

산모·신생아 건강관리 지원의 인력관리 진단과 개선 방안¹⁾

김자연 부연구위원

우리나라 중앙과 지방정부는 인구 고령화와 출산을 감소의 대안으로 임신·출산에 대한 전방위적인 지원을 통해 출산율 상승을 도모하였다. 임신·출산 건강관리 지원정책은 크게 비용 지원과 서비스 지원으로 구분된다. 서비스 지원의 경우, 출산 이후 산모와 신생아 혹은 출생아의 건강관리와 성장·발달에 초점을 맞추어 초기 출산 시점에 집중적으로 제공되고 있다. 임신·출산 건강관리 지원정책 중 서비스 지원은 출산 이후부터 서비스 이용 시점에 따른 시간 순서로 1) (공공)산후조리원 설치 및 운영, 2) 산모·신생아 건강관리 지원 사업, 3) 생애 초기 건강관리 (시범) 사업이 대표적이다. 이 글에서는 산모와 신생아 건강관리에 초점을 맞추어 건강관리 지원에 대한 인력 기준과 양성 교육에 대해 살펴보고 효율적인 인력관리 방안을 마련해보고자 한다.

1. 서론

우리나라의 중앙 및 지방정부는 지속적인 출산율 감소와 출산연령 증가추세에 따라 다양한 임신·출산 건강관리 지원정책을 개발하여 시행하고 있다. 임신·출산 건강관리 지원정책은 주로 임신과 출산의 과정을 직접 겪는 임산부와 태아, 혹은 출생아에게 초점을 맞춘 비용 지원과 서비스 지원으로 구분된다.

비용 지원의 경우, 임신부터 출산, 그리고 초기 양육과정에 이르는 의료비 지원이 대표적이며 의료비 지원은 바우처 사업을 통한 비용 지원으로 이루어지고 있다. 의료비 지원정책은 지

원규모나 방법에 대한 적정성 논의는 있을 수 있으나 인력관리와는 직접적인 연관성이 없다. 따라서 이 글에서는 임신·출산 건강관리 지원 정책 중 서비스 지원을 중심으로 개별 서비스 내용과 서비스 제공 인력의 특성과 문제점을 살펴보고자 한다.

임신·출산 건강관리 지원정책의 서비스 지원은 산모와 신생아의 건강을 관리하고 초기 양육 과정에서 겪는 어려움을 해소하는 데 초점이 맞추어져있으며, 임신·출산 건강관리 서비스 지원 정책은 출산 이후 산후조리 방법에 따라 구분되어 진다. 2021년 산후조리 실태조사에 따르면 산후조리 장소로 대다수의 산모가 산후조리원

1) 본고는 육아정책연구소 수시과제인 「산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력관리를 중심으로(김자연·이정원·조혜주, 2022)」의 내용을 토대로 작성하였음.

(81.2%)²⁾을 이용하고 있으며, (김자연·이정원·조혜주, 2022)에서 조사한 결과에 따르면 출산 이후 4주차부터는 출산모의 본인 집(73.3%)에서 산후조리를 하는 비중이 높았다.³⁾ 임신·출산 건강관리 서비스 지원의 목적과 출산 이후 산후조리 행태를 고려해보면 서비스 지원은 공공산후조리원 설치 및 운영, 재가 산후조리 지원을 위한 「산모·신생아 건강관리 지원사업」, 초기 양육과정을 지원하는 「생애초기 건강관리 사업」⁴⁾이 대표적이다. 그런데 공공산후조리원 설치 및 운영은 산후조리원 이용에 대한 비용 및 지리적 접근성 등이 문제시되어 지자체단위에서 시행하고 있어 보편적 성격의 다른 두 개 사업과 뚜렷하게 구분된다. 따라서 본 고에서는 「산모·신생아 건강관리 지원사업」과 「생애초기 건강관리 사업」 위주로 산모·신생아 건강관리 지원에 대한 검토 및 개선방안을 살펴보고자 한다.

재가서비스 형태를 띠는 「산모·신생아 건강관리 지원사업」은 출산가정에 건강관리사를 파견하여 산모의 산후 회복과 신생아의 양육을 지원하고, 출산가정의 경제적 부담을 완화시키는 것을 목적으로 한다.⁵⁾ 산후조리 이후 초기 양육을 지원하는 「생애초기 건강관리 사업」은 영아기부터 건강한 출발을 지원하는 체계를 마련할 목적으로⁶⁾ 훈련된 간호사와 사회복지사가 출산가정을 방문하여 맞춤형 건강관리 교육(건강관리, 육아 정보 제공, 정서 지원 등)과 사회심리적인 지원을 수행한다.

「산모·신생아 건강관리 지원사업」과 「생애초기 건강관리 사업」은 재가서비스 형태를 통해 출산 및 양육을 지원하는 공통점이 있는 반면, 서비스 제공인력의 요건과 서비스 제공을 위한 방문기간(횟수)에 큰 차이가 있다. 특히 「산모·신생아 건강관리 지원사업」은 「산모·신생아 건강관리 및 지원」과 「출생 가구 가사 지원」을 동시에 제공하므로 다용합 서비스의 성격을 띠고 있다.⁷⁾ 이와 더불어 인력기준 및 양성 교육과정에서도 큰 차이가 있으며, 지역적 특성에 따라 인력 양성 및 서비스 제공이 요원하지 않은 경우도 많다. 이러한 특성으로 이용자 요구도와 서비스 제공자인 건강관리사가 제공하는 서비스의 범주와 세부적인 내용의 차이, 이용자의 서비스 전문성과 서비스 질에 대한 개선 요구, 건강관리사의 처우개선 요구 등이 복합적으로 얽혀있어 다각적인 측면에서 서비스 제공인력에 대한 관리와 개선이 요구된다.

따라서 이 글에서는 임신·출산 건강관리 지원정책 중 서비스 지원에 대해 구체적으로 다음 영역을 검토하고자 한다. 첫째, 산모와 신생아의 건강관리 및 초기 양육과정을 돕기 위한 서비스 지원의 종류를 살펴보고자 한다. 둘째, 서비스를 제공하는 건강관리 인력의 특성과 문제점에 대해 진단하고자 한다. 마지막으로, 현재의 서비스 제공 형태에서 인력관리 부문에 개선요구를 발굴하여 이에 대한 개선 방안을 제시하고자 한다.

2) 이소영·최인선(2021), 2021년 산후조리 실태조사 분석, 보건복지부·한국보건사회연구원, p.46.
 3) 김자연·이정원·조혜주 (2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력관리를 중심으로, 서울·육아정책연구소, p.134.
 4) 본문에 해당 사업에 대해 「(시범)」이라는 용어를 때에 따라 붙이기도 하고 제외하기도 하였는데, 이는 해당 사업에 대한 용어가 아직 통일되지 않았기 때문이며 동일 사업을 지칭하고 있음.
 5) 보건복지부 홈페이지, 사회서비스, 사회서비스사업, 산모·신생아 건강관리 지원사업. https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06360201&PAGE=1&topTitle= (인출일: 2023. 4. 20)
 6) 한국건강증진개발원 홈페이지, 생애초기 건강관리 시범사업. https://www.khepi.or.kr/board;jsessionid=11LP7YviOpE4tZmGGPekftd11No1W3s82BWxPPe1KG1gACTxDyk5aoCSNQe30dr.khealth-was_servlet_khealth2018?menuId=MENU01688&siteId=null- (인출일: 2023. 4. 20)
 7) 김자연·이정원·조혜주 (2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력관리를 중심으로, 서울·육아정책연구소, p.110.

