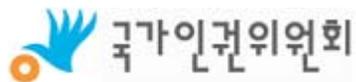


2007년도 인권상황실태조사
연구용역보고서

노인복지서비스에서의 노인건강권 보장 실태조사



이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다

노인복지서비스에서의 노인건강권 보장 실태조사

2007년도 국가인권위원회 인권상황실태조사
연구용역보고서를 제출합니다.

2007. 12.

연구수행기관	시민건강증진연구소
연구책임자	이 지 전 (시민건강증진연구소 연구위원)
연구원	이 상 옥 (관동의대 예방의학교실 교수)
	조 경 애 (시민건강증진연구소 소장)
	김 창 보 (시민건강증진연구소 책임연구원)
	박 미 옥 (성공회대학교 사회복지전공)

요 약 문

I. 서론

1. 연구의 필요성

- 노인에 대한 보건·의료서비스 관련 제도의 설계에 있어서는 인권 및 건강권에 기반을 둔 접근이 이루어져야 함.
- 실제 노인들에게 보건의료 서비스를 제공하는 기관의 종사자들이 가지고 있는 제도에 대한 이해, 노인에 대한 인식 및 태도가 올바르지 않으면 노인을 위한 제도로 운영되기 힘들.
- 현재 노인들의 보호를 책임지고 있는 보건·복지서비스 기관의 종사자들을 위한 인권 교육이 발전하고 있지만 그 수준에 대한 평가가 아직 미흡하고 건강권에 대한 인식을 높일 필요가 있음.
- 본 연구에서는 노인 보건·복지서비스에서의 노인건강권 보장 현황을 이용자의 측면의 조사와 관련 인력의 인권감수성 검사를 통해 살펴보고자 함.
- 노인장기요양보험제도를 대상으로, 이 제도가 노인에 대한 건강권을 보장하고 있는 수준을 파악해 보고 제도가 보건의료의 인권기반 접근법을 고려하여 만들어졌는지를 평가해 보고자 함.

2. 연구의 이론적 배경

- 건강권에 대한 정의
- 건강권은 WHO헌장(1946)에 처음으로 반영되었으며 그 이후 광범위한 국제인권협정서와 지역인권협정서에 확고하게 기입됨.
- 건강권은 보건의료 서비스에 대한 권리에 한정된 것이 아니며 사람들이 건강한

삶을 영위할 수 있는 환경을 증진시키는 광범위한 사회경제적 요인들을 포괄할 뿐 아니라 기저의 결정요인까지 그 정의가 확대될 수 있음.

□□ **건강권 평가 기준** : WHO에서는 건강권을 평가하기 위하여 네 가지 기준을 제시하고 있음.

- 이용성(Availability) : 공중보건 및 건강돌봄기관, 건강돌봄서비스나 프로그램을 양적으로 충분히 제공되고, 이용할 수 있어야 함.
- 접근성(Accessibility) : 건강돌봄기관, 돌봄서비스나 프로그램은 필요로 하는 사람 누구나 차별 없이 이용 가능해야 함.
: 비차별성, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성
- 수용성(Acceptability) : 모든 건강기관과 건강서비스는 의료윤리를 준수하고 문화적으로 적합해야하며 성별 연령별 요구에 민감해야 함.
- 질(Quality) : 건강기관과 건강서비스는 과학적·의학적으로 적절하고 질적으로 우수해야 함.

□□ **인권기반 접근법** : 인권기반접근법은 인권을 하나의 보건의료 틀로 이용하려는 것으로 다음과 같은 주요 요소들을 포함하고 있음.

- 인간존엄성 존중, 사회적 약자에 대한 관심, 취약집단의 의료접근성 고려, 성별 영향평가, 차별 없는 보건의료프로그램 설계 및 실행, 차별요인을 밝히기 위한 보건의료자료 분석, 보건의료정책 및 프로그램의 개발에 참여, 교육받을 권리, 시라큐사 원칙의 고려

□□ **인권감수성의 개념과 척도**

- 인권 감수성이란 “인권문제가 제기되어 있는 상황에서 그 상황을 인권관련 상황으로 지각하고 해석하며, 그 상황에서 가능한 한 행동이 다른 관련된 사람들에게 어떠한 영향을 미칠지를 알며, 그 상황을 해결하기 위한 책임이 자신에게 있다고 인식하고 있는 과정”임.

- 국가인권위원회는 문용린 외 서울대 연구팀에 의뢰해 인권감수성 지표를 개발 하였음. 이 지표는 도덕 심리학자인 Rest의 4구성요소 모형 중 도덕민감성의 개념으로부터 인권감수성의 개념을 도출함.

: 인권감수성은 상황지각(인권 문제로 지각, 인권 관련 상황으로 해석), 결과지각(타인의 정서 인식 능력, 결과 예측 능력), 책임지각(인권 이슈에 대한 책임감, 행동 실천 의지 여부)의 구성요소로 나뉨.

□□ 노인장기요양보험제도에 대한 이해

- 가입자는 전 국민(건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자)이며, 급여대상은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로 치매·뇌혈관성질환 등 노인성질환을 가진 자로 장기요양 등급판정위원회에서 1~3등급으로 판정 받은 자임.
- 급여 종류로는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여가 있으며, 이러한 서비스를 위한 재원은 보험료와 정부지원 이용자 부담으로 조달함.
- 노인장기요양보험제도를 관리 운영하는 체계는 국가와 지방자치단체 그리고 국민건강보험공단이 있음.
- 노인장기요양보험법에서 인권 및 건강권에 관련된 내용은 몇 조항을 제외하고는 구체적으로 명시되지 않았음.

: 수용성(제3조), 정보접근성(제 34조), 비차별성(제 12조), 취약집단에 대한 관심(제 40조), 노인 인권 관리(제 37조), 국가와 지방 단체의 책임 규정(제 4조), 사생활 보호(제 62조, 제 67조)

- 시범사업 결과(2차) : 65세 이상 노인장기요양보험 대상자는 207,530명으로 전체 노인 인구 중 9.3%를 차지하고 있음. 총 신청률은 34,896명으로 대상자의 16.81%이었고, 이 중 실제 요양급여를 받을 수 있는 1-3등급 판정자는 8,328명으로 4.01%에 불과함.

3. 연구의 목적

□□ 노인요양서비스 이용자의 인권 및 건강권의 보장 실태를 파악함.

- 노인장기요양보험제도를 실행하고 있는 인력들의 인권감수성 수준을 분석함.
- 노인장기요양보험제도에 대하여 건강권에 대한 각 수준을 평가함.
- 건강권 평가 수준에 영향을 미치는 요인을 분석함.
- 노인장기요양보험제도가 인권에 기반을 두어 만들어지고 있는지를 평가함.

II. 연구방법

4. 이용자 조사 : 노인요양서비스의 인권 현황

- 조사 대상 : 일개 대학의 학생 45명이 실비 및 무료 노인요양시설과 단기시설에 실습을 나가 총 100여명의 이용자를 조사함.
- 조사 내용 : 노인 서비스를 이용하고 있는 노인들을 방문, 관찰한 결과 보고를 정경희 등(2002)에 의한 “노인요양시설에서의 노인 인권의 정의”에 따라 분석함.
 - 신체의 자유권, 사생활에 관한 자유권, 정신적 활동과 경제적 활동의 자유권 등의 하위영역으로 구성됨.
 - 생존권은 인간다운 생활을 할 권리, 정서적인 지원, 방임 등의 하위 영역으로 구성됨.

5. 인권 감수성 조사

- 조사 대상 : 노인장기요양보험사업과 관련된 서비스 제공 인력, 시범사업을 운영하는 국민건강보험공단 인력, 노인 보건·복지 분야 전문가
- 조사 기관 : 시범사업을 실시하고 있는 2개 도시의 서비스 공급기관으로 노인 장기요양보험제도를 시행하는 모든 종류의 입소시설, 재가서비스 기관을 포함함.

□□ 조사 내용 : 조사지는 2002년도 국가인권위원회에서 문용린 외 서울대 연구팀에 의뢰해 개발한 “인권감수성 지표”를 측정도구로 사용함.

- 측정도구의 6개의 검사문항은 가족회의(노인 행복추구권), 장애인 학교(장애인 교육받을 권리), 감원대상(평등권), 의사의 고민(장애인 신체의 자유권), 진료자 명단(정신장애인 사생활권), 황판사의 고민(구금으로부터 자유권)으로 구성함.

6. 건강권과 노인장기요양보험제도

□□ 조사 대상 : 노인장기요양보험 시범사업 지역의 서비스 제공기관의 관리업무 담당자군, 건강보험공단 시범사업 센터 3곳의 직원들과 노인 보건·복지 관련 분야 전문가군

□□ 조사 내용 : 노인인장기요양보험제도의 건강권 보장 수준을 평가하기 위해 WHO가 정의하고 있는 건강권의 네 가지 평가 기준과 보건의료에 적용할 수 있는 인권기반 접근법과 관련된 항목을 바탕으로 조사문항을 구성함.

□□ 노인장기요양보험제도를 평가하되, 기본적인 제도에 대한 지식수준간의 상관성을 보기 위해 제도의 일반적인 지식을 묻는 조사 문항을 구성함.

III. 주요 연구결과

7. 노인요양서비스의 인권 현황

□□ 자유권 : 노인들이 건물 안의 닫힌 공간에서 생활하는 점, 노인의 신체결박, 수급자에게 지불되는 보조금의 관리 등의 문제가 관찰됨.

- 노인요양서비스를 관리하는 입장에서 편의적인 방법을 택한 것으로 판단됨.
- 서비스 인력과 예산의 부족 등을 그 이유로 들 수 있겠지만, 자립적이고 자주적인 일상을 보낼 수 있도록 관심을 기울이는 것이 필요함.

□□ 생존권 : 식사에서 소득수준에 따른 차별행위, 재활을 고려하지 않은 도움의 수

준을 넘치는 서비스, 의료이용에 있어 접근성의 문제, 환자관리의 문제 등이 관찰됨.

- 욕창이 있는 노인들의 감염 관리와 의료서비스의 통증관리, 약물관리, 그리고 식이관리 등에서 전문적인 지침이 필요할 것으로 판단됨.

□□ 서비스를 이용하는 노인 뿐 만이 아니라 서비스를 공급하는 보호사와 다른 인력들이 모두 여성이어서, 물리적인 힘이 필요한 노인들의 수발에 어려움이 많을 것이라고 관찰된 경우가 많이 보고됨.

□□ 노인요양서비스에 대한 인식과 환경이 긍정적인 방향으로 변화하고 있지만, 아직 노인에 대한 이해와 요양서비스에 대한 표준적인 지침이 만들어지지 않고 있음.

□□ 노인요양서비스 현장에서 일하는 인력들의 노고를 인정할 많은 사례들이 보고되었음.

8. 인권 감수성

□□ 교육수준이 높을수록 인권감수성 지수가 높았으며, 인권교육을 받은 적이 있는 대상자의 인권감수성이 더 높았음. 인권감수성을 높이기 위해서 인권교육이 필요하다고 하겠음.

□□ 인권교육을 시행할 때 인권감수성 점수가 낮은 사례들(의사의 고민, 황판사의 고민), 교육대상자의 성별이나 여러 특징별로 인권감수성들이 차이가 나는 사례(예를 들어 남자에서 감원대상 사례, 여자에서 의사의 고민 사례)와 같이 교육대상자의 특징을 고려한 교육이 이루어지는 것이 도움이 될 것으로 생각됨.

9. 노인요양서비스의 건강권 분석

□□ 조사대상 : 요양시설과 재가서비스 기관에서 직접 서비스를 제공하는 기관의 관리업무를 맡고 있는 인력 (이하 노인서비스 제공인력) 18명, 건강보험공단에서 53명, 전문가 18명으로 총 89명

□□ 건강권 각 영역별 평가 수준은 다음의 표와 같음.

- 5점 만점으로 정보 접근성만이 중간값인 3.0점으로 평가받았음.
- 나머지 항목에서 모두 부정적인 평가를 받음.

전체 N=89	이용성	접근성				수용성	서비스 질
		비차별성	물리적 접근성	경제적 접근성	정보 접근성		
평균 (5점 만점)	2.2	2.8	2.5	2.7	3.0	3.0	2.7
표준편차	0.7	1.0	0.8	0.9	1.1	0.9	0.9

□□ 조사대상자들은 노인장기요양보험 시범사업의 요양서비스의 수준이 건강권을 크게 고려하지 않고 제공되고 있다고 판단하고 있음.

□□ 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험서비스의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었음.

□□ 인권교육을 받은 사람이 노인요양서비스의 건강권 보장수준을 더 높게 판단함. 이는 노인요양서비스를 직접 제공하거나, 서비스 전달과정에 직접 참여하는 경우 인권교육을 받은 사람이 더 건강권을 고려한 서비스를 제공한다는 측면에서 이해할 수 있음.

- 실제적으로 더 노인의 인권과 건강권을 고려한 서비스를 제공하는지는 실증적인 자료로 살펴볼 필요가 있음.

10. 보건 의료 인권기반 접근 수준 평가

□□ 조사 대상자 : 건강권 분석의 대상자와 동일함.

□□ 건강권 각 영역별 평가 수준은 다음의 표와 같음.

- 5점 만점으로 노인의 존엄성 고려, 취약집단에 대한 관심, 건강과 사생활정보 보호, 노인인권 인식과 확대가능성, 국가책임과 인권의 균형, 국가와 지방단체의 책임 규정, 교육에 대한 권리의 순으로 중간값인 3.0점 이상으로 평가되었음.
- 나머지 항목에서 모두 부정적인 평가를 받음.

항목 (전체 N=89)	평균 (5점 만점)	표준편차
취약집단에 대한 관심	3.2	1.0
노인의 존엄성 고려	3.4	1.0
성별영향평가	2.5	0.8
정책개발참여	2.5	1.1
교육에 대한 권리	3.0	0.9
건강과 사생활정보 보호	3.2	0.9
국가책임과 인권의 균형	3.1	1.0
노인인권 인식과 확대가능성	3.2	1.0
국가와 지방단체의 책임 규정	3.1	1.0
충분한 기초자료분석	2.8	1.0
학계와 시민단체 의견수렴	2.8	1.0
인권관리와 안전지침을 고려	2.8	1.0

□□ 보건의료 인권기반 항목으로 평가한 노인장기요양보험제도의 건강권 보장수준의 평가결과, 요양보험제도의 건강권 고려수준은 “그저 그렇다”의 수준에도 미치지 못한 것으로 평가됨.

□□ 조사대상자들은 노인장기요양보험제도는 건강권을 크게 고려하지 않고 만들어지고 있다고 판단하고 있으며, 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험제도의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었음.

- 노인서비스 제공인력은 서비스를 제공받는 노인이나 서비스 제공현장에 대한 충분한 이해 없이 노인장기요양보험제도가 만들어지고 있다고 생각하고 있음.

- 보건·복지제도를 새롭게 검토할 때, 건강권에 대하여 더 많은 고려가 필요하며 제도에 의해 서비스를 받는 당사자와 서비스 제공자, 학계와 시민단체들의 의견이 적극 수렴될 수 있는 틀이 필요함.

IV. 결론 및 요약

11. 이용자 현황

- 이용자 현황 분석의 주요한 결과는 서비스 공급자 편의적인 요소들이 많이 보고되었음. 노인들이 자립적이고 자주적인 일상을 보낼 수 있도록 제도적인 관심을 기울이는 것이 필요함.
- 욕창이 있는 노인들의 감염 관리와 의료서비스의 통증관리, 약물관리, 그리고 식이관리 등에서 전문적인 지침이 필요할 것으로 판단됨.
- 노인들의 요양서비스에서 발생 가능한 사례에 대한 서비스 표준화와 지침 등을 만들어 종사자의 보건의료와 인권이 접목된 교육이 필요할 것으로 판단됨.
- 종사자들의 방입, 거친 언어, 행동에 대한 것은 교육을 통한 행동수정과 요양서비스 인력들의 과도한 업무 부담을 줄이는 인력 기준 강화 등을 통해서만 가능할 것으로 판단됨.
- 서비스를 이용자 및 공급자가 모두 여성이어서 수발의 어려움이 발생하는 사례들과 더불어 요양서비스 현장에서의 업무 과다에 대한 분석이 함께 진행되어 인력의 양적 질적 조건을 변화해야만 노인요양서비스에서 노인들에 대한 인권 존중이 강화될 것임.

12. 인권감수성

- 문용린 등에 의해 개발된 인권 감수성 조사에 대한 분석 결과, 교육수준이 높을수록 인권감수성 점수가 높고, 인권교육을 받은 적이 있는 경우에는 없는 경우

에 비해 인권감수성이 더 높았음.

- 인권감수성을 높이기 위해서 인권교육이 필요하다고 하겠음.
- 인권교육을 받은 사람에서 교육 횟수는 인권감수성 점수에 별 영향이 없었음.
- 인권사례와 대상자의 특징에 따라 인권감수성 점수가 다양하므로 인권교육을 할 때 대상자의 특징에 부합하는 사례들을 교육하는 것이 인권감수성을 높이는 데 도움이 될 것임.

□□ 노인건강권을 확보하기 위한 가장 기본적인 요건으로 요양서비스 현장에서의 인권 침해 및 건강권 침해 사례를 모으고, 사례를 통한 인권 교육을 시행하는 것이 필요할 것으로 판단됨.

13. 노인장기요양보험제도에 대한 평가

□□ 건강권에 대한 평가 : 조사대상자들은 노인장기요양보험제도는 건강권을 크게 고려하지 않고 만들어지고 있다고 판단하고 있음.

- 각 항목별 5점 만점에 35점 총점에 전체 대상자 평균 18점을 주었음.
- 절대적인 평가가 낮다는 점에서 제도의 건강권을 우려하지 않을 수 없음.
- 건강보험공단 직원들이 상대적으로 높은 점수를 주고는 있지만, 문제점에 대한 예시나 평가 점수에서 절대적으로 높은 점수가 아닌 점은 노인장기요양보험 정책을 수정·보완해 나가는 입장에서 눈여겨 볼 필요가 있음.
- 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험제도의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었음.
- 보건복지 제도를 새로이 검토할 때 건강권에 대하여 더 많은 고려가 필요하며, 제도에 의해 서비스를 받는 당사자와 서비스 제공자, 학계와 시민단체들의 의견이 적극 수렴될 수 있는 틀이 필요하다고 할 것임.

□□ 조사 대상자들은 노인장기요양보험제도가 인권에 기반을 둔 건강권을 크게 고려하지 않고 만들어지고 있다고 판단하고 있음.

- 12개 항목별 5점 만점으로 60점 총점에 전체 대상자 평균 32.9점을 주고 있으며, 노인서비스 제공인력이 상대적으로 가장 낮게 노인장기요양보험제도를 인권에 기반을 두어 접근하지 않았다고 평가하고 있음. 특히 성별영향평가와 정책개발에 정책 대상자들의 참여도에 대한 평가에서 가장 낮은 평가를 하고 있음.
- 사회적으로 인권이라는 용어에 익숙해진 반면, 인권의 각 영역에 대한 인지 정도를 높일 수 있는 노력이 필요하다고 생각됨.

<제목 차례>

요약문	i
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 이론적 배경	3
3. 연구의 목적	22
II. 연구 방법	23
1. 연구의 틀	23
2. 이용자 조사	25
3. 인권감수성 조사	27
4. 건강권과 노인장기요양보험제도	31
5. 분석 방법	35
III. 노인요양서비스의 인권 현황	36
1. 노인요양서비스의 인권 현황	36
2. 인권 감수성	46
IV. 노인장기요양보험제도의 건강권 분석	64
1. 노인장기요양보험제도의 건강권 분석	64
2. 노인장기요양보험제도의 보건의료 인권기반 접근 수준 분석	84
V. 결론 및 제언	110
1. 이용자 현황 결론	111

2. 인권감수성 결론	112
3. 노인장기요양보험제도의 건강권 평가	112
부록 1. 보건의료에서 인권에 대한 질문과 대답	115
부록 2. 건강권에 대한 최근 이슈	141
부록 3. 인권감수성 조사지	154
부록 4. 건강권 기반 및 제도 평가 조사지	162

<표 차례>

표 1. 노인장기요양보험제도의 주요 내용	13
표 2. 노인장기요양보험제도의 관리운영체계	15
표 3. 노인장기요양보험법의 인권·건강권 관련 조항	15
표 4. 1~3차 시범사업 내용 비교	18
표 5. 2차 시범사업 대상자	19
표 6. 2차 시범사업 등급별 서비스 이용 현황	21
표 7. 노인요양시설에서 적용 가능한 노인 인권 확인 항목 예시	26
표 8. 조사 대상군	27
표 9. 조사 대상 기관 특성 : 요양시설과 전문요양시설	28
표 10. 조사 대상 기관 특성 : 재가서비스	29
표 11. 인권 감수성 검사 도구 항목	30
표 12. 조사 대상	31
표 13. 건강권 조사지 항목	33
표 14. 노인장기요양보험제도에 대한 지식	34
표 15. 자유권 : 신체의 자유권 & 경제적 활동의 자유권	37
표 16. 생존권 1 : 인간다운 생활을 할 권리 1.	38
표 17. 생존권 1 : 인간다운 생활을 할 권리 2.	39
표 18. 생존권 1 : 인간다운 생활을 할 권리 3. - 적절한 의료서비스	41
표 19. 생존권 2 : 정서적인 지원 - 외로움	43
표 20. 생존권 3 : 방임	44
표 21. 노인서비스 제공인력의 사회 인구학적 특성별 인권감수성 점수	47
표 22. 노인서비스 제공인력의 사회 인구학적 특성별, 인권 사례별 인권감수성 수 준 비교	49
표 23. 대상자 종별 인권사례별 인권감수성 점수 비교	52
표 24. 대상자별 인권사례의 세부 지각별 인권감수성 점수 비교	53
표 25. 인권감수성 점수 총점에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석	55
표 26. 노인서비스 제공인력에서 인권사례별 인권감수성에 영향을 미치는 요인들	

에 대한 다중회귀분석	58
표 27. 전체 대상자에서 인권사례별 인권감수성에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석	60
표 28. 조사 대상자 사회 인구학적 특성	65
표 29. 대상자 종별 노인장기요양서비스의 건강권 보장 수준 평가	67
표 30. 이용성 : 충분하게	68
표 31. 비차별성 : 공평하고 차별 없게	71
표 32. 물리적 접근성 : 안전하게 원하는 시간 내에 서비스 이용	72
표 33. 경제적 접근성 : 적당한 가격에 이용 가능	74
표 34. 정보 접근성 : 신뢰할 수 있는 정보를 충분히	75
표 35. 수용성 : 욕구와 의견을 충분히 존중함	76
표 36. 서비스의 질	78
표 37. 노인장기요양서비스의 건강권 수준 평가에 영향을 미치는 요인에 대한 다 중회귀분석	81
표 38. 대상자 종별 노인장기요양보험의 인권기반 접근 수준 평가	87
표 39. 취약 집단에 대한 관심	89
표 40. 노인의 존엄성 고려	90
표 41. 성별영향평가	92
표 42. 정책 개발 참여	93
표 43. 제도 전반에 대한 교육을 받을 권리	95
표 44. 건강과 사생활에 대한 정보 보호	96
표 45. 국가책임과 인권의 균형	97
표 46. 노인 인권 인식과 확대 가능성	99
표 47. 국가와 지방 단체의 책임 규정	100
표 48. 충분한 기초 자료 분석	102
표 49. 학계와 시민단체 의견수렴	103
표 50. 인권관리와 안전지침 고려	105
표 51. 보건의료 인권기반 항목으로 평가한 노인장기요양보험의 건강권 보장 점수 에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석	107

<그림 차례>

그림 1. 인권감수성의 구성요소	11
그림 2. 연구의 틀	24
그림 3. 노인장기요양보험제도 이용성 평가 수준	68
그림 4. 노인장기요양보험제도 비차별성 평가 수준	70
그림 5. 노인장기요양보험제도 물리적 접근성 평가 수준	72
그림 6. 노인장기요양보험제도 경제적 접근성 평가 수준	73
그림 7. 노인장기요양보험제도 정보 접근성 평가 수준	74
그림 8. 노인장기요양보험제도 수용성 평가수준	76
그림 9. 노인장기요양보험제도 서비스의 질 평가 수준	78
그림 10. 취약 집단에 대한 관심	88
그림 11. 노인의 존엄성 고려	90
그림 12. 성별영향평가	91
그림 13. 정책 개발 참여 정도	93
그림 14. 교육에 대한 권리	94
그림 15. 건강과 사생활에 대한 정보 보호	96
그림 16. 국가 책임과 인권의 균형	97
그림 17. 노인 인권 인식과 확대 가능성	98
그림 18. 국가와 지방단체의 책임 규정	100
그림 19. 충분한 기초자료 분석	101
그림 20. 학계와 시민단체 의견수렴	103
그림 21. 인권관리와 안전지침 고려	104

l.

II. 서론

1. 연구의 필요성

국제기구들이 다양하게 정의하고 있는 건강권은 국가로부터 건강을 보호받을 수 있는 광범위한 권리로 이해되고 있다. 김창엽 등의 연구¹⁾에서는 “보건의료서비스에 대한 접근성을 넘어서, 사회적 결정요인의 결과물로서의 건강, 혹은 사회적 성취를 가능하게 하는 자원/잠재력으로서의 건강 개념 포괄”하는 건강할 수 있는 권리로써 건강권을 정의하고 있다.

우리나라는 유래를 볼 수 없을 정도로 빠르게 고령, 초고령 사회로 진입할 것이라고 예측되고 있는 현실에서 노인의 건강한 노후에 관한 사회적 관심이 높아지고 있으며 정책적인 고려도 이루어지고 있다. 실제 2007년은 노인에 대한 제도에 있어서 두 가지의 큰 변화가 일어났다. 노인에 대한 소득보장 제도인 노령연금의 실시와 노후의 건강과 요양을 보장하기 위한 사회보험인 노인장기요양보험법 통과가 바로 그것이다. 물론 이미 존재하던 제도 안에서도 노인들을 위해 필요한 노력들을 계속 하고 있다. 하지만 시행 전부터 ‘용돈연금’이라고 비난받았던 노령연금과 같이, 이러한 변화는 동시에 서비스의 질적인 변화를 보장하지 않는 한, 현재 지적되고 있는 부정적인 문제들을 양산하는 결과를 낳을 수 있다.

노인에 대한 정책이나 제도는 무엇보다도 노인의 현실을 충분히 반영하여 그들의 욕구를 충족시켜 줄 수 있게 만들어져야 한다. 현재 노인에게 있어 가장 큰 욕구는 노후의 안정된 소득보장과 바로 건강문제일 것이다. 노인은 질병이나 손상과 같은 건강저해 요인이 빈번하게 발생됨에 따라 건강이 점차 쇠퇴하게 된다. 이러한 건강의 쇠퇴는 노년기의 생활을 위기에 빠트리고 노인의 전반적인 삶의 질을 떨어뜨린다. 노인

1) 김창엽. 경제사회문화적 권리 국가인권정책 기본계획 수립을 위한 건강권 기초현황조사. 2004. 국가인권위원회

게 있어 건강의 중요성은 절대적인 것으로 노인의 건강권은 다른 인권과 함께 보호받아야 할 근본적인 권리이다.

국민이 기본적으로 누려야 할 기본적 인권으로 건강문제를 접근할 때, 특히 노인에게 대한 보건의료서비스 관련 제도의 설계에 있어서는 인권 및 건강권에 기반을 둔 접근이 이루어져야 한다. 노인들의, 특히나 보건·복지서비스기관을 이용해야만 하는 노인들의 대다수가 만성질환으로 인하여 장기요양보호가 필요하거나 신체적으로나 정신적으로 스스로를 방어하고 보호할 수 없는 상태에 있으므로 이러한 노인들의 권익과 건강권을 위하여 사회나 제도가 특별한 관심을 보여야만 한다.

현재 노인 건강권의 저해요소가 될 수 있는 관련 보건·복지제도의 문제점을 분석한다는 시각이 부족하며 이에 대한 연구도 그리 많지 않다. 그러므로 노인의 건강권이 보건·복지서비스 현장에서 어떤 수준으로 보장되고 있는지 그 실태를 파악하는 것이 필요하다. 이러한 관점에서 현재 시범사업을 시행 중인 노인장기요양보험제도가 노인들의 건강권을 어느 정도 보장하고 있는지를 살펴볼 필요가 있다. 또한, 노인의 욕구와 특성을 잘 반영하여 만들어진 제도라고 하여도 실제 노인들에게 보건의료 서비스를 제공하는 기관의 종사자들이 가지고 있는 제도에 대한 이해, 노인에 대한 인식 및 태도가 올바르지 않다면 노인을 위한 제도로 운영되기 힘들다. 현재 노인들의 보호를 책임지고 있는 보건·복지서비스 기관의 종사자들을 위한 인권 교육이 발전하고 있지만 그 수준에 대한 평가가 아직 미흡하며 또한 건강권에 대한 인식 수준도 평가해 볼 필요가 있다.

따라서 이 연구에서는 우선 노인 보건·복지서비스에서의 노인건강권 보장 실태를 다양한 관점에서 살펴보고자 한다. 사회보험으로 2008년 7월부터 전국적으로 시행될 예정인 노인장기요양보험제도를 대상으로, 이 제도가 노인에 대한 건강권을 보장하고 있는 수준을 파악해 보고 제도가 보건의료의 인권기반 접근법을 고려하여 만들어졌는지를 평가해 보고자 한다. 더불어 제도를 실행하는 서비스 인력의 인권감수성과 이용자들의 현황을 살펴보고자 하였다.

2. 연구의 이론적 배경

가. 건강권에 대한 정의

건강권은 WHO헌장(1946)에 처음으로 반영되었으며 그 이후 광범위한 국제인권협정서와 지역인권협정서에 확고하게 기입되었다.

건강권은 보건의료 서비스에 대한 권리에 한정된 것이 아니며 사람들이 건강한 삶을 영위할 수 있는 환경을 증진시키는 광범위한 사회경제적 요인들을 포괄할 뿐 아니라 기저의 결정요인까지 그 정의가 확대될 수 있다.

1) WHO

WHO에 의한 건강의 정의는 “단순히 질병이나 허약함이 없는 상태가 아니라 신체적·정신적·사회적으로 완전한 안녕”상태를 의미한다.

WHO에서 건강권(Right to Health)은 “건강해질 권리(the right to be healthy)를 뜻하는 것이 아니며, 자원이 없는 정부가 값비싼 건강서비스를 시행해야 한다는 것을 말하는 것은 더더욱 아니다. 하지만 중앙과 지방정부 및 공공기관들은 가능한 한 짧은 시간 내에 모든 사람이 이용하고, 접근할 수 있는 건강돌봄서비스 정책과 그 실행계획을 만들고 실천해야 한다. 건강권에 대한 정부의 실천을 담보하도록 하는 것은 인권단체와 공중보건 전문가들이 당면한 도전과제라고 할 수 있다²⁾

2) 국제인권규약에서의 건강권

건강권에 대한 가장 권위 있는 해석은 UN에서 제정한 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약(ICESCR³⁾)의 12조에 나와 있다. 2000년 5월에 ICESCR를 감시하는 Committee on Economic, Social and Cultural Rights는 건강권에 대한 General

2) WHO. 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. WHO Health & Human Rights Publication Series No 1. July 2002. p. 9

3) ICESCR : International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 경제적·사회적·문화적 권리에 대한 국제규약

Comments를 채택했다. General Comments는 개인의 권리와 협정을 비준한 국가의 의무의 성격과 내용을 명확하게 하는 역할을 한다. General Comments는 건강권은 음식, 주거, 일, 교육, 참여, 과학적 발전과 그 응용으로 생긴 이익 향유, 인생, 비차별, 평등, 고문금지, 사생활, 정보에 대한 접근과 집회, 결사, 운동의 자유 등을 포함하는 여타의 인권 실현과 밀접한 연관이 있다. 게다가 위원회는 건강권을 적기의 적절한 치료 뿐 아니라 안전한 식수와 적절한 위생 그리고 안전한 식품공급, 영양과 주거, 건강한 직업적 환경적 조건과 성관계와 임신 출산 건강을 포함한 건강관련 교육과 정보에 대한 접근권 등의 변수들까지 포함하는 포괄적인 권리로 해석했다.

건강권을 언급하고 있는 주요 국제인권규약은 다음과 같다⁴⁾

(1) 세계인권선언문 (1948)

- 제 3조 : 모든 사람은 생명과 신체의 자유와 안전에 대한 권리를 가진다.
- 제 25조 : 모든 사람은 의식주, 의료 및 필요한 사회복지를 포함하여 자신과 가족의 건강과 안녕에 적합한 생활수준을 누릴 권리와 실업, 질병, 장애, 배우자 사망, 노령 또는 불가항력의 상황으로 인한 생계 결핍의 경우에 보장을 받을 권리를 가진다.

(2) 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약 (1976)

- 제 12조 : 1. 이 규약은 당사국은 모든 사람이 도달 가능한 최고 수준의 신체적·정신적 건강을 향유할 권리를 가지는 것을 인정한다. 2. 이 규약당사국이 동 권리의 완전한 실현을 달성하기 위하여 취할 조치에는 다음 사항을 위하여 필요한 조치가 포함된다. (a) 사산율과 유아사망률의 감소 및 어린이의 건강한 발육, (b) 환경 및 산업의 모든 부문에 대한 개선, (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 및 통제, (d) 질병 발생 시 모든 사람에게 의료와 간호를 확보할 여건의 조성

(3) 여성에 대한 모든 형태의 차별 철폐에 관한 협약(1981)

- 제 11조 : 1. 당사국은 고용 분야에서 남녀평등의 기초 위에 동일한 권리 특히 다음의 권리를 확보할 목적으로 여성에 대한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취하여야 한다. ... (f) 건강보호에 대한 권리 및 생식기능의 보호 조치를 포함한 노동조건에 대한 권리

4) 재인용. 김창엽. 경제사회문화적 권리 국가인권정책 기본계획 수립을 위한 건강권 기초현황조사. 2004. 국가인권위원회

(4) 아동의 권리에 관한 협약(1990)

- 제 24조 : 1. 당사국은 도달 가능한 최상의 건강수준을 향유하고, 질병의 치료와 건강의 회복을 위한 시설을 사용할 수 있는 아동의 권리를 인정한다. 당사국은 건강관리 지원의 이용에 관한 아동의 권리가 박탈되지 아니하도록 노력하여야 한다.

나. 건강권 평가 기준과 인권기반 접근법⁵⁾

1) 건강권 평가기준

WHO에서는 건강권을 평가하기 위하여 네 가지 기준을 제시하고 있다. 이용성(Availability), 접근성(Accessibility), 수용성(Acceptability), 질(Quality)이다.

· 이용성(Availability)

이는 서비스 이용의 양적인 측면을 나타낸다. 공중보건 및 건강돌봄기관, 건강돌봄 서비스나 프로그램을 양적으로 충분히 제공되고, 이용할 수 있어야 한다.

· 접근성(Accessibility)

건강돌봄기관, 돌봄서비스나 프로그램은 필요로 하는 사람 누구나 차별 없이 이용 가능해야 한다. 또한 이는 정부의 책임 하에 보장되어야 한다. 접근성은 4가지 영역으로 나누어 평가할 수 있다.

▶ 비차별성

건강기관, 건강서비스에 대한 접근은 법에 의해 모든 필요한 이들에게 보장되어야 하며, 어떠한 차별이나 제한이 있어서는 안 된다.

▶ 물리적 접근성

건강기관, 건강서비스는 필요한 모든 이들이 안전하게 필요한 시간 내에 이용할 수 있어야 한다. 특히 취약계층이나 비주류 소수그룹, 예를 들어 소수인종, 원주민, 여성, 어린이, 청소년, 노인, 장애인, HIV/AIDS 감염자, 농촌지역 등에게 모

5) WHO. 25 Questions & Answers on Health & Human Rights. WHO Health & Human Rights Publication Series No 1. July 2002. p. 10

두 이용 가능해야 한다.

▶ 경제적 접근성

건강기관, 건강서비스는 모든 사람이 적당한 가격에 이용 가능해야 한다. 건강돌봄서비스 및 건강 관련서비스에 대한 보수지불체계는 공정(Equity)의 원칙에 기반을 두고 있어야 한다. 따라서 이러한 서비스공급이 공공이나 민간이냐에 관계 없이 모든 사람이 적당한 가격에 이용 가능해야 한다.

▶ 정보 접근성

접근성은 건강문제와 관련된 정보를 습득하고 조사할 수 있는 권리를 포함하고 있다. 하지만 정보의 접근성이 기밀로 간주된 개인건강정보 보호에 대한 권리를 침해해서는 안 된다.

· 수용성(Acceptability)

모든 건강기관과 건강서비스는 의료윤리를 준수하고 문화적으로 적합해야하며 성별 연령별 요구에 민감해야 할 뿐 아니라 관계된 사람들의 비밀을 존중하고 건강상태를 개선 할 수 있도록 설계되어야 한다.

· 질(Quality)

건강기관과 건강서비스는 과학적·의학적으로 적절하고 질적으로 우수해야 한다.

2) 인권기반 접근법

인권기반접근법은 첫째는 인권을 하나의 보건의료 틀로 이용하고, 둘째는 모든 보건의료정책, 프로그램, 법안에 인권을 평가하고 초점을 맞추고, 셋째는 정치, 사회, 경제를 포함한 모든 영역에서 보건의료관련 정책을 계획하고 적용하고 모니터링하고 그리고 평가할 때 인권을 integral dimension으로 하는 프로세스를 의미한다.

이러한 프로세스에는 다음과 같은 주요 요소들을 포함하고 있다.

- 인간 존엄성을 지켜야 한다.
- 사회적 약자에게 관심을 가져야 한다.

- 보건 의료체계가 모든 이들과 특히 취약한 집단의 의료 접근성을 고려하고 있는지 살펴보아야 한다.
- 생물학적, 사회문화적 요인들이 남성과 여성의 의료이용에 영향을 미치는지를 살피고 차별을 시정하기 위한 성별영향평가를 실행하여야 한다.
- 공평과 차별이 없는 보건의료 프로그램을 만들고 실행하여야 한다.
- 차별요인을 밝히기 위해 보건의료 자료를 분석하여야 한다.
- 수혜자들이 스스로에게 영향을 미칠 수 있는 보건의료정책이나 프로그램의 개발에 자유롭고 의미있고 효과적으로 참여할 수 있어야 한다.
- 보건의료에 대한 교육을 받을 권리, 아이디어와 정보를 찾고 획득할 수 있는 권리는 증진되고 보호되어야 한다.
- 시라큐사 원칙(Siracusa principles)에 해당되는 경우, 최후의 수단으로 보건의료정책이나 프로그램에 의해 권한이 제한되고 이러한 원칙이 고려되어야 한다.

다. 인권의식의 연구

1) 인권의식의 연구 동향

가) 인권의식의 일반적인 논의

전통적으로 인권에 관한 학문적 연구는 주로 인권 개념에 대해 법적 차원에서 논의가 되어 왔으나 최근에는 인권을 심리적 요인이나 발달 양상에 따라 바라보는 관점이 등장하였다.

대표적인 학자인 Getz(1985)는 인권에 대한 태도를 콜버그의 도덕성 발달단계와 관련시켜 연구하였다. 그녀는 인권에 대한 태도를 측정하기 위한 인권태도 질문지(Attitudes toward human rights inventory)를 제작하였다. 이 연구의 결과는 사람들의 도덕추론 수준에 따라 인권지지의 일관성에 차이가 있으며, 원리적 도덕추론을 하는 사람들일수록 일관되게 인권을 옹호한다는 사실을 보여주었다. 특히 이 연구는 인권의식을 도덕성의 발달과 관련시켜 인권의식 또한 발달하는 심리학적 요인 특히, 인지적 요인임을 밝혔다.

한편 국내에서는 이승미(1999)⁶⁾가 한국의 청소년 및 성인들의 인권의식 발달 경향을 분석하기 위하여 초등학교부터 대학 3학년생까지, 그리고 인권의식이 최고로 발달한 단계를 밝히기 위하여 인권운동가를 대상으로 연구를 진행하였다. 이 연구는 사형제도, 고문, 장애인, 처우와 관련된 가설적인 딜레마를 들려주고 그것에 관한 면담을 했다. 연구 결과 인권의식의 수준은 연령에 따라 차이를 보였다. 또한 이승미(2000)⁷⁾의 연구에서는 친인권적 행동을 위해서는 인권문제와 관련된 도덕적 판단을 위한 인지판단능력이 중요하다고 하였다.

인권문제에 대한 인식을 가진다는 것은 인권옹호행동을 하나의 중요한 역할로 해야 하는 보건·복지 분야 종사자들에게 매우 중요한 차원의 과정이라고 볼 수 있다. 보건·복지 관련 종사자들은 이용자에 대한 인권을 보장하고 노력해야 한다는 것에는 원칙적으로 동의하지만, 실제로 그들이 그것을 제대로 지켜내고 있는가를 평가하는 것은 다른 문제일 것이다. 많은 부분이 지켜지지 않는다는 것은 인권의식이 현실적으로 인권문제상황에 적용되지 못하기 때문이고 실제로 적용하지 못하는 것은 문제 상황을 인권문제로 인식하지 못하는 데에서 기인하는 것으로 유추해 볼 수 있을 것이다 (김충희, 2000)⁸⁾

강지영(2002)⁹⁾은 “인권에 대한 인지능력과 정서적공감이 인권옹호 행동에 미치는 영향”이라는 연구에서 인권행동을 유발하는데 있어서 개인들의 인권에 대한 판단능력과 타인의 고통에 대한 공감적 정서성향의 상대적 중요성을 실증적으로 검증하고자 했다. 이 연구에서는 인지변인차원보다 ‘정서’변인이 영향력이 큰 변인으로 검증되었다.

그 밖의 인권의식과 관련된 국내 선행연구는 주로 학생, 교사, 경찰 등을 대상으로 한 연구가 대부분이었다.

나) 보건·복지 분야 종사자의 인권의식과 관련된 논의

6) 이승미. 인권의식발달경향에 관한 연구- 사형, 고문, 장애인 처우에 관한 추론을 중심으로. 1999. 인간발달연구 Vol. 6, No. 2

7) 이승미. 인권교육프로그램의 인지 정서요인에 관한 실험연구. 2000. 서울대학교 박사논문

8) 김충희. 정신보건영역 사회복지사의 인권민감성 연구. 2004. 이화여자대학교 석사논문

9) 강지영. 인권에 대한 인지능력과 정서적 공감이 인권옹호행동에 미치는 영향. 2003. 서울대학교 석사논문

국내에 인권의식 및 인식에 대한 연구는 주로 특정 연령이나 특정 계층에 있는 집단을 대상으로 한 인권침해, 인권의식, 인권교육에 대한 연구가 대부분이다. 그러나 클라이언트를 직·간접적으로 상호작용하며 서비스를 제공하고 있는 보건·복지 분야 종사자들의 인권에 대한 개념과 인권의식에 대한 연구는 그리 많지 않다.

정신질환자의 권리에 대한 정신과 근무 간호사들의 인식에 관한 김기숙(1994)¹⁰⁾의 연구에서는 간호사들의 인권의식에 있어서 인권관련 강의 수강 경험이 인권의식을 높이는데 중요한 변인이라는 것을 밝히고 있다. 이 연구에서는 응답자의 정신과 근무 경력, 근무기관, 권리에 대한 수강경험 여부에 따라 환자의 권리인식에서 유의미한 차이를 나타냈다.

김주효(1996)¹¹⁾는 정신병원에 입원중인 환자들을 대상으로 정신질환자의 권리를 어느 정도 인식하고 있는가와 실제로 얼마나 보장되고 있는가를 알아보기 위한 연구를 하였는데, 전반적으로 권리인식이 높다는 결론이 제기되었으며 권리 인식정도가 보장정도에 유의미하게 높은 영향을 주는 것으로 나타났다. 이는 인식이라는 차원이 매우 중요함을 시사한다.

권신혜(2001)¹²⁾는 정신보건 사회복지사들의 정신장애인에 대한 인권의식을 연구하였는데, 정신보건영역에서 근무하는 사회복지사들은 정신질환을 가진 사람의 권리에 대해 전반적으로 높은 인식수준을 나타낸다고 보고한 바 있다.

다) 인권의식, 인권감수성 척도 개발 선행연구

한 사람이 인권이 문제되는 상황에서 인권 옹호적인 행동을 할 것인지를 결정하는 역할을 하는 인권 인식과 관련된 개념이 바로 인권감수성이라는 개념이다. 인권의식이나 인권감수성 척도개발에 관한 연구는 주로 도덕민감성을 측정하기 위한 검사로 치과 의료 부분에서 개발되어 카운슬러, 컴퓨터 이용자, 대학교육, 노인치의학, 사회복지사업, 저널리즘 교직원, 의학 분야에서 시도되었다.

10) 김기숙. 정신질환자의 권리에 대한 정신과 근무 간호사들의 인식에 관한 연구. 1994. 정신간호학회지 Vol. 3, No. 2

11) 김주효. 입원 중 정신질환자의 권리인식정도와 보장정도에 관한 조사 연구. 1996. 고려대학교 석사논문

12) 권신혜. 정신질환을 가진 사람의 권리에 대한 사회복지사의 인식연구: 정신보건영역에 근무하는 사회복지사를 중심으로. 2001. 경북대학교 석사논문

Volker(1984)는 비보와 동료들의 치과의료 윤리 민감성 검사를 토대로 도덕 민감성 검사를 개발하였다. 조작적 정의를 통해 도덕민감성은 세 가지 일반적 구성요소가 서로 위계적으로 구성되어 있다고 정의했는데, 그 요소는 중요한 사실에 대한 지각, 다른 사람에게 미치는 결과에 대한 지각, 윤리적 딜레마를 해결하기 위한 자신의 책임에 대한 지각이다(문용린 외 2002)¹³⁾.

한편 국내에서는 홍성훈(2000)¹⁴⁾이 의사들의 도덕민감성을 측정하기 위하여 의료 윤리 민감성 검사(Medical Ethical Sensitive Test: MEST)를 개발하였다. MEST의 하위 요인은 타인복지민감성, 결과예측민감성, 사태지각민감성이다.

2) 인권감수성

가) 인권감수성의 개념과 척도

국가인권위원회는 문용린 등 서울대 연구팀에 의뢰해 인권감수성 지표를 개발하였다¹⁵⁾. 이 지표는 도덕 심리학자인 Rest의 4구성요소 모형 중 도덕민감성의 개념으로부터 인권감수성의 개념을 도출하였다. Rest가 주장한 도덕적 행동을 할 때 거치는 네 가지 심리적 과정 요소를 인권옹호 행동을 하려면 거치게 되는 심리적 과정 요소로 간주했다. 인권감수성, 인권에 대한 판단력, 인권에 대한 동기화, 인권옹호행동과 관련된 성격이 그것이다. 그 중에서 인권 감수성이란 “인권문제가 제기되어 있는 상황에서 그 상황을 인권관련 상황으로 지각하고 해석하며, 그 상황에서 가능한 한 행동이 다른 관련된 사람들에게 어떠한 영향을 미칠지를 알며, 그 상황을 해결하기 위한 책임이 자신에게 있다고 인식하고 있는 과정”이다.

