



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

자기주도돌봄 개념을 활용한 노인장기요양보험 재가급여 등 개선방안

- 미국, 호주 비교제도분석 연구 -

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학 전공

한 다 정

자기주도돌봄 개념을 활용한 노인장기요양보험 재가급여 등 개선방안

- 미국, 호주 비교제도분석 연구 -

지도교수 김 소 윤

이 논문을 박사 학위논문으로 제출함

2024년 07월

연세대학교 대학원

의료법윤리학협동과정

보건학 전공

한 다 정

한다정의 박사 학위논문으로 인준함

심사위원 김 소 윤 인

심사위원 김 태 현 인

심사위원 최 영 순 인

심사위원 장 석 용 인

심사위원 백 상 숙 인

연세대학교 대학원

2024년 06월

차 례

표 차례	iii
그림 차례	iv
국문요약	v
 제1장 서론	 1
1.1 연구배경 및 필요성	1
1.2 선행연구 검토	3
1.3 연구목적	7
1.4 연구방법	7
 제2장 자기결정권과 자기주도돌봄	 16
2.1 자기결정권	16
2.2 자기주도돌봄	26
 제3장 국내외 노인재가돌봄제도 비교분석 : 한국, 미국, 호주	 31
3.1 도입배경 및 개요	31
3.2 할당 : 대상자 선정기준	33
3.3 급여 : 서비스 종류	34
3.4 전달 : 서비스 제공(기관, 인력, 제공과정)	38
3.5 재정 : 조달방법 및 현황	53
3.6 소결 : 분석결과 및 노인의 자기결정권 존중 관점에서의 논의	55
 제4장 국외 자기주도돌봄 제도 비교분석 : 미국, 호주	 62
4.1 도입배경 및 개요	62
4.2 할당 : 대상자 선정기준	67
4.3 급여 : 서비스 종류	67
4.4 전달 : 서비스 제공(지원기관, 지원인력, 제공과정)	67
4.5 소결 : 분석결과 및 노인의 자기결정권 존중 관점에서 논의	74

제5장. 자기주도돌봄 개념을 활용한 노인장기요양보험 재가급여 등 개선방안	79
5.1 자기주도돌봄 개념 활용 방안	79
5.2 노인장기요양보험 재가급여 개선 방안	89
5.3 돌봄에서의 의사결정지원 제도 활성화	92
5.4 노인 권리 옹호·대변 단체 활성화	93
5.5 노인에 대한 사회적 인식 개선 및 돌봄노동에 대한 시민의식 함양	94
제6장. 고찰 및 결론	96
6.1 연구방법 고찰	96
6.2 연구결과 고찰	97
6.3 결론	100
참고문헌	102
부록	118
ABSTRACT	123

표 차례

<표 1> 비교대상 국가 특성	11
<표 2> Gilbert & Terrell의 사회복지정책 분석틀	13
<표 3> 연구 분석틀	15
<표 4> 한국, 미국, 호주 노인 재가돌봄 제도 비교분석 결과	59
<표 5> 미국, 호주 자기주도돌봄 제도 비교분석 결과	76
<표 6> 자기주도돌봄 개념 활용 전후 노인장기요양보험 재가급여 비교	88

그림 차례

[그림 1] 연구수행체계	8
[그림 2] 노인돌봄서비스 이용 의사결정능력 평가 절차	24

국문 요약

자기주도돌봄 개념을 활용한 노인장기요양보험 재가급여 등 개선방안

- 미국, 호주 비교제도분석 연구 -

자기결정권은 헌법에서 보장하는 기본권으로, 인간으로서의 존엄성 유지에 필요한 동등하고 보편적인 가치이다. 이러한 자기결정권은 노인이 되어 일상생활 영위에 돌봄을 필요한 상황이 되었을 때에도 마땅히 존중 받아야 한다. 특히 독립적이고 주체적인 삶을 추구하는 베이비부머 세대가 본격적인 돌봄을 필요로 하는 후기고령자가 되면 이들은 돌봄에 대한 자기결정권을 적극적으로 주장할 것이다. 하지만 현재 노인이 돌봄을 이용하는 과정에서 자기결정권을 행사할 수 있는 여건이 충분히 갖추어져 있지 않고, 돌봄과 관련한 노인의 자기결정권에 대한 논의 또한 제대로 이루어지고 있지 않다. 본 연구는 노인이 자택에 머무르며 재가돌봄을 이용하는 과정에서 인간의 존엄성 존중을 위한 자기결정권이 제대로 실현되고 있는지에 대한 문제의식에서 시작되었으며, 노인이 자기결정권을 존중 받으며 재가돌봄 서비스를 이용할 수 있는 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다.

이를 위해 연구방법은 이론적 고찰 및 비교제도분석 방법을 활용하였고, 분석틀은 Gilbert & Terrell의 분석틀을 본 연구의 목적에 맞게 재구성하여 적용하였다. 먼저 이론적 고찰을 통해 돌봄에서의 노인의 자기결정권의 의미와 노인의 자기결정권 존중을 위해 재가돌봄 제도가 갖추어야 할 요건을 확인하고, 자기주도돌봄의 개념 및 특징 등에 대해 살펴보았다. 이후 우리나라 노인장기요양보험 재가급여와 미국 및 호주의 노인 재가돌봄 제도를 비교분석하고, 미국과 호주에서 운영 중인 자기주도돌봄 제도를 추가로 비교분석하여 시사점을 도출하였다. 최종적으로 이론적 고찰 및 비교분석 결과를 종합하여 노인장기요양보험 재가급여에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 방안과 이를 위한 선행과제로써 노인장기요양보험 재가급여 개선방안 등을 제안하였다.

노인장기요양보험 재가급여를 미국 및 호주의 재가돌봄과 비교분석한 결과, 노인장기요양보험 재가급여는 노인에게 서비스 종류 및 제공기관에 대한 선택 권한을 제공하고 있었다. 하지만 서비스 종류와 내용이 단순하고 서비스 제공기관 및 인력의 전문성과 역량 등이 부족하여 서비스 질 보장이 제대로 이루어지지 않아 실질적인 선택

의 기회는 보장한다고 평가하기 어려웠다. 또한 돌봄 전달 과정에서도 노인의 참여를 보장하는 제도적 장치가 미흡하였으며, 노인이 돌봄을 이용하는데 필요한 의사결정능력에 어려움이 있는 경우 지원을 받을 수 있는 의사결정지원 제도가 활성화되어 있지 않았다. 미국과 호주 역시 노인 재가돌봄 제도를 운영함에 있어 문제점들이 확인되었으나, 다양하고 전문적인 서비스를 제공하고 돌봄 전달 과정에 노인이 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하고 있었다. 또한 돌봄 현장에서 일반적으로 활용되는 의사결정지원 제도 등을 갖추고 있어 대체적으로 돌봄에 대한 선택의 권한과 실질적인 선택의 기회를 보장하고, 돌봄 전달 과정에서 의사결정 권한을 행사할 수 있도록 지원하는 제도적 장치를 갖추고 있다고 평가할 수 있었다.

미국과 호주에서 운영 중인 자기주도돌봄 제도를 비교분석한 결과, 노인의 독립성 및 자율성 존중 외에 재정적 어려움 속에서 돌봄의 질 향상, 인력부족 문제 해결 및 노인의 다양한 돌봄 욕구를 비용 효과적으로 해결하기 위한 전략적 접근 방식으로 자기주도돌봄 제도를 도입하여 운영하고 있었다. 미국은 옵션 형식으로 도입하여 원하는 방식을 선택하도록 하였고, 호주는 재가돌봄에 의무적으로 적용하도록 하되 참여수준을 선택할 수 있었다. 각각의 특징을 종합하여 보면, 미국은 자기주도돌봄 제도를 이용하기 위한 요건 및 서비스 종류를 제한하고 있으나, 이용 자격을 얻게 되면 재가돌봄 과정에서의 권한의 행사에 많은 자율성을 허용하고 있었다. 반면 호주는 돌봄에 대한 가장 높은 참여수준을 선택하는 경우에도 별도의 자격 요건 및 서비스 종류를 제한하고 있지 않았지만, 노인에게 부여된 선택권과 통제권 중 많은 부분을 서비스 제공기관을 통해서 행사하게 함으로써 권한의 행사에 대한 국가의 관리 기능을 강화하는 방식으로 운영하고 있었다.

이상의 내용들을 종합하여 재가돌봄을 이용하는 노인의 자기결정권 존중을 위해 노인장기요양보험 재가급여 전달 과정에 자기주도돌봄 개념을 활용할 것을 도입 초기 상황을 기준으로 제안하였고, 이를 위한 선행과제로 노인장기요양보험 재가급여 개선, 돌봄에서의 의사결정지원 제도 활성화, 노인 권리 옹호·대변 단체 활성화, 노인 에 대한 사회적 인식 개선 필요성 및 돌봄노동에 대한 시민의식 함양을 제안하였다. 본 연구 결과가 노인이 자택에 머물며 돌봄을 이용하는 과정에서도 자기결정권을 존중 받으며 인간의 존엄성을 유지할 수 있는 사회로 발전하는데 미약하나마 도움이 되기를 기대한다.

핵심이 되는 말 : 길버트&테렐, 노인, 노인장기요양보험, 미국, 비교제도분석, 자기결정권, 자기주도돌봄, 재가돌봄, 한국, 호주

제1장 서론

1.1 연구배경 및 필요성

세계적으로 노인인구가 지속적으로 증가하고 있고 그 증가세는 더욱 가속화 될 것으로 전망되며, 인구 고령화는 가족 구조 및 세대 문제, 노동, 금융, 주택, 사회보장 등 사회 전반에 영향을 미치고 있다. 우리나라 역시 고령화가 빠르게 진행되고 생산연령인구는 감소하여 노년부양비¹⁾는 2021년 23명, 2036년 51명, 2060년에는 91.4명이 될 것으로 전망되며(보건복지부, 2021), 학령인구·병역의무자·지역인구의 감소, 보건·복지지출의 급격한 증가 등 다양한 사회·경제적 문제가 발생하고 있다(감사원, 2021). 또한 과거에는 효(孝)사상을 바탕으로 장기요양이 필요한 노인에 대한 돌봄은 가족이 담당하였으나, 점차 핵가족화, 여성의 사회 진출, 부모에 대한 자녀의 부양 책임감 감소 등으로 가족의 돌봄 기능이 약화되고 있다. 2022년 고령자 통계를 살펴보면 지난 10년간 부모부양 책임에 대한 인식의 변화가 확인되는데, 부모 스스로 해결하거나 가족에게 있다는 의견은 감소한 반면 가족과 정부 및 사회가 함께 책임져야 한다는 의견은 증가하였다(통계청, 2022). 즉 가족의 돌봄 기능이 약화된 가운데 노인 돌봄의 책임 주체에 대한 인식이 가족에서 국가 및 사회로 옮겨가고 있다.

이러한 상황에서 건강한 노화(Healthy Ageing) 및 살던 곳에서 나이 들어감(Ageing in Place)에 대한 선호가 증가하고 있다. 2020년 노인실태조사보고서에 따르면, 95%의 노인은 건강이 유지되면 현재의 집이나 거주환경이 좋은 집에서 계속 살기를 원했고, 건강이 악화되어 거동이 불편하게 되더라도 본인이 지내왔던 지역에서 계속 살기를 원했다. 재가 돌봄 서비스를 이용하면서 가족과 동거하거나, 가족과 가까운 곳에 거주하면서 생활하기를 바라는 비율은 약 70%에 달했다(보건복지부, 2020a). 또한 선호하는 임종장소는 자택 57.2%, hospice 완화의료기관 19.5%, 의료기관 16.3%, 요양원 5.2% 등의 순으로, 자택에서 죽음을 맞이하기를 원하는 사람의 비중이 가장 컸다(최영순 외, 2014). 하지만 원하는 임종장소와 실제 임종장소에는 차이가 크다. 통계청(2021)에 따르면, 사망 장소별 사망자 수 비중이 2010년에는 의료기관 67.6%, 자택 20.3%, 기타 12.1%였으나, 2019년에는 의료기관 77.1%, 자택 13.8%, 기타 9.1%로, 의료기관에서 사망하는 사람은 증가하고, 자택에서 사망하는 사람은 감소하여 그 격차가 더욱 커졌음을 알 수 있다. 즉 대다수의 노인들은 자신이 살아왔던

1) 생산연령인구 100명이 부양하는 고령인구

곳에서 나이 들어가고 죽음을 맞이하기 원하고 있으나, 현실적으로는 본인의 의지와 무관하게 요양병원이나 요양시설에서 지내다가 의료기관에서 삶을 마감하는 경우가 많은 것이다.

한편 살던 곳에서 나이 들어감(Ageing in Place)을 실현하기 위한 주요 노인 돌봄 정책을 살펴보면 2008년 7월 노인장기요양보험제도를 도입하여 소득 및 재산수준과 무관하게 자격 요건을 충족하는 경우 재가급여 서비스를 이용할 수 있도록 하였고, 2018년에는 일상생활에 보살핌이 필요한 상태이지만 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람에게 주거, 보건의료, 요양, 돌봄 등의 서비스를 연계 및 통합하여 제공하기 위한 지역사회돌봄 선도사업을 시작하였다(보건복지부, 2018). 이후 지역사회돌봄 선도사업은 2023년 7월부터 노인을 대상으로 하는 ‘노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업’으로 전환되었고, 2025년 12월까지 진행될 예정이다(보건복지부 2023a). 한편 보건복지부는 2023년 8월 제 3차 장기요양기본계획을 발표하였는데, 초고령사회를 대비하여 살던 곳에서 필요한 돌봄을 이용할 수 있도록 다양한 서비스를 충분하게 제공하고 의료 및 요양 연계 등 재가생활 기반을 확충하기 위한 내용을 포함하고 있다(보건복지부, 2023b). 즉 시설돌봄에서 지역사회 돌봄으로, 제공자 중심 돌봄에서 이용자 중심의 통합 돌봄으로 정책의 방향성이 변화하고 있음을 알 수 있다.

한편 인간은 자신의 삶에 대해 스스로 결정하고 행동할 때 인격적 가치에 대한 존중이 실현되는데(성낙인, 2020), 돌봄을 필요로 하는 노인 역시 인간으로서의 존엄성을 유지하기 위해서는 돌봄을 이용하는 과정에서 자율성을 존중 받으며 자기결정권을 행사할 수 있어야 한다. 이와 관련하여 새로운 노인세대의 등장에 주목할 필요가 있다. 베이비부머 세대²⁾가 노인 세대로 진입하면서 오팔(OPAL)³⁾, 올드(YOLD)⁴⁾ 등 노인과 관련된 신조어가 생겨나고 있는데, 이들은 기존 노인 세대보다 더 경제적인 여유가 있고 고학력자이며, 독립적이고 주체적인 삶을 지향한다(김준환, 2023). 또한 가족을 위해 참고 희생하던 기존 세대의 노인과 달리, 자신을 위해 시간과 돈을 아낌없이 투자하는 경향이 높다(오수연, 2023). 특히 노후 소득 증가는 노인의 경제적 자립 향상을 견인하는 역할을 수행하는데, 2020년 노인실태조사에 따르면 노인의 연간 소득이 2008년 700만원에서 2020년 1,558만원으로 2배 이상 증가하여(보건복지부,

2) 1955년~1963년생

3) ‘Old People with Active Lives’의 줄임말로 활동적인 노인을 뜻하고 2002년 일본 경제전문가 니시무라 아키라가 처음으로 사용한 개념임(고려대학교 고령사회연구센터, 2022).

4) 일본에서 만들어진 신조어로, ‘Young Old’ 즉 젊게 사는 노인을 뜻하는데 건강과 부를 동시에 누리고 인구 규모도 커서 사회에 미치는 영향력이 큼(고려대학교 고령사회연구센터, 2022).

2020a), 보다 독립적이고 주체적인 삶을 영위할 수 있는 능력 또한 커지고 있음을 알 수 있다. 새로운 노인 세대는 더 이상 시혜의 대상이 아닌, 권리의 주체가 되어 자신의 독립적이고 자율적인 삶을 위해 돌봄에 대한 선택권과 통제권을 주장할 것이다. 또한 노인 돌봄의 목적은 못하는 것을 남이 대신 해주는 것 혹은 의존적인 보살핌이 아닌, 노인의 독립성과 자율성을 높여주는 것이다(우국희, 2014). 과거의 노인 관련 정책이 획일적이었다면, 앞으로는 노인의 생각과 요구를 정확하게 파악하고 진단하여 정책의 효과성 높여야 한다(은성호, 2021). 따라서 돌봄의 궁극적인 목적을 달성하고, 독립적이고 자율적인 삶을 추구하는 노인들의 다양한 욕구를 충족시키기 위해서는 돌봄 전달 과정에서의 노인의 자기결정권 존중 방안에 대한 고민이 필요하다.

1.2 선행연구 검토

먼저 노인돌봄과 관련된 선행연구를 살펴보면, 크게 노인돌봄 제도 전반의 문제점 및 개선방안, 노인돌봄제도의 전개 혹은 변화 과정, 노인돌봄 인력 및 제공기관, 대상자 가족의 돌봄 부담, 해외 사례 소개 및 비교, 지역사회 중심 돌봄(커뮤니티 케어) 및 통합돌봄, 서비스 질 관리에 대한 연구 등 다양한 연구가 확인되었다. 보다 구체적으로 살펴보면, 먼저 여러 노인돌봄서비스의 연계 혹은 조정 필요성, 노인의 특성에 따라 의료와 복지 등 다양한 서비스의 통합제공 필요성 등을 주장하는 연구가 확인되었다(김지미, 2014; 이선희, 2014; 양난주, 2019; 오봉옥, 2020; 이기순, 2023). 그리고 노인장기요양보험 및 노인맞춤돌봄서비스 등 새로운 혹은 개편된 노인돌봄제도 도입과 관련하여 노인돌봄제도 변화를 다루는 연구도 다수 확인되었는데, 이 역시 돌봄제도 특히 대상자 범위 및 서비스 전달체계, 재정 등의 문제점을 지적하면서 개선방안을 제시하는 경우가 많았다(이수민, 2013; 차홍봉&선우덕, 2013; 전용호&이석환, 2022).

노인돌봄 인력 및 제공기관과 관련된 연구로는 먼저 인력과 관련하여 전문성 향상 필요성 및 방안, 전문 교육 혹은 처우 개선 필요성, 업무 환경 및 직무 스트레스·경험 등을 다루는 내용이 주를 이루었다(임정도, 2011; 이영주, 2013; 이혜승&유승현, 2013; 김광병&심의경, 2017; 김윤균 외, 2017; 임새아, 2018; 양재석&김근홍, 2021; 한성민, 2021; 하석철 외, 2023). 또한 최근 들어 돌봄인력 부족 문제와 관련하여 인력 확보 방안 및 외국인 인력 수용과 관련된 연구가 활발히 진행되고 있었다(김유휘, 2018; 강정향&전용일, 2023; 심미승&박지현, 2023; 조혁진, 2023; 주찬희, 2023). 그

리고 돌봄 제공과 관련하여 사람을 대신하여 IoT 기술 및 로봇 등 과학기술을 활용한 돌봄 제공과 관련된 연구도 확인되었다(백민소 외, 2021; 윤희정&김영선, 2021; 배영현, 2022; 송명섭, 2022). 다음으로 노인돌봄 서비스 제공기관과 관련된 연구는 장기요양기관 운영의 문제점 및 개선방안에 대한 연구(전용호, 2012a; 강동철, 2013), 장기요양기관 평가 혹은 현지조사에 대한 연구(한은정 외, 2012; 권현정, 2014; 박현식&이옥진, 2016), 장기요양기관 간의 경쟁과 서비스 질 향상과의 관계(이기주&석재은, 2019), 장기요양기관의 부당청구에 관한 연구(윤기혁, 2023) 등이 있었다. 또한 돌봄 대상자 가족에 대한 연구도 활발히 진행되고 있었는데, 주로 노인장기요양보험과 가족의 돌봄부담, 우울, 생활만족도 등과의 관계에 대한 연구(김상범 외, 2010; 박창제&이성진, 2011; 모선희&최세영, 2013; 이진숙, 2014; 박주희, 2017)가 확인되었다.

한편 노인돌봄 제도와 관련된 해외 사례를 소개하거나 비교하는 연구로는 일본 및 독일의 제도와 관련된 연구가 많았고(오미희, 2014; 서동민&김옥, 2017; 한동희&박지혜, 2018a; 한동희&박지혜, 2018b; 김수홍, 2019; 장효진&이채정, 2021), 주요건강보장 시스템은 상이하지만 시장주의 및 자유주의 성향이 강한 미국이나 최고수준의 복지국가로 평가 받는 스웨덴 등 서양 국가들의 노인돌봄제도를 다루는 연구가 있었다(김소연&홍국숙, 2010; 정가원, 2015; 신정완, 2021). 또한 커뮤니티케어 혹은 지역사회돌봄과 관련해서는 해외의 관련 제도 소개 혹은 비교 등에 대한 연구(공선희, 2015; 김윤영&윤혜영, 2018; 최희원, 2022)와 지역사회통합돌봄 선도사업을 포함하여 커뮤니티케어 혹은 지역사회돌봄을 중심으로 한 다양한 분야의 내용을 다루는 연구들이 확인되었다(강현철&최조순, 2019; 황미경, 2019; 이승일 외, 2020; 권미화&박상훈, 2023). 특히 지역사회통합돌봄선도사업이 시작된 후에는 지역사회통합돌봄의 개념, 선도사업의 문제점 및 개선방안, 운영 사례에 대한 평가와 관련된 연구가 다수 있었다(김경범 외, 2022; 정지원&김정석, 2022; 김주현&이용재, 2023; 유애정, 2023). 그 외 노인돌봄 서비스 질 관리의 문제점 및 개선방안에 대한 연구(최은희, 2010; 이정석, 2014; 이민홍 외, 2014) 등이 확인되었다.

이상을 살펴보면, 노인돌봄과 관련된 선행연구가 활발히 진행되고 있었는데, 크게 노인장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스, 지역사회돌봄과 관련된 내용이 주축을 이루었다. 눈 여겨 보아야 할 부분은 돌봄을 제공하는 측과 돌봄대상자의 가족에 대한 연구가 대부분이고 정작 돌봄의 대상자인 노인의 관점에서 진행된 연구는 많지 않다는 것이다. 노인돌봄제도와 관련하여 노인을 중심에 두고 수행된 연구로는 일본 개호보험제도의 사례를 소개하며 노인장기요양보험에서의 이용자 권리를 보호하기 위한 대책이 미흡함을 지적하면서 이용자의 자기결정과 선택권을 보장하기 위해 권리옹호 기

능을 강화할 수 있는 법적 근거 마련의 중요성 및 권리옹호제도 필요성을 주장한 연구(김미숙, 2011), 노인장기요양보험 인정 신청부터 구제절차까지의 문제점을 지적하며 개선방안을 제시한 연구(강명희, 2021), 그리고 노인의 일기를 통해 노인의 입장에서 돌봄을 받는 것에 대한 경험과 태도를 파악하고자 하는 연구(김혜경, 2020) 등 소수의 연구만이 확인되었다.

다음으로 자기결정권에 대한 연구는 보건의료 및 사회복지 서비스 분야를 중심으로 살펴보았는데, 크게 특정 분야에서의 자기결정권에 대한 연구와 특정 대상자의 자기결정권에 대한 연구가 진행되고 있었다. 먼저 전자의 경우, 환자의 자기결정권과 의사의 설명의무에 대한 연구(범경철, 2003; 이석배, 2007; 김상헌, 2023), 생애말기의 연명의료 및 죽음에 대한 자기결정권을 다룬 연구(김혁돈, 2006; 고윤석, 2013; 이인영, 2013; 이경도, 2023), 그리고 이와 관련하여 사전연명의료의향서 및 연명의료계획서 등의 사전의료지시서에 관한 연구(허대석, 2009; 신성식, 2014; 정화성, 2017)가 있었고, 임상시험에서의 피험자의 자기결정권에 대한 연구(김기영, 2010; 송영민, 2010; 김혁돈, 2021) 및 장기이식에 있어서의 자기결정권에 대한 연구(최상희, 2009)도 확인되었다. 다음으로 특정 대상자의 자기결정권에 대한 연구로는 장애인(원소연, 2010; 장영희&염동문, 2019; 허준기 외, 2022), 아동 및 장애 아동(임은영 외 2007; 고재욱, 2014; 박정임, 2017; 정기상, 2019 등), 치매노인(조성혜, 2016; 제철웅 외, 2019; 오혜인&박수빈, 2020; 박정연, 2023) 등 의사결정능력에 제한이 있는 사람의 자기결정권을 다루는 내용이 주를 이루었다. 한편 사회복지 실천에서의 자기결정권을 다룬 연구(오혜경, 2006)가 있었는데, 돌봄 대상자의 의사결정능력에 문제가 있는 경우 돌봄 대상자의 자기결정권 존중을 위한 사회복지사의 책임 및 전문적 역할을 강조하였다. 또한 노인돌봄 종합서비스를 이용에 대한 선택경험과 돌봄 제공직원과의 관계의 질이 서비스 이용 만족에 영향을 미치는지를 살펴본 연구에서는 이용자의 선택보다는 돌봄 제공직원과의 관계의 질이 서비스 이용만족에 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되어 노인돌봄종합서비스에 대한 이용자의 선택권의 한계를 지적한 연구가 확인되었다(정진경&정세희, 2015). 이상 보건의료 및 사회복지 서비스와 관련된 자기결정권과 관련된 연구들을 종합하여 보면, 돌봄 분야에서의 자기결정권 및 치매노인을 제외한 노인의 자기결정권에 대한 연구는 활발히 이루어지고 있지 않음을 확인하였다.

반면 외국의 경우 돌봄 기관·인력·서비스 질·평가 등 노인돌봄 제도 전반의 대한 연구 및 노인돌봄에 대한 제공자 및 가족 등의 관점 등에서 진행된 연구뿐만 아니라, 노인의 관점에서 진행된 연구와 돌봄 분야의 노인의 자기결정권과 관련된 연구도

활발히 이루어지고 있었다. 대표적인 연구들을 살펴보면, 먼저 돌봄 이용에 있어 노인의 자율성의 중요성을 주장하는 연구로 노인이 장기요양 서비스가 필요한 상황에서도 자율성을 유지하며 삶의 질을 향상시키기 위한 개입의 필요성을 주장한 연구(Clark, 1987)가 일찍이 있었다. 또한 이와 비슷하게 장기요양 영역에서 노인의 자율성 촉진을 주장하며 정부 정책 및 연구가 자율성을 노인의 필요와 권리로 인식하지 못하고 있음을 지적하는 연구(Boyle, 2008) 등 장기요양 서비스 제공에 있어 노인의 자율성의 중요성을 강조하는 연구가 확인되었다.

다음으로 돌봄에 대한 노인의 자기결정권과 관련된 연구를 살펴보면, 장기요양시설 돌봄으로 전환 시 의사결정 과정에 대한 돌봄 관리자 및 노인의 입장에 대한 연구에서는 돌봄 관리자는 의사결정 과정에 노인을 참여시키고 있지만, 대부분의 노인은 장기요양 시설 입소 의사결정 과정에 거의 참여하지 않았으며 입소 후에는 사소한 사안에 국한하여 의사결정을 하기 때문에 수동적이고 명목적인 참여가 이루어지고 있음을 지적하였다(Wamara & Naumiuk, 2023). 또한 치매 환자와 가족이 돌봄에 대한 의사결정에 참여하는 경험에 대한 연구에서는 보호자가 환자보다 만족도가 높았고, 환자들의 참여는 제한적이었으며 치매환자에 대한 교육을 통해 의사결정과정에서 참여할 수 있는 능력을 향상시킬 수 있는 지원의 필요성을 주장한 연구(Tyrrell et al., 2006)와 같이 돌봄 이용과 관련된 의사결정 과정에 대한 노인의 적극적 참여 및 이에 대한 지원 필요성을 주장하는 연구가 확인되었다. 한편 장기요양 서비스 이용과 관련하여 영국과 일본 노인의 돌봄에 대한 의사결정을 비교한 연구에서는 노인과 가족의 의사가 일치하지 않는 경우, 영국은 노인의 최선이 이익을, 일본은 가족과의 관계를 우선적으로 고려하는 차이점을 확인하고 돌봄과 관련된 의사결정에서 문화적·역사적 맥락과 함께 ‘관계’의 중요성을 강조하였다(Yada, 2016). 또한 돌봄에 대한 사전계획(Advanced Plan)의 중요성을 주장하는 연구(Clark, 1987; Nakashima et al., 2005) 및 장기요양에 대한 노인의 사전지시서(Advance Directives)와 관련된 연구(Alano et al. 2010; Jones et al., 2011; Hirschman, 2012) 등 돌봄 분야에서의 의사결정 지원과 관련된 연구도 다수 확인되었다.

베이비부머 세대가 본격적인 돌봄을 필요로 하는 후기 고령자가 되면, 이들은 돌봄을 자신이 부담한 보험료 및 세금, 사회적 기여 등에 대한 당연한 권리로 주장하며, 주도적으로 돌봄을 이용하며 자율적이고 독립적인 삶을 추구할 것이다. 하지만 이러한 사회적 변화에 대비하여 돌봄 당사자인 노인이 돌봄 전달 과정에 적극적으로 참여하여 독립성과 자율성을 증진시키기 위한 관점에서의 연구는 활발히 진행되고 있지 않음을 확인하였다. 이에 노인이 자신이 살아왔던 집이나 지역사회에 머무르면서 재가돌봄을 이용할

때 돌봄 전달 과정에 적극적으로 참여하여 자기결정권을 행사하며 돌봄을 이용함으로써 최대한 독립적이고 자율적인 삶을 살아갈 수 있도록 지원할 수 있는 돌봄제도에 대한 연구가 필요하다고 판단하였다.

1.3 연구 목적

연구의 목적은 노인이 일상생활을 영위하는데 돌봄이 필요한 상황에서 재가돌봄 서비스를 이용하기 원하는 경우, 자기결정권을 존중 받으며 재가돌봄 서비스를 이용할 수 있는 방안을 도출하는 것이다. 세부적인 목적은 다음과 같다.

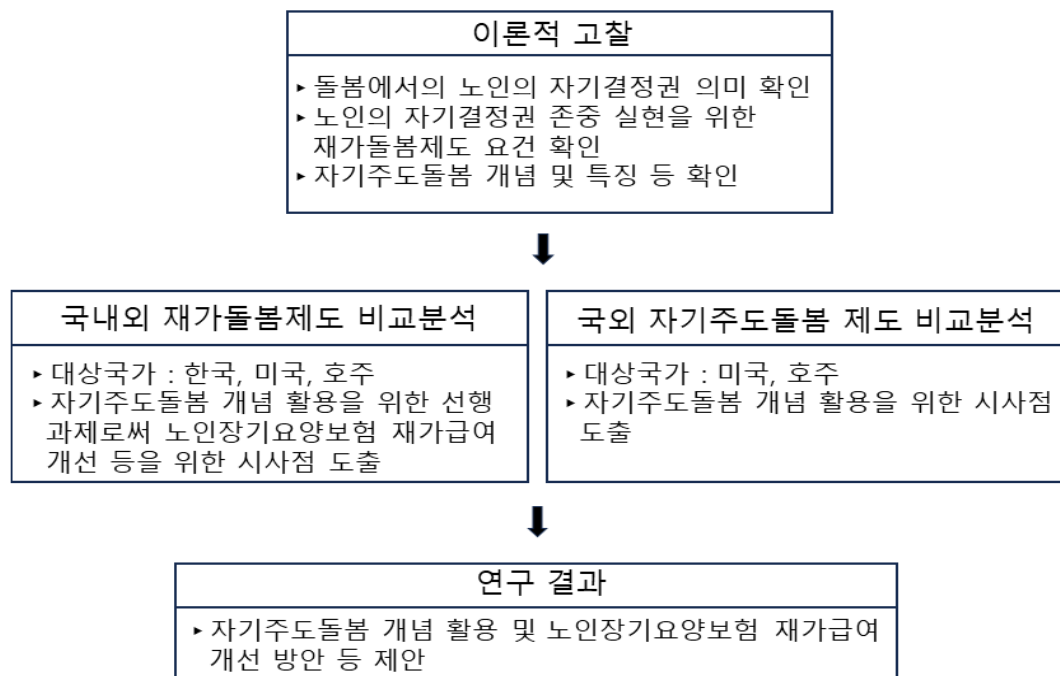
- 첫째, 돌봄에 있어 노인의 자기결정권의 의미와 노인의 자기결정권 존중을 위해 재가돌봄 제도가 갖추어야 할 요건을 확인한다.
- 둘째, 자기주도돌봄의 개념 및 특징 등을 확인한다.
- 셋째, 노인의 자기결정권 존중 관점에서 국내외 재가돌봄 제도를 비교분석하여 시사점을 도출한다.
- 넷째, 국외 자기주도돌봄 제도를 추가로 비교분석하여 시사점을 도출한다.
- 다섯째, 노인장기요양보험 재가급여에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 방안과 이를 위한 선행과제로 노인장기요양보험 재가급여 등의 개선 방안을 도출한다.

1.4 연구 방법

1.4.1 연구수행체계

본 연구는 연구방법으로 이론적 고찰 및 비교제도분석 방법을 활용하였다. 먼저 이론적 고찰을 통해 자기결정권에 대해 살펴보고 돌봄에서의 노인의 자기결정권의 의미와 노인의 자기결정권 존중을 위해 재가돌봄 제도가 갖추어야 할 기본 요건을 확인하였다. 이후 노인의 자기결정권 존중 관점에서 자기주도돌봄의 개념 및 특징 등을 살펴보았다. 다음으로 우리나라의 노인장기요양보험의 재가급여와 미국 및 호주의 재가돌봄제도를 비교분석하여 노인장기요양보험 재가급여의 문제점과 재가돌봄을 전달하는 과정에서 노인의 자기결정권 존중이 어떠한 방식으로 실현되고 있는지 확인하였다. 이후 미국과 호주의 자기주도돌봄 제도 운영 사례를 추가로 비교분석하여 자기주

돌봄 개념을 노인장기요양보험 재가급여에 활용하기 위한 시사점을 도출하였다. 마지막으로 이상의 내용을 종합하여 재가돌봄 전달 과정에서 노인의 자기결정권을 존중하기 위한 방안으로 노인장기요양보험의 재가급여 전달 과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 방안과 이를 위한 선행과제로써 노인장기요양보험 재가급여 개선방안 등을 제안하였다. 이론적 고찰 및 비교·분석은 학술 논문, 학위 논문, 연구 및 정책 보고서, 보도자료 등과 정부 및 정부 산하기관, 관련 연구기관 및 전문단체 등의 인터넷 사이트 등에서 제공하는 정보 등을 종합적으로 수집하여 진행하였다. 이상의 내용을 요약하면 아래 그림 [그림 1]과 같다.



[그림 1] 연구수행체계

비교대상 국가는 복지국가 연구에서 가장 많이 이용되는 에스핑-앤더슨(Esping-Andersen)의 복지국가 유형⁵⁾(이진숙 외, 2014)과 주요 건강보장 시스템, 노인장기요양제도 운영 여부 및 주요 특성, 인구 고령화 수준 등을 고려하여 선정하였다. 에스핑-앤더슨(Esping-Andersen)의 복지국가 유형에 따르면, 우리나라와 미국, 호주는 모두 자유주의 복지국가로 분류할 수 있다(한신실, 2020; 조영훈, 2016). 세 국가 모두 자유주의 복지국가에 해당하지만, 주요 건강보장시스템의 경우 우리나라는 사회보험 방식, 미국은 민간보험 방식, 호주는 사회서비스 방식을 활용하고 있어 서로 상이한 특성을 가지고 있다. 또한 모두 고령사회 상태에서 노인장기요양제도를 통해 재가돌봄 서비스를 제공하고 있고, 서비스 전달 전략으로 민영화 및 상업화를 채택하고 있어 서비스 전달과정을 비교 분석하는데 용이한 공통점을 가지고 있다.

비교대상 국가에 대해 보다 상세하게 살펴보면, 미국은 건강보장시스템에서 공적 제도보다 민간보험이 차지하는 비중이 더 크지만, 65세 이상 노인의 경우 민간보험보다 공공보건의료제도인 메디케어(Medicare) 및 메디케이드(Medicaid)가 차지하는 비중이 더 크다. 메디케어(Medicare)는 65세 이상 노인과 65세 미만의 장애인 및 말기신부전 환자를 대상으로 하는 의료보장 프로그램이며, 메디케이드(Medicaid)는 주정부에서 운영하는 저소득층에 대해 보건의료혜택을 제공하는 공적부조 프로그램이다. 메디케어(Medicare)는 파트 A에서 급성기 치료 후 회복을 위한 간호시설(Nursing home coverage, Skilled nursing facility care)이나 재가건강서비스(Home health services)를 제공하나, 노인의 급성기 치료를 주목적으로 운영하며 혜택을 받을 수 있는 기간이나 서비스 시간·종류 등에 제한이 있어, 장기요양이 필요한 경우에는 메디케이드(Medicaid)의 장기요양 프로그램인 Long Term Services & Supports(LTSS)(이하 LTSS)를 이용하는 것이 유리하도록 설계되어 있다. 장기요양제도의 주요 재원은 메디케이드(Medicaid)가 차지하고 있으며, 이에 본 연구는 미국의 건강보장시스템 중 메디케이드(Medicaid)에서 운영하는 LTSS를 비교대상으로 선정하였다. LTSS의 다양한 프로그램 중에는 재가 및 지역사회 기반 돌봄 서비스인 Home and Community Based Services(HCBS)(이하 HCBS)가 있고, HCBS의 다양한 프로그램 중에 노인, 장애인 등 신체적·인지적 기능 장애로 인해 일상생활에 돌봄이 필요한 사람을 대상으로 자기주도 돌봄 제도인 Self-Directed Care(이하 SDC)를 옵션 형식으로 운영하고 있다. 한편 호주의 경우 전 국민을 대상으

5) 탈상품화(Decommodification)정도와 계층화(Stratification)정도에 따라 ‘자유주의 복지국가’, ‘보수주의 복지국가’, ‘사회민주주의 복지국가’로 구분함. 탈상품화는 개인이 자신의 노동력을 시장에 상품으로 팔지 않아도 일정 수준 이상의 삶의 질을 유지할 수 있는 정도를 의미하고(이진숙 외, 2014), 계층화는 복지제도를 통해 발생하는 수급자의 계층 구조를 의미함(한신실, 2020).

로 하는 건강보장 시스템인 메디케어(Medicare)를 운영하고 있으며, 조세로 재정을 조달하는 사회서비스 방식이다. 노인 장기요양제도로는 Aged Care를 운영하고 있고, 이는 경제적 수준과 무관하게 65세 이상⁶⁾ 노인을 대상으로 운영하는 돌봄 제도이다. 대표적 재가돌봄 서비스에는 Commonwealth Home Support Programme(CHSP)(이하 CHSP)과 Home Care Packages(HCP)(이하 HCP) 등이 있고 재가돌봄 서비스를 제공하는 과정에 자기주도 돌봄(Consumer-Directed Care)(이하 CDC) 제도를 의무적으로 적용하고 있다. CHSP는 비교적 단순하고 간단한 돌봄을 제공하고 HCP는 보다 복잡하고 다양한 돌봄을 제공하는 차이점이 있으며, 본 연구에서는 호주의 재가돌봄 제도 및 자기주도돌봄 제도를 HCP를 중심으로 다루었다.

이상을 종합하면, 미국, 호주는 우리나라와 동일한 복지국가유형으로 분류되지만 주요 건강보장시스템은 상이하다. 하지만 모두 인구 고령화가 상당히 진행되었으며, 노인을 대상으로 별도의 장기요양제도를 운영하고 있다. 중요한 것은 노인장기요양 서비스 전달 전략으로 모두 민영화 및 상업화를 채택하고 있어, 재가돌봄 서비스 전달 과정에서 노인의 자기결정권 실현이 어떠한 방식으로 이루어지고 있는지를 비교하기에 적합한 공통요건을 갖추고 있다. 또한 미국과 호주는 자기주도돌봄 제도를 운영하는 국가이면서, 미국은 옵션 형식으로 호주는 의무적으로 적용하고 있어 자기주도돌봄 제도의 주요 특징 및 차이점 등을 도출하는데 용이하다고 판단하였다. 이에 미국과 호주를 비교 대상 국가로 선정하였으며, 비교 대상 국가의 특성을 요약하면 아래 <표 1>과 같다. 한편 미국은 주정부가 메디케이드(Medicaid) 운영주체이기 때문에 메디케이드(Medicaid) 내 LTSS 프로그램 중 하나인 HCBS 또한 대상자 선정이나 운영 방법 등이 주 별로 상이하다. 이에 콜로라도 주를 기준으로 미국의 노인 재가돌봄제도 및 자기주도돌봄 제도에 대해 살펴보았다. 콜로라도 주를 선택한 이유는 콜로라도 주는 2023년도 노인을 위한 가장 건강한 5개 주에 선정되었으며(United Health Foundation, 2023), 미국에서 인구 고령화가 가장 빠른 10개 주에 선정될 만큼 인구 고령화가 급속히 진행되고 있고⁷⁾⁸⁾, 노인을 대상으로 하는 HCBS 프로그램과 자기주도돌봄 제도를 운영하고 있기 때문이다.

6) 토레스 해협 및 원주민의 경우 50세 이상

7)

<https://money.usnews.com/money/retirement/aging/slideshows/most-rapidly-aging-states?slide=4> 2024.05.03. 방문

8) <https://gis.dola.colorado.gov/crosstabs/aging-part-1/> 2024.01.20. 방문

<표 1> 비교대상 국가 특성

분류		미국	호주	우리나라
복지국가유형 (Esping-Andersen)		자유주의	자유주의	자유주의
주요 건강보장시스템		민간보험	사회 서비스	사회보험
고령화 수준 ⁹⁾		고령사회	고령사회	고령사회
노인 장기요양 제도	제도명	LTSS (Medicaid)	Aged care	노인장기 요양보험
	재가돌봄	HCBS	HCP, CHSP	재가급여
	서비스 전달 전략	민영화 상업화	민영화 상업화	민영화 상업화
	자기주도돌봄제도	SDC(옵션)	CDC(의무)	미운영

1.4.2 분석틀

노인재가돌봄 제도와 자기주도돌봄 제도의 비교 분석틀은 Gillbert & Terrell(2010)이 제시한 사회복지정책 분석틀을 활용하였다. 사회복지정책 분석틀에는 Gil(1973), Gilbert & Specht(1974), Primore & Atherton(1979), Gilbert & Terrell(2010) 등이 제시한 분석틀이 있으며(이진숙 외, 2014), 이중 Gilbert & Terrell의 분석틀이 사회복지정책 분석 시 널리 활용되고 있는데(전용호, 2012b; 이진숙 외, 2014; 강금희, 2022), 이는 정책 설계의 필수 요소를 할당·급여·전달 및 재정을 포함한 네 가지 차원으로 분류하여 분석하는 데 유용하기 때문이며, 따라서 학자들이 여러 국가의 정책 시스템과 결과를 비교하는데 일반적으로 사용하고 있다(Lee et al., 2023). Gillbert & Terrell(2010)에 따르면, 정책분석에 주로 사용하는 접근방식에는 과정분석(Studies of Process), 산물분석(Studies of Product) 및 성과분석(Studies of Performance)이 있다. 먼저 과정분석은 사회복지정책이 형성되는 과정을 사회정치적 변수와 기술적·방법적 변수를 바탕으로 시행하는 분석 방법이고, 산물분석은 특정한 방향으로 설계된 정책과 관련하여 선택한 정책 형태와 내용이 무엇이며, 그러한 선택으로 인해 배제된 대안은 어떤 것인지, 그러한 선택의 근거가 된 가치·이론·가정은

9) 2024년 6월 기준으로 작성함. 우리나라는 2025년, 호주 2033년, 미국 2036년에 초고령사회에 진입할 것으로 전망됨.

무엇인지 등 정책선택과 연관된 여러 쟁점을 분석하는 접근 방식이다. 마지막으로 성과분석은 선택에 의해 실행된 특정 정책 프로그램의 결과를 기술하고 평가하는 것으로, 프로그램이 얼마나 잘 실행되었는지, 프로그램으로 얻은 것이 무엇인지를 확인한다.