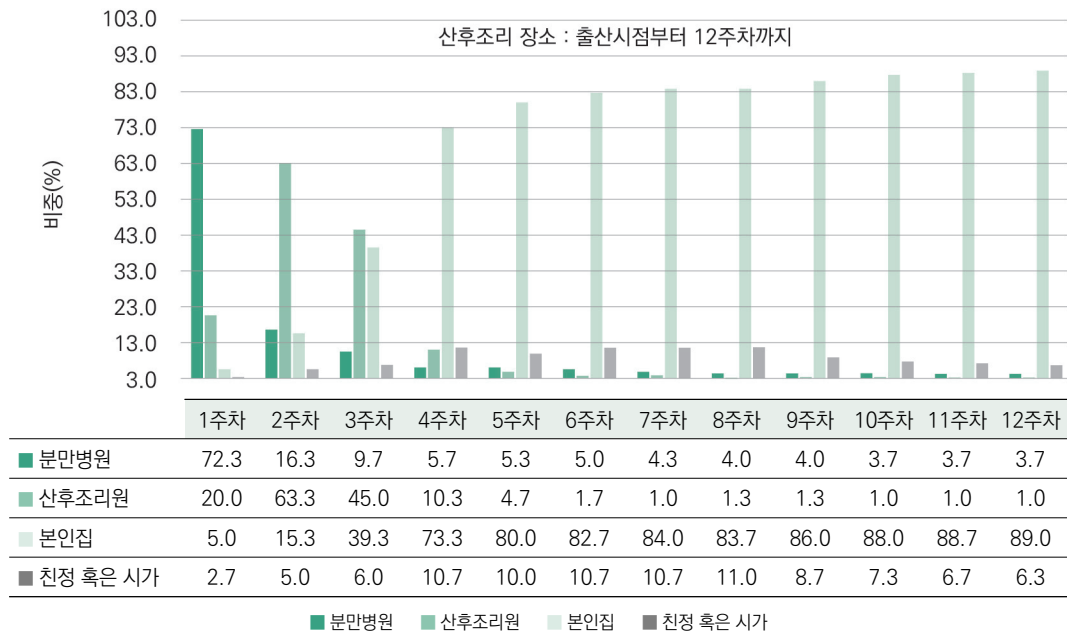
2. 산모·신생아 건강관리 서비스 지원정책 및 인력양성

가. 산모·신생아 건강관리 서비스 지원정책 개요

산모·신생아 건강관리의 서비스 지원정책은 주로 산모와 신생아의 건강을 동시에 관리할 수 있는 산후조리와 밀접하게 연관되어있다. 공공 영역에서 산모와 신생아 건강관리에 대한 서비스 제공은 출산 이전 시점에 보건소를 통해 제공되는 의료 및 보건 영역의 서비스를 포함할 수 있겠으나 본 고에서는 출산 이후 시점만으로 한정짓겠다.

따라서 출산 이후에 이루어지는 공적 영역의 서비스 지원은 크게 다음의 세 가지: 1) 공공산 후조리원, 2) 산모·신생아 건강관리 지원사업, 3) 생애 초기 건강관리 사업을 중심으로 서비스 제공인력의 양성 및 규모에 대해 살펴볼 필요가 있다.

최근 출산모의 산후조리 장소 및 산후조리 돌봄을 제공하는 대상자에 대한 소규모 조사가 2022년에 진행되었다. 이 조사 결과를 바탕으로 2021~2022년 출산을 한 여성들의 출산시점부터 12주차 (대략 3개월)까지 산후조리 장소는 시간의 흐름에 따라 분만병원, 산후조리원, 본인 집으로 이용 비중이 이동하고 있음을 확인하였다.



[그림 1] 2021~2022년 출산모의 출산이후 12주차까지 산후조리 이용 장소 (단위: %)

자료: (내부자료) 육아정책연구소, 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 이용자 대상 온라인 설문조사 결과⁸⁾

8) 산모·신생아 건강관리 지원사업」의 온라인 조사 응답자는 2021년 1월부터 2022년 9월까지 출산 경험이 있는 55세 이하 여성을 대상으로 하며, 조사 기관의 자체 패널을 대상으로 설문조사를 진행하였음.

집 중 조 명

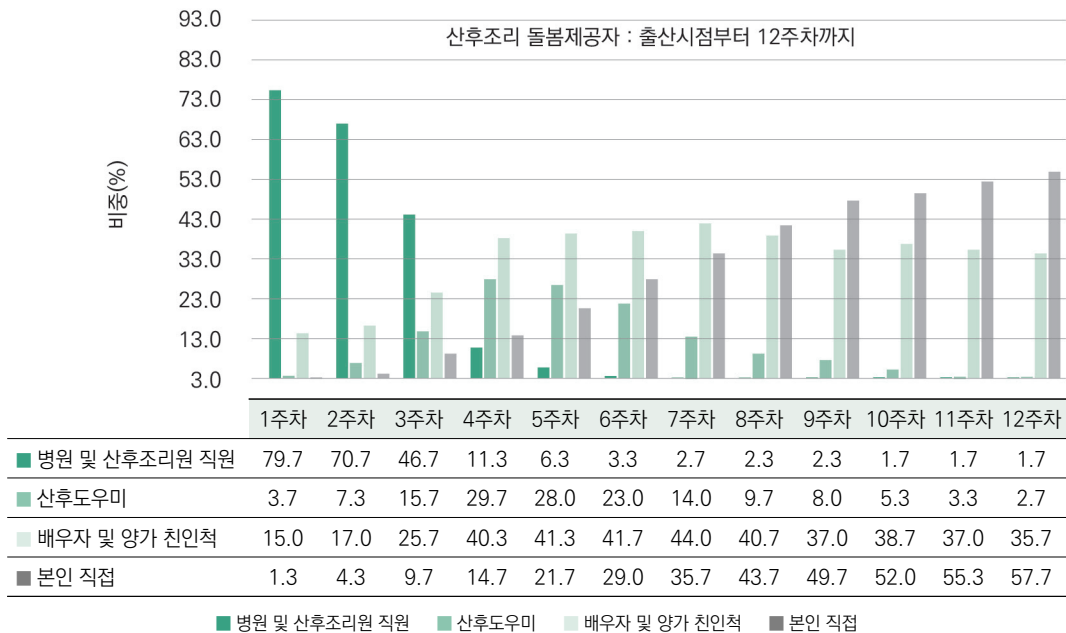
산후조리 돌봄 제공자도 이에 따라 병원 및 산후조리원 직원, 산후도우미, 배우자 및 양가 친인척, 본인의 순서로 변화되고 있음을 확인할 수 있었다. 이 결과를 통해 출산 이후 병원 및 산후조리원과 같은 기관서비스를 이용하고, 이후 본인 집으로 복귀하여 산후도우미나 배우자, 양가 친인척의 도움으로 산후조리를 지속하는 것이 일반적인 행태임을 확인할 수 있었다.

출산이후 산후조리 장소에 대한 시간적 비중 변화를 고려하여 개별 서비스 지원정책에 대한 기술 순서는 출산이 이루어진 시점을 시작으로 임산부의 서비스 이용에 따른 시간적 순서를 따랐다.

1) 공공산후조리원 설치 및 운영

공공산후조리원은 모자보건법 시행령으로 공공산후조리원의 설치기준 등 (제17조의6 관련)에 따라 시행되고 있으며 관내 산모와 신생아의 건강증진과 출산과 양육에 유리한 환경을 조성하여 출산가정의 경제적 부담을 경감시키는 것을 목적으로 한다. 공공산후조리원의 운영형태는 임산부와 영유아가 함께 생활하는 데 필요한 시설을 갖추어 모자동실의 형태로 운영되고 있다.

시·도지사 또는 시장·군수·구청장은 공공산후조리원을 운영할 때 감염 및 안전 관리, 모자동실 운영 등, 이용자 부담 및 저소득 취약계층



[그림 2] 2021~2022년 출산모의 출산이후 12주차까지 산후조리 돌봄 제공자 (단위: %)

자료: (내부자료) 육아정책연구소, 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 이용자 대상 온라인 설문조사 결과⁹⁾

9) 산모·신생아 건강관리 지원사업」의 온라인 조사 응답자는 2021년 1월부터 2022년 9월까지 출산 경험이 있는 55세 이하 여성을 대상으로 하며, 조사 기관의 자체 패널을 대상으로 설문조사를 진행하였음.

의 우선 이용, 행정적·재정적 지원, 실태조사 및 평가에 관해서 규정하고 있다.¹⁰⁾ 공공산후조리원 이용은 관내 거주자를 우선으로 하며, 민간산후조리원보다 이용비용이 대체로 낮다. 특히 이용자가 감면 사유 대상자에 해당될 경우¹¹⁾ 할인된 비용으로 산후조리원 서비스를 이용할 수 있어 비용지원의 특성도 갖추고 있다.

2) 「산모·신생아 건강관리 지원사업」개요

「산모·신생아 건강관리 지원사업」은 2006년에 「산모·신생아 도우미 지원사업」으로 저소득 출산가정 지원을 목적으로 시작되었다.¹²⁾ 이후 점진적으로 소득 기준이 확대되면서 2021년 5월을 기점으로 기준중위소득 150%까지 더 크게 확대되어¹³⁾ 더 많은 출산가정에서 「산모·신생아 건강관리 지원사업」의 혜택을 받을 수 있게 되었다.

