



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

碩 士 學 位 論 文

노인장기요양보험 재가급여
서비스 만족도 연구

- 방문요양을 중심으로 -



漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉專攻

千 民 耿

碩 士 學 位 論 文

指導教授 李 成 佑

노인장기요양보험 재가급여
서비스 만족도 연구

A Study on the Satisfaction Level of Long-term Medical
Treatment Insurance for Aging People Staying at Home

2008年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉專攻

千 民 耿

碩 士 學 位 論 文

指導教授 李 成 佑

노인장기요양보험 재가급여
서비스 만족도 연구

A Study on the Satisfaction Level of Long-term Medical
Treatment Insurance for Aging People Staying at Home

위 論文을 行政學 碩士學位논문으로 提出함

2008年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉專攻

千 民 耿

千民耿의 行政學 碩士學位 論文을 인준함

2008年 12月 日



심사위원장 (인)

심사위원 (인)

심사위원 (인)

목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구 목적	1
제 2 절 연구범위 및 방법	3
제 2 장 제도적 배경	4
제 1 절 노인장기요양보험	4
1. 도입배경	4
2. 주요내용	8
3. 시범사업평가	14
4. 쟁점사항	19
제 2 절 재가급여	22
1. 재가급여 대상자	22
2. 재가장기요양기관	26
3. 방문요양	27
제 3 절 외국의 재가급여	31
1. 독일의 수발보험	31
2. 일본의 개호보험	34
3. 각국의 제도비교	37
제 4 절 선행연구	40

제 3 장 조사설계	45
제 1 절 조사도구	45
제 2 절 자료수집 및 조사대상	46
제 3 절 자료분석방법	46
제 4 장 연구결과 및 분석	48
제 1 절 일반적 사항	48
제 2 절 서비스 이용	55
제 3 절 서비스 만족도	58
제 4 절 파견시간 및 비용의 만족도	65
제 5 절 서비스의 욕구도	68
제 5 장 결 론	71
참 고 문 헌	75
부 록	79
Abstract	88

표 목 차

<표 2-1> 65세 이상 인구 및 구성비	5
<표 2-2> 연도별 요양보호대상 노인인구 추정	5
<표 2-3> 노년부양비 및 노령화 지수	6
<표 2-4> 건강보험상 노인의료비 추이	7
<표 2-5> 서비스 이용체계	11
<표 2-6> 연도별 대상자 및 재정소요 추계	12
<표 2-7> 노인복지관련 예산	13
<표 2-8> 노인장기요양보험제도의 급여분류	14
<표 2-9> 시범사업 추진 내용	15
<표 2-10> 2차 시범사업 등급별 요양서비스 실시현황	17
<표 2-11> 2차 시범사업 미이용 유형 현황	18
<표 2-12> 등급별 상태상	23
<표 2-13> 시·군·구별 등급판정 결과 현황	24
<표 2-14> 등급별 희망서비스 종류	25
<표 2-15> 재가급여 계약 현황	26
<표 2-16> 재가장기요양기관 현황	26
<표 2-17> 장기요양등급인정자 서비스 이용 현황	27
<표 2-18> 재가급여 이용자 및 이용건수	27
<표 2-19> 방문요양 서비스 내용	28
<표 2-20> 등급별 재가서비스 월 한도액	30
<표 2-21> 방문요양 시간별 수가	31
<표 2-22> 독일의 서비스별·등급별 요양급여 한도액	32
<표 2-23> 등급별 재가서비스의 현물급여 현황과 변경상황	33
<표 2-24> 등급별 급여종류별 장기요양보험 급여비용 현황	33
<표 2-25> 개호보험의 보험급여 체계	35
<표 2-26> 개호보험의 급여내용에 따른 급여수준	36
<표 2-27> 독일·일본·한국의 적용대상 비교	37

<표 2-28> 독일·일본·한국의 급여내용 비교	38
<표 2-29> 독일·일본·한국의 전달체계 비교	39
<표 2-30> 독일·일본·한국의 재원조달 비교	40
<표 2-31> 가정봉사원 파견사업 만족도 설문내용	42
<표 3-1> 받고 싶은 복지서비스(65세 이상 인구)	45
<표 4-1> 일반적 사항	48
<표 4-2> 동거형태	49
<표 4-3> 앓고 있는 질병	50
<표 4-4> 일상생활에서 요양보호 도움이 필요하게 된 기간	51
<표 4-5> 요양보호사가 오기 전 주로 요양보호 도움을 준 사람	52
<표 4-6> 방문요양 서비스 이후 주 수발자	52
<표 4-7> 노인장기요양보험 서비스를 신청한 사람	54
<표 4-8> 방문요양 서비스 비용 부담자	54
<표 4-9> 방문요양 서비스를 선택한 가장 큰 이유	55
<표 4-10> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발(신체활동지원)	56
<표 4-11> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발(일상생활지원)	56
<표 4-12> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발(개인활동지원)	57
<표 4-13> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발(정서지원)	57
<표 4-14> 방문요양에 대한 만족도의 일반적인 경향	58
<표 4-15> 일반적 사항과 방문요양에 대한 만족도와의 관계	59
<표 4-16> 요양보호사에 대한 만족도의 일반적인 경향	60
<표 4-17> 일반적 사항과 요양보호사에 대한 만족도와의 관계	61
<표 4-18> 만족한 서비스(신체활동지원)	62
<표 4-19> 만족한 서비스(일상생활지원)	63
<표 4-20> 만족한 서비스(개인활동지원)	63
<표 4-21> 만족한 서비스(정서지원)	64
<표 4-22> 방문요양 본인부담 비용의 걱정 여부	66
<표 4-23> 하루에 요양보호사에게 수발을 받는 시간	66

<표 4-24> 방문요양 수가의 추가 서비스 이용시간 및 추가 비용	67
<표 4-25> 방문요양 이용시간의 적정여부	68
<표 4-26> 방문요양에 추가되기를 희망하는 서비스	69
<표 4-27> 방문요양기관 교체 사유	69
<표 4-28> 요양보호사 교체 사유	70

그림 목 차

[그림 2-1] 장기요양인정절차	10
[그림 2-2] 재가서비스 제공 전체 절차도	29
[그림 2-3] 방문요양기관의 서비스제공	29

제 1 장 서 론

제 1 절 연구 목적

우리 사회에서 노인(老人)이라 함은 65세 이상 된 사람들을 지칭하고, 흔히 연령 증가에 따라 심리적 및 행동상의 기능 약화와 함께 사회적 인 역할이 축소되는 계층을 말한다. 우리나라는 급속한 경제 발전으로 인한 국민소득 수준의 향상, 의학의 발달, 보건위생의 개선 등으로 평균 수명이 연장되어 2003년 77.5세에서 2020년 81.0세로 3.5세가 늘어날 것으로 전망하고 저출산 현상이 지속되어 전체인구 중 노인인구가 크게 증가하고 있다 (통계청, 고령자통계, 2008).

2000년에 노인 인구가 전체 인구의 7.2%에 이르러 고령화 사회(aging society)에 들어섰고, 2006년에는 459만 명으로 9.5%를 차지하였으며, 향후 2018년에는 이 비율이 14.3%가 되어 본격적인 고령 사회(aged society)에 진입하고, 2026년에는 20.8%가 되어 초고령사회(super-aged society)에 도달할 것으로 전망된다 (통계청, 2008).

이에 맞추어 기대수명도 2005년 78.6세에서 2050년 86.0세로 연장될 것으로 전망하였다 (통계청, 2008). 수명이 연장된다는 것은 자력으로 삶을 유지하지 못하고 타인의 도움으로 생활해야 하는 의존 기간이 연장된다는 것을 의미한다. 이와 같은 수명 연장과 의존 기간의 증가는 다양한 사회문제를 낳고 있다.

첫째로 의료비 증가를 들 수 있다. 국민건강보험공단의 진료비 분석 결과(2007)에 따르면 65세 이상 노인의 진료비는 지난 10년간 8.3배 이상 증가하여 9조 813억원에 이르러 전체 진료비의 28.2%를 차지하였고, 앞으로 더욱 지속적으로 증가할 것으로 전망한다. 이와 같이 노인 의료비 부담은 가중되고 있으며, 질환의 종류도 장기간 치료가 필요한 노인성 질환으로 고액의 의료비를 부담해야 할 형편이다.

둘째로 노인 부양 문제인데 우리사회는 핵가족화, 여성의 사회참여 증가 등으로 수발이 필요한 노인을 가정에서 돌보는 것이 사실상 한계에 도달해 있고, 특히 가정내에서 감당하기 어려울 정도로 과중한 비용 부담과 장기간 간병으로 가정이 파탄 지경에 이르는 등 노인 수발 문제는 우리 사회가 시급히 해결해야 할 사회적 문제로 대두되고 있었다.

이에 정부에서는 고령화 사회 초기에 치매, 중풍, 노인성질환 등 노인
인에 대한 장기간에 걸친 간병, 요양보호 문제를 사회연대 원리에 따라
국가와 사회가 분담하는 공적 노인요양보험체계를 확립키 위해 2001년
8. 15 대통령 경축사에서 노인요양보장제도 도입을 제시하고, 2005년 7
월부터 65세 이상 기초생활수급권자를 대상으로 3차에 걸친 시범사업
을 실시하였으며, 2007년 4월 2일 법안 명칭을 노인장기요양보험법으
로 변경하여 국회를 통과하였고, 2008년 7월 1일부터 본격적으로 시행
하게 되었다.

노인장기요양보험제도는 제5의 사회보험으로써 우리나라 사회복지사
에 있어 매우 중요한 의의를 지니고 있으며, 노인을 부양하고 있는 가
족의 문제를 해결하는 데 결정적으로 기여를 하고 있다고 하겠다

이와 같이 노인장기요양보험제도는 다가오는 고령사회의 노인문제와
가족문제에 대응하는 중요한 사회제도임에는 틀림없으나, 제도의 성공
적 정착을 위해서는 앞으로도 지속적인 법과 제도 개선을 통해 보완되
어져야 함은 물론, 향후 서비스 대상자인 노인들이 이 제도에 대한 생
각과 기대 또한 가장 중요한 요인이 될 것이다.

따라서 본 연구의 목적은 서비스 수혜자인 장기요양인정자(1~3등
급) 중 방문요양서비스 이용 실태 및 만족도와 선호하는 서비스가 무
엇인지 파악하여 향후 재가급여 중 방문요양의 서비스 및 시설 인프라
의 성공적 정착에 바람직한 방향을 모색하고자 다음과 같이 연구 목적
을 설정한다.

첫째, 노인장기요양보험 중 재가장기요양기관 이용 실태를 파악하고
그 결과를 분석한다.

둘째, 방문요양서비스 대상자의 서비스 내용 및 만족도와 욕구를 파
악한다.

셋째, 이러한 연구결과를 토대로 재가급여 중 방문요양 서비스의 개
선 방안을 제시한다.

제 2 절 연구의 범위 및 방법

본 연구의 범위는 노인장기요양보험 제도의 시행에 따른 재가급여 서비스 중 방문요양서비스의 개선 방안에 대한 연구로서 첫째, 방문요양서비스 대상자의 일반적인 경향에 대해 조사하고, 둘째로, 방문요양서비스 이용 만족도와 욕구를 알아본다.

본 연구의 방법은 노인장기요양보험 특히 재가장기요양급여와 관련된 기존의 문헌과 설문조사를 활용하여, 재가급여 중 방문요양서비스의 이용실태와 만족도를 연구하고자 한다. 이를 위해 국내·외 학자들의 저서 및 논문, 단행본, 행정기관의 각종보고서와 정기간행물, 인터넷자료 등을 활용하였으며, 조사된 내용은 SPSS/WIN 통계프로그램 12.0을 이용, 분석된 내용을 가지고 방문요양서비스 이용실태에 따른 만족도와 관련된 요인에 대해 분석한다.

본 연구의 조사 대상자는 서울시에 거주하고 있으며, 2008년 7월부터 시행된 노인장기요양보험의 장기요양인정자(1~3등급)로 판정을 받고 실제 방문요양서비스를 이용한 105명의 설문지를 중심으로 방문요양서비스 내용 및 선호도와 욕구를 조사하였다.

제 2 장 제도적 배경

제 1 절 노인장기요양보험

1. 도입배경

1) 고령사회에 따른 요양보호 노인의 증가

우리나라는 전 세계에 유례가 없을 정도로 빠르게 고령화가 진행되고 있다. 통계청 2006년 노인 인구추계에 따르면 노인인구가 460만 명으로 전 인구 대비 9.5%에 육박하고 있고 급격한 고령화에 따라 치매, 중풍 등 장기요양이 필요한 노인도 급속히 증가하는 추세이다.

한국보건사회연구원(2006) 노인장기요양보호 욕구실태조사에서 일상생활 기능 장애를 가진 노인이 전체 노인의 약 8~10% 수준인 것으로 조사되었다. 이런 자료를 근거로 공적노인요양보장제도 실행위원회에서는 수발 대상 노인을 2007년에 약 72만명, 2010년에 약 80만명, 2013년에 약 89만명으로 추계하였다.

인구의 고령화로 인한 요양보호 노인의 증가는 본인뿐만 아니라 가족들에게까지 이중으로 고통을 겪게 한다. 장기요양환자들은 대부분 수발 기간이 장기간에 걸쳐 이루어지므로 가족 등 부양자의 고통도 장기간에 걸쳐 이루어진다. 한국보건사회연구원(2006) 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사에 의하면 수발기간이 5년 이상 되는 비율이 전체의 39%나 되는 것으로 나타났다. 이로 인해 노인 스스로는 삶에 대한 무력감을 느끼고 자식 등 부양자에게는 본인 수발에 대한 부담감을 느끼게 되고, 부양자도 노인수발로 인한 스트레스로 정신적·육체적인 고통을 받게 된다. 이러한 현상은 인구 구조의 변화와 함께 증가되어 심각한 사회문제를 낳고 있다.

<표 2-1> 65세 이상 인구 및 구성비

(단위: 천명, %)

구 분	1998	2000	2008	2010	2018	2026
총인구	46,287	47,008	48,607	48,875	49,340	49,039
65세이상	3,069	3,395	5,016	5,357	7,075	10,218
구성비	6.6	7.2	10.3	11.0	14.3	20.8

출처: 통계청, 장래인구추계(2006); 통계청, 고령자통계(2008).

<표 2-2> 연도별 요양보호대상 노인인구추정

(단위: 명)

구분	2007	2009	2010	2012	2013	2015
65세이상 노인	4,792,429	5,148,224	5,302,095	5,690,731	5,917,615	6,345,400
계 (수발대상자)	718,582	771,345	794,164	851,799	885,446	948,887
최중증 (1.68%)	82,618	88,595	91,180	97,709	101,521	108,708
중 중 (3.24%)	161,034	172,561	177,547	190,139	197,490	211,350
경 중 (4.98%)	238,663	256,382	264,044	283,398	294,697	316,001
치매(경중) (4.93%)	236,267	253,807	261,393	280,553	291,738	312,828

출처: 보건복지부 공적노인요양보장제도 실행위원회(2005),

공적노인요양보장제도 실행모형개발연구, p.106 (재인용).

2) 가족기능의 변화에 따른 노인부양의 한계

노인인구의 증가와 함께 가족기능 약화, 노인부양의식의 변화, 여성의 사회참여 증가 등은 노인부양과 수발에 대한 가족의 역할과 기능을 축소시켰다. 최근 가족구조의 큰 변화는 독거노인 세대가 16.2%에서 18.1%로 증가하였으며, 노인부부만으로 이루어진 세대도 28.7%에서 33.0%로 4.3% 증가하였다 (인구 연계통보, 2006). 이러한 가족구조의 변화는 노인부양의식의 변화를 반영한 것으로 부양의식 조사(통계청, 2004)에 의하면 1998년도에는 가족이 노부모를 부양해야 한다는 답이 89.9%였으나, 2002년도의 조사에서는 70.7%로 19.2% 감소했으며, 2006년도에는 63.4%로 1998년도에 비해 26.5%로 크게 감소하였다 (사회통계조사, 2006).

이러한 조사 결과는 노부모는 가족이 부양해야 한다는 한국 사회의 전통적인 사고방식이 변해가고 있다는 것을 보여준다. 또 한 가지 큰 변화 중의 하나는 여성의 사회 참여가 증가되고 있다는 것이다. 전통적으로 노인 수발의 주 책임자는 80%가 여성(보건사회연구원, 2004)으로 여성의 역할이 노인부양에 크게 영향을 미치고 있었다. 그러나 여성의 사회참여가 증가하면서 노인 부양에 대한 역할이 약화되어 가족 내에서의 갈등을 초래하게 되었다. 이러한 가족구조와 노인 부양의식의 변화는 수발이 필요한 노인이 돌보아 주는 사람없이 남은 노년기를 보내야 하며 이로 인해 노인부양과 수발에 대한 역할과 기능이 가족 내부에서는 충족되기 어렵게 되었다. 노년부양비 및 노령화지수는 <표 2-3>과 같다.

<표 2-3> 노년부양비 및 노령화지수

구 분	1998	2000	2008	2010	2016	2020	2030
노년부양비(%)	9.3	10.1	14.3	15.0	18.2	21.7	37.7
노령화지수	30.4	34.3	59.3	67.7	100.7	125.9	213.8
노인1명당생산 가능인구(명)	10.8	9.9	7.0	6.6	5.5	4.6	2.7

출처: 통계청 (2006), 장래인구추계.¹⁾

3) 노인의료비의 증가

고령자통계(통계청, 2008)에 의하면 65세 이상 노인은 '97년 292만명(적용인구 6.4%)에서 '07년 말 481만명(9.9%)으로 점유율이 3.5%증가하였으나 진료비 점유율은 12.9%에서 28.2%로 증가하였고, 급여비 점유율도 13.5%에서 26.7%로 거의 2배 증가한 것으로 나타났다. 연령 증가에 따라 건강보험 재정(건강보험 비적용 제외) 지출은 크게 증가하였고, 특히 65세 이상 노인은 10년 동안 8.3배 증가하였다. 이러한 의료

1) 노년부양비=(65세이상 인구/15~64세 인구)×100
 노령화지수=(65세이상 인구/ 0~14세 인구)×100
 노인 1명당 생산가능인구=15~64세인구/65세이상 인구.

비의 증가는 노인 가정의 의료비 지출도 증가한다는 의미이기 때문에, 노인의 의료비는 개인과 가족에게 큰 부담이 되고 있고 향후 의료비의 부담은 더욱 커질 것이다.

<표 2-4> 건강보험상 노인의료비 추이

(단위: 억원, %)

65세이상	2002	2003	2004	2005	2006	2007
전체의료비	190,606	205,336	223,559	247,968	285,580	322,590
노인의료비	36,815	43,723	51,097	60,556	73,931	90,813
구 성 비	19.3	21.3	22.9	24.4	25.9	28.2

출처: 2002-2003년 건강보험심사평가통계연보; 2004년 건강보험심사통계지표; 2005년-2007년 건강보험심사통계지표, 건강보험심사평가원.

주: 노인의료비는 65세 이상 노인에 대한 심사실적 기준의 요양급여비임.

국민건강보험공단 건강보험연구원의 ‘노인성 질환자 진료추이 분석’에 따르면, 노인성 질환자는 2002년 49만 9천명에서 2007년 84만 7천명으로 69.7% 늘었으며 노인 10명 중 9명은 고혈압, 당뇨병 등 만성질환을 하나 이상 앓고 있다고 발표했다. 그러나 현재의 의료체계는 급성질환의 치료를 위한 시설중심으로 운영되고 있어 만성질환 노인을 위한 요양기관이나 재가서비스가 부족하여 노인들이 저렴한 비용으로 의료서비스를 이용하기 어렵게 되었다 (이호성, 2004). 따라서 노인들은 이러한 의료체계로 인하여 일반병원에 장기 입원함으로써 노인 의료비를 불필요하게 증가시키고 있다. 또한 노인들이 의료비 부담으로 인해 의료서비스의 이용을 미루거나 기피하게 되어 건강에 큰 지장을 주고 있다.

4) 장기요양서비스의 인프라 구축

장기요양서비스를 위한 시설과 전문 인력 등의 인프라와 서비스 전달 체계를 조기에 체계적으로 그리고 합리적으로 구축할 필요가 있기 때문이다.

장기요양서비스의 수요가 증가하면 사회적 서비스를 제공하는 시설과 인력의 수요가 늘어나게 되어 있다. 그런데 이 현상을 그대로 방치하면 재정요소가 큰 입소시설이 지나치게 늘어난다든지, 지역별로 시설이나 서비스가 편중 된다든지, 서비스의 질이 형편없어 진다든지 하는 전달 체계상의 문제점을 만들어 낼 가능성이 많다. 노인장기요양보험을 도입함으로써 장기요양서비스를 위한 전달체계를 합리적, 체계적으로 수립하여 국가적으로 자원을 효율적으로 사용하고, 서비스의 질적 수준을 확보할 필요가 있다.

