. 다시 말하면, 장기요양보험제도에서는 재

54) 이를 회전세대(pivot generation)라 부르고 있는데, 이는 노인돌봄과 아동돌봄의 행위를 하루에도 몇 번씩 회전문이 돌아가듯이 번갈아가면서 수행하여야 한다는 것을 의미함(최근 일본에서는 이를 '더블케어'라 표현하고 있음)

가서비스를 우선적으로 받을 수 있도록 하고 있고, 이를 촉진시키기 위해 비공식 케어자에 의해 제공되는 재가서비스도 인정하여 현금으로 받을 수 있도록 한 것이다. 이 때, 비공식 케어자는 돌봄과 관련하여 발생된 재해는 산업재해보상보험의 급여지급조건으로 인정하고, 1주일에 14시간 이상 돌봄서비스를 제공하고 현금수당을 받는 경우에는 법정 연금보험제도에 가입기간으로도 인정을 받을 수 있도록 하고 있다. 또한 비공식 케어기간을 본인의 의사에 실업보험으로부터의 가입기간을 인정받을 수 있다. 그리고, 지난 2008년부터 돌봄휴가법<sup>55)</sup>(Act on care leave' (Pflegezeitgesetz)이 시행되고 있다.

스페인의 경우, 비공식 케어자를 위한 사회보장 규칙이 있는데, 이를 근거로 비공식 수발자의 사회적 고립이나 사회활동의 억제를 해소시켜주고 있다. 비공식 케어기간은 노동으로 인정하여 연금가입기간으로 간주하고 있다. 그리고 비공식 케어자를 위한 유연근무시간제도가 있는데, 이는 취업과 케어의 양립을 증진시키고, 케어를 위한 무급휴가를 주거나 근무시간을 단축시켜주는 것을 내용으로 하고 있다. 다만, 이 제도에 의해 혜택을 받을 수 있는 케어자는 케어제공으로 인하여 사고나 질병 등의 이유로 유급노동을 할 수 없는 자로 되어 있다. 좀 더 구체적으로는 이 제도에 의해 지원받을 수 있는 내용으로 근로시간의 축소 이외에 유급노동임금을 지원하는 방안으로 임금의 축소조정을 최저 1/3에서 1/2까지 가능하다.

또한, 전문적 케어자 및 비공식 케어자에 대한 훈련프로그램이 있는데, 스페인 장기요양법(The Spanish Dependency Law)에서는 이를 지원

55) 이는 아급성 케어가 필요한 경우 10일이하의 휴직이 필요하거나, 30일~6개월간 휴직을 필요로 하는 경우임. 다만, 이 기간 동안, 사업주로부터의 해고가 불가능하고, 무급상태라도 사회보험 수급자격은 유지됨. 또한, 상속법에서는 비공식 돌봄행위가 손자녀에게 까지 승계되는 경우에 세제혜택을 제공하고 있음.

하는 내용을 포함하고 있다. 예를 들면, 전문적 케어지식뿐만 아니라 수발자로서의 역할, 케어위험과 손상에 대한 예방조치, 위생적 지침, 심리적 케어방법 등이다. 그리고, 가정환경내에서 제공된 서비스의 질 개선을 위한 제도(Agreement for the improvement of the quality of services provided within the family environment)는 지난 2010년 2월에 수립되었는데, 이 제도의 목적은 현금급여를 선택한 수급자, 또는 그 가정에서 제공되는 케어의 질을 확보하기 위한 것이다.

프랑스의 경우, 바우처나 돌봄수당과 같은 현금지급방식을 도입, 운영하고 있는데, 수급노인은 그 비용을 지불하여 가사지원 및 신체케어를 위한 홈헬퍼나 가족원을 고용하는데 활용하고 있으며, 또한 고용창출과 가사서비스 활성화를 통해서 고령친화산업을 육성하는데 기여하고 있다. 그러나, 아직까지 돌봄과 취업간 양립정책이나 비공식 케어자를 위한 돌봄휴가는 고용주의 적극적인 의사부족으로 도입되어 있지 않다. 다만, 비공식 케어자를 위한 정보제공이나 상담은 체계적으로 시행되기 시작하고 있고, 훈련, 교육, 심리적 지원 등은 차대 돌봄자에게만 이루어지고 있는 실정이다.

그런데, 주택환경개선이나, 복지용구 활용은 정부가 지원하고 있고, 비공식 케어자를 위한 대표적인 서비스인 주간보호나 휴식케어가 충분하지는 않지만, 부분적으로 활용되고 있다.

이태리의 경우, 공적 케어서비스제도는 활성화되어 있지 않는 가운데에 전체 가정의 2/3가 케어를 제공하고 있고, 전체노인의 3%정도가 시설에 입소해 있으며, 재가에서 공식적 케어서비스를 받는 경우는 전체노인의 4.9%정도이다. 그렇지만, 전체노인의 9.5%는 정액의 간병수당을 받고 있다(Triantafillou, et al., 2010).

비공식 케어자를 위한 지원은 중앙정부가 아닌 지방정부차원에서 추진

되고 있는데, 주요 내용은 교육 및 훈련, 사회적 및 의료 바우처 등으로 되어 있다. 이태리도 다른 유럽국가들에 비해 출산력이 낮은 국가로 비공식 케어자가 부족하여 이민노동자에 크게 의존하고 있는 실정인데, 재가 케어서비스가 가족원에 의한 돌봄이 이민노동자를 활용하는 유급 비공식 케어방식으로 대체되고 있다는 것이다.

마지막으로, 스웨덴의 정책을 구체적으로 살펴보면, 우선 돌봄급여법(The Assistance Benefit Act)을 들 수 있다. 이 제도는 장기요양대상 노인이 개인적으로 케어자를 고용하는 것을 지원하기 위한 것인데, 이는 가족원도 고용할 수 있도록 하고 있다. 이 제도에 의한 장기요양대상노인의 기준은 주당 20시간 이상의 돌봄을 필요로 하는 65세 미만인 자이어야 한다.

스웨덴은 1992년 아텔개혁으로 중앙정부에서 책임을 지고 돌봄서비스를 제공하던 것을 지방정부로 이관시키고, 시설에 대한 허가 및 지도감독 기능만 수행하는 것으로 바뀌었다. 장기요양서비스의 비용은 소득수준에 따라 차등부담하도록 하고 있고, 케어플랜은 기초자치단체가 담당하는 것으로 되어 있다. 최근 비공식 케어에 대한 개선이 추진되고 있는데, 급격한 인구고령화의 영향으로 친척이나 친구에 의한 돌봄에 대한 지원에 대해 정책결정자들이 관심을 갖기 시작했다. 현재 사회서비스법에 의해 기초 지방자치단체는 비공식 케어자를 지원하여야 하는데, 그 내용은 취업지원, 질병예방, 돌봄지속을 위한 정보 및 케어지식 지원 등이 포함되어 있다. 스웨덴도 다양한 형태의 휴식케어제도나 지조집단 지원, 응급호출지원 등을 갖추고 있다.

## 제2절 공식 및 비공식적 케어 이용실태<sup>56)</sup>

### 1. 공식적 케어(paid care)의 이용실태

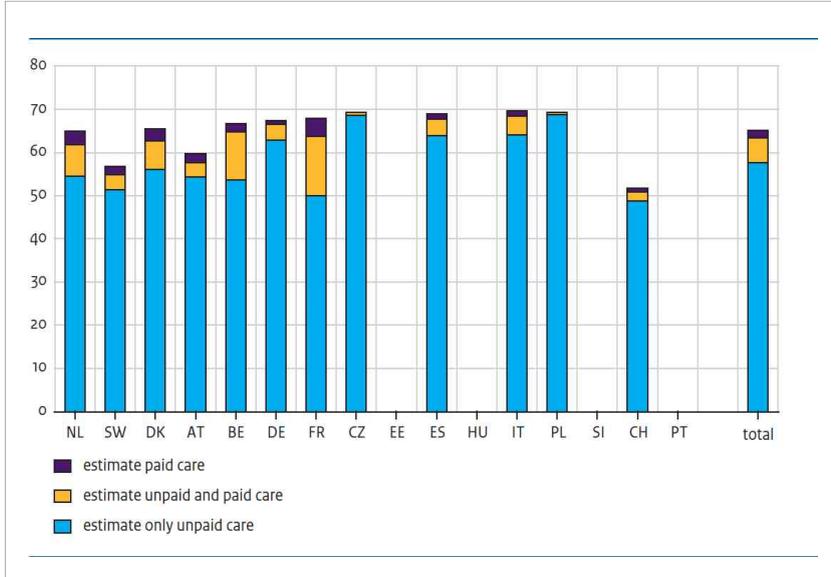
유럽국가들을 중심으로 한 고령화패널조사(SHARE; Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 50+ in Europe)의 결과에 의하면, 50세 이상의 사회네트워크 회원들로부터 제공받은 유급 케어에 대한 실태를 조사하였고, 이러한 유급 네트워크 케어에 대한 정보를 발표하고 있다. 그렇지만, 서비스 수급자에 대한 설문조사에서는 사회네트워크 회원으로부터 비용을 지불하고 서비스를 받았다고 응답한 경우는 매우 낮은 것으로 보고하고 있다. 그 이유는 공공재정에 의한 케어(publicly funded care)가 보편적이기 때문이라 지적하고 있다.

국가별 사례를 정리하면, 네덜란드의 경우 전체의 돌봄케어서비스 중에서 대부분은 비공식 케어(unpaid care)에 의한 것인데, 비공식케어의 수준은 덴마크, 오스트리아, 벨기에와 유사하게 나타나고 있다. 이들 국가보다 더 높은 비공식 케어비중을 보이고 있는 국가는 독일, 체코, 스페인, 이태리, 폴란드 등으로 독일을 제외하고는 동유럽 및 남유럽 국가들이다(그림 5-1 참조).

전체적으로 보면, 오로지 돌봄케어를 공식 케어에 의해서만 의지하는 국가는 없는 실정인데, 그 중에서 공식 케어와 비공식케어의 혼합형태 비중이 비교적 높은 국가는 아래 그림에서 볼 수 있듯이 네덜란드, 덴마크, 벨기에, 프랑스 등 서유럽국가들로 나타나고 있다.

56) 본 절의 내용은 Survey of health, ageing and retirement in Europe의 결과를 바탕으로 한 자료를 참고로 정리하였음.

[그림 5-1] 비공식 돌봄서비스 유형별 비중(2011, 50세 이상)



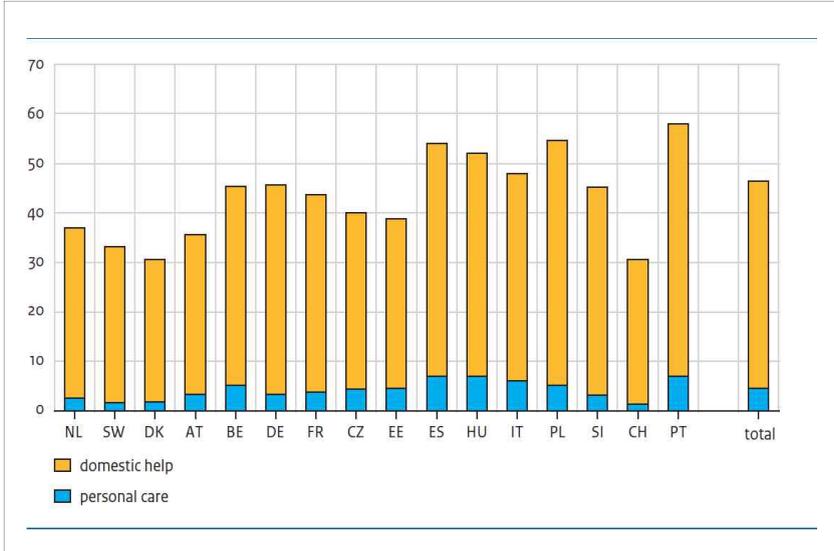
자료: The Netherlands Institute for Social Research, *Who cares in Europe?*, June 2014.

## 2. 비공식 케어(unpaid care)의 이용실태

가족원에 의해 비공식 네덜란드의 경우, 돌봄서비스를 제공받은 자의 비중을 살펴보면, 50대 이상의 1/3 이상이 가사지원이나 행정서비스 및 신체수발서비스를 받고 있는 것으로 나타났고, 그 중에서 약 3%정도만이 신체수발서비스를 받은 것으로 나타났다. 아래 그림에서도 볼 수 있듯이 서비스의 수급자비율보다는 어떠한 유형의 서비스를 어느 정도 받고 있는가를 중심으로 검토해 보면, 분석대상의 모든 국가가 가사지원 등의 서비스가 압도적으로 높고, 전체 서비스의 일부분에 해당하는 정도가 신체수발서비스가 차지하고 있는 실정이다. 즉, 가족원에 의한 신체수발비중이 상대적으로 높은 국가는 동·남유럽 국가들로 스페인, 헝가리, 이태리,

폴란드, 포르투갈 등이다.

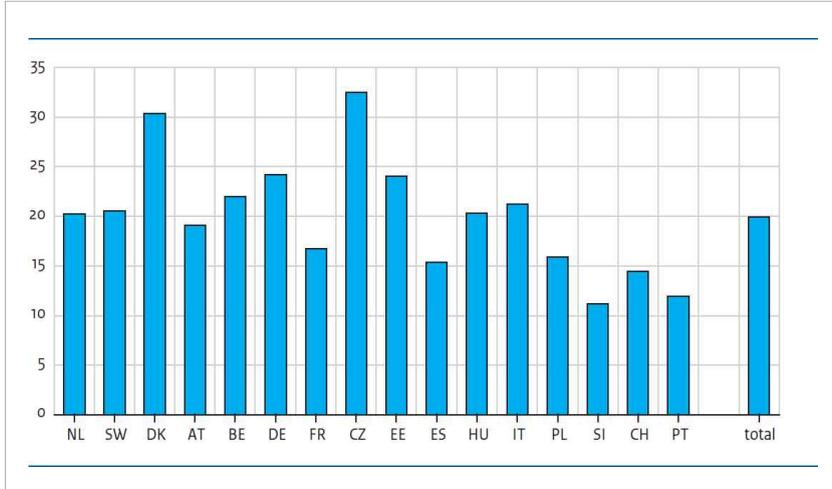
[그림 5-2] 가족원에 의한 비공식 돌봄 수급자 비중(2011, 50세 이상)



자료: The Netherlands Institute for Social Research, Who cares in Europe?, June 2014.

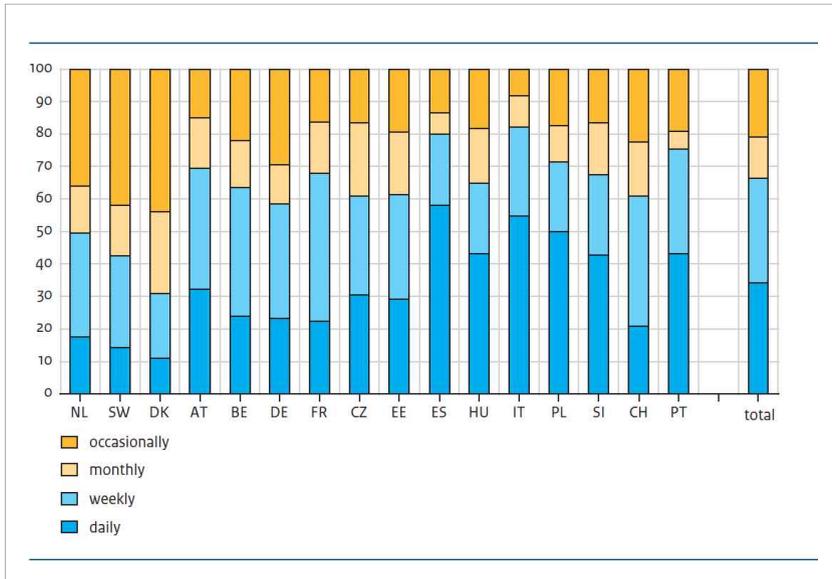
그리고, 비공식 케어는 비가족원에 의해서도 제공되는데, 이들은 주로 친척, 친구, 이웃이나 자원봉사자들이다. 아래 그림에서 볼 수 있듯이 가족원 이외의 케어자에 의해 비공식 케어를 받고 있는 비중이 높은 국가는 덴마크와 체코가 눈에 띄게 높고, 그 다음으로 벨기에, 독일, 에스토니아, 헝가리, 이태리 등이다. 결국, 이들 국가의 특징은 공적 장기요양제도가 잘 갖추어져 있거나, 비공식 케어가 높은 국가들로 비가족원에 의한 케어 지원이 활성화되어 있다는 것을 알 수 있다. 그리고, 비공식 케어빈도를 보면, 매일 케어를 제공하는 빈도가 높은 국가는 역시 동·남유럽국가인 스페인, 헝가리, 이태리, 폴란드, 슬로베니아 등이다.

[그림 5-3] 가족원 이외의 돌봄자에 의한 비공식 돌봄 수급자 비중(2011, 50세 이상)



자료: The Netherlands Institute for Social Research, Who cares in Europe?, June 2014.

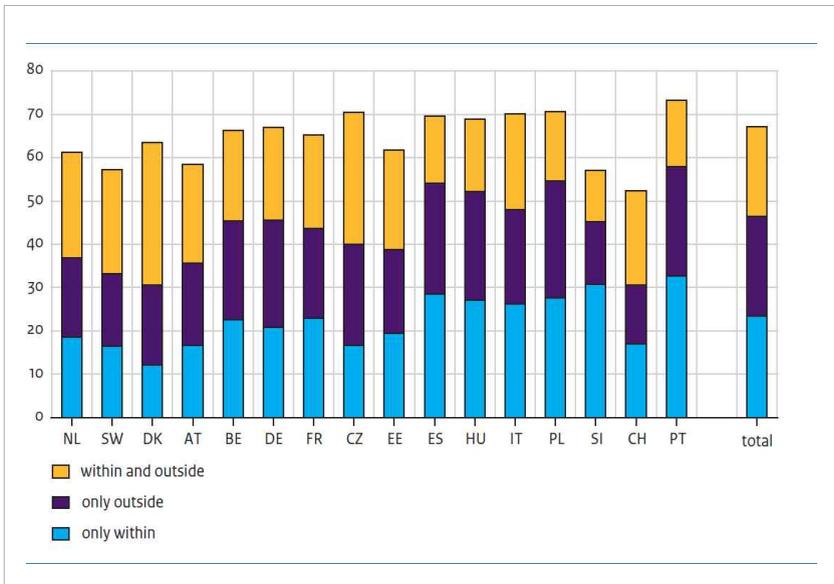
[그림 5-4] 가족원 이외의 돌봄자에 의한 비공식 돌봄의 빈도(2011, 50세 이상)



자료: The Netherlands Institute for Social Research, Who cares in Europe?, June 2014.

마지막으로, 가족원이든, 비가족원이든 간에 비공식 케어를 받은 자의 비중을 살펴보면, 네덜란드가 50세 이상 대상의 약 60%가 비공식 케어를 받은 것으로 나타났고, 포르투갈이 약 70% 수준을 넘어 가장 높은 것으로 나타났다. 이미 전술한 바와 같이 동유럽이나 남유럽국가들이 높은 비중을 나타냈고, 독일이나 북유럽국가들은 상대적으로 비공식 케어비중이 낮다. 이들 국가는 공적 재원에 의한 공식 케어비중이 높은 실정이다. 결과적으로 공적 케어서비스를 얼마나 이용할 수 있는가에 따라서 비공식 케어비중이 달라진다고 하겠다. 그리고, 분석대상의 모든 국가가 가족원에 의해서만 돌봄서비스를 받지 않고, 비가족원이나 [가족원+비가족원]의 혼합형태를 취하고 있어서 비공식 케어에 대한 국가적 지원정책이 있지 않을 수 없다는 것이다.

[그림 5-5] 가족원 및 비가족원에 의한 비공식 돌봄 수급자 비중(2011, 50세 이상)



자료: The Netherlands Institute for Social Research, Who cares in Europe?, June 2014.



# 제 6 장

## 정책제언 및 결론

제1절 공식 및 비공식 돌봄(케어)서비스 제공주체간 역할정립  
및 개선방안

제2절 공식 및 비공식 돌봄(케어)서비스의 연계적 지원 방안

제3절 결론



# 6

## 정책제언 및 결론 <<

본 연구의 중심은 노인돌봄(케어)의 제공주체를 공식적 케어와 비공식 케어로 양분하고, 양 부문별 현황과 문제점, 양 부문별 역할정립에 대한 논의 등을 분석하는 것으로, 이를 바탕으로 하여 개선과제를 정리해 보면 다음과 같다.

### 제1절 공식 및 비공식 돌봄(케어)서비스 제공주체간 역할 정립 및 개선방안

#### 1. 현행 공식 및 비공식 돌봄(케어)체계 분석의 요약

본문에서 검토, 분석한 내용을 요약, 정리하여 제시하면 다음과 같다.

