

# 호주의 노인케어법 개정과 시사점

- 지역기반 비의료환경 노인케어를 중심으로 -

## I. 노인케어법(Aged Care Act) 개정 배경

호주는 초고령 사회를 대비하여 제도의 지속성, 서비스 접근성 그리고 최고의 시스템을 갖추고자 10년에 걸친 노인케어 개혁<sup>1)</sup>을 진행 중에 있다. 이번 개혁은 3단계에 걸쳐 이루어지며 2단계까지의 제도개혁을 마무리하고 3단계에 도입한 상태이다. 2013년 6월 28일 노인케어 개혁의 1-2단계를 진행하기 위한 법 개정안이 통과하였으며 2014년 7월 1일부로 3개의 주요 관련법 개정안과 2개의 신설법이 시행중에 있다.<sup>2)</sup>

- Aged Care Act 1997
- Aged Care (Transitional Provisions) Act 1997
- Aged Care (Accommodation Payment Security) Act 2006

ty) Act 2006

- Aged Care (Accommodation Payment Security) Levy Act 2006
- Australian Aged Care Quality Agency Act 2013
- Australian Aged Care Quality Agency (Transitional Provisions) Act 2013

호주정부는 이번 노인케어 개혁을 통하여 2022년까지 이루고자 하는 바를 다섯 가지 비전으로 제시하였다. 법 개정의 방향성은 비전을 달성하도록 설정되었다.<sup>3)</sup> 첫째, 노인보건의료체계가 고령화사회에서 지속가능한 시스템이 될 것 둘째, 환자의 접근성을 향상시킬 것 셋째, 노인이 자신의 집에서 가능한 오래 생활 할 수 있도록 지원할 것 넷째, 노인케어 서비스제공자가 투자하고 싶고 성장할 수 있는 사업 분

1) Aged Care Reform이라고 명명한다. 호주에서 Care의 개념이 단순한 돌봄이 아니라 건강의 관리 전반을 의미하며, 이것은 포괄적인 의미의 보건의료서비스를 제공하는 행위뿐만 아니라, 감정과 태도까지 아우르는 개념으로 사용되고 있다. 따라서 직역하여 번역하지 않는다.

2) <https://agedcare.health.gov.au/publications-and-articles/legislation>, 2016. 11. 27 검색.

3) <https://agedcare.health.gov.au/ageing-and-aged-care-aged-care-reform/why-is-aged-care-changing>, 2016.11.27 검색.

야가 될 것 다섯째, 적절한 보상이 되는 일자리와 다양한 경력 경로를 제공할 것 등이다. 개혁 제1단계는 2012~13년<sup>4)</sup>, 2013~14년에 걸쳐 진행되었으며, 2단계 역시 2년간 진행되었다. 2016년 7월 1일부터 3단계에 돌입하여 2022년 6월 30일 개혁 마무리를 목표로 하고 있다. 개혁의 첫 번째 단계에서 새로운 재가 노인케어 패키지 도입, 거주노인시설 서비스 개선, 노인보건의료서비스 단일접근 포털 'My Aged Care' 신설, 노인케어 질 관리원을 신설, 노인케어 가격 책정 위원회가 발족하였다. 2단계인 2015~2016년에는 1단계 작업을 공고히 하고 특히 고객의 서비스 선택권과 시스템의 지속성 강화를 위한 작업에 매진하였다. 구체적으로 고객의 지불제도 선택권을 강화하고, 국가 표준 가격 틀을 도입하였다. 3단계에 돌입한 현재 표준 질 관리의 연장선으로 노인케어에 대한 '단일 질 관리 틀(Single Quality Framework)' 마련, 노인케어에 대한 자발적 질 관리지표를 실행 중에 있다. 노인보건의료체계를 개혁 중인 호주는 새로운 서비스 도입마다 이행을 위한 지원금과 관련 종사자에 대한 교육 기간을 별도로 책정하고

있다. 이러한 조치는 새로운 제도 도입 시 관련 종사자들이 기존의 업무를 지속하고자 하는 관성을 깨고 새로운 제도에 적응할 수 있도록 한 것이다.

## II. 노인케어법제 개편 이후 동향

### 1. 노인케어 전달 체계

2013~2022 노인케어 개혁으로 개편된 전달 체계와 서비스를 알아보기 전 간략하게 호주가 지역기반의 시설과 재가 노인 서비스를 포괄적으로 발전시켜온 배경을 이해할 필요가 있다. 호주는 세계에서 6번째로 넓은 국토를 가진 국가이다. 반면 인구 규모로는 세계 55위를 기록하고 있어(2,378만 명) 인구밀도가 매우 낮다.<sup>5)</sup> 도시화도 상당히 진행되어 인구의 89%가 도시에 거주하고 있다. 이로 인하여 도시에 살고 있지 않은 11% 국민의 의료 접근성이 주요 정책 과제이다. 또한 상대적으로 인프라, 임금, 관리 비용이 높은 2차 의료기관을 확대하기 보다는 1차 보건의료

4) 호주의 회계연도는 매 해 6월 30일 기준이다. 따라서 각종 통계 수치 집계, 정책의 시행 등은 이를 기준으로 한다. 2012~13년이란 2012년 7월1일부터 2013년 6월30일까지의 기간을 의미한다.

