

연구보고서 2007-19-5

노인 장기요양보험제도의 도입에
따른 노인요양시설의 경영전략 개발 연구

선우 덕
이 견 직
이 서 영
김 정 님
김 병 한
김 윤 미

한국보건사회연구원

머 리 말

우리나라의 노인장기요양보험제도는 공식적으로 2008년 7월부터 시행될 예정이다. 이 제도는 지난 2007년 4월 27일에 법안이 공포됨으로써 그동안 약 7년에 걸쳐서 논의 끝에 도입되게 되었는데, 이러한 사회보험방식의 도입은 독일, 일본 등을 포함한 전 세계적으로 보더라도 일부 국가에서만 적용하고 있다.

이러한 장기요양보험제도가 제대로 작동하고 운영되기 위해서는 장기요양보험제도 그 자체뿐만 아니라 관련된 각종 제도, 예를 들면, 지역복지제도, 지역보건제도, 노인복지제도 노인보건제도와 같은 보건복지서비스제도를 비롯하여 건강보험제도, 국민연금제도 등 사회보험제도와의 관련성이 있기 때문에 종합적으로 검토하여 상호연계적인 체제를 이루어야 한다.

그러나 무엇보다도 중요한 것은 일차적으로 장기요양서비스를 이용하는 자와 공급자간의 본 제도에 대한 준비태세가 아닌가 싶다. 이용자의 경우에는 장기요양서비스를 제공하고 있는 시설이나 종사자 등의 공급자에 대한 정보를 제대로 알고 자신이 원하는 공급자를 찾아서 서비스를 의뢰하여야 하고, 공급자의 경우에는 이용자의 욕구를 반영하여 서비스를 제공하여야 하면서도 보험재정의 안정을 위해서 효과적이고 효율적인 서비스를 제공하려고 노력하여야 한다. 특히 공급자는 우선적으로 시설의 대내외적 환경의 변화에 사전적으로 준비하여야 할 것을 갖추어야 하는데, 만약에 그렇지 못하는 경우에는 이용자로부터 외면당하는 시설이 발생할 것이고, 보험자나 지방자치단체로부터도 각종 지도감독이나 제재조치를 당할 수도 있다.

본 보고서는 장기요양보험제도가 도입됨으로써 그동안 행정조치에 의해 시설에 입소하거나 재가서비스를 이용하던 방식에서 장기요양보호서비스를 필요로 하는 모든 고령자는 그 필요성을 인정받으면 지방자치단체가 입소를 행정적으

로 결정하여 조치하는 것이 아니라 이용자와 공급자간의 상호계약에 의해 시설
입소 등 장기요양서비스를 자유롭게 이용할 수 있는 방식으로 전환되는 시점에
서 제도의 본격적인 도입에 앞서서 사전적으로 시설운영자로 하여금 시설경영
에 대한 대책을 강구해주기 위해서 작성되었다.

본 보고서는 선우덕 장기요양정책팀장의 총괄적인 책임아래 김윤미 연구원,
그리고 한림대학교 이견직 교수, 서울사이버대학교 이서영 교수, 일본 동경복지
대학교 김정님 교수, 동명노인복지센터 김병한 시설장에 의해 공동연구되었다.

특히, 본 보고서의 작성을 위해서 실시된 우편설문조사에 협조해 준 한국노
인복지시설협회, 설문지의 자료입력을 담당한 고현전 연구조원과 정태관 연구
조원, 그리고 설문조사에 응해주신 노인요양시설 및 노인전문요양시설 시설장
및 당해 시설의 종사자들에게 감사의 뜻을 전하고, 바쁜 일정 속에서도 보고서
내용을 읽고 유익한 의견을 제시해 준 본원의 김미숙 박사와 이소정 박사에게
도 깊은 감사를 전하는 바이다.

끝으로, 본 보고서에 수록된 내용은 본 연구원의 공식적인 입장이 아니라 연
구자 개인의 견해를 밝히고자 한다.

2007년 12월

한국보건사회연구원
원 장 김 용 문

목 차

ABSTRACT	15
요 약	17
제1장 서론	23
제1절 연구의 배경과 목적	23
제2절 연구의 내용과 한계성	26
제2장 노인장기요양보험제도의 주요내용과 장기요양서비스 전달체계 ...	28
제1절 노인장기요양보험제도의 주요내용	28
제2절 현행 노인장기요양서비스의 전달체계 및 향후 변화내용	35
제3장 노인장기요양보험제도의 도입에 대비한 노인요양시설의 경영의식조사 내용	47
제1절 조사방법	47
제2절 인사조직관리부문	50
제3절 재무회계관리부문	83
제4절 서비스관리부문	93
제5절 시설환경관리부문	113
제6절 정보관리부문	121
제7절 경영전략관리부문 및 기타	128
제8절 요약	140

제4장 노인장기요양보험제도의 도입에 대비한 노인요양시설의	
경영전략실천 수준	143
제1절 균형성과표(BSC) 기법의 실천	145
제2절 시장지향성 기법의 실천	165
제3절 시사점	186
제5장 일본 개호보험제도 도입에 따른 노인요양시설 경영실태의	
변화내용	188
제1절 일본개호보험제도의 주요내용	191
제2절 공적개호보험 도입전후의 특별양호노인홈 현황	196
제3절 공적개호보험도입 이후의 노인요양시설 경영실태 변화 및 사례조사	218
제4절 일본경험으로부터의 시사점	256
제6장 향후 노인장기요양보험제도의 도입에 대비한 노인요양시설의	
경영전략 내용	261
제1절 경영방침	261
제2절 전략내용	266
제7장 결론	282
참고문헌	284
부 록	291

표 목 차

〈표 2- 1〉	재가급여 내용	32
〈표 2- 2〉	시설급여 내용	33
〈표 2- 3〉	현금급여 내용	33
〈표 2- 4〉	현물대여급여 내용	33
〈표 2- 5〉	장기요양등급 구분 및 대표적인 기능상태상	43
〈표 3- 1〉	1차 조사대상시설과 조사응답률	48
〈표 3- 2〉	설문조사내용	49
〈표 3- 3〉	간병관련 종사자의 채용방식	51
〈표 3- 4〉	노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 간병관련 종사자의 채용방식	52
〈표 3- 5〉	직원(종사자)채용시의 고려사항	54
〈표 3- 6〉	노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직원(종사자)채용시의 고려사항	55
〈표 3- 7〉	법적 기준에 따른 직원(종사자)의 배치 실태	57
〈표 3- 8〉	간접서비스인력의 배치 의향	58
〈표 3- 9〉	직무 효율화를 위한 시설독자적인 방법의 개발 실시 유무	60
〈표 3-10〉	직원 연수교육 실시 유무	61
〈표 3-11〉	직원 연수교육 실시 방법(복수응답)	62
〈표 3-12〉	노인장기요양보험제도 도입이후의 직원 연수교육 강화 의향	63
〈표 3-13〉	직원들에 대한 업무평가제도 개발 실시여부	65
〈표 3-14〉	정규직직원에 대한 임금지급방식	66

〈표 3-15〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직원에 대한 임금지급방식	67
〈표 3-16〉 직원 복리후생제도 유무	69
〈표 3-17〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직원 복리후생제도 시행정도	70
〈표 3-18〉 직원들의 업무수행관련 갈등 해소방안 마련 유무	72
〈표 3-19〉 직원들의 업무수행관련 갈등 해소방안	73
〈표 3-20〉 직무조건(근로조건) 상태	75
〈표 3-21〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직무조건(근로조건) 상태	76
〈표 3-22〉 시설장과 직원들 간의 관계 상태	78
〈표 3-23〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 시설장과 직원들간의 관계 상태	79
〈표 3-24〉 근로재해의 대처방법	81
〈표 3-25〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 근로재해의 대처방법	82
〈표 3-26〉 재무회계 기록방식	84
〈표 3-27〉 재무회계 보고자료(복수응답)	85
〈표 3-28〉 후원금(품) 비중	87
〈표 3-29〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 후원금(품) 비중 ..	88
〈표 3-30〉 노인장기요양보험 수가규모에 대한 의견	90
〈표 3-31〉 노인장기요양보험제도 도입대비의 시설 운영자금 확보대책 필요성 의견	91
〈표 3-32〉 노인장기요양보험제도 도입대비의 시설 운영자금 확보규모 의견 ..	92
〈표 3-33〉 입소자에 대한 케어플랜 작성 및 서비스 제공방법	94
〈표 3-34〉 케어플랜 작성시의 지역사회자원 활용여부	96

〈표 3-35〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 지역사회자원 활용여부	97
〈표 3-36〉 서비스제공의 팀 접근방법 활용여부	99
〈표 3-37〉 호스피스케어서비스 제공여부	101
〈표 3-38〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 호스피스케어서비스 제공여부	102
〈표 3-39〉 입소자의 병원입원을	104
〈표 3-40〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 입소자의 병원입원을 전망	105
〈표 3-41〉 제3자(외부기관)에 의한 시설평가제도의 합리성 여부	107
〈표 3-42〉 노인장기요양보험제도 도입이후 서비스질 평가 실시 방안	108
〈표 3-43〉 입소자 및 가족으로부터의 인권보호나 권리옹호 요구정도	110
〈표 3-44〉 노인장기요양보험제도 도입이후 입소자 및 가족으로부터의 인권보호나 권리옹호 요구정도 전망	111
〈표 3-45〉 노인장기요양보험제도 도입이후 입소자에 대한 서비스제공범위 전망	112
〈표 3-46〉 각종 사고에 대비한 손해배상보험 가입여부	114
〈표 3-47〉 손해배상보험 미가입시의 각종사고 대비방법	115
〈표 3-48〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 손해배상사건 발생정도 전망	116
〈표 3-49〉 시설내 각종 안전사고의 예방대책(복수응답)	118
〈표 3-50〉 시설내 각종 안전사고관리에 대한 직원교육 실시정도	119
〈표 3-51〉 시설내 감염증발생 대책 수립여부	120
〈표 3-52〉 입소자의 개인정보 수집을 위한 방법(복수응답)	122
〈표 3-53〉 시설환경이나 입소절차 등의 정보공개 방법(복수응답)	123
〈표 3-54〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 시설환경이나 입소절차 등의 정보공개의 중요성 전망	124

〈표 3-55〉 수입 및 지출 관련 경영정보 공개유무	126
〈표 3-56〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 수입 및 지출 관련 경영정보 공개 필요성 전망	127
〈표 3-57〉 경영의 자립화에 필요한 대책(복수응답)	129
〈표 3-58〉 경영의 투명화에 필요한 대책	130
〈표 3-59〉 복합시설의 운영에 대한 의견	132
〈표 3-60〉 지역사회 연계성 활성화 대책(복수응답)	133
〈표 3-61〉 시설경영관련 법률자문단 필요성 의견	134
〈표 3-62〉 시설이 생각하고 있는 강점(복수응답)	136
〈표 3-63〉 시설이 생각하고 있는 약점(복수응답)	138
〈표 4-1〉 노인요양시설의 관점별 주요 측정지표(예)	159
〈표 4-2〉 시장지향성 분석조사대상의 유형별 시설수	169
〈표 4-3〉 시장지향성 분석조사대상의 운영주체별 시설수	170
〈표 4-4〉 시장지향성 분석조사대상의 지리적 위치별 시설수	170
〈표 4-5〉 시장지향성 분석조사대상의 응답자의 인구사회학적 특성	171
〈표 4-6〉 시설의 시장지향성 변수 및 기술통계분석	173
〈표 4-7〉 시설의 성과변수 및 기술통계분석	175
〈표 4-8〉 시장지향성에 관한 요인분석결과	178
〈표 4-9〉 성과에 관한 요인분석결과	180
〈표 4-10〉 시장지향성요인 및 측정변수간 관계	182
〈표 4-11〉 성과요인 및 측정변수간 관계	183
〈표 4-12〉 시장지향성과 성과간 관계 (전체시설의 경우)	184
〈표 4-13〉 시장지향성과 성과간 관계 (무료시설의 경우)	185
〈표 4-14〉 시장지향성과 성과간 관계 (유료시설의 경우)	186
〈표 5-1〉 재택서비스의 이용 한도액 기준	194

〈표 5- 2〉 행정조치제도 하에서의 특별양호노인홈 시설의 사무비 및 사업비 내역	199
〈표 5- 3〉 특별양호노인홈 시설(50인 시설)의 가산방식 개요	200
〈표 5- 4〉 특별양호노인홈에서의 피조치자 비용징수 기준	201
〈표 5- 5〉 부양의무자 비용징수 기준	202
〈표 5- 6〉 특별양호노인홈 조치금(특감지구) (1994년)	204
〈표 5- 7〉 특별양호노인홈 사무비 조치금 (1991년 4월)	205
〈표 5- 8〉 조치비에 포함되는 특별양호노인홈의 시설 및 직원배치 기준 ·	206
〈표 5- 9〉 특별양호노인홈 시설수와 이용자수	210
〈표 5-10〉 지역별 개호보수가격	211
〈표 5-11〉 특별양호노인홈 입소자 비용부담	213
〈표 5-12〉 특별양호노인홈 방형태별 1일 개호보수 (2005년 10월)	214
〈표 5-13〉 특별양호노인홈 정원, 입소자, 이용율	215
〈표 5-14〉 특별양호노인홈에 있어서 개호보수의 감산과 가산단위	217
〈표 5-15〉 노인복지법과 개호보험법의 인원배치기준(입소자 100명 기준)	221
〈표 5-16〉 개호보험제도 하에서 개호노인복지시설의 시설기준	223
〈표 5-17〉 개호서비스 총비용과 개호급부비 및 증가율	225
〈표 5-18〉 특별양호노인홈 수입과 지출	226
〈표 5-19〉 특별양호노인홈의 직원급여 실태(2002년 3월)	227
〈표 5-20〉 특별양호노인홈 입소정원별 수입과 지출(2002년 10월)	229
〈표 5-21〉 사례조사대상 시설의 일반특성	234
〈표 5-22〉 A형 시설의 경영현황	238
〈표 5-23〉 입소시설노인 이용료 청구비(e시설 이용자)	240
〈표 5-24〉 B형 시설의 경영현황	244
〈표 5-25〉 C형 시설의 경영현황	251

도 목 차

[도 2- 1] 노인장기요양보험제도의 기본체계	30
[도 2- 2] 무료 노인의료복지시설의 입소절차	38
[도 2- 3] 실비 노인의료복지시설의 입소절차	38
[도 2- 4] 재가노인복지시설의 이용절차	39
[도 2- 5] 노인장기요양보험제도하에서의 장기요양서비스 이용절차	41
[도 2- 6] 장기요양서비스 인정 조사항목	42
[도 2- 7] 장기요양서비스 인정체계	43
[도 4- 1] 균형성과표(BSC)의 네 가지 관점	147
[도 4- 2] 균형성과표(BSC)의 구조	148
[도 4- 3] 균형성과표(BSC)의 기대효과	151
[도 4- 4] 균형성과표(BSC)의 구축단계	153
[도 4- 5] 균형성과표(BSC)의 4가지 관점	154
[도 4- 6] 고객 관점의 핵심 측정지표	156
[도 4- 7] 내부 비즈니스 프로세스의 가치사슬	157
[도 4- 8] 학습 및 성장 관점의 측정모형	158
[도 4- 9] 균형성과표(BSC)의 관점간 상호인과 구조	160
[도 4-10] 균형성과표(BSC) IT 시스템 연계구조	162
[도 4-11] 균형성과표(BSC)의 개발과정	164
[도 4-12] 연구모형 구조	181

[도 5- 1] 조치제도하에서의 특별양호노인홈 이용자 부담액 (1995년 기준) ……	203
[도 5- 2] 조치제도의 시설입소 순서 ……	207
[도 5- 3] 특별양호노인홈 입소정원별 경영상태 ……	236
[도 6- 1] 사회복지시설의 경영, 운영 및 관리의 관계 ……	262
[도 6- 2] 사회복지시설의 경영과 성과간 관계 ……	264
[도 6- 3] 사회복지시설의 위기관리영역과 체계 ……	278
[도 6- 4] 사회복지시설의 전략관리영역과 체계 ……	281

A Study of Facility Management Strategies for the National Long-Term
Care Insurance

ABSTRACT

With the implementation of the National Long-Term Care Insurance just a half year away, many long-term care facilities have undergone various changes. This study overviewed the new National Long-Term Care Insurance and the difference between the current and new systems. It also explored, based on an extensive survey, the attitudes and values of administrators involved in facility management under the current situations. Further, the authors introduced some new facility management strategies and measured the efficiency of facility management by T-test and exploratory factor analysis in terms of market orientation. To find the most effective response to the upcoming transition, this study looked into earlier examples of Japan with a survey of Japanese administrators. This study suggested desirable management strategies and directions for the administrators working in long-term care facilities based on the findings from the surveys and interviews.

요 약

- 본 연구는 2008년도 하반기 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 노인요양시설이 대처해 나가야 할 경영방침에 대해서 제시하는데 있음.
- 본 연구의 주요 내용과 방법은 다음과 같음.
 - 첫째, 노인요양시설의 대외적인 환경변화 중에 가장 큰 것이 노인장기요양보험제도의 도입이기 때문에 우선적으로 노인장기요양보험제도의 주요 내용과, 장기요양서비스의 전달체계가 현행방식과 보험방식간에 어떠한 차이가 있는지를 비교하여 제시하였음.
 - 둘째, 노인요양시설의 대내적인 환경의 변화를 알기 위해서 현재 노인요양시설 및 노인전문요양시설을 운영하고 있는 시설장을 대상으로 시설의 경영을 어떠한 사고방식하에 실천하고 있는가, 그리고 노인장기요양보험제도의 도입이후에는 경영방식을 어떻게 바꾸어 나갈 것인가를 묻는 설문조사에 대한 내용을 분석하여, 그 결과를 제시하였음.
 - 셋째, 노인요양시설의 대내외적인 환경의 변화에 대응하기 위해서 최근 경영학에서 보편적으로 거론되고 있는 기업체의 경영기법을 소개하고, 이를 기준으로 하여 현재의 시설들이 어느 정도로 기업경영적 사고방식하에 시설을 운영하고 있는가를 분석, 제시하였음. 이를 위해서 시설장을 대상으로 별도의 설문조사를 실시하였음.
 - 넷째, 우리나라보다도 앞서서 장기요양보험제도를 도입한 일본의 경험을 분석, 제시하였음. 특히 특별양호노인홈을 운영하는 시설장을 대상으로 개호보험제도의 도입전후, 또는 도입이후에 실시한 경영방침이나 전략에 대해 인터뷰를 실시하여 그 내용을 제시하였음.

- 마지막으로, 우리나라 시설장의 의식수준과 실천수준, 그리고 일본의 경험을 고려하여 우리나라가 지향하여야 하는 경영전략의 내용에 대해 정리하여 제시하였음.
- 본 연구의 주요 결과는 같음.
 - 첫째, 기존의 장기요양보호서비스의 전달방식이 행정조치에 의한 서비스 제공에서 이용자와 공급자(시설장)간 이용계약에 의한 서비스제공으로 전환되고, 시설운영결과에 따른 제반 책임을 시설장이 지게 되었음.
 - 둘째, 현재 노인(전문)요양시설의 시설장을 대상으로 시설의 운영실태 및 경영의식태도에 대한 설문조사를 실시한 결과 다음과 같은 결과를 얻었음.
 - ① 인사조직관리부문에서는 간병인력과 관련된 직원의 채용에서는 공개채용에서 비공개모집이나 고용의뢰 등을 통한 채용이 늘어날 것으로 보이고, 향후 장기요양보험제도의 도입을 계기로 직무의 효율화, 직원연수교육, 직원업무평가제도 및 직원복리후생제도 등을 활성화시킬 의향을 보이고 있음. 또한, 근로재해에 대한 대책강구가 미흡한 실정임.
 - ② 재무회계관리부문에서는 재무회계기록방식은 현재 시설운영방식의 한계로 단식부기가 주를 이루어지고 있으며, 시설 후원금에서는 향후 장기요양보험제도의 도입시 크게 감소할 것으로 보임.
 - ③ 장기요양서비스관리부문에서는 현재의 케어플랜방식은 주로 시설내 서비스중심의 집단적 케어가 주를 이루고 있고, 호스피스 등과 같은 의료적 서비스는 향후에 시설에서 지금보다는 강화하여 제공할 것으로 보임. 입소자의 병원입원과 관련해서는 시설의 실정에 따라서 그 빈도가 다르게 타날 것으로 보이고, 치료나 케어와 관련한 이용자의 인권보호나 권리옹호가 더 빈번해 질 것으로 예상하고 있음.

- ④ 시설환경관리부문에서는 앞으로 케어제공과 관련된 수발사고 등이 발생하는 경우에 이용자나 가족으로부터의 배상청구가 크게 늘어날 것으로 예상하고 있어, 사고발생의 예방에 대한 직원교육 등을 철저하게 실시할 필요가 있고, 특히 직원, 입소자 및 자원봉사자들로부터 이전되는 감염증관리에 대한 의식이 미흡함.
- ⑤ 정보관리부문에서는 현재에는 입소자의 정보를 건강진단기록이나 입소자의 신청서에 주로 의존하고 있지만, 앞으로는 장기요양인정서나 의사소견서 등으로부터의 정보가 중요할 것이고, 시설에 대한 공개도 현재에는 적극성이 부족한 것으로 나타나고 있음.
- ⑥ 경영전략관리부문 등에서는 경영의 자립화를 위해서 효율적인 인사관리조직을 통한 재정지출의 합리화, 경영의 투명화를 위해서는 시설의 지속적인 정보공개를 중요하게 생각하고 있으며, 그 이외에 시설의 복합운영, 지역사회자원과의 원활한 연계 등도 주요하게 생각하고 있음. 마지막으로 시설장이 자체적으로 느끼고 있는 자기시설의 장점으로는 지역사회로부터의 인지도, 지역사회자원과의 연계, 이용자위주의 서비스제공 등을 거론한 반면에 단점으로는 시설의 위치나 전문직종의 인적자원 확보의 어려움 등을 거론하고 있는 것으로 나타나고 있음.
- 셋째, 현재 노인요양시설의 시장지향성의 정도가 성과에 미치는 영향을 비슷한 미션중심조직인 병원과 비교하여 볼 때 크게 열악한 수준에 있으며, 유·무료 시설에 따라 구분하여 살펴보면 상대적으로 무료시설에 비해 유료시설이 시장지향적으로 경영합리화를 도모했을 경우 시설의 성과에 더욱 큰 영향을 미칠 것으로 분석되었음.
- 넷째, 2000년 4월부터 개호보험제도를 실시하여 온 일본의 사례를 선행연구와 시설장을 대상으로 인터뷰조사방법으로 분석한 결과, 개호보험도입으로 인한 다음과 같은 장·단점을 찾아낼 수 있었음.

- ① 장점으로는, 첫째, 입소시설의 운영자는 시설입소 대기자가 많기 때문에 일정기간 동안 안정적으로 시설을 운영할 수 있었으며, 둘째, 입소 시설은 운영 이익금을 다른 복지사업과 공익사업에 유용할 수 있게 되었음.
- ② 단점으로는, 첫째, 입소정원이 적은 소규모시설은 적자경영을 피할 수 없게 된 점, 둘째, 시설입소 노인이 병원에 1주일 이상 입원할 경우 간호보수가 지급되지 않는 점, 셋째, 입소자의 본인부담금을 간호보수에서 지급하던 것을 폐지하고 시설입소자가 직접 입소시설에 지급하게 되어 있는 점, 넷째, 직원인건비는 정부가 간호보수비의 40%를 차지한다고 예상했지만 실제로는 70%정도를 차지하고 있다는 점, 다섯째, 간호보수가 요개호도별, 개호항목별로 지급되고 있고, 간호보험 개정때마다 간호보수가 삭감되기 때문에 장기적인 계획이 불가능하고 시설규모가 적을수록 경영에 타격이 큰 점임.
- 마지막으로, 노인요양시설의 내외부의 법·제도적 환경의 변화에 대응하기 위해서 시설이 추구하여야 할 경영전략 및 내용을 정리하면 다음과 같음. (구체적인 내용은 본문을 참조하기 바람)
 - ① 인사관리는 여러 자원 중에서 사람(직원)에 대한 관리에 해당하는 것으로, 그 목적은 사업경영에서의 인건비 재검토와 확보, 양질의 직원 채용 및 정착, 시설에서 요구되는 사회적 역할을 발휘하도록 인적자원을 효과적이고 효율적으로 활용하는데 있다. 이러한 인사관리의 기능에는 직원의 고용, 취업조건, 보수(임금), 인사평가 등의 관리가 있는데, 여기에서 고용관리는 인재 채용확보, 배치 및 이동, 교육, 퇴직·고용조정의 관리로 구분되고, 보수(임금)관리는 급여, 복리후생, 승진관리로 구분되기 때문에 이에 대한 경영전략을 개발하도록 함.
 - ② 앞으로는 장기요양시설은 복지시설이라기보다는 하나의 독립적인 기업

체로 인식하여 운영하지 않으면 안되기 때문에 노동관계법에 의한 철저한 노무관리가 요구되고, 특히, 사회복지시설에서의 노무관리에서 중요하게 고려하여야 하는 것이 직원간의 인간관계이기 때문에 직원의 근무의욕 제고방안을 강구하도록 함.

- ③ 재무관리는 경영에 필요한 자금을 적시에 적절한 방법으로 조달함으로써 자금비용을 최소화하기 위해서 집행되는 각종 시책을 말하는데, 사회복지법인에서는 기업의 회계방식과는 다르게 꼭 필요한 재무제표가 있다고 하겠는데, 이는 대차대조표, 사업활동수지계산서(사업활동계산서), 자금수지계산서(수지계산서)임. 그리고 사회복지법인시설에서도 향후 복식부기가 요구되고 있음.
- ④ 노인요양시설에서의 서비스관리에는 기본적으로 관련법령에 의거하여야 하는데, 일반 사회복지시설인 경우에는 사회복지사업법과 관련 법령을 기준으로 하고 있으므로 노인요양시설은 노인복지법과 노인장기요양보험법에 의거하여 서비스를 관리하여야 할 것임. 특히, 노인장기요양보험법에서는 보험급여에 해당하지 않는 서비스에 대해서는 비용 지불이 이루어지지 않기 때문에 서비스요구의 사정(측정) 및 계획수립시에 고려하여야 함.
- ⑤ 일반요양시설은 전문요양시설로 전환되어야 하기 때문에 일반요양시설의 환경이 바뀌게 됨에 따라 시설관리대책을 서둘러야 하고, 전문요양시설 또한 이용자 또는 그 가족으로부터의 각종 사고에 따른 손해배상청구가 빈번해질 가능성이 있기 때문에 사전에 사고발생을 미연에 방지할 수 있는 체제구축이 요구됨. 특히, 위기(risk) 및 안전관리와 관련하여 사회복지시설경영의 위기관리에는 사업수행에 따른 사고, 특히 이용자서비스과정에서의 사고발생예방과 사고발생시의 적절한 대응이라는 경영관리활동이 있어 이에 대한 구체적인 방안을 강구하도록 함.

- ⑥ 노인요양시설에서 정보관리가 필요한 배경에는 사회환경에 적합한 양질의 서비스를 적극적이고 적절하게 제공하여야 한다는 데 있음. 이를 위해서는 정보의 수집, 관리 및 활용이 적절하고 효율적으로 이루어질 필요가 있겠고, 특히, 시설에서의 정보 중에서 중요한 것이 이용자에게 대한 정보와 서비스정보라 할 수 있는데, 이는 이용자 개인기록이나 업무일지와 같이 이용자에게 대한 서비스지원기록을 통해서 확보할 수 있기 때문에 정확하게 작성하고, 직원간 상호 공유할 필요가 있음.
- ⑦ 시설의 전략계획관리의 내용은 경영의 자립화, 투명화, 효율화, 사회화 및 차별화를 위한 내용이어야 함.

제1장 서론

제1절 연구의 배경과 목적

지난 2007년 4월 27일에 노인장기요양보험법이 제정, 공포되었다. 동 법에 의하면, 2008년도 하반기부터 제도가 시행될 것으로 예정되어 있는데, 이 제도는 사회보험방식으로 장기요양서비스를 제공하는 사회보장제도이다.

우리나라는 그동안 노인복지법에 근거하여 장기요양서비스를 제공해오고 있었다. 다시 말하면, 노인의료복지시설로 분류되고 있는 노인요양시설과 노인전문요양시설에서 생활시설서비스를 제공하고 있었고, 또한 재가노인복지시설로 분류되고 있는 가정봉사원과견센터, 주간보호센터 및 단기보호센터에서 재가서비스를 제공하고 있었다¹⁾.

그런데, 기존의 장기요양서비스는 몇 가지의 특성을 가지고 전달되고 있었다. 첫째는 사회적 서비스의 수혜대상범위가 국민기초생활보장제도 및 의료급여수급자 등 저소득계층으로 한정되었고, 그 이상의 소득계층은 개개인이 독자적인 비용부담으로 서비스를 이용하여야 한다는 점이었다. 둘째는 저소득층의 노인은 지방자치단체가 지정하는 시설에 입소조치되고, 일반소득 노인은 시설운영자(공급자)와의 자유로운 계약을 통해서 서비스를 이용하는 이원적인 방식이었다는 점이다. 셋째는 전달되는 서비스의 내용이 장기요양서비스 이외의 일반 생활지원서비스가 상당히 제공되고 있었다는 점이다. 이는 기존의 노인의료복지시설이나 재가노인복지시설이 본래의 장기요양서비스만을 제공하기 위한 시

1) 최근 노인복지법 개정으로 시설의 분류가 조정되었는데, 의료복지시설의 유형에는 무료, 실비 및 유료시설의 명칭이 폐지되었고, 기존의 일반요양시설은 전문요양시설로 전환시키고 규모에 따라 노인요양시설과 노인요양공동생활가정(일명, 그룹홈)로만 규정함. 그리고 재가노인복지시설의 유형에는 장기요양보험제도의 도입을 계기로 방문요양기관, 방문목욕기관, 주간간보호기관, 단기보호기관으로 확대, 변경되었음.

설이 아니었기 때문에 나타나고 있는 현상으로 볼 수 있다.

이러한 시설의 운영방식은 장기요양서비스의 제공을 중심으로 하고 있는 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 크게 바뀔 것으로 보인다. 즉, 노인장기요양보험제도 도입에 따른 노인요양시설 및 재가복지시설의 운영방안이나 복지환경이 적지 않게 변화할 것으로 예측하고 있는데(선우덕, 2006; 선우덕, 2007a; 선우덕, 2007b; 선우덕, 2007c), 그 주요내용이 장기요양보험제도의 틀을 근간으로 하여 노인복지시설에 취하여야 하는 대비책에 대해서 기술하는데 그치고 있다. 그리고 한국노인복지시설협회에서 주관하는 직원연수교육 세미나자료를 보면, 노인복지시설의 대응전략에 대해 기술하고 있지만, 특정시설에 대한 사례분석에 그치고 있다는 한계가 있다(한국노인복지시설협회, 2007).

한편, 일본에서 2000년 개호보험제도가 도입되면서 기존 노인복지시설들이 운영방식을 전환하기 시작하였는데, 일본의 경우에서도 제도도입에 따른 시설의 대응에 대해 구체적으로 기술한 연구논문이 별로 없는 실정이다. 이러한 이유는 그동안 일본의 장기요양시설이 제도 도입이전에 어느 정도로 안정화되어 있었고, 간병수발서비스에 대한 경험이나 운영측면에서 성숙되어 있었기 때문에 비록 개호보험제도가 도입된다고 하더라도 사전적으로 시설이 준비할 수 있는 기회가 충분히 주어졌거나²⁾, 제도 도입후에도 지자체에 따라서는 일정 수준의 운영보조금이 지속적으로 이루어지고 있기 때문인 것으로 보여진다.

특히, 일본에서는 장기요양시설의 경영을 지원해주기 위해서 시설의 인력배치기준을 상당히 완화시킨 것으로 나타나고 있다. 예를 들면, 장기요양서비스를 직접적으로 제공하는데 필요한 간호사, 간병인, 기능훈련원 등의 직접케어인력에 대해서는 반드시 일정수를 고용하도록 한 반면에 조리

2) 예를 들면, 기존의 장기요양시설들이 유료노인홈을 제외하고는 개호보험제도가 도입되기 이전에도 소득수준에 따라서 시설생활비를 차등부과하고 있었기에 그 나름대로의 시설경영을 수행하고 있었다고 보여지지만, 우리나라의 경우에는 소득수준에 따라 입소가 가능한 시설을 분류해 놓고 있기 때문에 장기요양시설의 대부분을 차지하고 있는 무료시설의 경우에는 기업경영적 시설의 운영의 경험이 거의 없다는 것임.

원, 위생원, 관리인 등과 간접케어인력에 대해서는 시설의 사정에 따라서 적정하게 배치하면 되는 것으로 완화시켰다는 것이다(藤井, 2007).

더 나아가, 개호보험제도의 도입을 계기로 사회복지법인의 역할과 기능도 재검토하여 방향성을 제시하기도 하였고(小笠原, 2002), 일본 정부에서는 개호보험사업자의 확충을 위해서 각종 시민단체나 공공단체 등 비영리단체의 활용을 원활하게 도모하기 위해서 특정비영리활동법인법(NPO법)을 만들어 실시하고 있다.

따라서, 일본에서 개호보험제도가 도입되면서 노인요양시설에 대한 정부의 지원방침이나 시설자체의 경영방침의 변화를 참고하고, 우리나라의 시설들이 대비하여야 하는 점을 분석, 제시할 필요성이 제기되었다.

본 연구의 목적은 2008년도 노인장기요양보험제도가 도입됨에 따라서 현재의 노인요양시설이 어떻게 대응하여야 하는 것이 바람직한가에 대해서 살펴보고, 그 대응책을 제시하는데 있다. 다시 말하면, 지금까지 장기요양서비스를 제공하여 왔다고 할 수 있는 노인요양시설 및 노인전문요양시설은 유료나 실비시설을 제외하고는 무료시설인 경우에는 국고에서 지원되는 시설운영비를 받아서 입소자를 위해서 해당 연도내에 지출하기만 되는 정도의 운영을 유지해 왔는데, 특히, 무료시설은 사회복지법인에 한하여 설립이 가능하고, 사회복지법인은 정부로부터 사업지원비를 직접적으로 수령하고 있기 때문에 사업운영비의 조달을 위해서 별도의 수익사업을 활발하게 수행할 필요성이 적다. 또한, 적자운영의 리스크도 발생할 우려가 없기 때문에 시설의 경영계획도 구체적으로 수립하여 운영할 동기도 거의 없는 것으로 볼 수 있다.

그러나, 노인장기요양보험제도하에서는 시설운영비의 지원흐름이 달라지게 되는데, 그동안 정부로부터 일정한 기준에 따라 직접적으로 지원받던 사업운영비가 입소자의 기능상태를 기준으로 보험제도로부터 지불받게 된다. 이러한 운영자금의 흐름은 입소자의 선택과 기능상태에 의해서 변하게 되어 있기 때문에 시설에 따라서 재정상태가 상당히 다르게 나타날 수 있다.

따라서, 기존의 안정적으로 지원받은 사업운영비를 지출하는 정도의 시설경

영에서 벗어나 시설장의 운영미숙으로 인하여 발생하는 결손금을 시설이 전적으로 책임을 져야하는 능력위주의 운영체제로 바뀌게 되어 있다는 점을 감안하여, 현재 운영되고 있는 노인(전문)요양시설 시설장의 운영방침이나 경영적 사고방식에 대해 실태를 살펴보고, 시설의 시장지향성 수준을 파악하여 향후 노인(전문)요양시설이 지향하여야 할 경영대책을 제시해주는데 본 연구의 목적을 지니고 있다.

제2절 연구의 내용과 한계성

본 연구의 내용을 전반적으로 정리하면 노인요양시설의 대내외적인 환경의 변화에 대응하기 위한 경영전략을 강구해 제시하는 것으로 하였다. 좀더 구체적으로 말하면 다음과 같다.

첫째, 노인요양시설의 대외적인 환경변화 중에 가장 큰 것이 내년도 하반기부터 시행되는 노인장기요양보험제도의 도입일 것이다. 그래서 노인장기요양보험제도의 주요내용을 정리했는데, 이는 장기요양서비스의 비용에 대한 지불이 보험제도로부터 이루어지기 때문에 시설로써는 보험제도의 내용을 개괄적으로나마 이해하고 있어야 한다. 그 중에서도 특히 장기요양서비스의 전달이 현행 방식과 보험방식간에 어떠한 차이가 있는지를 비교하여 제시하였다.

둘째, 노인요양시설의 대내적인 환경의 변화를 알기 위해서 현재 노인요양시설 및 노인전문요양시설을 운영하고 있는 시설장을 대상으로 시설의 경영을 어떠한 사고방식하에 실천하고 있는가, 그리고 노인장기요양보험제도의 도입이후에는 경영방식을 어떻게 바꾸어 나갈 것인가를 묻는 설문조사에 대한 내용을 분석하여, 그 결과를 제시하였다. 이는 현재의 시설장들이 노인장기요양보험제도를 어느 정도로 이해하고 있는지를 간접적으로 파악해 보고, 집중적으로 또는 효과적으로 대비하여야 하는 부문을 간접적으로나마 도출하는데 도움이 된다.

셋째, 노인요양시설의 대내외적인 환경의 변화에 대응하기 위해서 최근 경영

학에서 보편적으로 거론되고 있는 기업체의 경영기법을 소개하고, 이를 기준으로 하여 현재의 시설들이 어느 정도로 기업경영적 사고방식하에 시설을 운영하고 있는가를 분석, 제시하였는데, 이를 위해서 시설장을 대상으로 별도의 설문 조사를 실시하였다. 이는 향후에 노인요양시설이 일종의 복지시설임과 동시에 장기요양서비스를 생산, 판매하는 일종의 기업체 성격도 지니고 있어서, 역시 기업경영기법을 도입하여 시설을 운영하는 것이 바람직하기 때문이다.

넷째, 우리나라보다도 앞서서 장기요양보험제도를 도입한 일본의 경험을 분석, 제시하였다. 이는 우리나라의 장기요양보험제도가 일본의 개호보험제도를 벤치마킹하였기 때문이다. 기본적으로 일본개호보험제도의 주요내용을 정리하여 우리나라와의 제도내용을 비교해 볼 수 있도록 하였고, 특히 특별양호노인 홈을 운영하는 시설장을 대상으로 개호보험제도의 도입전후, 또는 도입이후에 실시한 경영방침이나 전략에 대해 인터뷰를 실시하여 그 내용을 제시하였다.

마지막으로, 우리나라 시설장의 의식수준과 실천수준, 그리고 일본의 경험을 고려하여 우리나라가 지향하여야 하는 경영전략의 내용에 대해 정리하여 제시하였다.

그러나, 본 연구를 수행하는데 적지 않은 한계성이 있었다. 연구방법상의 제한성은 분석내용이 어떠한 객관적인 통계나 수치가 아니고 주관적인 설문내용을 기준으로 분석한 것으로 시설장의 운영실태에 대한 상향적인 응답경향이 내재해 있을 가능성이 있어서, 실제적으로는 결과내용이 더 심각한 상태에 놓여 있을 가능성을 배제할 수 없다는 것이다. 그리고 경영전략의 내용들이 개별 시설들에게 공통적으로 적용가능한 것이지만, 특정 시설에 대한 특정의 경영전략을 제시해주는 것이 아니기 때문에 일부의 양호한 시설에 대해서는 보고서의 내용이 참고가 되지 못할 가능성이 있다는 것이다.

제2장 노인장기요양보험제도의 주요내용과 장기요양서비스 전달체계

제1절 노인장기요양보험제도의 주요내용

1. 제도도입의 목적과 성격

우리나라의 노인장기요양보험제도의 목적을 보면, 법 제1조에서는 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 하는 것”으로 기술하고 있다. 이를 다시 요약하면, ①노후의 건강증진 및 생활안정 도모, ②가족의 부담 경감, ③국민의 삶의 질 향상에 있는 것으로 정리할 수 있는데, 이 중에서 가족의 경제적 부담의 경감에 일차적인 목적을 두고 있다고 볼 수 있다. 결국, 이러한 목적을 달성하기 위해서는 장기요양서비스대상자로 인정받은 자에게는 어떠한 형식으로든지 간에 비용의 부담을 경감시켜주어야 하고, 또한 장기요양보험제도는 노후의 건강증진이나 생활의 안정을 확보할 수 있는 체계로 운영되었는지를 평가받을 수 있어야만 국민들로부터 지지를 받을 수 있을 것이다.

이와 같은 노인장기요양보험제도는 보험료를 주재원으로 하는 일종의 사회보험제도이다. 다시 말하면, 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여에 소요되는 비용을 그동안 국가 또는 개인이 부담하던 것을 사회구성원이 공동으로 부담하게 한 것이다. 여기에서 사회보험제도는 기본적으로 소득재분배의 기능을 지니고 있는데, 노인장기요양보험제도는 소득의 재분배라기보다는 일상생활기

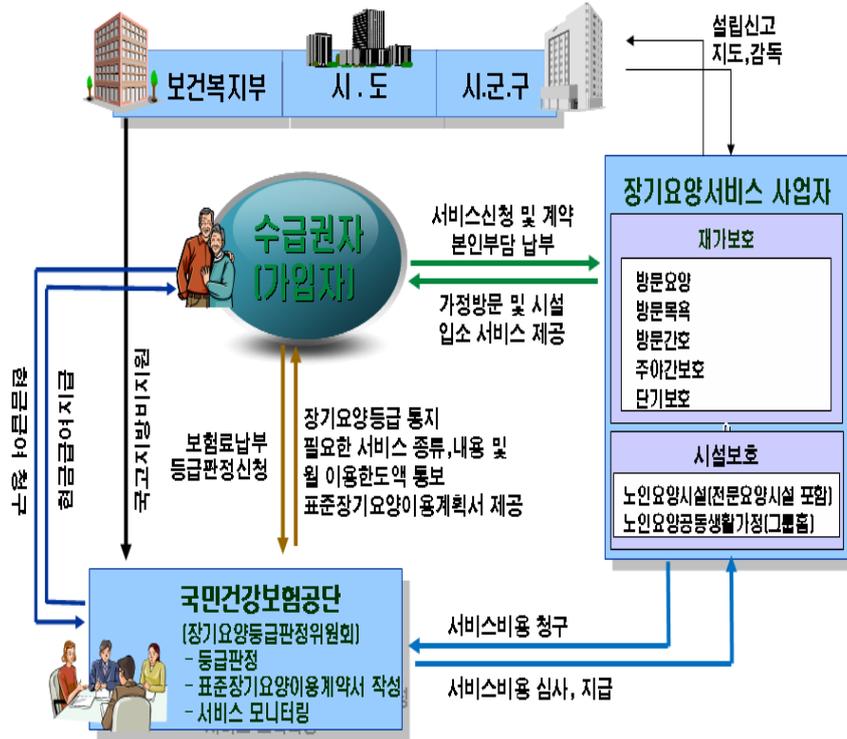
능의 재분배로 보아야 한다. 즉, 소득수준과는 관계없이 일상생활기능을 기반으로 하여 양호(건강)한 자로부터 장애(제한)있는 자에게 비용이 이전, 분배되는 기능을 말하는데, 이것은 건강보험제도에서도 제기되고 있는 것과 같이 소득수준이 높을수록 장기요양급여도 높을 것으로 예상되어 소득분배의 역전현상도 발생할 수 있기 때문에 이에 대한 정책적 고려가 필요하다³⁾.

2. 제도의 구성체계

노인장기요양보험제도는 다음과 같은 하부체계로 구성되어 있으며, 전반적인 제도의 틀과 흐름도는 아래 그림과 같다. 즉, 그 하부체계는 ①장기요양인정 및 장기요양서비스 이용지원체계, ②장기요양급여 및 서비스 비용지불체계, ③재원조달체계, ④관리운영체계이다.

3) 참고로 일본의 사례를 살펴보면, 소득수준(제1호 피보험자에 한함)에 따라서 보험료의 차등부담을 실시하고 있고, 저소득계층의 경우에 한해서는 서비스이용에 따른 본인부담의 상한액을 낮게 책정함으로써 소득재분배의 기능을 유도하고 있음. 우리나라의 경우에는 후술하겠지만, 차상위 계층에 한하여 서비스를 이용할 때에만 일반소득계층보다 본인부담수준을 50% 경감시키는 것으로 되어 있음.

[도 2-1] 노인장기요양보험제도의 기본체계



가. 가입자

가입자는 연령구분 없이 국민건강보험 가입자이거나 의료급여수급자로 되어 있다. 따라서 건강보장제도의 피보험자, 피부양자나 수급권자인 경우에는 자동적으로 노인장기요양보험제도의 가입자가 된다. 따라서, 소득이나 재산기준이 보험료를 부담할 수 있는 수준이 아닌 경우에는 피부양자로 가입되어 보험료의 부담없이 장기요양급여를 받을 수 있다는 것인데, 우리나라의 공적연금제도가 아직 성숙되어 있지 못하기 때문에 일부의 공적연금 수급자를 제외하면 대부분의 노인은 피부양자가 될 것으로 보인다.

나. 보험자

보험자는 국민건강보험공단으로 되어 있으며, 그 역할은 다음과 같다. 즉,

- ① 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리
- ② 장기요양보험료의 부과·징수
- ③ 장기요양인정신청인에 대한 조사
- ④ 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급 판정
- ⑤ 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공
- ⑥ 장기요양급여의 관리 및 평가
- ⑦ 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항
- ⑧ 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여의 지급
- ⑨ 장기요양급여 실시내용 확인
- ⑩ 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보
- ⑪ 노인성질환예방사업
- ⑫ 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등
- ⑬ 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부장관이 위탁한 업무 등이다.

이 중에서 보험자(공단)는 장기요양급여의 관리·평가를 실시할 수 있도록 되어 있다. 즉, 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 노력하여야 하고, 장기요양급여의 실시 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후, 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있도록 되어 있다. 그리고 시군구의 기초지방자치단체는 장기요양보험제도의 지원업무를 실시하는 것으로 보여지는데, 주된 역할은 장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자로 하여금 소재지를 관할구역으로 하는 시장·군수·구청장이 지정해주는 것이다.

다. 보험급여

보험급여는 가입자 중에서 신체적, 정신적 기능상태의 장애를 지닌 자에게 제공되는 것으로 일정한 절차를 거쳐서 사전적으로 장기요양서비스수급자격을 인정받아야 하고, 그 필요성을 인정받은 고령자에 한해서 장기요양급여가 지급된다. 여기에서 보험급여의 유형에는 시설급여와 재가급여로 구분되어 있는데, 구체적으로는 서비스, 현금 및 현물급여로 되어 있다. 서비스에는 시설 및 재가에서 제공되는 급여로 구성되어 있고, 현금급여에는 재가 고령자, 또는 요양시설 및 요양병원에 입(소)원해 있는 고령자를 대상으로 지급하는 것이고, 현물급여에는 재가 고령자를 대상으로 복지용구 등 물건의 이용에 따른 비용을 지급하는 것이다.

〈표 2-1〉 재가급여 내용

급여내용	내용
방문요양	장기요양기관 소속의 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
방문목욕	장기요양기관 소속의 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 실시하는 장기요양급여
방문간호	장기요양기관 소속의 간호사 등 장기요양요원이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서 (이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
주·야간 보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
단기보호	수급자를 보건복지부령이 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여

〈표 2-2〉 시설급여 내용

급여내용	내용
요양시설	<p>장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 요양시설: 입주자 10인 이상의 시설 ○ 노인요양공동생활가정: 입주자 5인 이상 10인 미만의 시설

〈표 2-3〉 현금급여 내용

급여내용	내용
가족요양비	<p>다음에 해당하는 자에게 비용의 일부를 지급</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자 2. 천재지변 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부장관이 인정하는 자 3. 신체·정신 또는 성격 등 대통령령이 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자
특례요양비	<p>수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 대통령령이 정하는 기준에 따라 당해 장기요양급여비용의 일부를 지급</p>
요양병원 간병비	<p>요양병원에 입원한 때 대통령령이 정하는 기준에 따라 장기요양에 소요되는 비용의 일부를 지급</p>

〈표 2-4〉 현물대여급여 내용

급여내용	내용
복지용구대여비	<p>특정의 복지용구를 대여하는데 소요되는 비용의 일부를 지급</p>

이러한 보험급여를 받기 위해서는 일정한 조건을 충족하고 일정한 절차를 밟아야 하는데 일정한 조건을 제시하면 다음과 같다. 첫째, 연령 및 질병조건이 있다. 65세 이상인 경우에는 장기요양보호상태의 발생유무와 관계없이 장기요양인정신청을 할 수 있으나, 65세 미만인 경우에는 노인성질환에 의한 장기요양보호상태가 발생된 경우에 한정되어 있다. 2008년 7월부터는 치매, 뇌혈관질환, 파킨슨씨병 등의 일부로 한정하지만, 장기적으로는 확대해 나갈 예정으로 있다. 둘째, 생활기능의 장애정도조건이다. 즉, 연령이나 질병조건이 충족된다 하더라도 자동적으로 급여신청만으로 보험급여를 받을 수 있는 것이 아니라 기능상태가 일정수준 이상의 장애정도를 나타내어야 한다는 것이다. 여기에서, 생활기능상태가 최소한 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 상태이어야 한다⁴⁾.

그리고 장기요양급여서비스의 이용자는 보험급여액의 일정비율(15~20%)과 비보험서비스 비용의 전액을 본인부담금으로 공급자에게 지불하고, 나머지는 보험급여액으로 지급된다. 여기에서 비보험급여의 내용으로 거론되는 것이 상급 요양실료 차액, 식재료비 이외에 이용자의 특별요청에 의해 제공되는 서비스⁵⁾ 등이다. 또한, 특별현금급여는 적정수준의 장기요양인프라의 확보가 불가능한 도서벽지 거주노인이거나 정신질환 등의 일부 특정대상자의 가족에게만 특별적으로 지급되는 것으로 보편적인 급여가 아닌 것이다.

라. 재원조달

재원조달방식은 국고지원금, 장기요양보험료, 이용자본인부담금으로 구성되고, 국고지원금은 장기요양급여비용의 일부 및 의료급여수급자에 대한 일부 비용과 관리운영비 전액으로 한정되어 있다. 여기에서 장기요양보험료는 가입자

4) 보다 자세한 내용은 후술하는 제2절에서 기술하고자 함.

5) 예를 들면, 수급자에 대한 간병수발행위에서 벗어나는 서비스 등임.

별로 산정, 부과된 건강보험료액에 일정한 장기요양보험료율을 곱해서 산정하고, 국가부담액은 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 부담하며, 국가와 지방자치단체는 의료급여수급권자의 급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용, 그리고 관리운영비 전액을 부담하도록 함. 지방자치단체의 부담액은 광역시도 및 기초자치단체에서 분담하는 것으로 되어 있다.

제2절 현행 노인장기요양서비스의 전달체계 및 향후 변화내용

1. 현행 장기요양서비스의 전달체계

우리나라의 현행 장기요양서비스는 노인복지법에 의해 규정된 노인의료복지시설과 재가노인복지시설에서 제공하고 있는 서비스로 볼 수 있다⁶⁾. 이 중에서 노인의료복지시설(단, 노인전문병원은 제외)에는 입소자의 소득수준을 고려하여 입소할 수 있는 시설을 구분하고 있는데, 이는 무료시설, 실비시설 및 유료시설이다. 다시 말하면, 무료시설은 입소자로부터 입소생활비용을 징수하지 않고 무료로 이용할 수 있는 시설이기 때문에 주 이용대상자는 국민기초생활보장수급권자이고, 실비시설은 비용의 일부를 이용자본인으로부터 징수하고 나머지는 국가가 부담해주는 시설로 이용대상자의 기준은 다음과 같다. 즉, 이용자본인과 그 배우자 및 생계를 같이하는 부양의무자의 월소득 합산액을 가구원수로 나눈 월평균 소득액이 통계청장이 통계법 시행령에 의해 고시되는 도시근로자가구 월평균 소득을 평균가구원수로 나누어 얻은 1인당 월평균 소득액이하인 자로 제한하고 있다. 그리고 유료시설은 입소자로부터 입소생활비용의 전액을 징수하는 시설인데, 상기한 실비대상자 선정기준의 소득액이상에 해당하는 소득계

6) 여기에서 장기요양서비스의 개념정의는 노인복지법에도 기술되어 있지 않은데, 의료복지시설인 노인요양시설과 노인전문요양시설에서 제공하고 있는 서비스를 보면, '급식·요양, 기타 일상생활에 필요한 편의'에 해당하는 서비스로 표기되어 있음. 원래 장기요양서비스의 개념도 각국마다, 학자마다 동일하지 않기 때문에 우리나라에서 장기요양서비스가 제공되어 왔는가를 질문해도 그렇지 않다고 대답하기도 어려운 것으로 보여짐.

층을 주 이용대상자로 하고 있다.

그리고 재가노인복지시설에서는 노인의료복지시설과는 다르게 무료, 실비 및 유료시설로 구분하고 있지 않고 이용자의 소득수준을 감안하여 이용비용을 차등징수하고 있는 실정이다. 다시 말하면, 국민기초생활수급권자, 저소득노인으로 그 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못한 자로써 시군구청장이 의뢰한 자, 시도지사 또는 시군구청장이 지정하는 65세미만인 자는 비용부담없이 서비스를 이용하고, 실비 노인의료복지시설의 이용대상자의 소득기준과 동일한 자는 비용의 일정액만 부담하여 서비스를 이용하며, 그 나머지의 소득수준자는 비용의 전액을 부담하도록 하고 있다.

이상과 같이 시설을 이용하고자 할 때에는 소득수준 대상자별로 일정한 절차를 밟아야 한다. 우선적으로 노인의료복지시설을 이용하기 위해서는 소득조건 이외에 일정한 건강수준조건이 필요하다. 노인복지법에 의하면, 노인 요양 및 전문요양시설의 입소대상자는 노인성질환자 이거나, 치매, 중풍 등 중증 노인성 질환 등으로 요양을 필요로 하는 자로 되어 있다. 따라서 노인성질환이 있는 노인이라면 생활기능의 장애수준과는 무관하게 시설에 입소할 수 있다⁷⁾. 그리고 재가노인복지시설을 이용하기 위해서 적용시키고 있는 건강수준조건을 보면, (1)신체적 및 정신적 장애로 일상생활을 영위하기 곤란한 노인, (2)심신이 허약하거나 장애가 있어 일정기간 보호가 필요한 노인, (3)신체적, 정신적 및 사회적 이유로 가정에서 보호가 곤란하여 전문적인 보호가 필요한 노인이어야 하는 것으로 되어 있다. 이를 다시 구체적으로 대상자를 살펴보면, 가정봉사원 파견서비스의 대상은 ①일상생활수행능력(ADL)에 지장이 있는 자, ②노인성질환 또는 노쇠로 인해 심신의 장애가 있는 자, ③일반질환으로 인해 일시적인 일상생활서비스가 필요한 자, ④독거노인으로써 일상생활서비스가 필요한 자, ⑤기타 복지시설기관장이 가정봉사원의 서비스가 필요하다고 인정한 자로 되어

7) 다만, 2006년도이후부터는 시설입소인정점수를 만들어 대상자를 선별하고 있는데, 이에겐 생활기능장애나 치매정도 등이 포함되어 있으며, 이를 고려하여 점수화한 수치를 인정점수로 활용하고 있음.

있고, 주간보호서비스나 단기보호서비스의 대상은 가정봉사원과견서비스대상과 동일하나 보호기간에만 차이가 있을 뿐이다.

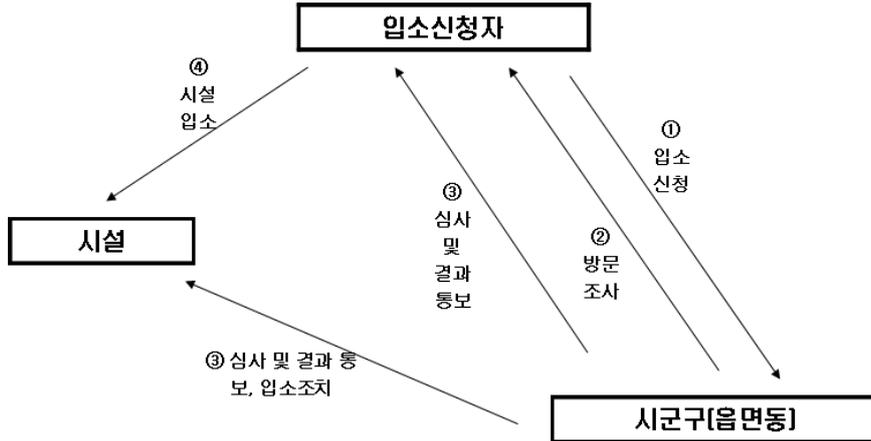
이와 같이 시설이나 서비스를 이용하기 위해서 사전적으로 필요한 대상자의 기준을 살펴 보았는데, 그 다음으로 필요한 것이 일정한 절차를 거치는 일이다. 이를 먼저 의료복지시설을 기준으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 무료시설의 입소대상자인 국민기초생활수급자에 대해서는 건강진단서, 입소신청사유서 및 관련자료를 첨부하여 해당 거주지 읍면동사무소에 신청을 하고 시군구가 지정하는 방문조사가원이 방문조사를 수행한다. 그 후 요양필요인 정점수, 입소자의 건강상태 및 부양의무자의 부양능력 등을 심사하여 입소여부와 입소시설을 결정한 다음에 시군구청장이 입소신청인과 당해 시설장에게 통보하여 시설을 이용하도록 되어 있다(도 2-2 참조). 이러한 절차를 살펴보면, 이용자가 이용하고자 하는 시설을 선택하는 것이 아니라 시군구청장이 입소할 수 있는 시설을 지정해 주고 있음을 알 수 있는데, 이를 행정조치로 부르고 있다.

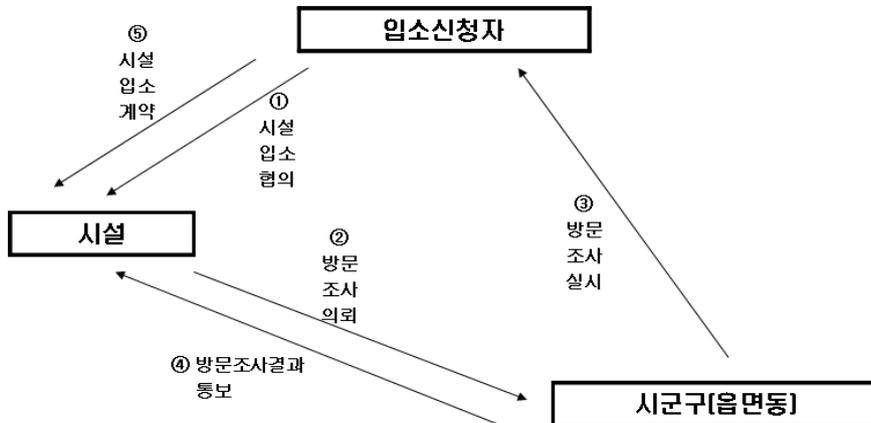
둘째, 실비시설의 입소대상자인 경우는 입소신청자가 건강진단서를 첨부하여 시설에 신청하면, 시설장은 관할 시군구에 입소신청자에 대해 방문조사를 의뢰한다. 그러면 시군구에서는 방문조사를 실시하고 그 결과를 의뢰한 시설장에게 통보하고, 입소가 적절한 경우에는 신청자가 시설장과 계약을 통해서 시설을 이용하도록 되어 있다(도 2-3 참조).

셋째, 유료시설의 입소대상자인 경우는 시설장과 신청자가 자유계약을 통해서 시설에 입소하면 되는데, 이 때 입소신청자의 기능상태 등의 건강조건은 노인복지법에 규정되어 있기는 하지만, 입소를 결정하는데 크게 작용하고 있지는 않은 실정이다.

[도 2-2] 무료 노인의료복지시설의 입소절차



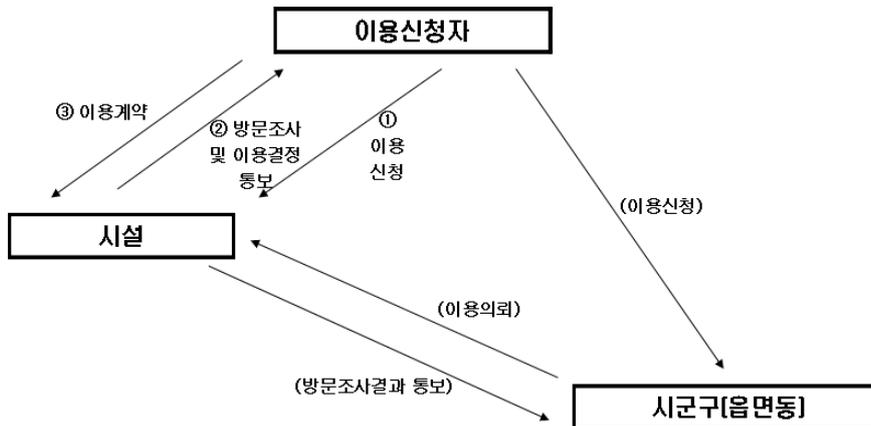
[도 2-3] 실비 노인의료복지시설의 입소절차



한편, 재가노인복지시설을 이용하고자 하는 경우에는 생활시설과는 절차가 다소 다르다. 즉, 이용대상자나 그 보호자는 이용신청서를 작성하여 시군구에 제출하거나 시설에 직접적으로 제출하면 되고, 만약에 시군구에 이용신청을 한

경우에는 시군구청장이 다시 재가복지시설에 이용가능여부를 의뢰한다. 이 때 시설에서는 신청을 받았거나 의뢰된 대상자를 방문하여 인적사항, 건강상태, 보호사유, 서비스욕구 및 문제 등을 고려하여 서비스제공여부와 그 내용, 서비스 제공빈도 및 기간을 정하여 그 결과를 신청자에게 직접적으로 통보하거나 시군 구에 통보하면 된다. 그리고 이용대상자는 시설과 이용계약을 체결하고 서비스를 이용하도록 하는 것으로 되어 있다.

[도 2-4] 재가노인복지시설의 이용절차



이상과 같은 입소 또는 이용절차를 밟아서 서비스를 이용하게 되는데, 이에 소요되는 서비스비용은 이용자의 소득수준에 따라서 국가가 전액 또는 일부를 지원하는 것으로 되어 있다. 먼저, 무료 노인 요양시설 및 전문요양시설인 경우에는 종사자인건비와 관리운영비를 지원하고 있는데, 그 기준을 보면 종사자의 인건비는 노인복지법에 근거한 시설종사자배치기준에 따라 지원하고 관리운영비는 입소자의 기능상태나 서비스욕구수준 등을 감안하지는 않고 입소노인 1인 당을 기준으로 지원하고 있다. 이에 따라 시설에서는 지원된 관리운영비를 연

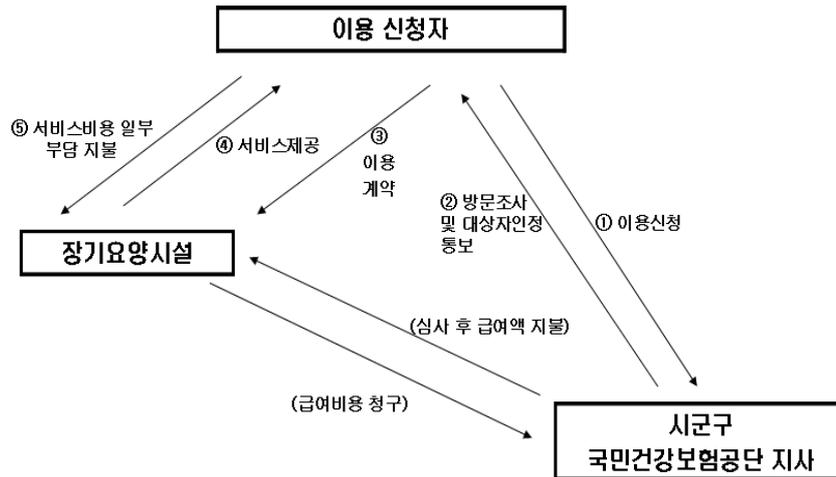
내에 지출하면 되는 것으로 되어 있다.

그리고 재가노인복지시설의 경우에는 생활시설과는 다르게 시설당 일정액을 지원하는 것으로 되어 있는데, 2007년도에는 이용자의 규모에 따라서 차등지원 하는 것으로 변경되었다.

2. 노인장기요양보험제도에서의 서비스전달체계

노인장기요양보험제도하에서의 서비스전달체계를 설명하면 다음과 같다. 즉, 장기요양서비스 이용신청자(가입자)는 보험자 또는 기초지방자치단체에 신청을 하고, 보험자는 서비스수급대상의 적격여부를 사정하기 위해서 이용신청자를 방문하여 기능상태, 욕구수준 등을 조사한 후 그 결과를 통보하게 되어 있다. 이용신청자가 서비스수급대상자로 인정받으면 장기요양서비스공급자(장기요양 시설)와 서비스계약을 체결하고 서비스를 이용하게 되는데, 이 때 서비스비용의 일부를 이용자본인 일부부담금으로 공급자에게 직접적으로 지불하고, 공급자는 서비스비용의 나머지를 보험자로부터 보험급여로 지불받는 것으로 되어 있다(도 2-5 참조).

[도 2-5] 노인장기요양보험제도하에서의 장기요양서비스 이용절차



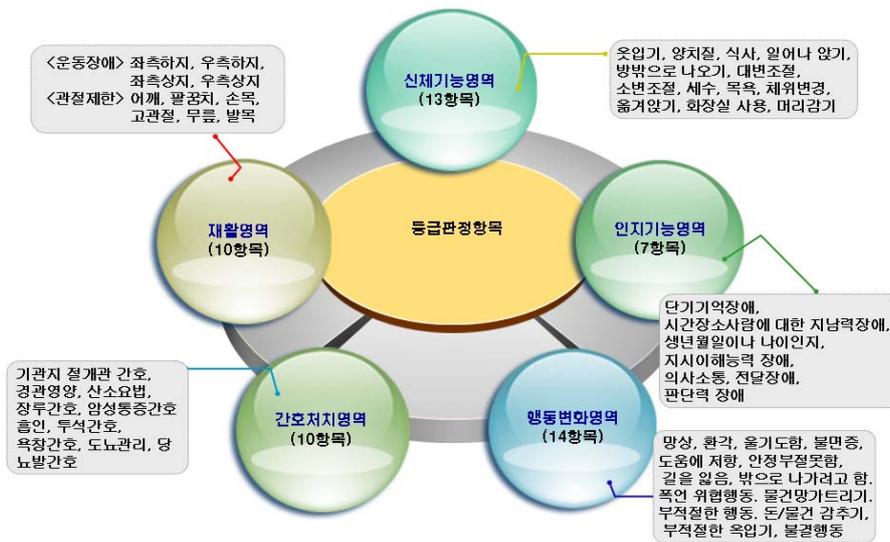
이러한 장기요양보험제도하에서의 장기요양서비스의 전달체계에 대한 내용을 좀 더 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

첫째, 장기요양인정을 받고자 하는 65세 이상 노인은 누구나 신청할 수 있는데, 이 때 신청자는 이용자 본인 또는 대리인이 된다. 여기에서 대리인이라 함은 신체적 및 정신적 기능이 취약한 노인을 대신하여 신청을 해주는 자를 말하는데, 여기에는 이용자본인의 가족, 해당 시군구 공무원, 해당 시설장 등이 포함되어 있다. 그리고 장기요양인정 신청시에 필요한 구비서류로 신청서 이외에 의사소견서가 포함되어 있는데, 의사소견서는 기본적으로 첨부되어야 하나, 특수한 상태인 경우에는 첨부하지 않아도 되는 것으로 되어 있다.

둘째, 보험자가 장기요양인정신청을 받으면 신청자의 신체적 및 정신적 기능 영역을 비롯하여 서비스욕구를 파악하기 위하여 방문조사를 실시하도록 되어 있는데, 이 때 방문조사는 간호사와 사회복지사가 2인1조로 구성하여 실시하고, 신청인 이외에 그 가족(보호자)의 입회하에 조사를 진행하며, 필요시 신청인과 가족을 분리하여 조사하게 되어있다. 이는 1차 방문조사에 해당하는데, 조사항

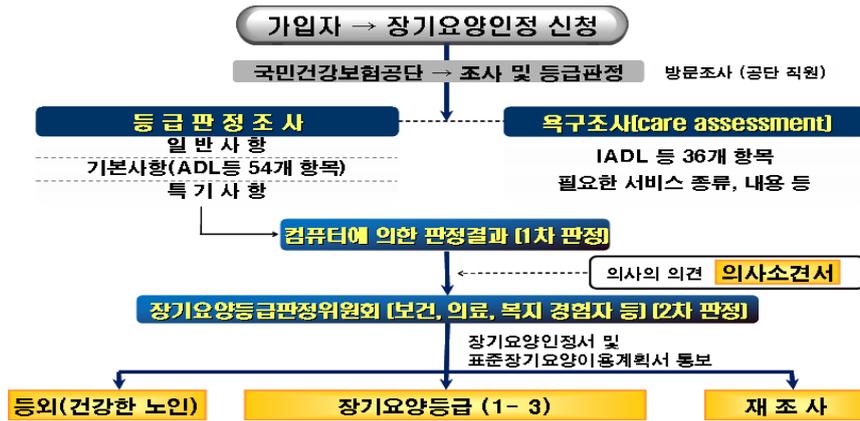
목은 신체기능 13개, 인지기능 7개, 행동변화 14개, 간호 및 재활욕구 20개로 총 54개 항목으로 구성되어 있다.

[도 2-6] 장기요양서비스 인정 조사항목



1차 방문조사의 결과와 의사소견서 등을 고려하여 시군구마다 설치되어 있는 장기요양등급판정위원회에서 최종적으로 장기요양등급을 결정하고, 신청자에게 등급결과내용과 장기요양등급자에 대한 서비스이용을 위한 가이드라인성격의 표준장기요양이용계획서를 첨부하여 통보하는 것으로 되어 있다. 이 때 장기요양등급은 1~3등급 중에 어느 한 개의 등급으로 결정되는데, 등급결정기준은 생활기능 장애상태 및 서비스필요수준 등을 감안하여 점수화된 수치로 정해져 있다.

[도 2-7] 장기요양서비스 인정체계



〈표 2-5〉 장기요양등급 구분 및 대표적인 기능상태상

구분	인정점수	기능상태상
1등급	95점이상	- 전적으로 타인의 도움이 필요한 상태 ○ 거의 움직이지 못하고 침상에 누워지내는 상태 ○ 식사, 배설 이동 등 전적으로 도움이 필요한 상태
2등급	75~95점미만	- 상당한 부분 타인의 도움이 필요한 상태 ○ 대부분 침상에서 지내고 있으나 누워서 지내지는 않는 상태 ○ 식사, 배설 이동 등에 부분적인 도움이 필요한 상태
3등급	55~75점미만	- 부분적으로 타인의 도움이 필요한 상태 ○ 이동능력이 있지만, 식사, 배설 이동 등에 약간의 도움이 필요한 상태 ○ 경증의 치매가 있어서 가사지원 등의 생활지원이 필요한 상태

셋째, 장기요양서비스수급대상자는 장기요양등급인정서와 표준장기요양이용계획서를 가지고 서비스공급자와 서비스이용계약을 체결하여 서비스를 제공받으면 되는 것으로 되어 있다. 이 때, 서비스공급자는 이용자의 서비스요구 등을

사정하여 이용자와 함께 서비스수급계획을 작성하게 되어 있는데, 노인요양시설에 입소하는 경우에는 시설내 종사자에 의해 작성된 서비스수급계획에 의해서 서비스를 이용하면 되지만, 지역사회내의 재가서비스를 이용하고자 하는 경우에는 일본과 같이 특정한 서비스계획 작성수립자(care planner 또는 care manager)가 없기 때문에 재가서비스공급기관별로 자체적으로 작성된 서비스계획하에 서비스계약을 체결하는 것으로 되어 있다. 따라서, 공급자별로 서비스계획을 수립할 수밖에 없고, 장기요양서비스간 연계성도 결여되어 있는 상태이다.

넷째, 장기요양등급인정자가 서비스를 이용할 때에 제공된 서비스비용의 일부를 공급자에게 지불하여야 하는데, 그 수준은 (노인요양)시설서비스인 경우에는 비용의 20%, 재가서비스인 경우에는 비용의 15%를 부담하도록 되어 있다. 다만, 저소득계층에 한하여 본인일부부담금의 1/2을 경감시켜주고 있다. 그리고 사전적으로 장기요양서비스로 인정되는 서비스가 책정되어 있기 때문에 그 범위에서 벗어난 서비스비용은 전액 이용자 본인이 부담하여야 하고, 또한 보험급여액도 지급될 수 있는 월간 한도액이 설정되어 있어서 그 한도액을 초과한 비용도 이용자본인 점액 부담하여야 한다.

그리고 공급자는 이용자가 서비스를 이용할 당시에 비용의 일부를 부담하고 난 나머지는 보험자에 비용지불청구를 하고 심사 후 보험급여비로 지불받도록 되어 있다. 여기에서 비용지불기준은 시설서비스인 경우에는 장기요양등급별 일당일정액, 재가서비스는 서비스의 유형에 따라서 방문시간당 및 방문1회당 일정액, 등급별 일당일정액 등을 혼합하여 설정되어 있다.

마지막으로, 장기요양서비스가 제대로 제공되고 이용되었는가를 파악하기 위해서 보험자가 장기요양서비스의 질(quality) 평가 및 모니터링을 수행하는 것으로 되어 있다. 이는 서비스공급자에 대한 평가이기도 하지만, 장기요양서비스 수급대상자의 이용편의를 도모하고, 비용 효과적 내지는 효율적인 서비스를 제공하여 비용낭비적 요소를 제거함으로써 보험재정의 안정화를 유도하기 목적을 지니고 있다고 하겠다.

3. 노인장기요양서비스전달체계의 변화내용

노인장기요양보험제도가 도입됨으로써 서비스의 전달체계가 바뀌는 내용은 다음과 같이 정리할 수 있다. 다만, 이는 기존의 사회복지법인이 운영하고 있는 무료시설에서의 서비스전달체계에 주로 해당하는 것이라 할 수 있다.

첫째, 시설의 입소대상자의 선정 및 결정 권한은 시군구에서 노인장기요양보험제도의 보험자로 바뀐다는 것이다. 비록, 입소희망자가 시군구에 입소신청을 하여도 그 결정은 보험자가 수행하는 것으로 되어 있다. 다만, 시군구에 의한 기본적인 행정적 입소조치는 사라지지만, 국민기초생활보장 수급권자나 그에 준하는 자를 대상으로 특별한 경우에 한하여 시설에 입소조치할 수 있는 여지는 개정 노인복지법에 규정되어 있다.

둘째, 기존의 무료, 실비 및 유료시설의 개념이 폐지됨에 따라서 장기요양서비스 수급대상자로 인정을 받은 자는 누구든지 소득수준에 관계없이 어느 시설에든지 입소할 수 있게 되었다는 것이다. 이는 국민기초생활보장 수급권자도 기존의 유료시설에 입소할 수 있고, 그 반대로 중산층이상의 대상자도 기존의 무료시설에 입소할 수 있다는 것을 의미한다.

셋째, 장기요양서비스 수급대상자로 인정을 받은 자는 누구든지 소득수준에 관계없이 시설과 계약에 의거하여 서비스를 이용하게 되었다는 것이다. 따라서 이용자는 반드시 시설장과 서비스의 이용계약을 체결하여야 하고, 이용자는 계약기간의 종료 후에는 기존시설과 재계약을 체결하거나 타 시설로 옮겨서 신규계약을 체결할 수 있다.

넷째, 기존의 사회복지법인의 무료나 실비시설은 정부로부터 지원받아 왔던 시설운영비를 입소자 1인당 일정액에서 장기요양등급별 일정액을 기준으로 지불받게 되었다. 이것도 정부가 아니라 보험자에게 비용청구를 하여야 하고, 보험자로부터 심사를 받은 후에 지불받는다는 것이다. 이 때 비용청구에서 심사를 거쳐 지불에 이르기까지 짧게는 1년, 길게는 2~3개월이 소요될 수도 있다는

것이다.

마지막으로, 시설운영과 관련된 행정지도나 감독이 기존의 시군구 이외에 보험자로부터도 이루어진다는 것이다. 이는 보험자의 역할 중에 장기요양급여의 심사 및 평가가 있기 때문에 당연히 보험자로부터 지도나 감독이 이루어질 수밖에 없다는 것이다. 즉, 보험자로부터 시설에서 제공되는 장기요양서비스의 질 (quality)을 평가받게 되었음을 의미한다.

제3장 노인장기요양보험제도의 도입에 대비한 노인요양시설의 경영의식조사 내용

제1절 조사방법

1. 조사 대상과 조사방법

노인장기요양보험의 도입에 따른 노인요양시설의 경영의식수준을 파악하기 위하여 노인장기요양보험제도의 13개 시범사업지역을 포함한 전국의 노인(전문)요양시설의 시설장을 대상으로 자기기입식 설문조사를 실시하였다. 이 조사는 1차 조사와 2차 조사로 나누어 실시되었으며, 1차 조사는 시설의 전반적인 운영실태 파악을 목적으로 실시되었고 2차 조사는 시설의 시장지향성 및 합리적인 경영실태정도를 구체적으로 파악하기 위하여 실시되었다. 그러나 '시장지향적', '합리적인 경영정도'를 구체적으로 파악하기 위한 2차 설문문항의 특성이 대부분의 시설들에게 익숙하지 못하여 응답률이 낮을 수 있음을 감안하여, 1차와 2차 설문조사를 분리하여 실시하였다.

1차 조사의 설문지는 본원의 연구진이 설계한 39개의 문항과 기타 일반사항으로 구성되었으며, 조사기간은 9월 3일 ~ 15일까지 약 2주간이었다. 총 회수율은 53.7%이고, 전체 우편조사 대상시설과 응답한 시설의 유형을 살펴보면 다음과 같다.

2차 설문조사는 이미 1차 조사에서 응답한 438개소의 시설을 대상으로 10월 1일부터 한 달 간 우편으로 배포·회수하였다. 2차 설문지는 총 57개 문항으로 설계되었으며, 최종적으로 111개소로부터 응답을 받았다. 2차 설문조사에 관한 조사개요 및 결과는 제4장에서 자세히 기술하였다.

〈표 3-1〉 1차 조사대상시설과 조사응답률

(단위: 개소, %)

구분	전체대상시설	조사응답 시설	응답률(%)
무료노인요양시설	174	123	70.7
실비노인요양시설	260	118	45.4
유료노인요양시설	103	29	28.2
무료노인전문요양시설	184	118	64.1
실비노인전문요양시설	24	20	83.3
유료노인전문요양시설	70	30	42.9
합계	815	438	53.7

2. 조사내용

조사의 내용은 <표 3-2>와 같다. 전체적으로 인사조직관리부문, 재무회계관리부문, 서비스관리부문, 시설환경관리부문, 정보관리부문, 경영전략관리부문 등 총 6개 부문에 걸쳐서 운영의 실태를 파악할 수 있는 내용으로 하였다. 각 부문별 조사내용에 대해서는 표를 참조하기 바란다.

〈표 3-2〉 설문조사내용

구분	세부내용
1. 인사조직관리	① 간병관련종사자 채용방식 및 향후 변화예측정도 ② 직원(종사자)채용시의 고려사항 및 향후 변화예측정도 ③ 직원(종사자) 배치 실태 ④ 향후 간접서비스인력에 대한 배치의향 ⑤ 직원 업무배치도 등 직무효율화대책 수행여부 ⑥ 직원 연수교육 수행 여부, 수행방법 및 향후 변화예측정도 ⑦ 직원의 업무평가체계 개발 여부 ⑧ 정규직직원의 임금지급방식 및 향후 변화예측정도 ⑨ 직원 복리후생제도 유무 및 향후 변화예측정도 ⑩ 직원의 업무수행 갈등 해소방안 유무 및 구체적인 방법 ⑪ 직무조건 실태 및 향후 변화예측정도 ⑫ 시설장과 직원간의 관계 실태 및 향후 변화예측정도 ⑬ 직원들의 근로재해 대처방법 및 향후 변화예측정도
2. 재무회계관리부문	① 재무회계의 기록방식 ② 재무회계의 보고자료 ③ 시설의 후원금(품) 비중 및 향후 변화예측정도 ④ 장기요양보험수가의 책정수준에 대한 의식수준 ⑤ 시설운영자금의 확보대책 구비유무 및 확보수준 의식정도
3. 서비스관리부문	① 입소자에 대한 케어플랜 작성방식 ② 케어플랜 작성시의 지역사회자원 활용정도 및 향후 변화예측정도 ③ 서비스제공시의 팀 접근방법 ④ 호스피스 케어 제공유무 및 향후 변화예측정도 ⑤ 입소자의 병원입원을 및 향후 변화예측정도 ⑥ 시설평가제도에 대한 의식수준 및 향후 변화예측정도 ⑦ 인권보호나 권리옹호에 대한 요구수준 및 향후 변화예측정도 ⑧ 입소자에 대한 서비스제공범위 수준
4. 시설환경관리부문	① 손해배상보험 가입 유무, 미가입시의 대처방안 및 향후 변화예측정도 ② 시설내 안전사고 예방대책 유무 및 이에 대한 직원교육 수준 ③ 감염증 예방대책 유무
5. 정보관리부문	① 입소자의 개인정보 확보방법 ② 시설정보의 공개방법 및 향후 공개의 중요성에 대한 의식수준 ③ 시설의 경영실적정보 공개 유무 및 향후 필요성 유무 의식수준
6. 경영전략관리부문	① 경영의 자립화 방법 ② 경영의 투명화 방법 ③ 복합시설의 운영에 대한 의식수준 ④ 지역사회의 연계성 활성화에 대한 의식수준 ⑤ 시설경영관련된 법률자문단 필요성 의식수준
7. 기타	① 시설의 강점 ② 시설의 약점

제2절 인사조직관리부문

1. 직원채용

<표 3-3>은 현재 시설에서 간병관련 종사자를 채용하고 있는 방식에 대해 조사한 결과인데, “대체적으로 신문광고, 인터넷 등을 통한 공개모집을 중심으로 한다”는 시설이 전체의 78.0%, “대체적으로 타인으로부터의 개별소개 등, 비공개모집을 중심으로 한다”는 시설이 9.8%, “대체적으로 외부의 인력파견회사 등으로부터 계약을 통해서 주로 채용한다”는 시설이 5.5%, 그리고 “대체적으로 간병교육관련기관으로부터의 고용의뢰를 중심으로 한다”는 시설이 3.0%, 기타가 3.7%로 나타났다.

따라서 현재에는 대체적으로 공개모집을 중심으로 하고 있다고 볼 수 있는데, 이는 기본적으로 공개모집을 기본으로 하여야 한다는 방침에 따르고 있기 때문인데, 시설의 유형에 따라서 공개모집의 정도에 차이가 있다. 즉, 무료 노인(전문)요양시설에서는 90%이상이 공개모집을 주로 하고 있는 반면에, 유료시설에서는 비공개모집 또는 외부의 인력파견회사를 활용하는 비중이 상대적으로 높다.

<표 3-4>는 노인장기요양보험제도의 도입이후 예상되는 간병관련 종사자 채용방식의 변화에 대해서 조사한 것인데, 공개모집중심의 시설이 60.4%, 비공개모집중심의 시설이 1.9%, 외부의 인력파견회사 등으로부터의 계약에 의한 채용 시설이 14.1%, 그리고 간병교육관련기관으로부터의 고용의뢰 시설이 18.8%, 기타가 4.9%로 나타났다.

이를 보면, 제도도입이후 공개모집이나 비공개모집 대신에 외부의 인력파견회사나 간병교육기관으로부터의 고용의뢰형식을 택하겠다는 시설이 늘어난 것을 알 수 있고, 특히 이러한 의식변화는 무료시설에서 크게 발생하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 현상은 시설에서 간병인력과 같은 종사자를 직접적으로 채용하기 보다는 직원교체나 인건비절감 등이 상대적으로 용이한 방법을 통해서 채용하겠다는 것을 시사해 주고 있다.