첫째, 이론적 검토를 통해 볼 때, 노인돌봄(케어)의 대상자는 독거상태 등과 같은 거주상태와 무관하게 일상생활상의 불편으로 타인의 도움이 필요한 노인으로 정리할 수 있다. 이들에게 제공되는 서비스는 신체케어(personal care, 또는 self-care), 가사지원 및 정서심리·사회생활상의 케어와 같은 복지성 서비스와 의사, 간호사, 물리치료사 등 보건의료인력에 의해 제공되는 의료서비스가 포함된다. 그러한 대상자에게 보건의료 및 복지서비스를 제공하는데 필요한 제도 및 인력에 대해서는 공식 및 비공식 부문으로 분류할 수 있다. 제도적 측면에서 보면, 공식적 케어인력을 규정하고 있는 제도는 마련되어 있지만, 비공식 케어인력에 대한 지원을 공적 제도로 마련된 것은 매우 미흡한 실정이다.

현재, 공식적 제도에 의해 케어가 제공되는 부문과 비공식 케어인력에

의해 케어가 제공되는 부문간의 관계를 문헌적으로 검토해본 결과, 양 부문간의 대체관계는 보이지 않고, 상호 보완 또는 보충되거나, 케어의 필요 정도나 내용을 기반으로 대체·보충·보완되는 것으로 보아야 할 것이다. 예를 들면, 노인장기요양보험제도의 요양등급별 주수발자 유형변화를 살펴보면, 돌봄의 필요량이 많아지는 중증자일수록 비공식 돌봄의 비중이 적어지고 있어 공식적 케어로 대체·보충되는 경향을 찾아 볼 수 있었다.

둘째, 공식적 부문과 비공식 부문에서의 제도내용 및 실태를 통해서 분석해 보았는데, 공식적 부문의 대표적인 사회제도인 노인장기요양보험서비스(노인장기요양보험법), 노인돌봄종합서비스(노인복지법), 재가노인지원서비스(노인복지법), 그리고 민간기업형태의 생명보험회사 등에서 판매되는 민영간병보험에 대해 케어의 실태를 검토해 보았다. 그 결과, 상대적으로 일상생활상의 장애정도가 비교적 높은 노인은 노인장기요양보험제도를 이용하고 있고, 그렇지 않은 노인은 노인돌봄종합서비스나 재가노인지원서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다. 그런데, 전자는 소득수준과 관계없이 돌봄(케어)의 욕구가 존재하는 대상자에게 서비스를 제공하고 있는 반면에, 후자는 경미한 케어욕구를 지녔다고 하더라도 일정소득 수준이하의 저소득계층이어야 하는 전제조건이 있다. 그리고, 전자나 후자 모두 제공되는 케어량 측면에서는 충분하다고는 볼 수 없다. 특히, 노인장기요양보험제도의 재가급여서비스에서는 대부분의 서유럽 국가에서 보편적으로 이루어지고 있는 야간·심야재가케어가 우리나라에는 거의 제공되고 있지 않다는 점에서 볼 때 재가급여서비스의 공식적 제공량이 부족하기 때문에 비공식 케어자의 도움을 반드시 필요로 하고 있다는 것이다. 야간·심야케어 뿐만 아니라 주야간보호기관에서의 숙박, 방문간호서비스의 신체수발 부재가 존재하고 있는 가운데 자택에서 생활하는 중증의 장기요양대상자(1, 2등급자)가 40% 내외로 존재하고, 이

들의 주수발자도 가족원에 치중하고 있다는 것은 그만큼 재가에서의 공식적 케어 제공량이 부족할 가능성이 있다는 것을 시사해 주고 있다. 그리고, 노인돌봄종합서비스나 재가노인지원서비스의 대상자인 경우는 기본적으로 신체적 케어욕구가 적고, 그 이외의 가사지원이나 심리정서적 지원을 주로 필요로 하고 있는데, 그 케어의 양은 장기요양보험제도에서의 케어량에 비해서 상당히 적은 실정이다. 또한, 민영간병보험과 같은 민간시장에서 판매되는 보험상품을 구매하는 자는 상당히 적는데, 이는 일정한 소득이상의 대상자가 가입하는 특성 때문이지만, 노인돌봄(케어)의 민간시장화는 제한적일 수밖에 없을 것으로 판단된다.

한편, 비공식 부문에서 케어를 제공하는 자는 자원봉사자와 가족원인데, 현재 자원봉사활동을 조직하거나, 지원, 관리하는 단체가 부처간 상이하고, 체계화가 미흡하다는 것이다. 그리고 가족원에 의해 이루어지는 돌봄실태를 보면, 거의 대부분이 배우자나 자녀들로 구성되어 있고, 비가족원에 의한 돌봄은 상당히 축소되어 있는 실정이다.

셋째, 일부 특정지역을 대상으로 노인돌봄(케어)서비스를 제공하는 기관(제공자)과 실제로 돌봄(케어)서비스를 제공받은 노인당사자를 대상으로 사례분석을 실시해 본 결과, 다음과 같은 결과를 얻을 수 있었다. 먼저, 제공자의 입장에 선 비공식 케어단체의 실태를 보면, 이미 장기요양보험제도로부터 서비스를 받고 있는 대상자는 제외되고, 장기요양보험서비스를 제공받지 않는 대상자에게 각종 케어를 제공하고 있는 것으로 파악되었다. 또한, 지역마다 편차가 있을 수 있는데, 노인돌봄종합서비스나 재가노인지원서비스를 받고 있는 대상자도 순수한 차원에서의 자원봉사활동 수혜자로부터 대부분 제외되고 있고, 그렇기 때문에 주기적으로 신체케어나 가사지원서비스를 제공하기 보다는 일회성으로 끝나는 경향이 있다. 그리고, 수혜자의 입장인 노인당사자의 인터뷰에서는 거의 대부분

의 응답자가 비공식 케어자인 가족원이나 자원봉사자들로부터 일정한 수준의 케어를 제공받은 것으로 나타났는데, 주로 가족원으로부터는 식사 준비도움이나 공식적 케어를 이용하는데 소요되는 비용을 지원하는 경제적 돌봄에 치중하고, 자원봉사자로부터는 말벗과 같은 정서심리적 안정을 도모하는 케어를 제공받은 것으로 분석되었다. 마지막으로 지역간 노인돌봄 제공기관의 도농간 격차를 분석해 본 결과, 노인장기요양보험제도나 노인돌봄종합서비스나 격차를 보이고 있는데, 이를 시도별로 분석해 보아도 격차는 존재하고 있다는 것이다.

넷째, 노인 돌봄(케어)의 비공식, 공식 및 비공식과 공식 케어의 혼합 이용에 각각 영향을 끼치는 요인을 분석한 결과를 보면 다음과 같다. 먼저, 비공식 돌봄과 공식 돌봄간 영향요인의 차이를 보면, 여성노인, 중졸 이상의 학력소지자, 무배우자 노인, 동거자녀수가 적은 노인, 농촌지역 거주노인, 기초수급자, 일상생활기능장애가 높은 노인 등에게서 공식 돌봄의 이용이 높았다는 것이다. 그리고 비공식 돌봄과 혼합 돌봄간 영향요인의 차이를 보면, 여성노인, 중졸 이상의 학력소지자, 무배우자 노인, 동거자녀수가 적은 노인, 기초수급자, 일상생활기능장애가 높은 노인 등에게서 혼합 돌봄의 이용이 높았다는 것이다. 마지막으로 공식 돌봄과 혼합 돌봄간 영향요인의 차이를 보면, 무학이나 초졸수준의 학력소지자, 유배우자 노인, 가구소득이 높은 노인, 기초 비수급자, 일상생활기능장애가 높은 노인 등에게서 혼합 돌봄의 이용이 높았다는 것이다.

결과적으로, 비공식 돌봄은 배우자가 있거나, 동거자녀가 많거나, 소득수준이 높거나 일상생활 기능장애가 높지 않은 노인일 경우에 상대적으로 더 많이 이용되는 경향이 있고, 공식 돌봄이나 혼합 돌봄의 경우에는 배우자가 없거나, 동거자녀수가 적거나, 일상생활 기능장애가 높은 노인일 경우 상대적으로 더 많이 이용되는 경향을 보이고 있었다. 이러한 점

에서 볼 때, 돌봄(케어)서비스를 줄 수 있는 가족원이 존재할 경우나, 신체기능상의 장애가 적을 경우에 비공식 케어가 활발하게 이루어지고 있음을 추론할 수 있다.

다섯째, 비공식 및 공식적 돌봄(케어)에 소요되는 비용을 추계해 본 결과, 2016년도 공식부문의 비용은 4조 9,289억원, 비공식 부문의 비용은 1조 2,160(최저)~5조 3,676억원(최대)으로 추정되었다. 이러한 양 부문의 비용을 기준으로 할 때, 최저 시나리오에서는 비공식 부문의 비용이 전체의 약 1/4에 해당하는데, 최대 시나리오에서는 그 비중이 50% 이상 차지하는 것으로 추정되었다. 그리고, 만약에 비공식 부문이 축소되는 경우에는 공식부문에서 소요되는 비용이 2배 이상으로 늘어날 가능성이 있는 것으로 분석되었다. 최근 발표된 EU 보고서에 의하면, 공식적 유급 케어노동자가 많은 국가일수록 GDP대비 장기요양지출 비중도 높다는 것을 볼 때, 비공식 무급케어자의 중요성을 알 수 있겠다(Council of EU, 2014).

마지막으로, 주요 유럽국가의 공식 및 비공식 부문의 케어실태를 검토해 본 결과, 돌봄지원에 대한 책임소재에서 오로지 정부의 정책이나 사회적 제도에 중점적으로 의존하는 국가는 덴마크, 네덜란드나 스웨덴 등 북유럽국가들에게서만 보이는 현상이고, 그 이외의 검토대상 국가들에서는 가족을 병용적으로 활용하거나 가족원을 중심으로 제도화되어 있는 경우가 대부분이었다. 실제적으로 돌봄을 제공하는데 있어서는 순수하게 공식적 돌봄에만 의존하는 국가는 거의 없고, 오히려 비공식 돌봄에 의존하는 경향을 볼 수 있었고, 가족원에 의한 돌봄의 유형도 가사지원서비스비중이 높고, 대부분의 국가에서 오로지 가족원에만 의존하는 경향도 아니었다는 결론을 얻었다.

결론적으로, 노인돌봄체계는 공식 돌봄과 비공식 돌봄이 병존하여야

하고, 양 부문별로 개별적인 주요 역할과 기능을 담당하게 하고, 또한 양 부문간 연계적 상호지원대책이 마련되어야 한다는 것이다.

## 2. 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할 정립 및 개선방안

노인돌봄서비스를 제공하는 주체는 제도적 관점에서 볼 때, 국가에 의한 공적 서비스제도, 민간기업에 의해 판매되는 시장상품, 그리고 가족원 등에 의한 자발적 돌봄으로 구성되는데, 이를 다시 공식적 돌봄과 비공식 돌봄으로 대별할 수 있다. 그리고 돌봄서비스를 제공하는 시설의 운영 관점에서 볼 때, 제공주체는 공공단체, 비영리단체 및 영리단체(개인사업자 포함)로 구성되는데, 공공단체는 지방자치단체 등 국공립단체를 말하고, 비영리단체는 사회복지법인을 비롯한 의료법인, 학교법인, 종교법인, 사단법인, 재단법인 등 비영리의 성격으로 조직된 단체를 말하며, 주식회사 등 기업체나 영리를 목적으로 조직된 단체나 개인이 존재한다. 본 연구에서는 돌봄서비스를 제공하는데 필요한 인력과 시설을 갖추고 각종 기준과 원칙에 따라 서비스를 제공한다고 하면 운영주체를 기준으로 한 시설들 간의 역할 정립은 필요하지 않다고 본다. 다만, 서비스 수요가 부족하여 영리추구에 제한적인 도서벽지나 농촌지역인 경우에는 공공단체나 비영리단체가 제공주체가 되어야 하는데, 특히 재정운영상태가 취약한 비영리단체보다는 지방자치단체나 공공기관이 주체가 되어야 한다.

본 연구에서는 돌봄서비스의 제공주체를 제도적 관점에서 공식적 및 비공식적 돌봄주체로 양분하여 양호간의 역할을 정리해보고자 한다.

첫째, 공식적 돌봄서비스의 경우, 제공대상자는 보장성측면에서 가족이나 지역사회주민 등에게 부담이 큰 중도의 돌봄욕구가 있는 자를 우선적으로 집중하여야 하고, 그와 부합되게 제공서비스내용도 돌봄부담이

높은 신체케어나 중도의 가사활동을 중심으로 한 서비스로 집중시킬 필요가 있다. 이에 비해서 비공식 돌봄서비스의 경우, 제공주체가 가족원과 비가족원의 친인척이나 친구, 그리고 자원봉사자로 구성되어 있는데, 이 중에서 가족원도 경제활동 등 사회활동에 참여하는 경우가 보편적인 현상이고, 비가족원이나 자원봉사자도 자신들 본연의 일이 존재하기 때문에 전적으로 돌봄서비스에 종사하도록 하게 할 수 없다는 점에서 경도의 가사활동이나 정서심리적 지원을 주요 내용으로 할 필요가 있다.

이러한 구분방식에 따라 현행 공식적 돌봄서비스제도의 개선내용으로는 가족원 및 비가족원의 부담을 경감시켜줄 수 있어야 하기 때문에 노인 장기요양보험제도에서는 방문요양의 심야케어 지원, 방문요양과 방문간호의 복합형 요양간호서비스 개발, 주야간보호기관에서의 숙박 허용이 필요하다. 예를 들면, 자택에서 생활하는 장기요양등급의 1~2등급자가 2시간 이상의 방문서비스를 요구할 때 간호서비스를 필수적으로 이용하게 한다면, 노인요양시설내 설치되어 있는 주야간보호기관에 한하여 필요한 때에 숙박할 수 있도록 허용하여 일시적으로나마 가족의 부담을 경감시켜 주는 경우이다. 노인돌봄종합서비스제도에서는 단순하게 장기요양 등급외자로 판정된 자를 대상으로 하기보다는 등외자도 포함한 지역사회내 허약한 노인에게로 그 대상범위를 확대하고 신체적 및 인지적 기능을 유지·증진시킬 수 있는 장기요양 진입의 사전예방적 역할을 수행할 수 있도록 서비스내용을 전면적으로 개편하여야 한다. 그리고 재가노인 지원서비스제도에서는 노인장기요양보험제도 및 노인돌봄종합서비스제도의 수급대상자이지만, 급여범위에서 벗어나 있으면서 필요하다고 인정된 서비스(소위, 사각지대 서비스)를 제공하거나 돌봄욕구가 존재하는 노인에게 대한 각종 지역사회자원을 적재적소에 연계시키는 역할을 주어야 할 것이다.

둘째, 공식적 돌봄서비스의 일종인 민영간병보험의 경우, 장기요양서비스 자체가 생활을 지원하는 수준이기 때문에 일시적으로 고비용을 유발시키지는 않겠지만, 치매와 같이 장기간의 돌봄을 필요로 하는 경우에는 고비용을 발생시킬 수 있다는 점에서 보충·보완적인 역할을 수행할 수 있도록 하되, 임의적인 가입인 만큼 가입자에게 연말 소득공제시 혜택을 주는 방향으로 정리할 필요가 있다.

셋째, 비공식 돌봄의 주체는 가족원과 비가족원으로 구분할 수 있는데, 가족원에는 배우자, 자녀, 형제자매가 포함될 것이고, 비가족원에는 친인척, 친구나 이웃주민, 무보수<sup>57)</sup>(unpaid)의 자원봉사자가 포함될 것이다. 이 중에서 장기요양등급자에게 가족원이 돌봄서비스를 제공하는 경우에는 현금급여를 인정하는 방안을 고려할 필요가 있다. 다만, 이를 위해서는 가족 돌봄자의 취업조건, 제공기간, 제공내용 등을 마련하여야 하고, 선결조건에 부합하는 돌봄자에게는 사회보장급여의 혜택도 동시에 부여하여야 한다. 예를 들면, 돌봄제공기간을 국민연금 임의가입기간으로 인정한다든가, 고용보험제도의 실업급여 수급조건으로 인정한다든가 등이다. 그 이유는 대부분의 비공식 케어자가 여성이고, 경제활동을 포기하고 비공식 케어에 전담할 때 공적 연금가입도 유보되어 노후 빈곤위험으로부터 벗어나기 어려울 것이고, 더구나 중증노인에 대한 케어자일수록 소득수준이 낮다는 결과도 있기 때문이다(council of EU, 2014).

한편, 가족 돌봄자를 위한 물질적 지원방안으로 주거환경의 개선을 들 수 있다. 예를 들면, 이동용 경사로를 설치한다든가, 화장실에 탈부착이 용이한 손잡이를 설치한다든가 등이다. 그리고 유럽국가들에서 보편적으로 볼 수 있는 돌봄자 휴식케어서비스를 개발하여 지원하여야 한다. 이에

57) 여기에서 무보수(unpaid)는 시간당, 주당, 월단위의 주기적으로 임금이나 보수의 성격으로 지급되는 경우가 아닌 것을 의미하고, 일종의 사례비나 경비의 일환으로 지원되는 교통비 등을 받는 경우는 해당하지 않음.

는 노인장기요양보험서비스로 제공되는 주야간보호, 단기보호 등을 적극적으로 활용할 수 있도록 유도하고, 전술한 바 있는 주야간보호기관에서의 숙박도 허용하여야 할 것이다.

이외에도 비가족원에 의해 돌봄서비스를 활성화시키기 위해서는 유럽 국가들에서 볼 수 있는 간병수당(attendant allowance) 지급을 고려할 수 있으나, 이는 돌봄서비스의 수급당사자인 노인이 수당을 활용할 수 있을 정도의 판단능력을 갖추어야 하기 때문에 당분간은 도입하기가 어려울 것이다. 비가족원에 의한 돌봄서비스는 주로 자원봉사자가 제공하고 있기 때문에 노인돌봄서비스와 관련한 자원봉사활동을 공식적으로 인정하고, 일정시간 이상의 자원봉사활동자에 대한 혜택을 제공할 수 있도록 하여야 할 것이다.

## 제2절 공식 및 비공식 돌봄(케어)의 연계적 지원방안

### 1. 공식 및 비공식 돌봄(케어)서비스의 기본적 연계 방향

전절에서 살펴 본 바와 같이 공식 돌봄과 비공식 돌봄은 상호 대체적인 관계에 있는 것이 아니라 보충 및 보완적 관계에 있음을 알 수 있었다. 이는 오로지 공식적 돌봄만 있든가, 아니면 비공식 돌봄만 제공되는 경우에는 상호 연계의 필요성이 없겠지만, 노인돌봄의 현장에서 양 부문의 돌봄 서비스가 제공된다고 하면 상호 연계의 필요성이 반드시 제기되기 마련이다. 전반적으로 노인돌봄이라는 영역에서는 공식적 돌봄과 비공식 돌봄간 연계도 필요하지만, 공식적 돌봄부문내에서의 연계와 비공식적 돌봄부문내에서의 연계도 아울러 고려하지 않으면 안될 것이다.

이와 같이 부문간, 또는 부문내에서의 연계를 구축할 때 기본적으로 고려하여야 할 내용은 다음과 같은데, 먼저 돌봄의 연속성(continuum of care)에 대한 개념정의를 보면, Evashwick(2005)는 ‘돌봄의 정도와는 관계없이 종합적인 일반건강, 정신건강 및 사회서비스를 통해서 장기간 클라이언트를 인도하는 통합적 메카니즘과 각종 서비스로 구성된 돌봄의 통합되고(integrated), 클라이언트 지향적인(client-oriented) 체계’라 하였다. Pratt는 이러한 개념정의를 고려하여 3가지의 원칙을 제시하였는데, 이는 ① 클라이언트 지향적일 것(client-oriented), ② 종합적일 것(comprehensive), ③ 통합적일 것(integrated)이다(Pratt, 2014).

이를 구체적으로 정리하면, 먼저 첫 번째의 전제조건인 클라이언트 지향적이어야 함은 돌봄(장기요양)서비스와 보건의료 및 사회서비스가 서비스에 소비자(클라이언트)를 맞추는 것이 아니라 소비자를 중심으로 놓고 제공되어야 하는 것을 의미한다. 다시 말하면, 공급자(제공자) 주도적인 체계가 아니라 소비자가 언제, 어떻게 서비스를 이용할 것인가에 중심을 두어야 한다는 것이다. 그러기 위해서는 소비자가 일정한 제어(control) 능력을 가지고 있어야 하는데, 중증의 기능장애나 인지적 능력이 떨어지는 고령자일 경우에는 제어능력이 취약하기 때문에 이러한 역할을 대신 해 줄 수 있는 대리자(agent)가 필요하다.

