



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](#)

박 사 학 위 논 문

노인장기요양보험제도의
평가 및 발전방안 연구

2013년

The logo of Hansung University, featuring a stylized blue 'H' shape with a white square in the center.

한성대학교 대학원

행 정 학 과

행 정 학 전 공

손 창 숙

박 사 학 위 논 문
지도교수 윤경준

노인장기요양보험제도의 평가 및 발전방안 연구

A Study on the Evaluation and Development Plans of the
Long-Term Care Insurance System for the Elderly

2012년 12월 일

한성대학교 대학원

행 정 학 과

행 정 학 전 공

손 창 숙

박 사 학 위 논 문
지도교수 윤경준

노인장기요양보험제도의 평가 및 발전방안 연구

A Study on the Evaluation and Development Plans of the
Long-Term Care Insurance System for the Elderly

위 논문을 행정학 박사학위 논문으로 제출함

2012년 12월 일

한성대학교 대학원

행 정 학 과

행 정 학 전 공

손 창 숙

손창숙의 행정학 박사학위논문을 인준함

2012년 12월 일

심사위원장 _____ 인

심 사 위 원 _____ 인

심 사 위 원 _____ 인

심 사 위 원 _____ 인

심 사 위 원 _____ 인

국 문 초 록

노인장기요양보험제도의 평가 및 발전방안 연구

한성대학교 대학원

행정학과

행정학전공

손 창 숙

산업화, 도시화에 따른 전통적 가족관의 변모로 가족의 일체성이나 연대성, 효 이데올로기 등이 약화되고 있는 가운데 노인인구 급증에 따른 노인수발과 부양문제는 가족 간 갈등을 심화시키고 심지어 가족해체를 초래하기도 한다. 이로써 노인에 대한 사회적 보호서비스의 중요성이 날로 부각됨에 따라 정부는 노인부양문제를 사회보험으로 해결하기 위한 일환으로, 노인장기요양보험제도를 도입하여 시행한 지 올해로 5년 째 접어들고 있다.

지금까지의 시행 결과 국민들 대다수가 필요한 제도로 인식하고 있는 만큼, 시행과정에서의 문제점을 정확히 파악하고 개선하여 보다 안정적인 제도로 유지·발전시켜갈 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해 외국의 선형사례, 서비스 이용자는 물론 서비스 제공을 담당하고 있는 여러 실무진들의 제도에 대한 평가와 인식을 조사하여 반영하는 등 다각적인 검토와 보완이 필요하다.

따라서 본 연구는 노인장기요양보험제도에 대한 지난 기간 동안의 성과와 문제점을 분석하고 발전방안을 제시하는 데 목적을 두고, 수요와 공급 측면으로 구분하여 제시한 분석틀을 적용하여 외국사례분석과 장기요양관련 실무자인 건강보험공단직원, 장기요양기관 시설장 및 관리자(사회복지사 및 간호사 포함), 요양보호사를 대상으로 실증조사를 병행하였다. 이에 대

한 결과를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 장기요양제도 시행과정상 노정된 문제점으로 본인부담금 과다, 제한적이고 한정된 재가급여, 예방체계 미흡, 비공식서비스 제공자에 대한 지원 부재, 공적장기요양기관의 부족, 일부 장기요양기관의 불법·부당행위, 요양보호사의 열악한 처우 및 전문성 부족, 등급판정의 문제, 재정 불안정을 들 수 있다.

둘째, 외국 사례로 네덜란드·독일·일본의 장기요양제도를 분석한 결과, 이들 국가의 최근 주된 개혁동향은 재가급여 및 예방 강화, 가족 등 비공식부문의 지원 강화, 서비스 질 개선, 재정 안정화로 요약할 수 있다.

셋째, 지난 4년 간 장기요양제도 시행결과에 대한 실무자들의 인식조사 결과 장기요양보험제도가 노인의 삶 및 가족의 부양부담 경감에 도움을 주며 앞으로도 필요한 제도로 평가하고 있는 것으로 나타났다. 또한 장기요양제도 발전을 위한 최우선 과제는 서비스 질 향상과 요양보호사 처우개선으로 나타났다. 그리고 서비스 질 개선을 위한 방안으로 먼저 장기요양기관 관련해서는 일부 장기요양기관의 불법·부당행위에 대한 강력한 제재의 필요성이 가장 높았고, 그 외 평가전담독립기구설치, 지정갱신제 도입, 평가하위그룹에 대한 행정처분 강화, 인증마크제 도입에 대해서도 필요하다고 인식하는 것으로 조사되었다. 또한 장기요양서비스 전담인력인 요양보호사와 관련해서는 처우개선, 업무지침서 제공, 전문성 강화의 필요성이 높게 나타났다.

등급판정과 관련해서는 장기요양기관 관리자와 요양보호사 집단은 1회성 조사나 조사자에 따른 차이로 인해 신뢰정도가 낮게 나타났다. 장기요양기관 평가에 대해서도 장기요양기관 관리자와 요양보호사 집단의 신뢰정도가 낮게 나타났으며, 그 이유로 과다한 서류중심의 평가를 들고 있는 것으로 조사되었다. 또한 장기요양기관 평가단으로는 평가전담독립기구를 가장 선호하는 것으로 조사되었다. 재정안정화 방안으로는 정부지원 확대와 장기요양복지기금 조성, 소득 있는 노인층 보험료 부과 순으로 나타났다.

이상에서 살펴 본 결과들을 토대로 정책적으로 유의미하게 시사하는 바를 다음과 같이 제시함으로써 발전방안에 대신하고자 한다.

첫째, 장기요양서비스에 대한 가치정립 및 교육이다. 장기요양서비스는 휴먼서비스로서 개인의 이익보다는 사회적 목적과 형평성 등의 사회복지적 가치가 최우선되어야 하며 이에 대한 사회적 합의를 이루어낼 수 있도록 해야 한다. 이를 토대로 장기요양서비스제공 인력에 대한 교육도 병행되어 일 자체의 보람과 가치를 중시하고 자신의 업무에 대한 자긍심과 소명의식을 가질 수 있는 환경이 조성될 수 있도록 해야 한다.

둘째, 서비스 질 개선이다. 장기요양제도가 공적제도로 자리매김하기 위해서는 서비스 질 제고를 위한 노력이 중요하다. 이를 위해서는 공적기관의 역할 강화, 장기요양기관 평가 및 관리, 요양보호사 처우개선의 다각적인 접근이 필요하다. 즉, 공적기관의 책임과 역할을 다할 수 있도록 인력확충과 공공성을 강화해야 한다. 그리고 서류중심의 장기요양기관 평가방식 개선은 물론이고, 평가결과 점수가 높은 상위 일정 기관에 포상금을 지급하는 인센티브제를 인증마크제로 변경하고, 평가결과 점수가 낮은 일부 하위기관에 대한 패널티를 적용할 필요가 있다. 아울러 평가에 대한 전문성과 신뢰성을 확보할 수 있도록 평가전담기구의 설치와 장기요양기관에 대한 지속적 관리를 위해 지정갱신제 도입을 고려해 볼 필요가 있다. 또한 서비스 전담인력인 요양보호사 처우개선 및 고용관리를 위한 법적 보장이 이루어져야 한다.

셋째, 재정 안정화를 위한 다원적 방안 마련이 필요하다. 장래 장기요양 수요급증에 대응해 가기 위해서는 보험료 인상이 불가피 할 것이나 이는 국민의 부담을 가중시키므로 한계가 있다. 따라서 우선적으로 재가급여의 활성화 및 예방 강화, 가족 등 비공식 부문에 대한 지원, 불법·부당행위 기관에 대한 제재 강화가 이루어져야 한다. 또한 장기적으로 안정적 재원확보를 위해 장기요양복지기금이나 특별세 도입, 소득 있는 노인층에 대한 보험료 부과 등의 다양한 방안에 대한 검토가 필요하다.

【주제어】 노인장기요양보험제도, 가치정립, 서비스 질, 재정 안정화

목 차

제 1 장 서론	1
제 1 절 연구의 목적	1
제 2 절 연구범위와 연구방법	3
1. 연구의 범위	3
2. 연구의 방법	3
제 2 장 노인장기요양보험제도의 이론적 배경	5
제 1 절 노인장기요양보험제도의 도입배경 및 형성과정	5
1. 도입배경	5
2. 형성과정	7
제 2 절 선행연구의 고찰 및 연구의 분석틀	11
1. 선행연구의 고찰	11
2. 연구의 분석틀	17
제 3 절 노인장기요양보험제도의 운영현황 및 문제점	22
1. 운영현황	22
2. 문제점	38
제 3 장 외국의 장기요양제도 사례	46
제 1 절 네덜란드	46
1. 도입배경	46
2. 제도적 특징	47
3. 개혁동향 및 시사점	53

제 2 절 독일	56
1. 도입배경	56
2. 제도적 특징	57
3. 개혁동향 및 시사점	66
제 3 절 일본	70
1. 도입배경	70
2. 제도적 특징	72
3. 개혁동향 및 시사점	82
제 4 절 외국사례의 시사점	86
1. 수요 측면	89
2. 공급 측면	92

제 4 장 노인장기요양보험제도에 관한 실증분석 95

제 1 절 조사설계	95
1. 조사대상	95
2. 측정도구 및 분석방법	96
3. 응답자의 특성	100
제 2 절 분석결과	105
1. 노인장기요양보험제도의 적절성	105
2. 수요 측면	106
3. 공급 측면	112
4. 실증분석 결과의 요약	137

제 5 장 노인장기요양보험제도의 발전방안 143

제 1 절 수요 측면	143
제 2 절 공급 측면	147

제 6 장 결 론	161
제 1 절 연구결과 요약 및 정책적 제언	161
1. 연구결과 요약	161
2. 정책적 제언	165
제 2 절 연구의 한계 및 향후 연구 방향	168
【참고문헌】	170
【부 록】	185
【Abstract】	191



【 표 목 차 】

<표 2-1> 우리나라 노인인구 및 비율 추이.....	6
<표 2-2> 노인장기요양보험 추진과정.....	9
<표 2-3> 사회복지 정책의 분석틀.....	18
<표 2-4> 연구 분석틀의 구성내용.....	21
<표 2-5> 노인장기요양보험 가입자 및 대상자.....	23
<표 2-6> 노인성 질병의 종류.....	23
<표 2-7> 년도 별 장기요양 인정자 수 및 인정률.....	24
<표 2-8> 등급별 장기요양 인정자 수(2012년 6월말 기준).....	25
<표 2-9> 장기요양 인정 조사표.....	26
<표 2-10> 장기요양등급 기준.....	27
<표 2-11> 재가급여종류별 급여액 및 본인부담금.....	28
<표 2-12> 시설급여 월 한도액 및 본인부담금.....	29
<표 2-13> 장기요양기관 년도 별 현황.....	30
<표 2-14> 장기요양기관 운영주체별 현황(2011).....	31
<표 2-15> 장기요양시설(서비스)별 요양보호사 배치기준.....	32
<표 2-16> 요양보호사 자격증 소지자 및 종사자 현황.....	33
<표 2-17> 노인장기요양보험제도의 기관별 역할분담.....	34
<표 2-18> 장기요양보험료율.....	36
<표 2-19> 장기요양급여비.....	36
<표 2-20> 총 재정 현황.....	37
<표 2-21> 우리나라 장기요양보험제도의 문제점.....	44
<표 3-1> 등급판정 절차.....	48
<표 3-2> 대상자별 AWBZ 이용자 수(2007년).....	49
<표 3-3> 노인관련 서비스 내용(ZZP 1~10).....	50
<표 3-4> AWBZ 수입 및 항목별 지출금액.....	52
<표 3-5> AWBZ(특별의료비보험제도)의 개혁내용.....	53
<표 3-6> 독일의 수발보험제도 도입 및 개혁 과정.....	57

<표 3-7> 수발보험 등급 기준.....	58
<표 3-8> 인정률 추이(65세 이상 인구 기준).....	59
<표 3-9> 등급별 수급자 현황.....	60
<표 3-10> 서비스 종류별 급여내용.....	61
<표 3-11> 급여수가.....	62
<표 3-12> 장기요양기관 현황 및 운영주체(2007년).....	63
<표 3-13> 독일의 노인수발사 자격제도 및 양성교육과목.....	64
<표 3-14> 직업별 장기요양 보험료 부담률.....	66
<표 3-15> 급여 종류별 재정소요(2006년 기준).....	66
<표 3-16> 수발보험의 “2008 개혁”내용.....	67
<표 3-17> 일본 노인복지제도의 발달과정.....	71
<표 3-18> 제1·2호 피보험자 구분.....	73
<표 3-19> 일본의 등급기준.....	73
<표 3-20> 요개호(요지원) 인정자수 및 인정률 추이.....	74
<표 3-21> 개호보험서비스 급여내용별 이용 현황.....	75
<표 3-22> 개호서비스 월 이용 한도액.....	76
<표 3-23> 개호보험시설 개설 주체별 시설수(2008년 5월 현재).....	77
<표 3-24> 개호복지사 교육과정.....	79
<표 3-25> 홈헬퍼 교육과정.....	79
<표 3-26> 개호보험 재원 구성 내용.....	81
<표 3-27> 개호보험 급부비의 연도별 추이.....	81
<표 3-28> 개호보험 총비용 및 보험급여비의 증가현황.....	81
<표 3-29> 개호보험제도의 1차 개혁(2005) 주요 내용.....	82
<표 3-30> 개호보험제도의 2차 개혁(2009) 주요 논의내용.....	83
<표 3-31> 각국의 장기요양제도 비교.....	86
<표 4-1> 설문지 배포 및 회수현황.....	96
<표 4-2> 설문지의 구성.....	98
<표 4-3> 그룹별 분석결과.....	100
<표 4-4> 그룹별 성별·연령·학력·종교 현황 분석결과.....	101

<표 4-5> 그룹별 경력 및 자격증 분석결과.....	102
<표 4-6> 그룹별 직위 분석결과.....	103
<표 4-7> 장기요양기관의 형태 분석결과.....	104
<표 4-8> 장기요양기관의 설립주체 및 기간 분석결과.....	104
<표 4-9> 제도의 적절성에 대한 변수별 평균분석결과.....	105
<표 4-10> 제도의 적절성에 대한 scheffe 분석결과.....	105
<표 4-11> 대상자 범위확대의 필요성에 대한 분석결과.....	107
<표 4-12> 급여내용 분석결과.....	107
<표 4-13> 본인부담금 관련 분석결과.....	109
<표 4-14> 시설인프라 관련 분석결과.....	113
<표 4-15> 장기요양기관 시장화 기여 및 공급적절성 분석결과.....	113
<표 4-16> 장기요양기관의 적정수준 유지 방법의 분석결과.....	114
<표 4-17> 장기요양기관 운영 어려움 요인 분석결과.....	115
<표 4-18> 장기요양기관의 질적 개선의 각 방안의 필요성 분석결과.....	119
<표 4-19> 장기요양기관 시설운영주체의 분석결과.....	121
<표 4-20> 요양보호사의 서비스 질 향상 방안 분석결과.....	124
<표 4-21> 등급판정 신뢰정도 분석결과.....	125
<표 4-22> 등급판정 불신이유 분석결과.....	126
<표 4-23> 등급판정 시 환경적 요인고려 필요성 분석결과.....	127
<표 4-24> 인지장애 및 정신질환에 대한 인정점수 가중치부과의 필요성 분석결과.....	128
<표 4-25> 장기요양기관 평가신뢰의 분석결과.....	129
<표 4-26> 평가불신이유 분석결과.....	130
<표 4-27> 장기요양기관 평가단 구성에 대한 분석결과.....	131
<표 4-28> 등급외자 및 서비스 미 이용자 관리에 관한 분석결과.....	132
<표 4-29> 정부부담금 적절성의 분석결과.....	132
<표 4-30> 정부부담금 적절성의 분석결과.....	133
<표 4-31> 재정안정화 방안의 분석결과.....	134
<표 4-32> 장기요양보험 개선방안의 우선순위 분석결과(다중응답).....	136

【 그림 목 차 】

<그림 1-1> 연구의 흐름도.....	4
<그림 2-1> 연구의 분석틀.....	22
<그림 2-2> 장기요양서비스 이용절차.....	26
<그림 2-3> 장기요양기관 인력현황(2012.06).....	31
<그림 3-1> AWBZ 서비스 이용절차.....	48
<그림 3-2> 수발보험 등급판정 흐름도.....	60



HANSUNG
UNIVERSITY

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

최근 보건의료 기술의 발전, 건강에 대한 관심과 건강 관련 서비스 증가, 영양, 위생환경 개선 등과 같은 생활수준의 전반적 향상 등으로 인해 전 세계적으로 나타나는 인구구조 변화의 가장 큰 흐름은 인구 고령화 현상이다. 우리나라의 경우도 산업화 과정을 거치면서 노인인구의 증가를 유발하는 사회적 변화가 본격적으로 나타나고 사망률과 출산률이 낮아지면서 노인인구의 절대적·상대적 비율이 높아지고 있다. 통계청 자료에 의하면 1970년에 전체인구의 3.1% 수준으로 100만명에도 못 미치던 65세 이상 노인인구는 2000년에 7%가 넘어섰고, 2010년 11.0%, 2020년 15.7%, 2050년 38% 수준에 이를 것으로 전망되어, 노인인구 비율이 전 세계적으로 가장 빠르게 증가할 것으로 예측되고 있다(통계청, 2006).

이러한 가운데 가장 큰 노인문제 중 하나는 노인부양문제인데, 오늘날의 노인부양은 개인이나 가족 차원의 문제라기보다는 사회가 공동으로 대처해야 할 문제로 인식되고 있다. 우리사회에서도 산업화, 도시화에 따라 전통적 가족관이 변모하여 왔다. 유교적 가족제도의 가치관을 부정하는 의식이 가족의 일체성이나 연대성, 효 이데올로기 등을 약화시키고 있다. 노인수발과 부양문제로 인해 가족 간 갈등이 심화되고 심지어 가족해체를 초래하기도 한다. 노인에 대한 사회적 보호서비스의 중요성이 날로 부각되는 것은 이 때문이다. 이에, 정부는 노인부양문제를 사회보험으로 해결하기 위한 일환으로, 2005년 5월 ‘노인수발보험제도 기본안’을 확정하였으며, 2007년 4월 27일 노인장기요양보험법을 제정하여, 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 시행하고 있다.

이로써 올해로 시행 5년차를 맞이하고 있는 노인장기요양보험제도는 준비기간이 충분치 않았던 관계로 시설과 인력 등 인프라 확보문제 등에 있어서 시행초기에 제기되었던 우려들을 불식시키고 시설과 요양서비스 인력에 있어서 많은 양적 확대가 이루어졌다. 또한 2008년과 2009년 건강보험공단과 보건복지부가 이용자 및 이용자 가족을 대상으로 실시한 장기요양보호서비스 만족도 조사에서도 긍정적 결과를 보이고 있으며, 제도 시행 4주년이 된 2012년 국민건강보험공단이 성인남녀

를 대상으로 한 노인장기요양보험제도의 필요성에 대해 90% 이상이 필요하다는 응답을 보임으로써 긍정적인 제도로 정착화해 가고 있다고 볼 수 있다.

그러나 준비기간이 짧았던 만큼 많은 문제점 또한 제기되고 있다. 즉 서비스 제공주체와 관련한 사회복지민영화 또는 공공성부재의 문제(지은구, 2008; 노종호, 2008; 전용호, 2012), 시설 및 인력 인프라 문제(김준환, 2008; 김철수, 2010; 엄기욱, 2011; 한정원, 2011; 조성희, 2010; 장우심, 2009; 김금주, 2009; 박영희·나중덕·김선희, 2011; 윤건향·조은희·이태화, 2011), 서비스 질 관리 문제(최은희, 2010; 전용호, 2008; 이미진, 2011; 권진희·한은정·강임옥, 2010; 조우홍·이동수, 2008; 이윤희, 2010), 등급판정 및 등급외자 관리 문제(이윤경, 2012; 임성옥, 2010; 이강, 2010; 손용진, 2009) 등 앞으로 해결되어야 할 많은 문제들이 산재해 있다.

따라서 노인장기요양보험제도 시행 4년이 지난 현 시점에서, 장기요양보험제도에 대해 국민들 대다수가 필요한 제도로 인식하고 있는 만큼, 지금까지의 시행과정에서의 문제점을 개선하고 시행착오를 최소화하여 보다 안정적인 제도로 정착하고 지속적으로 발전시켜갈 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해 노인장기요양보험제도의 여러 쟁점사항들에 대한 외국의 선형사례를 검토하고, 서비스 이용자는 물론이고 서비스 제공을 담당하고 있는 여러 실무진들의 제도에 대한 평가와 인식을 조사·반영하는 등 다각적인 검토와 보완이 필요하다.

그럼에도 불구하고 지금껏 대부분의 연구들은 문헌연구 중심이었거나, 극히 일부의 실증조사도 서비스 만족도나 국민의 제도에 대한 인식조사 등 이용자 관점 중심으로 이루어져 왔다. 이로써 현장의 실태를 가장 잘 안다고 할 수 있는 장기요양제도 관련 업무를 담당하고 있는 실무자들의 실증조사가 병행된 연구는 매우 부족한 실정이다. 따라서 본 연구는 이러한 문제를 보완하고 균형 있는 다각적 검토를 위해 우리나라의 현행 노인장기요양보험제도에 관한 선행연구 및 외국 장기요양제도 사례에 대한 문헌연구와 더불어 현장의 목소리를 반영하고자 국민건강보험공단 장기요양 업무관련 직원과 실질적 서비스 주체이며 실무자인 장기요양기관 시설장 및 관리자, 요양보호사를 대상으로 실증연구를 병행하고자 한다. 이로써 각 주체별, 영역별 성과와 문제점에 대해 파악하고, 이를 토대로 향후 노인장기요양보험제도의 합리적 개선 방안을 제시하고자 한다.

제 2 절 연구범위와 연구방법

1. 연구의 범위

본 연구에서는 위와 같은 연구목적을 달성하기 위하여 장기요양보험제도에 관한 선행연구 검토 이외에 외국의 사례를 분석하고 실무자들의 제도에 대한 인식조사를 병행하고자 한다. 따라서 외국의 선행사례를 살펴보고자 네덜란드와 독일 그리고 일본을 선정하였다. 이들 국가를 선택한 이유는 네덜란드의 경우 전 세계적으로 가장 빠르게 장기요양보험제도를 도입한 국가이기 때문이다. 또한 독일과 일본은 우리나라 장기요양보험제도와 같이 사회보험방식을 채택하고 있으며, 우리나라 장기요양보험제도 도입에 가장 많은 영향을 준 국가이기 때문이다. 그리고 실증조사는 노인장기요양보험제도 시행 4년에 대한 평가와 제도개선방안 도출을 위한 장기요양관련자들의 인식조사이다. 따라서 서비스 이용자 관점과 공급자 관점 모두를 포괄할 필요가 있겠으나, 서비스 이용자의 경우 대부분 치매나 중풍 등의 노인성 질환을 앓고 있는 노인이므로 장기요양제도에 대한 인식조사에 무리가 있다.

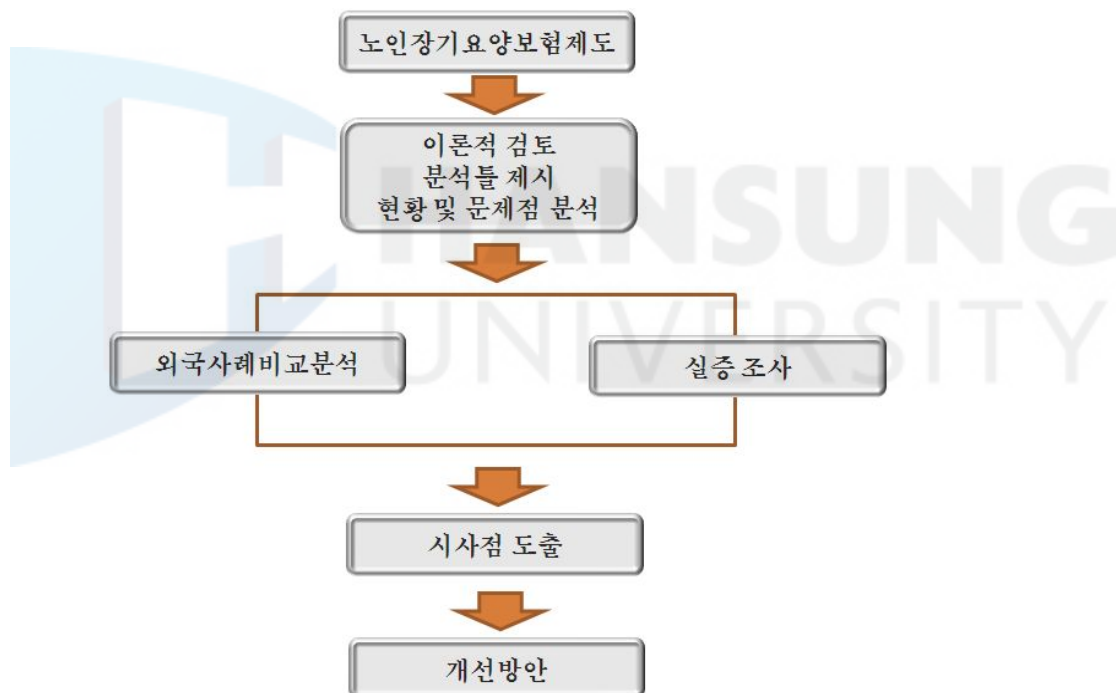
이에 본 연구에서는 서비스 공급자 중심의 제도에 대한 평가와 인식을 중점적으로 살펴보고자 한다. 따라서 실증조사 대상범위는 서울·경기지역의 노인 장기요양서비스 관련 직종의 구성원들로 하였다. 즉, 조사대상은 건강보험공단 장기요양관련 업무를 담당하는 직원 그리고 실질적인 서비스 제공자라 할 수 있는 장기요양기관의 시설장 및 관리자(사회복지사 및 간호사 포함)와 요양보호사의 세 집단으로 하였다. 특히 요양보호사는 서비스 이용자와 직접적으로 대면하여 서비스를 제공하는 인력으로서 서비스 이용자의 욕구 및 상태, 가정 환경 등을 가장 잘 파악하고 있으므로 서비스 제공자로서 뿐만이 아니라 서비스 이용자 입장 또한 잘 반영할 수 있을 것으로 사료된다.

2. 연구의 방법

본 연구의 목적을 효과적으로 달성하기 위해 문헌연구와 실증적 조사방법을

병행하고자 한다. 즉, 문헌연구는 장기요양제도 관련 저널과 논문 등을 살펴보고, 우리나라 보다 장기요양제도를 먼저 시행하고 있는 외국의 사례 분석을 통해 시사점을 도출하고자 한다. 그러나 이는 이론적 연구 중심으로써 제도 시행 이후 제도 전반에 걸쳐 노정된 문제점을 파악하여 대응해 가기에는 한계가 있다. 따라서 현장 실무자들의 제도에 대한 평가 및 인식 그리고 문제점과 최우선 과제 등을 분석하고자 실증연구를 병행하고자 한다. 실증연구는 구조화된 설문지를 활용하며, 수집된 자료는 SPSS를 사용하여 빈도분석, 교차분석, 분산분석을 실시하고자 한다. 이로써 문헌연구와 실증연구 결과를 바탕으로 장기요양보험제도의 현 문제점에 대한 정책적 시사점 및 개선방안을 제시하고자 한다. 본 연구의 흐름도는 다음과 같다.

<그림 1-1> 연구의 흐름도



제 2 장 노인장기요양보험제도의 이론적 배경

제 1 절 노인장기요양보험제도의 도입배경 및 형성과정

1. 도입배경

장기요양보호(Long-Term Care)의 개념에 대해 Atchley(1994)는 만성질환 또는 장애를 가진 사람들에게 다양한 종류의 서비스 제공자가 다양한 종류의 장소에서 지속적인 원조를 제공하는 것이라고 정의하였다. Kane & Kane은 장기요양보호에 대해 “선천적, 후천적으로 상당한 정도의 기능적 활동능력을 상당 수준 잃어버린 사람에게 장기간에 걸쳐 지속적 혹은 간헐적으로 제공되는 일련의 건강보호서비스, 대인보호서비스, 사회서비스”라고 정의하였다 (Gibson, 1994).

이렇듯 장기요양보호에 대해 학자마다 다양하게 정의하고 있는데, 노년백과사전의 정의(Encyclopedia of Gerontology, 1996)를 중심으로 살펴보면, 장기요양보호는 만성질환 또는 장애로 인하여 보호대상자들에게 장기간 동안 집 또는 시설에서 원조를 제공하는 것이라고 할 수 있다. 우리나라도 노인인구 급증과 급격한 사회·문화적 변화로 인해 장기요양보호에 대한 많은 필요성이 제기되었고, 따라서 노인장기요양보험제도를 도입할 수밖에 없었던 시대적 상황에 도래하게 되었다. 이에 우리나라의 장기요양제도의 도입배경을 다음의 세 가지로 요약하여 살펴보고자 한다.

첫째, 인구 고령화 및 요양욕구 증가와 변화이다. 전 세계적으로 가장 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있는 우리나라는 지난 2000년 전체인구 중 65세 이상 노인인구가 7.2%로 고령화 사회에 진입했으며, 2010년 11%, 2018년 14%, 2026년에는 20.8%로 초고령 사회에 도달할 것으로 전망되고 있다. 특히 2000년부터 2050년 사이에 65세 이상 전체 노인인구는 5.3배 늘어나게 되는 데 비해, 75세 이상의 노인은 9.7배나 증가될 것으로 예측되고 있는 가운데 2004년도 한국보건사회연구원의 조사에 의하면 우리나라 노인 중 본인이 인지한 만성질환을 한 가지 이상 가지고 있는 노인은 90.9%에 이르고 있고, 이로 인한

어려움으로 일상생활수행의 제한이 43.3%로 가장 많이 나타났다. 이처럼 고령 노인이 증가할수록 일상생활동작능력과 가사생활수행능력이 저하되어 자립적인 가정생활을 계속할 수 없어 누군가의 도움을 필요로 하는 노인이 증가됨에 따라 장기요양보호 수요도 증가하게 될 것이다.

또한, 오늘날의 요양은 ADL(Activities of daily living: 일상생활동작)을 포함한 QOL(Quality of life: 생활의 질)과 쾌적함을 지향하는 원조를 요구하고 있다. 이러한 복지서비스에 대한 의식구조의 변화, 요양의 필요성에 대한 인식, 생활수준의 변화, 문화의 다양화를 반영한 요양욕구가 크게 증가하고 있다 (이해영, 2006).

<표 2-1> 우리나라 노인인구 및 비율 추이

(단위 : 만 명, %)

구 분	1970년	1980년	1990년	2000년	2010년	2018년	2026년	2050년
총인구	3,224	3,812	4,287	4,701	4,887	4,934	4,904	4,234
노인 인구	99	146	220	339	536	707	1,022	1,616
비율	3.1	3.8	5.1	7.2	11.0	14.3	20.8	38.2

* 자료 : 통계청(2006).

둘째, 가족의 부양기능 약화이다. 우리나라는 전통적인 유교사상으로 부모봉양에 대한 관념이 뿌리 깊이 내재되어 있었다. 그러나 산업화와 핵가족화의 진행에 따라 가족규모의 축소, 가족 가치관의 변화로 인한 부양의식의 변화 그리고 노인 돌봄의 주된 수발자 역할을 하는 여성의 사회참여나 경제활동참여 증가 등으로 노인에 대한 가족의 부양기능이 크게 약화되고 있다. 특히 현대사회의 급속한 경제성장과 산업화의 영향은 우리 사회의 전통적 가족주의가 쇠퇴하고 가족의식의 개인주의화 등에 따른 우리의 가치관 및 부양의식의 변화는 노인문제를 더욱 가중시켰다. 실제로 정경희 외(2005)의 2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사에서도 연령이 낮아질수록 부양의식이 낮아지는 것으로 조사되었다.

또한 노인가구형태는 전체가구의 절반이상이 노인단독가구 비율이 차지하고 있으며, 자녀동거가구수가 10년 전에 비해 12.7%가 감소한 것으로 나타났다.

이에 비해 여성의 경제활동 참가율은 지속적으로 증가하여 2006년에는 절반 이상의 여성이 경제활동에 참여하는 것으로 조사되었다(통계청). 이는 지금까지 가족 돌봄을 책임지고 있던 여성 역할에의 변화와 노인수발자의 부재를 의미한다고 볼 수 있다. 또한 김영란(2007)의 연구에서, 가족노동자의 1일 총 돌봄 노동시간이 10시간 정도이며, 가사활동 제외 돌봄 노동시간 또한 6시간에 이르고 있는 것으로 조사됨으로써, 취업자의 가족 돌봄과 직장생활 병행에 매우 부담을 주고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과들을 통해 노인에 대한 국가적·사회적 차원의 공적인 돌봄의 필요성을 더욱 가속화시킴에 따라 노인장기요양보험제도 도입의 필요성을 증대시켰다.

셋째, 노인의료비 증가이다. 국민건강보험공단의 노인의료급여비 증가추이를 보면 1995년 8천682억원(13.2%)에서 2007년 9조1,189억원(28.2%)으로 증가하였다. 따라서 노인장기요양제도를 도입하지 않을 경우 기존의 의료보장제도에서 노인의료비가 크게 증가하게 됨으로 건강보험제도를 운영하는데 재정적으로 매우 어려워질 우려가 있다. 선진국의 경우도 의료보장제도에서 부담하는 노인의료비와 노인요양보호의 비용을 분리하지 않으면 의료보장제도의 운영이 매우 어려운 것으로 나타나고 있다. 따라서 의료보장제도의 노인의료비 문제가 본격화되기 이전에 노인장기요양제도를 도입함으로써 노인에 대한 의료보장의 비용과 수발보장의 비용을 합리적으로 구분하고 이를 적절히 조절할 필요가 있음(김준환, 2008)이 제기되었다.

2. 형성과정

노인장기요양보험제도는 1999년 10월 26일 노인복지전문가들이 「노인보건복지중장기 발전계획 추진상황 보고」에서 2000년 고령화사회의 진입에 따라 노인장기요양보호의 필요성을 제시하고 기구를 만들어야 한다고 김대중 대통령에게 건의하면서 정부차원에서 최초로 논의 되었다. 그 해 12월 「노인장기요양보호정책연구단」을 발족하고, 2000년 1월에 실무 작업반을 구성하였고, 정책연구단의 명칭을 ‘노인장기요양보호정책기획단’으로 변경하고 ‘노인장기요양보호대책수립’을 목표로 본격적인 활동에 들어갔다. 2000년 10월에 공청회를

개최하여 추진계획 설명 및 추진방향에 대한 공감대를 형성하고자 노력하였고, 2000년 12월 「노인장기요양보호 종합대책방안」을 발표하였다.

2000년 7월 건강보험 통합 및 의약분업 시행 이후 건강보험재정 파탄이라는 위기적 상황 하에서 「국민건강보험재정안정 및 의약분업정착 종합대책」이 2001년 5월 31일에 수립되고 그 일환으로써 ‘노인요양보험제도’ 도입이 제시되었고 점차 공론화되기 시작하였다. 따라서 2001년 8월 15일 대통령 경축사에서 ‘노인요양보장제도의 도입’이 공개적으로 제시되었다. 2001년 9월 국무총리실에 ‘노인보건복지대책위원회’가 설치되어 범정부 차원의 노인보건복지대책이 수립될 수 있는 계기가 마련되었으며, 2002년 7월에 고령화 사회에 대비한 ‘노인보건복지종합대책’이 발표되었다. 2002년 말에 실시된 제16대 대통령 선거에서 노무현 대통령후보의 선거공약에 노인요양보험제도를 시범실시 한 후 공적 노인요양보장제도를 도입하겠다는 내용이 있었으며, 보건복지부는 2003년 1월에 대통령직 인수위원회의 보건복지부 대통령업무보고에서 2007년 시행 목표로 공적노인요양보장제도를 도입하겠다는 보고를 함으로써 제도 도입을 위한 본격적인 준비에 들어가게 되었다.

공적노인요양보장추진기획단은 2003년 5월에 한국보건사회연구원에 노인요양보장체계에 관한 연구용역을 의뢰하여 세부사항을 검토하게 하고, 10회에 걸친 전체회의, 공청회 2회, 전문가 의견조사 결과를 종합하여, 2004년 2월에 「공적노인요양보장체계개발연구」를 최종 보고 하여 노인장기요양보험제도의 기본 골격 안을 확정했다. 골격 안의 내용은 명칭을 ‘공적노인요양보장제도’로 하고, 사회보험+조세(보험료 50%, 조세 30%, 본인 20%)로 한 재원조달 방식, 급여대상자는 65세 이상 노인부터 우선 적용하고, 45세 이상으로 확대 연장하고, 관리운영주체는 잠정적으로 건강보험공단으로 하는 내용이었다.

2004년 3월 제도운영방식, 재원조달 및 분담방안, 관리운영체계, 급여범위 및 요양수가체계 등에 대한 구체적인 실행모형을 만들기 위해 공적노인요양보장제도의 실행위원회 및 실무기획단을 설치하였으며, 그 해 8월에는 ‘노인요양보장체계 시안’을 통해 제도 명칭을 노인요양보험제도로 정하고 대략적 제도 내용을 발표하였다(오성배, 2007). 이 후, 7회에 걸친 실행위원회의 회의, 3회의 공청회, 여론조사 2회, 외국의 장기요양보험제도 시찰 등을 통해, 2005년 2

월 「공적노인요양보장제도 실시모형」을 최종보고 하였고, 이를 바탕으로 노인요양보장제도 기본시안이 마련되었다. 정부는 2005년 7월부터 6개 시·군·구를 선정하여 1차 시범사업을 실시하였고, 9월에는 제도명칭을 「노인수발보장법」으로 개칭하고 관리운영방법에 대해서도 약간의 내용을 수정·발표하였다. 2006년 2월 명칭을 「노인수발보험법」으로 다시 변경하고 치매·중풍 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 간병·수발과 시설입소 등의 공적 수발서비스를 제공하는 것을 주요 내용으로 하는 「노인수발보험법」 제정안을 국회에 제출하였다.

2006년 4월부터 8개 시·군·구를 선정하여 2차 시범사업을 실시하였으며, 정부안을 포함하여 5개 의원입법과 사회복지계로부터의 청원입법안의 7개 법안이 국회 보건복지부 상임위원회에 상정되었으며, 2006년 11월 이에 대한 법안공청회, 이해관계자 간담회, 여러 차례의 법안심의를 거쳐 대안을 채택하여 11월 30일에 상임위에 상정하였다. 그 후 정책토론회와 2차 시범사업 운영평가대회 개최 및 여·야·정부간 수차례의 협의를 통해 7개 대안을 하나의 대안으로 채택한 법안이 2007년 2월 상임위를 통과하였고, 2007년 4월 2일 국회 본회의(제266회)에서 「노인장기요양보험법안(대안)」이 가결되어 「노인장기요양보험법」이 제정되었다. 이에 「노인장기요양보험제도」가 2008년 7월 1일부터 본격적으로 시행하게 되었다(이광재, 2007). 그 간의 추진과정은 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 노인장기요양보험 추진과정

날 짜	내 용
1999. 12. 29	보건복지부 ‘노인장기요양보호정책기획’ 발족
2000. 10	공청회 개최
2000. 12	‘노인장기요양보호종합대책방안’ 발표(정책기획단)
2001	-실태조사와 기초연구 -장기요양대상 노인의 실태와 수요조사(전국실태조사) -장기요양대상 노인추계, 필요인력 및 시설 추계 -장기요양보호 소요비용 추계와 요양보험제도 도입방안 제시 -노인의 일상생활 장애정도의 표준화 및 판정기준 절차연구(노인병학회) -지역사회 중심의 재가치매노인 관리체계에 관한 연구
2001. 8. 15	대통령 경축사에서 ‘노인요양보장제도 도입’ 제시
2001. 9	국무총리실, 노인보건복지대책위원회 설치

2002. 7	노인보건복지종합대책(위원회)(노인요양보험제도 제안)
2003. 2	-인수위 보고, 요양보호노인을 위한 공적제도 도입추진 -대통령 공약 : 노인요양보장제도 시범실시 후 공적노인요양보장제도 도입
2003. 7.~11.	제1, 2차 공청회 및 전문가 설문조사
2004. 2	추진기획단 '공적노인요양보장체계 개발연구 최종보고' 발표
2004. 3. 22	공적노인요양보장제도'실행위원회' 및 '실무 기획단'구성·운영(위원장 보건복지부 차관, 차흥봉 한림대 교수) 실행위원회 운영
2004. 5	-평가판정 및 급여수가체계 개발(2차), 경제성평가 연구용역 추진
2004. 8.~9.	노인요양보장체계 시안에 관한 공청회 3회 개최(서울, 부산, 광주)
2004. 11.~12	노인요양보장제도 도입에 대한 대국민 여론조사 실시
2005. 1. 13	실행위원회 제도모형 최종 보고서 제출
2005. 5.	-'노인요양보장제도 기본안'확정 -노인요양보장제도 도입방안을 위한 제도화 추진 -사회보험방식으로 도입하는 것, 제도 시행여건을 감안 '07~'08년으로 시행시기 탄력조정
2005. 9. 15	법안 공청회 개최
2005.9.30.~10.10	관계부처 협의
2005. 10.19~11.8	입법 예고
2005.11.16~18	국무조정실 규제개혁위원회 규제심사 완료
2005.12.11.~2006.1.31	법제처 법안 심사
2006. 2. 2	차관회의
2006. 2. 7	국무회의 통과(노인수발보험 법안)
2006. 2.16~10.31	법안 국회 제출(정부안 외 총 6개 법안 제출)
2006. 11. 2	공청회 개최(국회 보건복지위원회 주관)
2006. 11. 30	국회 상임위 상정(법안심사소위원회 심사를 거쳐 대안 채택)
2007. 1.13~2.9	정책토론회(천안, 제주, 광주, 대구, 원주, 부산, 대전, 청주 등 8개 지역)
2007. 2. 2	2차 시범사업 운영평가대회 개최(부산)
2007. 4. 2	「노인장기요양보험법(대안)」 국회 본회의 제17대 제266회에서 가결(법률 제8403호 '07.4.27. 공포, '08.7.1. 시행
2007. 4. 27.	「노인장기요양보험법」 공포
2007.6.8.~6.28.	「노인장기요양보험법 시행령 및 시행규칙 제정안」 입법예고
2007. 9. 27.	노인장기요양보험법 시행령 공포(대통령령 제20287호)
2007. 10. 17.	노인장기요양보험법 시행규칙 공포(보건복지부령 제418호)

* 자료 : 강용규 외(2011) 및 이광재(2007) 참조하여 재구성.

제 2 절 선행연구의 고찰 및 연구의 분석틀

1. 선행연구의 고찰

우리나라에서 노인장기요양보험제도에 관한 연구는 1990년대 중반 이후부터 시작되었다. 이 시기에는 주로 외국의 제도를 소개하고 우리나라에 제도 도입의 필요성을 주장하는 연구들이 대부분이었다. 이 후, 2000년에 노인인구가 전체인구의 7%를 넘으면서 고령화 사회에 진입하였고, 노인장기요양보호에 대한 필요성과 요구가 증대되면서 공적 노인요양보장제도를 도입하겠다는 내용이 2002년 대통령 선거공약에 포함됨으로써 본격적인 관심사로 부각되었다.

이에 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 시행되면서 이후의 연구들은 지난 기간 동안 시행과정상에 나타난 문제점과 이에 대한 개선방안을 위해 외국의 제도 개선관련 연구 그리고 요양보호사 제도, 서비스 질, 등급판정, 장기요양기관 평가, 재정 등 보다 구체적이고 다양한 내용으로 수행되고 있다. 그러나 이들의 연구는 대부분 규범적·처방적 이론 중심으로 이루어짐에 따라 현행 장기요양보험제도에 대한 실태를 중심으로 한 관련자들의 평가를 반영하지 못하고 있다. 한편 최근 들어 장기요양제도 개선을 위해 현황연구로 장기요양관련자들을 대상으로 한 실증연구가 나오고 있어서 다행한 일이나 매우 부족한 실정이다.

더욱이 이들 연구 또한 이용자 관점 중심으로 이루어졌거나 혹은 서비스 제공자 모두를 포괄하지 못하거나 사례 수 부족에 따른 객관성 확보에 한계점을 가지고 있다. 이와 같은 제한점으로 인해 지금까지의 연구들은 장기요양보험제도의 보다 균형적이고 합리적인 개선안 도출에 한계가 있을 수밖에 없다. 이상의 연구들에 대해 보다 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 장기요양보험제도의 안정적 정착과 발전을 위해 외국의 장기요양제도를 비교분석하여 시사점을 제시한 연구로는 권순만(2003), 김근홍(2004), 남현주·이현지(2004), 김미혜·이석미(2007), 석재은(2006), 김철주·홍성대(2007), 김욱(2007), 노종호(2008), 노진덕(2008), 남기민(2008), 장세철·김경민(2008), 전용호(2008), 최승호(2008), 이병록·이혜자(2008), 강욱모(2009), 정재욱

(2009), 임재욱(2009), 이수형(2009), 이용갑(2009), 전용호·정영순(2010), 최영훈(2011), 남현주(2011), 선우덕(2011), 오세영·오영란(2011), 전용호(2012), 윤소영(2012) 등이 있다.

이 가운데 몇 가지 주요내용을 살펴보면, 노진덕(2008)은 일본 개호보험제도 운용현황에 대한 고찰을 통해 재가요양의 활성화, 지자체와의 협력체계구축, 예방제도의 활성화 등을 강조함으로써, 향후 장기요양제도 발전을 위해 가족과 지역공동체의 참여가 활성화 되어야 한다는 관점에서 시사점을 제시하고자 하였다. 임재욱(2009)은 일본의 사례를 토대로 노인장기요양보험에 관한 국가의 책임성과 피보험자의 책임성에 대하여 검토하고, 장기요양보험의 대상커버리지에 대한 문제점과 이에 대한 대책을 마련하고자 하였다. 따라서 임재욱(2009)은 장기요양보험법 개정과 국민기초생활보장법 및 의료급여법 개정을 통한 재정분리의 필요성과 65세 이상 노인층의 보험료 납부의무에 대한 책임성을 강조함으로써 우리나라 장기요양보험의 가입자와 대상자 범위의 불일치에 따른 계층 간의 불만 해소 및 재원마련에 대한 대책을 강구하였다.

오세영 외(2011)는 최근 일본 개호보험제도의 개정과정 검토를 통해 개호보험이 고령자에 대한 공적케어보장을 강화하기보다는 제도의 재정적 지속을 위한 급여억제정책으로 일관하고 있음을 강조하고, 우리나라의 경우도 보험재정증대에 따른 대책마련을 강조하였으며, 예방중시형 시스템 확립, 노인보건사업 증설 방안 등의 필요성을 제안하였다. 김미혜 외(2007)는 독일과 네덜란드의 현금급여제도에 대한 고찰을 통해 현금급여의 장점과 현금급여 정책을 검토하였다. 이로써 여성계의 반발과 정부의 복지비용 증가 우려, 현금급여 오용 등의 반대 이유로 현금급여 도입확대를 반대하고 있는 우리나라 장기요양보험제도에 대한 시사점을 제시하고자 하였다.

김욱(2007)은 독일의 수발 질 보장방안을 토대로 수발의 질 보장을 위해서 수발의 결과뿐만이 아니라 수발과정과 수발구조에 대한 개선의 필요성을 강조하고, 수발 질 보장에 관한 구체적인 법 규정 마련, 시설운영자의 책임강화, 법과 규정에 따른 공적 검사기관 확보 및 객관적인 시설평가방식 등이 필요하다고 하였다. 또한 이용갑(2009), 남현주(2011)는 연구에서 독일의 개혁사례를 통해 장기요양 필요성을 신체중심의 일상생활 수행 뿐 아니라 의사소통, 사회

참여 등 보다 넓은 개념으로의 확대를 강조하고 이에 대한 사회적 논의의 활성화를 우선적으로 강조하고 있다.

김철주·홍성대(2007)는 최근 OECD국가의 노인장기요양보호 체계 개혁방향에 대한 고찰을 토대로 장기요양제도의 지속가능성과 효율적인 체제 유지를 위해 비공식적 장기요양보호 체계는 중요한 자원임을 강조하고, 이를 보상·지원하기 위한 제도도입 방안의 필요성을 제기하였다. 최승호(2008)는 독일 사례를 통해 요양인력의 노동조건은 장기요양서비스의 질적 확보에 중요한 요소임을 강조하고 장기요양서비스 관련 종사자의 처우개선과 양성교육제도의 체계화를 주장하였다.

전용호(2008)는 CSCI(The Commission for Social Care Inspection: 사회적 돌봄서비스평가위원회)를 통해 서비스 질을 관리하고 있는 영국의 사례를 통해 우리나라도 국가차원에서의 서비스 질 관리체계 필요성 등의 시사점을 도출하였다. 이수형(2009)은 네덜란드의 사례를 통해 소비자의 선택권과 자율권 보장 및 재가서비스 활성화를 강조하였다. 전용호·정영순(2010)은 영국 사회서비스 분야의 유사시장 형성과 발전과정에 관한 연구에서 유사시장의 이론 및 영국이 어떻게 이 제도를 발전시켰는지 고찰함으로써 장기요양기관과 서비스 인력에 대한 강력한 규제 및 감독, 지원 기능의 필요성을 강조하였다.

둘째, 노인장기요양보험제도 전반에 대한 개선방안 관련 연구로 사공진(2009), 이훈희·이경남·이원지(2010), 윤희숙(2010), 이윤경(2010b), 임정기(2011), 이광재(2011), 박종선(2010), 전년일(2012) 등이 있다. 특히 이 가운데 임정기(2011), 박종선(2010), 전년일(2012)의 연구는 노인장기요양보험제도 시행 후의 운영현황에 대한 실태파악을 토대로 발전방안을 제시한 연구라 할 수 있다. 즉, 박종선(2010)은 장기요양관련 전문가 집단의 면접조사와 장기요양기관 시설장 및 종사자, 요양보호사, 서비스 이용자를 대상으로 한 실증조사를 통하여 등급판정의 정확한 기준 선정, 급여수가 재 산정, 본인부담금 경감 등을 개선안으로 제시하였다. 임정기(2011)는 노인장기요양제도 시행 3년에 대한 다양한 주체로 이용자, 요양보호사, 전문가, 공급자, 공단, 정부별 평가를 통해 대상자 확대, 요양보호사 처우개선 등의 개선안을 모색하였다.

또한 임정기(2011)는 연구에서 시설 이용자 1명과 재가 이용자 2명에 대한

질적 조사를 실시하여 이를 토대로 이용자들은 대상자 확대 및 서비스 양 확대를 제도 개선안으로 요구하고 있음을 제기하였다. 전년일(2012)은 전라북도 장기요양관련 공무원, 등급판정위원회, 건강보험공단 직원, 장기요양기관 시설장을 대상으로 실증조사를 실시하여 이를 토대로 대상자 범위, 급여내용, 국고 지원 등의 확대 및 서비스 질 개선 등의 노인장기요양보험제도의 발전방안을 제시하였다. 특히 전년일(2012)의 연구는 다양한 장기요양관련자를 대상으로 양적조사를 실시했다는 점에 의의가 있다고 볼 수 있다. 그러나 이상의 실증 연구의 경우 사례 수가 너무 적거나 공급주체 또는 실질적 서비스 전담인력이 배제되었다는 점에서 한계가 있다. 한편, 이윤경(2010b)은 이용자 관점에서 노인장기요양보험제도를 평가함으로써 장기요양서비스에 대한 권리와 이용자의 선택권 보장을 강조하였으나, 공급자 관점이 배제되었고 이론적 연구라는 점에서 한계가 있다.

셋째, 시설 및 인력인프라, 재정, 장기요양서비스 시장화, 등급판정 등 기타 구체적 사항과 관련된 연구로는 김철수(2010), 한정원(2011), 엄기욱(2011), 노종호(2008), 지은구(2009), 이은경(2009), 선우덕(2012), 임성옥(2010), 현경래·한은정(2011), 홍성옥(2011), 현경래·이선미(2012) 등을 들 수 있다. 이 가운데 몇 가지 주요내용을 살펴보면 먼저 김철수(2010)는 노인장기요양보험제도 시설 및 인프라 개선 연구에서 농어촌 사각지대의 인프라 문제 해결, 소규모 방문요양기관 난립문제 해결, 양질의 요양보호사 확보 및 처우개선을 강조하였다. 한정원(2011)은 현직 요양보호사 10명의 심층면접을 통해 참여자 관점으로 요양보호사의 직무의식을 분석하고 교육내용의 문제점을 파악하여 전문성 향상을 위한 개선안을 제시하였다.

노종호(2008)는 미국 요양원 서비스를 중심으로 비영리 요양원의 시장점유 증가가 전체 요양원과 영리 요양원의 서비스 질에 어떤 영향을 미치는가를 조사 분석하여, 비영리 요양원의 시장점유 증가가 전체 요양원뿐만 아니라 영리 요양원의 서비스 질에도 긍정적인 영향을 미치고 있음을 지적하였다. 지은구(2009)는 장기요양기관 시장화에 따른 과도한 경쟁은 요양서비스제공인력의 노동조건 악화, 서비스 질 저하 등 시장화의 역기능을 유발할 수 있음을 강조하면서 공공성 강화, 요양제공인력에 대한 안정적인 노동조건 제공, 이용자 선

택권을 강화할 수 있는 장기요양기관에 대한 정보지원체계구축의 필요성 등을 제시하였다.

이은경(2009)은 노인장기요양보험 장기재정추계 연구에서 향후 노인 요양 수요 증가 시 재정 부담정도를 살펴보고, 이를 바탕으로 사전에 재정여건을 파악하고 재원을 다양화하며, 수요 및 공급 변화에 대한 선제적 대응책을 마련하는 등 장기적인 안목에서 대비해 나가야 한다고 강조하였다. 선우덕(2012) 또한 노인장기요양보험 재정지출 분석을 통한 제도 개선방향 연구에서 재정지출 증가요인을 거시적 관점에서 분석하고 향후 적절한 인정자 수 유지 및 서비스 질 담보를 할 수 있는 서비스 수가의 차등 인상 조정의 필요성을 제기하였다.

임성욱(2010)은 등급판정체계의 통합적이고 실증적인 조사를 통해 등급판정에 관한 정부차원의 체계적 연구와 실태조사의 필요성을 강조하였다. 현경래·한은정(2011)은 장기요양보험 등급외자의 기능상태 변동을 파악하고 이를 토대로 등급외자에 대한 관리와 예방프로그램 개발의 필요성을 강조하였다. 홍성욱(2011)은 동거가족 요양보호사의 급여현황과 과제 연구를 통해 가족요양보호사에 대한 문제점을 파악하고, 표준장기이용계획서와 케어매니지먼트로 서비스의 양과 질을 관리할 수 있도록 하는 방안에 대한 검토의 필요성을 제기하였다.

이윤경(2011)은 장기요양기관 평가제도의 검토 및 정책과제 연구에서 평가의 목적과 평가체계의 보완을 통한 서비스 질 관리를 제안하였다. 현경래·이선미(2012)는 노인장기요양보험 급여이용이 기능상태 변화에 미치는 영향 연구에서 장기요양보험 수급자의 기능상태 개선효과는 등급과 이용하는 장기요양서비스에 따라 차이가 있음을 밝히고 이를 바탕으로 맞춤형 서비스제공체계의 개선의 필요성을 강조하였다.

넷째, 장기요양보험제도의 이용자 및 이용자 가족의 서비스 만족도 관련연구로는 이상원(2008), 이재희(2009), 신승연(2009), 이정영(2010), 이제남·김미원(2011), 이석민(2012), 김용희·안정신(2012) 등이 있다. 이 가운데 이재희(2009)는 부산지역의 재가서비스 이용자를 대상으로 조사한 결과, 방문목욕이나 주·야간보호, 단기보호에 대한 만족도가 높았으며, 세부항목으로는 신체활

동서비스의 만족도가 가장 낮게 나타남을 확인하고 장기요양원에 대한 전문성 강화의 필요성을 제기하였으나 지역적 한계가 있다. 이제남 외(2011)는 노인요양시설 생활만족도에 미치는 영향을 분석하였으며, 시설특성에 따른 입소노인의 생활만족도 차이를 살펴보았다. 이로써 비영리법인이 영리법인에 비해 다소 높은 만족도를 보이고 있음을 확인하였고, 가정친화적인 서비스 제공을 통해 입소노인의 생활만족도를 높여야 함을 강조하였다.

김용희 외(2012)는 장기요양서비스 이용자 및 가족의 서비스 만족도와 제도 시행 후 스트레스와 생활만족도 변화 및 개선안에 대해 조사하였다. 이에 대한 결과로 요양보호사에 대한 만족도가 높았으며, 서비스 이용 후 이용자와 부양가족의 스트레스에도 긍정적 변화가 있음을 확인하였다. 특히 김용희 외(2012)의 연구는 이용자 및 가족들이 장기요양서비스에 대한 개선안으로 서비스 시간 연장, 방문 물리치료 도입 등 다양한 프로그램 제공 등을 원하고 있음을 밝힘으로써 이들의 욕구과약도 함께 병행되었다. 그러나 이들 연구 모두 공급자의 관점은 배제된 채 이용자 및 이용자 가족의 견해만을 반영하고 있다는 점에서 한계가 있다.