〈표 3-3〉 간병관련 종사자의 채용방식

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	119 (97.5)	-	-	1 (0.8)	2 (1.6)	122 (100.0)
요양시설(실비)	85 (72.0)	24 (20.3)	3 (2.5)	1 (0.8)	5 (4.2)	118 (100.0)
요양시설(유료)	10 (34.5)	8 (27.6)	3 (10.3)	6 (20.7)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	105 (89.0)	2 (1.7)	4 (3.4)	1 (0.8)	6 (5.1)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	14 (70.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	-	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	8 (26.7)	7 (23.3)	11 (36.7)	4 (13.3)	-	30 (100.0)
합계	341 (78.0)	43 (9.8)	24 (5.5)	13 (3.0)	16 (3.7)	437 (100.0)
시설복합유무별						
단일	143 (68.8)	29 (13.9)	16 (7.7)	9 (4.3)	11 (5.3)	208 (100.0)
복합	198 (86.5)	14 (6.1)	8 (3.5)	4 (1.7)	5 (2.2)	229 (100.0)
합계	341 (78.0)	43 (9.8)	24 (5.5)	13 (3.0)	16 (3.7)	437 (100.0)
운영주체별						
사회복지법인	255 (90.1)	6 (2.1)	8 (2.8)	5 (1.8)	9 (3.2)	283 (100.0)
기타비영리단체	40 (88.9)	2 (4.4)	1 (2.2)	2 (4.4)	-	45 (100.0)
개인 및 영리단체	46 (42.2)	35 (32.1)	15 (13.8)	6 (5.5)	7 (6.4)	109 (100.0)
합계	341 (78.0)	43 (9.8)	24 (5.5)	13 (3.0)	16 (3.7)	437 (100.0)
개원일기준						
~1999년	93 (84.5)	11 (10.0)	2 (1.8)	3 (2.7)	1 (0.9)	110 (100.0)
2000년~2003년	67 (72.0)	14 (15.1)	6 (6.5)	3 (3.2)	3 (3.2)	93 (100.0)
2004년~	181 (77.4)	18 (7.7)	16 (6.8)	7 (3.0)	12 (5.1)	234 (100.0)
합계	341 (78.0)	43 (9.8)	24 (5.5)	13 (3.0)	16 (3.7)	437 (100.0)
입소정원규모별						
30인 미만	34 (43.6)	23 (29.5)	9 (11.5)	6 (7.7)	6 (7.7)	78 (100.0)
30~50인 미만	35 (63.6)	11 (20.0)	5 (9.1)	2 (3.6)	2 (3.6)	55 (100.0)
50~100인 미만	229 (90.9)	7 (2.8)	4 (1.6)	5 (2.0)	7 (2.8)	252 (100.0)
100인 이상	43 (82.7)	2 (3.8)	6 (11.5)	-	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	341 (78.0)	43 (9.8)	24 (5.5)	13 (3.0)	16 (3.7)	437 (100.0)
소재지유형별						
대도시	72 (76.6)	5 (5.3)	9 (9.6)	5 (5.3)	3 (3.2)	94 (100.0)
중소도시	194 (77.9)	24 (9.6)	15 (6.0)	7 (2.8)	9 (3.6)	249 (100.0)
농어촌	73 (79.3)	14 (15.2)	-	1 (1.1)	4 (4.3)	92 (100.0)
합계	339 (77.9)	43 (9.9)	24 (5.5)	13 (3.0)	16 (3.7)	435 (100.0)

〈표 3-4〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 간병관련 종사자의 채용방식

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	83 (68.0)	-	16 (13.1)	16 (13.1)	7 (5.7)	122 (100.0)
요양시설(설비)	70 (60.9)	5 (4.3)	7 (6.1)	26 (22.6)	7 (6.1)	115 (100.0)
요양시설(유료)	10 (34.5)	2 (6.9)	4 (13.8)	11 (37.9)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	79 (68.1)	1 (0.9)	19 (16.4)	12 (10.3)	5 (4.3)	116 (100.0)
전문요양시설(설비)	9 (45.0)	-	6 (30.0)	5 (25.0)	-	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	10 (33.3)	-	9 (30.0)	11 (36.7)	-	30 (100.0)
합계	261 (60.4)	8 (1.9)	61 (14.1)	81 (18.8)	21 (4.9)	432 (100.0)
시설복합운영유무별						
단일	118 (57.6)	7 (3.4)	22 (10.7)	49 (23.9)	9 (4.4)	205 (100.0)
복합	143 (63.0)	1 (0.4)	39 (17.2)	32 (14.1)	12 (5.3)	227 (100.0)
합계	261 (60.4)	8 (1.9)	61 (14.1)	81 (18.8)	21 (4.9)	432 (100.0)
운영주체별						
사회복지법인	182 (65.5)	2 (0.7)	45 (16.2)	35 (12.6)	14 (5.0)	278 (100.0)
기타비영리단체	31 (68.9)	-	4 (8.9)	8 (17.8)	2 (4.4)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	48 (44.0)	6 (5.5)	12 (11.0)	38 (34.9)	5 (4.6)	109 (100.0)
합계	261 (60.4)	8 (1.9)	61 (14.1)	81 (18.8)	21 (4.9)	432 (100.0)
개원일기준						
~1999년	64 (58.2)	1 (0.9)	18 (16.4)	19 (17.3)	8 (7.3)	110 (100.0)
2000년~2003년	51 (54.8)	5 (5.4)	15 (16.1)	20 (21.5)	2 (2.2)	93 (100.0)
2004년~	146 (63.8)	2 (0.9)	28 (12.2)	42 (18.3)	11 (4.8)	229 (100.0)
합계	261 (60.4)	8 (1.9)	61 (14.1)	81 (18.8)	21 (4.9)	432 (100.0)
입소정원규모별						
30인 미만	32 (41.0)	3 (3.8)	6 (7.7)	33 (42.3)	4 (5.1)	78 (100.0)
30~50인 미만	30 (55.6)	3 (5.6)	5 (9.3)	13 (24.1)	3 (5.6)	54 (100.0)
50~100인 미만	169 (68.1)	2 (0.8)	37 (14.9)	28 (11.3)	12 (4.8)	248 (100.0)
100인 이상	30 (57.7)	-	13 (25.0)	7 (13.5)	2 (3.8)	52 (100.0)
합계	261 (60.4)	8 (1.9)	61 (14.1)	81 (18.8)	21 (4.9)	432 (100.0)
소재지유형별						
대도시	44 (46.8)	1 (1.1)	26 (27.7)	14 (14.9)	9 (9.6)	94 (100.0)
중소도시	154 (63.1)	4 (1.6)	30 (12.3)	47 (19.3)	9 (3.7)	244 (100.0)
농어촌	61 (66.3)	3 (3.3)	5 (5.4)	20 (21.7)	3 (3.3)	92 (100.0)
합계	259 (60.2)	8 (1.9)	61 (14.2)	81 (18.8)	21 (4.9)	430 (100.0)

<표 3-5>는 현재 시설에서 직원을 채용하는 경우 중요시하게 생각하는 요소를 조사한 것으로, 성실성(적극성 및 책임정신 포함)은 전체의 58.0%, 전문성(전문지식 포함)은 11.0%, 생산성(업무능력, 건강수준 및 체력 포함)은 3.9%, 인간관계성(봉사정신, 협조정신 포함)은 25.7%, 학력, 경력(경험), 연고관계를 비롯한 기타는 1.4%의 시설에서 고려하고 있는 것으로 나타났다.

다시 말하면, 현재의 노인(전문)요양시설에서는 전문성이나 생산성보다는 성실성이나 인간관계성을 더 중시하고 있다는 것으로, 이는 노인을 대상으로 하는 간병수발과 같은 신체적 서비스는 인간적이고 성실한 행위를 더 요구하는 것에 기인하고 있다고 볼 수 있다.

<표 3-6>은 노인장기요양보험제도의 도입이후 예상되는 직원채용시 고려사항의 변화를 보면, 성실성(적극성 및 책임정신 포함)은 전체설의 43.0%, 전문성(전문지식 포함)은 19.5%, 생산성(업무능력, 건강수준 및 체력 포함)은 13.5%, 인간관계성(봉사정신, 협조정신 포함)은 22.0%, 학력, 경력(경험), 연고관계를 비롯한 기타는 2.1%의 시설에서 고려하고 있는 것으로 나타났다.

이를 보면, 제도 도입이후에는 전문성이나 생산성을 중요시하게 고려하겠다고 한 시설이 늘어난 것을 알 수 있다. 그렇지만, 여전히 성실성이나 인간관계성을 중요하게 고려하겠다고 한 시설이 더 많은 것을 알 수 있다. 여기에서 중소규모시설보다는 대규모시설일수록 성실성을 더 중요하게 고려하겠다는 것으로 나타나고 있는데, 이는 무료시설의 대부분이 대규모시설이기 때문에 나타난 결과로 보인다.

따라서, 요양시설에서의 서비스내용 중에는 입소자의 신체수발 이외의 정서적인 서비스가 포함되어 있는데, 특히 그러한 정서적 서비스는 인생의 말기상태에 놓여 있는 입소자에게 필요한 서비스가 전문적인 간병수발서비스도 필요하겠지만, 마음의 안정을 지원해 줄 수 있다는 점에서 볼 때 중요하다는 것을 직원채용 기준을 통해서 엿볼 수 있다.

〈표 3-5〉 직원(종사자)채용시의 고려사항

(단위: 개소, %)

						()		
운영형태별									
요양시설(무료)	75(61.5)	13(10.7)	5(4.1)	26(21.3)	-	3(2.5)	-	-	122(100.0)
요양시설(실비)	69(58.5)	12(10.2)	6(5.1)	31(26.3)	-	-	-	-	118(100.0)
요양시설(유료)	15(51.7)	3(10.3)	-	10(34.5)	-	-	-	1(3.4)	29(100.0)
전문요양시설(무료)	63(53.8)	16(13.7)	4(3.4)	33(28.2)	-	-	-	1(0.9)	117(100.0)
전문요양시설(실비)	13(65.0)	2(10.0)	1(5.0)	3(15.0)	-	1(5.0)	-	-	20(100.0)
전문요양시설(유료)	18(60.0)	2(6.7)	1(3.3)	9(30.0)	-	-	-	-	30(100.0)
합계	253(58.0)	48(11.0)	17(3.9)	112(25.7)	-	4(0.9)	-	2(0.5)	436(100.0)
시설복합운영유무별									
단일	111(53.4)	20(9.6)	7(3.4)	67(32.2)	-	2(1.0)	-	1(0.5)	208(100.0)
복합	142(62.3)	28(12.3)	10(4.4)	45(19.7)	-	2(0.9)	-	1(0.4)	228(100.0)
합계	253(58.0)	48(11.0)	17(3.9)	112(25.7)	-	4(0.9)	-	2(0.5)	436(100.0)
운영주체별									
사회복지법인	167(59.2)	33(11.7)	14(5.0)	65(23.0)	-	2(0.7)	-	1(0.4)	282(100.0)
기타비영리단체	28(62.2)	4(8.9)	1(2.2)	10(22.2)	-	2(4.4)	-	-	45(100.0)
개인 및 영리단체	58(53.2)	11(10.1)	2(1.8)	37(33.9)	-	-	-	1(0.9)	109(100.0)
합계	253(58.0)	48(11.0)	17(3.9)	112(25.7)	-	4(0.9)	-	2(0.5)	436(100.0)
개원일기준									
~1999년	67(60.9)	17(15.5)	4(3.6)	20(18.2)	-	1(0.9)	-	1(0.9)	110(100.0)
2000년~2003년	47(50.5)	9(9.7)	4(4.3)	31(33.3)	-	1(1.1)	-	1(1.1)	93(100.0)
2004년~	139(59.7)	22(9.4)	9(3.9)	61(26.2)	-	2(0.9)	-	-	233(100.0)
합계	253(58.0)	48(11.0)	17(3.9)	112(25.7)	-	4(0.9)	-	2(0.5)	436(100.0)
입소정원규모별									
30인 미만	39(50.0)	9(11.5)	1(1.3)	28(35.9)	-	-	-	1(1.3)	78(100.0)
30~50인 미만	33(60.0)	4(7.3)	2(3.6)	16(29.1)	-	-	-	-	55(100.0)
50~100인 미만	143(57.0)	30(12.0)	13(5.2)	62(24.7)	-	3(1.2)	-	-	251(100.0)
100인 이상	38(73.1)	5(9.6)	1(1.9)	6(11.5)	-	1(1.9)	-	1(1.9)	52(100.0)
합계	253(58.0)	48(11.0)	17(3.9)	112(25.7)	-	4(0.9)	-	2(0.5)	436(100.0)
소재지유형별									
대도시	57(60.6)	12(12.8)	6(6.4)	18(19.1)	-	1(1.1)	-	-	94(100.0)
중소도시	139(56.0)	28(11.3)	9(3.6)	68(27.4)	-	3(1.2)	-	1(0.4)	248(100.0)
농어촌	57(62.0)	8(8.7)	2(2.2)	24(26.1)	-	-	-	1(1.1)	92(100.0)
합계	253(58.3)	48(11.1)	17(3.9)	110(25.3)	-	4(0.9)	-	2(0.5)	434(100.0)

〈표 3-6〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직원(종사자)채용시의 고려사항

(단위: 개소, %)

					()		
운영형태별								
요양시설(무료)	61(50.0)	18(14.8)	19(15.6)	22(18.0)	-	1(0.8)	-	122(100.0)
요양시설(실비)	48(40.7)	29(24.6)	12(10.2)	26(22.0)	-	1(0.8)	-	118(100.0)
요양시설(유료)	13(44.8)	6(20.7)	1(3.4)	7(24.1)	-	-	-	29(100.0)
전문요양시설(무료)	46(39.0)	21(17.8)	21(17.8)	29(24.6)	-	-	-	118(100.0)
전문요양시설(실비)	6(30.0)	5(25.0)	4(20.0)	5(25.0)	-	-	-	20(100.0)
전문요양시설(유료)	14(46.7)	6(20.0)	2(6.7)	7(23.3)	-	1(3.3)	-	309(100.0)
합계	188(43.0)	85(19.5)	59(13.5)	96(22.0)	-	3(0.7)	-	437(100.0)
시설복합운영유무별								
단일	84(40.4)	41(19.7)	24(11.5)	55(26.4)	-	2(1.0)	-	208(100.0)
복합	104(45.4)	44(19.2)	35(15.3)	41(17.9)	-	1(0.4)	-	229(100.0)
합계	188(43.0)	85(19.5)	59(13.5)	96(22.0)	-	3(0.7)	-	437(100.0)
운영주체별								
사회복지법인	123(43.5)	51(18.0)	50(17.7)	54(19.1)	-	1(0.4)	-	283(100.0)
기타비영리단체	25(55.6)	11(24.4)	1(2.2)	7(15.6)	-	1(2.2)	-	45(100.0)
개인 및 영리단체	40(36.7)	23(21.1)	8(7.3)	35(32.1)	-	1(0.9)	-	109(100.0)
합계	188(43.0)	85(19.5)	59(13.5)	96(22.0)	-	3(0.7)	-	437(100.0)
개원일기준								
~1999년	51(46.4)	22(20.0)	12(10.9)	23(20.9)	-	1(0.9)	-	110(100.0)
2000년~2003년	34(36.6)	17(18.3)	18(19.4)	22(23.7)	-	-	-	93(100.0)
2004년~	103(44.0)	46(19.7)	29(12.4)	51(21.8)	-	2(0.9)	-	234(100.0)
합계	188(43.0)	85(19.5)	59(13.5)	96(22.0)	-	3(0.7)	-	437(100.0)
입소정원규모별								
30인 미만	29(37.2)	19(24.4)	4(5.1)	23(29.5)	-	1(1.3)	-	78(100.0)
30~50인 미만	21(38.2)	9(16.4)	8(14.5)	17(30.9)	-	-	-	55(100.0)
50~100인 미만	105(41.7)	47(18.7)	43(17.1)	52(20.6)	-	2(0.8)	-	252(100.0)
100인 이상	33(63.5)	10(19.2)	4(7.7)	4(7.7)	-	-	-	52(100.0)
합계	188(43.0)	85(19.5)	59(13.5)	96(22.0)	-	3(0.7)	-	437(100.0)
소재비유형별								
대도시	45(47.9)	17(18.1)	18(19.1)	12(12.8)	-	-	-	94(100.0)
중소도시	103(41.4)	50(20.1)	29(11.6)	61(24.5)	-	3(1.2)	-	249(100.0)
농어촌	38(41.3)	18(19.6)	12(13.0)	23(25.0)	-	-	-	92(100.0)
합계	186(42.8)	85(19.5)	59(13.6)	96(22.1)	-	3(0.7)	-	435(100.0)

<표 3-7>은 현재 시설에서 노인복지법 또는 국고보조금지원 기준에 따른 직원(종사자)의 배치방식에 대해 조사한 것으로, “모든 직종을 기준에 따라 전일제 직원으로 배치”하고 있는 시설이 전체시설의 85.2%, “일부 직종에 한하여 시간제 직원으로만 배치”하고 있는 시설이 4.8%, “일부 직종에 한하여 전일제나 시간제 직원을 전혀 배치하지 않고, 겸직으로 해결”하고 있는 시설이 7.6%, 기타가 2.3%로 나타났다.

대체적으로 전일제 채용방식으로 직원을 고용하고 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 현상은 무료나 실비시설과 같이 국고보조금을 지원받고 있는 시설인 경우에는 정부의 지도감독을 받고 있기 때문인 것으로 볼 수 있는데, 여기에서 그렇지 않은 유료시설인 경우에는 시간제 직원을 채용하고 있는 경우가 상대적으로 높게 나타나고 있고, 실비시설인 경우에는 직원의 겸직비율이 다른 시설에 비하여 상대적으로 높다.

<표 3-8>은 현재 노인복지법 시행령·시행규칙 개정안이나 노인장기요양보험법 시행령·시행규칙 신설안에 의하면, 조리원 등 일부 서비스간접인력에 한하여 시설의 사정에 따라서 배치하지 않아도 되는 것으로 되어 있다는 점을 감안하여 향후 직원의 배치방식에 대해서 조사한 것으로, “법에서 배치하지 않아도 되는 직종도 포함하여 모든 직종의 직원을 배치하겠다”는 시설이 전체시설의 37.2%, “법에서 배치하지 않아도 되는 직종을 제외하고, 필요한 직종의 직원만을 배치하겠다”는 시설이 54.3%, “잘 모르겠다”는 시설이 8.5%로 나타났다.

이러한 현상은 간접서비스부문에 시설이 필요한 인력만을 투입하고, 그 대신에 직접서비스부문에 보다 더 많은 인력을 투입하겠다는 것으로 생각되는데, 이러한 의도는 시설운영자가 경영의 효율화를 고려하고 있다고 볼 수 있다. 특히, 실비시설이나 유료시설이 무료시설에 비하여 필요인력만의 투입의향을 더 크게 가지고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-7〉 법적 기준에 따른 직원(종사자)의 배치 실태

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	114 (93.4)	2 (1.6)	6 (4.9)	-	122 (100.0)
요양시설(실비)	89 (76.7)	7 (6.0)	16 (13.8)	4 (3.4)	116 (100.0)
요양시설(유료)	19 (65.5)	7 (24.1)	1 (3.4)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	111 (94.9)	-	4 (3.4)	2 (1.7)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	14 (73.7)	1 (5.3)	3 (15.8)	1 (5.3)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	22 (73.3)	4 (13.3)	3 (10.0)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	369 (85.2)	21 (4.8)	33 (7.6)	10 (2.3)	433 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	163 (78.4)	15 (7.2)	24 (11.5)	6 (2.9)	208 (100.0)
복합	206 (91.6)	6 (2.7)	9 (4.0)	4 (1.8)	225 (100.0)
합계	369 (85.2)	21 (4.8)	33 (7.6)	10 (2.3)	433 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	266 (95.0)	3 (1.1)	9 (3.2)	2 (0.7)	280 (100.0)
기타비영리단체	39 (86.7)	2 (4.4)	4 (8.9)	-	45 (100.0)
개인 및 영리단체	64 (59.3)	16 (14.8)	20 (18.5)	8 (7.4)	108 (100.0)
합계	369 (85.2)	21 (4.8)	33 (7.6)	10 (2.3)	433 (100.0)
개원일기준					
~1999년	100 (90.9)	2 (1.8)	7 (6.4)	1 (0.9)	110 (100.0)
2000년~2003년	74 (80.4)	8 (8.7)	7 (7.6)	3 (3.3)	92 (100.0)
2004년~	195 (84.4)	11 (4.8)	19 (8.2)	6 (2.6)	231 (100.0)
합계	369 (85.2)	21 (4.8)	33 (7.6)	10 (2.3)	433 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	42 (54.5)	11 (14.3)	17 (22.1)	7 (9.1)	77 (100.0)
30~50인 미만	43 (78.2)	5 (9.1)	6 (10.9)	1 (1.8)	55 (100.0)
50~100인 미만	238 (95.6)	3 (1.2)	7 (2.8)	1 (0.4)	249 (100.0)
100인 이상	46 (88.5)	2 (3.8)	3 (5.8)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	369 (85.2)	21 (4.8)	33 (7.6)	10 (2.3)	433 (100.0)
소재지유형별					
대도시	84 (89.4)	8 (8.5)	2 (2.1)	-	94 (100.0)
중소도시	209 (84.3)	11 (4.4)	20 (8.1)	8 (3.2)	248 (100.0)
농어촌	75 (84.3)	2 (2.2)	10 (11.2)	2 (2.2)	89 (100.0)
합계	368 (85.4)	21 (4.9)	32 (7.4)	10 (2.3)	431 (100.0)

〈표 3-8〉 간접서비스인력의 배치 의향

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	51 (41.5)	63 (51.2)	9 (7.3)	123 (100.0)
요양시설(실비)	33 (28.2)	75 (64.1)	9 (7.7)	117 (100.0)
요양시설(유료)	6 (20.7)	21 (72.4)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	52 (44.8)	50 (43.1)	14 (12.1)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	8 (40.0)	9 (45.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	12 (40.0)	18 (60.0)	-	30 (100.0)
합계	162 (37.2)	236 (54.3)	37 (8.5)	435 (100.0)
시설복합운영유부별				
단일	72 (35.0)	115 (55.8)	19 (9.2)	206 (100.0)
복합	90 (39.3)	121 (52.8)	18 (7.9)	229 (100.0)
합계	162 (37.2)	236 (54.3)	37 (8.5)	435 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	109 (38.8)	142 (50.5)	30 (10.7)	281 (100.0)
기타비영리단체	26 (57.8)	17 (37.8)	2 (4.4)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	27 (24.8)	77 (70.6)	5 (4.6)	109 (100.0)
합계	162 (37.2)	236 (54.3)	37 (8.5)	435 (100.0)
개원일기준				
~1999년	42 (37.8)	65 (58.6)	4 (3.6)	111 (100.0)
2000년~2003년	37 (39.8)	47 (50.5)	9 (9.7)	93 (100.0)
2004년~	83 (35.9)	124 (53.7)	24 (10.4)	231 (100.0)
합계	162 (37.2)	236 (54.3)	37 (8.5)	435 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	19 (24.4)	53 (67.9)	6 (7.7)	78 (100.0)
30~50인 미만	12 (21.8)	38 (69.1)	5 (9.1)	55 (100.0)
50~100인 미만	104 (41.6)	124 (49.6)	22 (8.8)	250 (100.0)
100인 이상	27 (51.9)	21 (40.4)	4 (7.7)	52 (100.0)
합계	162 (37.2)	236 (54.3)	37 (8.5)	435 (100.0)
소재지유형별				
대도시	33 (35.9)	51 (55.4)	8 (8.7)	92 (100.0)
중소도시	92 (37.1)	135 (54.4)	21 (8.5)	248 (100.0)
농어촌	36 (38.7)	49 (52.7)	8 (8.6)	93 (100.0)
합계	161 (37.2)	235 (54.3)	37 (8.5)	433 (100.0)

2. 직원 교육 및 평가

<표 3-9>는 직무의 효율화를 위해서 직원의 업무배치도나 업무의 순환방식, 또는 직원승진에 시설의 독자적인 방법을 개발하여 실시하고 있는지에 대해 조사한 것으로, 실시하고 있는 시설이 58.8%, 그렇지 않은 시설이 41.2%를 차지하고 있다.

직무의 효율화는 시설경영차원에서 중요하게 고려하고 있는 사항으로 업무의 생산성과도 직결되는 것이기 때문에 노인장기요양보험제도의 도입에 대응하기 위해서는 시설에서의 준비가 요구되고 있다.

<표 3-10>은 직원들에 대한 연수교육 등의 실시여부를 조사한 것으로, 실시하고 있는 시설이 79.6%, 그렇지 않은 시설이 19.0%, “잘 모르겠다”고 한 시설이 1.4%로 나타났다. 그런데, 무료시설인 경우는 거의 대부분이 직원연수교육을 실시하고 있는 반면에, 실비나 유료시설인 경우에는 무료시설에 비하여 상대적으로 실시하지 않고 있는 비중이 높게 나타나고 있다.

직원에 대한 연수교육의 방법으로는 OJT방식(시설내 직무를 통한 연수나 슈퍼비전 등을 통한 교육훈련)이 60.6%, OFF-JT방식(직무를 떠난 외부에서의 집단연수나 파견연수 등을 통한 교육훈련)이 55.4%, SDS방식(시설에서 자기계발을 지원하거나 개별적인 외부 연수 등에 대한 지원)이 42.7%로 나타나고 있는데, 다양한 방식을 시설마다 채택하고 있는 것으로 보인다(표 3-11 참조). 그런데, 보편적으로 실시할 수 있는 OJT방식의 직원연수를 모든 시설에서 수행하고 있지 않다는 것은 문제로 지적할 수 있다.

이러한 직원에 대한 연수교육의 실시를 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 변화정도를 조사한 결과를 보면, “지금보다 더 강화하겠다”는 시설이 52.5%, “지금과 같은 수준에서 실시하겠다”는 시설이 33.7%, “지금보다는 줄여서 실시하겠다”는 시설이 8.9%로 나타났다. 특히 시설유형별로 보면, 강화의 의향을 보인 시설이 무료시설보다는 실비시설, 유료시설이 상대적으로 더 많은

것으로 나타났다. 그러나, 무료시설에서 상대적으로 축소의향이 높게 나타났다 (표 3-12 참조).

〈표 3-9〉 직무 효율화를 위한 시설독자적인 방법의 개발 실시 유무

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	71 (57.7)	52 (42.3)	123 (100.0)
요양시설(실비)	68 (58.1)	49 (41.9)	117 (100.0)
요양시설(유료)	15 (51.7)	14 (48.3)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	70 (59.3)	48 (40.7)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	20 (66.7)	10 (33.3)	30 (100.0)
합계	257 (58.8)	180 (41.2)	437 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	111 (53.6)	96 (46.4)	207 (100.0)
복합	146 (63.5)	84 (36.5)	230 (100.0)
합계	257 (58.8)	180 (41.2)	437 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	175 (61.6)	109 (38.4)	284 (100.0)
기타비영리단체	24 (54.5)	20 (45.5)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	58 (53.2)	51 (46.8)	109 (100.0)
합계	257 (58.8)	180 (41.2)	437 (100.0)
개원일기준			
~1999년	69 (62.2)	42 (37.8)	111 (100.0)
2000년~2003년	57 (61.3)	36 (38.7)	93 (100.0)
2004년~	131 (56.2)	102 (43.8)	233 (100.0)
합계	257 (58.8)	180 (41.2)	437 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	35 (44.9)	43 (55.1)	78 (100.0)
30~50인 미만	35 (63.6)	20 (36.4)	55 (100.0)
50~100인 미만	156 (61.9)	96 (38.1)	252 (100.0)
100인 이상	31 (59.6)	21 (40.4)	52 (100.0)
합계	257 (58.8)	180 (41.2)	437 (100.0)
소재지유형별			
대도시	53 (56.4)	41 (43.6)	94 (100.0)
중소도시	153 (61.7)	95 (38.3)	248 (100.0)
농어촌	50 (53.8)	43 (46.2)	93 (100.0)
합계	256 (58.9)	179 (41.1)	435 (100.0)

〈표 3-10〉 직원 연수교육 실시 유무

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	116 (94.3)	6 (4.9)	1 (0.8)	123 (100.0)
요양시설(실비)	74 (63.8)	40 (34.5)	2 (1.7)	116 (100.0)
요양시설(유료)	14 (48.3)	15 (51.7)	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	109 (94.1)	6 (5.2)	-	115 (100.0)
전문요양시설(실비)	14 (70.0)	6 (30.0)	-	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	16 (57.1)	9 (32.1)	3 (10.7)	28 (100.0)
합계	343 (79.6)	82 (19.0)	6 (1.4)	431 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	138 (68.0)	61 (30.0)	4 (2.0)	203 (100.0)
복합	205 (89.9)	21 (9.2)	2 (0.9)	228 (100.0)
합계	343 (79.6)	82 (19.0)	6 (1.4)	431 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	253 (90.0)	27 (9.6)	1 (0.4)	281 (100.0)
기타비영리단체	43 (97.8)	1 (2.3)	-	44 (100.0)
개인 및 영리단체	47 (44.3)	54 (50.9)	5 (4.7)	106 (100.0)
합계	343 (79.6)	82 (19.0)	6 (1.4)	431 (100.0)
개원일기준				
~1999년	96 (87.3)	14 (12.7)	-	110 (100.0)
2000년~2003년	71 (78.9)	18 (20.0)	1 (1.1)	90 (100.0)
2004년~	176 (76.2)	50 (21.6)	5 (2.2)	231 (100.0)
합계	343 (79.6)	82 (19.0)	6 (1.4)	431 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	31 (40.3)	42 (54.5)	4 (5.2)	77 (100.0)
30~50인 미만	40 (75.5)	12 (22.6)	1 (1.9)	53 (100.0)
50~100인 미만	222 (88.8)	27 (10.8)	1 (0.4)	250 (100.0)
100인 이상	50 (98.0)	1 (2.0)	-	51 (100.0)
합계	343 (79.6)	82 (19.0)	6 (1.4)	431 (100.0)
소재지유형별				
대도시	84 (89.4)	10 (10.6)	-	94 (100.0)
중소도시	194 (79.5)	45 (18.4)	5 (2.0)	244 (100.0)
농어촌	64 (70.3)	26 (28.6)	1 (1.1)	91 (100.0)
합계	342 (79.7)	81 (18.9)	6 (1.4)	429 (100.0)

〈표 3-11〉 직원 연수교육 실시 방법(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	68 (57.6)	70 (59.3)	50 (42.4)	7 (5.9)	118
요양시설(실비)	47 (56.0)	42 (50.0)	30 (35.7)	3 (3.6)	84
요양시설(유료)	9 (52.9)	5 (29.4)	6 (35.3)	1 (5.9)	17
전문요양시설(무료)	79 (69.3)	73 (64.0)	55 (48.2)	2 (1.8)	114
전문요양시설(실비)	9 (60.0)	6 (40.0)	10 (66.7)	1 (6.7)	15
전문요양시설(유료)	11 (55.0)	8 (40.0)	6 (30.0)	4 (20.0)	20
합계	223 (60.6)	204 (55.4)	157 (42.7)	18 (4.9)	368
시설복합운영유무별					
단일	79 (51.0)	84 (54.2)	57 (36.8)	7 (4.5)	155
복합	144 (67.6)	120 (56.3)	100 (46.9)	11 (5.2)	213
합계	223 (60.6)	204 (55.4)	157 (42.7)	18 (4.9)	368
운영주체별					
사회복지법인	173 (66.0)	155 (59.2)	109 (41.6)	13 (5.0)	262
기타비영리단체	25 (58.1)	24 (55.8)	24 (55.8)	-	43
개인 및 영리단체	25 (39.7)	25 (39.7)	24 (38.1)	5 (7.9)	63
합계	223 (60.6)	204 (55.4)	157 (42.7)	18 (4.9)	368
개원일기준					
~1999년	57 (57.0)	59 (59.0)	50 (50.0)	7 (7.0)	100
2000~2003년	49 (64.5)	38 (50.0)	34 (44.7)	2 (2.6)	76
2004년~	117 (60.9)	107 (55.7)	73 (38.0)	9 (4.7)	192
합계	223 (60.6)	204 (55.4)	157 (42.7)	18 (4.9)	368
입소정원규모별					
30인 미만	11 (25.6)	17 (39.5)	13 (30.2)	5 (11.6)	43
30~50인 미만	25 (56.8)	19 (43.2)	16 (36.4)	1 (2.3)	44
50~100인 미만	153 (66.5)	135 (58.7)	108 (47.0)	11 (4.8)	230
100인 이상	34 (66.7)	33 (64.7)	20 (39.2)	1 (2.0)	51
합계	223 (60.6)	204 (55.4)	157 (42.7)	18 (4.9)	368
소재지유형별					
대도시	52 (61.9)	48 (57.1)	37 (44.0)	4 (4.8)	84
중소도시	131 (62.4)	110 (52.4)	93 (44.3)	11 (5.2)	210
농어촌	40 (54.8)	45 (61.6)	27 (37.0)	3 (4.1)	73
합계	223 (60.8)	203 (55.3)	157 (42.8)	18 (4.9)	367

〈표 3-12〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 직원 연수교육 강화 의향

(단위: 개소, %)

운영주체별					
요양시설(무료)	51 (42.1)	41 (33.9)	21 (17.4)	8 (6.6)	121 (100.0)
요양시설(실비)	68 (59.1)	37 (32.2)	6 (5.2)	4 (3.5)	115 (100.0)
요양시설(유료)	19 (70.4)	6 (22.2)	-	2 (7.4)	27 (100.0)
전문요양시설(무료)	58 (50.4)	45 (39.1)	10 (8.7)	2 (1.7)	115 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (55.0)	7 (35.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	17 (58.6)	8 (27.6)	-	4 (13.8)	29 (100.0)
합계	224 (52.5)	144 (33.7)	38 (8.9)	21 (4.9)	427 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	107 (52.7)	71 (35.0)	13 (6.4)	12 (5.9)	203 (100.0)
복합	117 (52.2)	73 (32.6)	25 (11.2)	9 (4.0)	224 (100.0)
합계	224 (52.5)	144 (33.7)	38 (8.9)	21 (4.9)	427 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	141 (50.9)	97 (35.0)	28 (10.1)	11 (4.0)	277 (100.0)
기타비영리단체	19 (43.2)	15 (34.1)	8 (18.2)	2 (4.5)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	64 (60.4)	32 (30.2)	2 (1.9)	8 (7.5)	106 (100.0)
합계	224 (52.5)	144 (33.7)	38 (8.9)	21 (4.9)	427 (100.0)
개원일기준					
~1999년	50 (47.2)	36 (34.0)	14 (13.2)	6 (5.7)	106 (100.0)
2000년~2003년	48 (53.9)	24 (27.0)	9 (10.1)	8 (9.0)	89 (100.0)
2004년~	126 (54.3)	84 (36.2)	15 (6.5)	7 (3.0)	232 (100.0)
합계	224 (52.5)	144 (33.7)	38 (8.9)	21 (4.9)	427 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	44 (57.9)	25 (32.9)	2 (2.6)	5 (6.6)	76 (100.0)
30~50인 미만	32 (58.2)	16 (29.1)	4 (7.3)	3 (5.5)	55 (100.0)
50~100인 미만	118 (48.0)	89 (36.2)	27 (11.0)	12 (4.9)	246 (100.0)
100인 이상	30 (60.0)	14 (28.0)	5 (10.0)	1 (2.0)	50 (100.0)
합계	224 (52.5)	144 (33.7)	38 (8.9)	21 (4.9)	427 (100.0)
소재지유형별					
대도시	46 (50.0)	31 (33.7)	7 (7.6)	8 (8.7)	92 (100.0)
중소도시	131 (53.9)	80 (32.9)	23 (9.5)	9 (3.7)	243 (100.0)
농어촌	479 (52.2)	32 (35.6)	7 (7.8)	4 (4.4)	90 (100.0)
합계	224 (52.7)	143 (33.6)	37 (8.7)	21 (4.9)	425 (100.0)

<표 3-13>은 인사고과제도 등과 같이 직원들에 대한 독자적인 업무평가체계를 개발하여 실시하고 있는지를 조사한 것으로, 실시하고 있는 시설이 38.4%, 그렇지 않은 시설이 61.6%로 나타나, 업무의 생산성이나 효율성을 제고시키기 위한 노력이 아직은 미흡한 것으로 보인다. 이와 같이 미실시의 시설이 많은 이유는 직원평가이후 이에 상응하는 인센티브가 주어지지 못하기 때문에 평가의 의의가 없다는 데에 있다.

<표 3-14>는 정규직 직원들에 대한 임금지급방식에 대해 조사한 것으로, 호봉제방식은 80.3%, 연봉제방식은 12.1%, 호봉제와 연봉제의 혼합방식은 7.6%의 시설에서 실시하고 있는 것으로 나타났다. 대부분의 시설이 호봉제를 택하고 있는데, 이는 대부분의 시설이 무료 또는 실비시설인데, 이는 국고보조금 지원기준이 호봉제를 기반으로 하고 있기 때문이라 할 수 있다. 조사결과를 보더라도 국고지원을 전혀 받고 있지 않는 유료시설인 경우에는 호봉제방식보다는 연봉제방식의 임금지급방식을 더 많이 선호하고 있는 것으로 나타났다.

이러한 임금지급방식은 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 어떠한 변화의 발생이 예상되는가를 살펴보면, 호봉제방식은 16.0%, 연봉제방식은 43.5%, 호봉제와 연봉제의 혼합방식은 40.5%의 시설에서 실시하겠다는 것으로 나타나, 호봉제방식을 가능한 한 지양하고 연봉제이든지, 연봉제를 가미한 방식을 택할 것으로 응답한 것으로 나타났다(표 3-15 참조).

이러한 향후 임금지급방식의 변화는 그 지급기준이 되는 종사자의 업무 전문성이나 생산성에 기초로 하여야 하는 것이 일반적인데, 실태조사에서는 오히려 성실성이나 인간관계성을 상대적으로 더 중요시하는 것으로 나타나고 있어 순수한 연봉제의 선택은 당분간 쉽지마는 않을 것으로 보인다.

〈표 3-13〉 직원들에 대한 업무평가제도 개발 실시여부

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	47 (38.2)	76 (61.8)	123 (100.0)
요양시설(실비)	34 (29.6)	81 (70.5)	15 (100.0)
요양시설(유료)	10 (34.5)	19 (65.5)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	60 (50.8)	58 (49.2)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	8 (40.0)	12 (60.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	8 (26.7)	22 (73.3)	30 (100.0)
합계	167 (38.4)	268 (61.6)	435 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	69 (33.5)	137 (66.5)	206 (100.0)
복합	98 (42.8)	131 (57.2)	229 (100.0)
합계	167 (38.4)	268 (61.6)	435 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	125 (44.2)	158 (55.8)	283 (100.0)
기타비영리단체	19 (2.2)	26 (57.8)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	23 (21.5)	84 (78.5)	107 (100.0)
합계	167 (38.4)	268 (61.6)	35 (100.0)
개원일기준			
~1999년	38 (34.5)	72 (65.4)	110 (100.0)
2000년~2003년	44 (47.3)	49 (52.7)	93 (100.0)
2004년~	85 (36.6)	147 (63.4)	232 (100.0)
합계	167 (38.4)	268 (61.6)	435 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	17 (22.4)	59 (77.6)	76 (100.0)
30~50인 미만	16 (29.1)	39 (70.9)	55 (100.0)
50~100인 미만	110 (43.7)	142 (56.3)	252 (100.0)
100인 이상	24 (46.2)	28 (53.8)	52 (100.0)
합계	167 (38.4)	268 (61.6)	435 (100.0)
소재지유형별			
대도시	38 (40.4)	56 (59.6)	94 (100.0)
중소도시	93 (37.7)	154 (62.3)	247 (100.0)
농어촌	36 (39.1)	56 (60.9)	92 (100.0)
합계	167 (38.6)	266 (61.4)	433 (100.0)

〈표 3-14〉 정규직직원에 대한 임금지급방식

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	120 (97.6)	1 (0.8)	2 (1.6)	123 (100.0)
요양시설(실비)	81 (71.1)	15 (13.2)	18 (15.8)	114 (100.0)
요양시설(유료)	9 (32.1)	17 (60.7)	2 (7.1)	28 (100.0)
전문요양시설(무료)	113 (96.6)	2 (1.7)	2 (1.7)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	15 (78.9)	1 (5.3)	3 (15.8)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	8 (26.7)	16 (53.3)	6 (20.0)	30 (100.0)
합계	346 (80.3)	52 (12.1)	33 (7.6)	431 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	142 (69.6)	40 (19.6)	22 (10.8)	204 (100.0)
복합	204 (89.9)	12 (5.3)	11 (4.8)	227 (100.0)
합계	346 (80.3)	52 (12.1)	33 (7.6)	431 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	269 (95.1)	8 (2.8)	6 (2.1)	283 (100.0)
기타비영리단체	43 (95.6)	1 (2.2)	1 (2.2)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	34 (33.0)	43 (42.0)	26 (25.0)	103 (100.0)
합계	346 (80.3)	52 (12.1)	33 (7.6)	431 (100.0)
개원일기준				
~1999년	94 (84.7)	8 (7.2)	9 (8.1)	111 (100.0)
2000년~2003년	70 (77.8)	10 (11.1)	10 (11.1)	90 (100.0)
2004년~	182 (79.1)	34 (14.8)	14 (6.1)	230 (100.0)
합계	346 (80.3)	52 (12.1)	33 (7.6)	431 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	24 (32.9)	31 (42.5)	18 (24.7)	73 (100.0)
30~50인 미만	35 (64.8)	10 (18.5)	9 (16.7)	54 (100.0)
50~100인 미만	240 (95.2)	8 (3.2)	4 (1.6)	252 (100.0)
100인 이상	47 (90.4)	3 (5.8)	2 (3.8)	52 (100.0)
합계	346 (80.3)	52 (12.1)	33 (7.6)	431 (100.0)
소재지유형별				
대도시	81 (86.2)	8 (8.5)	5 (5.3)	94 (100.0)
중소도시	194 (79.8)	35 (14.4)	14 (5.8)	243 (100.0)
농어촌	70 (76.1)	9 (9.8)	13 (14.1)	92 (100.0)
합계	345 (80.4)	52 (12.1)	32 (7.5)	429 (100.0)

〈표 3-15〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직원에 대한 임금지급방식

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	17 (14.3)	54 (45.4)	19 (16.0)	29 (24.4)	119 (100.0)
요양시설(실비)	21 (17.9)	43 (36.8)	33 (28.2)	20 (17.1)	117 (100.0)
요양시설(유료)	4 (14.8)	13 (48.1)	5 (18.5)	5 (18.5)	27 (100.0)
전문요양시설(무료)	21 (17.8)	52 (44.1)	20 (16.9)	25 (21.2)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	3 (15.8)	11 (57.9)	3 (15.8)	2 (10.5)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	3 (10.0)	14 (46.7)	6 (20.0)	7 (23.3)	30 (100.0)
합계	69 (16.0)	187 (43.5)	86 (20.0)	88 (20.5)	430 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	35 (17.1)	89 (43.4)	42 (20.5)	39 (19.0)	205 (100.0)
복합	34 (15.1)	98 (43.6)	44 (19.6)	49 (21.8)	225 (100.0)
합계	69 (16.0)	187 (43.5)	86 (20.0)	88 (20.5)	430 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	39 (13.8)	125 (44.3)	53 (18.8)	65 (23.0)	282 (100.0)
기타비영리단체	9 (20.5)	23 (52.3)	7 (15.9)	5 (11.4)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	21 (20.2)	39 (37.5)	26 (25.0)	18 (17.3)	104 (100.0)
합계	69 (16.0)	187 (43.5)	86 (20.0)	88 (20.5)	430 (100.0)
개원일기준					
~1999년	15 (13.8)	47 (43.1)	20 (18.3)	27 (24.8)	109 (100.0)
2000년~2003년	16 (18.0)	32 (36.0)	22 (24.7)	19 (21.3)	89 (100.0)
2004년~	38 (16.4)	108 (46.6)	44 (19.0)	42 (18.1)	232 (100.0)
합계	69 (16.0)	187 (43.5)	86 (20.0)	88 (20.5)	430 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	17 (22.7)	24 (32.0)	18 (24.0)	16 (21.3)	5 (100.0)
30~50인 미만	7 (13.0)	23 (42.6)	13 (24.1)	11 (20.4)	54 (100.0)
50~100인 미만	35 (14.1)	121 (48.6)	46 (18.5)	47 (18.9)	249 (100.0)
100인 이상	10 (19.2)	19 (36.5)	9 (17.3)	14 (26.9)	52 (100.0)
합계	69 (16.0)	187 (43.5)	86 (20.0)	88 (20.5)	430 (100.0)
소재지유형별					
대도시	17 (18.7)	37 (40.7)	19 (20.9)	8 (19.8)	91 (100.0)
중소도시	37 (15.1)	108 (44.1)	50 (20.4)	50 (20.4)	245 (100.0)
농어촌	15 (16.3)	41 (44.6)	17 (18.5)	19 (20.7)	92 (100.0)
합계	69 (16.1)	186 (43.5)	86 (20.1)	87 (20.3)	428 (100.0)

3. 직원 후생

<표 3-16>은 직원들의 복리후생제도에 대한 실시유무에 대해 조사한 것으로, 제도가 없다고 응답한 시설이 48.1%, 제도가 있다고 한 시설이 51.9%로 거의 반반씩 차지하고 있는 것으로 나타났다. 그 중에서도 유료시설의 경우에서 복리후생제도가 없다고 응답한 시설의 비중이 무료나 실비시설에 비해서 상대적으로 더 높게 나타났다.

이러한 현상은 노인(전문)요양시설이 아직도 재정적으로 취약하다는 것을 알 수 있으며, 또한, 시설유형별로 보면 무료시설보다는 실비시설이나 유료시설이 재정적으로 더 취약하다는 것을 짐작할 수 있다. 특히, 유료시설의 경우에는 시설규모가 소규모인데다가 개인이 운영하는 시설이 중심이라는 점을 감안한다면, 재정적으로 취약하다는 것을 짐작할 수 있다.

한편, 이러한 직원 복리후생제도가 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 어떠한 변화가 예상될 것인가를 조사한 결과, “현재보다는 강화하여 운영하겠다”는 시설이 38.5%, “현재와 같은 수준에서 운영하겠다”는 시설이 46.1%, “현재보다는 줄여서 운영하겠다”는 시설이 9.8%, “가급적이면 제도를 폐지하는 방향으로 하겠다”는 시설이 5.6%로 나타났다. 즉, 대부분의 시설이 현재의 수준을 유지하거나 강화하겠다는 의향을 보이고 있는데, 다만 복리후생제도가 없는 시설이 전체의 절반가량이 된다는 점을 감안한다면, 복리후생제도의 활성화는 미미할 것으로 보인다(표 3-17 참조).

그리고 시설의 유형별로 보면, 무료시설은 상대적으로 현재의 수준을 유지하겠다는 비중이 높은 반면에, 유료시설은 현재보다는 강화시키는 방향으로 생각하고 있는 것으로 보인다.

〈표 3-16〉 직원 복리후생제도 유무

(단위: 개소, %)

	없다	있다	합계
운영형태별			
요양시설(무료)	37 (35.2)	68 (64.8)	105 (100.0)
요양시설(실비)	74 (66.1)	38 (33.9)	112 (100.0)
요양시설(유료)	19 (70.4)	8 (29.6)	27 (100.0)
전문요양시설(무료)	39 (35.5)	71 (64.5)	110 (100.0)
전문요양시설(실비)	8 (47.1)	9 (52.9)	17 (100.0)
전문요양시설(유료)	15 (53.6)	13 (46.4)	28 (100.0)
합계	192 (48.1)	207 (51.9)	399 (100.0)
시설복합유무별			
단일	112 (57.4)	83 (42.6)	195 (100.0)
복합	80 (39.2)	124 (60.8)	204 (100.0)
합계	192 (48.1)	207 (51.9)	399 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	100 (39.4)	154 (60.6)	254 (100.0)
기타비영리단체	16 (39.0)	25 (61.0)	41 (100.0)
개인 및 영리단체	76 (73.1)	28 (26.9)	104 (100.0)
합계	192 (48.1)	207 (51.9)	399 (100.0)
개원일기준			
~1999년	41 (41.8)	57 (58.2)	98 (100.0)
2000년~2003년	33 (40.2)	49 (59.8)	82 (100.0)
2004년~	118 (53.9)	101 (46.1)	219 (100.0)
합계	192 (48.1)	207 (51.9)	399 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	59 (78.7)	16 (21.3)	75 (100.0)
30~50인 미만	31 (58.5)	22 (41.5)	53 (100.0)
50~100인 미만	87 (38.5)	139 (61.5)	226 (100.0)
100인 이상	15 (33.3)	30 (66.7)	45 (100.0)
합계	192 (48.1)	207 (51.9)	399 (100.0)
소재지유형별			
대도시	36 (42.4)	49 (57.6)	85 (100.0)
중소도시	112 (49.6)	114 (50.4)	226 (100.0)
농어촌	42 (48.8)	44 (51.2)	86 (100.0)
합계	190 (47.9)	207 (52.1)	397 (100.0)

〈표 3-17〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직원 복리후생제도 시행정도

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	29 (28.4)	51 (50.0)	14 (13.7)	8 (7.8)	102 (100.0)
요양시설(실비)	46 (48.9)	37 (39.4)	5 (5.3)	6 (6.4)	94 (100.0)
요양시설(유료)	15 (65.2)	8 (34.8)	-	-	23 (100.0)
전문요양시설(무료)	28 (28.3)	53 (53.5)	13 (13.1)	5 (5.1)	99 (100.0)
전문요양시설(실비)	6 (42.9)	6 (42.9)	2 (14.3)	-	14 (100.0)
전문요양시설(유료)	14 (53.8)	10 (38.5)	1 (3.8)	1 (3.8)	26 (100.0)
합계	138 (38.5)	165 (46.1)	35 (9.8)	20 (5.6)	358 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	73 (44.2)	68 (41.2)	15 (9.1)	9 (5.5)	165 (100.0)
복합	65 (33.7)	97 (50.3)	20 (10.4)	11 (5.7)	193 (100.0)
합계	138 (38.5)	165 (46.1)	35 (9.8)	20 (5.6)	358 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	79 (33.2)	116 (48.7)	29 (12.2)	14 (5.9)	238 (100.0)
기타비영리단체	9 (25.0)	19 (52.8)	4 (11.1)	4 (11.1)	36 (100.0)
개인 및 영리단체	50 (59.5)	30 (35.7)	2 (2.4)	2 (2.4)	84 (100.0)
합계	138 (38.5)	165 (46.1)	35 (9.8)	20 (5.6)	358 (100.0)
개원일기준					
~1999년	24 (27.6)	50 (57.5)	11 (12.6)	2 (2.3)	87 (100.0)
2000년~2003년	43 (52.4)	30 (36.6)	4 (4.9)	5 (6.1)	82 (100.0)
2004년~	71 (37.6)	85 (45.0)	20 (10.6)	13 (6.9)	189 (100.0)
합계	138 (38.5)	165 (46.1)	35 (9.8)	29 (5.6)	358 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	37 (61.7)	21 (35.0)	-	2 (3.3)	60 (100.0)
30~50인 미만	21 (48.8)	16 (37.2)	4 (9.3)	2 (4.7)	43 (100.0)
50~100인 미만	63 (29.9)	108 (51.2)	25 (11.8)	15 (7.1)	211 (100.0)
100인 이상	17 (38.6)	20 (45.5)	6 (13.6)	1 (2.3)	44 (100.0)
합계	138 (38.5)	165 (46.1)	35 (9.8)	20 (5.6)	358 (100.0)
소재지유형별					
대도시	25 (33.8)	39 (52.7)	7 (9.5)	3 (4.1)	74 (100.0)
중소도시	83 (40.0)	91 (44.0)	18 (8.7)	15 (7.2)	207 (100.0)
농어촌	30 (39.5)	34 (44.7)	10 (13.2)	2 (2.6)	76 (100.0)
합계	138 (38.7)	164 (45.9)	35 (9.8)	20 (5.6)	357 (100.0)

<표 3-18>은 직원들이 업무를 수행하면서 느끼는 스트레스나 갈등(직원들간의 인간관계 갈등도 포함) 등을 해소시켜줄 수 있는 방안의 마련에 대해 조사한 결과, “대책을 마련하고 있는” 시설이 71.0%, 그렇지 않은 시설이 29.0%로 나타났다. 이와 같이 시설전체가 대책을 마련하고 있지 않다는 것은 앞으로 노인장기요양보험제도의 도입으로 인한 스트레스강도가 지금보다는 더 클 것으로 예상되고 있기 때문에, 시설운영상의 문제를 크게 발생시킬 우려가 있다. 그리고 시설유형별로 보면, 방안마련이 되어 있지 못한 시설이 무료시설보다는 실비나 유료시설이 상대적으로 더 많은 것으로 나타났다.

<표 3-19>는 직원들의 업무수행과 관련하여 발생하는 스트레스나 갈등의 해소방안에 대해 조사한 것으로, 특별휴가 제공방식이 15.4%, 상급직원과의 개별상담방식이 66.9%, 시설내 전문상담자와의 상담방식이 6.6%, 시설밖의 의료기관 상담의뢰방식이 1.2%, 기타방식이 9.9%의 시설에서 채택되고 있는 것으로 나타났다. 70%이상의 시설이 시설내에서 해소시키고 있는 것으로 볼 수 있는데, 이러한 갈등이 해소되지 않는 경우에는 입소생활자에 대한 학대로 이어질 수 있기 때문에 시설에서의 효과적인 대응이 요구된다.

〈표 3-18〉 직원들의 업무수행관련 갈등 해소방안 마련 유무

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	86 (71.1)	35 (28.9)	121 (100.0)
요양시설(실비)	75 (64.7)	41 (35.3)	116 (100.0)
요양시설(유료)	19 (67.9)	9 (32.1)	28 (100.0)
전문요양시설(무료)	99 (83.9)	19 (16.1)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (57.9)	8 (42.1)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	16 (55.2)	13 (44.8)	29 (100.0)
합계	306 (71.0)	125 (29.0)	431 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	141 (68.1)	66 (31.9)	207 (100.0)
복합	165 (73.7)	59 (26.3)	224 (100.0)
합계	306 (71.0)	125 (29.0)	431 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	210 (74.5)	72 (25.6)	282 (100.0)
기타비영리단체	32 (74.4)	11 (25.6)	43 (100.0)
개인 및 영리단체	64 (60.4)	42 (39.6)	106 (100.0)
합계	306 (71.0)	125 (29.0)	431 (100.0)
개원일기준			
~1999년	79 (71.8)	31 (28.2)	110 (100.0)
2000년~2003년	65 (71.4)	26 (28.6)	91 (100.0)
2004년~	162 (70.4)	68 (29.1)	230 (100.0)
합계	306 (71.0)	125 (29.0)	431 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	45 (58.4)	32 (41.6)	77 (100.0)
30~50인 미만	30 (58.8)	21 (41.2)	51 (100.0)
50~100인 미만	190 (75.4)	62 (24.6)	252 (100.0)
100인 이상	41 (80.4)	10 (19.6)	51 (100.0)
합계	306 (71.0)	125 (29.0)	431 (100.0)
소재지유형별			
대도시	63 (67.0)	31 (33.0)	94 (100.0)
중소도시	172 (70.8)	71 (29.2)	243 (100.0)
농어촌	69 (75.0)	23 (25.0)	92 (100.0)
합계	304 (70.9)	125 (29.1)	429 (100.0)

〈표 3-19〉 직원들의 업무수행관련 갈등 해소방안

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	17 (18.7)	58 (63.7)	6 (6.6)	2 (2.2)	8 (8.8)	91 (100.0)
요양시설(실비)	18 (20.7)	54 (62.1)	5 (5.7)	1 (1.1)	9 (10.3)	87 (100.0)
요양시설(유료)	2 (10.5)	10 (52.6)	3 (15.8)	-	4 (21.1)	19 (100.0)
전문요양시설(무료)	9 (8.9)	79 (78.2)	5 (5.0)	1 (1.0)	7 (6.9)	101 (100.0)
전문요양시설(실비)	2 (13.3)	9 (60.0)	2 (13.3)	-	2 (13.3)	15 (100.0)
전문요양시설(유료)	3 (15.8)	12 (63.2)	1 (5.3)	-	3 (15.8)	19 (100.0)
합계	51 (15.4)	222 (66.9)	22 (6.6)	4 (1.2)	33 (9.9)	332 (100.0)
시설복합운영유무별						
단일	30 (19.2)	90 (57.7)	14 (9.0)	2 (1.3)	20 (12.8)	156 (100.0)
복합	21 (11.9)	132 (75.0)	8 (4.5)	2 (1.1)	13 (7.4)	176 (100.0)
합계	51 (15.4)	222 (66.9)	22 (6.6)	4 (1.2)	33 (9.9)	332 (100.0)
운영주체별						
사회복지법인	29 (13.3)	155 (71.1)	12 (5.5)	1 (0.5)	21 (9.6)	218 (100.0)
기타비영리단체	4 (11.4)	26 (74.3)	2 (5.7)	1 (2.9)	2 (5.7)	35 (100.0)
개인 및 영리단체	18 (22.8)	41 (51.9)	8 (10.1)	2 (2.5)	10 (12.7)	79 (100.0)
합계	51 (15.4)	222 (66.9)	22 (6.6)	4 (1.2)	33 (9.9)	332 (100.0)
개원일기준						
~1999년	12 (14.5)	59 (71.1)	3 (3.6)	2 (2.4)	7 (8.4)	83 (100.0)
2000년~2003년	12 (17.4)	40 (58.0)	7 (10.1)	-	10 (14.5)	69 (100.0)
2004년~	27 (15.0)	123 (68.3)	12 (6.7)	2 (1.1)	16 (8.9)	180 (100.0)
합계	51 (15.4)	222 (66.9)	22 (6.6)	4 (1.2)	33 (9.9)	332 (100.0)
입소정원규모별						
30인 미만	17 (30.9)	26 (47.3)	7 (12.7)	1 (1.8)	4 (7.3)	55 (100.0)
30~50인 미만	4 (10.8)	24 (64.9)	2 (5.4)	-	7 (18.9)	37 (100.0)
50~100인 미만	27 (13.6)	142 (71.7)	11 (5.5)	2 (1.0)	16 (8.1)	198 (100.0)
100인 이상	3 (7.1)	30 (71.4)	2 (4.8)	1 (2.4)	6 (14.3)	42 (100.0)
합계	51 (15.4)	222 (66.9)	22 (6.6)	4 (1.2)	33 (9.9)	332 (100.0)
소재지유형별						
대도시	11 (16.4)	50 (74.6)	4 (6.0)	-	2 (3.0)	67 (100.0)
중소도시	28 (15.0)	125 (66.8)	14 (7.5)	1 (0.5)	19 (10.2)	187 (100.0)
농어촌	12 (15.8)	46 (60.5)	4 (5.3)	2 (2.6)	12 (15.8)	76 (100.0)
합계	51 (15.5)	221 (67.0)	22 (6.7)	3 (0.9)	33 (10.0)	330 (100.0)

<표 3-20>은 직원들의 근로시간 등 직무조건(근로조건)에 대해서 느끼고 있는 수준을 조사한 것으로, “좋은 편”인 시설이 전체의 41.6%, “보통”인 시설이 43.9%, “좋지 못한 편”인 시설이 14.4%로 나타났다. 대부분의 시설이 대체적으로 큰 문제가 없는 것으로 보이는데, 그 중에서도 실비나 유료시설인 경우가 무료시설에 비해서 좋지 못하다는 응답이 상대적으로 더 많은 것으로 나타났다. 이는 시설규모가 작을수록, 그리고 개인 및 영리단체가 운영하는 시설일수록 근무조건이 좋지 못하다고 하는 비중이 더 높게 나타나고 있다는 것으로 보더라도 유료시설에서의 직원 처우개선택이 필요한 것으로 보인다.

이와 같은 직무조건이 노인장기요양보험제도의 도입에 따라 어떻게 변화할 것인가를 조사한 결과를 보면, “더 좋아질 것”이라는 시설이 19.7%, “거의 변함이 없을 것”이라는 시설이 35.0%, “더 나빠질 것”이라는 시설이 40.5%, “잘 모르겠다”는 시설이 4.8%로 나타났다(표 3-21 참조). 따라서, 제도도입을 계기로 더 나빠질 것으로 생각하는 시설이 많은 비중을 차지하고 있다. 이는 그 요인에 대한 면밀한 분석이 추가적으로 요구되지만, 현재 시설에서 바라보고 있는 노인장기요양보험제도에 대한 인식은 크게 호의적이라고 보기에는 어렵다.

이를 시설유형별로 보면, 무료시설인 경우가 “더 나빠질 것”이라는 비중이 높은 반면에 실비나 유료시설인 경우는 무료시설에 비하여 “더 좋아지거나 변함이 없을 것”으로 생각하는 경향이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다. 이와 같이 시설유형별로 상반된 인식을 보여주고 있는 것은 기존의 무료시설이 국고지원시설보다도 운영이 취약해질 것으로 보는 경향이 있고, 실비나 유료시설은 이미 취약해진 상태이기 때문에 제도의 도입은 시설의 양호한 운영에 도움이 될 것이라는 기대감을 가지고 있다는 것을 의미하기도 한다.

〈표 3-20〉 직무조건(근로조건) 상태

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	61 (49.6)	51 (41.5)	11 (8.9)	123 (100.0)
요양시설(실비)	37 (31.4)	50 (42.4)	31 (26.3)	118 (100.0)
요양시설(유료)	8 (27.6)	13 (44.8)	8 (27.6)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	57 (48.3)	55 (46.6)	6 (5.1)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	7 (36.8)	7 (36.8)	5 (26.3)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	12 (40.0)	16 (53.3)	2 (6.7)	30 (100.0)
합계	182 (41.6)	192 (43.9)	63 (14.4)	437 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	65 (31.3)	103 (49.5)	40 (19.2)	208 (100.0)
복합	117 (51.1)	89 (38.9)	23 (10.0)	229 (100.0)
합계	182 (41.6)	192 (43.9)	63 (14.4)	437 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	132 (46.5)	130 (45.8)	22 (7.7)	284 (100.0)
기타비영리단체	25 (55.6)	14 (31.1)	6 (13.3)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	25 (23.1)	48 (44.4)	35 (32.4)	108 (100.0)
합계	182 (41.6)	192 (43.9)	63 (14.4)	437 (100.0)
개원일기준				
~1999년	51 (45.9)	46 (41.4)	14 (12.6)	111 (100.0)
2000년~2003년	40 (43.5)	38 (41.3)	14 (15.2)	92 (100.0)
2004년~	91 (38.9)	108 (46.2)	35 (15.0)	234 (100.0)
합계	182 (41.6)	192 (43.9)	63 (14.4)	437 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	18 (23.1)	33 (42.3)	27 (34.6)	78 (100.0)
30~50인 미만	18 (33.3)	22 (40.7)	14 (25.9)	54 (100.0)
50~100인 미만	116 (45.8)	118 (46.6)	19 (7.5)	253 (100.0)
100인 이상	30 (57.7)	19 (36.5)	3 (5.8)	52 (100.0)
합계	182 (41.6)	192 (43.9)	63 (14.4)	437 (100.0)
소재지유형별				
대도시	39 (41.5)	45 (47.9)	10 (10.6)	94 (100.0)
중소도시	103 (41.5)	106 (42.7)	39 (15.7)	248 (100.0)
농어촌	39 (41.9)	41 (44.1)	13 (14.0)	93 (100.0)
합계	181 (41.6)	192 (44.1)	62 (14.3)	435 (100.0)

〈표 3-21〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 직무조건(근로조건) 상태

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	13 (10.6)	41 (33.3)	65 (52.8)	4 (3.3)	123 (100.0)
요양시설(실비)	39 (33.3)	38 (32.5)	34 (29.1)	6 (5.1)	117 (100.0)
요양시설(유료)	15 (51.7)	10 (34.5)	2 (6.9)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	4 (3.4)	43 (36.4)	65 (55.1)	6 (5.1)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	4 (20.0)	8 (40.0)	6 (30.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	11 (36.7)	13 (43.3)	5 (16.7)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	86 (19.7)	153 (35.0)	177 (40.5)	21 (4.8)	437 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	61 (29.3)	73 (35.1)	61 (29.3)	13 (6.3)	208 (100.0)
복합	25 (10.9)	80 (34.9)	116 (50.7)	8 (3.5)	229 (100.0)
합계	86 (19.7)	153 (35.0)	177 (40.5)	21 (4.8)	437 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	25 (8.8)	98 (34.5)	145 (51.1)	16 (5.6)	284 (100.0)
기타비영리단체	5 (11.1)	19 (42.2)	21 (46.7)	-	45 (100.0)
개인 및 영리단체	56 (51.9)	36 (33.3)	11 (10.2)	5 (4.6)	108 (100.0)
합계	86 (19.7)	153 (35.0)	177 (40.5)	21 (4.8)	437 (100.0)
개원일기준					
~1999년	17 (15.5)	35 (31.8)	54 (49.1)	4 (3.6)	110 (100.0)
2000년~2003년	20 (21.5)	37 (39.8)	30 (32.3)	6 (6.5)	93 (100.0)
2004년~	49 (20.9)	81 (34.6)	93 (39.7)	11 (4.7)	234 (100.0)
합계	86 (19.7)	153 (35.0)	177 (40.5)	21 (4.8)	437 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	40 (51.3)	26 (33.3)	8 (10.3)	4 (5.1)	78 (100.0)
30~50인 미만	17 (31.5)	22 (40.7)	13 (24.1)	2 (3.7)	54 (100.0)
50~100인 미만	23 (9.1)	81 (32.0)	137 (54.2)	12 (4.7)	253 (100.0)
100인 이상	6 (11.5)	24 (46.2)	19 (36.5)	3 (5.8)	52 (100.0)
합계	86 (19.7)	153 (35.0)	177 (40.5)	21 (4.8)	437 (100.0)
소재지유형별					
대도시	13 (13.8)	31 (33.0)	47 (50.0)	3 (3.2)	94 (100.0)
중소도시	54 (21.8)	83 (33.5)	96 (38.7)	15 (6.0)	248 (100.0)
농어촌	19 (20.4)	39 (41.9)	32 (34.4)	3 (3.2)	93 (100.0)
합계	86 (19.8)	153 (35.2)	175 (40.2)	21 (4.8)	435 (100.0)

<표 3-22>는 시설장과 직원들과의 관계에 대해서 조사한 것으로, “원만한 편”인 시설이 79.0%, “보통”인 경우가 19.6%, “원만하지 못한 편”인 시설이 1.4%로 나타나, 대부분의 시설에서 시설장과 직원간의 사이에 별 문제가 없는 것으로 볼 수 있다. 그런데, 시설유형별로 보면, 전문요양시설에 비해 일반요양 시설에서 상대적으로 그 관계가 원만한 비중이 다소 떨어지는 것으로 나타났다. 이러한 현상은 아직까지는 시설장과 직원간의 갈등을 심화시킬 수 있을 정도의 문제가 없는 것으로 볼 수 있겠는데, 노인장기요양보험제도의 도입으로 시설경영의 변화가 예상되어 적지 않은 갈등이 야기될 수도 있다.

이와 같은 시설장과 직원간의 관계가 노인장기요양보험제도의 도입에 따라 어떻게 변화할 것인가를 조사한 결과를 보면, “더 원만해 질 것”이라는 시설이 16.1%, “거의 변함이 없을 것”이라는 시설이 46.6%, “더 원만하지 못할 것”이라는 시설이 30.0%, “잘 모르겠다”는 시설이 7.3%로 나타났다. 이를 풀이해 보면, 제도도입에 따른 시설운영방침의 변화가 예상되고 있다는 점을 시사해주고 있는데, 조사결과에서도 “더 원만해질 것”이라는 시설에 비해서 “거의 변함이 없거나 더 나빠질 것”으로 생각하는 시설이 훨씬 더 많은 비중을 차지하고 있다(표 3-23 참조).

그런데, 무료시설이 실비나 유료시설에 비해서 상대적으로 그 관계가 더 원만해지지 못할 것이라는 비중이 다소 더 많은 것으로 나타났다. 이는 대부분의 무료시설이 국가에 의해 시설의 운영을 지원받고 있기 때문에 기업경영적 운영을 고려하지 않아도 되었지만, 노인장기요양보험제도의 도입은 시설운영의 변화를 야기시키기 때문에 그만큼 무료시설에서는 긴장을 하고 있다는 것을 시사해주고 있다.

〈표 3-22〉 시설장과 직원들 간의 관계 상태

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	95 (77.2)	26 (21.1)	2 (1.6)	123 (100.0)
요양시설(실비)	93 (78.8)	25 (21.2)	-	118 (100.0)
요양시설(유료)	23 (79.3)	6 (20.7)	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	94 (79.7)	21 (17.7)	3 (2.5)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	17 (85.0)	3 (15.0)	-	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	24 (80.0)	5 (16.7)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	346 (79.0)	86 (19.6)	6 (1.4)	438 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	158 (76.0)	45 (21.6)	5 (2.4)	208 (100.0)
복합	188 (81.7)	41 (17.8)	1 (0.4)	230 (100.0)
합계	346 (79.0)	86 (19.6)	6 (1.4)	438 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	216 (76.1)	63 (22.2)	5 (1.8)	284 (100.0)
기타비영리단체	42 (93.3)	3 (6.7)	-	45 (100.0)
개인 및 영리단체	88 (80.7)	20 (18.3)	1 (0.9)	109 (100.0)
합계	346 (79.0)	86 (19.6)	6 (1.4)	438 (100.0)
개원일기준				
~1999년	92 (82.9)	17 (15.3)	2 (1.8)	111 (100.0)
2000년~2003년	66 (71.0)	25 (26.9)	2 (2.2)	93 (100.0)
2004년~	188 (80.3)	44 (18.8)	2 (0.9)	234 (100.0)
합계	346 (79.0)	86 (19.6)	6 (1.4)	438 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	60 (76.9)	18 (23.1)	-	78 (100.0)
30~50인 미만	48 (87.3)	6 (10.9)	1 (1.8)	55 (100.0)
50~100인 미만	193 (76.3)	56 (22.1)	4 (1.6)	253 (100.0)
100인 이상	45 (86.5)	6 (11.5)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	346 (79.0)	86 (19.6)	6 (1.4)	438 (100.0)
소재지유형별				
대도시	71 (75.5)	20 (21.3)	3 (3.2)	94 (100.0)
중소도시	207 (83.1)	41 (16.5)	1 (0.4)	249 (100.0)
농어촌	66 (71.0)	25 (26.9)	2 (2.2)	93 (100.0)
합계	344 (78.9)	86 (19.6)	6 (1.4)	436 (100.0)

〈표 3-23〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 시설장과 직원들간의 관계 상태

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	89 (6.6)	52 (43.0)	50 (41.3)	11 (9.1)	121 (100.0)
요양시설(실비)	28 (23.7)	51 (43.2)	29 (24.6)	10 (8.5)	118 (100.0)
요양시설(유료)	13 (44.8)	13 (44.8)	1 (3.4)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	9 (7.6)	61 (51.7)	42 (35.6)	6 (5.1)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	4 (20.0)	9 (45.0)	5 (25.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	8 (26.7)	17 (56.7)	4 (13.3)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	70 (16.1)	203 (46.6)	131 (30.0)	32 (7.3)	436 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	49 (23.6)	84 (40.4)	58 (27.9)	17 (8.2)	208 (100.0)
복합	21 (9.2)	119 (52.2)	73 (32.0)	15 (6.6)	228 (100.0)
합계	70 (16.1)	203 (46.6)	131 (30.0)	32 (7.3)	436 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	25 (8.9)	132 (46.8)	105 (37.2)	20 (7.1)	282 (100.0)
기타비영리단체	3 (6.7)	24 (53.3)	15 (33.3)	3 (6.7)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	42 (38.5)	47 (43.1)	11 (10.1)	9 (8.3)	109 (100.0)
합계	70 (16.1)	203 (46.6)	131 (30.0)	32 (7.3)	436 (100.0)
개원일기준					
~1999년	10 (9.2)	56 (51.4)	35 (32.1)	8 (7.3)	109 (100.0)
2000년~2003년	19 (20.4)	41 (44.1)	27 (29.0)	6 (6.5)	93 (100.0)
2004년~	41 (17.5)	106 (45.3)	69 (29.5)	18 (7.7)	234 (100.0)
합계	70 (16.1)	203 (46.6)	131 (30.0)	32 (7.3)	436 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	32 (41.0)	33 (42.3)	7 (9.0)	6 (7.7)	78 (100.0)
30~50인 미만	12 (21.8)	23 (41.8)	12 (21.8)	8 (14.5)	55 (100.0)
50~100인 미만	21 (8.4)	117 (46.6)	98 (39.0)	15 (6.0)	251 (100.0)
100인 이상	5 (9.6)	30 (57.7)	14 (26.9)	3 (5.8)	52 (100.0)
합계	70 (16.1)	203 (46.6)	131 (30.0)	32 (7.3)	436 (100.0)
소재지유형별					
대도시	8 (8.6)	45 (48.4)	35 (37.6)	5 (5.4)	93 (100.0)
중소도시	44 (17.7)	118 (47.6)	69 (27.8)	17 (6.9)	248 (100.0)
농어촌	18 (19.4)	40 (43.0)	25 (26.9)	10 (10.8)	93 (100.0)
합계	70 (16.1)	203 (46.8)	129 (29.7)	32 (7.4)	434 (100.0)

<표 3-24>는 직원들이 업무 중 발생하는 근로재해에 대한 대처방법에 대해 조사한 것으로, “주로 산재보험(산업재해보상보험)에서 해결하고 있다”는 시설이 65.0%, “주로 시설에서 자체적으로 해결하고 있다”는 시설이 27.3%, “거의 시설에서 대처하지 못하고 있다”는 시설이 7.7%로 나타나, 2/3정도의 시설이 사회보험방식으로 대응하고 있다고 볼 수 있다. 그러나 이중에서 10개 중 3개 시설정도는 아직도 시설에서 해결하고 있는 것으로 나타나고 있는데, 이러한 현상이 지속되는 경우에는 향후 시설경영에 적지 않은 악영향을 끼칠 것으로 보인다. 시설유형별로 보면, 실비나 유료의 노인요양시설인 경우 무료요양시설에 비하여 시설 자체적으로 해결하는 비중이 높은 것으로 나타났다.

이와 같은 현상이 노인장기요양보험제도의 도입에 따라 어떻게 변화할 것인가를 조사한 결과를 보면, “주로 산재보험(산업재해보상보험)에서 해결할 것”이라는 시설이 84.3%, “주로 시설에서 자체적으로 해결할 것”이라는 시설이 8.3%, “당사자 본인이 해결하도록 유도하겠다”는 시설이 3.5%로 나타나, 사회보험방식으로 대응하겠다는 시설비중이 상당히 높은 것을 알 수 있다(표 3-25 참조). 따라서, 노인장기요양보험제도의 정부 및 보험자는 시설이 직원들의 산재사고에 대비할 수 있도록 산재보험의 가입을 지원해 줄 수 있어야 할 것이다.

〈표 3-24〉 근로재해의 대처방법

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	89 (74.8)	22 (18.5)	8 (6.7)	119 (100.0)
요양시설(실비)	61 (52.6)	40 (34.5)	15 (12.9)	116 (100.0)
요양시설(유료)	15 (51.7)	12 (41.4)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	82 (70.7)	30 (25.9)	4 (3.4)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	14 (73.7)	3 (15.8)	2 (10.5)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	18 (60.0)	10 (33.3)	2 (6.7)	30 (100.0)
합계	279 (65.0)	117 (27.3)	33 (7.7)	429 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	122 (59.2)	63 (30.6)	21 (10.2)	206 (100.0)
복합	157 (70.4)	54 (24.2)	12 (5.4)	223 (100.0)
합계	279 (65.0)	117 (27.3)	33 (7.7)	429 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	206 (74.6)	54 (19.6)	16 (5.8)	276 (100.0)
기타비영리단체	33 (73.3)	11 (24.4)	1 (2.2)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	40 (37.0)	52 (48.1)	16 (14.8)	108 (100.0)
합계	279 (65.0)	117 (27.3)	33 (7.7)	429 (100.0)
개원일기준				
~1999년	77 (70.6)	24 (22.0)	8 (7.3)	109 (100.0)
2000년~2003년	56 (62.2)	26 (28.9)	8 (8.9)	90 (100.0)
2004년~	146 (63.5)	67 (29.1)	17 (7.4)	230 (100.0)
합계	279 (65.0)	117 (27.3)	33 (7.7)	429 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	28 (35.9)	36 (46.2)	14 (17.9)	78 (100.0)
30~50인 미만	30 (58.8)	18 (35.3)	3 (5.9)	51 (100.0)
50~100인 미만	181 (73.0)	52 (21.0)	15 (6.0)	248 (100.0)
100인 이상	40 (76.9)	11 (21.2)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	279 (65.0)	117 (27.3)	33 (7.7)	429 (100.0)
소재지유형별				
대도시	66 (71.7)	21 (22.8)	5 (5.4)	92 (100.0)
중소도시	156 (63.7)	70 (28.6)	19 (7.8)	245 (100.0)
농어촌	55 (61.1)	26 (28.9)	9 (10.0)	90 (100.0)
합계	277 (64.9)	117 (27.4)	33 (7.7)	427 (100.0)

〈표 3-25〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 근로재해의 대처방법

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	102 (83.6)	7 (5.7)	10 (8.2)	3 (2.5)	122 (100.0)
요양시설(실비)	100 (84.7)	9 (7.6)	2 (1.7)	7 (5.9)	118 (100.0)
요양시설(유료)	23 (82.1)	5 (17.9)	-	-	28 (100.0)
전문요양시설(무료)	97 (83.6)	11 (9.5)	3 (2.6)	5 (4.3)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	19 (95.0)	-	-	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	25 (83.3)	4 (13.3)	-	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	366 (84.3)	36 (8.3)	15 (3.5)	17 (3.9)	434 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	178 (86.4)	13 (6.3)	6 (2.9)	9 (4.4)	206 (100.0)
복합	188 (82.5)	23 (10.1)	9 (3.9)	8 (3.5)	228 (100.0)
합계	366 (84.3)	36 (8.3)	15 (3.5)	17 (3.9)	434 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	238 (84.7)	21 (7.5)	12 (4.3)	10 (3.6)	281 (100.0)
기타비영리단체	39 (86.7)	1 (2.2)	3 (6.7)	2 (4.4)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	89 (82.4)	14 (13.0)	-	5 (4.6)	108 (100.0)
합계	366 (84.3)	36 (8.3)	15 (3.5)	17 (3.9)	434 (100.0)
개원일기준					
~1999년	91 (82.7)	8 (7.3)	8 (7.3)	3 (2.7)	110 (100.0)
2000년~2003년	79 (84.9)	7 (7.5)	2 (2.2)	5 (5.4)	93 (100.0)
2004년~	196 (84.8)	21 (9.1)	5 (2.2)	9 (3.9)	231 (100.0)
합계	366 (84.3)	36 (8.3)	15 (3.5)	17 (3.9)	434 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	62 (80.5)	10 (13.0)	-	5 (6.5)	77 (100.0)
30~50인 미만	43 (81.1)	6 (11.3)	2 (3.8)	2 (3.8)	53 (100.0)
50~100인 미만	218 (86.5)	14 (5.6)	11 (4.4)	9 (3.6)	252 (100.0)
100인 이상	43 (82.7)	6 (11.5)	2 (3.8)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	366 (84.3)	36 (8.3)	15 (3.5)	17 (3.9)	434 (100.0)
소재지유형별					
대도시	83 (88.3)	4 (4.3)	3 (3.2)	4 (4.3)	94 (100.0)
중소도시	198 (80.8)	27 (11.0)	7 (2.9)	13 (5.3)	245 (100.0)
농어촌	83 (89.2)	5 (5.4)	5 (5.4)	-	93 (100.0)
합계	364 (84.3)	36 (8.3)	15 (3.5)	17 (3.9)	432 (100.0)

제3절 재무회계관리부문

1. 재무회계

<표 3-26>은 현재 시설에서 사용하고 있는 재무회계의 기록방식을 조사한 것인데, 단식부기는 83.3%, 복식부기는 11.3%의 시설에서 사용하고 있는 것으로 나타났다. 다만, 실비 또는 유료전문요양시설에서는 복식부기를 사용하는 시설이 무료시설에 비해서 높게 나타났다. 이러한 현상은 현행 시설운영상 복식부기의 사용을 유도하고 있지 않기 때문이다. 그 이유를 살펴보면, 무료시설의 경우에는 시설의 감가상각부분은 정부에서 기능보강비의 명목으로 지급되는 비용이 있고, 국고보조금의 미사용분은 지침상으로 정부에 반납하도록 되어 있어서 복식부기의 사용인센티브가 없기 때문이다.

<표 3-27>은 현재 작성하고 있는 재무회계의 보고자료 실태를 조사한 것인데, 대차대조표(일정시점에서의 재정상태를 표시한 것)는 30.0%, 사업활동수지계산표(1년간의 경영성과를 표시한 것)는 14.6%, 자금수지계산서(지출자금의 증감을 예산과 대비하여 표시하고 사업계획에 따라 예산집행상황을 나타낸 것)는 49.5%, 기타 자료는 6.9%의 시설에서 사용하고 있는 것으로 나타났다.

이와 같이 모든 시설이 일률적으로 사용하고 있는 보고자료가 없다는 것은 현재 시설로 하여금 기업경영적 사고방식하에 운영하도록 되어 있지 않기 때문인 것으로 보인다. 그렇지만, 상기한 보고자료는 기업경영적 방침하에 시설을 운영할 때 기본적으로 고려하여야 하는 것으로 현재의 노인(전문)요양시설이 그렇게 운영하지 않아도 됨에도 불구하고 많은 시설에서 사용하고 있다는 것은 다소 의문적이다.

〈표 3-26〉 재무회계 기록방식

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	106 (89.1)	12 (10.1)	1 (0.8)	119 (100.0)
요양시설(실비)	91 (79.8)	11 (9.6)	12 (10.5)	114 (100.0)
요양시설(유료)	21 (75.0)	4 (14.3)	3 (10.7)	28 (100.0)
전문요양시설(무료)	107 (91.5)	10 (8.5)	-	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	14 (73.7)	4 (21.1)	1 (5.3)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	15 (53.6)	7 (25.0)	6 (21.4)	28 (100.0)
합계	354 (83.3)	48 (11.3)	23 (5.4)	425 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	153 (76.9)	26 (13.1)	20 (10.1)	199 (100.0)
복합	201 (88.9)	22 (9.7)	3 (1.3)	226 (100.0)
합계	354 (83.3)	48 (11.3)	23 (5.4)	425 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	249 (88.9)	29 (10.4)	2 (0.7)	280 (100.0)
기타비영리단체	36 (83.7)	7 (16.3)	-	43 (100.0)
개인 및 영리단체	69 (67.6)	12 (11.8)	21 (20.6)	102 (100.0)
합계	354 (83.3)	48 (11.3)	23 (5.4)	425 (100.0)
개원일기준				
~1999년	95 (88.0)	11 (10.2)	2 (1.9)	108 (100.0)
2000년~2003년	75 (83.3)	9 (10.0)	6 (6.7)	90 (100.0)
2004년~	184 (81.1)	28 (12.3)	15 (6.6)	227 (100.0)
합계	354 (83.3)	48 (11.3)	23 (5.4)	425 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	50 (69.4)	6 (8.3)	16 (22.2)	72 (100.0)
30~50인 미만	41 (75.9)	8 (14.8)	5 (9.3)	54 (100.0)
50~100인 미만	221 (88.8)	26 (10.4)	2 (0.8)	249 (100.0)
100인 이상	42 (84.0)	8 (16.0)	-	50 (100.0)
합계	354 (83.3)	48 (11.3)	23 (5.4)	425 (100.0)
소재지유형별				
대도시	79 (84.9)	11 (11.8)	3 (3.2)	93 (100.0)
중소도시	197 (81.1)	30 (12.3)	16 (6.6)	243 (100.0)
농어촌	76 (87.4)	7 (8.0)	4 (4.6)	87 (100.0)
합계	352 (83.2)	48 (11.3)	23 (5.4)	423 (100.0)

〈표 3-27〉 재무회계 보고자료(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	35 (31.5)	12 (10.8)	66 (59.5)	13 (11.7)	1 (9.9)	111
요양시설(실비)	23 (21.3)	18 (16.7)	47 (43.5)	28 (25.9)	8 (7.4)	108
요양시설(유료)	12 (46.2)	5 (19.2)	8 (30.8)	6 (23.1)	1 (3.8)	26
전문요양시설(무료)	30 (26.3)	9 (7.9)	66 (57.9)	21 (18.4)	5 (4.4)	114
전문요양시설(실비)	7 (41.2)	5 (29.4)	7 (41.2)	4 (23.5)	1 (5.9)	17
전문요양시설(유료)	14 (50.0)	10 (35.7)	6 (21.4)	4 (14.3)	2 (7.1)	28
합계	121 (30.0)	59 (14.6)	200 (49.5)	76 (18.8)	28 (6.9)	404
시설복합운영유무별						
단일	57 (30.3)	29 (15.4)	80 (42.6)	40 (21.3)	16 (8.5)	188
복합	64 (29.6)	30 (13.9)	120 (55.6)	36 (16.7)	12 (5.6)	216
합계	121 (30.0)	59 (14.6)	200 (49.5)	76 (18.8)	28 (6.9)	404
운영주체별						
사회복지법인	70 (26.5)	31 (11.7)	153 (58.0)	43 (16.3)	16 (6.1)	264
기타비영리단체	16 (39.0)	7 (17.1)	22 (53.7)	5 (12.2)	2 (4.9)	41
개인 및 영리단체	35 (35.4)	21 (21.2)	25 (25.3)	28 (28.3)	10 (10.1)	99
합계	121 (30.0)	59 (14.6)	200 (49.5)	76 (18.8)	28 (6.9)	404
개원일기준						
~1999년	34 (33.7)	12 (11.9)	52 (51.5)	15 (14.9)	9 (8.9)	101
2000~2003년	24 (28.6)	12 (14.3)	42 (50.0)	17 (20.2)	5 (6.0)	84
2004년~	63 (28.8)	35 (16.0)	106 (48.4)	44 (20.1)	14 (6.4)	219
합계	121 (30.0)	59 (14.6)	200 (49.5)	76 (18.8)	28 (6.9)	404
입소정원규모별						
30인 미만	19 (27.1)	12 (17.1)	17 (24.3)	23 (32.9)	7 (10.0)	70
30~50인 미만	18 (34.6)	13 (25.0)	18 (34.6)	11 (21.2)	4 (7.7)	52
50~100인 미만	68 (28.9)	27 (11.5)	138 (58.7)	34 (14.5)	16 (6.8)	235
100인 이상	16 (34.0)	7 (14.9)	27 (57.4)	8 (17.0)	1 (2.1)	47
합계	121 (30.0)	59 (14.6)	200 (49.5)	76 (18.8)	28 (6.9)	404
소재지유형별						
대도시	25 (28.4)	12 (13.6)	45 (51.1)	18 (20.5)	4 (4.5)	88
중소도시	74 (31.9)	41 (17.7)	110 (47.4)	42 (18.1)	20 (8.6)	232
농어촌	22 (26.8)	6 (7.3)	43 (52.4)	16 (19.5)	4 (4.9)	82
합계	121 (30.1)	59 (14.7)	198 (49.3)	76 (18.9)	28 (7.0)	402

2. 후원금

<표 3-28>은 총수입에서 현금 환산의 후원(금)품 비중을 조사한 것으로, “후원(금)품이 전혀 없다”는 시설이 14.5%, 후원(금)품 비중이 5%미만인 경우가 55.6%, 5~10%미만이 18.1%, 10%이상이 11.9%로 나타나고 있어, 절반가량의 시설이 5%미만의 비중을 보이고 있다. 그런데, 시설유형별로 보면, 후원금이 전혀 없는 시설이 무료나 실비시설보다는 유료시설이 월등하게 많다. 즉, 유료요양시설의 경우에는 응답시설의 55.2%, 유료전문요양시설인 경우에는 응답시설의 86.2%가 후원금 없이 시설을 운영하고 있는 것으로 나타났다. 이는 무료시설에 비하여 소득수준이 높은 고령자를 입소대상으로 하고 있어, 지역주민들이 후원의 필요성을 느끼지 못하기 때문이라 볼 수 있다.