두 번째의 전제조건인 종합적이어야 함은 돌봄(장기요양)서비스체계는 소비자가 필요로 하는 모든 형태의 서비스를 제공하여야 한다는 것을 의미한다. 이에 시설요양 및 재가요양서비스는 물론이고, 건강증진, 질병 예방, 외래진료서비스, 급성적 입원서비스, 주거서비스 등도 포함되어 있는데, 이러한 서비스를 소비자의 욕구에 맞추어서 제공되어야 한다. 이를 위해서는 보건의료적 서비스의 제공을 담당하는 의료제도와와의 연계가 반드시 필요하다는 것이다.

세 번째의 전제조건인 통합적이어야 함은 단순히 분산되어 있는 서비스를 집합하는 수준을 넘어서 각종 서비스를 조직하고 운영하는 메카니즘을 포함하는 것이어야 함을 의미한다. 이는 소비자가 필요로 하는 포괄적이고 종합적인 모든 형태의 서비스를 제대로 전달되기 위해서는 통합적인 조직이 필요하고, 전달 메카니즘이 갖추어져 있어야 한다는 것이다. 특히, 기존의 장기요양서비스에 대한 개념은 완전한 자립능력이 시간의 경과에 따라 상실되면서 의존적인 상태로 이전되는 일방적인 흐름 속에서 파악되었지만, 이제는 장기요양수급자가 자립성과 의존성을 반복적으로 나타내고 있기 때문에 주기적인 급성기적 외래진료서비스가 필요하기도 하고, 지속적인 만성기적 케어서비스도 유지되어야 하는 실정이다. 이러한 통합적 운영방식에는 유사한 서비스를 제공하는 조직체를 결합하는 수평적 통합(horizontal integration)과 유사하지 않지만 상호연계적인 서비스를 제공하는 조직체를 결합하는 수직적 통합(vertical integration)이 있는데, 전자는 서비스 수급자의 삶의 질이 향상되고, 유사한 서비스를 제공하는 조직의 통합으로 비용효율성도 제고시킬 수 있는 반면에 후자는 의료 및 장기요양부문간 통합을 보더라도 알 수 있듯이 규모의 경제성, 시장대응성 등의 측면뿐만 아니라 조직체 운영의 효율성과 연계성이 제고되고 외부와의 경쟁성에도 유리하다는 장점을 지니고 있다.

이상과 같은 돌봄의 연속성 이념아래 고려하여야 하는 연계의 기본방향은 ① 공식적 부문내 노인돌봄서비스제도간 연계와 통합이 이루어져야 하고(수평적 연계와 통합), ② 비공식적 부문내 자원봉사활동단체간 연계와 통합이 이루어져야 하며(수평적 연계와 통합), ③ 공식적 부문과 비공식 부문간 연계가 이루어져야 한다(수직적 연계와 통합).

## 2. 공식 및 비공식 돌봄(케어)서비스의 연계 추진방안

공식 및 비공식 부문간 노인돌봄서비스를 연계하기 위해서는 인력과 기관의 설치가 요구된다. 여기에서 인력이란, 서비스의 연계, 조정하는데 역할과 기능을 수행할 수 있는 전문가를 말하고, 기관은 이들의 전문가가 종사하는 장소를 말한다.

먼저, 인력부분에 대해서 논의하면, 현재 공식적 부문에서는 돌봄서비스를 제공하고 있는 전문케어인력이 있고, 이들을 관리하는 중간관리자가 있다. 여기에서 서비스의 연계업무를 담당하여야 하는 직종인 중간관리자에 대해서 살펴보면, 노인장기요양보험제도에서는 장기요양시설이나 재가장기요양기관에서는 사회복지사나 간호(조무)사가 그 역할을 수행하고 있고, 노인돌봄서비스제도에서는 사회복지사가 그 역할을 수행하고 있다. 현재 이들의 중간관리자들은 자신이 소속되어 있는 장기요양기관의 이용자들을 대상으로 제공할 수 있는 범위내에서의 서비스를 조합하여 케어계획을 수립, 평가하는데 그치고 있기 때문에 이용자가 서비스를 전환하거나 추가적으로 구매하려고 할 때에는 이용자가 직접적으로 공급자를 선택하여 케어계획을 다시 수립할 수밖에 없는 실정이다. 그러한 현상은 현재 장기요양대상자의 공식적 및 비공식적 서비스의 욕구를 종합적으로 평가하여 케어계획을 수립하는 체계가 아니기 때문인데, 현행 보험자에 의한 장기요양서비스이용지원체계(즉, 표준장기요양이용계획서의 작성체계)로는 한계가 있다. 더욱이 현행 장기요양서비스이용지원의 대상자는 장기요양대상자로 인정을 받은 1~5등급자에 한정되어 있고, 등외자에 해당하는 노인돌봄종합서비스대상자는 서비스공급기관의 판단과 이용자간의 협의로만 서비스를 제공받고 있기 때문에 제대로 된 돌봄의 욕구내용과 수량에 기반을 두고 있지 않은 실정이다.

한편, 비공식부문의 주요 서비스 제공자에 해당하는 자원봉사자인 경우에는 지역사회내 각종 다양한 형태의 자원봉사단체가 존재하고 있는데, 이러한 단체들은 각 시군구마다 설치되어 있는 자원봉사센터에 등록되어 있기 마련인데, 자원봉사센터는 등록된 자원봉사단체를 관리하고 있기 때문에 각 단체에서 수행하고 있는 봉사활동내용이나 대상자의 관리에 대해서는 파악하지 못하고 있다. 특히, 지역사회내에서 요보호대상자에 대한 공식 및 비공식 서비스의 욕구를 종합적으로 평가하고 서비스 계획을 수립하는 전문가가 없기 때문에 특정의 서비스가 특정의 대상자에게 집중적으로 제공되는 사례도 발생하고 있다.

따라서, 이용자의 입장에서 볼 때, 자신의 서비스욕구가 제대로 평가되어 지역사회내 존재하는 각종 자원으로부터 적절한 서비스가 제공되기를 원할 것이기 때문에 공식 및 비공식 돌봄제공자를 불문하고 지역사회단위별로 케어관리체계(care management system)를 구축하여야 하고, 이 체계내에서의 핵심적인 전문가인 케어매니저(care manager)를 교육 양성시킬 수 있는 방안을 모색하여야 한다. 어디까지나 케어매니저의 역할범위는 공식적인 돌봄서비스만 고려하는 것이 아니라 비공식 돌봄서비스의 내용까지 포괄하여야 하기 때문에 돌봄서비스의 욕구를 지닌 고령자의 규모를 기준으로 케어매니저를 확보할 수 있어야 한다.

이에 대한 사례를 들어보면, 일본의 케어매니저는 제도초기에는 장기요양서비스대상자만을 위주로 케어플랜과 서비스조정·연계역할을 수행하였으나, 최근에 와서는 장기요양대상자의 발생을 사전적으로 예방한다는 차원에서 지역단위별로 허약한 고령자까지 필요한 서비스의 욕구를 파악하여 서비스를 연계조정하는 역할까지 부여받고 있는 실정이다. 이러한 케어매니저의 포괄적인 역할은 영국이나, 캐나다 등에서도 찾아볼 수 있다(김원경, 2014; 오세웅, 2015).

그리고, 케어매니저가 양성된다면 이들이 근무할 수 있는 장소, 즉 기관이 설치되어야 한다. 현재 이와 관련한 유사한 기관이라고 한다면, 장기요양서비스의 이용을 지원하는 국민건강보험공단의 시군구 지사(노인장기요양운영센터)가 있지만, 이 기관은 장기요양대상자에 국한하여 서비스이용을 지원하고 있다. 노인돌봄종합서비스의 경우에는 읍면동에서 대상자 자격여부만을 중심으로 파악하고 있을 뿐, 이들의 대상자의 서비스요구실태파악은 거의 전무한 실정이다. 그런데, 재가노인지원센터(구 가정봉사원파견센터)에서는 장기요양서비스 및 노인돌봄종합서비스의 대상자에서 제외된 사각지대에 놓인 노인을 대상으로 욕구파악과 서비스계획을 수립하여 서비스를 제공하고 있기는 하지만, 지역사회내에서의 대상자범위는 협소한 수준이다.

따라서, 각 돌봄서비스와 관련하여 산재되어 있는 기관을 대상으로 포괄적이고 통합적으로 역할을 수행할 수 있는 종합적인 시설이 필요하다. 다시 말하면, 각 지역사회내 돌봄서비스 욕구를 지닌 노인으로부터 지원신청 → 신청자의 욕구 파악 → 서비스공급계획 수립 및 연계 → 서비스 모니터링 → 재평가라는 일련의 과정을 총괄할 수 있는 (가칭)노인돌봄종합지원센터의 설치가 필요하다. 이러한 기능을 수행하는 유사한 외국의 사례로써는 일본의 지역포괄지원센터와 캐나다의 지역케어지원센터(CCAC; community care access center)를 들 수 있다(김원경, 2014; 오세웅, 2015). 다시 말하면, 각 읍면동으로 돌봄서비스에 대한 신청이 들어오면, 이들에 대한 욕구평가는 지역단위별로 설치될 (가칭)노인돌봄종합지원센터에서 종사하고 있는 케어매니저가 일괄적으로 실시하고, 욕구수준에 따라서 장기요양서비스 및 돌봄서비스로 구분하여 케어계획을 수립, 지원하는 방식을 고려해보아야 한다.

### 제3절 결론

원래, 장기요양서비스는 신체적 및 인지적 기능의 장애를 지닌 자에게 제공되는 보건의료 및 사회서비스로 구성되어 있다. 다시 말하면, 이들이 필요로 하는 서비스는 넓은 의미로 보건의료서비스와 사회서비스이지만, 좁은 의미로는 신체수발 서비스(personal care or self-care)와 가사지원서비스(domestic care), 정서적 지원서비스(emotional care), 사회편의서비스 등으로 이루어져 있다. 그런데, 일단 장기요양대상자로 1~5 등급의 인정을 받으면, 신체수발과 가사지원서비스를 위주로 제공받고, 노인돌봄종합서비스대상자로 선정되면, 가사지원서비스를 위주로 제공 받게 된다. 그렇지만, 그 이외의 욕구가 존재하는 경우에는 대부분이 가족원이나 자원봉사자 등에 의해 부분적으로 지원을 받고 있는 것이 오늘날의 현실이다. 돌봄욕구를 지닌 노인은 누구에 의해 서비스가 제공되든 지 간에 관계없이 필요한 서비스를 제공받기를 원하고 있는데, 현재에는 실제적으로도 특정의 노인은 여러 기관이나 단체로부터 다양한 서비스를 지원받고 있는데, 그 가운데에는 서비스의 내용이 일부이기는 하지만, 중복적으로 받는 경우도 나타나고 있다. 제공주체에서도 공식적 서비스공급기관간에는 상호 협력없이 서비스가 제공되고 있기는 하지만 중복사례가 발생하고 있지 않고 있는 반면에 비공식적 지원기관이나 단체간에는 상호 협력도 없이 제공되고 있기 때문에 적지 않게 서비스의 중복과 누락이 발생하고 있는 것이 사실이다. 게다가 말벗 등 정서적 지원서비스와 같은 기본적인 서비스는 공식적 및 비공식적 서비스수급자를 불문하고 필요한 것이지만, 제도간 서비스의 중복이라는 지침아래 누락되고 있는 실정이다.

이와 같은 문제점이 발생하는 주요 요인은 각 기관마다 해당하는 대상

자의 욕구를 분절적으로 평가하고 서비스계획을 수립하고 있기 때문이다. 이를 해결하기 위한 방법은 종합적으로 평가하고 서비스를 연계조정할 수 전문가와 전문기관이 필요하다. 그동안 필요한 욕구를 해결하기 위해 분절적으로 제도가 만들어졌기 때문에 분절적으로 대상자를 관리할 수밖에 없었지만, 이제 필요한 제도가 대부분 구축되어 있는 상태에서는 비용효율적, 또는 행정효율적인 체계를 통해서 이용자의 욕구에 부합되는 서비스를 전달하여야 하기 때문에 통합적이고 포괄적인 체계구축을 정부는 서둘러야 할 것이다.

## 참고문헌 <<

- 강옥모(2010). 노인장기요양보험서비스와 노인돌봄서비스 간 파트너십 체계 구축방안. 사회과학연구, 26(3), pp.49~74.
- 공선희(2013). 노인들의 가족돌봄에 대한 기대변화와 정책욕구. 한국사회학, 47(1), pp.277~312.
- 국민건강보험공단, 건강보험정책연구원(2009). 건강보장정책. 8(1).
- 국민건강보험공단(2008~2015). 노인장기요양보험 통계월보.
- 국민건강보험공단, 노인장기요양보험(2013). 2013년 급여지급 기준.
- 국민건강보험공단(2015). 2014년 노인장기요양통계연보.
- 국민건강보험공단(2015). 2015년 노인장기요양보험 업무메뉴얼.
- 권순만 외(2011). 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계, 국민건강보험공단
- 김영란, 송치선, 이설천(2013). 지역연대에 기초한 노인1인가구 돌봄지원방안: 노인돌봄공동체 사례를 중심으로, 한국여성정책연구원.
- 김원경(2014). 지역포괄케어시스템의 구축배경과 추진방향, 장기요양연구, 2(1), pp.5~31.
- 김지미(2013). 한국 복지체제에서의 여성 역할 변화에 관한 연구: 보육·장기요양정책확대를 중심으로. 여성학연구, 23(1), pp.133~169.
- 김지미(2015). 한·일 고령자케어정책 비교연구: '가족케어'에 대한 보상 및 지원을 중심으로. 일본문화연구, 56, pp.81~107.
- 김진수, 선우덕, 이기주, 최인덕, 이호용, 김경아(2013). 요양병원과 요양시설의 역할정립방안 연구, 한국보건사회연구원
- 김찬우(2014). 2014년 노인장기요양보험제도 등급판정체계 개편에 대한 쟁점 고찰. 사회복지연구, 46(1), pp.111~134.
- 김철주, 홍성대(2007). OECD국가 노인장기요양보호체계 개혁 방안: 비공식적 장기요양보호에 대한 보상 및 지원제도를 중심으로. 노인복지연구, 35, pp.231~251.
- 문동규, 강용규(2014). 요양보호사의 직무만족과 관련된 변인에 대한 메타분석.

- 노인복지연구, 66, pp.353~376.
- 박경일, 권진아, 김정근(2014). 노인요양시설 영양보호사의 갈등과 돌봄태도가 이직의도에 미치는 영향: 직무스트레스 매개효과를 중심으로. 노인복지연구, 63, pp.149~173.
- 박기남(2011). 영국의 노인 돌봄 정책과 시민사회 자원조직의 역할. 한국사회정책, 18(1), pp.121~145.
- 보건복지가족부(2009). 2008년도 노인실태조사.
- 보건복지부(2010). 2009 국민건강통계.
- 보건복지부(2012). 2012 노인보건복지사업안내.
- 보건복지부(2012). 방문건강관리사업·건강생활실천사업 연계 건강검진결과상담 매뉴얼, 한국건강증진재단.
- 보건복지부(2014). 2014년도 노인돌봄서비스 사업안내.
- 보건복지부(2015). 2015년도 노인돌봄서비스 사업안내.
- 보건의료미래위원회, 보건복지부, 한국보건사회연구원(2011). 2020 한국 의료의 비전과 정책방향.
- 서동민, 김옥, 문성현, 이용재, 임정기(2012). 장기요양인력 중장기 수급전망 및 대책, 국민건강보험공단, 백석대학교.
- 선우덕, 이준영, 이준협, 석재은, 이은진(2011). 노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안. 한국보건사회연구원.
- 선우덕, 최정수, 유근춘, 장숙량, 김세진(2013). 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안. 한국보건사회연구원.
- 선우덕, 강은나, 강지원, 노용균, 김미혜, 최인덕, 이호용, 이기주, 양찬미(2015). 노인요양서비스 사업군 심층평가. 한국조세재정연구원, 한국보건사회연구원.
- 오병국(2012). 금융보험해설: 제3보험의 이해 3: 간병보험, KiRi Weekly. 2012. 12.3.
- 오세웅(2015). 일본의 지역포괄케어시스템의 구축을 위한 개호보험서비스의 현황과 과제: 시설입소형, 지역밀착형, 주택지원형 서비스를 중심으로, 장기요양연구, 3(1), pp.57~90.

- 이혜경(2004). 한국 사회안전망의 재점검과 대책: 탈가부장적-복지-다원주의 패러다임을 향하여, 한국사회복지학회 2004년도 심포지움 자료집 『한국 사회안전망의 현황과 대책』, 한국사회복지학회, pp.1~22.
- 이홍자(2012). 장기요양서비스 전·후 가족의 수발 부담감에 영향을 미치는 요인. 대한간호학회지, 42(2), 236~247.
- 임진섭, 현경래, 이호용(2011). 장기요양제도 발전을 위한 비공식케어 활성화 방안. 국민건강보험 건강보험정책연구원
- 정경희, 오영희, 이윤경, 손창균, 박보미, 이수연, 이지현, 권중돈, 김수봉, 이소정, 이용식, 이윤환, 최성재, 김소영(2012). 2011년도 노인실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원
- 정경희, 오영희, 강은나, 김재호, 선우덕, 오미애, 이윤경, 황남희, 김경래, 오신휘, 박보미, 신현구, 이금룡(2014). 2014년도 노인실태조사, 보건복지부, 한국보건사회연구원
- 정경희, 강은나, 김세진, 박세경, 이윤경(2014). 노인장기요양보험 치매특별등급 도입에 따른 노인돌봄서비스개편방안 연구, 보건복지부, 한국보건사회연구원
- 정경희, 선우덕, 오영희, 이윤경, 최인희, 양찬미(2013). 노인장기요양보험제도 성별영향분석평가. 여성가족부·한국보건사회연구원.
- 조용운, 김미화(2013). 민영간병보험의 발전방향, KiRi Weekly, 2013. 10. 7.
- 최영준, 김진욱, 주은수, 전용호, 김동기(2013). 돌봄기능관련 복지사업 심층분석, 보건복지부.
- 최인덕, 이호용(2011). 노인장기요양보험 대상자 확대에 따른 재정추계 분석. 한국노년학, 31(4), pp.1047~1065.
- 최인희, 김영란, 염지혜(2012). 100세 시대 대비 여성노인의 가족돌봄과 지원방안 연구, 한국여성정책연구원.
- 통계청(2011). 2010년 생명표.
- 통계청(2012). 2012 고령자통계.
- 한국건강증진재단(2012). 세계보건기구(WHO) 신체활동 권장지침. 건강증진총서 3호.

- 한국보건사회연구원(1998). 1998년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구 조사.
- 한국보건사회연구원(2011). 2011년도 고령사회대책. 정책참고자료.
- 한국보건사회연구원, 보건복지부(2011). 제3차 국민건강증진종합계획.
- 한국사회복지협의회(2014). 2013년 사회복지 자원봉사 통계연보.
- 한국여성정책연구원(2014). 노년기 가족돌봄의 위기와 지원방안 연구.
- 한남경·정우진·김노을·임승지·박종연(2013). 노인장기요양보험제도가 노인  
진료비에 미치는 영향. 보건행정학회지, 23(2), pp.132~144.
- 행정자치부, 한국중앙자원봉사센터(2014). 2014 자원봉사센터 자료집.
- 上野千鶴子(2011). ケアの社会学—当事者主権の福祉社会へ, 東京: 太田出版.
- 権法珠·岡田進一·白沢政和(2004). 大都市在住高齢者のソーシャルサポート源に  
対する選好度の特徴—手段的サポートと情緒的サポートにおける類似点と  
相違点, 社会福祉学, 44-(3), 52~61
- 山口麻衣, (2010). フォーマルケアとインフォーマルケアの関連の研究とケア選好  
研究の接点, ルーテル学院研究紀要, No.44
- 三富紀敬, (2000). イギリスの在宅介護者, 京都: ミネルバ書房.
- 袖井孝子, (1993) 共働きと老親介護, 袖井孝子·岡村清子·長澤美代子·三善勝代  
『共働き家族』, 東京: 家庭教育社, 165~188.
- 庄司洋子·木下康仁·武川正吾·藤村正之, (1999) 福祉社会事典. 弘文堂.
- 筒井孝子, (2001). 介護サービス論—ケアの基準化と家族介護のゆくえ, 東京: 有斐閣.
- 平岡公一, (2000). 社会サービスの多元化と市場化—その理論と政策をめぐる—考  
察—, 大山博·炭谷茂·武川正吾·平岡公一編著 『福祉国家への視座』 京都:  
ミネルバ書房, 30~52.
- 平岡公一, (2004). 福祉多元化とNPO, 宇山勝儀·小林良二編著 『新しい社会福祉  
の焦点』 光生館, 65~94.
- 丸尾直美, (1996). 福祉供給における市場機能と福祉ミックス, 『季刊社会保障研  
究』 32(2), 104~116.