인권감수성은 크게 상황지각, 결과지각, 책임지각의 구성요소로 나뉜다. 여기서 상황지각이란 상황에 대한 해석능력으로서 어떤 상황을 인권의 문제로 인식하고 받아들이는가에 대한 해석능력이며, 결과지각이란 다른 사람에게 미칠 결과에 대한 지각 능력으로, 이는 자신과 타인에게 미칠 행동의 가능한 결과를 상상하고 이해할 수 있는 능력을 말하며 타인의 정서인식 능력도 포함된다. 그리고 책임지각이란 개인적 책임에 대한 지각능력으로 인권과 관련된 행동에 대한 책임을 자신과 관련하여 지각하고

13) 재인용. 문용린 외. 인권감수성 지표 개발 연구 2002. 국가인권위원회

14) 홍성훈. 의료윤리 교육프로그램의 개발연구: 의과대학생의 도덕 판단력·민감성·행동선택을 중심으로. 2000. 서울대학교 박사논문

15) 문용린 외. 인권감수성 지표 개발 연구. 2002. 국가인권위원회

이를 실제 행동으로 실천하고자 하는 의지를 말한다. 이를 모형화하면 다음 그림과 같다.

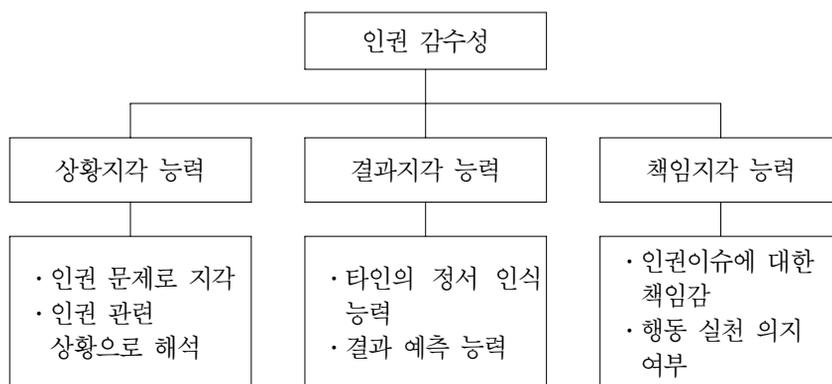


그림 2. 인권감수성의 구성요소
자료원 : 국가인권위원회. 2002

위에서 살펴본 인권감수성의 개념과 구성요소 속에는 심리적 과정인 인지, 정서, 행동적 과정이 모두 포함되어 있는 것으로 인권감수성은 단지 정서적인 부분만이 아니라 인지와 정서, 행동이 통합된 심리적인 과정임을 의미한다.

나) 인권감수성 지표

이 인권감수성 측정도구는 기존의 인권 의식을 재는 검사들에 비해 보다 근본적인 차원에서의 인권에 대한 예민성의 정도 및 인권이 문제되는 상황으로 인식하고 해석할 수 있는 능력을 잴 수 있도록 제작되었다. 이러한 측정도구를 개발하기 위해 세계 인권선언문과 유네스코 인권교육 내용 분류표를 참고하여 한국 상황에서 의미있는 총 13개의 딜레마를 선정하였다. 이를 연령에 따른 인권감수성의 발달 및 이해도를 고려하여 초등학생용(별도문항 4개), 중학생용(6개), 고등학생용(10개), 대학생 및 성인용(10개)으로 분류하여 인권감수성 진단도구를 제작하였다. 이 검사는 5점 리커드 척도로 되어 있으며 검사의 형식은 인권이 문제되는 상황을 나타내는 에피소드를 읽고 인권을 옹호하는 문항과 다른 가치를 나타내는 문항에 대하여 중요도를 평정하도록 되

어 있다. 검사 결과의 측정은 인권과 관련 없는 다른 가치를 나타내는 문항보다 인권과 관련된 문항에 더 높은 평정치를 합산하여 인권감수성 원점수를 계산한다. 인권을 옹호하는 문항의 점수가 비 인권적 문항보다 점수가 높게 나올수록 인권감수성이 높다고 볼 수 있다.

이 인권감수성 검사는 초등학생을 제외한 계층에서 문항의 적합성이 높으며 신뢰도와 문항 분포가 높은 것으로 나타나 신뢰할 수 있는 검사라 할 수 있다. 또한 초등학생을 제외한 계층에서 검사의 내용타당도와 구인타당도가 높은 것으로 나타나 검사가 측정하고자 하는 바를 올바르게 측정하였다고 볼 수 있다. 모든 계층의 검사가 정상분포를 이루고 있는 것으로 볼 때 집단에서 인권감수성이 높은 사람과 낮은 사람을 잘 변별해 준다고 볼 수 있다.

다) 인권감수성 연구결과

국가인권위의 인권감수성 지표를 사용한 한 연구들¹⁶⁾ 중에 보건·복지 분야의 연구들을 살펴보았다.

김충희(2004)¹⁷⁾의 정신보건영역 사회복지사의 인권민감성 연구의 결과, 전반적으로 정신보건 영역에서 근무하는 사회복지사들의 인권감수성 정도는 높게 나타났다. 각 지각요소들을 합한 점수와 정신 장애인 편견 정도 사이에 유의미한 상관관계를 보여 인권감수성이 높을수록 정신장애인의 편견이 낮은 것으로 조사되었다.

박정선(2007)¹⁸⁾은 사회복지실천현장에서 소외된 이들을 일차적 대상으로 개입하는 사회복지사들의 인권감수성과 인권현안인식 수준이 어떠한지 살펴보고, 이들의 인권감수성과 인권현안인식에 있어 변수 특성별로 차이에 대한 탐색을 통해 사회복지사들의 인권의식과 인권옹호태도의 향상을 모색해 보고자 하였다. 연구 결과, 사회복지사들의 인권감수성과 인권현안인식은 대체로 높은 수준이라고 볼 수 있었다. 또한 인권에 대한

16) 김규연(2005)의 초등학교 학생들을 대상으로 한 “소집단 토의 학습이 아동의 인권감수성에 미치는 영향”, 신옥임(2006)의 “초등학교 장애아동과 통합교육이 일반아동의 인권감수성에 미치는 영향”, 조운정(2006)의 “고등학생의 인권감수성과 실제 인권옹호 경향과의 상관성 조사” 그리고 이상희(2007)의 “중학생의 인권감수성 향상을 위한 인권프로그램의 개발과 효과성에 관한 연구” 등이 연구된 바 있다.

17) 김충희. 정신보건영역 사회복지사의 인권민감성 연구. 2003. 이화여자대학교 석사논문

18) 박정선. 사회복지사의 인권감수성과 인권현안인식에 관한 연구. 2007. 성공회대학교 석사논문

교육 경험, 특히 세계인권선언과 국제 인권 규약에 대해 인지하고 있는지 여부가 인권 의식에 영향을 미치는 중요한 요인임을 알 수 있었다.

라. 노인장기요양보험제도에 대한 이해¹⁹⁾

고령화 사회로 급속히 진전되면서 수발이 필요한 65세 이상 노인이 크게 늘게 되어 사회적 문제가 되고 있는 현실에서 절실했던 노인장기요양보험법이 2007년 4월 2일 국회 본회의를 통과하고 2008년 7월부터 전면적으로 시행하게 되었다. 이 제도의 법제화는 그간 가정의 몫으로 남겨져 있던 노인문제에 국가가 적극적으로 대응하는 의미를 지니고 있다.

1) 제도 개요

노인장기요양보험제도는 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 하고 있다.

가) 주요 내용

노인장기요양보험제도는 국민들이 부담하는 보험료를 주요 재원으로 운영되는 사회보험제도로 주요 내용은 다음과 같다.

표 5. 노인장기요양보험제도의 주요 내용

항 목	주요 내용
가입자	- 전 국민(건강보험 가입자 및 의료급여 수급권자)
급여대상	- 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로 치매·뇌혈관성질환 등 노인성질환을 가진 자로 장기요양 등급판정위원회에서 1~3등급으로 판정 받은 자
급여종류	- 재가급여 : 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기 보호, 기타 재가급여(복지용구제공)

19) 노인장기요양보험 홈페이지 자료실(<http://www.longtermcare.or.kr/>)

	<ul style="list-style-type: none"> - 시설급여 : 장기요양기관이 운영하는 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공 - 특별현금급여 : 가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비
재원조달	<ul style="list-style-type: none"> - 보험료 + 정부지원 + 이용자 부담 - 보험료 : 건강보험료액 × 장기요양보험료율(건강보험료와 통합징수) - 국가지원 : 국가지원은 보험료 예상수입액의 20%를 국고에서 부담, 의료수급권자의 경우 국가와 지자체가 각각 분담하도록 규정 - 이용자 부담 : 요양급여비용의 20%(재가 15%), 기초수급자 무료, 저소득층 1/2 감면
요양급여수가	- 등급별 일당 정액수가 또는 방문시간당 정액수가
시행시기	- '08. 3월 신청 접수, '08. 7월부터 급여 개시

나) 관리운영체계

노인장기요양보험제도를 관리 운영하는 체계는 국가와 지방자치단체 그리고 국민 건강보험공단이 있다. 각 체계의 역할은 다음과 같다.

표 6. 노인장기요양보험제도의 관리운영체계

대상	역 할
국가	<ul style="list-style-type: none"> - 노인수발보험제도는 보건복지부장관이 관장 - 보건복지부는 이 제도에 대한 정책의 입안과 서비스의 기준 등 제도 시행에 필요한 총괄적 권한과 책임을 짐 - 노인장기요양보험사업의 중요한 정책을 심의하기 위하여 보건복지부장관 소속하에 노인요양위원회를 설치, 운영하도록 함
지방자치단체	<ul style="list-style-type: none"> - 노인복지서비스 업무의 시행주체 - 지방자치단체의 역할은 노인복지시설의 신고 접수기관으로서 요양기관을 지정하고 감독하는 일, 공단에 설치되는 요양등급판정등 위원회에 위원을 추천하고 가정방문조사에 공동으로 참여하는 일, 의료급여수급권자 등에 대하여 일정한 재정을 분담하는 일을 맡고 있음
국민건강보험공단	<ul style="list-style-type: none"> - 노인장기요양보험사업의 사업자로 요양사업의 관리운영기관 - 보험료의 부과징수와 같은 보험제도의 관리기능뿐만 아니라 요양서비스의 인정여부와 등급결정, 수발서비스의 계획과 관리기능까지 담당

다) 노인장기요양보험법의 인권 및 건강권에 관련된 조항

노인장기요양보험법에서 본 연구에서 적용한 건강권 평가 기준 및 인권기반 접근법에 관련된 조항을 찾아보면 다음과 같다.

표 7. 노인장기요양보험법의 인권·건강권 관련 조항

항목		법 조항
건강권 평가	수용성	제 3조 (장기요양급여 제공의 기본원칙) ① 장기요양급여는 노인 등의 심신상태·생활환경과 노인 등 및 그 가족의 욕구·선택을 종합적으로 고려하여 필요한 범위 안에서 이를 적절하게 제공하여야 한다.
	정보 접근성	제 34조 (장기요양기관 정보의 안내 등) ① 장기요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하도록 하고 장기요양기관이 제공하는 급여의 질을 보장하기 위하여 장기요양기관별 급여의 내용, 시

		설·인력 등 현황자료 등을 공단이 운영하는 인터넷 홈페이지에 게시하여야 한다.
	비차별성	<p>제 12조(장기요양인정의 신청자격) 장기요양인정을 신청할 수 있는 자는 노인 등으로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자격을 갖추어야 한다.</p> <p>1. 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자 / 2. 「의료급여법」 제3조제1항에 따른 수급권자(이하 “의료급여수급권자”라 한다)</p>
인권 기반 접근 법	취약집단에 대한 관심	<p>제 40조 ③ 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에 대하여는 본인일부부담금의 100분의 50을 경감한다.</p> <p>1. 의료급여수급권자 / 2. 소득·재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자 / 3. 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자</p>
	노인 인권관리	<p>제37조(장기요양기관 지정의 취소 등) ① 시장·군수·구청장은 장기요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우 지정을 취소하여야 한다.</p> <p>6. 장기요양기관의 종사자 등이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우</p> <p>가. 수급자의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위 나. 수급자에게 성적 수치심을 주는 성폭행, 성희롱 등의 행위 다. 자신의 보호·감독을 받는 수급자를 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위</p>
	국가와 지방단체의 책임 규정	<p>제 4조(국가 및 지방자치단체의 책무 등) ① 국가 및 지방자치단체는 노인이 일상생활을 혼자서 수행할 수 있는 온전한 심신상태를 유지하는데 필요한 사업(이하 “노인성질환예방사업”이라 한다)을 실시하여야 한다.</p>
	사생활 보호	<p>제 62조(비밀누설금지) 다음 각 호에 해당하는 자는 업무수행 중 알게 된 비밀을 누설하여서는 아니 된다.</p> <p>1. 시·군·구, 공단, 등급판정위원회 및 장기요양기관에 종사하고 있거나 종사한 자</p> <p>2. 제24조부터 제26조까지의 규정에 따른 가족요양비·특례요양비 및 요양병원 간병비와 관련된 급여를 제공한 자</p> <p>제67조(벌칙) 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자는 2년 이하의 징역 또는 1천만 원 이하의 벌금에 처한다.</p> <p>2. 제62조를 위반하여 업무수행 중 알게 된 비밀을 누설한 자</p>

표 3에서와 같이 노인장기요양보험법 조항에서 인권 및 건강권과 관련 내용은 몇 조항을 제외하고는 구체적으로 명시되지 않았다. 건강권과 관련하여 법 40조의 본인일부부담금 조항(① 재가 및 시설 급여비용은 다음 각 호와 같이 수급자가 부담한다. 다만, 수급자 중 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 그러하지 아니하다. 1. 재가급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 15 / 2. 시설급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 20)은 현실에 따라 경제적 접근성을 저해할 수 가능성을 내포하고 있으며 서비스의 질을 담보할 수 있는 조항은 없었다. 인권기반의 접근법의 측면에서도 노인의 존엄성 및 노인에 대한 인권 보장이 구체적으로 명시되지 않았다.

그러므로 인권과 건강권과 관련된 내용 중 법 조항으로 명시된 것을 제외한 나머지 부분들이 실제 제도가 실행되는 보건·복지 실천 현장에서 어떻게 구현되는지를 살펴볼 필요가 있다.

2) 시범 사업 현황

노인장기요양보험 시범사업은 본제도 도입 대비, 등급판정 및 수가체계, 요양서비스 이용지원체계 등 전반적인 제도모형의 적정성을 검증하고 문제점 및 과제의 사전 도출로 제도의 원활한 시행 도모하고 '08년 7월 전국 시행대비, 전국 시·도를 제도시행 준비체제로 전환하고자 시행하고 있다. 정부는 이 시범사업을 통해 제도에 대한 대국민 인식제고 및 국민적 공감대를 형성하고자 하였다.

가) 1~3차 시범사업 현황

노인장기요양보험 시범사업은 2005년 7월부터 시작되어 2006년 3월까지 1차 시범사업이 진행되었으며 2차 시범사업은 2006년 4월부터 2007년 3월까지 진행되었다. 3차 시범사업은 2007년 4월부터 시행되어 요양급여 서비스는 7월 1일부터 제공되었고 2008년 6월까지 진행될 예정이다. 각 시범사업의 세부 내용은 다음의 표 4와 같다.

표 8. 1~3차 시범사업 내용 비교

구분	1차 시범사업	2차 시범사업	3차 시범사업
대상 지역	- 6개 시군구 (광주남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 북제주군)	- 8개 시군구 (1차 시범지역 외 완도, 부산북구 추가)	- 13개 시군구 (2차 시범지역 외 인천부평, 대구남구, 충북청주, 전북익산, 경남하동 추가)
적용 대상	- 65세 이상 기초생활수급 노인(1~5등급)	- 65세 이상 노인(1-3등급)	- 65세 이상 노인(1-3등급)
사업 내용	- 등급판정·수가·비용 지불 등 운영체계 기술적인 부분 검증	- 노인장기요양보험법(안)의 등급판정·서비스 이용지원체계, 급여범위 및 내용, 수가산정, 서비스 이용 시 본인부담	- 2차 시범사업내용 계속 실시
요양 급여	- 재가급여(5종) : 방문요양, 방문간호, 주간보호, 단기보호, 표준장기요양이용계획서 - 시설급여(2종) : 요양시설, 전문요양시설	- 재가급여(6종) : 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구 제공 - 시설급여(3종) : 요양시설, 전문요양시설, 노인요양공동생활가정 - 특별 현금급여(2종) : 가족요양비, 요양병원 간병비	- 2차 시범사업내용 계속 실시
등급 판정 및 표준 장기요양 계획서 체계	- 공단 작성 표준장기요양이용계획서에 의한 서비스 이용체계 - 등급판정을 위한 방문조사와 표준장기요양이용계획서 작성을 위한 욕구조사의 이원화 운영	- 등급판정도구와 욕구조사도구의 통합(장기요양인정조사)및 동시 조사 - 등급과 서비스 종류 및 내용 결정 통보 - 서비스 제공자와 이용자 간 자율적인 서비스 이용체계 * 표준장기요양이용계획서를 가이드라인으로 제공 - 모니터링 및 질 평가	- 3차 시범사업도구 적용
본인 부담	- 본인부담제도 미적용 (기초수급자 대상)	- 기초수급노인 : 면제 - 일 반 : 20% 적용 - 경감자 : 10% 적용	- 기초수급노인 : 면제 - 일 반:시설20%/재가 15% - 경감자:시설10%/재가7.5%
재원	- 국고지원(19억원)	- 국고(76억원), 지방비 및 이용자부담	- 국고(104억), 지방비 및 이용자부담

나) 2차 시범사업 결과

2006년 4월부터 2007년 3월까지 진행되었던 2차 시범사업의 운영 결과가 발표되었다. 65세 이상 노인장기요양보험 대상자는 207,530명으로 전체 인구 중 9.3%를 차지하고 있으며, 총 신청률은 34,896명으로 대상자의 16.81%였다. 이 중 실제 요양급여를 받을 수 있는 1-3등급 판정자는 8,328명으로 4.01%에 불과하였다.

2차 시범 사업 대상자에 관한 세부 사항은 다음의 표 5와 같다.

표 9. 2차 시범사업 대상자

(’07. 4. 1 ~ ’07. 6. 30, 단위: 명, %)

시범 지역	65세 이상 대상자(%)	총 신청자 (신청률)	자격별 신청률		장기요양 인정			
			일반 노인(%)	기초생활 수급권자 (%)	계	1등급	2등급	3등급
계	207,530(100)	34,896 (16.81)	27,066 (14.3)	7,830 (43.51)	8,328 (4.01)	2,976 (1.43)	1,885 (0.91)	3,467 (1.67)
부산 북부	23,275(100)	4,252 (18.27)	3,042 (15.2)	1,219 (37.74)	701 (3.01)	220 (0.95)	171 (0.73)	310 (1.33)
광주 동부	19,697(100)	3,384 (17.18)	2,766 (15.1)	618 (45.41)	964 (4.89)	329 (1.67)	221 (1.12)	414 (2.10)
수원 동부	25,868(100)	4,054 (15.67)	3,219 (13.2)	835 (55.78)	881 (3.41)	385 (1.49)	186 (0.72)	310 (1.20)
수원 서부	37,117(100)	5,208 (14.03)	3,722 (10.5)	1,486 (83.16)	1,447 (3.90)	546 (1.47)	330 (0.89)	571 (1.54)
강릉	26,882(100)	4,474 (16.64)	3,853 (15.5)	621 (29.93)	990 (3.68)	418 (1.55)	213 (0.79)	359 (1.34)
경북 북부	27,681(100)	4,791 (17.31)	3,536 (14.1)	1,255 (47.85)	1,224 (4.42)	426 (1.54)	298 (1.08)	500 (1.81)
부여 청양	17,781(100)	3,528 (19.84)	3,045 (19.2)	483 (25.61)	710 (3.99)	289 (1.63)	146 (0.82)	275 (1.55)
완도 강진	12,230(100)	1,944 (14.69)	1,287 (11.9)	657 (27.28)	647 (4.89)	182 (1.38)	119 (0.90)	346 (2.62)
제주	15,999(100)	3,261 (20.38)	2,596 (17.5)	665 (57.73)	764 (4.78)	181 (1.13)	201 (1.26)	382 (2.39)

주) 1. ()은 전체 65세 노인 대비 비율

2. 총신청자는 '07. 6월말 기준

3. 일반노인 신청률: 신청자중 일반대상자수/65세 이상 일반 대상자수 × 100

기초생활수급자 신청률 : 신청자 중 기초생활수급권자수/65세 이상 기초생활수급권자수 × 100

4. 등급별 장기요양인정자 중 사망자 포함

자료원 : 노인장기요양보험 실행추진단. 노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영결과.
2007. 9. 국민건강보험공단

표 6에서 볼 때, 시범사업 서비스 미 이용자가 1,530명인데, 미 이용 이유로는 일반과 기초 수급자의 경우 모두, 가족 등에 의한 직접수발이 47%(일반 49%, 기초 32%)로 높게 나타났다. 이는 3등급 판정자는 비교적 상태가 양호하여 급여 이용보다 가족수발을 주로 하는 것으로 보인다. 3등급 판정자가 54.9%(일반 53.9%, 기초 66.1%)로 높은 미 이용률을 보이고 있다. 그 외의 이유로는 병의원 입원, 경제적 부담, 필요성을 느끼지 못함, 장기요양급여 내용부족, 장기요양기관 부족, 무료시설 이용 등으로 나타났다. 2차 시범사업 등급별 서비스 이용 현황은 다음과 같다.

표 10. 2차 시범사업 등급별 서비스 이용 현황

(‘07. 4. 30 현재 단위 : 명)

구분	합계	자격별 신청률							미이용자	이용유보	효력상실
		소계	가족요양비	재가급여	복지용구	간병비	입소시설				
전체	합계	8,117	4,596	306	1,626	179	419	2,064	1,530	605	1,448
	1등급	2,972	1,549	53	399	42	189	866	329	248	846
	2등급	1,839	1,095	54	344	41	115	541	361	128	255
	3등급	3,366	1,950	199	883	96	115	657	840	229	347
지역별 급여 이용 현황											
구분	합계	1등급	비율	2등급	비율	3등급	비율				
합계	4,596	1,549	33.7	1,095	23.8	1,950	42.5				
일반	3,017	1,070	35.5	735	24.4	1,212	40.1				
기초수급자	1,577	479	30.3	360	22.9	738	46.8				
지역별 급여 미이용 현황											
구분	합계	1등급	비율	2등급	비율	3등급	비율				
합계	1,530	329	21.5	361	23.6	840	54.9				
일반	1,403	316	22.5	331	23.6	756	53.9				
기초수급자	127	13	10.3	30	23.6	84	66.1				

자료원 : 노인장기요양보험 실행추진단. 노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영 결과.
2007. 9. 국민건강보험공단

3. 연구의 목적

이 연구는 노인복지서비스에서 노인의 건강권이 어느 정도 보장되고 있는지 그 실태를 조사하는 것이 그 목적이다. 보장 정도를 평가하기 위하여 조사 도구를 구조화하였으며, 노인장기요양보험 시범사업 지역의 서비스 제공인력과 정책 공급자로서의 국민건강보험공단 시범사업센터 직원, 그리고 노인 보건·복지 분야 전문가들을 대상으로 하였다.

세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 노인요양서비스 이용자의 인권 및 건강권의 보장 실태를 파악하고,

둘째, 노인장기요양보험제도를 실행하고 있는 인력들의 인권에 대한 감수성 수준을 분석하고,

셋째, 노인장기요양보험제도에 대하여 건강권에 대한 각 수준을 평가하고,

넷째, 건강권 평가 수준에 영향을 미치는 요인을 분석하고,

다섯째, 노인장기요양보험제도가 인권에 기반을 두어 만들어지고 있는지를 평가하고,

마지막으로 이러한 분석·평가를 바탕으로 각 영역별로 정책적인 제언을 하고자 한다.

III. 연구 방법

1. 연구의 틀

이 연구는 노인·보건복지서비스에서의 노인건강권의 실태를 조사하기 위해 두 가지의 큰 틀로 연구를 진행하였다.

첫째, 보건·복지 실천 현장에서의 노인건강권 보장 실태를 파악해 보았다. 우선 노인요양서비스 시설의 이용자 조사를 통해 그들의 입장에서 서비스 이용 시 인권 및 건강권을 어느 정도 보장받고 있는지를 파악해 보았다. 또한 시범사업의 대상이 되는 노인요양서비스 현장에서 노인요양서비스를 제공하고 있는 인력들의 인권에 대한 전반적인 인식과 태도를 알아보기 위해 인권감수성 조사를 실시하였다.

둘째, 노인 보건·복지 관련 제도에서 큰 역할을 하게 될 노인장기요양보험제도를 건강권 평가 기준과 보건의료 인권기반 접근법의 관점으로 평가해 보았다. 평가는 시범사업을 진행하고 있는 노인 서비스 제공 인력과 시범사업을 담당하는 건강보험공단의 직원 그리고 보건·복지 분야의 전문가, 이러한 3집단을 통해 이 제도가 어느 정도의 수준으로 노인 건강권을 보장하고 있는지, 또한 어느 정도 인권기반 접근법을 고려하여 설계되었는지 파악해 보았다. 이 3집단에 대해서도 인권감수성 조사를 실시하였다.

이 연구의 틀은 다음 그림과 같다.

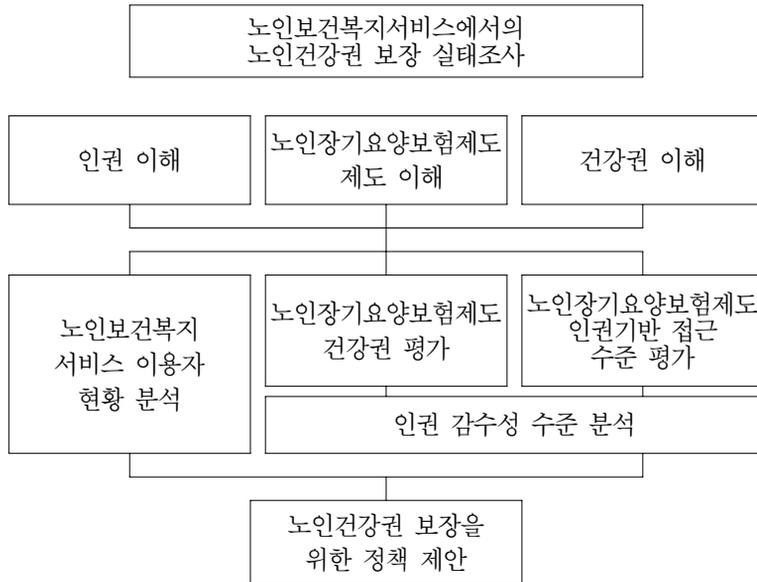


그림 3. 연구의 틀

2. 이용자 조사

가. 조사 대상

일개 대학의 학생들이 노인보건복지 기관에 직접 실습을 나가서 조사하였다. 조사 대상 기관은 실비 및 무료 노인요양시설과 단기보호시설로 45명 학생이 총 100명의 이용자와 함께 봉사활동을 하면서 관찰과 면담을 통해 조사하였다.

나. 조사 내용

45명의 학생들이 실습 후 작성한 보고서의 내용을 표 7의 항목을 기준으로 각각 요약하였다.

노인요양서비스에서 적용 가능한 인권 확인 항목을 크게 자유권과 생존권의 영역으로 구분하고 그 하위 영역과 관련된 노인의 인권 실태를 서비스 이용자의 측면에서 구체적으로 살펴보았다.

노인요양서비스에서 적용 가능한 노인 인권 확인 항목에 관한 세부 영역은 다음과 같다.

표 11. 노인요양시설에서 적용 가능한 노인 인권 확인 항목 예시

영역		개별 항목
자유권	신체의 자유권	강제 노동/ 강제 격리
	사생활에 관한 자유권	시설 입소나 전원 하는데 노인이 의사결정에 참여
		입소 시 시설생활에서 필요한 사항 (시설이용방법, 생활규범, 서비스내용 등)에 대한 충분한 설명
		거주노인의 동의에 기초한 개인정보 유출
		통신수단(전화나 편지)에 대한 접근성
		노인의 의견이나 불평해소를 위한 공식적인 절차(간담회, 건의함 등) 마련
	정신적 활동, 경제적 활동의 자유권	노인의 동의에 기초한 수입 및 재산(경로연금, 교통비, 입소 시 지참금 등)의 사용
		개인물건(가전, 가구, 소품 등)을 가져올 권리
		시설의 각종 활동프로그램의 참여여부 결정권
		시설의 종교 활동 참여 여부 결정권
생존권	인간다운 생활을 할 권리	식사서비스 개별화
		깨끗한 의복과 침구류의 제공
		목욕서비스 개별화
		적절한 의료서비스 제공
		충분한 수발서비스 제공
		충분한 상담서비스 제공
		투명한 시설 운영을 통한 서비스 수준 유지
	정서적인 지원	노인의 자긍심 유지를 위한 언어표현
		목욕 시나 기저귀 교체 시 신체중요 부위를 가리고 옷을 벗기고 입힘
		노인들 간의 통합
	방임	노인에 대한 충분한 관심
	자기방임	노인의 필요한 서비스 제공의 거부

자료원 : 정경희 등. 무료 및 실비 노인요양시설에서의 인권실태 사례조사. 2002. 국가인권위원회

3. 인권감수성 조사

가. 조사 대상

이 조사 대상은 노인장기요양보험사업과 관련된 서비스 제공인력과 국민건강보험공단 인력, 그리고 노인 보건·복지 분야 전문가들로 이루어졌다.

표 8 ~ 9에서와 같이 서비스 공급기관은 노인장기요양보험제도를 시행하는 모든 종류의 입소시설, 재가서비스 기관을 포함하고 있다. 입소시설인 요양(전문, 소규모)기관은 6곳, 재가서비스 기관은 가정방문원 파견센터 3곳, 주간보호시설 3곳, 목욕수발시설 1곳, 단기보호시설 1곳, 방문간호시설 2곳이다. 이 중 주간·단기 보호시설과 목욕수발시설은 다른 노인기관과 같이 운영되는 형태였다.

이러한 서비스 공급기관에 속해있는 모든 직종의 종사자들을 대상으로 조사하였다. 조사 대상군에 대한 세부 사항은 다음과 같다

표 12. 조사 대상군

대상군	대상군별 형태	기관수	조사 대상자 수 (%)
서비스 공급자*	(전문)요양시설	5	182
	소규모요양시설	1	14
	단기보호	1	4
	주간보호	4	18
	방문간호서비스	2	3
	요양보호사 파견서비스	3	46
	목욕수발	1	3
전문가군	보건	-	9
	복지	-	9
정책 공급자	국민건강보험공단 노인장기요양보험 시범사업센터	3	20
			14
			19

* 서비스 공급자수는 겸직 직원의 경우 이중으로 포함되어 있음.

표 13. 조사 대상 기관 특성 : 요양시설과 전문요양시설

	A 기관	B 기관	C 기관	D 기관	E 기관	F 기관
기관형태	요양	전문요양	요양	요양	요양	소규모요양
소재지	수원	수원	수원	강릉	강릉	강릉
직원수	13	65	26	28	36	14
시설정원	25	145	80	80	140	15
현원	20	134	80	78	123	13
시범사업 대상자	5	115	40	74	117	13
1등급	2	59	8	27	53	2
2등급	2	37	6	25	37	11
3등급	1	29	26	22	27	0

표 14. 조사 대상 기관 특성 : 재가서비스

	G 기관	H 기관	I 기관	J 기관	K 기관	L 기관	
기관형태	가정 방문원 파견센터			주간보호시설			
소재지	수원	수원	강릉	수원	수원	강릉	
직원수	23	12	11(2명겸직)	6	6	6	
정원	110	80	91	25	20	30	
현원	53	30	-	-	18	26	
시범사업 대상자수	53	30	15	10	7	23	
1등급	19	16	4	0	0	0	
2등급	8	6	3	2	2	1	
3등급	26	8	8	8	5	22	
	M 기관		N 기관		O 기관		P 기관
기관형태	방문간호			단기보호		목욕수발	
소재지	수원		강릉		강릉		수원
직원수	1		2		4 (2명 겸직)		3 (자원봉사자5~8/ 공익2)
정원	16		39		7		25/30~40
현원	16		39		-		-
등급	16				0/3/0		-
1등급	10		16		0		-
2등급	3		9		3		-
3등급	3		14		0		-

나. 조사 내용

이 조사지는 2002년도 국가인권위원회에서 문용린 등 서울대 연구팀에 의뢰해 개발한 “인권감수성 지표”를 측정도구로 사용하였다. 이 지표에서 대학생용 및 성인용 도구는 10개의 에피소드에 관한 문항으로 구성되어 있다. 그러나 조사 대상의 다양한 사회 인구학적 특성과 실천 현장의 상황을 고려하여 적절한 문항수를 구성하기 위해 6개의 에피소드를 연구진이 선정하였다. 선정 기준은 우선 서비스 대상인 노인과 관련성을 우선시 하였으며(가족회의-노인의 행복권 추구) 노인과 비슷한 대상적 특성을 지닌 취약계층 및 비주류계층(장애우, 정신질환자, 여성)에 대한 인권침해 사례를 다룬 에피소드를 선정하였다.

이렇게 선정된 에피소드를 통해 본 연구의 조사 대상자들이 가지고 있는 노인에 대한 인권감수성을 보다 민감하게 측정하려 하였다. 또한 선정된 6개의 에피소드는 문용린 외(2002)의 연구에서 조사된 바와 같이, 폭넓은 민감성 수준을 나타내고 있다. 즉, 높은 민감성을 보여주었던 항목 2개(가족회의, 장애인학교), 중간 수준이었던 2개 항목(진료자 명단, 황판사의 고민), 가장 낮은 감수성을 나타냈던 항목(감원대상, 의사의 고민)을 포함하고 있다²⁰⁾.

검사 문항의 내용은 실천 현장 속에서 접할 수 있는 딜레마로 되어 있다. 각 에피소드에 대한 문항에서 I 번 질문은 상황 지각, II 번 질문은 결과지각, III 번 항목은 책임지각을 측정한다. 각 지각 측정 질문에 대한 문항 중 하나는 인권감수성을 재는 문항이고 하나는 인권감수성과 관련 없는 다른 가치를 재는 문항으로 이루어진다. 각 에피소드 당 6문항으로 총 36문항으로 구성되어 있다.

6개 에피소드의 상황지각, 결과지각, 책임지각으로 구성된 18개 항목의 인권감수성 점수의 Cronbach 알파값은 0.81, 7개 항목으로 된 이용성, 접근성, 수용성, 질적 측면으로 살펴본 노인장기요양보험 시범사업의 요양서비스의 건강권 보장수준 점수의 Cronbach 알파값은 0.82, 12개 항목으로 구성된 보건의료 인권기반 노인장기요양보험 제도의 건강권 보장수준 점수의 Cronbach 알파값은 0.92였다.

본 연구에서 사용한 인권감수성 검사 도구 항목의 구성은 다음과 같다.

표 15. 인권 감수성 검사 도구 항목

에피소드	문항영역	질문구성	관련인권 항목
가족회의	상황/결과/책임지각	비인권 문항/인권문항	노인의 행복추구권
장애인 학교	상황/결과/책임지각	비인권 문항/인권문항	장애인 교육받을 권리
감원 대상	상황/결과/책임지각	비인권 문항/인권문항	평등권
의사의 고민	상황/결과/책임지각	비인권 문항/인권문항	장애인 신체의 자유권
진료자 명단	상황/결과/책임지각	비인권 문항/인권문항	정신장애인 사생활권
황판사의 고민	상황/결과/책임지각	비인권 문항/인권문항	구금으로부터의 자유권

20) 문용린 외. 인권감수성 지표 개발 연구. 2002. 국가인권위원회. pp. 49-50

4. 건강권과 노인장기요양보험제도

이 조사는 지금 3차 시범사업이 진행 중인 노인장기요양보험제도를 WHO에서 제시한 건강권의 평가기준에 따라 살펴보고, 실제 제도가 인권에 기반을 두어 만들어졌는지를 분석하기 위함이다.

노인장기요양보험 제도를 평가 하되 제도의 지식에 대한 10개 항목을 질문하여 제도에 대한 이해수준을 파악해 보고, 그 상관성을 확인하였다.

가. 조사 대상

조사 대상은 노인장기요양보험 시범사업 지역의 서비스 제공기관의 관리업무 담당자군, 제도 실행의 주체인 건강보험공단 시범사업 센터 3곳의 직원군과 노인 보건·복지 관련 분야 전문가군으로 이루어졌다.

조사 대상의 세부 구성은 다음과 같다.

표 16. 조사 대상

대상군	대상군별 형태	기관수	조사 대상자 수 (%)
현장 전문가	기관장	3	3 (3.4)
	사회복지사(사무국장 포함)	16	13 (14.6)
	간호사	2	2 (2.3)
정책 전문가	교수	-	10 (11.2)
	연구자	-	5 (5.6)
	시민 단체	-	3 (3.4)
정책 공급자	국민건강보험공단	A 센터	20 (22.5)
	노인장기요양보험	B 센터	14 (15.7)
	시범사업 센터	C 센터	19 (21.3)
합계			89 (100)

나. 조사 내용

노인 보건복지서비스의 건강권 보장 실태조사를 수행하기 위하여 조사 내용을 다

음과 같이 크게 3가지로 분류하였다.

첫째, 노인장기요양보험제도의 건강권 보장 수준을 평가하기 위해 WHO가 정의하고 있는 건강권의 네 가지 평가 기준을 바탕으로 조사 문항을 구성하였다.

둘째, 노인장기요양보험제도의 인권기반 접근 수준을 평가하기 위해 WHO에서 제공한 보건의료에 적용할 수 있는 인권기반 접근법과 관련된 항목을 바탕으로 조사문항을 구성하였다.

셋째, 노인장기요양보험제도를 평가하되, 기본적인 제도에 대한 지식 수준간의 상관성을 보기 위해 제도의 일반적인 지식을 묻는 조사 문항을 구성하였다.

제도에 대한 지식수준을 조사하는 10개 문항은 예, 아니오로 응답 받았다. 건강권 평가에 관한 항목 7개와 인권기반 접근 수준을 평가하는 항목 12개는 개방형 문항으로 구성하여 각 항목별로 5점 척도에 대한 응답을 받았으며 그 아래에 각 항목에 관한 의견을 수렴하였다.

이 조사지에 적용한 건강권의 네 가지 평가 기준과 인권기반 접근법에 관한 항목은 다음과 같다.

표 17. 건강권 조사지 항목

영역	항목	조사 척도	
건강권 평가	이용성	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	접근성	비차별성	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다
		물리적	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다
		경제적 접근성	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다
		정보 접근성	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다
	수용성	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	질	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
인권기반 접근	취약집단에 대한 관심	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	노인의 존엄성 고려	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	성별영향평가	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	정책개발에 참여	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	교육에 대한 권리	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	건강과 사생활정보 보호	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	국가책임과 인권의 균형	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	노인인권 인식과 확대가능성	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	국가와 지방단체의 책임 규정	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	충분한 기초자료 분석	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	학계와 시민단체 의견수렴	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	
	인권관리와 안전지침을 고려	1점 전혀 아니다 ~ 5점 매우 그렇다	

노인장기요양보험제도에 관한 지식을 묻는 문항은 표 14에서와 같이 제도의 성격, 수급대상, 급여종류, 재원조달방식, 운영체계 등의 내용을 포함하고 있다.

표 18. 노인장기요양보험제도에 대한 지식

노인장기요양보험은	조사 척도
1. 사회보험이다	예, 아니오
2. 대상자는 65세 이상의 노인으로 한정된다	예, 아니오
3. 수급대상에서 국민기초생활보장 수급권자는 제외된다	예, 아니오
4. 급여를 받을 수 있는 대상자의 범위는 장기요양등급 1~5등급으로 분류한다	예, 아니오
5. 재가급여, 시설급여, 특별현금급여 모두 세 종류의 급여 종류가 있다. 이중 시설급여에는 단기보호, 주·야간보호 등의 장기요양서비스를 포함하고 있다	예, 아니오
6. 재원은 장기요양보험료와 국가지원금으로 구성되어 있다	예, 아니오
7. 보험료 납부자는 국민건강보험의 납부자와 동일하다	예, 아니오
8. 장기요양기관은 지방자치단체가 지정하고 감독한다	예, 아니오
9. 급여대상자는 건강보험관리공단에 제출한 의사소견서를 바탕으로 별도 방문 없이 정해진다	예, 아니오
10. 2008년 1월 1일부터 시행될 예정이다	예, 아니오

5. 분석 방법

조사 대상자의 사회·경제·인구학적 특징들과 인권교육, 근무시설 등의 변수들의 빈도들을 살펴보았다.

인권감수성 점수와 노인장기요양보험 시범사업의 요양서비스의 건강권 보장수준 점수, 노인장기요양보험제도의 건강권 보장수준 점수의 평균과 표준편차를 살펴보았다.

조사대상자의 특징과 대상자의 종별(노인에게 직접 서비스를 제공하는 서비스 인력, 건강보험공단 인력, 전문가집단)에 따라 인권감수성 점수와 건강권 점수 수준의 차이가 있는지 살펴보기 위하여 분산분석을 시행하였다. 인권감수성 점수와 건강권 점수는 조사대상자의 종별 층화분석을 통해서도 살펴보았다.

인권감수성 점수와 건강권 보장점수의 내적 일치도를 살펴보기 위해 상관분석을 통해 Cronbach의 알파값을 구하였다.

인권감수성과 건강권 점수에 관련이 있는 여러 요인을 통제하고 인권교육 등의 변수가 인권감수성과 건강권 점수에 미치는 영향을 살펴보기 위하여 다중회귀분석을 시행하였다.

모든 분석은 양측검정으로 시행하였으며, 분석에 이용한 통계프로그램은 The SAS System for Windows 버전 9.13이었다.

IV. 노인요양서비스의 인권 현황

1. 노인요양서비스의 인권 현황

노인 서비스를 이용하고 있는 노인들을 방문, 관찰한 결과 보고를 정경희 등²¹⁾ (2002)에 의한 “노인요양시설에서의 노인 인권의 정의”에 따라 분석하였다.

크게 자유권과 생존권으로 분류하며, 자유권은 신체의 자유권, 사생활에 관한 자유권, 정신적 활동과 경제적 활동의 자유권에 대하여 확인하고 있다. 생존권은 인간다운 생활을 할 권리, 정서적인 지원, 방임 등의 하위 영역으로 살펴보고 있다.

가. 자유권

신체의 자유권은 시설 건물의 폐쇄성과 시설의 지리적인 고립이 관찰되었다. 안전 사고 등을 예방하기 위하여 안에서는 출입문을 열 수 없는 시스템이었으며, 거실과 연결된 테라스의 문도 10cm 정도만 열리도록 되어 있었다. 사고 방지 등의 불가피한 점이 인정되지만, 서비스 공급자의 편의가 우선되어 개인의 자유가 제한된다고 할 수 있다. 또한, 기관 바깥으로 외출이 거동이 가능한 경우에도 한 달에 한번 정도밖에 가능하지 않고 보호자나 직원의 동행이 있어야만 하는 점 등이 관찰되었다.

신체의 자유권은 강제 노동이나 강제 격리에 해당하는 항목으로 분류되어 있으나, 해당하는 내용은 없었다. 다만, “이전에 생긴 욕창 부위가 가려워 자꾸 긁으셔서 사지 전체를 결박”한 사례가 있었다. 결박은 서비스 공급자의 편의적인 방법으로 판단되며, 적절한 의료서비스를 제공하는 것이 보다 노인의 인권을 고려한 해결책이라고 판단된

21) 정경희 등. 무료 및 실비 노인요양시설에서의 인권실태 사례조사. 2002. 국가인권위원회

다.

경제적 활동에 대한 자유권은 무료시설 이용 노인들의 정부 보조금을 개인이 사용하지 못하는 내용이 있었다.

자유권에 관한 관찰 내용 중 관심이 필요한 부분은 다음의 표와 같다.

표 19. 자유권 : 신체의 자유권 & 경제적 활동의 자유권

분 류	사 례
시설 내 폐쇄성 (8건)	# 산책도 제한 (거동이 자유로운 소수의 할머니들을 위한 아침 산책, 한 달에 한번 차량을 통해 시내에 나가는 것 전부임) # 출입문은 안에서는 문을 열 수 없는 시스템이었음/거실과 연결된 테라스의 문도 안전사고를 방지하기 위해 10cm 정도만 열리도록 되어 있음 # 불가피한 통제 등으로 인해 개인의 자유가 제한됨
시설의 지리적 위치 (5건)	# 나가지 못하게 하는 것이 불편해, 보호자가 있어야만 나갈 수가 있어서 불편해 # 자신이 원할 때 직원과 함께 외출 가능, 거동할 수 없는 분들 경우에는 밖에 나갈 방법이 없음. 이러한 것 이외에 밖에 산책 나가는 일은 없다고 함
사지 결박	# 이전에 생긴 욕창 부위가 가려워 자꾸 긁으셔서 사지 전체를 결박
의견수렴	# 다 들어주는 것은 아니지만 되도록 도와주는 편임
동의를 기초한 수입사용	# 저소득층에게 주는 보조금을 시설에서 단체로 마당가에 구경 가는 것과 외식하는 것에 쓰므로 개인사용 통제함 (개인적으로 사용하고 싶어 하심)

나. 생존권

생존권은 인간다운 생활을 할 권리, 정서적인 지원, 방임과 자기 방임의 하위 영역으로 나뉜다. 각 하위영역별 항목에 대한 노인들의 사례는 다음과 같다.

1) 인간다운 생활을 할 권리

점심과 저녁 식사 수발을 하면서 찬이나 간식이 부실하다는 의견과 밥의 양이 적

고, 질도 좋지 않아 보인다는 의견도 있었다. 실비를 내시는 분은 반찬이 하나 더 추가 된다는 것을 미루어 수급자 노인과 실비 노인이 식사에서 차별 대우를 받는 것을 알 수 있다.

식사 수발 인력의 태도에 대한 의견도 많았는데, 의사표현이 어려운 분들이나, 기 능상태가 좋지 않는 분들께 식사수발 하는 것이 무척 어려운 일이라 짐작된다. 그러나 이 어려운 일을 노인들에게 맞춤으로 잘 하는 것이 요양서비스이므로, 이에 대한 관심 과 배려가 필요하다.