5) 2015년 기준 인구밀도가 한국이 1평방 킬로미터 당 503명을 기록한 반면 호주는 3.1명이었다.

서비스 접근성 강화 및 포괄적 재가 서비스를 제공하는 식으로 노인과 장애인의 의료 및 복지 서비스를 발전시켜왔다. 따라서 대부분 노인은 주로 방문하는 일반주치의(General Practitioner, GP)와 의료관련 전문가(간호사, 약사, 작업치료사, 발전문 치료사 등)와 상당한 rapport가 형성되어 있다.

1차 보건의료인이 필요 시 2차 의료기관의 전문의 서비스를 의뢰하는 전달 체계는 다른 분야 보건의료와 같은 구조이다. 다만 이번 개혁을 통하여 추가된 가장 큰 변화는 노인보건의료 전달 체계의 접근 포인트이자 서비스 제공자와 이용자가 함께 정보를 공유하는 플랫폼 'My Aged Care'를 신설하였다는 점이다. 플랫폼은 인터넷으로 접근 가능하지만, 노인의 인터넷 접근성과 이용능력을 고려하여 전화화를 통하여 서비스를 개시할 수도 있도록 하고 있다. 앞서 언급한 바와 같이 대부분의 노인은 주치의가 있으며, 지역 내 1차 보건의료 전문가와 교류가 활발하다. 따라서 'My Aged Care' 시스템 접근은 가족 혹은 1차 보건의료 전문가가 하게 된다. 'My Aged Care'의 필요성은 노인케어 프로그램들 간의 기능 혼재, 기

능 중복, 충족되지 못하는 서비스 영역의 존재 등으로 인하여 제기 되었다. 호주는 그동안 노인의 요구도에 맞는 적합한 보건의료서비스를 개발하고 제공하는 과정에서 복잡한 재정 지원 구조를 지닌 여러 프로그램들을 갖추게 되었다. 이로 인하여 서비스 이용자는 물론 서비스 제공자조차 특정 환자에게 적절한 서비스를 선택하기 어려운 상황이 발생하였으며, 중복된 기능을 하는 다른 이름의 서비스들이 혼재하게 되었다. 이에 재가 노인서비스와 거주노인시설 서비스를 개시하는 노인케어서비스 전달을 위한 단일 접근 포인트와 정보 공유 포털 신설이 개혁의 가장 중요한 첫 단계 작업이었다.

My Aged Care는 서비스 이용자, 제공자 그리고 서비스 적합성 평가원 등 3자가 공유하는 정보 포털이다.<sup>6)</sup> 2013년부터 일부 주에서 단계적으로 적용되었으며, 2015년 7월 1일 호주 전역에 걸쳐 전면 시행되고 있다. 재가 노인 케어 혹은 거주시설 입소가 필요한 노인은 모두 My Aged Care에 등록하게 된다. 이후 1차 스크리닝을 거친 뒤 기본적인 재가 케어가 필요한 노인은 신설된 지역평가서비스(Re-

6) <https://agedcare.health.gov.au/programs-services/my-aged-care/about-my-aged-care>, 2016. 11. 27 검색. 웹사이트 [www.myagedcare.gov.au](http://www.myagedcare.gov.au) 혹은 전화로 이용할 수 있다. My Aged Care contact centre (1800 200 422).

gional Assessment Service, 이하 RAS)<sup>7)</sup>의 대면평가를 받게 된다. 서비스가 필요하다고 판단되면, 개인별 맞춤 계획을 세우고 서비스를 받을 수 있다. 1차 스크리닝 후 보다 복합적인 서비스 요구도가 있다고 판단될 경우 ‘노인케어 이용에 대한 평가팀(Aged Care Assessment Team, 이하 ACAT)’이 서비스 이용 적합도를 평가한다. 서비스 평가원(Assessor)은 등록간호사(Registered Nurse, 이하 RN) 혹은 의료 관련 전문직 종사자(Allied Health Professionals, 이하 AHP) 자격을 갖추어야 하며, 관련 학위 졸업 후 노인보건의료서비스(병원, 노인거주 시설, 지역기반 서비스) 현장에서 일한 경험이 있어야 한다.

