

《사례발표》
《事例発表》

지역복지에서의 인지증 고령자 복지
— 전문성 제고와 사회복지사의 역할 —

地域福祉における認知症高齢者福祉
— 専門性促進とソーシャルワーカーの役割 —

정 길홍
鄭 吉弘

한국 서울보건대학 사회복지과 교수
韓国 ソウル保健大学 社会福祉科 教授

地域福祉における認知症高齢者福祉

— 専門性の促進とソーシャルワーカーの役割 —



鄭 吉弘

韓国 ソウル保健大学 社会福祉科 教授

韓国ケア福祉協会 会長

I. 序言

II. 認知症とは何か

III. 認知症老人の現況と発生率

IV. 認知症老人のサービスの実態

1. 老人福祉施設および入所者の現況

2. 認知症老人の家族の扶養実態

3. 政府の認知症老人の事業実態

4. 日韓の高齢者福祉政策比較

5. 先進国の老人介護保障体系比較

V. 認知症老人福祉の政策的専門性促進

1. 地域福祉と地方分権化の争点

2. 地域福祉としての社会福祉の専門性へのアプローチ

3. 地域福祉としての資源動員

4. 地域福祉としてのソーシャルワーカーの役割

VI. 結論

I. 序言

わが社会は人類史上、最も早い速度で高齢社会へ突入している。最近、統計庁が発表した「2004年度 出産・死亡統計」で、女性一人の妊娠可能期間(15~49歳)の間に生む平均出生率は1.16人で、1年前よりさらに低くなった。これにより、高齢社会(2018年)、超高齢社会(2026年)突入予想による政治、経済、社会発展に関する戦略と対策が修正されなければならないだろう。

本研究は高齢社会問題中、認知症(痴呆)の高齢者に対する地域福祉での専門性促進と資源開発、そしてソーシャルワーカーの役割の模索である。

認知症とは、脳機能障害により認知機能が損傷した状態の疾患で、65歳前後の老人となれば、誰もが発生する可能性のある疾患で、認知症の特徴として、中風、高血圧、糖尿病、心臓病は本人が疾患について知っており、精神的に対処もできるが、認知症は、老人自身が疾患の有無を知らず、「自身の疾病状態が分からない病気」、「恥を知らない病気」またボケなどと呼ばれていた疾患である。

2005年現在、有病率で、全老人の8.3%、約36万人の老人が認知症で、その父母を保護している家族は、100万人(1世帯当3人)と推算され、平均7~8年、または10~15年以上、認知症の父母の世話に精神的、肉体的、経済的な苦痛をなめながら暮らす家族も多い。

本論を前に、認知症とはどんなものか、それに対する理解と認知症の高齢者の現況とサービス実態、そして先学者の研究事例および動向を見た後、それを基に認知症高齢者の福祉対策方策を模索しようとする。

老人福祉(社会福祉)発展のための基盤要素としては、第1に政策および制度の成立、第2に運営財源と施設環境の具備、第3に専門人材インフラ構築、第4に効率的伝達体系の構築が前提にならなければならない。その他、政治、経済、社会の最高指導者の持続的な実践意志と地域住民の積極的な参加と資源後援、そして実践現場の専門者間の聖域のない支持と協力が望まれる。

(鄭吉弘 2003、韓国ケア福祉の発展に関する研究 P3)

II. 認知症とは何か

1. 痴呆と認知症の理解

* 痴呆(dementia)を認知症と改称した理由

- ▷痴呆の痴はアホ、バカの痴で、呆は愚かな呆、保護の保の古語である。痴呆とはバカな人、愚かな人の総称で、今の痴呆を継続的に使用する場合、「痴呆センター」は「バカセンター」と解釈され、認知症のお年寄りに対する人格的な無視と言語的な暴にしかならない。
- ▷改称の語義的、倫理的な事由：痴呆の語義に対して歓迎する人はいない。誰も改称キャンペーンを始めなかつただけである。より尊敬されなければならないお年寄りに語義的な暴力は黙過できないので改称してこそ当然である。今回、第3回”日韓こころの交流シンポジウム”では、認知症を使うが、今後、韓国痴呆協会などが中心になり、改称共同委員会を構成し、世論の収斂を通して改称されなければならないだろう。

* 認知症(Cognition disorder)の語義

- ▷認知とは：知識、事故、知能、判断、そして問題解決の高等精神過程で、wemer (1982) は認知は思考という狭義的な使用の一方、知覚、記憶、注意集中、学習などが含まれた心理的な課程の総体(Flavell、1985 年)と定義し、人間のすべての心理的活動の認知的側面を持っている。
- ▷認知機能とは：知能、記憶能力、指南力(時間、場所、区分)、問題解決能力、社会生活能力、判断力を言い、認知機能損失が、認知症である。
- ▷認知症とは：1 次的に知覚精神能力、思考(考えて判断する能力)の損失から語義および身体的機能の喪失まで、範囲が広く、要因も 60 余種で、精神機能、身体機能など複合的な症候群(syndrome)を総称する。

* 認知症の定義

▷医学的定義

- 脳機能の障害で認知機能の損失と精神的・身体的な疾患で他人の保護なしに日常生活を営為できない状態の人。
- 精神障害の一種で記憶力、判断力、知覚などの認知機能の障害で日常生活を保護なくてはできない人。

▷社会福祉的定義

- 認知的機能の消失で日常生活で持続的な保護、再活(リハビリ)管理が必要な臨床サービス対象者。(鄭吉弘 2005 韓国ケア福祉協会)

III. 認知症老人の現況と発生率

1. 認知症老人の現況

わが国の 2005 年現在の総人口は、48,294 千人であり、65 歳以上のお年寄り人口は 4,382 千人で、お年寄りの比率は 9.1%である。認知症のお年寄り人口は 36 万人で、総お年寄り数の 8.3%と推算されている。ビョン・ヨンハン(1997年)は 2015 年頃には認知症のお年寄り数が 57 万人、2020 年頃には 69 万人で、70 万人に肉薄するものと予想され、高齢化進展と認知症のお年寄りの増加は脈を同じくする。

<表 1> 認知症老人数の推計

(単位:千人、%)

区分	痴呆老人数					
	1995	2000	2005	2010	2015	2020
痴呆老人数	218	280	362	456	571	690
痴呆有病率	8.3	8.3	8.3	8.6	9.0	9.0

資料：ビョン・ヨンチャン他「痴呆管理 Mapping 開発研究」韓国保健社会研究院 1977 イ・ジョンモク(2005.01)「高齢社会に備えた痴呆ケアアプローチ方法」P14 再引用

2. 認知症老人の発生率

- 65歳以上の老人を基準に見る時、年齢が高まるほど、認知症有病率も高まり、65歳から79歳までの合わせた数が、80歳以後の有病率の50%とならないことが<表2>で見ることができる。
- 男女別発病率からは、男性が3.7%、女性が10.9%水準で、女性老人の発病率が男性の2倍以上で、後期高齢年齢の80歳以上で29.4%を占める。

<表2> わが国の認知症有病率の推計

年齢	総計	65～69	70～74	75～79	80+
計	8.3	2.3	4.6	13.6	25.7
男	3.7	1.2	2.6	5.2	15.2
女	10.9	3.0	5.3	18.2	29.4

資料：保健福祉部 「2001 保健福祉白書」

3. 認知症の類型別発病率

<表3> 認知症の類型別発病率

類型	アルツハイマー型認知症	血管性認知症	その他の認知症
発病率 (%)	50 - 60% - 65歳以上：5-10% - 75歳以上：19% - 85歳以上：50%	20 - 30%	20%内外

- 類型別の発病率では、アルツハイマー型の認知症が50 - 60%、血管性認知症が20 - 30%、その他が20%で、軽症、中重症、重症に分類されている。ビヨン・ヨンチャン(1997)の調査によれば、女性老人が男性老人より2倍以上、有病率が高く、75歳以上から80歳以上が、全体の80%の有病率を見せている。

IV. 認知症老人のサービスの実態

1. 老人福祉施設の種類の現況

わが国は 1997 年に改正された老人福祉法第 31 条老人福祉施設の種類の ① 老人住居施設、② 老人医療施設、③ 老人余暇施設、④ 在宅老人施設など、4 種類に区分し、2005 年度老人施設数(在宅老人を含む)、入所人数および従事者数は <表 4>、<表 5>の通りである。

<表 4> 老人福祉施設および入所人数

区分	計					無料施設			シルバー施設			有料施設				
	計	養老	療養	専門療養	専門病院	養老	療養	専門療養	養老	療養	専門療養	養老	療養	専門療養	専門病院	福祉住宅
施設数	518	131	214	143	22	78	131	108	12	42	1	41	41	34	22	8
入所人数	35,421	8,188	12,679	10,203	3,119	4,972	9,384	8,539	363	2,310	100	2,853	985	1,564	3,119	1,232

資料：保健福祉部、老人福祉施設現況、2005

<表 5> 在宅老人福祉施設の現況

市道	65 歳以上 老人人口 (2004,12,31 住民登録 人口基準)	合計			家庭奉仕員派遣			昼間保護			実費昼間保護			短期保護		
		施設	利用定員	従事者数	施設	利用定員	従事者数	施設	利用定員	従事者数	施設	利用定員	従事者数	施設	利用定員	従事者数
合計	4,124,946	668	31,206	4,253	305	25,076	1,930	240	4,349	1,428	41	604	177	82	1,177	749

資料：韓国在宅老人福祉施設協会 2005 年

2. 認知症老人の家族の扶養実態

認知症老人の扶養家族数は、2005 年、わが国の 65 歳以上の認知症老人は 36 万人で、扶養家族 1 世帯当り 3 人と計算すると、108 万人の家族が認知症老父母の保護に動員されており、2020 年頃には認知症老人が 69 万人に増加するので、207 万人以上の家族になるものと展望される。

認知症老人と家族の研究事例を見れば、認知症老人の主扶養者の 74.3%が女性で(ビョン・ファスン)、韓国の場合は娘でなく、長男の嫁が痴呆の父母を世話している比率が高いのは、父系中心の韓国的特性と夫に対する妻の愛情が、夫が担う父

母介護を行なうようになる 2 段階のメカニズムを持っている。(チョン・ギョンヒ 2004)

Cicirelli(1989 年)は、子女が老父母を介護する動機は、公平(equity)と義務(obligation)：愛着(attachment)で説明しているが、この中、愛着で性差異を説明しているのに説得力がある。娘が母の介護により積極的であるという訳である。(チョン・ギョンヒ 2004)(イ・ソンヒ 2004)の認知症家族支援方策で扶養期間は 3 年以上が、37.6%で平均扶養期間は 34.2 ヶ月である。一日の扶養時間は 8~10 時間で、住居環境改善が殆どなされていない中で 60%以上が重症以上の重い認知症疾患で、対処が難しい重症としては、健忘症、排泄行為、尿失禁、疑心、大声、などがあり、主扶養者の要求としては、施設、専門病院サービス、経済的要求と教育プログラム、専門看病人サービスなどである。

チョン・ギョンヒ(2004)は、公的サービスの基本方向で家族保護に対処できる施設および在宅保護を政策的に優先順位に置く脱家族化と再家族化政策、即ち家族の社会的保護政策を提案している。

モ・ソンヒ(2004)は地域社会の高齢者扶養で、国家の社会福祉政策および財政の限界を勘案して民間部門と地域社会のボランティア活用が積極的に要求されているという。

イ・ジョンブク(2005)は、老人の扶養が長期間になる場合、大部分の扶養家族は、慢性的な疲労感と感情的や社会的な憤怒を感じており、反人類的な行為(老人虐待)で社会を驚愕させる事例が発生するという点と伝統的な父母扶養価値感の変化、男性との役割分担、保護家族の挫折感と老人の人権など、多角度の面で家族保護が維持発展できるよう措置し、第 2 の認知症犠牲者としての家族の被害を防止しなければならないということである。

費用に関して研究者が調査(2003)した結果、市立の平均認知症短期保護費用は、月 42 万ウォンに訪問時の間食と薬代、衣類など 7~8 万ウォンが追加され、50 万ウォン程度である。私設有料の場合、保証金 1~2 千万ウォンに月 120 万ウォンの入所費用から、最高、保証金 1~2 億に月 150 万ウォンの入所費を納入するなど、多様である。保護家族が要望する月施設利用料の平均は 30~40 万ウォン程度が適切だという家族が 60%、50~70 万ウォンが 25%、70~100 万ウォンは 10%、100 万ウォン以上が 5%で、平均 40~50 万ウォンの利用料が要望されていると調査された。

3. 政府の認知症老人事業の実態

1) 認知症事業の政策樹立および支援と指導監督および保護者教育事業

- その他の推進事業: 老人介護体系の構築とこれに関係する事業で老人介護保障に名称を改称し、去る 2005 年 9 月 15 日、公聴会を開催するなどの計画が推進されている。

2) 認知症相談センターの運営

- 目的: 1997 年から地域社会の認知症管理事業に関する円滑な遂行と認知症老人の登録相談支援が目的。
- 設置根拠: 老人福祉法第 29 条(痴呆管理士法)と施工規則第 12 条(痴呆相談申告センター)設立根拠と地域保健法第 9 条保健所の業務第 4 項老人保険事業
- 事業実施機関: 全国保健所
- 主要業務: 認知症老人登録管理と評価、家族相談および教育保護、訪問管理と老人専門療養施設の入所案内

3) 専門認知症病院と療養施設の建設支援

4) 老人虐待予防センター16ヶ所の支援管理事業

5) 2005 年以降の地方移譲事業

- 無料施設、療養施設の運営
- 痴呆相談センター運営資源
- 老人健康診断事業
- 食事配達
- 敬老堂 46,629 ヶ所の運営支援
- 在宅福祉事業
- 老人福祉会館事業

<資料:2005 年 老人保健事業案内>

※ 韓国の65歳以上の長期老人介護対象者の展望

<表6> 施設保護対象者

症状	最重症				重症				合計
	重症	中間	軽微	計	重症	中間	軽微	計	
2005年	10,556	3,559	10,488	24,603	31,346	12,249	16,640	60,234	81,837
2008年	11,829	4,037	11,896	27,762	34,675	14,117	19,178	67,970	95,732
2011年	12,846	4,418	13,019	30,283	37,323	15,611	21,207	74,141	104,424
2018年	16,059	5,621	16,563	38,243	45,656	20,341	27,633	93,630	131,873
2020年	17,366	6,110	18,004	41,480	41,480	22,268	30,251	101,554	143,033

資料：公的老人療養保障推進企画団(2003年)

※ 在宅老人保護対象の展望

<表7> 在宅 要保護対象

年度\症状	最重症	重症	軽症	認知症	計
2005年	24,755	113,079	271,427	215,244	570,505
2008年	28,259	129,086	248,203	245,711	651,259
2011年	31,055	141,854	272,755	270,016	715,680
2018年	39,883	182,181	350,293	346,776	919,133
2020年	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847

資料：公的老人療養保障推進企画団 (2003年)

- (1) 2003年の公的老人療養保障推進企画団の施設保護者推計人数は81,837人中、2005年現在、施設518ヶ所(福祉住宅8ヶ含む)に3万5千余人が利用しており、政府は2011年まで施設数を1,468ヶ所増設し収容人員も110,148人に増やす計画である。
- (2) 在宅老人福祉施設<表5>によれば、2005年現在、中間保護240ヶ所、シルバー中間保護41ヶ所、短期保護施設82ヶ所など、総363ヶ所で5,838人が利用しており、2005年現在の在宅要保護対象570,505人中の10%だけが在宅施設を利用している。

- (3) 家庭奉仕員派遣事業の利用者 25,076 人と在宅施設利用者 5,838 人を合わせた在宅施設利用者数は 30,914 人で、在宅要保護対象推計人数 57 万人をサービスするにはとても不足している。
- (4) 2005 年現在、要保護施設対象者数と在宅要保護対象者数を比べ、療養施設および在宅老人施設の数不足に関して、政府は 2009 年まで総合対策を樹立して、次第に拡充する計画だが、制限された財源で、増加する要ケア老人をすべて収容する施設を政府の財源だけで設置するのは不可能である。
- (5) 在宅老人福祉施設は総 668 ヶ所で、独立施設 314 ヶ所、併設 354 ヶ所(老人福祉館 93、社会福祉館 94、療養施設 62、病院 6 ヶ所)で運営されている。

