연구보고서 2016-17

노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안

선우덕 · 강은나 · 황주희 · 이윤경 · 김홍수
최인덕 · 한은정 · 남현주 · 서동민 · 이선희

KIHASA
한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

【책임연구자】
선우 덕 한국보건사회연구원 연구위원

【주요 저서】
노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축
한국보건사회연구원, 2015(공저)

노인장기요양보험 선진화를 위한 제도개선 방안
국민건강보험공단·한국보건사회연구원, 2014(공저)

【공동연구진】
강은나 한국보건사회연구원 부연구위원
황주희 한국보건사회연구원 부연구위원
이윤경 한국보건사회연구원 연구위원
김홍수 서울대학교 보건대학원 교수
최인덕 공주대학교 사회복지학과 교수
한은정 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 부연구위원
남현주 가천대학교 사회복지학과 교수
서동민 백석대학교 사회복지학과 교수
이선희 한국보건사회연구원 연구원

연구보고서 2016-17

노인장기요양보험의 운영 성과 평가 및 제도 모형 재설계 방안

발 행 일	2016년 12월 31일
저 자	선우 덕
발 행 인	김 상 호
발 행 처	한국보건사회연구원
주 소	[30147]세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층)
전 화	대표전화: 044)287-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등 록	1994년 7월 1일(제8-142호)
인 쇄 처	(사)아름다운사람들복지회
가 격	16,000원

ⓒ 한국보건사회연구원 2016
ISBN 978-89-6827-376-6 93330

발간사

노인장기요양보험제도가 2008년도에 도입된 지 만 8년이 경과하였다. 그동안 지속적으로 적용 범위를 확대하면서 장기요양인정자 수가 늘어났고, 실제로 서비스를 이용하고 있는 자의 비율도 인정자 수의 90%에 육박하였다. 이에 따라 장기요양서비스를 공급하는 기관도 초기에 비해 크게 증가하였고, 장기요양기관 종사자 수도 늘어나 국가의 경제발전에도 기여한 것으로 평가되고 있다. 그럼에도 불구하고 적용 범위의 확대를 넘어 가입자의 연령 구분 없이 필요한 대상자가 서비스를 이용하지 못하고 있는 점, 분절적이고 비전문화된 급여 내용으로 비효율적인 급여지출이 지속된다는 점 등이 문제로 거론되고 있다.

우리나라와 동일한 사회보험 방식으로 장기요양급여를 제공하고 있는 독일과 일본의 사례를 보면, 독일에서는 1995년 제도를 도입한 지 10여년 만에 급여 수준을 상향조정하는 등의 큰 변화가 나타났고, 일본에서는 2000년도에 제도를 도입한 지 5년 만에 재정 안정화 차원에서 제도의 틀을 재정비하는 개혁을 단행한 바 있다. 우리나라도 제도를 도입한 지 5년 만에 향후 5개년 추진 계획을 수립한 바 있지만, 구체적인 실행 방안 없이 제도가 부분적으로 개선되고 있는 실정이다.

이에 따라 본 연구에서는 제도 도입 이후 운영 실적 성과를 평가해 보고, 제도 발전을 위해 필요한 부분에 대한 재편 내지는 재설계 방안을 제시하는 데 목적을 두고 집필되었다.

본 보고서는 선우 덕 연구위원의 책임아래 이윤경 연구위원, 강은나 부연구위원, 황주희 부연구위원, 이선희 연구원, 그리고 서울대학교 보건대학원 김홍수 교수, 가천대학교 사회복지학과 남현주 교수, 백석대학교 사

회복지학과 서동민 교수, 공주대학교 사회복지학과 최인덕 교수, 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 한은정 부연구위원에 의해 집필되었고, 본 연구가 진행되는 과정에서 많은 조언과 평가를 해 준 본 연구원의 유근춘 연구위원과 공주대학교 사회복지학과 모선희 교수에게 감사의 마음을 전한다.

끝으로 본 보고서의 모든 내용은 연구진의 의견이며, 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀 두고자 한다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract ····· 1

요 약 ····· 3

제1장 서 론 ····· 9

제1절 연구 배경 및 목적 ····· 11

제2절 연구 내용 및 방법 ····· 18

제2장 노인장기요양보험제도의 운영 성과 평가 분석 ····· 23

제1절 운영 성과 평가(performance measurement)의 구조 ····· 25

제2절 운영 성과 평가(performance measurement)의 결과 ····· 58

제3절 운영 성과 평가 결과의 시사점 ····· 149

제3장 주요 OECD 국가의 장기요양정책 성과 평가 결과 ····· 155

제1절 OECD 장기요양지출통계분석을 통한 정책 평가 결과 ····· 157

제2절 주요 국가의 장기요양정책 평가 결과 ····· 173

제3절 국제 비교를 통한 시사점 ····· 270

제4장 노인장기요양보험제도의 주요 부문별 재설계 방안 ····· 271

제1절 장기요양보험제도의 적용 범위 개편 ····· 275

제2절 장기요양 등급인정, 서비스 계획 및 평가 연계 체계 개편 ····· 306

제3절 재가 장기요양서비스 이용자의 케어매니지먼트 체계 개편 ····· 350

제4절 재가 장기요양급여 및 가족 지원 방식 개편 ····· 387

제5절 재가서비스 강화에 따른 재정추계 결과 ····· 421

제5장 정책 제언 및 결론 ····· 465

제1절 정책 제언 ····· 467

제2절 결론 ····· 472

참고문헌 ····· 473

부록: 노인장기요양보험 관련 논문 주제별 분류 ····· 493

표 목차

〈표 2-1〉 산출 분석 평가의 기준 ····· 27
〈표 2-2〉 장기요양제도의 구축 및 평가를 위한 기준 ····· 28
〈표 2-3〉 장기요양제도 관련 각종 운영 성과 평가 틀 간 비교 검토(예시) ····· 33
〈표 2-4〉 장기요양보험제도의 운영 성과 평가 대상 및 평가 지표(예시) ····· 34
〈표 2-5〉 성과 평가 지표(1)의 유형과 내용 ····· 38
〈표 2-6〉 성과 평가 지표(2)의 유형과 내용 ····· 39
〈표 2-7〉 성과 평가 지표(3)의 유형과 내용 ····· 40
〈표 2-8〉 성과 평가 지표(4)의 유형과 내용 ····· 41
〈표 2-9〉 성과 평가 지표(5)의 유형과 내용 ····· 42
〈표 2-10〉 성과 평가 지표(6)의 유형과 내용 ····· 43
〈표 2-11〉 성과 평가 지표(7)의 유형과 내용 ····· 44
〈표 2-12〉 성과 평가 지표(8)의 유형과 내용 ····· 45
〈표 2-13〉 성과 평가 지표(9)의 유형과 내용 ····· 46
〈표 2-14〉 성과 평가 지표(10)의 유형과 내용 ····· 47
〈표 2-15〉 성과 평가 지표(11)의 유형과 내용 ····· 48
〈표 2-16〉 성과 평가 지표(12)의 유형과 내용 ····· 49
〈표 2-17〉 성과 평가 지표(13)의 유형과 내용 ····· 50
〈표 2-18〉 성과 평가 지표(14)의 유형과 내용 ····· 51
〈표 2-19〉 성과 평가 지표(15)의 유형과 내용 ····· 52
〈표 2-20〉 성과 평가 지표(16)의 유형과 내용 ····· 53
〈표 2-21〉 성과 평가 지표(17)의 유형과 내용 ····· 54
〈표 2-22〉 성과 평가 지표(18)의 유형과 내용 ····· 55
〈표 2-23〉 성과 평가 지표(19)의 유형과 내용 ····· 56
〈표 2-24〉 성과 평가 지표(20)의 유형과 내용 ····· 57
〈표 2-25〉 응답자 유형별 현행 제도의 대상자 범위 조정에 대한 의견 ····· 63

〈표 2-26〉 응답자 유형별 현행 제도의 대상자 범위 확대(안)에 대한 의견 ····· 63
〈표 2-27〉 장기요양인정등급별 인정점수 분포 ····· 65
〈표 2-28〉 노인장기요양보험 인정자 수 추이 ····· 66
〈표 2-29〉 응답자 유형별 현행 장기요양등급 인정 체계 적절성에 대한 의견 ····· 69
〈표 2-30〉 응답자 유형별 현행 장기요양 등급판정 항목(52개)에 대한 의견 ····· 70
〈표 2-31〉 응답자 유형별 현행 장기요양등급판정위원회 운영에 대한 의견 ····· 70
〈표 2-32〉 응답자 유형별 현행 표준장기요양이용계획서 활용에 대한 의견 ····· 72
〈표 2-33〉 응답자 유형별 현행 표준장기요양이용계획서 비활성화 이유에 대한 의견 ····· 72
〈표 2-34〉 보험급여 유형별 급여지출 실적 추이 ····· 76
〈표 2-35〉 한·독·일 장기요양보험급여 비교 ····· 78
〈표 2-36〉 응답자 유형별 현행 보험급여에 대한 의견 ····· 80
〈표 2-37〉 응답자 유형별 재가서비스 이용자 대상 가족수발자 현금 지원에 대한 의견 ·· 80
〈표 2-38〉 응답자 유형별 보험서비스 간 상호·연계에 대한 의견 ····· 81
〈표 2-39〉 응답자 유형별 현행 중·경증 인정자 대상
재가서비스 제공 적정성에 대한 의견 ····· 82
〈표 2-40〉 응답자 유형별 현행 시설서비스 제공 대상자 조정에 대한 의견 ····· 82
〈표 2-41〉 장기요양서비스 수가(2016.1.12. 기준) ····· 84
〈표 2-42〉 장기요양서비스의 이용자부담금(노인요양시설 기준) ····· 85
〈표 2-43〉 장기요양서비스의 이용자부담금(주·야간보호, 4등급 기준) ····· 85
〈표 2-44〉 일본 방문개호보수(방문요양서비스수가)의 산정 사례(2015년) ····· 87
〈표 2-45〉 독일 노인요양시설에서의 입소자 본인부담액(2008년) ····· 88
〈표 2-46〉 응답자 유형별 현행 본인부담금 수준에 대한 의견 ····· 90
〈표 2-47〉 응답자 유형별 소득 수준별 장기요양서비스의 공평한 이용 여부에 대한 의견 ···· 90
〈표 2-48〉 노인장기요양보험제도의 월평균 보험료 부담액 ····· 92
〈표 2-49〉 응답자 유형별 현행 장기요양보험료 수준에 대한 의견 ····· 93
〈표 2-50〉 응답자 유형별 현행 노인장기요양기관 관리·운영 방식에 대한 의견 ····· 95
〈표 2-51〉 노인인구 대비 장기요양기관 유형별 설치 수(노인인구 1,000명당) ····· 97
〈표 2-52〉 설립 구분별 장기요양기관 추이 ····· 98

〈표 2-53〉 시도별 설립 구분별 장기요양기관 수(2015년) ····· 99
〈표 2-54〉 시도별 설립 구분별 장기요양기관 수(2008년) ····· 100
〈표 2-55〉 장기요양기관 유형별 시설 1곳당 평균 정원 수 및 이용자 수 추이 ····· 101
〈표 2-56〉 응답자 유형별 지역 내 장기요양기관 수 충분성에 대한 의견 ····· 106
〈표 2-57〉 요양보호사 합격률 추이 ····· 108
〈표 2-58〉 요양보호사 자격증 취득자 수(누적) 추이 ····· 108
〈표 2-59〉 응답자 유형별 현행 요양보호사 자격 요건에 대한 의견 ····· 111
〈표 2-60〉 응답자 유형별 현행 요양보호사 채용 어려움에 대한 의견 ····· 111
〈표 2-61〉 시도별 노인요양시설 입소 충족률(정원 대비 현원율) 분포 추이 ····· 116
〈표 2-62〉 시도별 인정자 수 1,000명당 노인요양시설 등 침상 수 분포 추이 ····· 117
〈표 2-63〉 시도별 인정자 수 1,000명당 재가장기요양기관 수 분포 추이 ····· 118
〈표 2-64〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 요양보호사 수 ····· 119
〈표 2-65〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 간호인력 수 ····· 120
〈표 2-66〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 사회복지사 수 ····· 121
〈표 2-67〉 가입자 1인당 장기요양보험료액 추이 ····· 122
〈표 2-68〉 국고예산(국고지원금) 투입 비중 ····· 123
〈표 2-69〉 연도별 재가 장기요양서비스 유지 비율 추이 ····· 124
〈표 2-70〉 연도별 치매 유무별 재가 장기요양서비스 유지 비율 추이 ····· 125
〈표 2-71〉 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)의 입소 대기자 비율
(2016.년 5월 현재) ····· 127
〈표 2-72〉 주·야간보호기관의 이용 대기자 비율(2016.년 .년 5월 현재) ····· 129
〈표 2-73〉 기능제한 유무에 따른 학대 경험(N=10,279) ····· 130
〈표 2-74〉 기능제한자의 등급 유무에 따른 학대 경험(N=298) ····· 131
〈표 2-75〉 장기요양등급 인정자의 가족수발자 도움 정도 ····· 132
〈표 2-76〉 장기요양보험 급여 유형별 급여지출총액(보험자부담금) 및 지출 비중 추이 ·· 133
〈표 2-77〉 장기요양보험 급여 유형별 1인당 지출액(보험자부담+본인부담) 추이 ····· 134
〈표 2-78〉 장기요양보험 급여 유형별 1인당 지출액(보험자부담+본인부담)과
경제지표와의 비교 추이 (전년도 대비 증가율 기준) ····· 135

〈표 2-79〉 GDP 대비 장기요양보험지출률 추이 ····· 136
〈표 2-80〉 재가급여 이용자 등급별 1인당 보험급여액과 급여한도액과의 비교 추이 ····· 137
〈표 2-81〉 재가급여 이용자 1인당 보험급여액과 급여한도액과의 비교
(2016.년 .년 3월 기준) ····· 137
〈표 2-82〉 연도별 서비스 유형별 등급별 이용자 수 추이 ····· 139
〈표 2-83〉 소득 수준별 재가급여 이용 실태 추이(이용자 1인당 연간 급여 제공 일수) ··· 142
〈표 2-84〉 소득 수준별 시설급여 이용 실태 추이(이용자 1인당 연간 급여 제공 일수) ··· 143
〈표 2-85〉 소득 수준별 등급별 급여 이용률(2016.년 3월 기준) ····· 143
〈표 2-86〉 시도별 장기요양인정자 수 및 인정률 분포 추이 ····· 144
〈표 2-87〉 연도별 신규 등급 인정자의 최초 갱신 결과 동일 등급 유지자 분포 ····· 146
〈표 2-88〉 장기요양 인정 등급자의 동일 등급 유지 기간 ····· 146
〈표 2-89〉 기능제한 유무에 따른 삶의 만족도(N=6,280) ····· 148
〈표 2-90〉 기능제한자의 등급 유무에 따른 삶의 만족도(N=114) ····· 149
〈표 2-91〉 노인장기요양보험제도에 대한 전반적인 만족도 수준 ····· 152
〈표 3-1〉 OECD 국가별 장기요양제도 유형 분석 ····· 158
〈표 3-2〉 EU 국가의 주요 장기요양 적용률 관련 지표(2011년) ····· 159
〈표 3-3〉 주요 EU 및 OECD 국가의 장기요양 인정 체계 비교 ····· 160
〈표 3-4〉 EU 국가의 가족 케어자 대상의 현금급여 실태 ····· 162
〈표 3-5〉 EU 국가의 케어수급자 대상의 현금급여 실태 ····· 163
〈표 3-6〉 주요 유럽국가의 요양시설 입소자 입소비용 부담 방식 ····· 164
〈표 3-7〉 EU 국가 대상의 장기요양필요자 수 대비 서비스 이용률 비교(2010년) ····· 166
〈표 3-8〉 EU 국가의 장기요양급여지출 유형별 비중(GDP 대비, 2010년) ····· 168
〈표 3-9〉 EU 국가의 주요 장기요양지출 관련 지표(2011년) ····· 169
〈표 3-10〉 EU 국가의 장기요양급여 수준(2011년) ····· 172
〈표 3-11〉 주요 독일 장기요양 관련 법 제정 및 개정 내용 ····· 176
〈표 3-12〉 독일 장기요양보험의 주·야간보호와 현금·현물·혼합급여 이용률 ····· 178
〈표 3-13〉 독일 장기요양등급판정 기준 ····· 189
〈표 3-14〉 독일의 신규 장기요양 인정 기준 내용(2017.년 .년 1월 시행) ····· 190

〈표 3-15〉 독일 장기요양급여 등급별 수급자 수 (2014.12.31.) ····· 190
〈표 3-16〉 독일의 장기요양보험급여액 변경 추이 ····· 192
〈표 3-17〉 독일 장기요양보험제도의 주·야간보호 상한액 ····· 195
〈표 3-18〉 독일 장기요양기관 수(2001년~2013년) ····· 195
〈표 3-19〉 독일 재가급여 수급자를 위한 현물급여 상한액 ····· 198
〈표 3-20〉 독일 재가급여 수급자를 위한 현금급여 ····· 198
〈표 3-21〉 독일 장기요양보험제도의 피보험자 보험료율 추이 ····· 207
〈표 3-22〉 독일 2016년 장기요양보험료 부담률 ····· 208
〈표 3-23〉 독일의 장기요양 종사자 수 추이 ····· 212
〈표 3-24〉 독일의 장기요양기관 실태 추이 ····· 216
〈표 3-25〉 네덜란드 장기요양서비스 대상자 선정 과정 및 요건 ····· 219
〈표 3-26〉 네덜란드의 대상자 상태에 따른 서비스 내용 구분 ····· 220
〈표 3-27〉 네덜란드 GDP 대비 장기요양보험지출률 추이 ····· 221
〈표 3-28〉 네덜란드 장기요양서비스 이용 비율(시설 및 재가, 2004~2014년) ····· 224
〈표 3-29〉 네덜란드 장기요양보험 개혁 방안(2015년) ····· 226
〈표 3-30〉 네덜란드 입소시설 및 간호시설의 침상 수 변화 (2000, 2008년) ····· 227
〈표 3-31〉 네덜란드 입소시설 및 간호시설의 대기시간(2010년 기준) ····· 228
〈표 3-32〉 일본 장기요양보험제도의 장기요양등급 구분 및 상태 ····· 237
〈표 3-33〉 일본 장기요양보험 급여 내용 ····· 238
〈표 3-34〉 일본 재가급여의 등급별 급여 월 한도액(2015.년 4월 현재) ····· 240
〈표 3-35〉 일본 시설급여서비스 총비용액(기본서비스 기준, 개호수가)
(2015년 4월 기준) ····· 241
〈표 3-36〉 일본 개호보수(장기요양서비스가격)의 개정 추이 ····· 242
〈표 3-37〉 일본 장기요양보험제도의 제1호 피보험자 월평균 보험료액 추이 ····· 244
〈표 3-38〉 일본 장기요양보험제도의 제2호 피보험자 장기요양보험료율 추이 ····· 244
〈표 3-39〉 일본 장기요양시설과 관련 시설 간 차이(2014년) ····· 247
〈표 3-40〉 일본 개호노인복지시설의 종사자 배치 기준 ····· 248
〈표 3-41〉 일본 장기요양 입소시설 병상 수 현황(2015년 10월) ····· 248

〈표 3-42〉 일본 장기요양 입소시설 규모별 시설 현황(2015년 10월) ····· 249
〈표 3-43〉 일본 장기요양 입소시설의 운영 주체별 구성 비율 현황 (2015년 10월) ····· 249
〈표 3-44〉 일본 지역 밀착형 서비스기관의 운영 주체별 구성 비율 현황 (2015년 10월) ····· 250
〈표 3-45〉 일본 장기요양 일반재가서비스기관의 운영 주체별 구성 비율 현황 (2015년 10월) ····· 251
〈표 3-46〉 일본 개호복지사의 국가자격시험 합격률 추이 ····· 253
〈표 3-47〉 일본 개호복지사의 증가 추이 ····· 253
〈표 3-48〉 일본 개호지원전문원(케어매니저)의 국가자격시험 합격률 추이 ····· 254
〈표 3-49〉 일본 개호보험제도의 성과(인정자 수 및 수급자 수) ····· 256
〈표 3-50〉 일본 개호보험제도의 성과(등급별 1개월 평균 서비스 수급자 수) ····· 257
〈표 3-51〉 일본 개호보험제도의 성과(서비스 공급자 수) ····· 258
〈표 3-52〉 일본 개호보험제도의 성과(재가서비스 공급자의 운영 주체별 비중) ····· 259
〈표 3-53〉 일본 개호보험제도의 성과(급여 유형별 구성 비율) ····· 261
〈표 3-54〉 일본 개호보험제도의 성과(재정수지율) ····· 262
〈표 3-55〉 일본 개호보험제도의 도입 이후 추진 과정 ····· 263
〈표 4-1〉 노인장기요양보험 성과 평가의 시사점 및 재설계 방안 간 관계 ····· 273
〈표 4-2〉 장애인거주시설 현황 ····· 280
〈표 4-3〉 통합적 접근을 시도하고 있는 해외 장기요양제도 ····· 284
〈표 4-4〉 개별적 접근을 시도하고 있는 해외 장기요양제도 ····· 284
〈표 4-5〉 미국 장기요양 서비스 구분 및 범위 ····· 287
〈표 4-6〉 노인장기요양 등급자 중 등록장애인의 수 ····· 295
〈표 4-7〉 등록장애인의 ADL 총점 ····· 298
〈표 4-8〉 ADL 기능 점수 분포 ····· 299
〈표 4-9〉 타인의 도움을 필요로 하는 장애인의 연령 ····· 300
〈표 4-10〉 ADL 기능 점수 분포 ····· 301
〈표 4-11〉 대상자 특성 (20세 이상 65세 미만) ····· 303

〈표 4-12〉 대상자 특성 (20세 이상 65세 미만) ····· 304
〈표 4-13〉 interRAI LTCF 및 interRAI HC 평가 도구 구성 ····· 314
〈표 4-14〉 interRAI LTCF와 interRAI HC의 주요 척도 및 스크리너 ····· 317
〈표 4-15〉 지역사회 및 장기요양 서비스용 Clinical Assessment Protocols(CAPs) ····· 320
〈표 4-16〉 interRAI HC 서비스 질 지표 개요 ····· 321
〈표 4-17〉 장기요양 인정조사 및 interRAI HC 평가 영역 비교 ····· 331
〈표 4-18〉 통합 인터라이 평가 도구 종류 ····· 338
〈표 4-19〉 장기요양인정조사표 항목 중 욕구 조사 항목 ····· 353
〈표 4-20〉 상담 유형별 대상 및 주기 ····· 355
〈표 4-21〉 연도별 총 상담 건수 ····· 356
〈표 4-22〉 장기요양서비스 이용 지원 내용 종합 ····· 357
〈표 4-23〉 이용 지원의 문제점 ····· 360
〈표 4-24〉 독일 장기요양지원센터 운영 주체 구조 현황 ····· 370
〈표 4-25〉 독일 장기요양지원센터가 설치된 건물 현황 ····· 371
〈표 4-26〉 독일 장기요양센터별 인력의 자격 현황 ····· 373
〈표 4-27〉 독일 장기요양지원센터 주요 상담 내용(복수 응답) ····· 375
〈표 4-28〉 독일과 일본의 이용 지원 체계 비교 ····· 377
〈표 4-29〉 케어매니지먼트 운영 체계의 정책 선택 차원에 따른 유형 ····· 380
〈표 4-30〉 선행연구에서 제안하고 있는 노인장기요양 케어매니지먼트 모형 ····· 382
〈표 4-31〉 케어매니지먼트 이외 수반되는 기능과 서비스 대상자 범위 ····· 384
〈표 4-32〉 노인장기요양수급자 및 인정자 유형 ····· 385
〈표 4-33〉 노인장기요양보험의 재가급여 종류 ····· 388
〈표 4-34〉 재가장기요양기관 인력 배치 기준 ····· 389
〈표 4-35〉 재가급여정책의 변화 ····· 389
〈표 4-36〉 복지용구대여 급여정책의 변화 ····· 391
〈표 4-37〉 이용자 1인당 재가 장기요양급여지출 ····· 394
〈표 4-38〉 재가 장기요양기관 유형별 1개소곳당 장기요양 급여지출 ····· 394
〈표 4-39〉 연도별 재가 장기요양기관 유형별 설치 수(장기요양인정자 수 1,000명당) ····· 395

〈표 4-40〉 시도별 장기요양기관 유형별 설치 수(장기요양인정자 수 1,000명당) ····· 396
〈표 4-41〉 가족인 요양보호사의 기준 및 급여인정액의 변화 ····· 401
〈표 4-42〉 재가거주 노인장기요양수급자의 보호 형태 ····· 404
〈표 4-43〉 일본 고령자 보건복지정책의 흐름 ····· 405
〈표 4-44〉 부트조르후 네덜란드의 특징 ····· 409
〈표 4-45〉 요양보호자를 위한 서비스 ····· 415
〈표 4-46〉 재가 장기요양 급여 유형별 · 운영 형태별 기관 수 ····· 417
〈표 4-47〉 도움을 가장 많이 준 가족원의 일주일 기준 도움 정도 ····· 418
〈표 4-48〉 국민건강보험과 노인장기요양보험료 추이 ····· 425
〈표 4-49〉 3등급 체계에서의 인정자 현황 ····· 428
〈표 4-50〉 5등급 체계에서의 인정자 현황 ····· 430
〈표 4-51〉 연도별 이용률(계약률) ····· 431
〈표 4-52〉 연도별 지출 현황 ····· 432
〈표 4-53〉 기존 인정자 추계연구와 실제 인정자 추이 비교 ····· 434
〈표 4-54〉 자료 및 자료 ····· 435
〈표 4-55〉 통계청 시나리오별 추계인구 ····· 435
〈표 4-56〉 국민건강보험공단의 인정자 추이 전망 ····· 436
〈표 4-57〉 시나리오 1에 따른 등급별 인정자 추이 ····· 437
〈표 4-58〉 시나리오 2에 따른 등급별 인정자 추이 ····· 438
〈표 4-59〉 시나리오 3에 따른 등급별 인정자 추이 ····· 439
〈표 4-60〉 시나리오별 재정추계 적용 변수와 내용 ····· 440
〈표 4-61〉 시나리오 1(인구 중위)의 인정자와 재정지출 추계 ····· 442
〈표 4-62〉 시나리오 2(인구 고위)의 인정자와 재정지출 추계 ····· 443
〈표 4-63〉 시나리오 3(인구 저위)의 인정자와 재정지출 추계 ····· 444
〈표 4-64〉 시나리오별 재정 추이 전망 ····· 444
〈표 4-65〉 시나리오 A의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계 ····· 446
〈표 4-66〉 시나리오 A의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계 ····· 447
〈표 4-67〉 시나리오 A의 시나리오 3(인구 저위) 재정지출 추계 ····· 448

〈표 4-68〉 시나리오별 재정 추이 전망 ····· 448
〈표 4-69〉 시나리오 B의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계 ····· 450
〈표 4-70〉 시나리오 B의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계 ····· 451
〈표 4-71〉 시나리오 B의 시나리오 3(인구 저위) 재정지출 추계 ····· 452
〈표 4-72〉 시나리오별 재정 추이 전망 ····· 452
〈표 4-73〉 시나리오 C의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계 ····· 454
〈표 4-74〉 시나리오 C의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계 ····· 455
〈표 4-75〉 시나리오 C의 시나리오 3(인구 저위) 재정지출 추계 ····· 456
〈표 4-76〉 시나리오별 재정 추이 전망 ····· 456
〈표 4-77〉 시나리오 D의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계 ····· 458
〈표 4-78〉 시나리오 C의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계 ····· 459
〈표 4-79〉 시나리오 D의 시나리오 3(인구 저위)의 재정지출 추계 ····· 460
〈표 4-80〉 시나리오별 재정 추이 전망 ····· 461
〈표 4-81〉 시나리오별 재정추계 결과 비교 ····· 462

그림 목차

[그림 1-1] 연구 추진 과정 ····· 21
[그림 2-1] 정책 평가(운영 성과 평가)의 방법(예시) ····· 30
[그림 2-2] 노인장기요양보험제도 운영 성과 평가 부문 및 평가 지표 ····· 36
[그림 2-3] 노인장기요양보험제도의 기본 구조 ····· 58
[그림 2-4] 장기요양보험 급여 유형별 1인당 지출액(보험자부담+본인부담) 추이 ····· 134
[그림 3-1] EU 국가 대상의 장기요양지출과 장기요양 수급자 비율 간 관계 ····· 165
[그림 3-2] EU 국가 대상의 장기요양지출 유형별 관계 ····· 170
[그림 3-3] 장기요양지출과 의료비지출 간 관계 ····· 172
[그림 3-4] 네덜란드 장기요양서비스 이용 비율(시설 및 재가, 2004~2014년) ····· 224
[그림 3-5] 네덜란드 장기요양보험 개혁 방안(2011) ····· 225
[그림 3-6] 네덜란드 65세 이상 노인인구 1,000명당 침상 수 변화(2001~2012년) ····· 227
[그림 3-7] 네덜란드 장기요양기관 서비스 제공 인력 변화 추이 (2001~2014년) ····· 229
[그림 3-8] 네덜란드 GDP 대비 장기요양지출 비율(1995~2006) ····· 230
[그림 3-9] 네덜란드 GDP 대비 장기요양지출 비율(2008~2013) ····· 230
[그림 3-10] 네덜란드 GDP 대비 공적 장기요양서비스 재정지출 변화 ····· 231
[그림 3-11] 네덜란드 성인 1인 기준 평균 청구 금액(2012~2014년) ····· 232
[그림 3-12] 일본 장기요양인정 체계 ····· 236
[그림 3-13] 일본 장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트 체계 ····· 239
[그림 3-14] 일본 개호서비스 정보 공표제도의 내용 ····· 245
[그림 3-15] 일본 개호복지사의 자격증 취득 방법 ····· 252
[그림 4-1] 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도의 비교 ····· 278
[그림 4-2] 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도 간 관계 ····· 294
[그림 4-3] 노인성질환자 수 ····· 296
[그림 4-4] ADL 기능 점수 분포 ····· 300
[그림 4-5] ADL 기능 점수 분포 ····· 301
[그림 4-6] 인지기능척도(CPS) 산출 방식 ····· 317

[그림 4-7] MI Choice 군 분류 방식 ····· 318
[그림 4-8] 인터라이 평가 도구와 인정-지원-평가 연계 ····· 324
[그림 4-9] Schematic representation of an interRAI instrument ····· 336
[그림 4-10] 장기요양입소자의 CAPs 수준 현황(한국, 뉴질랜드, 온타리오 주 비교) ··· 342
[그림 4-11] 장기요양서비스 인정 및 서비스 이용 지원 과정 ····· 352
[그림 4-12] 독일 장기요양지원센터의 기능 ····· 374
[그림 4-13] 가족요양비 수급자 수 추이 ····· 399
[그림 4-14] 노인장기요양보험 지출추계 흐름도(2015~2060년) ····· 424
[그림 4-15] 노인장기요양보험 수입추계 흐름도(2015~2060년) ····· 425
[그림 4-16] 최근 17개월간 등급별 변화 현황('2014.12.~'2016.5.) ····· 427
[그림 4-17] 2008~2013년의 3등급 체계의 인정자 현황 ····· 429
[그림 4-18] 2014~2016년의 3등급 체계의 인정자 현황 ····· 430
[그림 4-19] 재정추계 시나리오별 재정 추이 비교(인구 중위 시나리오만 비교) ····· 463

Abstract

Performance Evaluation and Improvement on Long-Term Care Insurance

This study was aimed at evaluating and improving the long-term care insurance (LTCI) in Korea. Since its introduction, the LTCI has performed well on the macro level. However, there still remain problems at the micro level.

This study reviewed various literatures and research papers; conducted opinion surveys of service providers, public officials and academics; and evaluated the structure of the LTCI. Using a total of 20 performance indicators, we also reviewed the results of our evaluation in terms of the effectiveness, efficiency, equity, and sustainability of the LTCI.

We drew the following suggestions based on our performance evaluation. Firstly, the target coverage of LTCI should be expanded to cover disabled persons under 65 years of age. Secondly, continual assessment should be conducted on long-term care needs, service planning and delivery, and service quality. Thirdly, care management system for the user should improve to strengthen home care services. Fourthly, supports for families using services should be expanded. Finally, the effective financing measures should be sought in consideration of increased service users.

요 약

1. 연구의 배경 및 목적

□ 2008년 7월 노인장기요양보험제도가 도입된 이후, 거시적 측면에서의 운영 성과는 양호한 것으로 나타남.

○ 그러나 여전히 미시적 관점에서 보면, 대상자 인정 범위, 서비스 지원 체계, 급여 형태, 수가 체계 등에서 지속적으로 문제가 제기됨.

- 우리나라 제도 모형의 근간이 되는 일본 및 독일의 경우 제도 도입 이후 사회 환경 변화를 고려한 지속적 제도 개선이 이루어짐.

□ 따라서, 향후 인구사회학적 변화에 부응할 수 있으면서도 양질의 효율적 제도로의 개편이 요구됨.

○ 본 연구는 제도 도입 이후 운영 성과를 평가하고, 장기요양비용 지출의 적정 증가를 유도할 수 있는 개선 모형을 구축하는 데 그 목적을 두고자 함.

2. 연구 방법

□ 문헌 고찰 및 설문조사를 통해 연구를 수행함.

○ 문헌 고찰은 2008년 제도 도입 이후 유관 기관 및 주요 학회에서 발행된 연구 자료 등을 토대로 시사점을 도출함.

- 실증분석을 위하여 통계자료 분석(건강보험공단 DB, 전국노인실태조사 DB 등)을 실시함.

○ 설문조사는 시설 및 재가장기요양기관 운영자, 지방자치단체 장기요양 담당 공무원, 학계 전문가 집단으로 구성하였으며 구조화된 설문지를 통한 우편(혹은 이메일) 조사를 실시함.

- 2016년 5월 9~27일(19일)간 조사를 하였으며, 노인장기요양보험 대상자 범위, 인정 체계, 운영 체계, 급여의 적정성 등 제도 전반의 성과에 대해 조사함.

3. 주요 연구 결과

□ 노인장기요양보험제도 운영 성과 평가를 위하여 아래 〈표〉와 같이 평가 지표를 선정함.

〈표〉 성과 평가 지표

구분	성과 평가 지표	
투입	① 지역별 노인 입소생활시설 입소충족률 ② 지역별 장기요양인정자 1,000명당 시설 침상 수 ③ 지역별 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수 ④ 지역별 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 ⑤ 지역별 장기요양인정자 1,000명당 간호인력수 ⑥ 지역별 장기요양인정자 1,000명당 사회복지사수 ⑦ 가입자 1인당 보험료 수준 ⑧ 국고예산 투입 비중	
산출	효과성	⑨ 재가장기요양서비스 이용 유지율 ⑩ 시설서비스 이용 대기자 비율 ⑪ 재가장기요양인정자 학대 경험 측정 점수 ⑫ 재가장기요양인정자의 하루 반나절 이상 가족수발 비율

구분	성과 평가 지표	
	효율성	⑬ 재가 및 시설급여지출 비중 ⑭ 장기요양서비스 이용자 1인당 급여지출액 ⑮ 장기요양 이용자 1인당 급여지출액 증가율 비교 ⑯ 재가급여한도액 대비 재가급여지출액 수준 ⑰ 장기요양서비스 이용자 급여 이용률
	형평성	⑱ 지역별 장기요양인정자 비율
최종 결과물	⑲ 장기요양서비스 이용자 등급유지자 비율 ⑳ 재가장기요양인정자의 삶의 만족도 점수	

○ 이상의 평가 지표를 활용하여 제도 성과 검토를 위하여, 아래 〔그림〕의 절차를 따름.

〔그림〕 노인장기요양보험제도 운영 성과 평가 부문 및 평가 지표

□ 노인장기요양보험제도와 관련하여 제도 가입 및 적용 범위 수준, 장기요양 대상자 인정 방식, 이용 지원 방식, 급여 방식, 비용 지불 방식,

재정 및 관리·운영 방식, 인프라 영역에 대한 구조 평가를 실시함.

○ 한국의 노인장기요양보험제도는 사회보험 방식의 장기요양정책을 추진하는 국가와 비교하여 협소한 적용 범위, 욕구를 반영한 인정 방식 미흡, 효율적인 이용 지원 및 케어 관리 방식의 부재, 통합 또는 복합 방식의 재가서비스 제공 부재 등으로 재가급여 방식의 적극적인 개선이 요구되는 상황임.

□ 한편, 20개의 성과 지표를 바탕으로 효과성, 효율성, 형평성, 제도의 지속 가능성 측면에서 실시한 성과 평가 결과는 아래와 같이 정리됨.

○ 효과성 측면에서는 현행 노인장기요양보험제도의 운영 결과는 부분적으로 양호한 것으로 판단됨. 단, 3등급의 높은 동일 등급 유지율, 시설서비스 대기율, 재가서비스 이용자의 가족수발률 등에서는 열악하게 나타나 지속적인 검토가 요구됨.

○ 효율성 측면에서는 현재까지 재가급여서비스의 비중이 낮고, 단위비용이 높은 시설급여 중심으로 제도가 운영되고 있었음.

○ 형평성 측면에서는 소득 수준이 낮은 건강보험 경감서비스 이용자의 서비스 이용률이 가장 낮다는 점에서 소득계층 간 제도 접근성에 대한 검토가 요구됨. 이 외 현재까지도 인프라 등에 있어 지역 간 편차가 발생함.

○ 제도의 지속 가능성 측면에서 보험료액의 지속적 증가가 발생하며, 국고지원금 수준은 법정 기준보다 낮은 수준에서 정체되어 있음.

○ 궁극적으로 현행 제도 성과 평가를 통해 재가급여서비스 체계에 대한 다양한 검토가 요구되는 상황임.

□ 주요 OECD 국가(독일·네덜란드·일본)의 장기요양 정책 성과 평가 결과, 공통적으로 인구고령화의 심화로 인한 장기요양재정지출 인상으로 인해 시설케어에서 탈피하여 재가케어를 강화시키는 정책 기조를 보이고 있음.

4. 노인장기요양보험제도 주요 부문별 재설계 방안

□ 노인장기요양 대상자의 적용 범위 확대 방안 검토가 요구됨.

○ 기존 대상 외 장애인활동지원서비스제도에서 적용 범위나 지원 내용에서 누락된 대상자를 구제하고, 노년기 진입에 따른 양 제도 간 연계 방안이 모색되어야 함.

□ 장기요양서비스에 대한 욕구, 서비스 제공 계획, 질 평가에 대한 연계 체계의 강화가 필요함.

○ 현행 제도 내에서는 대상자의 의료적 욕구 미반영, 서비스 연계 미흡, 기관 중심의 질 평가 등 서비스 이용의 한계가 드러남. 이에 욕구-계획-평가를 동일선상에서 체계화하는 작업이 요구됨.

□ 재가서비스 강화를 위하여 이용자의 케어매니지먼트 체계가 개편되어야 함.

○ 이용자 및 가족의 욕구 반영을 통한 케어매니지먼트와 모니터링이 될 수 있도록 케어매니지먼트 체계가 마련되어야 하며, 수행주체에 따른 단계적 도입 방안이 검토되어야 함.

□ 재가 장기요양급여 방식의 개편과 아울러 서비스를 수급하는 가족에 대한 지원이 강화되어야 함.

○ 재가서비스 이용자를 중심으로 가족에 대한 지원을 강화하되, 수급자의 기능 상태 및 가족의 보호 상태에 따라 지원 내용의 차등이 필요함. 이 외 가족 지원 관련 세부 제도에 대한 개선이 요구됨.

□ 서비스 이용자 증가 등을 고려한 효과적 재정지출 방안 모색이 요구됨.

5. 정책 제언 및 결론

□ 본 연구 결과를 바탕으로 노인장기요양보험제도 개선을 위하여 아래와 같이 제언함.

○ 첫째, 장기요양 대상자 적용 범위 확대와 관련하여 적용 범위를 연령이나 노인성질병 유무와 관계없이 일반 장애인까지 포괄할 수 있는 개편 방안이 모색되어야 함.

○ 둘째, 장기요양서비스 욕구-계획-질 평가에 대한 연계 체계 강화 방안이 요구됨.

○ 셋째, 서비스에 대한 주기적 관리 및 대처 능력 강화를 바탕으로 한 계획적인 장기요양서비스 관리 방안이 요구됨.

○ 넷째, 기관 설치 기준 및 수가 검토 등을 바탕으로 한 재가장기요양서비스 제공 방식의 통합 모형이 개발되어야 함.

○ 마지막으로 통합적 재가장기요양급여 방식으로 개편하고, 서비스 수급자 가족에 대한 보다 적극적인 지원 방안이 강화되어야 함.

*주요 용어: 노인장기요양보험, 재가서비스, 성과 평가, 재설계 방안

제 1 장 서 론

제1절 연구 배경 및 목적
제2절 연구 내용 및 방법

1 서 론

제1절 연구 배경 및 목적

1. 연구 배경

2008년 7월, 노인장기요양보험제도가 도입된 이후, 장기요양 적용 범위(이용자)의 지속적인 확대와 그로 인한 부양가족의 요양비용 부담 경감, 공급 기관 확대에 의한 고용 창출 등, 지난 7년간 제도 운영의 거시적 성과는 대체로 양호한 것으로 나타났다. 다시 말하면, 제도 도입 이전인 2007년에는 전체 노인인구의 2.6%에 불과하던 장기요양서비스 이용자가 2015년 말 기준 7.1%로 크게 증가하였고, 장기요양서비스 부문의 종사자 수도 2008년 125,334명에서 2014년 말 292,889명으로 2배 이상 증가하였다.

이러한 증가는 장기요양 인정점수를 지속적으로 하향 조정하였고, 최근 경증 치매질환자를 장기요양 대상자 인정 범위에 포함시키는 등 제도 개선에 기인하였다. 특히 장기요양시설 설치 기준 완화로 영리 목적의 개인사업자에게도 시설 운영권을 부여함으로써 전체적으로 시설 공급량이 대폭적으로 늘어나게 되었다. 예를 들면, 최하등급의 장기요양 인정점수를 초기의 55점 이상(2008)에서 53점(2012년), 51점(2013년), 45점(2014년 7월)으로 하향 조정하였고, 시설종사자 배치 기준도 조리원, 사무원, 위생원 등은 의무적 고용에서 제외시킨 바 있다.

그러나 미시적 관점에서 보면, 대상자의 인정 범위, 서비스 지원 체계,

급여 형태, 장기요양서비스 수가 체계, 시설 평가 방식, 전문케어인력(요양보호사) 양성 및 처우 등, 전반적인 제도 부문에서 적지 않은 문제점이 제기되고 있는 실정이다. 참고로 우리나라 제도 모형의 근간인 일본 및 독일의 장기요양보험제도에서는 도입 이후 각 부문에서 개선이 이루어진 바 있다.

선진국의 경험을 바탕으로 할 때, 사회 환경 변화에 따른 제도 개선이 노인장기요양보험제도에서도 이루어질 필요성이 제기된다. 실제 2012년 정부에 의해 1차 장기요양기본계획을 수립한 바 있으나 개선의 기본 방향 및 제도의 부분적인 개선에 그쳤다[3개 부문 15개 개선 과제 도출(선우덕 등, 2012)]. 이후 2014년 정부와 보험자 간 공동으로 추진한 '노인장기요양보험제도 선진화 방안 기획단'에서 2차적으로 제도의 전면 재검토를 통해 개선안을 도출하였으나, 현행 제도의 틀 안에서 개선하는 수준에 그치고 말았다[4개 부문 28개 개선 과제 도출(선우덕 등, 2014)].

그러한 가운데 여전히 난제로 남아 있는 문제점으로 65세 미만 장애인의 적용 배제(별도 분리 운영), 입소시설 내 의료적 서비스 부실로 요양병원과 요양시설을 빈번하게 이동해야 하는 불편, 양질의 서비스를 제공하기 어려운 열악한 소규모 시설의 확충으로 인한 서비스 이용 불평등 문제 등이 거론되고 있다. 또한 장기요양기관의 과잉 공급 상태 지속으로 요양보호사 등 케어인력의 열악한 처우 발생, 부당 기관의 우회적 자진 폐쇄 및 재설치 행태 만연 등도 상존하고 있다.

그러나 현재까지 노인장기요양보험제도의 운영 성과 평가와 관련한 연구는 일부에 그치고 있는 상태이며, 주로 만족도 위주의 평가가 중심적으로 이루어지고 있다.

이와 관련하여 2012년도 제1차 장기요양기본계획 수립 방안(선우덕 등, 2012)에서는 제도 구조 측면의 평가를 위해 전문가 집단을 대상으로

설문조사를 실시하였는데, 주로 노인장기요양보험법에 제시된 내용을 중심으로 하였고, 운영 실적 측면의 평가로는 통계자료를 통해서 장기요양 인정자 수 추이, 장기요양서비스 비용의 추이, 서비스 이용 행태 추이 등을 분석하였다. 시설 인프라 측면의 평가로는 통계자료를 통해서 지역별, 정원 규모별 설치 현황 추이를 분석하였고, 운영 결과(성과) 평가로는 임상적 및 경제적 평가는 통계자료, 사회적 결과는 전화 설문조사를 통해서 신체기능 변화, 고용부가가치, 가족의 부담감 등에 대해 분석하고 있다. 2014년도 노인장기요양보험 선진화 추진 방안(선우덕 등, 2014)에서는 별도의 제도 평가를 실시하지 않고 보험자, 지자체, 전문가 집단, 민원 내용 등을 다각도로 검토, 의견 수렴을 통해 제도 개선안을 도출하는 방식으로 추진되었다. 2015년도 노인요양서비스 사업군 심층 평가(선우덕 등, 2015)에서는 노인장기요양보험제도를 효과성, 효율성, 적절성의 관점에서 기존 공표된 통계자료를 통해서 기술적으로 분석하고, 부분적으로 일본 및 독일제도와의 비교를 통해 적절성을 분석하였다.

한편, 국민건강보험공단(보험자)에서는 주기적으로 공급자, 이용자 및 일반 국민 등을 대상으로 전화조사를 실시하여 제도의 운영 성과를 파악하고 있다. 2008년과 2009년에는 시설 및 재가서비스 이용자(가족)를 대상으로 비용 부담, 이용 행태 및 만족도 수준을 조사하였다. 2009년의 경우, 시설서비스 만족도 조사 결과 보호자의 전반적 만족도는 89.6%, 재가서비스 만족도는 93.4%로 나타났다. 2010년 노인장기요양보험제도 본인부담 실태조사에서는 시설 및 재가서비스 이용자(가족)를 대상으로 비용 부담, 본인부담금 수준을 조사하였고, 2014년도의 장기요양기관 종사자 임금 및 근로 환경 실태조사에서는 장기요양기관 종사자를 대상으로 고용 형태, 근로 환경 등을 조사하였다. 최근에 실시된 노인장기요양보험제도 만족도 및 인식도 조사(2015)는 장기요양서비스 이용자(가족)

를 대상으로 실시되었고, 보호자의 만족도가 89.7%, 이용자 85%, 가족의 부담 감소는 90.6% 등으로 나타났다.

2. 선행연구[1] 검토

노인장기요양보험제도와 관련한 선행연구를 살펴보면 다음과 같다. 2008년 제도 도입 이후 노인장기요양보험제도 관련 논의는 현행 제도의 정착에 필요한 내용을 중심으로 수행되어 왔다. 주요 정책 연구를 중심으로 살펴보면, 노인장기요양보험체계의 현황과 개선방안(선우덕 등, 2008), 노인장기요양기관에서의 인권보장 방안연구(이윤경 등, 2010), 신노년층 건강실태 및 장기요양이용욕구 분석과 정책과제(선우덕 등, 2010) 등과 같이 개괄적 측면에서의 제도 분석과 관련된 연구가 제도 도입 초반에 이루어졌다. 이후 노인인구의 급증과 맞물린 노인장기요양보험 대상층의 확대 등을 고려하여 중장기적 관점에서 재정추계 및 전달 체계 관련 논의, 인정 체계 등의 개선 방안에 대한 연구가 진행되어 왔다(선우덕 등, 2012; 이윤경 등, 2012a). 최근에 이르러 장기요양서비스의 질 관리 문제 및 서비스 제공 주체 간 역할 정립, 연계 체계 구축 등 보다 다양한 관점에서의 제도 개선 논의가 진행되고 있다(선우덕 등, 2013;. 2014; 2015).

한편, 주요 학회지를 중심으로 발표된 연구논문도 큰 맥락하에서 그 흐름을 같이한다. 노인장기요양보험제도 개선이라는 대주제하에 세부 주제별로 살펴보면, 1) 노인장기요양보험 인정 체계 개선, 2) 노인장기요양보험 급여 체계(시설 및 재가) 및 수가 개선, 3) 노인장기요양보험 표준화 및

1) 노인장기요양보험제도 도입(2008년) 이후, 주요 학회지를 중심으로 살펴본 연구논문 요약은 부록을 참조 바람.

질 개선, 4) 노인장기요양보험 재원 조달 및 관리·운영 방식 개선, 5) 노인장기요양시설 및 인력 등 인프라 개선, 6) 노인장기요양서비스 질 평가 체계 개선, 7) 비공식 수발자 등의 지원과 관련된 부분으로 구분될 수 있다.

노인장기요양보험 인정 체계 개선과 관련한 연구에서는 인정조사 결과가 곧 대상자의 서비스 제공량 등 요양급여 산정의 기초자료로 활용됨에 따라 신뢰성 증진을 위한 도구 개편에 대한 논의가 진행되어 왔다(김찬우, 2009; 김현실, 2010; 강임옥 등, 2011). 또한 제도 도입 이후 변화된 서비스 현황을 반영하여 도구 개편이 필요하다는 연구 결과들이 제시되었다. 특히 2014년 치매특별등급이 도입됨에 따라 기존 인정 체계의 개편을 통해, 운동능력이 있는 치매 노인 등을 어떻게 포괄할 것인지에 대한 구체적 논의가 이루어지기 시작하였다(김찬우, 2015).

노인장기요양보험 급여 체계 및 수가 개선과 관련된 논의는 다양한 세부 주제로 진행되고 있다. 장기요양 급여 체계의 두 축인 재가급여와 시설급여 이용과 관련하여 이용자 중심으로의 서비스 개선 방안에 대한 논의가 주를 이루었으며(신건철, 2010; 신복기 등, 2010; 이정석 등, 2011; 신용석 등, 2013; 이민홍 등, 2013; 이홍자 등, 2013; 강새봄 등, 2014; 박혜미, 2015), 특히 서비스 제공 장소를 중심으로 제공 서비스에 대한 효과성 입증 연구들이 대다수를 차지하였다. 이 외 장기요양보험 도입과 함께 수가 개발을 위한 연구가 진행되었으며(석재은, 2008), 장기적 관점에서 서비스 지속성 및 질 유지를 위한 적정 수가 마련에 대한 연구가 이어지고 있다(박창제 등, 2009; 김은경 등, 2010; 남기민 등, 2010; 한은정 등, 2012). 정부의 재정적 상황과 서비스 공급 주체의 안정적 서비스 제공, 이용자의 서비스 만족도 등을 충족시킬 수 있는 적정 수가 마련 등에 대한 연구가 지속되고 있는 것이다.

다음으로 장기요양보험 표준화 및 질 개선과 관련한 연구에서는 서비스 제공 도구의 표준화 등에 대한 연구(김윤선 등, 2008; 권경희 등, 2010; 임세현 등, 2010; 송준아 등, 2013)와 전반적 서비스 질 개선을 위한 다각적인 정책 제언(전용호, 2008; 이미진, 2011; 권현정, 2014; 이민홍 등, 2014) 등이 이루어졌다. 돌봄서비스의 특성상 서비스 제공 인력 및 도구가 서비스 질에 미치는 영향이 큼에 따라, 그에 따른 현황 분석 및 향후 개선 방안에 대한 논의가 진행되었으며 선진 사례와의 비교를 통해 앞으로 나아갈 방향에 대한 논의 역시 이루어졌다.

장기요양보험 재원 조달 및 관리·운영 방식 개선 등에 대한 연구는 앞서 살펴본 연구와 그 맥락을 같이한다. 장기적 관점에서 안정적 제도 운영을 위한 재정추계 방안(전영준, 2009; 윤희숙 등, 2010) 및 타 급여 체계와의 연계 방안 도모(김진수 등, 2015) 등에 대한 연구가 진행되었다. 재원 관리 방안과 관련해서는 대체로 비용편익 분석 및 본인부담금 문제 등에 대한 논의가 이루어졌다(박창제 등, 2009; 김은경 등, 2010; 남기민 등, 2010; 한은정 등, 2012).

한편 장기요양시설 및 인프라 개선과 관련한 연구에서는 서비스 제공 인력과 인프라 전반에 대한 논의가 진행되었다. 제공 인력과 관련해서는 요양보호사 등을 중심으로 소진 등을 관리하는 방안 및 서비스 현장에서 제공 인력의 욕구 반영 등에 대한 연구가 진행되었다(최희경, 2008; 박영옥 등, 2009; 서영숙 등, 2011; 이주재, 2011; 김영애 등, 2012; 성기월, 2012; 송준아 등, 2013). 제공 인력의 직무만족도 향상을 위한 구체적 개선 방안 등이 제시되었으며, 이 외 서비스 질 개선을 위한 욕구 반영 등에 대한 제언도 논의되었다.

장기요양서비스 질 평가 체계 개선과 관련해서는 제공 기관 간 서비스 편차를 줄이고 양질의 서비스 제공이 가능하도록 현행 평가 체계를 개선

해야 한다는 연구가 진행되었다(김문실 등, 2008; 김지수, 2008; 김인 등, 2009; 최은희, 2010; 이태화 등, 2012). 구체적으로는 서비스 질 관리를 위한 평가 지표 개발, 독립된 평가기관의 설립, 관련 법률의 개정 등이 논의되었다.

마지막으로, 노인장기요양서비스의 비공식 수발자 등의 지원 방안과 관련된 연구가 진행되었으며(이미애, 2009; 박창제 등, 2011; 유희정, 2013; 한은정 등, 2014; 2015), 대부분 질적 연구를 통해 시사점을 도출하였다. 구체적으로 가족의 부양 부담을 경감시키기 위한 서비스 지원 체계 및 제반 환경 정비 등에 대한 내용이 주를 이루었다.

현재까지 제도 도입 이후, 정책 연구 및 주요 학회지 등의 연구논문을 중심으로 제도 개선 방안과 관련하여 진행된 연구 결과 등을 검토하였다. 그러나 현재까지의 연구 결과는 2008년 제도 도입 당시의 모형(틀)이 유지된 상태에서, 사회 환경의 변화에 맞추어 임기응변식으로 개선 방안을 논함에 따라 근본적인 제도 모형 개선안이 부재하였다는 한계를 지닌다. 따라서 본 연구에서는 기존 연구에서 제기해 온 개선 내용을 포함하여 중·장기적인 관점에서 노인장기요양보험제도가 나아가야 할 방향과 개선 과제 등을 제시하고자 한다.

3. 연구 목적

본 연구의 목적은 제도 도입 이후 운영 실적 성과를 평가하고, 재가장기요양서비스 체제를 개선하여 장기요양비용 지출의 적정 증가를 유도할 수 있는 효율적인 개선 모형을 제시하는 데 두고자 한다. 즉, 인구고령화 심화에 따른 치매 노인의 급증, 독거노인 등 취약노인의 증가, 베이비붐 세대의 욕구 변화 예상 등에 대응할 수 있고, 노인장기요양서비스의 효과

성 및 비용효율성을 높여 양질의 케어를 확보하며, 특히 장기요양 대상자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 제도로의 재설계안을 마련하고자 한다.

제2절 연구 내용 및 방법

1. 연구 내용

본 연구는 크게 두 부문으로 구성되어 있다. 하나는 제도 도입 이후 7년간의 운영 실적 성과를 평가하는 부문이고, 또 하나는 제도의 재설계 부문이다.

첫 번째, 운영 실적 성과 평가 부문에서는 국내외 문헌을 고찰하여 적절한 평가 방법을 모색하였고, 이를 통해 평가 지표를 선정, 정리하였다. 선정된 평가 지표를 활용하여 그동안 운영되어 온 제도의 실적 성과를 평가하였다. 이를 위해 노인장기요양보험통계연보(국민건강보험공단)에 제시한 공식적인 통계자료를 재분석하였으며, 심층적인 내용 분석을 위해 제한적으로 노인장기요양보험통계 DB(국민건강보험공단)를 추출하여 분석하는 것으로 하였다.

제도의 구조적 평가를 위해서는 우리나라와 동일한 사회보험 방식으로 제도를 운영하면서, 우리나라 제도 구축 시 참고로 하였던 독일과 일본의 제도 내용을 비교하면서 시사점을 도출하였다. 또한 제한적이지만 OECD나 EU 국가들의 장기요양 관련 통계자료를 활용하여 우리나라 제도 수준을 가늠해 보았다. 이 외 독일과 일본, 그리고 장기요양보험제도의 효시국가인 네덜란드의 제도 내용의 변화, 운영 실적 및 향후 추진 계획 등을 보다 심층적으로 정리하여 시사점을 도출하고자 하였다.

두 번째, 제도의 재설계 부문에서는 성과 평가를 통해서 도출된 문제점을 감안하여 제도 내용의 개선에 그치는 것이 아니라 재편 또는 재설계하는 내용으로 작성하였다. 단, 제도 전체의 틀을 재설계하는 것이 아니라 제도 내 각 주요 부문을 선정해서 재편하는 방향으로 작성하였다. 특히 선진국가들의 경험이나 고령자의 삶의 질을 고려하여 재가급여의 활성화를 위한 제도 개편을 염두에 두면서, 우선적으로 고려해 보아야 하는 사안을 중심으로 분석하였다. 즉, 현행 재가 장애인을 위한 장애인활동지원제도와의 부분적 통합 여부를 검토하였고, 재가서비스 이용자에게 필요하지만, 현재 고려되고 있지 않은 케어매니지먼트 방안, 분절적인 욕구사정-요양 계획-서비스 질 평가의 연계적 추진 방안, 재가급여 제공 방식의 개편, 가족 지원 방식 등을 선정해서 재설계 내지는 개편 내용을 제시하였다. 마지막으로 재가급여서비스의 활성화가 어느 정도의 재정절감으로 이어질 수 있을지를 추정해 보았다.

2. 연구 방법

본 연구는 문헌 고찰과 설문조사를 통해서 진행되었다. 먼저, 문헌 고찰은 2008년도 제도 도입 이후 학술지를 통해 발표된 장기요양 관련 학술논문 및 유관 연구기관 등에서 발표된 연구보고서의 내용을 바탕으로 제도 개선에 대한 의견을 정리하였다.

설문조사의 경우, 조사 대상은 노인장기요양기관 운영자, 지방자치단체의 노인장기요양보험제도 담당 공무원 및 학계 전문가 집단으로 하였고, 각 대상자에게 구조화된 설문지를 우편 및 이메일로 발송하였다. 먼저, 입소시설 및 재가서비스 공급기관 시설장(또는 중간관리자)[2]의 경우,

2) 모집단은 국민건강보험공단에서 관리하고 있는 노인장기요양시설 및 재가장기요양기관

국민건강보험공단에서 관리하고 있는 노인장기요양시설 및 재가장기요양기관 중, 총 2,600개(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 500개, 재가장기요양기관 2,100개, 2016년 4월 기준)를 선정하였고, 총 229개(2016년 4월 기준) 지자체에서 근무하는 관련 업무 담당 공무원을 조사 대상으로 하였다. 학계 등 전문가 집단은 사회(노인)복지 및 장기요양분야에 전문성을 지니고 있다고 판단된 50명을 선정하였다.

조사 기간은 2016년 5월 9~27일(19일)[3]간이었고, 조사 내용은 노인장기요양보험 대상자 범위, 인정 체계, 운영 체계, 급여 종류의 적정성 등 제도 전반적인 부분에 대한 실적 성과 중심의 내용으로 하였다. 조사 결과,[4] 시설 및 재가서비스 공급 기관 대상의 응답률은 총 411개 시설(시설 90개, 321개)로 15.8%로 낮은 수준을 보였고, 지자체 노인장기요양보험 관련 업무 담당 공무원에 대한 응답률은 49.8%(총 114명), 학계 등 관계 전문가 집단의 응답률은 36.0%(총 18명)이었다.

이 외에 본문에서 정리, 제시한 각종 통계 지표 및 내용 분석은 전국노인실태조사(보건복지부·한국보건사회연구원, 2014년) 자료 이외에 매년 발간·공표되고 있는 노인장기요양보험통계연보 및 국민건강보험공단의 원자료(통계 DB)를 활용하였다.

전반적인 연구 추진 과정을 도식화하면 〔그림 1-1〕과 같다. 1차 문헌 고찰과 2차 전문가 집단의 자문회의를 통해 개선 과제를 도출하였고, 이를 바탕으로 설문조사 내용 등을 마련하였으며, 조사 기간 동안 제도에

DB(2016년 4월 기준) 기준으로 하였고, 표본추출에 대해서는 ①모집단의 10% 표본 추출, 즉 ㉠노인요양시설(공동생활가정)은 시설규모에 따라 3개 층(30명 미만, 100명 미만, 100명 이상)으로 층화하여 10% 추출하였고(총 500곳), ㉡재가장기요양기관은 서비스 종류에 따라 5개 층(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주간보호, 단기보호)으로 층화하여 10% 추출하였음(총 2,100곳), 그리고 ②시설 규모, 서비스 종류, 지역(대도시, 기타시도)별 확률추출을 하였음.

3) 회수율에 따라 2016년 5월 31일까지 도착한 설문을 분석 대상으로 함.

4) 구체적인 조사 결과는 제2장의 2절 '운영 성과 평과의 결과' 부분을 참조 바람.

대한 구조적 분석과 관련 통계의 집계 및 분석을 수행하였다. 아울러, 국외의 제도 관련 성과를 파악하기 위해 문헌 고찰 및 현지 방문을 통한 전문가와의 면담을 바탕으로 시사점을 도출하였다. 이를 바탕으로 한 성과분석과 도출된 개선 과제를 중심으로 제도의 재설계 방안을 부분적으로 정리, 제시하였다.

[그림 1-1] 연구 추진 과정

제 2 장 노인장기요양보험제도의 운영 성과 평가 분석

제1절 운영 성과 평가의 구조
제2절 운영 성과 평가의 결과
제3절 운영 성과 평가 결과의 시사점

2 노인장기요양보험제도의 운영 성과 평가 분석

제1절 운영 성과 평가(performance measurement)의 구조

1. 장기요양정책 운영 성과(performance) 평가의 개관

일반적으로 노인장기요양보험제도는 사회보험제도이나, 복지서비스를 보험서비스화한 제도이다. 즉, 기존 노인복지법에 의해 국민기초생활보장제도 수급권자 및 차상위 저소득계층을 중심으로 공적 장기요양서비스를 제공하던 것을,[5] 장기요양 욕구를 지닌 모든 자에게로 서비스 제공 범위를 확대하고 그에 따른 비용을 사회구성원이 공동 부담하는 사회보험 방식으로 전환시켰다는 것[6]을 의미한다.

따라서 사회보험으로서의 특징과 원칙을 포함하고 있으면서 동시에 복지서비스로서의 특징 역시 포함하고 있어 그에 따른 평가 기준 역시 다양하게 고려될 수 있다. 그러나 가능한 한 제도의 특성과 역할 등을 종합적으로 검토할 수 있는 선에서, 가용 자원이 적용 가능한 범위 내에서 평가가 진행되어야 할 것이다.

첫 번째, 사회보험제도의 평가 기준에 대한 고려 사항을 살펴보면, 위험분산의 원칙, 수지상등의 원칙, 사회적 연대의 원칙, 소득재분배의 원칙, 강제가입의 원칙 등을 기반으로 하며, 운영에 있어서는 보험료 부담

---

5) 즉, 소득 수준을 감안한 선택적 복지서비스화로 말할 수 있음.
6) 즉, 니드(need)에 의한 보편적 복지서비스화로 말할 수 있음.

을 전제로 한 보험급여의 제공, 보험급여의 자율적인 선택권 부여, 수입과 지출의 균형적인 유지 등을 특징으로 한다(선우덕 등, 2012). 평가 기준은 이 외에도 적용 범위의 포괄성, 이용자 위주의 급여선택성, 재정안정성 등이 고려될 수 있으며, 평가 지표도 다양하게 제시될 수 있다.

두 번째, 사회복지서비스제도로서의 평가 기준을 보면, 사회복지서비스의 기본적인 특징에 대해 이준영(2008)은 비물질적 지원, 구체적·개별적 지원 형태, 전문적 지원 형태 및 복지행정의 책임성을 제시하고 있고, Gilbert & Specht(1981)의 사회복지프로그램 평가 유형에는 노력성(effort), 영향・성과(impact, outcome), 적절성(adequacy), 비용효과성(cost-effectiveness), 과정(process) 등을 제시하고 있다. 이에 따라 사회복지서비스의 특징을 감안한 평가 기준으로는 비물질적 급여의 원칙, 개인의 구체적 대응성(이용자 위주), 공공성 등을 고려할 수 있다.

세 번째, 사회복지정책의 평가 기준에 대한 고려 사항과 관련하여, 정책대안의 비교 분석 시 고려되어야 할 기준으로 기술적 실현 가능성, 정치적 실현 가능성, 효율성, 효과성, 사회적 효과성, 사회적 형평성 등 6가지가 제시되었으며, 특히 기술적 및 정치적 실현 가능성에 대한 평가는 정성 평가에 치중되고, 나머지는 계량적인 정량 평가가 가능하다고 할 수 있겠다(송근원, 김태성, 2008; 선우덕 등, 2012 재인용). 제도 시행 이후 전반적인 평가를 위해서는 정책 설계, 결정, 집행 및 영향 등에 대한 고려가 요구될 것이다. 한편, 안해균(1984)의 정책 평가 기준으로는 효과성, 형평성, 능률성, 대응성, 적절성을, 박성복, 이종렬(1993)은 노력성, 능률성, 효과성, 적절성, 형평성, 대응성, 체제 유지성, 과정 등을 그 기준으로 제시하였다(선우덕 등, 2012 재인용). 마지막으로 Gilbert & Specht(1977)는 사회복지정책을 분석하는 틀로서 급여 대상, 재원, 전달 체계 및 급여의 형태의 4가지 틀을 제시하고 있다(선우덕 등, 2012 재인용).

〈표 2-1〉 산출 분석 평가의 기준

기준	의미	내용 (선택의 대안)
할당(allocation)	수급 자격: 대상	귀속적 욕구, 사회적 공헌, 사회적으로 부당하게 당한 손실에 대한 보상, 전문가 판단에 의한 진단적 차별, 개인 또는 가족의 자산 상태에 따른 욕구
급여(benefits)	급여 유형	현금, 사회서비스, 물품, 신용, 물품교환권, 기회, 권력 등
전달(delivery)	전달 방법	중앙집권 또는 지방분권, 복수서비스 또는 단독서비스, 동일 건물 내 위치 또는 다른 건물에 위치, 협력관계 또는 대화 단절, 전문가 의존 또는 소비자 및 준전문가 의존, 공공행정가 또는 민간행정가
재정(finance)	재원 조달	공공재원, 민간재원, 공공과 민간재원의 혼합

자료: 선우덕 등(2012), 제1차 장기요양기본계획 수립 방안 연구, 재인용.

한편, 장기요양서비스정책과 관련한 주요 기관들의 평가 내용을 정리해 보면, WHO(2015)에서는 성과 평가의 범주(performance criteria)로 ① 장기요양서비스 이용자의 삶의 질(QOL), ② 케어의 질, ③ 케어 부담(burden of care), ④ 형평성(equity), ⑤ 선택성을 거론하고 있다. EU(2012) 보고서에서 제시한 전반적인 성과 평가의 범주로는 ① 케어의 질(quality of care), ② 기능 상태의 개선(improving functional ability), ③ 접근성(accessibility), ④ 케어의 부담성(burden of care), ⑤ 비공식 케어제공자 지원 수준(support for informal caregivers), ⑥ 선택성(choice)이 있다. 여기에서 구체적으로 케어의 질에 대해 성과를 측정할 수 있는 지표로는 건강 측면에서의 기능 상태(functional ability), 건강관련 삶의 질 등이고, 반응성(responsiveness) 측면에서의 존엄/인권, 자율, 애니미티의 질, 사회지지망 접근도, 공급자 선택 등이 거론되고 있다(Larizgoitia, 2003).

Wanless의 보고서(2006)에서 사회적 보호(social care)의 목적에 비

추어 제도 운영의 성과 지표로 제시한 것으로는 ① 공정성(fairness), ② 경제적 효율성, ③ 선택성, ④ 물적 자원 확보, ⑤ 명백성(clarity), ⑥ 지속성(sustainability/acceptability) 등이고, Reinhard 등의 보고서(2011)에서 장기요양제도의 성과 지표로 제시한 것으로는 ① 비용 부담 및 접근(affordability and access), ② 선택성(choice of setting and provider), ③ 삶의 질 및 케어의 질, ④ 가족수발자의 지원 수준, ⑤ 장기요양과 의료서비스 간 연계성(coordination of LTC with medical services) 등이다. EU의 ANCIEN(Assessing Needs of Care in European Nations) 보고서(2012)에서 장기요양제도의 성과 지표로 제시한 것으로는 ① 삶의 질 및 요양과 기타 사회적 욕구 간 균형성, ② 케어의 질, ③ 케어의 접근성, ④ 총요양 부담, ⑤ 형평성(equity), ⑥ 기능 상태의 개선 및 요양 욕구 최소화, ⑦ 비공식 수발자의 지원 정도, ⑧ 공급자 선택, ⑨ 요양/의료/복지서비스 간 연계 통합성, ⑩ 제도의 간소성 및 정보화(simplicity of the system and information) 등이다. 마지막으로, Saint Joseph대학의 보고서(1993)에서 장기제도의 구축 및 평가를 위한 기준으로 제시한 것을 정리하면 다음과 같다(표 2-2 참조).

〈표 2-2〉 장기요양제도의 구축 및 평가를 위한 기준

기본 원칙	평가 내용	구체적 설명
1. 개개인의 욕구, 권리 및 책임의 인식에 기반	1-1. 소비자 위주	- 장기요양서비스의 이용은 공급자나 지불 기관이 아닌 서비스 소비자의 욕구에 기반
	1-2. 소비자의 욕구에 대응	- 소비자의 전반적인 욕구에 대응
	1-3. 개개인의 독특한 욕구를 인식하면서 개개인에 집중	- 서비스 수급자의 심리적, 사회적 및 재정적 제한성을 고려한 유연적 대응
	1-4. 다양한 문화 및 문화적 가치를 존중	- 문화의 다양성을 인식하면서 수용
	1-5. 소비자를 위한 질, 존엄 및 자기 개선을 촉진	- 고령자 및 만성적 장애상태자에게 집중 - 만성질환 및 의존적인 자에 대한 긍정적인 접근 촉진 - 케어수급자의 생활 및 사회에 대한 지속적인 기여 허용 - 기능의 최고 달성 가능한 수준을 촉진

기본 원칙	평가 내용	구체적 설명
	1-6. 소비자의 권리와 책임을 양립	- 소비자 및 가족의 케어 결정에 대한 참여 촉진
	1-7. 서비스공급자 및 전달 매체에 대한 선택 부여	- 소비자의 선택권을 존중
2. 접근 용이성 확보	2-1. 보편적 접근	- 정형화된 기능 기준에 입각하여 필요한 모든 자에게 서비스 이용이 가능
	2-2. 이용자 친화성	- 최소한의 서류 작업, 간단한 재원 조달 및 인정 절차, 서비스 지연 없이 이용
	2-3. 최소한 환경적 제약 없이 케어 제공	- 적절한 케어, 삶의 질, 비용효과성의 최상의 조합으로 서비스 제공
	2-4. 단일 장소에서의 케어 활용을 제고	- 다양한 장소나 공급자로부터의 케어 수급을 회피
3. 전문직종, 소비자, 가족 및 기타 비공식 케어자 간 연계 조정	3-1. 전문직종, 지역사회, 가족, 기타 비공식 케어자의 노력을 통합	- 다양한 원조 자원을 연계
	3-2. 의료적 모델에서 포괄적 모델로의 개선	- 비의료인의 개입 확대
	3-3. 사례 관리 및 케어 전달상 가족을 개입	- 가족케어자에 대한 자원 제공으로 재가케어를 활성화
4. 통합, 효율 및 비용효과의 촉진을 위한 보건 및 사회제도 간 통합	4-1. 서비스의 완전한 연계	- 모든 만성질환의 욕구에 대응
	4-2. 소비자 욕구의 완전하고 일정한 평가	- 평가의 절차에 대한 이해 및 반영
	4-3. 질병 예방 노력의 강조	- 예방적 서비스의 고려
	4-4. 분절성 및 비효율성의 축소를 위한 계획 및 연계	- 지역적 자율성과의 통합, 연계
	4-5. 결과(성과) 지향적인 운영	- 불필요한 서류 작업 제거 - 삶의 질에 영향을 줄 수 있는 결과에 집중 - 서비스 질의 증진에 인센티브 - 표준화 적용 - 결과 지향성과 과정 지향성 간 비교 - 개혁 및 변화를 유도하는 유연성
5. 소비자, 공급자, 비용지불자 및 규제자 간 사전동의 창출을 위한 교육 내포	5-1. 지역 교육	- 지역주민에 대한 서비스 선택 및 제한, 접근 방법을 포함한 장기요양인식 교육
	5-2. 공급자에 대한 교육	- 노인을 대상으로 하는 의사 및 기타 인력에 대한 노인 교육 제공
	5-3. 젊고 건강한 자를 대상으로 한 만성질환의 대응 준비에 대한 교육	- 만성질환의 발생 진행도에 대한 이해
	5-4. 단일 장소에서의 케어 활용을 제고	- 다양한 장소나 공급자로부터의 케어 수급을 회피

자료: 1) Saint Joseph's College of Maine(1993), *Criteria for designing or evaluating a long-term care system*, Standish, ME: Saint Joseph's College of Maine.
2) 선우덕 등(2012), 제1차 장기요양기본계획 수립 방안 연구, 재인용.

한편, 평가 영역은 투입부문, 서비스이용부문 및 성과부문으로 나눌 수 있고, 투입 및 서비스이용부문은 다시 효율성과 형평성 지표를 기준으로 평가되며 성과부문은 효과성 지표로 평가할 수 있겠다. 이를 부문별 평가 지표를 설정하여 평가하는데, 이를 설명하면 〔그림 2-1〕과 같다.

〔그림 2-1〕 정책 평가(운영 성과 평가)의 방법(예시)

즉, 투입부문의 투자가 많을수록 서비스의 질이 높아지고, 보다 많은 대상자를 포괄할 수 있다는 것인데, 만약 투입 비용이 적합하지 않다면 효율성은 저하된다. 서비스이용부문에서는 동일한 비용을 투입한다고 할 때 어느 부문에 투자하여야 하는가 하는 배분 결정이 발생된다. 예를 들면 요양 예방, 시설급여 및 재가급여 중에 어느 부문에 더 집중하여야 하는가

또는 재가급여 중에서도 방문형 급여, 통원형 급여(주·야간, 단기 등) 중에 어느 부문에 더 집중하여야 하는가, 혹은 단일 급여형인가, 통합복합 급여형인가 등이다. 성과부문에서는 전술한 투입과 서비스 이용 방식에 따라서 달라지지만 이용자의 개인적 속성에 의해 영향을 받을 수 있다.

기본적으로 성과부문(outcome)에 대한 평가를 우선적으로 실시하는 것이 타당하다. 즉, 제도의 효과성이 부족하다면, 효율성과 형평성에 대해 검토를 해도 의미가 상실되기 때문이다. 따라서 어느 부문(투입, 이용부문, 개인적 속성 등)에 문제가 있는지를 검토해 볼 필요성이 있다. 만약 제도의 결과가 양호하다면 각 부문이 현 상태로 운영되어도 무방하다고 잠정적으로 판단할 수 있으며, 효율성 및 형평성 제고를 통해 제도 전반의 개선 방안을 모색해 볼 수 있을 것이다.

노인장기요양보험제도를 평가하기에 앞서 기본적으로 고려해 보아야 할 것으로는 제도의 목적을 설정하는 것이다. 대체적으로 이에는 최종 목적(ultimate goal)과 중간 수준의 목적(intermediate goal)이 있는데, 전자는 이용자, 수발자 및 사회에 대한 바람직한 결과물(outcome)이고, 후자는 개인 및 사회에 대한 바람직한 최종 결과물을 향상시키는 데 이용된 노인장기요양보험제도 수준에서의 결과물이라 할 수 있다. 또한 결과물을 달성하는 데 있어서 기대할 수 있는 제도의 특성들(system characteristics)도 검토해 보아야 할 것이다.

2. 장기요양정책 운영 성과(performance) 평가의 과정

가. 평가 절차

본 연구에서 추진하고 있는 노인장기요양보험제도의 운영 성과 평가

방법을 구체적으로 제시하면 다음과 같다. 먼저, 전 절에서 검토해 본 결과를 바탕으로 평가 영역 및 평가 지표를 선정하고자 한다.

평가 영역은 최종 결과물과 중간 결과물, 그리고 제도적 특성 분석으로 구성하였다. 최종 결과물은 제도 운영 결과 나타나는 이용자의 상태 및 사회·경제적 영향으로 볼 수 있고, 중간 결과물은 제도의 운영 결과 산출되는 각종 결과 통계치로 말할 수 있다.

각 영역에 해당하는 평가 기준에 대해 문헌 고찰을 통해 정리해 보면 다음과 같다. 최종 결과물과 관련하여 EU(2012), Larizgoitia(2003), Saint Joseph대학연구소(1993), WHO(2015), Reinhard(2011) 등에서 이용자의 건강 증진, 수발 가족의 케어 부담, 사회구성원의 삶의 질 등을 언급하고 있다. 이를 시사하는 지표로는 기능 상태의 호전, 비용효과성 여부, 삶의 질 등이 해당될 수 있다.

중간 결과물은 케어의 질, 케어의 접근성, 케어비용의 부담성, 케어의 이용 가능성 및 케어의 지속 가능성 등의 지표가 속할 수 있다. 해당 지표들은 Saint Joseph 대학연구소(1993), Larizgoitia(2003), Wanless(2006), Reinhard(2011), EU(2012), WHO(2015) 등에서 제시된 바 있다. 특히, 케어의 이용 가능성 부문에서는 케어 이용의 형평성 측면을 고려하고 있다.

마지막으로, 제도적 특성부문에서는 비공식 케어 제공자 지원, 보험급여 및 서비스 공급자에 대한 선택성, 장기요양과 의료서비스 간 연계성, 제도의 간결성 및 정보 수준을 중심으로 검토해 볼 필요가 있는 것으로 논의되고 있다(표 2-3 참조).

〈표 2-3〉 장기요양제도 관련 각종 운영 성과 평가 틀 간 비교 검토(예시)

성과 목표	본 연구의 평가 틀	각종 평가 틀
(1) 최종 결과물	이용자의 건강 증진	EU(2012): 기능 상태의 개선 Larizgoitia(2003): 기능 능력 Saint Joseph대학연구소(1993): 비용효과성
	수발 가족의 케어부담	Saint Joseph대학연구소(1993): 비용효과성
	사회구성원의 삶의 질	WHO(2015): 이용자의 삶의 질 Reinhard보고서(2011): 삶의 질
(2) 중간 결과물	케어의 질 (quality of care)	WHO(2015): 케어의 질 EU(2012): 케어의 질 Reinhard보고서(2011): 케어의 질 Larizgoitia(2003): 기본 서비스의 질
	케어의 접근성 (accessibility)	EU(2012): 접근성 Reinhard보고서(2011): 접근성 Wanless보고서(2006): 물적 자원(시설 인프라) 확보 Saint Joseph대학연구소(1993): 접근 용이성
	케어의 비용 부담성 (효율성 측면 포함) (affordability, efficiency)	WHO(2015): 케어의 부담 EU(2012): 케어의 부담 Reinhard보고서(2011): 비용 부담 Wanless보고서(2006): 경제적 효율성 Saint Joseph대학연구소(1993): 비용 부담성, 비용 지불의 적정
	케어의 이용 가능성 (availability, or equity)	WHO(2015): 형평성 Wanless보고서(2006): 공정성
	케어의 지속 가능성 (sustainability)	Wanless보고서(2006): 지속성 Saint Joseph대학연구소(1993): 재원 조달의 적정성
(3) 제도적 특성	비공식 케어 제공자 지원	EU(2012): 비공식 케어자 지원 수준 Reinhard보고서(2011): 가족수발자의 지원 수준 Larizgoitia(2003): 사회지지네트워크 접근 Saint Joseph대학연구소(1993): 가족케어자 지원
	보험급여 및 공급자에 대한 선택성	WHO(2015): 선택성 EU(2012): 선택성 Reinhard보고서(2011): 선택성 Wanless보고서(2006): 선택성 Larizgoitia(2003): 공급자 선택 Saint Joseph대학연구소(1993): 선택성
	장기요양 및 의료서비스의 연계성	Reinhard보고서(2011): 의료 및 케어의 연계성 Saint Joseph대학연구소(1993): 보건/사회제도 간 서비스의 연계성/통합성
	제도의 간결성 및 정보	Wanless보고서(2006): 명백성

자료: 참고문헌 참조.

본 연구에서는 전술한 평가 영역 및 평가 지표의 선정 기준을 참고로 〈표 2-4〉와 같은 지표를 선정하였다. 우선 최종 결과물에 해당하는 지표는 장기요양등급 변화율, 재가장기요양서비스 수급 유지율, 가족의 케어 부담 수준, 장기요양 관련 삶의 질 수준 등으로 볼 수 있다. 중간 결과물에 해당하는 지표는 미충족 욕구 유무, 서비스 이용자의 삶의 만족도, 대상자의 장기요양 인정 범위 및 인정률, 시설 및 인력의 인프라 수준, 보험급여율, 장기요양재정지출률, 소득 수준별 장기요양비용 부담 및 서비스 이용 수준, 보험료 및 정부의 재정 부담 수준 등으로 볼 수 있다. 기타 제도적 특성에 대해서는 특별현금급여 등 가족수발자 지원, 시설 및 재가서비스의 선택적 가능성, 의료서비스와의 연계, 시설 평가 정보 등에 대한 내용을 포함하였다.

〈표 2-4〉 장기요양보험제도의 운영 성과 평가 대상 및 평가 지표(예시)

성과 목표	평가 대상	평가 지표, 평가 방법 및 분석 자료
(1) 최종 결과물	이용자 (케어수급자)	- 장기요양등급 유지율(객관적 지표) (* 제도 도입 목적으로 대상자의 건강 증진을 명시) (* 자료는 장기요양통계 D/B) - 재가서비스 수급 유지율(객관적 지표) (* 서비스 제공의 기본 원칙(3조)에 재가서비스 우선을 명시 (* 재가서비스 수급자의 1년 후 재가서비스 유지 여부) (* 자료는 장기요양통계 D/B)
	수발 가족	- 케어 부담감 수준(주관적 지표) (* 제도 도입의 목적으로 가족의 부양 부담 경감을 명시) (* 조사 대상은 수발자 가족)
	사회구성원	- LTC 관련 삶의 질 수준(주관적 지표) (* 제도 도입의 목적으로 국민의 삶의 질 향상을 명시) - ADLAY(ADL-adjusted Year) (* 측정 가능성 검토)
(2) 중간 결과물	효과성: 케어의 질 (quality of care)	미충족 욕구 유무(수준) (* 추가적으로 원하는 서비스의 유무에 대한 설문조사) - 서비스 이용자의 삶의 만족도 (* 기능제한자와 그렇지 않은 자 간 비교) (* 기능제한자 중에서 등급인정자와 미인정자 간 비교) (* 자료는 2014년도 노인실태조사 자료, 삶의 만족도 문항 분석)

성과 목표	평가 대상	평가 지표, 평가 방법 및 분석 자료
	형평성: 케어의 접근성 (accessibility)	대상자 인정 범위 및 인정률 시설 입소 대기자 수 인정자 수당 시설(병상) 수[물리적 접근성(인프라)]
	효율성: 케어의 비용부담성 (affordability)	보험급여율(본인부담률) 공공LTC지출률(공/사 비교)
	형평성: 케어의 이용가능성 (availability)	소득 수준별 부담 수준(수평적 형평성) 소득 수준별 서비스 이용 실태
	효율성: 케어의 지속가능성 (sustainability)	재정추계 보험료 수준 국고 지원 수준
(3) 제도적 특성	비공식 수발자 지원	특별현금급여(가족요양비) 가족수발자 지원 정책
	보험급여 및 공급자에 대한 선택성	시설 선택 가능성(입소 대기 여부) 시설/재가급여 선택성
	장기요양 및 의료서비스의 연계성	요양시설/요양병원 간 연계 시설 입소자의 의료 연계 재가요양자의 의료 연계
	제도의 간결성 및 정보	공급자 및 서비스 질의 정보

이상과 같은 평가 방법, 평가 대상 및 평가 지표의 문헌 고찰을 통해서 제도의 운영 성과를 검토해 보는데, 그 내용을 정리하면 〔그림 2-2〕와 같다. 먼저 제도적 구조 평가 부문에서는 전술한 제도적 특성에 해당하는 영역을 평가하고 있는데, 가족수발자 지원 등과 같은 평가 요소를 비롯하여 제도의 전반적인 틀에 대한 평가가 시도되었다. 특히, 이들 구조적 틀에 대한 평가는 주요 OECD 국가의 장기요양정책 및 관련 결과 통계치를 활용하였다. 아울러 선행연구 분석에 사용된 연구논문으로부터도 제도의 구조적 틀에 대한 개선 방안을 토대로 도출하였다. 그리고 자원 투입 및 서비스 과정에 해당하는 평가 지표, 중간 결과물에 해당하는 지표 및 최종 결과물에 해당하는 지표를 각각 산정하여 평가해 보았다. 좀 더 구체적인 평가 지표에 대한 설명은 〔그림 2-2〕와 후술하는 〈표 2-5〉~〈표

2-24〉를 참조하기 바란다.

한편, 본 성과 지표를 바탕으로 다음 절에 분석한 결과는 가용 자원이 부재한 경우 대리 지표를 선정하여 분석하였다는 한계를 둔다. 지속적인 성과 평가 등을 위해 향후 관련 지표 등을 반영한 실태조사의 필요성을 제언하는 바이다.

〔그림 2-2〕 노인장기요양보험제도 운영 성과 평가 부문 및 평가 지표

구조평가부문 (program structure)	투입부문 (resource input)	산출부문 (output)	최종결과물 (final outcome)
(구조평가) · 적용범위방식 (1) 장기요양등급 인정방식 (2) 장기요양급여 이용지원방식 (3) 장기요양 보험급여방식 (4) 장기요양서비스비용 지불방식 (5) 장기요양재정 및 관리운영방식 (6) 장기요양인프라 운영방식	(평가지표) (형평성측면, equity) · 지역별 시설인프라 실태 (1) 입소생활시설 정원 충족율 (2) 인정자 천명당 시설침상수 (3) 인정자 천명당 재가기관수 · 지역별 인력인프라 실태 (4) 인정자 천명당 요양보호사수 (5) 인정자 천명당 간호인력수 (6) 인정자 천명당 사회복지사수 (지속가능성측면, sustainability) · 재정투입 수준 (7) 가입자1인당 보험료수준 (8) 국고예산투입비중	(평가지표) (효과성측면, effectiveness) · 장기요양(케어)의 질 (1) 재가장기요양서비스이용유지율 (2) 시설서비스 이용대기자비율 (3) 재가장기요양인정자의 '거의 매일' 가족수발비율 (4) 재가장기요양인정자의 학대경험 측정점수 (효율성측면, efficiency) · 급여지출행태 (5) 재가 및 시설급여지출 비중 (6) 수급자1인당 급여지출액 (7) 수급자1인당 급여지출액 증가율 비교 및 GDP 대비 장기요양지출율 (8) 재가급여한도액대비 재가급여지출액 수준 · 급여이용행태 (9) 수급자의 급여이용율 (형평성측면, equity) (10) 지역별 장기요양인정자비율	(평가지표) · 이용자의 요양등급 변화율 (1) 장기요양서비스 이용자의 등급 유지율 · 삶의 질 수준 (2) 재가 장기요양인정자의 삶의 만족도 측정점수(일반재가노인)

나. 평가 지표의 설명

장기요양 성과 평가 지표는 자원 투입 및 서비스 과정 지표, 중간 결과물(산출) 지표 및 최종 결과물 지표로 구분할 수 있으며, 각각의 성격을 나타내는 개별 지표에 대한 선정은 기존 국내외 연구 결과[7]에서 제시한 지표들(표 2-3, 표 2-4 참조)을 참고로 하여 전문가 자문회의를 통하여 결정하였다.

먼저, 자원투입부문에 해당하는 지표는 물적 및 인적 자원의 투입과 재정 투입을 나타내며 지역 간 형평성 측정 지표로 ① 지역별(시도별) 노인입소생활시설의 입소 (정원)충족률, ② 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 시설 침상 수, ③ 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수(이상 시설부문), ④ 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 수, ⑤ 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 간호인력 수, ⑥ 지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 사회복지사 수(이상 인력부문)를 제시하였고, 제도의 지속 가능성 측정 지표로 ⑦ 가입자 1인당 보험료 수준, ⑧ 국고예산 투입 비중을 제시하였다.

중간 결과물에 해당하는 산출 지표에는 효과성 측정 지표로 ⑨ 재가장기요양서비스 이용 유지율, ⑩ 시설서비스 이용대기자 비율, ⑪ 재가장기요양인정자의 학대 경험 측정 점수, ⑫ 재가장기요양인정자의 하루 반나절 이상 가족수발 비율을 제시하였는데, 이들 지표는 장기요양서비스의 질과 밀접한 관계가 있는 지표들이다. 효율성 측정 지표로 ⑬ 재가 및 시설급여지출의 비중, ⑭ 장기요양서비스 이용자(수급자) 1인당 급여지출액, ⑮ 장기요양서비스 이용자(수급자) 1인당 급여지출액의 증가율 비교, ⑯ 재가급여한도액 대비 재가급여지출액 수준(이상 비용 부담성 파악을 위한 지표에 해당함), ⑰ 장기요양서비스 이용자(수급자)의 급여 이용률(이는 이용 가능성 파악을 위한 지표에 해당함)을 제시하였고, 형평성 측

7) 김홍수 등(2015)의 연구에서는 노인장기요양보험 성과지표로 보장성부문(8개), 서비스의 질부문(9개), 건강과 삶의 질 부문(5개), 제도 지속성부문(6개)에 걸쳐서 총 28개 지표를 제시하였고, 그 중에서 핵심적인 지표로 보장성부문의 2개(인정률, 공공부문지출 비율), 서비스 질부문의 3개(시설서비스 이용자 수 대비 총요양인력 비율, 이용자만족도, 재가서비스 이용률), 건강과 삶의 질 부문의 2개(등급 유지 개선율, 이용자 건강 관련 삶의 질), 제도지속성부문의 3개(GDP 대비 총지출률, 등급 유지 및 개선자 1인당 비용, 대국민인식률)를 제시함(김홍수 등, 노인장기요양보험 성과지표 개발, 국민건강보험공단/서울대학교 산학협력단, 2015. 1. 참조). 한국조세연구원(2013)의 연구에서는 노인장기요양보험제도의 성과 평가 지표로 사회적 효과부문(8개), 건강상태부문(4개), 경제적 효과부문(6개), 인프라 및 수행과정부문(18개)에 걸쳐서 총 36개 지표를 제시하였음.

정 지표로 ⑱ 지역별(시도별) 장기요양인정자 비율을 제시하였다. 그리고 최종 결과물 지표는 ⑲ 장기요양서비스 이용자의 등급 유지자 비율 ⑳ 재가장기요양인정자의 삶의 만족도 측정 점수를 제시하였다.

20개의 운영 성과 평가(performance measurement) 지표는 기존 통계자료 및 실태조사 자료를 통해서 산정할 수 있는 것들로 구성되었다. 각 평가 지표를 통한 내용이 적정한지를 판단할 수 있는 준거지표를 설정하여 비교하는 것이 필요한데, 이는 부분적으로 OECD 등 국제기구에 가입된 국가들의 경험을 부분적으로 참고하는 수준으로 하였다.

〈표 2-5〉 성과 평가 지표(1)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 노인 입소생활시설의 입소 (정원)충족률**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 장기요양 대상자로서의 인정은 서비스 수급이 가능하다는 것이고, 등급도에 따라서 시설 입소가 좌우됨. 시설 입소를 원하더라도 시설 부족으로 입소가 불가능할 수 있다는 점에서 정원 대비 현원 수준을 파악함으로써 시설 입소의 접근에 대한 형평성을 파악할 수 있음.
	(산정 방식) - (노인요양시설 등 현원 수)/(노인요양시설 등 정원 수)x100 - 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 현원과 정원을 의미함.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 노인요양시설은 요양병원과 경쟁 관계에 있고, 노인요양시설 내 의료서비스가 취약하기 때문에 요양병원 이용자가 항상 존재하고 있어서 필요 이상의 시설 정원 여부를 판단하기 어렵다는 점. - 시설 이용자는 거주지 내 시설만 이용하는 것이 아니라 타 지역 내 시설도 이용이 가능하기 때문에 지역별 시설 접근성의 차이를 정확하게 파악하기 어렵다는 점.
	(비고) - 없음.

〈표 2-6〉 성과 평가 지표(2)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 시설 침상 수**
	(산정 단위) - 개수
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 시설 침상 수는 장기요양인정자가 손쉽게 시설에 입소할 수 있는지를 파악할 수 있는 지표임과 동시에 지역 내 시설의 과다 설치 여부를 판단할 수 있음. - 특정 지역의 시설 침상 수가 적다는 것은 입소 접근의 기회가 적다는 것을 의미하기 때문에 시설급여서비스의 미충족을 나타낼 수 있음.
	(산정 방식) - (노인요양시설 등 정원 수)/(장기요양인정자 수)x1,000 - 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 현원과 정원을 의미. - 장기요양인정자 수는 1~5등급자를 합한 수치임.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 시설 입소 가능자는 1, 2등급자와 3~5등급자 중에서 치매와 같은 질환을 가지고 있는 자로 한정되어 있으나, 이에 대한 정확한 통계가 없다는 점. - 시설 이용자는 거주지 내 시설만 이용하는 것이 아니라 타 지역 내 시설도 이용이 가능하기 때문에 지역별 시설 접근성의 차이를 정확하게 파악하기 어렵다는 점.
	(비고) - 없음.

〈표 2-7〉 성과 평가 지표(3)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관 수**
	(산정 단위) - 개수
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 장기요양기관 수는 장기요양인정자가 손쉽게 재가서비스를 이용할 수 있는지를 파악할 수 있는 지표임과 동시에 지역 내 재가기관의 과다 설치 여부를 판단할 수 있음. - 특정 지역의 재가기관 수가 적다는 것은 서비스 이용의 접근 기회가 적다는 것을 의미하기 때문에 재가급여서비스의 미충족을 나타낼 수 있음.
	(산정 방식) - (지역별 재가장기요양기관 수)/(지역별 장기요양인정자 수)x1,000 - 재가장기요양기관에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호 및 복지용구대여기관을 모두 합한 것임. - 장기요양인정자 수는 1~5등급자를 합한 수치임.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 재가장기요양기관의 이용은 노인요양시설에 비해서 지역성이 강하기는 하지만, 노인요양시설에 비해 개설만 해 놓고 실제적으로 사업 운영을 보류하고 있는 기관이 상당수 있음. 이에 대한 통계가 부재하여 재가장기요양기관이 적은 지역일지라도 이용상의 접근이 부족하다고 정확하게 판단하기가 어려움.
	(비고) - 없음.

〈표 2-8〉 성과 평가 지표(4)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사 수**
	(산정 단위) - 명
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 요양보호사는 직접적으로 케어를 제공하는 인력으로 장기요양인정자에게 양질의 적절한 서비스를 제공하기 위해서는 지역별로 충분하게 확보될 필요가 있음. - 상대적으로 요양보호사의 확보가 적은 지역일수록 이용자의 서비스 접근에 불공평성이 존재할 가능성이 높다고 볼 수 있음.
	(산정 방식) - (지역별 요양보호사 수)/(지역별 장기요양인정자 수)x1,000 - 요양보호사 수는 현재의 취업 중인 종사자 기준. - 장기요양인정자 수는 1~5등급자를 합한 수치임.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 각 지역별 취업 종사 중인 요양보호사는 각 지역의 장기요양기관 수에 비례하기 마련. - 요양보호사의 확보량에 따른 서비스 접근 수준을 파악하기 위해서는 이용자의 실제 서비스 수급 수요량을 파악하여야 하나, 현행 수준에서는 이용자의 수요량 파악이 불가능.
	(비고) - 주기적인 장기요양인정자 및 가족의 서비스 수요조사를 실시할 필요가 있음.

〈표 2-9〉 성과 평가 지표(5)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 간호인력 수**
	(산정 단위) - 명
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 간호인력은 요양보호사와 마찬가지로 직접적으로 케어를 제공하는 인력으로 장기요양인정자에게 양질의 적절한 서비스를 제공하기 위해서는 지역별로 충분하게 확보될 필요가 있음. - 상대적으로 간호인력의 확보가 적은 지역일수록 이용자의 서비스 접근에 불공평성이 존재할 가능성이 높다고 볼 수 있음.
	(산정 방식) - (지역별 간호인력 수)/(지역별 장기요양인정자 수)x1,000 - 간호인력은 현재의 취업 중인 종사자 기준. - 장기요양인정자 수는 1~5등급자를 합한 수치임.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 각 지역별 취업 종사 중인 간호인력은 요양보호사와 마찬가지로 각 지역의 장기요양기관 수에 비례하기 마련. - 간호인력의 확보량에 따른 서비스 접근 수준을 파악하기 위해서는 이용자의 실제 서비스 수급 수요량을 파악하여야 하나, 현행 수준에서는 이용자의 수요량 파악이 불가능.
	(비고) - 주기적인 장기요양인정자 및 가족의 서비스 수요조사를 실시할 필요가 있음.

〈표 2-10〉 성과 평가 지표(6)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 장기요양인정자 1,000명당 사회복지사 수**
	(산정 단위) - 명
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 사회복지사는 케어 관련 상담 및 케어 계획 등을 담당하는 인력으로 장기요양인정자에게 양질의 적절한 서비스를 제공하기 위해서는 지역별로 충분하게 확보될 필요가 있음. - 상대적으로 사회복지사의 확보가 적은 지역일수록 이용자의 서비스 접근에 불공평성이 존재할 가능성이 높다고 볼 수 있음.
	(산정 방식) - (지역별 사회복지사 수)/(지역별 장기요양인정자 수)x1,000 - 사회복지사 수는 현재의 취업 중인 종사자 기준. - 장기요양인정자 수는 1~5등급자를 합한 수치임.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 각 지역별 취업 종사 중인 사회복지사는 각 지역의 장기요양기관 수에 비례하기 마련. - 사회복지사의 확보량에 따른 서비스 접근 수준을 파악하기 위해서는 이용자의 실제 서비스 수급 수요량을 파악하여야 하나, 현행 수준에서는 이용자의 수요량 파악이 불가능.
	(비고) - 주기적인 장기요양인정자 및 가족의 서비스 수요조사를 실시할 필요가 있음.

〈표 2-11〉 성과 평가 지표(7)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**가입자 1인당 보험료 수준**
	(산정 단위) - 원
	(지표 산정의 의미) - 제도의 지속 가능성(sustainability)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 자원 투입의 유형에 시설과 인력 이외에 재정이 포함되는데, 현행 제도의 주요 재원이 보험료이기 때문에 가입자의 보험료 수준을 통해서 제도의 장기 지속성을 판단해 볼 수 있음.
	(산정 방식) - 직장가입자 1인당 월평균 보험료=[{(직장(근로자, 공교) 총보험료액)/(연평균 직장가입자 적용 인구)}/12]/2 - 지역가입자 세대당 월평균 보험료={(지역가입자 총보험료액)/(연평균 지역가입자 수(비가입 세대주 포함))/12
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 현행 장기요양보험료는 건강보험료액에 일정률을 곱해서 산정되고 있기 때문에 일정률을 조정하지 않는 한 자동적으로 장기요양보험료가 건강보험료에 연동되어 인상되는 경향이 있음.
	(비고) - 없음.

〈표 2-12〉 성과 평가 지표(8)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**국고예산 투입 비중**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 제도의 지속 가능성(sustainability)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 재정 투입의 유형에는 보험료, 국가부담금 및 국고지원금이 포함되어 있는데, 재정의 안정화를 위해서 국고지원금의 투입이 중요함. - 국고지원금의 수준에 따라서 가입자의 보험료 수준이 영향을 받고, 장기적으로는 제도의 재정안정화에도 영향을 줄 수 있기 때문에 국고지원금의 투입이 중요.
	(산정 방식) - 국고예산 투입 비중=연도별 보험료총액/국고지원금총액x100
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 없음.
	(비고) - 없음.

〈표 2-13〉 성과 평가 지표(9)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**재가장기요양서비스 이용 유지율**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효과성(effectiveness)을 나타내는 성과 지표에 해당하는데 서비스(케어)의 질 수준을 의미. - 장기요양서비스에는 시설서비스와 재가서비스로 구분되는데, 시설서비스는 재가생활이 어렵거나 가정에서의 수발이 곤란한 경우에 이용됨. - 선진국가들의 장기요양정책 방향을 보면 개개인의 질적인 삶 유지를 위해 장기간 재가에서의 서비스 이용을 정책적으로 유도하고 있음.
	(산정 방식) - 각 장기요양등급자가 이용하고 있던 재가서비스를 1년 후에도 유지하고 있는지를 산정. - 재가서비스에는 현재 6개 종류의 서비스가 있기 때문에 이러한 서비스 중 한 종류의 서비스를 받고 있었더라도 재가서비스의 이용자로 간주 - 각 연도 1월 중에 재가서비스를 이용한 자가 차년도 1월에도 재가서비스를 이용하고 있는 자의 비율을 산정.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계 원자료(D/B) 재분석
	(제약점) - 현행 제도에서 시설서비스는 원칙적으로 1, 2등급자로 제한하고 있기 때문에 등급변화가 없는 한 3등급자 이하는 재가서비스만을 이용할 수밖에 없다는 점을 고려하면, 낮은 등급에서의 재가서비스 이용 유지율이 높게 나타날 수 있다는 것. - 자료의 제약상 재가서비스 〈-〉 시설서비스를 반복적으로 이용한 자도 분석 결과에 포함될 가능성이 있음.
	(비고) - 현행 노인장기요양보험법에서 재가서비스를 우선적으로 제공하여야 하는 것으로 명시되어 있기 때문에 이를 평가할 수 있는 적정한 지표의 개발이 필요함.

〈표 2-14〉 성과 평가 지표(10)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**시설서비스 이용 대기자 비율**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효과성(effectiveness)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 현행 시설서비스에는 입소자 10인 이상의 시설(노인요양시설)과 5~9인 이하의 시설(노인요양공동생활가정)로 구분되고 있는데, 시설 입소 대기자 수가 많을수록 제도의 시설서비스정책에 문제가 존재하는 것을 의미. - 특히 양질의 서비스를 제공할 수 있는 중 대규모 시설이나 서비스 평가 등급이 높은 시설일수록 대기자 비율이 높을 가능성이 있음.
	(산정 방식) - (시설 입소 대기자 수/시설 정원 수)x100 - 각 시설의 규모별, 급여서비스 평가 등급별로 대기자 수를 파악하여 정원 대비로 산정함.
	(산정 근거 자료) - 국민건강보험공단의 홈페이지에 게재되어 있는 장기요양기관에 대한 정보를 활용. - 동 장기요양기관 정보에는 각 시설의 위치, 시설 규모, 직원 배치 현황 등을 비롯하여 대기자 수도 포함되어 있음.
	(제약점) - 동 장기요양기관 정보는 주기적으로 업데이트되는 것이 아니라 수시로 최신 정보로 교체되고 있기 때문에 주기적인 파악이 어려움.
	(비고) - 노인장기요양보험정책상 중요한 지표에 해당하기 때문에 매년 12월 말 기준으로 대기자 수 정보통계를 제시할 필요가 있음.

〈표 2-15〉 성과 평가 지표(11)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**재가장기요양인정자의 학대 경험 측정 점수**
	(산정 단위) - 점수
	(지표 산정의 의미) - 효과성(effectiveness)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 장기요양서비스 이용자가 양질의 케어를 받는 경우에는 케어의 방임이나 학대와 같은 행위가 이루어지지 않기 때문에 이를 통하여 양질의 케어 여부를 판단할 수 있음.
	(산정 방식) - 노인실태조사에서는 재가노인의 학대 경험 유형으로 ① 타인으로부터 신체적인 고통을 당했다, ② 타인의 말과 행동이 내 감정을 상하게 했다, ③ 타인으로부터 금전적인 피해를 입었다, ④ 가족이나 보호자가 돌보아 주지 않았다, ⑤ 가족이나 보호자가 거의 찾아오지 않았다,로 설문 실시. - 유형별로 예는 1점, 아니요는 0점으로 처리하여 모든 응답자의 평균 점수를 산정.
	(산정 근거 자료) - 2014년도 노인실태조사 원자료
	(제약점) - 시설 및 재가서비스 이용자가 느끼는 학대 경험 여부를 파악하여야 하나, 현재 가용자료의 범위 내에서 재가서비스 이용자의 학대 경험 여부만 파악 가능 - 가용 자료(노인실태조사)의 응답 노인 중 장기요양인정자가 적다는 점에서 대표성을 지닌다고 보기가 어려움.
	(비고) - 시설 입소자의 학대 경험 여부를 파악하기 위하여 장기요양서비스 이용자 및 가족을 대상으로 한 표본 의식조사를 실시할 필요가 있음. - 더 나아가 주기적으로 모든 서비스 유형의 이용자 및 가족을 대상으로 한 장기요양 이용 실태조사를 실시할 필요가 있음.

〈표 2-16〉 성과 평가 지표(12)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**재가장기요양인정자의 하루 반나절 이상 가족수발 비율**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효과성(effectiveness)을 나타내는 성과지표에 해당함. - 재가서비스 제공량의 수준을 추정하는 것으로 미충족 욕구의 수준을 제시. - 현행 재가서비스는 24시간 대기하면서 제공되는 것이 아니기 때문에 가족의 케어가 필요한 상태임. 특히, 매일 일정 시간 이상의 가족케어가 필요한 경우에는 재가서비스의 케어량이 상당히 부족한 것으로 판단 가능.
	(산정 방식) - 노인실태조사에서는 기능제한이 있는 재가노인 중, 가족수발을 받고 있다고 응답한 노인을 대상으로 도움 제공 빈도에 대한 설문 실시. - 도움 제공 빈도는 ① 거의 매일 하루 종일, ② 거의 매일 반나절, ③ 일주일 3~4일, ④ 일주일에 1~2일, ⑤ 일주일에 1회 미만으로 설문 실시. - 이 중에서 '거의 매일 하루 종일'과 '거의 매일 반나절'로 응답한 자만을 산정.
	(산정 근거 자료) - 2014년도 노인실태조사 원자료
	(제약점) - 가족수발행위에는 신체적 케어 및 가사 지원 이외에 정서적인 지지도 포함하고 있다는 점에서 가족의 도움 제공 빈도가 높다고 해서 재가서비스의 부족을 의미한다고 단정하기 어려움. - 가용 자료(노인실태조사)의 응답 노인 중, 장기요양인정자가 적다는 점에서 대표성을 지닌다고 보기 어려움.
	(비고) - 없음.

〈표 2-17〉 성과 평가 지표(13)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**재가 및 시설급여지출의 비중**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효율성(efficiency)을 나타내는 성과 지표에 해당하고, 비용 부담 가능성(affordability)을 고려한 것임. - 장기요양서비스 이용의 결과를 금전적 단위로 나타내는 급여지출의 형태를 가지고 효율성을 파악. - 현행 급여지출이 크게 재가급여와 시설급여로 구분되고 있고, 이 중에서 재정지출에 크게 영향을 미치는 것이 시설급여지출로 나타남. 따라서 재정 안정을 위해 단위 비용이 높은 시설급여비중의 적정 수준 유지가 중요함.
	(산정 방식) - (재가급여지출액, 또는 시설급여지출액)/(총급여지출액) x 100 - 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구대여급여가 포함됨. - 시설급여에는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 급여가 포함됨.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보 통계자료
	(제약점) - 장기요양서비스 이용자는 보험급여지출 이외에 비보험급여서비스에 해당하는 비용도 지출하고 있는데, 현행 통계에서는 보험급여지출에 한정되어 있다는 점.
	(비고) - 향후 비보험급여지출액을 정기적으로 파악해 둘 필요가 있으며, 이는 (가칭)장기요양 이용 실태조사에서 파악이 가능함.

〈표 2-18〉 성과 평가 지표(14)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**장기요양서비스 이용자(수급자) 1인당 급여지출액**
	(산정 단위) - 천 원
	(지표 산정의 의미) - 효율성(efficiency)을 나타내는 성과지표에 해당하고, 비용 부담 가능성(affordability)을 고려한 것임. - 보험급여지출액을 이용자 수로 나누어 이용자 1인당 지출액으로 표준화하여 비용 부담 규모를 파악하기 위함.
	(산정 방식) - (재가급여지출액, 또는 시설급여지출액)/(실이용자 수) - 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구대여급여가 포함됨. - 시설급여에는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 급여가 포함됨.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보 통계자료
	(제약점) - 실이용자 수는 한 명의 이용자가 다른 급여서비스를 이용하는 경우에는 각각 이용자 수로 계상되지만, 동일한 급여서비스를 이용하는 경우에는 1인으로 계상됨. - 장기요양서비스 이용자는 보험급여지출 이외에 비보험급여서비스에 해당하는 비용도 지출하고 있는데, 현행 통계에서는 보험급여지출에 한정되어 있다는 점.
	(비고) - 없음.

〈표 2-19〉 성과 평가 지표(15)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**장기요양서비스 이용자(수급자) 1인당 급여지출액의 증가율 비교**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효율성(efficiency)을 나타내는 성과 지표에 해당하고, 비용 부담 가능성(affordability)을 고려한 것임. - 장기요양서비스 이용자 1인당 급여지출액의 증가 수준을 다른 주요 경제지표와 비교함으로써 비용 부담의 수준을 판단하는 데 중요한 방법으로 활용.
	(산정 방식) - 1인당 재가급여지출액=(재가급여지출총액)/(이용자 실인원) - 1인당 시설급여지출액=(시설급여지출총액)/(이용자 실인원) - 비교 대상의 주요 경제지표 * 1인당 GDP=(GDP)/(총인구) * 임금상승률: 상시근로자 100인 이상 사업장 기준 * 소비자물가지수
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보 통계자료 - 한국의 사회지표
	(제약점) - 보험급여지출을 기준으로 하고 있기 때문에 비보험급여서비스의 이용자 부담분까지 포함하고 있지 못하다는 점.
	(비고) - 없음.

〈표 2-20〉 성과 평가 지표(16)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**재가급여한도액 대비 재가급여지출액 수준**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효율성(efficiency)을 나타내는 성과 지표에 해당하고, 비용 부담 가능성(affordability)을 고려한 것임. - 시설급여는 지불액 자체가 급여한도액을 의미하고 있지만, 재가급여는 급여서비스의 내용도 다양하기 때문에 시설급여지출에 유사한 금액까지 이용할 수 있도록 하고 있고, 그러한 이용 가능한 금액을 급여한도액으로 설정해 놓고 있음. 그렇지만 이용자가 본인일부부담금 때문에 비용 부담감을 느끼는 경우에는 한도액 이하의 급여만 지출되고, 서비스 이용을 축소하게 되는 결과를 초래함.
	(산정 방식) - (등급별 1인당 재가급여 지출액)/(등급별 재가급여 월한도액)x100 - 월 한도액에 포함되는 금액에는 복지용구대여액은 제외됨. - 2016년도 등급별 월 한도액 * 1등급: 1,196,900원 * 2등급: 1,054,300원 * 3등급: 981,100원 * 4등급: 921,700원 * 5등급: 784,100원
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 월단위의 통계에서는 산정이 가능하지만, 연간통계에서는 실인원의 산정 방식 때문에 정확한 집계가 불가능. - 따라서 매달 월 한도액 대비 비율이 달라질 수 있다는 점.
	(비고) - 없음.

〈표 2-21〉 성과 평가 지표(17)의 유형과 내용

구분	내용
산출 지표	**장기요양서비스 이용자(수급자)의 급여 이용률**
	(산정 단위) - 백분율
	(지표 산정의 의미) - 효율성(efficiency)을 나타내는 성과 지표에 해당하고, 이용 가능성(availability)을 고려한 것임. - 장기요양 대상자로 인정을 받은 자가 실제적으로 급여서비스를 이용하였는가를 놓고 서비스 이용 가능 여부를 판단함. - 급여비용에 부담을 느낄 경우에는 서비스 이용을 억제하게 되어 제도 이용의 효율성을 떨어뜨릴 가능성이 있음.
	(산정 방식) - 재가급여 및 시설급여 유형별 등급별 이용자 수 분포 - 재가급여 및 시설급여 유형별 소득 수준별 이용자 수 분포 - 소득 수준 기준 * 일반소득자 * 경감대상자 * 의료급여수급권자 * 기초수급자
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 동일한 이용자라 하더라도 급여 형태가 다를 경우 각각 이용자로 계상되는 실인원 집계 방식의 특성 때문에 정확한 실제 이용자 수 파악이 불가능.
	(비고) - 없음.

〈표 2-22〉 성과 평가 지표(18)의 유형과 내용

구분	내용
투입 지표	**지역별(시도별) 장기요양인정자 비율**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 형평성(equity)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 장기요양서비스를 이용하기 위해서는 일차적으로 장기요양 대상자로 인정을 받아야 하는데, 지역별 인정률의 차이를 파악하여 서비스 접근의 지역별 형평성 여부를 판단할 수 있음.
	(산정 방식) - (지역별 장기요양인정자 수)/(지역별 노인인구 수)x100 - 지역별 기준 * 서울, 부산, 대구, 인천, 광주, 대전, 울산, 세종 * 경기, 강원, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 제주
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계연보
	(제약점) - 신규로 장기요양인정을 받은 자 이외에 이미 주소지를 이전하여 노인요양시설 등에 입소해 있는 경우에는 노인요양시설이 많은 지역일수록 특정 지역의 인정률이 높게 나타날 가능성이 있음. - 또한 인정 신청 자체가 적은 지역일수록 인정률 자체도 작을 가능성이 존재함. - 따라서 단순히 지역별 인정률의 차이만 보고 특정 지역이 인정 가능성이 높다고는 볼 수 없다는 것임.
	(비고) - 없음.

〈표 2-23〉 성과 평가 지표(19)의 유형과 내용

구분	내용
최종 결과물 지표	**장기요양서비스이용자의 등급 유지자 비율**
	(산정 단위) - 백분율(%)
	(지표 산정의 의미) - 효과성(effectiveness)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 장기요양서비스 수급자의 건강 상태는 제공된 서비스에 의해 영향을 받게 되는데, 장기요양수급자는 등급인정된 때부터 주기적으로 건강 상태를 측정하기 위해 등급 갱신 여부의 조사를 받게 됨. - 즉, 등급 갱신 인정조사 시 결정된 등급을 통해서 건강 상태의 변화를 파악하기 위한 지표임.
	(산정 방식) - 전체 장기요양 등급인정자 중에서 최초로 갱신 인정조사 시 동일한 등급을 유지하고 있는 자의 비율.
	(산정 근거 자료) - 노인장기요양보험통계 원자료(D/B) 재분석
	(제약점) - 장기요양등급인정조사자 및 수급자 가족 등에 의한 자의적인 등급변화가 발생할 수 있는 여지가 있음. - 신규로 장기요양등급을 인정받고 갱신 인정조사가 이루어지기 이전에 사망하거나, 병원에 입원하는 경우에는 대상자 자체에서 제외되기 때문에 장기요양등급의 변화율 산정 결과에 과소 추정될 가능성이 있음.
	(비고) - 장기요양 대상자의 건강 상태를 나타낼 수 있는 지표의 개발이 필요함.

〈표 2-24〉 성과 평가 지표(20)의 유형과 내용

구분	내용
최종 결과 물지표	**재가장기요양인정자의 삶의 만족도 측정 점수**
	(산정 단위) - 점수
	(지표 산정의 의미) - 효과성(effectiveness)을 나타내는 성과 지표에 해당함. - 장기요양서비스의 이용자는 제공된 서비스를 통해서 신체적 및 인지적 기능의 회복이 아닌 유지 및 급격한 악화를 방지하고, 유지되고 있는 기능 상태를 통해서 남은 생애 기간 동안 좋은 생활(삶)을 보낼 수 있게 하는 데 제도의 최종적인 목적을 두고 있음.
	(산정 방식) - ADL 및 IADL 기능에 제한이 있는 재가노인 중에서 장기요양인정자의 생활만족도 수준을 비교. - 노인실태조사에서의 생활만족도는 ①건강 상태, ②경제 상태, ③배우자 관계, ④자녀 관계, ⑤사회여가문화활동, ⑥친구/지역사회 관계 등 6개 영역에 대한 만족도 수준을 설문으로 파악 - 응답자의 내용을 기준으로 매우 만족은 5점, 만족은 4점, 그저 그렇다는 3점, 불만족은 2점, 매우 불만족은 1점으로 각각 부여하고, 총점수를 응답자별로 산정하고, 전체 응답자의 평균 점수를 산정.
	(산정 근거 자료) - 2014년도 노인실태조사 원자료
	(제약점) - 삶의 만족도로 삶의 질(QOL)을 측정하는 데에는 한계가 있고, 추후 삶의 질 지표를 개발할 필요가 있음. - 가용 자료(노인실태조사)의 응답 노인 중, 장기요양인정자가 적다는 점에서 대표성을 지닌다고 보기가 어려움.
	(비고) - 보편적인 삶의 질 지표로 활용되고 있는 EQ-5D, 장기요양으로 조정된 삶의 질 지표(LTC-related QOL)를 개발할 필요가 있으며, 이와 관련한 자료 생산을 위해서는 노인실태조사 설문 항목을 조정

제2절 운영 성과 평가(performance measurement)의 결과

1. 제도 구조의 평가

노인장기요양보험제도의 기본 구조는 〔그림 2-3〕과 같다. 전체적으로 수요자(가입자)가 공급자(장기요양기관)의 장기요양서비스를 구입하고, 양자 간에 대리인(agent) 성격의 보험자(국민건강보험공단)가 위치해 있으며, 제도 전반적인 운영 계획 및 성과 평가 등을 담당하는 정부가 있다.

〔그림 2-3〕 노인장기요양보험제도의 기본 구조

우선, 정부는 장기요양정책을 추진하면서 제기된 문제점을 개선·보완하고, 운영 성과를 평가하여 제도가 장기간 지속적으로 유지·운영될 수 있도록 유도할 목적을 지니고 있다. 이에는 중앙정부뿐만 아니라 지방정부도 포함된다.

수요자(가입자)는 필요한 장기요양서비스를 공급자에게 요청하여 제공받을 수 있겠지만, 장기간의 서비스 이용으로 비용 부담이 커지는 위험(risk)이 발생할 수 있다. 이러한 위험에 사회구성원이 공동 대처하기 위한(즉, 위험을 공동 분산하기 위한) 방안의 일환으로 사회보험 방식의 노인장기요양보험제도가 도입되어 시행되고 있다. 수요자는 미래에 발생될 큰 서비스 비용에 대처하기 위해 현재의 적은 비용(보험료)을 부담하고, 공급자로부터 적절한 서비스를 제공받게 된다. 이때 수요자는 장기요양서비스를 받을 필요가 있는 상태인지에 대해 보험자로부터 사전적으로 인정을 받아야 하고,[8] 인정받은 가입자에 한하여 공급자로부터 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다. 다만, 사회보험제도에서는 위험에 대한 공동대처가 필요한 일정 수준 이상에 해당하는 자에게만 보험급여를 제공하기 때문에 장기요양 필요 욕구 수준에 제한을 두고 있다.

공급자(장기요양기관)는 장기요양 대상자로 인정받은 자로부터 서비스 요청이 있을 때 서비스를 제공하고 필요한 소요 비용을 보험자에게 청구하여 지불받도록 하고 있다. 이때 소요 비용의 전액을 청구하는 것이 아니라 이용자의 본인부담금을 제외한 비용을 청구한다. 서비스 공급자는 사전적으로 서비스를 제공할 수 있는 기관으로 지정받아야 하는데, 이를

8) 건강보험가입자의 경우에는 의료서비스를 받을 필요가 있는지를 사전적으로 의사(치과의사 및 한의사를 포함)에게 진단, 인정받아야 하지만, 노인장기요양보험제도에서는 사전적으로 의사와 같은 특정인에 해당하는 인정조사자에게 일단 진단을 받도록 하고 있음(자세한 것은 본문에서 후술하고자 함). 이때, 건강보험제도에서는 의사의 진단 시 비용(초진료 및 재진료)이 발생하여 이용자가 부담하고 있지만, 노인장기요양보험제도에서는 비용이 발생하여도 이용자는 부담하지 않고, 전액 보험자(정부)가 부담하고 있음.

위해서는 공급 기관의 설치에 필요한 조건을 갖추어 각 지방자치단체에 설치 신고를 사전적으로 하여야 한다. 이는 최소한의 적정 수준의 서비스를 제공하기 위함이며, 모든 공급자는 적절한 서비스를 제공할 책임을 지닌다.

보험자(국민건강보험공단)는 가입자로부터 받은 보험료를 관리하고 장기요양 필요 상태라는 위험이 발생한 가입자에게 보험급여를 제공한다. 다만, 보험급여는 가입자(이용자)에게 직접 제공하지 않고, 서비스 공급자에게 제공한다. 아울러 보험자는 공급자가 적절한 서비스를 제공하고, 정당한 방법으로 서비스를 제공하였는지를 파악하며, 청구된 비용을 심사하여 급여비로 지급하는 것을 주요 기능으로 한다. 이와 같은 일련의 업무는 가입자와 정부로부터 위임받은 것으로 보아야 한다.

마지막으로 정부는 제도 운영에 대한 전반적인 책임을 지고 있는데, 우리나라의 경우 지방자치단체(지역) 또는 특정 기업체, 동업자 등 각 단위별로 보험자를 설립한 것이 아니라 전국의 단일 보험자 방식을 선택하고 있기 때문에 가입자 및 공급자의 관리 측면에서 지방자치단체의 역할은 매우 제한된 상태이다. 현행 제도에서 지방자치단체의 주요 기능은 공급기관(장기요양기관)의 설치를 허가해 주는 정도이다. 이 외에 정부는 제도를 운영하는 데 필요한 관리·운영비나 국민기초생활보장 수급권자에 대한 장기요양비용을 부담하고 있다.

가. 적용 범위 방식

현행 제도에서는 피보험자[9]가 국민건강보험제도에 가입되어 있는 자로 하고 있기 때문에 전 국민이 노인장기요양보험제도에 가입되어 있는 셈이다. 다시 말하면, 가입자에는 연령과 소득 수준과 관계없이 모든 국

9) 이 외에 의료급여제도의 수급권자도 노인장기요양보험제도의 가입자로 포괄하고 있음.

민을 포괄하고 있다. 다만, 가입자는 보험료를 납부해야 하는 피보험자와 그렇지 않은 피부양자로 구분되는데, 피보험자 중에서 장애인복지법에 따른 장애인 또는 이와 유사한 자에 한하여 장기요양서비스 수급자로 인정을 받지 못하는 경우에 보험료를 전액 또는 일부를 감면받을 수 있도록 하고 있다.[10] 따라서 장기요양 대상자로 인정받을 수 있는 치매나 뇌졸중 등 일부 노인성질환이 없는 비노인 장애인은 노인장기요양보험제도의 가입자이지만 보험료를 면제받는 피보험자라 할 수 있다.

한편, 장기요양서비스가 필요한 자의 범위에 대한 정의를 보면, 다음과 같이 정리할 수 있다. 우선, 장기요양보호(long-term care)에 대해 OECD, EU 및 WHO 등의 국제기구에서는 일관된 맥락하에 정의하고 있다. 즉, 신체적 또는 인지적 기능 능력(functional capacity)이 감소된 자에 의해 요구되는 다양한 서비스로 정리된다. 그러한 대상자들은 상당한 기간 동안 기본적 일상생활동작(basic activities of daily livings)이나 도구적 일상생활동작(instrumental activities of daily livings)에 대한 도움(help)이 필요한 자들로 간주할 수 있다.

장기요양보험제도를 운영하고 있는 독일, 일본 및 네덜란드의 사례를 참고로 해 볼 때, 적용 범위 방식에 있어 각국마다 특성을 지니고 있다. 3개국 모두 건강보험제도 가입자를 장기요양보험제도 가입자로 하는 것은 공통된 방식이지만, 독일이나 네덜란드의 경우에는 연령이나 소득에 관계없이 보험제도에 가입시키고 있는 반면, 일본의 경우에는 연령에 제한을 두어 40세 이상인 자만 가입시키고 있다. 또한 비노인 장애인도 가입자에는 포함되어 있지만, 특정한 노인성질환자[11]를 제외하고는 수급자

10) 노인장기요양보험법 제10조 참조

11) 일본의 경우, 65세 미만자는 특정질병을 가지고 있는 자만 장기요양급여를 신청할 수 있는데, 그 질환은 총 16개 질환으로 ①말기암, ②관절류마치즘, ③근위축성측생경화증, ④후종인대골화증, ⑤골절을 동반한 골다공증, ⑥초로기 치매, ⑦파킨슨병관련질환(진행성 핵상성마비 등), ⑧척수소뇌변성증, ⑨척주관협착증, ⑩조로증, ⑪다계통위축증, ⑫당

범위에서 제외하고 있다.

관련하여 국가마다의 제도적 차이를 전제로 하여 EU 국가들의 장기요양서비스 적용 범위 수준을 살펴보면, 15세 이상 공식적 급여지출 수급의 인구 비율에 있어 벨기에, 네덜란드, 오스트리아, 핀란드 등은 전체의 10% 수준이고, 이 외 동유럽 국가들은 1~5%의 범위 내에 있다(표 3-2 참조). 의존적 인구(dependent people) 중 공식적인 급여를 수급하는 비율을 보면, 적게는 20%(라트비아)에서 많게는 100%(벨기에, 네덜란드, 핀란드)에 이르기까지 다양하게 분포하고 있다. 한편, 동유럽 국가나 남유럽 국가들이 서유럽 및 북유럽 국가들에 비해 의존적 인구의 일부분만 공식적 급여를 받고 있는 것으로 나타나고 있는데, 그중에서도 독일은 서유럽 국가 중에서 가장 낮은 36%로 나타났다. 이는 장기요양서비스는 주로 노인들에 의해 이용되고, 장애인의 경우 별도의 제도를 통해 요양서비스가 제공되고 있기 때문으로 해석된다.

한편 본 연구를 위해 실시한 현행 노인장기요양보험제도의 대상자 범위에 대한 설문조사의 결과, 〈표 2-25〉와 같이 지자체 담당 공무원은 '현행 유지'에 대한 의견이 가장 많았고, 그 외의 장기요양기관 운영자나 학계 전문가 등은 '확대' 의견이 더 많은 것으로 나타났다. 대상자 범위 확대 필요성을 제시한 응답자 중에서 지자체 담당 공무원, 재가장기요양기관 및 노인요양시설 등 운영자들은 '법에 명시한 노인성질환의 범위 확대', 학계 등 전문가 집단은 '5등급자 중 비치매질환자까지 포함'하는 것에 더 많은 의견을 제시하였다(표 2-26 참조). 경증질환자보다는 협소한 노인성질환의 범위 확대가 더 필요하다는 것으로 판단된다. 한편, 지자체 담당 공무원을 제외하고는 65세 미만 모든 장애인까지 포괄하는 장기요

뇨병성신경장애, 당뇨병성신증 및 당뇨병성망막증, ⑬뇌혈관질환, ⑭폐쇄성동맥경화증, ⑮만성폐쇄성폐질환, ⑯양측 무릎관절 및 고관절에 현저한 변형을 동반하는 변형성관절증임.

양보험제도로의 개편을 제시한 의견은 전체의 20% 내외로 적지 않게 나타나, 이제는 장기요양서비스가 필요한 장애인에 대한 고려가 장기요양보험제도권에서 논의되어야 할 것으로 보인다.

〈표 2-25〉 응답자 유형별 현행 제도의 대상자 범위 조정에 대한 의견

(단위: %)

	현행 유지	현행 축소	현행 확대	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	31.1	12.2	56.7	-	100.0(90)
재가장기요양기관 운영자	37.4	8.3	52.0	2.3	100.0(348)
지자체 담당 공무원	70.6	2.4	26.2	0.8	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	50.0	-	50.0	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-26〉 응답자 유형별 현행 제도의 대상자 범위 확대(안)에 대한 의견

(단위: %)

	5등급자 중 비치매질환자 포함	법에 명시한 노인성질환 범위 확대	65세 미만 장애인까지 포함	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	27.5	54.9	17.6	-	100.0(51)
재가장기요양기관 운영자	35.5	43.0	13.4	8.1	100.0(172)
지자체 담당 공무원	30.3	57.6	6.1	6.1	100.0(33)
학계 및 현장 전문가	44.4	22.2	22.2	11.1	100.0(9)

주: 현행 노인장기요양보험제도 대상자 범위 조정 관련 문항에서 '현행 확대가 필요하다'고 응답한 자만을 대상으로 추가 질문한 문항임.
자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

나. 장기요양등급 인정 체계

장기요양서비스를 받고자 하는 사람은 우선적으로 본인이 장기요양이 필요한 상태에 있는지를 평가, 인정받아야 한다. 먼저 장기요양인정 신청을 하여야 하는데, 연령에 따라 제한이 뒤따른다. 65세 이상인 경우에는 인정신청서를 보험자에게 제출하면 되지만 65세 미만인 경우에는 법에

지정한 노인성질환[12]이 있어야 한다. 이는 노인장기요양보험제도의 수급자가 노인계층으로 한정되어 있기 때문이며, 장기요양 필요 상태의 질병적 발생 원인이 치매나 뇌졸중과 같은 노인성질환의 경우 노인이 아니더라도 발생할 수 있기에 이를 구제해 주기 위한 조치가 마련되었다.