표 20. 생존권 1 : 인간다운 생활을 할 권리 1.

분 류	사 례
식사 서비스의 질 (8건)	# 식사 부실 (실비를 내시는 분은 반찬 하나 추가) # 식사에 대한 질문에 마지못해 먹고 있다 # 식사량이 부족하고 간식도 종류와 양이 부족하다
	# 주로 죽 제공 (치아상태), 씹는 것을 먹고 싶다고 함 (2건)
수발 인력부족	# 한분씩 식사를 도와줄 인원 부족
수발 인력행태 (6건)	# 식사수발을 너무 오래 들다가는 점심시간 지나기 전에 못 끝남을 강조 한 직원 # 아직 식사가 끝나지 않았는데 아무 말도 없이 식판을 치운다거나 하는 행동을 함 # 복지사의 편의 위주로 너무 급하게 진행시키고 할머니들이 잘 드시는 지 고려 안함
취침 시간	# 저녁 식사 후에 모두 일괄적으로 주무시는데 어떻게 이럴 수 있는지 이 해가 안 됨

의복은 깨끗하게 빨아져 있는 옷과 속옷으로 갈아 입혀 주고 있다. 속옷 이외의 겉 옷들은 거동이 불편한 경우 구입이 힘들며, 자식들이 주로 가져다준다.

목욕 수발의 경우, 보호사들이 여성이 대부분이라 어려움이 많은 것으로 보고하고 있다. 보호사들의 복지도 고려해야 될 것 같다. 3일에 한번 목욕을 하고, 샤워용 침대 도 사용되고, 골절 부분을 많이 신경 쓰는 점 등은 긍정적이었다.

욕창이 있는 노인들이 샤워 타월 등을 같이 쓰는 것은 감염 문제 등이 우려된다.

노인들이 대부분의 시간을 TV 시청을 하거나 무료로 보내는 것으로 관찰되었다. 적절한 프로그램이 운영되는지, 프로그램을 운영하기 위한 충분한 인력이나 도구가 있는지 판단하기 어려웠다.

표 21. 생존권 1 : 인간다운 생활을 할 권리 2.

분 류	사 례
의복침구	의복 구입은 거동이 불편한 경우 힘들고, 자식들이 주로 갖다 줌
목욕	# 목욕 수발의 어려움 (2건) # 혼자 욕실 문 앞에서 옷을 입느라 끙끙대고 있는 할머니가 있었음 # 욕창이 있으신 분들의 샤워 타월을 같이 사용하는 것에 문제가 있을 것으로 보임 (감염문제)
상담	# 어디가 불편하시거나 궁금한 점이 있더라도 참고 계시는 경우가 종종 있음 (설사 말을 하더라도 자세한 설명이나 대답을 못 듣는 경우가 있음) # 노인네들이 알아들을 수 있게 천천히 설명해주고 얘기해주는 사람이 많이 없어서 제일 불편 했어 (충분한 설명 부족) # 워낙 많은 노인 상대, 하나하나 신경 쓰기가 힘들다는 건 이해하지만, 조금 더 얘기도 나누고 궁금한 것도 알기 쉽게 이해되도록 설명해 줬으면 좋겠음
프로그램 없음(13건)	# 프로그램이 없이, TV 시청만 하거나, 그냥 앉아있거나 누워서 시간을 보냄
프로그램 인력 부족 (3건)	# 고령이라 자주 피곤해 하시고, 초저녁에 취침하기 때문에 프로그램 운영 어려움 (사회복지사) # 가벼운 운동과 말동무가 필요하나 인력 부족
프로그램 활용도 낮음 (2건)	# 게임 도구들은 많은데, 아무도 관심이 없음 # 어르신들과 장난감을 가지고 하는 재활교육을 하며 보냈는데, 시설 내 물건의 활용도가 매우 낮음

인간다운 생활을 할 권리에서 적절한 의료서비스 영역을 살펴보면, 의료이용의 접근성에서 문제점이 있었다. 촉탁의사가 없어 의료서비스를 받기 위해서는 도심의 의료기관을 방문해야 하며, 평소 이용하던 의료기관에서 약을 타지 못하는 불편함을 호소하는 분들도 있었다. 야간의 경우 1명의 당직이 한 층을 담당하는 등, 응급상황 발생에 대한 적절한 대응 방안이 마련되어 있지 못하였다.

환자관리에서는 만성질환관리, 통증관리, 약물관리, 식이관리 등에서 문제점이 있었다. 기능회복을 위한 적절한 재활프로그램이 부족하였다. 재활을 위해 직접적인 보조 인력의 도움이 아니라 기구 등을 사용하는 편의적인 서비스가 제공되기도 하였다.

반면에 욕창이 생기지 않게 하기 위해 2시간마다 체위를 변경하고, 에어매트리스를 사용하고 있었으며, 골밀도가 낮은 것을 감안하여 안전에 심혈을 기울이고, 개인별로 혈압체크, 상태 기록 등은 잘 하고 있었다.

표 22. 생존권 1 : 인간다운 생활을 할 권리 3. - 적절한 의료서비스

분 류	사 례
의료 접근성 (11건)	# 의료기관 접근성이 떨어짐 (5건) # 환자들도 본인의 상태가 어떤지 잘 모름 - 자기가 평소 외래 방문하던 병원에 가지 못해 약을 타오지 못함 # 응급상황 대체 어려움 (5건) (야간에는 당직 복지사 한 명이 한 층을 돌봄)
환자 관리	# TPN환자 : acalculous Cholecystitis나 위장운동감소 위험성이 있어 장기적으로 L-튜브제거하고 식사를 보조하는 편이 바람직함
만성질환 관리 (2건)	# 당뇨병 앓고 계신 분이 많으셨는데, 혈당체크를 24일마다 한 번씩 함 (하루에 한두 번 정도 실시해야 함)
통증관리 (2건)	# 퇴행성 질환에 의한 통증으로 고통 받고 있으며 이로 인해 살아도 사는 낙이 없다고 호소하심 # 파킨스 병으로 인해 resting tremor가 심해 지속적인 통증 호소
약물관리 (4건)	# 고혈압이나 요실금, 또는 소변을 보지 못하는 환자의 경우에도 약물치료들이 필요한데도 약물투여가 적절히 되고 있지 않은 경우가 있음 # 식사 중에 약을 나누어주며 식사와 함께 드시게 하는데 약을 제대로 다 복용하는지 올바른 복용방법인지 등을 고려하지 않고 반찬속에 약을 넣어 그냥 함께 먹게 하는 등의 행동을 보임 # 어떤 약인지도 잘 모르고 먹을 때도 많고, 아파도 왜 아픈지 궁금해도 알 수가 없으니까, 답답하지. 기억력이 나빠져서 들어도 자꾸 잊어버리고 그래 # 당뇨병환자의 경우 경구혈당강하제는 환자 임의대로 먹는 경우가 많았고, 인슐린 주사도 환자 기분에 따라 놓는 경우가 있었음
식이관리 (2건)	# 당뇨환자의 상당수가 식이조절이 철저히 되고 있지 않음
재활 프로그램 부족 (3건)	# 환자분들의 기능회복을 위한 프로그램 부족 (인지기능 유지에 도움이 되는 달력이 없음) # 손만 내밀어 드려도 걸으실 수 있는 분들을 괜히 들어 올려 이동시키는 것을 주로 함 (직원들이 도와주기 위함인지, 답답함 때문인지) # 어르신들의 자발적 활동을 돕기 위한 활동이 보이지 않음. 일상생활능력의 회복이나 퇴소 이후의 자립생활을 할 수 있게 하기 위한 기능회복 훈련 시도가 아예 보이지 않음. 각각의 상태에 적합한 훈련, 재활 부족

정서적인 지원에서 할머니들끼리 큰 교류가 없어 보였다. 대부분의 할머니들이 노인성 난청이 심했으며, 노쇠한 기력으로 인해 목소리가 작아 할머니끼리 서로 대화가 가능한 경우는 얼마 되지 않았다.

할머니들은 “같은 방 쓰는 할머니들하고 친구지 뭐 다들 좋아, 가끔 싸우기도 하지만”, “그래도 같이 얘기하다보면 답답함이 좀 사라지지” 등으로 반응하였다.

노인들끼리 텃세 등이 있거나, 서로 다른 점에 대하여 불편함을 보이는 경우도 있었다. “다들 친한데, 가끔 새로 들어오는 사람이 있으면 기존에 있던 할머니들이 괴롭히고 하는 일이 있어” 등의 응답이 있었다.

정서적인 지원에서 가장 큰 문제점이 외로움이었다. 다음의 표는 노인들이 외로움을 표현하는 내용을 담고 있다.

마지막으로 방임에 대한 내용을 살펴보면, 인지기능상태에 따라 다른 대우를 하는 직원, 언어나 행동에서 무례함 등이 언급되었다.

다. 기타

문제점 중심으로 살펴보았으나, 실제로 노인요양서비스 현장에서 일하는 인력들의 노고를 인정할 많은 사례들이 보고되었다.

“변을 보셨는데 120kg이 넘는 체중이라 남자 3명이 달려들어 겨우 이동 목욕시켜 드리면서, 복지사 선생님은 그분이 오랫동안 변을 못 보셨다며 관장을 하셨고, 그러자 딱딱한 변이 계속 나왔다”, “꿀밀도가 낮은 것을 감안, 옮길 때 최대한 안전에 심혈을 기울임, 계속 누워계신 분께 특별히 신경 썼다”, “개개인별로 오전 오후에 상태를 기록하고 혈압을 체크했다.” 등 일손이 부족해서 여러 어르신들을 신경 쓰기 힘든 상황임에도 성의 있는 서비스를 하는 사례에 대한 보고가 있었다.

표 23. 생존권 2 : 정서적인 지원 - 외로움

<p>외로움이 가장 힘들 (3건) # tremor가 점점 심해져 생활이 힘들고 외로워서 빨리 죽고 싶음 # 삶의 의욕을 많이 상실하셔서 식사를 잘 안하시려고 하심</p>
<p># 대부분의 노인이 치매이심</p>
<p># 자신들은 버림받아 홀로 남겨져 쓸모없는 인간으로 되어 이곳에 왔다고 하심 : 자식들이 모시고 살진 않아도 한 달에 한번이라도 보러 왔으면 좋겠다고 하심</p>
<p># 몸만 불편할 뿐 정신이 온전하신 할아버지는 형편이 어려워 이곳에 당신을 남겨둔 자녀분들에 대한 서운한 감정 표현, 이야기 상대가 없어 쓸쓸 : 바깥사람에 대한 그리움 표현</p>
<p># 가족도 없이 홀로 누워 시간이 어떻게 가는지도 모르게 하루를 보내는 것이 전부임</p>
<p># 그저 우리 같은 사람들이 잠시 다녀가도 이렇게 와주고 그냥 바라보고 있는 것만으로도 고맙고 좋으며 반갑게 맞아주심 : 어려운 경제적 형편과 자신의 생활에 쫓겨 잘 찾아오지도 못하는 자식들로 인해 어느 정도의 우울함을 가지고 계심 , 자신의 처지에 대한 스스로의 비판도 강함</p>
<p># 계속 와줘서 고맙다 하시며 손을 꼭 잡고 놓지 않으시려하시고(이야기 나눌 상대가 많이 그리우셨구나 하는 생각)</p>
<p># 와줘서 고마워, 우리 같은 늙은이들은 말뚝이 없어서 그게 가장 힘들어/ 자식들 걱정 안 시키고 편안하게 살다가야지 : 처음엔 이런 곳에 오는 게 무섭고 가기 싫고 그랬는데, 지금은 오히려 편해, 밥도 잘 주고, 가족들한테도 걱정 안 끼치고, 항상 신경써주니 편하고 좋아 (실비부담)</p>
<p># 다시 와주기를 부탁</p>
<p># 외로움과 대화 상대의 필요성을 느낌/젊은 사람들이 온다는 사실만으로도 매우 반가워하시고 감사해 하심</p>
<p># 실습 나온 학생들이 옆에 있기를 원하시고, 다른 분들에게 이야기 걸고 가까이 오라는 듯 부르고 툭툭 건드리시는 모습을 보임 : 무미건조한 생활에서 다른 사람을 만나고 싶어 하고 자신에 대한 관심을 갈구하는 모습을 느낌/ 찾아와 줘서 몇 번이나 고맙다고 말씀. 이별을 아쉬워하심</p>
<p># 꼭 다시 오라고/ 가족이 보고 싶은데, 전화번호도 바뀌고 해서 누가 찾아 왔으면 좋겠음, 기분이 자주 가라 앉아 있고 딱히 즐거운 만한 일이 없음</p>
<p># 건강상태 엉망이야, 속도 아프지 관절도 아파서 걷지도 못하지, 속상하고 힘들고, 죽는 게 더 낫겠다고 생각할 때도 있지</p>
<p># 매일 침대에 누워 계셔서 답답함 - 갑자기 크게 우심/ 밖에 나오자마자 기분이 좋아짐</p>
<p># 삶에 대한 비판적인 분들이 많았고 더불어 우울증이 있는 할머니는 더 많았음. 사는 것이 재미없고 이제 죽고 싶은데, 죽지 않고 이렇게 몸의 고통을 느끼며 살아가는 것이 힘들</p>
<p># 이대로 여기 있다가 늙어 죽는 거지 뭐, 움직이는 것도 귀찮고/ 허리가 아파서 맥을 못추고 즐거운 일이 없어 : 근데 여기 안에 있으면 답답해 (가족들 왔다 가면 좀 덜 답답) /건강하게 자다가 죽는 게 제일 좋지 뭐 (거동만 불편하신 분)</p>

표 24. 생존권 3 : 방임

사 례
모자란 일손 때문이라는 핑계를 댈 수 없을 정도로 지나친 직원 편의 위주의 행동과 불친절함(심하게 과민해 보이는 몇몇 직원들이 있었음) : 아직 식사가 끝나지 않았는데 아무 말도 없이 식판을 치운다거나, 말도 못하고 대소변을 가리지 못하는 할머니가 뭔가를 바라고 일어나면 임의대로 화장실에 보내놓고는 할머니의 행동이 뜻대로 되지 않자 할머니에게 화를 낸다거나 하는 일 (가벼운 항의조차 하지 못함)
정신상태가 온전한 할머니에게는 친절하게 대하다가도 거동이 불편하고 말 못하는 할머니에게는 불친절하다 못해 험악하기까지 한 직원이 있었음
노인분들에게 도움을 주는 역할을 하는 복지사(보호사)분들의 자질을 의심케 하는 몇몇 상황도 있었음 : 시설 만족도 조사에서 공단 직원과의 인터뷰에서도 대화에 문제가 있는 할머니의 대답은 직원이 임의로 대답해 버림
가끔 매너리즘에 빠진 그들의 모습을 볼 수 있었지만 대부분 사회복지사나 자원봉사자들도 노인분들께 친절하며 좋은 유대관계를 유지하고 있는 듯 보임
친절한 편이나 바쁘고 일이 많으니까 가끔 거칠어도 이해한다. 하루 일과 중 일일이 모든 노인에 대한 충분한 관심을 쏟기에는 인력 상으로 시간이 부족함

라. 노인요양서비스의 인권 현황 소결

노인요양서비스의 인권 현황은 일개 대학의 지역사회 실습을 통해서 살펴 본 것이다. 여러 가지 제한점이 있지만, 9시간 동안 일대일로 노인들과 생활하면서 관찰할 결과에 대한 보고를 요약 정리한 것으로 시설 노인들의 생활을 이해하는 중요한 자료가 될 수 있다.

다음의 5가지가 이 단락을 통해서 노출된 중요한 과제다. 단면연구의 성격으로 진행되었기 때문에 해결해야 될 과제들이 더 많이 있을 수 있겠지만, 다음 연구에서 이 5가지를 포함하여 과제해결의 첫걸음을 시작할 수 있을 것으로 판단된다.

첫째, 노인들이 건물 안의 닫힌 공간에서 생활하는 점, 도움의 수준이 넘치는 서비스, 수급자에게 지불되는 보조금의 관리 등이 노인요양서비스를 관리하는 입장에서 편의적인 방법을 택한 것으로 판단된다. 서비스 인력과 예산의 부족 등을 그 이유로 들 수 있겠지만, 자립적이고 자주적인 일상을 보낼 수 있도록 관심을 기울이는 것이 필요하다.

둘째, 실제로 신체 결박이나 셋째, 보조금 공동관리 등은 충분히 인권 침해 사유가 될 것으로 판단된다.

넷째, 욕창이 있는 노인들의 감염 관리와 의료서비스의 통증관리, 약물관리, 그리고 식이관리 등에서 전문적인 지침이 필요할 것으로 판단된다. 요양서비스의 인력기준이 실제로 사회복지서비스의 관점에서 관리운영 되어 왔으며, 새로운 노인장기요양보험제도에서 “요양”서비스에 준하는 보건의료 인력이 강화될 예정이 없다. 그러므로 새로운 제도에서도 여전히 답습이 될 가능성이 높다.

다섯째, 서비스를 이용하는 노인뿐 만이 아니라 서비스를 공급하는 보호사와 다른 인력들이 모두 여성이어서, 물리적인 힘이 필요한 노인들의 수발에 어려움이 많을 것이라고 관찰된 경우가 많이 보고되었다.

차츰 노인요양서비스에 대한 인식과 환경이 긍정적인 방향으로 변화하고 있지만, 앞으로 노인에 대한 이해와 요양서비스에 대한 표준적인 지침이 필요하다. 이 때 간과되기 쉬운 인권 침해 사례를 포함하고, 사항에 따라 인권 침해가 명백한 행위를 금지하는 등의 노력이 필요할 것이다.

2. 인권 감수성

가. 인권감수성 수준 비교

1) 노인서비스 제공인력의 사회 인구학적 특성별 인권감수성 수준 비교

노인서비스 현장에서 직접 서비스를 제공하는 인력 중 이번 설문조사에 참여한 대상자는 총 278명이었다. 그 중 남자는 49명(17.9%), 여자는 225명(82.1%)로 여자가 더 많았다. 연령적으로는 40대가 99명(35.9%)으로 가장 많았으며, 요양시설의 생활지도원이 140명(50.4%)으로 가장 많았다. 교육수준은 대졸이상이 145명(52.7%)으로 다수를 차지하였다. 근무년수는 1년 이상 3년 미만이 96명(35.7%)으로 가장 많았다. 대상자 중 148명(53.6%)이 인권교육을 받은 적이 있었다. 208명(75.4%)이 요양시설에 근무하고 있었다(표 21).

노인서비스 제공인력 중 교육수준이 높을수록 인권감수성 지수가 유의하게 높았다($p < 0.001$). 중졸이하의 인권감수성 지수는 평균 28.3점이었으나, 고졸은 30.7점, 대졸 이상은 40.0점으로 대졸이상의 인권감수성 지수가 가장 높았다. 인권교육을 받은 적이 있는 대상자의 인권감수성이 37.9점, 받은 적이 없는 대상자의 인권감수성이 32.4점으로 인권교육을 받은 적이 있는 대상자의 인권감수성이 더 높았다($p = 0.008$).

여자에 비해 남자의 인권감수성 지수가 경계유의하게 높았으며($p = 0.070$), 업무에서는 사회복지사가 41.6점으로 가장 높았고, 다음이 간호사/치료사/의사 등의 의료인이 40.6점으로 높았으며, 가정봉사원/요양보호사의 인권감수성이 33.3점으로 가장 낮았다. 업무별 인권감수성의 차이는 통계적으로 경계 유의하였다($p = 0.087$). 연령별로는 20대가 37.9점으로 인권감수성이 가장 높았고, 50대 이상이 30.2점으로 가장 낮았다($p = 0.0094$).

근무년수별로 인권감수성의 차이는 나타나지 않았으며, 요양시설과 재가서비스기관 종사자간의 인권감수성의 차이는 보이지 않았다.

표 25. 노인서비스 제공인력의 사회 인구학적 특성별 인권감수성 점수

항 목	빈도	구성비(%)	인권감수성 지수		
			평균	표준편차	p-value
성별					
남	49	17.9	39.3	18.6	0.070
여	225	82.1	34.5	16.3	
연령					
20대	56	20.3	37.9	16.2	0.094
30대	69	25.0	36.6	16.0	
40대	99	35.9	35.2	18.1	
50대 이상	52	18.8	30.2	15.4	
직업					
생활지도원	140	50.4	33.6	16.9	0.087
가정봉사원/요양보호사	40	14.4	33.3	15.5	
사회복지사	27	9.7	41.6	17.8	
간호사/치료사/의사	26	9.4	40.6	18.2	
기타	45	16.2	36.0	17.2	
교육수준					
중졸 이하	28	10.2	28.3	16.2	<0.001
고졸	102	37.1	30.7	14.9	
대졸 이상	145	52.7	40.0	17.5	
근무년수					
1년 미만	42	15.6	33.0	13.7	0.546
1년 ~ 3년	96	35.7	37.2	17.0	
3년 ~ 5년	80	29.7	34.5	16.9	
5년 이상	51	19.0	35.7	20.5	
인권교육					
있음	148	53.6	37.9	17.7	0.008
없음	128	46.4	32.4	16.1	
근무시설					
요양시설	208	75.4	35.8	17.2	0.512
재가서비스	68	24.6	34.2	16.7	

대상자의 수는 278명이나, 각각 항목에서 무 응답자는 빼고 분석하였음.

2) 노인서비스 제공인력의 사회 인구학적 특성별 인권사례별 인권 감수성 수준 비교

황판사의 고민과 의사의 고민 사례에서는 남자가 여자에 비해 유의하게 인권감수성이 높았으며, 가족회의 사례에서도 남자가 여자에 비해 경계유의하게 인권감수성이 높았다. 하지만 감원대상 사례에서는 통계적으로 유의하지는 않았지만 여자가 남자보다 인권감수성이 더 높았다.

연령별로는 진료자 명단 사례에서 20대가 인권감수성이 가장 높고, 50대 이상이 가장 낮았으며 통계적으로 유의하게 차이가 있었으나, 다른 사례에서는 연령별로 큰 차이가 없었다.

직업별로는 진료자 명단과 황판사의 고민 사례에서 사회복지사가 가장 인권감수성이 높았고, 가정봉사원이 가장 인권감수성이 낮았으며, 직업별로 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 한편 가족회의 사례에서는 가정봉사원이 가장 인권감수성이 높았으며, 생활지도원이 가장 인권감수성이 낮았으며, 직업별로 통계적으로 경계유의한 차이가 있었다.

교육수준별로는 감원대상, 의사의 고민, 진료자 명단, 황판사의 고민 사례에서 모두 중졸이하나 고졸에 비해 대졸 이상의 대상자들이 인권감수성이 높았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 가족회의와 장애인학교 사례에서는 교육수준에 따른 인권감수성 차이는 없었다.

근무연수에서는 황판사의 고민사례에서 근무연수별로 통계적으로 경계유의한 차이가 있었으나, 다른 사례에서는 인권감수성에 차이가 없었다.

인권교육을 받은 사람이 받지 않은 사람에 비해 장애인 학교 사례에서 통계적으로 유의하게 인권감수성이 높았으며, 감원대상과 진료자 명단 사례에서도 경계유의하게 인권감수성이 높았다.

근무시설별 인권감수성에서 차이가 있는 사례는 진료자 명단 사례였으며, 요양시설 근무인력이 재가서비스 인력에 비해 인권감수성이 높았다. 다른 사례에서는 근무시설별로 인권감수성에서 차이를 보이지는 않았다.

표 26. 노인서비스 제공인력의 사회 인구학적 특성별, 인권 사례별 인권감수성 수준 비교

항 목	가족회의		장애인학교		감원대상		의사의 고민		진료자 명단		황판사의 고민		
	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	
성별	남	8.5	0.068	9.5	0.289	3.2	0.190	5.8	0.001	5.8	0.918	6.6	0.001
	여	6.9		10.3		4.2		3.3		5.8		3.9	
연령	20대	7.9	0.515	9.1	0.265	5.0	0.398	4.2	0.497	7.1	0.001	4.5	0.123
	30대	7.5		10.6		3.9		3.8		6.1		4.6	
	40대	6.6		10.2		3.7		3.8		6.1		4.7	
	50대 이상	6.9		10.8		3.7		2.9		3.2		2.8	
직업													
	생활지도원	6.4	0.060	9.9	0.722	3.7	0.619	3.5	0.157	6.1	0.031	4.0	0.015
가정봉사원/요양보호사													
	사회복지사	6.9		10.1		4.9		5.9		7.3		6.5	
간호사/치료사/의사													
	기타	7.8		11.4		5.1		3.8		7.3		5.2	
교육수준													
		7.8		10.2		4.1		3.7		5.1		5.1	

항 목	가족회의		장애인학교		감원대상		의사의 고민		진료자 명단		황판사의 고민	
	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value	평균	p-value
증출 이하 고졸	7.6	0.453	9.9	0.875	2.9	0.014	2.1	<0.001	3.0	0.001	2.7	<0.001
	6.7		10.2		3.2		2.8		5.0		3.0	
	7.5		10.4		4.9		4.8		6.9		5.6	
근무년수												
	7.6	0.903	10.4	0.361	3.0	0.528	3.3	0.423	5.5	0.305	3.2	0.078
	7.3		9.7		4.3		4.0		6.7		5.2	
	7.1		11.0		4.1		3.3		5.4		3.7	
인권교육	6.8		10.1		4.4		4.5		5.2		4.7	
	7.5	0.408	10.9	0.012	4.6	0.050	4.1	0.136	6.4	0.064	4.4	0.749
근무시설	6.9		9.4		3.4		3.3		5.2		4.2	
	7.0	0.246	10.2	0.888	4.1	0.673	3.7	0.968	6.2	0.096	4.6	0.177
채가서비스	7.9		10.3		3.8		3.7		4.9		3.6	

3) 대상자 종별 인권사례별 인권감수성 수준 비교

노인서비스 제공인력, 노인장기요양보험 관련 전문가, 건강보험공단 인력으로 구분되는 대상자 종별 인권사례별 인권감수성 수준을 비교해 보았다.

노인에게 직접 서비스를 제공하는 인력의 인권감수성점수는 35.4점, 건강보험공단 인력의 점수는 41.2점, 전문가 집단의 점수는 65.0점으로 전문가 집단의 점수가 가장 높았다.

6개 사례 전체에서 노인장기요양보험 관련 전문가들의 인권감수성 점수가 노인서비스 제공 인력이나 건강보험공단 인력에 비해 훨씬 높았으며, 이는 통계적으로 유의하였다. 의사의 고민 사례만 제외하면 다른 사례에서는 노인서비스 제공 인력의 인권감수성 점수보다 건강보험공단의 인권감수성 점수가 더 높았다. 특히 진료자 명단과 관련된 인권감수성 점수는 건강보험공단 인력이 노인서비스 제공 인력보다 유의하게 높았다.

본 조사에 이용된 6개의 사례 중 의사의 고민이 가장 인권감수성 점수가 낮았으며, 대상자 종별 내에서도 의사의 고민이 가장 점수가 낮았다. 인권감수성 점수가 가장 높은 사례는 장애인 학교의 사례였으며, 역시 대상자 종별 내에서도 가장 점수가 높은 사례였다.

노인서비스 제공인력에서는 가족회의 사례가 인권감수성 점수가 장애인 학교에 이어 두 번째로 높았고, 감원대상 사례가 인권감수성 점수가 의사의 고민에 이어 두 번째로 감수성 점수가 낮았다. 건강보험공단 인력에서는 진료자 명단에 대한 인권감수성점수가 두 번째로 높았고, 감원대상 사례가 두 번째로 점수가 낮았다. 전문가 집단에서는 가족회의사례가 감수성 점수가 두 번째로 높았고, 황판사의 고민사례가 감수성이 두 번째로 낮았다.

표 27. 대상자 종별 인권사례별 인권감수성 점수 비교

	전체* 대상자 종별 가중치 평균	전체 N = 349		노인서비스 인력 N = 278		건강보험공단 N=53		전문가 N=18		p-value
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
가족 회의	8.8	7.5	5.5	7.2	5.5	7.6	5.3	11.7	4.3	0.003
장애인 학교	11.9	10.6	4.7	10.2	4.9	11.7	3.8	13.9	2.1	0.001
감원 대상	6.5	4.5	5.3	4.0	5.0	4.5	5.3	10.9	5.2	<0.001
의사의 고민	5.0	3.9	5.0	3.7	4.7	3.5	5.3	7.7	6.9	0.004
진료자 명단	8.4	6.5	5.8	5.8	5.5	8.7	6.0	10.8	6.2	<0.001
황판사의 고민	6.5	4.7	5.3	4.3	5.0	5.1	5.4	9.9	6.2	<0.001
합계	47.2	37.8	19.1	35.4	17.1	41.2	20.0	65.0	23.5	<0.001

* 가중치 평균은 노인서비스 인력과 건강보험공단인력, 전문가 집단의 수가 동일하다고 가정하고 계산함.

각각의 인권사례들에 대하여 상황지각과 결과지각, 책임지각별로 대상자 종별로 인권감수성 점수를 살펴보았다.

인권사례들을 상황지각, 결과지각, 책임지각별로 나누었을 때 6개 사례 전체, 18개 지각 모두에서 전문가들의 인권감수성 점수가 가장 높았다. 대상자 종별 인권감수성 점수를 비교하였을 때 사례 내 상황지각, 결과지각, 책임지각이 모두에서 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것은 감원 대상, 진료자 명단과 황판사의 고민 사례였다.

각각의 사례에서 상황지각, 결과지각, 책임지각의 점수를 보았을 때, 감원대상과 진료자 명단 사례에서 3가지 지각의 점수가 큰 차이가 없이 비슷하였다. 가족회의와 황판사의 고민사례에서는 상황지각 점수가 가장 낮았으며, 의사의 고민에서는 책임지각 점수가 가장 높았다.

표 28. 대상자별 인권사례의 세부 지각별 인권감수성 점수 비교

인권감수성 영역	전체 N = 349		노인서비스 인력 N = 278		건강보험공단 N=53		전문가 N=18		p-value
	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
가족 회의									
상황지각	2.0	2.2	1.9	2.2	1.9	2.2	3.6	2.0	0.007
결과지각	2.7	2.3	2.6	2.3	2.8	2.3	3.8	1.8	0.094
책임지각	2.8	2.2	2.7	2.2	2.9	2.1	4.3	1.2	0.013
장애인 학교									
상황지각	3.7	2.0	3.6	2.0	3.7	1.9	4.6	1.2	0.134
결과지각	3.6	1.9	3.4	2.1	4.5	1.0	4.8	0.4	<0.001
책임지각	3.3	2.0	3.2	2.1	3.5	1.9	4.6	1.2	0.022
감원 대상									
상황지각	1.4	2.2	1.3	2.1	1.1	2.0	3.6	2.3	<0.001
결과지각	1.6	2.2	1.4	2.2	1.6	2.2	3.8	2.1	<0.001
책임지각	1.5	2.1	1.3	2.1	1.8	2.2	3.5	1.7	<0.001
의사의 고민									
상황지각	1.1	2.0	1.1	2.0	1.0	1.9	2.7	2.5	0.002
결과지각	1.0	1.9	0.9	1.9	1.0	1.9	2.0	2.3	0.078
책임지각	1.8	2.3	1.8	2.3	1.6	2.2	3.0	2.5	0.064
진료자 명단									
상황지각	2.1	2.4	1.9	2.3	2.7	2.4	3.5	2.3	0.001
결과지각	2.2	2.3	1.9	2.3	2.9	2.3	3.8	2.1	<0.001
책임지각	2.3	2.3	2.0	2.3	3.0	2.2	3.5	2.3	0.001
황판사의 고민									
상황지각	1.2	2.0	1.0	1.9	1.2	2.1	2.9	2.4	0.001
결과지각	1.8	2.2	1.6	2.2	2.2	2.3	3.6	2.1	<0.001
책임지각	1.8	2.2	1.7	2.2	1.7	2.2	3.4	2.2	0.007

나. 인권감수성에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석

1) 인권감수성 총점수에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석

여러 사회·경제·인구학적 특성, 직업 특성, 인권교육, 직종 등의 변수들에서 각각의 변수들이 인권감수성 점수에 미치는 영향을 통제된 상태에서 개별 변수들이 인권감수성에 얼마나 영향을 주는지 살펴보기 위해 다중회귀분석을 시행하였다.

노인서비스 제공인력에 대한 분석에서 통계적으로 유의하게 인권감수성 점수에 영향을 주는 변수는 교육수준변수와 인권교육 변수였다. 대졸 이상자에 비해 고졸 대상자는 인권감수성 점수가 8.3점, 중졸이하는 10.4점 낮았으며, 통계적으로 유의한 차이가 있었다. 인권교육을 받지 못한 대상자에 비해 인권교육을 받은 적이 있는 대상자의 인권감수성점수가 5.4점 더 높았으며, 통계적으로 유의하였다. 직업별로 보았을 때 생활지도원에 비해 사회복지사의 인권감수성 점수가 7.6점 높았으며, 경계 유의하였다. 단변량 변수 분석에서 인권감수성 점수에 경계유의하게 영향을 미쳤던 성별과 연령은 다른 변수들을 통제한 결과 유의한 차이를 보이지는 않았다. 요양시설과 재가서비스 시설 근무자간 인권감수성 점수는 다중회귀분석에서도 차이가 없었다.

노인서비스 제공인력 중 인권교육을 받은 적이 있는 대상자들에서 인권교육 횟수가 많을수록 인권감수성 점수가 높은지 살펴보고자 하였다. 인권교육을 받은 적이 있는 노인서비스 제공인력 내에서는 교육수준과 직업이 통계적으로 유의하게 인권감수성 점수에 영향을 미쳤다. 대졸이상에 비해 고졸은 8.9점, 중졸은 12.4점 인권감수성 점수가 낮았으며, 생활지도원에 비해 가정봉사원/요양보호사는 17.6점, 사회복지사는 16.3점 인권감수성 점수가 높았으며 통계적으로 유의하였다. 인권교육을 받은 인력 내에서는 연령도 통계적으로 경계 유의한 관련성을 보였는데, 20대에 비해 30대는 8.9점, 40대는 5.6점, 50대 이상은 11.4점 인권감수성 점수가 낮았으며, 이중 30대와 50대 이상은 경계 유의하였다. 인권교육을 받은 횟수는 인권감수성 점수와는 유의한 관련성이 없었다.

노인서비스 제공 인력에 건강보험공단 인력과 전문가들을 포함시켜 분석한 경우에도 교육수준과 인권교육 여부가 통계적으로 유의하게 인권감수성 점수에 영향을 주는 것으로 나타났다. 전문가 집단은 여러 변수들을 통제한 후에도 노인서비스 제공인력이나 건강보험공단 인력에 비해 25점 이상 인권감수성 점수가 높았다.

각 회귀분석의 설명력은 노인서비스 제공인력만을 대상으로 한 회귀분석은 13.3%, 인권교육을 받은 노인서비스 제공인력을 대상으로 한 분석은 21.8%, 전체 대상자에

대한 분석은 21.5%였다.

표 29. 인권감수성 점수 총점에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석

변수명/항목	노인서비스인력		인권교육 유경험자**		전체 대상자	
	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value
성별						
남자*						
여자	-1.3	0.645	0.7	0.871	2.9	0.244
연령						
20대*						
30대	-2.3	0.464	-8.9	0.066	-1.3	0.692
40대	0.0	0.996	-5.6	0.284	-2.0	0.530
50대 이상	-2.3	0.581	-11.4	0.098	-5.4	0.196
직업						
생활지도원*						
요양보호사	7.6	0.112	17.6	0.047	4.2	0.261
사회복지사	7.6	0.057	16.3	0.022	6.8	0.096
간호사/치료사/의사	4.8	0.199	-2.7	0.675	4.3	0.276
기타	2.6	0.389	5.8	0.149	3.6	0.252
교육수준						
중졸 이하	-10.4	0.018	-12.4	0.065	-9.1	0.048
고졸	-8.3	0.003	-8.9	0.026	-7.7	0.007
대졸 이상*						
근무년수						
1년 미만*						
1년 ~ 3년	2.2	0.480	5.9	0.253	3.1	0.341
3년 ~ 5년	1.9	0.574	7.7	0.151	4.6	0.179
5년 이상	-0.5	0.896	3.9	0.528	-0.1	0.981
근무시설						
요양시설*						
재가서비스	-3.1	0.366	-0.9	0.880		
인권교육						
받은 적 없음*						
받은 적 있음	5.4	0.014			4.3	0.031
인권교육 횟수						
받은 횟수			0.6	0.529		
직종 구분						
노인서비스인력*						
건강보험공단					1.8	0.670
전문가					26.9	<0.001

변수명/항목	노인서비스인력		인권교육 유경험자**		전체 대상자	
	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value	회귀계수	p-value
R-Square	13.3		21.8		21.5	
Adj. R-Square	7.9		11.0		17.5	

* 레퍼런스 그룹

** 노인서비스 인력 중 인권교육 받은 적 있는 대상자

2) 노인서비스 제공인력에서 인권사례별 인권감수성 점수에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석

노인서비스 제공 인력에서 각 인권감수성 사례별로 인권감수성 점수에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위하여 다중회귀분석을 시행하였다. 가족회의 사례에서는 생활지도원에 비해 가정봉사원/요양보호사가 인권감수성 점수가 4.5점 높았으며 통계적으로 유의하였다. 남자에 비해서 여자에서 인권감수성 점수가 1.7점 낮았으며, 경계 유의하였고, 연령별에서도 20대에 비해 40대와 50대 이상에서 인권감수성 점수가 경계 유의하게 낮았다. 다른 분석에서 유의한 결과를 보이는 교육수준은 인권감수성 점수에 유의한 영향을 보이지 않았다. 한편 인권교육을 받지 않은 인력에 비해 받은 적이 있는 인력이 0.7점 인권감수성 점수가 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

장애인학교 사례에서는 인권교육을 받은 적이 있는 인력이 인권감수성 점수가 1.6점 높았고 통계적으로 유의하였다. 50대에서 20대보다 인권감수성 점수가 2.1점 높았으나 유의하지는 않았다($p=0.101$).

감원대상 사례에서는 대졸 이상에 비해 고졸은 2.1점($p=0.011$), 중졸이하는 2.5점($p=0.060$) 인권감수성 점수가 낮았다. 연령에서도 20대에 비해 30대는 1.6점($p=0.087$), 40대는 1.6점($p=0.104$), 50대 이상은 1.1점($p=0.401$)이 낮았다. 생활지도원에 비해 가정봉사원이 인권감수성 점수가 2.3점($p=0.108$) 높았다. 인권교육을 받은 적이 있는 인력이 없는 인력에 비해 점수가 1.1점 높았고, 경계 유의하였다($p=0.087$). 감원대상 사례에서 성별은 단변량 분석에서는 남녀 간 감수성점수에 차이가 없었지만, 여기 다중회귀분석에서는 여자의 인권감수성이 남자에 비해 2.0점 높았으며, 다른 변수들을 통제 한 경우에도 통계적으로 유의하였다($p=0.023$).

의사의 고민 사례에서는 여자는 남자에 비해 인권감수성 점수가 2.1점 낮았으며 통계적으로 유의하였다. 연령은 인권감수성 점수에 별영향이 없었고, 사회복지사가 생활지도원에 비해 인권감수성 점수가 1.8점 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다($p=0.110$). 대졸 이상에 비해 중졸이하와 고졸은 인권감수성 점수가 낮았으며, 경계 유

의하다. 인권교육을 받은 경우 점수가 0.9점 높았으나 통계적으로 유의하지 않았다.

진료자 명단 사례에서는 대졸이상에 비해 중졸이하가 인권감수성 점수가 2.7점 낮았으며, 인권교육을 받은 경우 점수가 1.0점 높았으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

황판사의 고민 사례에서 남자에 비해 여자가 인권감수성점수가 1.8점 낮았고, 통계적으로 유의하였다. 20대에 비해 40대에서 인권감수성 점수가 1.9점 유의하게 높았으며, 사회복지사가 생활지도원에 비해 2.1점 감수성 점수가 높았다($p=0.079$). 대졸 이상에 비해 고졸자가 유의하게 감수성 점수가 낮았다. 인권교육여부는 통계적으로 유의한 관련성이 없었다.

3) 전체 대상자에서 인권사례별 인권감수성 점수에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석

노인서비스 제공인력, 노인장기요양보험 관련 전문가, 건강보험공단 인력을 모두 포함하여 인권사례별로 인권감수성 점수에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석을 시행하였다.

노인서비스 제공인력, 노인장기요양보험 관련 전문가, 건강보험공단 인력을 모두 포함하여 분석하였을 때, 전문가 집단이 모든 사례에서 유의하게 감수성 점수가 높았으며, 다른 요인의 결과는 노인서비스 제공인력만을 분석했을 때 회귀계수와 유의수준(p -value) 값에 약간의 출입이 있을 뿐 큰 변화는 없었다.

표 30. 노인서비스 제공인력에서 인권사례별 인권감수성에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석

변수명	항목	가족회의		장애인학교		감원대상		의사의 고민		진료자명단		환판사의 고민	
		회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value
성별	남자*												
	여자	-1.7	0.080	1.1	0.211	2.0	0.023	-2.1	0.014	1.1	0.254	-1.8	0.042
연령	20대*												
	30대	-0.8	0.447	1.1	0.242	-1.6	0.087	-0.6	0.503	-0.7	0.519	0.3	0.752
	40대	-2.0	0.060	1.0	0.284	-1.6	0.104	0.5	0.559	0.1	0.910	1.9	0.045
직업	50대이상	-2.4	0.084	2.1	0.101	-1.1	0.401	-0.1	0.963	-1.6	0.238	0.8	0.516
	생활지도원*												
	가정봉사원/ 요양보호사	4.5	0.005	0.9	0.545	2.3	0.108	1.0	0.460	-0.9	0.587	-0.2	0.867
	사회복지사	0.6	0.655	0.2	0.844	1.2	0.303	1.8	0.110	1.6	0.224	2.1	0.079
	간호사/치료 사/의사	1.6	0.208	1.3	0.256	0.6	0.612	-0.1	0.932	0.7	0.562	0.8	0.489
교육수준	기타	1.6	0.118	0.4	0.665	0.9	0.344	-0.2	0.791	-0.7	0.498	0.7	0.447
	중졸 이하	0.8	0.584	-1.8	0.165	-2.5	0.060	-2.1	0.093	-2.7	0.060	-2.0	0.124

변수명	항목	가족회의		장애인학교		감원대상		의사의 고민		진료자명단		환판사의 고민	
		회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value
	고졸	-0.3	0.752	-1.2	0.145	-2.1	0.011	-1.5	0.058	-1.4	0.136	-1.8	0.025
	대졸 이상*												
근무년수	1년 미만*												
	1년 ~ 3년	-0.1	0.888	-1.0	0.270	0.7	0.429	0.3	0.768	0.8	0.415	1.5	0.103
	3년 ~ 5년	0.3	0.775	0.2	0.881	1.5	0.140	-0.1	0.939	0.0	0.987	0.0	0.984
	5년 이상	-0.4	0.751	-1.2	0.282	1.2	0.272	0.5	0.656	-0.7	0.562	0.1	0.919
근무시설	요양시설*												
	제가서비스	-1.3	0.266	-0.1	0.903	-0.9	0.395	0.0	0.988	-0.3	0.790	-0.5	0.620
인권교육	받은적 없음*												
	받은적 있음	0.7	0.332	1.6	0.013	1.1	0.087	0.9	0.135	1.0	0.178	0.0	0.955
	R-Square	8.0		6.8		9.5		10.0		10.7		12.5	
	Adj. R-Square	2.3		1.1		3.9		4.5		5.2		7.1	

* 레퍼런스 그룹

표 31 . 전체 대상자에서 인권사례별 인권감수성에 영향을 미치는 요인들에 대한 다중회귀분석

변수명	항목	가족회의		장애인학교		감원대상		의사의 고민		진료자 명단		황판사의 고민	
		회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value
성별	남자*												
	여자	-1.2	0.104	0.7	0.289	2.9	0.000	-0.5	0.472	1.1	0.151	-0.1	0.885
연령	20대*												
	30대	-0.7	0.489	0.8	0.374	-1.5	0.093	0.1	0.869	-0.6	0.537	0.6	0.492
	40대	-2.1	0.031	1.2	0.159	-1.5	0.096	-0.1	0.906	-0.2	0.862	0.7	0.451
	50대 이상	-2.9	0.024	1.9	0.089	-1.3	0.266	-0.6	0.615	-2.1	0.114	-0.4	0.754
직업	생활지도원*												
	요양보호사	3.3	0.005	0.6	0.550	1.3	0.220	1.0	0.351	-1.3	0.292	-0.7	0.554
	사회복지사	0.3	0.831	0.3	0.800	1.0	0.362	1.8	0.128	1.6	0.204	1.8	0.135
	간호사/치료사/의사	1.5	0.220	1.3	0.212	0.3	0.757	-0.3	0.823	0.8	0.503	0.6	0.616
교육수준	기타	1.6	0.096	0.4	0.674	1.1	0.233	0.2	0.865	-0.5	0.594	1.0	0.294
	중졸 이하	1.1	0.431	-1.7	0.162	-2.6	0.047	-2.0	0.124	-2.3	0.114	-1.6	0.227
	고졸	-0.1	0.864	-1.0	0.167	-2.3	0.003	-1.6	0.048	-0.9	0.312	-1.6	0.046
근무년수	대졸 이상*												
	1년 미만*												

변수명	항목	가족회의		장애인학교		감원대상		의사의 고민		진료자 명단		환관사의 고민	
		회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value	회귀 계수	p-value
	1년 ~ 3년	-0.3	0.788	-0.8	0.334	0.9	0.351	0.5	0.561	1.4	0.191	1.5	0.129
	3년 ~ 5년	0.4	0.689	0.3	0.704	1.7	0.073	0.7	0.456	0.5	0.647	0.9	0.378
	5년 이상	-0.5	0.652	-1.0	0.309	0.8	0.438	0.4	0.721	-0.5	0.690	0.7	0.515
인권교육	받은적 없음*												
	받은적 있음	0.7	0.249	1.2	0.021	0.9	0.120	0.8	0.140	0.7	0.307	0.0	0.958
대상자 구분	노인서비스 인력*												
	건강보험공단	-0.5	0.685	1.6	0.146	0.6	0.623	-1.0	0.374	2.4	0.065	-1.3	0.295
	전문가	4.0	0.011	3.5	0.011	6.4	0.000	3.3	0.023	5.7	0.001	4.0	0.008
	R-Square		9.8		9.0		18.6		8.7		14.4		12.4
	Adj. R-Square		5.2		4.4		14.4		4.0		10.0		7.9

* 레퍼런스 그룹

다. 결론

노인서비스 제공 인력에서 인권감수성을 살펴보면 교육수준이 높을수록 인권감수성 지수가 높았으며, 인권교육을 받은 적이 있는 대상자의 인권감수성이 더 높았다. 통계적으로 유의하지는 않았지만, 여자에 비해 남자의 인권감수성 점수가 경계유의하게 높았으며, 직종에서는 사회복지사가 가장 높았고, 다음이 간호사/치료사/의사였으며, 생활지도원, 가정봉사원/요양보호사 순으로의 인권감수성 점수가 낮았다. 연령별로는 20대가 인권감수성 점수가 가장 높았고, 50대 이상이 가장 낮았다. 요양시설과 재가서비스 시설 근무자간 인권감수성 점수는 차이가 없었다.

