

보건복지분야 고용 현황 및 창출전략 연구 - 선진국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석을 중심으로 -

강혜규 · 김보영 · 김형용 · 박수지 · 정세정

보 건 복 지 부
한국보건사회연구원

제 출 문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역 계약한(2010. 6. 4) “보건·복지분야 고용 현황 및 창출 전략 연구: 선진국의 사회복지부문 고용 수준 및 제도 요인 분석을 중심으로”의 최종보고서로 제출합니다.

2010년 9월

한국보건사회연구원
원 장 김 용 하

머 리 말

그간 정부는 다각적으로 고용 창출방안을 모색하는 과정에서, 사회서비스 부문에 크게 주목해 왔다. 사회서비스는 고령화·여성의 사회참여 증가·가족기능 약화 등에 따라 스스로 혹은 가족 내에서 해결하기 어려운 돌봄, 간병, 보육 등 가족이 다하지 못하는 일들을 사회적으로 공동의 대처시스템을 갖추어 제공하는 것이다. 이는 삶의 질을 중시하는 선진국일수록 발달하여, 거동이 불편한 어르신에 대한 지원, 정서적 지지와 치료가 필요한 심리·사회적 문제의 해결, 장애로 인해 필요한 재활·교육 서비스, 정신보건·알콜·약물남용 문제의 치료와 사회복귀, 학교나 학원을 통해 해결할 수 없는 아동발달·청소년일탈에 대한 지원, 가족문제에 대한 상담 등 정상적인 생활을 영위하는데 필요한 다양한 도움을 지역사회에서 일상적으로 친숙하게 이용하고 있다. 이 사회서비스의 특성은 사람을 통하여 제공된다는 점이다. 즉, 이용자가 원하는 만큼 충분하고 수준 높은 서비스를 제공하기 위해서는 적정한 수의 좋은 인력이 사회서비스를 위해서 일할 수 있어야 한다. 따라서, 최근 사회서비스 수요 급증에도 불구하고 이에 대응하는 사회서비스 공급체계가 크게 미흡한 우리의 경우, 높은 고용창출 잠재력을 보유하고 있다고 할 수 있다. 사회서비스는 고용유발 효과가 크고, 돌봄서비스를 중심으로 미숙련 청년실업자, 중고령 여성 등 취업취약계층의 용이하고 신속한 노동시장 진입이 가능하므로, 고용창출의 견인 역할을 기대할 수 있을뿐더러, 국민의 전반적인 삶의 질 향상에도 기여할 수 있으므로, 이를 통해 얻을 수 있는 일거양득의 효과에 주목할 필요가 있다.

이렇듯 고용창출 효과가 크고 성장잠재력 확충에도 기여하는 사회서비스부문이 산업기반을 갖춰 선진국형 사회서비스 공급체계가 형성되도록 정부의 전략적·선제적 투자가 시급한 실정이므로, 선진국과의 격차 발생 원인에 대한 체계적인 분석이 요청되고 있다. 이에 본 연구는 선진국의 제도 형성 과정과 구조, 현황, 고용수준에 대

한 상세한 분석, 특히 선행연구가 없는 사회복지부문을 중심으로 고용 부진의 원인 파악이 필요하다는 문제 의식으로 착수되었다.

본 연구에서는 주요 선진국의 사회복지부문 고용 수준을 제도 정책적 맥락 하에서 경제·사회적 요인과 연계 분석하는데 주안점을 두었다. 먼저 한국의 사회복지부문 고용 수준과 위상을 상세하게 점검하고, 주요 선진국 사례를 통해 사회복지부문 일자리 창출 지연 원인을 분석하였다. 특히 제도적 요인, 역사적 경로, 사회·문화적 맥락을 고려한 고용 창출 구조의 차이, 수준 차이의 원인을 파악하고자 하였다. 이와 같은 과정을 통하여 일자리 창출 지연 원인을 감안하여, 사회복지부문의 고용 창출 활성화를 위한 장단기 과제를 제시하였다.

본 연구는 강혜규 연구위원의 책임 하에 김보영 교수(영남대), 김형용 교수(동국대), 박수지 교수(연세대 BK연구단), 정세정 연구원에 의해 수행되었다. 보고서를 검독하여 완성도를 높여 주신 본원의 박세경 연구위원과 윤상용 부연구위원에게 감사의 뜻을 전한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식 견해가 아님을 밝혀둔다.

2010년 9월
한국보건사회연구원장
김 용 하

요약	1
제1장 서론	15
제1절 연구의 배경 및 목적	15
제2절 연구의 내용 및 방법	19
제3절 국내외 연구동향	22
제2장 사회복지부문 고용의 현황 및 위상	31
제1절 보건·복지부문 고용수준의 국제 비교	31
제2절 한국 사회복지부문 고용의 현황 분석	42
제3장 미국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석	51
제1절 사회복지부문 서비스제도의 발전 과정 및 현황	51
제2절 사회복지부문 고용 수준 분석	61
제3절 주요 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조	71
제4장 영국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석	87
제1절 사회복지서비스 제도의 발전 과정 및 현황	89
제2절 사회복지서비스 고용 분석	102
제3절 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조	112
제5장 독일의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석	117
제1절 사회복지부문 제도의 발전 과정과 고용 구조	118
제2절 주요 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조	128
제3절 사회복지부문 정부재정지출 규모의 변화	138
제4절 사회복지부문 고용창출 제도요인	145

제6장 일본의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석	153
제1절 사회복지부문 서비스제도의 발전 과정 및 현황	153
제2절 사회복지부문 고용 수준 분석	159
제3절 주요 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조	166
제4절 사회복지부문 고용창출 제도요인	174
 제7장 결 론	 179
제1절 선진국 사례의 시사점	179
제2절 정책 제언	194
 참고문헌	 203

표 목차

〈표 2-1-1〉 주요 선진국의 전체 산업부문 취업자 중 보건·복지업 취업자 비율 ...	32
〈표 2-1-2〉 한국의 산업부문별 종사자 현황(2008년 기준, 통계청)	32
〈표 2-1-3〉 2008년 전체 산업 및 사회서비스부문 취업자 규모 국제 비교	33
〈표 2-1-4〉 OECD 주요 국가의 전체 산업부문 취업자 비율 및 보건·복지부문 취업자 비율 추이	35
〈표 2-1-5〉 OECD 가입국의 전산업 중 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관: 보건·복지부문 고용 수준별	40
〈표 2-1-6〉 OECD 가입국의 전산업 중 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관: GDP 수준별	41
〈표 2-2-1〉 한국의 보건업 및 사회복지서비스업 세세분류별 종사자 현황 (2008년 기준, 통계청)	43
〈표 2-2-2〉 사회복지시설 분야별 총 인력 추정 결과(2008년 기준, 복지부·보사연)	44
〈표 2-2-3〉 사회복지시설의 종사자 지위별 종사자 현황(2008년 기준, 복지부·보사연)	45
〈표 2-2-4〉 사회복지시설 종사자 현황 (2008년말 기준)	45
〈표 2-2-5〉 공공부조 및 사회보험 기관 종사자 현황 (2009년 기준)	46
〈표 2-2-6〉 보건의료기관 총 인력 현황 (2009년 7월 기준)	47
〈표 3-1-1〉 미국의 정부부처별 예산 비중 변화 추이	57
〈표 3-1-2〉 미국의 2009년 보건·복지부(DHHS) 예산 현황	58
〈표 3-1-3〉 미국 메디케이드 주요 프로그램 지출 비용(2010년)	59
〈표 3-1-4〉 미국 보건·복지부 아동가족청의 주요 사업과 예산	60
〈표 3-2-1〉 북미표준산업분류(NASIC) 기준 사회복지부문 종사자 수	63
〈표 3-2-2〉 미국의 1990년 이후 보건 및 사회복지 산업 종사자 비율	65
〈표 3-2-3〉 미국 표준직업분류별 사회복지서비스 종사자 수	68
〈표 3-2-4〉 미국의 사회복지서비스 관련 고용 규모 현황 및 전망	70
〈표 3-3-1〉 뉴욕시의 개인 및 가족서비스부문 고용 현황	72
〈표 3-3-2〉 미국 비영리조직의 사회서비스 사업 종류(1997년 기준)	74

〈표 3-3-3〉 미국 민간 비영리 및 영리조직의 사회서비스 시장점유율	75
〈표 3-3-4〉 미국의 Social Assistance 부문의 민간시장 규모	77
〈표 3-3-5〉 미국의 개인 및 가족서비스(Individual and Family Services) 민간시장 규모	78
〈표 3-3-6〉 미국의 사회부조(Social Assistance) 민간시장 전망	78
〈표 3-3-7〉 미국 개인 및 가족 서비스의 민간시장 수입현황(revenue)	79
〈표 3-3-8〉 미국 주정부와 지방정부의 공공지출 구성, FY2000	81
〈표 4-1-1〉 영국 재가복지서비스기관과 요양시설 소유권별 비중	101
〈표 4-2-2〉 영국의 국제직업분류(SOC2000)에 따른 사회서비스 관련직 범주	103
〈표 4-2-3〉 영국의 사회복지서비스 분야 종사자 현황(국제직업분류 기준 (2009년 현재))	104
〈표 5-1-1〉 독일 사회영역 사회서비스 종사자(soziale Berufe)의 고용 규모 (1925-1997)	121
〈표 5-1-2〉 독일 1980년대 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자의 수 ..	124
〈표 5-1-3〉 독일 1990년대 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자의 수 ..	125
〈표 5-1-4〉 독일 2000~2005년 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자의 수 ...	126
〈표 5-2-1〉 독일 민간사회복지사업단의 서비스 영역별 취업자 수	130
〈표 5-2-2〉 독일의 아동 및 청소년 부문 고용현황 및 사회서비스 전문인력	132
〈표 5-2-3〉 독일의 아동 및 청소년 분야 공공, 민간비영리, 민간영리 시설 현황 (1990-1998)	134
〈표 5-2-4〉 독일 민간사회사업단의 노인부문 취업자 현황	136
〈표 5-2-5〉 독일의 노인대상 사회서비스 종사자 규모	136
〈표 5-2-6〉 독일의 노인대상 단기서비스기관 현황(1999, 2001)	137
〈표 5-2-7〉 독일의 노인입소시설 현황 (1999, 2001)	138
〈표 5-3-1〉 1980-1989년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모	139

〈표 5-3-2〉 1987-1993년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모	140
〈표 5-3-3〉 1994-2000년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모	141
〈표 5-3-4〉 2001-2007년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모	143
〈표 5-4-1〉 독일의 사회서비스 제도화와 개혁과정	149
〈표 6-1-1〉 일본의 사회복지제도 변천사(史)	154
〈표 6-1-2〉 일본의 2010년도 세입세출 예산안	156
〈표 6-1-3〉 일본 후생노동성 예산추이	157
〈표 6-1-4〉 일본 후생노동성 예산 중 사회보장비예산 추이	157
〈표 6-1-5〉 일본 2008년, 2009년 사회보장비 부문별 현황	158
〈표 6-1-6〉 일본 2009년도 후생노동성 예산안의 주요사항	158
〈표 6-2-1〉 일본 산업분류 기준에 따른 의료·복지업 세세분류별 종사자 현황 (2006년 기준)	159
〈표 6-2-2〉 일본의 의료 및 복지분야 근로자현황 추이(1996~2006년)	160
〈표 6-2-3〉 일본 사회복지부문산업의 세세분류별 종사자 현황 (2006년, 2001년 비교)	161
〈표 6-2-4〉 일본 사회복지부문산업의 사업체 현황 (2006년, 2001년 비교)	162
〈표 6-2-5〉 일본 의료·복지서비스분야 근로자의 학력 및 성별 초임 현황	163
〈표 6-2-6〉 일본의 의료·복지분야 근로자현황 추이(2003~2007년)	163
〈표 6-2-7〉 일본의 사회복지서비스 분야별 종사자수 추이	165
〈표 6-3-1〉 일본의 개호보험 요개호(요지원) 인정자 수	166
〈표 6-3-2〉 일본의 개호서비스 이용자 추이	166
〈표 6-3-3〉 일본의 개호보험관련 사업소 및 시설수의 증가추이	167
〈표 6-3-4〉 일본의 개호보험시설의 주요 내용	169

〈표 6-3-5〉 일본 개호보험시설 직원배치 기준	170
〈표 6-3-6〉 일본 개호보험시설의 직원 수 현황	171
〈표 6-3-7〉 일본의 보육시설 수 및 이용정원, 현원 현황	172
〈표 6-3-8〉 일본의 보육시설 대기아동수 현황	172
〈표 6-3-9〉 일본 보육시설 직원 배치기준	173
〈표 6-3-10〉 일본의 보육교사 현황	173
〈표 7-1-1〉 주요국의 사회복지부문 고용 수준 비교	183
〈표 7-1-2〉 국가별 장기요양서비스 인력 비교	190
〈표 7-1-3〉 국가별 65세이상 인구 중 장기요양서비스 수혜자 수	191
〈표 7-1-4〉 국가별 아동 대 보육·유아교육 교사 비율	192
〈표 7-1-5〉 국가별 아동(6세미만)에 대한 보육·유아교육서비스 이용률 비교 ..	193
〈표 7-1-6〉 국가별 아동에 대한 공공지출 현황(2005년 기준)	193

그림 목차

[그림 1-1-1] OECD 국가의 전체 산업부문 취업자 중 보건·복지업 취업자 비율 (1995, 2008년)	16
[그림 1-1-2] OECD 국가 보건·사회복지업 종사자와 전체산업 종사자의 연평균 (1995~2008) 증가율	16
[그림 2-1-1] OECD 주요국의 보건·복지분야 취업율 증가 추이	34
[그림 2-1-2] OECD 가입국의 보건·복지분야 취업자 비율과 1인당 GDP수준 비교	36
[그림 2-1-3] OECD 주요국의 보건·복지분야 취업자 비율과 사회지출수준 비교	37
[그림 2-1-4] OECD 주요 국가의 공공 사회복지지출 추이 비교	38
[그림 2-1-5] OECD 주요국의 보건·복지분야 고용율과 고령화율, 여성경제활동참가율, 노년인구부양비 비교	38
[그림 4-1-1] 영국 2006-07년도 지방정부 사회서비스 지출 분포	99
[그림 4-1-2] 영국의 요양시설 소유 형태별 추이	100
[그림 4-1-3] 영국 소유 형태별 재가서비스 기관 추이	100
[그림 4-2-1] 영국 2007/08 분야별 서비스 지출 구성	103
[그림 4-2-2] 영국의 사회서비스부문 고용 추이와 현황	105
[그림 4-2-3] 영국 사회서비스 지출 및 전체 서비스 지출 대비 비중 증가율	107
[그림 4-2-4] 영국의 총 고용과 각 분야별 고용 증가율 추이	109
[그림 4-2-5] 영국 사회서비스 직종별 지방정부 고용 종사자 수 추이	110
[그림 4-2-6] 영국의 공급 기관별 재가서비스 공급 시간 추이	112
[그림 5-1-1] 독일의 사회서비스 공급자, 생산자, 수요자 관계 개념도: 사회시장·	120
[그림 5-1-2] 독일 1980~2005년 전체 취업자 대비 사회서비스 취업자 규모 ...	123
[그림 5-1-3] 독일의 1980-2005년 사회서비스 취업자 중 보건영역과 사회영역의 비율	127
[그림 7-1-1] 장기요양에 대한 공공재정 및 총지출의 GDP대비 비율 현황	191
[그림 7-1-2] 국가별 아동(0~3세) 보육시설의 교사 대 아동 비율 현황	192

요약

1. 연구 개요

가. 연구 배경

- 고용잠재력이 큰 사회서비스업, 특히 보건·사회복지사업은 최근 고용률 하락 속에서 일자리 창출을 선도하고 있으나, 선진국에 비하여 고용 수준은 낮은 실정임.
- 우리 보다 사회서비스 부문 취업자 비율이 크게 높은 선진국가에서도 보건·복지부문 고용의 성장이 지속되고 있으며, 다양한 사회서비스 고용관련 이슈들에 관심이 모아지고 있음(European Foundation, 2006).
- 고령화, 여성 사회참여 증가, 가족기능 약화 등으로 인한 사회서비스 수요 급증에도 불구하고 이에 대응하는 사회서비스 공급체계가 크게 미흡한 우리의 경우, 높은 고용창출 잠재력을 보유하고 있다고 할 수 있음.
- 따라서, 고용창출 효과가 크고 성장잠재력 확충에도 기여하는 사회서비스부문이 산업기반을 갖춰, 선진국형 사회서비스 공급체계가 형성되도록 전략적·선제적 투자가 시급한 실정이므로, 선진국과의 격차 발생 원인에 대한 체계적인 분석이 필요한 시점임.

나. 연구 목적

- 첫째, 주요 선진국의 사회복지부문 고용 수준을 제도 정책적 맥락 하에서 경제·사회적 요인과 연계 분석하여 우리의 고용 창출을 활성화할 수 있는 정책여건 조성의 근거자료로 활용

- 둘째, 한국의 사회복지부문 고용 수준 상세 분석
- 셋째, 주요 선진국 사례를 통해 사회복지부문 일자리 창출 지연 원인 분석
- 넷째, 선진국 수준의 적정 고용 창출을 위한 정책과제 제시

다. 연구 방법

- 사회서비스업 고용관련 선행연구 검토
- 국제기구 자료 분석
- 주요 국가별 문헌자료 및 웹자료 분석
- 전문가 자문회의 개최

2. 사회복지부문 고용의 현황 및 위상

- 2007년 현재 전체 산업 대비 보건·복지산업에서 발생한 일자리를 의미하는 전체산업 중 보건·복지분야 취업율(employment rate)은 3.18%로 OECD 주요 선진국의 1/3~1/5 수준임.

〈주요 선진국의 전체 산업부문 취업자 중 보건·복지업 취업자 비율(최근연도)〉

(단위: ppp \$, %)

		한국	일본	미국	독일	영국	스웨덴
2007년 기준	GDP ²⁾	26,574	30,312 ¹⁾	46,434	34,683	34,957	34,328 ¹⁾
	보건·복지부문 취업자비율 ³⁾	3.18	9.53 ¹⁾	10.80	10.41	11.71	16.25 ¹⁾
1인 GDP 26천달러 시기	해당연도 ⁴⁾	2007	2002	1994	2001	2000	2000
	GDP	26,574	26,805	26,686	26,859	26,074	27,761
	보건·복지부문 취업자비율 ³⁾	3.18	7.14	9.23	9.17	10.47	16.44

주: 1) 일본, 스웨덴은 2006년 자료임.

2) 1인당 GDP(US \$, current prices, current PPPs).

3) 국제표준산업분류에 따른 전체산업 대비 보건·복지(Health and Social Work)산업 취업자가 차지하는 비율.

4) 최근 한국의 1인당 GDP(PPP \$, 구매력평가반영) 26,574달러와 유사한 각 국가 해당연도.

자료: OECD STAN DB 및 OECD National Accounts를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2).

- OECD 국가군의 GDP와 보건·복지분야 취업자 비율을 감안하여 적정 보건·복지분야 취업자 비율을 분석한 결과, 한국의 경제발전 수준에 조응하는 보건·복지분야 취업자 비율은 6.76%로서, 2007년 기준 취업자 비율인 3.2%의 2배 수준으로 나타남.
- 본 연구에서는 OECD 가입 국가의 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관관계를 분석하여, 보건·복지부문 고용수준에 영향을 미치는 주요한 요인을 파악하고자 하였음.
 - 보건·복지부문 취업자 비율이 높은 국가군: 여성경제활동 참가율(.656), GDP 대비 공공 현물급여지출 비율(.616)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자비율이 높은 국가로 나타나고 있음.
 - 1인당 GDP 수준이 높은 국가군: 총인구 부양비(.761), 여성경제활동 참가율(.708), GDP대비 공공 현물급여지출 비율(.666), 경제활동 참가율(.590)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자비율이 높은 것으로 분석됨.
 - 이를 종합해 보면, 여성의 경제활동참가율과 현물급여에 대한 공공사회지출 비율은 보건·복지분야 취업자비율과 강한 상관관계를 보여, 재정 투자와 여성 고용이 보건·복지분야 고용 확대에 주요 요인이 되고 있는 것으로 예측됨.
 - － 일반적인 예상과 달리, 1인당 GDP 수준 지표는 1인당 GDP가 낮은 국가군에서만 보건·복지분야 취업자비율과의 상관관계를 보인 바, 경제수준 자체 보다는 보건·복지부문에 어느 정도 재정투자가 이루어지고 있는가가 주요 요인임을 보여주고 있음.
 - － 복지수요의 크기에 영향을 미치는 인구구조 지표인 고령화율(65세이상 노인인구비율), 노인 부양비, 총인구 부양비 중 전자의 두 변수와 보건·복지분야 취업자비율의 상관관계가 유의미하게 드러나지 않았고, GDP 수준으로 구분한 분석에서만 총인구 부양비가 보건·복지분야 취업자비율 수준에 영향을 미치는 것으로 나타남. 노인에 대한 재정투자가 차지하는 비중은 크더라도, 고용 창출에 있어서는 아동과 노인 비율이 모두 높은 경우가 더 활발하게 이루어지고 있어, 아동부문의 고용창출이 큰 비중을 차지하는 것으로 해석됨.
 - － GDP 수준이 낮은 국가나 보건·복지분야 취업률이 낮은 국가군에서, 의료

비와 관련된 모든 변수들과 보건·복지분야 고용수준의 상관성이 높게 나타난다. 즉, 이들 국가에서는 보건과 복지분야가 함께 취합되는 고용수준 통계에서, 사회복지부문보다 보건분야 고용의 구성 비율이 높음을 시사하는 결과임.

3. 국가별 사회복지부문 고용현황 및 시사점

가. 미국

1) 사회복지부문 고용현황

- 미국고용통계(BLS)에 따르면, 2009년 현재 요양 및 거주시설 종사자는 308만명, 그리고 사회부조 종사자는 256만명에 달함. 이는 각각 미국 전체 임금노동자 13,092만명의 2.35%, 1.96%를 차지하는 수치임.
 - 고용증가에 있어 지난 20년 동안의 증가율은 개인및가족서비스가 199.8%, 보육서비스가 121.0%, 노인지역사회보호시설이 115.5%로, 요양기관(40.5%)를 제외한 대다수가 2배 이상의 증가를 보임.
 - 개인및가족서비스 종사자는 아동청소년, 노인, 장애인을 대상으로 한 사회복지 서비스 종사자들임. 그 중에서는 노인 및 장애인 재가복지서비스 종사자가 압도적으로 증가하였는데, 1990년 16.4만 명 수준이었던 것이 2009년 62.9만 명으로 증가하였고, 증가세는 최근에 더욱 높게 나타나고 있음.
- 직종별 고용증가율을 살펴보면 2000년부터 2009년까지 10년간 가정간호보호조원과 대인및가사돌봄인력이 70% 증가하여 다른 직업보다 월등히 높았으며, 그 다음으로 정신건강 및 약물남용 사회복지사 59%, 보육교사 50% 순임.
- BLS의 자체 고용전망 결과에 따르면, 2016년 전체 고용의 증가는 10%대에 그칠 것이지만, 대인 및 가사서비스 인력이 50%이상 증가할 것이며, 또한 사회서비스 보조인력도 34% 가량 증가할 것으로 예상하고 있음.
- 전문적인 사회복지사와 상담사도 각기 20%를 선회하는 증가를 예상하고 있으며, 이 중에서도 정신보건 및 건강, 그리고 개인 가족 서비스 중심으로 고용이 증가할 것으로 전망되고 있음.

2) 시사점

- 전반적으로 미국 사회복지서비스 분야의 고용규모가 큰 것은 공공보다는 비영리 및 영리 부문의 고용시장 규모가 크고 또한 무제한적인 경쟁으로 말미암아 소규모 기관들이 확산되어 사회복지서비스를 제공하는 구조에서 비롯되었음.
- 민간 사회복지서비스 고용의 활성화는 연방정부 정책들이 주요하였음
 - 첫째, 보조금 및 조세지출의 확대 뿐 아니라 신용보조금 등을 통한 간접적 서비스 재정에 이르기까지 1960년 이후 직·간접적 공공지출은 사회복지서비스 고용 증가에 일차적인 요인임.
 - 둘째, 사회복지서비스 이용 규모와 이들의 비용 부담은 영리추구 공급자의 확대에 있어 결정적 요인이라 할 수 있음.
 - 셋째, 개인및가족서비스 사회복지 전문가들의 전문서비스 체계가 출현함. 메디케이드의 무제한적 배상이 허용되면서 전문직 사회복지서비스도 함께 촉진되어 왔음.

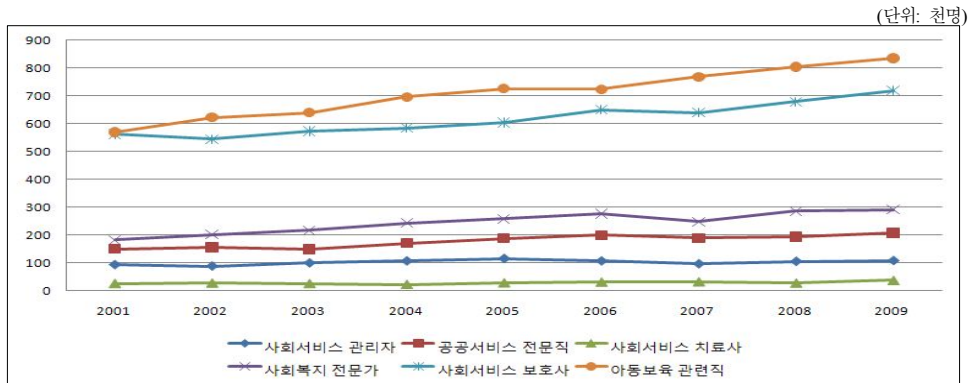
나. 영국

1) 사회복지부문 고용현황

- 국제직업분류상 사회서비스 관련직은 국제직업분류에서 사회서비스 관련직에서와 같이 찾아볼 수 있으며 이를 바탕으로 사회서비스 고용 추이와 현황을 살펴보면, 사회서비스 부분 고용은 2009년 현재 그 총규모가 220만명에 이르고 있음. 이 규모는 2001년 약 16만명 규모였던 것에서 약 40% 증가한 것임(ONS, 2009).
- 이를 전체 고용과 비교해 보아도 뚜렷한 증가세를 볼 수 있음. 2001년에 그 비중이 약 5.7%였던 것이 2009년 7.6%로 증가하였고, 전체 고용에서의 비중 역시 꾸준히 늘어나고 있음.
- 아래 그림에서 볼 수 있는 것은 이러한 증가 흐름을 주도하는 것이 아동보육 관련직과 함께 직접적인 서비스 전달을 담당하는 사회서비스 보호사라는 것임. 이 들 직종은 사회서비스 직종에서 가장 큰 비중을 차지하고 있을 뿐만 아니라, 다른 직종에 비해 꾸준한 증가세를 보이고 있음.

- 그 다음의 높은 비중을 차지하고 있는 것은 청소년, 지역사회, 주거 등 분야의 사회복지 전문가와 주로 정부 관료, 사회복지사, 보호관찰사 등이 포함되는 사회서비스 공공 전문직으로 약간의 변화는 있지만 전반적인 증가경향을 보이고 있음. 주로 사회서비스 기관과 시설 관리자에 해당하는 사회서비스 관리자나 작업 치료사와 같은 사회서비스 관련 치료사는 큰 변화의 폭을 보이지 않고 있음.

[영국 사회서비스 고용 추이와 현황]



자료: ONS(2009).

2) 시사점

- 영국 사회서비스 제도에서의 고용 증가는 공공 중심에서 민간 중심 공급으로의 변화와 동시에 공공의 지출의 변화와 같이 맞물려서 이루어졌다고 할 수 있음.
- 고용 구조를 살펴보면 민간 부문이 증가한 부분은 주로 직접적으로 서비스 전달을 담당하는 재가 서비스 종사자, 또는 요양시설 종사자를 중심으로 보이며 지방 정부에서 오히려 사회복지사 등 관리운영 직종은 오히려 증가한 것으로 나타남.
- 이러한 영국 사회복지서비스 제도 변화와 이에 따른 예산과 고용 규모 변화에서 볼 수 있는 영국 사회서비스의 고용창출 구조에서 다음과 같은 함의를 찾아 볼 수 있음.
- 첫째, 사회서비스 고용 규모 증가는 사회서비스 분야에 대한 국가 지출의 확대와 함께 일어나고 있다는 점임.
 - 둘째, 사회서비스 확대에 따라 민간 부분의 비중이 서비스 공급과 고용에 있어 비약적으로 증가하지만 상대적으로 임금수준이나 안정성이 낮은 현장 서비스 공급인력에 집중되는 경향이 있는 것으로 나타나고 있음.

- 다만, 보수당 정부의 시장화 개혁 이후 나타난 공공 지출의 증가가 증가하는 사회적 욕구에 비해 적합한 수준이었는데에 대해서는 여전히 질문이 남아있음.

다. 독일

1) 사회복지부문 고용현황

- 2001년 사회복지서비스 분야 종사자 수는 301만 천명으로 전체 취업 대비 8.18%로 나타남. 2000년에서 2005년까지 전체 취업자 중 사회복지서비스 취업자가 차지하는 비중 또한 1990년대와 마찬가지로 지속적으로 증가하고 있음. 2005년 사회복지서비스 분야 취업자의 수는 총 334만 3천명, 전체 취업자 대비 9.14%로 2001년에 비해 그 비중이 약 1%가량 증가하였음.
- 연 0.1% 미만으로 다소 정체되었던 1990년 후반 사회복지서비스 분야 취업자 비중의 증가율이 2001년 이후 다시 빨라지기 시작하였음.
 - 이 시기는 슈뢰더 정부가 독일 복지모델의 새로운 정체성으로 “생동하는 국가(Aktivierender Staat)”를 제시하고(1999) 시민사회의 활성화라는 모토아래 적극적 노동시장 정책과 사회복지서비스 공급의 확대를 “아젠다 2010”을 통해 구체적으로 제시한 시기이기도 함.
 - 당시 슈뢰더 정부는 특히 2010년까지 보육서비스의 공급 증대를 시민당의 주요한 사회투자 전략으로 발표하였음.

2) 시사점

- 독일 복지모델의 위기징후가 나타나기 시작하는 1980년대 이전 사회복지서비스 고용수준의 증가는 관대한 케인지안 복지 시스템이 복지수요측면의 변화 즉 사회복지서비스 수요의 증가를 반영하여 확대된 결과라고 할 수 있음. 이 시기 독일정부는 주로 지방정부 차원에서 사회복지서비스의 양적, 질적 통제를 표준화함.
- 독일 복지모델 개혁이 본격화되는 1990년대, 사회복지서비스 제도 또한 ‘공공부문의 경제화’라는 기치 아래 새로운 개혁의 요구를 받게 됨. 이 시기 사회복지 전반의 개혁과 마찬가지로 사회복지서비스 부문에 시장논리가 강화되면서 ‘기초지자체의 사회복지서비스

공급책임'과 '민간사회복지사업단 중심의 보충성 원칙'이 희석되기 시작하였음.

- 주목되는 점은 이 시기에 또한 사회서비스 부문의 고용은 계속해서 증가하였고 그 증가율은 오히려 가속화되었다는 점임. 선진 복지국가 재편의 일반적인 경향이라는 맥락에서 사회시장의 확대는 공공부문의 개입을 축소한 결과 나타난 민간영리기업의 확대로 해석 가능할 것임.
- 2000년대에 들어서면서 사회서비스 부문의 고용 증가는 전반적으로 1990년대에 비해 다소 지체되는 현상을 보임.

〈독일의 사회서비스 제도화와 개혁과정〉

	제도화 과정	개혁 과정
공급체계	지방정부 중심	중앙집권화
생산체계	민간사회복지사업단 중심	민간영리참여 활성화
공급체계의 생산체계 지원방식	지역사회 욕구 중심, 서비스기관(생산자)지원 중심	비용효율성 중시, 수요자현금지원의 강화

- 독일 정부의 1990년대 이후 사회서비스 개혁 방향을 사회복지 재편의 일반적인 경향인 탈집중화와 민영화라는 차원에서 재정리해 보고자 함.
 - 첫째, 탈집중화 경향은 1980년 이후 독일 사회서비스 개혁과 관련해 적용하기 어려움. 사회서비스의 공급자 역할은 일련의 법개정을 통해 오히려 중앙집권화됨..
 - 둘째 민영화 경향 또한 1980년 이후 독일 사회서비스 개혁과 관련해 적용하기 어려움. 오히려 국가의 법적 책임이 강화되면서 사회서비스 영역의 공공성이 강화되었다고 할 수 있음.
 - 수발서비스의 경우 재가서비스 우선의 수발서비스 인프라 구축을 들어 이전 기초자치체의 수발서비스 책임이 가족영역으로 민영화되었다고 해석할 수도 있음.
 - 그러나 가족의 수발서비스 부담에 대한 국가의 현금보상을 통해 공공성이 강화되었다고 보는 것이 더 적합할 것임.
 - 반면 사회서비스 생산체계와 관련하여 사회서비스 운영책임의 민영화를 고려해 볼 수 있음.

- 그러나 사회시장의 가격경쟁구도가 앞으로 계속 유지될 수 있을지에 대해서는 아직 이론의 여지가 많음.

라. 일본

1) 사회복지부문 고용현황

- 일본의 의료·복지업 세세분류별 종사자 구분 중 가장 많은 비율을 차지하지 않은 분야는 의료업과 사회보장·사회복지·개호사업분야임.

〈일본의 사회복지서비스 분야별 종사자수 추이〉

	1993년	2000년	2005년
노인분야	167,898	1,048,681	1,971,225
장애인분야	130,254	159,550	671,718
아동분야	373,892	447,013	556,008
기타	37,967	43,831	77,604
계	710,011	1,699,075	3,276,555

자료: 후생노동성(2007), 『사회복지사업에 종사하는 자의 확보를 위한 조치에 관한 기본적 지침』.

- 일본의 사회복지서비스 분야의 근로자 현황은 1950년대 이후부터 계속적으로 증가해 오는 추세이지만, 1990년대 이후의 골드플랜(고령자보건·복지5개년계획), 엔젤플랜과 같은 저출산고령사회대책에 따른 인프라의 확충이 급속하게 이루어지면서 근로자 수도 대폭적으로 늘어났다고 볼 수 있음.
 - 또한, 2000년 개호보험제도의 시행과 아동 및 장애인분야의 추가적인 인프라 확충계획 즉, 장애인분야의 경우에는 2004~2006년에 계속적으로 이루어진 지원비제도와 자립지원제도 등의 영향이 장애인자립지원을 위한 개호관련 일 자리의 확충이 도모되었다고 볼 수 있음.
 - 아동분야는 엔젤, 신엔젤플랜에 기초한 시설수 확충 및 보육교사의 증원이 확대되면서 의료·복지서비스분야의 근로자수가 약 600만명에 육박할만큼 그 비중을 확대 하게 되었다고 분석가능함.

- 특히, 재가복지서비스 중심의 지원체계 구축을 위해 계속적으로 재가복지서비스 인프라를 중점적으로 확충하고 있음.

2) 시사점

- 일본의 사회복지서비스 확대에는 정부의 적극적인 지원이 전제되었으나, 저출산고령화사회로의 급속한 변화로 인해 정부중심의 재정확충에 부담이 가중되고 있는 상황임.
- 일본의 의료·복지서비스에서 가장 많은 직종별 비율을 차지하고 있는 분야는 노인복지분야로서, 노인복지 분야의 개호보험제도가 지대한 영향을 미친 것으로 볼 수 있음.
- 일본의 의료·복지서비스 분야 종사자의 특징으로서 첫째, 여성의 비율이 높고 그 중에서도 개호보험 관련 서비스에 있어서는 거의 80%가 여성임. 또한, 비정규직근로자가 계속적으로 증가하고 있으며, 개호관련서비스 중 방문개호서비스의 경우 80%를 차지하고 있는 것으로 나타났음(후생노동성, 2007).
- 일본은 장기적인 인구추계결과를 토대로 향후 계속적으로 증가할 노인인구에 대응하기 위한 인력확충계획을 제시하고 있음. 이는 한국에서 최근의 노인복지인력 급증과 연관지어 살펴볼 수 있는데, 한국과 일본의 노동환경을 비교할 때 가장 많은 차이를 보이는 것이 바로 그들의 임금체계와 근로조건이라고 볼 수 있음.
- 일본의 경우 계속적으로 비정규직근로자가 증가하고는 있지만, 정규직과 비정규직의 비율 면에서 한국보다는 안정된 수준임을 알 수 있었고, 또한 급여체계도 교육 정도에 따라 차등을 두고 제공하고 있는 것을 분석해 볼 수 있었음.
- 따라서, 지속적인 복지 관련 서비스영역에서의 인력확충은 단순히 시설인프라 구축만으로 이뤄지는 것이 아니라, 거시적 측면에서 인력의 복리후생 및 그들의 근로환경 개선이 무엇보다도 전제되어야 함을 알 수 있음.
- 또한, 사회적일자리와 지속적인 확충과 안정적인 근로여건 조성을 위한 노력은 정부를 중심으로 한 구체적인 근로환경조성계획이 수립되고, 이에 기반한 정부-민간 간의 적극적인 협력이 동반되어야 효율적인 성과를 거둘 수 있을 것임.

4. 결론

- OECD 국가군의 GDP와 보건·복지분야 취업자 비율을 감안하여 적정 보건·복지분야 취업자 비율을 분석한 결과, 한국의 경제발전 수준에 조응하는 보건·복지분야 취업자 비율은 6.76%로서, 2007년 기준 취업자 비율인 3.2%의 2배 수준으로 나타난다.
- OECD 가입 국가의 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관관계를 분석하여 보건·복지부문 고용수준에 영향을 미치는 주요한 요인을 파악한 결과, 여성의 경제활동참가율과 현물급여에 대한 공공사회지출 비율은 보건·복지분야 취업자 비율과 강한 상관관계를 보여, 재정 투자와 여성 고용이 보건·복지분야 고용 확대에 주요 요인이 되고 있는 것으로 예측됨.
- 본 연구에서 사례로 검토한 4개 국가의 전체 산업부문 대비 사회복지부문의 고용수준은 영국이 6.3%로 가장 높게 나타났으며, 미국 4.3%, 독일 3.8%, 일본 3.8%, 한국은 1.7%의 순이었음.
 - 미국의 경우 돌봄서비스 고용이 지난 10년간 전체 사회복지 부문 고용증가의 대부분을 차지하고 있으며, 그 중에서도 보건 및 아동돌봄 부문이 두드러졌음.
 - 영국의 2009년의 사회복지서비스 부문 종사 규모는 2001년 약 16만명에서 약 40% 증가(ONS, 2009)하였으며, 전체 고용에서의 비중도 5.7%에서 7.6%로 꾸준히 증가함.
 - 독일의 경우, 80년대 초반 사회서비스 부문 취업자의 규모는 전체 취업자의 약 4% 수준이었으며, 매년 연 0.2% 내지 0.3% 정도씩 꾸준히 증가하였음. 1989년에서 1991년 사이 6%로 높게 증가하였는데, 이는 구 동독의 사회서비스 분야 취업자 비율이 서독보다 높았기 때문에 독일 통일과 함께 큰 폭으로 증가하였음.
 - 일본의 의료·복지서비스에서 가장 많은 직종별 비율을 차지하고 있는 분야는 노인 복지분야로서, 노인복지 분야의 개호보험제도가 고용 확대에 지대한 영향을 미친 것으로 볼 수 있음.
- 정부 예산의 증가와 제도 변화는 거시적 차원의 고용 증가를 주도한 것으로 확인됨.

- 미국의 경우, 민간 사회복지서비스 고용의 활성화는 연방정부 정책들이 주요한 것으로 파악되었음.
- 영국의 경우, 지난 20여년간의 사회복지부문의 고용 증가율은 총 서비스업이나 행정·교육·보건 서비스 부문의 증가 추이와는 매우 다른 경향을 보이고 있어 같은 조건에 영향을 받지 않고 있는 것으로 확인되었으며, 이는 80년대 초반 예산 지출의 폭증으로 인해 민간 요양시설 확대가 나타나는 시점에서 대폭 증가하였고, 보수당 정부의 시장화 개혁이 본격적으로 시행되는 1993~94년에 다시 크게 증가하여 고용의 증가로 이어진 것으로 분석됨.
- 독일의 사회서비스 고용 수준은 경기변동에 상관없이 지속적으로 증가한 것으로 나타나고 있으나, 독일 복지모델의 재구조화가 본격적으로 시작되는 90년대 사회서비스 부문 고용 증가율은 가속화되었음. 이는 사회서비스와 관련된 노동시장이 시장의 역동성보다는 국가, 근린, 제3섹터의 다양한 요인에 의해 영향 받고 있음을 시사함.
- 대부분의 국가에서 아동보육과 노인장기요양부문에서 창출되는 고용 규모는 사회복지(사회서비스)부문 고용의 2/3 내외를 차지하고 있는 것으로 확인됨.
- 보육교사의 경우 한국은 1~2세의 경우 다른 나라와 크게 차이가 없으나, 3세 이상의 경우 크게 차이를 보이고 있음.
 - 아동의 보육·유아교육서비스 이용률 또한 다소 낮은 것으로 나타나고 있음. 3~5세의 교육연한을 보면, 한국은 0.9년으로서, 미국의 1/2, 일본의 1/3 수준임.
 - 아동에 대한 공공지출 수준의 경우도, 5개 국가 중 가장 낮으며, 영국(GDP 대비 0.6%)의 1/3 수준으로 확인되고 있음.

01

K
I
H
A
S
A

서 론

제1장 서론

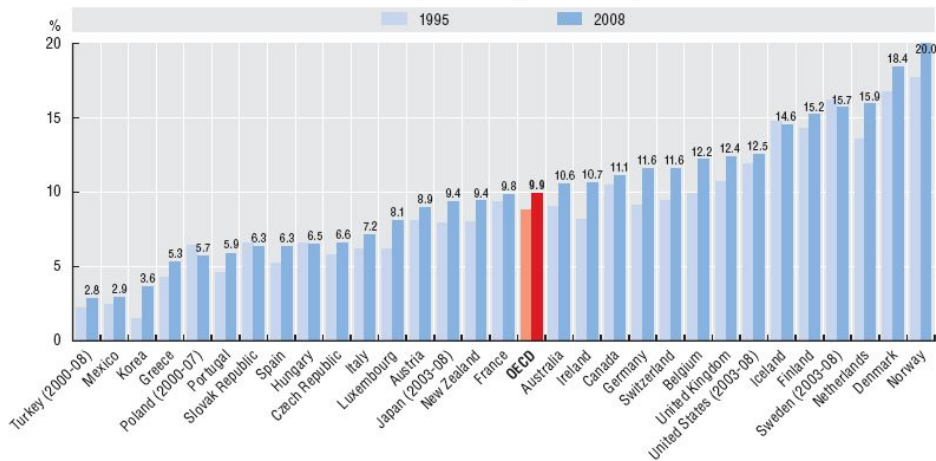
제1절 연구의 배경 및 목적

- 고용잠재력이 큰 사회서비스업, 특히 보건·사회복지사업은 최근 고용률 하락 속에서 일자리 창출을 선도하고 있으나, 선진국에 비하여 고용 수준은 낮은 실정임.
 - 선진국가의 산업구조는 공통적으로 서비스부문의 확대와 사회서비스 고용 비중의 증가 추세를 보이고 있어, 인구·사회적 구조가 급속히 변화하고 선진국형 생활기반을 추구하는 우리의 경우, 사회서비스 산업 확대를 중심으로 한 산업 및 노동시장 구조의 전면적 전환이 필요한 시점임.
 - 전산업 대비 사회서비스산업의 취업자 비중은 스웨덴 38.9%, 미국 35.4%로 한국(19.9%)에 비해 크게 높았으며, 모든 국가에서 그 비중이 증가하는 추세임. 일본의 경우 '80년 20.5%에서 '03년 31.9%로 20여년간 큰 폭으로 증가함.
- OECD 국가들에서 보건 및 사회복지분야의 고용은 크게 성장하고 있음. 특히 장기요양(long-term care), 아동보호(child care)를 비롯한 여러 유형의 사회복지사업 등에서 그러하며, 직접 서비스를 제공하는 전문직과 행정직, 지원서비스직 모두 해당됨(OECD, 2008 Health at a Glance: 62~63).
 - 보건 및 사회복지분야 고용은 2008년 기준으로 OECD 국가 전체 고용의 평균 10%가량을 차지하며, 노르딕국가와 네덜란드가 15%이상으로 가장 높고, 터키, 멕시코 등이 3%정도로 나타나고 있음.
 - 1995년부터 2008년 사이 보건·사회복지업 종사자 규모는 평균 2.8%의 증가

가 있었으며, 전체 취업자 증가율 1.4%의 2배 수준으로 나타나고 있음.

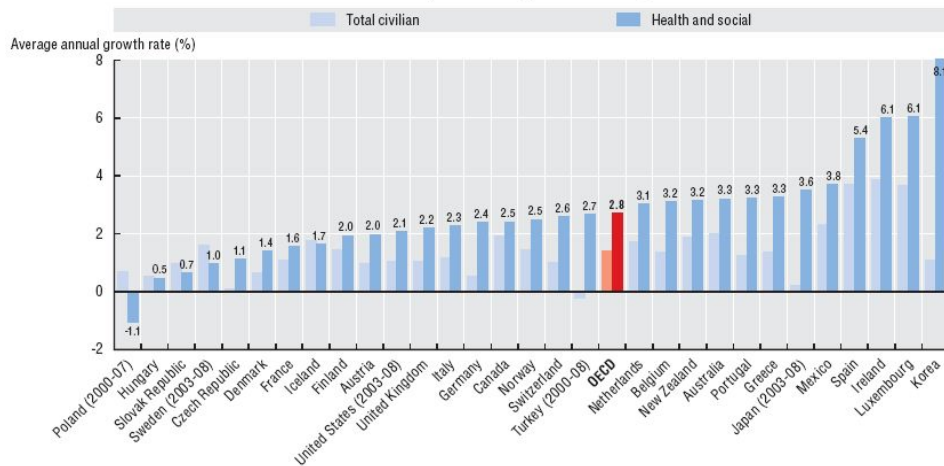
- － 특히 한국의 경우, 이 기간동안 8%의 성장(전체 산업은 1.1%)으로 OECD 국가군에서 가장 높은 증가율을 보였으나, 아직은 낮은 수준이며, 일본의 성장도 두드러짐.

[그림 1-1-1] OECD 국가의 전체 산업부문 취업자 중 보건·복지업 취업자 비율(1995, 2008년)



자료: OECD(2009), Health at a Glance 2009(원자료: OECD Annual Labour Force Statistics: US Bureau of Labor statistics)

[그림 1-1-2] OECD 국가 보건·사회복지업 종사자와 전체산업 종사자의 연평균(1995~2008) 증가율



자료: OECD(2009), Health at a Glance 2009(원자료: OECD Annual Labour Force Statistics: US Bureau of Labor statistics)

□ 우리보다 사회서비스 부문 취업자 비율이 크게 높은 선진 국가에서도 보건·복지부문 고용의 성장이 지속되고 있으며, 다양한 사회서비스 고용관련 이슈들에 관심이 모아지고 있음.

○ EU 회원국에서는 '95년부터 '01년 사이에, health and social care 서비스 분야에서 2백만개의 일자리가 창출되었고, 이는 전체 일자리 창출의 18%에 해당됨(European Foundation, 2006).

○ 돌봄서비스 부문의 고용창출 가능성은 고용없는 성장, 약화되는 제조업의 성장 동력을 대체할 것으로 높게 평가되면서, “유럽의 사회적 비전(Social Vision) 6대 아젠다”에 ‘사회서비스 인력(Social services workforce)’의 이슈가 포함되었음.

○ 많은 유럽국가에서 의료, 간호, 사회적 돌봄 부문은 노동력 부족에 직면하고 있으며, 인력의 고용 및 유지와 훈련이 시급한 문제로 집중 조명되고 있음.

– 이와 관련하여 European Foundation은 유럽 공통적으로 인정될 ‘유럽 돌봄 자격증(European Care License)’을 개발중이며, 이는 근로자의 이동성과 돌봄 서비스의 질을 보장하는 데 기여할 것으로 기대되고 있음.

□ 고령화, 여성의 사회참여 증가, 가족기능 약화 등으로 인한 사회서비스 수요 급증에도 불구하고 이에 대응하는 사회서비스 공급체계가 크게 미흡한 우리의 경우, 높은 고용창출 잠재력을 보유하고 있다고 할 수 있음.

○ 전체 취업자 대비 보건 및 복지서비스 부문 취업자 비중은 4.3%에 불과하여, 일본 12.9%, 미국 15.3%, 스웨덴 21.8%에 크게 못미치는 상황임.

○ 한국고용정보원의 자료(2008)에 따르면 '16년까지 보건 및 사회복지산업의 연평균 성장률은 8% 이상, 고용증가율은 6% 이상으로 산업과 고용이 동시에 성장할 것으로 기대되고 있음.

– 미국 노동통계청 고용추계('06~'16)에서도 돌봄서비스 인력 고용 증가율은 50.6%로서 전체 800개 직업 중 두번째이며, 지역·사회서비스 관련 직종도 22.7%로서 향후 10년간 541천개의 일자리를 창출할 것으로 전망되고 있음.

□ 따라서, 고용창출 효과가 크고 성장잠재력 확충에도 기여하는 사회서비스부문이 산

업기반을 갖춰, 선진국형 사회서비스 공급체계가 형성되도록 전략적·선제적 투자가 시급한 실정이므로, 선진국과의 격차 발생 원인에 대한 체계적인 분석이 요청됨.

- 보건·복지분야 일자리 창출 미흡 원인에 대한 다양한 시각이 존재하므로, 선진국의 제도 형성 과정과 구조, 현황, 고용수준에 대한 상세한 분석과 특히 선행 연구가 없는 사회복지부문을 중심으로 고용 부진의 원인 파악이 필요함.

□ 이에 따라 다음과 같은 연구 목적을 설정하고 연구를 추진함.

- 주요 선진국의 사회복지부문 고용 수준을 제도 정책적 맥락 하에서 경제·사회적 요인과 연계 분석하여 우리의 고용 창출을 활성화할 수 있는 정책 여건 조성의 근거자료로 활용
- 한국의 사회복지부문 고용 수준을 상세 분석
 - － 거시경제 및 사회지표 연계 분석을 통한 고용수준에 미치는 영향 파악
- 주요 선진국 사례를 통해 사회복지부문 일자리 창출 지연 원인 분석
 - － 제도적(제도 유형, 수혜범위, 정부재정, 민간참여 등) 요인, 역사적 맥락(제도발전 수준), 사회·문화적 맥락을 고려한 고용 창출 구조의 차이와 수준 차이의 원인 파악
- 선진국 수준의 적정 고용 창출을 위한 정책과제 제시
 - － 일자리 창출 지연 원인을 감안하여, 사회복지부문의 고용 창출 활성화를 위한 장단기 과제 제시

□ 연구의 기대효과

- 선진국의 사회복지제도 발전 단계의 고찰을 통해 이와 비교한 한국의 사회복지서비스 부문 발전 경로 설계에 참고
- 중장기 사회복지서비스부문 고용 창출 전략을 모색하는 과정에서, 재정투자 방식 및 규모, 시장화, 규제정책 관련 시사점 도출

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구의 범위 및 내용

□ 연구 범위

- 본 연구는 사회서비스 중 ‘사회복지’ 부문을 연구 범위로 하고 있음. 그러나, 접근가능한 자료의 제약으로 우선 다수의 국가를 포함하는 거시지표 분석을 위해서는 사회복지부문이 포함된 ‘보건업 및 사회복지서비스업’을 중심으로 하여, OECD 국가의 비교 분석을 통해 사회복지부문의 고용 수준을 파악함.
- 보다 상세한 사례 분석은 주요 선진국 4개국을 중심으로 함.
 - 분석 대상 국가는 영국, 미국, 독일, 일본을 선정함.
 - 앞서 [그림 1-1-1]에 제시된 바와 같이, 보건·복지부문 취업률이 15% 이상인 상위권의 북유럽 국가가 아닌, 10~12% 수준을 보이고 있는 유럽국가인 독일과 민영화 경향이 뚜렷했던 영국, 상대적으로 사회서비스 시장이 활성화된 미국, 보건·복지부문 취업률이 최근 급속하게 성장한 일본을 포함함.
- 분석의 범위는, 사회복지제도 가운데 고용창출 잠재력이 상대적으로 큰 사회복지서비스 제도를 중심으로 하여 상세 분석을 시도함.
 - 사회복지부문에 초점을 둔 고용 관련 분석이나 선행 연구자료가 매우 취약한 바, 연구과정에서는 국가별 사례 분석 과정에서 가장 최근의, 접근가능한 정부의 공식 통계 데이터를 최대한 확보하고자 하였음.

□ 한국의 사회복지분야 고용관련 현황 및 위상을 파악하기 위하여 비교가능한 data의 상세 분석

- OECD 주요 국가군의 사회복지서비스 부문(보건업 및 사회복지업) 고용 수준의 변화와 사회지출 수준, 거시경제지표 등의 연계 분석을 통하여 관련 요인을 파악함.
 - OECD 및 ILO 생산 자료 활용
 - 국가별 GDP, 고령화율, 부양비, 여성경제활동참가율, 사회지출수준(GDP 대비 사회복지지출, 공공지출, 민간지출) 등을 고려하여 고용 수준에 영향

을 미치는 요인 파악

- － 한국과 경제발전 수준(GDP)이 유사한 국가의 해당연도 보건·복지부문 고용률 분석

□ 주요국의 사회복지부문 서비스제도의 발전 과정 및 현황 분석

- 사회복지서비스가 제도화되면서 언제 기틀을 잡고, 어떤 시점에서 도약, 발전했는가를 분석하여 고용 증가의 배경을 파악함.
- 서비스 세부부문별로 재정 구조를 파악함.
 - － 세부부문: 노인, 아동, 장애인, 가족, 기타 분야를 중심으로 재가보호와 시설보호, 현금급여·수당과 서비스 등의 제도 유형 고려
 - － 정부 전체 예산 대비 비율 등

□ 주요국의 사회복지부문 고용 현황 상세 분석

- 사회복지 분야별, 직업별 고용 분석을 통해, 어떤 분야에서 가장 크게 고용이 이루어지는가, 어느 시점에서 고용이 크게 증가하며, 제도화, 예산 확대 등 어떤 요인과 관련되는가를 파악함.
 - － 국제표준산업분류(ISIC) 및 국제표준직업분류(ISCO)에 따라 파악된 데이터를 우선 활용하고, 자료 접근이 곤란할 경우에 정부부처 및 관련 선행연구의 공식 자료 활용
 - － 총고용 대비 비율 등의 시계열 변화를 분석하고, 공공·민간부문, 종사상지위, 성별 분석을 위한 자료 확보가 가능한 경우 시도

□ 주요국의 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조 분석

- 고용 규모가 큰 사회복지 세부영역·제도(예, 노인장기요양, 아동보육 등)에 대하여, 이용 규모, 재정, 인력 채용기준 등 고용 창출에 영향을 미치는 요인은 무엇인지를 파악함.
 - － 서비스 공급량으로서 서비스 이용규모 (해당 인구 대비 비율)
 - － 관련 시설 규모
 - － 정부 재정지원 방식 및 규모, 민간 시장 규모 등
 - － 이용자 본인부담 규모
 - － 공공-민간 역할분담 구조: 민간비영리, 영리기관 참여 현황

- 고용관련 기준: 사회복지 인력 채용 기준
- 고용관련 쟁점 및 대응 정책
- 주요 선진국의 사례 분석 결과를 기반으로, 우리나라의 사회복지부문 일자리 창출
지연 원인 분석 및 장단기 정책과제 제시
 - 세부 분야별 특성, 국가간 차이를 감안하여 해석하고, 가능한 지표에 대하여
비교 분석 및 정책적 시사점을 제시함.
 - 역사적 맥락에서 국가별 제도의 특성(복지국가유형), 신규제도 도입 및 제
도 확대, 민영화, 시장화 등이 고용수준에 미친 영향
 - 고용수준 변화가 나타난 시기 및 추이와 사회복지정책, 재정투입, 민영화·
시장화 등 공급 여건 및 수요 요건의 변화를 연계하여 분석
 - 제도의 도입, 성숙도 등 역사적 맥락
 - 사회복지재정 수준
 - 민간 참여, 시장활성화 정도 등 공급 환경
 - 서비스공급참여 관련 규제방식 등
 - 여성의 경제활동 참여(가족중시) 등 사회·문화적 맥락
 - 고용 수준 제고를 위한 정책 과제를 제시함.