A. Evers, M. Pijl, C. Ungerson(1994). Payment for Care: A Comparative

- Overview. European Centre Vienna.
- Beesley L(2006). *Informal Care in England, King's Fund*
- Binstock, R. H., (1998). *The financing and organization of long term care. Public and Private responsibilities in long-term care: finding the balance* (edited by walker, Leslie C., Bradley, Elizabeth H., and Wetle, T.), The Johns Hopkins University Press.
- Bishop, C., (2003). *Long-term care needs of Elders and persons with disability. Long term care and Medicare policy: can We Improve the Continuity of Care?*(edited by Blumenthal, D., Moon, M., Warshawsky, M., and Boccouti, C.), National Academy of Social Insurance, Washington D.C.
- Canada(1988). *Federal/Provincial/Territorial Subcommittee on Institutional Program Guidelines.*
- Cantor, M. H. (1979). Neighbors and friends: An overlooked resource in the informal support system. *Research on Aging, 1*, pp.434~463.
- Chappell, N. L. (1985). Social support and the receipt of home care services. *The Gerontologist, 25*(1), pp.47~54.
- Chappell, N. L. & Blandford, A. (1991). Informal and formal care: Exploring the complementarity. *Ageing Society, 11*, pp.299~315.
- Council of the European Union (2014). *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society.*
- Dahlgren, G. and Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health.* Stockholm: Institute for Futures Studies.
- Daly, M., (2001). *Care Policies in Western Europe, 33~55*, in Care Work: The Quest for Security, edited by Daly, M., Geneva: International Labour Office.
- Doty, p., Liu, K., Weiner, J., (1985). Special report: An overview of

- long-term care. *Health Care Financing Review*, 6(3).
- Evashwick, C.(1996). *The continuum of Long term care: an integrated systems approach*, Delmar Publisher.
- Evashwick, C.(2005). *The continuum of care* (3<sup>rd</sup> edition), Clifton Prak, NY: Thomson Delmar Learning, USA.
- Evers, Adalbert and Ivan Svetlik, eds., (1993). *Balancing Pluralism: New Welfare Mixes in Care for the Elderly*, Avebury.
- Fried. P. F., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., and Mcburnie. (2001). Frailty in older adults: evidence for a phenotype, *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 56A(3).
- Glendinning, C., Moren, N., (2009). *Reforming Long-term care: Recent Lessons from Other Countries*. Social Policy Research Unit, University of York.
- Green, V. I. (1983). Substitution between formally and informally provided care for the impaired elderly in the community. *Medical care*, 21(6), pp.609~619.
- Held, V., (2006). *The ethic of Care: Personal, Political, and Global*, New York: Oxford University Press.
- Hellstrom, Y., & Hallberg, I. R. (2004). Determinants and characteristics of help provision for elderly people living at home and in relations to quality for life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18(4), pp.387~395.
- Henwood, Melanie, (1987). Community Care: Policy, Practice and Prognosis, in Maria Brenton and Clare Ungerson (ed.), *The Year Book of Social Policy in Britain 1985~1986*, Routledge and Kegan Paul, pp.147~169.
- Herlitz, C. (1997). Distirbution of informal and formal home help for

- elderly people in Sweden. *The Gerontologist*, 37(1), pp.117~124.
- Hobsbaum, Eric and Ranger, Terence, (1983). *The Invention of Tradition*, Cambridge University Press.
- Hoffmann, F. and Rodrigues, R.,(2010). *Informal Carers: Who takes care of them?*, European Center, Policy Brief April 2010.
- Ikegami N and Campbell JC., (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems, *Social Policy Administration*, 36, pp.719~734.
- Ireland Department of Social and Family Affairs(2002). *Study to examine the future financing of long-term care in Ireland*, MERCER Ltd.,
- Jimenez-Martin, S. & Prieto, C. V. (2012). The trade-off between formal and informal care in Spain. *Eroupean Journal of Health Economics*, 13, pp.461~490.
- Johnson, Norman, (1987). *The Welfare State in Transition: the Theory and Practice of Welfare Pluralism*. Brighton: Wheatsheaf.
- Johnson, Norman, (1999). *Mixed Economies of Welfare: A Comparative Perspective*, Prentice Hall Europe.
- Jun BH·Lee HG(2000). An investigation of the intake of the health food among the salarymen in Seoul. *Kor J Soc Food Sci*, 16(1), pp.9~16.
- Kane, Rosalie A., Kane, Robert L., and Ladd, Richard C.,(1998). *The Heart of Long-term care*, Oxford University Press.
- Kang MH(1994). Nutritional status of Korean elderly people. *Korean J of Nutr*, 24(6), pp.616~636.
- Kroger, T. and Silpa, J., (2005). *Overstretched European families up against the demands of work and care*, Oxford.
- Lee YA·Lee HJ·Lee HS·Jang YA·Kim CI (2007). Nutritional status and its improvement strategy of the elderly living alone. *Korean J*

*Community Nutr.* 11, pp.16~34.

Litwak, E. (1985). *Helping the elderly: the complementary roles of informal networks and formal system*. New York: The Guilford Press.

Min, J. W. (2005). Preference for long-term care arrangement and its correlates for older Korean Americans. *Journal of Aging and Health*. 17, pp.363~395.

Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C., Kondratowitz, H-J. (2005). Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analysis. *Ageing & Society*, 25, pp.863~882.

Muramatsu, N., & Campbell, R. T. (2002). State expenditures on home and community based services and use of formal and informal personal assistance: A multilevel analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 43, pp.107~124.

Munro H·Schlief G (1992). *Nutrition of the elderly: Nestle nutrition Workshop Series*. 29, Raven Press.

Nagi. S. Z.. (1976). An epidemiology of disability among adults in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 54, pp. 439~467.

OECD(2005). *Long-term care for older people*, Paris.

OECD(2006). Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?, *economics department working papers No.477*

OECD(2011). *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: The Impact of Caring on Family Carers*

Offer, John,(1985). Social Policy and Informal Welfare in C. Jones and M. Brenton (ed.) *The Year Book of Social Policy in Britain*

- 1984~1985, Routledge and Kegan Paul, pp.193~209.
- Paraponaris, A., Davin, B., Verger, P. (2012). Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs. *The European Journal of Health Economics*, 13, pp.327~336.
- Pijl, M., (1994). When Private Care Goes Public: An Analysis of Concepts and Principles Concerning Payments for Care, 3~18, in *Payments for Care: A Comparative Overview*, edited by Evers, A., Pijl, M., and Ungerson, C., Aldershot: Avebury.
- Pinquart, M., & Sorrensen, S. (2002). Older Adults' preferences for informal, formal and mixed support for future care needs: A comparison for Germany and the United States. *International Journal of Aging and Human Development*, 54(4), pp.291~314.
- Pratt, J.R.(2015). *Long term care: Managing across the continuum* (Fourth edition), Jones & Bartlett Learning, USA.
- PSSRU(Personal Social Services Research Unit), (2011). Projections of Demand for and Costs of Social Care for Older People in England, 2010 to 2030, under Current and Alternative Funding Systems, *PSSRU Discussion Paper 2811/2*
- Rowe, J. W. · Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. New York: Pantheon Books.
- Schulz, E.(2010). *The Long-term care system for the elderly in Denmark*. Brussels: CEPS.
- Son SM·Park YJ·Koo JO·Lee YN·Yoon HY (1996). Nutritional and health status of Korean elderly from low-income, urban area and improving effect of meal service on nutritional and health status - V. The effect of meal service for one ter on nutritional and health status -. *Korean J Community Nutr.* 2(1), pp. 63~73.

- The Netherlands Institute for Social Research(2014). *Who cares on Europe? A comparison of Lone-term care for the over-50s in sixteen European countries.*
- Triantafillou, Judy, et al,(2010). *Informal care in the long-term care system: European Overview Paper*, European Commission.
- U.S. Congressional Budget office(1999). *CBO Memorandum: Projections of Expenditures for Long-Term Care Services for the Elderly.* Washington, D.C.
- Verbrugge, L. M. & Jette, A. M. (1994). The disablement process, *Social Science and Medicines*, 38(1).
- Wielink, G., & Huijsman, R. (1999). Elderly Community residents' evaluation criteria and preferences for formal and informal in-home services. *International Journal of Aging and Human Development*, 48(1), pp.17~33.
- Winkelmann, R., (2014). *Unemployment*, Encyclopedia of Quality of Life and Well-being Research. pp.6766~6767.
- Wolfenden, J., (1978). *The Future of Voluntary Organisations*, Croom Helm.

### [인터넷사이트]

- 1365 나눔포털(<http://www.1365.go.kr>)
- 경북A재가노인지원센터( <http://www.adnoin.or.kr> )
- 국가법령정보센터(<http://www.law.go.kr/>)
- 국가통계포털KOSIS  
([http://kosis.kr/customStatis/customStatis\\_01List.jsp](http://kosis.kr/customStatis/customStatis_01List.jsp))
- 국민건강보험공단(<http://www.nhis.or.kr>)
- 노인장기요양보험(<http://www.longtermcare.or.kr/>)
- 네이버 국어사전(<http://terms.naver.com>)

다음 국어사전(<http://dic.daum.net>)

보험연구원(<http://www.kiri.or.kr>)

한국보건의료인국가시험원(<http://www.kuksiwon.or.kr>)

한국자원봉사협의회(<http://www.vkorea.or.kr>)

Canadian Institute for Health Information(<http://www.cihi.ca/en>)

National Care Planning Council, NCPC

([http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long\\_term\\_care.htm](http://www.longtermcarelink.net/eldercare/long_term_care.htm))

National Institutes of Health, NIH

(<http://nihseniorhealth.gov/longtermcare/whatislongtermcare/01.htm>)

US Congressional Budget Office(<http://www.cbo.gov/>)



## 1) 전남 W군 자원봉사단체 실태

### W군 종합복지회관(대한노인회 W군지회)

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 3월 25일(수) 16:00~16:30, 지회 회의실
- ◆ 회의내용:

#### Q1. 본 기관에서 제공하고 있는 노인돌봄사업

- 노인일자리사업: 노노케어를 통해 노인돌봄 제공하고 있음.
  - 노노케어 대상자 114명 중 80명이 대상자가 되고 있고, 케어 참여자는 34명임.
- 노인복지회관
  - 2007년부터 운영하고 있음. 노인 프로그램은 군에서 대안노인회로 위탁하였음.
  - 1층 경로식당 운영은 여성단체에서 자원봉사를 통해 서비스 제공.
  - 푸드뱅크 운영, 교회 등에서 도시락 밀반찬 배달 있음.

#### Q2. 건강이 좋지 않은 노인에 대한 케어

- W군은 2008년부터 장기요양 시범지역이기 때문에 장기요양 등급을 많이 받지 않으나?
  - W에서는 집에 있으면서 일부러 등급 받지 않는 노인이 많이 있음. 왜냐하면, 등급=요양원, 요양원에 들어가는 것을 굉장히 부끄럽고 부정적 인식을 갖고 있기 때문에 등급 받으려 하지 않음. 또한 도서지역 어르신들의 자기 정신력, 자립심이 강하여 등급을 받고자 하지 않음.
  - 경로당이 활성화 되어 있는 편으로 퇴직공무원, 상인 등의 55% 이상을 경로당에서 흡수하고 있으며, 도서지역의 99%의 노인을 경로당에서 흡수, 노인들 스스로 알아서 시간을 보내거나, 경로당 프로그램이 있을 시 활용하고 있음.
  - W군 284개소 경로당이 있는데, 섬으로 형성되어 있는 지형의 특성상 현지 확인은 어려움.

#### Q3. 독거노인에 대한 케어

- 도서지역 독거노인이 많이 있음. 군민의 29%가 노인이고, 그 중 29%가 독거노인.
- 독거노인은 경로당으로 모이도록 하고 있음. 노노케어 사업으로 정서적지지 및 건강 체크 등 도움을 주고 있음.
- 지자체의 예산 편성이 어려워 섬단위 독거노인을 대상으로 더 많은 사업을 할 수 없어 아쉬움. 공익형 사업으로 노노케어를 확대시켜야 한다고 생각함.

### W군 지역자활센터

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 3월 25일(수) 17:00~18:00, 지역자활센터 사무실
- ◆ 회의내용:

#### Q1. C도 중심의 서비스

- C면은 C도를 중심으로 D도, S도, Y도로 작은 섬들이 모여 있음.
- Y도에는 요양보호사가 없고, D도에는 기본서비스 한명 있음.
- 섬에 사는 요양보호사가 있어야 서비스가 들어갈 수 있는데, C면에는 종합서비스 요양보호사가 3명 정도 들어가 있고, 가사간병 2명, 기본서비스 3명 정도의 요양보호사가 들어가 있음.
- C면 대상자: 독거노인 300~400명 정도 되는데, 기본 대상자는 75명, 1인당 25명 정도. 나머지는 점수별로 체크하여 기본보다 안 좋다 하면 장기요양 대상자, 거기에 못미치면 종합서비스 대상자로 선정. 노인 300~400명을 기관에서 다 수용할 수는 없음.

Q2. 서비스별 현황

○ 노인 돌봄기본서비스

- 안부확인(전화 일주일 2회, 방문 1회), 필요 서비스 연계
- 생활관리사: 신체건강한 사람 위주, 40대~50대 중반이 제일 많음.
- 기본서비스 받는 사람: 중복 되면 안되는 상황. 다른 서비스 욕구가 있을 때, 누군가가 충족을 시켜주는지, 실제적으로 확인은 어려움. 전산에 없는 도시락 같은 것은 알 수 없음.
- 기본 서비스 대상이 되는 독거노인선정기준, 위험성이 높은 분, 왕래 없으신 분들이 우선, 점수 우선순위에 대해서 하고 있음.
- 안부확인+서비스 연계 필요성이 있을 경우 안내차원에서 기관 소개, 가족에게 안내.

○ 노인돌봄종합서비스

- 소득분위, 150%까지. 서비스를 받지 못하는 경우(예산의 한계)에 특별한 경우, 시간을 나눠서 들어가는 경우도 있음.
- 1년 안에 노인 당사자가 바뀌는 경우, 시간이 이월될 수 있기 때문에
- 도서지역의 현황상 27시간 한다고 해서 27시간만 하는 것이 아니라, 어르신들이 요청하셔서 비공식적으로 서비스 체크 하지 않고 돌봐드리는 경우가 많이 있음.
- 종합서비스의 내용: 목욕, 청소, 빨래. 요양보호사가 돈을 벌어서 어르신들에게 사용하는 케이스도 많음.
- 물리치료는 요양보호사가 할 수 없기 때문에 보건지소에 가서.. 혹은 읍면에 있는 의원을 방문하여 물리치료를 받음.

Q3. 대상자를 중심으로 보았을 때, 충분치 않은 경우 누군가가 채워줘야 I/C에 대한 논의

- 가족, 이웃, 돌봄 제공 기관 서비스. 시골의 경우 경로당 활성화가 잘 되어 있어서 서비스를 받고 있어도 어르신들이 낮에는 경로당에서 시간을 보내거나 저녁 식사까지 드시는 등 기능을 하고 있음. 경로당은 중복 서비스라고 할 수 없기 때문에.
- 비공식적으로는 이장님들, 부녀회장님들이 각 가정의 소소한 일들까지 다 알고 있기 때문에 일을 돌보아 주고 있음.
- 이장, 부녀회가 가장 많이 활동하고, 어촌계 등등 마을마다 구성되어 활동하고 있음.

Q4. W군 복지서비스 제공기관

- 종합사회복지관, 노인종합복지관 등이 없는 편임. 또한 섬지역이다 보니, 중앙에 복지관이 있다 하더라도 이용이 불편한 편임. 경로당에서 여가 및 케어 흡수.
- 섬지역에 요양 욕구가 있거나 등급이 나오는 경우는 섬에서 나와서 시설로 입소하게 됨.

## Q5. 섬지역 특성

- 섬지역 특성상 케어 욕구가 있는 노인이 많은 쪽에는 요양보호사가 없거나, 요양보호사는 있는데 대상노인이 없는 등의 불균형
- 요양보호사 양성의 어려움. 50대 이후 분들이 교육수준이 높지 않고, 시험을 봐야 하는 상황에서 자격증을 획득하기 여의치 않음.

## C요양원

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 3월 26일(목) 10:00~12:00, C요양원 활동실
- ◆ 회의내용:

## Q1. C면 장기요양 관련 사업 현황 및 어려움.

- 요양보호사 수급의 어려움: 요양보호사가 되기 전 완도는 전복, 김 같은 수익이 될 만한 사업이 많아서 요양보호사로 들어오려고 하지 않음.
- 시골, 섬사람들의 요양원에 대한 부정적 이미지, 인식전환의 어려움.
- 초기 정착하기까지 어쩔 수 없이 서비스 제공상 대상자에게 혜택(식사비 감면, 본인 부담금 감면 등)을 줄 수밖에 없었음. 교회에서 운영하는 것이니 교회에서 보조한다는 식으로.. 때문에 재정상의 어려움을 겪음.
- 교회에서 위탁을 받아서 운영. 터는 교회 것. 짓는 것은 군비를 받아서..
- 원장님의 생각에 비용이 더 있으면 시설투자를 더 많이 할 수 있을텐데 여력이 안 되는 부분 있음.

## Q2. 대상자 특성

- 섬지역 치매노인 현황: 최근에 많아지고 있음. 섬지역에서는 치매약을 먹는다가나, 치매입에도 불구하고 치료를 받으려고 하지 않음. 노인의 자존심 때문에 밝혀지는 것을 꺼려함. 치매약을 탔지만 약을 잘 챙겨먹지 않는 경우 많음. 드러나지 않았을 뿐 많음.
- 연세는 90~100세대. 100세가 2~3분 계셨었음. 장수하기에 좋은 환경
- 등급판정 받으신 분이 서비스를 받고 계신지: 시설로 보낼 건지, 방문으로 받을 건지, 가족요양을 할 건지 결정. 기관에서는 등급판정에 있어서는 관련이 없음.

## Q3. 방문요양 대상자

- 방문요양대상자 14명, 요양보호사 9명.
- 시설 입소해야 하는 상태의 어르신도 계신데, 섬지역 특성상 시설입소를 꺼리고, 심지어 집으로 오지 못하게도 함.
- 섬에는 외부인이 들어가는 힘들고, 현지 거주하는 사람이 할 수밖에 없음. 현지 요양보호사는 외지에 있다가 은퇴하고 들어가시는 분들, 교회 사모님 등이 하시는 상황
- 교회에서 운영하고, 서비스 제공자도 교회분, 받는 분도 교회 분. 종교기관의 강세

## Q4. 간호조무사의 역할

- 건강상태 체크, 전체적 파악, 간단한 혈압체크, 약 챙겨드리기 등, 의사에게 모시고 가는 역할 함.
- 현재 C면에 J의원이라고, 원장님이 계신데, 이분이 회진을 많이 다니심. 일주일에 몇

번씩 다녀가심.

- 보건소 연계를 하기에는 공공축탁의, 군의관이 자주 바뀜. 예방접종 등은 보건소에서 오셔서 맞음.

Q5. 방문요양사업의 애로점

- 2시간~2시간30분, 매일 들어가는데 서비스 내용: 병원에 다니시는 분이 많기 때문에 동행서비스가 가장 많음.
- 요양보호사를 전문인으로 인식하지 않음. 그 시간 이상으로, '중'수준으로 필요한 것을 시키게 되는 것. 일과 일 간의 공식적 관계가 아닌 비공식적으로 인정에 기반한 일들을 많이 하게 됨.
- 가족들 간의 소통문제: 어르신이 치매환자임을 알고 있는데, 자녀들도 알면서 그 말을 진짜같이 듣고 믿어버릴 경우 소통이 어려워 질 수 있음.
- 방문요양사 연령대, 50대 초~60대까지 있음.
- C도 방문요양센터 방문만 하고 있고, 농협에서 폐교를 사서 요양시설을 하려고 준비를 하고, 요양보호사 교육원을 마련하고 사회복지사를 채용. 그러나 아무런 지원자, 대상자가 갖춰지지 않아서 어떻게 될지 모르는 상태임. 아직 병원으로 할지, 시설로 할지, 실버타운처럼 할지 방향이 정해져 있지 않음.

Q6. 가장 큰 문제 외 기타

- 응급환자 관리: 체계적인 병원이 있어야 하는데, 응급환자가 발생하면 헬기가 와야 하는데, 그 시간이 2~3시간이 걸림. 사선(개인 배)타고 나가는 것이 가장 빠름.
- 많이 케어하다 보면 사망 전 징후를 발견할 수 있음. 그럴 경우 빠르게 연락
- 중풍, 뇌졸중 등이 가장 위험한 상황
- 섬지역의 경우, 원장님이 육지로 나가실 경우 주무시고 들어오는 상황이 생기기 때문에 무슨 일이 생길지 모르므로 직원들과 업무관련 내용을 많이 공유하시는 편임.