2. 주요내용

1) 정의

‘노인장기요양보험’이라는 용어는 노화, 만성적 질환, 장애 등으로 장기적 요양보호가 필요한 노인에 대하여 국가 주도의 사회적 보호서비스를 보험방식 제도로 제공한다는 뜻을 가지고 있다 (차홍봉, 2006).

원래 ‘장기요양보호’라는 뜻을 지닌 영어의 ‘long-term care’라는 용어는 외국의 노년학 분야에서는 오래전부터 사용되어 온 것이지만 우리나라에서는 마땅한 번역어를 찾지 못하여 요양보호, 요양, 보호, 수발, 개호, 간호, 케어 등 여러 가지 용어로 번역하여 사용하여 왔다. 이 중에서 개호(介護)란 용어는 일본이 이 제도를 도입할 때 만들어 낸 말이다. 그래서 우리나라에서는 일본에서 개발된 이 용어의 사용을 피하고 처음에는 ‘요양보호’라는 말을 많이 사용하였고, 2003년부터 정부가 자문위원회를 운영할 때부터 ‘요양’이라는 용어를 한동안 사용하였으며, 2006년 2월 정부가 법안을 국회에 제출할 때 ‘수발’이라는 용어를 쓰기로 확정하였으나 국회 심의과정에서 ‘장기요양’으로 변경하여 법을 제정하였다.

영어의 ‘long-term care’에 해당하는 장기요양보호는 여러 가지로 정

의되고 있다. Kane & Kane(1987)는 “장기요양보호는 후천적, 선천적으로 기능적 활동 능력을 일정정도 상실하거나, 스스로 생활을 할 수 없는 사람에게 오랜 기간에 걸쳐 제공되는 일련의 의료서비스(health care), 개인적 보호서비스(personal care service), 사회적 서비스(social care)이다”라고 정의를 하고 있다. Kane & Kane(1987)에 의하면 장기요양보호 서비스의 대상은 젊은 층도 포함될 수 있지만 주된 대상은 노인이고, 노인의 허약, 노쇠, 만성적 질환, 기능장애 등의 기능적 활동능력의 제약이 장기요양보호의 원인이 된다고 하였다 (국민건강보험공단, 2005, 재인용).

또 Pratt(1999)는 “신체적 또는 정신적인 제한으로 인해 기능적으로 의존하는 사람들에게 지속되는 기간 동안 보건의료서비스와 대인, 사회적 그리고 지원서비스를 제공하는 것”으로 정의하고 있다. 그리고 일본의 경우는 2000년에 실시한 ‘개호보험제도’ 내에서 “신체상 또는 정신상의 장애가 있어서 목욕, 배설, 식사 등의 일상생활에 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대해 후생성령으로 정한 기간 동안에 상시 수발보호가 필요하다고 보이는 상태에 있는 자에게 제공되는 서비스”로 규정하고 있으며, 독일도 ‘수발보험제도’내에서 “신체적·지적 또는 정신적인 질병이나 장애로 일상생활 과정에서 보통 정기적으로 반복되는 동작이 장기간-적어도 6개월-중등도 또는 중도의 수발을 필요로 하는 자에게 제공되는 서비스”로 규정하고 있다.

이와 같은 정의를 종합해 볼 때 ‘노인장기요양보험’이란 이러한 요양서비스를 전통적인 사회에서처럼 가족이나 이웃과 같은 비공식적인 체계의 책임으로만 두지 않고 국가가 관여하여 사회 연대의 원리에 입각하여 사회적 보호서비스의 시스템을 만들고 전문적 기관의 공식적인 체계가 책임을 지고 요양서비스를 제공하는 것을 의미한다.

2) 목적

이 제도의 목적은 고령, 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양서비

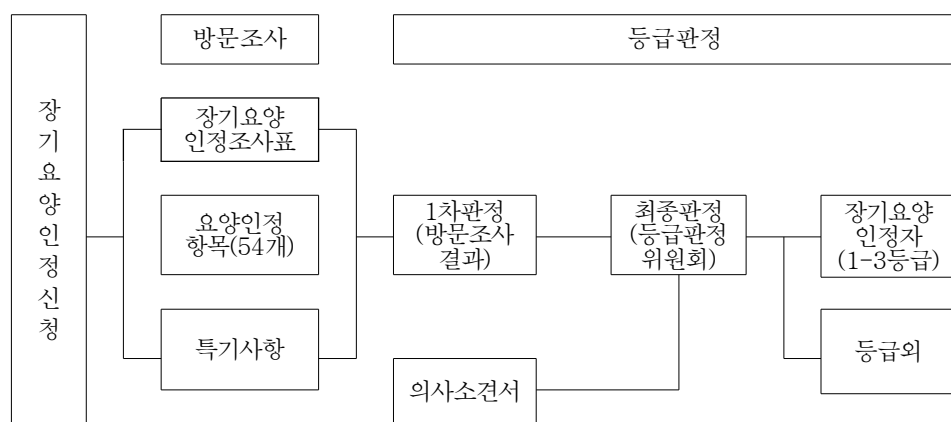
스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활 안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질 향상에 기여하는 것이다 (노인장기요양보험법 제1조).

3) 대상자

전 국민을 대상으로 하고 보험급여 혜택을 받는 수급자는 65세 이상 노인 또는 65세 미만이라도 노인성 질환자로서 노인성 질병은 치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨병 등이다 (노인장기요양보험법 제2조).

대상자는 지원센터에 의사소견서를 첨부해 신청서를 제출하면 방문조사를 거쳐서 공단에 설치되어 있는 장기요양등급판정위원회에서 대통령령이 정하는 등급 판정 기준에 따라 장기요양급여를 받을 자를 판정(노인장기요양보험법 제15조)하고 요양인정 대상자들에게 [그림 2-1]의 절차를 거쳐 요양급여가 판정된다. 장기요양급여를 받을 수 있는 대상자는 장기요양등급 1~3등급으로 중등증까지 대상으로 한다.

신청→ 방문조사→ 조사표 입력에 따른 1차 판정→ 의사소견서 제출 예외자 통보→ 의사소견서 제출→ 등급판정위원회 개최→ 장기요양인정서 및 표준장기이용계획서 통보→ 서비스 이용



[그림 2-1] 장기요양인정 절차²⁾

2) 보건복지부 (2008), 재가장기요양기관 사업설명회.

<표 2-5> 서비스 이용체계

서비스 신청	○ 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환자가 공단에 의사소견서를 첨부하여 장기요양인정 신청 * 신청자: 본인, 가족이나 친족, 사회복지전담공무원(본인이나 가족 등의 동의 필요), 시장군수구청장이 지정하는 자
방문조사	○ 공단소속직원(사회복지사, 간호사)은 신청인의 심신상태 등을 조사.
등급판정	○ 공단은 조사결과서 의사소견서 등을 등급판정위원회에 제출 ○ 등급판정위원회는 대통령령이 정하는 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자를 판정 * 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 판정완료. 다만 정밀조사가 필요한 경우 등 부득이한 경우 연장가능
장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 통보	○ 장기요양등급, 장기요양급여의 종류 및 내용이 담긴 장기요양인정서와 적절한 서비스내용, 횟수, 비용 등을 담은 표준장기요양이용계획서 송부 * 장기요양인정유효기간: 최소1년이상, * 장기요양인정의 갱신 신청, 장기요양등급 등의 변경신청, 이의신청 절차있음
장기요양급여의 시작	○ 장기요양인정서가 도달한 날로부터 장기요양급여 시작 * 다만, 돌볼 가족이 없는 경우 등은 신청서를 제출한 날부터 장기요양급여를 받을 수 있음
장기요양기관 정보의 안내	○ 장기요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하도록 건물, 시설, 설비 등의 사진 및 현황자료 등을 공단이 운영하는 인터넷에 게시.

출처: 보건복지부(2007), 장기요양기관 인프라 확충 설명회(2007).

4) 재원조달체계

재원조달 방식은 크게 장기요양보험료와 국가지원 그리고 본인 일부 부담을 원칙으로 하고 있다. 장기요양보험료는 납부와 관련하여 건강보험료 납부자(직장가입, 지역가입자)와 동일하며, 건강보험료액에 장기보험료율을 곱하여 산정한다. 또한 건강보험료와 통합 고지하고, 징수 후 장기요양보험료와 건강보험료는 각각의 독립회계로 관리한다. 장기요양보험료율은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정하도록 되어 있다 (노인장기요양보험법 제46조).

정부의 재정부담은 노인장기요양보험료 예상 수입액의 20%를 국고

에서 부담하고, 관리 운영비도 국고에서 부담하는 것으로 되어 있다. 또한 공공부조 대상자에 대해서는 요양급여비 총액(국고 및 지방비)을 지원하는 것으로 하고 있다. 한편, 요양서비스 소요 비용의 일부를 본인이 부담하도록 되어 있는데, 현행법상 본인 부담률은 시설급여의 경우는 당해 장기요양급여비의 20%를 부담하며, 재가급여는 15%로 정하고 있다 (노인장기요양보험법 제40조).

그러나 수급자 중 ‘국민기초생활보장법’에 따른 수급권자는 본인부담이 없으며, 의료급여수급권자와 소득-재산 등이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 일정금액 이하인자, 그리고 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한자는 본인일부 부담금의 7.5%를 부담한다 (노인장기요양보험법 제40조).

또한, 가족 등의 장기요양에 대한 보상과 관련하여, 공단은 장기요양급여를 받은 금액의 총액이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하에 해당하는 수급자가 가족 등으로부터 재가급여에 따른 방문요양에 상당한 장기요양을 받은 경우 보건복지부령이 정하는 바에 따라 본인일부 부담금의 일부를 감면하거나 이에 갈음하는 조치를 할 수 있다 (노인장기요양보험법 제41조).

이와 같은 규정에 따를 때 소요 재정 전망은 <표 2-6>과 같다.

<표 2-6> 연도별 대상자 및 재정소요 추계

구분	대상자수(천명)			소요재정(억원)			
	시설	재가	소계	보험료	정부지원	본인부담	계
2008	59	99	158	4,477	3,071	854	8,402
2010	89	79	169	10,510	4,284	2,118	16,911
2015	106	94	200	12,418	5,067	2,516	20,001

출처: 노인장기요양보험 인프라 확충안내(2007), p. 102, 보건복지부.

특히 2008년 중등증 이상(요양 1등급~3등급) 대상으로 실시하며, 보건사회연구원 추계 결과 (노인인구의 3.1%)적용 시 158천명 예상, 소요재정은 8,402억원으로 전망되고 있다. 이에 따른 노인복지 관련 예산은

<표 2-7>과 같다.

<표 2-7> 노인복지관련 예산

(단위: 억원, %)

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008
노인복지관련예산	4,011	5,005	3,302	3,929	5,692	20,619
정부예산대비	0.6	0.4	0.2	0.3	0.4	1.2
복지부예산대비	4.7	5.4	3.8	4.1	4.9	13.3

출처: 보건복지백서(각년도); 주요업무참고자료(각년도), 보건복지가족부.³⁾

5) 서비스 종류 및 내용

장기요양서비스를 필요로 하는 노인에게 제공하는 서비스를 이 법에서는 장기요양급여라고 하고 있다. 장기요양급여는 신체적·정신적 장애에 대한 요양 및 복지서비스 중심으로 운영하되 구체적으로는 신체 활동 및 가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스를 제공하는 것이다. 장기요양급여의 종류는 <표 2-8>와 같이 시설급여, 재가급여, 특별현금급여 3종으로 구분하고 있으며, 각 급여마다 등급별로 비용에 차이가 있다 (노인장기요양보험법 제4장).

재가급여의 경우 등급별로 월 한도액의 차이가 있고, 이 금액 내에서 서비스를 이용할 수 있으며 초과하는 경우 본인부담을 하도록 되어 있다. 그리고, 시설급여의 경우 등급별 1일당 수가가 정해져 있으며, 재가급여와 시설급여의 본인부담금은 국민기초생활수급권자는 0%이고 그 외 일반 소득자가 이용하는 급여비용은 재가급여는 15%, 시설급여는 20%를 본인이 부담한다. 현금급여 또한 등급별로 비용이 정해져 있다.

3) 2005년 이후 지방이양된 예산 제외.

<표 2-8> 노인장기요양보험제도의 급여분류

급여	종 류	내 용
재가 급여	방문요양	장기요양요원이 급여대상자의 가정 등을 방문하여 신체 활동 및 가사 활동 등을 지원
	방문목욕	장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 급여 대상자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공
	방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과 의사의 방문간호지시서에 따라 급여대상자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공
	주·야간보호	급여대상자를 하루 중 일정한 시간동안 주·야간보호기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	단기보호	급여대상자를 일정기간 동안 단기보호기관에 보호하여 신체활동을 지원, 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련등을 제공
	복지용구	요양시설, 단기보호기관 및 요양병원 등 입소한 경우를 제외한 급여대상자에게 복지용구를 판매·대여 형식으로 제공
시설 급여	노인(전문)요양시설 노인요양공동생활 가정	장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련등을 제공
현금 급여	가족요양비	도서·벽지 등 방문요양기관이 현저히 부족한 지역으로 장관이 고시한 지역에 거주하는 급여대상자 또는 신체·정신·성격 등의 사유가 있는 급여대상자가 가족 등으로부터 방문요양 등 재가급여에 상당한 서비스를 받은 때에 지급
	요양병원 간병비	노인복지법에 의한 노인전문병원 또는 의료법에 의한 요양병원에 입원하여 간병인으로부터 서비스를 유상으로 제공 받은 경우, 간병에 소요되는 비용의 일부를 지급

출처: 노인장기요양보험제도 3차시범사업 수가산정 및 비용청구지침(2007), 국민건강보험관리공단.

3. 시범사업평가

1) 개요

노인장기요양보험제도 시범사업은 본 제도 도입에 대비하여 등급판정 및 수가체계, 요양서비스 지원관리체계(care management) 등 제도

모형의 적정성을 검증하고, 일반 노인을 대상으로 본 제도에 준하는 시범사업을 통해 문제점 및 과제의 사전 도출로 제도의 원활한 시행을 도모하여 시범사업을 통한 노인장기요양보험제도에 대한 대국민 인식 제고와 국민적 공감대 형성을 목적으로 실시하였다.

<표 2-9> 시범사업추진 내용

구 분	1차시범사업	2차시범사업	3차시범사업
적용 기간	2005. 7 ~ 2006. 3	2006. 4 ~ 2007. 4	2007. 5 ~ 2008. 6
대상 지역	광주,남구,수원,강릉,안동 부여,북제주	1차시범지역+ 부산북구, 전남완도	2차시범지역+ 인천부평, 대구남구,청주,익산,하동
적용 대상	국민기초생활수급 노인 (1~3등급, 2,050명)	65세 이상 노인 (1~3등급, 4,700명)	65세 이상 노인 (1~3등급, 6,000명)
사업 내용	관정기준 및 절차, 수가, 등 비용심사·지불체계 운영체계의 기술적인 부 분의 검증 및 보완	등급판정, 이용지원체계, 급여범위,내용, 수가산정 수가수가산정, 본인부담 등 본 사업과 유사한 형 태로 전반 검증	2차 시범사업 결과를 토 대로 확대하여 본 사업 과 동일하게 실시
장기 요양 급여	○재가급여(5종): 방문요 양, 방문간호, 주간보 호, 단기보호, 표준장 기요양이용계획서 ○시설급여(2종): 요양 시설, 전문요양시설	○재가급여(6종): 방문요 양, 방문목욕, 방문간 호, 주·야간보호, 단 기보호, 복지용구제공 ○시설급여(3종): 요양시 설, 전문요양시설, 노 인요양공동생활가정 ○특별현금급여(2종): 가 족요양비, 요양병원간 병비	○2차시범사업내용 계속 실시
등급판 정및 표준장 기요양 이용계 획서	○공단 작성 표준장기요 양이용계획서에 의한 서비스 이용 체계 ○등급판정을 위한 방문 조사와 표준장기요양 이용계획서 작성을 위 한 욕구조사의 이원화 운영	○등급판정도구와 욕구 조사 도구의 통합 및 동시조사 ○등급과 서비스 종류 및 내용 결정 통보 ○서비스 제공자와 이용 자 간 자율적인 서비 스 이용체계 *표준장기요양이용계 획서를 가이드라인으 로 제공 ○모니터링 및 질 평가	○3차 시범사업도구적용 ○이용자 편의 제고 및 효율적인 판정 ○표준장기요양이용계획 서 체계 적용
본인 부담	○본인부담제도 미적용 (기초수급자 대상)	○기초수급노인: 면제 ○일반노인: 20%적용 ○경감자: 10%적용	○기초수급노인: 면제 ○일반노인: 시설 20% 재가 15% ○경감자: 시설 10% 재가 7.5%
재원	○국고지원(19억 원)	○국고(76억원), 지방비 및 이용자 부담 ○재가요양급여비용의 일부(10~25%)를 재 정자립도에 따라 지자체 부담	○국고(104억원), 지방 비 및 이용자 부담 ○재가요양급여비용의 일부(20~40%)를 재 정자립도에 따라 지 자체 부담

출처: 국민건강보험공단(2007), 노인장기요양보험 2차시범사업 운영결과;

이광재(2007), 노인요양보험제도의 이해, p.187.

시범사업의 구체적인 내용은 요양보호대상자 등급판정체계의 타당성 등 등급판정체계의 검증과 표준장기요양이용계획서 작성 및 이에 따른 요양서비스 제공체계를 확립하고, 장기요양급여 수가의 적정성 및 비용 산정, 심사, 지불체계를 사전 검토하고 장기요양수요 및 재정소요 판단, 시설 및 인력인프라 구축 방안을 검토, 조정하여 본 사업에서 수행해야 하는 전반적인 내용을 포함하고 있다.

2) 실시현황

노인장기요양보험 2차 시범사업 장기요양서비스 총 대상자 8,177명 중 요양서비스 이용자는 4,594명으로 56%를 차지하였고, 미이용자는 1,530명으로 18.7%를 차지하였다 (이용유보, 효력상실자 포함 시 44%).

요양서비스 이용자 중 서비스 종류별 이용현황은 시설입소가 2,064명으로 45%이고, 제가서비스가 1,805명으로 39%를 차지하였으며, 현금급여(가족요양비, 요양병원 간병비) 이용자가 725명으로 16%를 차지하였다.

지역군 별 요양서비스 이용현황은 대도시 지역이 53%, 중소도시지역 52%인데 비해 농어촌 지역이 67%로써 가장 높게 나타났으며, 이는 완도군과 북제주군의 도서·벽지지역 거주 대상자에게 지급하는 현금급여인 가족요양비 이용자가 269명으로 월등히 높게 나타났기 때문이다.

요양서비스 미이용자는 이용의사가 없는 미이용자와 이용의사는 있으나 여러 요건이 충족되지 않아 이용을 유보하고 있는 이용유보자로 구분했으며, 효력 상실자는 대부분 사망, 시범지역 외 다른 지역으로 전출자이다.

<표 2-10> 2차 시범사업 등급별 요양서비스 실시현황

(단위: 명)

구 분		전 체			
		합 계	1등급	2등급	3등급
합 계		8,177	2,972	1,839	3,366
이 용 자	소계	4,594	1,549	1,095	1,095
	가족요양비	306	53	54	199
	재가급여	1,626	399	344	883
	복지용구	179	42	41	96
	요양병원간병비	419	189	115	115
	시설입소	2,064	866	541	657
미 이용자		1,530	329	361	840
이용유보		605	248	128	229
효력상실		1,448	846	255	347

출처: 국민건강보험공단(2007), 노인장기요양보험 2차 시범사업 운영결과.

등급별 요양서비스 실시 현황을 분석해보면 1등급의 이용율이 저조한 원인은 1등급 중 효력 상실자가 846명이나 되고, 이 중 대부분 사망으로 인해 효력을 상실한 것으로 분석한다.

요양서비스 이용자 중 서비스 종류별 이용현황은 시설입소의 경우 1등급이 866명으로 가장 많이 이용하였고, 재가서비스의 경우 3등급이 883명으로 가장 많이 차지하였다. 요양서비스 미이용자는 3등급이 840명으로 가장 많고 최종증인 1등급이 320명으로 가장 적게 나타나 요양 필요도와 등급별 이용 및 미이용 현황이 일치하게 나타났다.