6) 認知症老人病院の推進現況

<表 8> 認知症病院支援現況

市道	計	運営中	推進中		
			2003 移転	2004 年支援	2005 年支援
16 都市	62 ヶ所 (7,436 人)	21 ヶ所 (2,669 人)	23 ヶ所 (2,550 人)	10 ヶ所 (1,167 人)	8 ヶ所 (1,050 人)

資料：保健福祉部、老人保健福祉事業案内（2005）、p 67

韓国の認知症専門病院は<表 8>のように 2005 年まで 16 都市の 62 ヶ所で収容人数は 7,436 人である。その他、農漁村保健福祉基本計画(2005 年~2009 年)期間の間、総 2 兆 9,331 億ウォンを投入し、農漁村の老人人口 16.8%を勘案して、軽症療養が必要な在宅老人福祉センター 74 ヶ所から 202 ヶ所への拡充と老人健康増進と余暇などのための複合老人福祉センター 4 ヶ所のモデル実施、10 人規模の認知症老人グループホーム 63 ヶ所の建立などを推進しようとしている。

また各市や地方自治団体も、やはり増加する認知症老人のための認知症療養施設の拡充計画を別途に樹立推進しており、ソウル特別市の場合、2005 年度 40%の収容比率より 2006 年度 67%の比率へ向上させようと自治区 7 ヶ所に 50 人収容可能な専門療養施設とシルバー療養施設をともに建設していつている。

7) 「専門看護師」制度の示唆点

大韓看護師協会は、専門家時代の到来と良質のサービスを要求する医療消費者のための高品質の医療サービスを実現するため、1990年代に入り、医療法で、制度的に「専門看護師」を定着させるため、看護界の力量を結集して専門看護師法制化のための特別委員会を構成し、米国など先進外国での「専門看護師制度」を比較研究して、わが国の実情に合う、専門看護師の種類と資格基準、教育内容と方法などの制度案を作り、医療法に明示できるよう10余年間努力した。

その結果、2000年1月医療法の改定時、「医療法第56条専門看護師制度」を法制化し、看護師の専門化時代を迎えることとなった。現在、医療法での「専門看護師」資格種類は「保健専門看護師」「麻酔専門看護師」「家庭専門看護師」「精神専門看護師」など、4分野であり、2003年10月、4分野から6分野へ拡大、2005年現在、3分野(児童、腫瘍臨床)を追加研究など、精神保健法で認める精神保健看護師などとともに細分化された医療サービスの確立を通じた高品質の専門サービスを開発し、国民健康増進に寄与してきた。

「専門看護師の制度化」は看護師だけの権益増進の制度でなく、全国民の健康増進のための能動的な看護師の意志の結集として高く評価され、またわが国で高齢化社会が始まる2000年から医療法の制度化へ時宜適切な「専門看護師制度」への示唆点が大きい。

これとともに看護師会員の指導者養成である。会員中には前職保健福祉部長官と国会議員多数が政治的、社会的指導者として看護界を育成発展させていくのに力となっているのである。

4. 韓国・日本の高齢化老人福祉政策比較

＜表9＞ 韓国・日本の高齢化老人福祉政策比較

	国家	韓国	日本
1	題目	1981年老人福祉法 2000年高齢化社会突入	1963年老人福祉法 1970年高齢化社会突入
	比較	高齢化社会19年前、老人福祉法制定	高齢化社会7年前、法改正
2	題目	2004年高齢化社会対策基本法 2018年高齢化社会突入	1995年高齢化対策基本法 1994年高齢化社会突入
	比較	高齢社会15年前	高齢社会進入後1年、 対策基本法
3	題目	2005年老人介護保障法試案実施 2018年高齢化社会	1997年介護保険法制定 2000年4月介護保険実施
	比較	2007年試験実施案の評価後、 全国的実施計画	高齢社会福祉法制定 超高齢社会2年前実施
4	題目	1970年社会福祉事業法制定 1983年ソーシャルワーカー 資格制度改正 2003年ソーシャルワーカー 1級国家考試制実施	1951年社会福祉法制定 1987年ソーシャルワーカー 介護福祉法制定 1989年第1回国家試験実施 2004年現在 16回国家試験実施
	比較	ソーシャルワーカー1、2、3級は、社会福祉事業法による資格取得、ケア福祉士資格は民間団体資格証で取得	1989年から2005年現在、国家考試制により、ソーシャルワーカーおよび介護福祉士資格証取得

資料：チョン・キルホン 2005 ウルチ社会福祉研究所

- 備考：1) 日本は1994年度に高齢社会に突入したが、韓国は2018年ごろに高齢社会への突入が予測される。日本は韓国より24年も前に高齢社会を経験しているため、韓国はこれを注視する必要がある。
- 2) 日本は2000年4月から実施した介護保険を5年間実施後、改正・補完していった。
- 3) 韓国はソーシャルワーカーだけ制度化されており、ケア福祉士は民間資格となっている。
- 4) 日本は1987年ソーシャルワーカーと介護福祉士法をともに制定し、ソーシャルワーカーと介護福祉士の役割分担を明確にして高齢社会に必要な専門人材サービスを細分化させた。

5. 韓国・日本の高齢化老人福祉政策比較

＜表 10＞ 先進主要国家老人介護保障体系比較

	日本	ドイツ	オランダ	韓国 (案)
制度名 (施行時期)	公的介護保険 (2000)	介護保険 (1995)	特別医療費保険制度 (1968)	老人介護保障制度 (2007—2010)
適用対象 給与受給権	—65歳以上の老人 40—64歳 (15ヶの老人性疾患に限る)	全国民	オランダ すべての居住者	45歳以上 ただ、65歳以上老人 優先適用
財源調達	保険料+国庫支援金 +本人負担 保険料(50%) 国庫支援(50%)=国 費(20%)+調整交付 金(5%)+都道府県 (12.5%)+市町村 (12.5%)	保険料+本人負担 保険料：100%	保険料+国庫支援金 保険料：定率保険料 または定額保険料	保険料(40—50%) +国庫支援(30— 40%)+本人負担 (20%)
保険料賦課	第1号被保険者 —所得段階別定額負 担 第2号被保険者 医療保険算定方式利 用 —総報酬の約0.9%	勤労者：1.7% —労使各50%負担 自営者：本人100% 年金受給者 —本人と年金保険者 50%分担	一定率保険料 (所得の約8.85%) 一定額保険料 (保険者の決定)	全国民
本人負担	10% (施設サービスの場 合)	本人負担なし 宿泊費負担 (施設サービスの場 合)	原則的に無料	20%但、基礎保障受 給者は無料 食費本人負担
管理運営主体	市町村	介護保険金庫 (疾病保険組合と差 別)	疾病保険の保険者	健康保健管理公団
サービス種類 給与形態	—各種在宅サービス —施設保護： 特別養護老人ホー ム 老人保健施設 療養病棟など —現物方式 (例外的に現金認 定)	—各種在宅サービス —施設サービス ：老人集合住宅 療 養ホーム 老人総合施設 —現物および現金方 式 —非公式療養提供者 に対する社会保障 (年金と失業保険)	—各種在宅サービス —施設サービス —現物および現金方 式	—各種在宅サービス —施設サービス ：療養施設 ：専門療養施設 ：療養病院 —現物様式

資料：キム・ジンス(2005)韓国の老人療養保険導入と政策課題

備考：

- 1) 韓国は2005年9月15日公聴会を通して、老人介護保障法試案を検証した。
- 2) 介護保障法試案内容中、一部が国民的合意を通じて修正されるものと思う。

V. 認知症老人福祉の専門性促進

1. 地域福祉と地方分権化の争点

1) 地域福祉の概念と異議

地域社会福祉の根源は、1879年、英国の慈善組織協会と1884年、隣保館(Settlement House)運動などで始まり、産業化と都市化による各種福祉と関連した内容を地域社会住民自らが解決できるよう地域内の住民と団体が支援する広範囲な住民参加の技術として定義される。本題目で地域福祉とは、日本の場合、地域社会福祉を地域福祉と区分しており、概念定義は韓国と同一である。即ち「地域社会で発生する多様な福祉課題に対し地域内外の機関、団体、施設、人材などが相互連携、協力し、その解決と向上を図るためのシステムおよび提供されるサービス」と定義している。(ヤマモト 2001)

2) 地方分権化と地域福祉の発展との争点

わが国は、最近(16代参加政府)、2005年から地方分権化を推進し、既存の画一的な最少水準の国民生活権(福祉権)保障から地域の多様性と差別性の尊重を通して地域競争力だけでなく、国家の競争力を確保する目的で地方分権化事業を推進している。

これにより保健福祉部は、社会福祉サービス対象の全分野(2005年)から一部地方自治団体に移譲しており、老人福祉分野事業では認知症相談センター運営および登録患者支援のほか、12事業を地方移譲事業として推進している。社会福祉分野団体中、障害者団体は現在、地方移譲を政府に原状に戻すよう地方移譲還元決死反対行動をしており、他分野もやはり反対意見のようだ。

筆者の反対事由の見解では、分権化の意義と目標を反対するものでなく、第1に、地方の移譲事業のための施行制度と財政が準備されていない状態で、財政確保の公平性を考慮しない制度および環境の補完策が急がれるわけである。第2に政府および地方自治団体が、財政支出優先順位から社会福祉予算が後回しになっていることと、第3に法律および財政配分構成元に社会福祉(老人福祉)者の参加欠如による問題が有り、第4に社会的なイシュー(issue)を主導する新聞、TV放送など、マスコミとNGO団体の関心順位も後ろに押しやられている。最後の第5にサービス提供者(社会福祉者)と利用者間の団結と社会福祉分野間に聖域のない融合組織(united system)および活躍が欠如していることである。

2. 地域福祉としての社会福祉の専門性へのアプローチ

◎ 社会福祉のアプローチモデルの類型

すべての国家は、国民の健康、貧困、ホームレス、失業、高齢化などの社会的危険から保護するための社会的安定網装置として社会保障制度を作っている。一方社会福祉制度の実践概念として、社会福祉の機能的、理念的モデルを導入している。

社会福祉の機能類型には、1958年米国のウィレンスキ(HL Wilensky)とルボ(Lebeaux)の「補完的(残余的、Residual)社会福祉」と「制度的(institution)社会福祉」という二つの発展モデルと英国のチトマス(R.M. Titmas)の産業的業績成就モデルがある。

制度的社会福祉モデルとは、国家の介入、制度的サービスとして福祉を具現する1次的機能をいい、社会保険(国民年金および老人介護保険など)で、制度施行と国民の平等、自由、友愛、統合など、人権の価値を尊重する。補完的社会福祉モデルとは、家族と市場が正常的な機能を遂行できない時、または家族解体時に発生する児童や老人、障害者を施設または地域社会から保護する。産業的モデルとは、個人の要求は、自身の経済的条件に基づいて充足されなければならないだろう。筆者の専門性へのアプローチを下記のように提案する。

1) 役割分担のための専門性促進

地域福祉の専門性を提供するためには、政府と地方自治団体および企業と専門団体、地域住民と市民参加団体の役割分担のためのガイドライン(規定と法律)を政府と地方自治団体、住民の参加で作られなければならない。ただし主導的な旗手はソーシャルワーカーが担わなければならない。

2) 認知症老人の日常的サービスは、政府が責任を負わなければならない。

認知症老人疾患の特殊性を勘案して、政府と地域自治団体は法律と制度として、一次的な支援と基礎予防治療サービスを全国の認知症老人と家族のため、家庭奉仕派遣事業から無償提供されるよう制度が改善されなければならない。認知症老人は独居老人より、より社会的危険負担を持っている。これらは理由なく徘徊し、家を出て、深刻な憂鬱症は自殺につながっているためである。

※ 認知症は糖尿、関節炎など老人の一般疾患とは違い、自身が知らない疾患で家族と社会から冷遇を受けやすい疾患で、最少の生活保障要望の解決のための地域社会と政府の保護が必要な老人性疾患である、

※ 36万人の認知症老人の保護者100万人が苦痛から逃れ、正常的な社会活動ができるよう支援し、家族すべてが国家成長人力として転換されなければならない。

※ 地方自治団体は、制度の麻痺、財政自立30%水準などの既存事業維持などの事由で特別の対策がない限り、認知症老人福祉対策は優先順位から常に後回しになっている事実を勘案しなければならない。

3) 保健所と民間社会福祉団体へ二元化しなければならない。

現在、政府の認知症老人事業は保健所で、看護師中心に認知症老人のための調査相談治療などの事業を実施している。一日でも早くソーシャルワーカーを中心に民間団体サービス管理へ制度の二元化を構築し、保健と福祉の統合サービスとなるように措置されなければならない。二元化制度が成し遂げられるには、主導的な役割者はソーシャルワーカーで、その他関係の専門家と地域社会住民と団体、そして対象家族などが共同で対処する努力が必要である。

※ 地域福祉としての認知症老人と家族サービスは、保健看護的な医師と看護師だけのサービスとしては成功できない。保健福祉の統合的サービスが必要であり、医師、看護師、そしてソーシャルワーカーとともにケアソーシャルワーカー、老人介護保護士が必要で、栄養士、物理治療士などの専門家の統合サービスがなされなければならない。

4) 高齢社会シニア放送局の必要性の促求

マスコミの認知症に対する理解と協調が必要である。広報を通して地域住民の意識転換、市民社会団体、宗教団体、学校(小中高大学)の参加が活性化されるようにしなければならない。

※ 地域ケーブルテレビ放送など、多様な情報伝達体系が確定されているが、集団利己主義的な商業放送と演芸、娯楽などと政治的な内容で一貫しているものは止揚されなければならない。シニア新聞、シルバー放送局、シニアTV、シルバーケーブル地域放送局の設立と高齢者言論団の構成を別途に設立し、「高齢社会マスコミ」としての活躍が強化されなければならない。商業性が劣り、参加しない企業と創業しようとする老人団体のため、政府と地方自治団体は制度的な支援を準備しなければならない。

3. 地域福祉としての資源動員

◎ 社会福祉資源体系の類型

社会福祉資源の類型と方法は、第1に、公式的な政府の支援があり、第2に非公式的な家族と隣人の資源、第3に社会的な資源として企業と宗教団体などの資源、第4に自尊的資源としてボランティア、後援者など住民の精神的、物質的な資源などに区分できる。

1) 社会的資源のためのアプローチ方法

企業と市民団体、宗教団体、学校(小中高大学)の参加を通して精神的な後援と支援機関として積極参加できるよう必要性を認識させる広報資料が必要であり、制度化構築が準備され、これにより参加機関と団体は発展と企業の社会的価値を報償されなければならない。

※ 企業は税制の恩恵と政府事業に参加時、評価登録優先順位、補助金優先支給などの恩恵を与え、宗教団体、市民団体は、政府公共施設事業に参加時、優先権を適用できるようにし、地域住民のボランティアおよび後援実績は未来報償策を与えるようにし、この後、認知症疾患時、優先報償を受ける「未来報奨制度」を実施しなければならない。

※ 学校(小中高大学)では認知症に関する理解と奉仕、そして予防と治療に関する教育とともにその家族の苦痛をともにする市民意識を鼓吹できるよう 2026 年超高齢社会に対する心的、物質的、社会的対策を広げなければならない。

2) 政府と地方団体がシルバー福祉財団設立のための役割強化

純粋な認知症老人の「シルバー福祉財団」を民間社会福祉団体として設立、構築し、認知症老人福祉事業に必要な調査研究事業、広報出版事業、教育およびボランティア活動教育事業などをしていかなければならない。現在、社会福祉協会、共同募金会などはそれぞれ独自の対政府、対国民関係を展開しているため、認知症老人対策支援に限界がある。問題を知らせ、必要性を認識させ、事業を維持発展させる人材はソーシャルワーカーである。その人材が仕事の基盤を作るのにケチなのが現実である。財団を作ることもまた時間と熱情だけでは成し遂げられない。地域住民と関係者が志を集めることからソーシャルワーカーの仕事である。

※ ソーシャルワーカーは、民間の認知症シルバー福祉財団の必要性に対する認識を地域住民と自治団体の役職員に提供しなければならない。

※ 財団の主要事業は、地域資源の開発、動員、ボランティア活動、各種認知症情報提供と家族および学生の教育資料提供と立法部と行政で必要な認知症老人対策資料を提供できるように知識基盤がなければならない。