장기요양등급의 인정 체계는 장기요양인정신청 → 방문 인정조사 → 1차 판정 → 장기요양등급판정위원회에서의 최종 판정 → 신청자에게 통보 순으로 구축되어 있다. 방문 인정조사는 보험자에 소속된 사회복지사 또는 간호사가 90개에 이르는 항목[13]을 조사하고, 조사된 항목을 PC에 입력하여 사전적으로 프로그램화된 절차에 따라서 1차적으로 장기요양등급이 결정된다. 장기요양등급은 요양필요점수에 따라서 2014년 7월부터 5개의 등급으로 구분되어 있다(표 2-27 참조). 2008년도 제도 도입 이후 요양필요점수는 조정되어 왔는데, 2008년 7월에 3등급의 요양필요점수는 55점이었으나 2012년 7월에 53점, 2013년 7월에 51점으로 각각 하향 조정되었다. 2014년 7월부터는 3등급을 양분하여 3등급과 4등급으로 구분하고, 51점 미만의 경증치매자를 5등급 특별등급으로 신설한 바 있다. 일련의 요양필요점수 등의 조정 이유는 그동안 치매질환자에 대한 장기요양등급 인정이 쉽지 않았기 때문이다.

---

12) 구체적으로 노인성질환에는 1. 알츠하이머병에서의 치매, 2. 혈관성치매, 3. 달리 분류된 기타 질환에서의 치매, 4. 상세불명의 치매, 5. 알츠하이머병, 6. 지주막하출혈, 7. 뇌내출혈, 8. 기타 비외상성 두개내출혈, 9. 뇌경색증, 10. 출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중, 11. 대외경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착, 12. 뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착, 13. 기타 뇌혈관질환, 14. 달리 분류된 질환에서의 뇌혈관질환, 15. 뇌혈관질환의 후유증, 16. 파킨슨병, 17. 이차성 파킨슨병, 18. 달리 분류된 질환에서의 파킨슨병, 19. 기저핵의 기타 퇴행성질환, 20. 중풍후유증, 21. 진전 등임.

13) 이 중에서 52개 항목은 장기요양등급을 판정하는 데 활용되고, 나머지는 표준장기요양이용계획서를 작성하는 데 활용되고 있음.

〈표 2-27〉 장기요양인정등급별 인정점수 분포

구분	기능 상태	요양필요점수
1등급	일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	95점 이상
2등급	일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	75~95점 미만
3등급	일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태	60~75점 미만
4등급	일상생활에서 일정 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태	51~60점 미만
5등급	경증치매환자(법 제2조에 따른 노인성질병으로 한정)	45~51점 미만

1차 판정 결과와 의사소견서를 바탕으로 각 시군구에 설치된 장기요양등급판정위원회[14]에서 최종적으로 장기요양등급이 결정되는데, 이때 장기요양필요점수가 조정되는 경우가 있다. 이같이 1차 판정과 최종 판정으로 구분하여 장기요양등급을 결정하는 체계가 구축된 이유는 방문조사자가 사회복지사 또는 간호사이기 때문에 의사에 비해 전문성이나 신뢰성이 떨어지기 때문이며, 이를 보완하는 방법으로 의사(또는 한의사)가 포함된 위원회에서 최종적으로 판정하게 함으로써 결과에 대한 신뢰성과 객관성을 확보하고 있다.

장기요양인정자 수의 추이를 살펴보면, 제도 도입의 초년도인 2008년도에는 214,480명이었으나 지속적인 3등급 인정점수의 하향 조정으로 인해 2015년도 말에는 467,752명으로 118.1% 정도 늘어난 것으로 나타나고 있다(표 2-28 참조). 전체 노인인구 대비로 보면 2008년도 4.2%에서 2015년도 7.0%로 약 2.8% 포인트가 증가하였다.

한편으로 등급별 인정자 수 비율을 살펴보면, 2008년도에는 1등급 26.8%, 2등급 27.2%, 3등급 46.0%의 수준에서 2015년도에는 각각

14) 장기요양등급판정위원회에는 지방자치단체장이 위촉하는 위원장을 포함하여 15인으로 구성되며, 이 중에 의사 또는 한의사가 각각 1인 이상 포함되어야 하고, 나머지는 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등이 포함되어 있음. 실제적으로 위원회가 개최될 때에는 5명 정도가 참여하고, 15인 중에서 순번제 등으로 참여하고 있는 실정임.

8.0%, 15.2%, 76.8%(3~5등급)로 나타나 중증에 해당하는 1, 2등급자의 비중이 축소되고 있음을 알 수 있다.

〈표 2-28〉 노인장기요양보험인정자 수 추이

(단위: 명, %)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1등급	57,396 (26.8)	46,994 (14.9)	41,326 (12.7)	38,262 (11.2)	37,283 (9.9)	37,665 (8.9)	37,291 (8.0)
2등급	58,387 (27.2)	73,833 (23.4)	72,640 (22.4)	70,619 (20.7)	71,824 (19.0)	72,100 (17.0)	71,260 (15.2)
3등급	98,697 (46.0)	195,167 (61.8)	210,446 (64.9)	232,907 (68.1)	269,386 (71.2)	170,329 (40.1)	176,336 (37.7)
4등급	-	-	-	-	-	134,032 (31.6)	162,763 (34.8)
5등급	-	-	-	-	-	10,456 (2.5)	19,472 (4.2)
합계	214,480 (100.0)	315,994 (100.0)	324,412 (100.0)	341,788 (100.0)	378,493 (100.0)	424,572 (100.0)	467,752 (100.0)
노인인구 대비[1)]	(4.2)	(5.8)	(5.7)	(5.8)	(6.1)	(6.6)	(7.0)

주: 1) 각 연도 65세 이상 노인인구 수 대비 인정자 수를 의미함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

한편, 주요 국가들의 장기요양 인정 방식에 대해서 살펴보면, 크게 자산조사 기준 및 최소한의 의존성 기준 설정 여부로 구분할 수 있다. 자산조사 기준과 관련하여, 조세 재정 방식 국가들은 기본적으로 자산조사를 실시한다. 단, 덴마크, 스웨덴, 핀란드 등 북유럽 일부 국가의 경우 자산조사를 실시하지 않고 있다(표 3-3 참조). 이 외 사회보험에 의한 재정 방식 국가들은 자산조사를 실시하지 않는 것이 보편적이다. 최소한의 의존성 기준은 서비스 대상 인정 체계에 있어 고려되고 있으나, 서유럽 및 북유럽 일부 국가는 이보다는 서비스 욕구 수준을 기준으로 대상자를 선정하는 것으로 간주된다.

장기요양 인정 체계와 관련하여 우리나라와 동일한 장기요양보험제도를 운영하고 있는 독일과 일본의 사례를 살펴보고자 한다. 먼저 일본은 우리나라와 거의 유사하다고 볼 수 있다. 일본의 인정 체계에서 기본적으로 조사하는 항목 수는 우리나라보다 많은 74개[15]이며, 조사자는 지자체(보험자) 소속의 인정조사원이나 지정거택개호지원사업자(케어매니저)이다. 1차적으로 조사 항목을 컴퓨터에 입력하여 프로그램을 통해 장기요양등급이 결정되고, 2차적으로 각 지자체에 설치되어 있는 개호인정심사회에서 1차 인정 결과와, 주치의 의견서 및 1차 조사의 특기 사항 등을 다각도로 고려하여 최종적으로 등급을 결정하게 되어 있다. 개호인정심사회에서는 케어에 들어가는 시간 및 강도 등에 대한 심사뿐만 아니라 고령자의 상태 유지 및 개선 가능성에 대해서도 심사하는데, 이를 통해서 예방급여자 및 요양급여자로 구분, 결정하고 있다. 즉, 요개호인정기준시간[16]이 32~50분 미만에 해당하는 자 중에서 심신 상태가 안정되어 있지 않거나 치매에 의해 예방급여 이용이 적절치 못한 자를 제외하고는 모두 예방급여자로 결정하고 있다.

독일의 경우 장기요양 인정 신청을 하면 질병보험의 의료서비스기구(MDK[17])에서 장기요양 대상자의 인정 여부에 대해 방문 조사[18]를 실시한

15) 이는 신체기능 및 일어나 앉기 동작영역에 20개 지표(마비, 구축의 세부 항목 포함), 생활기능영역에 12개 지표, 인지기능영역에 9개 지표, 정신 및 행동장애영역에 15개 지표, 사회생활에 대한 적응영역에 6개 지표, 과거 14일간 받은 특별한 의료영역에서 12개 지표로 구성되어 있음.

16) 요개호인정기준시간에 따라 등급이 결정되는데, 요지원1은 25~32분 미만, 요지원2 및 요개호1은 32~50분 미만, 요개호2는 50~70분 미만, 요개호3은 70~90분 미만, 요개호4는 90~110분 미만, 요개호5는 110분 이상임.

17) MDK는 독일 사회법전 제5편에 의거, 각종 질병금고가 주(州) 수준에서 공동으로 설치한 조직이고, 공법상 법인격으로 되어 있음. MDK의 임무는 질병금고를 위해 필요한 전문의학적 지식을 통한 의학적 심사 및 일반적이고, 기본적인 의료상의 문제에 대해 조언하는 역할을 수행하고 있음. 동일한 맥락 속에서 장기요양보험제도의 도입으로 장기요양의 필요성에 대한 조언 및 심사도 수행하게 됨.

18) 방문조사자는 의사 이외에 장기요양전문직 및 기타전문직(사회복지사 등) 중 1인이 수행하게 되는데, 인정신청자료 및 심사의 중요도를 기준으로 누가 방문조사 할 것인가를

다. 이때 MDK에 의한 심사 내용은 일상생활활동에 관한 제약 및 필요한 원조의 유형, 수량, 예상된 케어 기간 이외에 재활 등 장기요양 상태의 제거, 경감 또는 예방을 위한 조치의 적절성, 필요성 및 가능성 등을 포함한다. 또한 복지용구 및 주택 개조의 필요성, 현금수당 신청 시 가족수발자의 적절한 케어 가능성 등에서도 다각도로 심사하고 있다. 이러한 심사는 신청자의 심신 상태가 시간의 경과에 따라서 변화할 가능성이 있다고 간주하여 일정 간격을 두고 정기적인 재조사를 실시하는 것으로 되어 있다. MDK가 방문조사를 하는 데 필요한 정보에 대해서는 장기요양금고, 질병금고 및 서비스 공급자가 제공하여야 하고 신청자의 동의를 얻어서 주치의로부터 질병 치료 내용 등 필요한 의료 정보를 얻을 수 있다.

방문조사 시 심사하는 일상생활활동의 내용은 4개의 영역, 즉 (1)신체케어(몸 씻기, 샤워, 목욕, 양치질, 머리 감기, 수염 깎기, 배변/배뇨 등), (2)영양 섭취(음식물 먹기 쉽게 하는 것, 음식물 섭취 등), (3)이동(기상, 취침, 옷 갈아입기, 보행, 기립, 계단 오르기, 외출, 귀가 지원 등), (4)가사활동(물건 사기, 조리, 집 안 청소, 식기 세정, 속옷 갈아입기, 주택 난방 등)으로 2013년도부터 4개 등급 체계[19]를 기본으로 한다. 다만, 이러한 심사 내용과 등급 체계는 2017년 1월부터 신규 방식으로 전환될 예정이며(표 2-31 참조), 심사 내용은 6개 영역, (1)운동능력, (2)인지능력 및 대화능력, (3)행동 및 심리 증상, (4)일상생활동작, (5)병원 또는 치료에 대한 대응, (6)일상생활 및 사회생활로 구성된다. 이를 기준으로 기존의 4등급 체계에서 5등급 체계[20]로 전환할 예정이다.

결정함.

19) 실질적으로는 경증치매자만 0등급으로 분류하고, 요양1~3등급 이외에 요양3등급자 중에서 집중적인 원조가 필요하거나 특별한 의료처치가 필요한 자에게는 특별등급으로 구분, 추가적인 급여를 제공함

20) 즉, 1등급은 12.5~27점,미만, 2등급은 27~47.5점,미만, 3등급은 47.5~70점,미만, 4등급은 70~90점,미만, 5등급은 90~100점으로 구분함.

한편, 본 연구를 위해 실시한 현행 장기요양 인정 등급 체계의 적절성에 대한 설문조사 결과, 〈표 2-29〉와 같이 지자체 담당 공무원은 '현행 등급판정이 적절하다는' 것에 대한 의견이 가장 높았고, 이 외 장기요양기관 운영자나 학계 전문가 등은 '등급인정이 어렵다'는 의견이 더 많은 것으로 나타났다. 특히, 재가장기요양기관 운영자들에게서 등급판정이 어렵다는 의견이 가장 높게 나타났다. 등급판정 항목에 대한 의견(표 2-30 참조)에 대해서는 지지체 담당 공무원과 장기요양기관 운영자는 '현행 항목 유지', 학계 등 전문가 집단에서는 오히려 '항목 축소'의 의견을 더 많이 제시하였다. 또한 현행 체계 내 장기요양등급판정위원회와 관련하여 많은 조사 대상 집단에서 동 위원회가 공정하게 운영되고 있는 것으로 의견을 제시한 반면, 일부 시설 운영자의 경우 편파적이거나 공정하지 못하게 동 위원회가 운영되고 있다는 의견도 상대적으로 높게 제시하였다(표 2-31 참조). 장기요양 분야에 실무 경험이 부족한 자 또는 관련성이 적은 직종 종사자가 위원회에 참여하고 있다는 것 등을 그 이유로 언급하였다.

〈표 2-29〉 응답자 유형별 현행 장기요양등급 인정 체계 적절성에 대한 의견

(단위: %, 명)

	등급판정 적절함	등급인정 어려움	등급인정 용이함	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	39.8	53.4	5.7	1.1	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	29.7	63.5	4.5	2.3	100.0(353)
지자체 담당 공무원	44.4	27.8	11.9	15.9	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	16.7	61.1	22.2	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-30〉 응답자 유형별 현행 장기요양등급판정 항목(52개)에 대한 의견

(단위: %, 명)

	현행 항목 유지	현행 항목 축소	현행 항목 확대	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	42.0	27.3	19.3	11.4	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	35.5	38.1	17.5	8.9	100.0(349)
지자체 담당 공무원	48.4	12.7	11.9	27.0	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	11.1	55.6	27.8	5.6	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-31〉 응답자 유형별 현행 장기요양등급판정위원회 운영에 대한 의견

(단위: %, 명)

	대체적으로 공정하고 타당한 운영	대체적으로 편파적이고 타당치 못한 운영	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	56.8	26.1	17.0	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	48.6	23.9	27.6	100.0(352)
지자체 담당 공무원	64.8	5.6	29.6	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	55.6	16.7	27.8	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

다. 장기요양급여 이용 지원 방식

장기요양 대상자로 인정받으면 서비스를 이용할 수 있게 된다. 이때 장기요양서비스 이용자가 필요로 하는 서비스의 내용이나 양, 서비스 공급자에 대한 선택 및 서비스 제공 계획 등을 결정하여야 하는데, 이러한 일련의 과정을 케어매니지먼트(care management)라 칭한다. 의료서비스의 경우에는 의사가 치료 계획, 치료량, 치료 방법 등 모든 과정의 결정자이기 때문에 케어매니지먼트 체계가 필요하지 않겠지만, 장기요양서비스는 서비스 선택에서부터 계획 수립에 이르기까지 이용자 본인 또는 공급자와 이용자 간 협의를 통해 이루어지는 것이 일반적이다.

사실상 장기요양 인정 체계와 케어매니지먼트는 밀접하게 연관되어 있다고 할 수 있다. 장기요양 인정 체계는 피보험자가 급여를 받을 수 있는지, 급여 수급자일 경우 어느 정도의 급여를 받을 수 있는지를 결정하는 절차라 말할 수 있고, 케어매니지먼트는 장기요양인정자를 대상으로 다양한 보험급여 서비스를 수급자 욕구(needs)에 맞추어 어떻게 제공하는가에 대한 절차라고 할 수 있다. 따라서 이 두 가지의 절차는 상호 연계되어 있다고 할 수 있다.

현행 노인장기요양보험제도에서는 장기요양등급자에게 표준장기요양이용계획서를 제공하여 서비스 이용을 지원하고 있는데, 표준장기요양이용계획서의 활용성이 떨어진다는 일부 지적이 있다. 본 연구를 위해 실시한 현행 표준장기요양이용계획서의 활용에 대한 설문조사에서도, 〈표 2-32〉와 같이 학계 등 전문가 집단들은 '제대로 활용되고 있지 못하는' 것에 대한 의견이 가장 높게 나타났다. 그러나 노인요양시설 등 운영자나 지자체 담당 공무원은 '제대로 활용되고 있는 것'으로 응답하였다. 특히, 표준장기요양이용계획서를 더 많이 고려할 필요가 있는 재가장기요양기관 운영자들에게서는 활용성과 비활용성 간의 의견이 양분되어 나타났는데, 비영리단체의 운영자들은 후자, 민간사업자는 전자에 동의하는 것으로 간주된다. 이번에는 표준장기요양이용계획서의 비활용성에 대해 의견을 제시한 응답자를 대상으로 그 이유를 물어본 결과, 〈표 2-33〉과 같이 대체로 '계획서상의 내용에 대한 불충분성'을 지적한 것으로 나타난 반면, 지자체 담당 공무원은 비의무적인 활용에 더 높은 의견을 제시하였다.

〈표 2-32〉 응답자 유형별 현행 표준장기요양이용계획서 활용에 대한 의견

(단위: %, 명)

	제대로 활용	제대로 활용하지 못함	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	67.0	31.8	1.1	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	49.3	50.1	0.6	100.0(349)
지자체 담당 공무원	59.5	34.9	5.6	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	11.1	72.2	16.7	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-33〉 응답자 유형별 현행 표준장기요양이용계획서 비활성화 이유에 대한 의견

(단위: %, 명)

	비의무적 활용	계획서 내용 불충분	계획서 내용 미이해	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	14.3	57.1	25.0	3.6	100.0(28)
재가장기요양기관 운영자	10.5	61.0	0.6	27.9	100.0(48)
지자체 담당 공무원	63.6	18.2	13.6	4.5	100.0(44)
학계 및 현장 전문가	18.2	45.5	9.1	27.3	100.0(13)

주: '현행 표준장기요양이용계획서 관련 문항에서 '제대로 활용하지 못하고 있음'에 응답한 자만을 대상으로 추가적으로 질문한 문항임.
자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

한편, 서비스 이용 지원 방식과 관련하여 앞서 마찬가지로 주요 일부 선진국가 및 우리와 유사한 방식의 독일과 일본의 사례를 살펴보고자 한다.

주요 일부 선진국가들의 케어매니지먼트 체계를 살펴보면 다음과 같다.[21] 영국은 1993년도부터 지역케어법이 시행되어 새롭게 케어매니지먼트 체계가 도입되었는데, 지역케어서비스를 보건·복지의 전문인력과 연계하여 제공할 수 있도록 하고 있다. 신규 체제에서는 지자체 소속의 케어매니저가 다른 전문가에 의한 판정을 참고로 고려하면서 이용자의 욕구를 종합적으로 판정하여 가장 적절한 서비스의 조합(care package)

21) 橋本泰子·竹內孝仁·白澤政和(감수), 해외와 일본의 케어매니지먼트, 중앙법규, 2010 참조.

을 케어플랜의 형식으로 수립한다. 이 과정에서 각종 보건·복지서비스를 케어플랜에 따라 연계적으로 제공하는 구조를 지니고 있다. 케어매니저는 모두 지자체 소속으로, 지역별 복지사무소나 병원에 근무하면서 그 역할을 수행하고 있다. 캐나다에서는 1990년대 보건의료제도의 개혁으로 모든 주정부가 케어관리(managed care) 방식을 도입하였는데, 그중에서도 온타리오주의 지역케어지원센터(community care access center: CCAC) 체계가 눈에 띈다. CCAC는 1997년에 설치되었는데, 설립 목적은 지역장기케어서비스의 연계를 향상시키고, 서비스 제공의 창구를 일원화시키는 데 있다. CCAC에서는 그 대상자가 고령자를 비롯한 아동, 장애자 등 주민 전체이고 지역케어서비스의 제공 결정뿐만 아니라 요양시설의 입소 여부도 판정하고 있다. 오스트레일리아에는 1987년에 고령자케어지원서비스(aged care assessment service: ACAS)가 설치되었는데, 초기에는 불필요한 시설 입소를 방지하는 역할을 수행하였다. ACAS의 주요 구성원은 노년전문의와 지역사회 간호사(community nurse)로, 필요에 따라서는 기타 전문가(사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 등)가 동참하는 경우도 있다. ACAS는 우선적으로 노인요양시설의 입소를 판정하고 필요한 재가서비스의 계획 수립, 일반 의사에 대한 노인환자 치료 방법 전수 등을 담당한다. 이 외 주·야간보호서비스 판정이나 재가케어패키지의 수급판정도 수행하고 있다. 사실상 ACAS는 장기요양 욕구의 판정에 따른 케어 지원에 중점을 두고 있다고 볼 수 있고, 지역사회에서의 재가케어서비스는 1989년부터 시행하고 있는 연계서비스(linkage service: LS) 체계 내 케어매니저에 의해 재가서비스의 욕구 사정, 케어플랜 및 서비스의 연계가 이루어지고 있다. LS에 재가서비스를 의뢰하는 자에는 이용자나 가족뿐만 아니라 이웃이나 친구, 방문간호사나 홈헬퍼, 병원 관계자, ACAS 등도 포함되어 있다.

다음으로 일본의 케어매니지먼트 과정을 살펴보면 다음과 같다. 재가서비스의 경우, 서비스 계획 작성에 대한 의뢰가 거택개호지원센터(케어매니저)로 들어오면 케어매니저는 ① 욕구 사정(need assessment)을 통해 ② 서비스 제공 계획의 초안을 작성하고, ③ 서비스담당자회의(care conference)를 거쳐 서비스 계획을 확정하여 동 서비스 계획에 따라 서비스를 제공한다. 그 이후 ④ 서비스 제공 상태 등을 지속적으로 파악, 평가(monitoring)하여 ⑤ 서비스 계획을 재수정하게 된다. 일본에서는 장기요양 인정 체계와 관련하여 제1단계는 장기요양 인정 신청 단계, 제2단계는 장기요양 인정 단계, 제3단계는 과제 분석 및 서비스 담당자 회의, 서비스 계획 작성 단계, 제4단계는 서비스 계획에 기반한 서비스 제공 및 모니터링 평가 단계, 제5단계는 서비스 계획의 수정·보완 단계로 부르고 있다(橋本泰子 등, 2010).[22]

반면 독일의 서비스 이용 지원 방식은 최근 변화되었다. 독일의 장기요양보험제도에서는 재가급여를 원할 경우, 현물서비스와 현금수당을 선택할 수 있도록 하고 있다. 그러나 수급자의 81.5%[23]가 어떠한 형식이든지 간에 현금을 수급하고 있어서 현물급여 중심의 일본과 다르게 서비스 이용 지원 방식이 이루어지고 있다. 독일은 2008년도에 장기요양보험의 구조적 발전을 위한 법률(das Gesetz zur strukturelle Weiterentwicklung der Pflegeversicherung)에 근거하여 장기요양보험 개혁[24]을 단행하였는데, 이때 케이스 매니지먼트를 도입하여 케어와 관련된 상담 및 서비스를 포괄적으로 제공하는 체제를 갖추기 시작하였다.

---

22) 橋本泰子·竹内孝仁·白澤政和(감수), 해외와 일본의 케어매니지먼트, 중앙법규, 2010 참조
23) Saito Kaori, 독일의 개호보장 동향, 건보련 해외의료보장, No. 107, 2015.
24) 개혁의 주요 내용은 ①재가케어의 지원강화, ②시설케어의 서비스 향상, ③케어 질의 향상이라는 측면에서 다음 6개의 제도개선이 이루어졌음. 즉, 급여상한액(급여 수준)의 단계적 인상, 치매환자 및 지적장애자에 대한 특별수당 급여, 케어보조자의 배치, 케이스 매니지먼트 도입 및 케어지원센터의 설치, 케어휴업제도 도입, 입소형 케어시설(노인요양시설)의 질 평가임(자세한 것은 제3장 참조).

라. 장기요양급여 방식

기본적으로 장기요양급여는 공식적(formal) 급여와 비공식(informal) 급여로 구분할 수 있다. 공식적 급여는 다시 급여 형태에 따라 현물급여(in-kind benefits)와 현금급여(cash benefits)로 나뉘고, 수급 장소에 따라 시설급여(institutional care benefits)와 재가급여(home care benefits)로 나뉜다. 공공재정은 공식적 급여비용에 의해 충당되고, 가족 수발자에 의해 제공되는 현금급여 역시 공공재정으로 지불된다.

현행 노인장기요양보험제도는 보험급여 형태가 시설급여와 재가급여, 특별현금급여[25]로 구분되어 있다. 즉, 시설급여와 재가급여는 현물급여만을 원칙적으로 인정하고 있으며, 재가급여 대상자 중 도서 및 오벽지에 거주하는 수급자에게만 예외적으로 가족요양비 명목의 현금을 지급하고 있다. 2009~2015년간 보험급여 유형별 지출 양상을 살펴보면, 〈표 2-34〉와 같이 시설급여 비중이 재가급여 비중에 비해 여전히 높은 수준을 유지하고 있으며, 재가급여비중은 제도 도입 초기에 비해 더 낮아진 것으로 나타나고 있어 재가서비스의 확충이 시급한 실정이다. 반면 특별현급여지출액은 제도 초기인 2009년도에는 3억 2800만 원이었으나 2015년에는 1억 5400만 원으로 크게 감소한 실정이다.

25) 특별현금급여는 누구든지 받을 수 있는 보편적인 급여가 아니고, 특별한 경우에만 한시적으로 지급하는 급여인데, 이에는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비가 있음. 다만, 현재에는 가족요양비만 지급되고 있는 상태임.

〈표 2-34〉 보험급여 유형별 급여지출 실적 추이

(단위: 백만 원, %)

	2009	2011	2013	2015
총급여지출액	556,986 (100.0)	638,936 (100.0)	707,151 (100.0)	869,710 (100.0)
재가급여지출	232,085 (41.7)	258,748 (40.5)	265,884 (37.6)	342,290 (39.4)
시설급여지출	322,954 (58.0)	378,680 (59.3)	439,673 (62.2)	525,562 (60.4)
가족요양비	328 (0.1)	195 (0.0)	152 (0.0)	154 (0.0)
기타	1,618 (0.3)	1,312 (0.2)	1,441 (0.2)	1,705 (0.2)

주: 기타에는 의사소견서 발급 비용, 방문간호지시서 발급 비용이 포함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각 연도.

구체적으로 장기요양서비스에는 크게 신체적 수발서비스(personal care), 가사지원서비스(domestic or home-help services)의 사회서비스, 기본적 의료서비스가 포함되어 있다. 기본적 의료서비스에는 간호(nursing care), 질병 및 기능장애 예방(prevention), 재활(rehabilitation) 및 완화케어서비스(services of palliative care) 등이 포함된다. 현행 노인장기요양보험제도에서는 케어서비스 이외에 보건의료서비스는 건강보험이나 지역보건서비스와 연계되지 못하고, 장기요양보험 제도권 내에서 촉탁의나 방문간호급여의 형태로 일부 제공되고 있는 상황이다.

우리나라와 유사한 장기요양보험제도를 실시하고 있는 독일에서는 장기요양 대상자로 인정을 받으면 이용자가 서비스 공급자와 이용계약을 맺게 된다. 계약을 바탕으로 장기요양제도를 통해 신체케어 및 가사지원서비스를, 의료보험을 통해 방문간호서비스를 받게 되며, 본인부담으로 주민 참가형 또는 민영 공급자로부터의 서비스를 받는 것이 보편적이다. 즉, 장기요양보험에서는 수발 관련 서비스에 집중하고 보건의료서비스는 의료보험을 통해서 제공됨으로써 상호 연계성을 지니고 있다. 반면에 일본의 경우에는 장기요양보험제도 내 방문간호급여와 의사 등에 의한 방문진료서비스를 포함하고 있어서 독일과 달리 보건의료복지의 통합적 체

계로 구축되어 있다.

앞서 논의한 한국, 독일 및 일본의 장기요양보험급여 내용을 비교해 보면 다음과 같다. 일본의 경우, 경증의 요지원 대상자와 중증 이상의 요개호 대상자로 구분하고 있는데, 경증 대상자(요지원자)에게는 시설 입소를 제한하고 재가급여만 받을 수 있도록 하고 있다는 점이다. 두 번째 특징은 시정촌의 지도감독을 받는 지역 밀착형 서비스는 해당 지역 내 수급자만이 이용할 수 있다는 점이고, 지역 밀착형 서비스[26]를 제공하는 공급자의 규모도 소규모라는 것이다. 세 번째 특징은 재가급여의 유형이 상당히 다양하고 복잡하게 나열되어 있다는 점인데, 이는 기존 노인복지법과 노인보건법에 의해서 제공되던 서비스를 개호보험으로 통합하면서 모두 서비스로 인정할 수밖에 없었기 때문이다. 네 번째 특징은 시설급여에 노인복지시설 이외에 노인보건시설과 요양형병상군이라는 일종의 요양병원도 급여시설로 인정하고 있다는 점이다.

이같이 일본의 장기요양급여가 분리형이라고 한다면, 독일은 통합형이라 할 수 있다. 즉, 재가급여서비스에는 우리나라나 일본에서 제공하는 방문요양과 방문목욕이 통합되어 있고, 대체케어와 현금급여의 선택이 가능하다. 이 외 치매질환자에게는 별도의 급여가 설정되어 있고, 방문간호와 방문재활서비스는 의료보험과 연계하여 제공하고 있다(표 2-35 참조).

26) 지역 밀착형의 특정 시설이나 개호노인복지시설의 규모를 보면 정원 30인 미만의 시설로 규정되어 있어 소규모 형태를 띠고 있음.

〈표 2-35〉 한·독·일 장기요양보험급여 비교

	한국	독일	일본
현물급여	재가급여 - 방문요양급여 - 방문목욕급여 - 방문간호급여 - 주야간보호급여 - 단기보호급여 - 복지용구급여	재가급여 - 일반재가급여(현물) - 치매재가급여(현물) - 가족일반대체케어 - 가족치매대체케어 - 비가족일반대체케어 - 케어용품 - 케어보조기구 - 일반주야간케어 - 치매주야간케어 - 단기케어	재가급여 - 방문개호 - 방문입욕개호 - 방문간호 - 방문재활 - 거택요양관리지도 - 통소개호(주간보호) - 통소재활(주간재활) - 단기입소생활개호 - 단기입소요양개호 - 특정시설입거자생활개호 - 복지용구대여 - 특정복지용구판매
	시설급여 - 노인요양공동생활가정 - 노인요양시설	시설케어 - 노인요양시설	시설급여 - 개호노인복지시설 - 개호노인보건시설 - 개호요양형의료시설
현금급여	특별현금급여 (가족요양비 특례요양비 요양병원간병비)	일반재가급여(현금) 치매재가급여(현금)	(없음)
기타	(없음)	주택환경개선 추가급여	거택개호지원 지역밀착형서비스 (소규모다기능거택개호 야간대응형방문개호 치매대응형통소개호 치매대응형공동생활개호 지역밀착형특정시설입거자생활개호 지역밀착형개호노인복지시설입소재생활개호) 주택보수

주: 일본의 경우 표에서 제시한 급여 내용은 요개호자에게 급여되는 것이고, 요지원자에게는 시설급여가 없고, 재가서비스만 제공됨.

한편, 주요 유럽국가들의 급여 제공 방식 중 현금급여와 관련하여 살펴보고자 한다. 먼저 가족수발자에게 지급되는 현금급여와 케어수급자에게 지급되는 현금급여로 나뉜다. 전자의 경우 현금급여를 소득 보충의 기능

으로 활용하는 국가(영국, 핀란드, 이탈리아, 체코, 에스토니아, 헝가리, 라트비아, 슬로바키아 등)가 있는 반면, 소득 대체의 기능으로 활용하는 국가(벨기에, 덴마크, 스페인, 스웨덴, 불가리아, 루마니아, 슬로베니아)도 존재한다. 현금급여 기능과 관계없이 지급액이 가장 높은 국가는 덴마크로 월 2,220유로이며, 스페인(월 727유로)과 슬로베니아(월 566유로)를 제외하고는 100~400유로 범위 내에 있다(표 3-4 참조).

반면 케어수급자에게 지급되는 현금급여의 조건에는 욕구 사정 또는 자산조사가 있으며 두 조건을 모두 요구하는 국가는 벨기에, 핀란드, 프랑스, 이탈리아, 스페인, 루마니아 등이고, 욕구 사정을 조건으로 하지만 자산조사는 하지 않는 국가는 오스트리아, 영국, 독일, 네덜란드, 체코, 라트비아, 슬로베니아 등이다. 급여액 수준을 보면 두 조건을 요구하는 국가 중 벨기에 월 274유로, 핀란드 월 100유로, 프랑스 월 490유로, 이탈리아 월 472유로, 스페인 월 406~507유로 등이다(표 3-5 참조).

이같이 대다수 유럽국가들에서는 현금급여가 보편화되어 있다는 것을 알 수 있는데, 이는 역사적으로 이미 가족수당(family allowance)제도가 사회보장급여의 하나로 자리를 잡고 있었기 때문에 장기요양과 관련한 서비스를 제공하는 가족에게도 당연히 현금수당이 지급되는 구조를 지니고 있는 것으로 해석된다 .

한편, 본 연구를 위해 실시한 현행 보험급여의 조정에 대한 설문조사 결과, 〈표 2-36〉과 같이 학계 등 전문가 집단을 제외하고는 모두 '현행 유지'를 제시하였다. 소수이긴 하나 시설 운영자나 지자체 담당 공무원 중에서도 급여 확대 의견이 제시되었으며, 학계 등 전문가 집단에서는 과반수 이상이 확대 필요성을 제시하였다.

보험급여 중 재가급여의 경우 가족의 돌봄이 빈번하게 이루어지고 있다는 점에서 현금 지원 가능성 여부에 대해 설문조사 한 결과, 〈표 2-37〉

과 같이 부적절하다는 의견이 지배적이었다. 이는 현금 수급에 따른 가족에 의한 돌봄(케어)서비스의 제공이 제대로 이루어질 것인가에 대한 의구심 때문으로 해석된다.

〈표 2-36〉 응답자 유형별 현행 보험급여에 대한 의견

(단위: %)

	현행 유지	현행 축소	현행 확대	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	71.6	17.0	5.7	5.7	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	81.5	9.7	6.5	2.3	100.0(352)
지자체 담당 공무원	83.2	11.2	1.6	4.0	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	41.2	-	58.8	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-37〉 응답자 유형별 재가서비스 이용자 대상 가족수발자 현금 지원에 대한 의견

(단위: %)

	적절할 것으로 사료됨	부적절할 것으로 사료됨	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	23.5	67.1	9.4	100.0(85)
재가장기요양기관 운영자	18.4	74.5	7.1	100.0(353)
지자체 담당 공무원	28.2	66.9	4.8	100.0(124)
학계 및 현장 전문가	38.9	55.6	5.6	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

특히, 재가서비스의 경우에는 타 서비스와의 연계가 중요하다. 관련하여 현재 재가서비스가 상호·연계적으로 제공되고 있는가에 대한 질문에서 학계 등 전문가 집단에서는 대부분이 부적절하게 제공되고 있다고 응답하였으며, 이 외 조사 대상도 부적절한 제공에 대한 응답률이 더 높게 나타났다(표 2-38 참조). 한편, 장기요양서비스와 의료서비스와의 연계적 제공에 대해서도 유사한 결과를 보이고 있는데, 입소시설보다는 재가

장기요양기관 운영자에게서 부적절한 제공 의견이 더 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-38〉 응답자 유형별 보험서비스 간 상호·연계에 대한 의견

(단위: %)

	재가서비스 간 상호연계			
	적절함	부적절함	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	19.8	59.3	20.9	100.0(86)
재가장기요양기관 운영자	42.3	55.4	2.3	100.0(350)
지자체 담당 공무원	41.5	45.5	13.0	100.0(123)
학계 및 현장 전문가	5.6	94.4	-	100.0(18)
	장기요양서비스와 의료서비스 간 연계			
	적절함	부적절함	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	44.9	53.9	1.1	100.0(89)
재가장기요양기관 운영자	29.3	61.8	8.8	100.0(351)
지자체 담당 공무원	32.8	51.2	16.0	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	5.6	94.4	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료

다음으로 현행 중·경증인정자를 대상으로 재가서비스가 적정하게 제공되고 있는가에 대한 질문에서 학계 등 전문가 집단과 노인요양시설 운영자의 경우 부정적 의견이 더 많은 반면, 재가장기요양기관 운영자나 지자체 담당 공무원들에게서는 긍정적인 의견이 더 많은 것으로 나타났다(표 2-39 참조). 그리고 시설서비스 입소 대상자의 규정 변경에 대해 물어본 결과, 노인요양시설 운영자를 제외하고는 모두 '현행 유지' 의견이 훨씬 높게 나타났다(표 2-40 참조). 이는 현재 노인요양시설의 입소 충족률이 낮은 실정에서 시설 운영 차원에서 나온 의견으로 보이며, 등급 제한 없이 시설 입소를 허용하여야 한다는 의견도 적지 않게 나타났다.

〈표 2-39〉 응답자 유형별 현행 중·경증인정자 대상 재가서비스 제공 적정성에 대한 의견

(단위: %, 명)

	적정한 서비스 제공	적정한 서비스 미제공	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	39.8	50.0	10.2	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	70.9	26.6	2.6	100.0(350)
지자체 담당 공무원	64.8	26.4	8.8	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	27.8	72.2	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-40〉 응답자 유형별 현행 시설서비스 제공 대상자 조정에 대한 의견

(단위: %, 명)

	현행 시설서비스 제공 대상자 조정 관련			
	현행 유지	특별한 예외 규정 없이 모든 인정자 대상 제공	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	35.2	64.8	-	100.0(88)
재가장기요양기관 운영자	60.7	36.7	2.6	100.0(346)
지자체 담당 공무원	70.6	27.8	1.6	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	76.5	34.6	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

마. 장기요양서비스비용 지불 방식

현행 장기요양서비스 비용 지불은 이용자와 공급자 간 차이가 있다. 이용자는 서비스 이용 시 건강보험제도와 마찬가지로 공급자에게 직접 지불하는 본인일부부담금이 있는데, 이는 소득 수준에 따라 차등이 있다. 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함) 입소의 경우, 일반 소득자는 총비용의 20%, 차상위 저소득자[27]는 10%, 기초수급권자는 무료이고, 재

27) 이는 건강보험제도 가입자 중 경감대상자와 의료급여수급권자를 말함.

가장기요양기관의 이용 시에는 각각 15%, 7.5%, 무료로 되어 있다. 다만 재가급여서비스의 경우에는 한 달에 보험급여를 받을 수 있는 한도 금액[28]을 설정해 놓고 있다. 나머지 비용은 보험자(국민건강보험공단)가 공급자에게 직접 지불하고 있고 있는데, 이용자의 본인부담금은 법정 보험급여서비스에 한정되어 있고, 비법정급여에 대한 비용[29]은 전액 이용자가 부담하는 것으로 되어 있다.

공급자(장기요양기관)는 이용자의 본인부담금을 제외한 급여비용에 대해 사전적으로 정해진 지불 금액을 보험자에게 청구하고, 심사를 통해 지불받게 되어 있다[30](표 2-41 참조). 여기에서 2016년 현재 급여비용의 지불 가격은 아래와 같은데, 방문요양 및 방문간호는 시간당 정액, 방문목욕은 제공 횟수당 정액, 주·야간보호는 등급별 시간당 정액, 단기보호 및 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)은 등급별 정액으로 되어 있다. 이와 같은 장기요양급여비용의 가격은 해마다 장기요양위원회에서 심의·결정하고 있다.

참고로 노인요양시설 입소자의 본인부담비용을 산정해 보면, 서울시 소재 S요양원의 경우 4인실을 기준으로 하면 식비/간식비만 부담하게 되어 있어서 총비용(장기요양서비스수가액)의 34.9~37.4%를 입소자가 부담하게 된다. 다만 상급 침실에 해당하는 1~2인실을 이용하는 경우 침실료 차액을 추가로 부담하여 본인부담률은 총비용의 52.4~57.9%(2인실 기준)에서 61.2~68.2%(1인실 기준)에 이르고 있다(표 2-42 참조).

---

28) 월급여한도액 범위에 적용되는 급여서비스는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호 및 단기보호급여이고, 복지용구급여는 제외되어 있음. 복지용구급여비용(보험자부담금+본인부담금)의 연간한도액은 2016년 현재 160만 원으로 되어 있음.

29) 이는 법정 급여 내용이지만, 재가급여의 월 한도액 이상으로 서비스를 이용한 경우에도 해당하지만, 법정급여가 아닌 내용으로 입소시설에서의 상급침실 이용에 따른 추가비용, 식재료비, 이미용비 및 기타임.

30) 장기요양급여서비스 가격은 공급자의 환경에 따라서 가산 또는 감산하도록 되어 있음.

〈표 2-41〉 장기요양서비스 수가(2016.1.12. 기준)

(단위: 원)

① 재가급여

(방문요양)	30분 미만	30~60분 미만	60~90분 미만	90~120분 미만	120~150분 미만
급여비용	-	11,390	17,490	23,450	29,610

(방문요양)	150~180분 미만	180~210분 미만	210~240분 미만	240분 이상
급여비용	33,650	37,200	40,470	43,500

(방문간호)	30분 미만	30~60분 미만	60분 이상
급여비용	32,630	40,940	49,250

(방문목욕)	차량 이용(차량 내 목욕)	차량 이용(가정 내 목욕)	차량 미이용
총비용	72,540	65,410	40,840

(주야간보호)	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
3~6시간 미만	26,700	24,720 (31,090)	22,820 (28,700)	21,780 (27,400)	20,740 (26,090)
6~8시간 미만	35,790	33,160 (41,710)	30,610 (38,500)	29,570 (37,190)	28,520 (35,870)
8~10시간 미만	44,530	41,250 (51,890)	38,080 (47,900)	37,040 (46,590)	35,990 (45,270)
10~12시간 미만	49,050	45,440 (57,160)	41,980 (52,800)	40,930 (51,480)	39,880 (50,160)
12시간 이상	52,600	48,730 (61,290)	45,020 (56,630)	43,980 (55,320)	42,930 (54,000)

주: ( ) 안은 치매전담형 주·야간보호기관에 대한 지불 수가임.

② 시설급여

(입소생활시설(1일당))	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
단기보호	44,900	41,590	38,410	37,390	36,380
노인요양공동생활가정	51,290	47,590	43,870		
노인요양시설	57,040	52,930	48,810		

〈표 2-42〉 장기요양서비스의 이용자부담금(노인요양시설 기준)

(단위: 원)

	1등급	2등급	3~5등급
1일 수가(총비용)[1]	57,040 (1,711,200)	52,930 (1,587,900)	48,810 (1,464,300)
1일 본인부담금(총비용의 20%)	11,408	10,586	9,762
1일 본인부담금(식비/간식비)	7,500/1,000	7,500/1,000	7,500/1,000
월 총이용자본인부담금(30일 기준)			
4인실(기준실) 이용 시	597,240	572,580	547,860
1인실 이용 시(1일 15,000원 추가)	1,047,240	1,022,580	997,860
2인실 이용 시(1일 10,000원 추가)	897,240	872,580	847,860
총비용대비 총본인부담률(%)			
4인실 기준	34.9	36.1	37.4
1인실 기준	61.2	64.4	68.2
2인실 기준	52.4	55.0	57.9

주: 1) ( ) 안은 1개월분의 총비용임.
자료: 서울시 S요양원 홈페이지.

주·야간보호(4등급 기준)의 경우, 이용 시간에 따라서 본인부담률(20일 기준)은 총비용의 최저 23.6%에서 최고 28.8%에 이르고 있다. 이는 4등급자의 월 급여한도액(921,700원) 기준으로 할 때, 한 달 20일을 주·야간보호서비스만 이용한다고 가정하는 경우 월 급여한도액의 40.2~75.5%에 해당하는 수준이다(표 2-43 참조).

〈표 2-43〉 장기요양서비스의 이용자부담금(주·야간보호, 4등급 기준)

(단위: 원)

	3~6시간 미만	6~8시간 미만	8~10시간 미만	10~12시간 미만
1일 수가(총비용)[1]	21,780 (435,600)	29,570 (591,400)	37,040 (740,800)	40,930 (818,600)
1일 본인부담금(총비용의 15%)	3,267	4,436	5,556	6,140
1일 본인부담금(식비/간식비)	2,500/500	2,500/500	2,500/500	2,500/500
월 총이용자본인부담금(20일 기준)	125,340	158,710	181,120	192,790
총비용대비 총본인부담률(%)	28.8	26.8	24.5	23.6

주: 1) ( ) 안은 20일분의 총비용임.
자료: 서울시 S요양원 홈페이지.

이상과 같은 장기요양비용의 지불 방식은 일본의 개호수가 방식과 동일하다. 즉, 급여 유형별로 지불 가격만 설정해 놓고, 서비스의 내용은 표준적인 서비스 범위 내에서 포괄적으로 제공하도록 되어 있다. 보험급여의 이용자부담금은 생활보호 대상자를 제외하고는 소득 수준과 관계없이 입소시설 및 재가서비스 모두 총비용(단, 거주비, 식비, 이미용비 등 일상생활비는 제외)의 10%로 되어 있었으나 2015년 8월 이후 고소득 노인에게는 20%의 본인부담률을 적용하고 있다.[31] 개호서비스 가격(개호보수)은 2000년 제도 도입 이후 원칙적으로 3년에 한 번씩 개정하는 것으로 되어 있지만, 제도 개선에 따른 가격 신설이나 개정이 필요할 때는 수시로 변경·조정되고 있다.

개호서비스 가격(개호보수) 설정은 우리나라와 동일하게 보험급여 유형에 따라서 서비스 제공 시간당 및 등급별 정액으로 되어 있다. 우리나라와 동일하게 가장 많이 이용되고 있는 방문요양(방문개호)서비스를 대표적으로 검토해 보면 신체케어와 생활(가사)원조로 구분하고 있다. 신체케어의 가격은 90분 미만인 경우에는 일정 시간마다 큰 폭으로 증가하지만 90분 이상 제공 시에는 초과 30분마다 80단위만 인정하고 있어서 장시간 서비스를 제공하는 경우 가격은 점증하게 되어 있어서 공급자에게는 수익성이 낮아지게 하는 효과를 가지고 있다(표 2-44 참조). 한편, 생활원조만 제공하는 경우 45분 이상에 대해서는 동일한 가격만 인정하고 있다. 이러한 가격 체계는 적정 시간 이상의 서비스 제공은 오히려 이용자의 자립 기능을 저해하고 비용에 비해 효율적이지 못하다는 지적[32]을 바탕으로 한다.

---

31) 일본에는 본인부담상환제가 있어서 한 달 개호서비스비용의 10% 본인부담액이 세대합산하여 일정 상한액을 초과하는 경우에 그 초과액을 상환해 주고 있는데, 상한액규모는 소득 수준에 따라서 차이가 있음.

32) Ikeda Shozo(2011). 개호보험론: 복지의 해체와 재생, 중앙법규, pp.221-223 참조.

〈표 2-44〉 일본 방문개호보수(방문요양서비스수가)의 산정 사례(2015년)

	서비스 제공 내용/시간에 따른 기본서비스비		이용자의 상태에 따른 서비스 제공 및 사업소 체제에 대한 가산/감산
	(신체케어 중심)	(생활원조 중심)	
20분 미만	165단위	-	신체케어에 이어서 생활원조까지 제공할 경우, (20~45분 미만: 67단위) (45~70분 미만: 134단위) (70분 이상: 201단위)
20~30분 미만	245단위	20~45분 미만: 183단위	
30~60분 미만	388단위	45분 이상 225단위	
60~90분 미만	564단위		
90분 이상	30분 증가마다 80단위씩 추가		
(비고)	이동케어 시 97단위 추가	2000년 제도 도입 시 30~60분 미만은 153단위, 60~90분 미만은 222단위, 90분 이상은 30분 추가마다 83단위를 인정	개호복지사 등 일정 비율 이상 배치하거나 중증이용자 등 일정 비율 이상 이용+ 연수 등 실시, 첫 회 제공 시 서비스 제공 책임자에 의한 대응, 긴급시 대응(신체케어만), 중/산간지역에서의 서비스 제공, 재활직종과의 연계 등이 있을 경우 가산 실시

주: 개호보수 1단위당 가격은 10엔이지만 서비스 유형마다, 지역마다 차이가 있음.
자료:일본 개호보수표(2015년 4월 적용).

반면 독일의 경우 모든 장기요양급여는 지급상한액으로 되어 있어서 수급자는 그 비용 범위 내에서 서비스를 구입하여야 한다. 지급상한액을 초과할 경우 전액 본인 부담하도록 되어 있으며 각 장기요양보험급여의 지급 상한액은 〈표 3-16〉과 같다.

독일의 장기요양급여액은 1995년 제도 도입 이후 약 12년간 변경 없이 유지되어 오다가 2008년 7월부터 주기적으로 상향 조정되었다. 2012년 이후에는 3년마다 물가상승률을 감안하여 급여 수준을 조정하도록 결정한 바 있고, 최초 조정 시기는 2015년이었다.[33] 시설급여액은 입소비용 총액의 75%를 초과해서는 안 되는 것으로 되어 있어서 최소 본인부담

33) Takeshi Tsuchida, 독일의 개호보험 개혁, 일본 건보련해외의료보장, No. 94 참조.

률은 25%로 추정할 수 있다.[34] 독일의 경우 우리나라나 일본과 같이 서비스를 이용할 때 이용자 본인이 총비용의 일부를 일정률로 부담하게 하는 방식이 아니라 급여상한액만 설정되고 그 이상의 비용에 대해서는 이용자가 부담하게 되어 공급자마다 이용자 본인 부담액의 차등이 발생하게 된다. 한편, 이용자가 경제적 사정 등으로 본인 부담을 지속할 수 없는 경우 사회부조의 일환으로 지자체의 지원을 받을 수 있다. 참고로 2010년 노인요양시설에서 실제 본인부담액(out-of-pocket payment)을 보면 〈표 2-45〉와 같이 등급에 따라 상이하다. 1등급은 46.6%, 2등급은 45.4%, 3등급은 48.2%로 추정하고 있다(Zuchandke, Reddemann & Krummaker, 2012).

〈표 2-45〉 독일 노인요양시설에서의 입소자 본인부담액(2008년)

	노인요양시설 입소비용(유로)			입소자 실제 부담액(유로)	
	케어비용 (A)	주거비 등 (B)	총입소비용 (C)=(A)+(B)	보험급여액 (D)	실제 부담액 (C)-(D)
등급1	1,307.20	608	1,915.20	1,023	892.20
등급2	1,732.80	608	2,340.80	1,279	1,061.80
등급3	2,158.40	608	2,766.40	1,432	1,334.40

자료: Costa-Font, J. & Courbage, C, Financing long term care in Europe, Palgrave Macmillan, 2012.

주요 유럽국가들의 경우 본인부담액(out-of-pocket payment) 산정을 이용자의 소득을 기준으로 하되 추가적으로 이용자의 자산이나 친인척으로부터의 지불 여부를 고려하기도 한다. 일례로 서유럽 국가의 벨기에, 독일, 스페인, 프랑스, 아일랜드, 오스트리아, 동유럽 국가의 체코, 크

34) 일본후생노동성, 2013년 해외정세보고(제3장 구주지역 후생노동시책의 개요 및 최근 동향, 2014.3, pp.219-223 참조.

로아티아, 라트비아, 리투아니아, 헝가리 등은 이용자의 자산 여부를 고려하여 본인부담액을 지불하고 있다(표 3-6 참조).

일반적으로는 이용자(입소자)의 소득을 고려하여 본인부담액을 산정하나 그 범위는 국가마다 차이를 둔다. 불가리아(소득의 50~80%), 스페인(소득의 70~80%), 라트비아(소득의 90%까지), 폴란드(소득의 70%까지) 등은 소득 수준에 따라서 본인부담액에 차등을 두는데, 저소득자인 경우에는 부담 비율이 낮다.

전반적으로 소득 수준에 따라서 본인부담액에 차등을 두는 국가가 대부분이나 벨기에, 체코, 덴마크, 독일, 프랑스 등은 소득 수준과 관계없이 주거비, 식비 등 일종의 생활비용(hotel costs)을 부담하게 한다. 한편, 아일랜드, 오스트리아, 핀란드는 소득 수준과 관계없이 비용의 80%를 이용자가 부담하며, 스웨덴, 네덜란드의 경우 본인부담상한제를 적용한다. 한편, 본 연구를 위해 실시한 현행 보험급여율(본인부담률) 수준에 대한 설문조사 결과, 〈표 2-46〉과 같이 모든 응답자 집단에서 적정하다고 인식하고 있다. 다만, 재가장기요양기관 운영자 집단에서는 재가서비스에 대한 본인부담금 수준에 있어 응답자의 3분의 1 정도가 높다는 의견을 제시하였는데, 이는 노인요양시설 등 운영자 집단에서 시설서비스의 본인부담금이 높다고 응답한 비율과 유사한 양상을 보인다.

소득 수준별 서비스 이용의 차이 여부에 대한 설문조사 결과, 〈표 2-47〉과 같이 학계 등 전문가 집단을 제외하고는 전반적으로 다른 양상을 보이고 있다. 장기요양기관 운영자 집단에서는 '소득 수준이 낮을수록 더 많이 이용한다'는 의견이 상대적으로 적고, 공평하게 혹은 소득 수준이 높을수록 더 많이 이용하는 것으로 의견을 제시하였다.

〈표 2-46〉 응답자 유형별 현행 본인부담금 수준에 대한 의견

(단위: %)

	재가서비스				
	적정	높음	낮음	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	57.9	11.8	11.8	18.4	100.0(76)
재가장기요양기관 운영자	61.1	31.4	6.9	0.6	100.0(347)
지자체 담당 공무원	75.4	11.1	11.9	1.6	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	72.2	22.2	5.6	-	100.0(18)
	시설서비스				
	적정	높음	낮음	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	37.1	37.1	25.8	-	100.0(89)
재가장기요양기관 운영자	52.8	26.7	11.4	9.1	100.0(307)
지자체 담당 공무원	64.3	21.4	11.9	2.4	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	66.7	27.8	5.6	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-47〉 응답자 유형별 소득 수준별 장기요양서비스의 공평한 이용 여부에 대한 의견

(단위: %)

	모든 소득 수준별 공평한 이용	소득 수준이 높을수록 더 많이 이용	소득 수준이 낮을수록 더 많이 이용	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	38.2	36.0	18.0	7.9	100.0(89)
재가장기요양기관 운영자	39.1	30.9	20.6	9.4	100.0(350)
지자체 담당 공무원	27.8	11.1	45.2	15.9	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	11.1	16.7	27.8	44.4	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

바. 장기요양 재정 및 관리·운영 방식

장기요양서비스 비용의 조달 방식은 3가지의 유형,[35] 즉, 조세 방식(tax-based system), 사회보험(social insurance) 및 민영보험방식

35) EU, Long term care financing, short report, 2014 참조.

(private insurance)으로 정리된다.

조세 방식은 보편적(universal) 방식과 자산 조사(means-test) 방식으로 구분되는데, 이는 조세를 기반으로 하여 국가예산으로부터 재정을 조달하는 방식이다. 조세 방식의 장점은 소득 수준에 따라서 세금이 차등 부과되기 때문에 사회적 관점에서 공평한 것으로 간주할 수 있다는 것과 급여제공에서의 유연성과 즉응성이 존재한다는 것이다. 반면 유사한 요양 욕구를 지닌 이용자 집단 간 불공평성이 존재할 가능성이 있다는 한계도 존재한다. 그 이유는 조세수입의 상태에 따라서 급여 수급자가 결정되기 때문이다.

사회보험 방식은 사용 목적이 분명한 사회보험료에 기반을 두고 재정이 조달되는 방식으로 할당적(allocation) 투명성과 재정적(financial) 투명성이 있다는 것이 조세 방식과 다르다. 즉, 가용 자원에 의존하지 않고 일정한 지급 방식에 따라 급여가 할당되고, 장기요양비용이라는 분명한 목적을 위해 보험료가 징수된다는 것이다. 또한 사회적 관점에서 위험 분산효과가 크고 세대 간 비용 부담 위험의 분산 효과가 있다. 특히, 사회보험료의 변경, 조정도 환경 변화에 따라서 용이하게 이루어질 수 있다. 반면 인구고령화에 따른 재정 부담 계층의 과중화, 개개인의 욕구에 대한 대응이 표준화된 틀로 인해 유연하지 못하다는 한계를 둔다.

민영보험 방식은 민영보험회사에서 판매하는 장기요양보험상품을 구매하여 비용을 충당하는 방식인데, 강제 가입 형태의 사회보험 방식에 비해서 가입자의 역선택(adverse selection) 문제가 상존해 있고, 저소득자의 보험료 부담 문제, 케어 발생의 불확실성 문제, 세대 간 비용 부담 문제 등으로 인해 공적보험급여의 보완적 수단으로 활용되는 것이 일반적이다.

우리나라 노인장기요양보험제도는 사회보험 방식으로 재원을 조달하며, 재원구성은 장기요양보험료, 국고지원금, 국가부담금 및 기타로 되어

있다. 장기요양보험료는 가입자의 건강보험료액에 일정 비율을 곱해서 산정하고 있고, 국고지원금은 예상 보험료수입액의 20% 이내로 되어 있으며, 국가부담금은 의료급여수급권자에 대한 국가 및 지방자치단체의 급여 부담금으로 되어 있다. 현재 장기요양보험료율은 2010년 이후 건강보험료액의 6.55%로 유지되고 있는데, 실제적으로는 2010년 월평균 4,700원(직장가입자)에서 2015년 6,472원으로 37.8% 인상되었고, 장기요양보험료는 소득(직장가입자의 연평균 월표준급여액 기준)의 0.2% 수준이다(표 2-48 참조).

〈표 2-48〉 노인장기요양보험제도의 월평균 보험료 부담액[1)]

(단위: 원, %)

	2010	2012	2014	2015
직장가입자 1인당	4,700	5,792	6,244	6,472
지역가입 1세대당	4,400	4,916	5,135	5,279
장기요양보험료율	6.55	6.55	6.55	6.55
소득[2)]대비 보험료 비중	0.17	0.19	0.19	0.20

주: 1)직장가입자는 사용자부담금을 제외한 것임.
2)일반사업장 및 공교직원의 연평균 월 표준 급여액임.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각 연도.
국민건강보험공단, 2016 상반기 건강보험주요통계, 2016.

우리나라와 유사한 사회보험 방식인 일본과 독일의 장기요양보험의 재원 조달 방식을 보면 다음과 같다.

일본의 경우, 재원 조달은 보험료와 정부지원금(세금)으로 구성되어 있는데, 총재정에서 본인부담금을 제외한 재정의 50%씩을 보험료와 정부지원(세금)으로 충당하고 있다. 이 중에서 정부지원금[36)]은 시정촌이 12.5%, 도도부현이 12.5%, 중앙정부가 25%로 구성되어 있고, 보험료[37)]는 65세

36) 다만, 시설급여에 대한 경우에는 중앙정부가 20%, 도도부현이 17.5%로 조정됨.
37) 즉, 제1호 피보험자의 보험료충당비중은 22%, 제2호 피보험자의 비중은 28%로 되어 있음.

이상 가입자(제1호피보험자)는 9단계의 소득 수준별로 일정액, 40~64세 이하 가입자(제2호 피보험자)는 건강보험료 부과소득의 일정률을 부담하고 있다. 이 중에서 제1호 피보험자의 보험료는 3년마다 조정되는데, 2000년 제도 도입 이후 매번 인상 조정되었고, 제6기(2015~2017)의 보험료부담액은 전국 평균 5,514엔이다(표 3-37 참조). 이러한 수준은 2020년에는 6,771엔, 2025년에는 8,165엔으로 추정하고 있다. 제2호 피보험자의 소득대비 장기요양보험료율은 제도 도입 초기인 2002년 1.07%에서 2015년 1.58%로 증가한 것으로 나타나고 있다(표 3-38 참조).

독일의 경우에는 제도 도입 이후 가입자의 장기요양보험료율에 많은 변화가 있어 왔다. 재가급여와 시설급여를 모두 포함하던 1996년도에는 총소득의 1.7%(노사 절반씩 부담)이었으나, 보험급여액의 인상 조치로 인하여 2008년 7월부터 총소득의 1.95%로 인상하였다. 또한 피보험자의 자녀 유무에 따라 차등화하여 자녀가 없는 세대인 경우 추가로 총소득의 0.25%를 부과하였으며, 현재까지 이어지고 있다. 2015년 이후부터는 총소득의 2.35%로 되어 있다(표 3-21 참조).

본 연구를 위해 실시한 장기요양보험료 수준에 대한 설문조사 결과, 〈표 2-49〉와 같이 보험료 수준은 모든 응답자 집단에서 '적당하다'는 의견이 높았는데, 노인요양시설 등 운영자는 '비교적 낮다'는 쪽에, 재가장기요양기관 운영자는 '비교적 높다'는 쪽에 상대적으로 더 많은 의견을 제시하였다.

〈표 2-49〉 응답자 유형별 현행 장기요양보험료 수준에 대한 의견

(단위: %)

	적당함	비교적 높음	비교적 낮음	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	42.2	8.9	36.7	12.2	100.0(90)
재가장기요양기관 운영자	51.7	15.1	25.9	7.4	100.0(352)
지자체 담당 공무원	57.1	15.	15.9	11.9	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	66.7	5.6	27.8	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

한편, 현행 노인장기요양보험제도의 관리·운영 방식을 보면, 건강보험자인 국민건강보험공단이 장기요양보험제도의 보험자로도 그 역할을 담당하고 있다. 장기요양 행정업무는 국민건강보험공단 내 장기요양부서에서 담당하고 있기는 하지만, 장기요양보험재정은 건강보험재정과 독립적으로 분리·운영되고 있다. 이러한 방식은 선험국가인 독일과 일본에서도 찾아볼 수 있다.

일본의 경우에는 시정촌 및 특별구(우리나라의 시군구 기초 지방자치단체에 해당)가 그 역할을 담당하며, 일본의 지역의료보험에 해당하는 국민건강보험의 보험자가 지자체로 되어 있다는 점에서 의료보험과 장기요양보험 간의 연계를 알 수 있다. 직장의료보험과 연계시키지 않은 배경으로는 주민의 복지 향상은 시정촌 본래의 책무라는 점, 현행까지 노인복지 및 노인보건 행정에 대한 실적, 장기요양서비스의 지역성, 보험료의 설정·징수 및 서비스 급여 관리 간 일체성의 필요성, 지역분권의 흐름 등을 감안하여 국민들이 주거지 인근에 편리한 행정단위인 시정촌이 적당하다는 점 등이 열거되고 있다.[38] 피보험자가 적은 소규모 시정촌인 경우에는 인근 지역과 광역연합조합을 설립할 수 있도록 하고 있는데, 2013년 3월말 기준 시정촌수는 1,717개이다.[39]

한편, 독일의 관리·운영 방식도 질병보험과 연계된 장기요양보험제도를 운영하고 있다. 장기요양보험조합을 질병보험조합 산하에 두고 있고, 질병보험조합의 직원이 장기요양업무를 겸직하고 있다. 이러한 장기요양보험조합은 연방 및 주정부, 지방자치체와 독립되어 있고, 자주관리원칙에 입각하여 운영되는 공법사의 법인체이다. 장기요양보험조합은 모든 질병보험조합에 속해 있고, 2004년 현재 전국에 8개의 질병

38) Wada Masaru 등, 평성 18년도(2006년) 개호보험의 편람, ㈜교세이, p.85 참조.
39) 국민건강보험의 시정촌 보험자 수임(일본국립사회보장·인구문제연구소(편, 평성27년판 사회보장통계연보, 2015.4 참조).

보험에 280개의 장기요양보험조합이 설치되어 있다. 그렇기 때문에 장기요양보험 자체의 소속직원 부재로, 장기요양인정업무나 급여관리 및 서비스 질 관리는 장기요양보험조합이 질병보험금고에 의해 주 단위로 공동 설치, 운영되고 있는 의료서비스기구(MDK: Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)에 위탁하여 수행하고 있다. 그렇지만 질병보험재정과 장기요양재정과는 분리되어 각각 독립적으로 관리하고 있다.

본 연구를 위해 실시한 우리나라의 관리·운영 방식에 대한 설문조사 결과, 〈표 2-50〉과 같이 학계 등 전문가 집단은 제3의 공공기관을 설립하여 제도를 운영할 필요가 있다는 의견이 높았고, 지자체 담당 공무원은 현 보험자인 국민건강보험공단에게로 제도의 관리를 일원화하자는 의견이 매우 높았다. 그러나 시설 운영자들은 현행대로 이원적으로 운영하거나 국민건강보험공단으로의 일원화 의견이 양분되어 나타났다.

〈표 2-50〉 응답자 유형별 현행 노인장기요양기관 관리·운영 방식에 대한 의견

(단위: %)

	현행 이원화 구조 적절	지자체 일원화 방식 적절	국민건강 보험공단 일원화 방식 적절	제3의 공공기관 필요	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	25.6	26.7	24.4	17.8	5.6	100.0(90)
재가장기요양기관 운영자	32.9	19.7	30.0	12.6	4.9	100.0(350)
지자체 담당 공무원	12.0	4.0	80.8	3.2	-	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	16.7	5.6	22.2	50.0	5.6	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

사. 장기요양 인프라(시설 및 인력) 운영 방식

현행 장기요양기관은 입소생활시설과 재가장기요양기관으로 구분된

다. 입소생활시설은 입소자의 규모에 따라서 10인 이상은 노인요양시설, 5~9인 이하는 노인요양공동생활가정이라 지칭하고, 재가장기요양기관은 급여 유형에 따라서 방문요양기관, 방문목욕기관, 방문간호기관, 주·야간보호기관, 단기보호기관 및 복지용구대여기관으로 지칭하고 있다. 이러한 장기요양기관은 노인복지법 및 노인장기요양보험법에서 규정한 시설 및 인력 배치 기준에 따라 장기요양기관을 설치하고 지자체의 허가를 받아야 한다. 이 과정에서 국가 및 지방자치단체는 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 충분한 수의 장기요양기관을 확충하고 설립을 지원할 책무가 있다.[40] 한편, 시설을 설치하여 운영하고자 하는 자는 사회복지사자격증을 소지하거나 의료인(의사 및 간호사)이어야 하고, 운영주체는 영리, 비영리 여부와 관계없이 가능하며, 종사자는 법적으로 인정된 자격증을 취득한 자이어야 한다.

장기요양기관 인프라와 관련하여 그 변화 추이를 살펴보고자 한다. 노인인구 1,000명당 설치율이 노인요양시설(침상 수)은 2008년 13.1개에서 2015년 21.0개로 증가하였고, 노인요양공동생활가정(침상 수)은 동기간에 0.5개에서 2.8개로 5배 이상으로 늘어나 가장 높은 증가율을 보이고 있다. 그러나 재가장기요양기관 중 방문간호기관은 변함이 없으며, 주야간보호기관은 약간 증가한 추세이다(표 2-51 참조). 단기보호기관의 경우 2010년도에 기능개편으로 인하여 상당수의 기관들이 노인요양시설로 전환하였기 때문에 상당히 감소하였다.

설립 주체별로 보면, 노인요양시설 등 입소생활시설의 경우, 〈표 2-52〉와 같이 2015년 말 현재 지방자치단체가 전체의 2.2%, 법인이 27.9%, 개인사업자가 69.6%, 기타사업자가 0.3%로 영리 추구형의 개인사업자 비중이 전체의 70% 수준을 차지하고 있다. 이러한 현상은 재가서비스기

40) 노인장기요양보험법 제4조 3항 참조.

관인 경우에는 더욱 심하여 지방자치단체가 전체의 0.8%, 법인이 17.7%, 개인사업자가 80.9%, 기타사업자가 0.5%로 영리 추구형의 개인사업자 비중이 월등하게 높은 실정이다. 이를 다시 지역별로 살펴보면, 입소시설의 경우(2015년), 개인사업자의 비중이 가장 높은 지역은 인천으로 전체의 84.9%이었고, 반대로 가장 낮은 지역은 부산으로 19.8%를 보이고 있다. 이들 지역은 상대적으로 법인의 비중이 다른 지역에 비해서 높은 상황이며, 이러한 현상은 재가서비스기관에서도 유사하게 나타나고 있다(표 2-53, 표 2-54 참조).

〈표 2-51〉 노인인구 대비 장기요양기관 유형별 설치 수(노인인구 1,000명당)

(단위: 개)

	2008	2010	2012	2014	2015
노인요양시설	13.1	19.3	19.7	20.4	21.0
노인요양공동생활가정	0.5	2.1	2.5	2.9	2.8
방문요양기관	0.8	1.7	1.4	1.4	1.5
방문목욕기관	0.6	1.3	1.2	1.2	1.2
방문간호기관	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
주야간보호기관	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3
단기보호기관	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0
복지용구대여기관	0.1	0.2	0.3	0.2	0.3

주: 1) 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 입소 정원(침상 수)이고, 재가기관은 실수임.
2) 2008~2012년 노인요양시설 수는 노인요양시설, 노인전문요양시설, 노인요양시설(구법, 단기보호전환)을 합한 수치임.

자료: 1) 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.
2) 통계청. 장래인구추계.

〈표 2-52〉 설립 구분별 장기요양기관 추이

(단위: 개, %)

		2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
재가시설	지방단체	109 (1.6)	110 (1.0)	114 (1.1)	104 (1.0)	121 (1.1)	120 (1.0)	109 (0.8)
	법인	2,269 (34.3)	2,227 (19.8)	2,267 (20.9)	2,260 (21.1)	2,240 (20.3)	2,242 (19.2)	2,284 (17.7)
	개인	4,024 (60.8)	8,832 (78.7)	8,412 (77.5)	8,300 (77.4)	8,629 (78.0)	9,245 (79.2)	10,455 (80.9)
	기타	216 (3.3)	59 (0.5)	64 (0.6)	66 (0.6)	66 (0.6)	65 (0.6)	69 (0.5)
	계	6,618 (100.0)	11,228 (100.0)	10,857 (100.0)	10,730 (100.0)	11,056 (100.0)	11,672 (100.0)	12,917 (100.0)
입소시설	지방단체	73 (4.3)	105 (2.8)	111 (2.7)	99 (2.3)	109 (2.3)	108 (2.2)	111 (2.2)
	법인	785 (46.2)	1,358 (36.2)	1,401 (34.5)	1,435 (33.2)	1,424 (30.6)	1,425 (29.3)	1,421 (27.9)
	개인	832 (48.9)	2,281 (60.8)	2,534 (62.4)	2,780 (64.3)	3,101 (66.7)	3,324 (68.2)	3,540 (69.6)
	기타	10 (0.6)	7 (0.2)	15 (0.4)	12 (0.3)	14 (0.3)	14 (0.3)	13 (0.3)
	계	1,700 (100.0)	3,751 (100.0)	4,061 (100.0)	4,326 (100.0)	4,648 (100.0)	4,871 (100.0)	5,085 (100.0)
계	지방단체	182 (2.2)	215 (1.4)	225 (1.5)	203 (1.3)	230 (1.5)	228 (1.4)	220 (1.2)
	법인	3,054 (36.7)	3,585 (23.9)	3,668 (24.6)	3,695 (24.5)	3,664 (23.3)	3,667 (22.2)	3,705 (20.6)
	개인	4,856 (58.4)	11,113 (74.2)	10,946 (73.4)	11,080 (73.6)	11,730 (74.7)	12,569 (76.0)	13,995 (77.7)
	기타	226 (2.7)	66 (0.4)	79 (0.5)	78 (0.5)	80 (0.5)	79 (0.5)	82 (0.5)
	계	8,318 (100.0)	14,979 (100.0)	14,918 (100.0)	15,056 (100.0)	15,704 (100.0)	16,543 (100.0)	18,002 (100.0)

주: 1) 연도 말 장기요양기관 소재지 기준임.
2) 급여 종류별 중복이 제외된 값이며, 입소시설 수는 요양시설과 요양공동생활가정의 합산임.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

〈표 2-53〉 시도별 설립 구분별 장기요양기관 수(2015년)

(단위: 개, %)

	재가시설					입소시설				
	지방단체	법인	개인	기타	계	지방단체	법인	개인	기타	계
전체	109 (0.8)	2,284 (17.7)	10,455 (80.9)	69 (0.5)	12,917 (100.0)	111 (2.2)	1,421 (27.9)	3,540 (69.6)	13 (0.3)	5,085 (100.0)
서울	50 (2.2)	478 (21.2)	1,717 (76.2)	9 (0.4)	2,254 (100.0)	32 (5.8)	120 (21.7)	401 (72.5)	- (0.0)	553 (100.0)
부산	- (0.0)	224 (27.9)	574 (71.6)	4 (0.5)	802 (100.0)	1 (0.8)	96 (79.3)	24 (19.8)	- (0.0)	121 (100.0)
대구	- (0.0)	114 (16.8)	562 (82.9)	2 (0.3)	678 (100.0)	- (0.0)	58 (22.2)	202 (77.4)	1 (0.4)	261 (100.0)
인천	3 (0.4)	69 (9.4)	659 (90.0)	1 (0.1)	732 (100.0)	3 (0.9)	46 (13.6)	287 (84.9)	2 (0.6)	338 (100.0)
광주	- (0.0)	84 (18.0)	380 (81.4)	3 (0.6)	467 (100.0)	- (0.0)	54 (50.5)	53 (49.5)	- (0.0)	107 (100.0)
대전	- (0.0)	80 (15.9)	422 (84.1)	- (0.0)	502 (100.0)	- (0.0)	39 (33.9)	76 (66.1)	- (0.0)	115 (100.0)
울산	- (0.0)	40 (23.8)	127 (75.6)	1 (0.6)	168 (100.0)	1 (2.3)	23 (52.3)	20 (45.5)	- (0.0)	44 (100.0)
세종	- (0.0)	8 (27.6)	21 (72.4)	- (0.0)	29 (100.0)	- (0.0)	8 (72.7)	3 (27.3)	- (0.0)	11 (100.0)
경기	34 (1.3)	394 (14.8)	2,227 (83.5)	11 (0.4)	2,666 (100.0)	11 (0.7)	249 (16.2)	1,271 (82.8)	4 (0.3)	1,535 (100.0)
강원	1 (0.2)	96 (22.3)	329 (76.3)	5 (1.2)	431 (100.0)	8 (2.8)	82 (28.7)	195 (68.2)	1 (0.3)	286 (100.0)
충북	3 (0.8)	53 (14.7)	302 (83.7)	3 (0.8)	361 (100.0)	5 (1.9)	61 (23.6)	193 (74.5)	- (0.0)	259 (100.0)
충남	4 (0.7)	84 (14.0)	507 (84.8)	3 (0.5)	598 (100.0)	5 (1.8)	67 (24.7)	198 (73.1)	1 (0.4)	271 (100.0)
전북	2 (0.3)	139 (19.3)	572 (79.2)	9 (1.2)	722 (100.0)	7 (3.1)	87 (39.0)	128 (57.4)	1 (0.4)	223 (100.0)
전남	8 (1.1)	107 (15.3)	575 (82.1)	10 (1.4)	700 (100.0)	27 (9.1)	98 (33,0)	170 (57.2)	2 (0.7)	297 (100.0)
경북	4 (0.5)	136 (15.7)	728 (83.8)	1 (0.1)	869 (100.0)	6 (1.6)	153 (41.5)	209 (56.6)	1 (0.3)	369 (100.0)
경남	- (0.0_	138 (17.2)	659 (82.2)	5 (0.6)	802 (100.0)	4 (1.8)	132 (57.9)	92 (40.4)	- (0.0)	228 (100.0)
제주	- (0.0)	40 (29.4)	94 (69.1)	2 (1.5)	136 (100.0)	1 (1.5)	48 (71.6)	18 (26.9)	- (0.0)	67 (100.0)
변이계수	1.4	0.3	0.1	0.8	-	1.2	0.5	0.3	1.2	-

〈표 2-54〉 시도별 설립 구분별 장기요양기관 수(2008년)

(단위: 개, %)

	재가시설					입소시설				
	지방단체	법인	개인	기타	계	지방단체	법인	개인	기타	계
전체	109 (1.6)	2,269 (34.3)	4,024 (60.8)	216 (3.3)	6,618 (100.0)	73 (4.3)	785 (46.2)	832 (48.9)	10 (0.6)	1,700 (100.0)
서울	19 (2.0)	315 (33.4)	582 (61.7)	28 (3.0)	944 (100.0)	13 (10.6)	53 (43.1)	57 (46.3)	- -	123 (100.0)
부산	1 (0.2)	215 (42.1)	286 (56.0)	9 (1.8)	511 (100.0)	1 (1.4)	55 (77.5)	15 (21.1)	-	71 (100.0)
대구	- -	134 (36.8)	222 (61.0)	8 (2.2)	364 (100.0)	- -	33 (80.5)	8 (19.5)	- -	41 (100.0)
인천	2 (0.7)	73 (26.4)	197 (71.1)	5 (1.8)	277 (100.0)	- -	22 (31.0)	48 (67.6)	1 (1.4)	71 (100.0)
광주	- -	90 (33.7)	176 (65.9)	1 (0.4)	267 (100.0)	- -	32 (69.6)	14 (30.4)	- -	46 (100.0)
대전	- -	82 (36.4)	136 (60.4)	7 (3.1)	225 (100.0)	- -	18 (45.0)	22 (55.0)	- -	40 (100.0)
울산	2 (1.6)	70 (57.4)	50 (41.0)	- -	122 (100.0)	2 (6.9)	22 (75.9)	5 (17.2)	- -	29 (100.0)
세종	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -	- -
경기	34 (2.7)	366 (29.4)	806 (64.6)	41 (3.3)	1,247 (100.0)	10 (2.2)	131 (28.2)	319 (68.8)	4 (0.9)	464 (100.0)
강원	8 (3.2)	108 (43.2)	125 (50.0)	9 (3.6)	250 (100.0)	6 (5.6)	49 (45.8)	51 (47.7)	1 (0.9)	107 (100.0)
충북	5 (2.6)	65 (33.3)	114 (58.5)	11 (5.6)	195 (100.0)	5 (4.7)	31 (29.0)	71 (66.4)	- -	107 (100.0)
충남	4 (1.3)	89 (28.3)	215 (68.5)	6 (1.9)	314 (100.0)	2 (2.2)	40 (43.5)	50 (54.3)	-	92 (100.0)
전북	6 (1.4)	158 (37.7)	235 (56.1)	20 (4.8)	419 (100.0)	4 (2.8)	73 (51.4)	63 (44.4)	2 (1.4)	142 (100.0)
전남	19 (3.8)	130 (26.0)	324 (64.8)	27 (5.4)	500 (100.0)	18 (14.2)	50 (39.4)	57 (44.9)	2 (1.6)	127 (100.0)
경북	8 (1.7)	167 (35.0)	296 (62.1)	6 (1.3)	477 (100.0)	7 (6.3)	75 (67.6)	29 (26.1)	- -	111 (100.0)
경남	1 (0.2)	149 (35.7)	231 (55.4)	36 (8.6)	417 (100.0)	5 (5.0)	74 (73.3)	22 (21.8)	- -	101 (100.0)
제주	- -	58 (65.2)	29 (32.6)	2 (2.2)	89 (100.0)	- -	27 (96.4)	1 (3.6)	- -	28 (100.0)
변이계수	0.9	0.3	0.2	0.7	-	1.1	0.4	0.5	1.6	-

다음으로 장기요양기관의 규모를 살펴보면 〈표 2-55〉와 같다. 입소시설의 경우, 노인요양시설은 2008년 시설 1곳당 평균 침상 수(정원)가 48.0개이었고, 2015년도에도 변함없이 그 수준을 유지하고 있다. 노인요양공동생활가정은 규모 자체가 5~9인 이하이기 때문에 대다수 시설들이 8~9인 규모로 운영하는 것으로 보인다. 재가장기요양기관인 경우 실제 급여 실인원을 기준으로 할 때, 방문요양기관은 실인원이 2010년 1곳당 23.3명에서 2015년 10.4명으로 축소되었다. 이는 급여청구를 신청한 방문요양기관이 늘어났기 때문으로 보인다. 이러한 현상은 다른 재가장기요양기관에서도 나타나고 있는데, 특이한 경우를 제외하고는 대체적으로 방문요양기관은 1곳당 25~30명 수준, 방문목욕기관은 12~13명 수준, 방문간호기관은 20명 내외 수준, 주·야간보호기관은 20명 내외 수준, 단기보호기관은 18~19명 수준, 복지용구기관은 100여 명 수준인 것으로 집계되었다.

〈표 2-55〉 장기요양기관 유형별 시설 1곳당 평균 정원 수 및 이용자 수 추이

(단위: 명)

	노인요양 시설	노인요양 공동생활가정	방문 요양	방문 목욕	방문 간호	주야간 보호	단기 보호	복지 용구
2008	48.0	8.6	na	na	na	na	na	na
2009	47.3	8.5	na	na	na	na	na	na
2010	43.8	8.4	23.3	11.4	15.2	14.7	12.5	84.4
2011	44.3	8.5	24.2	12.1	16.1	16.5	15.9	86.4
2012	45.1	8.6	25.1	12.5	19.0	18.2	18.3	98.2
2013	48.6	8.7	28.4	13.3	21.9	20.2	18.1	114.6
2014	48.6	8.6	29.1	12.8	19.7	21.5	19.3	123.1
2015	48.0	8.6	10.4	7.3	10.1	7.3	6.1	25.0

주: 입소시설은 평균 정원 수이고, 재가장기요양기관은 평균 실인원임.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

한편, 독일과 일본의 사례를 살펴보면 다음과 같다. 독일의 경우 우리나라와 다르게 장기요양보험의 보험자인 장기요양금고가 장기요양급여를 제공할 책무(급여책무)를 지닐 뿐 아니라 급여책무의 범위 내에서 피보험자에 대해 수요에 적합하고 지역적 편차 없이 장기요양서비스의 공급을 확보할 책무(확보책무)도 지니고 있다. 이와 함께 장기요양금고는 장기요양시설의 개설자와 서비스 공급계약(versorgungsvertrag)을 체결하는 것으로 되어 있다. 독일의 장기요양기관은 재가요양기관(pflegedienst)과 입소요양시설(pflegeheim)로 구분되는데, 이러한 장기요양기관은 비영리기관이든, 영리기관이든 관계가 없다.

재가요양기관에는 복지단체나 지방자치단체 등 비영리단체에 의해 운영되는 재가요양센터(일명, Sozialstation or social station)[41] 이외에도 민간사업자에 의한 센터도 있다. 재가요양기관 1곳당 이용자 수를 보면, 1999년 38.4명이던 것이 2013년 48.3명으로 규모가 커지고 있다(표 3-24 참조). 한편, 2013년을 기준으로 할 때,[42] 전체 12,745개 기관 중 민간사업자가 8,140개로 전체의 63.9%를 차지하고 있는데, 1개 기관당 이용자 수가 37명으로 비영리단체(68명)나 공공단체(56명)보다 적은 수준이다. 다음으로 재가요양기관의 규모 분포를 보면, 이용자 10인 이하의 기관이 전체의 8.1%, 11~20명 이하 규모가 16.1%, 21~35명 이하 규모가 23.5%, 36~50인 이하 규모가 17.5%, 나머지는 51인 이상 규모시설로 전체의 34.8%이다. 입소요양시설은 노인거주홈(altenwohnheim), 노인홈(altenheim), 요양홈(pflegeheim) 등이 있다. 노인거주홈은 고령자가 자립된 생활을 보낼 수 있도록 설비를 갖춘 독립된 주거 형태이고, 노

41) 재가요양센터(sozialstation)에서는 간호사, 노인요양사(altenpfleger/in) 등이 종사하고 있으며, 보험급여 및 비보험급여서비스도 제공하고, 방문간호나 가족지원서비스도 제공할 수 있음. 또한, 병원이나 장기요양입소시설, 재활시설에 병설된 재가요양센터도 있음(Matsumoto Katsuaki, 독일사회보장론 III: 장기요양보험, 신산사, 2007 참조).

42) (Germany) Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, 2015 참조.

인홈은 자립생활이 곤란한 고령자가 거주하고 신체케어나 가사 지원을 받을 수 있는 시설이며, 요양홈은 우리나라의 노인요양시설에 해당하는 시설로 포괄적인 신체케어 및 가사지원서비스를 제공하고 있다. 우리나라와 같이 반드시 노인요양시설에 입소하여야 시설급여를 받을 수 있는 것이 아니라 입소보호가 가능한 시설에 입소해도 시설급여의 수급이 가능하다. 입소요양시설 1곳당 정원 수를 보면, 1999년 72.9명이던 것이 2013년 69.3명으로 규모가 약간 작아졌지만 대체적으로 70명 수준인 것으로 나타나고 있다. 한편, 2013년을 기준으로 할 때,[43] 전체 13,030개 기관 중 민간사업자가 5,349개로 전체의 41.1%를 차지하고 있고, 나머지는 비영리단체나 공공단체의 시설이다.[44] 1개 기관당 이용자 수가 민간사업자시설은 60명으로 비영리단체(72명)나 공공단체(78명)보다 적은 수준이다.

일본의 경우에는 재가요양기관과 입소요양시설로 구분되는 것은 우리나라나 독일과 동일하나 상당히 세분화되어 있다. 재가요양기관은 보험급여유형별로 나뉘어 있고, 각 급여 유형에 따라 단독급여만 제공하는 재가요양기관, 여러 유형의 재가급여를 취급하는 기관 등이 혼재되어 있다. 특히 장기요양보험제도가 기존의 노인복지법과 노인보건법에 의한 사업내용을 통합한 것이어서 장기요양기관도 기존 법령에 의해 설치된 것이면 모두 장기요양기관으로 인정하고 있다. 그러나 특이한 점은 재가요양기관에 한해 영리사업자의 개설을 허용하고 있는 반면, 입소요양시설은 사회복지법인 등에만 허용하고 있다는 점이다. 따라서 치매노인그룹홈이나 유료노인홈과 같은 입소형 시설은 재가요양기관으로 분류하여 영리사업자의 개설을 허용하고 있다. 입소요양시설은 개호노인복지시설(기존

43) (Germany) Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik 2013, 2015 참조.
44) 30인 이하의 입소요양시설은 2,772개로 전체의 21.3% 수준인데, 민간사업자시설도 전체의 27.6%가 30인 이하의 소규모 시설로 나타남.

노인복지법에 의한 노인특별양호노인홈), 개호노인보건시설(기존 노인보건법에 의한 노인보건시설)과 개호요양형의료시설(기존 노인보건법에 의한 개호요양형병상군)로 구분하고 있는데, 개호요양형의료시설은 2012년 이후 신규 설치가 폐지되었고, 2018년 3월 말까지 유지하다가 그 이후 기존시설도 완전히 폐지하고 타 시설로의 전환을 유도하고 있다. 또한 소규모 형태의 장기요양기관을 지역 밀착형 시설이라 지칭하면서 해당 시정촌에서 관할하며 해당 지역 내 거주자에게만 입소를 허용하고 있다. 우리나라의 요양병원에 해당하는 요양병상은 의료보험적용 병상과 개호보험적용 병상으로 구분된다. 1인당 평균 비용이나 직원 배치 기준은 개호보험적용 병상에서 완화되어 있고, 개호노인복지시설의 병상 수가 가장 많으며, 1인당 입소비용도 다른 시설에 비해 저렴한 편이다(표 3-39 참조).

일본의 장기요양 입소시설에 대한 현황을 살펴보면, 2015년 10월 기준으로 개호노인복지시설(우리나라의 노인요양시설에 해당)이 7,551개, 정원이 518,273명으로 1개 시설당 정원이 68.7명으로 나타나 우리나라와 비교해 볼 때 규모가 큰 편이다. 개호노인복지시설의 정원은 전체 입소시설 정원의 54.6%를 차지하고 있고, 개호요양형 의료시설은 지속적인 기능전환으로 전체의 약 7% 수준으로 축소되었다(표 3-40 참조).

시설 규모별로 보면, 개호노인복지시설은 29인 이하 시설은 지역 밀착형 노인복지시설로 지칭하고 있기 때문에 법적으로 30인 이상을 가리킨다. 대체로 50~99인 이하의 규모 시설은 전체의 71.1%를 차지하고 있다. 이는 상당한 시설들이 1인실을 중심으로 하는 유니트형 시설로 전환하였기 때문으로 보인다(표 3-41 참조). 운영 주체별로 보면, 법적으로 사회복지법인을 중심으로 지방자치단체나 공공단체에 한정하여 개설을 허가하고 있기 때문에 영리단체 등은 개호노인복지시설을 운영하지 못하

는 상황을 반영하고 있다(표 3-43 참조).

일본의 재가장기요양기관은 일반재가서비스사업소와 지역밀착형서비스사업소로 구분되며, 각 재가급여 유형별로 독립된 사업소가 개설되어 있다. 일반 재가장기요양기관의 경우, 대체로 영리사업자의 비중이 가장 높고, 그다음으로 사회복지법인과 의료법인이 차지하고 있다(표 3-44 참조). 다만 보험급여의 특성상 의료와 밀접한 방문간호스테이션(전체의 30.3%), 통소재활(전체의 77.0%), 단기입소요양개호(전체의 77.1%) 등의 경우 의료법인의 비중이 훨씬 높다고 할 수 있다. 지역 밀착형 서비스 제공 기관의 경우 소규모인 데다 생활권역 내 거주자에게만 허용하고 있기 때문에 수요가 제한되어 있지만, 일반 재가기관과 유사하게 영리사업자의 참여 비중이 상당히 높게 나타나고 있다(표 3-45 참조).

한편, 본 연구를 위해 실시한 장기요양기관의 확보와 관련된 설문조사 결과, 입소생활시설의 경우 〈표 2-56〉과 같이 모든 응답자 집단에서 대체적으로 '적정하다'는 의견과 '과다하다'는 의견이 거의 병존하는 것으로 나타났다. 다만, 학계 및 현장 전문가 집단에서는 '과다하다'는 의견이 월등하게 높게 나타나고 있어서 실무자집단과 다른 의견을 보이고 있다. 재가장기요양기관의 경우 서비스의 유형에 따라서 다른 결과를 보이고 있는데, 방문요양 및 목욕기관은 과다 설치, 방문간호기관, 주·야간보호 및 단기보호기관은 설치 부족, 복지용구대여기관은 적정 설치의 의견을 각각 제시하였다.

〈표 2-56〉 응답자 유형별 지역 내 장기요양기관 수 충분성에 대한 의견

(단위: %, 명)

	노인요양시설				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	43.8	43.8	10.1	2.2	100.0(89)
재가장기요양기관 운영자	36.1	40.8	17.1	6.0	100.0(299)
지자체 담당 공무원	52.4	33.3	11.9	2.4	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	22.2	44.5	16.7	5.6	100.0(18)

	노인요양공동생활가정				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	26.5	34.9	22.9	15.7	100.0(83)
재가장기요양기관 운영자	30.5	18.5	32.5	18.5	100.0(299)
지자체 담당 공무원	48.4	23.8	22.2	5.6	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	5.6	33.3	55.6	5.6	100.0(18)

	방문요양기관				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	13.8	68.8	1.3	16.3	100.0(80)
재가장기요양기관 운영자	15.4	81.9	0.9	1.8	100.0(332)
지자체 담당 공무원	19.0	74.6	5.6	0.8	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	22.2	72.2	5.6	-	100.0(18)

	방문목욕기관				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	21.5	29.1	16.5	32.9	100.0(79)
재가장기요양기관 운영자	29,4	44.6	17.2	8.9	100.0(303)
지자체 담당 공무원	36.5	50.8	9.5	3.2	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	11.1	33.3	44.4	11.1	100.0(18)

	방문간호기관				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	15.2	13.9	38.0	32.9	100.0(79)
재가장기요양기관 운영자	25.0	6.2	43.8	25.0	100.0(292)
지자체 담당 공무원	34.4	14.4	38.4	12.8	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	16.7	77.8	5.6	-	100.0(18)

	주·야간보호기관				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	25.3	25.3	29.1	20.3	100.0(79)
재가장기요양기관 운영자	31.1	29.4	31.1	8.4	100.0(289)
지자체 담당 공무원	42.1	23.8	33.3	0.8	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	27.8	-	72.2	-	100.0(18)
	단기보호기관				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	8.8	10.0	33.8	47.5	100.0(80)
재가장기요양기관 운영자	19.4	6.6	50.9	23.2	100.0(289)
지자체 담당 공무원	31.2	12.0	44.0	12.8	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	16.7	-	77.8	5.6	100.0(18)
	복지용구대여기관				
	적정	과다	부족	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	20.3	25.3	11.4	43.0	100.0(79)
재가장기요양기관 운영자	36.1	28.8	11.1	24.0	100.0(288)
지자체 담당 공무원	56.3	22.2	13.5	7.9	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	50.0	16.7	22.2	11.1	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

인력 관련 인프라에 대해 살펴보면, 가장 많은 종사자는 요양보호사이다. 요양보호사는 240시간에 걸친 이론교육, 실기교육 및 실습교육을 마친 후 국가자격시험에 합격하여야 자격증을 취득할 수 있다. 제도 도입 시기에는 교육 이수 후 자격증이 주어졌으나, 교육 및 자격 취득자의 질적 수준을 높이기 위해 2010년부터 국가자격증제도를 신설하였다. 지난 6년간 시행된 국가자격증시험의 평균 합격률은 84.6%로 대체적으로 높은 수준이다(표 2-57 참조). 다만, 2015년 말 요양보호사자격증 취득자 수는 1,311,466명으로 추정되는데, 실제로 취업 종사자 수는 294,788명으로 전체의 22.5% 수준이다(표 2-58 참조).

〈표 2-57〉 요양보호사 합격률 추이

(단위: 명, %)

	시험일	신규 응시 인원	신규 합격 인원	합격률
1회	2010. 8.	36,968	36,482	98.7
2회	2010. 11.	30,087	24,089	80.1
3회	2011. 3.	30,026	24,593	81.9
4회	2011. 7.	32,418	24,114	74.4
5회	2011. 11.	25,456	21,299	83.7
6회	2012. 3.	24,715	18,677	75.6
7회	2012. 7.	22,134	20,300	91.7
8회	2012. 11.	18,988	14,847	78.2
9회	2013. 3.	24,268	22,047	90.8
10회	2013. 7.	24,399	21,735	89.1
11회	2013. 11.	24,377	20,699	84.9
12회	2014. 3.	27,491	24,927	90.7
13회	2014. 7.	28,523	18,743	65.7
14회	2014. 11.	30,696	28,371	92.4
15회	2015. 3.	34,755	30,486	87.7
16회	2015. 8.	30,722	24,167	78.7
17회	2015. 11.	31,566	25,456	80.6
18회	2016. 4.	33,724	29,848	88.5
19회	2016. 7.	34,061	30,376	89.2
누적 인원		545,374	461,256	84.6

자료: 한국보건의료인국가시험원 홈페이지 자료.

〈표 2-58〉 요양보호사 자격증 취득자 수(누적) 추이

(단위: 명)

	2008	2009	2010	2011
누적 인원	339,197	692,138	983,823	1,063,812
	2012	2013	2014	2015
누적 인원	1,111,793	1,177,235	1,231,357	1,311,466

자료: 보건복지부, 보건복지통계연보, 2015.

관련하여 독일 및 일본의 사례를 검토해 보고자 한다. 독일의 경우, 중심적인 장기요양인력은 간호사, 노인수발사, 아동간호사의 전문직과 간호보조사(Krankenpflegehelfer/in)와 노인수발보조사(altenpflegehel

fer/in) 등이 있다. 노인수발사(altenpfleger/in)는 우리나라의 요양보호사와 유사한 직종인데, 노인수발사양성제도에 의해 배출되고 있다. 이 제도는 기존 주마다 다르게 운영되던 내용을 연방법에 의해 2000년에 통일하였고, 노인수발양성교육 및 시험령의 명칭으로 2003년 8월부터 통일된 기준으로 양성하고 있다. 현재의 운영 규정은 소정의 교육 후 국가자격시험에 합격하여야 하며, 양성 기간은 3년, 교육 시간은 이론 및 실천교육에 최저 2,100시간, 실습교육에 최저 2,500시간이 배정되어 있다. 기존의 간호사나 아동간호사는 교육 시간의 경감 혜택이 주어지고 있으며, 이러한 양성교육훈련을 받은 자로 과거 5년간 2년간의 실무 경험이 있는 자가 재가요양센터에 종사할 수 있다.

독일의 장기요양 종사자 수를 살펴보면, 2013년 말 현재 재가장기요양기관에 종사하는 자는 320,077명이고, 입소시설에서 종사하는 자는 685,447명이다(표 3-23 참조). 그러나 2000년 중반 이후 재가장기요양기관의 종사자증가율이 상대적으로 더 높게 나타나고 있다. 2000년 중반 통계치 분석에 의하면, 간호사, 노인수발사, 아동간호사가 전체 종사자의 60% 이상을 차지하고, 전체종사자의 71%가 시간제 종사자인 것으로 나타나고 있다(Mstzumoto Katzuaki, 2007).

일본의 경우에는 핵심적인 장기요양인력이 간호사, 개호복지사, 홈헬퍼,[45] 개호지원전문원이라 할 수 있다. 이 중에서 우리나라의 요양보호사에 해당하는 개호복지사에 대해서 정리하면 다음과 같다. 개호복지사는 사회복지사 및 개호복지사법에 의해 양성되는 국가자격이다. 개호복지사의 자격을 취득하기 위해서는 첫째, 실무 경험 코스로 실무 경험 3년 이상

45) 일본에서는 방문개호원이라 지칭하고 있는데, 1~3급으로 분류되어 있었으나, 3급은 2009년도에 폐지하였고, 국가자격증소지자가 아님. 후생노동성에서는 지난 2005년 개호복지사와 통합하려고 하였으나, 1, 2급에 대한 수요가 높아서 폐지하지 못하고, 2013년도부터 홈헬퍼2급 양성연수 대신에 개호직원초임자연수의 명칭으로 유지되고 있음.

또는 실무자 연수를 받은 자이어야 한다. 둘째, 복지계통 고등학교 졸업 코스 재학 중 장기요양 관련 일정 학점을 이수한 자이어야 한다. 셋째, 경제연계협력(EPA) 국가의 외국인으로서 실무 경력이 3년 이상, 실무자 연수, 또는 개호기술강습을 수료한 자이어야 한다. 넷째, 양성시설 수료코스로 개호복지사양설시설에서 2년 이상, 복지 계통 대학 또는 사회복지사양성시설 등을 졸업하거나 개호복지사양성시설에서 1년 이상, 보육사양성시설 등을 졸업하거나 개호복지사양성시설에서 1년 이상 교육을 받은 자이어야 한다.

개호복지사와 방문개호원(홈헬퍼)을 합한 개호직원의 추이를 살펴보면, 개호보험제도가 실시된 이후 지속적으로 증가하여 2000년 54.9만 명이던 것이 2012년 149만 명이 되었다(표 3-46 참조). 이 중에서 개호복지사의 비중은 34%(2019년) 수준이다. 향후 개호복지사의 상위 직급인 인정개호복지사를 신설할 계획에 있다.

본 연구를 위해 실시한 요양보호사정책에 대한 설문조사 결과, 요양보호사 자격요건의 경우, 〈표 2-59〉와 같이 모든 응답자 집단에서 개선의 필요성을 제시하고 있다. 특히, 학계 및 현장 전문가 집단에서는 응답자의 90%가 개선의 필요성을 지적하였다. 요양보호사의 자격증 소지자는 약 130만여 명에 이르고 있으나, 실제적으로는 20~30%만이 취업하고 있는 실정이다. 이 같은 상황은 요양보호사의 채용과 관련한 설문 응답 결과에서도 나타나는데, 대다수 운영 기관에서 채용의 어려움을 호소하는 것으로 나타났다(표 2-60 참조). 따라서 요양보호사와 관련한 제도적 개선이 시급하게 이루어져야 할 것으로 판단된다.

〈표 2-59〉 응답자 유형별 현행 요양보호사 자격 요건에 대한 의견

(단위: %)

	현행 방식 적절	현행 방식 개선 필요	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	20.0	76.7	3.3	100.0(90)
재가장기요양기관 운영자	33.2	66.2	0.6	100.0(352)
지자체 담당 공무원	27.8	64.3	7.9	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	11.1	88.9	-	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

〈표 2-60〉 응답자 유형별 현행 요양보호사 채용 어려움에 대한 의견

(단위: %)

	어려움 없음	채용 어려움	채용 쉬움	잘 모르겠음	전체
노인요양시설 등 운영자	15.7	83.1	1.1	-	100.0(89)
재가장기요양기관 운영자	16.6	79.1	3.1	1.1	100.0(350)
지자체 담당 공무원	32.0	49.6	5.6	12.8	100.0(125)
학계 및 현장 전문가	11.1	77.8	5.6	5.6	100.0(18)

자료: 본 연구를 위해 실시된 설문조사 결과 분석 자료.

아. 기술적 구조분석 결과에 대한 시사점

현행 노인장기요양보험제도의 구조 설계에 대해서 기술적 평가를 정리해 보면 다음과 같다.

첫째, 제도의 가입 및 적용 범위 수준에 대한 경우, 사회보험 방식의 장기요양정책을 추진하고 있는 국가들에서는 건강보험제도와 연동시키고 있어서 건강보험 가입자는 장기요양보험 가입자가 된다. 다만, 서비스를 받기 위한 조건이 우리나라의 경우에는 보편적이지 못하고 65세 이상의 노인 및 65세 미만의 노인성질환자에게만 한정하고 있어서 협소한 편이다. 2015년 말 기준으로 우리나라의 장기요양인정자 수는 467,752명으로 15세 이상 인구 대비로 보면, 1.1% 수준이다. 이는 동유럽 국가의 급

여 수급자 비율 수준으로 사회보장제도가 발달한 서유럽이나 북유럽 국가들에 비하면 상당히 낮은 수준이다. 본 연구를 위한 설문조사 결과에서도 대다수 응답자가 적용 범위 확대 필요성을 언급하였고, 현행 구조적 적용 범위의 확대(5등급자의 비치매질환자, 노인성질환자 및 비노인의 장애인)가 필요함을 제시하고 있다.

둘째, 장기요양 대상자의 인정 방식에 대한 경우, 장기요양 욕구(needs) 평가를 거쳐 욕구 수준에 따라 등급화(grading)하는 방식이 사회보험 방식의 장기요양정책을 추진하는 국가들에서 보편적이다. 또한, 장기요양 욕구 평가 시 자산 수준을 고려하지 않는 것도 유사한 현상이다. 본 연구를 위한 설문조사 결과에서도 대다수 응답자가 등급판정의 항목이나 절차에 대해서는 대체적으로 만족하고 있는 것으로 나타났다. 다만, 등급판정의 적절한 결과에 대해서는 다소 만족하고 있지 못한 것으로 나타났다.

셋째, 장기요양인정자 및 서비스 이용자에 대한 이용 지원 방식의 경우, 우리나라의 경우 여전히 미흡하게 운영되는 것으로 보인다. 적절한 케어플랜을 비롯한 케어모니터링 등 케어 관리가 부재하기 때문에 서비스 이용의 한계가 있는 것으로 판단된다. 독일이나 일본과 비교해 보아도 케어 관리가 미흡한 것으로 나타나며, 본 연구를 위한 설문조사의 결과에서도 현행 표준장기요양이용계획서의 활용성, 내용의 충분성 등에서 문제점이 상존함이 언급되었다.

넷째, 장기요양급여 방식의 경우, 시설급여와 재가급여로 구성되어 있고, 현물급여와 현금급여로 지급되고 있다. 전자의 시설급여와 재가급여 방식에 대한 구조 평가를 보면, 우리나라의 사례가 독일과 일본을 비롯한 유럽 국가들에 비해 재가급여 비중이 상당히 낮다는 것을 알 수 있다. 재가급여 방식에 있어서도 서비스 내용별 개별급여로 되어 있어서 유럽 국

가의 통합급여 방식에 비해 높은 행정관리비용과 낮은 이용자 편의성이 나타나는 것으로 보인다. 또한 장기요양서비스와 의료서비스 간 연계가 제대로 되어 있지 못한 구조로 운영되고 있는 것으로 나타났다. 이 같은 한계점은 본 연구를 위한 설문조사의 결과에서도 동일하게 나타났다. 한편, 후자의 현물급여와 현금급여 방식에 대해서는 유럽국가와 확연히 차이를 둔다. 유럽국가에서는 현금급여가 보편화 되었으나, 우리나라나 일본에서는 그렇지 않은 상황으로 본 연구를 위한 설문조사에서도 현금급여의 지급 방식에 대해서는 아직까지 우려하는 것으로 나타났다.

다섯째, 장기요양서비스비용의 지불 방식의 경우, 사회보험 방식의 장기요양정책 국가들에게서도 이용자가 서비스 비용의 일부를 부담하게 하는 부분보장 방식을 택하고 있다는 점은 공통적인 측면이다. 이용자의 비용 부담 비중은 국가마다 차이가 있으나, 현재 노인요양시설 1인실 이용시 우리나라의 비용 부담이 독일이나 일본에 비해서 높다고 볼 수 있다. 한편, 본 연구를 위한 설문조사의 결과를 보면, 아직은 이용자 비용 부담 수준이 적정한 것으로 응답하고 있으나, 공급자 및 소비자 입장의 집단 간 인식의 차이를 둔다. 공급자 집단에서는 소득 수준별 공평한 서비스 이용이 이루어지는 것으로 인식하는 경향이 강하지만, 소비자 집단에서는 저소득층일수록 서비스 이용이 더 많은 것으로 인식하고 있다. 따라서 선진적 비용 부담 방식에 대한 논의가 필요할 것으로 보인다.

여섯째, 재정 및 관리·운영 방식의 경우, 장기요양보험료 자체가 소득에 기반을 두지 않고 건강보험료에 기반을 두고 있어서 필요 이상의 재정수입의 증가가 발생하게 되는 구조이다. 즉, 보험료 인상 요인이 없는데도 자동적으로 보험료가 인상 조정되어 재정수입이 확대되고 있고, 확대된 재정수입에 맞추어 필요 이상으로 재정지출을 유도하는 구조로 볼 수 있다. 본 연구를 위한 설문조사 결과를 보면, 지속적으로 장기요양보험료

액이 증가함에도 불구하고 보험료 수준이 적당하다고 인식하는 비율이 높은 것은 보험료액 자체가 적기 때문으로 보인다. 한편, 관리·운영 방식에 대해서는 대다수 사회보험 방식 국가에서 건강보험자가 장기요양보험도 관리하고 있는 것과 마찬가지로 우리나라도 동일한 방식을 택하고 있다. 다만 복지서비스가 중심인 장기요양서비스가 지방정부와의 연계 하에 제공되지 못한다는 것이 차이라 할 수 있다. 본 연구를 위한 설문조사 결과에서도 현행 보험자와 지방정부 간 일원적 운영, 이원적 운영, 별도의 공공기관 설립 등 이해집단 간 차이가 분명한 것으로 보인다.

마지막으로 장기요양기관의 경우, 각국마다 보험급여 제공 시설이 다양하게 나타나고 있는데, 원칙적으로 비영리단체뿐만 아니라 영리단체 및 민간사업자에게도 장기요양기관 설치를 대체적으로 허용하고 있다. 비록 일본이 대규모 요양시설에 대해서는 비영리단체에게만 설치허가를 내주고 있지만, 그룹홈과 같은 소규모의 시설이나 양로시설, 유료노인홈, 고령자주택과 같은 다양한 거주시설에 대해서는 설치허가에 운영 주체의 성격을 고려하고 있지 않다. 전문적 케어인력에 대한 양성 교육 체계에 대해서도 우리나라 방식이 다른 국가에 비해서 열악하다는 것을 알 수 있다. 교육 시간 및 질적 측면뿐만 아니라 교육 내용에 있어서도 케어의 기술적 측면에서 열악함을 엿볼 수 있다. 본 연구를 위한 설문조사 결과에서도, 장기요양기관 유형에 따라서 과다 설치, 설치 부족, 적정 설치 등의 다양한 응답 양상을 보이는데, 이용 빈도가 높은 방문요양 및 목욕급여 부분에서 기관의 과다 설치를 지적하고 있다. 반면에 이용 빈도가 낮은 방문간호 및 단기보호 급여 부분에서는 설치 부족으로 나타나, 특정급여에 대한 이용 제어와 동시에, 유도 정책을 아울러 강구하여야 할 것이다. 또한, 요양보호사와 같은 전문케어인력 양성 체계에 대해서는 개선의 필요성 및 이미 양성된 인력에 대한 처우 개선을 통한 취업 활성화가 필요

함을 지적하고 있다.

전반적으로 구조설계 측면에서의 평가를 통해서 판단해 보면, 재가급여의 활성화가 미흡한데, 이는 효율적인 이용 지원 및 케어 관리 방식의 부재, 통합 또는 복합 방식의 재가서비스 제공 방식의 부재 등에 기인하기 때문에 재가급여 방식의 적극적인 개선이 요구된다고 하겠다.

2. 운영 성과 지표에 의한 평가

가. 투입 지표

투입 지표에는 지역별 노인 입소생활시설 입소충족률, 지역별 장기요양인정자 1,000명당 시설 침상 수(재가장기요양기관 수, 요양보호사 수, 간호인력 수, 사회복지사 수)를 살펴보았다. 이와 함께 제도의 지속 가능성을 측정하기 위해 가입자 1인당 보험료 수준, 국고예산 투입 비중도 고려하였다.

1) 지역별(시도별) 노인 입소생활시설 정원 충족률

2015년도 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)의 입소 충족률(정원 대비 현원율)을 분석해 보면, 84.4%로 제도 도입 시기와 비교 시 높아졌음을 알 수 있다. 이와 같은 입소 충족률은 지역 간 비교에 있어서도 제도 도입 초년도(2008년)를 제외하고는 유사하게 나타나고 있다. 이 중에서 입소 충족률이 가장 높은 지역은 서울(92.1%)이고, 가장 낮은 지역은 부산(72.8%)으로 양 지역 간 1.3배의 격차를 보이고 있다(단, 세종시 제외).

〈표 2-61〉 시도별 노인요양시설 입소 충족률(정원 대비 현원율) 분포 추이

(단위 : %)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	79.2	78.6	79.2	83.0	84.3	84.8	84.4
서울	87.0	78.5	83.6	89.8	91.9	93.2	92.1
부산	80.6	77.4	76.4	75.9	73.7	73.3	72.8
대구	89.2	79.0	76.8	80.9	82.0	86.2	84.7
인천	76.5	77.1	77.7	83.7	88.2	85.7	85.0
광주	70.2	84.3	77.6	82.3	82.4	81.6	78.9
대전	90.7	78.2	81.6	81.6	81.2	79.7	80.2
울산	58.0	73.3	74.9	81.2	80.7	75.0	81.1
세종	-	-	-	-	73.3	73.1	67.6
경기	77.8	78.3	80.9	85.4	86.0	87.0	85.9
강원	79.5	80.4	78.4	82.3	84.6	85.4	86.1
충북	81.7	79.4	78.2	81.2	84.6	85.4	86.7
충남	73.9	76.7	73.1	76.7	81.2	84.2	83.7
전북	77.2	77.6	77.5	80.3	81.2	79.3	81.6
전남	81.2	81.9	77.7	78.8	84.3	82.4	83.7
경북	80.4	77.3	76.1	82.0	80.2	82.9	79.0
경남	75.5	76.3	79.4	79.5	82.5	83.5	83.3
제주	89.6	91.8	89.8	95.3	90.1	88.5	86.9
변이계수	0.10	0.05	0.05	0.06	0.06	0.06	0.07

주: 입소 충족률 = 〔노인요양시설(공동생활가정 포함) 현원/ 노인요양시설(공동생활가정 포함) 정원〕 * 100

자료: 보건복지부, 노인복지시설현황, 각 연도.

2) 지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 시설 침상 수

2015년도 말 현재, 시도별로 장기요양인정자 수 1,000명당 시설급여기관(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정)의 침상 수 분포를 통해서 지역 간 시설 접근도를 파악해 보면, 전체적으로 2008년 전국 평균치가 321.6개에서 2015년도에는 340.7개로 약 1.1배 증가하였다. 지역 간 차이는 제도 초기에 비해 균등해지는 양상을 보인다. 다만, 2014년과 2015년을 비교해보면 격차가 약간 증가하여 향후 그 추이를 지켜볼 필요가 있다. 전반적으로 가장 높은 침상 수를 보인 지역은 제주(434.8개)이고 가장 낮은 지역은 서울(176.8개)로 양 지역 간 격차는 2.5배이다.

〈표 2-62〉 시도별 인정자 수 1,000명당 노인요양시설 등 침상 수 분포 추이

(단위 : 개)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	321.6	432.0	381.3	385.5	369.9	354.7	340.7
서울	147.5	246.4	224.2	226.3	205.9	201.9	211.1
부산	269.1	329.2	304.9	326.6	307.3	265.0	269.3
대구	246.8	401.4	377.2	391.2	388.6	364.4	372.9
인천	278.1	491.8	437.1	389.3	402.1	408.5	445.9
광주	284.9	386.4	375.7	363.0	343.7	305.6	300.6
대전	253.3	351.2	311.2	345.1	355.7	356.8	369.4
울산	444.5	423.5	347.6	333.3	323.9	294.3	295.2
세종	-	-	-	393.7	352.6	286.4	238.4
경기	422.6	574.5	471.6	482.8	466.4	464.9	480.8
강원	504.8	552.8	461.3	465.8	436.6	432.0	436.3
충북	461.2	599.5	512.4	501.8	480.0	452.4	461.8
충남	305.4	396.9	359.6	363.4	358.0	336.0	339.3
전북	443.0	457.8	415.5	411.0	390.5	348.9	322.8
전남	285.4	394.5	378.7	366.6	342.1	309.1	295.7
경북	296.6	460.8	398.3	410.5	392.7	371.9	373.9
경남	331.0	415.6	393.1	402.4	371.2	343.7	331.4
제주	425.2	511.7	468.3	525.8	533.4	540.2	557.0
변이계수	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3

주: (노인요양시설 및 노인요양공동생활가정의 침상 수(정원)/시도별 인정자 수)를 의미함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

3) 지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 재가시설 수

2015년도 말 현재, 시도별로 장기요양인정자 수 1,000명당 재가급여 기관 수의 분포를 통해서 지역 간 접근도를 파악해 보면, 전체적으로 2008년 전국 평균치가 46.4개에서 2015년도에는 49.0개로 약 5.4% 증가하였다. 변이계수의 변화를 통해서 시도별 분포의 균등 여부를 살펴보면, 제도 초기에 비해 균등해지고 있으나 최근에 이르러 시설 수와 마찬가지로 그 격차가 커지고 있어 해석에 유의를 요한다. 전반적으로 가장 높은 기관 수를 보인 지역은 대전(71.0개)이고 가장 낮은 지역은 충북(38.5개)으로 양 지역 간 격차는 1.8배이다(단, 세종시 제외).

〈표 2-63〉 시도별 인정자 수 1,000명당 재가장기요양기관 수 분포 추이

(단위: 개)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	46.4	73.8	60.1	56.3	52.1	48.9	49.0
서울	45.7	71.3	59.0	55.1	52.2	50.3	54.6
부산	55.3	89.2	73.6	69.9	60.9	56.7	61.4
대구	63.9	108.3	80.2	75.7	71.5	65.0	68.7
인천	42.2	73.9	61.2	56.7	54.1	52.3	57.8
광주	57.1	94.2	84.6	78.3	71.6	64.4	66.7
대전	54.4	99.5	76.2	68.9	66.6	64.2	71.0
울산	49.8	76.0	68.7	66.5	59.1	53.6	54.3
세종	-	-	-	48.5	40.0	33.3	33.3
경기	46.6	74.1	59.1	54.7	50.7	47.6	50.8
강원	80.8	53.9	43.6	42.8	40.2	37.8	39.7
충북	38.2	60.2	48.7	43.4	38.2	36.3	38.5
충남	44.6	65.6	52.3	50.0	45.7	42.9	44.9
전북	40.5	67.1	56.2	54.6	52.5	49.8	51.5
전남	45.8	64.5	53.8	48.6	45.2	41.1	42.1
경북	41.3	69.3	54.8	53.9	50.7	46.6	48.5
경남	44.1	75.5	65.4	59.7	51.5	47.3	50.1
제주	38.3	49.1	45.5	44.3	42.3	37.8	40.7
변이계수	0.22	0.22	0.20	0.19	0.20	0.20	0.22

주: 재가장기요양기관 수는 각 급여별 기관 수의 단순 합계로, 중복 서비스기관이 포함됨.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

4) 지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 요양보호사 수

2015년도 말 현재, 시도별로 장기요양인정자 수 1,000명당 요양보호사 수의 분포를 통해서 지역 간 인력 투입 수준을 파악해 보면, 전체적으로 2008년 530.4명에서 2015년도에는 630.2명으로 18.8%나 증가하였다. 변이계수의 변화를 통해서 시도별 분포의 균등 여부를 살펴보면, 제도 초기에 비해 최근으로 올수록 균등해지는 양상을 보인다. 특히, 2012년 이후 현재까지 지역 간 격차에 있어 유사한 경향을 나타내는 것으로 나타났다. 전반적으로 가장 많은 요양보호사 수를 보인 지역은 광주(904명)이고 가장 낮은 지역은 전남(508명)으로 양 지역 간 격차는 1.8배이다(단, 세종시 제외).

〈표 2-64〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 요양보호사 수

(단위: 명)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	530.4	1,683.4	1,454.7	683.1	667.5	627.8	630.2
서울	579.8	2,035.7	1,710.1	762.2	756.5	714.1	781.7
부산	575.5	2,339.6	2,016.5	884.9	813.2	759.3	823.8
대구	679.1	2,172.3	1,618.2	778.4	755.2	702.0	765.9
인천	540.3	1,655.5	1,466.4	726.1	736.1	709.3	782.0
광주	702.3	1,847.1	1,960.0	946.5	923.1	855.0	903.9
대전	660.0	2,527.9	2,076.6	894.2	902.0	836.4	902.7
울산	386.9	1,602.8	1,474.9	700.5	682.4	634.8	679.7
세종	-	-	-	513.4	477.2	397.7	454.6
경기	564.0	1,841.2	1,558.4	739.5	737.6	695.5	751.7
강원	401.3	1,103.5	923.6	550.6	535.1	525.8	550.4
충북	467.2	1,243.5	979.9	552.4	538.1	516.6	559.6
충남	519.8	1,472.3	1,261.7	601.3	579.8	541.5	559.9
전북	406.6	963.7	934.5	562.3	553.5	522.1	561.1
전남	453.9	922.8	880.9	514.1	516.0	486.2	508.2
경북	498.4	1,460.7	1,231.3	637.8	629.8	585.5	605.2
경남	463.8	1,551.9	1,478.5	704.4	661.9	617.0	642.7
제주	406.4	867.8	919.1	525.8	514.9	498.2	510.5
변이계수	0.2	0.3	0.3	0.2	0.2	0.2	0.2

주: 2008년~2011년의 경우, 요양보호사 및 요양보호사 취득유예과정을 모두 포함함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

5) 지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 간호인력 수

2015년도 말 현재, 시도별로 장기요양인정자 수 1,000명당 간호인력 수의 분포를 통해서 지역 간 인력 투입 수준을 파악해 보면, 2008년 24.8명에서 2015년도에는 25.3명으로 증가하였다. 그러나 변이계수 변화를 통한 시도별 분포에 있어서, 제도 초기에 비해 최근 더 불균등해진 것으로 나타나 이 부분에 대한 보완적 접근이 요구된다. 전반적으로 가장 많은 간호인력 수를 보인 지역은 제주(37.1명)이고 가장 낮은 지역은 부산(17.3명)으로 양 지역 간 2.1배의 격차를 보인다(단, 세종시 제외).

〈표 2-65〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 간호인력 수

(단위: 명)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	24.8	32.8	29.0	27.2	26.9	25.7	25.3
서울	21.6	33.5	27.7	25.6	26.1	24.9	25.9
부산	23.0	25.7	22.9	21.8	19.4	16.8	17.3
대구	22.7	31.3	34.5	31.4	34.3	30.6	30.5
인천	21.0	33.3	27.5	26.1	26.6	26.5	28.7
광주	24.7	31.9	30.1	25.0	23.1	22.8	22.0
대전	27.0	27.3	22.8	22.8	23.2	23.1	25.4
울산	28.5	27.1	27.8	24.1	22.3	22.5	23.2
세종	-	-	-	22.7	19.5	14.4	13.1
경기	30.1	40.5	34.9	32.9	33.4	32.6	34.7
강원	29.0	35.3	30.8	29.0	28.1	29.5	31.0
충북	29.2	38.7	34.2	32.2	31.3	30.7	31.9
충남	19.2	25.8	23.3	22.9	23.9	22.6	23.4
전북	25.5	28.8	25.7	24.6	23.5	21.9	22.6
전남	25.9	32.5	29.5	25.2	23.4	21.4	21.2
경북	21.3	28.4	27.0	26.6	25.4	23.8	23.6
경남	23.0	28.2	24.0	23.3	21.2	19.5	19.4
제주	27.7	34.2	31.9	33.4	32.4	32.8	37.1
변이계수	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2

주: 간호인력은 간호사와 간호조무사의 합을 의미함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

6) 지역별(시도별) 장기요양인정자 천 명당 사회복지사 수

2015년도 말 현재, 시도별로 장기요양인정자 수 1,000명당 사회복지사수의 분포를 통해 지역 간 인력 투입 수준을 파악해 보면, 2008년 전국 평균치가 19.6명에서 2015년도에는 29.8명으로 약 52.0% 증가하였다. 변이계수의 변화를 통해서 시도별 분포의 균등 여부를 살펴본 결과, 연차별 변화는 두드러지지 않았다. 한편, 가장 많은 사회복지사 수를 보유한 지역은 광주(43.0명)이고 가장 낮은 지역은 전남(27.4명)으로 양 지역 간 약 1.6배의 격차를 보인다(단, 세종시 제외).

〈표 2-66〉 시도별 장기요양인정자 수 1,000명당 사회복지사 수

(단위: 명)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
전체	19.6	26.4	22.6	19.8	19.8	26.6	29.8
서울	15.7	24.9	21.6	18.1	17.2	24.5	29.6
부산	22.7	30.7	25.3	22.4	20.6	27.4	31.7
대구	19.4	31.2	25.8	21.8	22.6	28.7	33.3
인천	19.8	26.9	22.1	19.1	21.0	27.2	32.7
광주	27.8	40.8	36.2	27.0	27.0	37.8	43.0
대전	16.9	26.9	18.4	17.1	19.0	26.3	32.8
울산	25.9	25.8	28.0	22.8	19.3	23.1	28.3
세종	-	-	-	10.9	10.2	15.2	16.3
경기	21.9	29.2	23.9	20.7	21.5	28.4	34.3
강원	18.3	22.9	21.0	20.6	20.7	28.9	34.5
충북	18.9	24.3	19.9	17.3	19.2	26.2	30.9
충남	15.2	20.7	17.8	16.2	17.4	23.3	28.9
전북	21.8	29.2	24.9	23.3	22.1	28.2	32.0
전남	19.7	21.9	21.9	18.7	17.7	24.3	27.4
경북	17.8	22.2	19.3	17.5	17.6	24.4	28.7
경남	18.8	23.3	22.7	20.5	20.0	25.2	28.2
제주	21.5	24.4	22.0	22.9	24.4	31.4	38.8
변이계수	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

7) 가입자 1인당 보험료 수준

현행 장기요양보험제도에서는 건강보험료액×장기요양보험료율의 방식으로 장기요양보험료율을 산정하고 있다. 즉, 현행 장기요양보험료액은 가입자의 건강보험료액이나 장기요양보험료율에 의해서 결정되는데, 건강보험료액은 지속적으로 증가해 왔지만 장기요양보험료율은 2010년 이후 6.55%로 인상 없이 유지되어 왔다. 즉, 장기요양보험료는 건강보험료의 증가에 영향을 받아 왔으며, 2009년 직장 가입자 1인당 보험료는 3,177원에서 2015년 6,472원으로 약 2배 증가하였고, 지역 가입자의 경우에는 동 기간에 2,968원에서 5,279원으로 1.8배 증가하였다.

〈표 2-67〉 가입자 1인당 장기요양보험료액 추이

(단위: 원)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
가입자 1인당 보험료액 (직장 가입자)	3,177	4,700	5,383	5,792	6,025	6,244	6,472
세대당 보험료액 (지역 가입자)	2,968	4,400	4,712	4,915	5,078	5,135	5,279

주: 1) 2008년 값은 제시되지 않음.
2) 직장 가입자 보험료액은 사용자부담금을 제외한 개인부담보험료 기준임.
3) 직장 가입자 1인당 월평균 장기요양보험료 = 직장(근로자, 공교) 총장기요양보험료 / 연평균 직장 가입자 적용 인구/12/2*1000
4) 지역 1세대당 월평균 보험료 = 지역 총장기요양보험료/연평균지역 가입자 수(비가입 세대주 포함)/12*1000

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

8) 국고예산 투입 비중

현행 노인장기요양보험제도의 재원은 보험료, 국고지원금, 이용자부담금 및 기타로 조달되고 있는데, 이 중에서 국고지원금은 의료급여자에 대한 국가부담금을 제외한 관리·운영비 등을 위해 지원하는 금액으로 법률상으로는 보험료수입액의 20%에 상당하는 금액으로 명시되어 있다. 제도 도입 초기에는 보험료수입액 대비 25.3%로 법률규정보다 많은 금액이 국가로부터 지원되었으나 그 이후 17%(2009년)에서 17.9%(2015) 수준을 유지하면서 여전히 20%에 미치지 못하고 있는 것으로 나타났다.

이와 같은 현상은 제도 초기에는 보험료수입액이 상대적으로 저조한 결과 국고지원금 비중이 높아진 것으로 보이고, 그 이후에는 건강보험 및 노인장기요양보험의 보험료율이 인상되어 국고지원금의 비중이 낮아진 것으로 판단된다. 현재 국고지원금 비중이 법률규정보다는 적지만 제도 도입 이후 지속적인 재정흑자 발생으로 누적 적립금이 확대되는 등의 추이를 볼 때, 현재까지 운영상의 큰 문제는 없는 것으로 판단된다 .

〈표 2-68〉 국고예산(국고지원금) 투입 비중

(단위: %, 백만 원)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
국고예산 투입 비중	25.3	18.1	18.1	17.5	18.1	18.6	17.9
보험료수입	477,011	1,831,555	2,142,332	2,369,669	2,542,098	2,704,721	2,883,322
국고지원금	120,747	332,318	388,311	415,243	459,058	503,301	516,596

주: 국고예산 투입 비중 = (국고지원금 / 연도별 보험료액)×100
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

나. 산출 지표

중간 결과물에 해당하는 산출 지표는 1) 효과성 지표(재가장기요양서비스 이용 유지율, 시설서비스 이용 대기자 비율, 재가장기요양인정자 학대 경험 측정 점수, 재가장기요양인정자의 하루 반나절 이상 가족수발 비율), 2) 효율성 지표(재가 및 시설급여지출 비중, 장기요양서비스 이용자 1인당 급여지출액, 장기요양서비스 이용자 1인당 급여지출액 증가율 비교, 재가급여한도액 대비 재가급여지출액 수준, 장기요양서비스이용자 급여이용률), 3) 형평성 지표(지역별 장기요양인정자 비율)로 나누어 살펴보았다.

1) 재가장기요양서비스 이용 유지율

재가장기요양서비스 이용 유지율과 관련하여 2009년, 2011년 및 2013년 통계를 보면, 전체적으로 재가장기요양서비스를 유지하고 있는 전체 등급 평균 비율이 각각 65%, 69%, 74.6%로 점차적으로 향상되고 있다. 등급별로 보더라도 동일한 현상을 보이고 있고, 특히 등급이 낮을수록 재가서비스 유지율이 높아지고 있다. 이는 현재 시설에 입소할 수

있는 자격이 1, 2등급자로 인정을 받거나, 3등급 이하일지라도 치매와 같은 질환으로 가정에서의 보호가 어려운 경우로만 한정되어 있어서 3등급자의 재가서비스 이용 유지율이 높게 나타날 가능성을 전제로 한다.

시설급여와 재가급여를 선택할 수 있는 1, 2등급자만을 중심으로 서비스 이용 유지율을 제시해 보면 2009년도의 경우 1등급 61.6%, 2등급 64.7%이고, 2011년도의 경우 1등급 66.0%, 2등급 67.0%이고, 2013년도의 경우 1등급 69.9%, 2등급 69.5%이고, 2015년도의 경우 1등급 70.6%, 2등급 70.5%이다. 마찬가지로 해를 거듭할수록 1, 2등급자일지라도 재가서비스 이용 유지율이 점차적으로 상승해 온 것으로 나타나고 있다. 그럼에도 불구하고 재가서비스 이용자의 약 30% 정도는 2년 후 노인요양시설이나 요양병원 또는 사망 등으로 인하여 재가생활을 유지하지 못한 것으로 해석할 수 있어 보다 체계적인 재가서비스 체계의 개선이 요구된다고 하겠다.

〈표 2-69〉 연도별 재가장기요양서비스 유지 비율 추이

(단위: 명, %)

연도	요양 등급	재가서비스 이용자 기준		시설서비스 이용자 기준		합계
		N	%	N	%	
2009	전체	59,711	65.0	5,653	6.2	91,808
	1등급	9,521	61.6	1,307	8.5	15,456
	2등급	12,284	64.7	1,943	10.2	18,986
	3등급	37,906	66.1	2,403	4.2	57,366
2011	전체	119,533	69.0	10,531	6.1	173,201
	1등급	10,414	66.0	838	5.3	15,788
	2등급	17,754	67.0	2,231	8.4	26,485
	3등급	91,365	69.8	7,462	5.7	130,928
2013	전체	125,238	74.6	10,715	6.4	167,817
	1등급	7,629	69.9	426	3.9	10,919
	2등급	14,688	69.5	1,577	7.5	21,149
	3등급	102,921	75.8	8,712	6.4	135,749

연도	요양 등급	재가서비스 이용자 기준		시설서비스 이용자 기준		합계
		N	%	N	%	
2015	전체	154,668	75.5	13,293	6.5	204,752
	1등급	6,916	70.6	399	4.1	9,798
	2등급	14,548	70.5	1,451	7.0	20,639
	3등급	64,588	76.0	5,687	6.7	84,997
	4등급	65,488	77.3	5,219	6.2	84,726
	5등급	3,128	68.1	537	11.7	4,592

주: 각 연도 1월에 재가장기요양서비스를 이용하고 있던 자가 1년 후에도 재가장기요양서비스를 받고 있는 경우에 재가서비스를 유지하고 있는 것으로 보고 분석함.
자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계 자료 분석.

다음으로 치매질환 보유 여부를 기준으로 재가서비스 이용 유지율을 비교해 보면, 치매를 보유한 경우에서 재가서비스 이용유지가 떨어지는 것으로 나타나고 있다. 이는 그만큼 치매질환을 재가에서 보호할 수 있는 서비스 체계가 미흡하기 때문으로 볼 수 있다.