Gilbert & Terrell의 분석 틀은 위 3가지 접근방식 중 산물분석을 기반으로 하며 자본주의 사회, 사회주의 사회, 탈공산주의 사회 등 모든 사회적 맥락에 적용될 수 있다(Gilbert & Terrell, 2005). 분석틀은 사회적 할당의 근거·급여 종류·급여 전달체계·재정 총 4가지 차원으로 구성되어 있다. 첫 번째 사회적 할당의 근거는 급여 이용자격에 관한 것으로 누구에게 혜택을 부여 할 것인지, 급여자격을 결정하는 기준이 되는 원칙이 무엇인가 하는 문제이다. 두 번째 차원인 급여의 종류는 급여 대상자에게 제공하는 급여가 무엇인지에 대한 것이며, 세 번째 차원인 급여 전달방식은 급여를 전달하기 위한 전략은 무엇인가에 대한 것이다. 마지막으로 재정은 사회적 급여에 필요한 재정을 어떻게 마련할 것인지에 대한 것으로 상세한 내용은 아래 <표 2>와 같다.

<표 2> Gilbert & Terrell의 사회복지정책 분석틀

차원	질문	방법	가치
할당 (Allocation)	▶ 누구에게 혜택을 부여 할 것인가? ▶ 급여자격을 결정하는 기준이 되는 원칙은 무엇인가?	▶ 귀속 욕구(특정 집단의 구성원으로 요건을 갖춘 사람) ▶ 보상(사회·경제적 기여자) ▶ 진단적 구분(전문가의 심사 및 판단에 근거하여 결정) ▶ 자산조사에 의한 욕구(자산조사에 근거하여 자격 여부 결정)	보편성, 선별성
급여 (Benefits)	▶ 서비스 종류는 무엇인가?	▶ 기회(목적을 달성하는데 활용되는 유인과 제재) ▶ 서비스(제공되는 활동) ▶ 재화(식품, 의류, 주택 등) ▶ 바우처 및 세금감면(제한된 범위 내에서 교환가치만 갖는 급여) ▶ 현금(아동수당, 현금 급여 등) ▶ 권력(재화와 자원을 통제할 수 있는 영향력으로, 정책결정권한을 소수의 사람에게 이전하여 의사결정과정에 참여시키는 것)	적절성

출처 : Gilbert & Terrell(2005), 원석조(2021) 재구성

(다음 쪽에서 계속)

<표 2> Gilbert & Terrell의 사회복지정책 분석틀 (계속)

차원	질문	방법	가치
전달 (Delivery)	▶ 서비스를 어떻게 전달할 것인가?	▶ 조정(통합적·포괄적 사회서비스 체계를 위해기관들 간의 관계를 새롭게 만드는 전략) ▶ 시민 참여(기관과 수급자 사이의 의사결정권한을 재분배하기 위한 전략) ▶ 역할부과(급여 제공자와 급여 수급자 사이의 계급적 격차 문제를 해결하기 위한 사회 계급 간 중재 역할) ▶ 전문가이탈(공공 복지기관의 전문 사회복지사가 관료로부터 기업가로 역할을 바꾸게 되는 것) ▶ 접근구조의 전문화(전문성을 유지 하면서 급여에 대한 수급자의 접근성을 높이기 위한 전략) ▶ 의도적 중복(경쟁과 분리를 통해 기존 전달체계에서 이미 제공되고 있는 급여의 일부 혹은 전체를 새로운 기관이 다시 제공하도록 하는 전략)	효과성
재정 (Finance)	▶ 재정을 어떻게 조달할 것인가?	▶ 공공재원 ▶ 민간재원 ▶ 공공 및 민간재원 혼합	충분성

출처 : Gilbert & Terrell(2005), 원석조(2021) 재구성

본 연구는 우리나라, 미국, 호주의 노인 재가돌봄 제도 전반의 주요 특징을 비교분석하고, 미국과 호주에서 운영 중인 자기주도돌봄 제도를 추가적으로 비교분석하는 연구이다. 이에 서비스 이용자 선정 기준, 서비스 종류, 서비스 제공기관 및 인력, 서비스가 전달되는 일련의 과정, 그리고 재정적 측면과 관련된 주요 내용을 분석할 수 있는 Gilbert & Terrell의 분석틀을 활용하는 것이 적합하다고 판단하였다. 따라서 본 연구의 분석틀은 상기 Gilbert & Terrell의 분석틀을 바탕으로 연구 목적에 부합하도록 아래 <표 3>과 같이 내용을 재구성하였다. 첫째, 할당의 차원에서 노인 재가 돌봄 이용 대상자 선정 기준, 둘째, 급여의 차원에서 서비스 종류와 내용, 셋째, 전달의 차원에서 서비스 제공 기관 및 인력과 서비스 제공 과정, 그리고 마지막으로 재정 차원을 비교분석하여 종합적인 시사점을 도출하였다. 단, 자기주도돌봄 제도는 기존의 재가돌봄 제도와 비교했을 때 재정 조달 방법에서는 특징적인 차이가 존재하지 않기 때문에, 재정 차원을 제외한 분석틀을 적용하여 비교분석을 시행하였다.

<표 3> 분석틀

차원	기준	세부내용
할당 (Allocation)	▶ 대상자 선정 기준	▶ 대상자 선정 기준은 무엇인가?
급여 (Benefits)	▶ 서비스 종류 및 내용	▶ 노인이 가정에서 일상생활을 영위하는데 필요한 복합적인 욕구를 충족시킬 수 있는 전문적이고 다양한 서비스가 제공되는가?
전달 (Delivery)	▶ 서비스 제공기관	▶ 서비스 전달 전략은 어떠한가? ▶ 자격 요건, 운영주체 및 역할 등은 어떠한가?
	▶ 서비스 제공인력	▶ 인력의 종류, 자격요건, 역할 등은 어떠한가?
	▶ 서비스 전달과정	▶ 서비스 전달을 위한 일련의 과정에 노인이 적극적으로 참여하여 자기결정권을 행사할 수 있는가? ▶ 노인의 자기결정권 실현을 위한 제도적 장치를 갖추고 있는가?
재정 (Finance)	▶ 재정 조달 방법 및 현황	▶ 재정 조달 방법 및 현황 등은 어떠한가?

제2장 자기결정권과 자기주도돌봄

2.1 자기결정권

2.1.1 개념 및 의의

자기결정은 본질적으로 외부의 강요 없이 자신의 마음이나 자유의지에 따라 행동하는 것을 의미한다(Wehmeyer et al., 2017). 보다 구체적으로는 생명, 자유, 재산 등과 같은 자기에 관한 사항을 자기 스스로 하는 결정으로, 결정의 주체가 ‘자기’ 이어야 하고 ‘명목’ 상 자기가 하는 결정이 아닌 ‘실질적’으로 자기가 하는 결정이어야 한다(김강운, 2006; 김현철, 2015). 한편 ‘자기결정권’(Self-Determination Right)은 ‘자기결정’에 대한 ‘권리’(Right to Self-Determination)로, 자기결정권의 현대적 의미의 개념은 ‘①합리적 판단능력이 있는 인간이라면, ②자신의 생명 혹은 신체를 포함한 생활 영역에 관한 사안에 대하여, ③타인의 법익 혹은 사회적·국가적 법익을 침해하지 않는 범위 내에서, ④그 결정이 외부에서 볼 때 불합리하거나 결정주체에 불이익한 것으로 보이더라도, ⑤스스로 결정할 수 있는 권리’이며, 특히 외부에서 볼 때 자기결정권의 행사로 인한 결과가 결정 주체에게 불리한 것으로 보이더라도 이를 존중하는 것이라고 할 수 있다(이열, 2021).

자기결정권의 행사는 타인의 권리 및 국가안전, 사회질서, 공공복리 등을 침해해서는 안 되며, 도덕률과 헌법질서에 위반되지 않는 범위 내에서 보호 받을 수 있다(김강운, 2005; 이열, 2021). 이와 같은 자기결정권을 권리의 형식으로 자기결정권의 ①주체, ②행사, ③승인이라는 3가지 차원으로 구분하여 설명하면(김현철, 2015), 먼저 자기결정권의 주체는 ‘자기(Self)’이다. 여기에서 ‘자기’는 개인으로서의 인간을 의미하며 인간은 이성적 능력을 가지고 있기 때문에, 그리고 자연권으로서 당연히 자기결정권을 가지게 된다. 둘째, 자기결정권의 행사는 자기결정권을 어떻게 행사하느냐에 대한 내용인데, 자기결정권을 보유하는 것과 자기결정권을 적절하게 행사하는 것은 다른 문제이며 자기결정권을 적절하게 행사하기 위해서는 일정한 수준의 이성적 능력 하에 ‘자기’가 의도하는 내용이 실현될 수 있도록 지식을 이해하고 적절한 행동을 계산할 수 있는 능력이 필요하다. 이와 같은 자기결정권의 행사는 타인의 자기결정권 행사와 양립할 수 있어야 한다. 셋째, 자기결정권의 승인은 타인의 자기결정권을 승인한다는 것이 무엇인지에 대한 내용이다. 시민 공동체의 주요 역할 중 하나는 시민의 권리를 보호하고 그 행사를 보장하는 책무를 수행하는 것이기 때문에, 시민공

동체는 자기결정권 행사를 위한 이성적 능력이 부족한 시민을 지원할 수 있고 자기결정권의 행사가 다른 자기결정권을 침해하지 않고 양립하는데 필요한 제한을 가할 수 있다.

인간의 존엄성은 모두에게 동등한 보편적 가치이며 존엄성 실현의 기본은 자기결정권의 존중이다. 즉 인간은 자신의 운명이나 삶을 스스로 결정하고, 결정한 바에 따라 행동할 때 인격적 가치에 대한 존중 및 고유한 개성이 발현 될 수 있다(성낙인, 2020). 이러한 자기결정권은 모든 인간에게 중요한 권리이지만 장애인이나 노약자 등의 사회적 약자의 경우 자기결정권이 존중받지 못하는 경우가 많았다. 하지만 인권의 개념이 등장하고, 20세기 후반부터 장애인의 자기결정에 대한 요구는 시민권 운동으로 나타났으며, 권리 지향적인 특성을 보이게 되었다(Wehmeyer et al., 2017). 1991년 UN 총회에서는 ‘United Nations Principles for Older Persons’ 을 채택하였는데, 노인의 자기결정권을 직접적으로 다루지는 않았으나 노인의 존엄성 존중을 위해 노인이 돌봄에 대한 것을 스스로 결정할 수 있는 권리를 가지고 있음을 명시하였다(UN, 1991). 또한 2006년 12월 제61차 UN 총회에서는 장애인권리협약을 채택하였다. 이는 장애인의 존엄과 권리를 보장하기 위한 50개의 조항으로 구성되어 있으며, 장애인이 스스로 선택할 자유를 포함하여 개인의 자율 및 자립의 중요성을 인정하는 내용을 포함한다(UN, 2006). 특히 제19조에서는 자립 생활을 통해 반영하고자 하는 가치는 자율성과 자기결정임을 강조하고 있다(이익섭, 2007). 즉 국제적으로 노인과 장애인 등 의사결정능력에 어려움이 있는 자들의 자기결정권 존중을 중요한 가치로 여기며 이를 실현하기 위한 노력을 기울이고 있음을 알 수 있다.

한편 자기결정권을 권리(Right)의 관점에서 살펴 볼 필요가 있다. 권리는 서구 사회에서 만들어진 규범적 정당화 중 하나로, 개인이나 집단이 다른 개인이나 집단 혹은 사회에 제기할 수 있는 정당화 된 주장이다(Beauchamp & Childress, 2008). 권리의 개념에 대해서는 의사설과 이익설이 대립되는데, 의사설은 ‘의사’ 를 중심으로 권리를 설명하고, 이익설은 ‘이익’ 을 중심으로 권리를 설명한다. 먼저 의사설의 경우, 칸트는 권리를 ‘한 사람의 선택이 다른 사람의 선택과 자유의 보편법칙에 따라 결합할 수 있기 위한 조건의 총체’ 라고 하였다(최봉철, 2003). 즉 자신의 행위가 다른 사람의 자유와 양립할 수 있다면 그러한 행위를 할 수 있는 권리를 가진다는 입장이다(이충진, 2000). 다음으로 이익설의 경우, 권리의 목적은 개인의 이익을 보호하는 것이며 권리가 있다는 것은 중요한 이익이 있다는 것으로 보았다(Raz, 1984). 벤담은 보통 법 규정에 따라 법적 의무가 생성되고 이에 대응하여 법적 권리가 나타난다고 하였고, 권리를 의무의 반영 혹은 반사라고 하며 권리자는 의무의 이행으로 혜택을 보도록 의도된 사람이 된다고 하였다(최봉철, 2003).

2.1.2 철학적 · 헌법적 근거

먼저 자기결정권의 철학적 근거를 살펴보면, 자기결정권의 핵심 요소는 ‘자율성 (Autonomy)’ 라고 할 수 있다(오석준, 2018). 자율성은 처음에는 도시국가들의 자기 통치를 가리키는 의미로 사용되었으나 점차 그 의미가 확장되었으며, 현재는 자유롭게 독립적으로 사고하고 결정하며 이를 기반으로 행동 할 수 있는 능력을 뜻한다(Gillon, 1985). 칸트와 밀은 오늘날 자율성 존중에 대한 해석에 중요한 영향을 끼친 철학자이다(Beauchamp & Childress, 2008). 칸트는 대표적인 의무론자 혹은 비결과주의자로, 자율성은 보편적 도덕법칙을 따르고 인간을 수단이 아닌 목적 자체로 대하며 인간의 이성을 매우 중요하게 강조하였다. 또한 모든 인간은 보편적으로 실천적 이성 능력을 지닌 존재이기 때문에 동등하게 존중받아야 한다고 주장하였고(오석준, 2018; 임미원, 2016), 이러한 주장은 자기결정권이 인간의 보편적 권리로 인식되는데 기여했다(오석준, 2018). 한편 밀은 벤담과 함께 대표적인 공리주의자로 칸트와 다른 시각에서 자율성 존중을 주장하였는데, 자율성을 존중하는 것은 인간의 행복을 극대화시키기 위함이며 이러한 존중은 타인의 이익을 해하지 않는 범위 내에서 가능하다고 하였다(Gillon, 1985). 즉 최대 행복의 추구라는 공리성 원리로부터 인간의 이익에 부합하는 자율성을 최대한 존중하는 원리를 이끌어 내었다(임미원, 2016).

다음으로 헌법적 근거를 살펴보면, 헌법은 국민의 기본적인 자유 및 권리에 대한 기본권을 직접 규정하며, 헌법상 보장되는 기본권은 헌법상 자유와 권리의 동의어라고 할 수 있다(성낙인, 2020). 기본권은 헌법이 보장하는 국민(주체)의 기본 권리이고, 국가(상대방)는 기본권을 보장하는 의무를 부담하며, 개별 기본권의 내용(보호영역)은 관련 조문 및 조항을 근거로 한다(이세주, 2023). 이러한 기본권은 헌법에 열거된 기본권과 열거되지 않은 기본권이 있는데, 헌법에 열거된 기본권은 헌법 제2장 국민의 권리와 의무에서 정하고 있다. 헌법에 구체적으로 열거되지 않은 기본권은 인권의 현대적 인식과 이에 따른 비교 헌법적 이해를 기반으로 하는 이론이나 헌법판례를 통해 일정한 합의를 도출할 경우 헌법적 가치를 인정받는 기본권이 될 수 있다(성낙인, 2020). 즉 헌법에 열거함으로써 명시적으로 규정된 기본권 외에도 헌법이론 및 헌법재판소의 결정을 근거로 성립 · 인정되는 개별 기본권을 보장하고 있는 것이다(이세주, 2023),

자기결정권은 기본적으로 자기결정에 대한 책임을 바탕으로 국가권력으로부터 간섭 없이 일정한 범위 내의 사적인 내용에 대해 자율적으로 결정할 수 있는 자의적 권리를 의미한다(이금옥, 2021). 보다 구체적으로는 개인이 자신의 삶과 관련된 중요한 사항

에 대해 자유롭게 스스로 결정하고, 이에 따라 행동할 수 있는 권리를 말한다(성낙인, 2020). 이러한 자기결정권은 헌법 상 명문의 규정을 두고 있지 않다. 즉 자기결정권이라는 직접적인 표현은 존재하지 않지만 헌법재판소에 의해 인정되는 개별 기본권에 해당한다. 헌법재판소는 개별 기본권으로서 자기결정권을 ‘인간은 누구나 자기 운명을 스스로 결정할 수 있는 권리¹⁰⁾’ 혹은 인간의 존엄성을 실현하기 위한 수단으로 ‘자신의 생활영역에서 인격의 발현과 삶의 방식에 관한 근본적인 결정을 자율적으로 내릴 수 있는 권리’ 라고 정의하고 있다¹¹⁾. 이러한 자기결정권에 대한 헌법 상 근거에 대해서는 여러 견해가 있는데, 헌법 제10조 제1문¹²⁾에서 찾는 견해¹³⁾와(성낙인, 2020). 헌법 제37조 제1항¹⁴⁾에서 찾는 견해(표명환, 2011)가 있다. 또한 헌법 제10조와 제37조 제1항에서 같이 찾는 견해도 있다(정종섭, 2015).

2.1.3 유형

먼저 넓은 의미에서의 자기결정권은 혼인 등 인생 전반에 걸친 설계, 의복 등 개인의 생활방식 혹은 취미, 혼전성교 등 성인 사이의 합의에 의한 성적행동, 생명연장치료의 거부 등 삶과 죽음 등과 관련되어 있다. 그리고 좁은 의미에서의 자기결정권은 낙태, 치료, 장기기증 등 생명 및 신체에 대한 문제와 같이 헌법 제17조¹⁵⁾에 포섭되기 어려운 내용에 대한 결정과 관련되어 있다(성낙인, 2020). 헌법에 의해 보장되는 개별 기본권으로서의 자기결정권의 구체적인 종류에는 자기운명 결정권, 자기의사 결정권, 성적 자기결정권, 개인정보 자기결정권, 일반 소비자의 자기결정권 등이 있으며, 특히 생명·신체 처분과 관련된 자기결정권에는 의료행위에 대한 환자의 자기결정권, 연명의료 중단에 관한 자기결정권, 배아생성자의 자기결정권, 임신한 여성의 임신·출산에 대한 자기결정권 등이 있다(이세주, 2023).

이중 생명·신체 처분과 관련된 자기결정권을 의료행위 및 연명의료 중단을 중심으로 살펴보면, 먼저 의료행위에 관한 환자의 자기결정권은 환자가 의사로부터 충분한 설명 및 정보를 제공받고 이에 대한 이해를 바탕으로 자유롭게 의료행위를 선택하거나 거부할 수 있는 권리이다. 이는 헌법 제10조 인간의 존엄과 가치 및 행복추구권으

10) 헌재 1990.9.10. 선고 89헌마82

11) 헌재 2019.4.11. 선고 2017헌바127

12) 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다.

13) 헌재 1990.9.10. 선고 89헌마82, 헌재 2003.6.26. 선고 2002헌가14, 헌재 2015. 11. 26 선고 2012헌마940

14) 국민의 자유와 권리는 헌법에 열거되지 아니한 이유로 경시되지 아니한다.

15) 모든 국민은 사생활의 비밀과 자유를 침해받지 아니한다.

로부터 파생되는 기본권으로, 환자는 이에 근거하여 생명 및 신체 기능을 어떻게 유지할지에 대해 스스로 결정하고 의료행위를 선택할 권리를 보유하는 것이다¹⁶⁾. 다음으로 연명의료 중단에 관한 자기결정권은 임종과정에 있는 환자의 경우 수명 단축이 예상되더라도 인간으로서의 존엄성 유지를 위하여 무의미한 연명의료를 중단할 수 있도록 선택할 수 있는 권리이다. 이는 임종과정에 있는 환자의 최선의 이익을 보장하고 환자의 자기결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것으로, 헌법 제10조 인간의 존엄·가치 및 행복추구권에 부합한다.

2.1.4 의사결정지원

자기결정권은 소극적 권리와 적극적 권리의 성격을 동시에 갖고 있는데, 전자는 ‘국가로부터의 자유’를 후자는 ‘국가에 의해 비로소 실현 가능한 자유’를 의미한다(이열, 2012). 의사결정능력에 어려움이 있는 사람들은 외부의 도움을 통해 자기결정권을 실현할 수 있기 때문에, 자기결정권은 국가에 의해서 비로소 실현될 수 있는 적극적 권리의 성격을 가지고 있다고 할 수 있다(박정연, 2023). 자기결정권은 모든 사람이 평등하게 가지고 있지만, 연령이나 장애 등으로 인해 자기결정권을 적절하게 행사하거나 혹은 행사가 불가능한 사람은 그렇지 않은 사람에 비해 자기결정권의 행사가 오히려 자신에게 불이익을 초래할 위험이 크기 때문에 이들을 보호하고 지원하기 위한 제도가 필요한 것이다(이열, 2012). 이와 관련하여 연령, 장애 등으로 의사결정능력이 부족한 사람들을 지원하기 위한 수단에는 지속적 대리권, 성년후견제도, 가족의 부양 등이 있으며(제철웅, 2019), 이 외에도 공공후견제도와 사전의료지시서 등이 있다. 지속적 대리권은 의사무능력 혹은 의사결정능력 장애 상태에 대비하여, 자신을 대리하여 재산관리 및 신상보호에 대한 의사표시를 지속적·반복적으로 대행할 수 있도록 의사결정 대행 권한을 사전에 자신이 신뢰하는 자에게 수여하는 것이다. 이러한 경우 의사무능력이나 의사결정능력 장애 상태가 발생하더라도 지속적 대리권의 범위 내에서는 후견인이 필요 없다(제철웅, 2017; 제철웅 외, 2023). 하지만 지속적 대리권은 위임장을 작성하여 타인에게 부동산 매매계약 혹은 임대차계약을 체결하도록 하는 등의 일회성 대리권과 다르게 현실에 적용되기 위해서는 치밀하고 복잡한 안전장치가 필요하기 때문에, 현실적으로 널리 활용하기에는 어려움이 있다(제철웅 외, 2023).

성년후견제도는 스스로 법률행위 등을 수행할 수 없는 성인에게 후견인을 지정하여 이들이 법률행위 등을 지원하는 것이다¹⁷⁾. 성년후견제도는 2011년 3월 민법 개정 및

16) 대법원 2011.11.24. 선고 2009다70906.

17) 입법과정에서 보건복지부 주관 하에 특별법 형태로 추진되었으나 최종적으로 민법에 수용되

신설을 통해 도입되었고¹⁸⁾, 2013년 7월부터 시행되었다. 이는 사람의 행위능력¹⁹⁾을 일률적으로 제한하던 금치산(禁治産)과 한정치산(限定治産) 제도를 폐지하고, 질병·노화·장애 등의 사유로 의사결정능력에 제한이 있는 사람의 의사결정을 지원하기 위함이었다(김성태, 2022). 성년후견제도는 성년후견, 한정후견, 특정후견, 임의후견으로 분류되는데²⁰⁾, 성년후견·한정후견 및 특정후견은 이해관계인이 후견 신청을 하면 가정법원의 결정으로 후견인의 권한과 범위가 지정되기 때문에 법정후견에 해당하고, 임의후견은 피후견인과 후견인 간의 임의후견 계약에 따라 후견이 개시된다. 특정후견은 법정후견 중에서 자기결정권을 가장 잘 보장하는 형태라고 할 수 있으나, 발달장애인 공공후견사업²¹⁾을 제외하고는 활발히 이용되고 있지 않다(박세영 외, 2023). 법정후견은 의사결정능력에 어려움을 가지고 있는 사람을 지원하기 위한 제도이지만 가정법원의 개입으로 본인의 권리행사를 가정법원이 선임한 후견인이 대신 하기 때문에, 근본적으로 자기결정권 존중과는 거리가 있다고 할 수 있다(박인환, 2015). 반면 임의후견은 가정법원의 개입 없이 피후견인과 후견인 간의 계약으로 이루어지며, 피후견인은 자신의 가치관이나 선호사항 등을 잘 반영해 줄 수 있는 신뢰하는 사람을 후견인으로 지정하고, 후견인에게 위임하는 권한의 범위를 직접 정한다. 임의후견을 이용하기 위해서는 임의후견계약을 체결하고 공증 절차가 필요하며, 자기결정권 존중의 가치에 가장 부합하는 성년후견제도라고 할 수 있다(박세영 외, 2023).

공공후견제도는 성년후견제도를 기반으로 하며, 피후견인의 의사결정능력에 제한이 있어 후견인이 필요하지만 후견 업무를 수행할 가족이나 친족 등이 없고, 전문가 후

면서 법무부 소관이 되었고, 이로 인해 사회복지적 측면이 약화되어 후견제도의 본질에 대해서는 가족제도로 보는 견해도 있음(송영신, 2017).

- 18) 제9조(성년후견개시의 심판) ① 가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 본인, 배우자, 4촌 이내의 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독인, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 또는 지방자치단체의 장의 청구에 의하여 성년후견개시의 심판을 한다.

② 가정법원은 성년후견개시의 심판을 할 때 본인의 의사를 고려하여야 한다.

[전문개정 2011. 3. 7.]

- 19) 의사표시를 불가결의 요소로 하는 법률 요건인 법률행위를 단독으로 완전히 유효하게 할 수 있는 능력으로, 행위능력이 제한된 자를 제한능력자라고 하며 제한능력자의 행위는 '최소' 할 수 있음. 한편 의사능력은 자기 행위의 의미나 결과를 정상적인 인식력 및 체기력 등을 기반으로 판단할 수 있는 정신능력을 의미하며, '보통사람이 가지는 정상적인 판단능력'을 기준으로 함. 의사무능력자의 행위는 '무효'로 봄.

- 20) 부록 1. 후견제도의 종류 및 특징 참고

- 21) 발달장애인 권리 보장 및 지원에 관한 법률 제9조 (성년후견제 이용지원), 제10조 (의사소통지원)과 치매관리법 제12조의3 (성년후견제 이용지원)을 근거로 민법상의 후견심판 청구권자를 지방자치단체의 장으로까지 확대하여 의사결정능력이 부족한 성인의 의사결정을 대리 또는 지원하는 제도로 민법상의 성년후견제도를 근간으로 하고 있음(김성태, 2022).

견인을 선임할 경제적 능력에 어려움이 있는 경우 후견인의 지원을 받을 수 있도록 국가가 제도적·재정적으로 지원하는 시스템이다. 대표적인 공공후견제도에는 발달장애인 공공후견 지원사업과 치매공공후견사업이 있다. 다음으로 사전지시제도를 살펴보면, Clark(1987)는 장기요양과 관련된 결정에 대한 사전계획(Advanced Plan)의 중요성을 주장하며, 사전계획(Advanced Plan)의 활용이 부모주의(Parentalism)를 바탕으로 노인에게 돌봄 서비스를 제공하는 접근방식의 문제점에 대한 해결책은 물론, 노인의 자율성 및 선택의 자유, 성공적인 노화와 삶의 질 향상에 기여한다고 하였다. 또한 돌봄에 대한 사전계획은 노인이 의사결정 및 그 결정에 대한 통제가 어려운 상황에서 좌절감에 빠지는 것을 방지하며 노인 당사자뿐만 아니라 가족 구성원도 위기상황에 대해 보다 잘 준비할 수 있도록 한다(Nakashima et al., 2005). 이와 관련하여 사전지시(Advance Directives) 제도는 생전유언(Living Will)을 포함하여 의료적 결정 등에 대해 의사결정능력에 제한이 없을 때 자신의 의사를 밝히거나 대리인을 지정(Durable Power of Attorney)하는 제도이다(최경석, 2009). 사전의료지시 제도는 자신이 의식이 없을 상황을 대비하여 사전에 스스로 의료지시서를 작성하고, 향후 의식이 없는 상황이 도래했을 때 의사나 의료인이 사전의료지시서의 내용을 따랐을 경우 이들의 행위를 정당화하는 제도로 환자의 자기결정권을 보장하기 위한 의사결정 지원 제도이다(이석배 & 이원상, 2010). 우리나라는 연명의료결정법에서 사전의료지시서의 성격을 지닌 연명의료계획서와 사전연명의료의향서에 대한 내용을 정하고 있다. 연명의료계획서는 말기환자 혹은 임종과정에 있는 환자의 요청에 의해 담당의사가 의료기관 윤리위원회가 설치된 의료기관에서 작성하며, 법적 성격은 현재 시점의 의료행위에 대한 명령이다. 반면 사전연명의료의향서는 만 19세 이상 성인이라면 작성 가능하며 사전연명의료의향서 등록기관²²⁾에서 상담사와 상담 후 본인이 직접 작성한다. 법적 성격은 미래를 향한 사전 유언이다²³⁾.

2.1.5 돌봄에서의 노인의 자기결정권 논의

노인의 자기결정권에 대한 중요성은 일찍이 1991년 UN 총회에서 채택한 노인을 위한 원칙(United Nations Principles for Older Persons)에서 찾아볼 수 있다. 이는 18가지 원칙으로 구성되어 있고, 독립(Independence), 참여(Participation), 돌봄(Care), 자아실현(Self-Fulfillment), 존엄성(Dignity) 총 5개의 목표를 기준으로 분류된다. 노인의 자기결정권을 이 5개의 목표에 직접적으로 포함시키지는 않았으나, 3번째 목

22) 사전연명의료의향서 등록기관은 의료기관, 지역보건의료기관, 비영리 법인 및 단체, 건강보험공단 지역본부·지사 및 출장소, 노인복지관이 있으며 2023년 12월 기준 총 448개가 있음.

23) 부록 2. 연명의료계획서 및 사전연명의료의향서 비교 참고

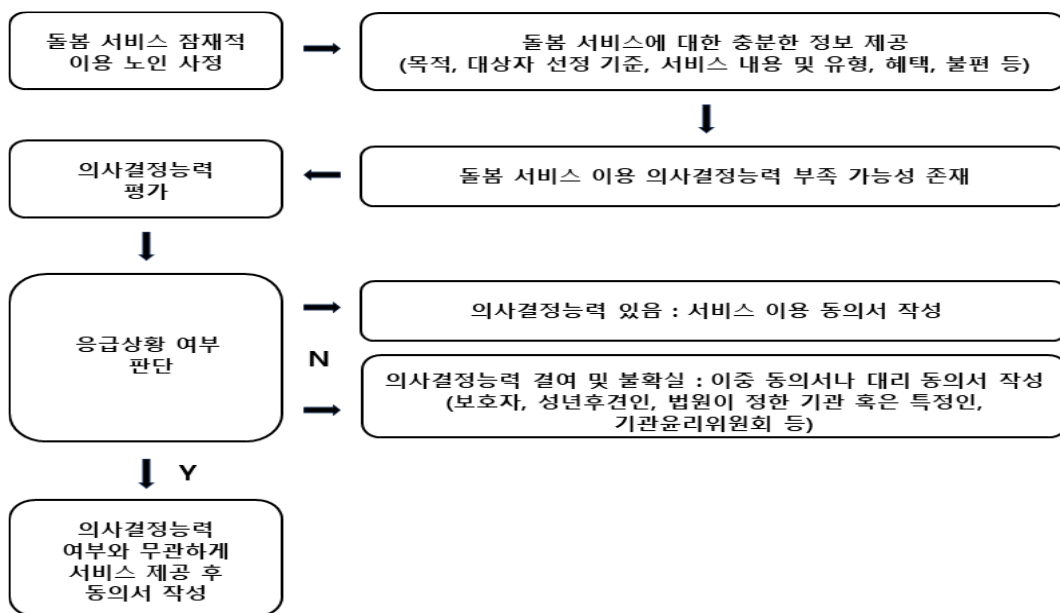
표인 돌봄(Care)에 포함되는 14번 원칙에서 노인이 돌봄 및 치료 시설에서도 자신의 존엄성·신념·요구·사생활을 존중받으며, 스스로 삶의 질과 돌봄에 대해 결정할 수 있는 권한을 포함하여 인간으로서의 권리와 기본적인 자유를 보장 받아야 한다고 구체적으로 정함으로써 돌봄에서의 노인의 자기결정권의 중요성을 강조하였다(UN, 1991).

노인은 신체적·정신적 기능 및 자기유지 기능 등이 쇠퇴하고 심리적·정서적 변화를 경험하지만(황재영 & 고완자, 2005), 질병을 스스로 관리하며 독립성을 유지하기를 원한다. 즉 자신을 둘러싼 환경과의 관계에서 수동적인 존재가 아니며, 노인이 선택할 수 있는 능력과 권리를 유지하는 것은 노인의 자율성 및 통제성에 중요한 영향을 미친다(Davies et al., 1997; Lindberg et al., 2014). 돌봄에서의 독립은 다른 사람에게 의지하지 않는 것을 의미하는 ‘자립’ 보다는 스스로 원하는 삶의 방식대로 살아가는 것을 의미하는 ‘자율성’의 성격이 강하다(우국희, 2014). 그리고 진정한 자율성은 실질적으로 선택할 수 있는 다양한 기회와 선택권이 갖추어진 상태에서 스스로 원하는 것을 선택할 때 실현될 수 있다(우국희, 2014). 노인의 자기결정은 노인이 통제력과 법적·윤리적 권리를 가지고 의사결정 능력 및 지식을 바탕으로 자유로운 선택에 따라 결정을 내리는 것이라고 할 수 있으며(Ekelund, 2014), 자율성은 돌봄에서 뿐만 아니라 자기결정권에서도 핵심적인 개념이기 때문에 자기결정을 자율성과 동의어로 보기도 한다(Bakitas, 2005). 이상을 종합하여 보면, 돌봄에서의 노인의 자기결정권은 돌봄이 필요한 상황에서 인간으로서의 존엄성을 유지할 수 있도록 자립이 아닌 자율성의 특징을 가진 독립성을 존중 받으며, 의사결정 능력 및 지식을 바탕으로 원하는 것을 자유롭게, 실질적으로 선택하고 결정할 수 있는 권리라고 할 수 있겠다.

한편 WHO(2015)는 노인은 건강한 노화(Healthy Ageing)를 위해 자신의 삶에 영향을 미치는 의사결정 과정에 참여해야 하고, 노인이 스스로 옳은 선택을 할 수 있도록 정보를 제공하는 것이 중요하다고 하였다. 따라서 가족 혹은 보호자는 노인을 통제하기 위해 정보 제공을 충분치 않게 하거나 혹은 보류하지 않도록 해야 하며, 그들이 삶에 대한 더 많은 선택권과 통제권을 행사하도록 촉진할 수 있는 기회를 제공해야 한다(Hamilton et al., 2016). 한편 노인은 의사결정을 내리는데 있어, 더 적은 정보를 활용하고, 정보를 검색하고 처리하는데 더 많은 시간이 소요되며, 보다 단순하면서 인지적 요구가 적은 전략을 사용하는 경향이 있다(Mata et al., 2007). 이처럼 노화가 의사결정에 미치는 영향은 의사결정이 필요한 상황의 위험성 및 복잡성과 인지기능의 개인적 차이, 주변과의 상호작용을 통해 완화될 수 있기 때문에(Brand & Markowitsch, 2010), 노인의 자기결정권 존중을 위해서는 전문적 지원이 필요하다. 즉 노인의 신체적·정신적 기능뿐만 아니라, 돌봄에 대한 정보 부족, 돌봄 이용에 대한 전문가의 조

연 부족, 의사소통 및 조정과 관련된 문제 등의 환경적 영향이 노인의 독립성 유지 욕구를 저해시킬 수 있으므로 노인의 독립성 욕구 충족을 위한 돌봄 모델 및 지원 서비스를 개발하는 것이 중요하다(Abdi et al., 2019).

한편 자기결정권은 자유로운 의사결정 능력을 전제로 하기 때문에, 자유로운 의사결정 능력이 부족한 경우 의사결정 지원이 개시될 수 있다(박정연, 2023). 이는 특히 노인 돌봄에서 중요한 부분으로, 의사결정능력이 있는 경우 스스로 결정하여 자신의 자율성과 복지를 균형 있게 보장하도록 하고, 의사결정 능력이 부족한 경우 대리 결정 등을 통해 자신의 자율성이나 복지를 침해받지 않고 최선의 이익을 보장하도록 하기 위함이다(김문근, 2010). 즉 자기결정권이 침해받는 경우를 보호하는 것뿐만 아니라, 자기결정권을 행사할 수 있도록 지원함으로써 의사결정 전에 의사결정의 의미를 이해하고 스스로 결정할 수 있도록 환경을 조성해주는 것까지가 진정한 자기결정권의 보장이라고 할 수 있다(박정연, 2023). 그리고 이를 위해서는 [그림 2]와 같이 노인이 돌봄을 이용하는데 필요한 의사결정을 수행할 수 있는지 여부를 판단하기 위한 의사결정능력 평가가 필요하다.



[그림 2] 노인돌봄서비스 이용 의사결정능력 평가 절차

출처 : 제철웅 외(2023) 재구성

앞서 살펴본 바와 같이 현재 우리나라의 의사결정지원 제도에는 대표적으로 지속적 대리권, 성년후견·한정후견·특정후견·임의후견으로 분류되는 성년후견제도, 공공후견제도 및 사전지시제도 등이 있으나, 노인돌봄 현장에 적용되어 일반적으로 활용되고 있는 제도는 찾아보기 어렵다. 지속적 대리권은 이론적으로는 활용 가능하나 현실적인 적용을 위해서는 여러 제약이 따르고, 성년후견제도 중 임의후견은 자기결정권 존중에 가장 부합하고 돌봄 이용에 대한 의사결정 지원에 적합하지만 실제 돌봄 현장에서 보편적으로 쓰이고 있지 않다. 공공후견제도 역시 발달장애인 및 치매환자인 경우에 이용할 수 있어 일반적인 돌봄 전달과정에서는 활용되기 어렵고, 사전지시제도의 경우 연명의료 중단과 관련된 연명의료계획서 및 사전연명의료의향서 외에 돌봄에 대한 사전지시제도는 법적으로 제도화되어 있지 않다. 결론적으로 돌봄 현장에서 의사결정능력에 어려움이 있는 노인의 자기결정권 행사를 지원하기 위한 의사결정지원 제도의 활용은 미흡한 수준이라고 할 수 있다.

한편 이와 같이 돌봄 영역에서의 의사결정지원제도가 미흡한 상황에서 노인의 자기결정권 존중과 관련하여 노인과 가족의 의견이 일치하지 않을 경우에 대한 고민이 필요하다. 특히 동양 문화권에서는 나이가 들어 보살핌을 받는 것을 사랑과 존경의 표시로 여겨지는 경우가 있으며, 이러한 신념은 노인이 독립적인 개인으로서 스스로 결정하는 것을 방해하는 요소가 될 수 있다(Ekelund et al., 2014). 돌봄에 대한 노인의 선택에 대해 영국과 일본의 노인을 대상으로 비교 연구한 결과에서도 동양과 서양의 차이가 명확히 확인되었는데, 돌봄 이용과 관련하여 노인과 가족의 견해가 다를 때 영국은 노인의 최선의 이익을 우선적으로 고려하는 반면, 일본은 가족과의 관계를 중요하게 고려하는 것으로 확인되었다(Wada, 2016). 우리나라도 일본과 마찬가지로 개인주의보다 가족주의 성향이 강하기 때문에, 노인이 돌봄을 이용하는데 있어 자신의 요구나 선호를 표현하고 주장하기보다는 가족들과의 갈등을 피하고 가족들에게 경제적·심리적 부담을 주지 않기 위해 가족의 결정에 따르는 경우가 많다(제철웅 외, 2023). 사체 혹은 뇌사자 장기이식과 관련된 자기결정권의 경우에도 당사자가 사전에 서면 등으로 의사표시 혹은 동의를 명확히 하더라도 최종적으로 장기이식이 시행되기 위해서는 가족이나 유족의 동의를 필요로 하므로, 가족이 당사자의 자기결정권을 제약하는 역할을 수행하는 결과를 야기할 가능성이 있다(최상희, 2009). 따라서 이론적으로는 돌봄 이용에 대한 자기결정권의 주체가 ‘자기(Self)’ 이어야 하지만, 현실적으로는 가족주의 성향이 강한 문화적 배경 속에서 가족의 동의 및 협의를 필요로 하는 제약이 있을 수 있다.

이상 돌봄 이용과 관련된 노인의 자기결정권에 대한 내용을 논의하였다. 그렇다면 노인이 돌봄을 제공받는 과정에서 자기결정권을 존중 받을 수 있도록 하기 위해서 노인 돌봄제도가 갖추어야 할 요건은 무엇일까? 돌봄에서의 노인의 자기결정권은 자율성의 특징을 가진 독립성을 존중 받으며 인간으로서의 존엄성을 유지할 수 있도록 의사결정 능력 및 지식을 바탕으로 노인이 원하는 것을 자유롭게 선택하고 결정할 수 있는 권리라고 할 수 있기 때문에, 먼저 노인에게 자유롭게 선택할 수 있는 권한을 부여하고, 실질적인 선택의 기회를 제공해야 한다. 또한 돌봄이 제공되는 과정에 이러한 의사결정 권한을 적절하게 행사할 수 있도록 제도적 장치가 있어야 한다. 그리고 최종적으로 의사결정 능력에 어려움이 있어 돌봄 이용에 대한 자기결정권 행사에 도움이 필요한 경우 이를 지원하기 위한 의사결정지원 제도가 구축되어 있어야 한다. 이와 같은 환경이 갖추어졌을 때, 돌봄에서의 노인의 자기결정권이 형식적인 존중에 그치지 않고, 실질적인 존중으로 이어질 수 있다.

2.2 자기주도돌봄

2.2.1 도입배경

자기주도 돌봄²⁴⁾은 1960~1970년대 미국과 서유럽을 중심으로 장애를 가진 사람들이 자신의 돌봄에 대한 참여와 자립, 그리고 시민권에 대한 권리를 주장하는 캠페인으로 시작되었다(Loughhead et al., 2023). 이러한 활동은 돌봄의 탈의료화 및 탈시설화 뿐만 아니라 신체적 기능에 제한을 가진 사람들의 일상생활에 국가 및 전문가의 개입을 줄이고, 삶에 대한 더 많은 결정권을 가질 수 있도록 하는 옵션을 도입하는데 영향을 주었다(Kodner, 2003 재인용). 이후 장애인 돌봄뿐만 아니라, 노인의 다양한 요구와 바람을 충족시키기 위해 노인 돌봄 분야로 확대되었다(Loughhead et al., 2023). 자기주도 돌봄의 목적은 일상생활을 영위하는데 있어, 다른 사람의 도움을 필요로 하는 사람들의 자율성과 독립성을 최대화 하는 것이다(Kodner, 2003). 이는 독립성과 자율성을 유지하며 살던 곳에서 나이 들어가기(Ageing in Place)를 선호하는 노인들의 욕구와 밀접하게 연관되어 있으며(Bulamu et al., 2017), 미국, 영국, 호주 및 뉴질랜드 등의 지역사회 기반 노인 재가돌봄 영역에서 점점 더 보편화되고 있다(Ottmann et al., 2013).

24) Consumer-Directed Care, Self-Directed Care, Participant-Directed Care, User-Directed Care, Self-Managed Care 등 다양한 용어로 불리며, 본 연구에서는 ‘자기주도 돌봄’으로 번역하여 사용함.