<표 2-11> 2차 시범사업 미 이용 유형 현황

(단위: 명)

구분	합계	1등급	2등급	3등급
계	2,135	577	489	1,069
경제적부담	154	33	30	91
장기요양기관부족	30	10	6	14
장기요양급여 내용 부족	43	8	7	28
장기요양기관에 대한 불편	15	4	4	7
가족 등에 의한 직접 수발	1,011	213	243	555
장기요양급여 이용에 대한 이해부족	7	1	2	4
지역정서 등 문화적 요인	16	6	4	6
서비스 기관의 서비스 거부	13	5	5	3
필요성을 못 느낌	55	4	12	39
무료시설 이용	42	9	14	19
병·의원 입원	352	173	60	116
일반병원	253	111	52	90
요양병원	99	62	8	29
장기출타 연락두절	16	2	5	9
장기요양인정서 미통보	-	-	-	-
계약 중	253	75	68	110
기타	128	34	29	65

출처: 국민건강보험공단(2007), 노인장기요양보험 2차 시범사업운영 결과.

3) 평가에 따른 과제

첫째, 서비스 적용 대상에 관한 문제다. 2차 시범사업 결과 중증이상의 요양보호 대상자보다 경증이하의 요양보호 대상자가 많은 수를 차지하였고 향후 그 수효도 늘어날 것으로 예상된다. 실제 현장에서 1~3등급의 경우는 와상상태로 수발서비스에는 차이가 없었으나, 오히려 4등급 이하의 경우와 인지능력의 문제가 있는 경우 수발서비스의 강도가 높아 수발서비스가 더 필요한 경우가 있는 것으로 나타났다 (김진수, 2006).

둘째, 시설 인프라 부족 문제를 들 수 있다. 시범사업 지역에서 재가

장기요양기관이 부족하여 장기요양등급 인정자에게 욕구에 맞는 서비스의 제공이 어려웠으며 서비스가 지연되기도 하였다

셋째, 본인부담금에 관한 문제다. 등급인정자 중 미이용자를 대상으로 서비스를 이용하자 않는 이유를 조사한 결과 비용부담이 높게 나타났다으며, 본인 부담금으로 인하여 수급 대상자가 되더라도 서비스 이용을 중단하는 경우도 나타났다.

넷째, 대국민 홍보에 대한 부족문제이다. 신청을 저조의 원인으로 제도 자체에 대해 잘 알지 못하는 것이 가장 큰 이유로 나타났다으며 다음으로 신청할 의사는 있으나 아직은 본인부담금을 부담하면서까지 서비스를 신청할 정도로 자신의 상태가 악화되지 않았다고 생각하는 경우가 많았다.

마지막으로 가능한 한 가정에서 가족에 의해 수발을 받고자 하는 우리나라 노인의 정서가 원인으로 나타났다 이 또한 제도 자체의 홍보는 물론 요양서비스의 취지 및 내용에 대한 홍보가 부족하다는 것이 문제점으로 제기된다.

4. 쟁점사항

1) 재정

첫째, 정부의 재정지원이 너무 적다는 것이다. 일본의 개호 보험제도에서의 정부 부담률은 50%이고, 독일은 100% 보험료로 재원조달을 원칙으로 한다. 그러나 독일의 경우는 실제 지방정부가 시설 투자 및 지원에 대한 책임을 맡고 있으므로 요양보험을 사회보험 방식으로 전환함에 따른 종래 조세수입의 절약된 비용의 일부를 국가 또는 지방정부가 부담하고 있다.

또한 요양보험이 시작되기 전에 이미 상당 정도의 복지 인프라가 구축되어 있었으므로 한국의 여건과는 많은 차이점을 지닌다. 그러나 한국의 경우 법 제정안을 볼 때 정부의 재정부담률의 지원규모는 총 재

정의 30~40% 수준이다. 이 수준으로는 현재 시행하고 있는 건강보험, 국민연금 등의 사회보험 제도의 운영 실태를 볼 때 안정적인 제도 정착에 많은 어려움이 따를 것이다.

둘째, 본인 부담 부분이 너무 많다. 우리나라의 노인장기요양보험제도는 기존 제도와의 정합성 및 정부의 재정부담능력, 지속 가능한 제도 유지 등을 위해 본인부담비율을 일본 제도보다 높은 20% (개가급여 이용시는 15%)로 설정하고 있다. 또한 월 이용 한도액 초과시 초과금액과 시설입소시 식비도 전액 본인 부담이며, 이용자와 서비스 제공자 간 자율 계약에 의한 서비스 이용 시스템에 따라 민간 서비스 업체의 경영적인 입장에서 서비스 이용 신청자를 선택하게 되어 서비스 이용권의 제약을 초래하는 경우도 발생할 우려가 있다. 실제 요양등급판정을 받은 노인이 경제적 어려움으로 인해 가족의 부담에 의존하게 되거나 서비스 이용을 포기하는 사례가 많음을 경험할 수 있었다. 따라서 공적연금제도의 성숙도를 고려한 본인부담금제 설정 및 저소득층에 대한 다양한 감면제도 시행이 마련되어야 할 것이다.

2) 시설 및 인력

첫째, 입소시설과 재가서비스 시설이 부족하다. 2006년 말 전국의 노인요양시설은 898개소(정원 5만 2천명)이며, 재가노인시설은 1,049개소(정원 5만 1천명)으로 예상 수요 대비 충족율은 66%, 61% 수준이다(보건복지부, 2007).

둘째, 지역 간 시설공급의 불균형 문제가 존재하고 있다. 노인복지시설의 소재가 전체적으로 대도시 및 근교에 집중되어 지역 간의 불균형 문제가 발생한다. 한국의 농어촌 세대는 주로 노인들로만 구성되어 있으며, 경제 상태가 열악해 농어촌 노인의 요구는 충족되지 못하고 있다.

셋째, 요양보호사 교육기관의 양산화로 인한 요양보호사의 전문성 부족이다. 요양보호사는 인력의 양적 확보 못지않게 자격 기준과 질적 확

보 문제 등이 신중하게 검토되어야 할 것이다. 왜냐하면 요양전문 인력에 의해 받은 서비스의 질과 양, 구리고 비용이 크게 좌우되기 때문이다.

3) 서비스의 불충분 가능성

첫째, 노인장기요양보험이 시행될 경우 건강보험의 재정부담이 경감되고 노인들의 요양비용도 감소할 것으로 예상하였으나 65세 이상의 노인들의 의료비가 꾸준히 증가하고 있으며, 노인장기요양보험 시행에 따라 병원 또는 요양병원에 장기입원 중인 노인들이 요양시설로 이동하고 있다.

이러한 건강보험과 노인장기요양보험의 재정 및 서비스의 이원화로 인해 의료와 요양 서비스에 대한 복합적인 수요를 가진 노인들에 대한 효과적인 보호가 어려워질 가능성이 크다.

둘째, 재가서비스 체계가 미흡하고 전문성 있는 서비스가 제공되고 있지 못하고 있다. 특히, 예방적 서비스 등은 제공되지 못하고 극히 단편적이고 비조직적인 단순한 가사지원 서비스나 개인 활동 서비스만 제공되고 있어 대상 노인의 욕구 수준에 대응하는 서비스가 부족하다.

4) 형평성의 문제

노인장기요양보험제도 도입으로 인해 세대 내(intra-generational), 세대 간(inter-generational) 형평성의 문제가 심화될 수 있다. 건강보험료와 연동된 노인장기요양보험료는 건강보험제도가 가지고 있는 직장 및 지역 가입자 간 형평성의 문제를 심화시키고 있다. 노인장기요양보험은 국민연금과 같이 재정기반이 세대별 인구 구조에 크게 영향을 받을 뿐만 아니라, 세대별 인구 규모의 상대적 크기에 따른 형평성의 문제가 있다. 또한, 노인장기요양보험제도는 노인들의 상속재산 보호기능을 가지고 있어 소득계층 간 형평성의 문제를 야기할 수 있다.

5) 대상자

수급 대상자에 중증장애인과 말기암 환자 등이 제외되어 있다는 것이다. 노인장기요양보험제도는 65세 이하의 노인성 질환자와 65세 이상 노인으로 그 대상자를 정하였으나 중증장애인과 말기암 환자들 역시 노인성질환자에 비해 장기간의 요양이 더 필요함에도 불구하고 그 대상에서 제외되어 요양급여를 받을 수 없다는 점이다.

제2절 재가급여

1. 재가급여 대상자

1) 대상자

(1) 장기요양 1등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 95점 이상인 자.

(2) 장기요양 2등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 75점 이상 95점 미만인 자.

(3) 장기요양 3등급 : 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 장기요양인정 점수가 55점 이상 75점 미만인 자.

<표 2-12> 등급별 상태상

	요양1등급 (최중증)	요양2등급 (중증)	요양3등급 (중등증)	등급외 (경증)
상태상	○ 하루종일 침대에 있어서 생활자로 스스로 움직일 수 없는 병상태. ○ 일상생활 활동의 식사, 배설, 옷벗고, 입기의 모든 활동에서 전적으로 다른 사람의 도움요	○ 식사, 배설, 옷벗고, 입기 등에서 상당부분 다른 사람의 도움요 ○ 휠체어를 이용하여 일상생활 유지 ○ 주로 침대에 서 생활	○ 보행보조기 등을 통해 이동 ○ 다른 사람의 도움을 받아야만 외출	○ 식사, 배설, 옷벗고, 입기, 대변모두가 자립이나 생활관리능력이 저하하는 등으로 자립이 불가능하므로 지원 필요
조사표	○ 체위변경, 식사하기, 일어나 앉기 등 ADL이 6개 이상 완전도움	○ 식사하기, 일어나 앉기, 세수하기, 양치질하기 등 ADL이 5개 이상 도움요	○ 세수하기, 양치질하기 등 ADL이 3개 이상 부분도움	○ 목욕, 옷벗고, 입기 등 ADL에서 1~2개 부분도움

출처: 보건복지부(2008), 노인장기요양보험 재가장기요양기관 사업설명회.

위의 상태상을 기준으로 2008년 11월 3일 현재 전국의 등급 판정 현황을 보면 <표 2-13>에서 보는 바와 같이 경기도가 42,177명으로 가장 높으며 다음으로 서울이 32,181명, 그 뒤를 전남이 20,936명이 등급 판정을 받았다.

노인의 인구가 더 많은 지방이 서울 보다 등급판정자가 낮다는 것은 노인장기요양보험제도가 2008년 7월부터 시행되었음에도 불구하고 아직도 지방에서는 홍보 등의 부족으로 인하여 새로운 사회보장제도가 실시되었다는 것을 모르는 국민이 많다는 것을 반증하는 것이라 볼 수 있다.

<표 2-13> 시·군·구별 등급판정 결과 현황

(2008. 11. 3 현재, 단위: 명)

행망시도	계	1등급	2등급	3등급	등급외 A	등급외 B	등급외 C
계	240,410	55,948	52,826	85,809	23,702	11,612	10,513
서울시	32,181	9,325	8,017	11,156	2,054	945	684
부산시	13,861	3,010	3,095	5,295	1,357	707	397
대구시	9,881	2,523	2,235	3,627	732	73	291
인천시	11,314	2,915	2,875	3,878	889	438	319
광주시	7,600	1,540	1,611	3,188	692	333	236
대전시	6,641	1,653	1,580	2,441	517	228	222
울산시	3,236	753	791	1,243	241	102	106
경기도	42,177	11,508	10,100	14,704	3,097	1,318	1,450
강원도	10,438	2,542	2,207	3,330	1,176	595	588
충북	9,374	2,268	1,951	3,296	1,018	51	490
충남	13,233	2,959	2,837	4,613	1,408	773	643
전북	17,203	3,069	3,339	5,973	2,553	1405	864
전남	20,936	3,116	3,549	7,521	3,317	1,492	1,941
경북	20,057	4,453	4,194	7,510	2,072	1,025	803
경남	17,929	3,396	3,470	6,609	2,199	1,187	1,068
제주특별 자치도	4,349	918	975	1,425	380	240	411

출처: 노인장기요양보험공단(2008), 자료실.

2008년 10월 31일 현재 전국의 등급별 희망급여 현황을 보면, <표 14>와 같이 방문요양을 37%인 66,550명이 희망하였으며 시설급여는 28%인 51,191명이 다음으로 희망하는 급여로 나타났다.

이는 1~2등급만 해당되는 시설급여는 등급별 커다란 차이를 보이지 않으나 3등급은 시설급여를 사용할 수 없기 때문이라고 볼 수 있다. 그

로 인하여 3등급의 방문요양 희망자가 전체희망자의 63%를 차지하였다.

<표 2-14> 등급별 희망서비스 종류

(2008. 10. 31 현재, 단위: 명)

구 분	계	1등급	2등급	3등급
방문요양	66,550	11,712	12,654	42,184
방문목욕	8,773	2,427	1,883	4,463
방문간호	1,019	497	193	329
주·야간 보호	8,326	535	1,816	5,975
단기보호	2,487	494	642	1,351
복지용구	1,408	471	302	635
노인요양시설	51,191	18,352	18,149	14,690
노인전문요양시설	36,940	16,116	12,527	8,297
노인요양공동생활가정	748	271	249	618
가족요양비	1,138	271	249	618
계	178,580	51,110	48,690	78,780

출처: 국민건강보험공단(2008).⁴⁾

그리고 <표 2-15>의 재가급여 계약현황을 보면 방문요양이 전체의 47%를 차지하고 있다. 이는 주·야간보호의 6%와 단기보호시설의 4%에 비해 매우 높은 수준이다. 이는 주·야간보호시설과 단기보호시설에 대한 서비스 등의 홍보가 충분치 않았으며 노인부양의식의 변화에도 불구하고 아직은 우리나라의 인식이 집에서 요양하는 것을 선호한다고 볼 수 있다.

4) 연구자가 국민건강보험공단에 정보공개 요청에 의하여 입수한 자료를 바탕으로 재구성한 자료임

<표 2-15> 재가급여 계약 현황

(2008. 10. 31 현재, 단위: 건)

구분	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간 보호	단기보호	복지용구
총계	127,987	59,904	22,468	3,523	8,826	5,163	28,103
1등급	29,185	11,636	5,559	1,308	757	1,272	8,653
2등급	27,872	12,220	4,639	711	2,117	1,548	6,637
3등급	70,930	36,048	12,270	1,504	5,952	2,343	12,813

출처: 국민건강보험공단(2008).⁵⁾

2. 재가장기요양기관

1) 재가장기요양기관현황

국민건강보험공단에 정보공개자료를 요청하여 받은 자료로서 2008년 10월 31일 현재 전국의 재가장기요양기관 현황을 보면 <표 2-16>과 같이 재가장기요양기관 8,791개소 중 방문요양기관이 3,734개소로 42% 차지하였다. 이는 급여계약 현황과 거의 같은 수준을 보이고 있다. 이러한 시설들은 누구나 하고자 하는 의지가 있으면 개소 할 수 있기에 지속적으로 늘어 날 것으로 보이며 이에 따른 경쟁으로 개인 부담금 경감 및 부담 수가 청구 등 조금씩 부작용이 노출되고 있는 실정이다.

<표 2-16> 재가장기요양기관 현황

(2008. 10. 31 현재, 단위: 개소)

소계	방문요양	방문목욕	주야간 호보	단기보호	방문간호	복지용구
8,791	3,734	2,500	753	570	592	642

출처: 국민건강보험공단(2008).⁶⁾

5)연구자가 국민건강보험공단에 정보공개 요청에 의하여 입수한 자료를 바탕으로 재구성한 자료임.,

6)연구자가 국민건강보험공단에 정보공개 요청에 의하여 입수한 자료를 바탕으로 재구성한 자료임.

2) 재가급여 서비스이용 현황

2008년 9월 5일 현재 장기요양 등급 인정자 168,761명 중 103,278명 (61.2%)이 장기요양급여를 이용하고 있었으며, 이중 재가급여 이용자는 51,759명(30.6%)이고 시설급여 이용자는 50,756명 (30.1%)인 것으로 보건복지가족부에서 <표 2-17>과 같이 발표하였다. 또한, 재가급여 이용자 51,759명 중 방문요양 이용자는 40,676명으로 78.6%인 것으로 집계되었다.

<표 2-17> 장기요양등급인정자 서비스 이용 현황

(단위: 명)

구분	인정자	이용자	시설급여	재가급여	가족요양비
계	168,761	103,278 (61.2%)	50,756 (30.1%)	51,759 (30.6%)	763 (0.5%)
일반	120,758	65,823 (54.5%)	28,237 (23.4%)	37,006 (30.6%)	580 (0.5%)
의료급여	48,003	37,455 (78.0%)	22,519 (46.9%)	14,753 (30.7%)	183 (0.4%)
1등급	52,648	31,487 (59.8%)	21,085 (40.0%)	10,304 (19.6%)	98 (0.2%)
2등급	45,611	28,149 (61.7%)	17,425 (38.2%)	10,570 (23.2%)	154 (0.3%)
3등급	70,502	43,642 (61.9%)	12,246 (17.4%)	30,885 (43.8%)	511 (0.7%)

출처: 보건복지가족부(2008. 9. 9), 보도자료.

<표 2-18> 재가급여 이용자 및 이용건수

(단위: 명)

계		방문 요양	방문목욕	방문간호	주·야간 보호	단기보호	복지용구
인원	건수						
51,759	80,687	40,676	15,475	2,284	6,959	3,533	11,760

출처: 보건복지가족부(2008. 9. 9), 보도자료.⁷⁾

3. 방문요양

1) 서비스내용

재가장기요양기관이란 노인장기요양보험법에 따라 치매·중풍 등 요

7) 재가급여는 2종 서비스 이용가능, 1인당 평균 1.5건 이용.

양보호가 필요한 노인들(이하 장기요양급여수급자) 중 가정에서 생활하고 있는 재가노인에게 재가급여를 제공하기 위해 설치 신고된 기관으로 방문요양은 수급자의 가정을 방문하여 <표 2-19>와 같이 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여로서 이용 대상자는 장기요양 1~3등급에 해당하는 자 중 시설급여나 현금급여를 이용하지 않는 자이어야 한다.

월 한도액은 재가서비스 이용 대상자는 등급별 월 한도액 범위 내에서 급여를 이용 할 수 있으며 한도액 초과 시 전액 본인 부담이 된다.

<표 2-19> 방문요양 서비스내용

신체활동지원	세면도움, 구강관리, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아 입히기, 목욕도움, 화장실이용하기, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체기능유지·증진, 행동변화대처
일상생활지원	취사, 청소 및 주변정돈, 세탁
개인활동지원	일상업무 대행, 외출시 동행,
정서지원 (우애서비스)	말벗, 격려 및 위로, 의사소통 도움 생활상담 등

출처: 노인장기요양보험 재가장기요양기관 사업설명회(2008), 보건복지부.

재가장기요양 서비스 이용 전체 절차는 [그림 2-2]와 같으며 방문요양 기관의 서비스 이용은 우선 전화 또는 신청자의 방문요양 기관으로의 내방 접수로 시작을 한다. 이때 장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 등을 통해 [그림 2-3]과 같이 장기요양 수급자 여부를 확인하게 된다.

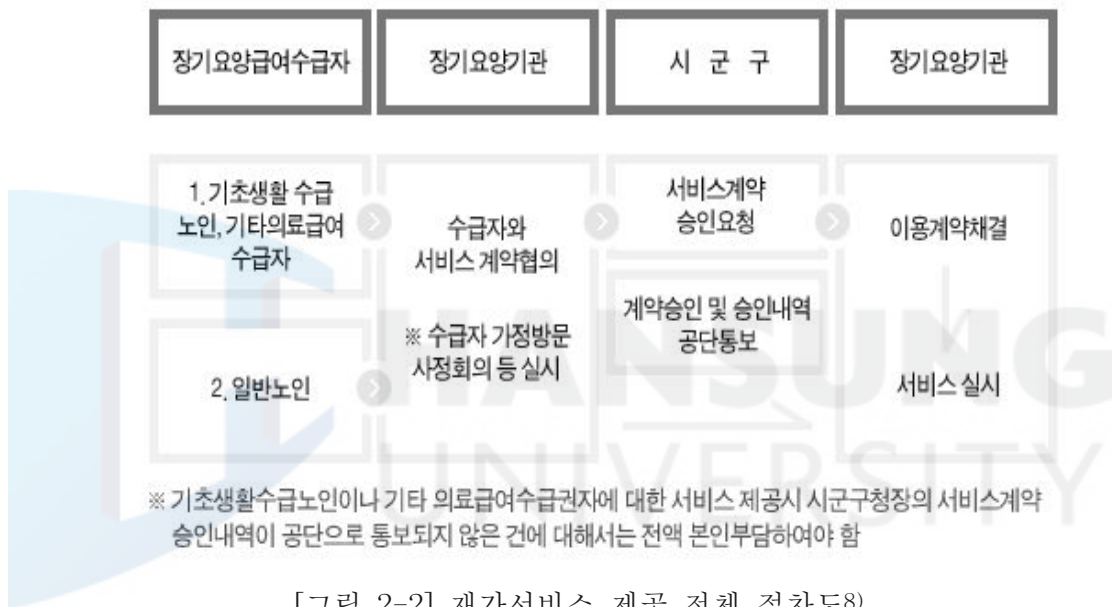
그 후 방문요양 기관에서 가정을 방문하여 신청노인에 대한 종합적인 상황을 파악(건강, 개인신상, 주거환경 등)하고 공단에서 제공하는 표준요양이용계획서를 참조하여 수급자의 기능상태 및 욕구에 적합한 서비스 제공 횟수, 1일 서비스 제공 시간, 일정 등을 결정하게 된다.