2. 연구 방법

- 국제 기구 자료 분석
 - OECD, ILO 등 국가별 데이터를 취합하고 있는 국제기구의 자료 분석
 - SOCX Data, STAN(Structural Analysis) Data Base 등을 이용하여 거
시경제지표, 산업분류를 통한 ‘보건·사회복지산업’ 고용률 등 분석
 - 사회서비스부문 고용률에 영향을 미치는 거시경제지표간 인과관계 분석
 - 직종별 고용수준 비교 분석
 - 각 국가의 사례 분석과정에서 국제표준산업분류(ISIC)를 기준으로 국가별
고용통계 활용
- 주요 국가별 문헌자료 및 웹자료 분석

- 미국, 영국, 독일, 일본의 정부 생산 자료 입수 및 분석
 - － 사회복지서비스부문 정책 프로그램 현황 유형화
 - － 사회복지서비스부문 중앙정부 재정지출 규모 및 (입수가능한 경우) 지방정부 재정규모 포함하여 분석
 - － 입수가능한 서비스 이용자 수 및 수혜율 자료 분석
- 미국, 영국, 독일, 일본의 고용 통계 분석
 - － 직종별로 성별, 종사상지위별 등 고용 규모의 특성 분석
- 전문가 자문회의 개최
 - 관련 전문연구자로 구성된 자문회의 실시
 - － 국가별 분석 결과 및 고용 수준에 영향을 미친 제도적 요인에 대한 분석 결과 등과 관련한 의견 수렴

제3절 국내외 연구동향

- 사회서비스(Social Services)업과 고용의 주제를 별도로 다룬 선행연구는 드물며, ILO, OECD 등 국제기구의 고용에 대한 관심도, 취업취약계층의 고용·복지 지원, 여성의 일자리 창출처로서의 사회서비스 부문에 대하여 집중되고 있음.
- 이와 같은 상황에서 2000년 OECD에서 발간된 Employment Outlook 2000의 “Chapter 3. Employment in the service economy: A Reassessment”는 서비스업에 대한 상세한 분석을 시도한 연구로서, 참고할 가치가 있음.
- 이 연구에서는 ‘1990년대 후반까지 OECD국가의 서비스영역 고용은 증가해 왔으며, 특히 4개의 서비스 세부 영역(생산자, 유통, 대인, 사회서비스)별 분석을 통해 생산자서비스와 사회서비스 영역이 유통서비스와 대인서비스 영역에 비해 좀 더 빠르게 성장했음’을 확인하고 있음.
 - － 동일한 소득 수준에서도 서비스영역 고용의 국가 간 차이는 존재하며, 이는 여성경제활동 참가율(female participation), 복지국가 규모, 규제정책 및 무역특화와 같은 요소 때문
 - － 노동력의 특성은 서비스영역과 재화생산영역, 서비스 세부 영역에 따라 차

이가 발생

- 여성은 서비스 영역 고용에 있어 큰 비중을 차지하며(특히, 대인서비스, 사회서비스), 교육수준은 재화 영역에 비해 서비스 영역이 유의하게 높았음(특히, 생산자서비스, 사회서비스)

– 4개의 서비스 세부영역(생산자/유통/대인/사회서비스)에서도 ‘노동력 특성’의 차이가 존재하며, 서비스부문 고용 구성의 국제적 차이는 있었으나 패턴이 존재

- 4개 세부 영역 중 유통서비스와 사회서비스는 모든 국가들의 총 고용에서 가장 큰 부분을 차지함. 유통서비스 중에서는 소매업이 가장 많은 부분을 차지하고, 사회서비스 영역에서는 보건업이 큰 것으로 나타남. 대인서비스 영역에서는 호텔과 식당업이 가장 큰 부분을 차지

– 패널데이터 방법을 활용한 다변량 회귀분석을 통해 서비스 영역이 총고용에서 차지하는 부분과 4개의 세부영역에 영향을 미치는 요인을 검증

- 1인당 GDP는 정적 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 특히 생산자 영역과 사회서비스 영역에 강한 영향을 미치는 것으로 나타남
- 높은 여성경제활동참가율과 복지국가 규모는 사회서비스와 생산자서비스 영역의 높은 고용과 관계가 있고, 엄격한 고용보호법률(employment protection legislation: EPL)은 낮은 고용 비중과 관계가 있음

□ 강혜규 외(2007) 「사회서비스 인력운영 개선방안 연구: 주요 선진국 정책사례를 중심으로」에서는 서구 복지국가의 사회서비스 인력 정책이 어떻게 이루어지고 있으며, 인력 운영 실태는 어떠한지를 파악하여, 사회서비스 확충 및 혁신과정에 있는 한국 상황에서 얻을 수 있는 시사점과 개선 과제를 도출하였음.

○ 미국, 영국, 프랑스 사례를 검토한 결과, 각 국가는 사회·경제적 여건과 사회서비스 제도의 특성에서 일정정도의 차별성을 보이며, 고용 여건을 비롯한 사회서비스 분야의 일자리 창출 실태도 다양하게 나타났음.

– 그러나 사회서비스 인력의 양적 확대, 질적 수준 제고를 위한 제도화의 노력은 공통적인 양상을 보였으며, 인력의 질을 높이기 위한 정책적 노력을 교훈으로 삼을 수 있음

- 프랑스의 “사회서비스 직업의 양성화 정책”은 비공식 영역, 열악한 환경 하에서 활동하는 근로자에 대한 정당한 대우와 이들 직업에 대한 교육 및 훈련 프로그램의 강화를 상보적 관계로 자리매김하도록 하는 적극적 정책으로서 의미가 있으며,
- 영국의 국가 직업훈련 및 고용 전략인 2000년 “사회서비스 고용 현대화 전략”에서 담고 있는 사회서비스 인력수급 전략, 사회서비스 교육·훈련 프로그램의 인증체계 구축 등의 근본적 개선과 돌봄기술향상위원회(Skill for Care)를 구성·운영, 교육·훈련 및 인력관리 과정에서 국가직업표준을 적극적으로 적용한 사례 등을 참고할 수 있음
- 이 연구에서 도출된 정책과제는 다음과 같음.
 - 지속적인 고용수요 기반 마련: 사회서비스 산업화 및 유효수요 창출
 - 다양한 사회서비스 직종 개발 및 관련사업 육성
 - 사회서비스 품질관리 기제 마련과 고용조건 정비
 - 사회서비스 고용·인력 정책의 수립
- 김형용 외(2007) 「사회서비스 산업의 인력 및 훈련 수요 연구: 사회적 돌봄서비스를 중심으로」에서는 사회서비스 일자리에 대한 인력 및 훈련 수요, 고용 조건을 탐색하는 것을 목적으로 하여, 사회서비스 직종에 대한 직무 분석과 인력양성체계 분석, 사회서비스 산업의 중장기적 인력 및 훈련 수요 파악, 돌봄서비스 인력수급 현황 및 고용실태 분석을 통한 인력운영과 훈련정책에 대한 정책제언을 도출하였음.
- 우리나라 대다수 돌봄서비스 인력들은 저임금, 불안정 고용 등의 문제를 겪고 있음을 실증 분석하였으며, 이러한 문제와 관련한 일자리 간의 구조적 간극을 메우기 위한 과제를 제시함.
 - 돌봄노동을 준전문적 기술로서 제도적으로 인정하며, 이에 따른 노동권 보장이 이루어져야 할 것으로 제안됨.
 - 특히, 정부의 재정지원을 통한 사회서비스 일자리 확대사업이 지속성을 가진 안정적 일자리가 되기 위해서는 우선적으로 공공 사회서비스 체계의 정비가 이루어져야 하며,
 - 사회서비스 노동자의 노동권 보장 방안이 마련되어야 하고,

- 전문성과 서비스의 질을 담보하는 표준적 서비스를 유지하기 위해, 사회서비스 인력 훈련 제도를 개선하여 장기적이고 안정적인 교육체계를 마련해야 함.

□ 김혜원 외(2006) 「사회서비스 분야 일자리 창출 방안에 관한 연구」에서는 선진경제로의 도약을 위한 국가전략이라는 차원에서 사회서비스 부문 확충의 필요성을 제기하고, 고용전략 차원에서 사회서비스 부문 일자리 창출 방안을 종합적으로 검토하였음.

○ 이 연구는 고용창출 프로그램 발굴이라는 측면이 아닌, 산업의 경쟁력 강화라는 폭넓은 시각에서 접근하였으며, 해당 서비스 공급에 대한 정부의 역할, 정부의 재정지출 수준 등에 대한 평가, 서비스의 수준 및 양에 대한 평가, 관련 제도의 적절성 여부, 해당 서비스와 관련된 노동시장의 특징 등을 포괄하는 내용을 중심으로 함.

○ 연구 결과, 한국의 사회서비스업은 OECD 국가에 비해 과소 발전되어 있다고 평가되며, 일자리 창출 측면의 여력과 상대적으로 좋은 일자리 발굴 가능성이 크다는 점에서 적극적으로 발전시켜야 할 필요성이 대두되었음.

- 특히, 세부부문별로 고용 현황과 서비스 발전 현황을 검토했을 때, 보육, 노인요양 등의 복지부문과 공공행정 부분에서의 일자리 창출에 역량 집중이 필요한 것으로 나타났으며,

- 이 밖에도 사회서비스 공급주체에 대한 연구 및 법제도 정비를 통해 사회서비스 분야의 지속적이고 안정적인 일자리 창출 토대를 마련할 것을 제시하였음.

□ 박세경 외(2007) 「사회서비스 분야 여성일자리 창출을 위한 제도환경 연구: 주요국가 사례를 중심으로」에서는 선진국의 돌봄 관련 사회서비스 부문 일자리 창출 경험을 집중적으로 검토하고, 이와 관련한 정책적 함의를 도출하였음.

○ 특히, 주요 국가의 사회서비스 부문 여성 고용의 동향과 여성일자리 창출 정책을 비교 분석하여, 동 분야에 있어 우리나라 여성 경제활동참가율을 제고하는 정책 방안을 모색하는 것을 목적으로 하였음.

○ 미국, 영국, 프랑스, 일본 등 주요 국가 사례의 시사점을 통해 살펴본 우리나라

라 돌봄서비스 분야 여성일자리 창출에 대한 정책적 함의는 다음과 같이 정리할 수 있음.

- 인구·사회·경제적 여건 변화는 돌봄서비스에 대한 수요를 증가시키고, 이는 집약적 인적자본의 투입이 요구되는 사회서비스의 확대 및 일자리 창출을 동반
- 미국과 영국의 돌봄서비스 인력규모가 상대적으로 큰 것은 각 국가의 사회서비스 제도가 갖는 특성에 기인
- 돌봄서비스 인력의 교육 및 훈련 프로그램에 대한 재정 투자, 고용기준이 강화되는 경향이며, 이는 돌봄 인력의 질 및 근로자에 대한 대우 측면에서 긍정적 효과로 작용
- 여성일자리 창출을 위한 정책은 일자리를 얼마나 많이 만들어낼 수 있는가의 문제와 얼마나 ‘좋은 일자리(decent job)’로 만들 것인가의 문제를 동시에 고려해야 함.

□ 오은진 외(2009) 「사회서비스 분야 여성일자리 창출을 위한 정책과제 III: 일자리 제도화」 연구에서는 사회서비스 일자리의 제도화 개념 및 필요성과 여성 일자리 창출과의 관계를 규명하고, 외국의 사회서비스 일자리 제도화 과정과 일자리 창출과의 연계성 분석을 통해 국내 시사점을 파악하며, 아이돌보미 종사자와 요양보호사들의 실태조사를 통해 사회서비스 일자리 제도화 과정에서의 문제점을 밝히고, 이를 통해 사회서비스 일자리 종사자들의 일자리 안전성 확보를 위한 제도개선 방향과 정책과제를 개발하였음.

○ 연구에서 도출된 사회서비스 일자리 제도화 방향은 다음과 같음

- 저숙련, 미취업 여성들에게 취업기회 제공 역할
- 고용형태, 근로조건, 임금 등의 일자리 처우 개선을 위한 정부의 체계적인 정책 지원
- 인력의 품질관리를 통한 전문성과 서비스의 품질향상을 도모하여 이용자층 확대

○ 이를 위한 정책과제로 다음과 같은 방안을 제시하였음.

- 사회서비스의 구인·구직 네트워크 마련과 고용알선 전문기관 육성

- 요양보호사의 질적 관리를 통한 인력수급 조정 정책 수행
- 돌봄 노동의 국가자격증 체계 개편
- 돌봄서비스 종사자의 사회보험요율 적용 탄력성 및 보험료 감면 혜택방안 추진
- 사회서비스 시장의 수요-공급 예측 가능한 시스템 확보
- 시장수요에 맞는 아이템에 대한 적극적 제도화방안 모색

□ 이진면 외(2008)의 「사회서비스의 경제적 효과 분석과 산업화」 연구에서는 사회서비스를 산업적 관점에서 정량적이고 체계적으로 분석하고 이에 기초하여 사회서비스산업의 산업화 방안과 추진전략을 종합적으로 검토하였음.

○ 이를 위해 국내 정책적 지원범위를 포함하면서 정합성 있는 통계적 분석과 국제비교가 가능하도록 산업적 범위를 설정하였으며, 이를 기반으로 사회서비스산업의 현황을 분석함.

- 사회서비스산업에 대한 국내 지출규모는 2003년 GDP의 21.6%를 차지하였으며, 사회복지, 위생, 의료보건의 순으로 규모가 빠르게 증가하는 것으로 나타남.

- 사회서비스산업의 생산 규모는 1990년 대비 6.4배로 빠르게 증가하는 추세였으며, 고용 및 사업체 수도 전산업에 비해 빠르게 증가하는 것으로 나타났다.

- 국내 사회서비스산업의 비중은 계속해서 증가함에도 불구하고 주요 선진국에 비해 여전히 낮은 수준임

○ 사회서비스의 산업적 발전을 위해서는 기본생활 보장의 내실화를 통한 내재적 수요의 창출, 질 좋은 사회서비스의 확충을 위한 민간 참여 유도가 필요하며, 구체적으로 다음과 같은 방안이 제시됨.

- 사회서비스 공급분야에 대한 다양한 규제 개혁, 민간참여 유도 및 촉진을 위한 금융지원이나 세제혜택 마련

- 국가적 차원에서 사회서비스산업의 인력 전망과 인력 양성의 정책적 방향 마련, 인력에 대한 자격체계 확립, 인력에 대한 교육 및 승급체계 기준 마련, 근로조건 개선

- 효율적인 공급체계를 위한 사회서비스의 종합화 및 이에 필요한 연구과제 개발, 전문인력 양성 및 인재 개발과 밀접히 연계한 연구개발 추진
- 사업체 지원체계 및 사회서비스산업 관련 통계체계 구축

사회복지부문 고용의 현황 및 위상

제2장 사회복지부문 고용의 현황 및 위상

제1 절 보건·복지부문 고용수준의 국제 비교

- OECD STAN data를 통해 2007년 현재 전체 산업 대비 보건·복지산업에서 발생된 일자리를 의미하는 전체산업 중 보건·복지분야 취업률(employment rate)을 살펴보면 한국은 3.18%로 나타나고 있으며, 이는 OECD 주요 선진국의 1/3~1/5 수준임.
 - 주요 국가들의 한국(2만6천 PPP \$, '07)과 1인당 GDP가 유사한 시기를 검토하여도 보건·복지부문 고용수준의 격차는 큰 편으로서, 일본('02) 7.1%, 미국('94) 9.2%, 독일('01) 9.2%, 영국('00) 10.5%, 스웨덴('00) 16.4%로 나타나고 있음.
- 한국의 경우 통계청 전국사업체조사 결과의 가장 최근 자료인 2008년 기준으로는 보건·복지분야 취업률이 5.5%로서(통계청 전국사업체조사), 최근 크게 증가하고 있는 것으로 파악됨(표 2-1-2 참조).
 - 통계청의 「2008년 기준 전국사업체조사」 결과 발표자료에 따르면, '07년 대비 사업체 및 종사자의 증가 규모가 보건업 및 사회복지서비스업에서 가장 큰 것으로 보고되고 있으며,
 - 총 사업체의 경우 사업체 수는 0.2%, 종사자 수는 2.0% 증가한 반면, 보건업 및 사회복지서비스업은 각각 14.3%(11,788개), 32.1%(166천명) 증가된 것으로 파악됨.
 - 사회복지서비스업으로 분류되고 있는 ‘공공행정, 국방 및 사회보장행정 3.5%, 교육 서비스업 8.1%, 보건업 및 사회복지서비스업 5.5%, 협회·단체, 수리·기타

개인서비스업 4.9%’을 포함하면, 사회서비스업의 취업자 비율은 22.0%로 나타남.

〈표 2-1-1〉 주요 선진국의 전체 산업부문 취업자 중 보건·복지업 취업자 비율

(단위: ppp \$, %)

		한국	일본	미국	독일	영국	스웨덴
2007년 기준	GDP ²⁾	26,574	30,312 ¹⁾	46,434	34,683	34,957	34,328 ¹⁾
	보건·복지부문 취업자비율 ³⁾	3.18	9.53 ¹⁾	10.80	10.41	11.71	16.25 ¹⁾
1인 GDP 26천달러 시기	해당연도 ⁴⁾	2007	2002	1994	2001	2000	2000
	GDP	26,574	26,805	26,686	26,859	26,074	27,761
	보건·복지부문 취업자비율 ³⁾	3.18	7.14	9.23	9.17	10.47	16.44

주: 1) 일본, 스웨덴은 2006년 자료임.

2) 1인당 GDP(US \$, current prices, current PPPs).

3) 국제표준산업분류에 따른 전체산업 대비 보건·복지(Health and Social Work)산업 취업자가 차지하는 비율.

4) 최근 한국의 1인당 GDP(PPP \$, 구매력평가변형) 26,574달러와 유사한 각 국가 해당연도.

자료: OECD STAN DB 및 OECD National Accounts를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2).

〈표 2-1-2〉 한국의 산업부문별 종사자 현황 (2008년 기준, 통계청)

산업분류	수 (천명)	비율 (%)	산업분류	수 (천명)	비율 (%)
전산업	16,288	100.0	출판, 영상, 방송통신 및 정보서비스업	420	2.6
농업, 임업 및 어업	29	0.2	금융 및 보험업	666	4.1
광업	18	0.1	부동산업 및 임대업	435	2.7
제조업	3,277	20.1	전문, 과학 및 기술 서비스업	690	4.2
전기, 가스, 증기 및 수도사업	68	0.4	사업시설관리 및 사업지원 서비스업	662	4.1
하수폐기물처리, 원료재생 환경복원업	63	0.4	공공행정, 국방 및 사회보장행정	575	3.5
건설업	873	5.4	교육 서비스업	1,312	8.1
도매 및 소매업	2,544	15.6	보건업 및 사회복지서비스업	890	5.5
운수업	927	5.7	예술, 스포츠 및 여가관련서비스업	314	1.9
숙박 및 음식점업	1,728	10.6	협화·단체, 수리·기타 개인서비스업	796	4.9

주: 전국사업체조사는 종사자 1인 이상 모든 사업체를 대상으로 하나, 한국표준산업분류상 T. 가구내 고용활동 및 달리 분류되지 않은 자가소비 생산활동과 U. 국제 및 외국기관은 제외.

자료: 통계청, 전국사업체조사(2009).

〈표 2-1-3〉 2008년 전체 산업 및 사회서비스부문 취업자 규모 국제 비교

(단위: 천명, %)

2008	보건 및 사회복지업 (N 또는 Q)		기타 지역사회서비스 및 개인서비스(O)를 제외한 사회서비스 (L,M,N)		사회서비스업 (L,M,N,O)		전체 산업 고용규모	
	취업자 수	%	취업자 수	%	취업자 수	%	취업자 수	%
룩셈부르크	77	22.1	77	22.1	77	22.1	349	100
노르웨이	502	19.9	884	35.0	991	39.3	2,524	100
덴마크	516	18.3	904	32.0	1,053	37.2	2,827	100
네덜란드	1,353	16.0	2,443	28.9	2,832	33.5	8,457	100
아이슬란드	27	15.2	51	28.7	64	35.7	179	100
핀란드	384	15.0	685	26.8	829	32.5	2,553	100
벨기에	564	12.7	1,377	31.0	1,558	35.1	4,446	100
미국	18,233	12.5	38,165	26.3	51,623	35.5	145,362	100
영국	3,641	12.4	8,419	28.6	10,094	34.2	29,475	100
프랑스	3,133	12.1	5,284	20.4	8,417	32.5	25,913	100
독일	4,515	11.7	9,641	24.9	11,753	30.3	38,734	100
스위스	523	11.6	1,001	22.3	1,204	26.8	4,495	100
캐나다	1,903	11.1	4,020	23.5	4,887	28.5	17,126	100
아일랜드	224	10.6	469	22.2	570	27.0	2,109	100
호주	1,130	10.5	2,582	24.0	3,084	28.7	10,740	100
뉴질랜드	208	9.5	516	23.6	616	28.1	2,188	100
일본	5,980	9.4	11,090	17.4	14,660	23.0	63,850	100
오스트리아	365	8.9	873	21.3	1,079	26.4	4,090	100
이탈리아	1,659	7.1	4,678	20.0	5,814	24.8	23,405	100
체코	328	6.5	936	18.7	1,135	22.7	5,002	100
헝가리	249	6.4	848	21.9	1,025	26.4	3,879	100
슬로바키아	154	6.3	485	19.9	571	23.5	2,434	100
스페인	1,277	6.3	3,687	18.2	4,540	22.4	20,258	100
포르투갈	303	5.8	821	15.8	1,124	21.6	5,198	100
폴란드	857	5.4	2,531	16.0	3,388	21.4	15,800	100
그리스	231	5.0	783	17.1	1,014	22.1	4,583	100
한국	842	3.5	3,598	14.9	4,440	18.3	24,216	100
멕시코	1,253	2.9	5,751	13.1	7,220	16.5	43,867	100
터키	594	2.8	2,780	13.1	3,663	17.3	21,194	100
스웨덴	111	2.4	575	12.5	686	14.9	4,593	100
OECD 평균	1,948	9.4	4,417	21.3	5,754	27.7	20,761	100.0
G7 평균	5,581	11.4	11,614	23.6	15,321	31.2	49,124	100.0

주: 1) ILO의 자료로서, 각국의 노동력 조사 결과가 취합된 것임.

2) UN 국제표준산업분류 ISIC-Rev. 3에 근거해서 사회서비스산업 고용규모를 산출함: 공공행정, 국방 및 사회보장 행정 (L), 교육(M), 보건 및 사회복지(N), 기타 지역사회서비스 및 개인서비스(O)

3) 국가별 해당연령: 호주 15+, 오스트리아 15+, 벨기에 15+, 캐나다 15+, 체코 15+, 덴마크 15-66, 핀란드 15-74, 프랑스 15+, 독일 15+, 그리스 15+, 헝가리 15-74, 아이슬란드 16-74, 아일랜드 15+, 이탈리아 15+, 일본 15+, 한국 15+, 룩셈부르크 정보없음, 멕시코 14+, 네덜란드 15+, 뉴질랜드 15+, 노르웨이 15-74, 폴란드 15+, 포르투갈 15+, 슬로바키아 15+, 스페인 16+, 스웨덴 15-74(2007년엔 16-64), 스위스 15+, 터키 15+, 영국 16+, 미국 16+

4) 미국의 경우 O-X가 함께 묶여있음, 스웨덴은 L, Q가 하나의 분류, O-P가 하나의 분류임; 터키는 O-Q가 하나의 분류임; 룩셈부르크는 L-P가 하나의 분류로 묶여있음(ISIC-Rev. 3 L: Public Administration and Defence; Compulsory Social Security, M: Education, N: Health and Social Work, O: Other Community, Social and

Personal Service Activities, P: Private Households with Employed Persons, Q: Extra-Territorial Organizations and)

5) 프랑스, 그리스, 포르투갈, 스웨덴, 한국은 ISIC-Rev. 4를 사용함. ISIC-Rev. 3에서의 L, M, N, O이 ISIC-Rev. 4의 N, O, P, Q로 대체됨. L이 N과 O로 세분, M이 P로, N이 Q로, O는 없어지고 Q로 통합됨)

6) 한국의 2008년 자료는 아직 ILO에 반영되지 않았기 때문에 통계청(kosis.kr)의 경제활동인구조사 중 산업별 취업자 자료를 이용함.

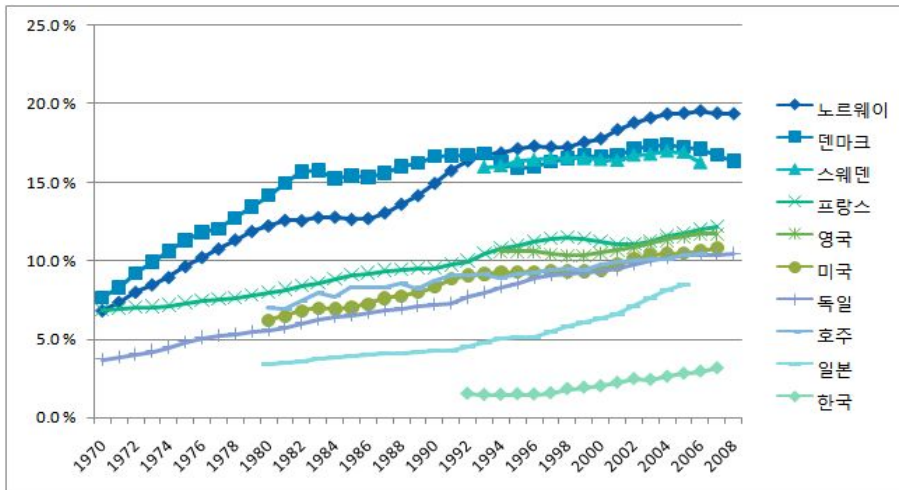
자료: 국제노동기구(ILO), <http://laborsta.ilo.org> 2008년 employment by economic activity(2B) 자료를 토대로 OECD 30개국 구성.

□ OECD 주요 선진국들의 보건·복지분야 취업자 비율의 변화 추이를 살펴보면, 주요 유럽국가들은 70년대 초반 이미 6~7% 수준으로 나타나고 있으며, 최근까지 3배 가량의 증가를 나타내고 있음.

○ 미국은 90년대 초반 8.3%에서 2005년 10.8%로 증가

○ 일본은 90년대 초반 4.2%에서 2005년 8.5%로 2배 이상 증가

[그림 2-1-1] OECD 주요국의 보건·복지분야 취업율 증가 추이



주: 국제표준산업분류에 따른 전체 산업 대비 보건·복지(Health and Social Work)산업의 고용이 차지하는 비율
 자료: OECD STAN DB를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2).

〈표 2-1-4〉 OECD 주요 국가의 전체 산업부문 취업자 비율 및 보건·복지부문 취업자 비율 추이

(단위: %)

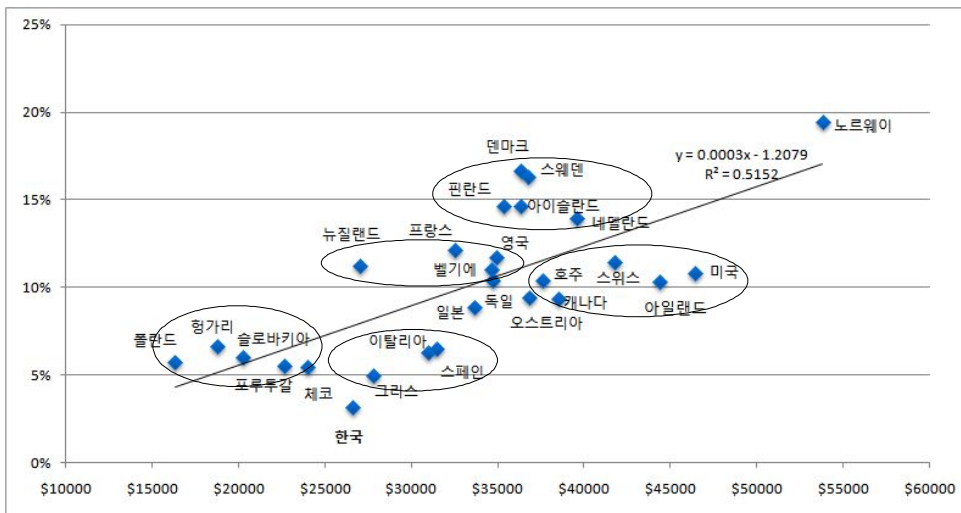
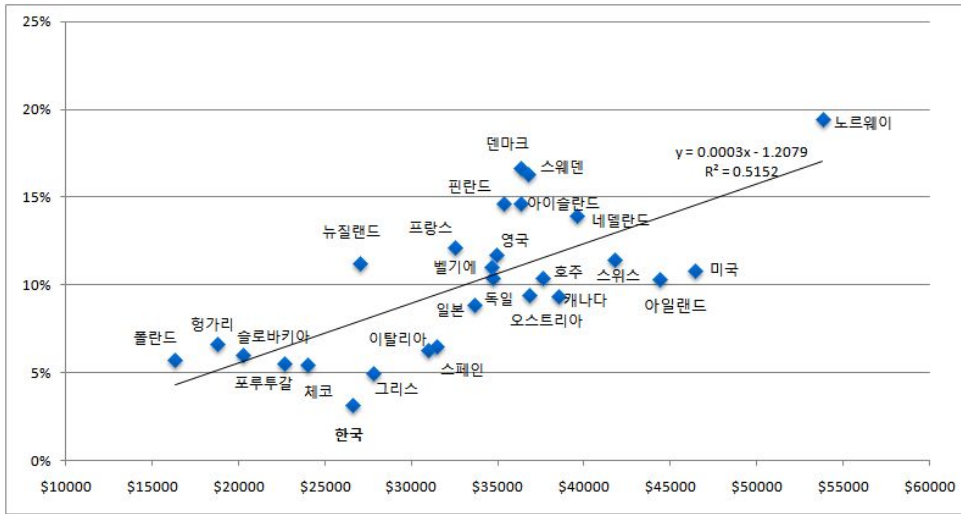
국가	부문	1990	1995	2000	2005	2007
노르웨이	전체	75.6	75.1	79.2	76.7	78.5
	보건·복지부문	15.0	17.2	17.8	19.4	19.4
덴마크	전체	77.1	74.5	77.0	76.8	78.6
	보건·복지부문	16.6	15.9	16.6	17.2	16.7
스웨덴	전체	84.4	73.6	75.6	75.2	77.2
	보건·복지부문	-	16.4	16.4	16.9	-
프랑스	전체	60.4	59.5	61.5	63.5	64.3
	보건·복지부문	9.5	10.9	11.2	11.8	12.2
영국	전체	73.7	70.4	73.4	74.2	73.9
	보건·복지부문	-	10.6	10.5	11.6	11.7
미국	전체	74.3	74.7	76.4	74.2	74.6
	보건·복지부문	8.3	9.3	9.4	10.5	10.8
독일	전체	64.8	65.2	66.2	66.5	70.1
	보건·복지부문	7.2	8.6	9.4	10.4	10.4
호주	전체	69.2	68.7	70.4	73.0	74.5
	보건·복지부문	8.7	9.1	9.7	10.4	-
일본	전체	72.7	74.2	74.4	75.1	77.1
	보건·복지부문	4.2	5.1	6.3	8.5	8.5
한국	전체	63.4	65.9	64.5	67.7	68.3
	보건·복지부문	-	1.5	2.0	2.8	3.2

자료: OECD STAN DB를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2).

□ 다음은 OECD 가입국가의 전체산업 대비 보건·복지분야 취업자의 비율을 1인당 GDP 수준과 비교한 결과임.

- 경제수준에 비해 상대적으로 보건·복지분야 취업자 비율이 낮은 국가는 미국, 아일랜드, 스위스, 캐나다, 호주, 스페인, 이탈리아, 그리스, 한국 등 추세선 아래 표시된 국가들로서, 주로 자유주의 국가들과 남유럽 국가들이 해당됨.
- 경제수준보다 보건·복지분야 취업자비율이 높은 국가는 덴마크, 스웨덴, 핀란드, 노르웨이 등 북유럽국가와 프랑스, 영국 등이며, 추세선에 가까운 독일, 벨기에 등 서유럽국가가 해당됨. 폴란드, 헝가리등의 동유럽국가도 상대적으로 보건·복지분야 취업자비율이 다소 높아서, 시민주의·사회주의 국가의 전통을 가진 국가들의 보건·복지분야 고용 수준이 높게 나타난 점이 흥미로움.

[그림 2-1-2] OECD 가입국의 보건·복지분야 취업자 비율과 1인당 GDP수준 비교



□ [그림 2-1-2] 에서 나타난 OECD 국가의 GDP와 보건·복지분야 취업자 비율을 감안할 때, 한국의 경제발전 수준에 조응하는 적정 보건·복지분야 취업자 비율은 6.76%로서, 2007년 수준(3.2%)을 고려할 때 2배 가량의 증가가 이루어져야 할 것으로 보임.

- 김혜원 외(2006)의 연구에서는 사회서비스 고용이 국민소득이 증가할수록 높아지고 인구 고령화의 진행과 함께 사회서비스 고용이 늘어난다는 점을 감안하여 OECD 국가의 고용 자료를 활용, 회귀분석을 통해 국민소득 수준과 인

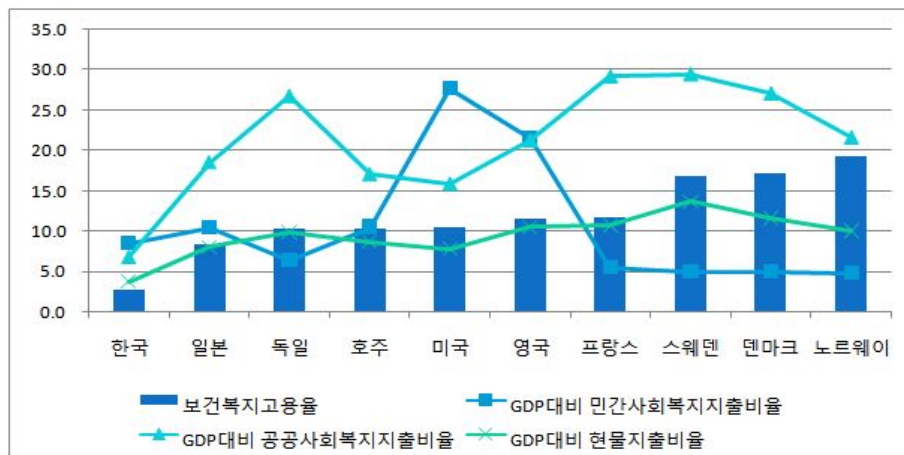
구 고령화를 고려한 평균 사회서비스 고용 비중을 산출하였음.

- 1인당 GDP, 부양비 등을 고려해 예측된 우리나라의 2004년 사회서비스 고용비중은 16.7%인데 비해 실제 2004년 사회서비스 고용비중은 12.7%에 불과한 것으로, 2004년을 기준으로 할 때 90만 명 정도가 부족하고, 2010년의 경우에도 67만 명 정도의 부족이 예상되는 것으로 제시

□ OECD 주요 국가의 보건·복지분야 취업자 비율과 사회지출 수준을 비교한 결과, GDP 대비 현물(benefit in kind)지출 비율의 수준과 매우 유사한 경향을 보임(그림 2-1-3 참조).

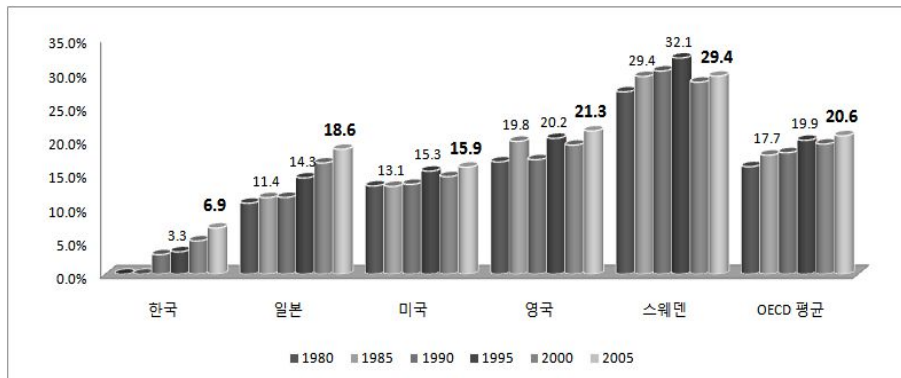
- 미국, 호주의 경우 공공 사회지출비율은 낮지만, 상대적으로 현물 지출은 높은 편
- 독일의 경우 공공 사회지출비율은 매우 높은 편이지만, 보건·복지부문 고용율과 현물 지출은 유사한 수준으로 낮은 편
- 한국의 '05년 기준 공공 사회복지지출은 GDP 대비 7% 수준(민간지출 포함하면 9.3%)으로서, OECD 평균 20.6%, 미국 15.9%, 일본 18.6% 등의 1/2~1/3 수준(그림 2-1-4 참조)

[그림 2-1-3] OECD 주요국의 보건·복지분야 취업자 비율과 사회지출수준 비교



주: 보건·복지고용율은 국제표준산업분류에 따른 전체 산업 대비 보건·복지(Health and Social Work)산업의 고용이 차지하는 비율
자료: OECD STAN DB를 이용하여 산출(한국보건사회연구원, 2010. 2).

[그림 2-1-4] OECD 주요 국가의 공공 사회복지지출 추이 비교



주: '80년부터 '05년까지 5년단위의 GDP 대비 공공 사회복지지출 비율로서, 한국의 데이터는 90년부터 포함됨.
 자료: SourceOECD Social Expenditure Database(2009년 업데이트) 자료를 이용하여 구성(한국보건사회연구원, 2010. 2)

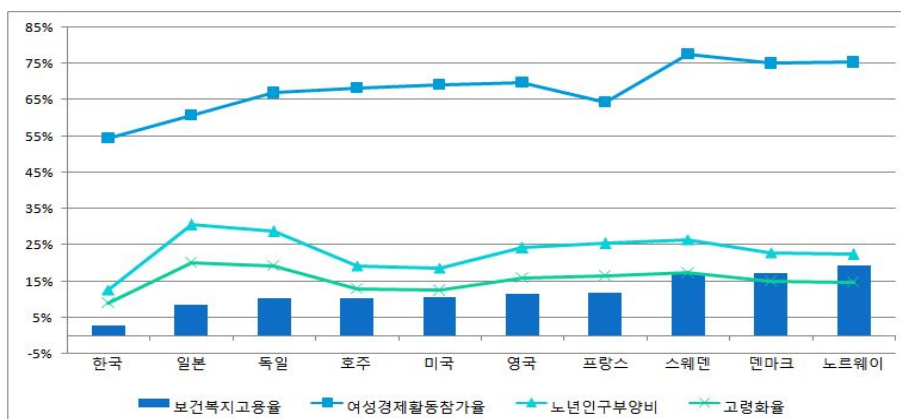
□ OECD 주요 국가의 보건·복지부문 취업자 비율과 고령화율, 여성경제활동참가율, 노년인구부양비를 비교한 결과, 보건·복지 취업자 비율은 여성경제활동참가율과 유사한 추세를 보임(프랑스 제외).

○ 노년인구부양비의 경우 독일, 일본을 제외하고는 국가별 보건·복지부문 취업자 비율과 유사한 경향성을 보임.

－ 고령화율: 65세이상 인구가 전체 인구에서 차지하는 비율

－ 노년인구부양비: 생산가능인구 15~64세 100명이 부양해야 할 65세 이상 인구를 의미

[그림 2-1-5] OECD 주요국의 보건·복지분야 고용율과 고령화율, 여성경제활동참가율, 노년인구부양비 비교



□ 다음은 OECD 가입 국가의 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관관계를 분석하여, 보건·복지부문 고용수준에 영향을 미치는 주요한 요인을 파악하고자 하였음.

○ OECD Data set을 통해 활용한 지표는 다음과 같음.

- 국가별 경제 수준을 표현하는 ‘국민1인당 GDP(US달러, ppp)’, 보건·복지부문의 재정투자 지표로서 ‘공공 사회지출 비율(GDP 대비)’, 전체 사회보장체계의 특성을 가늠할 수 있는 ‘공공 현물급여지출 비율(GDP 대비)’, ‘공공 현금급여지출 비율(GDP 대비)’
- 인구사회적 특성을 나타내는 ‘고령화율: 65세이상 인구비율’, ‘총인구 부양비: (15세미만인구+65세이상인구)/15~64세인구’, ‘노인 부양비: 65세이상인구/15~64세인구’, ‘여성경제활동 참가율’, ‘경제활동 참가율’
- 보건부문관련 주요 지표로서 ‘국민의료비지출 중 공공지출 비율’, ‘국민의료비 중 가계본인부담 비율’, ‘GDP 대비 국민의료비 비율’, ‘국민1인당 의료비지출(US달러, ppp)’ 등

□ 분석은 보건·복지부문의 취업자 비율이 높은 국가군과 낮은 국가군, 1인당 GDP 수준이 높은 국가군과 낮은 국가군으로 구분하여 실시하였음.

- 보건·복지부문 취업자 비율이 높은 국가군에서는, 여성경제활동 참가율(.656), GDP대비 공공 현물급여지출 비율(.616)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자비율이 높은 국가로 나타나고 있음.
- 보건·복지부문 취업자 비율이 낮은 국가군에서는, GDP대비 공공 현물급여지출 비율(.767), 국민의료비 중 가계본인부담 비율(-.695), 여성경제활동 참가율(.687), 국민1인당 의료비지출(.659), 경제활동 참가율(.639) 등 다수의 지표와 보건·복지부문 취업자비율의 상관관계가 높게 나타났음.
 - 이 중 국민의료비 중 가계본인부담 비율은 보건·복지부문 취업자비율과 부적 상관관계를 보여, 가계부담이 높고 공적재정규모가 적은 경우, 고용창출이 적게 나타나고 있는 상태로 추정할 수 있음.
- 1인당 GDP 수준이 높은 국가군에서는, 총인구 부양비(.761), 여성경제활동 참가율(.708), GDP대비 공공 현물급여지출 비율(.666), 경제활동 참가율

(.590)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자비율이 높은 것으로 분석됨.

- 1인당 GDP 수준이 낮은 국가군에서는, GDP대비 공공 현물급여지출 비율(.855), 총인구 부양비(.758), 여성경제활동 참가율(.761), GDP 대비 공공 사회지출 비율(.621), 국민1인당 GDP(.604), 경제활동 참가율(.598)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자비율이 높은 것으로 분석됨. 또한 의료비와 관련된 모든 변수들과의 상관관계도 높게 나타남(국민의료비지출 중 공공지출 비율 .666, 국민의료비 중 가계본인부담 비율 -.811, GDP 대비 국민의료비 비율 .702, 국민1인당 의료비지출 .729).

〈표 2-1-5〉 OECD 가입국의 전산업 중 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관: 보건·복지부문 고용 수준별

구분	전산업 중 보건·복지부문의 취업자 비율	
	높은 국가군	낮은 국가군
국민1인당 GDP(US달러, ppp)	0.352	0.384
공공 사회지출 비율(GDP 대비)	0.325	0.516
공공 현물급여지출 비율(GDP 대비)	.616(*)	.767(**)
공공 현금급여지출 비율(GDP 대비)	0.096	0.311
고령화율(65세이상 인구비율)	0.063	0.419
총인구 부양비	0.383	0.534
노인 부양비	0.088	0.432
여성경제활동 참가율	.656(**)	.687(*)
경제활동 참가율	0.466	.639(*)
국민의료비지출 중 공공지출 비율	0.491	0.534
국민의료비 중 가계본인부담 비율	-0.008	-.695(*)
국민의료비 비율(GDP 대비)	-0.241	.578(*)
국민1인당 의료비지출(US달러, ppp)	-0.006	.659(*)

주: *p<.05, *p<.01, ***p<.001 수준에서 유의

자료: OECD.Stat Extracts data 활용

〈표 2-1-6〉 OECD 가입국의 전산업 중 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관:
GDP 수준별

구분	1인당 GDP 수준	
	높은 국가군	낮은 국가군
국민1인당 GDP(US달러, ppp)	-0.321	.604(*)
공공 사회지출 비율(GDP 대비)	0.368	.621(*)
공공 현물급여지출 비율(GDP 대비)	.666(*)	.855(**)
공공 현금급여지출 비율(GDP 대비)	0.081	0.374
고령화율(65세이상 인구비율)	0.264	0.325
총인구 부양비	.761(**)	.758(**)
노인 부양비	0.331	0.391
여성경제활동 참가율	.708(**)	.761(**)
경제활동 참가율	.590(*)	.598(*)
국민의료비지출 중 공공지출 비율	0.287	.666(*)
국민의료비 중 가계본인부담 비율	0.118	-.811(**)
국민의료비 비율(GDP 대비)	-0.077	.702(**)
국민1인당 의료비지출(US달러, ppp)	-0.131	.729(**)

주: *p<.05, *p<.01, ***p<.001 수준에서 유의
자료: OECD.Stat Extracts data 활용

- 분석 결과, 여성의 경제활동참가율과 현물급여에 대한 공공사회지출 비율은 보건·복지분야 취업자비율과 강한 상관관계를 보여, 재정 투자와 여성 고용이 보건·복지분야 고용 확대와 결부된 주요 요인으로 예측됨.
- 일반적인 예상과 달리, 1인당 GDP 수준과 관련하여 1인당 GDP가 낮은 국가군에서만 보건·복지분야 취업자비율과의 상관관계를 보인 바, 경제수준 자체 보다는 보건·복지부문에 어느 정도 재정투자가 이루어지고 있는가가 주요 요인임을 보여주고 있음.
- 또 한가지의 흥미로운 결과는 복지수요의 크기에 영향을 미치는 인구구조 지표인, 고령화율(65세이상 노인인구비율), 노인 부양비, 총인구 부양비 가운데, 전자의 두 변수와 보건·복지분야 취업자비율의 상관관계가 유의미하게 드러나지 않았다는 점임. GDP 수준으로 구분한 분석에서만 총인구 부양비가 보건·

복지분야 취업자비율 수준에 영향을 미치는 것으로 나타나, 노인에 대한 재정 투자가 차지하는 비중은 크다 해도, 고용 창출에 있어서는 아동과 노인 비율이 모두 높은 경우 더 활발하게 이루어지고 있는 것으로서, 아동부문 고용창출의 영향력이 큰 것으로 해석됨.

- GDP 수준과 보건·복지분야 취업률이 (각각 높은 국가와 달리) 낮은 국가군에서는 의료비와 관련된 모든 변수들과 보건·복지분야 고용수준의 상관성이 높게 나타남. 이는 상대적으로 GDP 수준이 높거나 보건·복지분야 취업률이 높아진 국가에서 대체로 사회복지부문의 고용이 성장한 공통점을 보이는 바, 보건·복지분야 고용 수준이 높은 국가에서는 보건·의료부문 고용의 영향력이 낮음을 시사하는 결과로 보임.

제2절 한국 사회복지부문 고용의 현황 분석

□ 통계청의 2008년 기준 전국사업체조사 결과에 따르면, 보건업 및 사회복지서비스업의 종사자는 889,988명으로서, 이 중 보건업이 68.3%, 사회복지서비스업이 31.7%를 차지하고 있음.

- 국제표준산업분류와 세세분류를 다소 다르게 사용하고 있는 일본의 경우, 일본 산업분류기준에 따른 의료 및 복지업의 2006년기준 취업자 비율은 총 9.5%(전산업 취업자 총 58,634천명)로서, 이 중 의료업이 58.5%, 사회복지업이 39.8%를 차지하고 있는데, 이와 비교하면 우리의 보건업 비중이 크게 나타나고 있음.
 - 일본은 우리와 달리 사회보장 및 사회보험행정(1.6%)이 사회복지서비스업에 포함되었음을 감안하더라도 그러함.
- 사회복지서비스업에서는 거주 복지시설이 6.1%(노인 3.5%, 장애인 1.7%, 기타 0.9%), 비거주 복지시설이 25.7%로서, 입소시설보다 이용시설의 고용이 4배 가량으로 나타나고 있음.
 - 특히 보육시설 종사자가 18.2%로서 대다수를 차지하고 있음.

〈표 2-2-1〉 한국의 보건업 및 사회복지서비스업 세세분류별 종사자 현황(2008년 기준, 통계청)

산업 세세분류	수 (명)	비율 (%)	산업 세세분류	수 (명)	비율 (%)
보건업 및 사회복지서비스업	889,988	100.0			
보건업	607,432	68.3	사회복지서비스업	282,556	31.7
병원	303,659	34.1	거주 복지시설 운영업	54,233	6.1
병원	303,659	34.1	노인 거주 복지시설 운영업	31,123	3.5
종합 병원	198,712	22.3	노인 요양 복지시설 운영업	27,523	3.1
일반 병원	97,737	11.0	노인 양로 복지시설 운영업	3,600	0.4
치과 병원	1,756	0.2	심신장애인 거주 복지시설 운영업	15,242	1.7
한방 병원	5,454	0.6	신체 부자유자 거주 복지시설 운영업	7,621	0.9
의원	269,598	30.3	정신질환 정신신체 약물중독자 거주 복지시설 운영업	7,621	0.9
의원	269,598	30.3	기타 거주 복지시설 운영업	7,868	0.9
일반 의원	154,984	17.4	아동 및 부녀자 거주 복지시설 운영업	6,585	0.7
치과 의원	65,748	7.4	그외 기타 거주 복지시설 운영업	1,283	0.1
한의원	40,614	4.6	비거주 복지시설 운영업	228,323	25.7
방사선단 및 방사선사 의원	8,252	0.9	보육시설 운영업	162,305	18.2
공중 보건 의료업	26,348	3.0	보육시설 운영업	162,305	18.2
공중 보건 의료업	26,348	3.0	기타 비거주 복지 서비스업	66,018	7.4
공중 보건 의료업	26,348	3.0	직업재활원 운영업	7,006	0.8
기타 보건업	7,827	0.9	그외 기타 비거주 복지 서비스업	59,012	6.6
기타 보건업	7,827	0.9			
앰블런스 서비스업	495	0.1			
유사 의료업	4,325	0.5			
그외 기타 보건업	3,007	0.3			

자료: 통계청(2009), 전국사업체조사.

○ 보건복지가족부·한국보건사회연구원이 실시한 「2008년 기준 사회복지서비스 산업 실태조사」(전국단위 표본조사) 자료를 통해 사회복지사업체의 총 고용인력을 추정한 결과 50만여명으로 산출됨.

— 생활시설은 64천명, 이용시설 중 6개부문은 137천명, 지역복합시설(사회복지관, 노인·장애인복지관, 자활센터 등)은 41천명, 바우처사업중심기관 25천명, 보육시설 208천명, 노인장기요양기관 95천명¹⁾

1) 이 결과는 통계청 사업체조사 결과와는 차이가 나타나고 있는데, 통계청 전국사업체 조사결과는 다소 과

〈표 2-2-2〉 사회복지시설 분야별 총 인력 추정 결과 (2008년 기준, 복지부·보사연)

구분		기관수 (개소)	인력 (명)	구분		기관수 (개소)	인력 (명)
총계		50,533	505,377				
생활시설	소계	3,974	64,612	이용시설	소계	9,372	137,127
	아동	640	7,638		아동	3,075	9,365
	청소년	75	409		청소년	881	15,853
	노인	2,092	39,592		노인	1,662	26,772
	가족	105	545		가족	183	2,996
	장애인	699	12,328		장애인	1,113	13,678
	정신보건등	363	4,100		정신보건등	198	1,675
					지역복합	1,036	41,510
					바우처 ²⁾	1,224	25,278
					보육	33,434	208,460
				장기요양 ³⁾ (요양보호사교육기관)		3,753 (1,063 포함)	95,178 (11,517 포함)

주. 1) 표본조사 결과에 의한 추정자료로서, 시설유형구분등이 상이하여 앞의 복지부 취합자료와 다소 차이가 있음(경로당 제외, 노인장기요양관련 노인장기요양법에 근거 운영기관 포함, 재가기관 중복 제거).

2) 바우처사업기관의 범주는, 복지관등에 병설운영하여 여타 사업 비중이 큰 경우에는 주 사업기관 범주로 포함하였으며, 바우처사업을 중심으로 운영하는 기관을 별도로 분류함.

3) 표본 구성 과정에서, 노인장기요양사업을 실시하는 기관으로서, 노인장기요양보험법에 근거하여 설치한 사업체와 다른 사업을 병행하는 생활시설, 이용시설 사업체가 중복 포함됨.

자료: 보건복지가족부·한국보건사회연구원이 2009년 7월 실시한 「2008년 기준 사회복지서비스산업 실태조사」에서 사회복지시설 (3,488개)이 응답한 직접고용인력 자료를 활용하여 추정한 분야별 총인원 수임.

－ 1개 기관당 평균 고용 인력은 15.7명, 이 중 정규직 59.9%, 기간제계약직 16.4%, 임시 및 일용직 18.2%로 파악

소하게 파악된 것으로 보임. 예컨대 보육시설운영업의 경우 162천명으로서, 복지부 발간 통계인 당해연도 191천명과는 약 3만명의 차이가 나타나고 있음. 이는 가정보육시설등이 조사에 포함되지 않았을 가능성을 고려해볼 수 있음

〈표 2-2-3〉 사회복지시설의 종사상 지위별 종사자 현황 (2008년 기준, 복지부·보사연)

(단위: 명, %)

	전체		생활시설		이용시설	
	평균	비율	평균	비율	평균	비율
전체	15.7	100.0	16.7	100.0	15.5	100.0
상용직	10.8	76.3	15.9	91.6	9.8	73.3
정규직	7.5	59.9	14.5	84.1	6.1	55.2
기간제계약직	3.3	16.4	1.5	7.5	3.7	18.1
임시 및 일용직	4.6	18.2	0.6	4.9	5.4	20.8
임시직	3.2	12.8	0.4	3.3	3.7	14.6
일용직	1.5	5.4	0.2	1.6	1.7	6.2
자영업자	0.2	4.4	0.1	2.4	0.2	4.8
무급가족종사자	0.0	1.0	0.0	1.0	0.0	1.0

자료: 보건복지가족부·한국보건사회연구원이 2009년 7월 실시한 「2008년 기준 사회복지서비스산업 실태조사」 결과로서, 조사 사업체는 3,488 개소(생활시설 568개소, 이용시설 2,920개소)였음.

○ 복지부 발표 자료에 따르면, 소관 사회복지부문 시설의 인력은 총 306,841명으로 제시됨.

－ 생활시설 종사자는 53,031명, 이용시설 종사자는 253,810명이며, 이 중 보육시설 인력이 62.3%를 차지

○ 또한, 사회복지부문 공공행정기관으로서, 지방자치단체의 사회복지직은 현원 1만여명, 사회보험관련 6개 기관의 총 종사자는 2만2천명에 이르는 것으로 파악됨.

〈표 2-2-4〉 사회복지시설 종사자 현황 (2008년말 기준)

(단위: 개소, 명)

		전체	노인	장애인	아동	정신질환자	한부모	부랑인(노숙인)	결핵한센	지역자활센터	사회복지관	보육시설
생활시설	시설수	3,385	2,101	347	633	155	107	37	5	-	-	-
	종사자	53,031	32,436	11,114	6,008	2,132	482	759	100	-	-	-
이용시설	시설수	101,019	61,817	1,811	3,050	100	-	86	-	242	414	33,499
	종사자	253,810	37,073	10,951	6,975	479	-	430	-	1,372	5,427	191,103

주: 1) 노인시설에는 경로당 수 포함

자료: 보건복지가족부, 2009 주요업무참고자료.