2.2.2 개념 및 주요특징

자기주도 돌봄은 돌봄에 대한 의사결정 권한을 정부 혹은 서비스 제공기관에서 서비스 이용자에게 이전한다(Crisp et al., 2010). 여기에는 사람은 자신의 삶을 스스로 선택하고 관리하며 살아가기 때문에, 노인이 되어 돌봄이 필요한 상황이 되었을 때에서도 돌봄에 대해서 스스로 선택하고 관리할 수 있는 권한을 갖도록 해야 한다는 원칙이 반영되어 있다(Department of Social Services, 2014). 자기주도 돌봄은 이러한 기조를 바탕으로 돌봄의 계획·제공·관리 등 일련의 서비스 전달 과정에서 이용자가 중심이 되어 자신의 돌봄에 대한 의사결정 권한을 가지고 선택권 및 통제권을 행사하여 본인의 요구·선호·가치·목표 등에 부합하는 개별화된 돌봄을 이용할 수 있도록 하는 것이다(Loughhead et al., 2023). 한편 사람중심 돌봄(Person-Centered Care)은 자기결정·선택·목표달성·안녕 등을 최대화하는 돌봄 및 지원 서비스를 제공하며 이용자의 요구사항 및 개인적인 목표 해결을 목적으로 한다. 반면 자기주도돌봄은 이용자의 선택권과 통제권을 강화하여 건강과 독립성 및 자율성 유지를 최종적인 목표로 한다²⁵⁾. 즉 사람중심 돌봄은 이용자의 자기결정과 선택 및 가치 등을 존중하여 자기주도 돌봄과 개념적으로 유사한 부분이 있으나, 사람중심돌봄은 서비스 이용자보다 서비스 제공기관이 주도하는 모델이라고 할 수 있다(Loughhead et al., 2023)

자기주도 돌봄은 서비스 이용자격 등에 대한 평가, 개인예산, 이용자의 책임 수준, 돌봄인력 고용에 대한 제한 요건²⁶⁾, 선택권 및 통제권의 행사 수준 등에 따라 국가별로 다양하게 운영된다(Cash et al., 2017; Moore, 2021). 오스트리아, 독일, 프랑스의 경우 현금 지급 방식으로 서비스를 선택할 수 있고, 네덜란드는 바우처 이용을 통해 서비스를 선택할 수 있다. 또한 오스트리아, 독일 및 네덜란드는 자산평가를 시행하지 않지만, 프랑스와 미국은 자산평가를 시행한다(Moore, 2021). 한편 돌봄 정책을 운영함에 있어 정부 지원금을 지급하는 방식의 경우, 일반적으로 서비스 제공기관에 지급하는 경우가 많지만 서비스 제공기관이 아닌 서비스 이용자에게 직접 또는 간접적으로 지급하기도 한다. 자기주도 돌봄 역시 서비스 이용자에게 지원금을 지급하여 원하는 서비스를 구매하고, 원하지 않는 서비스에 대한 지출은 중단할 수 있도록 하는 ‘Cash-for-Care’ 기능

25)

<https://sydneynorthhealthnetwork.org.au/wp-content/uploads/2016/11/Difference-Between-Person-Centred-CDC-Services.pdf> 2024.06.10. 방문

26) 예를 들면, 가족이나 친구를 돌봄 인력으로 고용하여 임금을 지불할 수 있는 옵션

을 가지고 있는 경우가 있다(Loughhead et al., 2023).

자기주도 돌봄은 국가별로 다양한 형식으로 운영되고 있지만, 몇몇 공통적인 특징을 가지고 있다²⁷⁾. 먼저 돌봄 계획(Care Plan)과 관련된 내용인데, 돌봄계획은 사정 평가(Assessment) 단계에서 확인된 서비스 이용자의 강점·능력·선호·필요·목표 등을 적극 반영하여 서비스 유형, 서비스 제공 담당자, 이용시간 및 빈도, 제공방법, 돌봄에 대한 참여수준 등을 결정하여 구체적으로 작성한 문서이다. 이용자는 이러한 돌봄 계획 개발 과정에 참여하여 자신에게 필요한 돌봄을 직접 지시하고 선택할 수 있다. 따라서 돌봄 계획은 이용자와 케어 매니저가 함께 개발해야 하며, 이 과정에서 필요한 경우 혹은 이용자가 원하는 경우 대리인 등의 도움을 받을 수 있다. 다음은 개인예산(Individualized Budget)과 관련된 내용으로, 개인예산은 돌봄 계획에 따라 이용자의 돌봄 욕구를 충족하고 목표를 달성하는데 필요한 서비스를 정해진 예산 내에서 효과적으로 이용할 수 있도록 지원하고, 독립적인 생활에 도움을 주는 용품을 구매할 수 있도록 돕는다. 이러한 자기주도 돌봄의 기본 전제는 사람은 자신의 요구 및 선호에 대한 지식이 있고 이를 충족시키기 위한 돌봄 서비스를 선택할 수 있는 것으로 간주하여 그들의 선택을 존중한다는 것이다(Kodner, 2003). 하지만 그러한 지식이나 능력이 충분하지 않은 이용자는, 가족이나 가까운 사람들에게 이러한 권한을 공유하거나 위임할 수 있으며 인지장애가 있는 성인 및 미성년자는 대리인을 지정할 수 있다(Crisp et al., 2010). 그리고 자기주도 돌봄은 서비스 이용에 대한 권한 중 많은 부분이 이용자에게 옮겨가기 때문에 권한이 증가하는 만큼 책임 및 역할이 증가하게 된다. 따라서 이용자가 돌봄에 대한 내용을 선택하고 지시하는 작업을 수행할 때 어려움을 겪지 않도록 전문적으로 지원하기 위한 인력 및 기관을 운영한다.

자기주도 돌봄에는 이용자가 돌봄 이용에 참여하는 수준에 따라 몇몇 모델로 구분되는데, 먼저 전문적 감시 모델(Professionally Monitored Model)이 있다. 이 모델은 이용자가 원하는 돌봄 제공직원을 고용 및 해고할 수 있으나, 승인 받은 돌봄 계획에 따른 서비스를 시간 경과에 따라 감독해야 하는 책임을 이용자와 케어 매니저가 함께 부담하며, 이용자는 케어 매니저로부터 자기주도 돌봄 이용에 대한 지침을 받는다. 다음으로 전문적 지원 모델(Professionally Assisted Model)의 경우, 케어 매니저가 자기주도 돌봄 이용 자격 여부를 초기에 결정하고 서비스 이용 시간을 승인한다. 돌봄 제공직원 고용·감독·해고 및 돌봄 일정 조정에 대한 결정 권한은 이용자에게 있

27)

<https://www.medicaid.gov/medicaid/long-term-services-supports/self-directed-services/index.html> 2023.08.21. 방문

으나, 필요한 경우 이용자에게 주요 업무에 대한 전문적인 도움을 제공할 수 있다. 마지막으로 현금 모델(Cash Model)은 이용자에게 주기적으로 현금을 배정하여 필요한 서비스 및 물품을 구매하는데 완전한 권한을 부여하며 선택적으로 전문 상담을 제공할 수 있다. 이 중 전문적 지원 모델과 현금 모델의 경우, 이용자가 돌봄을 주도적으로 지시하고 관리할 수 있는 능력이 있는지를 평가하고 적합한 돌봄 제공자를 식별·검토·교육할 수 있는 다양한 상담 및 지원 서비스를 제공할 수 있다(Kodner, 2003).

2.2.3 비판 및 성과

자기주도 돌봄에 대해 우려를 표하는 사람들은 전문적 권한, 책임, 서비스 질 관리를 강조한다. 이들은 자기주도 돌봄이 이용자의 욕구 및 안전을 충족시키는 효과적인 서비스를 제공할 수 있는지에 대해 회의적이며(Benjamin, et al., 2000), 서비스 제공기관의 개입이 감소하여 이용자의 삶의 질이 저하될 수 있다고 주장한다(Bulamu et al., 2017 재인용). 또한 서비스 제공 기관의 책임이 약해지면서 돌봄 제공직원을 감독하거나 사기, 학대 및 방치와 같은 위험으로부터 이용자를 보호하지 않는 등 서비스 품질을 보장하는 것은 더 어려울 것이라고 우려한다(Crisp et al., 2010). 이와 관련해서 영국과 미국에서 이루어진 연구에서는 자기주도 돌봄과 학대 사이에는 유의미한 상관관계가 없는 것으로 확인되었지만(Brown et al., 2007; Ismail et al., 2017), 일부 돌봄 제공직원에 의한 재정적 학대 사례가 확인된 연구 결과가 있었다(Ismail et al., 2017). 또한 돌봄 제공직원을 관리하고 고용주 역할을 수행하는 데는 어려움을 겪는 내용이 확인되었다(Swaine et al., 2016).

이와 같은 비판적인 시각에도 불구하고 자기주도 돌봄에 대한 긍정적인 성과를 보고하는 연구가 더 많은 비중을 차지하고 있다. 본 연구의 비교대상 국가인 미국과 호주에서 진행되었던 연구를 중심으로 자기주도 돌봄의 성과에 대해 살펴보았다. 먼저 미국에서 수행된 연구에서는 기관주도 돌봄과 비교했을 때 서비스 제공기관의 직원 부족 문제로 겪던 어려움 감소, 서비스 이용 접근성 향상, 미충족 욕구 감소 등 전반적으로 돌봄에 대한 만족도와 전체적인 삶의 질이 향상되었고(Beatty et al., 1998; Benjamin et al., 2000; National Council on Disability, 2004; Carlson et al., 2007; Wiener et al., 2007; Swaine et al., 2016), 노인 학대 및 방임에 노출되는 위험성 측면에서도 더 안전한 것으로 확인되었다(Matthias & Benjamin, 2003). 한편 호주에서 진행된 연구에서는 미국 연구에서와 마찬가지로 돌봄에 대한 만족도 및 삶의 질 향상 등에 대한 성과가 확인되었다. 특징적인 것은 수요자뿐만 아니라 보호자

측면에서도 긍정적인 결과가 나타났는데, 수요자의 독립수준이 증가하여 그로 인해 보호자가 개인 시간을 가질 수 있었고, 돌봄에 대한 부담감과 스트레스가 감소하여 결과적으로 수요자와의 관계가 개선된 것으로 확인되었다(Department of Social Services, 2015; AGE-WELL National Innovation Hub, 2021). 그리고 자기주도 돌봄을 이용하는 집단의 독립성과 통제력 수준이 더 높게 측정되어 ‘선택’ 과 ‘통제’ 에 대한 권한을 서비스 제공기관으로부터 수요자에게 이전하고자 하는 정책 목표가 충족되고 있는 것으로 평가되고 있었다(Bulamu et al., 2017)

제3장. 국내외 노인재가 돌봄제도 비교분석: 한국, 미국, 호주

3.1 도입배경 및 개요

3.1.1 한국

노인장기요양보험은 인구의 급속한 고령화 및 장기요양 욕구 증가, 가족의 돌봄기능 약화, 돌봄에 대한 국민의 의식 변화, 노인의료비 급증 및 국민건강보험 재정 문제 등의 다양한 사회적 배경 속에서 소득 및 재산 수준과 무관한 보편적 장기요양서비스를 제공하기 위해 도입되었다. 2005년 1차 시범사업을 시작으로 2006년 2차 시범사업 후 2007년 노인장기요양보험법을 제정하고 2008년부터 노인장기요양보험제도가 시작되었다. 노인장기요양보험은 국민건강보험제도와 분리된 별도의 사회보험제도이며, 국민건강보험, 고용보험, 산업재해보상보험, 국민연금보험에 이어 5번째 사회보험이다. 노인장기요양보험 사업은 보건복지부가 관장하고 보험자는 국민건강보험공단이며, 국민건강보험공단은 노인장기요양사업과 관련된 조직 등을 별도로 설치하여 관리 및 운영하고 있다. 한편 노인장기요양보험법에서는 장기요양인정 신청 후 등급판정을 사람을 ‘수급자’라는 용어를 사용하므로, 본 연구에서도 노인장기요양보험에서 제공하는 급여 서비스를 이용하는 사람을 ‘수급자’라고 지칭하였다.

3.1.2 미국

미국은 1965년 사회보장법(Social Security Act)의 제18장(Titles XVIII) 메디케어(Medicare)와 제 19장(Titles XIX) 메디케이드(Medicaid)가 제정되면서 장기요양서비스(Long Term Services & Supports : LTSS)(이하 LTSS)가 국가의 건강관리 시스템의 일부가 되었으며, LTSS 주요 재원은 메디케이드(Medicaid)이다²⁸⁾(CMS, 2022; Kirsten, 2023). 1965년 메디케이드(Medicaid)가 시행된 후 주정부의 메디케이드(Medicaid) 프로그램은 이용자격을 갖춘 21세 이상의 성인에게는 시설 돌봄을 제공해야 했고, HCBS waiver 프로그램 운영은 주정부의 선택사항이었다. 하지만 시간이 경과하면서 HCBS

28) 2021년 기준 LTSS에 지불된 4,374억 달러 중 메디케이드(Medicaid) 2,070억 달러(44.3%), 메디케어(Medicare) 340억 달러(7.3%), 개인 부담 636억 달러(13.6%), 민간보험 374억 달러(8.0%), 기타 민간 비용 329억 달러(7.0%)

waiver 프로그램 외에 HCBS State Plan Option, Self-Directed Personal Assistance Services State Plan Option, Community First Choice 프로그램과 Money Follows the Person과 같은 연방정부의 자금이 지원되는 프로그램 등 다양한 방법을 통해 시설이 아닌 지역사회를 기반으로 사람중심 돌봄(Person-Centered Care)을 제공하는 방향으로 돌봄 시스템을 발전시켜왔다(CMS, 2022)²⁹⁾. 재가 및 지역사회 기반 서비스인 Home and Community Based Services(HCBS)(이하 HCBS)는 병원 및 요양시설이 아닌 집이나 성인주간건강센터(Adult day health centers), 혹은 생활지원시설(Assisted living facilities)과 같은 지역사회 환경에서 거주하며 생활하기를 희망하는 참여자³⁰⁾에게 제공되는 LTSS 프로그램 중 하나이다. HCBS에는 다양한 프로그램이 있으며 그 중 참여자에게 서비스에 대한 선택권과 통제권을 부여하여 서비스 이용자의 독립성 및 자율성을 최대화시키는 것을 목표로 하는 자기주도돌봄 제도가 포함되어 있다. 본 연구는 미국의 노인 재가돌봄 서비스를 LTSS의 주요 재원인 메디케이드(Medicaid)에서 운영하는 HCBS를 중심으로 살펴보았다.

3.1.3 호주

호주는 장기요양제도로 ‘Aged Care’를 사회서비스 형태로 운영하고 있다. Aged Care는 1963년부터 연방정부의 지원이 시작되었고, 서비스 종류에는 크게 재가돌봄과 단기돌봄 및 시설돌봄이 있으며, 호주 정부와 수요자³¹⁾가 공동으로 비용을 부담한다. 1969년 재가 기반 돌봄 프로그램과 1970년 식사배달에 대해서 정부 보조금 지원이 이루어졌고, 이후 여러 차례에 걸쳐 Aged care에 대한 개혁(Aged Care Reform)이 이루어지면서 다양한 재가돌봄 서비스가 도입되었는데, 오히려 노인돌봄을 보다 복잡하고 단절된 형태로 제공하게 된다는 비판을 받게 되었다(브라이오니도, 2018). 이에 기존 재가돌봄 서비스들을 Commonwealth Home Support Program(CHSP)(이하 CHSP)와 Home Care Package(HCP)(이하 HCP)로 통합시키면서 2013년에 HCP를 먼저 시행하였고, 2015년에 CHSP를 시행하였다. 한편 호주 정부는 Aged Care에 대한 개혁을 지속적으로 진

29) 특히 1999년 장애인을 부당하게 시설에 격리하는 것은 불법적인 차별이라는 올스테드(Olmstead) 판결 이후 장애인을 시설이 아닌 지역사회에서 살아갈 수 있도록 지원하기 위한 지역사회 중심 서비스를 제공하기 위한 정책이 본격화되었음.

30) 미국의 경우, 재가돌봄을 제공하기 위한 다양한 프로그램을 운영하기 때문에, 각각의 프로그램을 이용하는 사람을 지칭할 때 ‘Participant’라는 단어를 주로 사용하므로, 본 연구에서는 미국의 재가돌봄 및 자기주도 돌봄에서의 서비스 이용자를 ‘참여자’로 번역하여 사용함.

31) 호주의 경우, 재가돌봄 서비스 이용자를 지칭할 때 ‘Consumer’ 혹은 ‘Client’라는 단어를 주로 사용하므로, 본 연구에서는 재가돌봄 및 자기주도 돌봄에서의 서비스 이용자 ‘수요자’로 번역하여 사용함.

행하고 있는데, 2013년에는 ‘Living Longer Living Better Reforms’ 에 따라 수요자 주도적이고 시장 중심적인 노인돌봄 산업으로 변화를 도모하였고, 같은 해에 ‘My Aged Care’ 사이트를 오픈하여 해당 사이트 및 콜센터를 통해 Aged care에 대한 정보 제공, 서비스 신청, 서비스 제공기관에 대한 정보 확인 등을 한 번에 해결할 수 있도록 하였다. 2015년부터는 재가돌봄 전달 방식을 자기주도돌봄(Consumer-Directed Care) 방식으로 전환하기 시작하여 서비스 전달과정에 노인들이 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 하였다. 한편 현재 운영 중인 재가돌봄 프로그램은 2025년 7월부터 ‘Support at Home Program’ 으로 일원화되어 시행될 예정이다.

3.2 할당(Allocation) : 대상자 선정 기준

3.2.1 한국

노인장기요양보험은 급여를 신청한 사람을 대상으로 자산평가를 하지 않고 대상자 요건을 충족하는 경우 소득 및 경제 수준과 무관하게 돌봄에 대한 욕구 조사를 받을 수 있도록 정하고 있어 시민권에 기반한 보편성을 가지고 있는 것으로 볼 수 있다(김효정 & 권혁주, 2013). 하지만 대상자 선정에 있어 65세 이상 노인일지라도 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 기간이 6개월 미만인 경우이거나, 65세 미만이면서 노인장기요양법에서 정하는 노인성 질병³²⁾이 아닌 질병으로 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 경우에는 급여 서비스를 이용할 수 없다. 결과적으로 대상자 선정에 있어 소득 및 경제수준에 따른 제한은 두고 있지 않으나, 65세 이상의 경우 돌봄의 필요 기간을, 65세 미만인 경우 돌봄의 필요기간과 더불어 돌봄을 필요로 하는 원인 질병에 제한을 두고 있기 때문에, 경제적 측면에서는 보편주의 원리가 의학적 측면에서는 선별주의 원리가 혼합되어 적용되고 있다고 할 수 있다.

3.2.2 미국

노인을 대상으로 하는 HCBS Waiver³³⁾ 프로그램을 운영하고 있는 콜로라도 주의 사례를 통해 살펴보았다. 콜로라도 주의 HCBS Waiver 프로그램 중 노인이 이용할 수 있는

32) 치매, 뇌출혈, 뇌경색증, 파킨슨병 등 대통령령으로 정하는 질병

33) HCBS state plan 연방 지침의 요건 적용을 면제받을 수 있어 일종의 면책특례라고 볼 수 있으며, 본 연구에서는 “Waiver”라는 용어를 해석하지 않고 그대로 사용함.

프로그램은 HCBS-EBD(Eldery, Blind, Disabled)인데, 노인은 65세 이상, 시각장애인 및 일반 장애인은 18세~64세가 그 대상이다³⁴⁾. 신청 자격 기준은 별도로 정하고 있는 재정 상태와 의학적 상태를 충족해야한다. 재정 상태는 월소득 및 자산을 평가하며, 의학적 상태는 너싱홈에 입소할 정도의 돌봄 필요 수준으로³⁵⁾ 일반적으로 신체기능, 건강문제 및 의료서비스 욕구, 인지기능 장애, 행동 문제³⁶⁾ 총 4가지 영역에 대해 평가도구를 활용하여 평가 한다³⁷⁾. 따라서 미국은 경제적 측면과 의학적 측면 모두 선별주의 원리가 적용되고 있다고 할 수 있다.

3.2.3 호주

Aged care는 65세 이상 노인(원주민 혹은 토레스 해협 지역 주민은 50세 이상)이면서 돌봄이 필요한 경우 신청할 수 있다³⁸⁾. 서비스 이용 자격 등에 대한 사정평가(Assessment) 후 대상자로 승인 되면 자산조사를 시행하는데, 이는 대상자 선정 기준과는 무관하며 본인 부담금 수준을 결정하기 위함이다. 즉 자산조사 결과는 이용자격 여부에 영향을 미치지 않는다. 단 Aged care를 신청하면 ACAT(Aged Care Assessment Teams) 혹은 RAS(Regional Assessment Service)에 의한 평가³⁹⁾를 받은 뒤 최종 대상자 해당 여부가 결정되기 때문에, 우리나라와 마찬가지로 경제적 측면에서는 보편주의 원리가 의학적 측면에서는 선별주의 원리가 혼합되어 적용되고 있다고 할 수 있다.

3.3 급여(Benefits) : 서비스 종류

3.3.1 한국

노인장기요양보험의 장기요양급여는 현물급여 제공을 원칙으로 하며, 예외적인 경우에 한하여 가족요양비를 현금으로 지급한다. 재가급여의 종류에는 방문요양(인지활

34) <https://hcpf.colorado.gov/elderly-blind-disabled-waiver-ebd> 2023.12.03. 방문

35) 부록 3. 콜로라도주 HCBS waiver 프로그램 대상자 선정 기준 참고.

36) 배회하고 길을 잃는 것, 충동적인 행동, 공격적인 행동(신체적, 성적, 언어적) 등

37) <https://www.Medicaidplanningassistance.org/Medicaid-eligibility-colorado/> 2023.12.03. 방문

38)

<https://www.health.gov.au/topics/aged-care/about-aged-care#:~:text=and%20social%20needs-,Who%20is%20eligible%3F,eligible%20at%20a%20younger%20age.>

2024.01.10. 방문

39) ACAT은 HCP 자격 여부를 평가하며, RAS는 CHSP 자격 여부를 평가함.

동형 방문요양 포함), 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 그 외 기구대여 및 지원으로 총 6가지이다. 판정 등급별로 월급여 한도액⁴⁰⁾ 범위 내에서 수급자가 원하는 서비스를 선택하여 이용할 수 있으며, 노인장기요양보험법 제3조에서는 재가급여를 우선으로 제공하고, 의료서비스와 연계하여 제공하는 것을 기본원칙으로 정하고 있다. 하지만 방문의료, 방문재활 및 방문 작업치료, 주택 개·보수 등 다양하고 전문적인 서비스 제공이 이루어지고 있지 않아 노인들의 복합적인 돌봄 욕구를 충족시키는데 한계가 있다.

3.3.2 미국

주정부는 HCBS 프로그램을 HCBS State Plan⁴¹⁾과 HCBS waiver에 따라 운영한다. HCBS State Plan 프로그램은 의무적 재가돌봄 프로그램(Mandatory State Plan HCBS)과 선택적 재가돌봄 프로그램(Optional State Plan HCBS)이 있고, HCBS waiver 프로그램에는 대표적으로 Section 1915(c) Waiver가 있다⁴²⁾.

1) HCBS State Plan

먼저 의무적 재가돌봄 프로그램은 ‘Home Health Services’로 Medicaid State Plan 중에서 유일하게 의무적으로 갖추어야 할 서비스이다. 간호서비스(Nursing Services), 재가건강지원서비스(Home Health Aide Services), 의료용품(Medical Supplies), 기구(Equipment) 및 가전제품(Appliances Suitable for In-Home Use) 제공과 같은 서비스를 포함한다. 또한 물리치료, 작업치료, 언어 및 청각훈련과 같은 추가 서비스를 제공할 수 있다. 다음으로 선택적 재가돌봄 프로그램은 주정부에서 선택적으로 운영하는 서비스이지만 연방정부가 요구하는 최소한의 요건을 따르는 경우 지원금을 받을 수 있으며, 서비스 양·기간·범위 등은 주에 따라 다를 수 있다. 선택적 재가돌봄 프로그램 서비스에는 사례관리, 재가 건강관리, 개인돌봄 서비스, 개인 간호서비스, 재활서비스, PACE(Program for All Inclusive Care for the Elderly)⁴³⁾,

40) 2023년 기준 판정 등급별 재가급여 월 한도액은 1등급 1,885,000원, 2등급 1,690,000원, 3등급 1,417,200원, 4등급 1,306,200원, 5등급 1,121,100원, 인지지원 624,600원

41) 주정부가 CMS(Centers for Medicare and Medicaid Services)(이하 CMS)와의 계약을 통해 제공하는 것으로 연방정부의 지침을 따라야 함.

42) Section 1115 Research and Demonstration Projects는 연구 및 시범사업을 위한 것으로, 본 연구 대상에 포함시키지 않음.

43) 성인 주간 건강서비스(Adult Day Health), 재가 건강관리(Home Health), 사회서비스(Social Services), 급성기 의료서비스(Acute Care Medical Services) 등 사회 서비스 및 의

State Plan HCBS Option(Section 1915(i) of SSA)⁴⁴⁾, Self-Directed Personal Care Assistance Services(Section 1915(j) of SSA)⁴⁵⁾, Community First Choice Option(Section 1915(k) of SSA)⁴⁶⁾이 있다.

2) HCBS Waiver 프로그램

HCBS Waiver 프로그램은 비용을 절약하고, LTSS를 필요로 하는 다양한 대상자에게 HCBS를 제공하기 위한 기회를 확대하기 위해 설계되었다. HCBS State Plan과 다르게 일정 범위 내에서 프로그램을 보다 자율적으로 운영할 수 있다. HCBS Waiver 프로그램을 통해서 HCBS를 제공하기 위한 가장 일반적인 방법은 Social Security Act의 section 1915(c) waiver 권한을 사용하는 것이다. Social Security Act의 Section 1115 waiver 권한 하에 HCBS를 제공하는 일부 주도 있으나, 대부분 Social Security Act의 section 1915(c) waiver를 통해 HCBS를 제공하기 때문에⁴⁷⁾ 본 연구는 Social Security Act의 section 1915(c) waiver를 중심으로 살펴보았다. 주정부는 HCBS waiver 프로그램의 자금을 부분적으로 부담하기 때문에 대상 인구 및 자격기준, 서비스 종류 및 내용, 서비스 제공 방법(Self-directed supports, Managed Care Organizations : MCOs) 등 프로그램 운영에 대한 자율성을 가지고 있다(Roberts & Aberly, 2023). 대상 인구는 65세 이상 노인 혹은 정신질환자 등 연령이나 질병 등으로 특정 집단을 설정하고, 제한된 지리적 영역 내에서만 서비스를 제공할 수 있으며, 대상자의 수를 제한할 수 있다. Social Security Act의 section 1915(c) waiver 하에 제공되는 HCBS의 서비스 종류에는 성인 주간 건강관리, 사례관리, 기술교육, 집안일 지원, 재가 건강관리 지원, 개인돌봄, 단기돌봄, 주택 개보수, 긴급 대응 서비스 등이 있다.

3.3.3 호주

학적 서비스 제공

- 44) 특정 대상자 집단에 적합한 다양한 패키지를 설계하여 운영. 운영 프로그램은 사례관리, 집안일, 개인돌봄, 성인 주간 건강서비스(Adult day health), 재활치료, 단기 돌봄 등 Section 1915(c) HCBS waiver 프로그램에 따라 제공되는 서비스 목록 중에서 선택 가능
- 45) 개인돌봄 및 이와 관련 서비스에 대해 이용자가 직접 지시하고 관리할 수 있도록 권한을 부여하며, 참여자가 이용 여부를 자발적으로 선택
- 46) 참여자가 어디에서 살지를 결정하고 필요한 서비스를 이용할 수 있는 기회를 지원하기 위해 독립성을 증가시키거나 사람의 지원을 대체할 수 있는 보조기술, 의료 용품 및 장비, 주택 개보수, 일상생활(ADLs) 및 수단적 일상생활(IADLs), 경관식, 카테터 관리, 관절 가동 운동 등 제공
- 47) 2020년 기준 267개의 HCBS waiver 프로그램 중 255개가 Social Security Act의 section 1915(c) waiver이고, 12개가 section 1115 waiver임(Kirsten, 2022).

1) Commonwealth Home Support Programme(CHSP)

CHSP는 노인 스스로 일상생활을 관리할 수 있지만, 몇몇의 작업에 대해서는 도움이 필요한 경우 이용할 수 있다. 이 프로그램은 독립적인 생활을 유지하는데 있어 낮은 수준의 보살핌이 필요한 사람을 돕기 위한 것으로 한 가지 혹은 두 가지 서비스가 필요한 이들에게 권장된다. 즉 돌봄이 필요한 초기단계로 몇몇의 일상생활에 도움이 필요하지만 집에서 지내기를 원하는 노인들이 독립적이고 안전하게 생활할 수 있도록 지원한다. CHSP 자격 여부는 RAS(Regional Assessment Service)에 의한 사정 평가(Assessment)를 통해 결정된다. 서비스 종류로는 식사 및 음식 준비, 목욕·위생·몸단장, 배변·배뇨, 청소·빨래 및 기타 집안일, 주택 및 정원 관리, 간호 서비스, 발 및 발목 치료·물리치료, 주·야간 임시 보호, 주택 수리 및 개조, 보조기구, 차량 이동 지원, 동행 서비스 및 사회활동 지원 등이 있고, 집이 없거나 집을 잃을 위험에 처한 노인들은 주거지원 서비스를 받을 수 있다.

2) Home Care Packages(HCP)

HCP는 자택에서의 일상생활에 더 많은 도움이 필요하여 CHSP로 제공할 수 없는 복합적인 서비스가 필요한 사람들을 위해 설계되었다. 따라서 CHSP보다 더 많은 종류의 돌봄이나 복잡한 돌봄이 지속적으로 필요한 경우 이용할 수 있다. 서비스 내용은 크게 ①건강과 독립성을 유지하기 위한 서비스, ②자택 내 안전과 관련된 서비스, ③지역사회 활동 지원 서비스와 같이 3가지로 분류된다. 건강과 독립성을 유지하기 위한 서비스에는 개인 돌봄·간호·건강관리 및 치료 서비스·식사 준비 및 식단 관리가 있고, 자택 내 안전한 생활을 위한 서비스로는 가사일 지원·주택관리·간단한 주택 개조·물품이나 기구 및 보조기술 등이 있으며, 지역사회 활동을 지원하기 위해서는 교통 지원 및 사회적 지원 서비스를 제공한다. 이외에 다른 종류의 서비스가 필요한 경우 서비스 제공기관(Approved provider)과 논의하여 필요로 하는 다른 종류의 서비스도 이용할 수 있다. 돌봄 욕구에 따라 기본적 지원부터 전문적이고 복잡한 지원까지 총 4가지로 구분하여 운영하고 있으며, 돌봄 수준에 따라 정부 지원금에도 차이가 있다. Level 1이 가장 기본적인 돌봄 수준, Level 4가 가장 복잡한 돌봄 수준이다. 수요자격에 대한 평가는 ACAT(Aged Care Assessment Teams)을 통해 이루어지며, 자격 승인 후 서비스를 받게 되는 데까지 소요되는 시간은 돌봄 수준에 따라 다르다. 또한 긴급한 정도에 따라 소요 시간이 달라지며, 필요도가 높거나 긴급한 경우 우선적으로 서비스를 받을 수 있다.

3.4 전달(Delivery) : 서비스 제공(기관, 인력, 제공과정)

3.4.1 한국

1) 서비스 제공 기관

먼저 서비스 전달 전략은 두 가지 차원에서 검토할 수 있다. 첫째는 민영화와 관련된 것으로 공공기관이 서비스를 직접 전달하는 방법과 국가가 민간기관과의 계약을 통해 간접적으로 전달하는 방법에 대한 내용이며, 둘째는 상업화와 관련된 것으로 민간기관 중 영리기관을 허용할 것인지 비영리 기관을 허용할 것인지에 대한 내용이다 (Gilbert & Terrel, 2005). 노인장기요양보험은 서비스 전달 전략으로 민영화와 상업화 전략을 모두 채택하여 서비스 제공기관에 대한 선택권을 부여한다. 민영화와 상업화 전략을 채택한 주요 이유는 수급자에게 선택권을 부여하는 것과 더불어 기존에 없던 새로운 제도권 안에서 서비스를 제공하기 위한 기관 및 인력을 단기간 안에 확보하기 위함이었다(석재은 외, 2020). 이러한 배경을 바탕으로 재가급여 기관의 주요 문제점을 살펴보면, 먼저 재가급여 기관의 자격요건은 노인장기요양보험 제도 도입 시 시설 및 인력에 대한 최소한의 요건만을 설정하고 지방자치단체의 장으로부터 지정을 받도록 하였으며 이후 자격기준에 대한 체계적인 정비가 이루어지지 않았다. 또한 공급기관에 대한 양적 규제가 제대로 이루어지지 않아 결과적으로 일정 규모와 조직력을 갖춘 법인 사업자는 적고 소규모 영세 개인 사업자가 난립하고 있다(이호용 & 문용필, 2021). 3년 이상 운영 중인 기관은 2018년 기준 60%에 불과하며(강은나 외, 2019), 운영주체는 2022년 기준 개인 83.6%, 비영리법인 12.0%, 영리법인 4.2%, 국가 혹은 지방자치단체 0.2%로(이윤경 외, 2022), 개인이 차지하는 비중이 전체의 80%를 초과하고 있다.

한편 민영화 및 상업화 전략을 선택한 또 다른 이유는 서비스의 질을 담보하기 위함이었다. 일반적으로 시장에서 공급자가 수요자를 확보하기 위한 전략에는 가격경쟁 전략과 품질경쟁 전략이 있는데, 노인장기요양보험은 수가 정책을 통해 정부에서 서비스의 가격을 통제하기 때문에 서비스 공급기관은 서비스 질 경쟁을 통해 수급자를 확보해야 한다(이기주 & 석재은, 2019). 하지만 소규모 영세 개인 사업자가 난립하게 되면서 서비스 공급기관 간의 지나친 경쟁을 야기하였고 불법 및 편법 행태 만연, 잦은 폐업 등으로 인한 서비스 제공 안정성 결여, 인력관리 및 서비스 질 관리 미흡, 공공성 취약 등의 다양한 문제를 초래하게 되었다(전용호, 2012b; 석재은, 2017). 정

부는 사회서비스의 민영화 및 상업화로 인해 발생하고 있는 다양한 문제점에 대한 해결하기 위한 방안으로 사회서비스원을 설립하여 사회서비스 제공기관의 공공성·전문성·투명성을 제고하고 종사자의 근무 환경 개선과 전문성 향상을 통해 사회서비스 질 향상을 도모하고자 하였다(중앙사회서비스원, 2022). 사회서비스원은 시·도지사가 설립하는 공익법인으로 지방자치단체로부터 국·공립 시설을 위탁받아 운영하고 서비스 종사자들을 직접 고용하고, 종합재가센터를 설치하여 재가서비스를 직접 제공하며, 그 외 민간 서비스 제공기관의 품질 향상을 위해 회계·노무·법률 등에 대한 상담·자문, 대체인력 파견 및 시설안전점검 지원, 지방자치단체의 사회서비스 정책수립을 위한 연구·조사 등을 수행하도록 하였다(보건복지부, 2019). 하지만 2023년 사회서비스원의 역할이 사회서비스의 직접제공에서 민간기관 지원으로 바뀌면서⁴⁸⁾ 본래의 주된 도입취지가 변경되었다.

2) 서비스 제공 인력

서비스 제공인력의 문제점은 크게 서비스 전반을 조정하고 관리하는 인력과 서비스를 직접 제공하는 인력에 대한 내용을 중심으로 살펴보았다. 먼저 전자의 경우, 노인 장기요양보험 제도 설계 당시 서비스 제공 여건 조성부터 서비스 제공까지 전반의 과정에 관여하고 총괄적인 관리 역할을 수행하는 이른바 케어 매니저를 두는 것을 검토하였으나 서비스 전달체계에서 공식적인 케어 매니저 없이 제도를 도입하는 것으로 최종 결정되었으며, 결과적으로 수급자 중심의 맞춤 돌봄 및 자원의 효율적 사용을 위한 케어매니지먼트 기능 및 이를 수행하는 역할 없이 운영되고 있다(석재은 외, 2020). 케어매니저는 수급자가 필요로 하는 다양한 서비스를 제공하는 각 기관들을 수급자의 욕구 해결을 중심으로 조직하고 조정하는 책임을 가진 사람으로, 수급자와 지속적으로 관계를 유지하면서 수급자에게 적합한 서비스 계획 수립·서비스 접근성 관리·서비스 제공 상황 점검을 비롯하여 서비스 결과와 수급자의 상태 등을 평가하는 일을 담당한다(Gilbert & Terrel, 2005). 현재 재가급여 돌봄 현장에서는 주로 사회복지사가 케어매니저의 업무의 일부를 담당하고 있다.

한편 서비스를 직접 제공하는 장기요양요원에는 요양보호사, 사회복지사, 간호조무사, 간호사, 물리(작업)치료사, 영양사 등이 있다. 이중 재가급여 서비스 이용 유형

48) 2023년 사회서비스원 표준운영지침Ⅱ를 보면, 2022년 사회서비스원 표준운영지침Ⅱ의 ‘기본 방향’에 있던 ‘사회서비스 공공성 향상을 위하여 사회서비스 제공기관을 운영하고 서비스 종사자를 직접 고용하여 서비스를 제공’한다는 내용이 삭제되고, ‘민관협업을 활성화하고 사회서비스 혁신지원을 강화, 민간 사회서비스 지원 가능 확대’가 신설됨.

중 방문요양 비중이 가장 높기 때문에⁴⁹⁾(이윤경 외, 2022) 가장 핵심적인 인력은 요양보호사라고 할 수 있다. 하지만 요양보호사는 저임금, 열악한 업무환경, 돌봄 노동에 대한 낮은 인식 및 불합리한 처우 문제 등으로 이직률이 높은 문제점이 있다. 이러한 현상은 노인장기요양보험이 도입된 이후 현재까지 지속되고 있으며, 2022년 장기요양실태 조사결과 소속된 장기요양기관의 근무기간이 1년 미만 약 21%, 1년 이상~5년 미만 약 59%, 5년 이상 약 20%이며⁵⁰⁾, 평균 근무기간은 3.3년이었다. 고용형태는 정규직 33.9%, 계약직 56.1%였으며(이윤경 외, 2022), 재가급여 기관의 장기요양요원 중 50세 이상이 92%를 차지하여⁵¹⁾(이윤경 외, 2022) 인력 고령화가 심각한 수준이다. 이러한 현상들은 인력 부족문제와 인력의 전문성 확보문제를 악화시키고 결과적으로 서비스 질 보장문제로 연결된다. 또한 수급자가 요양보호사를 존중하고 배려하지 않는 문화 속에서 공적 서비스를 남용하는 사례들이 위 문제들을 더욱 악화시키고 있다(석재은, 2017). 2022년 노인장기요양실태 조사 결과에서는 장기요양요원 중 수급자나 그 가족으로부터 받은 부당한 경험을 묻는 질문에 대해 전체 응답자 중 비난·고함·욕설 21.9%, 신체적 위협 13.3%, 성적 부당행위 8.3%, 업무 이외의 활동이나 초과업무 강요 10.5%를 경험한 것으로 확인되었고, 장기요양요원의 근무 환경 개선을 위해 필요한 사항을 묻는 질문에서도 직원 존중을 위한 수급자 및 가족 교육과 직원에 대한 사회적 인식 개선을 높은 순위로 대답하였다(이윤경 외, 2022)⁵²⁾. 즉 사회 서비스 및 돌봄 노동 가치에 대한 수급자의 그릇된 인식이 돌봄 인력 및 서비스 질 보장과 관련된 문제에 부정적인 영향을 끼치고 있는 것이다.

한편 노인장기요양보험은 서비스 제공기관과 서비스 종류를 선택할 수 있는 권한을 부여하지만, 서비스 직접 제공인력에 대한 선택 권한은 부여하지 않는다. 따라서 수급자는 계약을 체결한 재가급여 기관에 소속된 서비스 제공인력을 통해 서비스를 제공 받는다. 재가급여 기관은 서비스 제공직원을 결정하는 과정에서 수급자의 요구사항 및 특성 등을 고려하지만, 최종적인 결정 권한은 재가급여 기관에게 있다.

49) 직종별 구성 인력은 요양보호사 91.1%, 간호(조무)사 4.3%, 사회복지사 4.0%, 물리(작업)치료사 0.7%

50) 5년~10년 미만 14.5%, 10년 이상 5.8%

51) 20~29세 0.5%, 30~39세 1.3%, 40~49세 6.3%, 50~59세 24.2%, 60~69세 50.0%, 70세 이상 17.8%

52) 1순위에 대한 답변은 업무보조 장비 또는 기가지원이 26.4%가 가장 높았고, 그 뒤로 직원 존중을 위한 수급자(가족) 교육 17.2%, 서류업무 축소 또는 행정전산화 15.6%, 사회적 인식 개선 14.9% 등의 순이었으며, 2순위에 대한 답변은 직원에 대한 사회적 인식 개선 29.6%와 직원 존중을 위한 수급자(가족)교육이 21.6%로 가장 높았음.

3) 서비스 제공 과정

(1) 서비스 제공 절차

노인장기요양보험은 수급자에게 서비스 제공기관에 대한 선택권을 부여하여 수급자 중심의 서비스 전달시스템 구축하였다. 하지만 서비스의 수요와 공급을 전문적으로 관리하고 조정하는 케어매니지먼트 시스템은 도입하지 않았고, 국민건강보험공단에서 등급판정과 수요자 욕구사정 및 표준장기요양계획서 작성까지 수행하는 형태로 도입하였다(이정석 외, 2011; 석재은 외, 2020). 이는 정부가 수급자 중심의 맞춤 욕구 충족과 자원의 효율적 사용에 대한 적극적인 역할 및 기능을 사실 상 포기한 것이라고 할 수 있다(석재은 외, 2020). 이러한 배경을 바탕으로 서비스 계획 수립 및 제공 과정에 수급자가 적극적으로 참여하여 선택권을 행사할 수 있는지에 대해 국민건강보험공단에서 이루어지는 과정과 재가급여기관에서 이루어지는 과정으로 구분하여 살펴보았다.

먼저 국민건강보험공단에서는 자택 방문을 통한 장기요양인정 조사와 등급 판정 및 장기요양인정서·개인별장기요양이용계획서·복지용구 확인서를 발급하는데, 개인별 장기요양이용계획서의 작성은 수급자의 참여가 배제된 채 국민건강보험공단 직원에 의해 단독으로 이루어진다. 개인별장기요양이용계획서는 수급자의 기능상태·욕구 및 특성 등을 바탕으로 적합하고 개별화된 급여 이용계획을 수립하여 수급자에게 제공하는 서식이다(이정석 외, 2011). 노인장기요양보험법 제27조(장기요양급여의 제공)에서는 장기요양기관은 수급자가 제시한 장기요양인정서와 개인별장기요양이용계획서를 바탕으로 장기요양급여 제공 계획서를 작성하도록 정하고 있다. 하지만 개인별장기요양이용계획서는 작성과정에 수급자 및 가족을 참여시키지 않고 장기요양인정조사를 위한 가정 방문 시 파악된 수급자와 가족의 욕구 및 의견을 바탕으로 작성되고 있다. 즉 개인별장기요양이용계획서가 작성 과정과 방법에 있어 수급자의 충분한 욕구 사정 및 참여를 제한하고 있어 케어플랜 작성원칙에 부합하지 않는 중요한 문제점을 가지고 있다고 할 수 있다(이정석 외, 2011 재인용; 정재욱, 2015).

다음으로 재가급여기관에서 서비스가 제공되는 과정에서의 수급자의 참여 및 선택권 행사와 관련된 문제를 살펴보면, 먼저 재가급여기관은 건강보험공단에서 발급한 개인별장기요양이용계획서와 수급자의 가정 방문을 통해 확인한 사정평가(Assessment) 결과를 바탕으로 급여제공계획을 수립하는데, 역시 급여제공계획을 수립 과정에서도 노인의 참여 없이 담당 직원이 주체가 되어 작성하고 있다. 또한 수급자가 돌봄 서비스를 이용하는데 필요한 의사결정능력을 가지고 있는지를 평가하는 공식적인 절차가

없다. 장기요양인정 신청 시 의사의 소견서에 인지기능에 대한 평가가 포함되어 있으나, 이는 장기요양 등급 판정 단계에서 활용되며 재가급여 제공 과정에서 의사결정능력을 평가하는 데는 활용되고 있지 않다.