이러한 후원(금)품이 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 어떠한 변화가 발생할 것인가를 조사해 본 결과를 보면, “지금보다 더 높아질 것”으로 보는 시설이 5.6%에 불과하고, “거의 변함이 없을 것”으로 보는 시설이 22.5%, “지금보다는 낮아질 것”으로 보는 시설이 68.3%로 나타나고 있어 응답시설의 2/3는 더 낮아질 것으로 예상하고 있다(표 3-29 참조). 이는 지금까지 후원금을 시설운영에 활용해 왔던 시설인 경우에는 후원금 축소로 인한 운영비의 압박이 나타날 것이지만, 시설에서의 후원금의 용도가 분명하지 못한 경우가 많기 때문에 후원금 축소에 대한 대비책을 고려하여야 할 것이다.

〈표 3-28〉 후원금(품) 비중

(단위: 개소, %)

	0%	2.5% 미만	2.5~5% 미만	5~7.5% 미만	7.5~10% 미만	10~15% 미만	15~20% 미만	20% 이상	합계
운영형태별									
요양시설(무료)	3(2.5)	37(30.6)	32(26.4)	19(15.7)	17(14.0)	10(8.3)	3(2.5)	-	121(100.0)
요양시설(실비)	9(8.0)	51(45.1)	16(14.2)	8(7.1)	12(10.6)	9(8.0)	4(3.5)	4(3.5)	113(100.0)
요양시설(유료)	16(55.2)	6(20.7)	1(3.4)	2(6.9)	-	3(10.3)	-	1(3.4)	29(100.0)
전문요양시설(무료)	5(4.6)	47(43.1)	27(24.8)	9(8.3)	8(7.3)	7(6.4)	4(3.7)	2(1.8)	109(100.0)
전문요양시설(실비)	3(15.0)	7(35.0)	6(30.0)	1(5.0)	-	2(10.0)	-	1(5.0)	20(100.0)
전문요양시설(유료)	25(86.2)	3(10.3)	1(3.4)	-	-	-	-	-	29(100.0)
합계	61(14.5)	151(35.9)	83(19.7)	39(9.3)	37(8.8)	31(7.4)	11(2.6)	8(1.9)	421(100.0)
시설복합운영유무별									
단일	37(18.2)	78(38.4)	33(16.3)	15(7.4)	18(8.9)	15(7.4)	4(2.0)	3(1.5)	203(100.0)
복합	24(11.0)	73(33.5)	50(22.9)	24(11.0)	19(8.7)	16(7.3)	7(3.2)	5(2.3)	218(100.0)
합계	61(14.5)	151(35.9)	83(19.7)	39(9.3)	37(8.8)	31(7.4)	11(2.6)	8(1.9)	421(100.0)
운영주체별									
사회복지법인	18(6.6)	101(37.1)	65(23.9)	31(11.4)	24(8.8)	19(7.0)	10(3.7)	4(1.5)	272(100.0)
기타비영리단체	4(9.5)	13(31.0)	8(19.0)	5(11.9)	8(19.0)	3(7.1)	-	1(2.4)	42(100.0)
개인 및 영리단체	39(36.4)	37(34.6)	10(9.3)	3(2.8)	5(4.7)	9(8.4)	1(0.9)	3(2.8)	107(100.0)
합계	61(14.5)	151(35.9)	83(19.7)	39(9.3)	37(8.8)	31(7.4)	11(2.6)	8(1.9)	421(100.0)
개원일기준									
~1999년	5(4.7)	36(33.6)	24(22.4)	16(15.0)	11(10.3)	11(10.3)	3(2.8)	1(0.9)	107(100.0)
2000년~2003년	18(19.8)	28(30.8)	16(17.6)	8(8.8)	6(6.6)	9(9.9)	3(3.3)	3(3.3)	91(100.0)
2004년~	38(17.0)	87(39.0)	43(19.3)	15(6.7)	20(9.0)	11(4.9)	5(2.2)	4(1.8)	223(100.0)
합계	61(14.5)	151(35.9)	83(19.7)	39(9.3)	37(8.8)	31(7.4)	11(2.6)	8(1.9)	421(100.0)
입소정원규모별									
30인 미만	26(34.2)	25(32.9)	6(7.9)	4(5.3)	3(3.9)	8(10.5)	1(1.3)	3(3.9)	76(100.0)
30~50인 미만	13(23.6)	25(45.5)	5(9.1)	4(7.3)	2(3.6)	3(5.5)	2(3.6)	1(1.8)	55(100.0)
50~100인 미만	17(7.0)	83(34.3)	55(22.7)	29(12.0)	31(12.8)	17(7.0)	7(2.9)	3(1.2)	242(100.0)
100인 이상	5(10.4)	18(37.5)	17(35.4)	2(4.2)	1(2.1)	3(6.3)	1(2.1)	1(2.1)	48(100.0)
합계	61(14.5)	151(35.9)	83(19.7)	39(9.3)	37(8.8)	31(7.4)	11(2.6)	8(1.9)	421(100.0)
소재지유형별									
대도시	15(16.5)	27(29.7)	21(23.1)	13(14.3)	7(7.7)	4(4.4)	2(2.2)	2(2.2)	91(100.0)
중소도시	39(16.3)	86(36.0)	42(17.6)	19(7.9)	21(8.8)	19(7.9)	8(3.3)	5(2.1)	239(100.0)
농어촌	7(7.9)	38(42.7)	20(22.5)	6(6.7)	9(10.1)	7(7.9)	1(1.1)	1(1.1)	89(100.0)
합계	61(14.6)	151(36.0)	83(19.8)	38(9.1)	37(8.8)	30(7.2)	11(2.6)	8(1.9)	419(100.0)

〈표 3-29〉 노인장기요양보험제도 도입이후의 예상되는 후원금(품) 비중

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	4 (3.3)	21 (17.2)	97 (79.5)	-	122 (100.0)
요양시설(실비)	6 (5.1)	34 (29.1)	71 (60.7)	6 (5.1)	117 (100.0)
요양시설(유료)	3(10.3)	13 (44.8)	11 (37.9)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	9 (7.6)	10 (8.5)	98 (83.1)	1 (0.8)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	1 (5.0)	8 (40.0)	11 (55.0)	-	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	1 (3.8)	11 (42.3)	7 (26.9)	7 (26.9)	26 (100.0)
합계	24 (5.6)	97 (22.5)	295 (68.3)	16 (3.7)	432 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	12 (5.8)	62 (30.1)	122 (59.2)	10 (4.9)	206 (100.0)
복합	12 (5.3)	35 (15.5)	173 (76.5)	6 (2.7)	226 (100.0)
합계	24 (5.6)	97 (22.5)	295 (68.3)	16 (3.7)	432 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	17 (6.0)	43 (15.2)	220 (78.0)	2 (0.7)	282 (100.0)
기타비영리단체	3 (6.7)	8 (17.8)	33 (73.3)	1 (2.2)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	4 (3.8)	46 (43.8)	42 (40.0)	13 (12.4)	105 (100.0)
합계	24 (5.6)	97 (22.5)	295 (68.3)	16 (3.7)	432 (100.0)
개원일기준					
~1999년	5 (4.6)	16 (14.7)	87 (79.8)	1 (0.9)	109 (100.0)
2000년~2003년	3 (3.3)	18 (19.6)	65 (70.7)	6 (6.5)	92 (100.0)
2004년~	16 (6.9)	63 (27.3)	143 (61.9)	9 (3.9)	231 (100.0)
합계	24 (5.6)	97 (22.5)	295 (68.3)	16 (3.7)	432 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	4 (5.3)	33 (43.4)	32 (42.1)	7 (9.2)	76 (100.0)
30~50인 미만	2 (3.7)	20 (37.0)	28 (51.9)	4 (7.4)	54 (100.0)
50~100인 미만	13 (5.2)	38 (15.2)	195 (78.0)	4 (1.6)	250 (100.0)
100인 이상	5 (9.6)	6 (11.5)	40 (76.9)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	24 (5.6)	97 (22.5)	295 (68.3)	16 (3.7)	432 (100.0)
소재지유형별					
대도시	5 (5.4)	19 (20.7)	66 (71.7)	2 (2.2)	92 (100.0)
중소도시	14 (5.7)	53 (21.6)	168 (68.6)	10 (4.1)	245 (100.0)
농어촌	5 (5.4)	25 (26.9)	59 (63.4)	4 (4.3)	93 (100.0)
합계	24 (5.6)	97 (22.6)	293 (68.1)	16 (3.7)	430 (100.0)

3. 시설의 재정운영

<표 3-30>은 현재 시설에서 느끼고 있는 장기요양 보험수가의 규모에 대해 조사한 것으로, “보험수가만으로도 시설을 운영할 수 있을 정도로 책정될 것”으로 생각하는 시설이 13.0%, “보험수가만으로 시설을 운영할 수 있을 정도로 책정될 것”으로 생각하지 않는 시설이 79.4%, “잘 모르겠다”는 시설이 7.6%로 나타나고 있어, 현재 잠정적으로나마 책정되어 시범적으로 적용하고 있는 보험수가에 대해 불만을 가지고 있는 것으로 보인다. 특히 무료시설이 실비나 유료시설에 비해서 부정적인 생각이 더 많은 것으로 보이는데, 이는 무료시설이 국민기초생활보장제도의 수급권자를 주 대상으로 하고 있어, 실비나 유료시설에 비해서 특정 서비스 제공에 따른 이용자로부터의 비용징수가 용이하지 않기 때문에 시설운영을 보험수가 자체에만 주로 의존하여야 하는 상황을 반영한 것으로 보인다.

<표 3-31>은 향후 노인장기요양보험제도의 도입에 대비하여 시설의 운영자금을 안정적으로 확보, 또는 조달하기 위한 특별한 대책의 수립여부에 대해 조사한 것으로, “별로 필요성을 느끼지 못하여 세워놓고 있지 않다”는 시설이 6.0%에 불과하고, “필요성은 생각하고 있지만, 아직까지는 세워놓고 있지 않다”는 시설이 75.8%, “필요성이 있을 것으로 생각하여 현재 준비하고 있는 중이다”라는 시설이 17.1%, “필요성이 있을 것으로 생각하여 이미 구체적으로 준비해 놓고 있다”는 시설이 1.2%로 나타났다. 따라서 아직까지는 필요성 정도만 인지하고 있는 것으로 볼 수 있는데, 이는 현재로서는 시설로서도 뚜렷한 대책이 보이지 않기 때문이기도 하다. 따라서, 서비스비용의 청구와 지불간에 발생되는 미지불기간동안의 시설운영비 조달문제는 정부가 해결해주어야 할 것이다.

이와 관련하여, 만약에 현재 그 대비책을 구체적으로 준비를 하고 있는 시설을 중심으로 운영자금의 확보일수를 조사해 본 결과를 보면, 15일분이 18.4%, 30일분이 36.8%, 45일분이 7.5%, 60일분이상이 37.4%로 나타나고 있어 한달분이나 두달분을 시설에서는 선호하고 있는 것으로 알 수 있다(표 3-32 참조).

〈표 3-30〉 노인장기요양보험 수가규모에 대한 의견

(단위: 개소, %)

운영주체별				
요양시설(무료)	10 (8.1)	104 (84.6)	9 (7.3)	123 (100.0)
요양시설(실비)	22 (18.6)	80 (67.8)	16 (13.6)	118 (100.0)
요양시설(유료)	9 (31.0)	20 (69.0)	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	8 (6.8)	106 (89.8)	4 (3.4)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	3 (15.0)	15 (75.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	5 (17.2)	22 (75.9)	2 (6.9)	29 (100.0)
합계	57 (13.0)	347 (79.4)	33 (7.6)	437 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	38 (18.4)	152 (73.4)	17 (8.2)	207 (100.0)
복합	19 (8.3)	195 (84.8)	16 (7.0)	230 (100.0)
합계	57 (13.0)	347 (79.4)	33 (7.6)	437 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	22 (7.7)	246 (86.6)	16 (5.6)	284 (100.0)
기타비영리단체	4 (8.9)	37 (82.2)	4 (8.9)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	31 (28.7)	64 (59.3)	13 (12.0)	108 (100.0)
합계	57 (13.0)	347 (79.4)	33 (7.6)	437 (100.0)
개원일기준				
~1999년	14 (12.6)	89 (80.2)	8 (7.2)	111 (100.0)
2000년~2003년	11 (12.0)	78 (84.8)	3 (3.3)	92 (100.0)
2004년~	32 (13.7)	180 (76.9)	22 (9.4)	234 (100.0)
합계	57 (13.0)	347 (79.4)	33 (7.6)	437 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	18 (23.1)	50 (64.1)	10 (12.8)	78 (100.0)
30~50인 미만	14 (25.9)	33 (61.1)	7 (13.0)	54 (100.0)
50~100인 미만	19 (7.5)	222 (87.7)	12 (4.7)	253 (100.0)
100인 이상	6 (11.5)	42 (80.8)	4 (7.7)	52 (100.0)
합계	57 (13.0)	347 (79.4)	33 (7.6)	437 (100.0)
소재지유형별				
대도시	9 (9.6)	79 (84.0)	6 (6.4)	94 (100.0)
중소도시	32 (12.9)	198 (79.8)	18 (7.3)	248 (100.0)
농어촌	16 (17.2)	68 (73.1)	9 (9.7)	93 (100.0)
합계	57 (13.1)	345 (79.3)	33 (7.6)	435 (100.0)

〈표 3-31〉 노인장기요양보험제도 도입대비의 시설 운영자금 확보대책 필요성 의견

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	7 (5.7)	94 (77.0)	21 (17.2)	-	122 (100.0)
요양시설(실비)	9 (7.7)	91 (77.8)	17 (14.5)	-	117 (100.0)
요양시설(유료)	4 (13.8)	21 (72.4)	3 (10.3)	1 (3.4)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	1 (0.9)	94 (80.3)	22 (18.8)	-	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	4 (20.0)	11 (55.0)	2 (10.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	1 (3.4)	18 (62.1)	9 (31.0)	1 (3.4)	29 (100.0)
합계	26 (6.0)	329 (75.8)	74 (17.1)	5 (1.2)	434 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	17 (8.3)	152 (74.5)	33 (16.2)	2 (1.0)	204 (100.0)
복합	9 (3.9)	177 (77.0)	41 (17.8)	3 (1.3)	230 (100.0)
합계	26 (6.0)	329 (75.8)	74 (17.1)	5 (1.2)	434 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	11 (3.9)	220 (77.7)	51 (18.0)	1 (0.4)	283 (100.0)
기타비영리단체	1 (2.3)	34 (77.3)	7 (15.9)	2 (4.5)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	14 (13.1)	75 (70.1)	16 (15.0)	2 (1.9)	107 (100.0)
합계	26 (6.0)	329 (75.8)	74 (17.1)	5 (1.2)	434 (100.0)
개원일기준					
~1999년	7 (6.3)	87 (78.4)	17 (15.3)	-	111 (100.0)
2000년~2003년	5 (5.4)	72 (78.3)	14 (15.2)	1 (1.1)	92 (100.0)
2004년~	14 (6.1)	170 (73.6)	43 (18.6)	4 (1.7)	231 (100.0)
합계	26 (6.0)	329 (75.8)	74 (17.1)	5 (1.2)	434 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	14 (18.2)	54(70.1)	9 (11.7)	-	77 (100.0)
30~50인 미만	1 (1.9)	41 (75.9)	10 (18.5)	2 (3.7)	54 (100.0)
50~100인 미만	9 (3.6)	197 (78.5)	42 (16.7)	3 (1.2)	251 (100.0)
100인 이상	2 (3.8)	37 (71.2)	13 (25.0)	-	52 (100.0)
합계	26 (6.0)	329 (75.8)	74 (17.1)	5 (1.2)	434 (100.0)
소재지유형별					
대도시	9 (9.6)	71(75.5)	12 (12.8)	2 (2.1)	94 (100.0)
중소도시	12 (4.9)	181 (73.9)	49 (20.0)	3 (1.2)	245 (100.0)
농어촌	5 (5.4)	75 (80.6)	13 (14.0)	-	93 (100.0)
합계	26 (6.0)	327 (75.7)	74 (17.1)	5 (1.2)	432 (100.0)

〈표 3-32〉 노인장기요양보험제도 도입대비의 시설 운영자금 확보규모 의견

(단위: 개소, %)

	15일분	30일분	45일분	60일분	합계
운영형태별					
요양시설(무료)	5 (10.9)	16 (34.8)	4 (8.7)	21 (45.7)	46 (100.0)
요양시설(실비)	9 (18.4)	26 (53.1)	2 (4.1)	12 (24.5)	49 (100.0)
요양시설(유료)	5 (35.7)	3 (21.4)	-	6 (42.9)	14 (100.0)
전문요양시설(무료)	6 (15.8)	10 (26.3)	5 (13.2)	17 (44.7)	38 (100.0)
전문요양시설(실비)	5 (50.0)	2 (20.0)	-	3 (30.0)	10 (100.0)
전문요양시설(유료)	2 (11.8)	7 (41.2)	2 (11.8)	6 (35.3)	17 (100.0)
합계	32 (18.4)	64 (36.8)	13 (7.5)	65 (37.4)	174 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	20 (20.2)	42 (42.4)	5 (5.1)	32 (35.4)	99 (100.0)
복합	12 (16.0)	22 (29.3)	8 (10.7)	33 (44.0)	75 (100.0)
합계	32 (18.4)	64 (36.8)	13 (7.5)	65 (37.4)	174 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	20 (18.7)	32 (30.0)	9 (8.4)	46 (43.0)	107 (100.0)
기타비영리단체	3 (17.6)	5 (29.4)	2 (11.8)	7 (41.2)	17 (100.0)
개인 및 영리단체	9 (18.0)	27 (54.0)	2 (4.0)	12 (24.0)	50 (100.0)
합계	32 (18.4)	64 (36.8)	13 (7.5)	65 (37.4)	174 (100.0)
개원일기준					
~1999년	8 (19.0)	15 (35.7)	3 (7.1)	16 (38.1)	42 (100.0)
2000년~2003년	8 (25.0)	8 (25.0)	4 (12.5)	12 (37.5)	32 (100.0)
2004년~	16 (16.0)	41 (41.0)	6 (6.0)	37 (37.0)	100 (100.0)
합계	32 (18.4)	64 (36.8)	13 (7.5)	65 (37.4)	174 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	8 (23.5)	18 (52.9)	1 (2.9)	7 (20.6)	34 (100.0)
30~50인 미만	7 (23.3)	11 (36.7)	2 (6.7)	10 (33.3)	30 (100.0)
50~100인 미만	15 (15.8)	31 (32.6)	8 (8.4)	41 (43.2)	95 (100.0)
100인 이상	2 (13.3)	4 (26.7)	2 (13.3)	7 (46.7)	15 (100.0)
합계	32 (18.4)	64 (36.8)	13 (7.5)	65 (37.4)	174 (100.0)
소재지유형별					
대도시	8 (25.0)	8 (25.0)	1 (3.1)	15 (46.9)	32 (100.0)
중소도시	18 (17.0)	40 (37.7)	10 (9.4)	38 (35.8)	106 (100.0)
농어촌	6 (17.6)	16 (47.1)	2 (5.9)	10 (29.4)	34 (100.0)
합계	32 (18.6)	64 (37.2)	13 (7.6)	63 (36.6)	172 (100.0)

제4절 서비스관리부문

1. 입소자에 대한 케어플랜

<표 3-33>은 입소자에 대한 케어플랜(care plan) 작성방식에 대해 조사한 것으로, “모든 입소자에 대해 작성하고, 서비스도 개별적으로 제공”하고 있는 시설이 전체의 22.3%, “모든 입소자에 대해 작성하고 있지만, 서비스는 집단적으로 제공”하고 있는 시설이 6.4%, “모든 입소자에 대해 작성하고 있지만, 서비스는 개별적 및 집단적으로 혼합·제공”하고 있는 시설이 53.6%, “특정 입소자에 대해서만 작성하고 있고, 서비스도 개별적으로 제공”하고 있는 시설이 3.2%, “특정 입소자에 대해서만 작성하고 있고, 서비스는 집단적으로 제공”하고 있는 시설이 1.6%, “특정 입소자에 대해서만 작성하고 있고, 개별적 및 집단적으로 혼합·제공”하고 있는 시설이 5.5%, “케어플랜의 작성을 실시하고 못하고 있는” 시설이 7.4%로 나타났다. 여기에서 모든 입소자가 아닌 특정입소자를 중심으로 케어플랜을 작성하고 있는 경우가 전체시설의 10.3%로 나타나 미미한 수준이고, 유료시설이 무료나 실비시설에 비하여 개별적 접근 경향이 더 높은 것으로 나타났다. 그렇지만, 전체적으로 보면, 개별적 접근방식의 케어플랜을 작성하고 있는 시설이 1/4정도에 그치고 있는 것으로 나타나고 있어, 현행과 같은 방식으로는 제도도입에 따른 입소자의 변화에 충분히 대응하지 못할 것으로 보인다.

<표 3-34>는 입소자의 케어플랜을 작성할 때, 외부의 지역사회자원을 활용하여 제공할 수 있는 서비스까지 고려하고 있는지에 대해 조사한 것으로, “외부의 지역사회자원을 고려하고 있는” 시설이 전체의 41.2%, “생각은 하고 있지만, 아직까지는 시설여건상 고려하고 있지 못한” 시설이 51.3%, “거의 고려하고 있지 않은” 시설이 7.5%로 나타났다. 이러한 현상은 절반가량의 시설이 지역사회와 격리된 상태에서 운영되고 있다는 것을 시사해주고 있다.

이러한 지역사회자원의 활용에 의한 서비스 제공이 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 어떻게 변화할 것인지에 대해 조사한 결과를 보면, “현재보다는 더 활성화시키겠다”는 시설이 55.7%, “현재의 수준에 머무르겠다”는 시설이

22.1%, “현재보다는 축소시키겠다”는 시설이 14.6%로 나타났다(표 3-35 참조).

〈표 3-33〉 입소자에 대한 케어플랜 작성 및 서비스 제공방법

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	29 (23.8)	6 (4.9)	62 (50.8)	8 (6.6)
요양시설(실비)	19 (16.2)	9 (7.7)	62 (53.0)	3 (2.6)
요양시설(유료)	11 (37.9)	1 (3.4)	10 (34.5)	1 (3.4)
전문요양시설(무료)	25 (21.4)	8 (6.8)	71 (60.7)	2 (1.7)
전문요양시설(실비)	3 (15.0)	2 (10.0)	12 (60.0)	-
전문요양시설(유료)	10 (33.3)	2 (6.7)	16 (53.3)	-
합계	97 (22.3)	28 (6.4)	233 (53.6)	14 (3.2)
시설복합운영유무별				
단일	46 (22.2)	11 (5.3)	106 (51.2)	6 (2.9)
복합	51 (22.4)	17 (7.5)	127 (55.7)	8 (3.5)
합계	97 (22.3)	28 (6.4)	233 (53.6)	14 (3.2)
운영주체별				
사회복지법인	62 (22.0)	19 (6.7)	166 (58.9)	9 (3.2)
기타비영리단체	13 (28.9)	2 (4.4)	21 (46.7)	-
개인 및 영리단체	22 (20.4)	7 (6.5)	46 (42.6)	5 (4.6)
합계	97 (22.3)	28 (6.4)	233 (53.6)	14 (3.2)
개원일기준				
~1999년	24 (21.8)	4 (3.6)	61 (55.5)	5 (4.5)
2000년~2003년	31 (33.7)	6 (6.5)	44 (47.8)	2 (2.2)
2004년~	42 (18.0)	18 (7.7)	128 (54.9)	7 (3.0)
합계	97 (22.3)	28 (6.4)	233 (53.6)	14 (3.2)
입소정원규모별				
30인 미만	18 (23.4)	6 (7.8)	27 (35.1)	3 (3.9)
30~50인 미만	10 (18.2)	2 (3.6)	31 (56.4)	2 (3.6)
50~100인 미만	58 (23.0)	16 (6.3)	145 (57.5)	8 (3.2)
100인 이상	11 (21.6)	4 (7.8)	30 (58.8)	1 (2.0)
합계	97 (22.3)	28 (6.4)	233 (53.6)	14 (3.2)
소재지유형별				
대도시	26 (27.7)	5 (5.3)	50 (53.2)	4 (4.3)
중소도시	48 (19.5)	18 (7.3)	133 (54.1)	9 (3.7)
농어촌	23 (24.7)	5 (5.4)	48 (51.6)	1 (1.1)
합계	97 (22.4)	28 (6.5)	231 (53.3)	14 (3.2)

〈표 3-33〉 (계속)

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	2 (1.6)	10 (8.2)	5 (4.1)	122 (100.0)
요양시설(실비)	1 (0.9)	6 (5.1)	17 (14.5)	117 (100.0)
요양시설(유료)	2 (6.9)	2 (6.9)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	2 (1.7)	4 (3.4)	5 (4.3)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	-	1 (5.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	-	1 (3.3)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	7 (1.6)	24 (5.5)	32 (7.4)	435 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	5 (2.4)	14 (6.8)	19 (9.2)	207 (100.0)
복합	2 (0.9)	10 (4.4)	13 (5.7)	228 (100.0)
합계	7 (1.6)	24 (5.5)	32 (7.4)	435 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	2 (0.7)	11 (3.9)	13 (4.6)	282 (100.0)
기타비영리단체	1 (2.2)	5 (11.1)	3 (6.7)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	4 (3.7)	8 (7.4)	16 (14.8)	108 (100.0)
합계	7 (1.6)	24 (5.5)	32 (7.4)	435 (100.0)
개원일기준				
~1999년	2 (1.8)	6 (5.5)	8 (7.3)	110 (100.0)
2000년~2003년	1 (1.1)	3 (3.3)	5 (5.4)	92 (100.0)
2004년~	4 (1.7)	15 (6.4)	19 (8.2)	233 (100.0)
합계	7 (1.6)	24 (5.5)	32 (7.4)	435 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	-	7 (9.1)	16 (20.8)	77 (100.0)
30~50인 미만	2 (3.6)	5 (9.1)	3 (5.5)	55 (100.0)
50~100인 미만	4 (1.6)	11 (4.4)	10 (4.0)	252 (100.0)
100인 이상	1 (2.0)	1 (2.0)	3 (5.9)	51 (100.0)
합계	7 (1.6)	24 (5.5)	32 (7.4)	435 (100.0)
소재지유형별				
대도시	1 (1.1)	3 (3.2)	5 (5.3)	94 (100.0)
중소도시	4 (1.6)	14 (5.7)	20 (8.1)	246 (100.0)
농어촌	2 (2.2)	7 (7.5)	7 (7.5)	93 (100.0)
합계	7 (1.6)	24 (5.5)	32 (7.4)	433 (100.0)

〈표 3-34〉 케어플랜 작성시의 지역사회자원 활용여부

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	46 (39.3)	60 (51.3)	11 (9.4)	117 (100.0)
요양시설(실비)	33 (28.9)	68 (59.6)	13 (11.4)	114 (100.0)
요양시설(유료)	12 (41.4)	17 (58.6)	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	64 (55.2)	49 (42.2)	3 (2.6)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (55.0)	7 (35.0)	2 (10.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	9 (31.0)	17 (58.6)	3 (10.3)	29 (100.0)
합계	175 (41.2)	218 (51.3)	32 (7.5)	425 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	66 (32.2)	120 (58.5)	19 (9.3)	205 (100.0)
복합	109 (49.5)	98 (44.5)	13 (5.9)	220 (100.0)
합계	175 (41.2)	218 (51.3)	32 (7.5)	425 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	123 (44.7)	135 (49.1)	17 (6.2)	275 (100.0)
기타비영리단체	21 (48.8)	18 (41.9)	4 (9.3)	43 (100.0)
개인 및 영리단체	31 (29.0)	65 (60.7)	11 (10.3)	107 (100.0)
합계	175 (41.2)	218 (51.3)	32 (7.5)	425 (100.0)
개원일기준				
~1999년	49 (46.2)	50 (47.2)	7 (6.6)	106 (100.0)
2000년~2003년	39 (42.4)	44 (47.8)	9 (9.8)	92 (100.0)
2004년~	87 (38.3)	124 (54.6)	16 (7.0)	227 (100.0)
합계	175 (41.2)	218 (51.3)	32 (7.5)	425 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	20 (26.3)	47 (61.8)	9 (11.8)	76 (100.0)
30~50인 미만	19 (35.8)	30 (56.6)	4 (7.5)	53 (100.0)
50~100인 미만	107 (43.3)	126 (51.0)	14 (5.7)	247 (100.0)
100인 이상	29 (59.2)	15 (30.6)	5 (10.2)	49 (100.0)
합계	175 (41.2)	218 (51.3)	32 (7.5)	425 (100.0)
소재지유형별				
대도시	44 (48.4)	38 (41.8)	9 (9.9)	91 (100.0)
중소도시	100 (41.5)	126 (52.3)	15 (6.2)	241 (100.0)
농어촌	30 (33.0)	53 (58.2)	8 (8.8)	91 (100.0)
합계	174 (41.1)	217 (51.3)	32 (7.6)	423 (100.0)

〈표 3-35〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 지역사회자원 활용여부
(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	49 (51.6)	22 (23.2)	20 (21.1)	4 (4.2)	95 (100.0)
요양시설(실비)	49 (52.7)	23 (24.7)	9 (9.7)	12 (12.9)	93 (100.0)
요양시설(유료)	16 (69.6)	6 (26.1)	-	1 (4.3)	23 (100.0)
전문요양시설(무료)	55 (55.6)	18 (18.2)	20 (20.2)	6 (6.1)	99 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (57.9)	5 (26.3)	2 (10.5)	1 (5.3)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	19 (67.9)	5 (17.9)	1 (3.6)	3 (10.7)	28 (100.0)
합계	199 (55.7)	79 (22.1)	52 (14.6)	27 (7.6)	357 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	101 (59.1)	33 (19.3)	20 (11.7)	17 (10.0)	171 (100.0)
복합	98 (52.7)	46 (24.7)	32 (17.2)	10 (5.4)	186 (100.0)
합계	199 (55.7)	79 (22.1)	52 (14.6)	27 (7.6)	357 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	118 (51.3)	56 (24.3)	45 (19.6)	11 (4.8)	230 (100.0)
기타비영리단체	18 (52.9)	8 (23.5)	5 (14.7)	3 (8.8)	34 (100.0)
개인 및 영리단체	63 (67.7)	15 (16.1)	2 (2.2)	13 (14.0)	93 (100.0)
합계	199 (55.7)	79 (22.1)	52 (14.6)	27 (7.6)	357 (100.0)
개원일기준					
~1999년	53 (56.4)	22 (23.4)	15 (16.0)	4 (4.3)	94 (100.0)
2000년~2003년	39 (52.7)	22 (29.7)	9 (12.2)	4 (5.4)	74 (100.0)
2004년~	107 (56.6)	35 (18.5)	28 (14.8)	19 (10.1)	189 (100.0)
합계	199 (55.7)	79 (22.1)	52 (14.6)	27 (7.6)	357 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	44 (66.7)	14(21.2)	-	8 (12.1)	66 (100.0)
30~50인 미만	30 (65.2)	7 (15.2)	3 (6.5)	6 (13.0)	46 (100.0)
50~100인 미만	102 (50.7)	46 (22.9)	41 (20.4)	12 (6.0)	201 (100.0)
100인 이상	23 (52.3)	12 (27.3)	8 (18.2)	1 (2.3)	44 (100.0)
합계	199 (55.7)	79 (22.1)	52 (14.6)	27 (7.6)	357 (100.0)
소재지유형별					
대도시	40 (54.1)	22 (29.7)	8 (10.8)	4 (5.4)	74 (100.0)
중소도시	117 (57.9)	38 (18.8)	33 (16.3)	14 (6.9)	202 (100.0)
농어촌	40 (50.6)	19 (24.1)	11 (13.9)	9 (11.4)	79 (100.0)
합계	197 (55.5)	79 (22.3)	52 (14.6)	27 (7.6)	355 (100.0)

<표 3-36>은 입소자에게 서비스를 제공할 때 타 직원과 연계방식에 대해 조사한 것으로, “모든 입소자에 대해 타직원과의 연계하에 (팀 접근방식으로) 서비스를 제공”하고 있는 시설이 전체의 52.7%, “특정 입소자에 대해서만 타직원과의 연계하에 (팀 접근방식으로) 서비스를 제공”하고 있는 시설이 22.1%, “모든 입소자에 대해 개별 접근방식으로 서비스를 제공”하고 있는 시설이 25.2%로 나타나고 있어, 아직도 1/4에 해당하는 시설이 팀 접근방식을 적용하고 있지 않은 것으로 보이는데, 이는 일부의 시설이기는 하겠지만, 어떠한 형식으로든지 간에 직원간의 서비스연계체계가 제대로 이루어지지 못하고 있는 시설이 존재하고 있다는 것을 의미한다.

이를 시설유형별로 보면, 무료시설보다는 실비나 유료시설에서 팀 접근방식의 적용율이 떨어지는 것을 알 수 있는데, 이는 상대적으로 실비나 유료시설이 규모나 직원수면에서 협소하기 때문이라 생각된다.

〈표 3-36〉 서비스제공의 팀 접근방법 활용여부

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	67 (55.8)	33 (27.5)	20 (16.7)	120 (100.0)
요양시설(실비)	50 (43.9)	20 (17.5)	44 (38.6)	114 (100.0)
요양시설(유료)	10 (34.5)	9 (31.0)	10 (34.5)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	73 (64.0)	24 (21.1)	17 (14.9)	114 (100.0)
전문요양시설(실비)	9 (47.4)	4 (21.1)	6 (31.6)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	15 (51.7)	4 (13.8)	10 (34.5)	29 (100.0)
합계	224 (52.7)	94 (22.1)	107 (25.2)	425 (100.0)
시설복합운영형태별				
단일	91 (45.0)	45 (22.3)	66 (32.7)	202 (100.0)
복합	133 (59.6)	49 (22.0)	41 (18.4)	223 (100.0)
합계	224 (52.7)	94 (22.1)	107 (25.2)	425 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	16 (59.6)	63 (22.7)	49 (17.7)	277 (100.0)
기타비영리단체	26 (59.1)	10 (22.7)	8 (18.2)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	33 (31.7)	21 (20.2)	50 (48.1)	104 (100.0)
합계	224 (52.7)	94 (22.1)	107 (25.2)	425 (100.0)
개원일기준				
~1999년	60 (54.5)	21 (19.1)	29 (26.4)	110 (100.0)
2000년~2003년	46 (50.5)	24 (26.4)	21 (23.1)	91 (100.0)
2004년~	118 (52.7)	49 (21.9)	57 (25.4)	224 (100.0)
합계	224 (52.7)	94 (22.1)	107 (25.2)	425 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	22 (30.1)	13 (17.8)	38 (52.1)	73 (100.0)
30~50인 미만	24 (43.6)	16 (29.1)	15 (27.3)	55 (100.0)
50~100인 미만	147 (60.0)	56 (22.9)	42 (17.1)	245 (100.0)
100인 이상	31 (59.6)	9 (17.3)	12 (23.1)	52 (100.0)
합계	224 (52.7)	94 (22.1)	107 (25.2)	425 (100.0)
소재지유형별				
대도시	53 (57.0)	22 (23.7)	18 (19.4)	93 (100.0)
중소도시	127 (53.1)	52 (21.8)	60 (25.1)	239 (100.0)
농어촌	42 (46.2)	20 (22.0)	29 (31.9)	91 (100.0)
합계	222 (52.5)	94 (22.2)	107 (25.3)	423 (100.0)

2. 의료적 서비스

<표 3-37>은 시설에서의 호스피스 케어 제공에 대해 조사한 것으로, “호스피스 케어를 완전하게 제공”하고 있는 시설이 14.0%에 불과하고, “시설여건상 부분적으로만 제공”하고 있는 시설이 49.7%, “거의 제공하지 않고 병원 등 외부기관에 의뢰”하고 있는 시설이 36.3%로 나타났다. 즉, 약 2/3의 시설이 어떠한 형식이든지 간에 시설에서 자체적으로 호스피스 케어를 제공하고 있는데, 외부기관으로의 의뢰는 유료시설에 비해서 실비나 무료시설이 상대적으로 더 많은 것을 알 수 있다. 그런데, 시설에서 거의 전적으로 호스피스케어를 제공하기 위해서는 호스피스실(별실)을 별도로 구비하여야 하는데, 시설의 규모측면을 고려해 보면 쉽지마는 않은 것이 현실이다.

한편, 이러한 호스피스 케어의 제공이 노인장기요양보험제도의 도입계기로 어떠한 방식으로 변화하여야 하는가에 대해 조사한 결과를 보면, “모든 시설에서 제공체계를 갖추어야 할 것”으로 보는 시설이 전체의 62.5%, “현재의 같이 시설환경이 좋은 시설에서만 제공체계를 갖추면 될 것”으로 보는 시설이 14.8%, “시설 모두 제공체계를 갖추 필요없을 것”으로 보는 시설이 15.7%로 나타났다(표 3-38 참조). 따라서 현재와 같이 호스피스 케어를 실시하고 있는 시설에서는 현행방식대로 호스피스 케어를 유지할 것으로 보이지만, 시설에서의 호스피스케어에 대해 대체적으로 긍정적으로 받아들이고 있는 경향을 보이고 있어 별도의 호스피스케어실을 구비할 수 있도록 지원하여야 할 것이다.

〈표 3-37〉 호스피스케어서비스 제공여부

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	21 (17.2)	60 (49.2)	41 (33.6)	122 (100.0)
요양시설(실비)	9 (7.7)	44 (37.6)	64 (54.7)	117 (100.0)
요양시설(유료)	2 (6.9)	22(75.9)	5 (17.2)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	17 (14.4)	63 (53.4)	38 (32.2)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	3 (15.0)	12 (60.0)	5 (25.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	9 (31.0)	15 (51.7)	5 (17.2)	29 (100.0)
합계	61 (14.0)	216 (49.7)	15 (36.3)	435 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	21 (10.1)	109 (52.7)	77 (37.2)	207 (100.0)
복합	40 (17.5)	107 (46.9)	81 (35.5)	228 (100.0)
합계	61 (14.0)	216 (49.7)	158 (36.3)	435 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	36 (12.8)	135 (48.0)	110 (39.1)	281 (100.0)
기타비영리단체	12 (26.7)	26 (57.8)	7 (15.6)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	13 (11.9)	55 (50.5)	41 (37.6)	109 (100.0)
합계	61 (14.0)	216 (49.7)	158 (36.3)	435 (100.0)
개원일기준				
~1999년	25 (22.7)	57 (51.8)	28 (25.5)	110 (100.0)
2000년~2003년	11 (11.8)	45 (48.4)	37 (39.8)	93 (100.0)
2004년~	25 (10.8)	114 (49.1)	93 (40.1)	232 (100.0)
합계	61 (14.0)	216 (49.7)	158 (36.3)	435 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	8 (10.3)	37 (47.4)	33 (42.3)	78 (100.0)
30~50인 미만	8 (14.5)	21 (38.2)	26 (47.3)	55 (100.0)
50~100인 미만	33 (13.1)	130 (51.8)	88 (35.1)	251 (100.0)
100인 이상	12 (23.5)	28 (54.9)	11 (21.6)	51 (100.0)
합계	61 (14.0)	216 (49.7)	158 (36.3)	435 (100.0)
소재지유형별				
대도시	10 (10.7)	52 (55.9)	31 (33.3)	93 (100.0)
중소도시	41 (16.5)	118 (47.7)	88 (35.6)	247 (100.0)
농어촌	10 (10.7)	45 (48.3)	38 (40.8)	93 (100.0)
합계	61 (14.0)	215 (49.6)	157 (36.2)	433 (100.0)

〈표 3-38〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 호스피스케어서비스 제공여부

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	84 (71.8)	10 (8.5)	16 (13.7)	7 (6.0)	117 (100.0)
요양시설(실비)	62 (53.9)	18 (15.7)	20 (17.4)	15 (13.0)	115 (100.0)
요양시설(유료)	15 (51.7)	7 (24.1)	7 (24.1)	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	76 (65.0)	18 (15.4)	18 (15.4)	5 (4.3)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (55.0)	5 (25.0)	3 (15.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	19 (65.5)	5 (17.2)	3 (10.3)	2 (6.9)	29 (100.0)
합계	267 (62.5)	63 (14.8)	67 (15.7)	30 (7.0)	427 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	114 (56.4)	29 (14.4)	42 (20.8)	17 (8.4)	202 (100.0)
복합	153 (68.0)	34 (15.1)	25 (11.1)	13 (5.8)	225 (100.0)
합계	267 (62.5)	63 (14.8)	67 (15.7)	30 (7.0)	427 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	179 (64.9)	39 (14.1)	40 (14.5)	18 (6.5)	276 (100.0)
기타비영리단체	31 (70.5)	6 (13.6)	4 (9.1)	3 (6.8)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	57 (53.3)	18 (16.8)	23 (21.5)	9 (8.4)	107 (100.0)
합계	267 (62.5)	63 (14.8)	67 (15.7)	30 (7.0)	427 (100.0)
개원일기준					
~1999년	84 (78.5)	9 (8.4)	9 (8.4)	5 (4.7)	107 (100.0)
2000년~2003년	53 (57.6)	18 (19.6)	16 (17.4)	5 (5.4)	92 (100.0)
2004년~	130 (57.0)	36 (15.8)	42 (18.4)	20 (8.8)	228 (100.0)
합계	267 (62.5)	63 (14.8)	67 (15.7)	30 (7.0)	427 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	34 (44.2)	17 (22.1)	17 (22.1)	9 (11.7)	77 (100.0)
30~50인 미만	35 (66.0)	5 (9.4)	9 (17.0)	4 (7.5)	53 (100.0)
50~100인 미만	164 (66.7)	35 (14.2)	34 (13.8)	13 (5.3)	246 (100.0)
100인 이상	34 (66.7)	6 (11.8)	7 (13.7)	4 (7.8)	51 (100.0)
합계	267 (62.5)	63 (14.8)	67 (15.7)	30 (7.0)	427 (100.0)
소재지유형별					
대도시	51 (56.7)	17 (18.9)	14 (15.6)	8 (8.9)	90 (100.0)
중소도시	157 (64.6)	32 (13.2)	37 (15.2)	17 (7.0)	243 (100.0)
농어촌	57 (62.0)	14 (15.2)	16 (17.4)	5 (5.4)	92 (100.0)
합계	265 (62.4)	63 (14.8)	67 (15.8)	30 (7.1)	425 (100.0)

<표 3-39>는 입소자의 병원입원을 정도를 조사한 것으로, 정원의 3%미만 시설이 전체의 50.6%로 가장 많고, 3~5%미만 시설이 17.3%, 5~10%미만 시설이 24.0%, 10%이상 시설이 8.1%로 나타났다. 이를 시설유형별로 보면, 무료시설보다 실비나 유료시설이 상대적으로 병원에 입원하는 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 이러한 현상은 아무래도 유료시설입소자의 가족이 병원입원을 의뢰하는 경향이 더 높기 때문인 것으로 보인다.

한편, 이러한 병원입원율이 노인장기요양보험제도의 도입계기로 어떻게 변화할 것인가에 대해 조사한 결과를 보면, “현재보다는 더 빈번해 질 것”으로 보는 시설이 36.2%, “현재의 같은 수준일 것”으로 보는 시설이 28.4%, “현재보다는 더 적어질 것”으로 보는 시설이 32.1%로 나타났다(표 3-40 참조). 이를 보면, 병원이용을 현재보다도 더 빈번하게 유도하거나 또는 억제할 것으로 보이는데, 이는 입소자의 건강상태나 시설운영자의 운영방침에 좌우될 것으로 보인다.

〈표 3-39〉 입소자의 병원입원율

(단위: 개소, %)

	정원의 3%미만	정원의 3~5%미만	정원의 5~7%미만	정원의 7~10%미만	정원의 10%이상	합계
운영형태별						
요양시설(무료)	47 (38.5)	27 (22.1)	18 (14.8)	20 (16.4)	10 (8.2)	122 (100.0)
요양시설(실비)	73 (62.4)	17 (14.5)	12 (10.3)	7 (6.0)	8 (6.8)	117 (100.0)
요양시설(유료)	23 (79.3)	-	1 (3.4)	2 (6.9)	3 (10.3)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	45 (38.1)	24 (20.3)	20 (16.9)	19 (16.1)	10 (8.5)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (57.9)	3 (15.8)	-	3 (15.8)	2 (10.5)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	20 (71.4)	4 (14.3)	1 (3.6)	1 (3.6)	2 (7.1)	28 (100.0)
합계	219 (50.6)	75 (17.3)	52 (12.0)	52 (12.0)	35 (8.1)	433 (100.0)
시설복합운영유무별						
단일	111 (54.1)	30 (14.6)	26 (12.7)	22 (10.7)	16 (7.8)	205 (100.0)
복합	108 (47.4)	45 (19.7)	26 (11.4)	30 (13.2)	19 (8.3)	228 (100.0)
합계	219 (50.6)	75 (17.3)	52 (12.0)	52 (12.0)	35 (8.1)	433 (100.0)
운영주체별						
사회복지법인	123 (43.6)	57 (20.2)	39 (13.8)	41 (14.5)	22 (7.8)	282 (100.0)
기타비영리단체	24 (54.5)	9 (20.5)	6 (13.6)	4 (9.1)	1 (2.3)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	72 (67.3)	9 (8.4)	7 (6.5)	7 (6.5)	12 (11.2)	107 (100.0)
합계	219 (50.6)	75 (17.3)	52 (12.0)	52 (12.0)	35 (8.1)	433 (100.0)
개원일기준						
~1999년	46 (41.4)	26 (23.4)	16 (14.4)	14 (12.6)	9 (8.1)	111 (100.0)
2000년~2003년	41 (44.1)	20 (21.5)	13 (14.0)	12 (12.9)	7 (7.5)	93 (100.0)
2004년~	132 (57.6)	29 (12.7)	23 (10.0)	26 (11.4)	19 (8.3)	229 (100.0)
합계	219 (50.6)	75 (17.3)	52 (12.0)	52 (12.0)	35 (8.1)	433 (100.0)
입소정원규모별						
30인 미만	53 (67.9)	6 (7.7)	6 (7.7)	6 (7.7)	7 (9.0)	78 (100.0)
30~50인 미만	30 (56.6)	6 (11.3)	5 (9.4)	3 (5.7)	9 (17.0)	53 (100.0)
50~100인 미만	120 (48.0)	50 (20.0)	30 (12.0)	37 (14.8)	13 (5.2)	250 (100.0)
100인 이상	16 (30.8)	13 (25.0)	11 (21.2)	6 (11.5)	6 (11.5)	52 (100.0)
합계	219 (50.6)	75 (17.3)	52 (12.0)	52 (12.0)	35 (8.1)	433 (100.0)
소재지유형별						
대도시	48 (51.6)	17 (18.3)	14 (15.1)	9 (9.7)	5 (5.4)	93 (100.0)
중소도시	123 (50.2)	44 (18.0)	31 (12.7)	29 (11.8)	18 (7.3)	245 (100.0)
농어촌	47 (50.5)	13 (14.0)	7 (7.5)	14 (15.1)	12 (12.9)	93 (100.0)
합계	218 (50.6)	74 (17.2)	52 (12.1)	52 (12.1)	35 (8.1)	431 (100.0)

〈표 3-40〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 입소자의 병원입원을 전망

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	45 (36.9)	27 (22.1)	47 (38.5)	3 (2.5)	122 (100.0)
요양시설(실비)	43 (36.4)	39 (33.1)	33 (28.0)	3 (2.5)	118 (100.0)
요양시설(유료)	6 (20.7)	15 (51.7)	6 (20.7)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	49 (41.9)	21 (17.9)	43 (36.8)	4 (3.4)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	9 (45.0)	7 (35.0)	4 (20.0)	-	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	6 (20.0)	15 (50.0)	7 (23.3)	2 (6.7)	30 (100.0)
합계	158 (36.2)	124 (28.4)	140 (32.1)	14 (3.2)	436 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	63 (30.6)	80 (38.8)	57 (27.7)	6 (2.9)	206 (100.0)
복합	95 (41.3)	44 (19.1)	83 (36.1)	8 (3.5)	230 (100.0)
합계	158 (36.2)	124 (28.4)	140 (32.1)	14 (3.2)	436 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	115 (40.5)	55 (19.4)	104 (36.6)	10 (3.5)	284 (100.0)
기타비영리단체	20 (46.5)	14 (32.6)	8 (18.6)	1 (2.3)	43 (100.0)
개인 및 영리단체	23 (21.1)	55 (50.5)	28 (25.7)	3 (2.8)	109 (100.0)
합계	158 (36.2)	124 (28.4)	140 (32.1)	14 (3.2)	436 (100.0)
개원일기준					
~1999년	44 (39.6)	27 (24.3)	35 (31.5)	5 (4.5)	111 (100.0)
2000년~2003년	27 (29.3)	28 (30.4)	36 (39.1)	1 (1.1)	92 (100.0)
2004년~	87 (37.3)	69 (29.6)	69 (29.6)	8 (3.4)	233 (100.0)
합계	158 (36.2)	124 (28.4)	140 (32.1)	14 (3.2)	436 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	14 (17.9)	40 (51.3)	22 (28.2)	2 (2.6)	78 (100.0)
30~50인 미만	19 (35.2)	19 (35.2)	15 (27.8)	1 (1.9)	54 (100.0)
50~100인 미만	98 (38.9)	51 (20.2)	93 (36.9)	10 (4.0)	252 (100.0)
100인 이상	27 (51.9)	14 (26.9)	10 (19.2)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	158 (36.2)	124 (28.4)	140 (32.1)	14 (3.2)	436 (100.0)
소재지유형별					
대도시	41 (44.1)	26 (28.0)	25 (26.9)	1 (1.1)	93 (100.0)
중소도시	95 (38.3)	72 (29.0)	68 (27.4)	13 (5.2)	248 (100.0)
농어촌	21 (22.6)	26 (28.0)	46 (49.5)	-	93 (100.0)
합계	157 (36.2)	124 (28.6)	139 (32.0)	14 (3.2)	434 (100.0)

3. 시설평가제도

<표 3-41>은 제3자(외부기관)에 의한 시설평가제도가 합당하게 이루지고 있다고 생각하는지에 대해 조사한 것으로, “그렇다”고 한 시설이 전체의 24.0%, “그렇지 않다”고 한 시설이 50.1%, “잘 모르겠다”고 하는 시설이 25.9%를 나타내고 있다. 따라서 현재의 시설평가방식은 절반정도의 시설만이 긍정적으로 생각할 뿐이어서 어떠한 형식이든지 간에 시설을 대상으로 한 평가체계는 합리적으로 재구축할 필요가 있다.

그리고 정부에서는 향후 노인장기요양보험제도의 도입과 함께 장기요양서비스의 질 평가를 동시에 실시하는 것으로 고려하고 있는데, 이에 대한 시설의 인식을 조사해 본 결과, “시설 자체평가로만 실시하는 것이 좋다”는 시설이 13.0%, “외부평가(보험자 등, 외부기관)로만 실시하는 것이 좋다”는 시설은 3.3%에 불과하고, “자체평가와 외부평가를 병행하되, 시설 자체평가를 중시하는 것이 좋다”는 시설이 60.7%, “시설자체평가와 외부평가를 병행하되, 외부평가를 중시하는 것이 좋다”는 시설이 18.1%로 나타났다(표 3-42 참조). 이를 보면, 일률적이고 정형화된 외부평가체계가 시설의 특성을 제대로 반영하기 어렵다는 한계성을 찾아볼 수 있다.

현행 노인장기요양보험제도에서는 보험자가 서비스 질을 평가하도록 되어 있는데, 시설의 자체평가방식을 어떠한 형식으로든지 간에 가미시키는 방향으로 고려할 필요가 있음을 시사해주고 있다.

〈표 3-41〉 제3자(외부기관)에 의한 시설평가제도의 합리성 여부

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	35 (28.7)	67 (54.9)	20 (16.4)	122 (100.0)
요양시설(실비)	25 (21.4)	54 (46.2)	38 (32.5)	117 (100.0)
요양시설(유료)	8 (27.6)	13 (44.8)	8 (27.6)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	23 (19.7)	61 (52.1)	33 (28.2)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	6 (31.6)	9 (47.4)	4 (21.1)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	7 (24.1)	13 (44.8)	9 (31.0)	29 (100.0)
합계	104 (24.0)	217 (50.1)	112 (25.9)	433 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	45 (21.8)	10 (49.0)	60 (29.1)	206 (100.0)
복합	59 (26.0)	116 (51.1)	52 (22.9)	227 (100.0)
합계	104 (24.0)	217 (50.1)	112 (25.9)	433 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	69 (24.6)	151 (53.7)	61 (21.7)	281 (100.0)
기타비영리단체	10 (22.2)	25 (55.6)	10 (22.2)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	25 (23.4)	41 (38.3)	41 (38.3)	107 (100.0)
합계	104 (24.0)	217 (50.1)	112 (25.9)	433 (100.0)
개원일기준				
~1999년	39 (35.5)	54 (49.1)	17 (15.5)	110 (100.0)
2000년~2003년	22 (24.4)	46 (51.1)	22 (24.4)	90 (100.0)
2004년~	43 (18.5)	117 (50.2)	73 (31.3)	233 (100.0)
합계	104 (24.0)	217 (50.1)	112 (25.9)	433 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	18 (23.1)	33 (42.3)	27 (34.6)	78 (100.0)
30~50인 미만	10 (18.9)	21 (39.6)	22 (41.5)	53 (100.0)
50~100인 미만	63 (25.1)	134 (53.4)	54 (21.5)	251 (100.0)
100인 이상	13 (25.5)	29 (56.9)	9 (17.6)	51 (100.0)
합계	104 (24.0)	217 (50.1)	112 (25.9)	433 (100.0)
소재지유형별				
대도시	21 (22.3)	50 (53.2)	23 (24.5)	94 (100.0)
중소도시	60 (24.4)	121 (49.2)	65 (26.4)	246 (100.0)
농어촌	22 (24.2)	46 (50.5)	23 (25.3)	91 (100.0)
합계	103 (23.9)	217 (50.3)	111 (25.8)	431 (100.0)

〈표 3-42〉 노인장기요양보험제도 도입이후 서비스질 평가 실시 방안

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	16 (13.4)	2 (1.7)	73 (61.3)	23 (19.3)	5 (4.2)	119 (100.0)
요양시설(실비)	16 (13.8)	2 (1.7)	77 (66.4)	17 (14.7)	4 (3.4)	116 (100.0)
요양시설(유료)	6 (20.7)	-	17 (58.6)	4 (13.8)	2 (6.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	10 (8.5)	6 (5.1)	67 (57.3)	27 (23.1)	7 (6.0)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	3 (15.0)	-	11 (55.0)	5 (25.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	5 (17.2)	4 (13.8)	16 (55.2)	2 (6.9)	2 (6.9)	29 (100.0)
합계	56 (13.0)	14 (3.3)	261 (60.7)	78 (18.1)	21 (4.9)	430 (100.0)
시설복합운영유무별						
단일	25 (12.3)	5 (2.5)	126 (62.1)	34 (16.7)	13 (6.4)	203 (100.0)
복합	31 (13.7)	9 (4.0)	135 (59.5)	44 (19.4)	8 (3.5)	227 (100.0)
합계	56 (13.0)	14 (3.3)	261 (60.7)	78 (18.1)	21 (4.9)	430 (100.0)
운영주체별						
사회복지법인	32 (11.5)	11 (3.9)	160 (57.3)	61 (21.9)	15 (5.4)	279 (100.0)
기타비영리단체	7 (15.9)	1 (2.3)	27 (61.4)	7 (15.9)	2 (4.5)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	17 (15.9)	2 (1.9)	74 (69.2)	10 (9.3)	4 (3.7)	107 (100.0)
합계	56 (13.0)	14 (3.3)	261 (60.7)	78 (18.1)	21 (4.9)	430 (100.0)
개원일기준						
~1999년	20 (18.2)	2 (1.8)	65 (59.1)	18 (16.4)	5 (4.5)	110 (100.0)
2000년~2003년	8 (8.7)	7 (7.6)	56 (60.9)	15 (16.3)	6 (6.5)	92 (100.0)
2004년~	28 (12.3)	5 (2.2)	140 (61.4)	45 (19.7)	10 (4.4)	228 (100.0)
합계	56 (13.0)	14 (3.3)	261 (60.7)	78 (18.1)	21 (4.9)	430 (100.0)
입소정원규모별						
30인 미만	15 (19.5)	2 (2.6)	49 (63.6)	8 (10.4)	3 (3.9)	77 (100.0)
30~50인 미만	4 (7.5)	-	39 (73.6)	8 (15.1)	2 (3.8)	53 (100.0)
50~100인 미만	33 (13.2)	10 (4.0)	148 (59.2)	46 (18.4)	13 (5.2)	250 (100.0)
100인 이상	4 (8.0)	2 (4.0)	25 (50.0)	16 (32.0)	3 (6.0)	50 (100.0)
합계	56 (13.0)	14 (3.3)	261 (60.7)	78 (18.1)	21 (4.9)	430 (100.0)
소재지유형별						
대도시	13 (14.1)	2 (2.2)	54 (58.7)	20 (21.7)	3 (3.3)	92 (100.0)
중소도시	34 (13.9)	8 (3.3)	143 (58.4)	47 (19.2)	13 (5.3)	245 (100.0)
농어촌	9 (9.9)	4 (4.4)	62 (68.1)	11 (12.1)	5 (5.5)	91 (100.0)
합계	56 (13.1)	14 (3.3)	259 (60.5)	78 (18.2)	21 (4.9)	428 (100.0)

4. 이용자편의

<표 3-43>은 입소자 또는 가족으로부터 인권보호나 권리옹호에 대한 요구정도에 대해 조사한 것으로, “요구가 많은 편”인 시설이 전체의 13.9%, “보통 수준”인 시설이 38.3%, “거의 없는 편”인 시설이 47.8%로 나타났다. 특히 절반 정도의 시설은 인권보호나 권리옹호의 요구가 거의 없는 것은 입소자의 의식이 아직은 제대로 형성되어 있지 못하기 때문인 것으로 보인다.

그런데, 시설유형별로 보면, 유료나 실비시설이 “요구정도가 거의 없다”는 시설의 비중이 무료시설에 비해 상대적으로 낮다. 이는 개인시설이 사회복지법인시설보다도 그 요구정도가 거의 없다는 시설의 비중이 상대적으로 낮게 나타났다는 것과 유사한 현상인데, 결국 유료나 실비시설이 무료시설에 비해 상대적으로 이용자의 불만발생을 사전적으로 제어하면서 서비스를 제공하고 있다는 것으로 볼 수 있다.

이러한 현상이 노인장기요양보험제도의 도입계기로 어떻게 변화할 것인가에 대해 조사한 결과를 보면, “현재보다는 더 많아질 것”으로 보는 시설이 77.8%, “현재의 수준일 것”으로 보는 시설이 17.0%, “현재보다는 감소할 것”으로 보는 시설이 3.0%로 나타났다(표 3-44 참조). 대부분의 시설들이 이용자의 인권보호나 권리옹호에 대한 요구가 빈번하게 발생될 것으로 보는데, 특히 유료시설에 비해서 무료나 실비시설에서 현재보다 더 많아질 것으로 생각하는 시설비중이 높게 나타나고 있어, 이 부문에 대한 무료시설의 대응이 크게 요구되고 있다.

<표 3-45>는 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 입소자에 대한 서비스제공범위의 설정에 대해 조사한 것으로, “입소자부담(유료)의 비보험서비스라도 적극적으로 개발하여 추가적으로 제공할 것”은 시설이 전체의 61.9%, “보험제도에서 인정하는 서비스범위내에서만 제공할 것”은 시설이 26.1%, “무료의 비보험서비스 정도만 개발하여 추가적으로 제공할 것”은 시설이 7.8%, “잘 모르겠다”는 시설이 4.1%로 나타나고 있어, 거의 2/3에 해당하는 시설이 보험급여에 해당하지 않는 서비스를 현재에도 제공하고 있다는 것을 알 수 있다.

〈표 3-43〉 입소자 및 가족으로부터의 인권보호나 권리옹호 요구정도

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	19 (15.4)	51 (41.5)	53 (43.1)	123 (100.0)
요양시설(실비)	15 (12.7)	38 (32.2)	65 (55.0)	118 (100.0)
요양시설(유료)	4 (13.8)	11 (37.9)	14 (48.3)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	16 (13.6)	53 (44.9)	49 (41.5)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	1 (5.0)	8 (40.0)	11 (55.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	6 (20.0)	7 (23.3)	17 (56.6)	30 (100.0)
합계	61 (13.9)	168 (38.3)	209 (47.8)	438 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	25 (12.0)	76 (36.5)	107 (51.5)	208 (100.0)
복합	36 (15.7)	92 (40.0)	102 (44.3)	230 (100.0)
합계	61 (13.9)	168 (38.3)	209 (47.8)	438 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	44 (15.5)	114 (40.2)	126 (44.3)	284 (100.0)
기타비영리단체	9 (20.0)	21 (46.7)	15 (33.3)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	8 (7.3)	33 (30.3)	68 (62.4)	109 (100.0)
합계	61 (13.9)	168 (38.3)	209 (47.8)	438 (100.0)
개원일기준				
~1999년	16 (14.4)	43 (38.7)	52 (46.8)	111 (100.0)
2000년~2003년	12 (12.9)	36 (38.7)	45 (48.4)	93 (100.0)
2004년~	33 (14.1)	89 (38.0)	112 (47.8)	234 (100.0)
합계	61 (13.9)	168 (38.3)	209 (47.8)	438 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	7 (9.0)	21 (26.9)	50 (64.1)	78 (100.0)
30~50인 미만	6 (10.9)	20 (36.4)	29 (52.7)	55 (100.0)
50~100인 미만	37 (14.6)	111 (43.9)	105 (41.5)	253 (100.0)
100인 이상	11 (21.2)	16 (30.8)	25 (48.1)	52 (100.0)
합계	61 (13.9)	168 (38.3)	209 (47.8)	438 (100.0)
소재지유형별				
대도시	17 (18.1)	31 (33.0)	46 (48.9)	94 (100.0)
중소도시	34 (13.7)	96 (38.6)	119 (47.8)	249 (100.0)
농어촌	10 (10.8)	40 (43.0)	43 (46.3)	93 (100.0)
합계	61 (14.0)	167 (38.3)	208 (47.7)	436 (100.0)

〈표 3-44〉 노인장기요양보험제도 도입이후 입소자 및 가족으로부터의
인권보호나 권리옹호 요구정도 전망

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	102 (82.9)	15 (12.2)	4 (3.3)	2 (1.6)	123 (100.0)
요양시설(실비)	88 (74.6)	26 (22.0)	2 (1.7)	2 (1.7)	118 (100.0)
요양시설(유료)	16 (55.2)	10 (34.5)	3 (10.3)	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	103 (88.0)	13 (11.1)	-	1 (0.9)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	14 (70.0)	4 (20.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	16 (55.2)	6 (20.7)	3 (10.3)	4 (13.8)	29 (100.0)
합계	339 (77.8)	74 (17.0)	13 (3.0)	10 (2.3)	436 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	155 (75.2)	39 (18.9)	7 (3.4)	5 (2.4)	206 (100.0)
복합	184 (80.0)	35 (15.2)	6 (2.6)	5 (2.2)	230 (100.0)
합계	339 (77.8)	74 (17.0)	13 (3.0)	10 (2.3)	436 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	237 (83.5)	40 (14.1)	4 (1.4)	3 (1.1)	284 (100.0)
기타비영리단체	35 (79.5)	6 (13.6)	2 (4.5)	1 (2.3)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	67 (62.0)	28 (25.9)	7 (6.5)	6 (5.6)	108 (100.0)
합계	339 (77.8)	74 (17.0)	13 (3.0)	10 (2.3)	436 (100.0)
개원일기준					
~1999년	90 (81.1)	14 (12.6)	5 (4.5)	2 (1.8)	111 (100.0)
2000년~2003년	73 (79.3)	16 (17.4)	1 (1.1)	2 (2.2)	92 (100.0)
2004년~	176 (75.5)	44 (18.9)	7 (3.0)	6 (2.6)	233 (100.0)
합계	339 (77.8)	74 (17.0)	13 (3.0)	10 (2.3)	436 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	48 (61.5)	23 (29.5)	3 (3.8)	4 (5.1)	78 (100.0)
30~50인 미만	41 (75.9)	10 (18.5)	2 (3.7)	1 (1.9)	54 (100.0)
50~100인 미만	210 (83.3)	32 (12.7)	6 (2.4)	4 (1.6)	252 (100.0)
100인 이상	40 (76.9)	9 (17.3)	2 (3.8)	1 (1.9)	52 (100.0)
합계	339 (77.8)	74 (17.0)	13 (3.0)	10 (2.3)	436 (100.0)
소재지유형별					
대도시	74 (79.6)	13 (14.0)	3 (3.2)	3 (3.2)	93 (100.0)
중소도시	193 (77.8)	45 (18.1)	6 (2.4)	4 (1.6)	248 (100.0)
농어촌	70 (75.3)	16 (17.2)	4 (4.3)	3 (3.2)	93 (100.0)
합계	337 (77.6)	74 (17.1)	13 (3.0)	10 (2.3)	434 (100.0)

〈표 3-45〉 노인장기요양보험제도 도입이후 입소자에 대한 서비스제공범위 전망

(단위: 개소, %)

	—				
	—				
운영형태별					
요양시설(무료)	59 (48.4)	49 (40.2)	8 (6.6)	6 (4.9)	122 (100.0)
요양시설(실비)	75 (63.6)	26 (22.0)	11 (9.3)	6 (5.1)	118 (100.0)
요양시설(유료)	25 (86.2)	4 (13.8)	-	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	75 (63.6)	27 (22.9)	13 (11.0)	3 (2.5)	118 (100.0)
전문요양시설(실비)	13 (68.4)	3 (15.8)	1 (5.3)	2 (10.5)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	23 (76.7)	5 (16.7)	1 (3.3)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	270 (61.9)	114 (26.1)	34 (7.8)	18 (4.1)	436 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	129 (62.3)	60 (29.0)	12 (5.8)	6 (2.9)	207 (100.0)
복합	141 (61.6)	54 (23.6)	22 (9.6)	12 (5.2)	229 (100.0)
합계	270 (61.9)	114 (26.1)	34 (7.8)	18 (4.1)	436 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	170 (60.1)	76 (26.9)	24 (8.5)	13 (4.6)	283 (100.0)
기타비영리단체	27 (60.0)	12 (26.7)	6 (13.3)	-	45 (100.0)
개인 및 영리단체	73 (67.6)	26 (24.1)	4 (3.7)	5 (4.6)	108 (100.0)
합계	270 (61.9)	114 (26.1)	34 (7.8)	18 (4.1)	436 (100.0)
개원일기준					
~1999년	63 (56.8)	34 (30.6)	8 (7.2)	6 (5.4)	111 (100.0)
2000년~2003년	63 (67.7)	19 (20.4)	5 (5.4)	6 (6.5)	93 (100.0)
2004년~	144 (62.1)	61 (26.3)	21 (9.1)	6 (2.6)	232 (100.0)
합계	270 (61.9)	114 (26.1)	34 (7.8)	18 (4.1)	436 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	51 (65.4)	21 (26.9)	3 (3.8)	3 (3.8)	78 (100.0)
30~50인 미만	36 (66.7)	12 (22.2)	4 (7.4)	2 (3.7)	54 (100.0)
50~100인 미만	146 (57.9)	70 (27.8)	23 (9.1)	13 (5.2)	252 (100.0)
100인 이상	37 (71.2)	11 (21.2)	4 (7.7)	-	52 (100.0)
합계	270 (61.9)	114 (26.1)	34 (7.8)	18 (4.1)	436 (100.0)
소재지유형별					
대도시	63 (67.7)	17 (18.3)	7 (7.5)	6 (6.5)	93 (100.0)
중소도시	146 (58.9)	72 (29.0)	20 (8.1)	10 (4.0)	248 (100.0)
농어촌	59 (63.4)	25 (26.9)	7 (7.5)	2 (2.2)	93 (100.0)
합계	268 (61.8)	114 (26.3)	34 (7.8)	18 (4.1)	434 (100.0)

제5절 시설환경관리부문

1. 안전사고

<표 3-46>은 입소자에게 부득이하게 발생하는 각종 사고(낙상 등)에 대비하기 위해서 손해배상보험에 가입해 있는지를 조사한 것으로, 가입해 있는 시설이 72.7%, 그렇지 않은 시설이 27.3%로 나타났다. 시설유형별로 보면, 유료시설이 무료나 실비시설에 비해서 상대적으로 가입시설 비중이 떨어지는 것으로 나타났다.

만약에 손해배상보험에 가입하지 않은 경우 사고가 발생하였을 경우 시설의 대처방법을 조사한 결과, “시설장이 전적인 책임을 지고 손해배상한다”는 시설이 전체의 38.9%, “시설장과 담당자가 공동으로 손해배상한다”는 시설이 15.3%, “담당직원이 전적인 책임을 지고 손해배상한다”는 시설이 10.8%, “시설의 여건상 거의 손해배상을 하지 못하고 있다”는 시설이 45.0%로 나타났다(표 3-47 참조). 특히 절반 정도의 시설에서 손해배상을 못하고 있는 것으로 나타났는데, 이러한 시설의 경우에는 향후 시설의 운영에 어려움이 뒤따를 가능성이 높을 것이다. 시설유형별로 보면, 유료시설에 비해서 무료나 실비시설이 손해배상을 못하고 있다는 시설비중이 상대적으로 높으면서 시설장이 책임을 지고 있다는 시설비중도 높게 나타났다.

그리고 노인장기요양보험제도가 도입된 이후 손해배상사건의 발생수준에 대해 조사한 결과, “향후 대책과 무관하게 현재보다는 더 많이 발생할 것”으로 보는 시설이 63.9%, “현재와 별 차이 없이 발생할 것”으로 보는 시설이 25.7%, “향후 대책마련으로 현재보다는 적게 발생할 것”으로 보는 시설이 6.0%, “잘 모르겠다”는 시설이 4.4%로 나타났다(표 3-48 참조). 특히 무료시설이나 실비시설이 유료시설에 비해서 더 많이 발생할 것으로 우려하고 있어, 이에 대한 대책이 요구되고 있다.

〈표 3-46〉 각종 사고에 대비한 손해배상보험 가입여부

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	91 (74.0)	32 (26.0)	123 (100.0)
요양시설(실비)	79 (66.9)	39 (33.1)	118 (100.0)
요양시설(유료)	18 (62.1)	11 (37.9)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	92 (78.6)	25 (21.4)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	17 (85.0)	3 (15.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	20 (69.0)	9 (31.0)	29 (100.0)
합계	317 (72.7)	119 (27.3)	436 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	139 (67.1)	68 (32.9)	207 (100.0)
복합	178 (77.7)	51 (22.3)	229 (100.0)
합계	317 (72.7)	119 (27.3)	436 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	223 (79.1)	59 (20.9)	282 (100.0)
기타비영리단체	33 (73.3)	12 (26.7)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	61 (56.0)	48 (44.0)	109 (100.0)
합계	317 (72.7)	119 (27.3)	436 (100.0)
개원일기준			
~1999년	82 (74.5)	28 (25.5)	110 (100.0)
2000년~2003년	64 (68.8)	29 (31.2)	93 (100.0)
2004년~	171 (73.4)	62 (26.6)	233 (100.0)
합계	317 (72.7)	119 (27.3)	436 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	43 (55.1)	35 (44.9)	78 (100.0)
30~50인 미만	30 (54.5)	25 (45.5)	55 (100.0)
50~100인 미만	206 (81.7)	46 (18.3)	252 (100.0)
100인 이상	38 (74.5)	13 (25.5)	51 (100.0)
합계	317 (72.7)	119 (27.3)	436 (100.0)
소재지유형별			
대도시	76 (81.7)	17 (18.3)	93 (100.0)
중소도시	179 (72.2)	69 (27.8)	248 (100.0)
농어촌	60 (64.5)	33 (35.5)	93 (100.0)
합계	315 (72.6)	119 (27.4)	434 (100.0)

〈표 3-47〉 손해배상보험 미가입시의 각종사고 대비방법

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	10 (31.3)	4 (12.5)	-	18 (56.3)	32 (100.0)
요양시설(실비)	21 (46.7)	5 (11.1)	1 (2.2)	18 (40.0)	45 (100.0)
요양시설(유료)	6 (54.5)	-	-	5 (45.5)	11 (100.0)
전문요양시설(무료)	6 (21.4)	8 (28.6)	-	14 (50.0)	28 (100.0)
전문요양시설(실비)	2 (50.0)	1 (25.0)	-	1 (25.0)	4 (100.0)
전문요양시설(유료)	6 (54.5)	2 (18.2)	-	3 (27.3)	11 (100.0)
합계	51 (38.9)	20 (15.3)	1 (0.8)	59 (45.0)	131 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	31 (41.9)	7 (9.5)	-	36 (48.6)	74 (100.0)
복합	20 (35.1)	13 (22.8)	1 (1.8)	23 (40.4)	57 (100.0)
합계	51 (38.9)	20 (15.3)	1 (0.8)	59 (45.0)	131 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	17 (25.0)	12 (17.6)	1 (1.5)	38 (55.9)	68 (100.0)
기타비영리단체	5 (41.7)	4 (33.3)	-	3 (25.0)	12 (100.0)
개인 및 영리단체	29 (56.9)	4 (7.8)	-	18 (35.3)	51 (100.0)
합계	51 (38.9)	20 (15.3)	1 (0.8)	59 (45.0)	131 (100.0)
개원일기준					
~1999년	13 (48.1)	4 (14.8)	-	10 (37.0)	27 (100.0)
2000년~2003년	15 (48.4)	2 (6.5)	-	14 (45.2)	31 (100.0)
2004년~	23 (31.5)	14 (19.2)	1 (1.4)	35 (47.9)	73 (100.0)
합계	51 (38.9)	20 (15.3)	1 (0.8)	59 (45.0)	131 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	19 (51.4)	2 (5.4)	-	16 (43.2)	37 (100.0)
30~50인 미만	13 (46.4)	5 (17.9)	1 (3.6)	9 (32.1)	28 (100.0)
50~100인 미만	17 (30.9)	8 (14.5)	-	30 (54.5)	55 (100.0)
100인 이상	2 (18.2)	5 (45.5)	-	4 (36.4)	11 (100.0)
합계	51 (38.9)	20 (15.3)	1 (0.8)	59 (45.0)	131 (100.0)
소재지유형별					
대도시	4 (17.4)	6 (26.1)	1 (4.3)	12 (52.2)	23 (100.0)
중소도시	35 (45.5)	12 (15.6)	-	30 (39.0)	77 (100.0)
농어촌	12 (38.7)	2 (6.5)	-	17 (54.8)	31 (100.0)
합계	51 (38.9)	20 (15.3)	1 (0.8)	59 (45.0)	131 (100.0)

〈표 3-48〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 손해배상사건 발생정도 전망

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	86 (72.3)	24 (20.2)	4 (3.4)	5 (4.2)	119 (100.0)
요양시설(실비)	74 (62.7)	31 (26.3)	9 (7.6)	4 (3.4)	118 (100.0)
요양시설(유료)	6 (20.7)	15 (51.7)	7 (24.1)	1 (3.4)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	87 (75.0)	21 (18.1)	4 (3.4)	4 (3.4)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	12 (60.0)	6 (30.0)	1 (5.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	11 (36.7)	14 (46.7)	1 (3.3)	4 (13.3)	30 (100.0)
합계	276 (63.9)	111 (25.7)	26 (6.0)	19 (4.4)	432 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	109 (53.4)	68 (33.3)	16 (7.8)	11 (5.4)	204 (100.0)
복합	167 (73.2)	43 (18.9)	10 (4.4)	8 (3.5)	228 (100.0)
합계	276 (63.9)	111 (25.7)	26 (6.0)	19 (4.4)	432 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	208 (73.8)	54 (19.1)	10 (3.5)	10 (3.5)	282 (100.0)
기타비영리단체	26 (63.4)	12 (29.3)	1 (2.4)	2 (4.9)	41 (100.0)
개인 및 영리단체	42 (38.5)	45 (41.3)	15 (13.8)	7 (6.4)	109 (100.0)
합계	276 (63.9)	111 (25.7)	26 (6.0)	19 (4.4)	432 (100.0)
개원일기준					
~1999년	72 (66.1)	26 (23.9)	6 (5.5)	5 (4.6)	109 (100.0)
2000년~2003년	59 (64.1)	26 (28.3)	5 (5.4)	2 (2.2)	92 (100.0)
2004년~	145 (62.8)	59 (25.5)	15 (6.5)	12 (5.2)	231 (100.0)
합계	276 (63.9)	111 (25.7)	26 (6.0)	19 (4.4)	432 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	28 (35.9)	31 (39.7)	13 (16.7)	6 (7.7)	78 (100.0)
30~50인 미만	32 (59.3)	19 (35.2)	2 (3.7)	1 (1.9)	54 (100.0)
50~100인 미만	179 (71.9)	50 (20.1)	10 (4.0)	10 (4.0)	249 (100.0)
100인 이상	37 (72.5)	11 (21.6)	1 (2.0)	2 (3.9)	51 (100.0)
합계	276 (63.9)	111 (25.7)	26 (6.0)	19 (4.4)	432 (100.0)
소재지유형별					
대도시	58 (63.0)	26 (28.3)	5 (5.4)	3 (3.3)	92 (100.0)
중소도시	156 (63.4)	62 (25.2)	15 (6.1)	13 (5.3)	246 (100.0)
농어촌	61 (66.3)	22 (23.9)	6 (6.5)	3 (3.3)	92 (100.0)
합계	275 (64.0)	110 (25.6)	26 (6.0)	19 (4.4)	430 (100.0)

<표 3-49>는 낙상과 같이 각종 안전사고를 예방하기 위한 대책마련에 대해 조사한 결과인데, “안전사고관리매뉴얼 또는 위기관리매뉴얼을 만들어 활용”하고 있는 시설이 전체의 31.5%, “주기적으로 안전사고관리에 대한 직원교육을 실시”하고 있는 시설이 64.1%, “외부의 안전관리회사로부터 주기적인 점검”을 받고 있는 시설이 20.5%, “직원의 업무회의시 구두로 안전사고관리에 대한 주의사항을 전달”하고 있는 시설이 68.3%, “매뉴얼, 직원교육, 외부의 점검의뢰 등과 같은 대책을 특별히 마련해 놓지 못하고 있는” 시설이 5.1%로 나타났다. 이를 보면, 아직은 체계적인 방법으로 사고의 예방관리를 하고 있지 못한 것으로 보인다.

이와 관련하여 안전사고의 예방을 위한 직원교육 수준을 살펴본 결과, 1주일에 1회 정도 실시하고 있는 시설이 22.8%, 한 달에 1회 정도 실시하고 있는 시설이 32.2%, 분기별로 1회 정도 실시하고 있는 시설이 22.5%, 상·하반기에 1회 정도씩 실시하고 있는 시설이 6.2%, 일년에 1회 정도 실시하고 있는 시설이 1.1%, 부정기적으로 일년에 여러 번 실시하고 있는 시설이 15.2%로 나타났다(표 3-50 참조). 이를 보면, 약 3/4의 시설이 최소한 분기별 1회 이상은 직원교육을 실시하고 있는 것으로 볼 수 있고, 단순하게 부정기적으로 실시하고 있는 시설도 꽤 존재하고 있다.

2. 감염예방

<표 3-51>은 입소자의 건강을 해칠 수 있는 감염증의 발생예방을 위해서 별도의 내부시설 환경관리대책을 세워놓고 있는지에 대해 조사한 것으로, “별도의 대책이 있다”고 한 시설이 전체의 39.7% 정도이고, 나머지의 60.3%는 대책이 없는 것으로 나타났다. 따라서, 현재 시설들은 입소자간, 시설종사자, 또는 외부의 내방객이나 자원봉사자들에 의한 질병감염이 발생할 수 있다는 의식이 아직은 크게 형성되어 있지 않음을 알 수 있다.