이 사업의 도입 초기에는 필수 서비스로 산전후 건강관리, 가사 지원(식사 준비 등), 신생아 건강관리, 돌봄 서비스가 제공되었다. 이후 2015년에 표준서비스 제공내용이 도입되면서 서비스 내용이 표준화되었다. 표준화된 서비스의 내용은 산모 건강관리, 신생아 건강관리, 산모 정보 제공, 가사 활동 지원, 정서 지원, 기타 항목으로 구분되어 있다. 표준서비스에서 제공되는 서비스 이외에 부가서비스(예- 큰 아기 돌보기, 직계존속, 기타 가족 관련)에 대한 요구도

있어 2010년 시점부터 이용자가 부가서비스를 추가 구매할 수 있다.¹⁴⁾

3) 「생애 초기 건강관리 (시범) 사업」¹⁵⁾ 개요

생애 초기 건강관리 사업은 지역보건법 제11조 및 모자보건법 제10조에 근거하여, 임산부와 만 2세 미만 영아기의 맞춤형 건강관리 교육 및 심리·사회적 지원을 통한 건강 수준 향상과 부모의 양육역량을 강화하는 것을 목적으로 한다. 이 사업은 2020년 시범사업의 형태로 시작되었으며 지자체 보건소를 기반으로 임신·출산 가구를 대상으로 간호사와 사회복지사가 재가 방문을 통해 관련 서비스를 제공한다. 방문형 서비스 제공은 산모 우울 등의 위험성이 높을 수 있는 가정을 대상으로 사회생태학적 위험요인에 대해 파악하고 이들 가정에 지속적으로 개입하여 양육 지지 환경을 조성함으로써, 출생 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하고자 한다¹⁶⁾.

생애 초기 건강관리 (시범) 사업은 보편서비스 제공을 목표로 보건소 등록 임산부를 대상으로 건강평가를 시행하며, 평가 결과에 따라 기본방문 및 지속 방문 군으로 분류하여 산모와 신생아에 대한 서비스를 제공한다.¹⁷⁾ 기본방문 대상의 경우 간호사가 출산 후 8주 이내 1회 가정을 방문하여 산모의 영양, 운동, 수면 등 기본적인 건강 상담과 정서적 지지, 신생아 성장 발달 확인, 수유·육아 환경 등 아기 돌보기에

10) 모자보건법 시행령[별표 2의2], 공공산후조리원의 설치기준 등(제17조의6 관련)
 11) 공공산후조리원 감면 대상자는 국민기초생활 수급자, 차상위계층, 장애인, 다문화가족, 둘째아 이상 출산 산모 등으로 다양한 감면 요건이 있음.
 12) 보건복지부·인구이동정책관실 출산지원팀(2006), 2006년도 산모·신생아 도우미 지원사업 지침, p.5.
 13) 보건복지부(2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, p.4.
 14) 부가서비스 가격은 서비스 제공기관에서 자율적으로 결정하여 시군구에 신고하고, 시군구는 이를 공지하게 되어 있다.
 15) 생애 초기 건강관리 (시범) 사업은 서울시의 '서울 아기 건강 첫걸음' 사업을 모체로 하며, 보편적 요소와 선별적 요소로 구분하여 보편 방문을 통해 산모와 신생아의 건강관리와 신생아 돌보기에 대한 정보를 제공하며 지속 방문을 통해 아동 건강 발달 취약 가정 대상 아동과 상호작용 지지, 엄마 지지, 아동 발달 정보를 제공한다.
 16) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.4
 17) 보건복지부 보도자료(보도 일자: 2021. 4. 1), 엄마와 아기의 건강 지킴이, 생애 초기 건강관리사업 7월부터 확대 실시, https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=364939. (인출일: 2023. 3. 21)

관한 교육 등의 서비스를 제공한다. 지속 방문 대상은 우울감, 심각한 스트레스 등으로 인해 건강한 임신·양육에 어려움을 겪는 임신부를 대상으로 출산 전부터 아이가 24개월이 될 때까지 서비스를 제공하며, 평균 25회~29회 방문이 이루어진다.

생애 초기 건강관리 (시범) 사업은 산모와 신생아의 건강관리뿐만 아니라 양육 서비스 지원, 가정폭력이나 소아발달 문제 등과 관련된 다른 지역사회 자원과도 적극적으로 연계할 수

있도록 사회복지사 전담 인력도 포함하고 있다.

나. 산모·신생아 건강관리 인력 요건 및 관리 기준

1) (공공)산후조리원¹⁸⁾ 서비스 제공인력

공공산후조리원 건강관리 서비스 제공 인력을 포함한 산후조리원 종사자는 보건복지부 지정 산후조리원 종사자 교육기관을 통해 검역

〈표 1〉 산모·신생아 건강관리 서비스 지원정책 및 내용

사업 구분	서비스 제공내용	서비스 제공 방법	서비스 개시	주기(횟수)	서비스 제공 인력
산후조리원	① 공공형 ② 민간형	① 공공형 -저소득 취약계층 우선 이용 ② 민간형 -별도의 기준 없음	출산 이후 시점부터 대체로 2~7일 이내	① 일반적으로 주 단위로 서비스가 제공됨 ② 1주~2개월 사이에 산모의 필요에 따라 기간을 자율적으로 조정하여 이용함.	- 간호사, 간호조무사 -기타인력 (조리사 등)
	산모·신생아 건강관리 지원사업	방문 재가 서비스	① 출산 예정일 40일 전부터 출산일로부터 30일까지 서비스 신청 가능 ② 바우처 유효기간은 원칙적으로 출산일로부터 60일까지임	① 태아 유형, 출산 순위, 서비스 기간 선택(표준형·단축형·연장형) 등에 따라 바우처 지원 기간 차등화 ② 단태아 5~20일, 쌍태아 10~20일, 삼태아 이상 15~25일	- 산모·신생아 건강관리사
생애초기 건강관리 (시범)사업	① 기본방문 - 건강관리, 육아 정보 제공, 정서 지원 ② 지속방문 - 모자애착 강화, 양육역량 향상 등	① 기본방문 - 생애초기건강관리사업에 등록된 모든 임신부 ② 지속방문 - 기본방문 대상자 중 지속적인 방문 관리가 필요한 고위험군 임신부 및 영유아	① 기본방문 - 출산 후 8주 이내 ② 지속방문 - 출산 전부터 가능	① 기본방문 - 출산 후 8주 이내 1회 방문 ② 지속방문 - 출산 전~출생아 만 24개월까지 3~24회 방문	- 간호사 - 사회복지사

출처: 김자연·이정원·조해주(2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로, p. 28.

및 안전에 대한 교육을 이수해야 한다.¹⁹⁾ 해당 교육은 감염의 위험으로부터 임신부와 영유아를 보호하기 위하여 감염예방, 감염 발생 시 대응, 교육·훈련 등이 포함된 감염관리계획 수립, 공공산후조리원 내 감염 전파의 위험요인에 대해 점검·평가 및 개선 활동에 대한 내용을 포함한다. 이와 더불어 공공산후조리원 종사자에 대해서는 감염 발생 상황별 조치요령에 관한 교육·훈련을 매년 1회 이상 실시하도록 규정되어 있다.

「산후조리원의 인력 및 시설 기준」에 따라 일반적인 산후조리원과 동일하게 (공공)산후조리원의 건강관리 인력은 건강관리책임자와 간호사, 간호조무사로 구분된다. 산후조리원은 임신부와 영유아의 건강관리를 위하여 「의료법」 제2조에 따른 의료인 1명을 건강관리책임자로 두어야 하며, 건강관리책임자는 간호사가 겸임할 수 있다. 영유아의 건강관리업무를 담당하는 자는 건강관리책임자, 간호사나 간호조무사에 한정하며 간호사 또는 간호조무사는 산후조리 업무 외의 다른 업무를 겸임하는 것은 허용되지 않는다.

그런데 산후조리원의 특성상 산모실과 신생아실이 구분되어 있으며 많은 산모가 밤중 돌봄으로 신생아실을 이용하고 있다. 따라서 신생아실에 근무하는 인력은 3교대 근무로 이루어져야 하고 건강관리 인력의 근무는 근무 번마다 1명 이상의 간호사가 상시 근무하여야 한다. 업계에서는 간호사 인력 수급과 인건비 등의 운영상의 문제로 이 기준을 준수하는 것이 현실적으로 한계가 있으며 실제 기준에 따라 운영되고 있는지

에 대해서도 의문이 제기된다.