〈표 2-70〉 연도별 치매 유무별 재가장기요양서비스 유지 비율 추이

(단위: 명, %)

연도	요양 등급	치매 유무	재가서비스 이용자 기준		시설서비스 이용자 기준		합계
			N	%	N	%	
2009	전체	무	37,019	65.8	2,034	3.6	56,249
		유	22,278	64.2	3,584	10.3	34,716
	1등급	무	5,631	64.6	535	6.1	8,723
		유	3,822	58.2	765	11.6	6,571
	2등급	무	6,637	67.1	662	6.7	9,886
		유	5,554	62.2	1,272	14.3	8,923
	3등급	무	24,751	65.8	837	2.2	37,640
		유	12,902	67.1	1,547	8.0	19,222
2011	전체	무	77,497	70.6	3,800	3.5	109,809
		유	41,575	66.4	6,695	10.7	62,580
	1등급	무	6,658	67.6	424	4.3	9,845
		유	3,722	63.5	411	7.0	5,866
	2등급	무	10,379	68.8	901	6.0	15,077
		유	7,308	64.8	1,325	11.8	11,272
	3등급	무	60,460	71.2	2,475	2.9	84,887
		유	30,545	67.2	4,959	10.9	45,442

연도	요양 등급	치매 유무	재가서비스 이용자 기준		시설서비스 이용자 기준		합계
			N	%	N	%	
2013	전체	무	82,041	77.6	4,053	3.8	105,738
		유	42,771	69.6	6,624	10.8	61,477
	1등급	무	4,797	71.5	238	3.5	6,708
		유	2,802	67.2	188	4.5	4,167
	2등급	무	8,594	72.0	652	5.5	11,938
		유	6,048	66.1	922	10.1	9,143
	3등급	무	68,650	78.8	3,163	3.6	87,092
		유	33,921	70.4	5,514	11.4	48,167
2015	전체	무	97,205	78.6	5,210	4.2	123,639
		유	56,946	70.8	8,049	10.0	80,411
	1등급	무	4,093	73.3	211	3.8	5,583
		유	2,800	67.0	187	4.5	4,181
	2등급	무	8,235	72.6	664	5.9	11,339
		유	6,279	67.9	784	8.5	9,245
	3등급	무	41,136	79.4	2,213	4.3	51,816
		유	23,264	70.6	3,458	10.5	32930
	4등급	무	43,696	79.7	2,104	3.8	54819
		유	21,521	72.8	3,101	10.5	29546
	5등급	무	45	54.9	18	22.0	82
		유	3,082	68.4	519	11.5	4509

주: 각 연도 1월에 재가장기요양서비스를 이용하고 있던 자가 1년 후에도 재가장기요양서비스를 받고 있는 경우에 재가서비스를 유지하고 있는 것으로 보고 분석함.
자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계 자료 분석.

2) 시설서비스 이용 대기자 비율

장기요양서비스의 대기자 비율을 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)과 주·야간보호기관을 중심으로 장기요양기관 평가 등급으로 나누어 분석해 보았다. 2016년 5월 현재, 노인요양공동생활가정의 정원 대비 대기자 비율은 기관 평가 등급별로 A등급은 7.0%, B등급은 4.0%, C등급은 4.2%, D등급은 3.0%, E등급은 3.3%로 각각 나타나고 있다. 즉, 시설 평가 등급이 낮은 D, E등급 시설에서도 대기자가 발생하고 있다.

〈표 2-71〉 노인요양시설(노인요양공동생활가정 포함)의 입소 대기자 비율(2016년 5월 현재)

(단위: 명, %)

	평가등급	인원(명)			대기자 비율	
		총정원 (A)	총현원 (B)	총대기자 (C)	총정원 대비 (C)/(A)	총현원 대비 (C)/(B)
5~9인	A등급	398	381	28	7.0	7.3
	B등급	1,397	1,342	56	4.0	4.2
	C등급	2,793	2,643	117	4.2	4.4
	D등급	6,207	5,661	189	3.0	3.3
	E등급	3,476	3,119	114	3.3	3.7
10~29인	A등급	2,072	1,985	310	15.0	15.6
	B등급	4,865	4,545	445	9.1	9.8
	C등급	5,021	4,531	102	2.0	2.3
	D등급	4,323	3,732	70	1.6	1.9
	E등급	4,843	4,056	118	2.4	2.9
30~99인	A등급	18,281	16,675	3,755	20.5	22.5
	B등급	18,057	15,963	917	5.1	5.7
	C등급	14,663	11,973	382	2.6	3.2
	D등급	13,784	11,123	406	2.9	3.7
	E등급	5,823	4,678	139	2.4	3.0
100인 이상	A등급	15,547	13,495	4,913	31.6	36.4
	B등급	9,225	7,383	799	8.7	10.8
	C등급	3,026	2,513	105	3.5	4.2
	D등급	717	535	7	1.0	1.3
	E등급	679	486	13	1.9	2.7
합계	A등급	36,298	32,536	9,006	24.8	27.7
	B등급	33,544	29,233	2,217	6.6	7.6
	C등급	25,503	21,660	706	2.8	3.3
	D등급	25,031	21,051	672	2.7	3.2
	E등급	14,821	12,339	384	2.6	3.1

주: 분석에 포함된 노인요양시설은 2016년 5월 현재 국민건강보험공단 홈페이지에 등록된 기관 중 시설평가를 받은 기관을 기준으로 하며, 신설 및 비평가 대상 기관은 제외함. 분석에 포함된 시설 수(3,359개)는 10인 미만 1,233개, 30인 미만 922개, 100인 미만 1,019개, 100인 이상 185개임.

자료: 국민건강보험공단 홈페이지 www.longtermcare.or.kr.

입소 인원 10인 이상 노인요양시설에서는 A등급 시설을 중심으로 볼 때, 10~29인 이하 시설은 15.0%, 30~99인 이하 시설은 20.5%, 100인 이상 시설은 31.6%로 각각 나타나 시설 규모가 클수록 대기자 비율도 높아지는 것으로 나타나고 있다.[46] 그만큼 시설서비스 이용자는 규모가 상대적으로 큰 시설을 선호하는 것으로 보인다. 역시 시설평가등급이 낮은 D, E등급 시설에서도 대기자가 발생하고 있는데, 비록 기관평가의 등급(D~E등급)이 낮을지라도 대기자가 상존하고 있다는 것은 이용자가 거주하는 지역에 시설 설치가 부족하거나 이용자가 시설 평가 등급을 그다지 고려하고 있지 않을 가능성이 있다는 것이다.

전반적으로 규모가 큰 시설일수록 시설 환경이나 케어 제공의 질적 수준이 양호하기 때문에 대기자 비율이 높은 것으로 판단되며, 아울러 기관평가 등급이 높은 시설일수록 대기자 비율이 높은 것은 당연한 결과로 판단된다. 따라서 입소 대기자 수를 줄이기 위해서는 재가서비스 체계를 강화시킬 필요가 있다.

주·야간보호서비스기관의 경우에도 입소시설과 유사하게 기관 평가 등급이 상대적으로 높은 기관의 대기자 비율이 높게 나타나고 있다. 전반적으로 거주 지역 내 주간보호센터가 부족하다는 것을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

46) 대기자 비율에는 여러 시설에 대기자로 등록한 자가 중복적으로 발생하고 있기 때문에 실제적으로는 실제 대기자 수를 기준으로 할 경우에는 낮아질 가능성이 높음.

〈표 2-72〉 주·야간보호기관의 이용 대기자 비율(2016년 5월 현재)

(단위: 명, %)

	평가등급	인원(명)			대기자 비율	
		총정원 (A)	총현원 (B)	총대기자 (C)	총정원 대비 (C)/(A)	총현원 대비 (C)/(B)
10인 미만	A등급	88	75	45	51.1	60.0
	B등급	72	65	5	6.9	7.7
	C등급	513	423	50	9.7	11.8
	D등급	179	139	13	7.3	9.4
	E등급	135	89	0	-	-
10~29인	A등급	1,250	1,141	86	6.9	7.5
	B등급	1,053	970	214	20.3	22.1
	C등급	5,047	4,412	465	9.2	10.5
	D등급	2,015	1,671	55	2.7	3.3
	E등급	740	662	20	2.7	3.0
30인 이상	A등급	629	536	68	10.8	12.7
	B등급	610	501	9	1.5	1.8
	C등급	2,889	2,451	94	3.3	3.8
	D등급	1,060	816	10	0.9	1.2
	E등급	377	276	11	2.9	4.0
합계	A등급	1,967	1,752	199	10.1	11.4
	B등급	1,735	1,536	228	13.1	14.8
	C등급	8,449	7,286	609	7.2	8.4
	D등급	3,254	2,626	78	2.4	3.0
	E등급	1,252	1,027	31	2.5	3.0

주: 분석에 포함된 주·야간보호기관은 2016년 5월 현재 국민건강보험공단 홈페이지에 등록된 기관 중 시설 평가를 받은 기관을 기준으로 하며, 신설 및 비평가 대상 기관은 제외함. 분석에 포함된 기관 수(782개)는 10인 미만 115개, 30인 미만 515개, 30인 이상 152개임.
자료: 국민건강보험공단 홈페이지(장기요양기관 명단).

3) 재가장기요양인정자의 학대 경험 측정 점수

재가노인 중에서 일상생활수행동작(ADL 및 IADL) 기능에 어느 한 개라도 제한이 있는 노인을 대상으로 학대 경험 수준을 설문한 결과를 보면

다음과 같다. 여기에서 학대 유형으로 제시한 것은 ① 타인으로부터 신체적인 고통을 당했다, ② 타인의 말과 행동이 내 감정을 상하게 했다, ③ 타인으로부터 금전적인 피해를 입었다, ④ 가족이나 보호자가 돌보아 주지 않았다, ⑤ 가족이나 보호자가 거의 찾아오지 않았다 등이다. 즉, 기능제한이 있는 노인은 학대 경험 측정 점수가 0.17점, 기능제한이 없는 노인은 0.11점으로 산정되어, 기능제한이 있는 노인의 학대 경험률이 더 높은 것으로 나타났다(t=-4.52***, p〈.001). 이러한 결과만을 놓고 본다면, 기능제한이 있는 노인에 대한 국가의 학대 예방 지원이 충분하지 않다고 볼 수 있다. 그 이유는 마찬가지로 기능제한 노인일지라도 정부의 적정한 사회적 지원 정책이 있다고 한다면, 기능제한이 없는 노인과 유사한 학대경험률을 나타낼 수 있을 것으로 판단되기 때문이다.

〈표 2-73〉 기능제한 유무에 따른 학대 경험(N=10,279)

(단위: 점, 명)

기능제한 여부	학대 경험	T-value
제한 있음	0.17(1,735)	4.52***
제한 없음	0.11(8,544)	

*p〈.05, **p〈.01, ***p〈.001

주: 1) 기능제한 여부는 IADL, ADL 중 1개라도 제한이 있는 경우, '제한 있음'으로 간주하였음.
2) 학대 경험은 0 학대 경험 없음~학대 경험 있음(1~5)까지 분포하며, 점수가 높을수록 학대 경험이 많음을 뜻함.

자료: 정경희 등(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원(원자료 재분석).

한편, 일상생활수행동작(ADL 및 IADL) 기능에 제한이 있는 노인만을 대상으로 장기요양등급을 인정받은 노인(등급인정자로 표기)과 그렇지 못한 노인 간 학대 경험 측정 점수 수준을 산정해 본 결과, 등급인정자는 평균 점수가 0.22점, 등급외자 등은 0.18점으로 등급인정자가 약간 더 높은 수준으로 나타나고 있다. 등급인정자가 기능 상태가 더 열악하여 타

인으로부터 신체적 케어를 받을 가능성이 높고 그러한 케어 과정에서 학대가 발생할 가능성도 높다는 점에서 등급인정자가 등급외자에 비해서 학대의 경험률이 높게 나타난 것으로 이해할 수 있다. 다만, 양자 간의 차이가 통계적인 유의성이 존재하지 않기 때문에 등급인정자나 등급외자 간 학대 경험의 차이는 없는 것으로 해석된다.[47] 이 같은 결과는 현행 사회적 지원제도인 노인장기요양보험제도의 성과가 양호하다는 것을 일부 뒷받침하는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 2-74〉 기능제한자의 등급 유무에 따른 학대 경험(N=298)

(단위: 점)

등급 유무	학대 경험(명)	T-value
등급 인정자	0.22(236)	.579
등급외/기타	0.18(62)	

*p〈.05, **p〈.01, ***p〈.001

주: 1) 기능제한 여부는 IADL, ADL 중 1개라도 제한이 있는 경우, '제한 있음'으로 간주하였음.
2) 학대 경험은 0 학대 경험 없음~학대 경험 있음(1~5)까지 분포하며, 점수가 높을수록 학대 경험이 많음을 뜻함.

자료: 정경희 등(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원(원자료 재분석).

4) 재가장기요양인정자의 '거의 매일' 가족수발 비율

일상생활수행동작(ADL 및 IADL) 기능에 제한이 있는 노인 중 장기요양등급을 인정받은 노인(등급인정자로 표기)이 어느 정도의 가족수발을 받고 있는가를 산정해 본 결과, 단순히 기능제한이 있는 자의 경우에는 거의 매일 수발 도움을 받고 있는 비율(하루 종일+반일 미만)이 49.7%인 반면에 등급인정자의 경우에는 79.0%로 나타나 10명당 8명은 장기요양

47) 다만, 분석대상자 수가 적기 때문에 이로 인하여 양자 간 차이가 없을 가능성도 존재하기 때문에 추후 응답대상자 수의 확대가 이루어지면 통계적 유의성이 존재할 가능성도 있음.

서비스를 받는다고 하더라도 거의 매일 가족의 수발을 필요로 하고 있음을 알 수 있다. 단순히 기능제한이 있는 노인에 비해 등급인정자가 수발(케어)의 도움을 더 많이 필요로 하는 중증 기능장애자일 가능성이 더 높기 때문에 거의 매일 수발 도움의 필요성 비율이 높은 것으로 해석할 수 있다. 그러나 그 비율이 80% 수준에 육박한다는 것은 현행 노인장기요양보험제도 내에서 부양가족 지원 등을 포함한 재가서비스 지원 체계의 개선이 필요함을 시사하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 2-75〉 장기요양등급인정자의 가족수발자 도움 정도

(단위: %)

구분	거의 매일 하루 종일	거의 매일 반일 미만	일주일에 3~4일	일주일에 1~2일	일주일에 1회 미만	계(명)
기능 제한자 중 가족수발을 받는 경우[1]	10.7	39.0	8.6	14.2	27.5	100.0(1,430)
등급인정자 중 가족수발을 받는 경우[2]	22.0	57.0	6.8	7.0	7.2	100.0(279)

주: 1) 수발 도움을 받는다고 응답한 1,557명 중 가족원에게 도움을 받는다고 응답한 1,430명을 대상으로 함.
2) 등급인정자 344명 중 가족수발을 받는 279명을 대상으로 함.
자료: 정경희 등(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원(원자료 재분석).

5) 재가 및 시설급여지출 비중

장기요양급여지출은 크게 시설급여와 재가급여로 양분되는데, 그 비중을 비교해 보면 시설급여 비중은 2008년도 61.6%에서 2015년 51.3%로 줄어든 반면에 재가급여 비중은 각각 38.4%에서 48.7%로 늘어난 것으로 나타나고 있다.

그 추이를 자세하게 살펴보면, 시설급여비중이 2008~2010년까지는 감소 추세를 보이다가 2011년도부터 2014년까지 그 비율이 상승하고 있

다. 다만 2014년과 2015년을 비교하였을 때, 전체 급여지출 중 시설급여 지출이 52.1%에서 51.3%로 감소하여 향후 그 추이를 살펴볼 필요성이 제기된다.

현재까지 시설급여의 비중이 재가급여보다 더 높다는 것은 시설 입소가 상대적으로 수월하기 때문으로 볼 수도 있겠으나 재가서비스를 이용할 수 있는 체계가 미흡하기 때문으로도 해석할 수 있다.

〈표 2-76〉 장기요양보험 급여 유형별 급여지출총액(보험자부담금) 및 지출 비중 추이

(단위: 억 원, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
시설급여	2,628 (61.6)	7,513 (43.3)	10,283 (42.8)	12,178 (47.1)	13,874 (51.1)	15,966 (51.8)	18,234 (52.1)	20,441 (51.3)
재가급여	1,640 (38.4)	9,856 (56.7)	13,740 (57.2)	1,3,704 (52.9)	13,303 (48.9)	14,864 (48.2)	16,748 (47.9)	19,376 (48.7)
총계	4,268 (100.0)	17,369 (100,0)	24,023 (100.0)	25,882 (100.0)	27,177 (100.0)	30,830 (100.0)	34,981 (100.0)	39,816 (100.0)

주: 지출 비중은 전체 급여지출총액(공단부담금 기준 총액)에 대한 시설, 재가급여의 비중을 의미함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

6) 장기요양서비스 이용자(수급자) 1인당 급여지출액

장기요양 이용자 1인당 급여지출액 수준을 보면 시설급여와 재가급여 양자 간 격차가 2008년도 3.4배에서 점차적으로 축소하다가 2011년도부터는 소폭의 등락을 거듭하고 있다. 2015년도에는 초년도와 동일한 3.4배의 격차를 보임으로써 전반적으로 양자 간 약 3배의 수준 차이를 보이고 있다.

〈표 2-77〉 장기요양보험 급여 유형별 1인당 지출액(보험자부담+본인부담) 추이

(단위: 천 원)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
시설급여(A)	4,615	9,175	9,757	10,231	9,458	12,427	13,030
재가급여(B)	1,345	3,439	3,490	3,376	3,443	3,612	3,785
(A)/(B)	3.4	2.7	2.8	3.0	2.7	3.4	3.4

주: 1) 1인당 보험지출액 = 급여비용(공단부담금+본인부담금) / 실인원
2) 실인원을 기준으로 하되 급여 이용 수급자 수는 급여 유형별 서비스 이용 인원을 단순 합한 값임.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

〔그림 2-4〕 장기요양보험 급여 유형별 1인당 지출액(보험자부담+본인부담) 추이

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

7) 장기요양서비스 이용자(수급자) 1인당 급여지출액의 증가율 비교

장기요양급여지출액이 다른 경제 지표의 변화와 어떤 차이를 보이는지를 분석해 보면 2009~2015년간 1인당 시설급여액의 연평균 증가율이 6.62%로 나타나고, 1인당 재가급여액의 경우는 4.28%로 시설급여액의 증가 속도가 더 크게 나타나고 있다. 이를 경제 지표와 비교해 보면, 동기간 1인당 GDP는 4.70%, 임금인상률은 4.32%, 소비자물가지수는 2.24%

로 각각 나타나고 있어 1인당 시설급여액이 모든 경제 지표보다 더 크게 증가한 반면에 재가급여액은 소비자물가지수를 제외하고는 낮은 증가율을 보이고 있다. 이는 그동안 재가서비스보다 시설서비스가 더 활성화되어 왔다고 간주되는 측면으로, 전반적으로 보험재정지출의 증가는 시설급여액의 증가에 기인한다고 볼 수 있다.

〈표 2-78〉 장기요양보험 급여 유형별 1인당 지출액(보험자부담+본인부담)과 경제지표와의 비교 추이(전년도 대비 증가율 기준)

(단위 : %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	연평균 증가율
1인당 시설급여액 증가율	-0.2	6.3	4.9	-7.6	31.4	4.9	6.62
1인당 재가급여액 증가율	15.8	1.5	-3.3	2.0	4.9	4.8	4.28
1인당 GDP 증가율	9.4	4.5	2.9	3.3	3.5	4.6	4.70
임금인상률	4.8	5.1	4.7	3.5	4.1	3.7	4.32
소비자물가지수	3.0	4.9	2.2	1.3	1.3	0.7	2.23

주: 1) 1인당 시설(재가)급여액 증가율 = 해당 연도 1인당 시설(재가)급여액 / 전년도 1인당 시설(재가)급여액
2) 1인당 GDP는 1인당 명목GDP를 의미함.
3) 임금인상률은 상시근로자 100인 이상 사업장을 전수로 한 협약임금 인상률을 의미함.
4) 1인당 GDP 및 임금인상률, 소비자물가지수는 '통계청 e-나라지표'의 수치를 활용함.
자료: 1) 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.
2) 통계청 e-나라지표: http://www.index.go.kr

한편, 우리나라의 장기요양지출 수준이 경제 수준에 비해 어느 정도인가를 동일한 장기요양보험 방식으로 운영하고 있는 독일, 일본 및 네덜란드와 비교해 보면 2014년도 우리나라는 GDP 대비 장기요양지출률이 0.3%인 반면에 독일은 1.0%(2013), 일본 2.1%(2012), 네덜란드 4.3%(2013)로 우리나라보다는 높은 수준이다. 독일은 2008년보다는 낮아진 것으로 나타나고 있으나 일본과 네덜란드는 지속적으로 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다. 현재까지는 우리나라가 해당 국가와 인구고령화 정도 및 제도 성숙도 측면에서 차이를 둠에 따라 전반적인 지출 규

모 수준이 낮은 것으로 해석된다.

〈표 2-79〉 GDP 대비 장기요양보험지출률 추이

(단위: 십억 원, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
총장기요양 보험지출액(A)	481	1,972	2,746	2,969	3,126	3,523	3,985	4,523
GDP(B)	1,104,492	1,151,708	1,265,308	1,332,681	1,377,457	1,429,445	1,486,079	na
(A)/(B)	0.0	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	na
(참고)								
독일	1.3	1.0	na	1.0	na	1.0	na	na
일본	1.0	na	1.8	na	2.1	na	na	na
네덜란드	3.5	3.8	na	3.7	na	4.3	na	na

주: GDP의 경우 2015년 2/4분기 시점의 자료만 공개됨에 따라 2015년 기준의 GDP 수치를 현재 기준(2016. 8. 30.) 확인 불가함.

자료 :1) 보건복지부·한국보건사회연구원(2013). 2013년 기준 한국의 사회복지지출.
2) 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.
3) OECD, Health at a glance, 각 연도.

8) 재가급여한도액 대비 재가급여지출액 수준

이용자(실인원) 대비 1인당 재가 보험급여액 수준을 월 재가급여한도액을 기준으로 살펴보면, 2008년도 이후 2013년까지 해마다 높아지고 있다. 그 수준은 등급별로 차이가 있으나 2013년도의 경우 57~66% 정도의 수준이다. 다만, 연간 통계치에는 시설과 재가급여 간 혼합 이용자가 포함되어 있기 때문에 한도액 대비율은 더 낮아질 수 있다.

2016년 3월 기준으로 재분석해 보면, 전체적으로 70~80%의 한도액 대비율을 보이고 있다. 등급이 낮을수록 월 급여한도액 대비율이 높아지고 있는 것을 알 수 있으며 소득 수준별로는 '기초수급자〉경감대상자〉일반대상자'의 순으로 그 비율이 낮아지고 있다.

〈표 2-80〉 재가급여 이용자 등급별 1인당 보험급여액과 급여한도액과의 비교 추이

(단위: 천 원, %)

		2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
1인당 급여액	1등급	204	574	557	514	656	462	449
	2등급	177	526	514	504	661	466	473
	3등급	137	433	462	475	537	437	507
	4등급	-	-	-	-	-	241	488
	5등급	-	-	-	-	-	147	349
1인당 급여 한도액	1등급	1,097	1,141	1,141	1,141	1,141	1,185	1,185
	2등급	879	971	971	971	1,004	1.044	1.044
	3등급	760	815	815	815	879	965	965
	4등급	-	-	-	-	-	904	904
	5등급	-	-	-	-	-	767	767
급여 한도액 대비율	1등급	18.6	50.3	48.8	45.0	57.5	39.0	37.9
	2등급	20.1	54.2	52.9	51.9	65.8	44.6	45.3
	3등급	18.0	53.1	56.7	58.3	61.1	45.3	52.5
	4등급	-	-	-	-	-	26.7	54.0
	5등급	-	-	-	-	-	19.2	45.5

주: 1) 1인당 월 재가급여액 = (등급별 공단부담금/이용자 수(실인원))÷12
2) 급여한도액 대비율 = (1인당 재가급여액/재가급여 월한도액)x100
자료: 1) 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

〈표 2-81〉 재가급여 이용자 1인당 보험급여액과 급여한도액과의 비교(2016년 3월 기준)

(단위: 천 원, %)

		일반대상자	기초수급자	경감대상자	전체
1인당 급여액	1등급	900,856	934,365	893,127	903,244
	2등급	819,531	867,538	831,261	826,992
	3등급	775,366	812,113	786,505	782,416
	4등급	740,869	768,286	760,571	749,573
	5등급	821,874	796,774	866,592	827,303
1인당 급여 한도액	1등급	1,196,900	1,196,900	1,196,900	1,196,900
	2등급	1,054,300	1,054,300	1,054,300	1,054,300
	3등급	981,100	981,100	981,100	981,100
	4등급	921,700	921,700	921,700	921,700
	5등급	784,100	784,100	784,100	784,100
급여 한도액 대비율	1등급	75.3	78.1	74.6	75.5
	2등급	77.7	82.3	78.8	78.4
	3등급	79.0	82.8	80.2	79.7
	4등급	80.4	83.4	82.5	81.3
	5등급	104.8	101.6	110.5	105.5

주: 1) 1인당 월 재가급여액 = (등급별 공단부담금/이용자 수(실인원))÷12
2) 급여한도액 대비율 = (1인당 재가급여액/재가급여 월한도액)x100
자료: 1) 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

9) 장기요양서비스 이용자(수급자)의 급여 이용률

장기요양서비스 이용자의 등급별 급여 이용 비중을 분석해 보면, 우선 재가급여의 경우 방문요양급여는 2008년도 이후 1등급자 및 2등급자의 비중이 줄어들고 있는 반면에 3등급자의 비중은 크게 증가한 것으로 나타났다. 특히, 1등급자의 비중은 2008~2015년간 3.1배나 감소한 것으로 나타나 거의 3등급, 또는 3~5등급자가 중심이라 볼 수 있다. 방문목욕급여는 방문요양급여와 동일하게 등급별 이용 비중이 유사하게 축소된 것으로 나타나고 있다. 방문간호급여는 1등급자 및 2등급자의 이용 비중이 동일하게 초년도에 비해서 낮아지기는 하였지만, 방문요양이나 방문목욕에 비해서는 1등급자 및 2등급자의 이용 비중이 높은 것으로 나타났다. 이는 낮은 등급보다는 간호처치 등, 의료적 욕구가 상대적으로 높기 때문인 것으로 보인다. 그리고 주·야간보호급여는 주택과 주·야간보호기관 간 이동이 필요하기 때문에 이동능력이 상당히 떨어져 있는 1등급자 및 2등급자의 이용 비중이 매우 낮게 나타나고, 거의 3등급, 또는 3~5등급자가 중심이라 볼 수 있다. 단기보호급여는 장기간 입소를 필요로 하는 자가 주로 이용하기 때문에 다른 재가급여에 비해서 상대적으로 2등급자의 비중이 높긴 하지만 역시 3등급자의 비중이 중심적이라 할 수 있다. 이는 노인요양시설에 입소하지 못하는 3등급자가 대체 수단으로 단기보호기관을 이용하는 것에서 유추할 수 있다. 복지용구급여의 등급별 이용비중도 다른 재가급여와 동일한 양상을 보이고 있다.

시설급여의 경우 노인요양시설은 제도 도입 초년도에 비해서 1등급자 및 2등급자의 비중이 줄어들고 있는 반면 3등급자의 비중은 크게 증가한 것으로 나타났다. 전체적으로 1등급자 및 2등급자의 인정자 비중이 줄어들었기 때문일 수도 있고, 그동안 치매유병률의 증가로 등급과 관계없이

치매질환자는 시설 입소가 가능하기 때문에 경증의 치매질환자가 시설에 상당부문 입소하였던 것으로도 해석된다. 이와 같은 현상은 노인요양공동생활가정에서도 거의 동일하게 나타나고 있다.

〈표 2-82〉 연도별 서비스 유형별 등급별 이용자 수 추이

(단위: 명, %)

			2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
재가급여	방문요양	1등급	13,811 (19.5)	28,717 (11.6)	23,194 (9.7)	18,457 (8.2)	16,215 (6.8)	14,949 (4.7)	14,190 (5.5)
		2등급	14,370 (20.3)	47,798 (19.4)	42,503 (17.7)	35,701 (15.9)	34,322 (14.5)	32,953 (10.3)	31,084 (11.9)
		3등급	42,700 (60.2)	170,312 (69.0)	174,281 (72.6)	170,175 (75.9)	186,751 (78.7)	186,143 (57.9)	114,771 (44.1)
		4등급	-	-	-	-	-	85,656 (26.7)	122,442 (47.0)
		5등급	-	-	-	-	-	1,565 (0.5)	4,425 (1.7)
		합계	70,881 (100.0)	246,827 (100.0)	239,978 (100.0)	224,333 (100.0)	237,288 (100.0)	321,266 (100.0)	260,252 (100.0)
	방문목욕	1등급	6,139 (25.2)	11,416 (14.7)	9,707 (12.3)	7,490 (10.6)	6,220 (9.0)	5,161 (6.6)	4,455 (7.4)
		2등급	5,019 (20.6)	16,733 (21.6)	15,479 (19.7)	12,876 (18.2)	11,504 (16.7)	9,901 (12.7)	8,444 (14.0)
		3등급	13,217 (54.2)	49,249 (63.6)	53,468 (68.0)	50,467 (71.2)	51,161 (74.3)	45,384 (58.4)	26,106 (43.3)
		4등급	-	-	-	-	-	16,903 (21.8)	25,420 (42.2)
		5등급	-	-	-	-	-	346 (0.4)	1,010 (1.7)
		합계	24,375 (100.0)	77,398 (100.0)	78,654 (100.0)	70,833 (100.0)	68,885 (100.0)	77,695 (100.0)	60,285 (100.0)
	방문간호	1등급	1,597 (38.1)	2,678 (29.4)	2,263 (26.9)	1,936 (23.2)	1,708 (21.1)	1,555 (17.1)	1,628 (18.9)
		2등급	838 (20.0)	2,053 (22.5)	1,938 (23.0)	1,883 (22.5)	1,819 (22.5)	1,675 (18.4)	1,693 (19.7)
		3등급	1,759 (41.9)	4,385 (48.1)	4,214 (50.1)	4,537 (54.3)	4,572 (56.5)	4,276 (47.1)	3,318 (38.5)
		4등급	-	-	-	-	-	1,502 (16.5)	2,549 (29.6)
		5등급	-	-	-	-	-	75 (0.8)	150 (1.7)

			2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
		합계	4,194 (100.0)	9,116 (100.0)	8,415 (100.0)	8,356 (100.0)	8,099 (100.0)	9,083 (100.0)	8,613 (100.0)
	주·야간 보호	1등급	837 (8.3)	698 (3.1)	472 (2.0)	390 (1.6)	311 (1.1)	306 (0.7)	302 (0.7)
		2등급	2,352 (23.2)	3,446 (15.3)	2,783 (11.9)	2,405 (9.7)	2,276 (7.9)	2,271 (5.0)	2,203 (4.9)
		3등급	6,941 (68.5)	18,366 (81.6)	20,091 (86.1)	21,977 (88.7)	26,116 (91.0)	26,945 (59.6)	16,627 (36.9)
		4등급	-	-	-	-	-	12,876 (28.5)	20,892 (46.4)
		5등급	-	-	-	-	-	2,777 (6.1)	9,164 (20.4)
		합계	10,130 (100.0)	22,510 (100.0)	23,346 (100.0)	24,772 (100.0)	28,703 (100.0)	45,175 (100.0)	45,006 (100.0)
	단기 보호	1등급	1,563 (23.8)	1,638 (9.5)	223 (4.8)	259 (5.1)	470 (6.2)	369 (4.6)	369 (5.7)
		2등급	1,848 (28.1)	3,476 (20.2)	789 (17.1)	849 (16.8)	1,452 (19.1)	1,336 (16.7)	1,071 (16.6)
		3등급	3,161 (48.1)	12,077 (70.3)	3,599 (78.1)	3,954 (78.1)	5,661 (74.7)	4,984 (62.3)	3,170 (49.3)
		4등급	-	-	-	-	-	1,247 (15.6)	1,994 (31.0)
		5등급	-	-	-	-	-	65 (0.8)	259 (4.0)
		합계	6,572 (100.0)	17,191 (100.0)	4,611 (100.0)	5,062 (100.0)	7,583 (100.0)	8,001 (100.0)	6,436 (100.0)
	복지 용구	1등급	6,756 (30.0)	16,326 (14.1)	14,538 (11.8)	15,205 (10.8)	16,163 (9.9)	16,615 (8.3)	17,172 (8.8)
		2등급	5,351 (23.8)	24,347 (21.1)	24,042 (19,5)	26,174 (18.5)	28,775 (17.6)	29,872 (15.0)	30,323 (15.6)
		3등급	10,406 (46.2)	74,777 (64.8)	84,853 (68.7)	99,804 (70.7)	118,915 (72.6)	114,560 (57.4)	84,391 (43.5)
		4등급	-	-	-	-	-	37,374 (18.7)	73,063 (37.6)
		5등급	-	-	-	-	-	1,257 (0.6)	4,859 (2.5)
		합계	22,513 (100.0)	115,450 (100.0)	123,433 (100.0)	141,183 (100.0)	163,853 (100.0)	199,678 (100.0)	194,139 (100.0)
시설급여	노인요양시설	1등급	26,111 (41.5)	34,304 (26.4)	29,753 (21.1)	26,083 (17.4)	28,155 (15.5)	21,365 (12.2)	20,912 (13.6)
		2등급	23,183 (36.9)	54,575 (42.0)	55,273 (39.2)	53,327 (35.5)	58,375 (32.1)	46,026 (26.3)	44,768 (29.1)
		3등급	13,575 (21.6)	41,157 (31.7)	55,936 (39.7)	70,816 (47.1)	95,353 (52.4)	82,678 (47.2)	68,718 (44.7)

			2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
		4등급	-	-	-	-	-	24,860 (14.2)	37,098 (24.1)
		5등급	-	-	-	-	-	287 (0.2)	1,358 (0.9)
		합계	62,869 (100.0)	130,036 (100.0)	140,962 (100.0)	150,226 (100.0)	181,883 (100.0)	175,216 (100.0)	153,840 (100.0)
	노인요양공동생활가정	1등급	873 (43.8)	3,874 (25.8)	3,506 (18.6)	3,303 (14.8)	3,776 (13.3)	3,405 (10.6)	3,105 (11.8)
		2등급	891 (44.7)	7,108 (47.4)	7,622 (40.5)	7,878 (35.3)	9,023 (31.7)	8,458 (26.4)	7,541 (28.7)
		3등급	229 (11.5)	4,012 (26.8)	7,703 (40.9)	11,120 (49.9)	15,696 (55.1)	15,858 (49.5)	11,967 (45.5)
		4등급	-	-	-	-	-	4,287 (13.4)	6,494 (24.7)
		5등급	-	-	-	-	-	58 (0.2)	266 (1.0)
		합계	1,993 (100.0)	14,994 (100.0)	18,831 (100.0)	22,301 (100.0)	28,495 (100.0)	32,066 (100.0)	26,317 (100.0)

주: 실인원을 기준으로 하되, 서비스 유형별 합계인원은 등급별 실인원을 단순 합한 값임.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

소득 수준별 급여 이용 실태를 분석해 보면, 2015년도 방문요양급여(이용자 1인당 연간 급여 제공 일수)의 경우 일반소득자는 160.1일, 경감대상자는 152.1일, 의료급여자는 172.1일, 기초수급자는 169.7일로 각각 나타나고 있다. 즉, 본인부담금을 면제받는 의료급여자나 기초수급자의 이용 일수가 일반소득자나 경감대상자에 비해서 더 많은 것을 알 수 있다. 특히, 이용자 본인부담금이 일반 소득자의 2분의 1인 경감 대상자의 급여 제공 일수가 가장 적은 것으로 나타나, 본인일부부담금을 경감한다고 하더라도 서비스 이용이 저조함을 알 수 있다. 이러한 현상은 단기보호급여를 제외하고는 동일하게 나타난다.

전체적으로는 소득 수준과 관계없이 방문요양급여의 급여 제공 일수가 가장 많으며, 그다음으로 주·야간보호급여, 단기보호급여, 방문간호급여, 방문목욕급여의 순으로 나타나고 있다. 한편, 단기보호급여를 제외하고

는 제도 초년도에 비해서 최근으로 올수록 나머지 모든 급여의 제공 일수가 크게 증가한 것으로 나타나고 있다.

시설급여의 경우에도 소득 수준별 급여 제공 일수의 차이가 재가급여와 동일한 경향임을 발견할 수 있다. 연간 입소 일수가 365일이 안 되는 이유는 병원에 응급 입원하거나 시설과 병원 간 빈번한 이동 때문인 것으로 해석된다.

〈표 2-83〉 소득 수준별 재가급여 이용 실태 추이(이용자 1인당 연간 급여 제공 일수)

(단위: 일)

	방문요양				방문목욕				방문간호			
	일반	경감	의료 급여	기초 수급	일반	경감	의료 급여	기초 수급	일반	경감	의료 급여	기초 수급
2008	49.3	49.6	47.8	55.5	9.0	8.7	8.3	9.6	10.8	12.2	11.8	11.6
2009	129.8	83.9	96.0	148.2	17.8	12.4	12.7	19.4	19.9	16.4	15.6	26.1
2010	172.7	148.4	162.0	171.1	25.9	21.1	22.6	22.6	21.2	21.2	22.5	25.4
2011	180.4	153.0	173.4	178.4	25.1	20.7	24.2	22.9	21.6	20.2	30.1	24.7
2012	173.9	154.0	161.7	177.1	25.0	21.9	24.0	23.1	25.8	22.9	27.4	26.0
2013	155.8	146.9	169.3	173.8	22.8	21.5	24.9	23.4	24.1	23.2	29.6	25.3
2014	160.1	150.5	172.2	176.3	22.6	21.4	24.5	23.1	24.7	24.8	26.1	25.2
2015	160.1	152.1	172.1	169.7	22.5	21.6	23.8	22.2	25.2	24.7	32.4	24.7

	주·야간보호				단기보호			
	일반	경감	의료 급여	기초수급	일반	경감	의료 급여	기초 수급
2008	61.6	59.6	59.9	63.2	74.2	73.7	53.7	69.5
2009	115.8	69.0	84.4	126.0	119.9	83.5	92.2	122.1
2010	118.1	100.1	112.3	125.1	60.5	57.4	61.7	63.4
2011	120.3	98.3	121.5	129.1	47.9	45.3	40.4	42.5
2012	128.2	107.4	120.7	133.8	56.6	51.8	40.2	53.5
2013	135.5	124.1	141.8	154.6	59.9	55.9	52.5	46.9
2014	126.0	115.8	131.8	136.1	64.6	61.7	67.1	57.7
2015	132.5	124.2	133.1	133.9	64.5	61.0	72.0	50.1

주: 서비스별 실인원을 기준으로 함. 단, 재가급여 중 복지용구는 이용 일수 정보가 부재하여 제외함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

〈표 2-84〉 소득 수준별 시설급여 이용 실태 추이(이용자 1인당 연간 급여 제공 일수)

(단위: 일)

	노인요양시설				노인요양공동생활가정			
	일반	경감	의료급여	기초수급	일반	경감	의료급여	기초수급
2008	104.6	113.8	94.5	130.3	81.9	86.9	71.5	91.0
2009	201.7	117.1	149.0	259.7	142.6	99.7	106.8	165.3
2010	202.6	184.5	213.4	256.3	155.9	149.7	160.9	186.8
2011	215.6	194.8	222.6	259.7	183.8	176.1	181.7	214.1
2012	222.8	201.8	231.8	259.7	192.2	177.7	193.2	221.2
2013	181.3	173.5	204.8	208.2	175.8	173.1	217.2	217.8
2014	233.0	216.7	260.3	281.1	195.4	189.7	219.6	236.0
2015	231.9	221.8	253.5	276.9	198.6	196.9	233.3	238.8

주: 서비스별 실인원을 기준으로 함.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

한편, 인정자 수 대비 실제 급여서비스 이용자 비율을 보면, 전체적으로 87.5%(2016.3월 기준)로 나타나고 있는데 이 중에서 일반소득자는 90.5%, 기초수급자는 92.9%, 의료급여수급권자는 85.2%, 경감대상자는 84.5%로 나타났다. 등급별로는 5등급자의 급여 이용률이 가장 낮고, 상대적으로 3~4등급자의 급여 이용률이 다른 등급자에 비해서 상대적으로 높은 수준이다.

〈표 2-85〉 소득 수준별 등급별 급여 이용률(2016년 3월 기준)

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	전체
(인정자 수: 명)						
일반소득자	5,896	10,511	26,593	29,631	2,564	75,195
기초수급자	7,186	14,495	35,073	31,677	3,629	92,060
의료급여자	24,747	45,333	112,523	104,795	15,322	302,720
경감대상자	400	777	2,055	2,074	260	5,566
전체	38,229	71,116	176,244	168,177	21,775	475,541
(이용자 수: 실인원, 명)						
일반소득자	5,133	9,532	24,535	27,228	1,614	68,042
기초수급자	6,235	13,495	33,422	29,926	2,439	85,517
의료급여자	19,644	39,053	99,974	90,566	8,643	257,880
경감대상자	315	642	1,818	1,787	144	4,706
전체	31,327	62,722	159,749	149,507	12,840	416,145

	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	전체
(급여 이용률: %)						
일반소득자	87.1	90.6	92.2	91.8	62.9	90.5
기초수급자	86.7	93.1	95.2	94.4	67.2	92.9
의료급여자	79.3	86.1	88.8	86.4	56.4	85.2
경감대상자	78.7	82.6	88.4	86.1	55.3	84.5
전체	81.9	88.2	90.6	88.9	58.9	87.5

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계월보, 2016.3.

10) 지역별(시도별) 장기요양인정자 비율

65세 이상 노인인구 대비 장기요양 인정률은 2008년 4.2%에서 2015년 7.0%로 크게 증가하였다. 변이계수를 통한 지역 간 편차도 제도 초년도에 비해서 최근 상당히 축소된 것으로 보이는데(2008년 0.23, 2015년 0.13), 2015년도를 기준으로 가장 높은 인정률을 보인 지역은 대전(7.8%)이고, 가장 낮은 지역은 부산(4.6%)으로 양 지역 간 격차가 약 1.7배로 나타났다. 이와 같은 지역 간 편차는 시설 인프라의 양, 인정신청률 등에 의해 영향을 받은 것으로 보인다.

〈표 2-86〉 시도별 장기요양인정자 수 및 인정률 분포 추이

(단위 : 명, %)

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
판정 대비 인정자수(비율)	214,480 (4.2)	315,994 (5.8)	324,412 (5.7)	341,788 (5.8)	378,493 (6.1)	424,572 (6.6)	467,752 (7.0)
서울	3.0	4.6	5.4	5.3	5.5	5.9	5.8
부산	3.8	4.0	4.3	4.2	4.4	4.7	4.6
대구	4.0	4.1	5.2	5.2	5.5	5.9	5.8
인천	4.4	6.0	6.9	7.1	7.5	7.7	7.6
광주	5.5	6.3	6.5	6.3	6.6	7.1	7.1
대전	4.6	6.3	7.3	7.3	7.7	8.1	7.8
울산	2.8	5.1	5.5	5.3	5.4	5.7	5.4
세종	-	-	-	5.9	6.1	6.7	6.9
경기	3.6	5.4	6.4	6.4	6.6	7.1	7.1
강원	4.9	5.0	6.2	6.2	6.8	7.4	7.5

	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015
충북	4.9	4.5	5.5	5.7	6.1	6.7	6.8
충남	4.9	5.3	6.3	6.4	6.8	7.2	7.3
전북	6.2	5.2	5.8	5.7	6.1	6.7	7.0
전남	5.9	4.8	5.4	5.6	6.1	6.9	7.2
경북	5.7	4.5	5.6	5.7	6.2	6.8	7.0
경남	4.6	4.7	5.1	5.2	5.7	6.3	6.3
제주	6.2	6.6	7.4	7.2	7.7	7.9	7.6
변이계수	0.23	0.15	0.14	0.14	0.14	0.13	0.13

주: 1) 괄호 안은 65세 이상 노인인구 대비 인정률을 의미함.
2) 인정률 = (시도별 인정자 수/시도별 노인인구 수)x100
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

다. 최종 결과물 지표

최종 결과물 지표로는 앞서 언급한 바와 같이 장기요양서비스 이용자의 등급 유지자 비율과 재가장기요양인정자의 삶의 만족도 측정 점수를 살펴보고자 한다.

1) 장기요양서비스 이용자의 장기요양등급 유지율

본 분석에서는 장기요양 인정등급의 변화는 악화, 유지 및 개선으로 표현하여 분석할 수 있으나 통계자료의 수집 한계로 동일 등급 유지율을 중심으로 살펴보았다.

장기요양 등급별 등급 변화율을 살펴보면 등급별로 상이한 현상이 나타난다. 2008년과 2010년도에 각각 신규로 인정등급을 받은 자가 그 이후 최초로 발생되는 갱신 시점에서 동일한 등급을 유지하는 비율이 2008년도 신규 인정자의 경우 1등급은 69.8%, 2등급은 53.1%, 3등급은 77.1%이었고, 2010년도 신규 인정자의 경우 1등급은 66.6%, 2등급은 56.0%, 3등급은 83.4%이었다. 특히, 3등급자의 동일 등급 유지자 비율

이 3개 연도를 기준으로 할 때 증가하는 양상을 띠고 있다. 전체적으로 보면 2등급자의 동일 등급 유지율이 가장 낮고 1등급, 3등급 순으로 나타나고 있다. 2등급자에 대한 케어 제공 및 이용 패턴에 대한 심층 분석이 요구된다 하겠다.

한편, 각 등급자를 대상으로 한 동일 등급 유지 기간을 살펴보면 1등급자의 경우 최초 등급 인정 시점에서부터 추적 분석 기간 동안 동일한 등급을 유지한 평균 기간이 2008년 최초 등급인정자(사망자 포함 시)는 3.3년, 2009년 최초 등급인정자(사망자 포함 시)는 3.2년, 2010년 최초 등급인정자(사망자 포함 시)는 3.0년으로 분석되었다.

그러나 분석 추적 기간이 연도별로 다르기 때문에 정확한 유지 기간의 차이를 기대하기 어려운데, 만약에 추적 기간을 동일하게 고정하여 분석해 본다면, 동일 등급의 유지 기간의 차이는 통계적으로 유의하지 않게 나타날 가능성이 있다.

〈표 2-87〉 연도별 신규 등급인정자의 최초 갱신 결과 동일 등급 유지자 분포

(단위: %)

최초 등급 인정 연도	1등급	2등급	3등급
2008년	69.8	53.1	77.1
2009년	64.6	53.1	81.6
2010년	66.6	56.0	83.4

주: 이는 신규 등급자가 최초로 발생한 등급 갱신 연도에도 동일한 등급을 유지하고 있는 자의 비율임.
자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계 자료 분석.

〈표 2-88〉 장기요양 인정 등급자의 동일 등급 유지 기간

(단위: 년)

등급 인정 연도	1등급자의 등급 유지 기간	
	사망자 포함	사망자 제외
2008년(추적 기간: 6.2년)	3.3	4.2
2009년(추적 기간: 5.5년)	3.2	4.0
2010년(추적 기간: 4.5년)	3.0	3.6

등급 인정 연도	2등급자의 등급 유지 기간	
	사망자 포함	사망자 제외
2008년(추적 기간: 6.2년)	3.2	3.5
2009년(추적 기간: 5.5년)	3.0	3.4
2010년(추적 기간: 4.5년)	2.8	3.2

등급 인정 연도	3등급자의 등급 유지 기간	
	사망자 포함	사망자 제외
2008년(추적 기간: 6.2년)	4.0	4.4
2009년(추적 기간: 5.5년)	3.7	4.1
2010년(추적 기간: 4.5년)	3.2	3.5

주: 이는 전년도의 사망자, 등급 외 또는 미신청자를 제외한 수를 기준으로 하였고, 사망자 제외의 경우는 동일 등급 유지 중, 사망 시점에서 종료되는 사람을 제외한 기간임.
자료: 국민건강보험공단 노인장기요양보험통계 자료 분석.

2) 재가장기요양인정자의 삶의 만족도 측정 점수

재가노인 중에서 일상생활수행동작(ADL 및 IADL) 기능에 어느 한 개라도 제한이 있는 노인을 대상으로 ① 건강 상태, ② 경제 상태, ③ 배우자 관계, ④ 자녀 관계, ⑤ 사회여가문화활동, ⑥ 친구/지역사회 관계 등 6개 영역에 대한 만족도를 질문한 결과, 기능제한이 있는 노인은 평균 삶의 만족도 점수가 17.2점, 기능제한이 없는 노인은 20.0점으로 산정되어, 기능제한이 있는 노인의 삶의 만족도 수준이 상대적으로 떨어져 있음을 알 수 있다($t=-22.0^{***}$, $p<.001$). 이 결과만을 놓고 본다면 기능제한이 있는 노인에 대한 국가의 사회적 지원이 불충분하다고 볼 수 있다. 기능제한 노인일지라도 정부의 적정한 사회적 지원 정책이 있다고 한다면, 기능제한이 없는 노인과 유사한 삶의 만족도를 나타낼 것으로 판단되기 때문이다.

〈표 2-89〉 기능제한 유무에 따른 삶의 만족도(N=6,280)

(단위: 점)

기능제한 여부	삶의 만족도(명)	T-value
제한 있음	17.2 (699)	-22.0***
제한 없음	20.0 (5,581)	

*p〈.05, **p〈.01, ***p〈.001

주: 1) 기능제한 여부는 IADL, ADL 중 1개라도 제한이 있는 경우, '제한 있음'으로 간주하였음.
2) 삶의 만족도는 1 매우 불만족 ~5 매우 만족으로 리코딩하여 합산하였으며, 점수가 높을수록 만족도가 높음.

자료: 정경희 등(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원(원자료 재분석).

한편, 일상생활수행동작(ADL 및 IADL) 기능에 제한이 있는 노인만을 대상으로 장기요양등급을 인정받은 노인(등급인정자로 표기)과 그렇지 못한 노인 간의 삶의 만족도를 측정해 본 결과, 등급인정자는 평균점수가 16.2점, 등급외자 등은 15.2점으로 등급인정자가 약간 더 높은 수준을 나타내고 있다. 신체기능 건강 측면에서 보면, 등급외자가 등급인정자에 비해서 상대적으로 양호하다고 볼 수 있어서 삶의 만족도도 더 높을 것으로 기대할 수 있는데, 실제적으로는 등급인정자의 삶의 만족도가 더 높게 나타나고 있다. 다만, 등급외자의 분석대상자 수(13명)가 너무 적어서 양자 간의 차이에 대한 통계적인 유의성을 찾아보기가 어려운데, 전술한 모든 기능제한자의 평균값(17.2점)과 등급인정자(16.2점) 간 비교해 보면, 차이가 거의 없는 것으로 보인다. 본 결과만을 바탕으로 할 때, 등급인정자나 등급외자 또는 기능 제한자가 모두 동일한 삶의 만족도 수준을 나타내는 것으로 해석할 수 있다.[48] 이 같은 결과는 현행 사회적 지원제도인 노인장기요양보험제도의 성과가 양호하다는 것을 일부 뒷받침하는 결과로 볼 수 있다.

48) 다만, 분석 대상자 수가 적기 때문에 이로 인하여 양자 간 차이가 없을 가능성도 존재함. 추후 응답 대상자 수의 확대가 이루어지면 통계적 유의성이 존재할 가능성도 있음.

〈표 2-90〉 기능제한자의 등급 유무에 따른 삶의 만족도(N=114)

(단위: 점)

등급 유무	삶의 만족도(명)	T-value
등급 인정자	16.2 (101)	-.513
등급외/기타	15.2 (13)	

*p〈.05, **p〈.01, ***p〈.001
주: 1) 기능제한 여부는 IADL, ADL 중 1개라도 제한이 있는 경우, '제한 있음'으로 간주하였음.
2) 삶의 만족도는 1 매우 불만족~5 매우 만족으로 리코딩하여 합산하였으며, 점수가 높을수록 만족도가 높음.
자료: 정경희 등(2014), 2014년도 노인실태조사, 보건복지부・한국보건사회연구원(원자료 재분석).

제3절 운영 성과 평가 결과의 시사점

1. 운영 성과 평가의 결과

현행 노인장기요양보험제도의 성과 평가(performance measurement)를 위해서 20개의 지표를 활용해 보았다. 각 지표는 효과성(effectiveness), 효율성(efficiency) 및 형평성(equity) 측면을 나타낼 수 있도록 선정되었는데, 효과성 측면에서는 최종 결과물에 해당하는 장기요양서비스 이용자의 장기요양등급 유지율과 재가장기요양인정자의 삶의 만족도, 그리고 중간 결과물에 해당하는 지표에는 재가장기요양서비스 이용 유지율, 시설서비스 이용 대기자 비율, 재가장기요양인정자의 학대 경험 점수, 재가장기요양인정자의 '거의 매일' 가족수발 비율을 분석해 보았다. 효율성 측면에서는 비용 부담성(affordability)과 관련하여 보험급여 지출 비중, 1인당 보험급여지출액 및 증가율, 재가급여한도액 대비 지출 수준을 이용하였고, 이용 가능성(availability)과 관련하여 보험급여 이용률을 분석하였다. 형평성 측면에서는 지역별 장기요양 인정률과 지역별 인프라 실태를 파악하였고, 제도의 지속 가능성 측면에서는

보험료 수준과 국고 지원 비중을 분석하였다.

먼저, 효과성 측면에서 분석해 본 결과 장기요양서비스 이용자의 장기요양등급 유지율은 '3등급자>1등급자>2등급자' 순으로 최초와 갱신 인정기간 동안 동일 등급을 유지한 것으로 분석되었고, 연도별 동일 등급 유지기간이 3년(사망자 포함 시)~4년(사망자 제외 시) 정도로 분석되었다. 다음으로 재가장기요양인정자의 삶의 만족도에서는 기능제한이 있는 자와 기능제한이 없는 자 간 차이가 있지만 등급인정자와 등급외자 간, 또는 기능제한이 있는 자 간의 차이가 통계적으로 나타나지 않는 것으로 분석되었다. 중간 결과물에 해당하는 재가장기요양서비스 이용 유지율은 분석 연도마다 등급과 무관하게 모든 등급인정자에서 재가서비스 이용자가 증가하고 있는 것으로 분석되었다. 시설서비스 이용 대기자 비율은 대기자가 여러 시설에 중복적으로 신청, 대기하고 있기는 하지만 모든 입소시설에서 정원 대비 대기자 비율이 평균적으로 시설 평가 등급별로 A등급시설 24.8%, B등급시설 6.6%, C등급시설 2.8%, D등급시설 2.7%, E등급시설 2.6%로 각각 나타나 비록 시설 평가 등급이 낮은 시설일지라도 2.6~2.7%의 대기자 비율이 존재하고 있는 것으로 분석되었다. 재가장기요양인정자의 학대 경험 점수는 삶의 만족도 지표와 유사하게 분석되었고, 재가장기요양인정자의 '거의 매일' 가족수발 비율은 등급인정자에게서 전체의 79%의 이용자가 '거의 매일' 가족수발을 받고 있는 것으로 분석되었다.

효율성 측면을 분석해 본 결과, 보험급여지출 비중은 제도 초기에 비해 시설급여 비중이 재가급여 비중보다도 더 높게 나타나고 있고, 1인당 보험급여지출액은 시설급여가 재가급여보다 높지만 그 격차는 제도 초기 이후 축소되다가 최근 다시 3배 이상으로 확대된 것으로 분석되었다. 이러한 1인당 시설급여지출액의 증가는 국민 경제 지표인 1인당 GDP나 임금상승률이나 소비자물가지수보다 더 크게 나타나고 있는 것으로 분석되었다. 재

가급여 한도액 대비 지출 수준은 자료의 제약으로 정확한 분석은 이루어지지 않았지만, 한도액의 약 60% 정도만 이용하는 것으로 보였고, 장기요양인정 등급별 보험급여 이용률은 시설급여나 재가급여 모두 중증의 1, 2등급자보다는 경증의 3~5등급자의 비중이 높은데, 연도별로 보아도 1, 2등급자의 비중이 축소되는 경향을 보이고 있다. 특히, 입소시설일지라도 3~5등급자의 비중이 최근 들어 3분의 2 수준까지 늘어난 것으로 분석되었다. 다음으로 소득 수준별 이용률을 보면 급여 유형별로 차이는 있지만 대체로 본인일부부담금이 적은 기초수급자나 의료급여 대상자의 이용률이 높고, 건강보험제도 가입자 중 경감대상자가 가장 낮은 이용률을 보였다.

형평성 측면을 분석해 보면, 지역별 장기요양인정률은 시도 간 차이가 여전히 나타나고 있는데, 최대-최소 지역 간 1.7배의 격차를 보이고 있다. 다만 지역 간 분포의 균등성을 보면, 제도 도입 초기에 비해 최근이 더 균등해진 것으로 분석되었다. 입소시설의 정원 충족률은 제도 도입 초년도를 제외하고는 지역 간 분포의 균등성은 일정하게 유지되고 있는 것으로 분석되었다. 다만, 장기요양인정자 천 명당 시설 침상 수 및 재가시설 수 분포에 있어서는 지역 간 격차가 유지되고 있었으며, 이러한 경향에 따라서 요양보호사, 간호인력, 사회복지사와 같은 직접케어인력의 지역 간 분포도 동일한 경향을 보인다.

마지막으로 제도의 지속 가능성 측면에서 보험료 수준은 건강보험료의 지속적인 증가와 함께 장기요양보험료액도 늘어나고 있으며, 이에 따라 국고지원금 비중도 일정 수준을 유지하고 있다. 다만, 법률에서 정한 수준보다는 미치지 못하고 있는 정도이다.

2. 시사점

성과 평가를 통한 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 효과성 측면에서 보면, 현행 노인장기요양보험제도의 운영 결과는 부분적으로 양호한 것으로 판단할 수 있겠다. 비록 장기요양 인정 2등급자의 동일 등급 유지율이 절반 수준에 머무르고 있기는 하지만, 3분의 2 이상이 동일 등급을 유지하고 있다는 것은 현행 장기요양서비스의 수준이 열악하지 않다는 것을 의미한다. 다만, 3등급자의 동일 등급 유지율이 가장 높게 나타나고 있다는 것은, 상위 등급으로의 상향 조정에 따른 본인부담금의 증가를 기피하는 것이 원인으로 작용할 가능성도 염두에 두어야 한다는 점에서 보다 면밀한 검토가 필요하다. 그 외 재가서비스 이용자의 서비스 유지율이나 학대 경험 등에서는 양호한 효과를 올리고 있지만, 시설서비스 대기율이나 재가 서비스 이용자의 가족수발률 등에서는 열악한 효과를 나타내고 있다. 특히, 재가서비스 이용자의 가족수발 부담은 여전히 높은 수준에서 유지되고 있고, 그러한 이유로 시설 입소 대기율이 여전히 높은 것으로 해석해 볼 수 있다. 이로 인해 시설 평가 등급이 매우 낮은 시설일지라도 입소 대기자가 발생하는 실정이다.

본 연구를 위해 실시한 설문조사 결과를 보면, 제도의 전반적인 만족도가 응답자 유형에 따라서 50~80% 수준을 나타내고 있고, 불만족도는 10~25% 수준으로 나타났다(표 2-91 참조).

〈표 2-91〉 노인장기요양보험제도에 대한 전반적인 만족도 수준

(단위: %)

	매우 만족	대체로 만족	그저 그렇다	대체로 불만족	매우 불만족	전체
노인요양시설 등 운영자	9.0	40.4	24.7	21.3	4.5	100.0(89)
재가장기요양기관 운영자	12.3	66.0	10.6	9.7	1.4	100.0(350)
지자체 담당 공무원	3.2	65.9	18.3	11.1	1.6	100.0(126)
학계 및 현장 전문가	-	61.1	22.2	16.7	-	100.0(18)

둘째, 효율성 측면에서 보면, 재가급여서비스의 비중이 낮고, 단위비용이 높은 시설급여 중심으로 제도가 운영되고 있다는 결과를 얻을 수 있었다. 현재 재가급여 한도액 대비 급여 이용률도 60% 정도에 머무르고 있고, 제도 도입 이후 1인당 시설급여비가 각종 국민 경제 지표보다도 더 높게 늘어나고 있어 향후 관련 급여지출에 대한 국민들의 부담이 고조될 가능성이 있다. 또한 1~2등급자의 적은 수를 감안하더라도, 입소시설의 과다 설치로 인해 3등급 이하의 경중 대상자가 약 3분의 2 정도를 차지하고 있다. 이는 시설급여 비중을 높이는 요인으로 작용하는 것으로 판단된다.

셋째, 형평성 측면에서 보면 우선 소득 수준별 급여서비스 이용률의 차이가 발생하고 있다. 그중에서도 소득 수준이 열악한 건강보험 경감대상자의 서비스 이용률이 가장 낮아서 다른 소득계층에 비해 제한을 받고 있다고 볼 수 있다. 다음으로 장기요양인정자율에 지역 간 격차가 존재하고 있다는 것은, 다른 조건이 일정하다고 할 때 장기요양서비스에 대한 접근성의 지역 간 차이를 의미한다. 이 외 지역 간 입소시설의 침상 수나 재가기관 수에서도 지역 간 편차가 발생하고 있는데, 이로 인해 서비스 접근에 제약을 받는 지역이 있을 수 있다는 점을 염두에 두어야 할 것이다.

마지막으로, 제도의 지속 가능성 측면에서 보면, 보험료액의 지속적인 증가가 발생하고 있고, 국고지원금 수준은 법정 기준보다 낮은 수준에서 정체되어 있다. 이는 그동안 보험재정의 안정적인 운영으로 인하여 국고지원에 대한 의존도가 아직은 적기 때문으로 보인다. 그러나 보험료액 자체가 건강보험료의 인상에 따라 자동적으로 늘어나는 구조로 되어 있어, 필요 이상으로 보험료가 인상되는 것도 제도의 방만한 운영으로 이어질 가능성이 있다는 점에 유념해야 할 것이다.

궁극적으로 현행 제도의 성과 평가를 통해 재가급여서비스 체계에 대한 검토와 강화 방안 모색의 필요성을 제기하는 바이다.

제 3 장 주요 OECD 국가의 장기요양정책 성과 평가 결과

제1절 OECD 장기요양지출통계분석을 통한 정책 평가 결과
제2절 주요 국가의 장기요양정책 평가 결과
제3절 국제 비교를 통한 시사점

3 주요 OECD 국가의 장기요양정책 성과 평가 결과

제1절 OECD 장기요양지출통계분석을 통한 정책 평가 결과

1. OECD 국가의 장기요양제도 유형 비교

가. 제도 유형(재원 조달 방식 관점)

OECD 국가의 장기요양제도는 다양한 형태로 운영되고 있다. 재원 조달 방식 측면에서 구분하면, 조세 기반(tax-based), 건강보험 기반(health insurance-based), 건강보험과 조세(health insurance and tax)의 혼합 기반, 장기요양보험 기반(long term care insurance- based)으로 나눌 수 있다. 먼저, 조세를 기반으로 한 장기요양제도를 지닌 국가(A형)는 호주, 뉴질랜드, 캐나다, 멕시코를 비롯하여 스웨덴, 노르웨이, 핀란드, 덴마크 등의 북유럽 국가, 오스트리아, 체코, 폴란드, 슬로바키아, 슬로베니아 등의 동유럽 국가, 포르투갈, 스페인 등의 남유럽 국가, 영국, 프랑스, 아일랜드 등 서유럽 국가이다. 그리고 건강보험제도 내에서 장기요양서비스를 제공하는 국가(B형)는 에스토니아이고, 건강보험제도와 조세에 의한 국가(C형)는 벨기에, 헝가리, 폴란드, 스위스 등 유럽의 일부 국가들이다. 순수한 장기요양보험제도를 기반으로 하는 국가(D형)는 독일, 룩셈부르크, 네덜란드 그리고 우리나라와 일본 정도이다. 특히, 조세 기반 국가들은 저소득층과 같이 제한적인 계층에게 공적서비스를 제공하는 경우와 소득 수준과 무관하게 전 계층에게 공적 서비스를 제공하는 경우로 구분되는데, 대부분의 국가들은 전자의 형태를 띠고 있다(표 3-1 참조).

〈표 3-1〉 OECD 국가별 장기요양제도 유형 분석

국가	총인구[1)] (천 명)	노인인구 비율[1)](%)	국민부담률[2)] (%)	장기요양[3)] 지출률(%)	재원 조달 유형[4)]
호주	23,524	14.7	27.5	0.8(*)	조세
오스트리아	8,503	18.3	43.0	1.2	조세
벨기에	11,284	17.7	44.7	1.9	건강보험+조세
캐나다	35,540	15.6	30.8	1.2	조세
칠레	17,819	10.0	19.8	-	-
체코	10,527	17.3	33.5	0.3	조세
덴마크	5,597	18.3	50.9	2.3	조세
에스토니아	1,316	18.4	32.9	0.2	건강보험
핀란드	5,461	19.3	43.9	2.2	조세
프랑스	65,836	17.7(*)	45.2	1.9	조세
독일	80,925	20.8	36.1	1.0	장기요양보험
그리스	11,381	19.7	35.9	0.0	
헝가리	9,843	17.6	38.5	0.2	건강보험+조세
아이슬란드	327	13.1	38.7	1.8	-
아일랜드	4,610	12.6	29.9	-	조세
이스라엘	8,186	10.9	31.1	0.4(*)	-
이탈리아	60,789	21.4	43.6	-	-
일본	127,083	26.0	30.3	2.1(*)	장기요양보험+조세
한국	50,424	12.7	24.6	0.7	장기요양보험+조세
룩셈부르크	556	13.9	37.8	1.3(*)	장기요양보험
멕시코	119,713	6.7	19.7	0.0(*)	조세
네덜란드	16,858	17.3	36.7	4.3	장기요양보험
뉴질랜드	4,388	14.8	32.4	1.4(*)	조세
노르웨이	5,137	15.8	39.1	2.4	조세
폴란드	38,037	14.9	31.9	0.4(*)	건강보험+조세
포르투갈	10,375	20.0	34.4	0.5	조세
슬로바키아	5,416	13.5	31.0	0.0	조세
슬로베니아	2,062	17.5	36.6	0.9	조세
스페인	45,943	18.4	33.2	0.7	조세
스웨덴	9,699	19.3	42.7	3.2	조세
스위스	8,188	17.5	26.6	1.8	건강보험+조세
터키	76,903	7.7	28.7	-	-
영국	64,091	17.6	32.6	-	조세
미국	318,892	14.5	26.0	0.5	건강보험+조세

주: 1) 총인구 및 노인인구 비율은 2014년을 기준으로 작성됨(단, 프랑스 노인인구 비율은 2013년 기준임).
2) 국민부담률 = (일반조세+사회보장기여금)/GDP를 의미함. 단, 일부 국가(오스트리아, 일본, 멕시코, 네덜란드, 폴란드(2013))를 제외하고 2014년을 기준으로 작성됨.
3) 장기요양지출률 = 장기요양지출액/GDP를 의미함. 일부 국가(멕시코(2006), 호주(2008), 뉴질랜드(2011), 일본, 룩셈부르크, 폴란드(2012), 이스라엘(2011)을 제외하고 2013년을 기준으로 작성됨.
4) 재원조달 유형은 OECD(2011) 자료의 'Public LTC coverage: a summary' 자료를 활용함.

자료: 1) OECD Health Statistics(2016. 4. 26. 추출).
2) OECD Revenue Statistics(2016. 4. 26. 추출).
3) OECD. Health at a glance, 각 연도.
4) OECD(2011). Help wanted? Providing and paying for Long-term care.
5) 국민건강공단 홈페이지 http://www.nhis.or.kr.
6) 보건사회연구원(2012), 주요국의 사회보장제도(스웨덴/영국/프랑스편).

나. 적용 대상자 범위

기본적으로 EU 국가나 대부분의 OECD 국가(일본 제외)에서는 장기요양제도의 적용자 범위에 연령제한을 두고 있지 않다. 장기요양서비스의 급여 대상자가 되기 위해서는 의존적인 상태(dependency status)에 놓여 있어야 하는데, 대부분의 동유럽 국가에서 의존적인 상태에 있는 자의 일부만이 공적 제도에 의해 서비스를 받고 있고, 서유럽이나 북유럽 국가에서는 50% 이상이 공적 서비스를 받고 있다고 할 수 있다. 다만, 독일이나 룩셈부르크의 경우에는 의존적인 상태가 중증이어야만 공적 서비스를 받을 수 있도록 하고 있다는 점에서 예외적인 국가라 할 수 있다(표 3-2 참조).

〈표 3-2〉 EU 국가의 주요 장기요양 적용률 관련 지표(2011년)

(단위: %)

국가	공식적 급여지출 수급의 인구 비율 (15세 이상)	공식적 급여지출 수급의 의존적 인구 비율 (15세 이상)
벨기에	10	100
불가리아	2	34
체코	5	72
덴마크	7	82
독일	4	36
에스토니아	3	34
아일랜드	5	90
그리스	7	75
스페인	3	44
프랑스	6	58
이탈리아	5	64
키프로스	2	25
라트비아	1	20
리투아니아	9	85
룩셈부르크	3	44
헝가리	5	48
몰타	6	92
네덜란드	10	100
오스트리아	10	89
폴란드	5	70
포르투갈	3	24
루마니아	3	38
슬로베니아	4	37
슬로바키아	3	25

국가	공식적 급여지출 수급의 인구 비율 (15세 이상)	공식적 급여지출 수급의 의존적 인구 비율 (15세 이상)
핀란드	10	100
스웨덴	9	98
영국	5	58
(한국)	(65세 미만자는 조건 있음)	na
(일본)	(40~65세 미만자는 조건 있음)	na

자료: European Commission, Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies, European Economy occasional papers 201, 2014.

한편, 공적 서비스를 받기 위해서는 기본적으로 소득 수준을 감안하는 경우가 있는데, 이는 주로 조세를 주 재원으로 하고 있는 국가에 볼 수 있는 현상이다. 보편적인 조세주의 방식이나 사회보험 방식의 국가에서는 대부분이 소득조사를 실시하지 않고 장기요양 욕구 수준만 고려하고 있다고 할 수 있다(표 3-3 참조).

〈표 3-3〉 주요 EU 및 OECD 국가의 장기요양 인정 체계 비교

국가	최소한의 의존성 기준 설정 여부	자산조사 기준 실시 여부
벨기에	○ (의존성 기준 있음)	○ (자산조사 실시)
불가리아	○	x
체코	○	x
덴마크	x	x
독일	○	○
에스토니아	x	x
아일랜드	○	○
그리스	x	x
스페인	○	○
프랑스	○	○
이탈리아	○	○
키프로스	x	○
라트비아	x	○
리투아니아	○	○
룩셈부르크	○	x
헝가리	○	○
몰타	x	○
네덜란드	x	x
오스트리아	○	○
폴란드	○	○
포르투갈	x	○
루마니아	○	○
슬로베니아	○	○

국가	최소한의 의존성 기준 설정 여부	자산조사 기준 실시 여부
슬로바키아	○	○
핀란드	○	x
스웨덴	x	x
영국	○	○
(한국)	○	x (의료급여자 포함)
(일본)	○	x (의료부조자 포함)

자료: 1) OECD Health Statistics(2016. 4. 26. 추출).
2) European Commission, Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies, European Economy occasional papers 201, 2014.

다. 급여 형태

장기요양급여 형태는 크게 현물급여, 현금급여 및 서비스급여로 나누어지고 있는데, 이 중에서 복지용구 대여를 의미하는 현물급여는 그 지출 비중이나 급여 내용이 협소하기 때문에 서비스급여와 현금급여로 구별된다고 할 수 있다. 일반적으로 서비스급여를 현물급여로 지칭하고 있는데, 현금급여도 유럽국가에서는 보편적이다. 이는 사회적 수당(social allowance)제도가 과거부터 잘 발달해 있기 때문으로 보인다. 특히, 장기요양서비스와 관련해서는 가족수발자에게 지급하는 현금급여와 케어수급자에게 직접 지급하는 현금급여로 구분되고 있다. 국가에 따라서는 가족수발자 지급만 인정하거나 케어수급자 지급만 인정하고 있고, 둘 다 지급하는 국가도 있다(표 3-4, 표 3-5 참조).

〈표 3-4〉 EU 국가의 가족 케어자 대상의 현금급여 실태

국가	급여 수준	지급 목적	
		소득 보충	소득 대체
오스트리아	없음	-	-
벨기에	지자체마다 급여 수준에 차이 있음		O
덴마크	월 2,220유로(지자체에 고용 조건), 최대 6개월간 지급		O
영국	월 344유로, 월간 150시간의 케어 제공 조건	O	
핀란드	월 336유로, 최대 637유로 지급	O	
프랑스	없음	-	-
독일	없음	-	-
이탈리아	지자체마다 급여 수준에 차이 있음	O	
네덜란드	없음	-	-
스페인	평균 월 727유로		O
스웨덴	지자체마다 급여 수준에 차이 있음, 일부 지역에서는 고용 조건		O
불가리아	개인마다 급여 수준에 차이 있음, 실업 상태의 가족에 적용, 케어교육 조건		O
체코	전일 케어 제공 조건으로 지급하였으나 2007년 이후 폐지	O	
에스토니아	지자체마다 급여 수준에 차이 있음	O	
헝가리	평균 월 87유로	O	
라트비아	월 140유로	O	
리투아니아	없음	-	-
폴란드	월 135유로(2009년)	-	-
루마니아	있음		O
슬로바키아	월 206유로(1인 케어), 월 275유로(2인 이상 케어)	O	
슬로베니아	월 566유로		O

자료: Reidel, M and Kraus, M, (2016), "Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states", International Journal of Social Welfare, 26: 7-17, 〈표 2〉에서 인용.

〈표 3-5〉 EU 국가의 케어수급자 대상의 현금급여 실태

국가	급여 수준	전제 조건	
		욕구사정	자산조사
오스트리아	케어수당: 월 154-1,656유로(2011년 이후), 2010년까지 평균 월 435유로 지급	O	x
벨기에	케어수당: 평균 월 274유로(2008년), 프레미시 지역은 월 130유로	O	O
덴마크	없음	-	-
영국	장애수당: 월 220유로(주간케어), 월 330유로(주·야간, 또는 야간케어)	O	x
핀란드	케어수당: 월 100유로	O	O
프랑스	케어수당: 평균 월 490유로	O	O
독일	케어수당: 월 225-685유로(2010년)	O	x
이탈리아	케어수당: 평균 월 472유로(2009년)	O	O
네덜란드	개인별 예산제	O	x
스페인	케어수당: 월 406-507유로(2008년)	O	O
스웨덴	없음	-	-
불가리아	없음	-	-
체코	케어수당: 월 31-460유로(2013년)	O	x
에스토니아	장애수당: 월 13-41유로(2011년)	-	-
헝가리	없음	-	-
라트비아	장애수당: 월 105유로	O	x
리투아니아	없음	-	-
폴란드	케어수당: 사회부조금 수준 75세 이상자는 노령연금의 10%	x x	0 x
루마니아	장애수당: 만성질환 및 말기환자 노인 대상	O	O
슬로바키아	없음	-	-
슬로베니아	케어수당 케어특별급여: 장애수당 수급자 및 공적연금의 미수급자 대상	O O	x x

자료: Reidel, M and Kraus, M, (2016), "Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states", International Journal of Social Welfare, 26: 7-17, 〈표 2〉에서 인용.

〈표 3-6〉 주요 유럽국가의 요양시설 입소자 입소비용 부담 방식

구분	본인부담 내용 및 지불 방식	자산 고려 여부	친인척 부담 여부
벨기에	주거비와 일부 케어 비용	O	O
불가리아	이용자 소득(소득의 50~80%)	-	O
체코	주거비 등 비용	O	O
크로아티아	이용자 소득	O	O
덴마크	주거비 등 비용	X	X
독일	주거비와 시설 투자 비용	O	X
스페인	이용자 소득(소득의 70~80%)	O	-
프랑스	주거비와 일부 케어 비용	O	-
아일랜드	이용자 소득(소득의 약 80%)	O	X
이탈리아	이용자 소득	-	O
라트비아	이용자 소득(소득의 90%까지)	O	-
리투아니아	이용자 소득	O	-
헝가리	이용자 소득	O	O
네덜란드	이용자 소득(본인부담상한제)	X	-
오스트리아	이용자 소득(소득의 약 80%)	O	X
폴란드	이용자 소득(소득의 약 70%까지)	-	O
핀란드	이용자 소득(소득의 약 80%)	X	X
슬로바키아	이용자 소득	-	-
슬로베니아	이용자 소득	-	O
스웨덴	이용자 소득(본인부담상한제)	X	X

자료: EU, Long term care financing, short report, 2014.

한편, 장기요양수급자 비율과 장기요양지출률 간 관계를 통해서 제도의 유형을 살펴보고자 한다. 수급자의 비율이 높으면서 지출 수준도 높은 국가들은 대부분 북유럽 국가로, 보편적 대상자 범위를 지닌 조세 기반의 제도 모형 국가들이다(단, 네덜란드 제외). 반면에 수급자 비율은 북유럽 국가들과 큰 차이가 없으나 낮은 지출 수준을 보이는 국가는 남유럽 국가의 그리스, 몰타와 등 동유럽 국가들이 해당되는데, 이는 해당 국가들의 급여 수준이 상대적으로 낮기 때문으로 해석된다(그림 3-1 참조). 나머지

국가들은 수급자의 비율이 제한적이면서 지출률도 높지 않은 국가들로, 급여 수준이 높은 국가(독일, 프랑스, 이탈리아 등)와 낮은 국가(루마니아, 불가리아, 헝가리, 스페인 등)로 구분된다.

[그림 3-1] EU 국가 대상의 장기요양지출과 장기요양수급자 비율 간 관계

주: 〈표 3-7〉과 〈표 3-8〉의 통계치를 바탕으로 저자가 직접 계산함.

장기요양 필요자 수 대비 실제 서비스 이용자 비율을 살펴보면, 북유럽 및 서유럽 국가들에서 이용자 비율이 높은 반면 동유럽 국가들은 낮은 수준을 보이고 있다(표 3-2 참조). 대체적으로 동유럽 국가들은 시설서비스 중심으로 장기요양서비스를 제공하고 있는 반면 북유럽 및 서유럽 국가들은 재가서비스를 중심으로 하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-7〉 EU 국가 대상의 장기요양필요자 수 대비 서비스 이용률 비교(2010년)

(단위: %)

국가명	시설서비스	재가서비스	전체
폴란드	5.1	1.8	6.9
키프로스	9.3	0.0	9.3
불가리아	12.8	0.0	12.8
포르투갈	5.7	8.9	14.6
슬로바키아	5.9	9.1	15.0
라트비아	7.9	7.8	15.7
헝가리	10.9	6.9	17.8
슬로베니아	11.5	6.6	18.1
에스토니아	7.9	12.2	20.1
루마니아	9.0	14.0	23.0
이탈리아	6.2	17.6	23.8
영국	4.7	20.6	25.3
프랑스	9.2	17.4	26.6
독일	8.5	18.2	26.7
스페인	10.4	16.4	26.8
체코	17.3	14.9	32.2
오스트리아	11.2	22.0	33.2
룩셈부르크	13.6	23.1	36.7
아일랜드	11.0	26.6	37.6
핀란드	23.7	14.9	38.6
그리스	14.3	28.0	42.3
덴마크	16.3	32.0	48.3
리투아니아	20.2	35.9	56.1
몰타	44.1	15.6	59.7
스웨덴	32.0	31.7	63.7
벨기에	17.2	59.6	76.8
네덜란드	31.9	58.3	90.2

주: 1) 장기요양필요자란, 일상생활동작에 제한 있는 자(즉, ADL의 한 개라도 제한이 있는 자).
2) 한국은 2014년 통계.

자료: 1) European Commission, European Economy, Long term care: need, use and expenditure in the EU-27, Economic Papers 469, 2012.
2) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보.

2. EU 국가의 장기요양 급여지출 성과 비교

급여지출 유형은 시설급여, 재가급여 및 현금급여로 구분할 수 있다. 가용 자료의 범위 내에서 평균치를 구해 보면, 재가급여 지출 비중은 전체의 28.8%, 시설급여 지출 비중은 43.5%, 현금급여 지출 비중은 28.3%로 나타나 시설급여 지출 비중이 여전히 높게 나타나고 있다(표 3-8, 표 3-9 참조). 그중 현금급여 지출 비중이 상당히 높게 나타나고 있는 국가는 체코(65.4%), 에스토니아(62.3%), 헝가리(69.0%) 등 동유럽 국가들이고, 다음으로 높은 국가는 오스트리아(50.9%), 폴란드(50.7%), 덴마크(45.3%), 이탈리아(45.0%) 등으로 상대적으로 가족 부양 위주 정책을 추진하는 국가들이라 할 수 있다.

재가급여와 시설급여 지출 간 비중을 비교해 보면, 대부분 국가들에서 시설급여 지출 비중이 높음을 알 수 있다. 이러한 현상 때문에 전체 장기요양 비용 지출이 증가하여 재가급여 확대 정책을 지속적으로 추진하려는 움직임이 제기되고 있다.

한편, 장기요양 총지출과 각 급여지출 간 관계를 분석해 보면, 〔그림 3-2〕에서 볼 수 있듯이 먼저 재가급여 지출과의 관련성의 값(R^2)은 63.7%이고, 시설급여 지출과의 관련성의 값(R^2)은 72.6%, 현금급여지출과의 관련성의 값(R^2)은 50.2%로 산정되었다. 모든 급여지출의 증가가 총지출의 증가에 영향을 미치고 있는 것은 사실이나, 그중에서도 시설급여 지출의 증가가 더 크게 영향을 끼치고 있는 것으로 분석되었다. 한편, 현금급여 지출의 경우, 재가 및 시설급여 지출보다는 적게 영향을 미치고 있는 것으로 나타났다. 이는 모든 국가가 현금급여 지급 수준을 현물급여의 50~60% 수준에서 결정하고 있기 때문이다. 전체 지출 증가의 억제를 위해서는 현금급여의 도입이 필요하겠으나, 이는 가족케어와 같은 비공

식 케어의 활용이 적절하게 활용할 수 있다는 전제조건이 있어야 가능하다고 볼 수 있다.

〈표 3-8〉 EU 국가의 장기요양급여지출 유형별 비중(GDP 대비, 2010년)

국가명	전체	재가급여지출	시설급여지출	현금급여지출
벨기에	2.35 (100.0)	0.60 (25.5)	1.30 (55.3)	0.45 (19.1)
불가리아	0.47	n.a.	0.17	0.30
체코	0.81 (100.0)	0.06 (7.4)	0.23 (28.4)	0.53 (65.4)
덴마크	4.50 (100.0)	1.33 (29.6)	1.14 (25.3)	2.04 (45.3)
독일	1.43 (100.0)	0.40 (28.0)	0.58 (40.6)	0.45 (31.5)
에스토니아	0.53 (100.0)	0.01 (1.9)	0.19 (35.8)	0.33 (62.3)
아일랜드	1.11 (100.0)	0.19 (17.1)	0.92 (82.9)	n.a.
그리스	1.36 (100.0)	0.88 (64.7)	0.13 (9.6)	0.35 (25.7)
스페인	0.82 (100.0)	0.22 (26.8)	0.46 (56.1)	0.14 (17.1)
프랑스	2.16 (100.0)	0.44 (20.4)	1.38 (63.9)	0.34 (15.7)
이탈리아	1.91 (100.0)	0.49 (25.7)	0.55 (28.8)	0.86 (45.0)
키프로스	0.16	n.a.	0.01	0.15
라트비아	0.67 (100.0)	0.05 (7.5)	0.51 (76.1)	0.12 (17.9)
리투아니아	1.22 (100.0)	0.48 (39.3)	0.51 (41.8)	0.23 (18.9)
룩셈부르크	0.98 (100.0)	0.33 (33.7)	0.56 (57.1)	0.09 (9.2)
헝가리	0.84 (100.0)	0.01 (1.2)	0.25 (29.8)	0.58 (69.0)
몰타	0.65 (100.0)	0.09 (13.8)	0.58 (89.2)	0.00 (0.0)
네덜란드	3.82 (100.0)	0.53 (13.9)	2.00 (52.4)	1.29 (33.8)
오스트리아	1.63 (100.0)	0.47 (28.8)	0.34 (20.9)	0.83 (50.9)
폴란드	0.73 (100.0)	0.07 (9.6)	0.30 (41.1)	0.37 (50.7)
포르투갈	0.31 (100.0)	0.23 (74.2)	0.08 (25.8)	0.00 (0.0)
루마니아	0.63 (100.0)	0.58 (92.1)	0.04 (6.3)	0.01 (1.6)
슬로베니아	1.43 (100.0)	0.20 (14.0)	0.70 (49.0)	0.53 (37.1)
슬로바키아	0.27 (100.0)	0.14 (51.9)	0.09 (33.3)	0.05 (18.5)
핀란드	2.51 (100.0)	0.70 (27.9)	1.50 (59.8)	0.31 (12.4)
스웨덴	3.88 (100.0)	1.85 (47.7)	1.87 (48.2)	0.16 (4.1)
영국	1.97 (100.0)	0.86 (43.7)	0.56 (28.4)	0.56 (28.4)
(참고: 한국)	0.27 (100.0)	0.13 (48.7)	0.14 (51.3)	n.a.
(평균)	1.84 (100.0)	0.53 (28.8)	0.80 (43.5)	0.52 (28.3)

주: 한국은 2015년 통계이며, 장기요양 급여비용 중 본인부담금을 제외한 지출을 의미함.
자료: 1) European Commission, European Economy, Long term care: need, use and expenditure in the EU-27, Economic Papers 469, 2012.
2) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 2015.

〈표 3-9〉 EU 국가의 주요 장기요양지출 관련 지표(2011년)

국가	GDP대비 장기요양지출률	공적 현물급여지출대비 시설급여 지출률	전체 장기요양지출대비 공적 현물급여 지출률
벨기에	2.5	69	81
불가리아	0.5	100	35
체코	0.7	79	35
덴마크	4.8	46	55
독일	2.0	59	68
에스토니아	1.0	93	37
아일랜드	0.6	83	100
그리스	1.5	13	75
스페인	1.1	68	83
프랑스	2.3	76	84
이탈리아	1.9	53	55
키프로스	0.2	100	6
라트비아	0.7	92	82
리투아니아	1.4	51	80
룩셈부르크	1.3	60	91
헝가리	1.0	96	31
몰타	1.0	86	100
네덜란드	3.7	79	66
오스트리아	2.8	42	50
폴란드	0.8	82	50
포르투갈	0.5	25	99
루마니아	0.6	6	99
슬로베니아	1.7	78	64
슬로바키아	0.2	39	81
핀란드	2.5	68	88
스웨덴	3.7	50	96
영국	1.1	39	72
(참고: 한국)	0.27	51	93
(평균)	1.9	60	72

주: 한국은 2015년 통계이며, 공적 현물급여는 시설급여 및 재가급여의 총합을 의미함. 전체 장기요양지출은 공적 현물급여 외 가족요양비 등의 기타 급여를 합산한 금액임.

자료: 1) European Commission, Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pesion, health care and long-term care policies, European Economy occasional papers 201, 2014.
2) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 2015.

〔그림 3-2〕 EU 국가 대상의 장기요양지출 유형별 관계

(총지출과 재가급여지출 간 관계)

(총지출과 시설급여지출 간 관계)

(총지출과 현금급여지출 간 관계)

주: 〈표 3-8〉에서 제시한 통계치를 바탕으로 저자가 직접 계산함.

다음으로 시설급여와 재가급여 지출 간 관계를 살펴보면, 1인당 GDP 대비 1인당 시설급여지출액 비율이 100%를 초과하는 국가는 아일랜드(182%), 프랑스(182%), 영국(152%), 이탈리아(120%), 벨기에(103%) 등이다(표 3-5 참조). 이는 시설 입소 비용이 평균적인 국민소득 수준보다도 더 높다는 것을 의미하고 있어서, 시설급여 비용이 정부나 이용자에게 상당한 부담이 되고 있음을 의미한다. 70~100% 미만인 국가는 룩셈부르크(70%), 핀란드(75%), 스웨덴(78%), 스페인(79%), 덴마크(88%), 폴란드(89%), 라트비아(97%), 네덜란드(98%) 등인데, 일부 동유럽 국가를 제외하고는 북유럽 국가들이다. 50% 미만인 국가는 대부분 동유럽 국가로, 저소득층 중심의 시설보호정책에 기인하고 있는 것으로 보인다.

1인당 재가급여 대비 시설급여액 비율을 보면 에스토니아(21.4배), 헝가리(15.8배), 아일랜드(11.6배), 라트비아(10.9배) 등 주로 동유럽 국가가 10배 이상의 격차를 보인 국가인데, 이는 재가급여 지출이 상당히 낮아 나타나는 상대적인 결과로 보인다(표 3-5 참조). 5~10배 미만을 보인 국가는 벨기에(7.5배), 네덜란드(6.9배), 프랑스(6.0배) 등으로 상대적으로 장기요양재정지출이 높은 국가에 해당한다.

마지막으로 EU 27개국을 대상으로 장기요양지출 지출과 의료비지출 간 관계를 분석해 보면, 단순회귀분석의 관련성(R^2)이 37% 정도로 양자 간 정(+)의 관계를 보이고 있다(그림 3-3 참조). 다만, 장기요양지출(또는 의료비지출)이 증가할수록 의료비지출(또는 장기요양지출)도 증가하고 있는데, 일정 기간 동안 장기요양지출 증가에 따라 의료비지출도 급격히 증가하나 이후에는 완만히 증가하고 있다.

〔그림 3-3〕 장기요양지출과 의료비지출 간 관계

주: EU, Commission services, based on SHA data(2012)를 활용하여 저자가 직접 계산함.

〈표 3-10〉 EU 국가의 장기요양급여 수준(2011년)

국가	1인당 GDP 대비 1인당 시설급여지출액 비율(%)	1인당 재가급여 대비 시설급여액 비율(배)
벨기에	103	7.5
불가리아	29	-
체코	21	3.3
덴마크	88	1.7
독일	66	3.1
에스토니아	31	21.4
아일랜드	182	11.6
그리스	13	0.3
스페인	79	3.3
프랑스	182	6.0
이탈리아	120	3.2
키프로스	2	-
라트비아	97	10.9
리투아니아	26	1.9
룩셈부르크	70	2.8
헝가리	27	15.8
몰타	23	2.1
네덜란드	98	6.9
오스트리아	32	1.4

국가	1인당 GDP 대비 1인당 시설급여지출액 비율(%)	1인당 재가급여 대비 시설급여액 비율(배)
폴란드	89	1.6
포르투갈	13	0.5
루마니아	7	0.1
슬로베니아	59	2.0
슬로바키아	15	1.0
핀란드	75	1.3
스웨덴	78	1.0
영국	152	2.8
(한국)	45.0	3.4

주: 한국은 2015년 통계임. 시설급여 및 재가급여 지출액은 보험자 부담 및 본인부담금의 합산을 기준으로 함.
자료: 1) European Commission, Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pesion, health care and long-term care policies, European Economy occasional papers 201, 2014.
2) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 2015.

제2절 주요 국가의 장기요양정책 평가 결과

1. 독일

가. 제도의 발전 과정

독일의 장기요양보험제도는 1995년부터 시행되기 전까지 크게 문제 형성, 어젠다 형성 그리고 정책 형성 단계로 나눌 수 있다(Rothgang 1997).

1) 문제 형성 단계: 1973~1983/4

전통적 독일 사회법에 따라 의료와 수발을 사회적으로 구분하는 것에 대하여 사회정책학자들은 오랫동안 비판하여 왔다(Bäcker et al. 1980).

특히, 사회적 돌봄과 장기요양을 동시에 필요로 하는 노인들을 위한 사회부조의 재정적 부담으로 인해, 요양원과 같은 주거시설에서 거주하는 노인은 빈곤 위험에 노출될 수밖에 없었다. 6개의 비영리복지단체의 최고 연합회인 노동자복지단체(Arbeiterwohlfahrt)는 문제 형성 과정 초반부터 주도하면서, 장기요양 대상자를 위한 지출은 공적의료보험에서, 숙박과 식사비용은 장기요양 대상자 본인이, 그리고 기타 사회적 인프라 구축이나 설비 투자 비용은 지방자치단체가 부담할 것을 제안하였다. 그러나 정작 주요 재정을 부담하게 될 의료보험조합과 연방정부는 이러한 제안을 거부하였으며, 오히려 최중증 장기요양 대상자를 의료보험에서 포함시킬 것을 주장하였다.

2) 어젠다 형성 단계: 1984/5~1989

어젠다 형성 과정에서는 크게 사회정책론자, 경제정책론자 그리고 질서정책론자들의 논의로 구분할 수 있다(Igl 1994, 2008a; Rothgang 1997).

첫째, 사회정책론자들은 우선 장기요양 대상자들이 빈곤을 극복할 수 있도록 하고 사회부조의 제도적 모순을 없애야 한다고 주장하였다. 또한 장기요양서비스의 양적, 질적 수준을 높임과 동시에 재가서비스가 시설서비스에 우선한다는 원칙을 중요하게 여겼다.

둘째, 경제정책론자들은 초기에는 빠르게 늘어나는 사회부조의 지출부담을 감소하여야 한다는 데 초점을 맞췄으나, 후에는 장기요양부문의 지출 자체를 축소하여야 한다는 주장을 내세웠다. 여기에는 지자체와 주 그리고 초지역적 사회부조주체가 포함되어 있었다.

셋째, 고용주, 의사대변인, 그리고 AOK를 제외한 대부분의 의료보험

조합 등이 속한 질서정책론자들은 장기요양 문제를 새로운 사회보험으로 해결하자는 의견에 대해 도덕적 해이와 비공식 수발자들의 책임 회피 그리고 구축 효과 등을 이유로 반대하였다. 이들은 자발적으로 개인이 수발을 필요로 할 경우를 대비하여 개별로 준비하여야 한다고 주장하면서 세제 지원을 제안하였다.

3) 정책 형성 단계: 1990~1994

장기요양보험제도가 시행되기 직전까지 두 가지 모델에 대하여 논의가 이루어졌다. 첫 번째는 사회보험 도입이었다. 그러나 지금까지의 사회보험과 다르게 급여에 상한액을 두자는 의견이 강했다. 두 번째는 사회구성원 모두가 재정 부담을 똑같이 나눠 부담하고 모든 장기요양 대상자를 평등하게 대우하자는 보편적 제도였다. 그러나 결국 사회보험으로 최종 결정되었다.

전반적으로 독일 장기요양보험은 전 국민을 대상으로 하는 보편적 사회보장제도이다. 장기요양의 특성상 의료보험과 밀접한 관계를 갖고 있으나 재정적인 측면에서는 독립적이며 부과 방식으로 운영된다. 독일 장기요양보험의 원칙에는 '재가급여 우선의 원칙', '예방과 재활 우선의 원칙' 그리고 '예산 원칙(Budgetprinzip)'[49]이 있다.

한국의 노인장기요양보험과는 다르게 장애인도 본 제도를 통해 장기요양급여를 받으며, 보험급여수급권자는 현금급여와 현물급여 중 선택할 수 있는 '소비자 선택권'을 보장받는다.

주요 장기요양보험법 개정 및 관련 법 제정 과정을 정리하면 다음과 같

49) 예산 원칙이란 급여로 지출될 총예산금액을 먼저 정하거나 전체 보험료 수입액의 일정 부분을 확정해놓고 이에 맞춰 보험급여의 양을 조절하는 것으로 독일 장기요양보험은 부분보장형 사회보험제도임을 보여주는 원칙임.

다. 독일에서 노인수발 문제가 1970년대부터 사회적 이슈가 되면서 장기요양보험제도로 시행되기까지 20여 년의 준비 과정을 거쳤다. 1994년 5월 다섯 번째의 사회보험으로서 장기요양보험이 사회법전 제11권(Sozialgesetzbuch XI)으로 제정되었으며 이듬해인 1995년 4월 1일부터 시행되었다. 장기요양보험법이라고도 불리는 사회법전 제11권의 주요 개정 내용과 장기요양과 관련하여 제정된 법을 정리하면 다음과 같다.

〈표 3-11〉 주요 독일 장기요양 관련 법 제정 및 개정 내용

연도	법령 및 내용
1994/95	사회법전 제11권(장기요양보험법) 제정
1995	장기요양보험제도 시행: 부분시설서비스를 포함한 제가급여 제공
1996	사회법전 제11권 개정: 1996년 7월 1일부터 시설급여 제공
2002	• 장기요양품질보장 및 소비자보호강화법(Gesetz zur Qualitätssicherungs und zur Stärkung des Verbraucherschutzes in der Pflege; 짧게 장기요양품질보장법(Pflege-Qualitätssicherungsgesetz)): - 장기요양기관 내 품질관리 의무화 - 품질보장, 품질개발, 소비자 권리 강화 • 장기요양보험급여보완법(Pflegeleistungs-Ergänzungsgesetz): 치매환자, 정신장애인, 정신질환자 등을 위한 급여 추가
2005	자녀참작법(Kinder-Berücksichtigungsgesetz): 24세 이상 무자녀 가입자의 0.25% 포인트 추가보험료 납부 의무화
2007	공적의료보험경쟁강화법(Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der Gesetzlichen Krankenversicherung): 의료적 치료서비스를 계속 장기요양보험에 포함
2008	장기요양지속발전법(Pflege-Weiterentwicklungsgesetz): - 보험료를 0.25% 포인트 인상하면서 동시에 급여 확대 - 예방 및 재활 강화
2012/13	신(新)장기요양이행법(Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz): - 보험료율을 1.95%에서 2.05%로 인상하면서 급여 인상 및 범위 확대 - 비공식 수발자 지원 강화 - 주거공동체의 재가급여액 인상

연도	법령 및 내용
2014/15	장기요양강화법 I(Erstes Pflegestärkungsgesetz): - 2015년부터 시행 - 보험료율을 2.35%로 인상하면서 급여는 물가상승률에 연동 - 재정안정화를 위한 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds) 마련 - 재가급여 확대/비공식 수발자 지원 강화
2015/17	장기요양강화법 II(Zweites Pflegestärkungsgesetz) - 2017년부터 시행 - 보험료율 2.55%로 인상 - 혼합급여 지급기간 및 단기보호 이용기간 연장 - 새 장기요양필요성 개념 도입 및 새 등급판정 도구 적용 - 3등급 체제에서 5등급체제로 변경

나. 주요 개혁

1995년 장기요양보험제도가 시행된 이후 장기요양보장제도와 관련된 많은 법이 제정·개정되면서 크고 작은 변화가 있었다. 독일 내에서 “장기요양개혁(Pflegereform)”으로 불리는 개혁은 총 세 차례에 거쳐 이루어졌다. 이 개혁은 2008년 장기요양지속발전법, 2012년 신(新)장기요양이행법, 2015년 장기요양강화법 I이 시행되면서 제도에 큰 변화를 주었다. 네 번째 장기요양개혁으로 불리는 장기요양강화법 II는 2017년부터 본격적으로 시행될 예정이다.

1) 2008 개혁: 장기요양지속발전법

1995년에 장기요양보험을 시행한 후 독일 정부는 2008 개혁을 실시하였다. 이 개혁은 ‘장기요양지속발전법’을 시행하면서 이루어졌다. 가장 핵심적인 내용은 독일 장기요양보험의 원칙 중 하나인 ‘재가급여를 시설급여에 우선한다’는 원칙에 걸맞게 현금급여액과 현물급여액을 늘리면서 2008년에 이어 2010년과 2012년에도 급여를 계속 상향 조정하기로 한

것이다. 주요 개혁 내용은 다음과 같다.

가) 수급자 측면

우선적으로 급여 인상이 단행되었는데, 2008년부터 2년마다 2015년까지 단계적으로 5%씩 인상하고 2015년부터는 3년마다 물가상승률에 연동하여 급여를 인상하기로 하였다. 특히, 공식 등급이 아닌 소위 “0등급” 대상자들에게 지급되는 돌봄수당도 인상하여 등급판정과 무관하게 장기요양보험조합에서 연 2,400유로 한도에서 일정액을 지급하도록 하였다.

두 번째로 재가급여의 활성화가 추진되었다. 혼합급여 강화차원으로 재가급여에서 주·야간보호의 보조적 역할을 활성화하기 위하여, 주·야간보호이용자가 현금급여나 현물급여를 최고 50%까지 혼합하여 추가로 사용하거나 반대로 현금급여나 현물급여 수급자가 최고 50%까지 주·야간보호를 추가로 이용하는 혼합급여를 강화하였다(이소정 등, 2011).

〈표 3-12〉 독일 장기요양보험의 주·야간보호와 현금·현물·혼합급여 이용률

주간/야간보호	현금/현물급여 또는 혼합급여
100%	10~50%
90%	60%
80%	70%
70%	80%
60%	90%
50~10%	100%

다음으로 장기요양지원센터(Pflegestützpunkt) 설립과 사례 관리 강화인데, 2008 개혁에서 새로 도입한 장기요양지원센터의 핵심 기능은 장

기요양급여 수급자나 가족뿐만 아니라 일반인들에게 본 제도에 대한 정보, 의료 및 기타 사회서비스에 대한 각종 정보와 상담을 제공하는 것이다. 각 센터마다 상근하는 장기요양상담사는 사례관리자로서 대상자의 욕구를 파악하여 이를 충족할 요양서비스 계획을 세우고 적합한 요양서비스 신청서를 해당 장기요양보험조합에 제출한다. 또한 사례 관리를 통해 무분별한 주거시설 입소를 사전에 방지하고 효과적인 재가서비스를 연계함으로써 합리적인 비용 절감의 효과를 얻고자 하였다.

재가급여 제공 장소의 유연화에 대해서 2008 개혁 전까지는 재가급여를 가구 개념에 기준하여 제공하여 왔다. 그러나 재가급여를 활성화하기 위하여 다양한 주거 개념이 생겨나면서 재가급여 제공 장소 기준을 거주형태로 전환하였다. 예를 들어 장기요양등급판정을 받은 수급자들이 주거공동체에서 생활할 경우 이들이 받을 수 있는 현물급여의 총량을 공동화하여 생활공동체 유지에 사용할 수 있게 되었다.

병원 입원 환자의 퇴원 관리(Entlassungsmanagement) 측면에서는 2008 개혁을 통해 병원에서 입원 치료를 받던 환자가 퇴원하면서 재가서비스나 단기보호서비스가 필요할 경우 건강관리사(Gesundheitspfleger)나 간호사(krankenpfleger)가 퇴원 관리를 하도록 하였다. 이때 병원과 장기요양지원센터의 장기요양상담사가 퇴원 전에 미리 협력하여 병원에서 필요한 서비스 이용까지 원활하게 연계되도록 한다.

비공식 수발자 지원 강화는 비공식 수발자가 단기간 동안 직접 수발하지 못할 경우 지급해 온 대리수발(Verhinderungspflege) 금액을 단계적으로 인상하고 급여 조건도 완화하였다. 그뿐만 아니라 노동자를 위한 가족수발자 단기휴직제도(Pflegezeit)를 신설하여 15인 이상 근무하는 사업장의 노동자가 등급판정을 받은 가까운 친척[50]을 1주일에 최소 14

50) 여기에서 가까운 친척이라 함은 조부모, 부모, 배우자의 부모, 배우자, 사실혼 관계에

시간 이상 수발할 경우 최장 6개월의 무급휴가를 신청할 수 있도록 하였다. 이 기간 동안 가족수발자의 사회보험 가입은 유지된다.

나) 공급자 측면

인센티브 제공 차원의 경우, MDK는 장기요양 대상자의 등급판정을 할 때 의료적 재활서비스가 필요한지 여부와 어떤 서비스가 적절한지를 등급판정서에 기입하여야 한다. 장기요양보험조합은 장기요양기관이 장기요양 대상자에게 재활서비스를 제공함으로써 요양등급을 한 단계 낮추고 이를 6개월 이상 유지할 경우 1,536유로를 지급한다(BMG, 2010: 64-65).

추가 인력 고용에 대해 2008 개혁에서는 치매 환자가 주로 속하는 '0등급'의 급여를 확대함과 동시에 완전주거시설(노인요양시설)에서 치매 환자가 거주할 경우 치매 환자 25명당 한 명의 추가 인력을 고용할 수 있도록 하였다. 이로 인하여 발생한 비용은 수가로 인정한다.

요양기관종사자 처우 개선에 대해서는 2008 개혁 이후 장기요양보험조합은 요양기관이 속하는 지역의 통상 수준의 임금을 지불하는 기관만을 대상으로 급여제공계약을 체결할 수 있도록 하였다. 이를 위반하면 장기요양기관의 지정이 취소될 수 있다.

다) 재정 측면

급여액 인상과 급여 확대에 따라 2008년 보험료율은 1.7%에서 1.95%로 인상되었다. 자녀가 없는 성인은 0.25%를 추가하여 총임금의 2.20%

있는 상대, 형제자매, 자녀, 입양한 자녀(배우자나 사실혼 관계에 있는 상대 포함), 손자녀를 말함.

를 장기요양보험료로 납부하게 되었다. 그러나 연금, 의료, 산재, 고용보험 등 모든 사회보험의 보험료율을 안정화시키는 차원에서 장기요양보험의 보험료율 인상에 따라 발생하는 고용주와 피고용주의 부담을 경감하기 위하여 실업보험의 보험료율은 0.3% 포인트 인하하였다.

라) 기타

서비스 품질 관리의 경우, 2008 개혁을 통해 강조된 것은 장기요양서비스 품질 향상과 투명성 강화이다. 우선 요양기관의 서비스 품질보장을 위하여 전문가표준(Expertenstandard)을 지속적으로 개발하여 모든 요양기관에 구속력을 갖게 하여 적용을 의무화하였다.

2010년 말까지 모든 장기요양기관은 적어도 한 번 이상 품질 평가를 받아야 하며 2011년부터는 모든 주거시설과 재가시설이 매년 사전 예고 없이 정기 평가를 받도록 하였다. 또한 평가 결과의 투명성을 제고하기 위하여 인터넷이나 다른 매체를 통하여 공개함은 물론, 장기요양기관은 기관의 입구와 같이 잘 보이는 곳에 평가 결과를 공개하도록 하였다.

자원봉사부문의 경우, 전문 요양인력이 부족하기 때문에 2008 개혁에서는 자조영역과 자원봉사활동을 강화할 지원책을 마련하였다. 예를 들어 주와 지자체에서 공동재원으로 자발적으로 형성된 돌봄집단, 주간돌봄 또는 도움단체를 지원하고, 요양기관 수가에 자원봉사지원을 위한 비용이 반영되도록 하였다.

2) 2012 개혁: 신장기요양이행법

신장기요양이행법은 2012년 10월 23일 제정하여 2013년 1월 1일부

터 시행하였다. 본 개혁에서는 늘어나는 치매환자들을 위한 급여를 개선하는 것을 주요 목적으로 삼았다. 개혁의 세부 내용은 다음과 같다.

가) 수급자 측면

지금까지 소위 0등급으로 불리우던 치매 환자를 비롯하여 1, 2등급의 수급자들 중 치매를 앓는 자들에게 2013년부터 현금급여는 물론 현물급여를 인상하였다. 예를 들어 0등급자를 위해 대리수발청구권, 소모성 수발보장구 월 사용한도금 증액 또는 거주공간수리 지원 등이 가능하게 되었다.

추가돌봄서비스(zusätzliche Betreuungsleistungen)도 도입되었는데, 일반 가정에 거주하면서 일상생활수행능력에 제한이 있는 자들과 이들을 돌보는 가족수발자들의 부담을 덜어주기 위하여 '추가돌봄서비스'를 지급하도록 하였다.[51)]

새로운 주거 유형의 지원은 3명 이상의 장기요양 수급자들이 함께 일반 가정에서 거주할 경우, 지급해 온 급여에 추가 공동체를 조직하는 데 대한 급여(Organisationszuschlag)를 매달 한 명당 200유로씩 지급하도록 하였다. 또한 지금까지 주거환경개선비로 지급하던 급여에 추가로 거주자 한 명당 2,500유로를 일회성으로 지급하기로 하였다. 단, 적어도 전문요양보호사 한 명 이상이 이 공동체를 전체적으로 돌봐야 한다.

수발자에 대해서는 장기요양급여 수급자가 단기보호나 대리수발을 이용할 경우 기존에는 현금급여를 더 이상 지급하지 않았으나, 개혁 이후 나머지 현금급여를 4주 동안 추가로 지급 가능하도록 하였다. 가족수발자가 두 명 이상의 가족을 동시에 수발할 경우 수발 시간을 합산하여 가

51) 우리나라의 활동지원제도와 유사한 서비스로 예를 들어 여가활동, 산책, 지인 방문 등 일상생활을 영위하는 활동을 지원해주는 서비스가 여기에 포함됨.

족수발자의 연금 산정 기간에 반영하도록 하였다. 또한 가족수발자들이 자조그룹을 형성할 경우 경제적으로 지원하도록 하였다.

나) 공급자 측면

재가기관의 시간제 서비스 제공이 의무화되었는데, 지금까지 재가기관에서는 '목욕' 또는 '식사 준비' 등 특정 요양서비스를 기준으로 제공하였으나 2012 개혁과 함께 추가로 분 단위 기준의 서비스(예: 신체 청결을 위한 25분 서비스)도 제공하도록 하였다.

상담서비스의 개선에 대해서는 장기요양보험조합이 2주 내로 대상자의 주거지를 방문하여 상담을 진행하거나 상담바우처를 이용하여 다른 독립된 기관의 상담서비스를 이용할 수 있도록 하였다.

다) 재정 측면

우선 보험료 인상을 지적할 수 있는데, 보험급여 확대로 인해 부족한 재정은 장기요양보험료를 2012년에서 2015년까지 0.1% 포인트 인상함으로써 충당하기로 하였다. 이로 인하여 2013년 1월 1일부터 장기요양보험료율은 2.05%이며 자녀가 없는 경우 2.3%로 상향 조정되었다.

민간 요양보험의 지원은 2013년부터 누구든 장기요양 대상자가 될 것을 대비하여, 민간보험회사에 월 10유로 이상의 보험료를 납부하고 추가로 장기요양보험계약을 맺을 경우 국가가 월 5유로를 지원하기로 하였다. 이 제도를 통하여 개인이 장기요양서비스를 필요로 할 경우 국가의 지출을 줄일 수 있을 것으로 기대하고 있다.

라) 기타

등급판정 기간을 단축하여 등급판정신청서를 제출한 후 5주 내에 판정 결과를 통보하여야 하며, 이 기간이 지나면 새로 시작하는 주당 70유로씩 신청자에게 지급하여야 한다.

품질 평가를 실시하면서 장기요양 대상자를 직접 확인하는 절차가 포함되었으며, 요양기관종사자, 요양 대상자와 수발하는 가족을 대상으로 하는 설문의 결과에 더 많은 의미를 부여하도록 하였다.

지금까지 주거시설은 물론 재가기관의 품질 평가를 시행할 경우 불시에 기관을 방문하였으나, 개혁 이후 재가기관의 경우 공휴일과 상관없이 하루 전에 통보하도록 하였다.

3) 2015 장기요양개혁: 장기요양강화법 I

장기요양강화법 I이 시행되면서 재가급여에는 약 14억 유로를 시설급여에는 약 10억 유로를 추가 지급하였다(BMG, 2016). 이 개혁에서는 특히 가족수발자 지원 강화를 가장 큰 목적으로 삼았다. 많은 부분에 변화가 있게 되지만 특히 현금급여와 현물급여에 물가상승률을 적용시키고, 장기요양서비스 공급자의 수가도 규칙적으로 상향 조정하기로 하였다.

가) 수급자 측면

2015년부터는 현금급여와 현물급여액을 물가상승에 연동하여 규칙적으로 인상하도록 하였다. 지금까지 지원하던 주거개선지원금 또한 최고 4,000유로까지 지원하도록 상향조정하였다.

다음으로 주·야간보호 지원의 강화인데, 개혁 전까지는 주·야간보호와 재가급여(현금급여 및 현물급여)를 부분적으로 합산하여 계산하였다. 그러나 개혁 이후 재가급여나 현금급여를 지급받을 경우 주·야간보호를 100% 추가로 사용할 수 있게 되었다. 특히, 치매 환자를 위한 급여 개선으로 소위 0등급자들은 지금까지 매우 제한된 급여를 받아 왔다. 그러나 개혁 이후 주·야간보호, 단기보호 그리고 주거 공동체에서 재가급여를 받을 수 있게 되었다. 이로 인하여 모든 재가급여를 이용할 수 있게 되었다.

수발자 지원에 대해서는 가족수발자 단축근무에 해당하는 가족의 범위를 확대하여 2015 개혁 이후 양부모, 처제와 처형, 부부관계와 유사한 공동체에서 함께 생활하는 자 등도 포함시켰다. 수발휴직법(Pflegezeitgesetz)에서는 15명 이상 또는 25명 이상의 노동자가 종사하는 사업장에 적용하는 다양한 종류의 노동 면제 유형과 혜택을 찾아볼 수 있다. 긴급한 수발 상황의 경우 노동자가 수발자를 찾을 때까지 최장 10일까지 근로 면제를 받을 수 있으며, 2015 개혁 이후 경우에 따라 이 기간 동안 임금을 보상받을 수 있다. 가족수발 휴직 기간은 24개월까지 가능하며, 이 기간 동안 주당 근무시간을 15시간까지 단축할 수 있으며 이 기간 동안 무이자 대출이 가능하다.

피고용주가 최중증 가족 환자를 생의 마지막 단계에서 수발할 경우 3개월까지 휴직할 수 있는 법적 권리가 보장되며, 고용주는 노동자가 휴직계를 제출한 날부터 휴직이 끝난 날까지 해고할 수 없도록 하였다.

나) 공급자 측면

지금까지 거의 인상하지 않던 수가를 앞으로는 물가상승률을 반영하여 조절하도록 하였다. 2015년 1월부터 장기요양기관 종사자의 임금을 인

상할 경우 공무원(TVöD: Tarifvertrag für den Öffentlichen Dienst), 종교기관 종사자(BAT-KF: Bundes-Angestellten-Tarifvertrag in kirchlicher Fassung), 독일카 리타스기관종사자 (AVR: Richtlinien für Arbeitsverträge in den einrichtungen des Deutschen Caritasverbandes) 등을 위한 임금협상지침에 따라 100% 지원해 줄 것을 요구할 수 있게 되었다.

종사자 기준에 대해 양로원(Altenheim)에서는 개혁 이후 일상생활 수행능력이 제한된 노인뿐만 아니라 모든 장기요양 대상자가 거주할 수 있게 되었다. 더불어 지금까지 24명당 한 명의 종사자를 추가로 고용할 수 있는 기준을 20명당 한 명으로 조정하였다. 이때 추가로 고용된 종사자는 6주 동안 추가 교육을 받아야 하며, 이로 인하여 추가로 고용되는 종사자 수는 약 25,000명에서 45,000명까지 증가하였다.

다) 재정 측면

2015 개혁에서 보험급여와 보험수가를 물가상승률에 연동하기로 하였기 때문에 재정 압박이 더 심각해질 수밖에 없었다. 지난 두 차례의 개혁을 통해 보험료를 인상하기는 하였으나 재정 안정을 추가적으로 보장하기 위하여, 매년 장기요양보험료수입의 0.1%인 약 12억 유로를 20년 동안 적립하기로 하였다.

이에 따라 보험료 인상이 단행되었는데, 장기요양강화법에서는 두 번의 과정을 거쳐 총장기요양보험료율을 0.5% 포인트 인상하여 매년 50억 유로를 장기요양급여를 확대하여 지급하는 데 사용하기로 하였다.

다. 현행 주요 내용 및 평가

1) 장기요양 대상자

가) 피보험자

‘장기요양보험은 의료보험에 따른다’는 기본 원칙에 따라 모든 의료보험가입자는 장기요양보험에 의무적으로 가입하여야 한다. 독일 장기요양보험은 공적 장기요양보험과 민간 장기요양보험으로 구분되는데, 민간 의료보험 가입자는 동일한 보험사에서 의료보험 가입자의 장기요양보험 가입을 무조건 허락하여야 한다(BMG, 2010: 24).

2014년 12월 31일 기준, 공적 장기요양보험 가입자는 약 7천 66만 명이며, 민간 장기요양보험가입자는 약 942만 명으로 전체 장기요양보험 가입자의 12%에 불과하다(BMG, 2016b: 1).[52)]

나) 인정 범위

우선 장기요양 필요성의 개념이 변경되었다. 사회법전 제11권 제14조에서는 장기요양을 필요로 하는 자를 신체적 · 정신적 · 정서적 질병이나 장애로 인하여 규칙적으로 반복되는 일상활동을 수행하는 데 최소 6개월 이상 지속적으로 타인의 도움을 상당히 필요로 하는 자로 규정하고 있다.

다음으로 등급판정 체계의 변경인데, 장기요양을 필요로 할 경우 장기요양 대상자가 가입한 장기요양보험조합에 등급판정신청을 하여야 한다.

---

52) 민간 장기요양보험이 차지하는 비율이 상대적으로 낮으며, 내용적으로 공적 장기요양보험과 크게 차이가 나지 않기 때문에 세부적인 내용은 본고에서는 다루지 않기로 함.

신청을 받은 장기요양보험조합은 공적 의료보험 소속 의료지원단인 MDK(Medizi-nischer Dienst der Krankenversicherung)에 등급판정을 위한 조사를 의뢰한다. MDK에서는 MDK 소속 간호사 또는 의사 1인이 장기요양등급신청자의 가정을 방문하여 신체 청결, 영양, 이동, 가사 관리 영역을 중심으로 조사를 실시한다(사회법전 제11권 제14조 제4항). 이때 기준이 되는 주요 요인은 일상생활활동의 종류와 빈도, 하루 일과 안에 위치한 이 활동들의 수발시간대, 그리고 시간 소비량이다(사회법전 제11권 제14조 제4항, 제15조 제1항과 제3항). MDK는 장기요양등급과 급여종류를 장기요양보험조합에 권고하고, 장기요양보험조합은 등급판정신청자에게 판정 결과를 통보하여야 한다. 장기요양보험조합이 급여신청 후 5주 내에 등급판정 결과를 통보하지 못할 경우 지연된 주마다 70유로를 신청자에게 지불하여야 한다(BMG, 2016).

장기요양등급의 경우 현행 장기요양등급판정 도구는 등급별 하루 평균 전체 수발 시간량 외에 기본 수발에 해당하는 신체 청결, 영양, 이동의 세 영역을 위한 수발 시간량을 별도로 규정한다.

공식적으로는 3등급으로 구분되지만 0등급과 '특별히 위중한 경우(Härtefall)'가 장기요양보험 도입 이후 추가되었다. 0등급은 등급판정은 받지 못했으나 치매 환자의 경우처럼 일상생활을 수행하는 데 현저한 제한이 있을 경우가 해당되며, '특별히 위중한 경우'는 3등급자 중 중증치매 환자나 혼수상태 환자처럼 특별히 많은 수발을 필요로 하는 자들이 포함된다. 참고로, 2017년도부터 적용되는 신규 장기요양등급 체계는 〈표 3-14〉와 같다.

2014년 12월 31일 기준으로 공적 장기요양보험 수급자는 총 2,568,936명이며 이 중 70.8%가 재가급여를, 나머지 29.2%가 시설급여를 받고 있다. 전체 수급자 중 1등급 판정을 받은 비율은 57.1%로 가장

높으며, 2등급은 31.3%, 3등급은 11.6%이다. '특별히 위중한 경우'에 해당하는 자들은 3등급 판정을 받은 자들 중에서 특정 조건을 갖추었을 때 인정되는데, 2014년 기준 전체 3등급자 중 약 3.3%가 여기에 해당된다(표 3-15 참조).

장기요양보험은 공식적으로 3등급 체계를 갖추고 있었으나, 실질적으로는 0등급과 '특별히 위중한 경우'를 위한 급여가 추가로 지급되었기 때문에 5등급으로 운영되고 있다고 할 수 있다. 2017년 개혁에서는 공식적으로 5등급 체계를 갖출 예정이다.

〈표 3-13〉 독일 장기요양등급판정 기준

등급	수발 시간량(일주일 단위 하루 평균 시간값) 및 기타 판정 조건
1등급 (경증: erheblich Pflegebedürftige)	- 1일 최소 90분 이상의 수발 시간량 - 이 가운데 기본 수발 영역(신체 청결, 영양, 이동)에서 45분 이상의 수발이 필요한 경우 - 기본 수발 영역(신체 청결, 영양, 이동)에서 최소 2가지 이상의 활동에 대하여 매일 최소 한 번씩 도움을 필요로 하고, 주중 가사 관리 영역에서 여러 번의 도움이 필요한 경우
2등급 (중증: Schwer-pflegebedürftige)	- 1일 최소 3시간 이상의 수발 시간량 - 이 가운데 기본 수발 영역(신체 청결, 영양, 이동)에서 2시간 이상의 수발이 필요한 경우 - 기본 수발 영역(신체 청결, 영양, 이동)에서 매일 최소한 3번 이상 다양한 시각에 도움이 필요하고, 이와 함께 주중 가사 관리 영역에서 여러 번의 도움이 필요한 경우.
3등급 (최중증: Schwerst-pflegebedürftige)	- 1일 최소 5시간 이상의 수발 시간량 - 이 가운데 기본 수발 영역(신체 청결, 영양, 이동)에서 4시간 이상의 수발이 필요한 경우 - 기본 수발 영역(신체 청결, 영양, 이동)에서 매일 하루 종일 그리고 야간에도 도움이 필요하고, 이와 함께 주중 가사 관리 영역에서 여러 번의 도움이 필요한 경우.

자료: MDS, 2009: 78-79의 내용을 표로 재구성.

〈표 3-14〉 독일의 신규 장기요양 인정 기준 내용(2017년 1월 시행)

기준	내용	평가 비중
① 운동능력	뒤집기, 앉은 자세 유지하기, 주택 내 보행, 계단 오르내리기 등	10%
② 인지능력 및 대화능력	근거리에서의 사람 인식, 장소/시간적 감각, 중요한 행사 기억하기, 일상적 다단계 행위, 일상적인 결정, 정보 이해, 위험 인식, 기초적 욕구의 전달, 요구사항 이해, 대화 등	15% (②, ③ 중에서 점수가 높은 쪽)
③ 행동 및 심리증상	돌발적이나 불결한 행동, 자해행위, 기물 파괴, 타인 상처 입히기, 공격적인 언어, 요양 조치 및 지원 조치 거부, 망상 등	
④ 일상생활동작	상하반신 앞면 씻기, 머리 깎기, 음부 세정, 머리감기, 샤워 및 목욕, 상하의 옷 갈아입기, 조리(음식), 음료 마시기, 화장실 사용, 실금 처리, 유치카테타, 인공방광 처리, 변실금 처리 및 인공항문 처리, 경관영양 섭취, 18세 이하 아동의 영양 섭취 등	40%
⑤ 질병 또는 치료 대응	투약, 주사, 정맥주사, 객담/산소 투여, 붕대 교환, 상처 처치, 통원, 식사요법 등	20%
⑥ 일상생활 및 사회생활	일상생활 및 변화에 대한 적응, 휴식 및 수면, 장래계획, 친구와의 상호 교류 등	15%

자료: 일본 Medwatch(2016. 2. 22.), 일본 의료개호행정을 watch하다.

〈표 3-15〉 독일 장기요양급여 등급별 수급자 수(2014.12.31.)

(단위: 명, %)

	1등급	2등급	3등급	특별히 위중한 경우	합계
재가급여	1,145,958 (63.0)	522,218 (28.7)	149,876 (8.2)	2,800 (1.9)	1,818,052 (100.0)
시설급여	321,215 (42.8)	280,733 (37.4)	148,936 (19.8)	7,209 (4.8)	750,884 (100.0)
합계	1,467,173 (57.1)	802,951 (31.3)	298,812 (11.6)	10,009 (3.3)	2,568,936 (100.0)

자료: BMG, 2016b: 1.

다) 평가

장기요양 필요성 개념에 대한 비판은 제도 도입 초기부터 제기되어 왔다. 사회법전에 명시된 장기요양보험은 같은 사회보험인데도 불구하고 수요 충족의 원칙을 따르는 의료보험과는 다르게 보험료율안정성(Beitragsstabilität)을 우선으로 한다(Simon, 2010). 이로 인하여 장기요양 필요성은 신체기능적 관점에만 초점을 두고(Bartholomeyczik, 2004), 급여청구권의 조건을 법적으로 충족하는 최소한의 개념을 설정하고 있다(Roller, 2007). 그러나 이처럼 협소한 개념은 결국 인지적·심리적 장애를 겪는 대상자의 도움 욕구를 제대로 고려하지 못하였고, 특히 노인과 아동의 경우 그들의 상태에 부합하는 적절한 지원을 받을 수 없다는 비판을 받아왔다(MDS, 2000: 3; Wingenfeld, 2007: 7). 인지적·심리적 장애가 증명되었음에도 불구하고 장기요양보험에서 필요로 하는 신체기능의 제약을 증명할 수 없어 급여를 받을 수 없는 이들도 생겨났다(Gutzmann et al., 2000).

다음으로 수발 시간량이라는 물리적 기준의 한계가 발생하였다. 요양욕구를 측정하는 핵심 기준은 수발 빈도, 수발 시간대와 수발 주기를 고려한 수발 시간량이다. 그러나 물리적 시간 요인은 인지적·심리적 장애에 의해 생기는 요양욕구를 측정하는 데 적합하지 않다는 지적을 받아 왔다. 예를 들어 자해 성향이나 공격성을 갖고 있는 치매 노인이나 정신질환자의 경우 돌발 상황에 대비하기 위하여 하루 종일 지켜볼 필요가 있으나, 이러한 이유만으로는 등급판정을 받을 수 없다. 결국 독일에서는 물리적 수발 요인을 등급판정의 기준으로 정함으로써 포괄적인 장기요양의 의미가 '분 단위 수발(Minutenpfelge)'로 축소된 것이다(BMG, 2009: 45).

이 외 장기요양학적 관점에서의 비판이 있었는데, 독일 장기요양보험

에서는 수발 시간량을 측정할 때 가족이나 비전문수발자가 기본 수발에 해당하는 신체 청결과 영양 그리고 이동, 이 세 가지 영역에서 수발하는 데 필요한 시간량을 기준으로 한다(남현주, 2012: 52-58; MDS, 2009: 113). 그러나 수발 시간을 도움 필요성 정도의 기준으로 삼는 것에 대한 학문적 근거가 미약할 뿐 아니라 검증 방식의 방법론적 문제에 대한 비판이 계속 이어져 왔다(Bartholomeyczik et al., 2001; Gerber, 2005).

2) 급여 내용

독일의 장기요양보험제도가 도입된 이후 그동안 급여 수준이 변경된 바 있는데, 이를 정리하면 〈표 3-16〉과 같다.

〈표 3-16〉 독일의 장기요양보험급여액 변경 추이

(단위: 유료)

	0등급[1]	1등급	2등급	3등급
재가현물급여(월 상한액)				
1995.1.~2008.6.	-	384	921	1,432 (1,918*)
2008.7.	-	420	980	1,470 (1,918*)
2010.1.	-	440	1,040	1,510 (1,918*)
2012.1.	-	450	1,100	1,550 (1,918*)
2013.1. (비치매)	-	450	1,100	1,550 (1,918*)
(치매)	225	665	1,250	1,550 (1,918*)
2015.1. (비치매)	-	468	1,144	1,612 (1,995*)
(치매)	231	689	1,298	1,612 (1,995*)
재가현금급여(월액)				
1995.1.~2008.6.	-	205	410	665
2008.7.	-	215	420	675
2010.1.	-	225	430	685
2012.1.	-	235	440	700
2013.1. (비치매)	-	235	440	700
(치매)	120	305	525	700
2015.1. (비치매)	-	244	458	728
(치매)	123	316	545	728
대체수발(수발자의 지장발생, 연간) A형 (친척)				
1995.1.~2008.6.	-	205	410	665
2008.7.	-	215	420	675

	0등급[1)]	1등급	2등급	3등급
2010.1.	-	225	430	685
2012.1.	-	235	440	700
2013.1. (비치매)	-	235	440	700
(치매)				
2015.1. (비치매)	-	366	687	1,092
(치매)	184.50	474	817.50	1,092
대체수발(수발자의 지장발생, 연간) B형 (비친척)				
1995.1.~2008.6.	-	1,432		
2008.7.	-	1,470		
2010.1.	-	1,510		
2012.1.	-	1,550		
2013.1.	1,550			
2015.1.	1,612			
복지용구(소모품)(월 상한)				
1995.1.~2012.12.	-	31		
2013.1.	31			
2015.1.	40			
기술적 복지용구				
1995.1.~2012.12.	-	비용의 90%(용구에 따라 최고 월 25유로)		
2013.1.	비용의 100%(용구에 따라 최고 월 25유로)			
2015.1.	비용의 100%			
주택개조(건당 상한액)				
1995.1.~2012.12.	2,557			
2013.1.	2,557			
2015.1.	4,000			
주야간보호(월 상한)				
1995.1.~2008.6.	-	384	921	1,432
2008.7.	-	420	980	1,470
2010.1.	-	440	1,040	1,510
2012.1.	-	450	1,100	1,550
2013.1. (비치매)	-	450	1,100	1,550
(치매)	225	665	1,250	1,550
2015.1. (비치매)	-	468	1,144	1,612
(치매)	231	689	1,298	1,612
단기보호(연간 상한)				
1995.1.~2008.6.	-	1,432		
2008.7.	-	1,470		
2010.1.	-	1,510		
2012.1.	-	1,550		
2013.1.	-	1,550		
2015.1.	1,612			
시설보호(월 상한)				
1995.1.~2008.6.	-			1,432 (1,688**)
2008.7.	-			1,470 (1,750**)
2010.1.	-	1,023	1,279	1,510 (1,825**)
2012.1.	-			1,550 (1,918**)
2013.1.	-			1,550 (1,918**)

	0등급[1]	1등급	2등급	3등급
2015.1.	-	1,064	1,330	1,612 (1,995**)
장애자 지원을 위한 종일입소시설개호(장애자의 사회 참가, 교육, 양육 목적)				
1995.1.~2012.12.	-	시설수가[2]의 10%(최고 월 256유로)		
2013.1.	-	시설수가[2]의 10%(최고 월 256유로)		
2015.1.	-	시설수가[2]의 10%(최고 월 266유로)		

주: * 이는 질병금고에서 부담하고, 재가보호 수급의 3등급자의 3% 이내로 제한.
** 이는 중증치매, 말기 암 등의 경우이고 3등급자의 5% 이내로 제한.
1) 2002년부터 시행되고 있는 것으로 치매, 지적장애, 정신장애를 케어하는 가족에게 지급.
2) 사회부조급여 주체(지자체)가 시설장과의 합의로 시설에 제공하는 급여에 대해 지불하는 수가를 지칭.