※ 地域社会福祉協議会と連携し、認知症老人事業計画が地域福祉事業として樹立：執行できるよう市郡区とパートナーシップを構築しなければならない。

3) 認知症老人のための地域福祉マーケティング開発

地域の特色を生かし、訪問客、企業など対象顧客を満足させるイメージ／制度／祝祭／商品／空間などを開発し、地域の価値を内外に知らせ、経験させるなど、参加者に精神的な福祉認識の提供および資源開発の二重的な価値生産の目的がある。

※ マーケティングとは人間の要求を充足させるため、製品とかサービスの交換が成し遂げられる時間を管理することを意味する。福祉的マーケティングは社会福祉利用者の要求を充足させるサービス消費者マーケティングと相対的満足のための製品流通を通じた資源動員マーケティングなど多様に変化している。お話し型サービスマーケティング時代であることをソーシャルワーカーの役割と

機能に深く関連させなければならない。

※ 有料施設および在宅福祉サービスマーケティング効果は、企業利益をもたらし、無料施設および在宅福祉サービスマーケティングは自治団体の信頼性と地域住民の老後に安定性を極大化する効果がある。

※ 地域の特徴に合う貯金箱の開発、携帯電話、手提げかばんなど、よく使われ、誰もが1個以上持っている小規模商品に認知症老人助けブランドを考案するなど、地域社会福祉マーケティングの種類は限りなく多い。自治団体、地域社会福祉協議体など、団体名でブランド化商品を開発し、全国民の協力をもつめ、成功的に事業を維持発展していかなければならない。

※ 福祉マーケティングブランドの側面でも「痴呆」という用語は認知症のお年寄りを人格的に冒瀆する用語で、敬老孝親思想を阻害する用語である。最近ソウル冠岳区奉天洞と新林洞の名を40年振りに改称する住民賛成意見が通過した。奉天洞は、貧民村のイメージを持っているというのが、改称の理由であった。日本の場合、2004年度に国民が「痴呆」を認知症への改称合意を提出し、2005年度から公式用語として使用することとなった。2000年度韓国社会福祉協議会は「老人」の呼び方を「お年寄り」へ改称することを提案し、現在、老人の呼び方は「お年寄り」へ改称使用するのに成功した。これは「お年寄り」に対する認識変化と人格尊重に非常に必要な部分であったし、「認知症」への改称もまた同じ脈絡で見なければならぬだろう。

4) 新築アパート団地に認知症老人グループホームの設置義務化

グループホーム10~15人内外の在宅福祉施設増設の資源を住宅公社アパート建設とともに一般民間アパート建設時、50世帯以上のアパート団地に1つのグループホームを義務的に建設するようにし、運営は専門老人福祉団体、または婦人会が運営するようにする、新築アパート団地内にグループホーム設置方策を制度化しなければならない。

※ 1990年代、住宅公社を通してアパート団地の建設時に総合社会福祉館を義務建設委託できるよう施行した制度を通し、市営アパートを中心に総合社会福祉館

が建設され、現在まで地域住民福祉事業に寄与している。今や、高齢社会進入の対策として民間アパート建設時、建設者と住民に認知症老人福祉に参加できるように認知症老人グループホーム(10~15人)在宅施設を建設するよう義務規定を置き、建設した分、税制上で補償して、義務建設ができるよう措置されなければならない。

※ 認知症老人の発生は、基礎生活受給権者だけにあるのではなく、全国民(老人)に訪れる疾患であり、地域内で地域住民とともに保護、予防、リハビリプログラムが実施されなければならない。一般および中産層アパート団地の建設時、敬老堂とともに認知症グループホームが設置されなければならない。老人施設すべてを政府の財源だけで建設するにはあまりにも多くの努力と時間が必要である。

※ 2005年現在、政府は一部地域のアパート投機防止対策に焦点を合わせている。税収入の基準が老人福祉施設を設立する公共福祉サービス政策の一部が使用されて地域住民が皮膚に触れる事業として転換されなければならないだろう。

※ 「税金を増やさずに使い道を減らせ」という言葉がある。税金を徴収するほどに地域福祉のための老人福祉事業に使われることを地域住民が感じて、政府の税收政策を歓迎できるように税收方法と使用方法中、一部を改善していかなければならないだろう。

※ 障害者グループホームの場合、事業者および政府の経済力不足で、グループホームに使用する住宅を賃貸し、使用している施設が80%以上である。この場合、障害者の安全のための機能補強および施設維持補修に必要な予算執行が困難を伴っており、グループホームの移転率が非常に高いのが実情である。これによる付帯費用(引越し費用およびその他費用)が継続的に消耗しており、このため事業者が経済的な財源を作ったとしても地域住民の理解と政府の政策的、制度的支援がない限りグループホームを購入するのが非常に難しいのが現実である。

認知症老人グループホームの場合にも認知症老人のための最も基本的な安全設備がダメな状態で、住宅を賃貸して使用する場合、安全事故に対する危険負担が非常に高く、地域住民の反対により、体系的で持続的なサービスの維持が非常に難しいのが現実である。

5) 老人權益団体の役割増大と支援拡大

大韓老人会は16市道に連合会地方組織とともに250余の支会と4万5千余ヶ所の敬老堂を運営しており、65歳のお年寄りの約44%の180万人が、敬老堂を利用しているものと推算している。ソウル地域の25大韓老人会の支会中には、高齢者仕事事業のためのソーシャルワーカーが、2004年から配置されている。大韓老人会は歴史と伝統をもったわが国第一の老人団体である。ソーシャルワーカーの関心と参加で2018年の高齢社会対策に備える大韓老人会として発展していかなければならないだろう。

※ 大韓老人会の組織と事業の問題点を補完した研究を通して、21世紀の高齢社会に必要な新しい韓国老人会の設立を通じて、新しい老人像の定立と役割を増大していくよう、ソーシャルワーカーの研究と積極的な参加が必要である。

4. 地域社会福祉としてのソーシャルワーカーの役割

◎ 地域社会福祉としてのソーシャルワーカーの役割

地域社会福祉としてのソーシャルワーカーの役割としては、

- ① 地域社会開発者としての役割(M Ros) : 案内者、組織者、専門家、社会治療士
- ② 社会計画としての役割(R Morris) : 計画者、分析家、組織家、プログラム行政家
- ③ 社会行動としての役割(C Grosser) : 助力者、中継者、代弁者、行動家、組織家として説明でき、ソーシャルワーカーの機能としては、① 問題解決のための機能、② 資源体系の促進機能、③ 社会政策の影響機能、④ 物資配分の機能、⑤ 社会統制媒介としての機能などがある。(鄭吉弘、2003、現代社会福祉概論)

1) 認知症老人政策成立のための役割

認知症老人の対策に対する政策としては、老人の人権保障と家族の苦痛問題、経済成長、人口の潜在力低下などの事由と制度的な必要性にたいする促求および方法論を提示する役割者として調査研究および資料分析などを行政家と政策立案者に提供して法が成立できるよう案内者、助力者としての政策成立の役割者である。

2) 資源動員促進と中継の役割

認知症老人のための施設と在宅福祉事業の運営支援、そして専門人材の供給など、政府資源体系だけでは、満足するだけのサービス結果を期待できない。ソーシャルワーカーは、公式的な資源体系(政府)と非公式的な資源体系(家族)、社会的な資源体系(民間福祉団体)、自尊的資源体系(後援者、ボランティア)などを連携する必要な人的、物的資源を発掘する計画、分析、組織と声援の役割。

3) 資源動員の役割以前にソーシャルワーカーの品格

- ① 社会的信頼性があるのか(信頼)
- ② 関連機関団体とのパートナーシップ(心)
- ③ 精神的、心理的指導者、相談者(人力)
- ④ 情報提供および案内者(知識)
- ⑤ 非道徳的、非精神的な事件を民主的に解決する解決士(智慧)

上の五つの条件のため、努力、忍耐、謙遜しなければならない。ダメなことを無理にするよりは、なぜダメなのかを認知できるようスーパービジョンを与え、自ら決定するようにすること。

4) 国内外的な資源動員および情報に関する研究、開発推進の役割と 政府、地域社会の変化による資源動員開発の変化を図る

BTL方式の老人認知症グループホーム増設は、どう作用するのかなど国内外の資源動員に必要な資料を調査分析し、これを土台にしたアイデアを創出する役割に集中しなければならない。BTL(Build-Transfer Lease)とは、民間の公共施設を建て、これを政府が賃貸し、投資金を回収する民間投資類型で英国と日本で実施中の新規施設建設方法として活用されている。

※ 地方分権化により、公共機関が地方に移転する時に、同じく移転する公共機関の資源動員協力方法などを開発できる。今、全南光州では韓国電力が移転することを契機に大学の電気科の学生の入学が過熱して、大学は定員調整と類似科を作り、流動的に対処している。江源道は観光公社移転計画で道内大学の観光科を特性化させている。

5) 行政規定の緩和と変化の役割

認知症短期保護所の入所期間は45日以内(年間最大90日利用可能)のため、3ヶ月ごと他施設に入所しており、職員の入退室業務、新規会員開発業務などの負担と保護者の施設移転による精神的、身体的、経済的な負担がある。年間90日を最大1年に延長し、職員と家族の負担を軽くする必要性と妥当性を市、道、または保健福祉部に成就するまで相談、開発推進する。

- ※ 昼間保護の看病人、認知症短期保護の看病人、生活補助員の数がそれぞれ違う。在宅老人福祉協会と施設間の合意した調整事項などを自治団体と保健福祉部に改善の必要性を提案し、効果的な人材配置となるようソーシャルワーカーの役割は強化されなければならない。
- ※ 問題は担当公務員が法を改定できない位置におり、1~2年以内に他部署に人事異動してしまうので、効果をあげられないのが現実である。

6) 利用者だけの施設で家族と地域住民活用の施設に変化

施設は、利用者中心に焦点を合わせた施設配置になっている。今後の新規施設には、利用者とともに職員の勤務環境改善のための空間やさらに利用者家族の空間もともに設け、そして地域住民も一緒に利用できるような施設に大幅に修正されなければならないだろう。老人福祉法には、利用者坪数だけが規定されており、職員およびボランティアの休息空間は、施行令、施行規則にもない。施設の監事評価書には調査対象であるのが現実である。利用者だけの施設から職員と家族、そして地域住民がともに利用できる(講堂および会議室、運動場、夜間駐車場など)施設に変わる時、地域福祉施設であることを住民が認識するようになるだろう。

7) 老人介護保障制度試案課題に対するソーシャルワーカーの役割

- ① わが国は老人福祉法施設規定により、主対象の国民基礎受給権者中心のサービス内容および人力基準で30年間続けられて来た。今後2007年からの老人介護保障制度下では、既存のサービス内容と家庭奉仕派遣者の水準で、中産層以上のお年寄り家族に対応するにはサービス水準と人力面で役不足である。

- ② 特に在宅老人サービス志向を目標にしている時点で(訪問リハビリ、グループホームなど)施設の狭小、サービス人材構造中、訪問看護師などは準備されているが、介護管理士(マネージャ)と専門介護福祉士などは準備されておらず、利用者の要望に合うサービス体系へ再調整されなければならない。
- ③ 政府は在宅老人サービス提供施設の70%を民間営利団体の施設で充当する計画を持っているが、農漁村および僻地の問題と既存の施設運営の不実を招来する問題が予想される。

8) 老人福祉専門ソーシャルワーカーのインフラ構築に関する争点

(1) 老人福祉施設のソーシャルワーカーの現況

2005年現在、老人福祉施設、総1,180ヶ所(施設518、在宅662)に総従事者数は15,660人(施設11,416人、在宅4,250人)で、この中、ソーシャルワーカー従事者数は1,660人であり、全体の老人福祉従事者中、約10%で、10人中1人のソーシャルワーカーが在職していることが分かる。

高齢化社会での社会福祉の役割中の一つが、社会が要求し、必要なお詔え(注文)型老人介護の技術と知識を持った介護専門ソーシャルワーカーの養成と配置が制度化の実現できるよう当為性をソーシャルワーカーが提言するために最善を尽くさなければならないであろう。

＜表 11＞ ソーシャルワーカーの現況

区分		合計	1 級	2 級	3 級
計 学 力 別 分 類	計	118,094	51,361	56,523	10,210
	大学院	11,572	8,885	2,568	119
	大学福祉関連学科	51,396	38,950	12,202	244
	福祉関連学科副専攻	855	604	251	0
	大学一般学科	4,354	742	2,869	743
	専門大福祉関連学科	41,911	1,634	36,153	4,124
	専門大一般学科	2,414	175	887	1,352
	高等学校	3,979	245	789	2,945
	中学校	301	0	98	203
	その他	1,312	126	706	480
従 事 分 野 別 分 類	児童福祉	2,298	1,131	1,064	103
	老人福祉	1,662	780	803	79
	障害者福祉	2,923	1,107	1,694	122
	婦女福祉	347	226	103	18
	その他福祉	8,833	3,854	4,370	609
	福祉関連行政機関	7,710	6,490	1,032	188
	その他分野	10,223	5,695	3,771	757
	未就業	84,098	32,078	43,686	8,334

資料：韓国社会福祉士協会 2005.3.31 現在

(2) 介護保護士でない専門福祉サービス人材へ代替

韓国は 1983 年社会福祉事業法改正(第 5 条 ソーシャルワーカーの資格)でソーシャルワーカー(1 級、2 級、3 級)を養成、配置して来たが、2003 年度から 1 級は、国家考試制度へ改定し、2005 年現在、総 12 万人のソーシャルワーカーが輩出された。

高齢化社会によるケア福祉士の必要性により、学界教授と老人福祉実務者を中心に 1999 年韓国ケア福祉協会を設立し、80 大学でケア福祉士養成を民間資格制度で始め、去る 5 年間に 8 千余人の 1 級ケア福祉士が輩出された。

しかし最近 2008 年実施計画で制度化している「老人介護保障法」で専門介護福祉士(ケアソーシャルワーカー)は、全く言及がなく、仮称、老人介護保護士と

名づけたサービス人力を法制化している。老人介護保護者の教育時間は 100 時間から最大 150 時間の教育と訓練程度で、これは日本のホームヘルパー1 級水準と韓国の既存の家庭奉仕員の教育時間の 40 時間から 2 倍以上に増やしたもので、老人介護保障法試案の専門人材として制度化している。

これに対して韓国ケア福祉協会役職員と教授は、老人介護保障試案の老人介護保護士は、国民の要求水準に反する人材で、先進国の事例を通して分かるように 2 年制以上の専門教育機関で、教育と訓練を受けた専門ケア人材として養成、再調整されなければならない。

9) 介護保障法での専門介護人材体系「案」提言

筆者が提案する介護サービス人材体系案は、次の通りである。現介護保障法での人材案は介護保護士だけ存在している。

第 1 : 介護管理士(介護管理マネージャー)

国家考試制により試験科目と方法は、施行令と規則で行なう。

受験対象は医者、看護師、ソーシャルワーカー1 級、介護専門福祉士などとする。

(ただし、介護専門福祉士が 2 年制大学卒業者の場合、2 年間の実務経験した者にする)

第 2 : 専門介護福祉士

国家考試制とし、科目と試験内容は施行令と施行規則で行なう。

2 年生大学以上で介護専攻科目と実習を履修した者とする。

第 3 : 介護保護士

国家考試制とし、科目と試験内容は、施行令と規則による。

保健福祉部が指定した養成機関で教育と実習を履修した者で、保健福祉部が定めた時点で合格したものとする。

※ 日本の場合、1987 年ソーシャルワーカーとともに介護福祉士(介護専門福祉士)制度を通して専門介護福祉士を養成、配置する一方、ホームヘルパー制度(介護保

護士級)を置き、介護人材を両分している。介護福祉士は2年制大学以上の教育課程を通して国家考試制度として行なっている。

※ ドイツの場合、老人ケア福祉士(Alten PflegerInnen)を3年間の職業教育課程を通して介護専門人材を養成している。

※ 期待効果としては、介護専門福祉士は20~30代の青年失業対策の一環として、青年が自己能力と適性により、一生の職業として就業する機会を与え、ホームヘルパー水準の介護保護士は、40~50代または50~60代の就業希望者に就業の機会を与える総合対策として体系化させなければならない。