〈표 2-2-5〉 공공부조 및 사회보험 기관 종사자 현황 (2009년 기준)

(단위: 명)

지방자치단체 (사회복지직)	사회보험기관						
	소계	국민건강 보험공단	건강보험 심사평가원	국민연금 공단	사립학교교 직원연금관 리공단	공무원연금 관리공단	근로복지 공단
10,515	21,868	11,254	1,740	4,817	195	514	3,348

자료: 사회보험관련기관의 경우 공공기관 경영정보 공개시스템; 지자체 사회복지직 인력은 2008년 복지부 취합 자료

- 2009년 복지부 소관 19개 사회서비스사업의 일자리 창출 규모는 85,163개이며, 노인장기요양보험제도 운영을 통한 일자리 157,497개 중 10만개 이상의 신규일자리가 창출된 것으로 제시됨(복지부 자료).
 - － 요양보호사 종사인력 120,342명('08년말 84,412명), 장기요양기관 기타종사자 27,074명, 요양보호사 교육기관 종사자 7,742명, 복지용구 사업소 종사자 1,303명
- 참고로 보건의료부문의 고용 현황을 살펴보면, 종사 인력은 총 576,601명으로, 의사 인력 114,145명(의사 78,569명, 치과의사 20,184명, 한의사 15,392명), 간호인력 216,134명(간호사 109,077명, 간호조무사 107,057명), 약사 31,830명으로 파악되고 있음.
 - － 설립주체별 분포를 보면, 국공립 및 군 6.3%, 법인운영 33.8%, 개인운영 59.9%
 - － 국립 3,194명, 공립 29,262명, 군 3,806명, 법인운영 194,908명, 개인운영 345,431명

〈표 2-2-6〉 보건의료기관 총 인력 현황 (2009년 7월 기준)

(단위: 개소, 명)

	전체	종합전 문병원	종합 병원	병원	요양 병원	의원	치과 병원	치과 의원	조산원	보건소	보건 지소	보건 진료소	보건 의료원	약국	한방 병원	한의원
기관 수	79,456	44	269	1,228	733	26,819	175	13,999	50	239	1,287	1,912	17	20,914	144	11,626
인력 총수	576,601	71,270	92,707	77,339	27,443	152,432	5,399	54,355	83	10,233	5,715	1,962	968	35,539	5,233	35,922
의사	78,569	18,525	14,996	8,090	1,964	32,800	9	-	-	785	1,221	-	179	-	-	-
치과의사	20,184	676	456	73	-	9	1,736	16,512	-	260	430	-	32	-	-	-
한의사	15,392	-	-	5	448	1	-	-	-	333	526	-	37	-	1,277	12,765
조산사	1,236	135	499	202	-	187	-	-	54	133	6	2	18	-	-	-
간호사	109,077	23,086	34,509	22,012	7,121	13,956	91	530	-	2,600	504	1,874	216	-	1,349	1,229
간호조무사	107,057	3,494	5,672	10,532	5,153	54,573	311	13,825	15	1,025	1,812	9	94	-	619	9,923
약사	31,830	1,206	1,092	872	264	36	5	-	-	70	-	-	7	28,235	29	14
임상병리사	16,062	2,628	3,689	2,450	359	6,137	35	10	-	675	33	-	46	-	-	-
방사선사	15,967	2,166	3,289	2,963	501	6,483	58	25	-	418	27	-	37	-	-	-
물리치료사	21,327	464	1,557	3,948	2,179	12,687	2	1	-	306	125	-	19	-	36	3
작업치료사	2,063	154	309	867	631	97	-	-	-	1	2	-	-	-	1	1
치과기공사	2,196	79	51	6	-	-	306	1,751	-	1	1	-	1	-	-	-
치과위생사	20,655	176	386	19	3	8	1,961	16,925	-	408	736	1	32	-	-	-
의무기록사	3,035	382	777	889	266	448	35	115	-	11	1	-	5	6	67	33
동위원소취급(일반)	305	127	143	11	-	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
동위원소취급(특수)	235	111	90	4	-	25	-	1	-	4	-	-	-	-	-	-
방사선취급감독자	235	41	57	65	10	51	3	3	-	4	-	-	1	-	-	-
영양사	3,643	236	524	1,444	919	325	7	1	-	45	8	-	7	-	105	22
조리사	4,767	215	604	1,730	1,083	985	4	9	5	1	1	-	2	-	106	22
사회복지사	1,749	125	298	628	379	296	-	2	-	8	4	-	-	-	2	7
조혈모세포냉동	36	27	8													
건강보험담당	5,398	634	1,314	1,156	365	1,389	44	123		47	4	-	15	18	99	190
원무담당	27,688	2,008	4,083	5,563	1,421	9,607	259	1,606	1	334	18	21	69	76	414	2,208
기타	87,895	14,575	18,304	13,810	4,377	12,308	533	2,916	8	2,764	256	55	151	7,204	1,129	9,505

주: 기타는 외부 위탁계약(out-sourcing)인력을 의미함.

자료: 건강보험심사평가원 자료로 재정리함.

미국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

제3장 미국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

제1 절 사회복지부문 서비스제도의 발전 과정 및 현황

1. 사회복지서비스 제도화 과정

□ 미국의 사회복지서비스는 일찌감치 비영리, 공공, 그리고 영리조직들의 복합적인 구성에 의해서 제공되어 왔으며 또한 개인 및 가족 기능의 유지를 위하여 개별적으로 제공되는 서비스였음.

○ 이는 미국국가의 탄생 때부터 줄곧 이어져 온 모습임.

— 이민족 사회로 구성된 미국은 교회, 자조조직, 이웃, 그리고 친인척 등 비공식부문이 사회복지 공급을 담당해 왔으며, 공식적인 사회복지 관련 조직들은 19세기 초반에서야 자선조직의 형태로 출발하였음.

— 초기에는 주로 아동청소년과 미망인, 장애인, 그리고 빈민들을 대상으로 사회복지서비스가 제공되었으며, 이들은 종교적 후원에 기반을 두고 있었음.

— 그러나 공공의 역할이 적었던 것은 아님. 19세기 때부터 주정부와 지방정부는 정신보건, 발달장애, 일탈 청소년, 돌봄 등에 예산투자를 증대해왔으며 카운티나 타운십 정부가 직접적으로 서비스를 제공하게 하거나 민간 기업가들과의 계약하에 관리(managed)되도록 개입해 왔음.

— 또한 이민자 서비스들을 제공하는 비영리조직들은 공공으로부터 보조금 획득이 주된 목적이기도 함(Smith, 2002).

□ 미국의 사회복지서비스는 전반적으로 자유주의적 복지체제 내에서 선택적 원리, 시장경쟁과 사적 복지, 그리고 가족과 지역사회 보호를 기본 원칙으로 하고 있음.

□ 제도화 과정을 세단계로 구분하면, 1935년 사회보장법 시기, 1960년대 사회서비스 확대기, 1970년대 말 이후 사회서비스 재조정기로 나눌 수 있음. 사회보장법 시기에는 실업보험과 노령연금을 제외하고 대인 사회서비스는 거의 전무하였음. 그러나 대공황으로 말미암아 많은 비영리 사회서비스 기관들이 위험에 빠지자, 연방정부는 여러 구제 프로그램을 통해 간접적으로 사회복지 조직들을 지원하였음.

○ 1960년대는 사회서비스의 대폭적인 확대기임. 1962년의 서비스개정법 (Service amendments of 1962)은 개별사회사업을 통해 빈민들을 독립시키도록 한 공공부문의 개인 및 가족서비스의 시발이라 할 수 있음.

－ 가족서비스국(Bureau of Family Services)은 기본적으로 훈련받은 사회복지사가 클라이언트를 위하여 전문적인 가족서비스를 제공하게 하였고, 이는 공공부조 대상자들에게 현금급여 이외 사회복지서비스 원조에 연방정부의 기금을 상당부분 사용함으로써 개별 사회복지사(social worker) 일자리가 이 시기 대폭 증가하게 된 배경이 되었음.

－ 또한 이 개정법 하에서 사회복지서비스 급부의 재정 원조와 서비스 전달의 책임성이 구분되었음. 이 시기 공공기관과 민간 사회복지서비스 공급자들 사이의 서비스 구매계약이 증가함에 따라, 연방정부의 재원지원과 규제의 역할에 상당한 변화가 야기되었음.

• 연방정부의 지원은 비영리사회서비스 전달체계에 상당한 영향을 끼쳤는데, 서비스 다양화, 민간재원(United Way 등) 및 개인 사용자요금으로부터 공공재원에 대한 의존도 증가 등이 그러함.

－ 새로운 연방정부의 프로그램은 새로운 사회복지서비스를 창출하였음. 대표적인 것이 노인서비스, 지역사회정신건강, 지역사회행동, 직업훈련, 성폭력 위기센터, 가정폭력 프로그램, 빈민과 장애인 상담, 위탁보호, 가정돌봄, 헤드스타트 등임.

• 이러한 연방정부의 새로운 재정지원은 전통적인 서비스 경계를 뛰어넘는 것이었음. 반면, 주정부와 지방정부의 공적부조기관들이 이러한 명목의 사회복지서비스 이외에 민간기관들로부터 사회복지서비스를 구매하는데 연방정부 기금을 사용하는 것은 금지되었음. 그러나 사회복지서비스를

간접적으로 구매하도록 다른 공공기관들에게 보조금을 제공하였음.

- 결국, 연방정부의 지원과 지방정부의 구매책임은 다양한 비영리 및 영리 사회복지서비스 기관들이 양적으로 팽창하는 데 일조하였고, 이는 이전 시기의 자선조직협회 및 민간모금기구들의 네트워크에 머물렀던 민간부문의 사회복지서비스 공급 역할을 대폭 확대시켰음(Gilbert, 2000).

○ 특히 존슨행정부의 빈곤과의 전쟁(War on Poverty)은 1965년 노인을 위한 의료보험인 메디케어와 저소득층 의료부조인 메디케이드를 탄생시켰음.

- 이 두 가지 연방정부의 재정지원 프로그램은 다수 사회복지 프로그램의 재정적 원천이 되었으며, 특히 메디케이드는 지역사회 의료기관, 아동보호 기관들에 서비스 민간위탁 방식으로 재정을 지원하였고 이를 바탕으로 비영리 약물알콜 치료기관, 가출 청소년을 위한 응급 보호소 등이 생겨났음.
- 전통적인 사회복지서비스인 아동청소년 및 가족서비스 이외에도 1970년대 이후 사회운동조직의 압력으로 연방재원이 다양한 사회복지서비스에 사용되었음.
- 여성인권운동은 가정폭력 프로그램 이외에도 보육서비스 확대에 기여하였고, 탈시설화 운동은 비영리 지역사회 돌봄 프로그램을 확대시켰음. 급식 및 노숙인 프로그램도 정치적 옹호활동의 결과로 대폭 확대되었음.
- 1962년과 1967년의 사회보장법 개정으로 연방정부는 주정부들에게 사회복지서비스 예산을 지원하는 법적 토대를 마련함으로써 사회복지서비스 예산이 1967년 2.8억 달러에서 1973년 170억 달러로 대폭 증가하였음(DiNitto, 2005).

○ 1970년대 말 보수주의 그리고 레이건 정부의 신연방주의(New Federalism)의 등장으로 늘어나는 연방정부의 사회적 지출에 대한 대대적인 삭감이 있었으며, 레이건 행정부의 자금지원과 규제에 관련하여 1981년 총괄예산조정법(Omnibus reconciliation act)이 입법화되면서 연방지출이 삭감되고 복지서비스 운영 책임이 주정부로 이전되었음.

- 사회보장법의 Title XX는 빈민과 아동에게 선별적으로 사회복지서비스를 제공하도록 하고 사회복지서비스 지출에 상한을 두기 시작하였는데, 1981년 사회복지서비스 포괄보조금(SSBG)이 도입됨에 따라 전체 사회복지서비스 규모는 이전

의 소규모 사회서비스 프로그램들의 총합에도 미치지 못한 수준이 되었음.

2. 주요 제도 및 예산 현황

- 미국의 보건복지부(DHHS) 예산은 1962년 36억달러에서 2009년 7,963억달러로 증가하였으며, 이는 주요 부처 총예산 대비 3.3%에서 22.6%로 꾸준히 증가한 것임. 사회보장청의 예산을 포함하면, 보건·복지부문 예산은 전체 국가예산의 2009년 41%에 달하는 수준임.
- 한편 보건복지부의 2009년 총예산은 8,162억달러에 달함. 사회복지서비스 영역 중 가장 많은 예산과 서비스 공급이 이루어지는 영역은 보건, 아동·가족 서비스, 노인 부문이며, 이러한 예산의 확대는 이후 살펴볼 사회서비스 고용 증가 시기와 일치함.
 - 보건복지부 예산은 메디케어 55.8%, 메디케이드가 29.8%를 차지하였으며, 임의재량사업 중에서는 아동수급권자 프로그램이 3.0%, TANF가 2.2%순임.
 - 즉, 사회복지서비스 부문 예산에서 각 임의재량 사업은 2009년 기준 총예산의 10.1%에 불과하며, 메디케어와 메디케이드 사업예산이 총 예산의 85.6%를 차지함. 아동가족청의 예산은 두 번째로 예산비중이 높지만, 메디케이드에 비하면 10%에도 못미치는 수준임.
 - 메디케이드는 레이건 행정부 이후 사회복지서비스의 주요 재원임. 메디케이드 예산은 1980년 47억 달러(1998년 달러가치)에서 1998년 142억 달러로 증가하였으며, 이는 사회보장법 Title XX하의 사회복지서비스 관련 연방정부 보조금이 줄어들면서, 연방정부의 재정지원이 메디케이드로 전환한 데에 따름.
 - 주정부와 지방정부의 대인사회서비스 재정 부담은 연방정부의 보조금 삭감으로 1980년대 이후 두배 이상 늘어났지만, 또한 연방정부의 다른 프로그램으로 사회복지서비스 예산 명목을 돌림으로서 위기를 만회하는 경향이 뚜렷하였음.
 - － 예컨대 많은 사회복지서비스가 행동건강서비스(behavioral health service)라는 명목으로 메디케이드로부터 재정을 지원받는데, 이러한 서비스는 아동상담, 정신보건, 재활, 거주시설 프로그램, 홈케어 등이 대표적임.
 - － 주정부들은 포괄보조금으로 지원하던 지역 내 공공서비스 기관들을 줄이는 대신, 이들을 메디케이드가 지원하는 지역사회기반 프로그램으로 전환함으

로써 연방정부로부터의 세입을 줄이지 않았음.

□ 메디케이드는 저소득층을 위한 의료 및 영양서비스를 제공하는 보험프로그램으로 사회보장법 Title XIX에 포함, 수급자 선정 및 서비스 제공은 각 주에서 담당함.

○ 90년대 초반 급격한 수급자의 증가는 80년대 후반에 있었던 수급자 적격성의 완화에 따른 것으로 이전까지는 주로 AFDC 수급자가 주요 대상이었다면 이후에는 빈곤선의 기준을 크게 완화한 결과임.

○ 메디케이드의 프로그램별 지출 내용을 살펴보면, 상당수의 지원이 사회복지서비스에 해당되는 것을 확인할 수 있음.

– 가장 많은 비율을 차지하는 것은 의료보험 비용 지출이지만, 영양시설이 13.9%로 두번째이며, 간병서비스를 의미하는 가정 및 지역사회기반 돌봄서비스가 9.2%를 차지함.

– 또한 정신보건서비스와 홈헬스, 호스피스 등도 메디케이드에서 지출하는 사회복지서비스로 분류될 수 있음.

• 특히 메디케이드의 가정 및 지역사회 기반 돌봄서비스는 일상생활 수행의 도움을 주는 간병인 제도, 재가보호 프로그램, 간호서비스, 의사의 승인하에 이루어지는 가정건강보호(Home Health Care), 호스피스, 성인 데이케어, 주거환경 개조, 식사배달, 의료장비 구입, 개인용 비상응답시스템, 교통서비스 등을 제공하고 있음.

• 또한 재가보호 대상자에게 제공하는 일련의 서비스와 함께 지역사회 수준의 영양시설, 노인가파트, 성인패밀리 홈(공동가정), 보딩홈(소규모 가정시설) 등의 돌봄서비스도 포함하며, 임시간병서비스(Respite care)와 가족간병인 후원프로그램 비용도 지불하고 있음.

□ 최근의 사회복지서비스 예산과 관련한 변화의 다른 하나는 새로운 사회복지서비스 재정원조 프로그램들이 만들어지고 있다는 것임. 아동보육의 경우 연방지원금은 1992년 20억 달러에서 1998년 50억달러로 급격히 증가하였음. 1996년 기준으로 아동복지서비스에 쓰인 전체 정부예산 중 44%가 연방정부로부터 나온 것이었음.

○ 메디케이드 이외의 연방정부의 공공복지 관련 주정부 또는 지방정부 보조금은 1988년 1인당 7달러에서 1997년 43달러로 증대되었고, 이는 보건복지부 이

외에도 주택도시개발부(HUD), 교육부 등 각 부처의 지역사회서비스 프로그램도 일조하였음.

□ 보건복지부의 가족서비스를 제공하는 아동가족청(ACF)의 대표적인 사회서비스 내용을 살펴보면 가장 많은 예산이 집행되는 프로그램은 보육프로그램인 헤드스타트(Head Start), 위탁가정 및 입양지원(Forster Care and Adoption Assistance), 아동지원강제사업(Child Support Enforcement)임.

○ 아동가족청의 주된 예산 항목은 TANF와 보육료 지원 사업이지만 이들 프로그램은 현금급여 프로그램이기 때문에 사회서비스로 보기에는 어렵다고 할 수 있으며, 이 밖의 아동 서비스 내용으로는 아동학대 예방 및 복지서비스, 건강 프로그램, 발달장애아동 지원 프로그램 등이, 가족 서비스로는 안정가정지원 프로그램(Promoting Safe and Stable Families) 및 가족상담, 주간보호 및 방과후 보호, 가족재건 서비스 등이 있으며 그리고 지역사회 수준에서는 이민자 및 저소득층 아동지원 프로그램과 지역사회서비스 프로그램(Community service programs)등이 운영됨.

○ 헤드스타트의 경우 1965년 지방공립학교를 이용한 여름프로그램으로 시작하여 예산이 9천6백만달러에 불과하였으나, 1970년 32천6백만달러, 1978년 62천5백만달러, 1984년 107천5백만달러, 1993년 277천6백만달러, 1999년 466천만달러, 2002년 653천8백만달러로 매년 그 규모가 커져왔음.

－ 특히 1998년 급속한 예산 증가는 헤드스타트의 성격이 아동의 사회적 교육에서 취학준비과정으로 변모하고, 조기 헤드스타트의 시작, 영리조직이 헤드스타트 보조금 수혜자격이 주어지면서 발생하였음.

－ 아동위탁보호는 ACF에서 두 번째로 규모가 큰 사회복지서비스 프로그램임.

• 1961년부터 시행되어 연방정부의 개입이 시작된 아동위탁보호는 1980년까지 AFDC의 일부분에 속하였으나, 1980년 이후 사회보장법의 IV-E 하의 독립된 프로그램으로 분리되었음.

• 연방정부는 빈곤가정의 아동학대로 인하여 발생하는 아동들을 보호하기 위하여 현재 연간 약 68억달러의 재정을 지출하고 있으며, 연방정부의 지출은 각 주정부 아동위탁보호 지불보상의 일정부분을 매칭펀드 형식의

로 상한없이 지출하여야하는 방식으로 운영됨.

- 이동위탁보호는 1997년까지 연간 17% 예산증가를 보여왔으며, 1997년 입양과 안전한 가족법(ASFA) 이후 연간 4%정도의 증가만을 보여왔으며, 대상 이동수도 이에 따라 급감하고 있음.

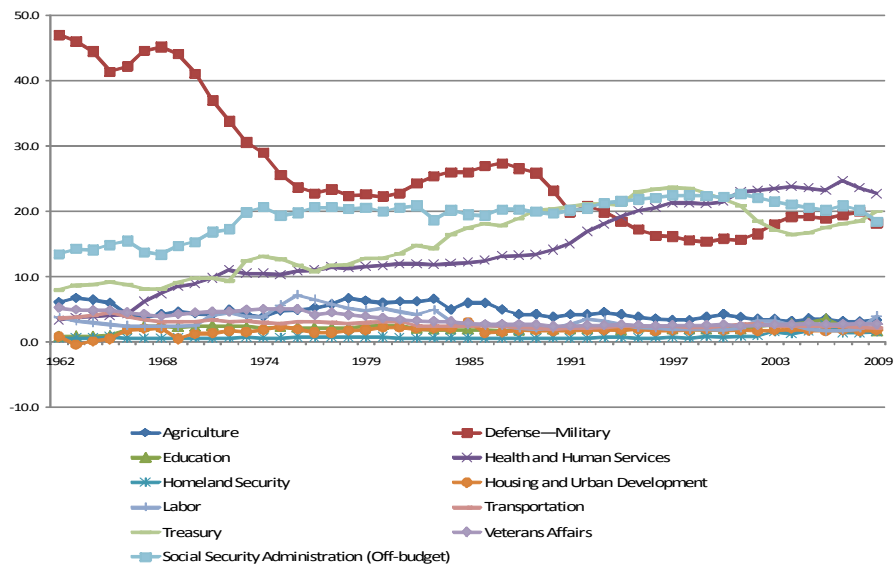
〈표 3-1-1〉 미국의 정부부처별 예산 비중 변화 추이

(단위: %)

주요 부처	1962	1972	1982	2002	2009
Agriculture	6.0	4.8	6.1	3.4	3.3
Defense—Military	46.9	33.7	24.2	16.5	18.1
Education	0.8	2.4	2.0	2.3	1.5
Health and Human Services	3.3	11.0	11.9	23.1	22.6
Homeland Security	0.5	0.6	0.5	0.9	1.5
Housing & Urban Development	0.8	1.6	2.0	1.6	1.7
Labor	3.7	4.5	4.2	3.2	3.9
Transportation	3.6	3.1	2.4	2.8	2.1
Treasury	7.9	9.3	14.7	18.5	19.9
Veterans Affairs	5.2	4.6	3.2	2.5	2.7
Social Security Administration	13.4	17.2	20.8	22.0	18.4
총계	92.1	92.8	92.0	96.8	95.7

주: 국무부, 상업부 등 예산비중이 낮은 부처는 표에서 제외

자료: 미국 BLS, Occupational Employment Statistics(OES).

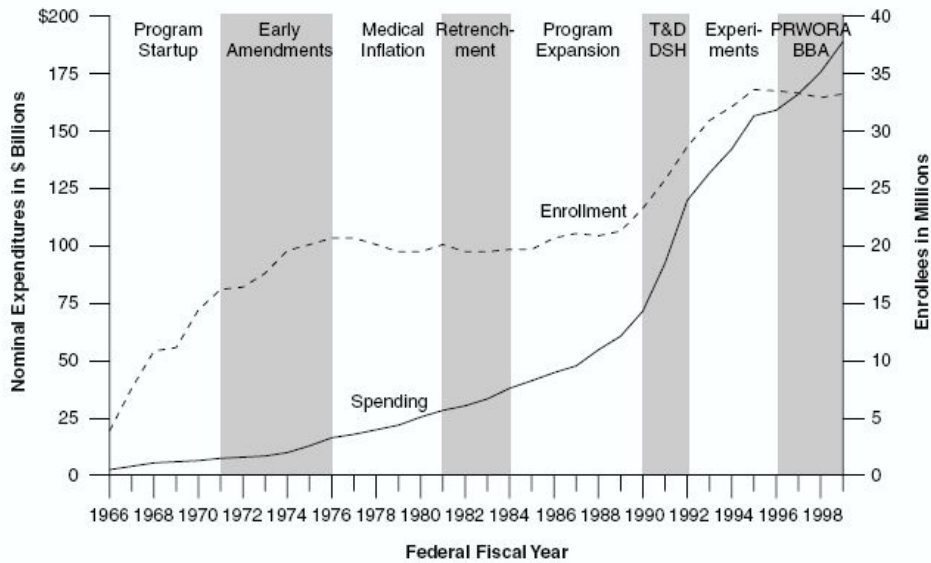


〈표 3-1-2〉 미국의 2009년 보건·복지부(DHHS) 예산 현황

(단위: 백만 달러)

예산 구성	항목	1998		2004		2009	
		예산	%	예산	%	예산	%
임의 재량 예산	식품의약청	924	0.3	1,386	0.3	2,061	0.3
	보건자원과 서비스청	3,612	1.0	6,600	1.2	7,243	1.0
	원주민(Indian)보건서비스	2,099	0.6	2,922	0.5	3,581	0.5
	질병관리본부	2,384	0.7	4,440	0.8	6,357	0.8
	국립보건원(NIH)	13,632	3.9	27,878	5.1	30,096	4.0
	약물남용과 정신건강	2,148	0.6	3,234	0.6	3,335	0.4
	보건연구소	90	0.0	304	0.1	372	0.0
	메디케어와 메디케이드 센터	-		2,637	0.5	3,522	0.5
	보건서비스 사기및남용통제	1,789	0.5	-		198	0.0
	이동가족청(AFC)	8,354	2.4	13,356	2.4	17,225	2.3
	노인청(AOA)	871	0.2	1,374	0.3	1,488	0.2
	일반행정관리(GDM)	243	0.1	433	0.1	395	0.1
	공중보건/사회서비스긴급자금	-		-		1,399	0.2
	총 임의재량 예산	34,212	9.8	63,903	11.7	77,152	10.1
의무 사업 예산	메디케어	190,893	54.5	267,348	48.8	424,828	55.8
	메디케이드	101,234	28.9	177,282	32.4	226,885	29.8
	기타	24,219	6.9	39,209	7.2	34,503	4.5
	총 의무사업 예산	316,346	90.2	483,839	88.3	686,216	90.2
총 예산		350,558		547,742		761,137	

자료: DHHS, Office of Budget..



〈표 3-1-3〉 미국 메디케이드 주요 프로그램 지출 비용(2010년)

(단위: 백만 달러, %)

항목	2010년 예산	
	예산액	비율
Insurance Payments - MCOs	41,744,835	19.37
Nursing Facility	29,970,223	13.91
Inpatient Hospital - Regular Payments	28,687,010	13.31
Home and Community Based Care	19,727,795	9.15
Prescribed Drugs	16,507,781	7.66
All Other	9,882,090	4.59
Outpatient Hospital	7,970,645	3.70
Inpatient Hospital DSH	7,820,184	3.63
Physician	7,059,754	3.28
Personal Care	6,708,050	3.11
Insurance Payments - Part B Premiums	5,216,945	2.42
Clinic	4,724,954	2.19
ICF/MR Public	5,227,087	2.43
Insurance Payments - Prepaid Health	4,519,483	2.10
Mental Health Facilities	3,022,698	1.40
ICF/MR Private	2,698,323	1.25
Dental	2,628,081	1.22
Home Health	2,244,498	1.04
Mental Health Facilities - DSH	1,795,247	0.83
Targeted Case Management	1,779,271	0.83
Insurance Payments - Part A Premiums	1,700,879	0.79
Other Practitioners	1,602,363	0.74
Federal Qualified Health Center	1,390,632	0.65
Hospice	1,377,190	0.64
EPSDT Screening Services	710,302	0.33
Emergency Services Undocumented	593,771	0.28
Insurance Payments - Group Health Plan	529,715	0.25
Functionally Disabled Elderly	382,051	0.18
Program of All-Inclusive Care Elderly	286,338	0.13
Primary Care Case Management	88,196	0.04

자료: DHHS, Office of Budget.

〈표 3-1-4〉 미국 보건·복지부 아동가족청의 주요 사업과 예산

(단위: 천명)
(단위: 백만 \$, %)

주요 프로그램	2005		2006		2007		2008		2009	
임의재량 프로그램(discretionary)	13,883	29.7	14,868	31.8	13,899	29.6	14,321	29.7	17,307	34.0
저소득 가정 에너지 지원 포괄보조금(LIHEAP)	2,182	4.7	2,160	4.6	2,161	4.6	2,570	5.3	5,100	10.0
아동보호 및 발달 포괄보조금(Child Care & Development)	2,083	4.5	2,061	4.4	2,062	4.4	2,062	4.3	2,127	4.2
헤드스타트(Head Start)	6,843	14.6	6,782	14.5	6,889	14.6	6,878	14.3	8,501	16.7
가출청소년 프로그램(Runaway & Homeless Youth)	89	0.2	88	0.2	88	0.2	96	0.2	97	0.2
청소년 문제예방 교육(Abstinence Education)	154	0.3	163	0.3	163	0.3	163	0.3	137	0.3
아동학대 프로그램(Child Abuse Programs)	102	0.2	95	0.2	95	0.2	105	0.2	110	0.2
아동복지 프로그램(Child Welfare Programs)	336	0.7	333	0.7	333	0.7	327	0.7	327	0.6
발달장애 아동 프로그램(Developmental Disabilities)	154	0.3	155	0.3	155	0.3	163	0.3	166	0.3
지역서비스 포괄보조금(Community Services Block Grant)	637	1.4	630	1.3	630	1.3	654	1.4	700	1.4
가정폭력예방 프로그램(Violent Crime Reduction)	129	0.3	128	0.3	128	0.3	125	0.3	130	0.3
난민 이민자 지원(Refugee and Entrant Assistance)	485	1.0	569	1.2	588	1.3	656	1.4	715	1.4
법정 프로그램(Mandatory)	32,984	70.5	33,090	70.7	33,190	70.6	33,298	69.0	33,650	66.0
아동지원 강제(Child Support Enforcement)	4,093	8.7	4,207	9.0	4,425	9.4	4,586	9.5	4,719	9.3
위탁가정 및 입양(Foster Care and Adoption Assistance)	6,806	14.5	6,620	14.1	6,642	14.1	6,877	14.3	7,218	14.2
사회서비스 포괄보조금(Social Service Block Grant)	1,700	3.6	1,700	3.6	1,700	3.6	1,700	3.5	1,700	3.3
가정생활지원 프로그램(Promoting Safe & Stable Families)	305	0.7	365	0.8	365	0.8	365	0.8	380	0.7
TANF	17,277	36.9	17,059	36.4	17,059	36.3	17,059	35.4	17,059	33.5
아동보육 지원(Child Care Entitlement)	2,717	5.8	2,917	6.2	2,917	6.2	2,917	6.0	2,917	5.7
총 예산	46,807		46,808		47,028		48,231		50,968	

자료: DHHS, Office of Budget.

제2절 사회복지부문 고용 수준 분석

1. 사회복지분야 산업별 고용 분석

- 미국의 사회복지 분야 고용 현황은 북미표준산업분류(NASIC)를 기준으로 살펴볼 수 있음.
 - 북미표준산업분류는 1997년 기존의 표준산업분류(SIC, 1930년대부터 사용)를 대체하여 새롭게 적용되었고, 현재 미국, 캐나다, 멕시코를 포괄하는 공통의 표준임.
 - 사회복지분야는 대분류 20개 항목 중 62. Health Care and Social Assistance에 해당되며 보건의료서비스를 제외하고 중분류 623.요양 및 거주 보호시설과 624.사회부조의 모든 항목을 기준으로 살펴보았음. 이는 한국표준 산업분류(KSIC)의 사회복지산업이 87.사회복지서비스업 중 871.거주복지와 872.비거주복지로 구분되어 있는 것과 매우 유사함.
- 미국고용통계(BLS)에 따르면, 2009년 현재 요양 및 거주시설 종사자는 308만명, 그리고 사회부조 종사자는 256만명에 달함. 이는 각각 미국 전체 임금노동자 13,092만명의 2.35%, 1.96%를 차지하는 수치임.
 - 소분류 중에서는 요양기관 종사자가 164만3천명으로 압도적으로 많으며, 그 다음은 개인 및 가족서비스 116만5천명, 보육서비스 85만7천명, 노인지역사회 보호시설 71만 1천명, 정신지체 정신건강 약물중독자 거주보호시설 56만 명 순임.
 - 순수한 고용 증가를 비교하면, 지난 20년 동안 개인 및 가족서비스가 77만6천개의 일자리를 새로 창출하였으며, 요양기관이 47만4천개, 보육서비스가 46만9천개, 노인지역사회보호시설이 38만1천개, 거주보호시설이 29만2천개, 직업재활이16만3천개 증가한 것으로 나타남.
 - 이를 증가율로 표현하면, 개인및가족서비스가 199.8%, 보육서비스가 121.0%, 노인지역사회보호시설이 115.5% 증가한 것으로, 요양기관(40.5%)을 제외한 대다수가 100%에 가까운 증가율을 보임(2010년 2월 기준으로는 중분류의 624 사회부조는 표준산업 중분류 전체에서 월고용성장률이 세 번째로 높음).

- 개인및가족서비스 종사자는 아동청소년, 노인, 장애인을 대상으로 하는 사회복지서비스 종사자들임. 그 중에서는 노인 및 장애인 재가복지서비스 종사자가 압도적으로 증가하였는데, 1990년 16.4만 명 수준의 종사자가 2009년 62.9만 명으로 증가하였고, 증가세는 최근에 더욱 높게 나타나고 있음.

〈표 3-2-1〉 북미표준산업분류(NASIC) 기준 사회복지부문 종사자 수

(단위: 천명)

구분	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
623 Nursing and Residential Care Facilities	1856.4	1972	2043.5	2128.1	2227	2307.7	2379.9	2443.4	2487.3	2528.8
6231 Nursing Care Facilities	1169.8	1240.2	1273.4	1319.3	1377.1	1413	1448.4	1474.6	1489.3	1501.0
6232 Residential Mental Retardation, Mental Health and Substance Abuse Facilities	268.5	288.3	304.8	321.3	338.8	358.2	374.5	391.9	405.1	418.4
6233 Community Care Facilities for the Elderly	330.2	347.9	363.6	379.4	396	414	427.9	440.6	451.1	462.3
6239 Other Residential Care Facilities	87.9	95.6	101.7	108.1	115.1	122.5	129	136.4	141.9	147.1
624 Social Assistance	1085.1	1152.2	1223.3	1294.4	1381.9	1469.5	1512.3	1574.2	1672.6	1786.2
6241 Individual and Family Services	388.6	417.8	441.6	472	498.3	526.5	544.8	566.5	597.3	635.1
62411 Child and Youth Services	78.7	84.6	89.5	95.6	100.9	106.7	110.4	114.8	121	128.7
62412 Services for the Elderly and Persons with Disabilities	164.1	176.5	186.5	199.4	210.5	222.4	230.1	239.3	252.3	268.2
62419 Other Individual and Family Services	145.7	156.7	165.6	177	186.9	197.4	204.3	212.5	224	238.2
6242 Community Food and Housing, and Emergency and Other Relief Services	66.8	71.9	76	81.2	85.7	90.6	93.7	97.5	102.8	109.3
62421 Community Food Services	169	181	192	205	216	229	236	246	259	276
62422, 62423 Community Housing Services, Emergency and Other Relief	50	53.7	56.8	60.7	64.1	67.7	70.1	72.9	76.8	81.7
6243 Vocational Rehabilitation Services	241.9	249.2	259.2	272.4	287.9	295.4	314.5	339.8	357.4	382
6244 Child Day Care Services	387.8	413.2	446.5	468.9	510	557.1	559.2	570.4	615.1	673.7

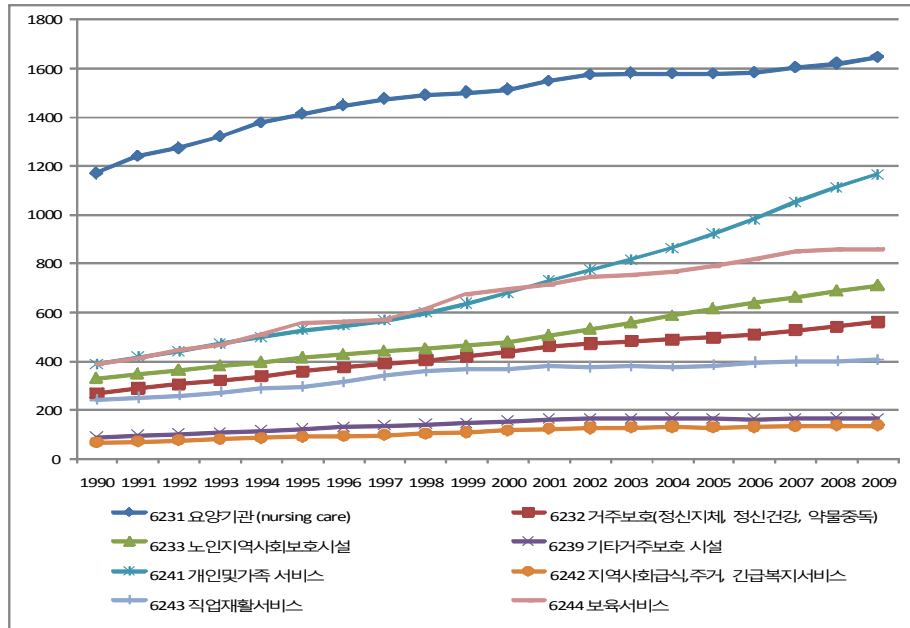
자료: 미국 BLS Current Employment Statistics.

〈표 3-2-1〉 계속

(단위: 천명)

구분	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
623 Nursing and Residential Care Facilities	2583.2	2675.8	2743.3	2786.2	2818.4	2855	2892.5	2958.3	3016.1	3081.2
6231 Nursing Care Facilities	1513.6	1546.8	1573.2	1579.8	1576.9	1577.4	1581.4	1602.6	1618.7	1643.9
6232 Residential Mental Retardation, Mental Health and Substance Abuse Facilities	437.1	461.0	473.2	483.9	489.6	497.3	509.6	527.8	542.2	560.6
6233 Community Care Facilities for the Elderly	478.2	505.2	531.9	557.8	586.2	615.3	637.9	663.1	687.2	711.5
6239 Other Residential Care Facilities	154.4	162.7	165	164.6	165.8	165	163.6	164.8	168	165.2
624 Social Assistance	1860.2	1945.9	2019.7	2075.4	2134.8	2222.3	2323.5	2433.4	2508.4	2565.2
6241 Individual and Family Services	678	728.2	772.8	813.1	862	921.3	980.3	1049.8	1112	1165.0
62411 Child and Youth Services	137.4	144.7	146.4	149.4	151.1	153.1	157.2	165.5	170.2	169.4
62412 Services for the Elderly and Persons with Disabilities	286.4	310.8	340.1	367.1	406.6	452.4	496.1	541.5	588.5	629.1
62419 Other Individual and Family Services	254.3	272.8	286.3	296.6	304.3	315.7	327	342.9	353.4	366.5
6242 Community Food and Housing, and Emergency and Other Relief Services	116.7	123.5	126.7	128.1	130.6	128.6	130.5	134.4	137.5	137.3
62421 Community Food Services	29.4	30	28.3	28.5	27.9	26.7	26.8	27.6	28.3	27.5
62422, 62423 Community Housing Services, Emergency and Other Relief	87.2	93.5	98.4	99.6	102.7	101.8	103.7	106.8	109.2	109.8
6243 Vocational Rehabilitation Services	369.8	379.6	376	378.9	377.5	382.8	394.4	398.9	399.6	405.8
6244 Child Day Care Services	695.8	714.6	744.1	755.3	764.7	789.7	818.3	850.4	859.4	857.0

자료: 미국 BLS Current Employment Statistics.



〈표 3-2-2〉 미국의 1990년 이후 보건 및 사회복지 산업 종사자 비율

(단위: 천명, %)

년도	전체 산업	보건의료복지		사회복지	
		종사자 수	비율	종사자 수	비율
1990	109487	9295.8	8.5	2941.5	2.7
1991	108375	9769.8	9.0	3124.2	2.9
1992	108726	10178	9.4	3266.8	3.0
1993	110844	10548.1	9.5	3422.5	3.1
1994	114291	10911.7	9.5	3608.9	3.2
1995	117298	11278.4	9.6	3777.2	3.2
1996	119708	11604.9	9.7	3892.2	3.3
1997	122776	11932.2	9.7	4017.6	3.3
1998	125930	12213.5	9.7	4159.9	3.3
1999	128993	12477.1	9.7	4315	3.3
2000	131785	12718	9.7	4443.4	3.4
2001	131826	13134	10.0	4621.7	3.5
2002	130341	13555.7	10.4	4763	3.7
2003	129999	13892.6	10.7	4861.6	3.7
2004	131435	14190.2	10.8	4953.2	3.8
2005	133703	14536.3	10.9	5077.3	3.8
2006	136086	14925.3	11.0	5216	3.8
2007	137598	15380.2	11.2	5391.7	3.9
2008	136790	15798.3	11.5	5524.5	4.0
2009	130920	16100.8	12.3	5646.4	4.3

주: 보건의료복지=62.보건과 사회복지, 사회복지=623.거주보호 + 624.사회복지

자료: 미국 BLS Current Employment Statistics.

2. 사회복지분야 직업별 고용 분석

- 미국의 사회복지 분야 직업별 고용 현황은 표준직업분류(SOC: Standard Occupational Classification)를 통해 살펴볼 수 있음. 표준직업분류는 미국사회의 직업구조를 반영하기 위하여 10년 단위로 개정하고 있으며, 현재는 2010년 SOC 개정을 완료하고 이 체계에 따라 분류를 시작하였음.
- 사회복지 분야는 대분류 21.지역사회와 사회서비스(Community and Social Service Occupations)의 중분류인 211.상담, 사회복지사, 사회서비스 전문가 그리고 대분류 31.건강돌봄관련(Healthcare Support)의 소분류 가정간호보조원(Home Health Aids) 39.개인돌봄과 서비스 직종(Personal Care and Service Occupations)에 소분류 39901.아동보육 종사자(Childcare Workers), 39902.개인 및가사돌보미(Personal and home care aids)를 중심으로 살펴보았음.
 - 미국 표준직업분류별 단일고용규모는 가정간호보조원이 96만여명으로 가장 많으며, 다음으로 대인및가사돌봄인력이 63만명, 그리고 보육교사가 약 60만 명을 차지함.
- 사회사업부문에서도 준전문가인 사회서비스보조원이 34만명으로 가장 많고, 그 다음으로 전문가인 아동, 가족, 학교 사회복지사가 28만명, 교육, 직업 및 학교상담사가 25만명을 차지함.
- 고용증가율을 살펴보면 지난 10년간, 가정간호보조원과 대인및가사돌봄인력이 70% 증가하여 다른 직업보다 월등히 높았으며, 그 다음으로는 정신건강 및 약물남용 사회복지사 59%, 보육교사 50% 순임.
 - 즉 준전문가 돌봄서비스 고용이 지난 10년간 전체 사회복지 부문 고용증가의 대부분을 차지하고 있으며, 그 중에서도 보건 및 아동돌봄 부문이 두드러졌음.
- 향후 고용 추이도 준전문가 중심으로 확대될 것으로 예상됨. BLS의 자체 고용전망 결과에 따르면, 2016년 전체 고용의 증가가 10%대에 그칠 것이지만, 대인 및가사서비스 인력이 50%이상 증가할 것이며, 또한 사회서비스 보조인력도 34% 가량 증가할 것으로 예상하고 있음.
- 전문가 직업인 사회복지사와 상담사도 각기 20%를 선회하는 증가를 예상하고 있

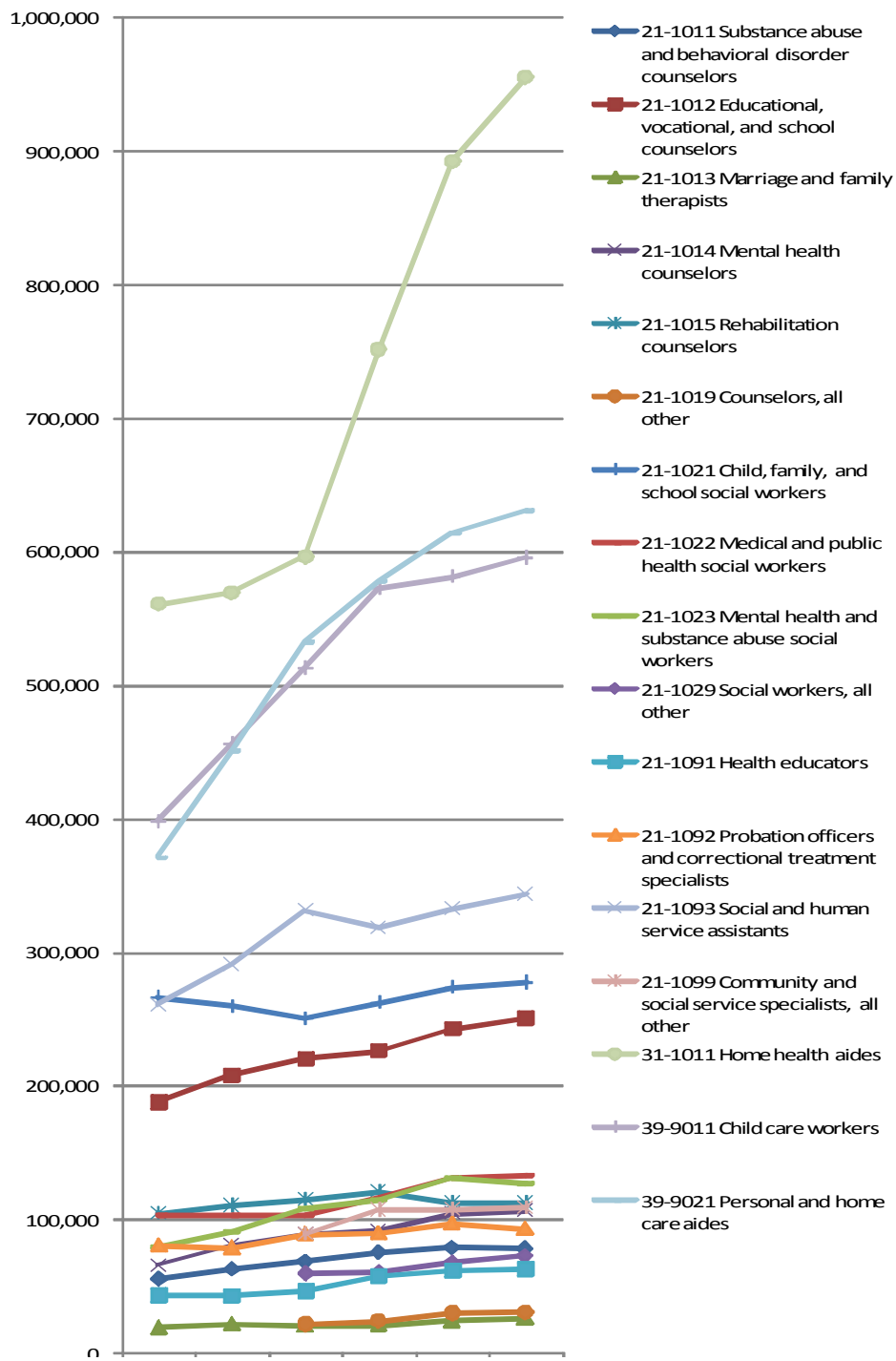
으며, 이 중에서도 정신보건 및 건강, 그리고 개인 가족 서비스 중심으로 고용이 증가할 것으로 전망되고 있음.

〈표 3-2-3〉 미국 표준직업분류별 사회복지서비스 종사자 수

(단위: 명, %)

표준직업분류 사회복지부문 구분	2000	2002	2004	2006	2008	2009	00-09 증가율
Community and social services occupations	1,469,000	1,576,980	1,673,740	1,749,210	1,861,750	1,891,320	29
Substance abuse and behavioral disorder counselors	56,080	63,310	68,880	75,940	79,180	78,470	40
Educational, vocational, and school counselors	188,000	208,340	220,690	226,720	243,100	251,050	34
Marriage and family therapists	19,420	22,130	20,710	21,330	24,520	26,450	36
Mental health counselors	65,780	81,030	89,300	91,830	104,650	106,920	63
Rehabilitation counselors	104,850	110,580	115,150	121,380	112,700	112,690	7
Counselors, all other	-	-	21,970	24,260	29,980	30,900	-
Child, family, and school social workers	266,570	259,990	250,790	262,830	274,140	277,670	4
Medical and public health social workers	103,390	103,180	103,180	116,750	131,730	133,510	29
Mental health and substance abuse social workers	79,740	91,240	108,950	114,820	131,010	127,140	59
Social workers, all other	-	-	60,120	61,270	68,230	73,250	-
Health educators	43,670	43,240	46,490	57,900	62,120	63,320	45
Probation officers & correctional treatment specialists	80,500	78,990	89,170	89,650	97,130	92,910	15
Social and human service assistants	260,910	291,410	331,860	318,620	332,880	344,050	32
Community and social service specialists, all other	-	-	89,250	107,380	107,910	109,120	-
Home health aides	561,120	569,670	596,330	751,480	892,410	955,220	70
Child care workers	398,090	456,260	513,110	572,950	581,670	595,650	50
Personal and home care aides	371,280	451,040	532,490	578,290	614,190	630,740	70

자료: 미국 BLS, Occupational Employment Statistics(OES).



〈표 3-2-4〉 미국의 사회복지서비스(Social Services) 관련 고용 규모 현황 및 전망

(단위: 천명, %)

사회서비스 관련 직업	고용규모		
	2006	2016	증가율
전체 직업군 (종사자)	150,620	166,220	10.4
지역사회 사회복지서비스 전문직	1,843	2,280	23.8
상담사 Counselors	635	771	21.3
약물남용·행동교정 Substance abuse & behavioral disorder	83	112	34.4
교육·직업·학교 Educational, vocational and school counselors	260	292	12.6
결혼·가족치료 Marriage and family therapists	25	32	29.8
정신보건 Mental health counselors	100	130	30.0
재활 Rehabilitation counselors	141	173	23.0
기타 Counselor All Others	27	32	16.6
사회복지사 Social workers	595	727	22.2
아동·가족·학교 Child, family, and school social workers	282	336	19.1
의료·공공보건 Medical and public health social workers	124	154	24.2
정신보건·약물남용 Mental health & substance abuse	122	159	29.9
사회복지사 기타 Social workers, All Others	66	78	17.8
지역사회서비스 전문가 Specialists	613	783	27.7
사회서비스 보조인력 Social and Human Service Assistants	339	453	33.6
기타 지역사회·서비스 전문직 Service specialists, all others	118	148	25.1
방문간호보호조인 Home health aides	787	1,171	48.7
대인·가사서비스인력 Personal and home care aides	767	1,156	50.6

자료: Dohm & Shniper(2007). Occupational Employment Projections to 2016, Monthly Labor Review.

제3절 주요 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조

1. 사회복지서비스 고용시장의 구조

- 미국의 사회복지서비스 영역 고용 창출은 공공 일자리보다는 민영화를 통해서 이루어져 왔음. 특히 1980년대 이후 시장경제의 우월성에 바탕을 둔 사회복지 민영화는 요양기관과 보육시설처럼 압도적으로 상업적 운영이 가능한 구조를 만들었음.
 - 이는 바우처와 조세지출 등 소비에 보조금을 지불하는 방식 이외에도 대부와 면세채권(tax-exempt bonds)을 통해 공급자를 다양한 방식으로 지원한 데에 따름.
 - 예컨대 연방정부의 아동보육세액공제(childcare tax credit)는 비영리 및 영리 보육시설 공급을 확대하는데 기여하였으며, 면세채권은 지방정부가 지역의 사회복지서비스기관들의 자금출자를 위해서 사용하는 대표적인 사회복지 서비스 재정지원임.
 - 이러한 사회복지 기관에 대한 재정지원의 다양화와 직·간접 프로그램의 다변화는 민간영역의 사회복지서비스가 발달하는 데 주요한 역할을 하였음. 다시 말해, 1960년대 이전까지의 민간영역 사회복지서비스 기관들은 재정적 수단이 부족하고, 취약계층에게 사회복지서비스를 제공할 만한 조직적 동기가 없었음.
 - 그러나 현재는 공공자금에 의해 지원받는 많은 사회복지서비스가 존재하며, 오히려 취약계층에게 서비스를 함으로서 조직을 유지할 수 있게 됨.
- 사회복지서비스는 국지적으로 그리고 직접적인 대인관계에서 유연성있게 제공되어야 효과적일 수 있으며, 이러한 특성이 주로 비영리 및 영리 민간영역에서 제공되는 이유임.
 - 이에 개인 및 가족서비스 기관의 80%가 바로 민간 비영리조직임(Salamon, 2002). 일반적으로 미국의 민간 비영리조직들은 국세청의 세금면제 코드인 (IRS)의 501(c)(3)의 자선 또는 501(c)(4)의 사회복지로 해당되어 분류되는 조직들을 일컫는데, 즉 이윤을 특정 개인이나 집단에 배분하지 않고 공익적

목적으로 활동하는 조직들로서, 직접적인 서비스 공급자(service provider)로서의 역할을 함.

- － 예컨대 돌봄, 호스피스, 쉼터, 급식 제공과 같은 정부나 시장이 적절히 해결하기 어려운 공공의 욕구들은 지역사회 비영리조직들이 직접적인 욕구 해결에 나서며 또한 혁신적이며 높은 수준의 서비스를 제공하는 장점을 지니고 있음.

□ 미국 뉴욕시의 개인 및 가족서비스 기관은 2000년 1,458개에서 2008년 1,881개로 29% 증가하였음.

○ 이에 따라 고용도 100,379명에서 117,805명으로 17% 증가하였음.

○ 종사자 규모 기준으로 상위 10개의 개인 및 가족서비스 기관은 대부분 비영리 기관임.

- － YMCA가 4000명, Sunnyside Community Services가 1,500명, St Nicholas Local Development가 1,200명, FECS 1,000명, Jewish Assn for Services to the Aged 1,000명, Henry Street Settlement 800명, UNICEF 650명, 또 다른 Henry Street Settlement 650명, Bushwick Economic Development Corporation 508명, NYSARC INC 500명 등임.

- － 이들 대규모 사회서비스 기관들의 인력 규모는 크지만, 임금수준은 4인가구 빈곤선의 118%에 불과한 24,814달러에 지나지 않음. 물가상승을 반영한 실질 임금은 지난 기간 동안 1%이하로 하락하였음.

〈표 3-3-1〉 뉴욕시의 개인 및 가족서비스부문 고용 현황

	2000년	2008년	변화율
기관수 (개소)	1,458	1,881	29%
종사자 수 (명)	100,379	117,805	17%
연평균 임금(달러)	25,077	24,814	-1%

자료: New York City, Labor Market Information Service.

□ 미국은 사회복지서비스 부문 이외에도 비영리부문 종사자가 많은 편임.

○ 미국의 민간 비영리부문은 2002년 기준으로 약 20만 비영리조직과 880만 명

의 임금노동자(전체 근로자의 8.2%에 해당)가 있으며, 이 규모는 농업의 세 배, 운수업의 두 배에 해당하며, 금융업 종사자보다 60%가 많고 제조업과 거의 비슷한 수준임.

○ 비영리부분의 사회복지서비스 제공분야는 크게 세 가지 영역으로, 요양시설과 주거보호를 포함한 의료/보건서비스가 전체의 52%를 차지하고 있으며 사회복지서비스가 20% 그리고 교육분야가 15%에 해당됨.

○ 비영리 부분의 사회복지서비스 일자리는 1977년과 1997년 20년 사이 134.5% 증가하였으며, 특히 개인/가족 서비스는 이 기간 동안 313.7% 증가하였고, 아동보육서비스는 134.3%가 증가하였음. 이 밖에 직업훈련 서비스는 94.9%, 주거보호 서비스는 78.1%가 증가하였음(Smith, 2002).

□ 이 중 사회복지서비스 관련 분야만을 살펴보면, 비영리부분의 사회복지서비스 고용규모는 1997년 기준 159만 명 정도이며, 대다수의 근로자들은 개인/가족 사회복지서비스 기관 종사자(약 69만명), 직업훈련(27만명), 주거보호(24만명), 아동보육 서비스(24만 명)에 종사하고 있음.