## 2. 재가 서비스

이번 개혁을 통하여 기존의 재가 케어 프로그램이 두 단계로 개편되었다. 크게 ‘재가 지원 프로그램(Commonwealth Home Support Program, 이하 CHSP)’과 의료와 요양의 복합 ‘재가 케어 패키지 프로그램(Home Care Package Program, 이하 HCPP)’으로 나뉜다. CHSP

는 이번 개혁을 통하여 신설된 서비스로 재가 서비스 요구도가 최초로 발생한 노인에게 제공되는 기본 프로그램의 성격을 띠고 있으며, 의료서비스 이용을 최대한 늦추고 노인에게 필요한 복지서비스를 제공하는 역할을 한다. 정부는 기존의 재가 프로그램들을 통합하고 CHSP를 추가하면서 프로그램 전환 자금으로 2천만 불 이상 책정하였다. HCPP는 기존의 다양한 재가 서비스<sup>8)</sup>를 통합한 것이다. 이 서비스를 받기 위하여 ACAT의 사정평가가 필요하며 서비스 계획은 이용자가 직접 제안하는 방식이다(consumer-directed care). 이용자 선택과 제안이 강조된 것은 이번 개혁의 핵심 가치이다. 프로그램 평가원과 케어 코디네이터는 서비스 이용자인 노인환자의 의견을 최대한 수렴하여 서비스 계획을 마련한다. 즉, 환자가 원하는 서비스의 양, 시간대, 종류를 지정할 수 있다. 서비스 요구도에 따라 기본·초·중·고도 4단계 프로그램으로 구성되어 있다. HCPP는 급성기 질환으로 병원에 입원하였다가 퇴원한 노인 혹은 만성·복합질환으로 수시로 의료기관 방문 등이 요구되는 노인들을 대상으로 제공된다. 재가 서비

7) 이번 개혁을 통하여 신설된 서비스로 기존 ACAT의 평가보다는 단순한 평가 작업으로 의료가 복합된 서비스가 아닌 재가 돌봄 서비스 요구도가 발생한 대상자의 서비스 적합도를 평가한다.

8) 개혁 이전 Community Aged Care Packages, Extended Aged Care at Home, Extended Aged Care at Home Dementia 등의 프로그램을 통합한 것이다. HCPP는 2013년 7월부터 단계적으로 전환되어 2015년 7월 전면 시행되고 있다.

스는 비정부기구 및 민간기관에서 서비스를 제공하며 연방정부는 재정 및 지원 프로그램<sup>9)</sup>, 인력교육 정책 등을 통해 다방면으로 서비스 제공 기관을 지원한다.

CHSP와 HCPP 외에 재가 혹은 시설 노인에게 제공되는 서비스는 이행기 케어(transition-al care)이다. 병원에서 퇴원 후 이전 생활터전으로 돌아간 후 신체기능과 독립성을 최대한 향상시킬 목적으로 노인 환자에게 단기간 중점적으로 제공하는 의료요법 서비스이다. 환자가 원할 경우 이행기 케어는 병원의 분리 병동에서 제공되기도 한다. 다분히 목적 지향적, 치료요법 중심의 서비스로 한시적 기간<sup>10)</sup> 동안만 제공되며 병원 이용 환자를 대상으로 하고 있다.<sup>11)</sup> 이행기 케어의 예산은 노인케어법에 의거하여 연방정부가 지원한다. 연방정부는 주정부, 지방정부와 연계하여 이행기 케어를 평가 및 규제하는 역할도 하고 있다. 병원<sup>12)</sup>은 재활치료, 치매 평가와 같은

노인의 의학적 평가를 서비스기관에 제공하고, 잠재적인 대상자를 My Aged Care를 통하여 ACAT에 의뢰한다. 환자 재정 상태에 따라 서비스 요금이 부과되며 일당요금이 재가의 경우 \$9.93, 거주시설의 경우 \$48.25으로 상한선이 있다.<sup>13)</sup>

### 3. 거주 노인시설 서비스

2014년 기준 노인거주시설의 57%는 비영리기관에 의해 제공되고 있으며 비영리기관의 대부분은 종교기반으로 설립된 비정부기구(mission-based and not-for-profit (NFP) aged care organisations)이다. 이번 개혁을 통하여 호주는 영리기관이 노인케어 산업분야에 좀 더 적극적으로 투자할 수 있도록 다양하게 지원책을 마련하고 있다. 현재는 65세 이상 노인 중 7.8%가 시설 서비스를 이용하고 있다.<sup>14)</sup> 시설에서는 영구 돌봄 서비스와 일시휴가 돌봄(respite care)서비스를 제공하는데, 전체 시

9) 비정부기구 지원 프로그램 운영 Australian NGO Cooperation Program (ANCP).

10) 8~12주.

11) DoH Australia. (2015) Transition Care Program Guidelines.

12) 호주의 민간병원(총 592개)을 제외한 모든 공공병원(753개)은 주정부 소유이며, 보건의료인력 규제 및 관리 역시 주정부가 맡는다. 외래의 97%, 응급서비스의 94%를 공공병원이 담당하고 있어 공공성이 높게 실현되고 있다. 민간병원의 주요 역할은 응급하지 않은 관절 치환 등의 선택수술로 제한적이다.

13) <http://www.myagedcare.gov.au/after-hospital-care-transition-care/>, 2016.11.27 검색.