現在の介護保障法では、専門介護福祉士と青年失業対策をさけた試案で当然、再審議調整されなければならないと思う。

10) ソーシャルワーカーの倫理実践の役割

わが国のソーシャルワーカーの倫理綱領(1988 制定、1992 年改正)は、専門 10 項目で構成されている。ソーシャルワーカーは、職場で職場倫理とともにソーシャルワーカー倫理を実践してこそ、存在価値が与えられる。しかし最近、政治的、商業的論理により非専門的で商業的な手段の民営化が始まって長く、ソーシャルワーカーの基本価値が挑戦を受けており、倫理的なジレンマに陥っている。

※ 高齢社会による民営化の風とともにソーシャルワーカーの主体性が傷つく社会的行為は増えることに違いない。これに対してソーシャルワーカーの倫理的ジレンマもまた増幅されるだろう。

※ 国民の福祉に対する認識改善もまた必要である。単純な無償支援および単純支援の福祉システムに慣れており、実費徴収と収益事業による効果的な社会福祉サービス支給には無関心なことも事実である。

VI. 結論

本研究は、韓国の認知症老人の現況とサービス実態を見ることで、わが国の認知症老人のための地域福祉での専門性の向上と資源動員、そしてソーシャルワーカーの役割などを提示しようとした。

研究のアプローチ方法は、序言で提示したように第1に、政策的アプローチとして法律と制度の成立を強調した。第2に効果的運営のための財源確保方策、第3に専門的なアプローチとして専門人材のインフラ構築、第4に社会福祉倫理に関する順に見てみた。

高齢化社会を韓国より20年前に既に経験してきている日本の場合、政府の制度的補完と経済的支援で施設運営の柔軟性および老人と家族のためのサービス人材の専門化がなされており、このような今日の日本の老人福祉が生成されるまで多くの指導者と国民の苦勞があったであろう事実には敬意を払うと同時にうらやましくもある。

2005年現在、わが国の36万の認知症老人と100万人の保護者家族のための国家的な社会的サービスは、制度の不在と不実財源の二重的な課題により、政治社会指導者の特別な改革的な実践意志がない限り、10年後にやっと整備されて制度と財源が用意されるものと判断される。

問題は10年後の2015年ごろには、老人人口14%の高齢社会進入の初期であり、有病率老人の増加とともに認知症老人数は60万に到達し、その保護者数もまた200万人へ増えるだろう。このように増える精神的、経済的問題を後世に引き継いではならない。

去る60年間(1940年8月15日~1950年6月25日)、今日の7~80歳老人が国家の守護とGNP80ドルの貧しい国の経済を生かすために若さを捧げた。その結果GNP1万5千ドルの今日を作り、政治的、社会的な民主化を成し遂げた。今や2010年GNP2万ドルの先進経済力を目標に新しい60年のため、国民の統合と結集で、「20世紀、韓江の奇跡」から「21世紀 アジアの奇跡」の国家、大韓民国を新しく作るために変化発展していかなければならない責任は、現代人の我々皆にある。

このような変化発展の内容、第1に、公職を担う指導者、そして中間管理者の政策決定の民主化がなされなければならないであろう。情報化時代、専門化時代

に合う委員会から新しく出発しなければならない。第 2 に認知症老人のための観
点の変化で、認知症老人のための制度と専門化は、認知症老人と家族だけのため
でなく、国家の成長人材(100 万、200 万の保護者)の経済成長の潜在能力を生かし
ていく国家発展と国力のための仕事であり、未来の私自身の老後生活の安全のた
めの仕事であるということである。

第 3 に次世代指導者が中断なく、事業を育成していくことができるよう 10 年、
20 年の長期的な枠を作っておくべきではないということである。さらに後世
に精神的、経済的負担を引き継いではいけないということを深く再認識しなけれ
ばならないであろう。

今から認知症老人 36 万人とその家族 100 万人のための措置は漸進的に始まらな
ければならない。第 1 に現在、国民基礎生活対象の老人に提供される在宅福祉事
業での家庭奉仕派遣事業は生活保護老人とともに認知症老人とその家族のため、
無料で提供されなければならない。第 2 に現在制定されている公的老人介護保障
制度での介護サービス専門人材で「介護保護士」水準の時代的に 30 年後退した人
材養成制度として不適切で、国民の要求水準を度外視して生の質を向上させよう
とする国民の保健福祉を避ける集団利己主義的構成でしか見ることができないと
いうことである。制度があるものも重要であるが、国民の要求水準に合わせなけ
ればならなく、財源の準備と専門人材は制度の成功率を左右する道である。

従って学界と老人専門家団体は、医療法で看護師と看護助務者制度があり、専
門看護師制度があるように、介護保障制度で介護人材は 2 年制大学以上の教育課
程の卒業者に専門介護福祉士、そしてその他養成課程を置き、介護保護士を養成
し、また介護管理士を置き、専門介護福祉士と介護保護士の業務を指示し、保護
して、また管理・指導する体系で合理的な介護人材制度へ調整されなければならない
と思う。

今般、日韓シンポジウムへの参加を通じて多くのことを見て、学び、反省する機
会となったことを主催者に心から感謝し、政府が推進中の老人介護保障制度が 36
万の認知症老人とともに 450 万の全国の老人のための制度として準備され、地方
化時代、そして近づく GNP2 万ドル時代に合う老人介護体系へと整理され、誰も
が心置きなく老いていくことができ、老後を迎えることができる先進韓国の高齡
社会となることを願う。

参考文献

- 痴呆ケア研究所（2005.1）高齢社会に備えた法ケアアプローチ方法
- 韓国社会福祉政策学会（2005.6）地方化時代 ソウル・東京の老人福祉政策比較
- 九老老人総合福祉館（1999.2）中風痴呆老人および慢性老人性疾患者のための
保護者教育
- 韓国ケア福祉協会（2004.10）高齢社会とケア福祉
- 市立蘆原老人総合福祉館（2004.12）痴呆老人プログラムの実際Ⅱ
- 韓国ケア福祉学会（2004.11）韓国ケア福祉活性化のための方向設定課題
- 韓国老年学会、三育大学校（2003.4）高齢化社会の生の質
- 韓国老人科学学術団体連合会（2004.11）老人療養保険 どうするのか
- ソウル痴呆老人総合センター（2004.11）痴呆に対するアプローチ
- 共生福祉財団、韓国女性開発院（2004.11）長期老人療養保護に関する日韓比較
- 大韓ケア福祉学会（2005.7）研究論文第1巻第2号
- 韓国ケア福祉協会（2003.12）高齢化社会と老人ケアシステムの構築
- 国会行政自治研究会（2005.8）行政区域改編に関する政策討論会
- 鄭吉弘（2003）現代社会福祉概論
- 鄭吉弘（2003）現代老人福祉概論
- キム・ムンシル 他（2004）老人療養施設 経営論
- 漢城大学校行政大学院（2002）韓国の高齢化社会どう対処するのか
- 鄭吉弘（2003）韓国の老人ケア福祉政策に関する研究
- イ・ユンロ（2004）痴呆老人と社会福祉サービス
- 保健福祉部（2005）老人保健福祉事業案内および老人福祉施設案内
- 老人介護保障法試案（2005.9）保健福祉部公聴会資料

プロフィール

鄭 吉弘 (チョン・キルホン)

韓国 ソウル保健大学 社会福祉科 教授

韓国ケア福祉協会 会長

学歴

1960年3月—1968年2月 中央大学校文科大学 社会事業学科 卒業 (文学士)

1961年5月—1964年3月 陸軍入隊 満期除隊

1985年3月—1986年3月 日本 同志社大学大学院 社会福祉学科 研究課程 修了

1990年3月—1992年8月 中央大学校社会開発大学院 社会福祉学科 卒業 (福祉行政学 修士)

2000年3月—2003年2月 漢城大学大学院 行政学科政策専攻 博士課程 卒業
(行政学 博士)

福祉実務経歴

1969年4月—2005年2月 社会福祉法人 韓国福祉財団 群山、順天、大田、ソウル、全南
光州総合社会福祉館長 歴任、ソウル勤労青少年福祉館長、
ソウル支部長、ソウル市立九老老人福祉館長、
ソウル江東痴呆短期保護所 院長 歴任 (総 35年8ヶ月)

社会福祉活動

1973年3月—1980年3月 中央大学校 社会福祉学科同窓会長 歴任

1992年3月—1995年5月 ソウル市社会福祉士協会 会長 歴任

1997年3月—1998年7月 社会福祉事業法 改正実務委員：保健福祉部

1998年1月—2000年12月 ソウル市老人福祉館協会 会長 歴任

2000年2月—2003年3月 九老区 社会福祉協議会 会長 歴任

2002年5月—2003年5月 韓国老年学会 監査 歴任

2003年9月1日—2003年9月26日 「2003年ソウル福祉施設 評価団」：韓国保健社会研究院

2004年2月—2007年2月 韓国 CARE 福祉協会 会長 ソウル市社会福祉士協会 顧問

2005年3月—2006年3月 ソウル保健大学 乙支社会福祉研究所 所長

2005年3月—2008年2月 韓国社会福祉士協会 理事、韓国老人福祉学会 理事

大学教授経歴

- 1993年3月—2003年2月 漢陽大学校 生活科学大学および行政大学院
社会福祉学科 外来教授
- 1997年9月—1999年8月 ソウル神学大学校および大学院 社会福祉学科 兼任教授
- 1999年8月—2003年8月 漢城大学校 行政大学院 社会福祉学科 外来教授
- 2003年3月—2004年2月 ミョンチ大学校 社会福祉大学院 外来教授
- 1999年9月—2005年2月 中央大学 ソウル福祉学科 兼任 社会福祉開発大学院 客員教授
- 2004年3月—2005年2月 スンシル大学校 統一社会福祉政策大学院 社会福祉学科 兼任教授
- 2005年3月—2007年2月 ソウル保健大学 社会福祉科 助教授

資格および免許

- 1985年3月8日 ソーシャルワーカー 1級 資格証取得 保健福祉部 長官
- 1996年5月6日 臨床ソーシャルワーカー 資格取得 韓国社会福祉士協会
- 1998年10月24日 老人福祉専門ソーシャルワーカー 資格取得 韓国社会福祉士協会
- 2001年12月15日 政策分析評価士 1級 資格取得 韓国政策分析評価士学会
- 2002年12月20日 ケア福祉士 1級 資格取得 韓国ケア福祉協会

表彰および勲章

- 1987年5月5日 青少年善導有功大統領表彰 第68023号 大韓民国政府
- 2001年5月19日 老人福祉有功従事者賞 表彰 大韓老人会中央会長
- 2002年9月7日 社会福祉増進有功国民勲章冬栢章 受賞 大韓民国政府
- 2003年6月24日 社会福祉増進有功功労表彰 韓国社会福祉士協会

著書および論文

- 2001年12月15日 「スーパービジョンの理論と実際」 九社協 (単行本)
- 2002年3月25日 「ソウル福祉現場 実習論」 ハンマウム出版社 (単行本)
- 2003年2月11日 「韓国の老人ケア福祉政策に関する研究」 博士学位論文
- 2003年2月25日 「現代社会福祉概論」 ハンマウム出版社 (単行本)
- 2003年6月30日 「韓国ケア福祉政策的方策」 韓国老人福祉学会 通巻20号
- 2003年7月1日 「現代老人福祉概論」 ハンマウム出版社 (単行本)
- 2004年7月1日 「社会福祉実習指針書」 江東老人総合福祉館

지역복지에서의 인지증 고령자 복지 전문성 제고와 사회복지사의 역할



정길홍

서울보건대학 사회복지과 교수
한국케어복지협회 회장

- I. 서언
- II. 인지증이란 무엇인가
- III. 인지증 노인 현황과 발생률
- IV. 인지증 노인의 서비스 실태
 - 1. 노인복지시설 및 입소자 현황
 - 2. 인지증 노인의 가족 부양실태
 - 3. 정부의 인지증 노인 사업실태
 - 4. 한일 고령자 노인복지 정책비교
 - 5. 선진국의 노인수발보장 체계비교
- V. 인지증 노인 복지의 정책적 전문성 제고
 - 1. 지역복지와 지방분권화의 쟁점
 - 2. 지역복지로서의 사회복지 전문성 접근
 - 3. 지역복지로서의 자원동원
 - 4. 지역복지로서의 사회복지사의 역할
- VI. 결론

I. 서언

우리 사회는 인류 역사상 가장 빠른 속도로 고령사회로 진입하고 있다. 최근 통계청이 발표한 ‘2004년도 출생사망 통계’에서 여성 1명의 가임 기간(15~49세)동안 낳는 평균 출생률은 1.16명으로 1년 전 보다 더 떨어졌다. 이에 따라 고령사회 2018년, 초고령사회 2026년 진입 예상에 따른 정치, 경제, 사회 발전에 관한 전략과 대책이 수정되어야 할 것이다.

본 연구는 고령사회문제 중 ‘인지증(치매) 고령자에 대한 지역복지에서의 전문성 제고와 자원개발 그리고 사회복지사의 역할 모색’이다.

인지증(치매)란 뇌기능장애로 인해 인지기능이 손상된 상태의 질환으로 65세전후의 노인이 되면 누구나 발생할 수도 있는 질환으로, 인지증의 특징은 중풍, 고혈압, 당뇨병, 심장병은 본인이 질환에 대해 알고 있으며 정신적으로 대처할 수도 있으나 인지증(치매)은 노인 자신이 질환의 유무를 모르고 있어 ‘자신의 질병상태를 모르는 병’, ‘부끄러움을 모르는 병’ 또는 노망이나 망령이라고 호칭되었던 질환이다.

2005년 현재 전체노인의 8.3% 약 36만여명의 노인 유병률로 인지증 부모를 보호하고 있는 가족원은 100만명(1가구당 3명)으로 추산되며 평균 7~8년 또는 10~15년 이상의 인지증 부모의 수발에 정신적, 신체적, 경제적 고통을 겪으며 살아가는 가족원도 있다.

본론에 앞서 인지증이란 어떤 것인가에 대한 이해와 인지증 고령자의 현황과 서비스 실태, 그리고 선학자들의 연구 사례 및 동향을 살펴본후 이를 토대로 인지증 고령자 복지 대책방안을 모색코자 한다.

노인복지(사회복지)발전을 위한 기반요소로는 첫째, 정책 및 제도의 성립 둘째, 운영재원과 시설환경구비 셋째, 전문인력인프라구축 넷째, 효율적 전달체계의 구축이 전제되어야 한다. 기타 정치, 경제, 사회 최고지도자의 지속적인 실천의지와 지역주민의 적극적인 참여와 자원후원, 그리고 실천현장의 전문인들간의 성역없는 지지와 협조가 요구된다. (정길홍 2003, 한국케어 복지발전에 관한 연구. P3)

II. 인지증이란 무엇인가

1. 치매(癡呆)와 인지증(認知症)의 이해

* 치매(癡呆, dementia)를 인지증(認知症)으로 개칭이유

- ▷치매의 치(癡)자는 바보, 천치, 어리석은 치자이며, 매(呆)자는 어리석은 매, 보호保의 고어로 보호의 매다. 치매란 바보같은 사람, 어리석은 사람의 총칭으로, 지금의 치매를 계속적으로 사용할 경우 ‘치매 센터’는 ‘바보센터’로 해석되어지므로 인지증 어르신들에 대한 인격적인 무시와 언어적 폭행 일 수 밖에 없다.
- ▷개칭의 어의적, 윤리적 사유 : 치매의 어의에 대해 환영하는 사람은 없다. 누군가 개칭 캠페인을 시작하지 않았을 뿐이다. 이제 더 이상 존경받아야 할 어르신들에게 언어적 폭행을 묵과할 수 없기에 개칭해야 마땅하다. 금번 제 3 회 ‘한일 마음의 교류’ 심포지엄에서는 인지증용어를 사용하게되었으나 앞으로 한국치매협회 등이 중심이되어, 개칭공동위원회를 구성하여, 여론수렴을통해 개칭되어야 할 것이다

* 인지증(認知症, Congnition disorderd)의 어의

어의(語義)

- ▷인지(認知)란 : 지식, 사고, 지능, 판단 그리고 문제해결의 고등 정신 과정으로 wemer(1982)는 인지는 사고라고 협의적 사용과 한편, 지각, 기억, 주의집중, 학습 등이 포함된 심리적 과정의 총체라고 (Flavell,1985년) 정의하며, 인간의 모든 심리적 활동을 인지적 측면을 지니고 있다.
- ▷인지기능이란 : 지능, 기억능력, 지남력(시간, 장소 구분), 문제해결 능력, 사회생활능력, 판단력을 말하며, 인지기능 손실이 바로 인지증이다.
- ▷인지증이란 : 1 차적으로 지적 정신능력, 사고(생각하고 판단의 능력) 손실로부터 언어 및 신체적 기능의 상실로 범위가 넓고 요인은 80 여가지로 정신기능, 신체기능 등 복합적 증후군(syndrome)을 총칭한다.