(2) 의사결정 지원

노인장기요양보험 재가급여 제공 과정에서 수급자 서비스를 이용하는데 필요한 의사결정능력에 어려움이 있는 경우 주로 가족 등의 보호자가 대신하여 의사결정을 하는 것이 일반적이다. 이는 수급자가 의사결정능력이 없거나 제한이 있는 경우 이들을 보호하는데 가장 큰 관심을 갖는 사람은 가족이라고 믿음 하에 가족의 대리 결정이 첫 번째 선택지라는 것에 대한 광의의 합의가 존재하기 때문일 것이다(Beauchamp & Childress, 2008). 하지만 가족의 대리결정이 노인의 의사와 일치하지 않을 수 있고, 의사결정능력이 온전치 않은 수급자를 적절하게 보호하기 위해서는 가족 등 보호자, 성년후견인, 법원이 정한 기관 혹은 특정인 등 권한이 있는 대리인이 이중 동의서 혹은 대리동의서 작성이 필요하다(Beauchamp & Childress, 2008). 권한이 있는 대리인을 찾을 수 없는 경우에는 재가급여기관에서 자체적으로 의사결정에 대한 윤리위원회를 구성하여 윤리위원회의 이름으로 대리동의서를 작성하거나, 노인이 거주하는 지역의 지방자치단체의 장을 통해 동의를 받는 절차가 필요하지만 현재 우리나라 재가돌봄 현장에서는 이와 같은 제도가 정착되어 있지 않다(제철웅 외, 2023). 한편 돌봄 이용에 대한 노인의 자기결정권 존중을 위해서는 의사결정 지원과 더불어 노인 스스로 적극적인 역할을 수행해야 하는데, 이를 위해서는 노인의 권리를 주장하고 옹호하는 전문 단체의 활동이 중요하다. 현재 우리나라의 노인 단체 대부분은 경로당, 체육활동, 자원봉사, 일자리 지원, 교육, 취미·문화 활동 사업 등 주로 노인 복지 향상을 위한 활동을 수행하고 있으며⁵³⁾, 노인과 관련된 사회문제를 해결하고 정책 형성 과정 등에 적극적으로 참여하고 노인의 권리를 주장하기 위한 전문적인 활동은 부족한 실정이다⁵⁴⁾.

3.4.2 미국

1) 서비스 제공 기관

53) 대표적으로 대한노인회, 한국노인복지중앙회, 전국노인복지단체연합회 등이 있음.

54) 2022년 다양한 분야의 전문가가 참여하여 학문적 연구, 정책 대안 개발, 정책 입안 및 입법안 마련 등의 활동을 통해 지역사회 돌봄을 확대·강화하여 '전국민돌봄보장' 실현을 목표로 하는 민간 재단이 설립되어 활동 중임.

앞서 살펴본 바와 같이 HCBS는 다양한 서비스를 제공하고 있고 이에 따라 다양한 서비스 제공기관이 존재한다. 이에 본 연구는 콜로라도 주의 노인재가돌봄에 해당하는 재가 및 지역사회 기반 서비스인 HCBS-EBD waiver 프로그램 중 노인장기요양보험 재가급여에서 제공하는 서비스와 유사한 서비스를 제공하는 IHSS(In-Home Support and Services)(이하 IHSS)를 제공하는 기관을 중심으로 살펴보았다. IHSS 기관은 콜로라도주 보건환경부(Colorado Department of Public Health and Environment, CDPHE)로부터 인증을 받고 메디케이드(Medicaid) 프로그램에 등록되어야 한다⁵⁵⁾. IHSS 기관이 되기 위해서는 먼저 콜로라도 보건환경부에 신청 후 초기 조사(Initial Survey), 기관 점검(Inspection) 및 인증조사(Certification Survey)를 받는다. 이후 IHSS 자격증을 발급 받으면, Consumer Direct of Colorado에서 시행하는 IHSS 기관 대상 필수교육을 이수해야하고, CMS로부터 메디케이드(Medicaid) 기관 인증을 받는 절차까지 완료되면 주정부의 IHSS 제공기관 목록(IHSS Provider List)에 등록되어 IHSS를 제공할 수 있다.

미국은 서비스 전달 전략으로 민영화 및 상업화를 채택하고 있기 때문에, 참여자에게 서비스 제공기관에 대한 선택권을 부여하고 있다. IHSS 기관은 크게 집안일(Homemaker Services), 개인돌봄(Personal Care Services), 건강유지서비스(Health Maintenance Services)를 제공하며, 돌봄제공 직원 고용주로서의 역할, 돌봄 계획 수립, 참여자 오리엔테이션 및 교육, 비상 상황에 대비한 계획 수립, 면허를 소지한 건강 전문가(Health Care Professional) 및 등록간호사(RN)를 통한 건강상태 관리 및 교육, 교대근무를 통한 24시간 비상 서비스 등을 제공한다. 콜로라도주의 IHSS는 전통적인 돌봄 모델인 기관중심 돌봄과 참여자의 선택권을 강화한 자기주도 돌봄 모델인 CDASS(Consumer-Directed Attendant Support Services)(이하 CDASS)의 특징이 혼합된 제도⁵⁶⁾로, IHSS 기관은 참여자가 선택한 직원을 고용하여 관리하는 역할을 수행해야 한다(Department of Health Care Policy & Financing, 2024). 그 외 안전하고 질 높은 서비스를 제공할 책임, 참여자의 존엄성·개인정보·재산·종교 및 문화를 존중할 책임, 참여자 방치 혹은 학대가 의심되는 경우 신고할 책임 외에 참여자의 돌봄 제공직원 선택 지원, 돌봄 제공직원의 기술 및 능력 확인, 교육 및 감독 등의 책임이 부여된다.

한편, 미국은 서비스 제공기관 유형별로 서비스 질 관리의 주체가 상이한데, IHSS 기관을 포함한 HCBS 기관의 경우 주정부에서 관리 책임을 가지고 있으며 CMS와 협력한다.

55) 10 Colo. Code Regs. § 2505-10-8.552

56) 부록 4. IHSS와 CDASS 비교 참고

주정부는 주로 설문조사 방식⁵⁷⁾을 통해 서비스 질을 평가하고 있으나(Watts & Musumeci, 2018), HCBS는 대상 인구집단과 서비스 종류, 운영 방법 등이 다양하기 때문에 측정 도구 또한 여러 종류가 사용되고 있으며 서비스 질 모니터링의 시행 주기와 결과 보고도 주별로 상이하다(Harrington et al., 2017). 따라서 HCBS에서 제공하는 서비스 질에 대한 측정 및 성과에 대한 데이터를 수집하여 제공하는데 한계가 있고, 서비스 제공기관 간 비교를 위한 표준적인 측정도구가 일반화되어 있지 않다(Harrington et al., 2017).

2) 서비스 제공인력

케이스 매니저라고 불리는 서비스 전문 관리 인력을 운영하고 있으며, 그 외 다양한 서비스 제공인력들이 활동하고 있다. 서비스 제공인력을 전문 서비스 제공인력과 직접 돌봄 제공인력으로 구분하여 살펴보면, 먼저 전문 서비스 제공인력에는 Registered Nurses(RN), Licensed Practical Nurses(LPN), Advanced Practice Registered Nurses(APRN), Physician Assistants(PA), 사회복지사가 있으며, 업무 난이도 및 전문성에 따라 교육요건 및 자격요건을 상이하게 정하고 있다. LPN은 RN보다 제한적인 역할을 수행하고 APRN은 전문 분야에서 독립적인 건강관리 서비스를 제공하며 일차의료를 제공하는 Nurse Practitioners(NPs), Clinical Nurse Specialists(CNS), Certified Nurse Anesthetists(CNA), Certified Nurse Midwives를 포함한다. Physician Assistants(PA)는 의사의 지도·감독 하에 근무하나 건강관리 서비스나 약물 처방은 단독으로 수행 가능하여 의사가 부족한 지역에서 일차의료를 제공할 수 있다.

직접 제공인력에는 Nurse Aides, Home Health Aides, Personal & Home Care Aides가 있으며, Nurse Aides, Home Health Aides는 고등학교나 전문대학 등에 준하는 학력 수준을 요구하고, Personal & Home Care Aides는 일반적으로 고등학교 수준의 학력 수준이 필요하나 일부 업무의 경우 공식적인 교육 요건을 요구하지 않는 경우도 있다. Nurse Aides와 Home Health Aides는 일상생활에 필요한 돌봄을 제공하며 등록간호사(RN) 및 다른 건강 전문가의 감독 하에 일부 임상 서비스를 제공할 수 있다. Nurse Aides는 병원, 요양시설 등에서 근무하는 경우가 많고 Home Health Aides는 재가건강관리기관(Home Health Agency)에서 근무하는 경우가 많다. Personal & Home Care Aides는 임상 서비스 제공을 할 수 없다. 한편 IHSS는 앞서 언급한 바와 같이 전통적인 기관주도 돌봄 제도와 자기주도 돌봄 제도가 혼합된 제도이기 때문에 자기주도 돌봄제도의

57) National Core Indicators-Aging and Disability(NCI-AD), CAHPS HCBS survey 외 기타 소비자 만족도 설문조사

일부 특징을 가지고 있어, 서비스 제공직원을 선택할 수 있는 권한이 부여되며 서비스 제공기관을 통해 고용 권한을 행사할 수 있다.

한편 미국도 돌봄 인력부족으로 인한 어려움을 겪고 있다. 낮은 급여와 복지 부족, 높은 업무 부담, 제한된 승진 기회 등으로 인력 유치 및 유지문제가 지속되고 있다 (Commission on Long-Term Care (Ed.), 2013). 2013년에서 2019년 동안 돌봄 직접 제공인력의 규모가 성장하였지만, 인력의 공급보다 수요의 증가가 더 컸기 때문에 HCBS 참여자 100명 당 돌봄 직접 제공인력은 같은 기간 동안 11.6%가 감소하였다(Kreider & Werner, 2023). 지난 10년 동안 임금을 지속적으로 인상시켜왔지만 여전히 인력 부족 문제를 겪고 있으며(Paraprofessional Healthcare Institute, 2023), 인력 부족 문제를 해결하기 위해 급여 인상, 교육 및 훈련 프로그램 개발 혹은 확대, 인력 채용 및 유지를 위한 인센티브 지급 등 다양한 조치를 취하고 있다(Burns et al., 2023). 한편 고용 형태는 정규 근무(Full-time) 56%, 기간제 근무(Part-time) 43% 이었고, 연령 분포는 55세 미만 65%, 55세 이상 35%이었으며⁵⁸⁾, 중위 연령은 48세(Paraprofessional Healthcare Institute, 2023), 근속기간은 5년 미만 38.5%, 5년 이상 60.1%⁵⁹⁾이었다 (Westerfield, 2015).

3) 서비스 제공 과정

(1) 서비스 제공 절차

IHSS를 중심으로 서비스 제공절차를 살펴본 결과⁶⁰⁾, 특징적인 내용은 서비스 신청 후 사정평가(Assessment) 단계에서 참여자는 돌봄제공 직원(Personal Care Attendants)을 직접 선택하기 원하거나, 의사결정 과정을 지원해주는 대리인(Authorized Representative, AR)을 원하는 경우 케이스 매니저에게 이를 알려야 한다는 것이다. 케이스 매니저는 참여자의 요청이나 의사의 평가 결과 돌봄에 대한 의사결정을 지원해줄 대리인(AR)지정이 필요한 것으로 판단된 경우 IHSS 기관과 함께 대리인(AR)을 지정할 수 있도록 지원한다. 또한 사정 평가(Assessment) 완료 후 돌봄 계획(Care Plan)을 작성하는 과정에 참여자 혹은 대리인(AR)이 참여하여 케이스 매니저와

58) 16-24세 10%, 25-34세 15%, 35-44세 18%, 45-54세 22%, 55-64세 23%, 65세 이상 12%
59) 무응답 1.3%

60) 콜로라도 메디케이드(Medicaid)에서 제공하는 IHSS Resource Guide 및 콜로라도주 사회복지부(Department of Human Services)의 Rule 10 CCR(Colorado Code Regulations) 2505-10-8.552-In-Home Support Services에서 정하고 있는 내용을 바탕으로 확인함.

함께 서비스 제공 일정 및 세부 정보들에 대해 논의한다. 이후 케이스 매니저와 IHSS 기관이 참여자에게 필요한 서비스를 제공하기 위한 내용을 함께 검토하고 케이스 매니저가 돌봄 계획(Care Plan)을 승인한다. 한편 IHSS 기관은 참여자가 원하는 돌봄제공 직원(Personal Care Attendants)이 있는 경우, 해당 직원을 고용하고 교육을 시행한다. 이후 서비스를 제공할 수 있는 기술이 검증되면 돌봄 계획에 따라 서비스 제공을 시작하며, 돌봄제공 직원에 대한 고용주로서의 책임은 IHSS 기관이 갖는다. 그리고 참여자는 케이스 매니저가 결정된 후부터 케이스 매니저 및 IHSS 기관과 정기적으로 소통해야 한다.

(2) 의사결정 지원

IHSS 서비스를 이용하는 과정에서 참여자, 가족 혹은 후견인은 서비스를 이용하는데 의사결정 지원자가 필요한 경우 대리인(AR)을 지정할 수 있다. 대리인(AR)은 18세 이상으로 참여자와 최소 2년 이상 알고 지낸 사람으로 서비스를 지시하고 관리할 판단력과 능력을 갖추고 있어야 하며, 참여인의 돌봄제공 직원은 대리인(AR)이 될 수 없다⁶¹⁾. 또한 착취, 학대 혹은 폭행과 관련된 범죄 이력 및 참여자에게 피해를 줄 수 있는 정신적·정서적·신체적인 문제가 없어야 한다. 대리인(AR)의 역할 및 책임은 참여자와 대리인(AR), 그리고 IHSS 기관이 협의하여 작성하는 책임계획 공유문서(Shared Responsibilities Plan)에 명시하며, 이들의 의사결정이 법적 후견인이나 위임장의 효력을 대체하지 않는다. 대리인(AR)이 지정되었다고 해서 의사결정 과정에 가족의 참여가 제한되는 것 또한 아니다. 대리인(AR)은 IHSS 참여자를 위해 봉사하는 역할이기 때문에 급여는 지급되지 않는다(Department of Health Care Policy & Financing, 2023).

한편 노인이 이러한 지역사회 기반의 재가 돌봄제도를 합리적으로 이용할 수 있도록 지원하는 것을 포함하여 노인과 관련된 다양한 분야에 있어 노인의 이익과 권리를 향상시키기 위한 민간단체의 활동도 활발히 이루어지고 있었다. 대표적으로 NCOA(National Council On Aging)⁶²⁾는 1950년에 설립된 비영리 단체로 노인의 건강한 생활과 경제적 안정, 연령차별 및 노화와 관련된 연방 프로그램 강화 등을 위한 노인 옹호활동, 메디케이드(Medicaid), 메디케어(Medicare), Older Americans Act 등 노인과 관련된 법률 제정 및 관련 프로그램 개발과정에 의견을 제시하고 각종 연구를 수행하며 정책 활동에도 활발히 참여한다. 또한 AARP(American Association of Retired People)는 미국 은퇴자 협회로, 1958년 설립된 미국 내 가장 영향력 있는 단체 중 하

61) 돌봄제공 직원이 다른 참여자의 대리인(AR)이 되는 것은 허용함.

62) <https://www.ncoa.org/> 2023.12.30. 방문

나이다. 메디케어(Medicare), 의료서비스, 간병인 지원, 처방약 수가 등과 같은 건강 관련 문제 및 사회보장, 금융 및 재정, 직업 및 사회활동, 사기예방, 주거 및 식사, 보험, 연령차별 등 노인과 관련된 각종 사회 문제 및 정책 형성 등에 참여하여 노인의 이익과 권리를 대변하고 옹호하기 위한 전문적인 활동을 하고 있다.

3.4.3. 호주

1) 서비스 제공 기관

Aged Care Quality and Safety Commission Act 2018에 따라 Aged Care 서비스를 제공할 수 있도록 승인을 받은 서비스 제공기관을 ‘Approved provider⁶³⁾’ 라고 한다. 서비스제공 기관이 되기 위해서는 노인돌봄 품질 및 안전 위원회(Aged Care Quality and Safety Commission, ACQSC)(이하 ACQSC)에서 요구하는 인력 및 시설 등의 기본 요건을 갖추어 신청을 하고 ACQSC로부터 평가 후 인증을 받아야 한다. 신청 자격을 갖추기 위한 기본 요건은 먼저 신청자는 법인이어야 하고, 노인에게 적합한 돌봄 서비스를 어떻게 제공할 수 있을지 입증해야 하며, 특히 법인의 핵심 인력(Key Personnel)⁶⁴⁾을 구성해야 한다. 또한 행정기구 및 서비스 질 등에 대한 자문기구를 갖추고 있어야 한다⁶⁵⁾. ACQSC는 Aged Care 서비스 질 및 안전과 관련된 각종 평가 및 조사, 서비스에 대한 불만 해결, 중대사고 대응 체계(Serious Incident Response Scheme, SIRS) 관리, 서비스 품질 및 안전 모니터링 외에 서비스 제공기관의 Aged Care 시장 진입 승인, 규제·감독, 정보·지침·교육 제공 등의 업무를 담당한다. 또한 Aged Care 행동 강령을 준수하는지 모니터링하고 핵심인력(Key Personnel)의 적합성 등 Aged Care 근로자 및 관리인을 규제하는 역할도 수행한다.

63) 후술부터는 ‘서비스 제공기관’이라고 함.

64) Key personnel에 대한 내용은 Aged Care Act 1997 8-3A에서 정의하고 있음. Key personnel은 중대한 범죄 이력이 있거나 파산자, 정신적으로 불안정한 상태인 자 등 부적합한 요건에 해당해서는 안 됨. Key personnel은 해당 기관의 고용여부와 무관하며, 이사 및 이사회 구성원을 포함하여 기관 경영과 관련된 결정에 대한 책임이 있는 사람, 기관 활동을 계획하고 지시하며 통제하는 권한 및 책임이 있는 사람, 간호서비스에 대한 책임이 있는 사람, Aged care 서비스의 일상적 운영에 책임이 있는 사람임. 더불어 서비스 제공기관은 Key personnel에 대한 기준을 지속적으로 관리해야하며, 자격 박탈 및 주요 인사 변경과 같은 중대한 변경사항이 있는 경우 이에 대한 보고의무가 있음.

65) 행정에 대한 자문기구는 돌봄의 품질을 분석하고 평가하며, 서비스 질 관리에 대한 자문기구는 서비스 질에 대한 수요자 및 직원의 피드백, 접수된 불만사항 및 조치내역, 위원회의 조치, 개선 방안 및 진행상황, 직원의 가용성 및 이직률 등을 포함한 직원에 관한 정보들을 최소 6개월 단위로 정부에 서면 보고서를 제출해야 함.

호주 역시 서비스 전달 전략으로 민영화 및 상업화를 채택하고 있기 때문에, 수요자에게 서비스 제공기관에 대한 선택권을 부여하고 있다. 서비스 제공기관은 재가돌봄을 CDC에 근거하여 제공해야 하며, 돌봄 품질 표준(Aged Care Quality Standards)에 따라 안전하고 효과적인 돌봄을 통해 개인의 독립성, 건강, 복지 및 삶의 질을 최적화시킬 수 있는 일상생활을 지원해야 한다. 또한 수요자가 돌봄에 대한 가장 높은 참여수준인 Self-management⁶⁶⁾ 방식을 선택한 경우에도 수요자의 요구, 목표 및 선호를 바탕으로 하는 질 높은 돌봄과 서비스를 제공하기 위한 케어 매니지먼트를 제공해야 하며 이와 관련하여 발생하는 비용은 소요된 작업에 비례하여 비용을 청구할 수 있다. 특징적인 내용은 My Aged Care 사이트를 통해 자신에게 적합한 서비스 제공기관을 찾을 수 있도록 정보를 제공하고 있는데, 관심 있는 서비스 제공기관들을 선택하여 비교할 수 있고 비교 정보에는 서비스 질(서비스에 대한 불만 이슈가 있었는지), 서비스 종류별 비용, 케어 매니지먼트 비용, 종교·언어에 대한 지원, 재정상태 등에 대한 내용을 포함하여 효과적으로 서비스 제공기관을 선택할 수 있도록 지원하고 있다.

중요한 부분은 ACQSC에서 서비스 제공기관 자격 요건을 평가하고 승인 후 이들에 대한 관리·감독 역할을 수행한다면, 건강 및 노화 부(Department of Health and Ageing)에서는 서비스 제공기관에 대한 양적 규제를 위한 역할을 수행한다는 것이다. 이를 통해 70세 이상 고령 노인 인구수와 지역을 고려하여 서비스 제공기관의 수를 계획함으로써 도시와 시골 지역 모두 노인 인구수에 따른 서비스 제공기관의 공급을 관리하고 있다. 2015년 6월 30일 기준 70세 이상 노인인구 1,000명 당 111.5개(시설급여기관 81.1개, 재가급여기관 30.4개)를 운영 중이며, 2021년~2022년 70세 이상 노인인구 1,000명 당 125개의 서비스 제공기관을 운영하는 것을 계획하고 있다⁶⁷⁾.

한편 서비스 제공기관 운영주체는 크게 비영리, 영리, 주정부 및 지방정부로 구분된다. 비영리 제공기관은 자선단체, 종교단체 및 지역사회 기반 제공자로 구성되어 있으며, 서비스 제공기관 중 가장 큰 비중을 차지한다. 주정부 및 지방정부는 주로 농어촌 등 서비스 제공기관이 부족한 지역에서 서비스를 제공한다. 2022년 6월 기준 운영주체별 시장 점유 비율은 비영리 제공기관 55%(464개), 영리 제공기관 33%(282개), 주정부

66) 호주는 CDC를 의무 적용한 재가돌봄을 제공하되 돌봄에 대한 참여수준을 선택하도록 하고 있는데, 가장 높은 참여수준이 Self-management 방식이며 자세한 내용은 호주의 자기주도 돌봄 제도 부분에서 다루었음.

67) https://www.aph.gov.au/About_Parliament/Parliamentary_Departments/Parliamentary_Library/pubs/rp/rp1617/Quick_Guides/Aged_Care_a_quick_guide 2024.04.30. 방문

및 지방정부 12%(KPMG, 2023), 비영리 기관 및 정부에서 운영하는 서비스 제공기관이 영리를 목적으로 운영하는 서비스 제공기관보다 훨씬 많은 비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

2) 서비스 제공 인력

케어 매니저라고 불리는 서비스 전문관리 인력을 운영하고 있으며, 간호사가 케어 매니저 역할을 수행하는 경우가 많다(Department of Health, 2020). 그 외 다양한 종류의 인력들이 재가돌봄 현장에서 활동하고 있고, 업무 난이도 및 전문성에 따라 교육요건 및 자격요건을 상이하다. Registered Nurse(RN), 작업치료사, 물리치료사, 발치치료사, 청력치료사, 언어치료사 등은 학사학위 혹은 그 이상의 자격에 상응하는 기술을 요구한다. Enrolled Nurses는 RN의 감독 하에 병원, Aged Care, 건강관리 시설 및 지역사회에서 활동하고, 의약품 투여와 같은 치료 및 중재를 제공하고 반응을 모니터링 하며 RN과 다른 팀원들이 제공하는 서비스를 보조한다. 원주민 건강관리 직원(Indigenous Health Workers)은 원주민 공동체에 돌봄 서비스를 제공하고 조정하는 업무를 보조하는데, 건강 교육 시행, 건강 기록 및 통계 결과를 관리하고, 근무하는 지역에서 수요자의 권리에 대한 대변인으로서 다른 돌봄 근로자와 소통하고 통역하는 역할 등을 수행한다. 복지지원 직원(Welfare Support Workers)은 심리적·재정적 문제, 여가, 건강, 주택 및 사회복지 문제와 관련하여 수요자를 지지하고 정보 및 조언을 제공하며 서비스를 평가하고 조정한다. 이들의 교육요건 및 자격요건은 전문인력보다 낮은 수준을 요구한다. 서비스 직접제공 인력에는 Aged & Disabled Carer와 Nursing Support & Personal Care Worker가 있다. Aged & Disabled Carer는 노인 및 장애인 자택에서 일반적인 가사업무, 정서적지지, 돌봄을 제공한다. Nursing Support & Personal Care Worker는 다양한 건강, 복지, 지역사회 환경에서 환자들에게 도움, 지원 및 직접적인 돌봄을 제공한다. 한편 호주는 자기주도돌봄 제도를 운용하고 있기 때문에, 서비스 제공 인력에 대한 선택 및 고용 권한을 부여하며 고용 권한은 서비스 제공기관을 통해 행사하도록 하고 있다.

2020년 Aged Care 인력 조사결과 보고서에 따르면, 호주의 재가돌봄 인력⁶⁸⁾ 구성은 개인돌봄 직접 제공인력이 88%, 간호사 6%, 그 외 건강 전문직 및 보조직군이 6%를 차지하여 개인돌봄 직접 제공인력이 대부분을 차지하고 있다. 개인돌봄 직접 제공인력의 고용형태는 55%가 정규직(Permanent Employee), 44%는 계약직(Casual/Contractor)이

68) HCP 인력을 기준으로 함.

며 정규직 중 95%는 기간제(Part-time)로 근무하고 있다. 또한 감염예방 및 관리, 치매돌봄, 상처관리, 낙상위험 관리, 노인학대 등 특정 분야의 전문기술 중 하나 이상을 보유하고 있는 경우가 많고⁶⁹⁾, 연령분포는 50세 미만 54%, 50세 이상이 45%, 40세 이하가 약 30%를 차지하였으며⁷⁰⁾(Department of Health, 2020), 평균연령은 47세로 인력이 고령화되고 있다(Victorian Council of Social Service, 2020). 호주 역시 저임금, 열악한 근무 환경, 높은 이직률 등으로 인한 돌봄 직접제공 인력 부족 문제를 겪고 있는데, 이직률이 증가하고 이민자가 감소하면서 매년 3만명~3만5천 명의 돌봄 직접 제공인력이 부족할 것으로 예상하고 있다(Winzar, 2022). 이에 기술력을 갖추고 질 높은 서비스를 제공할 수 있는 인력을 확보하기 위해 급여 인상, 지속 가능한 인력 양성, 돌봄 직접제공인력에 대한 등록제도 검토, 인력의 기술력 향상을 위한 투자 등을 고려하고 있으며(Victorian Council of Social Service, 2020), 2023년 7월 1일부터 15%의 급여 인상을 시행하여 약 25만 명에게 혜택을 주고 있다(Department of Health and Aged Care, 2023).

한편 호주는 VET(Vocational Education Training)와 AQF(Australian Qualifications Framework) 시스템을 통해 연방정부, 주정부 및 지역정부의 공동 책임 하에 각 교육 및 훈련 분야의 자격을 하나의 포괄적인 국가 자격 프레임워크로 통합하여 관리함으로써 돌봄 분야와 관련된 자격과 경력을 전문적으로 취득하고 발전시켜 나갈 수 있도록 지원하고 있다. VET는 정부와 공립 직업교육기관인 TAFE(Technical and Further Education), 사립 직업교육기관인 RTO(Registered Training Organizations)와 협력하여 직업을 갖는데 필요한 전문적 지식, 기술 및 역량을 구축하여 진로를 발전시키도록 한다. RTO는 어린이 돌봄 및 노인 돌봄 등 특정 산업이나 분야에 특화되어 있는 경우가 많으며, 정부기관인 ASQA(Australian Skills Quality Authority)에 의해 관리 및 규제를 받는다. AQF(Australian Qualifications Framework)는 1995년에 처음 도입되었으며, VET에 관한 자격을 규정하는 국가정책이다⁷¹⁾. 연방정부, 주정부 및 지역정부의 공동 책임 하에 각 교육 및 훈련 분야의 자격을 하나의 포괄적인 국가 자격 프레임워크로 통합하여 관리하는 역할을 한다. 이를 통해 직업과 관련된 공인 자격의 취득 경로를 용이하게 하고 교육 및 직업훈련에 대한 국가의 규제와 질 관리가 이루어지는데, TEQSA(Tertiary Education Quality and Standards Agency)를 통해 각 과정

69) 감염예방 및 관리 71%, 치매돌봄 68%, 상처관리 24%, 낙상위험관리 49%, 노인학대 65%

70) 20세 미만 1%, 20~29세 13%, 30~39세 18%, 40~49세 23%, 50~59세 29%, 60세 이상 16%

71) 고등학교 교육수준인 Level 1부터 박사학위에 해당하는 Level 10까지 총 10단계의 Level로 구분됨.

에 대한 감독 및 관리가 이루어진다.

3) 서비스 제공 과정

(1) 서비스 제공 절차

CDC를 사용하여 재가돌봄을 제공하므로 서비스 제공기관은 ACAT의 평가결과를 참고하여 수요자와 케어매니저가 돌봄계획을 함께 수립하는 것은 매우 중요하다. 돌봄계획은 Aged Care Act 1997의 섹션 54-1와 56-2, User Rights Principles 2014 및 Quality of Care Principles 2014 등에 근거하여 수요자의 요구, 목표, 선호에 기반하여 노화와 관련된 건강 및 안녕 상태를 극대화 하는데 초점을 맞춘다. 이는 수요자가 재가돌봄 정책 의도를 이해하고 그들이 돌봄 요구 및 목표를 관리할 수 있도록 지원하기 위함이다. 수요자가 동의하는 경우 수요자의 주치의 및 다른 건강 전문가들이 돌봄계획 개발 과정에 참여할 수 있다. 또한 수요자가 계약을 체결한 서비스 제공기관에서 제공하지 않는 서비스를 필요로 하는 경우, 서비스 제공기관은 하도급 계약 및 인력 중개서비스 등을 이용하거나 돌봄직원을 직접 고용하여 서비스를 제공할 수 있다. 또한 수요자가 CDC에 근거하여 특정 돌봄직원에 의해 서비스를 제공받기를 원하는 경우, 수요자는 서비스 제공기관에게 이를 요청할 수 있다. 서비스 제공기관은 돌봄계획이 체결되기 전에 이 비용에 대해 수요자와 협의해야 한다. 또한 서비스 제공기관은 Aged Care Act 1997의 Sections 47, 48, 52D-1, 56-2 및 96, User Rights Principles 2014, Fees and Payments Principles 2014에 근거하여 수요자의 개인패키지 예산을 적절하고 투명하게 관리해야 하고 매월 상세한 명세서를 수요자에게 제공해야 한다. 한편 과도한 서비스 관리비용 지출을 제한하기 위하여 2023년 1월 1일부터 케어 매니지먼트에 대한 비용은 개인패키지 예산의 20% 한도 내에서만 부과할 수 있도록 제한하였다.

(2) 의사결정 지원

호주는 재가돌봄을 CDC 방식으로 제공하기 때문에 노인의 인지능력에 문제가 발생한 경우에도 돌봄에 대한 선택과 지시를 계속해서 할 수 있도록 지원하기 위한 장치를 갖추고 있는데, 특히 대리인(Representative, Agent) 제도와 권리 옹호 및 대변 제도가 활성화되어 있다. 먼저 대리인 중 Representative는 Regular Representative와 Authorized Representative로 구분되며, Regular Representative는 노인이 의사결정 능력이 있는 경우 노인과 함께 혹은 대신하여 의사결정을 수행할 수 있는 사람이고,

Authorized Representative는 노인이 의사결정 능력이 없는 경우 노인을 대신하여 의사결정을 수행할 수 있는 사람이다. 반면 Agent는 Representative와 유사한 역할을 수행하지만 수요자를 대신하여 의사결정을 할 수 없고, My Aged Care의 정보도 제한된 범위 내에서만 접근할 수 있다. 신뢰할 수 있는 전문 인력이나 공식적인 권리 옹호 단체가 Agent 역할을 수행할 수 있고, 가족이나 친구 등은 Agent가 될 수 없다. 대변인(Advocate)의 경우 Aged Care 시스템에 대한 노인의 권리를 대변하는데, 돌봄 서비스 유형 결정, 돌봄 서비스에 대한 지식 및 기술 교육, 돌봄 서비스 관리, 돌봄 제공직원 혹은 제공기관과의 문제 발생 시 문제 해결, 법적 후견인 정보 지원 등의 업무를 수행한다. 하지만 Representative와 달리 수요자를 대신하여 의사결정을 할 수 있는 권한은 없다.

대변인(Advocate) 제도에 대해 보다 상세히 살펴보면, 호주 정부는 CDC 도입하면서 수요자의 선택권 강화에 따른 보호 장치로 노인의 권리를 옹호하고 대변하기 위한 제도에 대한 개혁을 함께 시행하였다(Moore, 2021). 인지능력 변화 및 의사결정 능력에 제한이 있는 사람을 옹호하고 대변하는 역할을 수행하는 NACAP(National Aged Care Advocacy Program)를 도입하여 OPAN(Older Persons Advocacy Network)⁷²⁾이라는 단체를 통해 운영하고 있으며 Aged Care Act 1997에 따라 국가 자금이 지원된다. NACAP는 노인이 Aged care 서비스 이용과 관련된 선택과 권리를 이해할 수 있도록 돕고 의사결정 과정을 지원하며 Aged care 서비스를 원활히 이용하도록 한다. 한편 호주 역시 미국과 마찬가지로 노인의 권리를 옹호하고 대변하는 민간단체의 전문적인 활동이 활발히 이루어지고 있다. 대표적으로 Council on the Ageing(COTA)⁷³⁾와 National Seniors Australia(NSA)⁷⁴⁾ 등과 같은 비영리 기관인 노인 단체가 노인의 권리, 처우와 복지 중

72) 기존에는 NACAP를 각각 독립적으로 제공하던 9개의 주 및 지방 정부가 Aged care에 대한 노인 지지 및 옹호활동을 국가적 차원에서 일관성 및 전문성 등을 향상시키고 보다 체계적인 운영을 위해 MOU(Memorandum of Understanding)를 체결하여 2017년 3월 9개의 회원 기관을 가진 OPAN이 결성되었다. 9개의 주 및 지방 정부의 회원 기관은 아래와 같다.

1. Australian Capital Territory: ACT Disability, Aged and Carer Advocacy Services (ADACAS)
2. New South Wales: Seniors Rights Service(SRS)
3. Northern Territory: Darwin Community Legal Service(DCLS)
4. Northern Territory Central: CatholicCareNT(Central Australia)
5. Queensland: Aged and Disability Advocacy Australia(ADA Australia)
6. South Australia: Aged Rights Advocacy Service(ARAS)
7. Tasmania: Advocacy Tasmania
8. Victoria: Elder Rights Advocacy(ERA)
9. Western Australia: Advocare

73) <https://cota.org.au/> 2023.12.05. 방문

진 등을 위해 활동하고 있다. 이들은 노인돌봄 및 연령차별, 건강 비용 등과 같은 문제에 대해 연구를 수행하고 보고서를 작성하여 정부 및 의회에 제출하는 등 노인과 관련된 정책에 그들의 의견을 적극적으로 표현한다. 그 외에도 노인의 삶의 질을 개선하고 보호하며 권리를 옹호하기 위한 다양하고 전문적인 활동을 수행한다.

3.5 재정(Finance) : 조달방법 및 현황

3.5.1 한국

노인장기요양보험의 재정은 보험료, 국고지원금, 의료급여 부담금, 기타수입으로 구성된다. 보험료는 국민건강보험료와 통합하여 일괄 부과 및 징수하되 노인장기요양보험료와 국민건강보험료를 구분하여 고지하고, 국민건강보험료와 노인장기요양보험료를 각각 독립회계로 관리하고 있다⁷⁵⁾. 2023년 기준 국민건강보험료율은 7.099%, 노인장기요양보험료율은 소득대비 0.91%이다. 국고 지원금은 매년 예산 범위 내에서 해당 연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 해당하는 금액이며, 의료급여 부담금은 의료급여 수급자의 장기요양급여비용 중 국민건강보험공단의 부담 비용과 관리운영비를 국가 및 지방자치단체가 함께 부담한다. 노인장기요양보험의 재정상태를 살펴보면 2009년 수입 2조 238억원, 지출 1조 8,791억원에서 2022년 수입 13조 6,605억원, 지출 11조 9,941억원으로 수입은 약 6.7배(연평균 15.8%), 지출은 약 6.38배(연평균 15.3%) 증가하였다(박선아, 2023). 향후 재정 전망은 2023년 수입 15.1조원, 지출 14.6조원에서 2032년 수입 32.4조원, 지출 34.8조원으로 수입은 연평균 8.89%씩 증가하고 지출은 연평균 10.14%씩 증가하여 2026년부터 적자가 지속되어 2031년에 누적준비금이 소진될 전망이다(박선아, 2023). 한편 2022년 상반기 건강보험 노인장기요양보험 주요 통계 결과에 따르면, 2022년 상반기 기준 총 급여비는 6조 928억 원으로 재가급여비가 3조 7,387억원, 시설급여비가 2조 3,515억 원이며, 1인당 월평균 급여비는 1,341,120원이고 이중 공단 부담금이 1,220,473원으로 공단 부담률이 91%를 차지하였다(국민건강보험공단,

74) <https://nationalseniors.com.au/> 2023.12.05. 방문

75) 노인장기요양보험법 제8조(장기요양보험료의 징수)

- ① 공단은 장기요양사업에 사용되는 비용에 충당하기 위하여 장기요양보험료를 징수한다.
- ② 제1항에 따른 장기요양보험료는 「국민건강보험법」 제69조에 따른 보험료(이하 이 조에서 “건강보험료”라 한다)와 통합하여 징수한다. 이 경우 공단은 장기요양보험료와 건강보험료를 구분하여 고지하여야 한다. <개정 2011. 12. 31.>
- ③ 공단은 제2항에 따라 통합 징수한 장기요양보험료와 건강보험료를 각각의 독립회계로 관리하여야 한다.

2022).

3.5.2 미국

LTSS의 주요 재원은 메디케이드(Medicaid)이다. 2020년 기준 LTSS에 지출한 비용이 전체 국가 의료비 지출의 약 10%에 해당하는 4천억 달러 이상이었는데 메디케이드(Medicaid)가 54%를 지불하였다. 메디케이드(Medicaid)의 재정은 연방정부와 주정부가 공동으로 지원하며⁷⁶⁾, 2021년 회계연도 기준 메디케이드(Medicaid) 지출은 총 7,280억 달러였고, 이중 69%는 연방정부가 31%는 주정부가 부담하였다(Williams et al., 2023). 메디케이드(Medicaid) 가입자 중 아동은 전체 가입자의 40%이지만 아동에게 지출된 규모는 전체 지출의 17%에 불과한 반면, 장애인 및 65세 이상 노인은 전체 가입자의 21%이나 전체 지출의 55%를 차지하여 메디케이드(Medicaid) 재정의 절반 이상이 장애인과 노인에게 지출되고 있다(Williams et al., 2023), 이러한 메디케이드(Medicaid)의 지출 경향은 1975년 이후 노인과 장애인에 대한 지출이 아동에 대한 지출을 초과한 뒤(Provost & Hughes, 2000), 현재까지 지속되고 있다. LTSS 지출 또한 2019년 기준 65세 미만 장애인에게 50%, 65세 이상 노인에게 45%가 사용되어(Chidambaram & Burns, 2022), 메디케이드(Medicaid)의 LTSS 지출 대부분이 장애인과 노인에게 사용되고 있음을 알 수 있다. 한편 서비스 이용자가 부담하는 비용은 콜로라도주의 경우 일부 서비스를 제외하고 대부분 본인 부담금이 없으며, 메디케이드(Medicaid) 가입자의 월 가구소득의 5%를 본인부담금의 월 상한액으로 정하고 있다⁷⁷⁾. 한편 메디케이드(Medicaid) 지출 규모는 1975년 130억 달러, 1990년 720억 달러, 2000년 2,060억 달러, 2010년 4,020억 달러, 2022년 8,240억 달러로 지속적인 증가 추세에 있다⁷⁸⁾.

3.5.3 호주

Aged Care의 재원은 호주 정부의 지원금⁷⁹⁾과 수요자의 본인 부담금으로 이루어져 있다.

76) 주정부에 대한 연방정부의 지원은 연방의료지원율(Federal Medical Assistance Percentage: FMAP)에 따라 다르며, 이는 평균 1인당 소득이 낮은 주에게 더 많은 지원이 가능하도록 설계되어 2023년 회계연도 기준 50%~78% 범위 내에서 이루어짐(Williams et al., 2023).

77) <https://www.healthfirstcolorado.com/copay/#copaymaximum> 2024.6.20. 방문

78)

<https://www.statista.com/statistics/245348/total-medicaid-expenditure-since-1966/> 2024.6.20. 방문

79) HCP 할당 시 정부에서 지원하는 금액은 돌봄 수준에 따라 상이하며, 2024.6.20. 기준으로 다음과 같음(<https://www.myagedcare.gov.au/help-at-home/home-care-packages>).

Level 1: Basic care needs, \$10,271.10 / 1년

Level 2: Low care needs, \$18,063.85 / 1년

수요자의 본인 부담금은 자산조사에 근거하여 수요자가 부담 가능한 범위 내에서 결정되며, 연간 한도와 평생 한도가 정해져 있다. 자산조사 제도는 2014년에 도입되었으며, 소득 및 자산이 일정 수준 이상인 수요자들이 본인 부담금을 지불하도록 함으로써 재정의 안정성을 확보하기 위함이었다. 회계연도⁸⁰⁾ 2020년 기준 HCP에 대해 정부가 부담한 금액은 42억 달러, 수요자가 부담한 금액은 9,600백만 달러로 정부가 부담하는 금액이 대부분을 차지하였다(Department of Health and Aged Care, 2021). 한편 정부가 Aged Care에 지출하는 금액은 회계연도 기준 2011년도 약 140억 달러, 2015년 약 170억 달러였으며⁸¹⁾, 2018년 약 220억 달러, 2022년에는 약 280억 달러로(Department of Health and Aged Care, 2023) 지속적인 증가 추세에 있다.

3.6 소결: 비교분석 결과 및 노인의 자기결정권 존중 관점에서의 논의

노인 재가돌봄 제도를 할당(대상자 선정기준), 급여(서비스 종류), 전달(서비스 제공 기관·인력·과정), 재정을 중심으로 비교·분석한 결과를 바탕으로 재가돌봄에서의 노인의 자기결정권 존중과 관련하여 ①노인에게 자유롭게 선택할 수 있는 권한을 부여하고 실질적인 선택의 기회를 제공하는지, ②노인이 돌봄 제공 과정에 참여하여 이러한 의사결정 권한을 행사할 수 있는 제도적 장치를 갖추고 있는지, ③의사결정능력에 문제가 있는 노인을 지원하기 위한 의사결정지원제도가 구축되어 있는지를 중심으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 노인에게 자유롭게 선택할 수 있는 권한을 부여하고 실질적인 선택의 기회를 제공하는지에 대해서 재가돌봄 대상자로 결정되기 전과 후의 단계로 구분하여 살펴볼 것이다. 먼저 재가돌봄 대상자로 결정되기 전의 단계는 노인이 재가돌봄이 필요한 상황이 되어 재가돌봄을 필요로 할 때 이를 선택할 수 있는 권한을 부여하는지 여부이다. 이 부분을 경제적 측면과 의학적 측면으로 구분하면, 우리나라와 호주는 경제적 측면에서는 보편성 원리가, 의학적 측면에서는 선별성 원리가 적용되고 있다. 반면 미국은 경제적 측면과 의학적 측면 모두 선별성 원리를 적용하고 있어, 재가돌봄을 원하

Level 3: Intermediate care needs, \$39,310.50 / 1년

Level 4: High care needs, \$59,593.55 / 1년

80) 매년 7월 1일 ~ 다음해 6월 30일

81)

https://www.gen-agedcaredata.gov.au/getmedia/be00d054-3e21-4be0-80ea-ffc089489f56/Spending_factsheet.pdf?ext=.pdf 2024.06.22. 방문

는 경우 이를 선택할 수 있는 권한이 가장 제한적이라고 할 수 있다.

다음으로 재가돌봄 대상자로 결정된 후 돌봄 전달과정에서 선택할 수 있는 권한을 부여하고 실질적인 선택의 기회를 제공하는지 살펴보면, 세 국가 모두 서비스 전달 전략으로 민영화 및 상업화 방법을 채택하고 있기 때문에 원하는 서비스 제공기관을 선택하고, 원하는 서비스를 선택·혼합하여 이용할 수 있도록 설계되어 있다. 하지만 제한적이고 단순한 서비스를 제공하고 있는 우리나라와 달리 미국과 호주의 경우 훨씬 다양하고 전문적인 서비스를 제공함으로써 노인이 가정에서 일상생활을 영위하는데 필요한 복합적인 돌봄 욕구를 충족시킬 수 있는 실질적인 선택의 기회를 제공하고 있다. 서비스 제공기관의 경우, 우리나라는 전문성과 조직력을 갖추지 못한 민간 개인 영세 기관이 난립하고 있으며 결과적으로 서비스 질 보장이 어려워 실질적인 선택의 기회를 제공한다고 평가하기 어렵다. 미국은 서비스 질을 평가하는 표준화된 도구가 일반화되어 있지 않아 서비스 제공기관의 서비스 질에 대한 정보 제공이 부족한 문제점이 있는 반면, 호주는 서비스 제공기관에 대한 양적·질적 관리를 통한 서비스 질 보장이 비교적 잘 이루어지고 있고 My Aged Care 사이트 등을 통해 서비스 제공기관 선택에 필요한 충분한 정보를 제공함으로써 서비스 제공기관에 대한 실질적인 선택의 기회를 준수하게 제공하고 있다고 할 수 있다.