가) 시설급여

사회법전 제11권 제43조에서는 시설급여는 재가서비스 이용이 불가능한 불가피한 경우에만 이용하도록 하고 있다. 시설급여에는 완전주거시설과 부분주거시설에서의 요양급여 그리고 단기보호가 포함된다.

완전주거시설의 경우 이는 요양원(Pflegeheim), 양로원(Altenheim) 그리고 노인공동주택(Altenwohnheim)으로 구분할 수 있다. 최근에는 이 세 가지 유형의 시설이 혼합되어 운영되기 때문에 명확한 구분은 어렵다. 주거 환경을 보면 양로원은 욕실과 취사시설이 갖춰진 독립된 주거공간이 갖춰진 아파트 형태이며, 요양원은 1~2인실로 구성되어 있고 모든 장기요양서비스와 돌봄서비스가 제공된다. 노인공동주택은 일상생활을 하는 데 큰 어려움이 없는 노인들이 부엌이 딸린 주거 공간에서 독립적으로 생활할 수 있는데 본인이 원할 경우 다른 거주자들과 함께 식사할 수 있다.

완전주거시설에서 생활하는 경우 장기요양조합은 2016년 기준 1등급은 1,064 유로, 2등급은 1,330 유로, 3등급은 1,612 유로인데, 3등급자 중 “특별히 위중한 경우(Härtefall)“는 1,995유로까지 시설에 직접 지불한다. 부분주거(teilstationär)시설은 시설급여 중 주·야간보호서비스를 제공하는 시설이다. 주·야간보호는 다른 재가급여, 현금급여와 연계하여

사용할 수 있다.

〈표 3-17〉 독일 장기요양보험제도의 주·야간보호 상한액

(기준: 유로/월)

등급	일반	특별한 경우(치매질환자)
0	-	231
1	468	689
2	1,144	1,298
3	1,612	

주: 1) 일상생활수행능력이 지속적으로 매우 제한된 경우.
자료: BMG, 2016a: 6.

단기보호의 경우, 재가급여를 받던 수급자가 예외적으로 연 4주까지 이용할 수 있는 서비스로 요양원 또는 병원에서 거주할 수 있다. 2013년 이후 현금급여 수급자가 단기보호를 받을 경우에도 현금급여의 절반은 계속 받을 수 있으며, 등급과 상관없이 연 4주까지 1,612유로가 지급된다.

한편, 장기요양기관 수는 〈표 3-18〉과 같이 2013년 말 현재 재가급여기관은 12,745개, 시설급여기관은 13,030개로 나타나고 있는데, 단기보호기관도 1,671개나 설치되어 있다.

〈표 3-18〉 독일 장기요양기관 수(2001~2013년)

(기준: 개)

	재가	시설	주거 유형		
			완전주거	단기	부분주거
2001	10,594	9,165	8,331	1,436	1,570
2005	10,977	10,424	9,414	1,529	1,779
2009	12,026	11,634	10,384	1,588	2,277
2013	12,745	13,030	10,949	1,671	3,302

자료: Statistisches Bundesamt, 2015.

나) 재가급여

재가급여는 방문요양, 수발보장구, 현금·현물연계급여, 대리수발, 주거환경개선지원금 등으로 분류된다. 2014년 12월 말 기준으로 전체 장기요양 수급자의 70.8%가 재가급여를 받았다.

우선, 방문요양(Pflegesachleistung)[53]의 경우 독일 장기요양보험에서 '현물급여로서 방문요양(Pflegesachleistung)'은 기초수발(Grundpflege)과 가사지원서비스를 말한다(사회법전 제11권 제36조). 2017년부터 적용될 새 장기요양 필요성 개념에 대비해서 2013년 1월부터 가정내 돌봄(häusliche Betreuung)서비스가 잠정적 규정에 따라 추가로 제공되고 있다(사회법전 제11권 제124조). 예를 들어 장기요양 대상자와 그 가족이 대화를 나누고 사회관계를 유지하는 등 하루 일상을 자신의 욕구에 맞춰 생활해 나갈 수 있도록 돕는 서비스가 여기에 포함된다. 가정내 돌봄서비스는 여러 명의 급여수급권자가 함께 한 수급권자나 그의 가족의 집에서 동시에 받을 수 있다.

방문요양 급여상한액은 모든 등급에서 상향 조정되었으며, 최소 231유로에서 1,995유로까지 등급에 따라 큰 차이를 보인다.

수발보장구(Pflegehilfsmittel)의 경우, 가정에서 수발부담과 수발대상자들의 고통을 덜어 주고 수발 대상자들이 자립적인 삶을 살아가는 데 도움이 되도록 지원 또는 대여하는 기구와 물품을 말한다. 이 중 일회용 장갑과 같은 소모품 구매에는 매월 최고 40유로의 지원금이 지급된다. 보장구를 구매할 때는 개인부담금이 있다. 개인은 보장구 비용의 최소 10%

53) 독일에서의 "Pflegesachleistung"은 통상적으로 "현물급여"로 번역됨. 그러나 우리나라에서는 현물급여라고 하면 방문요양뿐 아니라 수발보장구 등 현금급여가 아닌 모든 급여를 의미함. 독일 사회법전에서 정의하고 있는 "Pflegesachleistung"은 내용적으로 볼 때 우리나라에서 통용되고 있는 "방문요양"을 의미함.

를 부담해야 하지만, 개인의 부담액은 구매하는 보장구마다 최고 25유로를 넘지 않는다. 이때 18세 이하 수발 대상자는 본인부담에서 제외된다.

현금 · 현물연계급여의 경우 '현물급여로서 방문요양'으로 지급되는 급여를 전액 사용하지 않은 경우, 나머지 금액은 현금급여와 연계하여 지급받을 수 있다. 그런데 현물급여와 현금급여의 액수는 같은 등급의 경우에도 다르게 규정되어 있다. 따라서 현물급여와 현금급여를 연계해서 받을 경우, 남은 현물급여에 해당하는 현금급여의 금액은 남은 현물급여액 그대로가 아니라 현금급여 수급 시 적용되는 비율에 맞춰 축소된 금액이 지급된다. 2015년 이후부터는 추가로 주 · 야간보호서비스도 동시에 이용할 수 있다.

대리수발(Ersatzpflege)의 경우 장기요양 수급자가 사적으로 고용한 수발자가 휴가나 질병으로 단기간 수발을 하지 못하게 될 경우 장기요양보험은 대체수발비용을 지급한다. 대리수발은 매년 6주까지 가능하며, 단기보호급여액의 최고 50%(806유로)까지 대리수발에 사용할 수 있다. 가족수발자의 수발이 불가능해질 경우에도 매년 6주까지의 대리수발이 가능하며, 지원되는 수발비용은 장기요양 수급자가 받고 있는 현금급여액의 1.5배까지 지급이 가능하다.

주거 환경 개선의 경우, 수급자가 주거 환경을 개선함으로써 가정에서 수발이 가능할 경우 0등급을 포함한 모든 수급자는 개별적으로 최고 4,000유로까지 지원금을 받을 수 있다. 여러 명의 수급자가 함께 거주할 경우 최고 16,000유로의 지원금을 받을 수 있다.

기타로 시니어주거공동체(Senioren-Wohngemeinschaften)나 요양주거공동체(Pflege-Wohn-Gemeinschaften)와 같은 새로운 주거 유형에서 0등급 이상의 등급판정을 받은 2~13명의 남녀 노인이 함께 생활하는 경우 사생활과 독립적인 삶을 유지하도록 매월 최고 205유로의 추가 지원금을 받을 수 있다(사회법전 제11권 제38a조).

〈표 3-19〉 독일 재가급여 수급자를 위한 현물급여 상한액

(기준: 유로/월)

장기요양등급	2015년 이후	2014년까지
0등급(치매*)	231	225
1등급	468	450
1등급(치매*)	689	665
2등급	1,144	1,100
2등급(치매*)	1,298	1,250
3등급	1,612	1,550
3등급(치매*)	1,612	1,550
특별등급	1,995	1,918
특별등급(치매*)	1,995	1,918

주: '치매*'에는 사회법전 제11권 제45a조에 따라 3등급 중 특별히 많은 수발을 필요로 하는 경우로 특히 치매환자들이 여기에 속함.
자료: BMG, 2016a3.

다) 현금급여

현금급여를 선택한 경우 장기요양조합은 수급자에게 현금을 지급한다. 이때 받은 현금은 수급자가 본인을 수발하는 가족이나 친척 또는 자원봉사자 등 비공식 수발자에게 수발의 대가로 줄 수 있다. 현금급여와 현물급여를 연계한 혼합급여도 가능하다.

〈표 3-20〉 독일 재가급여 수급자를 위한 현금급여

(기준: 유로/월)

장기요양등급	2015년 이후	2014년까지
0등급(치매*)	123	120
1등급	244	235
1등급(치매*)	316	305
2등급	458	440
2등급(치매*)	545	525
3등급	728	700
3등급(치매*)	728	700

주: '치매*'에는 사회법전 제11권 제45a조에 따라 3등급 중 특별히 많은 수발을 필요로 하는 경우로 특히 치매환자들이 여기에 속함.
자료: BMG, 2016a:2.

라) 비공식 수발자를 위한 급여

비공식 수발자(Pflegeperson)[54]란 매주 14시간 이상 한 명 이상의 장기요양보험수급자를 그의 가정에서 비직업적으로 수발하는 자를 말한다(사회법전 제11권 제19조).

가족수발자나 자원봉사자와 같은 비공식 수발자는 수발교육, 사회보험료 지원, 대리수발, 가족수발자를 위한 단기 휴직과 단축근무 등의 혜택을 받을 수 있다(사회법전 제11권 제4장 제44조, 44a조, 45조).

수발교육의 경우, 가족수발자는 장기요양보험조합이 비영리기관이나 다른 교육기관과 함께 제공하는 수발교육에 무료로 참여할 수 있다. 이 교육에서는 수발하는 방법, 정신적 · 심리적 부담 해소 방법, 죽음에 대처하는 방법 등을 배울 수 있다.

사회보험료 지원의 경우, 사회법전 제44조에 의하면 한 명 이상의 장기요양보험수급권자를 매주 14시간 이상 수발하면 사회보험 가입이 가능하다. 독일 장기요양보험은 비공식 수발자들의 연금보험, 산업재해보상보험, 실업보험 등을 지원하며, 의료보험은 부분적으로 지원한다.

연금보험(Rentenversicherung)의 경우 비공식 수발자들이 수발로 인하여 소득활동을 줄이거나 아예 포기해야 할 경우 독일에서는 이들의 노후를 보장하기 위하여 연금보험가입을 의무화하였다. 연금보험에 가입하기 위해서는 수발자가 매주 14시간 이상 수발을 하여야 하며, 수발대상자는 장기요양보험급여 수급자여야 한다. 여기서 말하는 수발 시간은 MDK가 수발에 필요하다고 판정한 시간이다. 연금 가입을 위한 최소 수발 시간은 수발자가 한 명이 아닌 여러 명을 수발할 경우 합산한 시간도 인정

54) "Pflegeperson"이란 독일어 단어는 우리말로 "수발자"를 의미함. 그러나 사회법전 제11권 제19조에 정의하는 내용에 따르면 "비공식 수발자"라고 번역하는 것이 내용에 부합함.

한다(사회법전 제6권 제3조제2항제1a호). 그러나 수발자가 자영업자나 연금 수급자이거나 매주 30시간 이상 소득활동을 하는 경우라면, 수발자로서 연금에 가입할 의무는 없다. 한편, 연금보험료는 수발자가 매주 수발하는 시간과 수발 대상자의 장기요양등급에 따라 매년 새로 책정되며, 장기요양보험조합에서 지원한다.

산업재해보상보험(Unfallversicherung)의 경우, 수발자가 매주 14시간 이상 한 명 이상의 요양급여수급자를 그의 가정에서 비직업적으로 수발할 경우 장기요양조합은 수발자를 지역 내 산재보험자(kommunale Versicherungsträger)에 신고하여야 한다. 수발자의 산재보험료는 세금으로 전액 지원된다(BMAS, 2015: 8). 수발자가 영양, 이동, 가사, 신체수발 등의 영역에서 수발하는 중 상해가 발생하면 산재급여를 받게 된다.(사회법전 제7권 제2조제1항제17호)

실업보험(Arbeitslosenversicherung)의 경우 2006년부터 가족수발자가 원할 경우 실업보험 가입을 신청할 수 있다. 가족수발자가 실업보험에 가입하기 위해서는 가족을 수발하기 시작한 시점으로부터 24개월 이내에 12개월 이상 실업보험의 의무 가입자 상태를 유지했거나 사회법전 제3권에 따라 실업수당을 받았어야 한다. 2016년 현재 가족수발자의 실업보험료는 구 서독의 경우 8.72유로이고, 구 동독은 7.56유로인데, 보험료는 본인이 전액 납부한다.

대리수발(Ersatz-/Verhinderungspflege)은 비공식 수발자가 휴가나 질병 등의 사유로 본인이 수발하지 못할 경우 연 최장 6주간 정해진 한도액(2016년: 1,612유로) 내에서 사용할 수 있는 제도이다.

가족수발자 단기휴직(Pflegezeit)은 15인 이상 근무하는 사업장의 근로자가 1등급 이상의 판정을 받은 가족이나 가까운 친척을 매주 최소 14시간 이상 수발할 경우 최장 6개월의 무급휴가를 신청할 법적 권리가 보

장된다. 고용주는 사업상 특별한 사유 없이 단기 휴직 신청을 거절할 수 없으며, 이 기간 동안 고용주는 근로계약을 해지할 수 없다[사회법전 제11권 제44a조; 가족수발자 단기휴직법(Pflegezeitgesetz) 제3, 4조].

가족수발자 단축근무(Familienpflegezeit)의 경우, 25인 이상 근무하는 사업장의 근로자가 가족을 수발할 경우 최고 2년까지 근로시간을 단축할 수 있는 권리를 보장하는 제도이다[가족수발자 단축근무법(Familienpflegezeitgesetz)]. 삭감된 급여는 무이자 대출로 충당할 수 있다.

단기수발휴가(Kurzzeitige Arbeitsverhinderung)의 경우, 가까운 친척이 위급한 상태에 처한 경우, 근로자는 최고 10일까지 적절한 장기요양서비스를 계획하고 조종하기 위해 단기수발휴가를 신청할 수 있다. 위의 단기휴직제도와는 달리 단기휴가는 고용된 근로자의 수와 상관없이 모든 사업장의 근로자들이 신청할 수 있다.

마) 장기요양지원센터의 상담서비스

2008년 개혁 이후 도입된 장기요양지원센터는 장기요양급여의 신청부터 급여 종류, 급여액 및 급여 제공 기관 그리고 의료 및 사회서비스에 관한 각종 정보와 상담을 제공한다. 장기요양지원센터는 이러한 정보와 상담을 장기요양 대상자뿐 아니라 그의 가족 또는 장기요양보험에 관심 있는 일반인에게 제공해야 하며, 장기요양보험 가입자는 이에 대한 법적 권리를 갖는다(사회법전 제11권 제7a조). 특히, 장기요양지원센터는 장기요양 대상자와의 상담을 통해 욕구를 분석하고 적절한 장기요양급여에 대한 도움을 중재·조정하여 효과적인 사례 관리를 제공하여야 한다.

장기요양지원센터의 관리 주체는 공적 의료보험과 장기요양보험, 민간 의료보험과 장기요양보험, 주정부의 노인보호(Altenhilfe) 및 사회부조

(Sozialhilfe) 담당 기관이며, 지역사회 내 장기요양주거시설과 재가시설이 함께 참여하고 협력한다. 모든 장기요양지원센터에는 장기요양상담사(Pflegeberater)가 상근하여야 한다. 장기요양지원센터가 아직 설립되지 않은 지역에서는 장기요양보험조합이 대신 상담서비스를 제공할 의무가 있으며, 2008년 7월 1일 제도가 도입된 이후 2015년 기준 14개 주에 약 500개의 센터가 설립되었다.

바) 평가

재가급여 수급자가 차지하는 비율이 전체 수급자의 약 70%를 차지하고 있음에도 수급자 개인이 매달 평균 약 250유로를 추가로 부담해야 하므로, 사회적 불평등이 심화될 수 있다는 지적이 나오고 있다(Barmer GEK, 2012). 장기요양보험제도의 도입 이유 중 하나가 수발 부담 때문에 사회부조 수급자로 추락하는 것을 막는 것이었음에도 불구하고, 여전히 경제적으로 취약한 이들은 본인부담 때문에 사회부조를 신청해야 한다는 사회정책적 비판이 계속되고 있는 것이다. 한편, 주·야간보호의 경우 기관 수는 2001년 이후 두 배로 증가하기는 하였으나 지역 간 편차가 심하며, 특히 야간보호는 충분히 제공되지 않는다는 비판을 받고 있다(Naegele, 2014: 29).

비공식 수발자들의 소득활동과 가족수발의 병행을 돕기 위하여 가족수발자 단기휴직제도와 가족수발자 단축근무제도를 도입했지만, 소득활동을 하는 가족수발자의 부담은 여전히 해소되지 않았다는 평가가 그동안 있어 왔다. 가족수발로 인해 소득활동을 포기할 경우 연금보험료가 지원되나, 이 금액 또한 너무 낮아 충분한 노후보장이 어렵다는 비판도 제기된다. 이처럼 비공식 수발자의 처우 문제가 근본적으로 개선되지 못하는

이유에 대해서 여전히 독일은 보수주의 국가로서 연대감을 근거로 가족의 수발 책임을 당연히 여기며, 노동문화에서도 남성 중심의 가부장적인 특성이 잔존하고 있어 기업 내에서 가족수발 문제를 해결하고자 하는 의지가 크지 않다는 해석이 지배적이다.

2008년부터 운영되기 시작한 장기요양지원센터는 중립성과 독립성을 유지하면서 높은 자격 기준을 갖춘 상담사들이 사례 관리를 함으로써 장기요양 대상자와 비공식 수발자들로부터 긍정적인 평가를 받고 있다. 그럼에도 장기요양지원센터에 대한 홍보가 아직 미흡하여 이용률이 저조하고, 여전히 장기요양지원센터가 운영되지 않는 주도 있으며, 장기요양지원센터의 상담 기준이 표준화되어 있지 않아 상담의 질에 있어 지역 간 편차가 크다는 부정적 평가가 있다. 또한 상담사들의 사례 관리보다는 주치의를 통해 상담서비스를 제공하는 것이 오히려 더 경제적이라는 주장도 제기된다(Penzlien, 2008).

2002년 소위 0등급이 비공식적으로 도입되었고 2008년 '장기요양지속발전법'이 시행되면서 치매 환자에 대한 급여가 지급되기는 하였으나 여전히 상징적인 정도의 수준에 그친다는 비판이 지배적이다(Heintze, 2012: 18). 2015년 개혁에서는 장기요양서비스 공급자들의 수가를 물가상승률에 연동하여 상향 조정하기로 하였다. 이에 대하여 1995년부터 2008년까지 주거시설의 경우 비용이 20% 이상 상승하였으나 장기요양보험조합에서는 겨우 10% 남짓 상향 조정하여 터무니없이 낮다는 비판의 목소리가 크다. 수급자 측에서도 여러 차례 개혁이 진행되면서 급여를 상향 조정하여 받기는 하였으나, 그 정도가 너무 낮다는 문제가 제기되고 있다(Rothgang, 2014: 10-11).

3) 서비스 품질관리

가) 품질관리

재가급여와 시설급여를 제공하는 기관의 서비스 품질 평가는 MDK와 민간 의료보험평가단(PKV-Prüfdienst)이 매년 실시한다. 의료보험조합 총연합회소속 의료지원단(MDS: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen)은 평가 결과를 3년마다 보고서로 작성하여 발표할 의무가 있다(사회법전 제11권 제114a조제6항). 평가단은 MDK와 민간의료보험평가단의 전문요양보호사로 구성된다.[55]

서비스 품질 평가에서 특별히 중요한 것은 서비스의 결과 품질(Ergebnisqualität)이다. 즉, 서비스 효과는 장기요양서비스 제공을 통한 대상자의 상태 호전(악화) 여부로 평가된다. 모든 평가는 원칙적으로는 사전 예고 없이 진행되나 재평가가 필요하거나 기관에서 이를 원할 시 평가 비용은 평가받을 기관에서 부담하게 된다(이소정 등, 2011). 서비스 이용자의 만족도도 중요하게 반영되기 때문에 이용자를 대상으로 추가 설문을 실시하며, 이에 대한 결과는 따로 표시한다(BMG, 2016).

품질의 평가 결과가 좋지 않을 경우 장기요양보험조합 주연합회는 해당 기관의 해명을 요구하고 이를 토대로 문제 해결을 위한 조치를 취해야 한다. 이 기간 동안 장기요양보험급여 수가는 해당 기관과 합의한 금액만큼 감액하여 지불한다. 평가 결과는 인터넷 혹은 타 매체를 통해 무료로 공개되며, 지역 내 장기요양지원센터에서도 확인이 가능하다.

---

55) 2014년 발표된 품질평가자료에 따르면 마지막 평가 때 777명의 평가자들이 평가를 시행하였으며, 이 중 97%가 전문요양보호사였음(MDS, 2014: 8).

나) 주거시설 품질 평가 항목

주거시설은 5개 영역에서 총 82개 문항으로 구성된 평가 기준이 마련되어 있다. 평가 문항은 ① 요양서비스와 의료적 보호의 품질(35개 문항), ② 치매 환자와 노인 정신장애에 대한 조치(10개 문항), ③ 사회적 돌봄서비스와 일상생활의 유지(10개 문항), ④ 주거 환경, 보호, 가사 그리고 위생 분야 등에 관한 서비스의 품질(9개 문항), ⑤ 거주자 설문(18개 문항)으로 구성되어 있다(MDS, 2014).

다) 재가시설 품질 평가 항목

재가시설 평가에는 총 49개 문항으로 구성된 평가 기준이 마련되어 있다. 평가 문항은 크게 ① 요양서비스, ② 의사의 지시하에 행해진 의료적 요양서비스(예: 약 복용 돕기, 혈압 재기 등), ③ 일반적 서비스와 운영(예: 개인정보 유출 방지, 직원 교육 등) 등에 관한 서비스 품질을 평가한다(MDS, 2014).

현금급여 수급자의 경우 1등급과 2등급은 6개월마다, 3등급은 3개월마다 장기요양주연합회 또는 장기요양지원센터에서 가정방문을 실시한다. 비공식 수발자가 제공하는 서비스의 품질이 충분하지 않다고 판정될 경우, 장기요양보험조합은 현금급여를 중단하고 전문 재가서비스기관을 통해 서비스를 제공하거나 시설급여로 전환시킬 수 있다.

라) 평가

공적의료보험에서는 이미 오래전에 보건품질및경제성연구소를 통해

보건위생 관련 서비스의 품질보장을 위해 노력해 왔으나 장기요양서비스 품질은 여전히 전망하기 어렵다는 평가를 받고 있다(Bieback, 2004; Igl, 2008b). 특히, 구조와 과정 품질에 대한 평가는 상대적으로 쉬운 반면 결과 품질에 대한 평가는 사회정책적 관점에서 한계가 있다. 장기요양서비스 공급자들이 장기요양수가를 협상하기 위해서도 내부 품질 평가는 물론 개별 품질 관리에 대한 의무를 이행했다는 것을 증명하여야 하지만 비용 주체인 장기요양보험조합이 품질 보장에 대한 주 책임자라는 것에 대하여 문제 제기가 되어 왔다(Naegele, 2014: 37).

4) 재원 조달

가) 원칙

독일 장기요양보험은 부과 방식으로 운영되기 때문에 원칙적으로 고용주와 피고용자가 절반씩 부담한 보험료가 급여의 주요 재원이다. 그러나 독일 장기요양보험은 '부분보장(Teillleistungs-Versicherung)'을 원칙으로 하기 때문에 보험자가 지급하는 보험급여로는 수급권자가 이용하는 금액을 전액 충당할 수 없다. 따라서 수급자나 그의 가족이 같이 부담하여야 한다. 재정구조는 이원화되어 있어 경상운영비와 급여지출비는 장기요양조합이 보험료 수입 내에서 책임지고, 주정부는 시설 유지와 투자를 책임지도록 되어 있다.

나) 보험료

2016년 현재 장기요양보험료는 2.35%이며, 자녀가 없는 피고용자는

0.25%를 추가로 납부하여야 한다(표 3-21, 표 3-22 참조). 1940년 1월 1일 전에 출생한 자녀 없는 가입자와, 24세 미만의 가입자 및 실업수당 II를 받고 있는 실업자는 무자녀 추가보험료 납부 의무에서 제외된다.

장기요양보험의 최고 부담 상한 소득은 2016년 현재 월 4,237.50 유로이다. 매월 최고 보험료는 99.58유로이며, 자녀가 없는 경우 110.18유로이다. 최고 부담 상한 소득은 매년 조정되며, 월 450유로 이하 소득의 미니잡(Minijob)의 경우 고용주가 보험료 전액을 부담하고, 본인이 원할 경우 장기요양보험에 가입하지 않아도 된다. 월 소득이 450.01유로와 850유로 사이인 미디잡(Midijob)의 경우 감액된 보험료를 납부한다(BMG, 2016).

〈표 3-21〉 독일 장기요양보험제도의 피보험자 보험료율 추이

(단위: %)

기간	보험료율	비고
1995	총소득의 1.0%	재가급여만 실시
1996~2007.6.	총소득의 1.7%	노사 절반씩 부담 (* 작센주는 피용자 1.35%, 사용자 0.35% 부담)
2008.7.~2012	총소득의 1.95%	자녀가 없는 피보험자는 0.25% 추가(1.225%)
2013~2014	총소득의 2.05%	자녀가 없는 피보험자는 0.25% 추가(1.275%) (* 작센주는 자녀 있는 피용자 1.525%, 자녀없는 피용자 1.775%, 사용자 0.525% 부담)
2015~2016	총소득의 2.35%	자녀가 없는 피보험자는 0.25% 추가(1.425%)
2017	총소득의 2.55%	자녀가 없는 23세 이상의 피보험자는 0.25% 추가(1.525%)

자료: 1) Saito Kaori, 독일의 개호자지원, 해외사회보장연구, No. 184, Autumn 2013.
2) Watanabe Hukuko, 독일의 개호보험법 개정, 외국의 입법 268, 일본국립국회도서관 조사 및 입법고사국, 2016년 6월 참조.

〈표 3-22〉 독일 2016년 장기요양보험료 부담률

	피고용자	자녀 없는 피고용자	고용주
작센 주*	1.675	1.925	0.675
기타 연방 주	1.175	1.425	1.175

주: 장기요양보험을 도입하면서 작센(Sachsen)주를 제외한 다른 주는 종교적 공휴일을 하루 폐지하였으나 작센주는 유지하는 대신 피고용자의 보험료부담률을 다른 지역에 비해 0.5% 포인트 상향 조정하였음.

다) 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds)

장기요양강화법 I이 2015년부터 시행되면서 매년 장기요양보험료 수입의 0.1%(연 약 12억 유로)를 20년 동안 적립하기로 하였다. 2034년경 장기요양 대상자 수가 가장 많아질 것을 전망하면서 기금은 저출산과 고령화로 인하여 보험료 인상이 불가피해질 미래를 미리 대비하여 준비하고 있다(BMG, 2016).

라) 평가

2008년 장기요양보험 개혁을 통해 급여 부분에서 어느 정도 개선이 있었던 것은 사실이지만 재정적 측면에서 볼 때 이러한 급여 인상은 장기요양보험의 재정지출을 높이는 결과를 가져올 수밖에 없었다. 그러나 실제 재정안정화를 위해서는 공적 장기요양보험료를 0.25% 상향조정하는 데 그침으로써(이소정 등, 2011), 근본적인 해결책이 되지 못하였다.

특히, 베이비붐 세대가 고령자가 되는 2035년 이후 과연 안정적인 공적 장기요양보험 운영이 가능할 것인가에 대해서는 여전히 비관적 전망이 지속되었다. 부과 방식으로 운영되는 장기요양보험은 저출산과 고령

화뿐만 아니라 가족의 수발능력 저하로 인해 재정적으로 큰 압박을 받을 수밖에 없다(Holzkämper, 2014: pp.33-37). 이에 대비하기 위하여 2015년부터 장기요양준비기금(Pflegevorsorgefonds)이 운영되고 있으며 매년 약 12억 유로의 기금을 적립할 예정이다. 그러나 결국 가까운 미래에 기금은 고갈될 것이며 미래세대가 그 부담을 안고 가야 한다는 전망이다(Deutsche Bundesbank, 2013). 다른 대안으로 지금까지 부과 방식으로 운영되어 온 장기요양보험을 부분적으로나마 적립 방식으로 전환해야 한다는 주장도 제기되었으나 아직까지 구체적인 실현 방안은 확정되지 않았다.

라. 최근 정책 방향

2016년 현재 독일 정부는 장기요양정책을 집중적으로 개혁할 예정이다. 특히, 장기요양보험급여를 확대하기 위하여 장기요양강화법 I을 이미 2015년부터 시행하고 있으며, 장기요양강화법 II는 2017년부터 시행할 예정이다. 두 차례의 법 시행을 통해 장기요양보험료는 0.5% 포인트 상향 조정된다.

1) 장기요양강화법 I

장기요양강화법 I이 2015년 1월 1일부터 시행되면서 모든 장기요양보험급여가 4% 포인트 상향 조정되었다. 2015년부터 약 270만 명의 장기요양보험급여 수급자가 더 높은 급여를 받을 수 있게 되었고, 이로 인해 전년도 대비 재가급여에서 약 14억 유로, 시설급여에서 약 10억 유로의 추가 지출이 발생했다. 또한 새로운 주거 유형을 지원하는 정책적 차원에

서 추가로 100만 유로를 지원하여 완전주거시설의 대안을 마련하고자 노력하고 있다(사회법전 제11권 제45f조).

동법 시행 이후 가정에서 장기요양 대상자를 돌보는 비공식 수발자를 지원하는 급여도 향상되었으며, 주거시설에서 근무하는 요양전문인력의 수도 명백하게 증가하였다. 또한 전술한 바와 같이 재정 악화에 대비하여 장기요양준비기금을 마련하여 매년 12억 유로를 적립하게 되었다.

2) 장기요양강화법 II

장기요양강화법 II가 2017년 시행되면 장기요양 필요성 개념이 새롭게 정립되고 이를 근거로 등급판정 도구와 등급 구분에 새로운 변화가 있을 예정이다. 지금까지의 3등급 체제는 5등급으로 더 세분화되고 이로 인하여 장기요양기관의 상황은 개선될 것으로 전망된다. 또한 2016년 가을까지 새 장기요양수가를 합의하고 더불어 인력 기준도 장기요양 대상자의 욕구에 충족할 수 있도록 변경할 계획이다(BMG, 2016).

반면 우려의 목소리도 있다. 이번 개혁을 통해 특히 치매 환자들의 장기요양보험 급여 수급 조건이 더 완화될 것으로는 기대되지만 서비스가 다양해지면서 재가서비스를 이용하는 대부분의 피보험자들은 매월 사용할 수 있는 급여액을 계산하는 데 어려움을 겪을 것으로 예상된다. 또한 자원봉사자 지원정책으로 유발될 자원봉사자들과 자격을 갖춘 전문수발요원 사이의 경쟁 관계는 이번 개혁을 통해 이루고자 하는 목적 달성에 어떠한 부정적 영향을 미칠지 미지수이다(Nordmann, 2015).

2017년 이 법이 시행되면 장기요양보험료가 0.2% 포인트 상향 조정되어 2015년 장기요양강화법 I이 시행되면서 누적된 보험료와 합산하면 약 50억 유로의 기금이 추가로 조성될 전망이다. 또한 추가 납부된 보험료로

보험급여를 현재보다 약 20% 이상 인상할 예정이다.

3) 간호·수발전문인력 양성 과정의 변화

2014/2015년 교육 기간 동안 137,000명 이상의 간호·수발 전문인력이 교육과정에 등록하였다. 이 중 64,022명이 간호교육을, 6,928명이 아동간호전문교육을, 그리고 66,285명이 노인전문수발교육을 받고 있다.

인구학적 변화로 인해 앞으로 더 많은 전문수발인력이 요구되기 때문에 현재 국회에서 새로운 간호수발직종법(Pflegeberufsgesetz)에 대한 논의가 진행 중이다. 앞으로는 간호·아동간호·노인수발 교육을 하나의 공통교육으로 통일시키되 전문 분야를 강화하는 방향으로 발전시킬 예정이다. 그 이유는 앞으로 장기요양인력이 요양기관에서 근무하면서 만성질환을 앓고 있는 대상자를 돌봐야 할 뿐 아니라 병원에서 근무하면서 치매 환자를 돌볼 수 있는 수발능력을 필요로 하기 때문이다. 교육과정의 변화를 통해 간호·수발인력은 앞으로 변화할 새로운 환경에 적응할 수 있을 것이며, 지금보다 더 다양한 직업에 종사할 것이라 전망된다. 특히, 새 교육과정이 시행되면 등록금을 폐지하고 대신 교육보상금(Ausbildungs-vergütung)이 지급된다. 또한 전문직업교육을 보충하는 차원에서 연방법을 근거로 수발 관련 대학과정이 신설될 예정이다. 이러한 대학교육을 통하여 장기요양서비스의 품질이 개선될 것으로 기대된다(BMG, 2016).

한편, 장기요양 종사자 수를 보면, 〈표 3-23〉과 같이 재가요양기관의 증가율이 시설급여기관보다도 더 높게 나타나고 있다.

〈표 3-23〉 독일의 장기요양 종사자 수 추이

(단위: 명)

유형		1999	2001	2003	2005
재가요양기관	종사자 수	183,782	189,567	200,897	214,307
	증가율(%)	-	3.1	6.0	6.7
입소요양시설	종사자 수	440,940	475,368	510,857	546,397
	증가율(%)	-	7.8	7.5	7.0
유형		2007	2009	2011	2013
재가요양기관	종사자 수	236,162	268,891	291,714	320,077
	증가율(%)	10.2	13.9	8.1	10.1
입소요양시설	종사자 수	573,545	621,392	661,179	685,447
	증가율(%)	5.0	8.3	6.4	3.7

자료: Germany(2013, 2015) Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik.

4) 기타

2011년 연방보건부와 연방가족노인여성청소년부는 합동 과제로 주거시설 품질 평가를 위한 15개의 새로운 건강 관련 지표를 개발하였으며, 지난 몇 년간 시범적으로 평가를 시행하고 있다. 물론 MDK를 통한 외부 품질 평가를 완전히 대체하지는 못하겠지만, 시설 스스로의 서비스 품질 운영에 긍정적인 영향을 줄 것으로 기대된다(MDS, 2014: 12). 반면 재가서비스에 대해서는 아직까지 기관 내 품질 운영에 대한 새로운 도구가 개발되기에는 많은 제한점이 있다.

마. 시사점

1) 장기요양필요성 개념에 대한 사회적 합의

제도 도입 이후 그동안 많은 비판적 지적을 받아 온 장기요양 필요성

개념을 재정립하겠다고 예고한 것은 2010년 보수연정의 정책책임자였던 연방보건부 장관 뢰슬러(Philipp Rössler)에 의해서였다. 그 후 지속적인 논의와 시범 운영을 통해 새롭게 정립된 개념은 2017년 본격적으로 전 국민을 대상으로 제도에 적용될 예정이다. 우리나라에서는 이러한 논의가 아직 정치권과 학계에서 제대로 시작조차 되었다고 보기도 어렵다.

우리나라의 장기요양 등급판정 기준은 엄격하게 규정되어 급여 대상자의 비율과 급여 수준은 낮고 본인부담금은 상대적으로 높다는 평가를 받고 있다. 이러한 문제가 우리나라에서 지속될 경우 갈등이 지속되고 신뢰가 형성되지 않아 장기요양제도 자체의 성공적 안착을 기대하기는 어렵다. 따라서 국민의 만족도에 부합하고 효율적인 장기요양정책을 장기적으로 수립하기 위해서는 우선 장기요양보험제도에서 가장 기본이 되는 장기요양 필요성 개념부터 합리적이고 충분한 학문적·정치적 논의과정을 통해 정립할 필요가 있다.

2) 재가급여 강화

2008년 개혁을 시작으로 2017년 시행될 장기요양강화법 II까지 독일 장기요양보험은 재가급여 활성화에 초점을 두고 제도를 개선해 나가고 있다. 정부 입장에서는 재가급여가 시설급여보다 경제적이라는 이유도 있지만, 장기요양 대상자 입장에서도 재가서비스는 본인들에게 익숙한 지역사회와 주거 환경에서 최대한 오래 거주할 수 있는 기회를 제공한다는 큰 장점을 갖고 있다.

독일의 재가급여수급자는 현금급여와 현물급여 또는 현금급여와 주·야간보호 이용 등 매우 다양한 연계 방식을 통해 본인의 욕구에 맞는 급여를 선택할 권리를 갖고 있다. 또한 가정에서 수발받는 대상자들에게 필

수인 수발보장구의 종류도 일회용 장갑부터 전동리프트까지 매우 다양하다. 특히, 이러한 다양한 수발보장구들을 지급받는데 본인부담상한 총액이 정해져 있어, 이를 초과할 경우 장기요양보험조합은 초과액을 감액해 준다. 이러한 제도는 수발 수급자는 물론 가족의 수발 부담을 크게 덜어줄 수 있다. 이러한 재가급여 강화 정책은 우리에게 시사하는 점이 크다.

3) 비공식 수발자 지원

독일은 가족 연대를 중시하는 보수주의적 국가로서 장기요양보험 도입 당시부터 가족은 물론 자원봉사자 등 비공식 수발자를 사회보장적 차원에서 지원하고자 하였다. 2008년 이후 개혁 과정에서 대리수발 조건을 완화하고 근로자를 위한 단축근무나 단기휴직제도를 도입하는 등 가족 보호를 제공하려는 국가의 정책적 의도를 확인할 수 있다(사회법전 제11권 제44, 44a, 45조).

우리나라에서는 아직까지 자녀의 부모 수발을 당연한 것으로 여기기도 하지만, 무엇보다 자녀의 부모 부양이 법적으로 의무화되어 있기 때문에 비공식 수발자의 역할은 당분간 축소되지 않을 것으로 예측된다. 그렇다면 가족 구조 유지는 물론 재가복지 활성화에 기여할 수 있는 비공식 수발자들이 독일에서처럼 직간접적인 사회적 보상 체계 안에 편입될 수 있도록 할 필요가 있다. 특히, 한국의 비공식 수발자 대부분이 수발로 인하여 소득활동을 하지 못해 본인의 노후보장을 준비하지 못하는 점을 감안하면 가족수발크레디트제도를 도입하여 수발 기간을 연금 가입 기간으로 추가하는 방안을 검토해 볼 필요가 있다(남현주, 2009).

독일처럼 노동과 사회보험 측면에서 다양한 지원제도를 도입하는 것이 한국 현실에서는 어렵다하더라도, 실현 가능한 사회정책적 지원 방안을

단계적으로 시행하는 방안에 대해 적극적인 논의를 시작해야 할 시점이 왔다고 판단된다.

4) 노인주거시설의 다양화

독일에서는 최근 전통적인 노인공동주택의 수는 줄어들고 있다. 그 대안으로 양로보호거주(Betreutes Wohnen), 호화로운 타입의 노인주택(Seniorenresidenz), 시니어주거공동체, 공동가정(Hausgemeinschaften), 요양주거공동체, 양로보호가정(Betreute Hausgemeinschaften) 등 주거시설이 매우 다양해지고 있다. 이 시설들은 거주자들의 장기요양 필요성과 자립성 정도에 따라 구분된다.

한편, 독일 장기요양기관의 규모를 살펴보면, 〈표 3-24〉와 같은데, 재가요양기관도 하나의 기관이 다양한 급여를 취급하는 급여 방식으로 기관을 운영하고 있기 때문에 기관 규모가 크다는 점, 그리고 시설급여기관도 대규모 위주로 운영하고 있기 때문에 1곳당 입소 인원이 평균 70명 내외로 나타나고 있다.

우리나라에서도 독일과 마찬가지로 상대적으로 건강한 노인을 위하여 앞으로 다양한 주거시설을 마련할 필요가 있다. 특히, 한번 거주하기 시작한 곳에서는 최대한 오래 살 수 있도록 다양한 재가서비스를 신청하고 장기요양급여를 받을 수 있도록 하는 방안이 적극적으로 검토되어야 한다.

〈표 3-24〉 독일의 장기요양기관 실태 추이

(단위: 개, 명)

유형	1999	2001	2003	2005
재가요양기관				
기관 수(A)	10,820	10,594	10,619	10,977
이용자 수(B)	415,289	434,679	450,126	471,543
(B)/(A)(명)	38.4	41.0	42.4	43.0
입소요양시설				
시설 수(A)	8,859	9,165	9,743	10,424
정원 수(B)	645,456	674,292	713,195	757,186
(B)/(A)(명)	72.9	73.6	73.2	72.6
유형	2007	2009	2011	2013
재가요양기관				
기관 수(A)	11,529	12,026	12,349	12,745
이용자 수(B)	504,232	555,198	576,264	615,846
(B)/(A)(명)	43.7	46.2	46.7	48.3
입소요양시설				
시설 수(A)	11,029	11,634	12,354	13,030
정원 수(B)	799,059	845,007	875,549	902,882
(B)/(A)(명)	72.5	72.6	70.9	69.3

자료: Germany(2013, 2015). Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik.

5) 사례관리제도 도입

2008년 첫 번째 개혁을 시작하면서 새로 도입한 사례관리제도는 우리에 시사하는 바가 크다. 우리나라의 경우 노인장기요양보험이 시행되기 전에는 사례관리자 또는 케어매니저 도입에 대한 논의가 활발하게 진행되었으나 정작 노인장기요양보험이 시행된 이후에는 학계에서조차 이에 대한 논의가 거의 이루어지고 있지 않다. 현재 국민건강보험공단이 등급외자 중 만성질환이 있는 노인만을 대상으로 3~6개월간 제한적 사례 관리를 제공하는 정도이다. 따라서 서비스 간의 연계와 통합 기능을 제공할

수 있는 전달 체계의 부재로 인한 문제가 크다.

사례관리제도의 도입은 단순히 노인장기요양보험제도를 위해서만 필요한 것이 아니다. 국민건강보험공단이 주체인 노인장기요양보험과 지자체가 책임지고 있는 노인돌봄서비스가 체계적으로 운영되기 위해서도 장기요양보험수급권자는 물론 앞으로 수급자가 될 가능성이 높은 등급외자의 욕구를 반영하여 서비스를 체계적으로 연계시킬 수 있는 통합적인 사례관리제도가 필요하다. 더구나 장기요양서비스 이용자는 장기요양시장에 대한 정보를 충분히 갖고 있지 못하기 때문에 이들의 욕구를 파악한 후 이에 기초한 요양서비스 제공 계획을 수립하고 제공된 요양서비스에 대한 사후 점검까지 하는 사례관리자가 필요하다. 또한 최근 사회문제로 부각되고 있는 요양병원과 같은 의료기관, 요양시설 그리고 사회서비스 제공 기관 간의 통합 운영을 위해 연속적인 케어망을 구축하고 통합적 연계를 전문적으로 조정할 수 있는 인력으로서의 사례관리자 또는 케어매니저가 요구되는 바이다.

2. 네덜란드

가. 장기요양보험제도의 개관

네덜란드는 국가 및 민간 차원에서 보건 및 복지서비스가 제공된다. 국가 차원의 서비스로는 건강보험(ZVW), 특별의료비보장제도(AWBZ), 사회적 지원(WMO), 민간 차원의 서비스로는 민간보충건강보험(QV-Voluntary Health Insurance)이 제공된다. 이 중 건강보험이 전 국민이 가입하는 사회보험을 의미한다면, 특별의료비보장제도는 장기요양서비스를 의미하는 것으로 1968년부터 시행되었으나 현재는 2015년 1월을 기

점으로 새장기요양법(Wlz)을 통해 대체된 신장기요양보험제도(De Wet langdurigezorg)가 실시되고 있다. 사회적 지원은 사회복지영역의 서비스로 2007년부터 시행되었으며 2015년부터 종전의 특별의료비보장제도에 포함되었던 가사지원서비스를 이전받아 대상자에게 제공되고 있다.

1) 적용 범위

기존 네덜란드의 장기요양보험제도는 연령, 장애 종류 및 정도, 소득계층에 관계없이 보호가 필요한 모든 사람을 포괄하였다(이수형, 2009; Claundine et al., 2015). 즉, 요양이 필요한 대상자는 누구든 제도권 내에 포함될 수 있었다. 그러나 장기요양 재정에 대한 부담으로 2015년 1월부터 장기요양서비스가 개혁됨에 따라 현재는 나이에 관계없이 만성질환자이면서 신체기능 및 인지기능 상태가 24시간 중증요양서비스를 필요로 하는 자를 대상으로 제공된다(국민건강보험공단, 2015b). 경증 대상자일 경우 장기요양서비스 체계가 아닌 사회지원법 내 서비스를 통해 이용이 가능하다.

서비스 이용은 종전과 동일하게 CIZ(Centrum Indicatiestelling Zong)로부터의 등급판정이 필요하다. CIZ는 2005년부터 장기요양서비스 신청서 접수, 대상자 선정을 위한 욕구 사정 및 등급 판정, 서비스양 결정, 상담, 입소를 위한 지원 등(김세진, 2012) 일련의 업무를 담당한 독립적 기구로서 ICF, DSM-Ⅳ, ICD-10 등(등급판정 도구)을 활용하여 질병, 장애, 의사소통 여부, 일상생활상 문제, 주거환경 등을 고려하여 등급을 판정한다.

〈표 3-25〉 네덜란드 장기요양서비스 대상자 선정 과정 및 요건

구분		내용
적용 범위	자격 요건	- 전 연령
선정 과정	판정 도구	- Ministry of Health에서 개발된 판정 도구
	대상자 범주	- 만성질환자 중 24시간 중증요양이 필요한 자
	등급판정	- CIZ의 독자적 기구를 통한 등급판정
적용 대상자	등급판정 과정	- CIZ에서 신청자에 대한 방문조사 · 기능별 필요 시간 및 제공 시간 판정 - WIz-Bopz에서 검증한 정신적 질환자에 대한 결과 여부 판정 · 정신질환 대상자 중 해당 요건들을 갖추었다고 검증된 경우, 시설 입소 가능하도록 등급판정에 반영
	파악 정보	- 질병, 장애, 의사소통 여부, 일상생활상 문제, 주거 환경 등

자료:1) OECD(2011), Who helped? p.233. 재구성[원자료: OECD(2010), 2009-2010 Questionnaire on Long-term Care Workforce and Financing].
2) 국민건강보험공단(2015b), 장기요양기관 치매케어 전문성 강화 방안 모색을 위한 국외출장 결과보고서.

2) 급여 내용

장기요양서비스는 제공 장소에 따라 재가, 시설서비스로 분류된다. 재가서비스는 신체수발(personal care), 간호케어(nursing care), 지원(Supporting guidance), 상담(Activating guidance), 치료(Treatment)를 포함한다. 시설서비스는 요양기관 등에 입소하여 제공되는 서비스를 의미한다. 장기요양서비스는 급여 유형에 따라 현물 및 현금으로 이용이 가능하다. 단, 1994년부터 도입된 현금지원은 개인 계정을 통해 지급되며, 현물서비스보다 25% 감액된 금액이 지급된다.

재가서비스의 경우 2007년 일상생활지원서비스(가사 지원 등), 경증 정신장애인 관련 서비스를 비롯하여 2015년 1월부터 대부분의 서비스가 지자체로 이관되었다(OECD, 2016). 일상생활지원서비스의 경우 지자체

별로 전문가 팀을 구성하여 대상자 상태 및 거주 환경, 가족 상황 등을 고려하여 제공 여부가 결정된다. 한편, 2013년 이후 현금서비스에 대한 자격기준이 엄격화되어 재가영역에서의 현금급여 사용에 대한 모니터링 기능이 강화되었다(OECD, 2013).

서비스 단가의 경우 재가서비스는 대부분 시간을 기준으로 서비스 단가가 책정되며, 시설서비스는 ZZPs(AWBZ의 각기 다른 서비스 유형들을 여러 유형으로 통합 및 분류)에 기초하여 책정되며, ZZP5단계 이상인 경우에만 시설서비스 이용이 가능하다.

〈표 3-26〉 네덜란드 대상자 상태에 따른 서비스 내용 구분

구분	서비스 내용	구분	서비스 내용
ZZP1	노인보호주택+일부 지원	ZZP6	노인보호주택+집중 요양+간호
ZZP2	노인보호주택+지원+간호	ZZP7	노인보호주택+안내 중심 집중 요양
ZZP3	노인보호주택+상담+집중 요양	ZZP8	노인보호주택+치료 및 간호 중심 집중 요양
ZZP4	노인보호주택+집중 지원+연장 요양	ZZP9	간호+회복치료
ZZP5	노인보호주택+치매 집중 요양	ZZP10	완화치료, 임종간호

자료: 1) 김세진(2012), 네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점. 보건복지포럼, 10, p.106.
2) 국민건강보험공단(2015b), 장기요양기관 치매케어 전문성 강화 방안 모색을 위한 국외출장 결과보고서.

3) 재원 조달

네덜란드 장기요양보험의 재원은 사회보장보험료 67%, 국고보조금 24%, 이용자의 본인부담금 8%로 조성된다(국민건강보험공단, 2015b). 보험료율은 매년 정부에서 결정하며, 본인부담금은 소득, 연령, 동거 가족 여부 등에 따라 결정된다. 종전의 장기요양보험제도(AWBZ) 보험료율은 2014년 기준 12.65%였으며, 신장기요양보험제도(Wlz)의 2015년 보

험료율은 9.65%로 제시되었다(국민건강보험공단, 2015b).

한편, 장기요양서비스 확대로 인해 GDP 대비 장기요양서비스 지출 비율은 1968년 제도 도입 시 0.8%에서 1980년 2.0%, 2013년 4.3%까지 꾸준히 증가하는 추세이다(Frederik et al, 2010, OECD, 2013). 이에 재정 절감 및 효과적 제도 운영을 위한 제도 개혁이 2015년 실시되었다.

〈표 3-27〉 네덜란드의 GDP 대비 장기요양보험지출률 추이

(단위 : %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
지출률	3.5	3.8	3.7	3.7	3.8	4.3

자료: OECD, Health at a glance, 각 연도.

4) 서비스 질 개선

네덜란드 장기요양서비스의 서비스 질 평가는 관련 법률에 의거하여 진행된다. 네덜란드의 Ministry of Health, Welfare and Sport는 국가의 건강관련 서비스 제공에 대한 서비스 질 측정을 위하여 '이용자 질 평가 지표(CO-index)'를 개발하였으며, 2007년부터 장기요양서비스 제공기관에 대해 이를 통한 평가를 실시하고 있다(OECD, 2013).

'The Steering Committee Responsible for Care set'은 국가 차원의 케어서비스 평가를 위한 지표로 2007년에 도입되었으며, 서비스 구조, 과정, 성과 측면을 모두 반영하여 총 10개의 항목[56]으로 구성되어 있

56) 평가 항목: 서비스 이용자가 서비스 이용/인생 계획 작성 시 참여 여부, 서비스 이용자의 욕구 수용을 위한 의사소통 장치 및 관련 정보 제공, 적절한 서비스 제공에 따른 이용자들의 신체적 웰빙, 서비스 이용에 있어 이동의 자유 및 신체적 상해 예방, 서비스 이용자의 사생활 보장 및 기존 생활권 보장(존속), 다양한 활동에 참여할 수 있는 충분한 기회보장 및 권한 부여, 외로움, 우울 등 심리적 반응에 대응할 수 있는 서비스 제공, 전반적인 생활 환경에 대한 안전성, 적시에 자질 있는 요양보호사 등의 충분량의 만

다. 해마다 서비스기관은 본 평가 항목을 반영한 설문 결과를 IGZ(Healthcare Inspectorate)에 보고하도록 되어 있다(OECD, 2013). IGZ는 Responsible Care Quality framework에 기초하여 기관에서 제공한 정보 및 안전성, 효율성, 책임성을 판단한 결과를 통해 서비스 질을 평가한다.

즉, 기본적으로 장기요양기관에 대한 관리 및 감독은 지자체가 담당하나, 개별 기관의 서비스 질 관리는 별도의 기관인 NZa, IGZ를 통해 수행되고 있다. 한편, 최근 들어 서비스 질 및 평가 체계 개선을 위하여 등급판정 단계를 단순화하기 위한 노력과 종사자들의 고용 및 훈련 장려, 직접 고용 비율 증가를 위한 움직임을 보이고 있다.

5) 인프라

네덜란드의 장기요양서비스는 역할 수행에 따라 크게 4개의 기관-건강보험위원회, 보건의료감독원, CIZ(Centrum Indicatiestelling Zong), Zorkantoren(지역요양사무소)이 관여되어 있다.

건강보험위원회는 건강보험, 장기요양보험 관련 업무를 총괄 감독, 조정하며, 보건의료감독원은 보건의료정책에 대한 감독기관으로서의 업무를 수행한다. CIZ는 등급판정기관으로 장기요양서비스 신청서 접수 및 대상자 선정을 위한 욕구 사정, 등급판정, 서비스 종류 및 서비스양 결정 등의 중추적인 역할을 담당한다. Zorkantoren(지역요양사무소)은 실질적 서비스 집행 기관으로 요양시설과의 서비스 수가 계약, 서비스 제공자에게 장기요양 대상자의 서비스 구매 이력 송부, 결산 등의 업무를 수행한다. 단, 서비스 전달 체계 개선의 일환으로 기존 지역요양사무소가 효과성을 저하한다는 판단하에 권한을 축소하였으며(이수형, 2009; OECD,

---

족할 만한 수준의 서비스 제공, 건강 및 사회적 지원 등 복합적 서비스 제공.

2013), 2013년 이후 지역요양사무소의 역할을 민간보험사로 이관함으로써 이용자의 선택권을 강화하고 있다.

나. 장기요양보험제도의 개선 내용 및 운영 실적 평가

1) 제도 도입 이후 서비스 이용자 변화

제도 도입 이후 시설 및 재가 이용자 비율을 가용 자원을 고려하여 살펴보았다. 2000년도까지 정부의 재정 절감 노력 이후, 서비스 질 개선의 일환으로 약 5년간 장기요양서비스에 대한 지원 확산이 이루어졌다. 동시기 65세 이상 자의 시설 및 재가 서비스 이용 비율을 살펴보면, 각각 7%, 20%의 수준을 유지하고 있다.

그러나 장기요양서비스 제공에 있어 장애인, 65세 이상의 만성질환자 등 대상자의 특성 중심에서 이용자의 기능손상에 맞춰 서비스가 제공되기 시작하면서(이수형, 2009), 점차적으로 대규모 시설 입소에 대한 반감, 재가영역에서의 맞춤형 서비스에 대한 욕구가 생겨나기 시작하였다. 이는 시설 이용자의 감소로 이어졌으며, 〈표 3-28〉에서 나타나듯이 시설 이용자 비율은 연령 구분과 관계없이 지속적으로 감소하고 있다. 한편, 정부의 재가서비스 장려 정책아래, 재가서비스는 연도별로 증감의 폭을 달리하며 운영되고 있다. 초기 연도에 비해 상대적으로 이용 비율은 감소하였으나 2005년도부터 최근 연도까지 약 13%의 수준[OECD 평균, 7.9%(2012년도 기준)]을 유지하며 OECD 평균을 상회한다. 이용 비율의 상대적인 감소는 장기요양보험에서 보장했던 일부 정신보건서비스의 건강보험서비스로의 이전, 가사지원서비스의 사회적 지원(WMO) 영역으로 이전 등 서비스 체계 개편 등도 하나의 요인으로 작용했을 것으로 보인다.

그러나 앞서 언급했던 바와 같이 최근 장기요양제도가 개혁됨에 따라 향후 서비스 대상자 특성에 있어서도 변화를 보일 것으로 예측된다. 기존 특별의료보장법(AWBZ)에 의해 서비스를 받던 대상자들에 한해 기존 서비스가 유지되나, 신규 서비스 대상자에 있어서는 보다 엄격한 인정조사 과정이 적용됨(국민건강보험공단, 2015a)에 따라 현재까지의 경향성에 있어서도 변화를 가져올 것으로 보인다.

〈표 3-28〉 네덜란드 장기요양서비스 이용 비율(시설 및 재가, 2004~2014년)

(단위: %)

구분		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
시설	65세 이상	7.3	7.1	6.9	6.9	6.7	6.7	6.6	6.5	6.2	5.6	5.3
	80세 이상	21.6	20.7	20.0	20.2	19.5	19.5	19.5	19.1	18.4	16.8	16.0
재가	65세 이상	15.4	13.4	13.2	13.1	13.1	13.0	12.9	13.9	13.7	12.5	13.1
	80세 이상	33.5	30.2	30.3	30.2	30.4	30.6	30.8	32.4	32.7	30.7	32.8

자료: OECD. Long-term care resources and utilisation(2016. 9. 8. 추출).

[그림 3-4] 네덜란드 장기요양서비스 이용 비율(시설 및 재가, 2004~2014년)

자료: OECD. Long-term care resources and utilisation(2016. 9. 8. 추출).

2) 제도 도입 이후 서비스 내용 변화

네덜란드 장기요양보험 서비스는 제도 도입 이후 서비스 내용에서 큰 변화는 나타나지 않았다. 서비스 제공과 밀접하게 관련된 Long-term Care Act 법률은 기존 General Exceptional Medical Expenses Act를 대체(2015. 1. 1.~)하는 법안으로, 지속적인 보호나 24시간 케어가 필요한 대상자들을 대상으로 서비스가 제공될 수 있도록 명시하고 있다(OECD, 2016).

법령에서 명시하고 있는 주요 서비스는 시설서비스, 신체수발 케어(지원) 서비스, 회복탄력성 증진서비스 간호서비스, 회복, 개선 등의 치료서비스, 일부 주간보호서비스가 포함된다. 이 외 가사지원서비스 및 자원봉사 등의 사회 참여 서비스는 Social Support Act에 의해 수행되고 있다.

[그림 3-5] 네덜란드 장기요양보험 개혁 방안(2011)

자료: Schut et al(2013), Health care reform and long-term care in the Netherlands. OECD Economics department working paper, No.1010.p.26[원자료: Ministry of Health(2011), Welfare and Sport].

〈표 3-29〉 네덜란드 장기요양보험 개혁 방안(2015년)

구분		서비스 내용
AWBZ (장기요양보험)	1) Wlz(장기요양보험)	- 중증 대상자 중심의 요양 서비스 제공(시설 대상자) - 사회보험 체계
	2) Zvw(건강보험)	- 건강 관리 및 예방 지원 - 사회보험 체계
	3) Wmo(사회지원서비스)	- 가사지원 등 일상생활 지원 서비스, 현금급여 - 조세 방식

자료: 국민건강보험공단(2015b), 장기요양기관 치매케어 전문성 강화 방안 모색을 위한 국외출장 결과보고서, p.13 참조.

한편, 현금급여는 이용자의 선택권을 강화한다는 측면에서 개인계정(PGB)으로 제공되었다. 지급을 위해서 요양 필요 정도, 소득, 결혼 상태 등에 대한 점검이 진행되며, 다른 사회보장서비스의 혜택을 받을지라도 수급이 가능하다. 단, 요양과 관련된 서비스 제공에만 사용이 가능하다. 최근 시설 입소자의 현금급여 이용은 감소 추세를 보이며, 경증의 요양 욕구를 보이는 재가 이용자에 대해서도 엄격하게 관리하고 있는 실정이다(OECD, 2013).

3) 제도 도입 이후 전달 체계 변화

장기요양보험 개혁의 기조에 맞물려 전달 체계에 있어서도 변화가 나타났다. 경증의 시설서비스 이용자의 재가서비스로의 전환 등 정부의 재가서비스 강화는 65세 이상 서비스 이용자 1,000명을 기준으로 살펴본 침상 수(시설 수)에서도 나타난다. 2001년 65세 이상 서비스 이용자 1,000명당 약 77.9개에서 점차 감소하는 경향을 보이며, 2012년 기준 65.5개로 나타났다([그림 3-6]참조). 한편 시설 유형에 따라서 그 경향성을 달리

하는데, 입소시설의 경우 2000년 대비 2008년 침상 수가 감소한 반면, 간호시설은 소폭 증가하였다(표 3-30 참조). 단, 이 같은 변화가 장기요양 대상자의 특성 등을 반영한 것인지 등은 추가적인 분석이 필요하다.

[그림 3-6] 네덜란드 65세 이상 노인인구 1,000명당 침상 수 변화(2001~2012년)

주: 막대그래프는 전체 시설 침상 수를 의미하며, 꺾은선그래프는 65세 이상 서비스 이용자 1,000명당 시설 수(침상 수)임.
자료: OECD Health data(2016. 9. 7. 추출).

〈표 3-30〉 네덜란드 입소시설 및 간호시설의 침상 수 변화(2000, 2008년)

(단위: 서비스 이용자 1,000명당)

구분	2000년	2008년
입소시설	118	99.6
간호시설	26.4	28
간호시설(노인성치매)	31.2	36.9
전체	176.7	164.6

자료: Social Protection Committee and the European Commission services(2014), Adequate social protection for the long-term care needs in an ageing society, p.192(원자료: De Klerk, 2011).

한편, 제공 기관 분포 추이는 이용자의 서비스 접근성(대기시간)과도 관련이 있다. 2010년을 기준으로 간호시설 및 요양시설의 대기시간을 살펴보면, 간호시설의 경우 약 1.5달 이내 입소가 가능한 경우가 93%, 입소시설의 경우 약 3달 이내 입소가 가능하다는 응답이 90.1%였다. 단년도를 기준으로 한 자료이긴 하나, 시설의 증감이 곧 대기시간과도 연결되고 있음을 살펴볼 수 있다.

〈표 3-31〉 네덜란드 입소시설 및 간호시설의 대기시간(2010년 기준)

(단위: %)

구분	간호시설	입소시설
42일 이하	93.0	-
91일 이하	-	90.1
43일~91일	2.8	-
91일 초과	4.2	9.9

자료: Social Protection Committee and the European Commission services(2014), Adequate social protection for the long-term care needs in an ageing society, p.194(원자료: Nza 2012).

공적영역의 시설 및 재가기관을 중심으로 제공 인력의 변화를 살펴보면 다음과 같다. 〔그림 3-7〕은 간호 및 개인요양인력을 모두 포함한 것으로 서비스이용자 1,000명을 기준으로 할 때 2004년까지는 증가하였으나, 그 이후 2005년부터 2008년까지 소폭의 증감을 보이다가 2009년을 기점으로 지속적으로 감소하고 있다. 이 같은 경향은 앞서 살펴본 시설의 변화와도 유사하며, 2010년을 기점으로 시설 및 제공 인력 모두 감소하는 것으로 나타났다.

구체적으로 시설 및 재가기관 종사자(간호 및 개인요양인력 모두 포함)의 65세 이상 노인인구 대비 비율을 살펴보았다. 상대적으로 시설에서 종사하는 인력이 재가기관에서 종사하는 인력보다 많은 수를 차지하며, 그

비율에 있어서도 우위를 나타낸다. 그러나 양측 모두 2005년을 기점으로 뚜렷한 경향성 없이 증감을 반복하고 있으며, 최근에는 모두 감소하는 추세로 나타났다.

[그림 3-7] 네덜란드 장기요양기관 서비스 제공 인력 변화 추이(2001~2014년)

자료: OECD Health data(2016. 9. 7. 추출).

4) 제도 도입 이후 재정지출 변화

네덜란드의 장기요양보험은 공적 영역에서 대다수를 관할하고 있는 국가로, 관련 지출이 높은 국가 중 하나로 분류된다. 제도 도입 후 약 30년이 경과한 1998년도에 이르러 장기요양 관련 지출은 GDP 대비 약 8%의 지출 비율을 보인다. 이후 정부의 재정 지원에 따라 2001~2002년 사이 약 14%로 지출이 급증하나 이후 점차적으로 감소하여 2004년도에 이르러 약 5%에 가까운 지출 비율을 보이고 있다.

[그림 3-8] 네덜란드 GDP 대비 장기요양지출 비율(1995~2006)

자료: Frederik et al.(2010), Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands, p.418.
원자료: IBO-werkgroep AWBZ(2006:42).

2008년부터 최근까지 재정지출 비율을 살펴보면 3.5~4.3% 사이를 유지하고 있다(그림 3-9 참조). 2000년대 이후 건강 및 장기요양 영역의 지출이 해마다 급증하였고, 약 10년간 장기요양 관련 정부재정 증가율은 약 10%에 가까웠다(2000~2010년, 그림 3-10 참조). 그에 따른 조치로 중반 이후 시장 기능을 강화하는 방향으로 개혁이 추진되면서, 2000년대 초반과 비교하여 그 비율이 상대적으로 낮아졌음을 알 수 있다.

[그림 3-9] 네덜란드 GDP 대비 장기요양지출 비율(2008~2013)

자료: OECD, Health at a glance, 각 연도.

〔그림 3-10〕 네덜란드 GDP 대비 공적 장기요양서비스 재정지출 변화

자료: OECD(2013), Better policies for better lives - The Netherlands. p.1[원자료: OECD(2012), Health data].

그러나 이는 어디까지나 상대적인 비율일 뿐 여전히 재정지출에 대한 부담은 지속되고 있다. 2012년 기준 네덜란드 성인 1명의 평균 보험료 청구 금액은 4,878유로에서 2014년 5,188유로로 급격히 증가하였는데 이 중 기존 장기요양보험제도 지출이 2012년 1,231유로에서 1,465유로로 약 20% 가까이 증가하면서 개혁을 추진하는 배경이 되었다(국민건강보험공단, 2015a).

〔그림 3-11〕 네덜란드 성인 1인 기준 평균 청구 금액(2012~2014년)

(단위: 유로)

자료: 국민건강보험공단(2015a), 국외출장(벨기에, 네덜란드) 결과보고서, p.50.

다. 장기요양보험제도의 추진 방향 및 내용

네덜란드 정부는 2000년대까지 장기요양서비스에 대해 비용억제정책을 추진함으로써 일부 측면에서 성공을 거두었다. 그러나 이로 인해 서비스 대기시간 증가, 서비스 질에 대한 이용자의 불만족 등이 증가하면서 이용자 측면에서의 효율성 및 접근성을 높일 수 있는 방안으로의 개혁이 2000년 이후 실시되었다(Frederik et al., 2010; Claudine et al., 2015). 개혁의 주요 내용은 서비스의 현대화로, 요양 시스템의 대처 능력

증진을 목표로 하고 있다. 본 개혁은 시스템 개선을 통해 이용자의 선택권을 강화하였다는 측면에서 긍정적으로 평가되고 있다.

그 과정에서 정부는 장기요양서비스에 대해 2005년까지 한시적으로 개방형 예산(open ended)으로 재편성하였으며, 지역사회 내에서 건강한 노후를 보장하기 위한 재가서비스를 독려하는 정책 기조를 추진하였다. 동기간 재가시설의 확충 및 이를 통한 대기 인원의 감소 등의 긍정적 측면이 있었으나 한편으로 지속적인 재정지출에 대한 우려의 목소리가 제기되었다. 2000년대 중반 당시 네덜란드 노인인구는 약 10%의 고령화 사회로 장기적 측면에서의 비용효율성에 대한 논의가 이어졌다. 즉, 양질의 서비스 품질을 유지하면서 비용을 경감시킬 수 있는 시스템 개혁이 필연적이라 할 수 있다.

네덜란드 정부는 2011년부터 개혁의 움직임을 보이기 시작하였으며, 일부 일상생활 지원 서비스의 지자체 이관 등이 이에 포함된다. 2015년 1월부터 재편된 장기요양보험제도를 통해 일상생활 지원 서비스의 지자체 이관, 경증 대상자의 사회지원법 내 지원 등 지자체로의 분권화를 통해 재정 부담을 완화시키려는 노력을 보이고 있다(OECD, 2016). 주요한 개혁 내용은 다음과 같다.

첫째, 재정 절감을 통한 제도의 지속 가능성 제고이다. 그 일환으로 시설서비스에 대한 의존도를 줄이며 재가서비스를 장려하고자 한다. 2000년대 중반부터 이어진 재가서비스 강화는 최근까지 이어지고 있다. 서비스 자격 요건에 있어 명확한 설계 및 정의를 통해 시설서비스 이용을 최대한 제한하고 있으며(중증의 경우에만 이용 가능), 경증의 경우 제도권 외 사회지원법 내 서비스로 연계한다. 기존 장기요양서비스 제공에 대한 재정적 부담을 완화하고자 하는 조치이다.

둘째, 지자체로의 분권화이다. 경증의 요양 필요 대상자 혹은 ADL 기능

에 따른 일상생활 지원 서비스 등을 2015년 이후 지자체로 이관하였다. 지역사회 내에서 자립이 가능한 대상자들에 대한 관리적 측면과 급증하는 국가 재정 부담을 경감하고자 하는 시도로 볼 수 있다.

셋째, 서비스 제공 인력에 대한 적절한 보상 등을 통한 서비스 질적 수준 제고이다. 대인서비스로 제공되는 서비스의 특성상 제공 인력에 대한 전문성 강화는 전제 조건이라 할 수 있다. 그 일환으로 서비스 제공자들에 대한 고용 및 훈련 장려, 직접 고용 비율 증가 등을 통해 보상 체계를 강화하고자 한다. 곧 서비스 질적 개선을 위한 자구책이라 볼 수 있다. 이뿐만 아니라 서비스 질 평가 체계에 대한 개선에 대한 필요성도 제기되고 있다.

현재까지 네덜란드 장기요양서비스와 관련하여 전반적인 사항에 대해 살펴보았다. 네덜란드는 일찍이 특별의료비보장제도(AWBZ)를 통해 장기요양서비스를 제공하기 시작한 나라로, 지속적인 제도 개혁 과정을 통하여 서비스의 질적 수준 제고, 이용자의 편의성 강화 등을 확보하고자 노력하고 있다. 이미 여러 나라들이 당면한 고령인구 증가로 인한 국가의 재정 부담을 네덜란드 역시 체감하고 있으며, 최근 개혁을 통해 이를 완화하고 지속 가능한 발전을 도모함을 확인할 수 있다.

우리나라 역시 고령인구의 증가로 인해 장기요양보험제도의 안정적 운영이 보다 중요해지는 시점이므로, 선험 국가의 사례를 통해 제도 개선을 위한 방안을 고안해 볼 필요성이 있다.

3. 일본

가. 장기요양보험제도(개호보험제도)의 개관

1) 적용 범위

일본 장기요양보험제도에는 2종류의 피보험자가 있다. 65세 이상의 노인(제1호 피보험자)과 40~65세 미만의 의료보험가입자(제2호 피보험자)로 구분하고 있다. 이러한 방식은 독일 또는 우리나라와 같이 전체 연령을 포괄하는 건강보험 가입자와 다른 방식이다. 또한 모든 피보험자는 욕구에 따라 장기요양서비스를 받을 수 있는 것이 아니라 별도의 수급권자 범위를 정해 놓고 있다. 즉, 제1호 피보험자는 장기요양보호가 필요한 상태(요개호 상태)이거나 지원을 받을 수 있는 상태(요지원 상태)에 놓여 있으면 서비스 수급권이 발생하는 반면, 제2호 피보험자는 요개호 또는 요지원 상태로 판정된 자 중에서 초로기 치매나 뇌혈관 장애의 노화에 기인하는 질병[57]을 지닌 자를 수급권자로 설정하고 있다. 다만 비노인의 일반 성인 장애인은 별도의 국가예산으로 운영되는 장애인자립지원제도를 통해서 장기요양서비스가 제공되고 있기 때문에 장기요양보험제도에서는 제외시키고 있다.

다만 실제로 서비스를 받기 위해서는 먼저, 수급권자로서 요개호 상태 또는 요지원 상태에 있다는 것을 인정받아야 한다(그림 3-12 참조). 즉, 수급권자는 보험자에 해당하는 시정촌에 요개호 인정을 신청하여야 하는데, 신청이 가능한 자는 본인, 성년 후견인, 가족이나 친족, 민생위원이나 개호상담원 등 거택개호지원사업자나 개호보험시설 중에서 정부가 정하

57) 이러한 특정질환에는 암, 초로기치매, 뇌혈관질환 등 총16개 질환으로 구성되어 있음.

는 자로 되어 있다. 신규 신청자에 대해서는 보험자(시정촌) 직원이 직접 방문조사를 실시하고 있지만 기존 인정자의 갱신 신청은 거택개호지원사업소의 개호지원전문원(일명, 케어매니저)에게 위임할 수 있다. 요개호 인정 체계는 우리나라와 동일하게 방문조사[58]의 결과를 PC에 입력하여 1차적으로 장기요양등급이 결정되고, 1차 결정 결과, 주치의 의견서와 방문조사 시 특이사항 등을 참고로 해서 시정촌마다 설치되어 있는 개호인정심사회에서 최종적으로 장기요양등급을 결정한다. 현재 장기요양등급은 요개호 등급이 5개, 요지원 등급이 2개로 총 7개로 구분되어 있다(표 3-32 참조).

[그림 3-12] 일본 장기요양인정 체계

58) 방문조사 항목은 신체기능 및 기거동작에 관한 능력평가 항목이 13개(마비, 구축은 하나의 항목으로 취급), 생활기능에 관한 개호방법 평가 항목이 12개, 인지기능에 관한 능력평가 항목이 9개, 정신 및 행동장애에 관한 능력평가 항목이 15개, 사회생활에 대한 적응평가 항목이 6개, 기타 과거 14일간 받은 특별한 의료에 대한 유무평가 항목이 12개로 되어 있음.

〈표 3-32〉 일본 장기요양보험제도의 장기요양등급 구분 및 상태

	신체 상태	치매 정도	요개호 인정 시간
요지원 1	일상생활 능력은 기본적으로 있지만, 목욕 등에 일부 개호가 필요한 상태	증상이 있어도 일상생활에 지장이 없는 상태	25~32분
요지원 2	일어서기나 보행이 불안정한 상태	건망이 있어도 대부분 생활에 큰 지장을 일으키지 않는 상태	32~50분
요개호 1	일어서기나 보행이 불안정하고, 배설, 목욕 등에 일부 개조가 필요한 상태	건망, 사고, 감정 등의 장애로 충분한 설명이 있어도 적절한 이해가 곤란한 상태	
요개호 2	일어나기가 자력으로 곤란하고, 배설, 목욕 등에 일부, 또는 전체 개조가 필요한 상태	일과나 방금 전의 상황을 부분적으로 모르기 때문에 생활에 지장을 주고, 타인과의 관계가 원활하지 못한 상태	50~70분
요개호 3	일어나기, 뒤집기가 자력으로 불가능하고 배설, 목욕, 옷 갈아입기 등에서 전체 개조가 필요한 상태	생년월일, 자기 이름을 모르게 되고, 옷 갈이입기 등 신체 처리를 스스로 못하게 되는 상태	70~90분
요개호 4	배설, 목욕, 옷 갈아입기 등 많은 행위에 전면적인 개조가 필요한 상태	항상 의사소통이 곤란하고 일상생활에 지장을 주는 행동이 빈번하게 보이는 상태	90~110분
요개호 5	생활 전반에 대해 전면적인 개조가 필요한 상태	전반적인 이해가 저하되어 있는 상태	110분 이상

자료: 일본후생통계협회, 2015/2016, 보험과 연금의 동향, 2016.

2) 급여 내용

보험급여는 원칙적으로 현물급여로만 제공하고, 현금지급은 현행 장기요양보험제도 내에서는 없다. 현물급여에는 다시 시설급여와 재가급여로 구분되어 있는데, 요지원 등급자와 요개호 등급자 간 이용할 수 있는 급여서비스의 내용이 다르다(표 3-33 참조). 즉, 요지원 등급자에게는 개호예방서비스라 하여 시설급여와 재가급여의 일부를 제외하고 나머지 급여가 제공되고 있다. 그렇지만 요지원 등급자라고 하더라도 특별양호노인홈이 아닌 양호노인홈(양로시설)이나 유료노인홈, 고령자주택, 치매노인그룹홈 등과 같은 입소생활시설에 입소하여 시설급여와 유사한 서비스를 받을 수 있기는 하다.

〈표 3-33〉 일본 장기요양보험 급여 내용

	예방급여	개호급여
도도부현의 지정, 감독 서비스	(1) 개호예방거택서비스 〔방문서비스〕 - 개호예방방문개호 - 개호예방방문입욕개호 - 개호예방방문간호 - 개호예방방문재활 - 개호예방거택요양관리지도 〔통소서비스〕 - 개호예방통소개호 - 개호예방통소재활 〔단기입소서비스〕 - 개호예방단기입소생활개호 - 개호예방단기입소요양개호 〔기타 서비스〕 - 개호예방특정시설입거자 생활개호 - 개호예방복지용구대여 - 특정개호예방복지용구판매	(1) 거택서비스 〔방문서비스〕 - 방문개호 - 방문입욕개호 - 방문간호 - 방문재활 - 거택요양관리지도 〔통소서비스〕 - 통소개호 - 통소재활 〔단기입소서비스〕 - 단기입소생활개호 - 단기입소요양개호 〔기타 서비스〕 - 특정시설입거자생활개호 - 복지용구대여 - 특정복지용구판매 (2) 거택개호지원 (3) 시설서비스 - 개호노인복지시설 - 개호노인보건시설 - 개호요양형의료시설
시구정촌의 지도, 감독 서비스	(1) 개호예방지원 (2) 지역밀착형개호예방서비스 - 개호예방소규모다기능형 거택개호 - 개호예방치매대응형통소개호 - 개호예방치매대응형공동생활개호(그룹홈)	(1) 지역밀착형서비스 - 정기순회·수시대응형 방문요양간호 - 소규모다기능형 거택개호 - 야간대응형방문개호 - 치매대응형통소개호 - 치매대응형공동생활개호(그룹홈) - 지역밀착형특정시설입소자 생활개호 - 지역밀착형개호노인복지시설 입소자생활개호 - 복합형서비스
기타	(1) 주택개수	(1) 주택개수

자료: 일본후생노동성, 요개호인정 체계 설명 자료.

또한, 도도부현의 지도 감독이 필요한 서비스와 시정촌의 지도 감독이 필요한 서비스로 구분되는데, 후자의 급여서비스는 해당 시정촌에 거주하는 요개호자 및 요지원자를 대상으로 하고 있다는 점이 특이하다.

이와 같은 개호보험급여를 제공받기 위해서 이용자는 공급자와 직접 이용계약을 맺는 것이 아니라, 양자 간의 중간자 역할을 하고 있는 케어매니저들에 의해 수립된 개호 계획에 따라 서비스를 이용하도록 유도하고 있다는 점이 특이하다(그림 3-13 참조).

[그림 3-13] 일본 장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트 체계

장기요양서비스 수급자는 재가 및 시설 급여서비스를 이용할 때 총비용의 10%를 이용자 본인이 부담하고, 나머지 비용은 보험자가 공급자에게 지급하고 있다(표 3-35 참조). 다만, 2015년도부터 고소득층에 한해서 본인부담률을 20%로 상향 조정하였다. 그리고 이용자가 부담한 비용이 소득 수준을 감안하여 설정한 본인부담 상한액[59]을 초과하면, 초과액을 고액개호서비스비의 명목으로 지급하고 있다. 또한, 재가급여서비스를 이용할 때에는 보험급여의 월지급상한액이 설정되어 있어서 상한액을 초과하면 전액 이용자가 부담하여야 한다. 이때 해당되는 재가급여서비스 범위에는 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 통소개호(주·야간보호), 통소재활, 단기입소 생활개호, 단기입소 요양개호, 복지용구 대여 및 개호예방서비스이다.

〈표 3-34〉 일본 재가급여의 등급별 급여 월 한도액(2015년 4월 현재)

등급	요지원1	요지원2	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5
기준액	5,003 단위	10,473 단위	16,692 단위	19,616 단위	26,931 단위	30,806 단위	36,065 단위

주: 1단위는 지역 및 급여서비스의 내용에 따라 10~11.26엔에 해당함.
자료: 일본후생통계협회, 2015/2016, 보험과 연금의 동향, 2016.

한편, 보험급여액은 총서비스비용 중에서 이용자 본인부담액을 제외한 금액을 말하는데, 총서비스비용(개호수가)은 후생노동성이 결정하고 있다. 총서비스비용(개호수가)은 모든 보험급여의 유형마다 산정되어 있고, 시설환경이나급여 제공 방식 및 인력 배치 기준 등에 따라서 차이가 발생

59) 2015년도 현재, 이용자 본인의 1개월 장기요양비용지출액(본인부담금)이 생활보호수급자 및 세대 전원이 주민세비과세이고 노령복지연금 수급자인 경우에는 15,000엔, 세대 전원이 주민세비과세이지만, 본인의 소득금액+연금수입이 80만 엔 이하인 자는 15,000엔, 그렇지 않은 자는 24,600엔, 그리고 주민세과세 대상자인 경우에는 37,200엔으로 되어 있음.

하고 있다. 예를 들면 입소시설에서의 주거실이 다인실인지, 1인실인지에 따라서 개호수가가 다르고, 이에 따라 이용자의 본인부담액에 차이가 발생하고 있다.

〈표 3-35〉 일본 시설급여서비스 총비용(기본서비스 기준, 개호수가)(2015년 4월 기준)

(단위: 단위)

시설유형	개호노인복지시설			개호노인보건시설		
시설환경	다인실	요개호1	594	통상형	요개호1	768
		요개호2	661		요개호2	816
		요개호3	729		요개호3	877
		요개호4	796		요개호4	928
		요개호5	861		요개호5	981
	개인실(유니트형)	요개호1	625	재택강화형	요개호1	812
		요개호2	691		요개호2	886
		요개호3	762		요개호3	948
		요개호4	828		요개호4	1,004
		요개호5	894		요개호5	1,059
시설유형	개호요양형의료시설					
시설환경	요양기능강화형A	요개호1	778			
		요개호2	886			
		요개호3	1,119			
		요개호4	1,218			
		요개호5	1,307			
	요양기능강화형B	요개호1	766			
		요개호2	873			
		요개호3	1,102			
		요개호4	1,199			
		요개호5	1,287			
	기타	요개호1	745			
		요개호2	848			
		요개호3	1,071			
		요개호4	1,166			
		요개호5	1,251			

자료: 일본후생통계협회, 2015/2016, 보험과 연금의 동향, 2016.

이러한 개호수가는 원칙적으로 3년마다 개정되고 있으며,[60] 2000년

60) 1차 개정(2003년) 시에는 전체 평균적으로 2.3% 인하, 2차 개정(2006년) 시에는 0.5%

제도 도입 이후 개호수가는 인하 또는 인상을 거듭해 왔다(표 3-36 참조).

〈표 3-36〉 일본 개호보수(장기요양서비스가격)의 개정 추이

개정 시기	주요 내용	개정률
2003	- 자립지원 관점에서의 재가요양 지원 확립 - 자립 지원을 지향하는 재가서비스의 평가 - 시설서비스 질 향상과 적정화	* -2.3% (재가; +0.1%, 시설; -4.0%)
(2005)	- 식비, 거주비의 이용자 본인 부담화 - 식비, 거주비 관련 운영 기준 개정	
2006	- 중증자의 지원 강화 - 개호 예방, 재활 추진 - 지역포괄케어, 치매케어의 확립	* -0.5%(단, 2005년 10월 개정분을 포함하면 -2.4%) (재가; 평균 -1%, ※경증은 -5%, 중증은 +4%) (시설; 0% 단, 2005년 10월 개정분을 포함하면 -4.0%)
(2008)	- 요양병상의 전환 촉진을 위한 노인보건시설 기준 개정	
2009	- 케어종사자의 인력 확보, 처우 개선 - 의료와의 연계 및 치매케어 내실화 - 효율적인 서비스 제공 및 신규 서비스의 검증	+3.0% (재가분; 1.7%, 시설분; 1.3%)
2012	- 재가서비스의 강화 및 시설의 중점화 - 자립 지원형 서비스의 강화 및 중점화 - 의료 및 장기요양의 연계, 기능 분담 - 케어인력의 확보 및 서비스의 질 향상	+1.2% (재가분; 1.0%, 시설분; 0.2%)
(2014)	- 소비세율 8% 인상에 따른 시설의 부담 완화(소비세 대응 부분을 보전)	+0.63%
2015	- 지역포괄케어시스템 강화 - 고령자 증가에 따른 필요 경비의 증가 - 개호직원 처우 개선, 물가 동향 고려	+2.27% (재가분; 1.42%, 시설분; 0.85%) (처우 개선: +1.65%, 개호서비스강화: +0.56%, 기타: 4.48% 포함)

자료: 선우덕(2013), 일본 장기요양보험재정의 동향과 시사점.

인하, 3차 개정(2009년) 시에는 전체 평균적으로 3.0% 인상, 4차 개정(2012년) 시에는 전체 평균적으로 1.2% 인상, 5차 개정(2015년) 시에는 2.27% 인하됨.

개호수가는 단순히 총비용을 보전해 주는 데 그치는 것이 아니라 정부의 정책 실행을 강화시킬 목적으로 개호수가를 조정하고 있다. 예를 들면 최근의 2015년도 개호수가 개정 때에는 중증등도 요개호자 및 치매 고령자에 대한 대응 강화, 개호인력 확보 대책의 추진, 서비스평가의 적정화 및 효율적 서비스 제공체제 구축을 명목으로 한 부분에만 수가 인상을 도모하고, 나머지 부분은 인하 조치하는 정책을 단행한 바 있다.

3) 재원 조달

일본 장기요양보험제도의 재원 구성은 가입자 보험료와 정부예산이 각각 50%씩 차지하고 있다. 보험료는 제1호 피보험자와 제2호 피보험자 간 부과 방식이 다른데, 제1호 피보험자의 보험료는 보험자마다 상이하고, 소득 수준별로 일정액을 책정하여 부과되고 있다(표 3-37 참조). 제도 초기에는 소득 수준을 2단계로 구분하였으나, 2015년도부터는 9단계로 세분화하였다. 보험료액은 최저 보험료 산정 기준액의 45%(1단계)에서 최고 기준액의 170%(9단계)이다. 일정액 이상의 노령 및 퇴직연금 수급자에 대해서는 연금액으로부터 원천징수하고, 나머지 대상자에게는 보험자가 개별적으로 징수하고 있다. 제2호 피보험자의 보험료는 의료보험료와 함께 징수되고 있다[61](표 3-38 참조).

한편, 정부의 부담금 중에서 중앙정부가 전체의 25%, 도도부현이 12.5%, 시구정촌이 12.5%를 분담하고 있다. 중앙정부의 분담률 중에서 5%는 재정안정화기금을 조성하는 데 활용되고, 급여서비스의 내용에 따라서 정부의 분담 비율은 차이를 둔다. 즉, 시설급여비의 경우에는 중앙

61) 의료보험자는 피보험자 1인당 전국균일액에 각 의료보험제도에 가입한 제2호 피보험자 수를 곱해서 개호급여금을 산정하고, 이를 사회보험진료보수지불기금에 납부함. 사회보험진료보수지불기금은 이를 다시 각 시구정촌에 일정 비율로 교부하고 있음.

정부가 전체의 20%, 도도부현이 17.5%, 시구정촌이 12.5%이고, 재가급여비의 경우에는 중앙정부가 전체의 25%, 도도부현이 12.5%, 시구정촌이 12.5%이다.

〈표 3-37〉 일본 장기요양보험제도의 제1호 피보험자 월평균 보험료액 추이

(단위: 엔)

시기	기간	보험료액	개호보수 변경률
제1기	2000~2002	2,911	
제2기	2003~2005	3,293	-2.3(2003), -1.9(2005)
제3기	2006~2008	4,090	-0.5(2006)
제4기	2009~2011	4,160	+3.0(2009)
제5기	2012~2014	4,972	+1.2(2012), +0.63(2014)
제6기	2015~2017	5,514	-2.27(2015)
	2020	6,771	
	2025	8,165	

자료: 일본후생노동성, 공적개호보험제도의 현상과 향후 역할, 2015.

〈표 3-38〉 일본 장기요양보험제도의 제2호 피보험자 장기요양보험료율 추이

(단위: 엔)

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
보험료율	1.07	0.89	1.11	1.25	1.23	1.23	1.13
구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
보험료율	1.19	1.50	1.51	1.55	1.55	1.72	1.58

주: 2003년 이후에는 총보수제 도입 이후 보험료율임.
자료: 일본후생노동성, 공적개호보험제도의 현상과 향후 역할, 2015.

4) 서비스 질 개선

일본에서는 양질의 장기요양서비스를 유지하기 위해 우리나라와 같이 주기적으로 장기요양기관평가제를 실시하고 있지는 않다. 그 대신에

2006년 4월부터 이용자가 적절하게 장기요양서비스를 선택할 수 있도록 모든 장기요양서비스사업자에게 장기요양서비스의 내용 및 운영 실태에 관한 정보를 공표하도록 하고 있다. 또한 사업자 규제의 일환으로 지정 취소된 날로부터 5년 이내 시설 개설을 허용하고 있지 않고, 장기요양보험시설로써의 지정을 6년마다 갱신하도록 하고 있다.

개호서비스 정보의 공표제도에 대해서 정리하면 다음과 같다. 먼저, 동 제도의 목적은 이용자가 개호서비스 및 사업소를 비교, 검토하여 적절하게 선택하기 위한 정보를 도도부현이 공표하게 하는 데 두고 있다. 이를 위해서 개호서비스사업소는 연 1회 최근의 개호서비스 정보를 도도부현에 보고해야 하고, 도도부현은 사업소로부터 보고받은 내용에 대해 인터넷에 공표를 한다. 또한, 도도부현은 보고내용에 대한 조사가 필요하다고 할 때 사업소에 대해 방문조사를 실시할 수 있다.

〔그림 3-14〕 일본 개호서비스 정보 공표제도의 내용

5) 시설 및 인력 인프라

장기요양 인프라에는 시설과 인력이 있는데, 시설(개호서비스사업자)에는 방문개호서비스와 같은 재가서비스를 제공하는 사업자와 개호노인복지시설과 같은 장기요양기관을 도도부현에서 지정하고 지정받은 사업자가 제공하는 서비스를 보험급여의 대상으로 하고 있다. 재가서비스사업자는 기존부터 민간사업자에게도 참여를 허용하고 있지만, 시설서비스는 사회복지법인 또는 의료법인 등 비영리사업자에게만 허용하고 있다는 점이 우리나라와 다른 점이다. 단, 치매대응형그룹홈의 경우에는 24시간 케어서비스가 제공되는 입소시설(특별양호노인홈)과 동일한 형태로 운영되고 있지만, 재가서비스로 분류되어 있어서 민간영리사업자의 참여가 허용되고 있다. 그 외에도 개호노인복지시설(특별양호노인홈)은 아니지만 시설서비스를 제공하고 있는 유료노인홈이나 경비노인홈 등의 특정시설도 재가서비스로 분류되어 있기 때문에 민간영리사업자의 참여가 가능하다. 기본적으로 개호노인복지시설(특별양호노인홈)은 30인 이상의 입소자가 있는 시설을 말하는데, 30인 미만의 개호노인복지시설(특별양호노인홈)은 지역 밀착형 시설이라 하여 시구정촌이 지도, 감독하고 있다. 이러한 지역 밀착형 개호노인복지시설도 사회복지법인에게만 설치가 가능하다. 이 외에도 개호보험제도에서는 우리나라 제도에는 존재하지 않는 노인보건시설과 요양형병상군(일종의 노인요양병원)도 시설급여의 대상 기관으로 인정하고 있는데, 그 차이점을 설명하면 〈표 3-39〉와 같다. 즉, 노인보건시설과 요양형병상군에는 기본적으로 의사를 배치하여야 하나, 특별양호노인홈은 비상근 의사(촉탁의)를 두고 있는 것이 차이점이다.

〈표 3-39〉 일본 장기요양시설과 관련 시설 간 차이(2014년)

	병원			시설		
	일반병상	의료요양병상	개호요양병상	개호요양형 노인보건시설	노인보건시설 (기존형)	개호 노인복지시설
병상 수	약 101만	약 27만	약 7만	약 7천	약 35만	약 52만
1인당 병상 면적	6.4㎡ 이상	6.4㎡ 이상	6.4㎡ 이상	8.0㎡ 이상	8.0㎡ 이상	10.65㎡ 이상
1인당 평균 비용	-	약 53만 엔	약 40만 엔	36만~38만 엔	30.5만 엔	27.6만 엔
100병상당 인원 배치 (괄호 안은 법정 기준)	의사 6.25인 간호직원 34인 (간호 3:1)	의사 3인 간호직원 20인 간호보조자 20인 (간호 4:1) (보조 4.1)	의사 3인 간호직원 18인 개호직원 18인 (간호 6:1) (개호 6.1)	의사 1인 간호직원 18인 간호보조자 18인 (간호/개호 3.1)	의사 1인 간호직원 10인 간호보조자 24인 (간호/개호 3:1)	의사 필요 수 간호직원 3인 개호직원 31인 (간호/개호 3:1)

자료: 일본 후생노동성.

참고로 시설서비스의 중심인 개호노인복지시설(특별양호노인홈)에 대한 종사자 배치 기준에 대해 설명하면 다음과 같다. 우선, 특별양호노인홈의 경우 거실(침실) 면적은 입소자 1인당 10.65㎡ 이상이어야 하고, 직원의 자격 기준에 대해 시설장은 사회복지사 자격증 소지자이거나 사회복지사업에 2년 이상 종사 경험이 있는 자이고, 생활상담원은 사회복지사, 기능훈련지도원은 일상생활을 수행하는 데 필요한 기능을 개선하고 감퇴를 방지하기 위한 훈련을 수행할 능력을 지닌 자로 되어 있다. 직원 배치 기준을 보면, 개호직원 및 간호직원의 합이 입소자 3명당 1인으로 되어 있고, 그중에서 간호직원은 입소자의 규모에 따라서 배치 기준이 상이하다. 이는 침실이 모두 1인실로만 설치되어 있는 유니트형 시설에 대해서도 동일하다.

〈표 3-40〉 일본 개호노인복지시설의 종사자 배치 기준

직종	배치 기준
(일반형 특별양호노인홈, 유니트형 특별양호노인홈: 입소자 30인 이상 규모)	
시설장	상근으로 1인
의사	필요한 수
생활상담원	상근으로 100명당 1인(100인 추가 시 1인 추가 배치)
개호직원 등	개호직원 및 간호직원의 총수는 상근 환산으로 입소자 3명당 1인 이상
간호직원	- 30인 이하인 경우, 상근 환산으로 1인 이상 - 31~50인 이하인 경우, 상근 환산으로 2인 이상 - 51~130인 이하인 경우, 상근 환산으로 3인 이상 - 131인 이상인 경우는 상근 환산으로 3인이고, 입소자 50명 초과 시마다 1인 추가
영양사	1인 이상. 단, 40인 이하인 경우는 타 시설의 연계 아래 무배치 가능
기능훈련지도원	1인 이상
조리원 등	적당한 수
(지역밀착형 특별양호노인홈, 입소자 30인 미만 규모)	
시설장	상근으로 1인
의사	필요한 수
생활상담원	1인 이상
개호직원 등	개호직원 및 간호직원의 총수는 상근 환산으로 입소자 3명당 1인 이상
간호직원	1인 이상
영양사	1인 이상
기능훈련지도원	1인 이상
조리원 등	적당한 수

자료: 일본 특별양호노인홈의 설비 및 운영에 관한 기준 참조.

〈표 3-41〉 일본 장기요양 입소시설 병상 수 현황(2015년 10월)

	시설 수(개)	정원(명)	시설당 정원(명)
개호노인복지시설	7,551	518,273	68.7
개호노인보건시설	4,189	368,201	88.4
개호요양형의료시설*	1,423	62,835	44.0

주: 개호요양형 의료시설은 병원이 아닌 병상 개념이기 때문에 1개 병원당 요양병상 수를 의미함.
자료: 일본 후생노동성, 개호서비스시설/사업소조사의 개황, 2015.

한편, 시설급여기관의 규모 수준을 살펴보면 〈표 3-42〉와 같은데, 개호노인복지시설은 법적으로 30인 이상으로 되어 있는 반면에 노인보건시설이나 요양형 의료시설은 그러한 규준이 없어서 30인 미만의 기관도 존재하고 있다. 운영 주체는 각 시설의 성격상 노인보건시설과 요양형 의료시설은 의료법인이 중심적이다(표 3-43 참조).

〈표 3-42〉 일본 장기요양 입소시설 규모별 시설 현황(2015년 10월)

	개호노인복지시설	개호노인보건시설	개호요양형의료시설
전체	7,551 (100.0)	4,189 (100.0)	1,423 (100.0)
1~9인	-	2 (0.0)	254 (17.8)
10~29인	-	150 (6.0)	411 (28.9)
30~49인	935 (12.4)	136 (3.2)	290 (20.4)
50~69인	3,134 (41.5)	545 (13.0)	241 (17.0)
70~99인	2,232 (29.6)	1,177 (28.1)	86 (6.0)
100인 이상	1,250 (16.6)	2,079 (49.5)	141 (10.0)

자료: 일본 후생노동성, 개호서비스시설/사업소조사의 개황, 2015.

〈표 3-43〉 일본 장기요양 입소시설의 운영 주체별 구성 비율 현황(2015년 10월)

	개호노인복지시설	개호노인보건시설	개호요양형의료시설
전체	100.0	100.0	100.0
도도부현	0.7	0.0	-
시(구)정촌	3.4	3.8	0.5
광역연합 등	1.5	0.6	0.3
일본적십자사 등[1)]	0.1	1.8	0.9
사회복지협의회[2)]	0.2	-	-
사회복지법인	94.2	15.7	0.9
의료법인	-	74.3	83.2
사단/재단법인	-	2.8	2.6
기타법인	-	1.0	0.5
기타	-	0.1	6.5

주: 1) 사회보험 관련 단체, 독립행정법인이고 2) 사회복지협의회 법인은 제외.
자료: 일본 후생노동성, 개호서비스시설/사업소조사의 개황, 2015.

그리고 지역 밀착형 서비스기관과 재가서비스기관의 동향을 살펴보면, 〈표 3-44〉와 〈표 3-45〉와 같다. 특히, 양 서비스기관의 설치 주체가 민간영리법인도 가능하다는 점에서 시설서비스기관의 운영 주체와 다르다.

〈표 3-44〉 일본 지역 밀착형 서비스기관의 운영 주체별 구성 비율 현황(2015년 10월)

	지방공공단체	일본적십자사 등	사회복지법인	의료법인
정기순회수시대응형방문개호	-	-	29.2	17.6
야간대응형방문개호	0.5	-	33.9	11.1
치매대응형통소개호	0.5	-	45.6	12.0
소규모다기능형거택개호	0.1	-	31.8	12.9
치매대응형공동생활개호	0.1	-	24.1	16.7
특정시설입거자생활개호*	-	-	34.9	16.2
복합형서비스	-	-	19.9	20.8
개호노인복지시설*	4.6	-	95.4	-
	사단, 재단법인	협동조합	영리법인	NPO
정기순회수시대응형방문개호	1.3	2.4	47.6	1.9
야간대응형방문개호	2.1	0.5	49.2	2.6
치매대응형통소개호	1.0	1.4	33.4	5.8
소규모다기능형거택개호	0.7	1.8	46.1	6.3
치매대응형공동생활개호	0.4	0.5	53.6	4.5
특정시설입거자생활개호*	0.7	0.4	45.3	2.2
복합형서비스	5.0	2.3	47.5	4.5
개호노인복지시설*	-	-	-	-
	기타	전체		
정기순회수시대응형방문개호	-	100.0		
야간대응형방문개호	-	100.0		
치매대응형통소개호	0.2	100.0		
소규모다기능형거택개호	0.4	100.0		
치매대응형공동생활개호	0.2	100.0		
특정시설입거자생활개호*	0.4	100.0		
복합형서비스	-	100.0		
개호노인복지시설*	-	100.0		

주: *는 지역밀착형으로 소규모시설임.
자료: 일본 후생노동성, 개호서비스시설/사업소조사의 개황, 2015.

〈표 3-45〉 일본 장기요양 일반재가서비스기관의 운영 주체별 구성 비율 현황(2015년 10월)

	지방공공단체	일본적십자사 등	사회복지법인	의료법인
방문개호	0.3	-	19.4	6.2
방문입욕개호	0.4	-	37.2	2.0
방문간호스테이션	2.3	2.3	7.2	30.3
통소개호	0.6	-	27.3	6.4
통소재활	3.0	1.3	9.1	77.0
단기입소생활개호	2.1	-	82.5	3.6
단기입소요양개호	4.1	1.7	12.1	77.1
특정시설입거자생활개호	0.9	-	23.9	5.5
복지용구대여	0.1	-	2.5	1.3
특정복지용구판매	-	-	1.6	0.9
	사단, 재단법인	협동조합	영리법인	NPO
방문개호	1.3	2.4	64.8	5.1
방문입욕개호	0.8	0.6	58.4	0.4
방문간호스테이션	9.4	2.4	43.9	1.9
통소개호	0.7	1.4	59.3	4.0
통소재활	2.7	-	0.0	-
단기입소생활개호	0.1	0.4	10.6	0.5
단기입소요양개호	2.8	-	-	-
특정시설입거자생활개호	0.6	0.3	67.8	0.4
복지용구대여	0.4	1.6	93.2	0.7
특정복지용구판매	0.4	1.6	94.6	0.7
	기타	전체		
방문개호	0.4	100.0		
방문입욕개호	0.1	100.0		
방문간호스테이션	0.4	100.0		
통소개호	0.3	100.0		
통소재활	12.8	100.0		
단기입소생활개호	0.1	100.0		
단기입소요양개호	2.3	100.0		
특정시설입거자생활개호	0.6	100.0		
복지용구대여	0.3	100.0		
특정복지용구판매	0.3	100.0		

자료: 일본 후생노동성, 개호서비스시설/사업소조사의 개황, 2015.

한편, 장기요양인력에는 개호직원, 간호직원, 생활상담원, 영양사, 기능훈련지도원 등 다양하게 있지만, 핵심적인 케어인력에는 개호복지사와 개호지원전문원(케어매니저)가 있다. 먼저, 개호복지사는 국가자격증이고, 이를 취득하기 위해서는 개호복지사양성시설에서의 2년 이상 교육훈련, 복지계 고등학교에서의 교육훈련, 실무경력자 등의 조건이 필요하다. 다만, 2005년도부터 개호복지사양성시설에 실시하는 개호 등 전문적 기술에 대한 강습을 수료한 자에 대해서는 실기시험을 면제해 주고 있다. 향후 케어전문인력의 구성 방식을 초임자연수수료자(홈헬퍼 2급 상당) → 개호복지사 →인정개호복지사로 전환할 계획으로 되어 있다. 개호복지사의 과거 10년간 합격률을 보면, 60% 내외 수준이고, 2015년 3월 현재 자격증 취득자 수는 1,306,753명으로 집계되어 있다[62](표 3-46 참조).

[그림 3-15] 일본 개호복지사의 자격증 취득 방법

62) 일본 후생노동통계협회, 2015/2016 국민의 복지와 개호의 동향, 2016 참조.

〈표 3-46〉 일본 개호복지사의 국가자격시험 합격률 추이

(단위: 명, %)

연도	수험자 수	합격자 수	합격률	연도	수험자 수	합격자 수	합격률
2005	130,034	60,910	46.8	2010	154,223	74,432	48.3
2006	145,946	73,606	50.4	2011	137,961	88,190	63.9
2007	142,765	73,302	51.3	2012	136,375	87,797	64.4
2008	130,830	67,993	52.0	2013	154,390	99,689	64.6
2009	153,811	77,251	50.2	2014	153,808	93,760	61.0

자료: 일본후생노동통계협회, 2015/2016, 국민의 복지와 개호의 동향, 2016.

한편, 개호복지사의 추이를 보면, 2012년 현재 총 149만 명 수준인 것으로 집계되고 있는데, 상근 종사자와 비상근 종사자로 구분해 볼 때 비상근 종사자의 비중이 거의 3분의 1을 차지하고 있는 것으로 보인다(표 3-47 참조).

〈표 3-47〉 일본 개호복지사의 증가 추이

(단위: 만 명)

	상근	비상근	합계
2000	35.7	19.2	54.9
2001	40.9	25.2	66.2
2002	45.0	30.6	75.6
2003	51.7	36.8	88.5
2004	59.3	40.9	100.2
2005	65.7	46.8	112.5
2006	70.0	48.6	118.6
2007	74.1	50.1	124.2
2008	77.0	51.0	128.0
2009	79.8	54.5	134.3
2010	80.1	53.3	133.4
2012	na	na	149

자료: 일본 후생노동성, 개호서비스시설, 사업소조사, 각 연도.

반면 개호지원전문원은 요개호자 등이 자립된 일상생활을 수행하는 데 필요한 원조에 관한 전문적 지식과 기술을 가지고 있는 인력이다. 개호지원전문원이 되기 위해서는 정부가 정한 실무 경험이 있고, 개호지원전문원 실무연수 수강시험에 합격한 후 개호지원전문원 실무연수과정을 수료하면 도도부현에 등록하고 자격증을 교부받는다. 이 자격증의 유효기간은 5년이고 갱신할 때 갱신연수를 이수하여야 한다. 따라서 개호지원전문원이 되기 위한 과정이 쉽지 않은데, 2014년 말 현재 합격자 수는 2,365,136명이고, 국가자격시험의 합격률은 상당히 낮은 편이다(표 3-48 참조).

〈표 3-48〉 일본 개호지원전문원(케어매니저)의 국가자격시험 합격률 추이

(단위: 명, %)

연도	수험자 수	합격자 수	합격률	연도	수험자 수	합격자 수	합격률
2005	136,030	34,813	25.6	2010	139,959	28,703	20.5
2006	138,262	28,391	20.5	2011	145,529	22,329	15.3
2007	139,006	31,758	22.8	2012	146,586	27,905	19.0
2008	133,072	28,992	21.8	2013	144,397	22,322	15.5
2009	140,277	33,119	23.6	2014	174,974	33,539	19.2

자료: 일본후생노동통계협회, 2015/2016, 국민의 복지와 개호의 동향, 2016.

나. 장기요양보험제도(개호보험제도)의 운영 실적 평가

1) 운영 실적

일본이 개호보험제도를 도입한 배경을 보면,[63] 인구사회적 측면에서는 인구고령화의 심화 및 의학기술의 발전으로 장기요양보호 대상 노인

63) 일본 후생노동통계협회, 2015/2016년 국민의 복지와 개호의 동향, 2015, pp.150-151 참조.

이 늘어나고, 장기요양보호기간이 연장됨으로써 가족 등의 부담이 증대하였기 때문이다. 그런 반면에 제도적 관점에서 보면, 기존 노인복지법으로는 이 같은 인구사회적 변화에 대응하기가 불가능해졌고, 이용자의 서비스 선택권이 제한받고 있는 상황 아래에서 서비스 제공자도 사회복지법인 등 일부 비영리단체에 제한하고 있던 데다가 제약된 국가예산만으로 늘어나는 장기요양 보호 욕구를 대처하기에 어려웠기 때문에 제도를 도입하기에 이르렀다.

따라서 2000년도에 개호보험제도를 도입하게 되었는데, 주요 도입 목적으로 거론하고 있는 것이 노인케어를 가족에서 사회구성원으로 확대하여 가족의 부담을 완화시키겠다는 것, 민간사업자를 포함하여 다양한 공급자를 참여하게 하여 서비스선택권을 확대하겠다는 것, 조세 이외의 보험료를 재원으로 하여 전체 서비스 양을 확대하겠다는 것, 그리고 의료기관의 사회적 입원 현상을 감소시켜 궁극적으로는 의료비 적정화를 도모하겠다는 것이었다.

이 중에서 장기요양 대상 인정자 수와 수급자 수를 통해서 기족케어에서 사회케어로 어느 정도 확대되었는가를 살펴보면, 인정자 수는 2000년 제도 도입 초년도에 218만 명이던 것이 2015년 4월 현재 608만 명으로 늘어나 15년간 2.79배로 노인인구(피보험자 기준)의 증가를 웃도는 수준이다. 이는 노인인구 대비율로 보면 10.1%에서 18.4%로 상승된 것이다. 인정자 수 대비 수급자 비율을 보면, 동 기간에 68.4%에서 84.2%로 늘어난 것으로 나타나, 장기요양 대상자로 인정을 받으면 80% 이상은 서비스를 이용한 것으로 보인다. 그만큼 공적서비스를 이용함으로써 가족의 부담이 경감했다는 것을 짐작할 수 있다. 그중에서도 재가서비스 수급자 수가 2000~2015년간 3.94배로 시설서비스(1.73배)보다 크게 늘어났고, 노인인구 대비율로 보더라도 동기간에 4.5%에서 11.6%로 2.58배의 증

가 추세를 보인다.

〈표 3-49〉 일본 개호보험제도의 성과(인정자 수 및 수급자 수)

(단위: 만 명, %)

		2000.4	2015.4	증가 배율
제1호피보험자 수(65세 이상)		2,165	3,308	1.53배
요개호(지원) 인정자 수		218 (10.1)	608 (18.4)	2.79배
서비스 수급자 수	재가서비스	97 (4.5)	382 (11.6)	3.94배
	지역 밀착형 서비스	-	39 (1.2)	-
	시설서비스	52 (2.4)	90 (2.7)	1.73배
	합계	149 (6.9)	512 (15.5)	3.43배

주: ( )내는 피보험자 수 대비율임.
자료: 일본후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각 연도.

재가서비스, 지역밀착형 서비스 및 시설서비스를 이용하는 수급자의 등급별 상황을 살펴보면, 먼저, 재가서비스의 경우, 제도 도입 초년도인 2000년에는 요지원등급자가 전체의 17.1%, 요개호 1등급자가 전체의 31.6%, 요개호 2등급자가 전체의 19.6%, 요개호 3등급자가 전체의 12.6%, 요개호 4등급자가 전체의 10.3%, 요개호 5등급자가 전체의 8.9%로 각각 나타나, 중등증 이상의 요개호 3~5등급자의 비중이 31.8%였다. 그러나 1차 제도 개혁 이후 첫해인 2006년도에는 중등증 이상의 수급자 비중이 27.2%로 감소하다가 최근 2014년도에는 28.0%로 소폭 증가한 것으로 나타났다. 시설서비스의 경우에는 중등증 이상의 수급자 비중이 2006년 80.5%, 2014년 82.4%로 나타나, 전체 입소자의 80% 이상이 중등증 이상인 것으로 나타났다. 이는 입소시설의 부족으로 입소자를 중등증 이상으로 제한하는 정책 개선의 영향 때문인 것으로 판단된다.

〈표 3-50〉 일본 개호보험제도의 성과(등급별 1개월 평균 서비스 수급자 수)

(단위: 천 명, %)

	2000	2006	2014
재가서비스			
요지원	211 (17.1)	578 (22.5)	1,070 (28.6)
요개호1	390 (31.6)	826 (32.1)	839 (22.4)
요개호2	242 (19.6)	471 (18.3)	788 (21.1)
요개호3	155 (12.6)	332 (12.9)	481 (12.9)
요개호4	127 (10.3)	220 (8.6)	337 (9.0)
요개호5	110 (8.9)	146 (5.7)	228 (6.1)
지역 밀착형 서비스			
요지원	-	1 (0.6)	10 (2.6)
요개호1	-	36 (22.8)	70 (18.2)
요개호2	-	43 (27.2)	89 (23.1)
요개호3	-	43 (27.2)	95 (24.7)
요개호4	-	25 (15.8)	70 (18.2)
요개호5	-	10 (6.3)	51 (13.2)
시설서비스*			
요지원	(na)	25 (0.3)	-
요개호1	(na)	624 (7.1)	619 (5.7)
요개호2	(na)	1,083 (12.3)	1,282 (11.9)
요개호3	(na)	1,878 (21.3)	2,314 (21.5)
요개호4	(na)	2,629 (29.8)	3,331 (30.9)
요개호5	(na)	2,592 (29.4)	3,234 (30.0)

주: * 시설서비스는 연도말 누계수임.
자료: 일본후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각 연도.

다음으로 서비스의 선택성 측면에서 보면, 그동안 장기요양서비스공급자의 확충으로 이용자가 다양한 서비스를 이용할 수 있게 되었음을 알 수 있다. 2000~2015년간 서비스공급자의 확대 수준을 보면, 가장 많이 이용하고 있는 방문개호서비스의 경우, 9,833개에서 34,823개로 3.54배의 증가율을 보이고 있다. 이보다도 더 높은 증가율을 보이고 있는 재가서비스사업자는 통소개호서비스(주·야간보호서비스)로 5.4배의 증가율

을 나타내고 있고, 치매노인그룹홈의 경우에는 무려 19.23배의 증가율을 나타내고 있다. 이는 개호노인복지시설이 제한적으로만 설치, 운영되고 있어서 장기간의 입소보호 욕구를 지닌 치매노인이 지역사회 내에서 손쉽게 접근하여 이용할 수 있는 시설로 각광받고 있기 때문이다. 전반적으로 보면, 재가서비스의 경우, 방문개호서비스, 통소개호서비스, 그리고 치매노인그룹홈을 중심으로 이용하고 있음을 알 수 있다.

입소생활시설의 경우에는 개호요양형 의료시설은 폐쇄하는 정책을 추진하고 있기 때문에 감소하고 있고, 개호노인복지시설이나 개호노인보건시설의 증가는 미약하지만 지속되고 있다.

〈표 3-51〉 일본 개호보험제도의 성과(서비스 공급자 수)

(단위: 개)

	2000	2015	증가 배율
재가서비스사업소 수			
방문개호	9,833	34,823	3.54배
방문입욕개호	2,269	2,190	0.97배
방문간호스테이션	4,730	8,745	1.85배
통소개호	8,037	43,406	5.40배
통소재활	4,911	7,515	1.53배
단기입소생활개호	4,515	10,727	2.38배
단기입소요양개호	4,651	5,348	1.15빼
특정시설입거자생활개호	-	4,679	-
복지용구대여	2,685	8,056	3.00배
특정복지용구판매	-	8,135	-
치매대응형공동생활개호	675	12,983	19.23배
거택개호지원사업소	17,176	40,127	2.34배
개호보험시설			
개호노인복지시설	4,463	7,551	1.69배
개호노인보건시설	2,667	4,189	1.57배
개호요양형의료시설	3,862	1,423	0.37배

자료: 일본후생노동성, 개호서비스시설 및 사업소조사의 개황, 각 연도.

시설 인프라 측면에서 보면, 재가서비스사업자에게는 민간의 영리사업자도 참여를 허용하고 있는데, 제도 초기에 비하면 상당히 증가한 것을 알 수 있다. 방문개호서비스, 통소개호서비스 및 치매노인그룹홈을 중심으로 살펴보면, 방문개호서비스의 경우, 사회복지법인 설립이 2000년 전체의 43.2%이던 것이 2015년 19.4%로 대폭 감소한 반면에 영리회사 설립은 동기간에 전체의 30.3%에서 64.8%로 증가하였다. 통소개호서비스의 경우도 사회복지법인 설립이 2000년 전체의 66.0%이던 것이 2015년 27.3%로 대폭 감소한 반면에 영리회사 설립은 동기간에 전체의 4.5%에서 59.3%로 대폭 증가하였다. 이와 같은 현상은 치매노인그룹홈이나 복지용구대여사업소 등에서도 유사하게 나타나고 있다.

영리사업자 등 다양한 공급자의 참여 확대로 보험 담당자를 대상으로 실시한 설문조사에서도 가족의 부양 부담이나 공급자의 선택 폭도 응답자의 70~90%가 확대되었다고 응답한 것으로 나타나고 있다.64)

〈표 3-52〉 일본 개호보험제도의 성과(재가서비스 공급자의 운영 주체별 비중)

(단위: %)

2000년도	사회복지법인	NPO법인	영리회사
방문개호	43.2	2.1	30.3
방문입욕개호	63.5	0.4	23.1
방문간호스테이션	10.4	0.3	6.0
통소개호	66.0	1.3	4.5
통소재활	15.7	-	0.2
단기입소생활개호	84.9	0.0	0.6
단기입소요양개호	15.5	-	0.3
특정시설입거자생활개호	-	-	-
복지용구대여	8.3	0.5	82.6
특정복지용구판매	-	-	-
치매대응형공동생활개호	37.5	5.5	21.2

64) Shibata Fumio, 개호보험제도창설부터 100년간의 족적 평가와 향후 문제-간사이지방 시정촌담당자 앙케트를 참고로-, 2010 참조.

2015년도	사회복지법인	NPO법인	영리회사
방문개호	19.4	5.1	64.8
방문입욕개호	37.2	0.4	58.4
방문간호스테이션	7.2	1.9	43.9
통소개호	27.3	4.0	59.3
통소재활	9.1	-	0.0
단기입소생활개호	82.5	0.5	10.6
단기입소요양개호	12.1	-	-
특정시설입거자생활개호	23.9	0.4	67.8
복지용구대여	2.5	0.7	93.2
특정복지용구판매	1.6	0.7	94.6
치매대응형공동생활개호	24.1	4.5	53.6

자료: 일본후생노동성, 개호서비스시설 및 사업소조사의 개황, 각 연도.

일본 개호보험 급여지출의 구성을 보면, 지역 밀착형 서비스를 도입하기 이전인 2005년 이전까지는 재가서비스가 전체의 33.3%(2000년)에서 51.9%로 증가한 반면에 시설서비스는 66.1%에서 48.1%로 감소하였다. 이는 그동안 지속적으로 재가서비스를 확충해 왔다는 것을 의미한다. 그리고 지역밀착형 서비스가 도입된 2006년 이후를 보면, 2006년도 재가서비스가 전체의 48.8%, 시설서비스가 44.4%, 지역 밀착형 서비스가 6.8%였지만, 2014년도에는 각각 54.6%, 34.0%, 11.4%로 지속적으로 재가서비스비중이 높아진 반면에 시설서비스 비중은 축소되어 왔으며, 특히 지역밀착형 서비스 비중은 도입 초기에 비해 거의 2배 가까이 늘어난 것으로 나타나고 있다(표 3-53 참조).

〈표 3-53〉 일본 개호보험제도의 성과(급여 유형별 구성 비율)

(단위: 억 엔, %)

	재가서비스	지역 밀착형 서비스	시설서비스	합계
2000	10,956 (33.9)	-	21,336 (66.1)	32,292 (100.0)
2001	15,926 (39.0)	-	24,958 (61.0)	40,884 (100.0)
2002	19,688 (42.6)	-	26,572 (57.4)	46,260 (100.0)
2003	23,568 (46.5)	-	27,085 (53.5)	50,653 (100.0)
2004	27,064 (49.0)	-	28,157 (51.0)	55,221 (100.0)
2005	29,370 (51.9)	-	27,212 (48.1)	56,582 (100.0)
2006	24,914 (48.8)	3,485 (6.8)	22,649 (44.4)	51,048 (100.0)
2007	28,626 (49.0)	4,450 (7.6)	25,293 (43.3)	58,369 (100.0)
2008	30,228 (49.8)	5,082 (8.4)	25,431 (41.9)	60,741 (100.0)
2009	32,923 (50.7)	5,680 (8.7)	26,373 (40.6)	64,976 (100.0)
2010	35,455 (51.8)	6,240 (9.1)	26,700 (39.0)	68,395 (100.0)
2011	37,828 (52.6)	7,010 (9.7)	27,097 (37.7)	71,935 (100.0)
2012	40,853 (53.3)	8,027 (10.5)	27,704 (36.2)	76,584 (100.0)
2013	43,362 (54.1)	8,659 (10.8)	28,142 (35.1)	80,163 (100.0)
2014	45,765 (54.6)	9,515 (11.4)	28,506 (34.0)	83,786 (100.0)

자료: 일본후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각 연도.

개호보험제도의 도입 이후 재정수지율(총지출액/총수입액x100)을 살펴보면, 제도 초년도인 2000년(94.5%)을 제외하고는 98%내외를 나타내고 있다. 이는 개호보험제도 자체가 단기성 보험이기 때문에 부과 방식(pay-as-you-go)으로 운영되어 재정수입에 기반을 둔 재정 지출 방식으로 운영되어 왔다고 볼 수 있다. 그런데 재정수지율이 2006년도에 96.1%로 감소한 것은 후술하는 2005년도의 제도 개혁으로 인하여 급여 지출이 축소되었기 때문이다. 그러나 이는 어디까지나 일시적인 현상으로 3년 후인 2009년도부터 다시 98%대 수준을 유지하고 있다. 그리고 개호급부비준비기금의 규모를 보면, 초년도의 2천억 엔 수준에서 최근 3천억 엔 수준으로까지 증액, 유지되고 있는 것으로 나타나고 있다.

〈표 3-54〉 일본 개호보험제도의 성과(재정수지율)

(단위: 억 엔)

	총수입(A)	총지출(B)	수지율(B/A)(%)	개호급부비준비기금
2000	38,000	35,899	94.5	1,123
2001	46,566	45,530	97.8	1,888
2002	50,480	49,835	98.7	1,944
2003	54,863	54,070	98.6	2,259
2004	59,309	58,289	98.3	2,021
2005	62,313	61,053	98.0	1,663
2006	65,688	63,104	96.1	2,140
2007	69,188	67,437	97.5	3,178
2008	72,351	70,469	97.4	4,050
2009	75,383	74,174	98.4	4,426
2010	78,326	77,318	98.7	3,962
2011	82,093	81,110	98.8	2,848
2012	87,875	86,545	98.5	3,123
2013	91,650	90,172	98.4	3,154
2014	96,142	94,446	98.2	3,024

자료: 일본후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각 연도.

2) 제도 개혁의 주요 내용

일본은 제도 도입후 주기적으로 제도 개혁을 추진하도록 하고 있는데, 2005년도에 제도 개혁안이 마련되었다. 〈표 3-55〉와 같이 개호보험제도의 도입 이후 최근까지의 주요 개선과정을 보면, 제도 개선을 추진하는 개호보험법의 개정이 2005년, 2008년, 2011년, 2014년도에 있었다. 특이한 것은 제도 도입 이후 3년마다 개호서비스수가 및 시정촌에 의한 개호보험사업계획을 수립하도록 하고 있고, 이를 통해서 지역 내 인프라의 양을 조절하고 있다는 점이다.

〈표 3-55〉 일본 개호보험제도의 도입 이후 추진 과정

연도	주요 내용
2000	- 개호보험제도 실행(4월) - 제1호 피보험자에게 보험료의 절반 징수 시작(10월)
2001	- 제1호 피보험자에게 보험료의 전액 징수 시작(10월)
2003	- 1차 개호수가 개정 실시(4월) - 제2기 개호보험사업계획 시작(4월) - 고령자개호연구회의 '2015년의 고령자개호' 보고서 보고(6월)
2004	- 사회보장심의회 개호보험부회 '개호보험제도의 개선에 관한 의견'(7월)
2005	- '개호보험법 등 일부를 개정하는 법률'이 국회에서 가결(6월) - 개호보험시설 등에 식비 및 거주비의 징수 시작(10월)
2006	- 개정 개호보험법 시행(4월) - 2차 개호수가 개정 실시(4월) - 제3기 개호보험사업계획 시작(4월)
2007	- 민간사업자 콤슨회사의 부정행위로 퇴출(11월)
2008	- '개호보험법 및 노인복지법의 일부를 개정하는 법률'이 국회에서 가결(5월) - 개호종사자 등의 인재확보를 위한 개호종사자 등의 처우개선에 관한 법률 공포(5월)
2009	- 3차 개호수가 개정 실시(4월) - 제4기 개호보험사업계획 시작(4월) - 개정 개호보험법 시행(5월)
2010	- 개호서비스 기반강화를 위한 사회조장심의회 개호보험부회 '개호보험 개선에 관한 의견' 보고(11월)
2011	- '개호보험법 등 일부를 개정하는 법률'이 국회에서 가결(6월)
2012	- 개정 개호보험법 시행(4월) - 4차 개호수가 개정 실시(4월) - 제5기 개호보험사업계획 시작(4월)
2013	- 개호보험법 개정방안 국회에서 가결(6월)
2014	- '지역의 의료 및 개호의 종합적 확보를 추진하기 위한 관련법령 정비 등에 관한 법률'이 국회에서 가결(6월)
2015	- 5차 개호수가 개정 실시(4월)

자료: 일본후생노동통계협회 설명 자료(2015).

① 2005년도 1차 제도 개혁 내용

1차 제도 개혁의 기본 방향으로는 지속 가능성을 염두에 두고 개선한다는 점, 초고령화 사회의 진입을 앞두고 고령자에게 가능한 한 건강하고 활동적인 생활을 할 수 있도록 한다는 점, 개호, 연금 및 의료의 각 제도 간 기능 분담을 명확하게 한다는 점을 제시하고 있었다. 이에 따라 예방중시형 시스템으로의 전환, 시설급여의 개선, 신규 서비스 체계의 확립, 서비스 질의 확보 및 향상, 부담 방식 및 제도운영의 개선, 피보험자 및 수급자 범위의 개선 등이 추진되었다.

먼저, 예방중시형 시스템으로의 전환에 대해서는 과거 제도 도입 이후 5년간의 실적을 분석해 본 결과, 경증자(요지원 및 요개호 1등급)의 증가가 심했고, 이들에 대한 가사 등 생활지원서비스나 복지용구의 급여가 잔존기능을 상실하게 했다는 지적이 있었다. 이에 따라 기존의 요개호1등급자를 요개호 1등급과 요지원 2등급으로 구분하였고, 이들에 대한 예방급여서비스의 내용을 강화하면서 생활지원서비스 이용을 제한하였다. 또한 예방 급여 대상자에 대한 케어매니지먼트는 지역포괄케어센터로 이관하였다. 이러한 개혁의 결과로 2006년도 이후 경증자의 증가가 줄어든 것으로 나타나고 있다. 그렇지만 경증자가 필요한 서비스 이용이 어려워지고, 요지원자에 대한 평가 및 사업 평가가 별도로 추진되면서 제도의 복잡화를 초래하였다는 문제점이 지적되기도 하였다.[65]

시설급여의 개선에 대해서는 재가서비스와 시설서비스 이용자 간 형평성을 추구하기 위하여 개호보험시설의 입소자에게 거주비와 식비를 보험급여에서 제외하여 입소자가 전액 부담하는 것으로 전환시켰다. 이에 따라 소득 수준이 4단계 이상인 입소자에게는 전액 본인부담화하였지만,

65) 結城康博, 개호: 현장으로부터의 검증, 이와나미신서, 2008년, PP.63-67 참조.

1~3단계의 저소득자에게는 본인부담한도액과 시설에서의 거주비 및 식비의 평균 비용 간 차액을 부가급여로 급여해 주기 시작하였다. 이에 대한 보험자의 개호보험 담당자에 대한 설문조사를 보면, 중/저소득계층의 1인실 이용이 어려워졌다는 결과가 제시되기도 하였다.[66]

신규 서비스 체계의 확립에 대해서는 핵심적인 서비스로 지역 밀착형 서비스의 신설을 들 수 있다. 치매 노인 및 독거노인의 증가와 함께 이들이 지역에서 생활이 가능하도록 지원하기 위해 해당지역(시정촌) 주민만이 이용할 수 있는 지역밀착형 서비스를 개발하고, 지역단위에서의 개호예방활동 등을 추진하기 위해 지역포괄지원센터를 설치하였다. 이에 따라 치매노인그룹홈 이외에 야간 대응형 방문개호, 치매주간보호, 소규모 다기능형 거택개호, 소규모 형태(29인 이하 규모)의 지역 밀착형 특정시설 및 개호노인복지시설 등이 지역 밀착형 서비스로 분류되었다. 이러한 지역 밀착형 서비스는 규모 자체가 소규모이기 때문에 이용자의 비중이 기존의 재가서비스나 시설서비스에 비하면 작은 수준이다.

그 외의 서비스 질의 확보 및 향상에 대해서는 의무적인 개호서비스 정보의 공표화, 사업자 규제의 개선, 케어매니지먼트의 개선 등을 내용으로 하고 있었고, 부담 방식 및 제도 운영의 개선에 대해서는 제1호 보험료의 개선, 요개호인정의 개선 등을 주요 내용으로 하고 있었다.

② 2008년도 제도 개혁 내용

2008년도의 제도 개혁의 추진 배경에는 부정행위로 사회문제가 된 콤슨 개호서비스회사 사건[67]이 있었는데, 이로 인하여 개호서비스사업자의

66) Shibata Fumio, 개호보험제도 창설이후 10년간의 족적 평가와 향후 과제, 2010, p.38 참조.

67) 이 사건은 2007년 4월경, 종사자 24천 명, 지정사업소 2,081개, 이용자 수 65천 명,

부정행위를 방지하고 개호 사업 운영의 적정화를 도모한다는 관점에서 개혁이 추진되었다. 이에 따라 서비스사업소가 2개 이상의 도도부현의 소재해 있는 사업자에게는 후생노동성, 지역밀착형서비스만 제공하는 사업자로 사업소가 동일 시정촌 내에 있는 경우는 시구정촌, 그 외는 도도부현에 허가를 받아야 하는 것으로 개선되었고, 그 외에 부정행위에 대한 조직적 시행의도가 있는 경우 후생노동성, 도도부현, 시정촌에 의한 사업자본부 실사제도 도입, 부정사업자의 행정처분도피용 폐업 사전신고제 도입, 사업소 지정 및 갱신시 결격사유 개선, 업무관리체제의 의무화 등이 이루어졌다.

③ 2011년도 제도 개혁 내용

이 당시의 제도 개혁은 제1호 피보험자(65세 이상 노인)의 보험료 상승을 제어하기 위해 개호서비스 개정에 앞서서 급여와 부담의 균형성을 맞추기 위한 목적이 있었다. 제도 개혁의 기본 방향으로는 일상생활권역에서 의료, 개호, 예방, 주거, 생활지원서비스를 분절 없이 제공될 수 있도록 지역포괄케어시스템을 구축하고, 급여의 효율화 및 중점화를 도모하여 제도의 장기 지속 가능성을 확보한다는 것이 제시되었다.

지역포괄케어시스템의 구축과 함께 이를 지원하기 위한 사업으로 24시간대응의 정기순회/수시대응형 방문개호간호서비스 신설, 개호복지사 및 연수 받은 개호직원의 객담 흡인 행위 허용, 개호요양형 의료시설의

연간 매상 639억 엔으로 당시 개호서비스업계의 최대 기업체였는데, 동경도의 실사에서 부정 청구, 허위 지정 신청, 인원 배치 기준을 위반한 방문개호사업소가 발각되었음. 동 회사는 지정 취소를 우려해 행정 처분을 받기 이전에 사업소 폐업신고를 해서 위기를 모면하였지만, 동경도 이외의 타 지역에서도 허위 신고 사업소가 발각되었고, 2007년 6월에 후생노동성에서도 신규 지정 및 갱신 지정만 허가하지 않도록 하는 선에서 그치려고 했지만 탈법행위의 비판을 받은 결과, 개호서비스사업으로부터의 전면 폐업이 단행됨.