특히 산후조리원에서 발생하고 있는 감염성 질환 사고, 낙상 관련 안전사고, 화재 및 소방안전 사고, 학대 관련사고 등의 발생은 전반적인 산후조리원 운영과 관리에서 발생하는 문제이며, 특히 감염성 질환의 유행과 낙상 사고, 학대 사고는 산후조리원 내 신생아실에서 발생 빈도가 높기에 이를 통해 산후조리원 종사자의 인력 규모와 수준에 관리와 개선이 필요함을 알 수 있다.

2) 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 서비스 제공인력

산모·신생아 건강관리 서비스를 제공하려는 사람은 「사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률」 제16조 및 같은 법 시행규칙 제9조 별표1에 따라 보건복지부에서 고시한 '산모·신생아 방문 서비스 제공인력 교육과정'을 이수하여야 한다.²⁰⁾ 양성 교육과정에 참여할 수 있는 자격은 만 18세 이상의 제공인력 활동 참여 희망자로 취업 시 별도의 건강진단서를 제출해야 하는 요건 이외에 규제는 없다. 다만 외국인이 교육을 신청할 경우 「출입국관리법 시행령」에서 정한 체류자격 비자를 가진 자²¹⁾에 한정되어 있다²²⁾.

건강관리사 서비스를 제공하고자 할 경우, 일정 시간의 교육을 필수적으로 받아야 하며 2022년 기준, 신규자 60시간, 경력자 40시간의 교육이수가 요구되었다.

18) 한국의 산후조리원은 시설 및 재원 등에 대한 지자체 지원여부에 따라 공공과 민간산후조리원으로 구분되나 실제적인 시설, 운영, 인력 등에 대한 기준은 유사함. 따라서 본고에서는 크게 구분 짓지 않고 '산후조리원'이라는 용어를 사용하며, 구분이 필요하다고 판단되는 구절에서는 '(공공)산후조리원' 용어를 활용하여 기술함.

19) 감염 및 안전 관리에 대한 예방과 대응 교육은 공공과 민간 산후조리원 모두에 해당하는 요건임.

20) 보건복지부(2023), 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, p.107

21) 거주(F-2), 재외동포(F-4), 결혼이민(F-6), 방문취업(H-2) 비자(출처: 보건복지부(2023), 산모 신생아 건강관리 지원사업 안내, p.107.)

22) 보건복지부(2023), 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, p.107

〈표 2〉 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 서비스 제공자 교육 (2006~2022년 기준)

구분	2006년	2007년	2008~2013년	2014년	2015~2019년	2020~2021년	2022년
교육 시간	신규자	기본교육 (2주 30시간)	40시간	80시간	80시간 (기본과정 40, 심화과정 40)	60시간 (이론 24, 실기 36)	
	경력자	보수교육 (1일7시간)			40시간		
특이 사항	-	-	-	-	-	아동학대 예방교육 (이론 0.5시간)	- 아동학대 예방교육 (이론 2시간) - 특수대상 산모 신생아 관리 (실기 2, 이론 2시간)

출처: 보건복지부 (2006~2012), 산모·신생아도우미 지원사업 안내, 보건복지부 (2013~2022a), 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내
 자료: 김자연·이정원·조혜주(2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로, p. 43.

신규자 과정 총 60시간(이론 28시간, 실기 32시간), 경력자 과정 총 40시간(이론 15시간, 실기 25시간)으로 구성되어 있으며²³⁾ 과정별 교육내용은 다음 표와 같다. 경력자 과정²⁴⁾을 수강하는 대상자는 요양보호사나 아이돌보미등의 유관 사업에서 서비스를 제공하던 인력에 해당한다. 그런데 산모·신생아 건강관리사가 제공하는 서비스 내용과 서비스 이용 대상자의 특성은 유관 사업 서비스와 매우 구분되는 특성을 갖고 있다. 건강관리사는 산모와 신생아에게 동시에 서비스를 제공해야함에도 불구하고 이들 대상자의 특성에 대한 교육이 경력자 과정에서는 제외되어 있다. 예를 들어 서비스 대상 이해에서 출산 후 산모에 대한 이해와 서비스 내용 이해에서 신생아에 대한 이해 등이 경력자 과정에 포함되어 있지 않다. 이와 더불어 이론교육에 비해 실기교육의 비중이 높으나 실기교육의

도구, 방법, 교육내용이 표준화되어 있지 않아 교육이수가 적절하게 수행되었는지 평가할 수 있는 근거가 제한적이다.

한편 최근 몇 년 사이 산후도우미에 의한 아동학대 사건이 발견되면서 2020년에 아동학대 예방을 목적으로 이론 교육이 0.5시간 신규로 도입되었으며 2022년에는 아동학대 예방에 대한 이론 교육이 2시간으로 확대되었다. 그뿐만 아니라 2022년에는 특수대상 산모와 신생아 관리의 교육내용이 추가되었으며 각각 이론 2시간, 실기 2시간이 배정되었다. 이러한 건강관리사(산후도우미) 교육 시간 및 내용은 이용자의 특성과 요구에 부합하는 방식으로 수정 전개됐다. 이러한 변화나 개선은 서비스 이용 대상자의 특성에 대한 이해와 이들이 필요로 하는 서비스의 욕구를 충족시켜 전반적인 서비스의 질을 향상시키기 위함에 있을 것이다.

23) 보건복지부 (2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, p.102.

24) 경력 해당자 범위(보건복지부 고시 제2019-319호)에 따라 다음의 1)~4)에 해당하는 자격 혹은 경력을 보유한 자는 산모·신생아 건강관리사 양성 교육에서 경력자 과정 이수가능함. 1)최근 3년 이내 산후조리원, 산후 도우미 파견 업체 등 민간 유사 부문에서 500시간 이상 서비스 제공업무에 종사한 자, 2) 최근 3년 이내 유사 돌봄 분야(가사·간병 방문지원, 노인 돌봄, 장애인활동지원, 아이 돌봄 또는 이와 유사한 돌봄 분야 등) 정부 재정 일자리 사업에서 500시간 이상 서비스 제공 업무를 종사한 자, 3) 지정된 교육기관(타 법령 등에 따른 교육훈련기관 전문기관으로 직업훈련기관, 평생교육시설 또는 이와 유사한 교육기관 등) 이외의 기관에서 산모·신생아 돌봄 관련 유사 교육 과정을 40시간 이상 이수한 자, 4) 요양보호사, 간호사, 간호조무사, 사회복지사 자격 또는 면허 소지자.(출처: 보건복지부(2022), 2022 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, p.103)

〈표 3〉 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 제공인력 양성 교육과정

교육 과목 및 내용			교육시간(단위: 시간)			
대분류	중분류	소분류	이론 (28)	실기 (32)	합계 (60)	
1. 역할 인식	1-1. 제도의 이해	1-1-1. 바우처 제도 및 산모신생아 건강관리 지원서비스의 이해	0.5	0.0	0.5	
		1-1-2. 아동학대 예방 교육	2.0	0.0	2.0	
	1-2. 건강관리사 직업윤리	역할과 직업윤리	1-2-1. 직업윤리 및 직무태도	0.5	0.0	2.0
			1-2-2. 건강관리사 근로 기준	0.5	0.0	0.5
			1-2-3. 건강관리사 자기 관리	1.0	0.0	1.0
2. 서비스 인식	2-1. 서비스 대상 이해	2-1-1. 출산 후 산모에 대한 이해	1.5	0.0	1.5	
		2-1-2. 특수 대상 산모 관리	1.0	1.0	2.0	
	2-2. 서비스 내용 이해	2-2-1. 신생아에 대한 이해	0.5	0.0	0.5	
		2-2-2. 특수 신생아 관리	1.0	1.0	2.0	
	2-3. 방문 준비	2-3-1. 기본 에티켓	0.5	0.5	1.0	
2-3-2. 서비스 준비물		0.0	0.5	0.5		
3. 서비스 실행	3-1. 최초 방문	3-1-1. 가정환경 및 욕구 파악	0.5	0.5	1.0	
		3-1-2. 서비스 관련 정보 제공	0.5	0.5	1.0	
	3-2. 신생아 돌보기	3-2-1. 신생아 청결 및 위생 관리	1.0	1.0	2.0	
		3-2-2. 신생아 모유수유	2.0	4.0	6.0	
		3-2-3. 신생아	0.5	0.5	1.0	
		3-2-4. 신생아 목욕	1.0	4.0	5.0	
		3-2-5. 신생아 케어 일반	0.5	0.5	1.0	
		3-2-6. 신생아 건강 및 안전 관리	3.0	3.5	6.5	
	3-3. 산모 건강관리	3-3-1. 산모 영양 관리	1.0	4.0	5.0	
		3-3-2. 산모 신체 회복 지원	2.0	6.0	8.0	
	3-4. 일상생활 지원	3-4-1. 가족 지원	1.0	0.0	1.0	
		3-4-2. 가사 지원	0.5	0.5	1.0	
		3-4-3. 정서 지원	1.0	1.0	2.0	
4. 문제 해결	4-1. 의사소통	4-1-1. 의사소통	1.0	1.5	2.5	
	4-2. 갈등 관리	4-2-1. 현장 문제 및 갈등 해결	0.5	1.5	2.0	
5. 정부 바우처 행정	5-1. 기록	5-1-1. 제공 기록 관리	0.5	0.0	0.5	
	5-2. 비용 결제	5-1-2. 서비스 비용 결제	0.5	0.5	1.0	
6. 교육 행정	6-1. 교육행정	6-1-1. 교육행정	(2.0)	(3.0)	(5.0)	