○ 개인/가족서비스의 구체적인 예로는 가족상담, 가정폭력 프로그램, 긴급구호, 이민자 서비스, 에이즈 서비스 등 다양한 지지 서비스를 말하며, 주거보호 서비스는 장애인 그룹홈과 청소년 쉼터, 그리고 기타 사회복지서비스로는 사회복지 프로그램과 클라이언트를 위한 옹호 및 사회단체 등을 포함함.

－ 한편 보건서비스로 분류될 수 있는 관련 사회복지서비스 종사자(38만 명)들은 방문간호 및 정신건강 관련 서비스를 제공하고 있음.

〈표 3-3-2〉 미국 비영리조직의 사회서비스 사업 종류(1997년 기준)

(단위: 명, %)

사회서비스 종류	고용자 수	비율
아동보육 서비스	239,981	12.2
개인/가족 서비스	692,454	35.2
직업훈련 서비스	269,738	13.7
주거보호 서비스	240,732	12.2
기타 사회서비스	143,281	7.3
방문간호(보건)	267,484	13.6
가족계획(보건)	13,820	0.7
약물/정신건강 센터(보건)	102,096	5.2

자료: Smith, S.(2002). "Social Services", 『The State of Nonprofit America』.

□ 최근에는 비영리부문의 사회서비스시장 점유율이 영리부분에 의해 상당부분 침식되었으며, 이러한 변화의 속도가 매우 빠르게 전개되고 있음.

○ 일례로, 영리부문과의 경쟁으로 인해 비영리부문의 주거보호 일자리는 27%가 줄어들었음. 물론 사회서비스 영역에서 비영리 공급자의 절대적인 수는 여전히 증가하고 있으나 이는 영리부분의 성장이 더욱 가파르게 성장하면서 생겨나는 현상이기도 함.

○ 영리부문의 유입에 따른 서비스 공급규모의 팽창이 빠른 서비스 종류는 역시 아동에 대한 보육서비스로 같은 기간 동안 영리부분은 343.1% 성장하였는데 이는 비영리부문의 시장점유율을 15.7% 잠식한 것임.

○ 또한 영리부문의 성장과 함께 비영리부문의 감소가 두드러진 사회서비스는 거주보호서비스로, 영리부분이 246.9% 성장한 반면 비영리부분은 123.5%에 그쳐 비영리 부문의 시장의 14.8%가 영리부분으로 옮겨간 것을 확인할 수 있음.

〈표 3-3-3〉 미국 민간 비영리 및 영리조직의 사회서비스 시장점유율

(단위: 명, %)

사회서비스 종류	1977		1997		증감율
	수	비율	수	비율	
아동보육 서비스	189,918	100.0	627,711	100.0	230.5
비영리	102,408	53.9	239,981	38.2	134.3
영리	87,510	46.1	387,730	61.8	341.1
개인/가족 서비스	182,947	100.0	762,779	100.0	316.9
비영리	167,384	91.5	692,454	90.8	313.7
영리	15,563	8.5	70,325	9.2	351.9
직업훈련 서비스	151,525	100.0	301,742	100.0	99.1
비영리	138,368	91.3	269,738	89.4	94.9
영리	13,157	8.7	32,004	10.6	143.2
거주보호 서비스	184,770	100.0	412,874	100.0	123.5
비영리	135,144	92.0	240,732	58.3	78.1
영리	49,626	8.0	172,142	41.7	246.9

자료: Smith, S.(2002). "Social Services", 『The State of Nonprofit America』

□ 이와 같이 민영화는 서비스를 구매하는 제 3자 즉 비영리 및 영리기관들의 성장으로 추진되어 왔으며, 이들에게 사용되는 공공재원은 ‘서비스 계약’ 그리고 ‘벤더모형’을 통해 지원되고 있음. 2008년 연방정부는 총 \$418,734,763을 사회부조²⁾ 분야에 지출하여 824개의 기관과 2,239건의 계약을 맺었으며 기관 당 평균 \$508,173을 지급하였음.

- 1960년대 연방정부의 다양한 사회복지 부분 재정지원은 주로 비영리기관들과의 구매계약을 통해 이루어졌으며, 이는 사회서비스 공급자 확대에 기여하였음. 서비스 계약은 공공의 사회복지서비스가 전문적 서비스 전달 공급기관을 통해 효과성을 높이려는 의도와 함께, 지역기반의 사회서비스기관들과 계약함으로써 거래비용의 감소 그리고 책임성을 유도하는 것임.
- 1980년대 이후 포괄보조금의 도입은 지방분권과 민영화의 연장선상에 있음. 포괄보조금은 민영화에 있어 연방기금의 사용을 제한하고 책임을 주정부 위탁 기관에 위임함으로써, 연방정부의 규정으로부터 자유롭게 지역의 민간기관들과 계약할 수 있게 하였고, 이는 사회서비스 지원총액의 삭감으로 이해됨.

2) 북미표준산업분류(NASIC)에 따른 중분류 산업코드로, 624 사회부조(social assistance)는 6241. 개인 및 가족 서비스, 6242 지역사회 식품, 주거, 응급과 구제서비스, 6243. 직접재활서비스, 6244. 아동보호서비스로 구성됨.

- 그러나 동시에 연방정부는 사회서비스 재정에 있어서 지속적으로 중요한 역할을 하였음. 증가된 연방정부의 재정역할은 지방의 사회서비스 전달체계에 있어 중요한 변화들을 가져옴. 예컨대 메디케이드는 정신건강, 발달장애, 아동복지, 가정간병, 보건서비스를 TANF는 현금보조보다는 근로연계서비스, 직업훈련, 아동보육 관련 프로그램에 새로운 재정을 투입하였음. 주요한 여러 연방정부 의안(Initiatives)들이 새로 탄생하였는데, 저소득주택세액공제(Low Income Housing Tax Credit, 1986)와 같이 취약계층 지역에 사회서비스 공급, 아동보육바우처, 취약계층 고용을 증진하는 세액공제 등이 대표적임. 이러한 여러 가지 지원제도들을 합치면 사회서비스 전달체계에 연방정부의 재정적 배경은 상당한 무게를 지님.
- 이에 1996년 이후 미국의 사회서비스 기관은 두 배 이상 증가함. 특히 벤더모형과 새로운 세액공제 이니셔티브의 증가는 영리기업들의 시장진출을 증가시킴. 가정돌봄분야에서 메디케이드 벤더모형은 소비자 선택이 주어짐으로써 공급자간 경쟁을 촉발시켰고, 공급자들은 구매계약과 달리 지불보상수준이나 클라이언트 수 그리고 장기적 안정성에서 불확실하게 되었지만 경쟁적 상황에서 보다 이용자요금 부과와 정부계약의 다양화를 추구하게 되는 배경이 되었음. 특히 소규모 지역사회기반 조직들이 생존이 어려워짐에 따라 개별 사회서비스 기관들은 다른 공급자들과 연대하거나 서비스 협조가 필수적이게 됨으로써, 사회서비스 사업체의 인프라와 역량에 장기투자가 빈번해짐(Smith, 2007).
- 이러한 흐름을 반영하듯 미국의 사회부조 시장 규모(세입기준)를 보면, 매년 5% 이상의 성장률을 보이고 있음. 비영리 및 영리부문 총 사업체 수도 2004년 92,255개에서 2009년 127,362개로 비슷한 성장률을 보였으며, 총 종사자 수도 2,184,660명에서 2,616,823명으로 증가하였음.
- 그러나 이러한 규모의 성장은 한편 사회복지서비스 기관들의 심해진 경쟁을 나타내기도 함. 그 결과는 사업체당 수입이 지난 수년 동안 오히려 하락한 것이며 (1,137달러에서 1,099달러), 또한 종사자 규모도 평균 24명에서 21명으로 줄어들었음.

〈표 3-3-4〉 미국의 Social Assistance 부문의 민간시장 규모

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
시장규모 (백만달러)	104,871	110,244	118,235	127,808	135,893	139,961
총 사업체 수	92,255	97,289	105,902	113,247	120,756	127,362
총 기관 수	124,143	130,918	142,507	152,391	162,496	171,385
총 종사자 수	2,184,660	2,267,288	2,359,558	2,468,614	2,561,467	2,616,823
사업체당 수입 (천달러)	1,137	1,133	1,116	1,129	1,125	1,099
사업체당 종사자 수	24	23	22	22	21	21

자료: Analysis of US Census, Bureau of Labor Statistics reports, Anything Research(2010). 2010 Report on Social Assistance.

- 개인 및 가족 서비스에서는 고용 증가율이 더욱 뚜렷함. 개인 및 가족서비스의 시장 규모는 2004년부터 매년 9%이상의 성장을 보였음.
- 이에 따라 전체 사업체 수도 2004년 25,991개에서 2009년 50,803개로 거의 두 배로 증가하였으며, 피고용인 수도 937,916명에서 1,275,299명으로 증가하였음.
- 그러나 개별 사업체가 두 배로 증가하였다는 것은 그만큼의 경쟁을 의미함
 - 각 사업체별 세입은 183만달러에서 137만달러로 크게 감소하였고, 또한 고용인 수도 36명에서 25명으로 크게 줄어들었음.

〈표 3-3-5〉 미국의 개인 및 가족서비스(Individual and Family Services) 민간시장 규모

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
시장규모 (백만달러)	47,550	51,012	55,832	61,823	66,415	69,732
총 사업체 수	25,991	29,595	35,919	41,052	46,239	50,803
총 기관 수	35,894	40,871	49,605	56,693	63,856	70,159
총 종사자 수	937,916	1,001,277	1,066,454	1,147,521	1,214,890	1,275,299
사업체당 수입 (천달러)	1,829	1,724	1,554	1,506	1,436	1,373
사업체당 종사자 수	36	34	30	28	26	25

자료: Analysis of US Census, Bureau of Labor Statistics reports, Anything Research(2010) 2010 Report on Social Assistance.

□ 사회복지서비스 민간시장 부문의 향후 전망도 긍정적임. 사회부조 전체로는 3.5% 이상의 성장률을 보일 것으로 추정되며, 개인 및 가족 서비스 부문도 2010년 4.3%의 성장률로 전망되고 그 증가세는 조금씩 줄어들 것으로 예측되고 있음.

〈표 3-3-6〉 미국의 사회부조(Social Assistance) 민간시장 전망

		2009	2010	2011	2012	2013	2014
사회부조	세입 (십억달러)	140.0	144.9	150.3	155.8	161.3	167.2
	성장률(%)		3.5	3.7	3.6	3.5	3.7
개인가족 서비스	세입 (십억달러)	69.7	72.7	75.7	78.7	81.6	84.6
	성장률(%)		4.3	4.1	3.9	3.8	3.6

자료: Anything Research.com Economic Analysis; Report on Social Assistance p. 3에서 재인용.

□ 다음의 표는 사회복지서비스 민간시장의 주요 세입을 차지하는 상품과 서비스 내용들임. 개인 및 가족 서비스 산업의 정부로부터의 보조금이 전체 수입의 29%를 차지하고, 민간으로부터의 기부가 11%를 차지하고 있음. 그리고 아동청소년 및 가족서비스를 공급함으로써 약 20%, 그리고 노인 및 장애인 관련 서비스를 제공함으로써 24%의 세입을 확보하고 있음.

〈표 3-3-7〉 미국 개인 및 가족 서비스의 민간시장 수입현황(revenue)

(단위: 개소, 백만달러, %)

Product Description	개인가족서비스		
	업체 수	세입	비율
Industry total	50,803	69,732	100
Social assistance service for children, youth, & families	16,575	14,267	20
for families-Foster & guardianship services	2,099	2,155	3
for families-Counseling & developmental srvc	6,340	2,754	4
for families-Children/youth service programs	4,232	3,061	4
for families-Child day care services	1,265	1,172	2
for families-Other	4,061	3,326	5
Social assistance services for the elderly & disabled	15,900	16,722	24
for the elderly & disabled-Adult day care service	5,538	4,812	7
for the elderly & disabled=Counseling	2,158	1,332	2
for the elderly & disabled-Other	7,683	8,905	13
for adults	5,278	2,713	4
for adults-Counseling & developmental	3,464	1,548	2
for the general population	1,781	1,883	3
Contributions, gifts, & grants-Government	16,431	20,097	29
Contributions, gifts, & grants-Private	19,962	7,503	11
All other revenue	7,314	2,029	3

자료: Anything Research(2010) 2010 Report on Individual and Family Services p.4.

2. 사회복지서비스 고용창출 제도요인

□ 전반적으로 미국 사회복지서비스 분야의 고용규모가 큰 것은 공공보다는 비영리 및 영리 부문의 고용시장 규모가 크고, 무제한적인 경쟁으로 말미암아 소규모 기관들이 난립하여 사회복지서비스를 제공하는 구조에서 비롯되었음.

○ 그러나 사회복지서비스 공급의 주된 권한은 주정부와 지방정부가 나누어 가짐으로써 미국연방의 전반적인 사회복지서비스 고용창출 제도요인을 파악하는 것은 쉬운 일이 아님.

○ 다만 메디케이드 등은 연방정부의 의무 프로그램(mandatory programs)으로 사회복지서비스 운영원칙 및 규제 그리고 재원이 제공되기는 하지만, 서비스 공급의 책임은 주로 계약의 형태로 주정부에 위임되어 있고 고용 관련 제도들은 사회복지서비스 구매계약의 당사자인 지방정부의 자율운영에 맡겨져 있어 저마다 상당한 차이가 발생함.

□ 그럼에도 불구하고 민간 사회복지서비스 고용의 활성화에 있어서는 연방정부 정책

들이 주요하였음.

- 첫째, 보조금 및 조세지출의 확대 뿐 아니라 신용보조금 등을 통한 간접적 서비스 재정에 이르기까지 1960년 이후 직·간접적 공공지출은 사회복지서비스 고용 증가에 일차적인 요인임.
 - 정부는 민간 사회서비스 기관을 지원하는 데에 있어 다양한 정책적 도구들을 가지고 있으며, 최근에는 정부위탁방식이 단순한 구매계약보다 세제감면과 공제, 채권과 바우처, 그리고 민간공급기관 지불보상(payment to private vendor)등 다양하게 추진되어 왔음.
 - 연방정부의 사회서비스 포괄보조금은 레이건 행정부 때 매우 급격하게 삭감되어 1980~90년대 약 1/3 정도가 줄어들었지만, 전반적으로 연방 보조금은 그 수와 규모면서 지속적으로 증가하였는데, 1960년대 130여개의 연방보조금 프로그램은 1980년대 540개 그리고 2001년 640여개로 증가하였음(Gilbert & Terrell, 2005).
 - 이에 연방정부로부터 각종 자금을 지원 받는 단체는 1980년 410만에서 1996년 660만으로 증가하였고, 지역사회복지 기관들의 주된 자금 원천이었던 주정부들도 이제는 연방정부의 지원을 통해 주의 복지서비스를 확충하고 있음(Smith, 2007).
 - 또한 1996년 복지개혁 이후 소득보장 프로그램에 관한 연방지원은 크게 감소하는 대신 사회서비스에 관한 지원은 증가하면서, 연방정부의 새로운 사회서비스 재정지원 프로그램들을 통해 새로운 사회적 욕구에 대응하는 다양한 서비스가 등장한 것이 민간영역 공급자 확대에 크게 기여하였음.
 - 예를 들어, 사회서비스 포괄보조금(SSBG)과 지역사회서비스 포괄보조금(CSBG)는 예산규모가 줄어들었음에도 불구하고 사회서비스를 위한 주 정부 수준에서의 보조금은 연방정부의 다른 이전 재정을 통해 오히려 늘었으며, 또한 직업훈련, 근로연계복지 사업(Welfare to Work), 아동보육 서비스 등과 같이 민간 사회서비스 공급자들에 대한 재정지원을 확대하여 왔음.
 - 예컨대 전체적으로 연방정부의 현금급여 지출은 1995년 81억 달러에서

2002년 46억 달러로 감소한 반면, 연방지출은 같은 기간에 71억 달러에서 175억 달러로 증가하였음. 증가된 연방지원금의 상당부분이 보육, 근로연계 프로그램, 직업훈련, 상담 등에 지출되었음.

- 주 단위에서 이러한 변화는 가시적이었는데, 위스콘신 주의 경우 현금지원은 1995년 3억5200만 달러에서 1999년 7300만 달러로 크게 감소하였으나, 아동복지 등에 연방지원이 크게 증가하면서 전체 복지지출은 10억 8200만 달러에서 12억 3900만 달러로 증가하였음(Smith, 2007).

〈표 3-3-8〉 미국 주정부와 지방정부의 공공지출 구성, FY2000

(단위: 10억 \$)

구분		규모	정책 예
현금지원	연방정부 프로그램	17.7	TANF, SSI
	주정부 프로그램	3.0	난민지원, 긴급구호
메디케이드	민간지불보조 (Private vendor payments)	155.0	메디케이드, SCHIP
사회서비스	민간지불보조 (Private vendor payments)	2.1	의료 외 사회서비스 민간기관 지불보조
	복지기관	1.2	요양원 및 복지시설 공급 및 관리
	기타 복지서비스	54.4	SSBG 및 아동, 노인, 장애인 가족 서비스
공공의료	의료기관	75.2	공공의료기관 지원
기타 총 공공지출 (사회복지 제외)		1,309	-

자료: DHHS, <http://aspe.hhs.gov/hsp/social-welfare-spending04>

○ 둘째, 사회복지서비스 이용 규모와 이들의 비용 부담은 영리추구 공급자의 확대에 결정적 요인임. 장기요양의 경우 2000년 기준 장기요양서비스 수요자는 약 950만 명이며, 이 중 63%가 65세 이상의 노인임. 대다수(83%)는 지역사회보호 수준의 서비스를 요구하지만, 일부(17%)는 장기요양시설(Nursing Home)에서 집중적인 서비스를 필요로 함(National Commission for Quality Long-Term Care, 2007).

— Murtaugh et al.(1997)은 25세 이상의 사람들 중 27%가 사망 전에 장기요양서비스를 이용하며 평균 2.4년을 장기요양시설에서 보내는 것으로 보

고하고 있음(정완교·진양수, 2008).

- 또한 서비스 이용자들의 이용료 부담도 상당한 수준임. 2004년 기준 장기요양비용은 약 1,853억 달러가 지출되었는데, 전체 장기요양 재원의 49%는 메디케이드를 통해 조달되고 있으며, 메디케어와 환자 본인부담금이 각각 19%, 민간장기요양보험이 7% 순임(National Commission for Quality Long-Term Care, 2007). 비용은 2008년 전국 평균 기준 요양시설의 2인실 기준 년 6만8천 달러이며, 가정보호는 연 1만8천 달러 수준임.
 - 따라서 메디케이드가 여타 사회복지서비스와 마찬가지로 주된 재원이지만, 장기요양보호의 주된 재원 중 하나는 본인부담금이라 할 수 있음.
 - 이에 요양시설의 경우 2007년 기준 약 16,400개소의 시설에 150만개의 병상수가 있으며 한해 약 300만 명이 이용함(CMS, 2007). 이는 65세 인구 3,730만 명의 8-9%에 달함. 요양시설 유형을 보면 공공은 8%에 불과한 반면, 비영리 26%, 그리고 영리시설이 전체의 2/3를 차지하고 있음(장동민, 2005). 이들은 메디케이드와 메디케어로부터 지불상환을 받기 위해서 인증을 받고 운영되고 있으며, 전체의 3/4가 두 제도 모두에서 인증을 획득하였음.
 - 재가요양의 경우도 1999년 기준 영리기관이 전체의 41%를 차지함. 특히 재가요양서비스의 이용이 지속적으로 증가하였는데 이는 시설요양의 지출비용을 감소하기 위하여 각 지방정부가 유도한 결과임.
- 셋째, 개인 및 가족서비스 사회복지 전문가들의 전문서비스 체계의 출현임. 메디케이드의 무제한적 배상이 허용되면서 전문직 사회복지서비스도 함께 촉진되어 왔음. 정신건강, 약물남용, 장애, 그리고 질병 서비스들이 건강보호 항목하에서 효과적으로 분류되고 변상 지불되었기 때문임.
- 초기의 사회사업은 심리치료 중심의 사적 개업(private practice)을 저지하였으나, 점차 사적 개업은 사회복지사들의 전망의 직종이 되어가고 있음.
 - 1964년 미국사회복지사협회도 사적 개업을 사회사업의 합법적인 영역으로 인정하였고, 1990년에는 사회복지사들의 40%가 사적 개업에 종사하고 있음(Specht & Courtney, 1994).

- 이들은 전문적 독립 임상사회복지사로 불리우며, 대인사회복지서비스에서 사적 개업은 가장 빠른 증가세를 보이고 있음. 비용을 지불하는 클라이언트들은 비용을 지불하지 않는 클라이언트보다 성과가 더 좋으며, 치료적 가치가 더 높다고 믿는 경향을 보이며, 동시에 사적 개업 사회복지자도 확산되는 것임.

□ 결론적으로 미국 사회복지서비스 제도에서의 고용 증가는 시장 중심의 사회복지서비스 산업화만으로 설명하기 어려움. 제도적 뒷받침은 연방정부의 안정적인 재정적 지원제도, 특히 메디케이드와 세액공제 등의 프로그램을 통해 지방의 민간영역 사회복지서비스 공급자들과 새로운 관계를 형성하면서 공급자간 경쟁을 유발한 효과에 있음.

— 반면 영리 사회복지서비스 공급기관의 성장은 비영리조직들이 영세한 조직특성을 보이는 것과 달리 경쟁체제에 유리한 위치를 점하기 위하여 규모화와 연계를 추진하고 정치적 배경을 획득하게 됨에 따라, 가격경쟁을 비롯하여 공공부문과의 협력에서 우월한 경우가 많아짐.

- 이는 사회복지서비스의 민영화가 시장화로 확대될 위험을 보이는 것이며, 사회복지서비스 공급이 사회적 미션에 따라 운영되는 지역사회기반의 사회복지서비스기관의 쇠퇴와 함께, 경쟁의 강화가 이윤창출을 우선시하는 질 낮은 돌봄 영리기관 확대와 고가의 치료적 서비스로 구분되는, 사회복지서비스의 양극화를 예견하게 함.

영국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

제4장 영국의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

- 영국에서 사회복지³⁾는 오랫동안 주요한 정책영역으로 간주되고 논의되어 왔지만 그와 동시에 전통적으로 주요 복지국가 제도 중에서 가장 주목을 받지 못했던 제도 영역이기도 함.
 - 보건, 교육, 사회보장 보건, 교육, 사회보장 등 주요 복지제도들은 영국 정치에서 주요한 쟁점으로 자주 다루어져 왔지만 사회복지의 경우 1992년까지 거의 주요 쟁점으로 거론되지 못했음(Baldock, 1994).
- 하지만 최근 들어서 이러한 사회복지의 정치적 소외는 옛말이 되어가고 있음. 가족구조의 변화, 고령화 등 급격한 사회 변화로 인한 사회복지에 대한 욕구가 점증되면서 사회복지에는 점점 더 중요한 정치적 쟁점이 되어 왔음.
 - 특히 지난 2010년 5월 총선을 앞두고 당시 집권당이었던 노동당 정부는 국가보건서비스(National Health Service)에 이은 국가요양서비스(National Care Service) 건설을 기치로 내걸고 사회복지의 근본적인 개혁을 내세운 ‘사회서비스정책백서(HM Government, 2010)’를 발간하는 등 사회복지 자체를 노동당의 주요 선거 아젠다로 만들어가려는 노력을 경주하였고, 그에 따라 이 부분에서 노동당이 가장 긍정적인 평가를 받기도 하였음.
 - 현재 노동당이 실각하고 보수당-자유당 연립정부가 들어선 이후 이 백서에 대한 재검토 작업이 진행되고 있지만 여전히 사회복지가 외면할 수 없는 사회복지의 주요 정책영역으로 부각되고 있음은 부인할 수 없을 것임.

3) 본 절에서는 사회복지부문 전반을 연구 범위로 하되, 실질적으로 고용과 직결된 사회복지부문의 사회복지서비스를 중심으로 검토함.

- 사회서비스는 그 특성상 명확한 정의나 영역 구분이 이루어지는 영역이 아님. 특히 영국의 경우 사회서비스 정책의 역사적 특징 때문에 그 구분이 더욱 불명확해왔음.
- 영국의 사회서비스 정책의 역사에서 가장 두드러진 점은 많은 경우 사회서비스가 보건의료와 같은 영역으로 취급되어 왔다는 점임(Hill, 2000). 그러면서도 사회서비스는 전후 복지국가 성립시기에 점차 지방정부의 영역으로 넘어갔기 때문에 또한 대체로 중앙정부 차원에서 잘 다루어지지 않고 지방정부의 개별적인 문제로 다루어져오기도 했음(Baldock, 1994). 그러다보니 전국적으로 통일된 제도적 틀이나 현황 등에 대한 근거들을 찾기에 어려움이 있음.
- 더군다나 앞서 언급한 바와 같이 사회서비스는 각종 정부자료·통계에서 보건의료부와 동일한 범주로 분류되기도 하지만, 어떤 경우에는 사회보장의 일부 영역으로 취급되는 경우도 많음. 자료에 따라 그 분류의 일관성도 모호함.
- 그보다 더욱 심각한 문제는 보건의료와 같은 범주로 분류가 되든 사회보장과 같은 범주로 분류가 되든지간에, 이 두 영역 모두 전통적으로 정부의 총지출 규모에서 20~30%를 차지하는 대표적인 거대영역이라는 점임.
- 대체적으로 사회서비스의 경우 그 예산규모가 최근 가장 많이 늘어났다는 점을 고려하더라도 5%에 미치지 못하는 점을 감안하면, 때로는 보건의료 영역, 또는 사회보장 영역과 합산되어서 제시되는 수치에서 사회서비스 정책영역에 대한 합의를 찾기는 대단히 어려움.
- 기실 사회서비스 정책의 역사적 변화과정과 그에 따른 고용 수준의 증감을 서로 비교해 봄으로써 사회서비스 내 고용에 미치는 제도적인 요인들을 추정해 볼 수 있겠으나 이러한 영국 사회서비스 영역의 특징 때문에 비교 가능한 시계열적인 데이터를 확보하는 데에 원천적인 어려움이 있음.
- 본 연구에서는 이러한 제한된 범위에서 최대한 해석 가능한 데이터를 동원하여 분석하였기 때문에 한계가 있을 수밖에 없음에 미리 양해를 구하고자 함.
- 본 절에서는 먼저 영국 사회서비스 제도의 역사적 발전과정을 고찰한 후 현재의 사회서비스 주요제도와 현황을 살펴보고, 이에 대해서 동원 가능한 데이터를 이용하여 고용과 지출의 변화 경향을 살펴봄으로서 사회서비스 고용의 제도 요인에 대해서 분석해 보고자 함.

제1 절 사회복지서비스 제도의 발전 과정 및 현황

1. 영국 사회복지서비스 제도화 과정

- 영국의 사회서비스는 앞서 언급한 바대로 주요한 복지영역이었음에도 불구하고 그 출발부터 보건의료의 부가적인 영역으로 취급되어 왔고, 그 기본적인 책임 역시 중앙정부보다는 지방정부에 순차적으로 부여되기 시작하여 오히려 현대적인 사회복지 서비스 제도는 70년대에 확립되게 됨.
- 여기에서 70년대까지 사회서비스 제도 확립에서 지금까지의 제도적 발전과정을 살펴보고 이를 통해서 제도의 구조적 변화와 이에 따른 고용수준 변화의 영향 요인을 분석해 보도록 함.

가. 초기 국가중심 사회서비스 공급 구조와 고용 구조 확립

- 2차 세계대전이 끝난 이후 영국은 잘 알려진 대로 ‘요람에서 무덤까지’라는 슬로건으로 유명한 ‘베버리지 보고서’를 바탕으로 하여, 애틀리 수상이 이끄는 노동당 정부의 주도로 현대적 복지국가 체제를 구축하였음.
- 그 당시 사회서비스는 베버리지 보고서에서 나타난 주요 사회복지정책영역, 사회보장, 보건, 교육, 고용, 주거 등에도 포함되지 않았을 뿐만 아니라 실제 정책적으로도 별도의 영역으로 고려되지는 못하였음.
- 오히려 사회서비스가 부각되기 시작한 것은 국가 중심의 무상의료서비스로 구축된 국가보건서비스(National Health Service, NHS)에서 장기적으로 병상을 점유하는 고령 환자 문제가 심각한 비용문제를 야기하면서임.
- 즉 보건의료서비스에서 2차 의료기관(병원)의 기본적 역할은 질병에 걸린 환자를 최대한 효과적으로 치료하고 정상 생활로 복귀시키는 것인데 대부분 노환으로 장기질환을 앓고 있는 노인 환자의 경우 지속적 수발이 필요하여 장기적으로 병상을 점유함에 따라 급격한 지출 증가요인으로 등장하였던 것임.
- 이에 따라 노인의 장기요양 책임을 점차적으로 NHS에서 지방정부로 이전시키는 과정에서 사회서비스 영역이 구축되기 시작하였음. 이러한 과정은 새로운 제도입법

을 통해서 새롭게 지방정부에 특정 집단에 대한 책임을 부여하면서 진행되었는데, 1946년 국가건강서비스법(1946 National Health Service Act), 1948년 국가부조법(1948 National Assistance Act), 1948년 아동법(1948 Children Act), 1959년 정신보건법(1959 Mental Health Act), 1963년 아동및청소년법(1963 Children and Young Person Act), 1968년 건강서비스및공공보건법(1968 Health Service and Public Health Act), 1970년 만성질환및장애인법(1970 Chronically Sick and Disabled Person Act) 등이 대표적인 예임.

○ 그 명칭에서 알 수 있듯이 이러한 제도 입법은 노인에게만 국한되었던 것은 아니고 장애인, 아동 등의 다른 대상까지도 포함하고 있으며 주로 이러한 대상 집단에 대한 서비스의 제공 의무를 지방정부에게 새롭게 부여하거나, 사회 서비스 제공 권한을 확대하는 내용을 가지고 있었음(Lowe, 2005; Sullivan, 1996).

□ 하지만 이러한 제도의 확대과정이 어떠한 일관된 계획 하에서 진행되기 보다는 개별입법들을 통해 서로 다른 대상에 대한 서로 다른 사회보호의 책임을 부여하다보니 그에 따른 문제가 드러나기 시작함.

○ 즉, 이러한 과정을 통해 점차 지방정부 중심의 사회서비스가 점차 자리 잡게 되지만 제도적으로 지방정부 내에서 아동부, 복지부, 교육부, 보건부 등으로 각각 분산되어 일반적으로 중층적으로 욕구를 가지고 있는 대상자에 대한 포괄적이고 효과적인 접근이 이루어지지 못하고 있다는 지적이 지속적으로 제기되었던 것임(Forder, 1975; Hall, 1976; Townsend, 1970).

○ 이러한 문제가 지속적으로 제기되자 영국 정부는 이에 대한 해법을 모색하기 위해서 시범 위원회를 결성하였고, 이 위원회는 장기간의 검토 결과 각 지방정부마다 통합된 사회복지서비스 담당 부서인 사회서비스부(Social Service Department)를 구성하는 것을 핵심으로 하는 권고안을 발표하였음(Seebohm Committee, 1968).

○ 당시 영국 정부는 이 권고안을 기초로 1970년 지방정부 사회서비스법(Local Authority Social Service Act)을 제정하여 이 안을 제도화시킴으로서 영국은 비로소 현대 사회서비스 공급체계의 틀을 확립하게 되었음.

- 이와 같은 제도개혁에서 별도의 부가적인 예산을 계획했던 것은 아니었지만 자연스러운 지출확대가 이루어졌음. 70년대 초 당시 영국은 심각한 경제위기를 경험하기 시작한 상황이었음에도 불구하고 사회서비스 예산이 1970년과 74년 사이 매년 10%이상 증액되었으며(Sullivan, 1996), 이러한 지출증가와 제도개혁이 맞물리면서 국가중심의 현대적 사회서비스 제도가 확립되고 사회서비스가 하나의 주요 제도 영역으로 성립되었던 것임.
- 당시 제도개혁이 어떻게 부수적인 지출증대효과를 가져왔는가에 대해서는 몇 가지 설명이 존재함(Brown, 1974; Cypher, 1979; Parker, 1970).
 - 우선 지방정부 내에서 독자적으로 사회서비스부가 구성됨으로 인해 사회서비스 영역 자체가 교육, 주거 등 다른 주요한 지방정부 사업분야와 동등한 위상을 확보할 수 있었으며 이로 인해 보다 많은 예산을 확보할 수 있는 조건이 성립되었다는 것임.
 - 또한 사회서비스부 구성으로 서비스에 대한 손쉬운 접근이 가능해져서 사회서비스에 대한 인식도 제고되었고, 이에 따라 서비스 수급에 대한 낙인도 감소되고 지방정부는 지역 내 사회서비스에 대한 욕구를 더욱 효과적으로 파악할 수 있게 되었던 것임.
- 이 당시 민간부분의 역할이 없었던 것은 아니지만 이러한 개혁과정을 통해서 오히려 20세기 초까지 고용주, 자조집단, 종교단체를 중심으로 이루어졌던 사회서비스도 국가중심의 사회서비스 공급구조로 이양되었음(Holgate & Keidan, 1975; Parker, 1970).
- 따라서 영국 현대 사회서비스는 지방정부를 중심으로 확립되었으며 이에 중심적인 역할을 하는 사회복지사는 물론이고, 현장 서비스 제공 인력도 거의 지방정부에 직접 고용된 형태로 존재하였음.

나. 사회서비스 공급 시장화

- 70년대 영국 사회서비스는 국가중심으로 확립이 되었지만 그 때부터 시작된 영국의 경제위기로 인해서 점차 재정적 압박을 경험하게 되었음. 거기다가 1979년 북

지 축소를 내세운 대처 수상이 집권하고 보수당 정부가 들어서면서 결국 민간부분이 급격하게 확대되는 과정을 겪게 되었음.

□ 하지만 처음 사회서비스 공급에 있어 민간부분이 급격하게 확대된 것은 다소 우발적인 사태가 계기가 되었음.

○ 정부 지출 축소를 기치로 내걸었던 대처 정부는 그 당시 여전히 노동당이 많이 장악하고 있는 지방정부의 지출을 통제하는 데에 어려움을 겪고 있었으며, 이를 통제하기 위한 수단 중 하나로 보수당 정부는 지방정부의 자본지출(capital expenditure)을 제한했던 것임.

○ 이 제한 때문에 지방정부가 필요한 사회서비스 시설을 확충하지 못하게 되자 노인 요양시설 등의 부족 현상이 심각해지는 한편, 공공 공급이 줄어든 틈으로 민간 시설이 급증하기 시작하였음(Lowe, 2005).

○ 하지만 문제는 거기에 그치지 않았음. 공공시설의 부족 현상으로 민간시설은 비용 때문에 이용하지 못하는 저소득층의 문제가 심각해지기 시작한 것임. 하지만 여전히 지방정부의 자본지출 통제를 유지하고픈 중앙정부는 지방정부에 추가 지출하는 여지를 주는 대신 규정을 개정하여 우리나라 기초생활보장 제도에 해당하는 소득보조(income support) 수급자가 장기요양을 필요로 할 경우 중앙정부의 사회보장 예산에서 그 비용을 지원받을 수 있도록 한 것임.

□ 지방정부 통제유지를 위한 교육책은 뜻밖의 결과를 빚게 되었음.

○ 본래 지방정부에서 사회서비스 지출을 담당하던 때에는 암묵적으로 지방정부가 감당할 수 있는 범위 내에서 오히려 지출이 통제되었었지만 이것이 중앙정부의 사회보장예산으로 편입되면서 오히려 대상자(소득보조 수급자)가 장기요양을 필요로 하는 경우, 즉 자격조건이 되는 경우에는 제한 없이 지원이 될 수 있는 결과를 낳은 것임.

－ 다시 말해 지방정부 수준에서 다루어질 때는 서로 다른 지방끼리 상이한 기준을 자기 재정 사정에 맞게 적용시킬 수 있었지만 중앙정부가 담당하는 순간 전국적으로 통일된 기준이 적용되어서 법적 요건을 충족시키는 경우 제한 없이 지출이 이루어지는 상황이 된 것임.

－ 이로 인해 1979년에서 1986년까지 연간 45배 이상 넘게 관련 지출이 폭

증되는 사태를 불러 왔음.

- 이와 동시에 지방정부의 자본지출은 여전히 통제되어 이 비용 증가의 혜택은 많은 부분 민간 공급자에게 돌아가 결과적으로 민간요양시설이 더욱 폭증하게 되었음(Means & Smith, 1994).

- 상황이 이렇게 되자 보수당 정부는 보다 근본적인 사회서비스 제도의 변화를 모색하게 되었음. 그래서 1986년 그리피스 위원회를 결성하고 사회서비스 개혁 방안 도출을 의뢰하였는데 그 결과 제출된 핵심적인 권고 내용은 요양시설에 대한 공공 재원을 다시 지방정부로 돌리고 지방정부가 지역사회 욕구 사정, 지역사회보호계획 수립, 재정운영, 정보제공, 개별욕구 사정 등의 중심이 되어야 한다고 전제하면서도 지방정부는 더 이상 독점적 공급자가 아니라 다양한 민간 참여를 통해 욕구를 충족하도록 이끌어야 하는 가능자(enabler)가 되어야 한다고 것임(Griffiths, 1988).
- 이러한 권고사항은 1990년 국가건강서비스및지역사회보호법(1990National Health Service and Community Care Act)으로 제도화되었음. 이에 따라 70년대에 지방정부 사회서비스부의 설립과 더불어 확립되었던 국가중심 서비스 공급 구조는 다양한 민간, 영리, 비공식 부분이 참여하는 분담구조로 변화하였음.
- 이 변화의 핵심에는 ‘공급자-구매자 분리(purchaser-provider split)’가 있었음. 즉 지방정부는 욕구를 사정하고, 보호계획을 수립하고, 재정 운영 등을 책임지는 등 사회서비스 공급에 있어 중심적인 역할을 하지만 직접적으로 서비스를 공급하기 보다는 서비스 공급을 구매하는 구매자가 되는 것이며 이를 위해서 영리, 비영리, 공공, 민간 이든 다양한 공급자가 경쟁을 통해 지방정부와 공급 계약을 따내야 하는 것임(Langan, 1998).
- 이는 시장에서의 경쟁과 선택의 원리를 사회서비스에 도입한 것으로 사회서비스 시장화의 대표적인 사례로 여겨지고 있음. 이러한 시장화 정책을 강력하게 추진하기 위한 수단으로 보수당 정부는 지방정부에 서비스 공급 계약기간이 끝나면 해당 서비스를 무조건 의무적으로 민간기관이 참여하는 경쟁적 입찰에 다시 붙이게 하는 의무경쟁입찰제(Compulsory Competitive Tendering, CCT)를 도입하였음.
- 이러한 강제적 제도로 인하여 결국 사회서비스 공급에 있어 공공부문은 점차 축소되었고, 반면 민간부분은 급격하게 증가하는 흐름이 강화되었음.

- 이러한 제도적 변화는 역시 공공부문에도 지대한 영향을 끼치게 되었음. 물론 욕구 사정, 보호 계획, 사례 관리 등 사회서비스의 핵심적인 역할을 여전히 지방정부에 의해 고용된 사회복지사에 의해 이루어졌지만 요양 보호사와 같은 직접적인 서비스 제공인력에 있어서는 민간의 비중이 급격히 늘어난 것임.
- 또한 이들의 고용 형태도 지방정부에의 직접적인 고용형태에서 다양한 민간기관에 의한 고용 또는 자영업 형태가 증가하게 되고 지방정부와의 공급 계약을 통해 운영하는 방식이 보편적으로 자리 잡기 시작하였음.

다. 신노동당 집권과 개인화 개혁

- 1997년 선거에서 제 3의 길을 표방한 신노동당이 압도적인 차이로 승리해 재집권에 성공하였음. 이후 신노동당 정부는 사회서비스에 있어서도 시장과 경쟁을 추구했던 이전 보수당 정부들과 달리 협력과 동반자관계를 강조하면서 정책적 변화를 예고하였음.
- 대표적인 사례로서 신노동당 정부는 보수당이 민간부문 확대와 경쟁체제 강화를 위해 도입했었던 대표적인 제도인 의무경쟁입찰제를 폐지하였음.
- 이러한 정책기조는 신노동당 정부의 정책 백서(White Paper), ‘사회서비스 현대화: 독립 촉진, 보호 증진, 기준 향상(Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standard)’(DH, 1998)에 잘 나타나있음
 - 이 정책백서에서 신노동당 정부는 공공과 민간간의 동반자 관계 촉진, 운영의 효율화, 취약계층 권리와 독립적 삶 촉진 등의 개혁방안을 설정하고 추진하였음.
 - 하지만 이것은 과거 보수당 정부가 국가중심의 사회서비스를 민간중심의 사회서비스로 방향을 수정하였던, 그런 규모의 변화와는 거리가 있었음. 다시 말해 사회서비스 공급구조의 근본적 변화를 시도하지는 않았던 것임.
- 사회서비스 정책 방향에 있어 신노동당 정부의 가장 큰 특징은 개인화(individualisation)라고 할 수 있음. 가장 대표적인 사례는 직접 지불제(Direct Payment)로 지방정부가 민간 공급자와의 계약을 통해 서비스를 제공하게 하였던

방식에서 더 나아가 직접 이용자에게 현금을 지급하게 하여 직접 서비스 제공자를 고용하여 이용하도록 하는 제도임.

○ 즉, 자신이 스스로 서비스를 선택하고 구성하는 등 절대적인 통제권을 행사하는 것임. 하지만 이것이 젊은 신체장애인 등 스스로 매우 적극적인 통제권을 행사하기를 바라는 일부 계층에게 적용될 수 있는 대안이라면 또 하나 적극적으로 추진되었던 정책은 개인 예산제(Individual Budget)라고 할 수 있음.

－ 이 제도는 현금을 개인에게 지급하는 하나의 형태에 그치지 않고 서비스 이용자를 중심으로 관련예산을 통합하고 이용자의 선택에 의해서 현금제공과 서비스 제공을 포함한 다양한 형태로 개별적인 욕구에 맞춰 서비스를 재구성 할 수 있는 제도임.

□ 이와 같은 제도는 신노동당 정부가 새롭게 추진하는 정책방향, 즉 공급자간 경쟁적 관계에 초점을 맞추기 보다는 이용자를 중심으로 보다 통합적이고 협력적인 사회 서비스 공급을 구축하려고 하고, 이용자의 단순한 공급자간 선택권 보다는 서비스 자체를 새롭게 구성할 수 있는 이용자의 통제권(control)을 확대하려는 의도를 잘 드러내고 있다고 할 수 있음.

□ 그러나 정부의 적극적인 추진 노력에도 불구하고 총 성인 사회서비스 예산 중 지방정부가 오직 4%의 예산만 직접 지불제를 통해 지출하며 총성인 이용자중 6.5%만이 이용(Care Quality Commission, 2010: 30) 할 정도로 비중이 여전히 작음.

□ 또한 개인 예산제의 경우 이제 70개 지역에서 시범사업을 진행하고 있는 상황(Care Quality Commission, 2010)이어서 신노동당 정부의 사회서비스 개혁이 사회서비스 고용 구조의 변화를 줄만큼 구조적 변화가 일어난 것이라고 보기는 어렵다고 할 수 있음.

라. 사회서비스 제도 발전과 고용수준 영향요인

□ 지금까지 영국의 사회서비스 제도가 70년대 현대적인 사회서비스 제도 성립 이후부터 최근 신노동당 정부까지 어떻게 변화되어 왔는가를 살펴보았음. 살펴본 바와 같이 영국은 다른 정책들에서도 유사하지만 사회서비스 정책 역시도 극적인 변화

를 경험해 왔음.

- 즉, 초기에 국가중심으로 체계가 성립된 사회서비스 제도는 80~90년대를 거치면서 민간 중심의 공급구조가 급격하게 확대되기 시작하였고, 경쟁과 선택을 중심으로 한 이 시장화 개혁은 다시 90년대 말과 2000년대 초중반을 거치면서 통합과 협력을 중심으로 한 개인화 개혁이 추진되었음.
- 또한, 이러한 제도적 변화와 개혁과는 별개로 고용수준과 관련해서 사회서비스 공급의 구조적 변화가 일어났던 시기는 몇 개의 특정 시점으로 생각해 볼 수 있었음.
 - － 첫 번째 변화의 시점은 각 지방정부 단위로 사회서비스부가 설립되어 현대적인 국가중심 사회서비스 체계가 구축되고 그에 따른 효과로 예산과 공급이 확대되었던 70년대 초라고 할 수 있음.
 - 이 시기에 사회서비스 지출과 함께 고용이 증가했을 것이라고 생각할 수 있으며 특히 변화의 성격상 공공중심, 즉 지방정부에 의한 직접고용 형태를 중심으로 이와 같은 확대가 이루어졌다고 할 수 있음.
 - － 두 번째 변화의 시점은 80년대 초 보수당 정부가 지방정부의 자본지출을 제한하여 민간 시설의 증가가 일어나기 시작하고 여기에 소득보조 수급자 시설보호 예산을 중앙정부 사회보장 예산으로 전환시키면서 결과적으로 관련 지출 규모가 수십 배 폭증했던 시기를 들 수 있음.
 - 물론 이 시기가 의도적인 정책개혁을 추진했던 때는 아니라고 하더라도 이와 같은 정책적 조치의 변화로 인해 사회서비스 영역 내 고용 구조에 지대한 영향을 끼쳤을 것이라는 점은 쉽게 생각해 볼 수 있음.
 - 즉 공공부문 내의 사회서비스 확대는 제한되더라도 그 제한된 부문만큼 민간 부문의 확대가 일어났던 것이고, 거기에 정부의 사회보장 예산이 대거 투입되기 시작하면서 제한된 공공부문과는 달리 민간부문의 확대가 더욱 급격하게 진행되었을 것이라고 생각해 볼 수 있음.
 - 즉 이 시기에 사회서비스의 고용은 민간 공급자에 의한 고용 형태를 중심으로 증가가 이루어졌을 것임.
 - － 마지막 시점은 이와 같은 결과로 보수당 정부가 구체적인 제도 변화를 추

- 진하였던 90년대 초임. 특히 1990년 국가건강서비스 및 지역사회 보호법이 본격적으로 시행되기 시작한 1993년이라는 시점에 주목할 필요가 있음.
- 이 전의 시기가 다소 우발적으로 공공부문 확대를 제한하는 과정에서 예기치 못한 예산 폭증이 발생하고 민간부문의 확대가 초래되었던 기간이라고 한다면 1993년의 시점은 정부가 다시 체계를 정비하고 새로운 제도적 틀을 갖추어 주도적인 변화를 추진했다는 점에서 차이가 있음.
 - 이 당시 개혁의 핵심은 지방정부가 사회서비스 공급에 있어서 중심을 차지하되 공급의 역할을 민간의 참여로 다양화하고 경쟁관계를 촉진했다는 데 있음.
 - 따라서 우선 정책적으로 사회서비스가 확대되면서도 고용에 있어서는 민간부문의 서비스 제공인력 고용이 증가했다고 생각해 볼 수 있음.
 - 하지만 이와 동시에 그만큼 지방정부의 중심적 역할이 요구되면서 이에 따른 공공부문 고용에 있어서의 영향도 생각해 볼 수 있을 것임.
- 그 다음으로는 신노동당 정부의 개혁이 추진되었던 1990년대 말에서 2000년대 초중반의 기간을 생각해 볼 수 있지만 앞서 살펴본 바와 같이 변화의 폭이 매우 제한적이었기 때문에 제도적 구조나 고용수준에 있어 이전의 경향과 크게 구별될 수 있는 의미 있는 변화가 있었다고 생각하기 어려움.
- 따라서 우선 영국 사회서비스의 현황을 살펴본 이후 이와 같은 세 가지 시점을 고려하면서 사회서비스 부문 예산과 고용의 역사적 변화를 살펴봄으로써 제도 변화가 고용 수준에 미친 효과를 가늠해 보도록 할 예정임.

2. 영국 사회서비스 제도 현황

- 영국 사회서비스 제도의 가장 최근 현황은 보건의료서비스와 사회서비스의 관리·평가를 담당하고 있는 돌봄질관리위원회(Care Quality Commission)의 전신인 사회서비스조사위원회(Commission for Social Care Inspection, CSCI)가 2009년에 발간한 ‘2007-08 잉글랜드 사회서비스 현황 *The state of social care in England 2007-08*’(CSCI, 2009)에서 살펴볼 수 있음. 여기서는 이 보고서를 중심

으로 영국 사회서비스 현황을 검토할 예정임.

○ 우선 이 보고서에 따르면 2007-08년도 175만 명의 성인 인구가 지방정부 또는 지방정부에서 의뢰된 민간기관이나 비영리단체에 의해 사회서비스를 이용 중인 것으로 나타나고 있음.

○ 이 중에서 146,000명의 노인 및 장애인이 공공기금의 도움 없이 시설요양 중인 것으로 파악되고 있으며 지원을 받는다고 하더라도 상당수의 이용자들이 개인 부담을 병행하고 있는 것으로 파악되고 있음.

□ 2006년에 조사된 바로는 국가의 지원을 받는 사회서비스 이용자 중에서 발생하는 개인 부담금 총액수가 59억 파운드(약 11조원)에 가까운 것으로 추정된 바 있음.

○ 영국의 대표적인 노인단체인 에이지 컨선(Age Concern)은 지방정부가 지급하는 사회서비스 비용과 실제 이용비용간의 간극을 메우기 위해서 이용 노인과 그 가족이 지출하는 돈이 총 5억 파운드(약 9천억 원)이라고 계측한 바 있음.

○ 한편 2001년 전국 조사에 의하면 520만 명의 비공식 수발자(가족, 친지 등 비제도권 수발 제공자)가 영국에 존재하고 있으며 그 중 170만 명은 주당 20시간 이상 수발을 제공하는 것으로 파악되었음.

□ 사회서비스 지출 현황을 살펴보면 2006/07년도 현재 지방정부의 총 사회서비스 지출 규모는 165억 파운드(약 30조원)이며 이는 이전 년도에 비해 약 4% 늘어난 규모임.

○ 이를 다시 서비스 대상별로 나누어서 보면 59%는 만 65세 이상 노인, 22%는 성인(만 18에서 64세) 학습장애인에게 지출되고 있어 약 80%가량의 지출이 노인과 성인 학습장애인에게 집중되고 있음을 볼 수 있음.

○ 잉글랜드 전역에서 175만 명이 하나 이상의 지방 정부의 사회서비스 지원을 받고 있는 상황이며 한 해 동안 약 2백만 명이 새롭게 지방정부로부터 서비스를 지원받고 있음.

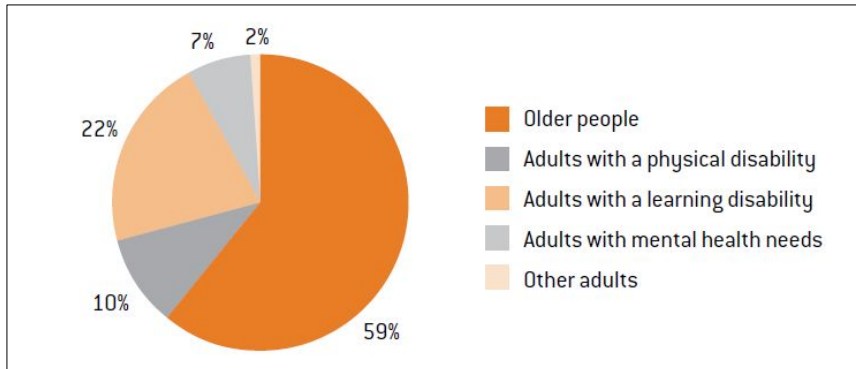
□ 서비스 공급기관의 비중을 보면 영리와 비영리 등 민간 부문의 증가가 여전히 두드러지고 있음.

□ 영리기관이나 비영리기관을 통해서 사회서비스를 제공하는 지출상의 비율은

2001/02년도에 59%에서 2006/07년도에는 70%로 증가했음. 그 총액은 109억 파운드(약 20조 원)에 달하는 것으로 파악되고 있음.

- 2008년 3월 현재 요양시설, 재가 서비스 기관, 간호 요양시설(nursing home) 등을 포괄 총 24,289개의 서비스 기관이 있음.

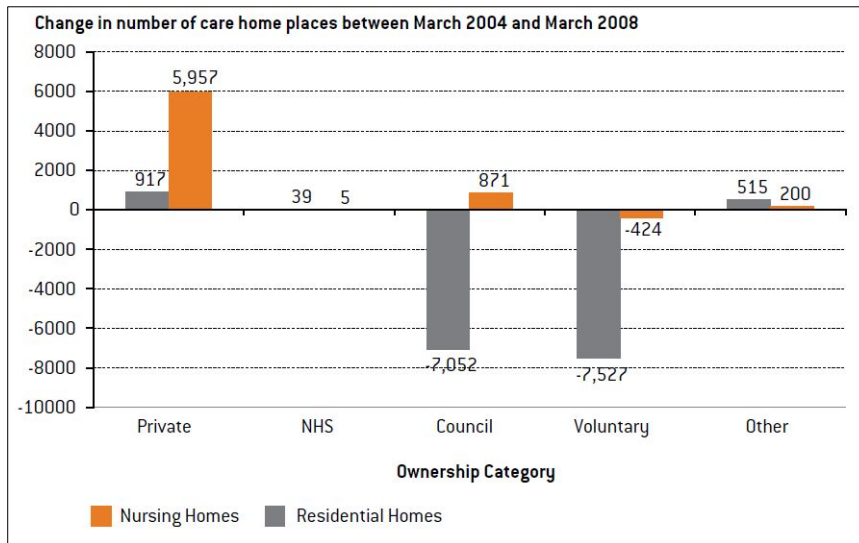
[그림 4-1-1] 영국 2006-07년도 지방정부 사회서비스 지출 분포



자료: CSCI(2009). p.20.

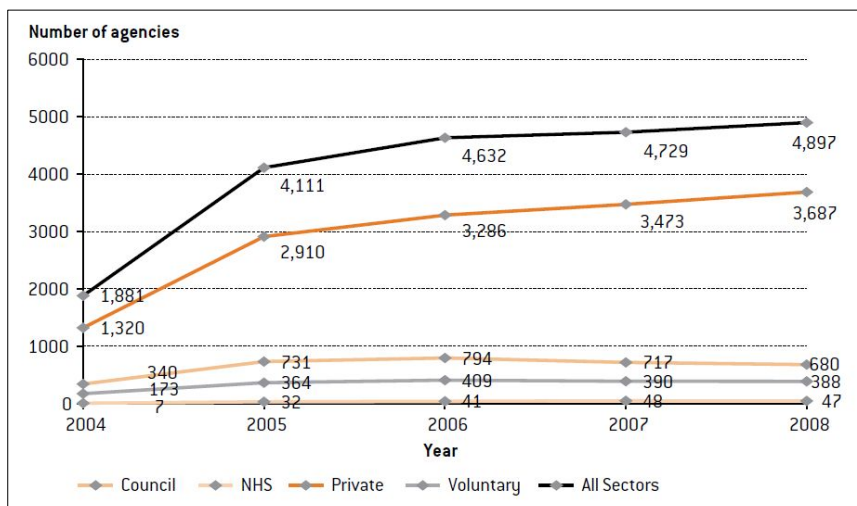
- 시설보호의 경우 지속적으로 지역사회 보호(community care)가 강조되면서 그 수는 계속 줄어드는 추세임. 하지만 전체 수용 인원에서 큰 변화는 없음. 또한 소유 부문에 따라서 그 경향도 다르게 나타나고 있음.
- 다음 그림은 영리부문, 국가보건서비스(NHS), 지방정부(council), 비영리부문(voluntary) 등 각각의 부문별 시설 추이를 보여주고 있음.
 - 여기에서 보이는 것처럼 지방정부와 비영리기관의 시설은 지속적으로 감소하고 있는 경향을 볼 수 있지만 영리부문의 요양시설은 증가하고 있는 것을 볼 수 있음.
 - 물론 지방정부와 비영리부문의 감소폭보다 영리부문의 증가폭이 작기 때문에 전체적인 수는 감소하는 경향을 보이고 있음.
 - 또한 특징적인 부분은 요양시설 중 의료적 서비스가 결합된 간호 요양시설의 경우 다른 형태의 시설보다 그 증가가 두드러진다는 것임. 간호요양 시설은 민간부문에서 큰 폭으로 증가하고 있지만 지방정부에서도 소폭이나마 증가한 것을 볼 수 있음.