이상에서 살펴본 바와 같이 장기요양보험제도 시행 이후 제도 전반에 대한 발전방안은 물론 분야별로 문헌중심의 이론적인 연구가 주를 이루고 있으며, 최근에는 극히 일부의 실증연구도 나오고 있으나 그 수는 매우 부족한 실정이다. 또한 이들 연구도 이용자 관점에 초점을 두었거나 또는 관리운영주체 및 최 일선의 실무자들을 포괄하지 못하여 공급자 관점이 충분히 반영되지 않음으로써 다각적인 검토가 제대로 이루어졌다고 보기 어렵다. 그러나 노인장기요양보험제도의 제도 개선을 위한 방안을 마련하기 위해서는 지난 4년간의 제도 시행에 대한 다각적인 평가를 토대로 이루어져야 한다. 그러므로 이론적 연구와 함께 실증조사가 병행되어야 하며, 서비스 이용자 관점뿐만 아니라 서비스 공급자 관점의 접근 또한 매우 중요하다.

따라서 본 연구는 외국의 선형사례 및 최근의 개혁동향을 살펴보고, 아울러 우리나라 장기요양보험제도의 현황과 문제점을 토대로 최 일선에서 실질적인 장기요양서비스 제공을 담당하고 있는 실무자(건강보험공단 직원·장기요양기관·요양보호사)들의 인식조사를 병행하고자 한다. 이로써 문헌연구의 한계를

보완하고 현장의 목소리를 반영함으로써 보다 균형적인 시각에 기초한 대안을 제시한다는 점에 본 연구의 의의를 들 수 있다.

2. 연구의 분석틀

1) 사회복지정책의 분석틀

사회복지정책을 분석하기 위한 틀은 다양하다. 그러나 각 분석틀은 유사한 요소들을 포함하면서도 어떤 분석틀은 철학적·가치적 쟁점을 보다 더 강조하고, 또 어떤 모형은 재정을, 또는 양적인 측면을 더욱 강조하고 있다. 이렇게 각 분석틀마다 강조점이 다르므로 보편적으로 인정된 것은 없다. 따라서 먼저, 일반적으로 많이 소개되고 있는 사회복지정책의 이론적 분석틀을 살펴보면 다음과 같다.

Primore 와 Atherton(1979)은 사회복지정책이 근본적으로 특정 사회의 가치, 문화 및 지식과 연결되어 있을 뿐만 아니라 사회적 현실과 동떨어질 수 없다는 사실을 강조하였다. 즉, 사회복지정책은 그 기초가 되는 문화와 이러한 문화에 따른 가치와 지식이 밀접하게 관련되어 있다는 전제 하에 사회복지정책의 분석을 위한 준거 틀을 <표 2-3>에서와 같이 4가지 영역으로 구분하고 있다.

Gilbert 와 Specht(1974)는 사회복지정책을 분석하는 틀로서 4가지 차원을 제시하고 있다. 이 4가지 분석틀은 급여대상, 급여형태, 전달체계, 재원으로서 사회복지정책이 무엇을(급여내용), 누구에게(급여대상), 어떻게(전달체계와 재원) 제공하는가? 라는 질문에 대한 답이라고 할 수 있다(박경일, 2007). D. Gil은 사회복지정책의 분석과 통합을 위한 준거 틀로서 정책에 의해 다루어지는 과제, 목적과 가치전제·이론적 입장 그리고 정책의 실질적 효과, 정책의 핵심과정에 내포된 뜻과 사회복지정책의 보편적 영역, 정책과 정책개발 그리고 시행을 둘러싼 세력들의 상호작용효과, 대안적 사회복지정책의 개발에 대한 비교와 평가의 다섯 가지 항목으로 구분하고 있다(곽효문, 1995).

박승두(2007)는 노인장기요양보험제도의 기본구조에 관한 연구에서 제도운영 관련기관, 가입자 및 보험료, 장기요양인정절차, 장기요양급여종류, 장기요양급여 제공, 구제절차로 구분·적용하였다. 류성경(2008)은 한·일 노인장기요양보험제도의 비교 연구에서 도입배경, 자원조달 및 운영, 요양급부 및 서비스의 4개영역으로 분류하여 살펴보았다. 사공 진(2009)은 관리운영체계, 적용대상자 및 수급자, 재정, 장기요양이용절차, 장기요양급여종류, 장기요양급여 수가체계로 분류하여 장기요양보험의 현황을 살펴보았다. 김진수·박은영·안수란(2009)은 주요국의 수발보험제도 비교에서 적용대상, 자원, 피보험자, 본인부담, 관리운영주체, 서비스종류 및 급여형태로 분류하였으며, 정재욱(2009)은 한·일 운영구조에 대한 비교 고찰연구에서 정부(지자체), 보험자, 피보험자, 서비스제공(시설·기관)의 4개 영역으로 분류하였다.

조국행·김동호(2010)는 Gilbert 와 Terrell의 이론적 틀을 적용하여 대상체계, 급여체계, 자원체계, 전달체계로 분류하여 국가 간 비교고찰 연구를 하였다. 최영훈(2011)은 노인장기요양보험제도의 한·일 비교 및 정책적 시사점 연구에서 도입배경, 적용대상, 급여내용, 전달체계, 요양요원 및 양성과정 틀을 적용하였다. 전년일(2012)은 노인장기요양보험제도의 발전방안 연구에서 Gilbert 와 Terrell의 틀을 적용하여 대상체계 및 등급판정, 급여체계, 서비스체계, 자원체계로 나누어 살펴보았다. 이상의 내용을 정리요약하면 <표 2-3>과 같다.

<표 2-3> 사회복지 정책의 분석틀

구 분	내 용	
Primore 와 Atherton의 사회복지 정책 분석틀	문화적 가치와 관련하여 고려해야 할 사항	① 고려되고 있는 정책이 이른바 현재 스타일과 양립하는가? ② 정책은 형평과 정의에 기여하는가? ③ 정책은 사회사업가치와 일치하는가? ④ 정책은 사회의 다른 중요한 가치와 일치하는가?
	영향력과 정책결정의 차원	① 정책은 정치적으로 수용가능한가? ② 정책은 합법적인가? ③ 정책은 관련된 이해집단을 만족시키는가?
	지식에 관련하여 고려해야 할 사항	① 정책은 과학적으로 온전한가? ② 정책은 합리적인가?

	비용과 편익에 관련된 요소	① 정책은 경제적으로 실현가능한 것이며 다른 대안보다 더 경제적인가? ② 정책은 시행가능(Workable)한가? ③ 정책은 효율적인가? ④ 그 정책은 다른 사회문제를 야기 시킬 가능성은 없는가?
Gilbert 와 Specht의 사회복지정책 분석틀	할당 수급자격 : 대상체계	귀속적 욕구, 사회적 공헌/사회적으로 부당하게 당한 손실에 대한 보상, 전문가 판단에 의한 진단적 차별, 개인 또는 가족의 자산상태에 따른 욕구
	급여 급여종류 : 급여체계	현금, 사회서비스, 물품, 신용(변제), 물품교환권(증서), 기회, 권력 등
	전달 전달방법 : 전달체계	중앙집권 또는 지방분권, 복수서비스 또는 단독 서비스, 동일건물 내 위치 또는 다른 건물에 위치, 협력관계 또는 대화단절, 전문가 의존 또는 소비자 및 준 전문가 의존, 공공행정가 또는 민간행정가
	재정 재정마련방법 : 재정체계	공공재원(사회보험, 과세), 민간재원(사용자 부담, 민간모금 등), 공공과 민간재원의 혼합
D. Gil	① 정책에 의해 다루어지는 과제 ② 목적과 가치전제, 이론적 입장 그리고 정책의 실질적 효과 ③ 정책의 핵심과정에 내포된 뜻과 사회복지정책의 보편적 영역 ④ 정책과 정책개발 그리고 시행을 둘러싼 세력들의 상호작용효과 ⑤ 대안적 사회복지정책의 개발에 대한 비교와 평가	
박승두(2007)	제도운영관련기관, 가입자 및 보험료, 장기요양의 인정절차, 장기요양급여종류, 장기요양급여제공, 구제절차	
류성경(2008)	도입배경, 자원조달 및 운영, 요양급부, 서비스	
정재욱(2009)	정부(지자체), 보험자, 피보험자, 서비스제공	
사공 진(2009)	관리운영체계, 적용대상자 및 수급자, 재정, 장기요양이용절차, 장기요양급여종류, 장기요양급여 수가체계	
김진수·박은영· 안수란 (2009)	적용대상, 자원, 피보험자, 본인부담, 관리운영주체, 서비스종류, 급여형태	
조국행·김동호 (2010)	대상체계, 급여체계, 자원체계, 전달체계	
최영훈(2011)	도입배경, 적용대상, 급여내용, 전달체계, 요양요원 및 양성과정	
전년일(2012)	대상체계 및 등급판정, 급여체계, 서비스 체계, 자원체계	

2) 본 연구의 분석틀

본 논문은 노인장기요양보험제도의 효과성 제고방안에 관한 연구로서, 제도 시행 4년에 대한 평가와 문제점 그에 대한 합리적 개선방안을 제시하는데 그 목적이 있다. 따라서 노인장기요양보험제도에 대한 다각적 검토를 위해 외국의 사례와 장기요양관련 실무자 중심의 실증조사를 병행하고자 한다. 이를 위해서 본 연구에서는 제도에 대해 보다 구체적으로 살펴보고자, 전술한 내용의 사회복지정책의 이론적 분석틀과 선행연구에서 제시하고 있는 노인장기요양보험제도의 분석틀을 참조하였다. 즉 사회복지정책 분석에 있어서 가장 많이 적용되고 있는 Gilbert 와 Specht의 분석틀을 기초로 하여 보다 구체적이고 세부적인 내용을 파악하기 위해 박승두(2007), 류성경(2008), 정재욱(2009), 사공 진(2009), 김진수 외(2009), 최영훈(2011)의 연구를 중심으로 참조하여 구성하였다.

이로써, 본 연구의 분석틀은 크게 수요측면과 공급측면으로 구분하였다. 수요측면은 장기요양서비스 이용자 및 가족과 관련된 내용으로서 장기요양보험가입자 및 수급 대상자, 서비스 이용절차, 급여내용, 급여수가, 본인부담금의 6개 하위요소로 구성하였다. 이 가운데 먼저 장기요양보험가입자는 장기요양보험료를 부담하는 자로 가입자격 기준을 살펴보고자 한다. 둘째, 수급대상자는 장기요양서비스를 이용할 수 있는 대상으로 수급자격 기준, 등급판정 기준, 수급자 현황 및 인정률을 살펴보고자 한다.

셋째, 서비스 이용절차는 장기요양서비스의 신청에서부터 이용하기까지의 과정으로 이를 통해 서비스 접근성을 살펴보고자 한다. 넷째, 급여내용은 장기요양서비스 이용자가 제공받을 수 있는 장기요양종류이며, 시설급여·재가급여·기타급여에 대해 살펴보고자 한다. 다섯째, 급여수가는 월 이용 가능한 급여 한도액 범위를 말한다. 여섯째, 본인부담금은 장기요양서비스 이용 시 이용자 및 가족이 부담해야 할 비용으로 시설 또는 재가서비스 이용 시 부담해야 할 본인부담금 수준을 살펴보고자 한다.

공급측면은 장기요양서비스 공급과 관련된 내용으로서 시설인프라, 인

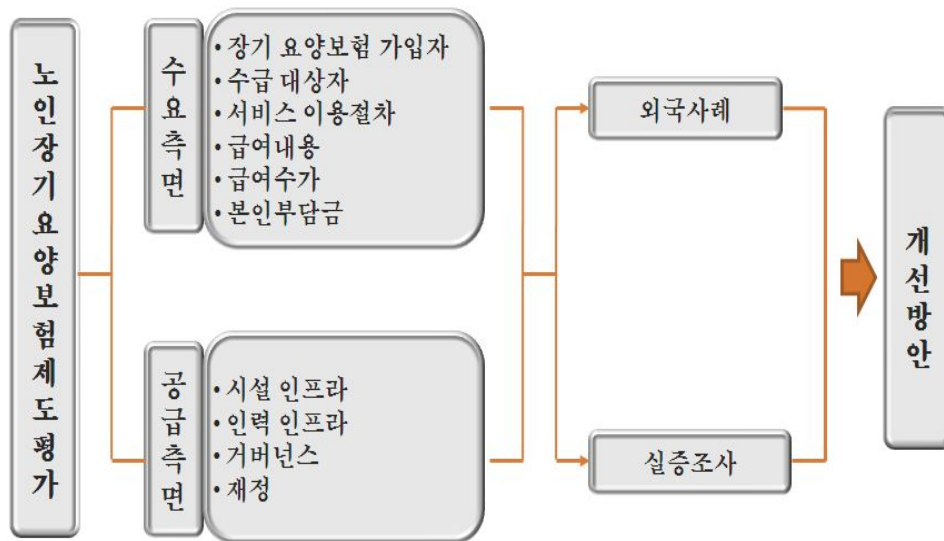
력인프라, 거버넌스, 재정의 4개 하위요소로 구성하였다. 이 가운데 첫째, 시설 인프라는 장기요양기관 부문으로 시설 및 재가기관의 공급현황과 운영주체를 살펴보고자 한다. 둘째, 인력 인프라는 장기요양서비스 이용자와 직접 대면하여 서비스를 제공하는 실질적 인력부문으로 이들의 자격취득과정, 현황, 처우 등을 중심으로 살펴보고자 한다. 셋째, 거버넌스는 장기요양제도와 관련한 공적조직체제로 장기요양제도의 관리운영주체 등 이들 관련 조직의 업무역할을 중심으로 살펴보고자 한다. 넷째, 재정은 장기요양제도 운영을 위해 소요되는 비용부문으로 재원조달방식과 현황을 중심으로 살펴보고자 한다. 이에 대한 내용을 정리하면 <표 2-4>와 같다.

<표 2-4> 연구 분석틀의 구성내용

구 분		내 용
수요 측면	장기요양보험가입자	장기요양보험 가입자격 기준
	수급 대상자	자격기준/등급판정기준/수급자현황/인정률
	서비스 이용절차	등급판정절차
	급여내용	시설급여/재가급여/기타급여
	급여수가	급여율/월 한도액
	본인부담금	본인부담비용 수준
공급 측면	시설인프라	장기요양기관 공급현황/운영주체
	인력인프라	장기요양기관 인력 자격요건 및 처우/현황
	거버넌스	관리운영주체/공적기관의 역할
	재 정	재원조달방식/재정현황

이러한 분석틀을 우리나라 장기요양보험제도의 현황 및 문제점 파악과 네덜란드, 독일, 일본의 외국사례 검토 그리고 장기요양서비스의 공급주체인 실무자를 대상으로 한 실증조사에 적용하고자 한다. 본 연구의 분석틀은 <그림 2-1>과 같다.

<그림 2-1> 연구의 분석틀



제 3 절 노인장기요양보험제도의 운영현황 및 문제점

1. 운영현황

본 연구 분석틀에 준하여 우리나라 노인장기요양보험제도의 운영현황을 살펴보면 다음과 같다.

1) 수요 측면

(1) 장기요양보험 가입자 및 대상자

노인장기요양보험 가입자는 국민건강보험가입자와 동일하다. 또한 장기요양인정을 신청할 수 있는 대상은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 국민으로 치매·뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질병(<표 2-6>참조)을 가진 자를 말한다. 또한 요양급여를 받을 수 있는 자는 신청대상자 중 일상생활에 상당한 장애가 있어 6개월 이상 타인의 지속적인 도움이 필요하다고 장기

요양등급판정위원회에서 장기요양등급을 인정받는 자로 규정하고 있다(<표 2-5> 참조). 이와 같이 보험료를 납부하는 대상자는 주로 젊은 층인 반면, 수급 대상자는 주로 노인층이므로 국민의 불만을 야기 시킬 수 있다.

<표 2-5> 노인장기요양보험 가입자 및 대상자

구 분	내 용
보험료 납부 대상자	장기요양보험 가입자(국민건강보험료 납부대상자)
장기요양인정 신청 대상자	65세 이상 노인 또는 노인성 질환을 가진 65세 미만의 국민
장기요양급여 수급 대상자	장기요양등급판정위원회에서 장기요양 인정(1~3등급)을 받은 65세 이상 노인 또는 노인성 질환을 가진 65세 미만자

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

<표 2-6> 노인성 질병의 종류

구 분	질 병 명	질병코드
1. 한국표준질병·사인분류	가. 알츠하이머병에서의 치매	F00
	나. 혈관성 치매	F01
	다. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매	F02
	라. 상세불명의 치매	F03
	마. 알츠하이머병	G30
	바. 거미막밑 출혈	I60
	사. 뇌내출혈	I61
	아. 기타 비외상성 머리내 출혈	I62
	자. 뇌경색증	I63
	차. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌중풍	I64
	카. 대뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐색 및 협착	I65
	타. 대뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐색 및 협착	I66
	파. 기타 뇌혈관 질환	I67
	하. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68
	거. 뇌혈관 질환의 후유증	I69
	너. 파킨슨 병	G20
	더. 속발성 파킨슨증	G21
2. 한국표준질병·사인분류 (한의)	러. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22
	머. 기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
	버. 매병, 노망	자01
	서. 졸중풍	다04
	어. 중풍후유증	다06
	저. 진전1	다05
	처. 진전2	차02.2

* 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조에 따라 고시된 한국표준질병·사인분류에 따른다.

* 진전은 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 한다.

* 노인장기요양보험법 시행령, 제2조.

2012년 상반기의 노인장기요양보험 신청자는 전체 노인인구의 10.8%에 해당하는 62만 8천여명이다. 이 가운데 인정자 수는 32만 8천여명으로 시행 첫해에 비해 두 배 가까이 증가하였다. 그러나 최근 3년 간 인정률은 5.8% 내외로 유지되고 있는데 이는 재정소요에 따른 억제로 볼 수 있다. 장기요양서비스 이용률은 시행 첫 해에 비해 20%이상 증가되었으나, 서비스 미 이용자 비율도 12%정도로 유지되고 있다(<표 2-7>참조). 이처럼 제도시행 초기에 비해 서비스 미 이용자수가 감소¹⁾한 것은 제도에 대한 인식이 높아졌기 때문으로 사료된다. 그러나 이 가운데는 여전히 서비스 이용에 따른 본인부담금의 부담문제로 서비스 이용에 제약을 받는 저소득층도 있을 수 있으므로 이들에 대한 고려가 필요하다.

<표 2-7> 년도 별 장기요양 인정자 수 및 인정률

(단위 : 명)

구 분	‘08(12월)	‘09(12월)	‘10(06)	‘11(6월)	‘12(6월)
인정자 수	212,114	269,932	312,138	320,261	327,766
인정률(%)	2.9	5.2	5.8	5.8	5.7
이용률(%)	65.6	82.0	85.5	89.1	88.2

* 자료 : 보건복지부(2011) 및 국민건강보험공단(2012) 참조하여 재구성.

또한 <표 2-8>에서와 같이 전체 인정자 중 남자가 92,864명으로 28.3%, 여자는 234,920명으로 71.7%로 여성의 비율이 2.5배 더 많다. 등급별로는 1등급은 11.8%, 2등급은 21.7%, 3등급은 66.5%이다(국민건강보험공단, 2012). 이러한 결과는 여성의 평균수명이 남성에 비해 높음으로써 여성 고령자가 남성 고령자에 비해 많기 때문에 당연한 현상이라고 볼 수 있다. 또한 3등급 비율이 1,2등급을 합한 비율 보다 배 이상 많음으로써 최근 등급판정이 급여수가 낮은 3등급 중심으로 이루어진다고 볼 수 있다.

1) 2010년 이용현황에 있어서 본인부담금이 무료인 기초수급자의 경우 76.8%로 가장 많은 이용률을 보인 반면, 일반은 61.5%, 저소득층은 65.3%가 장기요양서비스를 이용하는 것으로 나타났다(이윤경, 2010b). 이로써 본인부담금 수준이 높을수록 미 이용자 비율이 높게 나타남을 알 수 있다.

<표 2-8> 등급별 장기요양 인정자 수(2012년 6월말 기준)

(단위 : 명)

구 분	1등급	2등급	3등급	'12.06	'10.06	'11.06
인정자 계	38,605	71,113	218,048	327,766	312,138	320,261
일 반	28,404	52,999	158,033	239,436	225,729	233,685
경 감	3,076	6,044	18,687	27,807	23,236	24,898
의료급여	473	866	2,728	4,067	3,949	3,988
기초수급	6,652	11,204	38,600	56,456	59,224	57,690

* 자료 : 보건복지부(2011) 및 국민건강보험공단(2012) 참조하여 재구성.

(2) 이용절차

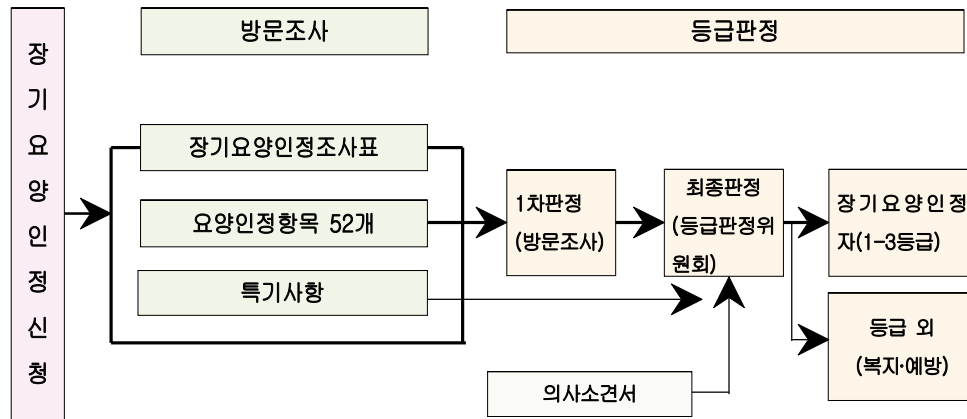
장기요양보험의 이용절차는 <그림 2-2>와 같이 신청→방문조사→조사표 입력에 따른 1차 판정→의사소견서 제출예외자 통보→의사소견서 제출→등급 판정위원회 개최→장기요양인정서 및 표준장기이용계획서 통보→서비스 이용 과정의 절차를 밟아 서비스를 제공받을 수 있다. 즉, ① 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환대상자가 장기요양인정 신청서와 의사소견서를 첨부하여 공단 지사 노인장기요양보험 운영센터에 신청한다. 이때 본인은 물론이고 가족이나 친족, 사회복지전담공무원(본인이나 가족 등의 동의 필요), 시장·군수·구청장이 지정하는 자가 대신 신청할 수 있다(제13조).

② 신청서를 접수하면 공단 소속 장기요양직원(사회복지사, 간호사 등)이 신청인을 직접 방문하여 <표 2-9>의 장기요양인정조사표에 따라 신청인의 심신의 기능 상태신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류와 내용 및 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지부령이 정하는 사항을 조사한다(제14조). ③ 공단은 조사가 완료되면 조사결과서, 신청서, 의사소견서 그 밖에 심의에 필요한 자료를 장기요양등급판정위원회에 제출한다. ④ 장기요양등급판정위원회에서는 위의 자료를 토대로 신청인의 심신 상태 및 장기요양이 필요한 정도에 따라 장기요양등급을 판정한다. 장기요양등급기준은 <표 2-10>과 같다.

장기요양등급판정은 신청인이 신청서를 제출한 날부터 30일 이내에 완료해야 한다(제16조 제1항 본문). 단, 신청인에 대한 정밀조사가 필요한 경우 등 기간이내에 등급판정을 완료할 수 없는 부득이한 경우 본문의 기간 범위 안에

서 이를 연장할 수 있다(제16조 제1항 단서). 장기요양인정의 유효기간은 최소 1년 이상이며, 장기요양인정서가 도착한 날부터 장기요양급여를 받을 수 있다.

<그림 2-2> 장기요양서비스 이용절차



<표 2-9> 장기요양 인정 조사표

영역	항목		
신체기능 (기본적 일상생활 기능 12개 항목)	·옷 벗고 입기 ·식사하기 ·일어나 앉기 ·화장실 사용하기 ·머리감기	·세수하기 ·목욕하기 ·움거 앉기 ·대변조절하기	·양치질하기 ·체위 변경하기 ·방 밖으로 나오기 ·소변 조절하기
인지기능 (7개 항목)	·단기 기억장애 ·상황 판단력 감퇴 ·나이·생년월일 불인지	·지시 불인지 ·장소 불인지	·날짜 불인지 ·의사소통·전달 장애
행동변화 (14개 항목)	·망상 ·환각, 환청 ·폭언, 위협행동 ·밖으로 나가려 함 ·물건 망가뜨리기	·서성거림, 안절부절 못함 ·길을 잃음 ·돈이나 물건 감추기 ·부적절한 옷입기 ·대·소변 불결행위	·의미 없거나 부적절한 행동 ·슬픈상태, 울기도 함 ·불규칙 수면, 주야혼 돈 ·도움에 저항
간호처치	·기관지 절개관 간호	·경관 영양	·도뇨관리

(9개 항목)	·흡인 ·산소요법 ·당뇨발간호	·욕창간호 ·암성통증간호	·장루간호 ·투석간호
	운동장애 (4개항목)	좌측상지, 우측상지, 좌측하지, 우측하지	
(10개 항목)	관절제한 (6개항목)	어깨관절, 무릎관절, 팔꿈치관절, 발목관절, 손목 및 수지관절, 고관절	

*자료 : 국민건강보험공단(2008).

<표 2-10> 장기요양등급 기준

분 류		상 태 상
최 중 중	1등급 95점 이상	심신의 기능장애로 일상생활에서 전적으로 타인의 도움을 필요로 하며, 거의 움직이지 못하고 누워있는 상태(체위변경, 식사하기, 일어나 앉기 등 ADL에서 6개 이상 완전도움)
	2등급 75점 이상 95점 미만	일상생활에서 상당 부분 타인의 도움을 필요로 하는 경우(식사하기, 일어나 앉기, 세수하기, 양치질하기 등 ADL에서 5개 이상 부분도움)
중 등 중	3등급 53점 이상 75점 미만	일상생활에서 부분적으로 타인의 도움을 필요로 하는 상태(양치하기, 세수하기 등 ADL에서 3개 정도 부분도움 필요하며, 보행기를 이용해서 가까운 거리는 어렵게 이동할 수 있는 분)
	등급외 A 45점 이상 53점 미만	-목욕, 화장실 이용 등 약간의 도움 필요
경 중	등급외 B 40점 이상 45점 미만	-일상생활에서 대부분 자립 가능하나, 인지능력 약간 떨어짐
	등급외 C 40점 미만	-혼자서 일상생활 가능하며, 건강증진 등 예방서비스 필요

(3) 급여내용

장기요양급여종류는 현물급여와 가족요양비 등의 특별현금급여가 있으나, 급여오용이나 가족요양부담을 강요하는 형태가 될 수 있음에 따라 현물급여를 원칙으로 한다. 단, 현금급여는 현물급여를 사용하기 어려운 환경에 처해있는 경우에만 한정적으로 적용하고 있다. 이에 특별현금급여는 가족요양비²⁾, 특례

2) 현재 지급되는 가족요양비는 수급자 등급과 무관하게 월 15만원이며, 장기요양 등급 인정자 가운데 현금급여 이용자는 0.2% 수준임(이윤경, 2010b).

요양비, 요양병원간병비가 있다. 또한 현물급여는 재가급여, 시설급여로 구분된다. 먼저 재가급여는 자신의 집에 머물면서 식사도움, 세면, 목욕, 외출동행 등의 신체활동서비스, 집안청소 및 식사 등 가사활동서비스, 간호, 진료 등의 간호서비스 등을 받는 것을 의미한다. 재가급여의 종류로는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간 보호, 단기보호, 기타재가급여가 있다. 시설급여는 노인요양에 필요한 시설과 설비 및 전문인력을 갖추고 있는 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외) 등에 장기간 입소하여 신체활동 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공받는 급여로 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있다.

(4) 급여수가

장기요양급여수가는 보호대상 일인당 혹은 진단명이나 보호대상의 특성에 따른 서비스 투입이 동일하다고 가정하고 정액으로 가격을 설정하여 진단명단, 방문당, 일당, 월당 정액제 등으로 적용되고 있다(김찬우, 2011). 이로써 2012년 재가급여액은 전년대비 3.7% 인상됨에 따라서 1등급의 경우 월 한도액은 1,140,600원으로, 1일 4시간 이용기준 시 28일 이용 가능하다. 2등급은 월 한도액이 1,003,700원이며, 1일 4시간 이용기준 시 25일 이용 가능하다. 또한 3등급은 월 한도액이 878,000원으로 1일 4시간 이용 기준 시 22일 이용 가능하다(<표2-11>참조).

<표 2-11> 재가급여종류별 급여액 및 본인부담금

구분	1등급	2등급	3등급	방문목욕	차량이용시
월 한도액	1,140,600원	1,003,700원	878,000원	39,590원	71,290원
본인부담금	171,090원	150,550원	131,830원	5,930원	10,690원
월/이용횟수	서비스 시간에 따라 일자는 변경 됨			주/1회	
일/이용시간 06:00~18:00	240분/28일	240분/25일	240분/22일	60분 이상 (횟수 산정)	
	210분/30일	210분/27일	210분/23.6일		
	180분/33일	180분/29일	180분/25.6일		
일/이용 금액	240분/39,740				
	210분/37,110				
	180분/34,240				
일반	15%				
기초/ 의료수급자	기초생활보호 대상자 / 무료 의료 수급권자 / 7.5%				

*자료 : 보건복지부(2011).

또한 시설급여액은 전년 대비 2.5% 인상되었으며 구체적 내용은 <표 2-12>와 같다.

<표 2-12> 시설급여 월 한도액 및 본인부담금

구 분 ³⁾	등급	월 한도액 (30일 기준)	본인부담액		
			일반 (20%)	경감자 (10%)	기초생활 수급권자
노인요양시설(구 노인복지법)	1등급	1,158,300	221,660	110,830	면제
	2등급	1,049,400	209,880	104,440	
	3등급	940,200	188,040	94,020	
노인요양시설 (단기시설에서 전환)	1등급	1,299,000	259,800	129,900	
	2등급	1,188,000	237,600	118,800	
	3등급	1,077,000	215,400	107,700	
노인전문요양시설(구노인복지법)·노 인요양시설·노인요양공동생활가정	1등급	1,467,000	293,400	146,700	
	2등급	1,358,700	271,740	135,870	
	3등급	1,280,100	256,020	128,010	

*시설급여는 1일당 수가체계이며, 게시된 금액은 이를 기준으로 산정한 금액임.

*자료 : 보건복지부(2011).

(5) 본인부담금

장기요양서비스 이용 시 본인부담금은 기초생활수급권자의 경우는 무료이며, 일반의 경우 재가급여 15%, 시설급여의 경우 20%로 책정되어 있다. 차 상위계층인 의료수급자는 일반의 50% 수준으로 재가급여 7.5%, 시설급여 10%를 부담한다. 본인부담금은 이용횟수에 따라 달라질 수 있으나 월 최고 한도액기준으로 재가급여의 일반 본인부담금 수준은 13만원~17만원범위이다(<표 2-11>참조). 시설급여의 일반 본인부담금은 <표 2-12>에 나타난 바와 같이 18만원~29만원 수준으로 과거에 비해 시설 서비스 이용비용이 낮아진 것은 사실이다. 그러나 식비나 이·미용비 등 비급여 부분을 포함하면 월 평균 40~60만원 수준이므로 저소득층의 경우 여전히 비용부담이 크다고 볼 수 있다.

3) 장기요양보험제도 시행에 따른 노인의료복지시설 변경내용을 살펴보면, '08.4.4. 이전의 노인요양시설, 실비노인요양시설, 유료노인요양시설, 노인전문요양시설, 유료노인전문요양시설은 '08.4.4. 이후 노인요양시설로 통합되었으며, 노인요양공동생활가정이 신설되었다. 노인전문병원은 변경 전·후가 동일하며 장기요양기관 지정대상에서 제외됨. 또한 급여수가는 변경 전과 후의 인력배치기준에 따라 차이가 있다.

2) 공급 측면

(1) 시설 인프라

장기요양기관 수는 장기요양제도 시행 초기의 우려와 달리 제도 시행 첫해인 '08년 7월에 비해 '09년에 두 배 이상 증가하였고, 지금까지 이 범위를 유지하고 있다. 즉, '12년 6월 기준으로 장기요양기관 수는 총 14,940개소이며 이 중 요양시설은 4,181개, 재가장기요양기관은 10,759이다. 또한 전년대비 재가기관은 4%정도 감소하였고, 요양시설은 5.4% 정도 증가하였다(<표 2-13>참조). 특히 재가장기요양기관의 감소현상은 요양서비스 수요에 비해 재가기관(방문요양)의 공급과다⁴⁾로 인해 운영에 어려움을 겪는 장기요양기관이 문을 닫기 때문인 것으로 볼 수 있다.

<표 2-13> 장기요양기관 년도 별 현황

년 도	요양기관(개소)			정원(명)
	소계	재가	시설	
2008.7	7,735	6,340	1,395	
2009.5	15,831	13,815	2,016	
2010년	14,620	11,178	3,442	131,195
2011년 상반기	15,195	11,228	3,967	146,201
2012년 상반기	14,940	10,759	4,181	151,285

* 재가기관의 정원은 단기보호와 주·야간보호만 해당

* 자료 : 보건복지부(2011) 및 국민건강보험공단(2012) 참조하여 재구성.

또한 장기요양기관의 운영주체별 현황(2011년 기준)을 살펴보면, 개인이 운영하는 비율이 약 76% 정도로 가장 많고, 다음이 법인으로 약 23% 정도이며

4) 재가방문요양기관의 경우 2011년 5월 기준하여 제도 시행초기인 2008년에 비해 5배 증가하였으며, 주로 3등급 수급자들이 일반적으로 재가 기관을 이용한다고 가정했을 때 재가 기관 1곳 당 평균 서비스 대상자는 8.8명이다. 이는 재가 장기요양기관 지정요건 중 인력기준이 한 기관 당 요양보호사 15명 이상인 점에 비추어 볼 때, 수급자가 요양보호사의 절반 정도 밖에 되지 않아 재가 장기요양기관이 수급자의 수요에 비해 난립하고 있다고 볼 수 있다. 이처럼 재가 장기요양기관의 지역적 편중과 난립으로 수급자 확보를 위한 과당경쟁이 발생하고 있으며 이는 재가 장기요양기관이 제공받는 보험료 수가를 수급자의 자기부담금 대납이나 마케팅 비용으로 충당하여 요양보호사의 임금을 저하시키거나 요양보호 서비스 이외의 노무까지 제공하는 현상을 낳기도 한다(현정희, 2012). 또한 일부 장기요양기관의 2010년 부당청구액은 206억 6천으로 '09년에 비해 3.7배나 증가하였다(보건복지부, 2011).

지자체 등 공공기관의 운영주체는 2%도 안 되는 매우 부족한 실정이다(<표 2-14>참조).

<표 2-14> 장기요양기관 운영주체별 현황(2011)

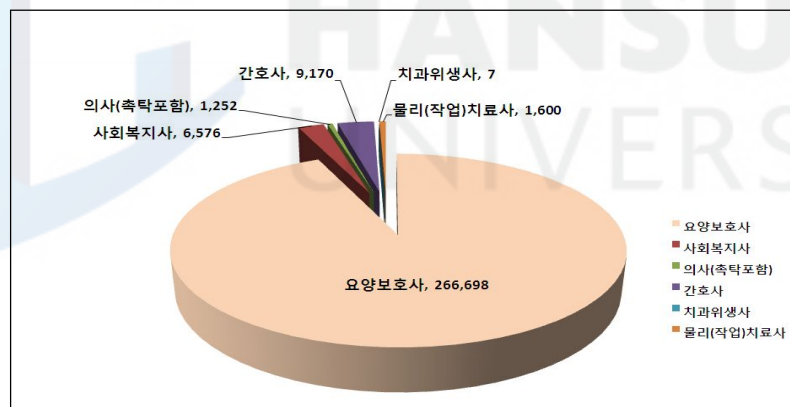
구분 (%)	지자체	법인	개인	기타
	1.1	22.57	75.76	0.57

*자료 : 국민건강보험공단(2011) 참조하여 재작성.

(2) 인력 인프라(요양보호사)

장기요양서비스 인력은 사회복지사, 간호사, 물리치료사, 간호조무사, 요양보호사 등 다양하며, 이에 대한 2012년 상반기 현황은 <그림 2-3>과 같다. 즉 장기요양기관 전문 인력은 총 285,303명이며, 이 가운데 요양보호사는 266,698명, 사회복지사 6,576명, 의사(축탁포함) 1,252명, 간호사 9,170명, 치과위생사 7명, 물리(작업)치료사 1,600명이다. 따라서 장기요양기관 전문 인력 가운데 요양보호사가 대략 전체의 93.5%를 차지하고 있다.

<그림 2-3> 장기요양기관 인력현황(2012.06)



* 자료 : 국민건강보험공단(2012).

이처럼 장기요양서비스의 전담인력이라 할 수 있는 요양보호사의 직종은 2008년 7월 1일부터 시행되는 노인장기요양보험제도 시행에 대비하여 종전 노인복지법 상 인력인 가정봉사원과 생활지도원보다 기능, 지식의 수준을 강화

하기 위하여 요양보호사를 국가자격 제도로 신설하였다(보건복지부, 2008). 따라서 노인복지시설의 설치·운영자는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 노인 등의 신체활동 또는 가사활동지원 등의 업무를 전문적으로 수행하는 요양보호사를 두어야 한다고 법적으로 명시되어 있다(노인복지법 제 39조 2항). 인력배치기준은 <표 2-15>와 같다.

<표 2-15> 장기요양시설(서비스)별 요양보호사 배치기준

시설(서비스)종류		배치기준	요양보호사 등급
노인의료복지시설	요양시설	입소자 2.5명당 1인	1급
	노인요양공동생활가정	입소자 3명당 1인	1급
재가노인복지시설 (재가장기요양기관)	방문요양서비스	3인 이상	1~2급
	방문목욕서비스	2인 이상	1급
	주야간보호서비스	이용자 7인당 1인 이상	1급
	단기보호서비스	이용자 4인당 1인 이상	1급

* 자료 : 노인복지법(2008).

요양보호사 자격증 취득은 광역시·도에 설치신고를 필한 요양보호사 교육기관에서 학력이나 연령에 제한 없이 누구나 소정의 교육(1급신규: 240시간, 2급신규: 120시간)을 받으면 취득이 가능했으나, 2010년 4월 이후부터 교육이수자 중 국가시험을 합격한 자에 한하여 취득이 가능하다. 2011년 6월 기준으로 요양보호사 자격증 소지자는 <표 2-16>에서와 같이 백 만명('11.06기준)을 초과했지만, 실제 장기요양기관에서 실무를 담당하고 있는 종사자는 262,720명으로 전체의 1/4 수준에 불과하다.

요양보호사의 임금수준⁵⁾은 요양시설과 재가 장기요양기관 간의 편차가 크지만, 월 100만원 미만이 68.7%이며 월 100~150만원이 28.9% 정도이며, 평균적으로 주당 40시간 기준 월 80~120만원정도로 최저임금(시급 4850원)의 123% 수준이다(김찬우, 2012). 근무형태는 12시간 교대 또는 24시간 격일교대 등 2교대 근무형태가 41.87%인 것으로 조사되었다(국민건강보험공단, 2011).

5) 요양보호사 임금 등은 수가에 포함되어 기관에 지급되고 있으며 요양보호사 임금 수준과 관련한 별도의 지침은 없다. 따라서 수가가 인상되더라도 요양보호사 임금수준은 기관의 재량에 맡겨져 있어 실질적인 임금 인상이 어려운 실정임.

이상에서 살펴본 바와 같이 요양보호사 자격증 소지자에 비해 실제 활동 수가 매우 적은 것은 낮은 임금수준, 열악한 근로환경 등이 주된 요인이라 볼 수 있다. 또한 요양보호사 자격증 소지자가 자신의 가족인 수급대상자에게 장기요양서비스 제공⁶⁾함에 있어서 서비스 제공여부를 확인하기 어렵고 일부 허위청구를 하는 문제도 제기됨에 따라 서비스 시간을 대폭 축소함으로써 이로 인한 영향도 있다고 보여진다.

<표 2-16> 요양보호사 자격증 소지자 및 종사자 현황

구 분	2008	2009	2010	2011.6.
요양보호사 자격증 소지자	339,197	692,138	983,823	1,006,897
요양보호사 종사자	83,564	182,674	237,709	262,720

* 자료 : 보건복지부(2011).

(3) 거버넌스

노인장기요양보험제도는 보건복지부 장관이 관장하도록 하고 있음에 따라 보건복지부는 노인장기요양보험제도에 관한 정책입안과 서비스 기준 등 제도 시행에 필요한 총괄적 권한과 책임을 지고 있으며, 이를 위해 보건복지부 장관의 자문기구로 장기요양위원회를 설치·운영하도록 하고 있다. 즉 보건복지부장관은 노인 등에 대한 장기요양급여를 원활하게 제공하기 위해 5년 단위로 연도별 장기요양급여 대상인원 및 재원조달 계획, 연도별 장기요양기관 및 장기요양전문인력 확충 방안, 그 밖에 노인 등의 장기요양에 관한 사항으로서 대통령령이 정하는 사항이 포함된 장기요양기본계획을 수립·시행해야 한다(노인장기요양보험법 제6조제1항). 또한 국가는 이 제도의 시행에 필요한 재정 일부를 부담하도록 규정하고 있다(제58조).

지방자치단체는 장기요양기관 인프라 구축에 대한 책임 및 지도·감독, 지역단위 세부 실행계획의 수립, 국가와 함께 의료급여수급권자의 요양급여비용,

6) 요양보호사가 자신의 가족인 수급대상자에게 방문요양서비스를 제공하는 가족요양서비스의 경우 시행초기엔 방문요양서비스에 준하여 이와 동일하게 수가를 적용하였으나, 급여요용 등의 문제로 2011년 8월부터 하루 1시간, 한 달 20시간으로 제한하였다. 단, 65세 이상인 요양보호사가 배우자에게 급여 제공시 방문요양 1일 제공가능시간 및 월 제한일수에 제한을 받지 않는다.

의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용과 관리운영비의 전액을 부담해야 한다. 또한 노인성 질환 예방사업 실시, 요양등급판정위원회 위원위촉, 제도 홍보 등을 수행해야 한다. 장기요양기관의 지정·취소권한, 등급판정위원회 과반수 위원 추천권한 등은 지자체의 역할부여와 관련된 것이다(이광재, 2007).

국민건강보험공단은 노인장기요양보험제도의 관리운영기관이다. 국민건강보험공단의 역할은 가입자 및 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리, 보험료 부과·징수, 장기요양인정신청자에 대한 조사 및 등급판정, 장기요양인정서 작성과 표준장기요양이용계획서 제공, 요양급여비용 심사 및 지급, 장기요양사업에 관한 조사연구 및 홍보, 노인성질환예방사업, 부담이득금의 부과 및 징수, 장기요양보험관련 보건복지부장관이 위탁한 업무 등을 관장한다. 그 밖에 공단의 장기요양사업조직을 별도로 두어야 하며, 장기요양사업의 회계(독립회계 설치·운영), 등급판정위원회의 설치 및 운영, 장기요양급여의 관리·평가⁷⁾의 업무 등을 해야 한다(강용규 외, 2011). 노인장기요양보험제도의 기관별 역할분담을 정리·요약하면 <표 2-17>과 같다.

<표 2-17> 노인장기요양보험제도의 기관별 역할분담

보건복지부	지방자치단체(시·군·구)	국민건강보험공단
·노인요양기본계획 수립·시행 (5년 단위)	·노인요양기본계획에 따른 세부 시행계획 수립·시행	·가입자 및 피부양자, 의료급여 수급권자의 자격관리
·장기요양보험료율, 장기요양보 험료 감면 규정, 장기요양기관	·장기요양기관 확충, 설립지원	·요양보험료 부과·징수
지정관련, 이용절차관련, 급여 수가 등 각종 기준 마련	·장기요양기관 지정·지정취소 및 행정처분(영업정지, 폐쇄명령 등)	·요양인정(변경)신청·조사
·장기요양위원회 설치·운영	·장기요양요원(요양보호사)양성	·요양등급판정위원회 운영 및 요양등급 판정
·노인요양사업비용의 지원	교육훈련기관 신고수리, 지도·감	·요양급여의 관리 및 평가
		·노인요양사업 조사·연구, 홍보

- 7) 장기요양기관평가지표는 기관운영, 환경 및 안전, 관리 및 책임, 급여제공과정, 급여제공결과 등의 5가지 대분류와 이에 대한 14개의 중분류(기관관리, 인적자원관리, 정보관리, 질 관리/위생 및 감염관리, 시설 및 설비관리, 안전관리/수급자 관리, 기관책임/급여개시, 급여계획, 급여제공/수급자 상태, 만족도 평가)로 구성되어있다(보건복지부, 2011). 또한 평가결과 상위 10%에 해당하는 기관에 대해 인센티브를 제공하고 있다. '11년 요양시설평가결과 최우수기관 10%(319개소)에 대해 기관 평균 2400만원, 최고 2억600만원까지 총 76억원의 인센티브 지급(보건복지부, 2012).

·보수, 소득, 요양급여 제공내역 등 관련 서류의 보고·제출 및 질문, 검사 권한	·독, 교육이수자 자격관리 ·관할지역 거주자에 대한 요양 인정 대리 신청 및 등급판정위원회 참여 ·노인요양사업비용의 지원 ·노인성질환 예방사업	·요양인정·요양등급,요양급여비용, 요양보험료 등에 대한 이의 신청 및 이에 대한 심사청구
---	--	---

* 자료 : 이광재(2007) 참조하여 재구성.

(4) 재정

우리나라 노인장기요양보험의 재원은 사회보험방식으로 운영되나, 순수한 사회보험형태가 아니고 국가 및 지자체의 보조와 이용자 본인부담금이 포함된 혼합형이다. 장기요양보험의 재정은 국가 및 지자체의 보조(조세)⁸⁾와 가입자 보험료, 본인부담금으로 구성된다. 장기요양보험료액은 건강보험의 보험료액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정하며, 장기요양보험료율은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정한다. 장기요양보험료 부과 및 징수는 건강보험과 함께 하되, 통합 징수한 장기요양보험료와 건강보험료를 각각의 독립회계로 관리해야 한다.

또한 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해년도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 공단에 지원하고, 국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담해야 할 비용(제40조1항 및 제3항제1호에 따른 재가 및 시설급여 수급자가 본인 일부부담금을 면제 또는 감경됨으로 인하여 공단이 부담하게 되는 비용을 포함한다) 및 관리운영비의 전액을 각각 부담한다.

이에 <표 2-18>에서와 같이 제도시행 당시 노인장기요양보험의 장기요양보험료율은 건강보험료의 4.05%로 책정되었다. 그러나 대상자 증가로 인한 부족한 재원을 충당하기 위해 2010년에는 6.55%로, 전년 대비 1.77% 인상 되었으며, 이후 3년간 동일 수준을 유지하고 있다. 이처럼 장기요양보험료는 최근 3년 간 인상이 없었으나 2012년에 장기요양보험 수급자 증가(32만명 → 37만명)와 장기요양보험수가

8) 장기요양보험 재정 가운데 국고지원은 보험료 예상수입액의 20%이며, 기타 의료급여자 급여는 국가(80%), 지자체(20%) 분담하며, 기초수급자 급여는 지자체가 부담한다.

인상 등으로 인해 건강보험료가 2.8% 인상됨에 따라 장기요양보험료도 실질적 인상이 있었다고 할 수 있다.

<표 2-18> 장기요양보험료율

일 시	보험료율
2007.12.31(2008년)	건강보험료액의 4.05%(소득 대비 약 0.2%수준)
2008.12.31(2009년)	건강보험료액의 4.78%(소득 대비 약 0.243%수준)
2009.12.31(2010년)	건강보험료액의 6.55%(소득 대비 약 0.35%수준)

* 자료 : 국민건강보험공단(2012).

또한 2012년 상반기에 국민건강보험공단이 지급한 장기요양급여비 총액은 1조 3,218억원이며, 이 가운데, 월평균 요양급여비는 2,203억원이며, 이는 전년도 월평균 2,134억원 대비 3.2% 증가한 액수이다. 또한 유형별 요양 급여비는 시설급여의 경우 전체의 50.6%로 6,682억원이며, 전년대비 약 14.8% 증가되었다. 재가급여(방문요양, 방문목욕 등)는 전체의 49.5%로 6,537억원이며, 전년대비 약 6.3% 정도 감소하였고, 재가급여 중에 방문요양이 81%로 가장 많이 차지하고 있다(<표 2-19>참조). 이로써 재가서비스의 경우 방문요양에 편중되어 있음을 알 수 있으며⁹⁾ 수급대상자의 잔존기능을 최대한 유지하고 악화를 방지할 수 있도록 하기 위해서는 재활서비스 도입이나 방문간호, 주·야간 서비스 등을 강화하여 다양한 재가서비스를 활성화시킬 필요가 있다. 또한 간병이나 신체활동 지원의 전문성 및 기타 재가급여에 대한 정보제공 등의 노력이 필요하다.

<표 2-19> 장기요양급여비

(단위 : 억원)

구 분	일 반	경 감	의료 급여	기초 수급	합계	'10.06	'11.06
장기요양 요양급여비 계	8,598	1,050	148	3,008	13,218	11,434	12,804
재가급여	5,112	566	92	1,210	6,537	6,703	6,980
-방문요양	4,308	485	78	1,021	5,295	5,327	5,892
-방문목욕	272	31	4	55	350	316	362
-방문간호	19	2	0	6	36	33	27

- 9) 2010년 재가서비스 이용현황을 보면 89%가 방문요양에 편중되어 있으며, 방문간호는 2.4% 정도에 불과함(국민건강보험공단, 2010). 또한 방문요양서비스 업무 가운데 가사지원서비스량이 50%정도를 차지하는 것으로 나타남(김찬우, 2012).

-주야간보호	311	23	5	50	449	343	388
-단기보호	25	3	0	2	42	295	30
-복지용구	177	22	4	76	365	389	280
시설급여	3,486	484	56	1,798	6,682	4,731	5,823
-노인요양시설(현행법)	1,660	222	29	651	3,542	1,683	2,562
-노인요양시설(구법)	289	49	4	247	477	708	590
-노인전문요양시설(구법)	761	106	11	698	1,439	1,711	1,577
-노인요양공동생활가정	389	62	5	129	741	387	586
-노인요양시설(단기보호전환)	386	44	5	73	483	242	509

*자료 : 국민건강보험공단(2012).

한편, 장기요양보험 총 재정 상황을 살펴보면, 시행초기부터 현재(2011년)까지는 어느 정도의 흑자를 유지하고 있으나 수입에 비해 지출이 더 크게 증가하고 있다. 또한 최근 3년간 장기요양보험재정의 총수입 중 보험료와 의료급여부담금이 차지하는 비율이 87%정도인데 비해, 국고지원은 12% 수준에 불과하다(<표 2-20>참조). 또한 노인인구가 24%(1,181만명)가 될 것으로 예상되는 2030년엔 노인장기요양보험 수급자는 약 102만여명으로 2010년에 비해 3.3배 증가하고 지출액도 15조 6653억원으로 6.3배가 증가 될 것으로 전망된다(국민건강보험공단, 2011). 따라서 앞으로 노인인구 증가속도가 더욱 빠르게 진행됨에 따라 장기요양요구는 더욱 증대될 것으로 전망되기에 정부지원수준을 증대하고 다양한 재원마련 등 이에 따른 사전 대비가 필요하다.

<표 2-20> 총 재정 현황

(단위 : 억원, 의료급여 포함)

구 분	'08년	'09년	'10년	'11년	연평균 증가율(%)
* 수입	7,518	20,238	27,720	32,634	23.8
-요양보험료	3,723	11,371	17,509	21,423	31.8
(보험료율)	(4.6%)	(4.78%)	(6.55%)	(6.55%)	
-국고지원금	1,181	2,044	3,323	3,883	21.4
-의료급여부담금	2,564	6,637	6,655	6,773	8.9
-기타수입	40	186	233	178	80.2
* 지출	5,731	18,791	25,547	31,634	38.4
* 누적수지	1,787	3,234	5,407	5,407	-

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 및 선우 덕(2012) 참조하여 재구성.

2. 문제점

시행 5년째인 노인장기요양보험제도의 현황을 토대로 문제점들을 살펴보면 다음과 같다.

1) 수요 측면

(1) 대상자 범위 문제 및 보험가입자와 수급대상의 불일치

대상자 범위 문제 및 보험가입자와 수급대상의 불일치에 대한 관련 연구로는 임재옥(2009), 이정선(2009), 조국행 외(2010), 장두순(2009), 이용갑(2009), 윤소영(2012) 등이 있다. 제도 시행 첫 해인 2008년 2.9%였던 인정자율이 다음해인 2009년에 5.2%로 증가되었으나, 2010년 후반부터 지금까지 5.8% 수준을 유지하고 있다. 또한 3등급보다 1,2등급이 많았던 첫 해에 비해, 1,2등급보다 3등급이 많은 현 상황을 볼 때, 이는 판정도구에 의한 정확한 등급판정을 내리기보다는 현재의 대상자 범위 수준을 초과하지 않으려 애쓰고, 재정소요를 최소화 하기위한 매우 제한적인이고 소극적인 조치로 해석될 수 있다.

물론 대상자 범위 확대는 많은 재정적 소요가 따르는 문제이므로 우선적으로 이에 대한 사회적 합의가 필요하겠지만 몇 년간 대상자 범위를 무조건 일정수준으로 제한하는 것은 노인장기요양보험제도의 의의를 희석시킬 수 있다. 또한 장기요양보험가입자는 건강보험가입자와 동일하여 주로 젊은 층이 보험료를 부담하고 있으며, 수급대상자는 주로 노인층이다. 앞으로 노인인구 층의 급속한 증가로 장기요양을 필요로 하는 대상자로 급증할 것이기에 보험료 인상은 불가피할 것이다. 그러나 장기요양보험료 납부자와 수급대상자가 일치하지 않음으로 인해서 젊은 층의 불만을 야기시킬 수 있다.

(2) 급여내용

급여내용과 관련된 문제로는 제한적이고 한정된 재가급여, 비공식 서비스제공자에 대한 지원 부재, 치매노인이나 가족에 대한 지원서비스 부재 문제를 중심으로 살펴보고자 한다.

첫째, 제한적이고 한정된 재가급여문제로 관련 연구는 이수형(2009), 이정선(2009), 노진덕(2008) 등이 있다. 재가급여활성화는 시설에 비해 재가의 재정적 절감효과가 크며, 이용자 자신의 집이나 친숙한 환경에서 서비스를 받을 수 있어 이용자 만족도도 높일 수 있으므로 매우 중요하다. 따라서 재가급여 활성화를 통해 잔존기능을 최대한 유지시킬 수 있도록 해야 하며, 손상된 기능을 회복시킬 수 있도록 노력해야 할 것이다.

그러나 현황에서 살펴보았듯이 재가서비스 이용은 방문요양에 편중되어 있고, 방문간호는 3%도 안 되는 매우 미미한 수준에 불과하며, 재활제도는 시행하고 있지 않다. 또한 장기요양대상자 가운데 노부부가구나 노인 혼자 사는 가구가 많고, 가족과 동거하는 경우라도 가족이 일하는 시간대가 다양하므로 이러한 실정을 반영하여 대응할 수 있어야 함에도 불구하고 현재 주·야간서비스의 경우 평일주간에만 집중되어 있으며, 야간이나 주말, 공휴일에는 서비스 이용이 불가능한 상황이다.

둘째, 비공식 서비스제공자에 대한 지원 부재문제로 관련 연구는 석재은(2006), 강욱모(2009b), 김금열(2010) 등이 있다. 노인에 대한 사회적 부양의 필요성에 따라 사회연대원리에 의한 공적제도가 시행되고 있다. 그러나 전통적 가족관이 많이 약화되어가고 있지만 자녀가 부모를 직접 모셔야 한다는 생각도 여전히 유지되고 있다. 이와 같이 가족이 돌보는 경우 친밀하고 친숙한 관계에 의해 서비스를 제공받을 수 있으므로 만족도도 높지만, 시설급여에 비해 재정절감효과를 이룰 수 있으므로 장기적으로 재정안정화에도 어느 정도 기여할 수 있다. 따라서 앞으로 급증하는 장기요양 노인문제를 해결하기 위해서는 가족이나 친척 등 비공식 서비스 제공자의 역할은 여전히 중요하다. 그러므로 노인장기요양보험제도가 안정적으로 지속화되기 위해서는 공적서비스 제공과 비공식서비스제공의 상호보완적이고 융합적인 체계로 가야할 필요가 있으나 현재는 비공식 서비스 제공자에 대한 지원이 전혀 없는 실정이다.