대상자 종별 인권감수성을 살펴보면, 노인에게 직접 서비스를 제공하는 인력의 인권감수성점수는 35.4점, 건강보험공단 인력의 점수는 41.2점, 전문가 집단의 점수는 65.0점으로 전문가 집단의 점수가 가장 높았다.

인권감수성 점수에 영향을 미치는 여러 변수를 통제된 상태에서 개별 변수들이 인권감수성에 얼마나 영향을 주는지 살펴보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과, 노인서비스에 직접 종사하는 인력에 대한 분석에서는 교육수준이 높을수록, 인권교육을 받을수록 인권감수성 점수가 높았다. 단변량 변수 분석에서 인권감수성 점수에 경계유의하게 영향을 미쳤던 성별과 연령은 다른 변수들을 통제된 결과 유의한 차이를 보이지는 않았다. 요양시설과 재가서비스 시설 근무자간 인권감수성 점수는 다중회귀분석에서도 차이가 없었다. 노인서비스 제공인력 중 인권교육을 받은 적 있는 대상자들에서 인권교육 횟수가 많을수록 인권감수성 점수가 높은지 살펴본 결과 인권교육을 받은 횟수는 인권감수성 점수와는 유의한 관련성이 없었다. 노인서비스 제공 인력에 건강보험공단 인력과 전문가들을 포함시켜 분석한 경우에도 교육수준과 인권교육여부가 통계적으로 유의하게 인권감수성 점수에 영향을 주는 것으로 나타났다.

조사에 이용된 6개의 사례 중 의사의 고민이 가장 인권감수성 점수가 낮았으며, 장애인 학교의 사례가 가장 인권감수성이 높았다. 사례별 인권감수성 점수에 영향을 미치는 여러 변수를 통제된 상태에서 개별 변수들이 인권감수성에 얼마나 영향을 주는지 살펴보기 위해 다중회귀분석을 시행한 결과 인권사례별로 영향을 미치는 요인이 달랐다. 가족회의에서는 가정봉사원/요양보호사들에서 인권감수성 점수가 유의하게 높았다. 감원대상에서는 여자의 인권감수성 점수가 유의하게 높았으며, 의사의 고민과 황판사의 고민에서는 여자의 인권감수성 점수가 유의하게, 가족회의 사례에서는 경계유의하게 낮았다. 여러 변수들을 통제된 상태에서 인권교육이 유의하게 인권감수성을 높이는 사례는 장애인학교 사례였고, 감원대상 사례에서는 경계유의하게 인권감

수성 점수를 높이는 것으로 나타났으며, 황판사의 고민이나 가족회의는 인권교육과 관련성이 낮았다. 인권교육을 시행할 때 인권감수성 점수가 낮은 사례들(의사의 고민, 황판사의 고민), 교육대상자의 성별이나 여러 특징별로 인권감수성들이 차이가 나는 사례(예를 들어 남자에서 감원대상 사례, 여자에서 의사의 고민 사례)와 같이 교육대상자의 특징을 고려한 교육이 이루어지는 것이 도움이 될 것으로 생각된다.

분석결과를 통해 노인장기요양보험제도에서 대상자에게 직접 서비스를 제공하는 생활봉사원과 가정봉사원/요양보호사의 인권감수성 점수가 가장 낮게 나왔다. 이는 인권감수성점수에 영향을 주는 변수로 분석된 교육수준의 영향이 크다고 볼 수 있겠다. 그러므로 인권감수성에 영향을 주는 또 다른 변수인 인권교육을 통해 인권감수성을 높이는 방안이 필요하다고 하겠다. 특히, 분석 결과 인권 사례와 대상자의 특징에 따라 인권감수성 점수가 다양하게 나타났으므로 인권교육을 할 때 대상자의 특징에 부합하는 사례를 교육하는 것이 보다 효과적인 방안이라고 할 것이다.

요약하면, 교육수준이 높을수록 인권감수성 점수가 높고, 인권교육을 받은 적이 있는 경우 없는 경우에 비해 인권감수성이 더 높았다. 따라서 인권감수성을 높이기 위해서 인권교육이 필요하다고 하겠다. 인권교육을 받은 사람에서 교육 횟수는 인권감수성 점수에 별 영향이 없었다. 이는 현재 인권교육 방법이 개선되어야 함을 시사한다. 인권사례와 대상자의 특징에 따라 인권감수성 점수가 다양하므로 인권교육을 할 때 대상자의 특징에 부합하는 사례들을 교육하는 것이 인권감수성을 높이는데 도움이 될 것이다.

V. 노인장기요양보험제도의 건강권 분석

1. 노인장기요양보험제도의 건강권 분석

이 절에서는 현재 노인장기요양보험 시범사업에서 제공되고 있는 노인요양서비스가 WHO에서 건강권을 평가하기 위한 네 가지 기준인 이용성, 접근성, 수용성, 질적인 측면에서 노인의 건강권을 충분히 담보하고 있는지 평가하고자 하였다. 네 가지 기준 중 접근성은 비차별성, 물리적 접근성, 경제적 접근성, 정보 접근성의 4가지 측면으로 평가하였다. 자기보고 설문으로 조사하였으며, 7가지 항목에 대하여 Likert 5점 척도(전혀 아니다, 아니다, 그저 그렇다, 그렇다, 매우 그렇다)로 응답한 결과를 분석하였다.

가. 조사 대상자의 사회 인구학적 특성

조사 대상자는 요양시설과 재가서비스 기관에서 직접 서비스를 제공하는 기관의 관리업무를 맡고 있는 인력(이하 노인서비스 제공인력) 18명, 건강보험공단에서 53명, 전문가 18명으로 총 89명에 대해 조사를 시행하였다. 조사대상자의 사회 인구학적 특성은 표 28에 나타나 있다.

조사대상자의 연령은 35-45세 미만이 제일 많아서 49명(55.1%)이었다. 남자가 47명(52.8%), 여자는 42명(47.2%)이었다. 근무년수는 2년~5년 미만이 38명(42.7%)으로 가장 많았으며, 2년 미만이 35명, 5년 이상이 16명 이었다. 건강보험공단 인력에는 해당업무에 5년 이상 근무한 대상자가 없었다. 대상자 중 42.7%인 38명이 인권교육을 받은 적이 있었다. 노인서비스를 직접 제공하는 인력에서 인권교육을 더 많이 받았고, 전문가들은 인권교육을 받은 적이 없는 대상자가 더 많았다. 교육수준은 조사 대상자 89명

중 88명이 대졸 이상이었다.

표 32. 조사 대상자 사회 인구학적 특성

세부항목	전체		노인서비스 인력		건강보험공단		전문가	
	명	%	명	%	명	%	명	%
연령								
35세 미만	15	16.9	4	22.2	9	17.0	2	11.1
35-45세미만	49	55.1	10	55.6	29	54.7	10	55.6
45세 이상	25	28.1	4	22.2	15	28.3	6	33.3
성별								
남	47	52.8	7	38.9	32	60.4	8	44.4
여	42	47.2	11	61.1	21	39.6	10	55.6
근무년수								
2년 미만	35	39.3	2	11.1	29.0	54.7	4	22.2
2년 ~ 5년 미만	38	42.7	7	38.9	24.0	45.3	7	38.9
5년 이상	16	18.0	9	50.0			7	38.9
인권교육								
받은 적 있음	38	42.7	10	55.6	22	41.5	6	33.3
받은 적 없음	51	57.3	8	44.4	31	58.5	12	66.7
합계	89	100.0	18	100.0	53	100.0	18	100.0

나. 이용성, 접근성, 수용성, 질적 측면으로 살펴 본 대상자 종별 노인장기요양서비스의 건강권 보장 수준 평가

WHO에서 건강권을 평가하기 위한 네 가지 기준인 이용성, 접근성, 수용성, 질적 측면에서 대상자 종별(노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력, 전문가)로 노인장기요양보험 시범사업 요양서비스의 건강권 보장 수준을 평가하였다.

7가지 항목에 대한 조사이므로, 응답자들이 모든 항목에서 건강권 보장 수준이 가장 높은 “매우 그렇다(5점)”를 선택하면 35점, 가장 낮은 “전혀 아니다(1점)”를 선택하면 7점이 되며, 모두 “그저 그렇다(3점)”를 선택하면 21점이 된다. 조사 결과, 전문가 집단의 노인장기요양서비스의 건강권보장수준 점수 평균은 14.3점으로 모든 사람이

건강권 보장 수준이 “아니다(2점)”를 선택한 것과 거의 같은 점수이다. 건강보험공단의 인력의 평균점수는 20.0점, 노인서비스 제공인력의 평균점수는 19.7점으로 건강보험공단 인력과 노인서비스 제공인력의 노인장기요양서비스의 건강권 수준의 평균점수도 “그저 그렇다”에도 미치지 못했다.

모든 항목에서 전문가 집단의 점수가 가장 낮았다. 전문가 집단과 노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력간의 건강권 보장수준 점수의 차이는 7개 항목 모두에서 통계적으로 유의하였다. 노인서비스 제공인력과 건강보험공단 인력간의 점수는 7개 항목 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

항목별 건강권 수준 분석에서 가장 낮은 점수를 받은 것은 이용성이었다. 이는 노인들이 이용할 수 있는 노인요양기관의 수와 요양서비스 종류가 매우 부족하다고 조사 대상자들이 판단하고 있는 것이다. 한편 가장 건강권 보장 수준이 높다고 평가 받은 것은 건강보험공단 인력의 경우 정보 접근성이었으며, 노인서비스 제공인력에서는 서비스의 질이었고 전문가 집단의 경우 수용성이었다.

정보접근성은 “서비스를 원하는 노인이 노인요양서비스와 제공기관에 대하여 신뢰할 수 있는 정보를 충분히 제공받고 있다고 생각하십니까?” 라는 질문으로 조사하였는데, 노인요양서비스와 서비스 제공기관들에 대한 정보를 제공하는 것은 건강보험공단의 업무이다. 서비스의 질은 “서비스를 원하는 노인이 과학적으로나 의학적으로 적절하고 질적으로 우수한 요양서비스를 받고 있다고 생각하십니까?” 라는 질문으로 조사하였다. 결국 노인들에게 직접 서비스를 제공하고 있는 인력들이 노인요양서비스의 질적 수준을 가장 높은 평가를 한 것이다. 수용성은 “노인들이 노인요양기관과 요양서비스를 이용할 때, 노인의 욕구와 의견이 충분히 존중받고 있다고 생각하십니까?”라는 질문으로 조사하였다. 이 수용성 항목은 전문가 집단에서는 가장 건강권 보장수준이 높은 항목이었으며, 노인서비스 제공인력이나 건강보험공단 인력의 평가에서도 2번째로 건강권 보장 수준이 높았다.

대상자 종별 가중치평균으로 노인장기요양서비스의 건강권 보장 수준을 평가하면 노인장기요양서비스는 노인의 욕구의 의견이 그저 그런 수준으로 존중받고 있는 노인요양기관과 요양서비스를(수용성) 과학적·의학적인 적절성의 면에서 볼 때, 그저 그런 수준보다 조금 낮은 질적 수준의 서비스를 제공하면서(질) 서비스의 비차별성, 물리적·경제적·정보 접근성도 그저 그런 수준보다 낮으면서(접근성) 이용할 수 있는 서비스의 종류와 요양기관의 숫자(이용성)는 영 아니라고(부족하다고) 할 수 있다.

표 33. 대상자 증별 노인장기요양서비스의 건강권 보장 수준 평가

항목	전체* 대상자 증별 가중치 평균	전체 N = 89		노인서비스 인력 N = 18		건강보험공단 인력 N = 53		전문가 N = 18		p-value
		평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
이용성	2.1	2.2	0.7	2.2	0.6	2.4	0.7	1.6	0.6	<0.001
비차별성	2.6	2.8	1.0	2.6	1.1	3.1	0.8	2.0	1.0	<0.001
접근성	물리적 접근성	2.5	0.8	2.6	0.9	2.6	0.7	1.9	0.8	0.006
	경제적 접근성	2.7	0.9	2.9	1.0	2.8	0.9	2.2	0.9	0.037
	정보 접근성	2.8	3.0	3.0	1.1	2.9	1.0	2.1	1.1	<0.001
수용성	2.9	3.0	0.9	3.2	1.0	3.1	0.9	2.4	0.8	0.024
질		2.7	0.9	3.2	0.9	2.7	0.9	2.0	0.8	<0.001
	합계	18.0	18.8	19.7	4.4	20.0	3.5	14.3	4.1	<0.001

* 가중치 평균은 노인서비스 인력과 건강보험공단인력, 전문가 수가 동일하다고 가정하고 계산함.

다. 영역별 평가

1) 이용성 평가

“노인들이 이용할 수 있는 노인요양기관과 요양서비스가 **충분하다고** 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자의 60.7%가 ‘아니다’라고 응답하였다.

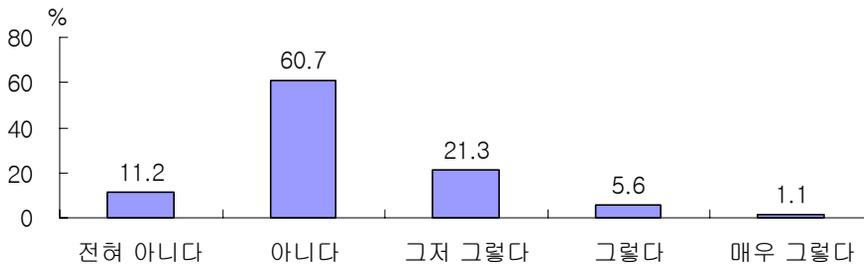


그림 4. 노인장기요양보험제도 이용성 평가 수준

이용성을 낮게 평가한 이유에 대해서는 53명이 개방형 질문에 응답하였다. 그 내용을 살펴보면 전반적인 요양서비스의 공급이 부족하다는 대답이 많았다. 서비스 형태 중 재가서비스 부족을 그리고 특히 농어촌 지역의 재가서비스가 많이 부족하다는 응답이 두드러졌다. 서비스 인력의 부족도 지적되었으며, 재가서비스가 부족하며, 농어촌지역이 부족이 다시 언급되었다. 이용자가 원하는 서비스 형태, 시간 등에서 제한적이라는 의견도 있었다.

표 34. 이용성: 충분하게

이용성	사례 및 이유
긍정 (2건)	# 노인장기요양보험이 생기고 계속하여 요양기관이 늘어나고 있다 # 초기의 대상노인들은 중증노인이므로 요양기관이 어느 정도 확보되어 있다
전반적인 공급부족 (21건)	# 3차 시범사업까지는 어느 정도 충족, 본 사업을 준비하는 입장에서는 인프라 부족 # 인프라구축이 되지 않은 상황에서 너무 성급하게 정책이 이루어지고 있

	<p>어서 매우 염려스러움 # 입소시설 등에 대한 혐오시설 인식으로 시설 확대에 어려움</p>
<p>재가서비스 부족 및 지역 간 편차 (19건)</p>	<p># 재가서비스 부족 (9건) (대부분 방문목욕, 주간보호, 단기보호, 주간보호의 경우 입소대기 혹은 대기 상태이며 목욕의 경우 원하는 횟수만큼 서비스가 불가능함) # 특히 농어촌 지역의 재가 서비스 시설이 많이 부족하다. (12건)</p>
<p>시설 서비스 부족 (2건)</p>	<p># 주간보호, 그룹홈, 단기보호 등 시설이 부족하거나 거의 없음</p>
<p>서비스 질(5건)</p>	<p># 기관이 충분한 질적 서비스를 많이 제공하지 못하고 있다</p>
<p>비용부담 (3건)</p>	<p># 물리치료 수가 적용, 시설입소 보증금 문제로 인한 서비스비용 부담 # 요양서비스는 아직 비싸다. # 방문요양의 경우 8시간 수가가 있음에도 비용의 적정성(수가) 때문에 시설에서 장시간 서비스를 제공하지 않고 있음</p>
<p>인력부족 (7건)</p>	<p># 인력부족으로 서비스 질 저하 # 재가서비스 경우 요양보호사의 부족으로 원하는 시간만큼 충분히 서비스를 받지 못하고 있는가 하면 불필요한 서비스까지 함 # 재가시설은 농어촌일수록 활동할 수 있는 요양보호사 또는 간호사 등이 절대적으로 부족하다 # 주간보호센터와 방문목욕의 여유인력이 없음 # 재가 서비스의 경우 제공인력이 부족하여 원하는 시간대에 원하는 서비스를 받기 어렵고 요양보호사의 저임금으로 인력수급이 어렵다(3건) # 남자 요양보호사가 부족하다</p>
<p>서비스 제한적 (14건)</p>	<p># 적절히 원하는 기관에서의 필요한 시간만큼 받지 못함 (3) # 서비스 내용이 다양하지 않음 (8) : 건강상태/소득수준별 # 예방차원의 물리치료 서비스가 누락 # 재가 서비스의 종류 중 대상자들이 선택할 수 있는 서비스의 폭이 좁음 # 와상노인의 경우 더 길게 간병서비스를 원하는 경우가 많으나, 실제 서비스는 4시간미만으로 제공되고 있음 (2건)</p>
<p>서비스 제한 (거리) (3건)</p>	<p># 서비스 제공기관으로부터 먼 곳이거나 벽지 등의 지역 여건이 좋지 못한 경우, 서비스 제공이 현실적으로 불가능함 (인력, 수가 등)</p>

2) 접근성 평가

가) 비차별성

“서비스를 원하는 노인이 **공평하고 차별 없이** 노인요양기관과 요양서비스를 이용할 수 있다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.8점을 주었다. 37.1%의 응답자가 아니라고 대답하였으며, 그렇다고 대답한 응답자가 28.1%, 그저 그렇다가 24.7%였다.

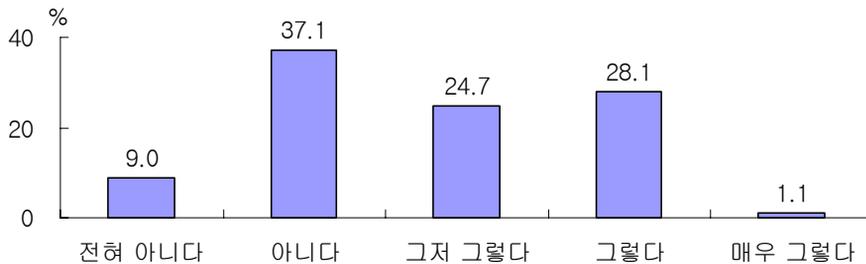


그림 5. 노인장기요양보험제도 비차별성 평가 수준

비차별성을 낮게 평가한 이유에 대해서는 42명이 개방형 질문에 응답하였다. 경제적 부담으로 비급여서비스, 급여서비스 중 본인부담금으로 서비스 이용이 제한될 것이므로 차별의 여지가 있다는 생각이 많았다. 기초생활수급대상자의 경우 한정된 자원(시설)내에 입소가 가능하여 선택의 폭이 좁아 소득에 따른 차별이 있다.

지역별로 서비스 공급수준이 차이가 있으므로 차별성이 있으며, 서비스 공급 기관의 서비스 질이 표준화 되어 있지 않으므로 서비스 질의 차이는 있을 수 있다고 응답하였다.

또한 이용자의 건강상태에 따라 서비스가 제한되는 점, 수가가 등급제이므로 서비스 공급자들이 환자 고르기를 하는 경우 등에 차별을 받을 우려가 있다고 대답하였다.

서비스 이용에 필요한 행정적인 절차나 정보를 얻거나 활용하는데 있어 노인들 개인차가 심하여 절차상의 차별이 있을 수 있고, 종교적인 이유로 차별 받을 수도 있을 것이라고 응답하였다.

표 35. 비차별성 : 공평하고 차별 없게

이용성	사례 및 이유
경제적 부담으로 인한 차별 (14건)	# 비용의 부담으로 제한적, 차별 (13건) # 기초생활수급대상자의 경우 한정된 자원(시설)내에 입소가 가능하여 선택의 폭이 좁음
공급 수준에 의한 차별 (10건)	# 지역의 요양인프라 수준 등에 따라 이용기회는 대체로 차별적일 수 있을 거란 생각 (8건) # 서비스 제공기관의 여력이 없어 원하는 서비스를 최대한으로 이용하지 못하고 있으며, 거리상의 문제로 제공되지 않는 서비스가 있다 (2건)
공급자 수준에 따른 차별 (5건)	# 서비스 제공기관에서 서비스를 담당하는 요양보호사의 서비스 자세가 중요하다고 봄 # 서비스 제공기관의 서비스 질은 천차만별이므로 어떤 기관에서 받느냐에 따라 서비스 질은 공평할 수가 없다 (4건)
건강 상태 (6건)	# 치매노인의 경우 치매증상에 따라 차별대우를 받을 수 있다 # 중증만 포괄, 경증이하 서비스 배제 (4건) # 재가서비스가 4시간 이상 필요한 노인은 제공기관의 기피로 어려움을 겪고 있다
환자고르기 (3건)	# 요양서비스기관이 서비스가 용이하고 업무 강도가 약한 대상을 선택하여 서비스 지원 (3건)
절차상의 차별 가능 (3건)	# 서비스 이용 절차와 접근성에 있어서 보호자가 없을 경우 클라이언트 본인이 이용하기에는 어려움(차등)이 있다 # 정보를 접하는 것이 노인은 다양하지 않다 # 요양기관과 서비스에 대한 정보가 공평하게 알고 있지 못한 것이 가장 큰 이유
종교	# 종교에 따른 선택적인 선별을 받을 수 있음

나) 물리적 접근성

“서비스를 원하는 노인이 **안전하게 원하는 시간 내에** 노인요양기관과 요양서비스를 이용 할 수 있다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.5점을 주었다. 53.9%의 응답자가 아니라고 대답하였으며, 그저 그렇다고 대답한 응답자가 29.2%, 그렇다가 10.1%였다.

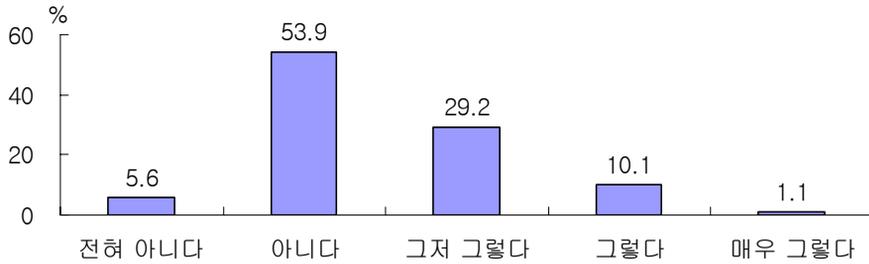


그림 6. 노인장기요양보험제도 물리적 접근성 평가 수준

물리적 접근성을 낮게 평가한 이유에 대해서는 42명이 개방형 질문에 응답하였다. 주요한 사례 및 이유를 살펴보면, 행정적인 절차와 조건(구비서류 준비, 등급판정까지의 시간 소모, 시설에 자리가 있는 지 등)으로 적절한 시기를 놓치는 경우가 많다는 점과 공급자 부족으로 이용시간과 방법 등에서 원하는 서비스를 충분히 이용할 수 없다는 점, 그리고 공급자에 대한 정보가 부족한 점 등이 접근성에 대한 문제점으로 지적되었다.

표 36. 물리적 접근성 : 안전하게 원하는 시간 내에 서비스 이용

	사례 및 이유
행정 (5건)	# 서비스 기관을 이용하려면 등급이나 조건(구비서류 준비, 등급판정까지의 시간 소모, 시설의 자리 유무) 등을 고려해야 하기 때문에 적절한 시기를 놓치는 경우가 많다
공급자 부족 (21건)	# 시설 부족으로 어르신이 원하는 시간대는 힘들다 (11건) # 노인이 원하는 시간보다 서비스를 제공하는 시설의 인력이 가능할 경우 시간대 설정 (5건) # 제공기관과 수혜자가 원하는 시간대가 일치하지 않음. 원하지 않은 시간대에 서비스가 있는 경우 있음 (연장시간을 요구하나 연장시간이 없는 시설) # 인력 부족 (4건)
이용 시간과 방법 (9건)	# 서비스기관과의 거리 등으로 인하여 접근도가 떨어지는 경우가 있음 (5건) (농어촌은 시설과 원거리에 접근성이 떨어져 현실적으로 서비스 이용이 불가능함) # 재가서비스는 중식 시간대에 중복되고 있어 아침이나 심야의 경우 실질적인 서비스가 제공되지 않음 # 주간보호 경우, 이동서비스에 대한 만족도가 높지 않음

	# 주말, 야간시간대에는 서비스 공급이 안 되고 있음 # 부정기적으로 간헐적으로 이용할 수 없다
정보 부족	# 노인요양기관과 요양서비스에 대한 정보 부족

다) 경제적 접근성

“서비스를 원하는 노인이 **적당한 가격에** 노인요양기관과 요양서비스를 받을 수 있다고 생각하십니까? (서비스 이용 할 때의 본인부담금과 등급 외 서비스의 본인 부담 등)”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.7점을 주었다. 42.7%의 응답자가 아니라고 대답하였으며, 그저 그렇다고 대답한 응답자가 23.6%, 그렇다가 28.1%였다.

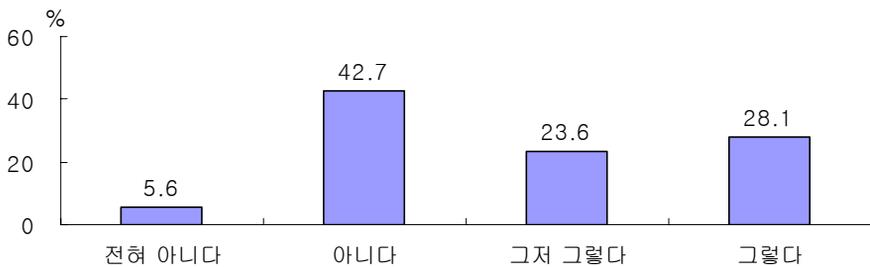


그림 7. 노인장기요양보험제도 경제적 접근성 평가 수준

경제적 접근성을 낮게 평가한 이유에 대해서는 33명이 개방형 질문에 응답하였다. 주요한 사례 및 이유를 살펴보면, 긍정적인 반응이 6건으로 제도가 운영되기 전과 비교하였을 때 부담이 감소할 것이라는 점과 차상위 계층에 대한 본인부담금 할인이 되는 점, 그리고 본인부담 자체가 크게 부담스럽지 않다고 보는 긍정적인 대답도 있었다. 그러나 대다수의 응답이 본인부담과 비급여 항목, 그리고 재가 서비스에 비하여 상대적으로 높은 시설서비스 이용에 대한 부담으로 경제적인 접근성에 대하여 부정적으로 생각하고 있었다. 예외적으로 소득이 높은 군에서 서비스를 이용하는데 불편이 있을 거라는 의견도 있었다.

표 37. 경제적 접근성 : 적당한 가격에 이용 가능

	사례 및 이유
본인부담 (13건)	# 노인의 소득에 비해 높은 본인부담 (13건)
비급여 항목 (10건)	# 시설급여의 비급여 항목에 대한 부담 (7건) # 입소 보증금에 대한 부담 (2건) # 한도 초과 서비스에 대한 부담 (1건)
긍정적인 반응 (6건)	# 차상위 계층에 대한 본인부담금 할인 등 적절한 부담이 된다고 봄 (2건) # 현재 책정된 요양서비스 비용의 부담은 높지 않다고 생각함 (2건) (등급 외는 별도로 판단해야 함) # 현재보다는 훨씬 가족이나 개인부담이 줄어들 것으로 생각한다 (2건)
시설 이용 부담 (4건)	# 재가서비스는 본인부담률이 15%로 비교적 저렴하게 이용가능, 요양시설(시설입소) 본인부담 20% (4건)
소득 역차별 (2건)	# 본인부담금을 공단에서 명시했기 때문에(한계) 고품격 서비스 혜택이 용이하지 않음 (2건)

라) 정보 접근성

“서비스를 원하는 노인이 노인요양서비스와 제공기관에 대하여 신뢰할 수 있는 정보를 충분히 제공받고 있다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.0점을 주었다. 34.8%의 응답자가 그렇다고 대답하였으며, 그저 그렇다고 대답한 응답자가 31.5%, 아니다가 20.2%였다.

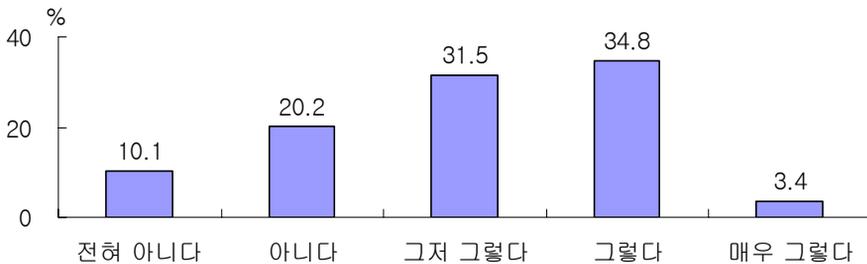


그림 8. 노인장기요양보험제도 정보 접근성 평가 수준

경제적 접근성을 낮게 평가한 이유에 대해서는 33명이 개방형 질문에 응답하였다. 주요한 사례 및 이유를 살펴보면, 요양서비스에 대한 객관적인 정보를 책임지고 전달하고 있지 않다는 정보 부족에 대한 이유가 가장 많았다. 또한 기관이나 지역이 서비스에 대한 홍보를 충분히 하지 않고 있다는 의견이 있었다. 노인들이 최종 이용자임에도 불구하고 서비스에 대한 정보를 직접 전달받지 못하고 보호자나 다른 사람들이 정보를 듣고 의사 결정을 하고 있다는 것이 문제점으로 지적되었다.

정보 전달을 충분히 하고 있다는 긍정적인 반응에 대한 설명이 9건 있었으며, 전원이 시범사업단을 운영하고 있는 건강보험공단 직원의 설명이었다.

표 38. 정보 접근성 : 신뢰할 수 있는 정보를 충분히

분류	사례 및 이유
정보 부족 (13건)	<ul style="list-style-type: none"> # 서비스 이용기관에 대한 정보를 어디에서도 제공받지 못하고 있다 # 서비스 제공기관에 대한 위치, 연락처 등 기초자료만 제공되고 서비스 질과 관련된 인력수준, 케어수준 등에 대한 정보는 전혀 제공되고 있지 않다 # 아직 질적인 측면에 대한 관심이 상대적으로 부족한 상태 # 특정한 기관에 대해서는(이미 이름이 나있는) 제공받으나 시설마다의 고유한 특성이나 상황에 대해서는 자료가 부족하다. 예를 들면 우리 시설은 전원이 다 찾는데 공단에서는 우선 연락해 보라고 알려준다고 한다 # 노인가족의 수준에 따라 정보 공유의 차별이 매우 크다 (3건)
긍정 (9건)	<ul style="list-style-type: none"> # 서비스 이용 전, 이용 중 장요양요원으로부터 충분히 안내를 받고 있고 모니터링을 통해 지속적인 관리를 받고 있으므로 # 어르신에 대한 개인별 관리를 통해 수시로 정보를 제공하고 있어 정보를 충분히 제공 받고 있음 # 장요양요원이 1대1 관리를 통해 필요한 정보를 신속하게 제공해 주고 있음 # 서비스 제공 전 서비스 기관 안내
홍보 부족 (4건)	<ul style="list-style-type: none"> # 운용기관의 홍보와 서비스의 질에 따라 달리질 것임 # 아직까지 홍보가 부족하고 기관에서도 적극적으로 홍보하지 않고 있음
중간 차단 (2건)	<ul style="list-style-type: none"> # 주로 보호자의 주관적 개입으로 이루어지고 당사자 노인은 자녀나 보호자의 뜻에 따르게 될 것임 # 건보공단에서 모든 것을 조사, 결정하므로 서비스 제공기관이 클라이언트와 접근하는데 한계가 많다

3) 수용성

“노인들이 노인요양기관과 요양서비스를 이용할 때, **노인의 욕구와 의견을 충분히 존중받고 있다고** 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.0점을 주었다. 이는 평가 항목 부분 중에서 정보 접근성과 함께 가장 높은 점수이며, 부정이 아닌 중간값 점수의 응답이었다.

‘그저 그렇다’고 대답한 응답자가 34.8%, 33.7%의 응답자가 ‘그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’가 25.8%였다.

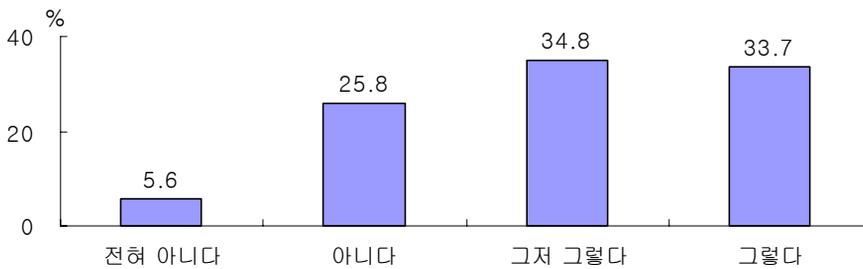


그림 9. 노인장기요양보험제도 수용성 평가수준

수용성을 낮게 평가한 이유에 대해서는 30명이 개방형 질문에 응답하였다. 주요한 사례 및 이유를 살펴보면, 서비스 이용 당사자인 노인들의 욕구와 의견을 반영하기 보다는 보호자의 의견이 더 절대적으로 반영되고 있다. 인지 기능이 떨어져 가족의 판단력에 의존적인 경우도 포함된다.

그리고 아직은 서비스 공급도 부족하고, 서비스의 질이나 여러 가지 환경 요인으로 공급자의 특성에 따라 서비스 이용 노인의 욕구와 의견이 존중되는 정도가 차이가 있다고 응답하였다.

대체로 제도적으로 수용성을 담보하고 있다는 응답도 있었으며, 노인과 보호자가 정보에 대한 인지력이 떨어진다는 응답도 있었다.

표 39. 수용성 : 욕구와 의견을 충분히 존중함

	사례 및 이유
--	---------

보호자 욕구 우선 (9건)	<ul style="list-style-type: none"> # 노인의 욕구와 의견을 반영하기도 하지만 보호자의 욕구와 의견 반영이 더 절대적이다 # 주로 고령이나 치매로 인하여 인지기력 저하가 있어 가족에 의해 서비스 필요성이 결정되는 경우가 많다
공급자 특성 (7건)	<ul style="list-style-type: none"> # 사회보험 수준에 따라 서비스의 질도 달라질 것이나 현재는 주로 요양시설 위주라고 보인다 (불성실한 서비스 제공에 맡 못하고 있는 경우가 많음) # 사회복지시설 종사자들의 근무 여건 및 대우가 열악하고 보살펴야 하는 대상노인이 많아 의견을 존중하기가 어렵다 # 아직까지 우리나라의 재가서비스의 서비스 질은 우수하다고 볼 수 없으므로 존중받고 있다고 보기는 어려움 # 생활시설의 경우 개별화가 어려운 실정 (공동생활 때문 - 다수의 합숙시설이 대부분, 법기준 1실 4인) # 현재는 자원부족과 대상자 한정으로 실현되지 못함
존중됨 (5건)	<ul style="list-style-type: none"> # 재가서비스 같은 경우 제공기관과의 협의에 의해서 자원계약의 서비스를 이용하므로 어르신이 원하는 서비스를 대체로 받고 계심 (무리한 요구 시에는 곤란함) # 시행초기에 서비스의 종류가 한정되어 있지만 대체로 어르신의 욕구와 의견을 반영하고 있음 # 장기요양제도는 노인을 단순 수혜자보다 요양서비스의 수요자로 자리매김
이용자 특성 (4건)	<ul style="list-style-type: none"> # 노인들 개개인의 욕구는 너무나도 다양하고 많은 양을 요구하지만 요양보험 제도에서 줄 수 있는 서비스는 한계가 있다(보편적 서비스 수준) # 아직 서비스 제공자와 수요자의 서비스 내역을 충분히 이해하지 못하여 수용성에 문제가 있다 # 노인가족의 수준에 따라 정보 공유의 차별이 매우 크다

4) 서비스의 질

“서비스를 원하는 노인이 **과학적으로나 의학적으로 적절하고 질적으로 우수한** 요양서비스를 받고 있다고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.7 점을 주었다. 이는 평가 항목 부분 중에서 수용성과 함께 가장 높은 점수이며, 부정이 아닌 중간값 점수의 응답이었다.

‘그저 그렇다’고 대답한 응답자가 40.4%, 31.5%의 응답자가 ‘아니다’라고 대답하였으며, ‘그렇다’가 16.9%였다.

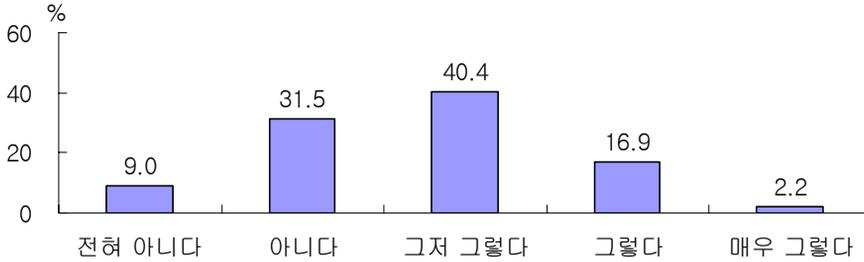


그림 10. 노인장기요양보험제도 서비스의 질 평가 수준

서비스의 질을 낮게 평가한 이유에 대해서는 36명이 개방형 질문에 응답하였다. 주요한 사례 및 이유를 살펴보면, 인력에 대한 제도적인 보완과 추가적인 교육이 필요하다는 언급이 가장 많았다. 교육을 통해 전문성을 확보하고, 전문성을 가진 인력이 제도 내에서 서비스를 할 수 있게 체계를 잡는 것이 필요하다는 의견이 주를 이루었다.

그리고 서비스 공급 기관에 따른 질의 편차가 큰 것을 우려하는 응답이 있었으며, 제도에서 서비스 질에 대한 평가도구와 체계를 갖추는 것이 반드시 필요하다는 주장이 있었다.

표 40. 서비스의 질

항목	사례 및 이유
전문성 확보가 필요함 (10건)	<ul style="list-style-type: none"> # 전문적인 교육이 더 필요하다 (3건) # 시행 초기로 최소한의 수준을 보이며 질 높은 서비스 제공을 위해서는 앞으로 꾸준한 노력이 요구됨 # 재가의 경우 추가적인 교육이 필요해 보임 # 의학적으로 더 질적인 서비스가 제공이 되려면 그 만큼의 전문 인력이 진출할 수 있는 여건이 고려되어야 된다. 예를 들어 물리치료(대상자들이 원하는 서비스를 재가에서도 언제든지 받을 수 있도록) # 중풍 환자에게 물리치료가 필요하나 간호수발 서비스에 전문적인 물리치료가 제공되지 않는다. # 재활치료 등 적극적인 서비스는 아직 부족한 면이 많다고 느낀다 # 서비스 제공기관의 직원은 의학적인 전문성이 충분하지 못한 경우가 많아 경험에 의한 서비스가 제공되는 경우가 많다 # 의료기관과의 적절한 연계가 더욱 필요함

인력에 대한 제도적 보장 (7건)	# 요양서비스를 기존의 돌봄 노동의 일환으로 보고 요양보호사의 자격기준이 현재처럼 모호한 경우 서비스 질의 한계 우려 # 인건비가 낮아 질적인 인력으로부터의 서비스가 부족 # 아직 노인요양서비스를 위한 전문인력이나 기법들이 미발달 # 사례관리에 대한 사회복지사의 직무가 법적으로 없는 실정이다
질평가 체계 필요 (5건)	# 질 평가 도구와 체계가 반드시 이루어져야 함 (4건) # 아직 질적인 측면에 대한 관심이 상대적으로 부족한 상태
서비스 질 편차 (4건)	# 제공기관에 따라 서비스 질의 편차가 큼

라. 노인장기요양서비스의 건강권 수준과 인권감수성과의 관련성

이용성, 접근성, 수용성, 질적인 측면에서 본 노인장기요양서비스의 건강권 보장 수준에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석을 시행하였다.

노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력, 전문가집단의 대상자 종별 구분 변수를 다중회귀분석 모형에 포함시키지 않은 모형 1의 경우, 인권교육을 받은 적 있는 대상자는 인권교육을 받은 적 없는 대상자에 비해 노인장기요양서비스의 건강권 보장 수준 점수를 2.9점 더 높게 평가하였으며, 통계적으로 유의하였다($p=0.014$). 근무년수가 5년 이상인 군이 2년 미만인 군에 비해 건강권 보장수준 점수를 2.6점 더 낮게 평가하였으며, 통계적으로 경계 유의하다($p=0.010$). 또한 인권감수성 점수가 높을수록 노인장기요양서비스의 건강권 보장수준을 낮게 평가하는 것으로 분석되었다($p=0.014$).

그런데 다중회귀분석모형에 노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력, 전문가집단의 대상자 종별 구분 변수를 포함시킨 모형 2의 경우는 포함시키지 않은 모형에서 노인장기요양서비스의 건강권 보장수준에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났던 근무년수나 인권감수성 점수 변수가 유의하지 않은 것으로 바뀌었다. 인권교육은 통계적으로 유의하여 교육을 받은 대상자들이 받지 않은 대상자들에 비해 노인장기요양서비스의 건강권 보장수준을 더 높게 평가하였다. 대상자 종별 구분변수는 다른 변수들을 통제한 상태에서도 통계적으로 유의하였으며, 전문가 집단이 건강보험공단 인력이나 노인서비스 제공인력에 비해 노인장기요양서비스의 건강권 보장수준을 매우 낮게 평가하고 있었다.

대상자 증별로 층화하여 모형 1의 변수들을 포함시켜 시행한 다중회귀분석에서는 건강보험공단 인력에서는 인권감수성 점수와 노인장기요양서비스의 건강권 보장수준 점수가 유의한 차이가 없었다. 노인서비스 제공인력에서는 유의하지는 않았지만 인권감수성 점수가 1점 올라갈수록 노인장기요양서비스의 건강권 보장수준의 평가가 0.1점 낮아졌다($p=0.102$). 전문가 집단에서는 인권감수성 점수가 1점 올라갈수록 건강권 보장수준 평가점수가 역시 0.1점 낮아졌으며, 통계적으로 유의하였다($p=0.005$).

이상으로 볼 때 건강보험공단 인력에서는 같은 경향성이 나타나지 않았지만, 노인서비스 제공 인력과 전문가집단의 결과로 볼 때, 인권감수성이 높을수록, 노인장기요양서비스의 건강권 수준을 낮게 평가한다고 볼 수 있으며, 인권교육을 받을수록 노인장기요양서비스에 대한 건강권 수준을 높게 평가하였다. 인권감수성 점수에 대한 다중회귀분석 결과와 함께 해석한다면, 인권교육을 받으면 인권감수성 점수는 증가하고 노인장기요양서비스의 건강권 수준을 높게 평가하는 것이 된다. 이는 인권교육이 인권감수성을 높임과 동시에 요양서비스의 건강권 기반 평가점수를 함께 끌어올린다는 것으로 해석할 수 있다.

한편 모형 1의 변수들의 노인장기요양서비스의 건강권 수준 평가점수에 대한 설명력은 27.0%였고, 모형 2의 변수들의 설명력은 39.4%였다.

표 41. 노인장기요양서비스의 건강권 수준 평가에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석

변수명	항 목	모형 1		모형 2 (대상자 종별구분 포함)	
		회귀계수	p-value	회귀계수	p-value
성별	남자*				
	여자	-1.1	0.231	-1.1	0.182
연령	35세 미만	1.3	0.292	1.1	0.360
	35세 - 44세*				
	45세 이상	-1.5	0.141	-1.1	0.269
근무년수	2년 미만*				
	2년 ~ 5년	-0.8	0.427	-1.0	0.293
	5년 이상	-2.6	0.050	-1.8	0.227
인권교육	받은적 없음*				
	받은적 있음	2.9	0.001	2.4	0.005
인권감수성	점수 (연속변수)	-0.1	0.014	0.0	0.307
대상자 종별	노인서비스인력			0.3	0.839
	건강보험공단*				
	전문가			-4.3	0.001
	R-Square		27.0		39.4
	Adj. R-Square		20.7		32.5

* 레퍼런스 그룹

마. 결론

WHO에서 건강권을 평가하기 위한 네 가지 기준인 이용성, 접근성, 수용성, 질적 측면으로 노인장기요양보험 시범사업의 요양서비스의 건강권을 평가한 결과 노인 요양서비스의 건강권 고려수준은 “그저 그렇다”와 “아니다”의 중간수준 정도밖에 되지 않는 것으로 평가되었다. 특히 전문가집단에서 현재 시범사업의 요양서비스의 건강권 수준에 대하여 매우 낮은 평가를 내리고 있었다.

조사대상자들은 노인장기요양서비스는 노인의 욕구와 의견이 그저 그런 수준으로 존중받고 있는 노인요양기관과 요양서비스(수용성) 과학적·의학적인 적절성의 면에서 볼 때 그저 그런 수준보다 조금 낮은 질적 수준의 서비스를 제공하면서(질) 서비스의 비차별성, 물리적·경제적·정보 접근성도 그저 그런 수준보다 낮으면서(접근성) 이용할 수 있는 서비스의 종류와 요양기관의 숫자(이용성)는 영 아니라고(부족하다고) 판단하고 있었다.

요양서비스의 노인의 욕구와 의견이 존중받는지의 수용성 측면에서는 대상자 모두 상대적으로 높은 평가를 하고 있었다. 노인서비스 제공 인력들의 경우 자신들이 제공하는 서비스에 대하여 비교적 높은 평가를 내리고 있었다. 건강보험공단은 자신들이 주로 책임이 있는 정보접근성(노인요양서비스와 제공기관에 대한 신뢰할 수 있는 정보제공여부)에 대해 가장 높은 점수를 주고 있는 반면, 노인서비스 제공인력은 서비스의 질적 측면(노인이 과학적·의학적으로 적절하고 우수한 서비스를 받고 있는지 여부)에서 가장 높은 평가를 내리고 있었다.