〈표 3-49〉 시설내 각종 안전사고의 예방대책(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	47 (38.5)	81 (66.4)	38 (31.1)	88 (72.1)	3 (2.5)	122
요양시설(실비)	26 (22.4)	69 (59.5)	11 (9.5)	82 (70.7)	7 (6.0)	116
요양시설(유료)	7 (24.1)	15 (51.7)	5 (17.2)	16 (55.2)	4 (13.8)	29
전문요양시설(무료)	41 (34.7)	85 (72.0)	25 (21.2)	80 (67.8)	4 (3.4)	118
전문요양시설(실비)	6 (30.0)	9 (45.0)	6 (30.0)	12 (60.0)	3 (15.0)	20
전문요양시설(유료)	10 (33.3)	20 (66.7)	4 (13.3)	19 (63.3)	1 (3.3)	30
합계	137 (31.5)	279 (64.1)	89 (20.5)	297 (68.3)	22 (5.1)	435
시설복합운영유무별						
단일	43 (20.9)	112 (54.4)	34 (16.5)	146 (70.9)	15 (7.3)	206
복합	94 (41.0)	167 (72.9)	55 (24.0)	151 (65.9)	7 (3.1)	229
합계	137 (31.5)	279 (64.1)	89 (20.5)	297 (68.3)	22 (5.1)	435
운영주체별						
사회복지법인	107 (37.7)	199 (70.1)	70 (24.6)	191 (67.3)	9 (3.2)	284
기타비영리단체	13 (29.5)	31 (70.5)	11 (25.0)	31 (70.5)	1 (2.3)	44
개인 및 영리단체	17 (15.9)	49 (45.8)	8 (7.5)	75 (70.1)	12 (11.2)	107
합계	137 (31.5)	279 (64.1)	89 (20.5)	297 (68.3)	22 (5.1)	435
개원일기준						
~1999년	41 (37.3)	77 (70.0)	26 (23.6)	77 (70.0)	2 (1.8)	110
2000~2003년	37 (39.8)	61 (65.6)	24 (25.8)	51 (54.8)	8 (8.6)	93
2004년~	59 (25.4)	141 (60.8)	39 (16.8)	169 (72.8)	12 (5.2)	232
합계	137 (31.5)	279 (64.1)	89 (20.5)	297 (68.3)	22 (5.1)	435
입소정원규모별						
30인 미만	9 (11.8)	35 (46.1)	10 (13.2)	48 (63.2)	12 (15.8)	76
30~50인 미만	15 (27.3)	30 (54.5)	5 (9.1)	41 (74.5)	1 (1.8)	55
50~100인 미만	92 (36.5)	175 (69.4)	64 (25.4)	176 (69.8)	8 (3.2)	252
100인 이상	21 (40.4)	39 (75.0)	10 (19.2)	32 (61.5)	1 (1.9)	52
합계	137 (31.5)	279 (64.1)	89 (20.5)	297 (68.3)	22 (5.1)	435
소재지유형별						
대도시	37 (39.4)	67 (71.3)	21 (22.3)	57 (60.6)	4 (4.3)	94
중소도시	73 (29.4)	162 (65.3)	53 (21.4)	181 (73.0)	13 (5.2)	248
농어촌	27 (29.7)	50 (54.9)	15 (16.5)	57 (62.6)	5 (5.5)	91
합계	137 (31.6)	279 (64.4)	89 (20.6)	295 (68.1)	22 (5.1)	433

〈표 3-50〉 시설내 각종 안전사고관리에 대한 직원교육 실시정도

(단위: 개소, %)

운영형태별							
요양시설(무료)	14 (12.8)	37 (33.0)	32 (29.4)	8 (7.3)	2 (1.8)	16 (14.7)	109(100.0)
요양시설(실비)	30 (33.0)	29 (31.9)	16 (17.6)	3 (3.3)	1 (1.1)	12 (13.2)	91(100.0)
요양시설(유료)	10 (41.7)	6 (25.0)	4 (16.7)	-	-	4 (16.7)	24(100.0)
전문요양시설(무료)	12 (11.7)	34 (33.0)	27 (26.2)	11 (10.7)	1 (1.0)	18 (17.5)	103(100.0)
전문요양시설(실비)	4 (26.7)	8 (53.3)	2 (13.3)	-	-	1 (6.7)	15(100.0)
전문요양시설(유료)	14 (51.9)	5 (18.5)	2 (7.4)	1 (3.7)	-	5 (18.5)	27(100.0)
합계	84 (22.8)	119 (32.2)	83 (22.5)	23 (6.2)	4 (1.1)	56 (15.2)	369(100.0)
시설복합운영유무별							
단일	54 (32.1)	49 (29.2)	31 (18.5)	9 (5.4)	3 (1.8)	22 (13.1)	168(100.0)
복합	30 (14.9)	70 (34.8)	52 (25.9)	14 (7.0)	1 (0.5)	34 (16.9)	201(100.0)
합계	84 (22.8)	119 (32.2)	83 (22.5)	23 (6.2)	4 (1.1)	56 (15.2)	369(100.0)
운영주체별							
사회복지법인	35 (14.4)	90 (37.0)	64 (26.3)	15 (6.2)	4 (1.6)	35 (14.4)	243(100.0)
기타비영리단체	6 (15.4)	9 (23.1)	14 (35.9)	5 (12.8)	-	5 (12.8)	39(100.0)
개인 및 영리단체	43 (49.4)	20 (23.0)	5 (5.7)	3 (3.4)	-	16 (18.4)	87(100.0)
합계	84 (22.8)	119 (32.2)	83 (22.5)	23 (6.2)	4 (1.1)	56 (15.2)	369(100.0)
개원일기준							
~1999년	18 (18.8)	29 (30.2)	29 (30.2)	5 (5.2)	2 (2.1)	13 (13.5)	96(100.0)
2000년~2003년	21 (25.6)	25 (30.5)	17 (20.7)	8 (9.8)	2 (2.4)	9 (11.0)	82(100.0)
2004년~	45 (23.6)	65 (34.0)	37 (19.4)	10 (5.2)	-	34 (17.8)	191(100.0)
합계	84 (22.8)	119 (32.2)	83 (22.5)	23 (6.2)	4 (1.1)	56 (15.2)	369(100.0)
입소정원규모별							
30인 미만	30 (50.0)	11 (18.3)	6 (10.0)	1 (1.7)	-	12 (20.0)	60(100.0)
30~50인 미만	17 (35.4)	16 (33.3)	6 (12.5)	3 (6.3)	-	6 (12.5)	48(100.0)
50~100인 미만	31 (14.3)	79 (36.4)	55 (25.3)	16 (7.4)	3 (1.4)	33 (15.2)	217(100.0)
100인 이상	6 (13.6)	13 (29.5)	16 (36.4)	3 (6.8)	1 (2.3)	5 (11.4)	44(100.0)
합계	84 (22.8)	119 (32.2)	83 (22.5)	23 (6.2)	4 (1.1)	56 (15.2)	369(100.0)
소재지유형별							
대도시	13 (15.5)	27 (32.1)	24 (28.6)	7 (8.3)	1 (1.2)	12 (14.3)	84(100.0)
중소도	57 (27.3)	66 (31.6)	43 (20.6)	13 (6.2)	3 (1.4)	27 (12.9)	209(100.0)
농어촌	14 (18.9)	25 (33.8)	15 (20.3)	3 (4.1)	-	17 (23.0)	74(100.0)
합계	84 (22.9)	118 (32.2)	82 (22.3)	23 (6.3)	4 (1.1)	56 (15.3)	367(100.0)

〈표 3-51〉 시설내 감염증발생 대책 수립여부

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	47 (41.2)	67 (58.8)	114 (100.0)
요양시설(실비)	34 (29.8)	80 (70.2)	114 (100.0)
요양시설(유료)	9 (31.0)	20 (69.0)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	54 (49.5)	55 (50.5)	109 (100.0)
전문요양시설(실비)	6 (31.6)	13 (68.4)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	14 (50.0)	14 (50.0)	28 (100.0)
합계	164 (39.7)	249 (60.3)	413 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	67 (33.7)	132 (66.3)	199 (100.0)
복합	97 (45.3)	117 (54.7)	214 (100.0)
합계	164 (39.7)	249 (60.3)	413 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	113 (42.2)	155 (57.8)	268 (100.0)
기타비영리단체	19 (47.5)	21 (52.5)	40 (100.0)
개인 및 영리단체	32 (30.5)	73 (69.5)	105 (100.0)
합계	164 (39.7)	249 (60.3)	413 (100.0)
개원일기준			
~1999년	38 (37.3)	64 (62.7)	102 (100.0)
2000년~2003년	37 (41.1)	53 (58.9)	90 (100.0)
2004년~	89 (40.3)	132 (59.7)	221 (100.0)
합계	164 (39.7)	249 (60.3)	413 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	19 (24.7)	58 (75.3)	77 (100.0)
30~50인 미만	19 (38.0)	31 (62.0)	50 (100.0)
50~100인 미만	101 (42.3)	138 (57.7)	239 (100.0)
100인 이상	25 (53.2)	22 (46.8)	47 (100.0)
합계	164 (39.7)	249 (60.3)	413 (100.0)
소재지유형별			
대도시	40 (45.5)	48 (54.5)	88 (100.0)
중소도시	90 (38.5)	144 (61.5)	234 (100.0)
농어촌	34 (38.2)	55 (61.8)	89 (100.0)
합계	164 (39.9)	247 (60.1)	411 (100.0)

제6절 정보관리부문

1. 일반정보

<표 3-52>는 시설에서 입소자의 개인정보를 얻기 위해서 어떠한 방식을 활용하고 있는지에 대해 조사한 것으로, 입소신청서는 92.0%, 병의원의 건강진단서는 88.1%, 시설자체의 이용자상태 조사서는 62.8%, 타 시설의 이용자상태 조사서는 12.6%, 관공서의 공식문서는 43.6%, 가족이나 개인면담은 92.2%의 시설에서 활용하고 있어, 대부분의 시설은 입소신청서, 병의원진단서, 면담서류 등을 중심으로 하고 있음을 알 수 있다. 이는 무료나 실비시설인 경우에는 노인복지법에 근거하여 기본적으로 갖추어야 하는 서류 때문이라 보인다.

<표 3-53>는 시설환경, 입소절차 등 시설에 대한 자세한 정보를 공개하는 방식에 대해 조사한 것으로, 인터넷은 81.7%, 관공서의 소식지는 17.1%, 시설자체 발행의 소식지는 72.0%, 신문, 방송 등의 매스컴은 16.2%, 지역주민대상의 우편물은 14.1%의 시설에서 활용하고 있는 것으로 나타났다. 이를 보면, 대체적으로 인터넷이나 소식지를 활용하고 있는 것으로 보이는데, 그 이외의 방법에 대해서는 아직은 미미한 수준이다. 그런데, 유료시설의 경우에는 인터넷을 주로 활용하고 시설자체의 소식지 활용은 낮은 비중을 차지하고 있다.

이러한 시설정보의 공개가 노인장기요양보험제도의 도입이후 어느 정도의 중요성이 있는지를 살펴본 결과, “매우 중요할 것”으로 보는 시설이 전체의 77.2%, “대체적으로 중요할 것”으로 보는 시설이 19.5%, “그다지 중요하지 않을 것”으로 보는 시설이 2.8%로 나타나고 있어, 거의 대부분이 중요하게 생각하고 있는 것으로 볼 수 있다(표 3-54 참조). 사실 노인장기요양보험제도는 정부의 행정조치가 아닌 이용자와 시설간의 자유계약을 기반으로 하고 있기 때문에 시설의 정보공개는 중요하다.

〈표 3-52〉 입소자의 개인정보 수집을 위한 방법(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별								
요양시설(무료)	114(93.4)	115(94.3)	89(73.0)	23(18.9)	85(69.7)	116(95.1)	4(3.3)	122
요양시설(실비)	107(90.7)	92(78.0)	61(51.7)	4(3.4)	21(17.8)	104(88.1)	2(1.7)	118
요양시설(유료)	27(93.1)	26(89.7)	15(51.7)	3(10.3)	4(13.8)	27(93.1)	3(10.3)	29
전문요양시설(무료)	108(92.3)	110(94.0)	89(76.1)	23(19.7)	77(65.8)	112(95.7)	4(3.4)	117
전문요양시설(실비)	18(90.0)	18(90.0)	9(45.0)	2(10.0)	2(10.0)	19(95.0)	-	20
전문요양시설(유료)	27(90.0)	23(76.7)	11(36.7)	-	1(3.3)	24(80.0)	2(6.7)	30
합계	401(92.0)	384(88.1)	274(62.8)	55(12.6)	190(43.6)	402(92.2)	15(3.4)	436
시설복합운영유무별								
단일	187(90.3)	175(84.5)	103(49.8)	20(9.7)	62(30.0)	187(90.3)	6(2.9)	207
복합	214(93.4)	209(91.3)	171(74.7)	35(15.3)	128(55.9)	215(93.9)	9(3.9)	229
합계	401(92.0)	384(88.1)	274(62.8)	55(12.6)	190(43.6)	402(92.2)	15(3.4)	436
운영주체별								
사회복지법인	261(92.2)	255(90.1)	204(72.1)	46(16.3)	156(55.1)	265(93.6)	10(3.5)	283
기타비영리단체	42(95.5)	42(95.5)	31(70.5)	5(11.4)	23(52.3)	42(95.5)	2(4.5)	44
개인 및 영리단체	98(89.9)	87(79.8)	39(35.8)	4(3.7)	11(10.1)	95(87.2)	3(2.8)	109
합계	401(92.0)	384(88.1)	274(62.8)	55(12.6)	190(43.6)	402(92.2)	15(3.4)	436
개원일기준								
~1999년	102(92.7)	101(91.8)	80(72.7)	18(16.4)	69(62.7)	104(94.5)	3(2.7)	110
2000~2003년	83(89.2)	78(83.9)	51(54.8)	15(16.1)	38(40.9)	85(91.4)	3(3.2)	93
2004년~	216(92.7)	205(88.0)	143(61.4)	22(9.4)	83(35.6)	213(91.4)	9(3.9)	233
합계	401(92.0)	384(88.1)	274(62.8)	55(12.6)	190(43.6)	402(92.2)	15(3.4)	436
입소정원규모별								
30인 미만	72(92.3)	59(75.6)	24(30.8)	2(2.6)	9(11.5)	67(85.9)	3(3.8)	78
30~50인 미만	48(87.3)	44(80.0)	24(43.6)	4(7.3)	14(25.5)	48(87.3)	-	55
50~100인 미만	234(92.9)	235(93.3)	187(74.2)	36(14.3)	135(53.6)	241(95.6)	10(4.0)	252
100인 이상	47(92.2)	46(90.2)	39(76.5)	13(25.5)	32(62.7)	46(90.2)	2(3.9)	51
합계	401(92.0)	384(88.1)	274(62.8)	55(12.6)	190(43.6)	402(92.2)	15(3.4)	436
소재지유형별								
대도시	88(93.6)	82(87.2)	66(70.2)	11(11.7)	46(48.9)	88(93.6)	4(4.3)	94
중소도시	221(89.5)	216(87.4)	151(61.1)	30(12.1)	100(40.5)	225(91.1)	5(2.0)	247
농어촌	90(96.8)	84(90.3)	57(61.3)	14(15.1)	44(47.3)	88(94.6)	6(6.5)	93
합계	399(91.9)	382(88.0)	274(63.1)	55(12.7)	190(43.8)	401(92.4)	15(3.5)	434

〈표 3-53〉 시설환경이나 입소절차 등의 정보공개 방법(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별							
요양시설(무료)	102(82.9)	23(18.7)	101(82.1)	20(16.3)	23(18.7)	11(8.9)	123
요양시설(실비)	82(70.7)	19(16.4)	74(63.8)	16(13.8)	13(11.2)	16(13.8)	116
요양시설(유료)	25(89.3)	3(10.7)	10(35.7)	4(14.3)	3(10.7)	3(10.7)	28
전문요양시설(무료)	102(87.9)	20(17.2)	105(90.5)	20(17.2)	16(13.8)	8(6.9)	116
전문요양시설(실비)	15(78.9)	6(31.6)	13(68.4)	4(21.1)	2(10.5)	-	19
전문요양시설(유료)	27(90.0)	3(10.0)	8(26.7)	6(20.0)	4(13.3)	2(6.7)	30
합계	353(81.7)	74(17.1)	311(72.0)	70(16.2)	61(14.1)	40(9.3)	432
시설복합운영유무별							
단일	159(77.9)	32(15.7)	125(61.3)	31(15.2)	22(10.8)	22(10.8)	204
복합	194(85.1)	42(18.4)	186(81.6)	39(17.1)	39(17.1)	18(7.9)	228
합계	353(81.7)	74(17.1)	311(72.0)	70(16.2)	61(14.1)	40(9.3)	432
운영주체별							
사회복지법인	240(84.8)	52(18.4)	239(84.5)	50(17.7)	46(16.3)	21(7.4)	283
기타비영리단체	37(84.1)	6(13.6)	36(81.8)	8(18.2)	5(11.4)	5(11.4)	44
개인 및 영리단체	76(72.4)	16(15.2)	36(34.3)	12(11.4)	10(9.5)	14(13.3)	105
합계	353(81.7)	74(17.1)	311(72.0)	70(16.2)	61(14.1)	40(9.3)	432
개원일기준							
~1999년	93(85.3)	16(14.7)	87(79.8)	19(17.4)	17(15.6)	9(8.3)	109
2000~2003년	77(84.6)	9(9.9)	67(73.6)	9(9.9)	11(12.1)	8(8.8)	91
2004년~	183(78.9)	49(21.1)	157(67.7)	42(18.1)	33(14.2)	23(9.9)	232
합계	353(81.7)	74(17.1)	311(72.0)	70(16.2)	61(14.1)	40(9.3)	432
입소정원규모별							
30인 미만	49(66.2)	9(12.2)	24(32.4)	8(10.8)	8(10.8)	11(14.9)	74
30~50인 미만	44(80.0)	9(16.4)	35(63.6)	5(9.1)	4(7.3)	4(7.3)	55
50~100인 미만	214(84.9)	48(19.0)	210(83.3)	45(17.9)	45(17.9)	21(8.3)	252
100인 이상	46(90.2)	8(15.7)	42(82.4)	12(23.5)	4(7.8)	4(7.8)	51
합계	353(81.7)	74(17.1)	311(72.0)	70(16.2)	61(14.1)	40(9.3)	432
소재지유형별							
대도시	85(90.4)	25(26.6)	67(71.3)	19(20.2)	11(11.7)	8(8.5)	94
중소도시	196(80.0)	34(13.9)	178(72.7)	40(16.3)	37(15.1)	22(9.0)	245
농어촌	70(76.9)	14(15.4)	65(71.4)	11(12.1)	13(14.3)	10(11.0)	91
합계	351(81.6)	73(17.0)	310(72.1)	70(16.3)	61(14.2)	40(9.3)	430

〈표 3-54〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 시설환경이나 입소절차 등의 정보공개의 중요성 전망

(단위: 개소, %)

운영형태별					
요양시설(무료)	93 (76.2)	24 (19.7)	5 (4.1)	-	122 (100.0)
요양시설(실비)	87 (74.4)	25 (21.4)	4 (3.4)	1 (0.9)	117 (100.0)
요양시설(유료)	22 (75.9)	7 (24.1)	-	-	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	103 (89.6)	10 (8.7)	2 (1.8)	-	115 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (61.1)	7 (38.9)	-	-	18 (100.0)
전문요양시설(유료)	17 (56.7)	11 (36.7)	1 (3.3)	1 (3.3)	30 (100.0)
합계	333 (77.2)	84 (19.5)	12 (2.8)	2 (0.5)	431 (100.0)
시설복합운영유무별					
단일	143 (70.1)	50 (24.5)	9 (4.4)	2 (1.0)	204 (100.0)
복합	190 (83.7)	34 (15.0)	3 (1.3)	-	227 (100.0)
합계	333 (77.2)	84 (19.5)	12 (2.8)	2 (0.5)	431 (100.0)
운영주체별					
사회복지법인	237 (84.0)	39 (13.8)	6 (2.1)	-	282 (100.0)
기타비영리단체	30 (69.8)	10 (23.3)	3 (7.0)	-	43 (100.0)
개인 및 영리단체	66 (62.3)	35 (33.0)	3 (2.8)	2 (1.9)	106 (100.0)
합계	333 (77.2)	84 (19.5)	12 (2.8)	2 (0.5)	431 (100.0)
개원일기준					
~1999년	88 (80.7)	18 (16.5)	3 (2.8)	-	109 (100.0)
2000년~2003년	71 (77.2)	19 (20.7)	2 (2.2)	-	92 (100.0)
2004년~	174 (75.6)	47 (20.4)	7 (3.1)	2 (0.9)	230 (100.0)
합계	333 (77.2)	84 (19.5)	12 (2.8)	2 (0.5)	431 (100.0)
입소정원규모별					
30인 미만	46 (59.7)	27 (35.1)	2 (2.6)	2 (2.6)	77 (100.0)
30~50인 미만	40 (75.5)	12 (22.6)	1 (1.9)	-	53 (100.0)
50~100인 미만	204 (81.6)	39 (15.6)	7 (2.8)	-	250 (100.0)
100인 이상	43 (84.3)	6 (11.8)	2 (3.9)	-	51 (100.0)
합계	333 (77.2)	84 (19.5)	12 (2.8)	2 (0.5)	431 (100.0)
소재지유형별					
대도시	72 (78.3)	17 (18.5)	2 (2.2)	1 (1.1)	92 (100.0)
중소도시	183 (74.7)	53 (21.6)	8 (3.3)	1 (0.4)	245 (100.0)
농어촌	77 (83.7)	13 (14.1)	2 (2.2)	-	92 (100.0)
합계	332 (77.4)	83 (19.3)	12 (2.8)	2 (0.5)	429 (100.0)

2. 경영정보

<표 3-55>는 시설의 수입 및 지출과 관련한 경영실적 정보공개에 대한 유무를 조사한 것으로, “정보를 공개하고 있는” 시설은 전체의 72.3%, “공개하고 있지 않은” 시설은 27.7%로 나타났다. 시설유형별로 보면, 무료시설에서의 정보공개가 높고, 실비나 유료시설은 무료시설에 비해서 경영정보의 공개를 꺼려하고 있다는 것으로 알 수 있다.

이러한 경영정보의 공개가 노인장기요양보험제도의 도입이후 어느 정도의 필요성이 있는지를 살펴본 결과, “필요하다”고 보는 시설이 전체의 62.6%, “필요하지 않다”고 보는 시설이 23.0%, “잘 모르겠다”고 하는 시설이 14.5%로 나타나, 기존의 시설의 관행이 제도가 도입된 이후에도 거의 변함이 없을 것으로 보인다(표 3-56 참조).

〈표 3-55〉 수입 및 지출 관련 경영정보 공개유무

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	110 (89.4)	13 (10.6)	123 (100.0)
요양시설(실비)	76 (64.4)	42 (35.6)	118 (100.0)
요양시설(유료)	11 (37.9)	18 (62.1)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	102 (87.2)	15 (12.8)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	13 (65.0)	7 (35.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	4 (13.3)	26 (86.7)	30 (100.0)
합계	316 (72.3)	121 (27.7)	437 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	131 (63.0)	77 (37.0)	208 (100.0)
복합	185 (80.8)	44 (19.2)	229 (100.0)
합계	316 (72.3)	121 (27.7)	437 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	240 (84.8)	43 (15.2)	283 (100.0)
기타비영리단체	37 (82.2)	8 (17.8)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	39 (35.8)	70 (64.2)	109 (100.0)
합계	316 (72.3)	121 (27.7)	437 (100.0)
개원일기준			
~1999년	88 (80.0)	22 (20.0)	110 (100.0)
2000년~2003년	62 (66.7)	31 (33.3)	93 (100.0)
2004년~	166 (70.9)	68 (29.1)	234 (100.0)
합계	316 (72.3)	121 (27.7)	437 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	31 (39.7)	47 (60.3)	78 (100.0)
30~50인 미만	30 (54.5)	25 (45.5)	55 (100.0)
50~100인 미만	215 (85.0)	38 (15.0)	253 (100.0)
100인 이상	40 (78.4)	11 (21.6)	51 (100.0)
합계	316 (72.3)	121 (27.7)	437 (100.0)
소재지유형별			
대도시	74 (78.7)	20 (21.3)	94 (100.0)
중소도시	170 (68.5)	78 (31.5)	248 (100.0)
농어촌	71 (76.3)	22 (23.7)	93 (100.0)
합계	315 (72.4)	120 (27.6)	435 (100.0)

〈표 3-56〉 노인장기요양보험제도 도입이후 예상되는 수입 및 지출 관련
경영정보 공개 필요성 전망

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	84 (68.3)	22 (17.9)	17 (13.8)	123 (100.0)
요양시설(실비)	69 (59.0)	34 (29.1)	14 (12.0)	117 (100.0)
요양시설(유료)	16 (55.2)	8 (27.6)	5 (17.2)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	83 (71.6)	18 (15.5)	15 (12.9)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	12 (60.0)	7 (35.0)	1 (5.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	8 (26.7)	11 (36.7)	11 (36.7)	30 (100.0)
합계	272 (62.5)	100 (23.0)	63 (14.5)	435 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	127 (61.7)	44 (21.4)	35 (17.0)	206 (100.0)
복합	145 (63.3)	56 (24.5)	28 (12.2)	229 (100.0)
합계	272 (62.5)	100 (23.0)	63 (14.5)	435 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	183 (64.7)	65 (23.0)	35 (12.4)	283 (100.0)
기타비영리단체	34 (77.3)	5 (11.4)	5 (11.4)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	55 (50.9)	30 (27.8)	23 (21.3)	108 (100.0)
합계	272 (62.5)	100 (23.0)	63 (14.5)	435 (100.0)
개원일기준				
~1999년	71 (64.5)	23 (20.9)	16 (14.5)	110 (100.0)
2000년~2003년	52 (56.5)	25 (27.2)	15 (16.3)	92 (100.0)
2004년~	149 (63.9)	52 (22.3)	32 (13.7)	233 (100.0)
합계	272 (62.5)	100 (23.0)	63 (14.5)	435 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	44 (57.1)	19 (24.7)	14 (18.2)	77 (100.0)
30~50인 미만	35 (63.6)	12 (21.8)	8 (14.5)	55 (100.0)
50~100인 미만	159 (63.1)	62 (24.6)	31 (12.3)	252 (100.0)
100인 이상	34 (66.7)	7 (13.7)	10 (19.6)	51 (100.0)
합계	272 (62.5)	100 (23.0)	63 (14.5)	435 (100.0)
소재지유형별				
대도시	61 (65.6)	22 (23.7)	10 (10.8)	93 (100.0)
중소도시	147 (59.5)	57 (23.1)	43 (17.4)	247 (100.0)
농어촌	62 (66.7)	21 (22.6)	10 (10.8)	93 (100.0)
합계	270 (62.4)	100 (23.1)	63 (14.5)	433 (100.0)

제7절 경영전략관리부문 및 기타

1. 경영전략

<표 3-57>은 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 기존의 국고 지원시설이라고 하더라도 운영비가 장기요양보험제도를 통해서 지급되는 등, 재정수입의 조달방식에 적지 않은 변화가 있을 것으로 예상된다는 점을 감안하여, 시설에서의 경영 자립화를 위해서 필요하다고 생각되는 사항에 대해 조사한 것으로, “효율적인 인사조직관리를 통한 경영지출의 합리화”는 64.3%, “효율적인 재무회계관리를 통한 경영지출의 합리화”는 26.7%, “효율적인 서비스관리를 통한 경영지출의 합리화”는 27.6%, “효율적인 시설환경관리를 통한 경영지출의 합리화”는 12.4%, “효율적인 정보관리를 통한 경영지출의 합리화”는 2.5%, “재정수입의 다변화·확대화(수익사업의 극대화 포함)”는 32.0%, “정부보조금의 확대화”는 27.9%의 시설에서 필요성을 제시한 것으로 나타났다. 이를 보면, 약 2/3에 해당하는 시설에서 인사조직관리의 합리화를 거론하고 있는데, 이는 장기요양서비스가 인적서비스이기 때문에 나타난 현상으로 보인다. 그러나, 인사조직관리 이외의 부문에 대한 합리화는 상당한 시설에서 그 필요성을 인지하고 있지 않은 것으로 나타나고 있어 경영의 다각화에 대한 준비가 필요할 것으로 보인다.

<표 3-58>은 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 입소자나 지역사회주민으로부터 신뢰를 얻어야 하는 것이 안정적인 시설을 운영을 위해서 필요할 것으로 예상된다는 점을 감안하여 시설에서의 경영 투명화를 위해서 필요하다고 생각되는 사항에 대해 조사한 것으로, 시설자체의 자주적인 정보공개는 77.5%, 정부나 보험자로부터의 행정지도감독을 통한 정보의 제공은 10.4%, 제3자 평가기관(외부평가기관)에 의한 정보 공개는 12.0%의 시설에서 필요성을 제시한 것으로 나타났다. 이를 보면, 시설의 자주적인 정보공개를 선호하고 있는 것으로 보여지는데, 이는 기존의 시설이 운영비를 정부로부터 직접적으로 지원받던 방식에서 보험자로부터 정당하게 지급받는 방식으로 전환됨으로써 정

부로부터의 행정지도에 거부감을 나타내고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-57〉 경영의 자립화에 필요한 대책(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별								
요양시설(무료)	84(68.9)	24(19.7)	34(27.9)	10(8.2)	4(3.3)	42(34.4)	38(31.1)	122
요양시설(실비)	69(58.5)	33(28.0)	38(32.2)	16(13.6)	-	35(29.7)	36(30.5)	118
요양시설(유료)	17(60.7)	8(28.6)	12(42.9)	6(21.4)	2(7.1)	3(10.7)	6(21.4)	28
전문요양시설(무료)	81(68.6)	35(29.7)	24(20.3)	13(11.0)	2(1.7)	46(39.0)	30(25.4)	118
전문요양시설(실비)	11(57.9)	8(42.1)	4(21.1)	2(10.5)	-	8(42.1)	5(26.3)	19
전문요양시설(유료)	17(58.6)	8(27.6)	8(27.6)	7(24.1)	3(10.3)	5(17.2)	6(20.7)	29
합계	279(64.3)	116(26.7)	120(27.6)	54(12.4)	11(2.5)	139(32.0)	121(27.9)	434
복합운영유무별								
단일	121(59.0)	52(25.4)	57(27.8)	28(13.7)	6(2.9)	62(30.2)	65(31.7)	205
복합	158(69.0)	64(27.9)	63(27.5)	26(11.4)	5(2.2)	77(33.6)	56(24.5)	229
합계	279(64.3)	116(26.7)	120(27.6)	54(12.4)	11(2.5)	139(32.0)	121(27.9)	434
운영주체별								
사회복지법인	191(67.3)	77(27.1)	71(25.0)	26(9.2)	6(2.1)	105(37.0)	80(28.2)	284
기타비영리단체	31(68.9)	11(24.4)	9(20.0)	5(11.1)	1(2.2)	13(28.9)	17(37.7)	45
개인 및 영리단체	57(54.3)	28(26.7)	40(38.1)	23(21.9)	4(3.8)	21(20.0)	24(22.9)	105
합계	279(64.3)	116(26.7)	120(27.6)	54(12.4)	11(2.5)	139(32.0)	121(27.9)	434
개원일기준								
~1999년	79(71.2)	24(21.6)	34(30.6)	17(15.3)	3(2.7)	32(28.8)	30(27.0)	111
2000~2003년	56(61.5)	27(29.7)	31(34.1)	12(13.2)	3(3.3)	28(30.8)	20(22.0)	91
2004년~	144(62.1)	65(28.0)	55(23.7)	25(10.8)	5(2.2)	79(34.1)	71(30.6)	232
합계	279(64.3)	116(26.7)	120(27.6)	54(12.4)	11(2.5)	139(32.0)	121(27.9)	434
입소정원규모별								
30인 미만	36(48.0)	19(25.3)	29(38.7)	18(24.0)	2(2.7)	18(24.0)	18(24.0)	75
30~50인 미만	33(61.1)	15(27.8)	19(35.2)	7(13.0)	3(5.6)	12(22.2)	13(24.1)	54
50~100인 미만	170(67.2)	69(27.3)	62(24.5)	17(6.7)	4(1.6)	92(36.4)	82(32.4)	253
100인 이상	40(76.9)	13(25.0)	10(19.2)	12(23.1)	2(3.8)	17(32.7)	8(15.4)	52
합계	279(64.3)	116(26.7)	120(27.6)	54(12.4)	11(2.5)	139(32.0)	121(17.9)	434
소재지유형별								
대도시	64(68.1)	25(26.6)	21(22.3)	15(16.0)	3(3.2)	28(29.8)	28(29.8)	94
중소도시	164(66.9)	59(24.1)	73(29.8)	31(12.7)	4(1.6)	76(31.0)	64(26.1)	245
농어촌	51(54.8)	32(34.4)	24(25.8)	8(8.6)	4(4.3)	34(36.6)	29(31.2)	93
합계	279(64.6)	116(26.9)	118(27.3)	54(12.5)	11(2.5)	138(31.9)	121(28.0)	432

〈표 3-58〉 경영의 투명화에 필요한 대책

(단위: 개소, %)

			()	
운영형태별			()	
요양시설(무료)	93 (77.5)	12 (10.0)	15 (12.5)	120 (100.0)
요양시설(실비)	93 (79.5)	10 (8.5)	14 (12.0)	117 (100.0)
요양시설(유료)	20 (69.0)	4 (13.8)	5 (17.2)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	91 (77.8)	15 (12.8)	11 (9.4)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	13 (68.4)	1 (5.3)	5 (26.3)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	25 (83.3)	3 (10.0)	2 (6.7)	30 (100.0)
합계	335 (77.5)	45 (10.4)	52 (12.0)	432 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	162 (78.6)	19 (9.2)	25 (12.1)	206 (100.0)
복합	173 (76.5)	26 (11.5)	27 (11.9)	226 (100.0)
합계	335 (77.5)	45 (10.4)	52 (12.0)	432 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	221 (78.6)	28 (10.0)	32 (11.4)	281 (100.0)
기타비영리단체	33 (75.0)	4 (9.1)	7 (15.9)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	81 (75.7)	13 (12.1)	13 (12.1)	107 (100.0)
합계	335 (77.5)	45 (10.4)	52 (12.0)	432 (100.0)
개원일기준				
~1999년	81 (74.3)	13 (11.9)	15 (13.8)	109 (100.0)
2000년~2003년	72 (77.4)	12 (12.9)	9 (9.7)	93 (100.0)
2004년~	182 (79.1)	20 (8.7)	28 (12.2)	230 (100.0)
합계	335 (77.5)	45 (10.4)	52 (12.0)	432 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	56 (73.7)	7 (9.2)	13 (17.1)	76 (100.0)
30~50인 미만	43 (81.1)	7 (13.2)	3 (5.7)	53 (100.0)
50~100인 미만	200 (79.4)	25 (9.9)	27 (10.7)	252 (100.0)
100인 이상	36 (70.6)	6 (11.8)	9 (17.6)	51 (100.0)
합계	335 (77.5)	45 (10.4)	52 (12.0)	432 (100.0)
소재지유형별				
대도시	71 (76.3)	8 (8.6)	14 (15.1)	93 (100.0)
중소도시	195 (79.9)	19 (7.8)	30 (12.3)	244 (100.0)
농어촌	67 (72.0)	18 (19.4)	8 (8.6)	93 (100.0)
합계	333 (77.4)	45 (10.5)	52 (12.1)	430 (100.0)

<표 3-59>는 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 시설을 비용 효율적으로 운영하기 위해서는 특정시설을 단독적으로 운영하기 보다는 여러 유형, 또는 여러 개의 시설을 복합적으로 운영하는 것을 유도할 것으로 예상된다. 이는 점을 감안하여 시설에서의 복합시설의 운영의식에 대해 조사한 것으로, “모든 시설이 복합시설의 운영에 대한 장단기계획을 수립해 놓아야 한다”고 한 시설이 전체의 75.6%, “모든 시설이 복합시설의 운영에 대한 장단기계획을 수립해 놓을 필요가 없다”고 한 시설이 9.2%, “잘 모르겠다”고 한 시설이 15.2%로 나타났다. 따라서 복합시설의 운영을 고려하고는 있지만, 이를 위해서는 시설장이나 법인 관계자의 인식과 자금력이 확보되어야 하는 것이어서 어느 정도 실현될 것인지는 불분명하다.

<표 3-60>은 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 노인(전문)요양시설이 지역사회와 고립된 시설이 아니라 지역주민의 노후생활을 지원하는 거주장소의 하나로 인식되어야 할 필요성이 있다는 점을 감안하여 지역사회의 연계성을 활성화시키기 위해서 중요하다고 생각하는 내용을 조사한 것으로, 지역주민에 대한 시설이용의 개방 확대는 67.1%, 자원봉사자의 적극적인 발굴 확대는 29.7%, 대학생의 시설견학 및 실습기회의 확대는 3.2%, 시설에 대한 홍보 강화는 32.0%, 지역사회자원간의 네트워크 구축 및 활성화는 63.2%로 나타났다. 이를 보면, 시설의 개방이나 지역내 자원간의 네트워크 형성을 통해서 입소 대상자의 발굴에 더 관심을 기울일 것으로 생각되고 있다.

<표 3-61>은 시설의 경영과 관련한 법률자문단의 필요성에 대해 조사한 것으로, “필요하다”고 한 시설은 64.0%, “그렇지 않다”고 한 시설은 36.0%로 나타났다. 시설유형별로 살펴보면, 무료시설이 실비나 유료시설에 비해서 필요성을 더 느끼고 있는 것으로 보인다. 이는 그만큼 무료시설이 법적 대응이 필요한 사례가 실비나 유료시설에 비해 적었다는 것을 짐작할 수 있게 해주고 있다.

〈표 3-59〉 복합시설의 운영에 대한 의견

(단위: 개소, %)

운영형태별				
요양시설(무료)	89 (73.6)	18 (14.9)	14 (11.6)	121 (100.0)
요양시설(실비)	81 (68.6)	13 (11.0)	24 (20.3)	118 (100.0)
요양시설(유료)	22 (75.9)	1 (3.4)	6 (20.7)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	101 (86.3)	5 (4.3)	11 (9.4)	117 (100.0)
전문요양시설(실비)	16 (84.2)	1 (5.3)	2 (10.5)	19 (100.0)
전문요양시설(유료)	19 (63.3)	2 (6.7)	9 (30.0)	30 (100.0)
합계	328 (75.6)	40 (9.2)	66 (15.2)	434 (100.0)
시설복합운영유무별				
단일	148 (71.5)	18 (8.7)	41 (19.8)	207 (100.0)
복합	180 (79.3)	22 (9.7)	25 (11.0)	227 (100.0)
합계	328 (75.6)	40 (9.2)	66 (15.2)	434 (100.0)
운영주체별				
사회복지법인	235 (83.3)	22 (7.8)	25 (8.9)	282 (100.0)
기타비영리단체	31 (68.9)	5 (11.1)	9 (20.0)	45 (100.0)
개인 및 영리단체	62 (57.9)	13 (12.1)	32 (29.9)	107 (100.0)
합계	328 (75.6)	40 (9.2)	66 (15.2)	434 (100.0)
개원기준일				
~1999년	80 (72.7)	14 (12.7)	16 (14.5)	110 (100.0)
2000년~2003년	75 (82.4)	5 (5.5)	11 (12.1)	91 (100.0)
2004년~	173 (74.2)	21 (9.0)	39 (16.7)	233 (100.0)
합계	328 (75.6)	40 (9.2)	66 (15.2)	434 (100.0)
입소정원규모별				
30인 미만	47 (61.0)	7 (9.1)	23 (29.9)	77 (100.0)
30~50인 미만	41 (75.9)	5 (9.3)	8 (14.8)	54 (100.0)
50~100인 미만	196 (78.1)	24 (9.6)	31 (12.4)	251 (100.0)
100인 이상	44 (84.6)	4 (7.7)	4 (7.7)	52 (100.0)
합계	328 (75.6)	40 (9.2)	66 (15.2)	434 (100.0)
소재지유형별				
대도시	7 (76.6)	9 (9.6)	13 (13.8)	94 (100.0)
중소도시	182 (74.0)	19 (7.7)	45 (18.3)	246 (100.0)
농어촌	72 (78.3)	12 (13.0)	8 (8.7)	92 (100.0)
합계	326 (75.5)	40 (9.3)	66 (15.3)	432 (100.0)

〈표 3-60〉 지역사회의 연계성 활성화 대책(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별							
요양시설(무료)	88(72.7)	34(28.1)	1(0.8)	45(37.2)	69(57.0)	1(0.8)	121
요양시설(실비)	85(72.0)	33(28.0)	2(1.7)	33(28.0)	74(62.7)	1(0.8)	118
요양시설(유료)	19(63.5)	8(27.6)	1(3.4)	8(27.6)	20(69.0)	-	29
전문요양시설(무료)	71(60.2)	36(30.5)	5(4.2)	40(33.9)	81(68.6)	-	118
전문요양시설(실비)	10(52.6)	5(26.3)	1(5.3)	5(26.3)	16(84.2)	-	19
전문요양시설(유료)	19(63.3)	13(43.3)	4(13.3)	8(26.7)	15(50.0)	-	30
합계	292(67.1)	129(29.7)	14(3.2)	139(32.0)	275(63.2)	2(0.5)	435
시설복합운영유무별							
단일	140(67.6)	73(35.3)	7(3.4)	58(28.0)	125(60.4)	-	207
복합	152(66.7)	56(24.6)	7(3.1)	81(35.5)	150(65.8)	2(0.9)	228
합계	292(67.1)	129(29.7)	14(3.2)	139(32.0)	275(63.2)	2(0.5)	435
운영주체별							
사회복지법인	184(65.2)	74(26.2)	7(2.5)	101(35.8)	187(66.3)	2(0.7)	282
기타비영리단체	28(62.2)	16(35.6)	1(2.2)	13(28.9)	30(66.7)	-	45
개인 및 영리단체	80(74.1)	39(36.1)	6(5.6)	25(23.1)	58(53.7)	-	108
합계	292(67.1)	129(29.7)	14(3.2)	139(32.0)	275(63.2)	2(0.5)	435
개원일기준							
~1999년	79(71.8)	28(25.5)	1(0.9)	47(42.7)	61(55.5)	-	110
2000~2003년	66(71.0)	23(24.7)	6(6.5)	27(29.0)	57(61.3)	1(1.1)	93
2004년~	147(63.4)	78(33.6)	7(3.0)	65(28.0)	157(67.7)	1(0.4)	232
합계	292(67.1)	129(29.7)	14(3.2)	139(32.0)	275(63.2)	2(0.5)	435
입소경원규모별							
30인 미만	58(75.3)	26(33.8)	2(2.6)	18(23.4)	42(54.5)	-	77
30~50인 미만	41(74.5)	13(23.6)	4(7.3)	13(23.6)	34(61.8)	-	55
50~100인 미만	160(63.2)	71(28.1)	7(2.8)	89(35.2)	171(67.6)	2(0.8)	253
100인 이상	33(66.0)	19(38.0)	1(2.0)	19(38.0)	28(56.0)	-	50
합계	292(67.1)	129(29.7)	14(3.2)	139(32.0)	275(63.2)	2(0.5)	435
소재지유형별							
대도시	58(62.4)	24(25.8)	4(4.3)	33(35.5)	63(67.7)	1(1.1)	93
중소도시	165(66.8)	83(33.6)	8(3.2)	83(33.6)	143(57.9)	1(0.4)	247
농어촌	69(74.2)	21(22.6)	2(2.2)	22(23.7)	68(73.1)	-	93
합계	292(67.4)	128(29.6)	14(3.2)	138(31.9)	274(63.3)	2(0.5)	433

〈표 3-61〉 시설경영관련 법률자문단 필요성 의견

(단위: 개소, %)

운영형태별			
요양시설(무료)	75 (62.5)	45 (37.5)	120 (100.0)
요양시설(실비)	69 (58.5)	49 (41.5)	118 (100.0)
요양시설(유료)	13 (44.8)	16 (55.2)	29 (100.0)
전문요양시설(무료)	93 (80.2)	23 (19.8)	116 (100.0)
전문요양시설(실비)	11 (55.0)	9 (45.0)	20 (100.0)
전문요양시설(유료)	16 (53.3)	14 (46.7)	30 (100.0)
합계	277 (64.0)	156 (36.0)	433 (100.0)
시설복합운영유무별			
단일	121 (58.7)	85 (41.3)	206 (100.0)
복합	156 (68.7)	71 (31.3)	227 (100.0)
합계	277 (64.0)	156 (36.0)	433 (100.0)
운영주체별			
사회복지법인	197 (70.1)	84 (29.9)	281 (100.0)
기타비영리단체	25 (56.8)	19 (43.2)	44 (100.0)
개인 및 영리단체	55 (50.9)	53 (49.1)	108 (100.0)
합계	277 (64.0)	156 (36.0)	433 (100.0)
개원일기준			
~1999년	70 (64.2)	39 (35.8)	109 (100.0)
2000년~2003년	54 (58.7)	38 (41.3)	92 (100.0)
2004년~	153 (65.9)	79 (34.1)	232 (100.0)
합계	277 (64.0)	156 (36.0)	433 (100.0)
입소정원규모별			
30인 미만	35 (45.5)	42 (54.5)	77 (100.0)
30~50인 미만	37 (67.3)	18 (32.7)	55 (100.0)
50~100인 미만	169 (67.9)	80 (32.1)	249 (100.0)
100인 이상	36 (69.2)	16 (30.8)	52 (100.0)
합계	277 (64.0)	156 (36.0)	433 (100.0)
소재지유형별			
대도시	62 (66.0)	32 (34.0)	94 (100.0)
중소도시	159 (64.9)	86 (35.1)	245 (100.0)
농어촌	56 (60.9)	36 (39.1)	92 (100.0)
합계	277 (64.3)	154 (35.7)	431 (100.0)

2. 시설의 특성

<표 3-62>는 시설이 지니고 있는 강점에 대해 조사한 것으로, “지역사회로부터 시설의 지명도가 높은 편”이라는 시설이 전체의 68.8%, “시설에 대한 홍보가 충분하게 이루어지고 있다”는 시설이 30.7%, “양질의 서비스를 제공하고 있다”는 시설이 72.2%, “입소자로부터의 요구가 있으면 언제든지 다양한 서비스를 준비하여 제공하고 있다”는 시설이 58.7%, “지역사회의 각종 관계기관(의료기관이나 타 시설)과 연계가 잘 되어 있다”는 시설이 73.9%, “시설의 접근성 등, 입지(위치)가 좋다”는 시설이 60.8%, “입소자로부터의 불만사항 등에 잘 대처하고 있다”는 시설이 66.5%, “운영방침이 명확하고, 이용자위주의 서비스제공체제를 잘 갖추고 있다”는 시설이 62.4%, “사회복지사(1급), 물리치료사 등 전문자격증을 소지한 직원이 타 시설에 비하여 많이 채용되어 있다”는 시설이 34.9%, “시설내의 인사관리, 재무회계관리 등 각 부문의 관리가 잘 되어 있어 운영이 안정적이다”라는 시설이 51.8%, “다양한 시설을 복합적으로 운영하고 있다”는 시설이 20.6%, “입소비용(생활비)이 저렴하다”는 시설이 42.4%로 나타났다. 이를 보면, 주로 생각하고 있는 강점으로 지역사회로부터의 지명도, 시설홍보, 타 기관과의 연계성, 입소자불만사항의 처리 등을 거론하고 있는 정도이다.

<표 3-63>은 시설이 지니고 있는 단점에 대해 조사한 것으로, “지역사회로부터 시설의 지명도가 낮은 편”이라는 시설이 전체의 13.9%, “시설에 대한 홍보가 충분하지 못한 것 같다”는 시설이 48.3%, “제공하고 있는 서비스의 질이 충분하지 못한 것 같다”는 시설이 13.4%, “다양한 서비스를 제공하지 못하고 있는 것 같다”는 시설이 25.7%, “지역사회의 각종 관계기관(의료기관이나 타 시설)과 연계가 부족한 편”이라는 시설이 12.1%, “시설의 접근성 등, 입지(위치)가 좋지 못하다”는 시설이 34.4%, “입소자로부터의 불만사항 등에 제대로 대처하지 못하고 있다”는 시설이 3.6%, “운영방침이나 운영계획이 직원들에게 철저히 전달되지 못하고 있는 것 같다”는 시설이 12.9%, “사회복지사(1급), 물리치료사 등 전문자격증

을 소지한 직원이 타 시설에 비하여 적은 편"이라는 시설이 38.6%, "시설내의 인사관리, 재무회계관리 등 각 부문의 관리가 충분하지 못하여 운영이 안정적이지 못하다"는 시설이 13.9%, "입소비용(생활비)이 높다"는 시설이 9.0%로 나타났다.

〈표 3-62〉 시설이 생각하고 있는 강점(복수응답)

(단위: 개소, %)

운영형태별								
요양시설(무료)	90(74.4)	47(38.8)	90(74.4)	69(57.0)	97(80.2)	75(62.0)	83(68.6)	77(63.6)
요양시설(실비)	74(65.3)	26(22.0)	71(60.2)	60(50.8)	85(72.0)	67(56.8)	74(62.7)	67(56.8)
요양시설(유료)	14(48.3)	5(17.2)	23(79.3)	18(62.1)	18(62.1)	20(69.0)	20(69.0)	18(62.4)
전문요양시설(무료)	88(74.6)	39(33.1)	93(78.8)	78(66.1)	89(75.4)	68(57.6)	78(66.1)	76(64.4)
전문요양시설(실비)	13(65.0)	10(50.0)	12(60.0)	11(55.0)	12(60.0)	14(70.0)	14(70.0)	12(60.6)
전문요양시설(유료)	18(60.0)	7(23.3)	26(86.7)	20(66.7)	21(70.0)	21(70.0)	21(70.0)	22(73.3)
합계	300(68.8)	134(30.7)	315(72.2)	256(58.7)	322(73.9)	265(60.8)	290(66.5)	272(62.4)
시설복합운영유무별								
단일	125(60.7)	49(23.8)	136(66.0)	121(58.7)	136(66.0)	125(60.7)	132(64.1)	119(57.8)
복합	175(76.1)	85(37.0)	179(77.8)	135(58.7)	186(80.9)	140(60.7)	158(68.7)	153(66.5)
합계	300(68.8)	134(30.7)	315(72.2)	256(58.7)	322(73.9)	265(60.8)	290(66.5)	272(62.4)
운영주체별								
사회복지법인	201(70.8)	96(33.8)	210(73.9)	168(59.2)	215(75.7)	170(59.9)	189(66.5)	180(63.4)
기타비영리단체	39(88.6)	16(36.4)	38(86.4)	29(65.9)	33(75.0)	29(65.9)	33(75.0)	30(68.2)
개인 및 영리단체	60(55.6)	22(20.4)	67(62.0)	59(54.6)	74(68.5)	66(61.1)	68(63.0)	62(57.4)
합계	300(68.8)	134(30.7)	315(72.2)	256(58.7)	322(73.9)	265(60.8)	290(66.5)	272(62.4)
개원일기준								
~1999년	85(76.6)	45(40.5)	82(73.9)	69(62.2)	86(77.5)	75(67.6)	77(69.4)	76(68.5)
2000~2003년	67(72.0)	21(22.6)	62(66.7)	51(54.8)	69(74.2)	47(50.5)	54(58.1)	57(61.3)
2004년~	148(63.8)	68(29.3)	171(73.7)	136(58.6)	167(72.0)	143(61.6)	159(68.5)	139(59.9)
합계	300(68.8)	134(30.7)	315(72.2)	256(58.7)	322(73.9)	265(60.8)	290(66.5)	272(62.4)
입소정원규모별								
30인 미만	41(53.2)	13(16.9)	46(59.7)	41(53.2)	48(62.3)	44(57.1)	46(59.7)	41(53.2)
30~50인 미만	36(65.5)	12(21.8)	38(69.1)	25(45.5)	42(76.4)	33(60.0)	36(65.5)	29(52.7)
50~100인 미만	183(72.6)	80(31.7)	193(76.6)	150(59.5)	193(76.6)	155(61.5)	167(66.3)	164(65.1)
100인 이상	40(76.9)	29(55.8)	38(73.1)	40(76.9)	39(75.0)	33(63.5)	41(78.8)	38(73.1)
합계	300(68.8)	134(30.7)	315(72.2)	256(58.7)	322(73.9)	265(60.8)	290(66.5)	272(62.4)
소재지유형별								
대도시	61(64.9)	34(36.2)	73(77.7)	57(60.6)	65(69.1)	70(74.5)	62(66.0)	59(62.8)
중소도시	170(68.8)	73(29.6)	187(75.7)	142(57.5)	184(74.5)	149(60.3)	162(65.6)	151(61.1)
농어촌	68(73.1)	27(29.0)	54(58.1)	55(59.1)	72(77.4)	45(48.4)	66(71.0)	60(64.5)
합계	299(68.9)	134(30.9)	314(72.4)	254(58.5)	321(74.0)	264(60.8)	290(66.8)	270(62.2)

〈표 3-62〉 (계속)

(단위: 개소, %)

운영형태별						
요양시설(무료)	50 (41.3)	78 (64.5)	28 (23.1)	30 (24.8)	2 (1.7)	121
요양시설(실비)	22 (18.6)	47 (39.8)	15 (12.7)	89 (75.4)	1 (0.8)	118
요양시설(유료)	3 (10.3)	6 (20.7)	3 (10.3)	18 (62.1)	1 (3.4)	29
전문요양시설(무료)	61 (51.7)	76 (64.4)	28 (23.7)	29 (24.6)	2 (1.7)	118
전문요양시설(실비)	5 (25.0)	9 (45.0)	8 (40.0)	9 (45.0)	-	20
전문요양시설(유료)	11 (36.7)	10 (33.3)	8 (26.7)	10 (33.3)	1 (3.3)	30
합계	152 (34.9)	226 (51.8)	90 (20.6)	185 (42.4)	7 (1.6)	436
시설복합운영유무별						
단일	51 (24.8)	78 (37.9)	17 (8.3)	111 (53.9)	4 (1.9)	206
복합	101 (43.9)	148 (64.3)	73 (31.7)	74 (32.2)	3 (1.3)	230
합계	152 (34.9)	226 (51.8)	90 (20.6)	185 (42.4)	7 (1.6)	436
운영주체별						
사회복지법인	119 (41.9)	174 (61.3)	74 (26.1)	91 (32.0)	4 (1.4)	284
기타비영리단체	17 (38.6)	28 (63.6)	8 (18.2)	13 (29.5)	-	44
개인 및 영리단체	16 (14.8)	24 (22.2)	8 (7.4)	81 (75.0)	3 (2.8)	108
합계	152 (34.9)	226 (51.8)	90 (20.6)	185 (42.4)	7 (1.6)	436
개원일기준						
~1999년	41 (36.9)	68 (61.3)	32 (28.8)	37 (33.3)	3 (2.7)	111
2000~2003년	33 (35.5)	47 (50.5)	16 (17.2)	37 (39.8)	-	93
2004년~	78 (33.6)	111 (47.8)	42 (18.1)	111 (47.8)	4 (1.7)	232
합계	152 (34.9)	226 (51.8)	90 (20.6)	185 (42.4)	7 (1.6)	436
입소정원규모별						
30인 미만	6 (7.8)	15 (19.5)	6 (7.8)	63 (81.8)	3 (3.9)	77
30~50인 미만	14 (25.5)	18 (32.7)	9 (16.4)	31 (56.4)	-	55
50~100인 미만	109 (43.3)	151 (59.9)	57 (22.6)	75 (29.8)	3 (1.2)	252
100인 이상	23 (44.2)	42 (80.8)	18 (34.6)	16 (30.8)	1 (1.9)	52
합계	152 (34.9)	226 (51.8)	90 (20.6)	185 (42.4)	7 (1.6)	436
소재지유형별						
대도시	44 (46.8)	53 (56.4)	18 (19.1)	36 (38.3)	1 (1.1)	94
중소도시	78 (31.6)	126 (51.0)	53 (21.5)	102 (41.3)	1 (0.4)	247
농어촌	30 (32.3)	47 (50.5)	19 (20.4)	46 (49.5)	5 (5.4)	93
합계	152 (35.0)	226 (52.1)	90 (20.7)	184 (42.4)	7 (1.6)	434

〈표 3-63〉 시설이 생각하고 있는 약점(복수응답)

(단위: 개소, %)

					—	—		
운영형태별								
요양시설(무료)	19(17.9)	47(44.3)	13(12.3)	25(23.6)	9(8.5)	42(39.6)	6(5.7)	14(13.2)
요양시설(실비)	13(11.9)	52(47.7)	22(20.2)	44(40.4)	12(11.0)	32(29.4)	4(3.7)	17(15.6)
요양시설(유료)	5(18.5)	17(63.0)	3(11.1)	7(25.9)	3(11.1)	5(18.5)	-	1(3.7)
전문요양시설(무료)	12(11.8)	49(48.0)	8(7.8)	18(17.6)	16(15.7)	45(44.1)	4(3.9)	12(11.8)
전문요양시설(실비)	1(5.9)	10(58.8)	3(17.6)	4(23.5)	3(17.6)	3(17.6)	-	4(23.5)
전문요양시설(유료)	4(14.3)	13(46.4)	3(10.7)	2(7.1)	4(14.3)	7(25.0)	-	2(7.1)
합계	54(13.9)	188(48.3)	52(13.4)	100(25.7)	47(12.1)	134(34.4)	14(3.6)	50(12.9)
시설복합운영유무별								
단일	32(16.7)	105(54.7)	27(14.1)	55(28.6)	24(12.5)	66(34.4)	8(4.2)	23(12.0)
복합	22(11.2)	83(42.1)	25(12.7)	45(22.8)	23(11.7)	68(34.5)	6(3.0)	27(13.7)
합계	54(13.9)	188(48.3)	52(13.4)	100(25.7)	47(12.1)	134(34.4)	14(3.6)	50(12.9)
운영주체별								
사회복지법인	34(13.7)	108(43.4)	25(10.0)	55(22.1)	33(13.3)	96(38.6)	12(4.8)	35(14.1)
기타비영리단체	4(10.8)	17(45.9)	7(18.9)	6(16.2)	4(10.8)	9(24.3)	-	2(5.4)
개인 및 영리단체	16(15.5)	63(61.2)	20(19.4)	39(37.9)	10(9.7)	29(28.2)	2(1.9)	13(12.6)
합계	54(13.9)	188(48.3)	52(13.4)	100(25.7)	47(12.1)	134(34.4)	14(3.6)	50(12.9)
개원일기준								
~1999년	12(12.6)	39(41.1)	15(15.8)	24(25.3)	12(12.6)	32(33.7)	4(4.2)	12(12.6)
2000~2003년	10(11.6)	47(54.7)	11(12.8)	25(29.1)	12(14.0)	36(41.9)	2(2.3)	10(11.6)
2004년~	32(15.4)	102(49.0)	26(12.5)	51(24.5)	23(11.1)	66(31.7)	8(3.8)	28(13.5)
합계	54(13.9)	188(48.3)	52(13.4)	100(25.7)	47(12.1)	134(34.4)	14(3.6)	50(12.9)
입소정원규모별								
30인 미만	13(17.6)	49(66.2)	14(18.9)	30(40.5)	9(12.2)	24(32.4)	2(2.7)	10(13.5)
30~50인 미만	7(13.2)	27(50.9)	6(11.3)	18(34.0)	5(9.4)	14(26.4)	2(3.8)	6(11.3)
50~100인 미만	28(12.8)	97(44.5)	26(11.9)	46(21.1)	27(12.4)	79(36.2)	9(4.1)	30(13.8)
100인 이상	6(13.6)	15(34.1)	6(13.6)	6(13.6)	6(13.6)	17(38.6)	1(2.3)	4(9.1)
합계	54(13.9)	188(48.3)	52(13.4)	100(25.7)	47(12.1)	134(34.4)	14(3.6)	50(12.9)
소재지유형별								
대도시	13(16.7)	34(43.6)	6(7.7)	20(25.6)	14(17.9)	18(23.1)	1(1.3)	11(14.1)
중소도시	28(12.6)	117(52.5)	29(13.0)	51(22.9)	26(11.7)	78(35.0)	11(4.9)	31(13.9)
농어촌	12(14.0)	37(43.0)	17(19.8)	28(32.6)	7(8.1)	37(43.0)	2(2.3)	8(9.3)
합계	53(13.7)	188(48.6)	52(13.4)	99(25.6)	47(12.1)	133(34.4)	14(3.6)	50(12.9)

〈표 3-63〉 (계속)

(단위: 개소, %)

	가	나	다	라	합계
운영형태별					
요양시설(무료)	36 (34.0)	8 (7.5)	2 (1.9)	2 (1.9)	106
요양시설(실비)	57 (52.3)	20 (18.3)	3 (2.8)	1 (0.9)	109
요양시설(유료)	17 (63.0)	9 (33.3)	2 (11.1)	1 (3.7)	27
전문요양시설(무료)	27 (26.5)	10 (9.8)	11 (10.8)	4 (3.9)	102
전문요양시설(실비)	8 (47.1)	4 (23.4)	4 (23.5)	-	17
전문요양시설(유료)	5 (17.9)	3 (10.7)	12 (42.9)	2 (7.1)	28
합계	150 (38.6)	54 (13.9)	35 (9.0)	10 (2.6)	389
시설복합운영유무별					
단일	87 (45.3)	41 (21.4)	19 (9.9)	5 (2.6)	192
복합	63 (32.0)	13 (6.6)	16 (8.1)	5 (2.5)	197
합계	150 (38.6)	54 (13.9)	35 (9.0)	10 (2.6)	389
운영주체별					
사회복지법인	75 (30.1)	22 (8.8)	19 (7.6)	6 (2.4)	249
기타비영리단체	16 (43.2)	5 (13.5)	4 (10.8)	1 (2.7)	37
개인 및 영리단체	59 (57.3)	27 (26.2)	12 (11.7)	3 (2.9)	103
합계	150 (38.6)	54 (13.9)	35 (9.0)	10 (2.6)	389
개원일기준					
~1999년	47 (49.5)	7 (7.4)	4 (4.2)	4 (4.2)	95
2000~2003년	32 (37.2)	14 (16.3)	6 (7.0)	1 (1.2)	86
2004년~	71 (34.1)	33 (15.9)	25 (12.0)	5 (2.4)	208
합계	150 (38.6)	54 (13.9)	35 (9.0)	10 (2.6)	389
입소정원규모별					
30인 미만	43 (58.1)	20 (27.0)	5 (6.8)	2 (2.7)	74
30~50인 미만	23 (43.4)	11 (20.8)	7 (13.2)	2 (3.8)	53
50~100인 미만	69 (31.7)	21 (9.6)	19 (8.7)	5 (2.3)	218
100인 이상	15 (34.1)	2 (4.5)	4 (9.1)	1 (2.3)	44
합계	150 (38.6)	54 (13.9)	35 (9.0)	10 (2.6)	389
소재지유형별					
대도시	20 (25.6)	9 (11.5)	11 (14.1)	2 (2.6)	78
중소도시	91 (40.8)	33 (14.8)	19 (8.5)	5 (2.2)	223
농어촌	39 (45.3)	11 (12.8)	5 (5.8)	3 (3.5)	86
합계	150 (38.8)	53 (13.7)	35 (9.0)	10 (2.6)	387

제8절 요약

노인요양시설에서의 각 부문별 운영실태를 설문조사한 결과를 분석해 본 결과 얻을 수 있었던 점을 정리하면 다음과 같다.

먼저, 인사조직관리부문에서는 직원채용 및 배치, 직원업무과정, 직원복지후생 등에 대해서 조사하였다. 간병인력과 관련된 직원의 채용에서는 공개채용에서 비공개모집이나 고용의뢰 등을 통한 채용이 늘어날 것으로 보이고, 채용 시에도 직원의 성실성이나 인간관계성에 더 많은 관심을 갖고 있다는 점이다. 간접서비스직원의 배치에서는 법적으로 정해져 있지 않은 직종에 대해서는 시설장의 재량을 원하고 있는 것으로 보이고, 현재에는 직무의 효율화, 직원연수교육, 직원업무평가제도 및 직원복지후생제도 등은 모든 시설에서 수행하고 있지 못하지만, 향후 장기요양보험제도의 도입을 계기로 활성화시킬 의향을 보이고 있다. 그리고 임금지불방식에서는 앞으로 연봉제를 선호할 것으로 보이고, 업무관련된 갈등은 시설내에서의 상급자와 면담을 통해서 해소시키는 것으로 나타났다. 특히, 직원들의 근로조건에 대해서는 상당히 양호하다고는 볼 수 없으며, 더구나 장기요양보험제도의 도입으로 근로조건이 열악해질 것으로 생각하고 있다는 것이 우려스럽다. 특히, 근로재해에 대한 대책강구가 여전히 미흡한 것으로 보이고 있기 때문에 향후 장기요양보험제도의 도입을 계기로 산재보험제도의 가입을 반드시 강제화할 필요가 있겠다.

재무회계관리부문에서는 회계기록 및 보고, 후원금, 장기요양서비스수가 및 운영자금 확보 등에 대해서 조사하였다. 재무회계기록방식은 현재 시설운영방식의 한계로 단식부기가 주를 이루고 있지만, 향후 각종 기록방식의 전환이 요구되고 있다. 시설 후원금에서는 향후 장기요양보험제도의 도입시 크게 감소할 것으로 보이는데, 후원금으로 운영을 지원받았던 시설인 경우에는 그 대비책을 강구하여야 할 것이다. 아울러 시설의 운영자금도 장기요양서비스수가의 청구·지불간에 시간적 격차가 있어서 필요한데, 그 자금의 확보기간으로 한, 두달

정도로 생각하는 편이 많았다.

장기요양서비스관리부문에서는 케어플랜 작성 및 제공 등과 관련된 내용에 대해서 조사하였다. 현재의 케어플랜방식은 주로 시설내 서비스중심의 집단적 케어가 주를 이루고 있고, 호스피스 등과 같은 의료적 서비스는 향후에 시설에서 지금보다는 강화하여 제공할 것으로 보인다. 입소자의 병원입원과 관련해서는 시설의 실정에 따라서 그 빈도가 다르게 타날 것으로 보이고, 치료나 케어와 관련한 이용자의 인권보호나 권리옹호가 더 빈번해질 것으로 예상하고 있어 이에 대한 대비책을 고려하여야 할 것이다. 그런데, 서비스범위를 보면, 장기요양서비스는 노인복지서비스의 한 부분이기 때문에 장기요양서비스 이외의 부족한 서비스는 시설에서 개발하여 제공할 의향을 보이고 있다.

시설환경관리부문에서는 시설내 안전사고 및 대책에 대해 조사하였다. 앞으로 케어제공과 관련된 수발사고 등이 발생하는 경우에 이용자나 가족으로부터의 배상청구가 크게 늘어날 것으로 예상하고 있어, 사고발생의 예방에 대한 직원교육 등을 철저하게 실시할 필요가 있고, 특히 직원, 입소자 및 자원봉사자들로부터 이전되는 감염증관리에 대한 의식이 미흡한 것으로 나타나 그 대책이 요구되고 있다. 특히, 안전관리와 관련해서, 장기요양보험제도의 도입은 서비스의 제공방법이 기존의 조치에서 계약으로 바뀌는 것이기 때문에 신체구속(억제)의 방지나 금지에 대한 요구가 일어날 것이다. 이로 인하여 발생할 수 있는 장기요양사고는 낙상인데, 일본의 사례분석에서도 낙상사고가 전체의 3~40%를 차지하고 있는 것으로 보고되고 있다. 이외에도 간병수발자에 의한 오연(誤嚥), 약물사고, 욕창 등도 다발되고 있는 안전사고⁸⁾이다. 그런데 이러한 장기요양사고에 대한 손해배상청구건수는 매우 적은 것이 현실인데, 일본에서도 개호보험제도가 도입되기 이전에는 개호사고의 약 6%정도만이 손해배상을 청구한 것으로 조사되고 있었다. 그러나, 개호보험제도가 도입되고 나서 손해배상청구건수

8) 이러한 개호사고율은 일본의 경우 약 5%로 추정하고 있음. 다시 말하면 100병상 시설에서는 연간 5명 정도의 개호사고가 발생하는 것으로 보고 있음(일본 국민생활센터 조사자료).

가 폭증한 것으로 조사되고 있다. 이러한 일본의 사례를 감안하면, 우리나라도 서비스의 안전관리⁹⁾ 및 대책을 철저하게 준비하지 않으면 안될 것이다.

정보관리부문에서는 입소자 및 시설의 정보에 관한 공개에 대해 조사하였다. 현재에는 입소자의 정보를 건강진단기록이나 입소자의 신청서에 주로 의존하고 있지만, 앞으로는 장기요양인정서나 의사소견서 등으로부터의 정보가 중요할 것이고, 시설에 대한 공개도 현재에는 적극성이 부족한 것으로 나타나고 있어 이용자의 편의를 위해서는 활성화될 필요가 있다.

경영전략관리부문 등에서는 경영의 자립화를 위해서 효율적인 인사관리조직을 통한 재정지출의 합리화, 경영의 투명화를 위해서는 시설의 자주적인 정보 공개를 중요하게 생각하고 있으며, 그 이외에 시설의 복합운영, 지역사회자원과의 원활한 연계 등도 주요하게 생각하고 있다. 마지막으로 시설장이 자체적으로 느끼고 있는 자기시설의 강점으로는 지역사회로부터의 인지도, 지역사회자원과의 연계, 이용자위주의 서비스제공 등을 거론한 반면에 단점으로는 시설의 위치나 전문직종의 인적자원 확보의 어려움 등을 거론하고 있는 것으로 나타나고 있다.

9) 일본에서는 이것을 리스크 매니지먼트(위기관리, risk management)로 부르고 있음.

제4장 노인장기요양보험제도의 도입에 대비한 노인요양시설의 경영전략실천 수준

노인장기요양보험제도는 노인요양시설로 하여금 경영합리화를 실시하도록 요구하고 있다. 일반적으로 모든 조직은 고객가치의 극대화를 궁극적인 목표로 설정하도록 주창하고 있다. 여기에서 고객가치는 다양하게 정의될 수 있는데, 고객이 사용한 제품 또는 서비스로부터 느끼는 품질이나 만족수준을 정하고 이를 얻기 위해 지불한 비용으로 나눈 값으로 표시된다.

장기요양보험제도가 시행되기 이전에는 시설이 고정수입구조를 지니고 있었기에 상대적으로 서비스의 품질을 강조하고 있었지만, 제도가 시행됨에 따라서 수입구조 또한 변화하게 된다. 즉, 장기요양보험제도의 시행은 경영적 측면에서 보면 기존의 서비스 품질을 강조하던 환경에서 고객가치를 강조하는 환경으로의 변화를 의미한다고 하겠다. 따라서 요양시설은 조직의 생존과 지속적인 발전을 위해 고객지향적으로 탈바꿈해야 할 것이다.

본 장에서는 요양시설이 본래의 역할을 효과적으로 발휘하기 위하여 형평성과 효율성에 기초한 자원배분을 통해 지속적으로 발전할 수 있는 방안을 모색하고자 한다. 이에 따라 크게 두 가지 측면을 제시하고자 한다. 즉, 요양시설의 경영전략이 미션과 비전을 어느 정도 달성하고 있는지에 대한 성과를 모니터링하고 평가하기 위한 성과중심의 전략경영 기법인 균형성과표(Balanced Scorecard: BSC) 모형을 개념적으로 소개한다. 그리고 조직생존의 수단이면서 혁신의 방향이 되고 있는 시장지향성(market orientation)의 정도를 파악한다.

이러한 균형성과표의 모형은 미국의 경우 포천 1,000대기업의 50% 이상이 도입하고 있으며 국내에서도 기업은 물론 공공행정기관과 병원 등 비영리조직에서도 광범위하게 소개되어지고 있다. 그리고 시장지향성은 시설에 거주하는

입소자를 포함해 가치사슬상에 존재하는 다양한 시장주체와의 관계를 더욱 돈독하게 하기 위해 관련된 정보를 창출, 전파하고 이에 반응하는 것을 조직이 추구하여야 하는 기본개념으로 설정할 필요가 있으며, 이것이 경영효율화의 주요척도가 된다. 그러나 노인요양시설에서 시장지향성인 마케팅 개념을 도입하여 경영효율화를 도모하려는 시도는 외국에서도 드물고, 우리나라에서는 아직 그 구체적인 개념조차 소개되고 있지 못한 현실이다.

이와 함께 요양시설의 성과에 대한 이해와 이에 대한 측정도 거의 이루어지고 있지 못한 상태이다. 주지하다시피 사회복지시설은 단순한 경제적 요인 외에 보편적인 사회서비스의 제공을 통한 공익적 가치를 실현시켜야 한다는 역할도 충실하게 수행해야 하기 때문에 시설의 성과는 다차원적으로 설정되고 달성되어야 할 것이다.

본 장에서는 먼저, 요양시설의 전략경영을 실천하기 위한 개념으로 균형성과표(BSC)을 설명하는데 특히 시설의 경영성과를 측정할 수 있는 핵심성과지표군을 선정한다. 이를 위해서 현재 시설의 경영을 담당하고 있는 시설장 및 사무국장들의 의견을 수렴하였다. 그리고 시설의 시장지향성 실태를 살펴보고 성과와의 관련성을 분석하는데, 주요 내용은 다음과 같다.

첫째는 시장지향성을 구성하고 있는 요소는 어떤 내용이어야 할 것인가? 둘째는 성과를 구성하고 있는 요소는 어떤 내용이어야 할 것인가? 셋째는 무료와 유료 시설간에 시장지향성에 대한 차이가 있는가? 넷째는 전체시설, 무료시설 및 유료시설 각각의 시장지향성과 성과간의 관계는 어느 정도의 수준인가? 마지막으로 이 관계가 의미하는 바는 무엇인가?

제1절 균형성과표(BSC) 기법의 실천

1. 개념 및 필요성

가. 경영전략 실행상 실패원인

오늘날 경영환경의 급변과 이에 따른 전략의 중요성을 강조하기 위하여 자주 래프팅경기를 사례로 들고 있다. 과거의 경영환경 속에서는 잔잔한 물위에서 리더에 의해 일사분란하게 한쪽 방향을 보고 모든 구성원이 동일하게 노를 젓기만 하면 되었고, 경기의 승패는 속도에 의해 결정지어지게 된다. 이에 비해 래프팅경기는 처해 있는 환경이 급류이고 리더만을 보는 것이 아니라 각자 자기와 관련된 주변환경을 끊임없이 주시하고 또한 스스로 즉시 판단을 내려야 한다. 노를 젓는 방향이나 그 타이밍도 각자 처해진 위치에서 결정해야 하며 경기의 승패는 속도 외에 생존이라는 근본적인 한계 상황을 극복하여야 한다. 만약에 노를 젓지 않으면 조정경기에서는 배가 단지 정지할 뿐이지만 래프팅경기에서는 전복의 위험이 보다 증대된다.

이렇게 주변 경영환경의 급변은 전략의 가치를 증가시켰으며 초미의 관심사로 대두하게 하였다. 그러나 이에 비해서 전략실행에 따른 성공확률은 그리 높지 않은 것으로 알려지고 있다. 대부분의 조직에서 전략을 수립하는데 급급할 뿐이고, 이를 성공적으로 실행하는 데에는 상대적으로 그 관심과 실천의지가 박약하였다고 하겠다. 그러나 이보다 더욱 큰 문제점은 그러한 관심과 의지가 높다고 하더라도 전략 실천에 대한 구체적인 논의나 실천체계의 부족이라는 것이다.

이렇게 전략의 중요성이 강조되면서 많은 기업체에서 심혈을 기울이고 있지만 기업의 10%정도만이 수립된 전략을 성공적으로 실행하고 있다는 보고가 있다. 이는 전략의 수립보다 실행이 훨씬 어렵다는 것을 의미하고 있는데, 이처럼 전략실행의 성공률이 높지 않은 이유로 다음과 같다.¹⁰⁾

첫째는 비전의 장애로 조직 구성원의 5%만이 기업의 전략을 제대로 이해하고 있다는 것이다. 이는 비전이 단지 선언적으로 공표되어 이를 뒷받침할 수 있는 전략과 실천목표가 세밀하게 수립되지 않았을 뿐 아니라 이를 실천할 조직원들에게 체계적으로 전달되지 않은 것으로 지적하고 있다.

둘째는 인적 장애로 조직 구성원의 25%만이 전략과 연계된 인센티브를 보유하고 있다는 것이다. 이는 팀 또는 개인의 목표가 조직의 전략 및 목표와 연계되어 있지 못한 것에 기인하고 있다.

셋째는 자원의 장애로 조직의 60%가 예산과 전략을 연계시키지 못하고 있다는 것이다. 대부분의 조직이 예산부서와 전략부서가 격리되어 있어 적절한 전략이 수립되었다고 해도 이를 뒷받침할 예산이 원활하게 지원되지 못한 것으로 나타났다.

넷째는 관리의 장애로 조직 구성원의 85%가 월 1시간의 전략수행 회의에도 참여하지 않는다는 것이다.

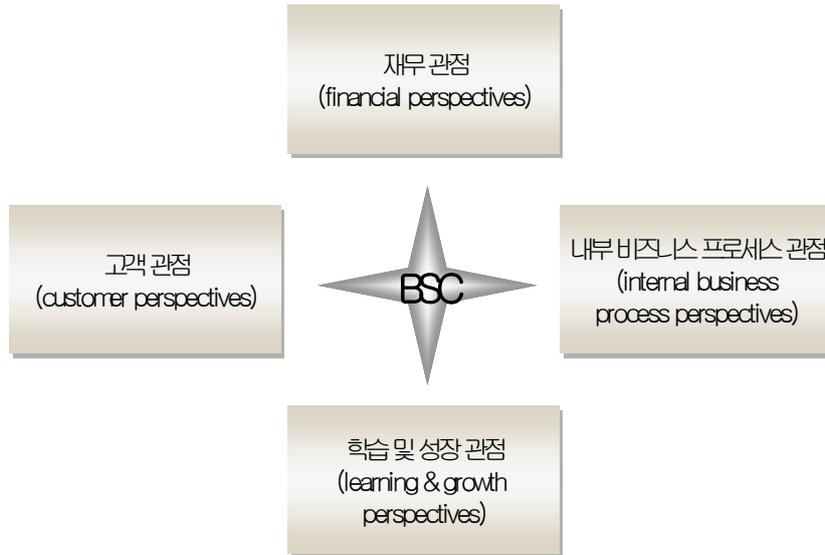
따라서 이러한 네 종류의 장애를 극복하는 것이 성공적인 전략 실행의 핵심이 될 것이며 BSC는 유용한 대안으로 급부상하고 있다.

나. 균형성과표(BSC)의 개념

균형성과표는 하버드대학교 경영대학의 캐플란(Robert S. Kaplan)과 정보기술자문회사인 놀런 노튼사(Nolan Norton & Company)의 사장인 노튼(David P. Norton)에 의해 1992년 고안되었다. 이는 기존의 성과측정시스템이 주로 재무적 지표에 의존하고 있었기 때문에 이에 따른 제한점을 개선하기 위하여 고객, 내부 경영과정, 학습 및 성장 관점에서의 성과 등과 같이 비재무적 지표도 아울러 고려한 성과측정시스템이다(도 4-1 참조).

10) Robert S. Kaplan, David P. Norton, The Balanced Scorecard, Boston, Harvard Business School Press, 1996. 참조

[도 4-1] 균형성과표(BSC)의 네 가지 관점

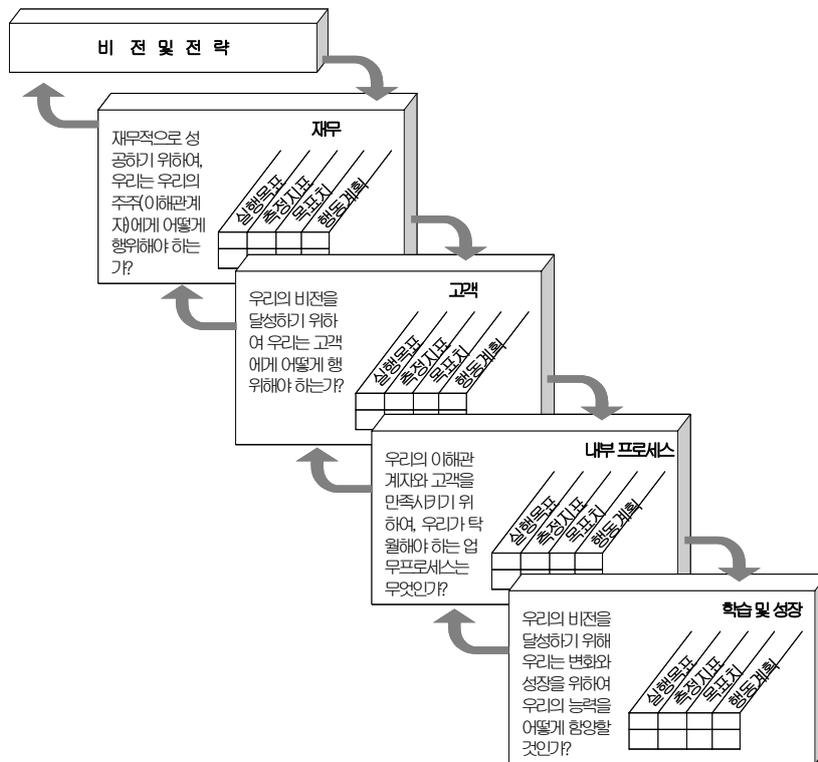


자료: Robert S. Kaplan, David P. Norton, *The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.

즉, 균형성과표는 “전체 조직의 비전과 전략으로부터 도출된 여러 관점의 균형잡힌 성과평가지표를 조직단위 및 조직구성원별로 명확하게 연계시킨 성과평가시스템이며 경영의사결정 지원시스템”을 가리키고 있다(도 4-2 참조). 균형성과표에서 여러 관점의 연계란 비전 및 전략의 실현을 위해서는 기업과 주주를 포함한 재무적 이해관계자에게 어떠한 재무적 성공을 보여줄 것인가? 또한 이를 위해서는 고객에게 어떠한 가치를 전달해야 하며 그렇게 하기 위하여 내부 프로세스를 어떻게 구성하며 이를 위해 조직의 역량을 어떻게 함양할 것인가를 순차적이고 인과적으로 연계시킨다는 것을 의미한다. 이는 각 관점들이 유기적으로 서로 연관되어 있다는 것을 의미한다. 즉, 조직구성원의 역량을 동원하여 내부 프로세스(업무수행과정)를 생산적으로 구축하고 이를 토대로 고객가치와

재무적 성공을 달성함으로써 기업의 전략과 비전을 실현시킬 수 있다는 것을 말한다.

[도 4-2] 균형성과표(BSC)의 구조



자료: Robert S. Kaplan, David P. Norton, *The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.

다. 균형성과표의 주요 특징 및 기대효과

초기 균형성과표 모형이 갖고 있던 몇 가지 문제점들을 해결, 보완하면서 오늘날에는 변화관리를 중심으로 한 전략경영기법으로 발전하고 있다. 균형성과

표는 2000년말 현재 미국 1000대 기업 중 40% 이상이 기업의 성과를 평가하기 위하여 활용하고 있을 뿐만 아니라 공공부문과 비영리적 조직에서도 각종 성과를 평가하기 위하여 균형성과표를 조직 생존의 전략적 차원에서 그 활용도가 증가하고 있다. 특히, 보건의료부문에서의 활용도도 확산되고 있는 추세이다.

균형성과표의 가치를 간단하게 말하면 성과평가의 대상을 조직 전체로 확대하였다는 점이다. 즉, 체계적이고 종합적인 평가체계를 통해서 전략적인 조직 변화 및 혁신을 도모하고 있다는 점이다. 이러한 특성은 기존의 평가과정과 큰 차이를 보여주고 있는데 이는 다음과 같다.

먼저, 성과평가를 철저하게 조직의 거시적인 비전 및 전략과 연동시켰다는 점이다. 조직의 비전과 전략이 분명히 제시되어 있지 않은 경우 이를 명시한 후 수직적이고 순차적으로 성과평가가 이루어지도록 체계화하고 있다. 따라서 성과평가지표는 조직의 전략으로부터 도출되도록 하였으며 평가지표의 내용 또한 성과목표와 철저하게 선후행의 인과관계로 설정하여 평가의 낭비적 요소를 최소화하고 있다는 점이다. 후행지표는 조직이 추구하고자 하는 방향성을 인지하게 하였으며, 선행지표는 이를 실천적으로 뒷받침하게 하여 구체적인 행동변화가 일어날 수 있도록 조치하고 있다는 점이다. 이렇게 전략으로부터 성과평가지표가 도출됨으로써 하부조직과 조직구성원은 전체 조직의 전략적 방향에 맞춰 목표치를 설정하고 활동계획을 수립할 수 있게 된다. 이러한 측면에서 성과측정시스템이면서 동시에 전략실행을 촉진시키는 전략경영시스템으로서의 기능과 역할을 수행하고 있다.

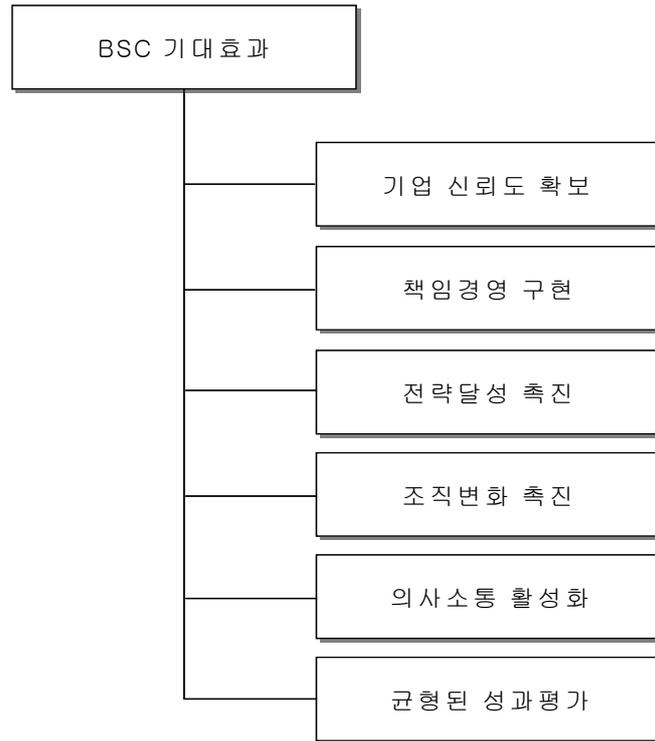
둘째, 성과평가의 측면을 기존 재무중심의 과거 지향적이고 결과지향적인 측면에서 탈피하여 조직의 고객에 대한 관심, 미래 혁신에 대한 동인 및 내부 운영을 중심으로 한 프로세스 측면 등 경쟁력까지 균형적으로 고려하고 있다는 점이다. 즉, 단기관점의 지표와 장기관점의 지표, 재무적 지표와 비재무적 지표, 후행적 지표와 선행적 지표, 내부관점의 지표와 외부관점의 지표가 적절한 균형을 이루도록 하였는데, 이는 평가지표가 의도하지 않은 결과를 나타내거나,

비생산적인 의사결정 또는 행동으로 이어지는 부정적 영향을 최소화하기 위해서이다. 이는 조직의 장기적 발전을 중시하면서 오늘날의 기업 경쟁력의 원천이 유형의 자산에서 무형의 자산으로 그 중요성이 옮겨가고 있음을 고려할 때 환경변화에 적절하게 대응하는 보다 우수한 평가체계라 할 수 있다.