[그림 4-1-2] 영국의 요양시설 소유 형태별 추이



자료: CSCI(2009). p.49.

[그림 4-1-3] 영국 소유 형태별 재가서비스 기관 추이



자료: CSCI(2009). p.55.

□ 재가서비스 기관의 경우 전체적으로 그 수는 증가하고 있음. 하지만 역시 부문별 추이를 보면 그 경향은 매우가 다르게 나타나는 것을 볼 수 있음.

○ 전체 재가서비스 기관수가 지속적으로 증가하고 있는 것은 영리부문임. 영리 부문은 전체 비중에서도 절대적인 비중을 차지하고 있을 뿐만 아니라 그 증

가 추이도 매우 뚜렷하게 나타나 전체적인 증가 경향에서 또한 뚜렷하게 나타나고 있음.

- 이 같은 영국 사회서비스 현황에서 알 수 있는 것은 80~90년대부터 시작되었던 민간부문을 중심으로 한 사회서비스의 확대가 지속되고 있다는 점임.
- 앞서 영국 사회서비스 제도 발전과정에서 살펴보았듯 사회서비스 공급구조의 측면에서 신노동당 정부의 정책변화가 큰 영향을 주지 못하여 이전 보수당 정부 때 성립된 구조적 경향이 지속되고 있음을 확인시켜주고 있는 것임.
- 특히 그 당시 경쟁중심의 시장 체계로 공급구조를 형성시킴으로서 민간 부문 중에서도 특히 영리 부분의 성장이 두드러지게 나타나고 있음.
- 현재 사회서비스 기관의 소유형태별 비중을 살펴보더라도 영리부분이 재가 서비스 기관에서는 전체의 75.5%를, 요양 시설에서는 73.6%로 절대적으로 가장 큰 비중을 차지하고 있는 것을 볼 수 있음.
- 같은 민간 부문이라고 하더라도 비영리 부분은 재가 서비스는 약 8%로 공공 부문보다 비중이 작고, 요양 시설도 18%로 공공부문보다는 많지만 영리부분에 비해서는 매우 작은 규모를 보이고 있음. 역시 공공부문에 해당하는 지방 정부는 한때 가장 큰 비중을 차지했었지만 현재는 재가 서비스 기관의 경우 약 14%, 요양 시설의 경우 약 6%에 불과한 상태임.

〈표 4-1-1〉 영국 재가복지서비스기관과 요양시설 소유권별 비중

(단위: %)

소유 형태	재가서비스기관	요양시설
영리부분	75.3	73.6
지방정부	13.9	6.1
비영리부분	7.9	18.0
NHS	1.0	0.9
기타	1.9	1.4

자료: CSCI(2009). p.58.

제2절 사회복지서비스 고용 분석

- 현재까지 사회복지서비스 제도의 발전과정과 현황을 통해서 영국 사회복지서비스 제도는 70년대 국가중심 공급구조로 성립된 이후 80~90년대부터 시작된 민간(시장) 중심의 공급 확대가 현재까지도 지속되고 있는 것을 볼 수 있었음.
- 그렇다면 이러한 제도적 변화가 고용에 미쳐왔던 효과를 살펴보기 위하여 이용 가능한 시계열적 자료들을 분석해 보고자 함. 이를 위해서는 사회복지서비스 고용에 있어 정부 정책 측면에서 주요한 변수가 되는 지출에 대한 분석 역시 필수적일 것임.
 - 먼저 영국에서 사회복지서비스의 지출과 고용 규모를 살펴보도록 하겠음.

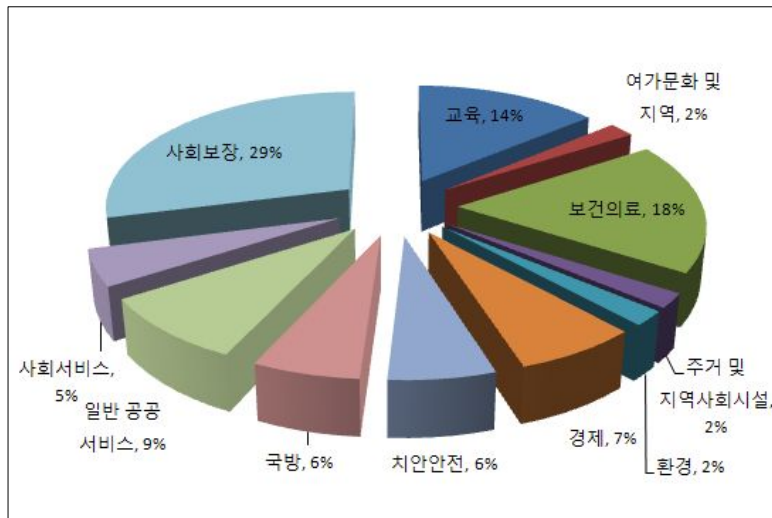
1. 영국 사회복지서비스 지출과 고용 규모

- 2007/08년도 현재 영국 정부의 총 공공서비스 지출 총액은 5,550억 파운드(약 1,030조원)에 이룸(HM Treasury, 2009). 공공서비스는 영국에서 정부의 모든 활동을 포괄하는 개념으로 이는 곧 정부지출 규모를 의미함.
 - 분야별로 지출 규모를 살펴보면 사회보장, 보건의료, 교육 부분이 가장 큰 비중을 차지하고 있으며 이는 각기 약 35%, 18%, 14%로, 전체 비중에서 70% 가까이 차지함.
 - 사회복지서비스 부분은 현재 사회보장 지출로 분류되고 있으나 따로 구분하여 살펴보면 전체 지출에서 약 5%를 차지하는 것을 볼 수 있음. 국방(6%), 치안 안전(6%), 경제(7%)와 같은 다른 주요한 정책영역과 비교해 볼 때 이들과 비슷한 수준으로 지출이 이루어지는 것을 볼 수 있음.
- 이와 같은 사회복지서비스 지출 비중은 최근까지도 꾸준히 증가해오고 있는 것으로 나타나 그 중요성이 점점 더 부각되고 있는 측면을 반영하고 있음.
 - 전체 공공서비스 지출 대비 사회복지서비스 지출 비중이 2003/4년도에는 4.6%였으나 2006/7년도까지 5% 수준으로 작은 폭이지만 꾸준히 증가하고 있음.
 - 물론 2007/8년도에 그 비중이 4.9%로 소폭 감소하였지만 이는 사회복지서비스 지출규모가 줄어들었다는 것 보다 영국 정부가 경제위기 등으로 전체적인 정

부지출을 확대하여 사회서비스 지출 증가율(5.6%)보다 총지출 증가율(7.5%)
이 더 높았던 결과가 반영되었던 것이라고 할 수 있음.

□ 사회서비스 관련 고용 현황은 일반 가구를 대상으로 분기별로 이루어지는 노동력
조사(Labour Force Survey) 자료를 바탕으로 살펴 볼 수 있음.

[그림 4-2-1] 영국 2007/08 분야별 서비스 지출 구성



자료: HM Treasury(2009).

〈표 4-2-2〉 영국의 국제직업분류(SOC2000)에 따른 사회서비스 관련직 범주

사회서비스 관련직	국제직업분류
사회서비스 관리자	1184 Social services managers 1185 Residential and day care managers
사회서비스 공공 전문직	2441 Public service administrative professionals, 2442 Social workers 2443 Probation officers 2444 Clergy
사회서비스 관련 치료사	3222 Occupational therapists
사회복지 전문가	3231 Youth and community workers 3232 Housing and welfare officers
사회서비스 보호사	6115 Care assistants and home carers
아동보육 관련직	6121 Nursery nurses 6122 Childminders and related occupations 6123 Playgroup leaders & assistants 6124 Educational assistants

□ 2001년부터 노동력 조사에 국제직업분류(SOC2000)가 적용되기 시작하였는데 이를 바탕으로 사회서비스 관련직을 선별해 살펴볼 수 있으며, 이러한 분류를 기준으로 2009년 현황을 살펴보면 다음과 같음.

- 사회복지서비스 부분 고용은 2009년 현재 그 총규모가 220만명에 이르고 있음. 이는 영국 경제활동인구(Employees & Self-employed) 28,870천명 중 7.6%에 해당함.
- 전체 인력 중 가장 많은 규모를 나타내는 직업군은 아동보육관련 서비스직으로서 835천명으로 나타나고 있으며, 다음으로는 Care assistants and home carers가 719천명임.
- 공공행정의 사회복지사는 113천명으로 나타나고 있음.

〈표 4-2-3〉 영국의 사회복지서비스 분야 종사자 현황(국제직업분류 기준(2009년 현재))

(단위: 천명)

사회서비스 관련직	인원
Social services managers	50
Residential and day care managers	57
Social workers(Public Service Professionals)	113
Occupational therapists	37
Youth and community workers	115
Housing and welfare officers	176
Care assistants and home carers	719
Childcare & Reltd Personal Services	
Nursery nurses	178
Childminders and related occupations	127
Playgroup leaders & assistants	47
Educational assistants	483
계	2,103

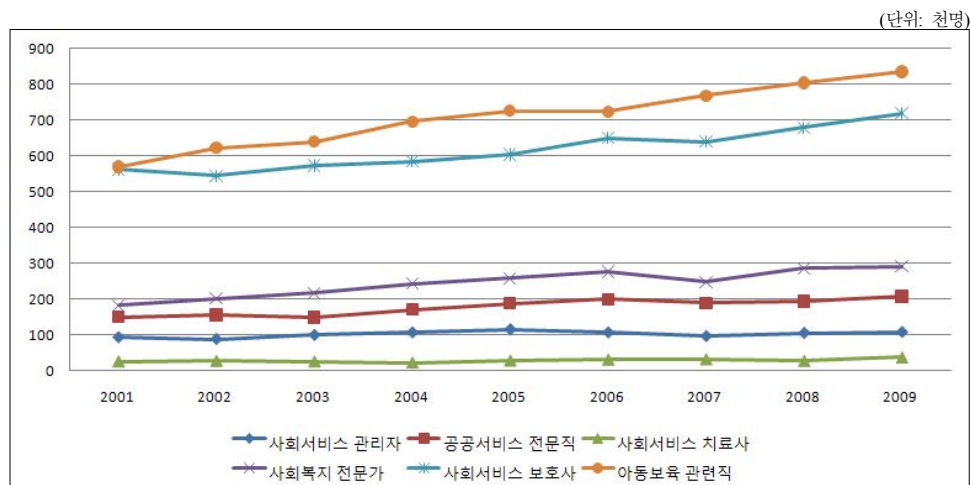
□ 2009년의 사회복지서비스 부문 종사 규모는 2001년 약 16만명에서 약 40% 증가하였음(ONS, 2009).

- 이를 전체 고용과 비교해 보아도 뚜렷한 증가세를 볼 수 있음. 2001년에 그 비중이 약 5.7%였는데 2009년 7.6%로 증가하였으며, 전체 고용에서의 비중

역시 꾸준히 늘어나고 있는 것임.

- 다음 그림에서 볼 수 있는 것은 이러한 증가 흐름을 주도하는 것이 아동보육 관련직과 함께 직접적인 서비스 전달을 담당하는 사회서비스 보호사라는 것임. 이들 직종은 사회서비스 직종에서 가장 큰 비중을 차지하고 있을 뿐만 아니라 다른 직종에 비해 꾸준한 증가세를 보이고 있음.
- 그 다음의 높은 비중을 차지하고 있는 것은 청소년, 지역사회, 주거 등 분야의 사회복지 전문가와 주로 정부 관료, 사회복지사, 보호관찰사 등이 포함되는 사회서비스 공공 전문직으로 약간의 변화는 있지만 전반적인 증가경향을 보이고 있음. 주로 사회서비스 기관과 시설 관리자에 해당하는 사회서비스 관리자나 작업치료사와 같은 사회서비스 관련 치료사는 큰 변화의 폭을 보이지 않고 있음.

[그림 4-2-2] 영국의 사회서비스부문 고용 추이와 현황



자료: ONS(2009).

2. 제도 변화에 따른 사회서비스 고용과 예산 변화 분석

- 이러한 사회서비스 내의 고용과 예산을 중심으로 시계열적 자료를 통해 제도 변화에 따른 변화와 효과를 살펴보고자 함. 사회서비스 부문 중 아동보육 부문이 큰 비중을 차지하고 있는 것은 사실이나, 영국에서는 전통적으로 아동에 관련된 모든 공

공서비스는 교육 부분으로 분류되어 다른 사회서비스 영역과 항상 별도로 다루어져 왔음. 따라서 시계열적인 자료를 찾는데 있어서도 사회서비스 관련 자료에서 아동보육 부분은 항상 제외되어 있으므로 이 분석에서 역시 제외되었음을 미리 밝히고자 함.

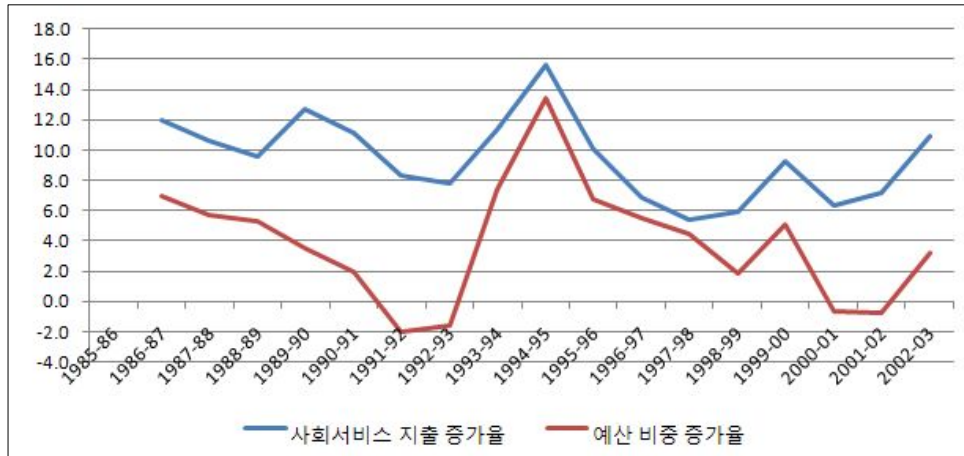
- 앞서 살펴본 바와 같이 사회서비스의 고용 수준에 영향을 미칠 만한 구조적 변화는 70년대 초, 80년대 초, 90년대 초에 각각 발견되고 있음.
 - 이에 대한 영향이나 효과를 살펴보기 위해서 시계열적으로 비교가 가능한 고용 자료나 예산 자료 분석하고자 하지만 언급했던 바와 같이 일반적으로 절대적으로 규모면에서 큰 보건의료 부분이나 사회보장 부분과 합산되어 통계가 이루어져왔기 때문에 세부적인 비교분석에서는 한계가 있을 수밖에 없음.
 - 하지만 가능한 자료를 바탕으로 추정하거나, 최대한 가능한 비교분석 통계를 추출하여 고찰해보고자 함.

가. 공공 지출 변화

- 우선 사회서비스에 대한 공공지출의 변화를 시계열적으로 살펴볼 수 있는 자료로는 2003년부터 본격적으로 발행되기 시작한 ‘공공 지출 통계 분석 *Public expenditure: statistical analyses*’(HM Treasury, 2003)을 들 수가 있음.
- 이 분석은 2003년 분석에서 1985/86년도부터 2001/02년도까지의 지출을 비교하고 있는데 보건 및 개인사회서비스 항목에서 보건 부분 예산을 따로 분류해 놓고 있음
 - 이를 뒤집어 말하면 이 항목에서 제시된 보건 부분의 예산을 제하면 어느 사회서비스 지출 추이를 살펴볼 수 있다는 말이 됨.
 - 이러한 방식으로 살펴보면 영국 사회서비스는 그 총 지출 규모 면에서 1985/86년도 29억 파운드(약 5조 4천억원)에서 2001/02년도 140억 파운드(약 26조원) 규모로 꾸준히 증가해 오고 있는 것으로 나타나고 있음.
 - 이를 다시 상대적인 규모의 측면에서 살펴보기 위해 총 공공 서비스 지출 대비 사회서비스 지출 비중을 살펴보면 13년 전 2.1%에서 2001/02년 현재 약 4%로 두 배 가량 그 지출 비중이 증가한 것으로 나타나 점차 전체 사회복지

정책에 있어서도 지출 수준면에서나 상대적인 중요성 면에서나 모두 지속적으로 증가하고 있는 것을 알 수 있음.

[그림 4-2-3] 영국 사회서비스 지출 및 전체 서비스 지출 대비 비중 증가율



자료: HM Treasury(2003).

- 이러한 꾸준한 지출 증가 경향 속에서 제도적 변화에 따른 변동 추이를 보다 명확하게 살펴보기 위해서 연도별로 사회서비스 지출 증가율과 총 예산중 사회서비스 예산 비중 증가율을 다시 계산해 보았음.
 - 그 결과 지출 증가와 지출 비중의 증가에서 모두 유사한 패턴으로 지속적인 증가 속에서 나타났던 증가폭의 변화를 살펴볼 수 있었음.
- 이를 제도 변화의 시점과 비교해 보면 일시적인 예산의 급격한 증가와 맞물려 있음을 알 수 있음.
 - 즉 80년대까지와 90년대 초반까지는 그 이전 80년대 초반 예기치 못한 예상 폭증사태 이후 급격하게 늘어났던 예산의 증가율이 지속적으로 둔화되고 있는 것을 볼 수 있음.
 - 그 결과 초기 12%에 달했던 증가율은 93년 이전에 8%까지 떨어졌음.
 - 흥미로운 점은 경쟁과 효율성을 앞세웠던 시장화 개혁이 본격적으로 시행되었던 93년 이후에 증가율이 다시 크게 증가했다는 점임. 1994/5년에서 1995/6년도까지 사회서비스 증가율은 다시 10%에서 15%를 상회하였음.

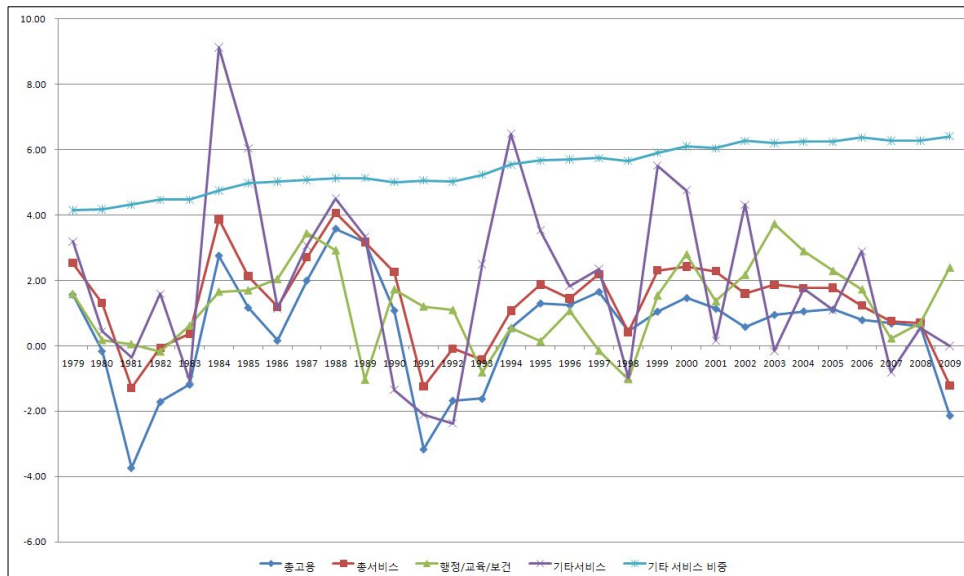
- 이러한 사회서비스 예산 지출 증가율의 변동은 총지출 대비 사회서비스 지출 비중 증가율의 변화에서도 그대로 감지되고 있음. '93년 이전까지는 그 증가율이 마이너스 수준까지 하락하였다가 '93년 이후 다시 13%까지 그 증가율이 치솟고 있음.
- 이는 이러한 지출 증가가 상대적으로 다른 정책 영역과는 별개로 이루어졌음을 보여주고 있음.

나. 고용 수준의 변화

- 전체 고용 수준의 변화를 살펴보기 위해서는 노동력 조사 통계자료가 매우 유용한데 이 노동력 조사에서 1978년부터 산업별 분류를 세분화하면서 사회서비스의 고용 수준 변화를 추정해보는 것이 가능해졌음.
 - 이전까지 서비스부문을 구분 없이 계산하여 자료가 제시되었지만 이 때부터 서비스 부분이 행정/교육/보건과 기타 서비스로 별도 분류되기 시작한 것임.
 - 다시 말해 사회서비스 보다 훨씬 그 규모가 클 수밖에 없는 행정, 교육, 보건 부분 고용이 별도로 분리됨으로서 기타 서비스에 대한 통계를 통해 전반적인 사회서비스 부분 고용 규모의 변화를 추정해 볼 수 있음.
- 우선 이를 통해 전반적인 고용 규모의 변화를 살펴보면 총고용 규모는 1978년 약 2천7백만 명 규모에서 2009년 3천만 명 규모로 약 15% 증가하였으며 이 중 기타 서비스 부분 고용은 1978년 약 백만 명 규모에서 2009년에는 약 2백만 명 규모로 두 배 가량 증가한 것으로 나타나고 있음.
 - 이를 다시 총고용 대비 기타서비스 비중으로 살펴보면 1978년에 약 4%정도 차지한 것에서 2009년 6.4%에 달하는 것으로 나타나 상대적인 규모면에서 그 비중이 꾸준히 증가해왔음을 볼 수 있음.
- 하지만 이 증가 경향 속에서 각 연도별 증가율의 변화를 살펴보면 제도 변화 시점에 따른 고용에 있어서의 변화를 살펴볼 수 있음. 다음 그림은 총고용, 총서비스, 행정/교육/보건, 기타 서비스에서의 연도별 증가율을 각각 보여주고 있음.
 - 이를 보면 총고용의 증가율은 1978년 약 4%를 상회하는 수준에서 2009년에는 6%이상 수준까지 완만하게 증가하고 있는 경향을 보여주고 있음.

○ 이러한 가운데 서비스 부분은 매년 증가율의 변화가 달라지고 있는데 총 서비스 부분의 변화는 행정/교육/보건 서비스 부분의 변화와 거의 일치된 변화 경향을 보여주고 있어 서비스 부분의 고용 변화가 이들 부분에 의해서 주도되어 왔음을 알 수 있음.

[그림 4-2-4] 영국의 총 고용과 각 분야별 고용 증가율 추이



자료: ONS(2009).

□ 사회서비스 부문에 해당하는 기타 서비스 부문을 보면 사회서비스 제도 변화에 따른 증가율의 변화를 추정해 볼 수 있음.

○ 우선 기타 서비스 부문 고용 증가율은 총 서비스나 행정/교육/보건 서비스 부분과 매우 다른 경향을 보이고 있어 같은 조건에 영향을 받지 않고 있음을 알 수 있음.

— 그 변화를 더욱 자세히 살펴보면 80년대 초반 이전까지 고용 증가율이 -1%에서 1% 사이에 있었던 것이 예상치 못한 지출 폭증으로 인해 민간 요양시설 확대가 나타나는 시점인 1984년 들어서 갑자기 9%가 증가하고 다시 이어진 1985년에는 다시 6%가 증가한 것으로 나타나고 있음.

— 그 이후 다시 90년대 초반 -2%까지 떨어졌다가 보수당 정부의 시장화 개

혁이 본격적으로 시행되는 시점인 1993년에 다시 2.5%가 증가하더니 이어 94년 다시 6.5%가 증가 한 것으로 나타나고 있음.

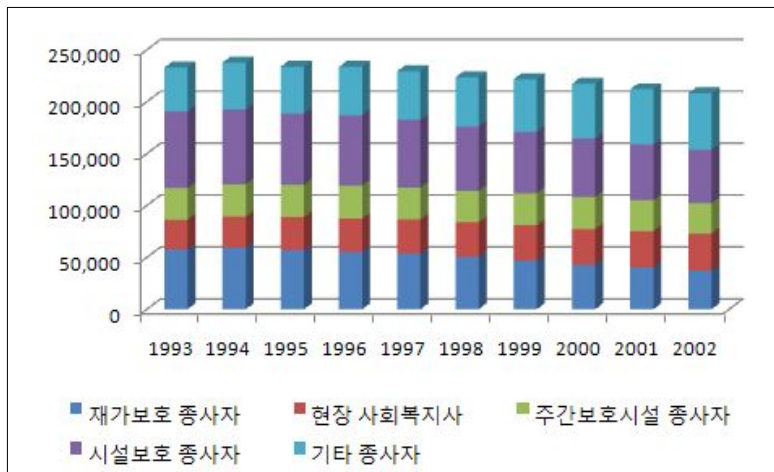
- 여기에서 80년대 초반의 예산 폭증 사태와 90년대 초반 시장화 개혁 시점에서의 예산 증가가 고용의 증가로 이어졌음을 볼 수 있음.

다. 고용 구조의 변화

□ 이러한 사회서비스 제도 개혁에 따른 고용의 증가효과가 가져온 고용 구조의 변화를 살펴보면 점차적으로 이전 공공중심의 고용 구조가 민간중심의 고용 구조로 변화해 온 것으로 나타나고 있음.

- 우선 잉글랜드 지역 내에 지방정부에서 고용된 사회서비스 종사자에 대한 통계를 살펴보면 90년대 초반부터 꾸준히 공공부문 사회서비스 종사자 수는 감소하고 있는 것으로 나타나고 있음.
- 그 규모면에서 1993년에 공공부문 사회서비스 종사자 수는 약 23만명에 달했지만 2002년에는 약 21만명 규모로 약 10%가량 감소하였음.

[그림 4-2-5] 영국 사회서비스 직종별 지방정부 고용 종사자 수 추이



자료: ONS(2003).

□ 하지만 사회서비스 직종별로 나누어 살펴보면 조금 다른 경향을 살펴 볼 수 있음.
공공부문 내 사회서비스 종사자가 감소하는 추이는 특히 재가보호 종사자와 시설 보호 종사자 등 일선 서비스 제공인력의 급격한 감소에 의해 나타나고 있으며 일반적으로 지방정부에 고용되어서 사회서비스 욕구 사정, 보호 계획 수립 등 관리 운영 역할을 맡고 있는 사회복지사는 오히려 그 수가 증가하고 있는 것으로 나타나고 있음.

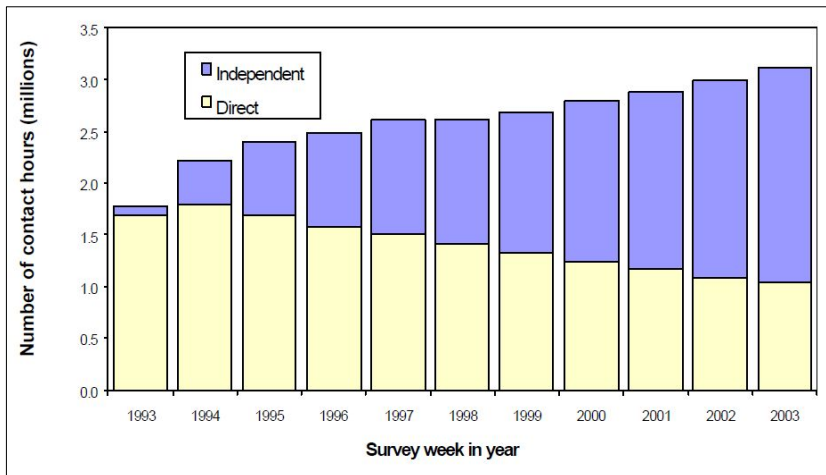
○ 다시 말해 1993년에서 2002년 사이에 재가 보호 종사자는 약 35%, 시설 보호 종사자는 약 30%가량 감소하여 공공부문 고용 감소 추세를 주도하는 반면 일선 사회복지사 수는 오히려 1993년에 약 2만 9천여 명에서 2002년에는 약 3만 6천여 명으로 약 24% 증가한 것으로 나타나고 있음.

□ 이러한 경향을 뒤집어 말하면 결국 민간부문에서의 사회서비스 고용의 증가는 주로 직접 서비스 전달인력의 증가에 집중되어 있다는 의미임. 이러한 공급 구조의 변화는 공급 기관별 재가 서비스 계약 시간의 추이에서 또한 나타나고 있음.

□ 보건부에서 발행한 지역사회 보호 통계에 따르면(DH, 2003) 백만 명당 재가 서비스 공급 계약 시간에서 지방정부가 직접 제공하는 비중(direct)이 1993년까지만 해도 95%에 달했지만 2003년에는 불과 36% 수준으로 급격하게 감소하였음.

□ 그런데 이 기간 사이 총 재가 서비스 공급 시간은 무려 75%가 증가한 것임. 즉 이 기간 동안 사회서비스 공급 확대와 더불어 지방정부에서 독립적인 민간 서비스 기관(independent)의 공급 비중 확대가 비약적으로 일어났음을 볼 수 있는 것이고 이는 즉, 민간부문의 사회서비스 고용 확대가 직접서비스 전달인력을 중심으로 이루어졌음을 반증하고 있는 것임.

[그림 4-2-6] 영국의 공급 기관별 재가서비스 공급 시간 추이



자료: DH(2003). p.6.

제3절 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조

- 이상 살펴본 바와 같이 영국 사회복지서비스 제도는 국가 중심의 공급 구조가 성립된 이후로 꾸준히 확대되어 왔으며 특히 사회복지서비스에서 민간부문의 확대가 촉발되었던 80년대 초와 90년대 초에 정부 지출의 확대가 동시에 일어났음을 볼 수 있었고, 이것이 그대로 고용 증가로 이어졌음을 알 수 있었음.
- 이 속에서 고용 구조의 변화를 살펴 보면 90년 초 이후에 대처 보수당 정부가 사회복지서비스의 지방정부 독점 공급 구조에서 지방정부를 서비스 계약주체와 공급자로 분리하고 공급자로서는 지방정부와 민간 공급자와 동등한 경쟁을 시킴으로써 지방정부에 의한 사회복지서비스 인력 고용은 꾸준히 감소하였으며, 90년대 이후 사회복지서비스 확대와 함께 전체 고용과 지출이 늘어남과 동시에 전체 사회복지서비스 공급에 있어서의 민간 비중이 비약적으로 증가하였음.
- 따라서 영국 사회복지서비스 제도에서의 고용 증가는 공공 중심에서 민간 중심 공급으로의 변화와 동시에 공공의 지출의 변화와 같이 맞물려서 이루어졌다고 할 수 있음.
- 고용 구조를 살펴보면 주로 민간 부문이 증가한 부분은 주로 직접적으로 서비스 전달을 담당하는 재가 서비스 종사자, 또는 요양시설 종사자를 중심으로 보이며 지

- 방 정부에서 오히려 사회복지사 등 관리운영 직종은 오히려 증가한 것으로 나타남.
- 이러한 영국 사회복지서비스 제도 변화와 이에 따른 예산과 고용 규모 변화에서 볼 수 있는 영국 사회복지서비스의 고용창출 구조에서 다음과 같은 함의를 찾아 볼 수 있음.
- 첫째, 사회복지서비스 고용 규모 증가는 사회복지서비스 분야에 대한 국가 지출의 확대와 함께 일어나고 있다는 점임. 물론 사회복지서비스에 대한 공공 지출의 확대와 민간 중심 공급구조로의 이동이 맞물려 일어나면서 그와 함께 이루어진 고용수준의 증가가 어떤 요인에 주요한 영향을 받았는지를 구분해내기 쉽지는 않지만 분명한 점은 대처 보수당 정부에서 지방정부의 역할을 축소하고 민간 부문의 역할을 늘리는 시장화 개혁에 있어서도 결국 민간 기관에게 공급 비용은 지방정부와의 계약을 통해 공공 예산에서 지출되기 때문에 결국 사회복지서비스 고용증가를 민간이 이끌더라도 공공 지출의 증가가 선행할 수밖에 없다는 것임.
 - 따라서 제도가 민간 중심으로 변하는 것과 사회복지서비스 고용의 확대는 동시에 일어나지만 이것이 공공 예산 증가와의 관련성이 사라지거나 떨어지는 것을 의미 하지는 않음을 볼 수 있음.
 - 둘째, 사회복지서비스 확대에 따라 민간 부분의 비중이 서비스 공급과 고용에 있어 비약적으로 증가하지만 상대적으로 임금수준이나 안정성이 낮은 현장 서비스 공급인력에 집중되는 경향이 있는 것으로 나타나고 있음.
 - 오히려 전문적인 지방정부의 관리운영 인력, 특히 사회복지사는 오히려 증가하는 현상이 나타난 것을 볼 수 있었음.
 - 이는 지역 사회복지서비스 공급 전반에 대한 계획과 운영, 개별적인 사례에 대한 실사와 관리 등 핵심적인 관리 운영 책임은 여전히 지방정부가 가지되 서비스 공급에 대한 업무를 민간으로 넘기는 영국 사회복지서비스 제도 개혁 방향에 의한 영향으로 보임.
- 물론 영국에서 보수당 정부의 시장화 개혁 이후 나타난 공공 지출의 증가가 증가하는 사회적 욕구에 비해 적합한 수준이었는가에 대해서는 여전히 질문이 남아있음.
- 지출 문제에 대해 집중적으로 논의했던 웹과 위스토우(Webb and Wistow,

1983)도 전체 사회적 욕구의 변화를 측정하기 때문에 지출증가의 적합성을 논의하기 어렵다고 결론짓고 있음.

○ 하지만 보수당 정부의 시장화 개혁이 이전의 국가중심의 서비스 확대 방향을 근본적으로 변화시킨 것이라는 점에서, 그리고 그러한 방향이 현재까지 영국 사회서비스 정책을 지배하고 있다는 점에서 현재 매우 열악한 상황으로 떨어져 전면적인 개혁 논의가 일고 있는 현재 영국 사회서비스의 상황이 이와 무관해보이지는 않는다고 할 수 있음.

□ 2006년 사회보호조사위원회는 연간보고서(CSCI, 2006)에서 상당수의 노인들이 기본적인 생활을 하는데도 어려움을 겪고 있으며 사회서비스에 대한 사적 지출이 우려스러운 수준으로 치솟고 있는 현실을 지적하였으며 그 이후 ‘사회보호위기(social care crisis)’ 논란이 사회적 쟁점으로 떠오름.

□ 이러한 논란 끝에 결국 정부는 새로운 정책 백서를 발표하여 정부의 책임성을 더욱 높이는 전면적 개혁방향을 제시하기에 이르렀음(HM Government, 2010). 이는 사회서비스 제도의 고용 창출 구조와는 별도로 사회서비스 공급과 사회적 욕구 간의 관계 역시 무시할 수 없음을 보여주는 또 하나의 함의를 던져주고 있다고 할 수 있음.

독일의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

제5장 독일의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

- 독일의 1900년대 사회복지 고용수준은 경기변동에 상관없이 지속적으로 증가한 것으로 나타나고 있음. 특히 독일 복지모델의 재구조화가 본격적으로 시작되는 1990년대 사회복지 부문 고용 증가율은 가속화되었다고 할 수 있음.
- 이는 사회복지와 관련된 노동시장이 시장의 역동성보다는 국가, 근린, 제3섹터의 다양한 요인에 의해 영향 받고 있음을 암시함.
 - 이와 관련하여 본 글은 독일 복지국가 개입의 변화가 사회복지 고용수준에 미친 영향을 탐색하는데 목적을 두고 있음.
 - 이를 위해 첫째, 독일 사회복지 제도화 및 인력 고용 구조의 특징에 대해 알아보고자 함.
 - 둘째, 1980년 이후 독일 사회복지 고용수준의 변화를 살펴보고자 함. 특히 독일 사회복지 고용수준의 변화를 주도한 노인과 아동 대상 사회복지 고용수준에 주목하고 그 고용 구조를 살펴보고자 함.
 - 셋째, 1980년 이후 독일의 사회복지 부문 재정지출 변화를 살펴보고자 함. 이를 통해 사회복지 고용수준과 재정지출 간의 상관성을 보이고, 사회복지 고용수준에 영향을 준 제도적 요인을 찾아보고자 함.
 - 넷째, 1980년 이후 사회복지 고용수준 증가에 영향을 준 독일 사회복지 제도 변화의 특성을 규정해 보고자 함.

제1 절 사회복지부문 제도의 발전 과정과 고용 구조

1. 제도화 초기 과정

- 현재 독일의 사회서비스(soziale Dienste, soziale Dienstleistung)로 간주되는 대인서비스는 주로 ‘가족’을 통해 공급되던 복지생산물로 이런 가족의 역할은 유럽 산업화 시기 주로 지역사회의 교회나 성당의 지원을 통해 보완되었음.
- 1789년 프랑스 혁명 이후 유럽사회에서 종교조직의 정치·경제적 입지가 약해지면서, 사회서비스 분야에 보다 다양한 지역사회조직과 공공부문이 개입하기 시작함. 독일지역에서 사회서비스 공급에 대한 국가 즉 공공부문의 개입은 1871년 빈곤령이 도입되면서부터 시작되었다고 할 수 있음.
- 이 후 독일에서 국가 차원의 사회서비스 제도화 과정은 1900년대 초반 독일 제국 시기부터(1871-1918) 진행되기 시작하였음.
 - － 이 시기 독일 사회서비스 제도화의 3대 원칙 즉, 기초지자체의 구심점 역할(Elberfelder system 채택: 1906), 민간사회복지사업단(freie Wohlfahrtsverbände)의 공존(1864-1924), 보속성(Subsidiarität) 원칙(1924)이 확립되었음.
- 첫째, ‘기초지자체의 구심점 역할’이라는 원칙은 현재 독일 기본법 및 사회법을 통해 구현되고 있음. 독일 기본법은 주정부의 관할권이 ‘지역공동체에 대한 사회적 관심’을 지원하기 위해 보장되고 있음을 명시하고 있음(Art. 28. II Grundgesetz).
- 즉 지역주민의 ‘삶을 지원(Daseinsvorsorge)’할 일차적 책임이 주정부에 있음을 명시하고 있음. 또한 사회법 I(Sozialgesetzbuch I)에는 이것이 보다 구체적으로, 사회급여의 핵심 전달주체인 기초자치단체가 사회급여 제공과 관련하여 사회서비스를 충분히 제공할 책임이 있으며 이는 지역사회의 다양한 비영리단체와의 협력 속에 이루어져야 한다고 명시되어 있음(Bäcker · Naegele · Bispink · Hofmann · Neubauer, 2008).
- 둘째, 민간 비영리 부문에 속하는 ‘민간사회복지사업단의 공조’ 즉 공공부문과 민간비영리부문의 협력이라는 원칙 아래 사회서비스 제도 영역에서 민간사회복지사업단의 활동이 보장되고 있음.

○ 지역사회에 기반을 두고 있는 민간사회복지사업단체들은 현재 전국적인 연합체로 조직되어 있으며, 이 연방차원 연합체의 활동은 연방 보조금을 통해 보장받고 있음. 이 보조금은 연방이 조세로 매년 지원하며 연방예산 18분과 1702항목 68408번으로 규정되어 있음.

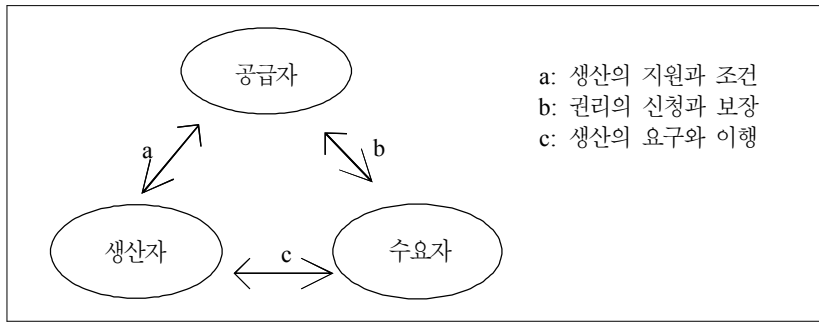
□ 셋째, ‘보족성의 원칙’ 즉 민간부문 비영리조직이 민간사회복지사업단의 사회서비스 생산이 공공부문 및 시장의 사회서비스 생산에 우선한다는 원칙은 1990년 중반 이전 독일의 사회서비스 제도화 과정에 적용되어 왔음.

○ 다음의 1990년대 말 개정 이전 아동 및 청소년 복지법 및 연방 사회부조법은 사회서비스 제공의 보족성 원칙을 분명히 하고 있음.

— “청소년 청은 청소년 양육의 기본원칙을 고려하여 청소년대상 사회서비스를 제공할 시설을 마련해야 한다. 이와 관련해 민간 사회복지 사업단의 청소년 대상 시설이 존재한다면, 공공기관의 시설 설립은 지양되어야 한다.” (아동 및 청소년 복지법 5조 3항) “비영리 민간 시설이 존재하고 있거나 증축 또는 신축될 수 있다면 사회부조 관청은 사회부조의 임무 수행을 위해 자신의 시설을 새롭게 만들지 않도록 한다”(사회법XII 75조 2항).

○ 사회서비스 제도화의 3대 원칙을 기반으로 하여 사회서비스 공급구조 및 고용 구조가 형성되게 됨. 사회서비스 관련주체로서 사회서비스 공급자(기초지자체를 포함한 공공부문), 생산자(주로 민간사회복지사업단), 수요자(사회서비스 대상자)의 개념이 형성되었으며, 이들 3자의 관계가 통합된 독일의 ‘사회시장(sozialmarket)’ 개념이 발전하게 되었음.

[그림 5-1-1] 독일의 사회서비스 공급자, 생산자, 수요자 관계 개념도: 사회시장



□ 현재 독일의 사회서비스 종사자는 사회서비스 생산자 즉 보건 및 사회시설에 고용되어 전문화된 대인서비스를 공급하는 자를 의미함.⁴⁾

○ 그리고 이들 사회서비스 종사자는 크게 보건영역에 속하는 사회서비스 종사자(Gesundheitsberufe)와 사회영역에 속하는 사회서비스 종사자(Sozialberufe)로 구분되고 있음.

○ 보건영역의 사회서비스 종사자는 주로 병원시설에 고용되어 수발보험과 관련하여 환자에게 재활, 요양 등의 서비스를 제공하고 있는 자를 의미하며, 사회영역의 사회서비스 종사자는 사회시설에서 수발, 보육, 상담 등의 서비스를 제공하고 있는 자를 의미함.

○ 반면 사회서비스 공급자 즉 기초지자체를 포함한 공공부문에 고용된 자는 사회서비스 종사자가 아닌 공무원(Beamter)으로 간주되고 있음. 공공부문 사회복지 전문인력의 교육과정(Beamterschule)은 사회서비스 전문인력의 교육과정(Fachhochschule)과 분리되어 있음.

□ 1900년대를 거치면서 독일의 사회서비스는 영역별로 분화되어 각각의 분야별로 서로 상이한 제도화 과정을 겪게 됨. 이 발전과정에서 각각의 영역별로 일반화된 발전과정이나 통일된 전달기구를 찾기는 어려움.

□ 단지 빈민구제책이나 노인입소시설과 관련된 사회서비스는 1900년대 초반부터, 아

4) 독일의 사회서비스(soziale Dienste, soziale Dienstleistungen) 정의 일반

- “사회서비스”의 기본 속성: 대인서비스, 제3자 즉 공공부문의 개입, 지속적 개입, 개별화된 삶의 영역에서 개인의 사회적기능 지원(Bahle, 2007)
 - “사회서비스”란 대가를 지불하고 전문가에게 받는 제도화된 대인서비스를 의미함(Baeker 등, 2008)

동 및 청소년을 대상으로 하는 사회서비스는 1960년대 이후부터, 수발서비스는 비교적 최근에 제도화된 영역이라고만 언급할 수 있을 뿐임.

- 통일된 전달기구 없이 지역사회를 거점으로 점진적으로 발전한 사회서비스 제도화 과정에서 사회서비스 종사자의 규모는 지속적으로 확대됨.

□ 다음의 표는 1900년대 독일 사회서비스 인력의 고용규모를 보여주고 있음.

〈표 5-1-1〉 독일 사회영역 사회서비스 종사자(soziale Berufe)의 고용 규모(1925-1997)

(단위: 천명)

1925	1950	1961	1970	1987	1991	1993	1997
30	60	96	151	410	540	866	1,039

주: 1925: 바이마르 공화국, 1950-1991: 독일지역, 1993-1997: 통독.

자료: Hering & Muechmeier(2000), p.233.; Rauschenbach(1999), p.42.; Bahle(2005), p.273에서 재인용.

원자료: Volkszaehlungen, Mikrozensus.

□ 1925년 약 3만명의 사회서비스 사회영역의 종사자가 존재하였음. 바이마르 공화국 시기인 1920년대부터 1930년대까지 사회서비스 분야의 성장은 다른 산업분야와 마찬가지로 미약하였음. 2차 세계대전 이후 1950년 독일 지역에서 활동하는 사회서비스 직업인의 수는 약 6만 명으로 나타나고 있음.

□ 이 시기 사회서비스 분야의 성장은 전쟁 후 가족을 대신해 대인서비스를 필요로 하는 사람을 대상으로 하는 민간사회복지사업단의 구휼 활동을 통해서였다고 할 수 있음.

- 1960년대는 사회서비스의 주요한 근간법인 사회부조법(1961)과 아동 및 청소년 부조법(1961)이 입법화된 시기임. 이를 통해 공공부문의 취약계층 대상 사회서비스 공급의 법적 책임이 구체적으로 명문화되었음.

– 이후 1960년대 사회서비스 직업인의 수는 9만 6천명으로 빠르게 증가하였음.

- 1970년대는 사회서비스가 양적으로 괄목할만한 성장을 보인 시기라고 할 수 있음. 1970년 15만으로 나타난 사회영역 사회서비스 종사자의 수는 1987년 41만으로 약 2.5배 증가하여 그 증가폭이 컸음.

– 1970년대는 사회적으로 사회서비스 인력에 대한 인식이 고양된 시기로 사회서비스 인력을 대상으로 하는 교육과정이 주정부 차원에서 각기 표준화된

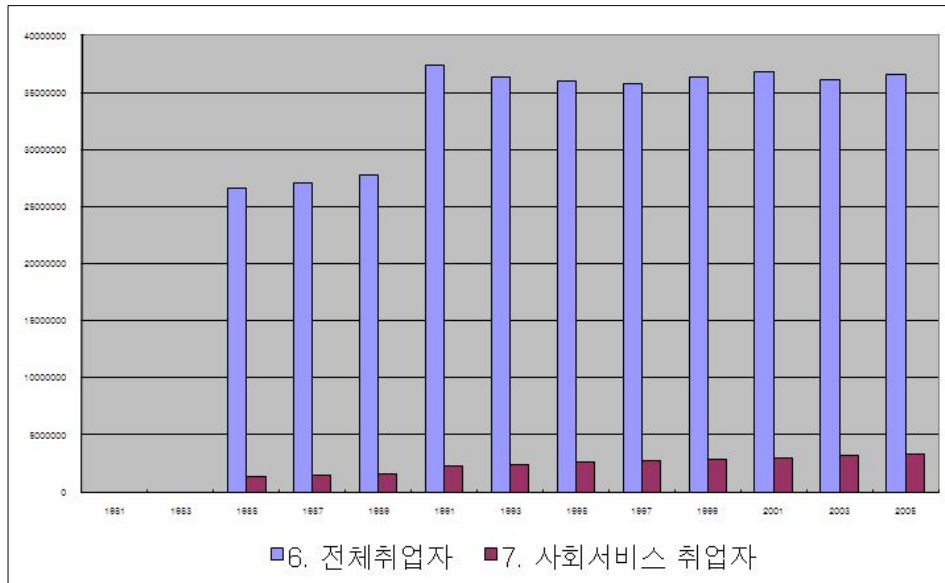
시기이기도 함. 이와 관련하여 이 기간은 ‘사회서비스 붐(sozialpflegerische Boom)’의 시기로 일컬어지고 있음(Bahle, 2007).

2. 80년대 이후 과정

가. 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자 규모

- 본 절에서는 1980년부터 2005년까지 시기 독일 사회서비스 분야 취업자의 수와 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자 수의 변화에 대해 살펴보고자 함.
- 다음 그림은 1980년부터 2005년까지 전체 취업자의 수와 사회서비스 취업자 수의 추이를 보여주고 있음.
 - 전체 취업자 수는 경기변동에 따라 증감하고 있는 반면 사회서비스 분야 취업자의 수는 1980년부터 2005년까지 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타나고 있음.
 - 1990년을 기준으로 관찰되는 전체 취업자 수의 급격한 증가는 1990년 독일 통일의 결과로 보면 됨. 본 절에서 사회서비스 고용수준 변화를 살펴보기 위해 사용한 독일 통계청 통계연감 자료는 1989년까지 서독의 수치와 1991년 이후 통독의 수치를 구분하지 않고 보여주고 있음.

[그림 5-1-2] 독일 1980~2005년 전체 취업자 대비 사회서비스 취업자 규모



자료: 독일 통계청 통계연감(Statistisches Jahrbuch), 1982-2009.

- 다음에서는 1980년대와 1990년대 전체 취업자 수와 사회서비스 분야 취업자 수의 변화를 보다 자세히 살펴보고자 함.
- 대부분의 독일 자료와 마찬가지로 독일 통계청 통계연감 자료 또한 사회서비스 부문 취업자의 규모를 보건영역에 속하는 사회서비스 종사자(Gesundheitsberufe)와 사회영역에 속하는 사회서비스 종사자(Sozialberufe)로 구분하여 보여주고 있음. 그리고 보건과 사회영역에 속하는 하위 직업군 중 대표 직업군의 수치만을 명시해 주고 있음.

〈표 5-1-2〉 독일 1980년대 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자의 수

(단위: 천명)

연도	1980	1982	1984	1985	1987	1989
전체 취업자	26,874	26,774	26,608	26,626	27,073	27,742
사회서비스 취업자 (사회서비스 영역 중 병원영역과 사회영역의 합계)	1,090	1,185	1,297	1,321	1,430	1,538
전체취업자 대비 사회서비스 취업자 비율	4.06%	4.43%	4.87%	4.96%	5.28%	5.54%
사회서비스 중 보건영역	797	871	942	960	1,026	1,065
간호사, 전문요양사, 산후도우미	382	416	452	452	490	502
사회서비스 중 사회영역	293	314	355	361	404	473
사회사업가, 사회교육가	90	105	134	127	149	185
보육교사, 보조교사	123	126	131	136	149	172

주: 사회서비스 분야 취업자 수는 사회서비스 분야 피고용자의 수만을 의미함(자영업자의 수는 고려되지 않음: 예를 들어 노인요양기관장은 수치에 고려되지 않음).

자료: 독일 통계청(Statistisches Bundesamt)이 매년 발간하는 통계연감(Statistisches Jahrbuch) 1982년-2009년 수치를 발췌한 것임.

□ 1980년대 초반 사회서비스 부문 취업자의 규모는 110만 명 수준으로 전체 취업자 2,687만 명의 약 4%로 나타나고 있음.

○ 1980년부터 1989년까지 사회서비스 분야 취업자의 규모는 109만 명에서 153만명으로 약 42만명 증가하였음. 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자 규모는 4.06%에서 5.54%로 약 1.48% 증가하였음. 1980년대 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자 비중은 연 0.2% 내지 0.3% 정도씩 꾸준히 증가하는 셈임.

□ 사회서비스 부문별 대표 직업군의 취업자 규모를 살펴보면, 1980년 보건영역에 속하는 사회서비스 취업자 79만 7천명 중 약 48%인 38만 2천명이 간호사, 전문요양사, 산후도우미로 구성되어 있음.

○ 또한 사회영역 사회서비스 취업자 29만 3천명 중 약 42%인 12만 3천명이 보육교사 및 보조교사로 나타나고 있음. 또한 사회영역 사회서비스 취업자의 약 31%인 9만 명이 사회사업가 및 사회교육가로 나타나고 있음.

○ 결국 이 두 직업군의 취업자 수가 사회영역 전체 취업자의 73%를 차지함.

□ 사회서비스 부문별 취업자의 증가 수준을 살펴보면, 1980년대 보건영역 취업자의 수는 1980년 79만에서 1989년 106만으로 약 27만 증가함. 그리고 사회영역 사회서비스 분야 취업자의 수는 1980년 29만에서 47만으로 약 18만 증가하였음.

〈표 5-1-3〉 독일 1990년대 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자의 수

(단위: 천명)

연도	1991	1993	1995	1997	1999	2000
전체 취업자	37,445	36,380	36,048	35,805	36,402	36,604
사회서비스 취업자 (사회서비스 영역 중 병원영역과 사회영역의 합계)	2,248	2,397	2,574	2,751	2,890	2,932
전체취업자 대비 사회서비스 취업자 비율	6.00%	6.59%	7.14%	7.68%	7.94%	8.01%
사회서비스 중 병원영역	1,467	1,531	1,624	1,712	1,757	1,756
간호사, 전문요양사, 산후도우미	708	704	735	777	781	765
사회서비스 중 사회영역	781	866	950	1,039	1,133	1,176
사회사업가, 사회교육가	248	154	180	202	223	225
보육사	365	408	410	417	415	419

주: 사회서비스 분야 취업자 수는 사회서비스 분야 피고용자의 수만을 의미함(자영업자의 수는 고려되지 않음. 예를 들어 노인요양기관장은 수치에 고려되지 않음).

자료: 독일 통계청(Statistisches Bundesamt)이 매년 발간하는 통계연감(Statistisches Jahrbuch) 1982년-2009년 수치를 발췌한 것임.

- 1989년 사회서비스 분야 취업자 규모 158만 3천명은 1991년 224만 8천명으로 1980년대 평균증가율에 비해 급격히 증가한 것으로 나타남. 앞에서 이미 언급했듯이 이는 1990년 독일 통일의 결과임. 독일 통계청의 통계연감 자료는 1989년까지의 서독 수치와 1991년 이후의 통독 수치를 구분하지 않고 보여주고 있기 때문임.
- 한편 1989년에서 1991년 사이 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자 규모 또한 6%로 높게 증가하였는데, 이는 구 동독의 사회서비스 분야 취업자 비율이 서독보다 높았기 때문으로 이해할 수 있음.
 - 구 동독의 사회서비스 공급은 사회구성원 전체의 수용을 목표로 하였기 때문에 서독 지역의 사회서비스 공급량에 비해 양적으로 우월하였던 것으로 평가됨. 예를 들어 3세에서 6세까지의 아동 대비 보육서비스 수혜자의 비율이 거의 100%에 육박하였음(Bahle, 2007).
- 1990년대 전체 취업자 대비 사회서비스 종사자의 비중이 꾸준히 증가함. 1991년대 전체 취업자에서 사회서비스 분야 취업자가 차지하는 비중은 6%였음. 2000년 사회서비스 분야 취업자 수는 293만 2천명으로 증가함. 전체 취업자 대비 8.01%의 비중임.

- 1980년대와 비교하여 1990년대 전체 취업자 대비 사회서비스 종사자 수의 연 증가는 2%대로 1980년대 1.5%대의 증가율보다 높게 나타나고 있음. 즉 1990년대 사회서비스 취업자의 수는 1980년대보다 빠르게 증가한 셈임.
- 특히, 1991년과 1993년 사이 전체 취업자 중 사회서비스 분야 취업자가 차지하는 비중이 약 0.6%로 상대적으로 많이 증가하였음.
 - 이후 1995년과 1997년 사이에는 약 0.54%가 증가하여 1980년대와 1990년대 전체 최고 증가율을 보이고 있음. 이 시기는 독일 사회서비스 제도의 주요한 근간법인 청소년및아동부조법(1991년)이 개정되고 수발보험법(1994년)이 도입된 시기이기도 함.
- 1991년 이후 사회영역 중 사회사업가와 사회교육가의 감소는 1991년 청소년 및 아동 부조법의 개정 및 1994년 수발보험 법의 도입 이후 사회영역 사회서비스 직종의 세분화 및 전문화의 결과로 추측됨.
- 이 시기 사회사업가와 사회교육가 명칭으로 청소년 대상 서비스 및 수발서비스를 제공하던 인력이 청소년 및 아동 관련 전문 직종 혹은 수발서비스 관련 전문 직종으로 전환되었을 수 있기 때문임.