전환기한 연장, 재정안정화기금의 활용, 개호복지사 자격 취득 방법의 개선안 연장, 유료노인홈 등의 이용자보호규정 신설, 시민후견인 육성 추진 등이 이루어졌다. 지역포괄케어시스템은 원래 2005년도 제도 개혁 당시 지역밀착형 서비스와 지역포괄지원센터를 신설할 때부터 이미 개념화된 것으로 2011년도 개혁의 핵심적인 사안으로 다루고 있었다.

또한, 일본정부가 재가서비스의 확충 방안으로 추진하려고 제안한 것이 4시간대응의 정기순회/수시대응형 방문개호간호서비스와 복합형서비스의 신설이다. 전자의 서비스는 중증자의 재가생활을 지원하기 위해 신설된 것으로 단시간의 정기순회형 방문과 수시대응을 기본으로 하고 방문개호와 방문간호를 통합적 내지는 연계적으로 제공하는 방식[68]이다. 복합형서비스는 소규모 다기능형 거택개호와 방문간호를 통합하는 등, 여러 형태의 재가서비스를 조합해서 제공하는 것으로 2012년도에는 소규모 다기능형 거택개호와 방문간호의 통합형만 인정하고 있었다.

④ 2014년도 제도 개혁 내용

2014년도의 제도 개혁은 사회보장개혁프로그램법에 기반을 두고 '지역에서의 의료 및 개호의 종합적 확보를 추진하기 위한 관계법률 정비 등에 관한 법률'에 따라 추진되었다. 주요 개혁 내용은 서비스의 강화 차원에서는 재택의료와 개호와의 연계, 치매대책 추진, 지역케어회의 추진, 생활지원서비스의 강화 및 신규 재정지원제도 구축 등이 포함되어 있고, 서비스의 중점화 및 효율화 차원에서는 예방급여를 재검토하였다. 예방급여 중 방문개호 및 주·야간보호서비스는 2017년까지 시정촌이 담당하

68) 이는 하나의 사업소에서 방문개호와 방문간호를 통합적으로 제공하는 통합형(일체형)과 특정 사업소가 다른 사업소와 연계하여 제공하는 연계형이 있고, 수시대응서비스는 이용자 및 가족으로부터의 통보에 따라 제공되는 것임.

는 지역지원사업으로 이관시킬 예정이고, 개호예방 및 일상생활지원종합사업을 강화시키고 그동안 임의사업은 모든 시정촌이 의무적으로 실시하게 하는 것이 포함되어 있다. 또한 개호노인복지시설(특별양호노인홈)의 신규 입소자는 원칙적으로 요개호 3등급자 이상으로 제한하고, 시설의 기능을 재가생활이 어려운 자를 중심적으로 보호하는 것으로 한다는 것이다.

다. 장기요양보험제도(개호보험제도)의 추진 방향 및 내용

개호보험제도 도입 이후 사회적 환경의 변화에 따라 제도 개혁을 지속적으로 추진해 왔는데, 이는 국민 경제의 상황, 사회보장제도의 전반적인 개혁에 맞추면서 이루어지고 있다고 볼 수 있다. 최근의 개호보험제도의 개혁 계획은 2015년도에 발표되었는데, 그중에서 일부는 2015년 하반기부터 시행되고 있는 내용도 있다.

2015년도 개혁의 기본 방향은 '의료에서 개호로', 그리고 '시설에서 재가로' 로 설정해 두고 있으며, 2025년도를 목표로 지역포괄케어시스템을 완성하겠다는 것이다. 주요 개혁 내용은 ① 재택의료 및 개호연계의 추진 등 지역지원사업을 강화시킴과 동시에 예방급여(개호예방 방문개호, 개호예방 통소개호)를 지역지원사업으로 이관시키고,[69] ② 특별양호노인홈의 입소는 재택생활이 어려운 중등도 이상의 고령자를 대상으로 제한하며, ③ 저소득자의 보험료경감을 확충하고, ④ 일정 소득 이상의 이용자의 본인부담률을 20%로 인상, ⑤ 저소득계층의 시설이용자가 지불해야 하는 식비, 거주비를 보전해 주기 위한 부가급여 요건에 자산 규모를 추가

69) 개호예방서비스의 이용자는 전국평균으로 전체의 27% 수준이고, 이 중에서 57%가 이용하고 있는 방문개호와 통소개호를 개호보험급여에서 제외시키는 것인데, 요지원 대상자의 개호예방급여는 2015년부터 3년 이내 개호보험제도에서 완전히 제외시킬 예정으로 있음.

하는 것이 포함되어 있다. 이 중에서 ①은 2017년까지 시행할 예정이고, ②와 ③은 2015년 4월, ④와 ⑤는 2015년 8월부터 시행 중이다. 그 외에도 지역케어회의와 서비스제공 고령자용주택의 주소지특례적용도 2015년 4월부터 시행 중이며, 지역 밀착형 통소개호[70]의 신설도 2016년 4월부터 시행 중이다. 거택개호지원사업소의 지정권한을 시정촌에 이양하는 계획은 2018년 4월에 시행할 예정이다.

2015년도의 개혁 내용 중에서 특이한 것은 요지원자에게 지급하는 개호예방방문개호와 개호예방통소개호사업을 개호보험에서 시정촌 지역지원사업으로 이관시키겠다는 것으로, 이는 개호보험제도의 급여지출을 절감하겠다는 것을 의미한다. 즉, 종합사업(개호예방 및 생활지원서비스사업 및 일반개호예방사업)의 서비스와 예방급여의 서비스는 지역포괄지원센터에서 시행하는 개호예방 케어매니지먼트에 의거한 케어플랜에 따라 이용할 수 있도록 하고, 개호예방 및 생활지원서비스사업에 의한 서비스만을 이용하는 경우에는 요개호인정 절차를 거치지 않고 서비스를 이용할 수 있도록 개선할 예정이다. 또한 일정소득 이상의 고소득자에 대해서는 본인부담률을 20%로 인상한 것인데,[71] 이는 보험재정지출이 늘어나 발생되는 보험료의 상승을 억제하여 제도의 장기지속 가능성을 확보하기 위한 조치이다.

---

70) 이는 이용자 18인 이하의 통소개호시설로 시정촌이 지도, 감독하게 됨.

71) 예를 들면, 합계소득액이 160만 엔 이상인데, 독신으로 연금수입만 있는 경우는 280만 엔 이상에 해당함. 다만, 합계소득액이 160만 엔 이상일지라도 실질소득이 280만 엔이 안 되는 경우나 2인 이상의 세대 부담능력이 낮은 경우를 고려해서 연금수입과 기타 합계소득액의 합산액이 독신 280만 엔, 2인 이상 세대 346만 엔 미만이 되는 경우에는 기존의 10% 본인부담률을 적용함.

제3절 국제 비교를 통한 시사점

독일, 네덜란드 및 일본의 3개 국가의 장기요양보험제도와 관련한 제도 내용 및 개혁 내용 등을 살펴보았는데, 공통적인 내용은 궁극적으로 시설케어에서 탈피하여 재가케어를 강화시키겠다는 것이다. 3개국 모두 인구고령화의 심화로 장기요양보험재정 지출의 급증으로 보험료 인상의 한계에 부딪혀 재정지출을 억제시키는 방향으로 제도의 개혁을 단행하였다. 향후에도 재정지출의 억제에 정책방향이 잡혀져 있음을 알 수 있었다. 이는 시설케어의 단위비용이 재가케어에 비해서 높기 때문인데, 재가케어가 어려운 중증상태의 이용자에게는 시설케어가 필수적이지만, 그렇지 않은 이용자까지도 시설에 입소하고 있어서 비용지출이 더욱 급증하게 되었다는 것이다. 한편, 재가케어의 강화는 이용자 측면에 있어서도 본인이 거주하는 가정, 지역사회 내에서 보호받음으로써 삶의 질을 보장받을 수 있다는 이점이 있다.

따라서 일본의 경우에는 시설케어의 입소자에 제한을 두기 시작하였고, 독일이나 네덜란드는 재가케어의 활성화 차원에서 재가 이용자에게는 현금급여를 선택할 수 있도록 조치를 취해 놓고 있는 실정이다.

그 외에 재가케어의 효율성을 극대화하기 위해 케어 이용 지원이나 케어매니지먼트 체계를 구축하여 재가서비스 이용자를 지원하고 있다. 특히, 가족이 있는 경우, 가족수발자를 지원하는 사회보장대책도 강구하였다. 일례로 독일의 가족수발자를 위한 연금 가입 기간 연장, 산재보험의 적용 등을 들 수 있다.

제 4 장 노인장기요양보험제도의 주요 부문별 재설계 방안

제1절 장기요양보험제도의 적용 범위 개편
제2절 장기요양 등급인정, 서비스 계획 및 평가 연계 방식 개편
제3절 재가 장기요양서비스 이용자의 케어매니지먼트 체계 개편
제4절 재가 장기요양급여 및 가족 지원 방식 개편
제5절 재가서비스 강화에 따른 재정추계 결과

4 노인장기요양보험제도의 주요 부문별 재설계 방안

본 장에서 제시한 제도 재설계 방안은 아래 표에서 제시하고 있는 근거를 통해서 도출된 과제를 중심으로 살펴보고자 한다. 앞서 제도에 대한 구조 평가 및 총 20개의 성과 지표를 통해 분석한 성과 평가 결과를 바탕으로 시사점을 도출하였으며, 이를 바탕으로 재설계 방안을 마련하였다. 재설계 방안은 장기요양보험제도의 적용 범위 개편, 장기요양서비스의 평가 연계 체계 개편, 재가장기요양서비스 이용자의 케어매니지먼트 체계 개편, 장기요양급여 방식 및 가족 지원 방식 개편 등이며, 궁극적으로 재가서비스를 강화할 때 재정추계 결과가 어떻게 달라지는가에 대해 마지막으로 다루었다. 즉, 재설계 방안의 기준은 현행 제도에서는 도입되어 있지 않거나, 우선적으로 근본적인 개편의 필요성이 있다고 판단된 영역을 선정하였다.

〈표 4-1〉 노인장기요양보험 성과 평가의 시사점 및 재설계 방안 간 관계

성과 평가지표	성과 평가 결과	시사점		재설계 방안
장기요양서비스 이용자의 등급유지자 비율	-3등급자〉1등급자〉2등급자 순으로 최초(갱신) 동일등급유지	-서비스 질 안정화	➡	-장기요양보험제도 평가 연계 체계 개선
재가장기요양인정자의 삶의 만족도	-기능제한유무에 따라 삶의 만족도 차이	-재가장기요양서비스 이용자 삶의 만족도 유지 및 강화	➡	-재가장기요양서비스 이용자 케어매니지먼트 체계 개선
재가장기요양서비스 이용 유지율	-등급과 무관히 재가서비스 이용자 증가	-재가장기요양서비스 강화 필요	➡	-재가장기요양서비스 중심으로 개편
시설서비스 이용대기자 비율	-평가등급이 높을수록 높은 대기율	-서비스 인프라 확충 -재가장기요양서비스 강화 필요	➡	-재가장기요양서비스 중심으로 개편

성과 평가지표	성과 평가 결과	시사점		재설계 방안
재가장기요양인정자의 학대경험 측정점수	-기능제한유무에 따라 학대경험 차이	-재가장기요양서비스 이용자 및 가족 지원 강화	➡	-장기요양서비스 가족 지원 방식 개선
재가장기요양인정자의 가족수발 비율	-약 79%가 '거의매일' 가족수발 경험	-부양가족 지원강화	➡	-장기요양서비스 가족 지원 방식 개선
재가 및 시설급여지출 비중	-시설급여비중〉재가급여비중	-재가장기요양서비스 강화 필요	➡	재가서비스 강화에 따른재정추계안 검토
장기요양서비스 이용자 1인당 급여지출액	-시설급여액〉재가급여액	-재가장기요양서비스 강화 필요	➡	재가서비스 강화에 따른재정추계안 검토
장기요양서비스 이용자 1인당 급여지출액 증가율 비교	-시설급여지출액 증가〉1인당GDP,임금상승률 등	-재가장기요양서비스 강화 필요	➡	재가서비스 강화에 따른재정추계안 검토
재가급여한도액 대비 재가급여지출액 수준	-한도액의 약 60% 이용	-재가장기요양서비스 이용 활성화	➡	-재가장기요양서비스 이용자 케어매니지먼트 체계 개선
장기요양서비스이용자 급여이용률	-3~5등급〉1~2등급 -기초수급,의료급여대상자〉일반〉경감대상자	-재가장기요양서비스 이용 활성화	➡	-재가장기요양서비스 이용자 케어매니지먼트 체계 개선
지역별 장기요양 인정자 비율	-지역 간 편차발생 -최대-최소 1.7배	-지역별 편차 축소 -등급인정 체계 개선	➡	-장기요양보험제도 평가 연계 체계 개선
지역별 노인 입소생활시설 입소충족율	-지역 간 분포의 균등성 유지(제도초기 제외)	-지역별 편차 축소 -등급인정 체계 개선	➡	-장기요양보험제도 평가 연계 체계 개선
지역별 장기요양인정자 1,000명당 시설 침상수	-지역 간 편차 발생 -최대-최소 2.5배	-시설서비스 인프라의 과다설치 및 조정필요	➡	-재가장기요양서비스 중심으로 개편
지역별 장기요양인정자 1,000명당 재가장기요양기관수	-지역 간 편차 발생 -최대-최소 1.8배	-지역별 편차 축소 -재가장기요양서비스 강화 필요	➡	-재가장기요양서비스 중심으로 개편
지역별 장기요양인정자 1,000명당 요양보호사수	-지역 간 편차 발생 -최대-최소 1.8배	-향후 전문서비스인력 확보의 어려움 발생	➡	-장기요양서비스 가족 지원 방식 개선
지역별 장기요양인정자 1,000명당 간호인력수	-지역 간 편차 발생 -최대-최소 2.1배	-향후 전문서비스인력 확보의 어려움 발생	➡	-장기요양서비스 가족 지원 방식 개선
지역별 장기요양인정자 1,000명당 사회복지사수	-지역 간 편차 발생 -최대-최소 1.6배	-향후 전문서비스인력 확보의 어려움 발생	➡	-장기요양서비스 가족 지원 방식 개선
가입자1인당 보험료수준	-지속적으로 증가	-안정적 재정 운용	➡	재가서비스 강화에 따른재정추계안 검토
국고예산 투입비중	-일정수준(18%)유지 -단 법률명시 수준보다 낮음	-장기적 측면에서 재정투입 방안 검토	➡	재가서비스 강화에 따른재정추계안 검토

제1절 장기요양보험제도의 적용 범위 개편

인구 고령화 현상과 가족 구조의 변화, 고령화에 따른 등록장애인 증가 문제는 노인과 장애인을 대상으로 하는 돌봄 및 다양한 복지수요에 대한 정책적 대응을 요구하고 있다. 우리나라의 돌봄 정책은 크게 65세 이상 노인을 대상으로 하는 노인장기요양보험제도와 장애인을 대상으로 하는 장애인활동지원제도가 있다.

2008년 노인장기요양보험제도는 노인을 대상으로 하는 공적영역 돌봄 제도를 구축하였고, 2011년 장애인활동지원제도는 장애인을 대상으로 하는 돌봄 및 사회참여와 자립생활의 증진을 위한 목적으로 운용되고 있다(박혜미, 2015). 이같이 이원화된 장기요양정책의 시행으로 인하여 65세 이상 고령장애인의 경우, 장애인활동지원제도를 이용하다가 노인장기요양보험제도로 전환될 경우 제도목적의 상이함 및 운영 과정의 차이에 따른 이용자격 기준 탈락, 급여량 감소 등의 어려움을 경험하고 있다(황주희 등, 2014; 윤상용, 2015; 박혜미, 2015). 또한 활동보조인을 통한 신체수발과 가사지원서비스와 같은 재가서비스를 제공하고 있는 활동지원서비스는 요양서비스를 제공하지 못하기 때문에 장애인의 장기요양 욕구 해결에는 부족하다는 지적도 있다(김찬우, 2010).

이제 노인과 장애인을 구분하고 있는 이원화된 관점의 돌봄 정책의 관점을 탈피하고, 상호연계와 양 제도의 발전을 통한 통합적 시각의 정책 방안 마련이 요구된다. 장애인활동지원제도는 본래 가지고 있는 지역사회장애인의 사회참여와 자립생활의 증진을 도모하고, 노인장기요양제도에서는 장애인을 포괄하는 제도 발전을 통해 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도의 유연한 연동과 서비스 선택권 확대를 고민할 필요가 있다.

1. 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도와의 관계

현재의 장애인활동지원제도는 2007년 4월부터 보건복지부에 의해 전국시범사업으로 시작되었으며, 당시 '장애인활동보조서비스'란 이름으로 시행되었다. 이러한 변화는 이전 민간단체들에 의한 '장애인활동보조서비스' 시범사업과 노력에서 비롯되었으며, 2007년 국회에서 노인장기요양보험제도가 통과됨으로써 노인장기요양보험제도와 장애인활동보조서비스 간의 관계 정립에 대한 논의가 요구되기 시작하였다. 2008년 2월에 설치된 '장애인장기요양보장제도 추진단'은 노인장기요양보험제도와는 별도로 장애인의 장기요양 욕구와 자립지원, 그리고 사회참여확대 욕구를 충족할 수 있도록 기존의 활동보조서비스를 추후 확대하여 '장애인장기요양서비스(long-term care)'를 포괄하도록 하였다(황주희, 2015). 또한 서비스 연계 체계를 개발하여 '장애인장기요양제도'로 확대될 수 있도록 정책의 방향을 설정한 바 있다. 이에 제도의 명칭을 기존의 '활동보조'에서 '활동지원'으로 변경하였고, 2011년 10월 「장애인활동지원제도」에 관한 법률이 제정되어 현재까지 이르고 있다(황주희, 2014).

현재 노인장기요양보험제도의 서비스 이용대상은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매 · 뇌혈관성 질환 등 노인성질병을 가진 자 중 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자이며, 65세 미만자의 노인성질병이 없는 일반적인 장애인은 제외된다. 장애인활동지원제도의 수급자격은 만 6세 이상 65세 미만 장애인 중 1급~3급 장애인이면서 (1) 일상생활 수행능력(activities of daily living: ADL)과 수단적 일상생활수행능력(instrumental activities of daily living: IADL)의 평가를 통하여 신체적 기능제한 정도를 파악하고, (2) 장애 특정 항목(장애 특성 및 사회 환경 고려)을 통해 장애로 인한 기능 정

도 및 사회참여 정도, 위험상황 대처 능력 등에 대한 전반적인 기능 정도를 고려해 서비스를 제공하고 있다.

노인장기요양보험제도는 의료적 모델에 근거한 보편적 제도로서 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 일상생활을 수행하기 어려운 부분에 대한 지원을 제공하고 있다. 반면 장애인활동지원제도는 해외의 활동보조서비스(personal assistance service: PAS), 즉 일상생활의 수행에 있어 장애로 인하여 본인 스스로 신변처리가 불가능하거나 사회 구성원으로서 지역사회 참여 활동에 제한이 있어 타인의 도움을 필요로 하는 자를 대상으로 하는 대인서비스인 활동지원제도로 발전하였다(황주희, 2014 재인용). 따라서 현재 장애인활동지원제도는 자기선택과 결정을 중시하는 사회참여 원칙을 강조하는 제도(황주희, 2014 재인용)라 할 수 있다. 그러나 본 제도는 활동보조서비스를 기반으로 하여 향후 장애인장기요양서비스를 포괄하는 방향으로 그 역할을 설정하였기 때문에, 서비스 내용에 있어 재가서비스 중심의 활동보조서비스에 머물러 있는 한계가 있다.

한편, 현재 운용되고 있는 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 공통점으로는 첫째, 활동지원과 장기요양제도 모두 대상선정에서 인정조사를 통한 선별주의 방식으로 제도를 운용하고 있고, 둘째 과거의 온정적 도움이 아닌 돌봄에 대해서 개인의 보편적 욕구로써 개인의 기본적인 시민권 차원에서 삶의 독립성을 지원하여야 한다는 사회적 관점이 반영되었다는 것이다(구철회, 2014). 마지막으로 양 제도 모두 시설 수용보다는 '지역사회 거주'에 초점을 맞추고 있어 개인별 신체적 지원과 가사지원 등의 서비스 내용이 강조되고 있다.

반면 차이점도 존재하는데 장애인활동지원제도는 앞서 설명하였듯이 복지부의 시범사업으로 시작하였던 '장애인활동보조사업'을 기반으로 한

장애인자립생활 패러다임을 강조하기 때문에 수혜자의 '사회참여'와 '자립생활'에 대한 지원내용이 노인장기요양보험제도보다 강조되고 있고, 시설보호서비스를 제외한 재가서비스만을 제공한다는 점이다. 반면 노인장기요양보험제도는 개인생활유지 측면에서의 서비스 내용을 강조하는 서비스만이 제공되고, 여전히 시설서비스가 큰 부분을 차지하는 차이점이 있다.

〔그림 4-1〕 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도의 비교

2. 우리나라 장기요양제도의 현황과 문제점

가. 장애인활동지원제도의 한계

장애인활동지원제도는 현재 시설서비스를 포함하지 못하며, 대인서비

스를 중심으로 한 (1) 활동보조, (2) 방문목욕, (3) 방문간호서비스를 제공하고 있다. 그러나 방문목욕과 방문간호서비스 이용은 매우 저조하며, 장애인활동지원서비스를 이용하는 이용자 대부분은 활동보조서비스만을 이용하는 경우가 많다. 2011년 장애인활동지원제도가 도입되었으나 5년이 흐른 지금까지 서비스 내용이 다양하게 확대되지 못하였으며, 장애인의 장기요양 욕구 해결에는 아직 제한적인 것이 사실이다.

장애인활동지원제도 내에서 장애인의 장기요양 욕구를 지원해 줄 시설서비스는 존재하지 않지만, 복지서비스 내에서 장애인을 대상으로 하는 거주시설서비스가 있다. 2007년에 개정된 「장애인복지법」 제58조에 의하여 이루어지고 있으며, 장애인거주시설은 장애인복지설 중의 하나로 장애인지역사회재활시설, 장애인직업재활시설, 장애인유료복지시설, 기타 대통령령이 정하는 시설의 하나로 간주된다. 이 같은 거주시설은 "거주공간을 활용하여 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 동안 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공하는 동시에 지역사회생활을 지원하는 시설"(「장애인복지법」 제58조 1항 1호)로 규정되어 현재 (1) 장애유형별 거주시설, (2) 중증장애인요양시설, (3) 장애 영유아시설, (4) 장애인공동생활가정(그룹홈)과 (5) 단기보호시설 그리고 시설신고를 하지 않고 운영 중인 미신고 및 조건부 신고시설도 거주 서비스를 담당하고 있다. 장애인거주시설에서 제공하고 있는 서비스는 노인장기요양보험제도에서 제공하고 있는 요양의 욕구에 부합하는 서비스와는 구분된다. 보건복지부에서 파악하고 있는 장애인거주시설은 총 1,457개로 약 3만 1천명 정도의 장애인이 이용하고 있다(e-나라지표, 2016.9.30.반출.).

〈표 4-2〉 장애인거주시설 현황

서비스 영역	서비스 인프라	거주서비스 현황	
		개수	이용 인원
거주 서비스	계	1,457	31,406
	장애유형별 거주시설	375	15,246
	중증장애인 요양시설	223	11,344
	장애영유아 거주시설	9	466
	장애인 단기거주시설	137	1,495
	공동생활가정	713	2,855

자료: e-나라지표(2014년 기준).

장애인거주시설의 입소는 대부분 “국민기초생활수급자나 무연고자 혹은 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자”(장애인복지시설사업안내, 2015, p.16)로 제한되어 있고, 일부 시설에서는 정원의 30% 내에서 실비입소[72]를 받아들이고 있다. 그러나 장애인의 가계소득에 따라 입소비용을 지불하여야 하는 상황으로 요양 욕구를 가진 장애인의 시설이용은 제한되는 상황이다.

한편, 노인장기요양보험은 제도 운영을 통해 부양 비용을 크게 감소시킨 것으로 보고되고 있고(권진희 등, 2012), 특히 의료적 지원을 필요로 하는 요양 욕구가 높은 장애인의 경우 시설서비스 이용이 필요할 수 있다는 점에서 제도 간 연계를 제고해 볼 필요가 있다. 즉, 노인장기요양보험 제도의 대상을 장애인까지 확대함으로써 이용자의 선택권 확대를 도모할 필요가 있다. 서비스 이용자의 자기선택과 자기결정 그리고 욕구에 기반을 둔 서비스 제공이 가능한 제도 간 유연성을 확보할 필요가 있기 때문이다.

72) 실비입소제도: 이용장애인이 실비를 지급하고 시설서비스 이용권을 보장하는 제도(개인별 장애종류와 중증도에 따라 시설 입소욕구가 크고 반드시 충족되어야 할 것으로 개발상담에 의해 적합성이 판정된 경우 입소에 따른 비용을 실비로 부담토록 하고 시설서비스를 이용). 시설 입소 비용은 가구의 월평균 소득액에 비례하여 책정되나 월 비용 수납 한도액은 626천 원임(2015년 장애인복지사업안내 3권, pp.126-131).

나. 65세에 도래한 고령장애인 대상 제도적 연계의 현황과 문제[73)]

최근 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도 간 연계에 있어 표출되는 가장 큰 문제는 65세에 도래한 고령장애인의 경우 우선적으로 노인장기요양보험제도의 적용을 받도록 함에 있어 발생하는 서비스 연속성 문제이다. 다시 말해, 장애인활동지원제도를 이용하던 장애인이 65세가 되었을 때 노인장기요양보험제도로 편입되면서 다양한 문제가 야기된다.

보건복지부 장애인활동지원 사업 안내 지침에 따르면(2016), 장애인활동지원제도 "신청자격 연령은 신청일을 기준으로 판정하고, 수급자로 선정된 후 65세 도래 시 해당 월의 다음 달까지 수급자격을 유지"(p.3)하는 것으로 되어 있으며, "다만, 활동지원 수급자였다가 만 65세 이후에 「노인장기요양보험제도법」에 따른 장기요양급여를 신청하여 받지 못하게 된 사람(장기요양 등급외)으로서 장애특성상 활동지원급여가 적절하다고 판단되어 활동지원급여를 희망하는 경우"(p.3)를 예외로 두고 있다.

장애인에게 있어 돌봄지원서비스는 장애인의 독립적인 일상생활 영위와 사회참여 및 자립을 위한 기본적인 지원임에도 불구하고, 고령장애인의 경우 제도 간 연계의 유연성 부족으로 돌봄서비스의 연속성과 이용자 편의성에 많은 어려움을 경험하고 있다(구철회 등, 2014; 윤상용, 2015). 첫째, 기존 활동지원 이용자의 경우, 노인장기요양보험제도로 전환 시 급여량이 크게 감소하는 문제가 있다. 급여량의 차이는 활동지원의 경우 기본급여(인정등급) + 추가급여(사회 환경적 요인 고려)의 형태로 급여량이 산출되나, 장기요양의 경우 기본급여를 기준으로 인정등급이 산출되기 때문이다. 둘째, 본인부담금 수준에 있어서도 차이가 발생되고 있다. 장애인활동지원제도의 경우 전국가구평균소득을 기준으로 기본급에 대한

73) 본 장은 구철회 등(2014), 윤상용(2015)의 연구를 바탕으로 정리하였음.

본인부담금은 가구 평균소득에 비례하여 6%~15% 수준으로 부과하고 있으며(기초수급자는 본인부담금 면제, 차상위계층은 월 2만 원 정액), 추가급여의 경우 본인부담금은 2%~5% 수준으로(기초수급자 및 차상위계층은 면제) 부과하고 있다. 반면에 노인장기요양보험제도에서의 본인부담금은 재가서비스의 경우 전체비용의 15%, 시설서비스의 경우 20%를 이용자가 일괄 부담하도록 하고 있어 본인부담금 수준에 있어 차이가 발생한다. 장애인 가구의 경우, 소득이 낮은 가구 비율이 높아 본인부담금 지불에 대한 장애인 본인 및 가족의 체감부담이 매우 높은 것으로 알려져 있어, 제도 연계 시 본인부담금으로 인한 이용 중지가 발생할 소지가 크다. 셋째, 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 기본철학에는 큰 차이가 있다. 장애인활동지원제도는 장애인의 일상생활 지원은 물론 사회참여 및 자립생활을 위한 목적으로 서비스를 제공하고 있기 때문에 급여량의 한도 내에서 활동보조, 이동지원과 같은 서비스를 원하는 만큼 이용할 수 있다. 그러나 노인장기요양보험제도의 방문요양은 하루에 최대 4시간으로 정해져 있기 때문에 병원이용이나 사회참여를 위해 이용한다고 하더라도 서비스 이용시간에 제약이 발생할 수밖에 없다. 넷째, 현재 일부 지방자치단체에서는 장애인활동지원제도 이용자에 한해 추가 급여를 제공하고 있다. 물론, 지자체 수준에 따라 추가적으로 급여량을 지원하고 있긴 하나, 장애인활동지원제도를 이용했던 장애인이 노인장기요양보험제도를 이용하게 되면, 지자체에서 추가적으로 제공받던 급여시간(급여량)을 포기해야 하는 상황이다. 다섯째, 활동지원 이용자가 65세 이후 노인장기요양보험법에 따른 장기요양 인정조사에서 등급외 판정을 받을 경우 다시 장애인활동지원제도를 이용하게 해 줌으로 인해 발생되는 제도의 모순(비합리성)이 있다. 이로 인해 일반노인 및 65세 이후에 장애가 발생한 고령장애인과의 형평성 문제를 야기하고 있다. 즉, 활

동지원서비스에서 노인장기요양보험제도로 전환된 장애인의 경우, 전술한 바와 같이 서비스 급여량 축소로 인한 문제를 경험하게 된다. 그러나 등급외 판정을 통해 활동지원제도로 재편입하게 된 장애인은 결과적으로 양적 측면에서 더 많은 서비스를 제공받게 되는 것이다. 때문에 고령장애인의 경우 등급외로 판정받기 위한 여러 편법들이 나타나고 있으며, 이로 인한 도덕적 해이, 제도불신 등의 문제가 야기되고 있다(구철회 등, 2014). 따라서 향후 이러한 제도적 모순을 해결하고, 양 제도 간 연계 시 발생되는 문제를 해결하는 것이 무엇보다 시급하다.

3. 해외 사례 및 시사점

가. 해외 사례

제도 간 연계를 위해, 선험국가들의 사례를 살펴보고자 한다. 해외의 장기요양정책의 대상을 살펴보면 (1) 케어가 필요한 자라면 장애인과 노인의 구분 없이 장기요양서비스를 제공하는 나라와 (2) 인구대상별로 장애인과 노인을 위한 별도의 제도를 갖춘 나라가 있다. 장애인과 노인의 구분 없이 케어가 필요한 자를 대상으로 통합적인 접근을 하고 있는 나라에서는 기능 상태를 기준으로 65세 이상 노인뿐 아니라 65세 미만이라 하더라도 케어가 필요한 모든 연령의 장애인이 케어서비스를 이용할 수 있다. 이와 같이 정책 대상선정에 있어 통합적인 접근을 시도하고 있는 대표적인 나라는 영국과 네덜란드, 스웨덴, 미국 등이 있다. 반면 인구대상별로 장기요양제도를 개별적으로 운용하고 있는 나라로는 일본과 호주, 프랑스를 들 수 있다.

대표적으로 장기요양제도 대상에 대해 통합적으로 접근하고 있는 나라로 영국과 미국의 사례를, 개별적으로 접근하고 있는 나라로 일본과 프랑

스의 사례를 살펴보고 이를 통해 우리나라 장기요양제도의 발전방향에 대한 시사점을 도출하고자 한다.

〈표 4-3〉 통합적 접근을 시도하고 있는 해외 장기요양제도

구분	영국	미국		
제도명	지역사회보호	Medicaid	Medicare	민간보험
관리체계	일반조세방식	주정부	연방정부	보험사
급여대상	노인 + 전 연령 장애인	저소득층	65세 이상 노인	보험자
재원조달	국가보건서비스 + 본인부담 2%	공적재원	사적재원	보험료
서비스 종류	재가서비스 이동서비스 시설보호 현물 및 현금 혼용	-재가 서비스 -시설 서비스	-재가 서비스 -시설 서비스	-재가 서비스 -시설 서비스
연계방법	통합적 접근	통합적 접근		

자료: 변용찬(2010) 및 구철회(2014), 재정리.

〈표 4-4〉 개별적 접근을 시도하고 있는 해외 장기요양제도

구분	일본		프랑스	
제도명	개호보험	장애인종합 지원법	Allocation Personalisée Autonomie(APA)	Prestation de compensation du handicap(PCH)
관리체계	사회보험 시정촌	일반조세 시정촌	일반조세 (지방의회+ 국민적연대에 의한 기금, CNSA)	일반조세 (지방의회+ 국민적연대에 의한 기금, CNSA)
급여대상	65세 이상 노인 (40~65세 미만 노인성질환자)	장애인 (65세 미만)	60세 이상 노인	장애인 (65세 미만)
재원조달	보험료 45% 정부지원 45% 본인부담 10%	국가 50% 도도부현 25% 시정촌 25% 본인부담금 10%	국가 1/3 지방정부 2/3, 본인부담금 (소득수준에 따라 무상~90% 수준까지)	지방정부 + 본인부담금 (소득수준에 따라 무상~20%까지)

구분	일본		프랑스	
서비스 종류	-재가급여 -시설급여	-개호급부 -훈련급부 -의료지원서비스 -지역생활지원 서비스	-재가급여 -시설급여 -주택개보수, 기술지원, 복지용구 등	-재가급여(현물 및 현금 급여) -동물보조를 위한 지원, 기술지원, 주택설비보조, 이동설비보조, 혹은 특별보조 등
연계방법	-65세 이상: 개호보험 우선 적용 (종합지원법 제7조) -예외조항: 적용관계 등의 통지 (장애배려사항)		-75세 이전까지는 이용자의 선택권에 의지 -그러나 75세 이후에는 무조건 노인장기요양으로 전환	

자료: 변용찬(2010), 윤상용(2015), 박혜미(2015), 재정리.

1) 영국

영국은 중앙정부 차원의 국민세금을 재원으로 하는 국민보건서비스(National Health Services: NHS)를 중심으로 모든 국민의 의료와 요양 욕구에 대응하여 왔다. 그러나 장기요양 대상자의 급격한 증가로 인하여 정부예산 증가분이 한계치에 이르자, 노인과 장애인 등 장기요양서비스를 필요로 하는 자들을 대상으로 '지역사회보호법'(Community Care Act)을 별도로 두어 장기요양서비스를 제공하고 있다(강민희, 2008). 지역사회보호법에서는 노인(남성은 65세 이상, 여성은 60세 이상)과 장애인(16세 이상)을 대상으로 하는 요양 욕구에 대응하되, 지역사회 내 재가서비스 확충을 통한 이용자 만족도의 확대와 예산 증가의 억제를 꾀하고 있는 상황이다(변용찬, 2010).

지역사회보호법에 의해 제공되고 있는 지역사회서비스는 재가서비스와 시설서비스 그리고 현금서비스가 있으며, 재가서비스는 크게 (a) 의료서비스와 (b) 복지서비스로 구분된다. 의료서비스는 재가간호, 방문보건, 일반치료, 치과치료, 약제 및 보건서비스 등이 있으며, 복지서비스로는

주간서비스, 단기보호서비스, 가정봉사, 주간보호센터, 급식배달서비스, 세탁서비스 등이 있다. 이러한 지역사회서비스는 지방자치단체에서 운영하며, 재원은 지방세와 국고보조, 본인부담금이다(강민희, 2008). 시설서비스 중 거주홈은 지방자치단체가 운영 주체로, 지방세와 국고보조로 운영되며, 지방자치단체와 민간영리 혹은 비영리 단체가 운영한다(강민희, 2008). 따라서 영국의 노인과 장애인을 대상으로 하는 장기요양제도는 지역사회보호제도로서 사회서비스를 제공하기 위해 대상자의 욕구에 근거한 평가를 실시하고, 수집된 정보를 바탕으로 하여 서비스 제공 여부를 판단한다. Care Plan에는 제공되는 서비스 목록이 나열되어 있으며, 이는 당사자에게 제공되어 지역사회 내에서 욕구에 근거한 서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다(변용찬, 2010).

2) 미국

미국의 장기요양제도는 크게 (1) 정부 부분과 (2) 민간 부분으로 구분되나 정부 부분 장기요양제도의 규모가 더 크다. 정부 부분 장기요양제도는 Medicaid와 Medicare와 같은 의료보장제도를 중심으로 운용되며, 민간 부분의 장기요양제도는 Medicaid와 Medicare 대상자가 아닌 일부 노인들을 대상으로 마련되어 있다.

미국의 장기요양제도는 요양 및 양로시설(시설서비스), 의료적 특성의 재가요양, 사회적 특성의 재가요양과 기타 의료 및 복지서비스를 포함하는 다원화된 사회정책이다. 이에 장기요양보호만을 위한 독립적인 제도가 아닌 Medicare와 Medicaid와 같은 의료보장 프로그램이 중심이 되고 이외 각종 급여를 활용한 돌봄서비스가 포함되어 있다(변용찬, 2010). 다원적으로 정책 대상은 일상생활에 있어 케어 욕구가 있는 노인과 전 연

령의 장애인 모두를 포괄하며, 이들 중 기능 상태와 소득 수준을 고려하여 수급자를 선정한다.

미국에서 제공하고 있는 장기요양서비스는 역사적으로 Medicare와 Medicaid와 같은 의료보장 프로그램 중심으로 발전하였다. 때문에 시설 중심의 요양서비스와 의료서비스가 발달하다가, 시설서비스에 비해 재가서비스가 비용과 이용자 만족도면에 효율적이라는 사실이 알려지면서 점차 지역 사회 중심의 서비스로 발전되고 있다. 이에 Medicaid Waiver 정책과 일부 주에서는 개인예산제(personal budget) 등을 활용하여 재가 케어 이용 활성화를 위해 노력하고 있다.

미국 장기요양서비스의 내용은 (1) 시설서비스, (2) 의료적 특성의 재가요양서비스, (3) 사회적 특성의 재가요양서비스, (4) 기타 의료 및 복지서비스로 구분되며, 각 구분에 따른 서비스 범위는 시설중심의 전문요양시설의 이용에서부터 재활치료서비스, 휴식지원, 지원고용, 교통지원에 이르는 다양한 재가서비스를 포함한다. 이같이 미국의 장기요양제도는 노인과 전 연령의 장애인을 포괄하고 있으며, 서비스 범위가 넓어 장기요양대상자는 욕구와 필요에 따라 서비스를 선택할 수 있는 이점이 있다.

〈표 4-5〉 미국 장기요양서비스 구분 및 범위

구분	서비스 범위	구분	서비스 범위
시설 서비스	- 전문요양시설(Skilled Nursing Home) - 요양시설(Intermediate Nursing Home) - 병원 - 주거서비스 - 발달장애 센터	사회적 특성의 재가 요양 서비스	- 사례관리 - 재정관리 - 정보제공및추천 - 가사지원서비스 - 활동보조 - 식사서비스 - 휴식지원서비스 - 노인동반자 프로그램 - 데이케어 - 지원고용 - 교통지원
의료적 특성의 재가 요양 서비스	- 주간요양보호 - 방문간호(보조) - 호스피스 (임종간호서비스) - 재활서비스 - 전문요양서비스 - 치료(물리, 언어, 작업) - 진단/보건 - 예방보건서비스	그 외 의료/복지 서비스	- 보청기 등 지원 - 치과치료 - 처방약 - 안과/안경 지원 - 보철기기 - 교통지원(응급하지 않은) - 침술 혹은 한방

자료: 변용찬(2010). 재인용.

3) 일본

일본의 장기요양제도를 포함한 복지정책은 역사적으로 복지대상에 따라 노인과 장애인이 명확하게 분리되어 발전하였다. 노인을 대상으로 한 장기요양제도는 사회보험 방식의 '개호보험'이고, 장애인을 대상으로 한 장기요양제도는 조세를 이용한 '장애인종합지원제도'라 할 수 있다.

개호보험의 대상자는 연령 기준에 의하여 65세 이상 노인의 경우 직업, 소득 수준, 거주지와 관계없이 1종 피보험자가 되며, 노인성 질환이 있는 40세에서 65세 미만의 요개호상태에 있는 자는 2종 피보험자자격을 가지게 된다. 개호보험은 신체수발 중심 모델에 기초하고 있으며, 고령자가 요개호상태에 빠진 후에 서비스를 제공한다. 서비스 내용은 크게 (a) 재가급여와 (b) 시설급여로 구분된다. 서비스 구분의 복잡성은 재가급여의 경우 경도 및 운동기근이 양호한 치매성고령자를 지역사회 내에서 보호하기 위한 정책적 배려 때문으로 이해할 수 있다(변용찬, 2010).

반면, 장애인을 대상으로 한 복지제도는 장애관련 법의 역사적 발전[74] 흐름에 따라 크게 신체장애, 지적장애, 정신장애 3개 유형별로 법 체계를 정비하였으며, 이러한 결과로 장애유형별로 제도의 기반을 정비하였다(황주희 등, 2014). 그러나 각 장애유형별 제도 간 격차나 사각지대 발생으로 인한 제도적 한계를 함께 가지고 있다.

만일 장애인이 65세가 도래하게 되면, 요개호인정을 받아 「개호보험법」의 규정에 따라 우선적으로 보험급부를 받게 된다. 65세에 도래한 고

74) 일본의 장애인복지 관련 법은 1946년 『생활보호법』을 시작으로 구호시설 시스템의 발전이 사작되었으며, 이 후 1949년 『신체장애자복지법』 제정으로 상이군인인 신체장애인을 대상으로 하는 복지서비스가 발전하였고, 1960년 『정신박약자복지법』 제정으로 오늘날 『지적장애인복지법』의 기초이다. 1949년에는 의료중심의 시책인 『정신위생법』 제정을 통해 정신장애인에 대한 지원이 시작되었으며, 본 법은 1993년 『정신보건복지법』으로 개정되어 정신장애유형을 위한 복지발전을 꾀하고 있음(황주희 등, 2014).

령장애인은 전부터 이용하던 자립지원급부인 장애인복지서비스에 대해서는 법률 제7조의 조정규정에 따라 더 이상 이용할 수 없게 된다. 이러한 「개호보험법」과 「장애인종합지원법」(이하 종합지원법, 2013)과의 관계는 제72조에 의해 규정되어 있다(이하 “개호보험 우선원칙”). 즉, 65세 이후의 고령장애인에게 있어서는 개호보험이 장애인복지서비스인 장애인자립지원급부보다 우선시 되는 것이 원칙이며, 개호보험 서비스 이용이 가능할 경우, 개호보험 서비스 이용이 우선시된다(황주희 등, 2014).

그러나 후생노동성은 2007년 3월에 “「장애인 자립 지원법」에 근거한 자립 지원 급부와 개호보험 제도의 적용 관계 등”(이하 적용관계 등의 통지)을 각 지방자치단체에 알렸는데, 그 내용은 65세 이상 고령장애인의 경우 ‘개호보험 우선원칙’이 기본이지만, 장애가 있는 사람의 경우에는 심신의 상태나 서비스 이용을 필요로 하는 이유가 다양하기 때문에 개호보험 서비스를 일률적으로 우선시하여 장애인에게 필요한 서비스의 지원 여부를 간단하게 판단하는 것은 곤란하다고 보았다. 따라서 장애복지서비스의 종류나 이용자의 상황에 따라 해당 서비스에 상당하는 개호보험 서비스를 판단하되, 개호보험 서비스를 우선적으로 이용하지 않도록 하고 있다(황주희 등, 2014). 즉, 개호보험제도의 우선적용을 원칙으로 하면서도 개호보험의 대상자인 고령장애인이 장애인복지서비스 이용신청을 했을 경우, 사례별로 조사하여 개호보험 서비스만으로 부족하다면 개호보험 담당과나 해당 수급자의 거택개호지원사업자와 함께 필요에 따라 적절한 급여의 지급결정을 할 수 있다.

장애인복지서비스의 지급이 적절한 경우, 자립지원급부를 적용할 수 있고 양 제도를 병용할 수 있다. 즉, 고령장애인이 이용할 수 있는 서비스는 우선적으로 개호보험서비스이고, 이에 따라 기본적으로 개호급부비나 훈련급부비 등 장애인복지서비스를 이용할 수 없게 된다. 그러나 장애인

이 원하는 서비스를 개호보험서비스에서 제공하지 못할 경우에는 장애인 복지서비스를 이용하는 것이 가능하다. 구체적으로 살펴보면,[75] 첫째, 재가 장애인이 신청한 장애복지서비스에 대해서, 해당 시정촌에서는 개보호보험급부만으로는 서비스 충분성이 보장되지 않는다고 판단할 경우, 혹은 서비스 인정 단계에서 비해당으로 판정되거나 기타 이유로 서비스 이용이 어려운 경우에 한해, 시정촌이 인정하는 범위 내에서 개호급부비(혹은 훈련급부비) 지급이 가능하다. 둘째, 개호보험서비스 제공 기관의 접근성이 떨어지거나, 정원초과 등으로 서비스 이용이 어려울 경우 시정촌이 인정하는 범위에 한해 해당 문제가 해결될 때까지 장애인 서비스 제공 기관에서의 서비스 이용이 가능하다.(윤상용, 2015).

그러나 '적용관계 등의 통지'의 '장애배려사항' 수준이 모든 시정촌에서 공통적으로 해석되어 지원되는 것은 아니다. 시정촌에 따라 해석의 수준과 실질적 지원에는 큰 차이가 있다. 따라서 장애인의 소득 수준 및 생활 수준이 비슷하다고 하더라도 시정촌의 사정에 따라 고령장애인이 지원받을 수 있는 복지서비스나 개호서비스의 선택 이용에는 차이가 발생한다(황주희 등, 2014).

4) 프랑스[76]

프랑스의 공공정책은 역사적으로 '퇴직자와 노인' 그리고 '장애인'으로 분리되어 발전하였으며, 서로 다른 원칙과 가치에 기반을 두어 발전하였다. 퇴직자와 노인을 중심으로 하는 노인정책은 노인의 사회적 기여에 대해 국가가 갚아야 하는 부채 혹은 보답의 개념으로 시작하였으나, 1980

75) 윤상용(2015)의 자료를 참고 및 인용하여 작성함.
76) 프랑스 사례는 박수지 등(2014) 연구와 박혜미(2016) 연구, 윤상용(2015) 연구를 바탕으로 재정리하였음.

년대부터 시작된 사회보험의 원칙, 시민의 의무, 계약주의 등이 강조되어 점차 개인에 대한 책임을 부여하는 방향으로 전개되고 있다. 반면 장애인 정책은 노인과 마찬가지로 사회적 원조의 개념으로부터 출발하였다고 볼 수 있으나, 장애를 바라보는 관점이 사회적 관점으로 변화되면서 노인과 차이를 나타내게 되었다. 산업재해와 관련 있는 장애의 이슈에 대해서는 사회보험의 측면에서 접근하였으며, 이 외 장애 이슈에 대해서는 장애의 회복의 측면에서 보상의 개념으로 전환되었다.

일상생활 수행능력 및 기능 저하 또는 손상으로 돌봄이 필요한 노인과 장애인을 대상으로 하는 장기요양제도는 일상생활을 위해 필요로 하는 돌봄서비스 제공을 위한 '제3자 보상수당(Allocation Compensatice pour tierce Personne: ACTP)이 1997년 기존 수급자들 중 60세 이상 대상자를 별도의 의존특별급여(Prestation Spécifique Dépendance: PSD)로 대체되면서 노인장기요양제도의 기틀이 되었다. PSD는 2002년 개인별자립수당(APA)으로 바뀌었으며, APA를 통해 노인은 더 이상 공공부조의 대상이 아닌 보편적 권리를 지닌 수급자이고, 부양의무와 상속분 회수의 원칙을 탈피하여 노인의 자립성 상실정도에 따라 판정된 등급과 개인별 욕구 그리고 서비스 필요도에 따라 정해진 지원계획서 범위 내에서 제공되는 현물 또는 현금 서비스를 이용할 수 있게 되었다.

60세 미만 장애인을 대상으로 하는 돌봄서비스 지원은 기존에 '제3자 보상수당(ACTP)'으로 제공되던 것이 2006년 장애보상수당(Perstation de Compensation du Handicap; PCH)의 도입으로 대체되었다. 장애보상수당(PCH)은 제3자 보상수당(ACTP)에서 사용할 수 있었던 인적 서비스 외에 기술지원, 주택 및 교통 보조지원 등의 서비스 이용을 가능하게 하였다. 프랑스의 경우, 2005년 「장애인의 권리, 참여, 시민권 기회의 평등을 위한 장애인법」의 제정 이전에는 장애인에 대한 명확한 규정이 없

었으며, 법률상 장애에 대한 정의가 없었으나, 이후 본 법에 의해 장애인과 노인에 대한 구분이 생기기 시작하였다. 장애보상수당(PCH)과 노인을 대상으로 하는 개인별자립수당(APA)의 차이는 장애보상수당(PCH)의 경우 현금급여의 이용이 가능하나 노인을 대상으로 하는 개인별자립수당(APA)은 현금급여의 제공이 제한되어 있다.

이처럼 프랑스의 경우, 60세를 기준으로 노인과 장애인을 대상으로 하는 장기요양제도가 분리되어 있다. 만일 장애인 연령이 60세에 도래했을 경우, 일본과 마찬가지로 노인장기요양으로 전환되는 것이 원칙이다. 그러나 60세 이전에 발생한 장애로 활동지원서비스를 수급한 경우, 60세 이후 본인의 장애상태가 활동지원서비스의 수급 요건을 지속적으로 충족하는 경우 최대 75세까지 활동지원서비스 수급이 가능하다(윤상용, 2015 재인용). 또한 60세 이전에 발생한 장애로 인해 장애보상수당(PCH)을 수급한 자가 60세 이후에도 전문적인 활동을 지속하는 경우, 별도의 조사 없이 최대 75세까지 장애보상수당(PCH) 수급이 가능하다. 그러나 75세 이후에는 무조건 노인장기요양으로 전환된다.

나. 시사점

해외 장기요양정책을 살펴보면, 대상의 선정에 있어 (1) 케어가 필요한 자라면 장애인과 노인의 구분 없이 모든 국민을 대상으로 장기요양서비스를 제공하는 나라와 (2) 인구대상별로 장애인과 노인을 위한 별도의 제도를 갖춘 나라로 구분할 수 있다. 장애인과 노인의 구분 없이 케어가 필요한 자를 대상으로 통합적인 접근을 하고 있는 대표적인 나라는 영국과 미국이며, 나라마다 제도의 성격과 운영 방식에 있어서는 차이가 있으나 이러한 국가군의 경우는 돌봄 욕구가 있는 모든 국민을 대상으로 장기요

양서비스를 제공한다.

반면 노인 인구와 장애 인구를 위한 개별적인 장기요양제도를 구축하고 있는 국가의 경우, 인구집단의 특성에 따른 욕구에 부합할 수 있도록 서비스 내용을 구성하고 급여량과 서비스를 제공하는 등 이원화된 체계를 가지고 있다. 이 같은 구분된 제도로 인하여 장애인 대상 장기요양제도를 이용하던 장애인이 고령이 되어 노인대상 장기요양제도를 이용하게 되는 경우, 문제가 발생된다. 대표적인 나라로 일본과 프랑스가 해당되며, 두 나라 모두 고령의 연령에 도달한 장애인에 대하여 우선적으로 노인 대상 장기요양제도로 편입하도록 하는 것이 우선이나 예외조항을 두어 고령장애인의 특성을 반영한 장기요양서비스가 제공될 수 있도록 제도적 유연성을 확보하였다. 그럼에도 불구하고, 이원화된 장기요양제도의 발전은 장기요양의 대상을 통합적으로 접근하고 있는 국가군과 비교하였을 때, 장기요양서비스 이용자의 선택권과 자기결정권을 충분히 보장하지는 못하는 것이 사실이다. 제도 간 유연성을 확보했다고 하더라도 고령장애인과 같이 노인과 장애인의 구분이 모호한 그룹의 욕구에 적절히 대응하고 있는지도 의문이다.

이원화된 체계에서는 인정조사 방식과 급여량 산출 방식, 서비스 내용, 서비스 전달 체계 및 재원이 구분되기 때문에 인구고령화와 가족구조 변화, 장애인구의 증가 등 다양한 상황과 욕구를 지닌 돌봄 필요 계층의 특성을 각 제도 내에서 반영하는데 한계가 있을 수밖에 없다.

이에 대한 해결책은 이용자의 선택권과 자기결정권을 확대함으로써 서비스 이용을 증대시키고, 만족도를 향상시킬 수 있도록 제도적 발전을 꾀하는 것이라 생각한다. 이는 노인과 장애인을 대상으로 하는 양 제도의 개별적 발전에 기여할 수 있을 뿐 아니라 제도 간 연계를 통한 국가차원의 장기요양제도의 발전에 기여할 수 있는 방안이 될 것이다.

4. 양 제도를 이용하기를 원하는 장애인의 규모 예측

노인장기요양보험제도 대상층에 있어 장애인까지의 확대에 대한 목소리가 일각에서 제기되고 있으며, 대표적인 선진 국가들의 경험을 바탕으로 양 제도를 이용하기 희망하는 장애인 규모를 예측해 보고자 한다.

가. 노인장기요양제도 이용자 중 장애인의 규모

노인장기요양제도 이용자 중 장애인의 규모를 살펴보면, 크게 (a) 노인장기요양제도를 이용 중인 65세 이상 노인과 (b) 65세 미만이지만 '노인성질환(치매, 중풍, 파킨슨병 등)'을 가지고 있는 자로 구분하여 살펴볼 수 있다.

〔그림 4-2〕 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도 간 관계

우선 노인장기요양제도를 이용 중인 65세 이상 노인 중 등록장애인구 규모에 대한 예측은 현재 노인장기요양보험통계연보(국민건강보험공단)에서 발표되지 않아 한계가 있다. 이에 본 연구에서는 2011년 노인실태조사 자료를 통해 대략적인 수를 추정해 보았다는 점에서 한계가 있다.

2011년 실태조사 자료에 의하면, 노인장기요양 인정조사에서 요양서비스 인정을 받은 판정노인은 총 236명(등급외 제외)으로 이 중 등록장애인은 111명(약 47%)으로 확인되었다. 즉, 노인장기요양보험제도의 이용자 중 절반 정도는 장애인 등록을 한 고령장애인임을 알 수 있다. 그러나 본 문항에서는 등록장애인의 개념을 장애인복지법상의 등록장애인으로 한정하지 않고, 보훈처 등록장애인도 포함하고 있어 일반적인 '등록장애인'의 개념보다는 약간 확장된 수치로 해석이 가능하다.

〈표 4-6〉 노인장기요양 등급자 중 등록장애인의 수

(단위: 명)

노인장기요양 서비스 등급	등록장애인		전체
	예	아니요	
1등급	10	5	15
2등급	21	28	49
3등급	80	92	172
등급외	18	27	45
전체	129	152	281

자료: 정경희 등(2011), 전국노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

이 외에도 현재 노인장기요양보험제도에서는 65세 미만 '노인성질환자(치매, 중풍, 파킨슨병 등)'에 한하여 노인장기요양서비스를 이용할 수 있도록 하고 있는데 65세 미만 노인성질환자의 수를 살펴보면 아래 그림과 같다. 65세 미만 '노인성질환자(치매, 중풍, 파킨슨병 등)'의 수는, 2009년 4,522명이던 것이 2015년 12,920명으로 3배 정도 증가했음을

알 수 있다.

[그림 4-3] 노인성질환자 수

자료: 건강보험관리공단, 데이터 재분석, 내부자료.

2015년을 기준으로 노인장기요양보험제도 이용자(약 63만 명) 중 65세 미만 노인성질환자의 비율은 약 2.1% 수준으로 이 중(노인성질환자 12,920명 중) 등록장애인은 10,944명(84.7%)이다. 즉, 전체 노인장기요양보험제도 이용자(약 63만 명)의 약 1.7%가 65세 미만 등록장애인인 것으로 나타났다(건강보험 관리공단 데이터 재분석, 내부자료. 2016).

따라서 노인장기요양보험제도를 이용하고 있는 장애인의 규모를 (a) 노인장기요양제도를 이용 중인 65세 이상 노인과 (b) 65세 미만이지만 '노인성질환(치매, 중풍, 파킨슨병 등)'을 가지고 있는 자로 구분하여 살펴본 바에 의하면 65세 이상 노인 중 등록장애인의 규모는 약 47% 수준이고, 65세 미만 노인성질환자 중 등록장애인은 약 1.7%로 약 48.7%를 등록장애인구로 추정할 수 있다. 여기에 연령이 65세가 되어 매년 약 천여명의 장애인활동지원제도 기이용자가 노인장기요양보험제도로 편입됨

에 따라(인정조사에서 등급외를 받게 되면 다시 장애인활동지원제도로 되돌아가는 경우를 제외) 향후 노인장기요양보험제도를 이용하는 장애인구의 규모는 더 증가할 것으로 예상된다.

나. 장애인 중 노인장기요양보험제도 이용 욕구 추계

1) 노인장기요양보험제도 이용자 중 장애인 규모

추후 노인장기요양보험제도 이용자 확대와 장애인의 선택권 확대를 위해서는 이들 규모를 예측해야 할 필요가 있다. 이를 위해 2014년 장애인실태조사 자료를 재분석하여 장애인구 중 노인장기요양보험제도를 선택할 수 있는 인구 규모를 예측해 보면 다음과 같다.

2014년 장애인실태조사 데이터를 분석해 보면 전체 추정장애인 중 등록장애인은 2,517,949명으로 추정(가중치적용 수치)된다. 이 중 ADL 인정 평가 항목(옷갈아입기, 목욕하기, 식사하기, 잠자리에서 자리바꾸기, 옮겨앉기, 걷기, 화장실사용하기)에서 타인의 도움을 필요로 하지 않는 장애인은 전체의 68.8%로 나타났고, 이는 전체 장애인의 31.2%, 약 785,895명의 장애인이 일상생활 수행에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 것으로 나타났다.

이러한 수치는 노인장기요양인정조사 ADL 항목의 척도(① 완전자립, ② 부분도움, ③ 완전도움) 보다 완화된 척도 (① 스스로 할 수 있음, ② 방법을 알려주는 것이 필요, ③ 부분도움, ④ 완전도움)를 활용하여 측정한 값이며, 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도 대상자 선정은 양 제도별 인정조사를 통해 선별주의 방식을 택하고 있기 때문에 실질적 대상 규모와는 차이가 있을 것으로 예상된다.

〈표 4-7〉 등록장애인의 ADL 총점

ADL 총점	빈도	비율	ADL 총점	빈도	비율
0.00	1,732,055	68.8	11.00	13,230	0.5
1.00	130,709	5.2	12.00	12,203	0.5
2.00	125,271	5.0	13.00	12,523	0.5
3.00	98,497	3.9	14.00	13,433	0.5
4.00	63,793	2.5	15.00	13,882	0.6
5.00	64,641	2.6	16.00	5,067	0.2
6.00	46,406	1.8	17.00	5,846	0.2
7.00	45,418	1.8	18.00	8,329	0.3
8.00	28,160	1.1	19.00	7,951	0.3
9.00	27,047	1.1	20.00	12,523	0.5
10.00	18,080	0.7	21.00	32,886	1.3
합계	2,517,949	100.0	-	-	-

주 : 1) 스스로 할 수 있음=0점, 방법을 알려줌=1점, 부분도움=2점, 완전도움=3점으로 계산하였음.
2) 가중치 적용 값임.
자료: 김성희 등(2014), 2014년 장애인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

2) 선택권 확대를 원하는 대상 규모 추정

앞서 살펴보았듯이, 일상생활 수행에 있어 ADL 기능상 1개 이상의 도움을 필요로 하는 장애인은 약 78만 명 수준이다. 그러나 제도가 추구하고 있는 목적과 가치, 재정적 한계를 고려한다면 이들 모두를 대상 규모로 추정하는 것은 무리가 있다. 따라서 장애인 중에서 노인장기요양보험제도의 목적과 제공되는 서비스 이용 욕구가 높을 것으로 예측되는 대상과 일상생활 수행에 있어 '요양' 및 '보호'의 욕구가 높아 노인장기요양보험제도에서 제공하고 있는 재가 및 시설서비스 이용에 대한 욕구가 높을 것으로 예상되는 대상에 대한 규모 추정이 적절할 것이다.

실질적으로 노인장기요양제도 이용에 있어 선택권을 부여한다고 하더라도 장애인의 욕구에 따라 이용하고자 하는 서비스의 내용은 달라질 수

있을 것이다. 본 연구에서는 이 같은 한계를 전제로 하고, 장애인의 ADL 기능 정도를 기준으로 ADL 기능에 제한이 많을수록 일상생활에서 타인의 도움을 필요로 하는 정도가 높고, 이러한 대상의 경우 노인장기요양보험제도에서 제공하고 있는 '요양' 및 '보호' 그리고 시설서비스에 대한 욕구가 높을 것이라는 가정에 근거하여 예측되는 규모를 추정하였다.

등록장애인 중 ADL 기능 수행에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 인구는 약 78만 6천 명 수준이며, 타인의 도움을 필요로 하는 장애인의 ADL 평균점수는 6.1점, 중위점수는 4점으로 78만 6천 명 중 50% 정도의 장애인의 ADL 기능점수는 4점 미만인 것으로 나타났다.

〈표 4-8〉 ADL 기능 점수 분포

(단위 : 명, %)

ADL 기능 점수	빈도	비율	ADL 기능 점수	빈도	비율
1.00	130,709	16.6	11.00	13,230	1.7
2.00	125,271	15.9	12.00	12,203	1.6
3.00	98,497	12.5	13.00	12,523	1.6
4.00	63,793	8.1	14.00	13,433	1.7
5.00	64,641	8.2	15.00	13,882	1.8
6.00	46,406	5.9	16.00	5,067	0.6
7.00	45,418	5.8	17.00	5,846	0.7
8.00	28,160	3.6	18.00	8,329	1.1
9.00	27,047	3.4	19.00	7,951	1.0
10.00	18,080	2.3	20.00	12,523	1.6
합계	785,895	100.0	21.00	32,886	4.2

주: 1) 스스로할 수 있음=0점, 방법을 알려줌=1점, 부분도움=2점, 완전도움=3점으로 계산하였음.
2) 가중치 적용 값임.
자료: 김성희 등(2014), 2014년 장애인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

〔그림 4-4〕 ADL 기능 점수 분포

주: 〈표 4-8〉의 점수 분포를 의미함.

이들의 연령별 특성을 살펴보면, 부모의 돌봄이 우선적으로 요구되는 아동기 및 학령기 아동이 전체의 7.5%(58,871명)이고, 노인장기요양 대상자인 65세 이상 연령의 경우도 전체의 48.8%를 차지해 노인장기요양 제도 이용자 확대 및 장애인의 서비스 선택권 확대로 인한 실질적 혜택을 받을 수 있는 대상은 약 34만 4천 명 수준인 것을 확인할 수 있다.

〈표 4-9〉 타인의 도움을 필요로 하는 장애인의 연령

(단위 : 명, %)

연령	빈도	비율
20세 미만	58,871	7.5
20세 이상-65세 미만	343,820	43.7
65세 이상	383,204	48.8
합계	785,895	100.0

주: 가중치 적용 값임.
자료: 김성희 등(2014), 2014년 장애인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

향후 노인장기요양제도 이용자 확대 및 장애인의 서비스 선택권 확대로 인한 실질적 혜택을 받을 수 있는 대상 34만 4천 명의 ADL 기능점수 분포를 살펴보면 아래와 같다.

〈표 4-10〉 ADL 기능 점수 분포

(단위: 명, %)

ADL 기능 점수	빈도	비율	ADL 기능 점수	빈도	비율
1.00	54,307	15.8	11.00	1,941	0.6
2.00	61,226	17.8	12.00	5,163	1.5
3.00	41,501	12.1	13.00	3,070	0.9
4.00	27,696	8.1	14.00	4,685	1.4
5.00	31,828	9.3	15.00	3,154	0.9
6.00	22,903	6.7	16.00	1,861	0.5
7.00	24,936	7.3	17.00	2,119	0.6
8.00	11,423	3.3	18.00	1,799	0.5
9.00	13,221	3.8	19.00	3,189	0.9
10.00	8,960	2.6	20.00	5,711	1.7
합계	343,820	100.0	21.00	13,128	3.8

주: 1) 스스로 할 수 있음=0점, 방법을 알려줌=1점, 부분도움=2점, 완전도움=3점으로 계산하였음.
2) 가중치 적용 값임.
자료: 김성희 등(2014), 2014년 장애인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

〔그림 4-5〕 ADL 기능 점수 분포

주: 〈표 4-10〉의 점수 분포를 의미함.

이를 기초로 하여 예상되는 서비스 이용 대상의 규모를 아래 2가지 안(최중증 성인장애인 포함안, 타인의 도움 필요가 상위 10% 수준에 있는 장애인 포함안)으로 나누어 예측해 보고자 한다.

가) 1안: 최중증 성인장애인

가장 보수적인 방법으로 일상생활 수행에 있어 타인의 도움을 가장 많이 필요로 하는 ADL 최고 점수(21점)를 받은 성인장애인을 서비스 선택권 대상으로 고려해보는 방안이다.

20세 이상 성인장애인 중 ADL 수행에 있어 전적으로 타인의 도움을 필요로 하는 인구는 3.8%로 약 13,128 명의 성인장애인이 노인장기요양보험제도에서 제공하는 서비스 이용을 희망할 것으로 예측할 수 있다.

우선 대상자 특성 중 장애유형에 따라 살펴보고자 한다. 다만, 뇌전증이나 간장애, 호흡기장애 등 소수장애인의 경우 가중치 적용으로 인하여 그 수가 과도하게 예측되는 점을 감안하여야 한다. 분석결과, 전체의 약 55.3%의 장애인이 지체 및 뇌병변 장애인인 것으로 나타나고, 지적장애의 경우도 약 83,651명으로 24.3% 수준으로 나타나는 것을 알 수 있다. 성별의 경우도 남성의 비율이 63.3%, 여성이 36.7%로 남성의 비율이 월등히 높은 것을 알 수 있다.

〈표 4-11〉 대상자 특성(20세 이상 65세 미만)

(단위: 명, %)

구분		빈도	비율
장애유형	지체	118,334	34.4
	뇌병변	72,028	20.9
	시각	31,307	9.1
	청각	578	0.2
	언어	547	0.2
	지적	83,651	24.3
	자폐성	5,120	1.5
	정신	21,145	6.1
	신장	4,259	1.2
	심장	168	0.0
	호흡기	746	0.2
	간	109	0.0
	장루요루	5,776	1.7
	뇌전증	52	0.0
	합계	343,820	100.0
성별	남자	217,725	63.3
	여자	126,095	36.7
	합계	343,820	100.0

주: 가중치 적용으로 인해 빈도수가 적은 장애유형의 경우 비율이 0.0에 가까운 수치로 분석됨.
자료: 김성희 등(2014), 2014년 장애인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

나) 2안: 타인의 도움 필요 정도가 상위 10% 수준에 있는 장애인

2안은 1안에 비해 보다 광범위한 대상을 고려하는 안으로 일상생활 수행에 있어 타인의 도움을 필요로 하는 대상 중 ADL 기능점수가 상위 10% 수준인 자(15점 이상인 자)를 생각해 볼 수 있다.

ADL 기능에 어려움이 있는 20세 이상 65세 미만 성인기 장애인의 규모는 약 30,961명으로 예측되며, 뇌병변 장애인의 규모가 전체의 65.7%로 가장 높고, 다음으로 지체장애인의 규모가 24.4%로 높은 것을 알 수 있다. 성별 특성을 살펴보면 남성의 비율(65.9%)이 여성(34.1%)에 비해 높은 것을 알 수 있다.

〈표 4-12〉 대상자 특성(20세 이상 65세 미만)

(단위: 명, %)

구분		빈도	비율
장애유형	지체	7,565	24.4
	뇌병변	20,331	65.7
	시각	432	1.4
	지적	1,541	5.0
	정신	1,091	3.5
	합계	30,961	100.0
성별	남자	20,397	65.9
	여자	10,564	34.1
	합계	30,961	100.0

주: 가중치 적용 값임.
자료: 김성희 등(2014), 2014년 장애인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원. 원자료 재분석.

이 같은 예측 규모는 앞서 설명하였듯이, 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도 대상자 선정이 인정조사를 통한 선별주의 방식으로 진행되기 때문에 현실적인 규모와 차이가 있을 수 있다. 그러나 본 연구에서는 각 제도의 인정조사 항목에 있어 가장 유의미한 영향을 미치고 있는 항목인 ADL 기능 항목의 점수 분포에 근거하여 규모를 추정하였기 때문에, 장애인 중에서 요양 욕구가 높아 노인장기요양보험제도 이용을 희망하는 대상자의 실질 규모는 추정치보다 훨씬 작은 규모가 될 것으로 예측된다.

5. 양 제도 간 연계를 위한 제도의 유연성 확보 및 선택권 확대

우리나라는 인구고령화 및 가족 구조 변화 등으로 국가차원의 돌봄에 대한 책임이 증가하고 있다. 2008년에 도입된 노인장기요양보험제도와 2011년 도입된 장애인활동지원제도는 국가차원의 돌봄서비스 지원의 대표적인 예라 할 수 있다. 그러나 제도 도입의 초기부터 이원화된 제도로 발전되어 오면서 '장기요양제도'로서 제도 간 유연성을 확보하지 못한 한

계를 지닌다. 인구사회학적 변화를 고려하여, 양 제도 모두 고유의 제도 목적뿐 아니라 돌봄을 필요로 하는 대상자의 욕구에 효과적으로 대응하는 제도로 발전될 필요가 있다.

향후 노인장기요양보험제도의 보편성과 제도의 발전을 위해서는 다음과 같은 발전 방안 마련이 요구된다. 우선 65세 이상 고령장애인의 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도 간 유연성 확보를 통해 고령장애인이 노인장기요양보험제도 내에서 혹은 양 제도 간 연동을 통해서 자신이 원하는 돌봄 욕구를 충족할 수 있는 방안 마련이 필요하다. 이를 위해서는 노인장기요양보험 인정조사 항목 및 측정 방식에서 장애인의 특성을 반영한 접근이 요구되며, 이를 통해 장애인활동지원제도 이용자 중 노인장기요양보험제도로 전환된 이들에 대한 기본급여 값의 조정이 요구된다. 이를 통하여 65세 이후에 장애가 발병한 고령장애인과 장애인활동지원제도를 이용하던 장애인과의 형평성을 맞출 수 있을 것이다. 또한 기본급여 조정 후에도 급여량 차이가 나는 부분에 대해서는 장애인활동지원제도를 함께 이용하도록 하거나 급여량을 보존하는 방향으로 서비스 연속성을 보장할 필요가 있다.

더불어 추후 65세 미만 성인기 장애인에게 노인장기요양보험제도 이용의 선택권을 확대하고, 노인장기요양보험제도의 대상을 전국민으로 확대할 필요가 있다. 현재는 65세 미만 장애인이 기능 상태에 따른 돌봄 필요도가 높아 노인장기요양보험제도를 통한 시설서비스 이용을 희망한다고 하더라도, 65세가 도래하기 전까지는 노인장기요양보험제도를 이용할 수 없다. 따라서 향후 노인장기요양보험 인정조사 항목 및 측정 과정에서 장애인의 특성을 고려하게 되면, 양 제도 간 급여량의 차이를 어느 정도 해소할 수 있을 것이다. 또한 장애아동을 제외한 성인기 장애인(20세 이상 65세 미만) 중 장애인활동지원제도 외에 노인장기요양보험제도를 이

용하고자 하는 대상에게 서비스 선택권을 확대함으로써 사회보험으로서의 보편성을 확대시킬 필요가 있다.

앞서 논의한 바와 같이, 20세 이상 65세 미만 장애인을 흡수하더라도 그 규모가 급격하게 증가하는 것이 아니므로 현 상태에서 재정적인 문제를 크게 우려하지 않아도 된다. 제도 간 연계는 65세 미만 성인기 장애인의 욕구를 반영한 선택권의 확대, 노인장기요양보험제도의 보편성 확대와 맞닿아 있어 궁극적으로 우리나라 장기요양제도의 발전에 기여할 것이라 생각한다. 향후 노인장기요양보험제도가 성인기 장애인에게도 서비스 이용권을 확대한다면, 장애인을 포괄하는 보편적 국민장기요양보험제도로서의 위상을 가질 수 있을 것으로 생각된다. 단, 이 같은 제도 발전을 위해 첫째, 노인장기요양보험제도와 장애인복지시설인 장애인거주시설과의 관계 정립, 둘째, 장애특성을 고려한 장기요양시설의 설립 및 장애인의 특성을 반영한 인정조사 도구, 장기요양시설 내 서비스 개발이 선행되어야 할 것이다.

제2절 장기요양 등급인정, 서비스 계획 및 평가 연계 방식 개편

1. 현황 및 이슈

노인장기요양보험 급여 대상자(이후 대상자)는 고령이나 노인성질병 등의 사유로 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등(노인장기요양보험법, 제1조 제15조 2항)으로 규정한다. 장기요양보험의 급여는 급여를 받고자 하는 자의 신청을 통해 그 과정이 시작된다. 신청 자격자는 장기요양가입자 및 피부양자, 의료급여수급권자로 65세 이상 노

인이거나 65세 미만으로 노인성 질병(치매, 뇌혈관성질환, 파킨슨 등)에 걸린 자이다.

장기요양보험 급여 대상 여부의 판단을 위해 인정조사를 실시하는데, 인정조사 도구는 12개 영역 90개 항목으로 구성되며 이 중 52개 항목과 5가지 영역(신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호처치, 재활)별 환산점수를 독립변수로 수형분석에 적용하여 장기요양인정점수(이하 인정점수)를 산정한다. 인정점수는 평가대상자가 일상생활에서 도움이 필요한 정도를 지표화한 것으로 일상생활에서 다른 사람의 도움이 필요한 정도를 요양필요시간으로 설명한다(이윤경 등, 2012a). 인정점수에 따른 1차 판정과 등급판정위원회의 판정에 따라 신청자의 장기요양등급이 판정된다. 인정절차에서 조정은 되지만 기본적으로 인정점수를 기준으로 5등급으로 분류하는데, 같은 등급에서도 인정점수의 변이가 있고, 서비스가 필요한 영역이 다를 수 있다(선우덕, 2013). 서비스 필요 영역은 대상자 맞춤의 서비스를 위한 정보로서 서비스 제공 계획을 세우는데 활용될 것으로 기대되지만, 건강관련 문제 및 의료적 욕구, 사회적 관계 등의 부분이 부족하여 서비스 제공 계획을 위해 활용하는데 제한이 있다(선우덕 등, 2013). 인정조사 도구와 판정 과정의 전문성 및 조사 도구와 결과의 활용도 향상에 대한 문제가 지속적으로 제기되고 있다(강임옥 등, 2009; 손용진, 2009; 이윤경, 2012).

국민건강보험공단은 장기요양보험하의 서비스 계획을 지원하는 취지로 이용지원 체계를 운영하고 있다. 이용지원 체계의 목적은 적정하고 원활하게 장기요양급여를 이용할 수 있도록 안내, 조정, 지원하며, 지역사회 자원 등을 활용하여 효율적이고 비용효과적인 급여가 제공될 수 있도록 이용지원을 제공하는 것이다(한은정 등, 2013). 표준장기요양이용계획서는 이용지원 체계의 근간으로 인정결과를 바탕으로 이용자에게 적절

한 급여 종류와 양, 내용 등을 제시하여 급여를 결정할 때 참고하고자 하는 취지로 제공된다(권진희 등, 2011; 한은정 등, 2013).

그러나 이용지원 체계의 운영 측면 효과에 대해서는 여러 이슈가 제기되고 있다. 한은정 등(2012)의 이용지원 실무 담당자와의 표적집단면접조사(FGI)에서는 현 이용지원의 주된 문제로 '형식적 이용지원', '인정조사와 이용지원의 상반된 업무', '표준화되지 않은 이용지원 작성', '이용지원을 위한 콘텐츠 및 정보 부족', '강제성이 없고 실효성이 낮은 이용지원', '현실을 반영하지 못함' 등이 보고되었다. 또한 표준장기요양이용계획서 작성 시 '실효성이 낮아 꼼꼼하게 작성하지 않게 된다'는 의견도 많았다(한은정 등, 2012). 서비스 제공 계획은 변할 수 있는데 진입 시점의 인정조사 결과를 기초로 하여 작성하는 표준장기요양이용계획서의 권고는 실제 이용 시점과 시간적 차이가 있고, 서비스 진입 이후 변화를 반영하기 어렵다는 구조적인 한계도 있다.

이들 문제의 핵심은 장기요양 수가 및 지불 체계의 근간이 되는 등급판정에 초점이 맞춰진 스크리닝(screening) 기반의 인정조사 정보를, 시시각각 변하며 다양한 개개인 장기요양 대상자의 욕구에 맞는 이용지원에 필요한 사정평가(assessment)의 자료로 활용하고자 하는데서 오는 근본적인 자료의 한계에 있다. 보다 더 포괄적이고 다면적인 욕구를 파악할 수 있는 정보가 필요한데 현재의 인정조사로는 어려움이 있다. 제도 도입 초기부터 이를 개선하기 위해 인정조사 도구를 개편하고 욕구 평가 정보를 추가하여 실효성 있는 이용지원이 되기 위한 노력이 있었으나(강임옥 등, 2008) 현재까지 큰 변화 없이 유지되고 있다. 인정조사 도구와 방식의 개편 논의에는 서비스 계획의 강화의 필요성에 대한 정책, 연구, 및 실무 전문가들 간의 공감대는 있으나 그 방향과 시기, 또 적절한 재원, 인력 확보, 나아가 우선순위에 있어서는 다양한 관점들이 존재한다..

우리와 비슷한 사회보험 방식을 취하고 있는 독일·일본과 비교하면 우리나라는 장기요양보험 운영과 관련해서 질 평가를 빠르게 도입했다는 점에는 주목할 만하나, 현 장기요양보험 하의 서비스 평가 체계는 서비스 대상자의 건강과 삶의 질에 대한 평가가 아닌 서비스 기관 평가를 중심으로 이루어지고 있음을 알 수 있다. 장기요양 기관 평가는 2009년도부터 시작되어 첫해는 평가 대상 기관의 자발적 신청을 받았고, 이후부터 격년에 한 번씩 의무 평가를 하였으며 앞으로는 3년에 한 차례 평가하는 것으로 개편되었다. 장기요양 기관평가제도에서 밝힌 목적은 양질의 서비스 제공을 유도하여 대상자의 삶의 질을 향상시키고, 서비스 개선에 활용하는 등 보험자의 역할을 수행하며, 평가 결과를 공개하여 이용자의 알권리를 충족시키고 기관 선택권을 확대하는 것이다(국민건강보험공단, 2016a; 2016b).

기관 평가 지표는 장기요양기관의 급여제공 내용과 수준을 비교하여 판단하기 위한 것으로 5종류의 대분류(기관 운영, 환경 및 안전, 권리 및 책임, 급여제공 과정, 급여제공 결과)의 90여 항목으로 구성되어 있다. 평가는 공단 소속의 외부평가자가 사전 통보 후 기관을 방문하여 수행하며, 평가 결과는 평가 등급을 공개하여 이용자가 확인할 수 있도록 하고, 우수기관에는 인센티브를 지급하는데 활용된다(국민건강보험공단, 2015; 2016a).

기관 중심의 평가는 제도 초기에 우선되는 장기요양보험 하의 제공 기관의 질 확보의 측면에서는 효율적인 방식이나, 외국의 경험을 비추어 볼 때 기관 평가에만 머물기에는 보험 가입자(이용자)들이 체감하는 소비자 중심의 질 향상 수준을 충족하기는 어려울 것으로 보인다. 이용자의 다양한 욕구를 적절하게 파악하고, 이를 반영한 서비스를 제공하는 것이 서비스 질의 중요한 부분이다. 이와 관련하여 현 기관 평가의 항목은 항목의

구성과 평가의 방향이 이용자에게 제공되는 서비스에 대한 평가와는 다르다. 인정조사 정보를 활용하여 보완할 수 있다면 좋겠지만 최초 인정조사 후 2~4년마다 갱신 평가를 받는 상황이고, 제한된 등급판정의 목적으로 현 인정조사 정보를 활용하여 보험자가 가입자의 대리인으로 기관이 제공하는 서비스 질에 대한 의미 있는 평가를 하기에는 양과 질 모두에서 제한점이 많다.

이상과 같이 현재의 장기요양보험 하에서는 욕구 조사, 서비스 제공 계획, 제공된 서비스에 대한 평가는 제도 도입 이후 지속적으로 발전되어 왔으나, 여전히 개선의 여지들이 있으며, 무엇보다 이들 세 과정 각각이 분절적으로 운영되고 있는 것이 장기적으로는 제도의 목적을 달성하고 효과적이고 효율적인 운영을 저해할 것으로 보인다. 우리와 달리 장기요양서비스 제공 경험에서 앞선 많은 OECD 국가들이 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가의 연계 체계를 강화하는 개혁들을 시도하고 있다. 즉, 이용자에 대한 포괄 욕구 평가 정보를 수집하고 이를 통해 서비스 제공을 지원하며 나아가 서비스 질 관리·평가에 활용하고 있다.

장기요양분야에서 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가를 연계하여 실제 국가 차원의 정책·실무 현장에 적용한 (일종의 검증된) 가장 대표적인 평가시스템은 interRAI (이하 인터라이) 평가시스템(www.interrai.org)이다. 인터라이 평가시스템은 30여개 국 이상에서 정책 및 연구 목적으로 채택되어 사용되고 있으며, 일종의 국제 표준이 되는 장기요양과 그 이상의 영역을 아우르는 통합포괄평가시스템이다. 인터라이 평가시스템은 최근 OECD 장기요양 질 관련 정책 보고서(Carpenter & Hirdes, 2013)에서 대표적인 장기요양 통합포괄평가 도구로 보고되었고, 캐나다, 뉴질랜드, 미국(약 24개 주)에서 지역사회 기반 장기요양제도 운영을 위해 국가 혹은 주나 연방 단위로 의무 적용되고 있다. 인터라이 평가시스템은

근거 기반 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가 연계, 나아가 이를 지불 체계까지 연계할 수 있게 설계되어 있다.

따라서 인터라이 평가시스템은 현재 가장 기본적인 비용 지불을 위한 등급판정만 그치고 있는 우리나라의 장기요양제도를 욕구 평가에 기반하여 맞춤형 서비스를 제공하고 서비스에 기반한 평가를 시행하는 제도로 전면 개편하고자 할 때, 새로운 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가 연계 시스템의 근간으로 도입을 고려해 볼 수 있다. 이를 염두에 두고 인터라이 평가 체계의 특징과 OECD 국가에서의 활용 사례를 살펴볼 예정이다. 또한 인터라이 평가시스템을 현 한국의 장기요양보험제도 하의 인정조사 도구와 비교하고, 제도 개선을 위한 시사점을 정리하며, 나아가 이러한 통합포괄평가 시스템 기반 제도 개선 방향을 제시한다.

2. 인터라이 평가 시스템과 장기요양 인정-지원-평가 연계

인터라이 평가시스템이 많은 국가에서 연구되고 빠르게 도입된 배경은 장기요양 제도 도입과 접근성(access) 보장을 어느 정도 달성한 많은 국가들의 정책적 고민이 접근성의 지속적 확대 노력과 함께 지속가능(cost)한 양질(quality)의 서비스 제공이기 때문이다. 이를 위해서는 장기요양 내의 욕구 평가(인정)-서비스 계획(지원)-서비스 평가가 과학적 근거를 바탕으로 탄탄하게 연계되어야 하며, 또한 장기요양 서비스와 다른 서비스 (예를 들면, 의료서비스) 간의 연계가 가능해야 한다. 이러한 정책적 요구를 인터라이 평가시스템이 충족시켰기에 이 시스템이 널리 확산·도입된 것으로 생각된다. 30년 이상 개발·평가·검증되고 진화되어온 인터라이 평가시스템에 비견할 양질의 평가시스템을 개별 국가가 항목 개발부터 시작해 새롭게 만든다는 것은 성공 가능성이 낮고, 또한 매우 비효

율적이다. 이러한 현실적인 고려가 많은 국가가 인터라이 시스템에 기반하여 장기요양평가시스템을 구축하는 이유로 보인다. 또한 점차로 OECD 국가들을 중심으로 장기요양시스템 향상을 위한 협력적인 노력들이 이뤄지고 있는 상황에서, 제도의 성과를 비교 가능하게 해 줄 공통의 평가시스템의 도입은 정책적 활용도가 높다는 면도 장점으로 꼽힌다. 먼저 인터라이 평가시스템의 개발 배경, 핵심 구성 요소를 간략히 소개하고 이들이 어떻게 욕구 평가- 서비스 계획- 서비스 평가에 유기적으로 활용되는지 설명하겠다.

가. 인터라이 평가시스템의 개요

인터라이 평가시스템은 장기요양제도와 관련된 여러 정책적 문제점, 특히 서비스 질 관련 문제점들을 해결하기 위한 장치로 고안되었다. 1980년대 미국 너싱홈에서 발생한 문제를 개선하기 위해 미국 의학원[Institute of Medicine(IOM)]은 신체적, 인지적, 사회적 상태를 포괄적으로 평가할 수 있는 도구가 필요하다고 권고하였다. 장기요양 포괄 평가 도구가 개발되면 장기요양 대상자들의 케어 필요도를 파악하고, 정기적으로 자료를 수집하여 근거를 바탕으로 시스템의 효율을 높이고 성과를 관리할 수 있다고 보았기 때문이다. 이에 포괄적 평가 도구를 개발하기 위해 보건의료재정청[Health Care Financing Administration(HCFA)][77]은 다국가의 다학제 연구자로 구성된 도구개발 컨소시엄에 의해 MDS-RAI(Minimum Data Set-Resisent Assessment Instrument)를 1990년에 개발하였다(Morris et al, 1990; Carpenter & Hirdes,

77) 현재 미국 메디케어 및 메디케이드 서비스 센터(Center for Medicare & Medicaid Services [CMS])

2013). 개발된 MDS-RAI는 미국 전역의 너싱홈에서 의무 사용되었으며, 2010년에 MDS 3.0으로 발전하여 사용하고 있다. 당시 도구개발 컨소시엄은 비영리 협의체인 국제 RAI 연구회(www.interrai.org)로 발전하였다. 현재는 북미, 유럽, 오세아니아, 아시아 등으로 확대되어 30개국 이상에서 사용하고 있다.

인터라이 평가시스템은 입소시설 버젼인 interRAI 장기요양시설[Long-Term Care Facilities(LTCF)], 홈케어[Home Care(HC)], 급성기 케어[Acute Care(AC)], 후급성기 케어[Post-Acute Care(PAC)], 지역사회 건강 평가[Community Health Assessment(CHA)]를 위한 도구로 확대되었고, 현재까지 약 20여 개의 추가적인 평가 도구들이 개발되어 여러 세팅, 다양한 취약 인구집단에 적용할 수 있는 통합적이고(integrated) 포괄적인(comprehensive) 평가 시스템으로 진화하였다(www.interrai.org). 이와 같은 인터라이 평가시스템의 발전의 주요 동력으로는 도구 개발·평가에 있어서 다학제 전문가(노년학, 노인병학, 사회복지학, 간호학, 보건학 등)가 참여하여 확고한 과학적 근거를 제공한 점과, 실무에서부터 정책까지 다양한 수준에서의 의사결정에서 신뢰·타당하고 객관적인 정보의 중요성이 증가한 점을 들 수 있다.

나. 인터라이 평가시스템의 구성

인터라이 평가시스템은 (a) 평가 도구(a data collection form), (b) 평가 지침(a user manual), (c) 평가 도구 항목을 활용한 일련의 애플리케이션(applications; 문제목록(CAPs), 척도(scale), 질 지표(QIs), 중증도(case-mix)) 등으로 구성되어 있다.

평가 도구는 여러 종류가 있는데 현재 한국 노인장기요양보험제도 하

에서 가장 활용도가 높은 것은 interRAI LTCF(장기요양시설용)와 interRAI HC(홈케어용)이다. interRAI LTCF는 19개 영역의 274개 항목이고, interRAI HC는 20개 영역의 267개 항목으로 구성되어 있고(표 4-13 참조)(한국어판 기준, 김홍수, 2013a; 2013b; 2015), 신체적, 인지적, 사회적, 건강 및 의료 욕구 등 다면적인 평가가 가능하다. 평가 영역이 포괄적일수록 평가 항목이 증가하기 마련인데, 중복되거나 해당 세팅에서 불필요한 부분을 제거하여 포괄성을 유지하면서 문항은 최소화하였다(Carpenter & Hirdes, 2013).

〈표 4-13〉 interRAI LTCF 및 interRAI HC 평가 도구 구성

영역	interRAI LTCF 항목수	interRAI HC 항목수
신원정보	16	21
등록 시 정보	15	9
인지	10	9
의사소통과 시력	6	4
기분과 행동	20	20
사회심리적 안녕	19	10
기능 상태	19	37
배설 조절	4	4
질병 진단	22	22
건강 상태	36	36
구강과 영양 상태	14	11
피부 상태	7	7
활동 참여/추구	18	0
투약	2	3
치료 및 처치	47	41
책임과 사전 의사 결정	10	1
사회적 지지	0	13
환경 평가	0	10
퇴소 가능성/ 서비스 종료 가능성 및 전반적 상태	4	5
퇴소/ 서비스 종료	3	2
평가정보	2	2
총 계	274	267

자료: Kim et al. (2015a), 한국어판 기준.

다음으로 평가 지침은 평가자가 일관된 기준으로 평가할 수 있도록 돕는다. 각 항목별 상세한 목적, 정의, 방법, 기입 방식 등이 설명되어 있어 신뢰할 수 있는 평가 정보를 수집할 수 있도록 한다. 인터라이 평가 방식은 평가자가 대상자의 자가 보고 외에 본인의 전문성에 기초한 관찰, 기록 및 돌봄자의 진술 등을 토대로 종합적인 판단을 하도록 되어 있어, 평가 지침은 이러한 목적을 위해 수집되는 자료의 객관성과 신뢰성을 높이고 평가자를 교육·훈련하는데 유용하게 사용될 수 있다.

애플리케이션(applications)은 인터라이 평가 도구로 수집한 정보를 가공하여 적용하는 것으로, 컴퓨터로 치자면 일종의 응용 프로그램들이라 볼 수 있다. 개별 문항에서도 간단한 정보를 파악할 수 있지만 종합적인 해석을 위해 문항을 다양하게 조합하는 논리들이 있고 이들 논리에 기반해 문제목록, 척도 등을 개발해 놓았다. 기존 평가 도구가 일반적으로 단순 합산으로 결과를 종합하는 것과 달리, 인터라이는 궁극적인 "결과 활용 중심"의 도구로써 특정 조건들의 조합으로 결과가 산출되도록 고안되어 있다. 인터라이 평가 체계의 애플리케이션들로는 앞서 언급했듯이 (a)결과 척도(scale)와 스크리너(screener), (b)문제목록(clinical assessment protocols [CAPs]), (c)질 지표(quality indicators [QIs]), (d)중증도 군분류(case-mix) 등이 있다. 현 우리 제도로 보면 인정조사 문항에서 군 분류가 나오는 것이 하나의 애플리케이션인데, 이러한 애플리케이션이 인터라이 시스템에는 욕구 평가, 서비스 계획 및 평가를 위해 매우 다양하게 유기적으로 개발되어 있다고 설명할 수 있다.

다음 섹션에서는 인터라이 평가시스템이 어떻게 장기요양 대상자의 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가에 유기적으로 활용될 수 있는지 살펴보겠다.

다. 인터라이 평가시스템의 활용

1) 포괄 욕구 평가 정보 수집

인터라이 평가시스템의 근간이 되는 평가 도구와 평가지침을 이용해 장기요양자의 다면적인 욕구에 대한 데이터를 수집할 수 있다. 개별 항목 뿐 아니라 이를 조합한 신뢰타당도 검증을 거쳐 개발되어 있는 다양한 기능 평가 결과 척도들(scales)로 평가 대상자들의 건강 및 기능 수준에 대한 현재 상태, 손상된 정도를 확인할 수 있다. 인지 기능, 일상생활 수행 능력이 대표적이며, 지속적으로 새로운 척도가 개발·검증되고 있다. 한편, 실무 입장에서는 긴 평가 도구를 모든 대상자에게 적용하지 않고, 포괄 평가가 필요한 대상자를 선정하는 것이 효율적이다. 스크리너는 이러한 필요에 부합하고자 개발된 것으로 서비스 우선 대상자 선정 혹은 서비스 매칭에 사용된다. 대표적으로는 캐나다에서 개발된 MAPLe(Method for Assigning Priority Levels)과 미국 미시건 주에서 개발되어 사용되고 있는 MI Choice 등이 있다. interRAI HC (재가서비스용) 와 interRAI LTCF (시설서비스용)에 평가 문항들을 이용한 주요 척도 및 스크리너를 아래 표로 정리하였다(표 4-14 참조). 모든 척도와 스크리너는 과학적으로 검증되고, 동료 평가를 거쳐 학술지에 발표되었다. 더 자세한 정보는 국제RAI연구회(www.interrai.org)에서 얻을 수 있다.

대표적인 척도인 인지기능척도(Cognitive Performance Scale [CPS], Morris et al., 1994)를 예로 척도 산출 과정을 설명하면(그림 4-6 참조), 평가 대상자들의 인터라이 4개 항목(의사결정능력, 이해, 단기기억, 식사하기)의 값을 그림 1과 같은 연구에 기반한 조합 기준(알고리즘)에 따라 인지 점수를 산출하고 인지 수준(0, 독립적 ~ 6, 매우 심각한 손상)을 파악할 수 있다(Morries et al., 1994).

〈표 4-14〉 interRAI LTCF와 interRAI HC의 주요 척도 및 스크리너

척도	인지 기능 척도(Cognitive Performance Scale [CPS])
	일상생활수행능력수준(Activities of Daily Living Hierarchy [ADLH] scale)
	우울 척도(Depression Rating Scale [DRS])
	상태 불안정성(The Changes in Health, End-stage disease, Signs, and Symptoms [CHESS])
	통증 척도(Pain scale)
	의사소통 척도(Communication scale)
	사회 참여(Revised Index of Social Engagement [RISE])
스크리너	MAPLe(Method for Assigning Priority Levels - based on risk of poor outcomes)
	MI Choice

자료: Heckman et al.(2013)을 재구성함.

[그림 4-6] 인지기능척도(CPS) 산출 방식

자료: www.interrai.org; Morris et al.(1994)을 재구성함.

스크리너의 하나인 MI Choice의 경우(그림 4-7 참조), interRAI HC의 문항들로 구성되며, 역시 연구에 기반한 일정 기준에 따라 군을 분류하는 애플리케이션이다. 스크리너를 통해 일련의 욕구 조건에 맞는 대상자들을 서비스 욕구 수준에 따라 그룹화할 수 있고, 이는 미국 미시건 주의 제도적 상황에 맞는 서비스와 매칭해 놓음으로써 대상자와 사례관리자의 의사결정을 위한 근거 자료로 활용하고 있다(Fries, Shugarman, Morris, Simon, & James, 2002). 이러한 스크리너는 적용을 원하는 각 프로그램, 지역, 혹은 국가가 자신의 대상자들을 대상으로 타당도를 검증하고 가능한 서비스와 매칭함으로 유용하게 응용하여 사용할 수 있다. 척도와 스크리너를 통해 대상자의 상태를 객관적으로 평가하고, 요구도가 높은 대상자를 선별할 수 있다.

[그림 4-7] MI Choice 군 분류 방식

자료: www.interrai.org; Fried et al. (2002)을 재구성함.

2) 맞춤 서비스 제공 계획

위와 같이 인터라이 평가 도구와 평가 지침을 이용하여 대상자를 평가한 후 평가 자료를 이용하여 대상자 맞춤의 서비스 제공 계획을 수립할 수 있다. 인터라이 평가시스템은 서비스 제공자들이 각각의 대상자를 위한 서비스 계획을 세우는 것을 지원하고자 평가 결과에 기초하여 대상자별 Clinical Assessment Protocols(CAPs)라는 문제목록을 제시해 준다. CAPs는 앞에서 설명한 대로 인터라이 평가 문항에 기초한 일종의 애플케이션으로 많은 연구에 근거하여 조치/개입을 통해 해결될 수 있거나 상태의 악화 위험을 줄일 수 있는 가능성이 높은 문제 목록을 대상자별로 도출하여 주고 이들 문제에 대한 돌봄 지침을 제시해 준다. 이러한 참고자료는 서비스 제공자들이 복잡한 장기요양대상자의 상태를 쉽게 파악하고 맞춤 서비스 제공 계획을 세우는데 일종의 의사지원결정 시스템의 역할을 한다. 전문가 판단과 선행 연구결과들을 바탕으로 interRAI HC와 interRAI LTCF를 위해 4개 영역의 약 27개의 CAPs가 개발되어 있다(표 4-15 참조)(Meehan & Millar, 2014; Heckman et al., 2013; 김홍수, 2015).

주지할 점은 CAPs는 앞에 설명한 척도와 동일하게 욕구 평가 문항들을 사용한다는 점이다. 모두 인터라이 평가 도구 안에 있는 문항들을 사용하되 척도가 일종의 연속적인 값 (예를 들면, 인지척도인 CPS의 경우 0-6점) 중의 하나를 가진다면, CAPs는 인지 기능 손상 정도의 기준(threshold)을 선행 연구 등에 기반하여 정하고 이를 바탕으로 평가 대상자들을 인지 기능 손상이 악화될 위험이 높은 군과 아닌 군으로 분류하여 평가자에게 이 기능의 문제와 관련해 주의를 요하는 군에 대한 일종의 트리거를 주는 방식이다. 이와 같이 인터라이는 한 번의 평가를 통해 다양

하게 활용할 수 있는 장점이 있다.

〈표 4-15〉 지역사회 및 장기요양서비스용 Clinical Assessment Protocols(CAPs)

영역	CAPs	CAPs
기능수행	신체 활동 증진	낙상
	도구적 일상생활활동(IADL)	통증
	일상생활활동(ADL)	압박성 궤양
	가정환경 최적화	심장호흡기계 상태
	시설 입소 위험	영양부족
	신체적 억제	탈수
인지/정신건강	인지 기능 손상	경관영양
	섬망	예방
	의사소통	적절한 투약
	기분	흡연과 음주
	문제행동	요실금
	학대관계	배변상태
사회생활	활동	-
	비공식 지지	-
	사회적 관계	-

자료: 김홍수(2015) 인용하여 작성함.

3) 서비스 질 평가와 질 향상

나아가 같은 논리로 인터라이 평가시스템을 활용해 대상자에게 제공되는 서비스의 질을 평가할 수 있다. 즉, 인터라이 평가 도구를 활용해 수집한 데이터를 활용하여 제공되는 서비스와 관련된 질 지표(quality indicators)를 산출할 수 있고, 이를 통해 서비스 제공 수준과 그 결과를 평가할 수 있다. 아래 표로 재가 서비스 질 지표 개요를 제시하였다(표 4-16 참조). 질 지표는 변화를 파악하는 지표(incidence measures)와 현 상황을 파악하는 지표(prevalence measures)로 구분하고, 전자는

다시 개선(혹은 향상)을 측정하는 지표와 감소(혹은 악화)를 측정하는 지표로 구분된다. 질 지표 개발은 잠재적 질 지표군 중에서 지표의 적절성, 범위, 측정 형태, 분포 현황을 기준으로 선정하며 임상적 활용성을 고려하여 제외하기도 한다(Morris et al., 2013). 좋은 질 지표는 서비스 질 수준에 민감하게 반응해야 한다. 또 시간이 흐르고 연구들이 진행됨에 따라 정책적으로 중요하게 인식되는 질 지표의 영역이 변화되기도 한다. 이러한 정책적 필요에 반응하고자 interRAI 소속의 다국가, 다학제 연구자들은 지속적으로 질 지표를 평가하고 개발하고 업데이트하는 협력 연구들을 해 나가고 있고 이것들이 각 국가의 필요에 따라 채택되어 평가된다.

〈표 4-16〉 interRAI HC 서비스 질 지표 개요

	변화		현황
	개선	감소	
기능 수준 질 지표			
IADL 기능	v	v	
ADL 기능	v	v	
인지 기능	v	v	
의사소통	v	v	
임상적 질 지표			
요실금	v	v	
낙상			v
체중 감소			v
상해			v
기분	v	v	
통증	v		
심한 통증(매일)			v
조절되지 않은 통증			v
사회적 질 지표			
돌봄자 디스트레스			v
혼자 지냄(alone and distress)			v
의료이용 관련 질 지표			
독감 예방 접종 안함			v
급성 병원 입원 응급실 이용			v

자료: Morries et al.(2013)을 재구성함.

질 평가는 서비스 수준의 상대적 위치를 파악하는 데 활용되는데 이를 위해서 비교 가능성을 높이는 것이 중요하다. 비교 가능성을 높이기 위해서는 특정 대상자를 지표 산출에서 제외하거나 중증도를 보정하는 방식을 주로 사용한다. 예를 들어 기능 수준 질 지표 감소를 산출할 때 ADL 전적 의존인 대상자를 제외하고, 낙상 지표 산출할 때 보조기구를 사용하거나 불안정한 걸음걸이를 보이고 일상생활 의존도가 높은 대상자 비율을 보정하는 방법이 있다(Morris et al., 2013, Foebel et al., 2015). 이 모든 과정 역시 인터라이 평가시스템의 평가 도구와 지침을 활용해 수집한 개별 문항 데이터를 조합하여 일종의 정보로 재가공하여 활용하는 것이다.

4) 장기요양 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가 연계

이상에서 설명한 것과 같이 인터라이 평가시스템은 한 번의 요양자의 욕구 평가로 서비스 계획 수립과 제공된 서비스에 대한 평가까지 가능하게 해주는 포괄평가시스템으로, 개발 초기 단계부터 이러한 단일 평가 도구-다목적 활용을 염두에 두고 고안되었다. 인터라이 평가시스템에서의 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가 연계의 논리는 평가 도구의 각 문항을 임상적, 이론적 근거에 기반해 세심하게 개발하고, 활용 목적에 따라 연구 결과에 기반한 조합 기준을 적용하여 기능 평가 척도, 문제목록(위험군 트리거), 질 지표 등을 산출하는 것이다(그림 4-8 참조). 전체 평가시스템은 이와 같이 하나의 체계적이고 유기적인 관계를 가지기 때문에 인터라이 평가 문항 중 일부만을 선별적으로 선택하거나 임의로 변경하게 될 경우 과학적 근거들이 흔들리고, 다양한 활용도 어렵게 되는 문제가 생긴다. 30년에 걸쳐 지속된 다국가 연구자들에 의한 도구 개발 및 평가 협력 연구는 이러한 확고한 과학적 근거 하에 개발된 평가시스템의 지

속적 수정·보완·확장을 가능하게 해 준다.

한편, 본고 1절에서 제기한 현 우리 제도의 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가 분절화의 문제와 이상의 인터라이 평가시스템의 특성들을 살펴볼 때, 이 시스템에 기반한 우리의 인정-지원-평가시스템의 재설계를 생각해 볼 수 있다. 우리는 노인과 가족 중심의 연속적인 장기요양 전달체계의 실질적 기반 구축이 필요하다. 이때 인터라이 평가시스템을 활용하면 한 번의 욕구 평가로 각 장기요양 대상자에 대한 신체적, 심리적 건강, 사회적 관계, 서비스 이용, 약물이나 치료 정보 등의 포괄적 정보를 수집할 수 있다. 이후 이를 다양한 근거 기반 논리를 이용해 가공하여 인정-지원-평가의 개별 영역의 의사결정과 수행을 지원할 수 있을 것이다. 즉, 인정조사 기관 혹은 서비스 제공자들은 인터라이 시스템의 척도와 스크리너를 통해 포괄 욕구 평가 혹은 인정에 필요한 대상자를 선정하고, 필요 시 포괄 평가를 수행할 수 있는 것이다. 또한 서비스 제공자들은 도출된 CAPs 문제목록을 참고하여 개별 대상자 별 리스크 프로파일에 기반한 맞춤형 서비스 제공 계획을 세울 수 있다. 나아가 보험자는 위험 보정(risk-adjusted) 질 지표를 통해 각 기관별 요양자의 중증도를 보정한 상황에서 기관 간 서비스의 질적 수준을 평가할 수 있다. 좀 더 거시적 관점에서는 주기적인 포괄 욕구 평가를 통해 얻은 신뢰 타당한 평가 대상자의 상태변화, 이에 따른 서비스 내역, 서비스 질에 대한 지속적 모니터링을 통해 확보한 실증 자료는 수가 계약, 장기요양 추계 등 제도 운영과 개선을 위한 중요한 정책 결정에 있어 핵심적인 근거자료로 활용 될 수 있다.

〔그림 4-8〕 인터라이 평가 도구와 인정-지원-평가 연계

자료: www.interrai.org

다음으로 지금까지 이론적으로 설명했던 인터라이 평가시스템을 실제로 국가 차원에서 표준 평가시스템으로 전면 도입·활용하여 지역사회 기반의 통합적이고 연속적인 장기요양, 나아가 노인보건복지제도로의 전환에 성공한 것으로 알려진 캐나다와 뉴질랜드의 사례를 살펴보고자 한다.

라. 인터라이 평가시스템 기반 연계 체계 구축 국외 사례

1) 캐나다

캐나다 온타리오주는 2010년 모든 장기요양시설에서 인터라이 도구 사용이 의무화되었고, 모든 입소자는 입소 후 14일 이내에 최초 평가를 받고, 90일마다 재평가를 받도록 하였다. 재가 서비스에서는 2003년부

터 RAI-HC (현 interRAI HC의 전신) 도구를 도입해서 사용하고 있으며 첫 평가 후 6개월마다 재평가를 받도록 하고 있다(Hirdes & Kehyayan, 2014).

장기요양 서비스를 이용하려는 개인은 Community Care Access Center(CCAC)를 통해 지역 기반의 장기요양 서비스와 보건서비스에 한 번에 진입할 수 있으며(one-point stop) 사례관리자는 각 서비스에 대한 이용자의 욕구를 평가하고 재가 공급자와 계약을 맺는 것을 담당한다. 사례관리자는 RAI-HC로 장기 케어 필요 정도를 평가하여 재가 대상자를 선정하고, 서비스 필요를 결정하며, 필요한 경우 시설 입소 과정에 대한 책임을 진다. RAI-HC의 정보는 사례관리자가 시설 입소 대상자를 선별하고, MAPLe이라는 알고리즘을 활용하여 우선순위(priority level)를 결정한다. 시설 입소 희망자는 지역의 CCAC와 계약을 맺고 코디네이터(placement coordinators)에 의해 입소 승인을 받게 된다. 최초 인정조사에서는 비교적 간단한 interRAI Contact Assessment(interRAI CA)를 통해 예비선별을 하고, 여기서 포괄적 평가가 필요한 경우에 RAI-HC로 평가하여 대상자 선정 및 관리의 효율성을 높였다. RAI-HC 평가는 매년 20만 건, interRAI CA 평가는 매년 40만 건 이상 수행되고 있다(Hirdes & Kehyayan, 2014).

또한 병원 입원환자 중에서 더 이상 급성 케어가 필요하지 않지만 자가로 돌아가기에는 안전하지 않은 경우에 급성기 병원에 장기간 입원하는 경우가 있는데 이를 Alternative Level of Care(ALC) 환자라고 한다. ALC를 병원 버전의 RAI-HC (또는 interRAI CA)를 통해 평가하고, 사례관리자는 확인된 ALC 환자를 적절한 장소(예, 입소시설)에서 서비스를 받도록 하는 방안이 검토되고 있다(Hirdes & Kehyayan, 2014).

인터라이 평가시스템은 캐나다 대부분의 주에서 표준 평가 체계로 채

택되었고, 다양한 영역으로 확대/활용 적용 가능성이 검토되고 있다. 온타리오 주는 인터라이 평가시스템의 자료를 공통 표준으로 하여 통합 보건 정보 체계(integrated health information system)를 2013년에 구축하였다. 시설과 재가에서 수집된 욕구 평가 정보는 Canadian Institute for Health Information(CIHI)에 모아져서 국가적 통계자료를 구축되었고, 주기적으로 일반에 공개한다(Continuing Care Reporting System & Home Care Reporting System, Canadian Institute for Health Information, 2013). 장기요양 공급자에게는 이용자별 문제목록이 제공되어 이를 통해 맞춤의 서비스 제공 계획을 세울 수 있다. 이용자의 현재 상태뿐만 아니라 발생할 수 있는 문제목록(CAPs)을 제공받아 이용자에게 필요한 서비스를 제공할 계획을 수립한다(Hirdes & Kehyayan, 2014).

온타리오 주에서는 Long Term Care Homes Act(LTCHA, 2010)를 기반으로 장기요양 서비스의 질을 관리하고 있다. 장기요양 서비스 질의 핵심은 자료(data)에 있다. 즉, 질 평가와 향상을 위해 정보를 표준화하고, 자료를 분석하여 질 현황을 공개 보고하고, 서비스 전문가들과 책무에 관한 협약을 맺을 때 공급자의 규정 이행을 검토한다. 포괄 욕구 평가 정보를 통한 서비스의 질 평가는 CIHI에서 수행하며, 지역 단위 보건 서비스의 관리를 위해 지역보건통합네트워크(Local Health Integration Networks [LHIINs])를 운영한다. 이들 통합 정보 체계는 interRAI로 조사된 개별 대상자의 정보를 통합, 처리하여 지역/국가 수준의 통계로 보고된다. 개별 공급자에 대한 서비스 질에 대한 실사에서 이용자의 사정 정보(interRAI 정보 포함)를 점검한다. 실사 프로토콜에 포함된 항목은 실금 케어, 장 관리, 낙상 예방, 최소한의 억제대, 통증 관리, 피부 및 상처 관리 등이다. 이들 항목에 대한 지침을 얼마나 이행했는지로 평가를

받는다(Hirdes & Kehyayan, 2014).

표준 건강 정보 체계는 취약한 이용자의 욕구를 파악하고, 새로운 질 향상 조치와 공공의 책무를 위한 조치로 시작하게 되었다. 특히, 온타리오 주에서 시작된 통합 정보 체계는 케어의 연속성과 자료에 기초한 공개 보고(public reporting)를 위한 중요한 혁신이었고, 서비스 질을 향상시키고 책무를 강화시키는데 필요한 실현가능한 조치로 이어질 수 있도록 촉진하였다. 캐나다의 다른 주로 이러한 혁신이 확대되었고, 마지막으로 남은 퀘벡 주에서도 도입될 것으로 예상된다(Hirdes & Kehyayan, 2014).

2) 뉴질랜드

뉴질랜드는 2000년대 초반부터 욕구 조사 도구 관련 문제를 해결하기 위한 노력으로 New Zealand Guidelines Group에서 적절한 CGA 도구를 선정하기 위해 기존 도구들을 검토하였고, 영역별 최종 순위를 종합하여 2004년도에 인터라이 평가시스템을 추천하였다(Meehan & Millar, 2014). 이에 보건국(Ministry of Health)에서는 2008년 말부터 interRAI 도입을 위한 프로젝트를 시작하여 interRAI의 여러 평가 도구 중에서 홈케어용 도구(interRAI · HC[78])와 스크리닝 도구(interRAI Contact Assessment 〔interRAI CA〕)를 우선 검토하였고, 2012년부터

78) 뉴질랜드 인터라이 웹 페이지에는 각 도구의 차이를 아래와 같이 설명함.(www.interrai.co.nz). Home Care assessments are for people with more complex needs who are able to live at home. This tool can also help identify when a person needs to be referred to aged residential care. Contact assessment are short, screening assessments to support living at home, for people with short term or non complex needs. LTCF assessments assist care planners in aged residential care(ARC) facilities to develop the individual care plan for the resident.

재가서비스 대상자에게 의무 적용하였다. 이후 장기요양입소 대상자용 도구(interRAI LTCF)를 2015년부터 의무 적용하였다(Schluter, Ahuriri-Driscoll, Anderson, et al., 2016).

장기요양 서비스를 이용하기 위해서는 자산조사와 함께 NASCs의 욕구 평가를 받아야 한다. interRAI CA는 interRAI HC 평가가 필요한지를 파악하는 것으로 첫 조사에서는 대면 평가를 하고, 그 이후에는 전화를 이용한 비대면 조사로 진행하여 불필요하게 가정을 방문해야 하는 경우를 걸러내는데 활용한다. interRAI CA 정보는 대상자를 선별(screening)하는 결과를 제시한다. 요양필요도가 확인되면 interRAI HC의 평가를 진행한다(Meehan & Millar, 2014).

지역사회에서 재가 서비스를 이용하는 노인은 재가기관에서 interRAI HC를 활용한 욕구 평가와 케어 계획을 National interRAI Platform에 등록한다. 만약 해당 이용자가 시설에 입소를 한다면 저장된 기존 욕구 평가 정보와 케어 계획을 새로 입소할 시설에서 열람하고, 이를 고려하여 입소 초기사정과 케어 계획을 세우는데 활용한다(Downes, Dever, & Douglass, 2010). 풍부한 정보가 이용자를 중심으로 연계될 수 있는 토대가 되고 있다.

DHB와 공급자 단체는 interRAI 정보를 가공하여 생산할 수 있는 질 지표(QIs)를 개발하여 활용하고 있다. 이들 질 지표는 대상자의 interRAI HC 또는 interRAI LTCF 정보를 활용하여 산출하며, 제외/포함 기준을 적용한 중증도(case-mix)로 보정된 것으로 기관 간 서비스 수준을 비교/평가할 수 있다는 장점이 있다(Meehan & Millar, 2014; Morris, Murphy, Mor, Berg, Moore. 2002). 여러 질 지표 중에서 서비스에 민감하게 반응하는 질 지표를 모니터하여 공급자에게 결과를 제공하는 것은 질 향상에 영향을 줄 수 있다(Morris et al., 2002). 이러한 전략은 개

별 대상자에게 높은 질의 서비스를 전달하게 하고, 질을 향상시키기 위한 체계를 갖추게 한다.

뉴질랜드는 최근 욕구 평가 수준을 높이기 위해 인터라이 평가시스템을 전면 도입하고 여러 방식으로 지원하고 있다. 전문적 평가 인력 양성/훈련, 전문 수행자(expert practitioners), 서비스 제공 및 연계 지원 정보통신 프로그램 등이 그것이다. 정보통신 프로그램을 통해 수집/처리된 정보는 개별 기관에는 이용자의 욕구에 맞춘 케어 계획을 세울 수 있는 근거가 되고, 건강결과 측면에서는 문제를 조기에 파악하고, 개입 지점을 알려주어 효과적인 의사결정을 할 수 있도록 지원한다. 나아가 다른 공급자와 서비스 질을 비교하는데 활용될 수 있고, 지역과 국가 수준의 기획/재정 담당자에게는 주요 의사결정을 위해 활용될 수 있다(Meehan & Millar, 2014).

3. 인터라이 평가시스템의 한국 활용 검토

앞에서는 인터라이 평가시스템의 주요 내용 및 특징과 함께, 욕구 평가(인정)-서비스 계획(지원)-서비스 평가를 연계하는 논리를 설명하였고, 이 평가시스템을 국가 수준으로 적용하고 있는 국외 사례를 검토하였다. 본 절에서는 인터라이 평가 도구와 현 장기요양 인정조사 도구의 구성을 비교하고, 인터라이 평가시스템 도입을 통한 현 인정-지원-평가 연계 관련 이슈에 대한 제도 개선 방향을 간략히 제시하며, 나아가 인터라이 평가시스템이 한국에 도입된 2000년대 초부터 한국에서의 인터라이 시스템 활용 사례들을 살펴보고자 한다.

가. 장기요양 인정조사 도구와 인터라이 평가 도구 비교

한국의 인정조사 도구는 장기요양보험 등급판정을 목적으로 일본의 개호보험과 기타 국가의 모델을 참조하여 개발되었다. 제도 도입 초기 몇 차례 시범사업을 통해 검증되었으며, 평가 등급 산출을 위한 통계적 산출 과정(산출 알고리즘)의 조정을 위해 검증된 바 있다(김찬우 등, 2004; 이윤경 등, 2012). 인정조사 도구는 돌봄 요구도를 파악하여 장기요양 대상자 선정을 중심에 둔 일종의 스크리닝(screening) 도구이다. 다만, 일부 욕구 평가 영역을 추가하여 포괄욕구 사정(assessment) 평가 도구를 지향하였으나, 욕구 평가 정보를 활용하는데 실효성이 적고 최근 들어 현 장기요양 제도의 주요한 이슈로 제기된 건강 및 의료적 요구도를 파악하는데 제한이 있는 것으로 평가받았다(권용진, 2010; 노용균 등, 2010; 권순만 등, 2013).

다음의 표는 인정조사 도구의 영역을 기준으로 인터라이 홈케어 평가 도구(interRAI HC)의 세부 영역을 배열하여 비교한 것이다(표 4-17 참조). 제시한 바와 같이 인정조사 90 개 항목 중 52개 항목이 인정조사를 위해 활용되고, 나머지는 욕구를 파악하기 위한 목적으로 추가된 것이다. 장기요양 대상자를 객관적으로 파악할 수 있고, 비교적 간편한 조사이기 때문에 평가자와 대상자의 부담을 줄였다는 장점이 있으나, 인터라이 홈케어 평가 도구와 비교할 때 인정조사의 포괄성은 낮은 수준으로 특히 간호 처치, 지원 형태, 건강 상태, 기분, 영양 등은 조사되지 않거나 간단히 조사된다.

또한 주목할 사항은 인정조사에 비해 인터라이 홈케어 평가 도구 및 이에 연결된 스크리너는 정보의 깊이(depth)에서 차이가 있어, 보다 정확하고 구체적인 정보 수집을 가능하게 해 준다. 유사한 평가영역에서 인정

조사는 유무와 같이 간단한 선택지로 조사되는데 반해 인터라이는 기능 상태에 해당하는 항목은 세분화된 선택지를 사용하고 있다. 예를 들어, 일상생활수행을 평가하는 경우에 인정조사는 자립정도를 3종류('완전자립', '부분도움', '완전도움')의 선택지로 조사하는데 반해, 인터라이 홈케어 평가 도구는 8종류('독립적', '준비 단계만 도움', '감독', '일부 도움', '상당한 도움', '최대한의 도움', '전적 의존', '수행한적 없음')의 선택지로 조사한다. 기능 상태에 대한 보다 세분화되고 구체적인 조사는 장기요양자들의 기능 상태에 기반한 서비스 욕구를 보다 명확히 파악하고, 나아가 서비스 계획과 이후 질 평가 등의 다양한 목적으로 가공하여 활용하는데 필수적이다.

〈표 4-17〉 장기요양 인정조사 및 interRAI HC 평가 영역 비교

평가영역	세부 평가영역	장기요양 인정조사		interRAI HC		
		항목	인정 조사	항목	주요 척도[1]	스크리닝[2]
신체기능 영역	ADL	v	v	v	v	v
	ADL 상태변화	·	·	v	v	·
	일상생활 자립도	v	·	v	·	v
	활동수준	·	·	v	·	v
	신체기능향상 가능성	·	·	v	·	·
사회생활 기능 영역	IADL	v	·	v	v	v
인지기능 영역	의사결정을 위한 인지기술	v	v	v	v	v
	인지 상태변화	·	·	v	v	v
행동변화 영역	문제행동 증상	v	v	v	v	v
간호 처치영역	처치(기관지절개관 간호, 흡인, 산소요법, 욕창간호, 경관영양 등)	v	v	v	v	v
	프로그램(배뇨훈련, 체위변경, 완화케어)	·	·	v	v	·
	의료이용(급성기 입원, 외래, 응급실)	·	·	v	v	·
	예방(검진, 예방접종 등)	·	·	v	v	·
재활영역	운동장애, 관절제한 정도	v	v	·	·	·
	물리치료, 작업치료	·	·	v	·	·
복지용구	보유 혹은 희망하는 복지용구	v	·	·	·	·

평가영역	세부 평가영역	장기요양 인정조사		interRAI HC		
		항목	인정 조사	항목	주요 척도[1]	스크리닝[2]
지원형태	주 수발자	v	·	v	v	·
	도움영역	v	·	v	·	·
	혼자있는 시간	v	·	v	v	·
	도움제공 시간	·	·	v	·	·
	지지적인 가족 관계	·	·	v	v	·
	사회적 관계	·	·	v	v	·
	사회활동의 변화	·	·	v	v	·
	주요 생애스트레스	·	·	v	·	·
환경평가	주거환경	v	·	v	v	v
	실외환경	·	·	v	v	·
	재정	·	·	v	·	·
시력·청력상태	시력·청력상태	v	·	v	v	·
의사소통	표현, 이해	v	·	v	v	·
질병 및 증상 (건강 상태)	질병(치매, 중풍 등), 증상(호흡곤란 등)	v	·	v	·	v
	낙상, 최근 낙상	·	·	v	v	v
	균형 문제	·	·	v	·	·
	심장/호흡기계 문제	·	·	v	·	·
	정신과/신경학적 문제	·	·	v	·	·
	소화기계 문제	·	·	v	·	·
	수면 문제	·	·	v	·	·
	통증 빈도, 강도, 조절	·	·	v	v	·
	상태불안정성	·	·	v	v	·
	스스로 표현한 건강상태	·	·	v	v	·
기분 영역	우울/불안/슬픔의 가능성	·	·	v	v	·
	스스로 표현한 기분	·	·	v	·	·
구강 및 영양상태	신장과 체중	·	·	v	v	·
	영양관련 문제	·	·	v	·	·
	영양섭취 방법	·	·	v	v	v
	치아와 구강 문제	·	·	v	·	·
피부상태	욕창	·	·	v	v	v
	피부문제(화상, 수술부위)	·	·	v	·	·
투약	복용하는 약물정보, 약물 알레르기	·	·	v	·	·
	투약 순응도	·	·	v	·	·
총계	·	90 항목	52 항목	267 항목	·	

주: 1) 17개 항목, 4개 척도 및 CAP
자료: 1) 주요 척도는 www.interrai.org/scales.html을 참고함.
2) MAPLe(Method for Assigning Priority Levels)은 www.interrai.org/algorithms.html을 참고함.

나. 장기요양 인정-지원-평가 제도 개선에 있어 인터라이 평가시스템의 시사점

장기요양 인정조사 체계는 장기요양 대상자를 선정하기 위한 목적으로 개발되었다. 인정의 목적이 우선되지만, 다른 목적으로 활용할 것을 고려하여 일부 욕구 평가 항목이 포함되어 있다. 반면 인터라이 평가시스템은 문제해결 지향적이다(김선민 등, 2000). 이는 인터라이 평가시스템이 대상자 선정을 넘어 서비스 제공과 질적 수준의 향상, 비교평가, 자원소모량(지불보상) 등과 같은 장기요양의 제반 이슈를 해결하기 위한 체계로 고안되었다는 의미이다. 따라서 이하에서는 이제까지 살펴본 포괄 평가 사정 기반 인터라이 평가시스템이 현 장기요양제도의 인정-지원-평가 부문의 재설계 논의에 있어 주는 주요한 시사점들을 제시해 본다.

1) 욕구 평가의 포괄성 확대

인정조사 체계는 앞서 설명한 바와 같이 포괄성이 낮은 수준이다. 반면 인터라이 평가 체계는 다양한 영역의 항목을 포함하고 있다. 장기요양 대상자의 다양한 건강 및 기능문제를 파악하기 위해서는 다면적인 평가가 필요하기 때문에 항목의 포괄성은 중요하다. 인터라이 평가 체계는 다양한 영역의 항목을 단순히 모아놓은 것이 아니고, 대상자 입장에서 어떤 도움이 얼마나 필요한지를 구체적으로 파악할 수 있다. 이는 대상자의 기능 상태를 포괄적으로 살펴볼 때 어떤 부분에서 추가적인 도움을 주는 것이 좋은지를 판단하는 근거가 될 수 있다. 즉, 인터라이평가시스템은 대상자의 신체, 심리, 사회적 기능 상태 및 서비스 이용 관련 특성을 포괄적으로 고려하여 서비스 제공 관련 의사결정을 가능하게 해준다. 포괄적 욕

구 평가에 대한 필요와 인식이 낮았던 제도 도입 시기에는 인터라이 평가 도구에 대한 부정적 평가의 주요한 근거가 되어, 판정 도구로 사용하기에 복잡하다는 지적과(임정기, 2005), 보건의료 분야가 지나치게 강조되어 있다는 지적을 받기도 했다. 그러나 보건의료 욕구는 장기요양 대상자들의 의료적 중증도가 높아지고, 통합적 보건복지의료 제도 마련의 필요성을 고려하면 전체 혹은 선택적으로 장기요양 대상자에 대한 포괄평가는 반드시 필요한 것으로 보인다(권순만 등, 2013; Kim et al, 2015b). 건강관리, 간호와 재활 서비스 관련 포괄적 욕구 평가가 가능한 것은 외국에서도 인터라이 평가 도구의 강점으로 본다(Gray et al., 2009).

한편, 인터라이 평가시스템도 필요한 모든 영역을 상세히 조사하는 것은 아니다. 포괄평가를 위한 최소한의 항목으로 구성되어 있어 필요하다면 항목을 추가하여 사용할 수 있는 유연성이 있다. 실제로 인터라이 평가시스템을 채택하는 나라별로 필요와 정책 맥락에 따라 항목들을 보완해서 사용하고 있다. 예를 들면 사회서비스 관련 평가 항목이 더 필요하다면 추가하여 인정-지원-평가의 연계가 가능하도록 보완할 수 있다.

2) 욕구 평가, 서비스 계획 및 평가에서의 과학적 근거 확보

조사 결과로 수집된 자료가 믿을 수 있고, 정확한지에 대한 과학적 검증은 자료를 통한 의사결정을 위해서 중요한 부분이다. 현 인정조사의 과학적 근거 수준은 시범사업과 몇몇 연구로 검증하였으나, 지금까지 주로 등급판정과 관련된 부분에 초점이 맞춰져 있었다. 인정조사의 욕구 평가 항목에 대한 검증은 충분하지 않았다. 이에 대한 검증이 충분해야 욕구 평가 자료를 활용하여 이용지원 등의 목적으로 사용할 때 실효성 있는 근거가 될 수 있을 것이다.

반면 인터라이 평가 도구와 척도, 질 지표 등 관련 애플리케이션은 지난 30년간 많은 국가에서 신뢰도와 타당도 검증이 진행된 바 있고, 연구결과는 수백 편의 국제학술지에 게재되어 있다. 대부분의 평가 도구의 항목들이 실무현장에서 사용 가능한 수준으로 신뢰할 수 있고, 타당한 것으로 확인되었다. 특히, 평가 도구 간 공통으로 포함된 항목(core items)의 신뢰타당도가 높았다(Hirdes et al., 2008). 국내 자료를 활용하여 인터라이 장기요양시설과 홈케어용 도구를 검증한 결과도 높은 신뢰타당도를 보였다(Kim et al., 2015a). 따라서 인터라이 평가시스템을 활용한다면 새로운 포괄 평가 시스템의 개발과 평가에 필요한 많은 시간과 자원을 절약할 수 있다. 이러한 도구 개발과 평가 작업은 최소한 수 년간의 엄밀한 작업과 이후의 지속적인 보완 작업이 필요하다. 요양자의 욕구 평가는 장기요양제도를 지탱하는 가장 기초가 되는 토대이기에 확고한 과학적 근거의 확보는 매우 중요하며, 이 부분이 소홀할 경우 이를 활용해 수집된 자료들과 이에 따른 정책 결정들에 대한 문제 제기를 피하기 어렵다.

3) 욕구 평가 결과의 제도 운영·개선에의 활용

인정조사 정보는 장기요양대상자를 관리하는 국민건강보험공단이 주로 활용하고 대상자와 보호자, 서비스 제공자 등에게는 활용도가 낮은 편이다. 인정조사를 다양한 목적으로 활용하기 위한 시도들이 있었으나(권진희 등, 2011), 그간의 결과들은 인정조사 정보가 여러 이해당사자에 적극적으로 활용되지 않는다는 것을 보여준다. 방문간호를 권고받은 약 2만 명 중에서 방문간호를 이용하지 않은 사람이 18,605명으로 대부분이 방문간호를 이용하지 않는 것으로 분석되었고(강새봄, 김홍수, 2014), 표준장기요양이용계획서의 이용권고가 개별 대상자의 요양요구를 정확하

게 반영하지 못하여 활용이 제한적이라는 연구가 있었다(송미숙, 송현종, 2015). 공단 내부에서도 인정조사 담당자는 등급판정에 관련되지 않은 항목은 꼼꼼하게 작성하지 않는다는 등의 설문 의견(한은정 등, 2012)이 있어 욕구 평가 정보는 활용하는데 제한점이 있는 것으로 보인다.

[그림 4-9] Schematic representation of an interRAI instrument

자료: Gray et al.(2009)을 재구성함.

반면 인터라이 평가시스템을 이용하면 다양한 이해당사자에게 의사결정에 필요한 근거를 다양한 수준(level)에서 맞춤형으로 제공할 수 있다. 즉, 인터라이 평가시스템의 평가 결과는 개인 단위에서 시간에 따른 변화를 비교할 수 있고, 기관에서는 대상자별 평가 정보를 기관 단위로 종합하여 제공된 서비스의 질적 수준을 판단하는 질 지표로도 활용할 수 있다. 기관 간 비교와 기관 내부의 변화를 확인할 수 있고, 지역과 서비스

형태에 따른 비교도 가능하다. 나아가 대상자의 중증도를 산출하여 군 분류에 활용하고, 정책결정을 위한 기초자료로도 활용할 수 있다. 다양한 목적으로 활용할 수 있는 것은 문제해결을 위한 목적으로 설계되었고, 한 번의 자료 수집으로 다양한 용도로 활용할 수 있는 논리 구조로 설계되어 있기 때문이다. [그림 4-9]에서 제시한 것과 같이 대상자 단위로 수집된 정보들은 그대로 혹은 조합을 통해 이해당사자들이 의사결정을 위한 필요한 정보로 활용된다.