주: 1) 산모·신생아 건강관리 지원사업 제공인력 교육과정은 신규자 과정과 경력자 과정으로 구분되며 신규자의 경우 이론 28시간, 실기 32시간으로 총 60시간의 교육을 이수하여야 서비스 제공인력으로서의 자격의 얻게 됨. 경력자의 경우 경력과 과정을 이수할 수 있으며 이론 15시간, 실기 25시간으로 총 40시간의 교육 이수가 요구됨.

2) 경력자 과정에는 출산 후 산모에 대한 이해, 신생아에 대한 이해, 신생아 청결 및 위생관리, 신생아 인공수유, 신생아 관리 일반 등이 제외됨.

자료: 1) 보건복지부(2023), 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내, p.111.

따라서 양질의 서비스 인력을 양성할 수 있도록 이용자의 특성을 고려한 필수교과목 선별운영과 이용자 요구가 반영된 교육 과목과 내용을 보완하며, 실기위주의 서비스 제공에 따른 실습 교육의 내실화가 요구된다.

3) 「생애 초기 건강관리(시범) 사업」 제공인력

「생애 초기 건강관리 사업」은 시·군·구 모자 보건사업 부서 내에 영유아 건강간호사와 사회복지사로 구성된 전담팀으로 이루어지며 팀장은 6급 이상 공무원(겸직 가능), 간호사 3인 이상²⁵⁾, 사회복지사 1인 이상으로 전담 인력이 배치되어야 한다. 영유아 건강간호사 채용 시 모성 및 아동 관련 실무 경험자와 자격증 소지자(국제 모유 수유 전문가 등), 정신 간호(산모 우울 등) 관련 실무 경험자를 우대할 수 있으며, 사회복지사 채용 시 정신 사회복지 관련 실무 경험자를 우대할 수 있다. 이와 더불어 사업인력에 대하여 신원조사를 실시하여 아이를 둔 가족을 대상으로 한 가정방문 업무에 결격사유가

없는지 확인하는 과정을 거친다.²⁶⁾

인력의 서비스 질 확보를 위해 생애 초기 건강관리 사업지원단은 전문 교육과정을 운영하며 교육과정은 기초교육 과정과 심화 교육과정으로 구성된다.²⁷⁾ 신규 사업인력은 160시간의 기초교육과 160시간 이상의 심화 교육을 반드시 이수해야 하며, 교육 훈련은 단계별 현직 훈련의 형태로 연간 제공된다.²⁸⁾

교육내용은 사회생태학적 모형에 기초하여 개별 가정에 대해 사전적, 예방적 접근에 필요한 지식과 기술, 태도를 습득하도록 구성되어 있으며 영유아 건강간호사와 사회복지사뿐만 아니라 사업 담당 주무관, 모자 보건팀 담당자도 사업의 이해와 임신부 등록평가, 사례 회의 등의 업무 지원을 위해 기초교육과 심화 교육을 이수가 요구된다.

전담 사회복지사의 경우 연계 서비스 제공, 임상 심리 개입 등에 대한 별도의 교육을 이수하게 되어 있다²⁹⁾. 한편, 사업 내용의 이해와 안정적 정착을 위해 시도 관리자(팀장급 이상) 및 보건소장 대상의 ‘관리자 교육과정’을 별도로 운영한다.

앞서 산모·신생아 건강관리사 신규인력 양성

〈표 4〉 「생애 초기 건강관리(시범) 사업」 교육내용 및 시간

기초 교육 (160시간)	심화 교육 (160시간 이상)
〈생애 초기 건강관리 시범사업〉 소개 • 임신부 건강과 간호 • 영유아 건강과 간호 • 생애 초기 건강관리 시범사업 지침서 교육 및 실습 • 지속 방문 내용 • 아동 건강발달 부모교육 • 사회복지 연계 서비스, 임상 심리개입	• 가족 파트너십 모델 훈련(Family Partnership Model training) • 사례 회의(case conference)와 성찰적 실천(reflective practice) • 주제별 교육: 동기 강화 상담, 산모 우울 불안, 자살 예방, 지적 장애인 등

자료: 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.14.

25) 지역의 연간 출생아 수 200명당 간호사 1명 배치를 원칙으로 하나 연간 출생아 수 300명 이하인 시·군·구는 간호사 2인으로 운영 가능함(출처: 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.11)

26) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.12

27) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.12

28) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.13

29) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.13

과정의 교육시간은 이론과 실기를 포함하여 60 시간이며, 신규지원 인력에 대해 특별한 기준이나 자격요건에 대한 규정은 없음을 기술하였다. 그러나 「생애초기 건강관리 사업」의 사업 인력인 영유아 건강강호사와 사회복지사 인력은 각각 해당 자격에 대한 면허와 자격증을 소지해야 한다. 즉 사업 투입 인력은 각 요건이 필요로 하는 전문 자격을 보유하고 있는 상태에서 기초교육(160시간)과 심화교육(160시간)을 받게 되므로 제공인력을 양성하는데 상당한 시간과 비용 소요가 필요함을 알 수 있다. 이러한 교육이수 요건으로 인력의 사업 진입장벽이 높지만, 가정방문을 통한 다양한 사례를 실제적으로 접하면서 개별 인력의 숙련도와 대응력이 점진적으로 성숙될 가능성이 크다. 따라서 숙련된 인력 확보를 위해 사업예산과 안정적인 고용환경을 마련하여 인력의 질을 확보할 수 있는 토대 마련이 필요하다.

3. 산모·신생아 건강관리 서비스 인력관리에 대한 정책 제언

가. 산모·신생아 건강관리 서비스 인력기준 강화 및 필요성

1) 산후조리원 컨설팅과 서비스 인력 점검

앞서 산후조리원에서 발생하는 감염 및 안전 사고, 아동 학대 등의 문제는 산후조리원 종사자의 규모와 이들의 서비스 제공에 대한 적정성

을 통해 예방 및 점검이 이루어 질 수 있다. 따라서 산후조리원 서비스 제공인력에 대한 기준을 검토하고 이에 따른 인력기준의 개선 필요성을 판단해야 한다.

산후조리원 서비스 제공인력에 대한 기준은 법정 기준이 정해져 있으며 이에 대한 준수는 「산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업³⁰⁾」을 통해 대략적인 행태를 살펴볼 수 있다. 산후조리원 평가 규정이 신설된 이후에 이를 이행하기 위해 보건복지부는 산후조리원 평가 지표를 개발하고 현장의 상황에 맞게 개정해왔으며 2019년부터 산후조리원 평가에 대한 현장의 이해를 높일 수 있도록 산후조리원에 컨설팅을 제공하고 있다. 컨설팅 사업을 통해 산후조리원 평가에서 다루고 있는 전반적인 지표가 개선되었고 현장 수용도도 높아지고 있다.³¹⁾

산후조리원 컨설팅 방법의 하나인 1~3차 컨설팅³²⁾의 경우, 2022년 컨설팅 참여 기관 중 운영현황 및 자체 평가지를 제출한 기관은 14개소이다.³³⁾ 이 가운데 총 12개소의 근무 인력과 법정 인력을 비교한 결과, 산후조리원당 1일 간호사 수는 평균 3.3명이었으며, 1일 간호조무사 수는 평균 7.8명으로 나타났다.³⁴⁾ 간호사 인력이 부족했던 수도권 1개소를 제외한 대부분 기관이 전년도 1일 평균 입실 신생아 수 대비 간호사 또는 간호조무사 근무 인력이 법정 기준을 충족한 것으로 확인되었다.³⁵⁾

그러나 현재까지 산후조리원 컨설팅 사업 참여는 강제성을 띠지 않아 참여율이 저조한 상황이다. 2021년 기준 산후조리원 개소 수는 492개이지만,

30) 이재희·이정림·권미경·조미라·김지연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022)

31) 이재희·이정림·권미경·조미라·김지연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.4.