〈표 5-1-4〉 독일 2000~2005년 전체 취업자 대비 사회서비스 분야 취업자의 수

(단위: 천명)

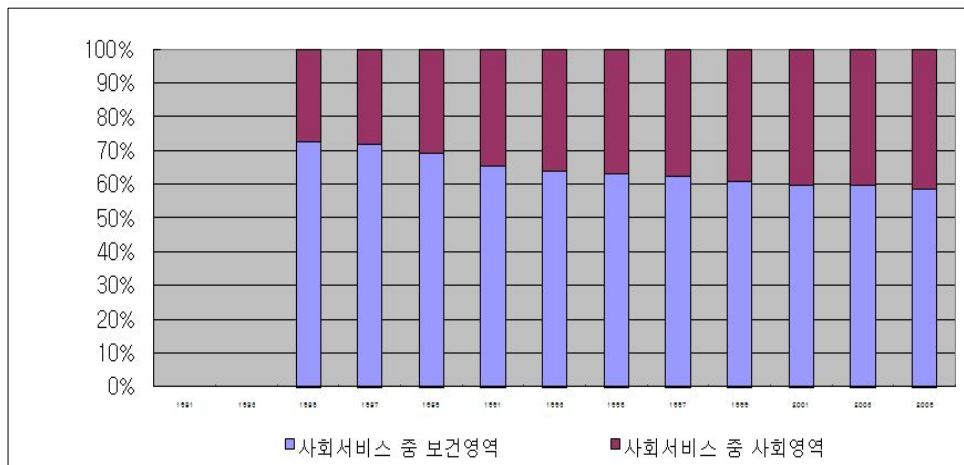
연도	2001	2002	2003	2004	2005
전체 취업자	36,816	36,536	36,172	35,659	36,566
사회서비스 취업자 (사회서비스 영역 중 병원영역과 사회영역의 합계)	3,011	3,109	3,204	3,193	3,343
전체취업자 대비 사회서비스 취업자 비율	8.18%	8.51%	8.86%	8.95%	9.14%
사회서비스 중 병원영역	1,796	1,854	1,909	1,890	1,949
간호사, 전문요양사, 산후도우미	783	799	813	790	769
사회서비스 중 사회영역	1,215	1,255	1,295	1,303	1,394
사회사업가, 사회교육가	228	234	235	236	255
보육사	435	439	452	447	465

주: 사회서비스 종사자의 수는 사회서비스 분야의 전체 피고용자의 수를 의미함(자영업자의 수는 고려되지 않음. 예를 들어 노인 요양기관장은 고려되지 않음).

자료: 독일 통계청(Statistisches Bundesamt)이 매년 발간하는 통계연감(Statistisches Jahrbuch) 1982년-2009년 수치를 발췌한 것임.

- 2001년 사회서비스 분야 종사자 수는 301만 천명으로 전체 취업 대비 8.18%로 나타남. 2000년에서 2005년까지 전체 취업자 중 사회서비스 취업자가 차지하는 비중 또한 1990년대와 마찬가지로 지속적으로 증가하고 있음. 2005년 사회서비스 분야 취업자의 수는 총 334만 3천명, 전체 취업자 대비 9.14%로 2001년에 비해 그 비중이 약 1%가량 증가하였음.
- 그리고 연 0.1% 미만으로 다소 정체되었던 1990년 후반 사회서비스 분야 취업자 비중의 증가율이 2001년 이후 다시 빨라지기 시작하였음.
 - 2002년 전체 취업자 중 사회서비스 취업자가 차지하는 비중은 8.51%, 8.86%로 연 0.33%, 0.35% 증가하였음.
 - 이 시기는 슈뢰더 정부가 독일 복지모델의 새로운 정체성으로 “생동하는 국가(Aktivierender Staat)”를 제시하고(1999) 시민사회의 활성화라는 모토아래 적극적 노동시장 정책과 사회서비스 공급의 확대를 “아젠다 2010”을 통해 구체적으로 제시한 시기이기도 함.
 - 당시 슈뢰더 정부는 특히 2010년까지 보육서비스의 공급 증대를 시민당의 주요한 사회투자 전략으로 발표하였음. 또한 2000년은 지금까지의 전통적인 사회서비스 공급자와 생산자와의 계약 내용의 개선방향을 연방차원에서 할당금 계약 형식으로 권고한 시기이기도 하였음.

[그림 5-1-3] 독일의 1980-2005년 사회서비스 취업자 중 보건영역과 사회영역의 비율



자료: 독일 통계청 통계연감(Statistisches Jahrbuch), 1982-2009.

□ 위의 그림은 1980년부터 2005년까지 보건영역과 사회영역의 사회서비스 취업자 비중을 보여주고 있음. 이 시기 사회영역 사회서비스 취업자의 비중이 계속 증가하고 있음을 알 수 있음.

○ 특히 1990년대 그 변화의 속도가 빨랐던 것으로 보임. 2000년 이후 사회영역 사회서비스 취업자 비중의 증가율은 다소 둔화되고 있음.

제2절 주요 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조

1. 사회복지서비스 부문별 고용수준 및 고용 구조

□ 사회서비스 취업자 수의 증가를 고용 구조 및 제도요인과 연결하기 위해서는 사회서비스 대상별 취업자 수의 증가를 보다 자세히 살펴볼 필요가 있음. 현재 독일 연방차원에서 사회서비스 대상부문별 취업자 수의 추이를 보여주는 자료는 보고되고 있지 않음. 대신 독일 민간사회복지사업단 연합체 수준에서 독일전역을 대상으로 집계한 사회서비스 대상별 종사자 수치가 존재함.

○ 민간사회복지사업단의 사회서비스 영역별 종사자 수치를 통해 독일 전체의 사회서비스 영역별 종사자 규모의 변화를 살펴보는 데에는 분명 한계가 있음. 그러나 독일의 주요한 사회서비스 생산자가 민간사회복지사업단임을 감안할 때(1980년 이후 분야별, 시기별로 차이가 있으나 독일 전체 서비스 공급의 평균 60-80%를 담당해옴) 이 수치가 어느 정도 사회서비스 영역별 종사자 수의 변화 추이를 보여줄 수 있을 것으로 사료됨.

□ 1980년 이후 민간사회복지사업단의 취업자 수는 앞에서 살펴본 독일 통계청의 사회서비스 취업자 증가 패턴과 유사한 특징을 보이며 증가하고 있음.

○ 첫째, 1980년 이후 지속적으로 취업자의 수가 증가하고 있음. 80년대에 비해 90년대 민간사취업자 수의 증가가 상대적으로 빠름. 1981년에서 1990년까지 민간사회복지사업단에 고용된 사회서비스 인력은 전체 592.9천명에서 751.1천명으로 1981년 종사자 수의 26.7%가 증가한 반면 1990년에서 2000년까지 취업자의 수는 751.1천명에서 1,164.3천명으로 1990년과 비교하여 55.0%

가 증가하였음.

- 둘째, 1980년 이후 취업자 증가 폭을 볼 때, 1990년에서 1995년까지의 취업자의 증가 폭이 가장 빨랐음.
- 셋째, 보건영역의 취업자에 비해 사회영역의 취업자 증가율이 빠름. 즉 전체 취업자 중 사회영역의 비중이 늘어나고 있음. 민간사회복지사업단 보건 영역의 활동인력은 1980년대 23만 수준으로 민간사회복지사업단 전체 취업자 66만의 35% 수준이었으나 1990년대 비중은 33%대였음.
 - － 반면 1990년대 민간사회복지사업단 활동의 약 67%정도가 청소년, 노인 장애인으로 구분된 사회영역으로 나타나고 있음. 2000년 민간사회복지사업단의 보건 및 사회영역의 취업자 수는 각각 371.5천명과 792.8천명으로 전체 인력에서 보건영역 취업자의 비중이 약 31%로 다소 감소하였음.
- 넷째, 1980년대 사회영역의 청소년, 노인, 장애인 분야 취업자 규모를 살펴보면 청소년 부문의 취업자 수가 가장 많은 것으로 나타나고 있음. 뒤이어 노인 부문과 장애인 부문 순이었음.
 - － 이 시기 민간사회복지사업단의 청소년, 노인, 장애인 부문 인력 증가 추이를 살펴보면, 1980년대 청소년 부문의 취업자 수는 1981년 133천명에서 1990년 148.2천명으로 1980년 대비 11.3% 증가하였음.
 - － 노인 부문 취업자는 1981년 90.2천명에서 1990년 138.7천명으로 53.7% 증가하였음.
 - － 장애인 부문 취업자는 1981년 62.6천명에서 1990년 96.7천명으로 54.5% 증가하였음. 1980년대 장애인 부문 취업자 수의 증가가 청소년 및 아동 부문 취업자 수의 증가율보다 상대적으로 컸음.
 - 반면, 1990년 이후 장애인 부문의 취업자 증가의 증가보다 청소년 및 아동 부문 그리고 노인 부문 취업자 수의 증가가 다소 크게 나타나고 있음.
 - 1990년에서 2000년까지 청소년 부문 취업자의 수는 148.2천명에서 256.7천명으로 1990년 대비 73.2% 증가하였으며, 동일 기간 노인 부문 취업자는 138.7천명에서 237.6천명으로 71.3%가 증가하였음.

- 장애인 부문 종사자는 96.7천명에서 157.7천명으로 63.2% 증가하였음.

〈표 5-2-1〉 독일 민간사회복지사업단의 서비스 영역별 취업자 수¹⁾

(단위: 천명)

	병원시설 (보건영역)	청소년 및 아동	노인	장애인	전체	전일제	시간제
1981	226.1	133.1	90.2	62.6	592.9	448.8	144.0
1984	233.0	147.5	100.1	74.4	656.5	484.9	171.6
1987	261.9	145.8	125.2	107.4	758.2	557.4	200.8
1990	251.9	148.2	138.7	96.7	751.1	548.4	202.7
1993 ²⁾	300.4	183.4	185.4	120.6	937.4	641.8	295.6
1996	341.8	231.8	217.8	152.4	1121.0	723.8	397.3
2000	371.5	256.7	237.6	157.7	1164.3	686.7	477.7

주: 1) 사회서비스 종사가 주업인 경우만을 고려함.

2) 1993년부터 통독 수치임.

자료: Bahle(2005), p.274.

원자료: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Gesamtstatistik der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrt, 1970-2000.

□ 한편, 이와 같은 민간사회복지사업단의 인력 규모와 관련하여 다음의 사항들이 고려되어야 필요가 있음.

- 첫째, 민간사회사업단의 활동은 상당부분 ‘명예직 자원활동가(Ehrenamtlichen)’로 충당되고 있음을 고려해야 함.
 - 이들은 사회 각 분야의 전문직 종사자(특히 공무원이 많음) 경력을 갖고 은퇴한 자들로 민간사회복지사업단에 무보수 명예직으로 고용되어 활동하고 있음.
 - 이들의 전문적인 자원봉사 활동은 1970년대 사회서비스 영역의 세분화와 인력의 전문화에 주도적인 역할을 수행한 것으로 평가되고 있음(Bahle, 2007).
 - 근래 이들 ‘명예직 자원활동가’의 숫자는 감소하고 있는 추세로 파악되고 있음(Bahle, 2007).
- 둘째, 시민봉사(Zivildienst: 청년들이 군 입대 대신 사회봉사를 수행할 수 있음) 인력을 고려해야 함.
 - 독일의 시민봉사인력은 1980년 이래 완만히 증가하고 있는 추세로 보고되

고 있음(Bahle, 2007). 고용의 의미를 소득 획득 이외의 사회통합이라는 측면으로 확대하고, 위의 두 측면을 고려할 경우, 제시된 고용 수치는 실제 민간사회복지사업단에서 종사하고 있는 인력의 수보다 훨씬 낮게 집계되었다고 할 수 있음.

- 셋째, 현재 민간사회복지사업단 종사자의 40%이상이 시간제 근무자임을 고려할 필요가 있음.
 - 민간사회복지사업단의 시간제 근무자의 비중은 1970년 20%, 1981 25%, 1990 27%으로 증가하고 있음(서독지역). 통일 후 시간제 근무자의 비중은 보다 증가하여 1993년 30% 이상이 된 것으로 보고되고 있음(Bahle, 2007).

가. 아동 및 청소년 부문의 고용수준 및 고용 구조

- 앞에서 살펴본 바와 같이 아동 및 청소년 부문의 취업자 수는 현재 독일 사회서비스 고용의 가장 비중 있는 부분이라고 할 수 있음. 다음에서는 1980년 이후 아동 및 청소년 부문의 고용수준 및 고용 구조를 보다 구체적으로 살펴보고자 함.
 - 아동 및 청소년 부문 사회서비스 종사자의 규모 및 변화는 각 주정부 차원에서 작성되는 보고서 자료를 연방차원에서 종합하여 제공하는 아동 및 청소년 보고서(Kinder und Jugendbericht)에서 살펴볼 수 있음.
 - 독일의 아동 및 청소년 부문 사회서비스는 아동 및 청소년 부조법에 의해 영유아 보육서비스(Kindertagesstaette), 양육지원서비스(Erziehungshilfen), 청소년서비스(Jugendarbeit, Jugendsozialarbeit) 세 영역으로 구분됨. ‘보육서비스’는 0세 이상 3세 미만 영유아를 대상으로 하는 보육서비스, 3세 이상 6세 미만 아동을 대상으로 하는 보육서비스, 취학 전 아동을 대상으로 하는 취학준비서비스로 구성되어 있음. ‘양육지원서비스’는 부모의 양육을 지원하는 서비스로, 부모와 아동을 대상으로 하는 양육문제 상담서비스와 단기간의 돌봄 서비스로 이루어 짐.
 - ‘청소년 서비스’는 청소년을 대상으로 하는 포괄적 지원프로그램으로서, 수양회, 스포츠, 문화행사 등의 청소년 여가활동 지원 서비스와 학생을 대상으로

하는 심리치료, 가족치료, 진로상담 등의 서비스를 포괄하고 있음.

〈표 5-2-2〉 독일의 아동 및 청소년 부문 고용현황 및 사회서비스 전문인력

(단위: 천명)

		전체 종사자	전문 인력 ²⁾ (%)	전일제 (%)	보육서비스		양육지원서비스		청소년서비스	
					종사자	전문 인력 ²⁾ (%)	종사자	전문 인력 ²⁾ (%)	종사자	전문 인력 ²⁾ (%)
구 서독 지역	1986	300	58.3	70.0	113	61.6	35	35.4	13	15.9
	1990	334	61.8	67.1	183	75.7	40	51.8	23	40.9
	1994	403	61.9	62.4	253	71.8	48	54.5	26	39.7
	1998	446	66.9	59.7	290	75.5	51	61.0	27	44.8
구 동독 지역	1991	203	61.5	83.6	177	64	12	47.7	2	22.8
	1994	146	66.9	67.2	112	74.4	13	55.3	6	30.7
	1998	127	70.5	40.4	83	82	14	67.4	11	36.8

주: 1) 주업이 청소년 부문 사회서비스 직업인 경우만 고려함.

2) 최소한 사회교육가 교육과정(sozialpaedagogische Ausbildung)을 마치고 아동 및 청소년 분야에서 하나 이상의 자격증을 가진 전문 인력을 의미함.

자료: Bahle, 2005: 276(원자료: Sachverstaendigenkommission Elter Kinder- und Jugendbericht, 2002: Strukturen der Kinder und Jugendhilfe: pp.46-50)

□ 위의 표에서 나타난 바와 같이 1990년 아동 및 청소년 부문 사회서비스 종사자는 334천명에서 1998년 446천명으로 증가하였음(구 서독 지역). 아동 및 청소년 분야 중 사회서비스 취업자의 규모가 가장 큰 부문은 보육서비스로 나타남.

○ 아동 및 청소년 분야 사회서비스 취업자의 절반 이상이 보육서비스에 종사하고 있었음.

□ 1990년에서 1998년 사이 서독지역 아동 및 청소년 대상 서비스의 취업규모 증가율을 살펴보면, 보육서비스 종사자의 수는 183천명에서 290천명으로 약 56.7% 증가하였음. 양육지원서비스의 경우는 40천명에서 51천명으로 27.5% 증가하였고, 청소년서비스의 경우 23천명에서 27천명으로 17.4% 증가하였음. 즉 취업자 증가에 있어서도 보육서비스 부문의 증가 폭이 월등히 크게 나타나고 있음.

□ 반면, 구 동독지역의 보육서비스 종사자 수는 177천명에서 83천명으로 53.3% 감소한 것으로 나타나고 있음.

○ 0세에서 6세 사이의 연령이 낮은 취학 전 아동을 대상으로 하는 보육서비스의 감소는 동독지역 젊은 층의 서독지역 이주의 결과로 이해할 수 있음. 청소

년을 대상으로 하는 양육지원서비스와 청소년 지원서비스가 소폭 증가한 것으로 나타나고 있으나 1990년대 아동 및 청소년 부문 전체 취업자 수는 지속적으로 감소한 것으로 나타나고 있음.

□ 아동 및 청소년 부문 사회서비스 취업자의 고용 형태와 관련하여 독일 전역에서 전일제 고용의 비중이 계속 감소하고 있는 것으로 보임.

○ 특히 1990년부터 1994년 사이 전일제 종사자의 비중이 서독지역에서는 5%, 동독지역에서는 16.4%로 큰 폭 감소하였음.

－ 이는 동독지역에 서독의 사회서비스 제도를 이식하는 과정과 1991년 청소년 및 아동 부조법 개정 이후 진행된 아동 및 청소년 부문 사회서비스 고용확대가 주로 비전일제 종사자를 통해 이뤄졌음을 의미함.

－ 한편, 비전일제 취업인의 증가에도 불구하고 아동 및 청소년 분야의 전문 인력의 비중, 즉 전문인 양성과정을 거쳐 한 개 이상의 자격증을 갖고 있는 인력의 비중이 독일 전역에서 꾸준히 증가하고 있는 점이 주목됨.

□ 다음 표는 아동 및 청소년 분야 서비스 공급주체의 유형으로서 공공, 민간비영리, 민간영리 별로 시설 수, 수용가능 인원, 전문 인력의 비중을 보여주고 있음.

○ 전반적으로 아동 및 청소년 분야 공공, 민간비영리, 민간영리 별로 시설 수, 수용가능 인원, 전문 인력의 비중은 점진적으로 증가하고 있음을 관찰할 수 있음.

□ 한편, 공공, 민간비영리, 영리시설의 확대를 살펴볼 때, 1994년 이전 공공부문과 민간영리부문의 시설 수, 수용가능 인원, 전문 인력의 비중은 감소하는 반면 민간비영리 부문의 시설 수, 수용가능 인원, 전문 인력의 비중은 증가하는 것으로 나타나고 있음.

○ 이는 1991년 아동 및 청소년 부조법의 개정과 함께 부조대상자의 사회서비스가 주로 민간비영리 활동을 중심으로 확대된 결과라고 할 수 있음. 사회부조를 담당하는 기초지방자치단체가 전통적으로 공급계약을 맺어온 지역사회 민간비영리 조직의 활동을 우선적으로 지원하였기 때문으로 해석됨.

○ 그러나 1990년 후반부로 들어서면서 민간영리부문의 약진이 눈에 띈. 연방차원의 법 개정(1991)을 통해 아동및청소년부조법 상의 민간사회복지사업단의

서비스 생산자로서의 특권이 실질적으로 사라졌으며 비용측면에서의 경쟁에서 민간영리부문이 상대적으로 우위를 점했기 때문으로 해석됨.

〈표 5-2-3〉 독일의 아동 및 청소년 분야 공공, 민간비영리, 민간영리 시설 현황(1990-1998)

(단위: 천개소, 천명, %)

		전체	공급주체 유형별 비율		
			공공	민간비영리	민간영리
시설 수	1990	75	47.7	51.2	1.1
	1994	71	40.7	58.5	0.8
	1998	80	35.5	63.1	1.4
수용가능 인원	1990	3297	55.3	44.0	0.7
	1994	3303	47.8	51.8	0.4
	1998	3424	41.6	57.6	0.8
전문 인력	1990	537	57.1	41.9	1.0
	1994	549	45.1	54.0	0.9
	1998	573	39.8	58.8	1.3

자료: Bahle(2007), p.249.

원자료: Sachverstaendigenkommission Elfter Kinder- und Jugendhilfebericht(2002).

나. 노인대상 사회서비스 고용수준 및 고용 구조

- 앞에서 살펴본 바와 같이 노인 부문의 취업자 수는 현재 독일 사회서비스 고용에 있어 아동 및 청소년 부문 다음으로 비중 있는 부분임. 1980년 이후 특히 1994년 수발보험법 도입 이후 노인대상 사회서비스의 고용은 지속적으로 증가하고 있음. 다음은 1980년 이후 노인대상 사회서비스 고용수준 및 고용 구조를 보다 구체적으로 살펴보고자 함
- 1995년 이전 노인대상 사회서비스 고용수준은 주로 민간사회복지사업단의 자료에 의존해 살펴볼 수밖에 없음. 그러나 1995년 이후 연방차원의 수발보험제도가 실행 되면서 연방에서 매해 공개하는 「수발서비스 통계(Pflegestatistik)」를 통해 노인대상 서비스 종사자의 규모 및 변화 추이를 살펴볼 수 있게 됨.
 - 수발서비스 통계는 노인뿐만 아니라 장애인, 기타 수발서비스를 필요로 하는 자의 수발서비스 수요 및 공급, 수발서비스 기관 현황 등을 보여주고 있음.
- 노인대상 사회서비스는 크게 입소시설을 통해 제공되는 시설서비스(stationaere

Dienste)와 자택에 거주하는 노인을 대상으로 단기서비스 기관을 통해 제공되는 재가서비스(ambulante Dienste)로 구분될 수 있음.

○ 한편 수발보험법이 도입되면서 자택에서 제공받는 수발서비스 또한 공적 서비스로 인식되게 되었음. 그 결과 노인대상 사회서비스 영역은 입소시설 서비스, 단기서비스 기관의 서비스, 자택수발서비스의 세 가지로 구분하게 되었음.

○ 그러나 자택수발서비스는 가족이 제공하는 수발서비스에 공공성을 부여한 영역으로서, 자택수발서비스 제공자를 사회서비스 취업자로 간주하고 있지는 않음.

□ 다음 표를 살펴보면 노인부문 사회서비스 취업자의 수는 상대적으로 큰 폭 증가하고 있는 것을 알 수 있음.

○ 노인 입소시설 취업자의 수는 1981년 82.8천명에서 2000년 224.8천명으로 1981년 대비 2.7배 증가하였음.

○ 단기서비스 기관 취업자의 경우는 1981년 23.7천명에서 2000년 68.0천명으로 2.8배 증가하였음. 특히 1990년 이후 노인대상 입소기관의 취업자 수가 빠르게 증가한 것으로 나타나고 있음.

○ 1990년과 1993년 그리고 1993년과 1996년 사이 노인입소기관 취업자는 각각 43.8천명과 31.7천명씩 증가하였음.

□ 한편 단기서비스시설 취업자의 수 또한 1990년 이후 지속적으로 증가하는데, 특히 1993년과 1996년 사이 취업자의 수가 15.5천명 증가하였음. 이 시기의 증가율만 본다면 단기서비스기관 취업자의 증가 속도가 노인입소기관 취업자의 증가 속도보다 더 빠르게 나타나는데, 이는 1994년 도입된 수발보험법이 재가서비스 우선의 원칙 즉 재가서비스가 입소시설 서비스보다 우선한다는 원칙을 갖고 있기 때문으로 해석됨.

○ 독일 공공부문은 재가서비스를 우선 지원하고자 하는 의도로 민간사회복지사업단의 단기서비스 기관의 확대를 강화했다고 할 수 있음.

〈표 5-2-4〉 독일 민간사회사업단의 노인부문 취업자 현황

(단위: 천명)

	입소시설 취업자			단기서비스기관 취업자		
	전체	전일제	시간제	전체	전일제	시간제
1981	82.8	58.3	24.5	23.7	12.7	11.0
1990	130.3	90.2	40.1	34.3	20.0	14.3
1993 ²⁾	174.1	112.6	61.5	49.8	26.9	22.9
1996	205.8	125.3	80.5	65.3	29.9	35.4
2000	224.8	123.2	101.6	68.0	25.1	42.9

주: 1) 주업이 노인부문 사회서비스인 경우만 고려함.

2) 1981, 1990 수치는 서독 수치, 1993년 이후는 통독 수치임.

자료: Bahle(2007).

원자료: Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege: Gesamtstatistik der Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrt, 1970-2000: Schoelkopf(1998), pp.6-7.

□ 2000년대 노인대상 입소시설과 단기서비스 기관의 고용수준을 보여주고 있는 다음 표는 취업자뿐만 아니라 기관장 등 자영업자를 포함한 종사자 전체의 규모를 보여주고 있음.

○ 이를 살펴보면 우선 2000년대에도 계속해서 노인부문 사회서비스 종사자의 규모가 큰 폭으로 증가하고 있음을 알 수 있음.

〈표 5-2-5〉 독일의 노인대상 사회서비스 종사자 규모

(단위: 명)

	1999	2001	2003	2005	2007
입소시설 종사자	440,940	475,368	510,857	546,397	573,545
(전년 대비 증가율 %)	-	(7.8)	(7.5)	(7.0)	(5.0)
단기서비스기관 종사자	183,782	189,567	200,897	214,307	236,162
(전년 대비 증가율 %)	-	(3.1)	(6.0)	(6.7)	(10.2)

주: 모든 취업형태와 자영업자 포괄한 수치임.

자료: 독일연방통계청 통계연감 1990-2007.

□ 2001년 노인입소시설 종사자는 475천명으로 단기서비스 기관 종사자 189천명의 약 2.5배로 나타나고 있음. 2007년 입소시설 종사자는 573천명으로 단기보호서비스 기관 종사자 수 236천명의 약 2.4배 정도임.

- 즉 2000년대 입소시설 종사자는 단기보호서비스기관 종사자의 대략 두 배 정도라고 볼 수 있음.
- 그러나 2005년 이후 입소시설 종사자의 전년 대비 증가율이 이전에 비해 감소한 것으로 나타나고 있음. 대신 단기서비스 기관 종사자의 전년 대비 증가율은 지속적으로 증가하고 있음.
- 2005년과 2007년 사이 입소시설 종사자의 증가율은 5.0%였음에 비해 단기서비스 기관 종사자의 증가율은 10.2%로 두 배 이상 높게 나타남. 이는 재가 서비스 우선원칙에 의한 단기서비스 기관의 확대가 2000년대 중반을 넘어서면서 보다 강화되고 있음을 보여준다고 할 수 있음.
- 다음 표는 1999년과 2001년 노인대상 단기서비스 기관의 현황을 보여주고 있음. 이 수치는 수발서비스 통계에 기반을 두고 있어 수발서비스를 제공하지 않는 노인대상 단기서비스 기관이 제외되어 있음.

〈표 5-2-6〉 독일의 노인대상 단기서비스기관 현황(1999, 2001)

		전체	공급주체 유형		
			공공	민간비영리	민간영리
1999	시설 수 (개소)	10,820	213	5,103	5,504
	평균 서비스 대상자 수 (명)	38.5	37	51	27
	전체 서비스 대상자 수 (천명)	417	8	266	149
	시장 점유율 (%)	100.0	1.9	62.4	35.7
2001	시설 수 (개소)	10,594	204	4897	5,493
	평균 서비스 대상자 수 (명)	41	42	53	30
	전체 서비스 대상자 수 (천명)	434	9	260	165
	시장 점유율 (%)	100.0	2.0	60.0	38.0

자료: Bahle(2007).

원자료: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999, 2001.

- 1990년대 말과 2000년대 초반 단기서비스 기관의 시설 수를 살펴보면 민간영리부분의 비중이 1999년 5,504개 그리고 2001년 5,493개로 가장 큰 것을 알 수 있음.
- 1994년 연방차원의 수발보험이 도입되면서 이전에 민간사회복지사업단이 서비스 생산자로서 가졌던 특권이 삭제된 결과로 파악됨.
- 1994년 이후 재가 서비스 우선 원칙으로 인해 단기서비스 기관의 증가폭이

상대적으로 컸었는데, 이 시기 경쟁력을 가진 민간영리 기관이 노인대상 사회 서비스 분야에 다수 진출한 것으로 파악됨. 그럼에도 불구하고 서비스 대상자 수와 시장점유율을 비교해 때 민간비영리부문의 비중이 약 60%로 공공과 민간영리기관에 비해 압도적인 우위를 점하고 있음.

□ 위의 표와 유사하게 다음 표는 1999년과 2001년 노인입소시설 현황을 보여주고 있음. 이 수치 또한 수발서비스 통계에 기반을 두고 있어 수발서비스를 제공하지 않는 노인시설은 제외된 현황임.

○ 1990년대 말과 2000년대 초반 노인입소시설 수를 살펴보면 민간 비영리, 공공, 민간영리부문이 각각 5000개, 700개, 3000개 수준으로 민간비영리부문의 비중이 가장 컸음. 서비스 대상자 수와 시장점유율을 비교해 보더라도 민간비영리시설이 60%이상을 차지하고 있어 공공과 민간영리시설에 비해 우위를 점하고 있었음. 그럼에도 불구하고 민간영리시설의 서비스 대상자 수의 증가와 시장점유율의 증가가 주목됨.

〈표 5-2-7〉 독일의 노인입소시설 현황 (1999, 2001)

		공공	민간비영리	민간영리	전체
1999	시설 수 (개소)	750	5,017	3,092	8,859
	평균 서비스 대상자 수 (명)	86	73	47	65
	전체 서비스 대상자 수 (천명)	65	366	145	576
	시장 점유율 (%)	11.3	63.5	25.2	100.0
2001	시설 수 (개소)	749	5,130	3,286	9,165
	평균 서비스 대상자 수 (명)	84	73	50	66
	전체 서비스 대상자 수 (천명)	64	375	165	604
	시장 점유율 (%)	10.6	62.1	27.3	100.0

자료: Bahle(2007).

원자료: Statistisches Bundesamt: Pflegestatistik 1999, 2001.

제3절 사회복지부문 정부재정지출 규모의 변화

□ 본 절에서는 1980년부터 2005년의 시기동안 독일정부의 사회서비스 부문 재정지출규모의 변화와 전체 사회복지비지출 대비 사회서비스 부문 지출규모의 변화에

대해 살펴보고자 함.

○ 전반적으로 1980년부터 2005년까지 사회복지 및 사회서비스 부문 재정 지출은 지속적으로 증가하고 있음. 다음에서는 1980-2005년 전체 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모와 그 변동추이를 보다 자세히 살펴보고자 함.

□ 아래 두 표는 1980년대 사회복지 및 사회서비스 부문의 재정지출 추이를 보여주고 있음. 독일 정부의 사회복지비 지출은 1980년 243,832백만 유로에서 1989년 364,337 유로로 증가하였음.

○ 이 중 사회서비스 지출의 규모는 1980년 66억 유로에서 1989년 126억으로 증가하였음. 사회복지비 지출과 사회서비스비 지출을 비교해 볼 때, 1980년대 사회복지비 지출규모가 1989년까지 1980년 대비 40.1% 증가한 반면 사회서비스 지출은 90.9%가 증가한 것으로 나타나고 있음. 즉 사회서비스 지출비의 증가율은 사회복지비 증가율보다 상대적으로 높았음.

○ 1980년대 전체 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 비중은 2.67%, 2.77%, 2.89%, 2.89%, 2.97%, 2.98%, 3.34%, 3.44%로 점진적 상승하였음. 즉 1980년대 사회서비스 지출 규모의 증가가 전체 사회복지비 지출 증가의 주요한 요인 중 하나였다고 해석할 수 있음.

〈표 5-3-1〉 1980-1989년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모

(단위: 백만 유로)

연도	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986
사회복지	243,832	273,911	279,689	279,711	292,589	303,745	322,831
사회서비스	6,645	7,320	7,758	8,092	8,451	9,015	9,614
수발보험							
사회부조 중 요양서비스*	2,573	2,869	3,094	3,275	3,398	3,649	3,875
사회부조 중 장애인통합서비스	1,361	1,553	1,729	1,864	2,006	2,118	2,320
아동, 청소년복지	2,711	2,898	2,935	2,953	3,046	3,248	3,419
사회복지예산 대비 사회서비스 비율	2.73%	2.67%	2.77%	2.89%	2.89%	2.97%	2.98%

주: *입소시설 지원 포함 **통일 전은 서독만의 수치임.

자료: 독일연방통계청 통계연감 1980-1986.

〈표 5-3-2〉 1987-1993년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모

(단위: 백만 유로)

연도	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
사회복지	334,062	347,098	364,337	379,403	415,723	519,128	560,318
사회서비스	11,157	11,923	12,692	14,012	16,021	26,502	30,517
수발보험	-	-	-	-	-	-	-
사회부조 중 요양서비스 ¹⁾	4,165	4,426	4,667	5,181	6,479	7,492	8,409
사회부조 중 장애인통합서비스	2,523	2,774	2,994	3,350	4,061	4,756	5,719
아동, 청소년복지	4,469	4,723	5,031	5,482	5,482	14,254	16,390
사회복지예산 대비 사회서비스 비율	3.34%	3.44%	3.48%	3.69%	3.85%	5.11%	5.45%

주: 1) 입소시설 지원 포함.

2) 통일 전은 서독만의 수치임.

자료: 독일연방통계청 통계연감 1987-1993.

□ 위의 표는 1990년대 독일정부의 사회복지비 지출이 1990년 3,794억 유로에서 1999년 6,858억 유로로 증가하였음을 보여주고 있음. 이와 동시에 사회서비스 지출규모는 1990년 140억 유로에서 1999년 457억 유로로 증가하였음.

- 즉 1990년대 사회복지비 지출규모가 1999년까지 1990년 지출 대비 80.8% 증가한 반면 사회서비스 지출은 226.4% 증가하였음.
- 1990년대 전체 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 비중은 3.69%, 3.85%, 5.11%, 5.45%, 5.51%, 6.21%, 6.62%, 6.60%, 6.64%, 6.67%로 약 2배가량 대폭 증가하였음.
- 이 시기 사회복지 지출 규모 대비 사회서비스 지출 규모의 증가가 1980년 이후의 시기 중 가장 큰 것으로 나타나고 있음. 한편, 1990년과 1991년 사이 사회복지비 지출규모가 3,643억 유로에서 3,794억 유로로 큰 폭으로 증가하고 있는데, 이는 통독의 영향으로 해석할 수 있음.

〈표 5-3-3〉 1994-2000년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모

(단위: 백만 유로)

연도	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
사회복지	582,593	610,460	641,471	660,317	668,204	685,889	697,372
사회서비스	32,084	37,914	42,450	43,588	44,388	45,759	46,775
수발보험		5,284	10,839	15,099	15,790	16,317	16,718
사회부조 중 요양서비스 ¹⁾	9,042	8,915	7,085	3,492	2,995	2,894	2,876
사회부조 중 장애인통합서비스	6,304	6,731	7,046	7,521	7,932	8,504	9,113
아동, 청소년복지	16,738	16,984	17,480	17,476	17,672	18,044	18,068
사회복지예산 대비 사회서비스 비율	5.51%	6.21%	6.62%	6.60%	6.64%	6.67%	6.71%

주: 1) 입소시설 지원 포함.

자료: 독일연방통계청 통계연감 1994-2000.

□ 1990년대 사회서비스 지출 규모의 변화에서 주목되는 시기 및 분야와 관련하여 다음과 같은 제도적 요인이 고려될 수 있음.

○ 첫째, 1990년대 사회복지 및 사회서비스 지출 규모가 1991년과 1992년 사이 급격히 상승하고 있음.

— 1992년 사회복지비 지출은 4,157억 유로에서 1993년 5,191억 유로로 1,034억 유로 증가하였음. 사회서비스 지출 또한 160억 유로에서 265억 유로로 급격히 증가하였음. 전년 사회복지비 대비 사회서비스비 지출 상승률 또한 3.9%에서 5.1%로 증가하였음. 이 시기는 아동 및 청소년 부조법이 연방차원에서 개정된 시기임.

— 이와 관련하여 1990년 아동 및 청소년 복지비 지출 수준을 살펴볼 때, 1991년 54억 유로였던 지출이 1992년 142억 유로로 약 3배가량 증가하였음.

— 이를 통해 1991년 아동 및 청소년 부조법의 개정이 사회서비스 비출 규모의 변화에 영향을 주었음을 짐작할 수 있음.

• 1991년 아동 및 청소년 부조법 개정과 관련하여 특히 3세 이상 6세 미만 아동의 보육 서비스가 연방차원의 책임으로 규정되었음. 이를 통해 3세 이상 6세 미만 아동의 부모가 주정부를 대상으로 보육 서비스 자리를 요구할 수 있는 권리가 부여되었음.

- 둘째, 1990년대 사회복지 및 사회서비스 지출 규모가 1994년과 1995년 사이 급격히 상승하였음.
 - 1994년 사회복지비 지출은 5,825억 유로에서 1995년 6,104억 유로로 279억 유로 증가하였으며, 사회서비스 지출 또한 320억 유로에서 379억 유로로 급격히 증가하였음.
 - 또한 사회복지비 대비 사회서비스 지출 규모도 5.5%에서 6.2%로 증가하였음. 이 시기는 주 정부 소관으로 위임되어 있던 수발서비스 공급책임이 연방 수발보험법을 통해 중앙집권화된 시기임.
 - 수발보험이 도입된 이후 1995년 추가로 수발보험비로 52억 유로가 지출되었음. 이는 전체 사회서비스 지출 비용 379억 유로의 13.7%에 해당하는 비용임.
 - 이후 1990년대 중 후반을 지나면서 수발보험 지출비는 지속적으로 증가하였음. 1995년 52억 유로 규모의 지출은 1999년까지 163억 유로로 증가하였음. 이와 동시에 전체 사회서비스 지출에서 수발보험 지출이 차지하는 비중 또한 상승하여 1999년 전체 사회서비스 지출 비용 457억 유로의 약 36%를 차지하게 되었음.
- 셋째, 1995년 이후 사회부조 중 요양서비스 지출 규모가 1990년대 후반 지속적으로 감소하고 있음.
 - 1995년 사회부조 중 요양서비스 지출 89억은 1999년 28억 유로로 약 31.5% 축소되었음. 이는 사회서비스 분야의 지출이 전반적으로 증가하는 현상과 다른 양상을 띠고 있는데, 이 시기 연방차원 수발보험법의 도입을 고려할 필요가 있음. 1995년 이전까지 지역사회의 수발서비스 공급책임은 사회부조 비용을 거의 대부분 부담하는 지방자치단체 그 중에서도 특히 기초자치체의 몫이었음.
 - 70년대 후반이 지나면서 지역사회의 수발서비스 수요가 폭증하면서 주정부와 기초자치체는 재정 압박을 호소하기 시작하였음. 그와 동시에 독일 복지모델의 수발서비스 보장을 둘러싸고 지방정부의 재정 부족, 수발서비스의 공급 부족, 서비스의 비표준성, 부조제도로 제공되는 수발서비스의 선별

성 등에 대한 비판이 불거져 나오기 시작했음.

- 이와 관련된 논의는 1994년 연방차원의 수발보험법 제정으로 이어졌고, 그 결과 주로 기초지자체 재정으로 충당되던 수발서비스의 상당부분이 연방차원의 수발보험 재정으로 이전되게 되었음.

□ 다음 표는 2000년 이후 최근까지의 독일정부의 사회복지 및 사회서비스 지출수준을 보여주고 있음.

○ 독일 정부의 사회복지비 지출은 2000년 6,973억 유로에서 2007년 7,810억 유로로 증가하였음. 이 중 사회서비스 지출 규모는 2000년 467억 유로에서 2007년 563억 유로로 증가하였음.

- 즉 2007년 사회복지비 지출규모가 1990년 지출 대비 12% 증가한 반면 사회서비스 지출은 20.6% 증가한 셈임. 그러나 2000년대 전체 사회복지비 대비 사회서비스 지출의 증가폭은 1990년대에 비해 상대적으로 감소하였음.

□ 2000년 이후 전체 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 비중은 6.70%, 6.89%, 7.00%, 7.09%, 7.03%, 7.01%, 7.21%로 전반적으로 소폭 증가하였다고 할 수 있음.

〈표 5-3-4〉 2001-2007년 독일정부의 사회복지비 지출 대비 사회서비스 지출 규모

(단위: 백만 유로)

연도	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
사회복지	716,423	735,290	744,268	747,878	757,027	769,229	781,068
사회서비스	48,024	50,651	52,104	52,992	53,196	53,913	56,327
수발보험	16,890	17,346	17,557	17,692	17,891	18,065	18,388
사회부조 중 요양서비스 ¹⁾	2,905	2,943	3,005	3,142	3,152	3,120	3,227
사회부조 중 장애인통합서비스	9,764	10,185	10,930	11,487	11,288	11,804	11,914
아동, 청소년복지	18,465	20,177	20,612	20,671	20,865	20,924	22,798
사회복지예산 대비 사회서비스 비율	6.70%	6.89%	7.00%	7.09%	7.03%	7.01%	7.21%

주: 1) 입소시설 지원 포함.

자료: 독일연방통계청 통계연감 1994-2007.

- 이러한 전체 사회복지비 대비 사회서비스 지출의 지속적인 증가 국면의 단절은 2000년 이후 신 공공관리 운동과 관련하여 사회서비스 공급자 및 생산자간의 경쟁 강화 전략과 밀접할 수 있음.
 - 2000년 초반부터 사회서비스 공급자와 생산자 간의 ‘생산계약(Leistungsvertrag)’을 투자비용 대비 산출을 수치화하여 비교할 수 있는 ‘할당계약(Zuwendungsvertrag)’으로 전환하라는 연방차원의 권고가 기초지자체에 전달되고 있는 실정임. 또한 사회서비스 생산자 간의 경쟁 또한 민간영리기업의 사회시장 진출을 통해 가속화되고 있음.
- 한편 2000년대 사회서비스 지출 규모의 변화에서 주목되는 시기 및 분야와 관련하여 다음과 같은 제도적 요인이 고려될 수 있음.
 - 첫째, 사회부조 중 요양서비스 지출이 2000년대 다시 증가하는 현상이 나타나고 있음.
 - － 1994년 이후 계속 감소하던 사회부조의 요양서비스 지출이 2000년 28억 유로에서 2007년 32억 유로로 약 4억 유로 증가하였음. 이는 2000년 이후 수발서비스의 질 개선과 관련하여 발생한 지역사회 수준의 수발보험제도 지원서비스 증가와 밀접하다고 할 수 있음.
 - － 수발서비스의 질 보장에 대한 인식은 수발보험 실시 이후 점진적으로 수발서비스에 대한 권리의식이 강화됨으로서 수급권자의 새로운 자아의식(“소비자가 왕”)을 통해 형성되게 되었음(보건복지부, 2005).
 - － 이런 맥락에서 2000년대 초반 수발서비스의 질 개선과 관련하여 수발보험공단 중심의 미흡한 운영이 이슈화되었음.
 - 이를 보완하기 위해 기초지자체는 관할구역 수발서비스기관의 미흡한 서비스 수준을 효과적으로 개선하기 위해 2002년 ‘단기서비스 기관과 입소시설의 수발서비스 질 보장법’을 시행하게 되었음.
 - 그 주요 내용은 보험자와 수발서비스기관과의 생산계약 공개, MDK(질병보험 의료위원회)의 수발서비스기관 서비스 심사권의 법적 보장, 보험자와 수발서비스기관 간의 입소계약 공개, 입소시설 법 개정을 통한 지역단위 입소시설 감독기구의 강화, 소비자 권익보호 등으로 요약될 수 있음.

- 이와 관련된 사업의 추진을 위해 기초지자체의 연방차원 수발보험제도에 대한 보완적 역할이 강화되고 그에 상응하는 지출이 증가한 것으로 파악될 수 있을 것임.
- 둘째, 2000년대 아동 및 청소년 분야 사회서비스 지출이 매해 지속적으로 증가하고 있음. 또한 2000년 아동 및 청소년 분야 지출은 180억 유로에서 2007년 227억 유로로 약 47억 유로 증가하여 타 사회서비스 부문 지출 증가율보다 컸음.
 - 전체 사회서비스 지출 대비 수발보험비의 비중이 1999년 약 36%에서 2007년 32.5%로 감소한 반면 아동 및 청소년 분야 지출규모는 2007년 227억 유로로 전체 사회서비스 지출 563억 유로의 40.3%를 차지하고 있음.
 - 이러한 아동 및 청소년 부문의 사회서비스 지출 증가는 슈웨더 정부의 독일 복지모델의 위기관리전략 즉 사회투자전략과 밀접하다고 할 수 있음 1999년 슈웨더 정부가 발표한 “아젠다 2010”의 핵심과제는 조세개혁과 노동시장개혁으로 요약될 수 있는데, 그 방향성은 국제경쟁력 강화를 위한 기업의 조세감액, 정부의 사회보험 지출의 경제화, 사회투자의 증대로 요약될 수 있음.
 - 사회투자전략과 관련하여 적극적 노동시장정책 지출과 가족정책 지출을 증대하고 있는데, 아젠다 2010 가족지원정책의 주안점은 출산율 증대와 맞물려 있음(Bundesregierung, 2004).
 - 출산율 증대와 여성인력의 노동시장 진출을 촉진하기 위해 독일 정부는 2005년까지 15억 유로를 기초지자체에, 2007년까지 40억 유로를 각 주에 지원하여 3세 이하 유아 시설 구축과 직장 탁아시설 확대에 주력하고 있음(Bundesregierung, 2004).

제4절 사회복지부문 고용창출 제도요인

- 독일 복지모델의 위기징후가 나타나기 시작하는 1980년대 이전 사회서비스 고용수준의 증가는 관대한 케인지안 복지 시스템이 복지수요측면의 변화 즉 사회서비스

수요의 증가를 반영하여 확대된 결과라고 할 수 있음.

- 이 시기 독일정부는 주로 지방정부 차원에서 사회서비스의 양적, 질적 통제를 표준화함. 이런 맥락에서 주정부와 기초지자체는 서비스 공급량, 공급기관, 시설의 고용 구조, 전문인력 양성기준 등 대부분의 사회서비스 공급계획을 담당하였음.
- 이 후 독일 복지모델 개혁이 본격화되는 1990년대, 사회서비스 제도 또한 ‘공공부문의 경제화’라는 기치 아래 새로운 개혁의 요구를 받게 됨. 이 시기 사회복지 전반의 개혁과 마찬가지로 사회서비스 부문에 또한 시장논리가 강화되면서 전통적인 독일 사회서비스 제도의 특징, 그 중에서도 특히 ‘기초지자체의 사회서비스 공급책임’과 ‘민간사회복지사업단 중심의 보충성 원칙’이 희석되기 시작하였음.
 - 그러나 주목되는 점은 이 시기에 또한 사회서비스 부문의 고용은 계속해서 증가하였고 그 증가율은 오히려 가속화되었다는 점임. 선진 복지국가 재편의 일반적인 경향이라는 맥락에서 이 시기 사회시장의 확대는 공공부문의 개입을 축소한 결과 나타난 민간영리기업의 확대로 해석 가능할 것임.
- 독일의 1980년 이후 사회서비스 고용수준을 (재정지출을 통해 살펴본) 국가의 개입수준과 동시에 살펴 본 결과 두 수치 사이의 상당한 정(+)의 관계를 발견할 수 있었음.
 - 특히 1990년대 독일의 사회서비스 시스템이 중앙집권화되는 시기, 즉 1990년 독일 통일 직후, 1991년 아동 및 청소년 부조법의 연방차원 개정, 1994년 수발보호법의 도입을 계기로 사회서비스 부문의 고용수준과 재정지출은 동시에 대폭 증가하고 있음.
 - 즉 1980년대 이후 공공부문의 사회서비스 부문 개입 증가가 사회서비스 고용수준의 증가에 긍정적인 영향을 준 것으로 보임.
- 다음에서는 이 시기의 사회서비스 부문과 관련된 제도적 요인과 고용 구조 변화에 대해 정리해 보고자 함.
 - 첫째, 1990년 통일 이후 서로 다른 경제, 사회적 구조를 기반으로 발전한 두 체제가 접합되면서 동독의 사회서비스 제도가 대거 재편될 필요성이 발생함.
 - 이 과정에서 연방차원의 개입을 통해 구동독 지역에 서독형 제도들이 안착되었음.

- 예를 들어 동독과 서독지역의 보육서비스 공급모형에는 극명한 차이가 있었음. 전반적으로 구 동독의 사회서비스가 양적으로 서독에 비해 우위였음. 특히 0-2세 아동, 3-5세 아동을 대상으로 한 보육서비스 보급률은 거의 100%였으나 질적으로는 서독지역 시설에 비해 매우 취약했던 것으로 평가되고 있음.
 - 동독은 여성의 노동시장 참여를 현실화함과 동시에 아동의 사회화와 체제통합을 지원한다는 취지로 보육서비스를 종일 제공하는 기업형 보육기관이 발달해 있었음. 그러나 이러한 기업형태의 보육기관은 통일 이후 대부분 소규모의 서독형 보육기관으로 대체되고 기관 간의 경쟁구도 또한 도입되었음.
- 둘째, 1961년 제정된 아동 및 청소년 부조법이 1991년 연방법으로 개정됨과 동시에 3-6세 아동의 보육서비스를 비롯한 각종 청소년대상 서비스가 연방차원의 권리와 의무로 재정립되었음.
- 이와 함께 지역사회의 민간사회복지사업단 활동이 지속적으로 증가하고 있는 현상을 확인할 수 있었음. 즉 시장논리에 취약한 부조수급자를 대상으로 하는 수익성 적은 사회시장에 주로 민간사회복지사업단이 지자체의 후원을 받아 서비스 공급을 확대하고 있었음.
- 셋째, 1994년 수발보험법 도입 이후 수발서비스 영역의 고용과 재정지출이 대폭 확대되었음.
- 1970년 이후 독일사회의 노인인구 증가와 더불어 수발서비스 공급을 책임지고 있던 지방정부 재정이 심하게 압박받게 되었음. 이런 상황에서 지역사회 내 수발서비스 수요와 공급의 간극은 계속 커져왔음.
 - 이의 해결책으로 독일식 전통에 입각해 중앙집권적인 보험제도가 1994년 도입되고 중앙차원의 재정지출이 늘어나게 되었음. 그와 동시에 기초지자체의 수발서비스 비용부담은 1990년대 중후반 현격히 줄어들었음.
 - 기초지자체는 원칙적으로 수발보험제도의 사각지대에 속하는 지역주민을 대상으로 하는 부조서비스의 비용책임만을 갖게 되었음.
 - 반면 2000년 이후 기초지자체의 요양서비스 지출이 증가하는 현상이 나타

나는데, 이는 지역사회 수발서비스 기관의 감독 및 수요자 권익보호 측면에서 기초지자체의 개입이 늘어난 결과라고 할 수 있음.

○ 넷째, 1991년과 1994년 사회법 개정을 통해 민간사회복지사업단이 사회서비스 생산과 관련하여 갖고 있던 선점권이 삭제되었음

－ 이는 독일 사회서비스 공급의 특징인 보족성 원칙이 현실적으로 유의미하지 않게 되었음을 보여주었음. 그와 동시에 사회시장에 민간영리기관의 진출이 활발해지고 있는 현상이 관찰됨

－ 특히 노인대상 수발서비스 고용 구조에서 민간영리시설의 약진이 두드러짐.

□ 한편 2000년대 들어서면서 사회서비스 부문의 고용 증가는 전반적으로 1990년대에 비해 다소 지체되는 현상을 보임.

○ 이 시기는 사회적 취약계층을 대상으로 하는 실업자 보장 프로그램과 적극적 노동시장프로그램이 하르쯔법 I, II, III, IV(2001~2005년)에 의해 연방 고용청으로 집중되는 시기이기도 함.

－ 이를 통해 기초지자체의 사회부조비의 가장 큰 부담이었던 실업자와 노인대상 사회서비스의 법적 책임이 상당부분 연방차원으로 이전되었음. 그리고 이러한 사회서비스 공급책임의 중앙집중화와 맞물려 중앙정부의 사회서비스 부문 통제가 전반적으로 강화된 것으로 보임.

－ 즉 90년대 말 지방정부 간의 벤치마킹 네트워크가 구성되고 사회서비스 공급자와 생산자 간의 할당금 계약이 권고되기 시작하면서 정부재정지출에 대한 투자논리 즉 비용-산출분석이 효율성이라는 측면에서 강조되고 있음.

－ 또한 민간영리기관의 사회시장 진출과 더불어 사회서비스 기관 간의 비용경쟁구도가 강화되고 있음.

□ 종합하여 볼 때, 사회서비스의 공급자(비용주체)와 관련하여 공공부문의 법적 책임은 일련의 법 개정을 통해 중앙집권화되고 있는 반면 사회서비스 생산자(운영주체)와 관련하여서는 공공부문의 운영책임이 사회서비스 생산자 간의 경쟁강화를 통해 민간부문으로 전가되는 양상을 보이고 있음.

□ 이러한 사회서비스 개혁의 방향은 다음과 같이 정리될 수 있음.

〈표 5-4-1〉 독일의 사회서비스 제도화와 개혁과정

	제도화 과정	개혁 과정
공급체계	지방정부 중심	중앙집권화
생산체계	민간사회복지사업단 중심	민간영리참여 활성화
공급체계의 생산체계 지원방식	지역사회 욕구 중심, 서비스기관(생산자)지원 중심	비용효율성 중시, 수요자현금지원의 강화

- 다음은 독일 정부의 1990년대 이후 사회서비스 개혁 방향을 사회복지 재편의 일반적인 경향인 탈집중화와 민영화라는 차원에서 재정리해 보고자 함.
- 첫째, 탈집중화 경향을 1980년 이후 독일 사회서비스 개혁과 관련해 적용하기 어려움.
 - 사회서비스의 공급자 역할은 일련의 법개정을 통해 오히려 중앙집권화됨. 기초자치체를 포함하는 지방정부의 비용지불자로서의 책임은 1990년대 이후 수발보험 도입과 실업자 지원서비스의 연방 고용청 이양을 통해 현저히 축소되었음.
- 둘째 민영화 경향 또한 1980년 이후 독일 사회서비스 개혁과 관련해 적용하기 어려움.
 - 위에서 이미 언급한 바와 같이 1990년대 이후 사회서비스 개혁과정에서 사회서비스와 관련된 위험도 비용도 민영화되지 않았음. 오히려 국가의 법적 책임이 강화되면서 사회서비스 영역의 공공성이 강화되었다고 할 수 있음.
 - 수발서비스의 경우 재가서비스 우선의 수발서비스 인프라 구축을 들어 이전 기초자치체의 수발서비스 책임이 가족영역으로 민영화되었다고 해석할 수도 있음.
 - 그러나 부조대상 요양서비스책임이 아직 기초자치체에 남아 있는 상황이고 수발보험은 전 국민을 대상으로 하는 사회서비스 공급모형임을 감안할 때, 오히려 가족의 수발서비스 부담에 대한 국가의 현금보상을 통해 공공성이 강화되었다고 보는 것이 더 적합할 것임.
 - 반면 사회서비스 생산체계와 관련하여 사회서비스 운영책임의 민영화를 고려해 볼 수 있음.