14) <http://www.aihw.gov.au/aged-care/residential-and-home-care-2013-14/>.

설립주노인의 54%가 영구 거주자이며, 46%는 일시휴가 돌봄케어 이용자이다. 2014년 6월 말 기준 전체 입주노인의 21%가 퇴거하였는데, 가장 큰 원인은 죽음으로 인한 것으로 전체 퇴거 사유의 85%를 차지하였다.<sup>15)</sup> 이번 개혁으로 호주 정부는 보다 적극적으로 환자의 의사를 반영하여 환자가 원할 경우 시설이 아닌 재가에서 완화의료를 받고 임종을 맞을 수 있도록 하였다.

거주시설 서비스 이용자는 My Aged Care 홈페이지에서 거주노인시설 이용료 산출(residential Care Fee Estimator) 서비스<sup>16)</sup>를 새로이 이용할 수 있다. 이번 개혁을 통해 거주시설 서비스 이용료 산정 방식이 변화했는데, 본인 소유의 집이 있고 재산의 보유액이 많은 계층은 이용료 부담이 상당히 높아졌다. 이용료를 소득과 자산에 따라 대폭 증가시킨 것은 시설보다 재가 케어를 장려하고 가능한 자신의 집에서 생활하도록 유도한 의도가 포함된 것이다. 또한 서비스 이용료 지불 방식을 본인이 원하는 방식으로 선택할 수 있도록 하였다. 일당 사용료 지불, 보증금 기탁 혹은 2개 방

법의 복합 형태를 소비자가 선택할 수 있으며, 한번 선택한 지불 방식을 28일 이내에 변경할 수 있다. 서비스 이용자는 플랫폼에 접속하여 간단히 원하는 거주 시설을 찾아서 비교할 수 있게 되었다.<sup>17)</sup> 서비스 제공자 측면에서 볼 때 기존에는 환자나 보호자가 직접 방문하거나 연락하기를 기다렸지만, 이제는 시설 관련 정보 및 공실 수를 사이트에 제공하고 환자를 의뢰받게 되었다. 평가원은 환자의 의사를 반영하여 환자에게 적합한 거주시설 리스트를 작성하고 제공자와 이용자 양측이 모두 만족하는 매칭이 생길 때까지 의뢰가 진행된다. 현재 My Aged Care는 전자 정보 교환 시스템을 개선시키는 작업을 진행 중이다. 재가에서 시설로 입소, 시설 간 이동, 병원에서 시설로 퇴원하게 될 때 의뢰서가 작성되고 환자 정보가 교환되는데, 이 시스템의 보완은 개혁이 완성되는 2022년까지 지속될 예정이다. 더불어 My Aged Care에서 서비스 사용자들의 피드백을 공유할 수 있도록 개선 중이며, 질 지표(quality indicators)를 웹사이트를 통해 출판 예정이다. 개혁이 시작된 이후로 거주노인시설의 다양한 질 지표를 마련하였으

15) <http://www.aihw.gov.au/aged-care/>, 2016.11.27 검색.

16) <http://www.aihw.gov.au/aged-care/>, 2016.11.27 검색.

17) <http://www.myagedcare.gov.au/fee-estimator/residential-care/form>, 2016.11.27 검색.

며 현재도 개발 중에 있는데, 질 지표는 노인에게는 정보를 주어 올바른 선택을 돕고 서비스 제공자에게는 지속적인 질 개선의 동기부여가 될 뿐만 아니라 다른 시설의 서비스 수준과 비교할 수 있도록 한 것이다. 현재 파일럿 프로젝트로 개선 중인 거주 노인시설의 질 지표 항목은 욕창, 예상하지 못한 몸무게 감소, 신체구속의 사용, 삶의 질 측정, 이용자 경험 측정 등이다.<sup>18)</sup>

#### 4. 노인케어 인력

노인케어 산업이 다른 보건분야에 비하여 노동집약적인 분야이므로 이번 개혁에 돌입하면서 정부는 “적절한 보상이 되는 일자리와 다양한 경력 경로를 제공할 것”을 비전으로 제시하였다. 이는 노인케어 인력의 유입과 보유율을 높이기 위한 노력으로 풀이된다. 노인케어 인력의 역할은 노인의 의료기관 이용 전 후 연방정부가 재정 지원하는 재가, 시설 혹은 이행기 서비스를 제공하는 것이다. 거

주 노인시설은 다양한 이름이 혼재하지만 이번 개혁을 통해 크게 low-level care (이전 명칭 생활보조시설, assisted living) 시설과 high-level care 를 제공하는 널싱홈으로 구분하게 되었다.<sup>19)</sup> 생활보조 위주의 시설에는 24시간 간호사가 상주하며 물리치료사와 발 전문 치료사 등의 의료관련 전문가가 근무하며 노인요양보호사가 주요 인력이다. 널싱홈은 생활보조 시설의 인력에 특화 서비스 제공인력을 추가로 갖추고 있다. 예를 들면 치매특화서비스, 안과서비스, 언어치료, 감각손실치료, 작업치료 팀 등을 구성할 수 있다.<sup>20)</sup>