결정된 사항을 바탕으로 서비스 계약체결 시 신청자에게 서비스 제공 계획 수립내역을 알리고, 서비스 제공 전 신청자나 그 가족과 서비스 계약을 체결하게 된다. 이때 신청자가 기초수급자이거나 의료급여수급자인 경우 계약체결 전 반드시 수급자 주소지 관할 시·군·구청장의

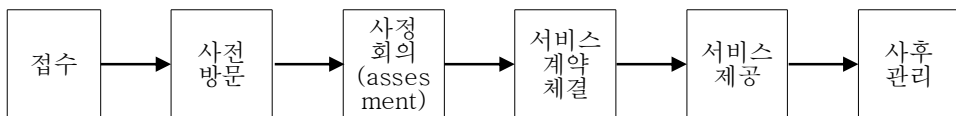
승인을 받아야 한다.

계약이 체결되면 방문요양 서비스를 제공할 요양보호사가 계약 내용에 맞는 스케줄에 따라 파견된다. 그 후 지속적인 서비스 제공을 위한 만족도 및 불만사항 청취, 서비스 제공 후 심신상태 변화 체크 등 사후 관리를 하게 된다.

▶ 재가서비스 제공절차



[그림 2-2] 재가서비스 제공 전체 절차도⁸⁾



[그림 2-3] 방문요양 기관의 서비스제공(일반적 절차)⁹⁾

8) 출처: 보건복지부(2008), 노인장기요양보험 재가장기요양기관 사업설명회.

9) 출처: 보건복지부(2008), 노인장기요양보험 재가장기요양기관 사업설명회.

2) 서비스 제공시 준수 사항

가사지원 서비스는 수급자 본인에게 해당되는 것만을 인정한다. 예를 들면 수급자의 식사준비, 수급자의 방청소 등은 인정되지만 수급자 이외의 가족에 대한 식사준비 등은 인정되지 않는다. 대상자의 생업을 원조하는 행위나 장기요양요원이 하지 않아도 일상생활을 수행하는데 지장이 없다고 판단되는 행위. 일상적으로 행해지는 가사범위를 넘어서는 행위는 방문요양에 해당되지 않는다. 수급자에게 세면시 유심히 살피고, 물의 온도 등에 유의하여 수급자가 화상을 입지 않도록 유의해야 한다. 옷 갈아 입히기, 배설도움 등 수급자의 신체부위가 드러나는 서비스를 제공할 때에는 수급자의 몸에 목욕타월을 걸치거나 방문을 닫는 등 노출되는 부분을 적게 하여 수치심을 느끼지 않도록 유의해야 한다. 수급자가 스스로 할 수 있는 일은 자력으로 하도록 격려하고 할 수 없는 부분을 지원해야 한다. 방문요양 서비스에는 간호행위 등 의료서비스가 포함되지 않는다.

3) 방문요양 수가

방문요양 수가는 재가장기요양기관이 장기요양 1~3등급 인정을 받은 노인에게 서비스를 제공하고 받는 경제적 보상으로서, 1일 단위 혹은 1회 단위 혹은 시간 단위 등으로 정해져 있는 서비스 단가를 의미한다.

(1) 등급별 월 한도액

방문요양 급여는 대상자의 등급별 월 한도액 내에서 지원하며 예산 산정 시에는 대상자별 평균사용액(월 한도액 내 평균사용액)으로 산정한다.

<표 2-20> 등급별 재가서비스 월 한도액

구 분	1등급	2등급	3등급	비고
월 한도액	1,097,000원	879,000원	760,000원	단기보호는 한도액 산정 제외

출처: 보건복지가족부(2008), 노인장기요양보험제도안내.

<표 2-21> 방문요양 시간별 수가

구 분	수 가 (1회당)
30분 이상 ~ 60분 미만	10,680원
60분 이상 ~ 90분 미만	16,120원
90분 이상 ~ 120분 미만	21,360원
120분 이상 ~ 150분 미만	26,700원
150분 이상 ~ 180분 미만	30,200원
180분 이상 ~ 210분 미만	33,500원
210분 이상 ~ 240분 미만	36,600원
240분 이상 ~	39,500원

출처: 보건복지가족부(2008), 노인장기요양보험제도안내.¹⁰⁾

제3절 외국의 재가급여

1. 독일의 수발보험

급여의 종류는 재가요양급여, 시설요양급여, 기타급여로 구분된다. 이러한 구분은 재가보호로써 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에 한하여 주간보호와 야간보호 등과 같은 부분적 시설요양보호를 청구하거나 입소시설에 단기입소를 청구할 수 있다. 이러한 방법이 불가능한 경우에는 시설에 입소시켜 시설요양 보호를 받게 한다.

급여에 있어서 1인당 정액급여제이며 재택요양은 현금급여, 현물급여 및 양자의 혼합급여를 원칙으로 한다. 또한 급여제공 대상자는 가족보험원칙에 따라 가입자의 피부양 가족구성원 모두가 포함된다. 급여수준

10) - 30분 미만은 비용 산정을 하지 아니함

- 장기요양등급에 관계없이 1회 방문 당 서비스 제공시간에 따라 수가산정
- 서비스 제공시간은 요양보호사가 서비스 대상자의 가정에 도착했을 때부터 필요한 서비스를 제공하기 위한 준비, 서비스의 제공 및 마무리에 소요된 총 시간을 말함
- 대상자의 신체정신적 상태에 따라 부득이하게 급여대상자의 요청으로 2인의 요양보호사가 가정을 방문하여 동시에 서비스를 제공하는 경우, 해당 서비스 시간의 수가에 100%를 가산함 (단, 120분 미만에 한함).

은 수발보호 등급에 따라 결정된다. 즉 급여의 유형과 어려움의 정도, 빈도, 필요조건, 그리고 제공시간에 따라 구분되는 것이 원칙이며 서비스 수준은 요양보호등급에 따라 결정된다 (홍미령, 2006).

<표 2-22> 독일의 서비스별·등급별 요양급여 한도액

(단위: 유로)

구분 \ 등급		1등급	2등급	3등급
재택요양	월간현물급여	384	921	1,432
	월간요양수당	205	410	665
대리요양	가족수발	205	410	665
	전문요양인	1,432	1,432	1,432
단기요양	연급여	1,432	1,432	1,432
부분요양시설(주,야)	월급여	384	921	1,432
보충급여	연간급여	460	460	460
완전요양시설	월간요양급여(정액)	1,023	1,279	1,432
장애자 원조	요양급여	기관비용의 10%, 월간 최대 256		

출처: 보건복지부(2006), 노인수발보호 제정안 설명자료.

독일의 재가급여는 보호등급에 따라 현금급여와 현물급여 또는 현금급여와 현물급여의 혼합형태를 취한다. 지급형태의 결정은 대상자가 직접 결정할 수 있도록 함으로써 대상자의 권리행사에 대한 선택을 존중하고 있다. 재가보호는 가족수발보호의 주체가 되고 있지만 재가보호를 지원하는 것으로서 재가복지센터에 의한 방문서비스, 주간보호, 야간보호 등의 시설이 있다.

재가복지센터는 케이스워크(casework), 간호사, 수발인, 의사, 자원봉사자 등이 팀을 만들어서 재가노인의 상태에 따라 환자간호, 노인수발보호, 가사원조 등의 방문서비스와 고립을 해소하기 위한 의사소통 촉진 서비스를 제공하고 있는데, 이는 보건, 의료, 수발, 가사 등 기타 각종의 서비스를 제공하는 장으로써 노인재가보호에 있어서 큰 역할을 담당하고 있다.

재가서비스 급여와 관련하여 현물급여는 재가 서비스 기관이 제공하

는 매월 384유로(1등급)~1,432(3등급)까지 현물서비스 이용이 가능하다. 단, 예외적인 경우가 있는데, 암 말기상태, 중풍과 치매를 동반한 24시간 장기요양이 필요한 상태인 경우는 매월 1,918 유로까지 서비스 이용이 가능하다. 현물급여는 단계적으로 인상되고 있는데, 2008년부터는 각 등급별로 매 2년마다 인상될 예정이다.

<표 2-23> 등급별 재가서비스의 현물급여현황과 변경상황 (단위: 유로)

요양등급	2007년	2008년	2010년	2012년
1등급	384	420	450	450
2등급	921	980	1,040	1,100
3등급	1,432	1,470	1,510	1,550

출처: 장기요양보험의 지속적인 발전을 위한 개혁(2007), 독일연방보건부.

<표 2-24> 등급별 급여종류별 장기요양보험 급여비용 현황 (단위: 유로)

구분		1등급	2등급	3등급
재가요양	현금급여	205	410	665
	현물급여	384	921	1,432
시설요양		1,032	1,279	1,432

출처: 장기요양보험의 지속적인 발전을 위한 개혁(2007), 독일연방보건부.

한편, 현금 급여는 장기요양금고 수발수당을 지급받아 자신을 돌보는 가족, 이웃, 수발자 등에게 주는 제도로써 현금 급여는 매월 205유로(1등급) ~ 665유로(3등급) 수준이다. 독일의 현금급여금액은 현물급여액의 50% 수준이며, 재가서비스 이용자의 70% 이상을 차지할 정도로 선호도가 높다. 기타 수발자 유고시 대체급여가 있는데, 1년에 총 4주의 범위 내에서 단기보호 시설을 이용하거나, 시설을 이용하지 아니할 경우 1년에 총 1,432유로 한도 내의 급여를 받을 수 있다.

시설급여서비스는 재가보호 서비스나 단기보호와 주·야간보호 등의 부분시설보호 서비스를 통해서 수발보호가 불가능한 경우에 수발보호 대상자는 시설에 입소하여 보호를 받게 된다. 이 경우에는 현물급여를 제공하게 된다. 시설보호서비스를 받을 경우 수발보험은 수발보호 비용

에 한해서 지급하고 있고, 숙박비와 식비는 본인이 부담하도록 되어 있다. 이러한 시설보호 서비스 역시 보호 등급에 따라 급여 수준이 다르게 책정되어 있다.

2. 일본의 개호보험

개호급부의 내용을 보면 급부종류는 피보험자의 요개호상태에 관한 보험급부와 피보험자의 요개호상태가 될 우려가 있는 상태에 관한 보험급부를 포함하여 요개호상태의 경감이나 악화의 방지 또는 요개호상태의 예방에 기여하는 보험급부로서 조례로 정한 것에 한정하고 있다(일본개호보험법 18조). 이에 따라 재가급여와 시설급여로 나누어지게 되는데 개호필요 인정을 받은 피보험자는 두 가지 서비스 가운데 한쪽을 자유롭게 선택할 수 있다.

재택서비스에 대해서는 개호필요도에 따라서 보험급여의 상환액이 설정되어 있고 시설 가입자에 대해서 개호 필요도에 따라 급여액이 정해져 있다. 개호비용에서 이용자 부담을 제외한 금액이 급여비이며 급여란 요개호를 요하는 상태에 있거나 될 우려가 있는 자에 대하여 급여가 행해지는 것을 말한다. 그 경우 수급자격이 있는지 또한 어느 정도의 급여가 필요한가를 확인하기 위해 요개호 인정이 행해진다. 그리고 인정된 피보험자에게는 재가와 시설서비스에 걸쳐 다양한 서비스를 제공하고 요지원자에게는 요개호상태의 발생 예방이라는 관점에서 재가 서비스를 한다.

또한 개호보험에서는 이용자 스스로의 의지에 바탕을 두고 이용할 서비스의 결정을 지원하는 구조로서 전문가가 보호계획을 수립하여 서비스 사업자를 선택하여 결정하는 것을 기본으로 한다. 급여의 형태와 관련하여 먼저 개호급여와 예방급여는 재가급여와 시설급여로 구분되며 재가급여는 방문개호, 방문간호, 통원개호 및 재활 등이 중심이 되고 시설급여는 시정촌이 독자적으로 제공하는 침구, 건조 서비스와 이송서비스 등이 있다.

개호보험의 급여 내용은 재가서비스의 종류마다 여러 가지 서비스의 내용, 사업소재지 지역 등을 감안하여 정해진 기준 액의 90%이며 나머지 10%를 본인이 부담한다. 통원개호 및 재활급여에서는 일상 생활비는 제외된다. 시설급여는 서비스의 종류마다 요개호 상태의 구분, 지역 등을 감안하여 산정된 일상 생활비를 제외한 평균비용을 고려하여 책정한 90%와 후생성이 책정한 식사 제공비를 공제한 금액을 합하여 급여된다.

<표 2-25> 개호보험의 보험급여의 체계

서비스종류	개호급여의 대상	신·예방 급여의 대상
재가서비스 (12종류) 도도부현 지정·감독	① 방문개호(홈헬프 서비스) ② 방문입욕개요 ③ 방문 간호 ④ 방문 재활 ⑤ 재가 요양관리지도 ⑥ 개호 ⑦ 재활 ⑧ 단기입소 생활개호 ⑨ 단기입소 요양개호 ⑩ 특정시설 입소자 생활개호 (유료노인홈,케어하우스 등) ⑪ 복지용구 대요 ⑫ 특정 복지용구 구입비	① 개호예방 방문개호 ② 개호예방 방문 입욕개요 ③ 개호예방 방문 간호 ④ 개호예방 방문 재활 ⑤ 개호예방 재가 요양관리 지도 ⑥ 개호예방 통소 개호 ⑦ 개호예방 통소 재활 ⑧ 개호예방 단기입소 생활 개호 ⑨ 개호예방 단기입소 요양 개호 ⑩ 개호예방 특정시설 입소 자 생활 개호 ⑪ 개호예방 복지용구 대요 ⑫ 특정개호예방 복지용구 구입비
지역밀착형 서비스 시정촌의 지정·감독	① 소규모 다기능형 재가개호 ② 야간 대응형 방문개호 ③ 인지증 대응형 통소개호 ④ 인지증 대응형 공동생활 ⑤ 지역밀착형 특정 시설입소자 생활 개호 ⑥ 지역밀착형 개호 노인복지시설 입 소자 생활개호	① 개호예방 인지증 대응형 통소 개호 ② 개호예방 소규모 다기능 형 재가 개호 ③ 개호예방 인지증 대응형 공동 생활 개호
케어매니지먼트	재가개호 지원 도도부현 지정·감독	재가 개호예방 지원 시정촌 지정·감독
시설서비스 도도부현 지정·감독	① 개호 노인복지시설 (특별양호 노인홈) ② 개호 노인보건시설 ③ 개호 요양형 의료시설 (요양병상, 인지증 질환 등)	

출처: 국민건강보험공단(2006), 일본의 개호보험의 재출발.

<표 2-26> 개호보험의 급여내용에 따른 급여수준

구분	명칭	급여액	비고
재가서비스	○방문개호 ○방문목욕개호 ○방문간호 ○방문재활 ○거택요양 ○관리지도 ○통원개호 ○복지이용구대여 ○단기입소생활개호 ○단기입소요양개호 ○치매대응력 ○공동생활개호 ○특정시설입소자 생활개호	○서비스종류마다 여러 가지 서비스 내용, 사업소개 지역 등을 감안하여 정한 기준의 90%, 10%는 이용 통원개호, 통원재활에 관하여는 일상생활비는 제외됨 ○소요되는 액이 기준액보다 적을 경우 그 액의 90% ○서비스 종류마다 요개호상태 구분, 사업소개 지역 등을 감안하여 정한 기준액의 90%, 10%는 이용 자부담 ○일상생활비는 제외 ○소요되는 액이 기준액보다 적을 경우 그 액의 90%	○재가서비스구분 (재가서비스에 있어서는 상호의 대체성에 입각하여 2개 이상으로 구분)마다 지급한도액을 설정
	특례재가서비스비	○재가개호서비스에 정해진 기준액의 90% 상당하는 액을 기준으로 시·정·촌이 정함	○지급한도액은 요개호상태 구분마다 정함
	재가개호복지용구 구입비	○구입비의 90% ○재가개호복지용구 구입비지급 한도액을 기초로 정한 산정액의 90%를 초과할 수 없음	○시·정·촌은 서비스 이용의 편중을 방지하기 위해 재가서비스 종류마다 지급한도액을 마련하는 것이 가능하도록 함
	재가개호 주택 개수비	○주택개수에 요하는 액의 90% ○재가개호주택개수비 지급한도 기준액을 기초로 정한 산정액의 90%를 초과할 수 없음	
	재가개호서비스 계획비	○지역 등을 감안, 산정된 가정재가개호지원에 요하는 평균적 비용액을 감안하여 정한 기준에 의해 산정 한비용액 ○100%지급	
	특례재가개호서비스 계획비	○재가개호지원비에 정해진 기준액의 100%에 상당하는 액을 기준으로 시·정·촌이 정함	
시설서비스	시설개호 서비스비	①시설서비스 종류마다 요개호상태의 구분, 지역 등을 감안 산정된 평균비용(일상생활비 제외)을 감안하여 정한 기준액의 90%) ②(후생성이 정한)식사제공비에서 식비 표준부담액을 공제한 액①과 ②의 합계액	
	특례시설개호 서비스비	○요개호 인정효력이 발생하기 전에 긴급, 기타 부득이한 질병으로 인해 지정 시설서비스 등을 받을 경우로서 필요가 있다고 인정할 때	○현재의 특별양호홈 →개호노인복지시설 ○현재의 노인보건시설 →개호노인보건시설 ○현재의 요양형 병상군 등 →개호요양형의료시설

출처: 일본의 장기요양보험제도(2002), 문성현.

3. 각국의 제도비교

1) 적용대상

독일의 경우 법정 건강보험 가입자는 모두 장기요양보험 가입대상이며, 장기요양서비스 인정 신청 대상자는 법정 건강보험 가입자로서 6개월 이상 요양이 필요한 가입자이다. 선정은 기능상태, 도움의 빈도 및 도움의 정도 등 세 가지로 나누어 대상자를 증등증, 중증, 최중증으로 구분하고 있다.

일본의 경우 피보험자는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 구분된다. 제1호 피보험자는 65세 이상의 노인이 되며, 제2호 피보험자는 40세 이상에서 64세까지의 의료보험 가입자가 된다. 제2호 피보험자는 뇌졸중, 노인의 초기 치매 등 노화에 수반하여 발생하는 노인성 질환(16종)에 대해서만 개호 서비스가 이루어진다.

한국의 경우 건강보험 가입자 모두를 보험료 부담대상인 가입자로 규정하고 있으나, 장기요양인정을 신청할 수 있는 대상은 65세 이상의 노인과 치매, 뇌혈관성 질환(중풍) 등 대통령령이 정하는 노인성 질병을 가진 64세 이하의 국민으로 한정하고 있다.

<표 2-27> 독일·일본·한국의 적용대상 비교

구 분	독 일	일 본	한 국
가입자 대상 (보험료 부담)	법정건강보험 가입자 (사실상 전국민)	1호: 65세 이상 2호: 40세 이상	국민건강보험 가입자
수급권자	6개월 이상 요양이 필요한 가입자 모두	개호등급 판정을 받 은자(40~64세의 우는 특정 노인성 환자에 한함)	65세 이상 노인과 노인성 질환을 가진 64세 이하 인자로 증등증 이상(1~3등 급)
가입대상과 급여대상	일치	일치(2호 피보험자는 일부 제한)	○ 불일치 ○ 수급대상에서 경 증자 제외 ○ 64세 이하인 자 는 노인성 질환자 로 제한

출처: 보건복지부자료와 기타문헌을 종합하여 재정리.

2) 급여내용

급여 내용에 있어서의 차이점은 한국과 독일은 의료서비스를 제외하고 있는데 반하여 일본은 요양병원 및 방문간호 등 의료서비스를 포함하고 있다. 급여방법에 있어서도 한국이나 독일과는 달리 일본은 현물서비스만을 제공하고 있으나 최근 개호보험이 가족 개호를 지원하는 방향을 지향함에 따라 현금급여 실시 여부가 주요한 과제로 부각 되고 있다.