서비스 제공인력의 경우 미국과 호주는 케어 매니저 제도를 운영함으로써 서비스를 효과적으로 전달하는 역할 외에 노인이 서비스 제공과정에 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하며, 다양한 서비스가 제공되는 만큼 다양하고 전문적인 인력이 재가돌봄 현장에서 활동하고 있다. 한편 세 국가 모두 돌봄 인력의 낮은 임금, 열악한 처우, 높은 이직률 등으로 인력 부족 문제 및 인력의 고령화 문제를 공통적으로 겪고 있으나 미국과 호주의 근속률 및 고령화 수준은 우리나라와 비교했을 때 상대적으로 양호한 수준이었다. 특히 호주는 40세 이하 젊은 인력이 약 30%를 차지하고 있고, VET 및 AQF와 같은 국가 프로그램을 통해 직업을 갖는데 필요한 전문 지식, 기술 및 역량을 갖추어 돌봄 분야와 관련된 자격과 경력을 전문적으로 취득하여 발전시켜 나갈 수 있도록 지원하고 있다. 또한 호주의 사례에서 특징적인 내용은 돌봄 직접제공인력이 감염예방 및 관리, 상처관리, 치매 돌봄, 노인학대, 낙상위험 관리 등 특정 분야의 전문기술을 하나 이상 보유하고 있는 경우가 많고, 전문적인 인력 양성을 위한 VET(Vocational Education Training)와 AQF(Australian Qualifications Framework) 프로그램을 운영하고 있다. 한편 우리나라는 원하는 서비스 제공직원을 고용하여 서비스를 이용할 수 있는 권한이 없으나 미국과 호주는 이러한 권한을 허용하고 있다. 호주는 자기주도돌봄 제도를 운영함으로써 노인이 원하는 특정 돌봄 제공직원 있는 경우 서비스 제공기관

에서 이들을 고용하여 서비스를 제공 하도록 하고, 미국의 IHSS는 전통적인 돌봄 제도와 자기주도돌봄 제도의 특징이 혼합되어 있어, 서비스 제공기관을 통해 원하는 돌봄 제공직원을 고용하여 서비스를 제공받을 수 있다.

둘째, 노인이 돌봄 제공 과정에 참여하여 의사결정 권한을 행사할 수 있는 제도적 장치를 갖추고 있는지를 살펴보면, 먼저 우리나라는 케어 매니지먼트 제도를 공식적으로 운영하지 않고, 돌봄계획 개발은 담당직원이 주체적으로 작성하여 노인의 참여가 배제된 반면 미국과 호주는 케어 매니지먼트를 공식적인 서비스로 운영하여 돌봄 전달 제공 과정에 노인이 적극적으로 참여하도록 하여 이들의 의견을 반영하고 있다. 특히 돌봄계획 개발 과정에 노인이 참여하여 케어 매니저와 함께 돌봄 계획을 작성하도록 운영하고 있다. 또한 두 국가 모두 자기주도돌봄 제도를 운영하여 노인에게 서비스 종류, 제공직원, 이용시간 및 방법 등을 선택하고 지시할 수 있는 권한을 부여하고 이를 실질적으로 행사할 수 있도록 지원하고 있다. 따라서 노인이 돌봄 전달과정에 적극적으로 참여하여 의사결정 권한을 행사할 수 있는 제도적인 장치를 갖추고 있다고 평가할 수 있다.

마지막으로 의사결정능력에 문제가 있는 노인을 지원하기 위한 의사결정지원제도가 구축되어 있는지를 살펴보면, 우리나라는 가족의 대리 결정 외에 재가돌봄 현장에서 활용되고 있는 의사결정지원제도가 매우 미흡한 수준이다. 반면 미국은 노인이 원하는 경우 혹은 의사의 판단 하에 의사결정을 지원하는 사람이 필요한 경우 대리인(AR)을 지정하도록 되어 있다. 호주는 의사결정을 지원하는 대리인을 의사결정 권한의 범위에 따라 Representative와 Agent로 구분하여 운영하며 대변인(Advocate) 제도도 적극 활용하며 공식적인 의사결정자를 정하는 절차를 가지고 있다. 특히 자기주도돌봄 제도를 도입하면서 돌봄 이용에 대한 노인의 선택권을 강화하였기 때문에 이들의 권리를 보호하고 시장 실패를 방지하기 위해 대변인(Advocate)제도를 강화하는 작업을 진행하였다. 그 결과로 NACAP(National Aged Care Advocacy Program)프로그램을 통해 인지능력 및 의사결정 능력에 어려움이 있는 노인이 Aged Care를 적절하게 이용할 수 있도록 전문적으로 지원하고 있다. 또한 미국과 호주는 노인의 권리를 옹호하고 대변하기 위한 민간단체가 전문적인 활동을 활발히 수행함으로써 노인이 돌봄을 이용하는 것을 지원하는 것은 물론, 노인과 관련된 사회문제 해결 정책 형성 과정에도 적극적으로 참여하고 있다.

한편 재정적 측면은 노인의 자기결정권 존중을 위한 제도적인 장치와 직접적인 관련성은 없으나, 돌봄 수요가 증가하고 다양화되고 있는 상황에서 제한된 자원으로 돌

봄 욕구를 충족시키기 위해서는 재정지속 가능성이 매우 중요하다. 세계 국가 모두 인구 고령화가 급격히 진행되는 가운데 GDP 대비 노인돌봄에 지출하는 비용이 지속적으로 증가하고 있고, 살던 곳에서 나이 들어가기(Ageing in Place)에 대한 선호와 베이비부머 세대들이 노인세대로 진입하면서 돌봄에 대한 권리를 주장하는 목소리가 커지고 있다. 따라서 한정된 재정으로 돌봄에 대한 수요 증가 및 변화하고 있는 돌봄 욕구를 효율적으로 충족시키기 위한 전략적인 제도 설계 및 운영이 필요한 상황에 놓여 있다고 할 수 있다. 이상의 내용을 종합하여 보면 미국과 호주 역시 노인 돌봄제도 운영과 관련하여 여러 어려움을 겪고 있으나, 우리나라와 비교했을 때 노인이 재가돌봄을 이용하는데 자기결정권을 행사할 수 있는 제도적 장치를 갖추고, 보다 적극적으로 노인의 자기결정권 존중을 위한 지원이 이루어지고 있다고 평가할 수 있다. 이상의 내용을 정리하면 <표 4>와 같다.

<표 4> 한국, 미국, 호주 노인 재가돌봄 비교분석 결과

구분		한국	미국	호주
할당	대상자 선정	▶ 경제적 수준 : 보편주의 ▶ 의학적 수준 : 선별주의	▶ 경제적 수준 : 선별주의 ▶ 의학적 수준 : 선별주의	▶ 경제적 수준 : 보편주의 ▶ 의학적 수준 : 선별주의
급여	서비스 종류	▶ 선택권 부여 ▶ 종류가 적고, 단순한 서비스 제공	▶ 선택권 부여 ▶ 다양하고 전문적인 서비스 제공	▶ 선택권 부여 ▶ 다양하고 전문적인 서비스 제공
전달	제공 기관	▶ 선택권 부여 ▶ 시설 및 인력에 대한 최소한의 자격요건을 정하고 있고, 양적·질적 관리가 미흡하여 민간 영세 개인기관 난립 ▶ 서비스 질 보장 어려움 ▶ 서비스 제공기관에 대한 정보 제공 불충분	▶ 선택권 부여 ▶ 주정부 및 CMS로부터 자격 인증, 주정부 및 CMS의 관리 감독 하에 운영 ▶ HCBS에 대한 표준적인 질 측정 도구가 일반화 되어 있지 않아 서비스 제공기관 간 비교를 위한 정보 제공이 제한적임.	▶ 선택권 부여 ▶ 노인돌봄 품질 및 안전 위원회(Aged Care Quality and Safety Commission)로부터 평가 및 인증 필요, 법인만 신청 가능 ▶ 서비스 질 관리가 체계적이고, My Aged Care 사이트를 통해 서비스 제공기관 선택에 필요한 다양한 정보 제공

(다음 쪽에서 계속)

<표 4> 한국, 미국, 호주 노인 재가돌봄 비교분석 결과 (계속)

구분		한국	미국	호주
전달	제공 인력	▶ 선택권 미부여 ▶ 공식적 케어매니저 미운영 ▶ 돌봄 직접 제공인력 문제 - 요양보호사 부족 - 저임금, 열악한 처우, 수급자 및 가족의 그릇된 인식 등으로 근속률이 낮고, 고령화가 심함 - 50세 이상 92%, 5년 이상 근속 20%	▶ 선택권 부여 ▶ 공식적 케어매니저 운영 ▶ 돌봄 직접 제공인력 문제 - 인력 부족 - 저임금, 열악한 처우, 높은 업무 부담으로 인력 유치 및 유지 어려움 - 55세 이상 35%, 중위연령 48세, 5년 이상 근속 60.1%	▶ 선택권 부여 ▶ 공식적 케어매니저 운영 ▶ 돌봄 직접 제공인력도 감염예방 및 관리, 치매돌봄, 상처관리 등 특정기술을 보유하는 경우 많음 ▶ 돌봄 직접 제공인력 문제 - 인력 부족 - 저임금, 열악한 처우, 높은 이직률 - 40세 이하 30%, 50세 이상 45%, 평균연령 47세 ▶ VET와 AQF 등을 통한 체계적 인력 양성

(다음 쪽에서 계속)

<표 4> 한국, 미국, 호주 노인 재가돌봄 비교분석 결과 (계속)

구분		한국	미국	호주
전달	제공 과정	▶ 개인별장기요양이용계획서(국민건강보험공단) 및 급여제공계획(재가급여기관) 개발 시 노인참여 배제 ▶ 의사결정지원제도 활용 미흡 ▶ 노인 권리 옹호 및 대변 단체 활성화 및 전문 활동 부족 ▶ 자기주도돌봄 제도 미운영	▶ 돌봄계획은 케이스매니저와 참여자 혹은 대리인(AR)이 함께 작성 ▶ 의사의 평가나 참여자의 희망에 따라 대리인 지정 ▶ 노인 권리 옹호 및 대변 단체 활성화 및 전문 활동 활발 ▶ 자기주도돌봄 제도 운영	▶ 돌봄계획은 케어매니저와 수요자가 함께 작성 ▶ 의사결정 지원이 필요한 경우 대리인 혹은 대변인을 지정하고 공식적인 의사결정권한자 결정 ▶ 노인 권리 옹호 및 대변 단체 활성화 및 전문 활동 활발 ▶ 자기주도돌봄 제도 운영
재정	재정 조달 방법 및 현황	▶ 주요 재원 : 보험료 ▶ 국고 지원금(해당 연도 보험료 예상수입액의 20%) ▶ GDP 대비 장기요양비용 지출 : 2004년 0% → 2019년 0.8%	▶ 주요 재원 : 조세 ▶ 본인부담금은 거의 없으나, 일부 서비스의 경우 존재하며 상한액 정하고 있음 ▶ GDP 대비 장기요양비용 지출 : 2004년 0.8% → 2019년 1%	▶ 주요 재원 : 조세 ▶ 자산조사에 근거한 본인부담금 지불. 상한액 정하고 있음 ▶ GDP 대비 장기요양비용 지출 : 2004년 0% → 2019년 1.3%

제4장. 국외 자기주도돌봄 제도 비교분석 : 미국, 호주

4.1 도입배경 및 개요

4.1.1 미국

미국의 자기주도돌봄은 Self-Directed Care(이하 SDC)라고 불리며, CMS(Centers for Medicare & Medicaid Services)(2014)는 SDC를 참여자 혹은 대리인이 특정 서비스에 대해 의사결정 권한을 가지고, 이용 가능한 지원 시스템의 도움을 받아 서비스를 관리하고 책임을 지는 서비스 모델이라고 정의한다. 1960~1970년대 장애인들의 자기결정권 확대를 요구하는 사회운동으로 시작하여 1992년 클린턴 대통령의 의료보험 개혁 대책위원회의 장기요양 개혁을 위한 설계과정에서 정책적으로 검토되기 시작하였다(Knickman & Stone, 2007). 1990년대 초반부터 몇몇 주에서 Social Security Act의 섹션 1905(a)(24)에 근거하여 참여자 주도 개인 돌봄 서비스(Personal care services)를 제공하였다. 이후 로버트 우드 존슨 재단(Robert Wood Johnson Foundation)⁸²⁾이 19개 주에 ‘Self-Determination Program’을 개발하도록 하는 프로젝트에 자금을 지원하면서 본격적인 도입 준비 작업이 시행되었으며, 전통적인 서비스 제공 모델의 대안으로 지역사회 내에서 생활하는 발달장애를 가진 사람들을 위한 선택권과 자기결정권을 강조하였다. 1990년대 중반에는 미국 정부와 로버트 우드 존슨 재단이 Cash & Counseling 프로젝트에 자금을 지원하였고⁸³⁾, Social Security Act의 섹션 1115 하에 시범사업으로 발전하였으며, 이후 Social Security Act의 섹션 1915(c)에 따라 메디케이드(Medicaid) waiver 프로그램 형태로 다양한 인구 집단에 확대 적용되었다.

2005년 Deficit Reduction Act는 각 주들이 Social Security Act의 섹션 1915(i)와 섹션 1915(j)를 승인하여 주정부가 SDC 옵션을 포함한 HCBS waiver 프로그램을 운영할 수 있도록 허용하였다. 그리고 2010년 3월 23일 오바마 대통령이 Affordable Care Act에 서명함으로써 Social Security Act의 섹션 1915(k)가 승인되어 Community First Choice 옵션을 통해서도 메디케이드(Medicaid)에 등록된 자들에게 SDC를 제공할 수 있도록 하였다⁸⁴⁾. 이로써 메디케이드(Medicaid)는 노인, 발달장애·지적장애·신체장

82) 미국에 거주하는 사람들을 대상으로 건강과 의료 문제 개선을 위해 활동하는 미국 최대 규모의 자선단체

83) 아칸소, 뉴저지, 플로리다 3개의 주가 참여함.

84) SDC를 제공할 수 있는 여러 방법 중 1915(c) waiver가 가장 널리 쓰이고 있음. 2023년 기

애·정신장애를 가진 성인 및 아동, 퇴역 군인 등을 대상으로 옵션 형식의 SDC를 활발히 운영할 수 있게 되었다. 메디케이드(Medicaid)가 SDC의 가장 큰 자금 공급원이며, 2019년 기준 SDC 재정 공급원의 66%를 차지하였다(Edwards-Orr et al., 2020). 또한 메디케이드(Medicaid) 외에도 메디케어(Medicare), MCOs(Managed care organizations), 민간보험영역에서도 SDC를 운영하고 있다(Nadash & Crisp, 2005).

한편 자기주도 돌봄을 도입한 배경에는 서비스 이용자의 권리 요구에 대한 수용뿐만 아니라 정책적인 이유도 있는데, ①자기주도 돌봄 제도가 전통적 돌봄 제도인 기관주도 돌봄(Agency-Directed Care) 보다 비용 효과적이고, ②재가돌봄 인력이 부족한 상황에서 가족·친구 및 이웃과 같은 비공식 돌봄 인력을 활용 할 수 있으며, ③마지막으로 만성질환 관리의 중요성이 증가함에 따라 자기관리에 ‘적극적인 사람(Activated patients)’이 스스로의 건강과 돌봄에 더 중요한 역할을 수행하도록 유도하는 것이 효과적일 것이라고 여겼기 때문이다(Kodner, 2003 재인용). 비용 효과적이라는 부분은 기관주도 돌봄과 비교했을 기관주도 돌봄보다 비용을 절감할 수 있다는 의미가 아닌, 기관주도 돌봄보다 더 많은 비용을 들이지 않고 이용자가 돌봄 서비스를 이용하는데 더 큰 통제력과 유연성을 제공하여 돌봄에 대한 만족도 및 삶의 질을 향상시킬 수 있음을 의미한다(Brown et al., 2007). 자기주도 돌봄 도입을 검토할 당시에는 행정비용 절감 등을 통해 비용이 적게 드는 접근 방식에 대한 기대가 있었으나(Knickman & Stone, 2007), Cash & Counseling 프로젝트는 비용을 절감하기 위해 설계된 것이 아닌, 기관주도 돌봄과 비교했을 때 더 많은 선택권과 자율성을 제공하면서 메디케이드(Medicaid)에 추가 비용을 부과하지 않는 것을 주요 목표로 하였다(Brown et al., 2007)⁸⁵⁾. 즉 자기주도 돌봄을 도입한 재정적인 배경은 비용 절감 보다는 추가 비용을 들이지 않고 서비스 질과 삶의 질을 향상시키는 비용 효과성에 중점을 두었다고 할 수 있다. 한편 자기주도 돌봄에 대한 본격적인 검토가 시작되었던 1990년대 초반에도 심각한 인력 부족 문제를 겪고 있었는데, 자기주도돌봄을 도입함으로써 가족 및 친구 등 지인을 직접 돌봄 제공인력으로 고용하도록 하여 이러한 문제를 해결하고자 하는 정책적인 의도가 있었다(Knickman & Stone, 2007),

준 1915(c) waiver 46개 주(90.19%), 1915(j) State Plan Option 7개 주(13.73%), 1915(k) State Plan Option 8개 주(15.69%), 1915(i) State Plan Option 4개 주(7.84%)(Murray et al., 2024).

85) 실제 프로젝트 평가 결과에서는 대조군보다 실험군에서 메디케이드(Medicaid) 비용이 더 크게 지출되었는데, 이는 전통적인 돌봄 제도에서 마땅히 받아야 할 서비스를 받지 못하던 사람들이 Cash & Counseling 프로젝트에 참여하면서 서비스 접근성이 높아졌기 때문임(Dale & Brown, 2007).

SDC는 기관주도 돌봄 모델(Agency Delivery Care Model)과 같은 전통적인 제도와 달리, 재가돌봄에서 제공하는 여러 서비스 중 중 개인돌봄(Personal Care), 가사일 지원(Homemaker Service), 건강관리유지(Health Maintenance)와 같은 특정 영역에 대해 참여자가 자신의 돌봄 욕구에 맞게 돌봄 제공직원과 서비스 제공 방식, 그리고 돌봄 제공직원의 근무 시간 및 급여 수준 등을 선택하고, 돌봄의 질 향상 및 자신의 독립성을 향상에 필요한 용품 등을 결정할 수 있다. 참여자에게 부여되는 권한에는 자신에게 서비스를 제공하는 사람을 고용, 채용, 교육 및 감독할 권한인 고용주 권한(Employer authority)과 주어진 예산 범위 내에서 메디케이드(Medicaid) 자금을 어떻게 사용할지 결정하는 예산 권한(Budget authority)이 있다. 예산 권한(Budget authority)의 경우, 서비스 및 상품 구입 외에 서비스 제공직원의 임금 및 복리후생과 관련된 사항도 협상할 수 있다. 정부가 참여자에게 이러한 예산 권한을 제공하는 이유는 참여자가 돌봄제공 직원과 급여 및 혜택에 대한 협상 통해 더 높은 급여 제공이 가능하도록 하여, 보다 유능하고 생산적인 돌봄제공 직원으로부터 질 높은 서비스를 받을 수 있다고 판단하기 때문이다(Crisp et al., 2010).

미국 정부의 SDC에 대한 재정 지원과 관련된 연구에서 2019년 3월부터 8월까지 수집한 자료에 따르면, 장기요양 서비스를 이용하는 대상자 중 신체장애를 가진 성인의 61%, 65세 이상 노인의 57%, 발달장애 및 인지장애를 가진 성인의 32%, 발달장애 및 인지장애를 가진 아동의 28%가 SDC에 등록되어 있었다(Edwards-Orr, 2020). 또한 2015년~2017년 동안 진행된 국가 조사에서는 미국 전역에 약 300개 정도의 SDC 프로그램이 존재하고 대부분의 주에서 SDC를 운영하고 있으며(Consumer Direct Care Network Colorado, 2023), SDC에 가입되어 있는 사람은 2011년 739,711명에서 2023년 1,520,267명으로 대폭 증가하였다(Murray et al., 2024). 한편 미국은 각 주별로 다양한 SDC를 운영하고 있기 때문에 이용 대상자 및 운영 기준 등 세부내용이 상이하다. 본 연구는 연구설계 부분에서 밝힌 이유에 따라 콜로라도 주의 사례를 중심으로 SDC에 대해 살펴보았다. 콜로라도 주의 SDC는 CDASS(Consumer-Directed Attendant Support Services)로 65세 이상 노인, 신체장애·인지 및 발달장애·외상성 뇌손상이 있는 성인, 그리고 외상성 뇌손상이 있는 어린이 등을 대상으로 한다.

4.1.2 호주

호주의 자기주도돌봄은 Consumer-Directed Care(이하 CDC)라고 불리며, 사회서비스부(Department of Social Services, 2014)의 정의에 따르면 CDC는 돌봄 서비스의 종류, 제공 방법, 제공자, 제공시기 등에 대한 선택권을 수요자에게 부여하고, 수요자가 자신

의 삶에 대해 더 많은 선택권과 통제권을 갖도록 하는 서비스 전달 방식이다. 2009년 Aged care 개혁의 주요 특징 중 하나는 재가돌봄에 CDC를 도입하는 것에 대한 내용이 었다(Moore, 2021). 생산성 위원회(Productivity Commission)(2011)에 따르면, 노인은 서비스제공 기관에 의존하여 수동적인 돌봄 서비스를 이용하는 것을 원치 않으며, 어디에서 살 것인지, 어떤 제공자를 이용할 것인지, 어떤 방식으로 서비스를 제공 받을 것인지, 추가 서비스를 구매할 것인지 등을 스스로 결정할 수 있는 권리를 주장하였다. 이에 생산성 위원회(Productivity Commission)는 수요자의 선택권 제한을 포함하여 서비스 질 보장 부족, 인력 부족 등을 Aged care의 주요 문제점으로 지적하면서 이에 대한 해결방안 중 하나로 자기주도돌봄 모델을 적용한 재가돌봄 제도의 도입을 제안하였다(Productivity Commission, 2011).

보다 구체적인 도입 배경을 살펴보면 경제 성장 둔화 및 노인 돌봄에 대한 급격한 지출 증가가 예상되는 상황에서 고령화로 인한 재정압박을 극복하기 위한 방안 중 하나로 자금 조달방식에 대한 새로운 방법을 모색하였는데, 많은 사람들은 자기주도 돌봄과 같은 수요자 지향적인 서비스 전달과 질 높은 돌봄 및 건강 서비스를 이용할 수 있다면 그에 따른 비용을 부담할 것이라고 판단하였기 때문이다(Productivity Commission, 2013). 이에 CDC를 도입하고 자산 조사를 시행하여 경제 수준에 따라 추가적으로 비용을 부담하도록 하여 재정적 안정성을 확보하고자 하였다(Deloitte Access Economics, 2016). CDC를 도입한 또 다른 배경에는 노인 돌봄 시스템을 시장 기반의 시스템으로 전환하여 서비스 제공기관 간의 경쟁을 통해 더 낮은 비용으로 서비스 질 향상을 효율적으로 유도하고자 하는 의도가 있었다. CDC 도입 전에는 정부가 지정한 서비스 제공기관에 지원금을 지급하고 서비스 제공기관은 정해진 기준에 따라 서비스를 제공하는 ‘Block-Funded’ 방식으로 운영되면서 서비스 제공기관과 수요자 간의 정보 및 권한 비대칭 문제로 서비스 제공기관이 수요자를 제어할 수 있었다(Moore, 2021). 호주 정부는 이를 노인 돌봄 분야가 시장 기반 산업으로 전환하는데 걸림돌이 되는 것으로 판단하였고(Productivity Commission, 2011), CDC를 도입함으로써 정부 지원금을 포함한 서비스 이용에 대한 선택 권한을 수요자에게 부여하여 노인 돌봄 시장의 활성화를 유도하였다(Deloitte Access Economics, 2016).

이러한 배경 속에서 건강 및 노화 부(Department of Health and Ageing)는 2010년 7월부터 2년 동안 노인을 대상으로 500개의 CDC에 대하여 시범사업을 운영하였다⁸⁶⁾.

86) The Brotherhood of St Laurence(BSL)은 CDC 초기 채택자 중 하나로 Deakin University가 주도하는 Australian Research Council Linkage Project (2008-2011)에 참여한 뒤 2010년 7월부터 정부에서 운영하는 위 시범사업에 참여함. 이후 BSL은 시범사업

그 후 ‘The Living Longer, Living Better, Aged Care Act 2013’에 따라 모든 재가 돌봄은 CDC 기반 하에 서비스를 제공하도록 하였고, User Rights Principles 2014를 통해 수요자의 권리를 강화함으로써 보다 안전하고 질 높은 서비스를 받을 수 있도록 하였으며, 2018 Aged Care Quality Standards는 이러한 원칙을 보다 강화시켰다 (Laragy, 2019). 2015년 7월 1일부터 새로운 HCP에 CDC를 적용하도록 하였고, 2018년 7월 1일부터는 모든 재가돌봄 서비스를 CDC 하에 제공하도록 하였다. CDC의 목표는 지역사회에 거주하는 Aged care 수요자(본인, 가족 및 보호자 포함)가 그들이 받는 돌봄 서비스에 대해 더 큰 선택권과 통제권을 제공하는 것으로(Cash et al., 2017), 전문가 및 제공기관에게 권한을 부여하는 전통적인 돌봄 제도에서 수요자에게 선택권과 통제권을 제공하여 돌봄을 지시하고 관리할 수 있도록 방향성을 변화시킨 것이다. 한편 정부 지원금은 수요자에게 할당되지만, 실제 정부 지원금이 지급되는 곳은 수요자가 선택한 서비스 제공기관이다. 서비스 제공기관은 수요자에게 할당된 지원금이 포함된 개인 패키지 예산⁸⁷⁾을 관리하고 비용을 지불하는 역할을 수행한다. 미사용 금액은 다음 달로 이월 가능하며 더 많은 서비스 이용이 예상되거나, 더 비싼 장비가 필요한 경우 등을 대비하여 예산 사용을 조정할 수 있다(Bulamu, 2019).

CDC를 적용하여 재가돌봄을 제공하는 것은 수요자가 자신에게 필요한 돌봄을 이용하는 데 선택권과 통제권을 보장함으로써 자율성을 제공하기 위함이다(Department of Social Services, 2023). 수요자는 선택권과 통제권의 행사 수준을 선택할 수 있는데, 서비스 제공기관에서 전적으로 관리 해주는 ‘Fully supported’, 서비스 제공기관과 수요자가 함께 관리 하는 ‘Part-management(Share-management, Partnership 등)’, 수요자의 권한이 가장 큰 ‘Self-management’가 있다(Russell, 2021). 가장 높은 수준의 선택권과 통제권을 행사할 수 있는 Self-management 방식을 선택하는 경우 돌봄 서비스 종류, 돌봄제공 직원, 서비스 이용 시간 및 방법, 개인 패키지 예산 등을 적극적으로 관리할 수 있다. 또한 승인된 범위 내에서 필요한 서비스를 직접 구매할 수 있다. 이때 수요자가 자신이 원하는 조건을 갖춘 돌봄 제공직원을 찾아서 선택하면, 서비스 제공기관은 수요자가 선택한 외부 인력이 돌봄을 제공하는데 필요한 기술 및 지식을 가지고 있는지 등을 확인하는 절차를 거쳐야 한다. 돌봄 제공직원을 선택할 때 자신의 집과 가까운 위치에 거주하고 지역사회를 잘 아는 사람, 언어구사 능력, 종교, 취미 및 관심사 등에 대해 수요자의 선호를 반영하고 돌봄 제공직원의 임금을 협상할 수 있

참여 경험을 바탕으로 CDC를 위한 독점 모델을 개발하였고 2014년 3월부터 2015년 6월까지 시범 적용함(Simons et al., 2016).

87) 본 연구는 HCP를 중심으로 호주의 재가돌봄 제도를 비교분석하기 때문에, 호주 자기주도돌봄 제도의 개인예산을 ‘개인 패키지예산’이라는 용어를 사용함.

다. Self-management 방식은 전통적인 돌봄 제도와 비교했을 때 서비스 제공기관에게 지불해야 하는 관리 비용이 적기 때문에 동일한 비용으로 자신에게 필요한 서비스를 더 많이 이용할 수 있고, 서비스 제공기관의 상황에 따라 돌봄 제공직원이 변경되는 경우가 적어 자신이 원하는 사람에게 장기간 안정적으로 돌봄 서비스를 받을 수 있는 장점이 있다. 또한 서비스 제공기관과 협의된 돌봄 계획(Care plan) 범위 내에서는 Aged care 서비스 제공 기관으로 등록된 업체뿐만 아니라 오픈 마켓을 통해서도 서비스를 구입할 수 있도록 허용한다.

4.2 할당 : 대상자 선정기준

미국의 CDASS는 의사의 평가결과 건강상태가 안정적인 것으로 확인되는 경우에 이용 가능하다. 또한 참여자 혹은 대리인(AR)은 CDASS에 대한 교육 및 훈련을 받은 뒤 평가⁸⁸⁾를 받아야 하는데, 80점 이상의 점수를 받아야 최종적으로 SDC를 이용할 수 있는 자격이 주어진다. 반면 호주는 CDC를 이용할 수 있는 대상자에 대한 요건을 정하고 있지 않다. 재가돌봄에 대한 가장 높은 참여수준을 선택하는 경우에도 건강상태나 CDC에 대한 지식 및 이해수준 등에 대한 별도의 평가 절차 없이 케어매니저와의 상담 및 협의를 통해 이용할 수 있다.

4.3 급여 : 서비스 종류

미국은 IHSS에서 제공하는 서비스인 개인돌봄(Personal Care), 집안일 지원(Home-maker), 건강유지(Health Maintenance)로 일상생활 유지에 필요한 돌봄으로 제한하고 있으나, 호주는 CDC가 적용되는 서비스 종류에 대한 별도의 범위를 두고 있지 않다.

4.4 전달 : 지원기관, 지원인력, 제공과정

4.4.1 미국

88) 2번의 평가 기회가 주어지며, 통과하지 못하는 경우 일정 조정 후 재평가를 받아야 함.

1) 지원기관

미국은 참여자가 자기주도돌봄 제도를 이용하는 것을 지원하기 위한 별도의 지원기관과 지원인력을 운영하고 있다. CDASS를 지원하기 위한 기관에는 대표적으로 재무관리 서비스(Financial Management Service : FMS) 기관, 케이스 매니지먼트 기관(Case Management Agencies: CMA), 교육훈련 및 운영 기관(Training & Operations Vendor)이 있다. 먼저 재무관리 서비스 기관은 Fiscal/Employer Agent(F/EA), Agency with Choice(AwC), Fiscal Conduit 3가지 모델이 있는데, F/EA 모델은 CDASS 참여자 또는 대리인(Authorized Representative)이 고용한 돌봄제공 직원의 ‘법적 고용주’가 되어 참여자 또는 대리인(AR)을 대신하여 고용주로서의 역할을 수행한다. 돌봄제공 직원의 임금 및 서비스 제공기관에 대한 비용 지불을 처리하며 연방 소득세와 고용주 및 제공자의 사회보장 및 메디케어(Medicare) 세금 공제·계산·입금 및 신고 업무 등을 수행한다. 세금에 대한 권한이 제대로 이행되지 않은 경우 F/EA는 참여자와 공동의 책임을 부담한다.

다음으로 Agency with Choice(AwC) 모델은 재무관리 서비스(FMS) 기관이 돌봄제공 직원의 ‘주 고용주’가 된다. 참여자 및 대리인(AR)은 AwC가 돌봄제공 직원을 고용하도록 후보자를 선택하고, 돌봄제공 직원의 교육 및 근로조건 협의 과정에 참여하며, 돌봄제공 직원을 감독하는 ‘관리 고용주’의 역할을 수행한다. 돌봄제공 직원은 일반적으로 참여자의 집에서 바로 퇴근을 한다. 한편 Fiscal Conduit 모델은 CDASS 지원금을 참여자 또는 대리인(AR)에게 현금 혹은 바우처로 지급한다. 참여자는 돌봄제공 직원을 직접 고용하고 돌봄제공 직원의 급여 지급과 세금 원천징수·계산·신고를 포함하여 급여와 관련된 모든 업무를 처리하고 지방세, 급여 및 근로시간 준수 등과 관련된 연방정부 및 주정부의 규정을 준수할 책임이 있다. 또한 서비스 제공기관의 서비스를 이용하는 경우 서비스 제공기관에 직접 비용을 지불해야 한다. Fiscal Conduit 모델을 제외한 재무관리 서비스 기관은 월간 지출 명세서(MMES : Monthly Member Expenditure Statement)⁸⁹⁾를 작성하여 참여자에게 제공해야하며, 월간 지출 명세서를 검토하고 활용하는 방법에 대한 교육을 지원한다.

한편 케이스매니지먼트 기관(CMA)은 참여자가 장기요양서비스 및 케이스매니지먼트

89) FMS에 의해 작성되는 참여자의 월간 지출에 대한 보고서로, 돌봄제공 직원에게 지급된 급여 등을 포함하여 매월 이용한 모든 서비스 내역, 해당 월의 지출 및 잔여 연간 할당 금액 등을 자세히 제공한다.

(Case Management) 서비스를 이용할 수 있도록 콜로라도 주정부에서 승인한 기관이다. CMA는 콜로라도 주에 위치해야 하며, 서비스를 제공하기로 결정한 모든 지역을 대상으로 필수적인 케이스 매니지먼트 서비스를 제공할 수 있어야 하고, 모든 직원은 케이스 매니저(Case manager) 자격 요건을 충족해야 한다. 한편 교육훈련 및 운영기관은 콜로라도 주의 보건 정책 및 재정부(Department of Health Care Policy and Financing)가 케이스 매니저 및 수요자와 대리인(AR)에게 SDC에 대한 교육 및 훈련을 제공하기 위해 계약을 맺은 기관으로, 케이스 매니저 및 참여자와 대리인(AR)은 교육훈련 및 운영기관에서 SDC에 대한 교육 및 훈련을 받아야 한다. CDASS는 이러한 지원기관들을 운영함으로써 참여자가 자기 주도적으로 돌봄을 이용하는데 있어 재정 및 고용주 역할과 관련된 여러 행정 업무에 대한 부담 없이 서비스를 이용할 수 있도록 지원하고 있다.

2) 지원인력

SDC 프로그램을 선택한 참여자에게는 케이스 매니저(Case manager) 혹은 케어 매니저(Care manager) 외에 반드시 “Support broker,” “Consultant,” “Advisor,” “Flexible case manager”, “Coordinator” 등으로 불리는 상담사(Counselor)가 제공되어야 한다. 먼저, 케이스 매니저는 주정부 및 CMS로부터 인증 받은 사례관리기관(Case Management Agency)에 고용되어 근무하며, 최소 자격요건은 학사학위 혹은 LTSS 분야의 관련 업무 경력이 5년 이상이거나 직무 요구사항에 부합하는 교육 기간 및 업무 경력이 5년 이상이어야 한다. 이들은 참여자와 SDC 프로그램을 연결하고, 참여자가 서비스를 지시하고 필요한 것들을 식별해 낼 수 있도록 지원한다. 참여자가 자기 주도적으로 돌봄을 이용하는데 필요한 기술 및 지식을 지원하는데, 주로 고용주의 책임(세무 및 노동법 준수 관련)에 대한 내용을 설명하고 필요한 서류작업 등을 돕는다. 또한 참여자와 재무관리 서비스(FMS)기관 사이에서 돌봄 이용에 있어 정부에서 승인하지 않을 것으로 예상되는 지출이나 사전승인이 필요한 것들에 대해 정보를 제공하며, 서비스 조정, 감독 및 모니터링 등 전반적인 서비스를 관리하는 넓은 범위의 업무를 수행한다.

다음으로 상담사의 역할은 크게 SDC 프로그램을 위한 직접 지시에 대한 정보제공과 실제 직접 지시 수행에 대한 지원으로 구분할 수 있다. 상담사는 SDC 프로그램을 선택한 참여자에게 SDC 프로그램이 적합한지를 판단하고, 적합하다면 서비스를 어떻게 이용하고 관리할지 결정할 수 있도록 정보를 제공한다. 제공하는 정보의 범위는 돌봄 계획, 참여자의 권리, 이용 가능한 자원과 선택권 및 옵션, 직접 지시 및 의사결정과 관련된 위험과 책임, 프로그램의 제한 및 제약사항, 상태 변화에 대한 보고, 주요 사

건·학대 혹은 방임에 대한 인식 및 신고, 불만 신고 및 분쟁해결, 범죄 경력 확인 가능성 및 수행 절차 등이다. 또한 필요시 정부 승인을 얻도록 도와주는 “Go-between” 역할을 수행하며 긴급 상황에 대비한 백업 계획(Back-up Plan)을 준비한다. 상담사는 참여자들이 자기주도 돌봄을 이용하는데 필요한 교육 및 지원을 제공하지만, 돌봄제공 직원의 모집·고용·감독 또는 해고하는 업무는 수행하지 않는다. 또한 참여자가 스스로 정보를 찾도록 격려해야 하며 상담사가 참여자보다 더 많은 작업을 수행하지 않아야 한다.

3) 서비스 제공과정

CDASS는 2002년부터 HCBS waiver 프로그램 참여자에게 돌봄제공 직원(Care-givers, Attendants)⁹⁰⁾로부터 받는 돌봄 서비스를 직접 지시하고 통제할 수 있는 권한을 부여하였으며(Consumer Direct Care Network Colorado, 2023), 참여자의 독립성 향상, 돌봄에 대한 통제권 부여, 돌봄 서비스의 유연성 및 질 향상, 건강하고 생산적인 삶을 누리는 것을 목표로 한다. CDASS 서비스 제공 과정에서의 특징적인 내용을 살펴보면, 참여자는 자신의 돌봄 서비스를 직접 지시하며, 서비스 제공기관을 통하지 않고 돌봄제공 직원에게 메디케이드(Medicaid) 비용을 지불할 수도 있다. 서비스 제공 과정에서 대리인(AR)을 지정하여 도움을 받을 수 있으며, 대리인(AR)은 CDASS를 지시하고 관리할 판단력과 능력을 갖추고 있어야 하는데, 이러한 능력은 케이스 매니저에 의해 스크리닝 설문조사를 통해 평가한다.

참여자 혹은 대리인(AR)이 SDC에 대한 교육 및 훈련 후 평가를 통과하면 케이스 매니저가 승인한 서비스 및 지원 자금을 바탕으로 돌봄제공직원을 관리하는 방법을 기록한 문서화 한 서류(Attendant Support Management Plan)를 작성하고, 케이스 매니저와 함께 돌봄 계획을 개발한다. 이후 참여자는 돌봄제공 직원을 교육·훈련시키고 서비스 이용을 시작한다. 이때 돌봄제공 직원은 원활한 돌봄 서비스 이용을 위해 최소 2명 이상을 고용해야 한다. 참여자는 자신의 건강을 유지하고 모니터링 해야 하는 책임이 있으며, 건강상태에 변동이 있는 경우 케이스 매니저에게 즉시 알려야 하고 여기에는 긴급상황에 대비하고 관리하는 것도 포함된다. 또한 케이스 매니저와 긴밀한 연락을 통해 CDASS 관련 문서를 작성·관리하고, 재무관리서비스기관이 제공하는 월간 지출 명세서를 검토하며, CDASS 월별 지원금 범위 내에서 지원금을 관리하여야 한다.

90) 참여자에게 개인돌봄, 가사일 지원, 건강 유지 서비스를 제공하는 인력으로 16세 이상이어야 함.

4.4.2 호주

1) 지원기관

호주는 Aged Care의 재가돌봄의 경우, 모두 CDC 기반 하에 운영하도록 하기 때문에 미국과 같이 별도의 지원 기관은 존재하지 않는다. 대신 재가돌봄 서비스에 CDC를 적용하기 위해 기존의 서비스 제공기관은 이에 맞춰 사업 방향을 재조정하고 조직문화, 직원 교육, 행정 시스템 등 조직의 주요 요소를 검토하고 재정비하는 작업을 수행하였다. 2014년 12월 기준 서비스 제공기관의 약 20%는 CDC를 완전히 받아들이고 준비를 완료하였으며, 약 78%는 CDC로의 전환을 준비하고 있었고 약 2%는 CDC를 거부하며 아무런 준비를 하지 않는 상태였다(Department of Social Services, 2015). 서비스 제공기관은 모든 재가돌봄을 CDC에 기반하여 서비스를 제공해야 하지만 Self-management 방식을 반드시 제공해야 할 의무는 없기 때문에, 이를 원하는 경우 해당 서비스 제공기관을 선택해야 한다⁹¹⁾.

Self-management 방식을 제공하는 서비스 제공기관은 수요자에게 Self-management 방식에 대한 일관되고 충분한 정보를 제공하고, 서비스 제공기관과 수요자의 상호책임에 대해서 명확히 합의해야 한다. Self-management 방식을 이용하는 수요자는 자신의 돌봄에 대해 높은 수준의 선택권과 통제권을 행사하기 때문에 그에 상응하는 책임 또한 수반되기 때문이다. 하지만 수요자에게 책임이 부여된다고 해서 서비스 제공에 대한 책임이 서비스 제공기관에서 수요자에게 이전된다는 것을 의미하지 않으며, 서비스 제공에 대한 최종적인 책임은 서비스 제공기관에게 있다(Millicer & Storey, 2019). 한편 Self-management 방식에 대한 위험성과 관련하여 서비스 제공기관은 수요자의 건강 악화, 부적절한 서비스 구매, 서비스 품질 저하 등을 염려한 반면, 수요자는 본인의 실수로 추가 비용이 발생할 가능성과 서비스 제공기관으로부터 필요한 지원을 받지 못할 수 있다는 우려가 있었으며, 실제 존재하는 대부분의 위험성은 업무 프로세스의 명확화, 수요자의 능력 강화, 수요자와 서비스 제공기관의 책임 합의 등을 통해 완화될 수 있었다(Millicer & Storey, 2019)

2) 지원인력

91) My Aged Care 사이트에서 서비스 제공기관을 검색할 때 'Show me only providers that allow self-managed packages' 조건을 체크하면 Self-management 방식을 제공하는 서비스 제공기관을 손쉽게 찾을 수 있음.

지원기관과 마찬가지로 CDC 기반 하에 재가돌봄을 제공하기 위한 별도의 지원 인력은 존재하지 않는다. 서비스 제공기관에 소속된 사정 평가 담당자(Assessment Officer), 케어 매니저(Care Manager) 및 케어 코디네이터(Care Coordinator)가 수요자가 선택한 돌봄 참여 수준에 따라 필요한 내용을 지원한다. 한편 서비스 제공기관은 재가돌봄을 CDC로 제공하기 위해서 직원 구조에 대한 개편을 시행해야 했으며, 주요 내용은 기존의 케어 매니저 외에 사정 평가 담당자와 케어코디네이터라는 새로운 인력을 추가하는 것이었다. 실제 CDC로의 전환이 시작 된 2013년 이후 케어 코디네이터에 대한 구인 광고 수가 3배 가까이 증가했었다(National Skills Commission & Australian Government, 2021). 이를 통해 케어 매니저가 행정적인 업무나 직접적인 돌봄 조정·연계 업무보다 돌봄 계획 개발 및 모니터링 등 직접적인 케어 매니지먼트 업무를 보다 효율적으로 할 수 있도록 하였고, 사정 평가 담당자와 케어 코디네이터 또한 수요자의 돌봄 이용에 필요한 지원에 집중할 수 있도록 하였다.