32) 1~3차 컨설팅은 평가지표에 대한 심층 컨설팅으로 컨설턴트가 개별 산후조리원을 3회 방문에 걸쳐 수행되는 컨설팅을 말한다.(출처: 이재희·이정림·권미경·조미라·김지연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.9.)

33) 이재희·이정림·권미경·조미라·김지연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.77.

34) 이재희·이정림·권미경·조미라·김지연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.77.

35) 이재희·이정림·권미경·조미라·김지연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.77.

2019~2022년까지 4년간 1~3차 컨설팅은 총 94 개소에서 수행되었으며, 1일 방문 컨설팅³⁶⁾은 155개 산후조리원에 제공되었다.³⁷⁾ 따라서 중앙 정부에서 추후 산후조리원 평가계획을 구체화한다면, 개별 산후조리원의 건강관리 법정 인력 기준 준수뿐만 아니라 건강관리 인력의 역할에 대한 세부적 평가 지표 및 기준을 강화시켜야 지속적인 인력의 질 관리가 이루어 질 것으로 예상된다. 이를 위해서는 현재의 컨설팅 사업과 같이 자발적 참여로 대상자 발굴이 이루어지는 형태보다 강제성이나 높은 인센티브 제공을 통해 컨설팅 사업의 참여도를 높이는 방향전환이 요구된다.

2) 접근성을 고려한 산모·신생아 건강관리 지원 개선

〈표 5〉에서 합계출산율의 연도별 감소추세는 서울이 전국 기준 합계출산율보다 더 낮은 수치를 보여주고 있어 산후조리 인프라와 합계출산율 간의 차이에도 지역 불균형이 있음을 알 수 있다. 이러한 지역 불균형은 대부분의 출산이 의료기관을 통해 이루어지고, 출산 이후에 많은 산모가 민간 혹은 공공형 산후조리원을 이용하는 전달체계가 매우 견고하게 자리를 잡고 있어 나타나는 결과로 보인다. 「2021 산후조리 실태

〈표 5〉 전국, 서울시 출생아수 및 산후조리원 현황 (2011~2021년)

단위: 명, 율(%)

연도	전국			서울특별시					
	출생아수	합계출산율	산후조리원(개수) ¹⁾	출생아수	합계출산율	산후조리원(개수)	산모정원(명)	종사자수(명)	종사자수 평균(명)
2011	471,265	1.244	488	91,526	1.014	120	2,036	1,884	15.7
2012	484,550	1.297	540	93,914	1.059	140	2,396	2,317	16.6
2013	436,455	1.187	557	84,066	0.968	148	2,548	2,246	15.2
2014	435,435	1.205	592	83,711	0.983	153	2,662	2,503	16.4
2015	438,420	1.239	602	83,005	1.001	159	2,715	2,935	18.5
2016	406,243	1.172	612	75,536	0.940	157	2,832	3,023	19.3
2017	357,771	1.052	598	65,389	0.836	150	2,707	2,894	19.3
2018	326,822	0.977	584	58,074	0.761	143	2,571	2,805	19.6
2019	302,676	0.918	538	53,673	0.717	132	2,406	2,711	20.5
2020	272,337	0.837	507	47,445	0.642	125	2,269	2,651	21.2
2021	260,562	0.808	492	45,531	0.626	121	2,199	2,502	20.7

주: 2011~2017년도는 각년도 12월 기준이며, 2018년 이후는 각 년도 6월 기준임.

자료: 1) 보건복지부(각년도), 전국 산후조리원 현황

2) 이정림 (2019),건강한 출산 지원을 위한 산후조리 서비스 발전 방안, 육아정책Brief, 통권 제78호, p.2

3) 서울시 산후조리원 현황, 서울특별시기본통계, https://stat.eseoul.go.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=201&tblId=DT_201004_B040007&conn_path=I3. (인출일: 2023. 3. 13)

4) 통계청 KOSIS, 시군구 출생아수 및 합계출산율, https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1B81A23&conn_path=I3. (인출일: 2023. 3. 22)

36) 산후조리원 컨설팅에 관심은 있지만 시간적공간적으로 어려운 산후조리원을 위해 마련된 컨설팅을 말한다. (출처: 이재희·이정림·권미경·조미라·김자연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.9)

37) 이재희·이정림·권미경·조미라·김자연·최은경·김지연·윤소정·엄지원, 산후조리원 질 제고를 위한 컨설팅 사업, 보건복지부·육아정책연구소(2022), p.4.

조사³⁸⁾에 따르면 산후조리 장소는 본인 집(88.8%), 산후조리원(81.2%), 친정(13.7%), 시가(1.5%) 순으로 확인되었으며³⁹⁾, 산후조리원 이용률은 도시 지역(동부)(82.9%)이 농어촌 지역(읍면부)(73.1%)보다 높았다.⁴⁰⁾

조사결과를 통해 우리나라에서는 임신부가 의료기관에서 자녀를 출산한 이후에 산후조리원과 연계하는 산후조리 문화가 일반적인 행태로 인식되고 있음을 알 수 있다. 이에 지역별로 출산율과 산후조리원 개소 수를 고려한 인력양성

이 필요할 수 있겠다. 그러나 한편, 농어촌 지역에 산후조리원이 개설·운영되어도 산후조리원 운영에 적절한 규모의 임신부와 출생아의 입소가 이루어지지 않을 가능성 또한 크다. 따라서 산후조리 정책의 방향성은 지역 특성을 고려하여 특정의 산후조리 인프라 또는 인력양성에 국한하기 보다는 산후조리 서비스에 대한 접근성을 강화시키는 것을 목표로 지원서비스 이용의 다양성을 확보하여 출산가정의 접근성을 높이는 것이 적절하다.

〈표 6〉 17개 시도 산모·신생아 건강관리사 제공기관 및 제공인력 규모

단위: 개소, 명

구분	제공기관수 (2020년)	양성기관 수 (2019년8월까지)	건강관리사 (2019년)	제공인력 1인당 담당 이용자 수
전체	917	160	20,390	6.3
서울	218	26	-	-
부산	40	15	-	-
대구	19	4	-	-
인천	52	5	-	-
광주	19	3	-	-
대전	25	4	-	-
울산	13	5	-	-
세종	19	6	-	-
경기	303	26	-	-
강원	24	8	-	-
충남	21	4	-	-
충북	43	13	-	-
전남	17	7	-	-
전북	21	4	-	-
경남	31	24	-	-
경북	47	5	-	-
제주	5	1	-	-

자료: 한국보건복지인력개발원 (2020), 산모·신생아 건강관리 지원사업 교육개편 연구, p. 18, p.21, p.23, p.25

38) 산후조리 실태조사는 모자보건법 제15조의20에 근거하여 산후 산모, 신생아의 건강 및 안전 증진 정책 수립에 필요한 기초 통계자료를 구축하기 위한 조사로, 3년마다 실시하며 현재 2018년, 2021년 두 차례에 걸쳐 조사가 진행되었다.

39) 이소영·최인선(2021), 2021년 산후조리 실태조사 분석, 보건복지부·한국보건사회연구원, pp. 46-47

40) 이소영·최인선(2021), 2021년 산후조리 실태조사 분석, 보건복지부·한국보건사회연구원, pp. 46-47

산모·신생아 건강관리를 위한 재가 방문 형태의 서비스로 「산모·신생아 건강관리 지원사업」에서 건강관리사를 출산가정에 파견하는 사업이 시행되고 있다. <표 6>은 17개 시도의 산모·신생아 건강관리사 제공기관 및 제공인력 규모에 대한 자료이다. 지역별로 서비스 인력 제공 기관수와 서비스 인력 양성 기관수는 서비스 제공기관에서 건강관리사 양성과정을 운영하는 경우도 있어 대체로 비례할 가능성이 높다. 그러나 일부 지역의 경우 출산가정에서 「산모·신생아 건강관리 지원사업」을 통한 건강관리사 재가방문 서비스를 받고자 하여도 제공기관, 양성기관, 서비스 제공자의 규모가 크기 않거나 강원도와 같이 인구 밀집도가 낮은 지역의 경우 서비스 제공자와 이용자 가구와의 지리적 거리도 상당하기에 서비스 이용이 요원하지 못한 경우가 있다.