<표 2-28> 독일·일본·한국의 급여내용 비교

구 분	독 일	일 본	한 국
급여종류	재가서비스, 단기보호 주·야간보호, 시설보 호 * 의료서비스 제외	재가서비스 12종 시설서비스 3종 * 의료서비스 포함	재가급여 6종, 시설급 여, 특별현금급여 3종
급여형태	현물급여, 현금급여 (현물 급여의 50% 범 위내)	현물서비스	현물급여 원칙 일부 현금 급여
급여지급	서비스별, 등급별 정 액	재가: 한도액 기준 시설: 시설별 수가 적 용	재가: 한도액 기준 시설: 시설별 수가 적 용

출처: 보건복지부 자료와 기타문헌을 종합하여 재정리.

3) 전달체계

제도운영방식을 보면 3개국 모두 별도의 법률을 제정하여 제도를 운영하는 방식을 채택하고 있다. 독일의 정책 주체는 법정건강보험 보험자인 8개 건강보험금고에 설치된 장기요양금고(pflegekassen)이며, 독립 법인으로 별도 재정으로 운영되지만 건강보험금고에 위탁 관리하고 있다.

일본의 경우는 보험자가 지자체인 시·정·촌 및 특별구이며, 중앙정부, 도·도·부·현, 의료보험자, 연금보험자가 시·정·촌의 재정과 사무 및 행정을 공동 지원하는 증충적인 제도이다. 시·정·촌의 업무는 피보험자의 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 피보험자의 요개호(요지원)인정,

보험급여비용의 지불 및 재정 운영 등이다.

한국의 노인장기요양보험법은 제 7조에 관리운영 주체를 국민건강보험공단으로 명시하고 있다. 또한 장기요양인정 신청인의 장기요양인정 및 장기요양 인정 등급을 판정하기 위하여 공단에 장기요양등급 판정위원회를 두며 장기요양등급 판정위원회는 시·군·구 단위로 설치한다.

<표 2-29> 독일·일본·한국의 전달체계 비교

구 분	독 일	일 본	한 국
시행시기	1995년 4월	2000년 4월	2008년 7월
관리운영주체	장기요양금고	시·정·촌	국민건강보험공단
평가주체	의학위원회	개호인정심의회 (시·정·촌에 둠)	요양등급판정위원회
평가항목	36항목	85항목	55항목
요양등급	1~3등급	7등급 (요지원 2, 요개호 5 등급)	1~3등급
판정기간	2~3개월		30일 이내
급여비용 심사·평가	장기요양금고	건강보험연합회	국민건강보험공단
전문인력	요양보호사	개호복지사 홈ヘル퍼 1~3급	요양보호사

출처: 보건복지부자료와 기타문헌을 종합하여 재정리.

4) 재원조달

독일의 재원조달 방식은 보험료 100%인 사회보험 방식이며 본인부담금은 숙박비, 식비, 장기요양보험 한도액 초과 비용 등이다. 일본의 개호보험 재원은 피보험자가 50%, 나머지 50%는 공적부담(공비)으로 구성된다. 개호보험료는 일본국민의 40세 이상은 누구나 매월 평균 3,300엔 정도의 보험료를 납부하여야 한다.

한국의 경우 노인장기요양보험 가입자는 건강보험 가입자와 동일하며, 국민건강보험공단은 노인장기요양보험료와 건강보험료를 통합하여 징수하되, 각각 독립회계로 관리하여야 한다.

<표 2-30> 독일·일본·한국의 재원조달비교

구 분	독 일	일 본	한 국
재원구성	보험료 100%	보험료, 공비 각50% (공비: 중앙정부 25%, 도도부현 12.5%, 시정 촌 12.5%)	보험료 80% 국고 20%
본인부담	지급한도액 초과금액 시설 50~60% 수준 재가 30%수준	서비스 이용액의 10% (시설은 거주비용과 식 비를 본인 부담)	시설: 20% 재가: 15% *기초생활수급자는 면제 차상위계층은 50%감면
보험료부담	총수입의 1.7% (노사 각각 50%) (퇴직자는 연금공제)	1호: 약 3,293엔(평균) 2호: 0.9%(노사 각각 50%, 평균 3,043엔)	직장인 5,244원(평균) (노사 각각 50%) 지역가입 2,246원(평균)

출처: 보건복지부자료와 기타문헌을 종합하여 재정리.

제4절 선행연구

최근에 노인인구가 급격하게 늘어나고, 이에 따라 보호를 요하는 노인들의 수도 증가하였으나 여성들의 활발한 사회 진출과 노인에 대한 부양의식의 변화로 인하여 가족 책임 위주의 노인부양정책은 그 한계에 이르게 되었다. 2001년도 대통령경축사에서 노인요양보장제도라는 이름으로 공적제도 도입에 관한 언급이 있었고, 2002년도 대통령 공약사항에 포함됨으로 인하여 노인장기요양보험제도가 노인복지의 주된 관심사로 떠올랐다.

1990년대 중반부터 노인장기요양보험에 대한 연구가 나타나기 시작하였으며, 2000년도 이전의 대부분의 논문들은 외국의 노인장기요양보험제도를 소개하거나 한국의 노인요양보험제도 도입의 필요성을 주장하는 논문들이 대부분이었다. 2001년도 이후에 도입에 관한 논의가 공식화되면서, 연구 방향도 단순히 외국의 제도를 소개하는 것이 아니라 한국의 노인장기요양보험 도입에 주는 시사점을 외국사례로부터 도출하는 연구로 변화되었다. 특히 최근의 연구는 노인장기요양보험법 입법과정에서 나타난 문제점과 바람직한 제도 도입에 관한 연구가 활발하게 이루어지고 있다.

그러나 노인장기요양보험 만족도에 관한 연구는 올해 7월에 시행되

어 관련 연구가 아직 활발히 이루어지지 않아 이와 비슷한 일반 소비자와 가정봉사원파견 만족도, 시범사업 평가, 그리고 외국 사례의 연구를 살펴보았다.

고객만족과 관련하여 소비자 만족에 대한 정의들은 매우 다양하나 두 가지 유형으로 구분할 수 있다. 첫째는 소비자가 인지하는 측면에서 소비 이전의 기대와 제품 소비 이후에 인지된 실제 결과와의 인지적 차이에 대한 소비자의 평가이고, 소비자가 치른 대가에 대해 적절하게 혹은 부적절하게 보상되었다고 느끼는 소비자의 인지적 상태라고 할 수 있다.

둘째, 정서적인 측면에서 소비 행위 이전의 기대와 소비 경험 이후의 감정이 복합적으로 결합하여 발생된 종합적인 심리상태라고 할 수 있다. 이것은 전반적인 시장에 대한 감정적 반응뿐만 아니라, 상품이나 서비스의 구매행동, 구매된 제품과 서비스의 사용 결과로 나타나는 감정적 반응이다. 이러한 두 가지 유형의 다른 점은 인지적 현상으로 볼 것인지, 정서적 반응으로 볼 것인지의 차이이다. 따라서 ‘만족’이란 인지적인 측면과 정서적인 측면을 동시에 공유하고 있는 심리적인 반응으로 볼 수 있다 (김통원 외, 2007). 따라서 고객 만족이라 함은 상품이든, 서비스가든, 소비자와 제공자 사이의 교환관계가 이루어진 결과로 발생하는 인지적, 정서적, 심리반응이라 할 수 있다.

이러한 기준으로 비영리 조직의 시설 및 프로그램 등에 대한 이용자들의 만족도를 측정할 경우 만족도의 개념은 이용자의 서비스에 대한 기대와 이용자가 실제 경험했던 서비스간의 인지된 차이에 대한 평가 혹은 수반된 감정적 반응으로 정의할 수 있다. 그리고 조사 분석을 통해 얻어진 자료는 서비스의 질과 성과를 향상시키는데 유용하게 사용될 수 있을 뿐만 아니라, 이용자가 서비스를 경험한 결과와 이용자가 기대한 서비스간의 차이 정도에 따라 서비스의 만족 수준이 결정되는 경향이 있다.

따라서 노인서비스 이용자 만족도는 노인이 서비스를 이용하기에 앞서 갖는 요구 및 기대와 실제로 이용하면서 얻어진 인지적 경험 간의 차이를 평가한 것이라 할 수 있다. 이러한 만족도는 이용자가 사전에

갖는 기대와 실제로 제공받고 있는 서비스 질에 따라 크게 다르다고 할 수 있다. 보건복지부와 한국사회복지협회는 전국에 있는 사회복지시설 이용자들을 대상으로 하여 고객만족도 조사를 정기적으로 실시하고 있다. 이를 통해 시설 이용자라는 고객접점이 발생하는 시설 및 서비스에 대한 진단 및 개선작업 그리고 책임 소재를 명확히 하고 있다 (김통원 외, 2007).

노인서비스 관련 만족도 조사의 문헌 중 사회복지 분야에서 노인장기요양보험 제도 실시 전 방문요양서비스와 유사한 가정봉사원 파견사업의 만족도 조사를 중심으로 정리하면 다음과 같다. 김순양 외(2003)는 서비스의 만족도에 영향을 미치는 요인은 주로 서비스 전달체계의 원칙과 관련된 이론적인 논의를 토대로 수혜자에 대한 반응성, 통합성, 적절성, 책임성이라고 하였다. 조사설문의 내용은 <표 2-31>과 같이 서비스 만족도를 구성하는 요인과 이에 영향을 미치는 요인들에 관한 것을 구분하여 구성하고 있다. 설문조사의 시행은 가정봉사원 파견사업 실시기관들을 통하여 파악한 수혜노인들을 대상으로, 훈련된 조사자들을 직접 투입하여 수혜노인들에게 설문 내용을 설명하고, 조사자들이 이를 기입하는 방식으로 실시하였다.

<표 2-31> 가정봉사원 파견사업 만족도 설문내용

변수 및 구성요소		설문내용
서비스만족도		전반적인 만족도/ 종류에 대한 만족도/ 제공횟수에 대한 만족도/ 가정봉사원 태도에 대한 만족도/ 질적수준에 대한 만족도
영향요인	반응성	요구사항 반영/ 불만사항의 적절한 시정/ 신속한 서비스 제공
	통합성	의료서비스와의 연계/ 여타 정부사업과의 연계/ 타 서비스 제공기관들과의 협조/ 관련 정보에 대한 접근 용이성
	적절성	내용의 적절성/ 지속적인 서비스 제공/ 원하는 서비스 포함
	책임성	가정봉사원들의 책임성/ 가정봉사원들의 문제파악 정도/ 가정봉사원들과의 상담 편리성/ 가정봉사원들의 세심한 배려

출처: 가정봉사원파견 만족도조사(2003), 김순양 외.

일본은 지난 2000년 개호보험의 도입 이후 서비스 평가 차원에서 만족도 조사를 실시하여 왔다. 특별양호노인홈과 방문개호 두 유형으로 구분하여 각기 특성을 고려한 조사 항목을 개발하여 조사하고 그 결과를 서비스 이용자들에게 공포함으로써 서비스 이용 과정에서 시장의 원리에 의하여 일정 수준의 서비스 질을 유지할 수 있도록 관리하고 있다. 조사 항목들은 서비스의 내용을 비롯하여 이용자에 대한 존중, 서비스 계획, 서비스 이용에 대한 설명, 불만이나 희망사항의 반영도에 관한 영역들로 구분하여 구성되어 있다.

개호보험과 관련서비스 질 평가 차원에서 이루어지고 있는 만족도 조사 방법들을 살펴보면, 의료·사회복지·장기요양서비스 제공 후, 서비스 제공의 적정성을 평가할 수 있는 ‘결과지표’로서 활용하고 있음을 알 수 있다. 독일은 1978년에 장기요양을 위한 사회보장의 필요성이 제기되어 1994년 4월 「사회장기요양보험, Soziale Pflegeversicherung」 법안이 통과되었다. 1995년 1월부터 보험료를 징수하였고, 4월에는 재가서비스, 1996년 7월부터는 시설서비스를 실시하였다.

독일의 수발보험에 대한 질을 판단하기 위해서 만족도 조사를 실시하는 데 대상자는 50인 이하 시설에서는 최소한 5명의 요양대상자, 50인 이상 시설은 기관 요양대상자의 최소한 10%를 조사하는데 요양하기 어려운 상황에 해당하는 대상자를 선정해야 한다. 조사크기의 판단 기준으로 입원시설의 경우는 입원 현황 수, 재가요양은 급여 이용자 전원으로 하되 일반적으로 15명을 초과하지 않도록 하고 있다.

조사방법은 대상자나 그 가족에게 평가자가 직접 인터뷰한다 만족도 조사 지표는 질병보험의료업무단 최고위원회(Medizinischer Dienst der Kranken-kasse der Spitzenverbaende, MDS)의 입소시설 급여의 질 평가 지침에 소개되어 있으며 (MDS, 2007), 질병보험의료업무단은 조사대상 전 기관에 대한 종합적인 결과를 항목별로 각 주 단위와 연방정부의 종합보고서 및 보고로 공개하고 있다.

우리나라는 노인장기요양보험 시범사업 만족도 조사로서 2차 시범사업기간인 2006년 4월부터 2007년 3월까지 장기요양인정신청을 한 결과 등급판정에서 1~3등급을 받은 자 중에서 50%를 조사대상자로 하여

장기요양관리요원의 방문조사를 통한 면접조사로 이루어졌다. 설문지 구성은 성, 연령, 장기요양등급, 의료보험 형태, 동거 가족, 지사 등의 이용자의 일반적 사항과 만족도 관련 항목으로 구성되었다. 만족도 조사 내용은 계약서 작성에 대한 설명, 서비스 비용의 적정여부, 직원의 인성 및 능력, 서비스의 제공 내용 및 서비스 변경 요청에 대한 대응 등으로 구성되어 있다.

서비스 만족도는 방문요양을 살펴보면 (국민건강보험공단, 2007), 5점 만점에 4점 이상으로 서비스 이용자들의 만족도가 상당히 높은 수준으로 나타났다. 이는 시범사업 이므로 기대 수준이 크지 않다는 점 때문에 상대적으로 만족도가 높게 평가되었다고 보기도 한다 (국민건강보험공단, 2007).

또한, 노인장기요양보험 시행 후 만족도 조사에서는 전국 노인장기요양보험 제도를 이용하고 있는 성인 남녀 514명의 보호자를 대상 (무작위 표본 추출) 으로 2008년 8월 22일 하루동안 전화를 통하여 조사하였다. 설문지는 직원 설명 충분성, 직원 설명 이해도, 서비스 비용 적절성, 직원 친절성, 서비스 추천의향, 직원 약속 이행도, 전반적 만족도로 구성되어 있다. 서비스 만족도 중 방문요양을 살펴보면(보건복지가족부, 2008), 전반적인 만족도는 83.1%로 높은 수준을 보였다.

제 3 장 조 사 설 계

제1절 조사도구

노인장기요양보험이 2005년 7월 1일부터 2008년 6월까지 실시한 1차, 2차, 3차 시범사업을 거쳐 2008년 7월 1일부터 본격적으로 시행되었으며, 받고 싶은 복지서비스 중 노인장기요양보험과 관련된 서비스에서 방문요양서비스인 간병서비스가 <표 3-1>과 같이 23.6%로 가장 높은 욕구를 보였다.

<표 3-1> 받고 싶은 복지서비스(65세이상 인구)

(단위: %)

구분	총계	받고 싶음	소계	간병 서비스	목욕 서비스	가사 서비스	식사 제공	말벗	취업 알선	건강 검진	취미 프로그램	정보 통신 교육	기타	받고 싶지 않음
2005 년도	100.	72.7	100.	19.2	3.7	7.5	4.6	3.2	9.3	45.2	6.0	1.0	0.3	27.3
2007 년도	100.	76.3	100.	23.6	2.9	8.8	4.0	3.3	8.8	40.5	7.0	0.9	0.2	23.7

출처: 통계청(각년도), 사회통계조사.

이에 본 연구에서는 조사도구로 장기요양등급 인정자 중 방문요양서비스 이용 대상자의 서비스 만족도와 욕구를 알아보기 위하여 설문지를 사용하여 자료를 수집하였다. 설문지 구성은 노인의 일반적 사항, 설문응답자, 동거가족, 방문요양서비스를 선택한 이유, 서비스 이용 실태와 만족도 관련 항목, 서비스 이용 중 개선을 원하는 사항 관련 항목으로 구성되어 있다.

이용 실태 조사 내용은 현재 받고 있는 서비스 내용 및 시간과 노인 장기요양보험 신청자, 서비스 기관 교체 또는 요양보호사 교체 횟수, 사유 등으로 구성되어 있으며, 만족도 조사 내용은 만족하고 있는 서비스 내용 및 요양보호사에 대한 만족도 등으로 구성되어 있으며 모두 20문항으로 구성되어 있다.

제2절 자료수집 및 조사대상

자료의 수집은 선행연구를 통한 문헌조사와 설문조사, 재가장기요양기관 방문조사 등의 방법을 사용하였다. 문헌조사 방법은 노인장기요양보험에 관한 제도적 배경을 알아보기 위하여 노인복지 관련서적과 정부 부처의 간행물 및 보고자료, 통계자료, 운영기관의 분석자료, 논문자료, 토론회 및 설명회 자료 등을 사용하였다. 또한 건강보험공단에 공개정보제공을 요청하여 현 재가급여서비스 이용실태를 조사하였다.

자료수집 방법은 노인장기요양보험 재가장기요양기관 중 방문요양서비스를 제공하는 기관 5곳을 선정, 직접 방문하여 기관장님의 도움으로 방문요양서비스를 이용하는 127명의 대상자에게 설문지를 우편발송하고 대상자나 보호자가 작성 후 반송 봉투를 이용하여 연구자에게 배송되도록 하였다.

조사대상은 방문요양 서비스 이용자를 대상으로 하였으며, 조사는 2008년 11월 13일(목)부터 12월 1일(월)까지 회수된 105명의 설문지로 이루어졌다. 설문대상 선정은 독거어르신 중 본인의 의사표현이 어려운 대상자와 가족 케어 대상자는 제외하였다.

제3절 자료분석방법

본 연구는 설문지의 각 문항을 점수화 하여 통계처리 하였다. 통계처리는 SPSS/WIN 통계프로그램 12.0을 활용하였으며 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구대상자의 일반적인 사항, 방문요양 서비스 만족도에 대한 빈도, 백분율, 평균, 표준편차와 같은 기술통계방법을 사용하였다.

둘째, 성별과 만족도의 차이를 알아보기 위해 t-test를 사용하였다.

셋째, 일반적 사항과 만족도와의 관계는 단순상관관계분석(Pearson's Correlation Analysis)으로 분석하였다.

넷째, 방문요양서비스에 대한 인식의 차이를 살펴보기 위하여 집단간의 차이 검증인 교차분석을 실시하였다.

본 연구의 실증분석은 모두 유의수준 $p < .05$, $p < .01$, $p < .001$ 에서 검증하였으며, 통계처리는 SPSS/WIN 12.0 프로그램을 사용하여 분석하였다.



제 4 장 연구결과 및 분석

제1절 일반적 사항

1. 조사대상자

<표 4-1>에서 보는 바와 같이 일반적 사항에 대해 살펴보면 연령에 따라서는 70대가 44.8%로 과반수 가까이 되었고 80대 이상이 37.1%, 60대가 18.1% 순으로 나타났고, 성별에 따라서는 여자가 70.5%로 남자의 29.5%보다 압도적으로 높았다. 수급형태에 따라서는 일반이 63.8%로 대부분을 차지했으며 다음으로 기초생활 수급권자가 33.3%, 경감대상자가 2.9% 순으로 나타났고 등급에 따라서는 3등급이 65.7%로 대부분으로 나타났으며 1등급 18.1%, 2등급 16.2% 순으로 나타났다.

<표 4-1> 일반적 사항

구 분		빈 도	%
연 령	60대	19	18.1
	70대	47	44.8
	80대이상	39	37.1
성 별	남자	31	29.5
	여자	74	70.5
수급형태	일반	67	63.8
	기초생활수급권자	35	33.3
	경감대상자	3	2.9
등 급	1등급	19	18.1
	2등급	17	16.2
	3등급	69	65.7
월 평균 소득	50만원 미만	39	37.1
	50만원~100만원 미만	20	19.0
	100만원~200만원 미만	24	22.9
	200만원~300만원 미만	11	10.5
	300만원 이상	11	10.5
	합계	105	100.0

월 평균 소득에 따라서는 50만원 미만이 37.1%로 가장 높게 나타났고 100~200만원 미만이 22.9%, 50~100만원 미만이 19.0%, 200~300만원 미만과 300만원 이상이 각각 10.5%로 100만원 미만이 과반 수 이상으로 나타났다. 소득수준에서 가족의 소득이 아닌 서비스를 받고 있는 본인의 소득이 조사됨으로 전체적으로 소득 수준이 낮은 것으로 보여진다. 또한, 3등급은 시설급여를 사용할 수 없으므로 본 설문에서는 3등급의 대상자가 65.7%로 대부분을 차지하고 있다고 하겠다.

