



기독교사회복지
Christian Social Welfare Expo 2010
EXPO 2010

Christian Social Welfare
EXPO 2010

섬김과 나눔의 행복축제

www.c-expo.org

기독교사회복지엑스포2010

Christian Social Welfare Expo 2010

사회복지영역별 세미나

Section I _ **노인분과 세미나**

| 일시 | 2010년 10월 14일 목요일
오전 10:00 ~ 오후 13:00

| 장소 | 여의도순복음교회 다윗성전

| 기독교사회복지엑스포 2010 조직위원회 |

Christian Social Welfare
EXPO 2010

섬김과 나눔의 행복축제

www.c-expo.org

기독교사회복지EXPO 2010

Christian Social Welfare
EXPO 2010

사회복지영역별 세미나

노인분과

인/사/말



김삼환 목사

(기독교사회복지엑스포2010 대회장, 명성교회 당회장)

한국교회는 그동안 하나님의 풍성하신 은혜를 누리며 놀라운 성장을 경험했습니다. 그러나 그 과정 가운데서 우리는 교만하지 않았는지, 마치 한국 교회의 성취가 우리의 손으로 이루어 낸 성과인양 자만하지는 않았는지 돌아보게 됩니다. 모든 것은 하나님의 은혜였습니다. 그러므로 오늘 우리가 다시 기도하는 것은 우리가 우리의 연약함을 고백하고 그 은혜 앞에서 겸손하게 되기를 원하기 때문입니다.

풍성하게 받은 축복과 은혜를 베풀고 나눌 수 있어야 합니다. 경제가 어려울수록 우리 자신을 위한 소비는 줄이고 어렵고 도움이 필요한 사람들을 위한 나눔은 더 크게 늘려야 합니다. 그리고 이 세상 속에서 빛과 소금이 되고 이 세상 사람들의 진정한 희망이 되기 위하여 교회는 무엇을 하여야 할 것인가 진지하게 고민할 수 있어야 합니다.

섬겨야 합니다. 이것이 주님께서 우리에게 보여주신 모범이며 우리에게 이 시대에 주시는 사명입니다. 우리가 이 사명에 충실할 때에 하나님께서는 우리에게 다시금 부흥의 축복을 허락해 주실 것입니다. 우리가 겸손할 때, 우리가 기도할 때, 우리가 우리 민족을 우리 가슴에 품고 그 아픔을 끌어안으며 함께 울고 함께 웃을 때 이 세상 사람들은 교회에 참된 생명이 있고 교회가 이 세상의 희망과 구원의 방주임을 다시 깨닫게 될 것입니다.

기독교사회복지엑스포2010은 한국교회가 주님의 나눔과 섬김의 정신을 실현할 수 있도록 보다 구체적이고 실질적인 다양한 행사와 자료를 제공하고 역량을 결집할 수 있는 계기가 될 것입니다. 참여하는 모든 분들의 사랑과 수고와 눈물이 아름답게 열매 맺기를 바라오며, 모든 과정에 성령의 지혜와 능력이 충만하시길 기원합니다.

환/영/사



이 영 훈 목사

(기독교사회복지엑스포2010 조직위원장, 여의도순복음교회 당회장)

주님의 이름으로 환영합니다.

한국의 역사속에서 지난 125여년 한국교회는 ‘가난하고 소외된 자’ 를 돌보는 일에 앞장 서 왔습니다. 예수 그리스도의 사랑에 기초하여 한국교회가 실천해 온 다양한 섬김의 모습은 한국사회발전 에 크게 기여하였고, 많은 영적 지도자를 배출하여 오늘에 이르게 되었습니다.

이번에 개최되는 “기독교사회복지엑스포2010” 은 현재 한국 사회를 섬기고 있는 모든 교회와 기독교 사회복지단체가 한 곳에 모여 지금까지 실천해 온 그 귀한 사역을 한국교회가 사회 앞에 알리는 축제의 장이 될 것입니다.

이번 엑스포가 소외되고 어려움에 처한 사람들에게 섬김의 사역을 다하고 있는 교회와 단체에는 따뜻한 격려를, 새로운 복지사역의 비전을 품고 나아가는 교회와 단체에는 힘찬 용기를, 그리고 우리 사회에는 그리스도인의 착한 행실을 알려 아버지 하나님께 영광을 돌리는 계기가 되기를 소원합니다.

아무쪼록 이 엑스포를 통해 한국의 모든 교회와 성도들이 복지사역에 대하여 깊은 관심을 갖게 됨으로 기도와 참여, 후원에 최선을 다하는 계기가 마련되기를 바랍니다. 감사합니다.

목 / 차

기조강연 	
“노인의 인권침해(장기요양센터를 중심으로)”	
_ 이성희 원장(서부노인요양센터)	
발 표 1 	
“한국교회 노인학교의 방향(자살, 우울증 노인중심으로)”	
_ 강채은 목사(한국교회노인학교연합회)	
발 표 2 	
“허약노인 보호를 위한 교회봉사 방안”	
_ 서수련 교수(안양과학대학)	
발 표 3 	
“노인복지관을 통한 지역복지 향상”	
_ 류재룡 관장(유성구노인복지관)	
종합토론	

기독교사회복지EXPO 2010

사회복지영역별 세미나

- 노인분과 -

1. 일 시 : 2010. 10. 14(목) 오전 10:00 ~ 오후 13:00
2. 장 소 : 여의도순복음교회 다윗성전
3. 등 록 비 : 무료
4. 행사안내 :
 - 1) 전화 및 팩스(Tel. 02-747-1225 학술팀 / Fax. 02-764-1225)
 - 2) E-mail(expo2010_head@hotmail.com)
5. 행사일정

시 간	순 서	내 용
09:45 ~10:00	경배와 찬양	여의도순복음교회 청년국 찬양팀
10:00 ~10:30	개회예배	인도_ 도성수 관장(신내노인복지관) 기도_ 류재룡 목사(유성구노인복지관) 설교_ 김동엽 목사(목민교회)(설교예정시간 10:05~10:25) 축도_ 설교자
좌장 : 정순돌 교수(이화여자대학교)		
10:30 ~11:00	기조강연	“노인의 인권침해(장기요양센터를 중심으로)” _ 이성희 원장(서부노인요양센터)
11:00 ~11:30	발표1	“한국교회 노인학교의 방향(자살, 우울증 노인중심으로)” _ 강채은 목사(한국교회노인학교연합회)
11:30 ~12:00	발표2	“허약노인 보호를 위한 교회봉사 방안” _ 서수련 교수(안양과학대학)
12:00 ~12:30	발표3	“노인복지관을 통한 지역복지 향상” _ 류재룡 관장(유성구노인복지관)
12:30 ~13:00	종합토론	

Christian Social Welfare
EXPO 2010

섬김과 나눔의 행복축제

www.c-expo.org

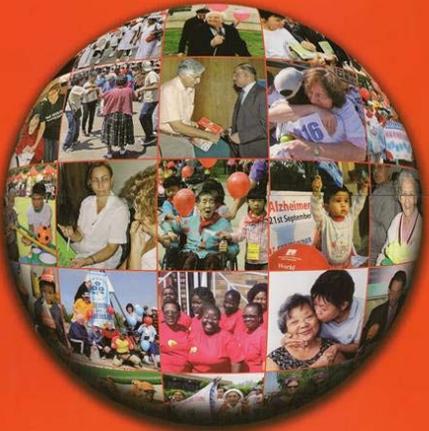
노인의 인권침해(장기요양센터를 중심으로)

서부노인요양센터 이 성 희 원장

노인장기요양보험

청암노인요양원
원장 이 성 희

Dementia
It's time for action!
World Alzheimer's Day · 21 September



To get involved visit

Alzheimer's Disease International
www.alz.co.uk

Made possible by a grant from MetLife Foundation

세계 치매의 날

2008년 9월 21일
전세계 알쯔하이머 헌장 6원칙

- 1. 치매에 대한 인식과 이해를 존중하라.**
- 2. 환자의 인권을 존중하라.**
- 3. 가족과 간병인의 중요한 역할에 대하여 인식한다.**
- 4. 보건과 복지 서비스를 제공하도록 한다.**
- 5. 진단을 받은 후 최선의 치료의 중요성을 강조한다.**
- 6. 공중보건의 개선을 통하여 치매의 예방에 힘쓰도록 한다.**

목 차

1. **요양시설의 역할**
2. **요양시설의 운영 실제**
 - ◆ **급여 제공 과정**
 - ◆ **시설 케어 실천**

1. 요양시설 역할

- **인본주의에 입각한 운영이념**
- **클라이언트 중심 케어**
- **Unit Care**
- **가정과 같은 생활케어**
- **가족의 부담 경감**
- **가정으로 복귀를 위한 노력**

2. 요양시설 운영실제

□ 운영이념

어르신의 인권과 존엄을 인생의 선배로써 존중하며 가정적인 분위기에서 개개인의 생활에 맞도록 포괄적인 케어를 제공하고 지역의 열린 시설로써 노인복지사업에 기여한다.

2. 요양시설 운영실제

□ 처우 방침

- 개별 케어플랜(Care Plan)을 작성, 지원
- 가정생활과 같은 생활양식제공
- 입소자의 잔존능력 유지, 향상
- 입소자의 풍요로운 생활, 원만한 인간관계 유지를 위한 생활환경 조성
- 입소자 자신이 결정, 선택할 수 있는 자율적인 생활지원
- 입소자와 지역주민과의 교류를 촉진

2-1 급여제공 과정(계약 전)



공실현황

단기	머루3	4층
계		1
장기	옝나무1	2층
	카네이션5	1층
	카네이션2	1층
	카네이션4	1층
계		4

입소판정 위원회

- 복지, 간호, 영양, 재활 등 팀 케어
 - 공실관리에 의한 요양실 배치
- <내부>

2-1 급여제공 과정(계약일)

I. 노인시설 표준 계약서

제 1 조(목적)

사회복지법인 소망복지재단은 요양등급 1,2급 이용자에 대해서 요양보합법 취지에 따라 서부노인전문요양센터의 이용자 상태에 따라 일상생활을 할 수 있도록 케어 서비스를 제공하고 이용자는 사업자에 대해 이용자부담으로 이용료를 지불하도록 한다.

제 2 조(계약 유효기간)

1. 이 계약의 유효기간은 입소기간 1회 년 월 일부터 년 월 일까지로 한다.
2. 사업자는 유효기간 만료 1개월전부터 14일까지 이용자에게 대해 유효기간 만료, 갱신에 따른 의사표시를 받도록 한다.
3. 이용자는 유효기간 만료일까지 갱신하겠다는 의사표시를 하지 않을 경우 본계약이 자동 종료로 갱신된다. 새로운 유효기간은 ()개월간으로 한다.
4. 계약이 갱신되었을 때에는 사업자는 계약갱신 후 1개월이내에 이용자에게 대해 「계약갱신확인란」에 필요사항을 기재하고 계약갱신에 대해 확인한다.

제 3 조(시설서비스계획)

1. 사업자는 이용자의 심신상황, 의견 등에 따라 「시설서비스계획」을 작성하고 그것에 따라 계획적으로 서비스를 제공한다. 시설서비스계획을 작성하는 경우 이용자에게 설명 및 회고 실시하여 교부한다.
2. 사업자는 이용자가 서비스내용, 제공방법 등에 대해 갱신하고자 할 경우에는 즉시 시설서비스계획변경을 해주도록 한다.

제 4 조(입소기간)

사업자는 이용자가 입소기간중 의료기관에 입원한 경우 입원일부터 10일이내에 서신으로 복귀할수 없을 경우에는 최소를 권유하며 10일후 재입소를 위한 대기기간을 입원후 1개월까지 사업자에게 요청할 수 있다. (수가의 50% 청구됨)

노인시설표준계약서

- 계약시 서류 : 주민등록 등본, 질병진단서, 건강진단서
 - 계약서 내용 : 서비스 설명서, 중요사항설명서, 개인정보 사용 동의서
- <내부>

2-1 급여제공 과정(입소 후)

이용자 종합대장(FACE SHEET 2)

년 월 일

이용자코드	이름
성별	입소일
요양실	병명
가계도	
분리 추정 코드	
가족요양	
가족의 상황 및 관계	
과거 생활력	
성격	유형인 유형부
특이 사항 (확인하면 필히)	
사회활동	

기록과 1

Face Sheet(욕구)

- 입소자와 가족의 요구 사항과 원하는 요양서비스의 기록 및 입소자의 성향기록 <내부>

2-1 급여제공 과정(입소 후)

국민연금번호	입소번호
생년월일	입소일
성명	성명
성별	성별
주소	주소
1. 기초의학적정보	
식언어	
운동기능	
2. 감각검사	
Light touch 輕觸痛	痛각지
Pressure 痛	痛각지
Temperature 溫覺痛	痛각지
3. Muscle test(근중도)	
Neck 頸	
Shoulder 肩	
Forearm 前腕	
Hand 手	
4. MMET & FROM (근력 및 관절 기능분류)	
MMET	
FROM	

사회복지사업법 제33조 제2항 제2호

물리치료검사기록

- 근골격계, 신경계의 기능검사와 기능적 수행능력의 평가를 기반으로 재활 서비스 계획 기록 <내부>

2-1 급여제공 과정(입소 후)

Occupational Therapy Evaluation Sheet			
UNIT	이름	나이 / 성별	
평가일	주소	MUSE-K	중
시각 능력 (Perception) <input type="checkbox"/> Stereognosis (입체지각) <input type="checkbox"/> Graphesthesia (어휘안지각)			
촉각 지각			
신체 인식	<input type="checkbox"/> Body part identification (신체인식) <input type="checkbox"/> Neglect (편측무시) <input type="checkbox"/> Right <input type="checkbox"/> Left <input type="checkbox"/> Identification (인식) <input type="checkbox"/> Size <input type="checkbox"/> Shape <input type="checkbox"/> Color		
시각 지각	<input type="checkbox"/> Figure-ground (중-배경 구분) <input type="checkbox"/> Discrimination (색인 구별) <input type="checkbox"/> Visuo-spatial relationship (이공간능력) <input type="checkbox"/> 2차원 공간지각 <input type="checkbox"/> 3차원 입체지각		
일상 능력	<input type="checkbox"/> 운동 실행력 <input type="checkbox"/> 기본 실행력 인지 능력 (Cognition)		
Primary Cognitive Capacities			
Orientation	<input type="checkbox"/> Time <input type="checkbox"/> Person <input type="checkbox"/> Place <input type="checkbox"/> Custom (관습 요건) <input type="checkbox"/> Selective (선택적 집중) <input type="checkbox"/> Shift (집중력 이동) <input type="checkbox"/> Divided (다중태)		
Attention			
Memory	<input type="checkbox"/> Immediate <input type="checkbox"/> Working <input type="checkbox"/> Short-term <input type="checkbox"/> Long-term		
Higher-level Thinking Abilities	<input type="checkbox"/> Problem solving <input type="checkbox"/> Categorization (분류) <input type="checkbox"/> Sequence (순서)		
Thinking Operation			
Meta-cognition Abilities	<input type="checkbox"/> Executive function <input type="checkbox"/> Motivation <input type="checkbox"/> Planning <input type="checkbox"/> Purposeful action <input type="checkbox"/> Effectiveness		
Executive function			
의사소통 능력 (Communication)			
표현 능력 (Expression)	<input type="checkbox"/> 언어적 표현 <input type="checkbox"/> Reading <input type="checkbox"/> Writing <input type="checkbox"/> Speaking <input type="checkbox"/> Counting <input type="checkbox"/> 신체적 표현 <input type="checkbox"/> Need <input type="checkbox"/> Respond <input type="checkbox"/> 감정적 표현 <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative		
이해 능력 (Comprehension)	<input type="checkbox"/> 언어적 이해 <input type="checkbox"/> 신체적 이해 1단계 지시 2단계 지시 3단계 지시		

작업치료검사기록

- 담당:작업치료사
- 인지력 전반에 관한 검사/평가 실시 (지각,인지,의사소통 등) <내부>

2-1 급여제공 과정(입소 후)

낙상위험도 평가(Huhn Scale)			
성: 3중	생년월일: 1923-04-08	입소일자: 2007-06-23	
유니트: 영부4	나이: 86	입소구분: 장기	
이름: 이계수	퇴원유형: 3중급	입소현황: 입소자	
성별: 여	낙상위험도평가일: 2009-04-28		
	평가척도	평가점수	
연장--> 3점: 80이상	2점: 70-79	1점: 60-69	3
장신상태--> 4점: 혼란스러운/병상감각장애	2점: 마비로 혼란스러운/병상감각장애		4
배변--> 4점: 소변실금	3점: 소변가누우지못	1점: 유지도보/인공항문	4
낙상경험--> 4점: 3번이상 넘어짐	2점: 한두번 넘어짐		2
활동--> 4점: 거동이 독립됨	3점: 장거동	1점: 자립/서면대. 화장실 이용	3
결혼결이/연말--> 4점: 불규칙/불안정(서거 기간 불거)	3점: 기립/보행시 저혈압(기립성)	2점: 보행장애(보조장치 사용불가능)	4
최근7일 약물--> 4점: 3개 이상	3점: 2개 이상	2점: 1개 이상	4
알콜섭취--> 4점: 규칙적	2점: 가끔		0
결과	낙상위험도 점수 합계:	24	
	위험군 분류:	낙상고위험군	

낙상위험도 평가

- 담당: 재활 팀
- 낙상위험도를 평가하여 낙상위험군과 낙상 고위험군 분류 케어 주의 및 메뉴얼 적용 <건보공단>

2-1 급여제공 과정(입소 후)

입소자낙상위험평가결과 2009년 5월 22일 금요일 현재

순위	입소자현황	낙상고위험군	낙상위험군	낙상위험보통
1순위	18	11	3	
2순위	52	5	3	1
3순위	65	61	3	
4순위	64	54	10	
5순위	61	50	11	
합계	260	181	30	1

입소자번호	성명	성	이름	입소구분	입소일	의근유기일	낙상위험도점수	위험군분류
1	카네이션1	1	이희우	장기	남	2009-04-13	19	낙상고위험군
2	카네이션1	1	이희우	장기	남	2009-03-19	9	낙상위험보통
3	카네이션1	1	문재홍	장기	남			
4	카네이션1	1	김정기	장기	남	2009-04-01	20	낙상고위험군
5	카네이션2	1	박선우	장기	여			
6	카네이션2	1	최영숙	장기	여	2009-03-05	20	낙상고위험군
8	카네이션2	1	김영숙A	장기	여			
9	카네이션1	1	이희우	장기	남	2009-05-06	12	낙상고위험군
10	카네이션1	1	안영숙	장기	여			
11	카네이션1	1	안영숙	장기	여	2009-04-03	20	낙상고위험군
12	카네이션1	1	김승이	장기	여	2009-04-02	19	낙상고위험군
14	카네이션1	1	김영숙	장기	남	2007-05-10	12	낙상고위험군
15	카네이션1	1	이민복	장기	남	2007-06-20	5	낙상위험보통
16	카네이션1	1	윤승희	장기	남	2007-12-20	14	낙상고위험군
17	카네이션1	1	김부성	장기	남	2007-06-22	14	낙상고위험군
18	카네이션1	1	주영숙	장기	여	2009-03-13	10	낙상위험보통
19	카네이션1	1	이정숙	장기	여	2007-09-14	21	낙상고위험군

낙상위험도 결과

- 담당: 재할 팀
- 낙상위험도 평가결과 게시

2-1 급여제공 과정(입소 후)

욕창위험도 평가(Braden Scale)

성: 3명	생년월일: 1923-04-08	입소일자: 2007-06-23
유니트: 영우4	나이: 86	입소구분: 장기
이름: 이계수	요양등급: 3등급	입소원래: 입소자
성별: 여	욕창위험도평가일: 2009-04-30	

평가척도	평가점수
감각인지능력 1. 감각장애 없음 (정상) (영양분 없음) 2. 감각장애 있음 (중등) (영양분 있음) 3. 감각장애 있음 (중등) (영양분 없음) 4. 감각장애 있음 (중등) (영양분 없음) (노인) 5. 감각장애 있음 (중등) (영양분 없음) (노인) (노인)	2
습기여부 1. 항상 젖어 있음 (일소변만) 2. 자주 젖어 있음 (일소변만) (침과 구토물 포함) 3. 가끔 젖어 있음 (일소변만) (침과 구토물 포함) 4. 자주 젖어 있음 (일소변만) (침과 구토물 포함)	2
활동능력 1. 침대에서 움직일 수 있음 (정상) 2. 침대에서 일어날 수 있음 (정상) (침대에서 일어날 수 있음) 3. 가끔 일어날 수 있음 (정상) (침대에서 일어날 수 있음) 4. 자주 일어날 수 있음 (정상) (침대에서 일어날 수 있음)	2
영양상태 1. 완전한 영양 섭취 (정상) (정상적인 식사) 2. 영양 섭취 (정상) (정상적인 식사) 3. 영양 섭취 (정상) (정상적인 식사) 4. 영양 섭취 (정상) (정상적인 식사)	3
말랑성 1. 매우 나쁨 (적어도 1/2 이상) (정상) 2. 나쁨 (적어도 1/2 이상) (정상) 3. 보통 (적어도 1/2 이상) (정상) 4. 좋음 (적어도 1/2 이상) (정상)	4
마찰과 전단력 1. 움직임 없음 (정상) (정상적인 움직임) 2. 움직임 있음 (정상) (정상적인 움직임) 3. 움직임 있음 (정상) (정상적인 움직임) 4. 움직임 있음 (정상) (정상적인 움직임)	1

결과	욕창위험도 점수 합계: 14
	위험군 분류: 욕창중도 위험군

욕창위험도 평가

- 담당: 간호팀
- 욕창위험도를 평가하여 위험군 분류 욕창발생 위험대상자의 예방 메뉴얼 적용 <건보공단>

2-1 급여제공 과정(동경센터방식)

문제행동시정

문제행동시정(Problem Behavior Inventory)은 아동의 행동 양상을 측정하고, 문제행동 양상을 파악하여 상담과 개입을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다. 아동의 문제행동 양상을 측정하고, 문제행동 양상을 파악하여 상담과 개입을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다.

문제행동시정

문제행동시정(Problem Behavior Inventory)은 아동의 행동 양상을 측정하고, 문제행동 양상을 파악하여 상담과 개입을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다. 아동의 문제행동 양상을 측정하고, 문제행동 양상을 파악하여 상담과 개입을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다.

노년자 돌봄시정(elderly care plan)

노년자 돌봄시정(elderly care plan)은 노년자의 돌봄을 위한 계획을 수립하고, 돌봄을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다. 노년자의 돌봄을 위한 계획을 수립하고, 돌봄을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다.

노년자 돌봄시정(elderly care plan)

노년자 돌봄시정(elderly care plan)은 노년자의 돌봄을 위한 계획을 수립하고, 돌봄을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다. 노년자의 돌봄을 위한 계획을 수립하고, 돌봄을 위한 기초 자료를 제공하는 도구이다.