사정평가 담당자, 케어 매니저, 케어 코디네이터 의 주요 역할을 살펴보면, 먼저 사정평가 담당자는 잠재적 신규 수요자와 보호자 및 가족들과 처음으로 만나는 인력이다. 이들은 사정 단계에 참여하고 평가내용을 바탕으로 케어 매니저를 배정한다. 이후 케어 매니저가 수요자를 만나 삶의 목표, 이용 가능한 예산, 재가돌봄 관리에 대한 수요자의 참여 수준, 돌봄 계획 및 서비스 일정 등을 결정하고 돌봄 지원, 정보 제공, 추천 등을 지원하며 서비스 품질과 수요자의 상태를 모니터링 한다. 케어 코디네이터는 수요자가 세 번째로 만나게 되는 인력으로, 재가돌봄 관리에 대한 수요자의 참여 수준과 예산 및 돌봄 서비스 종류 등이 정해진 상태에서 실질적인 서비스를 제공하기 위해 수요자, 케어 매니저, 직접 서비스 제공 인력 및 기관 등과 협력하며 서비스 일정 및 내용, 모니터링 등을 연계하고 조정한다(Simons et al., 2016).

3) 서비스 제공과정

먼저 재가돌봄에 CDC가 적용되기 전과 후의 주요 차이점을 살펴보면(Department of Social Services, 2014), CDC가 적용되기 전에는 수요자와 서비스제공기관이 재가돌봄 계약서(Home Care Agreement)에 서명을 한 뒤, 케어 매니저가 수요자의 돌봄 욕구를 바탕으로 수요자에게 제공할 서비스에 대한 돌봄계획을 개발하였다. 이후 돌봄계획에 따라 서비스를 제공하며, 돌봄계획은 수요자의 돌봄 요구에 따라 변경 가능하였다. 반면 CDC가 적용된 후에는 수요자와 서비스제공기관이 재가돌봄계약서(Home Care Agreement)에 서명하는 절차까지는 동일하나, 돌봄계획은 케어 매니저가 주체가 되어 개발하지 않고 수요자와 함께 개발해야 한다. 이때 수요자는 자신의 목표를 설정하고 재가돌봄

관리에 대한 선택과 통제 수준을 결정한다. 뿐만 아니라 돌봄계획을 바탕으로 개인 패키지 예산에 대한 수입 및 지출 계획 등을 확인하고, 서비스 제공기관은 수요자에게 개인 패키지 예산이 어떻게 사용되고 있는지 등에 대한 상세한 월간 명세서를 제공해야 한다.

서비스 제공과정에서 특징적인 내용은 먼저 돌봄계획은 수요자와 케어 매니저와 함께 수립한다는 것이다. 이 과정에서 수요자의 선택 및 통제 수준을 결정하고, 수요자가 원하는 서비스 종류, 제공 직원, 이용 시간 및 방법 등에 대한 내용을 선택하고 지시할 수 있다. Self-management 방식을 선택하는 경우 수요자는 Self-management 방식에 대한 지식 및 기술을 습득해야 하며, 대리인 등을 지정하여 도움을 받을 수 있다. 또한 수요자가 갖게 되는 책임에 대한 이해가 필요하고, 서비스제공기관은 이 과정에 필요한 정보, 상담, 교육 등을 지원한다. 서비스 결정 과정에서 중요한 것은 선택지를 ‘표준적’인 서비스 종류 혹은 서비스 제공자로 제한해서는 안 되며, 수요자의 목표 및 요구를 충족시킬 수 있는 다양하고 혁신적인 방법을 고려해야 한다는 것이다. 그리고 돌봄계획이 결정되면 이를 바탕으로 개인 패키지 예산에 대한 수입 및 지출 계획 등을 확인하고 예산 사용에 대한 계획을 수립한다. 수입 부분에는 정부 지원금, 수요자가 지불해야 하는 부담금 및 비용, 이전 기간에 사용하지 않아 이월되는 미사용 지원금이 포함된다. 지출 부분에는 실질적으로 서비스를 제공하는데 소요되는 비용 외에 CDC 관리, 명세서 및 기타 수요자와의 소통을 위한 문서 작성, 하도급 서비스제공자와의 계약 체결 등에서 발생한 비용이 포함된 관리비용, 돌봄계획, 주기적인 검토 및 재평가, 돌봄 조정 및 관리, 수요자에 대한 지원과 관련된 비용 등이 있다. 돌봄계획 및 개인 패키지 예산에 대한 재평가는 매년 1회 이상 수행하여야 한다.

다음으로 수요자가 원하는 돌봄 제공직원(개인돌봄제공 직원, 정원사, 발 관리사 등)을 선택하는데, 수요자가 자신에게 적합한 돌봄 제공직원을 보다 용이하게 선택할 수 있도록 돌봄인력을 소개하고 계약을 지원하는 온라인 플랫폼 회사가 활성화 되어 있다. 수요자가 서비스제공기관에 소속되어 있지 않은 외부 인력을 선택한 경우 서비스제공기관은 외부 인력의 기술 수준 및 지식 등 서비스 제공 능력 등을 확인하고, 이들과 계약을 체결한다. 이후 돌봄제공 직원의 업무, 임금, 근무 시간표, 응급상황에 대비한 계획 등을 정하고 서비스제공기관과 수요자의 역할 및 책임을 명확히 한다. 서비스 이용이 시작되면, 승인된 범위 및 개인 패키지 예산 내에서 원하는 서비스 및 물품 등을 자유롭게 구입할 수 있으며, 이때 직불카드 혹은 전용 계좌를 이용하거나 수요자의 돈으로 선 구매 후 사후 서비스제공기관에게 환급 신청을 하는 등의 방법을 사용할 수 있다. 또한 서비스 이용 과정에서 패키지 예산을 관리하는 것은 중요

한 내용 중 하나이며 서비스제공 기관으로부터 서면, 온라인 포털, 모바일 어플, 전화 통화 등을 통해 패키지 예산 잔액, 사용 가능한 자금과 자금이 어떻게 사용되는지 등에 대해 투명하고 상세한 명세서를 제공 받는다.

4.5 소결 : 분석결과 및 노인의 자기결정권 존중 관점에서의 논의

미국과 호주는 재가돌봄제도를 운영함에 있어 노인의 독립성 및 삶의 질 향상 등을 목적으로 노인이 서비스 제공 기관 및 직원, 서비스 종류, 이용 시간 및 방법 등에 대해 선택하고 지시할 수 있는 자기주도돌봄 제도를 적용하고 있다. 미국은 서비스 이용자의 선택권 존중과 더불어 동일한 비용으로 서비스 질 향상을 기대함과 동시에 돌봄 직접제공인력의 부족 문제 등을 해결하기 위한 방안으로 자기주도돌봄 제도를 도입하였다. 실제 미국은 재가돌봄 환경에서 근무하는 돌봄 직접 제공인력 규모가 2012년 약 120만 명에서 2022년 약 280만 명으로 증가하였는데, 2019년 기준 메디케이드(Medicaid)의 SDC 프로그램을 통해 서비스 제공기관에 소속되지 않고 독립적으로 고용된 돌봄 직접 제공인력이 최소 120만 명(Paraprofessional Healthcare Institute, 2023)인 부분을 고려하면 자기주도돌봄 프로그램이 돌봄 직접제공인력 증가에 영향을 미치고 있는 것으로 보인다. 또한 COVID-19으로 인해 돌봄 직접제공 인력 부족 문제가 악화되었을 때도 SDC를 확대하여 가족을 돌봄 직접 제공인력으로 활용함으로써 인력 고용 유연성을 확보하고자 하였다(Watts et al., 2022; Murray et al., 2024). 이러한 접근방식은 서비스 이용자에게도 긍정적인 영향을 미치고 있었는데, Doty와 동료들(1996)은 자기주도돌봄 제도를 이용하는 사람들은 자신이 고용한 인력에 대한 만족도가 높으며, 서비스 이용자에게 권한을 부여하는 것이 서비스 질 보장 전략이 될 수 있음을 제안하였다.

호주 역시 미국과 마찬가지로 자기주도돌봄 제도를 도입한 배경에는 노인의 선택권을 존중함으로써 인간의 존엄성을 유지하도록 하는 것과 더불어 인구 고령화로 인한 재정적 압박 속에서 자기주도 돌봄을 도입함으로써 노인돌봄 분야를 시장 기반 산업으로 전환시키고자 하는 목적이 있었다. 자기주도돌봄 제도를 통해 시장을 활성화 시키고 서비스 제공기관 간의 경쟁을 유도하여 더 적은 비용으로 서비스 질을 효율적으로 향상을 기대하였다. 또한 CDC를 도입하면서 자산 조사에 근거하여 경제 수준에 따라 추가 비용을 부담하도록 하여 재정적 안정성을 확보하고자 하였다. 특징적인 부분은 CDC를 도입한 후에는 시장 실패를 방지하기 위해 오랜 기간에 걸친 개혁을 진행한 것이며, 이 과정에서 다양한 이해관계자의 의견을 청취하며 미충족 수요, 노인의 권리 옹호, 정보에 대한 접근성,

서비스 질 등의 문제를 해결해 나갔으며 성공적인 시행으로 평가 받고 있다(Moore, 2021).

미국과 호주는 돌봄 이용에 대한 노인의 선택권 존중과 더불어 인구 고령화로 재정의 지속 가능성 문제가 계속되는 상황에서 인력문제 해결 및 노인의 다양한 돌봄 욕구 충족, 서비스 질 향상 등에 대한 기대 속에서 자기주도돌봄 제도를 도입하였다. 미국은 옵션 형식으로 도입하여 서비스 이용자가 자발적으로 선택하도록 하고, 호주는 재가돌봄을 제공하는데 있어 자기주도돌봄을 의무적으로 적용하도록 하되, 돌봄에 대한 참여수준을 선택할 수 있도록 한다. 미국과 호주의 자기주도돌봄 제도의 주요 차이점 및 특징을 종합해보면, 미국은 자기주도 돌봄 제도를 이용하기 위한 요건을 까다롭게 정하고 있으나, 요건을 충족하여 이용 자격을 얻게 되면 돌봄 서비스 전달 과정에서의 권한의 행사에는 많은 자율성을 허용한다. 반면 호주는 돌봄에 대한 가장 높은 참여수준을 선택하는 경우에도 별도의 자격 요건이나 돌봄의 범위에 대한 제한을 두고 있지 않다. 즉 자기주도돌봄 제도에 대한 접근성이 높은 대신 노인에게 부여된 선택권과 통제권 중 많은 부분을 서비스 제공기관을 통해서 행사하게 함으로써 권한의 행사에 대한 정부의 관리 기능을 강화하는 방식으로 운영하고 있다.

돌봄 서비스가 제공되는 과정에서 노인의 자기결정권이 존중되기 위해서는 노인에게 돌봄에 대한 선택의 권한을 부여하고, 실질적인 선택의 기회를 제공하기 위한 다양하고 전문적인 서비스와 질 높은 서비스를 제공할 수 있는 기관과 인력이 필요하다. 또한 서비스 전달 과정에서 이러한 권한을 실질적으로 행사할 수 있도록 보장하는 제도적 장치 및 의사결정지원제도가 필요하다. 자기주도돌봄 제도는 사람중심돌봄 제도가 비교적 안정적으로 운영되는 상황에서 노인에게 선택권을 행사할 수 있는 권한을 부여하고, 노인이 돌봄 계획 개발 과정에 참여하여 돌봄 욕구와 목표 달성에 필요한 서비스 종류, 서비스 제공인력, 서비스 이용 시간 및 방법 등에 대해 지시하고 선택할 수 있는 실질적인 기회를 제공한다. 또한 서비스 제공기관과 인력을 통해 이를 전문적으로 지원하는 시스템을 운영하고 있으며, 의사결정능력에 어려움이 있는 노인을 위한 의사결정지원제도 또한 갖추고 있다. 따라서 자기주도돌봄 제도는 노인의 자기결정권 존중을 실현하기 위한 보다 구체적이고 적극적인 방안이라고 평가할 수 있다. 미국과 호주의 자기주도 돌봄 비교 분석한 내용은 아래 <표 5>와 같다.

<표 5> 미국, 호주 자기주도돌봄 제도 비교 분석 결과

구분		미국	호주
개요	프로그램명	▶ SDC(Self-Directed Care)	▶ CDC(Consumer-Directed Care)
	도입배경	▶ 노인의 선택권 존중 ▶ 돌봄 직접 제공인력 부족 ▶ 비용 효과성 기대 ▶ 서비스 질 및 만족도 향상 등 기대	▶ 노인의 선택권 존중 ▶ 노인돌봄 분야를 시장 기반 산업으로 전환 ▶ 재정적 안정성 확보 ▶ 서비스 질 및 만족도 향상 등 기대
	도입 시기	▶ 1990년대	▶ 2015년
	제공 방식	▶ 옵션형식으로 운영 : 참여자의 자발적 선택	▶ 재가 돌봄에 의무 적용 : 참여 수준 선택 가능
	주요 근거법	▶ Social Security Act의 Section 1915(c), Section 1915(i), Section 1915(j), Section 1915(k)	▶ Aged Care Act 1997, The Living Longer ,Living Better Aged Care Act 2013, User Rights Principles 2014 등

※ 미국은 콜로라도주의 CDASS를 기준으로 함.

(다음 쪽에서 계속)

<표 5> 미국, 호주 자기주도돌봄 제도 비교 분석 결과 (계속)

구분		미국	호주
할당	대상자	▶ 의사 평가 결과, 건강상태가 안정적이고, 교육 및 훈련 후 평가를 통과한 참여자	▶ 재가돌봄 수요자(별도의 자격 요건 없음)
급여	돌봄 종류	▶ 개인돌봄(Personal Care), ▶ 가사일 지원(Homemaker Service), ▶ 건강관리(Health Maintenance)	▶ 재가돌봄에서 제공하는 서비스(종류의 제한 없음)
전달	지원 기관	▶ 재무관리서비스기관(FMS agency) ▶ 케이스매니지먼트기관(Case Management Agency) ▶ 교육훈련운영기관(Training & Operations agency)	▶ 별도의 지원기관 없이 서비스 제공기관(Approved Provider)이 수행 ▶ Self-management 방식을 원하는 경우, 이를 제공하는 서비스 제공기관 선택
	지원 인력	▶ 케이스 매니저(Case manager) ▶ 상담사(Counselor)	▶ 사정평가 담당자(Assessment Officer) ▶ 케어 매니저(Care manager) ▶ 케어 코디네이터(Care coordinator)

※ 미국은 콜로라도주의 CDASS를 기준으로 함.

(다음 쪽에서 계속)

<표 5> 미국, 호주 자기주도돌봄 제도 비교 분석 결과 (계속)

구분		미국	호주
전달	직원 직접 고용 권한	▶ 직접 고용 권한 있음 - 고용주 권한 : 직원 고용 및 해고 가능 - 예산 권한 : 직원 고용 및 해고, 임금 결정 및 지급, 필요 서비스 혹은 상품(보조기, 주택 개조, 교통, 식사 및 세탁 서비스, 요실금 패드 등) 구입 가능 ▶ 가족 및 지인 고용 가능	▶ 직접 고용 권한 없음 ▶ 수요자가 특정 직원에 의한 돌봄을 원하거나, 수요자에게 필요한 돌봄을 서비스 제공기관에서 직접 제공할 수 없는 경우, 서비스 제공기관이 하도급, 중개서비스, 직접 고용 등을 통해 서비스 제공 ▶ 가족 및 지인 고용 원칙적으로 불가
	개인 예산	▶ 재무관리 서비스 모델에 따라 재무관리서비스 기관 혹은 참여자에게 직접 지급 ▶ 재무관리서비스 기관은 참여자에게 월별 수입 및 지출에 대한 상세한 명세서 제출	▶ 서비스 제공기관에게 지급(예산에 대한 권한은 수요자에게 있음) ▶ 서비스 제공기관은 수요자에게 월별 수입 및 지출에 대한 상세한 명세서 제출
	책임 주체	▶ 재무관리서비스 모델에 따라 상이함	▶ 서비스 제공기관과 수요자가 각각 부담해야 하는 책임을 협의하나, 돌봄 서비스 제공에 대한 최종적인 책임은 서비스 제공기관이 부담

※ 미국은 콜로라도주의 CDASS를 기준으로 함.

제5장. 자기주도돌봄 개념을 활용한 노인장기요양보험 재가급여 등 개선방안

이론적 고찰 및 국내외 제도의 비교분석 결과 도출한 시사점을 바탕으로 노인이 재가돌봄 이용하는 과정에서 자기결정권을 존중 받을 수 있도록 노인장기요양보험 재가급여 전달 과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 방안과 선행 과제으로써 노인장기요양보험 재가급여 개선 방안, 돌봄에서의 의사결정지원제도 활성화, 노인 권리 옹호 및 대면 단체 활성화, 노인에 대한 사회적 인식 개선 및 돌봄노동에 대한 시민의식의 함양 필요성 제안하였다.

5.1 자기주도돌봄 개념 활용 방안

5.1.1 필요성

미국과 호주는 우리나라와 동일하게 에스핑-엔더슨(Esping-Andersen) 복지국가 유형 중 자유주의 국가로 분류되며 재가돌봄 서비스 전달 전략으로 민영화 및 상업화를 택하고 있다. 따라서 기본적으로 서비스 제공기관 및 서비스 종류 등에 대한 선택권을 부여하는데, 미국과 호주는 재가돌봄 전달 과정에 자기주도돌봄 제도를 도입하여 운영함으로써 노인이 서비스 전달과정에서 보다 적극적으로 자기결정권을 행사할 수 있는 환경을 갖추고 있었다. 특히 돌봄 계획 개발 단계에서 케어 매니저와 함께 돌봄 계획을 작성하고, 이 과정에서 자신의 돌봄 욕구를 충족하고 목표를 달성하는데 필요한 서비스 종류, 서비스 제공 인력, 이용 시간 및 방법 등을 선택하고 지시할 수 있는 권한을 부여하며, 이러한 권한을 실질적으로 행사할 수 있도록 지원하고 있었다.

미국이 자기주도 돌봄을 도입한 배경에는 돌봄 이용에 대한 노인의 선택권을 보장하는 것과 더불어 정책적인 이유도 있었는데, 메디케이드(Medicaid)의 LTSS(Long-Term Services and Supports)에 대한 지출이 지속적으로 증가하는 상황에서 추가적인 비용을 들이지 않고 동일한 비용으로 서비스 이용자의 만족도 및 삶의 질을 효율적으로 향상시키기 위한 비용 효과성에 대한 기대가 있었다. 또한 자기주도 돌봄 운영 방식에서 가족 및 지인을 돌봄 인력으로 고용할 수 있도록 허용하여 돌봄 인력 부족 문제를 해결하고자 하였다. 호주 역시 돌봄에 대한 선택권과 통제권을 요구하는 노인들의 권리 주장을 수용함으로써 인간의 존엄성을 추구하는 것과 동시에 노인돌봄 시스템을 시장 기반의 시스템

으로 전환하여 서비스 제공기관과 서비스 이용자의 권한 및 정보의 불균형 문제를 해결하고, 시장 내에서 서비스 제공기관 간의 경쟁을 유도하여 더 적은 비용으로 서비스 질을 효율적으로 향상시키고자 하였다. 한편 재정의 안정성 확보를 위해서 자기주도돌봄 제도 도입과 함께 자산조사를 시행하여, 경제적 수준에 따른 본인 비용을 부담하도록 하였다. 또한 자기주도돌봄 제도를 도입하면서 시장 실패를 방지하기 위해 장기간에 걸친 개혁(Aged Care Reform)을 통해 돌봄 당사자인 노인과 서비스를 제공하는 기관 및 인력 등 다양한 이해관계자의 의견을 수용하고, 미충족 수요, 노인의 권리 옹호, Aged Care에 대한 정보 접근성, 서비스 질과 관련된 문제 등을 순차적으로 해결해나가고 있었다(Moore, 2021). 이러한 부분은 인프라 구축의 용이함 및 서비스 질 향상을 기대하며 충분한 사전준비 없이 상업화 및 민영화를 허용하는 시장화 전략 하에 노인장기요양보험 제도를 도입하고, 이후 시장화로 인한 발생하고 있는 다양한 문제에 대한 뚜렷한 해결책을 찾지 못하고 있는 우리나라의 상황에 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.

현재 우리나라는 돌봄 정책의 방향성이 기관주도 돌봄에서 지역사회를 기반으로 하는 이용자 중심 돌봄으로 전환되고 있는 과정에 있다. 이에 일상생활을 유지하는데 돌봄이 필요한 상황이 되었을 때 자택 및 지역사회 환경에 머무르기를 희망하는 노인에게 다양하고 전문적인 돌봄 서비스를 효과적이고 효율적으로 제공하기 위한 노력을 기울이고 있다. 하지만 다른 한편으로는 노인 돌봄제도의 지속을 위한 재정적인 문제와 영세한 민간 개인 사업자의 난립, 돌봄 인력 부족과 고령화 문제 및 근속률 저하, 서비스 질 보장 미흡, 재가돌봄 이용에 대한 실질적인 선택권 제한, 새로운 노인세대의 등장 등 여러 문제가 복합적으로 나타나고 있다. 이러한 상황에서 돌봄의 궁극적 가치인 인간의 존엄성 유지를 위한 노력과 더불어 노인의 다양한 돌봄 욕구 증가와 돌봄에 대한 권리 주장 등에 대응하기 위해서는 돌봄 제도에 대한 새로운 전략적 접근 방식에 대한 고민이 필요하다. 이에 본 연구는 노인장기요양보험의 재가급여를 전달하는 과정에 자기주도돌봄 개념의 활용을 본 연구의 분석틀에 따라 할당, 급여, 전달 차원으로 구분하여 도입 초기 상황을 중심으로 제안하였다.

5.1.2 할당 : 대상자 선정 기준

먼저 자기주도돌봄 개념을 노인장기요양보험 재가급여에 활용하는 경우 이용 대상자에 대한 자격 요건을 제한할 것인지에 대한 고민이 필요하다. 건강상태 등에 대한 평가 후 일정 기준을 충족시키는 노인을 대상으로 할 것인지, 재가급여를 이용하는 노인 전체를 대상으로 할 것인지에 대해 살펴보면, 미국의 경우 자기주도돌봄 제도

옵션을 선택한 경우 의사가 노인의 건강상태 및 인지상태에 대해 평가 후 건강상태가 안정적인 것으로 확인된 경우에 이용 가능하도록 제한하고 있었다. 인지상태는 의사 결정능력에 도움이 필요한 상태로 확인되면 대리인을 지정하여 지원을 받도록 하였다. 물론 의사의 평가결과 뿐만 아니라 노인이 대리인의 지원을 원하는 경우에도 지정 가능하였다. 또한 노인 혹은 대리인이 교육 및 훈련을 받은 뒤 시험을 치르고 일정 점수 이상을 획득한 경우에 최종적으로 자기주도돌봄 제도를 이용할 수 있도록 제한하여 자격 요건을 비교적 까다롭게 정하고 있었다. 하지만 요건을 충족하여 자기주도돌봄 이용 자격을 얻으면 서비스 전달 과정에서의 권한 행사에 많은 자율성을 허용하고 있었다. 반면 호주는 재가돌봄에 대해 의무적으로 자기주도돌봄 개념을 활용하여 제공하도록 하되, 돌봄에 대한 참여수준을 선택할 수 있었다. 가장 높은 참여 수준 방식을 선택하는 경우에도 미국과 같이 의사가 건강상태 및 인지상태에 대한 평가를 시행하거나 교육 및 훈련 후 시험을 치러야 하는 절차는 없었다. 대신 선택권과 통제권 중 많은 부분을 서비스 제공기관을 통해서 행사하게 함으로써 권한의 행사에 대한 정부의 관리 기능을 강화하는 방식으로 운영하고 있었다. 즉 미국은 자기주도돌봄 이용에 대한 진입장벽이 높은 대신 진입장벽을 통과하면 많은 자율성을 허용하고 있었고, 호주는 진입장벽이 낮은 대신 서비스 전달 과정에서 권한의 행사에 대한 정부의 적극적인 관리가 이루어지고 있었다.

이러한 내용을 참고했을 때 도입 초기에는 미국 방식을 참고하여 의사의 평가 하에 건강상태가 안정적인 경우 이용할 수 있도록 이용자의 범위를 제한하고, 의사결정능력에 어려움이 있을 시에는 공식적인 대리인을 지정하여 지원할 수 있도록 하는 방안을 제안한다. 노인장기요양보험은 장기요양인정 신청 시 의사의 소견서를 제출하도록 하는데, 의사 소견서는 신체 및 정신적 질병상태와 신체기능에 대한 평가 결과를 포함하고 있기 때문에 자기주도돌봄 이용 자격 평가를 위한 건강상태에 대한 정보를 제공할 수 있다. 또한 간이정신상태 검사(MMSE), 임상치매평가척도(CDR), 전반적인 인지기능의 퇴화 척도(GDS)를 이용하여 인지기능을 평가하므로 의사결정지원 필요 여부도 판단할 수 있다. 따라서 국민건강보험공단에서 개인별장기요양계획서를 작성할 때 의사소견서 및 등급판정위원회의 의견을 바탕으로 자기주도돌봄 이용 자격에 대한 내용을 기재하도록 한다. 이후 재가급여기관에서는 개인별장기요양계획서 내용을 바탕으로 사정평가(Assessment) 결과 및 상담·협의 과정을 통해 자기주도돌봄 이용 여부를 최종적으로 결정하여 급여제공계획에 이를 명시하고, 국민건강보험 공단에 통보하도록 한다. 도입 초기에는 이와 같이 대상자의 범위를 한정하여 운영함으로써 혼란 및 부작용 등을 최소화하고, 시간이 경과함에 따라 경험과 지식이 축적되어 안정기에 접어들면 대상자의 범위를 점차 확대하는 방안을 제안한다.

5.1.3 급여 : 서비스 종류

자기주도돌봄 제도를 비판적으로 바라보는 입장은 돌봄에 대한 선택권을 서비스 이용자에게 부여하면 서비스 이용자의 안전 및 건강수준이 위험해질 수 있다고 염려한다. 도입 초기 이러한 염려와 오해를 방지함과 더불어 서비스 제공기관 및 인력 등 기타 자원을 효율적으로 활용하기 위해서는 노인이 지시하고 선택권을 행사할 수 있도록 허용하는 돌봄의 범위를 명확히 할 필요가 있다. 미국은 서비스 범위를 개인돌봄(Personal Care)과 가사일 지원(Homemaker Service) 및 건강유지(Health Maintenance) 영역으로 제한하고 있었고, 호주는 자기주도돌봄 제도를 운영함에 있어 노인의 선택권 행사에 대해 재가돌봄 기관을 통한 정부의 관리 기능을 강화시켰기 때문에 돌봄에 대한 참여수준이 가장 높은 방식을 선택하는 경우에도 서비스 종류에 별도의 제한을 두고 있지 않았다.

노인장기요양보험의 재가급여에서 제공하는 서비스는 의료 서비스 및 전문 서비스보다 일상생활 지원을 위한 단순한 복지 서비스 위주로 구성되어 있어, 현재 수준에서는 자기주도 돌봄 개념을 활용할 수 있는 돌봄 범위에 대한 별도의 제한은 필요 없을 것으로 판단된다. 하지만 향후 노인장기요양보험 재가급여가 전문적이고 다양한 서비스를 제공하게 되면, 우선은 노인의 안전 및 건강 등에 직접적인 영향을 미치는 전문적인 분야가 아닌 개인돌봄이나 가사일 지원 혹은 간단한 건강관리 영역 등 일상생활 유지에 필요한 돌봄에 한하여 허용 하는 방안을 제안한다. 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위해서는 지원기관과 지원인력의 역할이 매우 중요한데, 우리나라는 현재 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위한 서비스 제공기관과 인력의 역량 및 전문성이 충분하지 않다. 따라서 서비스 범위에 제한을 두지 않는다면 노인이 선택하고 지시한 내용을 실행하고 지원하는데 많은 어려움이 따를 것이며, 정부 입장에서도 한정된 자원을 효과적으로 활용하기 어려울 것이다. 이에 도입 초기에는 자기주도돌봄 개념을 활용할 수 있는 서비스의 종류를 제한하여 운영하고, 시간이 경과함에 따라 제도 운영이 안정된 후에 점차 서비스의 종류 및 범위를 확대하여 나가는 것을 제안한다.

5.1.4 전달 : 서비스 제공과정

1) 지원 기관 및 인력

자기주도돌봄 제도는 서비스 이용자가 돌봄과 관련된 많은 부분을 선택하고 지시할 수 있기 때문에, 선택의 권한이 커지는 만큼 노인이 부담해야 하는 행정적인 업무나

책임도 증가한다. 따라서 자기주도돌봄 제도는 이를 지원하기 위한 지원기관과 인력을 운영한다. 미국은 일반적인 재가돌봄과 별개의 옵션 형식으로 도입하였기 때문에 자기주도돌봄 제도를 지원하기 위한 별도의 지원 기관과 인력을 운영하고 있었다. 반면 호주는 재가돌봄 제공 전반의 과정에 자기주도돌봄 제도의 개념과 특징을 반영시키고 참여수준을 선택할 수 있도록 도입하였다. 따라서 자기주도돌봄 제도를 위한 별도의 지원 기관과 인력은 없으며, 재가돌봄을 제공하는 서비스 제공기관과 서비스 제공기관에 소속되어 있는 사정평가 담당자, 케어매니저, 케어코디네이터와 같은 인력이 필요한 지원을 수행하고 있었다.

지원 기관 및 인력을 어떻게 운영할 것인지는 자기주도돌봄 개념을 어떤 방식으로 활용하여 운영하는지에 따라 달라질 수 있다. 호주 사례처럼 기존의 재가급여에 자기주도돌봄 제도의 개념과 특성을 반영하고 돌봄에 대한 참여수준을 선택할 수 있도록 운영하기 위해서는 서비스 제공기관과 인력의 역량 및 전문성이 매우 중요하고, 다양한 인력과 서비스를 제공할 수 있는 시장이 활성화되어야 한다. 따라서 우리나라의 서비스 제공기관과 인력 및 시장 상황 등을 고려했을 때 호주 방식보다 미국 방식을 참고하여, 우선적으로 사회서비스원의 활용을 검토해볼 수 있다. 사회서비스원은 전국 17개 시·도에 설립되어 있으며, 서비스 제공기관을 지원하는 역할 외에 돌봄 인력을 직접 고용하여 모범적이고 표준적인 돌봄 서비스를 제공하는 역할도 수행하고 있다. 따라서 사회서비스원의 조직 및 인력 등을 확대·강화하여 자기주도돌봄 개념이 활용된 재가급여를 선택하는 노인은 사회서비스원과 계약을 체결하여 서비스를 이용하도록 하고, 전통적 돌봄 제도인 기관주도 돌봄을 선택하는 경우 현재와 같이 서비스 제공기관을 통해 서비스를 이용하도록 한다.

보다 구체적으로는 사회서비스원 소속 케어매니저는 계약체결 단계에서 개인별장기요양계획서 내용 및 면담 결과 등을 종합하여 노인의 의사결정능력을 평가·확인하고 필요 시 공식적인 대리인을 지정하도록 한다. 이후 노인 혹은 대리인과 함께 돌봄계획을 수립하고 이 과정에서 서비스 종류, 이용 시간, 서비스 제공 인력, 서비스 제공 방법 및 개인예산을 어떻게 사용할 것인지에 대해 결정하고 비상 상황에 대비한 계획을 함께 수립한다. 또한 사회서비스원은 개인 예산의 수입과 지출에 대한 상세한 내역을 정리한 월별 명세서를 제공하고, 노인 혹은 대리인이나 가족이 월별 명세서를 확인하고 관리할 수 있도록 교육을 시행한다. 그리고 이러한 전반의 과정을 지원하기 위해 케어 매니저 외에 전문 지원인력을 운영한다. 한편 사회서비스원에서 직접 제공할 수 없는 서비스는 노인장기요양보험 시장 내의 재가급여기관과 계약 등을 맺어 서비스를 제공하도록 한다. 도입 초기에는 사회서비스원에서 모범적으로 운영하여 제도

를 안정적으로 정착시키고, 이후 자기주도돌봄 개념이 활용된 재가급여 대한 수요가 증가하고 서비스 제공기관 및 인력의 전문성과 역량이 일정 수준에 도달하며, 장기요양 시장 기능이 정상화되면 호주 사례를 활용하는 방법을 검토해 볼 수 있다. 즉 재가급여 전달 과정 전반에 자기주도돌봄의 개념과 특징을 반영시키고 노인장기요양보험 재가급여 기관과 재가급여기관에 소속된 인력이 직접 자기주도돌봄 개념이 활용된 재가급여 서비스를 제공하며 사회서비스원은 재가급여 기관을 지원하고 교육·관리·감독하는 역할을 수행하는 방안을 제안한다.

2) 돌봄 제공직원 고용 권한

자기주도돌봄의 주요 특징 중 하나는 돌봄 제공직원을 선택하고 고용할 수 있는 권한을 부여한다는 것이다. 따라서 돌봄 제공직원 고용 권한을 노인에게 직접 행사하도록 할 것인지, 아니면 서비스 제공기관을 통하여 간접적으로 행사하도록 할 것인지, 그리고 돌봄 제공직원의 범위에 가족이나 지인을 포함시켜 고용할 수 있도록 허용할 것인지에 대한 고민이 필요하다. 미국은 재무관리서비스(FMS) 모델에 따라 노인이 돌봄 제공직원을 직접 고용하고 임금 등을 협상할 수 있는 권한이 있으며, 호주는 이러한 권한을 노인에게 직접 부여하지 않고 서비스 제공기관을 통하여 행사하도록 하고 있었다. 즉 노인이 특정 직원을 원하는 경우 서비스 제공기관이 하도급 계약, 중개서비스, 직접 고용 등을 통해 원하는 직원으로부터 서비스를 이용할 수 있도록 지원하는 방식으로 운영하고 있었다. 이는 계약을 맺은 서비스 제공기관이 노인에게 필요한 돌봄을 직접 제공할 수 없는 경우에도 마찬가지이다. 또한 서비스 이용자가 돌봄 제공직원 외에 특정 케어매니저를 원하는 경우, 서비스 제공기관과의 협의 하에 서비스 제공기관이 케어매니저의 자격 요건 및 능력 등을 확인·검토 후 계약이나 고용관계를 맺는 방법을 통해 원하는 케어매니저의 지원을 받을 수 있도록 하였다. 한편 미국은 돌봄 제공직원으로 가족 및 지인을 허용하나 호주는 원칙적으로 불가능하며 예외적인 경우에만 허용하고 있었다. 특히 미국은 자기주도돌봄 제도 도입 시 돌봄 제공직원으로 가족 및 지인 고용을 허용함으로써 인력 부족 문제를 해결하고자 하였고, 운영 결과 긍정적인 성과를 보이고 있었다.

노인장기요양보험의 재가급여의 경우 재가급여 기관에서 수급자의 요구사항과 가치 및 성향 등을 고려하여 요양보호사를 배정하고, 수급자가 원하는 경우 요양보호사의 변경도 가능하지만 돌봄 제공직원 선택에 대한 최종 권한은 서비스 제공기관에게 있었다. 또한 계약을 맺은 재가급여 기관에 소속된 요양보호사를 통해서 서비스를 제공 받을 수 있고, 일정 요건을 충족하는 경우 가족 요양보호사로부터 서비스를 제공 받

을 수 있었다. 이러한 현 상황 고려했을 때, 우선적으로는 원하는 돌봄 제공직원이 있는 경우, 직접 고용이 아닌 서비스 제공기관을 통해 고용하고 관리하는 방안을 제안한다. 또한 허용되는 돌봄 제공직원의 범위에 가족 및 지인을 포함시킬지 여부는 현재 노인장기요양보험에서 가족 요양보호사에 의한 돌봄 제공을 허용하고 있기 때문에 자기주도돌봄 개념이 활용된 재가급여에서도 가족 고용을 허용하는 것은 큰 어려움이 없을 것으로 보인다. 단, 지인 고용 문제의 경우 자신을 잘 알고 있는 혹은 지속적으로 돌봄을 제공할 수 있는 이웃이나 친구 등을 고용하면 신뢰관계 형성이 용이하고 장기간에 걸쳐 보다 안정적으로 돌봄을 제공 받을 수 장점이 있다. 또한 전통적인 가족의 구조와 기능이 약해지고 있는 사회적 변화에 대한 고려도 필요하다. 따라서 돌봄 제공직원 고용 권한은 서비스 제공기관을 통해 행사할 수 있도록 하고, 가족을 포함하여 신뢰할 수 있는 지인으로부터 돌봄을 제공 받을 수 있도록 하되 직원에 대한 엄격하고 체계적인 관리·감독 시스템을 운영하여 비공식 돌봄 인력 활용의 긍정적 효과를 최대화 할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

3) 개인예산

자기주도돌봄 제도는 개인예산에 대한 권한이 주어지기 때문에, 개인예산 운영 방법에 대한 검토가 필요하다. 개인예산은 대상자 스스로가 자신에게 최선의 이익이 되는 돌봄을 가장 잘 조정할 수 있다는 가정 하에 대상자에게 보다 큰 자율성을 부여하며, 정부에서 서비스를 조직하고 제공하는 대신 대상자에게 현금을 지급하여 스스로 필요한 서비스를 구입하도록 하는 것으로, 정부나 관련 단체로부터 개인예산을 사용하는 방법 등에 대한 지원을 받게 함으로써 독립적인 생활을 지원한다(Alakeson, 2008). 독일, 오스트리아, 네덜란드, 영국, 미국 및 호주 등에서 운영하고 있으며(Curry & Ham, 2010), 국가별로 다양한 방법과 형식으로 적용되어 운영되고 있다(이한나 외, 2019). 이러한 방식은 현물 지급 방식과 비교했을 때 대상자 만족도가 높고 미충족 요구가 낮은 효과가 있으나(Carlson et al., 2007), 권한의 부여에 따른 부담과 위험이 이용자 및 보호자에게도 있기 때문에 개인예산을 관리할 수 있는 능력이 필요하다.

미국은 재무관리서비스(FMS) 모델에 따라 정부지원금을 노인에게 직접 현금 등으로 지급하는 방식과 서비스 제공기관에 지급하는 방식 모두를 운영하고 있었고, 호주는 노인에게 개인예산에 대한 권한을 부여하나, 실제 지원금은 서비스 제공기관에 지급하는 방식으로 운영하고 있었다. 노인은 개인예산에 대한 권한을 가지고 돌봄 계획 범위 내에서 자신이 원하는 서비스를 이용·구매할 수 있었다. 서비스 제공기관은 개

인예산을 투명하게 관리하고, 매달 상세한 월별 명세서를 제공하고 있었다. 노인 장기요양보험의 재가급여에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 경우, 개인예산에 대한 사용권한은 노인에게 부여하되, 정부 지원금은 서비스 제공기관에 지급하는 것을 제안한다. 현재 노인장기요양보험 재가급여 이용 시 등급 별 월 한도액 내에서 원하는 서비스를 선택하여 이용할 수 있으며 정부 지원금은 서비스 제공기관에 지급하고, 서비스 제공기관은 이용자에게 월별 명세서를 제공하고 있다. 이러한 상황에서 자기주도돌봄 개념을 활용하면, 서비스 제공기관과 협의된 돌봄 계획 범위 내에서 다양한 서비스와 물품 등을 이용하고 구입할 수 있으며, 자신이 선택한 서비스 제공직원의 급여도 지급할 수 있다. 이와 관련하여 서비스 제공기관은 개인예산을 투명하고 엄격하게 관리해야 하며 수입 및 지출에 대한 상세한 월별 명세서를 제공해야 한다⁹²⁾. 그리고 노인은 자신이 선택하고 지시한 서비스에 개인예산이 적절하게 사용되고 있는지 확인하고 감독해야 한다. 한편 우리나라는 개인예산과 관련된 정책으로 장애인을 대상으로 4개의 지방자치단체⁹³⁾를 선정하여 2023년 6월부터 11월까지 개인예산제 모의적용을 시행하였고, 2024년~2025년 시범사업⁹⁴⁾ 후 2026년부터 본사업을 진행할 예정이다(보건복지부, 2023c)⁹⁵⁾. 일반적으로 돌봄 정책은 장애인 돌봄 분야에서 먼저 시작되어 점차 노인돌봄 분야로 확산되는 경우가 많기 때문에, 자기주도돌봄 개념이 활용된 재가급여의 개인예산과 관련된 내용도 현재 진행 중인 장애인 개인예산제 운영 결과를 참고하여 노인돌봄 특성에 맞게 도입할 것을 제안한다.

4) 책임 주체

마지막으로 자기주도돌봄 제도는 서비스 전달과 관련된 의사결정을 서비스 제공기관과 노인이 함께 수행하기 때문에 책임의 주체에 대한 논의가 필요하다. 미국은 재

92) 현재도 재가급여 기관에서 급여비용 명세서를 제공하고 있으나 급여본인부담금과 급여공단부담금, 그리고 비급여에 대한 정보만 제공하고 있어 서비스 이용 내역 및 정부 지원금과 본인 부담금 사용 내역 등에 대한 상세한 정보를 확인할 수 없음.

93) 대도시, 중소도시, 농어촌으로 지역을 분배하여 서울 마포구(대도시), 김포시 및 세종특별자치시(중소도시), 충남 예산군(농어촌) 선정

94) 2024년 6월 1일 기준, 2024년 장애인 개인예산제 시범사업 지역 선정 공모기간이 종료된 상태이며, 관련 보도자료 등은 발표되지 않음.

95) 개인예산제 모의적용 내용은 장애인 활동지원제도를 중심으로 개인예산제를 도입하여 장애인의 욕구에 따라 서비스 선택권을 부여하는 것으로, 운영방식은 '급여유연화 모델'과 '서비스제공인력 활용모델'로 구분되어 있다. 급여유연화 모델은 개인별 지원계획에 따라 활동지원급여 중 일부를 공공 및 민간 서비스를 구매·활용할 수 있도록 하되, 지원금 지급은 바우처 사업 간 연계 방식으로 지급하는 것을 계획하고 있으나 시스템 구축 시까지 한시적으로 사전 결재·사후 정산을 방식으로 운영하였다. 서비스제공인력활용 모델은 개인별 지원계획에 따라 필요한 서비스를 제공하는 인력을 선택할 수 있으며, 활동지원서비스 제공기관에서 관리하도록 함.

무관리서비스(FMS) 모델에 따라 노인이 부담하는 책임의 범위가 달랐다. 호주는 돌봄 계획 수립 시 서비스 제공기관과 노인이 각각의 책임을 협의하여 결정하도록 하나, 자기주도돌봄 제도를 통해 서비스를 전달하는 과정에서 서비스 제공기관의 역할이 크기 때문에 돌봄 전달에 대한 최종 책임은 서비스 제공기관에게 부여한다. 지금까지 제안한 자기주도돌봄 개념 활용 방안 대한 내용들은 도입 초기의 상황에서 노인에게 선택의 권한을 부여하되, 서비스 제공기관을 통한 정부의 관리 역할을 강화하는 방향으로 제안하였다. 따라서 서비스 제공기관의 관리 의무 소홀로 노인의 건강이 악화되거나 안전사고 등이 발생하는 일은 방지하기 위해서 서비스 제공기관에게 최종적인 책임을 부여하는 것을 제안한다. 하지만 제도의 안정화 이후 노인의 권한이 보다 확대되는 경우, 그에 비례하여 노인에게 권한의 행사에 대한 책임을 부여해야 할 것이다. 이를 위해서는 노인의 자기결정에 대한 권한과 책임의 균형이 깨지지 않도록 노인과 서비스 제공기관 간의 합리적인 책임의 범위에 대한 법적 근거가 필요하다. 이상의 내용을 종합하여 자기주도돌봄 개념 활용 전 후 노인장기요양보험의 재가급여를 비교한 내용은 아래 <표 6>과 같다.