2. 동거형태

<표 4-2>에서 보는 바와 같이 동거형태에 대해 살펴보면 배우자가 26.0%, 아들 며느리가 25.2%로 배우자 혹은 아들, 며느리와 함께 산다는 응답이 과반 수 이상이었고 다음으로 독거노인이 18.3%, 딸, 사위가 16.0%, 손자, 손녀가 9.9%, 기타가 4.6% 순으로 나타났다. 설문대상자 105명 보다 높게 나타난 이유는 딸이나 아들과 동거 시 손자, 손녀도 함께 동거하게 됨에 따른 복수 응답 때문이다.

<표 4-2> 동거형태

구 분	빈 도	%
독거노인	24	18.3
배우자	34	26.0
아들, 며느리(한 쪽인 경우도 해당)	33	25.2
딸, 사위(한 쪽인 경우도 해당)	21	16.0
손자, 손녀	13	9.9
기타	6	4.6
합계	131	100.0

3. 건강문제 및 증상

<표 4-3>에서 보는 바와 같이 앓고 있는 질병에 대해 살펴보면 거동불편이 23.6%로 가장 높게 나타났고 다음으로 중풍(뇌졸중)이 13.9%, 고, 저혈압이 13.0%, 치매가 12.1%, 관절염이 9.7%, 당뇨가 8.6% 등의 순으로 나타나 거동이 불편하거나 중풍 또는 고, 저혈압을 앓고 있다는 응답이 과반 수 이상으로 나타났다.

<표 4-3> 앓고 있는 질병

구 분	빈 도	%
치매	41	12.1
중풍(뇌졸중)	47	13.9
고, 저혈압	44	13.0
당뇨	29	8.6
관절염	33	9.7
요통	8	2.4
골다공증	14	4.1
골절, 탈골 및 사고 후유증	22	6.5
암	5	1.5
거동불편	80	23.6
기타	16	4.7
합계	339	100.0

* 중복응답

4. 일상생활에서 다른 사람의 요양보호 도움이 필요하게 된 기간

<표 4-4>에서 보는 바와 같이 일상생활에서 다른 사람의 요양보호 도움이 필요하게 된 기간에 대해 살펴보면 1-3년 미만이 27.6%, 3-5년 미만이 22.9%로 1-3년 미만과 3-5년 미만이 과반수 이상으로 나타났고 다음으로 1년 미만이 21.9%, 5-10년 미만이 19.0%, 10년 이상이 8.6% 순으로 나타났다.

<표 4-4> 일상생활에서 요양보호 도움이 필요하게 된 기간

구 분	빈 도	%
1년 미만	23	21.9
1년~3년 미만	29	27.6
3년~5년 미만	24	22.9
5년~10년 미만	20	19.0
10년 이상	9	8.6
합계	105	100.0

5. 요양보호사가 오기 전에 주로 요양보호 도움을 준 사람

<표 4-5>에서 보는 바와 같이 요양보호사가 오기 전에 주로 요양보호 도움을 준 사람에 대해 살펴보면 배우자가 23.8%로 가장 높았고 다음으로 유료간병인이 19.0%, 아들 또는 며느리가 14.3%, 무료 간병인이 13.3%, 딸 또는 사위가 12.4%, 도움 없었다가 10.5% 등의 순으로 나타나 요양보호사가 오기 전에는 가족의 수발이 50.5%를 차지하였으며, 그 외 유료간병인 등의 도움을 받은 것으로 나타났다.

이를 더 자세히 살펴보면 성별에 따라서는 남자는 배우자에게 도움을 받았다는 응답이 54.8%로 여자의 10.8%보다 더 높게 나타났고 여자는 유료간병인에게 도움을 받았다는 응답이 23.0%로 남자의 9.7%보다 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.001$)

수급형태에 따라서는 경감대상자는 아들 또는 며느리에게 도움을 받았다는 응답이 33.3%로 타 수급형태보다 더 높게 나타났고 일반은 유료간병인에게 도움을 받았다는 응답이 28.4%로 타 수급형태보다 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다.($p<.001$)

연령, 등급에 따라서는 연령, 등급과 상관없이 배우자와 유료간병인이 대부분으로 비슷하게 나타났다.

<표 4-5> 요양보호사가 오기 전 주로 요양보호 도움을 준 사람

구 분	빈 도	%
도움 없었다	11	10.5
배우자	25	23.8
아들 또는 며느리	15	14.3
딸 또는 사위	13	12.4
유료간병인(파출부 포함)	20	19.0
무료 간병인	14	13.3
가타	7	6.7
합계	105	100.0

6. 방문요양 서비스 이후의 수발

<표 4-6>에서 보는 바와 같이 방문요양 서비스 이후에 수발을 해주는 사람에 대해 살펴보면 배우자가 27.6%로 가장 높게 나타났고 다음으로 없다 21.0%, 아들 또는 며느리 19.0%, 딸 또는 사위 15.2% 등의 순으로 나타나 방문요양 시행 전 50.5%를 차지한 가족 수발이 방문요양 실시 후 61.8%가 가족의 수발을 받는 것으로 나타났다. 이는 유료 간병인이 차지한 부분을 방문요양 서비스 실시 후에는 유료 간병인이 줄고, 가족 특히 배우자의 수발 비율이 늘었음을 시사한다.

<표 4-6> 방문요양 서비스 이후 주 수발자

구 분	빈 도	%
없다	22	21.0
배우자	29	27.6
아들 또는 며느리	20	19.0
딸 또는 사위	16	15.2
유료간병인(파출부 포함)	9	8.6
기타	9	8.6
합계	105	100.0

또한, 연령에 따라서는 60대는 배우자가 47.4%, 70대는 29.8%, 80대 이상은 15.4%로 연령이 낮을수록 배우자에게 수발을 받는다는 응답이 더 높게 나타났고 반대로 80대 이상은 딸 또는 사위가 30.8%, 70대는 6.4%, 60대는 5.3%로 연령이 높을수록 딸 또는 사위에게 수발을 받는다는 응답이 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.05$).

성별에 따라서는 남자는 배우자에게 수발을 받는다는 응답이 54.8%로 여자의 16.2%보다 더 높게 나타났고 여자는 방문요양 서비스 이후에 수발을 해주는 사람이 없다는 응답이 24.3%로 남자의 12.9%보다 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.01$).

수급형태에 따라서는 기초생활 수급권자는 방문요양 서비스 이후에 수발을 해주는 사람이 없다는 응답이 37.1%로 타 수급형태보다 더 높게 나타났고 경감대상자는 아들 또는 며느리에게 수발을 받는다는 응답이 33.3%로 타 수급형태보다 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.01$).

등급에 따라서는 등급과 상관없이 배우자나 아들 또는 며느리에게 수급을 받는다는 응답이 대부분으로 비슷하게 나타났다. 이는 방문요양 서비스 시행 전 주 수발자 1위는 배우자, 2위는 유료간병인이었으나 방문요양 시행 이후 유료간병인이 요양보호사로 대체되었으며, 무료간병인의 경우 서비스 시행 전에는 13%이었으나 등급자는 무료간병을 받을 수 없으므로 수급자의 경우 방문요양 이후 노인 돌보미 바우처를 이용할 수 없으므로 수발자가 없는 경우가 많은 것으로 나타났다.

7. 노인장기요양보험 신청자

<표 4-7>에서 보는 바와 같이 노인장기요양보험 서비스를 신청한 사람에 대해 살펴보면 가족이 76.2%로 가족이 신청했다는 응답이 압도적으로 높았고 다음으로 사회복지사 등 관련 전문가가 15.2%, 본인이 7.6% 순으로 나타났다. 사회복지사 등 관련 전문가가 신청한 건은 재

가서비스를 받고 있는 기초생활수급자 등의 어르신을 대상으로 신청이 이루어진 것이다.

<표 4-7> 노인장기요양보험 서비스를 신청한 사람

구 분	빈 도	%
본 인	8	7.6
가 족	80	76.2
사회복지사 등 관련 전문가	16	15.2
무응답	1	1.0
합 계	105	100.0

8. 서비스사용 비용 부담자

<표 4-8>에서 보는 바와 같이 가족이 56.2%로 가족이 비용을 부담한다는 응답이 과반수 이상을 차지하였고 다음으로 정부 지원금이 33.3%, 본인과 본인+가족이 각각 4.8% 순으로 나타났다.

<표 4-8> 방문요양 서비스비용 부담자

구 분	빈 도	%
본인	5	4.8
가족	59	56.2
본인 + 가족	5	4.8
정부지원금	35	33.3
무응답	1	1.0
합계	105	100.0

제2절 서비스 이용

1. 방문요양서비스를 선택한 가장 큰 이유

<표 4-9>에서 보는 바와 같이 방문요양 서비스를 선택한 가장 큰 이유에 대해 살펴보면 시설에 입소하면 가족과 격리되는 것 같으므로가 54.3%로 과반수 이상으로 나타났으며 다음으로 기타가 21.9%, 시설 입소보다 비용이 저렴하므로가 15.2%, 시설 입소에 대한 사회적 편견 때문인가 8.6% 순으로 나타났다. 또한 기타 의견에 3등급이므로 시설에 입소할 수 없음이 가장 많은 의견을 나타냈으며, 그 외 혼자 있는 것이 편하다와 부모님이 함께 계시기 위해서, 시설을 이용해 보았으나 더욱 악화되는 것 같아서 등이 있었다.

<표 4-9> 방문요양 서비스를 선택한 가장 큰 이유

구 분	빈 도	%
시설에 입소하면 가족과 격리되는 것 같으므로	57	54.3
시설입소보다 비용이 저렴하므로	16	15.2
시설 입소에 대한 사회적 편견 때문에	9	8.6
기타	23	21.9
합계	105	100.0

2. 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발

1) 신체활동지원

<표 4-10>에서 보는 바와 같이 신체활동지원 서비스에 대해 살펴보면 신체수발(세면도움, 목욕 등)을 받고 있다는 응답이 18.5%로 가장 높게 나타났고 다음으로 식사도움이 18.0%, 몸단장 및 옷 갈아입히기가 16.6%, 신체기능유지 및 증진(운동도움 등)이 16.1%, 이동도움이 14.5%, 배설도움 또는 화장실 이용하기가 11.7% 등의 순으로 나타나

신체수발, 식사도움, 몸단장 및 옷 갈아 입히기에 대해 주로 도움을 받고 있다는 응답이 과반 수 이상으로 나타났다. 4가지 지원서비스 중 46.3%로 가장 많은 빈도를 나타내는 서비스로 나타났다.

<표 4-10> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발(신체활동지원)

구 분	빈 도	%
신체수발(세면도움, 목욕 등)	79	18.5
몸단장 및 옷 갈아 입히기	71	16.6
배설도움 또는 화장실 이용하기	50	11.7
이동도움	62	14.5
체위변경	20	4.7
식사도움	77	18.0
신체기능유지 및 증진(운동도움 등)	69	16.1
합계	428	100.0

* 중복응답

2) 일상생활지원

<표 4-11>에서 보는 바와 같이 일상생활지원에 대해 살펴보면 청소 및 주변정돈이 36.2%로 가장 높게 나타났고 다음으로 취사가 35.0%, 세탁이 28.8% 순으로 나타나 취사와 청소 및 주변정돈에 대해 주로 도움을 받고 있는 것으로 나타났으며 4가지 지원서비스 중 26.3%로 두 번째로 높은 빈도를 나타내는 서비스로 나타났다.

<표 4-11> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발(일상생활지원)

구 분	빈 도	%
취사(식사준비, 설거지 등)	85	35.0
청소 및 주변정돈	88	36.2
세탁	70	28.8
합계	243	100.0

* 중복응답

3) 개인활동지원

<표 4-12>에서 보는 바와 같이 개인활동지원에 대해 살펴보면 외출(병원동행) 도움을 받고 있다는 응답이 68.7%로 대부분을 차지했으며 일상 업무 대행은 31.3%로 나타났다. 4가지 지원서비스 중 10.6%로 가장 낮은 빈도를 나타내는 서비스로 나타났다.

<표 4-12> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발 (개인활동지원)

구 분	빈 도	%
외출(병원동행)도움	68	68.7
일상 업무 대행(장보기, 은행/관공서 업무 등)	31	31.3
합계	99	100.0

* 중복응답

4) 정서지원

<표 4-13>에서 보는 바와 같이 정서지원에 대해 살펴보면 말벗, 격려 및 위로를 받고 있다는 응답이 60.3%로 대부분을 차지했으며 다음으로 의사소통 도움이 23.1%, 생활 상담이 16.7% 순으로 나타났다. 4가지 지원서비스 중 16.8%로 가장 세 번째의 빈도를 나타내었다. 많은 대상자들이 대화 할 상대가 생기고 또 이야기를 경청해주는 사람이 곁에 있는 것에 대한 만족도가 높게 나타나는 서비스이기도 하다.

<표 4-13> 요양보호사에게 주로 받고 있는 수발 (정서지원)

구 분	빈 도	%
말벗, 격려 및 위로	94	60.3
생활상담	26	16.7
의사소통 도움	36	23.1
합계	156	100.0

* 중복응답

제3절 서비스 만족도

1. 방문요양에 대한 만족도의 일반적인 경향

<표 4-14>에서 보는 바와 같이 방문요양에 대한 만족도의 일반적인 경향에 대해 살펴보면 서비스 제공시 어르신 기분이 존중되고 있는지 여부가 4.45점, 이용하고 있는 서비스에 대하여 만족하는지 여부가 4.40점, 불만이나 희망사항 등은 잘 반영되고 있는지 여부가 4.38점, 계약서 작성시 서비스 내용이나 이용에 관한 설명이 충분했는지 여부가 4.32점 순으로 나타나 방문요양의 모든 항목에 대해 만족도가 높은 수준인 것으로 나타났다.

성별에 따른 방문요양에 대한 만족도 차이 검증에 대해 추가로 살펴보면 서비스 제공시 어르신 기분이 존중되고 있는지 여부의 경우에는 남자가 4.26점, 여자가 4.53점으로 남자보다 여자가 만족도가 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.05$). 불만이나 희망사항 등은 잘 반영되고 있는지 여부의 경우에는 남자가 4.13점, 여자가 4.49점으로 남자보다 여자가 만족도가 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.01$).

<표 4-14> 방문요양에 대한 만족도의 일반적인 경향

구 분	N	평균	표준편차
계약서 작성시 서비스 내용이나 이용에 관한 설명이 충분했는지 여부	105	4.32	.672
서비스 제공시 어르신 기분이 존중되고 있는지 여부	105	4.45	.620
불만이나 희망사항 등은 잘 반영되고 있는지 여부	104	4.38	.658
이용하고 있는 서비스에 대하여 만족하는지 여부	104	4.40	.704

* 점수가 높을수록 긍정적으로 처리(1-매우 만족하지 않는다; 5-매우 만족한다).

이용하고 있는 서비스에 대하여 만족하는지 여부의 경우에는 남자가 4.19점, 여자가 4.49점으로 남자보다 여자가 만족도가 더 높게 나타났으

며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.05$). 계약서 작성 시 서비스 내용이나 이용에 관한 설명이 충분했는지 여부의 경우에는 남자가 4.19점, 여자가 4.38점으로 남자보다 여자가 만족도가 더 높게 나타났다으나 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 4-15> 일반적 사항과 방문요양에 대한 만족도와 의 관계

	성별	연령	수 급 형태	등급	계약서작성시서비스내용이나이용에관한설명 이충분했다	서비스제공시어르신기 분은존중되 고 있다	불만이나희 망사항등은 잘반영되고 있다	이용하고있 는서비스에 대하여만족 한다
성별	1							
연령	.172	1						
수급형태	-.11 1	-.04 4	1					
등급	-.03 3	.025	-.01 2	1				
계약서작성시서비스내용이나이용에관한설명 이충분했다	.126	-.02 9	-.06 0	.015	1			
서비스제공시어 르신기분은존중 되고있다	.199 (*)	.001	.018	.071	.664(**)	1		
불만이나희망사 항등은잘반영되 고있다	.254 (**)	.047	.098	.059	.724(**)	.889(**)	1	
이용하고있는서 비스에대하여만 족한다	.196 (*)	-.00 1	.097	.074	.518(**)	.765(**)	.709(**)	1

* 성별(남자=0, 여자=1), 수급형태(기초생활=0, 일반=1).

<표 4-15>에서 보는 바와 같이 일반적 사항과 방문요양에 대한 만족도와 의 관계에 대해 살펴보면 서비스 제공시 어르신 기분은 존중되고 있다와 불만, 희망사항 등은 잘 반영되고 있다와는 $r=.889(p<.01)$ 의 정적인 관계를 보여 상관 값이 가장 높게 나타났고 성별과 서비스 제공시 어르신 기분은 존중되고 있다 와는 $r=.199(p<.05)$, 불만이나 희망사항 등은 잘 반영되고 있다와는 $r=.254(p<.01)$, 이용하고 있는 서비스

에 대하여 만족한다 와는 $r=.196(p<.05)$ 의 정적인 상관관계를 보였다. 즉 성별이 여자인 경우 서비스 제공시 어르신 기분은 존중되고 있다와 불만이나 희망사항 등은 잘 반영되고 있다, 이용하고 있는 서비스에 대하여 만족한다에 대해 더 긍정적으로 반응하였다.

2. 요양보호사에 대한 만족도의 일반적인 경향

<표 4-16>에서 보는 바와 같이 요양보호사에 대한 만족도의 일반적인 경향에 대해 살펴보면 출퇴근 시간을 잘 지킨다가 4.58점, 친절하며 예의 바르다가 4.57점, 어르신에게 필요한 서비스에 대해 충분히 이해하고 있다가 4.54점으로 높게 나타났고 반면에 요양보호 기술에 신뢰가 간다는 4.49점, 위생관리에 철저하다는 4.50점, 기저귀 갈기 등 신체수발시 어르신의 프라이버시가 지켜지고 있다는 4.51점으로 상대적으로 낮았으나 요양보호사에 대한 모든 항목에 대해 만족도가 높은 수준인 것으로 나타났다. 그리고 신체수발시 만족도 부분의 응답이 적은 것은 기저귀 등의 신체수발을 받지 않는 대상자가 있어 응답을 안 한 경우이다.

<표 4-16> 요양보호사에 대한 만족도의 일반적인 경향

구 분	N	평균	표준편차
출퇴근 시간을 잘 지킨다	104	4.58	.586
친절하며 예의 바르다	103	4.57	.571
필요한 서비스에 대해 충분히 이해하고 있다	103	4.54	.638
위생관리에 철저하다	103	4.50	.698
신체수발시 프라이버시가 지켜지고 있다	85	4.51	.610
요양보호 기술에 신뢰가 간다	103	4.49	.698

* 점수가 높을수록 긍정적으로 처리(1-매우 만족하지 않다; 5-매우 만족한다).

<표 4-17>에서 보는 바와 같이 일반적 사항과 요양보호사에 대한 만족도와의 관계를 살펴보면 위생관리에 철저하다와 기저귀갈기 등 신체수발시 어르신의 프라이버시가 지켜지고 있다와는 $r=.925(p<.01)$ 의 정적인 관계를 보여 상관값이 가장 높게 나타났고 성별과 출퇴근 시간을 잘 지킨다와는 $r=.212(p<.05)$ 의 정적인 상관관계를 보였다. 즉 성별이 여자인 경우 출퇴근 시간을 잘 지킨다에 대해 더 긍정적으로 반응함을 알 수 있다.

<표 4-17> 일반적 사항과 요양보호사에 대한 만족도와의 관계

	성별	연령	수급 형태	등급	출퇴근 시간을 잘 지킨다	친절하며 예의바르다	필요한 서비스에 대해 충분히 이해하고 있다	위생관리에 철저하다	신체수발시 프라이버시가 지켜지고 있다	수급형에 맞는 요양보호사가 있다	요양보호사가 있다
성별	1										
연령	.172	1									
수급형태	-.111	-.044	1								
등급	-.033	.025	-.012	1							
출퇴근 시간을 잘 지킨다	.212(*)	.033	-.050	.076	1						
친절하며 예의바르다	.120	-.048	-.047	.074	.898(**)	1					
필요한 서비스에 대해 충분히 이해하고 있다	.179	.034	-.008	.056	.875(**)	.779(**)	1				
위생관리에 철저하다	.149	.012	.069	.113	.845(**)	.807(**)	.864(**)	1			
신체수발시 프라이버시가 지켜지고 있다	.155	-.016	-.042	.103	.907(**)	.922(**)	.887(**)	.925(**)	1		
요양보호사가 있다	.171	.035	.079	.103	.859(**)	.747(**)	.920(**)	.890(**)	.872(**)	1	

* 성별(남자=0, 여자=1), 수급형태(기초생활=0, 일반=1).