2-1 급여제공 과정(입소 후)

위기관리보고서

위기 관리 보고서		년	월	일
작성자 정보	성명: _____			
1. 부서명	① 장석익실 ② 임시직실 ③ 계약직실 ④ 기타			
2. 고충발생	① 장석익실 ② 임시직실 ③ 계약직실 ④ 기타			
3. 의뢰	① 사회복지사실 ② 노인복지실 ③ 노인복지실 ④ 기타			
4. 결정일자	달입기간 _____			
이용자 정보				
1. 목 성	①성명 !) ②성명 !) ③성명 !)
2. 기세정보	① 없음 ② 조경정보 ③ 휴간정보 ④ 아무정보			
3. 발생상황	① 자질 ② 조경정보 ③ 휴간정보 ④ 아무정보			
내용, 경과				
1. 발생일시	년 월 일 시 분			
2. 발생장소	① 원실 ② 복도 ③ 복실 ④ 화장실 ⑤ 서빙 ⑥ 계단 ⑦ 현관 ⑧ 기타			
3. 결함이 발생	① 낙하 ② 물건떨어짐 ③ 비위생 ④ 서빙 ⑤ 불안전 ⑥ 기타			
4. 사고발생상황	① 안전 ② 안전 ③ 안전 ④ 안전 ⑤ 안전 ⑥ 안전 ⑦ 안전 ⑧ 안전 ⑨ 안전 ⑩ 안전 ⑪ 안전 ⑫ 안전 ⑬ 안전 ⑭ 안전 ⑮ 안전 ⑯ 안전 ⑰ 안전 ⑱ 안전 ⑲ 안전 ⑳ 안전 ㉑ 안전 ㉒ 안전 ㉓ 안전 ㉔ 안전 ㉕ 안전 ㉖ 안전 ㉗ 안전 ㉘ 안전 ㉙ 안전 ㉚ 안전 ㉛ 안전 ㉜ 안전 ㉝ 안전 ㉞ 안전 ㉟ 안전 ㊱ 안전 ㊲ 안전 ㊳ 안전 ㊴ 안전 ㊵ 안전 ㊶ 안전 ㊷ 안전 ㊸ 안전 ㊹ 안전 ㊺ 안전 ㊻ 안전 ㊼ 안전 ㊽ 안전 ㊾ 안전 ㊿ 안전			
5. 기록관리 인력	① 복음 누무해: _____ 인력: _____			

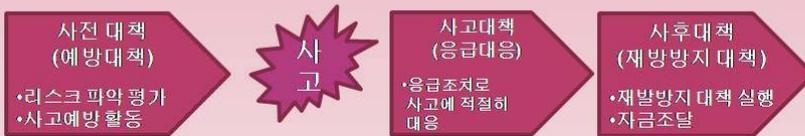
재발생예방보고서

재발생 예방 보고서		년	월	일	후서명	직장자
작성명 및 작성자 정보	사고종류 () 이용자정보: 성명 () 성명 ()					
서비스제공기관	_____					
현상	이용자측의 위반	_____				
	서비스제공자측의 위반	_____				
	환경상의 위반	_____				
경과	_____					
발생요인 대책	_____					
가족 및 사회복지사 연락 방법	_____					
일제	_____					

2-1 급여제공 과정(입소 후)

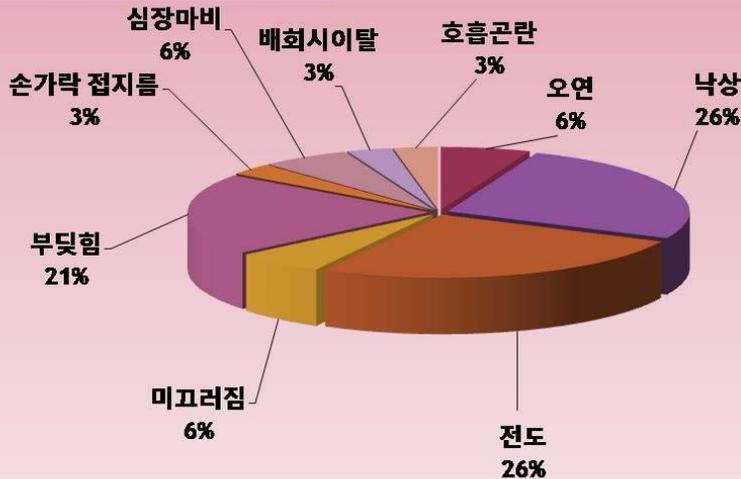
리스크 매니지먼트 과정

- 사고발생 전 (예방대책)
- 사고발생 직후 사고 대응 (응급시 대응)
- 사후 대책(재발생 방지 대책)



2-1 급여제공 과정(입소 후)

사고발생 유형



2-1 급여제공 과정(3개월, 6개월)

【 시설서비스제공결과표 】

이용유형 : 별첨 기
 계약유형 : 일반형 (1년 계약)
 평가 시점 : 2010년 12월 31일
 평가대상 : 노인요양 시설, 노인요양 시설

평가항목	평가항목	평가항목	서비스 내용	평가항목	평가항목	평가항목	평가항목	평가항목	
1. 기본 생활 지원 - 식사, 세탁, 청소, 화장실 관리 등	2. 건강 관리 지원 - 건강검진, 응급처치, 재활치료 등	3. 인지·정신 지원 - 인지훈련, 정서지원, 치매관리 등	4. 안전·보호 지원 - 화재예방, 안전사고 예방 등	5. 사회·문화 지원 - 문화활동, 지역사회 연계 등	6. 자원봉사 지원 - 자원봉사자 배치, 교육 등	7. 시설 관리 지원 - 시설 유지보수, 환경개선 등	8. 기타 서비스 - 특화 서비스 등	9. 평가항목	10. 평가항목
○	△	□	○	△	□	○	△	□	

서비스 평가

- Care Plan에 의한 서비스 제공 후 3개월, 6개월 평가 <동경센타방식>

2-2 시설 케어 실천

1. 생활케어

- 상태에 따른 층별 배치
- 개인별 케어플랜
- 바코드 기록
- 치매노인의 케어는 동경센타 방식으로 문제행동 Assessment를 통하여 케어매니저 역할
- 가족간담회, 의견함 설치
- 만족도 조사, 정보게시

층 별 배 치



문제행동 및 배회

AD 2

AD 1

뇌졸중 /VD

주간 / 단기



생 활 케 어



바코드 기록



정보게시



보호자 의견함



보호자 면회

2-2 시설 케어 실천

3. 재활

- 개인별 통증관리, 관절가동운동
- Bedside 처방 운동, 일상생활 동작훈련
- Group 활동, 연하장애훈련
- 언어치료, 감각요법, 복지용구 개발, 노인용품관리
- 치유정원 경작물 재배, 층별재활코너

재활 활동 ①



관절가동운동



베드사이드처방,운동



일상생활동작훈련



그룹활동-슬링

재활 활동 ②



인어치료



감각요법



복지용구경진대회



충별재활코너

2-2 시설 케어 실천

4. 영양

- 영양 Management
- 기호도 조사, 식습관 조사
- 급식종류 9가지
- 수분공급
- 기호에 따른 차 제공, 음료선택
- 계절별 특식 만들기

영양 및 급식



유니트 식사모습



음식 만들기



상차림

2-2 시설 케어 실천

5. 여가활동

- 상담
 - 이용자상담, 가족상담, 지역상담
 - 부서별 컨퍼런스
- 12가지 취미 프로그램
 - 미술요법, 음악요법, 원예요법, 민요교실 등
- 각종행사
 - 생신잔치, 절기행사, 어버이날 기념, 노인의 날 기념
 - 공연관람, 야외 나들이, 장터행사 등

여가 활동 ①



미술 요법



음악 요법



민요 교실



원예 요법

여가 활동 ②



생신잔치



절기 행사



장터 행사



카네이션 달아드리기

2-2 시설 케어 실천

6. 자원봉사 활동

- 자원봉사 활동 인원

인증센터 등록인원	개인 봉사자	단체봉사 31곳	지역 봉사자	청소년	전문프로그 램강사
3,800명	2,800명	1,000명	200명	600명	50명

- 초,중,고등학생 체험 학습 활동

자원봉사



개인 봉사



기업 봉사



지역 봉사



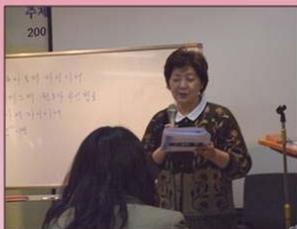
학생 봉사

2-2 시설 케어 실천

7. 교육활동

- 신입직원 OJT교육
- 월별 직무교육
- 동경센터 방식 교육
- 홈헬퍼2급 연수 (일본동경)
- 요양보호사 실습 교육 (외부)
- 사회복지사 실습

교육 활동



신입 직원 교육



직무 교육



동경센터 방식 교육



해외 연수(일본)

2-2 시설 케어 실천

8. 지역주민과 네트워크 형성

- 공동모금회사업
 - 노인생활시설 인식개선 활동
- 치매걷기대회 (마포구, 치매지원센터)
- 각종행사참여 (생일잔치, 자원봉사대회 참가)

지역 네트워크



주민과 함께 비누 만들기



치매의날 걷기 대회



생일 잔치



마포구 자원봉사대회

노인 학대

- 신체적 학대
- 방임
- 심리적 학대
- 성적 학대
- 경제적 학대

노인 학대 배경



노인 학대 리스크

- 치매 증상
- 중증으로 인해 케어부담감
- 노인 부부세대, 2세대 소규모 가정
- 가족의 정신적 장애, 질환
- 경제적 빈곤
- 가정 내 불화



노인 자기결정에 대한 서포트 지원

기력이 없을 때

노인을 수용, 공감, 지지적 태도

탈수, 저영양 일 때

일시 보호로 체력 회복,
본인의 의사를 확인

누구도 도와주지 않는다고 지쳐 있을 때

폭행당한다고 참으면 안 된다.
당신에게 지원자가 있다는 메시지를
구체적으로 전함

학대자에 대한 걱정

현재 생활을 계속하는 것이 학대자에게
좋은 일인가 생각해 보도록 한다.
학대자에게 지원자가 할 수 있는 지원에
대해 구체적으로 전한다.

신체구속

1. **배회하지 않도록 휠체어나 의자, 침대 난간에 몸이나 사지를 묶는다.**
2. **노인이 전락 되지 않도록 침대에 묶는다.**
3. **자신이 내려올 수 없도록 침대를 사이드 레일로 두른다.**
4. **링겔, 경관영양시 튜브를 뺄 수 없도록 사지를 묶는다.**
5. **링겔, 경관영양시 튜브를 빼지 않도록 그리고 피부를 긁지 못하도록 방어리 장갑을 끼운다.**
6. **휠체어나 의자에서 미끄러지거나 일어설 수 없도록 Y 형 구속대나 허리벨트, 휠체어 테이블을 사용한다.**
7. **일어설 수 있는 능력있는 환자에게 일어설 수 못하도록 의자를 사용한다.**
8. **옷을 벗거나 기저귀를 빼지 못하도록 치매 복을 입힌다.**
9. **환자가 타인에게 방해하지 못하도록 침대에 묶는다.**
10. **행동을 제한하기 위해 항정신약을 과도하게 복용시킨다.**
11. **자신의 의사표시를 할 수 없도록 다른 방에 격리시킨다.**

고령사회와 한국교회 노인학교의 방향

(사)한국교회노인학교연합회 사무국장 강 채 은 목사

I. 들어가는 말

21세기를 맞이하면서 국가적인 큰 문제들 중 하나는 인구의 고령화이다. 1991년 UN에서는 지구촌 인구의 고령화에 따른 노인문제가 21세기 커다란 사회문제로 대두되고 있음을 인식하고 “노인의 자립, 참여, 보호, 자아실현, 존경심” 등 5대원칙을 제정하여 각 나라에서 노인복지 정책에 적극 반영하도록 권장하였다.

우리나라는 세계에서 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. 그러나 그에 따른 노인문제는 심각한 수준에 이르고 있다. 그동안 우리나라의 노인문제는 국가와 사회가 아닌 가족들의 문제였고 그리고 가족들은 노인섭기는 일들을 당연한 일들로 받아들였다. 그러나 산업화에 따른 핵가족화는 많은 노인 문제점들을 드러내고 있다. 생계형 범죄의 급증과 물리적 정신적 학대는 물론 버려지고 방치되는 노인의 문제 또한 그 위험수위를 넘고 있다. 또한 1년에 5만 가구 이상의 독거노인 증가는 노인우울증과 노인자살을 부추기고 있다. 현재 우리나라의 노인자살률은 OECD국가 중 1위를 차지하고 있어 그 대비책이 시급하다.

지금까지 한국교회는 노인학교운동을 통해 노인의 우울증 및 노인성 질병에 대한 예방 및 치료에 많은 기여를 해오고 있다. 뿐만 아니라 노인학교는 노인들의 삶의 질 향상과 구원의 기쁨 속에 행복한 노후를 보내는데 중요한 역할을 감당해오고 있다. 그러나 아직도 풀어야 할 과제들이 많이 남아 있다. 우선 정부와의 연계가 미비하며 아직도 많은 교회들이 노인학교 운영을 시도조차 하지 못하고 있다.

앞으로 한국교회는 이러한 노인들의 문제에 보다 적극적인 관심을 가지고 대안을 제시해야 한다. 그러기 위해서는 개교회중심의 성장 일변도에서 탈피하여 교회가 연합하여 시대적인

문제들을 연구하고 대안을 제시하는 선지자적인 역할을 회복해야 한다. 특히 급속한 고령화 사회를 맞고 있는 한국교회는 노인들의 육체와 영혼을 함께 돌보는 통전적인 돌봄 프로그램들을 연구 개발하여 제공함으로써 노인들이 마음 놓고 늙고 행복하게 노후를 보내며 구원의 확신 속에 임종 또한 편안하게 맞을 수 있도록 해야 한다. 여기에서는 고령화 사회와 그에 따른 노인의 문제를 살펴보고 교회노인학교운영의 중요성과 그리고 한국교회노인학교의 방향에 대해 살펴보고자 한다.

II. 본말

1. 고령화 사회

노인들이 매우 좋아하는 말이 9988234이고 제일 무서워하는 말이 8899234이다. 99세까지 팔팔(88)하게 살다가 2~3일 아프고 사(4)망하는 것이 모든 노인들의 간절한 바램(?)이지만 88세까지 구질구질(99)하게 살다가 2~3년을 아프다 사(4)망하는 것이 가장 두렵고 싫다고 한다.

의학과 생명공학의 발달로 2020년 이후의 출생자들은 평균수명이 120세가 될 수 있을 것이며 자기 관리만 잘하면 150세까지도 가능하다고 2004년 호주생명공학회의에서 발표했다.(2005.2 국민일보) 이제 고령화 사회라는 말은 더 이상 낯선 단어가 아니다. 많은 매체에서 고령화 사회에 대비해야 한다는 우려의 목소리가 높지만 고령화 사회에 대한 정확한 인식이 부족한 것도 사실이다. 고령사회는 세 단계의 진행과정을 가진다. UN이 규정한 노인인구 비율에 따라 65세 이상의 인구가 전체인구의 7% 이상일 때를 고령화 사회(aging society)라 규정하고 14% 이상일 때 고령사회(aged society), 20% 이상일 때 초 고령사회(ultra-aged society)라 부른다. 현재 우리나라는 2000년에 65세 이상 노인인구가 7.2%를 넘어 고령화 사회로 진입하였고, 2018년에는 14.3%를 넘어 고령사회에 진입하게 될 것이며, 2026년에는 20.8%를 넘어 사실상 초 고령사회가 될 것으로 추산하고 있다.

고령 사회로의 진입은 몇 세기에 걸친 의학 발달과 식생활 개선 등을 힘입어 전 세계적으로 나타나는 현상이다. 하지만 아래 표 에서 보듯 우리나라 노년인구의 증가 속도는

다른 선진국과 비교해 볼 때 매우 빠르게 나타나고 있다. 우리나라의 노인인구 비율이 7%~14%가 되는 기간은 19년으로 일본의 24년, 미국의 71년, 프랑스의 115년에 비해 고령화 속도가 가장 빠른 것으로 나타나고 있다. 이와 같은 사실은 서구사회에서는 75~115년 정도 시간적인 여유를 가지고 노인문제를 대비했던 것을 우리는 19년 안에 준비해야 한다는 것을 의미한다.

인구 고령화 속도 국가 비교					
65세 이상 인구비중	도달년도			소요기간(년)	
	7%	14%	20%	7% → 14%	14% → 20%
한국	2000	2019	2026	19	7
일본	1970	1994	2006	24	12
프랑스	1864	1979	2020	115	41
독일	1932	1972	2012	40	40
영국	1929	1976	2021	47	45
이탈리아	1927	1988	2007	61	19
미국	1942	2013	2028	71	15
스웨덴	1887	1972	2012	85	40

(통계청: OECD장래인구 2005)

농어촌의 경우는 더욱 심각하여 ‘2005년 고령자통계’를 보면 전국 234개 시·군·구 중 65세 이상 노인이 20%를 넘어 이미 초 고령사회로 진입한 곳도 35개 군으로 보고된바 있다.

현재 우리나라 노인인구는 2008년 10.3%로 5,069,273명이지만 2020년에는 15.6%에 달해 7,701,000명으로 예상하고 있으며 2050 38.2%로 16,156,000명으로 예상하고 있다. (07 보건복지부통계연보인구편) 또한 우리나라의 평균 수명도 백세 시대를 눈앞에 두고 있다. 우리나라 평균수명을 보면 1960년에는 52.4세(남성51.1세, 여자53.7세)였지만, 2008년 현재는 79.05세(남자75.7세, 여자82.4세)로 장수 국가에 진입했다. 10월2일 노인의 날 청려장 수혜자가 1998년에는 1백17명에 불과했지만, 10년이 지난 2008년에는 무려 7백26명으로 수직 증가했다.

2. 노인문제

1) 노인부양의 문제

1970년대 정부의 산업화 정책으로 인한 핵가족화는 출생아가 30여년 만에 절반으로 줄었다. 통계청 자료에 의하면 1973년 100만명 이하(968천명)이던 신생아가 2003년 50만명 이하(493천명)로 줄었는데, 평균 출산율로 보면 4.5명에서 1.19명으로 줄어든 것이다. 이러한 출산율 저하는 노인부양에 심각한 문제가 되고 있다.

현재 우리나라 노인들의 부양체계는 자녀와 가족에 의한 사적 부양체계에서 연금 등 공적 부양체계로 전환되는 과도기적 단계이며 노후생활 준비를 한 노인의 비율은 28.3%로 낮은 수준이다. (04년 전국노인생활실태조사 및 복지욕구조사결과) 노인부양비(노인인구/생산연령인구)는 생산가능 인구(15-64세)가 65세 이상 노인 1명을 부양해야 하는 비율로 1970년에는 17.5명이 노인 1명을, 2008년 현재 7명이 노인1명을 부양해야 하며 2020년에는 4.6명이 노인 1명을, 2030년에는 2.7명이 노인1명을 부양해야 한다는 통계가 나왔다. 더구나 고령인구의 61.7%는 노후대책이 없는 것으로 나타나 앞으로 부양부담은 더욱 늘어날 전망이다.

또한 우리나라의 65세 이상노인인구를 0~14세의 유년인구로 나눠 백분율로 환산한 고령화 지수는 현재 43.3%로 추정되고 있으나 고령화 속도가 빨라지면서 1970년에는 7.2% 수준이었던 것이 2005년에는 43.3%에서 2016에는 100.7%명으로 노인인구가 유소년인구를 초과할 것으로 전망되며 2030년에는 186.6%에 이를 것으로 추정되고 있다.

2) 역할상실

현재 우리나라의 정년연령이 55세로 되어 있지만 IMF이후 갈수록 정년퇴직의 연령은 짧아지고 있는 실정이다. 따라서 노인들은 대략 20년에서 많게는 40여년을 은퇴자로 사회생활을 해야 한다. 이러한 사회적, 경제적인 역할이 상실되면서 자연스럽게 가족 안에서도 가장으로서의 역할이 상실되고 이는 심각한 노인문제를 야기 시키고 있다.

3) 빈곤의 문제

노인들의 경제적 빈곤은 더욱 심각하다. 노인들이 하는 말 중에 “다 주고 남는 것은 가난밖에 없다”는 말이 있다. 우리나라는 2060년에 국민연금이 모두 소진될 것으로 전망되는

테다 올해 현재 노인인구의 45.1% 곧 2명 중 1명꼴로 빈곤상태라는 국민연금연구원의 조사 결과가 있다. 경제적으로 자립할 수 있는 노인은 그나마 28%에 불과하다. 따라서 이로 인한 생계형 노인범죄가 급증하고 있는 추세이다. 이러한 노후 빈곤의 원인을 몇 가지 들어보면 직장에서의 은퇴, 사회보장제도의 미흡, 자녀 양육으로 인한 과다지출 등과 노후를 위한 미준비 등을 거론할 수 있다.

4) 질병의 문제

대부분의 노인들은 고혈압, 관절염, 중풍, 치매 등 노인성 질환 중 한 가지 이상의 질병을 앓고 있으며 가족과 사회로부터 소외됨으로 인한 고독감에 시달리고 있는 것으로 밝혀지고 있다. 치매 관련 요양시설은 전국 223곳 정도이며 수용인원은 16,598명 정도이다. 2007년 현재 우리나라 노인들 중 치매 노인은 약40만명으로 추산하고 있으며 2010년에는 46만1,000명으로 2020년에는 69만3,000명이 될 것으로 보건복지가족부는 예상하고 있다. 그중에 중증 치매 노인은 현재 83,000명 정도 추산되나 수용시설은 5%정도에 지나지 않아 시설이 턱없이 부족한 상태이다.

노인성 질병으로 인한 진료비 또한 매우 급증하고 있다. 2000년 2조2555억원에서 2007년 현재 우리나라 노인진료비는 9조813억원으로 월평균 17만3217원으로 증가 했다.

5) 고독과 외로움

노인들에게 가장 두려워하는 것은 고독감과 외로움이다. 한국갤럽의 6개국 비교조사(1990)에 의하면 일상생활 속에서 쓸쓸하거나 외롭다고 느낀 적이 자주 혹은 때때로 있다고 응답한 비율이 한국41.7% 일본 28.6%, 태국40.3%, 미국 34.2%, 덴마크17.5%, 이탈리아 47.7%로 한국노인은 이탈리아에 이어 두 번째로 고독감의 비율이 높은 것으로 나타났다. 김형수(2009)는 그 원인으로 부모와 자녀간의 교육수준의 차이에서 오는 대화의 단절 및 사고의 차이 등을 들고 있으며 농촌의 젊은이들이 도시로 유입이 증가됨에 따라 세대간의 공간적 고립을 들고 있다. 특히 노인들 대부분은 급변하는 사회에 대한 부적응에서 소외감을 느끼며 이러한 고독감과 외로움은 교육 수준이 낮고 연령이 높을수록 높게 나타나고 있다. 고령사회로 접어들면서 급속한 사회변화와 다양한 노인계층의 등장으로 인한 상대적 박탈감 등으로도 노인의 외로움과 고독감은 더욱 가중될 것으로 전망된다.

6) 노인학대

노인학대에 대한 정의는 학자마다 다양하지만 김미혜(2008)는 ‘노인과 동일가구에서 생활하고 있는 노인의 가족구성원인 배우자, 성인자녀, 그리고 기타 부양자나 친척에 의하여 행해지는 신체적, 정서적, 재정적 착취 및 방임과 노인 자신에 의한 방임을 말한다’고 정의하고 있다. 2009년도 노인학대의 유형별 현황을 보면, 정서적

학대, 신체적 학대, 방임, 경제적 학대 순으로 나타났다. 이중 정서적 학대는 전체 노인학대의 40%를 차지하였고, 신체적 학대는 2007년 대비 18%(2008년)와 29%(2009년)의 급격한 증가 추세를 나타냈다. 아래 표에서 보듯이 2009년 노인학대 상담건수는 총 46,855건으로 2008년 35,467건에 비해 무려 11,388건수가 증가하고 있다.