대부분의 노인보건인력 종사자는 거주노인시설에서 일하거나 재가 노인케어를 제공하는 기관에 고용되어 의료서비스, 치료요법, 개인돌봄 서비스 등을 제공한다. 호주 정부는 2004년부터 4년마다 노인보건 전문인력 센서스 및 인터뷰 조사를 통한 실태조사를 실시하고 있다. 2004년, 2008년, 2012년에 이어 2016년 노인보건 전문인력 조사

18) [https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/03\\_2015/1\\_my\\_aged\\_care\\_roadshow\\_presentation](https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/03_2015/1_my_aged_care_roadshow_presentation), 2016. 11. 27 검색.

19) 생활보조 시설은 low-care를 제공하는 시설로 이전에는 호스텔과 생활보조 시설로 불렸으며(formerly called Hostel or assisted living), 최근 개혁과 맞추어 low-care 시설로 용어를 통일하고 있지만, 여전히 모든 용어가 혼재되어 사용되고 있다. 널싱홈은 high-care를 제공하는 노인거주시설이며 여전히 널싱홈이라는 용어가 널리 쓰인다(formerly called Nursing Home).

20) 특화 서비스 구성원은 Physiotherapist, Podiatrist, optometry, psychogeriatrics, speech pathology, sensory loss RN, occupational therapist 등이다.

가 마무리 작업 중이다.<sup>21)</sup> 조사의 목적은 노인보건 및 요양인력 실태 파악 및 인력개발이며, 2012년 보고서는 특히 노인요양 인력 유출을 막고 새로이 인력을 유입하기 위한 방안 마련을 위하여 관련 조사 및 설문 문항을 강화하였다. 센서스 조사 보고서의 결과와 시사점은 노인인력 지원정책에 실질적으로 반영되며 2013-2022 노인케어 개혁에도 영향을 미쳤다. 노인보건인력은 관리직, 행정직, 보조직<sup>22)</sup>에 종사하는 간접서비스 제공자와 노인에게 직접 서비스를 제공하는 인력인 간호사(전문 간호사(nurse practitioners), 간호사(registered nurses), 간호조무사(enrolled nurses), 의료관련 전문직(allied health professionals)과 의료관련직 보조(allied health assistants), 요양보호사(personal care attendants, community care workers)<sup>23)</sup>가 있다.

2008년 센서스 조사 결과에서는 노인케어

인력의 전문성 문제가 대두되었다. 이에 따라 호주 정부는 노인보건인력의 교육과 훈련을 지원하기 위한 많은 정책<sup>24)</sup>들을 발표하였다. 그 결과 2012년 조사에서는 교육·훈련 관련 수치가 상당히 개선되었다. 전체 인력의 86%가 고등교육이상 학위(degree) 혹은 자격증(certificates)을 소지하고 있으며, 80% 이상이 지난 1년 내 직업과 관련한 훈련을 받았다고 응답하였다. 거주시설의 간호사(RNs)의 1/3, 지역서비스의 경우 1/4은 추가로 노인케어 전문가 과정(gerontology, palliative care or psychogeriatrics)을 수료하였다. 2004년에 비하여 2012년 거주시설 내 요양보호사의 비중이 10% 이상 높아지면서 인력수가 십 만명을 넘었다. 반면 간호사의 비중은 34.3%에서 26.5%로 8% 가까이 감소하였다. 이는 간호사 인력 부족난과 기존 포괄 간호 업무 중 환자 개인위생 및 치매환자 돌봄 등과 관련한 부분을 요양보호사들이 맡게 된 것에 기인한

21) 호주의 회계연도와 통계수치는 매 해 6월 30일 기준이다. 2016년 노인보건인력 센서 및 면담 조사 중이며 이는 10월 말 집계 마감되었고, 최종 보고서는 이후 발간된다. 따라서 가장 최근 통계는 2012년 보고서의 2012년 6월30일말 기준 수치이다.

22) 식사, 청소, 시설물 관리 및 보수 인력.

23) 시설의 요양보호사 personal care attendants, 재가 서비스 요양보호사 community care workers.

24) Aged Care Education and Training Incentive (ACETI) Programm이 대표정책이다. ACETI는 노인보건의료인의 교육비를 무상으로 지원할 뿐 아니라, 교육수료 시 인센티브를 지급하는 제도로 지난 4년(2012-2016년)동안 5천9백 9십 만불 이상 지급되었다. 현재 해당 인센티브 제도는 2016년 3월 31일 이전에 교육을 시작한 대상자까지만 지원하고 있으며 'Aged Care Workforce Development Fund'와 'Rural Health Outreach Fund'를 통합하여 노인보건인력 확충을 위한 프로그램을 개발 중에 있다.