3. 만족한 서비스

1) 신체활동지원

<표 4-18>에서 보는 바와 같이 신체활동지원서비스 만족도에 대해 살펴보면 신체수발이 20.6%로 가장 높았고 다음으로 식사도움 18.1%, 몸단장 및 옷 갈아입히기 16.7%, 신체기능유지 및 증진 15.3%, 이동도움 13.3% 등의 순으로 나타나 신체수발, 식사도움, 몸단장 및 옷 갈아입히기에 대해 만족했다는 응답이 과반 수 이상이었다. 앞에서의 4가지 서비스 중 이용 빈도는 46.3%에 반해 만족도는 44.3%로 가장 낮았다.

<표 4-18> 만족한 서비스(신체활동지원)

구 분	빈도	%
신체수발(세면도움, 목욕 등)	74	20.6
몸단장 및 옷 갈아 입히기	60	16.7
배설도움 또는 화장실 이용하기	43	11.9
이동도움	48	13.3
체위변경	15	4.2
식사도움	65	18.1
신체기능유지 및 증진(운동도움 등)	55	15.3
합계	360	100.0

* 중복응답

2) 일상생활지원

<표 4-19>에서 보는 바와 같이 일상생활지원서비스 만족도에 대해 살펴보면 취사와 청소 및 주변정돈에 대해 만족했다는 응답이 각각 35.7%로 대부분을 차지했으며 세탁에 대해 만족했다는 응답은 28.7%로 나타났다. 앞에서의 4가지 서비스 중 이용 빈도는 26.3%%에 반해 만족도는 28.2%로 이용 빈도보다 만족도가 조금 높음을 알 수 있었다.

<표 4-19> 만족한 서비스(일상생활지원)

구 분	빈도	%
취사(식사준비, 설거지 등)	82	35.7
청소 및 주변정돈	82	35.7
세탁	66	28.7
합계	230	100.0

* 중복응답

3) 개인활동지원

<표 4-20>에서 보는 바와 같이 개인활동지원서비스 만족도에 대해 살펴보면 외출(병원동행) 도움에 대해 만족했다는 응답이 68.1%로 대부분을 차지했으며 일상 업무 대행에 대해 만족했다는 응답은 31.9%로 나타났다. 앞에서의 4가지 서비스 중 이용 빈도는 10.6%에 반해 만족도는 11.2%로 조금 높게 나타났다.

<표 4-20> 만족한 서비스(개인활동지원)

구 분	빈도	%
외출(병원동행)도움	62	68.1
일상 업무 대행(장보기, 은행/관공서 업무 등)	29	31.9
합계	91	100.0

* 중복응답

4) 정서지원

<표 4-21>에서 보는 바와 같이 만족한 서비스(정서지원)에 대해 살펴보면 말벗, 격려 및 위로에 대해 만족했다는 응답이 62.9%로 대부분을 차지했으며 다음으로 의사소통 도움이 22.0%, 생활 상담이 15.2% 순으로 나타났다. 앞에서의 4가지 서비스 중 이용 빈도는 16.8%에 반해 만족도는 16.2%로 비슷하게 나타났다.

<표 4-21> 만족한 서비스(정서지원)

구 분	빈도	%
말벗, 격려 및 위로	83	62.9
생활상담	20	15.2
의사소통 도움	29	22.0
합계	132	100.0

* 중복응답

위의 4가지 주요 서비스 만족도를 분석하면 주로 받는 서비스는 신체수발로 빈도가 가장 높았음에도 불구하고 그에 비해 만족도의 빈도는 가장 낮았다. 이는 요양보호사들의 전문적인 케어 기술이 부족하다는 것을 뜻한다고 하겠다.

또한 정서지원서비스의 경우도 빈도에 비해 만족하는 빈도가 조금 낮게 나타났는데 이는 방문요양서비스가 시작된 지 몇 개월이 지나지 않아 아직 요양보호사와의 친밀감 형성이나 신뢰도가 쌓이지 않아 낮게 나타난 것으로 보인다.

그 외 일상생활지원이나 개인 활동지원 등 가사도우미의 일을 처리하는 서비스는 이용 빈도보다 약간 높게 나타났다. 그 외 기타의견으로 만족한 이유에 대해 살펴보면 가족처럼 친절, 자상하다는 응답이 5.7%로 가장 높게 나타났고 다음으로 미리미리 알아서 해주기 때문에 고맙다가 3.8%, 말벗이 되어 준다는 혼자서 힘들었는데 도와주니 편하다는 각각 1.9% 등의 순으로 나타났다.

4. 불만족한 서비스

불만족한 서비스(일상생활지원)에서 나타났는데 이를 살펴보면 취사, 청소 및 주변정돈, 세탁에 대해 불만족이라는 응답이 3건 나타났다. 그 외 불만족한 이유에 대해 살펴보면 요양보호시간이 적다, 최소 6시간 이상이면 좋겠다와 재활 및 마사지 서비스 부족 등이 나타났다.

이는 요양보호사의 업무에 대한 홍보 부족과 가사도우미와의 혼동으로 인한 불명확한 인식에서 기인된 것으로 보인다. 앞으로 요양보호사의 전문적 역량을 기르고 또한 요양보호사의 업무에 대한 홍보로 요양보호사에 대한 인식을 높여야 할 것이다.

제4절 파견시간 및 비용의 만족도

1. 파견비용에 대한 만족도

<표 4-22>에서 보는 바와 같이 현재 방문요양서비스 본인부담 비용이 적당하다고 생각하는지 여부에 대해 살펴보면 적당하다는 응답이 65.7%로 비용이 많다고 생각한다 5.7%, 저렴하다 4.8%보다 압도적으로 높았다.

연령에 따라서는 60대는 본인부담 비용이 적당하다는 응답이 52.6%, 70대는 73.3%, 80대 이상은 68.4%로 비슷하게 나타났다. 성별에 따라서는 남자는 본인부담 비용이 적당하다는 응답이 70.0%, 여자는 66.7%로 비슷하게 나타났다.

수급형태에 따라서는 일반은 본인부담 비용이 적당하다는 응답이 75.8%, 경감대상자는 100.0%로 기초생활 수급권자의 48.5%보다 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.01$).

기초생활 수급권자의 비용의 적당 여부의 질문에서 48.5%의 가장 작은 부분을 차지하였는데 이는 본인부담 0%로 인한 비용 부담이 없으

므로 잘 모르겠다는 대답을 하였기 때문이다.

<표 4-22> 방문요양 본인부담 비용의 적정 여부

구 분	빈도	%
적정하다	69	65.7
저렴하다	5	4.8
비용이 많다고 생각한다	6	5.7
잘 모르겠다	22	21.0
무응답	3	2.9
합계	105	100.0

2. 파견시간에 대한 만족도

<표 4-23>에서 보는 바와 같이 하루에 요양보호사에게 수발을 받는 시간에 대해 살펴보면 4시간이 62.9%로 대부분을 차지했으며 다음으로 3시간 19.0%, 4시간 이상 9.5%, 2시간 16.7%, 1시간 1.0% 순으로 나타나 하루 평균 4시간 이상 받는다는 응답이 압도적으로 높았다.

<표 4-23> 하루에 요양보호사에게 수발을 받는 시간

구 분	빈도	%
1시간	1	1.0
2시간	7	6.7
3시간	20	19.0
4시간	66	62.9
4시간 이상	10	9.5
무응답	1	1.0
합계	105	100.0

4시간이상 서비스 이용대상자가 많음에 따라 4시간이상 추가로 요양

보호사 서비스 이용 시 월 평균 추가이용시간에 대해 살펴보면 10시간 이하가 40.0%로 과반수 가까이 되었고 11시간 이상은 30.0%로 나타났다. 이에 따른 추가서비스 이용 시 월 평균 추가비용에 대해 살펴보면 10만원 초과가 40.0%로 과반수 가까이 되었고 10만 원이하는 20.0%로 나타났다.

<표 4-24> 방문요양 수가와 추가 서비스 이용시간 및 추가 비용

추가이용시간	빈도	%	추가비용	빈도	%
10시간 이하	4	40.0	100,000원 이하	2	20.0
11시간 이상	3	30.0	100,000원 초과	4	40.0
무응답	3	30.0	무응답	4	40.0
합계	10	100.0	합계	10	100.0

이에 따라 방문요양 법정서비스 이용시간이 적당하다고 생각하는지 여부에 대해 <표 4-25>에서 살펴보면 적당하다가 48.6%로 과반수 가까이 되었고 적당하지 않다는 37.1%로 나타났다. 그리고 파견시간이 적당하지 않은 이유에 대해 살펴보면 시간이 부족하다, 추가비용이 부담스럽다가 20.5%로 가장 높게 나타났고 다음으로 집에 돌봐 줄 사람이 없다가 10.3%, 보호자 개인시간이 없다가 7.7% 등의 순으로 나타나 방문요양 시간이 부족하거나 추가비용이 부담스럽다는 응답이 가장 높았다. 이는 4시간이상 서비스를 이용하고 있는 대상자가 9.5%로 나타난 것에 비해 서비스 시간이 적당하지 않다고 응답한 대상자는 37.1%로 높게 나타난 것은 현재 방문요양 파견서비스 최대 시간이 4시간이므로 서비스를 더 이용하고 싶지만 추가비용의 문제로 서비스를 요청하지 않는다고 보인다. 다시 말해서 이는 서비스 시간의 연장에 대한 욕구가 매우 높다는 것을 의미한다고 본다.

특히, 방문요양은 3등급이 가장 많이 이용하고 있으나 3등급의 하루 파견 4시간 기준으로 평일수가 적용시 19일이 최대 파견 일수이므로 주말과 공휴일은 제외하고도 한달 평균 2~3일 서비스를 받지 못하는

일이 발생된다고 하겠다.

또한 파견 희망시간에 대해 살펴보면 8-10시간이 51.3%로 과반수 이상을 차지했으며 다음으로 5-7시간이 23.1%, 11시간 이상이 5.1% 순으로 나타나 10시간 이하를 희망한다는 응답이 대부분으로 나타났다. 이는 방문요양 파견시간으로는 보호자의 부재시간을 채울 수 없고 또한 거동이 어려우신 독거노인의 경우 세끼를 해결 할 수 없으므로 추가 파견 비용이 부담이 될 수밖에 없다고 하겠다.

<표 4-25> 서비스 이용시간의 적정 여부

구 분	빈도	%
적정하다	51	48.6
적정하지 않다	39	37.1
잘 모르겠다	15	14.3
합계	105	100.0

제 5 절 서비스의 욕구도

1. 방문요양 서비스에 추가되기를 희망하는 서비스

<표 4-26>에서 보는 바와 같이 방문요양 서비스에 추가되기를 희망하는 서비스에 대해 살펴보면 재활을 위한 마사지가 20.0%로 가장 높게 나타났고 다음으로 이·미용 서비스가 18.1%, 작업, 놀이치료 등이 6.7%, 가족 구성원 지원 서비스가 4.8%, 대중탕 목욕도움이 2.9%, 기타가 1.0% 순으로 나타났다.

수급형태에 따라서는 기초생활 수급권자는 이·미용 서비스를 희망한다는 응답이 52.4%로 타 수급형태보다 더 높게 나타났고 일반은 재활을 위한 마사지를 희망한다는 응답이 52.9%로 타 수급형태보다 더 높게 나타났으며 통계적으로도 유의미한 차이를 보였다 ($p<.01$). 이것은 요양보호사의 전문적 역량을 강화해야 할 부분으로 나타났다.

<표 4-26> 방문요양에 추가되기를 희망하는 서비스

구 분	빈도	%
가족 구성원 지원 서비스	5	4.8
이미용서비스	19	18.1
작업, 놀이치료 등	7	6.7
대중탕 목욕도움	3	2.9
재활을 위한 마사지	21	20.0
기타	1	1.0
무응답	49	46.7
합계	105	100.0

2. 기관 및 요양보호사 교체 사유

1) 방문요양기관 교체

기관의 교체 경험이 없다는 응답이 <표 4-27>과 같이 93.3%로 교체 경험이 있다 의 6.7%보다 압도적으로 높게 나타났다. 교체 이유로는 다른 센터에서의 홍보, 유인과 계약 시 서비스 내용과 실제 서비스 내용의 차이 순으로 나타났다. 이는 시행초기에 나타나는 과열된 대상자 모시기에 따른 우선 계약, 요양업무에 대한 미숙 등으로 파악되었다.

<표 4-27> 방문요양기관 교체 사유

구 분	빈도	%			
없다	98	93.3			
있다	7	6.7	구 분	빈 도	%
			계약시 서비스 내용과 실제서비스내용의 차이	2	28.6
			다른센터에서의 홍보	3	42.8
			무책임한 관리	2	28.6
계	105	100.0			

2) 요양보호사 교체

<표 4-28>에서 보는 바와 같이 요양보호사 교체 경험이 없는 경우가 83.8%로 압도적으로 높았다. 요양보호사의 교체사유를 보면 대상자의 의지에 의한 교체보다 기관사정으로 인한 교체가 압도적으로 높았다. 이는 요양보호사의 잦은 이직과 방문요양사업에 대한 기관의 경험 부족으로 인한 교체로 보이며, 요양보호사의 교체는 대상자의 혼란을 가중시킬 수 있으므로 기관의 역량을 발전시키는 물론 전문적인 케어 매니지먼트의 필요성이 대두되게 하고 있다.

<표 4-28> 요양보호사 교체 사유

구 분	빈도	%			
없다	88	83.8			
있다	17	16.2	구 분	빈 도	퍼센트
			요양관련 기술의 부족	4	23.6
			불친절, 성의부족	2	11.8
			시간의 불이행	1	5.8
			기관 사정으로 교체	10	58.8
계	105	100.0		17	100.0

제 5 장 결 론

제 1 절 결 론

본 연구는 서울 지역의 노인장기요양보험 중 방문요양서비스 대상자들의 질환 및 서비스 이용실태 등의 일반적 경향과 서비스 이용 만족도 및 욕구를 살펴보고 그에 따른 개선방안을 강구하고자 연구를 하였다.

설문조사는 서울에 소재지를 둔 방문요양기관 5곳을 선정, 기관장님의 도움으로 서비스 대상자에게 설문지를 우편으로 발송하고 대상자나 보호자가 직접 작성 후 2008년 11월 13일부터 12월 1일까지 반송봉투로 회수된 105명의 설문지로 결과를 분석하였으며 결과는 다음과 같다.

시설급여를 사용할 수 없는 3등급 인정자가 65.7%로 대부분을 나타냈으며, 연령대는 70대가 44.8%로 과반수 가까이 되었고, 성비 구성은 여자가 70.5%를 차지하였다.

다음으로 본인 부담금을 부담하는 일반 대상자가 63.8%로 본인 부담금이 없는 기초생활수급자에 비해 상당히 높았다. 소득수준을 보면 50만원 미만이 37.1%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 100~200만원 미만이 22.9%를 차지하였다. 동거형태를 보면 배우자 또는 가족과 함께 산다는 응답이 67.2%로 과반수를 이상이었고, 독거노인이 18.3%를 차지하였다.

건강문제로는 거동불편이 23.6%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 중풍과 고·저혈압, 치매가 각각 13%대로 나타났다.

일상생활에서 다른 사람의 도움이 필요하게 된 기간은 5년 미만이 72.4%로 가장 높게 나타났으며 10년 미만도 19%나 되었으며, 노인장기요양보험 방문요양 서비스 시행 전 주 수발자는 배우자가 23.8%로 가장 높았고, 며느리가 14.3%, 딸 12.4%로 가족에 의한 수발이 50.5% 차지하였고, 유료간병인이 19.0%를 차지하였다. 여기에서 일반의 경우

유료간병인(가사도우미 포함)에게 도움 받았다는 응답이 며느리보다 더 높게 나타났다.

방문요양 서비스 시행 후 요양보호사 파견 이외 시간의 주 수발자는 시행 전과 같이 배우자가 27.6%로 가장 높게 나타났으며, 며느리 19.0%, 딸 15.2%로 가족에 의한 수발이 61.8%를 차지하였다. 또한, 없다는 응답도 21.0%로 나타났다. 이는 독거노인이 서비스 시행 전에는 무료간병인의 도움을 받았었지만, 서비스 시행 후 무료 간병인 또는 노인 돌보미 바우처를 사용할 수 없으므로 수급자의 경우 수발자가 없는 경우가 많은 것으로 나타나는 바 이에 대한 대책을 마련해야 할 것이다. 그리고 가족수발이 방문요양 시행 후 늘어난 것은 유료 간병인이 차지한 부분을 방문요양 서비스 실시 후에는 유료 간병인이 줄고, 가족 특히 배우자의 수발 비율이 늘었음을 시사한다.

방문요양서비스를 선택한 이유로는 시설에 입소하면 가족과 격리되는 것 같다는 응답이 54.3%로 과반수 이상을 나타내었다. 서비스 이용실태에서는 신체활동지원 서비스가 46.3%로 빈도가 가장 높았으나 그에 비해 만족도의 빈도는 44.3%로 떨어졌다. 이는 아직 요양보호사들의 전문적인 케어 기술이 부족하다는 것으로 분석되며, 요양보호사의 교육체계 및 보수교육 강화되어야 할 것으로 보인다.

또한 정서지원서비스의 경우도 16.8%의 빈도에 비해 만족하는 빈도가 16.2%로 조금 낮게 나타났는데 이는 방문요양서비스가 시작된 지 몇 개월이 지나지 않아 아직 요양보호사와의 친밀감 형성이나 신뢰도가 쌓이지 않음에 따라 낮게 나타난 것으로 보인다. 그 외 일상생활지원이나 개인활동 지원 등 가사도우미의 일을 처리하는 서비스는 이용 빈도보다 만족도가 약간 높게 나타났다.

전체적으로 이용서비스 만족도는 95%를 상회하는 높은 만족도를 보였으며, 불만족한 서비스는 일상생활지원에서 나타났는데 이를 살펴보면 취사, 청소 및 주변정돈, 세탁에 대해 불만족이라는 응답이 나왔다. 이는 요양보호사의 업무에 대한 홍보 부족과 가사도우미와의 혼동으로 인한 불명확한 인식에서 기인된 것으로 보인다. 앞으로 요양보호사의 전문적 역량을 기르고 또한 요양보호사의 업무에 대한 홍보로 요양보

호사에 대한 인식을 높여야 할 부분으로 나타났다.

본인부담 비용에서는 적당하다가 65.7%를 나타냈으며, 파견시간에서는 적당하다가 48.6%, 적당하지 않다는 37.1%로 나타났다 이는 파견시간의 부족으로 추가 비용을 지불하면서 서비스 받는 대상자가 9.5%로 나타난 것에 비해 서비스 시간이 적당하지 않다고 응답한 대상자가 37.1%라는 것은 현재 방문요양 최대 이용시간이 4시간이므로 서비스를 더 이용하고 싶지만, 추가비용의 문제로 서비스 이용을 포기한 것으로 분석된다. 다시 말하면 이는 서비스 시간의 연장에 대한 욕구가 매우 높다는 것을 의미한다고 보이므로 파견시간에 대한 현실적인 대응책 마련이 필요하다고 본다.

서비스 욕구조사에서 추가되기를 희망하는 서비스로 재활을 위한 마사지가 20.0%로 가장 높게 나타났으며, 요양보호사 교체사유 중 가장 높은 빈도를 보인 것이 요양기술의 부족이므로, 재가파견 요양보호사와 시설에 종사하는 요양보호사의 업무가 확연히 다름에 따른 보수교육의 세분화가 필요하다고 판단된다.

제 2 절 제언

본 연구는 서울 지역의 방문요양서비스 대상자를 중심으로 서비스 이용실태 및 서비스에 관한 만족도 조사로서 타 재가장기요양 서비스와의 연계에 관한 연구는 제외되었으며, 설문 대상이 적고, 서울에서 조사가 이루어져 지역적 특성이 반영되었을 가능성이 있으므로 일반화하는데 한계가 있다.

연구결과를 토대로 몇 가지 제언을 하고자 한다.