< 노인학대 상담건수 및 신고접수 현황 >

년도 건수	2007년	2008년	2009년	2010년 (6월/8월)
상담건수	27,492	35,467	46,855	22,043
신고건수	2,312	2,369	2,674	1,826

* 출처 : 보건복지부 제출자료

* 2010년도 상담건수는 2010년 6월 말 기준, 신고건수는 2010년 8월 말 기준

학대행위자와 피해노인과의 관계를 보면 친족이 89.6%를 차지하고 있고 친족 중에서도 아들이 55.5%를 차지하고 다음으로 며느리가 11.8%로 나타나고 있다. 이러한 자녀들에 의한 언어적 물리적 폭행과 정서적 학대와 방치는 위험 수위를 넘고 있으며 길거리에 버려지기까지 하고 있다. 시설에 맡기고도 시설비용을 보내지 않고 노인을 모셔가지도 않거나 심지어 임종을 알려도 찾아오지 않는 유가족들도 있다고 한다. 이러한 노인 학대들은 우리사회의 혼치 않은 일이 되고 있다.

7) 우울증과 노인자살 문제

우울증은 자살과 관련된 대표적인 정신과 질환으로 우울증으로 진단받은 환자의 2%~15%가 자살로 사망하는 것으로 해외 연구결과가 보고되고 있다. 우울증을 겪게 되면 비관적이고 부정적인 생각에 휩싸이고, 불면, 식욕감퇴, 피로, 성욕감퇴, 의욕저하 등의 증상을 겪게 되고 심각해지면 스스로 목숨을 끊을 수도 있다는 학계의 보고가 있다. 더구나 노인들이 노화 과정에서 겪는 신체적 불편감과 경제적 능력의 상실, 빈곤, 사회적 고립, 배우자나

친구의 사망, 소외감 등은 노인우울증에 많은 영향을 주고 있다.

2008년 우리나라 노인 우울증 환자는 78,291명으로 노인 인구의 20%이상을 차지하고 있다. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원이 최근 4년 동안(2005~2008) 건강보험 진료비 지급자료를 분석 발표한 내용에 따르면, 2008년 노인우울증 진료 환자수는 70대 이상에서는 2008년 78,291명으로 전년도 70,406명에 비해 11%이상 증가하여 다른 연령대보다 증가폭이 크게 나타났다. 또한 10만명당 기준으로 보면 70대 이상 여성이 3,222명(남2,136명)으로 가장 많았고 그 다음이 65-69세 여성 3,116명(남1,340명) 60-64세 여성 2,751명(남1,204명)순(順)이었다. 이에 따른 노인 자살 문제 또한 심각한 수준이다. 2009년도 경찰청 자료에 의한 자살 동기별 현황을 살펴보면, 61세 이상의 노인들은 사별문제, 육체적 질병문제, 가정 문제, 경제생활 문제 등과 그로인한 우울증에 시달리다 자살을 선택하였다. 더구나 핵가족화로 인한 효 문화 상실과 극단적 개인주의는 더욱 노인우울증과 자살을 부추기고 있다. 대다수의 자살하는 노인들이 '자식들에게 짐 되기 싫어서' 자살하며 또 죽고 싶다고 말하고 있다. 노인문제 전문가들은 노인 죽음의 특성상 많은 수의 자살, 타살 등이 자연사로 은폐되고 있어 실제로 불행한 죽음을 맞는 노인들은 더 많을 것으로 추산되고 있다.

8) 독거노인문제

우리나라의 독거노인 수는 심각한 수준에 이르고 있다. 통계청 보고에 의하면 2010년 현재 우리나라 독거노인의 수는 104만 3989가구로 보고되고 있다. 이것은 2009년 98만 7086가구에 비해 5만6903가구가 증가한 것으로 앞으로 베이비붐 세대가 노인으로 편승하는 2015년 이후 부터는 더욱 급증할 것으로 보건복지부는 예상하고 있다. 이러한 독거노인들은 고독과 외로움으로 인한 우울증과 자살의 위험에 내몰리고 있다. 뿐만 아니라 독거노인들은 홀로 죽음을 맞이할 수 있다는 고독사에 대한 불안감에 시달리고 있는 것으로 조사되고 있다. 홀로 죽음을 맞이하고도 죽음이 주변에 알려지기까지는 꽤 여러 날이 걸리는 예가 많다. 심지어 몇 달 동안 발견되지 않는 사례도 종종 있다. 더구나 독거노인들의 대부분은 경제적 어려움과 노인성 질병으로 인한 거동불편 등을 겪고 있으며 배우자 상실 또는 자녀들과의 관계가 단절되거나 무자녀의 경우가 많은 것으로 조사되고 있어 그 심각성을 더해 주고 있다.

10) 부양문제

최근 저 출산 문제와 맞물려 노인부양 문제가 사회적 문제로 대두되고 있다. 2008년

현재 생산가능 인구 7명이 노인1명을 부양하지만 앞으로 2019년에는 4명이 노인 1명, 2030년에는 2.8명이 노인1명을 부양해야 한다.

11) 노인 의료비문제

여기에 노인의료비도 계속 증가하고 있음을 우려하지 않을 수 없다. 2007년 65세 이상 노인의료비는 9조 8백13억 원이었고 2008년에는 이미 10조원이 넘었다. 이는 2006년에 비해 22.8%가 증가하여 전체 의료비 증가율 13.0%에 비해 크게 증가했다. 더구나 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도 실시에 따른 노인의료비는 더욱 증가할 것으로 전망된다.

12) 부족한 노인복지예산

2009년 현재 정부는 3조 78억 원을 노인복지예산으로 책정하여 지원하고 있으며, 보건복지부도 노인여가복지프로그램을 위해 2007년 현재 경로당 5만 6천4백80개, 노인복지관 2백11개, 노인교실 1천82개 시설을 지원 운영하고 있지만 급증하는 노인들에 비해서는 턱없이 부족한 실정이다.

13) 성 문제

노인의 성문제를 터부시하는 우리나라의 정서로 인해 노인의 성문제가 심각한 수준에 이르고 있다. 일명 박카스아줌마 소주아줌마 등과 같은 노인들의 성매매는 공공연한 일로 회자되고 있다. 그러나 우리사회는 노인들의 성문제에 대해 아직까지 이렇다 할 대책을 내놓지 못하고 있는 실정이다. 더구나 장수 시대를 맞아 길어진 노후의 시간들과 그 긴 시간들을 홀로 살아가야 하는 노인들에게 있어 성문제와 재혼의 문제는 심각한 문제가 아닐 수 없다.

14) 노인선교

무엇보다 심각한 것은 노인 전도이다. “노인에게는 내일이 없다”라는 말이 있다. 내일이 없는 노인들에게 복음전도는 교회가 해야 할 가장 시급한 과제이다. 오늘 노인들에게 복음을 전하지 않으면 내일 구원받지 못하고 삶을 마감하게 되기 때문이다. 그야말로 노인들에게는 순간순간이 삶을 마감하는 시간인 것이다. 더구나 오늘의 노인들은 현재 우리들이 풍요롭게 살 수 있도록 삶 전체를 아낌없이 희생했던 분들이기에 노인구원의 문제는 더욱 절실하고

안타깝다. 현재 우리나라 노인종교현황을 살펴보면 아래 표에서 보듯 다른 종교에 비해 매우 낮은 것으로 나타나고 있다. 노인들 대부분은 불교이거나 무속적인 신앙 또는 신앙을 가지고 있지 않다. 우리들을 위해 평생을 희생하며 살아왔던 대부분의 노인들이 구원의 은혜 없이 삶을 마감하고 있는 것이다. 이제 우리교회들은 노인의 구원에 깊은 관심을 갖고 노인들이 구원받고 기쁨과 활기 찬 삶을 살다 평안이 죽음을 맞이할 수 있도록 노인선교에 사명감을 가지고 복음을 전해야 할 것이다.

종교 별 노인인구 (65세이상) 출처: 2005인구주택총조사 전수부문

	불교	기독교	천주교	무교
남자	509,915	261,035	169,763	747,604
여자	900,023	502,404	317,921	846,463
계	1,409,938	763,439	487,684	1,594,067

3. 노인학교 운영의 중요성

노인학교는 노인선교의 현장이다. 한국교회는 더 이상 노인문제를 단순한 사회문제로 취급할 것이 아니라 그리스도의 희생적인 섬김과 사랑을 바탕으로 한 선교적 인식을 새롭게 해야 한다. 고령화 사회를 맞이하여 날로 증가하고 있는 노인들이 교회의 기본적인 사명과 과제인 예배, 교육, 친교, 봉사, 선교 등의 활동에 적극 참여하게 함으로써 그들의 삶의 질을 높이고 구원의 기쁨으로 바람직한 노후생활을 영위할 수 있도록 노인학교를 통한 노인 선교 사업에 교회는 중점적인 관심을 두어야 한다. 교회노인학교의 중요성은 다음과 같이 구분하여 생각할 수 있다.

1) 하나님의 명령이다.

하나님께서서는 모세에게 10계명을 주셨다. 그 중 5계명이 부모공경이다. “너는 너의 하나님 여호와와 명한대로 네 부모를 공경하라 그리하면 너의 하나님 여호와가 네게 준 땅에서 네가 생명이 길고 복을 누리리라”(신5:16) 또한 에베소서 6:2~3 에는 “네 아버지와 어머니를 공경하라 이것은 약속이 있는 첫 계명이니 이로써 네가 잘되고 땅에서 장수하리라” 라고 말씀하시고 있다. 십계명을 2가지로 요약한다면 하나님사랑과 이웃사랑으로 말할 수 있다. 그 하나님사랑과

이웃사랑의 정점이 바로 5계명이다. 그런데 하나님께서는 5계명에서만 복을 약속하셨는데 바로 땅과 장수와 그리고 주신 복을 누리라는 것이다. 교회에서의 노인학교 운영은 바로 이 하나님의 명령을 준행하는 것이며, 또한 약속하신 복을 받는 길이기도 하다.

2) 노인들의 삶을 활기차게 해 준다.

갈 곳도 올 곳도 없는 노인들에게 일주일에 한번 출석하는 노인학교는 그 무엇과도 바꿀 수 없는 활기차고 기대에 들뜬 외출이 된다. 노인들에게는 학교를 간다는 그 자체가 이미 기쁨과 활기를 제공하는 것이며, 호칭을 “홍길동학생”이라고 불리울 때 마치 젊은 시절로 돌아간 듯한 즐거운 기쁨을 느낀다. 또한 노인학교를 통해 새로운 친구를 사귀게 되고, 여러 가지 정보를 얻을 수 있음은 물론 몸단장도 빼놓을 수 없는 즐거움 중에 하나가 되고 있다. 전국의 교회노인학교들이 가장 곤혹스러워하는 기간이 방학이다. 방학을 없애달라거나 또는 기간을 짧게 단축해 달라는 학생들의 항의(?)가 교회마다 빗발치고 있다. 안동시 신기면에 소재한 8개 교회 연합 노인학교는 한 달에 1번만 신기교회(임광희목사)에 모여 노인학교 프로그램을 운영하기로 했지만 노인들의 항의에 못 이겨 매주 노인학교 프로그램을 운영하고 있으며 노인들은 농번기에도 호미와 삽을 던져두고 노인학교에 나오고 있다.

3) 노인교육의 장이 된다.

노인학교는 교육의 기회를 상실한 노인들에게 교육의 기회를 제공해 준다. 노인들 중에는 평생 학교라는 곳을 다녀 본 적이 없는 분들이 많다. 실제로 전국 노인학교 학생들 중 약 50% 이상이 한글을 쓰거나 읽는 것을 어려워하고 있다. 노인학교 특별활동으로 진행되는 한글교실에서 한글을 한자 한자 배우는 모습은 참으로 눈물겹다. 또한 노인학교는 교육을 통해 노인들이 무가치한 존재가 아닌 소중한 존재임을 일깨워 주며, 경제관리, 건강관리, 봉사활동, 인간관계, 시간관리, 사회변화에 대처하는 능력 등을 일깨워 준다. 이러한 노인학교 교육은 노인들에게 새로운 교육의 기회를 제공하고 교육을 통해 노인들은 자존감과 자긍심을 회복하고 새로운 삶을 계획하고 있다.

4) 가족간의 갈등 문제들을 완화 시킨다.

부부관계, 고부관계, 장모와 사위관계, 손 자녀관계, 부모자식관계, 친구관계 등의 인간관계에 많은 도움을 준다. 노인들은 젊은 사람들의 생활방식과 사고들을 이해하지 못하는 경우가 많다. 또 외출할 일이 없이 집안에 있으면서 받는 스트레스를 가족들에게 잔소리 형태로

표현하는 경우가 많다. 이러한 노인들의 잔소리는 가족 간에 심각한 갈등을 초래한다. 그러나 노인학교 교육을 통해 노인들은 젊은 세대를 이해하게 되고 이러한 이해는 갈등을 해소하는데 도움을 준다. 뿐만 아니라 매주 나가는 노인학교 출석은 노인들의 스트레스를 상당부분 완화시켜 주고 있다. 브라질의 상파울로교회도 노인학교(어훈당)를 통해 이민사회 가족 간의 갈등문제들이 많이 완화되어 가족 간의 화목을 회복하게 되었다고 한다. 이모할머니는 아들며느리와 함께 사는데 아침마다 며느리가 아들아침을 빵과 우유한잔으로 떼우고(?) 출근하게 하는 것이 영 못마땅했다. 그러다보니 매사에 며느리가 하는 일들이 마음에 들지 않아서 잔소리도 더하게 되었고 심지어 험한 말도 오갔다고 했다. 그러나 이제는 노인학교에서 젊은 사람들을 이해하게 되었고 오히려 며느리와 좋은 관계가 되었다며 무척 좋아하시며 교회가 노인학교를 개설해 준 것에 고마워 했다. 이러한 일들은 매우 흔한 일들이다.

5) 가족과 지역사회 속에서 활기찬 자원봉사자로 활동한다.

노인학교 교육을 통해 노인들은 자신들이 무언가 사회에 기여할 수 있음을 인식하고 자신들의 건강과 전문지식을 활용해 지역사회를 섬기고 봉사하고 있다. 예를 들면 아동들을 위한 한문교실, 예절학교, 교통질서봉사, 동네 휴지 줍기, 길 안내, 거동 불편한 노인들 말벗 되 주기와 일상적인 도움이 역할 등 스스로 알맞은 일들을 찾아서 봉사활동을 하고 있다. 전남 보성읍교회노인학교는 학생들은 한 달에 한번 온 동네를 휴지 줍기와 청소하는 날로 정하고 동네를 다니며 봉사하는데 지역사회는 물론이지만 노인들이 얼마나 즐거워하는지 모른다.

6) 노인성 질병의 예방 및 치료에 도움을 준다.

대부분의 노인들은 노인성 우울증, 뇌경색, 당뇨, 고혈압, 관절염 등 노인성 질환을 한 가지 이상 앓고 있다. 노인학교는 이러한 노인성 질병을 예방, 치료하는데 많은 도움을 준다. 특히 노년기에 찾아오는 우울증으로 삶의 의미를 상실하고 하루하루를 어렵게 살아가고 있는 노인들에게 노인학교는 더욱 큰 도움을 주고 있다. 남편을 10년 전에 잃고 홀로 우울하게 지내며 약간의 치매를 앓고 있는 할머니 한 분이 노인학교에 다니면서 할아버지와 이성교제를 하게 되었다 매주 노인학교에 나가면 할아버지가 마중을 나와서 기다리는 즐거움은 할머니를 무척 행복하게 했다. 노인학교프로그램이 끝나면 할아버지와 함께 인근공원에 산책도 나가고 비록 자판기이지만 커피도 한잔씩 마시며 데이트를 즐기는 동안 할머니는 우울증도 치매도 다 치료가 되었다. 그저 매일이 행복하고 즐겁기만 했다. 관절염으로 걷기가 불편했던 박할아버

지는 노인학교에서 발 마사지와 침 지압 등으로 치료받고 이제는 웬만한 데는 거뜬하게 걷고 있다. 노인학교에 다니면서 교사들의 지극한 사랑과 노인교육과 이성교제 그리고 많은 친구관계들을 통해 삶의 의미와 활력을 찾게 되면서 노인성 질병들이 치료되는 것은 너무도 흔한 일들이다.

7) 자살방지 및 예방에 크게 기여한다.

우리나라의 노인 자살율은 2003년 7월 경찰청 내부자료에 의하면 전체 자살 중 노인 자살비율이 28.94%로 나타나고 있다. 노인들의 자살은 대부분 생활고와 질병 또는 외로움으로 인한 우울증의 경우와, 자식들에게 부담이 되기 싫어서인 경우가 많다. 자식들에게 버림받고 학대받는 노인들이 생각할 수 있는 것은 자살이다. 그러나 노인학교를 통해 노인들은 외로움과 우울증으로부터 비롯되는 자살에 대한 유혹에서 벗어나 노후의 삶을 유쾌하고 활기차게 보내고 있다.

8) 효 문화 회복에 기여하고 있다.

정부는 효 문화 확산을 위해 여러 가지 정책들을 내놓고 있지만 효 문화는 쉽사리 정착되지 못하고 있다. 그러나 노인학교운영은 효 문화 확산에 가장 크게 기여한다고 말할 수 있다. 그동안 우리나라는 현대사회에 들어오면서 노인들은 가정과 사회로부터 소외되고 섬김과 공경 받지 못하는 사회가 되어가고 있다. 그러나 교회가 노인학교 운영을 통해 지역 노인들을 지극한 사랑으로 돌보며 섬기는 모습은 지역 속에서 자연스럽게 노인공경의 문화를 교회가 이끌어가고 있다. 따라서 교회노인학교운영은 한국고유의 전통적인 효 문화 회복에 크게 기여하고 있다.

9) 노인선교에 중요한 역할을 한다.

고령화 사회 속에서 노인선교의 가장 좋은 프로그램은 노인학교다. “노인들은 내일이 없다”라는 말이 있다. 살날이 얼마 남지 않은 노인들에게 복음전도는 가장 시급한 일이다. 그러나 노인들의 개종은 쉬운 일이 아니다. 평생을 섬겼던 종교를 바꾼다는 것은 여간한 결단이 아니고는 어려운 일이다. 평생 교회 옆에 살면서도 한 번도 교회에 나오지 않는 분들이 노인들이다. 그러나 노인학교를 나오면서 자연스럽게 복음을 받아들이게 되고 구원의 기쁨을 누리며 죽음을 준비하고 있다. 노인학교는 상실감속에서 하루하루를 힘겹게 살아가는 노인들에게 삶의 활력을 주고 있지만, 무엇보다 중요한 것은 그들의 영혼을 구원할 수 있는 기회를

제공하고 있다는 것이다. 노인학교를 통해 교회에 나오면서 세례를 받고 개종하는 예는 얼마든지 있다. 강릉소망교회는 한학기가 끝날 때면 17~19명 정도가 세례를 받고 개종한다고 한다.

10) 노인 가족을 전도할 수 있는 기회를 만들어 준다.

목포 양동교회는 동네에서도 소문난 호랑이 할아버지가 계셨다. 전도지를 들고 할아버지 집 앞을 지나가면 영락없이 호된 야단을 들어서 대부분 할아버지 집 앞을 지나가지 않았다고 한다. 그런데 할아버지가 노인학교에 나오면서 아들과 며느리 그리고 손 자녀들까지 전도하여 지금은 온 가족이 교회에 출석하고 있다. 또한 노인학교의 발표회, 소풍, 견학, 체육대회, 의료 서비스 등 노인학교 특별행사 때면 가족들을 교회로 초대하게 되는데 이때 자연스럽게 노인 가족들이 복음을 접할 수 있게 된다.

11) 교회의 긍정적인 이미지를 회복시킨다.

그동안 교회들은 지역사회로부터 지역의 문제들은 관심이 없고 자기네들끼리의 집단으로 인식되어져 외면당해 왔었다. 그래서 교회가 지역에 들어오는 것을 반가워하지 않을 뿐만 아니라 민원까지 내고 있는 곳도 많이 있다. 그러나 노인학교 운영은 교회가 지역을 위해 좋은 일을 한다는 긍정적인 이미지를 갖게 하는데 큰 역할을 하고 있다.

우리나라 사람들은 노인들을 섬기고 공경하는 문화 속에서 태어나 성장했다. 대부분의 사람들은 비록 부모를 만족스럽게 모시지는 못하지만 부모님을 모시고 섬겨한 한다는 생각들은 누구나 갖고 있다. 그런데 교회가 자신들의 부모님들을 지극정성으로 섬기는 모습을 보고 느낄 때 교회에 대한 인식들이 매우 긍정적으로 나타나고 있다.

12) 지역과 함께 하는 지역교회가 된다.

노인학교를 운영하는 교회들 대부분은 노인학교프로그램을 통해 지역교회로 자리매김 되고 있다. 노인학교에서 행사를 할 때면 지역주민들로부터 많은 물품들을 기증받는다. 이는 노인학교 운영이 교회의 행사만이 아니라 지역의 행사로 자리잡아가고 있음을 보여 주는 좋은 예이다. 실제로 지역 주민들은 노인학교의 특별행사 예를 들면 봄소풍, 가을소풍, 견학, 체육대회, 발표회 등 교회 행사에도 많은 물품들이나 후원금 또는 자원봉사자들을 적극적으로 지원하고 협조하고 있다. 노인학교 무료식사를 위해 지역에 있는 떡 방앗간으로부터 떡을 기증받기도 하며 정육점으로부터 고기를 기증받기도하며 슈퍼마켓에서도 다양한 물건들을 기증받는다. 이러한 지역주민들로부터의 후원과 관심은 교회로 하여금 지역교회로 거듭나게

하는 좋은 계기가 된다.

13) 교회성장에 중요한 역할을 한다.

그동안 한국교회는 가파르게 부흥하여 왔다 그러나 반복되는 교회들에 대한 사건들과 여기에 편승한 편파적인 언론보도는 급기야 교회의 성장을 둔화 시키고 있다. 한국교회는 지난 10년동안 1.6% 줄어들었다고 통계청의 인구주택총조사보고는 발표했다. 이것은 한국교회의 최대의 위기임을 알리는 경고이다. 이제는 전도지나 전도 프로그램이 전도에 크게 영향을 미치지 못하고 있다. 그러나 노인학교운영을 통한 교회의 긍정적인 이미지 회복은 교회 전도에 활기를 제공하고 있다. 성도들은 어디를 가도 지역주민들로부터 “교회가 지역사회를 위해 참 좋은 일을 하고 있다”는 칭찬을 듣게 되며 이러한 칭찬은 전도에 많은 도움을 주고 있다. 또한 노인학교에 속한 노인들이 직접 지역사회 속에서 전도에 열심을 내고 있다. 노인들은 자신들을 극진히 돌보고 사랑하고 섬겨주는 교회에 대한 고마움에 보답하고자 교회에 대한 홍보를 열심히 한다.