따라서 도서지역이나 산후조리원 이용에 대한 접근성이 낮은 지역의 출산가정을 대상으로 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 이용에 대한 가구소득 기준을 완화 혹은 기준을 없애는 방안도 고려해 볼 수 있다. 실제 가구소득 기준 완화는 출산가정에서 산후조리원 이용이나 재가서비스 이용에 대한 선택권을 보장하는데 기여할 수 있을 것이다. 이와 더불어 서비스를 제공하는 건강관리사에게는 추가적인 인센티브 지급이나 원거리 재가방문서비스에 따른 시간보상도 고려 대상이 되어야 한다. 예를 들어 규정상 건강관리사의 서비스 제공시간이 하루 8시간이지만 이를 축소하여 이동시간에 대한 물리적 부담을 완화시켜 줄 수 있을 것이다. 서비스 제공자에 대한 강화된 인센티브와 완화된 규정은 개별 서비스에 대해 낮은 접근성을 가진 지역의 출산가정에서도 양질의 돌봄을 이용할 수 있는 가능성을

확보하게 한다. 이에 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 이용에 대한 접근성을 높이는 방향으로 전반적인 서비스 제공 규정 검토가 요구된다.

나. 산모·신생아 서비스 제공인력 개선 방안

산후조리원의 건강관리 인력이나 「생애 초기 건강관리 (시범) 사업」과 달리 「산모·신생아 건강관리 지원사업」의 서비스 제공인력의 경우 해당 사업의 인력으로 진입하는데 자격 기준이 높지 않다. 따라서 서비스 사업에 진입하는 대상자의 특성이 다양하며 다른 서비스 영역에 비해 개별 인력이 갖는 전문성은 다소 낮은 편이다. 그러나 서비스 제공에 따른 가격 기준을 정부에서 설정하며, 현재의 가격은 기본 시급 정도에 해당한다.⁴¹⁾ 낮은 진입장벽과 동시에 낮은 처우 수준은 「산모·신생아 건강관리 지원사업」에 대한 개선 요구를 확대시켰다. 구체적인 개선 요구에 대한 의견 개진과 항목은 다음 <표 7>과 같다.

산모·신생아 건강관리사 인력에 대한 개선 요구는 교육비 지원이나 서비스 제공자 양성 교육 강사 자격 강화, 검증된 교육 강사 지원 등을 통한 교육의 질 개선이 선행적으로 이루어질 필요성이 언급되었다. 구체적으로 건강관리사 인력 개선에 필요한 요소를 하나씩 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 양성 교육내용에 있어서 경력자 과정에서 경력자 교육 40시간 과정 중에는 산모·신생아 건강관리에 반드시 필수적인 교육내용이 포함되지 않는 경우가 있다. 따라서 산모와 신생아 건강관리에 필수적인 요소를 파악하고 보완하여 충실한 교육내용으로 구성될 필요가 있다.

41) 「산모·신생아 건강관리 지원사업」의 2023년 바우처 서비스 기준가격(1일은 단태아(132,800원), 쌍태아(인력1명-165,600원, 인력2명-232,400), 삼태아이상(인력2명-265,600))으로 서비스 제공 시간은 하루 9시간(휴게시간 1시간 포함) 기준이며 제공기관은 서비스 가격의 25% 범위 내에서 자율적으로 기관 관리·운영비 사용을 할 수 있음(출처: 보건복지부, 2023 산모·신생아 건강관리 지원사업 안내. p. 47, p. 84, p. 177).

〈표 7〉 「산모·신생아 건강관리 지원사업」 개선의견

항목	구분			
	전문가	정책 실무자	서비스 제공기관	서비스 제공인력
처우 개선	• 고용안전과 서비스 제공 인력 처우 개선	• 건강관리사 교육 여건 개선	• 서비스 제공 시간 단축	• 서비스 제공 근로 시간의 축소
교육 개선	-	• 교육 강사 자격 강화 • 교육 참여 활성화를 위한 정부차원의 지원	-	• 서비스 제공 관련 필수 교과목에 대한 교육 시간 확대
역량 강화	• 서비스 제공 역량 강화를 위한 슈퍼비전	-	• 서비스 제공자 심리 지원	• 보수교육을 통한 멘토-멘티 활성화
정보 제공	• 서비스 제공 인력 정보 공개	-	-	-
격차 해소	• 서비스 제공 인력 지역별 격차 해소 방안	-	-	-
이용자 교육	-	-	• 서비스 이용자 인식 개선	-
행정적 지원	-	-	• 서비스 제공 기록지 양식 개선	• 점심식사 제공 및 부가서비스 지침 강화

자료: 김자연·이정원·조해주(2022), 산모·신생아 건강관리 지원사업 개선 및 활성화 방안: 서비스 인력 관리를 중심으로, p.109. 상단의 표는 김자연 외(2022) 연구를 통해 산모·신생아 건강관리 지원사업 관련 전문가, 정책실무자, 서비스 제공 기관, 서비스 제공 인력 간담회 도출 결과를 요약한 내용임.

이와 더불어 산모와 신생아를 이해하는데 필요한 교육내용이 경력자 과정에는 제외되어 있어 경력자 과정의 교육내용 선별이 적절한지를 검토하고 보완할 필요가 있다.

둘째, 산모·신생아 건강관리사 인력을 양성하는데 있어, 교육비 지원이나 서비스 제공자 양성 교육 강사 자격 강화, 검증된 교육 강사 지원 등을 통한 교육의 질 개선이 이루어져야 한다. 그런데 자격 기준 강화와 검증된 교육 강사의 활용, 교육의 질을 개선하기 위해서는 충분한 교육시간 및 교육기자재의 확보가 이루어져야하므로 교육에 소요되는 예산 지원이 이루어져야 한다. 산모·신생아 건강관리사 기준강화의 방안으로 ‘자격증’에 대한 의견이 개진되었다. 건강관리사가 ‘자격증’의 요건을 갖추기 위해서는 양성과정을 통해

서비스 제공인력의 수준을 높이며 동시에 제공되는 서비스 내용 및 수준을 표준화시키는 과업도 뒷받침이 이루어져야 할 것이다.

이러한 주장과 관련된 구체적인 근거는 한국보건복지인력개발원에서 2020년 수행한 「산모·신생아 건강관리 지원사업 교육 개편 연구」에서 잘 정리되어 있다. 이 연구에서는 TQM(Total Quality Management) 모형⁴²⁾을 활용하여 산모·신생아 건강관리 지원사업의 현황과 인력 양성체계를 분석하고 이용자와 서비스 제공자의 욕구를 분석하여 건강관리사 양성체계에 대한 재구축방안을 제안하였다.⁴³⁾ 해당 연구에서는 교육훈련, 교육 운영, 교육기관의 양성체계 관리 요소와 내용을 다각도로 검토하여 경력자 과정의 보완 및 전반적인 교육 시간 재조정의 필

42) TQM(Total Quality Management) 모형은 운영, 제품, 서비스의 지속적인 개선을 통해 고품질과 경쟁력을 확보하기 위한 전 종업원의 체계적인 노력을 말하며, 품질을 통한 경쟁우위를 확보하기 위하여 고객 만족, 인간성 존중, 사회에의 공헌을 중시하며 최고경영자와 전 임직원이 끊임없이 혁신에 참여하여 기업문화의 창달과 기술개발을 통해 기업의 경쟁력을 높임으로써 장기적인 성장을 추구하는 경영체계를 말함.

43) 한국보건복지인력개발원(2020), 산모·신생아 건강관리 지원사업 교육개편 연구, p.4

요성과 교육기관 품질관리, 건강관리사 전문성 강화를 위한 국가 자격화 검토 등에 대한 노력이 필요함을 제안하였다.

셋째, 건강관리사 교육 이수자에 대한 적절한 수준의 보상이 제공될 필요가 있다. 현재는 정부가 제공 단가를 규정하고 있고, 일부 제공기관에서 서비스 제공의 수준이 높은 건강관리사에게 제공 단가를 높여주기도 하지만 기준 단가와 큰 차이는 없다. 앞서 산모·신생아 건강관리사 교육 및 질 관리 강화를 통한 '자격증' 제안이 거론되었는데, 이와 더불어 서비스 제공인력의 경력 등을 고려하여 일정 기간 서비스 제공인력으로 종사하면 이들에 대한 보상수준을 일정 수준 높여 양질의 서비스 제공인력이 바우처 사업 내에서 꾸준히 서비스 제공을 할 수 있도록 처우 수준에 대한 검토가 필요하다.