셋째, 치매노인이나 가족에 대한 지원서비스 부재문제로 관련 연구는 장세철 외(2008), 국민건강보험공단(2010), 박종덕(2011) 등이 있다. 현 장기요양등급판정기준은 신체활동 중심으로 이루어지므로 치매노인의 경우 인지기능문제로 인해 돌보는 사람이 필요함에도 불구하고 신체적 활동이 가능하다는 이유

로 지원을 받지 못하는 실정이다. 그러나 치매의 예방이나 진행속도에 주변사람과의 상호작용이나 환경조건이 많은 영향을 미치므로 치매에 대한 예방적 차원의 접근은 물론이고 치매가 진전되는 속도를 늦추어 대상자로의 진입기간을 연장할 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 2010년 통계를 기준으로 장기요양 인정자의 31%, 등급외자의 7.3%가 치매질환을 갖고 있는 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2010). 그러나 현행제도는 치매노인에 대한 특별관리와 부양가족에 대한 지원이 미흡하거나 전무한 실정이다.

(3) 본인부담금 과다

본인부담금에 대한 관련 연구로는 장세철 외(2008), 이정선(2009), 나용선(2011) 등이 있다. 장기요양보험제도 도입으로 제도 도입 이전에 비해 경제적 부담이 다소 완화되었다고 볼 수 있다. 그러나 장기요양서비스 이용현황을 보면 여전히 장기요양보험인정자 가운데 12%정도는 장기요양서비스를 이용하지 않는 것으로 나타났다. 이는 2010년의 이용현황을 중심으로 한 이윤경(2011)의 연구에서 나타난 바와 같이 본인부담금이 높을수록 미 이용자 비율이 높게 나타난 결과로 볼 때, 장기요양서비스 미 이용자 가운데 경제적 부담 때문에 이용하지 못하는 경우도 상당수 있다고 보여 진다. 따라서 저소득층에게는 여전히 경제적 부담이 크다고 볼 수 있다.

2) 공급 측면

(1) 시설 및 인력 인프라의 문제

시설 및 인력인프라는 제도시행초기에 비해 많은 양적확대를 이루었으나 문제점 또한 많이 노정되고 있다. 이에 대한 내용으로는 다음과 같다.

첫째, 공적장기요양기관의 부족문제로 관련 연구는 이정선(2009), 지은구(2009), 국민건강보험공단(2010) 등이 있다. 장기요양보험제도 시행초기에는 시설 및 인력 인프라 부족으로 이에 대한 양적 확대에 주력한 결과 오히려 과다공급으로 문제가 발생하는 등 많은 양적확충이 있었다. 그러나 현황에서도 살펴보면 개인 영리기관에 비해 정부나 지방자치단체, 국민건강보험공단 등의 공적

기관은 매우 미미한 수준이다.

둘째, 장기요양기관의 공급 과다 문제로 관련 연구는 김철수(2010), 국가인권위원회(2011), 최인덕 외(2010), 김명엽(2011) 등이 있다. 현황에서 살펴보았듯이 특히 재가방문요양기관은 시행초기에 비해 5배 이상 증가하였다. 이러한 재가장기요양기관의 과다 공급은 기관 간의 과도한 경쟁을 유발시키고 있다. 이로써 대상자확보를 위한 본인부담금 면제, 수익창출을 위한 부당급여 청구 및 요양보호사에 대한 낮은 대우 등의 문제들이 발생하고 있다. 이는 결국 서비스 질 저하로 이어지는 악순환을 초래하고 있다. 이와 같이 일부 장기요양기관의 부당행위와 도덕적 해이로 인해 심각한 재정누수를 초래하고 있으며 시장의 질서를 어지럽히고 있다.

셋째, 요양보호사의 전문성 부족문제로 관련 연구는 김준환(2008), 장우심(2009), 송영흠(2010), 한정원(2011), 나용선(2011) 등이 있다. 요양보호사는 요양보호서비스의 전담인력으로서, 요양서비스 질에 결정적 역할을 한다고 할 수 있다. 그러므로 요양보호사 양성과정의 교육은 매우 중요하며, 자격부여 후에도 장기요양기관에서 활동 중인 요양보호사들에 대한 정기적이고 지속적인 교육과 훈련 등의 관리가 요구된다. 그러나 시행초기에 비해 시험제가 도입된 것 이외에 여전히 연령과 학력 등 자격조건에 제한이 없으며, 보수교육도 기관평가에 다소 반영되고 있으나, 장기요양기관의 자체적인 보수교육만을 유도하고 있을 뿐 지자체나 건강보험공단 등 공적 차원에서의 제도적 지원은 전혀 없다.

넷째, 요양보호사의 낮은 사회적 인식과 처우 문제로 관련 연구는 최승호(2008), 김철수(2010), 임정기(2010), 국가인권위원회(2012) 등이 있다. 요양보호사에 대한 사회의 낮은 인식과 타 직종에 비해 낮은 임금, 열악한 근무환경 등은 직무 불만족이나 높은 이직률, 서비스 질 저하 등의 주요 요인으로 작용하고 있다. 따라서 요양보호사 자격증 소지자는 백만 명이 넘었음에도 불구하고 최근 장기요양기관에서는 요양보호사 채용에 어려움을 겪고 있다.

(2) 거버넌스

거버넌스는 지방자치단체와 건강보험공단의 역할문제, 등급판정의 신뢰성 문제, 장기요양기관의 평가 문제, 일부 장기요양기관의 불법·부당행위에 대한

관리·감독의 문제를 중심으로 살펴보고자 한다.

첫째, 지방자치단체와 건강보험공단의 역할문제로 관련 연구는 노진덕(2008), 정재욱(2009), 최은희(2010), 나용선(2011) 등이 있다. 급증하는 재정지출을 최소화시키기 위해 이제는 대상자의 진입기간을 연장하거나 방지하기 위해 예방적 차원의 서비스를 강화해야 하며, 시설보다 비용이 적게 드는 재가 중심의 서비스를 확대해야 한다. 그러기 위해서는 지역사회 다양한 자원을 활용할 수 있어야 한다. 또한 일부 불법·부당행위 기관에 대한 행정적 제제도 필요하다.

그러나 현재의 노인장기요양보험제도는 기존의 시스템 활용을 통하여 효율성을 도모하고자 국민건강보험공단을 관리운영주체로 하고, 등급판정부터 장기요양기관 평가 및 관리감독의 역할 등을 담당하고 있다. 반면, 지방자치단체는 장기요양기관 지정 및 지정취소, 노인성 질병 예방사업의 역할을 담당하고 있다. 이와 같이 지자체와 건강보험공단의 역할이 구분되어 있으므로 업무의 효율적이고 효과적인 수행을 위해서는 두 기관 간의 의사소통 등이 원활히 이루어져야 한다. 그러나 시·군·구와 건강보험공단 직원 간 소통부족 등의 사유가 빈번하다고 한다(나용선2011).

둘째, 등급판정의 신뢰성 문제로 관련 연구는 류성경(2008), 손용진(2009), 김찬우(2009), 임성욱(2010), 이강(2010), 이윤경(2012) 등이 있다. 장기요양의 등급판정은 1차적으로 건강보험공단직원이 직접 신청자를 방문하여 면담하면서 신체기능 등을 확인하여 52가지 조사항목을 체크한다. 이 때 방문직원은 대개 1명이며, 1시간 이내의 짧은 시간에 이루어지고 있다. 또한 등급판정 시 노인의 가정환경(수발자 유무, 수발가능시간, 집안구조 등)도 매우 중요하다.

그러나 이를 고려한 평가영역이 별도로 없으므로 방문조사자의 주관적 판단에 의존할 수밖에 없는 실정이다. 특히 이들의 의견과 의사소견서가 불일치하는 경우엔 등급판정위원의 배경이 영향을 미치는 것으로 나타났다. 따라서 장기요양등급판정에는 1차 조사자나 의사소견서의 정확성, 등급판정위원의 배경에 따라 같은 질환과 증상에 다른 판정결과가 나올 수 있다. 따라서 등급판정에 대한 불신의 문제가 발생할 수 있다.

셋째, 장기요양기관의 평가 문제로 관련 연구는 이윤경(2011), 한은정 외

(2012) 등이 있다. 장기요양서비스 질 개선을 위해 기관평가는 매우 중요한 문제가 아닐 수 없다. 이에 건강보험공단은 기관평가를 실시하여 우수기관을 선정하여 인센티브를 제공하고 있다. 그러나 평가가 서류중심으로 이루어짐으로써 형식적이고 일부 시설에서는 서류를 가작성하는 경우도 있다는 지적과 불만이 있다. 또한 이러한 상황이다 보니 서비스 이용자의 입장을 충분히 반영할 수 있는 실질적 평가가 이루어지기 어려운 문제가 있다.

넷째, 일부 장기요양기관의 불법·부당행위에 대한 관리·감독의 문제로 관련 연구는 이정선(2009), 보건복지부(2011), 김명엽(2011) 등이 있다. 장기요양기관의 시장화를 추구하는 방향으로 가고 있는 우리나라의 현실에서 일부 장기요양기관의 불법·부당행위는 시장의 질서를 어지럽히고, 궁극적으로 서비스 질 저하와 재정악화를 초래하는 직접적 요인으로 작용하고 있다. 그러나 건강보험공단 직원 1명당 200케이스를 담당하는 현 상황에서 일부 장기요양기관의 불법·부당행위에 대한 실질적인 관리·감독은 어려운 실정이다.

(3) 재정 불안정

재정에 대한 관련 연구로는 이용갑(2009), 이은경(2010), 김명엽(2011), 남현주(2011) 등이 있다. 장기요양보험제도가 앞으로 급증하는 장기요양노인의 문제에 효과적이고 효율적으로 대응할 수 있으려면 재정 안정화를 위한 노력이 무엇보다도 중요하다. 이를 위해 정부부담금 수준을 현재보다 높이고, 다양한 재정확보 방안을 마련해야 할 것이다. 현황에서 살펴보았듯이 우리나라의 장기요양보험제도의 재정구성은 보험료와 국고지원금, 본인부담금으로 이루어져 있다. 이 가운데 국고지원은 보험료 수입액의 20%로 책정되어 있으나, 최근 3년 간 국고지원 비율을 보면 12% 정도 밖에 안 되는 실정이다. 또한 점차적으로 수입의 증가 폭보다 지출의 증가 폭이 커지고 있으므로 재정악화가 우려된다. 이상의 내용을 정리·요약하면 <표 2-21>과 같다.

<표 2-21> 노인장기요양보험제도의 문제점

구 분	문제점	선행연구
대상자 범위 및 보험 가입자와 대상자	- 대상자 범위 및 보험가입자와 수급대상자의 불일치 -인정률(5.7%) -보험가입자는 건강보험가입자와 동일, 수급대상자는 주로 노인층	조국행외(2010) 임재옥(2009) 이정선(2009) 장두순(2009) 이용갑(2009) 윤소영(2012)
수 요 측 면	급여내용 - 재가서비스의 방문요양서비스 편중 -방문요양서비스89%, 가사지원서비스 50%, 방문간호이용률 2.4% -재활서비스 부재 - 비공식 서비스 제공자 지원 미흡 -현금급여 및 상담, 서비스 관련 교육 등 부재 - 신체적 활동 가능한 치매환자 지원서비스 부재 -현 등급판정기준은 신체활동중심으로 이루어짐에 따라 신체활동 가능한 치매초기환자의 경우 장기요양서비스 제공받기 어려움	박종덕(2011) 이수형(2009) 이정선(2009) 노진덕(2008) 석재은(2006) 이용갑(2009) 강욱모(2009b) 이윤경(2010) 김금열(2010)
	본인 부담금 - 본인부담금 과다 -일반(시설20%, 재가15%), 차상위계층(시설10%, 재가7.5%) -인정자 중 서비스 미 이용자 12% 정도이며, 비용부담 높을 수록 미이용률 높음	장세철외(2008) 이정선(2009) 나용선(2011)
공 급 측 면	시설 및 인력 인프라 - 재가장기요양기관의 공급과다 -특히 재가방문기관의 경우 시행초기에 비해 5배 증가 -일부 장기요양기관의 과당경쟁에 따른 불법·부당행위 문제 - 공적장기요양기관 부족 - 요양보호사 처우문제 - 낮은 보수, 고용불안, 이용자 가족의 부당한 대우, 열악한 근무환경, 지위상승차단에 따른 의욕저하 - 요양보호사 전문성 문제 -단기간의 양성교육시간, 정기적 보수교육 부재	최인덕외(2010) 지은구(2009) 임정기(2010) 전용호(2008) 이재희(2009) 이정선(2009) 김명엽(2011) 김찬우(2012) 국가인권위원회 (2012) 보건복지부 (2011)
	거버넌스 - 지방자치단체와 건강보험공단의 역할문제 -건강보험공단은 등급판정 및 장기요양기관 평가와 관리감	노진덕(2008) 정재옥(2009)

	독의 역할을, 지방자치단체는 장기요양기관의 지정 및 지정 취소, 예방사업 등을 담당하므로 두 기관간의 연계강화 필요 • 건강보험공단의 등급판정 문제 -공단의 조사원 인원부족 및 업무과중 -조사자에 따른 차이(등급판정 시 노인의 가정환경도 매우 중요하나, 이를 고려한 평가영역이 별도로 없으므로 방문조사자의 주관적 판단에 의존) -등급평가중심으로 허위진술이나 과장진술 사례발생 -의사소견서의 신뢰성 문제 • 장기요양기관 평가방식 문제 -서류중심 평가로 인해 형식적이고, 서류중심의 심사이므로 가작성 사례 발생하며, 복잡한 서류작성에 따른 업무과중 • 일부 장기요양기관의 불법·부당행위에 대한 관리·감독의 문제(2010년 부당청구액은 206억 6천으로 '09년에 비해 3.7배 증가)	이정선(2009) 김찬우(2009) 최은희(2010) 나용선(2011) 이윤경(2011) 한은정외(2012) 전용호(2012) 이윤경(2012)
재정	• 재정 불안정 -정부지원 미흡 -근본적 재정누수 방지 정책 미흡	이정선(2009) 이용갑(2009) 이은경(2010) 남현주(2011) 김명엽(2011)

제 3 장 외국의 장기요양제도 사례

우리나라 보다 훨씬 앞서 노인인구 고령화에 따른 문제를 경험하고 장기요양제도를 실시하고 있는 외국의 사례분석은 그 의의하는 바가 크다. 따라서 본 연구에서는 세계에서 처음으로 의료보험체계에 장기요양체계를 도입하여 실시하고 있는 네덜란드와 우리나라와 같이 사회보험방식으로 운영되고 있는 독일 및 일본의 사례를 중심으로 살펴보고자 한다.

제 1 절 네덜란드

1. 도입배경

네덜란드의 장기요양제도는 AWBZ(Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: 특별의료비보험제도)가 그 기능을 대신하고 있는데, 사회보험으로 운영하는 다른 나라와는 달리 보건의료제도 내에서 제공되고 있다. 즉, 고액의료를 보장하는 특별의료비보장제도(AWBZ)인 제1영역, 급성기 치료를 보장하는 건강보험제도인 제2영역, 보충적 보험으로 제1, 2 영역에 포함되지 않은 사치적 입원시설 이용 및 성인의 일부 치과치료, 장기적인 물리치료 등을 보장하는 제3영역으로 구성된 보건의료제도 내의 일부로써 장기요양급여가 제공되고 있다. 이처럼 네덜란드는 건강보험제도권 내에서 장기요양급여를 제공하고 있으므로 시기적으로 가장 빠른 1968년에 제도를 실시하였다(이수형, 2009).

이와 같이 AWBZ는 건강보험에 포함되지 않는 고액의 의료비 지출을 보장하기 위해 도입된 제도로, 이 후 재가요양 도입(1980년), 가사지원 도입(1989년), 거주요양 도입(1997년)으로 확대해 왔다. 그리고 2007년부터는 AWBZ로부터 가사 및 비공식요양제공자 지원서비스를 분리시켜 지역사회복지체계(Wmo)로 이전하여 현재는 AWBZ와 Wmo¹⁰⁾의 이원화체제로 운영되고 있다(국민건강보험공단, 2010).

10) 사회지원법(Law on Social support)에 의해 지방자치단체가 운영하는 사회복지서비스 체계로 2007년부터 가사지원서비스, 휠체어, 주택개조, 운송수단 등의 서비스를 지원하고 있다.

2. 제도적 특징

네덜란드 장기요양보험은 일차적으로 가정에서의 서비스 제공을 원칙으로 하며 모든 사람들이 지역사회 활동에 참여하여 건강한 삶을 영위할 수 있도록 하는 것을 목적으로 하고 있다(이수형, 2009). 또한 건강보험과는 별도로 노인 뿐만이 아니라 장애인, 아동 등 장기요양환자 및 심신·지적장애자 등 전 국민을 대상으로 하며 보편적 적용원칙에 충실하고 있다. 제도에 대한 구체적 내용은 다음과 같다.

1) 수요 측면

(1) 보험 가입자

보험 가입자는 전 국민을 대상으로 하며, 일정 소득 이상인 자는 보험에 의무 가입하도록 하고 있다. 보험료는 소득기준으로 결정되며, 소득이 없는 사람은 보험료를 납부하지 않는다. 근로자는 건강보험 정률보험료와 함께 사용자가 원천징수하며, 자영업자는 국세청 심의에 의해 결정된 보험료를 세무관서에 직접 납부해야 한다.

(2) 대상자

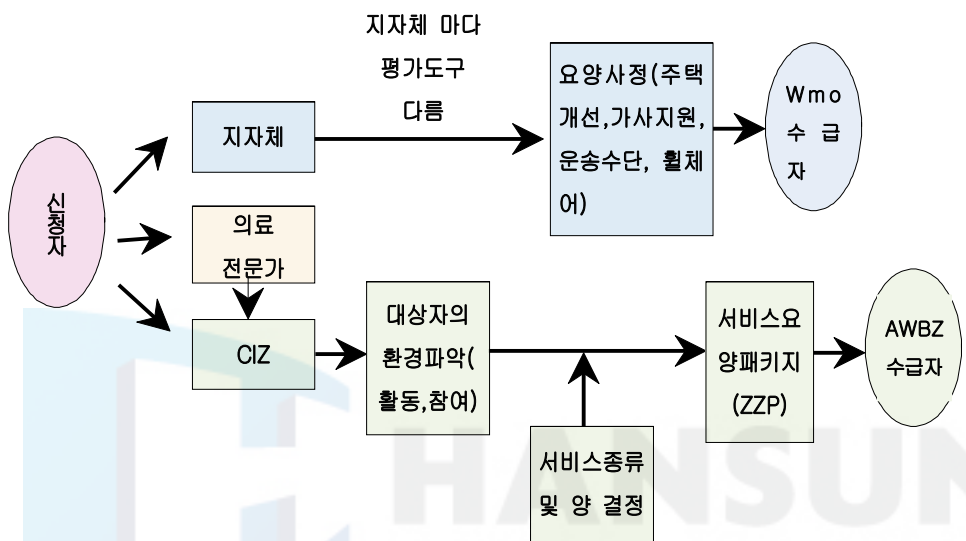
네덜란드 장기요양은 장기요양환자, 고액의 중증 질환자, 장애인, 정신질환자 등 전 국민이며, 납세하고 있는 주재 외국인도 포함된다. 이처럼 연령, 장애종류, 장애정도, 소득계층에 관계없이 보호가 필요한 모든 사람을 포괄하고 있다. 따라서 네덜란드의 장기요양체계는 서비스 수급자의 수급자격측면에서 볼 때 상당히 관대하며, 자산조사도 없으며 연령이나 장애종류에서도 포괄적이고, 장애정도의 측면에서도 기준이 매우 낮다(김미혜 외, 2007).

(3) 이용절차

장기요양서비스 이용절차는 <그림 3-1>과 같으며, 요양평가 신청은 서면이나 전화, 인터넷으로 할 수 있으며 사안의 정도에 따라 유선면담을 통해 요양정도를 평가한다. 즉, 신청한 것에 대해 지자체에서 평가하여 Wmo 수급자로

서 서비스를 이용할 수 있거나, 등급판정기관인 CIZ 직원이 대상자의 환경 파악 및 욕구 사정을 통해 서비스의 종류와 양을 결정하여 AWBZ의 수급자로서 서비스를 이용할 수 있다. 등급판정과정은 평가자가 신청자 거주지를 직접 방문하여 판정하는 경우는 극소수이며 대부분의 경우는 유선면담으로 이루어지며, 필요할 경우 대면면담이나 의사의 진단서를 요청한다. 등급판정을 위한 욕구사정은 <표 3-1>과 같이 4단계로 이루어진다(국민건강보험공단, 2010).

<그림 3-1> AWBZ 서비스 이용절차



*자료 : 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

<표 3-1> 등급판정 절차

구 분		내 용
1단계 (장애점수:0-3점)	0점	다른 사람의 도움 필요 없음
	1점	일주일에 1-6번 정도 다른 사람의 도움 필요
	2점	하루에 1-2번 정도 다른 사람의 도움 필요
	3점	지속적으로(3번 이상/1일) 다른 사람의 도움 필요
2단계(해결책분석)		필요한 AWBZ 요양의 총량 결정
3단계(해결책분석)		순수하게 필요한 AWBZ 요양의 총량 결정
4단계(의사결정)		AWBZ 재가 혹은 시설급여 결정

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

(4) 급여내용

AWBZ 급여는 크게 시설 및 재가요양을 보장하고 있다. 시설요양으로는 개인요양, 간호요양, 지원안내, 활동안내, 진료, 병원이나 너싱홈 등 입원시설서비스가 있다. 그리고 시설요양의 경우는 모두 현물급여로 제한된다. 재가요양의 경우에는 현물급여나 현금급여 한도액의 75% 범위 내에서 현금급여¹¹⁾를 선택적으로 수급할 수 있다. AWBZ의 이용자 현황은 2007년 기준으로 전체 인구의 3.6%인 588천명이며, 이 가운데 노인인구는 65% 정도이며, 이는 전체 노인인구의 14.5%수준이다. 또한 급여형태별로는 재가서비스 이용자가 58%인 227천명이며, 입소시설 이용자는 42%인 164천명이다. 대상자별 AWBZ 이용자 수는 <표 3-2>와 같다.

<표 3-2> 대상자별 AWBZ 이용자 수(2007년)

구 분	계	시설 요양	재가 요양
계(명)	588,000	253,000	335,000
노인 소계	391,000	164,000	227,000
노인, 신체장애	319,000	109,000	210,000
노인, 치매	72,000	55,000	17,000
장애인	113,000	66,000	47,000
정신질환	84,000	23,000	61,000

*자료 : 국민건강보험공단(2010).

(5) 급여수가

재가급여의 경우 Day care를 제외하고 일반적으로 시간당 비용을 지급하며, 시간당 상한액은 64.94€(평균 42.96€)이다. 시설급여는 NZa가 ZZP의 1일당 수가를 결정하여 ZZPs¹²⁾에 따라 시설급여 비용을 지급한다. 요양보험자는 서

11) 네덜란드는 1995년 개인계정(personal budgets)이라 불리는 장기요양 현금급여를 도입하였다. 이로써 서비스제공자 선정 등 서비스를 이용함에 있어서 이용자 본인의 선택에 의해 사용할 수 있게 되었다(Wiener, 2007). 또한 현금급여는 서비스에 대한 지급액에서 소득에 따른 본인부담금과 25%를 뺀 나머지 금액을 지급하는데, 25%를 제하는 것은 독립적인 서비스제공자가 서비스 제공 이외의 간접비는 초래하지 않음을 고려한 것이다(Wiener, 2003). 2007년 70세 이상 개인계정 수급자는 18%인 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2010).

12) ZZPs 도입 전엔 입소자수와 입소자의 특성군(뇌질환 등)에 따라 각 입소시설에 예산을 지원했으나 적정배분이 곤란한 문제가 발생하여 2009년에 요양 집중도에 따라 AWBZ 서비스

비스 제공자(개인요양제공자, 기관요양제공자, 시설요양제공자)와 최고 상한액 이하의 범위 내에서 가격을 협상하여 계약을 체결할 수 있다.

<표 3-3> 노인관련 서비스 내용(ZZP 1~10)

구 분	서비스 내용
ZZP 1	노인보호주택 + 일부 지원
ZZP 2	노인보호주택 + 지원 + 간호
ZZP 3	노인보호주택 + 상담 + 집중 요양
ZZP 4	노인보호주택 + 집중 지원 + 연장 요양(extended care)
ZZP 5	노인보호주택 + 치매 집중 요양
ZZP 6	노인보호주택 + 집중 요양 + 간호
ZZP 7	노인보호주택 + 안내(guidance) 중심 집중 요양
ZZP 8	노인보호주택 + 치료 및 간호 중심 집중 요양
ZZP 9	간호 + 회복치료(restorative care)
ZZP 10	완화치료, 임종간호

*자료 : 국민건강보험공단(2010).

(6) 본인부담금

AWBZ의 본인부담금은 요양을 받는 자의 소득수준, 가족구성관계, 제공받는 서비스의 시간 단위를 기준으로 정해지나, 수급자의 소득이 가장 큰 비중을 차지한다. 소득은 세무관서에서 제공받은 연말정산자료에 근거하여 산출된다. Wmo의 가사지원서비스에 대한 본인부담금도 동일한 방법으로 계산되며 지역마다 다를 수 있다¹³⁾. 단, 지방의회는 저소득 노인이 있는 가정의 본인부담 상한금액을 낮추거나 본인부담금이 발생하는 가정의 소득액을 변경하는 등 몇 가지 변수변경이 가능하나, 변경 시는 AWBZ 상한금액을 초과하지 말아야 한다(국민건강보험공단, 2010).

의 복합 패키지를 노인 10개, 정신질환 13개, 장애인 29개의 총 52개로 분류·구성하여 도입하였다. ZZP별로 1일당 수가는 다르다(예를 들면 ZZP1은 56.44€이며, ZZP8은 216.92€)(국민건강보험공단, 2010).

13) 지방의회는 가사지원서비스의 본인부담금을 결정할 수 있으므로 지역마다 다를 수 있다(헤이그에서의 2009년 단순가사지원서비스에 대한 시간당 본인부담금은 12.40€였으나, 헤를렌에서는 19.43€임).

2) 공급측면

(1) 시설 및 인력 인프라

장기요양서비스 제공자는 국영기관은 없으며 민간 비영리기관만이 운영할 수 있도록 규정하고 있다. 또한 네덜란드에서는 독립적인 서비스 제공자에게도 법적으로 공식적인 서비스 근로자와 동일한 노동조건을 적용¹⁴⁾하여 상당히 높은 보수수준을 규정하고 있으며, 단 부가급여에 있어서는 차이가 있다 (Wiener, 2003).

(2) 거버넌스

장기요양서비스를 주관하는 공적기관을 살펴보면, 먼저 NZa(Nederlandse Zorgautoriteit: 보건의료 감독원)가 있다. NZa는 장기요양 시장의 감독과 실태 파악을 위하여 2006년에 설립된 보건의료감독기관으로 보건의료시장을 총괄 감시하는 독립적인 기관으로 다음과 같은 역할을 담당한다. ①보험자, 공급자, 소비자의 보건의료가 적절하게 기능할 수 있도록 지도·감독, ②건강보험과 노인장기요양보험 및 공보험과 사보험의 관리·감독, ③독점적 시장 지배력 관리, ④행정조치, 위법행위 공표, 정기적 벌금부과 ⑤실현가능한 시장중심의 개혁 주도 ⑥보건의료시장 모니터링 강화¹⁵⁾에 대한 장래 비전 제시 등의 역할을 담당한다.

CIZ(Centrum Indicatiestelling Zorg: 등급판정기관)는 표준화된 평가도구를 통한 객관적인 평가체계를 마련하기 위해 2005년 설립된 등급판정기관이다.

14) 네덜란드에서 종사자는 건강보험이 있고 휴가, 연금혜택이 있으며, 고용주는 책임보험을 들어야 한다(Wiener, 2007). 고용주로서의 개인계정소지자에게 그들의 피고용인과의 계약을 의무화함으로써 독립적 서비스 근로자의 노동조건을 공식적 노동시장의 규제수준과 같이 적용할 수 밖에 없도록 강제하는 메커니즘이 작동되고 있다. 또한 독립적 서비스 제공자로서 부모나 배우자를 포함한 친척을 고용할 수 있도록 허용하고 있다. 반면, 네덜란드는 독립적 서비스 근로자의 서비스 질을 관리하는 메커니즘은 전혀 갖추고 있지 않다(Wiener, 2003). 네덜란드는 서비스 질의 정의를 서비스 근로자의 전문적 기술 및 전문적 지도감독보다는 서비스 이용자의 권한 강화에 따른 서비스 이용자의 만족도라고 보는 것 같다(석재은, 2006).

15) 국민의 이익을 위한 진료의 질 보장, 공급 및 접근성에 대한 효과적인 통제, 시장기능 실패 및 시장관리 실패에 효과적으로 대응하기 위하여 모니터링 강화, NZa콜센터 운영(서비스 질, 마케팅 부분의 투명성, 가격상한제와 같은 가격조절, 매년 장기요양기관 외부회계감사 실시, 무작위로 기관선정하여 재정 관련조사, 내부자나 수급자 고발 접수하여 반복고발 기관 조사 등)(국민건강보험공단, 2010).

CIZ는 독립된 정부조직으로 장기요양보험에 가입되어있는 대상자들에 대한 장기요양 욕구사정 및 등급판정과 고객상담, 장기요양 신청 접수, 입소를 위한 의사결정 지원 등의 역할을 담당한다.

(3) 재정

AWBZ의 재원은 보험료와 정부보조금(세금), 본인부담금으로 충당하나¹⁶⁾, 주된 재원은 보험료이다. 보험료는 매년 정부에서 결정하며 소득을 기준으로 산출된 보험료 전액을 가입자가 부담해야 한다. 또한 세금은 재정상황을 고려하여 매년 결정한다. Wmo는 조세로 충당한다. 급여종류 별 재정소요는 2011년 기준으로 AWBZ 지출액은 GDP의 4.5% 수준인 약 254억€로 2002년에 비해 38%정도 증가하였다. 또한 이 가운데 노인 등의 간호/요양 부분의 지출이 대략 53%로 가장 많았으며, 장애인 지출 27%, 정신질환 지출 7% 순으로 나타났다.

<표 3-4> AWBZ 수입 및 항목별 지출금액

구 분	2002년	2004년	2006년	2008년	2010년	2011년
수입계(백만€)				20,601	21,757	21,584
지출계(백만€)	18,417	21,272	22,817	21,963	24,436	25,440
정신질환	3,165	3,744	3,792	1,541	1,680	1,720
장애인	3,975	4,594	5,058	5,880	6,556	6,825
간호/요양 (노인 등)	9,848	11,165	11,914	12,055	13,161	13,618
기타 (재가급여 등)	292	134	339	299	271	305
치료 외 지출	1,137	1,636	1,713	2,198	2,769	2,973

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 및 www.cvz.nl (2012) 참조하여 재구성.

16) 보험료는 매년 정부에서 결정하며 1등급과 2등급 2개의 과세계층에만 소득의 12.15%를 부과한다. 소득을 기준으로 산출된 보험료 전액을 가입자가 부담하며 근로자는 건강보험 정률 보험료와 함께 사용자가 원천징수하며 자영업자는 직접 세무관서에 납부한다. 또한 정부보조금은 재정 상황을 고려하여 매년 결정하며 본인부담금은 대상자의 소득, 연령(65세 이상 여부), 동거가족 수에 따라 결정한다. 2010년의 경우 AWBZ 지출의 68% 보험료, 24% 세금, 8% 본인부담금으로 추정(국민건강보험공단, 2010).

3. 개혁동향 및 시사점

1968년부터 실시되어온 네덜란드의 장기요양제도인 AWBZ는 2000년 이후 몇 차례 제도개선이 있었으며 이에 대한 내용은 <표 3-5>와 같다.

<표 3-5> AWBZ(특별의료비보험제도)의 개혁내용

년 도	내 용	비 고
2003	수급자 권한 강화(현금지급액 수급자에게 직접 지급) ※현금급여 지출액 크게 증가함에 따라 '10년 일 시 지급 중단사태 발생. (‘03년 6억€에서 ‘07년 13억€로 급증하였으며, ‘10년에는 예산 수립액 21억€를 초과)	‘95년부터 현금급여 한도액의 75% 범위에서 행정기관이 수급자가 계약 한 서비스제공자에게 현금급여 지급 함.
2006	-건강보험체계개편 (이원화되어 있던 일반건강보험제도를 전국민 가입 체제 및 민간보험회사 운영으로 단일화 함)	‘06년 이전에는 일반건강보험제도가 소득수준에 따라 공보험과 민간보험 으로 이원화되어 운영됨
2007	-AWBZ에서 보장하던 가사지원서비스를 조세로 운 영하는 지자체의 지역복지사업(Wmo)으로 이전함.	‘07년부터 네덜란드의 장기요양제도 가 장기요양보험료로 운영되는 AWBZ(특별의료비제도)와 지자체에 서 조세로 운영하는 Wmo로 운영 됨.
2008	-1년 미만의 정신치료를 건강보험으로 이전 -‘11년부터는 입원 치료 후 일시적 재활치료도 건 강보험으로 부분이전	
2012	-AWBZ 지역요양사무소의 역할을 민간보험사에 이양할 예정임.	AWBZ 지역요양사무소(보험자)는 장 기요양지출의 책임을 갖고 해당 지 역서비스제공자(장기요양기관)와 수 가 상한액 이하로 계약할 수 있으 나, 지역요양사무소의 통제구조가 투명하지 않는 등 비효율적으로 운 영됨으로써 보험자의역할을 민간보 험사로 이양하기로 함.

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

즉, 주요 내용으로 2003년에는 수급자 권한 강화 차원에서 현금급여 한도액

의 75% 범위에서 행정기관이 수급자에게 직접 지급하기로 하였으며, 2007년에는 가사지원서비스를 지자체지역복지사업(Wmo)으로 이전, 2008년에는 1년 미만의 정신치료를 건강보험으로 이전하였다. 또한 2011년 입원 치료 후 일시적 재활치료 건강보험으로 부분이전, 2012년 지역요양사무소의 역할을 민간보험사로의 이양 등이다.

네덜란드의 AWBZ는 도입배경이나 운영체제 면에서 우리나라와는 차이가 있지만 전 세계적으로 장기요양체제를 가장 먼저 도입하여 실시한 사례로 최근 몇 차례의 개혁은 우리나라 장기요양제도의 발전방향을 모색하는데 다음과 같은 몇 가지 시사하는 바가 있다.

첫째, 현금급여 도입의 필요성 문제이다. 앞의 현황에서 이윤경(2010b)의 연구¹⁷⁾를 통해 살펴보았듯이 우리나라는 제한된 경우를 제외하고는 현물급여를 원칙으로 하고 있다. 또한 요양보호사가 자신의 가족인 수급 대상자에게 서비스를 제공하는 가족요양서비스제도 마저도 대폭 축소하고 폐지하려는 상황에 현금급여 도입 논의는 시기상조일 수 있다. 그러나 현금급여는 이용자 스스로 본인의 선택에 따라 이용할 수 있으므로 이용자의 선택권 강화 차원에서 중요하다. 또한 현금급여는 현물급여에 비해 낮게 책정되므로 재정절감에도 도움을 줄 수 있다. 공적장기요양제도가 도입되었어도 가족 등 비공식부문의 역할¹⁸⁾은 여전히 중요하므로 이들에 대한 역할강화를 위해서도 필요하다. 따라서 장기적으로 볼 때 필요한 제도로 판단된다. 단, 네덜란드의 사례에서처럼 급격한 지출증가로 일시적 재정악화를 초래할 수 있으며, 서비스제공여부를 확인하기 어려운 문제가 있으므로 이에 대한 충분한 사전 논의와 대비가 전제되어야 할 것이다.

둘째, 재가장기요양서비스의 효율적 관리이다. 앞으로 장기요양의 욕구는 대폭 확대될 전망이기에 공적체계만으로 대응하기는 쉽지 않을 것이므로 지역사회의 다양한 자원을 활용할 수 있는 방안마련이 요구된다. 그러나

17) 우리나라의 노인장기요양보험제도의 현금급여는 도서벽지 등 서비스가 제공되지 않거나, 가족 이외의 다른 사람에 의해서는 서비스를 받지 못하는 특수한 경우에 한하여 제공함. 전체 등급인정자 중 0.2%만이 이용하고 있음(이윤경, 2010b).

18) '07년 기준으로 네덜란드의 비공식 요양제공자는 350만명이며 이중 장기간 집중적인 비공식요양제공자는 약 170만명으로 비공식요양은 여전히 상당한 역할을 담당하고 있다(국민건강보험공단, 2010).

현황에서도 살펴보았듯이 재가급여의 경우 방문요양에 편중되어 있고 방문요양서비스의 경우도 가사지원이 절반이상을 차지하고 있다. 따라서 현재의 장기요양서비스 체계를 가사지원서비스와 신체적서비스지원으로 구분한 이원화된 시스템으로 운영해 보는 방안을 검토해 볼 필요가 있다.

즉, 장기요양보험제도는 신체적서비스 제공을 중점적으로 하고, 가사지원서비스는 바우처사업이나 자원봉사자 등 지역사회의 다양한 복지자원을 연계하여 활용하는 방안으로 이원화함으로써 서비스를 효율적으로 관리하는 방안을 검토할 필요가 있다. 이로써 간접적으로 재정안정화에도 기여하게 될 것이며, 아울러 가사지원서비스에는 다양한 인력을 활용하고, 요양보호사는 장기요양대상자의 신체적서비스만을 집중담당하게 함으로써 요양보호사에 대한 낮은 사회적 인식 개선과 인력확보에도 도움이 될 수 있을 것이다.

셋째, 대상자의 기능상태 및 질환에 따라 집중 관리할 수 있는 환경조성이다. 즉, 치매의 경우 증상이 매우 다양하게 나타나고 초기치료가 향후 질환의 진전속도에 크게 영향을 미치므로 전문적인 대응이 중요하다. 또한 중풍질환자의 경우도 인지기능은 문제없이 신체적 기능만이 일부손상 받은 경우가 많아서 이런 경우에는 재활을 위한 집중프로그램이 요구된다. 그럼에도 불구하고 질환의 특성에 따른 구분 없이 신체활동을 기준으로 1~3등급으로 구분하고 대부분 동일프로그램을 적용하고 있는 것이 현실이다.

그러나 이제는 질환이나 증상의 경중에 따라 집중 관리할 수 있는 여건을 조성하여 보다 전문적인 대응을 해 갈 필요가 있다. 이로써 치매, 중풍 등의 질환의 종류별로 구분하거나 신체적 기능 상태에 따라 경·중 등으로 세분하여 치매집중, 재활집중, 요양집중, 임종간호 등 다양하고 전문적인 서비스 제공을 검토할 필요가 있다. 이에 노인의 욕구와 기능상태 등을 충분히 반영하여 ZZP1~ZZP10까지 10종류로 세분화된 서비스를 제공하고 있는 네덜란드의 사례는 시사하는 바가 크다.

넷째, 장기요양기관에 대한 모니터링 시스템 마련이다. 앞서 현황에서 살펴본 바와 같이 일부 장기요양기관의 불법·부당행위의 문제는 심각하다. 이는 심각한 재정누수와 장기요양서비스 시장의 질서 교란, 요양인력의 임금저하

등의 많은 문제들을 야기 시키고 있다. 따라서 이에 대한 강력한 행정적 제재가 요구된다. 따라서 결과에 대한 행정적 제재뿐만이 아니라 사전에 이를 제대로 적발할 수 있는 시스템이 필요하다. 그 방안으로 네덜란드의 사례 즉, 매년 모든 서비스제공자에 대한 외부회계감사를 실시하고, 장기요양기관의 재정 보고서나 청구서에 대해 매년 무작위로 기관을 선정하여 매년 조사하고, 내부자나 이용자의 고발을 접수하여 반복고발 기관을 조사하는 등의 모니터링 시스템을 검토해 볼 필요가 있다.

제 2 절 독 일

1. 도입배경

1995년에 도입된 독일의 수발보험(Pflegeversicherung)은 일상생활을 수행하는데 있어서 신체적, 정신적 또는 정서적 질병 및 장애로 인하여 최소한 6개월 간 지속적으로 다른 사람의 도움을 필요로 하는 자에게 요양급여를 제공하는 사회보험제도이다. 수발보험을 도입하게 된 주된 요인은 노인인구의 급속한 증가 및 가족의 부양기능 약화 문제를 들 수 있다. 독일은 1932년에 이미 전체인구 가운데 65세 이상의 노인이 7%가 넘는 고령화 사회(aging society)에 진입하였고, 1972년에 14%를 초과하면서 고령사회(aged society)에 진입하였다. 이처럼 노인인구 증가에 따라 요양보호대상노인은 급증하는 반면, 여성의 사회참여 증가와 핵가족화 등으로 인해 가족의 부양기능은 약화되었다. 이러한 상황 속에서 사회부조비 증가로 인한 지방재정의 위기와 질병보험의 재정 위기에 직면하게 되었다.

그러나 당시의 독일에는 장기요양보호를 위한 보편적이고 단일화된 보장시스템은 없었다. 따라서 대부분의 노인요양서비스는 사회부조나 복지재단에 의해 자선적이고 선별적으로 행해짐에 따라 제공된 요양서비스 급여도 양적, 질적으로 미흡하여 장기요양에 대한 다양한 욕구에 대응하기 어려웠다(Schneider, 1999).

이러한 여건 속에서 노인의 수발문제가 사회문제화 되자 이를 해결하기 위해 1990년 연방의회의 선거에서 집권당이었던 기민당·기사련이 수발보험제도 도입을

공약으로 내세웠다. 이를 계기로 1993년 수발보험 법안을 제출하였으며, 1994년 수발을 사회적으로 보장하는 수발보험법이 제정되고, 1995년 4월부터 재가서비스를 시행하였으며, 1996년 7월부터 시설서비스로 확대하여 실시하게 되었다(김덕환, 2005). 이로써 수발대상 당사자 및 가족의 부담과 지방정권의 재정적 부담을 완화시키는 효과를 기대할 수 있게 되었다. 수발보험제도의 도입과정은 <표 3-6>과 같다.

<표 3-6> 독일의 수발보험제도 도입 및 개혁 과정

년 도	내 용
1970년대	1974년 고령사회 진입
	1978년 장기요양을 위한 사회보장의 필요성 제기에 따른 연구진행
1980년대	1984년 녹색당에 의해 최초로 법안 제출 및 이 후 민간단체 등으로부터 많은 법안 제출되었으나, 입법화 안 됨
	1988년 질병보험개혁법 제정(수발급여 일부 실시)
1990년대	1994년 수발보험제도 의회 통과, 수발보험법 제정
	1995년 1월 보험료 징수(노인인구 15.2%)
	1995년 4월 재가급여 실시
	1996년 7월 시설급여로 확대 실시
2000년대	2005년 노인인구 18.8%
	2008년 수발보험 개혁

*자료 : 김덕환(2005) 참조하여 재구성.

2. 제도적 특징

독일의 수발보험¹⁹⁾은 급여 수급자의 주된 대상이 65세 이상의 노인들이다. 그러나 전 국민을 대상으로 하고 있음에 따라, 나이에 관계없이 젊은 층도 보험료를 납부하며, 장애 등으로 장기요양이 필요한 경우 이들에게도 급여가 제공된다. 이처럼 보편주의에 입각한 사회보험방식의 제도인 수발보험의 구체적인 내용은 다음과 같다.

19) 독일사회법전(SGB)에 명시되어 있는 수발보험의 목적은 첫째, 수발이 필요한 사람 스스로 자기 나름대로의 삶을 살 수 있도록 한다. 둘째, 수발이 필요한 상황이 닥치고 난 뒤에도 예방과 재활을 우선한다. 셋째, 수발이 필요한 사람에 남아있는 능력들을 유지시키고, 잃어버린 능력은 회복시킬 수 있도록 활동을 자극한다. 넷째, 수발이 필요한 사람의 의사소통 욕구를 고려한다(김근홍, 2004).

1) 수요측면

(1) 보험 가입자

독일은 법정수발보험(공적보험)과 민간수발보험(사보험)으로 구분하고, 모든 국민을 법률에 의해 양 보험에 강제로 가입시키고 있다. 즉, 연령, 계층, 국적 등에 관계없이 독일에서 고용된 모든 사람들을 포함한다.²⁰⁾ 따라서 질병보험 가입자는 법정수발보험 가입자로, 민간질병보험 가입자는 민간수발보험 가입자로 분류된다. 또한 우선 부양받을 권리가 있는 아동(18세 미만자) 및 배우자 등은 법정수발보험의 의무가입에서 제외되어, 월 소득 최저생계비를 초과하지 않을 경우 가족보험에 동반 가입되어 별도의 보험료 납부 없이 혜택을 받을 수 있다. 그 밖에 학생, 무직자, 직업훈련 중인 자는 연령기준에 따른 적용을 받는다²¹⁾.

(2) 수급 대상자

독일의 수발보험은 연령이나 질병의 원인에 관계없이 피보험자와 동일한 모든 국민을 대상으로 하고 있다. 즉, 수발보험은 노인이나 장애인에 국한하지 않고, 일상생활의 통상적·반복적 일을 수행함에 있어서 신체적·정신적·정서적 질병이나 장애로 인해 최소 6개월 간 지속적으로 다른 사람의 도움을 필요로 하는 건강보험가입자인 피보험자와 동일한 전 국민을 수급대상자로 한다. 등급판정 작업은 MDK(질병보험의료업무단)에 의해 행해지고, 총 36개 항목에 대한 일상생활 수행의 어려움 정도 및 도움빈도, 소요시간을 기준으로 중증도(1등급~3등급)를 구분한다.

<표 3-7> 수발보험 등급 기준

등 급	상 태	신체기능상태 및 보호빈도	1일 기준 수발제공시간
1등급	경증	신체관리, 영양섭취 또는 기동성의 수발 중 2개 영	1일 1회 1시간 30분,

20) 2009년도 기준으로 월수입이 3,675€ 이하인 자는 법정보험의 의무가입대상이고, 3,675€ 이상인 자는 공적보험 또는 민간보험에 선택 가입할 수 있다(국민건강보험공단, 2010).

21) 학생이거나 직업훈련중인 자는 25세까지, 무직인 경우 23세 까지 보험료 납부 없이 혜택 받음(김근홍, 1999).

	역에서 적어도 1일 1회 타인의 도움을 필요로 하고 추가로 1주에 여러 번 가사활동 지원을 필요로 하는 자	최소 45분 이상 요양이 필요한 사람
2등급 중등증	신체관리, 영양섭취 또는 기동성의 수발 각각 1일 3회 이상 수발서비스 제공과 가사어부 지원을 필요로 하는 자.	1일 1회 3시간 이상 요양이 필요한 자
3등급 최종증	신체관리, 영양섭취 또는 기동성에 있어서 밤낮 하루 종일 타인의 도움을 필요로 하고, 추가로 여러 번 가사활동 지원을 필요로 하는 자	1일 1회 4시간 이상 요양이 필요한 자
극심한 최종증	말기 암환자 등	현 등급체계(법규정)에는 없으나 3등급보다 극심한 중증의 환자로써 3등급의 3%정도 해당

*치매환자에 대한 판정을 달리할 필요가 있어 5등급체계 논의 중.

*자료 : 박광준(2004) 및 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

수발보험 등급 인정률은 <표 3-8>에서와 같이 65세 이상 인구 기준으로 시행 첫 해인 '95년 6.3%로 시작하여 99년 10.7%까지 증가하였다가 '05년 현재 9.8% 수준이다²²⁾.

<표 3-8> 인정률 추이(65세 이상 인구 기준)

구 분	'95	'97	'99	'01	'03	'05
인정률(%)	6.3	9.9	10.7	10.3	10.1	9.8

*자료 : OECD(2010), 독일연방후생성; 전우덕(2011c) 재인용.

등급별 이용현황을 보면(2008년 기준), 이용자수가 제도시행 첫 해인 1995년에 비해 2배정도 증가하였다. 또한 전체이용자 가운데 재가급여 이용이 68.7%, 시설급여 이용이 32.2%로 재가이용률이 시설이용률에 비해 두 배 이상인 것으로 나타났다(<표 3-9>참조).

22) 독일은 수발보험 도입으로 전체 인구의 약 2.4%, 노인인구의 10% 정도가 급여혜택을 받고 있다(최은영 외, 2005).

<표 3-9> 등급별 수급자 현황

(단위 : 천 명)

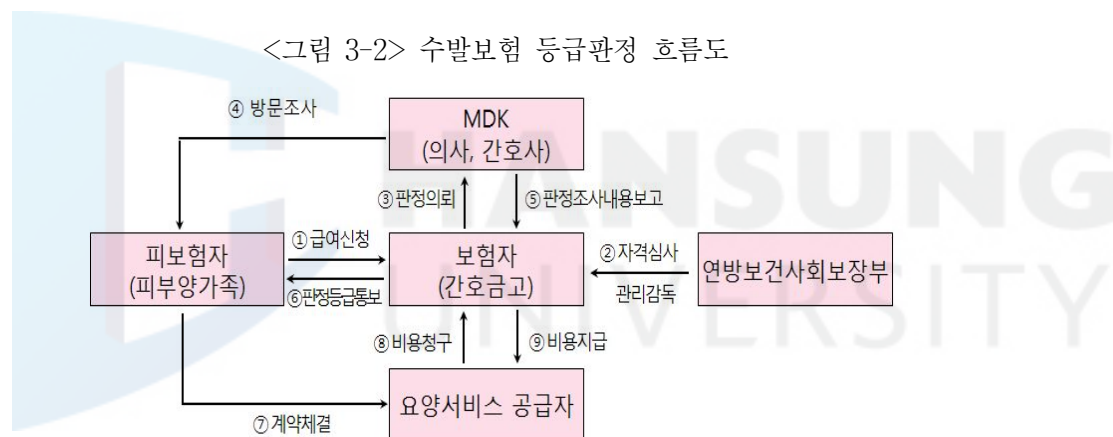
	1995	1996	2000	2003	2008	
					재가	시설
1등급		621	893	970	862	275
2등급		670	683	678	440	273
3등급		256	246	245	131	133
합계	1,061	1,547	1,822	1,893	1,433	681

*2008년 전체이용자의 22.5%는 65세 미만자임.

*자료 : 보건복지부(2004) 및 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

(3) 이용절차

수발보험의 이용절차는 <그림 3-2>에서와 같이 가입자나 부양가족의 신청에 의해 이루어지며, 구체적 절차는 다음과 같다.



* 자료 : 보건복지부(2005).

즉, 피보험자나 피부양가족은 가입한 장기요양금고(조합)에 등급판정 신청을 한다. 신청을 접수한 보험자(장기요양금고)는 MDK(Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)에 등급판정을 의뢰한다. MDK는 신청자와 방문날짜를 결정하고 정해진 날짜에 신청자의 주거지로 방문하여 면접조사를 실시한다²³⁾.

23) 등급인정조사자는 국가고시 합격한 간호사 및 전문요양원이며, 이들은 6개월 이내 기간 동

등급판정 조사 결과를 토대로 MDK본부에서 수발보호 등급이나 수발서비스 종류 등을 판정하고 개입별 수발보호 계획서를 작성하여 보험자인 장기요양보험금고에 통보한다. MDK로부터 통보를 받은 보험자는 통보된 내용을 심사하여 등급여부 또는 등급을 결정하여 신청서 도달 후 늦어도 5주 내에 서면으로 신청자에게 통지한다.

(4) 급여내용

<표 3-10> 서비스 종류별 급여내용

구 분	종 류	내 용
재가급여	현물급여 (Pflegesachleistungen)	주거 공간에서 기초장기요양서비스와 가사지원서비스를 제공하는 급여
	현금급여 (Pflegegeld)	자신을 돌보는 가족, 이웃, 수발인 등에 의해 서비스를 제공받는 경우 지급되는 현금(현물급여액의 50% 수준).
	혼합급여 (현물+현금)	-대상자가 현물급여의 일부만을 청구한 경우 그 잔여분에 대해 현물급여를 지급받는 정도에 비례해서 현금급여를 감액 지급한다.
	요양보조도구지원	요양에 필요한 보조기구 청구 가능
	주거환경개선보조	생활공간 주거 개선 공사 자금 지원
부분시설 보호급여	주야간보호	거택보호가 충분히 이루어질 수 없고 보충이 필요한 경우 부분적으로 시설에서 보호
	단기보호	단기적으로 재가보호가 전적 혹은 부분적으로 이루어질 수 없거나 부분시설보호도 이루어 질 수 없는 경우(단, 년 4주로 제한).
시설급여 (상시입소)	상시입소	장기요양 필요자는 원칙적으로 재가와 시설 중 자유롭게 선택 가능(※숙박비 등 신변잡비는 본인이 부담하나 본인 부담능력이 없는 경우 사회부조에 의지).
	치매노인특수공동생활 가정	장기요양 필요자는 원칙적으로 재가와 시설 중 자유롭게 선택 가능(※숙박비 등 신변잡비는 본인이 부담하나 본인 부담능력이 없는 경우 사회부조에 의지).
	장애인 특수시설급여	장애인지원을 위한 시설에서 생활하는 장기요양대상자에게 비용 보상(기숙사비의 10%부담)

*자료 : 국민건강보험공단(2010).

수발보험의 서비스 종류별 급여내용은 <표 3-10>에 나타난 바와 같이 서비스 장소에 따라 재가급여, 부분시설급여, 시설급여로 구분된다. 시설급여는 현

안 교육받은 이후에도 지속적으로 내부세미나 및 판정관련 외부세미나 참석으로 인정조사 전문성 강화 실시함(국민건강보험공단, 2010).

물급여 형태로만 제공된다. 이지전(2002)에 의하면 수발보험 급여의 원칙은 인간의 존엄성을 유지하고 신체적, 정신적, 정서적 능력을 회복할 수 있도록 제공해야 한다. 또한 재가서비스가 시설서비스에 우선하며, 가입자의 건강한 삶을 위해 계몽과 상담서비스 제공을 강구해야 한다.

(5) 급여수가

등급에 따른 급여형태별 수가는 입소시설 1, 2등급을 제외하고 <표 3-11>과 같이 단계적으로 인상 적용되었다. 이로써 재가 현물급여는 대상자의 등급에 따라 정해진 최고 한도액까지 장기요양보험에서 부담하여 450€에서 1,432€까지 지급받을 수 있으며 초과 금액은 본인이 부담한다. 주간 및 야간 서비스 급여액도 재가급여의 현물급여액과 같은 금액으로 인상되었다.

<표 3-11> 급여수가

(단위 : €)

재가현물급여액/월.				
요양등급	2008. 7. 이전	2008. 7. 이후	2010.	2012.
1 등급	384	420	450	450
2 등급	921	980	1,040	1,100
3등급	1,432	1,470	1,510	1,550
재가현금급여/월				
요양등급	2008. 7 이전	2008. 7 이후	2010	2012
1 등급	205	215	225	235
2 등급	410	420	430	440
3등급	665	675	685	700
시설급여/월				
요양등급	2008. 7 이전	2008. 7 이후	2010	2012
3등급	1,432	1,470	1,510	1,550
3등급 특별경우	1,688	1,750	1,825	1,918

*시설입소 1, 2등급의 현물급여는 각각 월 1,023, 월 1,279€로 변동 없음.

*자료 : BMG(2008a); 이용갑(2009) 재인용.

(6) 본인부담금

수발보험서비스 이용 시 월 최고한도액까지는 수발보험에서 제공하므로 월 한도액 범위 내에서 별도의 본인부담금은 없다. 단, 월 한도액 초과비용 및 숙박비, 식비는 본인이 부담한다.

2) 공급 측면

(1) 시설인프라

수발보험 시행 전에는 주로 비영리 자선기관 등이 수발제공의 역할을 수행했으며, 국가나 공공조직은 이를 보완하는 구조였다. 현재 수발보험의 운영주체에 대한 제한은 없으며 공공조직, 민간 영리조직, 민간 비영리조직 등 다양한 형태로 구성되어 있다. 장기요양기관이 수발서비스를 제공하기 위해서는 수발금고와 계약을 체결하여 계약기간 동안 서비스를 제공할 수 있으며, 서비스 질 등 규정된 요건을 충족하지 못한 때에는 계약이 해지될 수 있다.

2007년 말 기준하여 장기요양기관 운영주체별 현황은 재가와 시설기관의 민간영리와 민간비영리의 비율이 각각 대략 6:4, 4:6정도이다. 반면 재가와 시설의 공적기관은 각각 1.7%와 6.7%이며 재가보다는 시설의 공적기관이 다소 많은 것으로 나타났다. 장기요양기관의 현황 및 운영주체는 <표 3-12>와 같다.

<표 3-12> 장기요양기관 현황 및 운영주체(2007년)

장기요양기관 현황					
년도	재 가	입 소	시설형태별 구분		
			상시입소	단기보호	주·야간보호
2005	10,977	10,424	9,414	1,529	1,779
2007	11,529	11,029	9,919	1,557	1,984

장기요양기관 운영주체			
구 분	민간 영리	민간 비영리	공공 기관
재 가	57.6%	40.6%	1.7%
시 설	38.1%	55.1%	6.7%

*상시입소시설에서 단기보호 병설시 중복 계산됨.

*자료 : 국민건강보험공단(2010).

(2) 인력 인프라

수발서비스종사자²⁴⁾는 간호사 및 노인수발사와 그 외 이들을 보조하기 위

24) 가족수발자는 정기적으로 매주 30시간 이상 다른 직업 활동을 하지 않고 1주일에 최소 14시간 이상을 가정에서 수발하는 경우, 요양보험은 법적연금보험에 보험료를 지불하고 산재보험에도 혜택을 제공한다(Priester,1993; 최승호, 2008 재인용).