앞으로의 교회는 교인중심의 교회가 아니라 지역주민 중심의 지역교회가 되어야 하며, 지역주민들이 교회를 자랑스럽게 여기는 교회가 되어야 한다. 그럴 때 교회는 자연스럽게 성장하고 부흥할 것이다, 실제로 대다수의 교회들은 노인학교를 운영하면서 지역 속에서 지역주민들에게 칭찬과 자랑거리가 되고 있다. 어린이 선교원을 10년간 해도 지역에 나가면 인사하는 주민이 별로 없었는데 노인학교를 6개월간 운영했는데도 벌써 지역에서 유명인사가 되었다는 자랑은 노인학교를 운영하는 목사님이면 누구나 반드시 한다. 고령화사회 속에서 부모공경을 통한 섬김과 나눔은 교회성장과 부흥에 중요한 역할을 하고 있다. 이뿐 아니라 침체된 부서의 활력을 가져온다. 노인학교 운영은 많은 봉사자들이 필요하며, 또 봉사자들은 노인학교를 통해 봉사의 기쁨과 보람을 얻는 계기가 되고 있어 교회내의 부서 활성화에 기여하고 있다.

4. 한국교회노인학교의 방향

오늘의 한국노인들은 시대적인 격랑을 온 몸으로 부딪혀 내며 부국 한국을 만들어 낸 주역들이다. 그들은 일제강점기를 처절하게 견디며 해방의 날을 맞았고 6.25전쟁을 겪어야 했으며, 전쟁으로 인한 완전한 폐허 속에서 여리고 성보다 더 높은 절대 가난의 벽을 넘어

오늘 여기까지 왔다. 그리고 가난을 대물림하지 않기 위해 혼신의 힘을 다해 자녀들을 교육시켜 오늘의 한국을 만들어 냈고 교회를 부흥 성장 시켰다.

21세기 초고령 사회를 눈앞에 두고 있는 한국교회는 다양한 노인복지 프로그램을 개발, 도입하여 노인들에게 그리스도의 복음을 전하여 하나님의 뜻이 이 땅에 실현되도록 힘써야 할 것이다. 그러기 위해서 먼저 한국교회는 개 교회 중심에서 벗어나 정부와 연계해서 노인학교운영 및 노인복지시설운영에 관심을 가져야 한다. 개 교회 중심으로 하는 프로그램에는 여러 가지 한계가 있다. 우선 재정적인 한계와 인적자원에 한계가 있다. 정부의 지원 없이 교회 예산에 의존하는 프로그램은 일관성 있고 책임 있는 사업을 지속하기 어렵다. 현재에도 많은 교회들이 노인학교운영 및 노인복지프로그램들을 일관되게 운영하지 못하고 있는 것은 바로 재정적인 문제와 인적문제다. 이제는 교회들이 정부와 연계해서 사업을 진행해야 한다. 특히 교회가 연합하여 정부에 정책과 지원을 요청해야 한다. 또한 전문적인 노인교육에 관심을 가져야 한다. 그동안 노인학교는 여가프로그램 중심의 교육을 제공해 왔었다. 그러나 이제부터는 노인들이 자신에게 알맞은 일을 할 수 있도록 전문적인 교육을 제공해야 한다. 이 일은 초고령사회를 눈앞에 두고 있는 우리나라로서는 매우 시급한 문제이다. 또한 노인들이 가지고 있는 유희 지식들을 사회에 환원할 수 있도록 기회를 제공하는 프로그램들을 연구 개발하는 일도 적극 검토해야 한다.

Ⅲ. 나가는 말

우리가 바라보는 미래 사회는 고령사회요, 초고령사회다. 앞으로 2015년 이후에는 베이비 붐 시대가 노인인구로 편승하는 폭발적 노인인구 시대가 다가온다. 이제 한국교회는 다가오는 고령사회를 준비해야 한다.

노인 섬김은 고령화 사회를 맞아 교회가 하나님의 계명인 부모 공경을 이 땅에 실현하는 것이며 더 나아가 강도만난 이웃으로서의 노인들에게 그리스도의 사랑을 실천하는 것이다. 이일은 고령화 사회를 맞아 이 시대를 이끌어 가는 교회에 대한 하나님의 명령이자, 교회가 감당해야 할 몫이다.

21세기 초고령 사회를 눈앞에 두고 있는 한국교회는 여가프로그램 중심의 노인학교 운영에 머물지 말고 다양한 노인복지프로그램들을 적극 활용하여 노인들이 노후의 삶을 편안하

고 행복하게 살 수 있도록 해야 하며 무엇보다 구원의 기쁨으로 임종을 맞이하도록 하는 통전적 돌봄에 대한 연구와 대안을 제시하는데 더욱 힘써야 할 것이다.

〈참고도서〉

- * 『현대노인복지론』, 김형수 외, 학지사(2009)
- * ‘국민건강보험공단 보도자료’ (2009)
- * 『노인학대유형화 및 유형결정요인 연구』, 김미혜 외, 한국노년학회(2008)
- * 『노인복지론』, 박석돈 외, 삼우사(2007)
- * 『21세기 기술 사회와 기독교적 가치』, 김철영, 장로회신학대학교출판부(2007)
- * 『한국교회와 노인목회』, 총회교육부, 한국장로교출판부(2007)
- * 『한국교회노인학교 지도자 교육훈련 세미나 자료집』, (2006)
- * 『노인학교 개설과 운영 프로그램』, 한국교회노인학교연합회편, 말씀과 만남(2004)
- * 『기독교노인교육』, 이정효(2004)
- * 『기독교사회봉사입문』, 데릴 와킨스 저, 노영상 역, 쿠파(2003)
- * 『교회사회복지실천론』, 김성철, 한국강해학교출판부(2003)
- * 『노인대학운영의 길』, 강두성, 서울문학(2002)
- * 『노인들의 사회 그 불안한 미래』, 피터 G피터슨 에코리브르(2002)
- * 『노년학개론』, 홍숙자, 하우(2001)
- * 『교회사회봉사 이해와 실천』, 박종삼, 인간과 복지(2000)
- * 『노인교육론』, 허정무, 협신사(2000)
- * 『현대사회의 노인문제와 노인복지』, 허정무, 협신사(2000)
- * 『노인교육개론』, 김남선 외, 형설(2000)
- * 『한국교회와 사회복지』, 최무열, 나눔의 집(1999)
- * 『통전적 돌봄을 위한 교회노인복지프로그램에 관한 연구』, 강채은. “미간행 박사학위논문, 장로회신학대학교, (2009)
- * 2010.10.5 위클리경향 894호 경향신문 국제부 min@kyunghyang.com

허약노인을 위한 교회봉사 방안

안양과학대 사회복지학과 서 수 련

국문초록

노인인구가 지속적으로 증가하는 상황에서 허약노인을 교회봉사의 필요성이 제기되는 것은 노인인구의 17%가 자유로운 활동이 곤란한 허약노인이면서도 공식적인 급여제도권에서 제외되어 있기 때문이다. 이를 방지하는 경우 심신기능의 급격한 퇴화가 발생하기 쉽고 부양가족의 사회활동 곤란 가중과 국가의 노인의료비의 증가를 촉진할 가능성이 높다. 교회는 풍부한 인적, 물적, 정보자원을 가지고 하나님의 말씀을 따라 상설기구를 설치하여 재원을 투입할 수 있는 가능성이 많은 공동체다. 전문적인 지식과 기술을 도입하여 체계적으로 운영할 수 있는 적극적인 의지가 필요하다. 교회는 이같은 교회봉사를 통해 지역사회의 허약노인과 그 가족의 기능을 회복시키고 지역사회에 일원으로서 더불어 건강하고 행복한 삶을 유지할 수 있도록 지원할 시대적 사명이 있다.

1. 들어가는 말

우리나라는 노인인구의 평균수명이 증가하는 가운데 건강한 노후를 보내는 사람은 많지 않다. 노인의 건강상태¹⁾를 보면 질병이 없으면서 활동이 자유로운 노인은 65세이상 노인의 13%에 불과하다. 역으로 31.9%의 노인은 질병이 있으면서 활동장애를 겪고 있는 노인으로

1) 노인의 건강상태

건강한 노인 13.3%	만성질환노인 86.7%	IADL제한노인 43.4%
		ADL 제한노인 31.9%

전국의 모집단 9,355가구 중 노인이 있는 1,958가구에 거주하는 2,535명에 대한 조사결과임.

자료 : 정경희외, "1998년 전국노인 생활실태 및 복지욕구조사", 한국보건사회연구원, 1998에서 재구성용

조사되었다. 구체적으로 65세이상 노인의 86.7%가 관절염, 요통, 좌골통, 고혈압, 백내장, 당뇨, 중풍 등 만성질환을 앓고 있다. 또한 31%는 한가지 이상의 일상생활수행²⁾에 지장이 있으며 43.5%의 노인은 최소 한 가지 이상의 수단적 일상생활 수행³⁾에 어려움이 있는 것으로 조사되었다. 또한 보건복지부 자료에 의하면 우리나라의 65세 이상 노인의 66.2%가 노후생활을 준비하지 않은 상태⁴⁾로 나타나 경제적으로 빈곤한 노인이 많음을 알 수 있다.

이는 사회적으로 방치할 수 없는 문제 중 하나이다. 2005년 기독교사회복지엑스포는 “너희가 여기 내 형제 중에서 지극히 작은 자 하나에게 한 것이 곧 내게 한 것이니라”의 말씀에서 “하나님 사랑과 이웃사랑을 동일성(equal)의 관계”라 정의하고 “크리스천의 사회복지 실천은 성경적 요구이며 여기에 사회복지실천의 당위성이 존재한다.”로 교회사회복지 실천의 필요성을 제시하였다⁵⁾.

성경에는 “야곱의 집이여 이스라엘 집의 남은 모든 자여 나를 들을 찌어다 배에서 남으로부터 내게 안겼고 태에서 남으로부터 내게 품기운 너희여, 너희가 노년에 이르기까지 내가 그리하겠고 백발이 되기까지 내가 너희를 품을 것이라 내가 지었은즉 안을 것이요 품을 것이요 구하여 내리라.”(사46:3-4) 하여 노인을 귀하게 여기시는 하나님의 마음이 나타나있다. 하나님의 교회는 예수님의 말씀을 따라 세상을 위해 귀중한 자원들을 효과적으로 사용할 사명이 있다. 교회의 이웃 사랑은 현대적 의미로 교회의 사회복지 활동이라고 할 수 있는데 이는 부름을 받은 거룩한 신앙공동체로서 믿음의 행동적 표현인 것이다.

우리나라는 국가 차원에서 지역사회 노인의 물질적 결핍에 대해 기본적인 생활의 문제를 ‘국민기초생활보장, 경로연금으로 지원하고 있으며, 경로우대제도, 바우처 제도’ 등의 서비스도 제공하여 경제적인 도움을 주고 있다. 이외에 비물질적 서비스 욕구나 문제는 정부나 지방자치단체가 보조하여 운영하는 사회복지시설(기관)에서 여가서비스, 재가복지서비스 등이 다양하게 이루어지고 있다⁶⁾. 특히 노인장기요양보험제도 실시로 치매나 중풍 등 등급판정⁷⁾을 받은 요보호대상 노인들에게 국가에서 80%를 부담하고 있다.

2) 일상생활수행 능력 : 목욕하기, 옷갈아입기, 식사하기, 앉기, 걷기, 화장실 이용하기로 측정함.
3) 수단적 일상생활수행 능력 : 일상용품 구매, 전화걸기, 버스전철타기, 가벼운 집안일 하기로 측정함.
4) 보건복지부의 주요통계, 2010
5) 기독교사회복지엑스포2005, 219.
6) 사회복지기관(이용시설)의 비물질적 노인복지 서비스 : 상담서비스, 재가복지서비스(가정봉사원파견서비스(방문간호, 방문목욕서비스, 말벗, 병원동행, 가사서비스, 환경개선서비스, 도시락서비스, 밀반찬서비스 등), 노인일자리사업, 사회교육서비스, 기능회복서비스, 평생교육서비스, 노인학대 상담, 취업알선, 노인일자리 제공 등
7) 장기노인요양보험 등급판정은 102개 항목으로 구성된 장기요양인정조사표에 따라 방문조사하며, 이 중 52개 항목(신체, 인지, 문제행동, 간호, 재활영역으로 구성)을 점수로 산출한다. 장기요양1등급(전적으로

그러나 허약노인은 보호를 필요로 하지만 등급판정에서 제외되어 이를 방지하는 경우 급격한 퇴화를 초래하여 장기요보호 대상으로 전락할 가능성이 높다. 신체기능의 저하로 인해 심리적 불안정과 가족의 부양부담을 유발하고 더 나아가서 노인장기요양보험 재정의 부담으로 이어질 가능성이 높아 예방적 대처가 필요하다.

허약노인상태에 맞는 신체기능회복 서비스가 고안되어 단계적으로 적용된다면 노인의 자립능력이 향상될 뿐 아니라 시설입소를 늦추고 지역사회 내에서 사회화가 가능해질 수 있다. 허약노인의 기능회복은 정서적 안정의 효과와 함께 가족 구성원의 사회활동이 가능하여 가족기능 및 관계 유지에 도움이 되는 시너지 효과도 기대할 수 있다.

그동안 노인복지를 위한 교회봉사는 개교회 중심으로 건강 노인을 위해 노인학교(교실)를 운영해왔으며, 지역사회의 특성에 따라 무의무탁한 노인에게 밑반찬서비스 제공, 말벗봉사, 가사지원 등의 재가복지서비스를 묵묵히 실천해왔다.

그러나 이제부터는 정부의 공식적체계 범위에서 제외된 허약노인을 위한 교회봉사에 관심을 기울여야 한다. 전문적 지식과 실천적인 방법을 동원하여 비물질적 서비스를 지원해야 한다. 교회 봉사체계 안에 교회의 인적, 물적, 정보자원과 대상노인의 가족자원, 지역사회자원 등의 네트워크를 구축하고 협력하여 효과적으로 대처해야 한다.

교회가 이와같이 정성껏 세상을 섬기는 봉사 활동을 보고 지역사회가 하나님께 영광을 돌리도록 하는⁸⁾ 변혁이 일어나야 하는 것이다.

2. 노인의 개념

노인은 ‘늙은이’, ‘나이 많은 자’로 사용되지만 노인이 처한 사회 문화적 상황 및 개인적 상황에 따라 다양하기 때문에 개념정의가 쉽지 않다. 노인을 ‘늙은 사람(old person)’, ‘나이드는 사람(aged)’, ‘연장자(elderly)’, ‘선배 시민(citizen)’, ‘황금연령층(golden age)’이라는 용어가 두루 사용되기도 한다. 우리나라 사회복지 실천현장에서는 ‘어르신’으로 호칭하고 행정적 공식표현은 ‘노인’이라 한다.

노인은 “노화의 과정 또는 그 결과로서 생물적, 심리적, 사회적 기능이 약화되어 자립적 생활능력과 환경에 대한 적응능력이 약화되고 있는 사람”을 뜻한다. 노인은 신체적 기능이

도움필요)은 95점 이상, 장기요양2등급(상당 부분 도움 필요)은 75점 이상~95점 미만, 3등급(부분적으로 도움 필요)은 55점이상 ~ 75점 미만으로 구분된다.

8) 사도행전 21:19

감퇴한 사람이라고 규정하기도 하고, 인간이 노화과정에서 나타나는 생물학적 심리적, 환경적 변화 및 행동적 변화가 복합적으로 상호작용하는 과정에 있는 사람을 의미하기도 한다.

Breen(1960)은 노인을 ① 생리적 및 생물학적인 면에서 퇴화에 있는 사람, ② 심리적인 면에서 정신기능과 성격이 변화되고 있는 사람, ③ 사회적 면에서 지위와 역할이 상실된 사람으로 보았다. 1951년 제2회 국제노년학회에서는 노인을 ① 환경변화에 적절히 적응할 수 있는 조직기능이 감퇴되고 있는 사람, ② 생체의 자체 통합능력이 감퇴되고 있는 사람, ③ 인체의 기관, 조직, 기능에 쇠퇴현상이 일어나는 시기에 있는 사람, ④ 생활상의 적응능력이 결손되어 가고 있는 사람, ⑤ 조직의 예비능력이 감퇴하여 적응이 제대로 되지 않는 사람으로 정의하였다.

학자들은 역연령(chronological age), 생물학적 연령(biological age), 심리적 연령(psychological age), 사회적 연령(social age), 기능적 연령(functional age), 자각적 연령(perceived age)으로 나누어 설명하고 있다.

역연령(chronological age)에 의한 노인의 정의는 연령집단으로 범위를 구분하여 설명하기도 한다. Neugarten은 55~74세의 노인을 연소노인(young-old), 75세 이상의 노인을 고령노인(old-old)으로 구분하였다. Brody는 60~64세 노인을 연소노인(young-old), 65~74세 노인을 중고령노인(middle-old), 75~84를 고령노인(old-old)으로 분류하고 있다.(장인협, 최성재, 1999:44 ; 권중돈, 2010:21)

생물학적 연령은 건강상태를 지표로 삼는데 한 개인의 현재의 위치를 평가하기 위해 개인의 신체 주요 장기의 능력을 측정하여 나타내는 것으로 잠재적인 수명을 의미한다.

심리적 연령은 변화하는 환경의 요구에 적응하는 개인의 능력을 일컫는다. 학습, 기억, 지능, 정서적 통제, 동기유발, 대처 유형 등 다양한 심리적 특성을 적용하여 환경에 적응하는 성숙 정도를 기준으로 연령을 평가한다. 나이가 들어감에 따라 신체적인 노화, 특히 생리적인 기능과 관련된 지각, 운동 협응(motor coordination), 반응 시간과 같은 기능들은 더 떨어지게 된다. 반면에 지능, 학습, 기억, 창의력, 사고력, 문제 해결과 같은 정신적인 과정들은 생물학적 노화현상의 영향을 직접적으로 받지 않는다.

사회적 연령은 사람들이 스스로 인지하는 사회적 역할이나 기대, 다른 사회구성원들로부터 요구되는 사회적 역할이나 기대를 말한다.

기능적 연령은 한 개인이 외부환경이나 사회 속에서 효과적으로 기능하기 위해 필요한 심리적 신체적 기술이나 능력을 습득하고 있는 정도를 말한다. 기능적 연령의 기준은 일상생활 활동(ADL: Activities of Daily Living), 도구적 일상생활활동(IADL:Instrumental tasks

of Daily living)을 이용하여 평가한다. 교회가 허약노인을 위한 봉사를 하기 전에 노인의 기능적 연령에 대한 검사를 참작한다면 서비스 제공여부나 서비스의 질과 양을 결정하는데 도움이 될 수 있을 것이다.

자각적 연령은 노인 자신이 얼마나 늙었다고 느끼는지를 연령 기준으로 사용한다. 실제의 역연령이 60일지라도 자신의 나이를 45세 정도로 젊게 인식하는 사람이 있는 반면 70세로 표현하는 사람이 있는데 이러한 차이가 나타나는 것은 각 개인이 역연령, 사회적 연령, 심리적 연령, 기능적 연령 등 다양한 측면을 반영하여 자신의 연령을 평가하기 때문이다.

성서는 “곤고한 날이 이르기 전, 아무 낙이 없다고 할 해가 가깝기 전”⁹⁾까지는 ‘청년의 때’로 여기고 있다. 노인 스스로 ‘나는 아직 할 일이 많고, 젊고 왕성하다’는 자각을 하고 있다면 자각적 연령 면에서는 노인에 속하는 것이 아니라 ‘젊은이’, ‘젊은 시기’에 속할 수 있다는 것이다.

3. 노화와 허약노인에 대한 개념

생물학적 노화는 신체적 기관과 체계의 구조 및 기능이 시간의 경과에 따라 변화하는 것을 말한다. 생물학적 측면에서 보편적으로 성장(maturity)이 멈춘 후 일어나는 변화를 노화로 보고 있다. 30세를 기점으로 인간의 기능이 떨어지면서 신체가 퇴행한다는 것이다. 생물학적 노화는 나이와 관련되어 나타나는 생물학적 구조와 생리학적 구조에 있어서 당연하게 예견되는 정상적인 변화과정이다. 다른 현상은 생리학적 체계의 손상으로 인하여 발생하는 질병이 인간의 활동과 기능에 영향을 주어 나타나는 변화과정이다.

사람의 신체에 일어나는 구체적 현상을 신체구조적인 면과 신체내부기능적인 면으로 구분하여 볼 수 있다. 신체구조적인 면은 신체 조직성분은 25세 청년에 비해 노인이 될수록 지방분은 늘어나고 고형분과 수분은 줄어든다.

〈표 1〉 신체조직성분(지방분, 고형분, 수분)의 비교

구분	25세청년	75세 노인
지방분	14%	30%
고형분	25%	17%
수분	61%	53%

9) 전도서 12:1

자료: 大阪府立老人總合センター編, 21世紀への老年學, 1986. 재인용(장인협 최성재)

신체내부의 장기 중량은 40세부터 감소하는데 25세 청년을 100%로 하였을 때 75세의 뇌중량은 95% 정도, 신장 중량은 81% 정도, 간장은 67% 정도, 비장은 45% 정도로 줄어든다. 반대로 심장은 140% 증가하는 것으로 나타난다.

〈표 2〉 25세 청년 대비 75세 노인의 주요장기 중량 비교

구분	뇌	심장	비장	간장	신장
25세	1330g	250g	140g	130g	130g
75세	1260g	350g	830g	105g	105g

자료: 大阪府立老人總合 센터編, 21世紀への老年學, 1986. 재인용(장인협 최성재)

주요 장기의 중량 변화와 함께 조직 변화가 동시에 일어나게 되어 장기의 기능변화가 나타난다. 특히 심장근육 주변 모세혈관이 동맥경화로 인해 심장을 비대하게 만들고 지방분이 증가하면서 심장의 중량을 증가시켜 심박출량과 심장박동 능력은 감소하게 되며 심장판막의 석회화로 인하여 세포가 사멸하게 됨으로써 각종 심장질환에 이환될 가능성이 높아진다. 노화에 따른 순환기 계통의 변화는 주로 동맥의 구조적 변화와 기능저하로 인한 혈액순환이 원활하지 못하여 고혈압, 동맥경화, 뇌졸중 등의 순환기계 질환을 앓게 될 가능성이 높아진다.

소화기능면에서 치아결손, 소화 효소량 감소, 근육약화에 의한 연동 활동 약화 등으로 소화기능이 감퇴되어 많은 경우에 변비가 생긴다.(장인협 최성재:1999)

노년기에는 폐조직의 탄력성이 저하되고 폐 용적이 감소되며 죽은 공간이 증가하는 반면 기관지는 확장되며 기관지 점액선은 증가하게 된다. 이러한 문제로 기관지 질환이나 호흡기질환에 이환될 가능성이 높다.(권중돈 : 2010)

심리적 노화는 축적된 경험에 의한 행동, 감각, 지각기능, 자아에 대한 인식 등이 시간의 흐름에 따라 변화하는 것을 의미한다. 나이가 들어가면서 신체적인 노화, 특히 생리적인 기능과 관련된 지각, 운동 협응, 반응시간과 같은 기능은 더 떨어진다.

그러나 지능, 학습, 기억, 창의력, 사고력, 문제해결과 같은 정신적 과정들은 생물학적 노화현상의 영향을 직접적으로 받지 않는다.

사회적 노화는 생활주기를 통해 일어나는 규범, 기대, 사회적 지위 및 역할의 변화 등을 의미한다. 출생한 이후부터 나이 들어 갈수록 각 연령대에 요구되는 규범과 역할이 달라지는데

개인의 건강과 심리상태의 영양하에서 연령 규범(age norm)과 사회적 역할(social role)을 수행해 나가는 과정이다.

허약노인은 생물학적 노화와 생리학적 체계의 손상으로 인한 질병으로 일상생활 유지에 누군가의 도움을 받아야 하는 상태에 있는 노인을 말한다. 자립적으로 외출을 마음껏 못하고 상당 시간을 집안에서만 보낼 정도로 건강이 취약하다거나 청소, 장보기 등 가벼운 일상 활동을 하는데 주변의 도움이 필요한 상태를 의미한다.