첫째, 노인장기요양보험은 노인인구의 급속한 증가와 사회 변화에 대응하는 중요한 사회 제도이다. 특히 방문요양은 가족보호의 문화적 전통과 규범을 바람직한 가치관으로 계속 지켜나가고 또한, 노인장기요양보험의 효과성과 효율성을 위해서도 강화해 나가는 것이 바람직하고 할 수 있다. 하지만 서비스를 받기 위해서는 본인 부담이 높아 서비스 이용에 제약이 되기도 한다. 이를 위해 지금보다 더 재가보호의 경우

자부담을 적게 하는 방법을 고려 해 볼 필요가 있다. 파견시간 또한 현실에 부합하는 차원에서 결정되어야 할 것이다.

둘째, 가족수발자에 대한 현금급여를 확대 실시 하는 방안을 정책적으로 마련하는 것이 필요하다. 이는 요양시설 입소 비율을 줄이므로 재정악화를 방지하게 될 것이다.

셋째, 장기요양급여의 다양화로서 먼저, 예방 또는 기능 유지 및 향상을 위한 예방적 차원의 서비스가 제공될 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 또한, 대상자들의 재활에 대한 욕구가 매우 높으므로 물리치료 등의 급여를 실시하여야 한다고 본다. 그것에 더하여 임종을 위한 전문적인 호스피스 요양서비스나 치매 대상자를 위한 차별화된 전문적 요양서비스를 개발해야 할 것이다.

넷째, 요양보호사의 전문화이다. 시설과 재가의 케어가 다르므로 이에 따른 차별화 된 기술 교육이 필요하며 재활 마사지, 간단한 이·미용 등 다양한 분야의 보수교육의 체계를 마련해야 할 것이다.

여섯째, 케어매니저 제도의 도입이다. 우선 표준요양이용계획서의 작성에 있어 전문자격을 가진 요원이 작성하는 것이 바람직 할 것이다. 또한 대상자의 욕구를 전문적으로 파악하여, 욕구를 충족시키도록 해야 할 것이다.

마지막으로, 현재, 등급외의 자에게 본 보험 급부의 혜택을 제한함으로써 이에 대한 불만이 생길 가능성이 있다고 보여지므로 향후 이에 대한 대책을 마련해야 할 것이다.

참 고 문 헌

- 건강보험심사평가원(2003), 『건강보험심사평가통계연보』 .
- 건강보험심사평가원(2004), 『건강보험심사평가통계지표』 .
- 건강보험심사평가원(2007), 『건강보험심사평가통계지표』 .
- 공적노인요양보장추진기획단(2004a), 『공적노인요양보장체계 개발연구 (I): 재정운영방식 및 시설인력 인프라 확충방안』 , 보건복지부.
- 공적노인요양보장제도실행위원회(2005), 『독일수발보험자료집: 법, 보고서, 등급판정지침 등』 , 보건복지부.
- 공적노인요양보장제도실행위원회(2005), 『공적노인요양보장제도실행모형개발연구』 , 보건복지부.
- 국민건강보험관리공단(2005), 『노인요양보험자의 보험자와 지방자치단체간의 역할』 .
- 국민건강보험관리공단(2006), 『주요통계현황』 .
- 국민건강보험관리공단(2006), 『일본개호보험의 재출발』 .
- 국민건강보험관리공단(2007), 『노인장기요양서비스 이용실태 및 만족도 조사』 .
- 국민건강보험관리공단(2007), 『노인장기요양보험제도 2차 시범사업운영결과』 .
- 국민건강보험관리공단(2007), 『노인장기요양보험 대상자의 서비스 이용 현황 및 코호트구축 방안』 .
- 국민건강보험관리공단(2007), 『노인장기요양보험제도 3차 시범사업수가산정 및 비용청구 지침』 .
- 김덕환 외(2006), 『독일의 수발보험과 노인복지 인프라』 , 서울: 21세기사.
- 김민규(2008), “노인장기요양보험제도 발전방안에 관한 연구”, 조선대학교 석사학위논문.
- 김순양 외(2003), “가정봉사원 파견사업의 수혜자 만족도 및 그 영향요인에 관한 연구”, 한국노년학.

김지영(2007), “장기요양급여 선택과 결정에 영향을 미치는 요인분석”,
이화여자대학교 석사학위논문.

김진수(2006), “노인수발보험제도 도입과 사회복지의 과제”, 제30회 한국
복지연구원 복지포럼.

김통원 외(2007), 『2006년 사회복지시설평가: 사회복지관·노인복지시
설·노인복지(회)관』, 한국사회복지협의회.

낙산복지정책연구회(2008), “노인장기요양보험 정책의 과제”, 제1회 낙
산 복지정책연구회 학술세미나.

노인장기요양보험법. 『제정 2007. 4. 27 법률 제8403호』.

노인장기요양보험법 시행령. 『일부개정 2008. 6. 11 대통령령 제20814
호』.

노인장기요양보험법 시행규칙. 『일부개정 2008. 6. 11 보건복지가족부
령 제 17호』.

노인복지법. 『일부개정 2008. 3. 21 법률 제8974호』.

노인복지법 시행령. 『일부개정 2008. 7. 24 대통령령 제20938호』.

노인복지법 시행규칙. 『일부개정 2008. 7. 1 보건복지가족부령 제48
호』.

독일연방보건부(2007), 『장기요양보험의 지속적인 발전을 위한 개
혁』.

문성현(2002), “일본의 장기요양보험제도”, 『장기요양서비스 체계도입
방안 검토』, 국민건강보험공단.

보건복지부(2006), 『노인수발보험법 제정안 설명자료』.

보건복지부(2007), 『노인장기요양보험제도의 주요내용 및 추진상황』.

보건복지부(2007), 『노인장기요양보험 인프라 확충안내』.

보건복지부(2007), 『노인복지시설현황』.

보건복지부(2007), 『보건복지백서』.

보건복지부(2007), 『2007 주요업무 참고자료』.

보건복지부(2008), 『재가장기요양기관 사업설명회』.

보건복지가족부(2008), 『노인장기요양보험 이용자 만족도 조사 보고
서』.

보건복지가족부(2008), 『노인장기요양보험 제도 안내』.

신미란(2008), “노인장기요양보험제도 이용의향에 관한 연구”, 경희대학교 석사학위논문.

안흥순(1999), 『고령화 사회복지와 노인복지』, 서울: 세종출판사.

이광재(2007), 『노인요양보험제도의 이해』, 서울: 공동체.

이명수(2007), “노인장기요양보험제도에 관한 연구”, 한양대학교 석사학위논문.

이호성(2004), “노인의 건강상태와 의료비부담 관련 요인에 대한 연구”, 『한국노년학』, 24(2).

일본케어워크연구소(2006), 『일본의 개호보험제도』, 학현사.

차홍봉(2005), “노인수발보장제도와 지역사회 중심의 관리운영 체계”. 차홍봉심포지엄.

차홍봉(2006). “노인수발보험제도와 한국형 관리운영체계의 수립 방안”. 한림대학교.

최옥용(2008). “노인장기요양서비스 이용실태 분석”. 조선대학교 석사학위논문.

통계청(2002), 『사회통계조사보고서』.

통계청(2006), 『장래인구추계 결과』.

통계청(2006), 『인구통계연보』.

통계청(2006), 『사회통계조사보고서』.

통계청(2007), 『사회통계조사보고서』.

통계청(2008), 『고령자 통계』.

한국보건사회연구원(2004), 『전국노인생활실태 및 복지욕구조사』.

한국보건사회연구원(2006), 『전국노인생활실태 및 복지욕구조사』.

홍미령(2006), 『독거노인 사회안전망 구축을 위한 복지서비스 기초조사』, 한국노인문제연구소.

Kane & Kane,(1987), *Long-term Care: Principles, Programs, and Policies*, New York: Springer Publishing Company.

MDS,(2007), Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitäts - prüfungs-Richtlinien-QPR) vom 10. November 2005. MDS, Essen.

厚生統計協會(2006), 『統計介護保険』, 日本厚生統計協會.

국민건강보험공단: <http://www.nhic.or.kr>

노인장기요양보험공단: <http://www.longtermcare.or.kr>

보건복지가족부: <http://www.mohw.go.kr>

한국보건사회연구원: <http://www.kihasa.re.kr>



부록 : 설문지

방문요양서비스 이용실태 및 만족도 설문조사표

안녕하십니까?

어르신의 건강과 가정에 행운이 함께 하시길 기원합니다.

저는 한성대학교 행정대학원에서 사회복지를 전공하는 학생으로서 장기요양인정자 중 방문요양 서비스를 이용하는 어르신을 대상으로 만족도를 조사하여 보다 나은 방문요양 서비스를 모색하고자 연구를 하고 있습니다.

응답하신 설문지는 본 연구 이외에 어떤 목적으로도 사용되지 않으므로 모든 질문에 실제 느끼시는 대로 자유로이 응답해 주시길바라며, 응답하신 내용들은 절대 비밀 보장을 약속드립니다.

7월 1일부터 시행 중인 노인장기요양보험 서비스의 개선을 위하여 성심껏 응답해 주시면 감사하겠습니다.

2008. 11.

한성대학교 행정대학원 사회복지학과

지도교수 : 이 성 우

조 사 자 : 천 민 경

【1】 어르신의 일반적 사항

1. 어르신 이름			
2. 어르신 나이	(년 생)		
3. 어르신 성별	☐ ①남자 ☐ ②여자		
4. 수급형태	☐ ①일반 ☐ ②기초생활수급권자 ☐ ③경감대상자		
5. 요양등급	2008. . . 장기요양인정등급(급)		
6. 현 센터 이용 시작일	2008년 월 일		

【2】 설문응답자

☐ ① 본인(장기요양 인정자) ☐ ② 배우자
☐ ③ 아들 또는 며느리 ☐ ④ 딸 또는 사위
☐ ⑤ 손자, 손녀 ☐ 친척(관계:)
☐ ⑦ 기타(관계:)

【3】 어르신의 현재 질병유무? (해당되는 것 모두 선택하십시오.)

☐ ① 치매

☐ ③ 고, 저혈압

☐ ⑤ 관절염

☐ ⑦ 골다공증

☐ ⑨ 암 (진단명 :)

☐ ⑪ 기타 ()

☐ ② 중풍(뇌졸중)

☐ ④ 당뇨

☐ ⑥ 요통

☐ ⑧ 골절, 탈골 및 사고
후유증

☐ ⑩ 거동불편

【4】 일상생활에서 다른 사람의 요양보호 도움이 필요한지 얼마나 되었습니까?

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|
| ☐ ① 1년 미만 | ☐ ② 1년~3년 미만 |
| ☐ ③ 3년~5년 미만 | ☐ ④ 5년~10년 미만 |
| ☐ ⑤ 10년 이상 | |

【5】 요양보호사가 오기 전에는 주로 누구에게 요양보호 도움을 받았습니까?

- | | |
|--|------------------------------------|
| ☐ ① 도움 없었다 | ☐ ② 배우자 |
| ☐ ③ 아들 또는 며느리 | ☐ ④ 딸 또는 사위 |
| ☐ ⑤ 유료간병인(과출부 포함) | ☐ ⑥ 무료 간병인 |
| ☐ ⑦ 기타() | |

【6】 방문요양 서비스를 선택하신 가장 큰 이유는 무엇입니까?

- | |
|---|
| ☐ ① 시설에 입소하면 가족과 격리되는 것 같으므로 |
| ☐ ② 시설입소보다 비용이 저렴하므로 |
| ☐ ③ 시설 입소에 대한 사회적 편견 때문에 |
| ☐ ④ 기타 () |

【7】 요양보호사에게 주로 어떤 수발을 받고 계십니까?

(해당되는 것 모두 선택하여 주세요.)

- | | | |
|----------------------------|---|--|
| 신
체
활
동
지
원 | ☐ ① 신체수발(세면도움, 목욕 등) | ☐ ② 몸단장, 옷 갈아 입히기 |
| | ☐ ③ 배설도움 / 화장실이용하기 | ☐ ④ 이동도움 |
| | ☐ ⑤ 체위변경 | ☐ ⑥ 식사도움 |
| | ☐ ⑦ 신체기능유지 및 증진 (운동 | 도움 등) |
| | | |
| | | |
| | | |

【8-1】 만족하고 계신 서비스 무엇입니까?

(해당되는 것 모두 선택하여 주세요.)

신체 활동 지원	① 신체수발(세면도움, 목욕 등) ③ 배설도움 또는 화장실이용하기 ⑤ 체위변경 ⑦ 신체기능유지 및 증진(운동도움 등)	② 몸단장, 옷 갈아 입히기 ④ 이동도움 ⑥ 식사도움
일상 생활 지원	① 취사(식사준비, 설거지 등) ③ 세탁	② 청소 및 주변정돈
개인 활동 지원	① 외출(병원동행) 도움	② 일상 업무 대행
정서 지원	① 말벗, 격려 및 위로 ③ 의사소통 도움	② 생활상담
만족 하신 이유		

【8-2】 불만족하신 서비스 무엇입니까?

(해당되는 것 모두 선택하여 주세요.)

신체 활동 지원	① 신체수발(세면도움, 목욕 등) ③ 배설도움 또는 화장실이용하기 ⑤ 체위변경 ⑦ 신체기능유지 및 증진(운동도움 등)	② 몸단장 및 옷 갈아 입히기 ④ 이동도움 ⑥ 식사도움
일상 생활 지원	① 취사(식사준비, 설거지 등) ③ 세탁	② 청소 및 주변정돈
개인 활동 지원	① 외출(병원동행) 도움	② 일상 업무 대행
정서 지원	① 말벗, 격려 및 위로 ③ 의사소통 도움	② 생활상담
불만 족 하신 이유		

【11-1】 4시간이상 추가로 요양보호사 서비스 이용시

- ☐ ① 추가 서비스 사용시 월 평균 추가이용시간 () 시간
☐ ② 추가 서비스 이용시 월 평균 추가 비용 () 원

【12】 현재 방문요양 서비스 최대 이용시간은 4시간이며, 월 4회까지는 8시간 방문요양서비스 이용이 가능합니다. 서비스 이용시간은 적당하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 적당하다
☐ ② 적당하지 않다 (희망서비스시간:) 시간
이유:
☐ ③ 잘 모르겠다

【13】 방문요양 서비스 이후에는 누가 수발을 해주고 있습니까?

- ☐ ① 없다 ☐ ② 배우자
☐ ③ 아들 또는 며느리 ☐ ④ 딸 또는 사위
☐ ⑤ 유료간병인(과출부 포함) ☐ ⑥ 무료 간병인
☐ ⑦ 기타()

【14】 방문요양 이후 가족외 타인(친척포함)의 서비스 이용시

- ☐ ① 하루 평균 수발시간 () 시간
☐ ② 하루 평균 수발비용 () 원

【15】 요양보호사 또는 방문요양센터를 교체하신 경우가 있습니까?

1. 방문요양 센터 교체

(☐ ①없다 ☐ ②있다 (교체횟수: 건) (☞ 【15-1】 문항으로)

2. 요양보호사 교체

(☐ ①없다 ☐ ②있다 (교체횟수: 건) (☞ 【15-2】 문항으로)

【15-1】 방문요양 센터를 교체하신 이유는 무엇입니까?

(해당되는 것 모두 선택하여 주세요.)

- ☐ ① 계약시 서비스 내용과 실제 서비스 내용의 차이로
- ☐ ② 다른 센터에서의 홍보·유인으로
- ☐ ③ 요양보호사의 잦은 교체 때문에
- ☐ ④ 도난, 비밀 누설등의 불미스러운 일로 인하여
- ☐ ⑤ 기타 ()

【15-2】 요양보호사를 교체하신 이유는 무엇입니까?

(해당되는 것 모두 선택하여 주세요.)

- ☐ ① 요양 기술의 부족 때문에 (체위변경, 목욕, 기저기갈기 등)
- ☐ ② 요양보호사의 불친절 등 성의부족으로
- ☐ ③ 시간이 잘 지켜지지 않으므로
- ☐ ④ 요양보호사의 자질부족(도난, 거친행동, 불손한 언행 등)
- ☐ ⑤ 비밀누설로 인하여
- ☐ ⑥ 기타 ()

【16】 노인장기요양보험 서비스를 누가 신청하였습니까?

- ☐ ① 본인
- ☐ ② 가족
- ☐ ③ 사회복지사 등 관련 전문가
- ☐ ④ 이웃
- ☐ ⑤ 친구
- ☐ ⑥ 기타 ()

【17】 방문요양 서비스에 추가되기를 희망하는 서비스가 있습니까?
(하나만)

- ☐ ① 가족 구성원 지원 서비스
- ☐ ② 이미용서비스
- ☐ ③ 작업, 놀이치료 등
- ☐ ④ 대중탕 목욕도움
- ☐ ⑤ 재활을 위한 마사지
- ☐ ⑥ 기타 ()

【18】 어르신이 속한 가구의 월평균소득은 어느 정도입니까?

- | | |
|---|---|
| ☐ ① 50만원 미만 | ☐ ② 50만원 ~ 100만원 미만 |
| ☐ ③ 100만원 ~ 200만원 미만 | ☐ ④ 200만원 ~ 300만원 미만 |
| ☐ ⑤ 300만원 이상 | |

【19】 어르신의 방문요양에 사용하는 비용은 주로 누가 부담합니까?

- ☐ ① 본인
- ☐ ② 가족
- ☐ ③ 본인 + 가족
- ☐ ④ 정부지원금
- ☐ ⑤ 종교, 사회단체 등의 지원금
- ☐ ⑥ 기타 ()

【20】 동거형태는? (해당되는 것 모두 선택하십시오.)

- | | |
|---|---|
| ☐ ① 독거노인 | ☐ ② 배우자 |
| ☐ ③ 아들, 며느리
(한 쪽인 경우도 해당) | ☐ ④ 딸, 사위
(한 쪽인 경우도 해당) |
| ☐ ⑤ 손자, 손녀 | ☐ ⑥ 기타 |

♣ 끝까지 응답하여 주셔서 진심으로 감사드립니다 ♣

ABSTRACT

A Study on the Satisfaction Level of Long-term Medical Treatment Insurance for Aging People Staying at Home

Chun, min-kyung

Major in Social Welfare

Dept. of Social Welfare Administration

Graduate School of Public

Administration

Hansung University



This study aims to explore an improved program of visiting medical treatment service. For this purpose the researcher chose 127 subjects located in Seoul area. After drawing up survey subjects and patrons from November 13, 2008 to December 1 of the same year, I analyzed the responses of the 105 returned questionnaire.

To analyze the collected questionnaire responses, I employed SPSS/WIN 12.0 statistical program for enforced frequency analysis, t-test, simple Person's correlation analysis, and cross tab analysis.

The main findings are as follows.

Most of the subjects consisted of 65.7 percent of the third-class beneficiaries incapable of using facilities supplies. The seventies occupied 44.8 percent near to the half of age bracket and women are composed of 70.5 percent of sexual distribution ratio. The general

subjects paying their share for themselves showed 63.8 percent high compared with the basic living standard welfare beneficiaries paying their share. In health problems, physical inconvenience indicated 23.6 percent most high and one after the other paralysis, high/low blood pressure, and dementia did 13 percent bracket respectively. With respect to daily life, less than 5 years, namely the period to need others' help showed 72.4 percent most high, and less than 10 years did 19 percent. As the ground of visiting medical treatment service, in entering the facilities the subjects answering segregation from their families showed 54.3 percent more than the half of them. In actual condition of using service the frequency of baking up physical activity was most high as 46.3 percent, however compared with it that of satisfaction measurement went down as 44.3 percent.

The analysis is that medical treatment patrons are still poor in professional care skill and that educational system and supplement schooling should be enforced. Also, in case of emotional support service, the frequency of satisfaction was more or less low as 16.2 percent. The reason of low result is that familiarity of medical treatment patrons was not still formed and that their reliability is not accumulated because only a few months passed away since visiting medical treatment originated. Additionally the service of domestic assistants' carrying out things, that is, support in daily life or individual activity was somewhat higher than use frequency.

As a whole, satisfaction perception level of medical treatment service showed high level exceeding 95 percent. The fitness of the cost the person pays showed 65.7 percent, that of dispatch time did 48.6 percent and the unfitting of it did 37.1 percent. The subjects receiving additional service showed 9.5 percent, paying additional cost as an individual charge owing to insufficiency of dispatch time. The 37.1 percent of respondents wanted more visiting medical care service time. The maximum usable time is limited 4 hours under current law. In the survey, the respondents wishing for additional care service means a massage for rehabilitation.

According to the above results, I argue that the following implications and suggestions are of great importance in this study.

The first, reduction arrangement against individual charge for allowances with a view to staying at home and extension of cash allowances for family assistants should be enforced above all.

The second, as the basic tenor aims to maintain survival ability the services of preventive dimension should be provided and applied to aging people except classes.

The third, the specialized professional train courses is essential to service donors including medical treatment patrons and the professional care management system should be introduced.