마지막으로 균형성과표는 동일한 비전과 전략을 실행하기 위해 조직의 최고 경영층으로부터 부서 및 조직구성원에 이르기까지 그 수준별 평가항목을 세밀히 마련하도록 함으로써 전 구성원이 한 목소리를 낼 수 있도록 원활한 의사소통의 역할을 수행하고 있다는 점이다. 이는 기존 평가체계가 구체적으로 어떠한 조직목표에 영향을 미치고 있는가를 명확히 평가하지 못한 관계로 그 활용에 있어서도 주로 일반적인 상별적 측면을 강조하는 수준을 벗어나지 못하였다. 그러나 균형성과표에 위한 평가결과는 경영진으로 하여금 보다 구체적인 조직목표와 성과를 효과적으로 달성하기 위하여 현재 추진하고 있는 전략이 얼마나 잘 실행되고 있는가를 파악하게 함과 동시에 향후 개선해야 할 부분은 무엇인지, 이를 위해 어떤 계획을 수립, 실천해야 하고 각 조직과 업무별로 어느 정도의 예산과 자원을 배정할 것인가를 알 수 있게 할 뿐 아니라 인프라로서 종사자의 핵심역량을 어떻게 강화할 것인지에 대한 의사결정을 지원하게 된다. 또한 종업원의 입장에서는 자신이 담당하고 있는 업무의 성과를 한눈에 파악할 수 있게 하여 보다 능동적인 성과관리가 가능하도록 한다. 이러한 측면은 평가의 본질적인 기능을 회복시켜 균형성과표가 단순한 성과평가시스템을 벗어나 경영상 주요 의사결정을 지원하는 시스템으로 확대되도록 하고 있다.

이러한 균형성과표의 활용은 조직으로 하여금 균형된 성과평가와 조직의 원활한 의사소통의 도모 외에 조직변화를 촉진시키는 매개체로써 기능을 하고, 조직의 전략달성을 촉진하며 책임경영을 구현함으로써 기업신뢰도를 확보할 수 있는 실천적인 수단이자 사고양식으로 그 효과를 기대할 수 있다(도 4-3 참조).

[도 4-3] 균형성과표(BSC)의 기대효과



라. 기존 성과지표의 문제점

기존 계량지표중심의 평가시스템이 가지고 있는 제한점은 다음과 같다.

첫째, 이미 발생한 사실을 기초로 하고 있는 ‘과거 지향적’ 측면이 강하다는 점이다. 따라서 당해연도에 좋은 성과를 나타내었다고 할지라도 미래에도 지속될 것이라는 어떠한 객관적인 보장과 신뢰도 없을 뿐만 아니라 취해야 할 적절한 전략수립에도 어떠한 지침을 제공하지 못하고 있다.

둘째, 기업의 내부가치 및 환경에 대해서만 평가하고 있다는 점이다. 현대 기업경영환경에서 고객 및 경쟁적 측면에 대한 관심은 기업의 생존과 발전에 거

의 절대적인 영향을 미치고 있다고 보았을 경우 이에 대한 간과는 기업생존에 치명적일 수 있다. 실지로 기업의 최고경영자는 거시적이고 전략적인 의사결정에 있어서 고객과 경쟁사 등 기업외부의 가치 및 행태에 대해 촉각을 곤두세우고 있음에 비해 기존의 평가체계는 고객의 수요패턴과 경쟁사의 경쟁전략, 경쟁사와 비교한 자사의 핵심역량 등에 있어 별다른 유용한 정보를 제공해 주고 있지 못하고 있다.

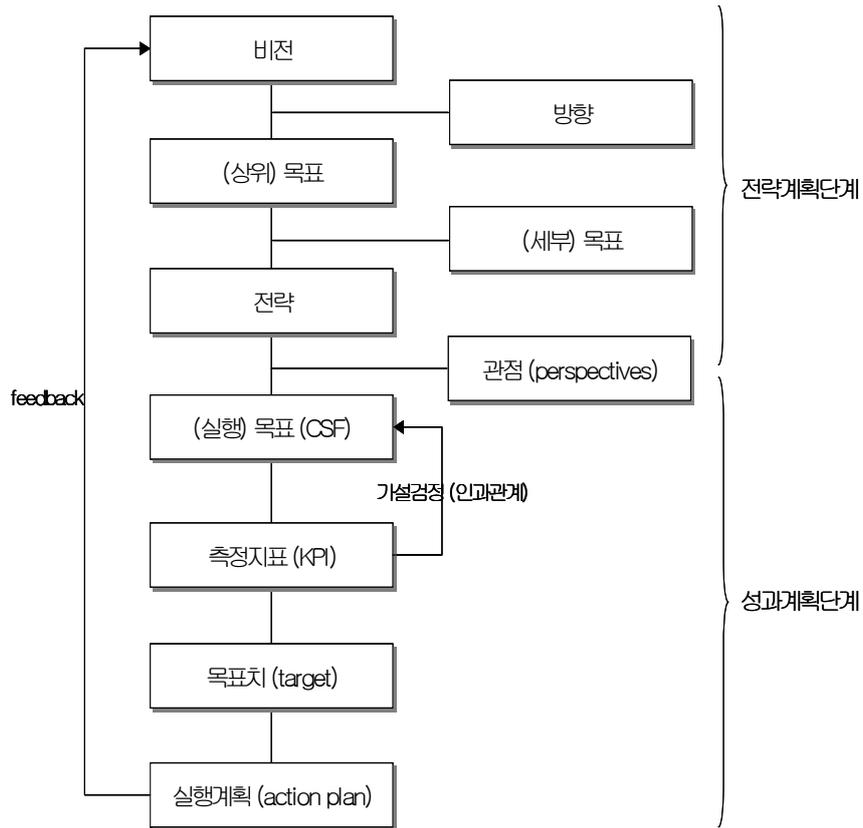
셋째로는 실행상의 문제점으로 재무적 측정지표는 전략적 관점이 결여되어 있다는 점이다. 즉, 조직의 전략이 무엇이며 그 전략이 잘 실행되고 있는지의 여부를 파악할 수가 없다. 이는 곧 전략을 효과적으로 실행하는 것이 불가능함을 의미하기도 하여 기업생존과 성장에 나침반의 역할을 수행하는 전략에 대한 통제가 이루어지지 않은 평가에 힘을 쏟고 있다고 할 수 있다.

따라서 이러한 재무적 측정지표의 문제점을 극복하고 정보와 지식이 강조되는 디지털 경제환경하에서 보다 유용한 평가체계의 마련에는 기존의 재무적 지표 외에 비재무적 정보를 측정할 수 있는 성과지표의 개발과 더불어 전략을 평가할 수 있는 장치 마련이 절실히 요구되고 있다.

2. 균형성과표(BSC)의 구축 절차와 방법

균형성과표의 구축단계는 크게 전략계획단계, 성과계획단계 및 보고단계로 나눌 수 있다(도 4-4 참조).

[도 4-4] 균형성과표(BSC)의 구축단계

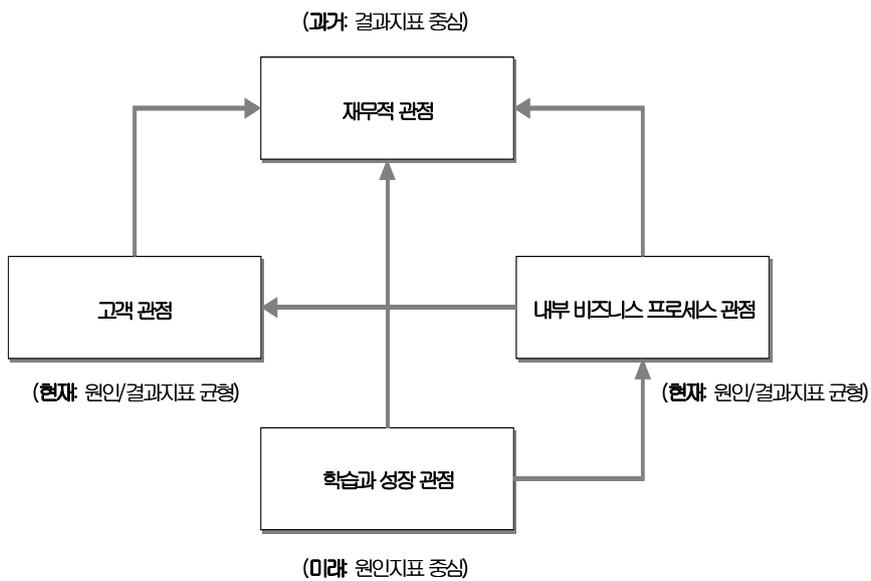


가. 전략계획단계

전략계획단계는 현행 성과평가시스템을 분석한 후 조직의 미래 모습을 표현한 비전과 목표를 설정하고 이를 달성하기 위한 조직의 차별적 활동인 전략을 수립한다. 비전을 달성하기 위한 목표설정에서 필요시 방향을 언급함으로써 설정된 목표에 대한 타당성을 강조할 수 있다. 이때 전략은 조직의 입장과 상황에 맞게 도출된 주요 관점별로 균형되게 수립될 수 있도록 해야 한다. 일반적

으로 재무 관점, 고객 관점, 내부 프로세스 관점, 학습과 성장 관점으로 4가지 종류가 언급되고 있는데 이는 전략의 논리적 흐름을 의미있게 구분한 것이다. 즉, 조직구성원의 '학습과 성장'을 통해 '내부 프로세스'를 우수하게 만들 수 있으며, 이를 통해 '고객'이 원하는 것을 제공하여야만 목표로 하는 '재무' 건전성을 달성할 수 있다는 것이다. 이의 주요 내용과 관계는 다음과 같이 표현할 수 있다(도 4-5 참조).

[도 4-5] 균형성과표(BSC)의 4가지 관점



자료: Robert S. Kaplan, David P. Norton, *The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.

1)재무적 관점(financial perspective)

기업의 수익과 성장, 주주의 가치와 관련되어 있는 재무적 관점은 그 지표의 측정이 다소 부정확하다는 제약아래 별다른 대안 없이 대표적인 성과측정지표

로 활용되고 있다.

그러나, 재무적 성과는 단지 운영행동의 결과로써 성공적이었다 하더라도 앞으로도 유지될 것이라는 근거는 제시하지 못하고 있다. 또한 오늘날 기업의 비교우위를 획득하는데 있어서 그 기여도가 크게 부각되고 있는 고객만족, 품질, 종사자의 동기부여 등에 대한 평가는 과거지향적인 재무적 지표로는 더 이상 파악하기가 어려운 시점에 이르고 있다. 즉, 재무적 지표는 미래의 가치창출활동에 대한 가치를 반영하지 않고 있다는 측면에서 보다 근본적인 문제가 있다고 하겠다.

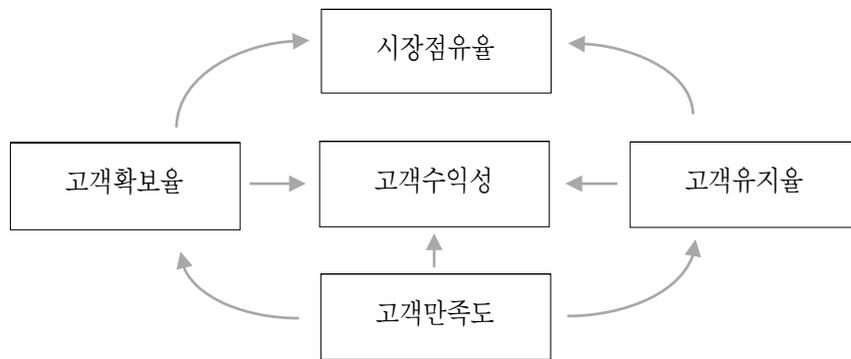
한편, Kaplan과 Norton은 사업의 성장주기에 따라 재무지표를 차별적으로 설정하여야 한다고 주장하였다. 즉, 사업의 성장주기를 성장단계, 유지단계 및 수확단계로 구분한 후 성장단계에서는 기업은 수익성과 성장할 잠재력이 있는 제품과 서비스를 제공하기 위하여 초기자본을 투입하기 때문에 수입성장률, 목표가 된 시장과 고객집단, 각 지역에서의 매출성장률 등이 재무지표로 적당하다고 하였다. 유지단계에서는 이미 투입된 자본에 대해서 높은 수익률을 올리도록 요구받기 때문에 경제적 부가가치(EVA)와 투자자본수익률 등이 수확단계에서는 새로운 역량을 확장하거나 구축하기보다는 설비와 역량을 유지하는 것으로 충분하기 때문에 기업의 현금흐름을 극대화하는 것을 나타내는 필요 운전 자본의 감소와 감가상각 차감 전의 운영자금 흐름에 초점을 맞추어야 함을 강조하였다.

2)고객 관점(customer perspective)

고객은 기업이 장단기적으로 성장하는데 없어서는 안되는 필수요소임과 동시에 생존의 원천으로써 이에 대한 세심한 고려가 기업입장에서는 절대적으로 필요하다. 따라서 균형성과표에서는 고객가치를 창출하는 방식, 이러한 가치에 대한 고객의 요구를 만족시킬 수 있는 방법, 고객들이 그 가치에 대해 비용을 지불하고자 하는 이유 등에 대하여 면밀하게 파악할 수 있는 지표가 포함되어야

한다. 이 관점의 핵심적인 측정지표는 고객만족도 및 고객유지율, 신규고객확보율, 고객수익성, 그리고 목표시장에서의 시장점유율과 고객점유율 등이 포함되며 [도 4-6]에서와 같이 인과관계로 나타낼 수 있다.

[도 4-6] 고객 관점의 핵심 측정지표



자료: Robert S. Kaplan, David P. Norton, *Translating Strategy into Action - The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.

한편, 고객 관점에는 목표가 된 시장에서 고객의 충성도와 만족도를 창출하기 위해 기업이 제공하는 제품 및 서비스가 지향하고 있는 고객의 가치명제는 측정지표들도 포함시키는 것이 필요하다. 가치명제는 핵심적인 결과측정지표를 위한 동인이나 선행지표를 나타내는 것으로 기업은 고객의 가치명제를 통해 제품과 서비스의 기능, 품질, 가격 및 납기와 이미지 또는 평판과 고객관계 등의 측면에서 고객의 선호도를 밝혀내야 한다. 따라서 기업은 고객의 가치명제와 핵심적 결과물의 측정지표를 통하여 기업이 미래의 보다 높은 재무적인 수익을 가져다 줄 고객과 시장에 기반을 둔 전략을 명확하게 하기 위하여 고객관점을 평가의 핵심속에 포함시켜야 한다.

3)내부 비즈니스 프로세스 관점(internal business process perspective)

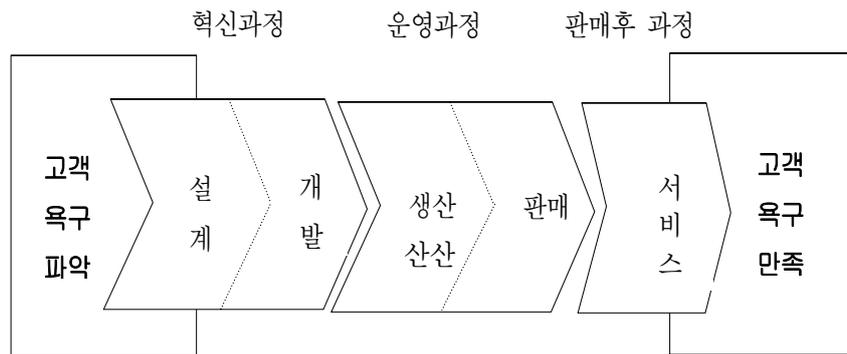
내부 비즈니스 프로세스 관점은 고객의 관점을 만족시키기 위하여 경영관리

측면에서 필요한 업무절차, 의사결정, 조직 등의 성과 향상을 측정하기 위한 지표들로 구성된다.

전통적인 성과측정시스템은 단지 기존 경영과정의 원가(비용), 품질, 시간 등의 측정지표를 통제하거나 향상시키는 데에 초점을 두고 있는 반면에 BSC의 접근방법은 내부 비즈니스 프로세스 성과에 대한 요구가 주주와 외부고객의 기대로부터 도출될 수 있도록 유도한다. 이처럼 순차적이고 하향적인 과정을 통해 기업은 자사의 전략을 성공적으로 수행하기 위한 완전히 새로운 비즈니스 프로세스를 밝혀낼 수 있게 된다.

내부 비즈니스 프로세스는 [도 4-7]과 같이 가치사슬로 구성되는데 가치사슬은 현재와 미래의 고객욕구를 파악하고, 그 욕구에 대한 새로운 해결책을 발견하는 혁신과정에서 출발하여 고객에게 기존 제품과 서비스를 전달하는 운영과정으로, 그리고 기업이 제공하는 제품과 서비스로부터 고객이 받는 가치를 증가시키는 판매 후 서비스과정으로 이어진다. 따라서 내부 비즈니스 프로세스관점에서의 측정지표는 각 과정에서의 원가(비용)와 품질, 작업처리량, 시간 등을 기준으로 규정되고 측정될 수 있다.

[도 4-7] 내부 비즈니스 프로세스의 가치사슬

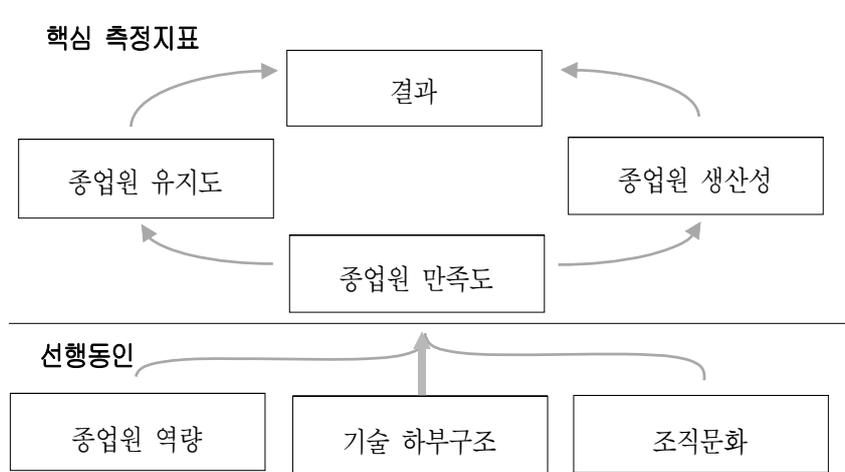


자료: Robert S. Kaplan, David P. Norton, *Translating Strategy into Action - The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.

4) 학습 및 성장 관점(learning and growth perspective)

기업의 학습 및 성장 관점은 기업의 가치창출과 관련된 혁신능력을 나타낸다. 즉, 기업은 지속적으로 신제품을 출시하고, 더 많은 고객가치를 창출하고, 운영 효율성을 개선할 수 있는 능력을 가지고 있어야만 새로운 시장에 진출할 수 있고 수익과 이윤을 늘릴 수 있으며, 궁극적으로 성장하고 주주가치를 높일 수 있다. 따라서, 학습 및 성장 관점은 균형성과표의 재무, 고객 및 내부 비즈니스 프로세스 관점의 목표를 성취할 수 있게 하는 하부구조를 나타내는데 이는 직원의 역량과 시스템의 역량, 그리고 동기부여 및 권한 위임과 같은 조직 문화 등 조직역량의 강화를 토대로 직원의 만족도, 유지도, 생산성에 관련된 지표를 통해 측정된다(도 4-8 참조).

[도 4-8] 학습 및 성장 관점의 측정모형



자료: Robert S. Kaplan, David P. Norton, *The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.

나. 성과계획단계

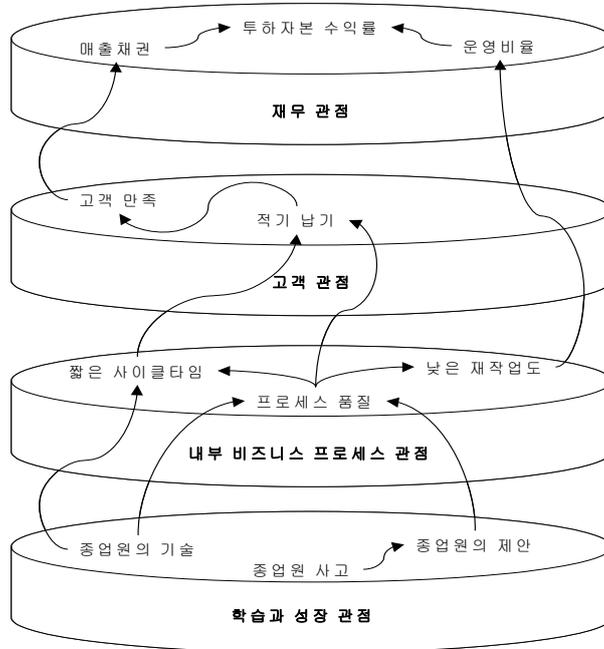
두 번째로 성과계획단계에서는 전략별 주요 실행 목표, 즉 주요성공요인(Critical Success Factor: CSF)을 설정한다. 이는 전략별로 1~2개 정도가 관리하기에 적당하며 주요성공요인당 2~3개의 측정지표, 즉 핵심성과지표(Key Performance Indicator: KPI)를 개발한다. 요양시설의 경우에서도 핵심성과지표가 적정량으로 설정되어야만 관리의 효율성을 제고시킬 수 있고 이를 통해 조직 역량을 결집하는데 보다 유리하다(표 4-1 참조).

<표 4-1> 노인요양시설의 관점별 주요 측정지표(예)

관점	주요 측정지표(예)
재무적 관점 (financial perspective)	거주자1인당 운영법인의 자부담, 거주자1인당 총사업비, 거주자1인당 후원금, 결산액에 대한 사업비 비율 및 대상자 1인당 사업비, 당기순이익, 운영법인의 전입금 비율, 월 평균 입소요양비(수입액), 인건비등 고정비가 지출총액에 차지하는 비율 혹은 변동비(사업비) 비율, 직원 1인당 급여 자부담액, 직원 1인당 부가가치, 현금흐름, 후원금의 비율, 자본수익률(ROE), 현금흐름, 총자산, 총원가, 총자산이익률, 총자산수익률, 투자 수익률(ROI), 경제적 부가가치(EVA), 시장부가가치(MVA), 매출액 총이익률, 증가 등
고객 관점 (customer perspective)	거주자 만족도, 고객 유지율, 재방문 비율, 개별케어 및 사례관리(케어매니지먼트)구축 능력 측정 등), 거주자1인당 자원봉사자 수, 법정 직원수 대비 직원 총원률, 요양(케어) 직원1인당 입소대상자 수, 인지도조사 및 불만률등 조사, 제도화(면담횟수, 간담회의 등), 전체직원 1인당 생활자수, 정원대비 현원비율, 지역주민개방행사 횟수, 직원1인당 거주자 연인원비율, 직원의 평가 및 제3자 평가(만족도 및 자질), 시장 점유율, 고객 응대 소요시간, 고객 불만률, 매출액 대비 마케팅 비용 비율, 광고회수, 브랜드 인지도, 수익률, 의뢰기관 만족도 등
내부 경영과정 관점 (internal business process perspective)	IT화를 통한 업무 개선 및 간소화(LAN, 웹사이트 활용도 등), 거주자1인당 전체시설 면적(건물, 대지), 거주자1인당 침실사용면적, 병상 회전율, 재소일수 단축률, 시설의 원스톱 서비스능력(시설의 복합화, 공간활용률 등), 업무개선 활동, 인적자원의 활용도(인력 가동율, 근무제 및 시간 등), 손익분기점 도달기간, 재방문 비율, 연구개발 비용, 낭비 제거율, 계획의 정확성, 지속적 개선을, 재고 회전일 등
학습 및 성장 관점 (learning and growth perspective)	교육활동비, 전체 직원 대비 자격증 소지 직원비율, 제안제도 및 경영혁신운영회의체 등 활용도, 직원교육훈련비 및 시간, 직원의 외부 교육 참여, 직원의 이(퇴)직률 및 결근율, 직원의 현 시설 평균 종사기간, 케어직의 퇴직률 및 평균근속 연수, 파트너쉽에 의한 민간자원 확보노력 및 성과, 자원봉사자 및 활동건수, 자원봉사자 활용, 새로운 서비스 개발 건수, 사회봉사활동 참여건수, 직원 만족도, 시설 정보화 계획 달성도, 직원 생산성, 직원 1인당 부가가치, 우수직원 비율, 성과보상비율, 시설 지원자수, 지원자수 변화비율, 권한이양지수 등

성과계획단계의 핵심은 주요성공요인과 핵심성과지표가 가설관계에 입각해 상호인과관계가 형성되도록 하며 이와 함께 핵심성과지표 내에서도 상호 선행관계로 연결되도록 구조화해야 한다는 점이다(도 4-9 참조). 이는 곧 관점 또한 상호 인과적 구조로 형성되어 있어 이를 매개로 접하게 되는 전략과 실행 목표 및 측정지표 또한 그 흐름을 보다 자연스럽게 유지한다 하겠다.

[도 4-9] 균형성과표(BSC)의 관점간 상호인과 구조



다. 보고단계

1) 균형성과표(BSC) IT 시스템

지표는 측정이 가능해야 하므로 지표로 산출되기 위한 자료의 수집, 저장 및 활용, 보고를 지원할 균형성과표시스템이 중요한 도구가 되며 이는 마지막 단

계인 보고단계의 주요한 실천수단이 된다.

보고단계는 단순히 특정시점에서 상급자나 성과관리 및 평가결과가 필요한 사람에게 전달하기 위한 단계가 아니다. 보고단계는 수시로 측정지표와 관련된 자료가 DB화되어 전략실천과 관련된 모든 조직원이 상시 활용할 수 있도록 하는 시스템의 구축을 포함한다. 관련 자료의 활용은 조직의 최고 경영자에서부터 부서장 및 담당직원에 이르기까지 다양하게 이루어질 것이며 각자 필요한 정보를 손쉽게 확인하여 의사결정 및 능력개발에 활용할 수 있어야 한다.

또한 균형성과표가 전략실천을 위한 조직의 변화를 일으키고 있어 전략적 기업경영(Strategy Enterprise Management: SEM)의 일환으로 통합되어 활용되는 것이 바람직하다. 이를 간략히 살펴보면, 우선 재무관점과 관련해서는 활동이라는 객체를 통해 원가를 유발하는 주요 인자에 대한 정확한 분석과 관리를 유도하기 때문에 원가절감, 가격결정, 판매믹스, 프로세스 개선 등과 같은 주요 의사결정과 관리시스템을 효율적으로 지원하는 활동기반경영(Activity Based Management: ABC)과의 연계가 심층적으로 고려되어야 한다(김희경과 성은숙, 2002). 특히, 인터넷으로 인한 조직간 협업이 가능하기 위해서는 원가에 기초한 성과분배라는 명제가 우선적으로 해결되어야 하는 관계로 e-비즈니스의 활성화에 전제조건이라 하겠다.

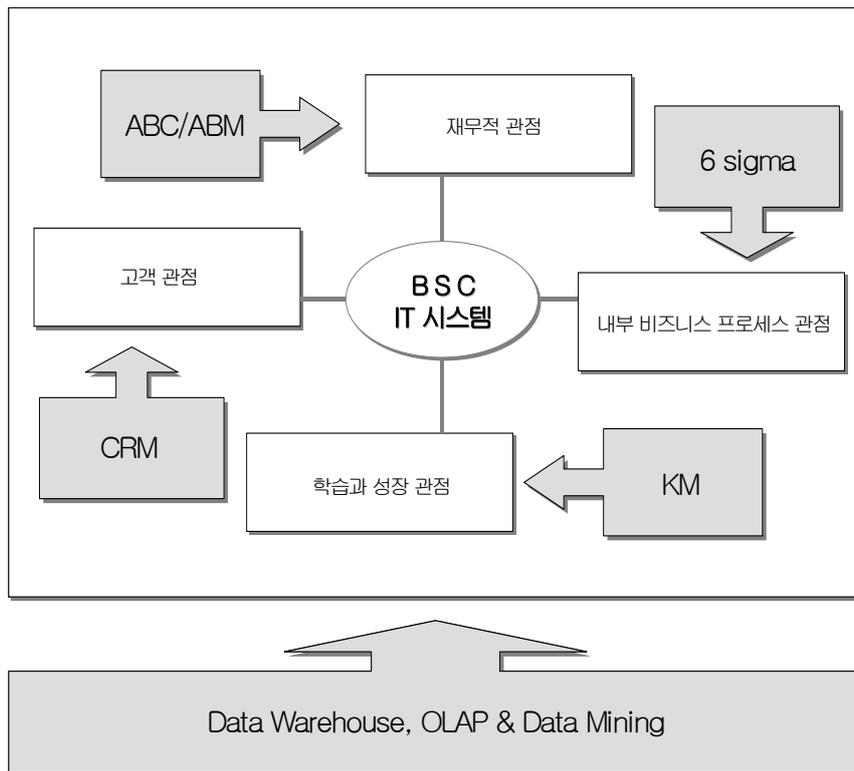
고객관점과 관련해서는 고객관계관리(Customer Relationship Management: CRM)와의 연계가 필요하다. 고객관리관계는 고객에 대한 정확한 이해와 분석을 바탕으로 고객이 원하는 제품과 서비스를 1:1로 제공함으로써 지속적으로 고객과의 관계를 유지시켜 고객가치를 극대화시키는 전사적인 전략경영 행위이다. 따라서, 고객관리관계의 도입은 고객에 대한 풍부한 정보를 생산할 수 있을 뿐만 아니라 균형성과표를 통해 보다 명확한 고객관리관계를 추진할 수 있어 상호 유기적으로 보완할 수 있는 장점을 지니고 있다.

내부 비즈니스 프로세스 관점에서는 제품의 품질 및 프로세스를 향상시키기 위해 과학적인 통계지식을 활용한 6시그마의 컨셉을 균형성과표에서 활용할 수

있다. 특히, 6시그마는 근본적으로 통계학의 계량적 접근법에 기초하기 때문에 균형성과표의 성과관리 및 평가에 대한 결과를 정확하게 파악해 줄 수 있다.

학습과 성장의 관점에서 지식경영(Knowledge Management: KM)과 접목하였을 경우 그 응용수준은 광범위하다고 할 수 있다. 지식경영을 실천함에 있어 그릇된 지식이 지니고 있는 문제를 균형성과표는 명쾌히 해결해 줄 수 있다. 즉, 지식의 기준은 조직의 문제를 해결하기 위한 의사결정에 활용될 수 있어야 한다는 점에서 볼 때 철저히 전략과 목표와 연계되어 있는 균형성과표 개념은 기본적으로 지식경영의 성공 가능성을 증가시킬 수 있다(도 4-10 참조).

[도 4-10] 균형성과표(BSC) IT 시스템 연계구조



2) 균형성과표(BSC) IT 시스템의 성공요건

균형성과표 IT 시스템을 성공적으로 구축하기 위해서는 다음과 같은 사항을 충분히 고려해야 한다.

첫째, 이용자 측면에서 이용자의 편의성을 확보해야 하며 측정지표가 계량화 되어야 한다. 또한 이용자가 시스템 활용과 관련되어 의문이나 문제가 있을 때 이를 바로 해결해 줄 수 있는 도움기능이 마련되어 있어야 한다.

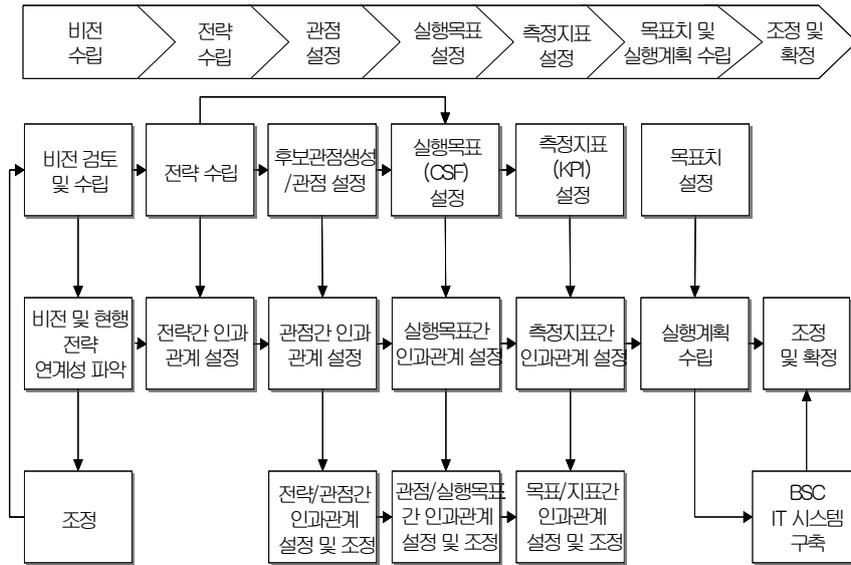
둘째, 데이터와 관련된 측면에서 자료 생성의 자동화 기반을 확대하여 정보가 정확하고 적시에 제공되도록 한다. 또한 핵심성과지표에 의거한 수치를 얻기 위하여 다양한 형태의 자료가 생성, 축적되어진다. 따라서 이에 대한 다차원적 분석은 의사결정의 질을 높일 수 있으므로 DB와 OLAP 및 Data Mining 등의 분석기법과의 연동이 필요하다.

셋째로는 시스템 측면에서 예산이 허용한다면 시스템의 성능과 확장 가능성을 고려하여야 할 것이며 시스템 통합관점에서 타 시스템과의 연동가능성을 고려하여야 한다.

넷째로는 구축된 시스템이 지속적으로 운영되기 위한 측면으로 운영하기 쉬운 시스템, 적절한 보안체계가 마련된 시스템이 보다 바람직하다고 하겠다.

이상의 여러 과정을 보다 상세히 설명하면 [도 4-11]과 같다.

[도 4-11] 균형성과표(BSC)의 개발과정



라. 성공적인 균형성과표의 구축을 위한 고려사항

첫째, 균형감을 잃지 않아야 한다. 즉, 전략은 관점별로 균형적으로 배치될 수 있도록 수립하며 전략 및 실행목표가 각각 상호 인과적 관계를 갖도록 한다. 측정지표 또한 관점별로 균형을 유지해야 하며 인과관계를 갖도록 선후행 지표로 균형적으로 책정하여야 한다.

둘째, 핵심통제변수가 적절해야 한다. 즉, 실행목표수와 측정지표수를 적절하게 유지하도록 한다. 반드시 그 수가 정해져 있다고는 볼 수 없지만 효율적 관리와 조직원들의 관심을 집중시키기 위해서는 관점별로 2~3개의 실행목표와 실행목표별 2~3개의 측정지표가 적당하다. 따라서, 관점을 4가지로 유지할 경우 측정지표는 20~30개의 범주에서 최적화되도록 하는 것이 중요하다.

마지막으로 균형성과표는 조직 전체의 참여와 관심이 전제가 되어야 한다.

이를 위해서는 조직의 최고경영자로부터 지지가 필수적이며 조직구성원은 자신의 역량을 개발하기 위해 능동적이고 적극적으로 균형성과표를 활용하도록 해야 한다. 균형성과표는 단순히 상벌을 위한 평가도구가 아닌 객관적이고 과학적인 성과관리수단으로 활용될 수 있도록 동기가 부여되어야 한다. 이에 대한 운영의 묘는 최고경영자의 의지와 조직원의 성숙에 달려 있다고 할 수 있다.

제2절 시장지향성 기법의 실천

1. 시장지향성의 개념 및 중요성

1950년대 고객욕구의 충족을 통해 이윤을 창출하고자 했던 기업경영철학인 마케팅 개념(marketing concept)이 주로 마케팅 기능 및 최종고객만을 강조함으로써 실제 기업의 경영효율화에 기여하지 못하는 한계점을 극복하기 위하여 이의 실천적 측면을 강조한 시장지향성이 등장하였다.

Shapiro(1988)와 Kotler & Clarke(1987) 등의 초기 연구에서는 시장지향성이 고객철학(customer philosophy), 통합된 마케팅 조직(integrated marketing organization), 적절한 마케팅 정보(adequate marketing information), 전략적 지향성(strategic orientation) 및 운영효율성(operational efficiency)으로 구성된다고 보았으나, 이후 Narver & Slater(1990), Kohli & Jaworski(1990), Jaworski & Kohli(1993), Slater & Narver(1994) 등에 의해 보다 체계화되었다.

Narver & Slater(1990)는 시장지향성의 핵심은 고객에게 보다 우월한 가치를 두고 타사와의 비교우위성을 지속적으로 유지하는데 있는 것으로 보았으며, 이는 고객지향성(customer orientation), 경쟁자지향성(competitor orientation), 부서간 조정(interfunctional coordination)과 같은 세 가지 행위적 요소들로 구성된다고 보았다. Kohli & Jaworski(1990)는 미국내 4개 시의 62명의 경영자를 심층 인터뷰한 결과에 기초하여 시장지향성을 '현재와 미래의 고객욕구를 충족시

키기 위해 시장정보를 전 조직차원에서 창출하고, 창출된 정보를 조직간 서로 확산, 공유하고 이에 전체 조직차원에서 반응하는 것'으로 정의하면서 정보창출(intelligence generation), 정보확산(intelligence dissemination) 및 반응(responsiveness)을 3대 구성요소로 보았다. 여기서 시장정보의 창출이라 함은 이전까지 주로 고려하였던 고객의 표현된 욕구뿐만 아니라 미래 욕구 및 선호에 관한 정보와 유통업자를 포함한 모든 고객에 영향을 미치는 경쟁자, 정부규제, 기술 등 외부적 요인에 대한 정보를 생성하고 평가하는 활동을 의미한다. 정보확산은 조직 내의 관련부서와 조직구성원들에게 의사소통시키고, 공유하고, 분석하는 것을 의미하며, 이는 조직내 수직적, 수평적으로, 또한 공식적, 비공식적으로 확산되는 것이 중요하다. 시장정보에 대한 전사적 반응은 창출되어지고 확산되어진 정보에 대한 반응으로 취해진 행동을 의미하는 것으로 표적시장을 선정하고 현재의 욕구와 잠재적 욕구에 따라 마련된 제품 및 서비스를 생산, 분배 및 촉진 등 구체적인 마케팅 활동의 형태로 나타내는 것을 말한다. 또한 이학식 등(1998)은 '기업이 고객들에게 가치를 제공하고 시장내에서 장기적인 수익을 올리기 위한 전략적이고 실천적인 경영철학'으로 정의하였다.

이들의 정의에서 엿볼 수 있듯이 기존의 마케팅 지향적인 패러다임 개념과 비교하였을 때 시장지향성은 철학적인 마케팅 개념을 구체적으로 실행시키는 것으로 다음과 같은 보다 광범위한 시장관리 지향적 특성을 포함하고 있다.

첫째, 시장지향성은 시장정보의 창출에 있어서 마케팅부서만이 아닌 조직 전체가 참여하고 그 정보를 확산하며 전사적으로 반응하는 것이며 둘째, 마케팅 부서만이 아닌 조직 전체 부서의 책임을 강조하고 있으며 셋째, 시장의 범위에 최종고객 외에 유통업자 등 이에 영향을 미치는 모든 조직을 포함시키고 있다 (Park & Zaltman 1987; Kohli & Jaworski, 1990).

그러므로 시장지향성은 기업이 경영활동에 필요한 소비자나 경쟁기업에 관한 정보를 조사하여 입수하고, 이를 기업 내의 필요한 각 부서에 효과적으로 전달 해서 각 부서가 전달된 정보를 바탕으로 구체적으로 대응행동을 취할 수 있다

록 해주는 경영체계를 의미한다. 따라서 지속적인 비교우위를 달성하고 시장요구에 경쟁자들보다 더 잘 대응하며 시장요구의 변화를 보다 정확히 예측하기 위해서는 기업은 시장지향적이어야 하며, 시장지향적일 때 기업경영이 효율적으로 수행되고 있다고 평가할 수 있다.

한편, 시장지향성을 측정하기 위해 Narver & Slater(1990), Jaworski & Kohli(1993), Slater & Narver(1995) 등이 지표를 개발하였다. 특히, 시장정보의 창출, 확산 및 반응 등 3가지 요인으로 구성된 시장지향성에 초점을 맞추어 Kohli et al(1993)에 의해 개발된 MARKOR(a measure of MARKET ORientation)가 널리 활용되고 있다. MARKOR는 원래 제조업을 대상으로 작성되었기 때문에 본 장에서는 이를 요양시설의 환경과 실정을 고려해 수정 보완하였다.

이와 같이 시장지향성에 대한 개념을 제시하였는데, 시장지향성의 선·후행변수, 특히 시장지향성과 성과(performance)에 대한 연구가 다양한 산업부문을 대상으로 진행되고 있으며, 많은 연구에서 시장지향성이 높으면 긍정적인 성과를 발생시키고 있는 것으로 발표되고 있다(Jaworski and Kohli, 1993; Slater and Narver, 1994; Hunt and Morgan, 1995; Greenly, 1995; Dobni and Luffman 2000).

시장지향성은 시장과 관련된 정보의 창출, 확산 및 반응의 효율화를 도모하고 있으나 이는 수많은 선행요인들에 의해 강화될 수도 그 반대일 수 있어 후행변수인 성과에 다양한 영향을 미치게 된다. 일반적으로 시장지향성에 영향을 미치는 것으로 밝혀진 주요 선행요인으로는 시장내 경쟁강도, 소비자 기호 등의 환경적 특성, 최고경영층의 성향 및 특성, 부서간 갈등 및 연계성 정도, 조직의 구조적 요인, 평가·보상시스템 등의 조직적 요인, 조직 구성원의 개인적 요인 등이 제시되고 있다(Kohli and Jaworski, 1990; Slater and Narver, 1994; Greenly, 1995).

또한 마케팅 개념의 실천적 측면을 강조한 시장지향성 또한 후행변수로 기업

의 수익성에 긍정적인 영향을 미칠 것으로 기대할 수 있다. 성과측정과 관련된 연구(Narver and Slater, 1990; Jaworski and Kohli, 1993)와 시장지향성과 전략과 관련된 연구(Slater and Narver, 1994; Hunt and Morgan, 1995; Dobni and Luffman 2000) 등이 활발하게 진행되고 있다. 이에 관한 주요 연구결과로 Narver & Slater(1990)는 앞에서 지적한 시장지향성의 세 가지 행위적 요소들이 장기적 초점(long-term focus)과 수익성(profitability)이라는 두 가지 기업의 성과에 미치는 영향을 분석하면서 시장지향성이 기업의 수익성에 중요한 결정요소라고 강조하였다. Jaworski & Kohli(1993)는 시장지향성에 영향을 주는 선행요소로 최고경영층의 강점과 위험회피, 부서상호간 동태성의 갈등과 결속, 조직시스템의 공식화·집중화·분권화·보상시스템 등 크게 세 가지 요인을 제시하고, 후행요소로 종업원의 조직몰입 및 기업정신, 사업성과를 보고 시장지향성이 사업성과에 미치는 영향에 있어 환경적 상황을 매개변수로 설정하는 모형을 발표하였다. Slater & Narver(1994)는 시장지향성은 고객서비스, 품질, 혁신과 같은 핵심능력에 영향을 주고 이는 고객충성도, 신제품 성공, 시장점유율과 같은 경쟁적 우위에 영향을 주어서 궁극적으로 수익성과 판매증대로 나타나는 사업성과에 영향을 미친다는 시장지향성, 고객가치, 그리고 성과간의 관계에 대한 개념적 모형을 제시하였다.

2. 노인요양시설의 시장지향성 분석

가. 자료 및 응답 시설의 특성

요양시설의 시장지향성을 분석하기 위하여 2007년 10월 한달간 우편에 의한 자기 기입식 설문조사를 실시하였다. 총 437개 시설 중 조사에 참여한 시설은 111개소로 25.4%의 응답률을 나타내었다. 응답된 자료에서 발견된 결측치는 조사원에 의한 전화 통화를 통해 보완하였다.

응답한 시설유형을 살펴보면 다음과 같다(표 4-2 참조). 총 111개 시설 중 무

료노인요양시설이 33개소(29.7%)로 가장 많았으며 그 다음은 무료노인전문요양 시설이 32개소(28.8%), 실비노인요양시설 23개소(20.7%) 순이었다. 전체적으로 무료노인요양시설과 무료노인전문요양시설을 포함한 무료시설은 65개소(58.6%) 이며 실비시설과 유료시설을 포함한 유료시설은 46개소(41.4%)이었다.

본 연구에서는 전체 시설의 시장지향성 분석과 함께 무료와 유료 시설간 시장지향성의 차이를 분석하였다. 이를 통해 입소자의 입소비용의 부담 정도가 시설로 하여금 시장 지향적인 태도에 어떠한 영향을 미치며 이러한 시설의 태도가 경영성과에 미치는 영향을 살펴보았다.

<표 4-2> 시장지향성 분석조사대상의 유형별 시설수

구분	개소 (%)
무료노인요양시설	33 (29.7)
실비노인요양시설	23 (20.7)
유료노인요양시설	4 (3.6)
무료노인전문요양시설	32 (28.8)
실비노인전문요양시설	9 (8.1)
유료노인전문요양시설	10 (9.0)
무료시설	65 (58.6)
유료시설	46 (41.4)
합계	111 (100.0)

<표 4-3>은 운영주체별 현황으로 전체 응답자의 70.3%인 78개소가 사회복지법인 시설이었으며 개인 및 기타비영리법인 시설이 17개소 및 15개소로 나타났다.

〈표 4-3〉 시장지향성 분석조사대상의 운영주체별 시설수

구분	개소 (%)
사회복지법인	78 (70.3)
기타비영리법인(종교/학교/의료 법인 등)	15 (13.5)
개인	17 (15.3)
국공립	1 (0.9)
합계	111 (100.0)

응답시설의 지리적 위치로는 경기(21개소) 지역이 가장 많았으며 그 다음으로 전북(12개소) 및 경북(12개소), 경남(9개소), 서울(8개소) 및 전남(8개소) 순으로 나타났다(표 4-4 참조).

〈표 4-4〉 시장지향성 분석조사대상의 지리적 위치별 시설수

구분	개소 (%)
서울	8 (7.2)
부산	5 (4.5)
대구	4 (3.6)
인천	2 (1.8)
광주	2 (1.8)
대전	4 (3.6)
경기	21 (18.9)
강원	7 (6.3)
충북	4 (3.6)
충남	7 (6.3)
전북	12 (10.8)
전남	8 (7.2)
경북	12 (10.8)
경남	9 (8.1)
제주	6 (5.4)
합계	111 (100.0)

<표 4-5>는 응답자의 인구사회학적 특성을 나타낸 것으로 응답자중 남자와 여자가 각각 53명(47.7%) 및 58명(52.3%)이었으며, 연령대는 40대, 30대 및 50대 이상이 각각 38.8%, 33.3% 및 25.2% 순으로 나타내었다. 교육수준은 약 41.4%가 대학 졸업수준이었으며 36.0%가 대학원 졸업 이상의 학력을 나타내었다. 현 시설의 근무기간은 64.0%가 5년 이하였으며 이를 응답자의 연령과 비교해 보면 전반적으로 현 시설에 종사했던 기간이 짧은 것을 볼 수 있다.

조사대상 시설의 22.5% 정도만이 마케팅 담당자를 보유하고 있어 아직도 우리나라 시설에 마케팅에 대한 관심이 저조한 수준에 머물고 있음을 단적으로 찾아볼 수 있다.

<표 4-5> 시장지향성 분석조사대상의 응답자의 인구사회학적 특성

구분		명 (%)
성	남자	53 (47.7)
	여자	58 (52.3)
연령	29세 이하	3 (2.7)
	30~39세	37 (33.3)
	40~49세	43 (38.8)
	50세 이상	28 (25.2)
현 직위	시설장	41 (36.9)
	사무국장	56 (50.5)
	마케팅책임자	1 (0.9)
	기타	13 (11.7)
교육수준	고등학교 이하	5 (4.5)
	전문대 졸업	20 (18.0)
	대학교 졸업	46 (41.4)
	대학원 졸업(석사)	38 (34.2)
	대학원 졸업(박사)	2 (1.8)
현재 시설 근무기간	5년 이하	71 (64.0)
	6~10년	31 (27.9)
	11~15년	7 (6.3)
	16~20년	1 (0.9)
	21년 이상	1 (0.9)
마케팅 담당자 유무	있음	25 (22.5)
	없음	86 (77.5)
합계		111 (100.0)

나. 시설의 시장지향성 및 성과 분석결과

1) 시설의 시장지향성 관련

시설의 시장지향성을 분석하기 위해서 이용된 변수는 총 29문항으로 리커트 5점 척도로 측정되었다. <표 4-6>은 전체 시설의 시장지향성 관련 변수의 평균 값 및 표준편차로 측정된 기술통계와 함께 65개 무료시설과 46개 유료시설의 양 시설별 평균 동일성에 대한 t-검정 결과를 나타내고 있다. 비교집단인 무료 시설과 유료시설은 각각 독립된 표본으로 t-검정을 시행하기 위해 두 비교집단이 동일 분산을 가져야 하므로 Levene의 등분산성 검정을 우선 실시하였다. 분석결과에 의하면, 모든 문항에서 예외없이 등분산성 가정을 기각하지 못하는 것으로 나타났다.

전체 29개 시장지향성 변수 중 유·무료 시설에 따라 통계적으로 차이를 나타내는 항목으로는 '주된 경쟁시설이 우리 입소자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 시설은 이에 즉시 대응할 것이다'(t값=2.86)라는 변수만이 유의수준 1% 수준에서 차이를 보이는데 유료시설에 비해 무료시설이 이와 관련된 상황에 민감하게 반응하고 있음을 볼 수 있다. 참고로 실제 무료시설의 경우 서비스평가를 의무적으로 받고 있다. 또한 '우리 시설에서 제공하는 요양서비스의 질을 평가하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다'(t값=2.13)가 유의수준 5%에서, '우리 시설에서는 입소자가 필요로 하는 요양서비스를 파악하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 입소자와의 만남을 갖고 있다'(t값=1.75)가 유의수준 10%에서 차이가 있는 것으로 분석되었다. 즉, 유료 시설에 비해 무료시설이 더욱 개별적 서비스를 제공하고 있는 등 이 부분에 대해 적극적인 노력을 투입하고 있는 것으로 나타났다.

이에 반해 '우리 시설이 제공한 서비스에 대해 입소자가 변경하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다'(t값=1.75)는 변수가 유의수준 10%에서

통계적으로 유의한 차이를 나타내고 있다. 즉, 무료시설에 비해 유료시설이 더욱 적극적인 것으로 나타났는데 이는 무료시설의 경우 입소자가 무료로 입소하였기 때문에 시설에서 제공되는 서비스의 변경을 적극적으로 요구하지 않으며 또 서비스 수준에 따른 불만도 제기하지 않기 때문이며 이에 따라 시설의 대응 또한 상대적으로 미약한 것으로 파악된다.

〈표 4-6〉 시설의 시장지향성 변수 및 기술통계분석

항목	평균 (표준 편차)	평균 동일성비교		
		무료시설	유료시설	t값
우리 시설에서는 입소자가 필요로 하는 요양서비스를 파악하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 입소자와의 만남을 갖고 있다.	4.29 (0.92)	4.41	4.11	1.75*
직원들은 입소자에게 더 좋은 서비스를 제공하기 위해 입소자와 직접적인 상호작용을 하고 있다.	4.50 (0.63)	4.48	4.54	0.55
우리 시설에서는 자체적으로 여러 차례 시장(고객 및 전체 시설 등)조사를 실시하고 있다.	3.17 (1.06)	3.12	3.24	0.57
우리 시설은 입소자가 선호하는 요양서비스에 대한 파악이 빠른 편이다.	3.99 (0.71)	3.95	4.04	0.66
우리 시설에서 제공하는 요양서비스의 질을 평가하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	3.32 (1.24)	3.52	3.02	2.13**
우리 시설은 종종 우리 입소자의 선택에 영향을 주는 사람(가족 등)과 대화 및 설문조사를 실시하고 있다.	3.62 (1.01)	3.55	3.72	0.84
우리 시설은 비공식적 수단을 통하여 우리나라 전체 시설에 대한 정보를 수집하고 있다.	3.01 (1.21)	3.17	3.00	0.72
우리 시설은 전체 시설의 근본적 변화에 대한 파악이 빠른 편이다.	3.86 (0.86)	3.92	3.78	0.85
우리 시설은 입소자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	3.89 (0.87)	3.87	3.91	0.22
우리 시설은 시장(고객 및 전체 시설 등) 변화에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 분기당 최소 한번 이상 갖고 있다.	3.96 (0.91)	4.05	3.85	1.13
우리 시설의 홍보/기획/마케팅 전문가는 다른 부서와 함께 입소자가 원하는 욕구에 대해 토론의 시간을 갖고 있다.	3.53 (0.92)	3.49	3.59	0.53
우리 시설은 입소자에 대한 정보를 제공하는 내부 자료를 주기적으로 회람하고 있다.	3.73 (0.94)	3.83	3.59	1.35
주된 고객 또는 시장에서 중요한 사건이 발생하였을 때, 이를 빠른 시일 안에 시설의 모든 사람에게 주지시키고 있다.	4.30 (0.68)	4.31	4.30	0.03
입소자 등 고객 만족에 대한 자료는 규정에 따라 시설의 모든 계층에게 유포하고 있다.	3.58 (0.93)	3.62	3.52	0.52
시장(고객) 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 많은 편이다.	3.71 (0.79)	3.77	3.63	0.91

〈표 4-6〉 (계속)

항목	평균 (표준 편차)	평균 동일성비교		
		무료시설	유료시설	t값
한 부서가 경쟁 시설에 대해 어떤 중요한 사실을 알았을 때, 이를 다른 부서에 알려줌이 빠른 편이다.	3.96 (0.77)	4.00	3.89	0.73
우리 경쟁 시설의 이용료(입소비용) 변화에 대한 대응이 빠른 편이다.	3.83 (0.93)	3.92	3.70	1.27
시장(고객) 세분화는 시설의 새로운 서비스 개발노력을 촉진하고 있다.	3.95 (0.77)	3.89	4.02	0.87
우리 시설은 입소자가 필요로 하는 요양서비스 변화에 대해 적극적으로 파악하는 경향이 있다.	4.35 (0.57)	4.37	4.33	0.39
우리 시설은 입소자가 원하는 것을 파악하기 위하여 새로운 요양서비스에 대해 주기적으로 검토하고 있다.	4.06 (0.73)	4.08	4.05	0.24
몇몇 부서들은 경영환경 변화에 대처하기 위한 계획을 주기적으로 공동 수립한다.	3.51 (0.85)	3.48	3.57	0.54
우리 시설이 제공하는 서비스는 실제 시장(고객)의 필요에 의하기보다는 내부적 판단에 더욱 의존한다.	3.34 (0.98)	3.38	3.28	0.54
주된 경쟁 시설이 우리 입소자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 시설은 이에 즉시 대응할 것이다.	3.91 (1.06)	4.15	3.59	2.86***
우리 시설내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.	4.14 (0.61)	4.15	4.11	0.38
우리 시설에서는 입소자의 불평을 들음에 있어 귀가 밝은 편이다.	4.26 (0.64)	4.22	4.33	0.89
우리 시설은 실제 훌륭한 마케팅 계획을 수립한다면 이를 적시에 실행하는 편이다.	3.57 (0.96)	3.60	3.52	0.42
우리 시설은 경쟁시설의 이용료(입소비용) 변화에 대해 신속히 반응한다.	3.24 (1.07)	3.35	3.09	1.30
우리 시설은 입소자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.	4.36 (0.60)	4.32	4.41	0.78
우리 시설이 제공한 서비스에 대해 입소자가 변경하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.	4.17 (0.57)	4.09	4.28	1.75*

주: 전혀 그렇지 않다(1), 그렇지 않다(2), 그저 그렇다(3), 그렇다(4), 매우 그렇다(5)

***: p<0.01, **: p<0.05, *: p<0.10

이상의 결과를 종합해 볼 때 우리나라 요양시설의 경우 상대적으로 무료시설이 유료시설에 비해 좀 더 나은 시장지향적 활동의 모습을 보여 주고 있었다. 이는 대부분의 유료시설이 무료시설에 비해 적은 인력으로 소규모로 운영되어 있고 있어 상대적으로 서비스의 질이 떨어질 뿐 아니라 경영합리화에 대한 관

심과 노력이 미흡함에 따른 결과로 파악되어진다.

2)시설성과 관련

시설의 성과와 관련된 변수는 총 18문항의 리커트 5점 척도로 시설산업 전반과 상호비교한 주관적 판단에 의해 측정되었다. <표 4-7>은 설문문항별 평균 및 표준편차로 측정된 기술통계와 유·무료 시설에 따른 평균 동일성에 대한 t-검정 결과를 나타내고 있다. 시장지향성 항목과 동일하게 등분산성 검정을 실시하였으며 모든 문항에서 등분산성 가정을 기각하지 못하는 것으로 나타났다.

<표 4-7> 시설의 성과변수 및 기술통계분석

변수	평균(표준편차)	평균 동일성비교		
		무료시설	유료시설	t값
지난 3년간의 수익 증가율	3.11 (0.86)	3.18	3.00	1.12
입소자에 의해 인지된 요양서비스 품질	4.04 (0.60)	3.95	4.15	1.73*
지난 3년간 시장 점유율	3.59 (0.81)	3.62	3.57	0.32
장비 구입 또는 시설 투자비	3.50 (0.92)	3.49	3.50	0.04
순 이익	2.80 (0.91)	2.89	2.67	1.25
투자수익률(return on investment)	2.87 (0.98)	3.03	2.65	2.03**
시설 명성도	4.20 (0.64)	4.18	4.21	0.26
타 시설보다 차별적 우위를 확보할 수 있는 능력	4.03 (0.71)	3.98	4.09	0.75
수익대비 이익률	2.96 (0.80)	3.03	2.85	1.19
시설 운영에 따른 현금흐름	3.32 (0.80)	3.42	3.17	1.58
새로운 요양서비스 개발	3.66 (0.68)	3.63	3.70	0.49
새로운 입소자군 개발	3.50 (0.77)	3.49	3.50	0.05
총자산대비 이익율(return on assets)	2.85 (0.88)	3.03	2.59	2.70***
직원 이직	3.31 (0.99)	3.35	3.24	0.60
입소자수	3.81 (0.89)	3.94	3.63	1.82*
입소자대비 순수익 비중	3.17 (0.93)	3.32	2.96	2.07**
병상이용율	3.82 (0.88)	3.91	3.70	1.26
평균입소일수	4.05 (0.80)	4.08	4.02	0.36

주: 전혀 그렇지 않다(1), 그렇지 않다(2), 그저 그렇다(3), 그렇다(4), 매우 그렇다(5)

***: p<0.01, **: p<0.05, *: p<0.10

시설성과에 있어 유·무료의 차이에 따라 통계적으로 유의하게 나타난 지표는 총자본대비 이익률(return on assets)이 유의수준 1%에서, 입소자대비 순수익 비중과 투자수익률(return on investment)이 유의수준 5%에서, 입소자수가 유의수준 10%에서 통계적으로 유의한 차이를 나타내었다. 즉, 이상의 4개 변수에서 무료시설이 유료시설에 비해 높은 성과를 나타내었는데, 이 또한 유료시설의 경영성과가 상대적으로 매우 낙후되어 있음을 반영한 것으로 판단된다. 실제 대부분의 실비시설의 경우 수입을 발생시키지 못하고 있는 실정이다.

한편, 입소자에 의해 인지된 요양서비스 품질 변수의 경우 유료시설이 무료시설에 비해 상대적으로 높은 성과를 나타내고 있는 것으로 나타났다($t값=1.73$, $p<0.10$). 이는 품질에 대한 인식이 상대적으로 무료시설에 비해 유료시설의 경우 당연하게 요구되어지고 있음을 나타내는 것으로 판단된다.

다. 구조방정식 분석 결과

다음으로 시설의 시장지향성 정도가 시설의 성과에 미치는 영향을 살펴보았다. 이를 위하여 공변량구조분석을 실시하였다. 이와 같이 여러 항목들(measurement variable, 측정변수)간 인과관계를 분석하는 경우 항목별로 공통의 원인이 되는 요인(factor), 이른바 잠재변수(latent variable)를 찾아 항목수를 축소, 통합하고 잠재변수사이에서 인과관계를 분석하며 수많은 측정변수를 직접 취급하는 것보다 통계적 효율성이 증가하게 된다. 이렇게 인과분석을 위해 공통 원인인 요인이 측정변수에 미치는 영향을 (요인)분석하는 측정방정식과 요인간의 인과관계를 (회귀)분석하는 구조방정식을 동시에 개선적으로 결합한 방법을 공변량구조분석이라 한다. 즉, 이는 확정적 요인분석(confirmative factor analysis: CFA)을 통해서 측정오차가 없는 잠재요인을 발견하고 이를 회귀분석하는 방법이라 하겠다. 따라서 이 분석은 여러 항목들간의 인과관계를 종합적으로 분석함에 있어 유익한 방법이 되고 있다.

1) 시장지향성 및 성과에 관한 요인분석

먼저 여러 항목들이 공통의 요인에 의해 영향을 받고 있음을 밝히기 위하여 탐색적 요인분석(exploratory factor analysis: EFC)을 실시하였다. 시장지향성에 대한 탐색적 요인분석 결과가 <표 4-8>에 나타나 있다.

유의미한 요인의 수를 결정하기 위하여 고유값(eigenvalue)이 1이상이고 최소 각 5%의 변이를 설명할 수 있는 요인으로 한정하였는데, 총 3개가 선정되었다. 이들은 전체 변이중 47.9%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한 개별 요인에 의해 공통으로 영향을 받고 있는 관련 문항으로는 요인적재값이 0.4 이상인 항목만을 포함하였다.

한편, 설문문항이 자기기입식에 의거하여 측정된 관계로 측정하고자 하는 잠재변수들을 제대로 측정하였는지를 검증하기 위해 문항들의 타당도와 신뢰도를 분석하였다. 확정적 요인분석은 측정변수가 잠재변수를 얼마나 잘 측정하고 있는지를 나타내는 집중타당성을 평가하기 위해 활용하였으며 요인내 측정변수들이 단일 요인에 의해 영향을 받고 있음에 대한 내적 일치도(신뢰성)를 평가하기 위하여 Cronbach 알파계수를 산출하였다. Cronbach 알파값이 0.9 이상일 경우 신뢰성이 매우 높은 것으로 평가할 수 있으며 전통적으로 0.7 이상을 최소 기준으로 활용하고 있다(Nunnally, 1978). 본 연구에서 시장지향성에 관한 요인의 Cronbach 알파값은 0.823, 0.757 및 0.799로 이 기준을 충족시키고 있다.

또한 요인내 개별 항목중 특정 항목을 제외시 전체 Cronbach 알파값이 커지는 경우에 그 특정 항목을 제외함으로써 내적일치도를 제고시킬 수 있는데 시장지향성 변수 중에서는 제외된 변수가 없는 것으로 나타났다.

〈표 4-8〉 시장지향성에 관한 요인분석결과

요인	고유값	% 분산	% 누적분산		
1	6.283	29.919	29.919		
2	2.160	10.286	40.206		
3	1.610	7.664	47.870		

문항	요인1	요인2	요인3	해당변수 제거시 알파값	Cronbach 알파값
우리 시설에서는 입소자가 필요로 하는 요양서비스를 파악하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 입소자와의 만남을 갖고 있다.	0.626			0.811	0.823
우리 시설에서는 자체적으로 여러 차례 시장(고객 및 전체 시설 등)조사를 실시하고 있다.	0.665			0.798	
우리 시설은 입소자가 선호하는 요양서비스에 대한 파악이 빠른 편이다.	0.624			0.805	
우리 시설에서 제공하는 요양서비스의 질을 평가하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	0.443			0.823	
우리 시설은 비공식적 수단을 통하여 우리나라 전체 시설에 대한 정보를 수집하고 있다.	0.535			0.812	
우리 시설은 전체 시설의 근본적 변화에 대한 파악이 빠른 편이다.	0.626			0.804	
우리 시설은 입소자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	0.644			0.799	
우리 시설은 시장(고객 및 전체 시설 등) 변화에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 분기당 최소 한번 이상 갖고 있다.	0.680			0.802	
우리 시설의 홍보/기획/마케팅 전문가는 다른 부서와 함께 입소자가 원하는 욕구에 대해 토론의 시간을 갖고 있다.		0.550		0.719	0.757
시장(고객) 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 많은 편이다.		0.458		0.722	
한 부서가 경쟁 시설에 대해 어떤 중요한 사실을 알았을 때, 이를 다른 부서에 알려줌이 빠른 편이다.		0.676		0.713	
우리 시설은 입소자에 대한 정보를 제공하는 내부 자료를 주기적으로 회람하고 있다.		0.768		0.689	
주된 고객 또는 시장에서 중요한 사건이 발생하였을 때, 이를 빠른 시일 안에 시설의 모든 사람에게 주지시키고 있다.		0.416		0.739	

〈표 4-8〉 (계속)

문항	요인1	요인2	요인3	해당변수 제거시 알파값	Cronbach 알파값
주된 경쟁 시설이 우리 입소자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 시설은 이에 즉시 대응할 것이다.			0.691	0.763	0.799
우리 시설내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.			0.666	0.770	
우리 시설은 입소자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.			0.820	0.746	
우리 시설이 제공한 서비스에 대해 입소자가 변경하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.			0.844	0.711	

주: 요인적재값(factor loadings) 0.4 이상만을 포함시켰음.

다음으로 시설성과에 대한 요인분석결과가 <표 4-9>에 나타나 있다. 이 역시 동일기준에 의해 3개의 요인의 선정되었으며 이는 전체 변이의 66.3%를 설명하는 것으로 분석되었다.

공통요인에 의해 영향받고 있는 항목의 선정은 요인적재값이 0.5 이상인 경우만 포함하였으며 세 개 요인의 Cronbach 알파값은 각각 0.906, 0.781 및 0.782로 나타났다. 내적 일치도를 제고하기 위해 요인내 개별항목 중 특정항목을 제외시 전체 Cronbach 알파값이 커지는 경우를 살펴본 결과 시설 운영에 따른 현금흐름, 입소자대비 순수익 비중 및 장비 구입 또는 시설 투자비 등 세 개 변수를 요인에서 제외시켜 각 요인별 내적 일치도를 제고시켰다.

〈표 4-9〉 성과에 관한 요인분석결과

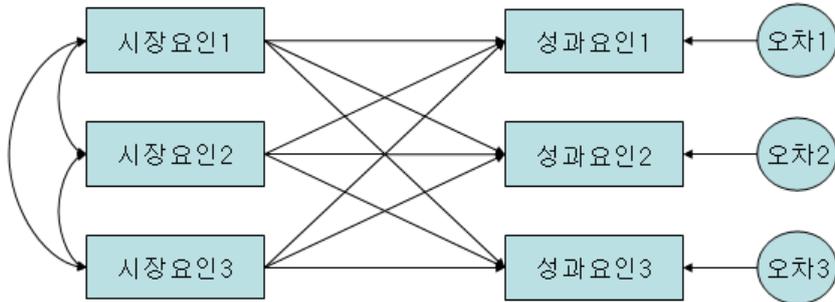
요인	고유값	% 분산	% 누적분산		
1	5.969	39.794	39.794		
2	2.414	16.090	55.884		
3	1.561	10.409	66.293		

문항	요인1	요인2	요인3	해당변수 제외시 알파값	Cronbach 알파값
지난 3년간의 수익 증가율	0.795			0.890	0.906
순 이익	0.868			0.882	
투자수익률(return on investment)	0.840			0.887	
수익대비 이익률	0.857			0.886	
시설 운영에 따른 현금흐름*	0.615			0.907	
총자산대비 이익율(return on assets)	0.867			0.883	
입소자대비 순수익 비중*	0.599			0.910	
장비 구입 또는 시설 투자비*		0.686		0.797	0.781
타 시설보다 차별적 우위를 확보할 수 있는 능력		0.747		0.729	
새로운 요양서비스 개발		0.869		0.658	
새로운 입소자군 개발		0.695		0.729	
입소자수			0.754	0.769	0.782
병상이용율			0.842	0.607	
평균입소일수			0.793	0.730	

주: 요인적재값(factor loadings) 0.5 이상만을 포함시켰음. *는 신뢰성분석결과 제외된 문항임.

이상을 기준으로 [도 4-12]와 같은 연구 모형의 구조를 도출하였다. 즉, 시설의 3가지 시장 지향성 요인이 3가지 성과요인과 인과관계를 형성하는 것으로 나타났다.

[도 4-12] 연구모형 구조



2) 시장지향성과 성과간의 관계

<표 4-10>은 시장지향성 요인 및 개별 측정변수간의 관계를 나타내고 있다. 계수는 표준화된 계수를 사용하였으며 각 요인별 1개의 측정변수는 공변량구조식의 해를 구하기 위하여, 즉 추정을 위하여 그 계수를 1로 고정하였다.

첫 번째 요인은 시장 정보를 얻기 위한 설문조사, 입소자와의 만남, 각종 환경변화를 파악하기 위한 시장조사, 주기적 검토 및 부서간 모임 등을 수행하고 있는 항목이 포함되어 요인의 이름을 시장정보의 창출로 하였다. 두 번째 요인은 파악된 정보 및 문건의 주기적 회람 및 유포, 조직내 전파 및 주지 등의 항목이 포함되어 있어 요인의 이름을 시장정보의 확산으로 명명하였다. 세 번째 요인은 시설의 대응 및 부서간 조정 등의 항목들을 포함하고 있어 요인명을 시장에 대한 반응으로 설정하였다. 이는 문헌연구에서 살펴본 조직의 시장 지향성을 구성하고 있는 개념과도 일치하는 것으로 나타났다.

〈표 4-10〉 시장지향성요인 및 측정변수간 관계

문항	계수† (t값)	R-square
◦ 시장정보 창출 (시장요인1)		
우리 시설에서는 입소자가 필요로 하는 요양서비스를 파악하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 입소자와의 만남을 갖고 있다.	0.476(-)	0.226
우리 시설에서는 자체적으로 여러 차례 시장(고객 및 전체 시설 등)조사를 실시하고 있다.	0.614(4.32)	0.377
우리 시설은 입소자가 선호하는 요양서비스에 대한 파악이 빠른 편이다.	0.626(4.36)	0.392
우리 시설에서 제공하는 요양서비스의 질을 평가하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	0.455(3.62)	0.207
우리 시설은 비공식적 수단을 통하여 우리나라 전체 시설에 대한 정보를 수집하고 있다.	0.511(3.89)	0.261
우리 시설은 전체 시설의 근본적 변화에 대한 파악이 빠른 편이다.	0.623(4.35)	0.388
우리 시설은 입소자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	0.687(4.56)	0.473
우리 시설은 시장(고객 및 전체 시설 등) 변화에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 분기당 최소 한번 이상 갖고 있다.	0.588(4.22)	0.346
◦ 시장정보 확산 (시장요인2)		
우리 시설의 홍보/기획/마케팅 전문가는 다른 부서와 함께 입소자가 원하는 욕구에 대해 토론의 시간을 갖고 있다.	0.648(-)	0.419
시장(고객) 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 많은 편이다.	0.660(5.65)	0.435
한 부서가 경쟁 시설에 대해 어떤 중요한 사실을 알았을 때, 이를 다른 부서에 알려줌이 빠른 편이다.	0.656(5.63)	0.430
우리 시설은 입소자에 대한 정보를 제공하는 내부 자료를 주기적으로 회람하고 있다.	0.697(5.89)	0.486
주된 고객 또는 시장에서 중요한 사건이 발생하였을 때, 이를 빠른 시일 안에 시설의 모든 사람에게 주지시키고 있다.	0.570(5.02)	0.325
◦ 시장에 대한 반응 (시장요인3)		
주된 경쟁 시설이 우리 입소자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 시설은 이에 즉시 대응할 것이다.	0.691(-)	0.477
우리 시설내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.	0.712(6.18)	0.507
우리 시설은 입소자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.	0.690(6.03)	0.475
우리 시설이 제공한 서비스에 대해 입소자가 변경하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.	0.728(6.28)	0.530

주: (-)는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. † : 계수는 표준화되었음.

<표 4-11>은 시설성과요인 및 개별 측정변수간의 관계를 나타내고 있다. 앞서와 같이 계수는 표준화된 계수를 사용하였으며 방정식의 모수 추정을 위한 계수 고정이다.

시설의 성과를 결정하는 주요 요인을 크게 수익증가율, 순이익, 투자수익률, 수익대비 이익률, 총자본대비 이익률 등의 공통요인으로 재무성과를, 타 시설보다 차별적 우위 확보력, 새로운 요양서비스 개발 및 입소자군 개발 등의 공통요인으로 시장 및 제품 개발력을, 그리고 입소자수, 병상이용율, 평균입소일수 등의 공통요인으로 요양성가로 명명하였다.

<표 4-11> 성과요인 및 측정변수간 관계

문항	계수* (t값)	R-square
◦ 재무 성과 (성과요인1)		
지난 3년간의 수익 증가율	0.600 (8.79)	0.600
순 이익	0.796 (10.53)	0.796
투자수익률(return on investment)	0.777 (10.37)	0.777
수익대비 이익률	0.648 (9.23)	0.648
총자본대비 이익율(return on assets)	0.618 (-)	0.618
◦ 시장/제품 개발력 (성과요인2)		
타 시설보다 차별적 우위를 확보할 수 있는 능력	0.402 (6.48)	0.402
새로운 요양서비스 개발	0.637 (7.98)	0.637
새로운 입소자군 개발	0.701 (-)	0.701
◦ 요양 성과 (성과요인3)		
입소자수	0.396 (5.90)	0.396
병상이용율	0.850 (6.33)	0.850
평균입소일수	0.458 (-)	0.458

주: (-)는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. † : 계수는 표준화되었음.

<표 4-12>는 전체 시설의 시장지향성과 성과간의 인과관계를 나타내고 있는데 시설의 시장 지향성 요인들이 재무성과, 시장/제품 개발력 및 요양 성과 등의 성과에 미치는 영향은 각각 11.4%, 49.1% 및 22.2%로 나타나 시설의 경우 시장 지향성 태도는 특히 시장 및 제품의 개발력에 강한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 특히, 시장정보창출력은 유의수준 0.1%에서 시장 및 제품개발력에 강한 영향력을 미치고 있는 것으로 분석되었으며 시장정보창출은 요양성과에, 시장에 대한 반응은 시장/제품 개발력 및 요양성과에 유의수준 5%에서 긍정적

인 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다.

한편, 장기요양시설의 경우 시장정보확산은 세 종류의 성과요인 모두에 부정적인 영향을 미치고 있는 것으로 분석되었으나 통계적으로 유의하지는 않았다.

전체 모형의 적합도는 GFI(Goodness of Fit Index), CFI(Comparative Fit Index), IFI(Incremental Fit Index) 등이 0.9에 가깝고 RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)가 0.5에 가까워 고려한 모형이 자료와 비교적 높은 적합도를 나타내고 있다고 평가할 수 있다. 참고로 GFI, CFI, IFI는 1에 가까울수록, RMSEA는 0에 가까울수록 우수한 모형이라 할 수 있다.

〈표 4-12〉 시장지향성과 성과간 관계 (전체시설의 경우)

구분		전체			
		계수†	t값	R-square	
재무성과	시장정보창출	0.288	1.57	0.114	
	시장정보확산	-0.057	0.30		
	시장에 대한 반응	0.155	1.17		
시장/제품개발력	시장정보창출	0.726	3.31***	0.491	
	시장정보확산	-0.270	1.42		
	시장에 대한 반응	0.286	2.26*		
요양성과	시장정보창출	0.402	2.04*	0.222	
	시장정보확산	-0.197	1.00		
	시장에 대한 반응	0.310	2.20*		
모형적합도		GFI	CFI	IFI	RMSEA
		0.901	0.875	0.899	0.064

주: -는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. ***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$. † : 계수는 표준화되었음.

〈표 4-13〉과 〈표 4-14〉는 무료시설 및 유료시설의 시장지향성과 성과간의 인과관계를 나타내고 있다. 상대적으로 무료시설보다 유료시설의 경우, 시장지향성 성향이 성과에 더욱 강한 영향을 미치고 있음을 볼 수 있다.

무료시설이 경우 시장정보창출이 시장/제품 개발력에 유의수준 5%에서 긍정적인 영향을 미치는 것으로 나타났으며 유료시설의 경우는 세 가지 시장지향성

요인 모두가 시장/제품 개발력에 유의수준 5% 이내에서 긍정적인 영향을 미치고 있는 것으로 분석되었다. 또한 시장에 대한 반응도도 유의수준 5%에서 요양성과에 긍정적으로 영향을 미치는 것으로 나타났다.

이 모형들 또한 자료와 비교적 높은 적합도를 나타내고 있음을 볼 수 있다.

〈표 4-13〉 시장지향성과 성과간 관계 (무료시설의 경우)

구분		전체			
		계수†	t값	R-square	
재무성과	시장정보창출	-0.058	0.22	0.071	
	시장정보확산	0.054	0.23		
	시장에 대한 반응	0.274	1.31		
시장/제품개발력	시장정보창출	0.674	2.29*	0.367	
	시장정보확산	-0.185	-0.84		
	시장에 대한 반응	0.079	0.43		
요양성과	시장정보창출	0.131	0.49	0.157	
	시장정보확산	-0.100	-0.43		
	시장에 대한 반응	0.354	1.61		
모형적합도		GFI	CFI	IFI	RMSEA
		0.893	0.845	0.859	0.092

주: -는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. ***: p<0.001, **: p<0.01, *: p<0.05. † : 계수는 표준화되었음.

〈표 4-14〉 시장지향성과 성과간 관계 (유료시설의 경우)

구분		전체		
		계수†	t값	R-square
재무성과	시장정보창출	0.727	1.69	0.267
	시장정보확산	-0.432	1.05	
	시장에 대한 반응	0.330	1.35	
시장/제품개발력	시장정보창출	0.915	2.10*	0.831
	시장정보확산	0.966	1.98*	
	시장에 대한 반응	0.769	2.80**	
요양성과	시장정보창출	0.972	1.86	0.649
	시장정보확산	-0.956	1.89	
	시장에 대한 반응	0.773	2.30*	
모형적합도		GFI	CFI	IFI
		0.911	0.905	0.899

주: -는 추정을 위하여 고정됨을 나타냄. ***: $p < 0.001$, **: $p < 0.01$, *: $p < 0.05$. † : 계수는 표준화되었음.

제3절 시사점

노인장기요양보험의 시행을 앞두고 노인요양시설의 전략경영의 방안 및 현 경영합리화 상황을 시장지향성(market orientation)이라는 개념을 통하여 살펴 보았다. 특히, 경영합리화를 위한 방안으로 최근 전략경영의 화두로 떠오른 균형성과표(BSC)의 개념을 소개하였다.

협회의 BSC는 재무적 지표와 고객, 내부 경영과정, 학습 및 성장 관점에서의 성과 등 비재무적 지표를 통합한 성과측정시스템이다. 그러나 이는 조직의 실현가능한 미래상으로의 비전과 이를 구체화한 목표, 목표를 달성하기 위한 수단으로써 전략, 전략을 관리가능하게 하는 핵심성공요인(CSF)과 핵심성과지표(KPI)의 도출 및 관리가 경영 합리화의 개념 및 실천적 수단으로 주목받고 있다. 이는 노인요양시설에 있어서도 유용한 경영지침이 될 수 있을 것이라 사료 된다.

또 이와 함께 노인요양시설의 경영합리화 수준을 시장지향성 정도로 파악해 보았다. 시장지향성은 조직이 고객욕구를 충족시키기 위해 시장정보를 전 조직 차원에서 창출하고 창출된 정보를 조직간 서로 확산하고 이에 전체 조직차원에서 반응하는 것으로 전략적이고 실천적인 경영철학이기도 하다.

현재 노인요양시설의 시장지향성의 정도가 성과에 미치는 영향은 비슷한 미션중심조직인 병원에 비해 크게 열악한 수준에 있다. 병원의 경우 성과를 설명함에 있어 시장지향성이 갖는 비중이 68.0%에 이르고 있으며 중소병원의 경우는 73.9%인 것으로 소개되고 있다(이견직, 2006). 그러나 요양시설의 경우 재무성과, 시장/제품개발력 및 요양성과에 대해 각각 11.4%, 49.1% 및 22.2% 수준에 머물고 있는 것으로 분석되었다. 한편 이를 유·무료 시설에 따라 구분하여 살펴보면 상대적으로 무료시설에 비해 유료시설이 시장지향적으로 경영합리화를 도모했을 경우 시설의 성과에 더욱 큰 영향을 미칠 것으로 분석되었다. 그럼에도 불구하고 기술분석에서 살펴본 바와 같이 아직까지 무료시설에 비해 열악한 경영환경에 놓여있어 이에 대한 유료시설의 자구노력책 강화가 필요한 것으로 나타났다.

따라서 막대한 재정부담이 예상되는 우리나라 장기요양보험제도가 건전하게 추진되기 위해서는 장기요양시설을 보다 시장지향적으로 유인할 필요성이 있다. 노인장기요양보장정책 전개에 있어 개인운영의 유료시설로 하여금 대고객 지향적이고 시장지향적인 경영합리화 방안을 마련하도록 유도해야 할 것이다. 궁극적으로 요양시설이 균형성과표 중심적이며 시장중심적인 전략경영 집합체로 변화할 필요가 있고, 이와 함께 경영역량이 보다 열악한 개인운영의 소규모 유료시설은 스스로의 자구노력대책을 강구하지 않으면 안될 것이다.

제5장 일본 개호보험제도 도입에 따른 노인요양시설 경영실태의 변화내용

2008년 7월 노인장기요양보험제도를 시행할 예정인데, 이를계기로 기초수급권자를 중심으로 정부지원에 의존해 왔던 대부분의 노인입소시설에서는 경영 전환이 필요하게 되었다. 일본에서는 2000년 4월에 개호보험을 실시하면서 재가서비스 뿐만 아니라 시설입소에 대해서도 고객 중심의 시장경쟁적 시스템을 도입했기 때문에 일본에서는 입소시설 경영이 어떻게 이루어지고 있는지 규명할 필요가 있다.

본 장은 일본 특별양호노인홈 시설장을 대상으로 인터뷰를 실시하여 공적개호보험제도를 도입하기 이전과 이후의 시설경영 현황과 문제점에 관하여 규명하고자 한다. 일본 복지서비스는 일본헌법 제25조 사회복지법령, 다시말하면, 「전국민은 건강하고 문화적인 최저한도의 생활을 할 권리가 있으며 정부는 사회복지, 사회보장 및 공중위생을 향상하고 증진하도록 노력하지 않으면 안된다」에 근거하여 특히 노인들의 복지시설 입소를 실시하여 왔으며 이는 조치제도(措置制度)에 의한 서비스였다. 조치제도란 행정처분이라는 방법에 의한 빈민구제정책으로서 선별주의라고도 하는데 정부가 사회복지서비스가 필요한 시민의 재산을 심사하고 선별하여 그에 부합하는 서비스를 제공하는 제도이다.

1963년 제정된 노인복지법에서는 시설서비스로서 양호노인홈¹¹⁾, 특별양호노인홈¹²⁾, 실비노인홈, 노인복지센터가 명문화되어 있으며 유료노인홈¹³⁾은 그 대

11) 양호노인홈은 [65세 이상 노인으로서 신체인 이유 또는 가정환경상 및 경제적인 이유로 가정에서 부양을 받을 수 없는 자]를 수용하여 부양하는 것을 목적으로 하는 시설임.

12) 특별양호노인홈은 [65세 이상인 자가 신체적인 조건 또는 정신적인 결함 때문에 항상 개호를 필요로 하며 가정에서 개호를 받기가 곤란한 자]를 수용하여 개호하는 것을 목적으로 하는 시설임.