다. 상대적으로 낮은 인건비의 인력을 활용하려는 의도도 저변에 있는 것으로 판단된다. 고령화 가속으로 서비스 대상 노인수가 증가함에 따라 상대적으로 단기간 교육으로 인력 배출이 용이한 보호사를 적극 활용하는 추세는 지속될 것으로 보인다.

노인케어 산업의 핵심 인력인 요양보호사의 급여에 대하여 Fair Work Act 2009에 따라 최저임금을 정하고 있다. 기존에는 널싱홈 보수규정을 따랐으나, 2010년 법 개정으로 노인케어 보수 규정이 신설되었다. 숙련도에 따라 시급을 달리 지급받으며 다양한 수당을 지급하여 처우개선을 도모하고 있다. 정규직 종사자는 숙련도<sup>25)</sup>에 따라 \$17.41에서 \$21.28 이상 시급을 받도록 법에서 지정하였으며, 캐주얼 혹은 계약직 종사자는 \$21.56~26.39 이상 시급을 받는다. 정규직의 경우 병가 혹은 유급 휴가 등이 있는데 견주어 해당 혜택을 받을 수 없는 캐주얼 혹은 계약직 종사자의 경우 시급을 높게 책정하여 비혜택에 대한 보상이 되도록 하고 있다. 이는 보호사 채용 형태를 다양화하면서도 오히려 파트타임이나 캐주얼로 일

할 수 밖에 없는 주부나 학생 인력 유인 요소가 된다. 노인요양보호사는 기본 시급 외에 다양한 수당을 받는다. 우선 \$1.23의 의복 수당(per shift)을 받고 세탁비는 \$0.32씩 매 작업에 추가된다. 팀리더로 케어하게 되는 경우나 신규 직원을 감독하는 경우 \$1.22씩 매 시간당 보수가 추가된다. 시간 외 근무 시 \$11.73 식비를 추가로 지급받는다. 본인의 차량을 이용하여 재가 방문케어를 실시하는 경우 \$0.76/km 주유비 수당을 받고 환자의 필요에 의해 밤샘 근무를 할 경우 \$41 야간 근무 수당을 받는다.

노인요양보호사가 되기 위하여 선택 가능한 코스<sup>26)</sup>가 2015년 12월부터 Certificate IV in Ageing Support로 통합되었다. 총 15과목을 필수로 이수하고 3개의 선택과목을 배우게 된다. 필수 과목은 현장에서 바로 응용할 수 있는 실용적 주제를 다루며 수업은 사례 중심의 토론 방식이다. 평균 교육기간은 1년이며 비용은 \$4,800이다.<sup>27)</sup> 대부분의 비용은 연방정부에서 보조하며 현장실습(혹은 업무) 의무는 120시간이다. 요양보호사 양성 코스(Certificate III, IV in Ageing Support)를 마친 응

25) 7등급으로 나뉨.

26) Certificate IV in Aged Care, Certificate IV in Home and Community Care.

27) <http://www.myskills.gov.au/courses/details?Code=CHC 43015>, 2016. 11. 27 검색.

답자 조사결과 인센티브나 교육비 지원을 받은 경우가 71.3%이었으며, 훈련코스에 만족한다는 응답자는 89.9%이었다.<sup>28)</sup> 2015년 호주 정부 추계에 따르면, 향후 5년간 추가 5만 명 이상의 요양보호사 인력 수요가 예측되며 인력 요구도가 가장 높은 그룹에 속해있다.<sup>29)</sup> 노인요양보호사의 경력 경로를 크게 3 단계로 볼 수 있다. 보통 Certificate III 코스 수료 후 일을 하지만, 고등학교(year11,12)와 연계하여 Certificate II 코스를 배우고 노인요양 산업에서 연수생이 되기도 한다. 제2단계는 Certificate IV 코스를 마치고 보다 다양한 업무를 수행할 수 있다. 능력에 따라 슈퍼바이저나 팀 리더, 코디네이터로 성장한다. 마지막으로 Diploma 코스를 마치고 직접 케어 업무를 하며 책임업무가 많은 레벨이 되거나 코디네이터, 매니저, 노인요양 전문훈련가의 진로를 택할 수 있다. 간호대학에 편입을 원할 경우 이수학점을 인정받는다.

개혁을 통하여 재가 서비스 영역이 확대되고 치료요법을 제공하는 이행기 케어가 중요

해지면서 의료 관련직 종사자의 역할이 확대되고있다. 이들의 경우 대학교육 후 산업에 투입되지만, 요양보호사와 마찬가지로 직업교육훈련(vocational education training)부터 시작할 수 있다. 역시 3단계 경력 경로로 발전한다. 첫 번째 Certificate III in Allied Health Assistance 코스를 수료하고 물리, 작업 또는 언어치료 보조사로 일하거나 혹은 Certificate III in Nutrition and Dietetic Assistance 코스를 마치고 영양사 보조가 된다. 두 번째 단계는 Certificate IV in Allied Health Assistance 코스를 수료하고 이전 보다 업무의 범위와 역할이 확대된다. 마지막 코스는 대학에서 의료관련 전문직 과정을<sup>30)</sup> 마치고 면허 획득 및 각 협회에 가입한 후 시설 혹은 재가케어 제공기관에서 의료요법 전문가로 일을 한다.