C면 보건지소

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 3월 26일(목) 13:00~14:00, 보건지소 사무실
- ◆ 회의내용:

Q. 본 기관 현황 외

- 본기관의 방문간호는 장기요양기관은 아니고, 본인의 신청 등록에 의하여 방문관리 요청자를 개별 방문하여 간호, 관리하고 있음.
- 경로당으로 검사를 나가거나, 개별 집으로 방문하고 있음.
- W군 보건의료원에서 장기요양대상자와 방문보건담당자와의 관계에 대해서 안내 가능
- 현재 C면 149가구 대상자의 혈압, 당뇨 관리 및 암환자, 정신질환자, 거동불편자를 케어하고 있음.
- 이동목욕 서비스 또한 보건의료원에서 차량 지원하여 가구를 방문하여 케어를 제공

**C면사무소**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 3월 26일(목) 15:00~16:00, C면사무소 사무실
- ◆ 회의내용:

**Q1. 개인 현황**

- 요양보호사 1급 소지, 7~8년 전 자격 취득하였음. 그 이전부터 계속 생활관리사로 활동
- 주 2회 방문, 담당 대상자 25명.
- 작년에 계셨던 분 중 돌아가시거나 지병이 있거나 자녀 집을 방문하는 경우 등 있음.
- 안부 확인 20~30분, 컴퓨터 단말기가 있는데 이를 가지고 체크

**Q2. 어르신들에게 제공되는 다른 서비스**

- 대상자 중, 면사무소에서 밀반찬 제공 12명, 요쿠르트 21명 지원하고 있음.
- 부녀회에서 김장철에 김장하여 전달
- 근거리에 친인척들이 많이 거주하고 있음.
- 동네 마을 회관이나 경로당에서 계심.
- 개인이 텃밭을 조금씩 일구어 활동하심.

**Q3. 기본서비스에 대하여**

- 비록 안부 살피기이지만 그것보다 더 큰 의미가 있음.
- 어르신이 매우 반가워하고, 조카처럼 대하시면서 필요시, 응급상황 등에 소통할 수 있는 창구가 되고 있음.
- 어르신의 가장 불편한 점은 섬지역이기 때문에 이동이 어려워 응급상황시 움직이기 어렵다는 점. 때문에 도움이 필요, 응급안전돌보미 반드시 필요함.
- 기본 서비스관련 집합 회의는 2달에 한번 완도군지역자활센터에서 실시.

**Q4. 부녀회장님 접촉**

- 현 부녀회장님 사정상 접촉이 어려우므로, 과거 3년간 활동하신 부녀회장님 접촉,
- 연구진 연락이 잘 안되는 상황. 생활관리사 분 연락 취하였으나 인터뷰 거부.

**C장기요양서비스센터**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 3월 27일(금) 10:00~11:00, C장기요양서비스센터 사무실
- ◆ 회의내용:

**<개인사업의 어려움>**

- 요양보호사 임금수준 층당의 어려움, 경제적 이득이 없음.
  - 많이 케어할 때는 어르신 15명, 현재는 어르신 4명, 요양보호사 3명
  - 기존의 틀을 유지하려고 하니 적자가 나는 상황.
  - 섬지역 가족요양비 때문에, 시골어르신들은 15만원 받는 것을 더욱 선호
  - 시골어르신들, 만약 3시간 케어를 받는다면, 요양보호사들이 적정하게 지켜주지 않는 경우가 많이 있음. 요양보호사가 잘한다고 믿고 맡겨도, 자율적으로 맡겨야 하는 상

황이기 때문에 관리가 어려움.

- 요양보호사 수급의 어려움: 전복 등 쉽게 일할 수 있는데, 어렵게 요양보호 일을 하려고 하지 않음.
- C센터의 경우 요양보호사도 신도로 형성되어 있어 봉사+종교적 신념으로 유지하기에 보다 좋은 편임.

○ 가족요양비

- 본인이 통장으로 15만원을 받고, 달리 특별한 케어를 받고자 하지 않음.
- 요양보호사가 문제되는 중에 그냥 가족요양비를 받는 편이 나은 경우도 있음.
- 수요가 사라지고, 요양보호사의 공급도 안되고..
- 장기요양 대상자가 늘어남에도 가족요양비가 늘어나고 있는 것으로 알고 있음.
- 요양보호사가 섬에 거주하고 있다면, 가족요양비라도 해드려야 하지만, 현재 청산과 같이 육지화 되어 있는 섬에 장기요양기관들도 있는 상황에서는 가족요양비를 줄 필요는 없다고 생각함.

○ 현실과 이상의 괴리

- 수요에 비해 기관간 불균형 문제는 크지 않음.
- 어르신에게 최선을 다하고, 봉사하는 삶, 의미를 두고 살고자 본 사업을 실시했는데, 현실적으로는 요양보호사와 부딪히는 부분 등, 어려움 있음.
- 공단에서 스트레스를 주는 건 아니지만, 지적이 별도로 있는 것은 아니지만 긴장되고 압박감이 있음. 공단과는 협조적인 체계가 아닌, 본의 아니게 갑을관계 형성

○ 대상자 현황

- 대상자 등급인정이 잘 안 되는 상황, 예산의 현황인지, 가끔 안될 때가 있음.
- 어르신 3~4급, 일상생활 충분히 가능. 움직임 가능, 앞마당 가서 밭도 일구심. 시골 어르신들은 신체상태에 비해 일을 하시는 편. 도서지역에 대해서는 잣대가 다름.
- 신체지원 보다는 가사활동 위주. 그 외 심부름, 이동지원 등

○ 대상자의 요양보호사에 대한 인식

- 어르신이 요양보호사에 대한 언변, 보호자들(비동거)이 요양보호사에게 전화로 감시처럼 스트레스를 주고 있음.
- 제사 때도 가서 어르신이 필요로 한다면 도와드릴 수 있지만, 보호자들이 시키는 상황 등이 다를 수 있음. 차라리 기관에 전화를 해서 조율할 수 있는 상황이 되는데, 트러블 중재가 안 되는 상황

○ 방문요양사업 외, 방문간호

- 현재 C도에는 방문간호 사업소는 없음. 대신 방문건강관리 사업은 보건지소에서 있음.
- 이런 부분이 안 되기 때문에 어르신에 대하여 마을 이장님 등이 상부상조형태로 이용하고 계심.

○ 본인부담금

- 가족요양비가 있기 때문에도 서비스를 받지 않으려 함.
- 보호자들에게 가족요양비도 있고, 국가에서 서비스가 들어가니까 본인부담금 이 정도는 내 주어야 한다고 하지만, 알겠다고 하면서 안내는 경우, 어떻게 할 수 있는 방법이 없음.
- 어떤 케이스는 자녀들은 돈을 주지만 어르신들에게는 비밀로 해달라..
- 지금도 여전히 가족부담금은 어르신들이 여전히 거부반응. 내자식들이 돈 내면 나는 서비스를 안 받았다는 주장
- 시골의 삶이 단돈 만원도 아까워하시는 분들이시기 때문에 여러 가지로 힘듦.

- 다른 지역에서 운영을 했다면, 요양보호사에게도 정당하게 할 수 있도록 요구를 하고, 어르신들과 가족에게도 정확하게 이야기를 할 수 있었을 것 같음.
- 향후 전망
  - 우리가 노인이 되는 시기가 되면 서비스에 대하여 생각해 볼 수 있겠지만, 현재는 어려운 상황
  - 섬에 계신 하루 종일 혼자사시는, 외로운 삶을 사시는 고립된 어르신들을 함께 공동 생활을 할 수 있는 환경을 만들 수 있으면 좋겠음.
  - 그러나 아직까지 양로원의 개념, 입소를 절대 부정하는 것에 대한 의식을 깨뜨리기 어려움.

## 2) 경남 E군 자원봉사단체 실태

### E노인복지센터

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 4월 28일(화) 16:30~18:00, E노인복지센터 회의실
- ◆ 회의내용:

#### Q1. 노인돌봄기본서비스의 문제점

- 안부확인을 통하여 고독사로 한참 후에 발견되는 것은 방지, 그러나 이 또한 즉각적인 대응은 '이웃'을 따라갈 수 없음.
  - 실제 최근 사례로, 생활관리사가 다년간 직후, 넘어져 있던 노인을 이웃주민이 발견, 가족에게 연락을 취하였으나 노인에 대한 '실시간 응급대응'이 이루어지지 않아 사망한 사례 있음. 자녀들은 관리센터를 타하면서 응급안전장치에 대한 정보 요청 및 오작동에 대한 오류 시정을 요청한 바, 관련 내용 열람 권한이 담당관리자에게만 있어 전 달체계상 관리의 허점이 발생
  - 한편 왜곡된 대국민 인식 및 홍보: 가족이 1차적 책임이 있어야 할 텐데, 자녀가 7-8명이나 있으면서 노인에 대한 책임을 기관에게만 전가, 가족의 과잉된 복지의존도는 문제임.
- 지역사회 자원연계의 문제점
  - 독거노인종합지원센터에서 거점센터로 물건 전달(거점센터의 유명무실함), 거점센터에서는 독거노인기본 관리 기관으로 물품을 보냄으로써 시군구에서는 자원연계 현황 파악 안 될 수 있음.
  - 독거노인 대상자가 너무 많은 점: 정말 취약한 대상자는 약 10%. 이들은 재가지원서비스로 연계할 필요가 있음.
  - '독거'노인이지만, 건강이나 경제수준이 준수한 노인에게 욕구충족없이 물품을 시혜하는 현재의 형태는 낭비의 요소가 있음.
- 응급관리요원 채용(독거센터에 채용해야 함): 낮은 급여에도 불구하고 사회복지사 자격증 소지 및 전기등 안전관리 가능자격 충족자의 발굴 어려움.
- 생활관리사와 요양보호사의 업무부담 차이
  - 요양보호사 인력수급의 어려움: 가뜩이나 요양보호사 발굴이 힘든 상황에서, 요양보호사 자격을 소지하였더라도 돌봄기본의 생활관리사로 활동하는 것의 업무부담이 장기로

- 양보호사보다 현저히 적기 때문에 비용이 적더라도 생활관리사를 훨씬 더 선호함.
- 요양시설이나, 재가기관에서도 요양보호사가 없어서 어르신을 받을 수 없는 상황이 발생
  - \*대안: 노노케어가 확대되는 상황에서 생활관리사를 노노케어 참여자로 활용함으로써, 젊은 인력은 요양보호사로 편입될 수 있도록 하고, 돌봄기본서비스에서는 전반적인 예산 절감 효과를 누릴 수 있을 것으로 예상
- Q2. 노인돌봄종합서비스 현황
- 장기요양등급인정률은 다른 군에 비하여 낮은 편: 종합, 재가지원, 돌봄기본이 충실히 되고 있으면 장기요양 진입시기가 늦어질 수 있다고 보며, 이러한 의령군의 현황이 반영되었을 수 있음.
  - 종합서비스는 장기요양 비슷하게 제공. 양이 적은 정도. 대신 다른 서비스를 받을 수 있도록 되어 있어 장기요양으로 가는 것을 선호하지 않음. 장기요양을 가면 경감대상자 정도는 됨.
- Q3. 재가노인지원서비스 현황
- 경남지역 자체 지침 마련
  - 명칭통일: 재가노인지원서비스를 제공하는 모든 기관을 '00노인통합지원센터'로 도에서 권고, 통일
  - 각 시설에서 어떤 서비스를 하고 있는지 도 시스템에서 확인할 수 있도록 함.
  - 인력기준: 시설장1, 사회복지사1, 사무원1, 요양보호사2(경남도 자체기준)
  - 노인인구 8,000명-9,000명당 1개소. 경남지역 약 50개 기관 있음.
  - 도시락, 밀반찬 서비스: 식사 잘 챙기지지 않는 남자 어르신에게는 중요한 사업. 재가 지원사업비로 하는 것이 원칙으로 타 보조금(시군에서 별도 예산으로 하는 경우) 중복으로 봄.
  - 재가노인지원서비스시설 평가: 2년마다, 2회 평가점수 미달되면 OUT
  - 인건비를 호봉제로 전환
  - \* 자세한 내용은 2015년도 경상남도 재가노인복지시설 사업 안내 참조
- Q4. 센터의 노노케어 현황
- 관리인력 부족으로 사업확대 부담
  - (전국형) 참여자 29명, 노인 대상자 97명: 참여자를 관리할 인력이 없어서 더 확대할 수 없는 상태
  - E군에는 지역자활센터가 없어서 노인복지센터에서 자활업무까지 담당
- Q5. 복지사각지대 해결, '좋은 이웃들'
- 한국사회복지협의회+공동모금회-의령군 선정됨.
- Q6. 장기요양 서비스만으로는 부족하다는 인식
- 건보공단 부산지역본부 주관으로 경남, 울산, 부산 장기요양기관 우수사례발표회 실시하여 서비스 양과 질 향상을 위한 노력에 대하여 수상함.
  - 요양보호사에 따라서 서비스 편차가 아주 큼. 요양보호사 질 차이를 줄이고 상향평준화 방안 마련 필요
  - 지역자원연계: 건보에서 지역통합지원센터 인력1인을 배치하여 건보자원으로 활용 가

능할 것임.

- 주간보호센터 활성화: 공간 요건을 갖춘 건물이 없고, 주간보호는 차량 등록이 어려운 점등을 문제로 인식하고 개선 노력필요

## E군 주민복지과

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 4월 29일(수) 09:30~10:30, 주민복지과 회의실
- ◆ 회의내용:

### Q1. 독거노인 공동거주제

- 공동거주지에 거주하는 독거노인의 기능상태
  - 장기요양등급 받으신 분 잘 없음.
  - 물론 건강이 좋지 않으신 분이 있어서 같이 계신 노인이 보살펴 주는 케이스 : 1) 등급신청을 하더라도 인정이 안 되는 경우, 2) 등급이 있더라도 주변 분들이 케어를 해주기 때문에 요양보호사를 부르지 않아도 되는 경우(자부담 하지 않기 때문에), 3) 굳이 등급신청을 하지 않는 경우가 있음.
- 독거노인 공동거주제 실시 시기
  - 장기요양 이전부터 실시: 2007년 2개소를 시작으로 현재는 전 읍·면 53개소에 331명이 생활 중
  - 경로당 및 마을회관 활용 43개소, 신축 2개소/개인 가정집 활용 3개소, 구 보건진료소 (1), 구 경로당(4)

### Q2. 돌봄서비스 행정지원적 측면

- 기본대상자 600명, 종합서비스 대상자 116명(재정축소로 정원 92명으로 축소되어 있으나 116명을 유지, 그 이유는 사망자 발생, 중간 중간 자격변동에 따라 인원변경, 받고 있으신 분을 자를 수는 없음)
- 노인돌봄서비스 예산이 경남도 전체에서 가장 적은 예산. 노인인구수가 적기 때문에 (9,400여명)
- 요양보호사 문제: 요양보호사의 정년이 없는 상태에서 어르신을 케어해야 하기 때문에 체력적 한계가 있을 듯함.

### Q3. E군의 노인복지 기관 및 인력 현황

- 신고되어 있는 장기요양기관은 27개소, 운영 안하는 기관도 많음(폐업신고를 하지 않은 한 유지, 즉, 서비스 대상이 없는 기관도 많이 있음): 시설간 경쟁이 심할 수도 있겠으나, 과거에는 본인부담금 면제 등 불비가 있었으나, 현재는 본인부담금 면제에 대한 1개월 정지 규정이 있기 때문에 기관이 지양하는 편임.
- 단기가사예산은 크지 않음. 작년대비 8000만원 정도 축소(3,600만원 → 2,800만원)

### Q4. E군의 노인 복지서비스 커버리지

- 장기요양 5등급이내 인정자 약 570여명, 전체 노인대비 어떠한 형태로든 서비스를 받으시는 노인은 약 70% 이상 됨.
- 기본서비스 독거노인 전수조사시 9점 이상이 된다 하더라도, 개인의 성향에 따라 거부하시는 경우도 있고, 특별한 서비스가 아니기 때문에 전원 서비스 받으시는 것은 아님.

- 현재는 인구가 줄어서 마을이 없어지는 사례는 없었지만, 인구가 줄어서 문제는 있을 수 있음.
- 이장님이 자기 마을에 있는 어르신에 대한 정보, 성향파악은 빠를 것임.
- 재가노인 지원서비스 물품, 식사배달, 노인돌봄기본에서 일부 중복 되어도 무방

Q5. 노인돌봄 서비스 제공인력

- 독거노인 생활관리사: '신체건강한' 40~50대 분들이 현재 활동 중. 일인당 할당량(25명)에 대하여 일주일 한번 방문, 2~3회 전화, 하루 5시간 정도 자가 운전하여 활동하고 계시는 부분, 월 급여 세전 약 66만원이 적을수도 있지만 업무강도에 비해서는 나쁘지는 않기 때문에 선호하는 부분이 있음.
- 노노케어를 활용한 독거노인 생활관리사 업무도 가능하겠지만, 현재 생활관리사 분들이 정보 제공하는 부분 등에 대하여 노노케어 참여자 분들이 얼마나 담당할 수 있을지는 의문
- 요양보호사 문제: 젊은 사람들의 참여가 어려운 부분, 요양보호사의 정년이 없는 상태에서 어르신을 케어해야 하기 때문에 체력적 한계가 있을 듯함.

Q6. 수혜자(이용자)중심의 서비스 제공이 필요

- 등급외 A, B를 받으신 분들은 치매상태라기보다 관절염 등 있어서 거동이 불편하신 경우, 필요하신 서비스: 물리치료, 서비스 제공방법으로 외출보다는 방문 물리치료 필요
- 가사지원에 대한 부분보다 어쩌면 젊은 사람이 와서 같이 있어 주는, 사람이 그리운 것일 수 있음.
- 반면, 자녀들의 인식 속에는 가사서비스지원, 가족까지 케어하도록 강요하는 경우 많음. 이러한 부분에 대한 인식변화가 필요함. 자녀들의 과도한 복지의존도 지적

Q7. 어르신들이 서비스 제공 받으시는 경우, 자부담 등 이용에 대한 이해를 어느 정도 하고 있는가?

- 어르신들이 잘 알지 못하기 때문에 자녀들이나, 기관에서 활용할 수 있도록 안내 및 유도하고 있음.
- 종합서비스는 대부분 자부담 발생(기초생활수급자 제외)
- 바우처 전체 예산에서 자부담이 차지하는 비율: 약 10%정도. 자부담 때문에 받지 못하는 경우는 크게 없다고 봄. 기초연금이 두 배로 확대되었기 때문에 자부담으로 서비스 이용에 큰 어려움은 없는 것으로 파악 됨.