<표 6> 자기주도돌봄 개념 활용 전후 노인장기요양보험 재가급여 비교

구분	활용 전(현재)	활용 후(도입 초기)
이용 대상자	▶ 제한 없음	▶ 건강상태가 안정적인 노인
이용 가능한 서비스 종류	▶ 제한 없음	▶ 일상생활 유지와 관련된 영역 - 개인돌봄, 가사일지원, 건강관리
지원기관 및 인력	▶ 없음	▶ 사회서비스원 활용 - 교육, 훈련, 상담, 지원 - 돌봄계획은 케어매니저와 함께 작성하며, 서비스 종류, 인력, 시간, 이용 방법 등을 선택하고 협의, 개인예산 및 비상 계획 수립 - 케어매니저 외에 케어 코디네이터 등과 같은 전문 지원인력을 통해서 지원
직원 직접고용 권한	▶ 없음	▶ 서비스제공기관(사회서비스원)을 통해 행사 - 가족 및 지인을 포함하여 원하는 돌봄 제공직원이 있는 경우, 사회서비스원에서 고용 및 관리
개인예산	▶ 없음	▶ 권한은 이용자에게 부여하나, 정부 지원금은 서비스 제공기관(사회서비스원)에 지급 - 사회서비스원은 개인예산을 계획에 맞게 투명하게 관리하고, 상세한 월별 명세서 제공 - 월별 명세서를 확인하고 관리할 수 있도록 교육 시행
책임주체	▶ 서비스 제공기관	▶ 서비스 제공기관(사회서비스원)

5.2 노인장기요양보험 재가급여 개선방안

첫째, 전문적이고 다양한 종류의 서비스 제공이 필요하다. 노인장기요양보험은 장기요양 등급을 인정받으면 등급별 월 급여 한도 내에서 본인이 원하는 서비스를 선택·혼합하여 이용할 수 있기 때문에, 노인이 재가급여를 이용하는데 있어 서비스 종류에 대한 선택의 권한을 부여하고 있다. 하지만 자기결정권이 실현되기 위해서는 원하는 것을 실질적으로 선택할 수 있는 기회가 제공되어야 하는데, 노인장기요양보험의 재가급여는 서비스 종류 및 내용이 단순하여 노인의 복합적인 돌봄 욕구를 충족시키는데 한계가 있어 형식적인 선택의 기회 제공에 그치고 있다고 할 수 있다. 반면 미국과 호주는 노인이 재가환경에서 복합적인 돌봄 욕구를 충족시킬 수 있도록 전문적이고 다양한 서비스를 제공하고 있었다. 살던 곳에서 나이 들어가기(Aging in Place)에 대한 선호가 높은 상황에서 노인이 일상생활을 유지하는데 돌봄이 필요한 상황이 됐을 때, 본인의 의지와 상관없이 시설에 입소하거나 요양병원에 입원하지 않고 자택에서 재가돌봄을 이용함으로써 일상생활을 영위할 수 있는 것은 돌봄에 있어서 노인의 자기결정권 실현의 첫 단계라고 할 수 있다. 그리고 한 단계 더 나아가 복합적인 돌봄 욕구를 충족시키기 위한 전문적이고 다양한 서비스에 대한 실질적인 선택의 기회가 주어졌을 때 노인의 자기결정권 실현이 이루어질 수 있다.

둘째, 재가급여 기관의 역량 및 전문성 강화를 통한 서비스 질 보장이 필요하다. 노인장기요양보험은 서비스 전달 전략으로 민영화 전략과 상업화 전략을 모두 취하고 있었다. 이러한 상황에서 재가급여 기관에 대한 자격 기준은 최소한의 시설과 인력 요건만을 정하고 있었고, 질적·양적 관리가 엄격히 이루어지지 않았다. 서비스 비용이 국가에 의해 통제되고 있는 준시장 환경에서 서비스 질을 바탕으로 재가급여 기관을 선택해야 하지만, 영세한 민간 개인기관이 난립하면서 전문적이고 다양한 서비스 제공 능력 결여, 공공성에 대한 책임감 부족, 잦은 폐업, 인력·서비스 질 관리 미흡, 잦은 불법 및 편법 등이 만연하여 서비스 질 보장이 제대로 이루어지고 있지 않았다. 결과적으로 서비스 제공기관에 대한 실질적인 선택의 기회를 제공하는데 한계가 있는 것으로 확인되었다.

미국의 경우 HCBS(Home and Community Based Services)에 적용되는 표준적인 질 측정 도구가 일반화되어 있지 않아 서비스 질에 대한 정보 수집이 용이하지 않고, 따라서 서비스 제공기관 간 비교를 위한 정보 제공이 충분하지 않아 서비스 질을 근거로 서비스 제공기관을 선택하는데 어려움이 있었다. 반면 호주는 재가돌봄 제공기관의

시장진입을 위한 요건이 까다롭고 정부로부터 엄격한 관리를 받고 있었는데, 특징적인 것은 법인만 신청 가능하고 시설 및 인력기준 뿐만 아니라 서비스 질 관리를 위한 행정기구와 자문기구에 대한 요건을 정하고 있었다. 또한 서비스 제공기관에 대한 질적·양적 규제가 체계적으로 이루어짐에 따라 서비스 질 보장이 비교적 양호하게 이루어지고 있었다. 또한 My Aged Care 사이트를 통해 관심 있는 서비스 제공기관들을 선택하여 비교할 수 있도록 서비스 질, 제공 가능한 서비스 종류, 서비스 종류별 비용 및 케어 매니지먼트 비용, 종교·언어에 대한 지원, 재정상태 등에 대한 정보를 제공함으로써 노인이 자신에게 적합한 서비스 제공기관을 용이하게 선택 할 수 있도록 지원하고 있었다. 이러한 사례를 참고하여, 재가급여 기관의 역량을 강화시키고 전문성을 확보함으로써 서비스 질을 보장하고 이를 바탕으로 충분한 정보를 제공함으로써 서비스 제공기관에 대한 실질적인 선택권 행사가 가능하도록 해야 할 것이다.

셋째, 재가급여 이용 과정에 노인의 참여를 지원하는 전문인력 운영과 서비스 직접 제공인력의 전문성 강화가 필요하다. 먼저 노인장기요양보험은 돌봄 서비스 전반을 전문적으로 조정하고 관리하는 인력인 케어매니저 제도를 공식적으로 운영하고 있지 않았다. 이는 현재 제공되는 서비스 종류가 제한적이고 내용이 단순하여 서비스를 조정하고 연계 및 관리하는 인력의 필요성이 적은 이유도 있지만, 공식적인 케어매니저 제도를 운영하지 않아 재가급여가 전달되는 과정에 노인의 적극적인 참여를 보장하고 지원하는데 한계가 있었다. 또한 재가급여 제공 인력 중 핵심적인 역할을 수행하는 요양보호사의 경우 낮은 임금과 열악한 처우 등으로 인력 유치 및 유지 문제가 지속되고 있고 고령화가 심하여 전문성 확보가 어려워 서비스 질 저하 문제로 이어지고 있었다.

해외 사례에서는 미국은 케이스 매니저, 호주는 케어 매니저 등을 통해 다양하고 전문적인 재가 서비스를 효과적으로 관리·조정·연계하여 제공함과 동시에 재가 서비스 전달과정에 노인이 보다 적극적으로 참여할 수 있도록 지원하고 있었다. 특히 호주는 재가돌봄 전달 과정에 자기주도돌봄 개념을 의무적으로 적용하도록 하면서 케어 매니저 외에 사정평가(Assessment) 담당자와 케어 코디네이터를 운영하고 있었다. 이를 통해 사정평가(Assessment)부터 실제 서비스가 제공되기까지의 과정을 3단계로 나누어 각각의 역할을 구분하되 상호 협력하여 수행하도록 함으로써 업무 효율성을 높이고, 서비스 전달 과정에 노인이 원하는 수준으로 참여할 수 있도록 지원하도록 하고 있었다. 한편 미국과 호주는 우리나라와 동일하게 돌봄 직접 제공인력과 관련하여 저임금, 열악한 처우, 높은 업무 부담 등으로 인력의 고령화, 낮은 근속률, 인력 부족 문제 등을 겪는 것으로 확인되었다. 특징적인 것은 호주의 경우 돌봄 직접 제공인력이 감염예

방 및 관리, 치매돌봄, 상처관리, 낙상위험 등 특정 영역에 대한 기술을 보유하도록 하여 서비스 질 관리를 위한 노력을 기울이고 있었다. 현재 우리나라도 치매 전문 교육을 수료한 요양보호사가 인지활동형 방문요양을 제공하고 있는데, 서비스 직접 제공인력의 전문성 향상을 위해서는 요양보호사의 처우 개선 문제 해결과 더불어 노인 돌봄에 필요한 특정 영역에 대한 기술을 확보하도록 함으로써 재가급여 서비스의 질 향상을 유도하는 방안을 검토해볼 수 있을 것이다,

마지막으로 서비스 전달과정에 노인의 참여를 보장하는 제도적 장치 구축이 필요하다. 특히 돌봄 계획(Care plan)을 수립하는 과정에 노인이 참여하여 돌봄 욕구 충족과 목표 달성을 위한 서비스 종류, 서비스 제공 직원, 이용 시간 및 방법 등에 대한 내용을 함께 결정하고 수립하도록 해야 한다. 현재 노인장기요양보험은 개인별장기요양이용계획서는 현장 방문 조사 시 이루어지는 사정 평가(Assessment) 및 등급 판정 내용을 바탕으로 국민건강보험 공단의 담당직원이 단독으로 작성함으로써 노인의 참여를 제한하고 있었고, 재가급여 기관에서 수립하는 급여제공계획도 개인별장기요양이용계획서와 가정 방문 시 확인 된 내용을 바탕으로 재가급여 기관 담당자가 작성하고 있었다. 즉 국민건강보험공단과 재가급여기관에서 이루어지는 서비스 전달 과정에 노인이 참여하여 자신의 돌봄에 대한 의사결정권한을 행사할 수 있는 장치가 미흡하였다.

미국과 호주는 우리나라와 비교했을 때 돌봄 전달 과정에 노인들이 보다 적극적으로 참여하여 의사결정권한을 행사할 수 있는 장치를 갖추고 있다고 평가 할 수 있었는데, 우선 모두 케어 매니지먼트를 공식적인 서비스로 제공하여 돌봄 전달 과정에 노인의 적극적인 참여를 지원하고 있었다. 중요한 것은 돌봄 계획을 노인과 케어매니저가 함께 개발함으로써 돌봄 당사자인 노인이 돌봄 전달 과정에 참여하여 선택권을 행사할 수 있도록 하였다. 특히 미국과 호주는 자기주도돌봄 제도를 통해 돌봄 계획 개발 과정에서 노인이 돌봄에 대한 내용을 직접 지시하고 선택할 수 있는 권한을 부여하여 노인의 자기결정권 실현을 보다 적극적으로 지원하고 있었다. 노인의 자기결정권 실현과 관련하여, 전문적이고 다양하고 서비스 제공 및 재가급여기관과 인력의 역량·전문성 함양 등이 선택할 수 있는 권한과 선택 기회를 제공하는 것에 대한 내용이라면, 제도적 장치 구축 문제는 선택할 수 있는 권한의 행사에 관련된 내용이다. 전문적이고 다양한 서비스와 그러한 서비스를 질 높고 안전하게 제공하는 재가급여기관과 인력이 갖추어져도, 노인이 돌봄 욕구 충족과 목표달성을 위해 원하는 서비스를 원하는 시간에 원하는 방식으로 원하는 기관과 사람을 통해 이용할 수 있는 선택 권한을 제대로 행사할 수 없다면 노인의 자기결정권은 존중은 실현되기 어렵다. 따라서 재가급여 전달 과정

에서 노인이 선택 권한을 실질적으로 행사할 수 있도록 지원하기 위한 제도적 장치가 필요하다.

5.3 돌봄에서의 의사결정지원 제도 활성화

전문적이고 다양한 돌봄 서비스를 구축하고 이러한 서비스를 제공할 수 있는 제공 기관 및 인력의 전문성을 강화하여 노인에게 실질적인 선택의 기회를 제공하고, 서비스 전달 과정에 적극적으로 참여할 수 있는 제도적 장치를 통해 권한의 행사가 가능한 환경이 갖추어져도, 노인의 의사결정 능력에 어려움이 있다면 노인의 자기결정권 실현은 어려울 것이다. 노인은 시간이 경과할수록 인지능력 및 판단능력이 저하되기 때문에 재가급여 서비스를 이용하는데 필요한 의사결정능력에 대한 평가가 필요하지만, 노인장기요양보험의 재가급여 전달 과정에서는 이에 대한 공식적인 절차가 없었다. 또한 장기요양인정 신청 시 제출하는 의사 소견서에 인지기능 평가에 대한 내용이 포함되어 있으나, 등급 판정 시에만 활용되고 있었고 재가급여 서비스 전달 과정에서 서비스 이용에 필요한 노인의 의사결정능력을 평가하는 데는 활용되고 있지 않았다. 한편 의사결정능력 평가 결과 의사결정지원이 필요한 것으로 확인된 경우에는 노인이 돌봄 이용과 관련된 의사결정을 적절히 수행할 수 있도록 지원하는 의사결정지원제도의 활용이 필요하다. 현재 우리나라에는 의사결정지원 제도로 지속적 대리권, 성년후견제도, 공공후견제도, 사전지시제도, 가족의 부양 등이 있지만, 가족의 부양을 제외하고는 노인 돌봄 현장에서 노인이 자기결정권을 행사할 수 있는 실천적 환경 및 제도적 장치가 미흡하다(제철웅 외, 2023). 노인장기요양보험법과 시행규칙에서 장기요양 인정·갱신 신청이나 장기요양등급 변경 신청 혹은 급여 종류나 내용의 변경 신청 등에 대해 가족, 친족, 사회복지전담공무원, 치매안심센터장 등이 대리 신청 할 수 있도록 정하고 있을 뿐이었다.

미국과 호주의 경우, 돌봄 이용에 대한 노인의 의사결정을 돕기 위해, 가족 외에 공식적인 대리인 지정 등을 통하여 서비스 전달 전반의 과정에 걸쳐 의사결정을 지원하거나 대신할 수 있도록 하고 있었다. 미국은 의사가 서비스 이용에 필요한 노인의 의사결정능력을 평가하여 평가서에 대리인 지정 필요성을 작성하며, 케이스 매니저와 서비스 제공기관은 노인이 적합한 대리인을 지정할 수 있도록 지원하였다. 호주는 대리인의 권한을 보다 세분화하여 운영하고 있었고 대변인의 활동도 활발하였다. 특징적인 것은 노인에게 돌봄에 대한 선택권과 통제권을 부여하는 자기주도돌봄 제도를 도입하

면서 의사결정능력에 어려움이 있는 노인의 권리를 옹호하고 대변하기 위한 제도에 대한 개혁을 같이 진행하여, NACAP(National Aged Care Advocacy Program)라는 국가 노인돌봄 권리 대변 시스템을 운영하고 있었다. 이를 통해 인지능력의 변화 및 의사결정 능력에 제한이 있는 노인들이 Aged Care 이용과 관련된 선택과 권리를 이해할 수 있도록 돕고 의사결정 과정을 지원하여 원활하게 서비스를 이용할 수 있도록 하고 있었다. 노인장기요양보험을 도입하면서 노인에게 돌봄 서비스에 대한 선택권을 부여하고 이를 제대로 행사할 수 있는 환경에 대한 정비가 미흡했던 우리나라의 상황과 대조적인 모습이라고 할 수 있다. 가족의 부양은 의사결정능력에 어려움이 있는 사람을 지원하는 가장 일반적인 방법이지만, 가족의 대리결정이 노인의 의사와 일치하지 않을 수 있고, 미혼가구나 자녀가 없는 가구가 점점 증가하고 있기 때문에 향후에는 가족의 지원을 받을 수 없는 경우가 많아질 것이다. 또한 새로운 노인세대는 돌봄에 대한 중요한 내용을 가족의 결정에 따르기보다 스스로 결정하고자 할 것이다. 따라서 돌봄에 대한 자기결정권 존중을 위해 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위해서는 돌봄 현장에서 일반적으로 활용할 수 있는 의사결정지원제도의 활성화가 필요하다.

5.4 노인 권리 옹호 · 대변 전문단체 활성화

기존의 노인 세대는 돌봄 욕구가 많음에도 불구하고 자신들의 요구를 표현하고 주장하는데 소극적이었으며, 정부와 사회 또한 돌봄의 당사자인 노인의 목소리를 듣기 위한 적극적인 노력을 기울이지 않았다. 반면 장애인에 오랫동안 자신들의 권리를 강력하게 주장해왔고 이를 지원하는 전문 단체가 활성화되어 있으며 사회와 정책 형성에도 영향을 끼치고 있다. 현재 우리나라에서 활동 중인 대부분의 노인 관련 단체는 경로당, 체육활동, 자원봉사, 일자리 지원, 교육, 취미·문화 활동과 관련된 사업 등 주로 노인 복지 향상을 위한 활동에 그치고 있었다. 즉 전문적인 지식과 능력을 갖추고 노인과 관련된 다양한 사회 문제를 해결하고, 연구를 수행하며 정책 수립 과정 등에 적극적으로 참여하는 등 노인의 권리를 옹호하고 대변하기 위한 전문적인 활동은 활발히 이루어지고 있지 않았다.

반면 미국과 호주의 경우 노인의 권리를 옹호하고 지원하기 위한 전문적인 역할을 수행하는 단체가 활발히 활동하고 있었다. 호주의 COTA(Council on the Ageing), NSA(National Seniors Australia) 등은 노인의 권리와 처우 및 복지 증진, 노인 돌봄, 연령차별, 건강 비용 등을 위해 다양한 활동과 연구를 수행하고, 이러한 내용을

보고서로 작성하여 정부에 제출하는 등 국가 정책에도 적극적으로 참여하였다. 또한 OPAN(Older Persons Advocacy Network)은 9개의 비영리 단체로 구성되어 호주 정부의 지원금을 받아 국가 노인돌봄 권리 대변 시스템 NACAP(National Aged Care Advocacy Program)을 운영하고 있었다. 미국 역시 다양한 단체가 활동하고 있었으며, 대표적으로 NCOA(National Council on Aging)와 AARP(American Association of Retired People)는 건강, 재정, 사회보장, 연령차별 등 노인과 관련된 사회 문제에 적극적 참여하고 정책 수립 과정에도 참여하는 등 노인의 생활을 지원하고 권리를 옹호·대변하기 위한 전문적인 활동을 하고 수행하고 있었다. 특히 AARP(American Association of Retired People)는 제약회사와의 협의를 통해 처방약품의 수가 인하를 이끌어내는 등 미국 내에서 매우 큰 영향력을 행사하고 있었다. 노인장기요양보험의 재가급여에 자기주도돌봄 개념이 적용된다면 노인에게 많은 권한과 책임이 부여되기 때문에 이를 행사하고 관리할 수 있는 능력이 필요하다. 따라서 이와 관련된 다양한 문제들을 지원하고, 사회에 적극적인 역할을 수행할 수 있는 전문 단체의 활동이 중요해질 것이다. 또한 새로운 노인세대는 복지 향상에 만족하지 않고, 적극적으로 자신의 권리를 주장하고 노인과 관련된 다양한 사회문제에 참여하며 정책 수립 과정에도 영향력을 끼치고자 할 것이다. 그리고 이러한 활동이 활발해질수록 국가와 사회는 노인의 목소리에 더욱 귀 기울이고 그들의 역할을 인정하며 이들의 주장을 정책 수립에 반영하게 될 것이다. 따라서 노인이 돌봄을 포함하여 노인과 관련된 다양한 문제에 있어 권리를 주장하고 보호 받을 수 있도록 노인의 권리를 옹호·대변하는 역할을 수행하는 단체의 활성화가 필요하다.

5.5 노인에 대한 사회적 인식 개선 및 돌봄 노동에 대한 시민의식 함양

그동안 우리사회는 노인은 스스로 합리적인 판단을 할 수 있는 능력이 부족하고 신체적 기능이 떨어지는 등 전반적인 보살핌이 필요한 사회적 약자라고 인식하고 노인에게 삶을 스스로 선택하고 통제할 수 있는 기회와 자격을 적극적으로 부여하지 않았다. 또한 과거의 노인 세대는 효(孝) 사상과 유교적 문화 속에서 다른 사람을 통해 보살핌을 받는 것을 노인에 대한 존경의 표시로 여기고 다른 사람이 정한 돌봄을 수동적으로 받아들였다. 하지만 새로운 노인 세대는 수동적인 돌봄 수용자가 아닌 삶의 주체자로서 돌봄을 이용하는데 적극적으로 참여하며, 스스로 원하는 것을 선택하고 결정하고자 할 것이다. 이는 자기결정권의 실현에 관한 것으로 자기결정권은 헌법에서 보장하는 기본권으로 당연히 보장받아야 하는 권리이다. 따라서 돌봄에 대한 노인의

자기결정권 실현을 위해서는 먼저 우리 사회가 노인은 스스로 합리적인 판단과 선택을 할 수 있는 독립적인 존재임을 인정하고 그들의 판단을 존중하려는 자세를 갖추어야 한다. 한편 노인장기요양보험의 재가급여 전달과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위해서는 노인과 그들의 가족, 나아가 시민의 돌봄 노동 가치에 대한 의식 함양이 반드시 필요하다. 석재은(2017)은 돌봄 서비스 이용자가 시민됨(Civility)을 갖추지 못한 채, 공적인 돌봄 서비스인 노인장기요양보험을 사적 서비스로 여기며 남용하는 문제점을 지적하면서 이를 천박한 소비자주의(Consumerism)라고 비판하였다. 장기요양실태조사 결과상에서도 장기요양요원들이 근무환경 개선을 위한 방안으로 직원에 대한 사회적 인식 개선과 직원 존중을 위한 수급자 교육을 중요하게 여기고 있는 것으로 확인되었다(이윤경 외, 2022). 노인이 돌봄에 대한 자기결정권을 주장하고 사회가 노인의 자기결정권을 존중하기 위해서는, 천박한 소비자주의에서 벗어나 성숙한 시민 의식을 바탕으로 돌봄의 의미 및 돌봄 노동이 사회에 기여하는 가치를 인정하고 존중하는 자세가 반드시 선행되어야 한다.

제6장. 고찰 및 결론

6.1 연구방법 고찰

본 연구는 연구방법으로 이론적 고찰과 비교제도 분석 방법을 활용하였다. 구체적으로는 이론적 고찰을 통하여 노인돌봄에서의 자기결정권의 의미 및 노인의 자기결정권 존중을 위한 재가돌봄 제도가 갖추어야 할 요건을 확인하고, 노인에게 돌봄에 대한 내용을 선택하고 지시할 수 있는 권한을 부여하는 자기주도돌봄제도의 개념 및 특징 등에 대해 살펴보았다. 다음으로 Gilbert & Terrell의 분석틀을 연구의 목적에 맞게 재구성한 분석틀에 따라 우리나라의 노인장기요양보험 재가급여와 미국 및 호주의 재가돌봄 제도를 비교 분석하였고, 미국과 호주의 자기주도돌봄 제도를 추가적으로 비교분석하여 연구결과 도출을 위한 시사점을 확인하였다. 그리고 상기 내용을 종합하여 최종적으로 돌봄 전달 과정에서의 노인의 자기결정권 존중 방안으로 노인장기요양보험의 재가급여 전달과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 방안과 이를 위한 선행 과제로써 노인장기요양보험 재가급여 개선방안 등을 제안하였다.

위 연구방법은 다음과 같은 제한점을 가지고 있다. 먼저 자기주도돌봄 개념에 대한 정통한 전문가를 확보하는데 어려움이 있어 이론적 고찰 및 해외 사례만을 근거로 결과를 도출하고 전문가의 의미 있는 의견을 확보하지 못하였다. 다음으로 우리나라의 대표적인 재가돌봄 제도에는 노인장기요양보험의 재가급여와 노인맞춤돌봄서비스가 있으나, 본 연구는 재가돌봄의 범위를 노인장기요양보험 재가급여로 한정하여 진행하였기 때문에, 노인장기요양보험의 예방적 급여 역할을 수행하고 있는 노인맞춤돌봄서비스에 대한 검토가 이루어지지 않아 우리나라 전체 재가돌봄을 다루지 못하였다. 세 번째로 자기주도돌봄 제도를 도입한 국가는 미국 및 호주 외에 영국, 독일, 네덜란드, 프랑스 등이 있으나, 본 연구는 그 중 미국과 호주만을 비교대상 국가로 선정하였기 때문에 보다 다양한 특성을 가지고 있는 자기주도 돌봄에 대한 비교 분석을 시행하지 못한 한계를 가지고 있다.

6.2 연구결과 고찰

먼저 재가돌봄 전달 과정에서의 노인의 자기결정권 존중 방안으로 미국과 호주의 재가돌봄 제도 및 자기주도 돌봄 제도를 비교·분석 후 도출한 시사점을 바탕으로 도입 초기에 활용할 수 있는 방안을 제안하였으나, 이에 대한 전문가의 검토 및 검증을 거치지 못한 한계를 가지고 있다. 다음으로 노인장기요양보험 재가급여 전달 과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위한 선행과제로써 재가돌봄 제도 등의 개선 방안을 제안하였다. 첫째는 노인장기요양보험 재가급여 개선 방안으로 재가급여 유형의 전문성 및 다양성 확보, 재가급여 기관과 돌봄 인력의 역량 및 전문성 향상, 재가급여 제공 과정에 노인의 참여를 보장하기 위한 제도적 장치 구축 필요성이다. 이중 재가급여 유형의 전문성 및 다양성 확보와 재가급여 기관 및 돌봄 인력의 전문성 향상의 경우 이전 연구에서도 주장해오던 내용으로 새로운 연구 결과라고 할 수 없지만, 이를 노인의 실질적인 선택권 행사를 위한 관점에서 주장한 점은 의의가 있다고 판단된다. 재가급여 전달 과정에 노인의 참여와 자기결정권 행사를 보장하기 위한 제도적 장치 구축의 경우, 노인장기요양보험 재가급여의 서비스 제공과정 중 노인의 적극적인 참여가 필요함에도 불구하고 구조적으로 노인의 참여가 제한되어 있는 단계를 지적함으로써 구체적인 개선 방향성을 제안하였다.

한편 노인장기요양보험은 대상자 선정 기준에 있어 경제적으로는 보편성을 띄고 있으나, 65세 이상 노인의 경우 돌봄을 필요로 하는 기간이 6개월 이상이어야 하는 요건이 있기 때문에 의학적으로는 보편성을 띄고 있지 않다. 따라서 6개월 이상 돌봄을 필요로 하는 노인인 경우에 노인장기요양보험 이용 신청이 가능하며, 해당 요건을 충족하지 못하는 노인은 재가돌봄 이용을 위한 첫 단계에서 자기결정권의 실현에 제약이 발생하게 된다. 이는 본 연구의 대상인 노인장기요양보험이 장기요양을 필요로 하는 노인을 대상으로 돌봄 서비스를 제공하는 것을 목적으로 설계되었기 때문에 발생하는 한계라고 할 수 있다. 호주 역시 우리나라와 마찬가지로 경제적으로는 보편주의 원리가 적용되고 있었으나, 의학적으로는 선별주의 원리가 적용되고 있어 완전한 보편적 돌봄 제도라고 평가할 수 없었고, 미국은 경제적인 부분과 의학적인 부분 모두 선별주의 원리가 적용되고 있었다. 한편 노인장기요양보험과 유사한 일본의 개호보험의 경우, 개호급여 외에 개호 예방급여를 제공함으로써 요개호 상태나 중증 상태로 진행되지 않도록 사전에 적극적으로 개입·관리함으로써 노인이 살아 온 환경에서 계속해서 생활할 수 있도록 지원하고 있다. 우리나라의 경우 노인맞춤돌봄서비스가 예방급여 역할을 수행한다고 할 수 있으나, 노인맞춤돌봄 서비스는 취약계층을 대상으

로 운영하여 경제적인 부분에서 선별성 원리가 적용되므로 노인의 자기결정권 실현과 더욱 거리가 멀다고 할 수 있다. 본 연구는 재가돌봄 이용자로 결정이 된 후 서비스가 제공되는 과정에서의 노인의 자기결정권을 중점적으로 다루었기 때문에 상기 내용에 대한 깊이 있는 논의는 진행하지 못하였다.

둘째, 재가돌봄을 제공하는 과정에서 의사결정능력에 어려움이 있는 노인의 의사결정을 지원할 수 있는 제도의 활성화 필요성을 제안하였다. 현재 우리나라 돌봄 현장에서 의사결정지원 제도가 활용되고 있지 않은 점을 지적하며 적극적인 활용 필요성을 주장하였지만, 지속적 대리권, 성년후견제도, 공공후견제도, 사전지시제도 등 여러 의사결정지원 제도가 돌봄 현장에서 활성화되지 않는 이유와 어떠한 방식이 재가돌봄 영역에서 활용하기에 적합한지 등에 대한 논의가 부족하였다. 일본의 경우, 개호보험 제도가 시행되면서 기존의 성년후견제도를 개정하여 장기요양 계약 및 시설 입소 계약 등에 있어 노인의 의사를 존중하고 적절한 의사결정을 내릴 수 있도록 지원하기 위한 새로운 성년후견제도를 개시(水野裕, 2003)한 것뿐만 아니라, 개호보험법에서 지역사회 지원 사업에 관한 내용을 정하면서 '종합 개호 예방 및 일상생활 지원 사업'을 통해 성년후견제도 이용을 지원하며 후견인에 대한 비용은 국고보조사업을 통해 지원하도록 하고 있다. 반면 노인장기요양보험은 장기요양 인정 신청 시에만 대리 신청을 허용하고 있을 뿐 의사결정지원에 대한 규정이 미흡하여 미국 및 호주 사례와 더불어 일본의 사례 또한 참고할 가치고 있다고 판단된다. 노인의 자기결정권과 관련된 연구가 활발하지 않고, 수행되는 연구 대부분은 치매노인의 의사결정 지원에 대한 내용을 다루고 있는 상황에서 비록 구체적인 활용 방안에 대한 논의는 부족하였지만 재가돌봄 분야에서의 일반 노인을 대상으로 하는 의사결정지원 제도의 중요성을 도출한 점은 의의가 있다고 판단된다.

한편 자기주도돌봄 개념을 활용하여 노인장기요양보험 재가급여를 제공할 때, 노인의 자기결정권 존중과 관련하여 노인과 가족의 견해가 일치하지 않아 자기결정권의 주체가 '자기(Self)'가 되기 어려운 상황에 대한 고민이 필요하다. 미국이나 호주와 같은 서양 문화권에서는 개인주의 성향이 강하여 노인과 가족 모두 돌봄의 당사자인 노인의 이익을 우선적으로 고려하는 것이 일반적이다. 반면 우리나라는 가족주의 성향이 강하기 때문에 돌봄 이용과 관련하여 노인과 가족의 견해가 다른 경우 노인의 이익이 아닌 가족의 이익을 위한 의사결정이 이루어질 수 있다. 특히 경제적 능력이 부족하여 가족에게 의존하고 있는 노인의 경우에는 더욱 자율적인 의사결정을 수행하는데 어려움이 있을 것이다. 또한 노인장기요양보험법 제1조96)에서는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등의 노후의 건강증진 및 생활안정 도모뿐만 아니라, 그

가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하는 것을 법의 목적으로 정하고 있다. 이는 돌봄을 제공하는 과정에서 돌봄의 당사자인 노인이 아닌 노인 가족의 이익을 향하는 의사결정이 이루어지는 경우에도 법의 목적에서 벗어나지 않는 것으로 해석될 소지가 있는 문제점이 있다. 따라서 자기주도돌봄 개념을 활용한 재가급여 전달 과정에서 노인의 자기결정권이 실현되기 위해서는 노인장기요양보험법에 대한 정비와 더불어 가족과의 견해 차이 등으로 자율적인 의사결정 수행이 어려운 노인을 위한 제도적 지원에 대한 논의가 필요하다. 특히 재가급여를 이용하는 노인은 시설급여를 이용하는 노인과 비교했을 때 적절한 지원이 있다면 돌봄 이용과 관련된 의사결정을 수행할 수 있는 능력을 갖추고 있을 가능성이 보다 높기 때문에, 재가돌봄 분야에서 노인의 자기결정권 실현을 위한 의사결정지원 제도 및 노인의 자율적인 의사결정 지원과 관련된 후속연구를 제안한다.

셋째, 노인 권리 옹호 및 대변 단체의 활성화를 제안하였다. 현재 우리나라에도 행복한 노후 및 존엄한 죽음을 위해 노인의 권리를 주장하고 다양한 분야에 적극적으로 기여함으로써 사회적 가치를 생산해내며 정책에도 참여하는 등의 활동을 등을 목표로 몇몇 단체가 설립되어 있으나, 해외 사례와 비교했을 때 적극적이고 전문적인 활동이 이루어지고 있다고 평가하기 어려운 상황이다. 이와 관련해서 노인 권리 옹호 및 대변을 위한 전문 단체가 활성화되지 못하고 있는 이유가 무엇인지, 활성화를 위해서는 어떠한 문제점을 해결해야 하는지 등에 대해서 검토하지 못한 한계가 존재한다. 마지막으로 노인에 대한 사회적 인식 개선 및 돌봄노동에 대한 시민의식의 함양 필요성을 제안하였는데, 역시 돌봄을 이용하는 노인과 돌봄을 제공하는 돌봄 제공직원이 서로 존중하고 존중받을 수 있는 윤리적 태도에 대한 사회적 합의를 위한 구체적인 논의가 부족하였다.

좋은 돌봄이 무엇인지에 대해서는 전문가 주의적(Professionalism) 입장과 당사자 주의적(Egalitarianism) 입장으로 구분하여 생각해볼 수 있는데, 전문가 주의적 입장은 전문가의 평가에 의해 좋은 돌봄을 객관적으로 평가할 수 있다는 입장이며, 당사자 주의적 입장은 돌봄을 제공받는 당사자가 좋은 돌봄이라고 평가하는 돌봄이 좋은 돌봄이라는 입장이다(김혜경, 2011). 돌봄 정책에 대한 방향이 전문가 주의적 입장에서 당사자 주의적 입장으로 변화하면서 돌봄 분야에 대한 노인의 자기결정권에 대한 논

96) 이 법은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.

의가 활발한 국제적인 추세와 달리 우리나라의 경우 돌봄 당사자인 노인보다 서비스 제공기관 및 인력 등 서비스를 제공하는 입장을 중심으로 다루는 연구가 대부분이고 돌봄 분야에서의 자기결정권에 대한 연구 또한 활발히 이루어지고 있지 않았다. 따라서 본 연구는 상기의 제한점에도 불구하고 노인의 관점에서 재가돌봄 제도 대한 자기결정권 문제를 다룸으로써 노인이 일상생활에 돌봄이 필요한 상황에서도 집에서 머무르면서 자기결정권을 행사하며 인간으로서의 존엄성을 유지하고 살아갈 수 있도록 지원하기 위한 돌봄의 방향성과 이를 위한 방안을 제시하였다는 점에서 의의가 있다고 할 수 있다.

6.3 결론

자기결정권은 인간의 존엄성 유지에 필수적인 기본권이다. 노인의 선택권 문제는 WHO에서도 중요하게 다루었는데, 건강한 노화(Healthy Ageing)를 설명하면서 노인의 ‘선택권 존중’의 중요성을 강조하였다(WHO, 2015). 한편 돌봄에 대한 노인의 자기결정권 문제는 베이비부머 세대들이 노인세대로 진입하면서 노인의 세대교체가 이루어지고 있는 점을 주목할 필요가 있다. 새로운 노인세대는 기존의 노인세대 보다 교육 수준이 높고 경제적으로 부유하며 독립적이고 주체적인 삶을 지향한다. 따라서 이들이 본격적인 돌봄을 필요로 하는 후기 고령자가 되면, 전문가나 가족이 정해주는 돌봄을 소극적이고 수동적으로 받아들이기보다 스스로 자신의 돌봄을 선택하고 관리하기 위한 자기결정권을 주장할 것이다. 이에 본 연구는 이론적 고찰과 비교제도 분석 방법을 활용하여 노인이 일상생활에 도움이 필요한 상황이 되었을 때 자신이 살아왔던 집이나 지역사회에 거주하면서 돌봄 서비스를 이용하기 원하는 경우, 자기결정권을 존중 받으며 재가돌봄 서비스를 이용함으로써 인간의 존엄성을 유지할 수 있도록 지원하기 위한 방안으로 노인장기요양보험 재가급여 제공과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하는 것과 선행과제로써 노인장기요양보험 재가급여 등의 개선 방안을 다음과 같이 제안하였다.

먼저 노인장기요양보험 재가급여 전달 과정에 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위한 방안으로 이용 대상자는 건강상태가 안정적인 사람으로 제한하고, 돌봄의 종류는 개인돌봄, 가사일 지원, 간단한 건강관리와 같은 일상생활 유지에 필요한 부분으로 한정하며, 지원기관 및 인력은 사회서비스원 활용 방안을 제안하였다. 또한 돌봄 제공 직원 고용 권한은 노인이 직접 행사하지 않고 서비스 제공기관을 통해 행사 하도록

한다. 개인예산은 노인이 권한을 가지고 있되, 정부 지원금은 서비스 제공기관에 지급하여 서비스 제공기관에서 투명하게 관리하도록 한다. 마지막으로 책임 주체는 서비스 제공기관과 돌봄 이용자가 협의하여 책임 범위를 정하되, 서비스 제공기관을 통한 정부의 관리 기능을 강화하였기 때문에 최종 책임은 서비스 제공기관에 부여하는 것으로 제안하였다. 그리고 이러한 자기주도돌봄 개념을 활용하기 위한 선행과제로 노인장기요양보험 재가급여 개선방안과 돌봄에서의 의사결정지원 제도 활성화, 노인 권리 옹호·대변 단체 활성화, 노인에 대한 사회적 인식 개선 필요성 및 돌봄 노동에 대한 시민의식 함양을 제안하였다.

지금까지의 노인 돌봄 정책의 흐름을 살펴보면, 과거에는 돌봄의 책임이 대부분 가족에게 있었으나 이제는 국가와 사회가 그 책임의 상당 부분을 담당하고 있다. 그리고 돌봄을 필요로 하는 많은 사람들은 의료기관 및 요양시설과 같은 시설 중심의 돌봄이 아닌 자신이 살아왔던 곳에서 계속 거주하면서 돌봄을 받을 수 있기를 원한다. 정부는 이러한 국민의 선호를 반영하여 필요한 돌봄을 재가환경에서 받을 수 있도록 지원하기 위해 노인을 돌봄의 중심에 두고 보건·복지·의료 및 지역사회 내 다양한 자원을 연계하여 서비스를 제공하기 위해 정책의 방향성을 조정하고 있다. 이러한 상황에서 독립적이고 주체적인 삶을 추구하는 새로운 노인세대의 등장과 그들의 특성에 대한 고려가 필요하다. 현재 우리나라는 ‘치료’ 단계에서는 의료행위에 대한 환자의 자기결정권을 통해, ‘사망’ 단계에서는 연명의료 중단에 관한 자기결정권을 통해 인간의 존엄성 유지에 필요한 자기결정권을 보장하고 있다. 하지만 ‘치료’와 ‘사망’ 사이에 위치하는 ‘돌봄’에 대한 자기결정권 보장을 위한 제도적 장치를 제대로 갖추고 있지 않으며, 이에 대한 논의 또한 미흡한 상태이다. 치료, 돌봄, 사망이라는 일련의 과정에서 인간으로서의 존엄성을 유지하기 위해서는 노인이 돌봄을 이용하는 과정에서 자기결정권을 존중 받을 수 있도록 지원하는 돌봄 제도가 필요하다. 인구 고령화가 빠르게 진행되고 생산연령인구는 감소하는 인구구조 변화 속에서 돌봄에 대한 사회적 책임은 더 높아지고 있고, 노인 의료 및 돌봄에 대한 지출 증가로 재정적 압박은 심해질 것이다. 이러한 상황에서 인간의 존엄성 유지라는 돌봄의 궁극적 가치 추구하고 더불어 돌봄에 대한 권리 주장과 서비스 질에 높은 기대 등 다양한 요구를 충족시키기 위해서는 새로운 전략적 접근 방법에 대한 모색이 필요하며, 이에 대한 방안으로 자기주도돌봄 개념의 활용을 제안하였다. 중요한 것은 우리나라의 사회·경제·정치적 상황, 문화적 배경, 국민 정서 등을 종합적으로 고려하여 노인의 자기결정권 행사가 고립이나 방임·방치가 아닌, 독립성과 자율성의 증진을 통한 인간 존엄성 유지로 이어질 수 있도록 장기간에 걸친 면밀한 검토와 체계적인 준비과정이 필요하며 이를 위해서는 정책의 지속성이 반드시 보장되어야 할 것이다.

참고문헌

- 감사원. (2021). 저출산 고령화 대책 성과분석 감사보고서
- 강금희. (2022). Gilbert & Terrell의 분석틀을 중심으로 한 노인장기요양보험 제도의 쟁점 및 변화 요구. *인문사회* 21, 13(5), 563-578.
- 강동철. (2013). 노인장기요양기관 운영능력 향상을 위한 성과관리기법 도입에 관한 연구. *공공정책연구*, 30(1), 1-29.
- 강명희. (2021). 노인장기요양보험의 수요자 권익 개선방안. *법제*, 695, 11-40.
- 강은나, 이윤경, 임정미, 주보혜, & 배혜원. (2019). 2019년도 장기요양실태조사. 보건복지부 & 한국보건사회연구원.
- 강정향 & 전용일. (2023). 돌봄분야 외국인력 도입에 관한 연구:일본사례를 중심으로. *국제지역연구*, 27(3), 143-163.
- 강현철 & 최조순. (2019). 지역자산을 활용한 커뮤니티케어 운영에 관한 탐색적 연구. *한국지적정보학회지*, 21(1), 39-54.
- 고려대학교 고령사회연구센터. (2021). 2022 대한민국이 열광할 시니어 트렌드. 서울: 비즈니스북스
- 고윤석. (2013). 의사의 관점에서 본 연명의료에서의 환자의 자기결정권. *의료정책포럼*, 11(3), 20-26.
- 고재욱. (2014). 발달장애아동의 의사결정능력과 자기결정권에서후견인제도 도입고찰. *유아교육·보육복지연구*, 18(1), 187-207.
- 공선희. (2015). 영국의 커뮤니티 케어 정책의 역사적 변천과 쟁점. *한국노년학*, 35(1), 79-98.
- 국민건강보험공단. (2022). 2022년 상반기 건강보험 노인장기요양보험 주요통계
- 권미화 & 박상훈. (2023). 커뮤니티케어 제도에 대한 작업치료사의 인식 및 역할 조사. *한국엔터테인먼트산업학회논문지*, 17(2), 123-132.
- 권현정. (2014). 노인 장기요양기관에 대한 현행 평가제도가 조직구조 및 활동에 미치는 영향. *한국사회복지학*, 66(2), 5-29.
- 김강운. (2006). 자기결정권과 평등. *법학연구*, 22(1), 269-292.
- 김경범, 허민희, 장하은, 노진원 & 김장묵. (2022). 국내 지역사회 통합돌봄 선도사업 성과 및 동향에 관한 체계적 문헌고찰. *융합정보논문지*, 12(5), 159-167.
- 김광병 & 심의경. (2017). 요양보호사의 법적지위에 관한 연구. *사회복지법제*

- 연구, 8(1), 79-98.
- 김기영. (2010). 임상시험 피험자와 자기결정-독일의 논의를 중심으로. 한국의료법학회지, 18(1), 30-54.
- 김문근. (2010). 성년후견법률에 나타난 의사결정능력의 개념에 관한 연구: 영국 정신능력법(Mental Capacity Act, 2005)을 중심으로. 사회복지연구, 41(3), 241-269.
- 김미숙. (2011). 일본 개호보험제도에서의 이용자 권리옹호제도 분석을 통한 노인장기요양보험제도에의 제언. 보험학회지, (90), 163-191.
- 김상범, 김동배 & 박서영. (2010). 장기요양서비스 이용이 가족수발자의 우울감 및 삶의 만족도에 미치는 영향-여가활동 참여여부에 따른 집단 간 비교 연구. 한국가족관계학회지, 15(3), 117-135.
- 김상현. (2023). 의사의 설명의무와 미성년 환자의 자기결정권. 재산법연구, 40(3), 31-54.
- 김성태. (2022). 고령화 사회에 있어서 성년후견제도에 관한 소고. 인문사회 21, 13(1), 1661-1672.
- 김소연 & 홍공숙. (2010). 미국의 민간장기요양보험 가입과 재가요양서비스 이용의 향 결정요인에 관한 연구: 이산시간모형을 사용하여. 조사연구, 11(2), 97-121.
- 김수홍. (2019). 한국노인장기요양보험제도의 과제와 방향성 제시: 일본 노인 사회보장제도의 변천과정에 대한 심층분석을 통해서. 장기요양연구, 7(2), 19-44.
- 김유휘. (2018). 동아시아 노인돌봄제도와 이주제도의 제도결합에 관한 비교연구. 박사학위 논문. 이화여자대학교, 서울.
- 김윤균, 금상욱 & 곽미정. (2017). 지역사회 노인요양시설의 활성화를 위한 요양보호사의 직무만족에 미치는 업무환경영향요인 연구. 부동산경영, (16), 157-190.
- 김윤영 & 윤혜영. (2018). 커뮤니티케어 해외사례와 함의 그리고 구상. 비판사회정책, (60), 135-168.
- 김윤정, 김정환, 안문희 & 서용성. (2017). 성년후견제도의 운영에 관한 연구. 사법정책연구원
- 김주현 & 이용재. 지역사회 통합돌봄 선도사업의 성과와 한계: A 지역사례. 장기요양연구, 11(1). 31-64
- 김준환. (2023). MZ 세대는 가고 YOLD 세대가 온다. 충북 Issue & Trend,(53), 32-37.
- 김지미. (2014). 지방자치단체 노인돌봄 정책의 전개에 관한 연구: 중앙-지방간 관계구조를 중심으로. 한국지방자치연구, 19(1), 41-63.