한 간호조무사와 노인수발보조사가 있으며, 가사 관리와 정서지원을 제공하는 수발인력 등이 있다. 특히 노인수발사는 자격취득을 위한 엄격한 과정을 거쳐 양성됨으로써 노인수발을 위한 전문성을 갖추고 있다. 독일은 각 주별로 노인수발교육과정이 차이가 많음으로 인해 수발인력의 문제가 제기됨에 따라 2003년부터 연방차원의 통합되고 표준화된 노인수발교육과정을 마련하였다. 이로써 노인수발사의 교육과정은 3년이며, 보조 인력인 노인수발보조사는 1년에 600시간의 교육과 900시간 이상의 실습을 마치고 국가인증이나 민간기관 시험에 합격해야 한다(국민건강보험공단, 2010). 이들에 대한 구체적인 자격제도 및 교과내용은 <표 3-13>과 같다.

<표 3-13> 독일의 노인수발사 자격제도 및 양성교육과목

자격명칭	법적지위 내용	자격취득방법	주요활동분야	비고
노인수발사	주단위의 국가자격시험	3년간의 교육과정 이수 (실업·직업학교졸업+양성과정 2년+연수 1년)	시설과 재택에서 고령자 수발 및 간 호 등의 전문적 활 동	주마다 약 간의 차이 있음
노인수발사 양성교육과목				
일반과목	국어, 종교, 법률, 직업, 사회권, 정치			
전문과목1	표현방법, 심리학, 사회학, 교수법, 운동, 제작 및 공작, 고령자의 일상생활문제			
전문과목2	의학적 기초, 약재, 노인과 환자의 케어, 노인신경의학, 노인정신의학, 위생학, 영양사			

*자료 : 이해영(2006).

또한 전문적인 요양서비스 영역은 시설수발과 응급대응 서비스에 해당하며, 재가 요양 시 2/3 이상의 인력은 전문 수발교육을 받지 않은 일반인이 담당하고 있다. 이들은 무상의 수발 교육과정을 자유롭게 받을 수 있으나 의무적이지는 않다(최승호, 2008).

(3) 거버넌스

연방정부는 정책을 결정하고 수발보험제도를 총괄하며 지방정부 및 보험자의 지도와 감독의 역할 등을 수행한다. 지방정부는 장기요양시설의 인허가 및 지도·감독, 수가관리 등의 역할을 수행한다. 그리고 수발보험의 운영주체는 질병보험이며, 질병금고 내에 설치된 수발보험금고(Pflegekassen)가 수발보험의 관리주체이다. 즉, 수발보험금고는 법정 장기요양을 담당하는 기관으로 질병금고 소속하의 독립된 법인이며, 독립채산제를 실시하여 재정적으로도 질병금고로부터 독립되어 있다. 따라서 자주적인 행정운영의 원칙하에 스스로 정관을 정하고, 입소시설 및 재가서비스기관과 서비스 계약 체결 및 해지, 수가협상, 서비스 질과 가격에 관한 감독책임 등의 고유한 업무를 담당한다²⁵⁾.

또한 MDK(질병금고의료지원단)는 질병금고에서 특별한 의학적 치료나 재활 필요성 등에 대한 정보를 제공하는 독립적인 의료서비스 조직으로서, 수발보험 신청자에 대한 등급판정과 등급 불만자의 재신청시 이에 대한 재조사 및 재판정의 역할도 담당한다. MDS(질병금고의료업무단 총연합회)²⁶⁾는 전국의 MDK 업무에 대한 조언자 및 자문 등 MDK를 총괄관리하고 조정하는 역할을 담당한다(국민건강보험공단, 2010).

(4) 재정

수발보험의 재정은 전적으로 보험료로 충당한다. 즉, 피용자 및 사용자에게 부과되는 보험료와 정부보조금 및 기타수입으로 구성되나 대부분은 보험료로 충당된다. 보험료는 2008년 7월 이전까지는 월 총 수입의 1.7%였으나, 2008년 7월부터 1.95%로 인상하여 적용하고 있다. 단, 자녀가 없는 경우는 0.25%를 추가한 2.2%를 부담하며, 근로자는 본인과 사용자가 각각 절반씩 부담한다(<표 3-14>참조).

25) 민간요양금고의 요양서비스 업무도 원칙적으로 수발보험금고의 업무와 동일하다. 단, 민간 수발보험은 민간질병보험회사가 관장하고, 가입자 상황(위험에 대한 추가보험료, 가족의 공동가입 등)에 따라 요양보험료를 결정한다(조지현, 2008).

26) 2008년 7월에 설립되었으며 의사 등 전문가 55인으로 구성됨. MDS는 장기요양금고로부터 위탁받은 MDK 업무를 지원하지만 MDK로부터 독립적으로 운영된다. 구체적 업무내용은 장기요양기관 평가기준 마련 및 관리, 서비스 질 평가 등을 통해 서비스 질 개선을 위한 노력과 그 외에 등급판정업무 지원 및 전문홍보책자 발간 등 각종 연구 사업을 병행한다.

<표 3-14> 직업별 장기요양 보험료 부담률

구 분	부과소득	보험료율	부담 주체별 부담률	
			개인부담률	3자 부담
근로자	총임금	1.95%	50%	50%(사용자)
자영업자	총소득	1.95%	100%	-
실업자	실업급여/보조금	1.95%	-	100%(연방노동사무소)
노령연금생활자	연금소득	1.95%	50%	50%(연금보험료)

*자료 : 이용갑(2009) 참조하여 재구성.

또한, <표 3-15>에 나타난 바와 같이 서비스 급여종류별 재정현황(2006년 기준)을 보면 시설급여로 소요되는 비용이 전체의 절반 이상을 차지하고 있으며, 다음으로 재가현금급여와 재가현물급여 순으로 나타나고 있다.

<표 3-15> 급여 종류별 재정소요(2006년 기준)

구 분	시설	재가 현물	재가 현금	간병인사회 보장비	휴가요양, 주야간, 단기	요양 물품	장애인 시설요양
재정율(%)	50.6	14.1	23.4	5.0	3.3	2.2	1.4

*자료 : 국민건강보험공단(2010).

3. 개혁동향 및 시사점

독일은 1995년 공적 장기요양제도인 수발보험제도 도입으로 가족의 수발부담 경감과 지방재정의 부담 완화 등의 기대효과가 어느 정도 성취되었으나 한편으론 많은 문제점들도 제기되었다. 즉, 장기요양의 필요성이 신체 및 가사 지원 등으로 한정되어 있고, 서비스의 낮은 품질, 재정악화 등의 문제들이 제기됨에 따라 보다 효율적이고 안정적인 제도 운영을 위해 지속적으로 개선을 위한 다각적 노력을 기울이고 있다. 이 가운데 핵심적인 내용으로 2002년에 서비스 질 개선을 위한 수발질 보장법을 마련하여 정기적인 수발교육을 통해 수발인의 전문성을 강화하였다.

또한 수발급여가 상담이나 지도·감독이 필요한 치매나 정신질환자 등에 대한 고려가 불충분하다는 비판에 따라 2004년 수발급여보완법을 제정하여 치매와 정신질환자 가족에 대한 지원 안을 마련하였다. 그리고 장기요양보호가 필

요한 인구 층이 증가되는 가운데 수발보험제도 도입 5년째인 1999년부터 재정 적자가 발생²⁷⁾함에 따라 재정의 안정화를 위해 자녀유무에 관계없이 총수입액의 1.7%를 일괄 적용하던 보험료를 2005년부터 무자녀의 경우에 한해 0.25%를 인상하였다. 2008년의 개혁내용은 <표 3-16>에서와 같이 치매와 정신질환자에

<표 3-16> 수발보험의 “2008 개혁”내용

개혁안	내 용	비 고
보험료 인상	제도 시행당시부터 적용되던 보험료를 0.25%씩 인상.	1.95%와 2.2%(자녀 있는 경우)
급여액 인상	재가 1,2,3등급 및 시설 3등급의 급여를 2012년까지 단계적으로 인상.	시설급여 1, 2등급은 그대로 유지.
치매환자 지원 강화	치매와 정신질환자에 대해 지원된 연간 460€의 재가급여 지원액을 연간 1,200€, 연간 최대 2,400€까지 인상	치매환자의 장기요양필요성 인정 및 치매 시설입소자에게 전문적 인력지원 가능하게 됨
장기요양 서비스지원 센터 설치	급여수급자 및 가족을 대상으로 급여종류, 금액, 제공기관 등에 대한 정보제공 및 상담과 조언	사례관리사가 개별적인 사례관리 실시
장기요양 서비스제공 자에 대한 휴가도입	-근로자(15인 이상 사업장)가 가족이나 친척을 주 14시간 이상 수발할 경우 최장 6개월 무급휴가 실시 -긴급 발생한 장기요양 필요성으로 근로자가 자신의 가족에게 수발서비스를 해야 할 경우 최장 10일의 단기휴가 사용 가능	가족에게 수발서비스를 제공하는 근로자 휴가 시 임금지급은 없으나 수발보험조합에서 근로자의 노령연금보험료와 실업보험 보험료 지급
급여대상자 에 대한 보호 강화	-급여신청 대기기간을 보험가입 5년에서 2년으로 단축 -판정기간 단축;신청결과를 최대 5주내 통보하고 신청자가 병원이나 호스피스에 입원하고 있는 경우 1주일 내에, 재가급여신청이나 수발서비스제공 휴가신청은 2주일 내에 결정 -급여제공 장소의 다원화 인정 (급여공동화 인정)	‘07년 공정의료보험개혁을 통해 재가환자요양에 대한 급여 제공이 ‘기타 적합한 장소, 특히 지원받는 거주형태’에서도 가능하도록 규정함으로써 노인의 욕구 고려하였으며, ‘08년도 재가급여 수급자들이 주거 공동체를 구성할 경우 현물급여 총량을 생활공동체유지에 필요한 급여로 사용할 수 있게

27) 수발보험의 재정은 1999년부터 2005년까지 연간 8.2억 유로의 적자 발생(남현주, 2011).

		함. 이는 동일거주지역 대상자들 간에도 가능
서비스질²⁸⁾ 과 투명성 강화	-시설 자체에 대한 평가 강화 및 평가결과 공개 (‘11년부터 모든 시설이 매년 불시에 최소 1회 평가) -‘08. 7월부터 시설근무자의 처우개선 강제 (수발보험조합은 근로자에게 해당 지역의 통상적인 수준의 임금을 지급하는 시설만 급여제공계약 체결할 수 있음)	-시설의 서비스 질에 대한 평가 보고서는 인터넷, 시설, 장기요양서비스지원센터에 공개 -MDK는 평가 후 시설의 결함에 대해 개선을 권고하며, 개선하지 않는 경우 계약 파기할 수 있음
예방과 재활 강화	수발보험조합은 재활이 필요한 자의 동의하에 재활조치 실시의 의무 부과.	예방과 재활제공으로 수급대상자의 등급이 낮아진 경우 시설에 1,530€의 인센티브 지급
보건의료 서비스와 수발서비스 간의 연계 강화	-시설은 외래진료의사나 외래진료센터와 보건의료서비스 제공계약을 체결하거나 자체적으로 의사 고용 가능 -병원은 퇴원하는 환자가 수발급여 필요시 재가, 재활, 시설급여로 연계되는 ‘퇴원관리’ 실시 가능	퇴원관리의 사례관리사는 경험 풍부한 간호사가 담당

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 및 이용갑(2009)참조하여 제작성.

대한 지원 강화, 단계적인 급여액 인상, 서비스 질 향상을 위한 시설평가 결과 공개²⁹⁾, 재가급여 확대를 위해 장기요양지원센터 설치³⁰⁾ 및 가족에 의한 장기요양 지원 강화³¹⁾ 등을 주요 내용으로 하고 있다.

28) 독일은 장기요양급여 질 개선을 위해 다양한 조치를 개발함. 즉, 일반국민들이 이해하기 쉽도록 작성된 장기요양기관 평가결과 보고서를 통하여 사람들이 좋은 시설과 그렇지 않은 시설의 차이점을 쉽게 알 수 있게 정보를 공개하고 장기요양기관들은 내부적인 질 관리 시스템 도입 의무를 가지며 전문가 표준서비스를 적용하고 보험자는 매년 장기요양기관의 효율성 및 수급자의 건강상태, 만족도 등을 사전 예고 없이 평가하여 인터넷에 공개함. 또한 장기요양인력의 보상을 보장하도록 규정을 마련하여 장기요양인력들에게 그 지역의 통상적 수준의 임금을 제공하도록 하였으며, 자조그룹과 자원봉사자들에 의한 돌봄서비스의 가치를 인식하고 교육 등 이들의 체계적 관리를 위한 모델 프로젝트를 위해 재정적 지원을 증액함(박종덕, 2010).

29) 2011년부터 정기평가가 매년 최소 1회 실시됨. 또한 요양시설의 서비스 질 향상을 위해 입소시설 입소자가 MDK에서 재활필요자로 판단했음에도 6개월 동안 재활 받지 않고 상태가 호전된 경우 인센티브(1인당 1,530€)를 지급한다(국민건강보험공단, 2010).

30) 가족요양에 의한 재가서비스를 확대하고자 2009년부터 실시하고 있으며 지자체와 요양금고가 공동관리하고 책임은 지자체가 진다. 장기요양지원센터의 주된 역할은 요양서비스 이용 등에 대한 상담·안내·조언을 한다. 또한 서비스 종류와 양을 분석하여 서비스 이용계획 작성을 조언하고, 모니터링 하며, 장기요양대상자와 요양서비스 제공자와의 중간역할을 수행한다. 수급자를 관리하는 상담인력은 간호사, 사회복지업무담당자, 사회보험전문인력이며 400시간의 교육을 이수해야 한다(국민건강보험공단, 2010).

이상에서와 같이 독일 수발보험의 전반적 제도내용과 개혁동향을 통해 살펴본 우리나라에 대한 시사점을 살펴보면 다음과 같이 요약·정리할 수 있다.

첫째, 치매환자 및 가족에 대한 지원이다. 우리나라의 장기요양 등급판정 기준은 일상생활동작능력에 기초하고 있으므로 수발이 필요한 치매환자의 욕구를 전혀 반영하지 못하고 있다. 그러나 치매환자의 경우 신체적 활동은 가능한 경우라 해도 인지기능 장애로 인해 보호자가 필요한 경우가 많으므로 치매환자에 대한 사회적 보호의 필요성이 절실히 요구되고 있다. 따라서 등급인정은 받지 못했을 경우라도 의료기관에서 치매진단을 받은 경우 치매환자나 가족에 대한 급여지원방안 및 지역사회서비스연계 등을 적극 검토할 필요가 있다.

둘째, 재가급여의 활성화 및 비공식부문 활성화이다. 수급대상자의 욕구를 충족시키고 효율적인 재정운영을 위해 자원봉사자 연계, 주·야간 보호소 확충, 가족 등 비공식부문 지원 등으로 재가급여서비스를 확대할 필요가 있다. 독일의 경우 특히 적자재정으로 전환된 데에는 시설급여 증가가 큰 요인으로 작용하였다. 따라서 가족 수발자에 대한 지원이 전무 하고 가사지원서비스의 비중이 큰 우리나라 장기요양서비스에 대한 대책마련이 필요하다. 재가급여 활성화는 재정안정화에도 도움이 되며, 수급대상자 자신이 살아온 친숙한 환경에서 서비스를 받고자 하는 욕구 또한 충족시킬 수 있을 것이다. 이로써 재활을 강조하고, 현금급여제를 실시하고, 장기요양지원센터를 통해 가족의 장기요양 서비스에 대한 다양한 지원을 하는 등 재가급여를 활성화시키고 있는 독일의 사례는 시사하는 바가 크다.

셋째, 서비스 질 강화를 위한 장기요양기관 평가 방식 개선이다. 우리나라의 경우 제도 시행의 지난 4년이란 짧은 기간 동안 양적으로는 과다할 정도로 확대되어왔다. 그러나 이러한 양적인 팽창은 오히려 요양보호사의 임금저하 및 서비스의 질을 저하시키는 요인이 되고 있다. 그러나 노인장기요양보험제도가 장기적으로 안정되게 유지·발전되기 위해서는 외적인 성장 못지않게 내실화를

31) 가족을 통해 요양이 이루어질 수 있도록 현금을 지급하며, 현금지급 시 전문요양인력이 확인한 후 내용이 다를 경우 금액을 줄이거나 회수한다. 확인주기는 1-2등급은 6개월, 3등급은 3개월마다 1회씩 확인. 근처 요양시설 전문요양인력이 확인하여, 적절한 요양보호가 이루어지지 않는 경우 요양비용을 줄이거나 환수 할 수 있다. 이때 인근 요양시설 전문요양인력이 확인한 사항에 대해 수발금고에 비용을 청구하며 1회 방문 시 34.5€를 지급한다. 또한, 재가 서비스 이용 시 장기요양기관과 계약된 요양보호사는 가족이든 동거가족이든 구분하지 않는다(국민건강보험공단, 2010).

기해야 하며, 이제는 서비스 질 제고를 위한 다각적 노력을 기울여야 한다. 즉, 서비스 질 개선을 위해서는 서비스 전담인력인 요양보호사의 전문성장화 및 처우개선은 물론이고 서류중심의 현 장기요양기관 평가방식 개선과 함께 공적기관의 책임강화 등이 함께 수반되어야 할 것이다. 이러한 점에서 독일의 서비스 질 개선을 위한 노력은 시사하는 바가 크다.

이에 장기요양기관 평가에 있어서 이용자의 입장을 충분히 반영할 수 있고, 서비스 질 제고로 연동될 수 있도록 현 평가방식의 개선이 요구된다. 또한 서비스전담인력인 요양보호사의 자격취득과정을 강화하고, 질적인 서비스 제공으로 수급대상자의 상태가 호전되어 등급이 낮아진 경우 인센티브를 적용하여 이를 평가에 적극 반영하는 등 현실적인 평가체계를 검토할 필요가 있다.

제 3 절 일 본

1. 도입배경

세계 최장수국가인 일본이 개호보험을 도입하게 된 배경을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 인구의 고령화 문제이다. 일본은 1970년에 이미 전체 인구 중 노인인구가 차지하는 비율이 7.1%가 되면서 고령화 사회에 진입하였으며, 1994년에 노인인구가 전체의 14%를 넘어섰고, 2010년 현재는 22%에 달함으로써 초고령사회가 되었다. 급격한 노인인구 증가와 더불어 특히 75세 이상의 후기노인인구가 급증함에 따라 허약노인은 물론이고 거동이 불편하거나 치매 등으로 인해 개호를 필요로 하는 와상노인인구 또한 급증하였다.

둘째, 가족의 부양기능 약화 문제이다. 개호를 필요로 하는 노인인구가 급증함에도 불구하고 가족구조 변화에 따른 핵가족화 등 가족규모가 축소되고, 노인 단독가구는 증대되는 한편, 여성의 사회참여 증가 등으로 인해 여성의 수발부담이 커지고 가족의 부양기능 또한 감퇴되어 기존의 가족을 중심으로 한 비공식부문의 노인개호기능이 크게 약화되었다.

셋째, 노인의료 증가에 따른 재정악화 문제이다. 급속한 고령화에 따른 장기

요양을 필요로 하는 노인의 급증과 1973년부터 시작된 노인의료비 무료화, 노인의 장기입원에 의한 의료비증가 등은 건강보험의 재정을 크게 악화시키는 요인으로 작용하였다. 위와 같은 문제들로 인해 1990년대 중반부터 노인개호 문제는 더욱 심각한 사회문제로 대두되었으나, 기존의 제도로는 이러한 문제들을 해결하는데 한계에 부딪치게 되었다. 즉, 당시 일본의 노인개호에 대한 법적 근거는 1963년에 제정된 노인복지법과 1982년에 제정된 노인보건법에 준하여 시행되었다. 그러나 노인고령화에 따른 사회문제로 노인보건복지제도에 대한 재정비가 요구됨에 따라 이에 대한 대안으로 종합적이고 체계적인 새로운 형태의 개호제도의 필요성이 증대되었다. 이에 따라 1997년 12월 개호보험법이 제정되었으며, 2000년 4월부터 개호보험제도를 시행하게 되었다. 일본 노인복지제도의 발달과정은 <표 3-17>과 같다.

<표 3-17> 일본 노인복지제도의 발달과정

년 도	내 용	고령화 율
1960년대	고령자 복지 창설 -국민연금, 의료보험 실시(1961) -방문개호(홈헬프서비스)사업 창설(1962) -노인복지법 제정(1963)	5.7%(1960)
1970년대	노인의료비 증가 -사회복지시설간급정비 5개년계획 책정(1970) -노인의료비지급제도:노인의료비 무료화정책(1973)	7.1%(1970)
1980년대	보건의료복지의 연계와 재가서비스의 중심 -노인보건법제정(의료비 일부부담 도입, 노인보건사업 규정)(1982) -노인보건법 개정:노인복지시설의 창설(1988) -고령자 보건복지추진 10개년 전략(골드플랜) 수립(1989)	9.1%(1980)
1990년대	계획적인 고령자보건복지 추진 -복지관련 8법의 개정:복지서비스의 지방자치단체로의 일원화, 노인보건복지계획, 노인방문간호제도 창설 등 노인보건법 개정(1990) -복지인력확보법, 간호부 등 인력확보법 제정, 의료법 개정(1991) -신 고령자보건복지추진 10개년 전략(신 골드플랜) 책정, 고령사회대책기본법 제정(1994) -노인보건복지심의회 최종보고:고령자 개호보험제도에 관한 문제	12.0%(1990) 14.8%(1995) 15.9%(1997) 17.0%(1999)

	점 검토와 정리로 후생성이 주체가 되어 제고의 구체적 시안작성 요청(1996. 4)	
2000년대	새로운 개호제도 개시 -개호보험법 시행(2000. 4) -개호보험법 전문개정(2005. 6) -개호보험법 2차개정(2009)	17.4%(2000) 20%(2008) 22%(2010)

*자료 : 황경성(2004) 참조하여 재구성.

2. 제도적 특징

개호보험은 노령이나 심신장애자가 요개호상태가 되어 일상생활에 지장을 초래하는 사람을 대상으로 개호기능 훈련, 요양상의 관리, 간호 등을 필요로 하는 자가 자신의 상황에 알맞은 서비스를 제공받아 자립적인 생활이 가능하도록 하고 나아가 국민의 보건의료 향상 및 복지증진을 보장하기 위한 제도이다. 개호보험에 대한 구체적 사항은 다음과 같다.

1) 수요측면

(1) 개호보험 가입자

개호보험제도는 40세 이상의 국민을 대상으로 하고 있는데 연령에 따라 65세 이상 노인인 제1호 피보험자와 40세 이상 65세 미만의 제2호 피보험자로 구분된다. 제1호 피보험자는 소득수준에 따라 정액보험료를 부담해야 하며, 제2호 피보험자 또한 직장의료보험가입자는 총보수×개호보험료를 만큼의 비용을 사업주와 절반씩 부담한다. 자영업자 등 지역의료보험가입자는 시정촌 국민건강보험에서 소득이나 세대 가입자 수 등에 따라 정한 비용을 부담해야 한다.

(2) 개호보험 대상자

40세 이상의 국민으로, 제1호 피보험자는 요개호자(요개호상태에 있는 자)와 요지원자(요개호상태가 될 염려가 있어 일상생활에서 지원이 필요한 자)가 되었을 경우 모두 서비스를 받을 수 있는 반면, 제2호 피보험자는 초로기 치매나 뇌혈관질환 등 16개의 특정 질병으로 요개호자나 요지원자가 되었을 경우

에 한하여 서비스를 받을 수 있다. 또한 개호보험은 사회보험방식으로 운영되므로 수급권은 보험료를 부담해야 유지될 수 있다.

<표 3-18> 제1·2호 피보험자 구분

구 분	제1호 피보험자	제2호 피보험자
대상자	65세 이상	40~64세 의료보험 가입자
수급자격	요지원상태(요지원1,2) 요개호상태(요개호1~5)	16개 특정 질환에 의한 요지원, 요개호 상태.
보험료	소득수준별로 시정촌에서 정한 일정 보험료 부담 -연금년액이 18만 엔 이상의 경우 연금에서 원천징수하며, 그 외의 자는 개별 징수한다.	-건강보험(직장인)은 총보수×개호보험료율 만큼의 비용을 근로자와 사업주가 각각 50%씩 부담. -국민건강보험(자영업자)은 피보험자와 조세에서 각각 50%씩 부담(소득이나 세대 가입자 수 등에 따라 부담).
본인부담금	시설, 재가 모두 10%의 본인부담을 적용	

*자료 : 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

개호보험의 등급기준은 <표 3-19>에서와 같이 크게 예방급부와 개호급부로 나뉜다. 예방급부는 요지원 1, 2로 구분되며, 개호급부는 대상자의 상태에 따라 5등급으로 분류한다.

<표 3-19> 일본의 등급기준

구 분	등급별 상태	요개호 인정 등 기준시간
예 방 급 부	요지원 1 수단적 일상생활 동작을 실시하는 능력이 한층 더 저하하여, 지원 또는 부분적인 개호가 필요한 상태	25분 이상 32분 미만
	요지원 2 요지원 1 상태보다 수단적 일상생활 동작을 실시하는 능력이 조금 저하하여 어떠한 지원이 필요한 상태	32분 이상 50분 미만
개 호 급 부	요개호 1 요지원 2 상태보다 수단적 일상생활 동작을 실시하는 능력이 일부 저하하여 부분적인 개호가 필요한 상태 (부분적 개호 필요)	32분 이상 50분 미만
	요개호 2 요개호 1 상태에 더해 일상생활 동작에 대해서도 부분적인 개호가 필요한 상태(경도의 개호 필요)	50분 이상 70분 미만
	요개호 3 요개호 2 상태와 비교해서 일상생활 동작 및 수단적	70분 이상 90분 미만

	일상생활 동작의 양쪽 모두 기능이 현저하게 저하하여 거의 전면적 개호가 필요한 상태(중고도의 개호 필요)	
요개호 4	요개호 3 상태에 더해 한층 더 동작 능력이 저하하여 개호 없이는 일상생활을 영위하는 것이 곤란한 상태(중도의 개호 필요)	90분 이상 110분 미만
요개호 5	요개호 4 상태보다 더 동작 능력이 저하하여 개호 없이는 일상생활을 실시하는 것이 거의 불가능한 상태(최중도의 개호 필요)	110분 이상

*자료 : 한국보건사회연구원(2007) 참조하여 재구성.

대상자 현황(2009년도 일본후생노동성 자료에 의거)을 살펴보면, 제1호피보험자수는 2009년 3월 기준하여 2,892만 명이며, 요개호(요지원)인정자수는 485만 명이고, 65세 이상 노인인 제1호피보험자의 인정자율은 16.2%이며, 이 가운데 서비스 수급자는 393만 명으로 전체 인정자의 81.03% 수준이다.

<표 3-20> 요개호(요지원) 인정자수 및 인정률 추이

(단위 : 만 명)

년 도	2000	2003	2003	2005	2007	2009
인정자수	256	345	384	432	453	485
인정률(%)	11	15.1	15.1	16.1	15.9	16.2

*자료 : 일본후생노동성 홈페이지(<http://www.mhlw.go.jp>)

(3) 이용절차

개호보험의 이용절차는 먼저 시정촌에 신청서를 제출하면, 시정촌 직원이나 위탁단체가 자택을 방문하여 인정조사표³²⁾에 의거한 조사를 실시한다. 1차 판정은 컴퓨터로 처리되며, 1차 판정 결과와 주치의 소견서를 첨부하여 시정촌의 개호인정심사회에서 등급이 결정된다.

(4) 급여내용

개호보험의 급여는 예방급여(개호보험법 제52조)와 개호급여(개호보험법 제40조)가 있다. 예방급여는 요개호 상태에 있는 피보험자나 요개호로 될 염려

32) 직접생활개조, 간접생활개조, 문제행동, 기능훈련, 의료행위, 낮 생활, 외출빈도, 가족/거주환경/사회참여상황 변화의 총 82개 항목.

가 있는 피보험자(요지원자)에 대해 보험급여가 제공되는 것이다. 개호급여는 요개호자로 인정된 자에게 보험급여가 제공되는 것으로, 시설서비스, 재가서비스, 지역밀착형서비스가 있다. ① 시설서비스는 개호노인복지시설급여, 개호노인 보건시설급여, 개호요양형의료시설급여의 3종류가 있으며, 요개호인정자만이 이용할 수 있다. ② 재가서비스는 5종류의 방문서비스(방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 재가요양관리지도), 2종류의 통원서비스(통원개호, 통원재활), 2종류의 단기입소서비스(단기 입소생활개호, 단기입소요양개호), 그 외에 치매대응형 공동생활개호, 특정시설 입소자 생활개호, 복지용구대여, 특정복지용구 구입비 지급, 주택개량비용 지급 등 총 14종류의 서비스가 있으며, 요개호인정자나 요지원인정자 모두 이용할 수 있다. ③ 지역밀착형서비스는 야간대응형 방문개호, 인지증대응형 통소개호, 소규모다기능형 거택개호, 인지증대응형공동생활개호(그룹홈), 지역밀착형특정시설(입주자생활개호), 지역밀착형 개호노인복지시설(입소자 생활개호) 등 총 6종류의 서비스가 있다(국민건강보험공단, 2010).

개호보험서비스 종류별 이용현황은 <표 3-21>에서와 같이 2009년 시설서비스 이용자는 21.2%, 재가서비스 이용자는 72.7%, 지역밀착형서비스 이용자는 6.1%이며, 시설서비스의 경우 시행초기에 비해 감소하는 추세로, 재가(거택)서비스가 시설서비스 이용에 비해 약 3.5배 정도 많다.

<표 3-21> 개호보험서비스 급여내용별 이용 현황

(단위 : %)

구 분	2000	2003	2005	2007	2008	2009
지역밀착형서비스	-	-	-	5.1%	5.7% (21만명)	6.1%
거택서비스 (이용자수)	67.2% (97만명)	74.5%	76.7%	72.2%	72.3% (269만명)	72.7%
시설서비스 (이용자수)	32.8% (52만명)	25.5%	23.3%	22.7%	22.0% (83만명)	21.2%
이용자수 합계	149만명				373만명	

*자료 : 일본후생노동성 홈페이지(<http://www.mhlw.go.jp>)

(5) 급여수가

개호서비스의 급여수가 개호사업소의 경영실태조사 결과 등에 따라 3년에 1

회 개정을 하고 있다. 또한 개호서비스의 요금은 전국을 5개 지역(특별구, 대도시, 중도시, 소도시, 기타)으로 구분하여 지역에 따라 다르게 책정된다. 요금체제도 크게 4가지로 구분하여, ① 방문입욕개호, 방문재활, 복지용구대여, 재가요양관리지도 등은 가격이 일률적으로 적용되며, ② 방문개호와 방문간호는 서비스를 제공받는 시간에 따라 산정되며, ③ 단기입소계서비스, 인지증 대응형공동생활개호, 특정시설 입소자 생활개호, 시설서비스는 요개호도에 따라 정해지며, ④ 통원개호와 통원재활은 서비스를 제공받는 시간과 요개호도에 따라 책정된다(국민건강보험공단, 2010). 개호서비스 월 이용 한도액은 <표 3-22>와 같다.

<표 3-22> 개호서비스 월 이용 한도액

등급구분		월 이용 한도액
요지원	요지원1	4,970 단위(50,000엔-53,000엔 정도)
	요지원2	10,400 단위(104,000엔-111,000엔 정도)
요개호	요개호1	16,580 단위(166,000엔-177,000엔 정도)
	요개호2	19,480 단위(195,000엔-208,000엔 정도)
	요개호3	26,750 단위(268,000엔-286,000엔 정도)
	요개호4	30,600 단위(306,000엔-327,000엔 정도)
	요개호5	35,830 단위(359,000엔-383,000엔 정도)

* 자료 : 국민건강보험공단(2010).

(6) 본인부담금

서비스 이용 시 본인부담금은 시설급여와 재가급여 모두 10%이며, 개호보험 서비스는 요개호도에 따라 이용할 수 있는 월 한도액이 정해져 있으므로 한도액 초과 시엔 전액 이용자부담으로 된다. 따라서 식비 및 시설의 거주비 등과 월 한도액 초과비용은 별도 부담한다.

2) 공급 측면

(1) 시설인프라(장기요양기관)

재가서비스는 일정한 조건을 갖춘 사업자는 주체의 종별에 관계없이 다양한 주체가 참여할 수 있으나, 시설서비스를 제공하는 개호사업소는 지방공공단체, 의료법인, 사회복지법인 등에서만 설치가 가능하다. 유료 노인홈은 영리법인(주

식회사 등)에서 설치가 가능하나 시정촌에 의해 설치를 제한할 경우가 있다. 개호보험서비스사업자는 서비스 종류별·사업소별로 도도부현지사가 지정하고, 개호노인보건시설은 허가를 받아야 하는데 신청자는 법인(유한회사 및 주식회사, 합자회사/합명회사 등의 영리법인 및 NPO법인/사회복지법인 등)이어야 한다.

그러나 개인에 따른 경영이 현재 인정되는 병원 또는 진료소에 의해 행해지는 거택개호요양관리지도, 방문간호, 방문재활치료, 통원재활치료, 단기입소요양개호와 약국에 의해 행해지는 거택요양관리지도에 대해서는 법인이 아니더라도 가능하다. 또한 지역에서 활약하는 자원봉사단체 등에서 법인격이 없어도 지정사업자와 동등한 서비스를 행할 수 있다고 인정할 수 있는 경우 시정촌이 인원 및 설비기준에 적합하다고 인정하면 등록을 하고 개호보험 급부를 행하는 ‘기준해당서비스’가 있다. 시설 및 유료노인홈(특정시설입소자행활개호)은 개호보험지정신청에 앞서 현에 시설설치신청서를 제출해야 하며, 설치하기까지는 상담하고부터 2년에서 3년 정도 걸린다(임정기, 2010).

<표 3-23> 개호보험시설 개설 주체별 시설수(2008년 5월 현재)

(단위: 개소, %)

구분	합계	도도부현	시정촌	광역연합 일부사업 조합	사회 복지 협의 회	사회복 지법인	의료 법인	사단 재단 법인	영리 법인	농협	생협	기타 법인	기타
시설수													
개호보험시설													
개호노인복지시설	6,038	4	226	109	41	5,638	-	2	-	-	-	7	11
개호노인보건시설	3,534	4	131	20	2	565	2,583	141		23	20	23	22
개호요양형의료시설	2,330	4	99	11	-	27	1,811	61	2	14	9	16	176
구성비													
개호보험시설													
개호노인복지시설	100.0	0.1	3.7	1.8	0.7	93.4	-	0	-	-	-	0.1	0.2
개호노인보건시설	100.0	0.1	3.7	0.6	0.1	16	73.1	4	-	0.7	0.6	0.7	0.6
개호요양형의료시설	100.0	0.2	4.2	0.5	-	1.2	77.7	2.6	0.1	0.6	0.4	0.7	11.9

*자료 : 후생노동성(2008) 및 국민건강보험공단(2010) 참조하여 재구성.

또한 일본은 개호서비스에 관한 정보를 공표함으로써 장기요양기관들의 경쟁을 통해 서비스 질적 향상을 도모하고, 이용자의 장기요양기관 선택을 지원하고 있다. 2008년

5월 현재 개호보험시설 개설 주체별 현황은 <표 3-23>과 같으며, 2008년 5월 현재, 개호서비스사업소를 개설주체별로 보면, 개호노인복지시설은 사회복지법인 이 93.4%로 가장 높고, 개호노인보건시설 및 개호요양형의료시설에서는 의료 법인이 73.1%, 77.7%로 가장 높으며, 보험자인 도도부현, 시정촌에 의해 설립 된 시설은 약 4% 내외 수준이다.

(2) 인력인프라

개호서비스의 주된 제공인력은 개호지원전문원(케어매니저), 개호복지사, 홈 헬퍼 등이 있다. 개호지원전문원의 주요역할은 ① 피보험자의 의뢰에 의한 요 개호 인정신청 대행, ② 해당 시정촌의 위탁에 의한 요개호 인정의 방문조사, ③ 개호지원서비스 과정의 실시이다. 개호지원전문원은 지정재가개호서비스사 업자, 지정재가개호지원사업자, 개호보험시설에 소속되어 업무를 실시할 수 있 고, 보험급여를 대상으로 지정되기 위한 인원기준으로서 배치가 의무화 되어 있는 직종이다. 개호지원전문원으로 활동하는 사람의 보유자격은 간호사·준 간호사와 개호복지사가 절반을 차지하고 있다.

개호복지사는 요개호자들의 개호를 맡는 전문직으로서 1987년에 제정된 국 가자격이다. 개호복지사의 역할은 요지원자나 요개호자에 대해 목욕, 식사, 배 설, 옷 갈아입히기 등의 개호를 하거나 필요에 따라서 서비스 이용자 본인뿐 만 아니라 가족들에게 개호에 관한 지도를 하기도 한다(조추용 외, 2009). 개 호복지사 자격취득은 2007년 법 개정 이전에는 개호복지사 양성시설에서 2년 이상 교육을 이수한 경우엔 국가자격시험 없이 자격을 취득할 수 있었으며, 실무경력 3년 이상의 자는 별도의 교육 없이 바로 국가시험에 합격함으로써 자격을 취득할 수 있었다.

그러나 법 개정 이후엔 보다 강화되어 ①후생노동성이 지정한 2년제 대학 이상에서 개호복지 관련 1,800시간의 교육을 이수한 후 국가시험에 합격한 자, ②복지계 고등학교에서 1,800시간 이상의 교육을 이수하고 국가시험에 합격한 자, ③학력에 관계없이 3년 이상의 개호실무경험자로서 양성시설에서 6개월 이상 교육을 이수한 후, 국가시험에 합격한 자만이 자격을 취득할 수 있다.

홈헬퍼(방문개호원)는 서비스 이용자의 가정을 방문하여 식사, 목욕, 청소

등 일상생활지원서비스를 제공한다. 홈ヘルパー는 1,2,3급이 있는데 1급의 경우엔 가사 및 신체활동서비스 이외에 방문개호서비스제공-책임자로서의 역할이 부여되며, 2급의 경우 가사와 신체활동 전반의 서비스를 담당한다. 3급의 경우 2009년 4월부터 개호보험수가 적용자격에서 제외되었다.

홈ヘルパー의 자격취득은 교육시간이 3급은 50시간, 2급은 130시간, 1급의 경우는 2006년부터 기존의 230시간에서 500시간으로 연장되었으며, 2012년부터는 개호직원기초연수로 통합될 예정이다. 또한 향후에는 개호직원 자격요건을 홈ヘルパー 2급 이상 수료한 자에서 개호직원기초연수를 수료한 자, 그리고 개호복지사 국가자격증 소지자로 상향조정할 계획이다. 이는 또한 홈ヘルパー의 승급을 가능하게 하고 제도로도 활용되고 있다(임정기, 2010). 개호복지사 및 홈ヘルパー 교육과정은 <표 3-24>와 <표 3-25>와 같다.

<표 3-24> 개호복지사 교육과정

구 분	내 용	시 간
기초분야	인간과 사회의 이해	240
전문분야	개호관련이론 및 실습	1,260
	마음과 신체구조	300
합 계		1,800

* 자료 : 임정기(2010) 참조하여 재구성.

<표 3-25> 홈ヘルパー 교육과정

과 정	내 용	시 간
개호직원 기초연수	개호에 종사한자가 실시하는 업무전반에 관한 전문적 지식 및 기술(개호에서의 존엄이해, 노인·장애인 등 관련 제도·서비스 및 이들과 관련된 질병과 장애 이해, 의사소통, 가사 및 생활지원기술 등)	500
1급	주임홈ヘルパー의 양성교육(사회복지관련 제도·서비스, 개호방법과 기술, 의학·재가간호 기초지식 등)	230
2급	홈ヘルパー 종사자의 기본교육	130
3급	홈ヘルパー 종사자 입문교육	50

*자료 : 한국여성개발원(2006) 참조하여 재구성.

한편, 개호노동자의 열악한 근로여건으로 인력난이 심화됨에 따라 방문개호노동자의 법정 노동조건 확보 및 개호직원의 실질적 처우개선을 위한 노력을 기울이고 있다³³⁾.

(3) 거버넌스

국가는 관련 법령을 만들고 수가 가감산제도 개선 등 급여비용 및 보험료를 결정하며 개호보험비용의 일부를 부담하며, 도도부현은 서비스사업자 지정·감독³⁴⁾ 및 재정안정화기금 운영, 개호서비스의 기반정비, 심사청구의 처리, 시정촌에 대한 재정지원 등의 역할을 한다. 또한 시정촌(도쿄 23구의 특별구 포함)은 개호보험의 보험자이며 실질적인 운영주체로서, 피보험자의 자격관리, 보험료 부과·징수·개호급여 신청접수·피보험자의 요개호(요지원) 인정·보험급여비용 지불·소규모다기능시설의 수가가산제도 결정³⁵⁾ 등 전반적인 개호보험관련 업무를 실시하며 그 외 개호서비스 기반정비, 개호급부비의 일부 부담 등을 담당하고 있다(국민건강보험공단, 2011).

(4) 재정

개호보험의 재정은 보험료와 공적자금 각각 50%씩 부담하는 절충방식을 택하고 있다. 즉 보험료는 제1호 피보험자가 20%, 제2호 피보험자가 30%를 각각 부담하며, 공적자금은 국가가 25%, 도도부현이 12.5%, 시정촌이 12.5%를 각각 부담한다(<표 3-26>참조).

<표 3-26> 개호보험 재원 구성 내용

구 분(부담율)	내 용(부담율)
보험료(50%)	제1호 피보험자(20%)

33) 후생노동성은 2004년 8월 27일 홈헬퍼 등 요양노동자의 열악한 노동조건 개선을 위해 구체적 지침을 내렸는데, 통달문에는 방문요양노동자의 노동자성 인정, 노동시간(이동시간, 업무보고서 작성시간, 대기시간, 연수시간) 인정, 휴업수당(평균임금의 60%) 지급 등의 내용을 담고 있다. 또한 2007년의 개호노동자의 고용관리개선 등에 관한 법률 개정내용은 개호노동자에 대한 사업주책무, 국가 및 지방공공단체의 책무, 후생노동대신 책무, 정부의 책무 등을 명시화하고 직업훈련 실시 및 직업소개, 개호노동안정센터 설치에 관한 것이다. 2009년의 개호직원처우개선 교부금제도는 개호수가 인상이 개호노동자의 임금인상으로 연동되지 못함에 따라 정부가 교부금을 통해 개호직원의 실제적 처우향상을 도모하고자 함이며 교부금 재원은 전액 국고이다(임정기, 2010).

34) 서비스 제공 기준 위반에 대한 행정처분 권한은 도도부현에 있으며 시정촌은 참여는 하나, 실질적 권한은 없다. 단, 지역밀착형 시설의 경우 행정처분 권한이 시정촌에 있다(국민건강보험공단, 2011).

35) 개호보험의 수가 가감산제도 개선의 주체는 후생노동성이나, 소규모다기능 시설의 경우 시정촌이 결정할 수 있도록 특례를 인정하고 있다(국민건강보험공단, 2011).

	제2호 피보험자(30%)
공적자금(50%)	국가(25%) : 5%는 시정촌간의 재정력 격차 조정위해 사용 도도부현(광역자치단체)(12.5%) 시정촌(기초자치단체)(12.5%)
본인부담금(10%)	재가, 시설서비스 모두 총 서비스 이용금액의 10% 부담

*자료 : 국민건강보험공단(2011).

개호보험 급부비의 연도별 추이는 <표 3-27>과 같으며, 2009년의 보험급부(개호급부·예방급부)의 비용액 누계(특정입소자개호서비스비용, 고액개호서비스비용, 고액의료합산개호서비스 비용 포함)는 전년(2008)대비 6.9% 증가하였다. 또한 2000년에 비해 두 배 이상 증가하였다.

<표 3-27> 개호보험 급부비의 연도별 추이

(단위 : 億丹)

년 도	2000	2003	2005	2007	2008	2009
급부비	3조2,427	5조0,990	5조7,943	6조1,600	6조4,185	6조8,721

*자료 : 일본후생노동성 홈페이지(<http://www.mhlw.go.jp>)

또한 <표 3-28>에서와 같이 2007년 개호보험 총비용과 보험급여비 모두 2000년에 비해 1.9배 정도 증가하였다.

<표 3-28> 개호보험 총비용 및 보험급여비의 증가현황

	총비용(억엔)	보험급여비(억엔)	1인당 보험급여비(엔)
2000	36,000	32,427	145,000
2007	66,719	61,600	224,000

주 1)총비용 및 보험급여비는 특정입소자개호서비스 및 고령자개호서비스비용을 포함한 것.

2)총비용은 제1호, 제2호 피보험자의 보험료, 공비부담액 이용자부담액이 포함된 것이며 보험급여비는 이용자부담액이 포함되지 않은 금액임.

*자료 : 오세영·오영란(2011) 참조하여 재구성.

3. 개혁동향 및 시사점

올해로 개호보험 시행 12년째를 맞이하고 있는 일본은 개호보험 수가는 3년마다 개정을 하고 있음에 따라 지금까지 총 세 차례의 수가 개정이 이루어졌다. 즉, 2003년과 2006년에는 개호보수가 삭감되었고, 2009년에는 다소 인상되었는데, 인상 배경으로는 개호종사자 확보 및 처우개선, 개호와 의료의 연계, 치매노인에 대한 서비스 강화 등을 들 수 있다. 또한 개호보험법은 5년마다 제도의 전반적인 재검토를 실시하여 수정·보완하는 것으로 되어있음에 따라 2005년과 2010년 두 차례에 걸친 제도 전반의 개선이 있었다.

먼저 2005년의 주요 개선내용을 살펴보면, 경증대상자가 증가에 따른 증대억제를 위한 신예방급여 및 지역지원사업 신설, 시설과 재가의 이용자 비용부담형평을 위해 시설 내 주거비용과 식비 전액 본인 부담화, 독거노인과 치매노인 증가에 따른 재가지원강화 방안으로 지역밀착형 서비스 신설 및 지역포괄지원센터 창설 등 신규 서비스체계 확립, 서비스 질 향상을 위한 개호서비스 정보 공표 및 케어매니지먼트 재검토³⁶⁾ 등이다(<표 3-29>참조)(선우덕, 2011b; 국민건강보험공단, 2010).

<표 3-29> 개호보험제도의 1차 개혁(2005) 주요 내용

주요내용		개혁배경
예방중시형 체제로 변환	신예방급여 창설	경도자급증과 상태개선위한 서비스 연결 불충분
	지역지원사업 창설	
시설급여의 재검토	거주비용/식비 재검토	재가와 시설이용자 부담의 공평성
	저소득자에 대한 배려	
신규 서비스체계 확립	지역밀착형 서비스 창설	독거노인, 치매노인 증가
	지역포괄지원센터 창설	재가지원 강화
	거주계서비스 강화	의료와 개호간 연계

36) 케어매니저는 개호서비스이용계획 작성을 행하는 전문직으로서 국가가 자격을 유지·관리하며 실무경험(개호서비스 관련 분야에서 통산 5년 또는 10년 이상 근무)자가 도도부현에서 정하는 바에 따라 실시하는 개호지원전문원 실무연수 수강 시험 합격 후 실무연수 과정을 수료하여 자격을 부여받는다. 2005년 1차 개호보험 개혁에서 케어매니저의 자질과 전문성 향상을 위해 케어매니저 전문자격갱신제(5년)를 도입하였으며, 자격갱신을 위한 연수 의무화, 공정성과 중립성 확보위해 표준담당 건수를 인하 조치하였다. 또한 서비스 질 강화를 위해 개호사업자에 6년마다 지정갱신제를 도입하였고 개호사업자 정보공표를 의무화하였다.

서비스 질 확보 및 향상	개호서비스정보공표	이용자에 대한 서비스 선택을 통한 질 향상
	케어매니지먼트 재검토	
	지정갱신제 도입	
부담방식/제도운영의 재검토	제1호 보험료 재검토	저소득자의 배려와 시정촌의 사무부담 경감
	보험자기능강화	

*자료: 선우덕(2011b) 참조하여 재구성.

또한 2009년의 주요 개선내용으로는 지역포괄케어시스템 구축, 서비스의 질 강화, 재정안정화, 실질적 개호보험관리운영주체인 시정촌의 역할 개선 등이다 (<표 3-30>참조).

<표 3-30> 개호보험제도의 2차 개혁(2009) 주요 논의내용

구 분	논의과제
지역포괄케어 시스템의 구축	•독거, 중증 대상자대응 가능한 서비스개발 -24시간 대응 및 수시대응 서비스 개발, 복합형 서비스, 케어인력에 의한 일부 의료행위 인정, 재활추진 •요지원자 및 경도 요개호자용 서비스 개발 •지역지원사업 •고령자주거형태 개선 •치매고령자 대응 •장기요양대상가족의 지원 •지역포괄지원센터의 운영 활성화
장기요양 서비스의 질 확보 및 향상	•케어매니지먼트의 개선 -케어플랜, 케어매니저의 질 향상 -케어플랜의 이용자 부담제 도입 -시설내 케어매니저의 역할 개선 •요개호인정체계의 개선 -재가급여의 월한도액 기준 개선 •정보공개제도 및 지도감독(정보공표제도 개선) -처우개선의 대책마련³⁷⁾
케어종사자 확보 및 자질향상	-고용관리(개호종사자고용의 노동법규 위배 개선) -신분상승대책(양질의 개호인력 확보) -의료적 케어 개선(개호종사자의 일부 의료행위 인정)
급여와	-부담 및 급여체계 개선

부담 간 균형유지	-보험료산정의 소득기준 개선 -재정안정화기금 개선(재정안정화기금의 활용방식개선) -국고부담 개선(보험료증가 억제로 인한 공비부담인상) -급여개선(소득수준 감안한 이용자본인부담제 도입) -피보험자범위개선(보험료부담계층 연령수준 인하)
지역포괄케어 시스템구축을 위한 보험자 역할 개선	-개호보험사업계획 개선 -지역육구에 대응하는 사업자 지정 -보험자의 독자적인 장기요양수가 설정 -지역주권(시정촌역할 강화)
저소득자 지원	-보충급여(저소득자 비용부담 경감지원) -가족의 부담능력 검토(노인요양시설입소자 가족 부담경감 지원) -유니트형 개인실의 부담능력 경감(저소득자 유니트시설 입소부담 경감 지원) -다인실의 급여범위 개선(이용자 부담 강화) -고령자 보험료부담의 경감(저소득고령자의 지원)

*자료: 선우덕(2011b) 참조하여 재구성.

이상과 같이 두 차례에 걸쳐 개호보험제도의 전반적인 개정을 실시한 일본의 사례로부터 몇 가지 시사점을 요약해보면 다음과 같다.

첫째, 재정안정화를 위한 서비스의 효율적 관리이다. 우리의 경우 현재 재정상 적자는 아니지만 노인인구가 일본보다 훨씬 빠른 속도로 증가하고 있는 상황을 고려할 때 장기요양제도의 장기적이고 안정적인 유지·발전을 위해서 재정의 효율적 관리는 매우 중요한 문제이다. 그러나 보험료에만 의존한다면 국민의 부담이 커져 결국 제도의 안정적 유지는 보장하기 어려워질 것이다. 따라서 재가급여서비스의 다양화와 활성화 그리고 예방시스템을 강화하여 장기요양으로의 진입을 방지하거나 지연시킬 수 있도록 하며, 장기요양서비스를 재활 등 신체활동 지원중심으로 하고 그 외의 가사지원 등의 서비스는 지역사회연계로 전환하여 다양한 자원을 활용할 수 있도록 하는 방안 등 보다 효율

- 37) 개호직원 처우개선을 위한 방법으로, 급여수가 인상을 통해 간접적으로 직원처우 개선을 유도하던 과거의 방식 대신 2009년 10월부터 교부금제도를 신설하여 일정조건을 충족한 사업자에게 국가가 개호직원의 처우개선을 위해 직접 보조금을 지급하도록 함. 또한 법률에 근거하여 개호인력의 고용관리 개선, 능력개발, 기타 복지향상을 위한 종합적 지원기관을 만들어 운영하고 있으며, 이에 따른 비용은 정부와 고용보험 재원으로 충당함. 이 외에도 고용관리 관련 상담원조·정보제공을 통해 일하기 쉬운 직장환경 조성을 지원하며, 개호노동자 확보와 정착을 위한 지원 등을 함(국민건강보험공단, 2010).

적이고 집중적인 서비스 관리를 통해 재정악화를 방지할 수 있도록 검토해야 할 것이다.

둘째, 서비스 질 확보 및 강화이다. 앞서 네덜란드와 독일의 사례에서도 언급되었듯이 우리나라 보다 앞서 장기요양제도를 도입하여 시행하고 있는 선형국들의 최근동향 가운데 하나는 서비스 질 개선을 위한 노력이다. 우리나라도 이를 위해 장기요양기관 평가 실시 및 결과 공개와 함께 상위 일정 기관에 대해 인센티브를 제공하는 등의 노력을 기울이고 있다. 그러나 현재의 평가방식이 서비스 질 제고로 이어질 수 있을지는 불투명하다. 이에 대해 서비스공급자에 대한 현실적인 지도감독 및 서비스 관련사항 공개, 지정갱신제 도입, 케어매니지먼트제 개선, 서비스 전담인력의 처우개선과 전문성향상을 위한 교육과정 강화 등 다각적으로 서비스 질 개선을 위한 제도 개혁을 시행한 일본의 사례는 시사 하는 바가 크며 이를 적극 검토하여 반영할 필요가 있다.

셋째, 본인부담금 차별화이다. 우리나라의 장기요양보험의 본인부담금은 일반, 차상위 계층, 기초생활수급자로 분류하여 적용되고 있으나, 이용료 부담으로 인해 서비스를 받지 못하는 경우도 많은 것이 현실이다. 더욱이 우리나라의 경우 일본에 비해 본인부담비율이 높으므로 노인이나 가족의 소득수준을 보다 세분화하여 사각지대에 놓여 있는 저소득층에 대한 다각적 지원방안을 검토할 필요가 있다. 그러므로 장기요양보험제도는 공공성과 연대성을 강조하고 있는 만큼 일본의 사례에서처럼 저소득층을 위한 지원 마련이 필요하며, 재산과 소득이 있는 노인에 대해 보험료를 납부하도록 하는 방안 등의 대책 마련이 필요하다.

넷째, 서비스 공급주체의 공공성 강화 및 다양화 이다. 일본의 경우 재가서비스는 주체의 종별에 관계없이 다양한 주체의 참여가 가능하나, 시설서비스를 제공하는 개호사업소는 지방공공단체, 의료법인, 사회복지법인 등에서만 설치 가능하며, 개호복지시설의 경우 사회복지법인이 설치한 경우는 93%이며, 도도부현과 시정촌에 의해 설립된 시설은 약 4% 내외 수준이다.

이에 반해 우리나라의 경우 장기요양기관의 운영주체에 대한 제한이 없는 가운데 개인영리기관이 75% 이상을 차지하는 반면, 지자체나 구청 등의 공적기관에 의한 비율이 1% 수준에 불과하여 많은 차이를 보이고 있다. 그러나

앞서 지은구(2009)의 연구에서도 살펴본 바와 같이 다양한 참여주체 간의 서비스 질적 경쟁을 유도할 수 있도록 하기 위해서는 민영화 추진 이전에 먼저 공적기관의 물적 토대가 마련되어야 할 것이다. 따라서 장기요양보험의 서비스공급주체에 사회복지법인이나 지자체 참여 확대 등 공공성 강화를 위한 노력이 필요하며, 그 외에도 사회적 기업 등 다양한 공급주체의 참여를 유도할 필요성이 있다.

제 4 절 외국사례의 시사점

우리나라는 전 세계적으로 가장 빠른 속도의 고령화로 인해 앞으로 새롭고 심각한 국면을 맞이하게 될 것이라 예측되고 있는 가운데, 이에 대응하기 위한 방안의 일환으로 노인장기요양보험제도를 시행하고 있지만 아직은 초기단계 이므로 지속적인 평가와 개선이 요구되고 있다. 따라서 우리나라 보다 훨씬 앞서서 고령화에 따른 문제를 겪어오고 있으며, 유사 제도를 시행해 오고 있는 네덜란드와 독일, 일본 등 선진외국의 장기요양제도 전반적 내용과 최근의 개혁동향을 검토해 볼 필요가 있다. 이들 제도는 우리나라의 사회적 상황과 제도적 내용에 다소 차이가 있으므로 그대로 적용하기엔 무리가 있으나 일부 사례들은 예견되는 앞날을 대비하고 시행착오를 최소화하기 위해 참조해 볼 필요가 있으며 시사하는 바가 크기 때문이다. 각국의 장기요양제도를 비교·정리하면 <표 3-31>과 같다.