모든 대상자들에게서 공통적으로 가장 낮은 평가를 받은 것은 이용성으로 노인들이 이용할 수 있는 요양기관이나 요양서비스가 충분하지 않다는 것은 서비스제공인력, 건강보험공단 인력과 전문가 집단이 모두 의견이 일치하였다.

그 밖에 경제적 접근성과 물리적 접근성도 낮은 평가를 받았는데, 이에 대한 주된 이유로 본인부담과 비급여 서비스에 대한 지불 부담으로 인해 이용에 차별을 받거나, 행정적인 절차와 조건 등으로 적절한 시기를 놓치는 경우가 많고, 공급자 부족으로 이용시간과 방법 등에서 원하는 서비스를 충분히 이용할 수 없는 것 등을 들 수 있다. 이러한 부분들과 각 평가 기준별로 지적된 사항은 노인장기요양보험제도에서 앞으로 보완해나가야 할 바를 시사해 준다고 하겠다.

노인장기요양보험의 요양서비스의 건강권 보장 수준 점수에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과, 인권감수성이 높을수록 노인장기요양서비스의 건강권 수

준을 낮게 평가하며, 인권교육을 받을수록 노인장기요양서비스에 대한 건강권 수준을 높게 평가하였다. 이러한 분석 결과는 앞서 인권교육이 인권감수성을 높이는 것으로 분석한 내용과 모순되는 것으로 볼 수 있으나 다음과 같이 이해해 볼 수 있다. 인권교육을 받은 사람이 시범사업 요양서비스의 건강권 보장 수준을 높게 평가한 사실은 인권 교육을 받은 사람이 노인요양서비스를 직접 제공하거나, 서비스 전달과정에 직접 참여하게 될 때 더 인권과 건강권을 고려한 서비스를 제공할 수 있기 때문인 것으로 생각된다. 그러나 인권교육을 받고 인권감수성이 높은 사람이 실제로 더 노인의 인권과 건강권을 고려한 서비스를 제공하는지는 실증적인 자료로 살펴볼 필요가 있을 것이다.

요약하면, 조사대상자들은 노인장기요양보험 시범사업의 요양서비스의 수준이 건강권을 크게 고려하지 않고 제공되고 있다고 판단하고 있다. 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험의 요양서비스의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었다. 인권교육을 받은 사람이 노인요양서비스의 건강권 보장수준을 더 높게 판단하는 것은 노인요양서비스를 직접 제공하거나, 서비스 전달과정에 직접 참여하는 경우 인권교육을 받은 사람이 더 건강권을 고려한 서비스를 제공한다는 측면에서 이해할 수 있으나, 실제로 더 노인의 인권과 건강권을 고려한 서비스를 제공하는지는 실증적인 자료로 살펴볼 필요가 있다.

2. 노인장기요양보험제도의 보건의료 인권기반 접근 수준 분석

진행 중인 우리나라 노인장기요양보험제도의 성립 과정에서 보건의료에 적용할 수 있는 인권 기반 접근법을 고려하여 제도가 만들어지고 있는지 평가한 결과를 분석하였다.

보건의료 인권기반 접근법에서는 노인장기요양보험제도의 성립과정에서 건강권을 얼마나 고려했는지를 취약집단에 대한 관심, 노인의 존엄성 고려, 성별영향평가, 저소득자 고려, 교육에 대한 권리, 사생활보호, 국가책임과 인권의 균형, 노인인권 인식과 확대가능성, 국가와 지방단체의 책임 규정, 충분한 기초자료 분석, 학계와 시민단체 의견수렴, 인권관리와 안전지침을 고려했는지의 12가지 항목으로 평가하였다. 자기보고 설문조사로 조사하였으며, 12가지 항목에 대하여 Likert 5점 척도(전혀 아니다, 아니다, 그저 그렇다, 그렇다, 매우 그렇다)로 응답한 결과를 분석하였다.

가. 보건의료 인권기반 접근법으로 살펴본 대상자 종별 노인 장기요양보험의 건강권 보장 수준 평가

조사 대상자는 이용성, 접근성, 수용성, 질적인 측면으로 살펴본 건강권 분석의 대상자와 동일하다.

12가지 항목에 대한 조사이므로, 응답자들이 모든 항목에서 인권기반 접근 수준이 가장 높은 “매우 그렇다(5점)”를 선택하면 60점, 가장 낮은 “전혀 아니다(1점)”를 선택하면 12점이 되며, 모두 “그저 그렇다(3점)”를 선택하면 36점이 된다. 조사결과 직접 노인요양서비스를 제공하는 인력들의 건강권 보장수준 평가 점수가 28.6점으로 가장 낮았다. 이는 모든 사람이 인권 기반 접근 수준이 “아니다(2점)”와 “그저 그렇다(3점)”의 사이를 정 가운데를 선택한 것(30점)보다 낮은 점수이다. 전문가 집단의 평균점수는 29.9점, 건강보험공단 인력의 평균점수는 40.2점으로 건강보험공단 인력의 인권기반 접근 수준의 평균점수는 “그저 그렇다”보다는 조금 높은 것으로 분석되었다.

WHO 인권기반 접근 기준으로 분석하였을 때 모든 항목에서 전문가 집단의 점수가 가장 낮았는데 비해, 보건의료 인권기반 분석에서는 건강보험공단 인력의 평가점수가 가장 높았고, 전문가 집단과 노인서비스 제공인력 간에는 항목에 따라 가장 낮은

평가를 내린 집단이 달랐다. 노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력, 전문가 집단 간의 인권기반 접근 수준 점수의 차이는 12개 항목 모두에서 통계적으로 유의하였다. 노인서비스 제공인력과 전문가 집단 간의 점수는 12개 항목 모두에서 통계적으로 유의한 차이가 없었다.

인권감수성 점수가 훨씬 높은 전문가 집단보다 직접 노인에게 서비스를 제공하는 서비스 인력들의 건강권 평가 점수가 낮다는 것도 특기할 만하다. 직접 서비스를 제공하는 인력들은 노인장기요양보험제도를 만들 때 기초자료를 충분히 분석했는지, 학계 및 시민단체의 의견을 수렴했는지, 인권관리와 안전지침을 고려했는지, 서비스 이용 시 남녀별 차이를 고려했는지 등에 대해 전문가 집단보다 더 낮은 평가를 내렸으며, 취약집단에 대한 관심을 가지고 만든 제도인지, 노인에 대한 존엄성을 고려했는지 부분에 대해서도 전문가 집단보다 더 낮은 평가를 내리고 있다.

항목별 인권기반 접근 수준 분석에서 가장 낮은 점수를 받은 것은 대상자와 저소득자에 대한 고려 항목이었다. 이는 조사대상자들이 노인장기요양보험제도를 만들 때 실제 제도의 수요자들인 노인 및 노인성질환자, 저소득자들의 실제적인 필요나 요구를 반영하지 못하고 있다고 판단하고 있는 것이다.

한편 남성과 여성의 서비스이용에 대한 차이가 있는지 성별영향평가로 평가되었는지의 측면은 건강보험공단 인력에서 1위, 노인서비스 제공인력에서도 공동 1위, 전문가 집단에서 3위로 점수가 가장 낮은 항목이었으며, 전체의 가중치평균에서는 대상자와 저소득자에 대한 고려에 이어 2번째로 점수가 낮았다.

가장 인권기반 접근 수준이 높다고 평가 받은 것은 노인장기요양보험제도가 노인에 대한 존엄성을 고려한 제도라는 것이었다. 건강보험공단 인력의 경우 이 항목이 1위, 전문가집단에서도 공동 1위로 높은 평가를 받았다. 하지만 가장 높은 평가를 받은 “노인의 존엄성 고려” 항목의 가중치평균점수도 3.2점에 불과해 “그저 그렇다”를 조금 넘는 수준이었다.

대상자 종별 가중치평균으로 평가하면 노인장기요양보험제도는 노인이라는 취약집단에 대한 그저 그런 관심을 가지고, 노인에 대한 존엄성을 그저 그런 정도로 고려하였으며, 노인에 대한 인권을 그저 그런 수준에서 인식하고, 국가나 지방단체의 책임은 그저 그런 수준으로 보장하면서, 국가의 책임과 노인의 인권은 그저 그런 수준의 균형을 이루고, 건강과 사생활 정보를 보장할 권리와 제도전반에 대한 교육을 받을 권리는 그저 그런 정도로 보장한다. 제도를 만들 때 기초자료분석은 그저 그런 수준에도 미치지 못하며, 학계 및 관련시민단체의 의견 수렴도 그저 그런 수준에 미치지 못하며, 노인에 대한 인권관리와 안전지침도 그저 그런 수준에도 보장하지 못하고 있다.

제도의 직접적인 대상이 되는 노인이나 저소득자들의 참여여부는 보장되지 않았으며, 서비스 이용에서 남녀별 차이도 고려하지 못한 제도라고 조사 대상자들이 판단하고 있었다.

표 42. 대상자 증별 노인장기요양보험의 인권기반 접근 수준 평가

항목	전체* 대상자증별 가중치평균	전체 N = 89		노인서비스 인력 N = 18		건강보험공단 N = 53		전문가 N = 18		p-value
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	
1. 취약집단에 대한 관심	3.0	3.2	1.0	2.6	0.9	3.5	1.0	3.0	1.0	0.002
2. 노인의 존엄성 고려	3.2	3.4	1.0	2.7	0.9	3.8	0.9	3.0	1.0	<0.001
3. 성별영향평가	2.3	2.5	0.8	1.9	0.6	2.7	0.8	2.3	0.9	<0.001
4. 정책개발참여	2.2	2.5	1.1	1.9	1.0	2.9	0.9	1.9	0.8	<0.001
5. 교육에 대한 권리	2.8	3.0	0.9	2.7	1.0	3.4	0.8	2.4	0.8	<0.001
6. 건강과 생활정보 보호	2.9	3.2	0.9	2.7	0.8	3.7	0.7	2.4	0.9	<0.001
7. 국가책임과 인권의 균형	2.9	3.1	1.0	2.8	0.9	3.4	0.9	2.6	0.9	0.001
8. 노인인권 인식과 확대가능성*	3.0	3.2	1.0	2.6	0.9	3.6	0.8	2.8	1.0	<0.001
9. 국가와 지방단체의 책임 규정*	2.9	3.1	1.0	2.7	1.0	3.4	1.0	2.6	0.9	0.001
10. 충분한 기초자료 분석*	2.5	2.8	1.0	2.0	0.9	3.3	0.8	2.3	1.2	<0.001
11. 학계와 시민단체 의견수렴*	2.5	2.8	1.0	2.0	0.9	3.3	0.8	2.4	0.8	<0.001
12. 인권관리와 안전지침을 고려*	2.5	2.8	1.0	2.1	0.9	3.3	0.8	2.2	0.8	<0.001
합 계 *	32.9	35.7	8.5	28.6	7.1	40.2	6.3	29.9	7.2	<0.001

* 전체 대상자 수 88명, 건강보험공단 인력 수 52명.

† 가중치 평균은 노인서비스 인력과 건강보험공단 인력, 전문가 집단이 수가 동일하다고 가정하고 계산함.

나. 영역별 평가

1) 취약집단에 대한 관심

“노인장기요양보험이 취약집단에 대한 관심을 가지고 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.2점을 주었다.

‘그렇다’고 대답한 응답자가 39.3%로 가장 많았고, 27.0%의 응답자가 ‘아니다’라고 대답하였으며, ‘그저 그렇다’가 23.6%였다.

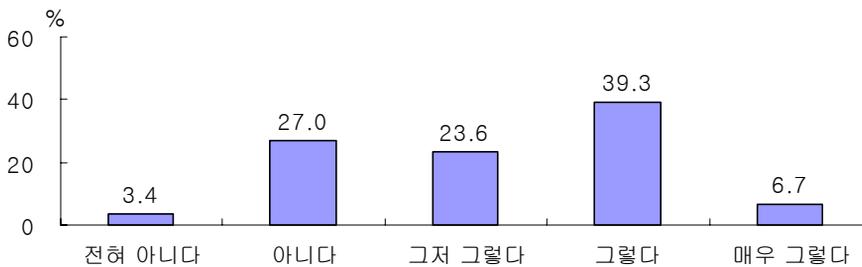


그림 11. 취약 집단에 대한 관심

개방형 질문에 대한 대답으로는 취약 집단에 대한 근본적인 해결을 위해 접근한 제도라는 점에 대해 긍정적인 의견을 많이 보여주었다.

그러나 본래의 취지와는 달리 진행 중인 제도의 법안과 상황들이 정보를 가지거나 본인부담 비용을 감당 능력이 되는 집단이 더 도움을 받을 수 있는 결과를 낳았다고 많은 응답자들이 생각하고 있었다. 또한 노후 삶의 질 향상과 부양가족의 부담경감을 목적으로 한 제도이지만 중증 치매 노인의 시설입소는 대상 노인의 뜻과는 무관하게 가족들이 일방적으로 입소시킬 우려가 있다는 의견이 있었다.

표 43. 취약 집단에 대한 관심

항목	사례 및 이유
중산층 이상을 위한 제도 (10건)	# 처음 의도는 그랬는지 몰라도 현재의 법안이나 진행되는 상황들은 결국은 정보력 빠르고 본인부담 능력이 되는 계층에 더 도움이 되는 제도인 것 같다 (9건) : 경제적인 부담이 있는 노인은 접근이 어렵다 (높은 본인부담 등) (8건) : 수급자의 경우는 정부가 책임을 지고 지원을 받을 수 있으나 등급외자 및 차상위의 경우 본인부담금에 대한 부담이 매우 큼 (2명) : 비급여 항목에 대한 부담 # 조세제도가 아닌 보험제도 하의 노인장기요양보험으로는 취약집단 보호 기능이 부족함
공정 (11건)	# 노인장기요양보험은 취약집단에 대한 근본적인 해결을 위해 접근한 제도임 (7건) # 기초수급권자는 본인부담금이 없어 서비스가 요구되는 대상자가 발굴되면 서비스가 거의 제공되고 있다고 본다 (3건) # 본인부담금 경감 등 취약집단을 최대한 배려했다고 봄
기타 의견	# 취약집단을 고려한다면 이원화된 시설이 필요함 (비영리와 영리를 분명히 구분한 정책마련이 필요함) # 노후 삶의 질 향상과 부양가족의 부담경감을 목적으로 한 제도이지만 중증 치매 노인의 시설입소는 대상 노인의 뜻과는 무관하게 가족들이 일방적으로 입소시킬 우려가 있다

2) 노인의 존엄성 고려

“노인장기요양보험이 노인에 대한 존엄성을 고려하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.4점을 주었다. 이 점수는 건강권 평가 항목과 인권기반 접근법 전 항목에서 가장 높은 점수다.

‘그렇다’고 대답한 응답자가 44.9%로 가장 많았고, 25.8%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’가 14.6%였다. ‘매우 그렇다’도 10.1%나 되었다.

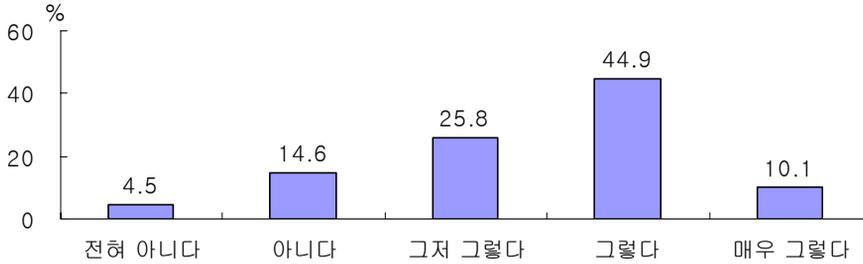


그림 12. 노인의 존엄성 고려

개방형 질문에 대한 대답으로는 노인장기요양보험이 사회적으로 돌봄을 받을 권리를 구현하는 제도로 노인의 기본적인 생활을 국가가 보장하게 된 것이라고 응답하였다. 노인의 삶을 보다 윤택하고 삶의 질을 향상하고, 부양가족의 부담을 줄이기 위한 제도이나 궁극적으로 노인의 존엄성 향상에 기여할 것으로 보았다.

그러나 이러한 제도의 취지 자체보다는 제도를 만들고 운영 할 때 노인의 존엄성을 얼마나 존중하느냐에 달려 있다는 의견도 있었다.

반면에 노인에 대한 존엄성보다는 경제 논리에 맞추어져 있으며, 노인을 대상화했다는 의견도 있었다.

표 44. 노인의 존엄성 고려

	사례 및 이유
존엄성 고려함	<ul style="list-style-type: none"> # 사회적으로 돌봄을 받을 권리를 구현하는 것이다 # 노인의 삶을 보다 윤택하고 삶의 질 향상을 위한 제도이다 (기초수급자, 독거노인에게 많은 도움이 되리라고 생각한다) # 노인의 기본적인 생활을 국가가 보장함 # 부양가족의 부담을 줄이기 위한 제도이나 궁극적으로 노인의 존엄성 향상에 기여할 것으로 봄 # 차상위 계층 어르신들에 대한 배려 등 노인에 대한 존엄성을 바탕으로 만들어 졌다고 생각됨
노인을 대상화함	<ul style="list-style-type: none"> # 노인의 존엄성도 고려했겠지만 이와 비슷한 비중으로 부양자의 부담, 의료 경제의 효율성을 추구한 것이라 생각, 또한 본 제도는 노인을 매우 기존 제도와 다른 형태로 대상화했다고 생각함 # 노인에 대한 존엄성보다는 경제논리에 맞추어져 있다고 생각 # 단순 신체수발에 중점을 두고 있어 어르신들의 정서적인 욕구는 조금은 무

	시 된 제도로 보인다
실행의 중요성	# 취지는 그렇지만 현실에 대입하였을 때 모순되게 이루어진 것이 많다 # 혼자서 일상생활 자립이 안 되는 노인들을 수발해주는 노인장기요양보험제도 그 자체는 민주주의의 기본이념인 인간의 존엄성을 전제로 태동했으리라 보나 운영과정에서 얼마만큼 이 어르신들을 편견을 가지지 않고 인간다운 권리 보장이 중요하다고 봄 # 서비스 제공기관의 경영이념(시설장의 철학)에 따라 달라질 것 같다

3) 성별영향평가

“노인장기요양보험이 생물학적, 사회문화적 요인들이 남성과 여성의 요양 서비스 이용에 어떤 영향과 차별을 주는지를 알 수 있는 성별영향평가가 이루어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.5점을 주었다. 이 점수는 인권기반 접근법 전 항목에서 가장 낮은 점수다.

43.8%가 ‘아니다’로 가장 많았고, 32.6%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘그렇다’라는 긍정적인 대답은 13.5% 밖에 되지 않았다. ‘전혀 아니다’도 10.1%나 되었다.

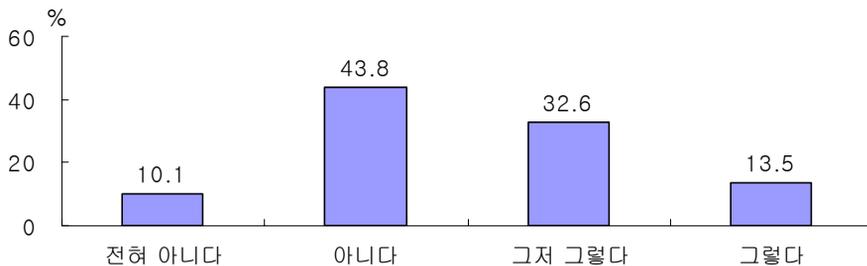


그림 13. 성별영향평가

개방형 질문에 대한 대답으로는 노인장기요양보험이 성별 영향 평가가 부족하며, 사례들이 다음의 표와 같이 제시되었다.

반면에 조사 대상자들이 성별영향평가에 대한 인식과 이해가 부족하다는 응답이 많이 있었다.

표 45. 성별영향평가

항목	사례 및 이유
평가 부족	<ul style="list-style-type: none"> # 이러한 이슈에 대한 사회적 관심이 부족하여 특히 성인지성에 대한 관심은 부족한 편임 # 이용에 대한 성별영향 평가는 전혀 이루어지지도 고려되지도 않았다
사례	<ul style="list-style-type: none"> # 기능 상태가 나빠도 가정의 가사를 책임져야 하는 여성노인의 경우, 낮은 등급을 받게 되는 사례, 경제적인 결정을 남성 노인이 갖는 경우, 본인부담금 때문에 서비스 이용을 기피하는 현상이 나타남 # 시설의 경우 남녀가 함께 한 층에 생활하면서 치매 등의 할아버지들의 난폭한 행동에 할머니들이 이유 없이 당하기도 하며 반면 어느 치매할머니의 경우 옷을 전부 벗고 유인하는 행동 등은 성별을 고려하지 않은데서 발생한 것으로 봄 # 현재 부부가 입소해도 대부분의 시설에서는 남녀로 구분하여(층간) 생활하도록 함 # 요양서비스 제공자의 성비 불균형
항목에 대한 정보 부족	<ul style="list-style-type: none"> # 성별영향평가에 대하여는 세부적인 정보가 없음 # 성별에 관계없이 서비스 제공

4) 정책 개발 참여 정도

“노인장기요양보험이 대상자나 기초생활보장 수급자들이 정책 개발에 같이 참여하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.5 점을 주어 성별영향평가와 함께 가장 낮은 점수를 받았다.

40.4%가 ‘아니다’로 가장 많았고, 20.2%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘그렇다’라는 긍정적인 대답도 20.2% 밖에 되지 않았다. ‘전혀 아니다’도 16.9%나 되었다. 다른 항목에 비하여 긍정과 대립이 분산되어 있는 응답을 하였다.

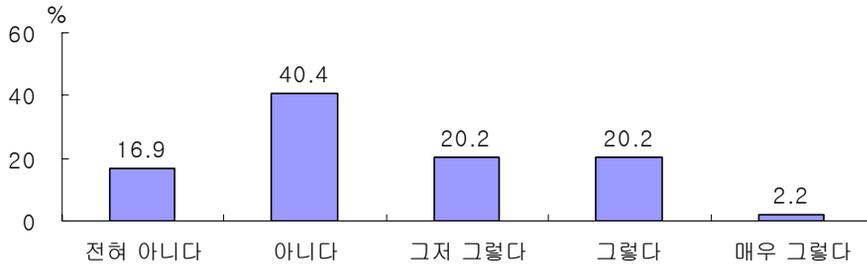


그림 14. 정책 개발 참여 정도

대상자나 기초생활수급자들이 정책 개발에 참여했는지를 묻는 개방형 질문에는 참여가 전혀 없거나 부족했다는 의견이 압도적으로 많이 있었다. 대표자들이 참여했지만 대표성에 대한 의문시 했으며, 정부가 주도적으로 예산에 맞추어 개발한 제도라는 의견이었다.

반면에 시범사업 등을 통해 간접적으로 대상자가 제도 개발에 참여한 것이라는 응답이 소수 있었다. 시범사업을 실시하는 공단 입장에서 정책 개발에 참여한 것이 많다는 응답을 주로 하였다.

표 46. 정책 개발 참여

항목	사례 및 이유
참여 부족 (13건)	<ul style="list-style-type: none"> # 대상자나 기초생활수급자는 정보력이 부족하고 제도에 대한 관심도가 약하다 # 노인들을 위해 만들어진 제도라는 점에는 이의가 없으나 실제 대상이 되는 노인이나 기초수급자의 참여는 없다고 생각함 # 서비스 대상자가 의사결정 과정에 참여할 수 있는 제도적 장치가 없었음 # 노인은 정책의 수혜자, 의사결정참여자로 상정하지 않고 있다. 다만 이의제기 절차 등은 마련되어야 할 것이다 # 저소득층과 수급자들의 기존 서비스가 확대되지 않고 노인장기요양보험제도로 등급을 받지 못하면 시설입소를 불가능한 실정임 # 수급자를 고려했다면 현재의 사회복지법인의 시설은 유지되어야 하고 노인 장기요양보험제도는 민간이나 정부에서 새롭게 준비한 후에 시행해야 함 # 같이 참여하였다면 지금의 형태와 같은 법안이나 메뉴얼은 나오지 않았을 것이다

대표자 참여 (3건)	# 대한 노인회 등 관련 이익단체가 정책개발과정에 참여한 것으로 알고 있음 # 기득권을 가진 노인들의 의사는 수렴되었다고 생각하지만 이들의 대표성이 노인 전체, 국기법 대상 수급자까지 포함한다고 생각하지 않음 # 대표자 등이 참여
정부 주도 (4건)	# 정부의 행정주의에 의하여 만들어진 제도 # 보건복지부 맘대로 정책 # 정책수립은 중앙정부에서 예산에 맞추어 개발되고 있는 듯함 (현장의 소리가 반영이 안 됨) # 대상자 보다는 보호자, 제공자 중심으로 만들어짐
시범사업 을 통한 참여 (2건)	# 직접적인 참여보다는 시범사업을 통하여 문제점을 발굴하고 이를 보완하는 시스템이므로 간접적 참여라 할 수 있다 # 시범사업 기간 중 이용자 등을 통한 여러 번의 설문조사 실시

5) 교육에 대한 권리

“노인장기요양보험은 제도 전반에 대한 **교육을 받을 권리가 보장되는** 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.0점을 주었다.

‘그저 그렇다’가 43.8%로 가장 많았다. 25.8%의 응답자가 ‘그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 21.3%였다.

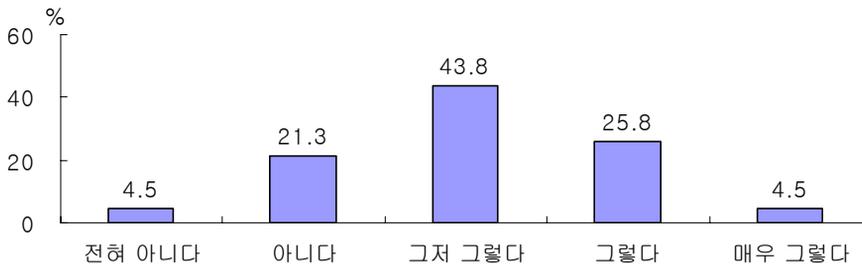


그림 15. 교육에 대한 권리

노인장기요양보험제도 전반에 대한 교육을 받을 권리에 대해 시범 사업을 진행하는 국민건강보험공단은 교육에 대하여 긍정적인 반응을 보인 반면, 대부분의 응답에

서 교육이나 홍보가 부족하다는 의견을 표현하였다. 내년부터 전 국민을 대상으로 사업이 시작되지만, 시범사업 지역에서조차도 제도가 잘 알려져 있지 않다고 응답하였다. 그 외에 교육과 제도와의 관련성에 대해 의문스러워 하는 응답이 있기도 했으며, 성별영향평가와 함께 제도를 만들 때 고려되어야 할 요소로서 교육에 대한 인식 변화가 좀 더 필요하다.

표 47. 제도 전반에 대한 교육을 받을 권리

항목	사례 및 이유
교육 부족 (14건)	<ul style="list-style-type: none"> # 시범사업을 실시하고 있는 곳에서도 사업을 진행하고 나서 제도에 대해 알게 되었다. 내년 전국 실시가 될 예정이지만 전 국민을 대상으로 하거나 시설들에 대해 교육이 충분히 되지 못했다고 생각된다 # 시범지역의 주민들도 제도의 내용들을 잘 모르고 있고 직원들도 관리자 정도만 알고 있고 자세하게는 모르고 있음 # 교육프로그램을 만들어 공급자와 수요자의 이해를 제공하는 프로그램 제공으로 권리보장에 노력하여야 한다
교육 보장 (4건)	<ul style="list-style-type: none"> # 등급 판정을 위한 방문조사와 장기요양인정자에 대한 이용지원을 통하여 제도에 대한 충분한 정보를 제공하고 있고 본인이 상담을 받고자 할 경우 언제든지 상담을 받을 수 있다 # 서비스에 대한 정보를 수시로 알려주고 대상자의 요구를 반영하고 있으며 상담을 통한 교육은 건강유지에 직접 접목하도록 하고 있음

6) 건강과 사생활에 대한 정보 보호

“노인장기요양보험이 장기요양서비스를 이용하는 노인들의 건강과 사생활에 대한 정보를 보호받을 권리를 보장하는 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.2점을 주었다.

‘그렇다가 39.3%로 가장 많았다. 32.6%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 19.1%였다.

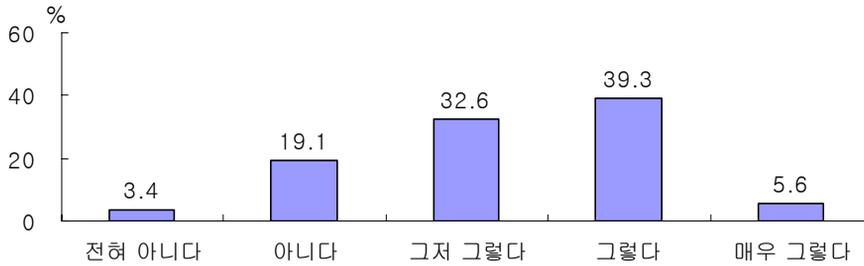


그림 16. 건강과 사생활에 대한 정보 보호

건강과 사생활에 대한 정보를 보호받을 권리가 보장받고 있는지에 대한 개방형 대답으로는 구체적인 방안 마련이 없다는 응답이 다수였으며, 서비스 현장에 있는 경우, 공단에 대하여 공단의 경우, 서비스 현장에 대하여 각각 정보 보호 기능에 대한 의구심을 나타낸 응답이 있었다.

반면에 개인 정보 보호에 관한 법으로 철저히 보호되고 있다는 긍정적인 응답도 다수 있었다.

표 48. 건강과 사생활에 대한 정보 보호

항목	사례 및 이유
보호 기능 없음	<ul style="list-style-type: none"> # 정보 보호 권리를 고려한 제도라고 보이진 않는다 # 건강정보의 외부유출 가능성이 매우 많은 성격의 제도임 # 구체적인 방안 마련이 없다고 생각됨 # 현재는 관리감독 기관이 지자체에서만 필요에 따라 정보를 제공받으나 앞으로는 공단까지도 어르신에 대한 정보를 다 받게 되기 때문에 비밀유지에 있어 문제가 생길 소지가 많다고 본다 # 공단에서는 공공기관의 개인정보 보호에 관한 법률에 의거하여 정보를 보호하고 있으나 시설(재가)기관 등에서도 보호를 하고 있는지?
보호 기능 있음	<ul style="list-style-type: none"> # 업무상 취득한 개인정보를 업무 외 목적으로 이용할 수 없도록 장기요양보험법 등 관련법에서 철저히 보호하고 있다 # 특별한 목적으로 악용을 하지 않는다면 그렇다

7) 국가책임과 인권의 균형

“노인장기요양보험이 노인장기요양의 국가책임과 노인 개인의 인권이 적절한 균형을 이룰 수 있도록 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.1점을 주었다.

‘그렇다’가 39.3%로 가장 많았다. 27.0%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 24.7%였다.

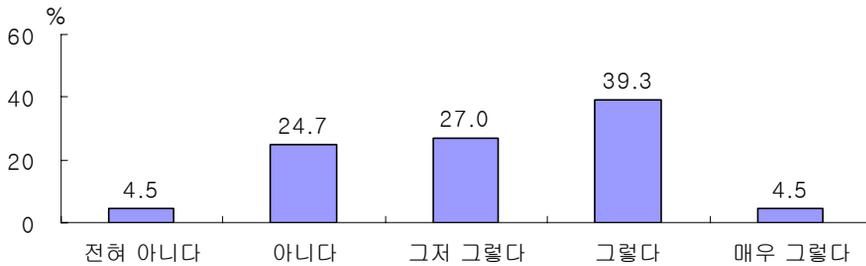


그림 17. 국가 책임과 인권의 균형

국가의 책임과 인권의 균형이 적절한지에 대한 개방형 질문에 상당수가 긍정적인 반응을 보였으며, 노인에 대한 개인과 가족의 책임이 사회(국가)의 책임으로 확대되었다는 점과 법에 국가의 책임을 명시하고 있다고 이유를 설명하였다.

그러나 이러한 법조문의 명시와는 별도로 반인권적인 행위나 사태에 대한 재제 사항 등 법이 인권을 보호하는 명문화된 조항이 없어 국가책임 부분이 미약하다는 지적도 있었다. 더불어 지속적으로 인권 교육 등이 필요하다는 응답이 있었다.

소수 의견이지만, 제도내의 비용 지불 방법에서 노인의 상태가 좋아져 등급이 높아지면 돈을 적게 받게 되는 제도이므로 인권저해 요소가 많다는 지적이 있었다.

표 49. 국가책임과 인권의 균형

항목	사례 및 이유
긍정적인 반응	# 노인문제 해결을 위한 재원을 보험이라는 방법으로 마련하고 노인은 서비스의 선택권을 가지고 있다는 것에서 어느 정도는 균형된다고 보임

	# 법적으로 국가의 책임을 명시하고 있으며 제도 시행이 노인의 인권보호에 기여할 것으로 보임 # 개인 및 가족의 책임에서 사회(국가)의 책임으로 확대함
국가 책임 미약	# 국가책임은 어느 정도 명시되어 있으나, 노인의 인권 유린 시 강력한 제재 사항이 미흡하다고 봄 # 국가책임 부분이 미약
기타	# 노인장기요양보험제도는 혼자 일상생활수행이 어려운 노인들에게 요양급여제공을 목적으로 만들어진 것이지 노인 개인의 인권을 존중하는 내용은 법 어디에도 찾을 수가 없다고 볼 때 서비스 과정에서 얼마만큼 노인인권을 고려하여 하는지는 윤리의식과 소양교육을 통해서 균형을 이룰 수 있다고 봄 # 국가책임부분에서는 책임을 다한 것이지만 노인 개인의 인권은 오랜 시간을 통하여 자리가 잡힐 수 있다 (사업자, 종사자, 관계자들의 철학이 어느 정도 교육되어야 함) # 시설운영 상 클라이언트가 증상이 호전되면 불리하므로 인권에 대한 저해요소가 많은 제도이다

8) 노인 인권 인식과 확대가능성

“노인장기요양보험이 노인에 대한 인권을 인식하고 이를 확대할 수 있도록 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.2점을 주었다.

‘그렇다’가 38.6%로 가장 많았다. 31.8%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 18.2%였다.

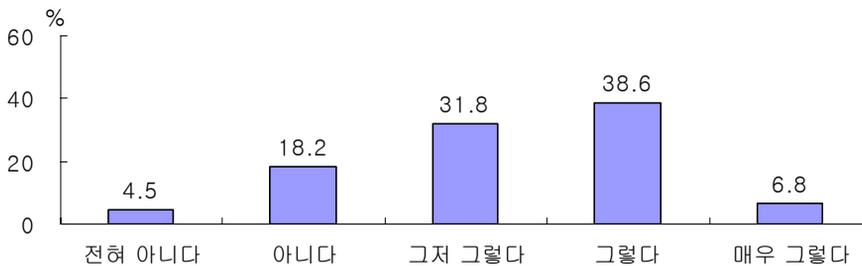


그림 18. 노인 인권 인식과 확대 가능성

노인장기요양보험이라는 제도를 만든 것 자체가 가족이나 개인 차원에서 받지 못하는 서비스를 사회가 책임을 진다는 의미에서 노인의 인권 향상을 위해 만들어졌으며, 확대 가능성 또한 있다는 응답자들이 많았다.

반면에 제도 자체가 노인보다는 노인의 수발에 대한 부담이 있는 가족들을 위하여 만들어진 것이므로 노인인권 인식과 무관하게 만들어졌다고 평가하는 응답자들도 있었다.

표 50. 노인 인권 인식과 확대 가능성

항목	사례 및 이유
긍정적인 반응	<ul style="list-style-type: none"> # 최대한으로 건강한 생활을 유지할 수 있도록 질병관리 측면으로 관리하고 면담을 통한 대상자의 욕구를 파악하여 적절한 서비스를 이용하도록 하고 있음 # 혼자 일상생활 수행이 어려운 노인에게도 인간답게 살 권리, 즉 삶의 질을 높여 주고자 함은 노인에 대한 인권을 인식하였다고 봄 # 노인장기요양보험이 아직 초기 단계로 여러 가지 미흡한 점도 많지만 향후 노인에 대한 인권확대에 기여할 제도임은 확실하다 # 특히 치매환자의 경우 가정에서 방치, 감금 등으로 인권침해를 하는 것 보다 시설에서 보호서비스를 하는 것은 인권 의식 확대라고 봄 # 가족들로부터 보호받지 못하고 방치된 노인들을 위해 만든 제도로 일정 부분 노인인권 개선에 기여하는 것으로 판단됨
부정적인 반응	<ul style="list-style-type: none"> # 노인의 인권보다는 수발자의 부담에 역점을 둠 # 노인보다는 가족을 위한 제도인 것 같다 # 중증질환자들은 신체수발이 중요하지 정서적 서비스는 별 중요하지 않다고 생각하는 분들이 만든 제도가 어르신들의 인권을 인식했다고 생각되지는 않는 # 소수(등급 인정자)가 아닌 서비스 요구자에 대응하는 서비스 제공이 전혀 되어 있지 않다
확산의 계기 마련 필요함	<ul style="list-style-type: none"> # 노인인권 문제가 많이 제기될 것이고 인식 확산의 계기가 될 것이다 # 대상자 인권부분 고려는 적으나, 향후 대책마련은 가능함 # 제도의 철학자체가 인권존중이 근본으로 깔려있다. 확대의 여부는 많은 의문을 품게 함

9) 국가와 지방단체의 책임 규정

“노인장기요양보험이 노인의 장기요양에 대한 **국가와 지방 자치단체의 막중한 책임을 법으로 확고하게 보장**하는 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 3.1점을 주었다.

‘그렇다’가 35.2%로 가장 많았다. 28.4%의 응답자가 ‘그저 그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 25.0%였다.

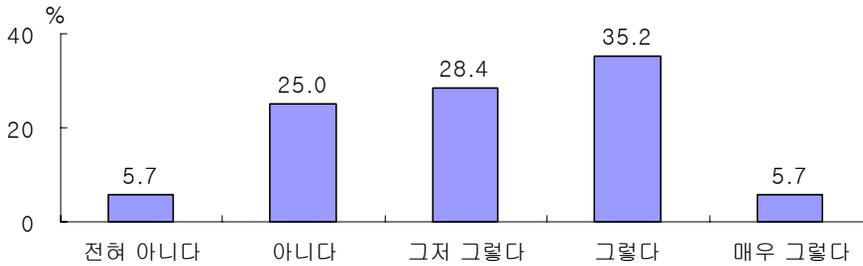


그림 19. 국가와 지방단체의 책임 규정

기본적으로 국가와 지방 단체의 법으로 규정되어 있으나, 그 책임 수행 가능성에 대한 것을 지자체별로 재정 자립도와 노인에 대한 관심 정도에 따라 차이가 심할 것으로 보고 있었다. 현 시점에서 부족한 인프라에 대한 책임을 어느 정도 지방 정부가 가지고 있으나 부족분을 채우기 위한 가시적인 노력에 대해서는 책임만 있고 법률에 따른 조치를 취하지 않았을 경우에 대한 대안이 제시되고 있지 않다.

소수에서 국민건강보험공단이 정부로부터 위임받은 노인장기요양보험제도 운영에 대한 불만족스러운 의견이 있었다.

표 51. 국가와 지방 단체의 책임 규정

	사례 및 이유
미비함	<ul style="list-style-type: none"> # 책임을 확고하게 하고는 있으나 실제로 이 책임 수행 가능성의 현실성은 좀 더 고려해봐야 할 듯 # 법에 의하여 보장된다. 실천의 문제가 있을 뿐 # 법률 상 조항은 있으나 지자체의 경우 법률에 따른 조치를 취하지 않았을 경

	우 대처를 어떻게 할 수 있느냐에 달려 있음 # 법에는 명시되어 있으나 문제는 지자체별로 자립도가 천차만별하여 이행할 수 있는 담보를 확고히 하는 장치 마련이 시급하다 # 법으로 시행할 때 보장이 확고하지만 재원의 확충과 시설인프라 확충이 시급한 것임 # 법적인 미비사항 존재 # 법제도 정비 필요
공단을 위한 제도	# 국가와 지방자치단체는 집행을 하는데 주력하고 요양보험을 실시하는 사업자나 기관들에게 막중한 책임이 부여됨 # 오히려 공단의 재정적자를 메워 주기 위해 확실히 해둔 제도가 아닌가 생각된다 # 시설에 대한 관리가 제대로 이루어지지 못하며 수가로 운영되기 때문에 지방자치단체의 역할이 약해짐, 건보의 영향력이 더 큼
책임이 규정됨 (7건)	# 법적으로 국가와 지방자치단체의 막중한 책임을 명시하고 있음

10) 충분한 기초자료 분석

“노인장기요양보험이 장기요양서비스의 **공평한 제공을 위해 충분한 기초자료를 분석하여 만들어진 제도**라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.8점을 주었다.

‘그저 그렇다’가 36.4%로 가장 많았다. 25.0%의 응답자가 ‘그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 21.6%였다.

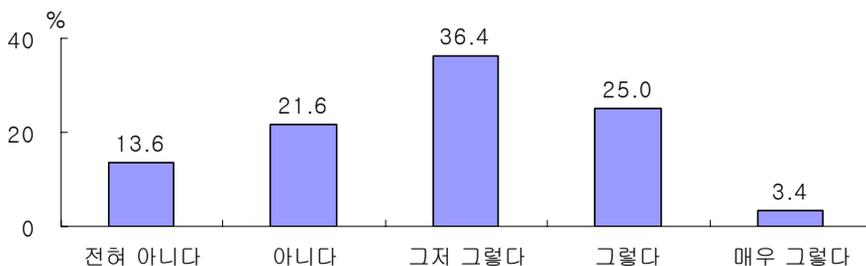


그림 20. 충분한 기초자료 분석

노인장기요양보험제도를 만들기 위해 충분한 기초 자료를 분석하였는지에 대하여 상당수의 응답자들이 일본 제도를 모방하여 만들어서 우리 현황과 맞지 않다고 대답하였다. 시범 사업과 본 사업을 통해 지속적으로 보완이 필요하다는 응답이 대다수였다.

표 52. 충분한 기초 자료 분석

항목	사례 및 이유
일본 제도 모방	<ul style="list-style-type: none"> # 한국의 실정과약 보다는 일본의 개념을 밑바탕으로 시작하여 인력구성 및 배치 부분에 현실적으로 힘든 부분이 많음 # 일본의 자료를 일부 편집하여 요약해서 만들어진 제도 같다 # 대상과 기초자료를 제대로 준비하지 않고 급하게 시작하는 제도인 것 같다. 일본 제도를 본받았다고는 하지만 일본과 우리나라는 확연히 다르다 # 일본의 제도를 벤치마킹하여 만든 제도로 우리나라 실정에 맞게 앞으로 변화시켜 나가야 할 제도
계속 분석 필요	<ul style="list-style-type: none"> # 시범사업 기간이 너무 짧고 나타나는 문제점의 반영이 잘 되고 있지 않음 (급여, 수가, 서비스 인력 등) # 시범사업을 통한 자료 분석 과정을 거치고 있지만 지속적인 보완이 필요하다고 본다 # 앞으로도 공평 제공을 위해 분석이 더 필요함 # 여러 가지 연구와 조사를 실행한 것으로 아나, 한국적 풍토로 정착하기 위한 시범기간과 대상자 파악 등은 부족하다고 사료됨 # 정책적으로 보면 노인의 삶이 안정적으로 보이지만 노인 자신의 입장에서 본다면 기초자료를 분석하여 만든 제도로 보기엔 어렵다. 가족의 수발을 대가로 지불하고 위탁하는 정도로 보임 # 나름대로 연구했겠지만 서비스 기관들의 실체나 어르신들의 성향을 제대로 고려하지 못했다고 본다 # 충분한 연구와 분석이 사전에 준비되지 못함. 당위성과 필요성이 더 강조됨 # 정치적으로 시급히 결정된 제도, 단면적 조사결과에만 의존한 연구결과 적용

11) 학계와 시민단체 의견수렴

“노인장기요양보험은 정책개발단계에서 학계 및 관련 시민단체의 의견을 수렴하고 투명성 있는 과정을 거쳐 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.8점을 주었다.

‘그저 그렇다’가 35.2%로 가장 많았다. 29.5%의 응답자가 ‘그렇다’라고 대답하였으며, ‘아니다’라는 대답도 23.9%였다.

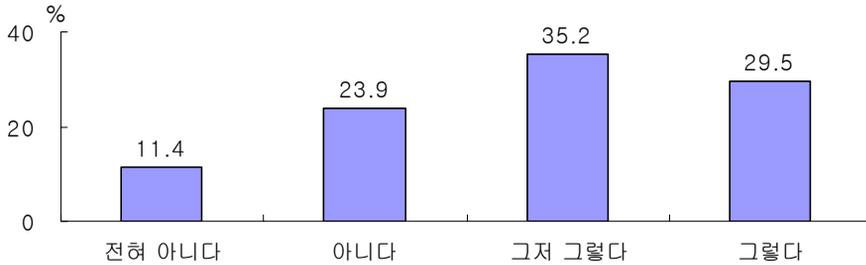


그림 21. 학계와 시민단체 의견수렴

노인장기요양보험이 정책개발단계에서 학계 및 관련 시민단체의 의견을 수렴하고 투명성 있는 과정을 거쳐 만들어진 제도인지를 묻는 질문에서 개방형 응답의 주요내용은 형식적으로 의견 수렴의 과정을 거친 것으로 판단하는 응답이 주를 이루었다. 정부가 재원의 부담과 정치적인 이유로 정부 주도로 이루어졌다는 응답이 많았다.

표 53. 학계와 시민단체 의견수렴

	사례 및 이유
의견수렴하고 정부 맘대로	<ul style="list-style-type: none"> # 학계나 시민단체가 의견제시를 많이 한 것으로 알고 있으나 짧은 시간에 제도를 설립하는 과정에서 정부 주도적이었음 # 모든 정책이 비용을 고려한 정부의 제한된 안을 수용하는 쪽으로 나아감. 현재 대상자 수요의 폭이 적은 것도 그 이유임 # 타 제도에 비하여 이러한 노력이 이루어진 편이나, 최종적인 결정은 정책입안자의 의견에 의하여 이루어졌음 # 초기엔 전문가 등 의견수렴이 있었으나, 실질적 법제도를 만들 때는 정부주도로 이루어졌다 # 충분하지 않다고 본다. 오히려 정부의 주도적 정책적 도입이 강함 (내용, 준비사항 등) # 형식적 절차를 모두 거쳐 마련되었으나 정치적인 이유로 다소 졸속적으로 추진되는 감이 있음
의견수렴 부족	<ul style="list-style-type: none"> # 준비위원회의 운영과정과 결과의 반영 측면 모두 미비 # 여러 차례 공청회가 있었으나 의견반영 여부는 미지수 # 추진단, 실행위원회의 결정사항조차도 지켜지지 못함

공정	# 학계, 노인단체, 노인시설단체, 시민단체 등이 참여한 여러 차례 공청회를 통해 제도의 골격을 가다듬었다
----	---

12) 인권관리와 안전지침을 고려

“노인장기요양보험은 노인에 대한 인권관리와 안전지침을 고려하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?”라는 질문에 전체 응답자는 5점 만점에 2.8점을 주었다.