* 인지증의 정의(定義)

▷의학적 정의
- 뇌기능의 장애로 인지 기능의 손실과 정신적·신체적 질환으로 타인의 보호 없이는 일상생활을 영위할 수 없는 상태의 사람.
- 정신장애의 일종으로 기억력, 판단력, 지각 등 인지 기능 장애로 일상 생활을 보호 없이 영위할 수 없는 사람.
▷사회복지적 정의
- 인지적 기능 소실로 일상생활에서 지속적인 보호, 재활관리가 필요한 임상서비스 대상자. (정길홍[2005], 한국케어복지협회)

Ⅲ. 인지증 노인의 현황과 발생률

1. 인지증 노인의 현황

우리나라 2005 년 현재 총인구수는 48,294 천명이며 65 세이상 어르신 인구는 4,382 천명으로 어르신 비율은 9.1%이며 인지증(치매) 어르신 인구수는 36 만명으로 총 어르신수에 8.3%로 추산되고 있다. 변용찬(1997 년)은 2015 년경에는 인지증 어르신수가 57 만명, 2020 년경에는 69 만명으로 70 만명에 육박할 것으로 예상함으로써 고령화진전과 인지증 어르신의 증가는 맥을 같이한다.

<표 1> 인지증 노인수 추계

(단위 : 천명, %)

구분	치매노인수					
	1995	2000	2005	2010	2015	2020
치매노인 수	218	280	362	456	571	690
치매 유병율	8.3	8.3	8.3	8.6	9.0	9.0

자료 : 변용찬 외 『치매관리 Mapping 개발연구』 한국보건사회연구원 1997
이종복(2005, 01) 『고령사회를 대비한 치매케어 접근방안』 p14 재인용

2. 인지증노인의 발생율

- 65 세 이상 노인을 기준으로 볼 때 연령이 높아질 수록 인지증 유병률도 높아지고, 65 세에서 79 세 까지의 합친수가 80 세이후 유병율이 50% 가 안되는 것을 <표 2>에서 볼 수 있다.
- 남녀별 발병률에서는 남성이 3.7%, 여성이 10.9% 수준으로 여성노인의 발병률이 남성의 두배 이상으로 후기고령 연령인 80 세 이상에서 29.4% 를 차지한다.

<표 2> 우리나라 인지증유병률 추계

연령	총계	65~69	70~74	75~79	80+
계	8.3	2.3	4.6	13.6	25.7
남	3.7	1.2	2.6	5.2	15.2
여	10.9	3.0	5.9	18.2	29/4

자료 : 보건복지부 『2001 보건복지백서』

3. 인지증 유형별 발병율

<표 3> 인지증 유형별 발병율

유형	알츠하이머형 인지증	혈관성 인지증	기타 인지증
발병률 (%)	50-60% - 65 세 이상 : 5-10% - 75 세 이상 : 19% - 85 세 이상 : 50%	20-30%	20% 내외

자료 : 한국 보건사회연구원(1997)

- 유형별 발병율에서는 알츠하이머형 인지증이 50-60%, 혈관성 인지증이 20-30%, 기타 20%이며, 경증, 중증증, 중증으로 분류되고 있다. 변용찬 (1997)에 조사에 의하면 여성노인이 남성노인보다 2 배이상의 유병율이 높으며 75 세 이상에서 80 세 이상이 전체의 80% 유병율을 보이고 있다.

Ⅳ. 인지증 노인의 서비스 실태

1. 노인복지시설의 종류와 입소자 현황

우리나라는 1997년 개정된 노인복지법 제 31조 노인복지시설의 종류에서 ①노인주거시설, ②노인의료시설, ③노인여가시설, ④재가노인시설 등 4가지로 구분하며 2005년도 노인시설수(재가노인포함) 입소인원과 종사자 수는 <표 4>, <표 5>와 같다.

<표 4> 노인복지시설 및 입소인원

구분	계					무료시설			실비시설			유료시설				
	계	양로	요양	전문요양	전문병원	양로	요양	전문요양	양로	요양	전문요양	양로	요양	전문요양	전문병원	복지주택
시설수	518	131	214	143	22	78	131	108	12	42	1	41	41	34	22	8
입소자수	35,421	8,188	12,679	10,203	3,119	4,972	9,384	8,539	363	2,310	100	2,853	985	1,564	3,119	1,232

자료 : 보건복지부, 노인복지시설현황, 2005

<표 5> 재가노인 복지시설 현황

시도	65세이상 노인인구 (2004,12,31 주민등록 인구기준)	합계			가정봉사원파견			주간보호			실비주간보호			단기보호		
		시설	이용 정원	종사자수	시설	이용 정원	종사자수	시설	이용 정원	종사자수	시설	이용 정원	종사자수	시설	이용 정원	종사자수
합계	4,124,946	668	31,206	4,253	305	25,076	1,930	240	4,349	1,428	41	604	177	82	1,177	749

자료 : 한국재가노인복지시설협회 2005년

2. 인지증 노인의 가족 부양실태

인지증 노인 부양 가족수는 2005년 우리나라 65세 이상 치매노인 수 36만명에 부양가족 1가구당 3명으로 볼 때 1백 8만명의 가족원이 치매 노부모 보호에 동원되고 있으며 2020년 경에는 치매 노인 69만명으로 증가됨에 따라 2백 7만명 이상의 가족원으로 증가 될 전망이다.

치매노인과 가족의 연구사례를 살펴보면, 치매노인의 주 부양자의 74.3%가 여성이며(변화순 2004) 한국의 경우 딸이 아니라 큰며느리가 치매 부모

를 수발하고 있다는 비율이 높은 것은 부계 중심의 한국적 특징과 남편에 대한 아내의 애정이 남편이 갖고있는 부모수발을 행하게 되는 2 단계의 메카니즘을 갖고있다.(정경희 2004)

Cicirelli (1989 년)는 자녀가 노부모를 수발하게 되는 동기를 형평(equity)과 의무(obligation)· 애착(attachment)으로 설명하고 있는데 이중 애착이 성차이를 설명하는데 설득력이 있다. 아들보다 딸이 어머니 수발에 더 적극적이라는 것이다(정경희 2004). 이성희(2004)의 치매가족 지원방안에서 부양기간은 3 년이상 37.6% 평균 부양기간 34.2 개월 1 일 부양시간 8~10 시간 주거환경개선은 거의 없는 형편에서 60%이상 이 중증 이상의 심한 치매질환으로 대처하기 힘든 증상으로는 건망증, 배설행위, 요실금, 의심 큰 소리 등 이었으며 주 부양자의 요구로는 시설, 전문 병원 서비스, 경제적 요구와 교육 프로그램 전문 간병인 서비스 요구 등이다.

정경희(2004)는 공적서비스 기본 방향으로 가족보호를 대체할 수 있는 시설 및 재가 보호를 정책적 우선순위에 두는 탈가족화와 재가족화 정책 즉 가족의 사회적 보호정책을 제안하고 있다.

모선희(2004)는 지역사회의 고령자 부양에서 국가의 사회복지정책 및 재정의 한계를 감안 민간부문과 지역사회의 자원활용이 적극 요구된다.

이종복(2005) 노인의 부양이 장기간 될 경우 대부분의 부양가족들은 만성적인 피로감과 가정적 사회적 분노를 느끼고 있으며 반인류적 행위(노인학대)로 세상을 경악하게 하는 사례가 발생한다는 점과 전통적 부모 부양가치관의 변화, 남성과의 역할분담, 보호가족의 좌절감과 노인의 인권 등 다각도의 면에서 가족보호가 유지 발전될 수 있도록 조치되어 제2의 치매 희생자로 가족원의 피해를 방지해야 한다는 것이다.

연구자가 조사한(2003) 비용의 경우 시립의 평균 치매단기보호 비용은 월 42 만원에 방문시 간식과 약값, 의류등 7~8 만원이 추가되어 50 만원 정도비용이다. 사설 유료의 경우 보증금 1-2 천만원에 월 120 만원의 입소비용부터 보증금 액수 최고 1-2 억에 150 만원 월 입소비를 납입하는 등 다양하다. 보호가족이 요구하는 평균 월 시설 이용료는 30-40 만원 정도가 적절하다는 가족이 60%, 50~70 만원이 25%, 70~100 만원은 10%, 100 만원 이상이 5%로 평균 40-50 만원의 이용료를 선호하고 있는 것으로 조사되었다.

3. 정부의 인지증 노인 사업실태

1) 인지증(치매)사업 정책수립 및 지원과 지도감독 및 보호자 교육사업

-기타 추진사업 : 노인수발보호체계 구축과 이와 관계된 사업으로 노인수발보장으로 명칭을 개칭하여 지난 2005년 9월 15일 공청회를 개최하는 등 계획·추진하고 있다.

2) 인지증(치매) 상담센터 운영

*목적 : 1997년부터 지역사회 치매관리 사업에 관한 원활한 수행과 인지증 노인등록 상담지원 목적

*설치근거 : 노인복지법 제 29조(치매관리사법)과 시행규칙 제 12조(치매상담신고센터) 설립 근거와 지역보건법 제 9조 보건소의 업무제 4항 노인보건사업

*사업실시기관 : 전국 보건소

*주요업무 : 치매노인 등록관리 평가 가족상담 및 교육 보호 방문관리와 노인 전문 요양시설 입소안내

3) 전문 치매병원과 요양시설 건립지원

4) 노인학대예방센터 16개소 지원관리사업

5) 2005년 이후 지방이양사업

-무료시설 요양시설 운영

-치매상담센터운영지원

-노인 건강 진단사업

-식사배달

-경로당 46,629개소 운영지원

-재가복지사업

-노인복지회관 사업

<자료:2005년 노인보건사업안내>

* 한국의 65 세 이상 장기노인수발보호대상자 전망

<표 6> 시설 보호자 대상자

증세 년도	최 중 증				중 증			합계	
	심한	중간	경미	계	심한	중간	경미	계	합계
2005 년	10,556	3,559	10,488	24,603	31,346	12,249	16,640	60,234	81,837
2008 년	11,829	4,037	11,896	27,762	34,675	14,117	19,178	67,970	95,732
2011 년	12,846	4,418	13,019	30,283	37,323	15,611	21,207	74,141	104,424
2018 년	16,059	5,621	16,563	38,243	45,656	20,341	27,633	93,630	131,873
2020 년	17,366	6,110	18,004	41,480	41,480	22,268	30,251	101,554	143,033

자료 : 공적노인요양보장추진기획단(2003 년)

* 재가노인보호대상 전망

<표 7> 재가 요보호 대상

증세 년도	최중증	중증	경증	인지증 (치매)	계
2005 년	24,755	113,079	271,427	215,244	570,505
2008 년	28,259	129,086	248,203	245,711	651,259
2011 년	31,055	141,854	272,755	270,016	715,680
2018 년	39,883	182,181	350,293	346,776	919,133
2020 년	43,472	198,575	381,817	377,983	1,001,847

자료 : 공적노인요양보장추진기획단(2003 년)

(1) 2003 년 공적노인요양보장추진계획단의 시설보호자 추계인원 81,837 명중 2005 년 현재 시설 518 개소(복지주택 8 개 포함)에 수용인원 3 만 5 천여명이 이용하고 있으며 정부는 2011 년까지 시설수를 1,468 개소 증 설하여 수용인원 110,148 명으로 늘리겠다는 것이 정부의 계획이다.

(2) 재가노인복지시설 <표 5>에 의하면 2005 년 현재 주간보호 240 개소, 실비주간보호 41 개소, 단기보호시설 82 개소 등 총 363 개소에 이용인원 5,838 명으로 재가요보호대상 2005 년 현재 570,505 명중에 10%만이 재 가시설을 이용하고 있다.

(3) 가정봉사원파견사업 이용인원 25,076 명과 재가시설 이용인원 5,838 명을 합친 재가시설 이용자수는 30,914 명으로 재가요보호 대상추 계인원 57 만명을 서비스하기에는 턱없이 부족하다.

(4) 2005 년 현재 요보호시설대상인원과 재가요보호대상 인원에 비해 요양시설 및 재가노인시설의 수의 부족에 관해 정부는 2009 년까지 종합대책을 수립하여 점진적으로 확충할 계획이나 제한된 재원으로 증가하는 요케어 노인을 모두 수용할 시설을 정부의 재원만으로 설치한다는 것은 불가능한 것이다.

(5) 재가노인복지시설은 총 668 개소로 독립시설 314 개소, 병설 354 개소(노인복지관 93, 사회복지관 94, 요양시설 62, 병원 6 개소)에서 각각 운영하고 있다.

6) 인지증 노인병원 추진현황

<표 8> 인지증 병원지원현황

시도	계	운영중	추진중		
			2003 년 이전	2004 년 지원	2005 년 지원
16 개도시	62 개소 (7,436 명)	21 개소 (2,669 명)	23 개소 (2,550 명)	10 개소 (1,167 명)	8 개소 (1,050 명)

자료 : 보건복지부, 노인보건복지사업안내(2005), p67

한국의 인지증(치매)전문병원은 <표 8>에서와 같이 2005 년까지 16 개도에 62 개소에 수용인원 7,436 명이다. 기타 농어촌 보건복지기본계획(2005 년 ~ 2009 년)기간동안 총 2 조 9,331 억원을 투입 농어촌 노인인구 16.8%를 감안 경증요양이 필요한 재가노인복지센터 74 개소에서 202 개소로 확충과 노인건강증진과 여가등을 위한 복합노인복지센터 4 개소 시범실시, 10 인 규모의 치매노인 그룹홈 63 개소 건립등을 추진코저하고 있다.

또한 각시도 지방자치단체 역시 증가하는 인지증노인을 위한 인지증요양 시설 확충계획을 별도로 수립 추진하고 있으며 서울특별시의 경우 2005 년도 4,600 명의 인지증노인이 2006 년도 5,200 명으로 증가할것으로 예측됨에 따라 2005 년도 40% 수용비율에서 2006 년도 67%의 수용비율로 향상코저 자치구 7 곳에 50 명수용 가능한 전문요양시설과 실비요양시설을 함께 건립해 가고 있다.

7) 간호사의 '전문 간호사' 제도의 시사점

대한간호사 협회는 전문화시대의 도래와 양질의 서비스를 요구하는 의료 소비자들을 위한 고품질의 의료서비스 실현을 위해 1990 년대에 들어서면서 의료법에서 제도적으로 '전문 간호사' 를 정착시키기 위하여 간호계의 역량을 결집하여, 전문 간호사 법제화를 위한, 특별위원회를 구성하여 미국 등 선진 외국에서의 '전문 간호사 제도' 를 비교 연구하여, 우리나라 실정에 맞는 전문 간호사의 종류와 자격기준, 교육 내용과 방법 등의 제도안을 만들어 의료법에 명시토록 10 여년간 노력했다.

그 결과 2000 년 1 월 의료법 개정시 '의료법 제 56 조 전문 간호사 제도' 를 법제화하여, 간호사의 전문화 시대를 맞이하게 되었다. 현재 의료법에서의 '전문 간호사' 자격종류는 '보건전문 간호사', '마취전문 간호사', '가정전문 간호사', '정신전문 간호사' 등 4 개 분야이며 2003 년 10 월 4 개 분야에서 6 개 분야로 확대 2005 년 현재 3 개분야(아동, 중양임상) 추가 연구 등 정신보건법 에서 인정하는 정신보건 간호사 등과함께 세분화된 의료서비스 확립을 통한 고품질의 전문서비스를 개발하여 국민건강 증진에 기여해 오고 있다.

'전문 간호사의 제도화'는 간호사만의 권익증진에 제도가 아니라, 전 국민의 건강 증진을 위한 능동적인 간호사들의 의지의 결집으로 높이평가되며, 또한 우리나라가 고령화 사회가 시작되는 2000 년부터 의료법의 제도화로 시기적절한 '전문 간호사 제도' 로 시사점이 크다.