상에서 제외하고 있다. 이들 입소시설 중에서 양호노인홈과 특별양호노인홈은 개인의 희망에 따라서 입소할 수 있는 시설이 아니라 시정촌의 행정조치에 의하여 입소할 수 있는 시설이다. 이들 시설을 설치하는데는 「행정조치」가 필요한데, 행정조치는 노인복지법 제2조의 사회복지와 사회보장을 실천하기 위하여 정부가 법률에 근거하여 실시하는 정책이다. 양호노인홈과 특별양호노인홈은 사회복지사업법에서 제1종 사회복지사업으로 규정되어 있으며(법 제2조), 제1종 사회복지사업법은 원칙적으로 정부, 지방자치단체, 사회복지법인이 경영하도록 되어 있다(법 제4조). 시정촌과 사회복지법인은 이들 시설을 설치함에 있어서 도도부현 지사의 인가(법 제15조2)와 동의를 얻도록 되어 있다(小笠原, 1981). 그와 같은 이유로 중앙정부 또는 지방자치단체는 직접 개호가 필요한 노인에 대한 수용과 조치를 해야 되지만 사회복지사업을 운영하는 자에게 위탁하여 입소시설을 운영하도록 하여 조치(위탁)제도가 탄생되었다(辻村, 1998). 이와 같은 이유로 1970년 전반까지는 국민들이 특별양호노인홈을 누가 이용하며 이용절차는 어떻게 되어 있는지 관심이 없었으며 특별양호노인홈을 [노인 버리는 산]으로 인식하였다(西本, 1999). 그러나 노인인구 증가와 가정에서만 개호를 할 수 없는 노인이 증가함에 따라 특별양호노인홈에 대한 인식은 점차 긍정적으로 바뀌었다. 1993년 4월부터 특별양호노인홈 입소 조치권한이 지방자치단체(시정촌)로 이양되면서(厚生統計協會, 1991) 주민과 제일 가까운 지방자치단체의 역할이 중요시 되었다. 다시 말하면 조치제도하에서는 시설입소는 「행정수속모델」로 대표되는데(小林, 2002) 시설운영을 위한 예산집행은 조치를 바탕으로 행정부가 결정하여 서비스는 지방자치단체가 결정하였다. 1990년 후반부터 사회복지제도가 개편되면서 그 내용은 1)복지분야의 공적비용지출 억제, 2)

13) 유료노인홈 거주자에 대하여 조치제도에서는 공적서비스를 제공하지 않았지만, 개호보험에서는 유료노인홈을 가정과 같은 의미로 해석하여 유료노인홈 거주자가 요개호인정을 받은 경우 가정에 계시는 노인과 똑같은 재가서비스를 받을 수 있게 되었으며, 서비스 부담금도 10%를 부담하면 됨. 개호보험에서는 일본에 거주하는 40세 이상인 자는 개호보험료를 지불해야 할 의무가 있기 때문에 유료노인홈에 입주하여 요개호인정을 받으면 가정에서 거주하는 자와 같이 똑같은 재가서비스를 받을 수 있음.

응익부담(이익을 받은 만큼 비용부담)을 원칙으로 하는 이용자 부담강화, 3)복지사업영리화 추진과 동시에 공적사업 철회로 요약할 수 있다(伊藤, 2002).

2000년 4월 공적개호보험제도를 도입하면서 동 제도에 사회보험방식을 채택하고 노인들에게 국민건강보험과 마찬가지로 보험료를 징수하였다. 서비스이용자 입장에서는 지방자치단체가 중심이 되어 서비스를 결정하던 행정수속모델인 조치제도에서 서비스 이용자가 서비스 결정을 하는 이용자중심 모델로(小林, 2002) 전환되어 시장원리와 유사한 준시장(quasi market)제도¹⁴⁾가 도입되었다. 그와 동시에 서비스가 필요한 자는 누구나 서비스를 이용할 수 있는 보편주의를 도입하여 서비스가 필요한 사람은 서비스를 받은 만큼 비용을 부담하고 필요한 서비스를 선택하여 이용할 수 있게 되었다. 재가서비스에 대해서는 시장원리를 도입하여 민간기업도 참여할 수 있도록 하여 민간사업자와 비영리사업자가 경쟁하는 시스템을 도입하였다. 시장원리를 도입하는 이유는 효율적인 운영을 전제로 하고 있으며 공적기관은 경쟁 결여로 효율적인 운영이 어렵기 때문이다. 그러나 사회복지법인이 경영하는 특별양호노인홈은 민간기업의 참여를 제한하였지만 내부 경영에 대하여 부분적으로 시장원리를 도입하였다¹⁵⁾. 입소 시설 운영은 종래의 조치금 제공에서 개호보수제도로 전환하여 일정한 기준의 서비스를 제공하면 개호보수를 지급하고 시설입소자로부터 본인부담금을 직접 입소시설에 지급하는 제도를 도입하였다. 그 때문에 특별양호노인홈 시설장은 조치제도하에서는 시설운영 관점이 중요하였지만 현재는 시설경영 관점이 중요

14) 준시장(quasi market)으로서 기능하기 위해서는 ①충분한 공급주체의 존재, ②가격, 보수체계, 인센티브설계, ③서비스 이용자육구 파악과 검토, ④안정된 서비스 공급, ⑤비용증가와 평가가 필요함(駒村, 2004).

15) 각 분야별 개호서비스 사업에 참가 가능한 단체는 다음과 같음.

운영주체	재가서비스	시설서비스	케어플랜작성
사회복지법인	○	○	○
공익법인	○	×	○
의료법인 등	○	○	○
지방공공단체	○	○	○
민간기업	○	×	○
농협, NPO비영리단체	○	×	○

하게 되었다. 다시 말하면 조치제도에서는 입소정원이 적은 시설일수록 조치급부가 높게 책정되어 시설운영에 어려움이 없었지만 개호보험제도가 도입된 이후부터는 입소정원수와 관계없이 개호보수가 일정하게 규정되어 있기 때문에 입소정원이 적을수록(약 50명 미만) 시설경영이 어렵고 입소정원이 많을수록(약 100명 정도) 시설경영을 무난하게 할 수 있다는 것이다. 그러나 후생노동성에서 발표한 보고서 중 시설입소정원별로 입소시설의 경영상태에 관한 보고서는 거의 발견할 수 없고 사회복지 연구자들도 입소자들의 개호서비스의 질에 관한 연구는 많이 하고 있지만 시설경영자의 관점에서 경영의 문제점을 연구분석한 결과는 거의 찾아볼 수 없다. 그러나 입소시설과 기업체가 다른 점은 기업체는 물건을 생산하는 곳이지만 입소시설은 인간의 삶(생활)을 다루는 곳이라는 점이다. 이러한 이유로 입소시설이 입소노인의 서비스 질을 높여가면서 경영을 유지하는 것은 중요하다. 따라서 본장은 특별양호노인홈 시설장을 대상으로 인터뷰를 실시하여 개호보험도입 전후의 경영의 현황을 고찰하고자 한다.

제1절 일본개호보험제도의 주요내용

1. 보험자와 피보험자

개호보험의 보험자는 시정촌 및 특별구로 하고, 국가, 도도부현, 혹은 의료보험자, 연금보험자가 이를 간접적으로 지원해 주고 있다. 피보험자는 65세 이상의 자(제1호 피보험자)와 40세 이상 65세 미만(제2호 피보험자)의 의료보험가입자가 해당한다. 서비스이용은 피보험자가 요개호·요지원상태로 판정을 받아야만 가능하고, 시정촌이 요개호판정 및 요지원판정을 하게 된다.

보험료의 징수는 제1호 피보험자에 대해서는 시정촌이 징수하고, 2호 피보험자에 대해서는 가입한 의료보험료와 함께 징수한다.

2. 요개호판정

개호보험제도 하에서 피보험자가 서비스를 이용하기 위해서는 개호나 지원이 필요하다고 하는 것이 인정되어야 하는데, 이러한 요개호판정은 ①전국 공통의 기준에 의한 조사, ②주치의 의견서, ③요개호인정심사회의 합의에 의해 시정촌이 실시하게 된다.

개호보험 신청은 원칙적으로 본인이 개호보험신청서를 작성하여 시정촌의 담당창구에 제출하도록 하고 있으나, 예외적으로 상황에 따라서 본인의 동의하에 가족과 사업자가 대행하여 신청할 수 있다.

신청이 있는 후에는 시정촌의 직원인 조사원이 본인의 자택을 방문조사를 하게 되는데, 방문조사 항목은 일상생활과 심신의 상태에 관한 것으로, 구체적으로는 보행과 목욕·식사·배설·옷 갈아입기 등과 같은 일상생활동작에서부터 시력·청력·마비 정도나 부위 등과 같은 내용의 73개 항목이 활용된다. 단, 특별한 의료행위가 동반되는 경우에는 12개 항목이 추가되고, 2003년부터는 6개 항목이 추가되어 합계 91개 항목의 조사표의 데이터를 컴퓨터에 입력하고, 하루 개호에 소요되는 기준시간을 산출하여 신청자의 요개호도에 관해 임시로 판정을 하도록 한다(1차 판정). 1차 판정의 결과가 나오면, 의료·보건·복지의 전문가로 구성된 위원회에서 1차 판정결과가 적정한지를 논의하여 최종적인 심사를 하게 된다.

이러한 개호판정등급은 개호보험제도의 도입 당시에는 요지원, 요개호1~5로 총 6개의 등급으로 요개호자가 구분되었으나, 2006년 개정된 개호보험법에서는 요지원등급이 2개, 요개호등급이 5개로 구분되었다.

3. 개호서비스 계획

신청자가 요지원 혹은 요개호1~5로 인정받게 되면, 신청자는 우선, 개호서비스계획을 작성해 주는 지정거택개호지원사업자를 선정하여 자신을 담당해 주는 개호지원전문원(케어매니저)을 결정하게 된다. 신청자는 여러 가지 서비스에 관

한 정보를 제공받으면서, 자신이 최적이라고 생각하는 케어서비스계획을 개호 지원전문원과 작성하게 되는데, 이 때에 서비스 신청자는 생활의 장을 시설로 할지 거택으로 할지를 결정하게 된다.

4. 이용 가능한 서비스 유형

개호보험제도에서는 현물급여를 기본으로 하고 있다. 보험급여는 크게 재택 급여와 시설급여로 구분된다. 재택급여는 방문개호(홈헬프서비스), 주간보호, 시설에의 단기입소, 주치의의 의학적 관리, 방문간호, 방문·통소재활, 보장구의 대여, 방문목욕, 주택개보수, 치매노인그룹홈, 거택개호지원(케어매니지먼트서비스) 등이 포함되며, 시설급여는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설 등 3가지로 구분된다.

개호보험제도 시행 이후 5년이 경과한 2006년 개정된 개호보험제도에서는 새로운 예방급여가 추가되어 요지원1·2판정을 받은 자들은 개호예방서비스¹⁶⁾가 이용가능하다. 따라서 개호보험제도에서 현재 이용가능한 거택서비스¹⁷⁾는 13종류, 지역밀착형 서비스¹⁸⁾는 6종류, 시설서비스¹⁹⁾는 3종류, 예방서비스²⁰⁾는 15종

-
- 16) 개호예방서비스는 2006년 4월부터 상태의 경감·악화방지에 효과적인 경중의 요개호자들을 대상으로 하는 새로운 예방급여이며, 이와 관련된 매니지먼트는 시정촌이 책임주체가 되어 지역포괄지원센터에서 실시함.
 - 17) 2006년 개정된 개호보험법에서는 방문개호, 방문목욕개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도, 통소개호, 통소재활, 단기입소생활개호, 단기입소요양개호, 특정시설입소자 생활개호, 복지용구 대여, 특정 복지용구 판매, 주택개보수 등이 해당됨.
 - 18) 2006년 4월부터 개정된 개호보험법에서 추가된 내용으로 지역밀착형서비스에는 야간대응형 방문개호, 소규모다가가능형 거택개호, 인지증대응형 공동생활개호(그룹홈), 인지증대응형 통소개호, 지역밀착형 특정시설입거자 생활개호, 지역밀착형 개호노인복지시설 입거자 생활개호 등이 해당됨.
 - 19) 시설서비스에는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설(단, 2011년도 말까지 폐지 예정)이 해당함.
 - 20) 예방서비스에는 방문서비스로는 개호예방방문개호·개호예방방문목욕개호·개호예방방문간호·개호예방방문재활·개호예방거택요양관리지도가, 통소서비스로는 개호예방통소개호·개호예방통소재활이, 단기입소서비스로는 개호예방단기입소생활개호·개호예방단기입소요양개

류이다.

이용자는 자신의 요개호도 인정기준에 따라 이용가능한 범위내²¹⁾에서 서비스 내용을 결정하게 되며, 이용가능한 서비스 총량이 규정되게 된다.

〈표 5-1〉 재택서비스의 이용 한도액 기준

구분	요개호 인정 등 기준시간	한도액	비고(시설서비스)
요지원	25분 이상 ~ 30분 미만	61,500	개호노인복지시설: 32.3만엔 개호노인보건시설: 35.3만엔 개호요양형의료시설: 42.6만엔
요개호1	30분 이상 ~ 50분 미만	165,800	
요개호2	50분 이상 ~ 70분 미만	194,800	
요개호3	70분 이상 ~ 90분 미만	267,500	
요개호4	90분 이상 ~ 110분 미만	306,000	
요개호5	110분 이상	358,300	

주: 2006년 개호보험법 개정으로 예방급부가 신설되고 요지원이 요지원1, 요지원2로 구분되었 으며, 요지원1은 서비스 한도액이 49,700엔, 요지원2는 10,4000엔으로 변경됨

자료: 福祉士養成講座編集委員會(2001), 社會福祉士養成講座1 社會福祉原論, 中央法規, p130

5. 개호보수

개호보험제도에 적용되는 서비스를 제공하고 있는 시설과 거택서비스의 사업 자에게 서비스의 대가로 시정촌에서 지급되는 것이 개호보수이다. 개호보험제 도 도입전까지는 행정으로부터의 위탁료인 조치비가 사업자의 수입원이었으나, 개호보험제도 시행으로 계약제도로 변경된 이후에는 계약자 한 사람 한 사람의 서비스 내용을 산정하는 개호보수가 사업자의 수입이 된다. 개호보수는 3년마 다 개정하도록 되어 있는데, 2003년 개정에서는 개호보험 도입 당시와 비교하

호가, 지역밀착형개호예방서비스로는 개호예방인지증대응형통소개호·개호예방소규모다기능 형거택개호·개호예방인지증대응형공동생활개호가, 이외에도 개호예방특정시설입거자생활개 호, 특정개호예방복지용구판매, 개호예방복지용구대여 등의 서비스가 이용가능함.

21) 개호보험제도 하에서는 1개월 동안 이용가능한 금액(이용한도액)이 설정되어 있는데, 서비스 종류에 따라 개호보수의 단가에 근거하여 산정되며, 서비스의 종류와 제공된 시간, 요개호도 에 따라 산정됨.

여 전체적으로 2.3% 낮게 책정되었으며, 2005년 개정에서 개호보수는 재택서비스가 0.1% 증가, 시설서비스는 4.0% 감소하는 방향으로 설정되었다.

개호보수는 요개호도와 개호에 필요한 시간, 지역, 사업자 체제에 따라 달라지며, 각각의 서비스의 특징에 따라서도 다양한 가산이 설정되어 있다. 예를 들어 방문개호서비스에서 주·야간 서비스를 제공하는 경우에는 25%가 가산되며, 섬 지역의 서비스는 지역적인 조건에 대한 배려차원에서 개호지원 각 서비스에 특별지역가산으로 15%가 가산된다.

6. 재원

조치제도 하에서 노인복지서비스는 공비(조치비)로 충당되었지만, 개호보험에서는 급부와 부담의 관계를 명확히 하는 사회보험방식으로, 피보험자의 보험료가 50%(제1호 피보험자의 보험료가 17%, 제2호 피보험자의 보험료가 33%), 공비가 50%(국가부담이 25%, 도도부현 부담이 12.5%, 시정촌 부담이 12.5%)로 구성된다.

제1호 피보험자의 개호보험료는 소득단계별 정액보험료로 시정촌이 징수하게 되는데, 징수방법은 국민건강보험료와 함께 직접 보험자에게 납부하는 방법을 취하고, 노령퇴직연금급부가 연 18만엔 이상의 수급자는 연금액으로부터 자동적으로 징수하는 방법을 취하고 있다. 한편, 제2호 피보험자는 의료보험료와 함께 징수하도록 하고 있다.

이렇게 징수한 개호보험 관련 재원은 국민건강보험연합회를 통해 개호서비스를 제공한 사업자에게 개호보수로써 지급된다.

7. 이용자 부담

개호보험법에서는 개호서비스를 이용하는데 소요되는 비용의 90%를 보험급부로 지급하고 이용자로부터 서비스 이용에 대한 10%를 부담하도록 명시하고 있다. 특별양호노인홈을 이용하는 입소자의 이용자부담은 조치제도 하에서는

소득과세액에 따라 비용을 지불하는 응능부담(應能負擔)이 원칙이었으나, 개호보험 시행 이후에는 소득과는 관계없이 요개호도에 따라 지불하는 응익부담(應益負擔)제도로 변화하게 되었다.

조치제도에서는 이용자가 서비스 이용을 신청할 때마다 이용자와 부양의무자는 소득 또는 과세증명서를 공개하여야 했으나 사회보험방식의 개호보험제도에서는 응익부담의 형태로 자신이 이용한 서비스에 대해 일정비율을 지불하도록 하는 시스템을 갖추고 있으며, 조치제도에서는 없었던 식비에 대한 이용자부담이 추가되고, 개호보험급부 이외의 서비스를 이용한 경우에는 전액 자기부담하도록 하고 있다. 또한 노인의 요개호도에 따라 비용이 지불되고, 후에 계산하여 개호비용을 청구하는 사후지급방식으로 변화하였다.

개호보험제도 하에서는 1개월 동안 이용 가능한 이용한도액이 설정되어 있어, 이용한도액 안에서 서비스를 이용해야 하며, 이용한도액을 초과하여 서비스를 이용할 경우에는 초과분 전액을 본인이 부담해야 한다.

제2절 공적개호보험 도입전후의 특별양호노인홈 현황

1. 조치제도시대의 특별양호노인홈

특별양호노인홈은 노인복지법 제 20조에 의하면, 신체상 또는 정신적으로 심한 장애로 인하여 가정에서 매일 개호를 받기가 곤란한 외상노인과 치매노인 등 개호가 필요한 65세 이상 노인을 대상으로 조치에 의하여 수용하고(지금은 입소로 변경) 간호하는 시설로 명시되어 있다. 특별양호노인홈이 양로원과 다른 점은 신체적인 측면의 케어 여부를 입소허가기준으로 하고 경제적인 측면의 빈부를 기준으로 하지 않는다는 것이다. 과거 양로원에 병약자가 30% 이상이 거주하고 있다는 사실로 인하여 개호가 필요한 노인들만이 거주할 수 있는 시설의 필요성이 대두되었고 이에 따라 노인복지법에서는 특별양호노인홈을 규정하게 되었다(百瀨, 1997: 196~199). 이와 같은 배경에는 선진유럽의 요양원(너싱

흡) 현황과학과 노인복지 처우에 대한 질적 향상의 필요성이 고려되었다고 볼 수 있다.

특별양호노인흡의 설치주체는 지방공공단체 또는 사회복지법인이다. 특별양호노인흡의 입소결정자는 도도부현이었지만 1993년부터 지방자치단체(시정촌)가 조치권자가 되었다. 지방자치단체는 직권주의적 입장에서 입소조치를 실시하지 않으면 본인생활이 보장되지 않는 경우도 있다고 판단하여 조치권에는 긴급한 경우와 본인과 가족 등이 신청한 경우를 병행하여 시설입소를 실시하였으며 개호보험실시 이후에도 긴급한 경우의 직권에 의한 조치는 노인복지법상 존재하고 있다(伊藤, 2002).

특별양호노인흡을 운영하는데 있어서 필요한 조치비용은 조치책임자인 중앙정부가 80%를 담당하고 20%는 조치권을 집행하는 도도부현이 담당하도록 되어 있었다(법제26조, 小笠原, 1981). 그러나 1985년부터 조치비에 대한 정부부담율을 70%로 삭감하였으며 1989년부터는 생활보조에 대하여 정부부담은 75%, 입소시설에 대한 조치비는 정부가 50% 부담하는 것을 명문화하였다. 특별양호노인흡의 건설은 건설비용의 1/2은 중앙정부가, 1/4은 도도부현이 보조하도록 하여 시설을 정비하도록 하였다. 그때부터 특별양호노인흡이 이권사업이 되어 보조금을 노린 악질사업자의 참여가 증가하였다(伊藤, 2002). 그러나 입소시설 직원배치는 낮은 수준을 유지하였지만 공무원과 비슷한 대우를 하였고 이직률은 낮은 수준이었다.

시설입소자의 본인부담금은 입소자의 경제적 사정에 따라서 지방자치단체가 징수하도록 하였는데, 입소자본인 수입과 부양의무자의 소득세 여부에 따라서 결정되었다. 입소자 본인부담액은 본인의 전년도 수입(연금 포함)에서 사회보험료와 의료비 등 필요한 경비를 공제한 금액을 46개 단계로 구분하여 부담하도록 하였다. 예를 들면, 입소자가 수입이 없으면 무료로 시설입소를 할 수 있지만 1년수입이 150만엔 정도이면 매달 81,100엔을 부담하였으며 최고부담자는 매달 24만엔을 부담하였다. 부양의무자 부담은 부양의무자 소득금액에 따라서

18개 등급으로 나누어져 있으며 최저등급은 무료이고 최고등급은 조치비 전액을 본인이 부담하도록 했다. 예를 들면, 부양의무자가 전년도 수입이 없으면 무료로 이용할 수 있지만, 월수입이 3만엔 미만인 경우는 매달 9천엔, 월수입이 226만엔 (1년 수입 약15백만엔)인 자는 매달 1만2,900엔, 월수입이 627만엔(1년 수입 3000만엔 정도) 이상인 자는 조치비전액을 부담하도록 하였다. 예를 들면 우치명성원(宇治明星園) 특별양호노인홈 입소자는 1996년에 1인당 월평균 59,335엔을 지불하였지만 70% 이상의 노인은 평균비용 보다 낮은 비용을 부담하였고, 그중에서 10%정도는 연금자격이 없었기 때문에 무료로 이용하고 있었다(宇治, 1998).

<표 5-2> 행정조치제도 하에서의 특별양호노인홈 시설의 사무비 및 사업비 내역

대분류	중분류		소분류	
사무비	일반 사무비	인건비	상근 직원 급여	1) 본봉, 급여특별 개선비, 특수 업무 수당 2) 부양수당 3) 조정수당 4) 관리직 수당, 관리직원 특별근무 수당, 초임급 조정수당, 업무수당 5) 주택수당, 통근수당 6) 야근수당, 초과근무수당, 숙직·일직 수당 7) 기말수당, 근면수당 8) 사회보험료 사업주 부담금
			비상근 직원	1) 촉탁의 수당 2) 비상근직원 고용비, 숙직업무 개선비 3) 간호대체요원비, 연휴대체요원비
		관리비	1) 청비(비품비, 소모품비, 통신운반비, 광열비, 수도비 등) 2) 여비 3) 특별관리비, 특별청비, 특수청비, 수선비, 특수업무대책비 4) 직원건강관리비, 직원연수비, 피복비 5) 입소자 보건위생비, 복지지도비 6) 근무조건 개선비 7) 협력의료기관 위탁비, 치과협력 의료기관 위탁비 8) 입소자 지도비, 병약자 특별보건 위생비	
	특별 사무비 가산분	인건비	1) 한랭지 수당, 단신부임 수당 2) 보일러기공 고용비, 정신과의 고용비 3) 입소자 처우 특별 가산비 4) 민간시설 급여 개선비	
		관리비	1) 기능회복훈련업무 위탁비 2) 사무용 동계 난방비, 제설비, 방재비 3) 시설기능 강화 추진비 4) 자립생활원조사업, 분양가산, 중도가산 5) 민간시설급여 개선비	
	사업비	일반생활비	경상적 생활비(음식물비, 일상생활에 소요되는 경비)	
특별생활비		동절기 가산, 기말가산, 병약자 가산, 장제비, 사회적응훈련비, 피복비 등		

자료: 今村理一 (2003), 新しい時代の社会福祉施設論 (改訂版), ミネルヴァ, p93

〈표 5-3〉 특별양호노인홈 시설(50인 시설)의 가산방식 개요

(입소자 1인당 가산)

사항		가산액(월)	내용	
치우에 배려한 가산	치매노인 등 개호 가산	12,740~13,780엔 (지역에 따라 8개 구분)	치매노인의 치우향상을 목적으로 한 가산 (50인 시설에 20인 치매노인이 입소한 경우)	
	정신과의 확보 가산	280엔	정신과의를 특별히 확보한 경우에 가산 (연 24회 확보한 경우)	
	입소자치우 특별 가산비	650~1,520엔 (고용시간 수에 따라)	고령자 등을 고용한 경우의 가산	
	시설기능강화 추진비	250~1,250엔 (사업내용에 따라)	지역과의 교류촉진 등을 실시한 경우의 가 산	
사무 비 가산	지역성 배려한 가산	한랭지가산 (지역에 따라 6개 구분)	「국가공무원의한랭지수당에관한법률」의 지정지역소재시설에 가산	
	사무용 동절기 난방비 가산	180엔	「북해도소재시설」만의 입소정원에 따라 가산	
	방재제거비	220엔	「활동화산대책특별조치법」 지정지역소재의 시설에 가산	
	제설비	480엔	「豪雪지대대책특별조치법」 지정지역소재의 민간시설에 가산	
관리 운영상 가산	보일러 기사 고용비	4,110엔	보일러기사 자격 보유자를 고용한 경우에 가산	
	단신부임수당 가산	30~80엔 (거리에 따라)	단신부임을 한 직원이 있는 시설에 가산(단 신부임직원이 1인의 경우)	
	민간시설급여 등 개선비	일반사무비의3~16% (평균 근속연수에 따라)	공과 민의 격차시정 등을 목적으로 근속연 수에 따라 가산	
생활 비 가산	지역성 동절기 가산	1,890~8,880엔 (지역에 따라 6개 구분)	「생활보호법」의 보호기준에 준해 생활비 를 가산(5개월간)	
	치우상	기말 가산	甲地 420엔 乙地 370엔	매년 12월 1일 재소자에 따라 가산
		피복비	80엔	매년 4월 1일 재소자에 따라 가산
		가산의 특례	10,000엔	복지연금의 수급권이 없는 자에 대해 지사 의 승인에 따라 가산

자료: 小山秀夫 (1999), 介護保険への事業者・施設の対応, 月刊介護保険, 1999年 1月号 No.34, p31

〈표 5-4〉 특별양호노인홈에서의 피조치자 비용징수 기준

대상수입에 의한 계층구분		비용징수기준 월 금액(엔)	대상수입에 의한 계층구분		비용징수기준 월 금액(엔)
1	0~ 270,000엔	0	21	680,001~720,000엔	30,800
2	270,001~280,000엔	1,000	22	720,001~760,000엔	32,800
3	280,001~300,000엔	1,800	23	760,001~800,000엔	34,800
4	300,001~320,000엔	3,400	24	800,001~840,000엔	36,800
5	320,001~340,000엔	4,700	25	840,001~880,000엔	38,800
6	340,001~360,000엔	5,800	26	880,001~920,000엔	40,800
7	360,001~380,000엔	7,500	27	920,001~960,000엔	42,800
8	380,001~400,000엔	9,100	28	960,001~1,000,000엔	44,800
9	400,001~420,000엔	10,800	29	1,000,001~1,040,000엔	46,800
10	420,001~440,000엔	12,500	30	1,040,001~1,080,000엔	49,400
11	440,001~460,000엔	14,100	31	1,080,001~1,120,000엔	52,100
12	460,001~480,000엔	15,800	32	1,120,001~1,160,000엔	54,800
13	480,001~500,000엔	17,500	33	1,160,001~1,200,000엔	57,400
14	500,001~520,000엔	19,100	34	1,200,001~1,260,000엔	60,100
15	520,001~540,000엔	20,800	35	1,260,001~1,320,000엔	64,100
16	540,001~560,000엔	22,500	36	1,320,001~1,380,000엔	68,100
17	560,001~580,000엔	24,100	37	1,380,001~1,440,000엔	72,100
18	580,001~600,000엔	25,800	38	1,440,001~1,500,000엔	76,100
19	600,001~640,000엔	26,800	39	1,500,000엔 이상	150만엔초과액× 0.9÷12월+76,100엔
20	640,001~680,000엔	28,800			

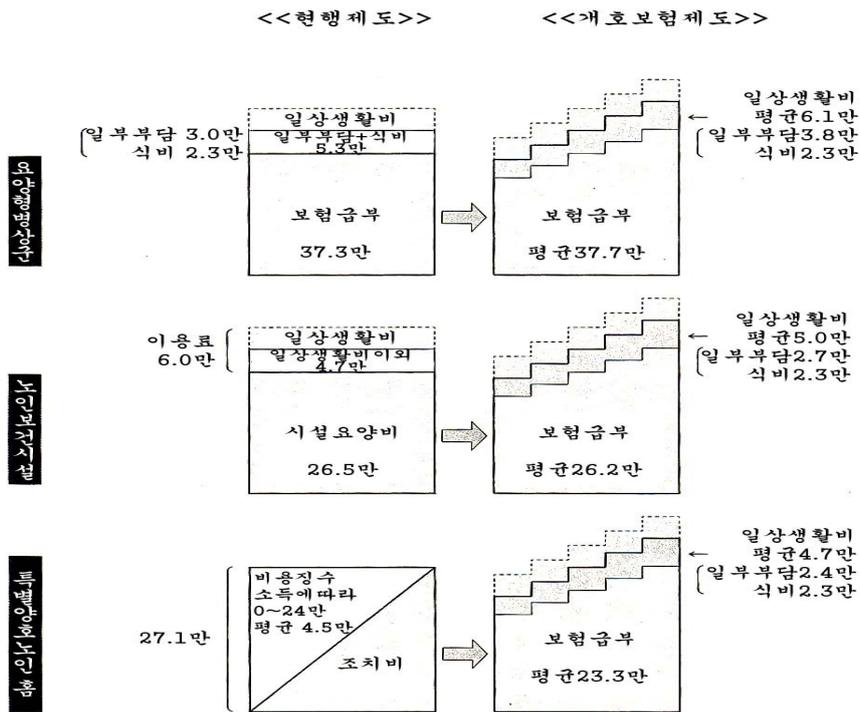
자료: 福祉士養成講座編集委員会 (1992), 改訂社会福祉養講座 2 老人福祉論, 中央法規, p136

〈표 5-5〉 부양의무자 비용징수 기준

		과세 등에 의한 계층 구분	비용징수 기준 :월 금액(엔)
A	생활보호법의 피보호자		0
B	A계층을 제외한 전년도분의 시정촌민 비과세자		0
C1	A계층 및 B계층을 제외한 전년도 소득세 비과세자	전년도 시정촌민세 소득 비과세자	4,500
C2		전년도 시정촌민세 소득 과세자	6,600
D1	A계층 및 B계층을 제외한 전년도 소득과세자로 가각의 연 세액 구분에 해당하는 자	30,000엔 이하	9,000
D2		30,001~80,000	13,500
D3		80,001~140,000	18,700
D4		140,001~280,000	29,000
D5		280,001~500,000	41,200
D6		500,001~800,000	54,200
D7		800,001~1,160,000	68,700
D8		1,160,001~1,650,000	85,000
D9		1,650,001~2,260,000	102,900
D10		2,260,001~3,000,000	122,500
D11		3,000,001~3,960,000	143,800
D12		3,960,001~5,030,000	166,600
D13		5,030,001~6,270,000	191,200
D14	6,270,001엔 이상		매달 피조치자에게 조치되는 금액

자료 : 福祉士養成講座編集委員会 (1992), 改訂社会福祉養講座 2 老人福祉論, 中央法規, p137

[도 5-1] 조치제도하에서의 특별양호노인홈 이용자 부담액 (1995년 기준)



자료: 増田雅暢 (1998), 介護保険制度と社會福祉法人, 月刊介護保険, 1998年 3月号, No.24, p21

한편, 조치금은 입소정원이 적은 규모이면 많이 지급하도록 책정되어 있었기 때문에, 특감지역인 경우, 입소정원이 50명이면 입소자 1명당 월 30만엔의 조치금이 지급되었다. 입소정원이 80명인 경우는 1인당 월 조치금이 27만 8백엔이 지급되었으며 100명인 경우는 월 25만2천엔의 조치금이 지급되었다(표 5-6 참조). 따라서 특별양호노인홈을 운영하는데 있어서 입소정원이 적은 규모임에도 불구하고 시설운영이 곤란한 경우는 없었다.

〈표 5-6〉 특별양호노인홈 조치금(특갑지구) (1994년)

정원	1인당 월조치금			직원배치기준											
	월합계	사무비	생활비	총수	시설장	사무원	주임생활지도	생활지도원	주임헬퍼	헬퍼	간호사	영양사	조리사	조리원	의사
50명	300,300	233,600	66,700	23	1	1	-	1	1	10	2	1	1	4	1
80명	270,800	204,100	66,700	32	1	2	1	-	1	17	3	1	1	4	1
100명	252,300	185,600	66,700	36	1	2	1	-	1	21	3	1	1	4	1

자료: 厚生統計協會(1997), 國民の福祉の動向.

그리고 지역차이도 고려되었다. 지역별로 자치단체의 사무비에 관하여 1991년도 내역은 <표 5-7>과 같다. 특갑지역이 지가와 물가가 제일 비싼 지역이며 그 다음이 갑지역, 을지역과 병지역으로 구분되어 있다. 예를 들면, 입소정원이 50명인 시설은 일반사무비는 특갑지역이 182,000엔, 병지역은 167,900엔이었고 정원이 100명인 시설은 사무비용이 특갑지역은 149,000엔, 병지역은 137,000엔이 지급되었다. 따라서 입소정원과 지역차이를 고려하여 조치비용이 지급되었기 때문에 입소정원수에 관계없이 특별양호노인홈을 운영할 수 있도록 배려했다고 볼 수 있다.

정식의사의 지원금은 입소정원이 50명인 경우, 특갑지구는 1인당 14,100엔, 병지역은 15,300엔이며, 정원이 100명인 경우, 특갑지역은 1인당 7,100엔이며 병지역은 7,700엔이 지급되었다. 특히 동경도는 다른 지역보다 지가와 물가가 매우 비싸다는 점을 고려하여 동경도만을 대상으로 특별조치금이 지급되었다. 따라서 동경도에서 입소시설을 운영하는 자는 지방에서 입소시설을 운영하는 자보다 많은 혜택을 받았기 때문에 여유있게 시설운동을 할 수 있었다고 볼 수 있다.

〈표 5-7〉 특별양호노인홈 사무비 조치금 (1991년 4월)

	정원수	특갑지역	갑지역	을지역	병지역
일반사무비	50명	182,200	176,500	172,200	167,900
	100명	149,000	140,600	140,600	137,000
정식의사	50명	14,100	13,700	14,600	15,300
	100명	7,100	6,900	7,300	7,700

주 : 특갑지역은 동경도, 카나가와현, 아이찌현, 교토, 오사카, 효고현, 쓰지시임.
 자료: 厚生統計協會, 1991, 厚生の指標, 国民の福祉の指標,

입소자가 입원한 경우, 조치제도에서는 1973년부터 3개월간은 조치비용을 지급하였으며 3개월 이상 입원한 경우는 조치비용을 폐지하였다(辻村, 1998). 이와 같은 조치는 노인과 가족이 안심하고 치료에 전념할 수 있도록 하기 위한 것이었지만 시설 운영자에게도 안심하고 시설을 운영할 수 있도록 고려했다고 볼 수 있다.

시설입소자 1인당 거실면적은 10.65㎡이며, 원칙적으로 1실 4인까지 이용할 수 있었다. 직원은 의사(비상근 가능), 생활지도원, 헬퍼, 간호사 또는 준간호사, 영양사, 기능회복훈련지도원(단, 예산조치가 없었기 때문에 파트타임을 두는 경우가 많았음), 조리사를 고용하도록 하였다. 입소자 4명을 직원 1명이 케어하도록 하였으며 목욕은 일주일에 2번 제공하도록 지시하였다. 예산이 풍부한 자치단체에서는 입소노인의 서비스의 질을 높이기 위하여 자치단체가 독자적으로 보조금을 지급하였다. 특히 동경도는 입소자 3명을 직원 1명 또는 입소자 2명을 직원 1명이 케어하도록 조치금을 지급하였으며, 목욕은 일주일에 3번 제공하도록 예산을 편성하여 지급하였다(개호보험 도입과 동시에 폐지). 따라서 입소 시설에서는 시설운영자들에 여유가 있었기 때문에 입소노인들의 케어의 질을 향상하기 위하여 노력했다고 볼 수 있다.

〈표 5-8〉 조치비에 포함되는 특별양호노인홈의 시설 및 직원배치 기준

시설기준	직원배치기준(100명 기준)
침실(1인당 10.65㎡ 이상) 의무실 기능회복훈련실 식당 욕실 복도 폭 한쪽 1.8m 이상 중간복도 2.7m 이상	의사(비상근 가능) 1명 간호부 3명 개호직원 22명 기타 생활지도원 등

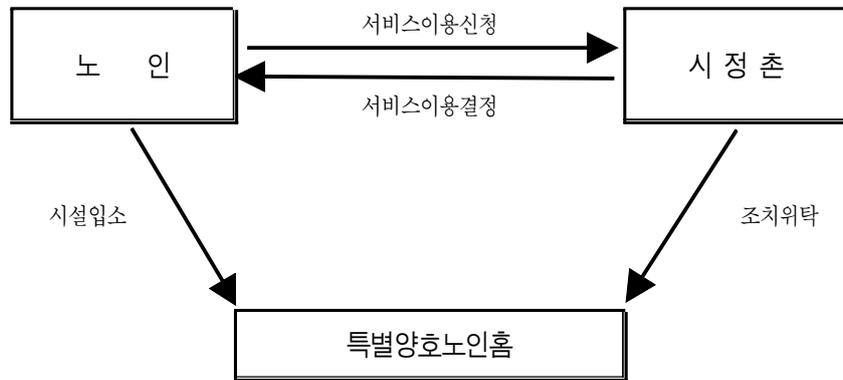
자료: 川村匡由 (2000), 各制度はこう変わった 新・介護保険総点検, ミネルヴァ, p112

치매노인이 특별양호노인홈에 입소하여 적절한 케어를 받을 수 있도록 하기 위하여 정부에서는 1984년부터 헬퍼를 대상으로 치매에 관한 연수실시와 그에 필요한 시설정비를 하여 1986년부터 전국 도도부현과 지정도시에서 「치매성노인처우기술연수」를 실시하였다. 「치매성노인처우기술연수」의 실시주체는 도도부현이며, 운영비는 입소시설 1개소당 345만엔의 조치금이 지급되었고(비용부담은 정부가 1/2, 도도부현이 1/2), 연수를 위한 면적은 90㎡이었다(비용부담은 정부가 1/2, 도도부현이 1/4, 설치자가 1/4). 도도부현으로부터 「치매성노인처우시설」로 지정을 받기 위해서는 치매성노인을 80%이상 입소시키는 것이 조건이었다(厚生統計協會, 1991).

입소시설의 수속은 개호가 필요한 노인과 가족이 시정촌 복지사무소와 주민과를 방문하여 신청하여야 한다. 담당창구 직원이 개호가 필요한 노인 가정을 방문하여 다음 입소자격에 해당하는지 여부를 조사한다. 다시 말하면, ①건강상태(입원이 필요하지 않고, 전염병이 없을 것), ②일상생활동작상태(입소판정심사위원이 일상생활 중에서 개호판정 항목에 전부 해당되거나 일부개호가 2개 이상 해당되고 상태가 일시적이 아닐 것), ③정신상태 (입소판정심사위원이 치매 등 정신장애와 문제행동이 중증 이상이고 그 상태가 계속적일 것, 그러나 의료적인 치료가 필요한 자는 제외)에 해당하는 경우 입소조치를 하도록 되어있다. 이상과 같은 항목에 해당하면, 개호가 필요한 노인가정은 입소판정위원회에 시

설립신청서를 제출하고 입소관정위원회가 이를 심사하여 개호가 필요한 노인을 입소대상으로 결정하면 그 노인은 시정촌이 지정한 특별양호노인홈에 입소할 수 있다(도 5-2 참조). 그러나 입소시설은 대도시인 경우 평균적으로 2~3년 기다려야 입소할 수 있기 때문에 병원에 입원하여 시설입소를 기다리는 문제가 사회화되었으며, 이와 같은 노인들의 상태를 「사회적 입원」이라고 하였다.

[도 5-2] 조치제도의 시설입소 순서



특별양호노인홈의 입소정원은 원칙적으로 50명 이상이지만 1987년부터 외딴섬, 1989년부터 산간벽지 등 지역적 특성을 고려하여 정원 30명 이상 50명 미만도 특별양호노인홈으로 인정하였다. 특별양호노인홈의 시설수는 1970년 539개소였지만 1980년에는 1,034개소로 약 2배 증가 하였으며, 1991년에는 2,043개소, 1999년에는 4,356개소로 증가하여, 1999년 시설수는 1970년에 비교하면 약 8배 증가한 것을 알 수 있다. 시설입소자는 1970년 41,400명이었지만 1991년에는 171,200명으로 증가하였고, 1999년에는 287,900명으로 증가하였다. 그러나 조치제도시대에는 서비스의 양(입소시설)이 압도적으로 적었기 때문에 소득수준이 높은 중고소득층 이상인 자는 서비스 선택과 이용이 제한되었다(이와 같은 이유로 중, 고소득층이 개호보험제도의 도입을 찬성한 것으로 지적하고 있음).

이와 같이 조치제도시대에서는 정부와 자치단체가 특별양호노인홈 등 입소시설에 대하여 최저기준을 준수하도록 감독의무를 하면서 조치비용을 지급하였다. 입소시설은 사회복지사업법 등 사업주체에 제한되어 있었고 입소정원이 많은 적든 상관없이 시설운영이 가능하도록 조치비용을 제공하였기 때문에 입소시설 사업주체자로 지정되면 그 지역에서 독점적이고 안정적인 시설운영이 가능하였다.

한편 특별양호노인홈은 지방자치단체로부터 사업운영과 회계처리에 관하여 감시와 지도가 엄격하여 조치비용을 다른 복지사업에 유용할 수 없었기 때문에 입소시설 사업자의 재량범위가 매우 제한되었다. 그러나 서비스를 제공하는데 있어서는 기본적인 서비스 기준이 낮았기 때문에 서비스 질이 높은 시설과 서비스 질이 낮은 시설로 양분화되어 있었다고 볼 수 있다.

2. 개호보험도입 이후 특별양호노인홈

개호보험은 조치제도를 수정하여 시장원리를 도입한 제도이지만 특별양호노인홈의 운영에 관해서는 민간기업의 참여를 제한하였다. 정부가 특별양호노인홈에 지급하던 조치금(공적비용)은 폐지되고 시설운영비는 개호보수금, 다시 말하면 입소시설이 제공하는 서비스 종류에 따라서 지불하는 개호보수금과 시설입소자가 부담하는 부담금으로 시설을 운영하도록 하고 있다.

특별양호노인홈의 명칭도 개호보험에서는 개호노인복지시설로 바뀌었으며, 요개호인정을 받은 노인이 케어매니저가 작성한 서비스 계획에 따라서 목욕, 용변, 식사 등 개호와 그 외의 일상생활을 유지하기 위한 서비스, 기능훈련, 건강관리, 요양을 할 수 있도록 하는 기관으로서 30명 이상 입소자가 있는 기관이다.

개호보수비를 청구한 특별양호노인홈은 아래 표와 같이 2004년에는 5,291시설, 2006년에는 5,719시설이 있었지만 2007년 7월에는 5,606시설로 감소하였다.

개호보험이 실시된 이후 매년 시설입소자는 증가하고 있지만 특별양호노인홈 시설수는 2007년도가 2006년도보다 감소한 것을 알 수 있다. 특별양호노인홈의 시설입소자의 증가는 시설경영자로서는 경영을 유지하기 위하여 좋은 현상이지만 자치단체로서는 개호보험재정이 악화되는 현상이기 때문에 정부는 개호보험 재정을 유지하기 위하여 서비스 이용자에게는 서비스 이용을 엄격하게 제한하고 서비스 제공자에게는 개호보수를 삭감하는 정책을 모색하고 있다.

이와같이 개호보수가격은 개호시장에서 결정하지 못하고 정부가 결정하기 때문에 정부의 개호보험재정 여하에 따라서 개호보수가 책정되고, 개호보험제도의 개정이 빈번하게 실시되기 때문에 입소시설에서는 장기적인 사업계획을 세울 수 없다고 볼 수 있다. 예를 들면, 2003년 개호보험개정에서는 개호보수가 2.3%가 삭감되었는데, 구체적으로는 재가서비스가 0.1%, 시설서비스가 4.0% 삭감되었다. 2006년 개호보험개정에서는 재가서비스 개호보수가 0.5% 삭감되었으며 2005년 10월부터 입소시설의 거주비와 식비가 개호보수에서 전액 이용자부담으로 전환되었기 때문에 개호보수는 2.4% 삭감되었다. 그리고 2005년도 개호보험개정에서는 정부가 요개호도가 높은 중중도의 노인을 우선적으로 특별양호노인홈에 입소하는 정책을 실시하였고, 서비스 제공자에게는 일부분의 항목에 대하여 개호보수를 삭감하고, 새로운 개호항목을 만들어서 그 서비스를 제공하면 개호보수를 가산하는 정책을 실시하고 있다. 이와 같은 현상은 2006년 10월 현재 특별양호노인홈 입소자의 요개호도를 보면 요개호1이 5.3%, 요개호2가 10.1%, 요개호3이 20.2%, 요개호4가 32.4%, 요개호5가 31.6%로 요개호4와 요개호5가 전체입소자의 60% 이상을 차지하고 있는 것에서도 짐작할 수 있다.

〈표 5-9〉 특별양호노인홈 시설수와 이용자수

	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년	2007년
시설증가지수	104.2	109.1	113.9	118.6	124.0	128.1	125.6
(시설수)	(4,651)	(4,870)	(5,084)	(5,291)	(5,535)	(5,719)	(5,606)
입소자수	306,100	332,500	348,600	357,891	376,600	403,100	414,300

주: 증가지수는 2001년을 100으로 하고, 입소자수는 2006년까지는 10월, 2007년은 7월기준임

자료: 후생노동성통계정보부, 개호서비스시설사업소 조사결과를 토대로 재작성
厚生統計協会, 2007, 図説2007 統計でわかる介護保険.

厚生労働省大臣官房統計情報部、2005 『平成17年度介護サービス施設・事業所調査結果の概況』

개호서비스 재정은 서비스 이용자가 10%, 제1피보험자(65세 이상이 18%)와 제2피보험자(40세이상 65세 미만인 32%)가 45% 부담, 정부가 45%(중앙정부가 25%, 도도부현과 시정촌이 각각 12.5%) 부담하도록 되어 있다. 다시 말하면, 서비스 이용자가 10%, 보험자인 지방자치단체가 90%를 부담하여 입소시설을 경영해야 한다는 의미이다. 그 때문에 시설입소자가 본인부담을 10%를 부담하지 못하는 이용자가 많을수록 시설경영이 어려워졌다.

개호보수는 단위(1단위가 약10엔)로 가격이 규정되어 있다. 지역구분은 전국을 「특별구」 등, 5개 지역으로 구분하여 대도시일수록 개호보수 가격이 높고 산간벽지일수록 개호보수 가격이 낮아지도록 책정하였지만 지역에 따른 가격차이가 별로 없기 때문에 동경도와 같은 대도시에서는 문제가 제기되고 있다. 구체적으로 다음 표와 같이 1단위가격이 특별구는 10.48엔으로 제일 높고 을구는 10.12엔으로 제일 낮게 책정되어 있지만 대도시의 지가와 물가를 배려했다고 볼 수 없다. 그와 더불어 입소정원의 규모별로 개호보수를 전혀 배려하지 않았기 때문에 입소정원이 적은 소규모 시설은 시설을 경영하는데 곤란을 겪고 있다고 볼 수 있다. 그리고 동경도(특별구에 해당)에 있는 입소시설은 조치제도에서는 동경도가 개호의 질을 높이기 위하여 특별보조금을 지급하였지만 개호보험이 실시된 이후부터는 특별보조금의 지급이 폐지되었다. 그 때문에 동경도에

서 특별양호노인홈을 경영하는 입소시설은 동경도에 대한 불만도 높다고 볼 수 있다.

〈표 5-10〉 지역별 개호보수가격

소재지	특별구	특갑구	갑지역	을지역	그 외
지역차이	4.80%	4.00%	2.40%	1.20%	0.00%
1단위	10.48엔	10.40엔	10.24엔	10.12엔	10.00엔

자료:阿部崇, 2007, 利用者と共有できる介護報酬ナビ2006年4月版), じほう

입소시설 직원급여는 정부가 지급을 폐지하고 공무원과 비슷한 대우도 없어졌으며 직원급여는 개호보수에서 지급하도록 입소시설에 지시하였으며 직원급여가 개호보수금의 약 40%를 차지할 것이라고 예상하였다. 그러나 실제로는 입소시설의 직원급여는 개호보수금의 70%를 차지하고 있다. 특히, 입소정원 규모가 작은 시설일수록 직원급여가 개호보수에서 차지하는 비율이 높기 때문에 시설경영유지가 문제로 지적되고 있다. 현재 일본경제의 호조와 입소시설 직원의 열악한 노동조건 때문에 개호자격증을 가진 자가 일반회사로 진출하고 있기 때문에 개호인력 이직율이 사회문제로 제기되고 있으며 헬퍼부족이 만성화되고 있다. 개호인력의 사직 사유는 헬퍼보다는 회사원이 월급도 많고 사회적인 지위도 높으며 토/일요일은 쉴 수 있기 때문이다. 동경도에 있는 특별양호노인홈에서는 필리핀인을 시간제직원으로 고용하면서 개호보수 가산점을 받으려고 정식사원으로 거짓으로 보고하여 사회문제가 되었다. 문제는 후생노동성이 헬퍼의 최저임금을 결정하지 않고 입소시설 재량에 맡기고 있으며 입소시설에서는 직원인건비가 개호보수의 약 70%를 차지하기 때문에 급여를 많이 주고 싶어도 입소시설 경영유지와 관련이 있기 때문에 어려움을 겪고 있다고 볼 수 있다.

지방자치단체가 특별양호노인홈에 제공하는 개호보수는 요개호단계별로 구분되어 있으며 요개호도가 낮을수록 개호보수가 낮게 책정되어 있다(조치제도하에서는 요개호도에 관계없이 책정). 2005년 10월 개호보험개정에서는 특별양호

노인홈 유니트형²²⁾은 요개호도가 4이면 10.84%, 5이면 11.79% 개호보수를 지급하도록 설정하였지만 재래형 1인실에 4명이 사용하면 요개호도가 4이면 2.30%, 5이면 2.13% 개호보수를 삭감하도록 하였다. 그리고 거주하는 방 형태에 따라서 개호보수를 차별화하여 유니트형 1인실 또는 2인실은 개호보수가 제일 높고 재래식 4인실은 개호보수가 낮도록 책정하였다. 2005년 10월 개호보수 개정에서는 재래형 1인실 4명이용은 개호보수를 20단위 감소하였으나 유니트형은 요개호도에 따라서 16단위에서 98단위 개호보수를 가산하였으며 요개호자가 중증일수록 가산점을 높게 책정하였다.

이와 같이 특별양호노인홈에서는 방을 몇 명이 이용하는가에 따라서 개호보수의 차이가 있는데 이것은 정부가 특별양호노인홈에 대하여 1인실체제를 2013년까지 70% 달성하는 것을 목표로 세웠기 때문이다. 그러나 입소시설에서 유니트형 개호보수비를 청구한 시설은 2006년 4월 현재 12.1%였다(厚生労働省統計情報部, 2006).

특별양호노인홈에 입소한 노인은 입소시설에 서비스 이용요금 10%를 지불해야 하며 2005년 개호보험개정에서는 거주비와 식비를 개호보수에서 제외하여 전액 본인이 부담하도록 하여 입소시설의 개호보수는 유니트형이 7.8%, 재래형 4인실이 3.3% 삭감되었다. 구체적으로는 본인부담금 10%, 거주비와 식비(전부 본인부담금)를 포함한 입소자 부담금은 제1단계(생활보호자)는 2만5천엔(유니트홈은 5만엔), 제2단계(80만엔 미만)는 3만7천엔 (유니트홈은 5만2천엔), 제3단계(80만엔 이상 266만엔 미만)는 5만5천엔(유니트홈은 9만5천엔), 제4단계(266만엔 이상)는 8만1천엔(유니트홈은 12만8천엔)으로 규정되어 있다(2005년 10월부터 실시, 全國社會福祉協議會, 2005). 그러나 일반적으로 세대수입이 제4단계에 있는 입소노인은 입소시설과 계약하여 식비와 거주비를 지불하도록 되어 있다²³⁾.

22) 유니트형입소시설은 입소노인 10명을 1그룹으로 지정하여 가정과 같은 생활을 할 수 있도록 케어를 제공하며 식사는 그룹별로 하며 거주하는 방은 1인실이거나 2인실을 사용함. 그러나 1인실에 4명이 거주하는 입소시설은 케어 일정을 일률적으로 정하여 케어를 제공하며 식사는 대식당에서 제공됨.

<표 5-11> 특별양호노인홈 입소자 비용부담

(단위 : 만엔/월)

대상자	구분	이용자부담 합계	10%본인 부담	거주비	식비
생활보호자	제1단계	2.5(5.0)	1.5	0(2.5)	1
세대구성원이 시민세 비과세 대상자이며 연금합계가 80만엔 미만인자	제2단계	3.7(5.2)	1.5	1.0(2.5)	1.2
세대구성원이 시민세 비과세 대상자이며 연금 80만엔 이상 266만엔 미만인 자	제3단계	5.5(9.5)	2.5	1.0(5.0)	2
연금 266만엔 이상 자	제4단계	8.1(12.8)	2.9(2.6)	1.0(6.0)	4.2

- 주: 1) 요개호도5를 기준으로 하였으며, 지역은 갑지역인 경우
 2) ()는 유니트형 1인실임.
 3) 연금은 그 밖의 수입이 없는 경우임.
 4) 제4단계이상일 경우, 부부세대인 경우 한분이 1인실에 입소한 경우, 연금이 80만엔 미만이고, 예금 등 재산이 450만엔 미만인 경우에는 그 세대는 3단계로 수정함.

따라서 유니트홈(신형특별양호노인홈24) 입소자는 거주비와 식비가 1인당 평균 월 4만5천엔 가산되었다. 그러나 시설입소자의 연수입이 266만엔 미만인 노인은 본인부담 최고액수가 월6만엔이기 때문에 그 돈을 부담할 수 없는 저소득층은 자치단체가 6만엔에서 부족한 금액을 부담하고 6만엔을 초과하는 금액은 시설이 부담하도록 하였다. 이러한 사실을 시설입소노인(가족)이 악용하여 지금까지 자녀와 동거가족으로 있던 노인이 주민표25)를 시설로 옮겨 세대분리를 하는 경우가 속출하고 있는 것으로 보도되고 있다. 왜냐하면 일본은 주민표를 기준으로 하여 서비스 본인부담금을 결정하기 때문이다. 따라서 국민연금만 받

- 23) 특별양호노인홈의 소득수준별 입소자 비용부담은 <표 5-11>과 같음.
 24) 신형특별양호노인홈이란 입소시설 전체가 1인1실 또는 2인1실로 구성되어 있으며 입소자 10명당 1그룹을 만들어 그룹안에서 식당겸 거실을 설치하여 전문담당직원이 개호를 하며 가정과 비슷한 생활을 할 수 있는 노인홈으로 2002년에 신설된 시설임.
 25) 우리나라의 주민등록표에 해당함.

고 있는 노인은 1년간 본인수입이 80만엔 정도이기 때문에 전업주부 노인이 세대분리를 할 경우 대부분 입소자부담금 제2단계와 제3단계에 해당된다고 볼 수 있다. 요미우리신문에서는 2005년 전국에 있는 유니트홈 120개 시설을 대상으로 경영실태를 조사하였는데, 그 결과에 의하면, 111개 시설 중에서 70%에 해당하는 79개 시설은 시설입소자와 시설이 거주비와 식비에 대하여 자유계약을 하도록 되어 있는 세대수입이 4단계에 있는 자가 거의 없기 때문에 경영에 곤란을 겪고 있다는 것이 규명되었다(讀賣新聞, 2006.1). 입소노인에게 필요한 비용이 6만엔 이상이면 6만엔을 초과하는 금액은 입소시설이 부담하도록 되어 있기 때문이다.

〈표 5-12〉 특별양호노인홈 방형태별 1일 개호보수 (2005년 10월)

요개호도	요개호도1	요개호도2	요개호도3	요개호도4	요개호도5	거주비1인 최고액	식비1인 최고액
방형태							
종래1인실	577단위	648단위	718단위	789단위	859단위	1,150엔	1,380엔
4인실	639단위	710단위	780단위	851단위	921단위	320엔	
유니트1인실	657단위	728단위	798단위	869단위	929단위	1,970엔	
유니트2인실	657단위	728단위	798단위	869단위	929단위	1,640엔	

주: 1단위단가는 지역에 따라서 가격이 다름. 2005년 개호보험갱신시 4인실은 일률적으로 20엔 삭감되었음.

자료: 일본전국사회복지협의회(2005), よくわかる介護保険

시설입소자의 모집과 심사는 특별양호노인홈이 요개호인정을 받은 자 중에서 선별하여 입소희망자와 계약하게 되어 있다. 입소시설의 서비스 질이 낮으면 시설입소자가 다른 시설로 옮길 수 있는 선택권이 주어져 있지만, 완전경쟁체제가 아니라서 특별양호노인홈에 입소하기 위하여 몇 년을 기다려야 하는 상태이기 때문에 서비스 질이 낮아도 다른 시설로 옮길 수 없는 상태이다. 현재 38만명이 시설입소를 위하여 대기하고 있지만(厚生労働省, 2005년 발표), 시설입소 희망자가 복수신청을 하고 있기 때문에 시설입소자가 몇 명인지 정확한 숫

자파악은 곤란한 실정이다. 입소시설도 입소노인(가족)이 불만이 많으면 입소노인을 퇴소시킬 수 있는 권한이 주어져 있지만 그와 같은 입소시설은 아직 없는 것으로 볼 수 있다.

〈표 5-13〉 특별양호노인홈 정원, 입소자, 이용율

(각년도 10월1일)

연도	정원(명)	입소자(명)	이용율(%)
2005	383,326	376,328	98.2
2006	363,747	357,891	98.4

자료: 후생노동성정보부(2005), 介護サービス施設事業所調査

시설입소자가 병원에 입원하는 경우 1주일만 개호보수비가 입소시설에 지급되지만(1일 3,200엔×7일), 입소시설은 3개월간 입원환자가 시설에 다시 입소할 수 있도록 방을 확보해야 한다(조치제도에서는 입소자가 입원하는 경우 3개월간 직원 인건비를 포함한 조치비가 지급). 개호보험개정 이후(2005년 이후) 요개호도가 높은 자(중증이상)를 우선적으로 입소시키도록 자치단체가 지도하고 있는데, 이러한 입소노인 중에는 병원에 입원하는 노인이 많아서 시설경영자는 재정적인 어려움을 겪고 있으며 앞으로 이와 같은 현상은 심화될 것으로 보인다.

입소시설 경영자는 시설운영의 이익이 남는 경우 그 이익을 다른 복지사업을 하는데 유용하거나 다른 공익사업에도 자금을 유용할 수 있게 되었다. 따라서 특별양호노인홈에서는 주간서비스, 단기서비스와 재가서비스 등 복지사업을 확대할 경우 입소시설의 자금을 다른 복지사업에 유용할 수 있으며 법인내 흑자시설과 적자시설을 운영할 경우 자금유용이 가능하기 때문에 1법인 1입소시설만으로는 시설을 경영하는 경우 경영유지가 곤란해지어 수익성이 있는 복지사업을 병행해야 한다고 지적하고 있다.

특별양호노인홈에서는 개호보수가 삭감되는 경우와 가산되는 경우가 있다. 개호보수가 삭감되는 경우는 입소정원을 초과하는 경우, 헬퍼채용기준에 미달

한 경우, 24시간 야간근무체제가 정비되어 있지 않는 경우, 정부기준에 맞게끔 유니트형 방을 정비하지 않는 경우, 입소노인을 신체구속한 경우이다.

입소노인 중에서 중증이상인 노인에 대하여 22개 항목의 개호서비스를 제공한 경우는 개호보수 가산점을 받을 수 있다. 개호보수 가산점이 새롭게 신설된 항목은 영양관리체제 (관리영양사 고용가산 12엔/일), 영양관리(120엔/일), 경관으로 음식물섭취(280엔/일), 영양식(230엔/일) 등이다. 이와 같이 개호보수 항목은 복잡하며 개호보수 가산점과 감점은 특별양호노인홈을 경영하는데 투입보다 산출효과가 큰 경우는 입소시설이 입소노인에게 그와 관련된 개호서비스를 제공하고 있지만 산출효과가 적은 경우는 입소시설이 개호서비스를 제공하는 것을 주저하고 있다. 예를 들면, 상담 등과 같은 개호는 간단하게 할 수 있지만 의료와 관련되는 항목은 의사를 모집하기가 곤란하고, 가산개호보수를 받기 위한 서류정리 등이 복잡하기 때문에 가산점을 받을 수 있는 개호제공을 주저하고 있는 입소시설이 많은 것도 현실이다.

〈표 5-14〉 특별양호노인홈에 있어서 개호보수의 감산과 가산단위

감산과 가산대상	사간과 감산 단위	비 교
입소정원초과 감산	단위의 70/100	초과상태가 해소될 때까지 입소자 전원에 대하여 실시
헬퍼인원기준미달 감산	단위의 70/100	간호 61, 헬퍼 41에 미달할 경우, 입소자 전원에 대하여 실시
야간근무체제미달 감산	단위의 97/100	2유니트에 1명이상 야간근무체제
유니트형 기준에 미달	단위의 97/100	1유니트에 명이상 간호/헬퍼, 상근직 책임자 미배치
신체구속폐지 미실시	5단위/일	운영기준(구속금지, 기록)위반
중증대응 가산	10단위/일	상근간호사 1명이상, 24시간 연락체계 등
준유니트케어 가산	5단위/일	12명 정도 그룹, 1인실+리빙룸 등
개별기능훈련 가산	12단위/일	재활치료사 1명이상배치(100:1), 재활계획과 재활실시
상근의사배치 가산	20단위/일	상근직의사 1명이상 배치(100:1)
정신과요양지도 가산	5단위/일	인지증찰자 1/3이상, 정신과의사 월2회 이상 지도
장애자생활지원체제 가산	26단위/일	장애자생활지원 1명이상 배치
외박과 입원 가산	320단위/일	월 6일제한(첫날과 마지막 날은 불가능)
초기가산	30단위/일	30일까지
퇴소시 상담원조 가산		
1.퇴소전후 방문상담 가산	460단위/회	시설입소 중 1회(원칙), 퇴소후 1회
2.퇴소할때 상담원조 가산	400단위/회	퇴소후 1회
3.퇴소전 연락 가산	500단위/회	퇴소전 1회
영양관리체제 가산		
1. 영양관리사배치 가산	12단위/일	영양관리사 1명 배치
2. 영양사배치 가산	10단위/일	영양사 1명이상 배치
영양관리체제 가산	12단위/일	상근직 1명이상 배치, 영양계획 작성과 영양관리 실시
영양경관설치 가산	28단위/일	원칙 180일까지
영양경관유지 가산		
1.영양경관유지 가산(1)	28단위/일	원칙 180일까지, (1)식도통과가 매우곤란, (2)가능성이 있을 경우
2.영양경관유지 가산(2)	5단위/일	
영양식 가산	23단위/일	경관실시와 경관유지 가산과 같이 계산 불가
임종개호 가산		사망전 30일 까지, 중증대응을 한 경우
임종개호가산(1)	160단위/일	(1)시설과 가정에서 사망
임종개호가산(2)	80단위/일	(2)다른시설과 의료기간에서 사망
가정복지지원기능 가산	10단위/일	
가정/입소 상회이용 가산	30단위/일	요개호 3-5가 대상, 상호이용 3개월까지

제3절 공적개호보험도입 이후의 노인요양시설 경영실태 변화 및 사례조사

1. 전반적 경영실태의 변화내용

가. 노인복지시설의 재원구조 변화

조치제도에서 시설은 주로 조치비로 운영되었으나, 지방자치단체의 보조금 및 지원금²⁶⁾도 상당한 비중을 차지하고 있었다. 개호보험이 시행되기 이전의 시설유형별 재원을 보면, 요양형병상군은 보험급부+일부자기부담+식비, 노인보건시설은 시설요양비+이용료, 특별양호노인홈은 조치비+비용징수액으로 구성되었으나, 개호보험제도가 도입됨에 따라 시설의 운영재원은 요양형병상군과 노인보건시설은 조치제도 하에서도 계약시설이었으므로 개호보험 시행 이후와 유사한 재원구조를 가지지만, 특별양호노인홈은 조치제도에서 계약방식으로서의 변화에 따라 개호보험급부+이용자의 일부부담+식비부담이라는 형태로 변화하게 되었다.

개호보험제도가 시행된 이후에는 시설의 이용자 한 사람 한사람의 서비스 지불비용에 해당하는 개호보수가 사업자의 주된 수입이 되는데, 이 개호보수는 실적을 기준²⁷⁾으로 받게 된다. 이러한 변화를 시설의 측면에서 보면, 시설의 수입은 고정수입에서 변동수입으로 변하게 되고, 일률적 수입이 아닌 이용자의 요개호도에 따라 수입이 결정되게 되어 수입이 불안정해지게 되며 또한 시설운영에서도 지급되었던 중앙정부 및 지방정부의 보조금제도 등의 변화에 따라 시설운영자금의 자기책임조달이 요구되게 되었다.

개호보험제도 도입 당시에는 새로운 제도의 시행을 앞둔 상황에서 특별양호노인홈을 경영하는 경영자는 조치제도에서 계약제도로 변화함에 따라 그동안

26) 동경도의 특별양호노인홈의 경우에는, 국가기준을 토대로 하여 동경도의 기준이 있고 시구 정촌 기준이 있어, 직원을 추가로 배치하거나, 인건비 단가를 높여 시설을 운영해 왔다.

27) 특별양호노인홈의 경우, 개호보험 시행 당시에는 최중중인 경우 29만엔이 지급되었고, 이 중 순수한 개호비용의 부분은 24만엔으로 나머지는 식비에 해당됨.

시설운영을 지탱해 왔던 조치비가 들어오지 않게 되기 때문에, 당면하는 2~3개월간의 운영자금을 미리 준비해 두지 않으면 안 되는 상황이 발생하게 되었으나, 상당수의 시설이 기존의 조치제도에서는 여유자금 등을 저축해 두는 것이 어려웠던 상황을 감안하여, 사회복지·의료사업단이 낮은 이자로 융자를 해 주도록 하였다.

종래의 조치제도에서 시설은 공익사업으로 간주되어 이익을 추구하지 않는 예산제로 운영되어져 왔다. 다시 말하면, 시설은 입소자 수에 따라 예산이 배치되었고 예산의 사용도 엄격하게 한정되어 있었다. 그러나, 개호보험제도 시행 후에는 기존의 조치제도 하에서의 예산제로 시설을 운영하는 것이 아니라, 시설을 안정적으로 운영하기 위해 수입과 지출을 고려하여 이익을 창출하지 않을 수 없게 되었다.

이렇게, 시설이 개호보험제도 시행에 따라 수입을 개호보수에 의존하게 되면서 시설의 재정적인 안정을 위한 대책마련이 요구되고 있다. 예를 들어 이용자의 상태가 급변하게 되어 입원을 하거나, 명절에 외박하게 되는 등으로 시설을 비울 때에는 이용자가 되돌아오도록 침상을 비워두어야 하므로 시설운영에 필요한 수입이 100%가 되기 어려운 상황이 발생할 수 있으나, 직원배치를 100% 삭감할 수 없으므로 시설운영에 있어서 기존과 같이 100%의 수입을 확보하기는 쉽지 않아²⁸⁾, 시설측면에게는 이러한 입소가동률을 높이기 위한 끊임없는 노력이 요구되고 있다.

조치제도 하에서 특별양호노인홈의 경영은 위탁사업으로 시설장의 경영의식은 중요시되지 않았고, 보조금과 세제상의 우대조치 등 공적으로 보호된 경영체로 안정된 서비스가 확보되는 것이 우선시되어 다양한 주체간의 경쟁에 의한 서비스의 질 향상과 경영효율화 등을 꾀하는 시장원리가 개입할 여지가 없다고 간주되어 왔다²⁹⁾. 그러나, 개호보험제도가 도입된 이후, 행정이 서비스를 결정하고 지정하는 조치제도에서 본인과 가족의 의사에 따라 시설을 선택하고 해당

28) 藤井衛(2007), 한국보건사회연구원 저출산·고령사회 포럼 발표자료

29) 川原邦彦 (1998), 福祉改革の方向と福祉經營の課題, 月刊福祉 81卷5号, 全國社會福祉協議會, pp60-69

시설과 계약관계에 의해 서비스를 제공하는 구조로 변화된 특별양호노인홈의 운영자에게는 이용자가 선택하는 시설이 되도록 양질의 서비스를 제공하는 노력과 시설경영에 대한 전반적 의식전환이 요구되었다.

나. 인력배치의 변화

다음으로 볼 수 있는 노인복지시설의 경영환경의 변화 중 하나는 노인복지시설 인력배치기준의 변화³⁰⁾이다.

개호보험이 시행된 이후, 개호를 담당하는 직원은 추가로 배치되었고(개호보험 도입시, 경과조치로 3:1, 3.5:1, 4.1:1의 3가지 유형이 가능), 기존의 노인복지법 규정에는 없었던 개호지원전문원(케어매니저)이 새롭게 추가, 배치되었다.

개호보험제도 하에서 지정개호노인복지시설에 배치하여야 하는 종사자 수를 보면, 의사는 필요수, 생활상담원은 입소자 수가 100명당 1명, 개호직원과 간호사 및 준간호사는 상근환산방법³¹⁾으로 입소자 3명당 1명, 간호직원은 입소자 수가 30명 미만의 시설에서는 상근환산방법으로 1명 이상, 입소자가 30명 이상 50명 미만의 시설인 경우에는 2명 이상, 입소자가 50명 이상 130명 미만의 시설인 경우에는 3명 이상, 입소자가 130명 이상인 시설의 경우에는 3명, 130명 이상의 시설로 입소자가 50명씩 증가할 때마다 1명씩 증원하여 배치하도록 하고 있다. 이 외에도 영양사 1명 이상, 기능훈련지도원 1명 이상, 개호지원전문원 1명 이상(입소자 100명당 1명)을 두도록 하고 있는데, 입소정원이 40명 미만인 지정개호노인복지시설에서는 타 시설 등의 영양사와 연계를 도모하여 영양사를 두지 않아도 되도록 하고 있다.

실제로 시설운영에서 차지하는 인건비 비율을 보면, 사례로 일본의 사회복지법인 산이쿠카이가 운영하는 시설의 경우, 인건비는 법인전체의 60%이하였지

30) 개호보험법 88조 1항 및 2항에 근거

31) 상근환산방법은 상근환산은 해당종사자의 각 근무시간수의 총수를 해당하는 지정개호노인복지시설에서 상근의 종사자가 근무해야 하는 시간수로 나누어 상근의 종사자 인원수로 환산하는 것

만 개호보험제도가 도입된지 6년째인 2005년에는 개호보수가 개호보험제도 도입당시보다 낮게 책정되어 각 시설운영에서 60%이상을 차지하고 있는 실정이다³²⁾.

개호보험이 시행되기 이전의 노인복지법에 규정된 인원배치기준과 개호보험법에 규정된 배치기준은 도도부현에 따라 다르나, 국가에서 정한 기준은 다음과 같다.

〈표 5-15〉 노인복지법과 개호보험법의 인원배치기준(입소자 100명 기준)

직종	노인복지법에서의 특별양호노인홈	개호보험법에서의 지정개호노인복지시설	비고
시설장(관리자)	상근 1명	상근 1명	동일지역내 관리자 겸무 가능
생활상담원	상근 1명	상근 1명	
개호지원전문원		상근 1명	
개호원	상근 22명	상근 31명	숙직 1명(비상근)
간호사	상근 3명	상근 3명	출산휴가대체를 비상근도 가능
영양사	상근 1명	상근 1명	개호보험에서는 관리영양사
기능훈련지도원	상근 1명	상근 1명	P T, O T, 맛사지사
조리원등	상근 4명	필요수	업무위탁도 가능
사무원	상근 2명	필요수	
의사	상근, 비상근 가능	상근, 비상근 가능 1명	

자료 : 藤井衛(2007), 한국보건사회연구원 저출산·고령사회 포럼 발표자료

다. 시설의 설비 및 운영관리 측면

다음으로 노인복지시설의 경영환경에서 일어난 변화 중 하나는 노인복지시설의 운영관리측면을 들 수 있다.

개호보험급부의 대상이 되는 개호서비스는 일정수준 이상의 서비스를 제공할 수 있는 인원, 설비·운영기준을 충족하고 있는 사업자로 도도부현 지사의 지정을 받은 지정사업자에 의해 서비스가 제공되도록 하는 구조이다. 사업자는

32) 藤井衛(2007), 한국보건사회연구원 저출산·고령사회 포럼 발표자료

개호급부비단위수표에 근거하여 서비스 종류마다 단위수를 합계하여 1단위의 단가를 곱해서 금액을 산정하여 보험자인 시정촌(실제로는 시정촌으로부터 위탁받은 각 도도부현의 국민건강보험단체연합회)에 청구한다. 개호보수의 청구는 사업소·시설이 존재하는 각 도도부현의 국민건강보험단체연합회에 서비스를 제공하는 달(다음달 10일까지)마다 청구하고 청구한 다음 달에 비용을 지불 받게 된다.

개호보험법의 지정개호노인복지시설은 노인복지법에서 정하는 특별양호노인홈으로 개설자의 신청이 있는 경우에 시설을 대상으로 지정을 하게 되는데, 개호보험법 시행 이후의 특별양호노인홈은 노인복지법에 근거한 설비 및 운영기준과 개호보험법에 근거한 지정개호노인복지시설의 인원, 설비 및 운영에 관한 기준을 모두 충족시켜야 한다.

특별양호노인홈의 설비 및 운영기준에서는 지금까지 50명 이상으로 되어 있던 입소정원수를 20명 이상으로 하고, 침실은 4인 이하, 입소자 1명당 거실면적은 10.65㎡이며, 식당과 기능훈련실의 합계면적은 이용자 1명당 3㎡이상으로 하고 있다. 기존에 설립된 시설의 경우에는 경과조치가 적용되어 있으며, 이외에 안정을 취하는 정양실(靜養室), 의무실, 욕실 등의 설비에 대해서는 이전과 같은 기준을 적용하고 있다.

〈표 5-16〉 개호보험제도 하에서 개호노인복지시설의 시설기준

구분	내용
종래형	개인실(10.65㎡/1인당) 4인실 이하 기능훈련실, 식당, 욕실, 의무실 등
거주복지형	개인공간(개인실(13.2㎡)/1인당) 준 개인공간(공동생활실) 준 공공공간(기능훈련실, 욕실 등) 공공공간(지역교류공간 등)
복도 폭 한쪽 1.8m 이상, 중간 2.7m 이상	

자료 : 月刊「厚生サロン」編集室 (2003), 高齢者保健福祉施設補助金ガイドブック 平成14年版, 日本厚生協会, p16

시설의 운영관리는 조치제도 하에서는 도도부현의 실시지도가 있어, 관리부문(법인정관에 근거한 회계, 계약사무, 인사배치상황, 고용서무관계), 생활부문(노인복지법에 근거한 상담업무, 개호·간호, 급식, 기능훈련)으로 구분되어 지도를 받게 되어 있었다. 그러나 개호보험법에서는 개호보험청구가 법에 근거하여 실시되고 있는가를 인원배치와 출근상황, 케어플랜기록 등을 조합하여 과오가 없는지, 배치되어야 하는 직원이 있는지, 서비스 관리책임자가 배치되지 않은 채로 청구된 것은 아닌지, 근무일정에 따라 야간에 적정한 인원이 배치되어 있는지 등에 대해 감사를 하게 되고, 부당한 청구가 발견되었을 때에는 반환하도록 하고 있다. 이 뿐만 아니라 사업소에 대해 지정을 취소하는 권고가 행해지기도 하는 등³³⁾, 더욱 더 엄격하게 지도·감독을 받게 되었다.

한편, 지정개호노인복지시설은 요개호고령자가 지정개호복지시설서비스의 제공을 필요로 하는 경우 그들이 제시하는 피보험자증에 근거하여 피보험자자격, 요개호인정의 유무 및 요개호인정 유효기간을 확인하도록 하고 있으며, 지정개호노인복지시설은 입소시에 요개호인정을 받지 않은 입소신청자에 대해서는 요개호인정신청이 되어 있는지를 확인하고, 신청이 이루어지지 않은 경우에는 입소신

33) 藤井衛(2007), 한국보건사회연구원 저출산·고령사회 포럼 발표자료

청자의 의사를 확인하여 신속하게 해당신청을 할 수 있도록 지원하고 있다.

또한, 지정개호복지시설서비스에서 서비스를 제공할 때에는 미리 입소신청자 또는 그 가족에 대해 23조에서 규정하는 운영규정의 개요, 종사자의 근무체제, 이외의 입소신청자의 서비스 선택에 필요하다고 인정되는 중요사항을 기입한 문서를 교부하여 설명을 하고 해당서비스의 개시에 대해 입소신청자의 동의를 얻도록 하고 있다. 이러한 규정을 지키지 아니할 때에는 보수경감의 대상이 된다. 또한 지정개호노인복지시설은 정당한 이유 없이 지정개호복지시설서비스의 제공을 거절하지 못하도록 하고 있고, 지정개호노인복지시설은 입소신청자가 입원치료를 필요로 하는 경우 이외의 입소신청자에 대해 적절한 서비스를 제공하기가 곤란한 경우에는 적절한 병원 혹은 진료소, 개호노인보건시설을 소개하는 등의 적절한 조치를 취해야 한다.

또한, 종래의 특별양호노인홈은 요개호상태가 변화해도 마지막까지 거주하는 생활공간으로 활용되었으나, 개호보험제도 시행 이후에는 퇴소를 전제로 한 케어플랜에 근거하여 서비스를 제공하고, 요개호도가 낮아지는 경우에는 퇴소가 가능하도록 전제하고 있는데에 특징이 있다. 그러나, 개호보험제도 시행 이후 개호노인복지시설에서는 비교적 중증의 개호를 필요로 하는 요개호3~요개호5의 비율은 80%를 넘어 입소자들의 중증화 현상이 현저히 나타나고 있으며, 시설개호를 희망하는 이용자들의 비율이 증가하고 있다.

2. 경영실태변화에 대한 통계조사 결과

개호서비스 총비용은 2000년 3조 6,273억엔이었지만 2006년에는 7조 1,802억 원에 이를 것으로 예상하고 있다. 시설개호급부비가 전체개호급부비에 차지하는 비율은 2000년 66.1%였지만 2002년에는 57.4%, 2005년에는 48.1%로 매년 감소하는 추세를 보이고 있다. 구체적으로는 특별양호노인홈은 개호급부비가 평균적으로 입소자 1인당 1개월 비용이 2001년에는 336천엔이었지만, 2006년에는 263천엔으로 감소하는 추세를 보이고 있다. 왜냐하면, 입소시설의 개호보수의

삭감과 개호보수항목의 폐지와 더불어 시설입소자 본인부담을 추가하였기 때문이다.

〈표 5-17〉 개호서비스 총비용과 개호급부비 및 증가율

(단위 : 억엔)

	2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년	2006년
총비용	36,273	45,912	51,929	56,891	62,025	63,957	71,802
보험급부비	32,291	40,884	46,261	50,653	55,594	57,943	64,622
시설개호급부비율 ¹⁾ (%)	66.1	0.6	57.4	53.5	51.0	48.1	na
1인당 매월비용 ²⁾ (천엔)	na	336	na	na	328	264	263

주: 1) 시설개호급부비율은 가정개호급부비와 비교한 것이고, 2006년도는 예상급부비임.

2) 2인당 1개월 비용은 특별양호노인홈 입소자의 비용임.

자료: 후생통계협회(2007), 圖說 統計でわかる介護保険

특별양호노인홈의 수입과 지출에 관하여 후생노동성이 실시한 조사에 의하면(厚生労働省老健局, 2005), 다음 표와 같이 1개 시설당 평균개호수입은 2001년 22,801천엔이었지만 지출이 23,714천엔으로 수입이 지출보다 적었다. 그러나 2002년부터 2005년 사이에는 개호보수수입이 지출보다 많은 경향을 보이고 있으며 2005년에는 개호보수수입이 23,552천엔, 지출이 20,424천엔으로 흑자경영이 지속되고 있는 것을 알 수 있다. 그러나 현재 입소시설정원이 50명 정도인 소규모 시설은 적자경영이라고 지적되고 있지만, 다음 표에서는 입소정원별로 수입과 지출을 표시하지 않았기 때문에 소규모 시설의 경영현황을 파악할 수는 없다.

〈표 5-18〉 특별양호노인홈 수입과 지출

(단위 : 천엔)

	1999년 4월	2002년 3월	2004년 9월	2005년 3월
사업수익	22,801	24,514	25,161	23,552
사업비용	14,306	12,754	14,040	12,504
그외	8,495	8,001	8,387	7,920
합계	22,801	20,755	22,427	20,424
수지차	0	3,759	2,734	3,128
1시설당 인원 (명)	68.6	67.4	73.6	66.9
시설수 (개)	811	483	193	991

자료: 후생통계협회(2007), 圖說 統計でわかる介護保険에서 저자가 새로 작성함.

입소시설의 지출 중에서 직원월급은 다음 표와 같이 평균적으로 시설장 월급이 462천엔으로 제일 많고, 생활상담원이 298천엔, 간호사가 283천엔이며 헬퍼가 207천엔으로 제일 낮은 것을 알 수 있다. 그러나 일본경기의 상승과 더불어, 개호사 자격자가 입소시설보다 일반기업을 선호하는 경향으로 입소시설에서는 인력 부족난을 겪고 있으며 사회문제로 부각되고 있다. 왜냐하면 입소시설은 힘든 육체노동과 공휴일에도 근무해야 하며 야간근무도 병행해야 하지만 일한 만큼 노동보수를 받을 수 없으며 사회적으로도 낮게 평가받고 있기 때문이다.

〈표 5-19〉 특별양호노인홈의 직원급여 실태(2002년 3월)

(단위 : 엔)

	정규직원 월급	시간제직원 월급	시간제직원의 정규직원 환산월급
관리자	462,000	-	-
의사	-	173,000	1125,000
약사	-	-	-
간호사	283,000	110,000	224,000
준간호사	251,000	109,000	181,000
개호복지사	239,000	100,000	152,000
그외 개호직원	207,000	90,000	149,000
생활상담원(사회복지사)	298,000	-	-
그외 생활상담원	284,000	-	-
관리영양사	252,000	-	-
영양사	222,000	-	-
조리사	205,000	81,000	145,000

주 : 급여에는 수당은 포함되어 있지 않음.

자료: 후생노동성, 2002년 개호보험사업경영실태조사

후생노동성이 특별양호노인홈의 입소정원별로 개호보험수입과 지출에 관하여 2002년에 실시한 조사에 의하면, 입소정원별로는 개호수입은 입소정원이 많을수록 높고, 개호보험 이외 입소자 본인부담금은 31~50명의 입소시설보다 81~100명의 입소시설이 약 3배 정도 높은 것을 알 수 있다. 보조금 수입은 30명미만인 시설이 제일 높지만 그 외 입소시설에서는 31~50명의 입소시설이 제일 낮고 81~100명의 시설이 제일 높은 것을 알 수 있다. 국고보조금 및 특별적립금은 입소정원이 많을수록 높게 책정되어 있으며 입소정원이 31~50명의 시설은 입소정원이 81~100명의 시설보다 약 2배 정도 낮은 것을 알 수 있다. 입소시설 수익, 다시 말하면, 개호사업수익에서 개호사업비용과 그 외 비용을 제외한 수익은 입소정원이 30명 미만과 31~50명의 시설은 150만엔 미만으로 제일 낮지만 입소정원이 81~100명인 시설은 입소정원이 31~50명의 시설보다 2배 이상 높으며 101명 이상인 시설은 81~100명의 시설보다 4배 이상 높은 것

을 알 수 있다.