- 김혁돈. (2006). 환자의 자기결정권과 치료중단. 형사법연구, (25), 113-138.
- 김혁돈. (2021). 임상시험에 있어 피험자의 자기결정권의 실질적 보장. 법학논고, 72, 111-133.
- 김현철. (2015). 자기결정권에 대한 법철학적 고찰. 법학논집, 19(4), 357-372.
- 김혜경. (2020). 재가돌봄 노인의 일기를 통해 본 ‘돌봄받음’의 경험과 인식. 가족과 문화, 32(2), 137-179.
- 김효정 & 권혁주. (2013). 사회서비스의 보편주의(universalism) 적용에 관한 연구: 한국의 노인 돌봄 정책을 중심으로. 정책분석평가학회보, 23(1), 143-170.
- 모선희 & 최세영. (2013). 노인장기요양서비스 이용가족의 부양부담 변화. 비판사회정책, (40), 7-31.
- 박선아. (2023). 2023-2032년 노인장기요양보험 재정전망. 국회예산정책처 현안보고서.
- 박세영, 방승주, 배광열, 이종혁, 임미원, 장승혁, 전창훈, 제철웅. (2023). 위험사회와 의사결정능력 장애인의 자기결정권 행사의 지원. 서울: 홍문사
- 박인환. (2015). 실질적 자기결정준중의 관점에서의 후견계약의 평가와 의사결정지원방안의 모색. 가족법연구, 29(2), 105-144.
- 박정연. (2023). 치매노인의 자기결정권 보장-의사결정 지원과 돌봄의 연계적 고찰. Institute for Legal Studies, 56, 165-206.
- 박정임. (2017). 장애아동을 위한 자기결정 프로그램의 효과성에 관한 메타분석연구. 한국콘텐츠학회논문지, 17(12), 516-524.
- 박주희. (2017). 장기요양노인을 돌보는 가족의 부양부담과 생활만족도의 관계에서 사회적 지지 자원의 조절효과-장기요양재가서비스 이용자를 돌보는 가족부양자를 중심으로. 한국가족자원경영학회지, 21(3), 121-139.
- 박창제 & 이성진. (2011). 장기요양보호서비스 유형별 가족 부양 스트레스 경로. Journal of the Korean Gerontological Society, 31(3), 831-848
- 박현식 & 이옥진. (2016). 장기요양기관 현지조사의 법률적 문제. 법학연구, 16(4), 375-400.
- 배영현. (2022). 돌봄보조 로봇의 개발과 서비스에 대한 윤리적 고찰: 이승, 자세변환, 식사, 배설 돌봄보조 로봇을 중심으로. 로봇학회 논문지, 17(2), 103-109.
- 백민소, 신준섭, & 신유선. (2021). 독거노인의 ICT 기반 돌봄 보조 기기 사용의향 및 필요 기능 인식에 대한 기술적 연구. 한국노년학, 41(1), 25-48.
- 범경철. (2003). 의사의 설명의무와 환자의 자기결정권. The Korean Society of Law and Medicine, 4(2), 348-376.

- 보건복지부. (2018). 어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다. 지역사회통합돌봄 기본계획(안)(1단계 노인커뮤니티케어) 보도자료(2018.11.20.).
- 보건복지부. (2019). 사회서비스원, 서울·대구·경기·경남에서 최초 설립·운영; 보건복지부 「2019년 사회서비스원 시범사업추진계획」 발표. 보건복지부 보도자료(2019.03.06.).
- 보건복지부. (2020a). 노인실태조사보고서
- 보건복지부. (2021). 고령자 통계 보도자료(2021.09.29.).
- 보건복지부. (2023a). 노인 의료돌봄 통합지원 시범사업 개시보도자료(2023.06.28.)
- 보건복지부. (2023b). 초고령사회 대비 장기요양서비스 확충과 품질관리 나선다. 보도자료(2023.08.17.).
- 보건복지부. (2023c). 장애인 개인예산제 모의적용 연구 참여 지자체 선정(기초지자체 4개소를 대상으로, 6월부터 장애인 개인예산제 모의적용). 보도자료 (2023.05.09.).
- 브라이오니도. (2018). 호주의 노인 돌봄 최근 동향. 국제사회보장리뷰. 7(0).
- 서동민 & 김옥. (2017). 일본과 독일 장기요양보험 청구체계의 현황과 시사점. 장기요양연구, 5(2), 50-73.
- 석재은. (2017). 장기요양서비스의 공공성 강화를 위한 규제의 합리화 방안 연구. 보건사회연구, 37(2), 423-451.
- 석재은, 김용하, 남현주, 최선희. (2020). 초고령사회 대비 장기요양발전방향 최종 보고서. 보건복지부 연구 보고서.
- 성낙인. (2020). 헌법학 제 20판. 파주: 법문사.
- 송명섭. (2022). 한국과 일본 돌봄로봇 사업현황 분석 및 정책적 시사점. 인문사회 21, 13(1), 83-98.
- 송영민. (2010). 의약품 임상시험에서의 피험자의 자기결정권 확보방안. 동아법학, (46), 145-173.
- 송영신. (2017). 우리나라 공공후견제도의 현황 및 향후 개선 과제: 저소득 치매노인(시설거주 및 재가독거)을 중심으로. 사회보장법연구, 6(1), 211-242.
- 신성식. (2014). 임종기 환자 자기결정권 보호 방안 연구: 사전의료의향서 활용방안을 중심으로. 박사학위논문. 연세대학교, 서울.
- 신정완. (2021). 합의에 의한 개혁: 1990년대 이후 스웨덴 노인돌봄서비스의 시장주의적 개혁. 스칸디나비아 연구, (27), 1-40.
- 심미승 & 박지현. (2023). 고령사회 돌봄인력 확보방안에 관한 소고-외국인 요양보호

- 사를 중심으로. 생명연구, 68, 197-224.
- 양난주. (2019). 한국 노인돌봄의 제도적 배열: 돌봄의 공식화를 중심으로. 동향과 전망, 106, 268-302.
- 양재석 & 김근홍. (2021). 노인맞춤돌봄서비스 서비스 질 강화연구-생활지원사 직무 교육의 효과와 조직지원인식의 매개효과를 중심으로. 사례관리연구, 12(1), 23-45.
- 오미희. (2014). 노인장기요양보험제도 시행 이후의 한일 비교연구. 장기요양연구, 2(1), 54-85.
- 오봉옥. (2020). 노인돌봄서비스의 문제점과 개선방안에 관한 고찰. 사회과학리뷰, 5(1), 17-32.
- 오석준. (2018). 인격주의 생명윤리 관점으로 본 ‘자기결정’에 대한 고찰. 인격주의 생명윤리, 8(1), 69-96.
- 오수연. (2023). 올드 시대가 온다!. 마케팅, 57(7), 50-56.
- 오혜경. (2006). 사회복지실천에서 자기결정권과 자기결정권의 제한. 인간연구, (11), 220-249.
- 오혜인 & 박수빈. (2020). 사회복지 전문가 후견인들의 치매 노인 후견 경험에 관한 연구-신상보호과정에서 피후견인의 자기결정 지원을 중심으로. 한국사회복지학, 72(4), 181-213.
- 우국희. (2014). 노인의 자기방임 - 위험과 권리 사이. 고양: 공동체
- 원석조. (2023). 사회복지정책론. 고양: 지식터
- 원소연. (2010). 장애인의 자기결정권 실현을 위한 정책연구: 독일의 개인예산제도와 한국의 활동보조지원사업을 중심으로. 사회복지정책, 37(2), 267-289.
- 유애정. (2023) 지역사회통합돌봄 선도사업 추진경험과 향후 과제. 한국노인복지학회 학술발표논문집. 180-196
- 윤기혁. (2023). 텍스트 마이닝 기법을 활용한 노인장기요양기관 부당청구 판례분석 연구. 안전문화연구, 277-311.
- 윤희정 & 김영선. (2021). 노인돌봄기관 전문인력의 돌봄로봇 이용의향에 영향을 미치는 요인: 이승보조로봇을 중심으로. 한국노년학, 41(5), 715-736.
- 은성호. (2021). 고령사회, 새로운 노인의 등장과 삶의 질 제고를 위한 정책 방향. 보건복지포럼, 2021(10), 2-4.
- 이경도. (2023). 연명의료에 대한 환자 자기결정권 논의에서 필요한 것들. 생명, 윤리와 정책, 7(2), 79-104.
- 이금옥. (2021). 자기결정권에 관한 헌법재판소 판례 분석. 동북아법연구, 15(2), 183-209.

- 이기순. (2023). 노인돌봄생활지원사의 문제점과 발전방안에 관한 연구. 사회복지경영연구, 10(1), 27-43.
- 이기주 & 석재은. (2019). 장기요양기관 간 경쟁이 높을수록 서비스 질이 더 좋은가? 방문요양기관을 중심으로. 한국보건사회연구, 39(4), 425-455.
- 이민홍, 최재성 & 이상우. (2014). 노인장기요양서비스의 질 관리체계와 개선방안: 이해관계자(stakeholder) 관점을 중심으로. 사회복지정책, 41(4), 51-75.
- 이석배. (2007). 의료후견주의와 환자의 자기결정권-의사의 설명의무를 중심으로. 고려법학, (49), 935-963.
- 이석배 & 이원상. (2010). 연명치료중단에있어서 환자의 자기결정권과 사전의료지시서에 관한 연구. 한국형사정책연구원
- 이선희. (2014). 노인돌봄서비스 관련 현행제도의 실태와 개선방안. 보건복지포럼, 2014(8), 54-65.
- 이세주. (2023). 구체적 개별적 자기결정권의 헌법적 근거에 대한 고찰 : 헌법재판소 결정에 대한 검토를 중심으로. 헌법학연구, 29(2), 291-333.
- 이수민. (2013). 노인돌봄서비스체계의 변화 <노인장기요양제도 시행 후>. 한국인간복지실천연구, 11, 7-22.
- 이승일, 김주연, 안진근 & 김성배. (2020). 노인 복합 커뮤니티케어 공간에 관한 연구. 한국공간디자인학회 논문집, 15(3), 117-126.
- 이열. (2012). 형법상 자기결정권에 관한 연구, 박사학위논문. 성균관대학교, 서울.
- 이영주. (2013). 요양보호사 직무교육의 필요성과 교육방안. 노인복지연구, 61, 339-357.
- 이윤경, 이선희, 강은나, 김세진, 남궁은하 & 최유정. (2022). 2022년도 장기요양 실태조사. 보건복지부 & 한국보건사회연구원.
- 임은영, 김자경, 김기주, & 김주영. (2007). 자기결정 프로그램이 초등학교 정도 정신지체 아동의 자기결정력에 나타난 효과. 지적장애연구, 9(2), 21-36.
- 이익섭. (2007). 장애인권리협약의 의미와 핵심 과제. 보건복지포럼, 2007(5), 5-22.
- 이인영. (2013). 법학자의 관점에서 본 연명의료의 환자결정권 보장과 제도화 방안. 의료정책포럼, 11(3), 33-39.
- 이정석, 한은정 & 권진희. (2011). 가족수발자가 인지하는 표준장기요양이용계획서의 질과 만족도, 활용도 간의 관계분석. 한국노년학, 31(4), 871-884.
- 이정석. (2014). 장기요양서비스의 질 평가: 현행체계와 개선방향. 장기요양연구, 2(1), 87-112.
- 이진숙, 주은선, 신지연, 윤나리, 노승택. (2014). 사회복지정책론. 파주: 양서원

- 이진숙. (2014). 노인장기요양보험은 가족의 돌봄부담을 완화하는가?: 현금급여와 가족요양보호사 이슈를 중심으로. 가족과 문화, 26(2), 126-150.
- 이충진. (2000). 칸트의 권리론: 내적 권리와 외적 권리. 철학연구, 73, 169-191.
- 이한나, 김윤영, 이민경, 김동기, 김용진, 이정기, & 전지혜. (2019). 사회서비스분야 개인예산제도에 관한 기초연구.
- 이혜승 & 유승현. (2013). 노인 요양보호사의 인력운영 현황과 개선방안: 요양보호사와 시설장의 인식을 중심으로. 한국공공관리학보, 27(3), 145-181.
- 이호용 & 문용필. (2021). 장기요양기관 시설장의 기관운영에 대한 인식분석. 한국산학기술학회 논문지, 22(11), 617-627.
- 임미원. (2016). 윤리적 개념으로서의 자율성-칸트의 자율성 개념을 중심으로. 법학논총, 33(3), 1-21.
- 임새아. (2018). 요양현장에서의 요양보호사 전문성에 관한 연구. 장기요양연구, 6(1), 50-78.
- 임정도. (2011). 요양보호사의 직무스트레스와 직무만족 간의 관계. 한국콘텐츠학회 논문지, 11(1), 225-235.
- 장영희, & 염동문. (2019). 발달장애인 자기결정권에 대한 부모의 인식유형과 유형별 특성비교. 지역과 세계(구 사회과학연구), 43(3), 93-118.
- 장효진, & 이채정. (2021). 노인장기요양보험제도의 정책목표와 정책수단 간 관계 분석-한국·독일·일본 사례 비교. 사회과학연구, 37(1), 27-53.
- 전용호. (2012a). 경기도 재가노인지원서비스의 제공과 기관 운영에 관한 탐색적인 연구: 문제점과 개선방안을 중심으로. 보건사회연구, 32(4), 151-181.
- 전용호. (2012b). 한국 노인장기요양보험의 주요한 문제점과 개선방안(길버트와 테렐의 분석틀을 중심으로). 한국지역사회복지학, 43, 345-384.
- 전용호 & 이석환. (2022). 노인맞춤돌봄서비스의 도입 초기 이슈에 대한 질적연구. 노인복지연구, 77(1), 225-252.
- 정가원. (2015). 미국 장기요양시설 규제 및 평가제도. 장기요양연구, 2(2), 33-52.
- 정기상. (2019). 아동의 자기결정권에 관한 헌법적 고찰-의료영역에 있어 아동의 자기결정권 논의를 중심으로. 헌법재판연구, 6(2), 151-179.
- 정재욱. (2015). 고령화시대와 노인장기요양보험제도. 한국 일본 독일을 중심으로. 서울: 대영문화사
- 정종섭. (2015). 헌법학 원론 제 10판. 서울: 박영사
- 정지원 & 김정석. (2022). 지역사회 통합돌봄의 개념적 이해와 실천적 함의: 텍스트 마이닝과 의미연결망 분석을 중심으로 지역과 세계(구 사회과학연구), 46(2), 65-97.

- 정진경 & 정세희. (2015). 노인돌봄종합서비스 이용자의 선택경험과 돌보미와의 관계의 질이 서비스 이용만족에 미치는 영향. 노인복지연구, 67, 7-31.
- 정화성. (2017). [연명의료결정법] 과 환자의 자기결정권에 대한 고찰. 문화미디어엔터테인먼트법, 11(2), 189-214.
- 제철웅. (2017). 성년후견과 지속적 대리_의사결정능력 장애인의 보호에서 인권준중으로. 법조, 66(2), 76-122.
- 제철웅. (2019). 의사결정지원제도의 도입 방안. 후견, 2(2), 67-100.
- 제철웅, 김효정, & 박인환. (2019). 치매국가책임제와 의사결정지원제도. 의생명과학파법, 21, 81-107.
- 제철웅, 김현철, 박승호, 이정은, 이민홍, 박은혜, 연석중. (2023). 노년기, 자기결정권. 파주: 나남
- 조성혜. (2016). 인지장애노인의 국제인권법적 지위와 성년후견제도-자기결정권을 중심으로. 사회법연구, (30), 87-134.
- 조영훈. (2006). 자유주의 복지유형으로서의 일본복지국가. 한국사회학, 40(4), 164-185.
- 조혁진. (2023). 재가서비스 분야의 돌봄노동과 외국인력 수요. 노동리뷰, 219(0), 29-44.
- 주찬희. (2023). 일본의 노인돌봄 인력 확보를 위한 특정기능 정책에 관한 고찰. 인문사회 21, 14(3), 4267-4280.
- 중앙사회서비스원. (2022). 2022년(2021년실적) 사회서비스원 경영평가 보고서.
- 차홍봉 & 선우덕. (2013). 노인장기요양보험제도의 발전과정과 향후 개선방향에 대한 논의. 장기요양연구, 1(1), 7-30.
- 최경석. (2009). 사전지시 (Advance Directives) 제도의 윤리적·사회적 함의. 홍익법학, 10(1), 93-112.
- 최봉철. (2003). 권리의 개념에 관한 연구-의사설과 이익설의 비교. 법철학연구, 6(1), 51-78.
- 최상희. (2009). 장기이식과 자기결정권. 인권과 정의, (394), 24-38.
- 최영순, 최정규, 태윤희, 김지윤, 김정덕. (2014). 호스피스 완화의료 활성화 방안. 국민건강보험 건강보험정책연구원 연구보고서.
- 최윤영 & 이경준. (2015). 성년후견제도의 현황과 향후과제. 2015년도 한국공공관리학회 동계학술대회 발표논문집, 53-72.
- 최은희. (2010). 노인장기요양보험제도 서비스 질 관리체계 개선에 관한 연구. 한국노년학, 30(2), 401-419.
- 최희원. (2022). 커뮤니티케어 활성화 방안에 관한 다학제적 연구-일본 지역포괄케

- 어시스트 사례를 중심으로. 한국과학예술융합학회, 40(4), 481-491.
- 통계청. (2021). 2020년 출생사망통계 잠정결과 보도자료(2021.02.24.)
- 통계청. (2022). 2022년 고령자통계 보도자료(2022.09.29.)
- 표명환. (2011). 헌법에 열거되지 아니한 국민의 자유와 권리에 관한 체계적 고찰. 공법학연구, 12(2), 81-104.
- 하석철, 김제희 & 이선영. (2023). 요양보호사 인권 침해 경험 연구. 생명연구, 117-143.
- 한동희 & 박지혜. (2018a). 한일 노인돌봄종사자의 전문성 제고를 위한 제도 및 양성 교육에 관한 고찰 연구. 인문사회과학연구, 19(3), 459-485.
- 한동희 & 박지혜. (2018b). 한국과 일본의 노인돌봄종사자의 전문성 비교 연구. 한국노년학연구, 27(2), 133-150.
- 한성민. (2021). 요양보호사의 클라이언트 폭력피해경험, 소진, 직무만족도 관계 연구. 문화와융합, 43(12), 1249-1272.
- 한신실. (2020). 한국은 어떤 복지국가로 성장해왔는가. 한국사회정책, 27(1), 153-185.
- 한은정, 이정석, & 권진희. (2012). 방문요양기관의 재가장기요양기관 평가에 대한 인식 및 태도. 한국노년학, 32(2), 467-485.
- 허대석. (2009). 환자의 자기결정권과 사전의료지시서. 대한의사협회지, 52(9), 865-870.
- 허준기, 김정석, 전보영 & 이준우. (2022). 장애인의 자기결정권 강화 논쟁: 개인예산제를 중심으로. 한국사회, 23(2), 39-73.
- 황미경. (2019). 커뮤니티 케어와 통합사례관리 연계 네트워크 실천 방안 연구. 한국케어매니지먼트 연구, (30), 161-184.
- 황재영, & 고완자. (2005). 고령사회의 노인문제와 노인의 개념 및 특성에 관한 이론적 고찰. 한국지방행정학보 (KLAR), 2(2), 21-38.
- Abdi, S., Spann, A., Borilovic, J., de Witte, L., & Hawley, M. (2019). Understanding the care and support needs of older people: a scoping review and categorisation using the WHO international classification of functioning, disability and health framework (ICF). BMC geriatrics, 19, 1-15.
- AGE-WELL National Innovation Hub. (2021). A Review of the Consumer Directed Care Model of Home Care Service Delivery as Applied Within the Australian. Fredericton, NB: AGE-WELL National Innovation Hub, APPTA Inc. Government's Home Care Packages Program.

- Alakeson, V. (2008). Let patients control the purse strings. *BMJ*.
- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B., ... & Wolf-Klein, G. P. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative & Supportive Care*, 8(3), 267-275.
- Alano, G. J., Pekmezaris, R., Tai, J. Y., Hussain, M. J., Jeune, J., Louis, B., ... & Wolf-Klein, G. P. (2010). Factors influencing older adults to complete advance directives. *Palliative & Supportive Care*, 8(3), 267-275.
- Bakitas, M. A. (2005). Self-determination: analysis of the concept and implications for research in palliative care. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 22-49.
- Beatty, P. W., Richmond, G. W., Tepper, S., & DeJong, G. (1998). Personal assistance for people with physical disabilities: Consumer-direction and satisfaction with services. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 79(6), 674-677.
- Beauchamp, Tom. L. & Childress. James. F. 저(2008), 박찬구, 최경석, 김수정, 인선호, 조선우, 추정완 역(2014). *생명의료윤리의 원칙들*. 서울: 이화여자대학교 생명의료법연구소
- Benjamin, A. E., Matthias, R., & Franke, T. M. (2000). Comparing consumer-directed and agency models for providing supportive services at home. *Health Services Research*, 35(1 Pt 2), 351.
- Boyle, G. (2008). Autonomy in long term care: a need, a right or a luxury?. *Disability & society*, 23(4), 299-310.
- Brand, M., & Markowitsch, H. J. (2010). Aging and decision-making: a neuro-cognitive perspective. *Gerontology*, 56(3), 319-324.
- Brown, R., Carlson, B., L., Dale, S., Foster, L., Phillips, B., & Schore, J. (2007). Cash & counseling: Improving the lives of Medicaid beneficiaries who need personal care or home and community-based services. Final Report. Mathematica Policy Research, Inc.
- Bulamu, N., Kaambwa, B., Gill, L., Cameron, I., McKechnie, S., Fiebig, J., ... & Ratcliffe, J. (2017). Impact of consumer-directed care on quality of life in the community aged care sector. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(10), 1399-1405.

- Bulamu, N. B. (2019). Consumer Directed Care in The Community Aged Care Sector: A Health Economics Perspective (Doctoral dissertation, Flinders University, College of Medicine and Public Health.).
- Burns, A., Mohamed, M., & Watts, M. (2023). Payment Rates for Medicaid home and Community Based Services: States' Responses to Workforce Challenges. Kaiser Family Foundation.
- Carlson, B., L., Fosster, L., Dale, S., B., Brown, R. (2007). Effects of Cash and Counseling on Personal Care and Well-Being. Health Service Research, 42, 467-487
- Cash, T., Moyle, W. & O'Dwyer, S. (2017), Relationships in consumer-directed care: An integrative literature review. Australas J Ageing, 36, 193-204
- Chidambaram, P., & Burns, A. (10). things about long-term services and supports (LTSS). KFF (Washington, DC: 2022).
- Clark, P. G. (1987). Individual autonomy, cooperative empowerment, and planning for long-term care decision making. Journal of Aging Studies, 1(1), 65-76.
- CMS. (2014). Origins and Benefits of Self-direction Home and Community-based Services Self-direction Series.
- CMS. (2022). State Medicaid Director Letter SMD #22-003. Home and Community-Based Services Quality Measure Set.
- Commission on Long-Term Care (Ed.). (2013). Commission on Long-Term Care Report to the Congress, September 30, 2013. Government Printing Office.
- Consumer Direct Care Network Colorado. (2023). Consumer Directed Attendant Support Services Training Manual.
- Crisp, S., Doty, P., Flanagan, S., Smith, G., Keefe, J., O., Larson, T., ... & Rusinowitz, L., S. (2010). Developing and Implementing Self-Direction Programs and Policies: A Handbook. Robert Wood Johnson Foundation.
- Curry, N., & Ham, C. (2010). Clinical and service integration: The route to improved outcomes. King's Fund.
- Dale, S. B., & Brown, R. S. (2007). How does Cash and Counseling affect costs?. Health services research, 42(1p2), 488-509.
- Davies, S., Laker, S., & Ellis, L. (1997). Promoting autonomy and independence

- for older people within nursing practice: a literature review. *Journal of advanced nursing*, 26(2), 408-417.
- Deloitte Access Economics. (2016). Australia's aged care sector: economic contribution and future directions.
- Department of Health, Australian Government.(2020). 2020 Aged Care Workforce Census Report.
- Department of Health and Aged care, Australian Government.(2021). Financial Report on the Australian Aged Care Sector.
- Department of Health and Aged care, Australian Government. (2023). 2022-23 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997.
- Department of Health Care Policy & Financing, Colorado Government. (2023). Colorado IHSS Authorized Representative FAQ July 2023.
- Department of Health Care Policy & Financing, Colorado Government. (2024). In-Home Support Services(IHSS) Report.
- Department of Social Services. Australian Government. (2014). Home Care Packages Programme Guidelines.
- Department of Social Services, Australian Government. (2015). Formative evaluation of the Home Care Packages Programme Detailed findings report.
- Department of Social Services, Australian Government. (2023). Home Care Packages Program Operational Manual A guide for home care providers.
- Doty, P., Kasper, J., & Litvak, S. (1996). Consumer-directed models of personal care: Lessons from Medicaid. *The Milbank Quarterly*, 377-409.
- Edwards-Orr, M., Morris, M., DeLuca, C., Ujvari, K., & Sciegaj, M. (2020). National inventory of self-directed long-term services and supports programs
- Ekelund, C., Dahlin-Ivanoff, S., & Eklund, K. (2014). Self-determination and older people?A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(2), 116-124.
- Gilbert, N. & Terrell, P. 저(2005), 남찬석 & 유태균 역(2007), 사회복지정책론 : 분석틀과 선택의 차원, 서울: 나눔의 집.
- Gilbert, N. & Terrell, P. (2010). *Dimensions of Social Welfare Policy*(7th ed.). Boston: Pearson Education Ltd.
- Gillon, R. (1985). Autonomy and the principle of respect for autonomy. *British*

- medical journal (Clinical research ed.), 290(6484), 1806.
- Harrington, C., Wiener, J. M., Ross, L., & Musumeci, M. (2017). Key issues in long-term services and supports quality. Issue Briefs: Kaiser Family Foundation.
- Hamilton, S., Tew, J., Szymczynska, P., Clewett, N., Manthorpe, J., Larsen, J., & Pinfold, V. (2016). Power, choice and control: How do personal budgets affect the experiences of people with mental health problems and their relationships with social workers and other practitioners?. *The British Journal of Social Work*, 46(3), 719-736.
- Hirschman, K. B., Abbott, K. M., Hanlon, A. L., Bettger, J. P., & Naylor, M. D. (2012). What factors are associated with having an advance directive among older adults who are new to long term care services?. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 82-e7.
- Ismail, M., Hussein, S., Stevens, M., Woolham, J., Manthorpe, J., Aspinall, F., ... & Samsi, K. (2017). Do personal budgets increase the risk of abuse? Evidence from English national data. *Journal of social policy*, 46(2), 291-311.
- Jones, A., Moss, A. J., & Harris-Kojetin, L. D. (2011). Use of advance directives in long-term care populations.
- Kirsten J. Colello. (2022). Medicaid Coverage of Long-Term Services and Supports. Congressional Research Service.
- Kirsten J. Colello. (2023). Long-Term Services and Supports: History of Federal Policy and Programs. Congressional Research Service.
- Knickman, J. R., & Stone, R. I. (2007). The public/private partnership behind the cash and counseling demonstration and evaluation: Its origins, challenges, and unresolved issues. *Health Services Research*, 42(1p2), 362-377.
- Kodner DL. (2003). Consumer-directed services: lessons and implications for integrated systems of care. *Int J Integr Care*.
- KPMG. (2023). Aged care market analysis 2023.
- Kreider, A. R., & Werner, R. M. (2023). The home care workforce has not kept pace with growth in home and community-based services: Study examines the US home care workforce alongside the growth in home-and community-based services. *Health Affairs*, 42(5), 650-657.
- Laragy, C. (2019). Self-management in Consumer Directed Care (CDC) programs:

literature review.

- Lee, S. H., Chon, Y., & Kim, Y. Y. (2023, January). Comparative Analysis of Long-Term Care in OECD Countries: Focusing on Long-Term Care Financing Type. In *Healthcare*(Vol.11, No. 2, p. 206). MDPI.
- Lindberg, C., Fagerstrom, C., Sivberg, B., & Willman, A. (2014). Concept analysis: patient autonomy in a caring context. *Journal of advanced nursing*, 70(10), 2208-2221.
- Loughhead M., McDonough J., Baker K., Rhodes K., Macedo D., Ferguson M. , McKellar L & Procter, N. (2023). Person-centred and Consumer Directed Mental Health Care: Transforming Care Experiences. prepared for the National Mental Health Commission, University of South Australia.
- Mata, R., Schooler, L. J., & Rieskamp, J. (2007). The aging decision maker: cognitive aging and the adaptive selection of decision strategies. *Psychology and aging*, 22(4), 796.
- Matthias, R. E., & Benjamin, A. E. (2003). Abuse and neglect of clients in agency-based and consumer-directed home care. *Health & Social Work*, 28(3), 174-184.
- Millicer, A. & Storey, J. (2019). Self-management in home care packages : implementation guide for providers.
- Moore, C., B. (2021). Consumer directed care aged care reforms in Australia since 2009: A retrospective policy analysis. *Health Policy* Vol 125, Issue 5, 577-581
- Murray, K., Molly M., Edwards-Orr, M., Sciegaj M., & Flinn B. (2024). National Inventory of Self-Directed Long-Term Services and Supports Programs For the 2023 AARP LTSS State Scorecard.
- Nadash, P., & Crisp, S. (2005). Best practices in consumer direction. Retrieved June,16, 2008.
- Nakashima, M., Chapin, R. K., Macmillan, K. & Zimmerman, M. (2005). Decision making in long-term care: Approaches used by older adults and implications for social work practice. *Journal of Gerontological social work*, 43(4), 79-102.
- National Council on Disability. (2004). Consumer-Directed Health Care: How Well Does It Work?.
- National Skills Commission & Australian Government. (2021). Care Workforce

- Labour Market Study Final Report.
- Ottmann, G., Allen, J., & Feldman, P. (2013). A systematic narrative review of consumer directed care for older people: Implications for model development. *Health & Social Care in the Community*, 21(6), 563-581.
- Provost, C., & Hughes, P. (2000). Medicaid: 35 years of service. *Health care financing review*, 22(1), 141.
- Paraprofessional Healthcare Institute. (2023). Direct care workers in the United States: Key facts 2023.
- Productivity Commission, Australian Government. (2011). Caring for Older Australians. Productivity Commission Inquiry Report Overview.
- Productivity Commission, Australian Government. (2013). An Ageing Australia: Preparing for the Future. Productivity Commission Research Paper Overview.
- Simons, B., Kimberley, H., & McColl Jones, N. (2016). Adjusting to consumer directed care: the experience of Brotherhood of St Laurence community aged care service users.
- Swaine, J. G., Parish, S. L., Igdalsky, L., & Powell, R. M. (2016). Consumers' and workers' perspectives about consumer-directed services in the United States. *Disability and health journal*, 9(3), 464-471.
- Raz, J. (1984). Legal Right. *Oxford Journal of Legal Studies* 4(1)
- Russell, S. (2021). Consumer experiences of self-managing a home care package.
- Tyrrell, J., Genin, N. & Myslinski, M. (2006). Freedom of choice and decision-making in health and social care: Views of older patients with early-stage dementia and their carers. *Dementia*, 5(4), 479-502.
- UN(United Nations). (1991). United Nations Principles for Older Persons.
- UN(United Nations). (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities.
- United Health Foundation. (2023). Executive Brief 2023 Senior Report. America's Health Rankings.
- Victorian Council of Social Service. (2020). Safety, dignity and choice.
- Wada, Y. (2016). Older people's exercising of choice in long-term care: a comparative analysis of England and Japan. *Ageing & Society*, 36(6), 1185-1210.
- Wamara, C. K. & Naumiuk, A. (2023). Service Users' Decision-Making During

- Transition to Long-Term Care: Social Workers' and Older People' s Perspectives. *Ageing International*, 48(1), 316-330.
- Watts, M., Burns, A., & Ammula, M. (2022). Ongoing impacts of the pandemic on medicaid home & community-based services (HCBS) programs: Findings from a 50-state survey. Kaiser Family Foundation (San Francisco, CA: 2022).
- Watts, M. O. M., Musumeci, M., & Chidambaram, P. (2018). Medicaid Home and Community-Based Services.
- Williams, E., Rudowitz, R., & Burns, A. (2023). Medicaid Financing: The Basics. KFF, April, 13.
- Winzar, C.(2022). Duty of care: Aged care sector in crisis.
- Wehmeyer, M. L., Shogren, K. A., Little, T. D., & Lopez, S. J. (Eds.). (2017). Development of self-determination through the life-course. Springer.
- Westerfield, R. M. (2015). Assessing the Needs of IHSS Providers.
- WHO(World Health Organization). (2015). World Report on Ageing and Health.
- Wiener, J. M., Anderson, W. L., & Khatutsky, G. (2007). Are consumer-directed home care beneficiaries satisfied? Evidence from Washington State. *The Gerontologist*, 47(6), 763-774.
- 水野裕. "介護保険と成年後見制度-医師の立場から." *日本老年医学会雑誌* 40, n o . 3 (2003): 248-251.

부록 1. 후견제도의 종류 및 특징

구분	법정후견			임의후견
	성년후견	한정후견	특정후견	
개시 사유	사무처리 능력의 지속적 결여	질병, 장애, 고령 등으로 인한 사무처리 능력의 부족	일시적 혹은 특정 사무후원 필요	사무처리 능력 부족
본인의 행위능력	원칙적 행위능력상실자	원칙적 행위능력자	행위능력자	행위능력자
후견인 권한	원칙적으로 포괄적 대리권, 취소권	법원이 정한 범위 내의 대리권·동의권· 취소권	법원이 정한 범위 내의 대리권	각 후견 계약에서 정한 바에 따름
주요 법률행위	피후견인의 법률행위 취소가능, (취소할 수 없는 법률행위의 범위는 가정법원이 결정 및 변경 가능)	일상생활에 필요하고, 그 대가가 과도하지 않은 법률행위 취소 불가	피후견인의 행위능력에 제한 없음	피후견인의 행위능력에 제한 없음
후견 개시 청구권자	본인, 배우자, 4촌 이내 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독원, 한정후견인, 한정후견감독인, 특정후견인, 특정후견감독인, 검사 혹은 지방자치단체장		본인, 배우자, 4촌 이내 친족, 미성년후견인, 미성년후견감독 인, 검사 혹은 지방자치단체장	본인, 배우자, 4촌 이내 친족, 임의후견인, 검사 혹은 지방자치단체장
근거	법률			계약

출처: 최윤영 & 이경준(2015), 김윤정 외(2017), 김성태(2022),
 대한민국법원전자민원센터 인터넷 사이트 내용⁹⁷⁾ 재구성

부록 2. 연명의료계획서 및 사전연명의료의향서 비교

	연명의료계획서	사전연명의료의향서
대상자	말기환자 또는 임종과정에 있는 환자	만 19세 이상 성인
미성년자	담당의사가 미성년자와 친권자에게 모두 설명 후 작성 가능	작성불가
설명 의무 주체	담당의사	상담사
작성 주체	환자의 요청에 의해 담당의사가 작성	본인이 직접 작성
작성 기관	의료기관 윤리위원회가 설치된 의료기관	사전연명의료의향서 등록기관
활용 시점	현재	미래
법적 성격	의료행위에 대한 명령	사전 유언

출처 : 국립연명의료관리기관 인터넷 사이트⁹⁸⁾ 내용 재구성

97) https://www.scourt.go.kr/nm/min_3/min_3_12/index.html 2024.01.08 방문

98) <https://www.lst.go.kr/main/main.do> 2024.01.08. 방문

부록 3. 콜로라도주 HCBS waiver 프로그램 대상자 선정 기준

	재정 상태		의학적 상태
	월소득	자산	
독거	\$2,742	\$2,000	Nursing Home Level of Care
부부 중 1명 신청	\$2,742 (신청자 기준)	신청자: \$2,742 배우자: \$148,620	
부부 모두 신청	\$5,484 (부부 합산)	\$3,000 (부부 합산)	

출처 : 콜로라도주 메디케이드 인터넷 사이트 내용 재구성⁹⁹⁾

99) <https://www.medicaidplanningassistance.org/Medicaid-eligibility-colorado/>
2024.01.10. 방문.

부록 4. IHSS와 CDASS 비교

구분	IHSS	CDASS
참여자 건강상태	▶ 안정적 혹은 불안정적 상태 모두 이용 가능	▶ 안정적 상태인 경우에만 이용 가능
돌봄제공 직원 고용 및 관리	▶ 기관에서 고용·교육·훈련·관리 ▶ 기관에서 임금에 관한 사항 결정(참여자는 관여할 수 없음) ▶ 일반적으로 참여자의 직접 고용을 허용하지 않음	▶ 참여자가 직접 고용 ▶ 참여자가 고용·교육·훈련·관리 ▶ 참여자가 임금에 관한 사항 결정
개인예산 권한	▶ 없음	▶ 있음
가족 돌봄제공 직원 인정 여부	▶ 개인돌봄과 관련된 돌봄에 대해 최대 40시간/1주 인정	▶ 최대 40시간/1주 인정
서비스 변경	▶ 기관에 연락하여 변경	▶ 참여자와 돌봄제공 직원이 협의 후 변경
비상상황 시 돌봄제공 직원	▶ 기관에서 지원	▶ 참여자가 2명 이상의 직원을 고용하여 대비해야 함

출처 : 콜로라도 주정부 CDSS 인터넷 사이트¹⁰⁰⁾ 및 Consumer Direct Care Network Colorado, 2023) 내용 재구성

¹⁰⁰⁾

<https://hcpf.colorado.gov/sites/hcpf/files/CDASS%20and%20IHSS-Which%20Fits%20Best-2016.pdf> 2024.03.02. 방문

부록 5. 주요 영어 두문자어(Acronyms)

Acronyms	Definition
AARP	American Association of Retired People
ACAT	Aged Care Assessment Teams
ACQSC	Aged Care Quality and Safety Commission
AQF	Australian Qualifications Framework
AR	Authorized Representative
ASQA	Australian Skills Quality Authority
CDASS	Consumer-Directed Attendant Support Services
CDC	Consumer-Directed Care
CDPHE	Colorado Department of Public Health and Environment
CHSP	Commonwealth Home Support Programme
CMS	Centers for Medicare and Medicaid Services
COTA	Council on the Ageing
HCBS	Home and Community Based Services
HCBS-EBD	Home and Community Based Services Elderly, Blind, and Disabled
HCP	Home Care Packages
IHSS	In-Home Support and Services
LTSS	Long Term Services & Supports
NACAP	National Aged Care Advocacy Program
NCOA	National Council On Aging
NSA	National Seniors Australia
OPAN	Older Persons Advocacy Network
PACE	Program for All Inclusive Care for the Elderly
RAS	Regional Assessment Service
RTO	Registered Training Organizations
SDC	Self-Directed Care
SIRS	Serious Incident Response Scheme
TAFE	Technical and Further Education
TEQSA	Tertiary Education Quality and Standards Agency
VET	Vocational Education Training

ABSTRACT

Improvement of Home Care of Long-term Care Insurance for the Elderly Using the Concept of Self-Directed Care - A Comparative Study in the United States and Australia -

Da Jeong Han

Dept. of Medical Law and Ethics

The Graduate School

Yonsei University

The right to self-determination, as guaranteed by the Constitution, is a fundamental right essential for maintaining human dignity. This right must be equally and universally respected, even when an individual becomes elderly and requires care to carry out daily activities. Particularly, the baby-boomer generation, known for their pursuit of independent and autonomous lives, will assert their right to self-determination regarding care. However, the current conditions do not sufficiently allow the elderly to exercise their right to self-determination in the process of delivery care, and discussions regarding the elderly's self-determination in care-related matters are also insufficient. This study starts from the concern over whether the right to self-determination, which is crucial for respecting human dignity, is being properly realized in the process of using home care services while staying at home. The aim of this research is to propose measures that allow the elderly to use home care services while having their right to self-determination

respected.

To achieve this, the Study employs theoretical review and comparative study. The analytical framework was adapted from Gilbert & Terrell's framework to suit the purpose of this study. First, through theoretical review, the meaning of the elderly's right to self-determination in care and the requirements that home care of long-term care system must fulfill to respect this right were identified. Additionally, the concept and characteristics of self-directed care were explored. Subsequently, a comparative analysis of the home care of long-term care system in Korea, the United States and Australia were conducted. Furthermore, the self-directed care systems currently in operation in the United States and Australia were compared further to draw relevant implications. Finally, based on the comprehensive results of the theoretical review and comparative study, proposals were made for applying the concept of self-directed care to the home care of Long-term Care Insurance in Korea for the Elderly, along with preliminary tasks for improving these systems.

A comparative analysis of the home care of long-term care system in Korea, the United States and Australia revealed that Korea's system offers the elderly the right to choose the types of services and service providers. However, the types and contents of the services are simplistic, and there is a lack of professionalism and competence among service providers and workforce especially care-giver. Therefore, it is difficult to assess that there is a guarantee of substantial opportunities for choice due to the insufficient quality assurance of services. Additionally, institutional mechanisms to ensure the participation of the elderly in the care delivery process are inadequate. When elderly individuals face difficulties in making care-related decisions, the support systems for decision-making are not sufficiently activated. The United States and Australia encounter challenges in managing their elderly home care. Nevertheless, they offer diverse and specialized services, actively

supporting the elderly to engage more pro-actively in the care delivery process. They also implement decision-making support systems widely in care settings, ensuring the right to choose and providing substantial opportunities for decision-making in care. Furthermore, they have institutional mechanisms that enable the elderly to exercise decision-making authority during the care delivery process. Notably, they operate “Self-Directed Care” or “Consumer-Directed Care” systems, which grant the elderly the authority to direct and choose their care.

The comparative analysis of self-directed care systems in the United States and Australia produced the following results. With respecting the independence and autonomy of the elderly, both countries have adopted self-directed care systems as a strategic approach to improve care quality, address workforce shortages, and efficiently meet the diverse care needs of the elderly amid financial constraints in elderly care. In the United States, the system was introduced as an option, allowing individuals to choose between general home care and self-directed care. In Australia, it was mandated for home care but allowed individuals to select their level of participation of care. Summarizing the characteristics of each self-directed care system, the United States set stringent requirements for using the self-directed care system. However, once these requirements were met, it granted considerable autonomy in exercising authority throughout the home care delivery process. In contrast, Australia did not restrict specific eligibility even for those choosing the highest level of participation in care. However, the system operated in a way where much of the choice and control granted to the elderly was exercised through service providers, thereby enhancing the government's oversight function over the exercise of authority.

Based on the above content, the following suggestions are proposed for introducing the concept of self-directed care into the delivery process of home

care under long-term care insurance for the elderly, focusing on the initial implementation phase. And as preliminary tasks for implementing the concept of self-directed care, the following improvements are suggested: enhancing the professionalism and diversity of service types, improving the capabilities and expertise of service providers and care-giver, establishing institutional mechanisms to ensure the participation of the elderly in the care delivery process, activating decision-making support systems in care, promoting organizations that advocate for and represent the rights of the elderly, improving societal perceptions of the elderly, and fostering civic awareness regarding care labor. It is hoped that the results of this study will contribute, however modestly, to the development of a society where the elderly can maintain their dignity and exercise their right to self-determination even while receiving care at home.

Key Words: Australia, Consumer-Directed Care, Comparative Study, Elderly, Gillbert&Terrell, Home Care, Korea, Long-Term Care, Right to Self-Determination, Self-Directed Care, US.