호주 사회서비스부(Department of Social Services, 이하 DSS)는 'Health Outcomes International (HOI)'에 의뢰하여 정부의 노인케어 관련 정책(호주 연방정부가 자금지원하는 사업, 프로그램, 계획)에 대한 실태조사(2011.7~2015.06) 및 분석을 의뢰하였다.<sup>31)</sup> 보고서에 따르면 최

28) DoH, Australian Government. (2012) National Aged Care Workforce Census and Survey – The Aged Care Workforce, 2012 – Final Report.

29) [http://www.myskills.gov.au/courses/details?Code=CHC\\_43015](http://www.myskills.gov.au/courses/details?Code=CHC_43015), 2016. 11. 27 검색.

30) Bachelor of Physiotherapy, Occupational Therapy, Podiatry, Speech Pathology, Nutrition & Dietetics.

31) DoSS, 2015, Stocktake and Analysis of Commonwealth Funded Aged Care Workforce Activities–Final report. 2015. 08.

근 3년간 노인케어인력 관련 정책 54건은 상위 10개 범주로 나누었다. 자원봉사자 지원, 소외지역 인력 지원, 리더쉽 개발·승계 계획, 인력 개발 전략·개혁, 돌봄제공자 역량 강화·지원, 인력 조사·계획, 노인케어 산업 개발, 인력의 다문화 수용·자질강화, 인력 유인·보존·케어 개발, 인력 훈련·교육·기술향상의 총 10개 범주이다. 훈련·교육·기술향상(59.3%), 유인·보존·케어 개발(22.2%), 다문화 수용 및 관련 자질강화(14.8%)순으로 많은 정부 사업 수가 있었으며 지원 금액 역시 많았다.

우리나라와 마찬가지로 호주에서도 노인케어 분야는 인력을 유인하기가 어렵고 지속적으로 보유하기는 더욱 어렵다. 특히 젊은 인력 유입과 보유가 어렵지만, 성공적으로 확보될 경우 최소한 몇 십년간 인력을 보유하게 된다는 점에서 가치가 있다. 이를 위하여 호주 정부가 실시하고 있는 정책 중에서 상당히 실효성이 입증된 것은 서비스 제공 기관과 학교의 파트너쉽이다. 고등학교(year11~12), 전문기술학교(TAFE), 대학과 거주노인시설이 협력하여 노인케어 연구를 하고 학생의 실습 장소로 시설을 개방 하고 있다. 노인요양보

호사, 간호, 의료관련전문직, 의사까지 시설을 실습지로 택할 수 있으며 시설 측에서는 인력의 도움을 받고, 기존 직원들에게는 학생들의 열정이 동기부여가 되고 상호간 역량 강화에 도움을 주고 있다. 정부<sup>32)</sup>는 이 프로젝트를 위하여 교육기관과 학생에게 재정지원을 하고 있다.

### III. 시사점

우리나라보다 이른 시기에 고령사회에 진입한 호주의 최근 노인케어 개혁을 고찰해보았다. 역사적·정치적 상황 및 경제·사회·문화적 배경에 따라 상이한 보건의료제도를 갖추고 있지만, 노인보건 의료체계를 변화 발전시키기 위하여 호주가 세운 비전이 갖는 시사점이 크다. 우선 뚜렷한 비전을 세우고 이에 맞게 법개정을 시행한 후 일관성 있는 정책을 수립하고 장기간 완성을 목표로 하였다. 개혁의 단계를 나누어 단계별로 시행착오를 점검하고 이를 반영하는 융통성을 발휘하고 실행 중 발생하는 예상치 못한 변수를 고려한 보완이 이루어진다는 점을 주목할 필요가 있다.

시사점은 첫째, 호주의 노인케어 개혁에

32) Health Workforce Australia.

서 특히 강조되고 있는 고객의향 반영케어 (consumer-directed care)라는 가치이다. 이는 호주가 기존부터 강조한 환자중심(patient-centred) 노인케어 서비스 개발 기조에서 진일보된 개념이다. 노인환자를 ‘환자’로 다루는 것이 아니라 ‘서비스 이용자’(consumer)로 바라보는 순간, 서비스 디자인은 더욱 소비자 중심으로 설계(consumer-directed)될 수밖에 없다. 이를 실현하기 위한 법제 개편과 정책은 다양한 방식으로 나타났다. 환자에게 편리한 정보제공, 서비스 개시의 일원화 등을 위하여 신설된 My Aged Care, 노인케어 질 관리원 신설, 노인거주시설 질 지표 개발, 재가 서비스 프로그램에서 환자의 의견을 반영한 계획마련(consumer-directed care planning), 서비스 지불 방식의 선택권 등 열거하기 어려울 정도로 많은 서비스가 이용자 중심으로 개선되었다. 서비스 제공자 중심이 아닌 서비스 사용자에게 최선의 서비스를 디자인하고 정책을 마련하는 것이 우리의 과제일 것이다. 현재 우리나라는 국민건강보험과 장기요양보험으로 재원이 이원화 되어 있고, 이에 따라 요양병원과 요양시설간 연계도 제대로 이루어지지 않아 서비스가 분절화 되어 있다. 호주와 같이 노인환자에 대한 정보를 공유하고 전원 시 서비스 연속성이 이루어지도록 표준화된 전원 체계 마련, 모든 의뢰가 이루어지