이와 함께 간호사 회원의 지도자 양성이다. 회원 중에는 전직 보건복지부장관과 국회의원 다수가 정치적, 사회적 지도자로 간호계를 육성발전시켜 나가는데 힘이되고 있다는 것이다.

4. 한국 일본의 고령화 노인복지 정책 비교

<표 9> 한국 일본의 고령화 노인복지 정책 비교

국가	한 국	일 본
1	제목 1981년 노인복지법 2000년 고령화사회진입	1963년 노인복지법 1970년 고령화사회진입
	비고 고령화사회 19년 전 노인복지법 제정	고령화사회 7년전 법 제정
2	제목 2004년 고령사회대책기본법 2018년 고령사회 진입	1995년 고령대책기본법 1994년 고령사회 진입
	비고 고령사회 15년 전	고령사회 1년 진입 후 대책 기본법
3	제목 2005년 노인수발보장법 시안 시범 실시 2018년 고령사회	1997년 개호보험법 제정 2000년 4월 개호보험 실시
	비고 2008년 시범실시안 평가 후 전국적 실시 계획	고령사회 3년 전 법 제정 초고령사회 2년 전 실시
4	제목 1970년 사회복지사업법 제정 1983년 사회복지사 자격제도 개정 2003년 사회복지사 1급 국가고시제 실시	1951년 사회복지법 제정 1987년 사회복지사, 개호복지사법 제정 1989년 제 1회 국가시험 실시 2004년 현재, 16회 국가고시 실시
	비고 사회복지사 1, 2, 3급은 사회복지사업법에 의한 자격 취득 케어복지사 자격은 민간단체 자격증으로 취득	1989년부터 2005년 현재 국가고시제에 의해 사회복지사 및 개호복지사 자격증 취득

자료 : 정길홍 2005 을지사회복지연구소

- 비고 : 1) 일본은 1994년도 고령사회 진입, 한국은 2018년경에 고령사회 진입을 예측하고있어 일본은 한국보다 24년 앞선 고령사회경험을 하고있으므로 한국은 이를 주시할 필요가 있다.
- 2) 일본은 2000년 4월부터 실시한 개호보험법을 5년간 실시후 개정 보완해 가고있다.
- 3) 한국은 사회복지사만 제도화되어 있고, 케어복지사는 민간 자격으로 되어 있다. 케어복지사 제도의 성립이 절실히 요구된다.
- 4) 일본은 1987년 사회복지사와 개호복지사 법을 함께 제정하고 사회복지사와 개호복지사의 역할 분담을 명확히 하여 고령사회에 필요한 전문 인력 서비스를 세분화 시켰다.

5. 선진국의 노인수발보장체계 비교

<표 10> 선진 주요 국가 노인수발보장체계 비교

	일본	독일	네덜란드	한국(안)
제도명 (시행시기)	공적개호보험 (2000)	수발보험 (1995)	특별의료비보험제도 (1968)	노인수발보장제도 (2008~2010)
적용대상 급여수급권	-65 세이상 노인 40~64 세 (15 개 노인성 질환에 한함)	전국민	네덜란드 모든 거주자	45 세 이상, 단, 65 세 이상 노인 우선적용
재원조달	보험료+국고지원금 +본인부담 보험료(50%) 국고지원(50%)= 국비(20%)+조정교부금 (5%)+도도부현(12.5%) +시정촌(12.5%)	보험료+보인부담 보험료 : 100%	보험료 + 국고지원금 보험료: 정률보험료 또는 정액보험료	보험료(40~50%) + 국고지원(30~40%) + 본인부담(20%)
보험료부과	제 1 호 피보험자 - 소득단계별 정액부담 제 2 호 피보험자 의료보험산정방식 이용 - 총 보수의 약 0.9%	근로자 : 1.7% -노사 각 50% 부담 자영자 : 본인 100% 연금수급자 -본인과 연금보험자 50%분담	- 정률보험료 (소득의 약 8.85%) - 정액보험료 (보험자가 결정)	전국민
본인부담	10% (시설 서비스의 경우)	본인부담 없음 숙박비부담 (시설서비스의 경우)	원칙적으로 무료	20% 단, 기초보장수급자는 무료 식비본인부담
관리운영주체	시정촌	수발보험금고 (질병보험조합과 차별)	질병보험의 보험자	건강보험관리공단
서비스 종류 급여형태	- 각종재가서비스 - 시설보호 : 특별양로노인홈 노인보건시설 요양병동 등 - 현물방식 (예외적 현금인정)	- 각종재가서비스 - 시설서비스 : 노인집합주택 요양홈 노인종합시설 - 현물 및 현금방식 - 비공식요양제공자에 대한 사회보장 (연금과 실업보험)	- 각종재가서비스 - 시설서비스 - 현물 및 현금방식	- 각종재가서비스 - 시설서비스 : 요양시설 : 전문요양시설 : 요양병원 - 현물양식

자료:김진수(2005)한국의 노인요양보험도입과 정책과제

비고 : 1) 한국은 2005년 9월 15일 노인수발보장법 시안을 공청회를 통해 검증하였다.

2) 수발보장법 시안내용 중 일부가 국민적 합의를 통해 수정될 줄 믿는다.

V. 인지증 노인 복지의 전문성 제고

1. 지역복지와 지방분권화의 쟁점

1) 지역복지의 개념과 의의

지역사회복지의 근원은 1879년 영국의 자선조직협회와 1884년 인보관(Settlement House)운동 등으로 시작하여 산업회와 도시화에 따른 각종 복지와 관련된 내용을 지역사회 주민 스스로가 해결할 수 있도록 지역내의 주민과 단체가 지원하는 광범위한 주민참여의 기술로 정의된다. 본 제목에서 지역복지란 일본의 경우 지역사회복지를 지역복지라고 구분하고 있으며, 개념정의는 한국과 동일하다. 즉 「지역에서 발생하는 다양한 복지과제에 대해 지역내외의 기관, 단체, 시설, 인재 등이 상호 연계, 협력하여 그 해결과 향상을 도모하기 위한 시스템 및 제공되는 서비스」라고 정의하고 있다.(야마모토, 2001)

2) 지방분권화와 지역복지 발전과의 쟁점

우리나라는 최근(16대 참여정부) 2005년부터 지방 분권화 추진을 통해 기존의 획일성을 통한 최소 수준의 국민생활권(복지권)보장에서 지역의 다양성과 차별성 존중을 통해 지역경쟁력 뿐만 아니라 국가의 경쟁력을 확보하려는 목적으로 지방 분권화 사업을 추진하고 있다. 이에 따라 보건복지부는 사회복지 서비스대상 전 분야에서(2005년) 일부를 지방 자치단체에 이양하고 있고 노인복지분야 사업에서는 인지증(치매) 상담센터 운영 및 등록환자지원 외 12개 사업을 지방이양사업으로 추진하고 있다. 사회복지 분야 단체 중 장애우 단체는 현재 지방이양을 정부로 원위치 하라는 지방이양 환원 결사반대 행동을 하고 있으며 타분야 역시 반대 의견은 같다. 필자의 반대사유 견해로는 지방 분권화의 의의와 목표를 반대하는 것이 아니고 첫째, 지방의 이양사업을 위한 시행제도와 재정이 준비되지 않은 상태에서 재정 확보의 형평성을 고려하지 못한 제도 및 환경의 보완책이 시급하다는 것이다. 둘째, 정부 및 지방자치단체 공히 재정지출 우선순위에서 사회복지예산은 뒤로 밀린다는 것이고 셋째, 법률 및 재정배분 구성원에 사회복지(노인복지)인의 참여 결여로 인한 문제가 있으며 넷째, 사회적 이슈(issue)를 주도하는 신문 TV 방송등 매스컴(mass communication)과 NGO 단체들의 관심 순위에서도 뒤로 밀려나 있다.

마지막 다섯째로는, 서비스 제공자(사회복지인)와 이용자 간의 단합과 사회복지분야간에 성역 없는 융합조직(united system) 및 활약이 결여되어 있다는 것이다.

2. 지역복지로서의 사회복지 전문성 접근

◎ 사회복지의 접근 모델 유형

모든 국가는 국민의 건강, 빈곤, 노숙자, 실업, 고령화 등의 사회적 위험으로부터 보호하기 위한 사회적 안정망 장치로서 사회보장제도를 만들고 있다. 한편 사회복지제의 실천 개념으로 사회복지 기능적, 이념적 모델을 도입하고 있다.

사회복지의 기능 유형에는 1958년 미국의 원랜스키(HL Wilensky)와 르보(Lebeaux)의 ‘보완적(잔여적, Residual)사회복지’와 ‘제도적(Institution) 사회복지’라는 두개의 발전 모델과 영국의 티트머스(R. M. Titmas)의 산업적 업적성취모델이 있다.

제도적 사회복지 모델이란 국가의 개입, 제도적 서비스로서 복지구현을 하는 1차적 기능을 말하며 사회보험(국민연금 및 노인수발보험등)으로 제도시행과 국민의 평등, 자유, 우애, 통합등 인권의 가치를 존중한다. 보완적 사회복지모델이란 가족과 시장이 정상적인 기능을 수행못할때, 또는 가족해체시 발생하는 아동이나 노인, 장애우들을 시설 또는 지역사회에서 보호한다. 산업적 모델이란 개인의 욕구는 자신의 경제적 여건에 기반하여 충족되어야 한다는 것이다. 필자의 전문성 접근 방안을 아래와 같이 제안한다.

1) 역할분담을 위한 전문성 제고

지역복지의 전문성을 제공하기 위해서는 정부와 지방자치 단체 및 기업과 전문단체, 지역주민과 시민참여단체의 역할분담을 위한 가이드 라인을(규정과 법률) 정부와 지방자치단체, 주민의 참여로 만들어 져야 한다. 단, 주도적인 기수는 사회복지사의 몫이다.

2) 인지증 노인의 일차적 서비스는 정부가 책임져야 한다.

인지증노인의 질환 특수성을 감안, 정부와 지역자치단체는 법률과 제도로써 일차적인지원과 기초예방 치료 서비스를 전국민 인지증 노인과 가족을 위해 가정봉사 파견사업부터 무상 제공되도록 제도가 개선되어야 한다. 인지증 노인은 독거노인보다 더 사회적 위험 부담을 갖고있다. 이들은 이유없이 배회하고 가출하며, 심한 우울증은 자살로 이어지고 있기 때문이다.

- * 인지증(치매)은 당뇨, 관절염 등 노인의 일반 질환과는 달리 자신이 모르고 있는 질환이므로 가족과 사회로부터 냉대받기 쉬운 질환으로, 최소의 생활보장육구의 해결을 위한 지역사회와 정부의 보호가 필요한 노인성 질환이다
- * 36 만명 인지증 노인의 보호자 100 만명이 고통에서 벗어나고 정상적인 사회활동을 할 수 있도록 지원하여 가족모두가 국가성장인력으로 전환되어야 한다.
- * 지방자치단체는 제도의 미비, 재정자립 30% 수준 등의 사유와 기존 사업 유지 등의 사유로 특별의지 대책이 없는 한 인지증 노인복지 대책은 우선순위에서 항상 밀리게 되어 있다는 사실을 감안해야 한다.
- * 아동, 장애우 사업에서는 가족의 재정적 지원이 노인보다 유리하나 특히 인지증노인 사업의 경우 아주 불리하다. 그러므로 정부와 지방자치단체의 사업으로 추진해야 한다. 현금서비스를 요구하는 것은 절대 아니다. 재가 노인사업의 가정봉사 파견 대상자로 선정되어 노인과 함께 가족을 보호해 주어야 한다는 것이다.

3) 보건소와 민간사회복지단체로 이원화 하여야 한다.

현재 정부의 인지증 노인사업은 보건소에서 간호사 중심으로 인지증 노인을 위한 조사 상담치료등의 사업을 실시하고 있다. 하루 속히 사회복지사를 중심으로 민간 단체 서비스 관리로 제도의 2 원화를 구축하여 보건과 복지 통합서비스가 되도록 조치되어야 한다.

2 원화제도가 성사되기 위해서는 주도적 역할자는 사회복지사이며 기타 관계 전문인과 지역사회주민과 단체 그리고 대상 가족등이 공동으로 대처하는 노력이 필요하다.

- * 지역복지로써의 인지증노인과 가족 서비스는 보건간호적 의사와 간호사만의 서비스로는 성공할 수 없다. 보건복지의 통합적 서비스가 필요하며 의사 간호사 그리고 사회복지사와 함께 전문수발복지사, 노인수발보호사가 필요하며 영양사 물리치료사 등의 전문인의 통합 서비스가 이루어져야 한다. 정부와 지방자치단체의 1 차적 역할은 인지증 노인의 서비스 2 원화 체계부터 개선해야 한다.

4) 고령사회 시니어 방송국의 필요성 촉구

매스컴(mass communication)의 인지증 노인에 대한 이해와 협조가 필요하다. 홍보를 통하여 지역주민의 의식전환, 시민 사회단체, 종교단체, 학교(초중고 대학)의 참여가 활성화 되도록 하여야 한다.

- * 지역케이블 TV 방송 등 다양한 정보전달체계가 확장되어가고 있으나 집단이기주의적 상업방송과 연예, 오락 등과 정치적 내용으로 일관하고 있는 것은 지양되어야 한다.

시니어신문, 실버방송국, 시니어 TV, 실버케이블 지역방송국의 설립과 고령자 언론단 구성을 별도로 설립하여 ‘고령사회매스컴’ 으로서의 활약이 강화되어야 한다. 상업성이 떨어져 참여하지 않는 기업들과 창업하고자 하는 노인단체를 위해 정부와 지방 자치 단체는 제도적 지원을 마련해 주어야 한다.

3. 지역복지로서의 자원동원

◎ 사회복지 자원 체계의 유형

사회복지 자원의 유형과 방법에는 첫째, 공식적 정부의 지원이 있으며, 둘째, 비공식적 가족과 이웃의 자원, 셋째, 사회적 자원으로서 기업과 종교단체 등의 자원, 넷째, 자존적 자원으로서 자원봉사, 후원자 등 주민의 정신적 물질적 자원등으로 구분할 수 있다.

1) 사회적 자원을 위한 접근방법

기업과 시민단체, 종교단체 학교(초중고 대학)의 참여를 통한 경제적 정신적 후원과 지원기관으로 적극참여 할 수 있도록 필요성을 인식시켜 주는 홍보자료가 필요하며 제도화 구축이 마련되고 이에따라 참여기관과 단체는 사업의 발전과 기업의 사회적 가치를 보상받게 하여야 한다. 이 역할은 사회복지사라 하지만 제도구축은 지방자치단체가 해야한다.

* 기업은 세제혜택과 정부사업에 참여시 평가등급우선순위 보조금 우선지급 등의 혜택을 주고 종교단체 시민단체는, 정부 공공시설사업 참여시 우선권을 적용 하는가 하면 지역 주민의 자원봉사 및 후원 실적은 미래 보상책을 주도록 하여 차후 인지증 질환시 우선 보상받는 ‘미래보상제도’를 실시해야 한다.

* 학교(초중고 대학)에서는 인지증에 관한 이해와 봉사 그리고 예방과 치료에 관한 교육과 함께 그 가족의 고통을 함께하는 시민의식을 고취하도록 하고 2026년 초고령사회에 대한 심적 물질적 사회적 대책을 펴나가야 한다.

2) 정부와 지방단체가 실버복지재단 설립을 위한 역할강화

순수 인지증노인 ‘실버복지재단’을 민간사회복지 단체로 설립 구축하여 인지증 노인복지사업에 필요한 조사연구사업, 홍보출판사업, 교육 및 자원봉사 활동교육사업등을 해 나가야 한다.

현재 사회복지협의회 공동모금회 등은 각각 독자적 대정부 대국민 관계를 전개하고 있기 때문에 인지증 노인 대책지원에 한계를 갖고있다.

문제를 알리고 필요성을 인식시키고, 사업을 유지 발전시킬 인재는 사회복지사다. 그 인재가 일할터전을 만들어 주는데 인색한 것이 현실이다. 재단을 만드는 것 또한 시간과 열정만으로 성사되지 않는다. 지역주민과 관계자들이 뜻을 모우는 것부터 사회복지사의 몫이다.