- 1990년대 초반 사회서비스 시장이 실질적으로 민간영리기업에게 개방되면서 민간비영리기관과의 경쟁구도가 형성되었음. 이런 상황은 이론적으로 이전에 공공부문이 사회서비스 운영과 관련해 갖고 있던 위험부담을 상당 부분 민간으로 전가할 수 있음.
- 그러나 사회시장의 가격경쟁구도가 앞으로 계속 유지될 수 있을지에 대해서는 아직 이론의 여지가 많음.
 - 민간사회복지사업단의 사회서비스 생산자로서의 특권이 사라진 상황에서 민간비영리부분의 민간영리기업과의 가격경쟁이 가속화되고 공공부문의 운영책임은 민간부문으로 계속해서 이전될 것이라고 예상되고 있음.
 - 독일의 사회서비스 공급모형 즉 생산자 지원방식이 지배적인 구도에서 민간비영리기관과 민간영리기업의 경쟁은 실질적으로 사회서비스 공급자 즉 공공부문이라고 할 수 있음.
 - 또한 사회서비스 수요자 입장에서는 지역사회 주민참여로 생산되는 민간 사회복지사업단의 보육 및 수발서비스 질이 영리기관보다 상대적으로 우월하다는 인식이 지배적이라고 할 수 있음.
 - 이러한 사회서비스 공급 및 수요 구조 속에서 민간비영리와 민간영리기관의 경쟁구도가 계속 유지될 수 있을지는 좀 더 지켜봐야 할 것임.

일본의 사회복지 고용수준 및
제도요인 분석



제6장 일본의 사회복지 고용수준 및 제도요인 분석

제1 절 사회복지부문 서비스제도의 발전 과정 및 현황

□ 일본형 사회복지제도의 특징 및 서비스제도 확대 배경

- 일본의 경제발전 수준에 비해 사회적 지출은 매우 낮으며, 사회적 부담수준도 비교적 낮음.
- 불교와 유교에 기초한 가족중심적, 공동체적 연대구축을 기반으로 함.
- 기업복지가 활성화되어 있음. 타 선진외국과 비교해 기업이 의료, 민간연금, 주택, 대인서비스 등의 실질적으로 포괄적인 사회복지공급주체 역할을 수행하는 비율이 높음.
- 저출산고령사회에 대한 위험성을 인식하고 연금 및 복지에 관한 지출수준을 높이고 있음.
- 1990년대 경기침체 및 제조업의 쇠퇴에 직면하여 일본정부의 새로운 일자리 창출 필요성을 절감하고 있는 당시, 고이즈미 내각이 사회복지분야를 대체 주요 산업분야로 주목하고, 규제 완화를 비롯한 민영기업의 참여 장려 고취를 통해 사회복지서비스분야의 확대를 꾀함.
- 일본의 사회복지제도는 1946년의 생활보장법을 기초로 경제부흥시기와 발맞춘 확대기를 거쳐 세계적인 경기침체의 영향으로 사회복지제도 개혁기를 거쳐, 지역복지를 중심으로 한 사회복지제도 정착기 단계에 있음.

〈표 6-1-1〉 일본의 사회복지제도 변천사(史)

구 분	내 용
제2차 세계대전 이전 (발단기)	1922년 건강보험법 제정 1929년 구호법 제정 1937년 모자보건법 제정 1938년 국민건강보험법 제정 1941년 의료보호법 제정 1941년 연금보험제도(노동자연금보험법) 1944년 후생연금보험법 제정
1946-1973년 (확대기)	1946년 생활보장법 제정 1947년 아동복지법 제정 1949년 신체장애자복지법 제정 1951년 사회복지사업법 제정 1960년 정신박약자복지법 제정 1961년 전국민보험, 연금제 실현 1963년 노인복지법 제정 1973년 복지원년
1974-현재 (개혁기)	1982년 노인보건법 제정 1984년 의료보험제도 개정 1985년 연금제도 개정 1989년 골드플랜(노인보건·복지추진10개년전략) 제정 1994년 엔젤플랜(아동양육지원을 위한 시책의 기본적 방향에 대해서) 제정 1994년 연금제도 개혁 1994년 신골드플랜 제정 1995년 장애인플랜(노말라이제이션7개년전략)제정 1997년 사회복지기초구조개혁 실시 1999년 신엔젤플랜 제정 1999년 골드플랜21 제정 2000년 개호보험제도 실시 2003년 장애인지원비제도 실시 2004년 연금제도 개혁 2005년 개호보험제도 개혁 2005년 장애인자립지원제도 실시 2006년 의료제도 개혁 2008년 후기노인의료보장제도 실시

1. 사회복지서비스 제도화 과정

□ 사회복지서비스 형성기

- 1874년의 구휼제 제정을 통해 지속적인 사회복지관련 체계를 구축했던 시기로서, 제2차 세계대전 전후를 기점으로 많은 사회복지제도 및 서비스가 확충됨.
- 세계대전 이후 GHQ(미군점령기)를 거치면서 사회복지서비스에 대한 인식 발달이 이루어짐.

□ 사회복지서비스 확대기

- 1945년 세계대전 이후 급격히 늘어난 빈곤층과의 전쟁으로 인하여 취약계층에 대한 지원을 확대해 나가기 위한 생활보장법(1946년), 사회복지사업법(1951년) 등을 제정함.
- 세계적인 경제부흥의 흐름에 발맞춘 일본의 급속적인 경제성장을 바탕으로 복지국가로서의 제도구축이 이루어진 시기임.
- 1973년 세계적인 오일쇼크의 영향으로 복지예산의 지속적인 증가추세에 개혁의 문제제기가 대두되며, 1970년대 후반기부터 저출산고령사회에 관한 사회적 위험부담이 제기되면서 사회복지제도 및 서비스에 관한 전반적인 개혁을 도모하게 됨.

□ 사회복지서비스 개혁기

- 1973년(복지원년)이후, 연금수급자 증대 및 노인의료비의 지속적인 증가추세를 나타내면서, 사회보장관련 예산의 확대가 이루어짐.
- 늘어나는 복지욕구에 대응가능하고, 예측 가능한 재정체계 구축을 위해 각 분야별 중장기발전계획을 책정하고 이에 따른 인프라 구축 즉, 사회복지시설의 양적인프라 구축, 서비스제공 인력의 장기적 양성, 재가생활을 중심으로 한 사회복지서비스 제공체계를 구축하는 계기를 맞게 됨.
- 특히, 1997년 사회복지기초구조개혁을 통해 자립생활 지원, 이용자 민주주의 추진, 서비스의 질적 향상, 지역복지형 사회복지의 추진을 통해 사회복지분야의 패러다임이 공급자에서 수요자중심의 체계로 변화하게 됨.
- 1997년 사회복지기초구조개혁 이후, 아동 및 노인, 장애인복지분야에서 중장

기발전계획의 책정과 함께 사회복지서비스의 인프라 확충을 위한 민영기관의 참여 규제 완화 등을 도모하면서 사회복지서비스와 관련한 일자리가 대폭적으로 증대됨.

- 또한, 단카이세대(제1차 베이비붐세대)가 65세 노인이 되는 2015년 이후의 사회적 문제에 대응해 나가기 위한 다각적 측면에서의 사회복지서비스 확충을 도모하고 있음.

2. 주요제도 및 예산 현황

□ 일본 정부의 2010년도 세입세출 예산안을 살펴보면, 아래의 표와 같음.

- 전체 예산 가운데 사회보장비가 약 30%의 비중을 차지하고 있으며, 뒤이어 공공사업, 과학진흥, 방위 외 기타 영역이 각각 6.3%, 8.1%, 16.1%의 예산비율을 나타내고 있음. 이러한 일본 전체 세입세출 예산 현황을 살펴보면, 사회보장에 관련한 세출이 상당히 많은 비중을 차지하고 있는 것으로 볼 수 있음.

〈표 6-1-2〉 일본의 2010년도 세입세출 예산안

(단위: 억엔)

구 분	예산액
사회보장관련	232,686 (29.5%)
공공사업분야	57,731 (6.3%)
과학진흥분야	55,860 (8.1%)
방위 외	148,266 (16.1%)
계	534,542(일반세출전체 57.9%)

자료: 재무성(2010), 2010년도 일반예산 개요.

- 후생노동성의 예산 추이를 살펴보면, 저출산고령화에 따른 사회보장비의 예산이 계속적으로 증액되는 것을 살펴볼 수 있음. 즉, 후생노동성의 지난 10년간의 예산액은 약 64%정도 증가된 것을 알 수 있음.⁵⁾

5) 일본 후생노동성의 홈페이지 자료 공표가 2001년부터 이루어지고 있어, 그 이후의 추이를 살펴보았음.

〈표 6-1-3〉 일본 후생노동성 예산추이

(단위: 억엔)

구 분	2001년	2005년	2009년
사회보장비	173,068	202,240	246,522
과학기술관련	859	1,078	1,145
그 외	3,605	4,860	3,901
계	180,882	208,178	251,568

자료: 후생성, 2001년도/2005년도/2009년도 일반예산개요.

- 후생노동성의 2009년도 사회보장비 예산을 좀 더 구체적으로 살펴보면, 크게 연금, 의료, 개호, 복지 등, 고용의 5가지 부문으로 나누어 살펴 볼 수 있음.
- 전체 예산 가운데 가장 많은 비중은 연금분야가 차지하는 것을 알 수 있었음.
 - 연금에 관련한 예산비중이 2008년에 비해 가장 많은 증가 추이를 보임.
 - 의료분야의 예산 비중이 높았으며, 노인을 대상으로 하는 개호와 이용자를 대상으로 하는 복지관련 예산이 전반적으로 증가추이에 있는 것으로 파악됨.

〈표 6-1-4〉 일본 후생노동성 예산 중 사회보장비예산 추이

(단위: 억엔, %)

	후생노동성전체예산	사회보장비예산	사회보장비 비율
2001년	180,882	174,585	96.5
2006년	209,417	204,187	97.5
2010년	275,561	270,793	98.2

- 2000년대 이후 후생노동성의 예산증가비율을 <표 6-2-3>과 비교분석해 볼 때, 인력이 급증한 것과 관련하여 사회보장비에 관련한 지출도 늘어난 것을 확인할 수 있음. 즉, 저출산고령화라는 사회적 문제가 심화되면서 의료복지분야의 지출이 늘어나게 되었으며, 더불어 전체예산 가운데 사회보장비의 예산도 계속적으로 증가되었음. 2010년 후생노동성의 전체예산 가운데 사회보장비가 차지하는 비율은 98.2%로, 노후생활보장과 관련한 비중이 매우 크다고 볼 수 있음.

〈표 6-1-5〉 일본 2008년, 2009년 사회보장비 부문별 현황

(단위: 억엔, %)

구 분	2008년	2009년	증감 규모
사회보장관계비	216,136(100.0)	246,522(100.0)	30,386
연금	74,382(34.4)	98,702(40.0)	24,319
의료	85,644(39.6)	90,252(36.6)	4,609
개호	19,062(8.8)	19,699(8.0)	638
복지 등	35,092(16.2)	35,937(14.6)	846
고용	1,957(0.9)	1,931(0.8)	△25

자료: 후생성, 2008년도/2009년도 일반예산 개요.

□ 2009년도 사회보장관계비 예산내역 가운데 가장 큰 비중을 차지하는 분야는 연금 및 의료분야로서 약 74% 수준이었음. 또한 일본의 심각한 저출산고령화 문제에 대응하기 위한 노력으로 저출산 대책 및 개호서비스 확보, 고용환경 관련 예산을 책정하고 있음. 이와 같이 대부분의 복지예산을 연금 및 의료분야에 투자하고 있는 상황이 향후 노인인구의 급증에 따른 연금지급액의 확대, 노인의료비 증가가 후생노동성 예산에 주요한 영향을 미칠 것이라는 예측이 가능함(2008년도에 비해 2009년 사회복지서비스 예산 비중은 1%정도 줄었음).

〈표 6-1-6〉 일본 2009년도 후생노동성 예산안의 주요사항

(단위: 억엔)

구분	예산액
고용환경 개선을 위한 긴급대책 추진	2,792 (1.1)
안심할 수 있는 질 높은 의료의 확보	93,188 (37.8)
지속가능하고 안심할 수 있는 연금제도 구축	98,877 (40.1)
저출산대책 추진	7,803 (3.2)
안심할 수 있고 질 높은 개호서비스 등의 확보	21,145 (8.6)
장애인 자립지원 추진	10,164 (4.1)
그 외 기타	12,554 (5.1)
계	246,523(100.0)

자료: 후생성(2009), 2009년도 일반예산 개요.

□ 위와 같은 예산안 세부내역에서 살펴볼 수 있듯이, 일본의 사회보장관계비 예산증가는 저출산·고령화의 사회적 요인이 지대한 영향을 미쳤음을 알 수 있음. 특히,

2000년대 초반 일본의 고령화율이 17.3%였던 수치가 2010년 현재 약 22.5%를 기록하고 있는 것을 살펴볼 수 있는데, 고령화율의 증가됨에 따라 예산도 그만큼 증액되어야 하는 비례관계에 있음을 살펴볼 때, 전반적인 한국의 사회복지재정에 관한 중장기 전망수치가 매우 중요하다고 볼 수 있음.

제2절 사회복지부문 고용 수준 분석

1. 사회복지분야 직업별 고용 분석

□ 일본 통계청(2006)의 자료에 의하면, 일본의 산업분류기준에 따라 의료·복지업은 의료업, 보건위생업, 사회보장·사회복지·개호사업으로 구분하고 있으며, 이 사업에 종사하고 있는 취업자는 각각 58.5%, 1.8%, 39.8% 를 차지하고 있음.

○ 사회보장·사회복지·개호사업 종사자 2,221,692명 가운데, 노인개호(케어)사업 종사자가 919천명으로 가장 큰 규모였음.

〈표 6-2-1〉 일본 산업분류 기준에 따른 의료·복지업 세세분류별 종사자 현황 (2006년 기준)

산업 세세분류	수(명)	비율(%)	산업 세세분류	수(천명)	비율(%)
의료, 복지	5,588,153	100.0			
의료업	3,266,367	58.5	사회보장·사회복지·개호사업	2,221,692	39.8
병원	1,813,716	32.5	사회보험사업단체	52,305	0.9
일반진료소	801,895	14.3	복지사무소	36,759	0.7
치과진료소	376,853	6.7	아동복지사업	615,503	11.0
조산·간호업	15,585	0.3	보육소	512,293	9.2
조산소	1,295	0.0	기타아동복지사업	103,210	1.8
간호업	14,290	0.3	노인복지·개호사업	919,554	16.5
의료기술업	191,833	3.4	특별양호노인홈	321,547	5.8
의료 부대서비스업	66,485	1.2	개호노인보건시설	204,295	3.7
치과기공소	22,852	0.4	유료노인홈	46,528	0.8
기타 의료 부대 서비스	43,633	0.8	기타노인복지·개호사업	347,184	6.2
보건위생	100,094	1.8	장애인복지사업	173,948	3.1
보건업	24,832	0.4	기타사회보험등사업	423,623	7.6
건강상담시설	63,480	1.1	갱생보호사업	799	0.0
기타 보건위생	11,782	0.2	방문개호사업	283,651	5.1
			기타분류외사회보험사업등	139,173	2.5

자료: 일본 통계청 Web-site.

- 다음 <표 6-2-2> 은 의료 및 복지분야 근로자 현황의 변화 추이를 볼 수 있는 자료로서, 사회복지부문 즉, 사회보험·사회복지·개호사업이 전체 의료 및 복지분야에서 차지하는 비율은 1996년 24.5%, 2001년 31.4%, 2006년 39.8%로 증가하여, 급격한 성장세를 보여주고 있음.

<표 6-2-2> 일본의 의료 및 복지분야 근로자현황 추이(1996~2006년)

(단위: 명)

구분	1996년	2001년	2006년
의료	2,771,066 (73.1)	3,002,316 (66.3)	3,266,367 (58.5)
보건위생	89,853 (2.4)	104,233 (2.3)	100,094 (1.8)
사회보험·사회복지·개호사업	929,701 (24.5)	1,421,996 (31.4)	2,221,692 (39.8)
계	3,790,620(100.0)	4,528,545(100.0)	5,588,153(100.0)

자료: 총무성통계국(2009), 「사업소·기업통계조사」.

- <표 6-2-3>에서는 일본 통계청의 <표 6-2-1> 자료에서 사회복지부문에 대하여 2001년과 2006년의 현황을 비교한 결과로서, 2001년대비 2006년 취업자 비율이 전산업은 2.5% 감소하였고, 의료 및 복지업은 23.4%, 의료업은 8.8% 증가한 반면, 사회보장·사회복지·개호사업 부문은 56.2%의 증가가 나타났음.
- 가장 큰 증가율을 보이고 있는 세부부문은 노인복지·개호사업으로서 79.0%의 증가율을 보였으며, 기타아동복지사업 38.9%, 장애인복지사업도 36.3%의 증가가 나타났음.
- 2006년 기준으로 살펴보면, 노인복지·개호사업에서 이루어지는 고용이 전체 사회복지부문 고용의 41.4%, 방문보호사업이 12.8%로 절반을 상회하였으며, 아동 보육소에서의 고용이 23.1%로 큰 비중을 차지함.
- － 이 비율을 2001년과 비교해 보면, 보육소의 경우 2001년 31.3%에서 23.1%로 감소한 반면, 노인복지·개호사업은 36.1%에서 41.4%로 증가함.

〈표 6-2-3〉 일본 사회복지부문산업의 세세분류별 종사자 현황 (2006년, 2001년 비교)

산업 세세분류	2006		2001~2006 증가율(%)	2001	
	수(천명)	비율(%)		수(천명)	비율(%)
전산업	58,634,315	-	-2.5	60,157,509	-
의료업·복지업	5,588,153	-	23.4	4,528,545	-
의료업	3,266,367	-	8.8	3,002,316	-
보건위생업	100,094	-	-4.0	104,233	-
사회보장·사회복지·개호사업	2,221,692	100.0	56.2	1,421,996	100.0
사회보험사업단체	52,305	2.4	4.9	49,873	3.5
복지사무소	36,759	1.7	3.3	35,573	2.5
아동복지사업	615,503	27.7	18.5	519,265	36.5
보육소	512,293	23.1	15.1	444,986	31.3
기타아동복지사업	103,210	4.6	38.9	74,279	5.2
노인복지·개호사업	919,554	41.4	79.0	513,687	36.1
특별양호노인홈	321,547	14.5		-	-
개호노인보건시설	204,295	9.2		-	-
유료노인홈	46,528	2.1		-	-
기타노인복지·개호사업	347,184	15.6		-	-
장애인복지사업	173,948	7.8	36.3	127,579	9.0
기타사회보험등사업	423,623	19.1	140.7	176,019	12.4
갱생보호사업	799	0.0	3.8	770	0.1
방문개호사업	283,651	12.8		-	-
기타분류외사회보험사업등	139,173	6.3		-	-

자료: 일본 통계청 Web-site.

- 다음 〈표 6-2-4〉는 일본의 사회복지부문 사업분류에 포함된 사업체 현황으로서, 2006년 현재 사회복지부문 사업체 수는 총 113,752개로 나타나고 있음.
- 이들 사업체의 수는 고용 규모와 마찬가지로 2001년과 비교할 때, 큰 증가 추세를 보이고 있음. 즉, 전산업 6.9% 감소, 의료업 7.6% 증가, 보건위생업 2.8% 감소에 비해, 사회복지부문 사업체 수는 48.2%의 증가율을 보여, 2배 가까이 증가한 것을 알 수 있음.

〈표 6-2-4〉 일본 사회복지부문산업의 사업체 현황 (2006년, 2001년 비교)

산업 세세분류	2006		2001~2006 증가율(%)	2001	
	수(개소)	비율(%)		수(천명)	비율(%)
전산업	5,911,038		- 6.9	6,349,969	
의료업·복지업	351,129		17.9	297,888	
의료업	233,001		7.6	216,619	
보건위생업	4,376		- 2.8	4,501	
사회보장·사회복지·개호사업	113,752		48.2	76,768	
사회보험사업단체	2,330	2.0	- 9.4	2,572	3.4
복지사무소	752	0.7	- 16.5	901	1.2
이동복지사업	43,701	38.4	11.6	39,166	51.0
보육소	29,211	25.7	0.0	29,222	38.1
기타이동복지사업	14,490	12.7	45.7	9,944	13.0
노인복지·개호사업	35,426	31.1	87.9	18,857	24.6
특별양호노인홈	5,082	4.5	-	-	-
개호노인보건시설	3,203	2.8	-	-	-
유료노인홈	1,481	1.3	-	-	-
기타노인복지·개호사업	25,660	22.6	-	-	-
장애인복지사업	10,784	9.5	53.7	7,017	9.1
기타사회보험등사업	20,759	18.2	151.5	8,255	10.8
갱생보호사업	97	0.1	- 7.6	105	0.1
방문개호사업	12,358	10.9	-	-	-
기타분류외사회보험사업등	8,304	7.3	-	-	-

□ 이와 같이, 2001년 당시에는 복지 분야에 비해 의료분야의 근로자수가 3배 이상 많았지만, 지속적으로 사회보험·사회복지·개호사업의 근로자수가 빠른 속도로 성장해왔음. 이는 급속한 노인인구의 증가와 개호보험제도의 정착, 이로 인한 개호근로자의 공급 증가로 유도된 결과라고 판단됨. 이러한 결과를 살펴볼 때, 일본의 경우에는 저출산고령화에 초점을 맞춘 관련 제도와 사회복지서비스 인프라가 결과적으로는 사회복지분야의 전체적인 일자리 확대에도 영향을 준 것으로 분석가능함.

○ 한국의 경우, 일본과 유사한 형태로 노인장기요양보험제도가 실시된 이후 보건·복지분야의 인력이 급속히 늘어나고 있음. 그러나, 긍정적인 평가보다는 우려의 논의가 많은 것은 비정규직 인력의 증가율이 높고, 타 직종에 비해 급여수준 및 직원복지후생이 열악하다는 의견이 제기되고 있기 때문임. 하지만, 일본에서는 위에서 제시한 바와 같이 비정규직과 정규직이 균형을 이루면서 일자리를 확대해 왔고 비정규직 비율의 증가가 크지 않음.

- 한편, 보건복지분야의 급여 수준은 타 업종에 비해 현저히 낮지는 않음을 알 수 있음. 즉, 일본은 타 업종과 비슷한 수준에서 학력에 따른 급여수준을 인정해 줌으로써 그들의 자기 개발과 근로 의욕을 극대화시키기 위해 노력해 왔음을 알 수 있음.

〈표 6-2-5〉 일본 의료·복지서비스분야 근로자의 학력 및 성별 초임 현황

(단위: 천엔)

구 분		산업계평균	의료복지분야
남	석사졸업이상	228.6	232.7
	대학졸업	201.4	191.9
	2년제대학졸업	175.8	183.5
	고교졸업	160.8	150.2
여	석사졸업이상	227.1	210.9
	대학졸업	194.9	192.9
	2년제대학졸업	171.7	175.6
	고교졸업	153.0	143.9

자료: 후생노동성(2009), 『2009년임금구조기본통계조사결과(초임급)의 현황』.

- 또한, 정규직과 비정규직의 근로자수 증가가 비교적 균형적으로 관리되고 있다는 면에서 고용안정성이 확보되고 있는 것으로 볼 수 있음.

〈표 6-2-6〉 일본의 의료·복지분야 근로자현황 추이(2003~2007년)

(단위: 만명, %)

연도별	근로자수	근로형태	
		정규직	비정규직
2003년	460	318	142(30.9)
2004년	489	338	151(30.9)
2005년	508	343	165(32.5)
2006년	529	355	175(33.1)
2007년	539	359	181(33.6)

자료: 후생노동성(2009), 『2008년도 노동경제분석-근로자의 의식과 고용관리동향』.

- 일본 정부는 「복지인재확보지침(2007년)」을 통해 개호서비스에 종사하는 개호직원이 2004년에 약 100만명 수준이지만, 제1차 베이비붐세대가 65세가 되는 2015년까지 40~60만명 정도의 인력을 확충시켜야 할 필요가 있다고 추계하고 있음. 이에 정부에서는 지침 상에서 제시하고 있는 인력확충방안을 중심으로 지역사회 내 관련 복지개호서비스 종사자를 대상으로 하는 인재확보방안을 구축하고자 여러 가지 발전방안을 제시하고 있음.
 - 이와 관련, 개호직원의 급여를 상승시키기 위해 월 1만5천엔을 지원하는 사업을 2009년 10월부터 시작해 의료복지분야에서 근무하는 근로자가 2010년 6월 현재 640만명인 것으로 나타났으며, 전년 동월대비 24만명 증가, 14개월 동안 지속적인 증가추세에 있음(일본경제신문 2010.08.12일자).
- 후생노동성(2010)의 자료에 의하면, 2009년도 산업별 고용동향조사 결과 신규직원 비율과 퇴직직원 비율을 뺀 신규직원 입사율이 가장 높은 산업은 의료복지분야로서 3.2%p 상승한 것으로 나타났음.
 - 최근 인력 부족면에서 매우 심각했던 의료복지분야에 대한 이러한 결과는 인건비 보조정책 등의 효과가 고용 상황에 영향을 미친 것으로 볼 수 있음.

2. 사회복지분야별 고용 분석

- 사회복지서비스 분야별 종사자 수의 추이를 1990년대 이후부터 2005년까지의 시계열적 분포를 살펴보면 다음과 같음.
 - 즉, 노인분야의 경우 2005년 현재 종사자 현황은 1993년과 비교해 약 1000배 이상의 확대가 이루어진 것을 살펴볼 수 있고, 장애인복지분야는 6배 증가한 반면, 아동분야는 노인 및 장애인 분야와 비교해서 큰 폭을 아니지만, 2배 이상의 일자리가 확충되었음. 결과적으로, 1993년에 비해 사회복지분야에 있어서 종사자수는 평균 500배 이상의 증가가 이루어진 것을 알 수 있음.

〈표 6-2-7〉 일본의 사회복지서비스 분야별 종사자수 추이

(단위: 명)

	1993년	2000년	2005년
노인분야	167,898	1,048,681	1,971,225
장애인분야	130,254	159,550	671,718
아동분야	373,892	447,013	556,008
기타	37,967	43,831	77,604
계	710,011	1,699,075	3,276,555

자료: 후생노동성(2007), 『사회복지사업에 종사하는 자의 확보를 위한 조치에 관한 기본적 지침』.

□ 일본의 사회복지서비스 분야의 근로자 현황은 1950년대 이후부터 계속적으로 증가해 오는 추세이지만, 1990년대 이후의 골드플랜(고령자보건·복지5개년계획), 엔젤플랜과 같은 저출산고령사회대책에 따른 인프라의 확충이 급속하게 이뤄지면서 근로자 수도 대폭 늘어났다고 볼 수 있음.

○ 또한, 2000년 개호보험제도의 시행과 아동 및 장애인분야의 추가적인 인프라 확충계획, 즉, 장애인분야의 경우에는 2004~2006년에 계속적으로 이루어진 지원비제도와 자립지원제도 등의 영향이 장애인자립지원을 위한 개호관련 일 자리의 확충이 도모되었다고 볼 수 있음.

○ 아동분야는 엔젤, 신엔젤플랜에 기초한 시설수 확충 및 보육교사의 증원이 확대되면서 의료·복지서비스분야의 근로자수가 약 600만명에 육박할만큼 그 비중을 확대하게 되었다고 분석가능함.

□ 하지만, 일본은 2015년(제1차 베이비붐세대가 65세 이상의 노인이 되는 해)에 다시 한 번 겪게 될 노인인구의 급증에 대비해 필요한 관련 분야 근로자수를 예측하고, 이들의 종사를 유도하기 위한 대책인 『사회복지사업에 종사하는 자의 확보를 위한 조치에 관한 기본적 지침』 등을 정부중심으로 계획하고 추진함으로써, 사회투자전략 차원에서의 구체적인 시행과제를 제기하고 있음.

제3절 주요 사회복지서비스 제도의 고용창출 구조

1. 노인장기요양(개호보험)

□ 일본 사회복지부문에서 가장 큰 고용 창출이 이루어지고 있는 개호보험제도와 관련하여 보다 상세하게 검토하고자 함. 사회보험청(2009)의 자료에 의하면, 일본의 65세 이상 노인은 2천736만명(2008년 기준) 중 요개호(요지원) 인정자 수는 약 450만명으로, 요개호(요지원)인정심사를 거쳐 개호정도에 따른 등급으로 구분하고 이에 합당한 서비스를 제공하고 있음.

○ 현황추이를 살펴보면, 65세 이상의 노인인구도 증가하고 있으며, 요개호(요지원) 인정자수도 연간 25%정도 증가하는 것을 확인할 수 있음.

〈표 6-3-1〉 일본의 개호보험 요개호(요지원) 인정자 수

(단위: 만명)

	2000년 4월말	2003년 4월말	2008년 1월말
요개호(요지원)인정자수	218	348	450

자료: 사회보험청(2009), 사회보장제도의 개요, 사회보험연구교제.

□ 또한, 요개호(요지원)인정자수 가운데 실제로 개호서비스를 이용하는 이용자 현황을 살펴보면, 시설보다는 재가서비스를 많이 이용하고 있는 것으로 나타났으며, 2000년 개호보험제도 시행 초기와 비교해 볼 때 특히, 재가서비스의 이용자가 급격히 늘어난 것을 확인할 수 있음.

〈표 6-3-2〉 일본의 개호서비스 이용자 추이

(단위: 만명)

서비스구분	2000년 4월	2001년 4월	2002년 4월	2008년 1월
재가서비스	97	142	172	266
지역밀착형서비스	-	-	-	19
시설서비스	52	65	69	82
계	149	207	241	355

자료: 사회보험청(2009), 사회보장제도의 개요, 사회보험연구교제.

- 이는 후생성이 재가서비스를 중심으로 한 지역사회 내 개호시스템 구축에 다양한 과제들을 제시하면서 인프라 확충에 있어서 재정적 부담이 있는 시설서비스보다 더 급속한 확충이 가능했던 것이라고 볼 수 있음.
- 개호보험관련 사업소 및 시설 수는 2007년 말 현재 개호예방서비스와 개호서비스와 구분하여 살펴볼 때, 개호서비스와 관련된 시설수의 비중이 크게 나타남.
- 또한, 개호서비스의 경우에는 통소계(이용형시설)와 방문계 사업소 및 시설수가 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 개호노인복지시설과 보건시설, 요양형 의료시설이 약 1만2천개소 운영되고 있음.
- 일본의 경우, 재가복지서비스 중심의 지원체계 구축을 위해 계속적으로 재가복지서비스 인프라를 중점적으로 확충하고 있음. 후생노동성이 개호요양형 의료시설의 경우에는 늘어나는 노인의료비의 증가를 방지하기 위해 2012년 3월까지 13만 병상을 폐지하는 방침을 정하고 있어, 개호관련시설의 유일한 축소화와 함께 개호 난민 발생에 대한 우려가 있음.

〈표 6-3-3〉 일본의 개호보험관련 사업소 및 시설수의 증가추이

(단위: 개소)

구분	시설유형	2006년	2007년
개호예방서비스	방문계	26,247	27,577
	이용계	29,707	32,754
	그외	28,477	29,828
	지역밀착형서비스사업소	10,508	12,056
	지역포괄지원센터	3,292	3,851
개호서비스	방문계	28,663	28,600
	통소계	31,965	33,757
	그외	30,829	31,308
	지역밀착형서비스사업소	11,099	12,890
	거택개호지원사업소	27,571	28,248
	개호노인복지시설	5,716	5,892
	개호노인보건시설	3,391	3,435
	개호요양형의료시설	2,929	2,608

자료: 후생노동성(2009), 『2007년 개호서비스 시설·사업소조사결과와 개요』.

□ 개호보험시설의 주요 내용 및 직원배치기준 개요를 살펴보면, 크게 시설서비스와 재가서비스로 구분하여 볼 수 있음.

○ 시설서비스를 제공하는 기관으로서는 특별양호노인홈, 노인보건시설, 개호요양형의료시설로 제시할 수 있음.

－ 특별양호노인홈은 한국의 노인요양시설과 같은 형태로 요개호 3~5단계의 중증노인성질환으로 일상생활이 불가능한 이용자에게 개호서비스를 제공하고 있음.

－ 노인보건시설은 재가복귀를 목적으로 개호서비스와 재활서비스를 동시에 제공받을 수 있는 시설유형이며, 개호요양형의료시설은 한국의 노인전문요양병원과 같은 시설유형으로서 의료와 개호서비스를 같이 제공받을 수 있는 시설유형을 말함.

□ 일본의 개호보험시설의 기본적 성격과 정의, 개호보험법상의 유형, 주요 설치주체에 관련한 각각의 내용은 다음의 표와 같음.

〈표 6-3-4〉 일본의 개호보험시설의 주요 내용

	특별양호노인홈	노인보건시설	개호요양형의료시설
기본 성격	요개호노인을 위한 생활시설	요개호노인의 재가복귀를 위한 재활시설	중증의료, 요개호노인의 장기요양시설
정의	65세 이상의 자 가운데 신체상 또는 정신상의 장애를 있는 자가 항시 개호를 필요로 하고 또는 재가에서 제공하는데 곤란한 자를 입소시켜 요양하도록 하는 것을 목적으로 하는 시설	요개호자에 대해 시설서비스계획에 근거하여 간호, 의학적 관리를 기본으로 개호 또는 기능훈련 외 기타 필요한 의료 및 일상생활상의 도움을 수행하는 것을 목적으로 하는 시설	요양병상 등을 가지고 있는 병원 또는 진료소에 대해서 각 해당 요양병상 등에 입원하는 요개호자에 대해 시설서비스계획에 근거한 요양상의 관리, 간호, 의학적 관리에 있어 개호 외의 도움 또는 기능훈련 그 외 필요한 의료를 제공하는 것을 목적으로 하는 시설
개호보험법상 유형	개호노인복지시설	개호노인보건시설	개호요양형의료시설
주요 설치주체	지방공공단체 사회복지법인	지방공공단체 의료법인	지방공공단체 의료법인

자료: 엑스ナレッジ(2006), 高齢者介護・リハビリ事業企画2017最新版-改正介護保険制度対応.

□ 개호보험 관련시설 직원배치기준 현황

- 의료복지분야에서 가장 많은 일자리를 창출한 개호보험상의 관련시설 직원배치기준을 살펴보면, 결과적으로는 노인인구의 급증과 함께 사회적일자리의 증가가 같은 선상에서 이루어진다는 것을 살펴볼 수 있음.
- 즉, 개호노인복지시설과 거택서비스의 인력 확충이 가장 많다고 볼 수 있는데, 개호노인복지시설의 개호직을 입소자 3인당 1인을 배치하고, 거택서비스 가운데에서도 방문개호의 경우 이용자 2.5명당 방문개호원 1인을 배치, 방문간호는 이용자 2.5명당 보건사 및 간호사, 준간호사 1인을 배치하는 것으로 규정하고 있음.

〈표 6-3-5〉 일본 개호보험시설 직원배치 기준

시설구분		직원배치기준
개호 노인 복지 시설	생활상담원	입소자 100인 이상일 경우 정규직상담원 1인 배치 ※생활상담원이란, 노인장기요양기관 요양시설의 사회복지사와 유사한 역할을 수행. 개호업무에 관련한 기획 및 시설서비스이용자계획 작성 등에 관한 업무를 시설케어매니저와 함께 수행
	개호 및 간호직	개호직 입소자 3인당 1인 배치 간호직 30인미만시설의 경우 1인 이상 30~50인미만시설 2인 이상 50~130인미만시설 3인 이상 130인 이상 시설에서 3인, 입소자 50인당 1인 추가배치
	필수 배치직	영양사 1인 이상/ 기능훈련지도원 1인 이상(겸직가능) 개호지원상담원(1인 이상/ 100인 이상시 1인 추가배치)
개호 노인 보건 시설	의사	정규직 1인 이상
	개호 및 간호직	개호직 입소자 3인당 1인 배치 간호직 입소자 10인당 1인 배치
	필수 배치직	입소자 100명당 지원상담원 1인/ 영양사 1인/ 개호지원전문원 1인 이상 약제사, 물리치료사 및 작업치료사 1인 의무배치
개호 요양형 의료시설	의사	입소자 30명당 1인 이상
	개호 및 간호직	개호직 입소자 6명당 1인 이상 간호직 입소자 6명당 1인 이상
	필수 배치직	입소자 100명당 개호지원전문원 1인 이상
거택 서비스	방문개호	이용자 2.5명당 방문개호원 1인 배치
	방문간호	이용자 2.5명당 보건사, 간호사, 준간호사 등 1인 배치
	주야간보호	이용자 10명당 개호직원 1인 배치
	단기보호	개호노인복지시설의 직원배치기준과 동일함
	방문재활	물리치료사 및 작업치료사 등 적정수준 의무배치
	방문목욕	별도의 의무배치기준 없음

자료: 엑스나레τζ짐ムック(2006), 高齢者介護・サービス事業企画2017最新版-改正介護保険制度対応.

□ 위의 개호보험관련시설 직원배치기준에 기초하여 개호보험시설의 직원수 현황을 살펴보면(2007년 10월 현재), 재가서비스와 시설서비스로 구분해 볼 때, 방문개호 서비스종사자는 172,753명, 이용계서비스종사자는 188,235명임.

○ 또한, 개호보험시설의 정규직직원 종사자수는 개호노인복지시설이 250,451명, 개호노인보건시설이 177,900명, 개호요양형 의료시설 81,779명으로 나타났음. 이러한 결과를 토대로 개호보험 관련서비스에 종사하고 있는 일본 내 종사자 수는 총 1,231,282명으로 나타나고 있음.

〈표 6-3-6〉 일본 개호보험시설의 직원 수 현황

(단위: 명)

시설구분	방문개호	방문목욕	방문간호	주야간보호	방문재활	
					개호노인 보건시설	의료시설
총사자수	172,753	9,295	27,071	188,235	32,437	26,770
시설구분	단기보호	특정시설 입소자 생활개호	치매대응형 그룹홈	개호노인 복지시설	개호노인 보건시설	개호요양형 시설
총사자수	104,628	52,239	107,724	250,451	177,900	81,779

자료: 후생노동성(2009), 『2007년 개호서비스 시설·사업소조사결과와 개요』.

- 앞서 살펴본 바와 같이 사회복지서비스 인력 가운데 가장 빠른 속도로 인력 확충이 이뤄졌던 분야가 바로 노인복지분야이며, 특히 2000년 이후 그 수가 급증했다는 통계결과를 토대로 살펴볼 때, 일본의 노인복지분야에 있어서 개호보험제도는 서비스의 다양화와 체계화 및 시설인프라 구축을 통한 인력확충까지의 시너지적 효과성을 제공했다고 살펴 볼 수 있음.
- 이러한 내용들을 토대로, 사회복지서비스에 있어서 고용 확충은 제도적 측면에서의 지원이 함께 이뤄져야 가능하다는 것을 알 수 있음.

2. 보육·아동복지사업

- 일본은 계속되는 출산율 저하에 의해 사회적으로 불안요소가 증가되자, 1990년대 후반부터 엔젤플랜(아동양육지원을 위한 시책의 기본적 방향에 대해서)를 책정하고 이를 바탕으로 한 지속적인 저출산대책을 검토해 왔음.
- 이러한 검토과정에서 일본사회의 출산율 증가를 위해서는 여성들의 일과 보육을 함께 지원할 수 있는 정책이 필요하다고 그 방향성을 인식, 지속적인 보육시스템 확충에 많은 비중을 두고 왔음.
- 이러한 정책적 기조에 발맞춘 인프라확충사업을 통해 2007년 말 현재, 일본의 전체 보육시설은 22,848개소까지 확대되었음.
 - 그 중 공립시설이 11,603개소, 사립시설이 11,245개소로 공립과 사립보육시

설의 분포가 균형있게 이뤄지고 있음. 전체 정원은 2,105,434명이며 정원의 95%이상이 충족되어있는 상태임(후생노동성, 2008).

〈표 6-3-7〉 일본의 보육시설 수 및 이용정원, 현원 현황

(단위: 개소, 명)

연도	보육시설수	정원	이용아동수	정원충족율
2006년	22,699	2,079,406	2,003,610	96.4
2007년	22,848	2,105,434	2,015,382	95.7
공립	11,603	1,063,264	944,582	88.8
사립	11,245	1,042,170	1,070,800	102.7

자료: 후생노동성(2007), 「보육소 현황에 대하여」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/09/tp0907-1.html>.

- 계속적으로 보육시설수가 증가하고 있지만, 여전히 보육시설의 수가 부족해 매년 17,000여명 이상의 아동들이 보육시설 이용을 대기하고 있는 상태이기도 함. 또한, 민간보육시설이 많은 한국과 달리 일본의 보육시설은 사립보다 공립의 시설수가 많아 국가가 안정적인 보육시스템 구축을 위해 적극적인 지원을 하고 있는 것으로 볼 수 있음. 하지만, 여전히 보육시설수가 부족해 한 해 1만7천여명의 아동이 보육시설 이용을 희망하고 대기하고 있는 현황임.

〈표 6-3-8〉 일본의 보육시설 대기아동수 현황

(단위: 명)

	2007년 4월 현재	2008년 4월 현재
대기아동수	19,794	17,926

자료: 후생노동성(2007), 「보육소 현황에 대하여」 <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/09/tp0907-1.html>.

- 일본의 보육시설 직원배치기준을 보다 상세히 살펴보면, 영아 3-6명당 1인 정도의 보육교사를 배치하는 기준을 설정함으로써, 이러한 영역의 직원인프라 확충을 기대하고 있음. 하지만, 저출산대책과 관련한 보육시설의 경우, 직원인프라에 관련하여 노인분야보다는 그 배치기준이 협소해 실제적인 직원확충은 노인부분의 비중이 높은 것을 알 수 있음.

〈표 6-3-9〉 일본 보육시설 직원 배치기준

구분	내용
시설장	1인
보육교사	0세아 : 영아3명당 1인 1,2세아 : 영아6명당 1인 3세아 : 아동 20명당 1인 4세이상 : 아동 30명당 1인 ※ 단, 정원 90명 이하의 시설에서는 정원 외 1명 배치
조리원 등	정원 45인 이하 1인 150인 이하 2인 151인 이상 3인
축타의	1인

자료: http://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi-kansa/html/7sido_kansa/pdf/m1/jido001-2.pdf

〈표 6-3-10〉 일본의 보육교사 현황

구분	보육교사
보육교사 수(2006년 기준)	283,664명
유치원교사,보육교사 자격소유자	79%
자격보유자 수	751,031명
연령별 구성	29세 이하 43% 30~39세 이하 21% 40~49세 이하 27% 50세 이상 9%
양성시설 수(2008년 기준)	563개소 대학 189개소 2년제대학 370개소 그 외 4개소

자료: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/hyouka/chousa/goudoubukai02/siryou2.pdf>

- 위와 같은 직원배치기준에 기초하여 일본의 보육시설 직원현황을 살펴보면, 전체 자격보유자의 751,03명 가운데 283,664명만이 근무하고 있는 것을 알 수 있음.
- 이 가운데 관련자격증을 가지고 근무하는 종사자는 전체의 79%수준인 것이 나타났음.

제4절 사회복지부문 고용창출 제도요인

- 일본은 제2차 세계대전 이후, 지속적인 경제성장과 함께 1970년대 이후 확대된 복지욕구에 대응하기 위한 다양한 시책을 강구하면서 사회복지서비스 인프라가 급속히 확대되는 과정을 거쳤음.
- 일본의 사회복지서비스 확대에는 정부의 적극적인 지원이 전제되었으나, 저출산고령화사회로의 급속한 변화로 인해 정부중심의 재정확충에 부담이 가중되고 있는 상황임.
- 이러한 사회복지서비스 확대와 발맞추어 인력의 확충이 계속적으로 진전되어왔다고 볼 수 있음. 즉, 전체적으로 1990년대 이후 일본의 의료·복지서비스 분야의 취업자 수는 전체 고용동향에서 꾸준히 지속적으로 성장해 오고 있음.
 - 특히 2000년대 이후 그 비중이 급속적으로 증대되고 있음. 이는 노인복지와 아동복지분야 시설인프라의 급속적인 증가가 그 요인으로 작용했다고 볼 수 있음.
- 일본의 의료·복지서비스에서 가장 많은 직종별 비율을 차지하고 있는 분야는 노인복지분야로서, 노인복지 분야의 개호보험제도 시행이 지대한 영향을 미친 것으로 볼 수 있음.
- 일본의 의료·복지서비스 분야 종사자의 특징으로서 여성의 비율이 높다는 점을 들 수 있음. 그 중에서도 개호보험 관련 서비스에 있어서는 거의 80%가 여성임. 또한, 비정규직근로자가 계속적으로 증가하고 있으며, 개호관련서비스 중 방문개호서비스의 경우 80%를 차지하고 있는 것으로 나타났음(후생노동성, 2007).
- 일본은 장기적인 인구추계 결과를 토대로 향후 계속적으로 증가할 노인인구에 대응하기 위한 인력확충계획을 제시하고 있음. 이는 한국에서 최근의 노인복지인력 급증과 연관지어 살펴볼 수 있는데, 한국과 일본의 노동환경을 비교할 때 가장 많은 차이를 보이는 것이 바로 그들의 임금체제와 근로조건이라고 볼 수 있음.
 - 본문에서 살펴본 바와 같이, 일본의 경우 계속적으로 비정규직근로자가 증가하고는 있지만, 정규직과 비정규직의 비율 면에서 한국보다는 안정된 수준임을 알 수 있었고, 또한 급여체제도 교육정도에 따라 차등을 두고 제공하고 있

는 것을 분석해 볼 수 있었음.

- 이러한 일본의 사회복지서비스 관련 인력구조 등을 포함한 인프라 환경에 대해서 살펴본 결과, 복지 관련 서비스영역에서의 지속적인 인력 확충은 단순히 시설인프라 구축만으로 이뤄지는 것이 아니라, 무엇보다도 거시적 측면에서 인력의 복리 후생 및 그들의 근로환경 개선이 전제되어야 함을 알 수 있음.
- 또한, 사회적일지리의 지속적인 확충과 안정적인 근로여건 조성을 위한 노력은 정부를 중심으로 한 구체적인 근로환경 조성 계획이 수립되고, 이에 기반한 정부-민간간의 적극적인 협력이 동반되어야 효율적인 성과를 거둘 수 있을 것임.

07

K
I
H
A
S
A

결 론

제7장 결 론

제1절 주요 연구 결과: 선진국 사례의 시사점

1. 본 연구의 차별성 및 제한점

□ 본 연구는 선진국에 비해 보건·복지분야 고용 비중이 현저히 낮은 상황에서, 선진국과의 고용수준 격차, 일자리 창출 부진이 발생하는 원인을 체계적으로 분석하는데 주안점을 두고 착수되었음.

○ 일자리 창출을 활성화할 수 있는 장단기 정책추진 방향을 설정하고 과제 발굴을 추진하는 과정에서, 보건·복지분야 일자리 창출 미흡 원인에 대한 다양한 시각 존재하며, 보건분야와 사회복지분야의 제도 특성, 운영 구조 및 환경이 상이하므로, 그동안 상세한 고용관련 검토가 이루어지지 않은 “사회복지” 분야의 고용과 관련하여 기초 자료의 수집과 분석을 실시하고자 한 것임.

— 앞서 살펴본 바와 같이, 고용과 관련한 국가별 자료를 취합한 DB를 제공하고 있는 국제 기구로서 OECD, ILO에서는 ‘보건업과 사회복지서비스업’을 구분하지 않은 최종 데이터를 발표하고 있으며, 국가별로도 사회복지부문 고용 실태의 정부 공식자료를 별도 분류에 의해 제공한 지는 10여년에 불과함.

○ 이에 따라 주요 국가의 “사회복지부문 고용” 현황을 구분하여 분석하되, 제도, 환경, 역사적 맥락에서 파악함으로써, 고용 창출과의 관계를 살펴보고자 함.

— 일반 시장에서 작용하는 규제등으로 인한 시장창출의 제한, 재정 투자 수준에 따른 영향 등을 파악하고자 하는 연구였음.

□ 선행 연구와의 차별성

- 최근 고용창출의 잠재력이 부각된 ‘사회서비스’ 부문에 대하여, 산업의 활성화와 고용 확대의 가능성을 타진하는 연구가 진행되어 왔으나, “사회복지” 부문 고용에 초점을 두어 수행된 최초의 연구임.
 - 김혜원 외(2006)의 연구에서는 사회서비스업의 일자리 창출방안을 연구하면서, 일본, 스웨덴의 사회복지부문 사례를 중심으로 검토한 바 있음.
 - OECD(2000) 보고서에서는 서비스업에 대한 분석 과정에서 ‘사회서비스업’의 특성에 초점을 둔 분석이 이루어진 바 있음.
 - 동일한 소득 수준에서도 서비스부문 고용의 국가 간 차이는 존재하는데, 이는 여성경제활동 참가율, 복지국가 규모, 규제정책 및 무역특화와 같은 요소 때문임.
- 사회복지부문을 중심으로 상세한 분석을 수행하기 위하여, 주요 국가별로 사회복지 제도의 역사적 발전과정, 예산 구조, 제도의 특성 등을 상세하게 검토하였고, 특히 고용 수준의 변화를 파악하기 위하여 상세 사업부문별, 직종별 현황을 제시하였음.
- ‘보건·복지’산업부문 취업자비율(employment rate)에 대하여 다각적인 관련 요인에 대한 분석이 시도되었음.
 - GDP 수준, 여성경제활동참가율 등과 사회서비스업의 고용수준을 비교한 선행연구는 있었으나, 공공사회지출 수준 등 기타 거시지표들과의 관계를 파악한 연구는 발견할 수 없었음.

□ 연구의 제한점

- 사회복지부문 고용 수준에 영향을 미치는 경제, 인구, 사회적 요인들을 파악하는 과정에서, 자료의 한계로 인하여 연구의 구체성, 포괄성, 국가별 비교 분석 틀을 구성하기에 어려움이 있었음.
- OECD, ILO 등에서 수집하고 있는 각국의 자료는 국제표준산업분류(ISIC)의 1digit. 까지만 제공하고 있어, 보건업과 사회복지서비스업을 구분하지 않은 ‘보건업 및 사회복지서비스업(UN 국제표준산업분류 Rev. 4, Q Human Health And Social Work Activities)’을 기준으로 분석할 수밖에 없었음.

- 영국의 경우는 ‘보건·복지업’의 경우도 최초 제시연도는 1994년임.
- 사례 분석 대상인 4개 국가별 분석에서도, “사회복지업”을 별도로 구분하여 관련 자료가 제시된 시기도 국가별로 차이가 나타났으며, 사회복지제도의 범주 구분도 상이하여, 일관된 분석의 틀과 비교가 제한적이었음.

2. 주요 선진국의 보건복지부문 고용수준과 관련요인 분석 결과

- OECD 국가군의 GDP와 보건·복지분야 취업자 비율을 감안하여 적정 보건·복지분야 취업자 비율을 분석한 결과, 한국의 경제발전 수준에 조응하는 보건·복지분야 취업자 비율은 6.76%로서, 2007년 기준 취업자 비율(3.2%)의 2배 수준으로 나타남.
- OECD 가입 국가의 보건·복지부문 취업자 비율과 주요 거시지표의 상관관계를 분석하여 보건·복지부문 고용수준에 영향을 미치는 주요한 요인을 파악한 결과, 여성의 경제활동참가율과 현물급여에 대한 공공사회지출 비율은 보건·복지분야 취업자 비율과 강한 상관관계를 보여, 보건복지분야에 대한 직접적인 재정 투자와 여성 고용이 보건·복지분야 고용 확대에 주요 요인이 되고 있는 것으로 예측됨.
- 보건·복지부문 취업자 비율이 높은 국가군: 여성경제활동 참가율(.656), GDP 대비 공공 현물급여지출 비율(.616)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자 비율이 높은 국가로 나타나고 있음.
- 1인당 GDP 수준이 높은 국가군: 총인구 부양비(.761), 여성경제활동 참가율(.708), GDP대비 공공 현물급여지출 비율(.666), 경제활동 참가율(.590)이 각각 높을수록 보건·복지부문 취업자비율이 높은 것으로 분석됨.
- 이를 종합해 보면,
 - 일반적인 예상과 달리, 1인당 GDP 수준 지표는 1인당 GDP가 낮은 국가군에서만 보건·복지분야 취업자비율과의 상관관계를 보인 바, 경제수준 자체 보다는 보건·복지부문에 어느 정도 재정투자가 이루어지고 있는가가 주요 요인임을 보여주고 있음.
 - 복지 수요의 크기에 영향을 미치는 인구구조 지표인, 고령화율(65세이상 노인인구비율), 노인 부양비, 총인구 부양비 가운데, 전자의 두 변수와 보

건·복지분야 취업자비용의 상관관계가 유의미하게 드러나지 않았고, GDP 수준으로 구분한 분석에서만 총인구 부양비가 보건·복지분야 취업자비용 수준에 영향을 미치는 것으로 나타나, 노인에 대한 재정투자가 차지하는 비중은 크다 해도, 고용 창출에 있어서는 아동과 노인 비율이 모두 높은 경우 더 활발하게 이루어지고 있는 것으로서, 아동부문 고용창출의 영향력이 큰 것으로 해석됨.

- GDP 수준과 보건·복지분야 취업률이 (각각 높은 국가와 달리) 낮은 국가군에서는 의료비와 관련된 모든 변수들과 보건·복지분야 고용수준의 상관성이 높게 나타남. 이는 상대적으로 GDP 수준이 높거나 보건·복지분야 취업률이 높아진 국가에서 대체로 사회복지부문의 고용이 성장한 공통점을 보이는 바, 보건·복지분야 고용 수준이 높은 국가에서는 보건·의료부문 고용의 영향력이 낮음을 시사하는 결과로 보임.

3. 선진국 사례의 시사점

- 본 절에서는 본 연구를 통해 해결하고자 했던 연구 문제로서, 선진국과 우리나라의 사회복지부문 고용 수준 격차의 주요 원인을 파악하기 위하여, 주요 4개 국가의 사례 분석을 통해 검토한 연구결과를 기반으로 그 시사점을 제시하고자 함.
 - 첫째, (서비스업, 보건의료부문과 구분되는) 사회복지부문 고용 수준과 변화 경향성은 국가별로 어떤 차이를 보이는가
 - 둘째, 고용 창출이 큰 사회복지 부문과 직종은 무엇인가
 - 셋째, 제도 발전의 역사속에서 발견되는 사회복지부문 고용의 변화추이는 어떠한가
 - 넷째, 정부지출의 변화, 민간부문, 시장부문의 활성화가 고용 창출에 영향을 미치고 있는가
 - 다섯째, 국가별 주요 사회복지서비스제도인 장기요양과 보육제도 운영에서 고용수준에 영향을 미치는 제도 요인은 무엇인가

가. 사회복지부문 고용 구조

1) 사회복지부문 고용 수준

- 본 연구에서 사례로 검토한 4개 국가의 전체 산업부문 대비 사회복지부문의 고용 수준은 영국이 7.3%로 가장 높게 나타났으며, 독일 3.8%, 일본 3.8%, 미국 3.7%, 한국은 1.7%의 순이었음.
- 보건업 및 사회복지업 고용의 세부부문별 구성을 살펴보면, 국가별로 차이가 큰 것으로 확인되었음. 보건·복지부문 중 사회복지부문이 차지하는 비율이 가장 큰 경우는 영국으로서 56.4%, 가장 작은 국가는 미국으로서 26.0%로 나 타남.
 - 독일은 41.7%, 일본은 39.8%였으며, 한국은 31.8%로서, 미국보다는 높은 수준이었음.

〈표 7-1-1〉 주요국의 사회복지부문 고용 수준 비교

(단위: 천명)

	한국 (2008)	영국 (2009)	독일 (2005)	미국 (2009)	일본 (2006)
전체 취업자	16,288	28,870	36,566	150,932	58,634
보건·복지부문 취업자	890	3,719	3,343	21,747	5,588
(전체 취업자 대비 비율)	(5.5%)	(12.9%)	(9.1)	(14.4%)	(9.5%)
보건부문 취업자	607	1,620	1,949	16,100	3,366
(전체 취업자 대비 비율)	(3.7%)	(5.6%)	(5.3%)	(10.6%)	(5.6%)
(보건·복지부문 취업자 대비 비율)	(68.2%)	(43.6%)	(58.3%)	(74.0%)	(60.2%)
사회복지부문 취업자	283	2,099	1,394	5,646	2,222
(전체 취업자 대비 비율)	(1.7%)	(7.3%)	(3.8%)	(3.7%)	(3.8%)
(보건·복지부문 취업자 대비 비율)	(31.8%)	(56.4%)	(41.7%)	(26.0%)	(39.8%)

주: 구성가능한 최근의 데이터를 활용하였으며, 취업자에는 자영업자도 포함되었음.