허약노인은 신체적 기능 저하, 심리적 불안정, 사회와 단절의 우려 상태에 있기 때문에 신체재활 서비스, 가사지원 서비스, 정서지원 서비스의 도움이 필요한 상태이면서도 공식적 서비스를 이용하는 급여제도권에서 제외된 대상들이다. 2010년 현재 우리나라의 허약노인은 65세 이상 노인인구 5,357천명 중 약 17%(910,690명)에 해당되는 노인 군이다. 그러나 이들은 장기요양인정조사에 의한 등급판정에서 “장기 요양보험 대상이 될 만큼 건강이 나빠지는 않아 노인복지혜택을 못 받는 '사각지대'에 놓여 있다”¹⁰⁾는 것이다.

〈표 3〉 등급판정기준

등급	심신의 기능상태	장기요양인정점수
1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	95점 이상
2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	75점 이상 95점 미만
3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	55점 이상 75점 미만

자료: 보건복지부

〈표 4〉 장기요양인정조사표

영역	항목		
신체기능 (12항목)	-옷입고 벗기 -식사하기 -일어나 앉기 -화장실사용하기	-세수하기 -목욕하기 -울겨앉기 -대변조절하기	-양치질하기 -체위변경하기 -방밖으로 나오기 -소변조절하기
인지기능 (7항목)	-단기기억장애 -날짜 불인지 -장소 불인지	-지시 불인지 -상황 판단력 감퇴 -의사소통 전달 장애	

10) 동아일보, 2008.9.21. A3면

	-나이 생년월일불인지				
행동변화 (14항목)	-망상 -환각, 환청 -슬픈상태, 울기도 함 -불규칙 수면, 주야혼돈 -도움에 저항		-서성거림, 안절부절 못함 -길을 잃음 -폭언, 위험행동 -밖으로 나가려함 -의미없거나 부적절한 행동		
간호처치 (9항목)	-기관지절개관 간호 -흡인 -산소요법		-경관 영양 -욕창간호 -암성통증 간호		
재활 (10항목)	운동장애4항목		관절제한(6항목)		
	-우측 상지 -좌측 상지	-우측하지 -좌측하지	-어깨 관절 -고관절	-팔꿈치 관절 -무릎관절	-손목 및 수지관절 -발목관절

4. 허약노인을 위한 교회봉사의 필요성

우리나라는 2010년현재 65세이상 노인 인구가 총인구 수 48,875천명 중 5,357천명으로 총 인구대비 노인인구 비율이 11.0%가 되었다. 2018년에는 노인인구가 7,075천명으로 14.3%로 증가하여 고령사회로 진입할 예정이며 2050년에는 38.2%로 증가하여 초고령사회가 되어 국가의 복지부담이 커질 것으로 예상된다.

특히 우리나라의 기대 수명은 남자노인 76.5세, 여자노인 83.3세로 OECD국가의 평균 기대 수명인 남자76.2세, 여자노인 81.8세보다도 높다.

〈표 5〉 OECD 국가의 기대수명

구분	한국 (2008)	독일 (2006)	미국 (2006)	영국 (2005)	일본 (2007)	프랑스 (2007)	호주 (2007)	OECD평균
남자(세)	76.5	77.2	75.4	77.1	79.2	77.5	79.0	76.2
여자(세)	83.3	82.4	80.7	81.1	86.0	84.4	83.7	81.8

자료: 통계청 2008 생명표, 2008 OECD Health Data

또한 건강보험상 노인의료비는 매년 증가하였는데 2009년 현재 전체국민의 의료비중 노인의료비는 31.4%(123,458억원)가 소요되었으며 2010년 상반기에 전체국민의 의료비 중

노인의료비가 32.2%에 이르고 계속 증가할 것으로 전망된다.

〈표 6〉 건강보험상 노인의료비 증가추이

구분	2006	2007	2008	2009	2010.상반기
노인 월진료비(원)	150,400	173,217	188,985	213,163	234,198
노인 진료비(억원)	73,504	91,189	104,310	123,458	69,276
전체 진료비(억원)	283,799	323,365	348,457	393,390	214,861
노인 진료비구성비	25.9	28.2	29.9	31.4	32.2

자료 : 국민건강보험공단, 2008 건강보험주요통계, 2009

이는 노인이 건강기능의 허약이나 질병이 개인뿐만 아니라 이미 사회적인 부양부담의 중요한 과제를 보여주는 것이다.

국가는 2008년 7월부터 ‘노인장기요양보험제도’의 실시와 함께 등급판정기준, 장기요양인 정조사 기준을 제정하고 장기요양기관의 확대와 서비스 공급을 늘려 나가고 있다. 그러나 장기요양 시설 수나 정원을 대비해보면 서비스 공급은 수요 충족에 못 미치고 있다.

〈표 7〉 장기요양기관현황

(단위 :개소, 명)

종류	시 설	2009.10	
		시설수	입소정원
합계		19,716	115,442
종류	소계	2,455	84,754
	노인요양시설	1,575	77,365
	노인요양공동생활가정	880	7,389
재가급여	소계	17,261	30,688
	방문요양서비스	7,593	-
	주야간보호서비스	1,060	17,353
	단기보호서비스	1,295	13,335
	방문목욕서비스	5,539	-
	방문간호서비스	739	-
	복지용구서비스	1,035	-

자료 : 2010 노인복지사업안내, 보건복지부, 2010

여기에서 허약노인은 이 제도를 이용할 수 있는 대상에서 제외되기 때문에 가족이 전적으로 부양하거나 아니면 방치가 불가피해진다. 이에 대하여 교회는 지금까지 해왔던 교회복지 실천에서 새로운 패러다임의 전환이 요구된다.

해방이후 교회는 외국의 원조나 정부의 지원으로 양로원과 노인요양원을 세워 자녀로부터 부양을 받지 못해 거처가 없거나 병든 노인을 모시는데 앞장 서 왔다. 그러나 오늘의 사회는 본격적인 산업의 발전과 함께 핵가족화나 맞벌이 부부시대로 변화하고 노인부양 의식도 낮아져 허약노인이 보호를 받기 어려운 사회환경이 되었다. 오늘날 교회법인 등은 정부나 지방자치단체로부터 노인복지관이나 요양시설 등을 위탁받아 운영¹¹⁾하거나 교회 자체적으로 교회학교를 운영하여 노인을 섬기는 사례가 과거보다 많아지고 있다.

그러나 복지의 사각지대에 놓인 허약노인을 위해 재가복지 관련 교회봉사는 체계적으로 이루어지지 않고 있어서 적극적인 실천이 요구된다. 허약노인을 방치한다면 대상노인의 신체기능의 퇴화, 사회화의 곤란 등으로 심리적 우울감의 유발¹²⁾과 사회와 단절된 생활 등이 발생하기 쉽고, 현재의 기능상태를 완화나 유지가 곤란하게 된다. 이와 함께 가족기능에도 부정적 영향을 미치기 때문에 사회적 어려움으로 확대될 가능성이 크다. 이에 대해 교회는 기독교 정신에 입각하여 적극적인 관심을 가지고 봉사해야 할 필요성이 있다.

5. 허약노인을 위한 교회봉사 방안

허약노인을 위한 교회봉사는 사회복지서비스의 비공식체계로서 정부의 손길이 미치지 못하는 노인복지의 ‘생명사회 안전망의 기능’을 담당하는 사역이다. 교회는 교회봉사를 실천함에 있어 노화가 인생의 정상적인 과정의 일부분이라는 점을 수용해야 한다. 또한 가족과 함께 생리적 손상으로 인한 질병을 가진 허약노인의 남은 생을 건강하게 생활할 수 있도록 그 삶을 존중하고 지역사회에서 가족원과 행복한 생활을 유지할 수 있도록 지원해야 한다.

11) 한국장로교복지재단 노인관련 위탁시설 현황, 2009현재

직영노인시설	34	전국
수탁노인시설	10	

12) 김기정 · 표갑수. 2008. “재가노인의 우울감 유발요인과 완화요인”. 『한국노인복지학회』 39 :111-140.

이를 위해 교회는 하나님의 말씀¹³⁾을 따라 전문성을 갖춘 상설기구를 설치하여 교회내의 허약노인 교우뿐만 아니라 지역사회의 허약노인을 함께 섬기는 서비스 프로그램을 개발하여 봉사¹⁴⁾해야 한다. 교회 정책이나 행정적으로 보다 전문적인 봉사가 이루어지도록 충분한 인력과 예산을 배정한다면 생산적이고 건강한 사회를 위하여 헌신하는 사역이 될 것이다.

〈표 8〉 허약노인을 위한 교회봉사 운영체계(안)

운영위원	교우(의료인) + 제직 2명		정책에 참여, 행정지원
인력	사회복지사1명, 물리치료사(운동처방사)1명, 간호사 1명, 자원봉사자		
재정	인건비 교회 100%	운영비 (이용료 20% + 교회 자원40%, 지역사회 자원-후원 등 40%)	
시설장비	교회 교육관 시설, 사회복지관 등 공간 확보, 책걸상, 작업치료 도구, 물리치료 기구, 매트리스		

허약노인을 위한 교회봉사는 노인의 우울감 완화를 위한 건강유지 및 기능증진 프로그램, 자기효능감과 자기 통제력을 포함한 자기관리능력 기르기, 사회적 지지 강화하기, 성공적 노화를 위한 인식 바꾸기 등의 프로그램을 개발할 필요가 있다. 또한 허약노인 돌봄과 함께 그 가족 기능의 보완이 필요하다.

교회의 사회복지의 사역에 있어서 전문인력은 대상노인과 가족을 위해여러 가지 역할을 감당할 수 있다. 자문가(consultant), 교육자(teacher), 중개자(broker), 대변자(advocacy), 임상가(치료자), 가능케 하는자(enabler), 클라이언트 발굴자, 사례관리자(case manager), 자원 동원자(mobilizer)등의 역할이다.

이를 통해 허약노인이 가지고 있는 심신의 기능을 파악하여 서비스를 개별화하고 기능을 강화시키면 심신의 건강을 회복하여 가족과 함께 지역사회에서 일상생활을 유지할 수 있게 되는 것이다. 허약노인을 위한 교회봉사를 체계적으로 하기 위해서는 구체적인 노인사정이 먼저 이루어지고 자원의 조사, 전문 프로그램의 계획 및 실천, 평가가 이루어져야 할 것이다.

13) 레위기 19:32, 딤편모데 전서 5:1, 출애굽기 21:15~17, 출애굽기 19:3, 누가복음 10:30

14) 빌립보서 3:3, 베드로전서 4:10, 야고보2:14-17, 잠언 16:31, 17:6, 20:29, 23:22, 마가 7:10~,

〈표 9〉 허약노인을 위한 교회봉사 실천 과정

구분	내용
1. 노인사정	신체기능, 심리적상태, 사회적 기능상태
2. 자원조사	공식적자원, 비공식적 인적, 물적, 정보자원 (교회, 지역사회의 의료지원, 심리치료사, 사회교육 자원봉사자, 후원)
3. 전문 프로그램 계획 및 실천	신체기능 재활 프로그램, 건강유지 및 증진 프로그램, 심리치료 프로그램, 사회적 지지 프로그램, 가족지원프로그램
4. 평가	서비스 제공 사전사후 검사, 만족도조사,

1) 노인사정

노인을 위한 사정은 대상노인과 환경 모두에 관심을 두고 노인의 신체적 기능, 심리적 상태, 사회적 기능상태, 공식적 비공식적 지원체계, 물리적 환경 등 전체 상황을 파악하는 것이다. 노인 자신이 제공하는 정보와 가족, 친구, 다른 관련인들이 제공하는 정보에도 주의를 기울여야 한다. 사정은 예방적치료적 서비스 전달이나 적절한 수준의 돌봄과 원조를 결정하기까지의 일련의 과정이다.

노인 사정의 절차에서는 사실적 세부사항, 지식과 이론, 기술, 전문적판단, 가치와 태도로 구성된다. 클라이언트에 대한 사실적 정보는 객관적이어야 하며 그에 따라 구별할 필요가 있다.

노인의 정보들은 개인의 상태나 상황이 지배적인 노년학의 학설에 근거하여 어떤 의미가 있는가, 비슷한 나이나 상황에 처한 사람들과 어떻게 같고 다른가를 고려해야 한다. 예컨대 노화과정에 대한 이론이나 노인들이 당면한 문제, 장애여부가 노인에게 미치는 영향, 가족체계와 연계성, 노인의 신체적 정신적 건강질환, 정서적 심리적 경험 등이 사정에서 적용될 수 있는 지식이다.

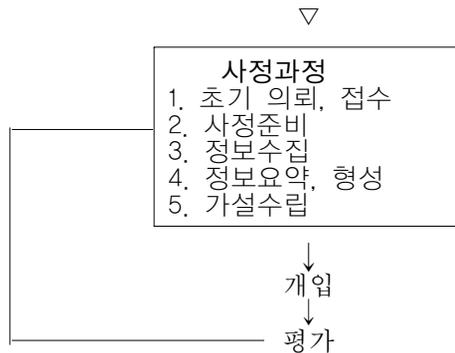
사정은 수집한 정보를 바탕으로 전문가의 기술, 지식을 통합시키며 다양한 노인의 욕구와 위험을 해결해야 하기 때문에 전문적인 판단이 중요하다. 노인사정은 접수-사정준비-정보수집-정보의 요약과 형성-가설수립-개입목표와 계획수립으로 이루어진다.

사정을 위해서는 보건의료 시스템과 다른 요소들 간 긴밀한 연계와 통합이 중요하며 노인사정의 내용을 특정기능의 문제 중심으로 실시할 수 있으나 포괄적 사정에 포함시킬

수 있다. 포괄적 사정은 사회적 기능, 신체적 기능, 심리적 기능, 재정상태, 거주환경, 지원체제와 부담정도 등을 6분야로 세분화하여 사정용 sheet로 준비할 수 있으며 대상노인을 사정에 적극적으로 참여시켜 측정도구 이외에 정보를 알 수 있어서 사정에 도움이 될 것이다.

그러나 재정상태에 대한 내용은 대상노인과 편안한 분위기(관계형성)가 확인되지 않은 상태에서는 민감할 수 있다. 그러나 노인의 생활비로 처방약이나 식료품을 구입하지 못하는가 여부를 파악하여 삶의 질을 개선하기 위한 것임을 알려준다면 협조적일 수 있을 것이다. 재정의 파악은 자원동원의 개입 여부를 결정하는데 필요한 자료이다.

사실적 세부사항, 지식과 이론, 기술, 전문적 판단, 가치와 태도



[그림 1] 허약노인 사정의 과정

노인의 사정은 노인에 따라서 삶의 질이나 위험요소가 다르게 나타날 수 있으나 강점자원과 위험(욕구)의 구분하여 허약의 정도를 비롯해 부양문제, 그 밖의 정보를 포괄적으로 수집하면 도움이 된다.

〈표 10〉 노인의 사정 분류

분류		사정내용
사회적 기능	1. 현재의 대처방식	· 사정을 요청한 사람이 누구인가? · 노인과 서비스 요청자의 관계는 무엇인가? · 무엇을 요청하였는가? · 왜 지금 서비스를 요청하였는가?(계기) · 클라이언트에게 있어서의 계기가 된 사건의 의미는 무엇인가?
	2. 이전의 대처방식	· 과거에 이와 비슷한 위기가 있었는가? · 허약노인과 가족은 이에 어떻게 대처하였는가? · 허약노인과 가족이 원하는 해결책은 무엇인가? · 허약노인과 가족은 그 해결책을 통해 무엇을 얻고자 하는가? · 이 문제를 해결하고자 먼저 시도했던 방법들은 무엇인가?
	3. 사회적 이력과 관계	· 생애 주요 사건(개인사, 결혼, 자녀문제, 사별 등) · 가족구조와 상호작용 유형(의사소통, 접촉, 갈등, 학대나 유기의 위험 등) · 사회적 관계망(친구, 친척과의왕래, 사교활동, 지인 등)
신체적 기능	1. 현재의 의료적 문제	· 현재의 건강상태에 대한 클라이언트의 생각 · 활동을 제한하는 건강문제
	2. 일상동작 수행능력	· 일상생활 동작 중 수행 불가능한 동작과 수행에 어려움이 있는 동작 · 노인의 외모(옷차림, 개인위생, 걸음걸이, 동작 등) · 면접시 노인의 반응(태도, 정서, 시각, 청각 문제, 말의 유형 등)
	3. 병력	· 의료정보의 출처 · 의료진들과의 접촉기록, 진단기록 · 일상생활을 제한하는 특정한 건강이나 의료적 문제
심리적 기능	1. 정서상태	· 노인이 문제, 한계, 건강 상실 등에 대해 어떻게 반응하는가? · 사회복지사에 대한 노인의 태도, 감정은 무엇인가?
	2. 인지적 능력	· 현재 위치와 장소에 대한 인지 · 장기 및 단기 기억력 · 판단력 · 배회, 길 잃기의 징후
	3. 정신상태	· 자아개념 · 우울증의 징후 · 언어적, 행동적 특징 · 환각, 환영, 공포증, 강박증의 징후
	4. 인간관계의 특징	· 서비스 제공자와의 관계 · 타인들과의 관계 · 대처전략 · 대처전략의 효과성 · 의존 유형과 대상
	5. 정신병력	· 자살 생각, 이전의 자살 기도 · 이전의 정신병력 혹은 정신병원 입원 경력
재정 상	1. 수입과 지출	· 수입 액수, 출처, 수입 시기 등 · 지출 액수, 용도 등
	2. 재산 및	· 자산 상황(현금, 부동산, 저축 등)

태	재정상태	
	3. 생계보조	· 현재 생계비 보조(공적부조)를 받고 있는지 유무 · 현재 생계비 보조의 필요성 및 자격 여부
거주환경	1. 이웃 및 근린시설	· 이웃의 유형 · 교통 수단 및 근린시설 이용 가능 여부
	2. 건물	· 외형 · 관리 · 안전문제 · 이동의 장애물
	3. 거주상태	· 위생 · 안전성과 편의성 · 기타 관찰사항 (정원, 애완동물 관리상태, 가구 등)
지원체계와 부담정도	1. 지원체계	· 가족이 제공하는 원조나 지원의 내용과 빈도 · 이전에 제공받았거나 현재 제공받고 있는 공식적 서비스의 내용, 빈도 · 공식적 서비스 제공자들(사회복지사, 의사, 기사도우미, 간호사 등)과의 관계 · 제공받았거나 현재 제공받고 있는 서비스에 대한 만족도
	2. 수발자 부담	· 육체적, 물리적 부담 · 정서적 부담 · 사회적, 재정적 부담

자료 : Bumagi & Him, 1990.

노인사정의 요건 중에서 신체기능과 심리기능을 측정할 때 별도의 측정이 필요할 수 있다. 노인이 가정생활과 사회생활에 필요한 여러 가지 일상적인 활동을 독자적으로 할 수 있게 하는 것이 재활의 최종 목표이기 때문이다. 노인의 일상생활 동작(Activity Daily Living), 자조활동(self-care activity), 도구사용능력(IADL)은 개인생활 뿐만 아니라 사회기능면에서 중요한 관련이 있다. ADL기능평가는 간단하게 노인의 ‘목욕, 옷입기, 화장실 사용, 이동, 배변, 식사’의 항목에 대하여 노인이 ‘독립적으로 수행이 가능 한가’, ‘도움이 필요 한가’, ‘완전히 도움을 받아야 하는가’로 구분하여 평가할 수 있다.

보다 구체적인 신체기능평가를 위해 버그 균형척도(BBS:Berg Balance Scale), 낙상평가(Timed Up and Go (TUG) Test, Modified Romberg test), Barthel Index 등의 도구를 사용할 수 있다. 개별적인 신체기능 정도를 구체적으로 평가한다면 단계적인 재활이나 예방에 관련된 서비스의 체계적인 실천이 가능할 것이다.

전체적인 균형 및 보행 능력을 평가하는 대표적인 BBS검사는 14개의 흔한 일상생활 동작으로 구성되어 있으며 각 동작 당 0~4점씩으로 총점이 56점인데 점수가 높을 수록 수행 성취도가 높다. 간편한 편이지만 평가에 약 15분정도가 소요된다.