**E군 여성단체협의회**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 4월 29일(수) 10:30~12:00, 군내 인근식당
- ◆ 회의내용:

Q1. 서비스 제공현황

- 의령군 여성단체 협의회 활동(10개 기관)
- 자매결연 면단위 자원봉사
  - 각 기관이 의령군내 1개면씩 자매결연을 통하여 서비스를 제공하고 있음. 군에서 보조금을 지원받아 활동하고 있음. 지원대상은 면에서 5가구를 추천을 받아서 대상자들

선정함. 1년간 서비스를 제공하게 될 때, 보조금만으로는 서비스 제공이 불충분하기 때문에 협의회 회원들의 회비를 통해 충당

- 한 달에 한번 장애인, 독거노인을 방문하여 밑반찬 제공, 청소활동을 하고 있음.
- 필요물품(이불, 생필품 등) 구매 제공, 어르신 필요하다고 요청하는 물품 보조금으로 제공

○ 경로식당 운영

- 10개 단체가 일주일씩 경로식당 식사를 담당하여 점심제공(E노인복지관 안에 있는 식당), 여성단체 회원(봉사자) 2~3명+경로식당 내 조리원 1명, 영양사 1명(메뉴선정 및 장보기 담당)
- 읍내 계신 분들은 경로식당이 가까이 있기 때문에 점심식사를 이용하려 오시고, 먼단 위 계신 분들에게는 서비스 대상자 위주로 가정방문 서비스 제공

Q2. 봉사자들의 노인복지에 대한 인식

- 'E군에는 노인이 아무것도 없이 와도 살 수 있다. 밥 주지, 옷 주지, 필요한 것 달라고 하는 대로 받을 수 있도록 되어 있다.'
- '독거노인이 되면 기본적으로 받을 수 있는 것이 많다. 출장도우미가 와서 목욕도 시켜준다'
- '나는 노후대책 세워놓은 것이 아무것도 없는데, 지금 어른들은 많이 받을 수 있도록 되어 있다.'
- '장기요양등급 받으시는 분, 형편이 어려우신 분이면 큰 문제가 없는데 아들, 딸 도시에서 빌딩을 가지고 있는 사람들도 촌에 혼자 산다는 이유로 도우미가 와서 차태워 치료하고, 목욕시켜서, 집안 가사활동하고.. 이것은 등급별로 하는 것 아닌가? 기초연금도 다 받고 있는데 요양서비스를 받고 있음. 독거노인이기 때문에... 이런 부분에 대한 자원봉사 대상자로는 바꾸게 된다..'
- 정말 혜택을 받아야 하는 상황에 대한 선정이 필요함: 사각지대 발굴 및 지원 필요

Q3. 봉사활동 현황

- 1년에 115만원 보조금 지원, 적자가 날 수 밖에 없는 상황, 또한 개인 교통비와 자비를 들여서 대상자가 필요하다고 하는 물품을 지원하기도 함.
- 봉사활동 시작: 약 10년 넘었음.
- 단체 성격: 각 모임에 자발적으로 참여, 단체로 할 수 있는 데는 단체로 동원을 하고 회장님을 중심으로 활동

Q4. 여성단체협의회 봉사활동 단체

- 1) 아이코리아(지부): 방과후 돌보미(한달에 5만원씩 지원). 다문화 가정 케어 및 지원
  - 2) 생활개선회(지부): 농사짓는 분들 위주
  - 3) 향균여성회(지부): 재향군인회 산하 봉사활동 단체
  - 4) 팔각회(지부)
- 봉사활동 단체로서, 지자체 또는 지역사회에서 일손이 부족한 경우(양파, 채육대회, 감 따기 등) 봉사를 하는 입장, 인센티브는 없다고 보면 됨.
  - 개별적으로 직업은 다 가지고 있는 상황
  - 봉사단체 등록은 되어 있기 때문에 시간은 적립되고 있음
  - 면사무소 추천이 아니어도, 지역사회에서 어려움이 있는 분이 계시면 대상자를 발굴하

<p>여 봉사서비스를 제공</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 여성단체 회장이 회원들을 관리하여 봉사활동 팀을 꾸려 활동할 수 있도록 관리</li> </ul> <p>Q5. 동일 대상자에게 다양한 단체에서 제공되는 서비스의 중복</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 서비스 대상자는 노인이 가장 많음. 젊은 사람 중에는 장애인 부부</li> <li>- 물론 공식적인 서비스가 있는 것 같으며, 비공식적 봉사는 본 단체뿐만 아니라 다른 데서도 많이 들어오는 것 같음.</li> <li>- 정말 밑반찬을 만들 수 없어서 갖다드리는 경우 보다는, 군이나 면에서 추천한 대상자가 그 사람이기 때문에 주는 경우. 그 대상자들은 다른 곳에서도 서비스를 받음. 음식 물이나 생필품이 한꺼번에 들어와 감당을 못할 때가 있음.</li> <li>- 협의회나 면사무소 등에서 대상자 조정 필요함.</li> <li>- 서비스 제공 시간은 많이 걸리지 않음. 배달만 드리는 경우도 있고, 잠시 이야기하고 오는 경우도 있음.</li> </ul> <p>Q6. 다른 시군의 현황</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 다른 곳에도 봉사를 많이 하는 것으로 알고 있는데, 우리 군 현황만 주로 알고 있고 현재 과도하게 서비스가 제공되는 것은 아닌가 우려. 특히 가족이 있는데도 대상자를 케어하지 않는 경우에 대하여는 부정적인 관점이 생김.</li> <li>- 경남도에 복지서비스가 축소되고 있는 부분에 대한 불만(무상급식 취소)</li> </ul> <p>Q7. 지역사회에 다른 봉사단체</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 다른 자원봉사단체: 적십자, 청년회 등</li> <li>- 종교기관: 성당, 교회, 절에서 봉사활동 당연히 제공</li> <li>- 기업 등: 경남기업등에서 봉사활동 등이 있는 것으로 파악 됨.</li> </ul> <p><b>E군 B면 자원봉사회</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>◆ 일시 및 장소: 2015년 4월 29일(수) 15:00~17:00, E군다문화가족지원센터 2층 회의실</li> <li>◆ 회의내용:</li> </ul> <p>Q1. B면 자원봉사회</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 인원 23명</li> <li>- 단체 자원봉사협의회(18개 시군협의회) &lt; 경상남도 자원봉사협의회(가입인원 8만 9천 여명) &lt;경상도 전역자원봉사자(57만명)로 조직이 구성되고 있음.</li> <li>- 자원봉사자 가입요건: 의령군 자체적으로는 신청을 받고, 자체검열(회원분위기 훼손하는 사람은 제외)</li> </ul> <p>Q2. 자원봉사자 인적사항</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 봉사자 직업: 학교 급식소 조리원, 자영업 등</li> <li>- 몇 년 전에는 전업주부가 많았으나, 그 전업주부로 있던 분들이 직업을 갖게 된 경우도 있고, 최근 자원봉사회원으로 들어오시는 분들이 전문직업을 갖고 계신 분들도 많음. 현재는 회원 중 90% 이상이 직업을 가지고 자원봉사활동을 하고 계심.</li> <li>- 평일 자원봉사는 자영업자 분들이나, 일정조정이 가능하시는 분들이 많이 하심.</li> </ul>
--

## Q3. 노인에게 어떤 서비스를 어떤 주기로 하고 있나?

- 노인위주로는 집청소, 독거노인, 조손가정에 반찬봉사를 주로 하고 있음.
  - 면사무소에서 명단을 요청해서 소개받은 대상자와 봉사단체 고유로 가지고 있는 명단을 비교하여 중복되는 분을 체크. 면사무소에서 소개를 받는 경우 기초생활수급자 또는 차상위계층 위주인데, 이들 외에 지역사회에서 어려우신 분들을 발굴하기 위해서 노력하고 있음.
  - 과거에는 병원이나 요양시설에 목욕봉사를 들어갔었는데 현재는 요양보호사가 나와서 하고 있음.
- 계절별로는 집청소(부정기적)
- 밑반찬 생필품 등(월별)
- 명절전후로 목욕서비스
- 지속적으로 방문했던 가정이기 때문에 반기는 분위기, 일부 장애인 가정에서는 거부하는 경우 있음.

## Q4. 다른 서비스와의 갈등

- 장기요양, 재가장기요양서비스에서도 청소서비스가 들어가는데, 그 덕에 자원봉사자들이 가서 청소를 하게 되면 장기요양을 제공하는 요양보호사들이 불쾌하게 생각할 수 있기 때문에, 가끔적 서비스 내용에서 중복이 되지 않도록 배려하고자 함.
- 김장철, 각 단체별로 사업실적보고를 위해 하는 행사성 활동으로 인해 같은 대상자에게 서비스가 중복되는 케이스가 많이 발생.

## Q5. 중복지원에 대한 조정

- 면사무소, 행정단위에서 서비스 중복을 조정하기에는 한계가 있음. 민간단체간의 중복 지원은 자원봉사단체협의회가 정리할 수 있어야 함.
  - 그러나 개별 자원봉사단체에서 단체협의회에 소속하고 싶어하지 않음. 때문에 서비스 중복을 해결할 수 있는 방안 마련에 어려움이 있음.

## Q6. 자원봉사센터와 자원봉사협의회의 관계정립

- 자원봉사센터(안행부) 행정에 귀속되어 있기 때문에 자원봉사협의회에 속해있는 단체로 생각되고 있거나 민간단체에서 협조가 안되는 부분들이 있음.
- 자원봉사센터는 직영이기 때문에 센터장은 주민복지과 과장, 실장 등이 맡고 있는 상황
- 일본에서는 다양한 시민활동을 하는 자원봉사협의회가 별도로 있고, 지역사회에서 활동들을 조정해주는 '시민활동촉진지원센터'가 별도로 있음. 우리나라도 정보공유의 창이 필요함.
- 현재 우리나라의 자원봉사센터는 자원봉사활동 시간 적립 정도의 역할만 수행, 봉사활동을 정리할 수 있는 단체가 있어야 할 것임.
- 각 부처별로 자원봉사 단체가 있어 난립하는 것처럼 보임(행안부: 자원봉사센터, 여가부: 가족봉사회, 여성단체 등)

## Q7. 자원봉사자의 인센티브/동기

- 마일리지, 개인봉사점수를 올리지만 개인에게 도움이 되거나 하는 경우는 없음. 한편 자녀에게 마일리지를 대리적립해주는 경우 발생
- 자원봉사 가맹점: 최대 30~50% 할인혜택을 받을 수 있도록 하고, 가맹점에는 의령군

- 에서 필요자원(쓰레기봉투 등)을 받을 수 있도록 하고 있으나 가맹점도 자원봉사 점수로 인정해달라는 요청이 있어서 그렇게 하고 있음. 실제 봉사자들은 활용을 잘 하지 않는 것으로 알고 있음.
- 내가 즐겁자고 하는 것이기 때문에, 자긍심으로 움직인다고 보면 됨. 이웃으로써 지역 사회에 기여하고 돌보아야 하는 것. 회원간의 단합이 중요하다고 생각함. 보조금이 없는 부분을 단체 자체적으로 충당은 하지만 가끔 스폰서가 있으면 좋겠다고 생각함.
- Q8. 자원봉사 활동의 지속성과 자원 충당
- 봉사자 B: 자원봉사 23년간 진행, 매주 나가는 것이 아니고 시간 될 때 짬짬이 제공할 수 있기 때문에 자영업을 하는 입장에서는 활동을 지속적으로 할 수 있음.
  - 보조금: 군에서 1년에 활동비가 조금 있는데, 1~2번정도 반찬활동 하게 되면 동이남. 과거 노인체육대회를 자원봉사회에 위탁해서 하게 되면 활동비로 100~200만원 나오는 것을 활용하고, 수익사업을 실시하여 비용을 마련할 수 있었음. 현재는 부족할 경우 회비로 충당하고 있음.
- Q9. 대상자에게 필요하다고 생각하는 서비스
- 목욕서비스: 인근에 있는 목욕탕에 모시고 가지만 여력이 안될 때 많이 있음. 재가장기요양서비스에서 방문목욕이 있지만 유료서비스이기 때문에 활성화되지 않는 경향이 있음. 이동목욕차량이 부족한 부분도 있고 이 부분은 가족에 의존을 많이 할 수 밖에 없음(=>장기요양등급을 받을 가능성이 높는데 등급 신청하지 않은 경우가 되지 않을까 함)
  - 휠체어 제공: 자원봉사 활성화를 위해 이동이 수월할 수 있도록 휠체어를 제공 필요
  - 집수리: 오래된 집, 주방과 방이 분리되어 있고 화장실, 문턱 등 매우 불편함 ->공동거주제 활용
- Q10. 장기요양인프라의 부족 vs 비공식적 자원의 활성화 두 관계의 풍선효과?
- 장기요양인정률이 낮은 것은 생활기능 장애자가 적은 편, 즉 건강한 편인가?
  - 장기요양대상자가 있음에도 불구하고 인정률이 낮은 것은 다른 형태로 서비스를 받고 있기 때문에 서비스 신청을 하지 않는 것인가. 확인이 필요함.
  - 한편, 자원봉사 등에서 노인을 커버하는 비율이 그렇게 크지는 않기 때문에 풍선효과가 많지 않을 수도 있음.
- Q11. E군의 장기요양등급판정
- 등급의 경계선에 있는 경우는 대부분 올리고 있음. 대부분 인정조사자에 의하여 정리되는 것으로 보임.
  - 지역적 특성으로도, 85세 되시는 어르신인 경우 아프신데도 발일을 하시는 경우, 주변에서 저런 노인이 등급을 받는다는 부정적인 시각들 때문에 신청 꺼리는 경우.
- Q12. 재가요양보호 대상자
- 초기에 재가서비스 센터에서 기관의 이익을 위해 서비스 많이 권유해서 실제로 등급 인정률이 높게 나왔음, 현재는 그런 현상이 지난 후이기 때문에 대상자들 스스로 신청하는 경우가 줄어들.

## Q13. 자원봉사자 특성

- E읍, B면은 40~50대 젊은 사람들이 자원봉사, 궁류 등 다른 면단위의 65세에서 68세 연령대 분들이 자원봉사를 실시
- 회원모집: 개인이 하고 싶어 하시는 분이 면단위에 신청, 이웃에서 활동하는 것 보고 권유를 하거나 스스로 조인하는 경우. 특별히 종교는 관계 없음.

## Q14. 자원봉사 활성화를 위해 필요한 것

- 활동비: 음식재료비, 집수리, 침구 등 마련을 위해 필요.
- 어르신에게 필요한 서비스 정보를 연계해주기 위한 시스템 : 예를 들어 자원봉사회 자체에서 집수리를 하기 힘든 경우 서비스단체에 연계해 주는 것 필요

## Q15. 어르신이 선호하는 서비스

- 봉사자는 밑반찬 서비스 : 음식부패 등에 대한 관리 때문에 위험성 존재, 지금까지는 2차 문제가 되는 상황은 고려하지 않고 제공하고 있음.

**E군 B면사무소**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 4월 29일(수) 17:00~18:00, 면사무소 2층 회의실
- ◆ 회의내용:

## Q1. 사회단체 및 자원봉사회에서 자원봉사 대상자 추천 요청이 올 경우, 대상자 선정 기준

- 1) 자원봉사자에게 누구를 원하시는지 물어보고,
  - 2) 평소 본인이 필요하다고 요청한 케이스
  - 3) 사회복지담당으로 위문품등 지급을 위해 방문했을 때 필요하다 생각되는 분 리스트
  - 4) 면내 공공서비스 받는 분들(기초생활수급자도 있을 수 있지만, 차상위계층 등 특별히 더 어려움이 있으신 분들)
  - 5) 복지사각지대 발굴을 통해 연계하고 있음.
- 자원봉사자의 대상자 선호도 중요하고, 실제로 필요한 대상자가 누구인지는 각 마을 이장님이 상황을 잘 파악하고 계시기 때문에 이장님께 선별해 주시도록 함.
  - 장기요양등급자는 방문보건팀에서 별도의 활동을 하기도 함.

## Q2. B면 내 자원봉사단체

- 사회단체에서는 거의 활동을 하지 않고 있는 것으로 알고 있음.
- 새마을 부녀회에서 김장을 할 때 보조금을 지급받고 있음. 일 년에 한, 두 번 수준, 그 외 체육대회나 면 행사가 있을 때 동원
- 자원봉사회 활동

**E군 노인공동거주주택**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 4월 30일(목) 9:00~15:00, 공동거주지(O마을, S마을 외)
- ◆ 회의내용:

1) O마을 공동거주지



- \* O마을 공동거주지 간담회
- 마을회관과 경로당 같이 사용하는 곳에 공동거주지 마련
- 2014년 2월부터 6인 거주
- 낮에는 개인 집에서 활동, 밤에 공동거주지에서 주무심
- 아침 저녁 식사를 공동거주지에서 해결
- 돌봄기본 받으시는 분이 계시고, 생활관리사가 공동거주지로 오심.
- 안전망 확보 차원에서 효과적
- 자세한 내용은 공동거주지 현황 및 홍보자료 참조

2) S마을 공동거주지





\* S마을 공동거주지 간담회

- 경로당 건물 사용에 따른 비거주 노인과 마찰문제로 건물을 신축하여 거주하게 됨
- 방1개(6인 공동숙박), 주방1개, 욕실 및 화장실 1개 외 부대시설 설치
- 안전망 확보 차원에서 효과적, 인적 물적 자원 상호연계, 난방비등 관리비 절감 등 효과
- 자세한 내용은 공동거주지 현황 및 홍보 자료 참조

### 3) 부산시 N구 자원봉사단체 실태

#### 대한적십자사 부산 N구지구협의회(적십자 봉사회)

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 5월 14일(목) 10:00~12:00, 시내 카페
- ◆ 회의내용:

○ 활동 내용

- 서비스 대상자: 동마다 적십자봉사회 회장님이 계심. 봉사 다니면서 현장에서 발굴되는 서비스가 필요한 분들 중심으로 제공. 한번 결연되면 3년 정도 유지
- 봉사주기 및 내용: 한 달에 2회, 전화 또는 방문을 통한 말벗 서비스, 물품(적십자 노인 희망풍차에서 지원되는 물품) 한 달에 1회 정도 지급
- 봉사내용은 적십자에 매월 1회 보고하고 있음.
- 노인만 봉사하는 것이 아니라, 13가구를 돌보고 있는데, 그중 4가구가 노인가구임. 그 외에는 장애인, 조손가구, 한부모가구 등이 있음.
- 수급자 보다는 차상위 계층을 우선으로 생각하고 있음.

○ 활동 현황

- 적십자 N구지부에 자원봉사자가 400명 정도가 등록되어 있는데, 이중 100명 정도가 활발히 활동을 하고 있음.
- 활동비는 N구지사에서 200만원이 나오면, 대상자에게 필요한 물품 등을 구비하는데 사용되고, 부족한 부분은 봉사자들이 각출하여 충당. 월 1만원 회비 있음.
- 봉사자들을 위한 지원은 전혀 없음.

○ 활동 계기

- 친구의 추천으로 13년째 적십자봉사회와 노인복지관 등에서 봉사를 하고 있음.
- 집에서만 지내던 것 주부로서의 삶에서, 지역사회에 헌신하고 봉사하는 조직의 일원으로

로서 사회적 위치를 가질 수 있고 만족감이 높음.

○ 활동시 특이사항

- 봉사자도 지역주민이지만, 대상자를 발굴할 때 가장 좋은 방법은 통장님을 통해서 연계를 하는 방법, 통장을 통해 연계받으면, 가정방문을 해서 이야기를 듣고 진행.
  - 대상자 중 등급을 받으신 분도 계심. 요양보호사와는 오히려 연계를 잘 하고 있는 편임. 어르신인 욕구에 대해서 오전 오후 상호 정보를 교환하면서 필요한 서비스를 제공하고 있음.
  - 수급자 어르신인 경우, 병원비가 무료이기 때문에 너무 자주 병원을 이용하려고 하심.
- 적십자봉사회에서 다른 활동을 하지 못하도록 권유하고 있어, 봉사원들의 충성도가 높은 편임. 때문에 어르신들에게 정기적으로 서비스가 제공될 수 있고 지속적으로 봉사가능함.

**부산광역시 G2동 주민센터**

◆ 일시 및 장소: 2015년 5월 14일(목) 14:00~17:00, 주민센터 회의실

◆ 회의내용:

Q1. 주민자치 위원회 복지결연 사업: 더불어 살아가는 마을 조성을 위한 ‘한가정 이웃되기’ 추진 사례

○ 일반 현황 및 사업 배경

- 부산 N구 노인인구는 약 14%, G2동의 경우 18% 이상으로 나타나고 있으며 그 수치가 빠르게 증가하고 있는 실정. 노인문제 해결을 위한 방안을 모색하게 되었음.
- 대부분 산지였던 지역에 8.15 귀환 동포와 6.25 피난민들이 정착해 형성된 마을로, 무허가 가옥들이 많으며, 한 터에서 오래 살고 있는 주민이 대다수, 이웃간 서로 아는 사이가 많고, 고독사 등의 문제는 크지 않음.
- 부산Y대학교의 이전으로 지역사회 상권에 큰 타격을 입고, 젊은 사람들의 유실이 큰 반면, 노인의 유입이 늘어나는 상황

○ 활동 내용

- 기존의 G2동 주민자치위원회, 방위협의회, 바르게살기위원회 등 유관 단체원들과 독거노인들을 1:1 결연을 맺음.
- 단체원들은 결연된 독거노인을 방문, 또는 통화하여 그들이 필요로 하는 서비스를 제공
- 정서적 지원(말벗, 안부전화), 가사지원(청소, 빨래, 식사준비, 목욕 등), 동행지원(병원 동행, 외출동행), 경제적 지원(쌀, 라면, 밀반찬 등), 그 외 특이사항에 대하여서는 주민센터로 연계하여 해결책 모색
- 자원봉사자의 부담을 줄이기 위해 활동 주기는 별도로 정하지 않음. 부정기적이긴 하나 보통 주1회는 접촉을 하고 있는 것으로 파악됨.

○ 활동 현황

- 2015년 3월부터 시행
- 결연을 통한 서비스 제공자(105명), 결연 대상자(94명)
- 결연 대상자와 접근성과 정서적 간격을 고려하여 가급적 결연대상자 인접 후원자 결연
- 결연자간 만남 ‘한가정 한마음 행사’ 개최: 2015년 5월 중
- 우수활동 단체 및 개인 시상: 2015년 12월 중 계획
- 현재는 시행 2달여 되기 때문에 대상자와의 라포 형성을 위한 시기로 특별한 활동이

나 특이사항이 발생되고 있지는 않음.