<표 3-31> 각국의 장기요양제도 비교

구 분	네덜란드	독일	일본	한국
제도명	특별의료비보험 (AWBZ)	수발보험 (Pflege)	개호보험	노인장기요양 보험
도입배경	건강보험에 적용 되지 않는 장기 요양 및 고액의 의료비 지출 보 장	수발로 인한 당사 자와 가족의 부담 완화와 수발로 인 해 정상적 생계활 동 못하는 사람들 에 대한 사회적 보	노인인구급증에 따 른 부양문제와 저소 득층 중심의 기존제 도의 한계 및 보험 재정악화	노인인구급증에 따른 부양문제와 기존제도의 한계 및 건강보험재정 악화

			장, 지방정부 및 건강보험의 재정악 화		
제도시행시기 (노인인구비율)		1968	1995 (15.2%)	2000 (17.2%)	2008 (10.3%)
고령화→고령 사회 진입기간		-	42년	24년	18년(추정)
수 요 측 면	보험 가입자	전국민	전국민	- 제 1 호 피 보 험 자:65 세 이상 - 제 2 호 피 보 험 자:40~64세	전국민
	대상자	전국민	전국민	-65세이상노인 -40세~64세 노인성 질환자	-65세이상노인 -65세미만의 노 인성 질환자
	이용자수 또는 인정률	노 인 인 구 의 14.5%('07년)	노 인 인 구 의 9.8%('05년)	노 인 인 구 의 16.2%('09년)	노 인 인 구 의 5.8%('11년)
	서비스 이용 절차	신청-CIZ욕구 사 정 및 서비스종 류와 양 결정-판 정	신청-MDK면접조 사-MDK최종판정- 통보	신청-시정촌조사-컴 퓨터1차판정-개호인 정심사회최종등급판 정-통보	신청-공단직원 방문조사결과 1 차 판 정 -등급 판 정위원회최종등 급판정-통보
	급여 내용	-재가서비스 -시설서비스 *재가:현물+현금 (현물의 75%범 위) *노인관련 서비 스 10종으로 구 분	-재가서비스 -시설서비스 *현물+현금(현물의 50%범위)	-재가서비스14종 -시설서비스3종 -지역밀착형서비스 6종 -예방급여 *현물원칙	-재가서비스6종 -시설서비스2종 -특별현금급여 (제한적) *현물원칙(제한 적 현금지급)
	급여 특성	재가확대 및 가족 등 비공식지원 정책	재가확대 및 가족 등 비공식 지원 정책	재가확대 및 예방강조 정책	최소한의 요양보장정책
	요양 등급	10종류로 세분화	3등급	7등급 -요지원 1, 2 -요개호 5등급	3등급

		본인 부담금 수준	전체의약 10% (지역에 따라 다소 차이) *소득, 동거가족 수, 65세이상 여부를 반영하여 차등부담	월 최고한도액까지 수발보호에서 제공 (월한도액 초과비용 및 숙박비, 식비 본인부담)	시설, 재가 모두10% 본인부담 (월한도액 초과비용 및 거주비,식비 별도 부담)	시설20%, 재가 15%본인부담 (월한도액초과비용 및 식비, 이비용비 별도부담)
		시설 운영 주체	-장기요양서비스 제공자는 비영리기관만 운영할 수 있음	-재가의 경우민간 영리 57.6%, 민간 비영리 40.6%, 공공기관 1.7% -입소시설의 경우, 민간 비영리 55.1%, 민간 영리 38.1%, 공공 6.7%	-재가의 경우 제한 없음 -시설운영은 지자체, 의료법인, 사회복지법인 등에서만 설치가능 ·시정촌에 의해 설립된 시설은 약 4% 내외	-시설, 재가 모두 운영주체 제한 없음 *개인 75.76%, 법인22.57%, 지자체1.1%
제 10 장 제 11 편 제 12 절	서비스질 관리		-Nza를 통해 모니터링강화(외부 회계감사 실시, 내부 고발접수로 해당기관 집중관리) -서비스제공인력에 대한 법적 보장	-수발질보장법제정('02년) -보너스제 ³⁸⁾ 도입 -수발인력전문성강화 -모든 장기요양기관에 대해 매년 1회 평가 실시 ³⁹⁾ 및 평가결과공개(이용자 관점 최대반영위해 다각적 평가 이루어짐)	-장기요양기관에 대한 지정갱신제 실시 -개호사업자 정보공개 의무화 -서비스제공인력 처우 개선(교부금제도 도입 및 다양한 서비스제공)	-장기요양기관 평가 및 결과공개(서류중심, 상위10%에 인센티브) -서비스제공인력처우는 장기요양기관 자율에 맡김
	서비스인력	인력	-	-전문수발보호사 -보조(조무사) -가사관리와 정서지원자	-개호복지사 -홈헬퍼	-요양보호사
		교육	-	전문인력 -전문:3년간의 교	전문인력 -개호복지사(1800시	준전문인력 -요양보호사

	시간		육과정 이수 (실업·직업학교졸업 +양성과정 2년+연 수 1년)	간) -홀헬퍼(1급)	1급(240시간)
	관리운영 주체	CIZ	수발보험금고 (MDK)	시·정·촌	국민건강보험 공단
재 정	재원 구성	-AWBZ재원; 보 험료+정부보조금 (세금)+본인부담 금 -Wmo는 조세로 충당	보험료100%의 사 회보험방식 *보험료;총수입의 1.95%, 무자녀는 2.2%	보험료(50%)+국가, 지자체(50%)+본인 부담(10%)	보 험 료+국 고 지 원+본인 부담금 (시설20%, 재가 15%)
	재정 지출	225억€('07년) (=311,658억원)	174.5억€('07년) (=241,707억원) *지출증가로 '99년 에서'05년까지 년 간 8.2억유로 재정 적자	6조6719억엔('07년) (=914,717억원)	2 조 7 7 1 4 억 원 ('11년) *현재까지는흑자 유지

이러한 외국의 사례를 중심으로 몇 가지 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

1. 수요측면

수요측면에서는 대상자범위, 본인부담금의 수준, 재가서비스, 비공식서비스
제공자부문으로 요약·정리할 수 있으며 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 대상자범위의 확대이다. 우리나라의 장기요양인정률은 6%미만으로 주
로 중증대상자로 제한하고 있다. 또한 등급판정 기준도 신체적 기능 중심이므
로 돌봄이 필요한 치매환자는 제외되고 있다. 그리고 위의 세 개국이 보험료

38) 입소자가 재활필요자로 판정되었음에도 불구하고 6개월 동안 재활을 받지 않고 상태가 호
전된 경우 1인당 1,530유로의 보너스를 지급하고 있다.

39) 서비스 관리, 품질검사, 프로그램, 청결상태, 수급대상자의 생활 모습 지켜보기 등 다각적
측면의 실질적 평가를 반영함.

부담자와 수급 대상자가 동일한 것과는 달리, 우리나라는 재원 확보를 위해 보험료부담자를 국민건강보험가입자로 하고 있다. 이로써 보험료 부담은 주로 젊은 층이며, 수급대상자는 노년층이므로 앞으로 급증하는 장기요양지출로 인해 보험료의 지속적인 인상이 불가피한 상황 속에 국민의 불만과 계층 간의 갈등이 초래될 수 있다. 따라서 이에 대한 국민적 합의도출이 선결되어야 할 것이며, 보편주의의 취지에 맞게 노인대상자 범위도 확대할 필요가 있으며 젊은 층도 포괄할 수 있도록 노인성 질환의 범주를 확대하는 방안을 검토할 필요가 있다.

둘째, 본인부담금의 소득수준별 세분화이다. 전술한 바와 같이 독일은 월 한도액 범위 내에서 별도의 본인부담금은 없으며 네덜란드는 시설급여만, 일본은 시설과 재가급여 모두 각 10%씩 적용하고 있다. 아울러 이들 국가들이 본인부담금을 결정하는데 있어서 소득수준이나 동거가족 수 등을 반영하지만, 가장 결정적인 기준은 이용자의 소득수준이다. 이에 비해 우리나라의 본인부담금은 시설급여 20%, 재가급여 15%로 외국사례에 비해 이용자의 비용부담이 높다. 또한 본인부담금 수준도 일반, 차상위계층, 기초생활수급권자의 3등급으로 나뉘어져 있어서 농어촌지역 거주노인이나 도시지역의 저소득층 노인들이 비용부담으로 서비스 이용에 제약을 받을 가능성을 배제할 수 없다. 따라서 본인부담금 수준을 소득수준별로 현재보다 세분화하여 서비스이용자의 권리를 확보하고 사회적 형평성을 제고할 필요가 있다.

셋째, 재가서비스의 확대 및 강화이다. 네덜란드, 독일, 일본의 3개국 모두 재가중심의 서비스를 확대하고 강화하고 있다. 이의 가장 큰 이유는 재정절감이다. 이는 시설중심의 서비스가 재정적 부담을 가중시키는 주요인이기 때문이다. 그러나 재가중심의 서비스는 재정절감 뿐 아니라 노인이 살아온 익숙한 환경에서 서비스를 받을 수 있으므로 이용자의 만족도 또한 높다. 특히 자식된 도리로 부모를 시설에 모시는 것은 효의 도리를 다하지 못하는 것이라 생각하기도 하고, 요양시설을 수용시설로 생각하는 등 아직 시설에 대한 부정적 이미지가 일부 잔존하는 우리나라의 정서적 상황에서는 더욱 요구되는 바이다.

따라서 야간에도 이용 가능한 24시간 대응 시스템 마련, 건강유지증진을 위

한 재활 중심의 다양한 서비스 제공(방문간호, 물리치료 등), 정서적 지원서비스 등을 통해 재가서비스를 활성화 시킬 수 있는 방안을 적극 검토할 필요가 있다. 이렇게 재가서비스 확대 및 강화는 장기적으로 재정안정화에 기여함은 물론이고 재가서비스를 선호하는 노인이나 가족들에게 만족도 높은 서비스를 제공할 수 있다는 점에서 외국의 사례는 시사하는 바가 크다.

넷째, 가족 등 비공식서비스제공자에 대한 지원이다. 앞서 장기요양제도 선행사례로 살펴본 네덜란드, 독일, 일본 모두 장기요양인구 급증으로 인한 재정적 부담이 커짐에 따라 장기요양문제 해결을 위해 다각적인 노력을 하고 있다. 이 가운데 하나는 가족 등 비공식서비스제공자에 대한 지원을 확대해 가는 것이다. 이를 통해 공적 부문과 비공식적 부문이 융합하여 상호보완적으로 대응해가는 체제로 나아가고 있다. 반면, 장기요양제도가 시행초기 단계인 우리나라로서는 공적체계가 확고히 자리매김 되어 가도록하는데 주력하고 있는 상황이어서 이 부분에 대해 아직은 부정적 시각이 클 수 있을 것이다.

그러나 급증하는 장기요양관련 사회문제는 어느 한 부문만의 책임과 역할을 강조하여 해결할 수 없으며, 가족, 지역사회주민, 지자체, 정부, 민간영리, 민간비영리 단체 등이 모두 각자의 책임과 역할을 분담하고 함께 노력할 때 장기요양제도가 지속적으로 안정되게 유지·발전 되어 갈 수 있을 것이다. 이러한 점에서 현금급여지급⁴⁰⁾, 장기요양관련 상담 및 교육 등을 통해 비공식 부문의 서비스 제공자의 지원을 강화함으로써 공식부문과의 상호보완적인 체제를 구축해가는 외국의 사례에 대해 우리도 적극 검토할 필요가 있다.

40) 독일에서의 현금급여는 서비스구매를 위한 방안보다는 사회보장과 같은 수입보조로 인식되고 있다. 현금급여의 주된 목적은 재가서비스를 촉진하고 가족 장기요양제공자를 지원하기 위한 것이다. 따라서 수급자는 그 현금을 어떻게 사용했는지 기록할 필요가 없으며 정부 관리자도 현금의 부정사용과 남용에 대해 걱정하지 않는다. 단, 주기적으로 사례관리자가 방문하여 적절한 서비스가 제공되고 있는지 조사한다. 네덜란드도 개인계정자들은 배우자, 부모를 포함한 친척을 고용할 수 있으며, 질 높은 서비스를 보장받기 위해 표준계약을 작성한다. 영국의 경우 직불(direct payment) 사용자들은 서비스제공자로 친척을 고용할 수 없다. 이러한 제한은 비공식 케어 네트워크로 되돌리는 것을 피하고, 보다 쉽게 고용계약을 강제하기 위해 고안된 것이다. 또한 서비스 질은 이용자 책임이지만 사례관리자가 주기적으로 수급자와 연락한다(Wiener, 2007).

2. 공급측면

공급측면에서의 시사점으로는 공공성, 서비스 질, 서비스 전담인력의 처우 및 전문성, 재정 부문으로 요약·정리할 수 있으며 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 공적장기요양기관 확대 및 공적부문의 책임강화 등 공공성 확보이다. 앞서 살펴본 각 국 모두 민영화를 추진하고 있지만 장기요양제공기관의 참여에 일부 제한을 두고 있다. 이에 비해 우리나라의 경우 공적장기요양기관은 매우 미미한 수준이며 사업주체에 대한 제한이 없이 전적으로 시장중심의 특성을 지니고 있다. 장기요양제공기관의 서비스 질 경쟁을 유도하기 위해서는 우선적으로 공적토대가 마련되어야 한다. 그리고 질환의 특성별 장기요양서비스에 대한 롤 모델로서의 역할을 수행해야 할 것이다. 따라서 공적장기요양기관을 확충 등 공공성을 강화하고 이러한 토대위에 다양한 사업주체가 참여할 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째, 서비스 질 제고를 위한 방안마련이다. 장기요양서비스는 휴먼서비스 분야이니만큼 각 국 모두 서비스의 질을 보장하고 서비스 공급에 대한 효과적인 통제를 위해 많은 노력을 기울이고 있다. 즉, 질 높은 서비스 제공을 위해 매년 의무평가 실시 및 결과공개, 지정갱신제 실시, 장기요양기관의 정보공표 의무화, 투명성확보를 위한 외부회계감사 실시 등 서비스질 제고 및 서비스 공급기관의 효과적 관리를 위한 방안 마련에 힘쓰고 있다. 우리나라도 이제는 서비스의 양적확대에 초점을 둔 초기단계에서 벗어나 보다 질 높은 서비스 제공을 위해 심혈을 기울여야 할 것이다. 따라서 위와 같은 독일, 네덜란드, 일본 등 선진외국의 사례를 중점 검토하여 제도에 반영할 필요가 있다. 또한 서비스 질적 제고를 위해서는 서비스 전담인력의 처우문제나, 공적기관의 행정적 제재강화 등 공적 책임강화, 장기요양기관 평가방식 개선 문제가 선결되어야 할 것이다.

셋째, 서비스인력인 요양보호사의 전문성 확보 및 처우개선 문제이다. 서비스 전담인력의 전문성은 서비스 질에 매우 중요하고 직접적인 영향을 미친다고 볼 수 있다. 이에 독일과 일본은 서비스 전담인력이 보조과정과 전문과정으로 나뉘어져 있으며 자격과정을 강화하고 있고 이들의 업무역할 구분도 명

확하다. 또한 임금인상이나 처우개선을 위한 법적보장 등 다각적 노력을 기울이고 있다. 이에 비해 우리나라의 경우 서비스전담인력은 요양보호사 1급과 2급으로 나뉘어져 있으나 2010년 노인복지법 개정으로 1급으로 통합되었다. 따라서 2급소지자는 매우 극소수로 실질적으로 대부분 요양보호사 1급이다. 자격과정은 외국의 보조인력 교육과정 수준에도 미치지 못하는 실정으로 매우 미흡하다. 따라서 서비스인력의 양성과정을 보다 강화하고 이들에 대한 정기적인 보수교육을 제공함으로써 지속적으로 전문성을 강화시킬 필요가 있다.

또한 이들에게 업무에 대한 자긍심과 보람과 열정을 갖고 임할 수 있도록 해야 할 것이다. 따라서 임금인상은 물론이고 일본의 케어매니저나 전문요양보호사와 같은 매니저급의 승급제도나 경력우대 등의 제도 도입을 검토할 필요가 있다. 또한 독일의 경우 수발전문가와 전문가보조자, 가사 및 정서지원자 등으로 역할을 구분하여 시행하고 있고, 네덜란드는 신체활동 지원과 가사지원을 분리한 이원화된 시스템으로 운영하고 있다. 이러한 사례를 통해 우리나라도 일부 의료서비스를 포함한 신체활동과 가사활동지원을 분리·구분하여 요양보호사는 신체활동서비스지원에 전념하고 가사지원서비스는 노인돌보미나 자원봉사자를 연계하는 등의 역할분담 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 이와 같이 서비스 질 향상을 위해서는 요양보호사의 열악한 노동환경에 대한 현실적 보수의 수준은 물론이고 사회적 지위 상승 및 낮은 사회적 인식 제고를 위한 노력도 함께 병행되어야 할 것이다.

넷째, 재정 안정화 문제이다. 이미 외국의 사례에서 살펴보았듯이 장기요양제도의 존폐는 재정확보에 달려있다 해도 과언이 아니다. 그러므로 급증하는 장기요양지출에 대응할 수 있는 방안을 마련해야 할 것이다. 이에 앞서 살펴본 각 국가들 모두 보험료를 인상하거나 예방과 재활을 강조 및 재가급여 활성화, 가족이나 친지 등 비공식서비스제공자에 대한 다양한 지원 등의 노력을 기울이고 있다. 재정적 부담은 우리나라도 예외는 아니어서 이러한 외국의 사례를 토대로 앞으로 장기요양제도의 유지·발전을 위해 안정적인 재정확보 방안 마련이 시급하다.

이를 위해 우선은 재원조달에 있어서의 공적부문의 책임 확대가 요구된다. 이에 대해 공비(국가와 지자체 부담비)가 총 50%를 분담하고 있는 일본의 사

례는 시사하는 바가 크다. 또한 급증하는 장기요양욕구에 잘 대응해 가기 위해서는 정부지원이나 보험료 인상 등의 방안 이외에도 다양한 재정확보를 위한 방안이 검토되어야 할 것이다. 아울러 일부 장기요양기관의 불법부당행위로 인한 심각한 재정누수문제를 차단시킬 수 있는 방안마련도 시급하다.



제 4 장 노인장기요양보험제도에 관한 실증조사

제 1 절 조사설계

1. 조사대상

본 연구의 실증조사는 노인장기요양보험제도 시행 4년이 지난 현 시점에서 장기요양제도의 안정적 정착과 지속적인 발전을 위한 합리적 개선방안과 정책적 시사점을 도출하기 위한 것으로 장기요양보험제도 관련 이해당사자들인 실무자들의 제도 전반에 대한 평가와 인식을 중심으로 설문조사를 실시하였다. 조사대상자는 국민건강보험공단 장기요양보험관련 직원, 장기요양기관의 시설장 및 관리자(사회복지사 포함)⁴¹⁾ 그리고 서비스 전담인력인 요양보호사의 세 집단으로 구분 하였으며, 설문내용상 이해력이 요구되는 부분이 있어서 요양보호사 응답자는 고졸이상으로 제한하였다. 조사범위는 서울·경기 지역으로 하였으며 서울지역의 경우 한강 이남지역의 6개구와 한강이북지역의 10개구, 경기지역은 경기남부와 경기북부에 각각 3개 지역을 편의 추출하였다.

설문지 배포와 관련해서는 국민건강보험공단의 경우는 총 200부, 장기요양기관은 170부, 요양보호사의 경우는 130부를 각각 배포하였으며, 이 가운데 건강보험공단 160부, 장기요양기관장 및 관리자는 147부, 요양보호사는 125부의 총 432부가 회수되어 86.4%의 회수율을 보였다. 이 가운데 응답이 불성실한 설문지와 건강보험공단 직원의 경우 장기요양업무경력 무응답자의 설문지는 분석에서 제외하여 실제 분석에 활용한 설문지는 모두 409부이다. 설문지 배포 및 자료수집은 2012년 7월 11일부터 8월 25일까지 진행하였으며, 우편과 이메일, 방문조사 및 개별면접을 통해 이루어졌다.

41) 장기요양기관의 시설장 및 관리자(사회복지사, 간호사 포함) 그룹은 이하 ‘장기요양기관’이라 칭한다.

<표 4-1> 설문지 배포 및 회수현황

지역		구분	개소	배부	회수
서울 지역	한강이남지역	건강보험공단	5	60	44
		장기요양기관	15	40	31
		요양보호사	8	40	34
	한강이북지역	건강보험공단	6	70	53
		장기요양기관	18	60	49
		요양보호사	8	40	37
경기 지역	경기남부지역	건강보험공단	3	40	30
		장기요양기관	11	40	34
		요양보호사	6	30	28
	경기북부지역	건강보험공단	3	30	25
		장기요양기관	11	30	26
		요양보호사	5	20	18

2. 측정도구 및 분석방법

본 연구의 실증조사를 위해 설문지를 활용하였다. 설문지는 우리나라 장기요양제도의 현황 및 문제점과 외국사례의 시사점 그리고 제도개선을 위한 실증연구인 박종선(2010), 임정기(2011), 전년일(2012) 등의 선행연구를 검토하고, 장기요양관련 실무자인 건강보험공단 직원과 장기요양기관 시설장, 요양보호사와의 인터뷰를 실시하였다. 이를 토대로 설문지 안을 만들어 pilot test를 실시하여 우선적으로 중요하게 다루어야 할 현안 문제들을 최종적으로 도출하여 구성하였다. 또한 설문지는 리커트 5점 척도와 명목척도로 하였으며, 질문내용은 크게 제도의 적절성, 수요 측면, 공급 측면, 최우선 개선방안의 4개 영역과 일반적 사항으로 구성하였다.

구체적 질문내용으로 제도의 적절성은 노인장기요양보험제도 시행 4년의 결과 장기요양보험법의 목적에 잘 부합하고 있는지, 그리고 이 제도의 지속적인 필요성에 대한 실무자들의 인식을 파악하기 위해 노인의 삶의 질 향상도움여부, 가족의 부양부담 경감 여부, 노인복지증진 도움여부, 지속적인 제도의 필요성 등 4개 항목으로 구성하였다. 수요 측면은 분석틀의 6개 하위요소 가운데 보험가입자와 이용절차, 급여수가를 제외⁴²⁾하고 실무자들이 보다 중요한

42) 설문지 분량은 응답에 많은 영향을 미치므로 장기요양제도의 산재된 문제들 가운데 실무자

사안으로 생각하고 있는 대상자 범위, 급여내용, 본인부담금의 3개 부문으로 구분하였다. 대상자 범위 부문은 대상자 범위 확대의 필요성에 대한 질문내용으로 구성하였고, 급여내용은 방문재활서비스 도입의 필요성, 가족요양서비스 유지의 필요성, 특별현금급여 범위 확대의 필요성의 3개 문항으로 설계하였으며, 본인부담금은 현재 수준의 적절성, 본인부담금 감면대상 범위 확대의 필요성, 본인부담금 세분화의 필요성, 본인부담금의 건강보험공단 징수의 4개 문항으로 구성하였다.

공급 측면은 시설인프라, 인력인프라, 거버넌스, 재정으로 구분하였다. 시설인프라 부문은 장기요양기관의시설장화의 적절성, 장기요양기관 공급정도, 장기요양기관 과잉 공급 시 걱정 수준 유지를 위한 방안, 장기요양기관 운영상 난점의 요인, 장기요양기관의 질적 개선에 대한 6가지 정책(지정갱신제 도입, 장기요양기관 평가 전담 기구 설치, 우수평가 기관에 대한 인증마크제도 도입, 장기요양기관평가 결과 연속 낮은 등급 받은 기관에 대한 행정처분 강화, 요양보호사 배치기준 준수에 대한 감독 강화)에 대한 필요정도, 공적기관 및 법인기관 확대의 필요성의 총12개 문항으로 구성하였다.

인력인프라는 장기요양제도 서비스제공의 주된 인력인 요양보호사와 관련하여 요양보호사의 서비스 질적 향상방안을 위해 제시된 6가지 방안(임금인상, 승급제도 도입, 전문성 강화, 표준화된 서비스 매뉴얼 제공, 담당 대상자의 상태호전에 따른 등급 하향 시 요양보호사에게 인센티브 제공, 휴가제도 도입 등 근로여건 개선)에 대한 필요 정도로 문항을 구성하였다.

거버넌스는 등급판정과 장기요양기관 평가, 서비스 미 이용자 및 등급외자에 대한 관리사항으로 구성하였다. 즉, 등급판정 부문은 건강보험공단의 등급판정에 대한 각 그룹의 신뢰정도, 등급판정을 신뢰하지 않는 이유, 등급판정 시 환경적 요인 고려의 필요성, 인지장애 및 정신질환자의 인정점수 가중치 부과 필요성의 4개 문항으로 구성하였다. 장기요양기관평가 부문은 건강보

들이 현재 중요하게 인식하고 있는 거시적 차원의 내용을 중심으로 최소화하였다. 따라서 주요측면 가운데 보험가입자는 건강보험체계와 연계되어 있는 부분이며, 이용절차는 본인 이외에 대리 신청이 가능하므로 현재로는 서비스 접근성에 큰 문제가 없으며, 급여수가는 2012년 다소 인상되었다. 이로써 설문문항구성에서 분석틀의 주요측면 중 보험가입자, 이용절차, 급여수가의 세 가지 하위요소는 제외하고, 대상자, 급여내용, 본인부담금의 세 부문으로 구성하였다.

협공단의 장기요양기관 평가의 신뢰정도, 건강보험공단의 장기요양기관 평가 결과를 신뢰하지 않는 이유, 장기요양기관 평가단 구성의 3개 문항으로 구성하였다. 또한 등급외자 및 서비스 미 이용자 관리부문은 이들 관리의 적절성으로 구성하였다. 재정부문은 장기요양보험재정에 대한 정부부담금 수준의 적절성, 정부부담금의 적정 수준, 장기요양보험 재정확보 방안의 3개 문항으로 구성하였으며, 노인장기요양보험제도의 최우선 개선방안에 관한 질문 포함되어 총 42개 항목으로 구성하였다. 설문지 구성 내용은 <표 4-2>와 같다.

<표 4-2> 설문지의 구성

분 류	질문내용	척 도
제도의 적절성	1. 장기요양보험제도의 노인의 삶의 질 향상에 도움 여부	리커트5점척도
	2. 장기요양보험제도의 가족의 부양부담 경감 여부	리커트5점척도
	3. 장기요양보험제도의 노인복지 증진에 도움 여부	리커트5점척도
	4. 장기요양보험제도의 필요성	리커트5점척도
대상자 범위	1. 장기요양보험대상자 범위 확대 필요성	리커트5점척도
수여내용	1. 방문재활서비스(물리·재활) 도입 필요성	리커트5점척도
	2. 가족요양서비스 필요성	리커트5점척도
	3. 특별현금급여액 범위 확대 필요성	리커트5점척도
본인부담금	1. 본인부담금 수준의 적절성	리커트5점척도
	2. 저소득층본인부담금 감면대상 범위 확대 필요성	리커트5점척도
	3. 소득이나 자산에 따른 본인부담금 세분화의 필요성	리커트5점척도
	4. 건강보험공단의 본인부담금 징수에 대한 필요성	리커트5점척도
시설인프라	1. 장기요양기관 시장화에 대한 적절성	리커트5점척도
	2. 장기요양기관 공급 정도	리커트5점척도
	3. 장기요양기관의 과잉공급 시 적정 수 유지 방안	명목척도
	4. 장기요양기관 운영상의 난점 요인	명목척도
	5. 장기요양기관 질적 개선 방안에 대한 필요성 정도	
	- 장기요양기관 지정갱신제 도입	리커트5점척도
	- 장기요양기관 평가 전담 기구 설치	리커트5점척도
	- 우수평가 기관에 대한 홍보 및 인증마크제도 도입	리커트5점척도
	- 장기요양기관 평가 후 연속적으로 낮은 등급을 받는 경우에 대한 행정처분 강화	리커트5점척도
	- 불법·부당행위 기관에 대한 지정취소 등의 행정처분 강화	리커트5점척도
	- 요양보호사 배치기준 준수에 대한 감독 강화	리커트5점척도
	6. 요양시설의 설립·운영주체에 대한 공적기관 확대의 필요성	리커트5점척도
	7. 요양시설의 설립·운영주체로 법인 확대의 필요성	리커트5점척도

인력인프라 (요양보호사)		1. 요양보호사의 서비스 질 향상 방안에 대한 필요성 정도			
		- 요양보호사의 임금인상		리커트5점척도	
		- 요양보호사의 승급제도 도입		리커트5점척도	
		- 요양보호사의 전문성 강화		리커트5점척도	
		- 표준화된 서비스 매뉴얼(업무지침서) 제공		리커트5점척도	
		- 담당 대상자의 상태호전으로 등급하향 시 요양보호사에게 인센티브 제공		리커트5점척도	
		- 요양보호사 휴가제도 도입 등 근로여건 개선		리커트5점척도	
거버 넌스	등급 판정	1. 건강보험공단의 등급판정에 대한 신뢰 정도		리커트5점척도	
		2. 등급판정을 신뢰하지 않는 이유		명목척도	
		3. 등급판정 시 환경적 요인 고려의 필요성		리커트5점척도	
		4. 인지장애 및 정신질환자 인정점수 가중치 부과 필요성		리커트5점척도	
	장기 요양 기관 평가	1. 건강보험공단의 장기요양기관 평가의 신뢰 정도		리커트5점척도	
		2. 건강보험공단의 장기요양기관 평가를 신뢰하지 않는 이유		명목척도	
		3. 장기요양기관 평가단 구성의 적합성		명목척도	
	등급 외자 관리	1. 등급외자·서비스 미 이용자 관리의 적절성		리커트5점척도	
재 정		1. 현재 장기요양보험재정의 정부부담금 수준의 적절성		리커트5점척도	
		2. 정부부담금의 적정 수준		명목척도	
		3. 장기요양보험의 재정확보 방안		명목척도	
개선방안		1. 장기요양제도의 최우선 개선안		명목척도	
일반적 사항		성별, 연령, 학력, 종교, 업무경력, 소지 자격증, 직급, 기관 설립주체, 설립년도, 운영(근무)기관			

설문조사 결과 수집된 자료는 SPSS 18.0으로 분석되었으며, 주로 빈도분석, 교차분석, 분산분석이 활용되었다. 분산분석의 경우 표본 크기가 다르고 집단의 등분산이 가정되었기에 Scheffe의 사후검정⁴³⁾을 사용하였으며, 통계 결과 유의수준 $p < 0.05$ 에서 분석을 실시하였다.

43) 분산분석의 사후검정은 Turkey, Duncan, Scheffe검정을 많이 사용하는데, Turkey검정은 각 집단별 표본수가 동일하고 집단별 정규분포와 등분산의 가정이 성립될 경우 사용한다. Duncan검정은 집단들을 평균크기에 따라 순서대로 배열한 후 평균차이가 가장 큰 집단의 쌍부터 순서대로 차이가 유의한지 검정하는 방법이다. Scheffe검정은 가장 보수적인 방법 중 하나로 표본 수가 다를 때 이용하며, 표본 수에 큰 제약을 받지 않으며 매우 일반적 문제까지도 적용할 수 있다(김충련, 2012; 성도경 외, 2011).

3. 응답자의 특성

실증연구에 응답한 표본 그룹은 건강보험공단, 장기요양기관 시설장 및 관리자(사회복지사, 간호사 포함), 요양보호사의 3집단으로 구분하였으며, 각 그룹에 포함된 표본의 특성을 그룹별로 인구통계학적 특성과 교차하여 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 실증연구에 응답한 총 빈도는 409명이며, 이중 건강보험공단의 범주는 장기요양보험 업무를 담당하는 직원으로, 응답자는 152명으로 전체 의 37.2%이다. 장기요양기관의 응답 수는 140명으로 전체의 34.2%이며, 요양보호사는 117명으로 전체의 28.6%로 나타났다(<표 4-3>참조).

<표 4-3> 그룹별 분석결과

구 분	빈도	백분율(%)
건강보험공단	152	37.2
장기요양기관	140	34.2
요양보호사	117	28.6
합 계	409	100.0

둘째, 성별은 전체 가운데 남자가 121명으로 29.6%이며, 여자는 288명으로 70.4%로 나타났다. 이 가운데 건강보험공단의 경우는 여성 52%, 남성 48%이며, 장기요양기관은 여성 72.1%, 남성 27.9%, 요양보호사는 여성 92.3%, 남성 7.7%로 여성이 절대적이다. 남자가 가장 많은 집단은 건강보험공단 소속으로 48.0%며, 여자가 가장 많은 집단은 요양보호사로 92.3%로 나타났다(<표 4-4>참조).

셋째, 연령의 분포를 살펴보면 전체적으로는 20대가 10%, 30대는 13.9%, 40대는 30.8%, 50대 39.9%, 60대는 5.4%로 나타났다. 그룹별로 살펴보면, 건강보험공단은 40대 45.5%, 50대 24.3%로 40~50대가 약 70%를 차지하며, 다음이 30대, 20대 순으로 나타났다. 장기요양기관은 40대 36.4%, 50대 35.7%, 30대 순으로 나타났다. 요양보호사는 50대가 65.9%로 가장 많았고, 다음은 40대 17.9%, 60대 11.1% 순으로 나타났다(<표 4-4>참조).

<표 4-4> 그룹별 성별·연령·학력·종교 현황 분석결과

변 수			그 룹 명			전체
			건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사	
성별	남성	빈도	73	39	9	121
		%	48.0	27.9	7.7	29.6
	여성	빈도	79	101	108	288
		%	52.0	72.1	92.3	70.4
연령	20대	빈도	25	13	3	41
		%	16.4	9.3	2.6	10.0
	30대	빈도	35	18	4	57
		%	23.0	12.9	3.4	13.9
	40대	빈도	54	51	21	126
		%	35.5	36.4	17.9	30.8
	50대	빈도	37	50	76	163
		%	24.3	35.7	65.0	39.9
	60대	빈도	1	8	13	22
		%	0.7	5.7	11.1	5.4
학력	고졸	빈도	1	9	90	100
		%	0.7	6.4	76.9	24.4
	대학중퇴·전문 대졸	빈도	12	34	15	61
		%	7.9	24.3	12.8	14.9
	대학졸업	빈도	123	72	11	206
		%	80.9	51.4	9.4	50.4
종교	대학원이상	빈도	16	25	1	42
		%	10.5	17.9	0.9	10.3
	기독교	빈도	47	39	34	120
		%	30.9	27.9	29.1	29.3
	불교	빈도	22	36	20	78
		%	14.5	25.7	17.1	19.1
	천주교	빈도	16	21	15	52
		%	10.5	15.0	12.8	12.7
	없음	빈도	64	42	45	151
		%	42.1	30.0	38.5	36.9
	기타	빈도	3	1	3	7
		%	2.0	0.7	2.6	1.7
	무응답	빈도	0	1	0	1
		%	0.0	0.7	0.0	0.2

넷째, 학력별 분포를 살펴보면 건강보험공단의 경우 대졸이상이 91.4%로 가장 많고, 대학 중퇴 또는 전문대졸 7.9%, 고졸 0.7%로 나타났다. 장기요양기관의 경우는 대졸이상이 69.3%이며, 대학중퇴 또는 전문대졸 24.3%, 고졸 6.4%로 나타났다. 요양보호사는 고졸이 76.9%로 가장 많으며, 대학중퇴 또는 전문대졸 12.8%, 대졸이상 10.3%로 나타났다(<표 4-4>참조).

다섯째, 종교는 전체적으로 무교가 36.9%로 가장 많고, 다음은 기독교 29.3%, 불교 19.1%, 천주교 12.7% 순으로 나타났다(<표 4-4>참조).

<표 4-5> 그룹별 경력 및 자격증 분석결과

변 수		그룹명			전 체
		건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사	
근 력	1년 미만	빈도 39 25.7	19 13.6	13 11.1	71 17.4
	1년~2년 미만	빈도 14 9.2	19 13.6	37 31.6	70 17.1
	2년~3년 미만	빈도 19 12.5	28 20.0	37 31.6	84 20.5
	3년 이상	빈도 80 52.6	74 52.9	30 25.6	184 45.0
자 격 증	사회복지사1급	빈도 53 34.9	36 25.7	1 0.9	90 22.0
	사회복지사2급	빈도 53 34.9	71 50.7	13 11.1	137 33.5
	사회복지사3급	빈도 2 1.3	0 0.0	0 0.0	2 0.5
	간호사	빈도 28 18.4	18 12.9	0 0.0	46 11.2
	간호조무사	빈도 0 0.0	7 5.0	5 4.3	12 2.9
	요양보호사1급	빈도 3 2.0	4 2.9	115 98.3	122 29.8
	요양보호사2급	빈도 1 0.7	0 0.0	2 1.7	3 0.7
	기타	빈도 2 1.3	1 0.7	0 0.0	3 0.7
	없음	빈도 10 6.6	3 2.1	0 0.0	13 3.2

여섯째, 근무경력을 살펴보면 전체 응답자의 45.0%가 3년 이상 경력을 갖고 있고, 두 번째로 2년~3년 미만의 경력이 20.5%, 1년 미만이 17.4%, 1년~2년 미만이 17.1% 순으로 나타났다. 이 가운데 건강보험공단은 3년 이상 경력자가 65.1%로 가장 많고 장기요양기관 시설장 및 관리자(사회복지사, 간호사 포함)집단도 3년 이상 경력자가 52.9%로 가장 많고 다음이 2년~3년 근무자로 20.0%이다. 요양보호사는 2~3년 경력자와 1~2년 경력자가 각각 31.6%로 1년~3년의 경력이 총 63.2%로 가장 많이 나타났다(<표 4-5>참

조).

일곱째, 자격증 소유 현황을 살펴보면 전체적으로 사회복지사 2급 소유가 33.5%로 가장 많고, 두 번째는 요양보호사 1급 25.2%, 사회복지사 1급 22.0% 순으로 나타났다. 그룹별로는 건강보험공단 직원은 사회복지사 1급과 2급을 각각 34.9%로 소유하고 있으며, 간호사 자격증 소유도 18.4%로 나타났다. 장기요양기관의 시설장 및 관리자(사회복지 포함)는 사회복지사 2급이 50.7%로 가장 많고 다음은 사회복지사 1급 25.7%, 간호사 12.9% 순으로 나타났다. 요양보호사의 경우는 요양보호사 1급 소지자가 98.3%, 요양보호사 2급 소지자는 1.7%로 나타났다. 이 외에도 11.1%가 사회복지사 2급 자격증을, 4.3%는 간호조무사 자격증을, 0.9%는 사회복지사 1급 자격증을 겸하여 소지하고 있는 것으로 나타났다(<표 4-5>참조).

<표 4-6> 그룹별 직위 분석결과

		그룹명			전체
		건강보험공단	장기요양기관	요양보호사	
직위	부장(2급)	빈도 5 3.3			5 1.2
	차장(3급)	빈도 22 14.5			22 5.4
	과장(4급)	빈도 52 34.2			52 12.7
	대리(5급)	빈도 36 23.7			36 8.8
	주임(6급)	빈도 37 24.3			37 9.0
	시설장	빈도 57 40.7	57 40.7		57 13.9
	관리자	빈도 48 34.3	48 34.3		48 11.7
	사회복지사	빈도 19 13.6	19 13.6		19 4.6
	간호사,간호조무사,물리치료사	빈도 16 11.4	16 11.4		16 3.9
	요양보호사	빈도 0 0.0	0 0.0	117 100.0	117 28.6
	계	빈도 152 100.0	140 100.0	117 100.0	409 100.0

여덟째, 직위 현황을 살펴보면 건강보험공단의 경우 과장(4급)급이

34.2%가장 많이 참여했고, 주임(6급) 24.3%, 대리(5급) 23.7%, 차장(3급) 14%, 부장(2급) 3.3% 순으로 참여했다. 장기요양기관은 시설장이 40.7% 가장 많이 참여했고, 관리자 34.3%, 사회복지사 13.6%, 간호사 및 물리치료사가 11.4% 순으로 참여했다(<표 4-6>참조).

아홉째, 장기요양기관 형태(시설 또는 재가)는 장기요양기관은 총 140명 가운데 75%는 시설근무자이며, 25%는 재가 근무자인 것으로 나타났다. 또한 요양보호사의 경우는 117명 가운데 87명인 74.4%가 시설근무자이며, 30명인 25.6%가 재가 근무자인 것으로 나타났다(<표 4-7>참조).

<표 4-7> 장기요양기관의 형태 분석결과

근무기관 형태			그룹명		전체
			장기요양기관	요양보호사	
근무기관	시설	빈도	105	87	192
		%	75.0	74.4	74.7
	재가	빈도	35	30	65
		%	25.0	25.6	25.3

열번째, 장기요양기관의 설립주체를 살펴보면 개인이 운영하는 경우가 52.1%로 가장 많고, 두 번째는 사회복지법인 27.9%, 다음은 지방자치단체 8.6%, 기타 5.0%(주식회사 등), 종교단체 3.6%, 사단법인 2.9% 순으로 나타났으며, 기관 설립의 기간은 1년~3년 정도가 62.9%로 가장 높고, 4년~6년 정도가 24.3%로 이며, 10년 이상 된 기관은 2.9%로 나타났다(<표 4-8>참조).

<표 4-8> 장기요양기관의 설립주체 및 기간 분석결과

	빈도	백분율(%)		빈도	백분율(%)
개인	73	52.1	1년 미만	12	8.6
사회복지법인	39	27.9	1년~3년	88	62.9
종교단체	5	3.6	4년~6년	34	24.3
사단법인	4	2.9	7년~9년	2	1.4
지방자치단체	12	8.6	10년 이상	4	2.9
기 타	7	5.0	합계	140	100.0
합계	140	100.0			

제 2 절 분석결과

1. 노인장기요양보험제도의 적절성

장기요양제도의 적절성은 노인의 삶의 질 향상, 부양부담감소, 노인복지 증진, 제도의 지속적인 필요성의 4가지 변수로 구성되었으며, 4개 변수의 신뢰도(Cronbach의 알파) 값은 .859로 높게 나타났다. 제도의 적절성에 대한 각 그룹의 평균은 건강보험공단이 4.576, 장기요양기관 4.457, 요양보호사 4.310이며, 전체 평균은 4.459으로 세 그룹 모두 장기요양제도가 사회에 기여하는 정도에 대해 매우 긍정적으로 평가하고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-9> 제도의 적절성에 대한 변수별 평균분석결과

그룹명	삶의질 향상	부양부담 경감	복지증진 도움	제도의 필요성
건강보험공단	평균 4.560	4.586	4.454	4.704
	표준편차 .561	.557	.550	.500
장기요양기관	평균 4.379	4.543	4.314	4.593
	표준편차 .694	.592	.647	.561
요양보호사	평균 4.205	4.299	4.282	4.453
	표준편차 .749	.791	.693	.609
합 계	평균 4.400	4.489	4.357	4.594
	표준편차 .679	.653	.630	.562

<표 4-10> 제도의 적절성에 대한 scheffe 분석결과

	N	평균	표준편차	F	scheffe
건강보험공단 a	152	4.576	.450	8.627***	c<a
장기요양기관 b	140	4.457	.518		
요양보호사 c	117	4.310	.603		
합 계	409	4.459	.530		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

또한 <표 4-9>와 <표 4-10>에 나타난 바와 같이 집단 간 유의한 차이가 있으며(F 8.627, p .000), 사후검정결과 요양보호사와 장기요양기관 그리고 장기요양기관과 건강보험공단은 통계적 유의성이 없으므로 건강보험공단과 요양보호사 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 제도의 적절성에 대해 세 집단 모두 긍정적이며 특히 건강보험공단이 가장 긍정적으로 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이는 건강보험공단이 장기요양제도의 관리운영주체로서 자사에 대한 역할에 만족하기 때문으로 사료된다. 이로써 장기요양관련 실무자 집단 모두 지난 4년 간 시행되어 온 장기요양보험제도에 대해 아주 긍정적으로 평가하는 것으로 볼 수 있다. 즉 실무자 집단은 장기요양보험제도가 노인의 삶과 가족의 부양부담경감에 도움을 주며 앞으로도 우리 사회에 필요한 제도라고 인식하고 있다고 볼 수 있다.

2. 수요 측면

1) 장기요양보험 수급대상자 범위 확대의 필요성

장기요양보험 수급대상자 범위에 대한 확대의 필요성에 대한 평가 조사 결과는 <표 4-11>에 나타난 바와 같이 각 집단의 평균은 건강보험공단 3.717, 요양보호사 3.829, 장기요양기관 4.029으로 전체 평균은 3.856로 나타남으로써, 세 집단 모두 대상자 범위 확대의 필요성에 대해 다소 긍정적으로 인식하고 있는 것으로 볼 수 있다. 또한 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며(F 4.038, p .018), 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사 집단은 통계적 유의성이 없는 것으로 나타났다.

따라서 집단 간의 관계는 장기요양기관 및 요양보호사 집단과 건강보험공단 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났으며, 장기요양기관과 요양보호사 집단이 대상자 범위의 확대를 가장 많이 원하는 것으로 나타났다. 이는 대상자 확보가 장기요양기관 운영에 매우 중요하기 때문이며, 현장을 가장 잘 알고 있는 실무자들로서 등급외자 중에도 여러 현실적 여건 상 장기요양서비스가 필요한

경우가 많은 것을 잘 알고 있기 때문으로 사료된다.

<표 4-11> 대상자 범위확대의 필요성에 대한 분석결과

		N	평균	표준 편차	F	scheffe
건강보험공단	a	152	3.717	.999	4.038*	a<b,c
장기요양기관	b	140	4.029	.881		
요양보호사	c	117	3.829	.940		
합 계		409	3.856	.950		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 급여내용

<표 4-12>는 급여내용의 3개 항목에 대한 분석결과이다.

<표 4-12> 급여내용 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
방문 재활 제도 도입	건강보험공단	a	152	3.717	.872	4.441*	b<c<a
	장기요양기관	b	140	3.371	1.082		
	요양보호사	c	116	3.612	1.078		
	합 계		408	3.569	1.016		
가족 방문 요양 유지	건강보험공단	a	152	2.428	1.280	35.930***	a<b<c
	장기요양기관	b	140	3.043	1.229		
	요양보호사	c	117	3.701	1.140		
	합 계		409	3.002	1.324		
특별 급여 확대	건강보험공단	a	152	2.704	1.066	28.411***	a<b<c
	장기요양기관	b	140	3.307	1.024		
	요양보호사	c	117	3.624	.971		
	합 계		409	3.174	1.092		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(1) 재가급여에 방문재활서비스제도(물리·작업치료) 도입의 필요성

현재 자신의 집에서 장기요양서비스를 받고 있는 재가 수급자들에게 방문요양, 방문목욕, 방문간호 이외에 방문재활서비스인 물리·작업치료 도입의 필요

성에 대한 결과를 보면, 전체평균은 3.569로 보통수준을 다소 상회하는 정도로 나타났으며, 그룹별 평균은 건강보험공단 3.717, 장기요양기관 3.371, 요양보호사 3.612로 나타났다. 사후검정 결과 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F 4.441, p .012), 집단 간 관계는 건강보험공단이 가장 긍정적이며 다음은 요양보호사, 장기요양기관 순으로 나타났다. 이로써 전체적으로는 재활제도 도입에 대해 보통수준이나, 세 집단 가운데 건강보험공단의 필요성의 인식이 가장 높다(<표 4-12>참조). 이는 방문재활제도는 즉각적으로는 도입시행에 따른 재정적 부담이 있을 수 있겠으나, 재활을 통해 이용자들의 잔존기능을 최대한 유지하고 악화를 방지할 수 있음에 장기적으로는 재정안정화에도 간접적으로 영향을 미치므로 필요한 제도로 인식하기 때문이라고 생각된다.

(2) 가족방문요양서비스 유지의 필요성

요양보호사가 장기요양수급자인 자신의 가족에게 서비스를 제공하는 방문요양급여를 유지시켜야 하는가에 대한 질문의 결과를 보면, 전체 평균은 3.002로 보통수준이며, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 2.428, 장기요양기관 3.043, 요양보호사는 3.701이며, 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F 35.930, p .000). 또한 사후검정 결과 세 집단 모두 분명한 차이를 보이고 있고, 요양보호사가 가장 찬성하는 입장이며, 건강보험공단이 가장 부정적인 것으로 나타나고 있다(<표 4-12>참조).

이는 요양보호사 가운데 앞으로 자신의 가족에게 장기요양서비스를 제공할 목적으로 자격증을 취득한 사례가 많기 때문으로 사료된다. 그러나 건강보험공단은 급여수가를 지급하는 입장으로 가족방문요양서비스가 서비스제공 확인이 어렵거나 서비스를 제공하지 않고 부당 청구하는 등의 많은 문제가 발생함에 따라 이에 대한 부정적 견해가 가장 큰 것으로 볼 수 있다.

(3) 특별현금급여 지역 범위 확대의 필요성

요양기관이 부족하거나 교통이 불편하여 기피하는 지역에 대해 월 15만원씩 지급되는 특별현금급여 지역의 범위 확대에 대한 결과를 보면, 전체평균은 3.174로 보통수준으로 나타났으며, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 2.704, 장기

요양기관 3.307, 요양보호사 3.624이다. 또한 집단 간 유의한 차이가 있음을 알 수 있고($F=28.411, p=.000$), 사후검정 결과 세 집단 간 뚜렷한 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 4-12>참조). 이로써 특별현금급여 확대에 대한 세 집단의 인식은 요양보호사가 가장 긍정적인 입장이며 건강보험공단이 가장 부정적인 입장으로 나타났다. 이러한 결과에 있어서 요양보호사의 경우 수급대상자의 입장과 가정환경을 가장 잘 알고 있는 집단이므로 이에 대한 필요성을 세 집단 가운데 가장 크게 인식하는 것으로 보인다. 반면, 건강보험공단의 경우는 현금지급이 재정증가나 급여 오용의 문제를 우려한 결과로 볼 수 있다.

3) 본인부담금

<표 4-13>은 본인부담금 관련 4개 항목에 대한 분석결과이다.

<표 4-13> 본인부담금 관련 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
본인부담금 과다	건강보험공단	a	152	2.349	.878	17.443***	a<b,c
	장기요양기관	b	140	2.764	.957		
	요양보호사	c	117	3.009	.969		
	합 계		409	2.680	.969		
저소득범위 확대	건강보험공단	a	152	2.803	.956	28.450***	a<b,c
	장기요양기관	b	140	3.514	.877		
	요양보호사	c	117	3.530	.961		
	합 계		409	3.254	.992		
본인부담금 세분화	건강보험공단	a	152	2.928	1.080	33.369***	a<b,c
	장기요양기관	b	140	3.629	.999		
	요양보호사	c	117	3.889	.936		
	합 계		409	3.443	1.090		
본인부담금 건강보험공단 징수	건강보험공단	a	152	2.540	1.250	18.380***	a<b,c
	장기요양기관	b	140	3.243	1.324		
	요양보호사	c	117	3.342	1.010		
	합 계		409	3.010	1.264		

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

(1) 본인부담금 과다 여부

현재 일반 수급자의 경우 시설입소 시에는 20%, 재가의 경우 15%(차상위계층은 50%감면)를 부담하고 있는 장기요양서비스의 본인부담금의 부담 수준에

대한 결과를 보면, 전체평균은 2.680이며, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 2.349, 장기요양기관 2.764, 요양보호사 3.009이다. 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F 17.443, p .000$), 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 장기요양기관, 요양보호사 집단과 건강보험공단 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 4-13>참조). 이로써 각 그룹별로나 전체적으로 볼 때 현재 본인부담금에 대한 부담정도는 많지 않다고 인식하고 있다고 볼 수 있음에 따라 현재의 본인부담금 수준을 적절하다고 인식하는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 현재 본인부담금 수준(비급여 포함하여 40~60만원)은 장기요양제도 도입 전에 비해 경감되었기 때문인 것으로 사료된다.

(2) 저소득층 범위 확대의 필요성

본인부담금의 50%를 감면 받고 있는 저소득층의 범위 확대에 대한 결과를 보면, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 2.803, 장기요양기관 3.514, 요양보호사 3.530으로 나타났으며, 전체평균은 3.254로 나타났다. 또한 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F 28.450, p .000$), 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 장기요양기관, 요양보호사와 건강보험공단 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 4-13>참조). 이로써 전체적으로는 보통수준이며, 장기요양기관과 요양보호사 집단은 다소 긍정의 견해를 보이고 있고 건강보험공단 만이 보통 미만으로 부정적 입장을 보이고 있다. 이와 같은 결과는 장기요양기관과 요양보호사의 경우 이용자의 환경적 여건을 잘 알고 있음에 따라 저소득층에 대한 지원의 필요성에 다소 긍정적으로 인식하는 반면 건강보험공단의 경우 재정적 부담에 따라 부정적 견해를 보이는 것으로 생각해 볼 수 있다.

(3) 본인부담금 수준 세분화의 필요성

현재 기초생활수급자, 차 상위계층, 일반의 세 개의 층으로 분류하고 있는 본인부담금 수준을 소득이나 자산에 따라 보다 더 세분화 시킬 필요성이 있는지에 대한 본인부담금 수준의 세분화에 대한 결과를 보면, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 2.928, 장기요양기관 3.629, 요양보호사 3.889이며, 전체평균은 3.443으로 나타

났다. 또한 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F\ 33.369, p\ .000$), 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 요양보호사, 장기요양기관과 건강보험공단 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 4-13>참조). 이로써 장기요양기관과 요양보호사는 본인부담금 세분화에 대해 다소 찬성하는 입장이나 건강보험공단만은 다소 부정적 입장이라고 볼 수 있다. 이에 대한 결과도 위의 저소득층 범위 확대의 필요성의 결과와 마찬가지로 건강보험공단 보다 이용자의 경제적 상황을 보다 잘 알고 있는 장기요양기관과 요양보호사 집단의 필요성 인식이 더 높게 나타난 것으로 볼 수 있다.

(4) 건강보험공단의 본인부담금 징수의 필요성

장기요양기관에 납부하고 있는 본인부담금을 건강보험공단에서 직접 징수하는 방안의 필요성에 대한 결과를 보면, 전체평균은 3.001로 보통수준으로 나타나고 있다. 다만 각 그룹별 평균은 건강보험공단 2.540, 장기요양기관 3.243, 요양보호사 3.342이다. 집단 간 차이는 유의한 것으로 나타났다($F\ 18.380, p\ .000$). 또한 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 요양보호사, 장기요양기관과 건강보험공단 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 4-13>참조).

이로써 건강보험공단에서 본인부담금을 직접 징수하는 건에 대해 장기요양기관과 요양보호사는 보통수준이며, 건강보험공단은 부정적인 입장인 것으로 나타났다. 이는 일부 장기요양기관들이 수급 대상자 확보를 위한 유인책으로 본인부담금 감면의 부당행위가 있음에 따라 이 문제를 제기해 보았는데, 위의 결과로 보아 장기요양기관과 요양보호사 집단은 현재 이용자가 직접 장기요양기관에 납부하는 방식이나 건강보험공단이 징수하는 방법 그 어느 쪽이든 수급하는 입장이며, 건강보험공단은 업무과중에 따른 문제로 부정적 견해를 나타내는 것으로 생각해 볼 수 있다.

3. 공급 측면

1) 시설 인프라

<표 4-14>는 장기요양기관의 시장화와 장기요양기관 공급 수준의 적절성에 관한 그룹별 인식 분석 결과이다.

(1) 장기요양기관 시장화의 기여

장기요양기관의 시장화(민간영리기관 증가)가 기관 간의 경쟁을 유도하여 서비스 질 향상에 기여하고 있고 이용자의 선택권을 강화시키는 데 효과가 있는지에 대한 조사 결과를 보면, 전체평균은 3.113으로 보통 수준이며, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 3.204, 요양보호사 3.222, 장기요양기관 2.921이며, 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F = 3.506, p = .031$). 또한 사후검정 결과 건강보험공단과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 요양보호사, 건강보험공단과 장기요양기관 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 세 집단 가운데 장기요양기관이 시장화의 기여에 대해 가장 부정적으로 인식하는 것으로 조사되었다. 이러한 결과에 대해 장기요양기관 집단은 당사자의 입장에서 기관 간의 경쟁이 서비스 질 제고라는 순기능보다는 이익창출과 관련한 역기능적 면을 보다 강하게 인식하고 있는 결과로 볼 수 있을 것으로 사료된다.

(2) 장기요양기관 공급의 적절성

현재 거주 지역에 공급된 장기요양기관 공급의 적절성에 대한 결과를 보면, 전체평균은 3.073으로 보통 수준이며, 각 그룹별 평균은 건강보험공단 3.138, 장기요양기관 2.964, 요양보호사 3.120으로 나타났으며 집단 간 차이는 없는 것으로 나타났다($F = 1.529, p = .218$). 따라서 세 집단 모두 장기요양기관 공급이 적절하다고 인식하는 것으로 조사되었다.