한국: 산업분류상 보건업 및 사회복지서비스업 수치

미국: 전산업=비농업임금근로자기준, 보건·복지=62.Health care and Social Assistance, 사회복지=623.거주보호와 624.사회부조임.

영국: 2009년 2사분기 ONS Labour Force Survey (영국 표준직업분류에 따른)

일본: 일본 산업분류기준에 따른 의료·복지업 세세분류별 종사자현황임. 일본의 경우, 한국과 달리 사회보장 및 사회보험행정 이 사회복지부문에 포함

독일: 병원영역과 사회영역으로 구성된 '사회서비스'부문 고용 현황으로서, 여기서는 병원영역은 보건부문취업자로, 사회영역 은 사회복지부문취업자로 제시

자료: 한국: 통계청(2009), 전국사업체조사.

영국: ONS(2009). Labour Force Survey, Quarter 2(Apr - Jun).

미국: BLS Current Employment Statistics.

독일: 독일 통계청(Statistisches Bundesamt), 통계연감(Statistisches Jahrbuch).

일본: OECD STAN DB. 단, 2005년 자료는 OECD STAN DB를 활용함(자영업자 포함).

미국, 영국, 독일의 2007년 전체취업자 및 보건·복지부문취업자, 전체취업자 대비 보건·복지부문 취업자비율은 OECD STAN DB를 활용함(자영업자 포함).

2) 세부 분야별·직종별 구조

- 미국 표준직업분류별 단일고용규모는 가정간호보조원이 96만여명으로 가장 많으며, 다음으로 대인맞가사돌봄인력이 63만명, 보육교사가 약 60만명을 차지함.
 - － 준전문직인 사회서비스보조원도 34만명을 차지하였으며, 전문직인 아동, 가족, 학교 사회복지사는 28만명, 교육·직업·학교상담사는 25만명을 차지
 - － 2009년 현재 요양 및 거주시설 종사자는 308만명, 기타 사회복지부문 종사자는 256만명에 달함(미국 전체 임금근로자 13,092만명의 2.35%, 1.96%)
- 영국의 사회복지서비스 부문 고용 210만명 중 가장 규모가 큰 직업군은 아동 보육관련 서비스직(835천명)이며, 이는 사회복지서비스 부문 고용의 38%에 달함. 다음으로는 Care assistants and home carers가 719천명으로서, 아동 보육과 노인요양서비스 관련 인력이 70%를 차지하였음(표 4-2-3 참조).
 - － 영국의 고용 구조를 살펴보면 민간 부문의 증가는 주로 직접적으로 서비스 전달을 담당하는 재가 서비스 종사자, 또는 요양시설 종사자를 중심으로 하고 있었으며, 지방정부에서는 오히려 사회복지사 등의 ‘관리운영 직종의 증가’ 추세를 확인할 수 있었음.
- 독일의 경우, 2005년 현재 사회복지서비스분야 취업자 1,394천명 중 보육사가 465천명으로 가장 큰 규모였으며, 다음으로는 사회사업가 및 사회교육가가 255천명으로서, 이들 직업군 종사자가 사회복지서비스 분야 취업자의 51.6%를 차지하고 있었음.
 - － 독일 사회서비스 공급의 80% 가량을 담당하고 있는 민간사회복지사업의 서비스 영영별 취업 현황을 살펴보면, 2000년 기준 1,164명 중 노인분야 20.4%, 아동 및 청소년분야 22.0%, 장애인분야 13.5%였으며, 병원시설

(보건영역)이 31.9%로 나타남.

- 일본의 의료·복지서비스에서 가장 큰 고용창출은 노인 복지분야에서 이루어지며, 복지분야 고용규모 2,222천명 중 노인복지·개호사업 종사는 920천명으로 41.4%를 차지함. 보육을 포함한 아동복지사업 종사자는 27.7%로 나타나 전체의 69.2%가 노인·아동 분야 고용으로 확인됨.
- 일본의 산업 분류에는 사회보험사업단체(52천명), 복지사무소(37천명)가 포함.

3) 세부 분야별, 직종별 변화 추이

- 미국의 경우 돌봄서비스 고용이 지난 10년간 전체 사회복지 부문 고용 증가의 대부분을 차지하고 있으며, 그 중에서도 보건 및 아동돌봄 부문이 두드러졌음(가정간호보호원과 대인및가사돌봄인력 70%, 정신건강 및 약물남용 사회복지사 59%, 보육교사 50% 증가).
- 2007년부터 2009년까지 최근 3개년간 보건·복지부문 취업자는 10.8%에서 14.4%로 크게 증가
- 향후 고용 추이도 준전문가 중심으로 확대될 것으로 예상되어, 2016년까지 전체산업 고용 증가는 10%로 예상되는 반면, 대인 및 가사서비스 인력 50%, 사회서비스 보조인력도 34% 증가할 것으로 예측(미국 BLS)
 - 전문직인 사회복지사와 상담사도 각기 20%를 선회하는 증가를 예상(정신보건 및 건강, 그리고 개인 가족 서비스 중심으로 고용 증가 전망)
- 영국의 2009년의 사회복지서비스 부문 종사 규모는 2001년 약 16만명에서 약 40% 증가(ONS, 2009)하였으며, 전체 고용에서의 비중도 5.7%에서 7.3%로 꾸준히 증가함.
- 이러한 증가 흐름을 주도하는 것이 아동보육 관련직과 함께 직접 서비스 전달을 담당하는 ‘사회서비스 보호사’로서, 사회서비스 직종에서 가장 큰 비중을 차지하고 있을 뿐만 아니라 다른 직종에 비해 꾸준한 증가세를 보이고 있음.
- 청소년, 지역사회, 주거 등 분야의 사회복지전문가와 주로 정부 관료, 사회복지사, 보호관찰사 등이 포함되는 ‘사회서비스 공공 전문직’의 증가 경향

도 주목할 필요가 있음.

- 독일의 경우, 80년대 초반 사회서비스 부문 취업자의 규모는 전체 취업자의 약 4% 수준이었으며, 매년 연 0.2% 내지 0.3% 정도씩 꾸준히 증가하였음.
- 1989년에서 1991년 사이에는 6%로 높게 증가하였는데, 이는 독일 통일과 함께 서독보다 높았던 동독의 사회서비스 분야 취업자 비율의 영향이었음.
- 90년대에도 사회서비스 종사자 비중은 꾸준히 증가, 2000년 8.0%였으며, 이 시기는 독일 사회서비스제도의 주요 근간법인 청소년및아동부조법(1991년) 개정, 수발보험법(1994년)이 도입된 시기임.
- 2001년 이후 전체 취업자 중 사회서비스 취업자가 차지하는 비중의 지속적인 증가 추세는 슈뢰더 정부가 독일 복지모델의 새로운 정체성으로 “생동하는 국가(Aktivierender Staat)”를 제시하고(1999) 시민사회의 활성화라는 모토아래 적극적 노동시장 정책과 사회서비스 공급의 확대를 “아젠다 2010”을 통해 구체적으로 제시한 시기의 영향을 받음(2010년까지 보육서비스의 공급 증대를 사민당의 주요한 사회투자 전략으로 발표), 2000년에는 전통적인 사회서비스 공급자와 생산자간 ‘계약제도’의 개선방향을 제시, 연방차원에서 할당금 계약 형식으로 권고한 시기이기도 하였음.

나. 고용관련 제도요인

1) 정부의 재정지출 및 정책 지원

- 사회복지부문에서의 정부 예산의 증가와 제도 변화는 거시적 차원의 고용 증가를 주도한 것으로 확인됨.
- 영국의 사례에서 사회서비스 고용 규모 증가는 이 분야에 대한 국가 지출의 확대와 함께 나타남. 고용 증가는 공공 중심에서 민간 중심 공급으로의 변화와 동시에 공공의 지출 변화도 병행하고 있는 것으로 확인되었음.
- 그러나, 민간부문에서의 비약적인 고용 증가와 함께 상대적으로 임금수준이나 안정성이 낮은 현장 서비스에 인력이 집중되는 경향이 있는 것으로 나타나고 있음.
- 보수당 정부의 시장화 개혁 이후 나타난 공공 지출의 증가가 사회적 욕

구에 비해 적합한 수준이었는데에 대해서는 여전히 질문이 남아있음.

- 미국의 경우도, 민간 사회복지서비스 고용의 활성화에 있어서는 연방정부 정책들이 주요한 것으로 파악되었음.
 - － 첫째, 보조금 및 조세지출의 확대 뿐 아니라 신용보조금 등을 통한 간접적 서비스 재정에 이르기까지 1960년대 이후 직·간접적 공공지출은 사회복지 서비스 고용 증가에 일차적인 요인임.
 - － 둘째, 사회복지서비스 이용 규모와 이들의 비용 부담은 영리추구 공급자 확대에 결정적 요인이라 할 수 있음.
 - － 셋째, 개인 및 가족서비스부문 사회복지전문가들의 전문서비스 체계의 출현은 미국 사회복지부문 고용 확대의 주요 요인으로서, 메디케이드의 무제한적 배상이 허용되면서 전문직 사회복지서비스도 함께 촉진되어 왔음.

2) 제도의 발전 역사 및 정부의 영향

- 영국의 경우, 지난 20여년간의 사회복지부문의 고용 증가율은 총 서비스업이나 행정·교육·보건 서비스 부문의 증가 추이와는 매우 다른 경향을 보이고 있어 같은 조건에 영향을 받지 않고 있는 것으로 확인되었으며, 이는 80년대 초반 예산 지출의 폭증으로 인해 ‘민간 요양시설 확대’가 나타나는 시점에서 대폭 증가하였고, 보수당정부의 ‘시장화 개혁’이 본격적으로 시행되는 1993~94년에 다시 크게 증가하여 고용의 증가로 이어진 것으로 분석됨.
 - － 지방정부 단위로 사회서비스부가 설립되어 현대적인 국가중심 사회서비스 체계가 구축되고 그에 따른 효과로 예산과 공급이 확대되었던 70년대 초, 공공중심, 즉 지방정부에 의한 직접고용 형태로 고용 증가가 이루어짐.
 - － 이후 80년대 초반은 보수당 정부가 지방정부의 자본지출을 제한하여 민간 시설의 증가가 일어나기 시작하고, 소득보조 수급자의 시설보호 예산을 중앙정부 사회보장 예산으로 전환시키면서 관련 지출 규모가 수십 배 폭증했던 시기로서, 정책적 조치의 변화로 인해 사회서비스 영역 내 고용 구조에 지대한 영향을 미친 것으로 분석됨. 즉 공공부문내의 사회서비스의 확대는 제한되더라도 제한된 부문만큼 민간부문의 확대가 일어났고, 거기에 정부

의 예산이 대거 투입되기 시작하면서 제한된 공공부문과는 달리 민간부문의 확대가 더욱 급격하게 진행되었을 것으로 해석됨.

- 보수당 정부가 구체적인 제도 변화를 추진한 90년대 초, 지방정부가 사회서비스 공급에 있어서 중심을 차지하되 공급의 역할을 민간의 참여로 다양화하고 경쟁관계를 촉진하여, 민간부문의 서비스 제공인력 고용이 증가함.

○ 독일의 사회서비스 고용 수준은 경기변동에 상관없이 지속적으로 증가한 것으로 나타나고 있으나, 독일 복지모델의 재구조화가 본격적으로 시작되는 90년대 사회서비스부문 고용 증가율은 가속화되었음. 이는 사회서비스와 관련된 노동시장이 시장의 역동성보다는 국가, 근린, 제3섹터의 다양한 요인에 의해 영향받고 있음을 시사함.

- 독일 복지모델의 위기징후가 나타나기 시작하는 80년대 이전 사회서비스 고용수준의 증가는 관대한 케인지안 복지 시스템이 복지수요측면의 변화, 즉, 사회서비스 수요의 증가를 반영하여 확대된 결과라 할 수 있는데, 이 시기 독일정부는 주로 지방정부 차원에서 사회서비스의 양적, 질적 통제를 표준화함.

- 독일 복지모델 개혁이 본격화되는 90년대에는, 사회서비스 제도 또한 ‘공공부문의 경제화’라는 기치 아래 새로운 개혁을 요구받게 되고, 사회복지서비스 부문에 시장논리가 강화되면서 ‘기초지자체의 사회서비스 공급책임’과 ‘민간사회복지사업단 중심의 보충성 원칙’이 회석되기 시작하였음. 그러나, 이 시기 사회서비스 부문의 고용은 계속해서 증가하였고 그 증가율은 오히려 가속화되었음. 선진 복지국가 재편의 일반적인 경향이라는 맥락에서 사회시장의 확대는 공공부문 개입이 축소되면서 진행된 민간영리기업 확대에 영향받은 결과로 해석될 수 있음.

3) 민영화, 시장화의 추세와 고용에의 영향

- 미국 사회복지서비스 분야의 고용 규모는 공공 부문보다 비영리 및 영리 부문의 고용시장 규모가 크고, 무제한적인 경쟁으로 양산된 소규모 기관들이 사회복지서비스를 제공하는 구조로 형성되었음.

- 영국 사례에서도, 2006/07년도 지방정부 총 사회서비스 지출 규모가 165억 파운드(약 30조원)였으며, 국가의 지원을 받는 사회서비스 이용자에게서 발생하는 개인 부담금 총액수가 59억 파운드(약 11조원)에 가까운 것으로 추정되어, 매우 큰 규모로 나타나고 있음.
 - 또한 90년대 이후 사회서비스 영역의 민간부문, 특히 영리부문의 성장이 두드러지게 나타나고 있음. 사회서비스기관 소유형태를 보면, 영리부문이 재가기관 75.5%, 요양시설 73.6%로 절대적으로 큰 비중을 차지
- 그러나 독일의 경우는, 90년대 이후 사회서비스 개혁 방향은 사회복지 재편의 일반적인 경향인 탈집중화와 민영화라는 차원에서 볼 때, 직접적인 영향을 받았다고 하기 어려움. 법의 제·개정과 함께 국가의 법적 책임이 강화되었고, 사회서비스 영역의 공공성도 강화되었다고 할 수 있음.
 - 수발서비스의 경우 재가서비스 우선의 수발서비스 인프라 구축을 지향하면서, 기초지자체의 수발서비스 책임이 가족영역으로 민영화되었다고 해석할 수도 있지만, 가족의 수발서비스 부담에 대한 국가의 현금보상을 통해 공공성이 강화되었음.
 - 그러나 사회서비스 생산체제와 관련하여 사회서비스 운영책임의 민영화 측면이 나타나기도 함. 그러나 이와 같은 사회시장의 가격경쟁구도가 지속될 수 있을지에 대해서는 이론의 여지가 많은 실정임.

4) 장기요양서비스의 성장, 아동보육서비스의 고용 규모

- 대부분의 국가에서 아동보육 및 노인장기요양부문에서 창출되는 고용 규모는 사회복지(사회서비스)부문 고용의 2/3 내외를 차지하는 것으로 확인되었으며, 이를 중심으로 서비스 이용률(수혜율)과 인력 지표를 통해 국가간 차이의 제도적 요인을 보다 상세하게 파악하고자 함.

□ 노인장기요양 서비스 수혜율 및 서비스 인력

- 국가별 65세 이상 노인인구 1천명당 노인장기요양부문 종사인력을 파악한 결과, 그 수가 가장 많은 국가는 미국(인력 1인당 노인 수 114.5명)으로 나타남.

- 다음으로는 영국(76.7명), 독일(48.2명), 일본(42.7명)의 순이었으며, 한국은 4.8명으로 편차가 매우 큰 것으로 나타났다. 이는 고령화율(미국 12.9%, 영국 16.3%, 독일 20.3%, 일본 22.8%)과는 상반된 결과로서, 장기요양서비스 부문의 시장 형성이 진전된 미국, 영국에서 고용 규모가 큰 것으로 나타나, 고령화수준 자체보다는 민간시장의 규모가 영향을 미치고 있는 것으로 보인다.
- 일본의 경우, 우리보다 고령인구가 2배 이상 많고 초고령인구 비율이 높은 점을 감안하더라도, 노인장기요양부문에 창출되는 일자리가 크게 많음을 시사함.

〈표 7-1-2〉 국가별 장기요양서비스 인력 비교

	한국	영국	독일	미국	일본
총인구대비 65세 이상 인구비율 ¹⁾	10.7%	16.3%	20.3%	12.9%	22.8%
(65세이상 인구 수)	3,519천명	9,373천명	16,803천명	38,301천명	29,111천명
장기요양보호 인력 ²⁾	168천명	719천명	810천명	4,386천명	1,242천명
노인인구 1000명당 인력 수	4.8명	76.7명	48.2명	114.5명	42.7명

주: 1) 65세이상 인구비율은 2009년 기준

2) 인력의 경우, 영국은 시설의 간호사나 돌봄제공자를 의미(2003년 자료), 독일은 재가서비스를 제공하는 간호사나 돌봄제공자를 의미(2005년 자료), 미국은 시설이나 재가로 서비스를 실시하는 돌봄제공자를 의미(2001년 자료), 일본은 인력은 시설이나 재가로 서비스를 실시하는 개호직을 의미(2007년 자료).

3) 한국의 장기요양보호 인력은 요양보호사 종사인력을 비롯하여, 기타 장기요양기관의 모든 종사자, 요양보호사 교육기관 종사자, 복지용구 사업소 종사자, 건강보험공단 장기요양관리요원 등이 포함됨.

자료: OECD, The Long-term Care Workforce: Overview and Strategies to Adapt Supply to a Growing Demand, 2009의 자료를 활용하여 산출, 한국은 보건복지가족부 발표자료(2009. 5). (독일의 공적 LTC인력 수는 독일연방통계청 통계연감 1990-2007의 입소시설 종사자 수입(모든 취업형태와 자영업자를 포함한 수치임).

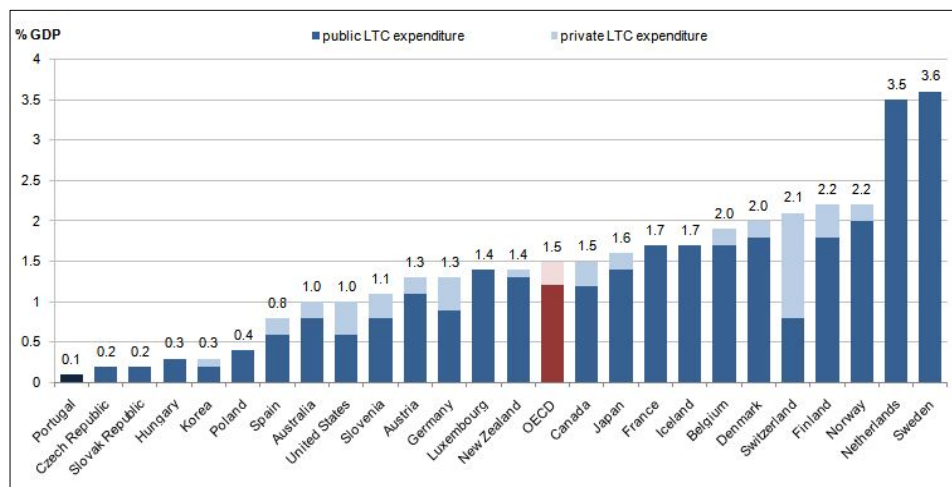
- 국가별로 65세이상 노인 중 장기요양서비스 수혜자 수를 비교한 결과, 한국은 2009년 현재 8.2%, 영국 11.0%(2004년), 독일 10.7%(2006년), 일본 13.2%(2006년), 미국 17.1%(2000년)로서, 한국의 수혜율이 가장 낮았음.

〈표 7-1-3〉 국가별 65세이상 인구 중 장기요양서비스 수혜자 수

	한국 (2009)	영국 (2004)	독일 (2006)	미국 (2000)	일본 (2006)
65세이상 인구 수 (A)	3,519천명	9,575천명	15,569천명	34,987천명	25,809천명
65세이상 인구 중 장기요양서비스 수혜자 수 (B)	291천명	1,061천명	1,668천명	5,985천명	3,410천명
B/A* 100	8.2%	11.0%	10.7%	17.1%	13.2%

자료: 각국의 장기요양서비스 수혜자 수 자료의 출처는 한국: 보건복지가족부 보도자료(2009.6); 독일: Manfred Huber et al.(2009). Facts and Figures on Long-term care: Europe and North America. European Centre. pp.72; 영국: ECD Health Data 2008. 일본: OECD, LTC for Older People, the OECD Health Project, 2006

[그림 7-1-1] 장기요양에 대한 공공재정 및 총지출의 GDP대비 비율 현황



주: 오스트리아, 벨기에, 캐나다, 덴마크, 헝가리, 노르웨이, 포르투갈, 스위스, 미국은 보건관련 장기요양예산만이고, 그 밖에 국가들은 이와 함께 사회적서비스부문 장기요양예산을 포함함. 미국은 완전 시장부문(private) 시설인 경우 제외되었으므로, 과소 추정되었을 가능성이 높음.

자료: OECD Health Data 2010

- 장기요양에 대한 재정지출의 OECD 국가 현황을 살펴보면, 총지출의 경우 한국은 0.3%, 미국 1.0%, 독일 1.3%, 일본 1.6%로서 큰 차이를 보이고 있음.
- 사적 지출이 차지하는 비율은 보면, 미국이 약 40%에 가깝게 높은 편이지만, 한국과 비교할 때 공공지출의 규모도 훨씬 크게 나타나고 있음.

□ 아동보육 이용률 및 인력

- 다음은 학령전 아동에 대한 보육(child care) 및 유아교육(pre-primary) 부문에서 창출되는 고용 수준 비교를 위하여, 아동 대 교사 비율을 파악하였음.

보육교사의 경우 한국은 1~2세의 경우 다른 나라와 크게 차이가 없으나, 3세 이상의 경우 크게 차이를 보이고 있음

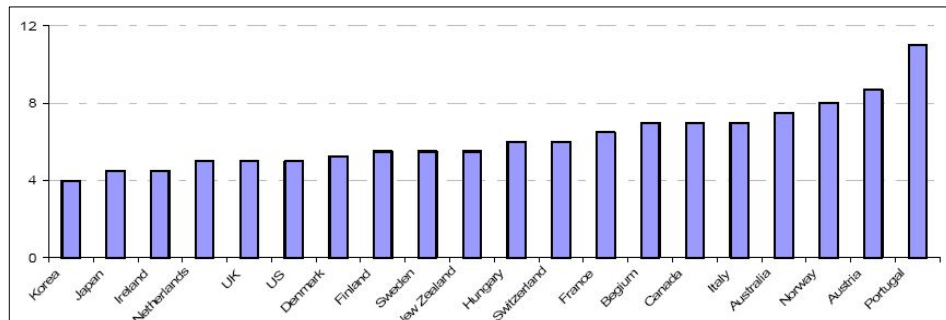
— 노인장기요양부문에서 나타난 국가별 편차만큼 크지 않지만, 한국의 경우 역시 서비스 인력의 창출 규모는 상대적으로 작은 것으로 확인되고 있음

〈표 7-1-4〉 국가별 아동 대 보육·유아교육 교사 비율

	한국	영국	미국	일본
아동 대 보육 교사 비율	3명(0세) 5명(1세) 7명(2세) 15명(3세) 20명(만4세이상)	3명(2세미만) 4명(2-3세) 8명(3-5세)	5명	3명(1-3세)
아동 대 유치원 교사 비율	20.8명	17.6명	14.5명	17.7명

자료: 고경환 외(2009). OECD기준에 따른 한국의 family database 구축 방안 연구. 재인용(원자료: www.oecd.org/els/social/family/database).

[그림 7-1-2] 국가별 아동(0~3세) 보육시설의 교사 대 아동 비율 현황



자료: 고경환 외(2009). OECD 기준에 따른 한국의 Family Database 구축 방안 연구에서 재인용(원자료: OECD Family database. <http://www.oecd.org/els/social/family/database>)

— 아동 보육·유아교육서비스의 이용률도 한국이 다소 낮은 것으로 나타나고 있음. 3~5세의 교육연한을 보면, 한국은 0.9년으로서 미국의 1/2, 일본의 1/3 수준임.

- 보육시설 및 유치원 이용률을 살펴보면, 연령대별로, 5개국가 중 중간수준으로 나타나고 있는데, 4세 아동의 경우, 일본과 30% 포인트 가까운 차이를, 5세 아동의 경우 영국과 10% 포인트의 차이

〈표 7-1-5〉 국가별 아동(6세미만)에 대한 보육·유아교육서비스 이용률 비교

(단위: %)

국가		한국 (2005)	영국 (2004)	독일 (2001)	미국 (2005)	일본 (2004)
기대 교육연한	3-5세	0.9	2.4	2.4	1.8	2.6
보육시설 및 유치원 이용률	3세미만	19.9	25.8	9.0	29.5	15.2
	3세	59.5	50.2	69.5	41.8	67.3
	4세	66.4	92	84.3	64.1	95.2
	5세	88.7	98.2	86.7	77.0	96.6

주: 1) 기대교육연한은: 대상연령아동이 유아교육서비스에 3년동안의 순등록률로 수치3에 가까울수록 이용률 100%에 근접함.

2) 한국의 경우 복지부(2009) 「보육통계」에 따르면, 2008년 12월 31일 기준 보육시설의 이용률은 79.5%인 것으로 나타났으며 구체적으로, 보육시설은 33,499개소, 보육시설 이용 아동 수는 1,135,502명이었음.

자료: OECD Family database. (<http://www.oecd.org/els/social/family/database>)

- 아동에 대한 공공지출 수준도 한국은 5개 국가 중 가장 낮으며, 5개국 중 지출수준이 가장 높은 영국(GDP 대비 0.6%)의 1/3 수준으로 확인되고 있음
- 보육(child care)에 대한 1인당 지출비용은 영국(US\$ 3,563)의 1/5 수준, 일본(US\$ 2,683)의 1/3 수준

〈표 7-1-6〉 국가별 아동에 대한 공공지출 현황(2005년 기준)

(단위: %, US\$, PPP converted)

	한국	영국	독일	미국	일본
GDP대비 아동 보육 공공지출 비중	0.2	0.6	0.4	0.4	0.3
child care	0.1	0.4	0.1	0.1	0.2
Pre-primary	0.1	0.2	0.3	0.3	0.1
1인당 지출 비용					
child care	754	3,563	860	794	2,683
Pre-primary	1,375	4,255	3,538	4,660	1,207

자료: OECD Family database에서 재인용 (원자료: Social Expenditure database 1980-2005; OECD Education database; Eurostat for Non-OECD countries; US Department of Health and Human Services)

제2절 정책 제언

1. 사회복지서비스 부문의 안정적 공급기반 마련

○ 사회복지서비스부문의 고용 창출 규모를 결정하는 요인은 매우 복잡적임. 먼저 사회복지서비스에 대한 유효 수요의 규모가 얼마나 존재하는가, 서비스를 공급할 시장이 형성되거나, 공급 기반으로서 제도화가 이루어졌는가, 이를 가능하게 하는 정부의 재정투입이 이루어지고 있는가와 관련된 거시적인 측면과 함께, 각 서비스부문별 인력 활용 구조의 미시적인 측면은 어떤 분야에서 어느 정도의 인력의 고용이 가능한가에 영향을 미침.

— 미시적인 인력 구조는 서비스에 대한 업무량(workload)(예컨대, 보육시설의 아동 수 대비 교사 기준, 노인돌봄서비스의 돌봄인력 1인당 서비스가능 인력 배치 등), 인력의 임금 수준 및 근로 시간(임금 수준이 낮거나, 근로 시간이 짧을 경우 동일 예산으로 다수의 인력 활용가능성), 임금 수준을 결정짓는 서비스 이용료 등이 포함됨.

○ 우리나라 사회복지부문 서비스 제도는 2000년대를 거치는 10년동안 성장일로에 있음. 보육서비스, 노인장기요양서비스 등 핵심적인 서비스의 제도화가 이루어졌고, 장애인장기요양보장제도의 도입 준비, 방과후 보육서비스의 확대, 각종 돌봄서비스 및 재활서비스의 신규 제도화 등이 빠른 속도로 이루어졌음. 즉 상당부분의 선진적인 제도가 이미 운영되고 있음. 그러나 이러한 서비스 모두에 대하여 이용가능한 대상의 규모(coverage), 즉 유효 수요 및 잠재적 수요층이 어느 정도인가가 바로 사회복지부문 서비스에 대한 국민의 체감 수준과 고용 창출 규모를 결정짓는 첫 번째 관건임.

— 먼저 가정 내에서 해결하기 어려워 사회적으로 대처하기로 합의한(제도화된) 이러한 서비스들의 보편화를 위해서는, 각 제도에 대한 재정 투입에 대한 용인(예컨대, 무상 보육의 확대), 보험료의 인상(노인장기요양보장의 등급 확대) 혹은 서비스비용 부담의 차등화(예컨대, 저소득층은 비용을 지원하고, 중상층 이상은 본인 부담 확대)를 통한 서비스 시장형성의 촉진 등이 필요함.

□ 제도화와 재정 지원의 지속성 확보

- 사회복지부문의 경우, 고용의 증가는 대체로 새로운 정책의 시행과 제도 확대의 계기를 통해 이루어지고 있는 것으로 확인됨.
- 90년대 이후 국가별로 민영화가 진전되고 사회복지서비스의 직접적인 공급주체로서 정부의 역할은 감소하고 있으나, 이후에도 정부의 재정지출이 감소되는 경향은 뚜렷하지 않음. 다만 어떤 방법으로 재정 지원이 이루어지는가의 변화가 있음.
 - － 사회복지서비스 시장 형성이 상대적으로 강력했던 미국의 경우도 보조금 및 조세 지출의 확대 뿐 아니라 민간사업자에 대한 지불 보상등을 통한 간접적 서비스 재정에 이르기까지 60년 이후 직·간접적 공공지출은 사회복지서비스 고용 증가에 일차적인 요인으로 분석됨.
 - － 결국 사회복지서비스의 유효 수요 창출을 위하여 일정 수준까지 재정사업 및 재정지원 규모를 확대하는 방안이 우선되어야 한다는 의미임.
- 우리나라에서 경험이 일천한 서비스부문에 대해 주목하여 제도화를 추진할 필요가 있음.
 - － 상담과 정서적지지의 영역, 정신보건 영역, 교정 사회복지(특히 청소년 비행 juvenile delinquency), 학교 사회복지 영역 등은 한국 사회의 변화를 감안할 때, 개입이 시급한 사회복지서비스의 영역임.
 - 앞서 살펴본 바와 같이, 미국의 경우 인구 10만명당 212명의 상담가(counselors)가 있으며(2006년 현재), 향후 10년간 21%의 일자리 증가가 전망되고 있음. 이는 약물남용·행동교정(Substance abuse & behavioral disorder counselors), 교육·직업·학교(Educational, vocational and school counselors), 결혼·가족치료(Marriage and family therapists), 정신보건(Mental health counselors), 재활(Rehabilitation counselors) 등으로 특화되어, 사회복지서비스 부문의 주요 인력으로 활동하고 있음. 정신보건·약물남용 담당 사회복지사(Mental health & substance abuse social workers)도 인구 10만명당 41명으로서, 향후 10년간 30%의 성장이 예상되고 있음(미국 Bureau of

Labor Statistics 자료 인용)

- 이는 특히, 돌봄서비스 인력뿐만 아니라, 전문직의 사회복지 고용을 확대할 수 있는 영역으로서 의미를 지닐 것임.

□ 사회복지서비스 공급 주체로서의 제3섹터 활성화

- 사회복지서비스 공급량의 확대가 요청되는 시점에서, 사회복지서비스의 공급은 누가 하는 것이 적절한가에 대한 다각적인 검토가 필요함. 특히 재정부담, 운영주체, 규제 등의 문제 가운데 운영주체의 문제와 관련이 깊은 부분임.
- 대안으로 제시될 수 있는 국공립시설, 비영리부문, 영리기관 등은 각각의 장점을 갖고 있음. 국공립시설의 경우 형평성의 측면에서, 비영리부문은 자율성과 창의성의 측면에서, 영리기관은 효율성과 신속성의 측면에서 강점을 가질 수 있음. 그러나 국공립시설을 늘리려면, 정부재정지출에 대한 광범위한 사회적 합의(재정지출의 우선순위 조정과 국회의 승인)가, 비영리부문을 늘리려면 일정정도의 운영비용 지원이, 영리부문을 늘리려면 수익창출에 대한 전망과 손익계산서가 필요함.
- 최근 신규로 도입되는 서비스의 상당 수는 “이용자지원(바우처)” 제도로 설계되고 있으며, 이러한 방식의 선택이 의미하는 중대한 측면은 공급기관에 대한 안정적 재원확보, 인건비와 운영비의 지속적 지원을 통한 공급기관 형성에 대한 정책 지원의 축소도 내포하고 있다는 점임. 따라서 사회복지서비스 인프라가 상당히 취약한 많은 지자체에서 어떻게 공급기관을 확보해 갈 것인가가 중요한 과제가 될 것임.
- 사회복지서비스 공급에서는 민간참여의 활성화가 중요하고, 이 과정에서는 서비스 공급의 시장화에 대한 고민을 필연적으로 동반하게 될 것이지만, 특히 이윤창출의 여지가 크지 않은 사회복지서비스 영역에서, 비영리민간을 중심으로 구축되어 온 기존 공급체계를 성숙시킬 혁신방안과 함께 지역사회에 기반한 소규모 서비스공급자들에 대한 고려가 이루어져야 할 것임.
- 즉 다양한 규모, 가치, 접근이 가능한 비영리부문, 지역사회에 기반한 소규모 사회복지서비스 단체를 어떻게 사회복지서비스 공급에 활발히 참여하게 할 것인가에 대한 고민과 정책방안의 반영이 중요할 것임.

○ 이와 관련하여 비영리부문을 중심으로 하는 제3섹터를 어떻게 활성화할 것인가에 대해 고민해 볼 수 있음.⁶⁾

- 외국의 사례를 보면, 90년대 이후 대부분의 사회서비스 영역에서는 어떤 운영주체가 독자적으로 공급의 지위를 확보하고 있는 경우는 드물며, 제3섹터(the third sector) 라는 혼합형태(welfare mix)가 대세로 형성되는 경향임. 제3섹터의 역할을 강조한 노대명·강혜규 외(2008)의 연구를 참고할 수 있으며, 다음은 그 보고서의 내용임.
- 한국 보건복지부문의 제3섹터⁷⁾ 조직들은 권위주의적 국가와 외원단체의 진출을 통해 형성된 역사적 특수성을 갖고 있는데, 이는 최근까지 보건복지부문 제3섹터 조직의 증가가 자발적이기보다는 각종 법과 제도의 설치에 따른 측면이 강하다는 것을 의미함. 이 점에서 공공의 투자가 제3섹터의 증감에 영향을 미치는 ‘대행조직’ 또는 ‘종속적 대행조직’이라는 특성을 보임. 반면에 제도화되지 않은 보건복지서비스영역에서는 서비스 공급조직이 영세하고 전문성이 취약하며, 근로자의 임금과 사회보장 수준이 취약하다는 문제점이 나타나고 있음.
- 보다 구체적으로 보건복지부문 제3섹터 조직을 활성화하기 위해서는 다음과 같은 문제를 해결해야 할 것으로 판단됨.⁸⁾

-
- 6) 김혜원 외의 연구(2006)에서 제시한 사회서비스의 특성에 따르면, 사회서비스는 “영리를 추구하는 기업에 의한 생산과 시장을 통한 배분이 지배적이지 않고, 서비스 제공이 정부에 의해 또는 비영리조직에 의해 주도되는 경우가 많으며, 영리기업에 의해 생산되더라도 이들 기업이 정부로부터 보조금을 받거나 서비스를 수요하는 이들의 구매력이 정부에 의해 보조되는 경우가 많다”. “사회서비스가 개인의 선택이 아닌 공공의 선택에 의해 공급량과 가격이 결정되는 이유는 시장에 맡겨두었을 때 최적의 양이 공급되지 못할 가능성이 높기 때문이다. 경제이론에 따르면 외부효과, 비대칭적 정보의 문제가 있을 경우 시장은 적절한 양을 공급하지 못한다. 이와 함께 특정 서비스의 경우 모든 사람들이 보편적으로 공급받을 권리가 있다는 견해가 정치적으로 힘을 얻을 경우 정부의 개입이 이루어지게 된다. 교육, 의료, 복지 등의 서비스는 평등주의적 요구가 다른 재화나 서비스에 비해 강하다는 것이다”
- 7) 제3섹터 개념에 대한 합의된 정의를 발견하기 어려움. 그 이유는 제3섹터라는 개념 자체가 일종의 절충적 또는 타협적 개념이기 때문임. 즉 제3섹터는 영국국가에서 많이 활용하는 비영리부문(Non-Profit Sector)이라는 개념과 유럽에서 많이 활용하는 사회적경제 부문(Social Economy)을 포괄하는 특성을 갖고 있음. 달리 표현하면, 비영리부문 개념이 포괄하지 못하는 사회적경제의 다양한 조직들을 포괄하는 개념인 셈임. 하지만 국내에서는 이러한 개념에 대한 이해가 매우 취약한 것이 사실임. 지금까지 국내에서 발표된 대부분의 연구가 미국 학계의 영향을 받아 비영리부문에 초점을 맞추고 있었던 것도 이러한 상황을 이해하는 단서가 됨(노대명·강혜규 외, 2008: 10).
- 8) 노대명·강혜규 외(2008)의 보고서에서는 보건복지서비스부문 제3섹터 조직 육성정책의 잠재력에 대해 다음과 같이 평가하고 있음. 첫째, 고용창출 잠재력: 현재 보건부문의 일부 업종과 복지부문 이용서비스 중 상당수는 제3섹터 조직을 통한 서비스 공급에서 고용규모와 임금수준 측면에서 비교우위에 있음. 이는 동

- 첫째, 자율성 강화와 관련하여, 제3섹터 조직의 자발성과 창의성을 강화할 제도적 기반을 마련해야 함. 이는 보건복지부문 제3섹터 조직에 대해 서비스 공급에 관한 사항 이외에는 규제를 자제함으로써, 이 조직들이 사회서비스 공급자로 갖는 강점을 살릴 수 있게 해야 함을 의미함.
 - 둘째, 공급조직의 다원화와 관련하여, 사회서비스 부문의 창업경로를 다양화하는 노력이 필요함. 이는 지금까지의 사회복지법인이나 사회적 기업 외에도 다양한 형태의 조직들이 사회서비스 공급자로서 성장할 수 있도록 하는 정책적, 제도적 고려가 필요하다는 것임.
 - 셋째, 정부 재정지원의 안정화와 관련하여, 정부의 재정 책임을 유지하되 다양한 경로로 재정을 투입하는 방안을 채택해야 함. 이는 제3섹터를 활성화는 전제조건으로 국가·민간·시민사회의 동시적 역할 확대와 협력이 필요하며, 특히 안정적인 정부의 적절한 재정 지원과 규제의 필요성을 의미함.
 - 넷째, 공급체계의 정비와 관련하여, 사회서비스, 특히 복지서비스 부문에서 공급체계를 정비하기 위한 제도화 작업이 필요함. 이는 재정지원, 자격·훈련관련 품질관리, 고용조건 및 인력수급 등에 대한 체계화가 이루어져야 한다는 것임.
 - 다섯째, 민간자원 동원 장려와 관련하여, 제3섹터 조직들이 민간기부금이나 자원봉사인력을 적극적으로 동원할 수 있도록 장려하는 정책을 강화해야 함.
- 한편, 영리기업의 사회서비스 공급에 대한 이점과 적절성에 대한 검토도 필요함. 복지선진국의 연구에서는 민간 영리기업을 통한 사회서비스 유사시장 형성정책이 서비스 질 저하를 초래할 것으로 우려되어 왔음.

일 재원을 투입하는 경우, 그로 인해 상대적으로 나은 일자리를 더 많이 창출할 수 있음을 의미함. 둘째, 다양한 공급자의 진입: 보건복지서비스 공급자의 조직형태와 관련해서 기존 사회복지법인이나 의료법인 외에도 사회적 기업 등 다양한 형태의 조직이 참여할 수 있음. 이는 사업수익을 극대화하는 동기가 고용주의 수익극대화가 아니라 근로자의 임금상승으로 작동할 수 있는 다양한 조직이 참여할 수 있음을 의미함. 셋째, 제3섹터의 경쟁력 강화 노력: 최근 제3섹터 조직들이 변화하는 환경, 즉 서비스공급에 있어 계약과 경쟁방식의 강화에 적응하여, 스스로 혁신하는 노력을 하고 있다는 점을 들 수 있음(노대명·강혜규 외, 2008: 7).

- 일반적으로 서비스의 공급 과정에서 낮은 단위비용에 대한 압력으로 규모의 경제를 이루기 위한 공급의 대규모화가 이루어져야 하나 지역사회 욕구에 기반한 ‘사회’서비스의 경우 이는 불가능하며, 계약에 의한 공급의 경우 저임금 미숙련 인력 고용을 선호하고, 장기적으로는 이윤 극대화를 통해 가격 상승과 질 저하로 귀결되어 결국 소비자 선택이 줄어들 가능성이 존재함(강혜규·김형용 외, 2007).
- 이와 관련하여 사회서비스의 시장 형성을 위한 전제로서 재정방식의 변화와 서비스 이용 실적에 따른 보상제도의 검토가 필요함.
 - 예를 들어 서구 선진국의 계약방식은 민간영리기관이 아동 및 노인 주간보호센터 등에서 시장가격으로 서비스를 제공하고 이들 기관들의 실적에 따른 서비스 이용 금액을 정부가 지불하도록 하고 있음. 미국의 경우, 의료부조(medicaid)의 상당부분이 민간 영리 요양원의 장기요양서비스 구매에 사용되고 있음. 또한 대다수의 아동보호, 정신건강센터, 요양원, 위기개입 센터들은 소득수준 비례(sliding scale) 사용자 이용요금을 통해 정부의 부담 완화에 기여하고 있는 사례를 참고할 필요가 있음.

2. 고용의 지속성 및 안정성 제고를 위한 고용 정책 추진

□ 사회서비스부문의 고용정책 추진

- 앞서 살펴본 일본의 경우, 사회복지서비스 확대에는 정부의 적극적인 지원이 전제되었으나 저출산고령화사회로의 급속한 변화로 인해 정부중심의 재정 확충에 부담이 가중되고 있는 상황임. 그러나 장기적인 인구추계 결과를 토대로 향후 지속적으로 증가할 노인복지 수요에 대응하기 위한 인력 확충 계획을 제시하고 있음. 이와 관련하여 한국과의 노동환경을 비교할 때 가장 많은 차이를 보이는 임금체계와 근로조건을 검토할 필요가 있음.
 - 일본에서도 비정규직근로자가 지속적으로 증가하고 있지만, 정규직과 비정규직의 비율 면에서 한국보다는 안정된 수준이며, 급여체계도 교육정도에 따라 차등적으로 제공하는 것으로 나타남.
 - 지속적인 복지관련 서비스영역에서의 인력 확충은 단순히 시설인프라 구축

만으로 이뤄지는 것이 아니라, 거시적 측면에서 인력의 복리후생 및 그들의 근로환경 개선이 무엇보다도 전제되어야 할 것임

- 사회복지부문 일자리의 지속적인 확충과 안정적인 근로여건 조성을 위한 노력은 정부를 중심으로 구체적인 근로환경 조성 계획이 수립되고, 이에 기반한 정부-민간간의 적극적인 협력이 동반되어야 효율적인 성과를 거둘 수 있을 것임

□ 사회복지서비스 공급에 대한 적절한 규제 검토

- 서비스의 품질과 직결된 고용의 질 문제로서, 사회적 서비스 공급 구조에 대한 어떠한 기준(규제)을 가질 것인가에 대한 면밀한 검토와 모색이 필요함.
- 돌봄서비스의 사회화가 시장의존적인 제도로 추구된다고 해도, 서비스 품질에 직결된 고용 조건으로서의 임금 수준, 기본 근로조건의 확보, 고용안정을 위한 운용 구조에 대한 정부의 기준은 긍정적 규제로서 기능하도록 고려되어야 함.
- 이는 또한 각 서비스에 대한 합리적 단위 비용의 설계에 기초해야 함.

□ 평생교육 체계 마련

- 돌봄 서비스 및 근로자 수요를 충족시키는 데 필수적인 고용 창출 전략 가운데 하나는 평생 교육 활성화임.
- EU의 고용 대책위원회(Employment Taskforce)가 수립한 유럽 고용전략(The European Employment Strategy)의 행동전략 4가지 중 하나는 인적자원과 평생교육에 더욱 효과적으로 투자하는 것임.
- 돌봄 영역을 보다 매력적이고 발전적인 일자리로 여기게끔 해야하며, 이를 위해서는 훈련과 평생교육을 촉진할 수 있는 국가의 이니셔티브가 필요하고, 실천적 교육 지원, 경력 개발, 근로자에 대한 수퍼비전 및 모니터링 등을 통해 인적자원 관리에 대한 개발이 활성화 되도록 해야 함.
- 교육훈련 및 인증 프로그램은 근로자들에게 있어 학문적인 내용뿐만 아니라 실천적 기술을 발전시킬 수 있도록 실무에 충실한 내용이어야 하며, 돌봄서비스 근로자에게 기본적인 권리(유급 휴가, 병가, 교육에 대한 권리 등)를 세워나가는 것 또한 중요함.

□ 돌봄인력의 노동시장 문제와 장기적 대처 방안 마련

- 많은 선진국들은 현재 돌봄인력의 위기(Crisis of Care Worker)에 직면하여, 주요 OECD 국가들은 대부분 장기요양에 대한 수요는 급속히 증가하는 반면, 장기요양서비스 공급은 그만큼 증가하지 못하거나 심지어 정체, 감소되고 있고, 인력 부족 현상을 겪고 있음(전병유, 2010: 158). 현재 우리나라의 경우 요양보호사 자격자는 대거 배출되고 있으나, 실질적인 현장의 인력 수급 불균형 및 빈번한 이퇴직 문제, 짧은 고용지속 기간등은 심각한 문제가 되고 있음. 이와 관련한 심층적인 분야별, 지역여건별 심층 실태 파악과 함께 장기적인 대책을 마련할 필요가 있음.
- 다음은 이와 관련한 검토에 시사점을 얻을 수 있는 전병유(2010)의 연구 결과임.
 - － Fujisawa and Colombo(2009)는 장기요양에 대한 지출이 2005년 현재 GDP의 1%를 약간 넘는 수준에서 2050년까지는 2~4%에 달할 것으로 예측했으며, 그만큼 요양 인력에 대한 수요가 증가할 것으로 전망함. 이 연구에서는, 인구고령화와 여성의 고학력화라는 돌봄서비스의 수요를 증가시키는 요인이 한편으로는 장기요양인력의 공급을 줄이는 요인으로도 작용하여 장기적이고 구조적으로 돌봄인력 수급에서의 불일치 문제가 야기될 것으로 논의되고 있음.
 - － 요양 인력의 공급에 영향을 미치는 요인은 다양한데, 개인의 고용 선택에 영향을 주는 전반적인 경제적 조건, 출산율과 같은 인구학적인 요소, 이민 정책과 같이 다양한 쟁점들에 대한 정책적 의사결정, 보건 및 사회서비스 시스템에 대한 재정지원 수준, 복지와 실업급여 관련 정책들이 포함됨.
- 요양인력 노동시장의 문제는 인구학적인 변화와 경제활동참가 행위의 문제뿐만 아니라, 돌봄노동의 특성과도 관계되는데, 매우 힘들고 고된 일이기 때문에 이 분야로 인력을 끌어들이고(recruit) 오래 보유하기(retention)가 어렵다는 문제가 있음. 선진국의 경우도, 대부분의 요양보호시설들이 요양인력의 신규 채용에서 채용과 이직이 반복되는 회전문 현상(revolving door problem)의 문제에 직면하고 있음(전병유, 2010: 160).

- 이는 낮은 급여, 제한된 부가급여, 경력개발의 한계, 관리자들의 지원과 존중의 결여, 항구적이고 예측가능한 업무 할당의 어려움, 의사결정에서의 자율성과 참여의 부족, 합리적이지 않은 업무부담, 훈련의 결핍 등으로 나타나는 요양일자리의 낮은 질에 기인함.

참 고 문 헌

- 강혜규 외(2007). 사회서비스 인력운영 개선방안 연구: 주요 선진국 정책사례를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 강혜규 외(2008). 사회서비스 성과지표 개발 및 시범 성과평가 연구, 보건복지가족부·사회서비스관리센터.
- 강혜규, 노대명, 박세경, 강병구, 이상원, 조원일, 이병화(2007). 사회서비스 확충방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김형용·강혜규·박세경·고혜원·안혜영·이상돈(2007), 사회서비스 산업의 인력 및 훈련 수요 연구: 사회적 돌봄서비스를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 김혜원 외(2006). 사회서비스 분야 일자리 창출 방안에 관한 연구. 한국노동연구원.
- 박세경 외(2007). 사회서비스 분야 여성일자리 창출을 위한 제도환경 연구: 주요국가 사례를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 사회보험청(2009). 사회보장제도의 개요. 사회보험연구교재
- 오은진 외(2009). 사회서비스 분야 여성일자리 창출을 위한 정책과제 III: 일자리 제도화. 한국여성정책연구원
- 이진면 외(2008). 사회서비스의 경제적 효과분석과 산업화. 산업연구원.
- 전병유(2010), 요양보호인력의 양성과 활용의 문제와 개선방안, 윤희숙 외, 노인장기요양보험의 현황과 과제. 한국개발연구원.
- 日本 재무성(2010). 2010년도 일반예산개요
- 日本 총무성통계국(2009), 사업소·기업통계조사.

- 日本 厚生省, 2001년도,2005년도,2009년도 일반예산개요
- 日本 厚生省, 2008년도/2009년도 일반예산개요
- 日本 厚生省(2009). 2009년도 일반예산개요
- 日本 厚生노동성(2009). 2008년도 노동경제분석-근로자의 의식과 고용관리동향.
- 日本 厚生노동성(2009). 2009년임금구조기본통계조사결과(초임금)의 현황.
- 日本 厚生노동성(2007). 사회복지사업에 종사하는 자의 확보를 위한 조치에 관한 기본적 지침.
- 日本 厚生노동성(2009). 2007년 개호서비스 시설·사업소조사결과와 개요
- 日本 厚生노동성(2007). 보육소 현황에 대하여. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2007/09/tp0907-1.html>
- Adams, R.(1996). *The personal social services: clients, consumers or citizens?* London: Longman.
- Adema, W.(1999). Net Social Expenditure. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers NO. 39*. Paris: OECD.
- Baldock, J.(1994). *The personal social services: the politics of care*. in George, V. and S. Miller (ed.) *Social policy towards 2000* London: Routledge.
- Bäker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Hofmann, K., and Neubauer, J.(2008). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland: Gesundheit, Familie, Alter und Soziale Dienste*. 4th, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Brown, M. J.(ed.).(1974). *Social issues and the social services*. London: Charles Knight & Co. Ltd.
- Browning, H., J. Singleman.(1978). The transformation of the US labor force. *Politics and Society*, 8(3/4), pp.481-501.
- Bundesregierung.(2004). *Antworten zur Agenda 2010*, Berlin.
- Commission for Social Care Inspection(2008). *The State of Social Care in*

- England.
- Care Quality Commission.(2010). *The state of health care and adult social care in England: Key themes and quality of services in 2009*. Norwich: The Stationery Office.
- CSCI.(2006). *The state of social care in England 2005-06*. London: Commission for Social Care Inspection.
- _____.(2008). *The state of social care in England 2006-07*. London: Commission for Social Care Inspection.
- _____.(2009). *The state of social care in England 2007-08*. London: Commission for Social Care Inspection.
- Cypher, J. (ed.).(1979). *Seebohm across three decades: social service departments past, present and future*. Birmingham: BASW Publications.
- Darzi.(2008). *High quality care for all: NHS Next Stage Review final report*. Norwich: The Stationery Office.
- DH.(1998). *Modernising social service: promoting independence, improving protection, raising standards*. The Stationery Office
- _____.(1999). *Community Care Statistics 1999: Home help/home care services*, England. London: Department of Health Publications.
- Elfring, T.(1988). *Origin and Development of the Concept of a 'Service Sector', Service Sector Employment in Advanced Economies: A Comparative Analysis of Its Implication for Economic Growth*. Ebury: Aldersort.
- Forder, A.(1975). *Introduction*. in Mays, J., A. Forder and O. Keidan (ed.) *Penelope Hall's social services of England and Wales* London: Routledge & Kegan Paul.
- Griffiths, R.(1988). *Community care: agenda for action*. London: HMSO.
- Hall, P.(1976). *Reforming the welfare: the politics of change in the personal social services*. London: Heinemann.

- Hill, M.(2000). *Local authority social services: an introduction*. Oxford: Blackwell Publishers.
- HM Government.(2010). *Building the National Care Service*. Norwich: The Stationery Office.
- HM Treasury.(2003). *Public expenditure: statistical analyses 2003*. Norwich: HMSO.
- _____.(2009). *Public expenditure statistical analyses 2009*. Norwich: The Stationery Office.
- Holgate, E. and O. Keidan.(1975). *The personal social services*. in Mays, J., A. Forder and O. Keidan (ed.) Penelope Hall's social services of England and Wales London: Routledge & Kegan Paul.
- Karl-Heinz Boessenecker.(2005). *Spitzenverbaende der freien wohlfahrtspflege*. Juventa Verlag. Weinheim und Muenchen.
- Langan, M.(1998). *The personal social services*. in Ellison, N. and C. Pierson (ed.) Development in British social policy Macmillan.
- Lowe, R.(2005). *The welfare state in Britain since 1945*. London: Palgrave Macmillan.
- Means, R. and R. Smith. 1994. *Community care: policy and practice*. London: Macmillan.
- Munday, Brian R.(2007). *The United Kingdom's Approach to a Mixed Economy of Social Services*. in 사회서비스 발전전략의 모색: 정부-민간 협력방안을 중심으로 국제심포지엄 자료집. 한국보건사회연구원. pp.8~9.
- OECD(2003). *OECD Employment Outlook: 2003*.
- OECD, STAN database(2005). *The OECD STAN database for Industrial Analysis*.
- ONS.(2003). *Health and personal social services: workforce summary*. ONS
- _____.(2009). *Labour Force Survey*. Office for National Statistics.
- Parker, R. A.(1970). *The future of the personal social services* in Robson, W.

- A. and B. Crick (ed.) *The future of the social services* Middlesex: Penguin Books.
- Seebohm Committee.(1968). *Report of the committee on local authority and allied personal social services*. Cmnd. 3703. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Statistisches Bundesamt. *Statistisches Jahrbuch*. 1980-2009. Bonn.
- Sullivan, M.(1996). *Personal social services*. in (ed.) *The development of the British welfare state* Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- Townsend, P.(1970). *Introduction: does selectivity mean a nation divided?*. in (ed.) *Social services for all?* London: Fabian Society.
- Webb, A. and G. Wistow.(1983). *Public expenditure and policy implementation: +the case of community care*. *Public Administration* 61(Spring): 21-44.
- Thoman Bahle.(2007). *Wege zum Dienstleistungsstaat - Deutschland, Frankreich Grossbritannien im Vergleich*, VG verlag. Wiesbaden.
- Uli Arnold.(2003). *Lehrbuch der sozialwirtschaft*, Nomos Verlag. Baden-Baden.
- エクスナレッジムック(2006), 高齢者介護・シバ-事業企畫マニュアル最新版-改正介護保険制度対応
- http://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi-kansa/html/7sido_kansa/pdf/m1/jido001-2.pdf
- <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kouzou2/hyouka/chousa/goudoubukai02/siryou2.pdf>
- http://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi-kansa/html/7sido_kansa/pdf/m1/jido001-2.pdf