- * 사회복지사는 민간 인지증 실버복지재단 필요성에 대한 인식을 지역주민들과 자치단체의 임직원에게 제공해야 한다.
- * 재단의 주요사업은 지역자원의 개발 동원 자원봉사활동 각종 인지증 정보 제공과 가족 및 학생의 교육자료 제공과 입법부와 행정부에서 필요한 인지증노인대책 자료를 제공할 수 있는 지식기반이 있어야 한다.
- * 지역사회복지협의회와 연계 인지증 노인 사업계획이 지역복지 사업으로 수립·집행될 수 있도록 시군구와 파트너십(partnership)을 구축해야 한다.

3) 인지증 노인을 위한 지역 복지 마케팅(marketing) 개발

지역의 특색을 살려 방문객 기업 등 대상고객을 만족시키는 이미지/제도/축제/상품/공간 등을 개발하여 지역의 가치를 내외부에 알리고 경험하게 하는 등 참여자에게 정신적 복지 인식제공 및 자원개발의 이중적 가치 생산의 목적이 있다

- * 마케팅이란 인간의 욕구를 충족시키기 위해 제품이나 서비스의 교환이 이루어지는 시간을 관리하는 것을 의미한다. 복지적 마케팅은 사회복지이용자 욕구를 충족시키는 서비스 소비자 마케팅과 상대적 만족을 위한 제품 유통을 통한 자원동원 마케팅 등 다양하게 변화되고 있다. 맞춤형 서비스 마케팅 시대임을 사회복지사의 역할과 기능에 깊이 자리잡아야 한다.
- * 유료시설 및 재가복지 서비스 마케팅 효과는 기업이익을 가져오며 무료시설 및 재가복지 서비스 마케팅은 자치단체의 신뢰성과 지역 주민들의 노후에 안정성을 극대화시키는 효과가 있다.

- * 지역 특색에 맞는 저금통 개발, 핸드폰 손가방 등 흔히 사용하고 누구나 1 개 이상 갖고있는 소규모 상품에 인지증 노인돕기 브랜드를 고안하는 등 지역복지 마케팅 종류는 수없이 많다. 자치단체, 지역사회복지협의체 등 단체명으로 브랜드화 상품을 개발 전국민의 협조를 구해 성공적으로 사업을 유지 발전해 나가야 한다.
- * 복지마케팅 브랜드 측면에서도 ‘치매’ 라는 용어는 인지증어르신을 인격적으로 모독하는 용어이며 경로효친 사상을 저해하는 용어이다. 최근 서울 관악구 봉천동과 신림동 명을 40 년만에 개칭하는 주민찬성의견으로 통과되었다. 봉천동이라는 명칭이 영세민 촌의 이미지를 갖고 있다는 것이 개칭의 사유였다. 일본의 경우 ‘치매’ 를 인지증으로 2004 년도에 국민들의 개칭합의를 도출하고 2005 년도부터 공식용어로 사용키로 했다. 2000 년도 한국사회복지협의회는 ‘노인’ 의 칭호를 ‘어르신’ 으로 개칭할 것을 제안하여 현재 노인의 호칭은 ‘어르신’ 으로 개칭 사용하는데 성공하였다. 이는 ‘어르신’ 에 대한 인식변화와 인격존중에 매우 필요한 부분이었으며 ‘인지증’ 으로의 개칭역시 같은 맥락으로 보아야 할것이다.

4) 신축아파트 단지에 인지증 노인그룹홈 설치 의무화

그룹홈 10 ~ 15 명 내외 재가복지시설 증설 자원을 주택공사 APT 건립과 함께 일반 민영 APT 건립시 50 가구 이상 APT 단지에 1 개 그룹홈 건립을 의무 건립하도록 하고 운영은 전문노인복지단체 또는 부녀회가 운영하도록 하는 신축아파트 단지내에 그룹홈설치 방안을 제도화 하여야 한다.

- * 1990 년대 주택공사를 통해 APT 단지 건립시 종합사회복지관을 의무건립 위탁할수 있도록 시행한 제도를 통해 시영 APT 를 중심으로 종합사회복지관 건립이 되어 현재까지 지역 주민복지사업에 기여하고 있다. 이제 고령사회 진입의 대책으로 민영 APT 건립시 건립사와 주민에게 인지증노인복지에 참여할 수 있도록 인지증 노인 그룹홈(10 ~ 15 명)재가시설을 건립하도록 의무규정을 두어 건립만큼의 세제상 보상을 해주어 의무건립을 할 수 있도록 조치되어야 한다.
- * 인지증 노인발생은 기초생활수급권자만 있는 것이 아니고 전국민(노인)에게 찾아오는 질환이며, 지역내에서 지역주민과 함께 보호, 예방, 재활프

로그래미 실시되어야 한다. 일반 및 중산층 APT 단지 건립시 경로당과 함께 인지증 그룹홈이 설치되어야 한다. 노인시설 모두를 정부의 재원만으로 건립하는데는 너무 많은 노력과 시간이 필요하다.

- * 2005 년 현재 정부는 일부지역 APT 투기방지 대책에 초점이 맞추어져 있다. 세수입을 조정하는 잣대를 노인복지시설을 설립하는 공공 복지 서비스 정책으로 일부가 사용되어져 지역주민이 피부에 닿는 사업으로 전환 되어야 겠다.
- * ‘세금을 늘리지 말고 씬쌌이를 줄이라’ 말도 있다. 세금을 징수하는 만큼 지역복지를 위한 노인복지사업에 사용되는 것을, 지역주민이 느끼고 정부의 세수정책을 환영할 수 있도록 세수방법과 사용방법 중 일부를 개선해 나가야 할것이다.
- * 장애우 그룹홈의 경우 사업자 및 정부의 경제력 부족으로 그룹홈에 사용할 주택을 임대하여 사용하고 있는 시설이 80%이상이다. 이 경우 장애우의 안전을 위한 기능보강 및 시설유지보수에 필요한 예산집행이 어려우며 집주인 및 지역주민의 인식부족으로 인하여 임대차 계약 만료시 재계약에 많은 어려움이 따르고 있어 그룹홈의 이전율이 매우 높은 실정이다. 이로 인한 부대비용(이사비용 및 기타비용)이 계속적으로 소모되고 있으며 이를위해 사업자가 경제적 재원을 마련했다 할지라도 지역주민들의 이해와 정부의 정책적, 제도적 지원이 없는한 그룹홈을 구매하기가 매우 어려운 현실이다.

인지증노인 그룹홈의 경우에도 인지증 노인을 위한 가장 기본적인 안전설비가 안되어 있는 상태에서 주택을 임대하여 사용할 경우 안전사고에 대한 위험부담이 매우 높으며 지역주민들의 반대로 인하여 체계적이며 지속적인 서비스 유지가 매우 어려울 것이 현실이다.

5) 노인권익단체 역할증대와 지원확대

대한노인회는 16 개시도에 연합회 지방조직과 함께 250 여개의 지회와 4 만 5 천여개소의 경로당을 운영하고 있으며 65 세어르신의 약 44%인 1 백 80 만명이 경로당을 이용하고 있는 것으로 추산하고 있다. 서울지역 25 개 대한노인회 지회중에는 고령자 일자리사업을 위한 사회복지사가 2004 년부터 배치되어 있다. 대한노인회는 역사와 전통을 가진 우리나라 제 1 의 노인단체이다. 사회복지사의 관심과 참여로 2018 년 고령사회대책을 준비하는 대한노인회로 발전해야 할 줄 믿는다.

- * 대한노인회의 조직과 사업의 문제점을 보완한 연구를 통해 21 세기 고령 사회에 필요한 새로운 한국 노인회 설립을 통하여 새로운 노인의 상 정립과 역할을 증대해 가도록 사회복지사의 연구와 적극적인 참여가 필요하다.

4. 지역사회복지로서의 사회복지사의 역할

◎ 지역사회복지로서의 사회복지사의 역할

지역사회복지로서의 사회복지사의 역할로는

- ① 지역사회개발자로서의 역할(M Ros) : 안내자, 조력자, 전문가, 사회치료사
- ② 사회계획으로서의 역할(R Morris) : 계획가, 분석가, 조직가, 프로그램행정가
- ③ 사회행동으로서의 역할(C Grosser) : 조력자, 중계자, 대변자, 행동가, 조직가로 설명될수 있으며 사회복지사의 기능으로는 ① 문제해결을 위한 기능, ② 자원체계의 촉진기능, ③ 사회정책의 영향의 기능, ④ 물자배분의 기능, ⑤ 사회통제 매개로서의 기능 등이 있다. (정길홍, 2003, 현대사회복지개론)

1) 인지증 노인정책성립을 위한 역할

인지증 노인의 대책에 대한 정책으로서는 노인의 인권보장과 가족의 고통문제, 경제성장 인구의 잠재력 저하 등의 사유와 제도적 필요성에 대한 촉구 및 방법론을 제시하는 역할자로서 조사연구 및 자료분석 등을 행정가와 정책입안자에게 제공하여 법이 성립될수 있도록 안내자, 조력자로 정책성립의 역할자이다.

2) 자원동원 촉진과 중계의 역할

인지증 노인을 위한 시설과 재가복지사업의 운영지원, 그리고 전문인력에 공급등 정부자원체계만으로는 만족할만한 서비스 결과를 기대할 수 없다. 사회복지사는 공식적 자원체계(정부)와 비공식적 자원체계(가족), 사회적 자원체계(민간복지단체), 자존적 자원체계(후원자, 자원봉사자) 등을 연계하여 필요한 인적, 물적 자원을 발굴하는 계획, 분석, 조직과 지지 성원의 역할

3) 자원동원 역할 이전에 사회복지사의 품격

- ① 사회적 신뢰성이 있는가(믿음)
 - ② 유관기관 단체와의 파트너 쉽(마음)
 - ③ 정신적, 심리적 지도자, 상담자(인격)
 - ④ 정보제공 및 안내자(지식)
 - ⑤ 비도덕적, 비정신적인 사건을 민주적으로 해결하는 해결사(지혜)
- 위의 다섯가지 조건을 위해 노력, 인내, 겸손해야 한다. 안되는 일을 억지로 되게 하는 것보다 왜 안되는 가를 인지할 수 있도록 슈퍼비전을 주어서 스스로 결정하게 하는 일

4) 국내외적 자원동원 및 정보에 관한 연구 개선의 역할과 정부, 지역사회 변화에 따른 자원동원 개발의 변화도모

BTL 방식의 노인인지증 그룹홈 증설은 어떻게 적용할 것인가 등 국내외의 자원동원에 필요한 자료를 조사 분석하고 이를 토대로한 아이디어를 창출해 내는 역할에 집중해야 한다. BTL(Build-Transfer Lease)이란 민간이 공공시설을 짓고 이를 정부가 임대하여 투자금을 회수하는 민간투자유형으로 영국과 일본에서 실시중인 신규시설 건립방안으로 활용되고 있다.

- * 지방분권화에 따라 공공기관이 지방에 이전하는 때를 같이하여 이전되는 공공기관의 자원동원 협력방안등을 개발할 수 있다. 지금 전남 광주에서는 한국전력이 이전되는 것을 계기로 대학의 전기과 학생의 입학이 과열되고 대학은 정원조정과 유사과를 만들어 유동적으로 대처해 가고 있다. 강원도는 관광공사 이전계획으로 도내 대학의 관광과를 특성화 시켜가고 있다.

5) 행정규제의 완화와 변화의 역할

인지증 단기보호소의 입소기간을 45 일내(연간 최대 90 일 이용가능)로 3 개월마다 타시설에 입소하고 있어, 직원의 입퇴실 업무, 신규회원 개발 업무 등의 부담과 보호자의 시설이전에 따른 정신적, 육체적, 경제적 부담을 지니고 있다. 연간 90 일을 최대 1 년으로 연장시켜주어 직원과 가족의 부담을 덜어주는 필요성과 타당성을 시, 도에 또는 보건복지부에 성사 될 때까지 상담, 개진한다.

- * 주간보호의 간병인, 인지증 단기보호의 간병인, 생활보조원수가 각기 다르다. 재가노인복지협회와 시설간의 합의된 조정사항 등을 자치단체와 보건복지부에 개선의 필요성을 제언하여 효과적인 인력 배치가 될 수 있도록 사회복지사의 역할은 강화되어야 한다.
- * 문제는 담당 공무원이 법을 개정 할 수가 없는 위치에 있고 1~2 년 이내에 타부서로 인사이동되어 버림으로서 효과를 볼수가 없는 것이 현실이다.

6) 이용자 만의 시설에서 가족과 지역주민 활용의 시설로 변화

시설은 이용자 중심의 시설배치에 초점이 맞추어져 있는 것이 사실이다. 앞으로의 신규시설에는 이용자와 함께 직원의 근무환경 개선을 위한 공간이 배치되고 더 나아가 이용자 가족의 공간도 함께 배치되는 시설 그리고 지역주민이 함께 이용할 수 있도록 대폭 수정되어야 할 것이다. 노인복지법에는 이용자 평수만 규정되어 있으며, 직원 및 자원봉사자 휴식공간은 시행령, 시행규칙에 없다. 시설 감사평가서에는 조사대상인 것이 현실이다. 이용자 만의 시설에서 직원과 가족 그리고 더 나아가 지역주민이 함께 이용할수 있는(강당 및 회의실, 운동장, 야간주차장 등) 시설로 변화될때 지역복지시설임을 주민이 인식하게 될 것이다.

7) 노인수발보장제도 시안과제에 대한 사회복지사의 역할

- ① 우리나라는 노인복지법 시설규정에 의해 주대상인 국민기초수급권자 중심의 서비스 내용 및 인력기준으로 30 년간 지속되어 왔고 앞으로 2007 년부터 노인수발보장제도하에서는 기존의 서비스 내용과 가정봉사 파견인들의 수준으로는 중산층이상의 어르신가족에게 대응하기에는 서비스 수준과 인력에서 역부족이다.

- ② 특히 재가노인서비스 지향을 목표로 하고 있는 시점에서 (방문재활, 그룹홈 등) 시설의 협소, 서비스 인력 구조중 방문간호사 등은 준비되어 있으나 수발관리사(매니저)와 전문수발복지사 등은 준비되어 있지 않아 이용자 욕구에맞은 서비스 체계로 제조정되어야한다은것이다 .
- ③ 정부는 재가노인서비스 제공시설 70%를 민간영리 단체의 시설로 충당할 계획을 가지고 있으나 농어촌 및 도서벽지의 문제와 기존의 시설운영의 부실을 초래할 수 있는 문제가 예상된다.

8) 노인복지전문 사회복지사 인프라 구축에 관한 쟁점

(1) 노인복지시설의 사회복지사 현황

2005년 현재 노인복지시설수 총 1,180 개소(시설 518, 재가 662)에 총 종사자수는 15,660 명(시설 11,416 명, 재가 4,250 명)이며 이중 사회복지사 종사자 수는 1,660 명으로 전체 노인복지종사자 중 약 10%로 10명중 1명의 사회복지사가 재직하고 있음을 알 수 있다.

고령화사회에서의 사회복지사의 역할 중 하나는 ‘사회가 요구하고, 필요한 맞춤형 노인수발의 기술과 지식을 갖춘 수발전문사회복지사 양성과 배치 제도가 제도화’가 실현될 수 있도록, 당위성을 제언하는데 최선을 다하는 일일 것이다.

<표 11> 사회복지사의 현황

구분		합계	1 급	2 급	3 급
계 학 력 별 분 류	계	118,094	51,361	56,523	10,210
	대학원	11,572	8,885	2,568	119
	대학복지관련학과	51,396	38,950	12,202	244
	복지관련학과부전공	855	604	251	0
	대학일반학과	4,354	742	2,869	743
	전문대복지관련학과	41,911	1,634	36,153	4,124
	전문대 일반학과	2,414	175	887	1,352
	고등학교	3,979	245	789	2,945
	중학교	301	0	98	203
	기타	1,312	126	706	480
종 사 분 야 별 분 류	아동복지	2,298	1,131	1,064	103
	노인복지	1,662	780	803	79
	장애인복지	2,923	1,107	1,694	122
	부녀복지	347	226	103	18
	기타복지	8,833	3,854	4,370	609
	복지관련행정기관	7,710	6,490	1,032	188
	기타분야	10,223	5,695	3,771	757
	미취업	84,098	32,078	43,686	8,334

자료 : 한국사회복지사협회 2005. 3. 31 현재

(2) 수발보호사가 아닌 수발전문복지사 인력으로 대체.