〈표 11〉 버그 균형척도

버그 균형척도 (Berg Balance Scale) (BBS)
<p>1. 앉은 자세에서 일어나기 (sitting to standing) 지시: 손을 사용하지 않고 일어나세요</p> <p><input type="checkbox"/> 4 손을 사용하지 않고 일어 설 수 있으며, 스스로 안정적으로 서 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 3 손을 사용하여 스스로 일어설 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 2 몇 번의 시도 후에 손을 사용하여 일어설 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 1 일어서거나 안정적으로 서 있기 위해 최소한의 도움이 필요하다</p> <p><input type="checkbox"/> 0 일어서기 위해 중등도 또는 최대한의 도움이 필요하다</p>
<p>2. 지지(보조) 없이 서 있기(standing unsupported) 지시: 도움 없이 2분 동안 서 있으세요</p> <p><input type="checkbox"/> 4 2분 동안 안정적으로 서 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 3 감독 하에 2분 동안 서 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 2 지지 없이 30초 동안 서 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 1 몇 번의 시도 후에 지지 없이 30초 동안 서 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 0 지지 없이는 30초 동안 서 있을 수 없다</p> <p>** 만약, 대상자가 지지 없이 2분 동안 서 있을 수 있다면 지지 없이 앉기 항목(항목3)이 모두 가능하므로, 검사항목 4를 검사하도록 함.</p>
<p>3. 발판 또는 바닥에 발을 지지하고 등받이의 지지 없이 앉기 (sitting unsupported) 지시: 지지(보조) 없이 2분 동안 앉아 있으세요</p> <p><input type="checkbox"/> 4 2분 동안 안전하게 그리고 안정적으로 앉아 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 3 감독 하에 2분 동안 앉아 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 2 30초 동안 앉아 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 1 10초 동안 앉아 있을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 0 지지 없이 10초 동안 앉아 있을 수 없다</p>
<p>4. 서 있는 자세에서 앉기 (standing to sitting) 지시: 앉아 보세요</p> <p><input type="checkbox"/> 4 손을 최소한으로 사용하여 안전하게 앉을 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 3 손을 사용하여 몸을 잘 조절하여 앉는다</p> <p><input type="checkbox"/> 2 앉는 것을 조절하기 위해 양발을 의자 뒤쪽으로 옮겨 놓는다</p> <p><input type="checkbox"/> 1 스스로 앉을 수는 있지만 몸을 잘 조절하지 못한다</p> <p><input type="checkbox"/> 0 앉기 위해 보조가 필요하다</p>
<p>5. 이동 (transfers) 지시: 축 이동(pivot transfer)을 위하여 의자를 준비한다. 대상자에서 팔걸이가 있는 방향으로, 그리고 팔걸이가 없는 방향으로 이동하도록 한다. (검사자는 팔걸이가 있는 의자와 없는 의자 두 종류를 준비한다)</p> <p><input type="checkbox"/> 4 손을 최소한으로 사용하여 안전하게 이동할 수 있다</p> <p><input type="checkbox"/> 3 손에 의지하여 안정성 있게 이동할 수 있다</p>

- 2 감독 또는 언어적 지시(verbal cue)에 의해 이동할 수 있다
- 1 이동하기 위해 한 명의 보조자가 필요하다
- 0 이동하기 위해 보조 또는 감독할 두 명이 필요하다

6. 눈 감고 지지 없이 서 있기 (standing unsupported with eye closed)

지시: 양쪽 눈을 감고 10초 동안 서 있으세요

- 4 10초 동안 안전하게 서 있을 수 있다
- 3 감독 하에 10초 동안 서 있을 수 있다
- 2 3초 동안 눈을 감고 서 있을 수 있다
- 1 눈을 감고 안정적으로 서 있을 수는 있으나 3초를 유지할 수 없다
- 0 넘어지지 않기 위해 도움이 필요하다

7. 두 발 모으고 서 있기 (standing unsupported with feet together)

지시: 두 발을 모으고 지지 없이 서 있으세요

- 4 스스로 두 발을 모으고 안전하게 1분 동안 서 있을 수 있다
- 3 스스로 두 발을 모으고 안전하게 1분 동안 서 있을 수 있다
- 2 스스로 두 발을 모으고 안전하게 1분 동안 서 있을 수 있다
- 1 스스로 두 발을 모으고 안전하게 1분 동안 서 있을 수 있다
- 0 스스로 두 발을 모으고 안전하게 1분 동안 서 있을 수 있다

8. 서 있는 자세에서 앞으로 팔을 뻗어 내밀기 (reaching forward with outstretched arm)

지시: 90도로 팔을 올리세요. 손가락을 펴고 당신이 할 수 있을 만큼 앞으로 뻗으세요 (검사자는 줄자를 이용하여 뻗은 환자의 손끝까지의 거리를 재고, 손끝이 줄자에 닿지 않도록 한다. 측정된 거리는 환자가 앞으로 몸을 기울여 환자의 손끝이 닿은 지점까지의 거리이다. 가능하면 대상자에게 몸통의 회전을 피하기 위해 양팔을 사용하도록 한다)

- 4 25cm 이상 자신 있게 앞으로 뻗을 수 있다
- 3 25cm 이상 자신 있게 앞으로 뻗을 수 있다
- 2 5cm 이상 안전하게 앞으로 뻗을 수 있다
- 1 앞으로 뻗을 수 있으나 감독이 필요하다
- 0 앞으로 뻗기 동작을 시도하는 도중 균형을 잃는다; 보조가 필요하다

9. 서 있는 자세에서 바닥에 있는 물건 집어 올리기 (retrieving object from floor)

지시: 발 앞에 있는 신발을 집어 올리세요

- 4 안전하고 쉽게 신발을 집어 올릴 수 있다
- 3 감독 하에 신발을 집어 올릴 수 있다
- 2 집어 올릴 수는 없으나 균형을 유지하여 신발 근처 2-5cm까지 도달한다
- 1 집어 올릴 수 없으며, 수행하는 동안 감독이 필요하다
- 0 동작 수행을 시도할 수 없다/균형을 잃거나 넘어지지 않기 위해 보조가 필요하다

10. 서 있는 자세에서 (왼쪽과 오른쪽으로) 뒤돌아보기 (turning to look behind)

지시: 왼쪽 어깨 넘어 뒤에 있는 물체를 보세요. 그리고 오른쪽으로 반복하세요

- 4 양쪽으로 뒤돌아 볼 수 있으며, 체중이동이 잘 된다
- 3 한쪽으로만 뒤돌아 볼 수 있고, 다른 한쪽으로 볼 때는 체중이동이 조금 감소한다
- 2 옆으로만 회전할 수 있지만 균형은 잘 유지한다
- 1 회전할 때 감독이 필요하다
- 0 동작 수행 시 균형을 잃거나 넘어지지 않기 위해 보조가 필요하다

11. 제자리에서 360도 회전하기 (turning 360 degrees)

지시: 몸을 완전하게 회전하세요. 그리고 다른 방향으로도 완전하게 회전하세요

- 4 4초 또는 그 안에 양쪽 방향으로 360도 회전할 수 있다
- 3 4초 또는 그 안에 한 방향으로만 360도 회전할 수 있다
- 2 느리지만 안전하게 360도 회전할 수 있다
- 1 동작 수행 시 감독 또는 언어적인 지시가 필요하다
- 0 회전하는 동안 보조가 필요하다

12. 일정한 높이의 발판 위에 발을 교대로 놓기 (placing alternate foot on stool)

지시: 발판 위에 교대로 발을 바꾸어 올려 놓으세요. 각 발이 발판에 4회 닿을 때까지 계속하세요.

- 4 스스로 안전하게 서서 20초 내에 발을 8번 바꿀 수 있다
- 3 스스로 서서 발을 8번 바꿀 수 있으나 20초 이상 걸린다
- 2 보조 없이 4번 바꿀 수 있다
- 1 최소한의 보조로 2번 이상 바꿀 수 있다
- 0 넘어지는 것을 방지하기 위해 보조가 필요하다/동작을 시도할 수 없다

13. 한 발 앞에 다른 발을 일자로 두고 서 있기 (standing with one foot in front)
(or tandem stance)

지시: 한 발을 다른 발 앞쪽에 직렬로 놓으세요. 만약 할 수 없다면, 다른 발의 발가락 앞만큼만 발을 내딛으세요.

- 4 스스로 발을 직렬로 놓고 30초 동안 유지할 수 있다
- 3 스스로 발을 다른 쪽 발 앞에 내딛고 30초 동안 유지할 수 있다
- 2 스스로 발을 조금 내딛고 30초 동안 유지할 수 있다
- 1 발을 내딛기 위해 도움이 필요하나 15초 동안 유지할 수 있다
- 0 발을 내딛는 동안 또는 서 있는 동안 균형을 잃는다

14. 한 발로 서 있기 (standing on one leg)

지시: 도움 없이 한 발로 서 있으세요

- 4 스스로 한 발을 들고 10초 이상 서 있을 수 있다
- 3 스스로 한 발을 들고 5-10초 동안 서 있을 수 있다
- 2 스스로 한 발을 들고 3초 이상 서 있을 수 있다
- 1 한 발을 들고 스스로 서 있을 수는 있으나 3초를 유지할 수 없다
- 0 동작을 수행할 수 없거나 넘어지는 것을 방지하기 위해 보조가 필요하다

[출처] Rating Scale Analysis of the Berg Balance Scale

Barthel Index는 1960년대 Barthel과 Marhoney에 의해 개발되었으며 1989년 Shah, s. 와 Cooper, B.에 의해 만들어졌다. 10개 항목으로 구성되었으며 환자의 일상생활동작 수행 시 직접적인 관찰과 면접을 통해 도움이 정도를 측정한다. 목적은 만성질환 환자의 일상생활 자립정도를 알아보기 위한 것이며 평가영역은 개인위생(personal Hygiene), 목욕하기(Bathing Self), 식사하기(Feeding), 화장실 이동과 사용(Toilet), 계단사용(Stair Climbing), 옷입기(Dressing), 대변조절(Bowel control), 소변조절(Blladder control), 걷기 혹은 휠체어 이동(Ambulation or Wheelchair), 의자 또는 침대에서의 이동(Chair/bed transfer)등을 평가한다.

〈표 12〉 Barthel Index

구 분	수행불가	상당히 도움필요	중간정도 도움필요	최소한의 도움필요	완전히 독립적
개 인 위 생	0	1	3	4	5
목 욱 하 기	0	1	3	4	5
식 사 하 기	0	2	5	8	10
용 변	0	2	5	8	10
계 단 이 용	0	2	5	8	10
옷 입 기	0	2	5	8	10
대 변 조 절	0	2	5	8	10
소 변 조 절	0	2	5	8	10
보 행	0	3	8	12	15
휠 체 어 이 동	0	1	3	4	5
이 동	0	3	8	12	15

〈표 13〉 평가방법

① 식사하기	손이 닿을 수 있는 위치에 음식물을 가져다주었을 때 음식을 자르고 소금, 후추 가루 등 양념 치는 일을 혼자 할수 있는지 여부, 음식 먹을때 보조기구가 필요 없다면 스스로 착용하는지 여부
② 휠체어 이동	휠체어를 침대 옆에 놓고, 브레이크 잠그고, 발판 들어 올리고, 침대로 옮겨 안고, 휠체어를 옆으로 옮겨놓을 수 있는지 여부.
③ 세면 및 화장하기	세면, 머리 빗기, 양치질, 여성인 경우 기초화장정도 할 수 있는가 여부.

④ 용변처리기	변기에 옮겨 앉는 일, 바지 벗고 입는 일, 뒤처리를 할 수 있는지 여부
⑤ 목욕하기	욕조를 사용하고 샤워가 가능한지 여부
⑥ 평지에서 걷기	의지나 보조기의 사용에 관계없이 평지에서 걸을 때 어느 정도의 도움이 필요하며 또한 어느 정도의 거리를 걸을 수 있는지 여부(이때 지팡이 또는 목발을 사용하거나 또는 벌에 붙은 손잡이를 이용하는 것도 무방하다)
⑦ 옷입고 벗기	옷을 입고 벗으며 단추를 채우거나 옷깃을 여밀수 있는지, 구두끈을 맬수 있는지의 여부
⑧ 대변 조절	대변을 잘 가누며 만일 좌약이 필요하면 혼자서 처리할 수 있는지 여부
⑨ 소변 조절	낮에 활동할 때나 밤에 잠잘 때에도 소변을 잘 가눌 수 있는지 여부

평가결과 100점이면 정상으로 완전히 독립적 상태를 의미한다. 단 휠체어 탄사람은 90점을 완전한 독립적 상태로 한다.

〈표 14〉 독립성 산출표

점수	장애정도
0-20	전적 의존상태(totally dependent)
21-61	심한 의존상태(severely dependent)
62-90	보통 의존상태(moderately dependent)
91-99	약간 의존상태(slightly dependent)
100	독립적 상태(independent)

낙상평가를 위해서 선별검사법을 사용할 수 있는데 이동에 불편이 없다는 것은 일상생활에 큰 지장이 없다는 것을 뜻한다. 선별검사 측면에서도 중요한 항목으로서 다른 신체기능 검사 항목에 포함시켜 측정하기도 하고 따로 독립적으로 측정하기도 한다. 흔히 쓰는 방법으로는 Timed Up and Go (TUG) Test가 있으며 보행평가 및 균형측정법 등이 있다. Timed Up and Go test는 대상자에게 의자에서 일어나서 3m 정도 걸어간 후 돌아서 다시 의자에 돌아와 앉으라고 지시하여 걸리는 시간 및 각 동작의 안정성과 균형을 판단하는 방법이다. 이 검사를 수행하는데 10초 이상 걸리는 사람의 경우 낙상의 위험이 높아진다. 이 평가는 신뢰도와 타당도가 높으며 짧은 시간에 어디서나 공간만 있다면 쉽게 측정할 수 있는 평가법이다.

(2) 심리기능 평가

심리 및 정신건강 평가를 위한 척도는 여러 가지가 사용될 수 있다. 예컨대 감정균형 척도, 강인성 수준 척도, 고독감 척도, 낙상 두려움 척도, 내외 통제성 척도, 내외향적 성격 척도, 내외향적 성격척도, 노인생활 만족도 척도, 무력감 척도, 불안 척도, 사기 척도, 사회적 고립감 척도, 삶의 의미 척도, 삶의 질 척도, 안녕 척도, 여가 만족도 척도, 우울 척도, 인지기능 척도, 자살생각 척도, 절망감 척도 정서 척도, 정신건강척도, 주관적 안녕감 척도, 죽음 및 임종과정의 심리단계별 반응양상 평가 척도, 죽음 불안 척도, 행복감 척도 등이 사용될 수 있다.

각 척도 중에서 심리적으로 자살에 까지 영향을 미치는 우울문제에 대해 구체적인 사정평가가 필요할 수 있는데 노인우울 척도가 쓰인다. 황은주 등은 우울증환자가 주관적으로 호소하는 기억력감퇴와 인지장애는 노년기 우울증의 독특한 특징이며 유의한 역-상관관계가 있어 인지장애가 심각할수록 우울증상이 증가한다고 밝히고 있다. 또한 노년기에 자살을 이해하는데 중요한 변인으로 우울증¹⁵⁾을 들고 있다.

허약노인을 대상으로 심리적 기능을 평가하는 단계에서 노년기 우울증 척도, 간이정신기능 평가를 활용하는 것도 좋은 방안이 될 수 있다.

〈표 15〉 한국판 노인 우울증 척도(Geriatric Depression Scale-K)

성명 :

평가일 :

항목	내용	반응
1	쓸데없는 생각들이 자꾸 떠올라 괴롭다	
2	아무것도 할 수 없을 것처럼 무기력하게 느껴진다	
3	안절부절 못하고 초조할 때가 자주 있다	
4	밖에 나가기 보다는 주로 집에 있으려 한다	
5	앞날에 대해 걱정할 때가 많다	
6	지금 내가 살아있다는 것이 참 기쁘다	

15) 황미구·김은주, 2008, “노인우울과 인지능력이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향 : 자살생각을 매개변인으로 하여”, 『노인복지연구』 384-399.

7	인생은 즐거운 것이다	
8	아침에 기분 좋게 일어난다	
9	예전처럼 정신이 맑다	
10	건강에 대해서 걱정하는 일이 별로 없다	
11	내 판단력은 여전히 좋다	
12	내 나이의 다른 사람들 못지 않게 건강하다	
13	사람들과 잘 어울린다	
14	정말 자신이 없다	
15	즐겁고 행복하다	
16	내 기억력은 괜찮은 것 같다	
17	지쳐버리거나 앓을까 걱정된다	
18	별 일없이 얼굴이 화끈거리고 진땀이 날때가 있다	
19	농담을 들어도 재미가 없다	
20	예전에 좋아하던 일들을 여전히 즐긴다	
21	기분이 좋은 편이다	
22	앞날에 대해 희망적으로 느낀다	
23	사람들이 나를 싫어한다고 느낀다	
24	나의 잘못에 대하여 항상 나 자신을 탓한다	
25	전부다 화가 나고 짜증이 날때가 많다	
26	전보다 내모습(용모)이 추해졌다고 생각한다	
27	어떤 일을 시작하려면 예전보다 힘이 많이 든다	
28	무슨일을 하던지 곧 피곤해진다	
29	요즈음 몸무게가 많이 줄었다	
30	이성에 대해 여전히 관심이 있다	
점수계산법 : “○” 표, “×” 표 중 “○” 표로 반응한 것에 대해 1점을 부과하여 합산한 점수가 14~18점 : 경도의 우울증, 19~21점 : 중도의 우울증, 22점이상 : 심도의 우울증		

허약노인중 치매가 의심되거나 측정의 필요성이 있을 때 인지기능평가의 여러가지 척도 중 널리 사용되는 MMSE-K(Mini-Mental State Examination Korean Version) 평가방법을 활용할 수 있다. MMSE-K는 지남력, 기억력, 주의집중, 수리력, 언어기능, 이해 및

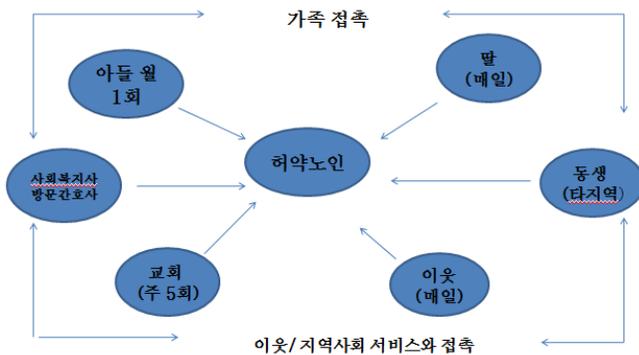
판단력 등에 기준을 두고 총 12문항에 30점으로 구성되어 있다. 평가방법은 시간 지남력 5점, 장소 지남력 5점, 기억등록 3점, 주의력 및 계산 5점, 기억회상 3점, 언어기능 7점 및 이해판단 2점 총 30점이며 측정 점수가 높을수록 인지능력이 좋은 것으로 평가된다. 인지장애 평가기준은 24점 이상은 정상, 18-23점은 경증인지장애, 17점 이하는 중증인지장애로 간주한다.

〈표 16〉 MMSE-K

1	시간 지남력 오늘은 ()년 ()월 ()일 ()요일, ___어느 계절입니까?	0- 5점
2	장소 지남력 당신의 주소는 ___도 ___군 ___면 ___동	0- 4점
3	기억등록 여기는 무엇을 하는 곳입니까?(학교, 시장, 가정집, 기타 해당장소)	0- 1점
4	기억회상 물건이름 세가지 (나무, 모자, 자동차)말하기	0- 3점
5	3-5분후 위의 이름들을 회상(나무, 모자, 자동차)하기	0- 3점
6	주의집중 및 계산 100-7=, -7=, -7=, -7=, -7=	0- 5점
7	'삼천리 강산' 거구로 말하기	
8	언어기능 물건이름 맞추기(예: 시계, 연필 등)	0- 2점
9	오른손으로 종이 접어서 무릎 위에 놓기	0- 3점
10	오각형 겹쳐그리기 5문항 실시	0- 1점
11	"간장공장공장장"을 따라하기	0- 1점
12	이해 및 판단 "웃은 왜 빨아입습니까?"라고 질문하기	0- 1점
13	"길에서 다른 사람의 주민등록증을 주웠을때 어떻게 하면 쉽게 주민에게 되돌려 줄 수 있습니까?"라고 질문하기	0- 1점

(3) 사회적 기능평가

노인의 사회적 기능을 측정하기 위해서는 노인의 사회활동 참여여부와 노인 스스로 동원할 수 있는 사회적 지원을 가지고 있는지, 하루의 생활방식이나 사회적 관계에서 중요한 역할을 하는 사람들을 파악하여야 한다. 노년기에는 퇴직, 배우자와 친구의 상실 등으로 인하여 사회관계망이 줄어들어 가는 것이 일반적이기 때문이다. 직장 등과 같은 2차집단과의 유대관계 및 참여정도는 줄어들고 가족 친구 이웃등과 같은 1차집단과의 관계가 사회적 관계의 중심이 되며 그중에서도 가족과의 관계가 핵심적 관계축이 된다⁶⁾. 가족과의 접촉이나 지역사회와의 접촉빈도 등은 노인의 삶에 직접적인 영향을 미친다.



[그림 2] 관계망 도식

(4) 허약노인을 위한 교회봉사 프로그램 계획 및 실천

① 교회봉사의 원칙

교회봉사¹⁷⁾는 원칙 면에서 허약노인이 심리적으로 사회에서 소외감을 느끼지 않도록 사회체계에 연결하여 사회통합을 유지해야 한다. 교회 안에서의 제한적 봉사의 범주를 넘어 가족, 이웃, 집단, 조직, 지역사회와 국가사회에 심리적 사회적으로 유대감을 가지고 적응할 수 있도록 지원하고 노인 자신만의 고유한 개인적인 성장욕구를 충족할 수 있도록 존중해야

16) 권중돈. (2010: 67)

17) 베드로전서 4:10-12

한다.

허약노인을 위한 교회봉사는 교회와 지역사회 자원을 동원하여 예방적 차원과 치료적 차원에서 노인과 가족을 함께 지원하는 것이다.

② 신체기능 증진 및 재활 프로그램

교회봉사는 신체기능 증진이나 재활을 위한 프로그램 개발 면에서 노인의 신체기능이나 질병을 측정 조사하고 그것을 토대로 ‘건강증진 운동지도’, 신체재활 운동을 개별적으로 디자인 하여야 한다. 당뇨, 고혈압, 관절염, 골다공증, 심장질환, 여러종류의 장기질환 중 부분적으로 질병을 앓고 있는 경우가 많기 때문에 ‘합병증 예방’, ‘성인병의 관리방법’ 등의 교육 프로그램을 계획하고 실천할 수 있다.

③ 가족지원 프로그램

가족지원 면에서 가족으로 하여금 노인을 위해 ‘교회와 적극적인 협력체계’ 유지와 ‘정서적으로 원만한 가족관계’, ‘노인부부의 건강한 생활’, ‘자녀의 가족관계’와 ‘친구와 이웃’ 등의 역할과 기능을 지원하는 프로그램과 인간관계에서 자신과 타인을 새롭게 정립해 나가도록 해야 한다. 가족지원 프로그램은 보호가족 상담, 가족이 가정에서 지원할 수 있는 기능회복 운동 교육, 허약노인의 심리 이해 관련 교육, 위생청결 관리 교육, 영양관리 교육, 보호가족 건강관리 교육, 가족모임, 나들이 등을 실시할 수 있다.

④ 일상생활 지원프로그램

교회봉사는 일상생활동작의 어려움이 있을 때 기구나 장치(지팡이, 보행보조기 등)를 지원하며 거주환경을 변경(경사로 설치, 좌식 변기 설치 등)해야 한다. 또한 가족, 간병 도우미의 보완을 요하는데 사정을 통해 지역사회 자원이나 교회자원을 동원하여 효과적으로 지원하고 봉사할 수 있다.

⑤ 가족지원체계 활용을 통한 신체재활 프로그램

교회봉사는 가족지원체계를 활용하여 가족이 노인을 위해 쉽게 할 수 있는 과제 중심(Task-oriented) 프로그램을 가정에서 실천할 수 있도록 교육할 수 있다. 노인은 노화로 인하여 신체의 변형, 근력의 약화, 신경계의 반응성 저하 등으로 관절가동 범위(Range of

motion)가 감소되어 있으며 이로 인해 기능적 동작 수행의 어려움이나 통증 등을 가지고 있다. 특별히 가정에서 노인에게 적당한 운동방법을 적용하여 과제 중심 프로그램을 활용하면 좋을 것이다. 가벼운 과제 수행은 ‘옷 입고 벗기, 팔 높이보다 조금 높은 곳에 있는 물건 잡기, 바닥에 있는 가벼운 물체 들어 올리고 내리기, 보행이 가능한 경우 몇 걸음 걸어가 적당한 무게의 물건 이동하기 등을 통해 관절가동범위 증가, 근력증가, 관절변형 및 구축 예방 등의 효과를 가져올 수 있다.

또한 가정에서 낙상예방을 위해 ‘눈감고 양발 벌리고 서기, 양발 일자로 놓기, 한다리 들어 올리기, 한다리 들고 한 팔 올리기, 계단에 발 교대로 올려 놓기, 팔 뻗어 앞으로 멀리 뻗기 등’을 허약노인에게 적합한 수준에서 반복적으로 실시하면 좋은 운동법이 될 수 있다.

가족이 허약노인에게 주 2~3회 이상의 꾸준한 보행 훈련을 하도록 하면 어르신들의 기능 향상 및 유지를 위해 필수적인 운동법이라고 볼 수 있다. 보행 시간은 허약 노인이기 때문에 노인 개인의 상태에 따라 1~2분에서 20분 정도로 다르게 적용할 수 있다. 노인의 상태에 적합한 보조 도구를 활용하는 것도 좋을 것이다.

⑥ 심리적 안정 지원프로그램

교회봉사는 심리적 안정지원 면에서 허약노인의 상태 측정을 토대로 심리적 지원 프로그램을 계획하고 실천할 수 있다. 전문상담을 통해 욕구와 문제를 해결하고, 정서적 안정을 지원하는 음악활동 프로그램, 미술치료 프로그램, 율동치료프로그램, 웃음치료 프로그램, 도예활동 프로그램, 원예활동 프로그램, 미술공연 관람, 연극, 싸이코드라마 등을 실시하여 삶의 의욕을 부여하고 건강기능을 증진시킬 수 있다.