4) 장기요양제도와 관련 제도와의 통합 기반 마련

인정조사 체계는 장기요양보험에 국한된다. 장기요양이 필요한 대상자는 다양한 서비스 욕구를 가질 수 있고, 초기 단계에서 적절한 개입이 되면 지역사회에서 더 오래 삶을 영위하는 것도 가능할 것이다. 하지만 인정조사 체계는 공식 장기요양서비스가 필요한 대상자를 선정하기 때문에 초기 단계의 서비스가 필요한 대상자에 적합하지 않다. 또한 장기요양서비스 이용자가 건강과 기능 상태가 변화하여 병원 서비스 등의 다른 서비스가 필요해져도 인정조사 체계로 확인하기 어렵다. 나아가 최근 들어 구체적으로 장기요양서비스와 보건의료, 복지 서비스, 장애인 서비스 등 간의 관계 설정과 노인 및 가족 중심으로 서비스가 연계될 필요성에 대한 공감과 이를 위한 제도 개편 논의가 활발히 진행되고 있다는 점도 주목할 점이다(권순만 등, 2013; 선우덕 등, 2015; 윤상용 등, 2015).

이런 서비스 연속성과 통합에 있어 선결 조건은 평가 정보의 연속성과 통합이다. 인터라이 평가시스템은 장기요양 대상자를 중심으로 시작하였지만 급성기 병원에서부터 지역사회까지 다양한 세팅과 대상자별 상태에 따라 개발된 20종류 이상의 평가 도구 세트로 구성되어 있고(표 4-18 참

조), 이들은 모두 공통의 핵심 평가 항목 등을 공유하고 있다.

〈표 4-18〉 통합 인터라이 평가 도구 종류

평가 도구 종류	항목수	대상 집단
장기요양시설 (interRAI Long-Term Care Facilities [LTCF])	257	장기요양시설 또는 요양병원(chronic hospital)
지원주거 (interRAI Assisted Living [AL])	262	가벼운(light)케어요구를 가진 입소자가 거주하는 AL시설
급성기케어 (interRAI Acute Care [AC])	96	급성기병원에 있는 허약 노인환자
후급성기케어 (interRAI Post-Acute Care [PAC])	214	재활 및 다른 후급성기 입원환자
재가케어 (interRAI Home Care [HC])	253	지역사회 기반의 케어
지역사회평가 (interRAI Community Health Assessment [CHA])	135	가벼운(light) 케어요구의 지역사회 셋팅
완화케어 (interRAI Palliative Care [PC])	194	완화케어 (지역사회 및 시설셋팅)
정신건강 (interRAI Mental Health [MH])	304	정신건강으로 입원한 환자들
지역사회정신건강 (interRAI Community Mental Health [CMH])	320	지역사회 정신건강 서비스
지적장애 (interRAI Intellectual Disability [ID])	287	지역사회 또는 시설 셋팅에서 지적장애를 가진 사람들

그 외 다양한 도구가 개발됨.
interRAI Brief Mental Health Screener [BMHS]
interRAI Child and Youth Intellectual and Developmental Disability [ChYIDD]
interRAI Child and Youth Mental Health [ChYMH]
interRAI Contac Assessment [CA]
interRAI Deafblind [Db]
interRAI Emergency Screener for Psychiatry [ESP]
interRAI Home Care Pediatrics [HC PEDS]
interRAI Mental Health for Correctional Facilities [CF]
interRAI Mental Health for In-Patient Psychiatry
interRAI Quality of Life
interRAI Wellness

자료: www.interrai.org; Gray et al.(2009)을 재구성함.

개별 평가 도구는 공통의 평가 항목(core items)과 함께 대상자가 제공 받는 서비스의 특성 및 특수한 상황을 반영한 특화된 항목(specific items)이 추가되어 있어 인터라이 평가시스템 내의 여러 도구들을 함께 사용하면 각 세팅에 충실하되 다른 세팅과의 연속적 평가가 가능하다. 특화된 항목이란, 예를 들면 interRAI LTCF(장기요양시설용)은 거주공간의 특성을 반영하여 다른 입소자 혹은 케어제공자와의 사회적 관계를 추가로 평가하며, interRAI LHC(홈케어용)는 가족들의 돌봄부담과 환경문제 등을 추가로 평가하는 것에 해당한다(김홍수, 2015).

인터라이 평가 체계가 임상전문가(간호사, 사회복지사 등)의 입장에서 대상자를 파악하는 것으로 인식되기도 하지만(송미숙, 송현종, 2014), 최근에는 장기요양 대상자 관점을 강화하여 케어를 넘어 삶의 질, 웰빙, 가족 욕구 평가 도구 등으로 영역을 확대하여 대상자 중심으로 연계할 수 있는 체계로 발전하고 있다(www.interrai.org). 평가 도구가 케어의 연속성 향상을 목표로 대상자 중심의 정보 소통을 위한 일종의 공통의 언어로 역할을 하는 것이다(Bernabei et al, 2008, Gray et al, 2009, Hirdes et al, 2008).

전체적으로 요약하면, 현재 장기요양 인정 체계는 대상자 선정의 목적에 부합하여 작동하고 있다. 국제적 표준인 인터라이 평가시스템은 평가의 포괄성 확대, 평가의 과학적 근거 확보, 장기요양시스템과 타 시스템 간의 연계, 평가 결과의 활용성 증가 등을 통해 현 장기요양제도가 가지고 있는 여러 현안들을 해결할 잠재력을 가지고 있는 대안으로 보인다. 근거기반 장기요양정책 수립이라는 측면에서 인터라이시스템은 한 단계 진보한 사정-계획-평가 시스템으로 판단된다(Gray et al., 2009). 다만, 좋은 평가시스템 자체가 좋은 자료의 확보를 보장하는 것은 아니다. 평가시스템 자체에 대한 이론적, 논리적 고민은 인터라이시스템 기반 사정-계획-

평가 시스템을 도입함으로 많은 부분 해결되나, 적용(implementation)에 있어서는 여러 고려사항이 있을 것이고, 이는 이미 인터라이를 적용하고 있는 많은 타 국가들의 경험 및 한국에서의 현재까지의 활용 사례를 통해서도 살펴볼 필요가 있다.

다. 인터라이 평가시스템의 한국에서 활용 사례

인터라이 평가시스템은 2000년대 초반에 현재의 이전 버전이 도입되어 한동안 사용되었고, 2000년대 후반 현재의 버전이 새로 개발되어 몇몇 사례에 활용된 바 있다. 본고에서는 주요 사례들을 선정해 제시하였다.

1) 초기 활용 연구

2000년대 초반에 MDS-HC, MDS-FC (MDS 2.0)로 현 interRAI HC(홈케어용)와 interRAI LTCF(장기요양시설용)의 이전 버전이 국내에 소개된 바 있다. 주로 학술 연구 목적으로 활용되었는데 현재 인터라이 버전과는 다르고 장기요양 제도 도입 이전/초기이기 때문에 단순 비교는 어렵지만 노인의 건강 및 기능 상태의 포괄적 평가와 문제목록 도출, 자원사용량과 중증도 파악, 사례관리 등의 목적으로 학위논문 등을 제외하고 2012년까지 학술지에 공식 발표된 연구만으로도 4632편이 넘는다는 것은 한국에서도 이미 상당한 수준의 근거 확보와 활용 가능성이 입증된 것이다(김홍수, 정영일, 2012). 특히, 이들 중에는 문제목록 등을 통해 의사결정을 지원하여 사례관리에 활용한 연구들도 있어 욕구 평가-서비스 계획의 연계 가능성을 구체적으로 뒷받침한다.

2) 도구 개발 및 적용 가능성

인터라이 평가시스템은 2000년대 말에 전체 시스템이 대폭 개편되고, 통합형 체계(항목 수의 감소와 모든 도구 간의 공통 항목과 공통 문제목록 개발 및 검증이 가장 중요한 변화임)로 전환하여 현재에 이르고 있다. 공식 한국어판 홈케어(interRAI HC)와 장기요양시설(interRAI LTCF) 평가 도구도 인터라이와 계약 하에 WHO의 도구 개발 5단계 방법론에 따라 개발되었다(김홍수, 2013a; 2013b). 개발된 한국어판을 활용하여 27곳의 약 534명의 장기요양자를 대상으로 자료를 수집하여 신뢰타당도를 검증하였다. 내적일치도, 평가자 간 일치도, 동시타당도에서 적합한 수준의 결과를 얻었다(Kim et al., 2015a). 또한 직접 돌보는 간호인력과 사회복지사를 교육·훈련하여 대상자를 평가하는 것이 가능하다는 것을 확인하였고, 이들 실무자들이 가장 시간이 많이 걸리는 초기 사정에 평균 40분 정도가 소요되어(Kim et al., 2015a) 다른 나라에서도 비슷한 수준(40~60분, Carpenter & Hirdes, 2013)의 적용 가능성이 있다는 것을 확인한 바 있다.

나아가 평가자가 평가 방식과 내용을 익히는데 시간과 노력이 요구되고, 신뢰할 수 있는 평가 정보가 수집되기 위해서는 교육과 훈련이 지속적으로 필요하며, 현 기관 평가를 위한 서류 작업과의 병행 시 부담이 크다는 것도 알 수 있었다. 여러 연구 참여자들은 연구 종료 시 인터뷰에서 연구에서 사용한 인터라이 평가 도구를 공단에서 공식 도구로 채택하여 사용을 지원해 줌으로, 공단의 기관 평가 준비를 위한 중복 작업을 피하고, 자신들의 서비스 제공에 실효성 있게 사용할 수 있도록 정책제언을 해달라는 요청을 하였다. 이는 포괄평가 도구의 사용을 통한 실효성 있는 확산을 위해서는 기관과 평가자에 대한 정책적 지원이 필요함을 의미한다.

3) 장기요양입소자의 포괄 욕구 평가 결과

한국어판 인터라이 평가시스템을 활용하여 권순만 등(2013)은 2013년 국민건강보험공단의 지원을 받아 전국 표본 기관의 입소노인의 기능과 건강상태, 서비스 요구도[79] 등의 현황을 파악한 바 있다.

한국 장기요양 입소 노인 문제목록(CAPs; 권순만 등, 2013)을 뉴질랜드와 캐나다 온타리오 주의 비교 가능한 자료원들(The National Data Analysis and Reporting Centre, 2015; Canadian Institute for Health Information, 2013)을 이용하여 비교하였다(그림 4-10 참조).

[그림 4-10] 장기요양입소자의 CAPs 수준 현황(한국, 뉴질랜드, 온타리오주 비교)

자료: 권순만 등(2013) 재인용.

79) 서비스 요구도는 문제목록(CAPs)으로 파악하였는데 현재 나타난 문제이거나 앞으로 발생할 가능성이 있는 문제를 포함함. 개입을 통해 악화를 방지하거나 개선 가능성이 있는 지점을 알려주며 시설 버전에는 4개 영역(임상적, 인지/정신적, 기능수행, 사회생활 영역)의 22개 CAP이 개발되어 있고, 도출된 CAP 개수가 많을수록 서비스 요구도가 높다고 볼 수 있음.

뉴질랜드, 캐나다와 비교하여 한국 입소자에서 상대적으로 많이 도출된 문제는 영양부족, 의사소통, 섬망, 신체적 억제, 탈수, 문제행동 등이었다. 주로 건강 관련 문제들로 현 장기요양제도 내에서 부족한 건강관리 및 보건의료 서비스 요구도가 높은 것으로 보인다. 이와 같은 위험군으로 도출된 입소자에게 적절한 서비스가 제공된다면 (예방, 악화 방지를 포함하여) 효과를 나타낼 수 있는 것으로 대상자 맞춤 서비스 제공의 가능성을 알려준다.

4) 인터라이 평가 정보를 활용한 장기요양 욕구 필요도 측정과 서비스 매칭

이윤경 등(2012b)은 한국의 입소시설, 주·야간보호, 방문요양/간호, 복지관 등의 기관에 있는 551명을 대상으로 케어요구도(Level of Care [LOC])를 비교하였다. LOC는 장기요양 욕구필요도를 측정하는 것으로 서비스 필요 수준과 함께 서비스 종류가 제시될 수 있어 서비스 제공 계획과 연계될 수 있는 장점이 있다. LOC는 인터라이 평가 정보를 활용한 MI Choice로 처리하였으며 그림 4-7에서 제시한 것과 같이 5종류의 서비스 제공 형태(Nursing home, Home Care, Intermitted Personal Care, Home Maker, Information and Referral)에 해당 여부를 파악할 수 있다. 분석한 결과, 1등급은 입소 서비스가 적절한 경우가 다수였고(93.3%), 2등급은 입소 서비스가 적절한 경우와 재가 서비스가 적절한 형태가 비슷한 규모(55.7%, 42.6%)였고, 3등급은 재가 서비스가 적절한 경우가 대부분이었으며(77.0%), 등급외자 A, B, C에 속한 경우에도 재가 서비스가 필요한 경우가 적지 않았다(73.8%, 47.6%, 25.4%). 이는 현 등급 분류로는 같은 장기요양군에 속하여도 개별 대상자별로 필요한(권고되는) 서비스 종류는 다를 수 있다는 것을 의미한다. 다만, 연구에 사용된

MDS-HC는 한국에서 라이선스가 폐기되어 더 이상 사용할 수 없는 도구로 본 연구 결과 해석에는 주의를 요한다. 항목 구성과 신뢰타당도에서 향상된 한국어판 interRAI HC(김홍수, 2013b)를 사용하여 변경된 장기요양 등급 체계에서 추가 연구가 필요하다.

5) 서비스 제공 계획 및 평가

포괄 욕구 조사로 건강 및 기능 상태, 서비스 요구도를 파악하더라도 어떻게 맞춤 서비스를 제공할지에 대한 고민이 남는다. 건강과 기능 상태가 허약하고, 여러 질병을 가진 장기요양 수급자는 평균 5~6개 정도의 중재가 필요한 건강·기능 상태, 삶의 질과 관련된 문제를 가진다. 따라서 맞춤 서비스를 제공하는 것이 간단하지 않다. 또한 서비스 제공자 측면을 살펴보면 제도가 정한 규정에 따른 시설과 인력을 갖추고 있어도 대상자의 상황을 고려한 서비스를 개발하고 제공하는 역량을 갖추기는 쉽지 않다. 특히, 기관 규모가 작은 곳은 여지가 부족한 것도 사실이다(선우덕 등, 2013). 따라서 이러한 다면적 욕구 평가, 서비스 계획 및 평가 관련 문제들을 다루기 위해서는 이들을 아우르는 일종의 서비스 제공 모델을 기획하고 이를 평가하는 연구가 필요하다.

서울대학교 보건대학원 노인중심케어시스템(Systems for Person-Centered Care, 〔SPEC〕) 연구팀(연구책임자: 김홍수)은 한국보건산업진흥원의 사회서비스 R&D 연구비 지원을 받아 한국적 상황에 맞추어 노인과 가족 중심 통합케어 모델을 개발하고 시범 적용하는 연구를 진행 중이다. SPEC 연구는 ICT를 활용한 노인케어모델 (geriatric care model) 평가 연구로 과학적 포괄 기능 평가를 활용하여 양질의 장기요양서비스 제공을 위해 필수적인 장기요양기관의 역량강화 지원서비스 모델을

개발하고 검증하는 것이다. SPEC 모델은 서비스 대상이 되는 노인의 욕구에 맞춘, 노인 중심의 서비스가 제공되도록 서비스 제공자들의 역량을 강화시켜 궁극적으로 노인 웰니스·건강 서비스의 질 향상을 목적으로 개발된 통합 케어 모델로 5가지 요소로 구성되어 있다. (1) 사회복지사-간호사 주도의 이용자에 대한 포괄 욕구 평가를 수행하고, 욕구/위험 프로파일을 작성하여, (2) 기관에서 이용자 맞춤의 서비스 제공 계획을 마련하고, 이용자와 가족의 선호를 반영하여 최종 확정하며, (3) 복합적 케어 요구를 가진 이용자에 대해서 다학제 간 사례회의를 통해 방안을 논의한다. (4) 이용자를 중심으로 가족, 촉탁의, 협력 병원과의 서비스 연계를 통해 제공되는 서비스를 조정하며, (5) ICT를 활용한 정보 및 의사소통 시스템을 마련하여 정보를 지속 관리할 수 있도록 하며, 효율적으로 교육/훈련을 지원하는 것이다. 이를 10개의 장기요양시설에 6개월 간 시범 서비스를 적용하여 성과를 평가하고자 한다. 또한 현 제도 하의 노인 중심의 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가의 연계된 서비스 모델의 적용 시의 장애요인과 확대 적용 시 기관 운영 및 정책적 고려 사항 등도 함께 평가하여 제시할 예정이다.

4. 개편 방안

장기요양 인정-지원-평가 부문 제도 개편 목적은 장기요양 욕구 평가, 서비스 계획 및 평가 간의 연계적 체계를 구축하여 장기요양 대상자가 적절한 서비스를 제공받고, 제공 기관이 서비스 제공 역량을 강화시키고, 장기요양 체계의 질적 수준을 향상시켜 장기요양에 투입되는 자원의 가치를 높이는 것이라 할 수 있다.

“욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가”의 연계 체계 구축은 신뢰할 수

있는 대상자 단위의 포괄 정보를 구축하는 것이 핵심이다. 포괄적 장기요양 욕구 평가는 대상자의 욕구 영역(지점)과 수준을 파악할 수 있도록 기본 정보가 된다. 여기에서 도출된 욕구들을 적절하게 대응할 수 있도록 서비스 제공 계획을 세우며, 공급자에게 계획에 따라 서비스를 제공하도록 하며, 주기적인 욕구 평가를 통해 제공된 서비스의 질을 파악할 수 있다.

앞서 살펴본 바와 같이 인터라이 평가시스템은 위에서 기술한 연계를 가능하게 해 주는 단일 포괄 평가-다목적 활용 평가시스템이다. 또한 인터라이 평가시스템의 유용성(통합성, 국제 비교가능성, 유연성, 과학적 신뢰성, 높은 활용성 등) 및 현재까지의 국내외 활용 사례들을 살펴볼 때, 이 시스템을 우리 장기요양 인정－지원-평가 제도 재설계에 활용할 수 있으리라 생각된다. 이하에서는 인터라이 평가시스템에 근간한 포괄 욕구 사정(comprehensive assessment) 혹은 포괄평가시스템 도입을 통한 제도 재설계를 염두에 두고 이를 위한 일련의 단계적 제도 개편 방안을 제시하였다.

가. 연계 체계 구축 방안

현재의 노인장기요양보험 하에서 노인에 대한 엄밀한 의미에서 포괄 욕구 사정(assessment)은 부재하나, 보험 대상자 선정을 위한 인정조사(screening)는 있다. 인정조사는 대상자 선정을 위한 분명한 장점을 바탕으로 현 체계 내에서 자리를 잡았으나, 서비스 지원으로 확대하여 활용하려는 노력은 성공적이지 않았다. 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가의 연계 체계 구축 방안은 인정조사 체계를 현행대로 유지하고 비어있는 영역을 위해 새로운 포괄 욕구 평가 체계를 도입할지, 전면적으로 새로운 포괄 욕구 평가 체계를 도입할지, 혹은 그 중간 정도에 도입할지에 따라

몇 가지 시나리오가 가능하다.

이는 포괄 욕구 조사를 통해 수집하는 정보를 어떻게 사용하기 원하는지, 즉 정책적 목적과도 연관된다. 즉, 포괄 욕구 조사 자료는 대상자의 선정을 넘어 다면적 요구도 파악, 서비스 제공 계획 수립을 위한 정보 제공, 타 서비스와의 연계를 위한 정보 제공, 서비스 제공자의 역량과 질적 수준 파악 등에 활용될 수 있으며(Foreman, Thomas, & Gardner, 2004), 이는 제도의 발전 단계 혹은 투입하기 원하는 혹은 가능한 인적, 재정적 자원에 따라 결정할 수 있다. 본고에서는 욕구 평가-서비스 계획-서비스 평가 연계 체계 구축에 있어 개편의 범위와 방향, 수용성 등을 고려하여 개편 안을 크게 아래와 같이 네 가지로 제시해 보았다.

제1안은 현재의 체계를 유지하면서 최소한의 변화로 점진적 제도 개편의 기초 작업을 수행하는 안이다. 즉, 현재의 인정조사 체계는 그대로 유지하고, 현재 부재한 새로운 포괄 욕구 평가(조사)를 실태파악(1안)의 목적으로 도입하는 것이다. 약 2년 정도의 주기로 대상자의 전반적 실태를 파악하는 것으로, 대표성을 고려하여 대상자를 추출하면 한국에서 일종의 '노인장기요양패널자료'와 같은 역할을 할 것이다. 노인장기요양자를 대상으로 한 대규모 조사 자료는 다른 인구 집단의 대규모 조사 자료에 비해 매우 부족한 수준으로 연구 및 정책결정을 위한 기초 자료로 필요성이 높다. 별도의 평가 인력이 필요하고 대상자 선정, 이용 계획에 미치는 영향은 없거나 미약하다는 단점이 있다.

제2안은 역시 현재 인정조사 체계를 유지하되, 장기요양기관 수준에서 이용자의 포괄 욕구 평가와 서비스 이용 계획을 수립하도록 개편하는 것이다. 현재 기관 평가의 평가 항목 중에 매년 1회 이상 이용자 욕구 사정(조사)을 하도록 되어 있는데 기관에서 자체적으로 평가를 하고 있어 효율적이지 못하고 활용도가 낮아 형식적인 수준에 그치고 있다. 이를 새로

운 포괄 욕구 평가 도구로 지정한다면 기관 내부에서는 자체 역량 부족 등으로 형식적이었던 케어 계획 수립과 사례회의를 활성화시킬 수 있는 계기가 될 수 있다. 또한 수집된 자료로 기관별 서비스 질 수준을 파악할 수 있고, 보험자, 관리기관에서 주요 정책 결정을 위한 기초 자료로 활용할 수 있을 것이다. 서비스 질 향상의 목적으로 활용할 수 있다는 장점이 있으나 기존 인력과 역량으로 운영하기에 어려움이 있을 수 있다.

제3안은 2안 보다 조금 더 나아가 서비스 이용 전에 새로운 포괄 욕구 평가시스템으로 조사하여 욕구 기반의 적절한 서비스 제공 형태를 권고하는 방식이다. 서비스 제공 기관의 선정과 서비스 제공 형태를 결정하는데 활용될 수 있을 것이다. 서비스 이용 전에 진행하는 과정이 필요하기 때문에 공단 혹은 제3의 기구에서 이를 관장해야 할 것이다. 이용지원 개선 방안 혹은 사례관리 기능 도입의 일환으로 도입 할 수 있다.

마지막으로 욕구 평가 체계의 전면개편(4안)은 장기요양 인정체계, 사례관리 및 서비스 제공 계획, 서비스 질 평가 및 기관 평가를 새로운 포괄 욕구 평가 체계 전반을 도입하여 이를 기반으로 진행하는 방안이다. 앞서 외국 사례로 살펴본 캐나다와 뉴질랜드가 이와 같은 형태로 운영되고 있고, 이들 국가는 통합 정보 체계를 구축하여 연계와 연속적 케어를 촉진하는 노력이 진행 중이다. 변화하는 대상자의 욕구를 반영하여 보다 포괄적인 장기요양 서비스를 제공하고, 서비스의 질적 수준 강화를 위해 도입이 필요하다. 특히, 장기요양 대상자의 높은 건강과 의료서비스 욕구와 이에 대한 장기요양 내 건강서비스 강화, 장기요양 서비스와 과 의료 서비스의 연계 필요성을 고려할 때(권순만 등, 2013; Kim, Jung, Kwon, 2015b; 김진수, 선우덕, 이기주, 최인덕, 이호용, 김경아, 2013), 전면적이고 포괄적인 욕구 평가에 기반한 서비스 평가와 서비스 평가 체계로의 전환 아니면 최소한 중증도가 높고 복합 니즈를 가진 장기요양군을 위한

제도 재설계를 제안한다.

끝으로 초고령 사회를 앞두고, 장기요양서비스에 대한 니즈는 지속적으로 증가할 것이며, 보건복지서비스 질에 대한 높은 기대를 가지고 있는 베이비부머들이 장기요양보험의 주 이용자가 될 것이다. 이러한 가까운 미래를 그려볼 때, 장기요양보험의 인정, 지원, 평가 부문의 개편은 노인과 가족이 체감할 수 있는 서비스 질의 향상을 위한 기반 구축 작업으로 제도의 효율성을 높이는 것과 함께 우선순위에 두어야 한다.

본고에서는 현 장기요양보험의 인정, 지원, 평가 부문의 제도 현황과 주요 이슈들을 간략히 정리하고, 국제적 표준으로 언급되고 있는 인터라이 평가시스템의 구성과 특징을 살펴보며, 인터라이 평가시스템에 기반한 인정-지원-평가시스템의 재설계 안을 제안하였다. 포괄 욕구 사정 정보로부터 출발하여 이용자의 문제 상황과 욕구를 고려한 서비스 제공 계획을 세우고, 적절한 서비스가 제공되어 문제와 욕구가 완화되었는지 평가할 수 있으며, 나아가 서비스의 질 개선을 유도할 수 있는 연계 체계의 구축은 이미 많은 OECD 국가들이 선택한 통합 노인보건복지시스템 설계 방안이다(Carpenter & Hirdes, 2013).

본고에서 제안한 장기요양 인정-지원-평가 개편 및 재설계 방안의 실행과 관련된 상세한 논의는 페이지의 제한상 본고의 범위에 포함되지 않았으며, 별도의 작업이 필요하다. 그러나 위에 제시한 모든 '포괄 욕구 평가 기반 개편 안'들은 현재보다는 보다 정교한 평가 자료 수집, 분석 및 관리 시스템을 요구한다. 평가의 경우 평가자들의 교육과 데이터 질 관리, 기관들에 질 향상을 위한 적절한 피드백과 인센티브가 있어야 하고 이를 위한 시간과 인력 및 재정 투자가 필요할 것이다. 서비스 계획의 경우 한국적 상황에 맞는 서비스 계획안의 마련을 위한 지속적 연구개발 및 정책 지원이 필요하다. 서비스 평가의 경우 실제적 질 향상이 궁극적 평가의

궁극적 목적임을 주지하고 외부 감독과 함께 실효성 있는 내부 고객(종사자)들이 질 향상에 참여하도록 하는 인센티브의 제도적 설계가 필요하고, 나아가 질 평가 자료의 객관성 확보를 위한 방안이 검토되어야 한다.

제3절 재가장기요양서비스 이용자의 케어매니지먼트 체계 개편

1. 장기요양서비스 이용지원 실태와 문제점

가. 이용지원 실태

장기요양서비스 대상자의 복합적인 욕구에 대한 개별화된 서비스를 제공하고, 장기요양서비스의 비용효율적인 사용과 관리를 목적으로 하는 이용지원체계는 장기요양서비스 체계를 구성하는 핵심요소 중의 하나이다(선우덕 등, 2007). 장기요양서비스를 이용하고자 하는 노인의 대부분은 노인부부 혹은 독거노인이며, 신체적 혹은 인지적 기능이 저하되어 필요한 서비스를 스스로 결정하고 제공받기 어려운 경우가 많다(한은정 등, 2012). 그러므로 이용지원체계는 장기요양서비스 이용자와 서비스 제공자를 연결하는 가교 역할을 담당하며, 일반적으로 장기요양서비스 대상자 발굴, 욕구 사정, 서비스 계획 수립, 서비스 연계, 모니터링 등과 같은 시계열적인 과정을 포함한다(선우덕 등, 2008).

노인장기요양보험제도 설계 과정에서 이용지원체계와 관련한 논의는 케어매니지먼트를 중심으로 이루어졌다. 2004년 노인요양보장 시안 발표에서는 케어매니저의 역할을 누가 수행할 것인가에 초점이 맞춰졌으며

케어매니저 자격제도를 만들자는 논의도 이루어졌다(김미숙, 2006). 2005년 10월에 입법 예고된 노인수발보장법(안)에서는 케어매니지먼트 담당 기관으로 '노인수발평가관리원'이라는 별도의 조직을 만들어 지역별 지사를 통해 서비스를 전달하는 방안이 제시되었다. 그러나 별도의 조직 신설 및 운영에 대한 예산 제약, 관리조직의 이원화에 따른 운영상의 문제점, 중앙화된 조직보다는 지역기반의 조직 필요성 등의 논리에 의해 반대에 부딪혔다(김미숙, 2006; 석재은, 2008). 2006년 2월 수정된 노인수발보험법(안)에서는 노인수발평가관리원 신설을 폐기하고, 국민건강보험공단이 표준수발이용계획서를 작성하는 방안으로 하는 법안이 국무회의를 통과하였다. 즉, 공식화된 케어매니지먼트 제공은 생략된 채 공단에서 케어매니지먼트 기능 일부를 담당하고 서비스 제공 기관에서 자체적으로 케어매니지먼트가 이루어지는 느슨한 방식을 채택한 것이다. 이로 인해 우리나라의 장기요양 이용지원체계는 초기 논의에 비해 상대적으로 축소되어 설계되었으며, 노인장기요양보험 제도 도입 후 지금까지 장기요양서비스 대상자 및 장기요양기관의 확대라는 양적 성장에 치중하여 서비스 질적 제고를 담보하는 이용지원서비스의 확대 노력은 미흡했다고 할 수 있다.

장기요양보험제도 안에서 이용지원의 법적 근거는 장기요양보험법 제48조 제2항의 장기요양사업의 관리·운영 기관인 국민건강보험공단의 업무에 명시되고 있다. 공단의 업무 중에는 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공과 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항이 포함되어 있다. 이와 같은 법적 근거에 따라 국민건강보험공단 및 공단지사에서 이용지원 업무를 수행하고 있다.

국민건강보험공단에서 제공하고 있는 이용지원의 범위는 장기요양급

여 이용에 필요한 모든 지원을 포함하고 있으며, 이로 인해 이용지원의 대상은 장기요양급여 이용자와 가족뿐만 아니라 장기요양 등급외자도 포함하고 있다(한은정 등, 2012). 이용지원은 서비스 이용에 있어 노인과 가족, 그리고 서비스 제공자에게 객관적이고 전문적인 정보와 상담을 제공함으로써 수급자와 가족부양자의 만족도를 높일 뿐만 아니라 장기요양급여를 효율적으로 배분함으로써 궁극적으로는 장기요양보험 재원 안정화에 기여할 수 있다. 또한 최근 재가급여의 활성화 정책이 강조되면서 수급자에게 적합한 재가급여에 대한 교육과 상담이 중요해져, 이용지원에 대한 관심이 증가하고 있다(한은정, 김동건, 2015).

〔그림 4-11〕 장기요양서비스 인정 및 서비스 이용 지원 과정

구분	담당	주기
인정조사 및 욕구조사	국민건강보험공단	최초 등급인정 및 등급변경 시
▼		
표준장기요양이용계획서 작성 및 제공	국민건강보험공단	최초 등급인정 및 등급변경 시
▼		
장기요양서비스 제공계획 수립	장기요양기관	급여계약변경 시 및 연1회 이상
▼		
장기요양급여 계약통보서 제출	장기요양기관	수급자와 기관 간 급여계약 및 변경 시
▼		
장기요양서비스 제공	장기요양기관	상시
장기요양서비스 이용지원 (상담관리, 서비스 담당자회의, 지역협의회 운영 등)	국민건강보험공단	상시

우리나라 이용지원내용은 욕구 조사, 표준장기요양이용계획서 작성·제공, 장기요양급여 제공계획서 관리, 상담관리, 지역협의회 운영, 서비스 담당자 회의, 등급외자에 대한 지역사회자원연계 등으로 이루어진다.[80]

욕구 조사는 장기요양인정조사에 활용되는 장기요양인정조사표의 90개 항목 중 25개 항목이 욕구 조사 항목으로 구성된다. 장기요양인정조사표에 포함되는 욕구 조사 항목은 일반사항, 사회생활기능(수단적 일상생활 기능) 영역, 복지용구, 지원 형태, 환경 평가, 시력 및 청력 상태, 그리고 질병 및 증상으로 이루어져 있다.

〈표 4-19〉 장기요양인정조사표 항목 중 욕구 조사 항목

구분	내용
일반사항	주거내용, 동거인, 현재 받고 있는 급여, 희망급여종류, 등록장애(종류 및 등급)
복지용구	현재 보유하고 있거나, 이용하기 희망하는 복지용구(노인장기요양급여에 해당하는 복지용구 17개종 조사)
지원형태	주 수발자, 주 수발자의 도움영역(신체기능, 사회생활기능, 정서적지지), 하루 종일 혼자 있는 여부
환경평가	주거 상황 평가(조명, 바닥과 벽지, 계단, 주방, 문턱, 난방과 환기 등)
시력 및 청력	시력 상태, 청력 상태
질병 및 증상	현재 앓고 있는 질병 또는 증상, 현재 앓고 있는 질병이나 증상 중에 현재 기능 상태 저하에 가장 직접적인 원인이 되고 비중이 높은 항목

자료: 노인장기요양보험법 시행규칙[별지 제5호 서식].

「표준장기요양이용계획서」는 장기요양인정자가 월 이용한도액 범위 내에서 장기요양급여를 효율적으로 이용하고, 장기요양기관이 장기요양

80) 이용지원내용은 한은정 등(2012)의 연구를 토대로 최근 변동사항을 반영하여 수정 및 보완하였음

인정자에게 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 지원의 역할을 한다. 표준장기요양이용계획서는 인정조사를 실시한 국민건강보험공단 소속의 요양직 직원이 작성하며, 수급자의 장기요양 급여종류, 이용횟수, 장기요양급여비용과 본인부담금 등의 내용이 명시되어 있다.

장기요양서비스 제공 계획 수립은 장기요양기관에서 담당한다. 국민건강보험공단 직원에 의해 작성된 표준장기요양이용계획서를 참고하여 장기요양기관은 수급자와 체결한 계약 내용, 즉 급여 종류, 계약기간, 수가, 제공횟수, 금액 등의 급여계약 내용과 비급여 계약 내용에 대한 사항 등이 명시된 「장기요양급여 내용통보서」를 국민건강보험공단에 통보해야 한다. 그리고 공단은 통보된 급여 내용과 월 한도액 초과 여부에 관한 정보를 수급자에게 제공하여 수급자가 적정 수준의 급여를 이용하도록 지원해야 한다(한은정 등, 2012).

상담업무는 장기요양등급을 받은 노인과 가족 등을 대상으로 장기요양인정서와 표준장기요양이용계획서의 내용을 설명하고, 장기요양급여 내용과 이용안내, 장기요양기관 정보, 등급변경이 필요한 수급자에게 등급변경 안내 등을 포함한다(한은정 등, 2012; 한은정, 김동건, 2015).

이용지원 업무 중 상담업무가 대부분을 차지하고 있다고 해도 과언이 아니다(한은정, 김동건, 2015). 이용지원 상담은 최초상담, 정기상담, 수시상담으로 구분되며, 상담업무는 대부분 정기상담으로 이루어진다. 최초상담은 최초 인정자 또는 보호자를 대상으로 등급판정 후 14일 이내에 실시되어야 한다. 최초상담의 주요 내용은 장기요양인정서와 표준장기요양이용계획서의 내용을 설명하고, 급여이용에 필요한 정보 제공으로 구성된다. 그러나 실제 최초상담은 수급자와 보호자를 위한 급여이용 설명회에 참여하거나 공단에서 장기요양인정서와 표준장기요양이용계획서를 우편으로 송부한 이후, 전화로 수령 여부를 확인하면서 서비스 이용과 관

련한 상담을 실시한 경우에도 최초상담으로 인정하고 있다(국민건강보험공단, 2013).

정기상담은 시설상담, 재가상담, 미이용상담으로 구분되며, 재가상담은 다시 수급자와 가족부양자의 특성에 따라 다섯개 군으로 나뉘는데 각각의 군에 따라서 서로 다른 주기로 상담이 이루어진다(한은정, 김동건, 2015, p.1064). 먼저, 1군은 집중 상담이 필요한 대상자로서 표준장기요양이용계획서와 다르게 급여를 이용하거나 의료적 문제가 있는 경우(급성기), 주수발자 없는 경우가 1군에 해당되며, 1개월마다 상담을 실시하게 된다. 2군은 보호관찰이 필요한 자로 생애최초 인정자, 독거노인, 기능 상태 변화자(악화, 호전), 욕창이 있는 수급자, 인지증이 있는 수급자가 해당되며, 3개월 주기로 상담이 이루어진다. 3군은 정기 확인이 필요한 자로 환경이나 위생이 불량한 수급자, 급여이용 만족도가 '하'인 자, 그리고 와상도가 준와상 이상인 수급자로 6개월을 주기로 상담을 실시하게 된다. 4군과 5군은 연 1회 확인이 필요한 자로 구성되며, 이용지원 상담은 주로 1군과 2군을 중심으로 진행되고 있다.

〈표 4-20〉 상담 유형별 대상 및 주기

상담유형	대상		주기
최초상담	생애 최초 인정자 또는 보호자		등급판정 등록일로부터 14일 이내
정기상담	시설상담		6개월에 1회
	재가상담	1군 집중상담 필요한 자	매월
		2군 보호관찰이 필요한 자	3개월 주기
		3군 정기 확인이 필요한 자	6개월 주기
		4군 연 1회 확인이 필요한 자	연 1회
		5군 예비상담 대상자	-
	미이용상담	장기요양급여 미이용자	6개월에 1회
수시상담	수급자 요청 시, 학대 및 방임 의심 등		필요 시, 익월

자료: 한은정 등(2013), 재가급여 이용자의 이용지원 상담체계 개선 방안 연구, p.53.

시설상담은 입소시설(주·야간보호, 단기보호시설 포함)을 이용하는 수급자나 보호자인 가족을 대상으로 6개월에 1회 진행되며, 미이용상담은 장기요양등급판정을 받았음에도 불구하고 장기요양급여를 이용하지 않고 있는 노인 혹은 가족을 대상으로 상담을 실시하여, 미이용 이유를 확인한다. 궁극적으로는 수급자의 욕구에 맞는 요양급여를 이용할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다.

수시상담은 정기상담 이외에 상담이 필요하거나 상담 시 학대의심 징후가 발견된 경우 방문이나 전화, 내방 등을 통한 상담이 진행되는 경우를 말한다.

가장 최근 자료인 2013년 7월 기준으로 상담건수를 보면, 정기상담이 69.6%로 가장 많은 비중을 차지하고 있으며, 수시상담이 16.3%, 최초상담이 14.1% 수준인 것을 볼 수 있다.

〈표 4-21〉 연도별 총상담 건수

(단위: 명, 건, %)

연도	이용자[1]	직원[2]	직원 1인당 수급자 수	상담 실시 건수				월 실적
				계	최초 상담	정기 상담	수시 상담	직원 1인당[3]
2013.7	295,496	1,821	162	483,013 (100.0)	68,147 (14.1)	336,052 (69.6)	78,814 (16.3)	37.9
2012	283,523	1,821	156	1,165,050 (100.0)	118,759 (10.2)	879,865 (75.5)	166,426 (14.3)	53.3
2011	269,224	1,590	169	1,365,372 (100.0)	126,608 (9.3)	1,024,331 (75.0)	214,413 (15.7)	71.6

주: 1) 재가 및 시설 이용자 중 중복을 제거한 실인원수
2) 직원 수는 4급 이하 요양직 정원
3) 담당 직원 1인당 총상담 건수
자료: 한은정 등(2013), p.63. 재구성(원자료: 국민건강보험공단 내부자료).

장기요양서비스 제공과 관련하여 지역사회 내 사회복지, 보건의료, 재활 등의 공식 및 비공식 자원을 효율적으로 연계하기 위해 관련 전문가들

이 참여하는 지역협의회를 정기적으로 운영하고 있다. 서비스 담당자 회의는 장기요양기관, 장기요양요원, 수급자의 가족 등이 참여하여 수급자의 욕구와 문제 상황 등을 공유하고, 개별수급자의 기능 상태와 욕구에 부합하는 급여가 제공될 수 있도록 지원하는 목적을 가지고 있다. 등급외자에 대한 지역사회자원 연계는 등급외자 판정을 받은 자에게 필요한 지역사회자원을 파악하여 연계·제공하는 것으로 인정조사 결과 등급외 판정 결과 통보 시, 지역사회보건복지서비스 이용안내문을 등급외 판정노인 혹은 가족에게 발송하게 된다. 그리고 시군구에 장기요양인정신청 결과를 통보해 주고 있다.

〈표 4-22〉 장기요양서비스 이용 지원 내용 종합

구분	세부 내용
욕구조사	장기요양인정조사표의 90개 조사 항목 중 25개 항목을 통해 급여 제공을 위해 필요한 부가적인 신체적 건강상태, 돌봄 자원, 돌봄환경, 질병상태 등 파악
표준장기요양이용계획서 작성·제공	월 한도액 범위 안에서 수급자별로 적정한 장기요양급여의 종류와 이용 횟수, 장기요양급여비용, 본인부담금 등을 명시한 이용계획서를 작성하여 수급자에게 제공
장기요양급여 계약통보서 관리	급여 종류, 계약기간, 수가, 제공횟수, 금액 등의 급여계약 내용과 비급여 계약 내용에 대한 사항 등이 명시된 「장기요양급여 계약통보서」를 국민건강보험공단에 통보하고, 공단은 수급자가 월 한도 내에서 급여를 이용할 수 있도록 수급자에게 정보 제공
상담	장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서 내용 설명, 장기요양급여 이용절차 및 방법, 장기요양기관 등을 안내 및 상담 최초상담, 정기상담, 수시상담 등으로 구분
지역협의회 운영	공단은 지역사회의 사회복지, 보건의료, 재활 등 관련 전문가들이 참여하는 협의체를 운영하여 수급자에게 다양한 서비스를 제공
서비스 담당자 회의	공단은 표준장기요양이용계획서 작성 또는 수급자 기능 상태, 욕구 변화, 장기요양기관 불만 등 문제 해소를 위해 장기요양기관, 수급자 가족 등이 참여하는 실무회의 개최
등급외자에 대한 지역사회자원연계	인정조사 결과 등급외 판정 결과 통보 시, 지역사회보건복지서비스 이용안내문 발송. 시군구에 장기요양인정신청 결과 통보

주: 한은정 등(2012), pp.45-48의 내용을 토대로 2012년 이후 변경된 내용을 수정 및 보완함.

나. 노인장기요양제도 이용지원 체계의 문제점

우리나라 노인장기요양제도의 이용지원 체계에 대한 문제점을 종합하면 다음과 같다.

첫째, 욕구 조사 결과의 활용도에 관한 문제이다. 인정조사와 함께 욕구 조사 25개 항목을 조사하고 있으나 욕구 조사 결과가 실제 장기요양의 이용지원체계에 적용되지 못하고 사장되고 있다는 것이다. 욕구 조사 항목에 필요한 복지용구 내용이 포함되어 있어 인정등급을 받게 되면 조사 항목이 활용될 수 있으나, 그 밖에 장애 여부, 주거환경, 질병 등에 따른 안내, 상담, 교육 등은 전혀 이루어지지 않고 있다.

둘째, 형식적인 최초상담에 대한 문제이다. 앞에서도 언급했듯이 최초상담은 장기요양인정서와 표준장기요양이용계획서의 내용을 설명하고, 급여이용에 필요한 정보를 제공함으로써 장기요양서비스를 처음으로 이용하는 노인 당사자와 가족에게 장기요양제도를 올바르게 알고 이용하게 하는 가장 중요한 단계라고 할 수 있다. 그러나 요양직 인력의 업무과다 등의 이유로 집합교육인 급여이용 설명회 참여를 최초상담으로 인정하거나 방문하지 않고 전화로 상담을 실시한 경우도 최초상담으로 갈음하고 있다. 이로 인해 최초상담을 통해 얻고자 하는 본연의 목적을 달성하기 어려우며 장기요양서비스 이용노인이나 가족이 장기요양서비스에 대한 공식적이고 객관적인 정보보다는 일부 왜곡된 정보를 획득할 수 있게 하는 요인으로도 작용할 수 있게 된다.

셋째, 국민건강보험공단의 장기요양서비스 이용지원 인력의 한계이다(한은정 등, 2012; 2013). 이용지원을 전담하는 직원은 없고, 인정조사 업무 등과 병행하고 있어 업무 과중 및 이용지원에 대한 전문성이 부족하다는 문제가 제기되고 있다. 또한 이용지원 업무보다는 인정조사 업무가

우선시되고 있으며, 실적 위주의 평가시스템으로 형식적인 이용지원을 수행하고 있다. 특히, 이용지원의 전문성 제고를 위한 체계적인 교육이 이루어지지 않고 있다는 점 등이 언급되고 있다.

넷째, 장기요양서비스에서 제공되는 이용지원에 대한 이용노인 및 가족의 인식 부족이나 이용지원에 대한 부정적인 경험이 큰 것으로 나타났다(한은정 등, 2012; 한은정 등, 2014). 이용지원 상담 경험이 있는 수급자와 가족에 대한 표적집단면접조사 결과, 수급자 및 가족들은 표준장기요양이용계획서가 무엇인지, 어떠한 용도로 쓰이는지에 대해 잘 알지 못하였으며, 표준장기요양이용계획서가 복지용구 구입 시에만 필요한 서류로 인식하고 있었다. 또한, 공단 직원과의 상담은 수급자나 가족에게 필요한 상담이라기보다는 공단 직원에 의해 일방적으로 제공되는 상담이라는 인식이 컸으며, 제공되는 상담 내용도 장기요양서비스 이용에 도움이 안 된다는 의견도 많았다. 그리고 이용지원(상담)을 서비스를 규정에 따라 잘 이용하고 있는지, 등급이 적절한 것인지 등을 평가하고 감시받는다는 경험을 한 것으로 나타났다.

다섯째, 표준장기요양이용계획서가 수급자의 개별화된 욕구를 반영하지 못한다는 문제제기와 함께 표준장기요양이용계획서에 명시된 내용이 서비스 계약 체결에 반영되지 않아 표준장기요양이용계획서의 실효성에 대한 문제가 지속적으로 제기되고 있다(제갈현숙, 2011; 임정기 등, 2011; 한은정 등, 2012). 방문요양급여에 집중되어 제공되는 등 표준장기요양계획서를 통해 장기요양서비스가 효율적으로 배분되지 못하고 있으며, 장기요양기관도 표준장기요양이용계획서를 준수할 의무가 없기 때문에 표준장기요양계획서에서 권고하고 있는 비용보다 요양서비스 급여를 초과 이용하고 있는 것으로 보고되고 있다.

마지막으로 형식적인 지역협의회와 서비스 담당자 회의 운영이다. 지

역협의회나 서비스 담당자 회의는 업무지침에 의해 정기적으로 개최되고 있으나 이러한 회의를 통해 장기요양서비스와 지역사회서비스 제공 기관이나 장기요양기관, 이용노인 간의 연계와 협력이 가시적으로 이루어지지 않고 있다.

〈표 4-23〉 이용 지원의 문제점

구분	세부 내용
욕구 조사 내용의 낮은 활용도	욕구 조사 25개 항목이 표준장기요양이용계획서나 이용지원체계에 반영되거나 활용되지 못함
표준장기요양 이용계획서	방문요양에 집중되어 있어 장기요양급여의 기형적 운영 초래 표준장기요양계획서의 권고 수준보다 급여 초과 이용
이용지원 인력의 한계	인정조사 중심의 업무 구조 및 업무 과중 이용지원에 대한 전문성 부족 실적 중심의 평가시스템으로 인한 형식적인 이용지원 제공
수급자 및 가족의 부정적인 이용지원 상담 경험	표준장기요양이용계획서에 대한 인식 부족 및 낮은 활용도 이용지원을 감시와 감독으로 인식 일방향적이고 상담 방식과 비효과적인 상담 내용
지역협의회, 서비스 담당자 회의	형식적인 지역협의회 및 서비스 담당자회의 개최

다. 현재 노인장기요양보험 제도 안에서의 이용지원 개선 방안

이용지원에 있어 기존의 문제점을 해결하기 위한 개선 방안은 다음과 같다. 첫째로, 가장 시급한 것은 장기요양직 직원의 업무에 대한 조정이다. 이는 업무량과 업무 내용과 관련 있는 것으로 인정조사와 이용지원업무의 분리 방안이다. 현재는 이용지원업무보다는 인정조사 업무가 요양직 직원의 업무의 상당한 비중을 차지하고 있으며, 수급자나 가족의 입장에서도 엄격하게 인정조사를 받았던 요양직원에게 장기요양서비스 이용의 어려움 등을 상담을 받는 것은 어려운 일이라 할 수 있다. 이로 인해

인정조사와 이용지원업무의 분리가 궁극적으로는 필요하지만, 인정조사와 이용지원업무를 분리할 경우 추가로 필요로 하는 인력충원의 문제가 가장 큰 걸림돌이 되고 있다. 이러한 상황에서 직무분석, IT 기술과의 접목 등을 통해 인정조사 업무를 줄일 수 있는 과도기적인 방안으로 마련되어야 할 것이다.

둘째, 이용지원을 위한 인력의 전문성 강화가 요구된다. 인정조사를 위한 자세와 태도와는 달리 이용지원에서는 기본적인 상담기술을 바탕으로 장기요양서비스 이용자 및 가족에게 필요한 지역사회 자원이나 가족관계 개선, 건강증진 등의 지식이 요구되고 있다. 이용지원 담당 인력이 행정직이 아닌 서비스직으로서의 기본자세와 전문성을 갖추기 위한 교육훈련 체계가 만들어져야 할 것이다.

셋째, 표준장기요양이용계획서의 실효성 확보는 표준장기요양이용계획서 작성 담당자의 전문성, 지원시스템, 활용 가능한 급여의 다양성 등이 복합적으로 연관되어 있다고 볼 수 있다. 그리고 표준장기요양이용계획서의 의무화나 강제화의 문제는 사회보험 방식에서 운영되고 있는 장기요양서비스에서는 적용되기 어려우며, 소비자 선택의 적절성을 지원해주는 방향으로 활용될 수 있을 것이다. 그리고 표준장기요양이용계획서의 권고 수준보다 급여를 초과이용하고 있다는 것이 장기요양기관이나 이용노인의 도덕적 해이로 비춰질 수도 있지만, 다른 한편으로는 표준장기요양이용계획서의 급여 수준이 필요노인의 욕구에 비해 낮게 제시되고 있는 것은 아닌지에 대한 검토 또한 필요하다. 요양서비스를 제공하기 위한 표준장기요양이용계획서의 실효성을 높이기 위해서는 그 내용이 이용노인과 가족에게 설득력이 있어야 하며, 담당직원이 수급자와의 지속적인 상담과 모니터링을 통해 계획서의 내용과 실제 노인이 필요한 급여 내용이나 시간의 차이를 확인하여 질적 수준을 개선시킬 필요가 있다.

다섯째, 장기요양 수급자와 가족이 필요한 이용지원서비스를 제공하기 위한 기초자료로 활용될 수 있는 욕구 조사 항목으로 재구성하고, 욕구 조사에서 나타난 결과를 이용지원체계 안에 반영하여 이용자가 원하는 상담과 지원 내용을 발굴하여 제공해야 할 것이다.

여섯째, 현재 이용지원체계 안에서 최초상담의 중요성이 보다 강조되어야 할 것이다. 최초상담은 장기요양서비스를 이용해 본 적이 없는 신규자를 중심으로 진행되는 만큼 장기요양서비스 전반에 관한 이해와 향후 노인의 건강상태 변화, 거주지 변화 등 이용자가 원하는 사항에 대해 객관적이고 심층적인 상담이 이루어져야 할 것이다. 그러므로 급여이용설명회와 같은 집단 교육이나 간단한 전화상담이 아닌 내방이나 방문을 통한 일대일 대면상담을 중심으로 최초상담이 진행되어야 한다.

마지막으로, 지역협의회와 서비스 전문가 회의는 앞서 말한 건강보험공단의 인력의 양적 확충과 전문성 강화의 개선, 그리고 이용지원서비스가 원활하게 작동되어야 실질적인 기능을 할 수 있을 것이다. 이용지원을 통해 서비스 전문가 회의를 할 수 있는 사례가 발굴되며, 장기요양직 인력이 충분히 확보되고 전문성을 갖춰야만 지역사회 연계나 서비스 조정 회의를 주도할 수 있을 것으로 판단된다.

2. 해외 사례 및 시사점

가. 일본

일본은 2000년 개호보험제도를 도입하면서 거택개호지원사업소 설치 및 개호지원 전문요원(케어매니저)을 배치하여 개호보험 이용자 및 가족을 대상으로 케어매니지먼트를 수행함으로써 케어매니지먼트를 개호보험의 공식화된 서비스로 포함하였다. 개호서비스 이용에 있어서 기본 전

제는 이용자가 직접 서비스를 선택하고 결정할 수 있는 자기결정권을 최대한 보장한다는 것이며, 이용자 본인이 정보를 가지고 있고 자기결정이 가능한 사람은 본인이 케어플랜(self-plan)을 작성하여 시정촌에 제출할 수 있다는 것이다(오세영, 2009). 그러나 자기선택과 결정의 전제가 되는 개호서비스의 종류나 내용에 관한 정보와 지식이 부족한 경우가 많아 특히, 재가서비스를 필요로 하는 요개호자를 지원하는 제도로 케어매니지먼트가 도입되었다(오세영, 2009).

개호보험 도입 이후 개호보험 대상자의 증가, 즉 보험재정의 악화를 가져온 요인 중의 하나로 경증고령대상자의 급증이 대두되었다(조추용, 2014). 이를 위해 2006년 개호보험법 개정으로 요지원자에 대한 '개호예방 케어매니지먼트'가 추가되었다. 즉, 일본은 요개호자(재가 및 시설 포함)에게 제공되었던 케어매니지먼트와 요지원자 및 고위험군에 대한 '개호예방 케어매니지먼트'를 수행하면서 경증 개호자에 대한 지원을 강화하였다. 그러나 일각에서는 케어매니저에 의해 요개호자와 요지원자가 연속적인 서비스를 받고 있었는데, 요개호자와 요지원자 간의 케어매니지먼트를 분리함으로써 서비스의 분단화의 문제가 발생했다는 문제가 제기되기도 하였다(석재은, 2008).

일본의 케어매니지먼트는 주로 케어 플랜작성과 재가급여 이용자를 위한 케어매니지먼트, 시설에 입소해 있는 요개호자를 위한 케어매니지먼트, 그리고 요지원자를 위한 개호예방 케어매니지먼트 등 총 세 가지 유형으로 구분될 수 있다(손용진, 2009; 한은정 등, 2013)

1) 재가지원 케어매니지먼트

2000년 개호보험제도 도입 당시에는 중앙화된 조직이 아닌 시정촌에

서 영리, 비영리민간기관 구분 없이 서비스 제공 기관 중에서 케어매니지먼트를 수행한 거택개호지원사업소를 선정하여 케어매니지먼트 서비스를 제공하도록 하였다(석재은, 2008; 선우덕 등, 2008).

케어매니지먼트는 개호지원전문원(또는 케어매니저)에 의해 수행된다. 케어매니저의 자격은 의사, 치과의사, 간호사, 보건사, 사회복지사, 개호복지사, 물리치료사, 작업치료사 등 의료·보건·복지 실무 경험을 가지고 있는 전문직 중에서 도도부현지사 또는 지정한 자가 후생노동성령을 정한 바에 의해 실시한 개호지원전문원 실무연수 수강시험에 합격하고, 개호지원전문원 전문연수과정을 수료하여 도도부현지사가 작성한 개호지원전문원명부에 등록되어 있는 자로 규정되어 있다(개호보험법 시행령 35조 2항, 오세영, 2009; 임정기 등, 2011). 이와 함께 케어매니저가 담당하는 수급자 수는 재가급여의 경우 수급자 35인 기준으로 케어매니저 1인을 두고(선우덕 등, 2008), 시설급여는 입소자 100명에 대해 1인 이상이 관리하도록 하고 있다(오세영, 2009).

재가급여 이용자를 중심으로 제공되는 케어매니지먼트는 거택개호지원사업소에 근무하는 케어매니저에 의해 실시되는데, 거택개호지원사업소가 개호서비스 제공 기관과 병설되어 있지 않은 독립사업소는 약 10%에 불과한 것으로 보고되고 있다. 이에 따라 케어매니저가 작성하는 케어플랜의 공정성과 중립성에 대한 문제가 제기되고 있다. 케어매니저가 속한 기관의 특정 서비스를 이용하게 하여 노인에게 적합하지 않는 서비스를 제공하게 한다거나 지급한도 기준액을 최대치로 작성하는 사례가 나타나는 것이다. 이를 방지하기 위해 일본은 보험자가 케어플랜을 점검하고 방문개호, 복지용구대여 등에 대해 동일한 사업자가 제공한 비중이 90%를 초과하는 경우에는 거택개호지원비용을 감액하는 등의 조치를 취하고 있다.[81)]

재가급여 케어매니지먼트의 일반적인 과정은 「상담 접수(인테이크) → 사정(어세스먼트) → 케어플랜 작성(원안작성, 서비스 담당자회의, 확정) → 서비스 제공 모니터링」의 단계를 거친다.[82] 이때 이용자 본인 혹은 가족이 스스로 서비스 이용 계획을 작성하거나 직접 급여를 신청할 수 있으면 거택개호지원사무소의 케어매니저를 도움을 받을 필요가 없다. 그리고 케어플랜 작성에 대한 비용은 수급자가 전액을 먼저 부담하면 사후에 90%를 보험으로부터 환불받게 된다(자기부담금 10%).

① 상담 접수

개호서비스를 받기 위해서는 요개호자로 인정된 사람이 케어매니저에게 연락하거나 케어매니저가 잠재적 요보호자를 발굴하여 개호인정 신청을 대행하게 되며, 케어매니저와 서비스 대상자 간의 사례관리, 급여신청 등의 대행에 관한 계약을 체결한다.

② 사정(욕구 조사)

케어매니저는 수급자의 집을 방문하여 수급자나 가족과의 면접을 통해 수급자의 건강상태, 이용서비스, 생활환경 등을 파악하며, 건강·일상생활 동작·가족환경 등 조사 도구 23개 항목을 활용하거나 동행 진찰 등을 실시할 수도 있다. 그리고 이용자나 가족이 어떠한 서비스를 받고 싶은지, 제공 가능한 서비스가 무엇인지 등을 확인하게 된다.

---

81) 본 내용은 장기요양 케어매니지먼트 해외사례분석 세미나(2016.8.26.) 자료 중 일본 사례를 발표한 조추용 교수(꽃동네대학교)의 발표 자료 일부를 발췌하여 제시함.

82) 재가급여의 케어매니지먼트 과정과 관련한 세부 내용은 선우덕 등(2008), 한은정 등(2013)의 일본사례 부분(pp.71-76)과 장기요양 케어매니지먼트 해외사례분석 세미나(2016.8.26.) 자료 중 일본 사례를 발표한 조추용 교수(꽃동네대학교)의 발표 내용을 일부 발췌하여 제시함.

③ 케어플랜 작성

케어플랜 작성 과정은 '케어플랜 원안 작성 → 서비스 담당자 회의 개최 → 케어플랜 확정'의 단계를 거친다. 욕구 조사 내용을 기반으로 이용자가 희망 및 지역사회 서비스 등의 내용을 종합적으로 검토하고, 이용자와 가족의 생활 양식, 지원방침, 해결과제, 서비스 목표 및 달성 기간, 서비스 종류, 내용, 이용료, 유의사항 등을 기재한 케어플랜 원안을 작성한다.

그리고 서비스 담당자 회의를 통해 이용자의 상황 등을 공유하고 케어플랜 원안에 대한 전문적인 검토 과정을 거쳐 서비스 보험지원 여부를 확인한다. 이후 서비스의 종류, 내용, 비용 등을 이용자 및 가족에게 설명하고, 수급자의 동의를 얻어 케어플랜을 확정하여 케어플랜을 이용자와 서비스 담당자에게 교부하게 된다.

④ 모니터링

케어매니저는 케어플랜 확정 이후에도 이용자, 가족, 서비스 제공자와 월 1회 이상 연락을 통해 이용자의 건강 상태, 서비스 목표 달성 정도, 서비스 이용과 관련한 상황을 파악하고 평가하며, 필요한 경우에는 케어플랜 변경이나 서비스 조정이 이루어지도록 한다.

2) 개호예방 케어매니지먼트

개호예방 케어매니지먼트는 건강한 노인이 개호보험의 대상자가 되지 않도록 경증노인을 대상으로 한 예방급여이다. 지역의 특성과 사회자원 등을 기반으로 지역주민의 보건의료 향상과 복지증진을 포괄적으로 지원하는 서비스를 말하며, 개호예방 케어매니지먼트 및 관련 사업을 수행하는 기관으로 지역포괄지원센터가 설치되었다. 지역포괄지원센터는 시정

촌이 직영하거나 법인격을 가지고 있는 기관에 위탁할 수 있다. 설치 기준은 인구 2~3만 명당 1곳 설치를 목표로 하고 있으며, 1곳당 300 사례 정도를 담당할 것을 제시하고 있다. 그리고 소규모 시정촌은 다른 지역과 공동으로 설치가 가능하며, 인구밀집지역(도시 지역)은 복수의 지역포괄지원센터를 설치할 수 있다(성은미, 2013; 조추용, 2014).

지역포괄지원센터의 인력구성은 기본적으로 사회복지사, 보건사(혹은 간호사), 그리고 주임 케어매니저로 구성된 세 명의 직원이 사업을 운영하고 있다. 사회복지사는 종합상담 및 지원사업을 담당하며, 보건사(혹은 간호사)는 개호예방 케어매니지먼트를 담당하고, 주임케어매니저는 포괄적·지속적 케어매니지먼트를 수행한다(조추용, 2014).

지역포괄지원센터는 포괄적 지원 사업, 지정개호예방지원, 특정고령자 파악, 개호예방사업 평가 등의 업무를 수행하고 있다(조추용, 2014). 지역포괄지원센터의 다양한 업무 가운데 '포괄적 지원사업'으로 개호예방관리 업무, 종합상담 지원 업무, 권리옹호 업무, 포괄적·지속적 관리에 대해 제시하면 다음과 같다. 포괄적 지원 사업으로 먼저 개호예방관리업무(개호예방 케어매니지먼트)는 요개호 가능성이 높은 고령자 파악, 개호예방 케어플랜 작성 및 모니터링, 지역자원 활용 및 안내, 사업실시기관 조정 및 평가 등을 실시한다. 종합상담지원은 개호보험 서비스 이용 방법이나 신청 절차, 치매 및 의료에 관한 치매예방·개호 예방에 관한 사항, 고령자의 권리 옹호에 관한 사항, 주택 개수와 복지 용구 주거에 관한 사항, 노인시설(개호보험시설, 유료 노인홈) 등에 대한 상담을 실시한다. 권리옹호사업은 성년후견제도 활용 촉진, 노인복지시설 등 조치지원, 곤란한 사례에 대한 대응지원, 소비자피해방지에 관한 제도 활동, 고령자 생활유지 등과 관련한 사업을 담당한다. 포괄적·계속적 케어매니지먼트 지원사업은 고령자가 지역에서 계속 살 수 있도록 주치의, 케어매니저와 연계,

다양한 직종과 다직종 협동이나 지역의 관계기관과의 연계, 케어매니저에 대한 개별지도 및 상담 등을 수행한다.

개호예방 케어매니지먼트는 「개호예방 대상자 선정 → 사정 → 개호예방 케어플랜 작성 → 지역지원사업 관련 서비스 제공 → 사후 평가」의 과정을 거친다.[83] 개호보험의 요지원/요보호 대상자가 될 가능성이 높은 사람(특정고령자라고 명명했으나 사회적 편견으로 인해 최근 2차 예방 대상자로 명칭 변경)을 선발하는 기준은 65세 이상 고령자가 받는 무료건강검진 결과와 기본 체크리스트 결과에 따라 판단하며, 해당노인의 개호예방 욕구와 해결해야 하는 과제를 바탕으로 개호예방 목표와 이용할 서비스의 내용과 이용 방법 등에 관한 개호예방 케어 플랜을 노인 본인과 함께 작성한다. 그리고 개호예방 플랜에서 명시한 서비스를 연계하고, 노인이 프로그램에 잘 참석하고 있는지, 목표달성 정도는 어느 정도인지, 서비스 이용의 불편사항은 무엇인지 등을 정기적으로 평가하고 있다.

3) 시설급여 케어매니지먼트 내용

개호보험시설은 시설에 배치된 케어매니저가 이용자 및 가족의 욕구조사, 케어플랜 작성, 모니터링 등을 실시한다. 케어플랜의 내용은 해당 시설이 제공하는 서비스와 함께 요개호자의 건강상 및 생활상 문제와 해결해야 하는 과제, 제공하는 시설서비스의 목표와 달성시기, 시설서비스 제공상의 유의사항 등을 포함한다(개호보험법 7조 20항, 동법 시행규칙 19조, 오세영, 2009, p.262 재인용).

83) 개호예방 케어매니지먼트는 한은정 등(2013, pp.79-90)의 내용과 일본 동경도 스미다구 코우메 지역포괄지원센터 담당자 인터뷰(2014.12.4.) 내용을 참조하여 작성함.

나. 독일의 장기요양지원센터[84)]

2008년 장기요양법 개혁에서는 재가급여 및 가족과 이웃을 통한 수발서비스 제공 등을 강조하면서 장기요양서비스 이용자 및 가족·이웃에 대한 상담을 강화하기 위해 장기요양지원센터를 설립하도록 하였다(윤진아, 2016). 2009년 1월부터 설치·운영된 장기요양지원센터는 개인이 가정에서 건강하게 생활함으로써 장기요양이 필요한 상태가 되지 않도록 예방하는데 목적이 있다. 궁극적으로는 노인이 집에서 건강보험급여 또는 장기요양급여를 이용함으로써 의료 및 장기요양 재정에 기여할 것으로 기대되고 있다.

독일 장기요양보험의 기본방향은 노인이 장기요양 필요상태가 되지 않도록 하는 것과 장기요양상태가 되어도 시설에 입소하지 않고 재가서비스를 받도록 하는 것이 주된 목적이다. 그러므로 독일 장기요양지원센터의 이용 대상은 ① 이미 장기요양서비스를 받고 있는 노인과 가족, ② 장기요양서비스 이용 예정자 및 가족, ③ 지역사회 주민으로 매우 포괄적이지만 주 대상자는 장기요양서비스 이용자와 예비 이용자라 할 수 있다.

1) 관리·운영 주체 및 설치 현황

독일 연방정부는 2008년 장기요양법 개정으로 장기요양지원센터 설치를 명시하면서 관리·운영 주체는 지방정부, 질병보험자, 장기요양보험자의 세 기관으로 두었다. 장기요양지원센터 재정지원은 지방정부와 질병

84) 본 내용은 장기요양 케어매니지먼트 해외사례분석 세미나(2016.8.26.) 자료 중 일본 사례를 발표한 박종덕 교수(한남대학교)의 발표 자료 및 한은정 등(2013)의 '독일 장기요양지원센터' 내용을 종합하여 작성함. 특히, 독일 장기요양지원센터의 세부적인 운영과 작동 방식에 대해서는 박종덕 교수(한남대학교)의 조언과 검토를 받음.

보험, 장기요양보험에서 50:25:25로 부담하는 것으로 하였다. 그러나 실제 법 집행은 지방정부의 소관이므로 지방정부에 따라 장기요양센터 설치와 운영에 많은 차이를 보이고 있다. Friedrich-Ebert 재단에서 장기요양지원센터 실태 조사를 한 결과(2014년 9월 기준, 독일의 382개 장기요양지원센터 중 151개만 참여), 지방정부+질병보험+장기요양보험 세 기관이 공동 운영 주체인 센터는 45.0%이었으며, 보험자 참여없이 지방정부 단독으로 운영하고 있는 곳은 22.5%, 지방정부 참여없이 장기요양보험자 단독으로 운영하는 곳도 10.6%인 것으로 나타났다.

〈표 4-24〉 독일 장기요양지원센터 운영 주체 구조 현황

구분	기관 수	비율
지방정부+장기요양+질병보험	68	45.0
지방정부+장기요양+서비스제공자	8	5.3
지방정부+장기요양+주정부	17	11.3
지방정부	34	22.5
장기요양보험자	16	10.6
기타	7	4.6
무응답	1	0.7
전체	151	100.0

자료: Kirchen-Perters et al.(2016).

장기요양지원센터 설립을 위해 연방정부에서는 4망 오천 유로를 지원해주며, 장기요양지원센터와 사회봉사단체 또는 자원봉사자들과의 협력이 지속적으로 이루어지는 경우 5천 유로의 초기 지원금을 추가로 지급하고 있다(BMG, 2013). 장기요양지원센터의 설치 기준은 다음과 같다.

① 주민 20,00명당 한 개의 장기요양지원센터 설치

② 접근성 제고를 위해 주거지역에 설치

③ 기존의 상담기관을 최대한 활용

주민 20,000명당 한 개의 장기요양지원센터 설치를 위해 독일 16개 주 전역에 설치되어야 하는 센터는 570개이지만, 2014년 7월 기준 382개가 설치되었으며, 188개 지역은 아직 설치·운영되지 않은 것으로 나타났다(BMG, 2013; Kirchen-Peters et al., 2016). 서비스 접근성과 관련하여 보험자가 상담서비스를 기한 내에 수행할 수 없는 경우, 보험자는 대상자에게 필요한 상담이 타 센터에서 제공될 수 있도록 상담쿠폰을 제공해야 한다. 그리고 장기요양센터가 설치되지 않은 지역은 MDK(질병보험 의료관리단)가 지방정부와 보험자를 대신해 장기요양센터의 상담업무를 수행한다.

접근성 제고를 위해 주거지역에 센터를 설치해야 하는 기준과 관련해서 센터가 위치한 건물은 지자체의 행정건물이 49.0%, 장기요양센터나 시설이 10.2% 등으로 나타났다. 그리고 '타 상담기관의 최대한 활용'은 기존에 지역사회에서 운영되고 있는 장애인상담센터, 노인상담센터, 치매상담센터 등을 활용하여 장기요양지원센터를 운영하는 것을 유도한다는 것이다. 독일의 장기요양은 장애인도 포함하고 있어 장기요양이 필요한 장애인이나 노인이 한 곳에서 다양한 서비스나 상담을 받을 수 있다는 장점으로 작용될 수 있다.

〈표 4-25〉 독일 장기요양지원센터가 설치된 건물 현황

구분	기관 수	비율
지자체 행정건물	72	49.0
장기요양재가센터/입소시설	15	10.2
장기요양보험 또는 질병보험 건물	10	6.8
타 상담기관	10	6.8
기타: 서비스제공 기관과 관련	18	12.2
기타: 서비스제공 기관과 무관	22	15.0
무응답	4	-
전체	151	100.0

자료: Kirchen-Peters et al.(2016).

2013년 1월 1일에 발표된 장기요양 신 추진법에서 '재가서비스 우선' 원칙을 강화하기 위해 장기요양지원센터의 상담을 이용자 중심으로 이루어지도록 추가하였다. 기존에는 상담을 원하는 사람이 센터를 방문해서 상담을 받는 방식이었으나, 2013년 1월부터는 대상자가 살고 있는 가정이나 시설에서 상담을 받을 수 있게 되었다. 상담 형태에서 가정방문 상담에 소요되는 시간은 평균 74.6분으로 센터 방문상담 54.9분, 전화상담 20.8분보다 많은 시간이 소요된다. 그리고 가정방문을 위한 이동시간을 포함하면 가정방문 건당 103분이 걸리는 것으로 나타났다(Kirchen-Peters et al., 2016).

2) 장기요양상담사

2008년 7월 장기요양발전법에서는 장기요양지원센터 인력으로 최소 3명의 장기요양상담사를 배치하도록 제시하고 있으며, 장기요양상담사 한 명이 수급자 100명을 관리하도록 권고하고 있다(GKV-Spitzenverband, 2012; 한은정 등, 2013 재인용). 상담사 1명당 대상자를 100명으로 선정한 이유는 상담 욕구가 초기 이용 단계에 높으며, 모든 장기요양 대상자가 집중적인 관리를 필요로 하지 않는다는 것 등을 이유로 한다.

장기요양상담사는 간호사, 사회보험 전공자, 사회복지사 중 장기요양상담사의 추가교육을 받은 사람이 된다. 그러나 장기요양센터의 직원 절반이 아직 장기요양상담사 추가교육을 이수하지 않은 것으로 나타났다. 이는 장기요양상담사의 높은 이직율과도 관련이 있으나, 보험자만이 센터를 운영할 경우 추가교육의 의무가 없는 등 예외조항의 영향으로 해석되고 있다.

151개를 대상으로 인력현황을 조사한 결과, 센터에는 평균 1.1명의 사

회복지사 자격을 가진 장기요양상담사가 근무하고 있었으며, 간호사와 노인간호사는 0.9명, 그리고 사회보험전공자 등이 1.0명으로 나타났다.

〈표 4-26〉 독일 장기요양센터별 인력의 자격 현황

(N=151)

구분	명수
사회복지사	1.1
간호사	0.7
노인간호사	0.2
사회보험 전공자	0.5
기타 직종(교육학, 보건직, 행정직)	0.4
사무보조인력	0.1

자료: Kirchen-Peters et al.(2016).

3) 주요 상담업무

장기요양지원센터는 급여신청에서 시설동행까지 필요한 상담과 급여를 지원하고, 개인별 서비스 이용을 위한 개별 보호 계획을 제공하며, 욕구가 변하게 되면 새로운 보호 계획을 제시한다(김욱, 2010). 장기요양지원센터는 수발상담 및 수발서비스 연계뿐만 아니라 건강예방, 재활, 휴양 등 수발, 의료, 사회적 지원에 대한 정보 및 상담을 제공하고 연계하는 업무를 수행하게 된다(김욱, 2010; 임정기, 2011). 또한, 상담사는 장기요양 상담뿐만 아니라 지역사회 자원을 조사하여 대상자와 연결하며, 지방자치단체에서 모집한 자원봉사단체를 대상자와 연결해주는 역할도 수행한다(한은정 외 ,2012). 장기요양지원센터 이용자가 상담이 마음이 들지 않으면 다른 상담가를 선택하거나 다른 지원센터를 이용할 수 있다.

전술한 바와 같이 장기요양지원센터는 크게 장기요양상담 및 사례관리, 장기요양서비스와는 별개의 일반 상담·연계·중재 기능을 수행하며,

상담은 전화, 내방 상담, 가정방문으로 이루어진다.

장기요양상담과 사례관리의 기본 업무는 질병보험 의료관리단의 판정 결과를 반영한 욕구를 분석하고, 개인의 욕구와 필요한 공적서비스와 지역사회 자원(건강증진, 치료, 재활, 간호, 요양, 사회서비스 등)에 관한 개별적인 서비스 제공 계획을 수립하며, 해당 서비스 제공 기관의 승인을 받는 등의 대상자가 서비스를 받을 수 있기 위한 조치들을 해야 한다. 그리고 서비스가 제대로 제공되고 있는지 감독하고, 대상자의 욕구 변화에 맞게 서비스 조정을 해 나가는 역할을 해야 한다.

일반 상담·연계·중재 기능은 지역사회 내 공식 및 비공식 자원이나 제도에 관한 안내와 상담, 대상자에게 필요한 의료, 요양, 사회서비스를 받을 수 있도록 주거지 근처의 서비스 연계, 장기요양과 사회서비스 간에 합의된 서비스 연계 등을 말한다.

〔그림 4-12〕 독일 장기요양지원센터의 기능

장기요양상담 및 사례관리 (장기요양보험법 제7a조)	상담·연계·중재 (장기요양보험법 제92c조)
- 개별적인 상담 및 지원 - 지원 욕구 파악 - 개별적인 서비스 제공 계획 수립 - 필요한 조치의 개시 - 서비스 신청 시 도움 - 서비스 제공 계획의 관리 및 적용	- 일반적인 상담 및 안내 - 주거지 근처에서 요구되는 의료, 요양, 사회적 지원 및 보조서비스 제공을 위한 중재 - 장기요양 및 사회서비스 상호 간의 합의된 서비스제공 연계

자료: 한은정 등(2013), p.91(그림 2-5)의 내용을 일부 수정.

서비스 이용에 관한 상담의 내용을 보면, 서비스 이용 비용문제(64.0%), 재가서비스 이용준비(56.9%), 장기요양등급(51.0%) 등이 주를 이루고 있다. 그리고 상담주제별로는 치매(41.3%), 복합만성질환(38.9%), 장기요양 필요성에 대한 사전 질문(28.9%) 등으로 나타났다.

〈표 4-27〉 독일 장기요양지원센터 주요 상담 내용(복수 응답)

구분	상담 내용	비율
서비스 이용	서비스 이용에 대한 비용문제(질병, 장기요양, 재활 등)	64.0
	장기요양등급	51.0
	이의제기	14.4
	재가서비스 이용 준비	56.9
	법률 질문(돌봄서비스 등)	31.0
	입소시설 서비스 준비	19.6
상담주제	치매	41.3
	복합만성질환	38.9
	장기요양필요성에 대한 사전 질문	28.9
	완화서비스	7.0
	기술적인 보조시스템	6.2
	방임	5.7
	소아 장기요양	3.4

자료: Kirchen-Peters et al.(2016).

다. 소결

장기요양서비스를 사회보험 방식으로 운영하고 있는 독일과 일본을 중심으로 케어매니지먼트를 포함한 우리나라의 장기요양 이용지원체계에 해당되는 서비스를 어떠한 방식으로 운영하고 있는지를 살펴보았다.

독일과 일본은 케어매니지먼트의 목적, 서비스 대상자, 이용지원의 내용, 제공주체 등에 있어 차이를 보이고 있다. 이용지원의 목적에서는 공통적으로 장기요양제도 안으로의 진입을 지연시키기 위한 예방적 접근을 강조하고 있으며, 독일은 재가서비스 우선의 원칙을 강조하고 있는 반면, 일본은 장기요양급여 안에서 이용자의 욕구에 맞는 케어플랜 작성을 우선시하고 있다. 이용지원체계의 대상자는 서비스 내용과 맞물려 설명될 수 있다. 독일의 장기요양지원센터에서는 장기요양 대상자뿐만 아니라 장기요양, 장애서비스, 재활지원 등 상담이 필요한 일반 주민을 대상으로

장기요양상담과 사례관리, 지역사회 각종 서비스 연계와 조정을 책임지고 있다. 이에 반해 일본은 장기요양등급을 받거나 개호예방 대상자가 필요로 하는 장기요양급여 내용과 양 등을 결정해주는 케어플랜 작성과 서비스 이용 모니터링을 주된 내용으로 하고 있다. 추가적으로 독일의 장기요양지원센터에서 주목할 점은 장기요양서비스 이용노인이나 가족의 요양서비스 이용 상담에 대한 권리를 보장해주는 것이다. 즉, 지역사회 내에 장기요양지원센터가 설치가 되어있지 않는 경우, 바우처를 제공해서 타 지역의 센터를 이용하도록 한다거나 질병보험 의료관리단에서 지방정부나 보험자를 대신하여 상담을 제공함으로써 서비스가 필요함에도 불구하고 서비스를 받지 못하는 사례가 발생하지 않도록 책임주체와 대비책을 마련하고 있다는 것이다.

종합적으로 독일의 장기요양 이용지원은 보다 포괄적인 측면에서 장기요양 대상자 이외의 일반주민에게 장기요양서비스뿐만 아니라 지역사회 서비스까지 통합적으로 제공하고 있다. 이를 위해 별도의 장기요양지원센터를 지역마다 설치하여 운영하고 있다. 반면, 일본은 장기요양 급여 대상자를 중심으로 장기요양서비스 이용 계획을 수립하는 것이 케어매니지먼트의 주된 내용이며, 이를 수행하기 위해 별도의 독립된 기관을 설립하기 보다는 기존의 서비스 제공 기관 안에 케어매니저를 배치하여 관련 업무를 수행토록 하고 있다.

독일과 일본에 비해 우리나라의 이용지원체계는 운영의 방향성이나 목적이 모호하고, 실제 수행하고 있는 이용지원 내용도 상담이라기보다는 기초적이고 형식적인 안내 수준이며, 별도의 이용지원 혹은 케어매니지먼트를 담당할 직원이나 책임조직이 없다고 볼 수 있다. 장기요양등급인정자가 매년 증가하고 있고 장기요양제도에 대한 객관적인 정보가 부족한 인정자 및 가족에 대한 서비스 이용의 이해를 높이며, 나아가 장기요

양서비스를 통해서 이용자의 건강과 삶의 질이 증진되기 위해서는 지금과는 달리 장기요양 이용지원체계의 획기적인 전환이 모색되어야 할 것이다.

〈표 4-28〉 독일과 일본의 이용 지원 체계 비교

구분	독일	일본
목적	개인이 장기요양상태가 되지 않도록 예방하고, 가능한 자신의 집에서 서비스 이용하도록 지원	장기요양 급여 이용 지원 및 노인이 장기요양상태가 되지 않도록 예방
대상	장기요양서비스 대상자 및 장기요양, 건강 등의 상담이 필요한 일반주민	장기요양대상자(재가 및 시설급여) 및 예방대상자(경증)
내용	장기요양상담 및 서비스 제공 계획 수립 지역사회 내 요양, 의료, 간호, 재활, 사회서비스 등 상담 및 연계	케어플랜 작성과 서비스 이용 모니터링
제공주체	별도의 센터 설립(장기요양지원센터)	장기요양서비스 제공 기관 내 케어매니저 배치(약 90%)
예산	연방정부에서 초기 센터 설립비 지원, 운영은 지방정부, 질병보험, 그리고 장기요양보험에서 부담	(개호) 장기요양보험 재정 (개호예방) 보험급여사업과 지역지원사업에 따라 국비, 도도부현비, 시정촌비, 보험료 등의 비중이 상이[1)]

주: 조추용(2014), p.76의 내용 참조하여 구성.

3. 케어매니지먼트 도입 방안

가. 선행연구 검토

우리나라 노인장기요양보험은 국가가 재원마련과 배분에 대해 관리를 하지만(석재은, 2008), 개별화된 케어플랜에 기초하여 서비스를 제공하는 케어매니지먼트 기능은 공식적으로 도입되지 않고 보험자의 업무 중 하나로 노인과 가족에게 이용지원 업무를 수행하도록 하고 있다. 즉, 국

민건강보험공단에서 인정조사와 욕구 조사를 동시에 실시하고, 조사내용을 기반으로 등급별로 급여상한액 한도 내에서 노인의 특성에 따라 정형화된 급여유형과 양을 제안하는 표준장기요양이용계획서를 작성하여 제공하도록 하고 있다(석재은, 2008). 이후 요양서비스 제공에 관한 사항은 민간 요양기관에 전적으로 맡김으로써 급여제공 확인, 수급자의 욕구 변화에 따른 급여조정, 지속적인 모니터링, 서비스 제공에 대한 피드백 등과 같은 서비스 제공과정에 대한 관리와 감독이 원활하게 수행되지 못하고 있다(김찬우, 2013). 이러한 장기요양시스템 안에서 수요자의 개별적인 욕구 충족과 보험 재원의 효율적 배분이라는 케어매니지먼트의 두 가지 목표를 달성하지 못하고 있는 실정이다(석재은, 2008; 임정기 등, 2011).

우리나라 노인장기요양보험의 서비스 질 제고와 비용효율적인 제도 운영을 도모하기 위한 방안으로 케어매니지먼트 도입에 관한 학계의 주장은 지속적으로 제시되어 왔다. 지금까지 제안된 장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트 도입 및 운영 방안에 대한 기존의 연구결과를 검토하면 다음과 같다.

먼저, 김미숙(2006)의 연구에서는 제2차 노인수발보험제도 시범사업의 케어매니지먼트 운영 체계를 분석하여 서비스 제공 기관 중심의 케어매니지먼트 체계 구축을 제안하였다. 건보공단은 등급판정, 욕구 사정, 정보 제공, 상담, 질 관리 등을 담당하고 서비스 제공 기관에서 케어매니지먼트 기능을 담당하는 방안을 제시하였다. 서비스 제공 기관은 케어플랜 작성, 서비스 제공, 조정 업무를 수행하고, 급여 범위 이외의 비공식자원을 활용하는 범위까지 영역을 확장하도록 제시하고 있다. 그리고 지자체는 정기적인 모니터링을 통해 케어플랜 작성의 적절성과 타당성을 검토하고, 서비스 제공에 대한 종합적인 평가를 하는 역할을 수행해야 함을

주장하였다.

석재은(2008)은 케어매니지먼트 운영 체계의 유형을 크게 중앙집권형과 지역사회중심형으로 구분하고, 각 유형별 운영 방식의 차이에 따라 다시 네 개의 유형으로 설명하고 있다. 중앙집권형은 현재의 노인장기요양보험 운영 방식과 2005년 복지부의 입법 예고안을 제시하였다. 현재의 노인장기요양보험은 행정중심의 케어매니지먼트 모델인 반면, 2005년 복지부의 입법 예고안에 포함되었던 유형은 별도의 공공조직이 수급자 선정, 등급판정, 서비스 계획, 서비스 연계, 모니터링, 질 관리까지 통합적으로 수행하는 모델이다. 이러한 중앙집권형 케어매니지먼트 모델은 정책집행의 책임성과 효율성을 확보할 수 있지만, 수요자 중심의 유연하고 개별화된 서비스 제공의 한계가 발생할 수 있다.

지역사회중심형은 케어매니지먼트 주체가 공공이냐 아니면 민간이냐에 따라 구분된다. 지역사회중심 공공조직안은 지자체 혹은 지자체에서 운영하는 행정조직에서 케어매니저를 고용하여 서비스 계획에서부터 부분적 케어매니지먼트를 담당하게 하는 방안이다. 반면, 지역사회중심 민간조직안은 지역사회 내 복수의 서비스 제공 기관이 케어매니저를 고용하여 부분적 케어매니지먼트를 담당하게 하는 방식이며, 이때 케어매니지먼트 수행기관을 비영리기관으로만 할 것인지, 아니면 일본처럼 영리기관까지 포함시킬 것인지에 대한 선택이 필요하다. 서비스 제공 기관이 케어매니지먼트를 수행할 경우, 이용자 확보가 기관의 수익과 직결되기 때문에 일각에서는 서비스 제공 기관이 케어매니지먼트를 수행하는 것에 대한 우려가 있다. 공공 혹은 민간 중심의 지역중심형 케어매니지먼트는 요양인정을 받지 못한 경증 대상자와 예방이 필요한 부분에 대한 서비스 제공이 가능하게 되므로 서비스 연속성이 확보되고, 노인장기요양보험 재원 이외 지역 내 공식 및 비공식 자원 연계가 원활하게 이루어질 수 있다는 측면

에서 중앙집권형보다는 실효성이 높은 방안으로 제시되고 있다.

〈표 4-29〉 케어매니지먼트 운영 체계의 정책 선택 차원에 따른 유형

구분		복지부 2005 입법예고안	노인장기요양 보험 법안	지역중심 공공조직안	지역중심 민간조직안
케어매니지먼트 모형1	중앙 vs. 지역	중앙	중앙	지역	지역
케어매니지먼트 모형2	행정 vs. 포괄(행정+임상)	포괄	행정	행정	포괄
케어매니지먼트 모형3	제도 내 vs. 제도 외 포괄	제도 내 포괄	제도 내 최소	제도 내 포괄	제도 내외 포괄
케어매니지먼트 조직과 재정책임조직의 관계	별도조직 vs. 통합조직	별도조직	통합조직	별도조직	부분통합 및 별도조직
케어매니지먼트 조직과 서비스제공조직의 관계	별도조직 vs. 통합조직	별도조직	통합조직	별도조직	별도 혹은 통합조직
케어매니지먼트 조직의 주체	공적 조직 vs. 민간조직	공적조직 (노인수발 평가관리원)	공적조직 (국민건강보험공단)	공적조직 (지자체 행정조직)	민간조직
케어매니지먼트 조직 수	단독 vs. 다수	단독	단독	단독	다수

자료: 석재은(2008), p.90의 〈표 5〉 내용을 재구성함.

장기요양보험재정의 안정화 관점에서 케어매니지먼트의 도입을 주장한 선우덕(2009)의 연구에서는 우리나라 장기요양보험제도에서 작동 가능한 케어매니지먼트 체계 모형을 두 가지로 제시하고 있다. 하나는 모체 연계 방안으로 국민건강보험과는 독립된 별도의 (가칭)노인장기요양센터를 설치하여 사례관리 기능을 수행하는 것으로 지자체의 하부구조로 위치할 수 있다. 모체 연계 방안은 사례관리 업무가 한 기관에 집중되어 사례관리 업무의 통일성이 확보되고, 지역사회 내 사회적 자원까지 연계한 한 포괄적 서비스 제공 모델로의 전환이 용이하다는 장점을 가진다. 그러나 서비스 전달 체계상의 위치나 위상, 물리적 공간 마련 등의 해결 과제를 가지고 있다. 두 번째, 다자 연계 방안은 현재 노인장기요양보험 체계

를 유지하면서 케어매니지먼트 기능을 도입하는 방안이다. 서비스 제공기관인 요양기관에서 케어매니저를 고용하여 소속된 요양기관을 이용하는 수급자에게 사례관리를 제공하는 것이다. 다자 연계 방안은 조직이나 물리적 공간의 신설이 필요하지 않으므로 행정적, 재정적 부담이 없다는 장점을 가진다. 반면, 사례관리자가 속한 기관에서 제공하고 있는 서비스를 중심으로 사례관리가 진행될 가능성이 높다는 한계를 가진다.

제갈현숙(2011)은 국민건강보험공단의 지사와 출장소를 지역밀착형 케어매니지먼트 기관으로 활용하는 방안을 제시하였다. 국민건강보험공단이 노인장기요양 등급판정과 급여관리에 집중되어 서비스 질적 제고 기능이 부족하다는 점을 지적하면서 노인보건복지 욕구 조사, 조사 기반 서비스 계획, 서비스 조정 및 개발 등의 업무를 '노인돌봄지역통합기구'로 일원화하는 방안이 필요하다는 것이다. 이를 통해 서비스 계획 및 자원배분의 형평성 제고, 보험재정 안정에도 기여할 것으로 보고 있다.

마지막으로 김찬우(2013)는 한국형 케어매니지먼트 도입과 관련하여 사례 관리 대상을 등급내자와 등급외자를 포괄해야 함을 주장하면서 단기적으로는 재가서비스 기관 중에서 주서비스기관을 지정하여 그 기관에서 케어플랜을 작성하게 함으로써 케어매니저 채용부담을 줄이고 현재보다는 케어매니지먼트의 실효성을 높여야 한다고 하였다. 중장기적으로는 '노인요양업무 통합센터' 등의 전담부서 설치를 제안하였다.

지금까지 선행연구에서 제시된 노인장기요양서비스에서 케어매니지먼트 제공모형을 종합해보면, 인정조사에서부터 서비스 질 관리까지 하나의 기관에서 수행하는 일원화 방안과 인정조사와 등급판정은 국민건강보험공단에서 수행하되 서비스 계획에서부터 서비스 질 관리 부분은 국민건강보험공단과 별개의 조직에서 수행하는 이원화 방안으로 구분할 수 있다.

일원화 방안에서는 현재의 국민건강보험공단의 케어매니지먼트 기능을 강화하는 방안과 중앙에 별도의 공공조직을 신설하여 인정조사부터 서비스 질 관리까지 담당하도록 하는 방안으로 구분될 수 있다. 이원화 방안에서는 케어매니저를 기존의 기관에 배치하는 방안과 지역 내 새로운 케어매니지먼트 수행기관을 신설하는 방안이 제시되었다. 신규 전문인력인 케어매니저를 양성하여 기관에서 고용하도록 하는 방안에는 지자체 혹은 지자체 행정조직에 배치하는 방안과 장기요양서비스 제공 기관에 케어매니저를 배치하는 방안이 검토되었다.

노인장기요양보험제도 도입 이전부터 케어매니지먼트 체계의 주체, 수행 체계, 수행 인력, 수행 방법 등에 관한 연구와 논의가 지속되고 있지만, 이론적 모델을 통한 적용 방안 제시, 해외사례 비교 검토, 케어매니지먼트 구축은 선언적 수준에 머물고 있어 실제로 정책적 적용을 위한 구체적이고 종합적인 방안 제시는 미흡하다고 할 수 있다.

〈표 4-30〉 선행연구에서 제안하고 있는 노인장기요양 케어매니지먼트 모형

구분	유형	관련 연구 예시
일원화 (인정조사~서비스 질 관리 등 일련의 케어매니지먼트 수행)	국민건강보험공단의 지사 활용한 케어매니지먼트 강화형	제갈현숙(2011)
	중앙집권형 공공조직 신설	석재은(2008)
이원화 (인정조사와 등급판정 (국민건강보험공단)과 서비스 계획부터 서비스 질 관리 영역을 분리)	케어매니저 공공조직 배치형	김미숙(2006), 석재은(2008), 선우덕(2009), 김찬우(2013)
	케어매니저 서비스 제공 기관배치형	석재은(2008)
	지역중심의 공공 케어 매니지먼트 수행기관 신설	선우덕(2009)

나. 케어매니지먼트 도입 방안

1) 기본 논의

우리나라의 노인장기요양서비스 이용자 및 가족에 대한 이용지원체계가 발전되지 않은 상황에서 케어매니지먼트 도입을 위한 방안을 탐색적으로 제시해 보고자 한다. 여기서 케어매니지먼트는 '초기 상담, 욕구 사정, 서비스 계획 수립, 서비스 조정 및 연결, 모니터링'을 포함하는 일련의 서비스 제공과정을 의미한다. 케어매니지먼트 도입을 위한 방안 제시에 앞서 현재 우리나라 장기요양제도 운영과 연관있는 등급인정 기능과 그 외 지역사회서비스와 케어매니지먼트와의 연동, 대상자 범위, 필요인력을 검토해 보고자 한다.

먼저 케어매니지먼트 이외 수반되는 기능에 따라 세 가지 대안이 고려 가능하며, 각 기능에 따라 서비스 대상자의 범위도 결정된다. 첫째는 현재 우리나라의 장기요양보험제도는 등급인정과 이용지원을 국민건강보험공단에서 운영하고 있는 시스템을 유지하되, 이용지원기능을 케어매니지먼트 기능으로 확대 운영하는 것이다. 이때 케어매니지먼트의 대상자는 장기요양수급자로 한정되게 된다. 두 번째는 등급인정 체계와 케어매니지먼트를 구분하면서 케어매니지먼트 기능만을 수행하는 것으로 이 경우의 서비스 대상자도 장기요양수급자만이 해당된다. 세 번째는 독일의 장기요양지원센터와 유사한 방식으로 장기요양수급자와 일반 노인을 대상으로 장기요양 케어매니지먼트와 지역사회 노인보건복지서비스의 연계와 조정까지 책임지는 방안이 될 수 있다.

〈표 4-31〉 케어매니지먼트 이외 수반되는 기능과 서비스 대상자 범위

구분		등급 인정	케어 매니먼트	지역사회 서비스 연계·조정
등급인정과 케어매니지먼트 통합	(1안) 현재 우리나라 장기요양제도에서 케어매니지먼트 도입·강화	■	■	
등급인정과 케어매니지먼트 분리	(2안) 케어매니지먼트 독립·강화		■	
	(3안) 케어매니지먼트 및 지역사회서비스 연계·조정 병행		■	■

다음으로 장기요양인정자 및 수급자 현황을 파악하여 케어매니지먼트와 부가기능의 수행 가능성과 필요한 인력의 규모를 개략적으로 검토해 보고자 한다. 1안과 2안의 서비스 대상자에 해당하는 장기요양수급자는 2013년 433,779명, 2014년 475,382명으로 2016년에는 50만 명을 육박할 것으로 예측할 수 있다. 1안과 2안을 적용할 경우에는 50만 명 이상의 노인에 대한 서비스 이용 계획과 상담을 담당할 조직과 인력을 확보해야 하며, 만약 장기요양수급자를 포함한 모든 노인의 장기요양상담과 일반상담을 제공하는 3안을 적용할 경우에는 700만 명에 가까운 노인을 대상자로 하며, 가족까지 포함하면 훨씬 더 많은 수요에 대응해야 할 것이다.

그러나 케어매니지먼트의 핵심 대상을 최초 인정자와 등급변경자로 한정하고 장기요양서비스 이용 계획 혹은 케어플랜 작성과 초기 이용지원에 집중한다면 주요 대상 규모는 2014년 기준으로 약 11만 명이 된다. 케어매니지먼트의 업무 내용과 소요 시간을 정교하게 반영하지 못한 아주 간단한 계산으로 예측한다면, 케어매니저 1명이 1년에 200명의 최초 인정자 및 등급변경자를 담당하고(매주 4건의 '욕구 조사-이용계획서 초안 작성-서비스 제공 기관 연계-이용계획서 확정' 등을 수행), 그 밖에 장기요양상담 및 모니터링을 실시한다고 하면 약 550명의 인력이 필요하게

된다는 계산이 나오게 된다. 그리고 이를 수행하기 위해 전문 인력 확보 및 교육 체계 마련을 위한 체계적인 준비과정과 준비 기간이 요구된다.

〈표 4-32〉 노인장기요양수급자 및 인정자 유형

(기준. 2014년 12월 말, 단위: 명)

구분		2013년	2014년
장기요양수급자		433,779	475,382
인정자	최초인정	85,215	93,899
	갱신신청	282,188	317,021
	등급변경	12,835	15,713
	재신청	44,334	41,119
	계	424,572	467,752

자료: 국민건강보험공단(2014, 2015), 2014 및 2015 노인장기요양보험 통계연보.

2) 수행 주체에 따른 케어매니지먼트 도입 방안

다음으로 노인장기요양보험제도에서 케어매니지먼트 도입을 위한 방안으로 케어매니지먼트 수행 주체에 따라 다음과 같은 모형이 제시될 수 있다.

첫째는 인정업무와 케어매니지먼트 통합 운영 모형이다. 현재의 노인장기요양보험제도 운영 방식을 그대로 유지하되, 이용지원체계를 케어매니지먼트 체계로 전환하면서 표준장기이용계획서 작성의 전문성과 장기요양서비스 이용자와 가족에 대한 상담업무를 대폭 강화하는 것이다. 이를 위해서는 상기 개선 방안에서 제시한 것처럼 현재의 장기요양직 직원에 대한 업무조정, 전문성 강화와 함께 욕구 조사부터 모니터링까지 단계별 과정의 충실성을 도모할 수 있는 구체적 방안이 마련되어야 할 것이다.

둘째, 케어매니지먼트의 독립 운영 모형으로 공단의 인정업무와 이용지원업무의 분리하여 케어매니지먼트를 독립하는 방안이다. 케어매니지

먼트 독립적 운영 방안에서는 운영 주체에 따라 국민건강보험공단 운영, 지역사회 공공기관 운영, 장기요양서비스 제공기관 운영의 세 가지 방식이 논의될 수 있다.

국민건강보험공단에서 케어매니지먼트를 독립적으로 운영하기 위해서는 인정업무와 케어매니지먼트 업무를 분리하여 담당 부서와 인력을 분리하거나 기존의 인정업무를 공단의 업무에서 다른 기관의 업무로 이관하고 공단에서는 케어매니지먼트 업무만을 담당하게 하는 방식으로 운영할 수 있다. 국민건강보험공단에서 케어매니지먼트를 운영할 경우, 노인요양보험제도에 대한 지식과 경험을 보유한 직원을 활용함에 따라 새로운 업무에 보다 쉽게 적응 가능하지만, 지역사회 기관이나 자원연계 등과 같은 지역사회 내의 확장성의 한계가 제기될 수 있다.

지자체에 노인장기요양제도의 케어매니지먼트 기능을 부여하여 지자체에서 직접 케어매니지먼트를 수행하는 방안도 고려할 수 있다. 이때 지자체 내에 장기요양이용지원센터 혹은 장기요양상담지원센터 등의 공공성을 가진 기관을 설치하여 케어매니저를 배치하는 방식으로 운영할 수 있다. 지자체에서 장기요양서비스의 케어매니지먼트를 수행할 경우, 지역사회 내 기관연계나 자원 활용이 보다 용이하고, 노인돌봄서비스 등과의 연속선상에서 노인복지서비스가 운영 가능하다고 할 수 있다. 그러나 케어매니지먼트 사업 운영에 필요한 예산, 케어매니저의 인사관리(양성과 교육, 업무 범위, 소속과 지위 등) 등에 대한 정교한 설계가 필요하다.

장기요양기관에 케어매니저를 배치하여 케어매니지먼트를 수행하는 방식으로 일본의 케어매니지먼트 방식과 유사하다고 할 수 있다. 이러한 방식은 서비스 제공과정에서 이용자의 욕구를 신속하게 파악하고 적절한 서비스로 조정 및 변경이 가능하다는 장점이 있다. 그러나 이미 일본의 사례에서 나타났듯이 서비스 제공 기관에서 제공하지 않는 급여는 이용

하기 어려울 수 있으며, 불필요함에도 불구하고 장기요양급여 최대한도까지 서비스를 받도록 하는 등의 많은 부작용이 예견된다.

셋째, 케어매니지먼트 및 지역사회 서비스 통합 운영 방식이다. 장기요양 대상자를 위한 케어매니지먼트와 지역사회 노인을 위한 보건, 복지, 주거 등의 서비스를 안내와 상담을 제공하는 방식으로 독일의 장기요양지원센터와 유사한 모형이라 할 수 있다. 케어매니지먼트와 지역사회 서비스를 통합 운영하는 방식은 노인과 관련한 보건과 복지서비스의 창구를 일원화하는 방안으로 조세로 운영되는 서비스와 보험 방식으로 운영되는 서비스를 한 곳에서 제공한다는 의미를 가진다. 그리고 장기요양서비스의 시설 및 재가(방문요양, 방문간호, 주간보호 등) 서비스에 대한 케어매니지먼트와 함께 노인과 관련한 지역사회 돌봄, 주거, 보건 등의 서비스에 대한 정보제공, 상담, 연계 등을 한 곳에서 담당하게 하는 것이다. 이는 고령사회에 진입하면서 증가하는 노인에 대한 지역사회 및 장기요양서비스를 효율적으로 제공하는 방안으로 간주된다. 그러나 기존에 없던 노인서비스의 통합 운영시스템을 구축하는 것으로 시행착오를 줄이기 위한 연구와 시범사업 등과 같은 보다 체계적인 준비과정이 요구된다.

제4절 재가 장기요양급여 및 가족 지원 방식 개편

1. 현황과 문제점

가. 재가 장기요양 수급자를 위한 현물급여

현행 노인장기요양보험제도에서 지급하고 있는 재가급여의 유형에는 아래 표에서 제시하였듯이 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호,

단기보호, 기타재가급여(복지용구 대여 등)로 되어 있다. 이외에도 급여 유형의 분류상 재가급여는 않지만 재가에서 생활하는 수급자를 위한 특별현금급여가 있다.

〈표 4-33〉 노인장기요양보험의 재가급여 종류

구분	내용
방문요양	장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
방문목욕	장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여
방문간호	장기요양요원인 간호사 등이 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·야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
단기보호	수급자를 보건복지부령으로 정하는 범위 안에서 일정 기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
기타재가급여	수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로써 대통령령으로 정하는 것

자료: 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류)의 재가급여.

이와 같은 재가급여를 제공하는 재가장기요양기관은 아래 표에서 제시하였듯이 시설을 설치할 때 배치하여야 하는 종사자 기준이 있다. 기본적으로 시설장을 배치하되, 특히 요양보호사 등 직접서비스 제공인력의 수를 급여 종류에 따라 차등적으로 배치하도록 하고 있다.85)

85) 이와 같은 인력 배치 기준은 2017년 1월 1일자로 변경될 예정임.

〈표 4-34〉 재가장기요양기관 인력 배치 기준

<table>
<tr><th rowspan="2">구분</th><th rowspan="2">방문요양</th><th rowspan="2">방문목욕</th><th rowspan="2">방문간호</th><th colspan="2">주야간보호</th><th colspan="2">단기보호</th></tr>
<tr><th>10명이상</th><th>10명미만</th><th>10명이상</th><th>10명미만</th></tr>
<tr><td>시설장</td><td>1명</td><td>1명</td><td>1명</td><td>1명</td><td>1명</td><td>1명</td><td>1명</td></tr>
<tr><td>사회복지사</td><td>필요수</td><td>-</td><td>-</td><td>1명이상</td><td>1명</td><td>1명이상</td><td>-</td></tr>
<tr><td>요양보호사</td><td>15명 이상</td><td>2명 이상</td><td>-</td><td colspan="2">수급자 7명당
1명 이상</td><td colspan="2">수급자 4명당 1명이상</td></tr>
<tr><td>간호사 또는
간호조무사</td><td>-</td><td>-</td><td>1명 이상</td><td rowspan="2">1명</td><td rowspan="2">1명</td><td>25명당
1인</td><td>1명</td></tr>
<tr><td>물리치료사
또는 작업치료사</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>1명(30명
이상)</td><td></td></tr>
<tr><td>치위생사</td><td>-</td><td>-</td><td>1명 이상</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>사무원</td><td>필요수</td><td>필요수</td><td>-</td><td>필요수</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td></tr>
<tr><td>조리원</td><td>-</td><td>-</td><td>-</td><td>필요수</td><td>필요수</td><td>필요수</td><td>필요수</td></tr>
<tr><td>보조원(운전원)</td><td>필요수</td><td>필요수</td><td>-</td><td>필요수</td><td>필요수</td><td>필요수</td><td>필요수</td></tr>
</table>

자료: 노인의료복지시설의 시설 기준 및 직원 배치 기준. 〈개정 2013 3.19〉.

그동안 재가급여 방식의 주요 변경 내용을 정리하면 다음과 같다. 제도 초기부터 급여유형의 변경은 없지만, 급여액의 변화가 지속적으로 있었고, 특히 치매와 관련한 서비스의 내용이 추가되고, 급여의 내용도 확대 또는 축소시켜 왔다고 볼 수 있다. 아울러 복지용구는 급여 대상의 용구 품목이 다양하게 확대되어 왔다. 그렇지만, 각 재가급여 자체가 연계적이거나 통합적이지 못하고, 단독적으로 제공되어 왔다는 점이다.

〈표 4-35〉 재가급여정책의 변화

<table>
<tr><th>연도</th><th>서비스 제공 내용</th></tr>
<tr><td>2008</td><td>- 서비스 내용
· 재가급여 : 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구
- 서비스 시간
· 급여한도액 내에서 이용 가능
<table><tr><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th></tr><tr><td>1,097,000원</td><td>879,000원</td><td>760,000원</td></tr></table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>연도</th><th>서비스 제공 내용</th></tr>
<tr><td>2009</td><td>- 서비스 내용
· 재가급여 : 전년 동일
- 서비스 시간
· 급여한도액 내에서 이용 가능(원거리교통비 제외)
<table>
<tr><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th></tr>
<tr><td>1,140,600원</td><td>971,200원</td><td>814,700원</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>2010</td><td>- 서비스 내용
· 재가급여 : 전년 동일
- 서비스 시간
· 단기보호 : 급여제공 기간(월 15일 이내, 단 특별한 사유일 경우 연간 2회에 한해 연장)</td></tr>
<tr><td>2011</td><td>- 서비스 내용
· 재가급여 : 전년 동일
- 서비스 시간
· 동일시간 중복수급 금지(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호 2종류 이상 급여비용 동시 산정 불가)
· 단, 방문목욕-방문간호, 방문요양-방문간호는 부득이한 경우 동일한 시간대 급여 산정 가능
· 방문요양 및 방문간호의 동일시간대 제공 급여비용은 60분 미만 내 범위 산정</td></tr>
<tr><td>2012</td><td>- 전년 동일</td></tr>
<tr><td>2013</td><td>- 서비스 내용 : 전년 동일
- 서비스 시간
· 급여한도액 내에서 이용 가능(원거리교통비 제외)
<table>
<tr><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th></tr>
<tr><td>1,140,600원</td><td>1,003,700원</td><td>878,900원</td></tr>
</table>
· 주·야간보호 월 20일(1일 20시간 이상) 이용 시 등급별 월한도액의 50% 범위 내에서 추가산정 가능</td></tr>
<tr><td>2014</td><td>- 서비스 내용 :
· (5등급)인지활동형방문요양 신설 : 매주 3회 또는 월 12회 이상 제공, 1일 60분 인지자극활동, 나머지 시간 잔존기능 유지향상을 위한 훈련 제공
· (5등급)주·야간보호 인지활동형 프로그램 : 1일 60분 이상 제공
· (5등급)방문간호 : 최초 방문간호지시서 발급일부터 6개월 동안 월 1회 이상 제공
· (1~4등급)방문요양 또는 방문목욕 이용자는 월 1회에 한하여 월 한도액과 관계없이 예방관리 등을 위한 방문간호 이용 가능
- 서비스 대상
· 재가급여 : 1~5등급. 다만, 5등급은 인지활동형 방문요양 사용
- 서비스 시간
· 급여한도액 내에서 이용 가능(원거리교통비 제외)
<table>
<tr><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th><th>4등급</th><th>5등급</th></tr>
<tr><td>1,185,300원</td><td>1,044,300원</td><td>964,800원</td><td>903,800원</td><td>766,600원</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

<table>
<tr><th>연도</th><th>서비스 제공 내용</th></tr>
<tr><td>2015</td><td>- 전년 동일</td></tr>
<tr><td>2016</td><td>- 서비스 내용 : 전년 동일
· (1~4등급)
방문요양 또는 방문목욕 이용자는 월 1회에 한하여 월 한도액과 관계없이 예방관리 등을 위한 방문간호 이용/
치매상병이 있거나 최근 2년 이내 치매 진료 내역이 있는 경우 ‘인지활동형 방문요양급여’ 제공 가능(주3회 또는 월12회 이상 제공)
- 서비스 대상 : 전년 동일
- 서비스 시간
· 급여한도액 내에서 이용 가능(원거리교통비 제외, 치매가족휴가제 급여비용 제외)
<table>
<tr><th>1등급</th><th>2등급</th><th>3등급</th><th>4등급</th><th>5등급</th></tr>
<tr><td>1,196,900원</td><td>1,054,300원</td><td>981,000원</td><td>921,700원</td><td>784,100원</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

주: 1) 복지용 급여 대상 제품품목 관련 내용은 별도 표로 작성함.
자료: 1) 보건복지부. 노인보건복지 사업안내, 각 연도.
2) 보건복지가족부 고시(제2009-125호). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(2009.6.30.).
3) 보건복지가족부 고시(제2010-30호). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(2010.2.23.)
4) 보건복지부 고시(제2011-15호). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(2011.2.10.).
5) 보건복지부 고시(제2013-244호). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(2013.10.31.)
6) 보건복지부 고시(제2014-97호). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(2014.6.26.)
7) 보건복지부 고시(제2014-249호). 장기요양급여비용 등에 관한 고시(2014.10.6.)
8) 보건복지부 고시(제2016-189호). 장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 세부사항(2016.7.6.)

〈표 4-36〉 복지용구대여 급여정책의 변화

연도	서비스 제공 내용
2008	- 급여로 도입
2009	·(2009.02.24.)고령친화산업센터 지정 우수제품 중 ‘복지용구 급여평가위원회’ 및 ‘장기요양위원회’ 심의를 마친 10개 품목, 39개 제품 추가 ·(2009.03.12.)고령친화산업센터 지정 우수제품 중 ‘복지용구 급여평가위원회’ 및 ‘장기요양위원회’ 심의를 마친 14개 품목, 103개 제품 추가
2010	- 전년 동일
2011	- 전년 동일
2012	· 복지용구 우수소득사업소 지정기준, 방법, 절차 등에 관한 세부사항 마련 · 27개 품목, 302개 제품 추가
2013	· 일부 품목 급여 대상에서 제외(3개 품목, 26개 제품)

연도	서비스 제공 내용	
2014	· (2014.3.31.) · 복지용구 급여 대상 신규제품 추가 : 1개 품목, 2개 제품 · 복지용구 급여 대상 제품 가격 조정 : 13개 품목, 107개 제품 · 복지용구 급여제외 제품 : 11개 품목, 74개 제품	· (2014.12.30.) · 복지용구 급여 대상 신규제품 추가 : 1개 품목, 1개 제품 · 복지용구 급여 대상 제품 가격 조정 : 8개 품목, 65개 제품 · 복지용구 급여제외 제품 : 6개 품목, 9개 제품
2015	· 복지용구 급여 대상 신규제품 추가: 11개 품목, 65개 제품 · 복지용구 급여 대상 제품 가격 조정 : 9개 품목, 56개 제품 · 복지용구 급여 제외 제품 : 10개 품목, 52개 제품	
2016	(2016.4.1.) · 복지용구 급여 대상 신규제품 추가: 11개 품목, 40개 제품 · 복지용구 급여 대상 제품 가격 조정 : 9개 품목, 141개 제품 · 복지용구 급여제외 제품 : 10개 품목, 35개 제품	(2016.7.1.) · 복지용구 급여 대상 신규제품 추가: 4개 품목, 5개 제품 · 복지용구 급여 대상 제품 가격 조정 : 3개 품목, 29개 제품 · 복지용구 급여제외 제품 : 5개 품목, 36개 제품

자료: 1) 보건복지가족부 고시(제2009-139호.). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시 개정(2009.02.24.).
2) 보건복지가족부 고시(제2009-46호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시 개정(2009.03.12.)
3) 보건복지부 고시(제2012-76호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2012.7.1.)
4) 보건복지부 고시(제2013-86호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2013.6.5.).
5) 보건복지부 고시(제2014-51호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2014.3.31.)
6) 보건복지부 고시(제2015-236호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2014.12.30.)
7) 보건복지부 고시(제2015-120호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2015.7.1.)
8) 보건복지부 고시(제2016-47호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2016.4.1.)
9) 보건복지부 고시(제2016-108호). 복지용구 품목별 제품목록 및 급여비용 등에 관한 고시(2016.7.1.)

이와 같은 현물급여 방식의 재가장기요양서비스의 문제점을 지적해 보면, 첫째, 재가장기요양서비스 이용의 관리 및 조정 기전이 부재하다는 점이다. 현행 제도의 기본 구조에 의하면, 장기요양 인정 및 욕구 조사를 통해 도출된 등급과 표준장기요양이용계획서 상의 욕구를 기반으로 구체적인 급여의 유형과 이용량을 인정자 및 가족과 협의하여 결정해야 한다. 그런데 표준장기요양이용계획서의 이용계획과 실제 급여이용이 차이가

발생하고 있는 것으로 나타나 정부나 보험자의 기대와 달리 수급자가 실제적으로 급여계약을 할 때, 표준장기요양이용계획서의 활용도가 낮은 것으로 지적되고 있다(이정석 등, 2008). 또한 표준장기요양이용계획서가 기본적으로 케어플랜에 해당하는 기능을 지니고 있지만, 그 작성절차와 방법에 있어서 대상자의 욕구에 대한 사정이 충분하지 않고 작성 과정에서 대상자 및 그 가족이 참여하지 않는 등, 케어플랜 작성원칙에 맞지 않다는 문제도 지적되었다(강임옥 등, 2008). 그 이외에도 표준장기요양이용계획서가 '자율적으로 활용하도록 규정'되어 있어서 실효성이 미흡하고(윤성임, 2013), 제공자 주도의 서비스 제공과 이용자의 욕구 대응이 곤란하며, 실제 장기요양 현장에서는 주로 제공자인 장기요양기관의 주도에 따라 일방적으로 서비스 계약과 제공이 이루어지는 상황이며, 이를 통해 다양한 문제들이 야기되고 있다. 이는 과잉 공급된 인프라로 인하여 장기요양 시장이 민영화되면서 수급자의 욕구보다는 기관의 이익과 생존에 따라 서비스를 제공하기 때문이며, 비독립적이고 결정권이 약한 노인이 그들의 욕구에 따라 적정한 급여를 이용하기 어렵고, 이를 지원하기 위한 이용지원체계도 미약하기 때문이다(한은정 등, 2012). 따라서 중간자의 역할을 수행할 수 있는 전문가가 필요하다.

둘째, 방문요양급여에 지나치게 편중되어 있다는 것이다. 재가급여는 월 급여한도액 내에서 다른 재가급여를 이용하여야 하기 때문에 장기요양서비스의 이용이 실질적으로 제한받고 있고, 특히 가사 중심의 서비스가 집중적으로 제공되고 있어서 기능 유지나 자립 보다는 허약성이나 의존성을 보다 높이는 방향으로 작용할 가능성이 높다는 것이다. 예를 들면 급여비용 현황과 표준장기요양이용계획서 상의 권고비용과 비교하여 살펴보면, 권고비용에 비해 방문요양의 경우는 111.5%, 방문목욕은 113.5%, 방문간호는 112.8% 더 많은 급여를 이용하고 있는 실정이다(한은정 등, 2012).

〈표 4-37〉 이용자 1인당 재가장기요양급여지출

(단위: 천 원)

구분	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
2008년	1,194	1,549	390	350	1,754	2,393	518
2009년	2,623	4,097	752	711	3,418	3,983	625
2010년	3,028	5,023	966	730	3,441	1,960	573
2011년	3,071	5,161	968	736	3,732	1,526	526
2012년	2,971	5,094	1,054	890	3,991	1,821	566
2013년	3,049	5,234	1,123	958	4,559	2,061	575
2014년	3,208	5,457	1,146	984	4,972	2,327	550
2015년	3,371	5,690	1,199	1,028	5,696	2,400	534

주: 1) '계'는 각 급여별 단순합계로 중복이 포함된 수치임.
2) 이용자 1인당 재가장기요양급여지출 = 재가장기요양급여지출(공단부담금)/요양실인원
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

〈표 4-38〉 재가장기요양기관 유형별 1곳당 장기요양급여지출

(단위: 천 원)

구분	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
2008년	16,464	25,812	3,191	2,457	22,263	22,102	16,120
2009년	51,678	86,840	6,466	7,871	55,908	61,615	54,543
2010년	66,883	117,182	11,025	11,127	50,723	24,420	48,330
2011년	73,268	124,650	11,737	11,848	61,503	24,248	45,459
2012년	77,718	127,953	13,142	16,918	72,653	33,320	55,595
2013년	91,180	148,892	14,921	20,965	92,205	37,249	65,911
2014년	99,340	159,059	14,671	19,429	106,839	44,880	67,689
2015년	110,089	168,364	15,435	23,675	127,725	46,114	73,727

주: 1) '계'는 각 급여별 단순합계로 중복이 포함된 수치임.
2) 재가장기요양기관 유형별 1곳당 장기요양급여지출 = 재가장기요양급여지출(공단부담금)/급여 제공 기관(실기관)
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

셋째, 재가장기요양서비스 유형 간 적정한 구성 확보가 미흡하다는 것이다(표 4-39 참조). 장기요양서비스의 질은 개별 서비스의 수준과 함께 '각 서비스들 간 적정 구성의 확보(assuring the availability of an ap-

propriate mix of long-term-care service)'에 따라 결정되기 때문에 급여의 적정화를 달성하기 위해 노력하는 것은 보험자의 책무로 장기요양서비스의 질 확보라는 측면에서도 중요성을 가지고 있다. 더 나아가 적정급여의 제공과 서비스의 질 향상은 노인장기요양보험의 성과와 지속가능성, 재정의 비용효과적인 사용에까지 영향을 미치는 요소가 될 것이다.

〈표 4-39〉 연도별 재가장기요양기관 유형별 설치 수(장기요양인정자 수 1,000명당)

(단위: 개)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
계	46.4	73.8	65.0	57.7	50.1	43.1	39.7	37.6
방문요양기관	19.6	32.7	30.5	28.2	24.5	20.8	19.4	18.8
방문목욕기관	13.8	24.3	19.8	18.7	15.7	13.0	11.4	10.0
방문간호기관	2.8	3.0	1.8	1.5	1.2	0.9	0.9	0.8
주야간보호기관	3.7	4.3	4.6	4.2	3.9	3.7	3.8	4.3
단기보호기관	3.2	5.3	4.2	0.9	0.8	1.1	0.9	0.7
복지용구대여기관	3.4	4.2	4.2	4.2	4.0	3.6	3.3	3.0

주: '계'는 중복을 배제한 수임.
자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양통계연보, 각 연도.

넷째, 재가장기요양기관의 지역 간 격차와 불균형 현상이 발생하고 있다는 것이다(표 4-40 참조). 도시와 농촌 등 지역에 따라 재가장기요양기관의 시설 및 인력인프라가 불균형적으로 분포되어 있으며, 이는 우리사회가 사회보험으로 보장하는 가입자의 장기요양서비스에 대한 접근 및 수급권에 대한 침해의 가능성과도 연결된다는 점에서 심각하다고 볼 수 있다. 현행 제도에서 장기요양기관 또는 장기요양인력 등 자원의 지역 간 균등분포를 통한 지리적 접근의 형평성(equity)을 확보하는 문제는 장기요양서비스에 대한 국민의 접근성과 이용권을 보장하는 것과 함께 제도의 성공적인 운영을 위한 선결과제가 된다는 점에서 중요성이 있다(서동

민, 2012). ‘재가장기요양기관에 종사하는 요양보호사 인력’은 인구밀도가 높은 대도시 지역에 집중하고 있다. 즉, 방문요양, 방문목욕, 주·야간보호, 단기보호 등 재가장기요양기관에 종사하는 요양보호사 인력의 공급은 대도시 지역 쪽으로 집중되어 있으며(+0.338), 그 필요를 고려하더라도 대도시 지역 쪽으로 집중하고 있어(+0.120), 농어촌 지역의 재가서비스 이용이 상대적으로 불리한 상황인 것으로 나타나고 있다(서동민, 2012).

마지막으로, 재가장기요양서비스 제공 및 이용에 문제점이 있다는 것이다. 일반적으로 장기요양서비스의 제공과 이용에 있어, 견지해야 할 관점으로 케어의 연속성(Continuity of care), 서비스의 통합성(Integration of care), 서비스의 접근성(Accessibility to services), 사회적 책임성(Accountability)에 대한 보장을 들고 있다. 현행 제도의 장기요양서비스가 위의 관점들에 얼마나 충족하고 있는지는 의문이며, 특히 재가장기요양서비스에 있어 이러한 관점은 제대로 지켜지지 못하고 있는 것으로 판단된다.

〈표 4-40〉 시도별 장기요양기관 유형별 설치 수(장기요양인정자 수 1,000명당)

(단위: 개)

	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
① 2008년							
계	46.4	19.6	13.8	2.8	3.7	3.2	3.4
서울	45.7	19.7	13.8	2.9	3.2	2.7	3.3
부산	55.3	23.8	15.5	2.7	4.9	2.7	5.7
대구	63.9	27.4	19.0	4.4	4.3	3.4	5.5
인천	42.2	18.9	13.4	2.0	2.4	3.0	2.5
광주	57.1	27.3	14.2	2.6	5.2	2.6	5.2
대전	54.4	23.3	16.4	3.1	3.6	5.0	3.0
울산	49.8	19.4	12.3	3.6	6.8	6.5	1.3
세종	na	na	na	na	na	na	na
경기	46.6	18.8	14.0	2.9	4.1	3.2	3.6
강원	80.8	40.4	15.4	12.2	3.8	3.6	5.3

	계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
충북	38.2	16.3	10.0	1.9	3.8	3.1	3.1
충남	44.6	18.8	15.7	2.4	2.0	2.3	3.4
전북	40.5	18.0	11.5	2.0	3.3	2.5	3.2
전남	45.8	20.5	13.5	2.8	4.3	3.1	1.6
경북	41.3	17.0	12.1	3.0	3.3	3.3	2.7
경남	44.1	18.6	14.2	2.1	3.0	3.5	2.7
제주	38.3	12.9	10.9	2.2	4.2	6.2	2.0
② 2015년							
계	49.0	21.5	17.6	1.2	4.3	0.6	3.6
서울	54.6	23.1	20.2	1.8	4.0	1.2	4.3
부산	61.4	28.6	22.5	0.9	4.0	0.1	5.3
대구	68.7	29.3	23.1	1.2	9.0	1.9	4.1
인천	57.8	25.7	22.9	1.2	2.5	0.8	4.5
광주	66.7	32.8	21.7	1.2	6.2	0.1	4.7
대전	71.0	31.0	27.9	1.5	5.7	0.1	4.7
울산	54.3	23.7	18.4	2.9	5.5	0.2	3.7
세종	33.3	15.7	11.8	0.7	2.6	0.7	2.0
경기	50.8	21.6	18.5	1.4	4.6	0.9	3.8
강원	39.7	17.0	13.3	1.9	4.2	0.4	2.8
충북	38.5	17.2	11.8	1.0	5.0	0.5	3.1
충남	44.9	19.5	16.8	1.0	4.6	0.3	2.7
전북	51.5	23.7	17.9	0.9	4.8	0.2	4.1
전남	42.1	20.7	13.7	1.0	4.0	0.1	2.6
경북	48.5	21.1	17.1	1.1	5.1	0.7	3.3
경남	50.1	22.7	19.1	1.0	3.1	0.3	3.9
제주	40.7	14.4	13.0	1.4	6.9	0.2	4.8

주: '계'는 각 급여별 기관 수의 단순합계로 중복이 포함된 값임.
자료: 국민건강보험공단(2008, 2015), 노인장기요양통계연보.

나. 재가장기요양 수급자를 위한 특별현금급여

현행 제도에서 특별현금급여에는 가족요양비 이외에 특례요양비와 요양병원간병비가 있으나, 후자의 두 가지 현금급여는 지급되고 있지 않다. 노인장기요양보험법 제24조 가족요양비[86] 는 장기요양에서 제공하는 현

물급여를 이용하기 어려운 경우에 한하여 제한적으로 제공하고 있으며, 월 급여량은 15만 원이다(보건복지부 고시 제2016-171호, 장기요양급여 제공 기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시). 재가급여에서는 등급별 월 한도액에 차등을 두고 있으며, 시설급여의 경우 등급별 수가가 다르게 책정되는 것을 고려할 때 현물급여를 이용할 수 있는 제한적 상태에서의 노인이 이용하는 가족요양비의 급여 수준은 매우 낮은 수준이다. 또한 제도가 도입된 2008년 이후 가족요양비는 현물급여 수가가 약 10% 상승한 것과는 달리 전혀 상승하지 않고 있다.

가족요양비 수급자는 제도 초기에 약간 증가하였으나 계속 감소하고 있다. 2008년 제도 도입 시에 비해 전체 수급자는 약 2배 이상 증가하였음에도 불구하고 가족요양비를 이용하는 비율은 감소하였다. 이는 앞서 설명한 것과 같이 가족요양비가 현물급여를 이용할 때에 비해 20%가량 급여 수준이 낮고, 선정 기준에 해당하는 대상자가 많지 않기 때문으로 보인다. 현재의 급여 수준과 급여 대상을 고려하면 수급자의 가족이 행한 노동에 대한 보상으로 보기 어려우며, 현물급여를 이용하지 못하는 매우 제한적 상황에 대한 위로 수준으로 볼 수 있다.

---

86) 제24조(가족요양비) 수급자가 가족 등으로부터 제23조 제1항 제1호 가목에 따른 방문요양에 상당한 장기요양급여를 받은 때 대통령령으로 정하는 기준에 따라 당해 수급자에게 가족요양비를 지급할 수 있다.
   1. 도서·벽지 등 장기요양기관이 현저히 부족한 지역으로서 보건복지부 장관이 정하여 고시하는 지역에 거주하는 자.
   2. 천재지변이나 그 밖에 이와 유사한 사유로 인하여 장기요양급여를 이용하기가 어렵다고 보건복지부 장관이 인정하는 자.
   3. 신체·정신 또는 성격 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자.

〔그림 4-13〕 가족요양비 수급자 수 추이

자료: 이윤경 등(2010), 가족 등이 제공한 급여에 대한 보상 방안 연구 – 가족 요양보호사제도 개선 방안–, 국민건강보험공단한국보건사회연구원.

이 외에도 현금급여 방식은 아니지만, 서비스 제공을 이유로 현금을 받는 것으로 운영되고 있는 가족인 요양보호사제도가 있다. 노인장기요양보험에서는 수급자의 가족이 수급자에게 서비스를 제공할 때, 이에 대해 공식적으로 인정하고 있지 않지만, 수급자와 가족관계인 요양보호사가 제공하는 서비스에 대해서는 제한적으로만 인정하고 있다. 이를 '가족인 요양보호사'라고 한다.

가족인 요양보호사를 둘러싼 관점은 두 가지로 볼 수 있다. 하나는 요양보호사와 수급자의 관계가 가족이라도 국가가 인정하는 요양보호사 자격을 취득하였으므로 요양보호사로 인정하고, 요양보호사가 행한 행위에 대해서 보상해야 한다는 관점이다. 다른 한 측면에서는 국가 자격증인 요양보호사를 취득하였지만, 수급자와 가족관계이며 기존 가족이 수행하는 수발을 제공하였기 때문에 공식적 서비스 제공과는 별개라는 관점이다.

가족인 요양보호사가 등장하게 된 배경에는 제도 초기 요양보호사 취

득이 무시험제도로 쉽고, 기존 제도를 도입하기 이전 노인을 가족이 계속 수발하기를 원하지만 가족에 대한 지원이 전혀 없는 점, 급속히 증가한 방문요양기관에서 수급자 확보가 어려운 점 등의 여러 상황이 겹치면서 비롯되었다. 즉, 수급자의 가족이 요양보호사 자격증을 취득하여 기존 수발하던 수급자에게 서비스를 제공하고 그에 대한 임금을 받게 된 것이다. 가족인 요양보호사는 제도 도입 과정에서 서비스 제공 기관 및 인력양성 기관의 생존, 수급자 돌봄 가족의 욕구 등이 어우러져 만든 비정상적인 현물급여 형태로 등장한 것으로 볼 수 있다. 그러나 아직까지 가족 요양보호사는 이를 노동에 대한 임금이라기 보다는 가족 돌봄에 대한 수당, 보상이라고 인식하고 있다. 이는 제도가 도입되기 이전에 노인을 돌보는 형태와 달라진 점이 거의 없으며, 또한 서비스 제공에 대한 통제, 관리를 거의 받지 않음에서 비롯된다.

가족인 요양보호사 인정 형태는 제도 도입 이후 여러 차례의 제도개편을 통해 수정·보완 및 축소되었다. 노인장기요양보험제도 도입 초기에는 가족인 요양보호사에 대해 수급자와 동거가족인 요양보호사가 제공하는 방문요양서비스를 1일 최대 120분 미만(2008.6.30. 장기요양급여비용 등에 관한 고시 제2008-66호)으로 하였으며, 1년 뒤 수급자와 동거가족인 요양보호사가 제공하는 방문요양서비스를 1일 90분 이상으로 축소하였다(2009.6.30. 장기요양급여비용에 관한 고시 제2009-125호). 제도 도입 이후 동거의 개념은 같은 주택에서 생활하는 가족으로 정의하였다. 동거가족 요양보호사가 급격히 증가하면서 제도적으로 급여 인정액을 축소하였으나, 비동거 가족에 의한 제한은 없으므로 같은 주택 거주가 아닌 다른 주택에서 거주하는 가족 요양보호사에 의한 서비스 제공은 계속되었다. 더욱이 이들 서비스에 대해서는 동거가족 요양보호사에 의한 제재를 받지 않아 확대되었다. 이 시기에 이루어진 연구에 의하면 방문요양

이용 수급자의 38.8%가 가족 요양보호사로 추정되었다(이윤경 등, 2010).