<표 4-14> 시설인프라 관련 분석결과

			N	평균	표준편차	F	scheffe
시장화의 기여	건강보험공단	a	152	3.204	1.025	3.506*	b<a,c
	장기요양기관	b	140	2.921	1.170		
	요양보호사	c	117	3.222	.939		
	합 계		409	3.113	1.061		
요양기관공급 적절성	건강보험공단	a	152	3.138	.899	1.529	-
	장기요양기관	b	140	2.964	1.021		
	요양보호사	c	117	3.120	.790		
	합 계		409	3.073	.915		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

그러나 <표 4-15>에서 보는 바와 같이 장기요양기관의 시장화의 기여에 대해 장기요양기관 집단만을 시설과 재가로 구분하여 살펴본 결과, 시설 집단 평균은 3.067, 재가의 평균은 2.486로 나타났으며, 시설과 재가기관 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(t 2.597, p .010). 이로써 재가 장기요양기관이 장기요양기관의 시장화의 기여에 대해 특히 부정적 견해를 갖고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-15> 장기요양기관(시설·재가)의 시장화 기여 및 공급의 적절성 분석결과

		근무기관	N	평균	표준편차	t
시장화의기여	시설		105	3.067	1.112	2.597*
	재가		35	2.486	1.246	
요양기관공급적절성	시설		105	3.076	.927	2.280*
	재가		35	2.629	1.215	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

또한 장기요양기관 공급의 적절성에 대해서도 시설 집단 평균은 3.076, 재가의 평균은 2.629로 나타났으며, 시설과 재가장기요양기관 간 차이가 있는 것으로 나타났다(t 2.280, p .024). 따라서 재가 장기요양기관이 타 집단에 비해 훨씬 부정적인 견해를 가지고 있음에 따라 재가장기요양기관의 공급이 과다하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이로써 특히 재가장기요양기관의

지나친 과다공급으로 서비스 질 향상을 위한 선의의 경쟁 유도 보다는 기관 간 대상자 확보를 위한 과도한 경쟁을 유발하여 많은 불법·부당행위의 폐단을 낳고 있다고 보고 이에 따라 부정적 견해를 갖는 것으로 생각해 볼 수 있다.

(3) 장기요양기관 공급의 적정 수준 유지방법

<표 4-16>은 현재의 장기요양기관 공급이 적절치 않다면 장기요양기관의 수를 적정수준으로 유지하기 위한 적합한 방법에 대한 응답 결과이다.

<표 4-16> 장기요양기관의 적정수준 유지 방법의 분석결과

			그룹명			전체	χ ² 검정결과
			건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사		
요 양 기 관 적 정 수 준 유 지 방 법	시장원리에 의한 자연도태	빈도	13	20	4	37	26.554** (df=8)
		%	8.7	14.5	3.6	9.3	
	지정갱신제 도입	빈도	54	27	26	107	
		%	36.2	19.6	23.4	26.9	
	장기요양기관 설치 요건강화	빈도	46	56	45	147	
		%	30.9	40.6	40.5	36.9	
	소규모재가서비스 기관의통폐합	빈도	12	20	22	54	
		%	8.1	14.5	19.8	13.6	
	평가에 따른 행정처분 강화	빈도	24	15	14	53	
		%	16.1	10.9	12.6	13.3	
	전 체	빈도	149	138	111	398	
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

전체 응답률 97.6% 가운데 장기요양기관 설치요건 강화가 가장 많은 36.9%이며, 지정갱신제 도입 26.9%, 소규모 재가서비스 기관의 통폐합 13.6%, 평가에 따른 행정처분 강화 12.6% 순으로 나타났다. 그러나 χ²검정 결과 유의확률이 0.001(p<.01)로 집단 간 장기요양기관 공급의 적정 수준 유지방법에 대한 차이가 있는 것으로 나타났다.

즉, 건강보험공단은 지정갱신제 도입, 장기요양기관 설치 요건 강화, 평가에 따른 행정처분 강화 순으로 의견을 보이고 있으며, 장기요양기관의 시설장 및 관리자는 장기요양기관 설치의 요건강화, 지정갱신제 도입, 자연도태와 소규모

기관의 통폐합 순이며, 요양보호사는 장기요양기관 설치의 요건강화, 지정갱신제 도입, 소규모 기관의 통폐합, 평가에 따른 행정처분 순으로 견해 차이가 나타났다. 이로써 장기요양기관은 이미 인가가 난 기관에 대한 행정적 제재보다는 앞으로 새로 설치될 장기요양기관의 진입을 차단하는 방식을 보다 선호한다고 볼 수 있다. 이에 비해 건강보험공단은 지정갱신제 도입으로 주기적으로 장기요양기관을 관리해야 할 필요성을 더욱 강하게 인식하는 것으로 사료된다.

(4) 장기요양기관 운영 어려움의 요인

<표 4-17>은 장기요양기관 운영 어려움의 요인에 대한 결과이다.

<표 4-17> 장기요양기관 운영 어려움 요인 분석결과

		그룹명			전 체	X ² 검정결과
		건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사		
요양기관운영준거에의 여의	재정(경제적인면) 운영어려움	빈도 29 % 19.2	빈도 31 % 22.1	빈도 31 % 27.9	빈도 91 % 22.6	24.714** (df=8)
	요양보호사 등 인력채용 및 관리의 어려움	빈도 64 % 42.4	빈도 62 % 44.3	빈도 36 % 32.4	빈도 162 % 40.3	
	대상자확보	빈도 48 % 31.8	빈도 30 % 21.4	빈도 26 % 23.4	빈도 104 % 25.9	
	행정기관의 요구사항과다	빈도 2 % 1.3	빈도 15 % 10.7	빈도 14 % 12.6	빈도 31 % 7.7	
	이용자 가족들과의 갈등	빈도 8 % 5.3	빈도 2 % 1.4	빈도 4 % 3.6	빈도 14 % 3.5	
	전 체	빈도 151 % 100.0	빈도 140 % 100.0	빈도 111 % 100.0	빈도 402 % 100.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

이상의 결과를 살펴보면 전체 응답률 98.3% 가운데 요양보호사 등 인력 채용 및 관리의 어려움이 40.3%로 가장 높게 나타났으며 다음은 대상자 확보 25.9%, 경제적인 어려움 22.6% 순으로 나타났다. 그러나 X²검정 결과 유의확률이 0.002(p<.01)로 장기요양기관 운영의 어려움의 요인에 대한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이에 대한 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강보험공단은 장기요양기관 운영상 어려움의 요인으로 가장 많은 42.4%

가 요양보호사 등 인력의 채용 및 관리를 선택했으며, 다음은 대상자 확보 31.8%, 재정의 어려움 19.2%, 이용자 가족들과의 갈등 5.3% 순으로 나타났다.

장기요양기관은 요양보호사 등 인력의 채용 및 관리의 어려움 44.3%, 재정의 어려움 22.1%, 대상자 확보 21.4% 순으로 인식하고 있다. 요양보호사도 인력의 어려움이 32.4%로 가장 많고, 다음이 재정의 어려움 22.6%, 대상자 확보 25.9% 순으로 나타났다. 이상의 결과로 집단 간 차이는 있으나, 세 집단의 공통점은 각 집단 모두 요양보호사 등 인력의 채용 및 관리의 문제를 장기요양기관 운영상 어려움의 가장 큰 요인으로 보고 있는 것으로 나타났다. 이로써 현장에서 느끼는 요양보호사의 채용 문제의 심각성은 더욱 크다고 볼 수 있으며 이에 대한 대책 마련이 시급한 것으로 판단된다.

(5) 장기요양기관의 질적 개선 사항

장기요양기관의 질적 개선을 위한 방안으로 지정갱신제 도입, 평가전담기구 설치, 우수 장기요양기관 홍보 및 인증마크제 도입, 장기요양기관의 평가 결과 하위그룹에 대한 행정처분 강화, 장기요양기관의 불법·부당행위 행정처분 강화, 장기요양기관의 직원 배치기준에 대한 관리 감독 강화의 6가지 정책이 제시되었다. 각각의 정책에 대한 필요성 정도에 대한 그룹별 분석결과는 <표 4-18>과 같다.

첫째, 지정갱신제 도입에 대한 결과를 보면, 전체평균은 3.680로 다소 긍정적이며, 그룹별 평균은 건강보험공단 3.974로 가장 높고, 요양보호사 3.633, 장기요양기관 3.400이며, 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다($F_{17.242}$, $p_{.000}$). 또한 사후검정 결과 세 집단 간 통계적 유의한 차이가 분명하게 나타났다. 따라서 지정갱신제에 대해서 세 집단 모두 긍정적이며, 이 가운데 건강보험공단이 가장 찬성하는 입장을 보이고 있다.

둘째, 평가전담기구설치에 대한 결과를 보면, 전체평균은 4.007로 긍정적인 반응이 높게 나타났다. 그룹별 평균은 건강보험공단 4.612, 장기요양기관 3.721, 요양보호사 3.564이며, 집단 간 차이는 없는 것으로 나타남에 따라($F_{1.971}$, $p_{.141}$), 세 집단 모두 평가전담기구설치에 찬성하는 것으로 해석된다.

셋째, 우수 장기요양기관 홍보 및 인증마크제 도입결과에 대한 전체평균은

3.885로 긍정적이다. 그룹별 평균은 건강보험공단이 4.099로 가장 높고, 요양보호사 3.760, 장기요양기관 3.757이며, 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F 8.405, p .000). 또한 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사 집단 간에는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 건강보험공단 집단과 요양보호사 및 장기요양기관 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 인증마크 제 도입에 대해 세 집단 가운데 건강보험공단이 가장 찬성하는 입장으로 나타났다.

넷째, 장기요양기관의 평가 결과 하위그룹에 대한 행정처분 강화에 대한 결과를 보면, 전체 평균은 3.895로 긍정적으로 나타났다. 그룹별 평균은 건강보험공단 4.197, 요양보호사 3.846, 장기요양기관 3.607이고, 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F 18.911, p .000). 또한 사후검정 결과 세 집단 각각 통계적 유의성이 있음에 따라 집단 간의 관계는 건강보험공단, 요양보호사, 장기요양기관의 세 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 세 집단 모두의 의견은 다르나 세 집단 모두 긍정적이며, 이 중 건강보험공단이 가장 찬성하는 입장이다.

다섯째, 장기요양기관의 불법·부당행위 행정처분 강화에 대한 결과를 보면, 전체평균은 4.313으로 긍정성이 높게 나타났다. 그룹별 평균은 건강보험공단이 4.586로 가장 높게 나타났으며, 장기요양기관과 요양보호사의 평균은 각각 4.200과 4.094으로 세 집단 모두 찬성도가 높게 나타났다. 또한 집단 간 찬성강도는 차이가 있는 것으로 나타났으며(F 18.849, p .000), 사후검정 결과 요양보호사와 장기요양기관은 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 건강보험공단과 장기요양기관, 요양보호사집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 건강보험공단이 부당행위기관의 처분강화에 대해 가장 찬성하는 입장이며 다른 두 집단 평균도 4.0점 이상으로 찬성도가 높다고 볼 수 있다.

여섯째, 장기요양기관의 요양보호사 등 직원 배치기준에 대한 관리 감독 강화에 대한 결과는 전체 평균은 4.022로 높게 나타났고, 그룹별 평균은 건강보험공단 4.270, 요양보호사 4.009, 장기요양기관 3.764이며, 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F 14.440, p .000). 또한 사후검정 결과 세 집단 각각 차이가 분명하게 나타났다. 이로써 요양보호사 배치기준에 대한 관리 감독 강

화에 대해 세 집단 모두 긍정적이나, 이 가운데 건강보험공단이 가장 찬성하는 입장이며 장기요양기관의 찬성도가 가장 낮은 것으로 나타났다.

이상의 장기요양기관의 서비스 질 개선을 위한 6개 방안 전반에 대해 세 집단 모두 필요하다고 인식하고 있다. 또한 전체적으로 건강보험공단이 가장 찬성하는 입장이며 장기요양기관의 찬성도는 상대적으로 가장 낮게 나타났는데, 이는 건강보험공단은 관리 감독하는 입장이며, 장기요양기관은 제재를 받는 입장이기 때문으로 사료된다. 또한 제시된 6개 방안 가운데 장기요양기관의 불법·부당행위 행정처분 강화는 세 집단 모두 가장 강하게 그 필요성을 제기하고 있음에 따라 이 문제에 대해 현장에서 느끼는 심각성은 매우 큼을 알 수 있다. 그리고 평가전담기구 설치의 경우도 세 집단 모두 견해차이 없이 찬성하는 입장으로 나타남으로써 현재 건강보험공단의 장기요양기관 평가방식에 대한 개선이 필요하다고 인식하는 것으로 볼 수 있다.



<표 4-18> 장기요양기관의 질적 개선의 각 방안의 필요성 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
지정갱신제 도입	건강보험공단	a	152	3.974	.745	17.242***	b<c<a
	장기요양기관	b	140	3.400	.935		
	요양보호사	c	117	3.633	.837		
	합 계		409	3.680	.873		
평가전담기구 설치	건강보험공단	a	152	4.612	7.753	1.971	-
	장기요양기관	b	140	3.721	.849		
	요양보호사	c	117	3.564	.885		
	합 계		409	4.007	4.789		
인증마크제 도입	건강보험공단	a	152	4.099	.717	8.405***	b,c<a
	장기요양기관	b	140	3.757	.920		
	요양보호사	c	117	3.760	.784		
	합 계		409	3.885	.825		
평가하위그룹 행정처분	건강보험공단	a	152	4.197	.746	18.911***	b<c<a
	장기요양기관	b	140	3.607	.935		
	요양보호사	c	117	3.846	.784		
	합 계		409	3.895	.861		
부당행위기관 처분강화	건강보험공단	a	152	4.586	.614	18.849***	b,c<a
	장기요양기관	b	140	4.200	.788		
	요양보호사	c	117	4.094	.707		
	합 계		409	4.313	.734		
직원배치기준 감독강화	건강보험공단	a	152	4.270	.690	14.440***	b<c<a
	장기요양기관	b	140	3.764	.862		
	요양보호사	c	117	4.009	.866		
	합 계		409	4.022	.830		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

2) 장기요양시설의 운영주체

<표 4-19>는 장기요양기관(입소시설)의 설립·운영주체로 지자체나 구청, 법인 등 공적기관 확대의 필요성에 대한 조사 분석 결과이다.

(1) 공적기관의 확대 필요성

입소시설의 설립·운영주체로 지방자치단체 등 공적기관의 확대 필요성에 대해서는 전체 평균이 3.736점으로 다소 긍정적으로 나타났으며, 이에 대한 그룹별 비교에서는 건강보험공단의 평균이 4.026으로 가장 높게 나옴으로써 공적장기요양기관 확대의 필요에 대해 가장 찬성하는 입장을 보이고 있으며, 요양보호사 3.761, 장기요양기관 3.400으로 보통수준으로 나타났다. 또한 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F\ 16.696, p\ .000$), 사후검정 결과 세 집단 간 차이가 분명하게 나타났다. 따라서 세 집단 가운데 건강보험공단이 이에 대한 필요성을 가장 강하게 인식하고 장기요양기관은 상대적으로 가장 낮게 나타났다.

(2) 법인 확대의 필요성

입소시설의 설립·운영주체로 법인 확대의 필요성에 대한 전체 평균은 3.606으로 다소 긍정적으로 나타났고, 그룹별 평균은 건강보험공단과 요양보호사의 평균이 각각 3.743와 3.752, 장기요양기관 평균은 가장 낮은 3.336으로 나타났다. 이에 대한 집단 간 비교에서도 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F\ 8.650, p\ .000$), 사후검정 결과 건강보험공단과 요양보호사 집단은 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 건강보험공단, 요양보호사 집단과 장기요양기관 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 법인확대의 필요성에 대한 세 집단의 견해는 다소 차이는 있으나 보통 또는 다소 긍정의 입장으로 볼 수 있다.

이상의 결과에서와 같이 실무자 집단은 법인 확대의 필요성보다는 공적장기요양기관의 확대에 대해 보다 강하게 필요성을 인식하고 있다고 볼 수 있다. 또한 세 집단 가운데 건강보험공단이 이에 대해 강한 필요성을 제기하고 있는

것은 개인장기요양기관이 주를 이루고, 영리목적을 위한 각종 불법·부당행위 사례들이 많으므로 이에 대한 견제 책의 필요성에 대한 결과로 생각해 볼 수 있다.

<표 4-19> 장기요양기관 시설운영주체의 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
공적입소시설 확대	건강보험공단	a	152	4.026	.837	16.696***	b<c<a
	장기요양기관	b	140	3.400	1.078		
	요양보호사	c	117	3.761	.837		
	합 계		409	3.736	.962		
법인입소시설 확대	건강보험공단	a	152	3.743	.842	8.650***	b<a,c
	장기요양기관	b	140	3.336	1.123		
	요양보호사	c	117	3.752	.850		
	합 계		409	3.606	.967		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

3) 요양보호사의 서비스 질 향상 방안

<표 4-20>은 요양보호사의 서비스 질 향상을 위해 제시된 요양보호사의 임금인상, 승급제도 도입, 전문성 강화, 매뉴얼 제공, 인센티브 제공, 휴가제도 등 근로여건 개선의 6 가지 정책의 필요성 정도에 대한 집단별 인식 조사 결과 이다.

(1) 요양보호사의 임금인상

요양보호사의 임금인상에 대한 결과를 보면, 전체 평균은 4.066으로 긍정적으로 나타났다. 그룹별 평균은 국민건강보험공단 3.790, 장기요양기관 3.907, 요양보호사 4.615로 나타났다. 또한 집단 간 인식의 차이가 있는 것으로 나타났다(F 53.711, p .000), 사후검정 결과 건강보험공단과 장기요양기관은 통계

적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 요양보호사 집단과 장기요양기관, 건강보험공단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 임금인상에 대해 세 집단 모두 긍정적이라 볼 수 있으나, 특히 요양보호사가 훨씬 강하게 요구하고 있는 것으로 나타났다.

(2) 요양보호사의 승급제도 도입

요양보호사의 승급제도 도입의 필요성에 대한 결과를 보면, 전체평균은 3.809으로 다소 긍정적으로 인식하고 있는 것으로 나타났다. 그룹별 평균은 국민건강보험공단 3.809, 장기요양기관 3.536, 요양보호사 4.137이며, 이에 대한 집단 간 유의한 차이를 보이고 있다($F 16.568, p .000$). 또한 사후검정 결과 세 집단 각각 뚜렷한 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 요양보호사의 승급제도 도입에 대한 각 집단의 인식은 요양보호사가 가장 높고, 장기요양기관이 가장 낮게 나타났다.

(3) 요양보호사의 전문성 강화

요양보호사의 전문성 강화의 필요성에 대한 결과는 그룹별 평균은 건강보험공단 4.355, 장기요양기관 4.079, 요양보호사 4.265로 나타났으며, 전체평균도 4.235로 높게 나타남으로써 요양보호사의 전문성 강화의 필요성에 대해 전반적으로 높은 긍정성을 보이고 있다. 다만, 집단 간 의견에는 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며($F 5.653, p .004$), 사후검정 결과 요양보호사와 건강보험공단 집단은 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 건강보험공단, 요양보호사 집단과 장기요양기관 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 건강보험공단과 요양보호사 집단이 요양보호사의 전문성 강화의 필요성에 대해서 가장 찬성하는 입장이나 세 집단 모두 평균 4.0 이상으로 높은 긍정성을 보임으로써 이의 필요성을 강하게 인식하고 있는 것으로 볼 수 있다.

(4) 업무지침서(매뉴얼)의 필요성

요양보호사의 업무를 위한 업무지침서(매뉴얼)의 필요성에 대한 결과는 그룹별 평균이 건강보험공단 4.125, 장기요양기관 4.793, 요양보호사 3.974로 나

타났으며, 전체평균도 4.311로 높게 나타났다. 또한 집단 간 인식의 차이는 없는 것으로 나타남으로써(F 1.132, p .323), 세 집단 모두 표준화된 서비스 매뉴얼이 매우 필요하다고 인식하고 있는 것으로 보여 진다. 특히 장기요양기관이 세 집단 가운데 가장 높은 점수를 보임으로써 업무지침서의 필요성을 높게 인식하는 것으로 나타났다.

(5) 대상자의 등급 하향조정 시 요양보호사에게 인센티브 지급

요양보호사가 담당하는 대상자의 상태호전으로 대상자의 등급이 하향조정되었을 경우 요양보호사에게 인센티브를 지급하는 정책에 대한 평가에 있어서 그룹별 평균은 건강보험공단 3.612, 장기요양기관 3.393, 요양보호사 3.974로 나타났으며, 전체평균은 3.641로 다소 긍정적으로 나타났다. 또한 집단 간 견해 차이가 있는 것으로 나타났으며(F 11.028, p .000), 사후검정 결과 장기요양기관과 건강보험공단 집단은 통계적 유의성이 없음에 따라 인센티브 제공에 대해 장기요양기관과 건강보험공단 보다 요양보호사가 더욱 찬성하는 것으로 나타났다.

(6) 요양보호사의 휴가제도 도입 등 근로여건 개선

요양보호사의 휴가제도 도입 등 근로여건 개선을 위한 정책에 대한 결과를 보면 그룹별 평균은 건강보험공단 3.974, 장기요양기관 3.786, 요양보호사 4.487이며, 전체평균도 4.056으로 긍정적으로 나타났다. 또한 집단 간 견해차이가 있는 것으로 나타났으며(F 28.797, p .000), 사후검정 결과 세 집단 각각 분명한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 근로여건 개선에 대해 요양보호사 집단이 가장 찬성하며, 다음은 건강보험공단 그리고 장기요양기관 순으로 나타났다. 세 집단 모두 요양보호사의 근로여건 개선에 대해 긍정적으로 인식하고 있다고 볼 수 있다.

이상의 결과로써 실무자들은 요양보호사 서비스 질 개선과 관련하여 위에 제시한 6개 안 가운데 특히 요양보호사의 임금인상, 업무지침서 제공, 전문성 강화의 필요성을 가장 강하게 인식하고 있음을 알 수 있다. 따라서 앞서 살펴본 장기요양기관 운영상 난점의 주요인으로 요양보호사 채용과 관리의 어려움을 들고 있는 것과 연

관하여 살펴볼 때, 이에 대한 중점적 검토와 대책마련이 시급하다고 사료된다.

<표 4-20> 요양보호사의 서비스 질 향상 방안 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
임금인상	건강보험공단	a	152	3.790	.715	53.711***	a,b<c
	장기요양기관	b	140	3.907	.748		
	요양보호사	c	117	4.615	.555		
	합 계		409	4.066	.769		
승급제도 도입	건강보험공단	a	152	3.809	.678	16.568***	b<a<c
	장기요양기관	b	140	3.536	1.007		
	요양보호사	c	117	4.137	.787		
	합 계		409	3.809	.865		
전문성 강화	건강보험공단	a	152	4.355	.624	5.653***	b<a,c
	장기요양기관	b	140	4.079	.805		
	요양보호사	c	117	4.265	.700		
	합 계		409	4.235	.720		
업무 지침서 제공	건강보험공단	a	152	4.125	.674	1.132	-
	장기요양기관	b	140	4.793	8.051		
	요양보호사	c	117	3.974	.793		
	합 계		409	4.311	4.749		
등급 하향시 인센티브	건강보험공단	a	152	3.612	.942	11.028***	a,b<c
	장기요양기관	b	140	3.393	1.071		
	요양보호사	c	117	3.974	.960		
	합 계		409	3.641	1.017		
근로여건 개선	건강보험공단	a	152	3.974	.651	28.797***	b<a<c
	장기요양기관	b	140	3.786	.943		
	요양보호사	c	117	4.487	.624		
	합 계		409	4.056	.807		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

4) 등급판정에 관한 내용

(1) 장기요양 등급판정에 대한 신뢰 정도

<표 4-21>에서와 같이 건강보험공단의 장기요양 등급판정에 대한 신뢰 정도에 대한 결과는 전체 평균이 3.509점으로 다소 긍정적으로 나타나고 있으나, 그룹별 평균은 건강보험공단은 4.592, 장기요양기관 2.850, 요양보호사 2.889로 나타났다. 또한 이에 대한 집단 간 유의한 차이가 있으며(F 6.246, p .002), 사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 건강보험공단 집단과 장기요양기관, 요양보호사 간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 따라서 건강보험공단의 자사의 판정에 신뢰도가 높으나 장기요양기관과 요양보호사 두 집단은 건강보험공단의 등급판정에 대해 신뢰성이 낮음으로써 건강보험공단과 인식의 차이가 큰 것으로 나타났다.

<표 4-21> 등급판정 신뢰정도 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
등급판정 신뢰	건강보험공단	a	152	4.592	7.740	6.246**	b,c<a
	장기요양기관	b	140	2.850	.813		
	요양보호사	c	117	2.889	.908		
	합 계		409	3.509	4.830		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(2) 등급판정을 신뢰하지 않는 이유

건강보험공단의 등급판정을 신뢰하지 않는 이유에 대해서는 <표 4-22>에 나타난 바와 같이 전체 가운데 74.5%의 응답률을 보였으며, 그룹별로는 건강보험공단 57.9%, 장기요양기관 81.4%, 요양보호사가 88%의 응답률을 보였다. 전체 응답결과는 1회성 조사에 따른 문제가 27.2%로 가장 높고, 다음은 조사자에 따른 차이 24.9%, 정신적 질환에 대한 판단의 어려움이 21.4%, 신체적 기능중심의 등급판정 16.3%, 의사소견서의 신뢰성 문제 7.7% 순으로 나타났다.

<표 4-22> 등급판정 불신이유 분석결과

		그룹명			전체	χ^2 검정결과
		건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사		
등급판정 불신 이유	조사자에 따른 차이	빈도 13 13.7	빈도 37 32.2	빈도 28 27.2	빈도 78 24.9	54.840*** (df=10)
	의사소견서의 신뢰성 문제	빈도 16 16.8	빈도 4 3.5	빈도 4 3.9	빈도 24 7.7	
	1회성 조사에 따른 문제	빈도 35 36.8	빈도 24 20.9	빈도 26 25.2	빈도 85 27.2	
	정신적 질환에 대한 판단의 어려움	빈도 18 18.9	빈도 20 17.4	빈도 29 28.2	빈도 67 21.4	
	신체적 기능중심의 등급판정	빈도 6 6.3	빈도 29 25.2	빈도 16 15.5	빈도 51 16.3	
	기타	빈도 7 7.4	빈도 1 .9	빈도 0 .0	빈도 8 2.6	
	전체	빈도 95 100.0	빈도 115 100.0	빈도 103 100.0	빈도 313 100.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

그러나 χ^2 검정 결과 유의확률이 0.000(p<.001)으로 등급판정 불신이유에 대한 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 그룹별로 살펴보면, 건강보험공단은 1회성 조사에 따른 문제가 36.8% 가장 높고, 정신적 질환에 대한 판단의 어려움 18.9%, 의사소견서의 신뢰성문제 16.8%, 조사자에 따른 차이 13.7% 순으로 나타났다. 장기요양기관은 조사자에 따른 차이가 32.2%로 가장 높고, 신체적 기능중심의 등급판정 25.2%, 1회성 조사에 따른 문제 20.9%, 정신적 질환에 대한 판단의 어려움 17.4% 순으로 나타났다. 요양보호사는 정신적 질환에 대한 판단의 어려움이 28.2% 가장 높고, 조사자에 따른 차이 27.2%, 1회성 조사에 따른 문제 25.2%, 신체적 기능중심의 등급판정 15.5% 순으로 나타났다. 이와 같이 불신원인에 대해서도 세 집단 모두 다르게 인식하는 것으로 해석된다.

이상의 등급판정과 관련한 조사결과로 볼 때, 건강보험공단은 불신의 이유를 신청자 및 신청자 가족의 요인으로 보는 반면, 장기요양기관과 요양보호사

는 등급판정기준이나 조사자에 따른 차이를 불신의 이유로 들고 있다. 따라서 실무자들은 등급판정을 위한 방문조사 시 최소 2인1조로 구성할 필요성과 조사자에 따른 차이나 정신적 질환의 판단에 대한 문제 등의 해결을 위해 조사자의 전문성 확보와 등급판정기준에 대한 개선의 필요성을 제기하고 있다고 볼 수 있다.

(3) 등급판정 시 환경적 요인 고려 필요성

등급 판정 시 신체적 기능 이외에 돌봄자 유무, 가족부양 능력, 독거여부 등 환경적 상황을 고려해야 할 필요성에 대한 결과를 보면, 그룹별 평균은 건강보험공단 3.678, 장기요양기관 4.157, 요양보호사 3.949이며, 전체평균은 3.919로 나타났다. 또한 집단 간의 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며(F 10.739, p .000), 사후검정 결과 요양보호사와 장기요양기관은 통계적 유의성이 없음에 따라 집단 간 관계는 장기요양기관, 요양보호사 집단과 건강보험공단 간 차이가 있는 것으로 나타났다(<표 4-23> 참조). 이로써 환경적 요인의 고려에 대해 건강보험공단보다 장기요양기관과 요양보호사 집단이 더욱 필요하다고 보고 있으나 세 집단 모두 긍정적으로 인식하고 있는 것으로 나타났다.

<표 4-23> 등급판정 시 환경적 요인고려 필요성 분석결과

			N	평균	표준편차	F	scheffe
환경적 요인 고려 필요성	건강보험공단	a	152	3.678	.911	10.739***	a<b,c
	장기요양기관	b	140	4.157	.900		
	요양보호사	c	117	3.949	.840		
	합 계		409	3.919	.908		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(4) 등급판정 시 인지장애(치매) 및 정신질환(우울증 등)에 대한 인정점수가중치부과의 필요성

등급판정 시 신체적 기능은 양호하더라도 인지장애 및 우울증 등의 정신질환이 있는 경우 인정점수에 가중치를 부과해야 할 필요성에 대한 결과를 보면, 그룹별 평균은 건강보험공단 3.941, 장기요양기관 4.379, 요양보호사 4.205

로써, 전체평균은 4.166으로 나타났으며, 집단 간에 유의한 차이가 있는 것으로 나타났다(F 16.351, p .000). 또한 사후검정 결과 세 집단 각각의 차이가 분명하며, 집단 간 관계는 장기요양기관이 가장 찬성하며 다음은 요양보호사 그리고 건강보험공단 순으로 나타났다(<표 4-24> 참조). 이로써 인지장애(치매) 및 정신질환(우울증 등)에 대한 인정점수 가중치 부과 필요성에 대한 집단 간 차이는 있으나 세 집단 모두 긍정적으로 나타났다.

위의 등급판정 신뢰성 및 불신이유의 결과와 관련하여 이상에서 살펴본 결과로 볼 때, 현재 등급판정 기준은 신체활동을 중심으로 하고 있으므로 신체 활동은 큰 문제가 없다 할지라도 인지장애로 인해 돌봄자가 필요한 치매 초기 환자는 제외되고 있다. 따라서 현장 실무자들 특히, 장기요양기관과 요양보호사 집단은 이에 대한 실태를 잘 알고 있기에 이들에 대한 조치의 필요성을 더욱 많이 인식하고 있는 것으로 볼 수 있다.

<표 4-24> 인지장애(치매) 및 정신질환(우울증 등)에 대한 인정점수
가중치부과의 필요성 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
인지장애 가중치 부과 필요성	건강보험공단	a	152	3.941	.612	16.351***	a<c<b
	장기요양기관	b	140	4.379	.673		
	요양보호사	c	117	4.205	.702		
	합 계		409	4.166	.684		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

5) 장기요양기관 평가 및 등급외자와 서비스 미 이용자 관리

(1) 건강보험공단의 장기요양기관 평가에 대한 신뢰성

건강보험공단의 장기요양기관 평가에 대한 신뢰성 조사결과는 <표 4-25>에 나타난 바와 같이 전체평균은 3.276으로 보통수준으로 나타났으며, 그룹별로는 건강보험공단 3.829, 장기요양기관 2.914, 요양보호사 2.992로 나타났다. 또한 이에 대해 집단 간 유의한 차이가 있는 것으로 나타났으며(F 64.011, p .000),

사후검정 결과 장기요양기관과 요양보호사는 통계적 유의성이 없음에 따라 건강보험공단 집단과 장기요양기관, 요양보호사 집단 간 차이가 있는 것으로 나타났다. 이로써 장기요양기관과 요양보호사 두 집단 모두 장기요양기관 평가 주체 기관인 건강보험공단의 평가에 대한 신뢰정도가 낮으며, 다소 부정적인 인식을 갖는 것으로 나타났다.

<표 4-25> 장기요양기관 평가신뢰의 분석결과

			N	평균	표준 편차	F	scheffe
요양 기관 평가 신뢰	건강보험공단	a	152	3.829	.707	64.011***	b,c<a
	장기요양기관	b	140	2.914	.763		
	요양보호사	c	117	2.992	.825		
	합 계		409	3.276	.871		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(2) 장기요양기관평가의 불신 요인

건강보험공단의 장기요양기관평가에 대한 불신 요인 결과를 보면, <표 4-26>에 나타난 바와 같이 전체 가운데 72.9%가 응답했으며, 그룹별로는 건강보험공단 58.5%, 장기요양기관 82.1%, 요양보호사가 80.3%의 응답률을 보였다. 응답자의 전체 의견 가운데 과다한 서류중심의 평가문제가 54.7%로 가장 높게 나타났으며, 다음은 조사자의 현장이해도와 전문성 문제 27.0%, 평가기준의 문제 17.7% 순으로 나타났다.

그룹별로는 건강보험공단의 경우 과다한 서류 중심의 평가문제 53.8%, 조사자의 현장이해도와 전문성 문제 23.1%, 평가기준의 문제 20.9% 순이며, 장기요양기관은 과다한 서류중심의 평가문제 61.7%, 조사자의 현장이해도와 전문성 문제 26.1%, 평가기준의 문제 12.2% 순으로 나타났다. 요양보호사는 과다한 서류 중심의 평가문제 46.8%, 조사자의 현장이해도와 전문성 문제 31.9%, 평가기준의 문제 21.3% 순으로 나타났다. 또한 χ^2 검정 결과 유의확률이 0.079로 유의수준 0.05보다 크게 나타남으로써 집단 간 차이가 없는 것으로 나타났다. 이로

써 전체 결과를 볼 때 불신요인의 순위는 세 집단 모두 공통적으로 과다한 서류중심의 평가문제를 가장 높은 불신요인으로 보고 있는 것으로 볼 수 있다.

<표 4-26> 평가불신이유 분석결과

		그룹명			전체	χ^2 검정결과
		건강보험공단	장기요양기관	요양보호사		
평가불신이유	조사자의 현장이해도와 전문성문제	빈도 21 23.1	30 26.1	30 31.9	81 27.0	11.303 (df=6)
	평가기준의 문제	빈도 19 20.9	14 12.2	19 21.3	53 17.7	
	과다한 서류중심의 평가문제	빈도 49 53.8	71 61.7	44 46.8	164 54.7	
	기타	빈도 3 2.2	0 .0	0 .0	2 .7	
	전 체	빈도 91 100.0	115 100.0	94 100.0	300 100.0	

(3) 장기요양기관 평가단 구성

<표 4-27>은 장기요양기관 평가단 구성에 대한 의견 조사 결과로, 전체 응답 가운데 평가전담독립기구가 설치되어야 한다는 의견이 42.8%, 건강보험공단 직원과 학계 전문가 등 다양한 집단으로 구성된 평가단 구성의 필요성이 42.5%로 거의 유사한 비율로 나타났다. 그룹별로도 세 집단 모두 평가전담독립기구 설치와 다양한 집단으로 구성해야 한다는 방안을 가장 많이 주장하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 χ^2 검정 결과 유의확률이 0.000($p < 0.001$)로 장기요양기관 평가단 구성에 대한 집단 간 견해 차이가 있는 것으로 나타났다.

즉, 건강보험공단의 경우 1순위는 평가전담독립기구설치, 2순위는 다양한 집단의 평가단 구성으로 나타났으나 이에 대한 차이는 1.3%의 미미한 수준으로 두 가지 안에 대해 거의 유사한 수준으로 나타나고 있다. 반면, 장기요양기관은 평가전담독립기구 설치가 57.9%, 다양한 집단으로의 구성이 32.9%로 평가전담독립기구 설치에 대한 주장이 훨씬 높게 나타났다. 요양보호사는 58.1%가 다양한 집단의 평가단 구성을 주장하였고 2순위인 평가전담독립기구 설치

27.4%로 나타났는데, 이는 다양한 집단으로 구성하는 안에 요양보호사의 경력자를 포함시킨 결과로 해석된다.

이상의 장기요양기관 평가관련 결과로 볼 때, 장기요양기관과 요양보호사 집단은 현재의 장기요양기관 평가에 대한 개선의 필요성을 강하게 요구하고 있다. 특히 현재의 서류중심의 평가방식에 대해 신뢰하지 않고 있으며, 보다 실질적인 평가가 이루어질 수 있도록 다각적인 평가방식을 요구하고 있다고 볼 수 있다. 또한 실무자들은 이에 대한 대안으로 평가를 위한 독립기구설치를 가장 선호하고 있다. 이로써 현재의 평가방식이나 불신의 문제를 해결 할 수 있을 것으로 기대하고 있다고 볼 수 있다.

<표 4-27> 장기요양기관 평가단 구성에 대한 분석결과

		그룹명			전체	X ² 검정결과
		건강보험공단	장기요양기관	요양보호사		
평가 단 구 성	건보직원+학계전문가,지자체공무원,요양보호사경력자	빈도 %	60 39.5	46 32.9	68 58.1	174 42.5
	평가전담독립기구설치	빈도 %	62 40.8	81 57.9	32 27.4	175 42.8
	지자체	빈도 %	7 4.6	4 2.9	5 4.3	16 3.9
	보건복지부	빈도 %	1 .7	2 1.4	8 6.8	11 2.7
	건강보험공단	빈도 %	19 12.5	3 2.1	4 3.4	26 6.4
	기타	빈도 %	3 2.0	4 2.9	0 .0	7 1.7
	전 체	빈도 %	152 100.0	140 100.0	117 100.0	409 100.0
						53.115*** (df=10)

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

(4) 등급외자 및 서비스 미 이용자 관리

<표 4-28>은 등급외자 또는 등급판정을 받았으나 서비스를 이용하지 않는 미 이용자 관리가 적절히 이루어지고 있는지에 대한 조사 결과로써, 그룹별 평균은 건강보험공단 2.579, 장기요양기관 2.386, 요양보호사 2.308로 나타났으며, 전체평균은 2.435로 낮게 나타났다. 또한 집단 간 유의한 인식의 차이가

있는 것으로 나타났으며(F 4.123, p .017), 사후검정 결과 요양보호사와 장기요양기관 간 통계적 유의성은 없는 것으로 나타났다.

이로써 건강보험공단과 장기요양기관 및 요양보호사 집단 간 차이는 있으나, 세 집단 모두 등급외자나 서비스 미 이용자들에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않고 있다고 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과를 통해 건강보험공단과 지방자치단체의 연계가 제대로 이루어지지 않고 있다고 볼 수 있다. 즉, 건강보험공단은 서비스 미 이용자 및 등급외자에 대한 통보를, 지방자치단체는 이들에 대한 예방과 재활이 이루어질 수 있도록 관리를 해야 하지만 이러한 결과로 볼 때 이들 유관기관과의 업무협조가 원활하지 않다고 볼 수 있다.

<표 4-28> 등급외자 및 서비스 미 이용자 관리에 관한 분석결과

구 분		N	평균	표준 편차	F	scheffe
건강보험공단	a	152	2.579	.842	4.123*	b,c<a
장기요양기관	b	140	2.386	.828		
요양보호사	c	117	2.308	.737		
합 계		409	2.435	.814		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

6) 재정

(1) 장기요양보험재정에 대한 정부부담금의 적절성

<표 4-29> 정부부담금 적절성의 분석결과

		N	평균	표준 편차	F	scheffe
건강보험공단	a	152	2.829	.844	.056	-
장기요양기관	b	140	2.843	.876		
요양보호사	c	117	2.863	.765		
합 계		409	2.844	.831		

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

현재 장기요양보험 예상수입액의 20%로 되어있는 정부부담금 수준의 적절

성에 대한 <표 4-29>의 결과를 보면, 그룹별 평균은 건강보험공단 2.829, 장기요양기관 2.843, 요양보호사 2.863이며, 전체평균도 2.844로 보통수준 보다 다소 낮게 나타났다. 또한 이에 대한 집단 간 차이는 없는 것으로 나타났다(F .056, p .945). 따라서 세 집단 모두 현재 정부부담금 수준이 적절하지 않다고 인식하는 것으로 볼 수 있다.

(2) 정부부담금의 적정 수준

정부부담금의 적정 수준에 대한 조사 결과를 보면, 전체 가운데 60.3%가 응답했으며, 응답자 가운데 가장 많은 43.1%가 정부부담금이 30%정도 되어야 한다고 응답한 것으로 나타났다. 다음은 23.5%가 40%, 23.1%가 50% 순으로 나타났다. 그룹별로는 건강보험공단은 30%, 50%, 40% 순으로 나타났으며, 장기요양기관과 요양보호사는 30% , 40% , 50% 순으로 나타났다(<표 4-30>참조).

<표 4-30> 정부부담금 적절성의 분석결과

		그룹명			전체	χ ² 검정결과
		건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사		
정부부담금 수준	30%	빈도 48 45.7	29 37.7	33 45.2	110 43.1	18.134* (df=8)
	40%	빈도 24 22.9	22 28.6	14 19.2	60 23.5	
	50%	빈도 31 29.5	13 16.9	15 20.5	59 23.1	
	60%	빈도 2 1.9	9 11.7	7 9.6	18 7.1	
	기타	빈도 0 .0	4 5.2	4 5.5	8 3.1	
	전 체	빈도 105 100.0	77 100.0	73 100.0	255 100.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

또한 χ²검정 결과 유의확률이 0.020(p<0.05)로 정부부담금 적정 수준에 대한 집단 간 견해차이가 있는 것으로 나타났다. 그러나 세 집단 모두 정부부담금의 적정 수준에 대해 30%정도로 인식하는 것으로 볼 수 있다. 앞서 현황에

서도 살펴본 바, 실제적인 정부부담금 수준은 20%에도 훨씬 못 미치는 상황에서 실무자들의 인식은 20%도 적절치 않으며 정부부담금 수준이 최소 30%는 되어야 한다고 보고 있다. 이는 또한 공비가 차지하는 비율이 50%인 일본의 사례와 매우 대조되는 실정이다.

(3) 재정안정화 방안

<표 4-31>의 장기요양보험재정의 안정화를 위한 적합한 방안에 대한 조사 결과를 살펴보면, 전체적 의견가운데 정부지원확대가 32.5%로 가장 높고, 장기요양복지기금조성 22.0%, 소득 있는 노인층의 보험료부과 19.6%, 장기요양보험료 인상 14.4% 순으로 조사되었다.

<표 4-31> 재정안정화 방안의 분석결과

		그룹명			전 체	χ ² 검정결과
		건강보험 공단	장기요양 기관	요양 보호사		
재 정 안 정 화 방 안	소득있는 노인층 보험료 부과	빈도 24 % 15.8	빈도 26 % 18.6	빈도 30 % 25.6	80 19.6	22.100*(df=12)
	장기요양 복지기금조성	빈도 33 % 21.7	빈도 31 % 22.1	빈도 26 % 22.2	90 22.0	
	비급여부분 확대	빈도 3 % 2.0	빈도 7 % 5.0	빈도 5 % 4.3	15 3.7	
	장기요양 보험료인상	빈도 16 % 10.5	빈도 30 % 21.4	빈도 13 % 11.1	59 14.4	
	본인부담금 인상	빈도 17 % 11.2	빈도 6 % 4.3	빈도 6 % 5.1	29 7.1	
	정부지원 확대	빈도 57 % 37.5	빈도 39 % 27.9	빈도 37 % 31.6	133 32.5	
	기타	빈도 2 % 1.3	빈도 1 % .7	빈도 0 % .0	3 .7	
	전 체	빈도 152 % 100.0	빈도 140 % 100.0	빈도 117 % 100.0	409 100.0	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

또한 χ² 검정 결과 유의확률이 0.036(p<0.05)로 재정안정화 방안에 대해 집단 간 유의한 견해 차이가 있는 것으로 나타났다. 즉, 건강보험공단은 정부지

원확대 37.5%, 장기요양복지기금조성 21.7%, 소득 있는 노인층의 보험료부과 15.8% 순이며, 장기요양기관은 정부지원확대 27.9%, 장기요양복지기금 22.1%, 장기요양보험료 인상 21.4%, 소득 있는 노인층 보험료 부과 18.6% 순이고, 요양보호사는 정부지원확대 31.6%, 소득 있는 노인층 보험료 부과 25.6%, 장기요양복지기금조성 22.2%, 장기요양보험료 인상 11.1% 순으로 나타났다(<표 4-31>참조). 이상의 결과로 볼 때 실무자들은 장기요양보험의 재정안정화를 위해 보험료 인상과 같이 국민의 부담을 높이는 방안보다 정부지원확대 및 별도의 기금조성 또는 소득 있는 노인층의 보험료 부과를 더욱 선호함으로써 재정확보를 위한 다양한 방안마련이 필요하다고 보는 것으로 사료된다.

7) 노인장기요양보험제도 개선방안

노인장기요양보험제도에 대한 최우선 개선방안으로 1순위, 2순위, 3순위의 복수응답으로 조사한 결과는 <표 4-32>와 같다. 즉, 요양보험제도 개선방안 19개 정책에 대한 전체의견 1순위는 요양보호사 처우개선이 15.2%로 가장 많고, 다음은 장기요양서비스 질적 향상 12.6%, 대상자확대 8.8%, 장기요양기관 부당행위 대책마련이 8.8% 순으로 나타났다. 그러나 집단별 결과를 살펴보면, 건강보험공단은 장기요양서비스 질적 향상이 18.0%로 가장 많고, 다음은 장기요양기관 부당행위 대책 마련 17.1%, 요양보호사 처우개선 8.6%, 표준화된 서비스 매뉴얼제공 8.3% 순으로 나타나고 있으며, 장기요양기관은 요양보호사 처우개선 12.4%, 장기요양서비스의 질적 향상 10.2%, 대상자확대 10.0%, 정부지원수준 확대 9.5% 순이다.

요양보호사는 요양보호사 처우개선이 27.4%로 가장 많고, 그 다음으로는 정부지원수준 확대 10.5%, 대상자 확대 9.1%, 장기요양서비스 질적 향상 8.3% 순으로 나타났다. 노인장기요양보험제도의 개선정책에 대한 우선순위 의견은 집단 간 다소 차이가 있지만 장기요양기관과 요양보호사는 4개 정책의 순위만 차이가 있을 뿐, 범주는 동일하게 나타났다. 이로써 실무자들은 향후 장기요양보험제도의 지속적 유지·발전을 위해서 무엇보다 서비스 전담인력인 요양보호사의 처우개선과 서비스 질 향상을 위한 대책마련이 가장 최우선적으로 해결되어야 할 과제로 인식하는 것으로 볼 수 있다.

<표 4-32> 장기요양보험 개선방안의 우선순위 분석결과(다중응답)

		그룹명			합 계	
		건강보험공단	장기요양기관	요양보호사		
개 선 방 안	대상자확대	총계	34	42	32	108
		%	7.5	10.0	9.1	8.8
	요양서비스	총계	82	43	29	154
	질적향상	%	18.0	10.2	8.3	12.6
	요양보호사	총계	39	52	96	187
	처우개선	%	8.6	12.4	27.4	15.2
	등급판정방식	총계	23	30	26	79
	개선	%	5.0	7.1	7.4	6.4
	정부지원수준	총계	30	40	37	107
	확대	%	6.6	9.5	10.5	8.7
	장기요양복지	총계	9	21	19	49
	기금조성	%	2.0	5.0	5.4	4.0
	지정갱신제	총계	21	5	3	29
	도입	%	4.6	1.2	.9	2.4
	요양보호사	총계	16	25	6	47
	교육강화	%	3.5	6.0	1.7	3.8
	독립평가인증	총계	15	8	6	29
	기구설치	%	3.3	1.9	1.7	2.4
	장기요양기관	총계	78	17	13	108
	부당행위대책	%	17.1	4.0	3.7	8.8
	마련					
	본인부담금	총계	5	6	4	15
	인상	%	1.1	1.4	1.1	1.2
	본인부담금	총계	8	12	10	30
	인하	%	1.8	2.9	2.8	2.4
	장기요양보험	총계	2	23	6	31
	료인상	%	.4	5.5	1.7	2.5
	장기요양보험	총계	0	1	3	4
	료인하	%	.0	.2	.9	.3
	저소득층경감	총계	2	10	10	22
	대상자확대	%	.4	2.4	2.8	1.8
	장기요양기관	총계	15	24	8	47
	평가방식개선	%	3.3	5.7	2.3	3.8
	요양급여종류	총계	18	7	8	33
	확대	%	3.9	1.7	2.3	2.7
	예방강화프로	총계	21	16	15	52
	그램활성화	%	4.	3.8	4.3	4.2
	표준화된서비스	총계	38	38	18	94
	스매뉴얼제공	%	8.3	9.0	5.1	7.7
	무응답	총계	0	0	2	2
		%	.0	.0	.6	.2
합 계	총계	456	420	351	1227	
	%	100.0	100.0	100.0	100.0	

4. 실증분석 결과의 요약

본 연구의 실증조사 분석 결과를 요약 정리하면 다음과 같다.

1) 노인장기요양보험제도의 적절성

노인장기요양보험제도의 적절성은 노인의 삶의 질 향상, 가족의 부양부담 감소, 노인복지증진, 제도의 지속적인 필요성에 대해 조사하였다. 결과는 실무자 집단 모두 노인장기요양보험제도가 노인의 삶 및 가족의 부양부담 경감에 도움을 줌으로써 사회적으로 기여하는 바가 크며, 노인인구가 급증하고 있는 가운데 앞으로도 우리 사회에 중요하고 필요한 제도로 평가하고 있다고 볼 수 있다.

2) 수요 측면

(1) 대상자 범위 확대의 필요성

장기요양보험 수급대상자 범위 확대의 필요성은 현재 범위를 유지 또는 현재보다 다소 확대할 필요가 있다고 인식하는 것으로 조사되었다. 특히 세 집단 가운데 장기요양기관이 대상자 확대를 가장 원하는 것으로 조사되었다. 이는 대상자 확보가 장기요양기관운영과 직결되는 문제이기 때문으로 사료된다.

(2) 급여내용

급여내용 부문은 방문재활도입, 가족방문요양유지, 현금급여확대의 필요성에 대해 조사하였다. 이 가운데 방문재활도입의 필요성에 대해 세 집단 모두 보통을 상회하는 수준으로 긍정적이었으며 세 집단 가운데 건강보험공단이 가장 필요성을 인식하는 것으로 나타났다. 가족방문요양서비스 유지 및 현금급여확대의 필요성에 대해서는 요양보호사 집단만이 보통을 상회하는 수준이며, 건강보험공단은 가장 부정적으로 인식하고 있는 것으로 나타났다. 이로써 건강보험공단은 급여확대나 재정소요에 부담이 되는 부분에 대해 특히 부정적임을

알 수 있다. 그러나 재활서비스도입에 대해 긍정적인 것은 이용자들의 상태 악화를 방지하는데 도움이 되므로 장기적으로는 재정 안정화를 위해 필요한 제도로 인식하고 있기 때문으로 사료된다.

(3) 본인부담금

본인부담금 부문은 본인부담금 수준, 저소득범위 확대, 본인부담금 세분화, 본인부담금의 건강보험공단 직접 징수방안의 4개 문항에 대한 필요성에 대해 조사하였다. 조사결과 현재 적용되고 있는 본인부담금 수준에 대해서는 세 집단 모두 많지 않다고 응답함으로써 현재 수준은 적절하다고 인식하는 것으로 볼 수 있다. 그리고 그 외의 안에 대한 필요성에 대해서는 집단 간 다소 차이가 있으며 특히, 세 집단 가운데 건강보험공단의 평균이 전반적으로 가장 낮게 나타났다. 이는 재정 부담으로 인해 부정적인 입장을 취하는 것으로 사료된다. 또한 본인부담금의 건강보험공단 직접 징수방안에 대해서도 건강보험공단이 특히 부정적 견해를 갖고 있는 것으로 조사되었는데, 이는 건강보험공단 직원의 업무과중으로 인한 것으로 사료된다.

3) 공급 측면

(1) 시설인프라

시설인프라 부문은 장기요양기관의 시장화의 기여, 공급의 적절성, 공급의 적정 수 유지방안, 운영상 난점, 장기요양기관 서비스 질 개선 방안의 5개 변인에 대해 조사하였으며 결과는 다음과 같다.

첫째, 장기요양기관의 시장화(민간영리기관 증가)의 서비스 질 향상과 이용자 선택권 강화 효과에 대한 결과는 전체적으로는 보통수준으로 나타났다. 그러나 재가 장기요양기관의 경우 장기요양기관 시장화의 순기능에 대해 부정적 인식을 갖고 있는 것으로 조사되었다. 이와 같은 결과로 볼 때 장기요양기관 시장화에 따른 기관간의 경쟁이 서비스 질 개선효과로 이어진다고 보기는 어려울 것으로 사료된다.

둘째, 현재 장기요양기관의 공급 적절성에 대해서는 재가기관의 공급이 과

다하다고 인식하는 것으로 나타났다.

셋째, 장기요양기관의 공급과다 시 장기요양기관 공급의 적정 수 유지 방안에 대한 조사 결과는 전체적으로 장기요양기관 설치요건을 강화해야 한다는 의견이 가장 많았다. 따라서 신고제의 설치요건을 보다 강화시키는 방안 마련이 필요하다.

넷째, 장기요양기관 운영에 있어서 가장 어려운 점으로는 전체적으로 요양보호사 등 인력채용과 관리의 어려움의 응답이 가장 많았다. 이로써 요양보호사의 처우개선 등의 문제해결이 시급함을 알 수 있다.

다섯째, 장기요양기관의 질적 개선을 위해 장기요양기관의 지정갱신제 도입, 장기요양기관 평가 전담기구 설치, 우수평가 기관에 대한 홍보 및 인증마크제도 도입, 평가 결과 연속 하위그룹의 장기요양기관에 대한 행정처분 강화, 불법·부당행위 장기요양기관에 대한 지정취소 등의 행정처분 강화, 요양보호사 배치기준 준수에 대한 감독 강화의 6가지 정책에 대한 필요성에 대해 조사하였다. 조사 결과는 제시된 정책 모두 보통을 상회하는 수준으로 긍정적으로 나타났다. 특히 불법·부당행위 장기요양기관에 대한 행정처분 강화에 대해서는 세 집단 모두 강력한 대책을 필요로 하고 있는 것으로 조사되었다.

(2) 장기요양기관 시설 운영주체 관련 내용

장기요양기관 시설 운영주체 관련 하여 공적장기요양기관과 법인장기요양기관 확대의 필요성에 대해 조사하였다. 이에 대한 결과는 장기요양시설에 대한 설립·운영주체로 법인의 확대도 긍정적으로 나타났으나, 지자체나 구청 등의 공적기관 확대의 필요성을 더 높게 인식하는 것으로 조사되었다. 이로써 공적 장기요양기관이 매우 미미한 수준인 우리의 현실에 공공성 강화의 필요성이 제기되는 바이다.

(3) 요양보호사의 서비스 질 향상 방안

요양보호사의 서비스 질 향상을 위해서 임금인상, 승급제도 도입, 전문성 강화, 표준화된 서비스 매뉴얼(업무지침서) 제공, 담당 대상자의 상태호전에 따른 등급하향 조정 시 요양보호사에게 인센티브 제공, 휴가제도 등 근로여건

개선의 6가지 방안에 대한 필요성을 조사하였다. 이에 대한 결과는 전반적으로 긍정적으로 나타났다. 이 가운데 표준화된 서비스 매뉴얼(업무지침서) 제공과 요양보호사의 전문성 강화의 필요성은 세 집단 공통으로 그 필요성에 대한 인식이 높았으며, 그 외 문항에 대해서는 특히 요양보호사의 요구가 다른 두 집단에 비해 높게 나타났다. 앞서 장기요양기관 운영상 난점으로 인력채용과 관리에 대한 응답이 가장 높게 나온 것과 관련하여 이 부분의 문제 해결이 시급하다고 사료된다.

(4) 등급판정

등급판정 부문에서는 등급판정에 대한 신뢰성 정도, 신뢰하지 않는 이유 그리고 등급판정 시 환경적 요인 고려의 필요성 및 인지장애·정신질환자에 대한 인정점수 가중치 부과의 필요성에 대해 조사하였다. 결과는 다음과 같다.

첫째, 건강보험공단의 장기요양 등급판정의 신뢰성에 대한 결과는 그룹별 인식의 차이가 크며 특히, 장기요양기관과 요양보호사 집단은 건강보험공단의 등급판정에 대해 그다지 신뢰하지 않는 것으로 조사되었다. 또한 등급판정을 신뢰하지 않는 이유로는 무응답을 제외하고 전체적으로 1회성 조사에 따른 문제를 가장 많이 지적했고, 다음은 조사자에 따른 차이, 정신적 질환에 대한 판단의 어려움 순으로 나타났다. 특히 불신의 주된 이유로 건강보험공단 직원의 경우 신청자나 가족의 허위진술로 보는 반면, 장기요양기관과 요양보호사 집단은 등급판정체계의 문제로 인식하고 있음을 주지할 필요가 있다.

둘째, 등급판정 시 신체적 기능 외에 돌봄자 유무나 가족부양능력, 독거여부 등 환경적 요인을 고려할 필요성에 대한 결과는 세 집단 모두 긍정적으로 인식하고 있는 것으로 조사되었다. 또한 등급판정 시 인지장애 및 정신질환자에 대한 인정점수 가중치 부과의 필요성도 높게 나타났다. 이로써 현재 등급판정에서 제외되는 치매초기 노인이나 환경적 요인으로 도움이 필요한 노인도 장기요양서비스를 제공받을 수 있도록 등급판정의 기준을 보완할 필요가 있다.