⑦ 영양관리 지원 프로그램

노인은 성인보다 영양적으로 균형이 깨지기 쉽고 수분 손실이 많으며 미각, 후각, 시각, 기억력 등의 감퇴로 식품섭취와 먹는 음식이 제한되기 쉽다. 또한 입맛 감소 등으로 인해 균형 잡힌 식생활을 하기 어려우며 소화기 기능 감소, 신장등 장기의 기능감소로 음식물의 소화, 흡수, 배설에 문제를 가지게 되며 여러 가지 만성퇴행성 질환 등으로 영양상태는 더욱 나빠질 수 있다. 이러한 것들에 대한 심리적 위기감으로 건강유지와 노화방지에 강한 집착을 갖게 되어 영양제, 보약, 건강보조 식품을 남용하는 사례가 있다. 노인의 영양관리를 위해서 다섯가지 기초식품군을 골고루 사용하고 비타민이 풍부한 과일을 이용하며 후추, 겨자, 식초

등 향신료나 풋고추, 부추 등 녹색채소를 이용하여 식단의 식욕을 돋우는 것이 중요하다.

〈표 17〉 연령별 열량 권장량

열량 성별	50-64세	65-74세	75세이상
남	2,400	2,000	1,800
여	2,000	1,700	1,600

노인을 위한 식단은 총열량은 감소시키고 생선이나 육류의 살코기 등의 소화가 잘 되는 단백질과 동물성 지방보다 식물성 지방을 우선적으로 선택한다.

정상체중을 유지를 위해 기초대사량과 활동량의 감소에 따라 밥량과 기름기가 많은 음식은 피하고 열량섭취를 적당히 감소시킨다.

단백질의 체내 이용률이 떨어지므로 필요량은 성인과 같이 1Kg당 1.13g이 적당하며 2배이상은 섭취하지 않도록 한다.

과다한 열량 섭취는 혈액중의 중성지방과 혈당을 올리기 쉽다. 식물성기름이나 등푸른 생선에 함유된 기름은 심순환계 질환의 예방에 도움을 준다. 그러므로 단순당질은 피하고 지방은 식물성 기름을 우선으로 섭취하도록 한다.

우유나 멸치 등 칼슘성분의 식사를 충분히 섭취하여 골질환 예방하도록 한다.

노년기에 혈액성분을 만드는 골수에 변화가 있고 조혈영양소의 결핍으로 빈혈이 되기 쉽다. 동물성 단백질, 콩류, 녹색채소류는 철 함량이 높으며 특히 동물성 식품의철 이용률이 높다. 비타민 C, 비타민 B12, 엽산 등은 철분의 흡수에 도움을 준다.

염분의 섭취를 절제한다. 미각의 감퇴등으로 음식의 간을 더욱 많이하게 되나 만성퇴행성 질환의 예방과 치료를 위해서는 염장식품의 섭취를 줄이고 음식의 간도 줄이며 다른 향신료나 천연 조미료를 이용하여 맛을 돋운다.

비타민, 무기질은 균형식으로 충분하다. 다섯가지 기초식품군을 골고루 이용하면 비타민, 무기질을 충분히 섭취할 수 있으므로 충분한 식사를 우선으로 한다.

식사시간은 규칙적으로 하고 적당한 운동과 휴식을 취한다. 규칙적인 식사와 적당한 운동으로 몸을 단련시키고 가벼운 휴식으로 정신적 안정을 취하도록 한다.

〈표 18〉 노인영양 관리의 고려사항

식품군	고려사항
곡류식품	<ul style="list-style-type: none"> -비타민 Brns이 풍부한 현미와 잡곡을 위주로 식사하도록 한다. -콩에는 양질의 단백질과 콜린, 레시틴 등 노화를 방지하는 물질이 들어있으므로 자주 섭취한다. -사탕이나 설탕등의 당류는 체내 당질대사를 어렵게 하므로 되도록 먹지 않도록 한다.
어육류 식품	<ul style="list-style-type: none"> - 필수 아미노산이 충분히 함유된 닭고기, 생선 등을 중심으로 소화되기 쉬운 형태로 조리하여 한 끼에 한 가지는 충분히 섭취하도록 한다. - 생선은 소화가 잘 되므로 자주 먹도록 한다. 단 생선 내장의 경우에는 콜레스테롤이 많으므로 주의한다.
채소 과일류	<ul style="list-style-type: none"> -과일과 채소에는 우리의 몸을 건강하게 지켜 주는 무기질과 비타민을 우리 몸에 공급해 준다는 면에서 같은 역할을 하므로 그 종류를 가리지 말고 골고루 먹도록 하는 것이 좋다.
우유	<ul style="list-style-type: none"> 칼슘이 풍부한 우유, 요구르트, 치즈등을 하루 1-2회 섭취한다.
유지류	<ul style="list-style-type: none"> 돼지기름, 쇼트닝, 마가린 등은 되도록 섭취하지 않는다. 식물성 기름(옥수수기름, 참기름, 들기름)으로 하루 1-2회 나물이나 부침에 넣는 것이 좋다.

⑧ 허약 노인의 감염 예방을 위한 보건위생 관리

면역기능이 약해진 허약노인은 감염에 노출되기 쉽기 때문에 예방적 보건위생관리가 필요하다. 실금등이 있거나 하면 침구가 불결해져 미생물의 발생장소가 되기 쉽다. 항상 침구의 위생관리를 하여 감염에 유의하여야 한다.

⑨ 의류 위생관리 및 감염관리

허약노인이 잠재적으로 질병을 가지고 있는 경우, 몸에 걸친 의류의 더러움없애는 방법이나 표백제의 사용에 의한 소독방법을 통하여 청결관리에 유의하도록 한다.

허약노인이 결핵, 간염, 피부질환을 앓고 있으나 주위가 알지 못하는 경우가 있다. 노인들은 저항력이 떨어져 있으므로 서비스 상담 초기에 의료에 관한 정보를 확인해 두는

것이 필요하다. 감염의 예방을 위해 일상적 건강관리로 자기의 저항력을 높이도록 한다. 예방접종은 인공적으로 면역을 만드는 것으로 저항력을 높이는 것이 있으므로 풍진이나 인프랜자 등을 비롯해서 기회가 있는 대로 받아두는 것이 필요하다. B형 간염에 대해서는 항원, 항체검사를 받고 건강관리에 도움이 되도록 한다. 가벼운 피부 소양증일지라도 조기 발견하여 대처하도록 한다.

6. 맺음 말

허약노인을 위한 교회봉사는 이웃을 사랑하는 하나님 말씀의 실천으로서 노인의 심신을 건강하게 하고 증상의 악화를 예방하는 사회복지실천 활동이다. 교회가 제도적 서비스체계에서 제외된 허약노인에게 비공식지원체계로서 전문적 자원을 동원하여 적극적으로 봉사하면 노인과 그 가족이 사회에서 안심하고 건강하게 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 헌신이 될 것이다. 또한 노인의료비의 정부부담을 낮출 수도 있다는 점에서 중요한 활동이다.

| 참고문헌 |

- 권중돈. 2010. 『노인복지론』. 서울:학지사. 20-25.
- 김기태외4인 공저. 『노인복지실천론』. 서울:양지사. 137.
- 보건복지부. 『2010 노인보건복지사업안내』
- 장인협·최성재. 1999. 『노인복지학』. 서울:서울대학교출판부.
- 한국재가노인복지협회. 2006. 『노인건강과 보건위생』. 69-76.
- 이성희. 1995. 『치매와 식생활』. 서울:선유출판사.
- 이원숙. 2007. 『가족복지론』. 서울:학지사. 99.
- 米本 恭三外 5人. 2002. 『リハビリテーションにおける評価 Ver.2』. 東京: 醫歯薬 出版株式会社. 17-29
- 김광빈외5인. 2005. “교회사회복지의 철학과 방법” 『한국교회의 사회복지와 기독교 생명운동』 기독교사회복지엑스포2005. 219.
- 김현순·김병석. 2007. “자이존중감이 노인의 스트레스와 우울의 관계에 미치는 매개효과”. 『한국노

년학』 23-49.

김혜경. 2006 “전기 후기 고령자의 건강수준 및 복지욕구에 관한 비교연구”. 『한국노년학』 1-15.

박경혜·이윤환. 2006. “노인의 사회활동이 신체기능에 미치는 영향”. 『한국노년학』 54: 275-285

정명숙. 2007. “노년기 삶의 질에 영향을 미치는 요인들”. 『노인복지연구』 249-269.

차홍봉. 2008. “고령사회와 노인장기요양보험의 과제”. 『한국노년학』 . 한국노년학회 30주년 기념 국제학술대회. 3-23.

황미구·김은주. 2008. “노인우울과 인지능력이 건강 관련 삶의 질에 미치는 영향 : 자살생각을 매개변인으로 하여”. 『노인복지연구』 384-399.

교회사회봉사 관점에서 노인복지관과 지역교회 연계

유성구노인복지관 류 재 룡 관장

I. 서론

복지국가의 한계를 때문에 정부는 종교, 기업, 단체등이 복지 공급주체로서 참여해 줄 것을 권고하면서 복지공급주체를 다원화하고 있다. 이 중 하나가 종교단체들에게 복지시설들을 위탁을 해 주고 있다. 교회들도 내부적으로는 이웃사랑을 해야 한다는 신앙고백적 차원에서 이를 적극적으로 참여하고 있다. 지금은 교회들이 위탁받는 복지시설들이 많아지고 있다. 하지만 이러한 과정에서 교회들은 위탁받은 기독교복지시설과 일반 복지시설들의 차별성이 무엇인가에 대한 고민이 생기기 시작했다. 그래서 총회차원에서, 학문적으로, 현장중심으로 다양한 논의들이 진행되고 있다. 이러한 결과로서 해답은 결국 교회사회사업의 정체성을 찾는 것이 될 것이다.

이러한 고민은 유성구노인복지관을 위탁을 받은 대덕한빛교회에서도 시작되었다. 그래서 교회사회사업 관점에서 지역사회에 어떻게 기여할 것인가를 고민하게 되었다. 뿐만 아니라 지역교회를 어떻게 연계하여 지원하여 교회들이 교회사회봉사를 활성화할 것인가도 고민하게 되었다. 그 중 하나는 교회에서 실시하는 노인대학을 지원하는 것이었다. 이를 위해 노력을 해 왔지만 성과는 아직 미미하지만 지속적으로 연계하며 함께 노력하고 있다.

그래서 이번 원고는 교회사회사업 관점에서 노인복지관과 지역교회와 어떻게 연계하여 나아갈 것인가에 대하여 만들어졌다. 처음으로 시작된 지역교회 지원사업은 고령화 사회가 되면서 교회들이 대부분 노인대학을 실시하고 있는데 이를 지원으로부터 시작하였다. 이로부터 시작하여 노인복지관이 우리 교회들이 어떻게 하면 이 고령화시대의 위기를 교회와 함께

극복해 갈 수 있는가에 대하여 저의 고민을 담았습니다.

이 원고는 먼저 교회사회사업의 의미를 고찰하며 교회에서 실시하고 있는 노인선교의 의미는 무엇이며 방향은 무엇인가를 제시합니다. 그 중 하나의 사례로 노인복지관이 지역교회의 노인대학을 어떻게 지원을 했는 지를 기술하고자 한다. 더 나아가 노인복지관과 어떻게 연계를 해 가며 앞으로 지역교회와 함께 고령화사회의 위기를 극복해 갈 것인가를 염두에 두고 작성되었다.

II. 본론

1. 교회사회봉사의 의미

1) 교회사회봉사의 정의

교회사회사업에 대한 정의나 개념은 아직까지 명확하지 않다. 교계에서는 교회사회사업, 교회사회봉사, 사회선교, 기독교사회복지 등으로 논자에 따라서 다양하게 언급 되어왔다. 교회의 사회사업과 관련된 용어의 혼란 양상이 지속되자 1992년 한국교회 100주년 기념관에서 신학자 목회자 사회복지학자 등 19명이 모여 개신교의 사회복지 관련 활동을 지칭하는 용어의 통일 논의가 있었다. 그 자리에서 사회복지라는 용어에 대한 교인들의 이해부족을 고려하여 교회사회봉사로 합의가 이루어졌다.¹⁸⁾

교회사회사업이나 교회사회복지 또는 기독교사회복지보다 사회봉사를 강조하는 입장은 교회를 예배(Kerygma), 친교(koinonia), 봉사(Diakonia)의 공동체라고 이해하고, 교회에서 이루어지는 일체의 봉사활동을 사회봉사로 간주한다. 봉사(Diakonia)는 하나님과의 책임관계가 인간상호 작용관계에서 책임적 역할을 수행하는 것으로 고통과 고난에 처한 인간을 해방시키는 것으로 보고 있기 때문인데,¹⁹⁾ 일반적인 사회복지와의 접촉점이 없는 것은 아니므로 크게 문제가 되지는 않는다.

18) 김동배, 기독교 사회봉사 활성화 방안, 「교회의 사회복지 참여와 건강한 사회」 기독교윤리실천운동 교역자포럼 (서울: 도서출판 기윤실 2000.) p. 66.

19) 방희덕, 「사회복지의 역사적 고찰과 Diakonia의 새로운 이해」, 한국기독교문화연구소(편), 「현대교회의 선교적 과제」 (서울: 연세대학교 출판부, 1986), p. 16.

그리고 교회사회봉사는 의료사회사업이나 학교사회사업처럼 서비스의 대상이나 실천의 장을 지칭하는 의미와는 달리 사회봉사활동의 주체를 강조한다는 함의가 있다. 만약 사회봉사의 서비스 대상이나 실천의 장을 교회로 본다면 사회봉사는 교회사회사업으로 지칭하는 것이 좋을 것이다. 그러나 지금 사용하는 교회사회봉사와 관련된 대부분의 용어 자체 안에는 주체라는 개념을 담지 하고 있으므로 교회사회봉사라는 것이 다른 사회사업 분야와는 구별되는 관점에서 볼 수 있다.

교회사회봉사는 사회사업이라는 넓은 의미의 사회복지개념에 가깝다고 볼 수 있다. 교회사회봉사는 그리스도의 말씀과 정신에 따라서 이웃과 사회를 위해 섬기는 것이다. 섬긴다는 것은 자신을 낮추어 종의 자세를 가지고 교회 안에서만 아니라 개인과 사회 전체의 복리를 증진시키는 넓은 의미의 인간봉사라고 할 수 있다²⁰⁾

교회사회봉사는 기독교의 근본정신인 생명존중 이웃사랑과 봉사와 헌신을 세상 가운데 열악한 처지에서 살아가는 사람들의 물질적 신체적 정신적 고통을 양적 질적으로 완화시키고 생활상의 곤란을 개선시켜 줌으로서 삶의 질을 향상시키며 성서적 정의를 실천하며 상실된 하나님의 형상을 회복시키려는 기독교인들의 제도적이고 체계적인 노력이자 가치체계를 말한다.²¹⁾

여기서 기독교와 교회의 개념을 명료하게 구분할 필요가 있다. 기독교는 종교적 신념체계라면 교회는 종교적 조직체계이다. 따라서 기독교사회복지는 기독교적 세계관과 정신을 가진 사람이나 기관이 실천하는 사회봉사이고 교회사회봉사는 교회라는 조직체계가 실천하는 사회복지활동이다.²²⁾

교회사회봉사가 이처럼 포괄적인 의미를 담고 있지만 현재 실시되고 있는 교회사회봉사를 일반적인 사회사업측면에서 본다면 사회적 서비스(social services) 개념에 가깝다고 볼 수 있다. 사회적 서비스는 전국민의 물질적 정신적 사회적 최저 생활의 확보를 위한 공공부문과 민간부문의 사회적 제반 서비스의 총칭이라고 정의된다.²³⁾ 이 정의에 비추어보면 교회의 사회봉사(사회적 서비스)는 교회라는 민간기관에서 제공하는 복지프로그램이나 복지서비스 및 봉사활동을 의미한다고 볼 수 있다.

20) 김동배, op.cit., p.66

21) 김기원, “기독교사회복지론”, 대학출판사 (서울: 1999), p. 35.

22) 유장춘, “교회사회복지활동 결정요인으로서 목회자와 그 생태체계에 연구”, (박사학위논문, 연세대학교 대학원, 2000), p. 31.

23) John J. Clarke, Social Welfare(1953), p. 3.을 장인협, 「사회복지학개론」 (서울 : 서울대학교출판부, 1994), p. 7에서 재인용

따라서 교회사회봉사는 교회가 조직을 통하여 사회를 향하여 제공하는 사회봉사활동 및 사업이라고 정의할 수 있다. 또한 교회사회봉사라는 개념은 지역사회의 문제를 교회의 선교적 측면으로 받아들이고 교회가 주체적으로 사회봉사프로그램을 기독교적 관점에서 실천하는 것이라고 정의할 수 있다.²⁴⁾ 그러므로 노인학교는 교회조직을 통하여 노인의 문제를 선교적 측면에서 받아드리고 교회가 주체적으로 노인학교 프로그램을 기독교적 관점에서 실천하는 것이다.

2) 교회사회봉사의 가치

교회사회봉사의 핵심을 이루고 있는 가치는 성경의 중심사상과 가르침에 의하여 이루어진다. 결코 교회는 사회사업기관이 아니며 복음을 통하여 인간의 영혼을 구하고 사회를 혁신하려는 목적을 지닌 기관이다. 그러므로 사회사업의 정체성을 정립함에 있어서 교회를 사회사업기관으로 여겨서는 되지 않는다. 그런 의미에서 교회사회봉사가 어떤 위치에 있는가를 찾아보아야 한다.²⁵⁾

교회사회봉사의 가치는 하나님의 형상을 회복하는 데 있다고 본다. 인간은 범죄함으로 인하여 고통스러운 결과를 가져왔기 때문에 하나님 사랑과 이웃사랑을 통해서 하나님의 형상을 회복해야 한다고 보고 있다.²⁶⁾

성경의 중심사상은 기독교가 생명의 종교이므로 모든 인간은 구원의 대상이 되며 이러한 생명의 풍요함을 위하여 사랑이라는 요소를 제시하고 있다. 생명과 사랑을 연결시키는 봉사 곧 섬김의 생활을 강조하고 있는 것이다. 교회가 사회적 약자와 지역사회를 위해 나눔과 섬김을 실천해야 한다고 성경은 강조하고 있다. 나눔과 섬김의 기독교 사상은 교회로 하여금 사회사업을 제일 먼저 시작하게 하였고 많은 기독교인으로 하여금 사회사업의 현장에서 일하게 하고 있다. 기독교의 중심사상은 사회사업의 전 영역에 특별한 영향을 나타내고 있는 것이다.²⁷⁾

교회의 기능은 교회의 통전적 선교라는 관점에서 고찰했을 때, 전도와 사회적 책임의 이행이라는 실천적인 두 요소를 동시에 가지고 있다. 이 개념을 부연하면 교회의 선교(mission, M)는 전도(evangelism, E)로서 교회 밖의 사람을 구원하고 양육(nurture, N)하며, 교회

24) 이병진 김덕환, “기독교 사회복지사 훈련프로그램의 개발”, 한일신학대학교 사회복지학부, p. 120.

25) 박종삼, “교회사회사업의 정체성 정립의 접근방향”, 한국사회복지협회, 1998, p. 374.

26) 김기원, “기독교사회복지의 학문적 정체성”, 「교회사회봉사연구의 방향성 모색」, 한국교회사회봉사 연구소 Workshop 자료집, 2000년, pp. 40-41.

27) 박종삼, “사회사업의 시각에서 본 교회의 봉사”, op. cit., pp. 176-177.

안에 있는 사람에 대해서는 설교, 심방, 교육, 상담 등의 사역과 봉사(service, S)에 참여하게 하여 사회봉사(social service, S.S)와 사회행동(social action, S.A)을 일상의 생활에서 구현하도록 지원한다. 그리고 친교(fellowship, F)를 통하여 개개인 및 교회, 교파, 다른 나라의 교회들과도 친교와 나눔과 협력을 가능하게 한다. 교회의 통전적인 선교 개념을 등식으로 표시하면 $M = E + S(S.S + S.A) + F$ 가 된다.²⁸⁾ 교회사회봉사는 신학적인 관점에서 따라 사회봉사사업의 영역인 S(S.S + S.A)이 부분이 다양하게 정리될 수 있을 것이며, 개인구원에서부터 사회개혁에 이르는 부분으로까지 나타나게 될 것이다.

기독교의 중심사상은 생명의 종교로서 하나님의 사랑과 이웃사랑의 실천을 통해서 어려움을 겪고 있는 모든 사람에게 봉사하는 것이다. 그리고 신약시대로부터 전도와 봉사는 두 축이 교회의 핵심을 이루어왔다고 볼 수 있다. 이러한 기독교의 중심사상인 이웃사랑과 통전적인 선교는 교회사회봉사와 일반사회사업의 가치에도 중요한 영향을 끼쳤다.

그러므로 노인학교는 하나님의 사랑으로 전도와 봉사와 섬김이라는 측면이 병행되지 않으며 안된다.

3) 교회사회봉사의 사회사업적 역할

교회사회봉사는 한마디로 교회라는 조직의 도움을 받아 이루어지는 사회복지라고 할 수 있다.²⁹⁾ 교회에서 수행하는 바람직한 사회봉사 기준이 무엇인지에 대해서 최성재 교수는 다음과 같이 제시하고 있다. ①정부에서 해야 하나 정부가 하지 못하는 것 ②사회의 변화에 따라 새롭게 나타나는 사회문제나 욕구로서 긴급히 해결이 요청되는 것 ③특수한 지식은 없지만 훈련을 받으면 할 수 있는 것 ④교회가 위치한 지역사회의 특성에 적합한 것 ⑤일회적인 것보다는 지속적인 것 ⑥가능하면 많은 사람에게 도움을 줄 수 있는 것 ⑦최저한의 생계유지나 일생생활유지의 이상의 욕구인 경우는 가장 공통적인 욕구를 충족시켜 주는 것 ⑧필요한 경우 비용의 일부 또는 전부를 받아도 무방한 것으로 말하고 있다.³⁰⁾

박종삼 교수는 교회봉사활동과 일반사회사업의 차이를 설명하면서 교회의 역할을 설명하고 있다. 일반사회사업은 ① 대부분 경우 불우한 사람을 지원하기보다는 사회를 그들로부터

28) 서정운, "선교신학에서 본 사회봉사", 이삼열 엮음 「사회봉사의 신학과 실천」, (서울:도서출판 한울 1992), p. 41.

29) Garland, D.R, 1995. "Church Social Work", Encyclopedia of Social Work(19th). Washington DC: National Association of Social Workers Press, p.475

30) 최성재, "교회사회봉사 사업의 계획과 실천" 대한예수교장로회총회 「사회봉사총람」, 한국장로교출판사, 1993, pp 252-273.

터 보호하려는 프로그램을 실시하는 경우가 많다. ② 사회사업은 불우한 사람들의 복지욕구의 최저선에서 이루어지고 있다. ③ 복지혜택을 받아야 할 인원의 극소수만 도움을 받고 있다. ④ 지역사회에서 복지문제가 야기되어 이것이 사회적 정치적 절차를 거쳐서 제도화되려고 하면 오랜 시간이 걸리게 되고 그동안 많은 사람이 고통을 겪게 된다. ⑤ 공적부조 등 국가의 복지혜택이 주어진다고 해도 사회 안에는 이러한 프로그램으로부터 배제되어 소외된 계층이 있게 된다. 그리고 복지프로그램에는 문제점이 많아 양적 질적 면에서 불우한 사람들의 복지욕구에도 응해주지 못하기 때문에 교회가 지역사회의 미력하나마 관여할 수밖에 없음을 강조하고 있다. 교회사회봉사는 제1안전망인 개인, 제2안전망인 가족, 제3안전망인 국가, 제4안전망인 민간복지단체도 해결하지 못하는 불우한 시민을 도와야 한다고 말하고 있다.³¹⁾ 교회사회봉사의 역할은 안정망으로부터 보호받지 못한 사람을 돕는 것이다.