기하급수적으로 증가한 가족 요양보호사로 인하여 서비스 공급 시장의 왜곡이 발생하고, 질 높은 공적 서비스 확대의 어려움이 있다고 판단되어 2011년 기존 동거가족 요양보호사를 가족요양보호사로 수정하였다. 이 과정에서 동거뿐만 아니라 비동거를 포함한 가족관계에 있는 요양보호사에 의한 수급자의 서비스 제공에도 새롭게 기준을 설정하였다.

〈표 4-41〉 가족인 요양보호사의 기준 및 급여인정액의 변화

내용 / 고시일자	가족인 요양보호사 인정 기준		급여인정액	비고
2008.6.30.	동거가족	수급자와 같은 주택에서 생활하는 가족(민법 제779조)	방문요양 120분 인정(월 31일)	-
2009.6.30.	동거가족	수급자와 같은 주택에서 생활하는 가족(민법 제779조)	방문요양 90분 인정(월 31일)	급여축소
2010.5.10	동거가족	같은 주택의 범위를 확대 해석, 공동주택의 같은 동에서의 거주, 동일건물 또는 같은 대지안에 설치된 사실상의 동일한 주거공간으로 확대	90분 인정 (월 31일)	동거기준 확대
2011.6.29.	가족 (동거, 비동거)	배우자, 직계혈족 및 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족 및 배우자의 형제자매	60분(월 20일)	가족기준 확대 급여축소
	특별한 사유가족	65세 이상인 배우자 또는 수급자의 치매로 인한 문제행동	90분(월 20일 초과 급여비용 청구 가능)	

가족인 요양보호사는 방문요양기관을 통해 월 20일, 1일 60분 수가를 인정받을 경우 월 20만~25만 원가량의 임금을 받으며, 특별한 사유가 있는 수급자의 경우 90분 수가(월 20일 이상)를 인정받아 월 40만~45만 원가량의 임금을 받게 된다. 가족인 요양보호사가 받는 임금의 수준은 과거

제도 개편 이전의 비동거 가족요양보호사가 받던 임금과 비교할 때 절반 수준 이하로 감소함으로써 가족인 요양보호사에 대한 수요는 감소하고 있다. 가족인 요양보호사의 선정 기준과 급여인정 기준은 2011년 제도개편을 통해 비교적 안정적으로 운영 중이며, 급여 축소로 인하여 수급자 또한 감소하는 경향을 보인다.

하지만, 여전히 가족인 요양보호사의 정체성에 대해서는 명확하지 않다. 앞서 살펴본 가족요양비와 비교할 때, 치매 등으로 인해 일반현물급여 이용이 어려운 수급자를 돌보는 가족이 요양보호사 자격증이 있을 경우 월 40~45만 원가량의 임금을 받지만, 요양보호사 자격이 없는 가족일 경우 15만 원을 받게 된다. 가족인 요양보호사에 의한 급여를 제한한 것에는 직업인으로서의 요양보호사이기보다는 가족에 의한 보호로 보는 관점이 적용된 것으로 보인다. 그러나 동일한 제도에서 이 둘 간의 급여 차이는 형평성을 고려할 때 적절하지 않다고 판단된다. 또한 가족인 요양보호사가 가족 수급자에게 서비스를 제공하기 위해서는 방문요양기관의 직원으로 취업된 상태에서만이 가능함에 따라 가족인 요양보호사를 직원으로 둔 방문요양기관은 실제적으로 건강보험공단의 급여신청 업무만으로 일정 부분의 급여를 갖게 된다. 따라서 향후 가족인 요양보호사가 제공한 수급자 보호에 대한 정체성을 명확히 할 필요가 제기된다.

다. 재가장기요양 수급자 가족을 위한 지원 내용

먼저, 보험자에 의한 가족상담지원이 이루어지고 있는데,[87] 재가급여를 이용하는 수급자의 경우 이용패턴은 크게 두 가지로 구분된다. 방문요양형과 주·야간보호형이다. 월 급여이용한도액을 대부분 방문요양으로

87) 자세한 것은 케어매니지먼트 체계 개편에 기술되어 있으니 참고하기 바람.

이용하게 되며, 이 경우 1일 평균 4시간가량 서비스를 받게 된다. 주·야간보호형의 경우 대부분 하루 종일 주·야간보호 시설을 이용하게 된다. 현재 장기요양수급자의 경우 중증 대상자인 1~2등급자 또는 치매노인의 경우 계속적인 돌봄이나 관찰보호를 필요로 함에 따라 현재의 재가급여양은 충분치 못한 것으로 간주된다. 따라서 재가급여를 이용하는 수급자의 상당수는 가족이 별도의 보호를 제공하거나, 장기요양급여 이외의 서비스를 이용하게 된다. 즉, 현재 재가에서 보호받는 수급자는 공적 서비스만으로는 부족하여 가족의 도움이 상당한 역할을 하고 있음을 알 수 있다. 2014년 실시한 노인실태조사를 통해, 지역에 거주하는 노인장기요양수급자의 보호 형태를 살펴보면, 장기요양보험 급여 등의 공식적 서비스만을 이용하는 비율은 11.0%이며, 오히려 가족에 의한 보호만을 받는 비율은 22.6%, 가족과 공식서비스를 받는 경우는 66.4%로 나타났다. 즉, 공식적 서비스를 받더라도 가족에 의한 보호가 함께 이루어지는 비율이 매우 높게 나타났다.

이 같은 결과는 재가급여 유지를 위해 가족의 역할이 중요함을 보여주는 결과로써, 현재 재가급여를 이용하는 수급자의 가족의 역할이 없을 경우 계속적인 재가보호가 어렵다는 것을 예상할 수 있다. 즉, 현재 노인장기요양보험제도가 지향하는 재가보호 원칙을 유지하기 위해 가족의 역할이 유지될 수 있도록 하는 것은 매우 의미 있는 지원일 것이다.

가족이 재가에서 노인을 보호하면서 계속 생활하기 위해서는 현재의 가족상담지원서비스뿐만 아니라 가족의 다양한 욕구를 파악하고 지원하는 것이 요구된다. 특히, 노인을 보호하면서 생활할 수 있는 가족에 대한 지원은 현재 시설급여를 이용하고 있으나 재가에서 지원부족으로 인해 보호하지 못한 또는 보호하지 않는 수급자의 재가급여로의 전환도 고려해야 할 것이다.

〈표 4-42〉 재가 노인장기요양수급자의 보호 형태

(단위: %, 명)

요양등급 \ 보호주체	가족 등 비공식	장기요양 등 공식	비공식+공식	계
1	25.0	15.0	60.0	100.0(20)
2	27.6	1.7	70.7	100.0(58)
3	19.1	11.8	69.1	100.0(204)
4	33.3	11.1	55.6	100.0(27)
5	33.3	44.4	22.2	100.0(9)
계	22.6(72)	11.0(35)	66.4(211)	100.0(318)

자료: 정경희 등(2014), 2014년 전국노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.

두 번째로 치매가족휴가제를 들 수 있다. 치매는 장기요양의 필요성을 높이는 질병 중 대표적이며, 서비스 제공자의 입장에서도 치매노인 보호의 어려움이 이미 알려진 바 있다. 전 세계적으로 인구고령화가 진행되면서 치매 노인에 대한 보호 필요성이 강하게 대두되었다. 우리나라 또한 치매노인에 대한 치료 및 보호를 위해 노력하고 있으며, 2015년 제3차 국가치매종합계획 수립을 통해 정책적 노력에 대한 의지를 보였다. 제3차 국가치매종합계획에서는 노인장기요양 수급자 중 치매노인의 가족에 대한 부담을 경감하기 위해 치매가족휴가제를 도입하였다. 이는 가정에서 치매가 있는 수급자를 돌보는 가족은 그 휴식을 위하여 연간 6일 이내에서 월한도액과 관계없이 단기보호급여를 이용하거나 방문요양급여를 연속하여 24시간 동안 이용할 수 있도록 한 것이다[장기요양 급여제공 기준 및 급여비용 산정 방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2016-171호(2016.8.31.)].

치매노인의 특성상 계속적인 관찰보호를 필요로 하기 때문에 가족의 수발부담은 타 질환 노인보다 높음을 고려하여, 가족의 단기 휴식을 위한 제도를 마련한 것이다.

2. 국외 재가급여 및 가족 지원 사례 분석

가. 재가 현물급여 방식

일본 개호보험제도를 중심으로 재가장기요양서비스 관련 제도의 운영 및 개선 사례를 검토해 보고자 한다. 일본은 지난 1960년대부터 고령자 복지정책으로써 노인가정봉사원(홈헬퍼)을 제도화하여, 1980년대에는 골드플랜을 통해 시설긴급정비와 함께 재택복지(우리의 재가복지)를, 1990년대에는 재택개호의 충실을 강조하는 신골드플랜을 추진하는 등 지속적으로 재가중심의 장기요양서비스 기반과 체계를 확충하기 위해 노력해 왔다.

〈표 4-43〉 일본 고령자 보건복지정책의 흐름

연대	고령화율	주요 정책
1960년대 고령자복지정책의 시작	5.7% (1960)	1963년 노인복지법 제정 - 특별양호노인홈 창설 - 노인가정봉사원(홈헬퍼) 제도화
1970년대 노인의료비의 증대	7.1% (1970)	1973년 노인의료비무료화
1980년대 사회적 입원과 와상 노인의 사회적 문제화	9.1% (1980)	1982년 노인보건법 제정 - 노인의료비의 일정액부담의 도입 등 1989년 골드플랜(고령자보건복지추진10개년전략)의 책정 - 시설긴급정비와 재택복지의 추진
1990년대 골드플랜의 추진	12.0% (1990)	1994년 신골드플랜 책정 - 재택개호의 충실
개호보험제도의 도입 준비	14.5% (1995)	1996년 연립여당 3당 정책합의 개호보험제도창설에 관한 '여당합의사항' 1997년 개호보험법 성립
2000년대 개호보험제도의 실시	17.3% (2000)	2000년 개호보험 실시

이에 따라 재가 급여서비스도 다양한데, 재가장기요양서비스를 방문계, 통소계, 단기체제계로 분류하고 있다. 방문계의 경우, 방문개호,방문간호, 방문입욕개호, 방문재화, 거택요양관리지도, 통소계의 경우, 통소개호, 통소재활 등이 있고, 그 외에도 지역밀착형개호서비스로 정기순회수시대응형 방문개호간호, 인지증대응형 통소개호, 소규모다기능형거택개호, 인지증대응형공동생활개호 등이 있다. 여기에서 재가 서비스의 이용 수준을 보면, 요개호의 서비스 이용자 중, 거택·지역밀착형 서비스는 76%, 시설서비스는 24%인데 반하여, 총비용에 대해서는 거택·지역 밀착형 서비스는 58%, 시설서비스는 42%를 차지하고 있다.

일본은 3년 마다 실시된 개호보험법 개정을 보면, 지역중심 및 재택서비스 강화를 위한 노력이 지속적으로 추진되어 왔음을 알 수 있다. 즉, 제1기(2000~2002)는 개호보험의 시행시기이고, 제2기(2003~2005)는 개호예방의 중시(요지원자 개호예방급부 전환), 시설급부의 개선(식비, 거주비 급부 제외 등), 지역밀착형 서비스 창설, 개호서비스 정보 공표제도 등이 이루어진 시기, 제3기(2006~2008)는 사무 관리 체계 정비(법령 준수 등), 휴지-폐지의 사전 신청제, 서비스 확보의 의무화가 이루어진 시기, 제4기(2009~2011)는 지역포괄케어의 추진, 24시간 대응의 정기순회-수시대응서비스, 복합형서비스 창설, 개호요양병상의 폐지 기한의 유예, 개호직원에 의한 흡인 인정 등이 이루어진 시기, 제5기(2012~2014)는 지역포괄케어시스템의 구축을 위한 지역지원사업의 충실(재택의료-개호연계, 인지증 시설 등), 전국 일률의 예방급부를 시청촌이 책임지는 지역지원사업으로 이행 및 다양화, 저소득자에 대한 보험료의 경감 비율 확대, 일정 소득 이상자에 대한 자기부담 인상이 이루어진 시기였다.

이 중에서 제4기에 이루어진 내용이 우리나라에 주는 시사점이 크다고 할 수 있다. 즉, 24시간 대응 정기 순회 및 수시 대응형 서비스의 신설이

다. 즉, 24시간 대응의 정기적인 순회 및 수시 대응형 서비스는 '기상도움→점심도움→복약도움→수분보급→취침도움→심야 배설도움' 등 하루에 수차례 방문하되, 1회당 방문시간은 15~20분 수준으로 단시간의 정기 순회 방문을 하도록 한 것이다. 특히, 운영센터를 두어 정시의 순회와 함께 긴급 시에는 이용자가 운영센터로 연락을 취하도록 하고 즉시 대응할 수 있도록 함으로써 재가에서의 안심감을 높일 수 있을 것으로 기대하고 있다.

한편, 재가급여의 하나로 소규모다기능형 거택개호가 있는데, 이는 2005년 법 개정으로 창설된 지역밀착형 서비스인데, '통소', '숙박', '방문'의 3가지 서비스를 조합하여 제공하는 것이다. 2015년 현재, 일본 전국에서 운영 중인 소규모다기능형거택개호는 4,969개가 있다(厚生労働省2015). 여기에서 소규모다기능은 요개호자를 대상으로 거택에서 혹은 서비스 거점에 다니거나 혹은 단기간 숙박하여 해당 거점에서 가정적인 환경과 지역 주민과의 교류 아래 입욕, 배설, 식사 등의 개호 그 외 일상생활 상 필요한 케어 및 기능 훈련을 실시함으로써 이용자가 보유한 능력에 따라서 재가에서 자립된 일상생활을 영위할 수 있도록 하는 내용이어야 하는 것이다(법 62조).

그리고 복합형 서비스는 소규모다기능형 재가급여와 방문간호 등의 급여를 조합하여 제공할 수 있는 복합형사업소에서 취급하고 있다. 이에 따라 수급자는 하나의 사업소에서 서비스를 조합하여 제공받을 수 있게 되었고, 자연스럽게 서비스 간 조정연계가 이루어지게 된 것이다. 지난 2012년도에는 소규모다기능형 재가급여와 방문간호 간 복합형만이 인정되었고, 이에 따라 의료적 욕구가 높은 수급자를 보다 강화된 서비스를 제공할 수 있게 된 것으로 평가하고 있다.

일본 이외에 네덜란드나 독일에서도 방문요양과 방문간호가 하나의 재

가요양기관에서 연계 통합적으로 제공되고 있는 실정이다.

먼저, 네덜란드에서는 장기요양보험자가 재가케어급여를 시간단위로 산정해서 지불하고 있는데, 인정된 시간수는 개별 환자의 욕구 사정에 기초로 산정된다. 네덜란드의 재가케어 대상자는 병원퇴원 후 일시적인 서비스를 필요로 하는 환자, 의료서비스를 필요로 하는 만성질환자, 치매질환자, 말기케어 환자 등. 재가케어기관은 10가지의 다양한 재가케어서비스[88]를 제공하기 위하여 정부재정지원의 보험회사와 계약을 체결한다.

이러한 재가케어기관의 하나인 부트조르후[89] 네덜란드(Buurtzorg Nederkand)라는 비영리 재가케어조직체에 의한 통합재가서비스모형이 주목을 받고 있다.[90] 이 조직체 산하에 간호사를 중심으로 구성된 재가케어기관을 운영하고 있고, 동 기관은 독립체로 운영하고 있다. 부트조르후 네덜란드의 특징은 방문간호사가 장기요양서비스 수급자의 가정을 방문할 때 간호행위를 요구하는 의료적 서비스뿐만 아니라 우리나라의 요양보호사와 같은 케어전문인력이 다양한 지원서비스도 제공한다는 점이다. 그리고 다른 재가케어서비스기관에 비해서 상대적으로 적은 시간의 서비스로 수급자의 욕구를 충족시켜주고 있다는 점이다.

---

88) Menzies 보험회사의 경우, 간호, 신체케어 및 상담의 서비스와 AIV(당뇨병이나 COPD와 같은 질환자를 대상으로 하는 조언, 정보, 교육)로 구성된 기본케어(basic care), 추가케어(extra care) 및 특별케어(special care)로 나뉘어져 있음. 기본케어는 목욕 및 옷갈아 입히기 지원을 위해 1주일에 5시간 서비스를 제공한다라는 계획에 따라 제공되는 서비스이고, 추가케어와 특별케어는 기본케어보다 더 많은 욕구를 지닌 환자에게 제공되는 서비스임.

89) 네덜란드어로 Buurtzorg는 근린케어(neighborhood care), 지역케어(community care)의 의미를 지니고 있음. 이 모델은 현재 일본, 노르웨이, 스웨덴, 영국 및 미국에서 시도되고 있음.

90) 부트조르후 조직체의 급성장 배경에는 (1)재가케어의 경험을 지닌 간호사들로 구성되어 있고, (2)다른 재가기관에 비해 환자당 케어 제공 시간이 적지만, 환자의 가족으로부터 높은 만족도를 얻고 있다는 점임. 그렇지만 적은 시간투입에 비해 기능자립성 회복이 빠르고 병원 응급이 적으면서 입원 후 재원기간이 짧다는 점에 장점을 지니고 있음.

〈표 4-44〉 부트조르후 네덜란드의 특징

목표	구조
- 의료 및 원조적 재가케어서비스 제공을 위해 간호사의 독립적인 팀(기관)을 설치한다. - 지속적이고 포괄적인 지역케어모델을 구축한다. - 환자의 자립을 유지, 회복한다. - 신체케어 시 환자 및 가족을 훈련 교육시킨다. - 근린자원(지역자원)네트워크를 구축한다. - 간호사의 전문성에 의지한다.	- 독립적인 팀(기관)내에 간호사는 최대 12명까지, 환자 50~60명을 담당 - 온라인 계획수립, 간호사정·서비스제공·비용청구의 문서화는 IT체제에 의존, - 각 팀(기관)의 문제해결을 위한 코치를 고용 - 중앙의 본부는 소규모로 행정지원을 담당

부트조르후 네덜란드의 재가케어모델의 특징은 포괄적이고(holistic), 근린 기반(neighborhood-based)의 제공 방식이며, 근린자원의 네트워크 구축과 신체케어의 훈련을 통해 환자의 자립성을 극대화시키고, 간호사의 전문성에 의존한다는 것이다.

네덜란드의 재가케어에는 전문간호사에 의한 서비스도 포함되어 있고, 대부분은 간호사보다는 비용이 저렴하고 덜 훈련받은 자에 의해 제공되는 일상생활기능 수행 지원서비스이다. 그런데 간단한 식사지원서비스는 포함되어도 가사지원(housekeeping support)서비스는 제외되어 있다. 부트조르후 재가케어기관은 환자의 욕구를 충족시키고, 자립성을 유지 및 회복시키기 위해서 환자 및 가족, 일차보건의료제공자, 지역자원과 협력한다. 특히, 부트조르후 재가케어기관 내 간호사는 재가케어의 모든 서비스를 담당하고 있는데, 그 내용을 보면, (1) 환자의 욕구 수준을 사정하고, (2) 케어플랜을 작성, 수행하고, (3) 서비스를 제공하거나 의료방문 계획을 수립하고, (4) 연속적인 케어와 비용청구를 용이하게 하기 위해 필요한 문서를 개발하고 있다. 아울러 케어 종료 시 환자의 만족도에 대한 정보를 수집한다. 현대 IT 체계와 인트라넷은 기관 간 정보 공유뿐만 아니라 간호사정, 서비스, 비용청구의 문서작업, 온라인 계획 수립 등을 가

능하게 하고 있다.

부트조르후 네덜란드의 조직을 보면, 코치(coach)라고 하는 중간관리자가 있는데, 이는 각 소속기관의 문제해결을 지원하는 역할을 담당하고 있다. 2015년 초 현재 700개의 기관에 15명의 코치가 있어서 한 명의 코치가 약 47개의 기관을 담당하고 있다. 이들의 기능은 환자케어에 대한 조언을 주기보다는 각 기관이 제대로 운영할 수 있도록 지원하는데 있다. 그리고 본사(back office)는 직원수가 50명 미만이고, 각 기관과의 계약, 임금행정, 재정행정 등과 같은 기능을 수행하고 있다. 각 기관에 종사하고 있는 간호사들은 근무연수를 기초로 산정된 표준연봉과 보너스가 지급되는데 교육연수에 따라서 다르다. 사업수익금은 지역사회보건 및 조직적 개혁 향상을 위해 간호사의 교육 및 팀(기관)의 프로젝트 수행에 쓰여지고 있다.

부트조르후 네덜란드는 지난 2007년 알메오(Almeo) 시에서 하나의 방문간호서비스기관이 사업을 시작함으로써 조직체가 형성되었고, 이제는 전국 각지를 사업 대상으로 하는 조직체로 성장하였다. 최근 통계에 의하면, 2015년 현재 700개 방문간호서비스기관이 설치되었고, 전체 8,000명의 간호사가 종사하고 있다.[91]

독일의 재가급여는 우리나라나 일본과 같이 방문요양, 방문목욕, 방문간호가 개별적으로 구성되어 있는 것이 아니라 방문형 급여를 하나의 재가급여로 지칭하고 있고, 재가급여 내에 재가현물급여와 재가현금급여로 구분하고 있을 뿐이다. 기본적으로 방문간호서비스는 질병보험금고의 재정으로 제공되고, 소요비용을 지불하고 있기 때문에 방문요양 및 방문목욕서비스가 장기요양보험재정에서 소요비용을 지불하고 있다고 볼 수 있

91) Bradford H, Gray, Dana o. Sarnak and Jako S. Burgers, Home care by self-governing nursing teams: the Netherlands' Buurtzorg mode, Commonwealth Fund pub. 1818, Vol14, The Urban Institute, 2015.

다. 여기에서 독일의 가톨릭계통의 복지단체인 까리타스가 운영하고 있는 뮌헨 재가서비스기관(일명, social station 이라고 함)을 보면, 이는 재택개호지원센터(일본), 홈헬프센터, 방문간호센터, 자원봉사센터가 하나의 조직체에 포함되어 있는 복합기관인데, 이 기관에서는 상담, 간호, 장기요양, 가사지원 등의 4개 서비스가 연계 통합된 서비스를 제공하고 있다.

나. 재가 현금급여 및 가족 지원 방식[92)]

OECD(2011)는 가족 내 요양 보호자들을 지원해 주는 것은 수급자, 수급자를 보호하는 가족, 공공 재원의 측면에서 모두 이득이 되는 상생 해결책임을 강조하였다. OECD 국가에 있어 10명의 성인 중 한 사람 이상이 비공식 요양서비스를 제공하고 있는 것으로 나타났으나, 가족 요양 보호자의 경우 근로 시간의 축소, 퇴직의 위험과 빈곤 위험 상승, 그리고 정신건강에 부정적 영향을 주는 것으로 나타났다(OECD, 2011).

이상의 결과에서 가족 내 요양보호자의 역할은 장기요양필요 노인을 보호하는 데 매우 중요한 요소이지만, 이들이 겪는 신체, 경제, 정신, 사회적 어려움은 매우 크다는 것을 알 수 있다. 따라서 이들이 겪는 어려움, 수발부담을 감소시키도록 하는 지원정책을 통해 가족 내 요양보호자의 역할이 유지되도록 함으로써 공적 요양정책과의 균형적 발전을 도모해야 할 것이다.

노인장기요양제도가 일찍이 마련된 외국에서도 가족에 의한 노인 보호의 중요성은 계속적으로 강조되며, 다양한 지원이 이루어지고 있다. 특

92) Colombo, F. et al.(2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing의 3~4장을 바탕으로 작성함.

히, 최근 수발인력 부족의 문제가 사회화 되면서 가족 자원의 활용을 위한 노력이 더욱 부각되고 있다.

해외의 노인을 보호하는 가족에 대한 지원정책은 그 국가와 사회의 노인 보호책임에 대한 가치관, 제도적 특성 등에 따라 다양하다. 가족보호자에 대한 지원정책은 크게 다음의 3가지 유형으로 구분된다. 첫째, 노인을 보호하는 가족에 대한 수당 또는 수급자에 대한 현금급여의 금전적 지원이다. 둘째, 가족 보호자가 일과 요양 역할을 유지할 수 있도록 지원하는 휴가제도, 탄력적 근무 형태 등이다. 셋째, 가족 보호자가 겪고 있는 수발부담 경감을 위한 대체 보호, 상담, 교육훈련, 정보 제공 등의 지원이다.

먼저, 가족보호자의 보호에 대한 보상 및 인정 방식이다. 이는 가족 보호자가 수행한 보호에 대해 금전적으로 보상하는 형태로, 요양보호자에게 직접 지급되거나 요양이 필요한 수급자에게 현금급여를 통해 제공된다. OECD 국가의 절반에 약간 미치지 못하는 국가들이 요양보호자에게 직접 지급하고 있으며, 이들 국가의 절반 이상이 수급자에게 현금급여를 실시하고 있다. 요양보호자 수당을 지급하는 국가별로 수당의 성격과 수급 조건을 달리 한다. 덴마크, 핀란드 등의 북유럽국가의 경우 요양보호자에 대한 지급을 보상으로 간주하여, 장기요양을 담당하는 시 당국에서 가족 요양보호자를 직접 고용하는 형태로 운영한다. 이들 국가에서는 수당을 지급하는데 매우 엄격하여, 요양 대상자들이 재가서비스를 계속 유지하도록 유인한다. 단, 수당은 제공되는 요양의 강도가 크고 부양부담이 높은 경우에 지급하고 있다. 호주, 아일랜드, 뉴질랜드, 영국과 같은 영미권 국가에서는 요양보호자에게 직접 지급되는 수당의 경우, 요양보호자는 다른 직업에 종사할 수 없으며, 주당 최소 요양시간의 기준을 적용하여 풀타임으로 서비스를 제공해야 한다. 또한 요양 대상자가 장애급여를 받는 사람이어야 하는 등의 엄격한 기준을 두고 있다.

요양 수급자에 대한 현금급여는 수급자가 서비스에 대한 선택권과 융통성을 늘려주는 것에 목적을 지니며, 가족 요양보호자를 보상해 주고 이들을 장려해주는 데 이차적인 목적을 갖고 있다. 현금급여 제공 방식은 국가별로 대상자와 급여 수준 등에서 차이를 보인다. 예를 들어 독일의 경우 현금급여는 현물급여의 약 절반 수준으로 하며, 프랑스의 경우는 친척을 현금급여 활용을 위해 고용하는 것은 허용되지만, 배우자는 허용하지 않고 있다. 단, 국가별로 현금급여를 활용하여 고용할 수 있는 기준을 달리함으로써 현금급여는 노인을 보호하는 가족에 대한 지원의 효과가 없을 수도 있다. 이는 현금급여를 지급함으로써 나타날 수 있는 정책적 장점과 부작용 등을 고려하여 국가별 정책적 선택에서 차이를 보이고 이유이다.

둘째, 가족보호자에 대한 요양 책임과 일을 병행할 수 있는 지원 방식으로써, 요양휴가, 탄력적인 근무시간 운용 등이 많은 국가에서 운영 중이다. 휴가는 유급휴가 또는 무급휴가의 형태로, 유급휴가를 제공하는 대표적인 국가는 일본, 벨기에, 노르웨이와 스웨덴 등이며, 휴가기간과 임금에 대한 보상 수준, 휴가 대상은 국가별로 차이를 보인다. 3/4에 달하는 국가들에서 유급휴가는 1개월 미만으로 제한되어 있거나 말기 질환에만 국한되기도 한다. 일본의 경우 유급휴가는 요양보호자에게 최대 93일간의 휴가를 낼 수 있다. 유급휴가 기간의 보수는 스칸디나비아 국가들이 가장 많은 보수를 지급하는 것으로 나타났다. 무급휴가의 경우 휴가의 기간은 국가별로 상이하여, 최대 1~2년의 휴가를 허용하기도 한다. 휴가제도는 '일과 삶의 균형(work-life balance)'을 위한 제도들로 대표적인 것이 아동양육휴가 제도이다. 하지만 아동양육휴가제도에 비해 요양휴가를 사용하는 비율은 일반적으로 낮은 것으로 나타났다.

탄력적인 근무시간 운용은 가족 요양보호자들이 고용상태를 유지하면

서 요양을 병행하도록 하는 제도이다. 대표적으로 호주와 영국에서 실시하고 있으며, 일과 삶의 균형을 위한 제도로써 자녀 양육을 위한 파트타임, 근무시간 조정제도로 운영된다.

셋째, 요양보호자의 신체적, 정신적 수발부담을 경감시키기 위한 지원제도들이 있다. 위탁간호(respite care)는 보호자들에게 부양 의무로부터 잠시 혹은 장시간 벗어나 휴식을 취할 수 있게 하는 제도이다. 위탁기간과 보조금의 수준은 국가별로 차이가 있으며, 독일은 보험시스템에 최대 4주까지 위탁 간호비용을 지원해주고 있다. 핀란드의 경우는 '가족요양법 2006'에서 지속적으로 요양서비스를 제공하는 사람에게 한 달에 최소 3일간의 위탁간호를 제공하고 있다. 많은 국가에서는 가족 보호자에 대한 상담 및 교육 훈련서비스를 제공함으로써 노인을 보호하는 가족들이 겪고 있는 심리적 어려움을 해소 및 지지하고 있다. 스웨덴은 의료진들과 노인 가족 간의 대화의 장을 추진하고 있으며, 아일랜드는 '요양보호자 돌보기(caring for carers)'의 기술을 훈련시키는 코스를 제공한다. 네덜란드는 사회복지사가 요양보호자들에게 정보를 제공하고, 이들의 정신 건강문제가 발생하지 않도록 전화상담 등을 하고 있다.

그 외에도 노인을 돌보는 가족을 지원하기 위해 관련 서비스 정보 등을 제공하거나, 원스탑 정보 센터, 코디네이션 센터 등을 통해 서비스 이용을 지원하기도 한다. 호주, 스웨덴, 영국 등은 요양보호자들의 필요를 적절히 평가하기 위한 프로토콜을 개발하여, 전문가들이 요양보호자들의 일일과제와 스트레스를 확인하고 지원하게 한다.

〈표 4-45〉 요양보호자를 위한 서비스

	요양 보호자 수당	요양 수혜자 수당	세금 공제	추가 급여	유급 휴가	무급 휴가	탄력적 근무 시간	교육/ 훈련	대체 보호	상담
호주	o				o			o	o	o
오스트리아		o		o		o	o	o	o	o
벨기에	o**	o			o	o	o	o	o	o
캐나다	o**		o	o	o	o	x**	o	o	o
체코		o		o			o	o	o	o
덴마크	o				o		x**	o	o	
핀란드	o				o		o			o
프랑스		o	o	o	o	o	o	o	o	o
독일		o	o	o		o	o		o	
헝가리	o			o		o	o			o
아일랜드	o		o	o					o	o
이탈리아		o								
일본					o		o	o		
한국						o		o		
룩셈부르크		o	o	o			x**	o		o
멕시코						o	x**	o		
네덜란드	o	o		o	o		o	o	o	o
뉴질랜드	o	o	o				o	o	o	o
노르웨이	o	o		o	o		o			
폴란드		o			o					
슬로바키아	o	o						o	o	o
슬로베니아					o			o	o	o
스페인		o			o	o	x**	o	o	o
스웨덴	o	o			o			o	o	o
스위스			o	o			x**	o	o	o
영국	o	o					o	o	o	o
미국		o**	o	o		o	o	o**	o**	o**

주: o** 국가적 /연방차원은 아니지만 지방/주 단위의 사용 가능.
x** 국가적 차원의 정책은 없지만 집단적 합의 존재.

자료: Colombo, F. et al.(2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

3. 개편 방안

가. 재가 현물급여 방식

전술한 바 있듯이 일본이나 독일, 네덜란드의 재가급여 방식 등을 고려해 볼 때, 통합형 재가급여 방식이 비용효과적인 것으로 판단된다. 이러한 외국의 사례를 참고로 우리나라에서도 현재 방문요양-간호-목욕 통합재가서비스 시범사업이 실시되고 있다. 즉, 2016년 7월부터 장기요양수급자가 집에서 방문요양, 방문간호, 방문목욕 서비스를 한 번에 받을 수 있는 '통합재가서비스' 시범사업을 시행 중인데, 수급자(가족)가 서비스를 신청하면 통합재가기관은 욕구 조사 및 상담을 통해 서비스 제공 계획을 수립하고, 방문요양은 한 번에 장시간(4시간) 방문하는 대신 식사준비 등수급자 필요에 맞춰 단시간(1~3시간) 수시로 방문하는 것으로 되어 있다. 여기에서 방문간호는 예방적 차원의 건강관리를 위해 주 1~2회 정기적으로 방문하여 간호처치, 건강관리 서비스를 제공하고, 서비스를 담당하는 사회복지사, 간호(조무)사, 요양보호사 등이 팀을 구성하여 수급자 상태변화에 공동으로 대응하도록 하고 있다. 또한, 사회복지사 또는 간호사는 '(가칭)통합서비스 관리자'로서 사례관리, 지역사회자원(보건소 치매검사, 도시락 배달, 말벗 및 안부전화, 도배 및 집수리 등) 연계 등의 역할도 수행하도록 하고 있다.[93]

현재, 우리나라의 재가장기요양기관의 운영 형태를 보면, 2014년도 현재 총 8,150개 중에서 단일 급여만 제공하는 기관이 1,656개에 불과하고 나머지는 2가지 이상의 급여를 복합적으로 취급하고 있는 것으로 나타나

93) 제도 시행 중, 시범사업 모형을 변경한 바 있고, 2017년도에는 개선된 모형으로 2차 시범사업을 추진할 예정임.

고 있다. 특히, 방문요양기관의 경우 4,771개 중에서 3,489개(전체의 73.1%)가 2개의 급여를 취급하고 있고, 방문간호기관도 전체의 88.9%가 2가지 이상의 급여를 취급하고 있다. 이러한 현상에서는 재가급여를 개별적으로 제공하기보다는 동일 기관 내에서 연계 통합적으로 급여를 제공해줄 수 있도록 유도하는 것이 바람직할 것이다.

〈표 4-46〉 재가장기요양급여 유형별· 운영 형태별 기관 수

(단위: 개)

구분			계	방문요양	방문목욕	방문간호	주야간보호	단기보호	복지용구
2012년	계		6,527						
	단일(1종)		4,182	2,870	86	31	515	46	634
	복합	(2종)	2,053	-	-	-	-	-	-
		(3종)	273	-	-	-	-	-	-
		(4종)	16	-	-	-	-	-	-
		(5종)	3	-	-	-	-	-	-
2014년	계		8,150	4,771	1,532	144	898	82	723
	단일(1종)		1,656	516	56	16	440	37	591
	복합	(2종)	4,799	3,489	1,151	8	132	11	8
		(3종)	1,476	687	287	105	275	11	111
		(4종)	202	75	35	13	47	20	12
		(5종)	17	4	3	2	4	3	1

주: 1) 기관 운영 형태별로 단일 급여종류를 운영하는 기관은 단일(1종), 1개 급여 이상 운영하는 기관은 복합(2~5종)으로 표기함.
2) 당해 연도 기관 평가에 참여한 기관 수('계' 기관 수 참조)를 대상으로 함. 단, 2012년의 경우 평가실시기관은 9,186개이나 운영 형태별 분석에 활용된 기관 수는 6,527개임.

자료: 국민건강보험공단. 장기요양기관(재가급여) 평가결과 분석보고서, 각 연도.

따라서 재가급여 방식의 개편 방안을 제시해 본다면, 방문요양과 방문목욕 및 방문간호급여의 통합제공모형 이외에도 더 나아가 가정간호(건강보험재정)와 방문간호(노인장기요양보험재정) 간 통합적 제공, 소규모 노인요양시설과 주단기보호기관 간 통합적 운영 모형도 개발할 필요가 있다.

나. 가족 지원 방안

노인장기요양보험은 장기요양 필요 노인을 보호함에 있어서 기존 가족의 역할과 책임을 상당부분 사회가 분담하게 하였다. 특히, 시설급여를 이용하는 노인의 경우 기존 가족의 수발 부담을 크게 감소시킨 것이 사실이다. 하지만 장기요양 대상자 중 시설급여 이용보다는 재가에 거주하며 보호를 받는 노인의 비중이 여전히 높게 나타난다. 이는 제도가 지향하고 있는 재가 중심 보호를 반영한 결과이다.

현재 노인장기요양보험의 급여량은 대부분의 장기요양필요 노인이 재가에서 거주하며 보호받기 위해서 가족 등의 비공식적 보호가 함께 이루어져야 하는 구조이며, 현재 재가서비스 이용 공식적 서비스만을 이용하는 비율은 11%에 그치고 있다. 대부분 가족 등에 의해 보호를 받고 있음을 뒷받침하는 결과이다. 또한 가족의 도움 수준을 살펴보면, 재가에 거주하는 등급자의 9.8%는 가족으로부터 거의 매일 하루 종일 도움을 받고 있으며, 거의 매일 반일 정도를 받는 비율은 35.8%, 일주일에 3~4일 정도의 도움을 받는 경우는 7.5%로 절반에 가까운 노인은 가족으로부터 상당 수준의 도움을 받고 있다.

〈표 4-47〉 도움을 가장 많이 준 가족원의 일주일 기준 도움 정도

장기요양 등급	거의 매일 하루 종일	거의 매일 반일 미만	일주일에 3~4일 정도	일주일에 1~2일 정도	일주일 1회 미만	계
1등급	112	434	104	178	360	1224
	9.2%	35.5%	8.5%	14.5%	29.4%	100.0%
2등급	0	0	0	0	0	79
	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	100.0%
3등급	40	124	19	25	34	254
	15.7%	48.8%	7.5%	9.8%	13.4%	100.0%
전체	152	558	123	203	394	1557
	9.8%	35.8%	7.9%	13.0%	25.3%	100.0%

자료: 정경희 등(2014), 2014년 전국노인실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.

따라서 향후 노인장기요양보험제도가 지향하는 재가중심 보호가 이루어지기 위해서는 노인보호에서의 가족의 역할이 유지될 수 있도록 하는 정책적 노력이 이루어져야 한다.

현재 노인장기요양보험에서 가족에 대한 지원은 앞서 살펴본 것과 같이 가족요양비, 가족인 요양보호사, 가족 상담, 치매가족휴가제가 운영 중이다. 실제 가족을 지원하기 위해 설계된 제도는 가족요양비 제도이지만, 실제 가장 많은 수급자가 이용하는 것은 가족인 요양보호사 제도이다. 가족요양비 제도는 급여 수준이 낮아 실제적으로 가족에 대한 지원정책으로 효과를 얻지 못하고, 가족인 요양보호사 제도를 이용할 경우 실제적인 보상 수준은 더 높기 때문이다.

하지만 가족인 요양보호사는 엄격하게 볼 때 가족 지원정책은 아니며, 실제적으로 노인을 보호하는 가족에 대한 보상의 개념을 갖고 있다. 가족인 요양보호사 제도는 제도 운영 과정에서 나타나는 부정사례로 인해 가족인 요양보호사를 지원하기 보다는 가족인 요양보호사를 제재하는 방식으로 운영되고 있는 문제점을 갖고 있다. 또한 운영 과정에서는 타 요양보호사와 동일하게 방문요양기관의 직원으로 운영되는 비정상적인 모습을 보이고 있다.

앞서 언급한 것과 같이 노인장기요양보호에서의 가족의 역할은 향후 요양인력 부족 등의 현실로 인해 그 중요성이 점차 커질 것으로 예상된다. 이를 고려할 때, 향후 노인장기요양에서의 가족 자원을 적극적으로 활용하기 위한 체계로의 전환이 요구되어진다. 노인장기요양보험에서 가족에 대한 지원을 강화하기 위해 다음과 같은 정책적 방안을 제안하고자 한다.

첫째, 노인장기요양수급자의 가족에 대한 지원은 재가에서 거주하는 수급자를 중심으로 이루어지되, 수급자의 기능 상태와 가족의 보호 제공

상태에 따라 지원의 내용을 달리 해야 할 것이다. 가족이 주요 보호를 하는 경우는 보호 노동 수준을 고려하여 이에 대한 금전적 보상의 형태가 적합할 것이다. 공적 서비스를 이용하지만, 가족의 보호가 상당한 유형(재가거주하는 1~2등급 또는 중증치매수급자)의 경우 가족이 겪는 심리적 및 사회적 수발부담을 고려하여 가족휴가제도, 가족상담 등의 지원이 필요할 것이다. 또한 공적서비스를 이용하지만, 가족의 보호가 수준이 높지 않은 유형의 경우 가족을 지지하는 상담 등이 적합할 것이다.

둘째, 가족인 요양보호사와 가족요양비를 가족요양비 제도 개편을 통해 하나의 제도로 운영할 것을 제안한다. 두 제도는 실제적으로 수급자를 보호하는 가족에 대한 지원효과가 있다는 점을 고려할 때, 비정상적 현물급여 형태인 가족인 요양보호사 제도를 폐지하고, 가족요양비의 현금급여 형태로 개편할 것을 제안한다. 이를 위해서는 가족요양비 급여 수준의 조정, 가족요양비 수급자가 더 나은 보호를 받을 수 있도록 하는 모니터링 체계가 마련되어야 한다. 가족요양비의 현 급여 수준은 가족수발의 보상적 의미를 고려하여 상향조정하여야 할 것이다. 그 수준은 단기적으로는 가족인 요양보호사 급여 수준 이상으로 하되, 장기적으로는 현물급여 수준을 고려하여 적정선을 유지해야 할 것이다. 또한 가족이 노인을 보호하는 과정에서 생길 수 있는 부적절한 보호, 가족 내 노인학대 등을 방지하기 위해 외부의 모니터링 체계가 함께 마련되어야 할 것이다. 이 같은 가족요양비의 개편은 자칫 현재 노인장기요양 공급 체계에 부정적으로 작용할 가능성이 있음을 고려하여, 제도 설계에 있어 급여 대상과 급여 수준, 모니터링 체계 운영 방식에 대한 철저한 고려와 준비가 요구된다.

또한 가족요양비는 해외의 보편적인 현금급여와는 차이가 있음을 인지하고, 향후 수급자의 선택권 측면에서 보편적 현금급여 도입에 대해서도 검토해 볼 필요가 있다. 그러나 수급자에 대한 현금급여 도입으로 인해

발생할 수 있는 부작용에 대해서 반드시 고려해야 할 것이다. 공공서비스 공급 축소 또는 현금급여를 통해 질 낮은 서비스 시장(비용이 싼 서비스 확대)이 확대될 수 있는 문제, 가족 특히 여성에게 원하지 않는 역할을 직접적 또는 간접적으로 강요할 수 있는 문제 등에 대해 면밀히 검토하여 현금급여 도입 가능성을 검증해야 할 것이다.

셋째, 노인장기요양 가족상담지원제도의 확대가 요구된다. 현재 시범사업으로 실시되고 있는 가족상담지원제도는 가족의 심리적 수발부담을 감소시키고, 노인보호에 대한 교육, 지지의 효과를 갖는다. 따라서 향후 적극적으로 이에 대한 전국적 확대가 이루어져야 할 것이며, 노인장기요양 수급자 이외 등급외자의 가족 또한 상담 및 지지서비스가 이루어져야 할 것이다.

제5절 재가서비스 강화에 따른 재정추계 결과

1. 기존 대상자 추계와 재정전망

가. 법적 근거

국민건강보험공단은 노인장기요양보험의 보험자로서 보험 운영에 소요되는 재정관리 및 기획을 위해, 중장기적으로 노인장기요양보험 대상자와 재정소요 추계를 시행하여야 한다. 법적 근거로 국가재정법 제7조제2항 및 동법 시행령 제2조제3항에 따라 기획재정부는 40회계년도 이상의 기간을 대상으로 국가에서 운영하는 각종 사회보험과 보조금 등의 재정전망을 추계한다. 또한 5년마다 재정전망을 재추계하고 있다.

다음으로 사회보장기본법 제5조제4항에 따라 보건복지부는 중장기 사회보장재정운영을 위한 추계작업을 격년(2년에 한 번)으로 실시하고 이를 공표하도록 하고 있다.

중장기 재정건전성 확보를 위한 재정추계 대상 중 주요 분야는 건강보험, 노인장기요양보험, 국민연금, 기초노령연금, 공무원연금, 사학연금, 군인연금, 고용보험, 산재보험 그리고 교육 등 총 10개 분야로 대별된다.

나. 재정전망을 위한 재정추계 추진 체계 현황

중장기 재정관리를 위한 추진 체계와 현황을 노인장기요양보험을 중심으로 살펴보도록 한다.

첫째, 국가재정법과 시행령에 근거하여 2011년 12월 중장기재정전망협의회를 구성하였고, 총 10개 분야 관계부처 및 기관, 민간전문가가 참여하고 있다.

둘째, 보건복지부 및 국민건강보험공단은 재정전망을 위하여 재정추계위원회를 구성하여 운영하고 있다. 2012년 8월부터 2013년 7월까지 운영 중이며, 국민건강보험의 경우 위원장을 포함한 9명의 위원으로 구성된다. 정부위원 2명과 민간위원 7명으로 구성되며, 정부위원은 복지부와 기재부 공무원이다. 노인장기요양보험 재정추계위원회는 1명의 위원장을 포함하여 7인으로 구성하고 있다(정부위원 1명, 민간 6명).

셋째, 노인장기요양보험 재정전망 추진 체계 및 재정추계위원회는 2012년 8월에 구성되었으며, 노인장기요양보험 재정추계위원회는 2013년까지 4회의 회의를 진행하였다. 2014년 12월 말 기준 노인장기요양보험 장기재정전망을 위한 재정을 재추계하고 2015년 3월에 발표하였다. 또한 주요 거시 경제 지표 현실화를 통한 장기전망안을 2016년 7월에 내

놓았으며, 2016년 8월까지 장기요양재정추계위원회를 4회 운영하고 있다.

다. 대상자 및 재정추계

기존 대상자 및 재정추계 방법에 대하여 살펴보면, 대상자는 기본적으로 통계청에서 제시하는 인구 추이를 기반으로 하고 있다. 전체 인구 중 노인인구 비중과 증가 추이를 검토하고, 성·연령과 노인장기요양보험 인정자 및 등급별 추이를 반영하는 방법을 사용하였다. 국민건강보험공단과 재정추계위원회 그리고 개별 연구자들은 대부분 이러한 속성을 공통으로 적용하고 있다.

재정추계와 관련해서 지출부분은 노인장기요양보험 인정자 중 이용계약에 따라 서비스를 이용하는 대상을 중심으로 1인당 급여비와 명목임금 상승률을 반영하여 추계하고 있으며, 관리·운영비를 포함하는 방식을 따르고 있다.

물론 개별 연구자에 따라 노인성질환의 유병률, 장애발생률, 동거가족 유무, 주택 소유 여부, 비공식요양서비스 이용 여부 등을 요인으로 하는 통계기법을 사용하는 영국의 PSSRU 방식도 있다. 다음으로 노인성질환 유병률과 기타 요소들의 영향요인을 반영한 조정계수를 적용하는 방식으로도 대상자와 재정을 추계하고 있다.[94] 기초적인 대상자 추이와 재정지출 흐름을 그림으로 나타내면 아래 그림과 같다.

94) 권순만 등(2011), 최인덕 등(2010; 2011)이 이에 해당함.

〔그림 4-14〕 노인장기요양보험 지출추계 흐름도(2015~2060년)

자료: 국민건강보험공단(2016), 국민건강보험공단 내부자료.

재정의 다른 축인 수입부분은 노인장기요양보험의 보험료, 국고지원금, 기타수입으로 구성된다. 노인장기요양보험의 보험료는 현재 법령에 따라 국민건강보험보험료 부과액에 일정 비율을 곱하여 부과하는 형태를 따르고 있다. 보험료는 2008년 4.05%를 시작으로 2009년 4.78%, 2010년에 6.55%로 인상된 이후 지금까지 유지된다. 그렇지만 건강보험 보험료 부과액에 연동하고 있기 때문에 건강보험료가 매년 증가하였고, 보수월액의 자연증가분이 있어 노인장기요양보험의 보험료 수입은 지속적으로 증가하여 왔다.

〈표 4-48〉 국민건강보험과 노인장기요양보험료 추이

(단위: %)

구분	국민건강보험 보험료		노인장기요양 보험료	
	보험료율	증가율	보험료율	증가율
2008	5.08	·	4.05	·
2009	5.08	-	4.78	18.0
2010	5.33	4.9	6.55	37.0
2011	5.64	5.8	6.55	-
2012	5.80	2.8	6.55	-
2013	5.89	1.6	6.55	-
2014	5.99	1.7	6.55	-
2015	6.07	1.3	6.55	-

국고지원금은 중앙정부와 지방정부의 부담으로 구분되는데 법령에서 명시하고 있는 보험료수입의 20%는 중앙정부가 국고에서 직접 지원하는 방식이다. 중앙정부와 지방정부가 공동으로 부담하는 의료급여부담금은 의료급여자의 요양급여비와 관리·운영비 전액을 의미한다. 끝으로 기타수입은 재정의 이자수입과 과태료수입 등이 포함된 금액이다. 분야별 수입추계의 흐름도는 다음과 같다.

〔그림 4-15〕 노인장기요양보험 수입추계 흐름도(2015~2060년)

자료: 국민건강보험공단(2016), 국민건강보험공단 내부자료.

라. 기존 대상자 및 재정추계 논의

기존 대상자 및 재정추계에 대하여 몇 가지 사항을 논의할 필요가 있다. 먼저, 인구추계 부분이다. 현행처럼 인구는 통계청의 인구 추이를 따르고 있으나 최근 문제제기된 바와 같이 기대수명의 연장을 반영할 경우 후기고령자 인구추계에서 많은 편차가 발생하는 것이 사실이다. 이를 반영하기 위해 통계청에서 건강인구를 반영한 새로운 인구추계를 작성하여 발표하고자 하나 본 연구에서는 시기적으로 이를 반영하기 어렵다. 따라서 기존의 인구 추이를 기반으로 대상자와 인정자, 등급별 추이를 추정하되 고위, 중위, 저위 등으로 이용자 범위를 활용하도록 한다.

둘째, 등급별 변화율을 반영함에 있어 2014년부터 실시한 4, 5등급의 변화율 추이를 어떻게 계산할 것인가에 대한 논의가 필요하다. 월별 자료의 변화 추이를 반영하더라도 제도 변화에 따른 등급인정자의 추이가 제대로 산정될지가 미지수이기 때문이다. 그럼에도 불구하고 본 연구에서는 최근 1년의 월별자료 변화 추이를 반영하도록 하겠다. 특히, 5등급의 경우 지속적으로 증가양상을 보이고 있고, 등급별 편차가 커서 월별 누적 변화량을 반영하는 것은 옳지 않다고 판단되기 때문이다(그림 4-16 참조).

셋째, 지출추계에서 지출증가율에 명목임금상승률을 반영할지 아니면 소비자물가상승률을 반영할지 여부를 판단하여야 하나, 수가인상률과 함께 소비자물가상승률을 반영하는 것이 비교적 재정수지 안정을 위한 방법으로 판단된다. 하지만 저위, 중위, 고위추계 시나리오로 구분하고 명목임금상승률을 고위추계 부분에서 반영하여 계산할 예정이다.

〔그림 4-16〕 최근 17개월간 등급별 변화 현황(2014.12.~2016.5.)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 통계월보(내부자료).

2. 노인장기요양 대상자 및 재정 현황

노인장기요양보험의 대상자와 재정 현황을 살펴보고, 추이를 검토하면 제도 재설계에 따른 소요 재정을 추계하는 데 도움이 될 것이다. 이에 대상자와 이용현황, 재정 추이 등을 살펴보도록 한다.

가. 대상자 현황

노인장기요양보험은 2008년 도입부터 이미 4,5등급의 대상자 확대를

법령에 명시하였다. 대상자 확대가 이루어지기 전인 2013년까지의 인정자 현황을 살펴보면, 노인인구 대비 인정자 비율은 2008년 4.2%로 시작하여 2012년까지 5.8% 수준을 유지하다가 2013년부터 6.1%로 증가하였다. 대상자 규모는 2008년 214,480명에서 2012년 341,788명으로 확대되었으며, 2013년에는 378,493명으로 증가하였다. 등급별로는 2008년 1등급이 57,396명(26.8%), 2등급 58,387명(27.2%), 3등급 98,697명(46.0%)에서 2010년에는 1등급 46,994명(14.9%), 2등급 73,833명(23.4%), 3등급 195,167명(61.8%)으로 변화하였다. 1등급 인정자가 감소한 반면, 2등급 인정자는 비슷한 수준을 유지하였고, 3등급 인정자는 15%p 증가한 것을 알 수 있다. 이러한 경향은 2013년까지 이어져 1등급 비율이 9.9%, 2등급 비율이 19.0% 그리고 3등급 비율이 71.2%까지 증가한 것으로 나타났다.

〈표 4-49〉 3등급 체계에서의 인정자 현황

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013
노인인구(A)	5,086,195	5,286,383	5,436,969	5,642,297	5,914,202	6,235,212
인정자 소계(B)	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493
(B/A)	4.2%	5.4%	5.8%	5.7%	5.8%	6.1%
1등급 (1등급/B)	57,396 (26.8%)	54,368 (18.9%)	46,994 (14.9%)	41,326 (12.7%)	38,262 (11.2%)	37,283 (9.9%)
2등급 (2등급/B)	58,387 (27.2%)	71,093 (24.8%)	73,833 (23.4%)	72,640 (22.4%)	70,619 (20.7%)	71,824 (19.0%)
3등급 (3등급/B)	98,697 (46.0%)	161,446 (56.3%)	195,167 (61.8%)	210,446 (64.9%)	232,907 (68.1%)	269,386 (71.2%)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각 연도.

〔그림 4-17〕 2008~2013년의 3등급 체계의 인정자 현황

5등급 체계가 시작된 2014년부터는 노인인구 대비 인정자 비율이 6.6%로 증가하였고, 2016년 4월 기준 7.1%까지 확대되었다. 인정자 수는 480,115명으로 증가하였다.

2014년 인정자 중 1등급자는 37,655명으로 8.9% 수준이며, 2등급 인정자는 72,100명(17.0%), 3등급 인정자는 170,329명(40.1%)이다. 4등급은 134,032명(31.6%)이며, 5등급은 10,456명(2.5%) 수준이다. 2013년까지 인정자의 70% 수준이었던 3등급의 점수를 쪼개어 4등급으로 분류하였기 때문에 나타난 현상으로 이해할 수 있다. 반면 5등급은 치매를 전문으로 하는 등급인정 집단이기 때문에 대체로 낮은 수준의 인정 수준을 보이고 있다. 2016년 4월 기준 1등급 인정자는 38,335명(8.0%)이고, 2등급 인정자는 71,310명(14.9%)이다. 3등급 인정자는 177,048명(36.9%) 수준이며, 4등급 인정자는 170,894명(35.6%) 수준이다. 5등급은 다소 증가한 22,528명(4.7%)이다.

〈표 4-50〉 5등급 체계에서의 인정자 현황

구분	2014	2015	2016
노인인구(A)	6,462,740	6,719,244	6,809,227
인정자 소계(B)	424,572	467,752	480,115
B/A	6.6%	7.0%	7.1%
1등급 (1등급/B)	37,655 (8.9%)	37,921 (8.1%)	38,335 (8.0%)
2등급 (2등급/B)	72,100 (17.0%)	71,260 (15.2%)	71,310 (14.9%)
3등급 (3등급/B)	170,329 (40.1%)	176,336 (37.7%)	177,048 (36.9%)
4등급 (4등급/B)	134,032 (31.6%)	162,763 (34.8%)	170,894 (35.6%)
5등급 (5등급/B)	10,456 (2.5%)	19,472 (4.2%)	22,528 (4.7%)

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보, 각 연도.

[그림 4-18] 2014~2016년의 3등급 체계의 인정자 현황

다음으로 노인장기요양보험 인정자 대비 실질 이용자 현황을 살펴보면, 2008년 도입 초기 인정자 대비 이용자 비율은 68.9% 수준으로 낮았으나 점차 증가하여 2010년 89.0%에 이어 2011년에는 90.2% 수준으로 최고로 증가하였다. 2012년 이후부터는 점차 감소하여 2015년 기준 87.5% 수준을 보이고 있다.

노인장기요양서비스 이용 현황은 시설서비스를 이용하는 비율이 2008년 38.1%, 재가서비스 이용이 61.9% 수준이었다. 2009년에는 시설서비스 이용이 28.7% 수준으로 감소하였고, 재가서비스 이용이 71.3% 수준까지 증가하였다. 하지만 시설서비스 이용 수준이 다시 증가하여 2013년에 37.1%에 이르렀고, 재가서비스 이용이 62.9% 수준까지 하락하였다. 2015년 시설서비스 이용 비율은 35.4%이고, 재가서비스 이용은 64.6% 수준을 보이고 있다.

〈표 4-51〉 연도별 이용률(계약률)

(단위: 명, %)

구 분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
인정자(A)	214,480	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572	467,752
급여계약자(B)	147,801	228,119	281,191	292,550	307,818	338,799	372,985	409,212
재가계약(C)	91,431	162,669	188,635	187,372	190,731	213,011	237,834	264,507
시설계약(D)	56,370	65,450	92,556	105,178	117,087	125,788	135,151	144,705
계약율(B/A*100)	68.9	79.5	89.0	90.2	90.1	89.5	87.8	87.5
재가계약율(C/B*100)	61.9	71.3	67.1	64.0	62.0	62.9	63.8	64.6
시설계약율(D/B*100)	38.1	28.7	32.9	36.0	38.0	37.1	36.2	35.4

자료: 국민건강보험공단(2016), 국민건강보험공단 내부자료.

다음으로 노인장기요양 이용에 따른 급여비 지출 현황을 살펴보도록 한다. 노인장기요양급여는 2008년 4,314억 원에서 2010년 2조 4,153

억 원으로 증가하였고, 2015년 4조 361억 원으로 제도 도입 이후 급여비가 10배 이상 급증하였다. 2009년의 급여비가 1조 985억 원이므로 2015년의 4조 361억 원은 7년 만에 약 2배 증가한 것이다.

재가와 시설 서비스 이용에 따른 급여비 지출 비율을 살펴보면, 2009년에는 재가급여비가 56.4% 수준이고, 시설급여비가 43.2% 수준이다. 2012년 재가급여비가 48.7% 수준까지 낮아지고, 시설급여비가 51.1% 수준까지 증가하였다. 2015년 재가급여비는 48.8% 수준이고, 시설급여비용지출은 51.0% 수준을 보이고 있다. 즉, 인정자의 서비스 이용현황(실제 대상자 수) 수준과 지출 수준에는 다소 차이가 있는 것으로 보인다. 이용현황에 있어 재가가 65% 수준이고 시설이 35% 수준이지만 급여비는 재가가 49% 수준이고, 시설이 51% 수준으로 나타나기 때문이다.

〈표 4-52〉 연도별 지출 현황

(단위: 억 원)

구 분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
계	5,549	19,085	25,891	27,878	29,373	33,180	38,497	43,139
보험급여비(A)	4,314	17,467	24,153	26,027	27,328	30,995	35,984	40,361
- 재가급여비(B)	1,646	9,850	13,740	13,745	13,297	14,933	17,023	19,685
B/A	38.2%	56.4%	56.9%	52.8%	48.7%	48.2%	47.3%	48.8%
- 시설급여비(C)	2,629	7,545	10,336	12,211	13,962	15,982	18,867	20,574
C/A	60.9%	43.2%	42.8%	46.9%	51.1%	51.6%	52.4%	51.0%
- 가족요양비	6	17	13	10	10	10	12	1,244
- 의사소견서 발급비용	33	54	61	59	57	69	81	8,806
- 방문간호지시서 발급비용	1	2	2	2	2	2	2	245
관리·운영비	1,079	1,357	1,441	1,556	1,663	1,782	1,977	2,002
기타	156	260	297	295	382	403	536	7,751

자료: 국민건강보험공단(2016), 국민건강보험공단 내부자료.

〈이용 패턴과 수가 체계 변화에 따른 재정추계 시나리오 설정〉
0 가정 1. 판정 도구 변경
- 이와 관련 작업 후 서비스 평가와 관련해서는 크게 변경되는 사항이 없음.

0 가정 2. 케어매니저 체계 개선
- 지역사회 중심 서비스 연계, 재가 및 가족요양중심의 서비스 개선
- 재가서비스 다양화

0 가정 3. 통합재가 시스템 도입
- 독일은 재가 서비스 한 가지로 되어 있고 그 안에서 개별 서비스를 조정, 연계해서 인정자별로 공급자가 제공
- 보험자는 포괄수가 방식으로 월별 한도액을 기본서비스로 한정해서 금액 제공(공급자, 가입자 책임 방식)
- 일본은 우리처럼 6가지 재가서비스를 구분하여 항목별로, 시간별로 마치 행위별 수가 방식으로 심사하여 보험자가 청구금액을 관리, 규제, 심사하여 제공(보험자 책임 방식)
- 기본서비스 이외의 서비스는 개인이 공급자와 계약 하에 추가 부담하는 방식
- 네덜란드나 독일 방식을 이상모델로 하였을 때 재정 흐름을 예측

0 종합적 접근
- 첫째, 시설서비스보다는 재가서비스가 증대될 것으로 예측
- 둘째, 재가서비스를 포괄 수가 방식으로 접근하여 기본서비스만 제공하는 방식 선택
- 셋째, 월한도액을 현재 급여의 80%수준으로 하고, 본인부담을 없애는 방식으로 재설계

나. 인정자 추계

선행 연구에서 나타난 노인장기요양보험 인정자 추이와 실제 인정자 현황을 살펴보면, 2010년의 최인덕 등(2010) 연구와 2011년 최인덕 등(2011)의 연구에서 추정한 결과치는 2010년의 추계값은 실제 값과 비교하였을 때 과추계 된 것을 알 수 있다. 2011년과 2012년의 대상자가 급증하는 것으로 예측하였으나 실제로는 완만한 증가값을 보이고 있다. 2011년의 최인덕 등(2011)의 연구 역시 실제 인정자보다 과추계되었으나 2010년값보다는 편차가 줄어든 것을 알 수 있다.

권순만 등(2011)의 인정자 추계는 2012년과 2013년에는 과추계되었으나 2014년부터는 과소추계되어 나타나고 있다. 이재완, 최인덕(2014)의 인정자 추계에서는 비교적 실제 인정자 추이와 유사한 결과를

보이는 것으로 나타나 2014년의 경우 편차가 1만 명 수준을 보이고 있다. 하지만 2015년 실제 인정자보다 추계값이 1만 명 수준보다 낮게 나타나고 있다.

〈표 4-53〉 기존 인정자 추계연구와 실제 인정자 추이 비교

(단위: 명)

구분	2009	2010	2011	2012	2013	2014
최인덕 등 2010	221,506	339,837	397,937	450,396	507,030	565,828
최인덕 등 2011	309,176	342,896	359,749	377,872	396,495	415,905
권순만 등 2011	-	-	-	375,134	393,918	412,699
이재완, 최인덕 2014	-	-	-	357,041	399,170	433,264
실제 인정자 추이	286,907	315,994	324,412	341,788	378,493	424,572
구분	2015	2016	2017	2018	2019	2020
최인덕 등 2010						
최인덕 등 2011						
권순만 등 2011	431,538	450,321	469,120	487,919	506,718	537,661
이재완, 최인덕 2014	456,564	481,241	507,430			
실제 인정자 추이	467,752					

주: 권순만 등(2011), 최인덕 등(2010; 2011), 이재완, 최인덕(2014)의 연구 결과를 요약함.

하지만 연구의 시작연도가 각기 다르고, 추계 기간 역시 달라 직접적인 비교는 불가능하다. 따라서 인정자 추이는 통계청의 노인인구 추이를 따라 국민건강보험공단에서 추계한 자료를 활용하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 다만, 등급별 인정자 추이는 별도의 시나리오를 고려할 필요가 있을 것이다.

먼저, 추계에 활용한 자료의 자료와 내용을 살펴보면(표 4-36), 국민건강보험공단에서 활용한 인구추계는 통계청의 자료이며, 성, 연령별 추계인구와 국민건강보험공단의 장기요양보험 성, 연령, 등급별 인정자 비율 및 이용자 비율을 적용하였다. 둘째, 자료의 기준시점은 2014년 12월 말 자료이다.

〈표 4-54〉 자료 및 자료

구분	자료	자료
인구	각 연도 성·연령별 추계인구	통계청, 「장래추계인구」
	장기요양보험 성·연령·등급별 인정자 수 및 이용자 수	국민건강보험공단, 「내부 자료」
	성·연령별 기대여명	통계청,「장래인구추계」
지출	성·연령·등급별 장기요양급여비	국민건강보험공단,「내부 자료」

자료: 국민건강보험공단(2016), 국민건강보험공단 내부자료.

통계청에서 발표한 인구 추이를 먼저 살펴보면, 저위, 중위, 고위 시나리오에 따라 전체 인구와 65세 이상 노인인구와 비중은 아래 〈표 4-9〉와 같다.[95]

〈표 4-55〉 통계청 시나리오별 추계인구

(단위: 명, %)

연도	인구 저위			인구 중위			인구 고위		
	전체 인구	65세 이상 인구	65세 이상 비중	전체 인구	65세 이상 인구	65세 이상 비중	전체 인구	65세 이상 인구	65세 이상 비중
2014	49,992	6,296	12.59	50,424	6,386	12.66	50,977	6,467	12.69
2015	50,015	6,497	12.99	50,617	6,624	13.09	51,360	6,740	13.12
2016	50,016	6,697	13.39	50,801	6,864	13.51	51,737	7,015	13.56
2017	49,997	6,911	13.82	50,977	7,119	13.96	52,109	7,309	14.03
2018	49,957	7,145	14.30	51,141	7,396	14.46	52,473	7,628	14.54
2019	49,899	7,421	14.87	51,294	7,716	15.04	52,829	7,991	15.13
2020	49,824	7,744	15.54	51,435	8,084	15.72	53,176	8,405	15.81
2021	49,731	8,095	16.28	51,566	8,485	16.45	53,517	8,855	16.55
2022	49,624	8,472	17.07	51,686	8,911	17.24	53,853	9,333	17.33
2023	49,500	8,869	17.92	51,791	9,360	18.07	54,179	9,837	18.16
2024	49,361	9,287	18.81	51,888	9,834	18.95	54,496	10,368	19.02
2025	49,213	9,728	19.77	51,972	10,331	19.88	54,803	10,923	19.93

자료: 통계청(2015), 장래인구추계.

95) 2060년까지 추정하였으나 본 연구에서는 2025년까지만을 사용하기로 함.

국민건강보험공단에서 인정자를 추계한 방법을 살펴보면, 상기 통계청 인구 추이를 기본으로 65세 이상 노인인구수가 2060년까지 지속적으로 증가할 것으로 보고 있다. 다만, 인구 저위와 중위 시나리오에서는 2050년 이후에는 노인인구비중이 감소하는 것으로 판단하고 있다.

인정자 추이는 2060년까지 증가 양상을 보이며, 시나리오별로 고위 시나리오에서는 인정자 수준이 노인인구 대비 10.59%, 중위 시나리오에서는 10.44%, 저위 시나리오에서는 10.09%를 나타낼 것으로 예측하고 있다. 베이비부머세대의 고령화로 인해 노인인구 대비 인정률은 2020년부터 다소 감소하다가 2030년을 전후하여 다시 증가할 것으로 내다보고 있다.

〈표 4-56〉 국민건강보험공단의 인정자 추이 전망

(단위: 명, %)

구분	시나리오1 (인구중위, 경제중립)		시나리오2 (인구고위, 경제중립)		시나리오3 (인구저위, 경제중립)	
	인정자 수	인정률	인정자 수	인정률	인정자 수	인정률
2014	424,572	6.65	424,572	6.57	424,572	6.74
2015	459,787	6.94	463,349	6.87	455,697	7.01
2016	482,875	7.04	490,263	6.99	474,294	7.08
2017	506,554	7.12	518,145	7.09	493,117	7.14
2018	530,424	7.17	546,561	7.17	511,973	7.17
2019	554,529	7.19	575,623	7.20	531,013	7.16
2020	578,987	7.16	604,975	7.20	550,321	7.11
2021	603,725	7.12	634,916	7.17	569,363	7.03
2022	628,861	7.06	665,861	7.13	589,060	6.95
2023	654,661	6.99	697,471	7.09	609,175	6.87
2024	681,732	6.93	730,347	7.04	630,325	6.79
2025	709,930	6.87	764,593	7.00	652,621	6.71

자료: 국민건강보험공단(2015), 국민건강보험공단 내부자료.

국민건강보험공단의 시나리오 1에 따른 인정자 수에 대비한 등급별 인정자 추이를 산출하면, 아래 표와 같다.[96] 1등급의 비율은 인정자의

96) 인정등급 비율에서 1등급자의 비율을 조정하여 100.0%를 맞춤. 따라서 1등급이 차지하

7.9% 수준인 38,147명이며, 2등급은 14.9% 수준인 71,948명, 3등급은 36.9% 수준인 178,181명, 4등급은 35.6% 수준인 171,904명, 5등급은 4.7% 수준인 22,695명으로 추산되었다. 이러한 비중은 2016년 4월말 현재 기준을 반영한 것이고, 이후에는 2014년부터 2016년까지의 3개년도 등급별 인정자 추이 변화를 반영하여 산출하였다.

따라서 2020년까지는 현재의 등급별 증감 추이를 반영하였고, 2021년부터는 2020년의 증감 추이를 미세하게 조정하여 유사한 수준을 유지하는 것으로 추정하였다. 2020년 전체 인정자는 노인인구 대비 7.16%로 578,987명이며, 이 중 1등급은 6.0% 수준인 34,836명이며, 2등급은 10.5% 수준인 60,504명이다. 3등급은 30.2% 수준인 175,047명이며, 4등급은 44.0%인 254,754명이다. 5등급은 9.3%인 53,846명에 이르는 것으로 나타났다. 2025년에는 노인인구 대비 인정자 비율이 다소 감소한 6.87% 수준으로 예측되었고, 1등급자는 5.1%인 36,206명, 2등급자는 9.0%인 63,894명, 3등급자는 28.2%인 200,200명 4등급자는 46.4%인 329,408명, 5등급자는 11.3%인 80,222명으로 추계되었다. 중증인정자의 비중은 감소하고, 경증과 치매인정자가 증가하는 추이를 고려한 것이다.

〈표 4-57〉 시나리오 1에 따른 등급별 인정자 추이

(단위: 명)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
시나리오1	482,875	506,554	530,424	554,529	578,987
1등급	38,147	37,316	36,688	35,860	34,836
2등급	71,948	68,891	66,568	63,771	60,504
3등급	178,181	177,463	177,338	176,525	175,047
4등급	171,904	192,491	212,170	232,902	254,754
5등급	22,695	30,393	37,660	45,471	53,846

는 비중과 산출값의 차이는 오차 조정에 의한 것임.

구분	2021	2022	2023	2024	2025
시나리오1	603,725	628,861	654,661	681,732	709,930
1등급	33,607	33,958	34,697	35,450	36,206
2등급	56,750	58,484	60,229	62,038	63,894
3등급	172,867	179,225	185,924	192,930	200,200
4등급	277,714	289,905	302,453	315,642	329,408
5등급	62,787	67,288	71,358	75,672	80,222

시나리오 2에 따른 인정자의 등급별 추이를 산정한 결과는 아래 표와 같다. 인정자의 등급별 추정 비율은 시나리오 1과 같다. 인구가 가장 많게 추계된 시나리오에 따른 결과이다. 2020년에는 노인인구 대비 7.2% 수준인 604,975명의 인정자가 발생할 것이며, 1등급자는 36,400명, 2등급자는 63,220명, 3등급자는 182,904명, 4등급자는 266,189명이며, 5등급자는 56,263명에 이를 것으로 추정된다. 2025년에는 노인인구 대비 7.0% 수준인 764,593명으로 추정되며, 1등급자는 38,994명, 2등급자는 68,813명, 3등급자는 215,615명, 4등급자는 354,771명, 5등급자는 86,399명에 이를 것으로 보인다.

〈표 4-58〉 시나리오 2에 따른 등급별 인정자 추이

(단위: 명)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
시나리오1	490,263	518,145	546,561	575,623	604,975
1등급	38,731	38,170	37,804	37,224	36,400
2등급	73,049	70,468	68,593	66,197	63,220
3등급	180,907	181,523	182,734	183,240	182,904
4등급	174,534	196,895	218,624	241,762	266,189
5등급	23,042	31,089	38,806	47,201	56,263

구분	2021	2022	2023	2024	2025
시나리오1	634,916	665,861	697,471	730,347	764,593
1등급	35,344	35,956	36,966	37,978	38,994
2등급	59,682	61,925	64,167	66,462	68,813
3등급	181,798	189,770	198,082	206,688	215,615
4등급	292,061	306,962	322,232	338,151	354,771
5등급	66,031	71,247	76,024	81,069	86,399

끝으로 시나리오 3에 따른 인정자 추이를 산출한 결과는 아래 표와 같다. 2020년 노인인구 대비 인정자 비율은 7.08%인 550,321명이고, 1등급자는 33,111명, 2등급자는 57,509명이며, 3등급자는 166,380명, 4등급자는 242,141명, 그리고 5등급자는 51,180명으로 산출된다. 2025년에는 노인인구 대비 인정자 비율이 6.71%로 652,621명이며, 1등급자는 33,284명, 2등급자는 58,736명, 3등급자는 184,039명, 4등급자는 302,816명, 그리고 5등급자는 73,746명으로 나타났다.

〈표 4-59〉 시나리오 3에 따른 등급별 인정자 추이

(단위: 명)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
시나리오1	474,294	493,117	511,973	531,013	550,321
1등급	37,469	36,326	35,412	34,339	33,111
2등급	70,670	67,064	64,253	61,066	57,509
3등급	175,014	172,755	171,170	169,039	166,380
4등급	168,849	187,384	204,789	223,025	242,141
5등급	22,292	29,587	36,350	43,543	51,180
구분	2021	2022	2023	2024	2025
시나리오1	569,363	589,060	609,175	630,325	652,621
1등급	31,695	31,809	32,286	32,777	33,284
2등급	53,520	54,783	56,044	57,360	58,736
3등급	163,028	167,882	173,006	178,382	184,039
4등급	261,907	271,557	281,439	291,840	302,816
5등급	59,214	63,029	66,400	69,966	73,746

이상과 같은 시나리오별 인정자 추이가 산출되었고, 다음 절에서는 이를 토대로 등급별 이용 패턴과 수가, 급여비 지출 내용의 변화를 반영하여 소요재정을 추계하도록 한다.

다. 재정추계

기본추계를 바탕으로 총 4개의 시나리오별 재정추계를 작성하였다. 현행 기준의 등급별 이용률과 등급별 평균 급여비를 적용하였고 개별 시나리오별로 조건을 달리하는 방법을 사용하였다.

〈표 4-60〉 시나리오별 재정추계 적용 변수와 내용

<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>기본추계</th><th colspan="2">시나리오A(C)</th><th colspan="2">시나리오B(D)</th><th colspan="2">시나리오C(B)</th><th colspan="2">시나리오D(A)</th></tr>
<tr><td colspan="2">적용내용</td><td>현행
기준</td><td colspan="2">'21년부터
급여비용 변화</td><td colspan="2">'21년부터 모두
변화</td><td colspan="2">'21년부터
모두 변화</td><td colspan="2">2021년부터
모두 변화</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">평균급여
비용</td><td rowspan="2">현행</td><td>'16~'
20</td><td>'21~'
25</td><td>'16~
'20</td><td>'21~
'25</td><td>'16~'
20</td><td>'21~
'25</td><td>'16~'
20</td><td>'21~'
25</td></tr>
<tr><td>현행</td><td>※재가
:현행
×90%
※시설
:현행
×80%</td><td>현행</td><td>※재가:
현행×
90%
※시설:
현행×
80%</td><td>현행</td><td>※재가
,시설:
현행×
80%</td><td>현행</td><td>※재가
/시설:
현행×
80%</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">등급</td><td>이용비율/
적용기간</td><td colspan="2">이용비율/
적용기간</td><td colspan="2">이용비율/
적용기간</td><td colspan="2">이용비율/
적용기간</td><td colspan="2">이용비율/
적용기간</td></tr>
<tr><td>'16~'25</td><td colspan="2">'16~'25</td><td>'16~
'20</td><td>'21~
'25</td><td>'16~'
20</td><td>'21~
'25</td><td>'16~'
20</td><td>'21~
'25</td></tr>
<tr><td rowspan="5">재가
이용률</td><td>1등급</td><td>33%</td><td colspan="2">33%</td><td>33%</td><td>40%</td><td>33%</td><td rowspan="5">75%</td><td>33%</td><td rowspan="5">80%</td></tr>
<tr><td>2등급</td><td>39%</td><td colspan="2">39%</td><td>39%</td><td>50%</td><td>39%</td><td>39%</td></tr>
<tr><td>3등급</td><td>64%</td><td colspan="2">64%</td><td>64%</td><td>70%</td><td>64%</td><td>64%</td></tr>
<tr><td>4등급</td><td>80%</td><td colspan="2">80%</td><td>80%</td><td>90%</td><td>80%</td><td>80%</td></tr>
<tr><td>5등급</td><td>90%</td><td colspan="2">90%</td><td>90%</td><td>95%</td><td>90%</td><td>90%</td></tr>
</table>

구 분		기본추계	시나리오A(C)	시나리오B(D)		시나리오C(B)		시나리오D(A)	
시설 이용률	1등급	67%	67%	67%	60%	67%	25%	67%	20%
	2등급	61%	61%	61%	50%	61%		61%	
	3등급	36%	36%	36%	30%	36%		36%	
	4등급	20%	20%	20%	10%	20%		20%	
	5등급	10%	10%	10%	5%	10%		10%	

주: 2016년 4월 기준 서비스별 평균 이용률은 재가 64.6%, 시설 35.4%임.

1) 재정지출 기본추계

노인인구 증가와 인정자, 이용자 추이를 기본적으로 반영하고, 재정지출 추이는 현행 등급별 평균 급여비를 적용하여 산출하였다. 이용률은 평균 이용률이 재가서비스의 경우 64.6%이고, 시설서비스는 35.4%이나 개별 등급별 이용률은 앞서 〈표 4-42〉에서 제기한 비율을 반영하고, 이를 2025년까지 지속하는 것으로 계산하였다.

〈재정추계 시나리오〉

-2025년까지 현행 급여 수준(시설, 재가 평균급여비)을 유지하는 것으로 추정 (2016년 4월 기준)
-수가의 상승률은 평균 물가인상률(또는 명목임금상승률)인 3.0% 수준을 적용함
-시설과 재가 서비스 이용률을 각각 등급별 현행 수준으로 적용함(〈표 4-42〉참조)
-등급별 시설과 재가 평균 급여비용 역시 현행 수준을 적용함(〈표 4-42〉참조

산출된 결과는 〈표 4-61〉부터 〈표 4-64〉까지이며, 연간 6.8%~7.2%의 상승률을 보이고 있다. 이는 임금상승률의 반영 결과에 따른 것으로 보이며, 더불어 노인인구와 인정자 변화가 작동한 결과로 해석된다. 시나

리오별 재정추계는 국민건강보험공단에서 추계한 결과값과 유사한 것으로 나타났으며, 대략 2025년 9조 9,862억 원에서 10조 7,552억 원 규모의 분포를 보이고 있다. GDP 대비 비중도 역시 유사한 수준으로 0.35~0.44% 수준을 보이고 있다.

〈표 4-61〉 시나리오 1(인구 중위)의 인정자와 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	46,707,554	47,060,987	47,656,765	47,978,164	48,006,928
2등급	80,938,105	79,824,080	79,446,246	78,390,930	76,606,574
3등급	164,767,927	169,026,978	173,975,817	178,373,217	182,186,140
4등급	140,619,779	162,184,095	184,127,772	208,183,794	234,548,187
5등급	18,956,234	26,147,712	33,371,478	41,502,023	50,619,766
소계	451,989,599	484,243,853	518,578,078	554,428,129	591,967,596
연합계	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
전년대비 증가율		7.1	7.1	6.9	6.8
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	47,702,670	49,647,465	52,249,029	54,984,481	57,842,365
2등급	74,009,109	78,558,467	83,329,142	88,406,645	93,783,212
3등급	185,314,236	197,894,836	211,449,652	226,000,554	241,552,341
4등급	263,356,964	283,165,688	304,285,116	327,080,129	351,584,908
5등급	60,796,433	67,109,076	73,303,214	80,067,069	87,427,582
소계	631,179,413	676,375,533	724,616,153	776,538,879	832,190,407
연합계	7,574,152,954	8,116,506,395	8,695,393,833	9,318,466,550	9,986,284,887
전년대비 증가율	6.6	7.2	7.1	7.2	7.2

〈표 4-62〉 시나리오 2(인구 고위)의 인정자와 재정지출 추계

(단위:천 원,%)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	47,422,181	48,138,007	49,106,199	49,803,179	50,161,612
2등급	82,176,460	81,650,620	81,863,226	81,372,881	80,045,083
3등급	167,288,881	172,894,664	179,268,654	185,158,443	190,363,618
4등급	142,771,265	165,895,202	189,729,461	216,103,000	245,075,951
5등급	19,246,265	26,746,026	34,386,733	43,080,738	52,891,849
소계	458,905,051	495,324,519	534,354,273	575,518,242	618,538,113
연합계	5,506,860,615	5,943,894,222	6,412,251,273	6,906,218,901	7,422,457,355
전년대비 증가율		7.9	7.9	7.7	7.5
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	50,168,066	52,568,550	55,665,730	58,905,480	62,296,096
2등급	77,832,734	83,180,575	88,778,253	94,711,013	101,004,306
3등급	194,888,358	209,538,282	225,276,899	242,116,883	260,151,324
4등급	276,963,105	299,826,175	324,183,118	350,404,545	378,656,148
5등급	63,937,435	71,057,542	78,096,703	85,776,733	94,159,308
소계	663,789,698	716,171,123	772,000,704	831,914,654	896,267,181
연합계	7,965,476,377	8,594,053,478	9,264,008,444	9,982,975,846	10,755,206,176
전년대비 증가율	7.3	7.9	7.8	7.8	7.7

〈표 4-63〉 시나리오 3(인구 저위)의 인정자와 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	45,877,531	45,811,982	45,998,927	45,943,339	45,629,215
2등급	79,499,782	77,706,643	76,682,678	75,066,593	72,813,736
3등급	161,839,895	164,543,319	167,924,003	170,808,916	173,165,993
4등급	138,120,875	157,881,952	177,722,818	199,355,311	222,935,563
5등급	18,619,369	25,454,110	32,210,638	39,742,040	48,113,551
소계	443,957,452	471,398,006	500,539,064	530,916,199	562,658,058
연합계	5,327,489,426	5,656,776,077	6,006,468,768	6,370,994,394	6,751,896,694
전년대비 증가율		6.2	6.2	6.1	6.0
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	44,988,219	46,505,247	48,618,754	50,838,296	53,173,048
2등급	69,796,759	73,586,453	77,539,414	81,740,213	86,212,575
3등급	174,766,772	185,369,950	196,758,080	208,958,652	222,053,062
4등급	248,367,570	265,243,957	283,143,315	302,416,173	323,203,265
5등급	57,336,104	62,861,702	68,210,089	74,029,494	80,370,003
소계	595,255,425	633,567,309	674,269,652	717,982,828	765,011,953
연합계	7,143,065,096	7,602,807,706	8,091,235,828	8,615,793,931	9,180,143,435
전년대비 증가율	5.8	6.4	6.4	6.5	6.6

〈표 4-64〉 시나리오별 재정 추이 전망

(단위: 억 원, %)

구분	시나리오1	GDP 대비 비중	시나리오2	GDP 대비 비중	시나리오3	GDP 대비 비중
2016	54,239	0.36	55,069	0.36	53,275	0.35
2017	58,109	0.36	59,439	0.37	56,568	0.35
2018	62,229	0.36	64,123	0.38	60,065	0.35
2019	66,531	0.37	69,062	0.38	63,710	0.35
2020	71,036	0.37	74,225	0.39	67,519	0.35
2021	75,742	0.38	79,655	0.40	71,431	0.36
2022	81,165	0.39	85,941	0.41	76,028	0.36
2023	86,954	0.39	92,640	0.42	80,912	0.37
2024	93,185	0.40	99,830	0.43	86,158	0.37
2025	99,863	0.41	107,552	0.44	91,801	0.38

2) 시나리오 A 재정추계

기본 추계에서 등급별 이용률은 현행 수준을 적용하되, 평균 급여비용을 2021년부터 각각 재가서비스의 경우에는 현행 90% 수준으로 하고, 시설서비스의 경우에는 현행 80% 수준을 반영하여 재정지출 규모가 절감될 것으로 예측한 모형이다. 자세한 시나리오 A의 재정추계 내용은 아래 상자와 같다.

〈재정지출 추계 시나리오 A〉
1. 2020년까지 현행 급여 수준(시설, 재가 평균급여비)을 유지하는 것으로 추정 (2016년 4월 기준)
2. 수가의 상승률은 평균 물가인상률(또는 명목임금상승률)인 3.0%수준을 적용함
3. 현행 시설과 재가 서비스 이용률을 2025년까지 등급별로 반영함(2016년 4월 기준 적용)
   재가: 1등급33%, 2등급75%, 3등급64%, 4등급80%, 5등급90%
   시설: 1등급67%, 2등급61%, 3등급36%, 4등급20%, 5등급10%
4. 등급별 시설과 재가 평균 급여비용을 2021년부터 통합재가서비스, 시설서비스 균형화 등을 반영하여 현행 등급별 1인당 지출 수준에서 재가서비스는 90% 수준, 시설서비스는 80% 수준만 지출하는 것으로 가정함

추계 결과 기본추계에서보다 약간 낮은 수준의 지출 규모를 보이고 있다. 2025년에 대략 7조 8,574억 원에서 9조 2,056억 원 규모의 분포를 보이고, GDP 대비 0.36%에서 0.32%까지 감소하는 것으로 나타났다. 결과적으로 급여 수준의 하향 조정과 재가서비스 비용을 시설서비스보다 상대적으로 높게 한 영향으로 보인다.

〈표 4-65〉 시나리오 A의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	46,707,554	47,060,987	47,656,765	47,978,164	48,006,928
2등급	80,938,105	79,824,080	79,446,246	78,390,930	76,606,574
3등급	164,767,927	169,026,978	173,975,817	178,373,217	182,186,140
4등급	140,619,779	162,184,095	184,127,772	208,183,794	234,548,187
5등급	18,956,234	26,147,712	33,371,478	41,502,023	50,619,766
소계	451,989,599	484,243,853	518,578,078	554,428,129	591,967,596
연합계	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
전년대비 증가율		7.1	7.1	6.9	6.8
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	46,707,554	47,060,987	47,656,765	47,978,164	48,006,928
2등급	80,938,105	79,824,080	79,446,246	78,390,930	76,606,574
3등급	164,767,927	169,026,978	173,975,817	178,373,217	182,186,140
4등급	140,619,779	162,184,095	184,127,772	208,183,794	234,548,187
5등급	18,956,234	26,147,712	33,371,478	41,502,023	50,619,766
소계	451,989,599	484,243,853	518,578,078	554,428,129	591,967,596
연합계	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
전년대비 증가율		7.1	7.1	6.9	6.8

〈표 4-66〉 시나리오 A의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	47,422,181	48,138,007	49,106,199	49,803,179	50,161,612
2등급	82,176,460	81,650,620	81,863,226	81,372,881	80,045,083
3등급	167,288,881	172,894,664	179,268,654	185,158,443	190,363,618
4등급	142,771,265	165,895,202	189,729,461	216,103,000	245,075,951
5등급	19,246,265	26,746,026	34,386,733	43,080,738	52,891,849
소계	458,905,051	495,324,519	534,354,273	575,518,242	618,538,113
연합계	5,506,860,615	5,943,894,222	6,412,251,273	6,906,218,901	7,422,457,355
전년대비 증가율		7.9	7.9	7.7	7.5
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	40,991,523	42,952,920	45,483,576	48,130,724	50,901,141
2등급	64,085,870	68,489,171	73,098,185	77,983,096	83,164,865
3등급	165,491,958	177,932,129	191,296,779	205,596,668	220,910,845
4등급	240,529,756	260,385,284	281,538,172	304,310,278	328,845,500
5등급	56,572,357	62,872,285	69,100,592	75,895,944	83,312,914
소계	567,671,463	612,631,789	660,517,303	711,916,711	767,135,265
연합계	6,812,057,561	7,351,581,470	7,926,207,635	8,543,000,530	9,205,623,185
전년대비 증가율	-8.2	7.9	7.8	7.8	7.8

〈표 4-67〉 시나리오 A의 시나리오 3(인구 저위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	45,877,531	45,811,982	45,998,927	45,943,339	45,629,215
2등급	79,499,782	77,706,643	76,682,678	75,066,593	72,813,736
3등급	161,839,895	164,543,319	167,924,003	170,808,916	173,165,993
4등급	138,120,875	157,881,952	177,722,818	199,355,311	222,935,563
5등급	18,619,369	25,454,110	32,210,638	39,742,040	48,113,551
소계	443,957,452	471,398,006	500,539,064	530,916,199	562,658,058
연합계	5,327,489,426	5,656,776,077	6,006,468,768	6,370,994,394	6,751,896,694
전년대비 증가율	-	6.2	6.2	6.1	6.0
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	36,759,153	37,998,692	39,725,605	41,539,157	43,446,845
2등급	57,469,214	60,589,569	63,844,356	67,303,207	70,985,658
3등급	148,405,454	157,409,279	167,079,657	177,439,929	188,559,216
4등급	215,695,845	230,352,214	245,896,985	262,634,578	280,687,214
5등급	50,731,446	55,620,540	60,352,836	65,501,893	71,112,026
소계	509,061,112	541,970,294	576,899,438	614,418,764	654,790,959
연합계	6,108,733,347	6,503,643,524	6,922,793,257	7,373,025,163	7,857,491,513
전년대비 증가율	-9.5	6.5	6.4	6.5	6.6

〈표 4-68〉 시나리오별 재정 추이 전망

(단위: 억 원, %)

연도	시나리오1	GDP대비 비중	시나리오2	GDP대비 비중	시나리오3	GDP대비 비중
2016	54,239	0.36	55,069	0.36	53,275	0.35
2017	58,109	0.36	59,439	0.37	56,568	0.35
2018	62,229	0.36	64,123	0.38	60,065	0.35
2019	66,531	0.37	69,062	0.38	63,710	0.35
2020	71,036	0.37	74,225	0.39	67,519	0.35
2021	64,774	0.32	68,121	0.34	61,087	0.31
2022	69,431	0.33	73,516	0.35	65,036	0.31
2023	74,397	0.34	79,262	0.36	69,228	0.31
2024	79,743	0.34	85,430	0.37	73,730	0.32
2025	85,475	0.35	92,056	0.38	78,575	0.32

3) 시나리오 B 재정추계

기본 추계에서 등급별 이용률은 2020년까지 현행 수준을 적용하되, 2021년부터 이용률과 평균 급여비용을 모두 새롭게 적용하였다. 이용률은 현행 수준보다 재가서비스 이용률이 5~10%p 향상될 것으로 예측하였고, 평균급여비용은 각각 재가서비스의 경우에 현행 90% 수준으로 하였다. 시설서비스의 경우에는 현행 80% 수준을 반영하였다. 자세한 시나리오 B의 재정추계 내용은 아래 상자와 같다.

〈재정지출 추계 시나리오 B〉

1. 2020년까지 현행 급여 수준(시설, 재가 평균급여비)을 유지하는 것으로 추정(2016년 4월 기준)
2. 수가의 상승률은 평균 물가인상률(또는 명목임금상승률)인 3.0%수준을 적용함
3. 현행 등급별 시설, 재가 이용률을 2021년부터 조정함(재가증가, 시설감소 평균 재가 69%, 시설 31% 수준임)
   재가: 1등급40%, 2등급50%, 3등급70%, 4등급90%, 5등급95%
   시설: 1등급60%, 2등급50%, 3등급30%, 4등급10%, 5등급5%
4. 등급별 시설과 재가 평균 급여비용을 2021년부터 통합재가서비스, 시설서비스 균형화 등을 반영하여 현행 등급별 1인당 지출 수준에서 재가서비스는 90% 수준, 시설서비스는 80% 수준만 지출하는 것으로 가정함

추계결과보다 정교하게 이용률과 평균급여비용을 적용하였으나, 재정절감 효과는 크지 않은 것으로 나타났다. 앞서 추정한 시나리오 A보다 약간 낮은 수준의 지출규모를 보이고 있어, 등급별 급여비용의 적용보다는 평균급여비용의 일괄적인 하향조정이 보다 효과적일 것으로 판단된다.

〈표 4-69〉 시나리오 B의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	46,707,554	47,060,987	47,656,765	47,978,164	48,006,928
2등급	80,938,105	79,824,080	79,446,246	78,390,930	76,606,574
3등급	164,767,927	169,026,978	173,975,817	178,373,217	182,186,140
4등급	140,619,779	162,184,095	184,127,772	208,183,794	234,548,187
5등급	18,956,234	26,147,712	33,371,478	41,502,023	50,619,766
소계	451,989,599	484,243,853	518,578,078	554,428,129	591,967,596
연합계	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
전년대비 증가율	-	7.1	7.1	6.9	6.8
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	37,226,968	38,744,678	40,774,927	42,909,663	45,139,944
2등급	57,149,276	60,662,255	64,346,135	68,266,944	72,418,688
3등급	152,487,897	162,839,984	173,993,716	185,967,090	198,764,052
4등급	215,763,521	231,992,444	249,295,204	267,970,739	288,047,053
5등급	52,676,721	58,146,276	63,513,150	69,373,654	75,751,129
소계	515,304,383	552,385,637	591,923,132	634,488,090	680,120,866
연합계	6,183,652,591	6,628,627,648	7,103,077,590	7,613,857,082	8,161,450,390
전년대비 증가율	-13.0	7.2	7.2	7.2	7.2

〈표 4-70〉 시나리오 B의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	47,422,181	48,138,007	49,106,199	49,803,179	50,161,612
2등급	82,176,460	81,650,620	81,863,226	81,372,881	80,045,083
3등급	167,288,881	172,894,664	179,268,654	185,158,443	190,363,618
4등급	142,771,265	165,895,202	189,729,461	216,103,000	245,075,951
5등급	19,246,265	26,746,026	34,386,733	43,080,738	52,891,849
소계	458,905,051	495,324,519	534,354,273	575,518,242	618,538,113
연합계	5,506,860,615	5,943,894,222	6,412,251,273	6,906,218,901	7,422,457,355
전년대비 증가율	-	7.9	7.9	7.7	7.5
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	39,150,953	41,024,280	43,441,307	45,969,595	48,615,617
2등급	60,101,850	64,231,412	68,553,897	73,135,129	77,994,763
3등급	160,366,070	172,420,924	185,371,622	199,228,591	214,068,433
4등급	226,910,782	245,642,075	265,597,271	287,080,004	310,226,023
5등급	55,398,225	61,567,401	67,666,442	74,320,760	81,583,794
소계	541,927,879	584,886,092	630,630,539	679,734,079	732,488,630
연합계	6,503,134,553	7,018,633,107	7,567,566,465	8,156,808,949	8,789,863,561
전년대비 증가율	-12.4	7.9	7.8	7.8	7.8

〈표 4-71〉 시나리오 B의 시나리오 3(인구 저위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	45,877,531	45,811,982	45,998,927	45,943,339	45,629,215
2등급	79,499,782	77,706,643	76,682,678	75,066,593	72,813,736
3등급	161,839,895	164,543,319	167,924,003	170,808,916	173,165,993
4등급	138,120,875	157,881,952	177,722,818	199,355,311	222,935,563
5등급	18,619,369	25,454,110	32,210,638	39,742,040	48,113,551
소계	443,957,452	471,398,006	500,539,064	530,916,199	562,658,058
연합계	5,327,489,426	5,656,776,077	6,006,468,768	6,370,994,394	6,751,896,694
전년대비 증가율		6.2	6.2	6.1	6.0
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	35,108,621	36,292,503	37,941,876	39,673,997	41,496,028
2등급	53,896,531	56,822,904	59,875,350	63,119,176	66,572,700
3등급	143,808,798	152,533,741	161,904,592	171,943,969	182,718,851
4등급	203,482,986	217,309,500	231,974,114	247,764,013	264,794,495
5등급	49,678,539	54,466,162	59,100,242	64,142,432	69,636,130
소계	485,975,475	517,424,810	550,796,174	586,643,586	625,218,204
연합계	5,831,705,699	6,209,097,722	6,609,554,091	7,039,723,037	7,502,618,448
전년대비 증가율	-13.6	6.5	6.4	6.5	6.6

〈표 4-72〉 시나리오별 재정 추이 전망

(단위: 억 원, %)

구분	시나리오1	GDP대비 비중	시나리오2	GDP대비 비중	시나리오3	GDP대비 비중
2016	54,239	0.36	55,069	0.36	53,275	0.35
2017	58,109	0.36	59,439	0.37	56,568	0.35
2018	62,229	0.36	64,123	0.38	60,065	0.35
2019	66,531	0.37	69,062	0.38	63,710	0.35
2020	71,036	0.37	74,225	0.39	67,519	0.35
2021	61,837	0.31	65,031	0.32	58,317	0.29
2022	66,286	0.32	70,186	0.33	62,091	0.30
2023	71,031	0.32	75,676	0.34	66,096	0.30
2024	76,139	0.33	81,568	0.35	70,397	0.30
2025	81,615	0.34	87,899	0.36	75,026	0.31

4) 시나리오 C 재정추계

기본 추계에서 등급별 이용률은 2020년까지 현행 수준을 적용하되, 2021년부터 이용률과 평균 급여비용을 모두 새롭게 적용하였다. 이용률은 현행 수준의 평균 이용률에서 적용값을 변경하여 적용하였다. 즉, 2021년부터 재가서비스의 평균이용률을 75%로, 시설서비스 평균이용률을 25%로 하여 각 등급별로 일괄 적용하는 방식을 선택하였다. 등급별 평균 급여율 역시 재가, 시설서비스 모두 현행의 80% 수준으로 일괄 적용하였다. 상세한 재정추계 시나리오는 아래 상자와 같다.

〈재정지출 추계 시나리오 C〉
1. 2020년까지 현행 급여 수준(시설, 재가 평균급여비)을 유지하는 것으로 추정 (2016년 4월 기준)
2. 수가의 상승률은 평균 물가인상률(또는 명목임금상승률)인 3.0% 수준을 적용함
3. 시설과 재가 서비스 이용률을 각각 25%, 75% 수준으로 변화될 것으로 예측하고, 2021년부터 적용함
4. 등급별 시설과 재가 평균 급여비용을 2021년부터 통합재가서비스, 시설서비스 균형화 등을 반영하여 현행 등급별 1인당 지출 수준의 80%수준만 지출하는 것으로 가정함

시나리오 A, B와 달리 평균이용률을 등급에 일괄 적용하는 방식과 현행의 80% 수준의 급여지출을 상정한 결과 앞의 추정값보다는 상대적으로 낮은 증가율을 보이고 있다. 물론 2021년부터 적용하였기 때문에 이러한 효과는 2021년부터 나타나고 있다. 대략적인 재정규모는 2025년에 7조 21억 원에서 8조 2,226억 원에 이를 것으로 추정되며, GDP 대비 지출 규모는 0.29%에서 0.31% 수준으로 나타났다.

〈표 4-73〉 시나리오 C의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	36,082,770	36,355,807	36,816,060	37,064,349	37,086,570
2등급	67,333,173	66,406,406	66,092,082	65,214,155	63,729,732
3등급	164,131,291	168,373,886	173,303,603	177,684,013	181,482,203
4등급	156,246,698	180,207,432	204,589,686	231,319,026	260,613,264
5등급	21,733,859	29,979,093	38,261,345	47,583,245	58,036,996
소계	445,527,792	481,322,623	519,062,776	558,864,788	600,948,766
연합계	5,346,333,499	5,775,871,478	6,228,753,309	6,706,377,452	7,211,385,188
전년대비 증가율	-	8.0	7.8	7.7	7.5
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	26,624,207	27,709,652	29,161,659	30,688,392	32,283,457
2등급	45,212,026	47,991,220	50,905,616	54,007,453	57,291,988
3등급	137,749,709	147,101,251	157,176,958	167,993,086	179,553,202
4등급	218,287,277	234,706,027	252,211,175	271,105,155	291,416,299
5등급	52,845,839	58,332,953	63,717,058	69,596,377	75,994,326
소계	480,719,057	515,841,104	553,172,465	593,390,463	636,539,273
연합계	5,768,628,686	6,190,093,242	6,638,069,583	7,120,685,559	7,638,471,274
전년대비 증가율	-20.0	7.3	7.2	7.3	7.3

〈표 4-74〉 시나리오 C의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	36,634,838	37,187,832	37,935,785	38,474,219	38,751,118
2등급	68,363,373	67,925,921	68,102,791	67,694,868	66,590,260
3등급	166,642,504	172,226,627	178,575,990	184,443,022	189,628,085
4등급	158,637,276	184,330,950	210,813,883	240,118,284	272,310,966
5등급	22,066,388	30,665,076	39,425,363	49,393,287	60,642,003
소계	452,344,378	492,336,407	534,853,811	580,123,680	627,922,433
연합계	5,428,132,540	5,908,036,881	6,418,245,735	6,961,484,163	7,535,069,191
전년대비 증가율	-	8.8	8.6	8.5	8.2
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	28,000,215	29,339,992	31,068,616	32,876,812	34,769,210
2등급	47,547,871	50,814,857	54,234,468	57,858,780	61,703,341
3등급	144,866,444	155,756,178	167,455,171	179,972,844	193,378,392
4등급	229,564,925	248,515,316	268,703,925	290,437,938	313,854,693
5등급	55,576,080	61,765,062	67,883,683	74,559,365	81,845,717
소계	505,555,535	546,191,405	589,345,864	635,705,739	685,551,353
연합계	6,066,666,418	6,554,296,858	7,072,150,365	7,628,468,865	8,226,616,239
전년대비 증가율	-19.5	8.0	7.9	7.9	7.8

〈표 4-75〉 시나리오 C의 시나리오 3(인구 저위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	35,441,556	35,390,918	35,535,338	35,492,395	35,249,726
2등급	66,136,619	64,644,890	63,793,044	62,448,608	60,574,434
3등급	161,214,572	163,907,550	167,275,172	170,148,938	172,496,908
4등급	153,470,093	175,427,197	197,472,956	221,509,443	247,710,142
5등급	21,347,634	29,183,859	36,930,409	45,565,375	55,163,549
소계	437,610,476	468,554,414	501,006,919	535,164,759	571,194,760
연합계	5,251,325,707	5,622,652,972	6,012,083,027	6,421,977,112	6,854,337,123
전년대비 증가율	-	7.1	6.9	6.8	6.7
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	25,109,196	25,955,892	27,135,500	28,374,289	29,677,380
2등급	42,638,709	44,953,826	47,368,682	49,934,942	52,667,100
3등급	129,909,458	137,791,122	146,256,266	155,325,322	165,058,795
4등급	205,863,098	219,851,338	234,687,483	250,662,074	267,891,759
5등급	49,838,031	54,641,024	59,289,982	64,348,360	69,859,695
소계	453,358,491	483,193,202	514,737,912	548,644,986	585,154,729
연합계	5,440,301,895	5,798,318,429	6,176,854,950	6,583,739,835	7,021,856,748
전년대비 증가율	-20.6	6.6	6.5	6.6	6.7

〈표 4-76〉 시나리오별 재정 추이 전망

(단위: 억 원, %)

구분	시나리오1	GDP대비 비중	시나리오2	GDP대비 비중	시나리오3	GDP대비 비중
2016	53,463	0.35	54,281	0.36	52,513	0.34
2017	57,759	0.36	59,080	0.37	56,227	0.35
2018	62,288	0.36	64,182	0.38	60,121	0.35
2019	67,064	0.37	69,615	0.39	64,220	0.36
2020	72,114	0.38	75,351	0.40	68,543	0.36
2021	57,686	0.29	60,667	0.30	54,403	0.27
2022	61,901	0.29	65,543	0.31	57,983	0.28
2023	66,381	0.30	70,722	0.32	61,769	0.28
2024	71,207	0.31	76,285	0.33	65,837	0.28
2025	76,385	0.31	82,266	0.34	70,219	0.29

5) 시나리오 D 재정추계

기본 추계에서 등급별 이용률은 2020년까지 현행 수준을 적용하되, 2021년부터 이용률과 평균 급여비용을 모두 새롭게 적용하였다. 2021년부터 재가서비스의 평균이용률을 80%로, 시설서비스 평균이용률을 20%로 하여 각 등급별로 일괄 적용하는 방식을 선택하였다. 등급별 평균 급여율 역시 재가, 시설서비스 모두 현행의 80% 수준으로 일괄 적용하였다. 상세한 재정추계 내용은 아래 상자와 같다.

〈재정지출 추계 시나리오 D〉
1. 2020년까지 현행 급여 수준(시설, 재가 평균급여비)을 유지하는 것으로 추정(2016년 4월 기준)
2. 수가의 상승률은 평균 물가인상률(또는 명목임금상승률)인 3.0% 수준을 적용함
3. 시설과 재가 서비스 이용률을 각각 20%, 80% 수준으로 변화될 것으로 예측하고, 2021년부터 적용함
4. 등급별 시설과 재가 평균 급여비용을 2021년부터 통합재가서비스, 시설서비스 균형화 등을 반영하여 현행 등급별 1인당 지출 수준의 80% 수준만 지출하는 것으로 가정함

이상의 재정지출 시나리오를 반영한 결과 인구 중위 시나리오 1의 재정 추이는 〈표 4-77〉과 같다. 앞서 언급한 가정 하에 추계한 결과 인구 중위의 시나리오 1에서는 2016년에는 5조 3463억 원의 재정이 소요될 것으로 예측되며, 지속적으로 약 8~7% 중반 수준의 연평균 증가율로 재정지출이 증가하는 것으로 나타났다. 2020년에는 7조 2,114억 원 규모의 재정이 소요될 것으로 예측되었다. 반면 2021년부터 시설과 재가 비율이 각각 20%, 80% 수준으로 변화하고, 현재 1인당, 등급별 지출액의 80%수준으로 급여비를 동결하는 시나리오를 설정한 결과, 2021년에는 전년 대비 22.9% 감소하여 5조 5,634억 원의 재정이 소요될 것으로 예

측되었다. 이후 연평균 증가율은 7% 수준을 보이며 2025년에는 7조 3,683억 원이 소요되는 것으로 나타났다. 즉, 2020년 수준의 재정규모와 비슷한 수준을 유지할 것으로 예측되었다.

〈표 4-77〉 시나리오 D의 시나리오 1(인구 중위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	36,082,770	36,355,807	36,816,060	37,064,349	37,086,570
2등급	67,333,173	66,406,406	66,092,082	65,214,155	63,729,732
3등급	164,131,291	168,373,886	173,303,603	177,684,013	181,482,203
4등급	156,246,698	180,207,432	204,589,686	231,319,026	260,613,264
5등급	21,733,859	29,979,093	38,261,345	47,583,245	58,036,996
소계	445,527,792	481,322,623	519,062,776	558,864,788	600,948,766
연합계	5,346,333,499	5,775,871,478	6,228,753,309	6,706,377,452	7,211,385,188
전년대비 증가율	-	8.0	7.8	7.7	7.5
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	25,250,644	26,280,091	27,657,187	29,105,155	30,617,929
2등급	43,268,240	45,927,948	48,717,047	51,685,528	54,828,851
3등급	132,976,217	142,003,697	151,730,247	162,171,560	173,331,079
4등급	210,685,571	226,532,551	243,428,093	261,664,103	281,267,926
5등급	51,442,941	56,784,389	62,025,562	67,748,803	73,976,906
소계	463,623,614	497,528,676	533,558,136	572,375,149	614,022,692
연합계	5,563,483,369	5,970,344,111	6,402,697,634	6,868,501,790	7,368,272,307
전년대비 증가율	-22.9	7.3	7.2	7.3	7.3

인구 고위의 시나리오 2에서는 2016년 5조 4,281억 원이 소요되며, 이후 연평균 증가율은 8% 중반대를 유지하는 것으로 나타났다. 또한 2020년에는 7조 5,351억 원이 소요되다가 2021년에는 재정지출이 22.4% 감소하는 것으로 나타나 5조 8,509억 원이 소요될 것으로 추계되었다. 이후 연평균 증가율은 8% 초반대로 2025년에는 7조 9,356억 원이

소요되는 것으로 나타났다. 시나리오1보다는 다소 높은 약 4천억 원가량이 2025년에 더 소요될 것으로 예측되었다.

〈표 4-78〉 시나리오 C의 시나리오 2(인구 고위) 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	36,634,838	37,187,832	37,935,785	38,474,219	38,751,118
2등급	68,363,373	67,925,921	68,102,791	67,694,868	66,590,260
3등급	166,642,504	172,226,627	178,575,990	184,443,022	189,628,085
4등급	158,637,276	184,330,950	210,813,883	240,118,284	272,310,966
5등급	22,066,388	30,665,076	39,425,363	49,393,287	60,642,003
소계	452,344,378	492,336,407	534,853,811	580,123,680	627,922,433
연합계	5,428,132,540	5,908,036,881	6,418,245,735	6,961,484,163	7,535,069,191
전년대비 증가율	-	8.8	8.6	8.5	8.2
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	26,555,662	27,826,320	29,465,763	31,180,673	32,975,440
2등급	45,503,661	48,630,190	51,902,783	55,371,275	59,050,549
3등급	139,846,334	150,358,702	161,652,286	173,736,179	186,677,179
4등급	221,570,484	239,860,940	259,346,495	280,323,636	302,924,918
5등급	54,100,702	60,125,385	66,081,576	72,580,039	79,672,960
소계	487,576,843	526,801,538	568,448,902	613,191,801	661,301,047
연합계	5,850,922,120	6,321,618,450	6,821,386,827	7,358,301,615	7,935,612,564
전년대비 증가율	-22.4	8.0	7.9	7.9	7.8

끝으로 인구 저위 시나리오 3에 따라 소요재정을 추계한 결과 2016년에는 5조 2,513억 원이 소요되며, 이후 7%에서 6% 후반대의 증가율을 보이면서, 2020년에는 6조 8,543억 원이 소요될 것으로 추정되었다. 반면 급여지출 변화에 따라 2021년에는 전년대비 23.5%의 감소를 보이면서 금액으로는 5조 2,468억 원이 소요될 것으로 추정되었다. 이후 6% 중반대의 증가율을 보이면서 2025년에는 6조 7,735억 원의 재정이 지출될

것으로 전망되었다. 2020년과 2025년의 편차가 가장 근소한 1천억 원 규모로 나타나고 있다.

〈표 4-79〉 시나리오 D의 시나리오 3(인구 저위)의 재정지출 추계

(단위: 천 원, %)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
1등급	35,441,556	35,390,918	35,535,338	35,492,395	35,249,726
2등급	66,136,619	64,644,890	63,793,044	62,448,608	60,574,434
3등급	161,214,572	163,907,550	167,275,172	170,148,938	172,496,908
4등급	153,470,093	175,427,197	197,472,956	221,509,443	247,710,142
5등급	21,347,634	29,183,859	36,930,409	45,565,375	55,163,549
소계	437,610,476	468,554,414	501,006,919	535,164,759	571,194,760
연합계	5,251,325,707	5,622,652,972	6,012,083,027	6,421,977,112	6,854,337,123
전년대비 증가율	-	7.1	6.9	6.8	6.7
구분	2021	2022	2023	2024	2025
1등급	23,813,793	24,616,807	25,735,559	26,910,438	28,146,301
2등급	40,805,557	43,021,140	45,332,175	47,788,105	50,402,800
3등급	125,407,658	133,016,196	141,187,994	149,942,776	159,338,952
4등급	198,694,056	212,195,166	226,514,652	241,932,938	258,562,612
5등급	48,514,982	53,190,470	57,716,012	62,640,105	68,005,131
소계	437,236,045	466,039,780	496,486,392	529,214,363	564,455,796
연합계	5,246,832,544	5,592,477,355	5,957,836,699	6,350,572,352	6,773,469,555
전년대비 증가율	-23.5	6.6	6.5	6.6	6.7

이상의 시나리오 D의 재정추계 시나리오별 재정 추이를 비교하면, 인구 고위 시나리오 2에서 재정소요 전망이 높게 나타나고 있다. GDP 대비 노인장기요양보험의 재정지출 비중은 0.34%(시나리오 3의 2016년)에서 최대 0.40%(시나리오 2의 2020년)를 유지할 것으로 보인다. 특히, 2021년 이후 재정지출 변화에 따라 GDP 대비 재정 비중 증가 양상이 감소하는 것으로 나타나고 있다.

시나리오 1에서는 2021년부터 GDP 대비 지출 비중이 0.28%에서 2025년에는 0.30%로 나타나고 있다. 시나리오 2에서는 같은 기간 0.29%에서 0.33%를 보이고, 시나리오 3에서는 0.26%에서 0.28%수준을 유지하는 것으로 나타났다.

〈표 4-80〉 시나리오별 재정 추이 전망

(단위: 억 원, %)

연도	시나리오1	GDP 대비 비중	시나리오2	GDP 대비 비중	시나리오3	GDP 대비 비중
2016	53,463	0.35	54,281	0.36	52,513	0.34
2017	57,759	0.36	59,080	0.37	56,227	0.35
2018	62,288	0.36	64,182	0.38	60,121	0.35
2019	67,064	0.37	69,615	0.39	64,220	0.36
2020	72,114	0.38	75,351	0.40	68,543	0.36
2021	55,635	0.28	58,509	0.29	52,468	0.26
2022	59,703	0.28	63,216	0.30	55,925	0.27
2023	64,027	0.29	68,214	0.31	59,578	0.27
2024	68,685	0.30	73,583	0.32	63,506	0.27
2025	73,683	0.30	79,356	0.33	67,735	0.28

이상의 재정지출 시나리오별 추계결과값을 비교하면, 〈표 4-81〉과 같다. 개별 시나리오를 모두 비교하기 보다는 인구 중위 시나리오만을 상호 비교하였다. 결과값에서도 볼 수 있듯이 기본추계에서 각 시나리오는 단계를 거듭할수록 지출 규모가 감소하는 양상을 보이고 있다. 즉, 현행 방식의 재정지출 규모에서 재가서비스로 전환시키고, 급여비를 통합재가서비스 수가에 맞도록 현실화하며, 급여 수준을 현행보다는 감소하는 방식으로 설계할 경우에 재정지출은 현행 수준의 증가율에서 급격히 감소한 후 다시 자연증가율(명목 임금상승률)을 따르게 될 것으로 예측된다.

〈표 4-81〉 시나리오별 재정추계 결과 비교

(단위: 천 원)

구분	2016	2017	2018	2019	2020
기본추계	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
시나리오A	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
시나리오B	5,423,875,184	5,810,926,236	6,222,936,942	6,653,137,545	7,103,611,151
시나리오C	5,346,333,499	5,775,871,478	6,228,753,309	6,706,377,452	7,211,385,188
시나리오D	5,346,333,499	5,775,871,478	6,228,753,309	6,706,377,452	7,211,385,188
구분	2021	2022	2023	2024	2025
기본추계	7,574,152,954	8,116,506,395	8,695,393,833	9,318,466,550	9,986,284,887
시나리오A	6,477,399,025	6,943,075,018	7,439,705,760	7,974,342,110	8,547,486,136
시나리오B	6,183,652,591	6,628,627,648	7,103,077,590	7,613,857,082	8,161,450,390
시나리오C	5,768,628,686	6,190,093,242	6,638,069,583	7,120,685,559	7,638,471,274
시나리오D	5,563,483,369	5,970,344,111	6,402,697,634	6,868,501,790	7,368,272,307

재정추계 결과의 비교는 경향을 보여주는 〔그림 4-19〕에서 확인할 수 있다. 근소한 차이지만 시나리오 D의 경우가 재정 절감 효과가 가장 클 것으로 보인다. 이를 위해서는 보다 정교한 등급별 평균이용률과 비용을 파악하여 수가결정이나 지급 방법, 서비스 이용행태 등 보다 상세한 추정을 통해 결과값을 산출할 필요가 있다.

〔그림 4-19〕 재정추계 시나리오별 재정 추이 비교(인구 중위 시나리오만 비교)

제 5 장 정책 제언 및 결론

제1절 정책 제언
제2절 결론

5 정책 제언 및 결론

제1절 정책 제언

1. 기본 방향

노인장기요양보험제도의 목적은 수급자의 건강 개선, 보호가족의 부양부담 경감 및 국민복지의 향상에 두고 있다고 법에 명시되어 있다. 이와 같은 목적을 달성하기 위해 보험급여를 제공하고 있는데, 실제로는 장기요양서비스를 제공함으로써 달성하기 쉽지 않은 목적이기도 하다. 다시 말하면, 장기요양서비스 수급자의 건강 수준이 이미 일정 수준을 넘어서 회복되기 어려운 상태에 놓여 있고, 수급자의 건강상태는 점점 하락하기 마련이기 때문에 건강의 회복이나 개선을 기대할 수가 없다는 것이다. 그리고 가족의 부양부담도 일부분 경감시킬 수는 있겠지만, 장기적인 부양부담은 오히려 증가할 가능성이 높다. 예를 들면 시설에서의 입소 기간도 예상외로 장기화됨으로써 가족의 경제적 및 정신적 부담이 늘어나고 있으며, 현행 재가급여서비스가 24시간 대응체제가 아니라 1일 몇 시간 정도의 서비스 제공에 그치고 있기 때문에 나머지 케어시간에 대한 부담은 가족이 떠안아야 하는 실정이다.

따라서 노인장기요양보험제도의 목적을 재검토하여야 하는데, 그 내용의 하나로 수급자 삶의 질(quality of life)을 최대한 유지하는데 목적을 두어야 한다. 다시 말하면, 수급자가 희망하는 장소에서 희망하는 급여서비스를 제공하도록 하되, 인간으로서 존엄성을 유지시켜주면서 남은 생

애를 마감할 수 있도록 지원해 주는데 제도의 기본방향을 두어야 할 것이다. 그 이유는 수급자의 대부분은 자신이 살아 왔던 지역(터전)에서 생을 마감하기를 원하고, 특히, 자신의 집에서 필요한 서비스를 받으면서 살기를 원하기 때문이다. 그러나 본문의 운영 성과에서 분석해 보았듯이 여전히 시설서비스가 중심적으로 제공되고 있어서 수급자가 원하는 방향으로 운영되지 못하는 상황이다. 비록 재가서비스를 제공받으면서 살아간다고 하더라도 24시간 대응체제가 아니기 때문에 대부분의 시간은 가족이나 지역사회 내 비공식 자원을 활용할 수밖에 없고, 지역사회 내 비공식 자원은 거의 사라졌기에 가족에 의존할 수밖에 없어서 가족의 부양부담은 좀처럼 줄어들기 어려운 실정이다.

따라서 향후 노인장기요양보험제도를 재설계할 때에는 효과적이면서 비용 효율성을 고려한 24시간 대응형 재가급여 서비스 체계를 구축하는 것이 필요하다. 다시 말하면, 요양시설이나 요양병원의 입소·입원을 적극적으로 억제시킬 수 있는 재가서비스를 강화하여야 하고, 이를 달성하기 위해서는 시설 입소 기준을 강화하여야 하며, 의료서비스와의 연계 강화를 위해 건강보험제도에서 (가칭)장기요양의료서비스를 개발하여 지원하여야 한다. 이는 건강보험제도에서 노인장기요양 수급자를 대상으로 한 (가칭)장기요양의료서비스수가를 개발하여야 하고, 그 수가에 방문치료관리(왕진의료), 방문투약관리, 방문재활관리, 방문호스피스관리 등을 포함하여야 할 것이다. 그러한 (가칭)장기요양의료서비스는 재가서비스 수급자뿐만 아니라 요양시설의 입소자에게도 제공할 수 있어야 한다.

그리고 재가급여서비스는 전술한 바 있듯이 24시간 대응형으로 전환하여야 하는데, 아침, 점심, 저녁 및 심야를 고려한 서비스가 개발되어야 할 것이다.

2. 정책 제언

본 연구에서 재설계 방안을 연구, 정리된 내용을 근거로 정책적 제언을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 장기요양제도 대상자 적용 범위의 확대와 관련된 부분이다. 장기요양서비스 대상자 자체가 일상생활동작의 장애로 도움이 필요한 자인데, 이는 노인뿐만 아니라 노년기 이전의 일반 장애인에게도 빈번하게 발생하고 있다. 현행 장애인활동지원서비스가 재가서비스를 중심으로 하고, 사회활동 및 자립생활의 지원을 중심으로 하고 있지만, 시설서비스의 욕구 해결에는 제한적이다. 또한 기존 장애인활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험제도의 적용 대상으로 전환하게 되는 경우에는 양 제도 간 급여 수준의 격차로 문제가 발생하고 있다. 따라서 장애인활동지원서비스제도에서 적용 범위나 지원 내용에서 누락된 대상자를 구제하고, 노년기 진입에 따른 양 제도 간 연계 방안이 모색되어야 한다. 그 대안으로 장애인활동지원서비스에서 지원되지 않으나 노인장기요양보험제도에서 지원이 가능한 대상자나 급여 내용에 대해서는 당사자의 선택권을 부여할 수 있도록 하여야 하고, 노년기로 진입된 기존 장애인활동지원서비스 이용자에게는 65~70세 동안에 단계적으로 노인장기요양보험제도에 적용될 수 있도록 개편할 필요가 있다. 그러나 궁극적으로는 (가칭)국민장기요양보험으로 전환하면서 적용 범위를 연령이나 노인성질병의 유무와 관계없이 일반장애인까지 포괄하는 제도로 개편되어야 한다. 다만, 일반장애인의 욕구를 감안하여 (가칭)국민장기요양보험제도에 의해 서비스를 받을 것인지, 기존 장애인활동지원제도에 의해 서비스를 받을 것인지를 선택할 수 있도록 하여야 할 것이다.

둘째, 장기요양서비스에 대한 욕구, 장기요양 계획 및 장기요양서비스

의 질 평가가 동일한 선상에서 연계적으로 체계화되어야 하는 부분이다. 현행 체계의 문제점으로 지적할 수 있는 것으로 장기요양서비스에 대한 욕구에 대해서는 의료적 욕구가 충분하게 반영되지 못한 점, 장기요양 계획을 수립하는데 필요한 욕구 파악이 충분하지 못하여 상호 연계가 미흡하다는 점이다. 그렇기 때문에 장기요양 계획의 내용이 보험자와 공급자 간 괴리가 발생하여 활용성이 매우 낮다는 점이다. 또한 장기요양서비스의 질 평가에 대해서는 제공된 서비스의 내용이나 양, 결과 등을 고려하여야 하는데, 이는 대상자의 욕구와 수립 지원된 계획의 실행결과를 바탕으로 평가하여야 한다. 따라서 각 영역별 분절적인 지표를 활용하기 보다는 각 영역의 목적을 종합적으로 달성할 수 있는 통합적인 지표군을 우선적으로 개발하거나 기존 개발된 유사한 도구를 활용하는 것이 필요하다.

셋째, 계획적인 장기요양서비스를 관리하는 부분이다. 장기요양서비스는 단기간 동안 제공되는 것이 아니라 사망할 때까지 2~3년, 심지어는 몇 년도 지속되는 서비스이다. 다시 말하면 중·장기간 제공되는 서비스이기 때문에 주기적으로 요양관리(모니터링)가 이루어져야 하고, 수시로 변하는 요양 욕구에 대처할 수 있어야 하는데, 현행 보험자에 의한 가족상담 지원으로는 한계가 있고, 공급자에 의해 작성되는 요양 계획에도 연계되지 않고 있다. 따라서 일정한 지역사회를 단위로 하면서 공공성을 지닌 (가칭)노인돌봄종합지원센터를 설치하여 장기요양 욕구를 지닌 모든 대상자의 요양(돌봄)관리를 수행하도록 하여야 한다. 이는 장기요양 대상자뿐만 아니라 노인돌봄서비스 대상자, 더 나아가 지역사회 내 요양 욕구가 없지만, 조속한 시일 내에 요양 욕구가 발생할 위험성을 지닌 노인에 이르기까지 장기요양예방, 돌봄지원 및 장기요양서비스 지원을 종합적으로 관리할 수 있도록 하는데 있다.

넷째, 재가장기요양서비스의 제공 방식을 통합하는 부분이다. 현행 재

가서비스는 분절적이어서 장기요양서비스 수급자는 필요한 서비스를 제공하는 개별 공급자에게 각각 의뢰하여야 하고, 공급자도 자신의 사업소에서 취급하고 있는 개별 서비스 이외에는 제공할 수 없는 실정이다. 일반적으로 요양시설에 입소하면, 신체케어를 비롯하여 식사, 배설, 목욕, 건강관리, 영양관리 등 필요한 서비스를 원스톱으로 제공받을 수 있지만, 재가에서는 식사·배설케어 및 가사지원은 방문요양서비스, 목욕케어는 방문목욕서비스, 건강관리는 방문간호서비스를 각각 이용하지 않으면 안 된다. 그 외에 주·야간보호와 단기보호서비스도 상호분절적이어서 양 서비스 간 연계적 이용이 불가능한 실정이다. 이러한 유형의 서비스 제공 방식은 일본에서나 활용되는 것으로 유럽국가에서는 찾아보기 힘들고, 모든 서비스를 통합하여 하나의 공급기관에서 제공하는 체계로 되어 있다. 이제 방문요양과 방문간호서비스를 통합하여 제공하도록 하는 체계 구축을 시범적으로 운영하고 있지만, 여전히 한계는 있다. 통합 형태의 재가서비스 체계가 구축되기 위해서는 시설설치 및 종사자 배치의 기준을 비롯한 통합형 재가서비스수가가 개발되어야 하고, 종사자의 서비스 제공 범위를 완화시킬 필요가 있다. 아울러 주·야간보호와 숙박 개념의 단기보호서비스의 통합형모형, 입소시설서비스과 주·야간보호서비스의 통합모형, 입소시설서비스과 단기보호서비스의 통합모형 등의 개발도 필요하다.

다섯째, 장기요양서비스를 수급하는 자의 가족에 대한 지원부분이다. 현행 장기요양급여자체가 가족의 부양부담을 덜어주기 위한 것이기 때문에 별도로 추가적인 가족 지원이 필요하지 않을 것 같기도 하지만, 실제적으로는 재가서비스가 활성화되기 위해서는 좀 더 추가적인 지원이 필요하다. 현재 영유아 돌봄을 위한 육아휴직이 있듯이 고령자 돌봄을 위한 장기요양휴직이 필요한 것은 당연하다고 볼 수 있다. 또한 중증 대상자

중 치매질환 가족을 대상으로 한 휴가제가 도입되어 있지만, 이는 현물급여의 형태로 운영되고 있다. 더 나아가 치매질환의 유무와 관계없이 1, 2등급의 중증 대상자이면서 재가에서 가족이 케어하는 경우에는 현물급여, 현금급여, 현물+현금급여에 대한 선택을 할 수 있도록 하여 자발적인 가족케어자를 지원할 필요가 있다.

제2절 결론

노인장기요양보험제도가 도입된 지 벌써 만 7년이 경과하였다. 그동안 제도 초기에 설계되었던 내용들이 상당히 변화, 개선되면서 운영되어 왔지만, 기본 틀 범위 내에서 부분적으로 개선되는데 그치고 있다. 예를 들면, 수급자의 적용 범위는 변함이 없으면서 요양점수만 하향조정하여 대상자 수만 확대시켜 왔다. 요양등급도 외형적으로는 5개의 등급이지만 기존의 등급을 분리시킨 것에 불과하고 급여 내용도 기존의 틀을 유지하면서 급여 방식만 바꾸고 있다. 다시 말하면, 치매전담형 장기요양기관도 기존의 시설설치 기준에 따라 개설된 협소한 실내 환경 속에 1-2개의 유니트 환경을 조성하는 선에 그치고 있어서 신규로 제대로 된 시설환경을 갖추고자 하는 자에게는 아무런 정보가 제시되어 있지 않다.

결론적으로 현행의 제도 틀을 전환하지 않으면 수급자 맞춤형의 제도 개선이 이루어지지 못할 것이다. 이제 지난 제도 도입 후 5년 만에 제도 개선을 위한 장기요양 기본 계획이 수립된 바 있었고, 2018년 도입 후 10년이 되는 시점에서 제2차 장기요양 기본 계획이 수립되어야 하는 시기가 다가왔다. 제도의 기본방향과 기본 틀에 대한 재검토와 계획적인 개혁 작업을 모색하여야 할 때이다.

참고문헌

강민희. (2008). OECD 국가들의 장기요양보장제도. 국제사회보장동향, 12, pp.32-41.

강새봄, 김홍수. (2014). 노인장기요양보험 방문간호 권고군의 방문간호 이용과 의료이용의 관계. 보건행정학회지, 24(3), 283-290.

강임옥, 이정석, 권진희, 한은정, 이용갑. (2008). 노인장기요양보험 인정조사와 평가지표의 연계성 개발: 인정조사도구의 재구성. 국민건강보험공단.

강임옥, 한은정, 박종언. (2011). 등급판정 관련 특성이 장기요양 인정률에 미치는 영향. 보건행정학회지, 21(3), pp.381-396.

구철회, 김진우, 김동기, 손동기. (2014). 65세 이상 장애인에 대한 활동지원제도 적용 및 다른 제도와 연계방안. 청주대학교 산학협력단·보건복지부.

국민건강보험공단. (2008). 2008년 노인장기요양서비스 이용행태 및 만족도 조사.

국민건강보험공단. (2009). 2009년 노인장기요양서비스 만족도 조사.

국민건강보험공단. (2010). 2010년 노인장기요양보험 본인부담실태조사.

국민건강보험공단. (2013a). 2013 노인장기요양보험 업무처리지침.

국민건강보험공단. (2013b). 노인장기요양보험 2013년 급여지급 기준.

국민건강보험공단. (2015). 2015 노인장기요양보험 업무처리지침.

국민건강보험공단. (2015a). 국외출장(벨기에, 네덜란드) 결과보고서.

국민건강보험공단. (2015b). 장기요양기관 치매케어 전문성 강화 방안 모색을 위한 국외출장 결과보고서.

국민건강보험공단. (2015c). 2014년도 장기요양기관(재가급여) 평가결과.

국민건강보험공단. (2016a). 2016 상반기 건강보험주요통계.

국민건강보험공단. (2016b). 2015년도 장기요양기관(시설급여) 평가결과.

국민건강보험공단. (2016c). 2016년도 제2차 장기요양기관 평가위원회 심의·의결사항.

국민건강보험공단. 노인장기요양보험 통계월보, 각 연도.

국민건강보험공단. 노인장기요양통계연보, 각 연도.

권경희, 서순림, 서부덕. (2010). 시설노인과 재가노인의 수면양상과 영향요인, 노인간호학회지, 12(2), pp.131-141.