이와 같은 결과는 개호서비스 공급이 많으면 많을수록 입소자 1인당 드는 비용이 적게 든다는 가설(즉, 규모의 경제성 가설)을 입증하는 것이며 개호보험 도입이후 서비스 공급시장에서도 일반시장과 같이 규모가 클수록 서비스 공급 시장이 효율적으로 작용한다고 할 수 있다. 따라서 입소정원 규모가 작은 시설은 규모의 특성을 살려서 경영을 유지할 수 있도록 경영전환을 할 필요가 있지만 서비스 가격은 정부가 지정하기 때문에 서비스의 질에 의한 가격을 경쟁할 수 없기 때문에 정부와 자치단체, 법인그룹에 의존하고 있는 상황이다.

내각부 국민생활국물가정책과(2002.8)에서는 서비스 사업자들의 서비스 평균 가격(총비용/서비스 이용 연장시간)을 비교하였는데, 그 결과에 의하면 서비스 이용자의 서비스 이용시간이 길면 길수록 총비용이 적게 들고 규모의 이익이 생기는 것이다. 특히, 2003년도는 2000년도와 2001년보다 서비스 평균가격이 감소한 것을 지적하였다. 입소시설은 재가서비스와 다르게 민간기업이 서비스 시장에 참여하지 못하도록 규제하였기 때문에 특별양호노인홈이 재가서비스업자보다 이익이 많다는 것도 증명되었다. 물론, 특별양호노인홈이 재가서비스업자보다 서비스 질이 높으면 문제가 되지 않겠지만 비경쟁으로 인하여 인센티브가 있는 경우에는 개호보수를 조정할 필요가 있다고 보겠다.

〈표 5-20〉 특별양호노인홈 입소정원별 수입과 지출(2002년 10월)

(단위 : 천엔, %)

	30명미만	31-50명	51-80명	81-100명	101명이상
I 개호사업수입					
개호수입	10,529 (99.7)	16,762 (99.6)	23,413 (99.7)	33,103 (99.4)	43,952 (9.6)
보험외 이용료수입	27 (0.3)	66 (0.4)	72 (0.3)	186 (0.6)	172 (0.4)
보조급수입	753 (7.1)	287 (1.7)	425 (1.8)	847 (2.5)	624 (1.4)
국고보조금등 특별적립금	660 (6.2)	806(4.8)	1,056 (4.5)	1,536 (4.6)	2,206 (5.0)
소 계	11,969	17,921	24,966	35,672	46,594
II 개호사업비용(지출)					
월급	5,764 (54.6)	9,418 (56.0)	12,817 (54.6)	18,769 (56.4)	24,586 (55.7)
감가상각비(A)	1,119 (10.6)	1,487 (8.8)	1,925 (8.2)	2,583 (7.8)	3,844 (8.7)
A중 건물과 건물부속설비	900 (8.5)	1,101 (6.5)	1,435 (6.1)	1,899 (5.7)	2,947 (6.7)
소 계	7,783	12,006	16,177	23,251	31,377
III 그외 B	3,033 (28.7)	4,434 (26.3)	6,200 (26.4)	8,852 (26.6)	11,394 (25.8)
B중 급식재료비	752 (7.1)	1,286 (7.6)	1,675 (7.1)	2,492 (7.5)	3,036 (6.9)
B중 위탁비	477 (4.5)	605 (3.6)	891 (3.8)	1,260 (3.8)	2,125 (4.8)
개호보험외의 수입	na	na	na	na	na
차입급이자보조급수입	166 (1.6)	153 (0.9)	217 (0.9)	215 (0.6)	278 (0.6)
개호보험외의 비용	na	na	na	na	na
차입급이자	415 (3.9)	280 (1.7)	386 (1.6)	318 (1.0)	484 (1.1)
특별손실	na	na	na	na	na
본주차입비용(간부월급등)	22 (0.2)	57 (0.3)	80 (0.3)	748 (2.2)	251 (0.6)
수익= I - II	4,186	5,915	8,789	12,421	15,217
수익= I -(II+III)	1,153	1,481	2,589	3,569	13,823
평균인원	28.9	49.7	68.8	96.5	130.2
시설수	18	203	167	57	38

자료: 후생노동성(노건국)(2004), 평성14년 개호보험사업경영실태조사결과에서 저자가 일부 가필함.

후생노동성(厚生労働省, 2005)은 특별양호노인홈의 경영상태에 관하여 2005년 1,745개 시설을 대상으로 조사한 결과(유효 회답 991개 시설), 보조금을 포함한 순수익은 2,481천엔(10.2%)이었으며, 보조금을 제외한 순수익은 1,995천엔(8.4%)이었다. 구체적으로, 1개월수입은 개호서비스가 99.3%(23,564천엔)로 제일 높고, 그 다음은 국고보조금 등 특별적립금이 4.8%(1,151천엔)를 차지하였다. 지출은 인건비가 59.1%(14,040천엔)로 제일 높고, 그 외가 27.5%(6,527천엔)를 차지하였다. 이와 같이, 특별양호노인홈은 직원월급이 개호수입의 약 60%를 차지하고 있으며, 매달 약 2백만엔 정도의 이익이 있다는 것을 확인할 수 있지만, 시설규모별로는 분석하지 않았기 때문에 어떤 시설이 이익이 많은지 확인할 수 없다.

오다 등(小田 등, 2005)은 개호서비스 시장에서는 서비스 제공자가 서비스 이용자보다 전문적인 지식이 많기 때문에 정보의 비대칭성이 존재하여 「공급자 유발수요가설 (Supplier Induced Demand Hypothesis; SID가설)」이 존재한다고 강조하였다. 다시 말하면, SID가설이란 시장에서 공급자(의사)들 사이에 경쟁이 심하기 때문에 공급자 소득이 감소하는데, 공급자는 감소한 소득을 보충하기 위하여 수요자(환자)보다 전문적인 지식 등 정보의 비대칭성을 이용하여 수요자에게 과도한 서비스를 제공하여 수요를 유발한다는 것이다. 분석결과 지역간 시설서비스 이용율은 지역간 특별양호노인홈 설치수 차이와 깊은 관련성이 있는 것으로 나타났고, 입소시설수가 많을수록 시설서비스 이용율이 높은 경향을 보였다. 1건당 개호비용은 입소시설 정원수와 관련이 있고 입소정원수가 많을수록 입소자의 1인당 이용부담이 높았다.

그러나 현재 특별양호노인홈을 입소하기 위한 대기자가 몇 년 기다려야 하기 때문에 서비스 공급자 시장에서 공급자들 사이에 경쟁이 있을 수 없다. 그러나, 정부가 가산점을 주는 개호항목은 입소정원이 많을수록 서비스를 제공하기 위한 비용보다 수입이 많기 때문에 입소정원이 많은 시설에게 입소정원이 적은 시설보다 적극적으로 정부가 가산점을 주는 서비스를 제공하기 때문에 SID가설이 타당하다고 볼 수 있겠다.

나가타씨 등(永田 등, 2000)은 특별양호노인홈을 대상으로 입소시설의 경영현황에 대하여 개호보험이 실시된 2000년 8월에 조사를 실시하였다. 분석결과(유효 회수율 59.7%, 179개 사업소), 응답자는 시설 경영을 “겨우 유지할 수 있다”가 53%로 제일 높고, 적자가 44%, 흑자가 3%에 불과했으며 대도시에서 입소시설을 경영하는 시설일수록 적자라고 대답하였다³⁴⁾. 다시 말하면 입소시설의 1/2이 시설을 경영하는데 있어서 어려움을 겪고 있는 것을 알 수 있다. 입소시설의 경영상태를 입소노인의 요개호도별로 보면, “충분히 유지할 수 있다”는 요개호도5가 20%로서 제일 높고, “겨우 유지 할 수 있다”는 요개호4가 52%, “유지할 수 없다”는 요개호2가 82%로 제일 높게 나타났다. 따라서 요개호도 3이상 노인이 많이 입소하고 있는 시설일수록 경영하는데 어려움이 없겠지만, 요개호도가 높을수록 입원하는 확률이 높기 때문에 1주일 이상 입원하는 입소노인이 많을수록 입소시설은 개호보수가 지급되지 않는 기간에 대비하여 적자대비 대책을 세워야 한다.

제국데이터한크(주)는 노인복지사업자³⁵⁾ 중에서 흑자와 적자가 높은 시설로 알려진 141개 시설(재가서비스와 시설서비스 제공자를 포함함)을 대상으로 실시한 조사에 의하면 2001년부터 2007년 6월까지 노인복지사업자가 도산한 건수는 34건이었으며 2007년에 도산한 시설은 13건으로 제일 많았다. 도산한 34건의 종합부채액수는 166억 9,200만엔이며 2006년이 60억 900만엔(이시가와와라이

34) 나가타 씨 등(永田俊一·佐竹秀典·鈴木巨, 2000)이 입소시설을 대상으로 조사한 결과는 다음과 같다.
 <표 1> 도시 지방별 손익계산 판단

손익계산 판단	전체	동경도	지방도시	군부
흑자	4(3%)	1(3%)	1(1%)	2(5%)
겨우 유지	82(53%)	13(33%)	43(57%)	26(68%)
적자	68(44%)	26(65%)	32(42%)	10(26%)

<표 2> 요개호도별 가격의 적절성

	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5
충분하다	1%	1%	0%	7%	20%
겨우 알맞다	20%	17%	40%	52%	42%
적절하지 않다	80%	82%	60%	41%	38%

35) 노인복지사업자는 양호노인홈, 특별양호노인홈, 실비노인홈, 노인복지센터, 노인주간서비스센터, 노인단기서비스센터, 가정방문목욕 등 개호서비스를 제공하는 사업자임.

후크리에트(주)가 54억 1,000만엔)으로 제일 많았다. 도산형태별로는 파산이 30건으로 제일 높고 도산한 주원인은 판매부진이 10건, 경영계획실패가 8건, 방만경영이 3건을 차지하였다. 서비스 시설의 경영년수는 3년 미만 시설이 9건, 3년에서 5년 미만의 시설이 8건, 5년에서 10년 미만의 시설이 7건이었으며, 15년 이상 20년 미만의 시설도 5건을 차지하였다. 부채규모별로는 1,000만엔 이상~5,000만엔 미만의 시설이 14건, 1억엔 이상 5억엔 미만의 시설이 8건, 5,000만엔 이상 1억엔 미만의 시설이 6건이었다. 141개 시설의 경영상태를 보면 2006년 수입은 5,610억 200만엔으로 2005년 수입(5,049억 100만엔)보다 11.1%가 증가하였는데 연수익은 콤슨(주)이 1,469백만엔으로 제일 많았으며(부정신고를 이유로 2007년 9월 서비스 사업 불가능), 수입이 제일 많은 20개 서비스 제공자 중에서 사회복지법인과 재단법인도 8개 시설이 포함되어 있다. 이익이 제일 많은 시설은 철도홍제회(재)였으며 경영적자는 일본실버서비스(주)가 2,326백만엔으로 제일 많았고, 사회복지법인은 대부분 흑자를 기록했다. 141개 시설 중에서 2006년 최종손익으로 흑자는 118개 시설(83.7%), 적자 사업자는 23개 시설로 나타났다.

이와 같이 제국데이터한크(주)가 실시한 조사에서는 사회복지법인 중에서 입소시설이 어느 정도 포함되었으며, 입소정원 규모별로 경영현황을 파악할 수 없지만 사회복지법인이 일반기업에 비교하여 경영능력이 있다고 볼 수 있다.

3. 특정의 특별양호노인홈의 경영실태변화에 대한 사례조사 결과

가. 조사방법

인터뷰조사 대상자는 동경도와 사이타마현에서 특별양호노인홈 경영하는 시설장이다. 인터뷰 기간은 2007년 10월 22일부터 31일까지이며, 인터뷰 내용은 녹음기를 사용하였으며 사전에 녹음기의 사용 허락을 받았다. 인터뷰 장소는 시설장 집무실이며 인터뷰 시간은 1시간 30분에서 2시간 정도 걸렸다.

나. 조사대상자시설 개요

조사대상시설의 개요는 다음 표와 같다.

인터뷰 대상자는 특별양호노인홈 시설장 5명이다. 성별은 남자가 3명, 여자가 2명이다. 연령은 40대가 1명, 50대가 1명, 60대가 3명이었다. 시설장 학력은 대학 졸업자가 4명, 전문대학 졸업자가 1명이었다. 시설소유 형태별로는 1명이 부모님이 운영하던 시설을 이어받아 시설을 경영하고 있으며, 나머지 4명은 고용된 시설장이었다.

입소시설 설립년도는 1980년대가 2개 시설, 2000년 개호보험이 실시된 이후 운영하는 시설이 3개 시설이었다. 입소시설은 전부 사회복지법인 시설이며, 복수시설을 운영하는 법인이 4개소, 1개의 시설만 경영하는 법인이 1개소이었다. 시설입소 정원은 48명이 1개 시설, 50명이 2개 시설, 80명이 2개 시설이었다. 시설형태는 특별양호노인홈이 3개소, 신형특별양호노인홈 (유니트홈)이 2개소이었다. 입소자의 요개호도는 3.6이상으로 대부분의 입소시설에서는 중등도이상의 노인이 입소하고 있었다.

직원은 시설장, 케어매니저와 생활상담원은 입소정원 규모와 관계없이 각각 1명씩 채용하고 있었다. 간호사는 입소정원이 51명이하 시설에서는 2명 정도 두고 있지만, 입소정원이 80명인 시설에서는 18명을 두는 시설과 파트타임을 포함하여 5명을 두는 등 시설에 따라서 차이가 있었다. 간호사가 18명 있는 D 시설은 지역구가 위탁한 시설이며, 입소자의 케어의 질을 높이기 위하여 구가 인건비를 대폭적으로 지원하고 있기 때문이다. 관리영양사는 입소정원 규모와 상관없이 1명을 고용하고 있다. 개호보험개정에서는 음식을 섭취할 수 없는 노인이 경관을 사용하여 음식을 섭취하는 경우, 관리영양사를 채용하고 일주일에 한번씩 영양관리계획을 실시하고 경과보고를 보험자에게 하면 개호보수가 가산 되도록 책정했기 때문이다.

헬퍼(간호사 포함)가 입소노인을 담당하는 비율을 보면, 개호보험실시이전부

터 운영되고 있는 시설에서는 2대1로 서비스를 제공하고 있지만, 신형유니트홈은 헬퍼가 입소노인에 차지하는 비율이 기존의 입소시설 보다 높은 것을 알 수 있다. 정부는 입소노인 3명당 헬퍼 1명으로 정했는데, 실제적으로는 밀도가 높은 케어를 제공한다고 볼 수 있다. 정부가 정한 3대1 비율로 헬퍼가 케어를 담당하면, 직원들이 중노동과 저임금 현상으로 일을 계속하고 싶어도 할 수 없다는 것이 시설의 입장이다.

〈표 5-21〉 사례조사대상 시설의 일반특성

		a	b	c	d	e
설립연도		1987년	2005년	1981년	2003년	2004년
입소정원		50명	48명	50명	80명	80명
단기입소 시설형태 형태		복수시설 특별노인홈	복수시설 유니트홈	복수시설 특별노인홈	복수시설 특별노인홈	1법인,1시설 유니트홈
방형태	4인실	11	0	11	8	0
	재래1·2인실	2	0	6	44	0
	유니트1인실	0	48	0	0	80
요개호도	요개호1	1	2	3	0	3
	요개호2	3	3	2	3	10
	요개호3	10	14	2	15	19
	요개호4	22	20	20	34	35
	요개호5	14	9	23	27	13
	요개호 평균	3.9	3.6	4	4.1	3.5
평균연령		82세	86세	85.6세	87.4세	81세
조직직원 (명)	시설장	1	1	1	1	1
	사무직원	1	2	2	6	3
	생활상담원	1	1	1(+매니저)	3	1
	케어매니저	1	1		1	1
	간호사	4	2	2, 파트3	18	3, 파트2
	헬퍼	14, 파트15	19, 파트6	15,파트15		29, 파트17
	맞사지사	1	0	0	0	0
	OT/PT	1	1		4	1
	관리영양사	1	1	1	1	1
	조리사	4, 파트3	위탁	위탁	위탁	위탁
	운전사	2	위탁	2	위탁	1
	기타			4		1
	입소자:직원 비율		2.1:1	1.8:1	2:10	1.6:1
시설장	성별	여	남	남	남자	여자
	연령	60세	63세	48세	65세	55세
	학력	전문대학	대학	대학	대학	대학
	시설소유유무	시설소유자	월급경영자	월급경영자	월급경영자	월급경영자

다. 조사시설별 형태

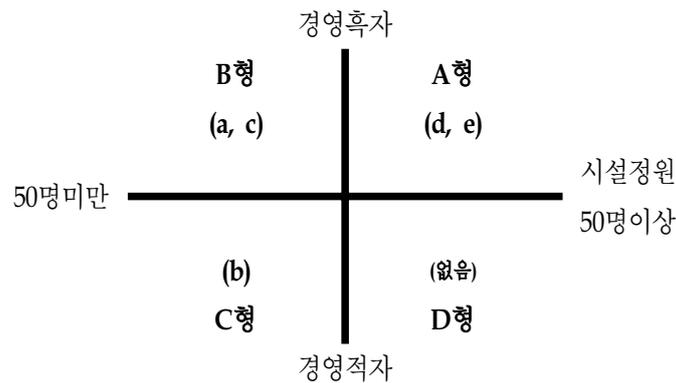
인터뷰대상자 시설은 4가지의 형태로 구분하였다. 그 이유는 개호보수를 결정할 때 특별양호노인홈은 입소정원 70명에서 80명을 모델로 했기 때문이다. 다시 말하면 입소정원이 70~80명인 시설은 적자없이 시설경영을 할 수 있지만, 정원이 그 미만이면 경영을 유지하기가 힘들다는 것이 일반적인 가설로 되어 있다.

입소시설 총수입과 총지출은 과거 1년간(2006년3월에서 2007년 3월까지)을 계산한 금액이다

시설유형은 다음 그림과 같이 4가지 유형으로 나누었다.

첫째, A형은 입소정원이 50명이상이며 흑자경영을 한 곳으로 여기에는 d시설과 e시설이 해당된다. 둘째, B형은 입소정원이 50명 미만이며 흑자경영을 한 곳으로서 여기에는 a시설과 c시설이 해당된다. 셋째, C형은 입소정원이 50명 미만이며 적자경영을 한 곳으로 여기에는 b시설이 해당된다. 넷째, D형은 입소정원이 80명 이상이며 적자를 낸 시설이지만 본 인터뷰조사에서는 해당되는 시설이 없었다. 그 이유로서는 본 인터뷰 대상자 숫자가 적은 것도 이유가 되겠지만, 개호보험을 실시할 당시, 개호보수수준은 입소정원이 70명에서 80명 정도가 경영을 유지할 수 있다는 모델이 있었기 때문에 입소정원이 100명 정도이지만 시설경영상 적자를 낸 곳은 없다고 보기 때문이다.

[도 5-3] 특별양호노인홈 입소정원별 경영상태



이하에서는 입소시설의 3가지 유형, 다시 말하면 A형, B형과 C형에 관하여 경영상태를 분석하겠다.

(1) A형: 시설정원수가 50명이상이고 흑자경영(d시설과 e시설)

입소시설 정원인 50명 이상이고 흑자경영인 시설인 A형에는 d와 e가 해당된다. d와 e시설은 개호보험제도가 실시된 이후 시설을 경영하고 있다. d시설은 1법인 복수복지시설 이지만 G구에서 위탁한 시설이다. 따라서 d시설의 예산편성은 d시설법인에서 하고 예산결정은 G구가 하고 있다. 그러나, e시설은 1법인 1시설이며 개호보험이 실시된 이후 정부의 개호방침에 따라서 유니트홈으로서 특별양호노인홈을 운영하고 있다.

다음 표와 같이 d시설과 e시설은 입소정원이 80명이며 단기시설 이용자는 d시설이 16명, e시설이 10명이다. 총수입을 보면, d시설이 e시설 보다 약 1억6천만엔 정도 많은 것을 알 수 있다. 구체적인 내용을 보면 개호보수는 d시설과 e시설의 차이가 없지만 이용자 부담금액은 e시설이 d시설보다 많은 것을 알 수

있다. 2005년 개호보험 개정 때 시설입소자의 거주비와 식비를 개호보수에서 지급하던 것을 폐지하고 시설입소자가 전액 부담하도록 했다. e시설은 1인1실 유니트형이고 d시설은 4인1실과 2인1실의 재래형 시설이기 때문에 e시설입소자는 d시설입소자 보다 거주비와 식비가 높게 책정되어 있기 때문이다. 그러나 보조금은 d시설이 e시설보다 굉장히 높은 금액이다. 왜냐하면 d시설은 동경도에 있고, 동경도로부터 특별보조금과 G구로부터 특별예산을 지원받고 있기 때문이다. 그러나 e시설은 동경도에서 가까운 사이타마현에 있으며 그 지역은 조성금지원이 없을 뿐 아니라 지역구로부터도 조성금의 지원이 없기 때문이다.

d시설과 e시설 보조금 차이를 확인할 수 있다.

“우리 시설은 구가 운영하기 때문에 명목상 보조금이 5천만엔입니다. 우리법인은 G구에서 위탁 받아서 시설을 운영하고 있습니다. 다른 구는 구가 위탁 한다고 해도 우리구와 같은 액수의 보조금은 지불할 수 없을 것입니다. 우리 구에는 기업체가 많기 때문에 세금을 많이 거두어들이고 있기 때문에 예산이 넉넉하니까 노인복지에도 예산편성을 많이 하고 있습니다”
(d시설)

“우리시설이 있는 곳은 보조금이 전혀 없습니다”(e시설).

총지출을 보면 d시설은 총수입의 대부분을 지출하고 있지만 e시설은 총수입의 약 60%를 지출하고 있는 것을 알 수 있다. 총지출 내용을 보면, d시설은 인건비가 e시설보다 약 3배 정도 높은 것을 알 수 있다. 헬퍼직원과 시설입소자 비율을 보면 d시설은 1.6대1이지만 e시설은 1.3대1로 e시설이 헬퍼를 많이 채용하고 있는 것을 알 수 있다. 이와 같은 원인은 d시설 인건비가 e시설 인건비보다 비싸다는 것을 증명하는 것이다. 이것은 동경도와 사이타마현은 지가와 물가 등에 있어서 차이가 있기 때문이라고 볼 수 있다. 총수입과 총지출 차액을 보면, d시설과 e시설은 흑자경영이지만 e시설은 d시설보다 3배 이상 이익금이 있는 것을 알 수 있다. 그러나 총수입에서 보조금을 제외하면, e시설은 흑

자, d시설은 적자인 것을 알 수 있다. 그 원인은 d시설은 G구가 위탁한 시설이기 때문에 G구로부터 보조금 지원이 많고 지출 중에서 인건비가 차지하는 비율이 높기 때문이다.

〈표 5-22〉 A형 시설의 경영현황

		d시설	e시설
	입소자	80명	80명
	단기이용자	16명	10명
입소자:직원 비율		1.6:1	1.3:1
수입	합계	529,772천엔	370,711천엔
	개호보수	264,500천엔	259,463천엔
	이용자부담	66,760천엔	103,535천엔
	보조금	119,748천엔	6,702천엔
	기타	78,764천엔	1,011천엔
지출	합계	529,076천엔	280,180천엔
	인건비	315,380천엔	113,851천엔
	사무비	129,953천엔	-
	기타	83,743천엔	166,329천엔
수입과 지출차액		3만엔	90,530천엔
적립금		3만엔	65,000천엔

개호보험제도가 실시된 이후 입소시설의 입소대기자와 경영에 대하여 d시설과 e시설은 다음과 같이 지적하고 있다.

“개호보험이 실시되어 크게 바뀐 점은 시설과 이용자가 계약을 하는 것이며 이용자도 시설을 이용할 때 본인부담을 하게 되었다는 점입니다. 우리 구에서는 특별양호 노인층에 입소하기 위하여 기다리고 있는 대기자가 300명 있습니다. 우리 구에서는 입소대기자 명부를 구가 가지고 있기 때문에 전체적으로 몇 명이 대기하고 있는지 파악할 수 있지요”(d시설).

“현재 우리시설에는 입소대기자가 235명 있기 때문에 당분간은 시설이 입소자가 없어서 개호수입이 줄어든다든가 그런 일은 없습니다. 개호보험이 국민들 의식수준에 침투되어 노인들이 시설을 이용하는 것에 대한 사회적 저항감이 없어졌습니다. 앞으로는 시설경영자의 수완이 경영에 크게 영향을 줄 것이라고 봅니다. 우리시설은 동경도 근처에 있고 사이타마현에서도 중심지에 위치하고 있기 때문에 입지조건이 매우 좋습니다”(e시설).

개호보험이 실시되어 시설에 입소하는 것에 대한 사회적으로 심리적인 저항감이 없어져서 시설입소를 하기 위하여 대기하고 있는 노인이 많이 있기 때문에 특별양호노인홈 경영을 하는데 있어서 좋은 일이라고 생각하지만, 이용자 입장에서 보면 개호보험료를 지불하는 데도 불구하고 입소를 받을 수 없기 때문에 안타까운 일이라고 할 수 있다. 개호보험실시로 국민들 의식수준이 변하여 특별양호노인홈에서 케어를 받는 것을 당연하게 여기게 되었다. 그리고 입소시설은 노인과 계약으로 맺어진 관계이기 때문에 서로가 마음에 들지 않으면 입소계약을 취소할 수 있지만 입소대기자가 많기 때문에 입소시설에서 제공하는 개호의 질이 낮아도 계약을 취소할 수 없다.

다음 표는 e시설 유니트홈 이용자의 1개월간 본인부담금이다. 입소시설 노인의 거주비와 식비는 전액 본인부담이며 세대수입이 4단계(1년간 수입이 266만 엔 이상)에 있는 입소자는 시설과 입소자가 계약으로 부담금을 정하도록 되어 있다. e시설의 입소자는 요개호도에 따라서 개호항목은 약간 다르지만 똑같은 서비스를 받으면서 세대수입에 따라서 본인부담금에 큰 차이를 보이고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 5-23〉 입소시설노인 이용료 청구비(e시설 이용자)

		1	2	3	4
10%본인부담율	개호서비스	25,498	27,679	21,166	23,348
전액본인부담	거주비	24,600	24,600	49,200	90,000
	식비	11,700	11,700	19,500	41,400
	기타	12,051	17,764	19,011	17,164
합계		73,849	81,743	108,877	171,912

시설경영상태에 관하여 다음과 같이 설명하고 있다.

“입소자의 인개호도에 따라서 개호수입이 조금 특리지요. 개호보험개정 이 두 번 있었는데 그때마다 개호보수가 삭감되어서 경영하기도 힘들고 장기계획을 세울 수 없군요. 우리 시설은 개호보험이 개정되어 수입이 평균적으로 4~5%정도 감소되었지만 다른 시설은 8%정도 감소된 시설도 있다고 들었습니다. 총수입도 단순하게 말할 수 없군요. 우리시설은 2005년도 가동율은 91%였지만, 2006년도 가동율은 93%로 상승되었기 때문에 2006년이 2005년도에 비교하여 수입이 많다고 해도 가동율이 높아서 수입이 많은 것이지 개호보수가 높아져서 수입이 많은 것은 아니지요. 2006년도 가동율을 2005년도와 같이 수정하여 계산해 보니까 2005년도 개호보수개정 때문에 2006년 수입이 560만엔 감소되었더군요”(d시설).

이와 같이 d시설은 개호보험 개정이 있을 때마다 개호보험보수가 삭감되기 때문에 입소시설은 장기계획을 세우기가 어려운 실정이며, 개호보수 삭감으로 입소시설 경영이 어렵다고 하소연하고 있다. 2006년도 수입은 전년도 보다 많지만 그것은 시설가동율이 높아졌기 때문이며 2005년도와 같은 가동율이면 수입이 560만엔 감소했다고 지적하고 있다.

직원인건비에 대해서는 다음과 같이 지적하고 있다.

“시설을 경영하는데 있어서 제일 어려운 것은 헬퍼를 모집할 수 없다는 것입니다. 우리시설은 중심지에 위치하고 있기 때문에 집에서 다니기는 먼 거리지요. 총수입에 차지하는 직원인건비는 60%입니다. 개호보수를 올려주면 월급을 올려줄 수 있지만 현재로서는 흑자가 난다고 해도 법인그룹과 인건비의 형평성을 고려해야 되기 때문에 우리 시설만 올려 줄 수 없답니다. 우리시설은 우리구가 서비스 직을 높이기 위하여 간호사와 헬퍼를 많이 고용할 수 있도록 인건비를 지원해 주고 있습니다. 다른 시설보다는 서비스 직이 높다고 볼 수 있지요. 이상적인 것은 입소자와 헬퍼수를 1대1로 하는 것이라고 생각합니다”(d시설).

“헬퍼급여가 낮기 때문에 정부가 조금 월급을 높여 주는 방향으로 생각 해주면 좋겠군요. 유니트형 시설은 입소자와 헬퍼가 2대1로 케어를 해야 하는데 직원을 많이 채용하면 경영을 압박하기 때문에 직원월급 명목으로 개호보수를 높여 주는 것을 생각해 주었으면 좋겠군요”(e시설).

입소시설 헬퍼는 입소자의 서비스의 질을 높이기 위하여 더 많은 헬퍼가 필요하지만, 직원월급이 총수입에서 차지하는 비율이 높기 때문에 헬퍼직원을 채용할 수 없는 형편이다. 그리고 흑자경영이라고 하더라도 다른 입소시설과 인건비의 형평성을 맞추어야 하는 문제도 있기 때문에 정부가 헬퍼 인건비 명목으로 개호보수를 책정하는 것을 요구한다고 볼 수 있다.

시설입소자의 입소시설의 관계에 대하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“조치제도에서는 정부의 조치급에 따라서 예산을 집행하고 헬퍼와 직원 등을 배치할 수 있었기 때문에 아무런 문제가 없었습니다. 시설에서 큰 사고라든가 큰 문제가 없었기에 안정적으로 운영할 수 있었습니다. 그 대신에 경영의식이라는 감각은 거의 없었습니다. 경영이기보다는 운영이라는 말이 적당하겠군요. 그때는 노인이 시설에서 사는 것은 세상사람들이 별로 좋지 않은 눈으로 보았기 때문에 입소노인을 시설에서 집으로 모셔가라고

항까봐 쉬쉬하는 분위기였지요. 지금은 시설에서 사고가 나면 입소자 가족 등이 손해배상 소송을 걸기 때문에 위기의식을 가지지 않으면 안됩니다. 소송에 걸려있는 시설도 상당히 있다고 들었습니다^㉞(d시설).

조치제도에서는 조치금이 일정했기 때문에 시설장은 경영의식은 없고 운영의식이 적당하다고 할 수 있다. 개호보험 도입으로 입소자 가족은 입소노인에게 사고라고 생기면 소송을 제기하기 때문에 항상 위기에 대한 대처의식이 없으면 시설경영이 어렵다는 것을 알 수 있다.

(2) B형: 시설정원수가 50명 미만이고 흑자경영(a시설과 c시설)

입소정원이 50명 미만이고 흑자경영을 하는 시설인 B형에는 a시설과 c시설이 해당된다. a시설과 c시설은 조치제도부터 시설을 운영하고 있다. 두 시설은 1법인 복수시설을 운영하고 있다. a시설과 c시설은 입소정원이 각각 50명이며, 단기시설 정원수는 a가 16명, c가 6명이다.

총수입은 c시설이 a시설보다 약 7천만엔 많다. 내용을 보면 a시설은 c시설보다 개호보수를 많이 받고 있지만 입소자 서비스 이용부담(10% 본인부담과 식비와 거주비 전액부담), 보조금과 기타수입은 a시설보다 c시설이 많은 것을 알 수 있다. 보조금은 동경도가 특별히 입소시설의 정원수에 따라서 지급하고 있는데, 50명 정원인 경우 1,800만엔, 100명인 경우는 800만엔 정도 지급하고 있으며 이 돈은 상환할 필요가 없다. 동경도 자치단체 구에 따라서 보조금을 지급하는 지역과 지불하지 않는 지역이 있으며 보조금 금액도 차이가 있다. c시설은 지역자치단체 구로부터 단기이용자 사업 활성화 명목으로 매년 900만엔 보조금 지원을 받고 있다.

총지출을 보면 a시설은 c시설보다 지출이 적은데, 이유는 a시설 인건비가 c시설 인건비 보다 낮기 때문이다. 총지출에서 인건비가 차지하는 비율은 a시설이 c시설보다 높지만, 기타지출은 c시설이 a시설보다 높은 것을 알 수 있다. 그

러나 헬퍼와 입소자 비율은 a와 c가 거의 비슷한 것을 알 수 있다.

경영현황을 보면 a시설은 13백만엔 흑자이고, c시설은 약 2백만엔 흑자이다. 두 시설은 법인 소속이기 때문에 흑자는 법인본부가 관리하고 있다. 두 시설은 동경도와 자치단체 구로부터 보조금 지급이 있었기 때문에 흑자를 낼 수 있었으며 보조금 지급이 없었다면 적자라는 것을 알 수 있다.

다음 내용에서도 조치금이 얼마나 중요한지 알 수 있다.

“우리 시설은 동경도에서 보조금을 연간 1,800만엔 받고 있으며 우리 구에서도 보조금이 단기이용자 시설 장려명목으로 900만엔을 받고 있습니다. 같은 동경도라도 자치단체 구에서 지급하는 보조금은 구마다 다르며 보조금 지급이 없는 자치단체 구도 있습니다. 우리시설은 또 법인본부로부터 자금을 빌리고 있습니다. 그렇지 않으면 시설경영을 할 수 없지요. 그런 면에서 우리시설은 선택받은 편이지요. 복수시설은 법인본부로부터 자금을 빌릴 수 있다는 장점이 있습니다. 그런 면에서 1법인 1시설은 자금을 융통 할 수 없으니까 굉장히 힘들다고 볼 수 있지요” (c시설).

〈표 5-24〉 B형 시설의 경영현황

		a시설	c시설
입소자:직원 비율		2.1:1	2:10
	단기이용자	16명	6명
수입	합계	29,033천엔	367,10만엔
	개호보수	233,235천엔	172,50만엔
	이용자부담	33,069천엔	45,00만엔
	보조금	21,887천엔	31,00만엔
	기타	2,742천엔	118,60만엔
지출	합계	275,259천엔	364,50만엔
	인건비	223,301천엔	274,00만엔
	사무비	13,937천엔	-
	기타	38,021천엔	90,50만엔
수입과 지출차액		13,063천엔	260만엔
적립금		13,063천엔	

조치시대의 입소시설 운영에 관하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“조치제때는 나쁜 점이 없었어요. 정부가 하라는 대로 했기 때문에 사업이 매우 안정 되었어요. 그때는 요개호도가 가벼운 분들이 많이 계셨지만 1인당 조치금이 일정하게 정해져 있었기 때문에 사업이 안정 되었고 헬퍼들도 편했다고 볼 수 있지요. 시설입소자가 빨래를 개어 준다든가 간단한 일을 도와주고 케어가 필요한 노인을 위해서 준다든가, 헬퍼도 공무원 수준의 월급을 정부가 주었기 때문에 안정된 생활을 할 수 있었다고 봅니다” (a시설).

“조치시대에는 돈이 풍족했기 때문에 여러 가지 행사를 했습니다. 온천 여행이라든가 전부 무료를 제공했으니까요. 입소자에게는 좋은 케어를 했

다고 생각합니다. 지금은 행사에 참가하는 이용자가 참가비용을 전부 부담해야 되지요. 조치시대에는 정부로부터 받은 조치금을 전부 쓸 수 없어서 연도말에도 그 돈을 전부 쓰려고 평년도 없는 여러 가지 물건을 샀습니다. 그때는 돈이 남아도 법인본부가 관리할 수 없었고 시설이 관리해야 되었지요. 경영이라는 감각이 없었고 정부로부터 받은 돈을 알맞게 쓴다는 감각이 있었다고 합니다”(c시설).

이와 같이 조치제도에서는 정부로부터 받는 조치금이 일정했기 때문에 입소시설은 1년계획을 세울 수 있었으며, 시설장은 경영의식은 거의 없고 입소시설을 운영하였다고 볼 수 있다. 정부로부터 입소시설에 지급되는 조치금이 풍족하였기 때문에 시설장이 서비스의 질을 향상하기 위한 의식이 있으면 입소노인들의 위한 많은 프로그램을 실시할 수 있었다는 것을 엿볼 수 있다.

개호보험제도 실시에 대하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“개호보수가 전수로 되어 있고 단가가 너무 낮기 때문에 시설로서는 장점이 하나도 없답니다. 항상 경영기술, 경영훈련만 생각해야 되고 개호의 질에 관해서는 생각할 시간이 없답니다. 동경도는 지방보다 시설을 경영하기가 굉장히 힘들지요. 1법인 1시설은 경영하기가 어렵다고 합니다. 시설 경영을 그만두면 정부보조금으로 시설을 지었으니까 정부에 반납해야 되겠지요. 우리 시설은 조치시대때 조치금을 조금이라고 저축하였기 때문에 그 돈을 지금 유용하고 있지요. 다른 시설은 전부 써야 하는 줄 알고 전부 썼다고 들었습니다. 가족은 부끄럽없이 노인을 시설에서 케어하는 것을 당연하게 생각하게 되었습니다. 요개호2말 되면 당연하게 시설입소를 생각하니까 가족으로서도 좋아졌다고 볼 수 있지요. 개호보험실시로 가족이 케어하는 것을 시설이 가족대신 케어를 하는 곳으로 인식하게 되었다고 할 수 있지요”(a시설).

“동경도에서 입소시설을 운영하는 장점은 하나도 없습니다. 자금여유가

없습니다. 지방에서 시설경영을 하는 법인은 흑자이지만 동경도에서 시설경영을 하는 시설은 적자입니다. 우리 법인도 지방에서 입소시설을 경영하는데 그쪽에서는 흑자를 내고 있습니다. 조치제도에서는 지방에서 시설을 운영하는 것이 힘들고 동경도에서 시설운영하는 메리트(장점)가 있다고 했습니다. 개호보험이 도입된 이후 지방 경영자와 동경도 경영자가 입장이 바뀌었습니다. 개호보수를 전국적으로 일률적으로 정했으니깐요. 개호보험 개정 전후를 계산해 보니까 우리시설은 1천만엔이 감소되었더군요. 식비와 거주비가 개호보수에서 전액 본인부담이 되어서 수입이 많이 감소되었습니다. 전혀 스케일 메리트(규모의 경제성)가 없습니다 (c시설).

개호보험이 실시된 후 개호보수가 삭감되었으며, 개호보험이 2005년도 개정되어 거주비와 식비가 전액 본인부담으로 되면서 개호보수가 삭감되어 입소시설로서는 장점은 없고 단점만 부각되고 있는 것을 알 수 있다. 특히 전국적으로 개호보수가 일률적으로 정해져 있기 때문에 동경도에서 입소시설을 경영하는 장점은 없는 반면에 지방에서 입소시설을 경영하는 장점이 있는 것을 파악할 수 있으며, 입소정원수가 50명인 시설은 규모의 경제성이 없기 때문에 시설경영이 더욱 어려운 것을 짐작할 수 있다. 특히 개호보험개정때마다 개호보수가 삭감되기 때문에 입소시설은 장기계획을 세울 수 없지만 가족은 케어가 필요한 노인을 시설에 입소시키는 것을 당연한 권리로 행사하는 것을 짐작할 수 있다.

헬퍼직원 대우와 관련하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“조치제도시대에 비교하면 직원월급이 20% 삭감되었다고 볼 수 있지요. 개호보험제도를 실시하기 전에 한번, 개호보험제도를 실시하고 나서 또 한번, 직원들 월급을 삭감했습니다. 조치시대와 같이 월급을 주면 시설을 운영할 수 없으니깐요. 요개호도가 높으니까 케어레벨도가 높은 시설이 되어 케어직원은 더욱 많이 필요하게 되었습니다. 정부방침은 입소자와 직원수를 3대1로 규정하고 있지만 우리시설은 2.1대1로 케어를 하고 있습니다.

상식적으로 생각해서 케어직원들이 자부심을 가지고 일할 수 있는 시설이 되었으면 좋겠어요. 간호사가 월급이 25만엔에서 30만엔 정도 받으니까 케어직원과 간호사간 동등한 수준의 월급이 필요하다고 봅니다. 정부가 정한 직원월급은 개호수입의 40% 정도이지만 실제로 직원월급은 개호수입의 70%입니다. 복지는 돈이 든다는 인식을 했으면 좋겠군요”(a시설).

“지금은 헬퍼모집이 제일 힘이 든답니다. 3년전에는 헬퍼를 모집하면 면접보러 오는 분이 있었지만 지금은 거의 없답니다. 월급은 20만엔 정도 이니까 그렇게 싼 편은 아니라고 생각합니다. 신입사원이 대개 20만엔에서 21만엔 정도이니까요. 그러나 시설은 경력이 어느 정도 있으며 월급이 별로 올라가지 않는다는 것이 문제입니다. 야간근무와 주말에도 근무를 해야 된다는 부담도 있습니다. 마스크가 특별양호노인훈은 육체적인 노동이라든가 월급이 싸다고 떠들어 대고 있기 때문에 사회적인 인식이 별로 좋지 않고, 룬슨문제(재가서비스 회사가 헬퍼월급과 사업을 거짓으로 신고하여 사업체가 취소됨)를 방영하여 더욱 그렇게 되었다고 생각합니다. 조금 우스운 이야기이지 모르겠지만 원래는 가족이 케어해야 되는 것을 시설이 24시간 365일 케어하니까, 월급을 조금 많이 주어도 괜찮다고 생각합니다”(c 시설).

입소시설 직원은 조치시대에는 공무원 수준의 급여를 받았지만 개호보험 실시로 개호보수가 삭감되어 입소시설 직원월급도 자연스럽게 감소되었다. 마스크의 입소시설 직원에 대한 부정적인 보도와 더불어 육체노동과 사회인식의 저하, 야간근무와 주말근무 등으로 더욱 더 헬퍼직원을 구하기가 힘든 것을 알 수 있다. 입소시설은 가족을 대신하여 케어하는 장소이기 때문에 입소시설이 케어 직원들에게 매력있는 장소로 되기 위해서는 복지에 대한 긍정적인 태도와 간호사 정도의 월급이 필요하다는 것을 알 수 있다.

시설입소자의 입소생활과 관련하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“조치시대에는 입소자가 건강한 본등이 많았기 때문에 시설에서 장기간 계신 본등이 많았고 입소자가 자기식현이 되었다고 봅니다. 시설에서도 입소자의 생활에 맞게끔 지원을 할 수 있었습니다. 지금은 입소자들의 유개 호도가 중증이니까 시설에서 1년에 10명 정도가 사망하기 때문에 시설 가 동육은 좋아졌습니다만 입소자의 생활의 직을 중시하는 의미는 없어졌습니 다. 시설은 배설, 식사, 목욕만 하는 곳으로 되었답니다. 이용자도 본인의 상태가 중증이상이니까 정신적으로 건강한 본등은 거의 없답니다. 우리 구 에서는 시설에 입소하기 위한 대기자가 800명이나 있습니다. 헤퍼만 린등 게 되었지요” (a시설).

“우리 구에는 다른 구와 마찬가지로 시설 대기자가 많이 있습니다. 입 소자가 중증 이상이니까 1년에 10%이상이 돌아가신다고 보면 됩니다. 어떤 면에서는 조치시대보다 대기자가 빨리 시설에 입소할 수 있게 되었으니까 대기자들의 불맛을 조금이라고 털어 줄 수 있다고 볼 수 있지요. 그러나 시설은 입소자가 생활하는 장소가 아니고 돌아가시 전에 당분간 머무는 시 설이 되었지요” (c시설).

특별양호노인홈은 입소노인들이 가정생활을 연장하는 곳이라고 정의하고 있 지만 현재 입소시설은 중증이상 노인을 우선순위로 입소하도록 해야 하기 때문 에 인간의 가장 기본적인 서비스를 제공하는 장소로 시설장들은 인식하고 있 다. 다시 말하면 조치시대와 비교하면 현재는 입소노인이 신심상태가 중증이상 이기 때문에 입소 대기자들의 욕구불만은 털어 줄 수 있지만 특별양호노인홈이 해야 할 가정과 같은 역할은 할 수 없다는 것을 알 수 있다.

입소노인의 입원과 관련하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“우리 구는 다른 구에서도 그렇게 하겠지만 유개호도 4과 5층 우선적으 로 입소시키라고 공문이 오기 때문에 결과적으로는 개호보수가 감소되었습 니다. 입소자가 병원에 입원하면 일주일은 개호보수를 받을 수 있지만 그

이상 입원하면 개호보수를 받을 수 없답니다. 그렇지만 3개월간은 그 입소자를 위하여 그 침대를 보전해야 되며 입소대기자가 많이 있어도 그분들은 이용할 수 없답니다. 입원환자가 많아지면 시설 개호수입이 적어지기 때문에 그 침대를 단기간 이용할 수 있는 이용자를 찾기 위하여 그 프로그램을 짜는데 정신이 없습니다”(a시설).

“병원에 입원하는 노인을 어떻게 하면 줄일 수 있을까가 과제입니다. 지금은 입원하고 있는 입소자가 한 사람뿐이지만 1년간 평균적으로 3명이 입원한다고 볼 수 있습니다. 많을 때는 5명인 때도 있지요. 입원한 노인이 있으며 취소대기자(단기입소를 하기 위하여 단기입소 예정자가 취소하는 것을 기다리는 사람)가 급방 이용할 수 있도록 조치를 해야 합니다. 어떤 때는 일주일간 이용자가 없을 때도 있습니다. 노인이 1주일 이상 입원하면 수입이 줄어들지요. 다시 말하면 규모의 경제성 장점이 없습니다. 정원이 적은 시설이라고 해서 개호보수를 많이 준다든가 그런 것도 없습니다. 그러니까 시설경영이 더욱 힘들답니다”(c시설).

입소시설에서는 정부방침에 따라서 중증이상 노인을 우선적으로 입소시키고 경영유지에 힘써야 한다. 그러나 중증이상 입소노인은 병원입원의 위험이 다른 입소자보다 높고, 입소노인이 병원에 1주일이상 입원하면 개호보수가 지급되지 않기 때문에 단기입소 취소대기자를 대상으로 단기입소 여부를 검토해야 한다. 문제는 규모가 작은 시설일수록 입원환자가 늘어나면 수입에서 개호보수가 삭감되는 비율이 높기 때문에 경영유지가 곤란하다는 것을 알 수 있다. 따라서 입소시설은 정부 방침대로 하는 것이 경영하는데 있어서 도움이 되는지 개호증상이 가벼운 노인을 우선적으로 입소하도록 하는 것이 경영하는데 있어서 도움이 되는지 검토할 문제라고 생각한다.

(3) C형: 시설입소 정원수가 50명미만이고 적자경영(b시설)

시설입소 정원이 50명 미만이고 적자경영인 C형에는 b시설이 해당된다. b시설은 1복지법인 복수복지시설이다. b시설은 유니트형 특별양호노인홈이며 정원이 48명, 전부 1인 1실로 구성되어 있다. 다른 입소시설과 다른 점은 단기입소 서비스를 제공하고 있지 않다는 것이다.

b시설의 2006년도 총수입은 3억1천만엔이며, 총수입 중에서 개호보수가 수입의 약 3분의 1를 차지하고 있으며, 그 다음은 기타인데 이것은 법인본부로부터 받은 보조금으로 구성되어 있다. b시설은 동경도로부터 보조금을 받고 있지만 b시설 주소지가 있는 자치단체로부터 보조금 지급은 거의 없다.

b시설의 2006년도 총지출은 3억4천만엔이며, 인건비가 총지출에서 차지하는 비율이 63%이며 기타비용이 1억8천만엔을 차지하고 있다. 2006년도 경영상태는 3천만엔 적자인 것을 알 수 있다.

〈표 5-25〉 C형 시설의 경영현황

		b시설
입소자:직원 비율		1.8:1
단기이용자		0
수입	합계	31,000만엔
	개호보수	19,500만엔
	이용자부담	2,900만엔
	보조금	1,900만엔
	기타	6,700만엔
지출	합계	34,000만엔
	인건비	15,900만엔
	사무비	5,800만엔
	사업비	3,600만엔
	기타	8,700만엔
수입과 지출차액		3,000만엔
적립금		-

경영현황에 관하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“우리시설은 새로운 시설인데 시세를 짓는데 15억엔 정도 들었습니다. 올해 3월달에 정산을 했더니 3천만엔 적자였습니다. 우리시설은 법인이고 복지시설이 여러 곳 있기 때문에 우리시설은 법인본부에서 자금을 빌렸답니다. 그리고 이사장님이 기부금을 많이 내셔서 경영유지를 하고 있는 셈이지요. 입소시설은 39년 지나면 시설 가치가 제로로 되고 5년에서 6년 정도 지나면 시설 리폼도 필요하기 때문에 저축을 하지 않으며 안되는데 경영유지도 되지 않기 때문에 시설개보수는 언두도 내지 못한답니다. 앞으로는 재가서비스 제공도 검토해야 되겠지요”

b시설은 유니트형 특별양호노인홈이고 소규모시설인데 2006년도 결산이 적

자인 것을 알 수 있다. 그러나 b시설은 1법인 복수시설이기 때문에 법인본부로부터 자금을 빌려서 경영을 유지하고 있는 것을 알 수 있으며 1법인 1개 소규모 시설에서는 경영유지가 힘들다는 것을 확인할 수 있다.

입소자가 전액본인이 부담해야 하는 거주비와 식비에 대하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“거주비와 식비를 개호보수에서 지급하던 것을 중지하고 입소자로부터 전부 받게끔 제도가 바뀌었습니다. 제1단계에서 제3단계는 시식이 받을 수 있는 최고액수가 6만원입니다. 저소득층은 6만원에서 부족한 금액을 정부가 부담하고 시식에서 필요한 금액이 7만원이 되면 나머지 1만원은 시식이 부담합니다. 시식에서 6만원 이상 드는 돈은 시식이 부담 하도록 되어 있지요. 세대수입이 4단계에 있는 입소자는 시식과 자유 계약을 하도록 되어 있습니다. 세대수입이 266만원 이상인 자이지요. 독거세대가 1년 수입이 그 정도되는 분은 거의 없다고 볼 수 있지요. 우리시설에서는 48명중 13명이 4단계에 있습니다. 그분들에게 매달 7만원 받고 있는데 1달에 13만원 훈자가 있고 1년이면 150만원 정도 훈자가 있습니다. 입소자 전원에게 1달에 1만원씩 더 받으면 훈자가 크지만 13명은 별로 훈자가 없답니다. 35명이 부담해야 될 돈은 시식이 부담하는 셈이지요. 4단계에 있는 분들도 6만원 받는 분들과 형평성을 맞추어야 하기 때문에 많이 받을 수가 없답니다. 그분들이 부담이 되면 주민표를 시설로 옮겨 줄 수도 있으니까요. 지금 신문에서도 지적한 것처럼 입소자가 본인부담이 많아서 시설로 주소를 옮기는 경향이 있어서 유니트형은 경영이 어렵다고 다들 야단이더군요. 정부가 기준요금을 올려 주었으면 좋겠군요”

개호보험개정으로 거주비와 식비를 입소자가 전액 본인부담 해야 하고 세대수입이 4단계에 있는 입소자는 시설이 부담금을 자유롭게 정하도록 했기 때문에 본인부담을 줄이려고 주민표를 시설로 옮겨 독거세대로 되는 사례가 늘어나고 있는 것도 현실이다. 그러나 유니트형에 따라서 본인부담금에 많은 차이가

있는 것도 현실이다. 예를 들면 사례조사 b시설은 본인부담금이 많은 자는 수입이 3단계에 있는 자보다 3배 이상 높다. 왜냐하면 조치시대에는 본인과 가족의 수입정도에 따라서 본인부담을 결정하도록 정부가 금액을 지정하였기 때문에 생활보호자는 1엔도 부담하지 않았지만, 소득이 높은 계층은 20만엔 이상 부담하는 입소자도 있었다. 그리고 현재 입소시설이 부족하고 1인1실의 유닛홈은 케어의 질이 높다고 생각하기 때문이다. 그러나 입소정원이 소규모시설은 제4단계의 자유계약 대상자가 적기 때문에 경영에 별로 효과가 없는 것은 것을 파악할 수 있다.

개호보수에 관하여 동경도와 지방에 관하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“개호보수는 전국 일률적으로 되어 있습니다. 동경도는 1달러가 10.48엔이고 지방은 10엔이지요. 토지, 인건비, 물가가 동경도가 높은 것을 생각하면 지방보다 0.48엔 개호보수가 높아 가지고는 동경도 23구에서 시설을 경영하기가 힘들지요. 개호보수에 대하여 지역간 차이를 조정해 주면 좋겠군요. 동경도에서는 정부에 건의를 할 때 동경도가 다른 지역 보다는 인건비 등이 비싸기 때문에 지방보다 10%정도 높게 책정해 주도록 건의했는데 개호보험개정이 2010년에 있기 때문에 그때까지 기다려야 하는지 모르겠군요”

동경도가 지방보다는 물가와 지가가 비싼데도 불구하고 개호보수는 동경도가 지방보다 4.8% 높아 그 정도의 개호보수로서는 동경도에서 입소시설 경영이 어렵다는 것을 지적하고 있다. 동경도에서 정부에 개호보수 인상을 건의했지만 개호보험개정이 2010년에 있기 때문에 그때까지 어떻게 경영을 유지할 수 있겠는가가 관심사라고 볼 수 있다.

시설 입소정원과 직원 비율에 관하여 다음과 같이 설명하고 있다.

“우리시설은 입소정원이 48명입니다. 90명 있는 시설에서도 시설장, 케어매니저, 상담원을 1명 채용하면 되지만 우리도 1명은 채용해야 합니다.

들어오는 수입은 입소정원에 따라서 입소정원이 많은 시설은 우리시설 보다 2배 이상이지만, 직원 월급은 작은 시설이나 큰 시설이나 똑같은 월급을 주어야 되고 이용자 1인당 인건비를 48명에서 나누는 것과 99명에서 나누는 것은 전혀 틀립니다. 작은 규모일수록 스케일 메리트(규모의 경제성)가 없지요. 아무리 계산해도 적자입니다. 작은 시설일수록 1인당 인건비는 높고, 들어오는 수입은 큰 시설 보다는 적고, 기본적인 직원은 입소정원수가 많은가 작든가에 상관없이 같이 필요합니다. 정부는 입소시설이 가정과 같은 분위기가 중요하다 하더라도 소규모 시설은 복리하게 되어 있습니다. 전혀 메리트가 없으니까요. 대형 유니트홈은 토지가 넓어야 하고, 헬퍼직원도 많이 채용해야 되는데 헬퍼는 모집을 해도 오지 않고, 결과적으로는 작은 규모시설 밖에 운영할 수 없지요. 스케일 메리트(규모의 경제성)가 전혀 없으니까 문제이지요”

정부는 가정과 같은 분위기를 연출하기 위하여 입소시설에 대하여 소규모 유니트홈을 장려하고 있지만, 기본적인 직원은 입소정원에 상관없이 필요하여 소규모시설은 입소노인이 많은 시설보다 직원 인건비가 차지하는 비율이 높지만 소규모 입소시설에 대한 배려가 전혀 없기 때문에 시설경영이 어렵다는 것을 짐작할 수 있다. 다시 말하면, 정부가 장려하고 있는 소규모 유니트홈은 규모가 큰 시설보다 인건비가 수입에서 차지하는 비율이 높지만, 정부가 특별히 고려한다든가 하는 규모의 장점이 없기 때문에 경영유지가 어렵다는 것을 짐작할 수 있다.

케어직원 인건비와 채용에 관하여 다음과 같이 설명하고 있다.

“케어직원이 먹고 살수 있는 월급을 주어야 합니다. 정부는 개호수입의 40%를 인건비로 생각하고 있지만 우리시설은 개호수입의 70%가 인건비입니다. 개호보수에서 현실적인 인건비를 인정해주지 않으면 큰일입니다. 헬퍼가 월급이 적으면 결혼도 할 수 없고 헬퍼자격을 가지고 있는 자가 복지현장에서 일하는 것이 아니고 일반회사에 취직합니다. 대도시일수록 개호보

수에서 직원월급이 차지하는 비율은 높지만 헤퍼가 생활하기에 부족한 금액이기 때문에 큰일입니다. 동경도 포켓에서도 정부에 헤퍼 월급 등에 대하여 건의문을 작성하여 제출했습니다. 복지시설에 들어오는 인재가 적어졌습니다. 할머니 할아버지를 어루만지면서 케어하고 있고 로테이션(순환제)으로 일하고 있기 때문에 직장에 있는 시간이 거의 짧고 매우 힘든 직업입니다. 자기만족 할 수 있고 자기가 하고 있는 일에 프라이드(자부심)를 느끼면서 일할 수 있는 직장이 되어야 하는데 지불할 돈이 조금밖에 없으니깐 힘든군요³⁾

정부가 개호보수에서 직원월급이 차지하는 비율이 40%이지만 실제로 직원월급이 개호보수에서 차지하는 비율이 70%이기 때문에 입소시설에서는 개호직원에게 자기만족과 프라이드를 느끼면서 일할 수 있는 정도의 월급을 줄 여유가 없다. 복지현장에서는 개호자격을 가진 자가 개호를 회피하고 다른 일반회사에 취직하기를 원하고 있기 때문에 개호를 담당할 인력난에 시달리고 있으며 헤퍼에 대한 적절한 월급인상이 중요한 과제라고 할 수 있다.

케어직원과 입소자 비율에 관하여 다음과 같이 지적하고 있다.

“정부는 3대1로 생각하고 있으며 우리구가 정한기준은 2.34대1입니다. 우리시설은 유니트촌이기 때문에 유니트가 4개 있으며 유니트별엔 매일 헤퍼가 로테이션(순환)을 하지 않으면 힘들어서 안되기 때문에 다른 시설보다 헤퍼가 많이 필요합니다. 1.8대1로 케어를 하지 않으면 헤퍼 혼자서 밤낮으로 케어를 하는 꼴이 됩니다. 법륜적으로는 1주일에 40시간 이상 일할 수 없게 되어 있기 때문에 법에도 위반하는 셈지유. 유니트는 개별케어이기 때문에 목욕도 1대1로 하고 있지유. 헤퍼가 많이 없으면 일하기 힘들지유. 이용자 1인당 헤퍼가 3명 있으며 이용자의 케어의 질도 향상되고 헤퍼도 조금 여유를 가지고 일할 수 있기 때문에 제일 이상적이지만 그렇게 하면 인건비가 개호보수비를 거의 차지하기 때문에 시설이 경영을 하지 못할 것입니다³⁾

유니트홈은 유니트별로 케어를 담당해야 되기 때문에 다른 입소시설보다 헬퍼가 많이 필요하다. 그러나 정부는 이용자 3명당 헬퍼 1명으로 지정하고 있으며, 자치단체구에서는 이용자 2.3명당 헬퍼를 1명으로 지정하고 있지만, 유니트홈에서는 이용자 1.8명당 헬퍼 1명이 케어를 담당하고 있다. 정부와 자치구가 정한 범위내에서 헬퍼를 채용하면 헬퍼 혼자서 주야로 교대고 하지 못하고 케어를 해야 되기 때문에 정부의 지침이 현실적으로 맞지 않다는 것을 알 수 있다.

입소노인의 입원에 관하여 다음과 같이 설명하고 있다.

“조치시대가 지금보다 수입이 좋았습니다. 지금은 입소자가 입원하면 1주일만 개호보수가 나오고 그 이상은 보수를 주지 않지요. 그렇지만 3개월간은 그 침대를 다른 분이 이용할 수 없답니다. 유니트홈은 가정과 같이 해야 되고 우리시설은 1인1실이기 때문에 입원한 입소자가 있으며 그 방을 그대로 보전해야 합니다. 우리시설은 1년 중에 한분은 계속 입원하고 있는 셈입니다. 47명만 시설에 입소하고 있는 셈이고 1명은 계속 병원에 입원하고 있는 셈이 되기 때문에 개호보수는 못 받는 셈이지요. 1년에 200백만원에서 300백만원 정도 손해입니다”

소규모 입소시설도 대규모 입소시설과 같이 입소노인이 입원 하면 3개월간은 개호수입 없이 그 방을 보전해야 되기 때문에 입원노인이 있으며 수입에 미치는 영향이 대규모 시설보다 크다. 이와 같이 규모가 작은 시설일수록 정부로부터 규모로 인한 메리트가 없다는 사실이 고려되지 않는다면 입소시설을 경영하는 것이 무척 어렵다는 것을 알 수 있다.

제 4 절 일본경험으로부터의 시사점

일본개호보험법은 2000년 4월부터 실시되어 올해로 8년째를 맞이하고 있다. 개호보험제도가 실시되던 해는 서비스 이용자가 조치제도와 같이 이웃사람들의

시선을 의식하는 등, 심리적인 이유로 서비스 이용을 기피하지 않을까 하는 문제를 예상하였으나, 그와는 달리 서비스 이용자는 매년 증가하는 추세이며 노인이 시설에서 생활하는 것에 대하여 저항감이 없어지게 되었다. 심지어 요보호도2만 되어도 특별양호노인홈에 입소시키기 위하여 등록하기 때문에 입소대기자가 초만원 상태이다. 이는 개호보험제도가 도입되면서 국민들이 보험료를 지불하고, 서비스를 이용할 때 이용료를 부담하기 때문에 시설에 노인이 입소하는 것을 당연한 권리로 인식하게 되었기 때문이다.

한편, 서비스 제공시장에는 복지법인 뿐만 아니라 비영리법인과 일반기업도 참여하게 하여 공급주체들간에 경쟁이 활발하도록 하였지만 특별양호노인홈은 이익을 주목적으로 하는 일반기업의 참여를 제한하였다. 입소시설은 케어를 받기 위하여 이용하는 시설이며 인간의 생명을 다루기 때문에 민간기업보다는 복지법인의 서비스 공급을 신뢰할 수 있기 때문이다.

그러나, 본장에서 제시한 것처럼 특별양호노인홈은 조치제도시대에는 조치금이 지급되었기 때문에 안정적으로 시설을 운영할 수 있었던 반면, 개호보험제도가 시행되면서 조치금이 폐지되고 개호보수가 지급되었으며, 이러한 개호보수는 입소정원이 70~80명이상 시설을 모델로 했기 때문에 입소 정원수가 적은 소규모시설은 적자경영에 직면하게 되었다.

이와 같은 관점에서 본 연구에서는 특별양호노인홈이 조치시대와 개호보험제도가 도입된 이후 경영의 현황에 관하여 선행연구와 시설장을 대상으로 하여 인터뷰를 실시하여 규명하였다.

그 결과 입소시설 경영자의 관점에서는 다음과 같이 장점을 두 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 입소시설의 운영자는 시설입소 대기자가 많기 때문에 일정기간 동안 안정적으로 시설을 운영할 수 있다. 재가서비스는 서비스 공급자를 일반기업에게도 개방하여 경쟁을 도입하였지만, 특별양호노인홈은 조치시대와 같이 민간기업의 서비스 공급 참여를 제한하였다. 현재, 입소시설은 서비스 공급의 부족

으로 입소대기자가 2~3년을 기다려야 시설에 입소할 수 있기 때문에 입소시설의 운영자는 안정적으로 시설경영을 할 수 있다.

둘째, 입소시설은 운영 이익금을 다른 복지사업과 공익사업에 유용할 수 있게 되었다. 조치제도하에서는 조치금이 남아도 다른 복지사업에 사용할 수 없었지만, 개호보험에서는 입소시설 이익금을 다른 복지사업에 유용할 수 있도록 하였다. 복수의 시설을 경영하는 사회복지법인인 경우에는 후자의 복지시설 자금을 적자의 복지시설에 이용하거나 다른 종류의 복지시설을 신설하는데 이용할 수 있게 되었다. 따라서 시설 운영자의 경영능력이 더욱 요구되었다고 할 수 있다.

입소시설 경영자 관점에서 다음과 같이 단점을 여섯 가지로 요약할 수 있다.

첫째, 입소정원이 적은 소규모시설은 적자경영을 피할 수 없게 되었다. 조처제도하에서는 입소정원의 규모와 지역적 차이에 따라 조치금을 지급할 때 차등화하였지만 개호보험에서는 입소정원 규모에 따른 개호보수는 차등이 없고, 시설이 위치한 지역에 대하여는 약간 개호보수에 차등을 두었다. 따라서 조치제도에서는 입소정원의 규모와 시설이 위치한 지역에 상관없이 시설을 운영하는 데 어려움이 없었지만, 지금은 입소정원 규모가 작을수록 불리한 상황에 놓여 있으며, 동경도에서 시설을 경영할수록 어려움을 겪고 있다는 것을 사례조사에서 확인할 수 있었다. 우리나라에서도 노인요양보험제도를 도입할 때 이러한 점에 관하여 검토할 필요가 있다.

둘째, 시설입소 노인이 병원에 1주일 이상 입원할 경우, 개호보수가 지급되지 않는 것을 지적할 수 있다. 조치제도에서는 입원기간이 장기화되어도 조치금이 지급되었지만, 개호보험제도에서는 1주일간만 개호보수가 지급되지만 3개월간은 입원한 노인을 위하여 그 방을 보존해야 된다는 점이다. 정부방침대로 중증 이상 노인을 우선적으로 입소시켜야 하는데 그렇게 되면 병원 입원환자가 많아지고, 입원환자가 많아지면 개호보수가 적어진다. 시설정원의 규모가 작은 시설은 대규모 시설보다 1인당 개호보수가 전체 개호보수에 차지하는 비율이 높기

때문에 경영에 더욱 어려움을 겪고 있다. 입소노인이 입원하는 경우 시설경영을 하는데 피해를 입지 않도록 개호보수를 설정해야 할 필요가 있다고 본다.

셋째, 입소자의 본인부담금을 개호보수에서 지급하던 것을 폐지하고 시설입소자가 직접 입소시설에 지급하게 되어 있는 점을 들 수 있다. 조치제도에서는 본인부담금을 자치단체가 조치비로 특별양호노인홈에 직접 지급하였지만, 2005년 개호보험 개정으로 입소자가 식비와 거주비 전액을 시설에 납부하도록 하여 개호보수비가 삭감되었다. 저소득층은 6만엔 선에서 입소자가 부족한 금액을 정부가 보조하고 세대수입이 266만엔 이상인 입소노인은 입소시설과 계약에 의하여 거주비와 식비를 부담하도록 하였지만, 입소정원수가 소규모 시설일수록 연수입이 266만엔 이상인 자가 차지하는 비율이 낮기 때문에 수입이 감소했다. 특히 유니트홈 입소시설은 거주비와 식비가 다른 입소시설보다 비싸기 때문에 입소노인이 본인부담금을 적게 부담하려고 거주지를 시설로 옮기는 등 편법을 사용하고 있어 새로운 사회문제로 지적되고 있다. 이와 같은 현상을 방지하기 위한 정책이 필요하다고 보겠다.

넷째, 직원인건비는 정부가 개호보수비의 40%를 차지한다고 예상했지만, 실제로는 70%정도를 차지하고 있다는 점이다. 조치제도에서는 정부가 공무원 수준의 월급을 지급하였기 때문에 대우가 나쁘다는 이유로 입소시설을 그만 두는 경우는 거의 없었다. 개호보험에서는 개호보수와 비례하여 시설이 자체적으로 정하도록 하였고, 정부가 입소자와 헬퍼 비율을 3대1로 규정하고 있지만, 대부분 입소시설에서는 2대1이하로 서비스를 제공하고 있기 때문에 헬퍼에게 월급을 많이 줄 수 없는 상황이다. 그러나 헬퍼는 육체노동과 저임금, 주말과 주야 교대근무를 해야 된다는 이유로 사회인식이 좋지 않고, 일본경제가 좋아 헬퍼 자격을 가진 자가 일반회사를 선택하기 때문에 입소시설들은 인력난에 시달리고 있다. 우리나라도 일본과 같은 경험을 하지 않기 위해서는 헬퍼가 사회적으로 인정받는 전문직업으로 정착하게 하기 위한 체제정비를 할 필요가 있다.

다섯째, 개호보수가 요개호도별, 개호항목별로 지급되고 있고, 개호보험 개정

때마다 개호보수가 삭감되기 때문에 입소시설에서는 장기적인 계획을 세울 수 없으며 시설규모가 적을수록 경영에 타격이 크다는 점을 지적할 수 있다. 조치 시대에는 시설입소자 1인당 조치비가 평등하게 지급되었고, 입소정원이 소규모 시설일수록 조치비가 많이 지급되었기 때문에 입소시설은 입소정원 규모와 상관 없이 가정과 같이 입소자 개개인에게 적당한 프로그램을 진행할 수 있었다. 그러나 지금은 요개호도별로 개호보수에 차이를 두었으며 개호보수의 삭감율이 차지하는 비율은 소규모 입소시설일수록 총수입에서 삭감비가 차지하는 비율이 높기 때문에 소규모 입소시설은 경영적자를 해결하기 어렵다. 따라서 시설정원수가 소규모시설도 안정적으로 시설을 경영할 수 있도록 체제 정비가 필요하다.

이와 같이 사례연구에서도 지적한 것처럼 일본에서는 특별양호노인홈 시설장은 개호보험이 조치제도와 비교하여 좋은 점은 하나도 없다고 주장하고 있다. 입소정원수가 많은 시설은 흑자경영이 가능하지만 입소정원수가 50명 정도 되는 소규모 시설은 정부와 자치단체의 보조금이 없으면 경영적자를 해결하기 어려운 것이 증명되었다. 우리나라에서도 노인요양보험을 도입할 때 입소시설 정원규모를 어떻게 결정해야 될 것인가에 대하여 검토할 필요가 있다. 그것과 더불어 서비스제공자인 헬퍼가 자부심을 가지고 전문직업인으로서 일할 수 있는 환경조성이 필요하다고 볼 수 있다. 이와 같은 문제점이 해결된다면 서비스 이용자의 생활의 질은 더욱 향상된다고 볼 수 있다.

제6장 향후 노인장기요양보험제도의 도입에 대비한 노인요양시설의 경영전략 내용

제1절 경영방침

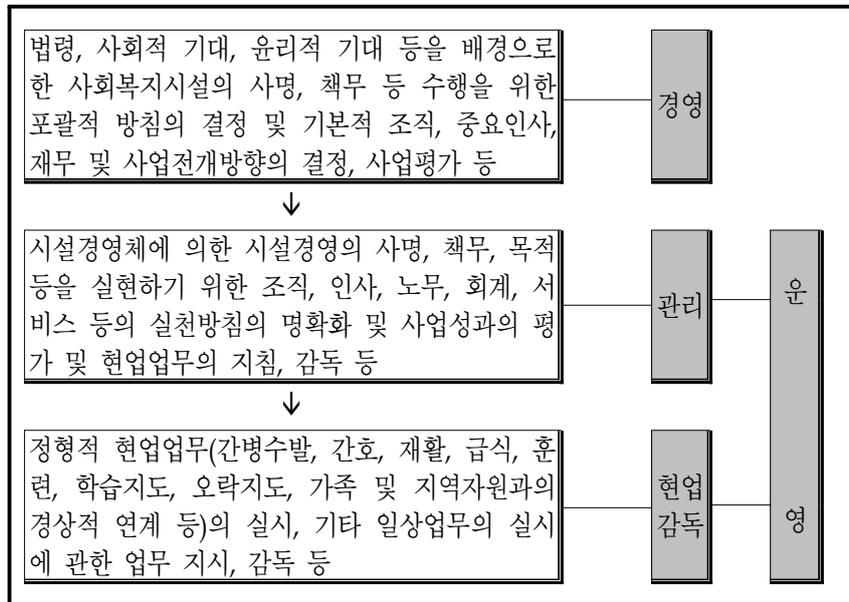
현재까지는 사회복지시설에서 복지사업을 수행함에 있어서 경영이라는 용어 보다는 운영의 용어가 보편적으로 사용되어 왔다. 이러한 용어의 개념차이를 구분해 보면, 우선 운영은 사업의 실천적 또는 실무적 측면을 중심으로 하는 것으로 이해할 수 있다. 그 대신에 경영은 운영의 방향이나 방침을 설정하거나 결정하고, 조직구성, 사업전개를 위한 조직인사의 결정, 재무관리, 사업의 장래나 유사한 사업체간 경쟁에 관한 전략적 작전 내지는 실천적 사업전개에 필요한 지침을 제공하는 각종 계획을 책정하는 것과 같은 일련의 내용을 포함하고 있다. 그 이외에 그러한 방향, 계획, 자산, 이사 및 노무 등을 결정하고, 사업실천을 위한 기본적인 틀을 결정하고 운영의 방향을 제시하며, 그 결과인 운영실적을 검증, 평가하여 다시 운영을 위한 계획의 결정과 이를 기반으로 한 지침을 전달하는 기능으로 이해할 수 있다.

따라서, 사회복지시설에서의 경영은 사회복지시설에서 사업을 전개하려는 진로를 결정하고 그 실천적 활동을 가능하게 하는 지침과 운영지원기능을 중심으로 한 반면에, 운영은 경영의 중심기능인 사업방향의 결정과 그 계획을 기초로 하고 이를 구체화시키기 위한 포괄적 실천기능을 종합적으로 내포하는 개념으로 볼 수 있다. 이를 간단히 그림으로 정리하면 다음과 같다.

그런데, 지금까지 시설운영이라는 용어가 보편적으로 사용되어온 배경에는 정부가 사회복지법인을 허가해준 데에 따른 사업체의 법령준수, 행정지도의 수용, 각종 지침이나 기준과 같은 절대적인 준거에 의거한 행정주도형 사회복지시설 경영의 틀을 존중한 것이 본래 경영주체가 지향하여야 하는 시설경영의

기본방침에 대해서까지 행정에 의존하거나 지배되어온 결과 때문이라는 점이 있다. 즉, 시설인가, 보조금, 운영비, 이용자 확보, 세금이나 용자 등에서의 특별 우대조치를 배경으로 행정이 의도하는 것을 존중하고, 그 대신에 경영자원을 확보한다는 상호이익이 유지되어온 것도 경영체질로의 전환이 늦어진 요인 중에 하나로 지적되고 있다(宇山, 2005).

[도 6-1] 사회복지시설의 경영, 운영 및 관리의 관계



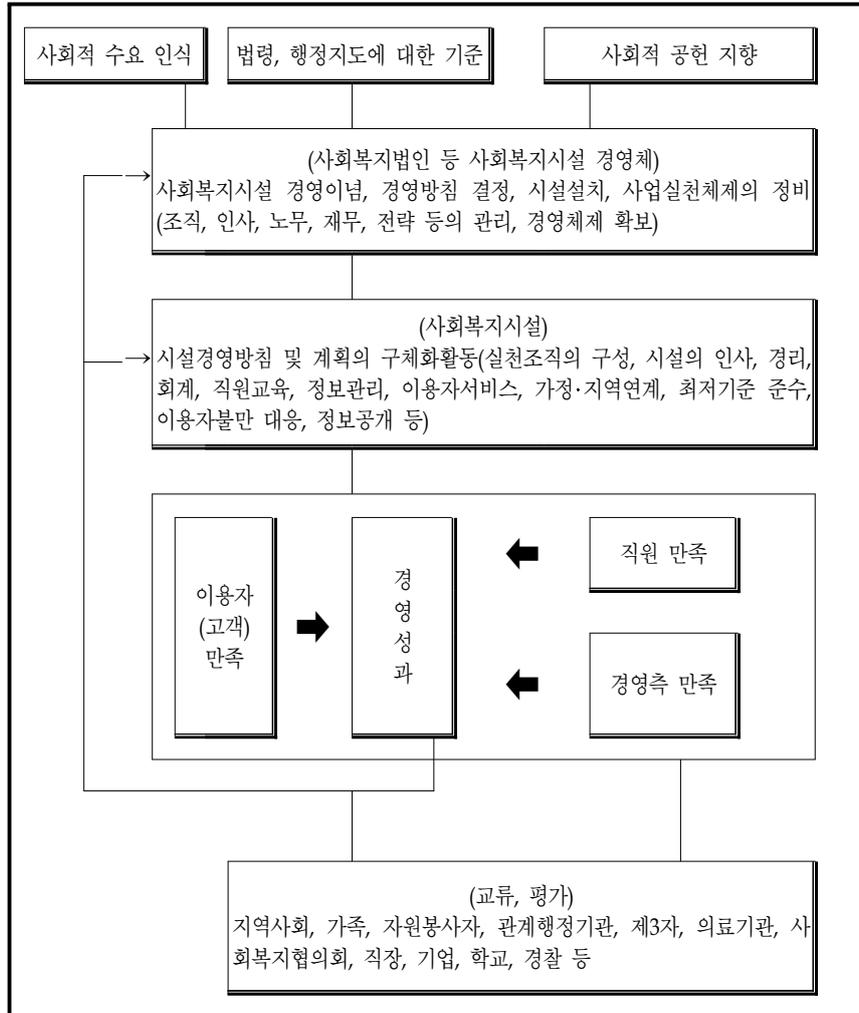
자료: 宇山(2005)에서 인용

전술한 바와 같이 우리나라는 노인요양시설의 대부분을 무료나 실비시설이 차지하고 있는데, 이들 시설들은 이용자와 공급자(시설장)간의 계약이 아닌 행정조치로 입소할 수 있는 시설이고, 모든 재원을 정부로부터 지원되는 보조금으로 운영되고 있다. 따라서, 정부에 의해 설정된 방침에 따라 운영계획을 수립하고, 시설을 운영하기만 하면 되었기에 시설운영에 따라 발생할 수 있는 재정

적자가 나타나지 않는 성격을 지니고 있다. 다시 말하면, 시설입소자가 정부에 의해 확보된 상태에 있고, 운영자금도 이미 확보되어 있는 상태에 있기 때문에 이를 토대로 시설운영자는 정형화되어 있는 서비스를 제공하는 형태이었던 것이다.

그러나, 장기요양보험제도의 도입으로 시설입소자는 행정조치가 아닌 당사자 간의 계약에 의해 결정되기 때문에 시설운영자로서는 운영자금이나 입소자의 안정적인 확보가 더 이상 보장받지 못하게 된 것이다. 다시 말하면, 시설운영자는 운영자금이나 입소자의 안정적인 확보를 위해서 사업계획을 수립, 실천, 평가하여야 하고, 과거와 달리 입소자가 연중 수시로 바뀔 가능성도 배제할 수 없고, 이로 인하여 발생하는 재정적자는 과거에는 정부가 보전해 주었지만, 이제는 시설운영자가 전적으로 책임을 질 수밖에 없는 상황이다.

[도 6-2] 사회복지시설의 경영과 성과간 관계



자료: 宇山(2005)에서 인용

이러한 시대적 환경의 변화에 대응하기 위해서는 무엇보다도 시설의 운영조직을 효율적으로 구축할 필요가 있다.

일반적으로 경영조직의 형태에는 단위조직간의 권한 및 명령관계측면에서 보

면, 3가지 유형으로 구분할 수 있는데, 이는 직계식(수직적) 조직, 직능식(수평적) 조직 및 라인앤드스텝(line & staff) 조직이다. 직계식(수직적) 조직은 모든 직위가 최고경영자에서부터 최하위의 직위까지 단일 명령계통으로 결합된 것이어서 비교 소규모 사업이나 시설에 흔히 볼 수 있는 형태이다. 직능적 조직은 민간기업에서 볼 수 있는 기획총무부, 재무회계부, 제조부, 판매촉진부, 시설관리부 등과 같이 직능에 따라 분류된 조직을 말하는데, 대규모의 사회복지법인에서 볼 수 있는 형태이다. 그리고 라인앤드스텝 조직은 사업목적을 수행하기 위한 업무에 전념할 수 있도록 사업소의 업무 중, 간접적 기능을 집약, 분화시키고, 직접적 업무에 전념하는 직위에 대한 조언이나 지원조직을 설정하여 쌍방의 기능을 연계하여 사업을 추진하는 형태이다.

이러한 조직의 형태분류기준의 의하면, 우리나라의 노인요양시설은 대부분이 직계식(直系式) 조직형태를 띄고 있는 것으로 볼 수 있는데, 노인장기요양보험 제도에서는 장기요양시설로 하여금 서비스제공의 직, 간접체제³⁶⁾를 유지하도록 유도하고 있다. 따라서, 세 번째 유형인 라인앤드스텝 조직의 형태로 시설을 경영하는 것이 필요하겠다.

그리고 마지막으로 이미 앞 장에서 언급한 바 있는 균형성과표와 시장지향성의 전략을 노인요양시설에서도 도입할 필요성이 있다. 그 이유는 균형성과표가 지향하고 있는 관점을 보면, 재무적 관점이외에 비재무적 지표를 활용하고 있는 고객관점, 내부프로세스관점 및 학습·성장관점이 노인요양시설에서도 요구되고 있기 때문이다. 특히, 지금까지와는 달리 이제는 재무적 관점에 신경을 써야 하고, 그 이외의 비재무적 관점을 보다 강화하지 않으면 안될 것이다. 그리고 시장지향성은 일반기업뿐만 아니라 노인요양시설을 포함한 사회복지시설의 발전을 위해서라도 필요하다고 하겠다. 더욱이 보험제도의 도입은 노인요양시설로 하여금 시장지향적으로 유도하게 할 것이다. 따라서 고객가치, 다시 말하

36) 이는 간접서비스부문에 해당하는 인력은 시설의 사정에 따라서 적절한 인원을 배치하도록 유도할 뿐이고 의무적으로 배치하여야 하는 것으로 되어 있지 않기 때문이다.

면 시설서비스의 이용자중심적 제공대책을 보다 강화하여야 할 것이다.

제2절 전략내용

본 절에서는 경영전략방침에 따라서 노인요양시설이 추구하여야 할 준비전략에 대해 크게 6개 분야로 구분하여 제시해보고자 한다. 이는 인사노무관리부문, 재무회계관리부문, 서비스관리부문, 시설환경관리부문, 정보관리부문, 전략계획관리부문 등으로 구분하여 볼 수 있다.

1. 인사관리부문

일반적으로 사회복지시설의 역할은 사회복지법에서 정해져 있는 복지서비스의 기본적 이념을 구체화하고 이용자중심의 서비스를 제공하는데 있다. 이 때 시설에서는 외부로부터 사람(인적자원), 물품, 금전 및 정보의 자원을 조달, 조합하여 서비스로 전환시켜가는 체계가 필요하다.

인사관리는 그러한 자원 중에서 사람(직원)에 대한 관리에 해당하는 것으로, 그 목적은 ①사업경영에서의 인건비 재검토와 확보, ②양질의 직원 채용 및 정착, ③시설에서 요구되는 사회적 역할을 발휘하도록 인적자원을 효과적이고 효율적으로 활용하는데 있다. 이러한 인사관리의 기능에는 직원의 고용, 취업조건, 보수(임금), 인사평가 등의 관리가 있는데, 여기에서 고용관리는 인재 채용, 배치 및 이동, 교육, 퇴직·고용조정 관리로 구분되고, 보수(임금)관리는 급여, 복리후생, 승진관리로 구분된다.

가. 인재의 확보

사회복지시설에 있어서는 대부분의 서비스는 사람(직원)에 의해서 제공되고 있기 때문에 직원의 역량이 서비스 질과 밀접하게 관련되어 있고, 시설에서의

인사관리에서는 직원채용관리가 매우 중요하다.³⁷⁾ 우리나라의 대부분의 노인요양시설들이 공설민영이어서 직원이 공무원의 신분이 아니기 때문에 시설이 독자적인 방법으로 직원을 채용하고 있지만, 대부분이 공개채용방식을 중심으로 하고 있다. 이는 과거에는 시설이 가족경영적 성격을 크게 띄어서 연고에 의한 직원채용이 이루어지고 있었지만, 사업활동의 공익성이나 공적인 보조금 지원, 직원의 전문성 확보 측면이 중요시하게 됨에 따라서 나타난 현상으로 보인다. 이러한 경우에 대비하여 인력풀을 확보하여야 할 것이며, 이를 위해서는 외부의 인력파견회사나 간병교육기관과의 연계가 필요할 것이다.

이러한 직원채용은 현재에는 직원결원에 대한 보충을 위한 것이 주류이겠지만, 앞으로는 경비절감을 위해서 상근직원이 퇴직하여도 비상근직원으로 대체하는 시설들이 늘어날 것으로 예상된다. 따라서 장기적인 시설의 경영계획에 맞는 계획적인 직원채용이 요구된다고 하겠다. 그 사례를 열거하면, 중장기적인 계획에 의해 관련대학에 구인정보를 직접적으로 제공하는 것이 효과적이고, 시간제 직원을 모집하는 경우에는 통근이동권을 고려하여 시설의 주변지역을 대상으로 한 신문광고전단을 활용하는 방법도 있을 수 있다.