넷째, 양성 교육이 적절하게 이루어지고 있는지에 대한 관리 감독과 양성 기관에 대한 평가가 이루어져야 하며 교육 이수자를 평가할 수 있는 현실성 있는 도구의 마련도 필요하다. 현재의 교육 과정 이수를 통한 수료의 개념에서 벗어나 이론·실기 등의 강화된 형태의 평가과정을 도입하고 재교육 및 보수교육을 수행하여 양성되는 인력의 질이 전반적으로 상향평준화될 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 한다.

다. 서비스 제공인력 관리 및 연계 방안

1) 산모·신생아 건강관리 지원 사업간 연계

산전·조기 아동기는 두뇌 발달의 민감기⁴⁴⁾로 지능, 학습 능력과 같은 인지 능력과 인성, 사회성, 소통 능력과 같은 비인지 능력에 필요한 두

뇌 발달이 집중적으로 이루어지는 시기이다. 이 시기 아동의 발달(인지적, 비인지적)은 아동기 이후에 사회적 성취와 건강 행태를 포함한 다양한 결과에 영향을 주며, 이때 형성된 불평등은 청소년기, 성년기, 노년기 불평등의 출발점이 될 수 있다. 이에 「생애 초기 건강관리 (시범) 사업」은 임신·영아기의 예방적 건강관리 및 양육을 지지하는 것을 목표로 아동의 건강한 출발을 지원하는 체계를 마련하기 위해 도입되었다⁴⁵⁾. 따라서 「생애 초기 건강관리 (시범) 사업」의 제공인력이 갖추어야 할 전문성과 사업 수행에 필요한 교육을 이수하기까지 상당한 시간과 재원이 요구됨을 알 수 있다. 그러나 이러한 과정을 거쳐 양성된 인력이 개별 출산-양육 가정의 욕구를 파악하고 욕구에 부합하는 서비스를 제공하기 위해 새로운 형태의 서비스를 창출해 갈 수 있는 가능성 또한 매우 높을 수 있다.

앞서 <표 1>에서 「생애 초기 건강관리 (시범) 사업」의 서비스 제공은 기본방문과 지속 방문으로 구분되어 있으며, 기본방문은 대체로 1회로 국한되어 있으며 지속 방문의 경우 출생아가 만 24개월이 되는 시점까지 대략 3~24회 방문하는 것을 알 수 있다. 비록 이 사업을 통해 기본방문과 지속 방문에 대한 규모와 개별 가구의 욕구 범주와 수준에 대한 구체적인 내용은 확인할 수 없으나 일회성 방문을 통해 출산 가구의 욕구를 충분히 파악하기에는 매우 제한적일 수밖에 없다. 따라서 사업간 연계를 통해 출산가정의 요구도를 연속적으로 파악하고 이에 부합되는 적절한 지원이 이루어질 수 있도록 사업간 연계를 통해 효율성을 확보할 수 있는 방안 마련이 요구된다.

44) 보건복지부·서울대학교 산학협력단(2019), 산전 초기 아동기 방문 건강관리 방안연구

45) 보건복지부·한국건강증진개발원(2020), 생애 초기 건강관리 시범사업 안내, p.3

2) 사업간 인력 연계를 통한 서비스 요구도 제고

「산모·신생아 건강관리 지원사업」과 「생애 초기 건강관리 사업」 간 제공하는 일부 서비스 제공 내용 및 방법 등에 있어 인력활용 측면에서도 상화보완이 필요하다. 큰 맥락에서 두 사업의 목적은 동일하나 서비스 제공인력 기준과 서비스 제공 방법에서 큰 차이가 있다. 앞서 지원 사업간 연계를 제안한 것과 같은 맥락으로 두 사업간 인력 연계를 통해 출산 가구에 체계적인 서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다.

정부의 영유아기 집중투자의 일환으로 아동의 건강한 성장과 발달을 도모하기 위해 산모·신생아 건강관리 측면에서도 이들에 대한 주기적인 방문과 점검이 이루어질 필요가 있다. 특히 산모와 신생아의 애착 형성이 집중되는 시기에는 「산모·신생아 건강관리 지원사업」의 건강관리사 서비스 제공과 연계한 모니터링을 통해 출산 가구의 개별적인 욕구를 사정하고 필요를 충족시켜 줄 수 있는 방향으로 제공 서비스와 제공인력 간의 연계와 협업이 이루어져야 한다. 하나의 제안으로 「산모·신생아 건강관리 지원사업」의 건강관리사 서비스 제공과 영유아 건강간호사가 서로 연계하여 두 사업이 개별적으로 건강관리 및 양육과정에 대해 교육과 정보를 제공하는 수준을 넘어 출산 가구의 욕구를 심층적으로 파악할 수 있는 요구도 사정과 이를 서비스 제공인력 간의 연계를 통해 해소할 수 있는 구체적인 틀을 마련할 것을 제안한다.

3) 서비스 제공인력 관리의 개선

앞서 <표 6>을 통해 2020년 기준 건강관리사 제공 기관 917개소, 양성기관 160개소, 건강관리사 20,390명⁴⁶⁾이며, 제공인력 1인당 출산 가구의 이용자 수는 6.3명임을 확인하였다. 출산 가구에서 정부 지원 건강관리사를 통한 서비스 이용기간이 5~25일⁴⁷⁾이므로 평균 3주 정도 지원사업을 이용한다고 가정할 수 있다. 이 가정을 기준으로 건강관리사 한명의 서비스 제공 기간은 대략 19주로 한 명의 건강관리사가 서비스를 제공하는 기간은 연내 대략 4~5개월에 불과하다. 이러한 결과는 건강관리사의 양성 규모에 비해 서비스 인력으로 활동하고 있는 건강관리사의 규모가 훨씬 작을 수 있음을 시사한다.

한편 서비스 이용가구의 경우, 정부 지원 서비스를 이용하고자 할 때 개별적으로 서비스 제공 기관을 통해 서비스 이용 희망 기간에 적합한 제공자를 확보해야 한다. 이때 이용자(이용 가구)는 서비스 제공자의 특성이나 경력 등에 대한 구체적인 내용을 사전에 확인할 수 있는 정보가 거의 없어 서비스 제공자 이력 공개에 대한 제도적 뒷받침 요구가 있다. 이와 더불어 서비스 제공인력의 전산화를 통한 체계적 인력의 수요와 공급 관리에 대한 요구도 높았다. 서비스 제공인력의 제공 이력 공개와 수요-공급 전산화는 추후 출산율에 따른 지역별 서비스 수요와 서비스 제공인력 공급 규모 간의 균형점을 확인하는 기준으로 활용될 수 있으며 부가적으로 서비스 질 제고를 이끌어 낼 수 있어 실제적인 운용가능성을 검토할 필요가 있다.

46) 해당 자료의 건강관리사 규모는 2019년 기준임.

47) 서비스 이용 기간인 5~25일은 주말과 공휴일을 제외한 기간이므로 최소 1주에서 최대 5주까지 정부 지원이 되는 지원사업을 이용할 수 있음.

4. 결론

우리 정부는 ‘영유아기 집중투자’라는 정책방향성을 제시하여 이 시기의 대상자들에게 더 많은 재원투입과 지원을 통해 건강한 출산과 양육이 이루어질 수 있는 환경을 만들어 가고 있다. 또한 출산을 감소추세를 낮추고자 임신·출산 과정에서 건강관리의 중요성을 인지하고 이에 대해 비용 및 서비스 제공을 위해 노력해왔다. 출산가구에 앞서 살펴보았던 비용지원과 서비스지원을 통해 산모와 신생아의 건강관리에 따른 다양한 욕구를 이해하고 출산과정에서 겪는 어려움과 필요를 해소하려고 애써왔다.

그러나 서비스 제공인력이 갖는 인력 기준 요건

의 다양성, 인력 양성 기준의 차별화, 서비스별 제공 특성, 이용자의 요구도의 차이로 산모와 신생아 건강관리에 대한 정책적 지원이 서로 시너지효과를 발휘하기보다는 연계지점이 없이 분절적인 형태로 진행되어 왔다. 이에 본고에서는 정부의 여러 지원 사업을 살펴보고, 건강관리 인력에 대한 문제점을 진단하고 이에 대한 개선방안을 제안하고자 하였다. 건강관리 서비스 제공 사업 간에 이용 시점, 제공 장소, 제공 기간 등의 차이가 있음을 확인하였다. 그럼에도 불구하고 이용자(이용가구)의 편의를 고려하여 서로 분절되어 있는 서비스를 연계한다면 서비스 인력의 질적 수준도 개선시킬 수 있을 뿐만 아니라, 제공되는 서비스의 질도 충실하게 보정될 수 있을 것이라 기대된다.