‘그렇다’가 33.0%로 가장 많았다. 28.4%의 응답자가 ‘아니다’라고 대답하였으며, ‘그저 그렇다’라는 대답이 27.3%였다.

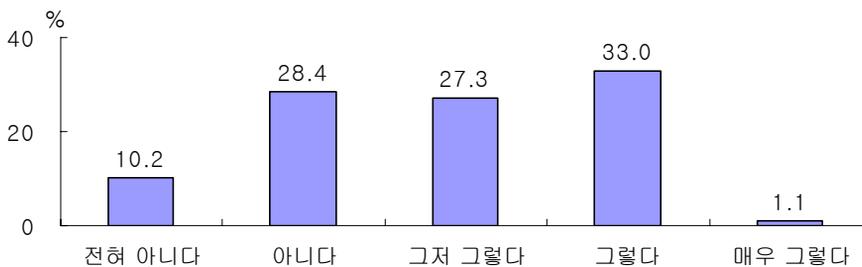


그림 22. 인권관리와 안전지침 고려

노인의 인권관리와 안전 지침을 고려하여 만들어진 제도인지에 대한 대답으로 장기요양보험법 제 37조, 제 67조에서는 노인의 인권보호를 위해 강한 처벌규정이 있으며, 이 밖에 노인장기요양보험 표준서비스지침에서도 노인의 인권보호를 위한 서비스 제공 기본원칙을 규정하고 있다고 응답되었다.

반면에 이러한 내용상으로는 고려된 바 있지만, 이 지침 자체가 매우 추상적인 수준이고, 구체적인 인권침해 및 안전지침에 대한 예시 및 구체적인 법정 규정이 없어서 구체적인 서비스화 되어 노인이 체감하는 기능을 하리라고는 생각지 않는다는 응답이 있었다.

표 54. 인권관리와 안전지침 고려

	사례 및 이유
고려함	<ul style="list-style-type: none"> # 장기요양보험법 제37조, 제 67조에서는 노인의 인권보호를 위해 강한 처벌규정을 두고 있으며 이 밖에 노인장기요양보험 표준서비스지침에서도 노인의 인권보호를 위한 서비스제공 기본원칙을 규정하고 있다. # 급여제공 지침 상 관련 내용이 규정되어 있고 요양요원에 대한 교육을 통하여 지속적으로 강조되고 있음 # 전문적인 지식과 경험을 바탕으로 노인에게 필요한 서비스가 적절하게 구성되었다고 봄
고려의 수준이 낮음	<ul style="list-style-type: none"> # 내용상으로는 고려된 바 있지만, 이 지침 자체가 매우 추상적인 수준이어서 이것이 구체적인 서비스화 되고 노인이 체감하는 기능을 하리라고는 생각지 않음 # 서비스 자체 중 구체적인 인권침해 및 안전지침에 대한 예시 및 구체적인 법령 규정이 없음
고려하지 않음	<ul style="list-style-type: none"> # 노인의 인권보다는 급격한 고령화 진행에 대비한 제도 # 증가하는 보호요양 부담만 우선적으로 고려됨 # 노인에 인권보다는 가족의 편의를 위해 만들어진 제도인 것 같다 # 비용절감과 건보공단 직원 일자리 창출이 제도에 많이 고려된 것 같다
	# 인권관리나 지침은 담당인력의 교육 시 제공되고 평가되어야 함

다. 보건의료 인권기반 접근법으로 살펴본 노인장기요양보험 제도의 건강권 수준 평가와 인권감수성과의 관련성

12개의 보건의료인권기반 항목으로 평가한 노인장기요양보험제도의 건강권 보장 수준 점수에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석을 시행하였다.

노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력, 전문가집단의 대상자 중별 구분 변수를 다중회귀분석 모형에 포함시키지 않을 경우, 근무년수가 2년 이상 5년 미만인 군은 2년 미만인 군에 비해 건강권 보장점수는 4.0점, 5년 이상인 군은 건강권 보장수준 점수를 9.7점 더 낮게 평가하였으며, 통계적으로 유의하였다.

또한 인권감수성 점수가 높을수록 노인장기요양보험제도의 건강권 보장수준을 낮

게 평가하였으며, 이는 통계적으로 유의하였다($p=0.008$). 인권교육을 받은 적 있는 대상자가 받은 적 없는 대상자보다 노인장기요양제도의 건강권을 1.5점 더 높게 평가하고 있었으나 유의하지는 않았다.

다중회귀분석모형에 노인서비스 제공인력, 건강보험공단 인력, 전문가 집단의 대상자 중별 구분 변수를 포함시킨 모형 2의 경우는 모형 1에서 노인장기요양보험제도의 건강권 보장 점수에 유의하게 영향을 미치는 것으로 나타났던 근무년수가 유의하지 않은 것으로 바뀌었다. 5년 이상 근무자가 건강보험공단인력에 없었는데, 해당변수가 통제되면서 관련성이 없어진 것으로 판단된다. 인권교육은 이 모형에서도 인권교육을 받은 적 있는 대상자가 받은 적 없는 대상자보다 노인장기요양제도의 건강권을 1.5점 더 높게 평가하고 있었으나 유의하지는 않았다. 인권감수성 점수가 높을수록 건강권 평가점수가 여전히 낮았으며, 통계적으로 경계유의하였다($p=0.079$). 대상자 중별 구분변수는 다른 변수들을 통제한 상태에서도 통계적으로 유의하였으며, 건강보험공단 인력에 비해 전문가 집단이 7.7점, 노인서비스 제공인력은 10.0점이나 노인장기요양보험제도의 건강권 보장수준을 낮게 평가하고 있었다.

노인장기요양보험제도의 건강권 수준 평가점수에 대한 설명력은 모형 1의 변수들이 34.1%였고, 모형 2의 변수들의 설명력은 49.3%였다.

이상으로 볼 때, 인권감수성이 높을수록 제도의 건강권 수준을 낮게 평가한다고 볼 수 있으며, 인권교육은 보건의로 인권항목으로 평가한 노인장기요양보험제도에 대한 건강권 평가에 영향을 주지 못한 것으로 생각된다.

표 55. 보건의료 인권기반 항목으로 평가한 노인장기요양보험의 건강권 보장 점수에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석

변수명	항목	모델 1		모델 2	
		회귀계수	p-value	회귀계수	p-value
성별	남자*				
	여자	-2.2	0.192	-2.0	0.200
연령	35세미만	-1.7	0.444	-0.5	0.825
	35세 - 44세*				
	45세 이상	-0.6	0.754	-0.9	0.612
근무년수	2년 미만*				
	2년 ~ 5년	-4.0	0.035	-2.5	0.140
	5년 이상	-9.7	<0.001	-2.5	0.333
인권교육	받은 적 없음*				
	받은 적 있음	1.5	0.376	1.5	0.318
인권감수성	점수 (연속변수)	-0.1	0.008	-0.1	0.079
대상자구분	노인서비스 인력			-10.0	<0.001
	건강보험공단*				
	전문가			-7.7	0.001
R-Square		34.1		49.3	
Adj. R-Square		28.4		43.4	

* 레퍼런스 그룹

라. 결론

보건의료 인권기반 항목으로 평가한 노인장기요양보험 제도의 건강권 보장수준의 평가결과, 요양보험제도의 건강권 고려수준은 “그저 그렇다”의 수준에도 미치지 못한 것으로 평가되었다. 보건복지 체도를 새로이 검토할 때 건강권에 대한 고려를 더 많이 할 필요가 있다고 할 것이다.

대상자 종별 가중치평균으로 노인장기요양보험제도의 건강권 보장 수준을 평가하면 노인장기요양보험제도는 노인이라는 취약집단에 대한 그저 그런 관심을 가지고, 노인에 대한 존엄성을 그저 그런 정도로 고려하였으며, 노인에 대한 인권을 그저 그런

수준에서 인식하고 있으며, 국가나 지방단체의 책임은 그저 그런 수준으로 보장하면서, 국가의 책임과 노인의 인권은 그저 그런 수준의 균형을 이루고, 건강과 사생활 정보를 보장할 권리와 제도전반에 대한 교육을 받을 권리는 그저 그런 정도로 보장한다. 제도를 만들 때 기초자료분석은 그저 그런 수준에도 미치지 못하며, 학계 및 관련시민 단체의 의견을 수렴하는 과정도 그저 그런 수준에 미치지 못하며, 노인에 대한 인권관리와 안전지침에 대해서도 그저 그런 수준에도 보장하지 못하고 있다. 제도의 직접적인 대상이 되는 노인이나 저소득자들의 참여여부는 보장되지 않았으며, 서비스 이용에서 남녀별 차이도 고려하지 못한 제도라고 조사 대상자들이 판단하고 있었다.

대상자 종별에 따라 점수는 조금 달랐는데, 가장 높게 평가한 건강보험공단 인력들은 40.2점으로 건강권 보장수준이 “그저 그렇다”보다는 더 높은 수준으로 평가하였고, 가장 낮게 평가한 노인서비스 제공인력의 점수는 28.6점으로 건강권 보장수준이 “그저 그렇다”보다는 “아니다” 수준에 더 가까운 점수를 보였다. 건강보험공단 인력의 점수가 더 높은 것은, 건강보험공단이 노인장기요양보험제도의 중요한 주체 중 하나로 제도운영에 대한 책임을 지고 있는 기관 중 하나라는 점을 고려할 수 있을 것이다. 노인서비스 제공인력들은 노인장기요양보험제도의 틀 안에서 현장에서 직접 서비스를 제공하면서, 제도의 제한점과 모순점을 더 크게 느끼기 때문인 것으로 생각된다.

인권감수성 점수가 훨씬 높은 전문가집단보다 노인에게 서비스를 직접 제공하는 서비스 인력들의 건강권 평가 점수가 낮다는 것, 특히 노인장기요양보험제도를 만들 때 기초자료를 충분히 분석했는지, 학계 및 시민단체의 의견을 수렴했는지, 인권관리와 안전지침을 고려했는지, 서비스 이용 시 남녀별 차이를 고려했는지 등에 대해 전문가 집단보다 더 낮은 평가를 내렸으며, 취약집단에 대한 관심을 가지고 만든 제도인지, 노인에 대한 존엄성을 고려했는지 부분에 대해서도 전문가 집단보다 더 낮은 평가를 내리고 있다. 이는 현행 시범사업에서 제도를 운영하면서 직접서비스 제공인력들이 제도를 만든 주체들이 요양서비스 제공현장의 상황을 잘 모르고, 서비스 대상자의 처지를 고려하지 않은 채 제도의 틀을 만들고 있다는 불만을 나타낸 것으로 해석할 수 있다.

12개의 보건의료 인권기반 항목으로 평가한 노인장기요양보험제도의 건강권 보장 수준 점수에 영향을 미치는 요인에 대한 다중회귀분석 결과, 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험제도 성립 시 건강권을 크게 고려하지 않고 있다고 평가하고 있었다. 조사 대상자가 인권교육을 받았는지 여부는 노인장기요양보험제도에 대한 건강권 평가와 유의한 관련이 없었다. 노인요양서비스를 직접 제공하거나, 서비스 전달과정에 직접 참여하게 될 때는 인권교육을 받은 사람이 더 인권과 건강권을 고려한 서비스를 제공할 수 있지만, 제도 자체의 성립과정에는 본인의 인권교육 여부는 별 상관

이 없고, 인권·건강권보다는 다른 요인들이 더 중요하게 작용한다고 판단하는 것으로 생각된다.

요약하면, 조사대상자들은 노인장기요양보험제도는 건강권을 크게 고려하지 않고 만들어지고 있다고 판단하고 있으며, 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험제도의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었다. 노인서비스 제공인력은 서비스를 제공받는 노인이나 서비스 제공현장에 대한 충분한 이해 없이 노인장기요양보험제도가 만들어지고 있다고 생각하고 있다. 보건복지 제도를 새로이 검토할 때, 건강권에 대하여 더 많은 고려가 필요하며 제도에 의해 서비스를 받는 당사자와 서비스 제공자, 학계와 시민단체들의 의견이 적극 수렴될 수 있는 틀이 필요하다고 할 것이다.

VI. 결론 및 제언

이 연구는 노인 보건·복지서비스에서 노인건강권을 어느 정도 보장하고 있는지 그 실태를 조사하는 것이 목적이다.

이러한 목적을 달성하기 위하여 이 연구는 다음과 같은 조사를 하였다.

첫째, 노인요양서비스 이용자 조사를 실시하였다. 노인요양서비스 현장인 노인요양시설의 노인들을 일개 대학 대학생 45명이 방문하여 하루를 같이 생활하며 관찰과 면접을 실시하였다. 그 결과 보고서를 바탕으로 정경희 등이 국가인권위에 제출한 연구 보고서에서 밝힌 노인 인권 확인 항목에 따라 분류하였다.

둘째, 노인요양서비스의 종사자 조사를 실시하였다. 노인요양서비스 현장에서 노인들에게 직접적으로 서비스를 제공하는 인력들의 인권감수성 수준을 조사·분석하였다. 이때 비교군으로 국민건강보험공단 노인장기요양보험 시범사업센터 직원과 노인관련 보건·복지 전문가들에게 같은 조사를 실시하였다.

셋째, 노인장기요양보험제도를 평가하였다. 조사 대상은 노인요양서비스 현장에서 서비스를 제공하고 현재 시범사업을 수행하고 있는 요양서비스 기관의 기관장과 관리자급 이상 인력, 정책을 실행하고 있는 시범사업센터 직원, 그리고 전문가들에게 각각 설문조사를 하였다. 이때 각 항목에 개방형 질문을 두어 평가에 대한 이유나 사례를 수집하였다. 조사는 두 가지 영역으로 구성되어 있다.

- 노인장기요양보험을 건강권 평가기준으로 평가하였다.
- 노인장기요양보험을 보건의료 인권기반 접근법으로 평가하였다.

현재 노인장기요양보험제도를 준비하고 실행하는데 가장 중요한 역할을 하고 있는 3개 군의 집단이 이 새로운 제도를 어떻게 생각하는지 평가하였다.

각 연구 영역에 대한 결론 및 영역별 정책적인 제언은 다음과 같다.

1. 이용자 현황 결론

이 조사는 특정한 목적을 실습생들에게 주지하지 않고 실시하였다. 순수하게 실습의 형태로 실행하되, 노인들의 생활공간에서 만 하루를 함께 생활하면서 보고 느낀 것을 보고하는 형태를 취하였다. 그러므로 인권확인 항목을 분석하기에 부족한 부분이 있는 반면, 자연스러운 노인들의 생각이나 생활을 그리고 예비 보건전문가들의 시각이 그대로 살아있는 자료로 활용도가 높았다.

이용자 현황 분석의 주요한 결과는 서비스 공급자 편의적인 요소들이 많이 보고되었다. 노인들이 건물 안의 닫힌 공간에서 생활하는 점, 식사에서 소득수준에 따른 차별 행위, 노인의 신체 결박, 수급자에게 지불되는 보조금의 관리, 재활의 고려하지 않는 도움의 수준이 넘치는 서비스 등이 노인요양서비스를 관리하는 입장에서 편의적인 방법을 택한 것으로 판단된다. 서비스 인력과 예산의 부족 등을 그 이유로 들 수 있겠지만, 자립적이고 자주적인 일상을 보낼 수 있도록 관심을 기울이는 것이 필요하다.

실제로 신체 결박이나 재활서비스를 고려하지 않는 서비스 등은 평가를 위해서는 정확한 정황 파악이 필요할 것이다. 또한, 욕창이 있는 노인들의 감염 관리와 의료서비스의 통증관리, 약물관리, 그리고 식이관리 등에서 전문적인 지침이 필요할 것으로 판단된다. 많은 연구들이 진행되어, 노인들의 요양서비스에서 발생 가능한 사례에 대한 서비스 표준화와 지침 등을 만들어 종사자의 보건의료와 인권이 접목된 교육이 필요할 것으로 판단된다.

수급자에게 지불되는 보조금의 공동 활용의 명목으로 기관이 관리하는 것은 인권 침해 사유가 될 것으로 판단된다. 정경희 등의 연구에서도 이미 지적된 사항이다.

활동이 제한적인 닫힌 공간에서 노인들이 생활하는 점과 종사자들의 방임과 거친 언어와 행동, 특히나 인지 기능이 약한 노인들에게 더 거칠게 대하는 등의 행위에 대한 것은 교육을 통한 행동수정과 요양서비스 인력들의 과도한 업무 부담을 줄이는 인력 기준 강화 등을 통해서만 가능할 것으로 판단된다. 식사 수발과 관련된 종사자들의 거친 태도 등이 적절한 사례일 것이다.

기존의 노인요양서비스는 최소의 인력기준으로 사회복지서비스의 관점에서 관리 운영 되어 왔다. 새로운 노인장기요양보험제도에서 인력 기준의 강화를 예견하거나, “요양” 서비스에 준하는 보건의료 인력이 강화할 예정으로 판단될 수 있는 것은 아직 없다. 그러므로 새로운 제도에서 여전히 답습이 될 가능성이 높다.

또한, 서비스를 이용하는 노인 뿐 만이 아니라 서비스를 공급하는 보호사와 다른 인력들이 모두 여성이어서, 물리적인 힘이 필요한 노인들의 수발에 어려움이 많을 것이라고 관찰 된 경우가 많이 보고되었다. 이러한 사례들과 더불어 요양서비스 현장에서의 업무 과다에 대한 분석이 함께 진행되어 인력의 양적 질적 조건을 변화해야만 노인요양서비스에서 노인들에 대한 인권 존중이 강화될 것이다.

2. 인권감수성 결론

문용린 등에 의해 개발된 인권 감수성 조사에 대한 분석 결과, 교육수준이 높을수록 인권감수성 점수가 높고, 인권교육을 받은 적이 있는 경우 없는 경우에 비해 인권 감수성이 더 높았다. 따라서 인권감수성을 높이기 위해서 인권교육이 필요하다고 하겠다.

인권교육을 받은 사람에서 교육 횟수는 인권감수성 점수에 별 영향이 없었다. 이는 현재 인권교육방법이 개선되어야 함을 시사한다. 인권사례와 대상자의 특징에 따라 인권감수성 점수가 다양하므로 인권교육을 할 때 대상자의 특징에 부합하는 사례 들을 교육하는 것이 인권감수성을 높이는데 도움이 될 것이다.

이용자 현황 조사에서 나온 사례를 살펴봐서 알 수 있듯이, 교육을 통해서 수정이 가능한 서비스 행태가 있다. 노인건강권을 확보하기 위한 가장 기본적인 요건으로 요양서비스 현장에서의 인권 침해 및 건강권 침해 사례를 모으고, 사례를 통한 인권 교육을 시행하는 것이 필요할 것으로 판단된다.

3. 노인장기요양보험제도의 건강권 평가

가. 건강권에 대한 평가

이 조사는 이용성, 접근성(비차별성, 물리적접근성, 경제적접근성, 정보접근성), 수용성 그리고 질적인 7가지 측면에서 노인요양보험제도의 건강권 보장 수준을 평가한 것이다.

조사대상자들은 노인장기요양보험제도는 건강권을 크게 고려하지 않고 만들어지고 있다고 판단하고 있다. 각 항목별 5점 만점에 35점 총점에 전체 대상자 평균 18점을 주고 있다. 노인서비스 제공인력이 19.7점, 건강보험공단 인력이 20.0점, 그리고 전문가 집단이 14.3점이다. 전문가 집단이 상대적으로 가장 낮게 노인요양보험제도의 건강권 수준을 평가하고 있다. 각 보건과 복지 영역, 교수와 연구진, 그리고 시민 단체 등 고른 조합을 고려하여 전문가 집단을 선정하여 평가를 하였다. 절대적인 평가가 낮다는 점에서 제도의 건강권을 우려하지 않을 수 없다.

특히 이용성과 물리적 접근성의 점수가 가장 낮았는데, 이에 대한 주된 이유로 노인요양서비스의 인프라 부족 - 특히 재가서비스, 그리고 특히 농촌 지역의 부족을 들고 있으며 이는 지역에 따라 차별 요소로 판단된다. 본인부담과 비급여 서비스에 대한 지불 부담 등이 노인들의 소득수준이 노인들의 요양서비스 이용수준을 차별하는 요소로 작용하고 있는 것으로 판단된다. 노인장기요양보험제도의 시범 사업을 운영하고 있는 건강보험공단의 직원들이 상대적으로 높은 점수를 주고는 있지만, 문제점에 대한 예시나 평가 점수에서 절대적으로 높은 점수가 아닌 점을 노인장기요양보험 정책을 수정·보완해 나가는 입장에서 눈여겨 볼 필요가 있다.

인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험제도의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었다. 노인서비스 제공인력은 서비스를 제공받는 노인이나 서비스 제공현장에 대한 충분한 이해 없이 노인장기요양보험제도가 만들어지고 있다고 생각하고 있다. 보건복지 제도를 새로이 검토할 때 건강권에 대하여 더 많은 고려가 필요하며, 제도에 의해 서비스를 받는 당사자와 서비스 제공자, 학계와 시민단체들의 의견이 적극 수렴될 수 있는 틀이 필요하다고 할 것이다.

나. 보건의료 인권기반 접근 수준 평가

이 조사는 노인장기요양보험이라는 새로운 제도가 보건의료 인권에 기반을 둔 접근법으로 만들어졌는지를 평가하는 것이다. 취약집단에 대한 관심, 노인의 존엄성 고려, 성별영향평가, 정책개발의 참여, 교육에 대한 권리, 건강과 사생활정보 보호, 국가 책임과 인권의 균형, 노인인권 인식과 확대가능성, 국가와 지방단체의 책임규정, 충분한 기초자료분석, 학계와 시민단체 의견수렴, 인권관리와 안전지침을 고려하였는지의 측면에서 제도를 평가하였다.

조사 대상자들은 노인장기요양보험제도가 인권에 기반을 둔 건강권을 크게 고려하지 않고 만들어지고 있다고 판단하고 있다. 12개 항목별 5점 만점으로 60점 총점에 전체 대상자 평균 32.9점을 주고 있다. 노인서비스 제공인력이 28.6점, 건강보험공단 인력이 40.2점, 그리고 전문가 집단이 29.9점이다. 노인서비스 제공인력군이 상대적으로 가장 낮게 노인요양보험제도의 인권기반 접근 수준을 평가하고 있다.

특히 성별영향평가와 정책개발에 정책 대상자들의 참여도에 대한 평가에서 가장 낮은 평가를 하고 있다. 정책 대상자가 노인이어서 정책 개발에 참여도를 높이는 것이 제한적이라는 것을 이해한다고 하더라도, 찾아가서 노인의 참여를 얻거나 하는 등의 직간접적인 방법을 어느 정도 실행했는지 반성해 볼 필요가 있다. 더불어, 조사 대상자들의 개별 의견을 통해, 응답자들이 정책을 만들고 운영할 때 기본적으로 수행되어야 할 성별영향평가와 교육에 대한 권리에 인식이 약한 것을 간접적으로 느낄 수 있었다. 사회적으로 인권이라는 용어에 익숙해진 반면, 인권의 각 영역에 대한 인지 정도를 높일 수 있는 노력이 필요하다고 생각된다.

조사 대상자들은 노인장기요양보험 시범사업의 요양서비스의 수준이 건강권을 크게 고려하지 않고 제공되고 있다고 판단하고 있다. 인권감수성이 높을수록 노인장기요양보험서비스의 건강권 고려수준이 미흡하다고 판단하고 있었다. 인권교육을 받은 사람이 노인요양서비스의 건강권 보장수준을 더 높게 판단하는 것은 노인요양서비스를 직접 제공하거나, 서비스 전달과정에 직접 참여하는 경우 인권교육을 받은 사람이 더 건강권을 고려한 서비스를 제공한다는 측면에서 이해할 수 있으나, 실제적으로 더 노인의 인권과 건강권을 고려한 서비스를 제공하는지는 실증적인 자료로 살펴볼 필요가 있다.

부록 1. 보건의료에서 인권에 대한 질문과 대답

1부. 보건 및 인권 규정과 기준

질문 1. 인권이란 무엇인가?

- * 국제적으로 보장 받는다.
- * 법적으로 보호 받는다.
- * 인간의 존엄성에 초점을 둔다.
- * 개인과 그룹을 보호한다.
- * 국가와 통치자의 의무이다.
- * 보류되거나 박탈당하지 않는다.
- * 독립적이며 상호적이다.
- * 만인에게 적용된다.

인권은 인간의 기본적인 자유와 인간 존엄성을 침해하는 행위에 대하여 개인과 그룹을 보호하는 인권법에 의해 보장받는다. 인권은 시민권, 문화권, 경제권, 정치적 사회적 권리 등을 포함한다. 인권은 주로 국가와 개인의 관계와 관련되어 있다. 인권에 관한 정부의 의무는 존경, 보호 그리고 인권 협약의 이행이라 할 수 있다.

인권은 만인에게 적용되며 나눌 수 없으며 상호 의존적이며 상호 관련된 것이다. 국제 사회는 시종일관 인권의 중요성을 인지하여 인권을 공정하고 평등하게 다루어야 한다. 국가나 지역의 특성 그리고 다양한 역사적 문화적 종교적 배경의 중요성을 감안하더라도, 정치 경제 문화적 시스템을 불문하고 인권과 기본적인 자유를 장려하고 보장하는 것이 국가의 의무이다.

인권에 관한 국제회의에서 채택된 비엔나 선언과 실행 프로그램.

질문 2. 인권은 국제법에 어떻게 반영되어 있는가?

2차 대전의 여파로 국제 사회는 국제인권선언을 채택했다(UNHR, 1948). 그러나 국가들이 그 선언을 구속력이 있는 법으로 전환하려고 했을 때 냉전이 이를 어렵게 했고 인권을 두개의 범주로 양극화시켰다. 서구에서는 시민권과 정치권이 우선적이며 경제적 사회적 권리는 단지 지향점에 불과하다고 주장했다. 동구권에서는 반대로 음식, 건강 그리고 교육에 관한 권리가 주요한 것이며 시민권과 정치권은 부차적이라고 주장했다. 그리하여 1966년에 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights(ICESCR)와 International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR)이라는 두 개의 협약이 만들어졌다. 이후 수많은 협약과 선언문 그리고 기타 법적 문서들이 채택되었고 인권이 무엇인지는 이들을 통해 알 수 있다.

- * 국제인권협약은 그것을 비준한 정부에 구속력이 있다.
- * 선언문은 구속력이 없지만 거기에 포함된 많은 규정과 기준들은 관습적 국제법에 있어 구속력이 있는 원칙들에 영향을 준다.
- * UN은 선언문이나 실행프로그램 등의 구속력이 없는 정책들을 만든다.

만인에 대한 인권의 평등에 관해 불평한 것은 결코 국민들이 아니었고 인권을 서구나 복구의 부담이라고 생각한 것도 결코 국민들이 아니었다. 그렇게 한 것은 대개 그들의 지도자들이었다.

UN 사무총장 코피 아난

질문 3. 건강과 인권 사이의 관계는 무엇인가?

건강과 인권은 복잡하게 얽혀 있다.

- * 인권침해나 관심 부족은 건강에 심각한 결과를 초래할 수 있다.
- * 보건 정책이나 프로그램들은 그것들이 기획되거나 실행되는 방식에 따라 인권이 침해되거나 장려될 수 있다.

* 건강하지 못함의 취약성과 영향은 인권을 존중, 보호하고 실현하려는 노력에 따라 감소될 수 있다.

각 권리의 표준 내용들은 인권 협정서에 뚜렷이 표현되어 있다. 건강할 권리와 차별 완화와 관련되어, 표준 내용들은 질문 4, 5에 각각 언급되어 있다. 건강과 관련 있는 다른 인권 표준 내용들을 뚜렷이 명시하기 위해 인권 협정서에 사용된 언어의 예이다:

***고문:** “누구든지 고문이나 잔인하고 무자비한 대우를 받는 대상이 되어서는 안 된다. 특히, 자신의 자율적인 동의 없이 의학적, 과학적 실험의 대상이 될 수 없다.”

***아이들에 대한 폭력:** “아이들에 대한 모든 형태의 신체적, 정신적 폭력, 상처와 학대, 무관심한 대우, 노동력 착취, 성폭력에 대해서는 모든 입법적, 행정적, 사회적 그리고 교육적 조치가” 취해져야 한다.

***해로운 전통적 요법:** “아이들의 건강에 해가되는 전통 요법을 폐지하는데 효율적이고 알맞은 조치”가 취해져야 한다.

***참여:** “적극적이고 자유롭고 뜻 깊은 참여”를 할 권리

질문 4. 건강권 'The right to health'의 뜻이 무엇일까?

건강권은 건강할 권리를 뜻하는 것이 아니며, 가난한 정부가 비싼 의료 서비스를 들여와야 한다는 것도 아니다. 하지만 정부와 관계 당국이 정책과 실행을 통해 짧은 시간 안에 모두가 이용할 수 있고 접근 가능한 보건시스템을 제공해야한다. 이것이 실현되도록 보장하는 것이 인권단체와 공중 보건 전문가 들이 처한 도전인 것이다.

UN High Commissioner For Human Rights, Mary Robinson

***정보:** “모든 종류의 아이디어나 정보를 찾고, 받고, 수여하는 자유”

***프라이버시:** “누구도 전제적, 불법적으로 방해받는 대상이 될 수 없다.”

***과학적 발달:** “과학 발달의 이점과 이용을 즐길” 모두의 권리

***교육:** “아이들의 건강과 영양에 대한 기본적 지식, 모유수유의 장점, 위생과 환경적 공중

위생 그리고 사고의 예방” 등 교육을 받을 권리

***식품과 영양:** “모두가 충분한 음식을 받을 권리와 배고픔을 느끼지 않을 기본적인 자유”

***생활수준:** 모든 사람이 충분한 의식주, 의료와 사회적 서비스 등을 포함한 적당한 생활 수준을 유지할 권리

***사회적 보안에 관한 권리:** “사회 보험을 포함한 사회적 보호를 받을 권리”

정신적 장애가 있는 사람들은 특히 더 차별받기 쉽다. 이는 적절한 치료와 보살핌을 받을 수 있도록 하는 능력 뿐 아니라 정신병에 대한 사회적인 인식에도 부정적인 영향을 준다. 그들은 고용이나 적절한 주거, 교육 등 인생의 여러 가지 면에서 차별을 경험한다.

정신질환자보호에 관한 UN결의문은 정신질환을 이유로 하는 차별을 금지한다.

건강권은 WHO헌장(1946)에 처음으로 반영되었고 1978년 Alma Ata 선언과 1998년 World Health Assembly에서 채택된 World Health Declaration에서도 다시 반영되었다. 그리고 광범위한 국제인권협정서와 지역인권협정서에 확고하게 기입되었다.

국제인권법에서 도달 가능한 최고수준의 건강에 대한 권리는 이 권리의 향유를 최선으로 보장해줄 수 있는 규정이나 제도 법 그리고 이를 가능하게 하는 환경 등의 일련의 사회적 조정을 요구한다. 건강권에 대한 가장 권위 있는 해석은 2002년 5월 145 개국이 비준한 ICESCR의 12항에 나와 있다. 2000년 5월에 협정을 감시하는 Committee on Economic, Social and Cultural Rights는 건강권에 대한 General Comments를 채택했다. General Comments는 개인의 권리와 협정을 비준한 국가의 의무의 성격과 내용을 명확하게 하는 역할을 한다. General Comments는 건강권은 음식, 주거, 일, 교육, 참여, 과학적 발전과 그 응용으로 생긴 이익 향유, 인생, 비차별, 평등, 고문 금지, 사생활, 정보에 대한 접근과 집회, 결사, 운동의 자유 등을 포함하는 여타 인권의 실현과 밀접한 연관이 있다. 게다가 위원회는 건강권을 적기의 적절한 치료 뿐 아니라 안전한 식수와 적절한 위생 그리고 안전한 식품공급, 영양과 주거, 건강한 직업적 환경적 조건과 성관계와 임신 출산 건강을 포함한 건강관련 교육과 정보에 대한 접근권 등의 변수들까지 포함하는 포괄적인 권리로 해석했다.

General Comments는 건강권을 평가할 수 있는 네 가지 범주를 설정 한다:

(a) 이용 가능성 : 프로그램 뿐 아니라 공중보건과 의료시설, 상품과 서비스는 양적으로 충분히 이용할 수 있어야 한다.

(b) 접근 가능성 : 모든 의료시설, 상품 그리고 서비스는 모든 사람들이 차별 없이

이용할 수 있어야한다. 접근 가능성에는 네 가지의 중복되는 영역이 있다.

* 비차별성;

* 물리적 접근성;

* 경제적 접근성;

* 정보 접근성.

(c) 수용성 : 모든 의료시설과 상품, 서비스는 의료윤리를 준수하고 문화적으로 적합해야하며 성별 연령별 요구에 민감해야 할 뿐 아니라 관계된 사람들의 비밀을 존중하고 건강 상태를 개선 할 수 있도록 디자인되어야 한다.

(d) 서비스 질 : 모든 의료시설과 상품, 서비스는 과학적으로도 의학적으로도 적합하며 품질이 우수해야한다.

질문 5. 차별로부터의 자유 원칙은 건강과 어떻게 연관되어 있는가?

사회의 취약 그룹과 소외 그룹은 건강문제에 있어 과도한 몫을 감내하는 경향이 있다. 공공연한 차별이나 암묵적인 차별은 기본적인 인권을 침해하고 대개는 건강하지 않은 상태의 원인이 되기도 한다. 실제로 차별은 대상에 대한 부적절한 건강 프로그램과 의료 서비스에 대한 제한적인 접근에서 드러난다.

차별은 여러 가지 복합적인 방식으로 드러나는데, 그것은 직접적으로 혹은 간접적으로 건강에 영향을 미칠 수 있다. 예를 들면 여성에 대한 폭력 철폐 선언은 여성에 대한 폭력과 역사적으로 불평등한 남녀의 권력관계 사이의 관련을 보여 준다.

차별금지법 차이를 인정하면 안 된다는 의미가 아니다. 동일한 사례를 동일하게 다루지 않는 상이한 대처방식은 사회내의 불균형을 시정하기 위한 목표와 합리적인 기준에 기초해야 한다.

건강과 의료에 관련하여 비차별의 적용 기반은 진전되었다. 비차별은 현재 다음과 같은 사항들을 금지하는 것으로 요약될 수 있다: “치료와 건강을 결정짓는 잠재적 요

인에 대한 접근에서 어떠한 차별도 있어서는 안 된다. 뿐 아니라 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 혹은 기타 의견, 국적, 사회적 소속, 재산, 출생, 신체적 혹은 정신적 장애, HIV/AIDS를 포함한 건강상태, 성적 취향, 시민권, 정치적, 사회적 혹은 기타 지위를 이유로 수단이나 정부 지원 획득 시 차별이 있어서는 안 된다. 건강권 행사나 그 평등한 향유를 무효화 하거나 약화시키려는 의도가 있는 어떠한 차별도 행해져서는 안 된다.”

공중 보건 정책은 암묵적인 차별로 인해 큰 어려움을 겪고 있다. 예를 들어, 홍보 활동은 텔레비전에 나오는 메시지 한 줄이면 모든 인구에게 전달된다고 가정한다. 또는 유방암이나 혈액 관련 질환 같은 특정 집단과 관련된 건강 문제를 포함하지 않는 분석; 아니면 여러 인구 그룹의 실제 반응 능력을 무시하는 문제 등이 있다. 납을 없앨 수 있는 경제적인 능력에 대한 고려 없이 납 중독 경고를 내리는 것 또한 암묵적인 차별의 예라고 할 수 있다. 암묵적인 차별은 정말 광범위해서 모든 건강 정책과 프로그램은 그렇지 않다는 것이 증명될 때 까지는 차별적이라고 간주되어야 한다.

Jonathan Mann

질문 6. 어떤 국제인권협약서가 정부에게 의무를 지우는가?

인권협정의 참여국이 될 것인지 여부는 정부가 자유롭게 결정한다. 그러나 일단 결정이 내려지면 해당 협정의 조항에 따라 행동할 의무가 있다. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights(ICESCR, 1966)와 The International Covenant on Civil and Political Rights(ICCPR, 1966) 등의 주요한 국제 인권 협정은 Universal Declaration of Human Rights(UDHR, 1948)에서 나온 권리의 내용을 한층 더 다듬었고 그 협약에 참가하는 정부에 대해 법적 구속력이 있는 의무를 부과한다. 이 문서들은 대개 함께 “International Bill of Human Rights”로 불린다.

이런 핵심적 문서들을 바탕으로 하여 기타 국제 인권 협정은 소수 민족, 여성과 아동, 혹은 고문 같은 특정 이슈 등 특정 그룹이나 범주에 초점을 두었다. 건강에 적용되는 인권의 규범적 구조를 고려해서 인권 조항은 총체적으로 고려되어야 한다.

World Conference on Human Rights(비엔나, 1993), International Conference on Population and Development(카이로, 1994), World Summit for Social Development(코펜하겐, 1995), Fourth World Conference on Women(북경, 1995) 그리고 World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance(더반, 2001) 등과 같은 UN국제회의에서 나온 선언문과 실행 프로그램은 정부의 인권의무에 부합되는 정책에 대한 지침을 제공한다.

지구상의 모든 나라가 적어도 하나의 인권 협약에 가입해 있다. 그 협약에는 건강권과 건강에 필요한 조건과 관련된 많은 권리를 포함하는 건강 관련 권리를 명시되어 있다.

질문 7. 인권을 위해 어떤 국제 감시 기제가 존재하는가?

중요 인권조약의 실행 여부는 협정 감시 단체로 알려진 위원회가 감시하고 있다. 위원회는 독립적인 전문가들로 구성되며 UN의 후원으로 만들어 진다. 여섯 개의 주요 인권협정 각각이 국가보고서를 검토하고 어떻게 인권의무를 따를지에 대한 국가와의 “건설적인 대화”에 참여하기 위해 정기적으로 모이는 감시 단체를 가지고 있다. 투명성 원칙에 의거하여 국가는 협정 단체에 진행보고서를 제출해야 하고 그 내용을 국민들이 널리 알 수 있도록 해야 한다. 고로 보고서는 인권이슈에 대한 국가적 논쟁을 증진시키고 시민 사회의 개입과 참여를 장려하고 정부의 정책에 대한 공식적 검토과정을 촉진하는 데 중요한 촉매작용을 할 수 있다. 모임의 마지막에는 협정 단체가 마무리하는 관찰 소견을 발표한다. 여기에는 정부가 인권 기록을 발전시키는 방법에 대한 권고사항이 포함된다. WHO 같은 특정 기관들은 국가와 협정감시단체 사이의 대화를 용이하게 하기위한 관련 건강 정보를 제공함에 있어 중요한 역할을 한다.

UN 체제에서 인권을 감시하기 위한 다른 기제에는 Commission on Human Rights와 Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights가 있다. 이 단체는 특별한 보고자와 독립적인 전문가 그리고 여성에 대한 폭력, 아동 매매, 해로운 전통적 치료와 고문 같은 주요 인권 이슈 혹은 특정 국가를 감시하고 보고하는 실무 그룹을 지명한다. 게다가 1994년에 UN의 인권체계를 이끄는 인권 고등 판무관이라는 직위가 만들어졌다. 고등 판무관의 지시는 감시, 장려, 보호 그리고 협력 등 UN 인권활동의 모든 측면에 영향을 준다.

지역적 조정은 기존의 지역 정부 간 조직 내에서 이루어진다. 아프리카의 지역 인권 협정서는 African Charter on Human and Peoples' Rights 인데 이것은 Organization of African Unity내에 위치하고 있다. 아메리카 지역의 인권기제는 Organization of American States내에 위치하며 American Convention of Human Rights에 기초한 것이다. 유럽의 인권체제는 Council of Europe의 한 부분이다. 주요 인권 협정서는 European Convention on the Protection of Human Rights와 Fundamental Freedoms and the European Social Charter이다. 15개 국가 조직인 유럽연합은 인권 이슈에 대한 자세한 규정을 가지고 있으며 인권을 일반적 외교정책에 통합시켰다. 게다가 55개 국가 조직인 Organization for Security and Cooperation in Europe(OSCE)도 개별적인 기구들과 협정을 가지고 있다. 아시아 태평양 지역에서는 지역의 인권협정이 가능할 지에 대한 정부 간의 광범한 상담이 진행 중이다.

질문 8. 자원이 부족한 가난한 나라의 인권을 부유한 국가의 인권기준으로 어떻게 끌어올릴 수 있는가?

권리의 완전한 실현을 위한 단계는 정부의 인권 의무에 부합될 만큼 가능한 정교하고 확실하며 목적 지향적이어야 한다. 입법적 수단이나 사법적 교정, 또 행정적, 재정적, 교육적, 사회적 대책들을 포함하는 모든 적절한 수단이 고려되어야 한다. 여기에서 정부나 경제시스템은 문제 상황에서 그 대책을 위한 수단으로 간주되기 때문에 어떤 특정한 정부 형태나 경제시스템의 형태가 요구되거나 배제되지 않는다.

인권의 진보적 실현 원칙은 그 목적을 위해 가능한 신속하고 효율적으로 움직여야 한다는 의무를 부과한다. 그러므로 그것은 빈곤국과 부유한 국가 모두와 관계가 있다. 왜냐하면 이용가능한 자원의 부족으로 인한 제약은 인정하지만 모든 국가가 완전한 권리의 실현을 향해 움직임에 있어 지속적인 진보를 보여 줄 것을 요구하기 때문이다. 고의로 퇴보적인 대책을 채택하는 경우 최대한의 주의 깊은 감시를 받게 되며 이에 관해 관련 인권협정에 대해서 그리고 이용 가능한 최대한의 자원을 완전히 사용했는가 하는 맥락에서 인권에 관한 지표를 참고하여 그 대책을 완전히 정당화해야 한다. 이런 맥락에서 그 의무를 따르는 정부 당국의 의지 없음과 무능을 구분하는 것이 중요하다. 보고 과정 동안 정부 당국과 위원회는 다음 보고 기간까지 달성 가능한 현실적인 목표를 제공하기 위해 지표와 국가 기준을 확인한다.

질문 9. 인권법 하에서 국제 협력의 의무가 있는가?

말라리아, HIV/AIDS 그리고 결핵은 세계의 가장 가난한 인구에 불균형적으로 높은 영향을 미치는 질병의 사례라 할 수 있다. 이는 개발도상국의 경제에 엄청난 부담을 안긴다. 인권 패러다임이 국가 관할내의 개인과 집단에 대한 정부의 의무에 관심을 가지고 있음에도 불구하고 인권협정서내의 “국가의 자원”에는 국제 원조와 협력도 포함된다.

유엔헌장의 55조와 56조에 따르면 발전과 인권 실현을 위한 국제 협력은 모든 국가의 의무이다. 이와 유사하게 Declaration on the Rights to Development는 주권 평등, 상호의존 그리고 상호 이익을 기반으로 한 적극적인 국제 원조와 협력 프로그램을 강조한다.

게다가 ICESCR는 각 국가에게 개별적으로 또 국제 원조와 협력을 통해 특히 경제적 기술적으로 이용 가능한 최대한의 자원을 이용해서 권리의 완전한 실현을 진보적으로 달성하기 위하여 조치를 취할 것을 요구한다.

이런 기조에서 국제 협력의 틀이 언급되었다. 그 틀은 예를 들자면 보건영역에서의 개발도상국의 필요는 고려되어야 한다는 것을 인정한다. 이런 맥락에서 전문적인 기구의 역할이 인권협정에서 인정되었다. 예를 들면 ICESCR은 인권 달성을 위한 국제적 활동에는 기술적 원조와 지역적 모임 그리고 정부와 연계하여 조직되는 상담과 연구를 목적으로 한 기술적인 모임 등도 포함된다.

질문 10. 사회의 여타 행위주체와 관련하여 정부의 인권의무란 무엇인가?

정부의 역할과 책임에는 민간 행위주체(건강 보험 회사 등)에 대한 증가하는 의존성도 포함되기 때문에 정부의 보건 시스템은 취약인구 그룹이 접근할 수 있는 서비스와 그들이 필요로 하는 구조를 확보하기 위한 사회적 안전망과 기타 기제들을 보장해야 한다.

인권을 보호해야 하는 국가의 의무는 정부가 비정부 행위자들이 인권법에 부합되게 활동 하도록 해야 한다는 것을 의미한다. 정부는 의료에 대한 적절한 접근과 정보 등을 보장하기 위해 법률이나 정책 그리고 기타 수단을 써서 제 삼의 당사자가 인권 기준을 준수하도록 할 의무가 있다. 그리고 만약 개인이 이런 상품이나 서비스에 접근 하는 것이 거부된다면 이를 교정할 적절한 수단을 사용해야 한다. 건강권, 정보에 대한 권리 그리고 기타 관련 인권조항에 대한 침해로부터 국민을 보호하기 위해 담배 산업을 규제하는 것이 정부의 의무를 보여주는 한 가지 사례이다.

단체와 NGO에서는 국제 인권 규정과 기준을 반영하는 자발적인 조례가 확산되고 있다. 사적인 영역에서 일이 가진 인권적 함의에 대한 증가하는 관심으로 인해 인권은 사업 아젠더의 상위에 위치하게 되었다. 여러 사업체들이 인권에 대한 관심을 그들의 일상적 활동에 결합시키기 시작했다.

2부: 건강과 인권의 결합

질문 11. 권리에 기초한 건강에 대한 접근은 무엇을 의미하는가?

권리에 기초한 건강에 대한 접근은 다음의 과정들을 말한다:

- * 인권을 건강 발전의 이론적 틀로 사용한다.
- * 모든 건강 정책, 프로그램 혹은 법률의 인권적 함의를 평가하고 검토한다.
- * 인권을 정치적, 경제적, 사회적 측면을 포함하여 모든 측면에서 건강관련 정책과 프로그램의 디자인, 실행, 감시 그리고 평가하는 통합적인 수준으로 만든다.

이 과정에 적용된 **중요한 요인**은 다음과 같다:

- * **인간의 존엄성**을 보호한다.
- * 사회에서 가장 취약한 인구군에 관심을 기울인다. 다른 말로 하자면 건강 정책, 프로그램 그리고 전략에 영향을 받는 사람들의 특징-어린이, 청소년, 여성과 남성; 토착민과 부족민; 국가적, 민족적, 종교적 그리고 언어적 소수자들; 추방자들; 망명자들; 이민자와 이주자들; 노인들; 장애인; 죄수; 경제적으로 빈곤한 사람들 혹은 주 변화된 그리고/혹은 **취약한 그룹들**-을 인지하고 활동한다는 것이다.
- * 모든 사람이 이용할 수 있는 보건 시스템을 보장한다. 특히 가장 취약한 인구군과 주변화된 인구군이 법률상 그리고 사실상 금지된 어떤 이유로 인한 차별도 없이 이용할 수 있도록 해야 한다.
- * **성별** 전망을 사용한다. 생물학적, 사회문화적 요인은 남성과 여성의 건강에 영향을 주는 중요한 요인이라는 점을 인식해서 정책과 프로그램은 주의 깊게 이런 차이를 검토해

야 한다.