조흥식 교수는 제도적인 사회복지의 국민복지의 복리를 위하여 개인이나 집단들의 사회적 혹은 인간적인 만족과 성취를 위하여 경제적인 부와 전문적 기술, 서비스체계에 의해 도와주는 전문적인 활동이기 때문에 사랑과 자발성이 결핍되기 쉽다. 그래서 사랑과 자발성을 주요 요소로 하고 있는 교회봉사활동은 하나님의 사랑을 기초로 한 사회봉사활동이기 때문에 제도적인 사회복지에서 결핍되기 쉬운 사랑의 실천을 담당해야 한다고 본다.³²⁾

박영숙 교수는 교회사회복지 역할을 복지다원주의 관점에서 보고 있는 데 국가 사회복지와의 역할분담을 할 때, 교회사회봉사는 국가가 국민에게 제공하는 최저한의 생활보장을 보충하는 방향으로 가야 한다고 본다. 이 보충적인 역할은 두 가지 측면에서 이행될 수 있는데, 하나는 국가가 법의 미흡 또는 법의 경직된 운영으로 인하여 실질적으로 최저 생계수준이하의 생활을 하면서도 국가의 보호로부터 탈락된 사람들에게 대한 지원을 해 주는 것이고, 다른 하나는 국가와 적극적인 파트너십을 이룩하여 국가의 재정보조도 받아 교회가 위탁 운영할 수 있는 사회복지프로그램으로 발전시켜야 한다는 것이다. 전자는 국가 급여에 대한 보충적인 역할을 교회가 담당하게 되고 후자는 서비스전달의 일부를 교회가 담당하게 된다.³³⁾ 교회사회봉사는 기독교적 사랑의 실천과정으로 국가나 민간단체가 할 수 없는 보충적 역할을 수행해야 한다는 것이다.

31) 박중삼, "사회사업의 시각에서 본 교회의 봉사활동", 이삼열편, 「사회봉사의 신학과 실천」, 숭실대 기독교사회연구소, (서울: 한울, 1992), pp. 180-182.

32) 조흥식, "예장 사회복지의 역할과 과제", 대한예수교장로회 총회사회부, 「교회와 사회」 62호(가을호), p. 23.

33) 박영숙, "교회와 사회복지", op.cit., p. 19.

그러므로 노인학교는 사회안전망으로부터 보호를 받지 못하는 노인에 대해서 관심을 가져야 한다. 그래서 지역사회에서 소외된 노인들에 대하여 관심을 가지는 것은 노인학교와 노인복지가 접목을 해야하는 근거가 된다고 볼 수 있다. 그리고 노인학교는 국가나 민간단체가 할 수 없는 보충적 역할을 수행하는 것이라고 할 수 있다.

4) 교회사회봉사와 일반복지 차별성

폴 틸리히는 사회복지의 목적을 3단계로 설명하고 있다. 1단계는 인간이 개별적으로 겪는 직접적인 욕구의 해결이라는 것이다. 즉 개인이 인간다운 삶에 대하여 보장받지 못하는 욕구나 장애 문제를 해결해야 한다는 것이다. 2단계는 사회구조변화를 가져와야 한다는 것이다. 즉 개인의 욕구를 해결되었다고 하더라도 개인의 문제를 계속 양상하는 사회구조를 변화시키지 않으면 안된다는 것이다. 3단계는 개인의 욕구와 사회적 구조가 변화되었다 하더라도 자기존재에 대한 의미를 발견하지 않으면 안된다는 것이다. 아무리 사회복지가 잘 되었다 하더라도 자기존재에 대한 의미를 알지 못하면 사회복지가 완성되지 않는다고 보는 것이다. 일례로 노르웨이 스웨덴 핀란드등은 대표적인 사회복지국가이지만 세계에서 자살율이 높은 것으로 나타났다. 여기에서 폴틸리히가 말한 3단계를 사회복지와 연결해 본다면 1단계는 사회복지서비스라고 말할 수 있고 2단계는 사회복지정책이며 3단계는 사회복지철학이라고 말할 수 있다. 폴 틸리히는 3단계인 사회복지철학영역에서 기독교적 접근을 시도하면서 일반사회복지와 기독교적 차별성을 말하고 있다. 폴 틸리히는 사회사업의 기초에 대하여 사회의 전 조직의 결함과 불안정성에 있다고 보고 있다. 그래서 사회사업은 단순한 응급수단이 아니라 근본적인 인간적 상황으로 끊임없이 변화시켜 가야하는 영속적인 수반물이라는 것이다. 각 개인과 각 상황의 독자성에 대응하여 상황을 감추는 소리없는 소리에 예민하게 귀를 기울여 자발적으로 응답하는 경청하는 사랑이야말로 사회사업철학의 기본적인 원리가 된다고 보고 있다. 그래서 사회사업가와 내담자사이에는 경청, 응답과 변용을 실현하는 아가페적인 사랑이 있어야 한다고 보고 있다. 즉 인간이 겪을 수 있는 곤경과 추악과 죄 깊은 곳까지 찾아들어가서 그것을 정화, 양양하는 사랑이 전제되어야 한다는 것이다.

이러한 관점에서 본다면 교회사회봉사는 하나님의 아가페적인 사랑을 가지고 지역주민들이 겪고 있는 문제와 아픔에 대하여 예민하게 귀를 기울이고 지역주민들의 욕구와 문제에 대하여 대응하면서 세상사람들이 자기의 존재의 의미를 알게 해 주어야 한다는 것이다.

2. 노인복지선교에 대한 접근

1) 노인복지선교 지침

총회에서 발표한 노인복지선교 선언에서 노인들의 위상과 지위가 나아지지 못하고 약화되고 있기 때문에 21세기의 중요한 선교과제로 선언하고 있다. 그래서 그동안 노인을 위하여 노인학교 운영, 무료급식, 독거노인 방문봉사, 양로원, 요양원등을 운영해왔지만 활동영역에서나 전문성에 있어서 보완할 점이 많기 때문에 활성화를 위하여 노인복지선교지침을 마련하게 되었다. 그리고 노인문제를 해결하기 위해서는 사회복지적인 측면과 영적인 측면이 함께 고려되어야 한다는 것이다.

노인복지선교 방향 및 지침에서 노인들이 인간으로서의 가치와 존엄성을 유지할 수 있도록 기본적인 의식주를 보장받을 수 있도록 돕고, 가족과 이웃 및 지역사회에서 소외되지 않도록 필요한 모든 보살핌을 제공해야하며 노인들의 개별적 특성을 존중하고 전인적 차원을 고려하여 모든 노인복지선교 프로그램을 개발하고 보급해야 한다는 것이다. 그리고 노인 및 중고령자의 은퇴 이후의 생활, 여가생활, 자아개발, 그리고 죽음을 준비하는 삶 등에 대한 제반 교육의 기회를 제공해야 한다는 것이다.

이러한 내용을 바탕으로 지교회 차원과 노회 차원과 총회차원에서 해야할 일을 구체적으로 제시하고 있다. 그 중에 노인복지와 지역교회 노인복지의 접목은 총회차원에서 보면 중요한 노인복지선교에서 중요한 영역이라고 할 수 있다.

2) 노인복지를 통한 선교에 대한 전망

(1) 국가나 지방정부에서 교회에 복지주체로서 노인복지사업을 위탁할 것이다. 대표적인 것이 노인복지관, 가정파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업등 재가복지사업에 대한 수탁을 받을 준비가 필요하다.

(2) 노인들이 만성질환자가 늘어남으로써 요양보험이 실시되었다. 요양시설을 할 수 있는 교회가 참여할 필요성이 있다.

(3) 교회의 노인복지를 통한 선교에 있어서 일반적인 사회복지적 접근으로서는 교회는 한계가 있기 때문에 성서적 접근에서 사회복지적 접근이 필요하다. 그 예로서 일반적 복지는 노인을 객체 대상으로 여기지만 성서는 공경의 대상이며 배움의 대상이며 시대의 어른으로서

제시하고 있기 때문이다.

(4) 60세 은퇴로 보고 평균수명이 80세로 본다면 20년에 대한 삶의 질을 높일 수 있는 프로그램에 대한 개발이 필요하다.

(5) 교회는 고령화시대에 대하여 관심을 가지고 교회가 참여할 수 있는 사회복지 프로그램을 개발하여 사회 주도적인 역할을 해야 한다.

(6) 노인의 삶의 주기와 심리적 특성, 사회환경을 고려한 고령화사회에 대한 하나님의 부르심이 무엇인가를 연구하며 응답하며 살아가야 한다.

(7) 노인의 커다란 삶의 변화를 가져다 줄 정보화시대에 노인의 역할과 정체성을 모색하는 것이 필요하다.

3. 고령화시대의 노인대학 의미

1) 지역교회 노인대학의 실태

고령화 사회를 맞이하면서 대부분의 교회가 노인학교, 노인대학, 노년학교, 실버대학등 다양한 이름으로 노인학교를 실시하고 있다. 그리고 한국교회노인학교연합회가 조직이 되고 체계적인 교육이 실시되고 있는 것은 교회들의 노인학교에 대한 욕구가 반영된 것이라 생각이 든다. 사실 노인학교는 1972년 감리교 계통의 종로 태화관에서 시작된 평생교육원이었고 이것은 노인학교의 시작이라고 할 수 있다. 그 후 한국성인교육회, 대한노인회, 적십자장년봉사단, 새마을봉사단등 일반사회단체에서도 노인학교를 시작하였다. 이때는 노인학교가 평생교육 차원에서 이루어졌다.

그러나 최근에는 교회에서 실시되고 있는 노인학교는 대체로 평생교육차원의 의미도 있지만 노인복지적 차원의 성격이 강하다. 교회들이 노인들에 대한 선교차원과 복지적 차원이 고려되어 실시하고 있다. 그리고 노인학교가 어린이집과 같이 교회에서 쉽게 접근할 수 있는 프로그램이었기 때문에 활성화가 되었다. 그리고 노인학교는 노인복지법 36조에 있는 여가시설로서 노인교실과 같은 성격이다. 그래서 노인학교에서 복지적인 관심을 가지는 것은 당연한 일인지도 모른다. 뿐만 아니라 노인학교를 기반으로하여 대부분의 교회는 노인복지 프로그램을 실시하고 더 나아가 노인복지시설을 갖추려고 노력하고 있다.

그러나 노인학교가 많이 늘어났지만 노인학교에 대한 운영의 문제점들이 지적되어 왔는데 노인학교 설립목적, 예산과 경비문제, 강사문제, 특기지도문제, 특활운영의 내용과

방법, 도시 농어촌지역의 노인대학 운영, 연합회운영등이다.³⁴⁾ 이중에서도 여기에서 관심을 갖는 것은 설립목적과 관련된 것으로 기독교적 정체성을 유지하면서 노인학교가 어떻게 노인복지와 접목을 가질 것인가에 관심을 가져야 합니다. 노인대학은 지역 어르신을 넘기는 가장 중요한 역할을 하고 있다. 그래서 노인복지관은 이를 지원하고 연계하여 보다 활성화하도록 하기 위한 전략을 세우게 되었다

2) 노인복지관과 지역교회 연계

대전 대덕한빛교회에서 수탁받은 유성구노인복지관은 단순히 지역사회 안에서 노인복지관이 아니라 고령화의 위기를 넘기기 위해 어떻게 지역교회와 함께 할 수 있는 방안을 모색하게 되었다. 그 중에 하나는 동별로 지역교회를 선정하여 지역교회와 공동으로 노인대학을 실시하는 것이었다. 그래서 지역교회에서는 장소와 점심을 제공하고 노인복지관은 강사와 노인복지관련 정보와 노인복지서비스를 제공하는 것이었다. 처음에는 3개교회 중심으로 시작되었다. 그래서 점차 독자적으로 교회가 노인대학을 할 수 있을 때 노인복지관은 다른 교회를 지원하는 방식을 채택하였다. 그리고 지역교회 노인대학을 실시하면서 한계도 느끼기도 하였다. 그것은 담당인력의 한계와 복지예산 지속적 지원이 어려움이 있었다. 그럼에도 불구하고 지역교회의 협력이 되어 지속될 수 있었다.

노인대학 지원하면서 지원에 대한 체계적인 접근을 위하여 지역교회의 협의체 구성이 필요하게 되었다. 그래서 2005년부터 지역교회 협의체를 가지고 시작이 되었으나 지역교회와의 공감대가 부족하였고 운영미숙으로 잠시 소강상태를 가지게 되었다. 이를 위한 극복 방안을 고민하던 중 어르신 리더를 길러 지역교회에 파견하는 것이 좋을 것 같았다. 그리하여 대덕한빛교회 노년학교를 믿는 사람들을 중심으로 영성과 복지관련 교육을 통하여 어르신리더를 길러내는 체제로 전환하였다. 그래서 지역교회 장로님과 권사님, 집사님을 중심으로 영성과 노인복지관련 교육을 실시하여 리더로서 자질을 갖추는 데 최선을 다 하였다. 이 분들을 복지관에서서 실버플랜너교육, 어르신리더양성교육, 웰다잉교육등도 받게 하였다. 그리하여 이 분들을 노인일자리로 만들어 지역노인대학과 경로당에 강사로 파견하여 지역사회를 리더하도록 하였다.

이러한 어르신 리더 파견으로 인하여 지역교회와 연계가 잘되어 2010년 다시 지역교회협의체를 만들어서 지역교회와 연계한 프로그램을 가지게 되었다. 노인복지관이 가지고 있는

34) 박종삼, 교회사회봉사 이해와 실천, pp 200-223

장점과 지역교회가 가지고 있는 장점을 살려서 지역사회를 살리기 위한 일을 시작하고 있다. 한 사례는 극동방송과 연계하여 지역교회협의체와 공동으로 추석맞이 행복특강을 실시하기도 하였다.

지금 지역교회는 노인대학, 노인요양센터, 지역아동센터등을 운영하고 있다. 이 복지시설이 잘 운영할 수 있도록 운영지원책을 마련하고 있다. 지역 공공기관과 교회 그리고 노인복지관과 연계하여 고령화 위기를 넘길 수 있는 지역사회 안전망을 만들기 위한 노력들을 하고 있다. 지금은 미약하지만 끝은 창대하리라고 하신 말씀을 의지하여 계속 나아가고자 한다.

3) 구체적인 프로그램 사례

(1) 지역 재가노인을 위한 자원봉사

노인복지관은 동사무소를 통하여 재가어르신 명단을 확보하고 지역교회 노인대학에 나오는 어르신들을 어르신 일자리 사업으로 선발하여 자원봉사교육한 후에 결연을 한다. 그러면 결연을 통하여 재가어르신은 위안이 되고 어르신 자신에게 보람을 느끼게 된다.

(2) 복지관과 노인학교 연계한 프로그램

지역 노인복지관은 복지관이 실시하고 있는 복지사업을 지역교회에 지원을 한다. 예를들면 한방진료, 이미용서비스, 강사지원, 노인복지정보, 결연서비스, 소득에 관한 정보와 참여등이다. 주간보호, 단기보호, 가정봉사원파견등일 필요한 노인이 있으면 지역에 있는 요양센터와 연결해 준다.

(3) 보건소와 노인대학 연계한 프로그램

보건소에서는 지역을 위하여 나가서 실시하는 진료들이 있다. 그것을 노인복지관이 연계하여 노인대학에 유치하게 하여 프로그램을 실시 할 수 있다. 예를들면 혈당 혈압측정, 당뇨중식회등이다.

(4) 지역 상담센터와 연계한 프로그램

현재는 상담센터운영이 활성화되어 있어 상담과 관련있는 대학이나 상담기관에서

노인에 대한 상담분야가 개척되어 있다. 그 분야에 교수님을 한번 초청하여 강의를 듣고 정기적인 상담을 요청하면 지원을 받을 수 있다.

(5) 평생교육원과 연계한 프로그램

평생교육원은 노인대학과 관련이 깊다. 그러므로 평생교육원에서는 배운 것을 실습하게 되는 데 그것을 노인학교에 지원받을 수 있다. 예를들면 풍선아트나 차밍댄스를 배운 학생들이 있는 데 실습이 할 곳을 찾는다. 이것을 지원받으면 무료로 좋은 교육이 될 수 있다.

(6) 국민보험공단이나 건강검진기관과 연계한 프로그램

국민보험공단이나 건강검진기관에서는 질병예방차원을 강조하고 지역사회에 나가서 예방교육을 실시하고 있다. 이 기관과 접촉하면 의료에 관한 강의를 무료로 지원받을 수 있다.

(7) 지역 어린이집과 유치원과 연계한 프로그램

지역 어린이집과 유치원에서는 가정에 대한 단원이 나오거나 가정에 달이 되면 노인을 찾는 프로그램이 있고 연말연시에는 발표를 한다. 이것을 활용하여 어린이들이 노인학교에서 발표회를 같이 할 수 있다. 같은 교회 안에 있다면 더욱 좋다. 부활절, 추수감사절, 성탄절 때 가진 프로그램을 함께 나눌 수 있다. 그리고 소풍을 함께 가는 것도 1,3세대 통합 프로그램으로 좋다.

(8) 경로당과 연계한 프로그램

한 경로당을 초청하여 노인학교 프로그램에 참여하게 함으로써 노인학교에 관심을 가지게 하고 참여를 유도할 수 있다. 그리고 주변 경로당의 임원들을 초청하여 노인대학에 대한 설명을 하고 참여를 유도할 수 있다. 경로당 임원들은 정기적으로 접촉하면 좋은 일군이 될 수 있다. 그리고 교회를 중심으로 경로당 활성화사업을 자체적으로 실시할 수 있다.

(9) 게이트볼 대회 참여

주변 교회나 게이트볼을 하는 팀과의 정기적인 교류를 하거나 게이트볼대회를 개최한다

면 노인들의 대외적 관계가 넓어지고 내부적 결속이 강화된다.

(10) 지역단체장이나 의원 초청간담회

지역의 단체장이나 의원을 초청간담회를 가지면 노인들의 복지적인 욕구나 교육적 욕구를 말하게 함으로써 노인들의 의사가 반영되어지는 계기가 된다. 단체장이나 의원은 모든 것이 투표로 결정되기 때문에 오는 것에 대하여 좋아한다.

(11) 컴퓨터 교육기관과 연계한 프로그램

노인을 위한 컴퓨터교육을 대학이나 학원에서 무료로 실시하고 있기 때문에 기관과 연계하여 컴퓨터교육을 실시할 수 있다.

(12) 일반사회단체에서 실시하는 프로그램에 참여 권유

생명의 전화, 노인의 전화, 상담교육등 복지에 관련된 기관에 참여하여 봉사하게 함으로써 보람을 가지게 한다.

V. 결론

노인학교는 노인들이 가지고 있는 문제와 욕구에 대하여 하나님의 사랑을 가지고 전인적인 구원이 이루어지도록 해야하며 노인학교는 평생교육적 차원, 복지적 차원, 선교적 차원에서 고려되어 운영이 되어질 때 일반 노인학교와는 차별성이 있는 노인학교가 될 것이다.

그리고 노인학교는 국가나 지방자치단체의 사회복지정책에 대하여 상호보완적 역할을 수행하고 더 나아가 국가나 일반사회단체가 할 수 없는 사회안전망에서 탈락된 노인들에 대해서 깊은 관심을 가져야 한다. 교회의 노인학교는 일반적인 노인대상으로 하는 것이 아니라 정말 소외되고 사회안전망에서 빠져 있는 사람들에 대해서도 관심을 가져야 한다. 이러한 측면에서는 노인복지적 접목이 필요하다.

다가오는 고령화사회를 대비하여 단순한 평생교육차원을 넘어서 이 사회가 안게 될 고령화 문제에 대하여 깊은 관심을 가지고 새로운 대안을 모색하는 자리가 되어야 한다.

참고자료

생활권별 지역교회 노인대학 활성화 사업 구축

I. 시책 및 사업개요

1. 기본방향

- 유성구 지역 노인들에게 지역교회협의회를 통하여 공동으로 그리스도의 사랑을 알게하고 교회의 사역을 이해하고 간접적인 전도를 하게 한다.
- 각 교회의 노인복지 역량을 향상시키고 지역자원을 연계하여 지역교회협의체의 모델을 형성한다
- 현재까지는 복지프로그램이 접근성을 도외시한 시설중심으로 이루어져 왔으나, 앞으로는 유성구의 전체를 생활권역별로 분할하고, 그 지역 특성에 맞는 다양한 복지프로그램을 개발 운영토록 함

2. 생활권 구분(10) (교회)

- ① 진잠동 (대전동안교회)
성북동, 세동, 송정동, 방동, 원내동, 교촌동, 대정동, 용계동, 학하동, 계산동
- ② 구즉동 (솔내교회)
봉산동, 탑립동, 용산동, 관평동, 송강동, 금고동, 대동, 금탄동, 신동, 둔곡동, 구룡동
- ③ 전민동 (전민제일교회)
문지동, 원촌동, 전민동
- ④ 신성동 (신성교회)
신성동, 가정동, 도룡동, 장동, 방현동, 화암동, 덕진동, 하기동일부, 수남동, 안산동, 외삼동, 반석동
- ⑤ 온천1동 (유성교회)
봉명동, 구암동, 덕명동, 원신흥동, 상대동, 복용동
- ⑥ 온천2동 (대덕한빛교회)

궁동, 어은동, 구성동, 장동, 방현동, 화암동, 덕진동, 하기동일부, 추목동
자운동, 신봉동

3. 복지시스템 구축

- 제 1 단계 : 생활권역 복지서비스 및 운영위원회 조직
 분회회장, 동장, 보건소지소, 새마을금고 이사장, 동부녀회장, 구의원
- 제 2 단계 : 5개지역 실시/ 서비스내용 개발
 지역교회협의체 모임 실시
- 제 3 단계 : 시범운영 문제점 도출 및 대책 강구

4. 복지서비스 내용

- ① 무료한방진료 : 대전대학교 한의학과 원서학회 공동주관 (월1회)
- ② 무료이미용 : 미용학원과 권역별 연결하여 실시토록 함 (4회)
- ③ 노인지도자과정 : 실버플랜너, 웰다잉, 노인지도자교육, 영성훈련
- ④ 노인대학 : 월 1회 (1월, 7, 8월 방학)
- ⑤ 네트워크사업 : 경로당 컴퓨터 설치 및 교육 (대덕대학)
- ⑥ 5개지역 노인회장 초청간담회 (2회)
- ⑦ 지역운영모임 (2회)
- ⑧ 채소뱅크운영 (오정동 농산물 시장, 어은동 농산물 시장 연결)
- ⑨ 재가어르신 도시락 제공
- ⑩ 그린카드사업 실시
- ⑪ 교회어르신 참여와 연합행사 실시
- ⑫ 노인일자리와 연계

5. 지역교회협의회 내용

- ① 지역노인대학 활성화 사업 내용 확정
- ② 지역교회협의회 정기모임
- ③ 지역교회 복지 담당자 결정
- ④ 지역교회협의회 방향 설정
- ⑤ 그린카드사업 참여 요망