(5) 장기요양기관 평가 및 등급외자·서비스 미 이용자에 대한 관리 관련 내용

이 부문에서는 건강보험공단의 장기요양기관 평가에 대한 신뢰 정도, 평가

의 불신 이유, 장기요양기관 평가단 구성, 등급외자나 서비스 미 이용자에 대한 관리의 필요성에 대해 조사하였다. 결과는 다음과 같다.

첫째, 건강보험공단의 장기요양기관 평가결과에 대한 신뢰 정도는 건강보험공단이 자체 평가결과를 가장 신뢰하고 있으며, 장기요양기관과 요양보호사는 건강보험공단과는 달리 부정적으로 나타났다. 응답 참여자 가운데 가장 큰 불신 이유로는 과다한 서류중심의 평가를 들고 있으며, 조사자의 현장이해도와 전문성 문제, 평가기준의 문제 순으로 나타났다. 이로써 모두가 신뢰할 수 있도록 현재의 장기요양기관 평가방식에 대한 개선이 요구된다.

둘째, 장기요양기관 평가단 구성에 대해서는 전체적으로 평가를 전담할 독립기구 설치와 건강보험공단 직원과 학계 전문가, 요양보호사나 시설운영의 경력자 등 다양한 집단으로 구성하는 안이 유사한 수준으로 가장 많았다. 그러나 응답비율 면에서 집단 간 차이가 있으며, 장기요양기관은 절반 이상이 평가를 전담할 독립기구 설치 방안을 선택하였다. 이로써 장기요양기관 평가결과에 대한 신뢰성을 높이기 위해서는 제3의 독립적인 평가기구설치를 검토해 볼 필요가 있다고 사료된다.

셋째, 등급외자나 서비스 미 이용자에 대한 관리가 적절히 이루어지고 있는지에 대한 결과는 세 집단 모두 부정적으로 인식하는 것으로 조사되었다. 예방은 장기요양 진입 시기를 연장시키고 재정 안정화를 위해 매우 중요하므로 이에 대한 대책 마련이 시급하다.

(6) 재정 관련 내용

정부부담금 수준의 적절성, 재정 안정화 방안에 대하여 조사하였다. 먼저, 현재 장기요양보험재정의 20%를 부담하는 것으로 되어 있는 정부부담금 수준이 적절한지에 대한 집단별 인식조사 결과는 세 집단 모두 적절치 않다고 인식하는 것으로 조사되었다. 정부부담금의 적정 수준에 대해서는 30%는 되어야 한다고 인식하고 있다고 볼 수 있다. 또한 장기요양보험재정 안정화 방안에 대한 결과는 전체적으로 정부지원확대가 가장 많았고, 다음은 장기요양복지기금조성, 소득 있는 노인층 보험료 부과, 장기요양보험료 인상 순으로 나타났다. 따라서 즉시적으로는 정부지원확대가 요구되나, 급증하는 장기요양욕구에 대응하기에

는 정부만의 노력으로 어려우므로 다각적인 검토를 통해 장기적인 안목으로 대처해야 할 필요가 있다고 볼 수 있다.

4) 노인장기요양보험제도의 개선방안

노인장기요양보험제도 개선을 위해 제시된 19개의 정책 가운데 최우선 방안에 대해 복수 응답한 조사 결과, 전체적으로 요양보호사 처우개선이 가장 많고, 다음은 장기요양서비스 질적 향상, 대상자 확대로 나타났다. 따라서 노인 장기요양보험제도 시행 4년의 결과, 실무자들의 최우선 관심사는 요양보호사의 처우문제와 서비스의 질적 향상으로 요약될 수 있으며, 장기요양제도 발전을 위해 가장 시급히 개선되어야 할 최우선 과제로 인식하고 있다고 볼 수 있다.



제 5 장 노인장기요양보험제도의 발전방안

제 1 절 수요 측면

수요측면은 대상자 범위 확대, 본인부담금 세분화, 재가급여 활성화 및 예방 강화, 가족 등 비공식부문 활성화의 4가지로 요약하였으며 내용은 다음과 같다.

1. 대상자 범위 확대

현황에서 살펴보았듯이 최근 3년간 우리나라 장기요양서비스의 인정률은 노인인구의 5.7~5.8% 수준을 유지하고 있다. 이에 정부는 2017년 까지 노인인구의 7%수준으로 인정률을 높이기로 하였으며⁴⁴⁾, 이로써 치매초기 노인도 장기요양급여를 제공받을 수 있게 된 것은 다행한 일이다. 그러나 이는 일본의 16.2%, 독일 10%, 네덜란드 14%에 비해 여전히 매우 미흡한 수준이다. 또한 보험료 부담자와 급여수급자가 일치하는 외국에 비해, 젊은 층이 보험료의 주된 부담자이며 노인이 수급대상자인 우리의 실정은 국민의 불만을 야기시킬 수 있다.

따라서 제도 개선을 통해 연령으로 구분하여 차별 적용하기 보다는 장기요양필요 정도에 따라 급여가 제공될 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 그러나 재정소요의 부담이 있으므로 먼저 극히 한정된 노인성 질환의 범주를 다소 확대하는 것부터 검토하여 점진적으로 적용해 갈 필요가 있다. 이로써 장기적으로 전 국민이 장기요양의 대상자가 될 수 있는 보편적 제도로 자리매김 해 갈 수 있도록 해야 할 것이다.

44) 장기요양보험 대상선정기준을 낮춰 현재 33만명인 보험 수급자를 2017년까지 50만명(노인인구의 7% 수준)으로 늘리기로 했다. 또한 판정기준을 심각한 중증도 인지장애 뿐 아니라 간헐적 인지장애, 가족의 상시수발 필요여부, 장거리 외출의 어려움, 목욕·식사 준비 도움 필요 여부 등을 따져 치매 초기 환자도 보다 쉽게 장기요양급여를 받을 수 있게 된다고 발표하였다(보건복지부, 2012).

2. 본인부담금의 소득수준 별 세분화

본 연구 조사결과 실무자들은 현재의 본인부담금 수준은 적절하다고 인식하는 것으로 나타났다. 이에 대해 선행연구(박종선, 2010; 전년일, 2012)에서도 유사한 결과를 보이고 있는데, 이는 장기요양제도 도입 전에 비해 본인부담비율이 경감되었기 때문으로 사료된다. 그러나 외국사례에서 살펴보았듯이, 독일은 월 한도액 범위 내에서 별도의 본인부담금은 없다. 네덜란드는 시설서비스 이용 시 소득수준에 따라 평균 10% 정도를 부담하며, 일본은 시설과 재가서비스 이용 모두 10%를 부담하고 있다. 반면, 우리나라는 시설서비스 이용 시 20%, 재가 서비스 이용 시 15%를 적용하고 있음에 따라 위의 국가들에 비해 높게 책정 되어 있다. 따라서 비용부담으로 인해 장기요양서비스 이용에 제약을 받을 가능성이 있는 사각지대에 놓여 있는 노인도 있음을 고려해야 할 것이다. 이로써 본인부담금 수준을 현재와 같이 세 계층으로 분류하여 획일적으로 적용하기 보다는 소득수준에 따라 보다 더 세분화하여 차별 적용하는 것이 바람직하다고 사료된다.

3. 재가급여서비스 활성화 및 예방강화

재가서비스는 시설서비스에 비해 경제적으로 효율적이며, 이용자가 익숙한 환경인 자신의 집에서 서비스를 제공받을 수 있으므로 만족도가 높다. 또한 예방강화를 통해 장기요양 기간을 지연시킴은 물론 건강한 상태를 유지할 수 있으므로 비용절감과 노인의 삶의 질이라는 양면에서 볼 때 긍정적이라 볼 수 있다. 앞서 외국의 사례에서도 살펴보았듯이 최근 선진외국들의 장기요양제도 개혁동향의 공통점 가운데 하나가 재가급여 활성화와 예방강화인 것도 이를 잘 반영하고 있는 것임을 알 수 있다.

그러나 우리나라의 경우 재가급여서비스는 방문요양서비스에 편중되어 있으며, 이 가운데 절반이 가사지원 서비스이다. 또한 예방차원에서 서비스 미이용자나 등급외자들에 대한 관리가 매우 중요함에도 불구하고 본 연구 조사결과 장기요양관련 실무자들은 이들에 대한 관리가 제대로 안 되고 있다고 인식

하는 것으로 나타났다. 이러한 상황에서 재활을 통한 상태유지나 악화 방지는 기대하기 어렵다. 또한 예방차원의 서비스도 미약하여 장기요양 진입기간을 연장시킬 수 있는 가능성도 희박하다.

이러한 상황이 지속된다면 결국 재정지출 증가로 이어져 제도의 유지자체를 어렵게 하는 심각한 요인으로 작용할 우려가 크다. 따라서 이러한 점철을 밟지 않기 위해서는 다양한 재가 서비스를 활성화 시키고 예방을 강화해야 한다. 이에 대해 선행연구(김용희, 2012; 이재희, 2009)에서도 살펴본 바와 같이 이용자 및 이용자 가족들은 재활서비스 도입 및 다양한 프로그램 제공을 원하고 있다. 이용자들의 신체적 지원서비스에 대한 만족도가 낮게 나타난 것은 이러한 현 상황을 잘 반영하고 있다고 볼 수 있다. 따라서 재가서비스에 있어서 방문간호를 활성화시키고, 그 외 물리치료나 작업치료 등의 방문재활 서비스를 도입하여 신체적 지원 서비스를 강화해야 할 필요가 있다. 또한 주·야간보호서비스를 24시간 이용 가능한 시스템으로 확대하고, 송영서비스 지원을 통해 서비스의 접근 가능성을 높일 수 있도록 해야 한다.

그리고 장기요양진입을 지연시키기 위한 예방 강화를 위해 등급외자는 물론 신체적 활동이 건강한 분들을 대상으로 다양한 프로그램 제공과 관리가 이루어져야 한다. 또한 예방강화를 위해서 공적기관 간의 연계도 잘 이루어져야 한다. 등급판정을 결정하는 건강보험공단과 지역사회의 다양한 자원을 연계할 수 있는 지방자치단체 간의 업무협조가 매우 중요하기 때문이다.

이에, 공적기관 간의 역할을 재정립하고 업무협조체계를 구축하는 것이 선행되어야 한다. 이로써 건강보험공단은 서비스 미 이용자와 등급외자를 잘 파악하여 이에 대한 정보를 지자체에 전달하고 지자체는 지역사회의 다양한 자원을 연계할 수 있도록 해야 한다. 즉, 지자체는 보건소나 복지관 등 지역사회의 유관기관과 협조하여 프로그램 개발을 지원하고, 예방프로그램에 참여하는 분들에게 인센티브 등을 제공하여 적극적 참여를 유도하는 등 서비스 이용에 대한 관리를 철저히 해가야 할 것이다.

4. 가족 등 비공식부문 활성화

노인인구가 급증하고 있는 가운데 노인돌봄의 문제는 더 이상 가족만의 힘

으로 해결될 수 없으며, 이에 대한 사회적 보호의 필요성에 따라 공적장기요양제도가 도입되었다. 이렇듯 과거의 선별적이고 잔여적 개념의 복지가 보편적 복지로 나아가는 추세 속에 공적부문의 책임과 역할이 강조되고 확대되어가고 있다. 그러나 외국사례에서도 살펴보았지만 장기요양 선형국들의 공통적인 동향 가운데 하나는 다양한 지원을 통해 장기요양서비스 제공자로서의 가족 등 비공식부문을 활성화시키고자 많은 노력을 기울이고 있다는 것이다. Esping-Andersen(1999)도 장기요양보호에 있어서 공적장기요양체계가 확대되어 감에 따라 가족 등 비공식부문의 역할은 점차 축소되어 갈 것이라는 예측과 달리 국가와 가족, 시장에 의해 그 역할이 상호보완적으로 분담되는 현상이 관찰된다고 하였다.

그러나 우리나라의 경우 아직은 공적장기요양체계가 굳건히 확립되지 못한 제도시행 초기단계이다. 더욱이 제도의 도입 목적 가운데 하나는 가족의 경제적 부담부담 경감뿐만이 아니라 그동안 노인의 주 수발자였던 여성들의 부담부담 경감과 경제활동참여지원도 간접적으로 내포하고 있음에 따라 비공식부문 활성화에 대한 여성계 등의 일부 반발이 있을 수도 있을 것이다. 그러나 외국의 사례를 통해서 알 수 있듯이 공적장기요양제도가 시행되고 있다 하더라도 장기요양서비스 제공자로서 가족의 역할은 여전히 중요하며 앞으로 급증하는 장기요양욕구에 적절히 대응해 가기 위해서는 공적부문과 비공식부문의 상호보완적 체계구축이 필요하다.

그러므로 공적 장기요양보호체계를 도입, 확대하는 과정에서 비공식적 주체의 역할을 체계에 융합시킬 수 있는 방안 마련이 요구된다(김철주 외, 2007). 앞서 살펴보았듯이 네덜란드와 독일을 비롯한 유럽의 여러 국가들은 현금급여 지급, 장기요양서비스 관련 정보제공 및 교육, 비공식적 서비스 제공자에 대한 세제혜택 등 다양한 방식의 가족지원을 통해 비공식부문의 활성화를 위한 노력을 기울이고 있다. 반면, 우리나라의 경우는 현금급여 원칙하에 극히 제한적 경우에 한하여 특별현금제를 운영하고 있으며, 직접적으로 가족을 지원하는 서비스는 없다. 단지 요양보호사가 자신의 가족에게 서비스를 제공하는 가족요양서비스를 시행하고 있으나, 서비스 제공 여부를 확인하기 어렵고, 가족들이 이를 악용하는 폐단 등의 문제가 제기됨에 따라 대폭 축소하였으며, 이마

저도 아예 폐지해야 한다는 주장이 강하다. 본 연구의 조사결과에서도 이 부분에 대한 건강보험공단의 인식이 부정적이었음은 이를 잘 반영한 결과라 할 수 있다.

이처럼 현금급여 오용이나 현금급여에 따른 비용 증가를 우려하는 목소리가 크나, 김미혜 외(2007)의 연구에 따르면 이는 국가의 정책의도에 따라 제도 설계 및 운영 면에서 상당한 차이를 가지고 있는 것으로 나타났다. 따라서 현금급여나 가족방문요양서비스와 같은 제도를 잘 운용한다면 장기적으로 볼 때, 오히려 재정의 효율성을 높일 수 있는 대안이 될 수 있다. 그러므로 가족방문요양서비스 폐지를 성급히 결정할 것이 아니고, 현재의 문제점을 보완하여 유지시킬 수 있는 방안마련이 중요하다고 생각한다. 그리고 그 방안으로 모니터링제나 사례관리를 검토해 볼 필요가 있다. 실제로 여러 국가에서 서비스 제공에 대한 모니터링제를 운영하여 이를 통해 많은 성과를 거두고 있다(OECD, 2005).

또한 장기적으로 현금급여 도입도 검토해 볼 필요가 있다. 현금급여는 특히, 전술한 재가서비스 활성화 차원에서도 필요하다. 실제로 가족수발의 전통을 가진 독일의 경우 재가서비스 이용자의 현금급여 선호도가 높게 나타났다(김미혜 외, 2007). 단, 네덜란드 사례에서처럼 현금지급에 따른 급격한 지출증가로 재정악화가 초래될 수 있으므로 우선적으로는 소득수준 등을 감안한 극히 제한적이고 부분적으로 시범 적용하여 점진적으로 확대 적용해 가는 방안이 바람직할 것이다. 이 밖에 비공식부문의 활성화를 위해 다각적인 지원 방안으로 요양보호에 대한 상담, 정보제공, 교육, 요양휴가 등의 검토도 병행되어야 할 것이다. 장기요양제도는 공적부문과 민간(시장) 그리고 가족 모두 각각의 책임과 역할분담으로 협조체계가 잘 이루어져야 그 지속성과 보장성이 확보될 수 있을 것이기 때문이다.

제 2 절 공급 측면

공급측면은 장기요양서비스에 대한 가치 확립 및 교육 강화, 공공성 강화, 서비스 질 개선, 재원조달의 다원화를 통한 안정적 재정 확보의 4가지로 요약

하였으며 내용은 다음과 같다.

1. 장기요양서비스에 대한 가치 확립 및 관련자에 대한 교육 강화

현황에서 살펴본 바와 같이 일부 장기요양기관의 불법·부당행위로 인해 많은 재정누수 문제가 초래되고 있다. 이는 또한 서비스 질 저하는 물론이고 장기요양시장의 무질서를 가중시키는 등 많은 폐단으로 이어지고 있다. 이에 대해 본 연구의 설문조사결과에서도 나타난 바와 같이 실무자 집단인 건강보험공단, 장기요양기관, 요양보호사의 세 집단 모두 장기요양기관 개선방안 가운데 불법·부당행위에 대한 행정제재 강화의 필요성을 가장 강하게 제기하고 있음에 따라 현장에서 체감하는 이 문제의 심각성은 더욱 크다고 보여 진다. 따라서 이에 대한 강력한 제재조치는 반드시 필요하지만 그 보다 먼저 장기요양서비스에 대한 가치·철학 확립과 이에 대한 교육의 필요성이 절실하다.

즉, 장기요양서비스는 휴먼서비스로서, 노인의 삶의 질 나아가 국민의 삶의 질 향상에 목적을 두고 있는 사회복지영역이다. 따라서 무엇보다 사회적 목적 및 형평성 등의 사회복지적 가치가 강조되어야 하고, 이것이 최우선되어야 한다. 더욱이 노년기는 생애주기의 마지막 단계로 노인에게 죽음은 일상적 사건과 같이 삶과 연결되어 있다. 따라서 노인복지서비스 제공자들은 노인들이 생애주기의 마지막 단계인 노년기를 따뜻한 보살핌과 간병을 받으며 편안히 남은여생을 보내고, 품위 있는 죽음을 맞이할 수 있도록 최선의 원조를 할 수 있어야 한다.

그럼에도 불구하고 일부 장기요양기관은 노인의 건강을 담보로 각종 불법·부당행위를 하고 장기요양서비스를 돈벌이 수단으로 전락시키고 있다. 이로써 장기요양서비스 시장의 질서를 어지럽히고, 소신을 갖고 노인 돌봄에 진정으로 정과 성을 다하는 타 장기요양기관의 노력을 헛되이 만들고 열정과 의지를 꺾고 있다. 이러한 문제의 주요인으로는 먼저 사회적 가치보다 경제적 효율성만을 강조하고 이에 초점을 둔 정부의 책임에 있다고 볼 수 있다. 따라서 정부 등 공적차원에서 이러한 가치철학을 확고히 하고, 장기요양서비스의 비전과 철학의 사회적 합의를 이루어낼 수 있도록 해야 할 것이다.

아울러 이를 바탕으로 장기요양기관 시설장 및 종사자에 대한 교육도 이루어져야 한다. 즉, 요양보호사는 노인의 돌봄에 있어서 최 일선에서 가장 중추적 역할의 담당자로서, 이들의 가치관 등의 인식과 태도, 역할과 책임 등은 매우 중요하다. 이것은 노인복지서비스 수행에 매우 중요한 영향을 미치며, 생애 마지막 단계인 노인의 삶의 질과 직결되기 때문이다. 그러나 이에 앞서 장기요양기관 시설장의 가치철학과 비전이 종사자에 미치는 영향이 매우 크므로 요양보호사에 대한 교육만으로는 기대효과를 거두기 어렵다. 따라서 장기요양기관 시설장을 포함한 장기요양서비스 제공인력 모두에 대해 사회복지의 가치와 철학을 주지시키고, 이를 위한 정기적 교육이 병행되어야 한다.

2. 공공시설확대 및 행정인력과 시스템 등 공공인프라 구축을 통한 공공성 강화

근래 들어 국가주도로 이루어지던 사회복지영역의 서비스 공급이 이제는 민간주도(민영화)로 바뀌어 가고 있는 추세이다. 우리나라도 노인장기요양보험제도 도입을 계기로 영리기관 등의 민간기관들이 장기요양서비스 공급주체로 대거 참여하였다. 이와 같이 노인장기요양보험제도는 민영화의 부산물로서 국민들의 이용선택권을 확대하고 시장화를 통하여 다양한 제공기관들이 경쟁을 통해 서비스 질을 결정하여 경제적 효율성을 강화할 수 있다는 장점이 있다. 그러나 제공기관에서 제공하는 서비스의 관리가 어려우며 이용자들에 대한 선별이 일어날 수도 있고, 과도한 경쟁은 요양보호제공자들의 노동조건을 열악하게 만들 수 있으며 서비스의 질을 저하시킬 수 있는 등 많은 문제를 내포하고 있다(지은구, 2009).

외국사례에서도 살펴보면 선진외국들도 정부의 사회복지재정압박에 따라 민영화를 추진하고 있으나, 민영화의 역기능적인 문제들을 해결하기 위해 다각적인 노력을 기울이고 있다. 즉, 네덜란드는 장기요양서비스 제공자는 비영리기관만이 운영할 수 있도록 규정하고 있으며, 독일은 시설(재가)의 민간 비영리 및 공공기관 대비 민간영리기관 비율이 6:4(4:6)이며, 일본은 시설의 경우에 지자체, 의료 또는 사회복지법인 등에서만 설치 가능하도록 하고 있으며,

지정갱신제(6년)를 시행하고 있다. 또한 영국은 CSCI(The Commission for Social Care Inspection: 사회적돌봄서비스평가위원회)를 통해 표준서비스 제공과 서비스 질 등에 대한 국가의 관리감독을 강화하고 있다.

한편, 우리나라는 민영화에 대한 충분한 준비와 논의과정 없이 장기요양제도를 도입하면서 민영화의 역기능적인 면을 제어할 수 있는 매커니즘이 충분치 않은 채 공적부문의 역할과 책임은 대폭 축소되었다. 앞서 현황에서 살펴 보았듯이 시설인프라 부문에 있어서 공적 장기요양기관은 매우 취약한 상황이며, 이에 비해 개인이 운영하는 기관이 75% 이상으로 전적으로 민간에 맡겨진 비대칭적인 구조를 보이고 있다.

또한 공급과잉으로 인해 부당청구, 본인부담금 면제 등 일부 기관들의 각종 편법·부당행위가 발생하고, 보다 많은 이익창출을 위해 인력의 임금수준을 낮추어 결과적으로 서비스 질을 저하시키는 등의 악순환을 겪고 있다. 그러나 민영화의 순기능적인 면을 강화하기 위해서는 이용자의 선택권 보장은 물론이고 다양한 공급주체의 서비스가 우선적으로 존재해야만 가능하다고 한다. 즉, 서비스 질 제고를 위한 기관 간의 선의의 경쟁을 유도하기 위해서는 일부기관이 독점한 상태가 아닌 동일한 서비스를 제공하는 많은 조직이 우선적으로 존재해야만 가능하다. 이로써 다양한 공급주체의 참여와 기관 간의 프로그램 차별화를 통해 서비스 질적인 면에서의 경쟁이 유도될 수 있기 때문이다.

그러나 기본토대가 매우 취약한 우리나라의 경우 재정의 효율성이 중요한 것이 아니라 복지혼합을 가능하게 하는 복지의 물질 토대 구축이 보다 중요한 선결과제라고 할 수 있다(지은구, 2009). 그렇지 않고 경제적 효율성만이 강조된다면 정부나 지자체 등의 관리와 책임에 대한 공적 역할은 대폭 축소되어 관리가 어려워지고, 장기요양기관에서는 기관운영과 이윤추구를 위한 대상자 확보가 중요한 가치가 되므로 이로 인한 각종 편법행위가 발생할 수 있기 때문이다. 더욱이 장기요양서비스에 대한 욕구는 앞으로 갈수록 확대될 것으로 전망되기에, 서비스 제공은 전적으로 민간에 맡긴 채 공적부문은 서비스 제공기관이 정해진 가격에 맞는 서비스를 제공했는지의 재원배분에만 집중하고 있는 현 체계로는 민영화의 순기능보다는 역기능적인 면만을 더욱 강화시켜 갈 우려가 크다.

따라서 지금이라도 이러한 문제 개선을 위한 정부의 적극적이고 강력한 의지와 노력이 필요하다. 그러므로 먼저 지자체나 구청, 건강보험공단 등이 운영하는 공적 장기요양기관을 확대하여 장기요양서비스영역의 민영화를 위한 물적 기틀을 마련하여 다양한 참여주체들의 질적 서비스 경쟁을 유도해야 한다. 또한 공적기관은 각 지역이나 질병의 특성에 따라 알맞은 요양서비스를 제공함으로써 모든 장기요양기관의 거점역할을 할 수 있도록 해야 한다.

또한 전술한바와 같이 장기요양서비스는 사회적 가치에 목적을 두며, 있으며, 재정 또한 사회연대원리에 의한 사회보험방식으로 충당되고 있다. 그러므로 서비스가 전달되는 모든 과정에 있어서 공적 기관의 엄격한 관리감독과 통제가 요구된다. 따라서 공적기관이 이를 잘 수행해 갈 수 있도록 인력을 확충하고 적합한 시스템을 구축해야 한다. 본 설문 조사 시 만난 건강보험공단의 어느 직원의 말을 인용하면 직원 1명이 200케이스를 담당해야 하는 현 상황에서 일부 장기요양기관의 불법부당행위를 차단하기란 불가하며, 장기요양신청 조사 시에도 최소 2인1조가 되어야 하는데, 직원 1명이 담당해야하므로 가족이나 신청자의 허위진술을 확인하기 어렵다고 한다. 이처럼 많은 건강보험공단 직원들이 업무과중의 고충과 인력확충의 절실함을 토로하고 있다.

따라서 제도 시행 초기에 비해 대상자나 시설 및 인력인프라 등 모든 면에서 확대된 현 상황과 앞날에 대비하려면 제도의 외적 확대와 성장 못지않게 이제는 내실화를 기해 가야 한다. 그러기 위해서는 그때그때의 즉시적인 대책보다 장기적 비전을 가지고, 이에 적합한 인력과 시스템 구축을 추진해야 한다. 제도 시행 5년째인 지금이 바로 그간의 결과를 토대로 새로운 전환점이 마련되어야 할 시점이다.

3. 서비스 질 개선

앞서 외국의 사례에서 네덜란드, 독일, 일본의 각 국 모두 서비스 질 관리를 위한 노력을 기울이고 있음을 살펴보았다. 즉, 네덜란드는 Nza를 통해 모니터링을 강화하고, 독일은 수발질보장법을 제정하고 수발인의 전문성 강화 및 매년 장기요양기관 평가를 실시하고 있으며 일본도 케어종사자 처우개선 및 지

정쟁신제 등을 시행하고 있다. 우리나라도 장기요양기관 평가실시를 통해 서비스 질 개선을 유도하고 있다. 그러나 본 연구의 조사결과 세 집단의 실무자 모두가 서비스 질 개선을 장기요양제도의 최우선 과제의 하나로 인식하고 있음이 확인된 바와 같이 현재의 장기요양기관 평가만으로는 한계가 있다. 서비스 질은 공공부문, 장기요양기관, 종사자 어느 한 쪽만의 노력으로 개선될 수 있는 것이 아니기 때문에 서비스 질 제고를 위한 보다 다각적 접근이 요구된다. 따라서 먼저, 과도한 경쟁으로 일부 장기요양기관의 도덕적 해이가 난무하고, 요양보호사의 열악한 처우로 인력수급이 어려운 상황에 공적기관의 보다 철저한 규제와 관리감독이 있어야 할 것이다. 더불어 서비스를 제공하는 실질적 주체인 장기요양기관, 요양보호사의 노력도 함께 수반될 때 비로소 서비스 질 개선은 가능해 질 수 있을 것이다. 이에 서비스 질 제고를 위해 본 연구의 외국사례와 설문조사 결과를 바탕으로 도출된 안으로서, 장기요양기관에 대한 규제 및 관리감독 강화, 평가전담독립기구설치, 요양보호사 처우개선 및 전문성 강화로 요약·정리하였다. 이에 대한 내용은 다음과 같다.

1) 장기요양기관에 대한 규제 및 관리감독 강화

첫째, 장기요양기관 평가 결과의 철저한 반영으로 우수기관에 대한 포상과 하위기관에 대한 패널티 적용이다. 현재는 장기요양기관 평가를 통해 상위 일정 범위 내의 우수기관에만 현금으로 인센티브를 제공⁴⁵⁾하고 있으며, 평가 하위기관에 대한 행정적 제재 조치는 전혀 없다. 그러므로 장기요양기관들이 상위 10%에 들지 못할 바에는 아예 평가자체를 포기하는 사례도 발생하고 있다. 그러므로 평가가 서비스 질 제고로 연계되기가 어렵고, 결국 평가를 통한 서비스 질 개선은 기대하기 힘들다. 따라서 평가결과에 대한 철저한 반영이 필요하며, 우수기관에 대한 포상은 물론 하위기관에 대해서도 적합한 제재가 주어져야 한다.

즉, 평가결과 하위 기관에 대한 적극적 조치가 필요함에 따라, 일정 유예기간을 두고 재평가 등을 통해 기대 수준에 미달 시 이에 대한 행정적 제재가

45) '11년 요양시설평가결과 최우수기관 10%(319개소)에 대해 기관 평균 2400만원, 최고 2억600만원까지 총 76억원의 인센티브 지급(보건복지부, 2012).

수반되어야 할 것이다. 또한 우수기관에 대한 포상방법도 현재의 현금 인센티브 대신 서비스 품질을 인정해주는 인증마크제로 변경하는 것이 보다 바람직하다고 사료된다. 인증마크제 도입은 현금 지급의 필요가 없게 되므로 재정적 측면에 도움이 되며, 우수기관에 대해 이용자들에게 보다 쉽게 홍보할 수 있으므로 현금 인센티브에 비해 여러 가지 면에서 효과적일 것으로 판단되기 때문이다.

둘째, 소규모 재가기관의 통·폐합 및 지정갱신제 도입이다. 시설인프라 구축이 미비했던 제도 시행 당시의 우려와는 달리, 장기요양기관의 과다 공급으로 많은 문제가 발생하고 있다. 이는 특히 본 연구 조사에서도 나타난바와 같이 요양시설보다 재가기관에서 더욱 심각한 상황이다. 즉, 장기요양기관 1개소별 평균이용자 현황을 보면, 방문요양서비스의 경우 16명, 시설은 21.3명으로 나타났으며, 이는 수가 산출 당시 표준운영모형에서 가정한 방문요양 40명, 시설 60명 보다 훨씬 적은 수준이다(석재은, 2010).

설문조사를 위한 현장방문 시 만난 관악구의 한 재가기관 시설장도 관악구에만 방문요양센터가 80개소가 넘는데 계속 생기고 있고, 본인부담금 면제나 경감, 대상자 소개에 대한 사례비 지급 등의 편법을 쓰지 않고는 대상자 확보가 하늘의 별따기처럼 어렵다, 법대로 정직하게 운영하는 사람만 바보 되는 분위기다라며 이에 대한 강력한 조치가 절실하다고 강조하였다.

이와 같이 장기요양기관 과다공급으로 기관 간의 지나친 경쟁을 유발시키고, 한정된 대상자 확보를 위한 각종 불법행위를 야기시키는 요인이 되고 있다. 이는 또다시 요양보호사의 임금 수준과 서비스 질을 떨어뜨리는 악순환으로 이어지고 있다. 지금이라도 이와 같은 폐단을 조금이라도 방지하기 위해서는 장기요양기관 공급을 적절히 조정해야 한다. 이를 위해 소규모 재가기관의 통·폐합을 유도할 필요가 있다. 단, 이는 자칫 대규모 기관들의 독점화로 이어져 유연한 서비스 제공이 어려워질 수 있으므로 신중을 기해야 할 것이다. 또한 지정갱신제 도입 추진이 필요하다. 이로써 장기요양기관의 설치요건을 현재의 신고제에서 지정제로 강화하여 일정 기간 후 평가결과를 토대로 갱신해줌으로써 서비스 질 개선의 효과도 기대할 수 있을 것이다.

셋째, 부당행위의 장기요양기관에 대한 행정처분 강화 및 공적기관의 인력

확충이다. 일부 장기요양기관의 도덕적 해이와 불법알선행위나 부당청구 등의 행위는 요양서비스 시장의 질서를 문란하게 함은 물론이고, 심각한 재정누수를 초래하고 있다. 이에 정부는 이를 방지하기 위한 대책으로 노인장기요양보험법 일부 개정을 통해 권고사항에 그쳤던 행정처분의 실효성을 보다 강화하였다(보건복지부, 2011). 그럼에도 불구하고 본 연구 조사결과 건강보험공단 및 장기요양기관의 실무자들은 여전히 부당행위기관에 대한 강력한 행정적 처분의 필요성과 더불어 매우 중요한 사안의 하나로 인식하고 있다는 점에 주목할 필요가 있다.

즉 이는 결국 전술한 대로 인력부족의 문제와 직결된다. 법 개정을 통해 행정적 처분을 강화했어도 직원 1명이 수많은 케이스를 감당하기 버거운 현실에서 불법·부당행위 기관을 제대로 조사한다는 것은 불가하므로 여전히 불법행위가 존재할 수밖에 없다는 것이다. 따라서 불법·부당행위 기관에 대한 법적·행정적 조치를 강화시키는 물론 공적기관의 인력확충도 함께 이루어져야 한다. 이로써 공적기관의 지속적인 모니터링과 적절한 규제가 이루어지고 이를 통해 서비스의 질 관리나 장기요양시장의 질서를 바로잡아 갈 수 있을 것이다.

2) 평가전담독립기구 설치

장기요양기관평가의 궁극적 목적은 서비스 질 개선에 있는 것이므로 누구든 신뢰할 수 있고 모든 기관이 서비스 질 향상에 힘쓰도록 실질적인 평가가 이루어져야 할 것이다. 그러나 설문조사에서도 나타난 바와 같이 장기요양기관 평가에 대한 집단별 인식의 차이가 크고, 장기요양기관과 요양보호사 집단은 건강보험공단의 평가 결과에 대해 신뢰정도가 낮게 나타났다. 또한 불신의 가장 큰 이유로 서류중심의 평가방식과 조사자의 현장이해도와 전문성 문제를 들고 있다. 따라서 현재의 평가방식에 대한 전반적인 검토와 개선이 요구되고 있다.

이와 관련하여 설문조사 시 만난 서울시 H장기요양기관 시설장은 호주의 사례를 들어 이에 대한 안을 제시하였다. 즉, 호주는 장기요양기관의 평가를

일정기간마다 의무화 하고 평가에 소요되는 비용은 고비용으로 장기요양기관이 부담하며, 이 비용은 평가기구의 운영비로 활용하고 있다. 또한 평가 결과가 좋지 않은 기관은 6개월 이내에 재평가를 받도록 하고 있다. 그러므로 또 다시 평가를 받는데 많은 비용을 부담해야 하는 기관 입장에서는 한 번에 통과하고자 노력하게 된다. 이로써 조직운영에 대한 비용부담 문제도 어느 정도 해결될 수 있고 평가가 실질적인 서비스 질 개선으로 연계될 수 있도록 유도할 수 있다는 것이다.

장기요양제도의 시행초기엔 경제적 효율성을 강조하여 현재 있는 조직을 활용하여 왔다면, 이제는 보다 장기적인 안목으로 대처해 갈 필요가 있다. 따라서 장기요양기관 평가의 개선이 요구되는 상황에 호주의 사례⁴⁶⁾처럼 장기요양기관 평가를 전담할 제3의 독립기구 설치를 검토해 볼 필요가 있다. 이는 본 조사결과에서도 장기요양기관 관련자들이 가장 선호한 방안이기도 하다. 평가전담기구는 전문가 집단으로 구성된 중립적 위치의 독립기구이므로 평가에 대한 신뢰성도 높일 수 있을 것이다.

3) 요양보호사 처우개선 및 전문성 강화

요양보호사는 장기요양서비스 전담인력으로 제도의 유지에 매우 필요하고 중요한 인력이다. 그럼에도 불구하고 장기요양제도를 시행하고 있는 일부 국가들은 심각한 인력난을 겪고 있으며, 우리나라도 예외는 아니어서 이에 대한 해결이 시급하다. 즉, 본 연구 조사 결과에서도 나타난 바와 같이, 장기요양기관 운영상의 어려움으로 세 집단 모두 인력관리 및 채용을 주요인으로 인식하고 있다. 실질적으로 많은 시설장들이 요양보호사 퇴직 시 이를 충원하기가 매우 어렵다고 호소하고 있다. 이러한 문제의 주된 요인은 열악한 근무환경과 낮은 임금, 낮은 사회적 인식 때문이라 할 수 있다. 그러므로 이러한 문제가

46) 호주는 1985년 가정 및 지역사회 요양법안을 제정했고 1997년에는 요양시설과 재가 서비스를 묶은 노인요양법안을 만들어 현행 요양제도의 틀을 마련함. 노인요양에 필요한 비용 대부분을 세금으로 충당하는 호주는 '서비스 질 관리'에 사활을 걸고 있으며, 서비스 관리의 핵심이 바로 기관인증제도라 할 수 있음. 1997년 설립된 인증기관(ACSAA)은 노인요양시설에 대한 평가와 인증을 담당하고 있는데, 이 기관은 정부와 시설로부터 완전히 독립된 기구임(나용선, 2011).

선결되지 않고는 요양보호사의 전문성 강화나 보수교육만으로 서비스 질 개선은 불가하다. 이를 위해 다음의 안을 제시한다.

첫째, 요양보호사의 임금인상 등 처우에 대한 법적 보장이다. 앞서 제도의 현황부분에서 살펴보았듯이 요양보호사의 임금수준은 평균적으로 주당 40시간 기준 월 80~120만원 정도로 최저임금의 123% 수준으로 파악되었다. 더욱이 방문요양의 경우 교통비나 식사비 등을 감안한다면 이 보다 상황은 더 열악하다. 과거 대부분의 중증환자가 병원을 이용했다면, 요즘은 주로 요양시설이나 재가장기요양기관에서 그 역할을 대신하고 있다. 이로써 서비스 제공인력의 노동강도는 장기요양제도 도입 전 보다 훨씬 높아졌음에도 불구하고 임금 수준은 나아지지 않았고 오히려 호봉제 폐지, 고용불안 등으로 종사자들의 복지는 과거에 비해 후퇴되었다고 볼 수 있다.

이와 같은 상황에서 종사자에게 사회복지의 특성인 이타주의나 봉사만을 강조하며 질 높은 서비스를 요구하는 것은 무리다. 서비스의 질은 매우 중요한 문제가 아닐 수 없으나, 서비스의 질적 수준을 요구하기 전에 우선적으로 서비스 제공인력인 요양보호사의 처우를 개선해주어야 한다. 정부도 그 중요성을 인지하고 지난 9월 개선안을 발표하였다⁴⁷⁾. 그러나 이에 대해 법적인 강제성으로 보장하지 않고, 장기요양기관 평가에 반영하는 것에 그치고, 기관의 자율에 맡긴다면 효과는 불투명하다. 더욱이 장기요양기관 평가결과가 하위기관에 대해서는 반영되지 않아 행정적 제재가 전혀 없는 가운데 이러한 조치과연 얼마나 효과적일지 의문이다. 이에 대해 국가적 차원에서 개입하는 일본의 사례는 시사하는 바가 크다. 따라서 임금가이드라인 설정, 산재보장 등 고용안정 확보를 위한 요양보호사 처우에 대한 법적 보장을 위한 특별법으로 가칭 「요양보호사 처우개선법」을 제정하고, 이러한 법적 토대에 의거하여 실질적인 처우개선이 이루어질 수 있도록 해야 한다.

둘째, 표준화된 업무지침서 제공이다. 본 연구의 요양보호사 서비스 질 향상 방안에 관한 조사 결과에서도 확인되었듯이, 요양보호사의 서비스 질 개선 안

47) 표준임금계약서 마련으로 종사자 권익을 옹호하고, 시설 내 인력기준을 완화하여 업무부담을 경감하며, 앞으로 요양보호사의 임금수준을 사회복지시설의 생활지도원 수준(157만원)으로 인상하고, 종사자 처우나 고용안정성 등을 기관평가에 반영하며 장기요양기관의 자율적 처우개선 유도 등을 주요내용으로 함(보건복지부, 2012).

가운데 세 집단 모두 강한 필요성을 제기한 것이 표준화된 업무지침서 제공이었다. 표준화된 업무지침서는 현장의 원활한 업무수행을 위해서 매우 중요하고 필요하다. 표준화된 서비스 매뉴얼을 통해 요양보호사가 해야 할 일과 그렇지 않은 일에 대한 명확한 구분과 한계가 있어야 하는데, 그렇지 못하다 보니 이로 인한 많은 갈등과 혼선이 빚어지고 있다. 이는 특히 방문요양서비스에서 더욱 심각한데, 방문요양서비스 업무 가운데 가사지원 서비스량이 50%이며 가족동거의 경우도 이와 같다(김찬우, 2012). 이러한 과정에서 가족들이 제도에 대한 인식부족으로 무리한 요구를 함에 따라 빈번한 마찰이 발생하고 있다. 이러한 실정임에도 불구하고 장기요양기관이나 요양보호사는 대상자 확보나 일자리 보전 문제 때문에 어쩔 수 없이 이에 응할 수밖에 없는 실정이다.

그러나 요양보호사의 직무만족과 관련한 많은 연구들에서 입증되고 있듯이, 이는 요양보호사와 가족 간의 갈등에 그치는 것이 아니다. 요양보호사의 직무만족과 사회적 인식을 낮추는 등의 부정적 영향을 미치며, 결국 이직률을 높이고 직업선회도를 낮추는 등의 결과를 낳는다. 이로써 인력수급에도 많은 어려움을 주는 악순환을 초래하는 요인의 하나로 작용하고 있다. 그러므로 표준화된 업무지침서를 통해 요양보호사의 역할과 업무분장을 분명히 해야 할 필요가 있다. 또한 가족들에게도 이를 확실히 인식시킴으로써 이러한 문제들이 어느 정도 해소될 것으로 판단된다. 아울러 요양보호사 업무는 신체적 지원서비스로 한정하며, 가사지원서비스의 경우는 요양보호사가 꼭 해야 하는 최소한의 부분을 설정하여 업무지침서에 명시하고, 그 외의 가사지원서비스에 대해서는 유료화 하거나, 노인 돌보미 서비스 등으로 연계하는 등의 방안도 함께 검토해 볼 필요가 있다.

셋째, 전문성 강화 및 승급제도 도입이다. 요양보호사의 전문성은 장기요양서비스의 질적 제고를 위해 중요한 요소이다. 따라서 독일, 일본 등의 국가는 자격취득 과정을 강화하였다. 그러나 경력인정이 전혀 안되고 승진의 기회가 완전히 차단되어 있는 우리나라의 현재와 같은 구조에서, 요양보호사의 전문성 강화만이 강조된다면 큰 기대효과를 거두기 어려울 것이다. 그러므로 요양보호사의 전문성을 강화함은 물론이고, 이에 적절한 사회적 대우가 함께 제공

될 수 있도록 해야 한다. 따라서 우선적으로는 요양보호사 양성교육기관에 대한 관리감독 강화와 함께 요양보호사 자격취득과정을 현재보다 강화해야 한다. 또한 승급제도를 도입하여 일정기간 실무 경력자에 한해 교육과 시험과정을 통해 전문요양보호사 또는 요양보호사 팀장급 등의 승진의 기회가 제공될 수 있도록 제도화할 필요가 있다. 아울러 지속적인 전문성 강화를 위해 자격 갱신제 도입도 검토할 필요가 있다. 이로써 요양보호사의 역량강화 및 사회적 인식제고 효과도 더불어 기대할 수 있을 것으로 사료된다.

4. 재원조달의 다원화를 통한 안정적 재정 확보

노인장기요양보험제도 시행 이후 지금까지의 재정 상태는 흑자를 유지하고 있으므로 현재로선 재정적인 면에 큰 문제가 없다 할지라도 고령화 심화에 따른 장기요양서비스 욕구 급증으로 현재의 흑자 상태가 얼마나 유지될 수 있을지는 의문이다. 특히 이은경(2009)의 연구는 이와 같은 우려를 잘 반영하고 있다. 즉, 2010년부터 10년 단위로 노인장기요양보험 총 지출액은 대략 두 배씩 증가되며, 2020년 이후부터 적자로 전환될 것을 보여주고 있다. 더욱이 비용증대와 관련된 많은 문제들이 이슈화되고 있는 가운데 대상자 범위 확대, 급여 내용 확대, 급여수가 인상 등의 요인이 재정에 미치는 영향은 매우 크므로 이러한 정책적 변수까지 고려한다면 심각한 재정 상태에 이르게 될 수 있을 것이다. 그렇게 되면 제도의 유지 자체가 불투명해지고 국민의 노후의 삶을 보장하는 사회보험으로서의 역할을 제대로 수행하기는 불가할 것이다.

앞서 독일, 일본의 사례에서도 재정악화로 인해 보험료 인상이나 예방강화, 재가서비스 및 가족 등 비공식부문 활성화 등으로 재정절감과 안정적 확보를 위한 다각적 노력을 기울이고 있음을 알 수 있었다. 따라서 우리나라도 이러한 점철을 밟지 않으려면 장기적인 안목으로 재정의 안정화를 위한 대비를 해야 하며, 보험료·국고부담·본인부담금에 의존하고 있는 현 방식으로는 한계가 있다. 즉, 현재 우리나라 장기요양서비스의 재원은 장기요양보험료, 국고부담과 본인부담금으로 충당하고 있는데, 주된 재원은 장기요양보험료이므로 재정 증가에 따른 보험료 인상은 불가피하다. 그러나 보험료 인상은 국민의

부담을 가중시키므로 보험료 적정선에 대한 사회적 합의가 먼저 이루어져야 한다. 본 연구의 조사결과에서도 재정확보를 위한 6개 안 가운데 보험료 인상이 4순위로 나타난 것은 이를 대변하는 것으로 보여 진다.

본인부담금의 경우도 외국사례에서 살펴본 바와 같이 네덜란드(시설 이용 시 10%), 독일(월 한도액 범위 내에서 본인부담금 없음), 일본(시설과 재가 급여 모두 10%)에 비해 높은 수준이다. 따라서 본인부담금 인상 시 이에 대한 부담으로 장기요양서비스를 이용하지 못하는 많은 사례가 발생할 우려가 크며, 이렇게 되면 노인장기요양보험제도의 사회연대원리에 의한 사회보험제도로서의 의미는 상실하게 될 것이다. 본인부담금에 대한 실무자들의 견해도 현 수준에 대해 많지 않다고 인식하고 있으면서도 재정확보 방안으로써 본인부담금 인상에 대해서는 가장 낮은 응답률을 보이고 있으므로 더 이상의 인상에 대해서는 부정적으로 생각하는 것으로 사료된다. 따라서 본인부담금을 현 수준보다 인상하는 것은 사실상 불가하다 판단된다.

또한 현재 장기요양보험액의 20%로 책정되어 있는 국고부담에 대해서는 다소의 확대가 요구된다. 즉, 현 국고부담에 대한 본 연구의 조사결과 많은 실무자들이 국고부담률이 최소 30% 수준은 되어야 한다고 인식하는 것으로 나타났다. 안정적 재원확보를 위한 방안으로도 정부지원확대의 응답비율이 가장 많았다. 그러나 지난 시행 기간 동안 실질적인 국고부담은 20%에도 훨씬 못 미치는 수준이다. 따라서 우선적으로는 국고부담 비율을 현재보다 다소 높이는 방안을 검토할 필요가 있다. 그러나 장기요양재정을 공공부문 확대에만 의존할 수는 없다.

이와 같이 장기요양보험 재정확보를 위해 현 방식만으로는 한계가 있으며, 많은 문제에 다각적으로 대응하기는 어려울 것이므로 보다 다원적 접근이 요구된다. 이에, 보험료 인상이나 정부지원확대 이외의 다양한 방안이 검토되어야 할 것이다. 이에 대한 실무자의 견해는 정부지원확대, 장기요양복지기금조성, 소득 있는 노인층의 보험료 부과에 높은 응답률을 보였다. 이로써 장기요양복지기금조성, 소득 있는 노인층의 보험료 부과 등의 방안을 검토해 볼 필요가 있다. 즉, 재정악화를 초래하기 전에 특별세 도입 또는 사회복지공동모금과 같은 장기요양서비스를 지원할 수 있는 복지기금인 가칭 ‘장기요양복지기

금' 조성 그리고 65세 이상 노인이 보험료의 20%를 부담하고 있는 일본의 사례 등 다양한 방안에 대한 검토를 통해 재정안정에 만전을 기해야 할 것이다.



제 6 장 결 론

제 1 절 연구결과 요약 및 정책적 제언

1. 연구결과 요약

급격한 사회변동과 함께 노인인구 급증에 따라 노인부양에 대한 사회공동대체의 필요성이 제기되기 시작하였다. 특히 2000년 노인인구 비율이 전체의 7%가 넘는 고령화 사회에 진입하면서 처음으로 정부차원에서 노인장기요양보호의 필요성이 논의되면서 공적장기요양제도 도입에 대해 본격적으로 거론되기 시작하였다. 이에 많은 논의과정과 시범사업 등을 거쳐 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 도입하여 시행하고 있다. 이로써 공적장기요양제도를 통해 노인성 질환 등으로 인해 장기간 요양서비스가 필요한 사람은 신체적 활동과 가사지원서비스를 제공받을 수 있게 되었다. 이에 올해로 장기요양보험제도 시행 4년이 지났으며, 지난 기간 동안의 제도 시행에 대한 이용자의 서비스 만족도나 제도에 대한 인식 중심의 평가가 나오고 있다.

즉, 정부가 실시한 장기요양서비스 만족도 조사결과 이용자 및 가족의 만족도가 높은 것으로 나타났다. 또한 2012년 국민건강보험공단이 실시한 전 국민의 인식조사에서도 노인장기요양보험제도를 필요한 제도로 여기고 있는 것으로 조사되었다. 이와 같은 결과로 볼 때, 노인장기요양보험제도 시행 4년의 성과는 어느 정도 긍정적이라 볼 수 있다. 그러나 충분한 준비과정 없이 빠르게 도입·시행됨으로써 노정된 문제점 또한 적지 않다. 특히 수명연장으로 후기 고령노인이 급증하고 장기요양욕구가 증대되고 있다. 그러므로 향후에도 노인장기요양보험제도가 국민 노후의 삶에 대비한 사회보장제도로서의 역할을 제대로 수행해 갈 수 있도록 유지·발전시켜가야 할 것이다.

이를 위해 장기요양제도의 지속적인 외적인 성장과 함께 지난 시행 기간 동안 노정된 많은 문제점을 보완·개선하여 내실화를 기하고, 완성도를 높여가야 한다. 따라서 우리나라 보다 먼저 장기요양제도를 도입한 외국의 사례를 검토하여 사전대비를 충실히 함으로써 시행착오를 최소화 시킬 수 있도록 해

야 할 것이다. 또한 정기적인 실태조사를 통해 문제를 정확히 진단하고 대안을 마련하여 지속적으로 개선해 가야 한다. 이로써 비로소 우리 실정에 맞는 장기요양제도로 정착시켜 갈 수 있을 것이다.

이에 본 연구는 전술한 바와 같이 문헌적 고찰과 실증조사를 병행하여 제도 개선을 위한 기초자료 제공에 목적을 두고 있다. 따라서 먼저, 우리나라 장기요양제도의 운영현황과 문제점을 살펴보았다. 그리고 세계적으로 장기요양제도를 가장 먼저 도입한 네덜란드와 우리나라와 같은 사회보험방식을 채택하고 있고, 장기요양제도 도입에 가장 큰 영향을 준 독일과 일본의 사례를 중심으로 이들 국가의 제도적 특징과 최근동향을 검토하여 우리나라에 대한 시사점을 도출하였다.

아울러 문헌연구의 한계를 보완하고 우리나라의 실태를 정확히 파악하고자 장기요양보험제도의 관리주체인 국민건강보험공단 장기요양직원과 최 일선에서 장기요양서비스를 제공하고 있는 장기요양기관 시설장 및 관리자, 요양보호사를 대상으로 제도에 대한 인식 조사를 병행하였다. 또한 이상에서 살펴 본 결과들을 토대로 개선방안을 제시하였다. 이에 대한 연구결과를 정리하면 다음과 같다.

1) 노인장기요양보험제도의 문제점

우리나라 장기요양제도의 운영현황을 중심으로 살펴본 결과 노정된 문제점은 첫째 본인부담금 과다, 둘째 제한적이고 한정된 재가급여 및 예방체계 미흡, 셋째 비공식 서비스 제공자에 대한 지원 부재, 넷째 치매노인과 가족에 대한 지원서비스 문제, 다섯째 공적장기요양기관 부족, 여섯째 장기요양기관 과다공급 및 불법·부당행위 문제, 일곱째 요양보호사 열악한 근무여건과 전문성 부족 문제, 여덟째 등급판정의 신뢰성 문제, 아홉째 재정불안정 문제로 요약할 수 있다.

2) 외국사례 검토 결과

네덜란드의 제도적 특징은 신체적 서비스와 가사지원 및 집개보수, 차량지원 서비스를 분리시킨 이원화 시스템으로 운영하고 있다. 또한 장기요양서비

스는 민간비영리기관 만이 운영하도록 하며, 투명성확보를 위해 무작위로 외부회계감사를 실시하고 있다. 또한 이용자의 선택권강화를 위해 현물급여의 75%까지 현금급여를 이용할 수 있도록 하고 있다. 장기요양등급은 10등급으로 세분화하고 서비스 유형도 재가와 시설서비스 외에 예방형, 가사지원, 정서적 지원 등 다양한 서비스를 제공하고 있다. 독일의 경우도 현물급여의 50% 이내 범위에서 현금급여를 실시하고 있으며, 치매환자 및 가족에 대한 지원을 강화하였다. 또한 장기요양서비스 지원센터설치, 장기요양 서비스제공 휴가 도입 등의 다양한 방식으로 가족 등 비공식서비스 제공자를 지원 하고 있다. 그리고 서비스제공인력의 자격기준 강화, 장기요양기관 의무평가 및 결과 공개 등으로 장기요양서비스 질 개선을 위한 노력을 기울이고 있으며, 예방과 재활을 강조하고 있다.

일본은 보험가입자 및 대상자 모두 40대 이상이며, 이 가운데 65세 이상 노인이 개호보험 재정의 2/5를 40세 이상 65세 미만은 3/5을 부담하고 있다. 또한 공적지원도 50%를 차지하고 있다. 장기요양시설운영은 사회복지나 의료법인으로 제한하고 있으며 지정갱신제를 시행하고 있다. 또한 지역포괄케어 시스템 구축으로 24시간 대응시스템을 추진하고, 치매고령자, 가족 등을 지원하고 있다. 또한 케어매니지먼트 개선, 장기요양서비스제공 인력의 임금인상 및 처우개선, 자격강화 등을 통해 장기요양서비스의 질을 향상시키고자 노력하고 있다. 그리고 보충급여 및 저소득고령자 비용부담 경감 지원 등으로 저소득층 고령자를 지원하고 있다. 이렇듯 세 개국 모두 장기요양기관 평가 강화, 서비스제공인력의 자격기준 강화 및 처우개선 등을 통해 서비스 질 개선을 꾀하고 있으며, 예방 및 재활 강조, 비공식서비스제공자 지원, 재가서비스 활성화 등으로 재정안정화를 위한 다각적 노력을 기울이고 있다.

3) 실증조사 결과

먼저 실무자 집단 모두 노인장기요양보험제도가 노인의 삶 및 가족의 부양 부담 경감에 도움을 주며, 앞으로도 우리 사회에 필요한 제도로 평가하고 있는 것으로 나타났다. 대상자범위는 현재수준 유지 또는 다소 확대할 필요가

있다고 인식하고 있다. 급여부문에서는 전반적으로 보통수준으로 조사되었다. 단, 방문재활도입은 건강보험공단이 필요성에 대한 인식이 가장 높았고, 본인 부담금 수준은 세 집단 모두 현재 수준은 적절하다고 인식하는 것으로 나타났다. 장기요양기관 공급적절성에 대해서는 특히 재가장기요양기관이 부정적으로 인식하는 것으로 조사되었다. 장기요양기관 공급 적정 수 유지 방안으로는 설치요건 강화가 가장 많았다. 또한 인력채용 및 관리가 장기요양기관 운영의 가장 큰 어려움으로 인식하는 것으로 나타났다.

서비스 질 개선을 위한 방안으로 먼저 장기요양기관 관련해서는 불법·부당 행위 근절을 위한 강력한 대응 마련의 필요성이 가장 높았고, 그 외 평가전담기구 설치, 지정갱신제, 평가하위그룹 행정처분 강화, 인증마크제 도입 등 6개 방안 모두에 대해 전반적으로 필요하다고 인식하는 것으로 조사되었다. 요양보호사와 관련하여서는 임금 등 처우개선, 업무지침서 제공, 전문성 강화의 필요성이 높게 나타났다. 또한 등급판정에 대해서는 장기요양기관과 요양보호사 집단의 신뢰정도가 낮게 나타났다. 그 이유로는 1회성 조사나 조사자에 따른 차이를 들고 있으며, 건강보험공단은 신청자 및 가족의 허위진술을 들고 있다. 이로써 전체적인 신뢰성 확보를 위한 등급판정체계나 과정상의 검토가 요구된다.