권리에 기초한 건강에 대한 접근은 관련 인구 집단의 개별적인 특성을 인지하도록 한다. 예를 들면 어린이와 관련된 모든 활동에는 다음과 같은 아동의 권리에 대한 Convention의 주요 원칙들이 적용되어야만 한다.

- * 아동의 최선의 이익이 우선적으로 고려되어야 한다;
- * 아동의 관점에 무게를 실어주어야 한다.

* 건강 프로그램이 설계되거나 실행되는 방식에 있어서 차별로부터의 평등과 자유를 보장한다.

* 드러나지 않는 차별을 찾아내기 위해 건강 자료를 분석한다.

* 자신들에게 영향을 주는 건강 발전 정책이나 프로그램의 결정 과정에서 수혜자들의 자유롭고 의미 있으며 효율적인 참여를 보장한다.

* 건강 이슈에 관한 교육권과 정보와 아이디어를 찾고 받고 나눌 수 있는 권리 증진과 보호. 그러나 정보권은 사생활보호권을 침해 할 수 없다. 이는 개인의 건강정보는 비밀로 다루어져야 한다는 것을 의미한다.

* 건강 정책이나 프로그램에 의해 마지막 보루로써 권리의 행사와 향유를 제한하는 것과 이를 적법하다고 간주하는 것은 Siracusa원칙의 조항에 따른다.(질문 13 참조)

* 바람직한 공중보건 목적을 가진 모든 건강 관련 법, 정책 혹은 프로그램의 인권적 함의를 나열하고 훌륭한 공중보건 결과와 인권의 증진과 보호 사이에 최선의 균형을 보장한다.

* 인권이 건강 정책, 프로그램 혹은 법률에 어떻게 적용되고 어떤 관련이 있는지를 보여주는 국제적 인권 규정과 기준에 대한 분명한 연관성 만들기.

* 획득 가능한 최고 수준의 건강에 대한 권리 달성. 활동의 명백하고 궁극적인 목적은 건강의 강화이다.

- * 인권을 존중하고 보호하고 실현하는 구체적인 정부의 **의무**를 명백하게 표현하기.
- * 보건 현장에서 권리의 진보적 실현에 개한 감시를 확실하게 만들어 주는 **기준과 지표** 확인하기.
- * 프로그램 발전의 모든 단계에서 주요 고려사항으로 보건의 **투명성과 책임성**을 강화하기.
- * 힘의 불균형을 다루기 위해 다수의 위협으로부터 소수자들, 이주자 및 기타 국내적으로 “인기 없는” 그룹 등을 보호하기 위한 보호책 만들기. 예를 들면 건강 관련 권리가 침해 받은 경우 이를 교정하는 기제를 만든다.

질문 12. 공중 보건에서 인권의 부가가치는 무엇인가?

전반적으로 인권은 다음을 제공함으로써 공중보건 영역의 작업에 도움을 준다:

- * “건강권”은 달성 가능한 최고 수준의 건강이라는 분명한 인식;
- * 건강 정책과 프로그램의 설계와 실행 그리고 평가에 대해 인권적 접근을 함으로써 보건 결과를 강화시키는 도구가 된다;
- * 취약 그룹과 주변 그룹이 의미 있고 적극적인 참여자가 되게 하는 “자격부여”전략;
- * 유용한 이론적 틀, 용어 그리고 건강을 결정짓는 용인 중 내재적인 것을 알아내고 분석하고 대응하게 하는 지침;
- * 보건 영역에서 정부의 실행을 평가하는 기준;
- * 보건에 대한 정부의 책임성 강화;
- * 정부, 국제기구, 국제 금융기관과의 협력을 위한 강력하고 권위 있는 기반이자 시민 사회의 관련 행위 주체와의 파트너십을 맺을 때도 강력하고 권위 있는 기반이 된다;
- * 인권으로서의 건강 실현을 감시하는 기존의 국제적인 기제들;
- * 합의된 국제적 규정과 기준(예를 들면 개념 정의나 인구 그룹들);
- * 인권은 모든 UN활동을 관통하기 때문에 국가에 대해 일관적인 지침을 제공한다;
- * 확장된 분석 범위와 확장된 국내 파트너의 범위.

질문 13. 공중보건보호를 위해 특정 인권을 제한하면 어떻게 되는가?

고문당하지 않을 권리, 노예제로부터의 자유 그리고 생각과 양심 종교의 자유 등 어떤 경우에도 제한될 수 없는 인권이 있다. 국제인권협정서의 제한과 훼손 조항은 어떤 경우에는 인권을 제한할 필요를 인정한다.

때때로 국가는 공중보건을 위해 인권을 제한한다.

인권이 제한될 때 무엇을 보호하기 위해서인지 정당화함에 있어 주요 요인은 Siracusa 원칙의 다섯 개 범주이다. 공중보건을 보호하기 위해 인권을 제한하는 것이 허용된다 하더라도 그것은 한정된 기간 동안이어야 하고 다음 원칙을 검토한 후라야 한다.

Siracusa 원칙

공중보건을 달성하기 위한 마지막 보루로써만 인권이 침해될 수 있다. 그러한 침해는 Siracusa 원칙으로 알려진 인권법에 정확하게 정의된 상황에 준할 때만이 정당화될 수 있다.

- * 제한은 법에 따라 규정되고 실행된다;
- * 제한은 공공 이익이라는 적법한 목적을 위한 것이다;
- * 민주 사회에서 목적을 달성하기 위해서는 제한이 꼭 필요하다;
- * 동일한 목적을 달성하기 위해 사용가능한 덜 침해적이고 덜 제한적인 수단이 없다;

그리고

- * 비합리적이거나 혹은 차별적인 방식으로 제한이 임의적으로 기안되거나 부과되지 않는다.

예를 들어 에볼라 혹은 결핵 등의 위험한 전염병을 다루기 위한 격리지역의 설정으로 인한 이동의 자유에 대한 제한은 특정 조건하에서 공공이익을 위해 필요한 인권 제한의 사례가 된다. 그러므로 국제인권법에도 적법하다고 간주될 수 있다. 반대로 국가의 안전이나 공공질서를 보존한다는 이유로 에이즈 환자의 이동을 제한, 감금하거

나 반체제인사의 치료를 금지시킨다거나 심각한 전염병에 대한 면역조치를 제공하지 않는 국가는 그런 심각한 대처행위를 정당화해야하는 의무가 있다.

질문 14. 인권은 증거에 근거한 건강 정보와 어떤 관계가 있는가?

국제적으로 인정받는 인권을 만드는 과정은 현실을 드러냄으로써 만들어진다. 예를 들어 토착 인구의 권리에 대한 선언은 토착인구가 취약하고 소외된 그룹으로서 정치적 참여와 건강, 교육에 대한 권리 등을 포함한 인권의 상당 부분을 충분히 향유하지 못한다는 인식에 뿌리를 두고 있다. 다른 말로 하자면 인권 규정과 기준의 확립은 그 자체가 심각한 문제의 증거이며 그것을 제기하는 일의 중요성을 정부가 인식하고 있다는 증거이다. 그러므로 인권 규정과 기준의 존재는 증거 수집을 촉진하며 그 증거는 복잡한 건강에 대한 위협을 처리하는데 필요한 자료를 뜻한다. 예를 들면 전통적 표지의 범위를 넘어선 분석 자료는 토착민이나 소수민족에 대한 차별을 감지할 수 있다; 차별은 이런 그룹들의 열악한 건강 상태를 암묵적으로 결정짓는 요인으로 간주된다. 그러나 민족이 얼마나 다른 취급을 받는지 그리고 왜 인권의 범위를 제한하는지를 드러냄에 있어 인권을 옹호하는 정치적인 민감성은 자료 수집을 가능하게 하는 추진력으로써 환영받는다.

인권은 건강 자료가 수집되는 방식과 관련이 있다는 것이 더 널리 받아들여진 생각이다. 이는 사생활, 참여 그리고 비차별 등의 인권에 대한 존중을 확실하게 하기 위한 고려를 포함해야하는 자료 수집의 방법도 포함한다. 두 번째로 국제적인 협정서들은 다양한 인구 그룹을 정의하는데 도움이 된다. 예를 들어 ILO Convention Concerning Indigenous and Tribal Peoples는 다른 인구그룹에서 토착민, 부족민들을 알아내고 구분하는 권위 있는 기반을 제공한다.

개인의 건강 상태 (예들 들면 에이즈 감염, 암 혹은 유전적 장애 등) 혹은 행위 (예들 들면 성적 취향 혹은 알코올이나 기타 잠재적으로 해로운 물질 사용 등)에 관해 개인으로부터 자료를 수집하는 것은 정부에 의해 오용될 수 있는 가능성을 가지고 있다. 왜냐하면 이 자료는 고의적으로 혹은 의도치 않았더라도 타인에게 이용될 수 있도록 만들어졌기 때문이다.

지표들

건강 지표, 인권 지표 그리고 인간 발전 지표에 대한 UN기구의 작업은 공공의 협의사항을 진척시키는 데 도움을 줄 수 있다. 지표의 디자인, 발전, 사용과 접근을 위한 일반적인 틀을 확실히 만들기 위해서는 더 큰 협력이 필요하다. Common Country Assessment(CCA) Indicators를 만들기 위한 UNDG 작업팀은 지표란 질적인 정보나 수량적인 정보를 전달하는 변수 혹은 측정치라고 정의했다. 그러나 지표는 시종일관 측정 가능해야 한다. 인권은 단순 발전 지표 리스트를 발전으로 이끈 CCA지표 틀 안으로 통합되었다. CCA지표는 “무엇인지”를 측정하도록 설계되었다. 그러나 여기에는 기준, 대상, 목표 혹은 “무엇이어야 하는지”, “언제까지”에 대한 단정적인 대답이 포함되지 않는다. 왜냐하면 그런 것들은 개별 국가, 참여 국가의 과정에서 그에 적합하게 발전되어야 하기 때문이다.

질문 15. 인권은 보건시스템 강화 작업을 어떻게 도울 수 있는가?

비차별 원칙 같은 인권원칙에 대한 관심은 취약인구에 대한 차별적인 대접을 부각시킬 수 있다. 예를 들면 이런 인구내의 발병 빈도와 질병의 심각성 등이 명시되었을 때 이에 대한 정부의 반응에서 차별을 부각시킬 수 있다. 또한 인권 규정과 기준은 취약계층과 소외계층의 보건상의 필요를 우선으로 하는 보건 시스템의 강력한 기반을 만들 수 있다. 인권은 사회에서 가장 취약하다고 간주되는 인구 집단(예를 들어 토착민과 소수 부족; 망명자와 이민자; 그리고 소수 민족, 종교적, 국가적 그리고 인종적 소수 등)에 관심을 갖게 하고 집중하게 한다. 또한 건강 정책, 계획 그리고 보건 시스템의 과정(예를 들면 건강 정책, 전략 그리고 정책이 그들의 건강에 영향을 주는 결정이 내려지는 과정에 참여할 수 있는 기준에 의해 영향 받을 가능성이 있는 사람들의 권리)을 관리하는데 도움이 되는 특정 인권을 발전시킨다.

World Health Report 2000:

보건 시스템의 효율 평가에 대한 WHO Framework

증거를 갖춘 건강모델을 만들기 위한 작업을 하면서 WHO는 World Health Report 2000에서 보건 시스템의 효율을 나타내는 지표를 발전시켰다. 이 지표에 내재한 기본적인 원칙은 다음과 같다; 중요한 사회적 목표를 달성하기 위해 보건 시스템과 다른 시스

템이 어떻게 상호작용하는지를 평가한다; 건강과 자본 배분에 있어서의 기민성과 공정성을 정의하고 측정한다; 그리고 보건시스템의 효율을 향상시키는데 다른 정책들이 어떻게 기여하는지를 보여준다. 특히 보건시스템의 기민성에 대해서는 인권 규정과 기준이 포함되었는지, 다양한 영역의 역할 분담이 구체화 되었는지 평가된다.

질문 16. 보건법과 인권법에는 어떤 연관이 있나?

보건법은 건강권을 진작시키고 보호해줄 수 있는 중요한 장치이다. 보건법의 구조와 개관에 있어 인권 인권뿐 아니라 공중보건 목표에 부합되는 선에서 보건법의 효율성과 적합성을 판단 할 수 있도록 하는 유용한 도구를 제공한다. 이런 맥락에서 많은 나라들은 에이즈로 인해 검역이나 격리와 관련된 내용을 포함하는 공중보건법을 재고하였다.

전염병학이나 기타 그들의 대책을 지지해 주는 충분한 자료 없이 특정 인구 집단에 의도적으로 초점을 둔 제한적인 법과 정책은 다수의 인권문제를 야기할 것이다. 이와 관련된 두 가지 사례는 그들의 건강과 복지에 필요하다고 정당화 된 특정 인구군의 여성에 대한 비자발적인 불임수술에 관한 보건 정책과 에이즈의 확산을 막는데 필요하다고 정당화되었던 동성 간의 성행위를 범죄화하는 남색법이 있다.

인권을 보호하는 의무에 부합되는 보건정책과 입법을 발달시키는 정부의 능력이 강화될 필요가 있다. 여기에는 보건 관련 법률과 정책들이 내용상 혹은 그 적용상 인권을 침해했는지 그리고 그런 경우 그 침해를 치유할 수단을 제공하는지를 판단하기 위해 보건법과 정책을 개관하는 도구를 발전시키는 것도 포함된다.

질문 17. 인권은 각국의 보건에 대한 상황적 분석에 어떻게 적용되나?

우선, 인권에 대한 고조된 관심은 각국의 보건에 대한 상황적 분석의 범위를 확장시키고 두 번째는 그 결과로 새로운 파트너가 확인될 수 있도록 해준다. 관심의 새로운 영역에는 국가의 인권실행계획의 보건적 요소들에 대한 고려와 국가의 보건 전략과 실행계획에 인권을 포함하게 만드는 것이 포함된다. 보건에 관련된 인권의무의 이행은 전체적으로 정부에 달려있기 때문에, 건강권 및 인권의 목표는 식품정책이나 영양 정책같이 건강과 큰 관련이 있지만 보건부문과 무관하게 만들어 질 수 있는 정책

과 계획에 포함될 필요가 있다.

취약 인구군에 초점을 맞추는 것은 국가의 입법과 발전 정책이 그런 인구군들에게 어떻게 영향을 미치는지, 어떤 제도가 그들의 최선의 이익을 위해 봉사하는지 그리고 시민 사회운동이 어떻게 그들을 대변하는지 등에 관심을 모아준다. 마지막으로 고려해야 할 다른 문제는 UN인권협약감시단체들이 만든 보고서와 충고 그리고 시민사회 단체들의 시각 등이다.

실질적인 관계는 보건부 이외의 광범한 정부부처 예를 들면 법무부와 여성 문제, 아동 문제, 교육, 사회 문제, 경제 등등의 인권에 책임이 있는 곳(독립적인 인권 기관 들 포함)과 함께 국가적 차원에 속하는 것일 수 있다. 인권을 위해 일하는 UN 기구들과 기타 정부 간 조직, 국제적 국내적 인권 NGO들, 국내의 인권 기관들, 행정 감찰관, 국내 인권위원회, 인권 아이디어 은행과 연구기관들 역시 지구적인 보건관련의제를 발전시키는데 있어 충실한 파트너가 된다.

3부 : 보다 넓은 맥락에서의 건강권과 인권

질문 18. 인권과 윤리학은 어떻게 관련되어있나?

윤리학은 개인과 사회의 행동 규범이다. 이런 규범은 부분적으로 각각의 윤리적 견지 내에 존재하는 복합성의 원인이 되는 종교, 문화적 전통과 그 반영 등의 많은 출처에서 나온다. 윤리학은 의무와 책임; 덕성; 가치기준과 행위의 결과; 공정함의 기준; 그리고 자원 분배와 보상-처벌에 있어서의 정의 등 많은 구성 개념들을 가진 규범 체계이다.

인권은 국제적인 법률적 협정에 구현된 국제적으로 합의한 일련의 원칙과 규정을 말한다. 국제적인 인권원칙과 규정은 기본적인 이슈에 대한 회원국 간의 심도 있고 장기적인 협상의 결과물이다. 다른 말로 하면 인권은 정부 간의 합의 도출 과정을 통해 만들어 진다고 할 수 있다.

윤리학적 연구는 그 내용 뿐 아니라 윤리학적 토론과 추론 과정에도 인권 규정과 기준을 고려할 필요가 있다. 예를 들면 특정 인구군에 관련된 이슈에는 그에 대한 윤리적 의미를 결정함에 있어 그 인구군을 대표하는 개인이 참여해야만 한다. 윤리학은 인권이 명확한 답을 제공하지 못하는 영역에서 특히 유용하다. 예를 들면 인권법이 적용되지 않거나 성문화되지 않은 인간 복제 같은 새로운 영역에서 유용하다.

질문 19. 인권원칙은 형평성과 어떤 관련이 있나?

형평성은 사람들의 사회적 특권이 아니라 사람들의 필요로 인해 복지를 위한 기회 배분의 방향이 결정되는 것을 의미한다. 이는 사회 내에 내재하는 사회적으로 불리한 조건과 체계적으로 연관된 건강과 건강의 주요 결정요인에서 불평등을 없애는 것을 의미한다. 인권 담론 내에서 형평의 원칙은 공정성을 확보하려는 목적을 가진 법률적 용어가 아닌 포괄적인 정치 용어로 많이 사용된다. 형평의 원칙은 이용 가능한 의료 서비스의 접근성, 경제성, 용인성 등의 정책 관련 이슈를 포괄하기 위해 사용되어왔다. 국제인권협정서 상의 취약 인구군과 불우한 인구군에 대한 집중적 관심으로 인해 형평의 원칙이 더 강화되었다. 또한 국제적 차원에서 인권협정서는 국내적 관계에 대한

언급 뿐 아니라 인권을 실현시키기 위한 국제적 협력을 장려함으로써 형평성을 언급한다. 이런 점은 United Nations Declaration on the Right to Development에 특히 잘 나타난다.

질문 20. 건강권 및 인권은 빈곤 퇴치에 어떻게 적용되는가?

필요한 사회적 서비스, 병에 걸리거나 장애, 노령 혹은 활력 부족한 경우에 안전할 권리 등을 포함하여 건강과 복지를 위해 적절한 생활수준을 누릴 권리는 UN인권선언에 포함되어 있다. 경제적, 사회적 그리고 문화적 권리 위원회(CESCR)는 가난을 “적절한 생활 수준과 기타 시민권, 문화적, 경제적, 정치적, 사회적인 권리를 향유하기 위해 필요한 자원, 장래성, 선택, 안전과 권력의 지속적이거나 고질적인 박탈로 특징지어지는 인간 조건”으로 정의했다.

발전을 위한 정책이나 실행에 있어서의 도전은 무력감을 약화시키고 가난한 사람들의 장애성을 강화해서 자신들의 삶을 통제할 수 있도록 하는 방법을 발견하는 것이다.

인권은 개인과 집단에게 정부에 대한 법적인 의무를 부가하는 자격을 줌으로써 개인과 집단을 강화한다. 인권은 사회 내에서 또 사회 간의 권력 분배와 실행을 평등하게 만들고 가난한 사람들의 무력함을 완화시키는데 도움을 줄 수 있다. 건강권 같은 경제적 사회적 권리들이 점점 규범적으로 명확해지고 적용성이 증가함으로써 경제적 사회적 권리에 무게가 실림에 따라 가난 퇴치에 중요한 역할을 할 것이다. 또한 인권적인 접근은 가난한 사람들에게 영향을 미치는 전략의 형성, 실행 그리고 감시에 있어 가난한 사람들의 적극적이고 전문적인 참여를 요구한다.

책임, 투명성, 민주주의 그리고 훌륭한 통치는 가난과 불건강을 다루기 위한 기본적인 요소들이다. 국내적 그리고 국제적인 차원에서 법적인 권리와 의무는 책임을 요구한다. 국내적 차원에서는 효율적인 법적 치료와 행정적, 정치적 책임 기제를 필요로 하고 국제적 차원에서는 인권감시가 요구된다. 전반적으로 인권은 입법, 정책, 프로그램을 포함하는 광범위한 접근이 필요한 가난퇴치의 전체적 틀을 제공한다.

장애가 가난의 원인이 될 수 있으며 가난은 장애의 위험요인이 될 수도 있다. 인권은

장애를 가진 사람들에게 비차별과 동등한 기회를 보장하기 위한 법적인 틀을 제공한다. 고로 인권에 대한 관심은 장애를 가진 사람이 가난해지는 것을 방지하는 잠재적인 방법을 제공한다.

Action on Disability and Development에서 나온 보고서는 가난과 장애 사이의 악질적인 순환에 주목한다. 보고서는 장애인의 가난의 근본 원인은 사회적, 경제적, 정치적 배제라고 주장한다.

배제의 규모는 놀랍다:

- * 개발도상국의 장애 아동의 98%가 공식 교육을 받지 못하며 비장애 아동에게는 당연한 일상적 상호작용에서 제외된다;
- * 세계적으로 일억 명의 사람들이 영양부족과 열악한 위생으로 인한 예방 가능한 장애를 가지고 있다;
- * 아프리카와 아시아의 맹인 아동의 70%와 청각 장애의 50%는 예방 가능하거나 치료가 가능하다.

장애는 차별, 배제 그리고 더한 가난으로 이어진다. The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for People with Disabilities는 모든 UN 참여국의 동의를 얻었다. 법적 구속력은 없지만 그 규정은 많은 나라가 장애 법률을 도입하기를 장려했다.

질문 21. 세계화는 인권의 증진과 보호에 어떻게 영향을 주었나?

세계화는 많은 다양한 현상들을 포괄하는 용어이다. 그중 대부분은 점점 늘어나는 국경을 오가는 돈, 상품, 서비스, 사람들과 생각들 등을 뜻한다. 이 과정을 통해 많은 사람들과 국가들이 이익을 얻었고 많은 사람들이 가난으로부터 벗어났으며 기본적인 인권에 대한 사람들의 인식도 더 높아졌다. 그러나 많은 경우 세계화 과정으로 인해 시장, 정보 그리고 새롭게 개발된 의약품 등의 기본적인 상품에 대한 접근이 거부되었던 사람들과 나라들이 더더욱 주변화 되었다.

인권단체 내에서 인권 보호를 확실히 하는, 그것도 사회 최하위 계층민들의 인권 보호를 위한 정부의 능력에 세계화가 미치는 영향에 관해 관심을 가지는 경향이 생기고 있다.

우선 세계화의 경제-정치적 영역에 위치한 경향은 다음과 같다. 자유 시장에 대한 의존 증가; 국가 정책 결정시 국제 금융시장과 기관들의 영향력 급증; 공공 부문 지출

감소; 이전에는 국가의 독보적인 영역으로 여겨지던 많은 기능들의 민간화; 투자와 기업 활동에 대한 규제 완화. 이런 경향은 경제에서 국가의 역할을 감소시키고 동시에 민간 행위자의 역할과 책임을 증가시킨다. 기업가들이 특히 그렇지만 또한 시민 사회의 행위자들의 역할 고 책임 또한 증가되었다. 인권분석가들은 이런 경향이 세계화의 부정적인 효과로부터 취약인구를 보호하고 인권을 강화하는 정부의 능력을 제한한다는 점에 대해 염려한다.

이런 맥락에서 United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights는 국제기구와 그것을 만들고 관리해온 정부들의 강력하고 지속적인 책임을 강조했으며 또한 국제화라는 맥락에서 정부가 인권의무에 부합되는 방식으로 행동할 수 있도록 또 인권을 증진시키기 위한 정책과 프로그램을 고안할 수 있도록 돕기 위해 그들이 할 수 있는 모든 것을 해야 한다고 밝혔다.

질문 22. 국제인권법은 국제무역법에 어떻게 영향을 주는가?

최근 UN 인권시스템은 인권법과 관련된 무역법과 그 적용에 대해 초점을 맞추기 시작했고, 그 다음에는 World Trade Organization(WTO)과 무역 관련 기타 조직들이 자신들의 일에 내재된 인권문제를 고려하기 시작했다.

예를 들어 약품에 대한 접근 문제가 인권이라는 맥락에서 점점 관심을 모으고 있다. Commission on Human Rights는 2001년에 에이즈 같은 세계적 전염병에 대응하는 의약품에 대한 접근에 대해 결의를 채택했다. 의약품에 대한 접근은 건강권을 발전적으로 실현하기 위한 기본적인 요소라는 점을 재확인했다. 정부는 에이즈 같은 세계적 전염병을 치료하기 위해 사용되는 과학적으로 적합하며 품질이 우수한 의약품과 의료 기술에 대해 누구나 차별 없이 접근 할 수 있도록 이용성, 접근성, 경제적 허용성을 증진시킬 정책을 추구하라는 요구를 받고 있다. 정부는 또한 법을 만들거나 다른 대책을 통해 제 삼자의 제한으로부터 그런 약품과 의료 기술에 대한 접근을 보장하라는 요구를 받는다.

약품에 대한 접근 문제와 관련해서 Agreement on the Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights(TRIPS)와 인권과의 관계 또한 2001년 인권 고등 판무관에 의해 Subcommission on Human Rights에 제출된 보고서에서 다루어졌다. 이 보고서에 의하면 WTO의 141 회원국 중 111개국이 ICESCR을 비준했다. 고로 회원국은 TRIPS 협정에 내재된 융통성 뿐 아니라 인권의무도 함께 염두에 두고 TRIPS 협정의

최소한의 기준을 실행해야 한다. 그리고 “인권이 정부의 최우선적 책임”이라는 점을 인식해야 한다.

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights의 15조는 “모든 사람은 과학적 발전과 그 적용으로부터 발생하는 이익을 향유할 권리가 있다”는 점을 인정한다. 이 권리는 정부에게 과학과 과학적 연구를 보호하고 발전시키며 보급하고 과학적 탐구의 자유를 보장하는데 필요한 단계를 밟아 갈 의무를 부과한다. 건강 문제에 대한 이 권리의 함의는 예를 들면 개발도상국의 약품에 대한 접근과 관련하여 이제 겨우 연구되기 시작했다.

질문 23. 발전에 대한 권리에 기초한 접근(right-based approach)이란 무엇을 뜻하는가?

UN체계 내외에서 United Nations Declaration on the Right to Development (1986)에 명시된 바처럼 발전 그 자체는 인권일 뿐 아니라 발전 과정 그 자체가 인권과 모순됨이 없어야 한다는 인식이 증가되고 있다. 이에 관하여 OHCHR은 규범적으로 국제 인권에 기초한 인류의 발전 과정을 위한 이론적 틀로서 발전에 대한 권리에 기초한 접근이라는 개념을 주장했다. 이 접근은 국제인권 시스템의 규범, 기준, 원칙을 발전 계획, 발전 정책 그리고 발전 과정에 통합시킨다. 통합되는 규범과 기준은 국제 협약과 선언에서 얻어진 것이다. 포함된 원칙은 참여 원칙, 책임 원칙, 비차별과 취약성에 대한 관심, 국제인권협정서의 권한 강화와 확실한 연대 등이다.

발전에 대한 권리에 기초한 접근은 단순히 인간의 욕구나 발전에 대한 필요라는 관점에서 상황을 기술하는 것이 아니라 개인의 양도할 수 없는 권리에 대응하는 사회의 의무라는 관점에서 상황을 기술한다. 그 권리는 사람들로 하여금 자선이 아니라 자신의 권리로서 정의를 요구할 수 있도록 하며 집단이 필요한 경우 국제적인 도움을 요구할 수 있도록 하는 윤리적인 기반을 제공한다.

UN 사무총장 코피 아난

질문 24. 인권법, 망명자법과 인본주의 법은 보건 원조의 조항과 어떻게 상호작용하는가?

전 세계적으로 발생하는 종교적 민족적 혼란의 폭발을 포함하여 위기상황과 갈등의 높은 빈도수와 변화하는 특성은 UN체계 내외에서 새로운 사고와 접근이 필요하다는 것을 보여준다. 이런 위기상황을 다룰 수 있는 국제적인 법률적 틀에 관심이 모아지고 있다. 특히 인본주의 법, 인권법 그리고 망명자법 간의 관계와 변화하는 위기 상황에 대한 그 적용성에 대하여 관심이 높아지고 있다.

망명자법은 망명자의 인권을 보호하는 특정 법조항으로 특히 United Nations Convention Relating to the Status of Refugees(1950)와 그 의정서(1966)를 통해 망명자를 보호한다.

인권, 인본주의 법 그리고 망명자법은 별개의 법이지만 국제법률시스템에서는 긴밀하게 연결되어있다. 인권과 망명자법은 UN의 이론적 틀 내에서 만들어졌기 때문에 동일한 기반을 가지고 있다. 그러나 인본주의 법은 매우 상이한 배경을 가지고 있어 그 실행을 위해 다른 기제들을 사용한다. 그러나 모든 법은 기본적인 공통 목적을 가지고 있다: 인종, 피부색, 종교, 성별, 출생 혹은 재산 혹은 기타 유사한 범주에 의한 차별 없이 인간의 존엄성을 존중한다는 점이다. 게다가 세부적 목적과 개념에도 많은 유사점이 있다.

인본주의 법은 무장 분쟁에 관한 법 혹은 전쟁에 관한 법이다. 전시에 전투에 참여하지 않거나 더 이상 전투에 참여할 수 없는 사람들을 보호하는 규정과 전쟁의 방법과 수단을 제한하는 규정이 포함된다. 인본주의법의 가장 중요한 협정서는 1949년 제네바협약과 거기에 속한 1977년의 의정서이다.

국제적인 인권과 UN과 산하 기구 그리고 기타 조직이 인본주의적 활동을 할 때 기준과 자료를 제공해주는 인본주의 법 원칙을 강화하기 위한 노력이 진행 중이다. 무장 분쟁 상황에 대한 의료원조의 효과를 평가하고 실행하기 위해 준비하는 의료 행위는 국제 법 안에서 자리를 잡아야 한다. 환자와 부상자, 의료진, 의료 장비, 병원과 의료 수송을 포함하는 다양한 의료설비 등은 모두 인본주의법 원칙 하에서 보호된다. 게다가 어떤 상황에서 의학적 치료를 받지 못하게 하는 것은 전쟁 범죄에 해당한다.

전체적으로 의료 현장에서의 인본주의적 활동은 건강이 가장 중요한 상황에서 건강권을 실현하기 위한 활동을 대표한다. 게다가 응급 상황에서의 치료 상황에서는 인권을 고려하는 것 자체가 취약 그룹에 특별한 관심을 기울인다는 전략을 실천하는 것이다. 망명자, 추방자, 이민자들의 심각한 취약성은 인권에 대한 특별한 강조를 요구한다. 이 그룹 내에서도 여성 가장, 독거 미성년자, 장애인, 노인은 더 특별한 관심을 필요로 한다. 위급상황에서 질병이나 불건강 위험요인에 대한 취약 그룹의 노출을 금지하여 보호해주기 위한 지침을 제공하는 특정 인권 원칙이 있다.

UN지침에 따르면 UN 직원은 현장에서 “일반적으로 인권 침해에 대한 불평을 거부 할 수 없다. 일단 접수한 후에는 처리를 위해 신속하고 안정하게 OHCHR로 보내야 한다...”

질문 25. 인권은 국가의 보건 발전 작업과 어떻게 관련되어 있는가?

UN의 발전 작업내의 국가 차원에서 인권은 모든 영역이 개입되는 이슈이다. Common Country Assessment(CCA)와 United Nations Development Assistance Framework(UNDAF)는 발전에 대한 인권에 기초한 접근에 관한 원칙들을 제공한다. CCA와 UNDAF 지침은 UN 조약이나 선언의 실행에 관해 언급하고 그 과정에서 인권을 위한 모든 조치를 다 취하는 것의 중요성을 강조한다. 그래서 CCA는 정부가 현장 차원에서 Conferences를 준수하고 조약을 실행하는 것을 돕기 위한 UN의 긴밀하고 통합적이며 균형 잡힌 지원을 용이하게 만들기 위해 도움을 준다.

이는 World Bank's Comprehensive Development Framework(CDF)와 World

Bank와 IMF Poverty Reduction Strategy Paper(PRSP)가 공동 작업하여 발표한 원칙들-인권 개념과 기준을 반영하는 공식적인 디자인과 유사하다. PRSP와 HRPRS 지침을 포함하는 가난퇴치전략에 인권을 통합하기 위한 지침을 만들려는 OHCHR의 프로젝트는 *Voices of the Poor*와 여타 빈곤연구 그리고 국제 인권의 규범적 틀에서 인지되었던 것처럼 “가난한 사람들의 현실”과의 긴밀한 일치를 강조한다. 고로 인권에 대한 관심은 가난한 사람들의 주요 관심사들이 가난퇴치전략의 주요 관심사가 될 수 있도록 도울 것이다. 예를 들면 인권을 가난퇴치전략에 통합시킴으로써; 취약한 개인과 집단이 무시당하지 않도록 해 줄 것이다; 가난한 사람들의 적극적이고 전문적인 참여가 제공될 것이다; 교육, 주거, 건강, 음식 등의 주요 이슈가 그에 적합한 관심을 받게 된다; 단기와 중장기 목표가 설정 된다; 효율적인 감시 방법(예- 지표나 기준 등)이 만들어 진다; 그리고 모든 관련 당사자들과 관련하여 책임소재가 분명해 진다. 게다가 인권은 높은 수준의 적법성을 갖춘 규정과 기준 그리고 가치를 수반한 가난퇴치전략을 제공한다.

부록 2. 건강권에 대한 최근 이슈

건강과 인권 시리즈²²⁾

오늘 시작하는 건강과 인권에 관한 Lancet의 중요한 시리즈는 의료 서비스의 제공은 인권 원칙에 부응해야한다는 점에 있어 몇 가지 방식을 보여 준다. 결국 모든 사람이 기본적인 의료권, 즉 치료 가능한 질병이나 상해로부터 보호받아야 한다는 권리가 Universal Declaration of Human Rights이다. 그 선언은 모든 나라와 더 부유한 나라에 보건의료에 관한 의무를 부가한다. 이 의무는 점점 인권 규율에 의지함으로써만 해결될 수 있는 윤리적인 딜레마에 봉착한 전쟁과 기아 분야에서 일하는 NGO 관계자들에게도 지워지는 추세이다. 전통적으로 중립성과 비밀유지라는 윤리성을 지켜야 하는 의사들에게 점점 그들이 목격한 범죄와 부패에 대해 밝혀야 한다는 요청이 증가하고 있다. 의사들은 그들의 환자에 대해서도 증언을 하도록 요구받을 수도 있다. 인간의 만행과 자연재해의 피해자들에 대한 정의를 구현하는 방법이 구현되면서 의료계의 윤리적인 책임을 검토해야할 시기가 되었다.

선례들은 명백하고도 단순하다-인종 학살 피해자들을 상대로 실험을 한 Joseph Mengele, 전기 충격기를 보정하기 위해 피노체트의 고문자들을 도운 칠레의 군의관들 및 비슷한 사례들이 있다. 인권 침해에 대한 직접적인 개입은 명백히 틀렸다. 비판했어야 할 수도 있겠지만 아무도 피노체트를 치료한 할리가의 의사들을 비판하지는 않는다. 도피중인 테러리스트에게 의학적인 처치를 하려면 영국의 법률 하에서는 즉각적으로 상세하게 경찰에 알려야 하는 의무가 수반된다. 국제적십자(ICRC)는 히틀러에 의해 조직이 와해되는 것이 두려워 히틀러의 포로수용소에 대해 침묵했으며 그런 정식적인 가치를 파는 거래는 이제는 변론의 여지가 없다고 간주된다. 그러나 ICRC는 여전히 Abu Ghraib에서 발견된 고문에 대해 침묵했고 신문에 보도될 때 까지 미 당국자들이 비밀 보고서를 무시하는 것을 좌시했다. 이제는 부시 행정부가 관타나모에 그 조직이 상주하고 있다는 것을 캠프에서 고문이 행해질 수 없다는 증거로 이용하고 있다. 그러나 거기서 고문이 행해졌다 하더라도 비밀유지에 대한 ICRC의 집착으로 인해 고문자 자신들이외의 누구에게도 그런 사실들을 말하지 않을 것이다. 이런 상황에서 ICRC가 어떻게 제 역할을 수행할 수 있겠는가? 그러나 그 조직의 장이 성폭력에 대한 자신의 보고서를 내놓았을 때 선동 혐의로 체포되었던 Darfur에 있는 Medecins

22) Robertson G. Health and Human Rights Series, The Lancet Aug 4-Aug 10, pp 368~9, 2007

Sans Frontieres의 사례는 일부 분쟁지역에서는 여전히 침묵이 인도주의적인 목적을 위해 필요한 협상조건일 수도 있다. 만약 구조 요원들이 일상적으로 범죄의 가해자에게 불리한 증언을 하도록 요구받는다면 그들의 입국이 허용되지 않을 것이고 더 나쁜 경우에는 그들이 전쟁 범죄를 목격하는 경우 살해될 수도 있다. 그런 상황에서는 예외가 있다하더라도 침묵이 윤리적인 옵션이 될 수 있는 시나리오를 규정하는 것이 중요함에도 불구하고 절대적인 규칙은 있을 수 없다. ICRC가 저지른 실수는 절대적인 특권을 고집하는 것이다. 민주적인 정부가 비밀유지를 철회 하고 적어도 뒤늦게라도 보고서들의 출판을 허용할 것을 요구해야한다. NGO는 즉각적인 보고에 개입되는 것을 피해야하고 철저하게 검토되고 필요한 경우 그 분야의 전문가들이 감수한 사실들을 발표하는 책임감을 가져야한다. 예를 들면 쿠웨이트 침공당시 사담 후세인의 군대가 병원 인큐베이터에서 아이들을 끄집어냈다는 악랄하게 날조된 주장 같은 심각한 거짓 주장들이 있었다. 그리고 일부 NGO들은 돈이나 회원을 모으기 위해 인기 없는 정부에 대한 과장된 주장을 했다는 비판에 노출되기도 했다. 전쟁범죄를 다루는 새로운 국제 범죄 법정에는 특히 전쟁 당사자와 인권 감시단 같은 목격자들을 보호하기 위해 증거에 대한 법률을 개선하고 있다. 그들의 강요된 증언이 소식통을 위태롭게 하거나 가해자들의 협력의지를 약하게 할 수 있기 때문이다. 일반적으로 소식통의 익명성을 보장하고 그 사건의 결과에 중대한 역할을 할 때만 증언을 강요하는 이런 규칙들은 의사, 간호사 그리고 잠재적인 목격자라 할 수 있는 구호 요원의 윤리적 관심을 고려해서 개선될 필요가 있다. 환자에 대한 비밀유지는 이미 인정된 가치이지만 전쟁 범죄에 있어 중요한 책임을 불러일으키는 견지에서는 무효화될 수 있다. 의료진은 만약 그들의 증언이 병원이나 앰블런스에 대한 공격을 포함하는 경우 증언을 강요당할 수 있다.

이 시리즈의 논문들은 특히 제약회사들로 하여금 중요한 약의 가격을 내리게 한 남아프리카의 사례에 대한 분석과 헌법적 권리에서 일차 의료와 건강보험에 대한 권리를 추론해낸 인도의 결정에 대한 분석을 환영한다. 이런 제 2세대 권리들은 대개 선진국에서는 국가에 대해 강요할 수 없는 권리라고 간주되어왔다. 그러나 남아프리카와 인도의 창의적인 변호사들은 그것들을 의미 있게 만드는 방법을 발견했다. 인권과 보건 간의 또 다른 연결은 오랫동안 사라졌다고 생각되어온 질병들의 재발이라는 증거에서 찾아 볼 수 있다. 여러 나라에서 이 사실은 국민들의 권리에 대한 존중을 불러일으키지 못했다. 이런 연결은 피할 수 있는 질병으로부터의 자유가 차별이나 박해로부터의 자유만큼이나 기본적인이라는 기본권의 보편성 뿐 아니라 일체성을 강조하고 있다. 이는 의료서비스가 이제는 인권에 대한 고려가 담긴 윤리적 틀 안에서 제공되어야 함을 의미 한다. 딜레마는 남겠지만 더 납득할 만하게 해결될 것이다.

Geoffrey Robertson

획득 가능한 최상의 건강에 대한 권리²³⁾

획득 가능한 최상의 건강에 대한 권리는 보건과 인권 운동의 핵심에 놓여있다. 물론 이 권리가 복합적인 보건 문제에 마법의 해결책을 제공해 주는 것은 아니다. 그럼에도 불구하고 건강권은 매우 건설적인 역할을 한다. 이 기본적인 인권을 무시하며 보건 정책을 만들고 실행하는 사람들은 그들의 직업의 목적을 실현하도록 도울 수 있는 강력한 자원을 사용하는데 실패하고 있는 것이다.

국제적인 차원에서 건강권은 1946년 WHO의 정관에서 제일 처음으로 나타났다. 이후 여러 나라의 헌법 뿐 아니라 International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights 같은 여러 국제 인권 협약에 포함되었다. 그러나 약 50년간 단지 구호로서 남아있었다. 경제, 사회, 문화적 권리에 대한 UN 위원회가 WHO와 기타 조직들과의 긴밀한 협조 하에서 General Comment 14를 채택한 2000년까지는 그 권리에 대한 권위 있는 이해가 나타나지 않았다.

이 중요한 도구로 인해 건강권은 단지 의료에 대한 접근 뿐 아니라 안전한 식수, 적절한 위생, 건강한 환경, 건강관련 정보 그리고 차별로 부터의 자유와 같은 건강에 내재하는 요인들 또한 포괄하는 것으로 확정되었다. 이 권리는 불우한 집단, 참여 그리고 책임을 중요한 문제로 상정하고 있다. 게다가 이 권리는 부유한 나라들로 하여금 개발도상국들이 자국의 국민들에게 건강권을 제공할 수 있도록 도와야 하는 책임을 지게 한다.

General Comment 14가 대답되지 않은 많은 질문들을 남겼음에도 불구하고, 건강권이 단순한 구호가 아니라 모든 보건 정책 입안자들과 실행자들을 위한 중요한 도구가 된 순간을 표시하는 획기적인 내용이다.

획득 가능한 최상의 건강에 대한 권리에 대한 UN의 특별 보고자이기 때문에 아 는 그 권리와 General Comment 14를 더 구체적이고 이해하기 쉽고 실용적이며 사용 가능한 것으로 만들기 위해 노력한다. 광범한 보건 관계자들과의 상담을 통해 만들어진 30개 정도의 내 보고서는 가난과 차별에 초점을 둔다. 어떤 보고서는 스웨덴, 루마니아, 모잠비크, 페루 그리고 우간다 같은 구체적인 나라에서의 건강권을 관찰한 것이다. 또 일부는 관타나모만과 2006년 중반의 레바논과 이스라엘의 전쟁 같은 특정 상황에 초점을 둔 것이다. 일부는 모성 사망률, 정신장애, 약품에 대한 접근, 성적 건강권

23) The Lancet commentary

과 재생산 건강권, 의료 전문가들의 기술 고갈 등과 같은 광범위한 건강 이슈들에 대한 권리를 다루었다. 건강권은 진보적인 이해에 달려있기 때문에 보고서 건강권에 대한 진보적인 이해가 감시되고 측정될 수 있도록 하기 위해 보고서는 보건 지표에 대해 인권에 기초한 접근을 한다.

이 모든 보고서와 발견들은 이슈들을 건강권이라는 렌즈를 통해 관찰한다. 이런 식으로 건강권을 연구하기 위한 분석적인 틀을 발전시킨다. 이 틀은 복잡한 보건 이슈에 대한 이해를 심화시키고 실용적인 정책과 또한 불우한 집단과 개인들에게 의미 있는 대책을 포함하는 체계적인 대응책을 알려주는데 도움이 된다.

가장 중요한 도전 중의 하나가 모든 국내적 국제적 보건 관련 정책에서 건강권을 통합하는 것이다. 이 목적을 달성하기 위해서는 정통적인 인권 방법과 기술로는 충분하지 못하다. naming, shaming, 캠페인, 시험적 사례, 구호 등의 전통적인 방법은 지표, 기준, 영향평가 그리고 예산 분석 등의 새로운 방법으로 보강되어야 한다. 이런 새로운 방법들은 보건과 인권 운동의 성숙도를 반영하며 자리를 잡아가고 있다.

불행히도 일부 해설자들은 이런 새로운 발전에 대하여 알지 못한다. 그들은 여전히 건강권을 차에 붙이는 스티커나 고문을 비판하는 도구 그리고 위기에 직면해서는 보건의료내의 차별을 비판하는 도구 정도로 다룬다.

명백하게 건강권의 실현은 공중 보건과 의료 종사자들에 의한 의료서비스 제공의 강화에 달려있다. 이와 동등하게 의료계의 고전적이고 전통적인 목적은 인권의 새로운 역동적인 원리로부터 이익을 얻을 수 있다. 의료 종사자들은 그들이 가장 어려운 사람들을 돕고; 보건 시스템을 강화하고; 중요한 보건 이슈를 국내외적 아젠다에서 상위에 위치하게 하고; 보건관련 영역들의 더 원활한 협조를 보장하고; 국고에서 더 많은 기금을 받고; 선진국에서 개발도상국으로 더 많은 기금을 보내도록 하고; 일부 국가에서는 보건 의료계에 종사하는 사람들의 처우를 개선하는 등의 정당한 정책과 프로그램을 고안하는데 건강권을 이용할 수 있다.

요약하자면 획득할 수 있는 최고 수준의 건강에 대한 권리는 자산이자 아군이며 모든 보건 종사자들이 마음껏 이용할 수 있는 것이다. 직업적인 목적을 이룰 수 있도록 도울 뿐 아니라 직업적 책임 또한 수행할 수 있게 해주는 자원을 왜 사용하지 않을 것인가?

Paul Hunt

건강과 인권 1: 건강과 인권의 역사, 원리 그리고 실행²⁴⁾

건강과 복지에 영향을 주는 권리에 대한 침해로 사람들과 국민들이 고통 받는다. 의료 전문가들은 이런 침해를 감소시키고 예방하며 건강 관련 정책과 실행이 권리를 향상시키는데 있어 일익을 담당하고 있다. 이를 위해서는 주장, 법적 기준의 적용, 그리고 공중보건 프로그램이라는 관점에서 노력이 필요하다. 우리는 HIV/AIDS라는 맥락에서 인권에 대한 변화하는 관점을 살펴보고 정책 실행, 증거 그리고 활동에 의한 건강권의 더 나아간 발전을 제시한다.