는 공용 플랫폼의 신설, 분리된 재정과 정책을 조정할 수 있는 담당부서 마련을 제안한다. 또한 서비스 사용자 입장에서는 호주에서와 같이 거주하고 있는 지역사회에서 필요한 서비스를 제공받는 것이 가장 바람직하다. 이러한 지역 기반 케어가 실효를 거두기 위한 전제는 서비스가 포괄적이며 다학제적 접근이 필요하다는 점이다. 우리나라는 지역 서비스가 제한적이어서 노인의 요구도를 모두 충족시키지 못하여 결국은 시설이나 병원에 입원해야 하는 상황이 발생한다. 뿐만 아니라 지역 서비스 제공 인력은 노인요양보호사와 간호사(방문간호)로 단순화 되어 있어 다학제적 접근과 포괄 서비스를 더욱 어렵게 하고 있다.

둘째, 노인케어 인력 및 인력의 전문성 확보를 위하여 인력양성제도의 개편과 처우 개선이 필요하다. 무엇보다 제도 개선에 앞서 노인요양보호사와 요양병원의 간병인에 대하여 구체적 실태조사를 주기적으로 실시하여야 한다. 4년마다 호주에서 국가 차원의 노인인력조사(National Aged Care Workforce Census and Survey)를 실시하고 이를 법제개편과 정책 개발에 반영하는 것은 많은 것을 시사한다. 우리도 장기요양보험법 내 시행규칙에서 요양보호사 및 간병인력 실태조사에 대한 조항

을 추가할 것을 제안한다. 조사 결과를 바탕으로 근거가 있으며 필요하다면 요양병원 간병 인력의 양성화, 주야간 보호센터의 치매노인 케어제공자 등의 새로운 일자리 창출 등을 면밀히 검토하여 실행에 옮길 것을 제안한다. 노인의 경우 의료의 요구도가 생기면 돌봄의 요구도가 함께 상승한다. 그럼에도 불구하고 요양병원에는 간병비가 지원되지 않아 발생하

는 문제들이 있다. 요약하자면 노인을 환자가 아닌 노인케어 '서비스 이용자'로 인식하고 노인이 케어받기 원하는 환경에서 적합한 방식으로 서비스를 제공할 것과 노인요양 인력개발 및 보유를 위한 대책마련이 필요하다.

**백 상 숙**

(연세대학교 의료법윤리학연구원)

#### 참고문헌

- AIHW. (2014). Australia's Health 2014. Canberra, Australia.
- AIHW. (2016). <http://www.aihw.gov.au/aged-care/residential-and-home-care-2013-14/>, 2016. 11. 27 검색.
- AIHW. (2016). <http://www.aihw.gov.au/aged-care/>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2012) National Aged Care Workforce Census and Survey – The Aged Care Workforce, 2012 – Final Report.
- DoH Australia. (2015) Transition Care Program Guidelines. file:///C:/Users/beck/Desktop/transition\_care\_guidelines.pdf, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <https://agedcare.health.gov.au/aged-care-reform> 에서 2016. 11. 27 검색.
- Australian Government. (2016). <http://www.myskills.gov.au/courses/details?Code=CHC43015>, 2016. 11. 27 검색.
- Australian Government. (2016). <http://training.gov.au/Training/Details/CHC43015?releaseId=5a8441e1-fdd4-4c36-af9b-c6198ff6a0c47>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <https://agedcare.health.gov.au/ageing-and-aged-care-aged-care-reform/why-is-aged-care-changing>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <https://agedcare.health.gov.au/programs-services/my-aged-care/about-my-aged-care>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). [https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/03\\_2015/1\\_my\\_aged\\_care\\_roadshow\\_presentation.pdf](https://agedcare.health.gov.au/sites/g/files/net1426/f/documents/03_2015/1_my_aged_care_roadshow_presentation.pdf), 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <https://agedcare.health.gov.au/reform/what-has-been-achieved-so-far>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <https://agedcare.health.gov.au/programs/commonwealth-home-support-programme>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <http://www.myagedcare.gov.au/after-hospital-care-transition-care/>, 2016. 11. 27 검색.
- DoH, Australian Government. (2016). <http://www.myagedcare.gov.au/fee-estimator/residential-care/form>, 2016. 11. 27 검색.