Q2. 사업 추진 시 애로사항

- 타기관 벤치마킹 및 기관간 정보공유에 대한 애로사항
  - 경기도 N시에서는 통합지원센터를 운영하여, 복지관과 행정기관의 유기적 협력을 통해 민간자원을 끌어 들여 연계하는 방식으로 지역사회 사각지대를 발굴, 커버하는 것으로 파악됨.
  - 우리 지역에서 N시 사례와 같은 운영에 한계를 느낀 점은 기관 간 개인정보의 공유가 전혀 될 수 없는 부분임. 공공기관에서 대상자에게 제공되는 서비스와 복지관 서비스 간 서로 상호 공유가 안 됨. 자원봉사자 활용에 있어서도 대상자 선정에 어려움이 있어 향후에도 계속 애로사항이 될 것으로 보임.
- 지역사회 노인의 정서적 욕구
  - 지역사회에서 노인이 가장 많은 시간을 보내는 곳이 집 외에 경로당이라 할 수 있는데, 우리 지역에서는 경로당 이용률도 낮은 편임. 경로당에 있으면 갖혀지니까 생각하고, 오히려 밖에 나와서 사람들 지나다니는 것만 봐도 좋아함. 정서적 지원에 대한 욕구가 강하게 나타남.
  - 도심아파트에서 자녀 없이 독거하시는 분들은 경제적 능력이 있음에도 외롭다고 말씀하심. 지역사회에서 어르신들을 살필 수 있는 방법 모색. 결연사업이 새로운 해법이 될 수 있기를

Q3. 노인 복지 개선을 위하여 필요한 것

- 노인 등급판정 시, 기능상태에 대한 부분뿐만 아니라, 노인의 질병에 대한 고려사항도 포함하여야 함.
- 자원봉사자 발굴의 어려움. 또한 장기요양보험제도가 발달하면서 지역사회에서 자발적으로 자원봉사자가 활동하던 부분을 제도권에서 흡수하고, 봉사자들의 순수성을 해치는 부분이 아쉬움.
- 노인부부 및 가족 중 치매노인을 케어하는 수발자들에 대한 지원이 필요. 자조모임 등을 통하여 수발 고통에 대하여 이해하고, 상호 정보공유를 통하여 케어의 질을 높이고 스트레스를 관리할 수 있어야 함.

**부산광역시 N구자원봉사센터**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 5월 15일(금) 9:00~10:00, 자원봉사센터 회의실
- ◆ 회의내용:

Q1. 기관 현황

- 84년 G문화원으로 개소, 자원봉사센터로 지정받은 것은 1997년
- 주요 업무
  - 280여개의 자원봉사활동단체들이 등록되어 있으며, 봉사자는 7만 8천여명 정도로 파악되고 있음.
  - 이들의 활동에 대한 실적처리 및 정보제공자의 역할
  - 자원봉사 단체들 간 정보연계를 위해 '좋은 세상'이라는 간행물을 발간하고, 지방신문에 활동사항 게시

- 자원봉사대상자
    - 현 기관에서 대상자는 크게 15개 대분류로 나누어지는데, 이중 사회복지가 있고, 또 그 중에서 노인들에게 제공되는 부분이 연구에서 파악해야 할 부분임.
  - 자원봉사자 분류
    - 구성원 특성에 따라 가족봉사단, 주부봉사단 등으로 나눌 수도 있으며, 자원봉사의 내용에 따라서도 구분할 수 있음.
    - 대상자 수요자에 따라 분류할 수도 있으나 현재 그렇게 분류하지는 않고 있음. 복지관에서는 대상자 중심으로 서비스를 구분할 수 있으나, 자원봉사센터에서는 자원봉사자가 클라이언트이기 때문에 구성원과 서비스 내용을 중심으로 구분하는 것이 바람직함.
    - 다양한 연령대의 자원봉사자로 구성될 수 있음. 아동청소년대학생이 노인을 대상으로 할 때 세대간 결연이 될 수 있고, 주부, 어머니들이 노인을 케어할 때는 또 다른 형태가 되고, 노인이 노인인 대한 서비스가 갈 때는 노노케어의 성격이 될 수도 있음.
  - 기관의 방향
    - 봉사에 그치지 않고, 일자리가 창출되고 연계되는 것도 의미가 있다고 생각함. 자원봉사자들에게 일자리 정보를 제공하고, 연계하는 것이 잘 이루어져야함. 자원봉사자들이 꾸준함과 지속성을 갖출 수 있도록 돕는 것이 중요하다고 봄.
  - 자원봉사 센터에 자원봉사 단체로 등록할 때의 이점 및 자원봉사를 지속할 수 있는 이유
    - 조직에 소속하게 될 때 오는 소속감, 자존감이 상당히 크다고 봄. 경제적인 이익이 전부가 아니라, 사회적으로 여유가 있고, 사회적 교류가 되는 부분들이 정서적으로 큰 만족감을 가지고 오는 것으로 봄. 또한 건강에 대한 자신감이 어느정도 있는 사람이 자원봉사가 가능하고, 자긍심을 갖게 되기도 함. 부지런함에 대한 부분도 있고, 가정적으로 어느 정도 여유가 있는 것으로 보여짐.
    - 센터에서 준비할 수 있는 인센티브는, 특별할 것은 없지만 등록을 하게 되면 연말에 행사를 많이 진행하는데 그때마다 초청하게 될 때 인정욕구가 충족될 수 있음, 또한 자원봉사통장, 인증뱃지, 우수봉사자 표창 등이 이루어짐.
    - 다만, 자원봉사의 가치가 무대가성인데 이를 해치지 않도록 주의깊은 검토가 필요함.
- Q2. 애로사항
- 정보제공의 문제
    - 구청의 사례관리 네트워크가 있지만, 현재 활동하는 자원봉사자간에 있어서도 봉사 대상자의 중복제거의 어려움이 있음.
    - 활성화 지원방안을 말한다면, 구청, 자원봉사센터, 민간 자원들간 정보가 연계되어야 함.
    - 지역복지협의체에서 자원 로드맵을 그리고 있고, 노력은 하고 있음.
    - 또 한편으로는 양쪽에서 다 받기 원하시는 어르신들도 있기 때문에 신중히 검토되어야 함.
    - 자원 연계를 위해서 필요한 정보가 대단한 것은 아님, 성함, 주소, 연락처, 연령대 정도면 가능할 것임.
  - 봉사자의 지속성 담보
    - 노인대상 봉사자의 경우, 노인자원봉사 활성화 포럼이 연립적이 있음. 그 이후 베이비부머의 자원봉사활동을 장려하고, 건강한 노인이 실버봉사자가 되어 지속적으로 활동할 수 있는 발판을 만들고 있음.
    - 갑자기 봉사활동을 시작하게 되는 것보다, 과거부터 계속 해오던 분들이 많이 참여하는 편임.

- 부처 및 지역사회 내 유사한 자원봉사 유관기관 존재: 자원봉사센터(1365), VMS(복지부 관련), NICE(학생활동진흥센터) 시스템이 구분되어 있고 분절이 발생. 서로간 연동이 필요함.
- 미국은 전국민의 50%가 자원봉사에 참여하는 것으로 파악되며, 시간누적에 대한 부분과 자원연계 시스템이 잘 구축되어 있는 것으로 알고 있음.

#### 4) G시 자원봉사단체 실태

##### G시 여성자원활동센터

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 18일(화) 15:00~17:30, 김제시 여성자원활동센터
- ◆ 회의내용:

##### ○ G시여성자원활동센터 소개

- G시 여성자원활동센터는 1991년도부터 비영리 자원봉사단체로 시작하였음.
- 센터의 구성원은 회장 및 상근직 간사가 있고, 회원은 주로 50~60대 주부들로, 활발히 참여하는 회원은 50여명 정도 있음. 이들은 초창기 90년대부터 시작하여 지금까지 꾸준히 활동하시는 회원들도 계시고, 최근에 40대 50대 젊은 주부들도 비교적 전문적인 분야(마사지, 네일아트 등)를 중심으로 활동에 참여하는 분도 계심.
- 현재 G시 여성단체(여성복지과 담당)의 한 기관이자, 자원봉사센터에 봉사기관으로 등록되어 있음.

##### ○ G시 여성자원활동센터의 활동내용

- 창립시점부터 정기적으로 매주 수, 목 이들은 봉사의 날로 지정되어 어떠한 형태로든 봉사를 진행함. 수요일 목요일에는 헌옷과 재활용품을 수집하여 알뜰매장을 운영하며 자원을 재활용하고, 폐식용유를 이용한 세탁비누 제작판매, 친환경 농산물로 만든 전통장류 판매 등 수익사업 추진.
- 주로 단체로 활동을 많이 하고 있는데 그중 제일 많이 하는 부분은 복지관, 요양원, 양로원을 방문하여 목욕, 세탁, 말벗 등 봉사활동을 실시하는 것이고, 최근에는 전문봉사자를 활용하여 마사지, 이미용, 공연 등 제공 프로그램의 영역이 확대되고 있음.
- . 복지관은 한 달에 2번(J복지관, 장애인 복지관)을 방문 봉사
- . 요양원, 양로원을 한 달에 한 번씩 방문 봉사
- 전문봉사: 이혈, 손발 마사지, 네일아트 등 기능을 배워서(cf, 주로 교육 제공처는 G시 자원봉사센터) 면단위 마을회관 중심으로 한 달에 한 번씩 방문하여 봉사(cf, G시 자원봉사센터 프로그램인 '주물주물 효사랑'에 참여)
- 반찬봉사: 재가에 있는 대상을 위주로 제공(100%노인대상은 아님. 한부모가정, 조손가정, 다문화가정 등 가사지원이 필요한 가구 대상)하고 있음. 제공방법은 봉사단원 개인이 1대1 결연을 통하여 개별케어를 통해 가정의 애로사항을 청취 해결하고자 하고 있음. 현재 본 단체에서는 100세대 정도 진행하고 있으며, 서비스 내용으로는 밑반찬, 명절선물, 김장 등으로 '가사지원' 중심으로 이루어지고 있음.
- 정서지원만을 위한 말벗프로그램은 별도로 있다고 볼 수는 없음.

- G시 여성자원활동센터의 활동 방법 및 재원
  - 시에서 '여성단체'로 등록되어 있어 보조금 지원받고 있음(전북 도비 70%). 시에는 월 업무보고 및 정산 서류를 제출하도록 되어 있음. 그 내용으로는 활동내용 참여기관, 참여인원, 비용, 인증샷 등.
  - 또한 수, 목 알뜰매장을 운영하여 활동비 마련 및 센터운영을 위한 수익을 창출하고 있음.
- 대상자 발굴 및 공식적 서비스와의 관계
  - 노인 또는 결연의 대상을 발굴하는 방법은 봉사참여자가 개인적으로 직접 발굴해 오는 경우도 있고, 시에서 요청하여 연결되는 경우도 있음. 결연이 종결되어 새로운 대상자가 필요하면 시에 요청하여 연계되기도 하는데, 공공이 연계를 도와주는 경우의 대상자는 가급적 공식서비스를 받고 있는 대상자를 배제하고, 중복수혜가 일어나지 않도록 사전에 조정을 한다고 볼 수 있음.
  - 시에서 대상자를 발굴하여 요청하기도 하고, 읍면동 주민복지과 통해서 받기도 함.
- 장기요양제도 도입 이후 5년간 활동의 변화
  - 장기요양제도 이전부터 노인대상 케어에 대한 봉사활동(목욕, 이동, 가사지원 등의 케어)영역이 있어왔음. 장기요양보험제도 도입으로 이러한 활동의 전체적인 총량이 축소되었다고 하기는 어려우나, 내용적인 면에서는 변화가 있다고 볼 수 있음. 예를 들면 신체적인 케어부분을 장기요양에서 커버하기 때문에 현재는 밑반찬, 집수리, 청소 등의 가사지원 위주의 서비스가 제공되고 있음.
  - 또한 장기요양보험제도가 도입되었어도 여전히 보험제도의 영역으로 커버되지 못하는 분이 지역에 계시기 때문에 이들에게 봉사활동으로 필요를 채워드리고 있음.
- 지역사회 내 유사서비스 제공기관과의 관계
  - 특별히 장기요양센터와는 마찰은 없음.
  - G시 자원봉사센터와는 상부상조하는 관계. 자원봉사센터에서 우리 여성자원활동센터 회원들에게 교육을 진행해주고, 이수 후 봉사자로서 활동할 수 있도록 자리를 마련해 줌.
  - G시 자원봉사센터는 관리, 연계 등 중간자의 역할이라면, 자원활동센터는 자원봉사센터의 사각지대를 커버한다고 볼 수 있음.

### G시 자원봉사종합센터

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 19일(수) 9:00~13:00, H동 경로당 및 G시자원봉사센터
- ◆ 회의내용:

- G시 자원봉사종합센터 소개
  - 행정자치부 소속으로 자원봉사활동 기본법 취지를 살려 1999년 설립된 이래로 200개 이상의 자원봉사단체가 등록되어 70여 기관 이상의 수요처를 발굴, 지역사회 사각지대를 커버하는 기능을 갖는다고 볼 수 있음. 그러나 실제로 활동하는 단체가 많지는 않음.
  - 자원봉사단체의 주요 기능으로는 자원봉사 교육, 자원봉사 단체 육성 및 수요처 발굴을 통한 자원봉사 활성화, 자원봉사 활성화를 위한 인정보상체계 마련 등이 있음.
  - 자원봉사 교육으로는 자원봉사의 개념과 정의, 기초 소양교육 등의 기초교육, 전문 활동에 필요한 전문기능을 습득할 수 있도록 돕는 전문봉사단 특화교육, 자원봉사자

- 관리자 및 실무자 대상 전문 리더 양성을 위한 관계자 교육 등이 있음.
  - 자원봉사 활성화를 위해서는 자원봉사단 육성, 재난 재해봉사, 관계관네트워크, 민생 현장체험, 벽골제 지원, 홍보, 청소년 자원봉사 캠프, 주물주물효사랑(경로당 순회봉사) 프로그램이 있음.
  - 자원봉사 인정보상을 위한 실적관리, 자원봉사자증 발급, 우수봉사자 선진지 견학, 자원봉사 리더워크숍, 봉사자 할인가맹점, 봉사자 한마음대회, 상해보험 가입 등이 있음.
  - 그 외 1365를 통한 가입 및 활동 사항 기록 및 관리
  - 자원봉사 센터의 역할 및 기타 서비스 내용
    - 봉사단체 육성, 봉사할 수 있도록 지원, 서비스를 제공할 수 있도록 시스템 구축.
    - 사회복지기관 수요처와 서비스 연계하고 있음.
    - 이동빨래방 차, 세탁기 활용: 요양원 시설 등에서 요청시 활용.
    - 목욕서비스: 요양원을 방문하여 서비스 제공. 봉사단체 3~4곳 정도가 서비스를 하고 있으며, 한 달에 한번 정도 나가는 것으로 보고되고 있음.
  - G시 등급인정률 및 복지 현황
    - 타 지역에 비해 장기요양 등급판정이 힘들다는 편견이 있는데, 등판위원으로 활동하면서 볼 때 실제로 떨어뜨리려고 하지는 않고 적정선에서 등급을 받도록 하고 있고, 현재는 평균수준임.
    - G시에 기초생활수급자 비율은 많은 편으로 볼 수 있음.
  - H동 경로당 프로그램 ‘주물주물 효사랑’
    - G시 자원봉사센터를 통해 전문 교육을 받은 봉사단원들이 한 달에 한번 경로당 및 기관을 방문하여 어르신들을 대상으로 전문봉사서비스 제공하고 있음.
    - 손맛사지, 발 맛사지, 이혈치료, 네일아트 등이 있음.
- G노인종합복지관**
- ◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 19일(수) 15:00~18:00, 노인종합복지관 회의실
  - ◆ 회의내용:
  - 연구 목적
    - 공식서비스와 비공식 서비스의 역할정립
    - 노인에게 주어지는 공식 서비스 이외의 욕구를 어떻게 채우게 되는가를 정리하고자 함.
    - 가족돌봄 이외의 비공식 서비스를 지역사회에서 자원봉사로 커버해 왔을 것이라 생각됨. 그러나 자원봉사활동을 정리하기 매우 까다로움. 왜냐하면 너무 많은 주제, 너무나 다양한 행정체계에서 자원봉사를 관할하고 있음.
    - 자원봉사활동 활용의 비효율성에 동의하며 이에 대한 지적은 계속 해왔음. 행정체계에 따라 자원봉사 체계 또한 여러 라인을 거쳐야 함으로 정리가 필요하다고 생각함.
  - 지역사회에서 복지관의 역할
    - 장기요양 보험 등의 공식서비스의 발달로 복지, 케어, 부양의 의무가 1차적으로 정부의 책임으로 보여지게 된 상황에서, 현재 복지관은 지역사회에 정보제공자의 역할이 컸고, 지역사회 자원망을 엮는 조직화 사업의 중요성이 커지고 있음.
  - 본 기관에서의 노인돌봄 관련 서비스 개괄
    - 본 기관에서는 장기요양/노인돌봄/가사간병/노노케어 등 공식 서비스가 있음.

(방문요양 같은 법인기관에서 하고 있고, 노인돌봄은 요양보호사 22명에 대상자 95명, 가사간병은 요양보호사 12명 대상자 71명임)

- 그 다음 비공식 서비스 차원에서, 기관에서는 등급 받으신 분들 외 등외자 중에서도 가급적 공식서비스가 없는 대상자에게 자원봉사 서비스를 제공하여 서비스가 중복되지 않도록 처음부터 조정하고 있음.
- 장기요양 대상자에게도 자원봉사가 필요한 부분은 있음. 유연한 법인에서는 사례회의를 통해 자원봉사자의 정서서비스, 말벗 등이 나가긴 하나 드문 경우임. 서비스 중복 개념 차원에서 배제하는 경향
- 노인대상 케어: 신체케어, 가사지원, 정서지원을 어떻게?
  - 신체케어 가사지원은 장기요양, 돌봄에서 하고 있으며, 정서지원은 노노케어 중심.
  - 노노케어: 노노케어 서비스 내용이 신체케어, 가사지원으로 가기에는 미미한 서비스 수준임. 올해 노인일자리 사업의 노노케어가 사회활동 지원사업이 되면서 말벗서비스로 변경되었음. 보통 3시간 정도 같이 있다 오는 케이스가 많음. 규정상으로는 가사에 대한 일정한 부분을 도와주는 것이었으나, 최근 사회활동 지원사업으로 변경되면서(서비스 매뉴얼 상) 정서쪽 기능이 강화됨.
  - 정서서비스가 실체가 없고, 정형화 된 것이 없기 때문에 수량화, 계량화가 어려운 면이 있음.
- 자원봉사자 활용
  - 자원봉사자 대상자 선정방안: 노인돌봄에도 포함되지 못한 등외자 중, 소득, 기능상 태 고려하여 진행함. 신체적 부분, 경제적 여건, 사례관리 지원 틀에서 욕구가 개별화된 부분을 체크하여 자원봉사를 내보냄. 대상자 선정기준은 기관들 차원의 기준이 많음.
  - 신체적 문제가 있으신 부분은 공식 서비스로 케어함. 그럼에도 자부담 문제 등 때문에 안가는 분들에게는 연결망이 필요한 상황임. 이들에게 안부확인 의미는 사회적 단절로 이어질 수 있는 것을 서비스 연계로 이어지도록 하는 중요한 수단임. 청소년 멘토멘 사업은 안부문기를 통해 어르신 욕구를 지속적으로 파악하도록 하여 서비스를 연계하고자 하고 있음.
  - 자원봉사 활동자: 현재 21명 정도 정서지원서비스(말벗), 일대일 서비스 15명 정도. 자원봉사자 규모는 적은 편임, 이는 본 기관은 자원봉사를 전문적으로 진행하기 때문이라 할 수 있음. 단순 집 청소하고 나가는 등의 단순 서비스가 아닌, 지속적으로 제공될 수 있도록. 자원봉사활동은 정서쪽으로 많이 치중하고 있음.
  - 자원봉사 서비스 제공 방법: 어르신의 욕구가 가장 중요하기 때문에 어르신 신청을 받아서 진행, 신청이 들어오면 서비스를 선별, 조정하여 다른 서비스와 중복되지 않도록 제공.
  - 자원봉사의 주기: 주1회 프로그램이 있고, 격주로 나가는 프로그램도 있음.
  - 자원봉사자의 서비스 강도: 자원봉사가 과거에는 단발적 물리적 환경개선이 많았는데, 최근에는 정서지원 중심. 자원봉사자의 역량을 어디까지도 볼 것이냐, 사회복지사에 준하는 것은 어렵고 그 수준을 정하는 것이 어려움을 느낌
  - 기관의 자원봉사활동이 차지하는 비율: 기관에서는 자원봉사활동이 후원자개발 등과 같이 2차적 목적사업이기 때문에 비율이 크다고 할 수 없음.
  - 지역사회에서 유사 자원봉사 기관과의 관계: 본 기관과 자원봉사센터 등, 유관기관과 네트워크가 되어 있어 필요시 상호 활용하고 있음.
- 비공식 자원망으로서의 자원봉사 활동: 정기적, 주기적 활동의 필요성, 폐쇄된 대상자 범위 필요

- 지금 진행되고 있는 자원봉사활동은 대부분 행사, 이벤트 성이 많음.
- 또한 그룹단위로 불특정다수에게 오픈되어 있는 서비스로, 수혜대상이 제한되어 있지 않기 때문에 자원망이라고 하기 어려움.
- 지역사회에서 어머니들에 의해 이루어지던 자원봉사(김장, 상호부조 풍습)가 제도도입으로 많이 무너지던 부분이 있음. 요양보호사 자격 취득으로 업무적으로, 돈을 받고 하게되어 지역의 공동체성, 지역성이 많이 상쇄되었음.
- 장기요양보험제도 이전의 자원봉사 대상자
  - 현재의 장기요양대상자가 자원봉사 대상으로 많이 포함되어 있었음. 현재는 장기요양으로 많이 흡수되었고, 자원봉사는 정서서비스 위주로 변경
  - 그러나 노인의 입장에서는 자원봉사자나 요양보호사나 돌보미를 구분 못할 수 있음.
- 지역사회에서 이루어지는 자원봉사
  - 어르신 입장에서는 자원봉사가 매우 단발적으로 이루어지고, 서비스 량으로는 턱없이 부족할 수 있음. 이러한 농촌지역에서는 군락집단인 마을 내에서 서비스 욕구를 해결하는 것이 아니면 비지속 가능할 수밖에 없고, 서비스 수준도 매우 낮을 수 밖에 없음.
  - 도농복합도시인 김제시의 경우 지역이 광활한 반면, 서비스를 엮어 들어가기가 어려운 면이 있어 보임. 한 쪽에 치우치거나 사각지대가 지속적으로 발생하거나.. 그래서 다양한 자원봉사 단체 및 기관이 있으니 관할지역을 구분하여 서비스를 할당하는 방법을 생각해 볼 수 있음.
- G시 경로당의 활용
  - 실제 건보공단, 복지관, 자원봉사센터에서 각각 경로당으로 들어가는 서비스들이 있음. 농촌지역에서 경로당의 역할은 농번기에는 근로능력 약자들의 쉼터, 농한기에는 대부분의 노인들이 모여 있음.
  - '한울타리' : 시에서 노인 공동거주제도를 마련, 경로당을 지정, 샤워시설 등을 개보수하여 주거가 가능하도록 해 노인들이 같이 생활할 수 있도록 하고 있음.
  - 냉난방비 절감 등 경제적 측면에서 도움이 될 수 있고, 독거노인 개인의 신변 안전에도 상호 도움이 될 수 있는 시스템.
  - 그러나 최근 탈시설화 하는 경향임에도 시설화 하는 역면이 발생하는 측면이 있고, 개인공간 활용이 안 되는 부분 등도 큰 문제라 볼 수 있어 개선이 필요함.
- 자원봉사 활성화방안
  - 자원봉사자의 동기를 부여하는 방법: 보다 전문화가 필요함. 전문적인 자원봉사가 개발 및 발굴.
  - 돌봄적 서비스 및 복지문화 개선을 위해 자원봉사를 정기화하고, 마을중심의 사업활동을 펼쳐갈 수 있도록 구성하는 방법.
  - 의료적 시스템 단절, 서비스 욕구- 대상의 욕구를 매칭할 수 있는 마을 중심의 활동 및 경로시스템 구축.