도입

개인과 국민의 건강에 영향을 미치는 인권에 대한 노골적인 침해가 지속되고 있다. 이라크의 아부 그라이브에서 발생한 수감자에 대한 고문과 발칸반도, 르완다, 체첸 그리고 다르푸르에서 자행된 체계적인 강간과 살인, 고문에 대한 의사의 참여, 서투른 사형집행, 비인간적 실험과 소위 테러와의 전쟁에서 사용되는 의문스러운 심문 기술 등이 사례에 포함된다. 인권에 대한 그런 침해는 정부, 권력 기관 그리고 개인에 행해지거나 뒷받침될 수 있다. 이런 통탄할 침해는 기본적인 보건의료 시스템의 부재, 의약품들을 살 수 없게 하는 정책; 그리고 마약 사용자, 정신 장애를 가진 사람, 불법 이민자 혹은 홈리스 등의 집단에 대한 차별 용인 등과 같은 건강과 인권에 더 심각하고 지속적인 영향을 주는 민감한 활동에도 역시 존재한다. 가난한 나라에서 많은 질병을 가지고 사는 대부분의 사람들을 위한 효율적인 치료에 대한 지속적이고 예측 가능한 접근 부재 역시 인권의 침해로 간주된다. 고로 인권은 의료 서비스와 공중 보건 프로그램의 실행에 있어 꼭 지켜져야만 하는 것이다.

건강과 인권 사이에는 세 가지 주요한 관계가 있다. 건강 증진에 영향을 주는 부정적, 긍정적 영향, 무시, 혹은 인권 침해; 그리고 인권에 대한 공중 보건 정책과 프로그램의 영향. 건강과 인권에 대한 연구와 주장에서 진보가 있었지만 우리는 아직도 그들이 어떻게 상호작용하는지 혹은 약품과 공중보건 정책의 실행에 있어 그것들의 가치가 무엇인지 하는 등의 관계의 본질에 대해 충분히 이해하지 못한다. 이 논문에서 우리는 이런 관계들의 공중 보건적 측면을 밝히고 어떤 연구와 활동이 요구되는지 드러낼 것이다.

24) Gruskin S, Mills E, Tarantola D.

건강과 인권의 간략한 역사

약 50년 전 Nuremberg 재판과 UN의 창설 이후로 건강과 인권의 관련성에 대한 관심이 증가하고 있다. 1980년대 AIDS가 확산이 시작되고 냉전이 종식되었을 때 까지도 이 두 이슈는 평행적이지만 명백히 다른 노선으로 전개 되었다. 이는 아마도 20세기 중반을 풍미한 개인이나 특정 집단 보다는 국가 전체와 공익에 대한 더 큰 정치적 관심 같은 국가 중심주의의 결과일 수도 있다. 그러나 정부는 인권을 존중함으로써 기본적인 건강과 사회적인 서비스를 제공하고 사람들과 그 가족들이 더 나은 건강을 유지하도록 할 책임이 있다.

지난 20년 안에 HIV/AIDS와 재생산, 섹스의 건강에 대한 관심은 건강과 권리가 연결되는 방식을 명확히 하는데 도움을 주었다. 이런 이슈들은 법과 정책입안을 포함 하며 건강에 나쁘거나 좋은 조건 그리고 건강 관련 서비스의 제공 조건 등에 대한 정부와 비정부 관계자들의 역할과 책임의 한계를 확립했다. 인권에 대한 관심이 명백하게 반영된 최초의 세계적인 공중보건 전략은 1980년대 말에 Jonathan Mann이 WHO에서 AIDS에 관한 세계적 프로그램을 실시하면서 나타났다. 이 전략이 부분적으로 HIV 감염자들이 겪은 침해에 대한 도덕적 분노에 의해 시작된 것이라 할지라도 인권을 포함시킨 것은 우선 차별이 사람들로 하여금 질병 예방이나 치료 프로그램으로부터 더 멀어지게 한다는 증거가 나타났기 때문이다.

패널: 국제 법에서의 건강권

획득할 수 있는 최고 수준의 건강에 대한 권리는 ICESCR과 가장 명백하게 연결되어 있다. 여기에는 다음과 같이 명기되어 있다:

이 협정에 참여한 국가는 획득할 수 있는 최고 수준의 육체적 정신적 건강에 대한 만인의 권리를 인지한다. 이 권리를 실현하기 위해 국가에 의해 설정된 단계는 다음과 같은 필요조건을 포함해야 한다:

- (a) 어린이의 건강한 성장을 위한 사산아와 영아 사망률 감소를 위한 준비;
- (b) 환경적 산업적 위생의 모든 측면에 있어서의 개선;
- (c) 전염병, 풍토병, 직업병 및 기타 질병의 예방, 치료 그리고 통제;

(d) 아픈 경우 모든 의료 서비스와 의학적 관심을 보장 할 수 있는 조건 조성.

그런 차별을 제거하는 것은 사람들로 하여금 자신의 권리를 완전히 행사하게 할 뿐 아니라 자발적 상담, 검사와 감염에 대한 치료에 참여하게 할 것으로 기대된다. 이런 서비스를 받음으로써 사람들의 존엄성이 보호되고 건강과 복지가 개선되며 감염이 더 퍼지지 않도록 행동하게 하는데 도움이 될 것이다. 인권원칙을 강조한 이 전략은 UN헌장에 언급된 권리의 증진에 대한 책임을 가진 정부 간 조직인 WHO에 의해 확립되었기 때문에 국제법의 영역에 놓이게 된다. 결론적으로 정부와 정부 간 조직들은 공중 보건과 인권활동에 대해 공식적으로 책임을 가지게 된다. 1980년대 이후 HIV의 확산에 대한 대응은 가장 취약한 사람들과 사회의 권리에 대한 관심을 제고했고 법률과 그 시행에 있어 차별을 예방해야하는 필요성이 있음을 알게 했다.

1990년대 초 UN이 개최한 일련의 국제회의들은 국민의 건강과 인권에 대한 정부의 이중적인 의무를 더 공고히 했다. 이런 회의들은 감정과 가치를 모두 고취시켰을 뿐 아니라 지역, 국가, 그리고 세계에서 활동하는 의사, 간호사, 그리고 기타 보건 종사자들 그리고 운동가와 정책입안자들의 경험을 드러냈다. 당시 UN 사무총장 코피 아난이 주도하여 만들어진 Program for Reform은 인권의 진작을 UN의 핵심 활동으로 강조했고 그것은 건강과 인권을 수사적인 구호에서 실행, 활동 그리고 책임성을 가진 과제로 바꾸는데 중요한 역할을 했다.

거의 모든 발전 기관, 조직 그리고 UN 프로그램들은 보건 분야의 일에서 인권에 관심을 기울인다. 게다가 소득이 많은 정부나 적은 정부 모두가 보건 관련 활동에 인권의무를 통합시키기 시작하고 있다. 의료 종사자들도 그들의 주장과 치료를 통해 건강에 인권을 통합하는데 공헌했다. 그럼에도 불구하고 보건 영역에 대한 인권의 통합은 아직도 가야할 길이 멀다.

인권과 보건정책

인권과 건강의 연결은 WHO 정관의 서문을 보면 가장 잘 이해된다. 거기서 건강은 “완벽한 육체적, 정신적, 사회적 wellbeing이며 단순히 질병이나 허약함의 부재가 아니다” 그리고 “획득 가능한 최고수준의 건강은 모든 인간의 기본적인 권리이다”라고 명시되어 있다. 그러므로 정부는 자국민의 권리를 존중하고 보호하고 실현함으로써 보다 건강할 수 있게 하는 데 책임이 있다. 이 책임은 기본적인 의료서비스를 제공

하는 범위를 넘어서는 것이다. 적절한 교육, 주거, 식품 그리고 좋은 작업환경과 같은 건강의 변수를 다루는 범위까지 포함한다. 이런 항목들은 인권과 건강을 위해서도 필요한 것들이다. 환경과 사람과의 관계는 복잡하며 인권의 실행과 건강에 영향을 주는 주요 변인에 대한 노력에는 많은 조사가 필요하다.

인권은 시민적, 정치적, 경제적, 사회적 그리고 문화적 권리를 포괄한다. 이런 권리들은 1948년 UN의 Universal Declaration of Human Rights를 시작으로 한 많은 협정과 선언을 통해 국제 법에 나와 있다. 이런 문서들은 건강과 복지의 전제조건으로써 인권의 증진과 보호를 강조하고 있다. 한 가지 특정한 권리나 긴밀하게 연결된 권리들의 한 범주에 관심과 자원을 투자 하더라도 모든 권리는 상호 의존적이며 상호 연결적이다. 그리고 결과적으로 개인은 따로 떨어진 한 가지의 권리만 무시당하거나 침해당할 수 없는 것이다.

경제적 사회적 그리고 문화적 권리는 시민권과 정치권이 삶, 자율성, 정보, 자유 운동, 결사, 평등 그리고 참여에 연관되어 있는 것처럼 건강과 연관되어 있다. 시민권과 정치권 뿐 아니라 경제적 사회적 그리고 문화적 권리와 관계있는 법적 정치적 의무에 대한 인식은 지속적으로 커지고 있다. 획득 가능한 최고수준의 건강에 대한 권리는 그러므로 ICESCR(International Covenant on Economic, Social, and Cultural Rights)의 12항을 바탕으로 한다. 그것은 거의 모든 다른 권리에 앞선다.

건강권이 건강과 인권 분야에서 현재 이루어지고 있는 작업의 대부분을 위한 법적 인 기초를 이루고 있다 하더라도 만약 오늘 다시 써진다면 아마도 질병보다는 건강에 의료 서비스 제공보다는 보건시스템에 더 중점을 둘 것이다. 건강과 서비스제공에 있어서 성별에 관련되거나 혹은 다른 이유로 인한 차별의 영향을 제거하는 것은 다른 권리들에 의해 잘 감추어진다. 다시 말하자면 인권이 어떻게 얽혀있는지를 보여준다는 것이다.

건강 관련 권리를 존중해야 하는 국가의 법적 의무는 그림의 한 부분일 뿐이다. 왜냐하면 권리는 건강과 복지를 위한 정책과 프로그램의 방향을 잡는 곳에도 사용되기 때문이다. 건강과 복지를 위한 정책과 프로그램은 보건 영역을 넘어서는 책임 있는 국가와 국제 관계자들에 의한 건강과 발전에 대해 광범한 반응을 가능하게 한다. 그래서 선언과 관련 문서들을 가진 국제 협약이 법적인 의미를 가지고 있음에도 불구하고, 그 국가가 관련 협약에 사인을 했거나 아니거나 모든 국가의 정책과 프로그램의 발전을 알려줄 수 있다.

건강에 인권을 적용하기

연구주제로서 건강과 인권이라는 아이디어는 꽤 새로운 것이며 건강과 인권이 실행됨에 있어 진보하는 다른 방식들을 인지할 필요가 있다. 국제적 NGO, 정부, 시민사회 그룹과 개인의 보건영역의 작업에서 인권은 많은 다른 방식을 보여준다. 이런 방식들은 옹호, 법적 기준의 적용, 그리고 서비스 제공을 포함하는 프로그래밍 등으로 넓게 묶어질 수 있다. 일부 관계자들은 작업을 할 때 한 가지 접근을 사용하고 다른 사람들은 여러 가지를 사용하기도 한다. 우리는 재생산 건강, 정신 건강, 장애, 무시되는 질병들 혹은 다른 심각한 건강 이슈들을 예로써 사용할 수도 있지만 여기서는 HIV/AIDS를 주요 사례로 사용하여 이런 접근들의 효율성을 보여주려 한다.

새로운 치료법의 발전과 이런 치료를 HIV보균자들에게 제공하기 위한 물질적 투자와 자원은 일부 사람들만을 위한 치료와 처치가 되어버렸다. 이 사람들은 그들이 정치 시민 경제 사회 그리고 문화적 활동을 할 수 있게 해주는 삶의 질을 가진다. 이와는 반대로 자원이 부족한 곳에 더 접근하려는 국제적인 경향에도 불구하고 발전은 더디었고 기대 이하로 나타났다.

옹호와 목격하기

건강과 인권 모델은 대개 보건 관련 정책과 시행상의 변화를 위한 캠페인에 사용된다. AIDS를 다루는 일부 정부의 자기만족에 대한 응답으로서 초기의 캠페인은 이런 접근의 성공을 보여주었고 건강 캠페인으로 세계적인 선례가 되었다. 행동주의의 초점은 대개 정부의 의무에 대한 인식과 노출에 있다. 현존하는 침해에 공헌하는 정부의 활동 혹은 비활동을 보여주고 정부가 어떻게 문제를 다루는지 혹은 다루지 않는지 그리고 어떤 해결책을 제시하는지를 보여주려고 한다.

21세기 이후 제약 산업은 2000년에 저소득 국가에서 antiretroviral 약품의 가격을 가격의 10퍼센트 이하로 낮추었다. 이는 주로 치료에 접근할 수 있는 권리를 둘러싸고 NGO와 대중매체에 의해 형성된 압력 때문이었다. 이런 발전이 antiretroviral 약품에 대한 더 큰 접근성을 불러왔음에도 불구하고 이런 약품들이 특히 중-저 소득국가에 사는 필요한 사람들에게 전달되게 하기 위해서는 아직도 국내적 국제적인 작업이 필요하다. 세계적인 접근성을 제공하기 위한 가장 최근의 국제 협정과 그런 서비스를 가능하게 하는 국가의 인권의무 그리고 국제적 원조와 협력에 있어서의 선진국의 의무는 이런 목적을 달성하기 위해서 가난한 사람들을 도와야 하는 선진국들에게 부가적인 의무를 지운다.

Medecins Sans Frontieres 와 Medecins Du Monde는 개별 보건 종사자들이 국제적인 위기에서 활약할 수 있다는 중요한 부분을 보여준다. 이 그룹들은 의료 종사자들과 그들을 돕는 집단들은 특히 전쟁이나 자연재해가 있는 지역에서 사는 불우한 사람들의 건강을 지킬 국제적인 의무가 있다는 전제에서 설립되었다. 그런 원칙들은 점점 HIV/AIDS와 고질적인 최악의 빈곤 상황에 대한 대응을 포함하고 있다. 이런 조직들은 정부도 실패한 가난한 사람들과 취약한 사람들의 건강을 개선시킬 수 있다는 의사와 기타 보건 전문가 그리고 자원 봉사자들의 신념에 영감을 받아 1960년대 말 시민사회에서 만들어졌다.

처음에는 건강과 인권운동을 정착하고자 의도한 것은 아니었지만 이런 그룹들과 그들을 따르는 사람들의 출현과 증가하는 영향력은 인권이 무시당하는 상황에서 개입하는 의료 제공자, 인도주의적 활동가 그리고 국제적 집단의 의무와 건강의 세계적인 가치에 대한 관심을 제고해왔다. 이런 조직들이 되풀이해서 직면하는 딜레마는 지속적인 보건 활동이 목격된 인권 침해에 대한 기록과 관련되어야 하느냐 하는 것이다. 왜냐하면 이런 활동 들은 그들이 봉사하는 사람들에게 대해 그들이 제공할 수 있는 보건 서비스 역량과 함께 자신들의 안전조차 위협하기 때문이다. 주목할 만한 사실은 국제 사회의 늦고 미약한 대처로 인해 더 큰 혼란이 야기되었고 막을 수 있었던 사망자들이 많았던 1990년대 아프리카의 Great Lakes 지역과 같은 상황에서 NGO와 일부 구호 기관들의 국제적인 호소가 있었다는 것이다.

법적 기준의 적용

엄격하게 법적인 견지에서 보자면 건강에 인권을 적용하는 것은 보건, 경제, 발전에 대한 국내적 국제적 정책입안자들의 작업에 있어 국내적 국제적으로 받아들여진 규정, 기준, 그리고 보건의료 시스템내의 책임 기제를 사용한다는 것을 의미한다. 때로 법적인 메카니즘은 또한 공중 보건의 개입이라는 맥락에서 권리를 침해받은 사람을 위한 시정 채널을 제공하기도 한다. 남아프리카와 몇몇 라틴 아메리카의 나라들에서 헌법의 인권조항이 antiretroviral 약품에 대한 접근을 주장할 수 있다고 해석되었다. 라틴 아메리카에서 NGO의 도움을 받은 개인들이 그 약품에 대한 접근을 위해 정부를 상대로 성공적인 13번의 재판을 치렀다. 실상 아르헨티나에서 그런 성공은 15000명의 사람을 위한 치료의 보장을 이끌어냈다. 남아프리카에서의 Treatment Action Campaign은 정부가 HIV의 모성감염을 감소시키기 위해 공공 병원에 프로그램을 제공하도록 하는데 법원을 이용했다. 이런 노력들이 법률상 긍정적인 결과를 내고 있음에도 불구하고 이런 의무들이 실행되게 하기 위해 옹호는 여전히 필요하다. 이는 옹호와 법 적용이 어떻게 상호 연관되어 있는지를 강조한다.

치료와 프로그램 제공에 있어서의 권리들

많은 조직들이 권리에 기초한 건강에 대한 접근을 묘사하고 있음에도 불구하고 우리는 이것이 무엇을 의미하는지에 대한 하나의 정의도 가지고 있지 않다. 그런 모든 조직들은 대체로 취약한 인구에게 그들이 필요로 하는 것을 제공하는 것에 관심을 가진다. 그러나 시행에 있어 이런 조직들은 상황 분석에서 계획, 실행, 감시 그리고 평가 같은 프로그램 사이클의 다른 단계들에 권리를 통합시키는데 다른 접근법을 사용한다. 권리에 기초한 접근의 핵심적 요인은 다음을 포함 한다. 어떤 프로그램이나에 따라 법률과 정책을 검토 한다; 참여, 비차별, 투명성 그리고 정책과 프로그램 반응에 대한 책임 등의 핵심적인 인권 원칙들을 체계적으로 통합 한다; 그리고 서비스 제공의 기준을 정의할 때 이용성, 접근성, 허용성 그리고 품질이라는 건강권의 주요 사항들에 초점을 맞춘다.

HIV 검사는 프로그래밍에 있어 건강과 권리 사이의 연결을 보여주는 유용한 사례로 사용된다. 확산이 시작된 이후 국제기구들이 자발적인 HIV 검사를 주장해 왔고 많은 국내법과 정책에도 나와 있음에도 불구하고 자발적 검사의 요건에 대해 근래에 논란이 있다. 현재의 논쟁은 사람들이 자신의 감염 여부를 아는 것이 그들의 자발적으로 검사를 받았는지 하는 것보다 더 중요하다는 것이다. 왜냐하면 자신의 파트너에게 감염상태를 정확하게 알릴 수 있고 자신의 행동을 주의하고 가능한 치료를 찾아볼 수 있기 때문이다. 결과적으로 routine provider-initiated HIV testing으로 알려진 접근은 보건의료 상황에서는 날로 일상적이 되고 있다. 주의 깊은 지침 없이 환자가 거부하거나 검사를 받지 않으려하지 않으면 검사에 동의하는 것으로 간주되는 접근이다. UNAIDS와 WHO는 이런 새로운 경향을 고려하여 국가 정책을 바꾸는 것을 돕기 위한 지침을 배포했다.

보기에 잘 의도된 접근은 HIV 검사가 일상적으로 제공되는지 혹은 일상적으로 강요되는지 그리고 각각의 경우에 있어 개인이 검사를 할 것인지 아닌지에 대한 선택권과 힘이 있다는 점을 주지 받았는지에 대한 주의 깊은 감시와 평가를 필요로 할 것이다. 앞으로 이 분야에서 이루어질 연구는 이념보다는 이런 조건들이 사람들로 하여금 HIV치료 서비스에 접근하여 그런 서비스를 계속 이용하도록 하는 데 도움이 되는 지를 밝힐 수 있는 증거를 필요로 한다. 비차별, 감염집단의 참여, 그리고 일상적인 HIV 검사 채택의 긍정적 혹은 부정적 효과에 대한 고려 등과 같은 권리의 원칙들에 대한 관심은 건강과 권리 양쪽 모두에 있어 그 효율성을 측정 할 수 있도록 도울 것이다. 정부가 양성 반응자에게 제공할 수 있는 접근이 거의 없음에도 국내법, 인권 원칙, 그리고 국제 규정을 무시한 채 전 국민에 대한 HIV 검사를 하기로 결정할 때(최근 중

국과 Lesotho가 WHO의 지원을 받아서 이런 결정을 했다), 우리는 복잡한 도전에 직면한다. 인권을 어떻게 정책 형성, 프로그래밍, 그리고 서비스 제공에 녹여 넣을 것인가가 지속적으로 논의되고 있다.

프로그래밍에 대한 권리에 기초한 접근은 건강을 개선하는 방식으로 실행되는 개입을 필요로 한다. 게다가 국내적 국제적 목표 예를 들면 치료를 받고 있는 많은 사람들의 인권이 무시되거나 침해당하지 않도록 하기 위해서는 노력이 필요하다. 만약 예방이나 치료에 우선권이 주어져야한다면 인권의 적용이 확립되지 못한다 하더라도 인권에 대한 고려는 보건 개입에 대해서 뿐 아니라 보건 개입이 실행되는 방식에도 관심이 주어질 것이라는 사실을 보장한다. 예를 들면 HIV 검사에 대한 이해가 증진되는 것은 양질의 자발적인 상담과 검사 서비스를 이용할 수 있다는 사실에 기인하는 것일 수 있다. 그러나 다른 면으로 보자면 어떤 인구 그룹에 대한 의무적인 검사의 도입에 기인하는 것일 수도 있다. 두 가지 개입이 단기적으로 똑같은 결과를 도출하는 것처럼 보이지만, 증가하는 HIV 검사에 숨어있는 이유를 고려하지 않고는 어떤 전략에 잠재된 문제도 볼 수 없을 것이다. 그것은 장기적으로는 인권과 공중 보건 모두를 위협할 수도 있다.

미래를 위한 염려

정부의 역할과 책임이 점점 적어지고 잘 감시되지 않는 생물의학 연구 기관, 건강 보험회사, 건강관리 기구, 제약 산업 그리고 의료 제공자 등의 비정부 관계자에게 위임되고 있다. 시민 사회를 포함하여 민간 영역과 기타 행위자에 의해 취해지는 활동을 강화하기 위한 정부의 책임과 능력에 대한 객관적인 기준이 없다는 사실이 인권에 의해 알려졌다. 이와 유사하게 건강과 인권이 신장되면서 그 관계와 효율성은 부분적으로 문화적인 제약을 이해하는 능력에 기대게 될 것이다. 국가가 성실하게 인권을 존중하고 있을 때에도, 보건 종사자들은 인권을 그들의 작업에 통합시키는 방법에 관해 교육받을 필요가 있으며 이는 약학대학, 공중 보건 학교 그리고 간호대학에서도 동일하게 이루어져야 한다. 인권에 개입된 의료 전문가들의 수가 증가 할수록 건강과 인권의 실행 역시 발전할 것이라고 우리는 기대한다.

앞으로의 과제

인권에 대한 관심은 보건 정책입안자, 프로그램 개발자, 의료 종사자 그리고 학생 등의 보건 작업의 가치와 효과를 강화하는 방식이 될 수 있다. 그럼에도 불구하고 미

래에 시급히 연구되어야 하는 세 가지 주제가 있다. 첫 째는 건강과 인권적 관심 모두를 평가하는 적절한 감시 기구의 발전이고 둘째는 의료행위에 대한 건강과 인권 틀의 적용의 효과에 대한 증거 확립이며 셋째는 건강과 인권의 관계에 대한 이해를 진전시키기 위한 연구 일정을 만드는 것이다.

건강과 인권은 새로운 주제이기 때문에 임상적인 시나리오나 공중 보건상의 경정이 인권을 진작시키는데 있어 궁극적으로 성공적인지 여부를 평가하는 방법 또한 새로운 것이다. 기존의 평가 방법과 인권 관심의 지표의 효율성 그리고 이런 지표들이 어떻게 변화되어야 하는지를 평가하는 데 노력이 경주되어야 한다. 결과적으로 인권의 통합이 정책과 프로그램의 효율성에 어떻게 영향을 주는지를 알게 될 것이다. 우리는 건강권에 대한 관심의 가치 뿐 아니라 인권침해의 건강에 대한 부정적인 효과를 보여주는 증거를 발전시킬 수 있도록 해주는 그런 지식들을 빨리 얻을 필요가 있다. 그때까지는 건강에 대한 인권효과에 관한 기존의 정보를 체계적으로 검토하고 대조하는 노력이 시급히 필요하다는 점이 인식되어야 한다.

국제 보건 시스템에 인권을 통합하는 것은 점차 인권, 시민권, 정치, 경제 사회, 문화권에 대한 존중, 보호 그리고 실현이라는 인식에 의해 주도되고 있다. 정부가 법적 의무에 묶여 있기 때문이 아니라 개인과 국민의 건강 상태의 개선을 위해 핵심적인 것이기 때문이다. 우리는 인권 개념과 과정에 대한 정보와 교육을 강화하고 확립할 필요가 있다. 또한 보건 분야 종사자와 인권 분야 종사자들이 정보를 나누고 협조할 필요도 있다. 이 협조는 정부 시스템, 국제기구, 시민 사회 관계자와 개인의 제도적 변화와 역량 확립을 필요로 하게 될 수 있다. 인권에 대한 증가하는 이해는 그 자체의 가치 뿐 아니라 보건 계획과 의료에 종사하는 사람들이 최상의 건강을 실현할 수 있도록 해주는 조건을 만드는데 필요한 도구를 제공해 준다.

부록 3. 인권 감수성 조사지

사회문제 판단 검사지

안녕하세요?

이 검사지는 선생님께서 사회문제를 어떻게 생각하는지를 알아보려는 것입니다.
여러 가지 사회문제와 관련된 각 주장들을 읽어보시고,
어느 정도 중요하다고 생각하는지 다음의 <보기>와 같이 표시하면 됩니다.

각 질문에는 맞는 답이나 틀린 답이 없습니다.

이 검사의 결과는 연구용으로만 활용될 것이므로,
개인 의견은 결코 외부에 노출되지 않을 것입니다.
가급적 한 질문도 빠짐없이 그리고 솔직하게 답변해 주시면 감사하겠습니다.

보기) 학급회의

우리 반 학급회의에서는 북한의 아이들에게 의약품과 식량을 보내기 위한 모금 운동을 하자는 의견이 나왔다. 그런데 이에 대해 의견일치를 보지 못하고 계속해서 논쟁이 이루어졌다. 정준이는 우리의 문제가 아니기 때문에 우리가 알 바가 아니라고 했다. 북한의 어려움은 북한에서 알아서 책임질 일이라고 했다. 희수는 북한 사회가 어떻든 북한의 아이들이 굶주리고 의약품이 없어서 치료도 못 받으면서 죽어 가는 것을 그냥 보고만 있어서는 안 되고 우리가 직접 나서서 도와주어야 한다고 했다.

1. 위 이야기와 관련하여 다음과 같은 주장이 있을 수 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
북한의 굶주림과 질병 등의 문제는 북한의 일이기 때문에 북한이 알아서 책임져야 할 일이다	①	②	③✓	④	⑤
북한 사회가 어떻든지 그 사회 속에 있는 생명도 소중하게 지켜져야 한다	①	②	③	④✓	⑤

사건 1) 가족회의

정할머니는 올해 연세가 65세로 10년 전에 남편을 여의고 줄곧 아들 내외와 함께 살아왔다. 아들 내외는 효자로 소문날 만큼 어머니를 극진히 모셔왔다. 그런데 최근 들어 할머니는 여생을 함께 보낼 동반자가 필요하다는 생각을 하게 되었고, 마침 노인복지회관에서 만나 마음을 터놓고 지내는 할아버지로부터 얼마 전에 청혼을 받은 상태이다. 그래서 어느 날 자식들에게 좋은 사람이 있어서 재혼을 하겠다는 언질을 주었다.
 그 이야기를 듣고 당황한 자식들은 가족회의를 열었는데 여러 가지 분분한 의견들을 내놓았다.

1. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 주장이 있을 수 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
할머니는 가족들 의사를 고려해야 한다	①	②	③	④	⑤
할머니가 원하시는 대로 하면 된다	①	②	③	④	⑤

2. 할머니가 재혼할 경우 다음과 같은 결과가 예상됩니다. 각각의 결과가 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
가족들에게 여러 가지 부담을 줄 수 있다	①	②	③	④	⑤
할머니가 의미 있는 여생을 보낼 것이다	①	②	③	④	⑤

3. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 행동이 있을 수 있습니다. 만약 당신이 이 할머니의 자식이라면 어떻게 하시겠습니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
가족들의 결정사항에 따르시도록 한다	①	②	③	④	⑤
할머니가 원하시는 대로 해드린다	①	②	③	④	⑤

사건 2) 장애인 학교

최근에 부녀회장인 소씨는 고민이 생겼다. 아파트 근처에 있는 학교부지를 교육청에서 자폐아 학교로 인가해 주었기 때문이다. 장애인 학교가 들어서면 일반 학부모들이 이 동네로 이사오기를 꺼려하여 땅값과 집값이 크게 떨어지게 된다. 그렇게 되면 여기에 살던 사람들이 다른 지역으로 이사 갈 때 큰 경제적 손실을 입게 된다. 이 아파트 주민들은 그냥 구경만 해서는 안 된다고 생각하여, 교육청에 진정서를 내자는 의견에 과반수 이상이 동의했다. 어떤 주민은 당장 시위를 하러 나가자고 제안하기도 했다.

1. 위 사건을 지켜본 이웃주민들은 다음과 같은 주장을 하고 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
지역 주민들 다수의 경제적 손실을 막아야 한다	①	②	③	④	⑤
장애인들도 교육 받을 수 있는 학교가 세워져야 한다	①	②	③	④	⑤

2. 만약 주민들의 반대로 자폐아 학교의 인가가 취소된다면 다음과 같은 결과가 있을 수 있습니다. 각각의 결과가 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
다수의 지역주민들은 경제적 손실을 입지 않게 된다	①	②	③	④	⑤
장애인들은 교육을 받기 위해 교외에 있는 학교까지 통학을 해야 한다	①	②	③	④	⑤

3. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 행동이 있을 수 있습니다. 각각의 행동이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
주민들의 경제적 손실을 막자는 대다수의 결정에 따른다	①	②	③	④	⑤
장애인 학교를 세우는데 찬성한다	①	②	③	④	⑤

사건 3) 감원 대상

정숙씨는 S여대에서 디자인을 전공하고 5년 전 **주식회사에 입사했다. 그녀는 자신의 전공을 살려 제품 디자인실에서 열심히 일하여 회사에 많은 기여를 했으며, 사내에서 만난 동료직원과 결혼을 했다. 어느 날 정숙씨는 회사의 경영악화로 많은 사원이 일자리를 잃게 될 것이라는 소문을 듣게 되었다. 며칠 후 상사는 정숙씨를 자리로 부른 후 현재 직원수를 줄이는 것이 불가피한 실정이라고 이야기를 했다. 그리고 가정을 혼자 책임지고 있는 남자 사원보다는 정숙씨처럼 맞벌이 가정의 여성이 일자리를 포기하는 것이 좋을 것이라며 사직을 권한다. 상사와의 면담 후 자리로 돌아온 정숙씨는 고민에 빠진다.

1. 위의 감원대상자 선정에 대하여 다음과 같은 주장이 있을 수 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통이다	대체로 중요하다	매우 중요하다
남성가장의 실직은 많은 가정 경제의 파탄을 가져오게 된다	①	②	③	④	⑤
여성만을 감원하는 것은 여성이 가진 일할 권리를 빼앗는 것이다	①	②	③	④	⑤

2. 다음은 위와 같은 감원이 실시될 때 예상되는 결과입니다. 각각의 결과가 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통이다	대체로 중요하다	매우 중요하다
남성 가장의 실직을 막아서 가정경제의 충격이 덜 심할 것이다	①	②	③	④	⑤
고정관념 때문에 여성 직원이 일할 권리와 자기실현 기회를 빼앗기게 될 것이다	①	②	③	④	⑤

3. 다음은 고민에 빠진 정숙씨가 내릴 수 있는 결정입니다. 당신이 정숙씨라면 어떻게 하시겠습니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통이다	대체로 중요하다	매우 중요하다
회사 경영난상 어쩔 수 없으므로 사직하고 퇴직금으로 새 일을 시작한다	①	②	③	④	⑤
노동조합에 이 사실을 알리고 불합리한 감원 원칙에 항의한다	①	②	③	④	⑤

사건 4) 의사의 고민

신씨는 희귀한 유전병을 가지고 있는 장애인이다. 그동안 신씨를 담당해왔던 의사의 말에 따르면, 신씨가 임신할 경우 유전병이 태아에게 그대로 유전되어 동일한 병을 가진 장애아를 낳게 된다는 것이다. 그런데다가 신씨는 성에 대한 관념도 제대로 형성되어 있지 못하고 다른 사람의 공격에 대한 방어능력도 부족하여, 신씨의 부모는 늘 마음 편할 날이 없다. 그래서 신씨의 부모는 차라리 딸에게 불임수술을 시켜주는 것이 낫다고 판단하여 의사에게 수술 부탁을 하였다. 이 부탁을 받은 의사는 어떻게 해주어야 할 지 고민하고 있다.

1. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 주장이 있을 수 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
동일한 유전병을 가진 자녀를 낳지 않도록 미리 막아야 한다	①	②	③	④	⑤
신씨 본인의 의사와는 관계없이 신체의 일부를 수술해서는 안 된다	①	②	③	④	⑤

2. 의사가 불임수술을 해줄 경우 다음과 같은 결과가 예상됩니다. 각각의 결과가 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
유전병을 가진 자녀를 낳는 불행한 일을 미연에 방지할 수 있다	①	②	③	④	⑤
자녀를 낳는 능력도 상실하게 된다	①	②	③	④	⑤

3. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 행동을 할 수 있습니다. 만약 당신이 의사라면 어떻게 하시겠습니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
자녀 불행을 막기 위해 불임수술을 시켜준다	①	②	③	④	⑤
당사자가 동의 없이 신체에 위해를 가할 수 없음을 부모에게 주지시킨다	①	②	③	④	⑤

사건 5) 진료자 명단

한씨는 시립 정신병원의 병원장이다. 얼마 전 정신질환자들이 교통사고 비율이 늘었다는 보도가 있는 후로, 한씨는 최근 2년간 정신과 진료를 10회 이상 받았던 진료자 명단을 뽑아 달라는 경찰서의 부탁을 받게 되었다. 경찰에서는 명단에 올라있는 사람들에게 수시 운전면허 적성시험을 보도록 함으로써, 잠재적으로 교통사고의 위험이 있는 사람들을 가려내어, 시민들에게 안전하게 운전할 수 있는 여건을 마련해준다는 것이다. 경찰의 부탁을 받은 한씨는 진료자 명단을 통보해주어야 할지 고민하고 있다.

1. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 주장이 있을 수 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
안전운전을 할 수 있는 여건을 조성하기 위해서는 사전 예방하는 것이 필요하다	①	②	③	④	⑤
어떠한 목적을 위해서라도 개인의 진료 기록을 누설해서는 안 된다	①	②	③	④	⑤

2. 병원장이 진료자 명단을 통보해 줄 경우 다음과 같은 결과가 예상됩니다. 각각의 결과가 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
교통사고 위험인자를 가려내어 안전하게 운전 할 수 있는 여건이 조성될 것이다	①	②	③	④	⑤
정신질환자들이 감추고 싶어 하는 사실을 드러내게 될 것이다	①	②	③	④	⑤

3. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 행동을 할 수 있습니다. 당신이 병원장이라면 어떻게 하시겠습니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
시민 전체의 안전을 위해서라면 진료기록을 통보해준다	①	②	③	④	⑤
공익을 위해서라도 개인의 진료기록을 통보할 수 없다고 대응한다	①	②	③	④	⑤

사건 6) 황판사의 고민

김씨는 지금까지의 형기 합계가 5년이 넘는 절도 전과 5범으로 최근에 징역형을 마치고 석방되었다. 그런데 김씨는 동일한 죄로 5번이나 실형을 받았기 때문에 죄의 상습성이 인정되는 재범의 위험이 있는 인물이다. 김씨가 다시 사회로 나가면 언제 또 범죄를 저지를지 모른다. 국가는 범죄로부터 사회를 보호하고 범죄자를 교화할 책임이 있으므로, 김씨에게 보호감호 처분을 내릴 수도 있다. 그러면 김씨는 징역형을 마쳤지만 다시 보호감호소에 수용되어야 한다.

김씨에 대한 결정권이 있는 판사는 김씨에게 보호감호 처분을 내려야 할 지 고민하고 있다.

1. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 주장이 있을 수 있습니다. 각각의 주장이 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
범죄로부터 사회를 보호하는 일이 우선 시되어야 한다	①	②	③	④	⑤
범죄의 재발 가능성을 이유로 구금해서 는 안된다	①	②	③	④	⑤

2. 판사가 보호감호 처분을 내릴 경우 다음과 같은 결과가 예상됩니다. 각각의 결과가 어느 정도 중요하다고 생각하십니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
범죄자들의 재범률이 줄어든 것이다	①	②	③	④	⑤
범죄의 재발가능성을 염두에 둔 구금은 더 큰 사회문제를 일으킬 것이다	①	②	③	④	⑤

3. 위 사건과 관련하여 다음과 같은 행동을 할 수 있습니다. 당신이 판사라면 어떻게 하시겠습니까?

	전혀 중요하지 않다	별로 중요하지 않다	보통 이다	대체로 중요 하다	매우 중요 하다
김씨의 교화를 위해 보호감호 처분을 내린다	①	②	③	④	⑤
재범하지 않은 김씨에게 보호감호 처분을 내 리지 않는다	①	②	③	④	⑤

* 다음의 문항들은 선생님의 일반적인 상황에 대한 질문입니다.

1. 연령 (만 _____ 세)

2. 성별 남 여

3. 선생님의 직업은 다음 중 어느 것입니까?

- 생활지도원 가정봉사원 요양보호사
 사회(생활)복지사
 영양사 조리사 사무직
 방문간호사 간호사 간호조무사
 물리치료사 작업치료사
 촉탁의사 상근의사 기타 (_____)

4. 선생님께서는 학교를 어디까지 마치셨습니까?

- 무학/초등학교/서당 중학교 고등학교 대학교 이상

5. 선생님께서는 얼마나 오랫동안 사회복지 시설에서 근무하셨습니다?

(_____년)

6. 선생님께서는 인권 교육을 받으신 적이 있습니까?

- 있다 (_____번) 없다

7. 선생님께서 현재 근무하고 계시는 곳은 다음 중 어디입니까?

- 노인전문요양시설 노인요양시설 주간보호시설
 단기보호시설 방문간호시설
 가정봉사원(요양보호사)파견센터

부록 4. 건강권 기반 접근법 및 제도 평가 조사지

안녕하세요?

국가인권위원회에서 위탁 받은 “노인복지서비스에서의 노인건강권 보장 실태조사” 연구사업을 수행하고 있습니다.

이 조사지는 WHO가 정의하고 있는 건강권의 4가지 평가 기준과 보건의료에 대한 인권기반 접근법을 근거로 만들어졌습니다. 이 근거를 통해 현재 3차 시범사업이 진행 중인 노인장기요양보험 제도를 살펴보고자 합니다. 선생님들께서 현장에서 그리고 연구를 통해 체감하고 있는 이 제도에 대한 평가를 부탁드립니다.

이 감사의 결과는 연구용으로만 활용될 것이며, 개인 의견은 결코 공개되지 않습니다. 감사합니다.

* 다음의 1영역(1-1 ~ 1-7)과 2영역(2-1 ~ 2-12)은 노인장기요양보험을 건강권의 평가 기준외인권기반적 접근 기준을 기반으로 평가한 질문입니다. 각 문항을 잘 읽어보시고 생각하시는 정도를 1(전혀 아니다) ~ 5(매우 그렇다) 중에서 선택하여 주시고, 그렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주시면 감사하겠습니다(<보기> 참조). 설명할 공간이 부족하시면 부디 조사지 뒷부분의 여백을 활용해 주세요.

<보기>

항목	문항	전혀 아니다	아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1-1 이용성	노인들이 이용할 수 있는 노인요양기관과 요양서비스가 충분하다고 생각하십니까?	①	√②	③	④	⑤
		재가서비스를 제공할 기관과 인력이 부족하고, 동춘일수록 서비스가 더 필요한데 덜 공급되고 있다				

1. 노인장기요양보험이 다음의 각 항목에서 어느 정도 수준이라고 생각하든지 해당하는 곳에 V 표시를 해 주세요(건강권 평가 기준).

항목	문항	전혀 아니다	아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
1-1	이용성	①	②	③	④	⑤
		노인들이 이용할 수 있는 노인요양기관과 요양서비스가 충분하다고 생각하십니까?				
1-2	비 차별성	①	②	③	④	⑤
		서비스를 원하는 노인이 공평하고 차별없이 노인요양기관과 요양서비스를 이용할 수 있다고 생각하십니까?				
1-3	물리적 접근성	서비스를 원하는 노인이 안전하게 원하는 시간 내에 노인요양기관과 요양서비스를 이용할 수 있다고 생각하십니까?				
1-4	경제적 접근성	서비스를 원하는 노인이 적당한 가격에 노인요양기관과 요양서비스를 받을 수 있다고 생각하십니까? (서비스 이용 할 때의 본인부담금과 등급 외 서비스의 본인부담 등)				
1-5	정보 접근성	서비스를 원하는 노인이 노인요양서비스와 제공기관에 대하여 신뢰할 수 있는 정보를 충분히 제공받고 있다고 생각하십니까?				
1-6	수용성	①	②	③	④	⑤
		노인들이 노인요양기관과 요양서비스를 이용할 때, 노인의 욕구와 의견을 충분히 존중받고 있다고 생각하십니까?				
1-7	질	①	②	③	④	⑤
		서비스를 원하는 노인이 과학적으로나 의학적으로 적절하고 질적으로 우수 한 요양서비스를 받고 있다고 생각하십니까?				

2. 노인장기요양보험이 다음의 각 항목에서 어느 정도 수준이라고 생각하든지 해당하는 곳에 V표시를 해 주세요(인권이반 접근법).

문항		전혀 아니다	아니다	그저 그렇다	그렇다	매우 그렇다
2-1	노인장기요양보험이 취약집단에 대한 관심을 가지고 만들어진 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				
2-2	노인장기요양보험이 노인에 대한 존엄성을 고려하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				
2-3	노인장기요양보험이 생물학적, 사회문화적 요인들이 남성과 여성의 요양 서비스 이용에 어떤 영향과 차별을 주는지를 알 수 있는 성별영향평가가 이루어진 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				
2-4	노인장기요양보험이 대상자나 기초생활보장 수급자들이 정책 개발에 같이 참여하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				
2-5	노인장기요양보험은 제도 전반에 대한 교육을 받을 권리가 보장되는 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				
2-6	노인장기요양보험이 장기요양서비스를 이용하는 노인들의 건강과 생활 활에 대한 정보를 보호받을 권리를 보장하는 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				
2-7	노인장기요양보험이 노인장기요양의 국가책임과 노인 개인의 인권이 적정한 균형을 이룰 수 있도록 만들어진 제도라고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
		이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요				

2-8	노인장기요양보험이 노인에 대한 인권을 인식하고 이를 확대할 수 있도록 만들어진 제도라고 생각하십니까?	① ② ③ ④ ⑤ 이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요
2-9	노인장기요양보험이 노인의 장기요양에 대한 국가와 지방 자치단체의 막중한 책임을 법으로 확고하게 보장하는 제도라고 생각하십니까?	① ② ③ ④ ⑤ 이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요
2-10	노인장기요양보험이 장기요양서비스의 공평한 제공을 위해 충분한 기초자료를 분석하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?	① ② ③ ④ ⑤ 이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요
2-11	노인장기요양보험은 정책개발단계에서 학계 및 관련 시민단체의 의견을 수렴하고 투명성 있는 과정을 거쳐 만들어진 제도라고 생각하십니까?	① ② ③ ④ ⑤ 이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요
2-12	노인장기요양보험은 노인에 대한 인권관리와 안전지침을 고려하여 만들어진 제도라고 생각하십니까?	① ② ③ ④ ⑤ 이렇게 생각하시는 사례나 이유를 적어주세요

3. 다음의 각 항목은 3차 시범사업 중인 노인장기요양보험 제도에 대한 질문입니다. 해당하는 곳에 V표시를 해 주세요

	항 목	예	아니 오
3-1	노인장기요양보험은 사회보험이다		
3-2	노인장기요양보험의 대상자는 65세 이상의 노인으로 한정된다		
3-3	노인장기요양보험의 수급대상에서 국민기초생활보장 수급권자는 제외된다		
3-4	노인장기요양보험에서 급여를 받을 수 있는 대상자의 범위는 장기요양등급 1~5등급으로 분류한다		
3-5	노인장기요양보험은 재가급여, 시설급여, 특별현금급여 모두 세 종류의 급여 종류가 있다. 이 중 시설급여에는 단기보호, 주·야간보호 등의 장기요양 서비스를 포함하고 있다		
3-6	노인장기요양보험의 재원은 장기요양보험료와 국가지원금으로 구성되어 있다		
3-7	노인장기요양보험의 보험료 납부자는 국민건강보험의 납부자와 동일하다		
3-8	노인장기요양보험에서 장기요양기관은 지방자치단체가 지정하고 감독한다		
3-9	노인장기요양보험의 급여대상자는 건강보험관리공단에 제출한 의사소견서를 바탕으로 별도 방문없이 정해진다		
3-10	노인장기요양보험은 2008년 1월 1일부터 시행될 예정이다		

4. 다음 문항은 선생님의 일반적인 상황에 대한 질문입니다.

4-1. 연령 (만 _____ 세)

4-2. 성별 남 여

4-3. 선생님의 직업은 다음 중 어느 것입니까?

- 생활지도원 가정봉사원 사회(생활)복지사 사무직 영양사 조리사
 방문간호사 간호사 간호조무사 물리치료사 작업치료사
 촉탁의사 상근의사 기타 (_____)

4-4. 선생님께서는 학교를 어디까지 마치셨습니까?

- 무학/초등학교/서당 중학교 고등학교 대학교 이상

4-5. 선생님께서는 얼마나 오랫동안 사회복지 시설에서 근무하셨습니다? (_____ 년)

4-6. 선생님께서는 인권 교육을 받으신 적이 있습니까?

- 있다 (_____ 번) 없다

4-7. 선생님께서 현재 근무하고 계시는 곳은 다음 중 어디입니까?

- 노인전문요양시설 노인요양시설 주간보호시설 단기보호시설 방문간호시설
 가정봉사원시설 기타 (_____)