나. 인재의 배치

사회복지시설에는 법적으로 정해진 직원배치기준이 있기 때문에 결원이 발생하면 신속하게 보충하여야 한다. 또한 직종에 따라 자격조건이 다르기 때문에 직원의 배치나 이동에서도 그 법적 기준은 중요하다. 그러나 직원의 배치는 초기부터 직종에 맞는 자를 채용하는 경우가 대부분이기 때문에 민간기업체서 볼 수 있듯이 시설내의 경험을 쌓게 하기 위해서 여러 부서에 배속시키는 경우는

37) 일본의 경우에서는 사회복지에 종사하는 인재를 확보하기 위해서 후생성에서 1990년 사회복지관계8법 개정후에 맨과위대책본부를 설치하고, 사회국에 인재확보전문분과회를 설치하여 검토해 왔고, 이의 결과로 1992년 사회복지사업법 및 사회복지시설직원퇴직수당공제법의 일부 개정, 1993년 후생성고시 제116호 사회복지에 종사하는 자의 확보를 도모하기 위한 조치에 관한 기본적 지침이 정해졌음.

거의 없을 것이다.

다만, 직원의 이동에서는 고려해 볼 수 있을 것이다. 동일한 업무를 담당하는 직원이라도 인적교류나 직원의 능력향상, 시설의 활성화를 위해서라도 정기적인 인사이동을 필요로 한다. 다만, 단일 법인체와 단일시설의 방식으로 운영되고 있는 시설보다는 단일 법인체와 복합시설의 방식으로 운영되고 있는 시설에서는 앞으로 정기적이든 부정기적이든 간에 직원이동계획을 수립하는 것이 바람직할 것이다.

다. 인재의 교육

시설의 서비스 질을 향상시키기 위해서는 직원에 대한 직장연수가 중요하다. 이러한 직장연수방법에는 크게 3가지 유형이 있는데, 이는 OJT(on the job training), OFF-JT(off the job training) 및 SDS(self development system)가 있다. OJT는 직무를 통해서 이루어지는 연수방법으로 직장의 상사가 직무를 통해 부하를 지도, 육성하는 방법이고, OFF-JT는 직무를 떠나서 연수시키는 것으로 직무명령에 의해 일정기간 동안 일상적인 업무를 수행하지 않고 행하는 방법이다.³⁸⁾ 그리고 SDS는 자기개발원조제도라 할 수 있는데, 이는 직장 내외에서 자주적인 자기개발활동을 직장에서 인정하여 경제적 또는 시간적으로 지원을 하는 방법이다. 이러한 직원연수를 실시하기 위해서는 연수대상자, 직원의 직종, 숙련도, 직위 등에 따라서 연수과제나 연수방법을 마련해 놓을 필요가 있다³⁹⁾.

인재의 교육시는 직원에게 필요한 능력과 습득하여야 하는 업무가 명확하게

38) 이외에도 OJE(on the job education)이 있는데, 이는 직무를 통한 교육이라는 의미를 지니고 있고, 특정기술을 습득하는 것뿐만 아니라 상황에 따라서 기술을 응용하고 스스로 문제해결을 생각하게 할 수 있도록 하는 연수방법임.

39) 일본의 경우에서는 시설의 직원연수를 도모하기 위해서 1993년 복지인재확보지침에서 경영자는 지속적인 자기연마를 위해서 적극적으로 종사자의 자질향상에 노력할 필요가 있다고 명문화하고 있고, 전국사회복지협의회에서는 이를 기준으로 재택복지서비스종사자의 직장내 연수의 실태에 관한 조사연구위원회를 설치하여 복지의 직장연수추진매뉴얼을 작성한 바 있음.

준비되어 있어야 한다. 이를 위해서는 우선적으로 직원의 업무를 명확하게 기술한 업무매뉴얼을 준비하여야 하고 업무매뉴얼은 노인장기요양보험서비스의 기준을 고려하지 않으면 안될 것이다.

인재를 효과적으로 양성해 가기 위해서는 직원 개개인의 상태를 파악하고 평가한 후에 필요한 연수를 제공하는 것이 필요한데, 이 때 요구되는 것이 평가 체계이다. 즉, 인사고과제도가 필요한데, 이는 일반적으로 상사가 업무수행을 통해서 부하를 평가하는 방법이다. 이 때 평가하는 자의 주관이 개입되어서는 안되고 공평성과 객관성이 있는 기준과 절차를 작성하여야 한다. 이와 같은 인사고과제도가 주목받게 된 배경에는 노인장기요양보험제도 자체가 연령이나 연공서열 또는 인정에 따른 인사관리에서 업무나 역할을 축으로 한 객관적인 인사관리로 전환하게 유도하고 있다는 데에 있다. 이러한 인사고과평가의 결과가 직원의 금전적 처우로 반영되는 경우도 있겠지만, 인사고과제도의 근본적인 목적이 직원의 능력을 평가하여 효과적인 연수로 연계시키는데 있기 때문에 직원의 연수시스템으로 연동시키는 것이 중요하겠다.

라. 보수(임금)관리

보수관리는 현금급여에 관한 관리를 말하는데, 이는 임금비용을 적정하게 유지하면서 직원을 고용하고 근로의욕을 제고시킴과 동시에 사회환경의 변화를 보면서 장기적인 전망에 의한 임금관리를 실시하기 위해서 필요한 경영기번이다. 이러한 임금에는 기본급, 수당, 상여금 등이 있는데, 앞으로는 시설마다 그 유형을 달리 할 것으로 보인다. 다시 말하면, 지금까지는 연공서열방식의 임금 지급과 정기승급제도에 의한 임금인상(호봉제)이 기본이었다고 하겠지만, 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 직능급제도(연봉제)가 확대될 것으로 보이기 때문에 시설에서는 연봉산정방식에 대한 준비를 하여야 할 것이다.

그리고 복리후생은 직원과 그 가족의 복지향상을 목적으로 하는 현금급여 이

외의 보수인데, 이에는 사회보험제도에 의해 법적으로 지급의무화되어 있는 법정복리후생과 시설 또는 법인 독자적인 재량에 의해 지급되는 법정외 복리후생이 있다. 이러한 복리후생은 직원의 생활안정과 근로의욕의 향상을 도모하면서 인재의 확보 및 정착을 유도하는 것이어서 중요하다고 하겠다. 참고로 일본의 복리후생센터에서 제시하고 있는 복리후생의 사업내용을 보면, ①건강 지원, ②자기계발 지원, ③생활 지원(조위금이나 축하금 지불 등), ④여가 지원, ⑤지역 지원(기업체와의 제휴에 의한 서비스 등)이 있다.

2. 노무관리부문

일반적으로 노무관리는 노동법상의 법령준수(compliance)를 관리하면서 경영목적의 실현을 향해 직원을 유효하고 효율적으로 사용하기 위한 제반 시책을 말한다. 과거에는 조치제도하에서 운영되어 왔던 사회복지시설은 행정의 위탁을 기반으로 하여 조치비로 복지서비스를 제공하여 왔기 때문에 일반기업체와 비교해서 근대적인 경영에 크게 뒤떨어져 있었다. 그러나 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 장기요양서비스의 제공방법이 조치제도에서 계약제도로 이행함과 동시에 사회복지시설은 행정에 의존하는 것이 아니라 시장에서의 경쟁 원리 가운데에서 스스로 수지를 관리하여야 한다.

따라서 앞으로는 장기요양시설은 복지시설이라기보다는 하나의 독립적인 기업체로 인식하여 운영하지 않으면 안되기 때문에 노동관계법에 의한 철저한 노무관리가 요구된다.

사회복지시설에서의 노무관리에서 중요하게 고려하여야 하는 것이 직원간의 인간관계이다. 즉, 업무의 대부분이 대인서비스이어서 직원의 근로의욕이 양질 내지는 적절한 서비스제공으로 이어질 수 있기 때문이다. 여기에서 근로의욕은 근로시간이나 임금 등의 근로조건뿐만 아니라 직장에서의 인간관계에 의해서도 영향을 받기 때문에 무시할 수 없을 것이다. 특히 노인요양시설인 경우에는 간

병직원, 간호직원, 사무직원 등 간에 사고방식의 차이로 직원상호간의 협조가 상실될 수 있고, 이것이 이용자에 대한 서비스에 악영향을 줄 수 있다.

가. 고용관계

고용의 형태에는 정규직원 이외에 시간제직원(part-time), 아르바이트, 계약직원, 촉탁직원 등이 있는데, 전술한 바 있듯이 앞으로 시설이 경비집행의 효율화를 통해서 건전한 경영수지를 도모할 필요성이 높아졌기 때문에 고용형태도 다양해질 것으로 보인다.

장기요양시설의 인력배치기준은 어디까지나 법적 최저기준에 해당하는 것이기 때문에 시설에 따라서는 전직종 또는 일부 직종에 한하여 최저기준이상으로 직원을 고용할 것이다. 따라서, 타 시설과의 양질의 서비스를 놓고 경쟁을 하여야 하기 때문에 이제는 직원의 배치를 계획적 실시함으로써 복지서비스의 질을 유지, 향상시키고, 경쟁력을 배양할 필요가 있다. 이 때 조직의 양과 질 측면에서 필요한 인력을 계획적으로 책정하여 운영하는 전문요원계획이 요구된다.

이외에 고려하여야 할 노무관리내용 중에 근로시간제에는 변형근로시간제가 있는데, 이는 일정한 단위기간내에 1주일당 평균적인 소정의 근로시간이 법정 근로시간을 넘지 않는 조건으로 1주일 또는 1일의 법정근로시간을 초과하여 근로시키는 제도를 말한다. 이에는 1개월이내의 변형근로시간제, 1년이내의 변형근로시간제, 1주일간 단위의 변형근로시간제 등이 있는데, 1주일간 단위의 변형근로시간제는 사회복지시설에 적합하지 않은 것으로 보고 있다.

그리고 업무상 부상, 질병, 사망이라는 노동재해를 입은 직원에 대한 보상에 대해 산업재해보상보험제도가 있다. 모든 노인요양시설은 산재보험제도에 가입할 수 있도록 준비하여야 할 것이다.

나. 노사관계

노동조합은 노동자가 주체가 되어 자주적으로 노동조건을 유지개선 및 기타 경제적 지위의 향상을 도모할 목적으로 조직된 단체, 또는 그 연합단체이다. 노동조합이 결성되어 있지 않은 시설의 시설장은 노동조합에 관한 법적 지식을 습득할 필요가 있는데, 대부분의 사회복지시설의 경우 여성근로자가 많고 근속 연수도 비교적 짧기 때문에 노동조합의 결성율이 극히 드문 것이 사실이다. 그렇다고 하더라도 개개의 시설별로 직원상조회와 같은 임의적인 친목단체를 통해서 시설장과 근로조건에 대해서 상의하는 경우도 적지 않은 것으로 보이고 있다.

따라서, 앞으로는 직원들의 노동조건이나 노동재해, 안전위생 등과 관련해서 시설경영자와의 대화가 현재보다는 더 빈번하고 이루어질 것으로 보이기 때문에 시설장과 직원들은 노동관계법의 준수에 대해서 더 많은 관심을 보일 필요가 있고, 시설경영자는 이와 관련한 계획을 세워놓아야 할 것이다.

3. 재무회계관리부문

재무관리는 경영에 필요한 자금을 적시에 적절한 방법으로 조달함으로써 자금비용을 최소화하기 위해서 집행되는 각종 시책을 말한다. 그리고 회계는 경영관리의 기법으로써 본래의 역할은 기업이나 사회복지법인과 같은 사업체를 중심으로 이것을 둘러싸고 있는 이해관계자에 대한 개개의 이해를 조정하는 기능이 있다.

사회복지법인에서는 기업의 회계방식과는 다르게 꼭 필요한 재무제표가 있다고 하겠는데, 이는 대차대조표, 사업활동수지계산서(사업활동계산서), 자금수지계산서(수지계산서)이다. 대차대조표는 기업회계와 동일하게 매년 12월31일 현재의 재정상태를 표시한 것이지만, 순자산의 내용은 기본금, 적립금, 차기이월 활동수지차액으로 구성된다고 하겠다. 사업활동수지계산서(사업활동계산서)는 1

년간의 경영성과를 표시한 것으로 경상수지차액, 특별수지차액, 당기활동수지차액을 표시한 후, 적립금 등의 증감을 가미하여 최종적으로 차기 이월활동수지차액을 표시함으로써 대차대조표와 연동되는 구조로 되어 있다. 그리고 자금수지계산서(수지계산서)는 지불자금의 증가감소를 예산과 대비시켜 표시한 것으로 사회와의 약속인 사업계획에 기초로 한 집행상황을 표시한 것이다. 비영리법인 회계에서 볼 수 있는 특유의 재무제표이고 최종적으로 표시된 당기지불자금 잔고는 대차대조표의 유동자산에서 유동부채를 제외한 지불자금잔고와 연동되는 구조이다.

그리고 사회복지법인시설에서 필요한 부기형태도 변경할 필요가 있다. 부기의 형태에는 단식부기와 복식부기가 있는데, 전자는 인식이나, 측정의 대상이 되는 사항에 대해서 증가감소를 기록함으로써 잔고를 파악하는 방법이고, 후자는 인식이나, 측정의 대상이 되는 모든 거래에 대해서 개개의 거래사상을 원인과 결과로 분석하고 양면적으로 파악하여 이것을 차입(왼쪽)과 대부(오른쪽)로 분해해서 기록하는 방법이다. 이러한 구분을 기준으로 할 때, 사회복지법인시설은 앞으로 복식부기를 채용하여야 하는데, 그 이유는 다음과 같이 설명할 수 있다. 첫째, 복식부기에서는 대차의 합계가 일치함으로써 기록의 정확성이 자동적으로 검증된다. 이에 비해서 단식부기는 현금출납부와 기타 장부간에 유기적인 관계가 없기 때문에 장부뿐만 아니라 현금출납부에 대해서도 기록이나 계산의 실수가 발생하기 쉽고 그것을 발견하는 데에도 많은 시간이 걸린다. 둘째, 단식부기에서는 현금수지의 기록에 중점을 두고 있기 때문에 미수금이나 미지불금된 것에 대한 기록이 방치되면 그 관리가 불충분해지고 기록 자체가 자의적으로 될 가능성이 있다. 셋째, 사회복지법인의 재산 투하자금액을 파악하는 것은 법인이사회뿐만 아니라 행정당국이나 국민들에게도 필요하다고 보여지기 때문에 이것을 정확하게 파악하기 위해서 복식부기가 요구되고 있다.

4. 서비스관리부문

노인요양시설에서의 서비스관리에는 기본적으로 관련법령에 의거하여야 한다. 일반 사회복지시설인 경우에는 사회복지사업법과 관련 법령을 기준으로 하는데, 노인요양시설은 노인복지법과 노인장기요양보험법에 의거하여 서비스를 관리하여야 할 것이다. 특히, 노인장기요양보험법에서는 보험급여에 해당하지 않는 서비스에 대해서는 비용지불이 이루어지지 않기 때문에 서비스요구의 사정(측정) 및 계획수립시에 고려하여야 한다.

그리고 시설에서의 개별서비스계획은 이용자에 대해 적절한 서비스를 제공하기 위한 것이고 이용자의 생활을 구속하는 것이 되어서는 안될 것이다. 이용자 본인의 자기실현을 중심에 두고 때에 따라서 상황에 맞게 임기응변으로 대처해 나가는 것도 요구될 것이다.

서비스계획에 따른 제공의 결과를 시설 자체적으로도 어떠한 형식으로든지 간에 평가를 할 필요가 있다. 이에 는 자체평가와 제3자평가가 있는데, 양자간의 목적과 차이가 있지만, 노인장기요양보험법에서는 보험자(제3자)로 하여금 시설에서 제공된 서비스의 질적 평가를 수행하도록 규정되어 있어서 이에 대한 준비가 필요하다. 다만, 보험자에 의한 시설평가는 보험급여의 부당청구나 과잉청구와 같은 불법적인 청구를 통제하기 위한 수단으로 이루어지는 것이고, 제3자평가의 목적은 복지서비스의 투명화를 도모하고 서비스 질의 향상과 이용자에 대한 정보제공에 있다고 하겠다. 따라서 시설평가결과의 공표에 따라 시설운영의 투명화를 높일 수 있고, 제3자 평가를 받는다는 것 자체가 사회적 신뢰를 향상시키는 것으로 이어질 수 있기 때문에 매우 중요한 것으로 볼 수 있다.

그리고 서비스평가와 관련해서 이용자의 본인이나 가족, 또는 자원봉사자와 같이 제3자개개인에 의해서도 서비스를 평가하는 방법이 있는데, 이를 위해서는 시설이 자체적으로, 또는 정부에 의해 옴부즈맨제도를 도입할 수 있다. 이는 권리옹호제도로 인식될 수 있는데, 원래 시설은 환경적으로나 운영적으로 보더

라도 폐쇄성이 있고, 직원과 이용자와의 관계가 상하관계에 빠질 우려도 있다. 다시 말하면, 복지시설은 이용자에 대한 인권침해가 발생하기 쉬운 요인을 지니고 있기 때문에 이용자의 권리옹호에 신경을 써야 한다.

이외에 서비스관리에서 필요한 것이 서비스의 팀 접근방식(team approach)이고, 지역사회와의 연계적 운영방식이다. 팀 접근방식은 이용자의 욕구가 다방면에 복합적으로 발생하고 있기 때문에 필요하고, 앞으로 요양시설이 종신생활시설이 아닌 입·퇴소가 빈번한 이용시설로 활용될 가능성이 높기 때문에 지역주민과 밀착된 서비스를 제공할 필요가 있다는 것이다. 또한, 노인요양시설에의 입소자의 건강상태를 보면, 지금보다도 더 훨씬 중증일 가능성이 높는데, 이러한 대상자는 병원에 입원할 가능성이 높기 때문에 이로 인한 재정적 손실을 방지하기 위해서는 호스피스케어대책이나 입소자의 병원입원에 따른 비워 있는 요양실을 단기병상⁴⁰⁾으로 활용할 수 있도록 하는 대책이 요구된다.

5. 시설환경관리부문

2007년도 개정 노인복지법에 의하면, 일반노인요양시설은 일정기간 이내에 전문요양시설에 합당한 환경으로 전환하도록 하고 있다. 이는 일반요양시설이나 전문요양시설이 모두 장기요양서비스대상자를 입소보호하고 있기 때문인데, 실제로는 일반요양시설에 입소한 노인의 건강상태가 전문요양시설보다도 양호하여 직원배치기준이나 시설환경 설치기준도 완화되어 있는 실정이다. 그러나 향후에 노인장기요양보험제도가 도입되는 경우에는 치매나 중풍과 같은 질병의 경중에 따라서 시설에 입소하는 것이 아니라 신체적 및 인지적 기능 등을 포함한 보건복지적 욕구를 고려하여 대상자가 결정되기 때문에 요양시설의 유형 구분이 의미가 없어지게 되었다. 결국, 그동안 전문요양시설이 장기요양시설의 기능을 수행하여 왔기 때문에 일반요양시설은 전문요양시설로 전환되어야 하기

40) 여기에서 단기병상은 현재 연간 180일을 이용할 수 있는 병상이 아니라 선진국가에서 이루어지고 있는 1~2주 동안, 또는 1개월 이내를 한도로 이용할 수 있는 병상을 의미함.

때문에 일반요양시설의 환경이 바뀌게 됨에 따라 시설관리대책을 서둘러야 하고, 전문요양시설 또한 이용자 또는 그 가족으로부터의 각종 사고에 따른 손해 배상청구가 빈번해질 가능성이 있기 때문에 사전에 사고발생을 미연에 방지할 수 있는 체제구축이 요구된다. 특히, 위기(risk) 및 안전관리가 중요하게 대두되고 있다.

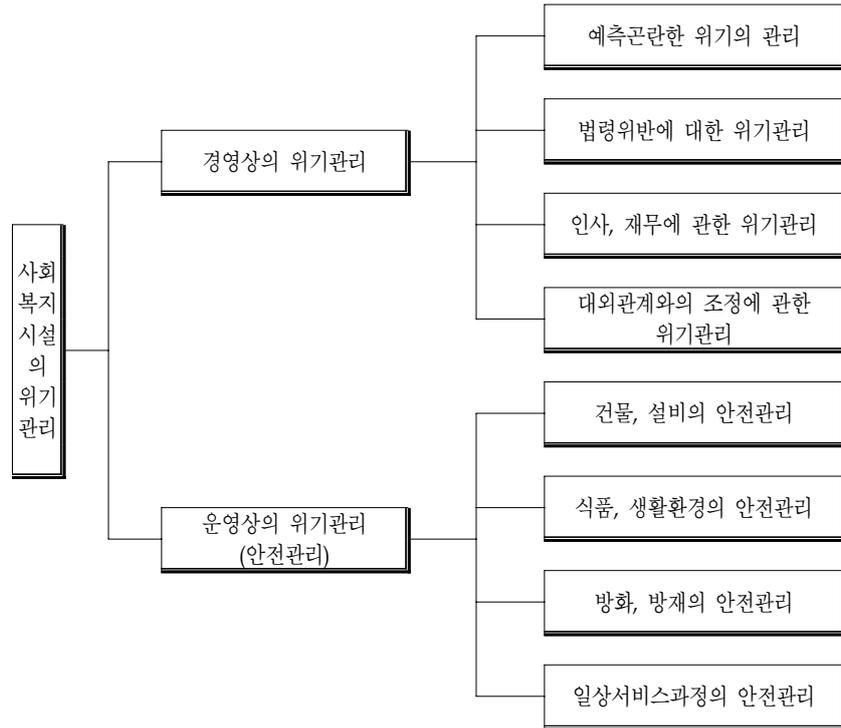
사업경영에서의 위기관리는 일반적으로 예측불가능한 긴급사태로 인한 영향을 최소한으로 억제시키고 신속하게 정상시로 복귀시키기 위한 조직적 활동으로 일컬어지고 있다. 다시 말하면 위기발생의 방지나 회피를 위한 대책뿐만 아니라 피해의 최소화를 위한 대책 및 복구대책, 정상화를 향한 복구비용 확보의 보험 등도 포함된다고 하겠다. 특히, 시설이용자에 대한 서비스제공관련 사고발생의 예방, 회피, 대응 및 복구 등은 경영상 중요한 부분이다.

사회복지시설경영의 위기관리에는 사업수행에 따른 사고, 특히 이용자서비스과정에서의 사고발생예방과 사고발생시의 적절한 대응이라는 경영관리활동이 있다. 전자를 경영상의 위기관리, 후자를 운영상의 위기관리로 구분하고 도식화하면 다음과 같다.

먼저, 경영상의 위기관리에 대해서 요약하면, 예측곤란한 위기는 태풍이나 화재와 같이 천재지변 및 불의의 대형사고에 따른 위기를 말하고, 법령위반의 위기는 시설의 서비스실시에 관한 관련법, 즉 사회복지법을 비롯한 소방, 위생, 환경, 보건, 조세, 건축, 노동 등과 관련한 법령에 대한 위반 위기를 말하는데, 여기에 노인장기요양보험법이 추가되기 때문에 정부나 보험자로부터 불이익을 당하지 않기 위해서는 이에 대한 확실한 법령 준수와 이행계획이 요구된다. 인사재무에 대한 위기는 모든 사업이 사람과 재정에 의해 좌우되기 때문에 양질의 직원을 확보하지 못하고 재무상태가 불안정해 짐에 따라서 발생하는 위기이고, 이용자 및 대외관계와의 조정에 관한 위기는 이용자의 불만처리나 대외환경이라 할 수 있는 이용자의 가족, 시설자원봉사자, 지역사회, 지역내 관계행정기관과의 협력관계에서 제대로 대처하지 못하는 데에서 발생하는 위기이다.

그리고 운영상의 위기관리에 대해서 요약하면, 건물설비의 안전관리는 서비스의 제공상 필요한 안전성과 쾌적성에 중점을 두고 이를 확보하는데 필요한 관리를 말하는데, 이를 위해서는 시설(건물)과 설비관련 각종 법령이나 규칙, 지침을 고려하여야 하고, 안전성 확보를 위한 대책이 요구된다. 식품, 환경의 안전관리는 시설에서의 주요 서비스가 급식, 배설, 목욕, 훈련, 오락 등과 같이 일상적인 것이기 때문에 우선적으로는 서비스환경의 안전성과 쾌적성 확보가 중요하고 그 다음으로 급식조리설비의 위생관리, 수치심을 유발할 수 있는 배설수발에 대한 배려, 욕실에서의 사고방지를 위한 설비, 훈련, 오락을 위한 각종 기기의 안전관리 등이 포함된다. 방화, 방재에 대한 안전관리는 경영상의 위기관리에서도 언급하였듯이 운영상의 관리측면에서는 사후발생에 대한 대응체제나 매뉴얼 구비가 요구된다. 그리고 일상서비스에서의 안전관리는 일상서비스, 즉 기상, 구강위생, 보건관리, 식사, 옷 갈아입기, 배설, 목욕, 외출, 재활훈련 등 일상적으로 이루어지는 서비스현장에서 사고가 발생할 수 있기 때문에 이에 대한 안전관리를 의미한다. 이외에 고려하여야 할 사항으로 감염증예방대책의 수립이 필요하다. 이는 입소자간의 감염증 발생뿐만 아니라 입소자와 종사자간, 또는 외부의 자원봉사자와 입소자간의 감염증발생도 충분히 예견할 수 있기 때문에 사전적인 건강상태를 점검하여야 한다. 특히 자원봉사자의 건강상태를 파악하기 위해서는 건강검진결과내용을 파악하고 있어야 할 것이다.

[도 6-3] 사회복지시설의 위기관리영역과 체계



이 중에서 시설에서는 운영상의 안전관리에 특히 신경을 써야 할 것이다. 그 이유는 시설에서의 사고발생방지 및 발생사고에 대한 대응은 이용계약상의 의무이고 시설의 사회적 평가를 좌우하는 중요한 관리영역이기 때문이다. 따라서 시설설비 등 하드웨어적 측면은 경영적 위기관리대책에 포함되지만, 안전한 서비스제공과 사전적 사고예방 및 재발방지를 위한 매뉴얼 구비, 정기적인 직원 대상의 안전교육 및 훈련, 안전설비에 대한 정기적 점검 등이 요구된다.

6. 정보관리부문

노인요양시설에서 정보관리가 필요한 배경에는 사회환경에 적합한 양질의 서비스를 적극적이고 적절하게 제공하여야 한다는 데 있다. 이를 위해서는 정보의 수집, 관리 및 활용이 적절하고 효율적으로 이루어질 필요가 있겠다. 특히, 시설에서의 정보 중에서 중요한 것이 이용자에 대한 정보와 서비스정보라 할 수 있는데, 이는 이용자 개인기록이나 업무일지와 같이 이용자에 대한 서비스 지원기록을 통해서 확보할 수 있기 때문에 정확하게 작성하고, 직원간 상호 공유할 필요가 있다.

정보의 수집은 시설을 이용할 때 이용신청서를 통해서 보편적으로 이루어질 수 있는데, 이용자의 욕구를 파악할 때 이용신청서만으로는 상당히 부족한 것이 사실이다. 시설에서는 평소에 이용자에 대한 정보를 정확하게 수집하고 있어야 하는데, 그 이유는 장기요양보험제도의 요양인정조사시 고령자가 방문조사원의 질문내용에 잘못 응답하거나 제대로 응답하지 못함으로써 발생하는 불이익을 사전에 방지하기 위해서이다.

정보의 관리에 대해서 기존에는 개인의 기억이나 매개체에서의 기록이 중심적이었는데, 현대에는 IT 기술을 활용한 각종 기기를 이용하는 경향이 높아지고 있음을 볼 수 있다. 이러한 IT 기기를 이용하는 경우에는 단순한 기억·기록 장치에 머무르는 것이 아니라 정보의 공유, 가공이나 처리 등도 가능하기 때문에 효과적이고 효율적인 생활지원을 제공하기 위해서 필요하다고 하겠다.

정보의 활용에서는 이용자 및 지역주민에게의 공개가 중요하다. 특히, 노인요양시설간 경쟁체제가 이루어질 것이기 때문에 시설을 이용하고자 하는 고령자에게 안전하고, 쾌적하고 안정적인 서비스를 제공받을 수 있는 정보를 공개하는 것이 필요한 것이다. 이미 인터넷이 보편화되어 있기 때문에 시설의 기관지나 인쇄물에 의한 정보 제공량의 한계를 극복할 수 있다는 점에서 인터넷을 통한 정보공개는 이용자의 입장에서는 매우 편리할 것으로 판단된다.

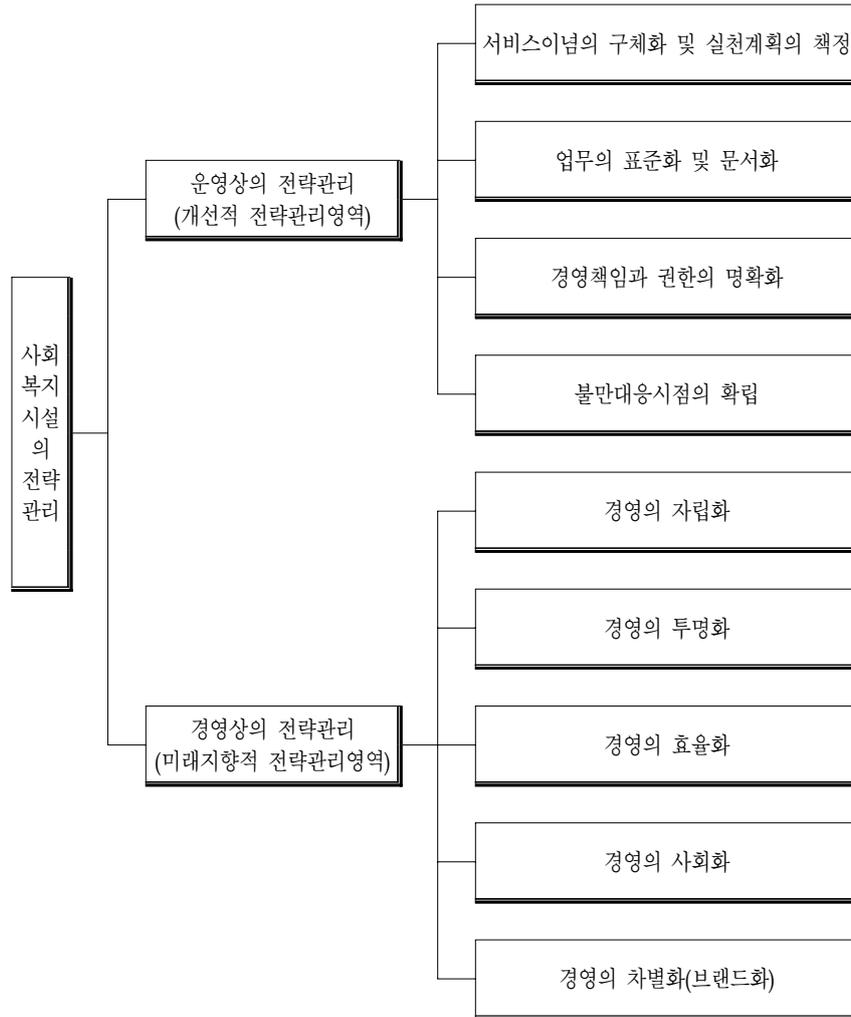
7. 전략계획관리부문

경영학에서 말하는 경영전략관리의 의미는 기업체가 현 시점에서 놓여 있는 환경상황을 분석하고, 주변환경에 대응하여 관련업계나 동종의 타 기업체간 경쟁관계 속에서 어떻게 생존, 발전하고, 자신의 사회적 지위 확보와 사회적 평가를 어떻게 확보하는가에 대해서 극복하여야 할 표적을 설정하고, 그것을 공략하기 위한 계획의 책정, 실시, 평가 등을 통해서 계획에 피드백시키면서 계획을 수정하기도 하고 표적 공략작전의 선택을 통해서 소기의 목적을 달성하기 위한 경영기법이라는 데에서 찾아볼 수 있다. 다시 말하면, 사업체를 둘러싸고 있는 환경의 변화에 대해서 사업체가 그것에 적합하게 대응하기 위해서 채택되는 경영관리기법 중에 하나라고 말할 수 있다.

이러한 환경의 변화는 사회복지시설, 특히 노인요양시설부문에서도 발생하고 있다는 것이다. 즉 노인장기요양보험제도가 도입되는 것이 하나의 큰 변화이기도 하지만, 그 이외에 사회복지의 보편화 및 일반화, 이용자의 권리의식의 제고, 복지서비스의 다양화 및 전문화에 대한 열망 등등도 최근 21세기에 들어와 나타나고 있는 환경의 변화이다.

이를 위해서는 필요한 전략계획관리의 내용은 다음 그림과 같이 정리할 수 있다. 특히, 노인요양시설은 경영의 자립화, 투명화, 효율화, 사회화 및 차별화를 위해서 부단한 노력을 하여야 할 것이다.

[도 6-4] 사회복지시설의 전략관리영역과 체계



제7장 결론

본 연구는 2008년도 하반기에 도입될 예정으로 있는 노인장기요양보험제도가 노인요양시설에 줄 수 있는 영향을 예측해 보고 이에 준비할 수 있는 대책을 마련하여 제공해 준다는 차원에서 진행되었다. 그 이유는 노인요양시설의 대부분을 차지하고 있는 사회복지법의 무료(전문)요양시설이 그동안 정부지원금의 안정적인 지원아래 운영되고 있었지만, 앞으로는 정부로부터의 운영자금을 지원받는 것이 아니라 보험자로부터 실적에 따라서 운영자금을 지불받게 되는 체제로 바뀌게 되기 때문이다. 그 이외에도 정부에서는 노인장기요양보험제도의 도입을 계기로 노인복지법도 개정하기에 이르렀는데, 그 주요 내용을 보면 일반노인요양시설의 폐지, 무료·실비·유료시설의 명칭 폐지, 소규모 노인요양시설(노인요양공동생활가정)의 신설, 시설인력배치기준의 변경 등이다. 이러한 법적 기준의 변화는 이용자의 측면에서는 시설이용을 편리하고 용이하게 해줄 수가 하겠지만, 공급자(시설장)의 측면에서 볼 때는 시설운영의 불안정성을 초래하게 할 가능성이 있다.

이러한 시설외부의 법·제도적 환경의 변화를 고려하고, 한편으로는 지금까지 실시하여온 시설내부의 운영환경도 감안하면서 시설이 추구하여야 할 경영전략 및 내용을 정리해 보고자 하였다. 이 때 경영학에서나 현재 일반기업체나 비영리단체에서 점차적으로 도입하고 있는 경영기법을 소개하여 현재의 노인요양시설의 경쟁실천수준을 분석해 보았고, 여기에 우리나라보다 경험이 앞선 일본의 사례를 아울러 소개하였다.

이상과 같은 환경변화에도 불구하고 현재의 사회복지법인시설은 영리를 추구하는 시설이 아니고 국가의 사회복지시설서비스의 기능을 위탁받아 수행하고 있는 공공시설이기 때문에 비록 노인장기요양보험제도가 도입된다고 하더라도 국민기초생활보장제도의 수급권노인을 우선적인 입소대상자로 운영될 것이다. 이는 입소대상자의 확보라는 차원에서는 안정적인 수는 있겠지만, 입소자의 건

강상태가 지금보다는 더 중증일 가능성이 높기 때문에 지금과는 다른 운영방식이 필요할 것이다. 다시 말하면 입소대상자의 확보를 제외한 나머지의 환경변화는 사회복지법인시설에도 동일하게 발생할 것이기 때문에 시설의 경영전략수립은 타 영리시설과 동일하게 필요할 것이다. 이러한 예상은 일본이 개호보험제도를 도입한 이후에도 사회복지법인의 시설(특별양호노인홈)에서 경험하고 있는 내용을 고려해 보면 이해할 수 있을 것이다.

이제 정부의 계획대로 노인장기요양보험제도가 도입된다면, 시설에서 준비할 수 있는 기간이 약 6개월 정도 남아 있다. 이 기간동안에 시설이 본문에서 제기한 전략을 모두 수립하기에는 역부족일 수가 있겠지만, 각 시설의 사정을 감안하면서 부족한 부분을 찾아내서 서둘러 그 대책을 수립해 두어야 할 것이다.

참고문헌

- 김희경, 성은숙, BSC: 실천매뉴얼, (주)시스마인사이트컴, 2002.
- 나영, 정형철, 박인선, ABC/ABM의 이론과 활용, 두남, 2002.
- 박무현, “전략적 성과측정 시스템 - BSC의 관리적 이용,” 계명대학교 산업경영 연구소 경영경제 제31편 1호, 1998.
- 선우덕, “노인수발보험제도 도입에 따른 노인복지시설 경영의 쟁점과 대책”, 계간 사회복지, 여름 통권 제169호, 한국사회복지협의회, 2006.
- 선우덕, “노인장기요양보험 시범사업의 평가와 과제”, 2007년도 전국노인복지시설관리자 연수회, 사단법인 한국노인복지시설협회 세미나발표문, 2007a.4.18~19.
- 선우덕, “노인장기요양보험제도 실시에 따른 사회복지서비스현장의 대응방안”, 2007 서울복지포럼, 서울특별시사회복지협의회 세미나발표문, 2007b.6.
- 선우덕, “노인장기요양보험법 시행과 재가노인복지시설의 역할”, 2007년도 경남 재가노인복지시설협회 세미나 발표문, 2007c.9.14~15.
- 이견직, “병원산업에서 시장지향성이 성과에 미치는 영향과 규모와의 관계,” 보건행정학회지 16(4), 2006, pp. 1~23.
- 이정주, “BSC 성과관리 모델의 사회복지조직 적용 가능성 고찰: K기관의 적용 사례를 중심으로”, 한국사회복지행정학 9(1), 2007, pp. 1~27.
- 이학식, 김영, 이용기, "시장지향성과 성과: 사원만족, 고객만족, 기업이미지의 매개적 역할," 한국경영학회, 경영학 연구 27(1), 1998: 157-184.
- 정보화사업평가위원회, 중점평가대상사업 - '99 정보화사업평가보고서, 1999. 9.
- 정영호, 박하영, 권순만, 이견직, 고숙자, “보건의료시장의 특성과 문제점 및 제

- 도 개선방향”, 한국보건사회연구원, 2004.
- 정영철, 송현중, 이견직, “보건의료부문 정보화사업 전략적 평가모형 개발”, 한국보건사회연구원, 2005.
- 조재희, 박성진, OLAP 테크놀로지, (주)시그마인사이트컴, 2003.
- 한국노인복지시설협회, 2007년도 전국노인복지시설 관리자 연수회 자료, 2007.4.
- 阿部崇, 利用者と共有できる介護報酬ナビ2006年4月版, じほう, 2006.
- 伊藤周平, 高齢者福祉サービスの政策動向と構造変化, 525(1), 2002.
- 岐阜縣産業經濟振興センター, 介護サービス事業の育成・振興方策に係る調査研究報告書, 2001.
- 金貞任, 介護保險制度改正, 金貞任·山本豊(공저), 少子化時代の福祉と教育, 圭文社, 2006, pp. 41-82.
- 駒村康平, 擬似市場論—社會福祉基礎構造改革と介護保險に与える影響—, 澁谷博使(編), 福祉の市場化にみる眼—資本主義メカニズムとの整合性, ミネルヴァ書房, 2004, pp. 213-236.
- 第2回介護施設等の在り方に關する委員會, わが國における高齢者の住まい等の状況について, 2006.
- 小林良二, 第2章前後社會福祉の政策展開と展望 組織論の立場から, 三浦文夫·高橋紘士(編), 戦後社會福祉の總括と二十一世紀への展望Ⅲ 政策と制度, ドメス出版, 2002, pp. 43-63.
- 厚生統計協會, 厚生の指標, 國民福祉の指標, 1991, 1997.
- 厚生省老人保健福祉局長, 特別養護老人ホームにおける繰返金等の取扱い等について, 2003.
- 厚生労働省老健局, 平成17年度(2005年) 介護事業經營實態調査結果, 2005.
- 厚生労働省情報統計部, 介護給付費實態調査, 2006.
- 内閣府國民生活局物価政策課, 介護サービス市場の一層の効率化のために, 介護サービス価額に關する研究會報告書, 2002.

- 川村匡由, 介護保険総点検, ミネルヴァ書房, 1998.
- 永田俊一・佐竹秀典・鈴木亘, 介護保険制度と介護市場の分析, Working Paper Series, 日本銀行調査統計局, 2000.
- 小田恭・川邊康史・蜂谷由利子・平山耕吏・横山和子, 介護市場における供給者誘発需要仮説の検証, 大阪大学山内直人研究会, 政策フォーラム発表論文, 2005.
- 小笠原祐次, 老人ホームの体系と機能, 三浦文夫・小笠原祐次(選), 老人ホームの体系と機能, 全国社会福祉協議会, 1981, pp. 23~71.
- 百瀬孝, 日本福祉制度史: 古代から現代まで, ミネルヴァ書房, 1997.
- 帝國データバンク(株), 特別企画: 老人福祉の倒産・決算動向調査, 2007, pp. 1~6.
- 辻村禎彰, 介護保険導入による特養ホームへの影響, 日本福祉大学社会福祉学会, 眞の介護保険制度の目指して, 1998, pp. 57~80.
- 全国社会福祉協議会, こう変わる介護保険, 2005.
- 讀賣新聞, 2006. 1.11일자
- 小笠原浩一, 社会福祉法人の改革と施設運営の課題~存在理由と公的責任を問う, 鐵道弘濟會, 社会福祉研究, 第85号, 平成14年10月.
- Bhuian, S. and A. Abdul-Gader, "Market Orientation in the Hospital Industry", *Marketing Health Services* 17(4) 1997: 36-45.
- Bram Meyerson, "Using a Balanced Scorecard Framework to Leverage the Value Delivered by IS," *Information Technology Evaluation Methods and Management*, IDEA Group Publishing, Hershey PA, 2001.
- Counte, M.A., G.L. Glandon, D.M. Oleske and J.P. Hill, "Improving Hospital Performance: Issues in Assessing the Impact of TQM Activities", *Hospital and Health Services Administration* 40(1), 1995: 80-94.
- Dana T. Edberg, "Creating a Balanced is Measurement Program," *Information Systems Management*, Spring 1997.

- GAO, *Executive Guide: Measuring Performance and Demonstrating Results of Information Technology Investments*, GAO/AIMD-98-89, 1998.
- Greenley, G.E., "Market Orientation and Company Performance: Empirical Evidence from UK Companies", *British Journal of Management* 6(1), 1995: 1 -23.
- Jaworski, B. and J. Jaworski, "Market Orientation: The Construct, Research Propositions, and Management Implications", *Journal of Marketing* 54(April), 1990: 1-18.
- Jon Meliones, 병원 경영에도 효과적인 균형성과표, 서강 *Harvard Business*, 2001. 3-4
- Kohli, A., K. Bernard, J. Jaworski, and A. Kumar, "MARKR: A Measure of Market Orientation", *Journal of Marketing Research* 30, 1993: 467-477.
- Koska, M.T., "High-Quality Care and Hospitals," 64(March 5), pp.62-63. Kotler, P.(1988), *Marketing Management: Analysis, Planning, Implementation, and Control*, 6th ed. 8th ed. Prentice-Hall, Inc, 1990.
- Kotler, P. and R.N. Clarke, *Marketing for Health Care Organizations*, Prentice-Hall, NJ, 1987.
- Lee, K.J., "A Practical Method of Predicting Client Revisit Intention in a Hospital Setting", *Health Care Management Review* 30(2): 157~167, 2005.
- Nancy Eickelmann, "A Comparative Analysis of the Balanced Scorecard as Applied in Government and Industry Organizations," *Information Technology Evaluation Methods and Management*, IDEA Group Publishing, Hershey PA, 2001.
- Nancy Eickelmann, "Integrating the Balanced Scorecard and Software Measurement Frameworks," *Information Technology Evaluation Methods*

- and Management*, IDEA Group Publishing, Hershey PA, 2001.
- Narver, J.C. and S.F. Slater, "The Effect of a Market Orientation on Business Profitability", *Journal of Marketing* 54, 1990: 20-35.
- Nils-Göran Olve, Jan Roy, Magnus Wetter(갈렙앤컴퍼니 번역), BSC구축 & 실행 사례, 한언, 2000
- Nils-Göran Olve, Jan Roy, Magnus Wetter, *Performance Drivers - A Practical Guide to Using the Balanced Scorecard*, England, John Wiley & Sons Ltd, 1999.
- Nunnally, J.C., *Psychometric Theory*, 2nd ed., McGraw-Hill, NY, 1978.
- Park, C.W. and G. Zaltman, *Marketing Management*, Chicago, IL: Dryden Press, 1987.
- Paul Arveson, *Translating Performance Metrics from the Private to the Public Sector*, 1999,
<http://www.balancedscorecard.org/metrics/translating.html>.
- Paul R. Niven(삼일회계법인 옮김), BSC: Step by Step, (주)시그마인사이트컴, 2003.
- Peter Verleun, Egon Berghout and Maarten looijen, Roel van Rijnbach, "Management of Large Balanced Scorecard Implementation: The Case of a Major Insurance Company," *Information Technology Evaluation Methods and Management*, IDEA Group Publishing, Hershey PA, 2001.
- Raju, P., S. Lonial and Y. Gupta, "Market Orientation and Performance in the Hospital Industry", *Journal of Health Care Marketing* 15(4), 1995: 34-41.
- Raju, P., S. Lonial, Y. Gupta and C. Ziegler, "The Relationship between Market Orientation and Performance in the Hospital Industry: A Structural Equation Modeling Approach", *Health Care Management Science* 3(3), 2000: 237-247.

- Robert S. Kaplan, David P. Norton, "The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance," *Harvard Business Review on Measuring Corporate Performance*, Boston, Harvard Business School Press, 1998.(Originally published on Harvard Business Review in January-February 1992)
- Robert S. Kaplan, David P. Norton, "Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System" *Harvard Business Review on Measuring Corporate Performance*, Boston, Harvard Business School Press, 1998.(Originally published on Harvard Business Review in January-February 1996)
- Robert S. Kaplan, David P. Norton, *Translating Strategy into Action - The Balanced Scorecard*, Boston, Harvard Business School Press, 1996.
- Robert S. Kaplan, P. Norton(갈렙앤컴퍼니 번역 감수), 가치실현을 위한 통합 경영지표 BSC, 한언, 1998
- Shapiro, B.P., "What the Hell is 'Market Oriented'?", *Harvard Business Review* 66, 1988: 119-125.
- Slater, S.F. and J.C. Narver, "Does Competitive Environment Moderate the Market Orientation-Performance Relationship?", *Journal of Marketing* 58, 1994: 46-55.
- Slater, S.F. and J.C. Narver, "Market Orientation and the Learning Orientation", *Journal of Marketing* 59, 1995: 63-74.
- Tsai, Y., "Research on the Relationship between Market Orientation and Service Quality: An Empirical Assesment of the Medical Industry in Central Taiwan", *Journal of American Academy of Business* 3, 2003: 381-385.
- Vazquez, R., L.I. Alvarez and M.L. Santos, "Market Orientation and Social Services in Private Non-profit Organisations", *European Journal of Marketing* 36(9/10): 1022-1046, 2002.

- White, K., "Hospital Marketing Orientation and Managed Care Processes: Are They Coordinated?", *Journal of Healthcare Management* 46(5), 2001: 327-336.
- Wim Van Grembergen, "Measuring and Improving Corporate Information Technology through the Balanced Scorecard Technique," *Proceedings of the Fourth European Conference on the Evaluation on Information Technology*, Delft, October, 1997.
- Wim Van Grembergen, Ronald Saull, "Information Technology Governance through the Balanced Scorecard," *Information Technology Evaluation Methods and Management*, IDEA Group Publishing, Hershey PA, 2001.

부 록

노인장기요양보험 도입에 따른 노인요양시설의 경영대책 수립을 위한 설문조사

인사의 말씀

우리나라도 독일이나 일본과 같이 내년도 7월부터 노인장기요양보험제도가 도입될 예정입니다. 이 제도는 아시는 바와 같이 일상생활기능의 장애로 타인의 도움을 필요로 하는 노인에게 간병수발 및 기타 가사행위를 지원하기 위한 것인데, 이 제도의 도입으로 인하여 복지시설의 운영에 적지 않은 영향을 줄 것으로 보입니다.

특히, 노인(전문)요양시설의 경우에는 노인복지법에 의해 규정된 의료복지시설에 해당하지만, 장기요양보험법에 의해서도 규정된 장기요양시설이기도 하기 때문에 장기요양급여 수급자로 인정된 자를 입소시킨 때에는 그에 필요한 제반 비용을 국가 및 지방자치단체가 아닌 노인장기요양보험의 보험자(현행 국민건강보험공단의 노인장기요양보험 담당부서)로부터 지불받게 됩니다.

이러한 변화로 인하여 각 시설에서는 정부로부터 운영비를 지원받아 별로 어려움 없이 시설을 운영하는 방식에서 벗어나 노인의 건강상태에 따라서 입소비용을 차등 지불받는 방식으로 변하는 등, 제도적 환경변화에 따라서 시설의 운영방침을 바꾸지 않으면 안 되는 기업경영식 운영을 요구할 것으로 생각합니다.

이와 같은 사회제도적 변화에 현재의 노인(전문)요양시설이 어떠한 환경에 처해 있고, 향후 시설운영을 개선해 나가기 위해서 어떠한 생각이나 방침을 가지고 있는가를 살펴보고, 이를 바탕으로 하여 향후 추구하여야 하는 노인(전문)요양시설의 운영개선, 더 나아가 기업경영적 체계의 구축에 필요한 대책을 강구하기 위해 설문조사를 수행하고자 하오니, 바쁘시더라도 응답하여 주시면 대단히 감사하겠습니다.

본 설문조사의 결과는 어디까지나 보고서를 작성하는데 활용할 것이며, 한국노인복지시설협회 등 노인복지시설관계단체에 정책개발 기초자료로도 제공하고자 합니다.

감사합니다.

2007. 9

한국보건사회연구원
김용문 원장

장기요양정책팀
한국보건사회연구원

I. 인사조직관리부문

1. 귀하의 시설은 현재 **간병관련 종사자**를 어떤 방식으로 채용하고 있습니까?

- ① 대체적으로 신문광고, 인터넷 등을 통한 공개모집을 중심으로 한다.
 ② 대체적으로 타인으로부터의 개별소개 등, 비공개모집을 중심으로 한다.
 ③ 대체적으로 외부의 인력파견회사 등으로부터 계약을 통해서 주로 채용한다.
 ④ 대체적으로 간병교육관련기관으로부터의 고용의뢰를 중심으로 한다
 ⑤ 기타 (* 자세하게 기입함:_____)

1-1. 그렇다면, 앞으로 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 어떤 방식으로 채용할 예정입니까?

- ① 신문광고, 인터넷 등을 통한 공개모집을 중심으로 하겠다.
 ② 비공개모집을 중심으로 하겠다.
 ③ 외부의 인력파견회사 등으로부터의 소개를 중심으로 하겠다.
 ④ 간병교육관련기관으로부터의 고용의뢰를 중심으로 하겠다
 ⑤ 기타 (* 자세하게 기입함:_____)

2. 귀하의 시설에서는 현재 직원(종사자)을 채용할 때 대체적으로 어떤 측면을 중요시하고 있습니까? (* 가장 중요하게 생각하는 것 하나만 선택하여 주시기 바랍니다)

- ① 성실성 (적극성 및 책임정신 포함)
 ② 전문성 (전문지식 포함)
 ③ 생산성 (업무능력, 건강수준 및 체력 포함)
 ④ 인간관계성 (봉사정신, 협조정신 포함)
 ⑤ 학력
 ⑥ 경력(경험)
 ⑦ 연고관계
 ⑧ 기타 (* 자세하게 기입함:_____)

2-1. 그렇다면, 앞으로 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 어떤 측면을 중요시할 생각입니까? (*가장 중요하게 생각하는 것 하나만 선택하여 주시기 바랍니다)

- ① 성실성 (적극성 및 책임정신 포함)
 ② 전문성 (전문지식 포함)
 ③ 생산성 (업무능력, 건강수준 및 체력 포함)
 ④ 인간관계성 (봉사정신, 협조정신 포함)
 ⑤ 학력
 ⑥ 경력(경험)
 ⑦ 연고관계
 ⑧ 기타 (* 자세하게 기입함:_____)

3. 귀하의 시설에서는 현재 **노인복지법 또는 국고보조금지원 기준에 따라** 직원(종사자)을 어떻게 배치하고 있습니까? (**※ 전일제 직원은 정규직, 비정규직, 파견고용직 등의 신분을 불문함**)
- ① 모든 직종을 기준에 따라 전일제 직원으로 배치하고 있다
- ② 일부 직종에 한하여 시간제 직원으로만 배치하고 있다
- ③ 일부 직종에 한하여 전일제나 시간제 직원을 전혀 배치하지 않고, 결직으로 해결하고 있다
- ④ 기타 (**※** 자세하게 기입함: _____)
4. 노인복지법 시행령·시행규칙 개정안이나 노인장기요양보험법 시행령·시행규칙 신설안에 의하면, 조리원 등 일부 서비스간접인력에 한하여 시설의 사정에 따라서 배치하지 않아도 되는 것으로 논의되고 있습니다. 이러한 점을 고려할 때, 향후에 직원을 어떻게 배치할 생각입니까?
- ① 법에서 배치하지 않아도 되는 직종도 포함하여 모든 직종의 직원을 배치하겠다
- ② 법에서 배치하지 않아도 되는 직종을 제외하고, 필요한 직종의 직원만을 배치하겠다
- ③ 잘 모르겠다
5. 귀하의 시설에서는 직무의 효율화를 위해서 직원의 업무배치도나 업무의 순환방식, 또는 직원승진에 시설의 독자적인 방법을 개발하여 실시하고 있습니까?
- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다
6. 귀하의 시설에서는 직원들에 대한 **연수교육** 등을 실시하고 있다고 생각하십니까?
- ① 그렇다 (⇒ 6-1, 6-2로)
- ② 그렇지 않다 (⇒ 6-2로)
- ③ 잘 모르겠다 (⇒ 6-2로)
- 6-1. 직원들에 대한 **연수교육**을 위해서 어떠한 방법을 실시하고 있습니까?
(**※ 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다**)
- ① OJT (시설내 직무를 통한 연수나 슈퍼비전 등을 통한 교육훈련)
- ② OFF-JT (직무를 떠난 외부에서의 집단연수나 파견연수 등을 통한 교육훈련)
- ③ SDS (시설에서 자기계발을 지원하거나 개별적인 외부 연수 등에 대한 지원)
- ④ 기타 (**※** 자세하게 기입함: _____)
- 6-2. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **직원들에 대한 연수교육**을 어떻게 하실 생각입니까?

- ① 지금보다 더 강화하겠다
- ② 지금과 같은 수준에서 실시하겠다
- ③ 지금보다는 줄여서 실시하겠다
- ④ 잘 모르겠다

7. 귀하의 시설에서는 인사고과제도 등과 같이 직원들에 대한 **독자적인 업무평가체계를** 개발하여 실시하고 있습니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다

8. 귀하의 시설에서는 현재 **정규직 직원들에** 대한 임금을 어떠한 방식으로 급여하고 있습니까?

- ① 호봉제방식
- ② 연봉제방식
- ③ 호봉제와 연봉제의 혼합방식

8-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **정규직 직원들에** 대한 임금을 어떠한 방식으로 급여하여야 한다고 생각하십니까?

- ① 호봉제
- ② 연봉제
- ③ 호봉제 중심의 호봉·연봉제의 혼합방식
- ④ 연봉제 중심의 호봉·연봉제의 혼합방식

9. 귀하의 시설에서는 **직원들의 복리후생**을 위한 제도가 있습니까? 만약 있다면, 시설에서 정하고 있는 내용을 모두 적어 주시기 바랍니다.

- ① 없다
- ② 있다 (⇒ 9-1로) (※ 자세하게 기입함: _____)

9-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **직원들의 복리후생제도를** 어떻게 운영할 생각입니까?

- ① 현재보다는 강화하여 운영하겠다
- ② 현재와 같은 수준에서 운영하겠다
- ③ 현재보다는 줄여서 운영하겠다.
- ④ 가급적이면 제도를 폐지하는 방향으로 하겠다

10. 귀하의 시설에서는 직원들이 업무를 수행하면서 느끼는 **스트레스나 갈등(직원들간의 인간관계 갈등도 포함)** 등을 해소시켜줄 수 있는 방안을 마련해 놓고 있습니까?

- ① 그렇다 (⇒ 10-1로)

② 그렇지 않다

10-1. 만약에, 업무스트레스나 직원간 갈등 등의 해소방안을 마련해 놓고 있다면, 주로 어떤 방법을 택하고 있습니까? (* 해당하는 것을 하나만 선택해 주시기 바랍니다)

- ① 특별휴가
- ② 상급직원의 개별상담
- ③ 시설내 전문상담자와의 상담
- ④ 시설밖의 의료기관 등 전문상담기관에의 상담의뢰
- ⑤ 기타 (* 자세히 기재 기입함: _____)

11. 귀하의 시설에서는 직원들의 근로시간 등 **직무조건(근로조건)**에 대해서 어떻게 생각하십니까?

- ① 좋은 편이다.
- ② 보통이다.
- ③ 좋지 못한 편이다

11-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 직원들의 근로시간 등 **직무조건(근로조건)**이 어떻게 될 것으로 생각하십니까?

- ① 더 좋아질 것이다.
- ② 거의 변함이 없을 것이다
- ③ 더 나빠질 것이다
- ④ 잘 모르겠다

12. 귀하의 시설에서는 현재 **시설장과 직원들과의 관계**가 대체적으로 어떻다고 생각하십니까?

- ① 원만한 편이다
- ② 보통이다.
- ③ 원만하지 못한 편이다

12-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **시설장과 직원들과의 관계**가 어떻게 될 것으로 생각하십니까?

- ① 더 원만해 질 것으로 보인다
- ② 거의 변함이 없을 것이다
- ③ 더 원만하지 못할 것으로 보인다
- ④ 잘 모르겠다

13. 귀하의 시설에서는 직원들이 업무 중 발생하는 **근로재해**에 대해 주로 어떻게 대처하고 있습니까?

- ① 주로 산재보험(산업재해보상보험)에서 해결하고 있다
- ② 주로 시설에서 자체적으로 해결하고 있다
- ③ 거의 시설에서 대처하지 못하고 있다

13-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **직원들의 근로재해에 대해 주로** 어떻게 대처할 생각입니까?

- ① 주로 산재보험(산업재해보상보험)에서 해결할 것이다
 ② 주로 시설에서 자체적으로 해결할 것이다
 ③ 주로 당사자 본인이 해결하도록 유도하겠다
 ④ 잘 모르겠다

II. 재무회계관리부문

14. 귀하의 시설에서 현재 사용하고 있는 **재무회계의 기록방식**은 무엇입니까?

- ① 단식부기
 ② 복식부기
 ③ 잘 모르겠다

15. 귀하의 시설에서 현재 작성하고 있는 **재무회계의 보고자료**로 무엇을 활용하고 있습니까? (*** 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 대차대조표 (일정시점에서의 재정상태를 표시한 것)
 ② 사업활동수지계산표 (1년간의 경영성과를 표시한 것)
 ③ 자금수지계산서 (지출자금의 증감을 예산과 대비하여 표시하고 사업계획에 예산집행상황을 나타낸 것)
 ④ 위에 해당하는 것이 없음
 ⑤ 기타 (*** 자세하게 기입함:**_____)

16. 귀하의 시설은 현재 **후원(금)품**을 현금으로 계상할 경우, 총수입에서 어느 정도 차지하고 있습니까? (*** 2006년말 기준으로 산정해 주시기 바랍니다**)

- ① 0% ② 2.5%미만 ③ 2.5 ~ 5%미만
 ④ 5 ~ 7.5%미만 ⑤ 7.5 ~ 10%미만 ⑥ 10 ~ 15%미만
 ⑦ 15 ~ 20%미만 ⑧ 20%이상

16-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **후원(금)품의 비중**이 어떻게 될 것으로 생각합니까?

- ① 지금보다 더 높아질 것으로 보인다
 ② 거의 변함이 없을 것으로 보인다
 ③ 지금보다는 낮아질 것으로 보인다
 ④ 잘 모르겠다

17. 귀하의 시설은 노인장기요양 **보험수가의 규모**가 어느 정도로 책정될 것으로 생각합니까?

- ① 보험수가만으로도 시설을 운영할 수 있을 정도로 책정될 것으로 생각한다
- ② 보험수가만으로도 시설을 운영할 수 있을 정도로 책정될 것으로 생각하지 않는다
- ③ 잘 모르겠다

18. 귀하의 시설은 향후 노인장기요양보험제도의 도입에 대비하여 **시설의 운영자금**을 안정적으로 확보 또는 조달하기 위한 **특별한 대책**을 세워 놓고 있습니까?

- ① 별로 필요성을 느끼지 못하여 세워놓고 있지 않다
- ② 필요성은 생각하고 있지만, 아직까지는 세워놓고 있지 않다
- ③ 필요성이 있을 것으로 생각하여 현재 준비하고 있는 중이다. (➡ 18-1로)
- ④ 필요성이 있을 것으로 생각하여 이미 구체적으로 준비해 놓고 있다. (➡ 18-1로)

18-1. 시설의 운영자금을 확보하거나 확보할 생각으로 대책을 세워 놓고 있다면, **몇 일**분으로 생각하고 있습니까?

- ① 15일분
- ② 30일분
- ③ 45일분
- ④ 60일분이상

III. 서비스관리부문

19. 귀하의 시설은 현재 입소자에 대한 **케어플랜(care plan)**을 어떤 방식으로 작성하고, 서비스를 제공하고 있습니까?

- ① 모든 입소자에 대해 작성하고, 서비스도 개별적으로 제공하고 있다.
- ② 모든 입소자에 대해 작성하고 있지만, 서비스는 집단적으로 제공하고 있다.
- ③ 모든 입소자에 대해 작성하고 있지만, 서비스는 개별적 및 집단적으로 혼합·제공하고 있다.
- ④ 특정 입소자에 대해서만 작성하고 있고, 서비스도 개별적으로 제공하고 있다.
- ⑤ 특정 입소자에 대해서만 작성하고 있고, 서비스는 집단적으로 제공하고 있다.
- ⑥ 특정 입소자에 대해서만 작성하고 있고, 개별적 및 집단적으로 혼합·제공하고 있다.
- ⑦ 케어플랜의 작성을 실시하고 못하고 있다

19-1. 현재 입소자의 케어플랜을 작성할 때, **외부의 지역사회자원을 활용**하여 제공할 수 있는 서비스까지 고려하고 있습니까?

- ① 그렇다 (➡ 19-2로)
- ② 생각을 하고 있지만, 아직까지는 시설여건상 그렇지 않다.
- ③ 거의 고려하고 있지 않다

19-2. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 지역사회자원의 활용에 의한 서비

스를 어떻게 제공할 생각입니까?

- ① 현재보다는 더 활성화시킬 것이다
- ② 현재의 수준에 머무르게 할 것이다
- ③ 현재보다는 축소시킬 것이다
- ④ 잘 모르겠다

20. 귀하의 시설은 현재 입소자에게 서비스를 제공할 때 타 직원과 연계하고 있습니까?

(※ team approach 방식을 택하고 있는지를 묻고자 하는 것임)

- ① 모든 입소자에 대해 타직원과의 연계하에 (팀 접근방식으로) 서비스를 제공하고 있다.
- ② 특정 입소자에 대해서만 타직원과의 연계하에 (팀 접근방식으로) 서비스를 제공하고 있다.
- ③ 모든 입소자에 대해 개별 접근방식으로 서비스를 제공하고 있다.

21. 귀하의 시설은 현재 호스피스 케어를 제공하고 있습니까?

- ① 완전하게 제공하고 있다
- ② 시설여건상 부분적으로만 제공하고 있다
- ③ 거의 제공하지 않고 병의원 등 외부기관에 의뢰하고 있다

21-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 시설에서의 호스피스 케어를 어떻게 생각합니까?

- ① 모든 시설에서 제공체계를 갖추어야 할 것이다
- ② 현재의 같이 시설환경이 좋은 시설에서만 제공체계를 갖추면 될 것이다
- ③ 시설 모두 제공체계를 갖추 필요없을 것이다
- ④ 잘 모르겠다

22. 귀하의 시설은 현재 입소자의 병원입원율이 평균적으로 어느 정도입니까?

- ① 정원의 3%미만
- ② 정원의 3~5%미만
- ③ 정원의 5~7%미만
- ④ 정원의 7~10%미만
- ⑤ 정원의 10%이상

22-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 병원 입원율이 어떻게 될 것으로 생각합니까?

- ① 현재보다는 더 빈번해 질 것으로 보인다
- ② 현재의 같은 수준일 것이다
- ③ 현재보다는 더 적어질 것이다
- ④ 잘 모르겠다

23. 귀하의 시설은 현재 제3자(외부기관)에 의한 시설평가제도가 합당하게 이루어지고 있다고 생각합니까?

- ① 그렇다

- ② 그렇지 않다
- ③ 잘 모르겠다

23-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 시설의 서비스 질 평가제도를 어떻게 실시하는 것이 좋다고 생각합니까?

- ① 시설 자체평가로만 실시하는 것이 좋다
- ② 외부평가(보험자 등, 외부기관)로만 실시하는 것이 좋다
- ③ 자체평가와 외부평가를 병행하되, 시설 자체평가를 중시하는 것이 좋다
- ④ 시설자체평가와 외부평가를 병행하되, 외부평가를 중시하는 것이 좋다
- ⑤ 잘 모르겠다

24. 귀하의 시설은 현재 입소자 또는 가족으로부터 인권보호나 권리옹호에 대한 요구가 어느 정도입니까?

- ① 많은 편이다.
- ② 보통이다
- ③ 거의 없는 편이다

24-1. 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 인권보호나 권리옹호에 대한 요구가 어떻게 될 것으로 생각합니까?

- ① 현재보다는 더 많아질 것이다
- ② 현재의 수준일 것이다
- ③ 현재보다는 감소할 것이다
- ④ 잘 모르겠다

25. 귀하의 시설은 향후 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 입소자에 대한 서비스제공범위를 어떻게 하실 생각입니까?

- ① 입소자부담(유료)의 비보험서비스라도 적극적으로 개발하여 추가적으로 제공할 것이다
- ② 보험제도에서 인정하는 서비스범위내에서만 제공할 것이다
- ③ 무료의 비보험서비스 정도만 개발하여 추가적으로 제공할 것이다
- ④ 잘 모르겠다

IV. 시설환경관리부문

26. 귀하의 시설에서는 입소자에게 부득이하게 발생하는 각종 사고(낙상 등)에 대비하기 위해서 손해배상보험에 가입해 있습니까?

- ① 그렇다 (➡ 26-2로)
- ② 그렇지 않다 (➡ 26-1, 26-2로)

26-1. 만약 손해배상보험에 가입하지 않은 경우, 어떻게 대처하고 있습니까?

- ① 시설장이 전적인 책임을 지고 손해배상한다
- ② 시설장과 담당자가 공동으로 손해배상한다
- ③ 담당직원이 전적인 책임을 지고 손해배상한다
- ④ 시설의 여건상 거의 손해배상을 하지 못하고 있다

26-2. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 입소자 또는 가족으로부터의 손해배상사건이 어느 정도로 발생할 것이라고 생각합니까?

- ① 향후 대책과 무관하게 현재보다는 더 많이 발생할 것이다.
- ② 현재와 별 차이 없이 발생할 것이다
- ③ 향후 대책마련으로 현재보다는 적게 발생할 것이다
- ④ 잘 모르겠다

27. 귀하의 시설에서는 낙상과 같이 각종 안전사고의 예방을 위해서 어떠한 대책을 마련해 놓고 있습니까? (* 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다)

- ① 안전사고관리매뉴얼 또는 위기관리매뉴얼을 만들어 활용하고 있다
- ② 주기적으로 안전사고관리에 대한 직원교육을 실시하고 있다 (→ 27-1로)
- ③ 외부의 안전관리회사로부터 주기적인 점검을 받고 있다 (단, 엘리베이터 점검은 제외)
- ④ 직원의 업무회의시 구두로 안전사고관리에 대한 주의사항을 전달하고 있다.
- ⑤ 매뉴얼, 직원교육, 외부의 점검의뢰 등과 같은 대책을 특별히 마련해 놓지 못하고 있다

27-1. 만약, 안전사고관리에 대한 직원교육을 실시하는 경우, 어느 정도 주기적으로 실시하고 있습니까?

- ① 1주일에 1회 정도 실시하고 있다
- ② 한 달에 1회 정도 실시하고 있다
- ③ 분기별로 1회 정도 실시하고 있다
- ④ 상·하반기에 1회 정도씩 실시하고 있다
- ⑤ 일 년에 1회 정도 실시하고 있다
- ⑥ 부정기적으로 일년에 여러 번 실시하고 있다

28. 귀하의 시설에서는 입소자의 건강을 해칠 수 있는 감염증의 발생예방을 위해서 별도의 내부시설 환경관리대책을 세워놓고 있습니까?

- ① 그렇다 (→ 28-1로)
- ② 그렇지 않다

28-1. 그렇다면, 그 내용을 구체적으로 적어주시기 바랍니다.

V. 정보관리부문

29. 귀하의 시설에서는 **입소자의 개인정보를** 얻기 위해서 어떠한 방식을 활용하고 있습니까? (*** 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 입소신청서
 ② 병의원의 건강진단서
 ③ 시설자체의 이용자상태 조사서
 ④ 타 시설의 이용자상태 조사서
 ⑤ 관공서의 공식문서
 ⑥ 가족이나 개인면담
 ⑦ 기타 (*** 자세하게 기입함:**_____)

30. 귀하의 시설에서는 시설환경, 입소절차 등에 대한 자세한 정보를 어떠한 방식으로 **공개** 하고 있습니까? (*** 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 인터넷
 ② 관공서의 소식지
 ③ 시설자체발행의 소식지
 ④ 신문, 방송 등의 매스컴
 ⑤ 지역주민대상의 우편물
 ⑥ 기타 (*** 자세하게 기입함:**_____)

30-1. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 시설환경, 입소절차 등의 자세한 정보공개가 어느 정도로 중요할 것으로 생각합니까? (*** 재정관련 정보는 제외**)

- ① 매우 중요할 것이다.
 ② 대체적으로 중요할 것이다
 ③ 그다지 중요하지 않을 것이다
 ④ 잘 모르겠다

31. 귀하의 시설에서는 **수입 및 지출과 관련한 경영실적** 정보를 공개하고 있습니까?

- ① 그렇다
 ② 그렇지 않다

31-1. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 **수입 및 지출과 관련한 경영실적** 정보를 공개할 필요성이 있다고 생각합니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다
- ③ 잘 모르겠다

VI. 경영전략관리부문

32. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 기존의 국고지원시설이라고 하더라도 운영비가 장기요양보험제도를 통해서 지급되는 등, 재정수입의 조달방식에 적지 않은 변화가 있을 것으로 예상됩니다. 이러한 점을 감안한다면, 귀하의 시설에서는 **경영의 자립화**를 위해서 무엇이 필요하다고 생각합니까? (*** 가장 중요하다고 생각하는 것 중에서 2개만 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 효율적인 인사조직관리를 통한 경영지출의 합리화
- ② 효율적인 재무회계관리를 통한 경영지출의 합리화
- ③ 효율적인 서비스관리를 통한 경영지출의 합리화
- ④ 효율적인 시설환경관리를 통한 경영지출의 합리화
- ⑤ 효율적인 정보관리를 통한 경영지출의 합리화
- ⑥ 재정수입의 다변화·확대화 (수익사업의 극대화 포함)
- ⑦ 정부보조금의 확대화

33. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 입소자나 지역사회주민으로부터 신뢰를 얻어야 하는 것이 안정적인 시설을 운영을 위해서 필요할 것으로 예상됩니다. 이러한 점을 감안한다면, 귀하의 시설에서는 **경영의 투명화**를 위해서 어느 것이 가장 필요하다고 생각합니까? (*** 해당하는 것 중에서 하나만 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 시설자체의 자주적인 정보공개
- ② 정부나 보험자로부터의 행정지도감독을 통한 정보의 제공
- ③ 제3자 평가기관(외부평가기관)에 의한 정보 공개

34. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 시설을 비용효율적으로 운영하기 위해서는 특정시설을 단독적으로 운영하기 보다는 여러 유형, 또는 여러 개의 시설을 복합적으로 운영하는 것을 유도할 것으로 예상됩니다. 이러한 점을 감안한다면, 귀하의 시설에서는 **복합시설의 운영**에 대해 어떻게 생각합니까?

- ① 모든 시설이 복합시설의 운영에 대한 장단기계획을 수립해 놓아야 한다.
- ② 모든 시설이 복합시설의 운영에 대한 장단기계획을 수립해 놓을 필요가 없다
- ③ 잘 모르겠다

35. 향후에 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에는 노인(전문)요양시설이 지역사회와 고립

된 시설이 아니라 지역주민의 노후생활을 지원하는 거주장소의 하나로 인식되어야 할 필요성이 있습니다. 이러한 점을 감안한다면, 귀하의 시설에서는 **지역사회의 연계성을 활성화**시키기 위해서 어떠한 대책이 중요하다고 생각합니까? (*** 가장 중요하다고 생각하는 것 중에서 2개만 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 지역주민에 대한 시설이용의 개방 확대
- ② 자원봉사자의 적극적인 발굴 확대
- ③ 대학생의 시설견학 및 실습기회의 확대
- ④ 시설에 대한 홍보 강화
- ⑤ 지역사회자원간의 네트워크 구축 및 활성화
- ⑥ 기타 (*** 자세하게 기입함:**_____)

36. 귀하의 시설에서는 시설의 경영과 관련하여 법률자문단이 필요하다고 생각하십니까?

- ① 그렇다
- ② 그렇지 않다

VII. 기타

37. 귀하의 시설은 어떠한 **강점**이 있다고 생각하십니까? (*** 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 지역사회로부터 시설의 지명도가 높은 편이다
- ② 시설에 대한 홍보가 충분하게 이루어지고 있다
- ③ 양질의 서비스를 제공하고 있다.
- ④ 입소자로부터의 요구가 있으면 언제든지 다양한 서비스를 준비하여 제공하고 있다.
- ⑤ 지역사회의 각종 관계기관(의료기관이나 타 시설)과 연계가 잘 되어 있다
- ⑥ 시설의 접근성 등, 입지(위치)가 좋다
- ⑦ 입소자로부터의 불만사항 등에 잘 대처하고 있다.
- ⑧ 운영방침이 명확하고, 이용자위주의 서비스제공체제를 잘 갖추고 있다
- ⑨ 사회복지사(1급), 물리치료사 등 전문자격증을 소지한 직원이 타 시설에 비하여 많이 채용되어 있다.
- ⑩ 시설내의 인사관리, 재무회계관리 등 각 부문의 관리가 잘 되어 있어 운영이 안정적이다.
- ⑪ 다양한 시설을 복합적으로 운영하고 있다.
- ⑫ 입소비용(생활비)이 저렴하다
- ⑬ 기타 (*** 자세하게 기입함:**_____)

38. 귀하의 시설은 어떠한 **약점**이 있다고 생각하십니까? (*** 해당하는 것을 모두 선택해 주시기 바랍니다**)

- ① 지역사회로부터 시설의 지명도가 낮은 편이다

- ② 시설에 대한 홍보가 충분하지 못한 것 같다
- ③ 제공하고 있는 서비스의 질이 충분하지 못한 것 같다
- ④ 다양한 서비스를 제공하지 못하고 있는 것 같다
- ⑤ 지역사회의 각종 관계기관(의료기관이나 타 시설)과 연계가 부족한 편이다
- ⑥ 시설의 접근성 등, 입지(위치)가 좋지 못하다
- ⑦ 입소자로부터의 불만사항 등에 제대로 대처하지 못하고 있다.
- ⑧ 운영방침이나 운영계획이 직원들에게 철저히 전달되지 못하고 있는 것 같다
- ⑨ 사회복지사(1급), 물리치료사 등 전문자격증을 소지한 직원이 타 시설에 비하여 적은 편이다.
- ⑩ 시설내의 인사관리, 재무회계관리 등 각 부문의 관리가 충분하지 못하여 운영이 안정적이지 못하다.
- ⑪ 입소비용(생활비)이 높다
- ⑫ 기타 (* 자세하게 기입함: _____)

39. 노인장기요양보험제도의 도입과 관련하여 향후 시설운영에 있어서 건의하고 싶은 내용이 있으면 적어주시기 바랍니다.

노인요양시설 시장지향성(Market Orientation)에 관한 설문 조사서

안녕하십니까?
 노인의 장기요양과 건강증진을 위하여 노심초사하시는 귀 시설의 노고에 심심한 경의를 표합니다.
 저희 연구원에서는 노인요양시설(이하, 시설)의 경영합리화 대책 마련에 관한 연구의 일환으로 시설의 시장지향성에 관해 조사를 실시하고 있습니다. **노인요양시설의 시장지향성이란** '시설이 경영활동에 필요한 장기요양서비스 수요자나 경쟁 시설에 관한 정보를 조사하여 입수하고, 이를 시설 내의 필요한 각 부서에 효과적으로 전달해서, 각 부서가 전달된 정보를 바탕으로 구체적으로 대응행동을 취할 수 있도록 해주는 경영체계를 의미하는 것으로 **노인요양시설 경영 효율화의 한 척도로** 평가받고 있다.
본 조사에 응답해 주시면 귀 시설의 시장지향성 정도와 전체 시설 평균치를 제공해 드리겠습니다.
 다소 번거로우시더라도 노인요양시설의 경영합리화를 위하여 많은 도움을 주시기 바랍니다.
 끝으로 귀 시설의 무궁한 발전을 기원합니다. 대단히 감사합니다.
 한국보건사회연구원장
 2007. 9

번호	문항	code
A1	시설 명: ()	-
A2	시설 위치: (01) 서울 (02) 부산 (03) 대구 (04) 인천 (05) 광주 (06) 대전 (07) 울산 (08) 경기 (09) 강원 (10) 충북 (11) 충남 (12) 전북 (13) 전남 (14) 경북 (15) 경남 (16) 제주	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
A3	시설유형 (1) 무료노인요양시설 (2) 실비노인요양시설 (3) 유료노인요양시설 (4) 무료노인전문요양시설 (5) 실비노인전문요양시설 (6) 유료노인전문요양시설	<input type="checkbox"/>
A4	운영주체: (1) 사회복지법인 (2) 기타 비영리법인 (3) 개인 (4) 국공립 (5) 기타	<input type="checkbox"/>

한국보건사회연구원

다음 사항은 **시설장** 또는 **사무국장/홍보/마케팅 책임자**께서 직접 작성해 주시기 바랍니다. 각 질문에 대해 귀하의 경우와 가장 가까운 곳에 기재하시거나 표시(√)해 주시기 바랍니다.

☞ 다음은 귀 시설의 **시장 지향성**을 측정하기 위한 질문입니다.

번호	질문	① 전혀 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 그렇다	⑤ 매우 그렇다	code
B1	우리 시설에서는 입소자가 필요로 하는 요양서비스를 파악하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 입소자와의 만남을 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B2	직원들은 입소자에게 더 좋은 서비스를 제공하기 위해 입소자와 직접적인 상호작용을 하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B3	우리 시설에서는 자체적으로 여러 차례 시장(고객 및 전체 시설 등)조사를 실시하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B4	우리 시설은 입소자가 선호하는 요양서비스에 대한 파악이 느린 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B5	우리 시설에서 제공하는 요양서비스의 질을 평가하기 위해 최소한 일년에 한번 이상 설문조사를 실시하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B6	우리 시설은 종종 우리 입소자의 선택에 영향을 주는 사람(가족 등)과 대화 및 설문조사를 실시하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B7	우리 시설은 비공식적 수단을 통하여 우리나라 전체 시설에 대한 정보를 수집하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B8	우리 시설은 전체 시설의 근본적 변화에 대한 파악이 느린 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B9	우리 시설은 입소자에 영향을 미치는 환경(정부규제 등)변화로 인한 영향을 주기적으로 검토하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B10	우리 시설은 시장(고객 및 전체 시설 등) 변화에 대한 토론을 위해 부서간 모임을 분기당 최소 한번 이상 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B11	우리 시설의 홍보/기획/마케팅 전문가는 다른 부서와 함께 입소자가 원하는 욕구에 대해 토론의 시간을 갖고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B12	우리 시설은 입소자에 대한 정보를 제공하는 내부 자료를 주기적으로 회람하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B13	주된 고객 또는 시장에서 중요한 사건이 발생하였을 때, 이를 빠른 시일 안에 시설의 모든 사람에게 주지시키고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>

번호	질 문	① 전혀 그렇지 않다	② 그렇지 않다	③ 그저 그렇다	④ 그렇다	⑤ 매우 그렇다	code
B14	입소자 등 고객 만족에 대한 자료는 규정에 따라 시설의 모든 계층에게 유포하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B15	시장(고객) 개발과 관련하여 홍보/마케팅과 행정부서간 의사소통이 적은 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B16	한 부서가 경쟁 시설에 대해 어떤 중요한 사실을 알았을 때, 이를 다른 부서에 알려줌이 늦은 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B17	우리 경쟁 시설의 이용료(입소비용) 변화에 대한 대응이 늦은 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B18	시장(고객) 세분화는 시설의 새로운 서비스 개발노력을 촉진하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B19	우리 시설은 입소자가 필요로 하는 요양서비스 변화에 대해 무시하는 경향이 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B20	우리 시설은 입소자가 원하는것을 파악하기 위하여 새로운 요양서비스에 대해 주기적으로 검토하고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B21	몇몇 부서들은 경영환경 변화에 대처하기 위한 계획을 주기적으로 공동 수립한다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B22	우리 시설이 제공하는 서비스는 실제 시장(고객)의 필요에 의하기보다는 내부적 판단에 더욱 의존한다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B23	주된 경쟁 시설이 우리 입소자를 대상으로 강도 높은 캠페인을 전개한다면 우리 시설은 이에 즉시 대응할 것이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B24	우리 시설내 다른 부서간 활동은 잘 조정되고 있다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B25	우리 시설에서는 입소자의 불평을 들음에 있어 귀가 어두운 편이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B26	우리 시설이 실제 훌륭한 마케팅 계획을 수립한다 할지라도 이를 적시에 실행하지는 못 할 것이다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B27	우리 시설은 경쟁시설의 이용료(입소비용) 변화에 대해 신속히 반응한다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B28	우리 시설은 입소자가 서비스 질에 대해 불만족함을 알았을 때, 즉시 이를 해결하기 위한 행동을 취한다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
B29	우리 시설이 제공한 서비스에 대해 입소자가 변경하기를 원한다면 해당 부서는 그렇게 하도록 노력한다.	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>

☞ 다음은 귀 시설의 성과에 대한 질문입니다. **경쟁 시설 또는 우리나라 시설 전반과 비교하여** 응답해 주시기 바랍니다.

번호	질 문	① 매우 나쁘다	② 나쁘다	③ 그저 그렇다	④ 좋다	⑤ 매우 좋다	code
C1	지난 3년간의 수익 증가율	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C2	입소자에 의해 인지된 요양서비스 품질	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C3	지난 3년간 시장 점유율	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C4	장비 구입 또는 시설 투자비	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C5	순 이익	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C6	투자수익률(return on investment)	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C7	시설 명성도	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C8	타 시설보다 차별적 우위를 확보할 수 있는 능력	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C9	수익대비 이익률	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C10	시설 운영에 따른 현금흐름	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C11	새로운 요양서비스 개발	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C12	새로운 입소자군 개발	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C13	총자산대비 이익율(return on assets)	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C14	직원 이직	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C15	입소자수	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C16	입소자대비 순수익 비중	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C17	병상이용율	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>
C18	평균입소일수	①	②	③	④	⑤	<input type="checkbox"/>

※ 작성해 주신 분의 **일반적 인적사항**에 관련된 질문입니다.

D1	귀 시설은 마케팅 책임자(전문가)가 있습니까?	① 예 ② 아니오	<input type="checkbox"/>
D2	현 직위는 무엇입니까?	① 시설장 ② 사무국장 ③ 홍보 책임자 ④ 마케팅 책임자 ⑤ 기타(구체적:)	<input type="checkbox"/>
D3	귀하의 성별은?	① 남자 ② 여자	<input type="checkbox"/>
D4	귀하의 나이는?	() 세	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
D5	귀하의 최종학력은?	① 고졸 이하 ② 전문대졸 ③ 대졸 ④ 대학원졸(석사) ⑤ 대학원졸(박사)	<input type="checkbox"/>
D6	귀하께서 현재의 시설에 근무하신 기간은?	약 ()년	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