건강보험공단의 장기요양기관 평가에 대해서도 장기요양기관과 요양보호사 집단의 신뢰정도가 낮게 나타났다. 이에 대한 가장 큰 이유로는 과다한 서류 중심의 평가를 들고 있다. 또한 등급외자나 서비스 미 이용자에 대한 관리가 제대로 이루어지고 있지 않다고 인식하는 것으로 나타났다. 재정 관련하여서는 정부부담비율을 최소 30%로 인상해야 한다고 조사되었다. 또한 재정안정화 방안으로는 정부지원확대와 장기요양복지기금 조성, 소득 있는 노인층 보험료 부과 순으로 나타났다. 제도의 최우선 개선방안으로는 요양보호사 처우개선, 서비스 질 향상, 대상자 확대를 들고 있다.

4) 개선방안

이상의 결과를 토대로 제시된 개선방안은 다음과 같다. 먼저, 수요측면에서는 대상자 범위 확대, 저소득층을 고려한 본인부담금의 소득수준 별 세분화,

재가급여서비스 활성화 및 예방강화, 가족 등 비공식 부문의 활성화이다. 그리고 공급측면에서는 장기요양서비스에 대한 가치 확립 및 관련자에 대한 교육 강화, 공공시설 확대 및 행정인력과 시스템 등 공공인프라 구축을 통한 공공성 강화, 서비스 질 개선(장기요양기관에 대한 규제 및 관리감독 강화, 평가전담 독립기구 설치, 요양보호사 처우개선 및 전문성 강화), 자원조달의 다원화를 통한 안정적 재정확보이다.

2. 정책적 제언

앞서 제시한 개선방안 가운데 시급히 다루어져야 할 현안을 중심으로 다음과 같이 정리·요약함으로써 정책적 제언에 대신하고자 한다.

첫째, 장기요양서비스에 대한 가치정립 및 교육이다. 현황에서 살펴본 바와 같이 일부 장기요양기관의 부당청구와 각종 불법행위는 많은 재정누수현상을 초래하고 있으며, 이익창출에 초점을 둠으로써 서비스 질 저하가 우려되는 등의 도덕적 해이가 심각하다. 이는 실증조사에서 실무자집단 모두가 이에 대한 강력한 행정적 제재조치를 요구하고 있는 것으로 나타남에 따라 현장에서 느끼는 심각성은 더욱 크다고 볼 수 있다. 따라서 장기요양시장의 질서를 바로 잡고 재정누수를 방지할 수 있도록 이러한 행위를 근절시킬 수 있는 강력한 조치는 반드시 필요하다. 그러나 그 전에 무엇보다도 중요한 것은 장기요양서비스에 대한 가치 확립이다.

장기요양서비스는 주 대상자가 질환으로 고생하는 생애 마지막 단계에 있는 노인이다. 그러므로 노인의 삶의 질이 보장될 수 있도록 따뜻한 보살핌과 간병을 받으며 마지막 생애주기를 보내고 편안한 죽음을 맞이할 수 있도록 원조해야 한다. 이를 위해서는 휴먼서비스인 장기요양서비스를 제공함에 있어서 개인의 이익보다는 사회적 목적과 형평성 등의 사회복지적 가치가 최우선되어야 한다. 이것이 경제적 효율성만을 강조하여 노인의 건강을 담보로 돈벌이 수단으로만 여겨서는 안 되는 이유이다. 따라서 정부 등 공적기관 관련자들은 경제적 효율성에 앞서 장기요양서비스의 사회복지적 가치와 철학을 확고히 하고 이에 대한 사회적 합의를 이루어낼 수 있도록 해야 한다.

또한 이를 토대로 장기요양서비스 제공 인력에 대한 교육도 병행되어야 한다. 대상자가 서비스에 대한 만족을 통해서 삶의 질이 높아질 수 있도록 충족된 서비스를 제공하기 위해서는 서비스의 목표를 cure보다 care에 중점을 둘 수 있어야 하며 그러기 위해서는 전문적인 기술보다 자신의 직업자체에 대한 의미와 그를 통해 사회에 공헌하고 있음을 인식하게끔 하는 것이 중요하다(박현식, 2010). 이로써 장기요양서비스 제공인력들이 어려운 근무여건임에도 불구하고 일 자체의 보람과 가치를 중시하고 자신의 업무에 대한 자긍심과 소명 의식을 갖고 노인 돌봄에 힘쓸 수 있는 환경이 조성될 수 있도록 해야 할 것이다.

둘째, 서비스 질 개선이다. 외국의 사례를 통해 살펴보았듯이 네덜란드와 독일, 일본도 서비스 질 향상을 위해 많은 노력을 기울이고 있다. 즉, 네덜란드는 2006년에 설립된 보건의료시장을 총괄 감시하는 독립기관인 Nza를 통해 서비스 질 관리를 하고 있다. 독일은 2002년 수발질보장법을 제정하는 한편, 수발인의 전문성을 강화하고 장기요양기관 평가 시 다각적인 방식을 통해 이용자 관점이 최대한 반영될 수 있도록 하고 있다. 일본도 장기요양기관 지정 갱신제 도입 및 정보공개제도를 시행하고 있으며, 서비스 인력의 자격기준을 강화하고 처우개선 및 고용관리를 통해 서비스 질 제고를 위한 노력을 기울이고 있다. 이처럼 장기요양제도가 공적제도로서 자리매김해 가기 위해서는 서비스 질 제고를 통해 내실화를 기해야 할 것이다.

본 연구의 실증조사결과 실무자들이 그간의 제도 시행 결과를 통해 향후 가장 시급하게 개선되어야 할 문제 가운데 하나로 서비스 질 개선을 들고 있는 것도 이 때문일 것이다. 우리나라도 서비스 질 향상을 위해 장기요양기관 평가를 실시하고, 상위 평가기관에 인센티브를 적용하고 있지만 본 연구의 실증조사에서 나타난 바와 같이 평가에 대한 신뢰가 낮고 평가방식의 개선을 요구하고 있다. 이러한 상황이다 보니 장기요양기관 평가가 서비스 질 제고로 연동되기 어려운 실정이라 할 수 있다. 따라서 서비스 질 개선을 위해서는 현재의 평가방식 개선은 물론이고 보다 다각적인 접근이 필요하다. 즉, 현재 평가 결과 상위기관에 제공하고 있는 인센티브를 인증마크제로 변경하고 평가하위기관에 대한 패널티를 적용해야 한다.

물론 이를 위해서는 평가의 신뢰를 높일 수 있도록 현재의 서류중심의 평가 방식을 개선해야 하는 문제가 선결되어야 하며 장기적으로 볼 때, 실무자집단이 가장 선호하는 것으로 조사된 평가전담독립기구 설치에 대한 검토도 진행할 필요가 있다. 또한 일본의 사례에서와 같이 지정갱신제를 도입하여 장기요양기관의 인허가 기간에 제한을 두고 지속적으로 갱신하도록 하는 방안의 검토도 요구되는 바이다. 그리고 일부 장기요양기관의 불법·부당행위에 대한 강력한 행정적 제재와 이를 위한 공적기관의 인력확충이 필요하다. 또한 서비스 전담인력인 요양보호사의 처우개선 및 고용관리를 장기요양기관의 평가에만 반영하고 기관자율에 맡겨서는 안 되며 이를 법적으로 보장해야 한다. 아울러 공적장기요양기관을 확충하여 지역별, 질환별 적절한 서비스를 제공하고 이로써 모든 장기요양기관의 거점역할을 할 수 있도록 해야 한다.

셋째, 재정안정화를 위한 다각적 노력이 필요하다. 선험국들의 장기요양보험 재정을 살펴보면, 독일은 1999년부터 재정적자가 발생하여 2008년 개혁을 통해 보험료를 인상하였으며, 재가서비스 활성화와 가족 등 비공식 장기요양서비스 제공자 지원 등의 방안을 시행하고 있다. 일본도 재정안정화를 위해 예방과 재가서비스 급여를 활성화하고 있다. 이와 같은 선험국들의 사례를 통해 우리나라도 이에 대한 대비가 필요한데 앞서 현황에서 살펴보았듯이 현재로서는 흑자상태를 유지하고 있음에 따라 아직은 이에 대한 심각성이 그리 크지 않을 수도 있다. 그러나 최근 3년의 장기요양보험의 재정상황을 보면 수입보다 지출의 증가 폭이 더욱 커지고 있다.

또한 2017년까지 수급 대상자 범위를 노인인구의 7%수준으로 확대할 예정이며 서비스 인력인 요양보호사의 임금수준도 사회복지기관 생활지도원 수준으로 인상할 방침이다. 더욱이 노인인구 급증에 따른 장기요양요구가 증대될 전망이다. 그 밖에 국제결혼 등으로 외국에서 유입되는 인구 층이 많아지므로 이에 대한 대비를 철저히 해나가야 할 필요가 있다. 따라서 우리나라도 우선적으로는 장기요양의 진입을 최대한 지연시킬 수 있도록 예방을 강화하고, 시설에 비해 비용을 절감할 수 있는 재가급여를 활성화할 필요가 있다. 또한 다양한 방식을 통해 가족 등 비공식부문의 장기요양서비스 제공을 지원하여 공적체계와 상호보완적 역할을 해 나갈 수 있도록 해야 한다. 이는 또한 요양인

력확보 어려움의 문제를 해소시키는데 다소 도움이 될 수 있을 것이다.

그러나 이러한 방법만으로는 장래 장기요양 수요급증에 대응해 가기란 쉽지 않을 것이다. 따라서 보험료 인상은 불가피할 것이나, 실증조사 결과 실무자들은 재원확보 방안으로 보험료 인상과 같이 국민들에게 부담을 주는 방식보다 정부지원확대와 장기요양복지기금 조성, 소득 있는 노인층의 보험료 납부 등의 방식을 보다 더 선호하는 것으로 나타났다. 그러므로 보험료 인상 외에 보다 적극적이고 장기적인 안목의 대처가 필요하며 이에, 특별세 도입이나 복지기금 조성 등 다원적인 재원확보 방안이 마련되어야 할 것이다.

제 2 절 연구의 한계 및 향후 연구 방향

노인장기요양보험제도가 시행된 지 올해로 5년째에 접어들고 있는 가운데 지난 4년여의 짧은 기간 내에 많은 외적인 성장을 이루었으며, 제도에 대한 국민들의 인식도 높아졌다. 따라서 향후에도 노인장기요양보험제도가 국민 노후의 삶에 대비한 한국형 사회보장제도로서 잘 자리매김 해가길 기대하는 바이다. 그러기 위해서는 정기적인 실태조사를 통해 성과와 문제점을 잘 파악하고 검토하여 지속적으로 개선시켜 가야 할 것이다. 이에 본 연구는 노인장기요양보험제도 시행 5년째인 현 시점에서, 외국의 선형사례 분석과 함께 실질적인 장기요양서비스 제공을 담당하고 있는 실무자의 인식조사를 통해 이를 반영함으로써 보다 균형적인 시각으로 장기요양보험제도의 향후 계획 수립과 제도 개선을 위한 방안마련에 기초자료를 제공한다는 점에 그 의의를 두고 진행되었다.

그러나 본 연구는 서울·경기지역에 국한함으로써 일반화를 위한 지역적 한계가 있다. 또한 재가 서비스나 예방을 강화시키기 위해서는 지역사회의 다양한 자원을 활용하고 연계할 수 있어야 한다. 그러기 위해서는 지방자치단체의 역할이 매우 중요하나 본 연구에서는 지자체 공무원은 조사대상에서 제외되었다. 따라서 향후 이용자들의 욕구파악도 필요하며, 보다 광범위한 지역으로 확대하여 서비스 공급자인 실무자에 지방자치단체 공무원도 포함하여 이들을 대상으로 한 후속연구가 필요하다. 또한 본 논문에서는 네덜란드, 독일, 일본의

3개국 사례만을 선정하였으나, 그 외 장기요양제도를 시행하고 있는 여러 국가들의 사례 연구를 통해 시행착오를 최소화하고 우리 실정에 맞는 제도로 정착화 시켜 갈 수 있도록 해야 할 것이다.



【참고 문헌】

1. 국내문헌

- 강용규·임옥빈·임안나·김현우·성시한(2011), **노인복지론**, 서울: 청목출판사.
- 강옥모(2009a), 노인장기요양보험서비스와 노인돌봄서비스 간 파트너십체계 구축방안, **사회과학연구**, 경성대학교사회과학연구소, 26(3): 49-74.
- _____(2009b), 영국의 비공식 노인돌봄자 지원정책 분석 및 한국에의 함의, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 45: 293-316.
- 곽효문(1995), **복지정책론**, 서울: 제일법규.
- 국민건강보험공단 정책연구원(2011), **노인장기요양보험 중장기 재정운용 전망과정책 과제 보고서**.
- _____(2008), **노인장기요양보험제도 장기요양인정 핸드북**.
- _____(2010), **노인장기요양보험제도 조사 관련 일본 출장 결과 보고서**.
- _____(2010), **노인장기요양제도 조사를 위한 네덜란드, 독일, 스위스 출장보고서**.
- _____(2011), **2011년 요양보호사 운영실태 보고서**.
- _____(2011), **합리적 수가 및 복지용구 현황조사를 위한 국외출장 결과보고서**.
- _____(2012), **노인장기요양보험 통계자료**.
- _____**건강보험통계연보 각 년도**.
- 권덕철(2003), 독일수발보험제도 실시 현황 및 평가, **노인복지정책연구**, 28: 203-253.
- 권순만(2003), 독일의 장기요양제도, **한국노년학연구**, 한국노년학회, 12: 27-47.
- _____. 박건희(2006), 노인장기요양 재원조달체계: 제도의 유형과 정책 과제, **한국노년학연구**, 한국노년학회, 15: 9-36.
- 권진희·한은정·강임옥(2010), 방문요양서비스에 대해 인지하는 서비스 질과 만족도·재이용의사 간의 관계 분석, **한국노년학**, 한국노년학회,

30(2): 355-368.

_____. 한은정 · 이정석(2009), 노인장기요양보험 시설서비스에 대한 가족 수
발자 만족도영향 요인, **보건행정학회지**, 한국보건행정학회,
19(4): 78-97.

권혁성·이창수(2011), 노인장기요양보험의 미래수요 예측, **보험학회보**, 한국보
험학회, 88: 89-114.

김 욱(2005), 독일수발보험제도의 변화와 시사점, **한·독 사회과학논총**, 한독
사회과학회, 15(2): 151-174.

_____(2007), 독일수발보험의 수발서비스 질 보장 방안 연구, **한·독 사회과
학논총**, 한독사회과학회, 17(3): 275-300.

김근홍(1999). **한국, 독일노인복지의 이해**. 학문사.

_____(2004), 수발보험 도입의 전개와 주요 제도내용에 대한 정책적 시사점:
독일수발보험의 전반적 내용분석을 중심으로, **사회복지정책**, 한
국사 회복지정책학회, 18: 83-104.

김금열(2010), 장기요양대상노인의 비공식적 · 공식적 자원연계 유형에 따른
서비스 만족도 연구, **한국노년학**, 한국노년학회, 30(4): 1027-1044.

김금주(2009), 노인요양시설 요양보호사 직무스트레스가 서비스 질에 미치는
영향-직무만족 매개효과 중심으로, **지방자치연구**, 전북대학교
지방자치연구소, 13: 79-107.

김덕환(2005), **노인복지와 공적요양보험**, 신흥메드사이언스.

김명엽(2011), 노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방안, **입법정책**, 한국입
법정책학회, 5(2): 33-67.

김미혜 · 이석미(2007), 독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구-현금급
여와 가족 수발자를 중심으로, **사회복지정책**, 한국사회복지정책
학회, 31: 369-396.

김수영 · 성명옥 · 김경호 · 조추용(2001), **노인과 지역사회보호**, 서울: 양서원.

김영란(2007), 가족 돌봄자의 노인 돌봄 시간 및 돌봄 스트레스에 영향을 끼치
는 요인에 대한 연구, **여성연구**, 한국여성정책연구원, 72(1):
31-72.

- 김용희·안정신(2012), 장기요양서비스 이용 노인 및 노인 부양가족의 스트레스, 생활만족도 및 서비스만족도, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 57: 161-190.
- 김준환(2008), 노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안-요양보호사의 인력양성 및 전문성 향상을 중심으로, **극동사회복지저널**, 극동대학교 사회복지연구소, 4: 49-83.
- 김진수·박은영·안수란(2007), 노인수발보장제도 도입의 쟁점과 정책과제, **한국사회정책**, 한국사회정책학회, 13(1): 1-28.
- 김찬우(2009), 노인장기요양보험제도의 평가판정도구와 기준에 관한 고찰: 요양시설의 서비스 제공시간과 입소노인의 기능상태관계를 중심으로, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 43: 35-60.
- _____(2011), 장기요양서비스의 가격결정과 수가지불체계 방식에 대한 고찰, **HIRA 정책동향**, 건강보험심사평가원, 5(3): 14-22.
- _____(2012), 장기요양보험제도 시행 4년, 최우선과제는?-요양보호사 처우 및 제도개선, **요양보호사 처우 및 제도 개선 토론회 자료집**.
- 김철수(2010), 노인장기요양보험제도의 시설 및 인력 인프라 개선, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원, 168: 10-15.
- 김철주·홍성대(2007), OECD국가 노인장기요양보호 체계 개혁방향-비공식적 장기요양보호에 대한 보상 및 지원 제도화를 중심으로, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 35: 231-251.
- 김충련(2012), **SPSS Statics 20 SPSS 데이터 분석**, 21세기사.
- 나용선(2010), 독일·일본·한국의 장기요양보험제도에 관한 비교 연구, **유라시아연구**, (사)아시아·유럽 미래학회, 8(1): 255-281.
- 남궁은하(2010), 의료보장제도별 노인의료비 증가에 관한 연구, **보건사회연구**, 한국보건사회연구원, 30(2): 519-556.
- 남기민(2008), 미국노인복지정책 및 프로그램의 발달과 전망, **한국사회과학연구**, 청주대학교 사회과학연구소, 30(1): 1-20.
- 남현주(2011), 독일 2008 장기요양보험 개혁: 개혁배경과 내용 및 평가, **한국지역사회복지학**, 한국지역사회복지학회, 37: 23-51.

- _____. 이현지(2004), 유럽의 주요 노인장기요양제도 수립 현황과 시사점-재정적 정책지원 기준을 중심으로, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 26: 287-307.
- 노종호(2008), 비영리조직의 시장점유와 시장경쟁이 의료서비스의 질에 미치는 영향에 관한 연구: 미국요양원 서비스를 중심으로, **한국행정학보**, 한국행정학회, 42(1): 273-292.
- 노진덕(2008), 일본의 개호보험제도의 운용 현황과 시사점, **한국정책연구**, 8(1): 83-98.
- 류성경(2008), 한·일 노인장기요양보험제도의 비교, **일본근대학연구**, 한국일본근대학회, 22: 233-248.
- 박경일(2007), **사회복지정책론**, 공동체.
- 박광준(2004), **고령사회의 노인복지정책(국제 비교적 관점)**, 학현사
- 박승두(2007), 노인장기요양보험제도의 기본구조에 관한 연구, **법학논집**, 청주대학교 법학연구소, 29: 281-305.
- _____(2011), 한·일 비교 연구: 노인장기요양보험제도의 현황과 전망, **청주법학**, 청주대학교 법학연구소, 33(1): 43-75.
- 박영희·나중덕·김선희(2011), 요양보호사의 근무환경이 직무스트레스에 미치는 영향: 자기효능감을 매개변수로 하여, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 52: 349-367.
- 박종덕(2010), 독일의 질병보험 및 장기요양보험 개혁동향, **건강보장정책**, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 9(2): 170-179.
- 박종선(2010), 노인장기요양보험제도 서비스 이용자 및 종사자의 인식에 관한 연구-Gilbert & Terrell의 분석틀 적용, 명지대학교 박사학위논문.
- 박현식(2010), 장기요양보험서비스에 대한 소명의식이 요양보호사의 직무만족도에 미치는 영향-충청남북도 장기요양보험서비스기관을 대상으로, **한국지역사회복지학**, 한국지역사회복지학회, 33: 243-256.
- 법제처(2010), **노인복지법**.
- _____(2011), **노인장기요양보험법**.
- 보건복지부(2004), **독일출장보고서**.

- _____ (2005), 독일수발보험자료집.
- _____ (2010), 2010년도 하반기 요양보호사양성 지침.
- _____ (2010), 노인장기요양보험 통계자료.
- _____ (2011), 2011년도 요양보호사양성 지침.
- _____ (2011), 노인장기요양보험 통계자료.
- _____ (2011), 보도자료.
- _____ (2012), 보도자료.
- 보건복지진흥원(2010), **한국요양총람**.
- 사공진(2009), 노인장기요양보험 시행상의 문제점과 개선방안, **디지털경제연구**, 한양대학교 디지털경제연구소, 14: 23-85.
- 석재은(2006), 장기요양 현금급여 정책의 국가간 비교 연구, **한국사회복지학**, 한국사회복지학회, 58(2): 273-302.
- _____ (2010), 공급자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 개선방안, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원, 168: 34-44.
- 선우덕(2005), 일본장기요양보험제도의 운영실적과 시사점, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원, 103: 136-156.
- _____ (2008), 노인장기요양보험의 효율적 운영을 위한 지역보건복지 정책대응, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원, 142: 18-30.
- _____ (2011a), 노인장기요양보험의 동향분석과 개선방향, **보건복지 Issue & focus**, 한국보건사회연구원, 81: 1-8.
- _____ (2011b), 일본 개호보험제도의 최근 동향과 시사점, **건강보장정책**, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 10(1): 113-127.
- _____ (2011c), 한·독일 장기요양보험제도의 비교분석과 시사점 고찰, **제1 차 한양고령사회포럼 자료집**.
- _____ (2012), 노인장기요양보험 재정지출 분석을 통한 제도 개선방향, **보건·복지이슈 앤드 포커스**, 한국보건사회연구원, 153: 1-8.
- 성도경·이환범·이수창·정철영·최인규(2011), **SPSS 사회현상 조사분석 및 연구논문작성을 위한 알기 쉬운 통계 기법의 활용**, 도서출판: 대명.
- 손용진(2009), 노인장기요양제도의 판정도구 및 케어매니지먼트: 일본 및 미국

- 의 경험을 통하여, **GRI연구논총**, 경기개발연구원, 11(3): 195-215.
- 송영흠(2010), 케어복지 증진을 위한 요양보호 교육제도에 관한 연구, **한국사회복지자원학회지**, 한국사회복지자원학회, 5(1): 131-153.
- 송지준(2012), **논문작성에 필요한 SPSS/AMOS 통계분석방법**, 21세기사.
- 신승연(2009), 방문요양서비스 이용실태 및 만족도, **한국케어매니지먼트 연구**, 한국케어매니지먼트학회, 4: 23-43.
- 안홍순(1999), **독일의 고령화 사회와 사회요양보험제도의 과제: 고령화 사회와 노인복지**, 세종출판사.
- 엄기욱(2011), 요양보호사 양성교육과 자격제도의 문제점과 개선방안, **지역발전연구**, 한국지역발전학회, 10(2): 87-112.
- 오성배(2007), 노인장기요양보험의 도입에 따른 노인전문병원의 활성화 방안에 관한 연구, 원광대학교 박사학위논문.
- 오세영·오영란(2011), 일본 개호보험제도에서의 급여역제정책의 전개와 시사, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 51: 81-100.
- 오영희·이윤경·선우덕·유혜영·오지선(2009), 장기요양등급외자 관리를 위한 보건복지서비스 연계방안, **한국보건사회연구원 저출산 고령화 사회연구센터 보고서**, 한국보건사회연구원.
- 원시연(2011), **노인장기요양보험법의 입법 영향 분석**, 현안보고서, 국회입법조사처, 138: 60-61.
- 윤건향·조은희·이태화(2011), 노인요양시설 요양보호사의 서비스 질에 영향을 미치는 요인, **한국노년학회 춘계학술대회자료집**, 2011: 111-125.
- 윤소영(2012), 한·일 비교를 통한 노인장기요양보험의 현황분석, **보건산업브리프**, 한국보건산업진흥원, 17: 1-8.
- 윤영진·장승옥·지은구·김은정(2008), **사회복지서비스 공급체계와 재정지원 방식에 관한 연구**, 보건복지가족부용역보고서.
- 윤일현(2009), 노인장기요양보험제도 등급외자에 대한 돌봄 서비스와 케어매니지먼트 활성화 방안, **광주연구**, 광주발전연구원, 2: 39-59.
- 윤지영(2011), 노인장기요양보험 관련 법제도의 문제점과 개선방안, 박은수 의원실.
- 이 강(2010), 노인 장기요양보험 등급판정에 영향을 미치는 요인에 관한 연

- 구, **한국노년학 연구**, 한국노년학연구회, 19: 97-113.
- 이광재(2007), **노인요양보험제도의 이해**, 경기: 공동체.
- _____(2011), 노인장기요양보험 시행3년에 따른 성과 및 평가, **대전발전포럼**, 대전발전연구원, 38: 148-170.
- 이미진(2011), 노인장기요양서비스의 질 측정 상의 쟁점에 대한 고찰, **사회복지정책**, 한국사회복지정책학회, 38(1): 141-165.
- 이병록·이혜자(2008), 노인장기요양보장제도의 평가판정체계에 관한 한·일 비교 연구, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 41: 103-124.
- 이상원(2008), 요보호 ADL장애노인의 생활만족도에 대한 재가서비스 조절효과, **임상사회사업연구**, 한국임상사회사업학회, 5(1): 103-119.
- 이석민(2012), 노인장기요양보험제도가 가족부양자에게 미친 영향에 대한 실증적 분석, **한국사회복지행정학**, 한국사회복지행정학회, 14(34): 167-194.
- 이수형(2009), 네덜란드 장기요양제도의 최근 동향 및 시사점, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원, 150: 96-105.
- 이영선·최낙관(2010), 요양보호사의 전문성이 서비스 질에 미치는 영향, **한국자치행정학보**, 한국자치행정학회, 24(2): 190-210.
- 이용갑(2007), 독일 장기요양보험의 현황과 개혁, **대한케어복지학**, 대한케어복지학회, 8: 99-132.
- 이용갑(2009), 독일의 공적장기요양보험 개혁논의와 2008년 개혁: 우리나라 노인장기요양보험의 안정적 정립을 위한 시사점, **사회복지정책**, 한국사회복지정책학회, 36(4): 291-317.
- 이윤경(2010a), 노인장기요양보험의 가족요양 급여체계 개선방안, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원, 165: 96-104.
- _____(2010b), 이용자 관점에서의 노인장기요양보험제도의 평가 및 개선방향, **보건복지포럼**, 한국보건사회연구원.
- _____(2011), 장기요양기관 평가제도의 검토 및 정책과제, **보건·복지 이슈 앤드 포커스**, 한국보건사회연구원, 92: 1-8.
- _____(2012). 노인장기요양보험 등급판정 현황 및 문제점. **보건·복지 이슈 앤드 포커스**, 한국보건사회연구원, 137: 1-8.

- 이윤형(2010), 노인장기요양서비스의 질에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 대구대학교 박사학위논문.
- 이은경(2009), **노인장기요양보험장기재정추계**, 한국조세연구원.
- 이은화(2008), 한국 노인장기요양보험제도의 형성과정-참여자 역할을 중심으로, 평택대학교 박사학위논문.
- 이재희(2009), 노인장기요양보험제도에 대한 소비자의 인식과 만족도 조사-제가서비스를 중심으로, **고신보건과학연구소보**, 19: 49-58.
- 이정석·한은정·권진희(2011), **재가장기요양기관 평가체계 개선방안**, 국민건강보험정책연구원 연구보고서.
- 이정선(2009), **2009년도 국정감사 정책 자료집-제대로 된 노인장기요양보험제도를 만들어 내기 위한 제언Ⅱ**.
- 이정영(2010), 노인장기요양보호서비스의 발전방안에 관한 연구-치매노인과 부양자의 이용실태와 만족도를 중심으로, 대전대학교 박사학위논문.
- 이지전(2002), **선진국의 장기요양 서비스체계 자료집**, 국민건강보험공단.
- 이지희(2012), 독일의 노인복지관련 법제: 기초노령연금, 노인장기요양보험제도, **외국법제정보**, 한국법제연구원.
- 이해영(2006), **케어복지개론**, 서울: 양서원.
- 이혜자·권순호(2011), 요양보호사의 근무환경 특성과 직무스트레스가 직무만족도에 미치는 영향, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 51: 125-144.
- 이훈희·이경남·이원지(2010), 노인장기요양보험의 개선방안에 관한 연구, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 49: 193-213.
- 임성옥(2010), 노인장기요양보험제도의 시행에 따른 쟁점과 문제점에 대한 고찰:등급판정체계를 중심으로, **사회복지정책**, 한국사회복지정책학회, 37(2): 245-266.
- 임성택(2009), 노인장기요양보험제도의 문제점과 시행과제, **교수논문집**, 그리스도신학대학출판부, 9.
- 임재옥(2009), 노인장기요양보험 대상 커버리지에 관한 연구 : 한·일 비교를 중심으로, **사회복지리뷰**, 가톨릭대학교 사회복지연구소, 14: 31-51.
- 임정기(2010), **한·일 노인장기요양보험 법제도 비교의 시사점과 개선방향**,

- 한일노인장기요양보험법·제도 토론회-요양보호사 노동조건을 중심으로
 _____(2011), 노인장기요양보험 시행 3년 평가와 개선방안, 박은수의원실.
- 장두순(2009), 독일 수발보험법의 주요내용에 대한 고찰, **독일학연구**, 동아대학교
 독일학연구소, 25: 275-299.
- 장우심(2009), 노인장기요양보험제도에 따른 요양보호사 교육 및 관리에 관한
 연구, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 43: 263-286.
- 전년일(2012), 노인장기요양보험제도의 발전방안에 관한 연구-전라북도를 중
 심으로, 대전대학교 박사학위논문.
- 전미애·조미경(2011), 노인요양인력의 직무애착과 이직의도에 영향 미치는
 직무환경 요인들의 한·일 비교, **노인복지연구**, 한국노인복지학
 회, 52: 155-184.
- 전용호(2008), 노인장기요양보험의 서비스 질 관리 개선에 관한 연구: 영국의
 질 관리 시스템과 그 시사점을 중심으로, **사회복지정책**, 한국사
 회복지정책학회, 33: 335-361.
- _____ (2012), 영국과 독일의 노인 장기요양서비스의 시장화와 그 결과: 이용
 자 관점에서의 평가를 중심으로, **보건사회연구**, 한국보건사회연
 구원, 32(2): 143-169.
- _____ · 정영순(2010), 영국사회서비스 분야의 유사시장 형성과 발전과정에
 관한 연구-한국 노인장기요양보험에 주는 시사점, **한국사회정책**,
 한국사회정책학회, 17(3): 257-287.
- 정경실(2010), 노인장기요양보험제도의 성과와 향후 추진계획, **보건복지포럼**,
 한국보건사회연구원, 168: 5-9.
- 정경희·오영희·석재은·도세록·김찬우·이윤경·김희경(2005), **2004년도
 전국노인생활실태 및 복지욕구조사**, 정책보고서, 한국보건사회연구원.
- 정승열(2011), 노인장기요양보험 서비스 품질 향상방안 연구-재가방문요양서
 비스 중심으로, 한양대학교 박사학위논문.
- 정재욱(2009), 한·일 노인장기요양보험제도의 운영구조의 특징에 대한 비교
 고찰, **지역발전연구**, 한국지역발전학회, 8(2): 267-299.
- 조국행·김동호(2010), 국가 간 비교를 통한 노인장기요양보험제도 개선 방안,

- 21세기사회복지연구, 21세기사회복지학회, 7(2): 79-105.
- 조성희(2010), 역량강화가 서비스 질 자기평가에 미치는 영향-충남지역 노인 요양시설 종사자를 중심으로, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 50: 353-376.
- 조우홍·이동수(2008), 노인요양시설 서비스 질이 고객만족과 고객충성도 및 구전의도에 미치는 영향요인 분석, **노인복지연구**, 한국노인복지학회, 40: 173-193.
- 조지현(2008), **노인장기요양보험의 현재와 미래**, 한국학술진흥재단.
- 조추용·박선애·정운태(2009), 일본 개호보험제도의 평가와 논쟁, **GRI 연구논총**, 경기개발연구원, 11(2): 179-206.
- 지은구(2008), 사회복지민영화의 비판적 검토, **비판사회정책**, 비판과 대안을 위한 사회복지학회, 27: 35-78.
- _____(2009), 사회복지민영화와 노인장기요양보험제도, **한국사회정책**, 한국사회정책학회, 15(2): 99-143.
- 최경숙(2010), 한국 노인장기요양보험제도 현황과 개선방안, **한일노인장기요양보험법·제도 토론회 자료집**:요양보호사 노동조건을 중심으로.
- 최승호(2008), 요양인력인프라의 체계적 구축-독일사례가 한국에 주는 시사점, **한·독 사회과학논총**, 한독사회과학회, 18(2): 129-160.
- 최영훈(2011), 노인장기요양보험제도의 한·일 비교 및 정책적 시사점, **한국정책연구**, 경인행정학회, 11(2): 351-366.
- 최은영·권순만·김찬우·강주희(2005), **OECD국가의 노인장기요양서비스 체계비교와 정책적 함의**, 서울: 한국보건사회연구원.
- 최은희(2010), 노인장기요양보험제도 서비스 질 관리체계 개선에 관한 연구, **한국노년학**, 한국노년학회, 30(2): 401-419.
- 최인덕·이상림·이정면(2010), 노인 장기요양 보험 대상자 및 시설, 인력 추계, **사회보장 연구**, 한국사회보장학회, 26(2): 375-400.
- 최희경(2010), 노인요양시설의 돌봄 서비스에 대한 가족과 요양보호사의 인식 및 기대 비교 연구, **가족과 문화**, 한국가족학회, 22(4): 1-31.
- 통계청(2006), **장래인구추계**.

_____경제활동인구조사보고서 각 년도.

한국보건사회연구원(2007), 노인장기요양보험제도 2차 시범사업평가.

한국여성개발원(2006), 사회서비스부문 비정규 여성근로자를 위한 직업훈련 개선방안

한은정 · 이정석 · 권진희(2012), 방문요양기관의 재가장기요양기관평가에 대한
인식 및 태도, **한국노년학**, 한국노년학회, 32(2): 467-485.

한정원(2011), 요양보호사의 전문성 향상방안 연구, **여성학연구**, 부산대학교
여성연구소, 21(2): 197-235.

한혜경(2011), 노인장기요양보험제도의 서비스 접근 효과성에 관한 연구, **인문
사회과학연구**, 호남대학교 인문사회과학연구소, 32: 151-176.

현경래 · 이선미(2012), 노인장기요양보험 급여이용이 기능상태 변화에 미치는
영향, **한국노년학**, 한국노년학회, 32(2): 593-609.

_____ · 한은정(2011), 노인장기요양보험 등급외자의 기능상태 변화와 개선방
안, **건강보장정책**, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원, 10(1): 128-141.

현정희(2012), **요양보호사 처우 및 제도 개선 토론회 자료집-장기요양보험
제도개선**, 국회의원 신경림.

홍백의 · 김찬우(2011). **노인장기요양서비스 수가 적정성연구: 노인장기요양
보험, 서비스 질과 수가 적정한가**. 이재선의원실.

홍성욱(2011), 동거가족 요양보호사의 급여현황과 과제, **건강보장정책**, 국민건
강보험 건강보험정책연구원, 10(1): 142-152.

황경성(2004), **일본의 고령자보건복지제도와 정책**, 서울: 학지사.

황라일 · 고민정 · 김진수(2008), 네덜란드의 건강보험제도 개혁과 시사점, **건강
보험포럼**, 국민건강보험공단 건강보험연구원, 7(2): 15-30.

2. 외국문헌

Anderson, R. A. (2005), The Power of Relationship for High-quality
Long-term Care. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(2):
103-106.

Atchley, R. (1994), *Social Forces and Aging*. Belmont, CA. Wadsworth

- Publishing Company.
- Bauer, E. J. (1996), Transitions from Home to Nursing Home in a Capitated Long-Term Care Program: The Role of Individual Support Systems, *Health Services Research*, 31(3): 309 - 326.
- Binstock, R. H. (1998), The Financing and Organization of Long-Term Care, Public and Private Responsibilities in *Long-Term Care: Financing and Balance*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2008), Gut zu wissen - das Wichtigste zur Pflegereform 2008, Berlin: BMG.
- Bode, I. (2010), Social Care Going Market: Institutional and Cultural Change Regarding Services for the Elderly, *Journal of Comparative Social Work*, 1: 1-15.
- Castle, N. G., & Ferguson, J. C. (2010), What is nursing home quality and hoe is measured?, *The Gerontologist*, 50(4): 426-442.
- Cherry, R. L. (1991), Agents of Nursing Home Quality of Care Ombudsmen and Staff Ratios Revisited, *The Gerontologist*, 21(2): 302-308.
- Care Quality Commission (2011), *The State of Health Care and Adult Social Care in England: An overview of key themes in care 2010/11*, London: Care Quality Commission.
- Dalton, D. S., Cruickshanks, K. J., Klein, B. E., Klein, R., Wiley, T. L., & Nondahl, D. M. (2003), The Impact of Hearing Loss on Quality of Life in Older Adults, *The Gerontologist*, 43: 661-668.
- Encyclopedia of Gerontology* (1996), Academic Press.
- Esping-Andersen, G. (1999), *Social Foundations of Postindustrial Economics*. Oxford: Oxford University Press.
- Freeman, T. (2002), Using Performance Indicators to Improve Heal Care Quality in the Public Sector: A Review of the Literature,

- Health Services Management Research*, 15(2): 126-137.
- Gibson, Rose C. (1994), The Outcome of Studies on Institutions for the Elderly, *노년학회 국제학술세미나 자료집 1994*.
- Kane, R. I., and Kane, R. I. (2000), *Assessing Older Person*. New York: Oxford University Press.
- Koren, M. J. (2010), Improving Quality in Long-Term Care, *Medical Care Research and Review*, 67(4): 141S-150S.
- Masakaju, Shirasawa. (2004), The Evaluation of Care Management under of the Public Long-Term Care Insurance in Japan, *Geriatrics and Gerontology International*.
- Naleppa, M. (2006), Case Management Services, published by Oxford University Press In B. Berkman & S. D'ambrosio(Eds.), *Handbook of Social Work in Health and Aging*, New York: Oxford University Press.
- OECD, (2003), *Long-Term Care in OECD*, OECD Publication.
- _____, (2004), *A Short Survey of Social Security in the Netherlands Half-yearly Summary*. OECD.
- _____, (2005), *The OECD Health Project: long-term care for Older people*, Paris: OECD Publication.
- _____, (2006), Health Data.
- _____, (2010), Health Data.(독일통계).
- Priester, K. (1993), Lean Welfare. Mit Pflegeversicherung und Karenztagen zum Umbau des Sozialstaats, In: *Blätter für deutsche und internationale Politik*, 9: 1086-1098.
- Rahman, A., & Applebaum R.(2009), The Nursing Home Minimum Data Set Assessment Instrument: Manifest functions and Unintended Consequences-Past, Present, and Future, *The Gerontologist*, 49(6).
- Rice, T. (1998), *The Economics of Health Reconsidered*, Chicago, IL:

Health Administration Press.

- Rober, A. Applebaum. (2004), The Changing Word of Long-Term Care : A State Perspective, *Journal of Aging & Social Policy*, 16(1): 1-19.
- Roo, A., Chambaud, L., and Guntert, B. J. (2004), Social Health Insurance Systems in Western Europe, In R. Saltman, R. Busse, & J. Figueras(Eds), *European Observatory on Health Care Systems*(pp. 281-298). London: Open University Press.
- Rothgang, H. (2003), *Long-Term Care for the elderly in Germany*. Mimeograph at the Center for Social Policy, University of Bremen.
- Schneider, U. (1999), Germany's Social Long-Term Care Insurance Design, Implementation and Evaluation, *International Social Security Review*. 52(2): 31-74.
- Schwanenflugel, M. (2009), German Long-Term Care, Outlines, Effects and Policy Issues, 한국사회보장학회 2009년 추계 학술대회자료집.
- Scourfield, P. (2007), Social Care and the Modern Citizen: Client, Consumer, Service User, Manager and Entrepreneur, *British Journal of Social Work*, 37(1): 1-16.
- Social Policy Research Unit. (2001), *Informal Care Over Time*. York: University of York.
- Taylor-Gooby, P. (2004), Open Markets and Welfare values, Inequality and Social Change in the Silver Age of the Welfare State, *European studies*, 6(1): 29-48.
- Wiener, J. M., Tilly, J., and Cuellar, A. E. (2003), *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*, Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.
- _____, (2003), Personal Budgets in the Netherlands (pp.28-41). in *Consumer-Directed Home Care in the Netherlands, England, and Germany*, edited by J.M.Weiner, J. Tilly, and A.E.

Cuellar. Washington, D.C.: AARP Public Policy Institute.

_____, (2007), Commentary: Cash and Counseling in an International Context, *Health Services Research*, 42(1): 567-576.

3. 기 타

국민건강보험공단,	http://www.nhic.or.kr
노인장기요양보험 홈페이지,	http://www.longtermcare.co.kr
법제처,	http://www.moleg.go.kr
보건복지부,	http://www.mw.go.kr
조선일보,	http://www.chosun.com
네덜란드,	http://www.cvz.nl
일본후생노동성,	http://www.mhlw.go.jp
OECD,	http://www.oecd.org/health



HANSUNG
UNIVERSITY

【부 록】

설 문 지

안녕하세요?

먼저 선생님의 행복을 기원하오며, 바쁘신 와중에도 귀중한 시간을 내 주신데 대해 진심으로 감사드립니다.

본 설문은 노인장기요양보험제도의 개선방안을 위한 실증조사로 직접 실무를 담당하시는 분들의 의견이 매우 중요하다 생각되어 선생님의 고견을 연구 자료로 사용 하고자 실시하는 것입니다.

선생님께서 응답해주신 내용은 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에는 결코 사용되지 않을 것임을 약속드립니다.

설문지의 어떤 항목도 정답이 없으므로 모든 문항에 빠짐없이 선생님의 개인적인 생각대로 체크하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

선생님의 협조에 다시 한 번 감사드립니다.

2012년 7월

한성대학교 대학원 행정학과

지도교수 : 윤 경 준

연구자 : 박사과정 손 창 숙

▣ 아래 설문에 대하여 선생님의 생각과 일치하거나 유사하다고 생각하시는 번호에 체크하여 주시기 바랍니다.

◆ 장기요양보험제도의 적절성에 관한 내용입니다		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
1	장기요양보험제도는 노인의 삶의 질 향상에 도움이 된다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
2	장기요양보험제도는 가족들의 부양부담을 덜어주는 데 도움이 된다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
3	장기요양보험제도는 노인복지 증진에 도움이 된다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
4	장기요양보험제도는 앞으로도 노인 및 가족들에게 꼭 필요한 제도라고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
◆ 장기요양보험 수급대상자에 관한 내용입니다.		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
5	장기요양보험의 대상자 범위를 현재보다 확대해야 한다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
◆ 급여내용에 관한 내용입니다		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
6	재가급여에 방문재활서비스제도(물리·작업치료)의 도입이 필요하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
7	현재 요양보호사가 자신의 가족에게 서비스를 제공하는 가족요양서비스가 지속되어야 한다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
8	요양기관이 부족하거나 교통이 불편한 기피지역에 대해 등급에 관계없이 월 15만원씩 지급되는 특별현금급여의 지역 범위를 확대할 필요하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
9	장기요양서비스의 본인부담금(자부담)은 많다고 생각하십니까(일반 ; 재가15, 시설20%)	①	②	③	④	⑤
10	본인부담금(자부담)의 50%를 감면 받고 있는 저소득층의 범위를 확대해야 한다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
11	현재 기초생활수급자·차상위계층·일반의 세 계층으로 분류하고 있는 본인부담금 수준을 소득이나 자산에 따라 좀 더 많은 계층으로 세분화할 필요가 있다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
12	현재 장기요양기관(요양시설이나 재가센터)에 납부하고 있	①	②	③	④	⑤

	는 본인부담금을 건강보험공단에서 직접 징수하는 것이 필요하다고 생각하십니까					
◆ 시설인프라에 관한 내용입니다		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
13	장기요양기관의 시장화(민간영리기관 증가)가 기관간의 경쟁을 유도하여 서비스 질 향상에 기여하고 이용자의 선택권을 강화시키는 효과가 있다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
14	현재 거주하시는 지역의 장기요양기관의 공급이 적절하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
15	장기요양기관 공급이 많다면 장기요양기관의 적정 수를 유지하기 위한 가장 좋은 방법은 무엇이라고 생각하십니까 (1가지 선택) () ①시장원리에 의한 자연도태 ②지정갱신제 도입 ③장기요양기관 설치요건 강화 ④소규모 재가서비스 기관의 통·폐합 유도 ⑤평가에 따른 행정처분 강화 ⑥기타()					
16	장기요양기관을 운영하는데 가장 어려운 점은 무엇일 것 이라고 생각하십니까 (1가지 선택) () ①재정(경제적인 면) ②요양보호사 등 인력채용 및 관리 ③대상자 확보 ④행정기관의 요구사항 과다 ⑤이용자 가족들과의 갈등 ⑥기타()					
17	장기요양기관의 질적 개선을 위해 다음 각각의 사항에 대한 필요 정도를 표시해주시기 바랍니다	매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
	17-1.장기요양기관의 지정갱신제 도입	①	②	③	④	⑤
	17-2.장기요양기관 평가 전담 기구 설치	①	②	③	④	⑤
	17-3.우수평가 기관에 대한 홍보 및 인증마크제도 도입	①	②	③	④	⑤
	17-4.장기요양기관 평가 후 연속적으로 낮은 등급을 받는 경우에 대한 행정처분 강화	①	②	③	④	⑤
	17-5.불법·부당행위 기관에 대한 지정취소 등의 행정처분 강화	①	②	③	④	⑤
	17-6.직원 배치 기준(대상자 2.5명당 요양보호사 1인) 준수에 대한 감독 강화	①	②	③	④	⑤
◆ 장기요양기관의 시설 운영주체에 관한 내용입니다		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다

18	입소시설(요양시설)에 한해 설립•운영주체로 지자체나 구청 등 공적기관의 활성화가 필요하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
19	입소시설(요양시설)에 한해 설립•운영주체로 법인의 활성화 가 필요하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
◆ 요양보호사에 관한 내용입니다						
20	요양보호사의 서비스 질 향상을 위해 다음 사항에 대한 필요 정도에 대해 표시해주시기 바랍니다	매우 필요 치않 다	필요 치않 다	보통 이다	필요 하다	매우 필요 하다
	20-1. 요양보호사의 임금인상	①	②	③	④	⑤
	20-2. 요양보호사의 승급제도 도입	①	②	③	④	⑤
	20-3. 요양보호사의 전문성 강화	①	②	③	④	⑤
	20-4. 표준화된 서비스 매뉴얼(업무지침서) 제공	①	②	③	④	⑤
	20-5. 담당 대상자의 상태호전으로 등급 하향 시 요양보호사 에게 인센티브 제공	①	②	③	④	⑤
	20-6. 요양보호사 휴가제도 도입 등 근로여건 개선	①	②	③	④	⑤
◆ 등급판정에 관한 내용입니다		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
21	건강보험공단의 장기요양 등급판정에 대해 신뢰하고 계십니 까	①	②	③	④	⑤
22	건강보험공단의 등급판정을 신뢰하지 않는 이유는 무엇입니까?(1가지 선택) () ①조사자에 따른 차이 ②의사소견서의 신뢰성 문제 ③1회성 조사에 따른 문제 ④정신적 질환에 대한 판단의 어려움 ⑤신체적 기능 중심의 등급판정 ⑥기타()					
23	등급 판정시 환경적 요인(돌봄자 유무, 가족부양 능력, 독거 여부 등)을 고려할 필요가 있다고 생각하십니까?	①	②	③	④	⑤
24	등급판정시 신체적 기능은 양호하더라도 인지장애(치매) 및 정신질환(우울증 등)이 있는 경우 점수에 가중치를 부 과하는 것이 필요하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
◆ 장기요양기관 평가 및 등급외자·서비스 미 이용 자에 대한 관리에 관한 내용입니다		매우 그렇 지않 다	그렇 지않 다	보통 이다	그렇 다	매우 그렇 다
25	건강보험공단의 장기요양기관 평가에 대해 신뢰 하십니까	①	②	③	④	⑤
26	건강보험공단의 장기요양기관 평가를 신뢰하지 않다면 그 이유는 무엇입니까?(1가지 선택) ()					

	) ①조사자의 현장 이해도와 전문성 문제 ②평가기준의 문제 ③과다한 서류중심의 평가문제 ④기타()					
27	장기요양기관 평가를 건강보험공단 직원으로만 구성된 평가단에서 실시하는 것이 적절하다고 생각하십니까(1가지 선택) () ①건강보험공단직원+학계전문가, 지자체 공무원, 요양보호사 경력자 등 포함 ②평가를 전담할 독립기구 설치 ③지자체(도 또는 시·군·구)에서 주관 ④보건복지부에서 주관 ⑤기타()					
28	등급외자나 등급판정을 받은 미 이용자에 대한 관리가 적절히 이루어지고 있다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
◆ 재정		매우 그렇지 않다	그렇지 않다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
29	장기요양보험재정의 현재 장기요양보험 예상수입액의 20%로 되어 있는 정부부담금은 적절하다고 생각하십니까	①	②	③	④	⑤
30	정부부담금 20%가 적절하지 않다면 어느 정도가 적절하다고 생각하십니까(1가지 선택) () ①30% ②40% ③50% ④60% ⑤기타(%)					
31	장기요양보험재정의 지속적 증가가 전망되는 가운데 재정안정을 위한 적합한 방법은 무엇이라고 생각하십니까(2가지 선택) (), () ①소득 있는 노인층 보험료부과 ②장기요양복지기금 조성 ③비급여부분 확대 ④장기요양보험료 인상 ⑤본인부담금 인상 ⑥정부지원확대 ⑦기타()					
◆ 개선 방안						
아래 내용 가운데 노인 장기요양 보험제도의 개선을 위해 가장 중요한 것이 무엇이라고 생각하십니까 (중요도에 따라 세 가지만 선택하여 주십시오). 1순위(), 2순위(), 3순위()						
32	①대상자 확대 ②요양서비스의 질적 향상 ③요양보호사 처우개선 ④등급판정 방식 개선 ⑤정부지원수준 확대 ⑥장기요양복지기금 조성 ⑦지정경신제도입 ⑧요양보호사 교육 강화 ⑨독립 평가인증기구 설치 ⑩장기요양기관의 부당행위 대책마련 ⑪본인부담금 인상 ⑫본인부담금 인하 ⑬장기요양보험료인상 ⑭장기요양보험료 인하 ⑮저소득층경감대상자 확대 ⑯장기요양기관평가 방식 개선 ⑰요양급여종류 확대 ⑱예방강화프로그램 활성화 ⑲표준화된 서비스 매뉴얼 제공					

33	노인 장기요양 보험제도와 관련하여 추가적인 의견이 있으시면 아래 공란에 자유롭게 기술하여 주십시오.
----	---

◆ 일반적 특성

*1	성 별	①남성 ②여성
*2	연 령	①20대 ②30대 ③ 40대 ④ 50대 ⑤ 60대 이상
*3	학 력	①고졸 ②대학중퇴 또는 전문대졸 ③대학졸업 ④대학원 이상
*4	종 교	①기독교 ②불교 ③천주교 ④없음 ⑤기타()
*5	현 업무 경력	①1년 미만 ② 1년~2년 미만 ③ 2년~3년 미만 ④ 3년 이상
*6	소지하고 계신	①사회복지사 1급 ②사회복지사 2급 ③사회복지사 3급
	자격증	④간호사 ⑤간호조무사 ⑥요양보호사1급
	(중복체크)	⑦요양보호사2급 ⑧기타()
**7	직 급(직위)	
***8	시 설 설 립 주 체	①개인 ②사회복지법인 ③종교 단체 ④사단법인
		⑤지자체 (시·구청) ⑥기타()
***9	시 설 설 립 기 간	① 1년 미만 ② 1년~3년 ③ 4년~6년 ④ 7~9년 ⑤ 10년 이상
****10	운영(근무)	①요양시설 ②노인요양공동생활가정 ③방문요양센터
	하 시 는 기 관	④단기보호센터 ⑤주야간보호센터 ⑦기타()

끝까지 성의껏 응답해 주시어 대단히 감사드립니다!

* 건강보험공단, 장기요양기관, 요양보호사 공통사항

** 건강보험공단과 장기요양기관 공통사항

*** 장기요양기관 사항

****장기요양기관, 요양보호사 공통사항

ABSTRACT

A Study on the Evaluation and Development Plans of the Long-Term Care Insurance System for the Elderly

Son, Chang Suk

Major in Public Administration

Dept. of Public Administration

Graduate School, Hansung University

As a result of industrialization and urbanization, traditional family values has been changed, which led to weakening of family's unity, solidarity and ideology of filial duty. Under these circumstances, elderly term care and support problems according to the rapid surge in population of elderly people exasperate family frictions or bring about family break-ups. Accordingly, as importance on social care services for the elderly gets magnified, the government has executed the long-term care for the elderly, and it has passed four years.

It is thought that the majority of citizens now find it very necessary to continue implementing this program, therefore, it is absolutely required that the program shall be reviewed multilaterally and reformed in order to be developed into newly stabilized long-term care system. For this purpose, any similar examples in foreign countries or any opinions and evaluation from service users and service provider shall be reflected upon current program in a variety of ways.

The purpose of this study is in analyzing the long-term care system's past achievements, current problems and suggesting improvement plans. To achieve these purposes it is combined analysis of foreign cases with empirical research from employees responsible for the division 'long-term care' in the National Health Insurance Corporation, directors and managers (inc. social welfare experts and concerned nurses) of Long-term care facilities, care workers on the basis of supply - demand analysis axis. The summary of this study is stated as below.

Firstly, drawbacks derived from on-going execution of the Long term care program are, for instance, excessive share of one's payment, limited home-care services, insufficient preventive system, absence in a support for unofficial service providers, lack of public long-term care facilities, illegal acts from some long-term care facilities, inadequate treatment for care workers, problems with grading criteria and financial predicament, etc.

Secondly, regarding cases from Netherland, Germany and Japan, it is analyzed that their recent focus on the program's development is growing in the topics such as vitalization of home-care service, strengthening preventive systems and support of unofficial service providers, improving service quality and financial stabilization after all

Thirdly, in a study of executives about this Long-term care system for the last 4 years, it is found that most executives recognize it is inevitable system to go along with the program continuously because it helps improving the quality of the elderly life and diminishing burden in supporting the aged. Also the executives commented that the top priority for the development of long-term care institutions is to improve service's quality and treatment for care workers. And to tackle service's quality improvement issue related facilities in the first place, they insist that it is considered to punish rigidly any illegal and unfair

acts committed by some long-term care facilities, to establish independent organization for the program assessment, to institute designated renewal system and to adopt authorization mark program. They also requested for upgrade of current incentive system for care workers and provision of official care-working guidelines and reinforcement of the worker's expertise.

With regard to grade evaluation, credibility rate was turned out to be low for groups of Long-term care managers and care workers due to difference between each individual characteristics. It was surprisingly also the same for the evaluation of Long-term care facilities in terms of its credibility rate. The reason for this phenomenon is mainly caused by unnecessary documentation evaluation process. In addition, it is said that most relative parties are in favor of independent organization for the program assessment when it comes to evaluating Long-term care facilities. As for financial stabilization issue, the people were thought to prefer solutions such as extension of public support, foundation of Long-term care funds and imposing insurance charges on the elderly, who declared to have an earned income.

Based on above mentioned statements, I would like to suggest followings particularly as possible political solutions to this topic.

Firstly, establishment of social values and education system shall firmly stand upon Long-term care service. Long-term care service is human-related, which has its base on social-welfare values so that it shall be processed through social agreements. In addition to its value, suitable education shall be provided to concerned parties in order to form favorable environment for people's individual values, pride and their loyalty in their own occupation.

Secondly, better service quality. it is immensely critical to pay attention to the service's quality in order for Long-term care program

to step into society as a public system. To achieve this goal, it is necessary to reinforce public service, to evaluate & steer Long-term care facilities and to develop incentive systems for people employed in this industry. To put it bluntly, the responsible range of public institution shall be strengthened by adding more people and embracing more publicness. Of course, it is important to transform current documentation evaluation system into fresh one and to change present incentive program driven by scores acquired throughout a year into authorization mark program. If necessary, it shall bring any penalty programs whatsoever to revitalize these suggestions. It is also worthwhile to establish independent organization for the program assessment and to try designated renewal program for continuously proper management. Possible law enforcement on employee management of Long-term care program and improvement on care worker's payroll system shall be done accordingly.

Lastly, diverse solutions shall be applied to the issue of financial stabilization. To deal with increasing demand for Long-term care programs, it seems absolutely sure that higher insurance rate would be inevitable, yet it still could be extremely a limited way-out because it puts just another pressure on public after all. Therefore, above all, it is critical to adjust approved wage level, to reinforce prevention system, to provide a support to unofficial service providers like families and to crack down on any illegal acts from facilities. As well as that, it is conceivable to have Long-term care funds, special levy and additional insurance charge on the elderly, who make some profits, in the long run.

【Key words】 Long-Term Care System for the Elderly, establishment of social values, service quality, financial stabilization