**G면 주민센터**

- ◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 20일(목) 10:00~10:30, G면 주민센터
- ◆ 회의내용:

○ 노인서비스 금산면 현황

- 생활관리사 4명 활동. 1인당 25명씩 총 100명의 노인에게 서비스 제공(U-CARE)

- 노인 일자리아업 65세 이상 노인 월, 수, 금 주3회 진행
- 지역 내 자원봉사자 특별히 드러나는 것은 없으나, 종교기관(들꽃교회)에서 노인대상 서비스 제공: 노인사회활동지원사업에 참여하고 있는 노인에게 식사 제공, 노인들을 위한 작은 도서관 운영 등
- 노인복지서비스 전달체계로서, 경로당이 가장 주요한 기능을 하고 보건지소에서 의료적인 부분, 면사무소에서 상담 및 서비스 연계를 위한 기능을 담당함.

### G면 생활개선회 자원봉사자

◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 20일(목) 10:30~11:30, G면사무소 상담실

◆ 회의내용:

#### ○ 생활개선회의 소개

- 생활개선회는 농업기술센터에서 농업기술을 증진하기 위하여 만들어진 기관으로 '희망찬 농업, 행복한 농촌, 건강한 농업인'이 되고자 하는 주제를 중심으로 하며, 지역 농업을 선도하는 농촌여성조직체로 육성되어 김제시에서 600여명이 등록되어 있음.
- 농촌여성들의 삶의 질 개선을 위해 연 2회 집합교육을 실시하여 농업기술센터에서 역량개발 및 배움을 실천하고 있음.
- 또한 지역민을 위해 봉사하고 생활을 개선해 나가는 농촌 여성이 되고자 봉사 문화 확산에 앞장서고 있음.

#### ○ 생활개선회의 노인대상 자원봉사활동

- 시연합회에서 매주 화요일마다 봉사단체로 조를 짜서 자원봉사활동을 나감.
- 주로 양로원, 요양원에 어르신들 식사 대접하는 정도.
- 재원은 시에서 지원: 생활개선회는 시에 여성단체로 등록되어 있음.
- 지역에서 20년 이상 생활개선회원으로 봉사를 하면서 어르신들을 볼 때, 어르신은 주로 경로당에서 식사하고 주무시고 하시는데, 경로당을 지원하면 좋겠음.
- 금산면 어르신들은 쌀농사가 많긴 하지만, 고추, 생강, 양파 등 다양한 작물 하심.
- 그 외의 활동
  - . 신체케어: 목욕등의 활동은 생활개선회에서는 하지 않음. 다른 봉사단에서 하는 것으로 알고 있음. 또한 몸이 불편한 어르신은 면사무소에서 사람을 연결해 주는 것으로 알고 있음.
  - . 가사지원: 빨래는 면사무소에 대형세탁기 구비, 이불빨래 수거해서 해주는 프로그램이 있음. 밑반찬도 별도로 하고 있지는 않음.
  - . 재가 어르신보다 주로 양로원, 요양시설의 경로식당 지원 활동.

### G노인복지센터

◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 20일(목) 14:00~16:00, G노인복지센터

◆ 회의내용:

#### ○ 기관 현황 및 지역사회 노인복지서비스에 대한 의견

- 노인돌봄종합서비스 지정기관: 주로 3-5등급
- 금산면에 3기관 정도가 있음. 경쟁에 있어서는 크게 신경 안씀. 본 기관이 가장 먼저

시작하였음.

- 2008년 노인장기요양보험 시작할 당시 시범사업을 대구 남구 있으면서 실시.
- 서비스 대상 어르신은 15명, 요양보호사 9명.
- 요양보호사 시급을 7,725원으로 맞추어 놓았음. 타 기관은 7,000원~7,300원 수준: 이렇게 단가를 높일 수밖에 없는 이유는 지역에 요양보호사를 구하기가 너무 힘들다는 점임.
- 요양보호사는 급여적인 면에서도 처우 개선이 필요하지만, 향후 자아실현을 위한 발전가능성이 없는 부분이 가장 안타깝게 느껴짐. 요양복지사 라든지, 요양보호사가 승진할 수 있는 체계를 만들어 주는 것이 반드시 필요함.
- 지역사회를 볼 때 노인복지가 어렵다고 생각되는 부분. 독거노인은 독거대로, 장애인 은 장애인대로, 돌봄은 돌봄대로 복지서비스를 제공하는 가닥이 너무 많은 것 같음. 이들을 원스톱으로 지원할 수 있는 기관 및 창구가 꼭 필요함. 이 기관을 통해 서비스가 조정될 때, 재정누수 방지 대책이 마련될 수 있을 것으로 사료됨.

### G노인복지센터

◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 21일(금) 9:30~11:30, G노인복지센터

◆ 회의내용:

#### ○ 본 기관 서비스 현황

- 장기요양대상자는 방문요양, 방문목욕, 주야간보호서비스 제공.
- 등급외 A, B대상자에 대하여 노인돌봄종합서비스, 재가노인지원서비스 제공.
- 노인돌봄종합서비스는 급급차, 차상위의 범위에서 주 2회, 1회 3시간정도로 월 27시간 수준으로 서비스 제공
- 재가노인지원서비스는 서비스량은 조금 적은 편이고, 서비스 내용도 다를 수 밖에 없음. 주 내용으로는 지역연계활동(나들이 등)으로, 건강이 비교적 조금 나은 분들이 대상자임.
- 본 기관은 농어촌재가노인복지시설로, 주간보호, 단기보호, 노인일자리(노노케어 30명), 노인장기요양보험(방문요양/방문목욕), 돌봄종합서비스, 재가노인지원서비스까지 복합적으로 서비스를 제공

#### ○ 재가노인지원서비스의 역할정립에 대한 논의

- 재가노인지원서비스센터는 과거 가정봉사원파견사업에서 전환되었으며, 현재 직제는 시설장 1인, 사회복지사 1인, 요양보호사 2.5명(노인60명당)이 배치되고 있음. 예산이 2008년부터 동결되어 기관의 부담이 커지고 있는 상황. 현재 전복도 조례로 재가노인지원서비스조례를 추진중에 있음.
- 가정봉사원파견센터에서 케어하던 대상자가 요양보험이후, 중증대상자는 보험으로 많이 흡수되었음.
- 전북에는 아직 4-5개 순수한 재가노인지원서비스 기관이 있는데, 어르신의 기능상태에 맞게 주 2,3회 가정봉사원을 파견하는 기관이 있음.
- 본 기관은 요양보험 이후로 재가노인지원서비스 기능이 많이 달라진 편임. 기능상태가 좋은 어르신을 대상으로 하다 보니 서비스 내용은 많이 달라졌음.
- 재가노인 요양보호사 입장에서 재가노인은 요양보호사 1인이 어르신 25~30명을 케어해야 하는데, 돌봄 및 장기요양은 2~4명 수준. 이동교통비 발생으로 인해 장기

나 돌봄을 선호할 수도 있음.

- 그렇기 때문에 재가노인의 요양보호사는 보다 전문적이어야 한다고 봄: 왜냐하면, 단순 가사서비스가 아닌 예방적 복지 차원에서 접근해야 할 필요성이 있음. 실제로 본 기관에서는 재가노인측 요양보호사는 노인을 대상으로 2개월에 한번씩 예방 교육을 시키고 있음. 치매학습지(금년 민간단체 지원사업 채택)를 통한 교육을 실시하고 있음.
- 전북지역의 방향은 치매 예방쪽으로 흐르고 있음.
- 재가노인지원서비스의 차별과 방안: 제도의 사각지대에 있는 노인을 발굴해야 함. 특히 심리적 요인(위험)이 있으신 분은 등급 A, B도 안 나올 수 있음. 그러나 이런 분들은 위험요소가 다분하기 때문에 서비스를 받으실 수 있도록 고려해야함. 이는 노인성 질환 코드로 심리적 요인이 인정되도록 유도하여 서비스를 제공. 모니터링 하게 됨. 자원을 연계하여 위험요소에 대처.
- 문제는 이러한 부분에 대한 매뉴얼이 없다는 것. 노인돌봄기본서비스에 자원연계가 있음. 이러한 부분을 벤치마킹하여 재가노인지원서비스센터에서 사용할 수 있는 매뉴얼 개발이 시급함.
- 또는 노인돌봄기본서비스가 재가노인지원서비스센터에서 담당되어지면 지역사회에서 충분히 그 역할과 기능을 발휘할 수 있을 것으로 보임.

#### ○ 장기/종합서비스

- 돌봄종합서비스는 최근 축소되고 있음. 지난 6월부터 200명에서 100명으로 서비스 축소. 행정기관의 의지이기 때문에 어떻게 할 수 없음.
- 장기/돌봄 어르신들도 받으시는 서비스 이외에, 다양한 욕구가 있으시고, 받으시는 서비스가 충분한 것은 아님. 필요에 따라 재가에서 하는 밑받침 서비스, 집수리 등 연계하고 있음.

#### ○ 자원봉사 단체

- 본 기관에서 연계하고 있는 자원봉사단체가 여러 곳이 있음.
- 로타리클럽, 라이온스 클럽 등에서 주거생활 개선 및 물품 지원해주고 있음. 최근에 침대프레임을 지원, 진흙마당에 페 보도블럭을 까는 공사를 지원 등
- 학원연합회 회장님 '풀잎사랑'에서는 주기적으로 어르신(재가/종합) 집정리 봉사에 참여하고 있음.
- 피아노 워킹샵 연합: 분기에 한번씩 식료품 지원, 어르신 1대1 결연을 통한 돌봄.
- 기관에서는 자원연계 및 발굴하는 역할

#### ○ 재가어르신의 욕구 및 대응

- 이동욕구가 크심
- 어르신의 병원방문에 대한 욕구: 약타기, 물리치료가 많으심.
- 재가노인지원서비스센터에서는 공기압 맞사지기, 저주파 자극기를 구매하여 요양보호사에게 사용할 수 있도록 교육하였음, 활용결과, 병원방문횟수 줄어들, 재가노인뿐만 아니라, 장기요양, 돌봄종합대상자까지 활용하도록 확대함. 재가서비스에서 가능한 일.
- 재가서비스를 통해 예방적 사업, 자원연계(기본서비스의 역할 담당 가능성), 통계구축(근거중심의 서비스 내용 구축) 등이 가능하다면 역할이 정리될 수 있을 것으로 보여짐.

#### ○ 노인일자리사업

- 돌봄이 필요하신 어르신들에게 그룹홈(한울타리)이용자에게 서비스를 제공하도록 하고 있음(필수사업). 참여자당 8명의 어르신을 확보하도록 함.

○ 주간보호서비스

- 독거/기본서비스 대상자이기도 함.
- 결국 노노케어, 일자리사업과 기본서비스 대상자 중복있음. 돌봄과 재가서비스 중복자 파악이 잘 되고 있지 않음. 공적 서비스에 있어서도 상호 연계가 어려운 것은 문제가 있다고 보아짐.
- 주간보호서비스에는 장기요양만이 아닌 일반인 어르신도 이용할 수 있는 주간보호센터, 주간서비스가 마련될 필요성이 있음.

○ 서비스 대상자 연령기준 포함 가능성 검토

- 백산면의 어르신 중 90세가 넘으신 고령자이신데, 등급이 안 나오는 경우가 있음. 이러한 경우 연령기준 설정을 통하여 서비스가 제공될 수 있도록 하는 방법이 마련되어야 한다고 봄. 예를 들어 85세 이상 또는 90세 이상이면 서비스 제공의 가능성을 검토하여야 함.

<G노인복지센터 서비스 >

8. 돌봄서비스 대상자(재가어르신)

◆ 일시 및 장소: 2015년 8월 21일(금) 12:00~13:00, 재가어르신가구

◆ 회의내용:

○ 어르신 서비스 경로

- 재가노인서비스를 받으시다가 등급외자가 되셔서 돌봄종합서비스를 받으시게 되었음.
- 재가->돌봄종합->장기요양으로 가고 있음.
- 최근 어르신 택 자원봉사로 에너지 지원사업으로 집수리가 진행되었음. 문 창호, 기름보일러 설치, 그 외 어르신에게 설날, 어버이날에 물품 지원이 있음.
- 가장 큰 부분은 요양보호사 선생님이 이웃에 사시는 분이시기 때문에 오며가며 식사 및 청소를 해주고 계심.

○ 어르신 생활력

- 올해 4월부터 급격히 건강이 나빠지셨음. 전립선 비대증으로 병원을 오가며 고생을 하시고, 이내 집에서 몇 번의 낙상을 겪으심. 최근 친구로부터 전동차를 구입하여 이동에 많은 도움이 되고 있음. 근처 병원이동은 가능한 수준. 전동차로 가거나 지팡이를 짚고 이동함.
- 과거 15년간 배우자를 간호하였고, 아내 사후 지금까지 8년간 독거로 생활해 오심. 그 당시 재가노인지원서비스예를 통해 지원을 조금씩 받았고, (재가)요양보호사가 필요한 것들 비공식적으로 조금씩 챙겨드리고, 밑반찬도 갖다드림. (재가)요양보호사는 근처에 사는 이웃. 어려서부터 봐왔던 동네 주민임.

○ 가족관계

- 3남을 두고 있음. 다 외지에 나가 있지만, 첫째 며느리가 이것저것 돌봐주시고 잘하시는 편임.

## 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.

### ▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지([www.kihasa.re.kr](http://www.kihasa.re.kr)) - 발간자료 - 간행물구독안내

### ▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F  
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

## KIHASA 도서 판매처

- |   |   |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498   | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900  |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600  | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307   |
| ■ Yes24 <a href="http://www.yes24.com">http://www.yes24.com</a> | ■ 알라딘 <a href="http://www.aladdin.co.kr">http://www.aladdin.co.kr</a> |

## 연구보고서 발간자료 목록

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-01	의료이용 합리화를 위한 실태분석과 제도 개선방안	김남순
연구 2015-02	보건의료인력의 연수교육 개선방안	오영호
연구 2015-03	의료패러다임 변화에 따른 미래 보건의료산업 정책과제	김대중
연구 2015-04	한국의 건강불평등 지표와 정책과제: 건강불평등 완화를 위한 전략	김동진
연구 2015-05	2015 한국 의료 질 보고서: 의료서비스 질 향상에 대한 의료시스템의 성과와 과제	강희정
연구 2015-06	보건의료 공급체계 재설계를 통한 국민의료비 합리화 방안	정영호
연구 2015-07	호스피스·완화의료 활성화 방안 -노인장기요양서비스 이용자를 중심으로	최정수
연구 2015-08	주요 소득보장정책의 효과성 평가 연구	강신욱
연구 2015-09	돌봄·보건의료 연합서비스(Joned-up Services)공급 모형에 관한 전망과 과제	박세경
연구 2015-10	가족형태 다변화에 따른 부양체계 변화전망과 공 사 간 부양분담방안	김유경
연구 2015-11	공공 사회복지 전달체계의 변화와 정책적 함의	이현주
연구 2015-12	각국 공공부조제도 비교 연구: 스웨덴&프랑스&미국 편	임완섭
연구 2015-13	사회보장 역할분담 구조 변화와 정책적 대응방안 연구	정해식
연구 2015-14	시간제 일자리 확산이 소득불평등과 빈곤에 미치는 영향	김현경
연구 2015-15	사회보장재정 재구조화를 위한 중장기 전략연구	고제이
연구 2015-16	사회보장재정과 경제 선순환 국제비교연구	유근춘
연구 2015-17	공·사적 연금 체계의 노후소득보장 효과 전망과 발전 방향	우해봉
연구 2015-18	사회보장 중장기 재정추계 모형 개발을 위한 연구: 장기재정전망과 재정평가	신화연
연구 2015-19	사회복지법인의 재정운용 실태와 제도개선 방안	고경환
연구 2015-20	지역단위 복지서비스 수요·공급 분석	정홍원
연구 2015-21-01	가족변화에 따른 결혼·출산행태 변화와 정책과제	이삼식
연구 2015-21-02	임신·출산 및 영아기 양육 인프라의 형평성과 정책과제	이소영
연구 2015-21-03	동아시아 국가의 가족정책 비교연구	신윤정
연구 2015-21-04	여성노동·출산 및 양육행태와 정책과제	박종서
연구 2015-21-05	저출산·고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사(III) -정릉3동·영등2동·소태면 사례를 중심으로	오영희

발간번호	보고서명	연구책임자
연구 2015-21-06	은퇴전환기 중고령자의 일·여가현황과 여가증진방안 연구	강은나
연구 2015-21-07	노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축	신우덕
연구 2015-21-08	연령통합 지표 개발과 적용	정경희
연구 2015-21-09	인구구조 변화와 사회보장 재정의 사회경제적 파급 효과 연구	원종욱
연구 2015-21-10	저출산 극복을 위한 아동보호체계 국제비교 연구: 한중일 비교를 중심으로	류정희
연구 2015-21-11	소셜 빅데이터 기반 저출산 정책 수요 예측	송태민
연구 2015-22	한국사회의 사회심리적 불안의 원인분석과 대응방안	이상영
연구 2015-23	건강영향평가 사업 운영	김정선
연구 2015-24	한국형 복지모형 구축: 생애주기별 소득·자산·소비 연계형 복지모형 구축	여유진
연구 2015-25	사회통합 실태진단 및 대응방안 II: 사회통합과 사회이동	여유진/정혜식
연구 2015-26	정책결정자의 사회통합 인식에 관한 연구	김미곤
연구 2015-27	아시아 각국의 복지제도 비교연구: 소득보장체계를 중심으로	노대명
연구 2015-28	지방자치단체 복지정책평가센터 운영	강혜규
연구 2015-29	보건복지통계정보 통합 관리 및 운영	오미애
연구 2015-30-1	국민건강과 안전을 위한 아동안전전략 구축방안 -아동손상예방 전략을 중심으로	김미숙
연구 2015-30-2	국민건강과 안전을 위한 식품안전전략 구축방안	김정선
연구 2015-31	2015년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	이삼식
연구 2015-32	2015년 한국복지패널 기초분석: 한국복지패널로 본 한국의 복지실태	노대명
연구 2015-33	2013 한국의료패널 기초분석보고서(II)-만성질환, 임신·출산, 보건 의식행태	이수형
연구 2015-34	2015년 빈곤통계연보	정은희
연구 2015-35	2015년 소셜 빅데이터 기반 보건복지 이슈 동향 분석	송태민
연구 2015-36	의료기술 혁신과 의료보장체계의 지속성을 위한 국제동향과 정책과제	박실비아
연구 2015-37	보건분야 국제공동연구사업: 주요국 보건의료산업 육성정책 변화와 동향연구	김대중