한국은 1983년 사회복지사업법 개정(제 5 조 사회복지사의 자격)으로 사회복지사(1급, 2급, 3급)을 양성 배치 해오고 있는 중 2003년도부터 1급은 국가고시제로 개정하여 2005년 현재 총 12만명의 사회복지사가 배출되었다.

고령화사회에 따른 케어복지사의 필요성에 의해 학계교수와 노인복지 실무자를 중심으로 1999년 한국케어복지협회를 설립하고 80개 대학에서 케어복지사 양성을 민간자격제도로 시작하여 지난 5년간 8천여명의 1급 케어복지사가 배출되었다.

하지만 최근 2008 년 실시계획으로 제도화하고 있는 ‘노인수발보장법’ 에
서 전문수발복지사(케어사회복지사)는 전혀 언급이 없고 가칭 노인수발보
호사로 명한 서비스 인력을 법제화 하고 있다. 노인수발보호사의 교육시간
은 100 시간에서 최대 150 시간의 교육과 훈련 정도이며 이는 일본의 홈헬퍼
1 급 수준과 한국의 가정봉사원 교육시간인 40 시간에서 2 배이상으로 늘린
것으로 노인수발보장법 시안의 전문인력으로 제도화하고 있다.

이에 대해 한국케어복지협회 임직원과 교수들은 노인수발보장법 시안의
노인수발보호사는 국민의 욕구수준에 반하는 인력이며 선진국의 사례를 통
해 알수 있듯이 2 년제 이상의 전문교육기관에서 교육과 훈련을 받은 전문
케어 인력으로 양성 재조정되어야 한다.

9) 수발보장법에서의 전문수발인력체계 ‘안’ 제언

필자가 제안하는 수발 서비스 인력 체계안은 다음과 같다. 현 수발보장법
에서의 인력안은 수발보호사만 존재하고 있다.

첫째, 수발관리사(수발관리매니저)

국가고시제에 의해 시험과목과 방법은 시행령과 규칙으로 한다.

응시대상은 의사, 간호사, 사회복지사 1 급, 수발전문복지사 등으로
한다. (단, 수발전문복지사가 2 년제 대학 졸업자일 경우 2 년간 실
무 경험을 득한 자로 한다.)

둘째, 전문수발복지사

국가고시제로 하며 과목과 시험내용은 시행령과 시행규칙으로 한
다. 2 년제 대학 이상에서 수발 전공과목과 실습을 이수한 자로 한
다.

셋째, 수발보호사

국가고시제로 하고 과목과 시험 내용은 시행령과 규칙에 의한다.

보건복지부가 지정한 양성 기관에서 교육가 실습을 이수한 자로
서, 보건복지부가 정한 시험에 합격한 자로 한다.

* 일본의 경우, 1987 년 사회복지사와 함께 개호복지사(수발전문복지사)제도를
통해 전문수발복지사를 양성 배치하는 한편, 홈헬퍼제도(수발보호사

급)을 두어 개호인력을 양분하고 있다. 개호복지사는 2년제 대학 이상의 교육과정을 통해 국가고시제도로 하고 있다.

* 독일의 경우, 노인케어복지사(Alten Pfleger Innen)를 3년간의 직업 교육 과정을 통해 수발전문인력을 양성하고 있다.

* 기대효과로는 수발전문복지사는 20-30 대의 청년실업대책의 일환으로 청년들이 자기 능력과 적성에 따라 평생 직업으로 취업의 장을 열어주고, 홈헬퍼 수준의 수발보호사는 40-50 대또는 50-60 대의 취업 희망자에게 취업의 장을 열어주는 종합대책으로 체계화 시켜야 한다.

현재의 수발보장법에서는 전문수발복지사와 청년실업 대책을 외면한 시안으로 제심의 조정되어야 마땅하다고 사료된다.

10) 사회복지사 윤리 실천의 역할

우리나라 사회복지사의 윤리 강령은(1988 제정, 1992년 개정) 전문 10개항으로 구성되어 있다. 사회복지사는 직장인으로 직장윤리와 함께 사회복지사 윤리의 실천으로 존재의 가치를 부여 받는다. 그러나 최근 정치적 상업적 논리에 의해 비전문적이고 상업적인 수단의 민영화가 시작된지 오래이며, 사회복지사의 기본 가치가 도전받고 있으며 윤리적 딜레마(dilema)에 처해있다.

* 고령사회에 따른 민영화 바람과 함께 사회복지사의 정체성에 손상이 가는 사회적 행위는 늘어갈 것이 틀림없다. 이에 대한 사회복지사의 윤리적 딜레마 또한 증폭될 것이다.

* 국민들의 복지에 대한 인식개선 또한 필요하다. 단순한 무상지원 및 단순 지원의 복지시스템에 길들여져 있으며 실비징수와 수익사업에 따른 효과적인 사회복지 서비스 지급에는 무관심한 것이 사실이다.

VI. 결론

본 연구는 한국의 인지증 노인의 현황과 서비스 실태를 살펴봄으로써 우리나라 인지증 노인을 위한 지역복지에서의 전문성 제고와 자원동원 그리고 사회복지사의 역할 등을 제시 하고자 하였다.

연구의 접근 방법은 서언에서 제시한 바와 같이 첫째, 정책적 접근으로 법률과 제도의 성립을 강조 하였으며 둘째, 효과적 운영을 위한 재원 확보 방안 셋째, 전문적 접근으로 전문 인력의 인프라 구축 넷째, 사회복지윤리에 관한 순으로 살펴보았다.

고령화 사회를 한국보다 20 년 전에 미리 경험해오고 있는 일본의 경우 정부의 제도적 보안과 경제적 지원으로 시설 운영의 유연성 및 노인과 가족을 위한 서비스 인력의 전문화가 이루어져 있고 이러한 오늘의 일본 노인복지가 생성되기까지 많은 지도자와 국민의 노고가 있었을 것이라는 사실이 존경스럽고 부럽기만 하다.

2005 년 현재 우리나라 36 만의 인지증 노인과 1 백만명의 보호자 가족을 위한 국가적 사회적 서비스는, 제도의 부재와 부실재원의 이중적 과제로 인해 정치사회지도자들의 특별한 개혁적 실천의지가 없는 한 10 년 이후에나 정비된 제도와 재원이 마련될 것으로 판단된다. 문제는 10 년 후인 2015 년 경에는 노인인구 14%의 고령사회 진입 초기이며 유병률 노인의 증가와 함께 인지증 노인수는 60 만에 도달하며 그 보호자 수 또한 200 만명으로 늘어 난다는 것이다. 이렇게 늘어나는 정신적 경제적 문제를 후세들에게 넘겨주 어서는 안될 것이다. 지난 60년간 (1940년 8월 15일 ~ 1950년 6월 25일) 오늘의 70-80 세 노인들은 국가의 수호와 GNP 80 불의 가난한 나라경제를 살리기 위해 젊음을 바쳤다. 그 결과 GNP 1 만 5 천불의 오늘을 만들었으며 정치적 사회적 민주화를 이룩하기도 하였다.

이제 2010 년 GNP 2 만불의 선진 경제력을 목표로 새로운 60 년을 위해 국민의 통합과 결집으로 ‘20 세기 한강의 기적’ 에서 ‘21 세기 아시아의 기적’ 국가 대한민국을 새롭게 만들기 위해 변화 발전해 가야 할 책임은, 현대인 우리모두의 몫이다.

이러한 변화 발전의 내용은 첫째, 공직을 맡은 지도자 그리고 중간 관리자의, 정책결정의 민주화가 이루어져야할 것이다. 정보화시대 전문화시대에

결맞은, 위원회부터, 새로 출발해야한다. 둘째, 인지증 노인을 위한 관점의 변화로, 인지증 노인을 위한 제도와 전문화는 인지증 노인과 가족만을 위해서가 아닌, 국가 성장 인력(1 백만, 2 백만의 보호자들)의 경제성장 잠재능력을 살려가는 국가발전과 국력을 위한 일이며 미래의 나 자신의 노후 생활에 안전을 위한 일이라는 것이다. 셋째, 차세대지도자가 중단 없이 사업을 육성해갈 수 있도록 10년, 20년 장기적인 틀을 만들어 주어야한다는 것이다. 더 나아가 후손들에게 정신적 경제적 부담을 넘겨주어서는 안된다는 것을 깊이 재인식 하여야 할 것이다.

지금부터 인지노인 36만명과 그 가족 1백만명을 위한 조치는 점진적으로 시작 되어야 한다. 첫째, 현재 국민기초 생활 대상 노인에게 제공되는 재가 복지사업에서의 가정봉사 파견사업은 생활보호 노인과 함께 인지증 노인과 그 가족을 위해 무료로 제공되어야 한다. 둘째, 현재 제정되고 있는 공적노인수발보장제도에서의 수발서비스 전문 인력으로 ‘수발 보호사’ 수준은 시대적으로 30년 후퇴의 인력양성 제도로써 부적절하며, 국민의 욕구 수준을 도외시 하고 삶의 질을 향상시키고자 하는 국민의 보건복지를 외면하는 집단 이기주의적 구상으로 밖에 볼 수 없다는 것이다. 제도가 있는 것도 중요하지만 국민 욕구수준에 맞아야하며 재원의 준비와 전문인력은 제도의 성공률을 좌우하는 길인 것이다.

따라서 학계와 노인전문가 단체는 의료법에서 간호사와 간호조무사 제도가 있고 전문간호사제도가 있듯이, 수발보장제도에서 수발인력은 2년제 대학이상의 교육과정의 졸업자에게 전문수발복지사, 그리고 기타 양성 과정을 두어 수발보호사를 양성하며, 또한 수발관리사를 두어 전문 수발복지사와 수발보호사의 업무를 지지하며, 보호하고, 또한 관리 지도하는 체계로 합리적인 수발인력제도로 조정되어야 할 줄 믿는다.

금번 한일 심포지엄 참석을 통해 많은 것을 보고 배우고 반성할 수 있는 계기가 된 것을 진심으로 주최측에 감사하며, 정부가 추진중인 노인수발보장제도가 36만 인지증 노인과 함께 450만 전국의 노인들을 위한 제도로써 준비되어져 지방화시대 그리고 다가오는 GNP 2만불시대에 걸맞는 노인수발 체계로 자리 잡아져, 누구나 마음 놓고 늙을 수 있고 노후를 맞이할 수 있는 선진한국의 고령사회가 되기를 바란다.

참고문헌

- 치매케어연구소(2005. 1) 고령사회에 대비한 치매케어접근방안
- 한국사회복지정책학회(2005. 6) 지방화시대 서울 도교의 노인복지정책비교
- 구로노인종합복지관(1999.2) 중풍치매노인 및 만성노인성 질환자들을 위한
보호자교육
- 한국케어복지협회(2004. 10) 고령사회와 케어복지
- 시립노원노인종합복지관(2004. 12) 치매노인 프로그램의 실제 II
- 한국케어복지학회 (2004. 11) 한국케어복지활성화를 위한 방향설정과제
- 한국노년학회. 삼육대학교(2003. 4) 고령화사회의 삶의 질
- 한국노인과학학술단체연합회(2004. 11) 노인요양보험 어떻게 할 것인가
- 서울치매노인종합센터(2004. 11) 치매에 대한 접근
- 공생복지재단. 한국여성개발원(2004. 11) 장기노인요양보호에 관한 한일비교
- 대한케어복지학회(2005. 7) 연구논문 제 1 권 제 2 호
- 한국케어복지협회(2003. 12) 고령화사회와 노인케어시스템의 구축
- 국회행정자치연구회(2005. 8) 행정구역개편에 관한 정책토론회
- 정길홍(2003) 현대사회복지개론
- 정길홍(2003) 현대노인복지개론
- 김문실 외(2004) 노인요양시설 경영론
- 한성대학교 행정대학원(2002) 한국의 고령화사회 어떻게 대처할 것인가
- 정길홍(2003) 한국의 노인케어복지정책에 관한 연구
- 이윤로(2004) 치매노인과 사회복지서비스
- 보건복지부(2005) 노인보건복지 사업안내 및 노인복지시설 안내
- 노인수발보장법 시안(2005.9) 보건복지부 공청회 자료

프로필

정 길홍 (鄭 吉弘)

한국 서울보건대학 사회복지과 교수

한국케어복지협회 회장

학력

- 1960년 3월—1968년 2월 중앙대학교 문과대학 사회사업학과 졸업(문학사)
- 1961년 5월—1964년 3월 육군입대 만기제대
- 1985년 3월—1986년 3월 일본 동지사대학 대학원 사회복지학과 연구과정 수료
- 1990년 3월—1992년 8월 중앙대학교 대학원 사회복지학과 졸업 (사회복지학 석사)
- 2000년 3월—2003년 2월 한성대학교 대학원 정책학전공 박사과정 졸업 (행정학 박사)

복지실무경력

- 1969년 4월—2005년 2월 사회복지법인 한국복지재단 군산, 순천, 대전, 서울, 전남
광주종합사회복지관장 역임, 서울근로청소년복지관장
서울지부장. 서울시립구로노인복지관장.
서울강동치매단기보호소 원장 역임 (총 35년 8개)

사회복지활동

- 1973년 3월—1980년 3월 중앙대학교 사회복지학과 동창회장 역임
- 1992년 3월—1995년 5월 서울시 사회복지사협회 회장 역임
- 1997년 3월—1998년 7월 사회복지사업법 개정실무위원 : 보건복지부
- 1998년 1월—2000년 12월 서울시 노인복지관협회 회장 역임
- 2000년 2월—2003년 3월 구로구 사회복지협의회 회장 역임
- 2002년 5월—2003년 5월 한국노년학회 감사 역임
- 2003년 9월 1일—2003년 9월 26일 2003년 사회복지시설 평가단 : 한국보건사회연구원
- 2004년 2월—2007년 2월 한국 CARE 복지협회 회장 서울시 사회복지사협회 고문
- 2005년 3월—2006년 3월 서울보건대학 을지사회복지연구소 소장
- 2005년 3월—2008년 2월 한국사회복지사협회이사, 한국노인복지학회 이사

대학교수경력

- 1993년 3월—2003년 2월 한양대학교 생활과학대학 및 행정대학원 사회복지학과 외래교수
1997년 9월—1999년 8월 서울신학대학교 및 대학원 사회복지학과 겸임교수
1999년 8월—2003년 8월 한성대학교 행정대학원 사회복지학과 외래교수
2003년 3월—2004년 2월 명지대학교 사회복지대학원 외래교수
1999년 9월—2005년 2월 중앙대학교 사회복지학과 겸임 및 사회개발대학원 객원교수
2004년 3월—2005년 2월 숭실대학교 통일사회복지정책대학원 사회복지학과 겸임교수
2005년 3월—2007년 2월 서울보건대학 사회복지과 조교수

자격 및 면허

- 1985년 3월 8일 사회복지사 1급 자격증 취득 : 보건복지부 장관
1996년 5월 6일 임상사회복지사 자격취득 : 한국사회복지사협회
1998년 10월 24일 노인복지전문사회복지사 자격취득 : 한국사회복지사협회
2001년 12월 15일 정책분석평가사 1급 취득 : 한국정책분석평가사 학회
2002년 12월 20일 케어복지사 1급 자격취득 : 한국케어복지협회

표창 및 훈장

- 1987년 5월 5일 청소년 선도 유공 대통령 표창 제 68023 호 : 대한민국정부
2001년 5월 19일 노인복지 유공 종사자상 표창 : 대한노인회 중앙회장
2002년 9월 7일 사회복지증진 유공 국민훈장 동백장 수상 : 대한민국정부
2003년 6월 24일 사회복지증진 유공 공로표창 : 한국사회복지사협회

저서 및 논문

- 2001년 12월 15일 「수퍼비전의 이론과 실제」 구사협 (단행본)
2002년 3월 25일 「사회복지현장 실습론」 한마음 출판사 (단행본)
2003년 2월 11일 「한국의 노인케어복지 정책에 관한 연구」 박사학위 논문
2003년 2월 25일 「현대사회복지개론」 한마음 출판사 (단행본)
2003년 6월 30일 「한국케어복지 정책적 방안」 한국노인복지학회 통권 20 호
2003년 7월 1일 「현대노인복지개론」 한마음 출판사 (단행본)
2004년 7월 1일 「사회복지실습지침서」 강동노인종합복지관