권순만 등. (2011). 지속가능한 노인장기요양보험 재정추계. 국민건강보험공단.

권순만, 김홍수, 원장원, 이지윤, 김호. (2013). 실태조사를 통한 노인의료(요양) 서비스 제도 개선방안 연구. 국민건강보험공단.

권진희, 이정석, 한은정. (2012). 노인장기요양보험 시설서비스 이용자의 비급여 본인부담 크기 및 영향요인. 보건행정학회지, 22, 145-162.

권진희, 한은정, 이정석. (2011). 장기요양서비스 표준급여모형 재설계. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

권현정. (2014). 서비스 질의 측면에서 고찰한 노인장기요양서비스 공급구조에 대한 시장화 분석. 사회복지정책, 41(1), pp.289-313.

김문실, 이승희. (2008). 노인요양시설의 서비스 질 평가 지표 개발 및 적용: 구조-과정 측면의 질 평가. 간호행정학회지, 14(2) pp.131-143.

김미숙. (2006). 노인수발보험제도 시범사업의 케어매니지먼트 운영체계분석에 따른 정책적 제언. 사회복지정책, 25, pp.181-202.

김선민, 배상수, 김동현, 전경자, 김창엽, 윤종률. (2000). 한국에서의 재가 노인 환자를 위한 기능상태평가도구(Resident Assessment instrument) 기초정보군(Minimum Data Set)의 타당도 평가 연구. 노인병, 4(1), 68-75.

김성희 등. (2014). 2014년 장애인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

김세진. (2012). 네덜란드 장기요양보호체계의 특성 및 시사점. 보건복지포럼, 통권 제192호.

김영애, 윤회상. (2012). 시설 근무 요양보호사의 노인에 대한 태도에 미치는 설명요인. 노인간호학회지, 14(3), pp.173-181.

김윤선, 이영휘. (2008). 치매주간보호센터의 간호중재기록 표준화를 위한 기초연구. 노인간호학회지, 10(1), pp.27-36.

김은경, 김윤미, 김명애. (2010). 노인장기요양 방문간호서비스의 소요시간별 방문당 원가 분석. 대한간호학회지, 40(3), pp.349-358.

김인, 신학진. (2009). 노인요양시설의 서비스품질이 서비스만족과 의사결정에

미치는 영향. 한국노년학, 29(2), pp.579-591.
김지수. (2008). 노인요양시설 관리자의 역량 및 행동지표 개발. 간호행정학회지, 14(4), pp.477-487.
김진수, 선우덕, 이기주, 최인덕, 이호용, 김경아. (2013). 요양병원과 요양시설 역할정립 방안 연구: 연계방안을 중심으로. 한국보건사회연구원.
김진수, 신혜리. (2015). 장기요양급여와 건강보험급여와의 연계방안 연구. 노인복지연구, 67, pp.83-105.
김찬우. (2009). 노인장기요양보험제도의 평가판정도구와 기준에 관한 고찰: 요양시설의 서비스 제공시간과 입소노인의 기능상태관계를 중심으로. 노인복지연구, 43, pp.35-60.
김찬우. (2010). 장애인 장기요양제도와 노인장기요양제도간의 관계 설정에 관한 고찰. 한국사회정책, 16(2), pp.181-222.
김찬우. (2013). 노인장기요양보험제도 실행에서의 한국형 케어매니지먼트 도입에 관한 고찰. 보건사회연구, 33(2), pp.219-242.
김찬우. (2015). 2014년 노인장기요양보험제도 등급판정체계 개편에 대한 쟁점 고찰. 사회복지연구, 46(1), pp.111-134.
김현실. (2010). 장기요양 인정 조사표의 문항적합도 분석. 한국노인의료복지학회지, 1(3), pp.39-51.
김홍수(역). (2013a). interRAI 장기요양시설(LTCF) 평가도구 및 매뉴얼. 서울: 서울대학교출판문화원.
김홍수(역). (2013b). interRAI 홈케어(HC) 평가도구 및 매뉴얼. 서울: 서울대학교출판문화원.
김홍수(역). (2015). interRAI 임상평가지침서(CAPs). 서울: 서울대학교출판문화원.
김홍수. (2015). 노인장기요양보험의 보장성 강화: 급여 보장성 중심으로. 한국노년학회 2015 추계학술대회. 장기요양보험 기획세션.
김홍수, 정영일. (2012). RAI-FC와 RAI-HC를 이용한 포괄적 노인평가에 관한 국내연구 고찰. 노인간호학회지, 14(1), 58-68.
김홍수 등. (2015). 노인장기요양보험 성과지표 개발. 국민건강보험공단·서울대

학교 산학협력단.

남기민, 박현주. (2010). 노인의 종교활동과 사회활동 참여가 삶의 만족도에 미치는 영향-우울과 죽음, 불안의 매개효과를 중심으로-. 노인복지연구, 49, pp.405-427.

남현주. (2009). 비공식수발자들을 위한 사회정책적 지원에 관한 비교연구 – 독일, 오스트리아, 영국을 중심으로 -. 사회복지정책, 36(2), pp.307-331.

남현주. (2012). 독일의 현행 장기요양 평가판정도구에 대한 고찰. 한·독사회과학논총, 22(4), pp.31-68.

남현주. (2014). 독일의 새 장기요양 평가판정도구 시안에 관한 고찰. 보건사회연구, 34(1), pp.207-238.

노대명. (2012). 주요국의 사회보장제도-프랑스-. 한국보건사회연구원.

박수지, 김가희. (2014). 근거이론방법론을 바탕으로 한 중증장애인 보호자의 일상생활지원서비스 품질인식 과정에 관한 연구. 사회복지정책, 41(3), pp.283-304.

박영옥, 이경자, 조은희, 박혜자. (2009). 노인요양시설 간호사의 이직의도에 영향을 미치는 요인. 노인간호학회지, 11(1), pp.81-89

박창제, 김수영. 주수현. (2009). 장기요양보호서비스의 비용분석. 한국노년학, 29(3), pp.1043-1061.

박창제, 이성진. (2011). 장기요양보호서비스 유형별 가족 부양스트레스 경로. 한국노년학, 31(3), pp.831-848.

박혜미. (2015). 재가노인의 복지 및 보건·의료 서비스 조정·연계에 대한 연구: 프랑스의 장기요양제도와 지역노인전문코디네이션 센터를 중심으로. 한국노년학, 35(3), pp.569-588.

변용찬. (2010). 장애인 요양과 장기요양보험. 2010년 한국사회정책학회 춘계학술대회, pp.137-154.

보건복지부. (2008). 장기요양인정점수 산정 방법. 보건복지부 고시 제2008-23호.

보건복지부. (2015). 보건복지통계연보.

보건복지부. (2015). 장애인복지시설사업안내.

보건복지부. (2016). “장기요양기관 진입·퇴출기준 강화, 수급자 갱신절차 간소화 등 추진”. (2016.6.29. 보도자료)

보건복지부·한국보건사회연구원. (2013). 2013년 기준 한국의 사회복지지출.

서영숙, 성기월. (2011). 노인요양시설 간호사의 감정노동, 직무몰입 및 직무만족과의 관련성. 노인간호학회지, 13(3), pp.196-203.

석재은. (2008). 노인장기요양보험과 지역노인복지 전달체계 구축. 한국지역사회복지학회 추계학술대회. pp.61-100.

선우덕. (2009). 노인장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트체계 구축 방향. 한국케어매니지먼트 연구, 2, pp.1-27.

선우덕. (2013). 장기요양제도의 발전방향. 보건복지포럼. 통권 제195호.

선우덕, 이수형, 손창균, 유근춘, 신호성, 최영, 등. (2008). 노인장기요양보장체계의 현황과 개선방안. 한국보건사회연구원.

선우덕, 김찬우, 최정수, 최혜지, 연병길, 원장원, 등. (2007). 노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차): 장기요양수요조사, 장기요양인정체계 및 장기요양서비스이용지원체계 부문. 보건복지부·한국보건사회연구원.

선우덕, 이윤경, 김진수, 유근춘, 석재은, 강임옥, 등. (2012). 제1차 장기요양기본계획 수립방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

선우덕, 최장수, 유근춘, 장숙랑, 김세진. (2013). 노인장기요양서비스의 질 관리체계 개선방안. 한국보건사회연구원.

선우덕, 이소영, 김동진, 김철웅, 윤종률, 남효정. (2014). 노인 보건사업의 현황과 개선방안. 한국보건사회연구원.

선우덕, 강은나, 이윤경, 김지미, 최인덕, 양찬미. (2015). 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축. 한국보건사회연구원.

성기월. (2012). 노인요양시설 간호사와 병원간호사의 감정노동과 직무만족 비교. 노인간호학회지, 14(1), pp.40-49.

성은미. (2013). 사례관리 중심의 복지서비스 전달체계의 성과에 대한 관련 집단의 인식연구: 경기도의 무한돌봄센터를 중심으로. 한국지역사회복지학, 45, pp.38-58.

손용진. (2009). 노인장기요양제도의 판정도구 및 케어매니지먼트: 일본 및 미국의 경험을 통하여. GRI 연구논총. 11(3). 195-215.

송근원, 김태성. (2008). 사회복지정책론. 나남.

송미숙, 송현종. (2014). 노인장기요양보험 재가서비스 분류틀 개발 및 타당도 검증. 한국노년학, 34(2), 369-386.

송미숙, 송현중. (2015). 표준장기요양이용계획서의 재가급여 유형별 이용권고 여부에 영향을 미치는 요인-표준장기요양계획서의 타당성을 중심으로. 노인복지연구, 69, pp.31-49.

송준아, 김효진, 김유경, 박재원. (2013). 치매의 행동심리증상관리를 위한 웹기반 요양보호사 교육 프로그램 개발 및 효과. 노인간호학회지, 15(3), pp.192-204.

신건철. (2010). 장기요양보호를 이용하는 여성노인의 경험에 관한 탐색적 연구; 방문목욕 이용자를 중심으로: 방문목욕 이용자를 중심으로. 한국노년학, 30(4), pp.1345-1357.

신복기, 이재환. (2010). 재가장기요양서비스 이용 노인들의 서비스에 관한 주관적 인식유형 연구: Q방법론적 분석. 노인복지연구, 50, pp.27-48.

신용석·김수정·김정우. (2013). 장기요양보호대상노인의 시설적응과정에 관한 근거이론적 접근. 한국사회복지학, 65(3), pp.155-182.

안해균. (1984). 정책결정의 접근방법과 과정. 발전정책연구.

오세영. (2009). 일본의 개호보험제도와 케어매니지먼트: 이용자 권리보장의 관점. 노인복지연구, 44, pp.253-277.

유재남. (2009). 영국·독일·호주의 노인장기요양보호에서 케어매니지먼트 체계 비교 분석. 노인복지연구, 43, pp.381-406.

유희정. (2013). 장기요양시설 입소 노부모를 돌보는 형제간의 갈등에 관한 연구. 한국가족복지학, 40, pp.63-91.

윤상용. (2015). 장애인의 복지서비스 이용실태와 정책과제. 보건복지포럼, 통권 제226호. pp.50-60.

윤상용, 김찬우, 임정기, 전병주, 곽현주. (2015). 노인장기요양과 장애인활동지원

제도의 인정조사 개선 방안에 관한 연구. 보건복지부.
윤성주. (2013). 노인장기요양보험제도의 중장기적 개선방안에 대한 연구: 지출 효율화 방안을 중심으로. 한국조세재정연구원.
윤희숙, 권형준. (2010). 노인장기요양보험 급여비용의 중장기 추계. 보건행정학회지, 20(1), pp.37-63.
이미애. (2009). 장기요양보호노인 가족부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인: 거주지역간 변이. 노인복지연구, 44, pp.71-88.
이미진. (20110). 노인 장기요양서비스의 질 측정상의 쟁점에 대한 고찰. 사회복지정책, 38(1), pp.141-166.
이민홍, 강은나. (2013). 노인요양시설의 입소과정에서 제공해야 하는 정보는 무엇인가?. 한국사회복지행정학, 15(2), pp.23-44.
이민홍, 최재성, 이상우. (2014). 노인장기요양서비스의 질 관리체계와 개선방안: 이해관계자 관점을 중심으로. 사회복지정책, 41(4), pp.51-75.
이소정, 백선희, 윤홍식, 홍백의, 김지연. (2011). 저출산고령사회 대응관련 쟁점연구-저출산고령사회 정책 사각지대 분석. 한국보건사회연구원.
이수형. (2009). 네덜란드 장기요양제도의 최근 동향 및 시사점. 보건복지포럼, 통권 제150호. pp.96-105.
이윤경 등. (2010), 가족 등이 제공한 급여에 대한 보상방안 연구 - 가족 요양보호사제도 개선방안-, 국민건강보험공단·한국보건사회연구원
이윤경. (2011). 장기요양기관 평가제도의 검토 및 정책과제. 보건·복지 이슈 & 포커스 92호(2011-24).
이윤경. (2012). 노인장기요양보험 등급판정 현황 및 문제점. 보건·복지 이슈 & 포커스 137호(2012-18).
이윤경, 김찬우, 손창균, 선우덕, 정경희, 임정기, 등.(2012a). 장기요양 등급판정 도구개편에 관한 연구. 국민건강보험공단, 한국보건사회연구원, 가톨릭대학교.
이윤경, 김세진, 남현주, 김홍수, 서동민. (2012b). 노인장기요양 욕구필요도 측정방식 개발. 한국보건사회연구원.

이재완, 최인덕. (2014). 노인장기요양보험 인정자, 필요 인프라 중기추계 및 정책대응. 비판사회정책, 43, pp.7-46.

이정석, 한은정, 권진희. (2011). 재가장기요양기관 평가체계 개선방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

이정석, 한은정, 이정면, 조정완, 권진희, 박종덕. (2013). 장기요양기관 시설급여 평가지표 개선방안. 국민건강보험공단.

이정석, 한은정, 이호용, 임진섭. (2012). 장기요양서비스 질 향상을 위한 인센티브제도 개선방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

이주재. (2011). 노인장기요양 인력의 직무 스트레스와 직무 만족이 이직 의도에 미치는 영향. 한국노년학, 31(2), pp.277-290.

이준영. (2008). 사회보장론. 학지사.

이진숙 등. (2010). 사회복지정책론. 양서원.

이태화, 조은희, 고유경, 황윤선, 김복남, 임은실, 등. (2012). 장기요양서비스의 질 평가 지표 개발. 간호행정학, 18(1), pp.106-116.

이홍자, 이도현. (2013). 장기요양서비스 수급 후기노인의 인지향상 프로그램 중재 효과. 지역사회간호학회지, 24(4), pp.427-437.

일본 Medwatch. (2016). 일본 의료개호행정을 watch하다(2016.2.22.).

일본 개호보수표. (2015). 2015년 4월 기준 개호보수표.

일본 후생노동성. 개호서비스시설, 사업소조사, 각 연도.

일본 후생노동통계협회. (2015/2016). 국민의 복지와 개호의 동향.

일본후생노동성. (2014). 2013년 해외정세보고.

일본후생노동성. (2015). 공적개호보험제도의 현상과 향후 역할.

일본후생노동성. 개호보험사업상황보고, 각 연도.

일본후생노동통계협회. (2015. 내부 설명자료.

일본후생노동통계협회. (2015/2016). 국민의 복지와 개호의 동향.

일본후생통계협회. (2015/2016). 보험과 연금의 동향.

임세현, 장성옥, 서경희, 이수정 . (2010). 노인요양 시설에서 거주노인의 이상징후 확인과 관리에 대한 간호사의 인식. 노인간호학회지, 12(1), pp.81-94.

임정기. (2005). 우리나라 노인요양보장제도의 평가판정 도구에 관한 고찰: 외국사례에 대한 비교분석을 중심으로. 보건사회연구, 25(2), 174-220.

임정기, 최명민, 김욱. (2011). 노인장기요양보험에서의 케어매니지먼트 기능과 운영에 대한 인식연구: 장기요양관리직원의 인식에 대한 방법론 분석. 한국사회정책, 18(3), pp.191-222.

전영준. (2009). 장기요양제도의 재정부담귀착: 세대간 회계를 이용한 접근. 재정학연구, 2(3), pp.1-49.

전용호. (2008). 노인장기요양보험의 서비스 질 관리 개선에 관한 연구: 영국의 질 관리 시스템과 그 시사점을 중심으로. 사회복지정책, 33, pp.335-361.

정경희 등. (2011). 2011년도 전국노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

정경희 등. (2014). 2014년도 노인실태조사. 보건복지부・한국보건사회연구원.

정경희, 강은나, 박세경, 이윤경, 김세진. (2014). 노인장기요양보험 치매특별등급 도입에 따른 노인돌봄서비스개편방안 연구. 보건복지부, 한국보건사회연구원.

제갈현숙. (2011). 노인장기요양보험 서비스 질적 제고 방안: 노인 보건복지 지역통합체계 구축 및 케어매니지먼트 도입의 필요성. 사회공공연구소.

조추용. (2014). 일본의 지역포괄지원시스템 운영과 케어매니지먼트. 사회과학연구, 23, pp.67-97.

최연혁. (2012). 주요국의 사회보장제도-스웨덴-. 한국보건사회연구원.

최영준. (2012). 주요국의 사회보장제도-영국-. 한국보건사회연구원.

최은희. (2010). 노인장기요양보험제도 서비스 질 관리체계 개선에 관한 연구. 한국노년학, 30(2), pp.401-419.

최인덕 등. (2011). 노인장기요양보험 대상자 확대에 따른 재정추계 분석. 한국노년학, 31(4), pp.1047-1065

최인덕, 이상림, 이정면. (2010). 노인 장기요양 보험 대상자 및 시설, 인력 추계, 사회보장연구, 26(2), pp.375-400.

최희경. (2008). 노인 돌봄 종사자의 소진 결정요인 연구. 한국노년학회, 28(1), pp.157-176.

통계청. (2015). 장래인구추계.

한은정, 권진희, 이정면, 이정석, 최정규, 박종덕. (2013). 재가급여 이용자의 이용지원 상담체계 개선방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

한은정, 김동건. (2015). 노인장기요양보험 이용지원 상담 대상자 선정모형 개발. 응용통계연구, 28(6), 1063-1073.

한은정, 김혜경, 이정석, 권진희. (2014). 노인장기요양보험 재가서비스 이용 가족주수발자의 서비스 이용지원에 대한 경험: 표적집단면접조사 분석을 중심으로. 비판사회정책, 44, pp.246-277.

한은정, 이정면, 조정완, 김도훈. (2012). 장기요양서비스 이용지원체계 개선방안. 국민건강보험공단 건강보험정책연구원.

황주희. (2014). 중증장애인의 일상생활(24시간) 현황 및 과제. 보건복지포럼. 통권 제217호.

황주희. (2015). 장애인의일상생활 지원 현황 및 정책과제. 보건복지포럼. 통권 제226호.

황주희, 전동일, 김홍모. (2014). 장애인의 실업과 우울 사이의 상호 인과성 분석 -자기회귀교차지연 효과 검증-. 장애와 고용, 24(1), pp.27-49.

Bäcker, G., Bispinck, R., Hofemanj, K., Naegele, G. (1980). *Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Eine problemorientierte Einführung*. Köln: Bund Verlag.

Barmer GEK. (Hrsg). (2012). *BARMER GEK Pflegereport 2012.* Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 17.

Bartholomeyczik, S. (2004). Assessment als Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit. *Pflege Aktuell, 58*(1), pp.8-13.

Bartholomeyczik, S., Hunstei, D., Koch, V., Zegelin-Abt, A. (2001). *Zeitrichtlinin zur Begutachtung des Pflegebedarfs. Evaluation der Orientierungswerte für die Pflegezeitbemessung.* Frankfurt a. M.: Mabuse.

Bernabei, R., Landi, F., Onder, G., Liperoti, R., & Gambassi, G. (2008).

Second and third generation assessment instruments: the birth of standardization in geriatric care. J *Gerontol A Biol Sci Med Sci, 63*(3), 308-313.

Bieback, K.-J. (2004). *Qualitätssicherung in der Pflege im Sozialrecht.* Heidelberg: C.F. Müller Verlag.

BMAS(Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2015). *Zu Ihrer Sicherheit. Unfallversichert bei häuslicher Pflege von Angehörigen.* Bonn: BMAS.

BMG. (2009). *Bericht des Beirats zur Überprüfung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs*, Berlin: BMG.

BMG. (2010). *Ratgeber Pflege - Alles, was Sie zur Pflege wissen müssen.* Berlin: BMG. Siegburg: Asgard-Verlagsservice.

BMG. (2016a). *Pflegeleistungen ab 1. Januar 2015.* Berlin: BMG

BMG. (2016b). *Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung.* Berlin: BMG

Canadian Institute for Health Information(2013). Continuing Care Reporting System, 2012–2013. Retrieved from https://www.cihi.ca/en/ quick-stats

Carpenter, I. & Hirdes, J. P. (2013). *Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care.* In: OECD/European Commission, ed. A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care. OECD Health Policy Studies. Paris (FRC): OECD Publishing.

Claudine, D, M., Pieter, B., V, D, Eddy, V, D., & Marc, K.(2015). Explaning declining rates of institutional ltc use in the Netherlands: A composition approach. *Health Economics, 24*(1), pp.18-31.

Costa-Font, J. & Courbage, C(2012). *Financing long term care in Europe.* Palgrave Macmillan.

Deutsche Bundesbank. (2013). *Monatsbericht Dezember 2013*. 65. Jg. Nr. 12. Frankfurt/Main.

Downes, A., Dever, C., & Douglass, D. (2010). *The Nationwide Implementation of interRAI. A Blue-print for Establishing a National Clinical Software System. Auckland (NZ): Health Informatics New Zealand.*

E, Schut., & H, Jens. (2013). Health care reform and long-term care in the Netherlands. *OECD Economics department working paper, No.1010.*

European Commission. (2012). *European Economy, Long term care: need, use and expenditure in the EU-27.* Economic Papers 469.

European Commission. (2014). *Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies.* European Economy occasional papers 201.

European Union. (2012). *Assessing Needs of Care in European Nations.*

European Union. (2014). *Long term care financing, short report.*

Foreman, P., Thomas, S., & Gardner, I., (2004). *The review and identification of existing, validated, comprehensive assessment tool: final report.* A project undertaken by the Lincoln Centre for Ageing and Community Care Research. Australian Institute for Primary Care at La Trobe University for the Department of Human Services.

Frederik, T, S., & Bernard, V, D, B. (2010). *Sustainability of comprehensive universal long-term care insurance in the Netherlands.*

Fries, B. E., Shugarman, L. R., Morris, J. N., Simon, S., & James, M. (2002). A screening system for Michigan's home and commun-

ity-based long-term care programs. *Gerontologist 42*(4), 462-474.

Gerber, H. (2005). Die Begutachtung von Pflegebedürftigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung. *Der medizinische Sachverständige, 101*(6). pp.185-187.

Germany. (2013). *Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik.*

Germany. (2015). *Statistisches Bundesamt, Pflegestatistik.*

Gilbert, N., & Specht, H. (1977). *Planning for social welfare: Issues, models, and tasks.* Prentice Hall.

Gray, L. C., Berg, K., Fries, B. E., Henrard, J. C., Hirdes, J. P., Steel, K. & Morris, J. N. (2009). Sharing clinical information across care settings: the birth of an integrated assessment system. BMC *Health Services Research, 9*(71), 1.

Gutzmann, H., Metzler, P., Schmidt, K.H. (2000). Werden psychische Erkrankungen in der Vergabe von Pflegestufen nach dem Pflegeversicherungsgesetz hinreichend berücksichtigt? Evaluation mit Hilfe einer neuen Skala zur Beurteilung der Pflegebedürftikeit von Senioren (BPS). *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 33,* pp.488-494.

Heckman, G., Gray, L. C., & Hirdes, J. P. (2013). Addressing health care needs for frail seniors in Canada: the role of interRAI instruments. *Canadian Geriatrics Society Journal of CME, 30*(1), 8-16.

Heintze, C. (2012). *Auf der Highroad - der skandinavische Weg zu einem zeitgemässen Pflegesystem. Ein Vergleich zwischen fünf nordischen Ländern und Deutschland.* Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Heintze, S, D., & Valentin, R. (2012). Clinical effectiveness of direct class 2 restorations - A meta-analysis. *The Journal of Adhensive*

Dentistry, 14(5), pp.407-431.

Hirdes, J. P. & Kehyayan, V. (2014). *Long-term care for the elderly in Canada: progress towards an integrated system.* In Mor, V., Leone, T., Maresso, A. (Eds.), Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison: Cambridge University Press.

Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H., Soveri, H. F., Gray, L., & Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: a 12-country study of an integrated health information system. *BMC health services research, 8*(1), 1.

Holzkämper, H. (2014). Reformoptionen der Pflegeversicherung. Eine ordnungstheoretische Analyse. *Arbeitspapire der FOM Nr. 45.*

Igl, G. (1994). Entstehungsgeschichte der sozialen Pflegeversicherung. *Vierteljahreszeitschrift für Sozialrecht, 49.* pp.261-264.

Igl, G. (2008b). Fachliche Standards und Expertenstandards für die Pflege im System der Qualitätsentwicklung nach § 113a und § 113b SGB XI. Beiträge zum Recht der sozialen Dienste und Einrichtungen. *München: Carl Heymanns Verlag.* pp. 38ß55.

Igl. G. (2008a). Die Entstehung der sozialen Pflegeversicherung und ihre Konsequenzen. In Bundesministerium für Arbeit und Soziales und Bundesarchiv (Hrsg.) Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seist 1945, Band 6: Bundesrepublik Deutschland 11: Bundesrepublik Deutschland 1989-1994. Sozialpolitik im Zeichen der Vereinigung. Baden: NOMOS. pp.694-717.

Ikeda Shozo. (2011). 개호보험론: 복지의 해체와 재생, 중앙법규.

Ikegami, N., Ishibashi, T., & Amamo, T. (2014). Japan's long-term care regulations focused on structure. In Mor, V., Leone, T., Maresso, A. (Eds.), *Regulating Long-Term Care Quality: An*

International Comparison. Cambridge University Press.

Kim, H., Jung, Y. I., & Kwon, S. (2015b). Delivery of institutional long-term care under two social insurances: lessions from the Korean experience. *Health Policy, 119,* 1330-1337.

Kim, H., Jung, Y. I., Sung, M., Lee, J. Y., Yoon, J. Y., & Yoon, J. L. (2015a). Reliability of the interRAI long term care facilities (LTCF) and interRAI home care (HC). *Geriatrics & Gerontology International, 15*(2), 220-228.

Kim, H., Jung, Y. I., & Kwon, S. (2015b). Delivery of institutional long-term care under two social insurances: lessons from the Korean experience. *Health Policy, 119,* 1330-1337.

Kirchen-Peters , S., Nock, L., Baumeister, P.,& Mickley, B. (2016). Pflegestuetzpunkte in Deutchland. Die Sicht der Mitarbeitenden - Der rechtliche Rahmen - *Die politischen Intention. WISO DISKURS, 07/2016.*

Larizgoitia, I. (2003). *Approach to evaluation LTC systems. Key policy issues in long-term care,* World Health Organisation.

Maidhof, R., Oirk, O., Winkel, M., Hartung, J. (1999). „Es geht auch anders-Ein neues Instrument zur Beguntachtung der Pflegestufen". *Gesundheitswesen. 61.* Jg. pp.380-384.

MDS. (2014). Qualität in der ambulanten und stationären Pflege. 4. Pflege-Qualitätsbericht des MDS nach § 114A ABS. 6 SGB XI. Köln: asmuth druck + crossmedia.

MDS(Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen). (2009). *Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI.* Buch des Sozialgesetzbuches. Essen: MDS.

Meehan, B. & Millar, N. (2014). Regulating the quality of long-term

aged care in New Zealand. In Mor, V., Leone, T., Maresso, A. (Eds.), *Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison.* Cambridge University Press.

Meehan, B. & Millar, N. (2014). *Regulating the quality of long-term aged care in New Zealand.* In Mor, V., Leone, T., Maresso, A. (Eds.), Regulating long-term care quality: an international comparison: Cambridge University Press.

Meißner, Th. (2014). *Erstes Pflegestärkungsgesetz verabschiedet, in: Deutscher Pflegerat,* Newsletter, Ausgabe 12, Berlin.

Morris, J., Murphy, K., Mor, V., Berg, K., & Moore, T. (2002). *Validation of long-term and post-acute care quality indicators. Final Draft Report,* CMS Contract 500-95-0062.

Morris, J. N., Fries, B. E., Frijters, D., Hirdes, J. P., & Steel K. (2013). interRAI home care quality indicators. *BMC Geriatrics, 13*(127), 1.

Mstzumoto Katzuaki. (2007). ドイツ社会保障論III：介護保険, 信山社

Naegele, G. (2014). 20 *Jahre Verabschiedung der Gesetzlichen Pflegeversicherung. Eine Bewertung aus sozialpolitischer Sicht.* Friedrich Ebert Stiftung.

Nordmann, H. (2015). *Flexibler Pflegemix. Betreuungs- und Entlastungsdienste: Herausforderungen für die Praxis nach dem ersten Schritt des Pflegestärkungsgesetzes.* ProAlter Januar/Februar 2015. pp.12-17.

OECD. (2006). *Projecting OECD health and long-term care expenditures: What are the main drivers?*, Eonomics department working papers No.477.

OECD. (2011). *Help wanted?: providing and paying for long-term care.* OECD Publishing.

OECD. (2011). *Who helped?.* OECD Publishing.

OECD. (2013). *Better policies for better lives - The Netherlands.*

OECD. *Health at a glance* 각 연도.

OECD. *Health Statistics*(2016. 4. 26. 추출).

OECD. *Long-term care resources and utilisation*

OECD. *Revenue Statistics*(2016.4.26. 추출).

Penzlien, M. (2008). *Streitfall Pflegestützpunkte.* Nachlese zur Anhörung vor dem Gesundehitsausschuss des Bundestages.

PSSRU(Personal Social Services Research Unit). (2011). P*rojections of Demand for and Costs of Social Care for Older People in England, 2010 to 2030, under Current and Alternative Funding Systems*, PSSRU Discussion Paper 2811/2

Reidel, M., & Kraus, M, (2016). Differences and similarities in monetary benefits for informal care in old and new EU member states. *International Journal of Social Welfare, 26.* pp.7-17.

Reinhard, S.C., E. Kassner, A. Houser & R. Mollica. (2011). *"Raising expectations, A state scorecard on long-term services and supports for older adults, people with physical disabilities and family caregivers",* AARP, The Commonwealth Fund, the Scan Foundation.

Roller, S. (2007). *Pflegebedürftigkeit. Eine Analyse der §§ 14, 15 SGB XI mit ihren rechtlich-systematischen und pflegewissenschaftlichen Bezügen*. Baden-Baden: Nomos.

Rothgang, H. (1996). Vom Bedarfs- zum Bedgetbetrieb?: die Einführung der Pflegeversicherung und ihre Rückwirkung auf die Gesetzliche Krankenversicherung. In Deutsche Gesellschaft für Soziologie(DGS) (Hrsg.): Gesellschaften im Umbruch: Verhandlungen des 27. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Halle an der Saale 1995. *Frankfurt am Main: Campus Verl.* pp.

930-946.

Rothgang, H. (1997). *Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse.* Frankfurt-M. und New York: Campus.

Rothgang, H. (2012). *Ärzteblatt 2012.*

Rothgang, H. (2014). S*tellungnahme zum Entwurf eines Fünften Gesetzes zur Änderung des Elften Buches Sozialgesetzbuch, vor dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages,* 18.09.2014.

Saint Joseph's College of Maine. (1993). *Criteria for designing or evaluating a long-term care system.* Standish, ME: Saint Joseph's College of Maine.

Saito Kaori. (2013). 독일의 개호자지원. 해외사회보장연구, 184.

Saito Kaori. (2015). 독일의 개호보장 동향. 건보련 해외의료보장, 107.

Schluter, P. J., Ahuriri-Driscoll, A., Anderson, T. J., Beere, P., Brown, J., Dalrymple-Alford, J., & Keeling, S. (2016). Comprehensive clinical assessment of home-based older persons within New Zealand: an epidemiological profile of a national cross-section. *Australian and New Zealand journal of public health.*

Schmidt, M. (2010). Grundlagen der Pflegeversicherung in Deutschland. In Langsdorf, S., Traub-Mery, R., Ding, Ch. (Hrsg.), Altenpflege und Pflegeversiherung. Modelle und Beispiele aus China, Deutschland und Japan. Shanghai: Shanghai Academy of *Social Sciences Press,* pp.165-189.

Shibata Fumio. (2010). 개호보험제도 창설이후 10년간의 족적 평가와 향후 과제.

Sieveking, K. (Hrsg.) (1998). *Soziale Sicheurng bei Pflegebedürftigkeit in der Europäischen Union.* Baden-Baden: Nomos.

Simon, M. (2004). „Die Begutachtung im Rahmen der sozialen

Pflegeversicherung. Kritische Anmerkungen zu Validität der Ergebnisse“. *Public Health, 12,* Jg. pp.218-228.

Simon, M. (2010). *Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Strutur und Funktionsweise.* Bern: Hans Huber.

Social Protection Committee and the European Commission services. (2014). *Adequate social protection for the long-term care needs in an ageing society.*

Statistisches Bundesamt. (2015). *Pflegestatistik 2013. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse.* Wiesbaden: Statistisches Bundesamt

Takeshi Tsuchida, 독일의 개호보험 개혁. 일본 건보련해외의료보장. 94.

The National Data Analysis and Reporting Centre(2015). *National inte rRAI data analysis annual report 2014-15.* (Retrieved from http://c entraltas.co.nz/assets/Health -of-Older-People/National-interRAI -Data-Analysis -Annual-Report-2014-15.pdf)

Wada Masaru et al. (2006). 평성 18년도(2006년) 개호보험의 편람. ㈜ 교세이.

Wanless, D. (2006). *Securing good care for older people: Taking a long-term view.* King's Fund report, King's Fund, London.

Watanabe Hukuko. (2016.) 독일의 개호보험법 개정. 일본국립국회도서관 조사 및 입법고사국, 외국의 입법 268.

WHO. (2015). *World report on ageing and health.*

Zuchandke, A., Reddemann, S,, & Krummaker, S.(2012). Financing long-term care in Germany. *Financing Long-term care in Europe,* pp.214~235.

국민건강공단 홈페이지 http://www.nhis.or.kr

국민건강공단 노인장기요양보험 홈페이지 http://www.longtermcare.or.kr/

통계청 e-나라지표 http://www.index.go.kr

한국보건의료인국가시험원 http://www.kuksiwon.or.kr
http://www.bmg.bund.de
http://www.interrai.co.nz/
http://www.interrai.org/
http://www.interrai.co.nz/
http://www.bundestag.de/blob/330174/23b82212e59eefab95cf832aba4d828d/18_14_0049-28-_esv-prof—dr—heinz-rothgang-pdf-data.pdf (2016. 7. 15.)

부록

1. 노인장기요양보험 관련 논문 주제별 분류

□ 관련 학회리스트

○ 검색 기간: 2008년 이후 출간 논문

○ 주제어: 노인장기요양보험

주요 학회명	-노인간호학회(26) -한국가족복지학회(1) -한국간호행정학회(7) -한국노년학회(28) -한국노인복지학회(28) -한국보건행정학회(10) -한국사회보장학회(4) -한국사회복지연구회(5)	-한국사회복지정책학회(7) -한국사회복지학회(7) -한국사회복지행정학회(8) -한국사회정책학회(5) -한국지역사회간호학회(6) -한국지역사회복지학회(6) -한국행정학회(1) -기타(22)

주: 1) 괄호 안 숫자는 학회별 논문수를 의미함.
2) 노인장기요양보험과 관련하여 관련도가 높은 것으로 판단되는 논문을 우선적으로 선정하였으며 중복되는 논문을 제외하고 총 분석한 논문은 154편임.

□ 분석틀

분석틀	주요 내용
1) 대상자 인정시스템 체계 관련	-인정시스템 전반
2) 서비스 급여체계 관련	-재가급여 -시설급여 -서비스 급여체계 전반 -기타(서비스 제공 도구 등)
3) 서비스 수가체계 관련	-서비스 수가체계 전반
4) 재원조달체계 관련	-본인부담금 관련 -서비스 비용(편익)분석 -재원조달체계 개선 관련 -재정추계
5) 인프라체계 관련	-서비스 제공자 관련 -서비스 제공 기관 및 인프라 전반 관련 -서비스 평가 및 개선 방안 관련 -기타
6) 기타	-가족부양자 관련 -서비스 이용결정 요인 -국가 간 비교/-기타

□ 주제별 논문 분류

○ 대상자 인정시스템 체계 관련

〈부표 1〉

논문 제목	기능장애, 장기요양 필요 및 사망 예측을 위한 허약측정도구의 개발
저 자	김창오·선우덕
발간 연도	2015년
출 처	한국노년학, 35(2), pp.451-474.
연구 목적	-기능장애, 장기요양 필요 및 사망에 대한 높은 위험예측 및 판별, 검교정 능력을 갖춘 허약측정 도구 개발
연구 방법	-연구 방법: 종단적 관찰연구(2차 자료 분석) · 조사 대상: 2008~11년 노인실태조사에 참여한 7,513명 · 조사 방법: 문헌연구를 통해 개발된 허약측정도구
연구 결과	-3년의 추적 기간 동안 IADL, ADL 기능장애, 장기요양 필요 및 사망은 각각 9.5%, 4.1%, 6.3% 발생 -연구 결과 허약을 악력 저하(신체적 결정요인), 정신심리적 고갈(정신심리적 결정요인), 사회적 고립(사회적 결정요인) 중 2개 이상을 충족하는 경우로 정의하였을 때 · IADL, ADL 장애, 장기요양 필요 및 사망에 대해 허약 노인의 상대위험도는 질병, 장애 수준 및 다른 변수 요인을 보정한 후에도 비허약 노인에 비해 각각 1.9배, 1.9배, 3.2배, 1.6배 높아지는 것으로 나타남 -허약측정도구의 부정적 건강 결과에 대한 판별 및 검교정능력은 통계적으로 유의한 것으로 나타남
정책 대안	-향후 허약의 개념 확대의 필요성에 대한 추가적 논의와 분석

〈부표 2〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 평가판정도구와 기준에 관한 고찰: 요양시설의 서비스 제공시간과 입소노인의 기능상태관계를 중심으로
저 자	김찬우
발간 연도	2009년
출 처	노인복지연구, 43, pp.35-60.
연구 목적	-장기요양제도 평가판정의 주요 기준인 요양인정점수 개발 과정 고찰을 통해 향후 평가판정도구의 개선 방향 마련
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양보험제도의 평가판정도구 개발에 있어 도구에 대한 정책집행자, 서비스 제공자 및 노인당사자 간 합의를 이끌어 낼 수 있는 기제 필요 -현재 평가판정의 중요한 기준인 요양인정점수의 도출 방식에 대한 보다 정밀한 연구 필요
정책 대안	-노인장기요양보험제도의 평가판정도구 개발에 있어 도구에 대한 정책집행자, 서비스 제공자 및 노인당사자 간 합의를 이끌어 낼 수 있는 기제 필요 -현재 평가판정의 중요한 기준인 요양인정점수의 도출 방식에 대한 보다 정밀한 연구 필요

〈부표 3〉

논문 제목	노인장기요양보험 등급외 판정자의 관리현황과 개선방안
저 자	권진희·한은정·이종석·박종연
발간 연도	2010년
출 처	보건행정학회지, 20(2), pp.104-127.
연구 목적	-노인장기요양보험 등급외 판정자의 지역보건복지서비스 연계현황 및 문제점 파악과 개선 방안 모색
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 인정조사DB 및 지역보건복지서비스 연계DB · 분석 대상: 지역보건복지서비스 연계자 및 미연계자 81,377명
연구 결과	-노인장기요양보험 등급외자의 지역보건복지서비스 연계율 70.6% · 등급외자의 28.4%는 아무런 서비스도 제공받지 않는 것으로 나타남 -등급외자에게 적용되는 서비스는 보건소 맞춤형 방문관리사업, 기타 노인여가복지사업, 노인돌봄종합서비스 등의 순 · 보건소 사업을 제외하면 대부분 일상생활 지원에 그치는 상황 · 등급외자의 건강 및 기능 상태 개선을 통해 등급 내로 진입하는 것을 방지하거나 진입속도를 지연시키기 위한 서비스 부족한 실정 -노인복지 주무과는 등급외자에 대한 서비스 연계 현황을 파악하여 건강보험공단에 통보하도록 되어 있으나, 대다수 되고 있지 않은 상황 · 등급외자 관리에 대한 업무 경력이 적을수록, 업무분장에 포함되어 있지 않을수록 연계 현황 통보율이 낮음 -지역보건복지서비스 연계 시 가장 어려운 것은 '타 업무량 과중으로 인한 서비스 연계 업무에 충실할 수 없다는 점'으로 나타남
정책 대안	-등급외자가 적극적으로 지역보건복지서비스를 이용할 수 있도록 지원 방안 마련 -중앙정부, 지자체, 국민건강보험공단 및 서비스 제공 기관 등 관계기관의 역할 명확화, 기관 간 유기적 협조체계 구축 -국민건강보험공단과 지자체는 등급외자의 기능 및 건강상태를 개선시킬 수 있도록 다양한 서비스 발굴 및 개발을 위한 노력 수행 -등급외자를 위한 지역보건복지서비스 제공에 있어 제3섹터의 참여 활성화

〈부표 4〉

논문 제목	등급판정 관련 특성이 장기요양 인정률에 미치는 영향
저 자	강임옥·한은정·박종연
발간 연도	2011년
출 처	보건행정학회지, 21(3), pp.381-396.
연구 목적	-신청자의 건강이나 질병 특성 이외 인정률에 영향을 미치는 특성 파악
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 국민건강보험공단 인정 DB(331,409명)
연구 결과	-장기요양 인정률에 영향을 미치는 요인은 · (신청자 관련 특성) 85세 이상자의 비율, 의료급여자의 비율, 본인부담금 경감자 비율, 가족 참석인 비율, 고소득층의 비율, 치매질환자의 비율, 중풍질환자의 비율, 치매와 중풍을 모두 가지고 있는 자의 비율 → 신청자의 질병 특성이 가장 큰 영향요인으로 나타남 · (공급자 관련 특성) 65세 이상 노인 대비 요양보호사 비율 -요양보호사의 비율이 높아질수록 인정률의 격차가 커지는 결과 발생 · 요양보호사의 질적 수준 적정화 시사
정책 대안	-등급판정 도구의 신뢰도 제고를 위한 후속 연구 제언 -요양보호사의 질적 수준 제고를 위한 정책적 개입

〈부표 5〉

논문 제목	2014년 노인장기요양보험제도 등급판정체계 개편에 대한 쟁점 고찰
저 자	김찬우
발간 연도	2015년
출 처	사회복지연구, 46(1), pp.111-134.
연구 목적	-노인장기요양보험제도 등급판정체계 등급안 도출 과정 연구의 방법적 및 정책적 쟁점 고찰
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-치매특별등급 기준관련 쟁점 · 대상자 규모 확대는 제도의 보장성 강화 측면에서 긍정적 · 다만, 선정 기준 개선에 있어 현재 선정 기준에 대한 추가적 고민 요구 → 요양인정점수 하향 기준을 어디로 삼을 것인가 → 등급판정 기준을 어떻게 조정할 것인가 · 등급판정 기준과 관련하여 '운동 능력이 있는 치매'에 대한 신중한 접근 필요 -치매특별등급과 돌봄종합서비스 관련 쟁점 · 현재 치매특별등급 대상자들이 충분한 정보를 가지고 서비스를 이용할 수 있는지, 현 서비스가 돌봄종합서비스보다 더 보장성이 높은지에 대한 파악 어려움 → 서비스 대상 확대와 내용보완 요구 -경증자 돌봄 관련 지자체와 건보공단 간 관계 설정 · 실질적 등급외자에 대한 지원 중요성을 지방정부가 충분히 인식하여 별도 인력체계 구성을 통한 건보공단과 지속적 연계 필요 → 지방정부와 건보공단의 관련 인력이 구성된 요양보장협의체 신설 고려 · 제도포함 대상 노인일지라도 소득계층에 따라 지방정부의 복지지원 고려 -치매특별등급 관리 측면에서 예방사업 · 예방효과를 기대할 수 있는 대상을 선별하여 예방사업에 포함시켜 실행 → 요양인정점수를 지속적으로 모니터링하여 효과가 있는 서비스 제공자에게 별도 인센티브 고려
정책 대안	- (연구 결과와 동일)

〈부표 6〉

논문 제목	노인장기요양보험 대상자 선정도구의 타당성 검증: 독일과 일본의 장기요양대상자 선정도구를 기준으로
저 자	이윤경
발간 연도	2015년
출 처	사회복지정책, 42(3), pp.271-292.
연구 목적	-독일과 일본의 장기요양보험 선정도구를 기준으로 한국의 선정도구 타당성 검증 및 3국의 대상자 보장성 규모 평가
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양시설 이용 노인 및 양로시설, 종합사회복지관, 노인돌봄지원센터 이용노인 / 총 551명 · 조사 기간: 2012.10.4.~10.12. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-한국, 독일, 일본의 요양필요도 수준은 매우 높은 상관관계를 보임 · 한국의 장기요양대상자 선정도구는 독일과 일본의 도구를 기준으로 할 때 타당도 높은 도구임이 입증됨 -국가별 장기요양보험의 보장성 수준은 독일, 일본, 한국 순으로 나타남 · 한국은 독일의 약 85%, 일본의 약 93% 수준으로 나타남 · 한국의 장기요양보험 대상자 보장 수준은 최근 계속적인 보장성 확대를 통해 향상되었음을 파악할 수 있음
정책 대안	-제도 도입 이후 변화된 요양서비스 현황이 반영된 도구 개편을 위한 노력 필요 -서비스 질 향상, 급여 내용의 전문화, 급여 범위 확대 등의 질적 보장성 확대를 위한 노력

〈부표 7〉

논문 제목	독일의 현행 장기요양 평가판정 도구에 대한 고찰
저 자	남현주
발간 연도	2012년
출 처	한독사회과학논총, 22(4), pp.31-69.
연구 목적	-독일의 장기요양 평가판정 도구 이원정 평가 기준 확인 및 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-독일의 등급판정 기준은 우리나라와 달리 · 요수발 일상생활활동 종류, 수발빈도, 수발시간대, 수발시간소비량을 토대로 등급판정 기준 선정 -독일의 평가판정 도구의 구조적 특징은 2가지 평가 기준을 근거로 이원화 되었다는 부분임 · ADL 위주의 요수발 일상생활활동의 종류, 수발빈도, 수발시간대 등을 측정하여 장기요양필요성 사정 · 별도로 치매나 정신질환 등 인지기능장애와 문제행동 제약정도를 측정하여 ADL 위주의 평가를 보완 -독일의 평가판정 도구는 평가판정양식과 장기요양보험조합 연방총연합회 지침서 내용에 대한 지속적 수정보완과정을 통해 현재의 이원화구조를 이룸
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

〈부표 8〉

논문 제목	장기요양 인정 조사표의 문항적합도 분석
저 자	김현실
발간 연도	2010년
출 처	한국노인의료복지학회지, 1(3), pp.39-51.
연구 목적	-장기요양 인정조사표의 문항적합도 분석 및 측정 도구로서의 적절성 평가
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서비스기관 유형별 총 92개 기관의 입소 노인 2,521명 · 조사 기간: 2008.2.1.~3.31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-문항적합도 분석 결과, 최종 5개 영역 52개 문항 확정 -현장에서 활용 시 문항의 적절성은 상황에 따라 회의적인 경우도 존재 -장기요양보험제도에서 인정조사표 결과는 단지 현상을 규명하기 위한 조사표가 아닌, 대상자의 서비스 요구도 및 실제 서비스 시간과 연동되어 요양급여 산정의 기초가 됨 · 일부 적합도가 떨어지는 문항이라 할지라도, 제거하는 데는 신중함 필요
정책 대안	-효과적인 평가 도구를 만들기 위해 평가문항 분석 및 검토 필요

〈부표 9〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 시행에 따른 쟁점과 문제점에 대한 고찰: 등급판정체계를 중심으로
저 자	임성옥
발간 연도	2010년
출 처	사회복지정책, 37(2), pp.245-266.
연구 목적	-노인장기요양보험제도 등급판정체계의 통합적, 실증적 분석 및 관련 쟁점 고찰
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구 및 FGI · 조사 대상: 등급판정관련 실무자 및 전문가 18명 · 조사 기간: 2010.4.1.~4.2. · 조사 방법: 전문가 FGI
연구 결과	-등급판정 기준의 제한성이나 엄격성 문제, 인지적, 사회적 영역에 대한 과소평가 경향으로 개선책 마련 필요 -평가 내용 관련 정서적 영역 측정 부분이 행동적 영역 안에 포함되어 전문적 평가가 이루어지지 못하는 제한 · 대상자의 등급결정에 고려되어야 하는 중요 요인 간과되는 상황 -등급판정인력의 전문성 및 의사소견서의 신뢰성 문제, 1차 방문조사원의 과다 업무로 인한 질적 하락 문제 · 인력 충원 및 이들에 대한 정기적 재교육 및 평가 시스템 마련 -동거가족 수발 현황 및 문제점에 대한 정부차원의 체계적 연구, 실태조사 필요
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

○ 서비스 급여 체계 관련

- 재가급여

〈부표 10〉

논문 제목	재가노인의 무력감 영향요인 분석; 우울, 스트레스, 사회적지지, 건강증진행위 및 일상생활수행능력과의 관련성
저 자	유수정·임경춘·서현미·공은희·김주현
발간 연도	2013년
출 처	노인간호학회지, 15(2), pp.103-111.
연구 목적	-재가노인의 무력감 정도 파악 및 무력감에 영향을 주는 요인 규명을 통해, 재가노인 무력감 완화프로그램 개발의 기초자료 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 강원도 지역 65세 이상 재가노인 155명 · 조사 기간: 2006.9.~12. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 방문면접조사
연구 결과	-대상자의 무력감 평균은 2.48점, 우울은 0.37점, 스트레스는 1.65점, 사회적 지지는 2.36점, 건강증진행위는 2.17점, 일상생활수행능력은 2.90점으로 나타남 -노인의 무력감에 영향을 주는 요인으로, 우울, 건강증진행위, 스트레스, 사회적지지, 현재 의학적인 치료유무가 유의한 영향을 미쳤음 · 우울할수록, 건강증진행위를 하지 않을수록, 스트레스가 높을수록, 사회적 지지가 낮을수록, 의학적 치료를 받고 있는 노인일수록 무력감이 높았음(*우울이 무력감을 가장 잘 설명해 주는 변인)
정책 대안	-재가노인의 무력감과 관련된 요인을 적용하여 간호중재 효과를 측정할 수 있는 연구 제언 -무력감과 건강증진행위와의 관계 재정립 또는 확인하는 연구 필요 -재가노인의 무력감을 감소시키기 위한 무작위 배정 실험연구 필요

〈부표 11〉

논문 제목	요양병원 노인 환자가 지각한 절망감과 가족지지
저 자	김주연·김계하
발간 연도	2014년
출 처	노인간호학회지, 16(2), pp.151-159.
연구 목적	-요양병원 입원 노인환자의 절망감 예측요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: G시, J지역 요양병원 2곳의 입원 노인 환자(65세 이상) 226명 · 조사 기간: 2013.2.1.~3.31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-대상자의 절망감 평균은 3.41점, 가족지지는 3.04점으로 나타남 -대상자의 일반적 특성에 따른 절망감과 가족지지의 분석 결과, · 절망감 정도에 유의한 차이를 보이는 변수는 종교 유무, 입원 기간(길수록), 경제 상태(나쁠수록), 용돈 만족도(낮을수록)로 나타남 · 가족 지지는 최종 학력(높을수록), 종교 유무, 병원비 부담 주체, 경제 상태(높을수록), 용돈 만족도(높을수록)에 따라 높게 평가함 -대상자의 절망감 예측요인은 가족 지지, 경제 상태, 입원 기간으로 나타남
정책 대안	-다양한 지역에서 표집한 다수 환자를 대상으로 심층적 반복 연구 제언 -절망감에 영향을 미치는 요인 외 다른 변수를 포함하여 지속적인 절망감 관련 요인 탐색 연구 필요

〈부표 12〉

논문 제목	노인장기요양보험 재가서비스 이용량 결정요인
저 자	이태화·김복남
발간 연도	2012년
출 처	간호행정학회, 18(4), pp.402-413.
연구 목적	-재가서비스 이용 노인 및 보호자를 대상으로 재가서비스 이용량 결정요인 파악 및 표준급여모형 알고리즘 수정보완 기초자료 마련
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 및 조사 연구 · 조사 대상: 재가서비스 이용 노인의 주보호자 259명 · 조사 기간: 2009.6.~9. · 조사 방법: 1)국민건강보험공단 인정조사 및 욕구 조사, 이용지원 자료 2차 자료 분석 2)주돌봄자요인 및 가족자원요인에 대한 전화조사
연구 결과	-대상자 특성에 따른 재가서비스 이용량의 차이 분석 결과 · 노인요인 중 노인 장기요양인정등급에 따라 재가서비스 월평균이용일수에 유의한 차이를 보임 · 주돌봄자요인 중 주돌봄자와 노인의 관계에 따라 이용량의 유의한 차이를 보임(딸과 기타인 경우가, 다른 경우보다 이용일수가 많음) · 가족자원요인 중 거주지역, 부돌봄자특성 중 가족 도움자 수가 많을수록 이용일수가 많아지며, 유의한 차이를 보임 -재가서비스 이용량 및 제 변수와의 상관관계 분석 결과 · 재가서비스 이용량은 일상생활수행능력, 인지기능장애, 문제행동과 유의한 상관관계가 있었으며 · 가족지지 정도는 노인 연령, 가족 도움자 수와 상관관계, · 가족이 지원하는 일의 수는 돌봄부담자 수, 가족도움자 수, 가족지지정도와 유의한 상관관계를 보임 -장기요양대상자의 재가서비스 이용량 결정요인 분석 결과 · 노인의 성별, 배우자 유무, 일상생활 수행 능력 욕구, 인지기능장애, 가족 지지 정도가 영향을 미치는 것으로 나타남 · 즉, 여성 노인일 경우, 배우자가 있는 경우에 이용일 수가 감소, · 일상생활 수행 능력 욕구가 높아질수록 이용일 수가 증가, · 가족지지 정도가 높아질수록 이용일 수가 감소하는 것으로 나타남
정책 대안	-국민건강보험공단 표준급여모형작성을 위한 전산알고리즘에 가족자원요인 포함-

〈부표 13〉

논문 제목	방문요양서비스에 대해 인지하는 서비스의 질과 만족도, 재이용의사 간의 관계 분석
저 자	권진희·한은정·강임옥
발간 연도	2010년도
출 처	한국노년학, 30(2), pp.355-368.
연구 목적	방문요양에 대한 이용자 만족도 파악 및 방문요양 이용자 만족도와 서비스 질, 재이용의사와의 관계성 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사 연구 · 조사 대상: 방문요양서비스 이용자 241명 · 조사 기간: 2008.4.15.~7.31. · 조사 방법: 1:1 면접조사
연구 결과	-서비스 질을 구성하는 3개 차원(서비스 계약, 서비스 내용 및 과정, 불만 및 요구사항 반영)은 만족도와 재이용의사와 양의 상관관계를 보임 · 서비스 내용 및 과정과 만족도 상관계수는 0.801로 강한 양의 상관관계 -대상자가 인지하는 방문요양서비스의 질은 서비스 만족도 및 재이용의사와 관련이 있고, 영향을 미치는 것으로 파악됨
정책 대안	-장기요양서비스의 체계적 질 관리(서비스 내용 및 과정) -재가장기요양기관, 특히 방문요양기관에서 양질의 서비스가 제공될 수 있도록 시설장 및 관리자들에 대한 교육

〈부표 14〉

논문 제목	장기요양보호를 이용하는 여성노인의 경험에 관한 탐색적 연구; 방문목욕 이용자를 중심으로: 방문목욕 이용자를 중심으로
저 자	신건철
발간 연도	2010년
출 처	한국노년학, 30(4), pp.1345-1357.
연구 목적	장기요양보호서비스 중 방문목욕 이용 여성노인의 방문목욕 경험으로 인한 신체적, 심리적 변화에 대한 심층분석
연구 방법	-연구 방법: 질적연구 · 조사 대상: 장기요양보호 방문목욕서비스 이용 여성 노인 8명 · 조사 기간: 2010.4.~5. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-신체적 측면에서는 몸이 건강해지고 편해졌으며, 신체적으로 나아지고 있다고 믿고 있음 -심리적 측면에서는 방문목욕으로 인해 신체적 장애를 보이는 것에 대해 편해졌다고 응답함 -요양보호사와의 상호작용을 통해 정서적 측면에서의 지지를 받아 자신의 존재 가치를 긍정적으로 바라보게 됨 -그 결과 장애로 인한 부정적 태도에서 장애를 지닌 자신의 신체상태를 수용하게 되고, 현실 적응에 영향을 미치게 됨
정책 대안	-장기요양보호에서 노인에 대한 체계적 관리 및 정서적 안정을 높이기 위한 사회복지사의 개입과정 도입 -요양보호사가 멘토의 역할을 감당할 수 있도록 체계적 교육시스템 마련 -지역사회를 중심으로 장기요양기관, 방문요양기관, 복지관 등과 공단의 통합네트워크 구성 및 권역별 통합사례관리체계 마련

〈부표 15〉

논문 제목	재가노인의 복지 및 보건·의료 서비스 조정·연계에 대한 연구: 프랑스의 장기요양제도와 지역노인전문코디네이션 센터를 중심으로
저 자	박혜미
발간 연도	2015년
출 처	한국노년학, 35(3), pp.569-588.
연구 목적	-프랑스의 지역노인전문코디네이션 센터에 관한 고찰을 통해 한국 재가 장기요양기관 정책발전 모색
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-프랑스의 장기요양제도 사회의료팀과 서비스 지원 계획은 프랑스 재가 장기요양서비스 전달의 핵심요소이며, 보건복지 연계의 장으로 기능 · 개인화된 서비스 지원 계획은 노인의 욕구에 부합하고 재가 생활 유지를 위해 필요한 서비스를 장기요양 급여로 제공할 수 있도록 협의된 평가와 사정을 도출하는 미시적 코디네이션 공간으로서 기능함 -이를 바탕으로 한 정책적 시사점으로는 · 한국의 노인복지는 지방정부의 권한을 확대하고, 선택의 기회를 강화하여 지역적 특성에 맞는 정책 실용화의 방법 모색 · 의존성 노인의 장기요양은 보건의료적 측면뿐 아니라 사회복지적 가치와 기술에 입각한 서비스 제공 요구 · 관련 종사자 및 기관들 간 연계, 조정작업에 대한 합의된 개념과 목표의식 구축
정책 대안	-한국의 현실적 여건에 부합하고 노인의 욕구와 실정에 맞는 장기요양과 코디네이션 정책의 구축, 적용 기법 확보

〈부표 16〉

논문 제목	장기요양보험 재가급여 여성노인의 요실금 관련요인
저 자	이종원·송미숙
발간 연도	2015년
출 처	한국노년학, 35(1), pp.119-133.
연구 목적	-장기요양보험 재가급여 여성노인의 요실금 유병률 및 관련요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울, 경기지역 장기요양보험 재가급여 여성노인 192명 · 조사 기간: 2014.3.1.~4.15. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-대상자의 요실금의 정도는 · 연령이 높을수록, 요양3등급 대상자보다 2등급 대상자가, 재가서비스 이용기간이 길어질수록, 우울이 심할수록, 인지기능이 낮을수록, 일상생활의존도가 높을수록, 노인성질환 개수가 많을수록, 손자녀하고만 동거할수록, 치매가 있을수록 심해지는 것으로 나타남 -대상자의 요실금 관련요인은 · 우울, 인지기능 및 노인성질환 개수인 것으로 나타남
정책 대안	-요실금 증상을 위해 단순한 배설물 관리보다는 잔존기능의 유지를 위한 체계적 관리 필요

〈부표 17〉

논문 제목	재가장기요양서비스 이용 노인들의 서비스에 관한 주관적 인식유형 연구: Q방법론적 분석
저 자	신복기·이재환
발간 연도	2010년도
출 처	노인복지연구, 50, pp.27-48,
연구 목적	-Q방법론을 활용하여 재가장기요양서비스를 이용하고 있는 노인을 대상으로 서비스에 대한 주관적 인식을 유형화하고, 각 유형별 특성이 갖는 시사점 도출
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 재가장기요양서비스 이용노인 · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-분석 결과, · 추가적 서비스를 필요로 하는 유형(1), 서비스 비용의 상향조정을 반대하는 유형(2), 서비스에 순응하는 수용적 유형(3), 서비스에 대한 인식 수준이 낮은 유형(4) 등 4가지로 나타남
정책 대안	-장기요양서비스 이용의 전제가 되는 등급판정 기준 및 등급의 확대, 조정과 본인부담금의 부담 경감 -서비스이용에 대한 권리의식 강화 -필요에 따른 희망급여 이용, 선택가능한 제도적 장치의 마련 -장기요양서비스가 갖는 문제점을 개선할 수 있는 의견수렴 통로 같은 매커니즘 확보와 이를 집행할 수 있는 제도적 장치 마련

〈부표 18〉

논문 제목	장기요양 이용 재가노인의 인지기능과 일상생활 능력
저 자	장현숙·이홍자
발간 연도	2012년
출 처	보건행정학회지, 22(4), pp.522-537.
연구 목적	-노인장기요양보험 서비스 이용 재가노인의 인지기능 및 일상생활 수행 능력 확인과 효율적 서비스제공을 위한 개선 방안 모색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 재가장기요양기관 4곳의 이용 노인 1,016명 · 조사 기간: 2010.11.1.~2011.5.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-대상자의 인구학적 특성 분석결과 · 대상자의 평균연령은 78.0세, 여자 88.3%, 독거 60.7%, 3등급이 70.1%로 우세하게 나타남 -대상자의 인지기능 분석 결과 · 우울증 관련 응답 비율이 가장 높게 나타났으며, 인지기능이나 ADL과 가장 높은 상관성을 보이는 것은 요양등급으로 0.578, 0.889 순으로 나타남 · 대상자의 인지기능은 1등급 19.5점, 2등급 24.9점, 3등급 24.5점으로 중등정도로 나타남 · 치매증상을 나타내는 대상자도 평균 20% 차지 -요양등급에 따라 인지기능과 일상생활 수행 능력 차이 발생
정책 대안	-장기요양 이용대상 재가노인의 인지기능에 대한 재평가가 이루어질 수 있는 등급판정 기준에 대한 심도있는 논의 및 요양등급 체계 구축을 위한 후속 연구 -재가장기요양서비스의 질적 수준 제고를 위한 요양보호사 대상 교육 실시 및 프로그램 개발 -대상자의 개별 요구에 맞는 요양서비스 제공을 위한 케어매니저 제도 도입

〈부표 19〉

논문 제목	노인장기요양보험 방문간호 권고군의 방문간호 이용과 의료이용의 관계
저 자	강새봄·김홍수
발간 연도	2014년
출 처	보건행정학회지, 24(3), pp.283-290.
연구 목적	-방문간호 권고군의 방문간호서비스 이용 여부에 따른 의료 이용의 특성 파악
연구 방법	-연구 방법: 2차자료 분석 · 연구 자료: 국민건강보험공단 인정자DB · 연구 대상: 장기요양 1-3등급 인정자 중 방문간호 권고군 20,098명
연구 결과	-방문간호서비스 이용과 의료이용의 관계를 분석한 결과 · 방문간호서비스 이용은 외래 횟수 및 외래 비용과 음의 상관관계 · 입원서비스의 경우, 고이용군에서만 입원비용과 음의 상관관계 보임 -외래이용의 경우, 외래서비스를 이용할 확률은 방문간호 고이용군에서만 유의하게 증가 · 외래비용과 외래횟수는 미이용군에 비해 고이용군과 저이용군 모두 감소하는 것으로 나타남 -외래이용에 영향을 미치는 다른 요인들로는 · 의료급여 혹은 기초생활수급자에서 외래이용이 낮은 것으로 나타남 -입원이용의 경우, 방문간호 고이용군에서 미이용군에 비해 입원비용이 낮게 나타남 · 방문간호 이용은 입원서비스 이용 여부와 횟수와는 통계적으로 유의한 차이가 없었음 -기초 및 의료급여 수급권자의 경우, 입원서비스 이용 역시 유의하게 적은 것으로 나타남
정책 대안	-방문간호서비스의 활성화 및 내실화를 위한 보건정책과 효과평가 필요

〈부표 20〉

논문 제목	재가장기요양서비스 품질이 서비스 만족에 미치는 영향; 방문요양서비스를 중심으로
저 자	박정호
발간 연도	2011년
출 처	사회복지정책, 38(1), pp.227-246.
연구 목적	-재가장기요양서비스 품질이 서비스 만족에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울지역 방문요양서비스 대상자(1-3등급) 121명 · 조사 기간: 2010.7.14.~8.4. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-분석 결과 · 배우자가 없는 경우와 방문요양서비스만 받은 대상자가 상대적으로 서비스 만족이 더 높은 것으로 나타남 -방문요양서비스 품질 구성요인 분석 결과 · 신뢰성, 대응성, 공감성 순으로 서비스 만족에 정적영향을 미친 것으로 나타남 · 품질 하위요인으로 문제 해결의 적극성, 응급 대처, 상담 용이, 경제적 부담 경감, 장기요양이용계획서 이행이 서비스 만족에 정적영향을 행사한 것으로 나타남
정책 대안	-요양보호사의 보수교육 강화 -장기요양서비스의 연계 네트워크 확충 -적정한 수가 보장 -등급판정의 개선 및 향후 등급별 보험급여 상한금액 인상 -재가장기요양서비스 종류의 확대 -장기이용계획서 홍보와 관리, 감독 강화와 케어관리제도 정착

〈부표 21〉

논문 제목	장기요양방문간호 이용자의 특성 및 이용실태
저 자	이정석·한은정·강임옥
발간 연도	2011년
출 처	지역사회간호학회지, 22(1), pp.33-44.
연구 목적	-장기요양방문간호 이용자의 일반특성 및 서비스 이용실태 파악
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 국민건강보험공단 노인장기요양급여DB, 장기요양인정조사 DB · 분석 대상: 2008년 7월~8월 사이 최소 1회 이상 장기요양방문간호 서비스를 이용한 634명
연구 결과	-장기요양방문간호 이용자의 57.1%는 75세 이상 노인 · 대도시 거주하는 경우가 37.5%로 가장 많았고, 1등급(43.7%)이거나 3등급(42.0%)으로 나타남 · 남자의 경우, 방문간호와 방문목욕을 함께 받는 경우가 17.8%(여자 10.1%) · 농어촌인 경우, 방문간호만 이용하는 경우가 31.5%로 가장 많음 · 이 외 간호처치 필요도 평균은 0.71점으로 중요도가 체크되지 않는 상황 -상체와 하체에 완전운동장애가 있는 대상자의 경우 · 방문간호만을 더 많이 이용하는 것으로 나타남 · 이용자 상당수는 질병을 보유하며, 이들의 75.5%는 2개 이상의 질병을 가진 것으로 나타남 -이용자의 대부분은 욕창간호를 필요로 하며, 이들 대부분이 방문간호만을 이용하고 있음 · 대상자의 30%는 방문간호와 방문요양을 함께 이용하는 것으로 나타남
정책 대안	-장기요양방문간호의 활성화 · 간호처치욕구를 보다 포괄적으로 평가할 수 있는 방안 마련 · 방문간호기관들은 서비스 대상 및 범위에 대한 적극적 홍보, 가치 인식 노력 · 방문간호 이용 및 제공에 따른 절차 간소화를 통한 접근성 향상 전략

〈부표 22〉

논문 제목	노인장기요양보험 제도하에 제공되는 방문간호 서비스의 중요도와 성과도
저 자	변도화·현혜진
발간 연도	2013년
출 처	지역사회간호학회지, 24(3), pp.332-345.
연구 목적	-노인장기요양보험 제도하에서 시행되고 있는 방문간호 서비스의 중요도와 성과도 측정
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 강원도 소재 재가장기요양기관 이용 노인 350명 · 조사 기간: 2011.8.16.~9.15. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-방문간호서비스의 중요도 및 성과도 분석 결과 · 신뢰성, 확신성, 공감성 영역에서 강점 유지가 필요한 것으로 나타남 · 유형성은 개선을 고려해야 하는 영역, 대응성은 집중 개선이 필요한 영역으로 나타남 -세부 영역별 분석 결과 · (집중 개선 영역) 합병증 점검, 검사 과정 설명, 검사 결과에 대한 불안한 마음 배려, 약의 작용 및 부작용 설명, 혼자 하기 힘든 일 도와줌, 의뢰한 기관에 대한 설명 등이 포함 · (개선 고려 영역) 최신 간호장비 이용하여 간호 제공, 검사 관련 자료의 시각적 접근 등
정책 대안	-연구 결과를 반영한 방문간호사업 활성화를 위한 전략 수립

〈부표 23〉

논문 제목	주간보호시설을 이용하는 노인과 종사자의 간호요구 비교
저 자	유혜숙
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(2), pp.118-128.
연구 목적	-주간보호시설을 이용하는 노인과 종사자가 인지하는 간호요구 파악을 통해 노인대상자와 간호제공자 간 인식 차이 파악 -주간보호시설 종사자의 효율적 간호제공을 통한 주간보호시설 서비스 질 향상
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: G광역시 노인주간보호시설(10명 이상) 11곳의 65세 이상 노인 135명, 종사자(사회복지사, 간호(조무)사, 요양보호사) 44명 · 조사 기간: 2011.6.20.~7.7. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-노인대상자와 간호제공자가 인지하는 간호요구는 노인 2.40점, 종사자 3.07점으로 종사자가 더 높게 나타남 · 영역별로는 노인은 심리,사회적 간호요구, 정보적 간호요구, 신체적 간호요구 순으로 나타남 · 간호종사자는 심리,사회적 간호요구, 신체적 간호요구, 정보적 간호요구 순으로 나타나 차이를 보임
정책 대안	-지역사회에서 적극적 간호중재를 위한 프로그램 개발 및 적용 -노인대상자의 간호요구가 무엇인지에 대한 지속적이고 심층적인 파악

○ 서비스 급여 체계 관련

- 시설급여

〈부표 24〉

논문 제목	요양시설거주 노인의 병원응급실 이용에 관련된 요양시설 종사자와 응급실 간호사의 대처 및 지각된 어려움
저 자	고인순·강희선·김경희·박경숙
발간 연도	2013년
출 처	노인간호학회지, 15(3), pp.227-235.
연구 목적	-요양시설 종사자 및 응급실 간호사의 대처와 지각된 어려움 파악
연구 방법	-연구 방법: 포커스그룹 인터뷰를 통한 질적 연구 · 연구 대상: 서울 및 지방에 위치한 3개 노인요양시설 및 4개 종합병원 응급실 종사자 중 돌봄경험이 있는 종사자 20명(간호사 6명, 조무사 4명, 응급실 간호사 10명) · 조사 기간: 2013.4.1.~4.29. · 조사 방법: 응급실 간호사 2개 그룹, 노인요양시설 3개 그룹으로 포커스 그룹 인터뷰
연구 결과	-요양시설 종사자 및 응급실 간호사의 대처와 지각된 어려움을 분석한 결과 · 노인요양시설에서의 환자 응급상황 및 대처양상은 대부분 호흡곤란이나 의식저하로 나타났으며, 응급상황 발생 시 즉시 또는 응급처치 후 바로 이송하는 경우가 대다수 · 응급환자 발생 시 신속한 보고 및 이송체계와 관련하여, 노인요양시설 내 응급상황 발생 시 시설 내 보고체계 규정을 따르고 있었으며, 환자 이송 수단으로는 119, 129 등을 이용하는 상황 · 응급실로 이송 및 요양시설 재입소 시 환자의 정보 부족과 관련하여, 응급환자에 대한 기본적 정보를 알기 어려운 부분, 시설에서 갖고 오는 기록지 내용의 불충분함, 퇴원 후 재입소 시 환자 상태 변화에 대한 정보를 알기 어려운 부분 등을 어려움을 토로함 · 노인요양시설 종사자 및 응급실 간호사의 업무부담으로는, 응급실 간호사의 경우 환자정보부족에 대한 부담감을, 노인요양시설에서는 응급이송결정에 대한 부담감을 갖는 것으로 나타남
정책 대안	-노인요양시설에서는 응급상황 사례를 활용한 교육 및 종사자들의 신속한 대처를 위한 다양한 교육 기회 제공 -환자 상태에 대한 정보 교환이 이루어지기 위한 시설 종사자, 환자 이송 관련자, 보호자 등에 대한 지속적인 관련 교육 -노인 환자 이송 시 사용할 수 있는 표준화된 이송양식 개발 및 노인 환자 이송체계 확립

〈부표 25〉

논문 제목	시각적 자극과 연하체조가 장기요양시설 뇌졸중 노인의 연하기능에 미치는 효과
저 자	한미순·김화순···이영휘·김수현
발간 연도	2013년
출 처	노인간호학회지, 15(3), pp.293-308.
연구 목적	연하장애가 있는 뇌졸중 노인에게 규칙적 식사 전 시각자극과 함께 연하체조를 적용하는 것이, 연하장애 개선에 미치는 효과 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구(비동등성 대조군 전후설계연구) · 조사 대상: 서울시 소재 노인요양시설 만 60세 이상 뇌졸중노인 69명 · 조사 기간: 2012.6.~7. · 조사 방법: 조사원이 직접 대상자 관찰을 통한 연하장애, 총섭취열량, 체중 사전사후 측정 및 면담을 통한 설문조사 실시
연구 결과	-대상자들의 연하장애 점수, 체중, 총섭취열량에 있어 사전·후 측정결과 두 집단 간 유의한 차이는 발생하지 않았으나, 연하자기효능감은 통계적으로 유의한 차이를 보임
정책 대안	-복수의 장기요양시설 입소노인을 대상으로 한 반복 연구 필요 -민감도가 높은 침습적 결과변수를 이용한 연하중재 프로그램 효과를 평가하는 후속 연구 필요 -연하장애 평가 도구의 적절성 여부 평가 연구 필요

〈부표 26〉

논문 제목	시설노인의 우울예측요인
저 자	문설화·홍귀령
발간 연도	2015년
출 처	노인간호학회지, 17(2), pp.65-75.
연구 목적	-시설 거주 노인의 우울정도 및 우울 예측 요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울시, 경기도, 강원도 소재 노인의료복지시설 7곳 입소노인 305명 및 담당간호사 15명 · 조사 기간: 2011.11.~12. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사(간호사) 및 방문조사(노인)
연구 결과	-우울증상이 있는 대상자는 전체의 38.7%이며, 평균점수는 12.19점으로 나타남. 그 중 경증대상자는 24.3%, 중증은 14.4%임 -대상자의 일반적 특성, 건강관련 특성에 따른 우울정도의 차이 분석결과 · 만성질환 수가 많을수록, 섬망/혼돈증상이 있을수록, 불면증이 있을수록, 시력장애가 있을수록, 의사소통장애가 있을수록, 약물복용개수가 많을수록 우울 정도가 높아짐 -대상자의 우울 예측 요인을 파악한 결과 · 불면증이 있는 집단이 그렇지 않은 집단보다 우울 경험 비율이 5.94배 높았음 · 섬망/혼돈증상이 있는 집단이 그렇지 않은 집단보다 우울 경험 비율이 4.77배 높게 나타남
정책 대안	-다양한 우울예측요인 확인 및 총체적 접근을 위해 장기간 코호트 연구 필요 -우울 측정 반복 연구 및 시설 거주 노인을 위한 간단하고 신뢰성 있는 우울 측정 도구 개발 및 타당성 제고

〈부표 27〉

논문 제목	장기요양보호대상노인의 시설적응과정에 관한 근거이론적 접근
저 자	신용석·김수정·김정우
발간 연도	2013년
출 처	한국사회복지학, 65(3), pp.155-182.
연구 목적	-장기요양보호대상 노인의 시설생활 적응 과정 등 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 경기지역 노인요양시설 입소 노인 15명 · 조사 기간: 2012.5.~2013.1. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 바탕으로 심층면접
연구 결과	-장기요양보호대상노인의 시설생활 적응 과정에 대해 근거이론적 분석 결과 · 15개의 범주, 42개의 하위 범주, 170개의 개념 추출 · 장기요양보호대상노인의 시설 적응 과정에서 경험하는 중심현상은, '내버려짐'으로 나타남 · 이에 대한 인과적 조건, 맥락적 조건, 중재적 조건, 작용/상호작용 전략과 결과를 통합한 핵심범주는 '받아들임'으로 구체화됨 · 그 유형에 따라 운명-체념형, 현실-수용형, 자발적-선택형으로 구분되는 것을 확인함
정책 대안	-시설 입소와 관련하여 가족, 시설운영자, 정책 관련자들의 노인에 대한 심리적 상태에 대한 이해 및 접근법 필요 -시설종사자(요양보호사 등)를 대상으로 한 노인과의 관계 및 의사소통 교육 지속적 진행 -시설종사자 및 관계 기관 간 실질적 협력관계를 통해 노인들의 적응 유형에 따라 단계별 맞춤 전략 필요 -노인의 건강 변화에 부응하는 상담 및 프로그램 제공

〈부표 28〉

논문 제목	노인요양시설의 입소과정에서 제공해야 하는 정보는 무엇인가?
저 자	이민홍·강은나
발간 연도	2013년
출 처	한국사회복지행정학, 15(2), pp.23-44.
연구 목적	-노인의 요양시설 입소를 위한 의사결정과정에서 시설 관계자가 노인 및 보호자에게 반드시 알려주어야 할 정보가 무엇인지에 대한 탐색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인요양시설 7곳(입소 노인 20명, 보호자 10명, 담당자 7명) · 조사 기간: 2012.8.1.~12.5. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사 / 심층면접
연구 결과	-시설 입소를 위해 반드시 알아야 할 정보를 참여 집단별로 분석한 결과 · (시설 입소 노인) 시설 입소의 장단점, 시설의 위치, 같이 방을 쓰는 노인의 특성, 식단, 시설에서의 하루, 입소초기 적응 지원, 종교 및 외부활동 지원, 시설의 서비스 질 개선 노력 · (입소 노인의 보호자집단) 입소 초기 어려움, 의식주, 종사자 특성, 같이 방을 쓰는 노인 특성, 보호자 동의 수반 내역, 비용 및 추가 비용, 시설에 대한 인식, 시설서비스 개선 노력 · (시설 입소 담당자 집단) 입소절차 및 시설소개, 시설 입소 비용, 가족면회 규정, 서비스 내용, 거주자 권리와 책임, 가족의 책임, 안전사고, 장례절차, 퇴소 시 절차 등
정책 대안	-시설 입소 과정에서 당사자에게 의사결정은 물론 이를 위한 충분한 정보 제공 -추가적 정보 제공 등을 통한 시설 입소 시 상세한 정보 제공 이행

〈부표 29〉

논문 제목	장기요양서비스 수급 후기노인의 인지향상 프로그램 중재 효과
저 자	이홍자·이도현
발간 연도	2013년
출 처	지역사회간호학회지, 24(4), pp.427-437.
연구 목적	-후기노인을 대상으로 인지기능을 향상시킬 수 있는 프로그램 개발
연구 방법	-연구 방법: 실험연구 · 조사 대상: D시 소재 노인요양시설 입소 후기노인 20명(대조군 20명) · 조사 기간: 2012.9.8.~12.17. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사(인지향상 프로그램 적용 사전사후 대조)
연구 결과	-인지향상 프로그램이 미친 효과로는 · 일상생활 수행 능력이 증가하였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보임 · 인지기능은 두 집단 간 유의한 차이를 보이지 않음 · 우울은 감소한 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보임 · 삶의 질은 증가하였으며, 통계적으로 유의한 차이를 보이는 것으로 나타남 -일상생활 수행 능력, 인지기능 및 우울, 삶의 질과의 관계 분석 결과 · 중재 이전의 우울이나 삶의 질에 관계없이 중재 프로그램으로 인해 우울이 감소, 삶의 질이 향상되었음을 파악할 수 있음
정책 대안	-인지기능 향상 프로그램 개발 및 효과를 입증할 수 있도록 표준화된 모델 제시 -인지기능 향상 프로그램 개발을 위한 국가적 지원

〈부표 30〉

논문 제목	노인요양 시설에서 거주노인의 이상징후 확인과 관리에 대한 간호사의 인식
저 자	임세현·장성옥·서경희·이수정
발간 연도	2010년
출 처	노인간호학회지, 12(1), pp.81-94.
연구 목적	-한국의 노인 요양시설에서 간호사가 거주노인의 응급상황에 처한 경험을 조사함으로써, 실무자인 간호사가 인식하는 거주노인의 이상징후 관리에 대한 인식 도출
연구 방법	-연구 방법: 조사연구(질적분석) · 조사 대상: 노인요양시설 3곳에 근무하는 간호사 30명 · 조사 기간: 2009.2.1.~2009.5.31. · 조사 방법: 반구조화된 설문문항을 통한 면담법
연구 결과	-노인요양시설에서 근무하는 간호사가 거주노인의 이상징후를 관리하는 과정에서, 관리 방향을 결정짓는 범주는 크게 3가지로 나타남 · 시설에서 관리 능력 · 시설에서 정상으로의 변화가 가능한 징후 여부 · 거주노인 가족의 거주노인 관리에 관련된 수렴된 의견 -노인요양시설에서 근무하는 간호사가 거주노인의 이상징후를 관리하는 과정에서 장애요인은, 법과 제도적 제약, 노인이라는 편견, 간호사가 활용할 수 있는 관리지침의 제한 및 인력적 자원 제한으로 구분됨 -이에 따른 시설근무 간호사는 시설의 위험을 최소화하는 방향, 환자의 위험을 줄이기 위한 우선순위 설정, 정확한 다음의 처치를 할 수 있게 하는 방향으로 관리 방안을 모색하는 것으로 범주화되었음
정책 대안	-이상징후에 대한 응급관리 및 안전관리, 가족간호에 대한 면밀한 간호실무 전략 지원을 위해 정책적으로 노인요양시설에서 인력적 자원을 보장받을 수 있는 규정 재정립 필요 -교육에 있어 응급간호활동의 안전성과 효과성을 확보하기 위한 간호사 실무교육 시급히 필요

〈부표 31〉

논문 제목	노인요양시설에 근무하는 간호요원의 억제대 적용 경험
저 자	김덕희·김춘미·김은만·박명숙
발간 연도	2011년
출 처	노인간호학회지, 13(2), pp.131-141.
연구 목적	-노인요양시설에서의 억제대 사용지침 수립 및 간호요원의 실질적 교육 프로그램 수립 기초자료 제공
연구 방법	-연구 방법: 조사연구(일대일 인터뷰, 포커스 그룹 면담) · 조사 대상: 5개 지역 노인요양시설에서 근무경력이 있는 간호요원(간호(조무)사, 요양보호사) 17명 · 조사 기간: 2011.1.~2011.5. · 조사 방법: 반구조화된 설문문항을 통한 면담법
연구 결과	-노인요양시설에 근무하는 간호요원의 억제대 적용 경험 범주는 크게 7가지로 나타남 · 1)부득이하게 사용해야만 하는 간호상황과 목적, 2)가족들의 거부감을 최소화하며 동의를 구함, 3)신중하게 이루어지는 의사결정, 4)정당함 속에서 연민과 고통, 5)억제대를 최소화 해보려는 대처, 6)노인 특성과 목적에 맞추워 적합한 억제방법 시도, 7)표준화된 프로토콜의 부재가 경험의 범주로 도출됨 -즉, 간호요원들은 억제대가 가장 바람직한 간호방법이라고는 여기지 않지만 여러 가지 부득이한 간호상황에서 쓸 수밖에 없는 최선책으로 간주하는 상황임
정책 대안	-노인요양시설에서 적용할 수 있는 억제대 프로토콜 개발 및 이를 규정대로 실천하는지 평가하는 항목을 노인요양시설 질 평가 기준에 포함 -요양보호사 교육과정에 억제대 관련 교육의 의무적 포함 -노인시설에서 억제대를 사용하는 노인 및 가족들의 경험을 심층적으로 분석하는 질적 연구 지원 필요

〈부표 32〉

논문 제목	노인요양병원 욕창위험군의 욕창발생에 영향을 미치는 시설요인 및 간호요인
저 자	신경림·김미영·강윤희·정덕유·차지영·이에리자·김윤주·권유림
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(1), pp.30-39.
연구 목적	-요양병원에 입원한 65세 이상 노인 중 욕창위험군을 대상으로 욕창발생과 시설 및 간호요인 조사
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 대한노인요양병원협회에 등록된 노인요양병원 중 14곳의 65세 이상 욕창위험군 노인 및 간호사 274명 · 조사 기간: 2009.9.24.~2010.7.23. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-노인요양병원의 평균 욕창 발생 비율은 11.2%로 기관별 편차는 적음 -노인요양병원 기관별 욕창발생 시설요인으로는 · 욕창위험 사정 도구가 없는 경우, 욕창예방 프로토콜이 있는 경우, 욕창예방 교육을 실시하는 경우, 상처 및 욕창치료 전담간호사가 없는 경우가 대부분을 차지함 -노인요양병원 간호사의 욕창관련 간호요인으로는 · 욕창 관련 간호기록 수행빈도는 매일 하는 경우가 가장 많았고, 환자의 지속적 간호사정이 욕창발생 위험성을 정확히 파악할 수 있다는 간호사의 태도는 5점 만점 중 4.36점, 긍정적 태도를 가진 간호사는 52.2%로 가장 높게 나타남 -노인요양병원 욕창위험군의 욕창발생에 영향을 미치는 예측요인으로는 · 시설요인(욕창위험 사정 도구, 욕창예방 프로토콜 여부, 간호사의 욕창예방태도) · 간호요인(병상당 간호사 수)이 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-환자대비 법정 인력 기준에 부합한 간호 인력 확보 -간호사들이 실무 현장에서 욕창 위험요인을 예측할 수 있는 타당도와 신뢰도가 높은 욕창위험 사정 도구 개발 및 적용 -요양병원 간호사의 욕창예방태도 향상을 위한 욕창예방 프로그램 개발 및 교육 이수 의무화 간호정책 마련

〈부표 33〉

논문 제목	노인요양시설의 신체적 억제대 적용에 영향을 주는 사고유발 위험요인
저 자	임미혜·고일선
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(1), pp.1-11.
연구 목적	-신체적 억제대 적용에 영향을 주는 사고유발 위험요인 파악 및 신체적 억제대 적용 프로토콜 개발을 위한 기초자료 제공
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구 · 연구 대상: 의학, 간호학, 보건학 관련 논문(1995~2009.6) 중 26편(국내 4편, 국외 22편) · 키워드: '노인 안전, 노인 사고, 노인 낙상, 신체적 억제대, 문제행동(fall, restraint, psychomotor agitation, Alzheimer disease, dementia, wandering behavior, wandering, nursing home, skilled nursing facility) · 평가 방법: Scottish Intercollegiate Guidelines Network 개발도구
연구 결과	-분석논문의 질은 92.3%가 평가문항에 대한 기준에 모두 혹은 대부분이 적절한 것으로 나타남 -논문 분석 결과, 신체적 억제대 적용에 영향을 주는 사고유발 위험요인 중 인구학적 요인은 연령, 개인적 결함요인으로는 신체적 요인(기능의 독립성, 보행 및 균형능력, 낙상력, 약물복용 여부, 요실금 여부, 시력장애 여부), 정신적 요인(인지기능, 우울), 불한전한 행동 요인(문제행동)으로 나타남
정책 대안	-한국 노인요양시설에서 신체적 억제대를 적용한 실태조사 필요 -노인요양시설에서 간호제공자들이 신체적 억제대를 적용할 수 있는 지침인 프로토콜 개발 -사고유발 위험요인에 대한 정확한 파악을 위해 측정 도구 분석 -사고예방을 위한 간호중재 프로그램 개발 및 효과 검증을 위한 연구 제언

〈부표 34〉

논문 제목	장기요양시설 서비스 만족도가 주관적 안녕감에 미치는 영향요인 분석
저 자	임혜숙·황희숙
발간 연도	2011년
출 처	노인복지연구, 54, pp.237-261.
연구 목적	-장기요양시설 이용자들을 대상으로 주관적 안녕감에 대해 스스로 어떻게 평가하고 있는지 및 영향을 미치는 요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울지역 노인전문병원, 노인요양시설, 노인그룹홈 6곳의 이용자 300명 · 조사 기간: 2011.8.17.~31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-분석 결과, 일상생활서비스 만족, 시설환경서비스 만족, 입소기간 등이 주관적 안녕감에 대한 자기평가에 유의미한 영향을 미치는 것으로 파악 · 장기요양시설에 입소하여 전문서비스를 받고 있는 노인들은 입소기간이 짧을수록, 생활의료 이용서비스 만족도가 높을수록 주관적 안녕감에 대한 자기평가 수준이 긍정적인 것으로 나타남
정책 대안	-입소 노인들의 의료서비스 만족도를 높일 수 있는 다양한 의료프로그램 강화 및 일상생활 서비스 만족도를 높일 수 있는 다양한 프로그램, 세심한 맞춤형 프로그램 개발과 보급

○ 서비스 급여 체계 관련

- 서비스 급여 체계 전반

〈부표 35〉

논문 제목	입원노인과 재가노인의 지각된 건강상태, 자아존중감, 우울 및 생활만족도 비교
저 자	김정희·김귀분
발간 연도	2008년
출 처	노인간호학회지, 10(2), pp.182-192
연구 목적	-입원노인과 재가노인의 지각된 건강 상태, 자아존중감, 우울 및 생활만족도 비교를 통해, 노인의 신체, 심리적 특성에 따른 양질의 간호 제공
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울 및 경도 거주 65세 이상 남녀 노인 357명(입원노인 172명, 재가노인 185명) · 조사 기간: 2007.4.10.~6.25. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사(시설), 방문조사(재가)
연구 결과	-입원노인과 재가노인의 지각된 건강 상태, 자아존중감, 우울 및 생활만족도 차이 검증결과, 지각된 건강 상태는 재가노인이 입원노인보다 통계적으로 유의하게 높게 나타남. 자아존중감은 입원노인이 재가노인보다 약간 높게, 우울과 생활만족도는 대등하게 나타났으나 모두 통계적으로 유의하지 않음 -입원노인과 재가노인 모두 지각된 건강 상태와 자아존중감, 지각된 건강 상태와 생활만족도, 자아존중감과 생활만족도 간에는 순 상관관계를 보임. 반면 우울은 다른 요인들과 역 상관관계를 보임 -입원노인과 재가노인 모두 일반적인 특성 중 경제적인 면에 따라 노인의 지각된 건강상태, 자아존중감, 우울 및 생활만족도에서 유의한 차이를 보임
정책 대안	-노인의 우울 관리를 위한 구체적 간호중재 필요 -노인의 일반적인 특성을 고려하여 경제적 능력을 향상시킬 수 있는 간호중재 포함 필요

〈부표 36〉

논문 제목	시설노인과 재가노인의 수면양상과 영향요인
저 자	권경희·서순림·서부덕
발간 연도	2010년
출 처	노인간호학회지, 12(2), pp.131-141.
연구 목적	-시설노인과 재가노인의 일반적 특성과 건강관련 특성 파악 및 이에 따른 수면 양상의 차이 파악 -시설노인과 재가노인의 수면양상 파악 및 이에 영향을 미치는 요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: D시 소재 노인시설 4곳에 거주하는 시설노인 145명, 노인복지회관 및 노인정 각 2곳에 다니는 재가노인 150명(총 295명) · 조사 기간: 2007.2.10.~3.28. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-재가노인이 시설노인보다 수면양상이 더 낮은 것으로 나타났으며, 통계적으로 유의미한 차이를 보임 -시설노인의 수면 양상을 유의하게 설명하는 변수는 경제 상태와 통증, 재가노인의 수면 양상을 유의하게 설명하는 변수는 성별, 교육 정도, 지각된 건강 상태 및 통증으로 나타남 -즉 거주 환경과 무관하게 노인의 수면 양상에 영향을 미치는 공통 요인은 통증인 것으로 나타남
정책 대안	-노인의 수면 양상 증진을 위해 통증의 효율적 관리 방법에 대한 전략 필요 -향후 시설노인 및 재가노인의 수면 관리를 위한 체계적 관리 방법 개발, 적절한 간호중재 개발을 위한 노력 필요

○ 서비스 급여 체계 관련

- 기타 (서비스 제공 도구 및 기타)

〈부표 37〉

논문 제목	노인장기요양보험 등급인정자의 복지용구 이용효과
저 자	이태범·장현숙
발간 연도	2010년
출 처	보건행정학회지, 20(4), pp.126-138.
연구 목적	-노인장기요양보험 등급인정자 노인을 대상으로 복지용구 이용자와 비이용자 간 일상생활 기능개선 효과 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 재가장기요양기관 12곳에서 방문요양서비스를 받고 있는 노인 281명 · 조사 기간: 2009.7.1.~2009.12.31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-복지용구 구매 및 대여서비스 이용자 측면 조사 결과 · 70~90대 치매 및 거동이 불편한 1-3등급 노인이 골고루 분포함 · 복지용구 이용 후 수급자 및 보호자 모두 수발에 있어 안전함과 편리함을 느낌 · 특히 거동불편, 대소변, 목욕에 어려움이 있는 수급자일수록 도움 효과가 큼 · 향후 복지용구 구매 및 대여 품목이 다양화되고 재고가 많으면 서비스 이용이 더 편리해질 것이라는 응답 · 수급자의 건강 및 기능 상태에 따라 필요한 복지용구 소개 필요 · 산업체의 문제점으로는 복지용구 관련 교육 및 인력양성 부족, 품목 문제, 내구관련 문제, 판매 절차의 불편함 지적
정책 대안	-복지용구 품목 확대 급여 정책 개발 필요 -대상자 욕구에 적합한 복지용구 이용 지원체계와 효과 모니터링 시스템

〈부표 38〉

논문 제목	장기요양서비스에 대한 노인상담 실태와 영향 요인
저 자	이홍자·김춘미
발간 연도	2011년
출 처	지역사회간호학회지, 22(2), pp.141-150.
연구 목적	-장기요양서비스에 대한 노인상담 실태 및 영향 요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 장기요양서비스 이용대상자 445명 · 조사 기간: 2010.6.1.~6.24. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-상담 방법은 전화상담이 높은 비율을 보였음 · 그러나 대면서비스가 아닌 관계로 친밀감이나 신뢰감 형성에 어려운 단점 -요양관리요원으로부터 받은 상담에 대한 만족도 분석결과 · 문항평균이 4.21점으로 높게 나타남 · 상담 내용보다 상담자 태도에 더 중요성을 부여하는 경향 -상담만족도에 영향을 미치는 요인으로는 · 상담 시간 및 상담 빈도가 유의한 요인으로 나타남
정책 대안	-요양 제공 기관에 대한 데이터베이스 구축 -수급자를 위한 장기요양 상담관리 구축 -독거노인이나 주보호자가 없는 수급자에 대한 보호 -장기요양제도에서 상담전문인력으로 역할을 수행할 수 있도록 케어매니저 양성, 제도화

〈부표 39〉

논문 제목	치매주간보호센터의 간호중재기록 표준화를 위한 기초연구
저 자	김윤선 · 이영휘
발간 연도	2008년
출 처	노인간호학회지, 10(1), pp.27-36
연구 목적	-지역사회 치매주간보호센터에서 사용할 수 있는 간호중재기록 내용 확인 -치매주간보호센터의 간호중재기록 표준화를 위한 기초자료 제공
연구 방법	-분석 자료: 인천광역시 치매센터 서술식 간호기록지(32명)를 통해 개발된 척도 -연구 방법: 설문조사 · 조사 대상: 인천광역시 6개 치매센터 간호실무자 10명 대상 · 조사 기간: 2007.5.1.~5.14. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-치매센터 주간보호서비스 간호기록 분석결과 · 간호현상(72.5%), 간호활동(8.8%), 기타 간호제공 맥락(18.7%)순으로, 실무 간호기록에서 간호활동보다 간호현상이 높은 빈도로 기록됨 · 간호사들이 치매노인의 상태는 자세히 기록하는 반면, 대상자에게 수행한 간호활동에 대해서는 자세히 기록하지 않는 선행연구와 유사한 결과임 · 다양한 간호활동을 제공함에도 기록화되지 않아, 간호의 기여도 파악이 어려워 간호활동에 대한 지침 및 안내가 요구됨 -치매노인 간호를 위한 핵심간호중재 · 주요 치매센터 간호실무자를 대상으로 간호중재목록에 대하여 타당도를 조사한 결과, 6개 간호영역(생리학적(기본, 복합), 행동학적, 안전, 가족)하에 14개의 하위 간호군, 총 53개의 핵심간호중재가 실무에 타당한 것으로 조사됨 · 53개의 간호중재 타당도에 대해 평균 90.38%의 일치율을 보임
정책 대안	-취약성을 가진 노인 대상자를 돌보는 지역사회 노인 간호 실무에서 간호학의 지식에 기반을 두고 실무를 표현할 수 있는 간호과정의 활용 촉진 필요 -지역사회 노인 간호실무에서 간호사가 전문성을 인정받고 과학적 지식체계를 확립 필요

〈부표 40〉

논문 제목	장기요양시설 입소 치매노인의 성 행동에 대한 요양보호사의 인식에 관한 연구
저 자	곽길성·박용순
발간 연도	2014년
출 처	노인복지연구, 63, pp.35-56.
연구 목적	-요양시설 내 치매노인의 성 행동 유형 파악 및 유형에 따른 요양보호사의 성 인식과 대응에 미치는 영향 조사
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 경기도 4개지역 요양보호시설에서 근무하는 요양보호사 120명 · 조사 기간: 2013.5.~6. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양보호사 입소노인에게 16가지 성 행동 유형이 도출됨 -성 행동별 심각성의 수준은 보고/도움 요청에 의해 가장 잘 인식됨 -스트레스 요인은 가장 낮은 설명력 지표로 조사됨 -안전확보는 성 행동에 대한 대응요인 중 가장 많이 사용한 방법인 반면, 가장 영향력이 낮은 방법은 언어지도로 나타남
정책 대안	-개별 성 행동 양상에 적합한 개별화된 전문요양서비스의 증진을 위한 성 행동관련 교육 및 훈련, 정책과 실무지침 마련

〈부표 41〉

논문 제목	요양기관별 한국노인의 기능상태와 장기요양등급 비교
저 자	김현실·정영미·이홍자·조유향·유인영
발간 연도	2010년
출 처	지역사회간호학회지, 21(4), pp.386-397.
연구 목적	-요양기관에 입원하는 한국노인의 기능상태와 장기요양등급 간 비교
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 노인요양시설 및 기관 등 50곳의 65세 이상 노인환자 2,521명 · 조사 기간: 2008.2.1.~3.3.1 · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-요양기관별 노인의 기능상태를 살펴본 결과 · 기본적 일상생활활동, 인지기능 및 행동변화, 간호처치, 재활영역 등 모든 영역에서 통계적으로 유의한 차이를 보임 · 기본적 일상생활활동과 인지기능, 재활은 요양병원/ 행동변화는 요양시설 / 간호처치는 병원에서 가장 점수가 높게 나타남 -요양기관별 노인 장기요양등급 분포 차이를 살펴본 결과 · 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, · 요양병원은 1등급이 48.9%로 가장 많으며, 2등급, 3등급 순 · 요양시설은 1등급이 29.9%로 가장 많으며, 등급외, 3등급, 2등급 순으로 나타남 · 요양기관의 기능과 역할을 명확히 구분하여 대상자가 적절한 요양서비스를 제공받을 수 있도록 입원 적격성을 판단할 수 있는 입소 기준 판단 도구 개발 및 적용 필요
정책 대안	-요양병원과 요양시설 간 전원 협력체계 강화 방안 마련 -장기요양 환자의 적정 서비스 제공을 위한 대상자 평가 및 판정이 가능한 입소 기준 판정 도구 개발 필요 -입소적격성 제도를 구체적으로 행하기 위한 관련 연구 병행

○ 서비스 수가 체계 관련

〈부표 42〉

논문 제목	노인장기요양보험 수가 개발의 특성과 평가
저 자	석재은
발간 연도	2008년
출 처	사회복지연구, 39, pp.253-286.
연구 목적	-한국의 노인장기요양보험 급여종류별 수가의 개발 및 특성 규명 -평가 기준을 통한 수가개발의 타당성 및 적절성 평가 등
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양보험 수가 평가 · (수가적절성) 표준모형보다 실제 운영상의 지출이 크고, 경영수지가 불안정할 수 있는 상황 / 구 노인요양시설의 경우 정원의 90% 수준까진 문제가 없으나, 인력 기준이 강화된 신 노인요양시설의 경우 90% 정원에도 적자가 발생하는 상황 · (수가형평성) 시설에서는 중증노인을 확보하려는 노력이 전개되고 있으며, 기존 보호 중이던 기초보장수급노인 중 3등급 이하를 받은 노인을 타 기관으로 이전시키려는 노력이 펼쳐지는 상황 · (수가와 정책방향과의 정합성) 시설급여 수급자에게 유리할 수 있는 식비를 본인부담으로 부과하여 시설이용의 이점을 제거하는 상황 등 · 이 외, 수가로 인한 수급자 선별 등의 부작용, 서비스비용 간 연계성, 장기요양보험 수가의 유사서비스 가격대비 상대적 적정성 등에 대해 분석
정책 대안	-국가서비스 표준을 충족하는 인력 및 시설 기준 충족을 위해 투입되어야 하는 최소비용을 감안한 서비스 단가의 합리적 결정 -서비스 질 유지를 위해 현행 단일수가에서 가산 및 감액제도 도입 -축적된 자료를 바탕으로 한 차등수가제도 마련 및 단계적 도입 -급여종류별 병설 유도 방향으로 정책적 고려 -특정 수급자에 대한 비용을 적절히 반영치 못하여 발생하는 선별문제에 대한 정책적 대응 -수가로 지불된 비용이 가능한 최대한 직접적 서비스 비용으로 사용될 수 있도록 접근 -노인장기요양보험 수가는 노인요양병원 수가보다는 낮게, 노인돌보미 바우처 가격보다는 높게 유지할 수 있도록 적정수가안 마련

〈부표 43〉

논문 제목	노인장기요양 방문간호서비스의 소요시간별 방문당 원가 분석
저 자	김은경·김윤미·김명애
발간 연도	2010년
출 처	대한간호학회지, 40(3), pp.349-358.
연구 목적	-방문간호수가의 적정성 검증을 위해 서비스 원가 산출 및 수준 검토
연구 방법	-연구 방법: 2차자료 분석 · 분석 자료: 방문간호사업소 5곳의 연간 관리·운영비 / 전국 종합병원 및 병원급 의료기관 근무 간호사의 임금자료
연구 결과	-간호사의 인건비 측정에 따라 활동비의 변동 폭이 상이해짐 · 현재 방문간호 수가수준은 방문간호 서비스시간에 간호사의 평균임금을 적용한 것으로, 간호사의 평균임금을 어떤 수준에서 적용했는지 밝히고 있지 않은 상황 -방문간호 소요시간별 구분이 큰 상황으로 구분별 시간 기준을 어디에 두느냐에 따라 수가수준이 상이해짐 · 간호사 근무시간 내 얼마나 많은 대상자를 방문하는가의 횟수와도 관련 있음 -현재의 방문실적이 원가계산에 영향을 미치고 있으며, · 현재의 원가는 방문간호사업소의 운영비를 포함하여 방문간호사업소 손익분기점에서의 수가임 -이 외 운영비 규모 등 많은 요인들이 수가변동에 영향을 미치는 것으로 분석됨
정책 대안	-정부의 보험재정 상황과 서비스 제공주체의 참여 동기 충족 및 요양대상자를 만족시킬 수 있는 적정수가 결정 필요

○ 재원 조달 체계 관련

- 본인부담금 관련

〈부표 44〉

논문 제목	노인장기요양보험 시설서비스 본인부담금에 대한 가족수발자의 경제적 부담감 영향요인
저 자	한은정·이정석·권진희
발간 연도	2012년
출 처	보건행정학회지, 22(3), pp.383-402.
연구 목적	-노인요양시설 이용자 대상 시설서비스 이용 시 본인부담감에 대한 경제적 부담감 파악 및 영향요인 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양 서비스 이용 및 심사청구를 완료한 수급자의 가족 수발자 831명 · 조사 기간: 2010.7.7.~9.6. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-노인요양시설 이용자의 본인부담금에 대한 경제적 부담감은 4점 만점에 3.18점, '매우 부담된다'고 응답한 고부담군도 대상자의 33.8%로 나타남 -가족수발자의 연령이 40~49세인 그룹이 40세 미만 그룹에 비해 경제적으로 더 큰 부담감을 느끼는 것으로 파악됨 -가족수발자의 학력은 본인부담금에 대한 경제적 부담감에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석됨 · 대졸 이상에 비해 학력이 낮아질수록 본인부담금에 대한 경제적 부담을 크게 느끼는 것으로 파악됨 -서비스 이용과 관련하여, 서비스 만족도는 지불의사금액과 유의한 양의 상관관계를 보임 -총본인부담금 30만 원 미만 납부 그룹에 비해 그 이상을 납부하는 그룹의 본인부담금에 대한 부담이 매우 높게 나타남 · 60만 원 이상을 납부하는 그룹의 고부담감은 30만 원 미만 그룹에 비해 3.67배 높게 나타남
정책 대안	-소득계층별 본인부담금 차등화 방안 등 소득수준을 기준으로 본인부담금의 경감 방안에 대한 검토 필요 -수급자 및 가족수발자들의 노인요양시설에 대한 만족도 향상에 노력 -비급여 대상 항목에 대한 표준화된 가격과 제공 기준 마련 필요

○ 재원 조달 체계 관련

- 서비스 비용(편익)분석

〈부표 45〉

논문 제목	장기요양보호서비스의 비용분석
저 자	박창제·김수영·주수현
발간 연도	2009년
출 처	한국노년학, 29(3), pp.1043-1061.
연구 목적	-장기요양보호서비스에 대해 유형별 비용측면에서 경제성 분석 및 정책적 함의 논의
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 7개 중소도시 노인요양시설 및 재가장기요양기관 이용자 및 부양가족 총 422명 · 조사 기간: 2009.2.1.~3.20. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 조사
연구 결과	-부양가계의 가계소득은 높지 않은 편으로 나타남 -장기요양보험제도가 실시되고 있으나, 노인부양가계가 노인을 위하여 직접 지불하는 금액이 여전히 높은 편임 -부양가계가 노인을 위해 수발하는데 소요되는 간접비용이 아주 높은 편임 -장기요양보호 노인에 대한 사회적 비용이 아주 높은 편임 -요양보호서비스 유형별 부양가계가 부담하는 서비스 비용에서 유의한 차이를 보임 -부양가계의 직접비용에서 요양보호서비스 유형별 유의한 차이를 보였으나, 서비스이용비용보다는 차이가 작게 나타남 -사회적 직접 비용은 요양보호서비스 유형별로 유의한 차이를 보임 -요양보호서비스 이용 노인에 대한 사회적 비용은 아주 크고, 서비스 유형별 총 사회적 비용이 전체 서비스 이용노인의 평균 사회적 비용에 수렴하는 경향을 나타냄
정책 대안	-가족부양자의 부양시간에 대한 수당제도 도입 고려 -부양가계의 직접비용부담을 경감시키기 위한 정책 제언(세제지원 등) -합리적인 부양분담체계 확립 필요

〈부표 46〉

논문 제목	장기요양보호서비스의 비용-효과분석 : 시설보호 대 재가보호
저 자	박창제
발간 연도	2010년
출 처	노인복지연구, 50, pp.145-172.
연구 목적	-장기요양보호서비스인 방문요양서비스와 요양시설보호서비스에 대한 비용,효과분석 수행 및 정책적 함의
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 경상지역 노인장기요양보호서비스를 이용하는 부양가족 258명 · 조사 기간: 2008.2.15.~3.20. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 조사
연구 결과	-보호욕구가 강하여 요양등급이 높은 노인을 부양하는 부양자에게는 시설보호인 노인요양시설에 스트레스 측면에서는 더 효과적 -스트레스 요인 간 비용효과가 다르게 나타남 · 1차 스트레스 요인에서는 역할구속의 단위당 개선비용이 가장 낮았고, 친교 상실이 단위당 개선비용이 가장 높았음 · 2차 스트레스 요인 중에서는 근로갈등이 단위당 개선비용이 가장 낮았고, 가족갈등이 단위당 개선비용이 가장 높았음 -성과 지표 전체에서 우울이 가장 비용효과적으로 나타남
정책 대안	-현행 재가보호중심의 장기요양보호정책에 대한 심도 있는 재검토

〈부표 47〉

논문 제목	노인장기요양등급에 따른 노인장기요양보험제도의 비용편익분석: 충북노인요양시설을 중심으로
저 자	남기민·권태엽
발간 연도	2013년
출 처	노인복지연구, 59, pp.73-94.
연구 목적	-노인요양시설 요양보호사를 대상으로 노인장기요양등급에 따른 보험제도의 비용편익 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 충북 소재 노인요양시설 근무 요양보호사 407명 · 조사 기간: 2012.6.~8. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양보호사의 월평균 급여가 수용의사액 편익정도에 영향을 미치는 것으로 나타남 -요양보호사의 수용의사액을 산출한 결과, · 일평균 45,058원에서 47,591원 정도인 것으로 추정됨 -등급별 노인장기요양보험제도의 편익은 등급에 따라 살펴보면, · 1등급은 3,022원, 2등급은 -859원, 3등급은 -4,278원으로 산출 · 비용편익은 -0.63~-0.45, 편익에서 비용을 차감한 순편익은 -3,695원~-10,995으로 계산됨 -시설 측면에서 등급에 따른 서비스를 제공하는 것은 이용 노인은 1등급을 제외하고 경제적으로 타당성이 없는 것으로 나타남
정책 대안	-현행 등급별 수가체계를 1등급 수준으로 적용 -등급 간 급여비용격차 축소

○ 재원 조달 체계 관련

- 재원 조달 체계 개선 관련

〈부표 48〉

논문 제목	장기요양급여와 건강보험급여와의 연계 방안 연구
저 자	김진수·신혜리
발간 연도	2015년
출 처	노인복지연구, 67, pp.83-105.
연구 목적	-장기요양급여와 건강보험급여 간 효율적 연계 방안 마련
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-등급판정 단계에서 · 의료서비스만 필요한 자, 장기요양서비스만 필요한 자, 장기요양서비스가 주되게 필요하나 종종 의료 또는 간호서비스가 필요한 자로 명확하게 구분 · 이러한 구분에 따라 이용단계에서는 각 대상자별 의료서비스와 장기요양서비스를 제공할 수 있도록 하는 것을 제안 -평가 및 개선 단계에서는 갱신조사 및 급여이용의 각 단계별 피드백을 종합적으로 파악하여, 이용자의 기능 변화 및 상황 변화에 따라 적절한 서비스 제공이 가능하도록 의료-장기요양 간 연계 수행
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

〈부표 49〉

논문 제목	장기요양제도의 재정부담귀착: 세대간 회계를 이용한 접근
저 자	전영준
발간 연도	2009년
출 처	재정학연구, 2(3), pp.1-49.
연구 목적	-세대 간 회계를 이용한 노인장기요양제도 실시에 따른 순재정부담의 세대 간 귀착 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-인구고령화가 현재와 같이 진행될 경우, 추가적 장기요양서비스 비용 상승요인 없이도 급여지출액은 장기적으로 GDP 대비 1.5~1.6% 수준에 이를 것으로 전망됨 -장기요양보험재정 유지를 위해, 장기요양보험료 현행 4.05%에서 장기적으로 80% 수준으로 상향 조정될 것으로 예측 -미래세대의 순재정부담은 현 세대에 비해 매우 높을 것으로 예상됨 · 미래세대의 순재정부담은 장기요양서비스의 가격탄력성 변화에 따라 민감하게 변화하며, 미래세대의 순재정부담은 수급자의 도덕적 해이 유무와 그 정도에 영향을 받는 것으로 나타남
정책 대안	-수급대상자 확대나 급여 수준 상향조정 관련 신중한 접근 -소득 및 자산 보유 수준에 따라 본인부담금 차등적용을 통해 재정부담 완화 및 노인수발 서비스 소비의 증가에 대한 적정 수준 억제

〈부표 50〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 현금급여 도입 필요성-WTA를 통한 적정 현금급여액 추정-
저 자	신혜정
발간 연도	2009년
출 처	한국노년학, 29(1), PP.177-194.
연구 목적	-노인장기요양보험 급여 방식 선택에 있어 비공식 가족수발자들의 현금급여 선호도 파악 및 이에 영향을 미치는 요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울소재 노인요양병원 3곳 환자 보호자 300명 · 조사 기간: 2005.4.24.~5.1. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-경증노인에 대해서는 52.7%, 중증노인에 대해서는 26.0%만이 현금급여 서비스를 선호 -경증노인에 대한 적정 현금급여액은 월평균 62.8만 원, 중증 노인에 대한 적정 현금급여액은 월 평균 107.2만 원으로 나타남
정책 대안	-노인장기요양보험제도 내에서 현금급여 도입과 무관하게 가정에 있는 노인들의 요양상태를 관리하는 방안 마련 및 관련 연구 제언

○ 재원 조달 체계 관련

- 재정추계 관련

• 대상자 추계도 포함

〈부표 51〉

논문 제목	노인장기요양보험 급여비용의 중장기 추계
저 자	윤희숙·권형준
발간 연도	2010년
출 처	보건행정학회지, 20(1), pp.37-63.
연구 목적	-장기요양서비스의 이용 규모와 관련한 현황 파악 및 모형 설정을 통한 향후 급여비용 추계
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 국민건강보험공단 내부 자료
연구 결과	-서비스 질 향상에 의한 수요의 불확실성을 감안하지 않은 상황에서 현재까지의 추세에 기반하여 비용 추계 시 · 시나리오별 큰 차이를 보일 것으로 예상됨 · 대상자의 확대 조치 없이, 만성질환 보유 비율 감소, 강한 비용통제, 독거노인 비율 불변 등 최소비용 시나리오에서는 2040년 GDP대비 급여비용이 0.44% · 경증 수발필요자로 대상 확대 및 만성질환이나 독거 비율, 비용의 증가 등 허용 시에는 GDP 대비 급여비용이 2.30%에 달하는 것으로 추정 -큰 방향은 조기에 수립하되, 시급성이 큰 요구부터 단계적으로 수용하며 비용증가 추세 관찰 후 단계 결정 필요
정책 대안	-소요비용에 대한 정확한 예측 및 우선순위에 대한 합의와 사회적 공감대 형성

〈부표 52〉

논문 제목	노인 장기요양 보험 대상자 및 시설, 인력 추계
저 자	최인덕·이상림·이정면
발간 연도	2010년
출 처	사회보장연구, 26(2), pp.375-400.
연구 목적	-장기요양 서비스 수요적 측면에서 대상자 변화, 공급적 측면에서 시설과 인력 변화에 대한 중장기 추계 및 발전 방안 제시
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 2008~2009년 장기요양보험 서비스 이용자 현황
연구 결과	-장기요양보험 안정화 정도에 대한 시나리오추계 결과 · 시설과 인력 양측에서 증가 추세를 보임 · 우리나라의 경우, 장기요양보험의 높은 단계의 안정성을 가정한 추계에서는 매년 요양보호사가 증가하나, 여전히 인력 기준치에 미달하는 양상을 보임 · 일본의 경우 유사한 발전방향을 가정한 추계에서, 우리나라와 큰 격차를 보임(우리나라보다 낮은 수준으로 추계) → 공급적 측면에서 매월 과다하게 배출되는 요양보호사로 인해 야기 -향후 5년간 시설과 인력은 매년 증가하나, 요양시설의 증가율은 낮고 재가기관의 증가율은 클 것으로 전망 · 요양시설과 재가기관의 인력 변화 역시 상이하게 나타남 · 요양시설 대상자 대비 종사자는 다소 부족, 그 부족분은 점차 감소 · 재가기관 종사자 수는 그 부족분이 시간에 따라 더욱 증가하고 있어, 인력이 과소공급되는 경향
정책 대안	-과잉 공급 상태에 있는 요양보호사의 실질적 교육과정 강화 및 관리를 통한 서비스의 질적 측면 강화

○ 인프라 체계 관련

- 서비스 제공자 관련

〈부표 53〉

논문 제목	노인요양시설 간호사의 이직의도에 영향을 미치는 요인
저 자	박영옥·이경자·조은희·박혜자
발간 연도	2009년
출 처	노인간호학회지, 11(1), pp.81-89
연구 목적	-간호사의 직무스트레스와 직무만족, 이직 의도 정도 파악 -간호사의 일반적 특성에 따른 이직 의도 차이 및 영향요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 탐색적 조사연구 · 조사 대상: 입소 규모 100명 이상 노인요양(전문)시설 간호종사자 258명 · 조사 기간: 2008.3.10.~4.20. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-노인요양시설 간호사의 직무스트레스는 5점 만점에 평균 3.46점, 직무만족 정도는 평균 3.11점, 이직의도는 3.12점으로 나타남 -간호사의 이직 의도는 50세 미만, 현 근무지에 만족하지 못할 때, 시설의 소재지가 광역시와 시(구)단위 지역일 때, 무료노인요양시설에 근무할 때, 입소자 수가 150명 이하일 경우, 시설의 간호사가 5명 이하일 때 높게 나타남 -이직 의도에 영향을 미치는 요인으로는 연령, 결혼 상태, 전체 임상 경력, 노인요양시설에서의 만족 정도, 시설 형태, 이직 횟수, 직무 스트레스, 직무 만족이 포함됨
정책 대안	-간호사의 임상 경력 인정 및 보수체계 개선 · 동일 노인요양시설을 제외한 다른 경력은 80%만 인정을 받거나 연봉제로 경력에 상관없이 일정액의 보수가 제공되는 상황 -노인요양시설 간호(조무)사: 입소 노인 수를 현행 1:25의 비율보다는 시설별로 간호사 고용인원에 따라 장기요양급여 비용의 차등화 필요 -간호사들에게 다양한 교육 기회를 제공하여 직무 능력 향상 및 지속적 성장을 자극하는 의미의 보상제도 필요

〈부표 54〉

논문 제목	노인요양시설 간호사의 감정노동, 직무몰입 및 직무만족과의 관련성
저 자	서영숙·성기월
발간 연도	2011년
출 처	노인간호학회지, 13(3), pp.196-203.
연구 목적	-노인요양시설 간호사의 감정노동 정도 파악 및 직무만족, 직무몰입과의 관련성 파악 -노인요양시설 전문 인력관리전략을 위한 기초자료 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: D시, K지역 노인요양시설 200곳에 근무하는 간호사 180명 · 조사 기간: 2010.11.15.~2010.12.31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-노인요양시설 간호사의 감정노동 정도는 45점 만점 중 평균 23.38점으로 중간 정도로 나타남 · 하위영역별로는 감정표현의 빈도가 가장 높게, 감정적 부조화가 가장 낮게 나타남 -직무몰입 정도는 45점 만점 중 평균 26.47점, 평균평점은 5점 만점 중 2.94점으로 나타남 · 하위영역별로는 애착, 의욕, 전부, 밀착순으로 나타남 -직무만족 정도는 총 125점 만점 중 평균 69.84점, 평균평점은 5점 만점 중 2.8점으로 나타남 · 하위영역별로는 동료, 업무, 승진 순으로 만족도가 높았으며, 보수가 가장 만족도가 가장 낮게 나타남 -감정노동과 직무몰입, 직무만족과의 상관관계 분석 결과, 감정노동은 직무몰입과 직무만족 간 부적상관관계를 보였으며, 직무만족은 직무만족 간 정적상관관계를 보임 -감정노동이 직무몰입과 직무만족에 미치는 영향을 분석한 결과, 직무몰입 9%, 직무만족 11%의 설명력을 보였으며, 이 외 근무기간, 교육정도, 종교가 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-노인요양시설 간호사를 위한 감정노동관리 프로그램 개발 -노인요양시설 간호사와 병원간호사를 비교하는 연구 제안 및 지원

〈부표 55〉

논문 제목	시설 근무 요양보호사의 노인에 대한 태도에 미치는 설명요인
저 자	김영애·윤희상
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(3), pp.173-181.
연구 목적	-요양시설에서 근무하는 요양보호사의 노인에 대한 태도를 설명할 수 있는 변수 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울, 경기지역 요양시설(4곳)에 근무하는 요양보호사 154명 · 조사 기간: 2012. 2~2012.3. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-대상자의 노인에 대한 태도는 평균 79.86점, 지식은 11.21점, 죽음에 대한 불안은 44.28점으로 나타남 -연령과 노인에 대한 태도는 유의미한 정적 상관관계를 보였으나, 노인에 대한 지식, 죽음에 대한 불안에 있어서는 통계적으로 유의하지 않음 -노인에 대한 태도에 영향을 미치는 변수는 연령이 높을수록, 중졸의 학력자의 태도가 고졸이상의 학력자보다 긍정적으로 나타남 -요양보호사의 노인에 대한 태도는 지식, 죽음에 대한 불안, 노인 관련 경험보다 연령 및 교육 수준이 설명력이 높은 것으로 나타남
정책 대안	-학력 수준이 낮은 요양보호사에게는 업무에 대한 집중교육 및 적극적 지식전달 필요 -일상생활이 불가능한 노인의 신체, 생리욕구를 충족시킬 수 있는 교육 및 심리적, 정서적 욕구를 이해시킬 수 있는 교육 내용 구성 필요

〈부표 56〉

논문 제목	노인요양시설 간호사와 병원간호사의 감정노동과 직무만족 비교
저 자	성기월
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(1), pp.40-49.
연구 목적	-노인요양시설 간호사와 병원간호사의 감정노동과 직무만족 비교 및 감정노동에 영향을 미치는 변수 비교분석 -간호 인력관리 전략을 위한 기초자료 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: D시와 K지역 노인요양시설 5곳에 근무하는 간호사 80명, 3차병원 3곳에 근무하는 간호사 82명(총 162명) · 조사 기간: 2011.2.5.~5.10. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-일반적 특성에 따른 노인요양시설 vs. 병원 간호사의 감정노동 차이를 비교한 결과, 노인요양시설은 연령, 종교, 총 근무경력에서 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 병원의 경우 종교에서 유의한 차이를 보임. · 즉, 노인요양시설 간호사는 연령이 많을수록, 종교가 없는 경우, 근무경력이 오래된 경우, 감정노동 점수가 높게 나타남 · 병원 간호사 역시 종교가 없는 경우 감정노동 점수가 높게 나타남 -전체 감정노동은 노인요양시설 간호사군이 평균 52.19점, 병원 간호사군이 51.13점으로 나타났으나 통계적으로 유의한 차이는 보이지 않음 · 하위요인으로 다양성, 진심에 있어 통계적으로 유의한 차이를 보였으며, 두 요인에서 모두 노인요양시설 간호사군이 감정노동 점수가 더 높게 나타남 -대상자의 직무만족은 노인요양시설 36.60점, 병원 51.45점으로 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보임 · 하위요인으로 상사와의 관계, 동료와의 관계에서 유의한 차이를 보였으며, 두 요인에서 모두 병원 간호사군이 직무만족 점수가 더 높게 나타남 -노인요양시설 및 병원 간호사군 모두 감정노동은 직무만족도와 음의 상관관계를 보임 -기관유형에 따라 간호사의 감정노동에 영향을 미치는 요인으로는 · 노인요양시설의 경우, 종교와 총 근무경력이, 병원의 경우, 직무만족도와 종교유무가 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-정책적 차원에서 노인요양시설에서 제공되는 간호업무에 대한 전문적이고 표준화된 지침 마련 -노인요양시설 간호사 및 응급실 간호사를 대상으로 한 감정표현 및 자기관리 교육 실시

〈부표 57〉

논문 제목	치매노인 정신행동증상 관리에 대한 노인요양시설 요양보호사의 교육 요구도
저 자	송준아·김유경·김효진
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(3), pp.220-232.
연구 목적	-노인요양시설에 종사하는 요양보호사의 치매노인 정신행동증상 관리에 대한 교육요구도 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인요양시설(입소 인원 50~100인) 6곳의 요양보호사 134명 · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-대상자의 치매노인 정신행동증상 관리에 대한 교육 요구도 · 교육 필요도는 157.78점, 중요도는 159.25점으로 중요도가 더 높게 나타남 · 영역별 교육 필요도는 정신행동증상에 대한 전반적 이해, 치매에 대한 전반적 이해, 정신행동증상의 일반적 대처방법, 정신행동증상별 구체적 대처방법, 정신행동증상별 정의 및 특성 순으로 나타남 · 영역별 교육 중요도는 정신행동증상에 대한 전반적 이해가 가장 높게, 정신행동증상별 정의 및 특성이 가장 낮게 나타남 · 치매노인의 정신행동 중 가장 대처하기 어려운 증상은 공격성이 가장 높았으며, 배회, 반복행동, 망상, 거부 순으로 나타남 -대상자의 일반적 특성에 따른 치매노인 정신행동증상 관리에 관한 교육 요구도 차이 분석 결과, 치매 관련 프로그램 참여 횟수를 제외하고 통계적으로 유의한 차이를 보이지 않음
정책 대안	-치매노인 정신행동증상 관리를 위한 간호제공자 교육프로그램 개선 -노인요양시설 요양보호사의 치매 정신행동증상 관리에 대한 교육 요구도 재확인 -치매 정신행동증상 관리에 대한 요양보호사의 실제적 지식 수준 파악 및 교육 요구도와의 관계를 설명하는 연구, 지역사회 거주 치매노인을 돌보는 가족 간호제공자의 교육 요구도와의 비교분석 연구 제언

〈부표 58〉

논문 제목	요양병원 간호인력에 따른 노인에 대한 지식, 태도, 직접간호수행 정도 및 노인학대 인지도
저 자	정지영·윤순영
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(3), pp.233-241.
연구 목적	-요양병원 간호인력의 노인에 대한 지식, 태도, 직접간호수행 정도 및 노인학대 인지도 간 상관관계 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 대전 및 전라도의 노인전문요양시설(100병상 이상) 7곳 중 간호인력[간호(조무)사, 요양보호사] 382명 · 조사 기간: 2012.4.~6. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-간호인력별 노인에 대한 지식, 태도, 직접간호수행정도 및 노인학대인지도 차이를 살펴본 결과 · 노인에 대한 지식은 간호사가 유의하게 높고, 간호조무사 및 요양보호사는 유사한 수준 · 직접간호수행 정도는 요양보호사가 유의하게 높고, 간호사와 조무사는 유사한 수준 · 노인에 대한 태도 및 노인학대 인지도는 차이가 없음 -일반적 특성에 따른 간호인력의 노인에 대한 지식, 태도, 직접간호수행 정도 및 노인학대 인지도 차이를 살펴본 결과 · 간호사는 결혼을 안 한 경우, 40세 이상 연령군에서 직접간호수행 정도가 유의하게 높게 나타남 · 간호조무사는 40세 이하 연령군에서 노인에 대한 태도가 유의하게 높게 나타남 · 요양보호사는 50세 이상 연령군에서 직접간호수행정도가 다른 연령에 비해 높게 나타남 -간호인력에 따른 노인에 대한 지식, 태도, 직접간호수행 정도와 노인학대 인지도와의 상관관계를 살펴본 결과 · 간호사의 노인에 대한 지식 및 태도, 직접간호수행 정도와 노인학대 인지도 간에는 유의한 상관관계가 나타남 · 간호조무사의 경우 직접간호수행 정도는 노인학대 인지도와 유의한 상관관계를 보임 · 요양보호사의 경우 노인에 대한 태도와 직접간호수행 정도 간에 유의한 상관관계가 나타남. 한편, 직접간호수행 정도와 노인학대 인지도 역시 유의한 상관관계를 보임
정책 대안	-노인질환뿐 아니라 건강한 노인을 위한 지식과 태도를 고양시킬 수 있는 교육 및 프로그램을 제공할 제도적 지원 방안 마련 필요 -간호인력별 업무의 내용 및 성격을 포함한 연구 수행을 통해 효과적 직접간호수행 정도에 대한 가이드라인 필요 -요양병원 간호인력에 대한 학대관련 교육 및 임상 실무 지침 제공

〈부표 59〉

논문 제목	요양보호사의 치매노인 돌봄능력 인지도와 인지도에 영향을 미치는 요인
저 자	김춘길
발간 연도	2013년
출 처	노인간호학회지, 15(2), pp.95-102.
연구 목적	-치매노인 돌봄능력에 대한 요양보호사의 인지도 파악 및 영향을 미치는 요인을 확인하여, 치매노인 돌봄 기초자료 확장
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울, 경기, 강원에 위치한 요양원 및 요양센터, 노인병원에 근무 중인 요양보호사 201명 · 조사 기간: 2011.7.~2012.6. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양보사의 돌봄능력 인지도, 직무만족 및 돌봄의존 부담감 정도의 경우 · 5점을 기준으로 치매노인 돌봄능력은 평균 3.63점, 직무만족은 3.61점, 돌봄의존 부담감은 2.36점으로 나타남 -일반적 특성에 따른 돌봄능력 인지도 차이를 분석한 결과, 여성이 남성보다, 미혼군이 기혼군보다 돌봄능력을 높게 인지하고 있었음 -돌봄능력 인지도는 직무만족과 유의한 상관관계를 나타냈으며, 돌봄능력 인지도는 요양보호사의 경력, 치매교육 참여 회수와 유의한 상관관계를 보임. 한편, 직무만족은 치매돌봄 부담감과 역상관관계를 나타냄 -돌봄능력 인지도에 영향을 미치는 요인으로는, 요양보호사의 직무만족도, 성별(여성), 근무지, 돌봄의존 부담감이 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-요양보호사의 치매돌봄 지식, 태도 및 기술증진 등을 위하여 노인과의 상호작용 강화 -다양한 근무상황 및 치매노인의 특성을 고려하여 다각적인 연구 필요

〈부표 60〉

논문 제목	치매의 행동심리증상관리를 위한 웹기반 요양보호사 교육 프로그램 개발 및 효과
저 자	송준아·김효진·김유경·박재원
발간 연도	2013년
출 처	노인간호학회지, 15(3), pp.192-204.
연구 목적	치매의 행동심리증상관리를 위한 웹기반 요양보호사 교육프로그램 개발 및 효과 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구(무작위배정 대조군 전후 실험 설계) · 조사 대상: 노인장기요양시설 근무 중인 요양보호사 중 1주일에 30분 이상 컴퓨터를 이용하는 치매노인 간호 유경험자 37명(대조군 30명) · 조사 기간: 2011.4.~7. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-행동심리증상관리를 위한 웹기반 요양보호사 교육 프로그램의 효과와 관련하여, 지식에 있어서 실험군과 대조군 간 유의한 차이를 보임. 단, 자기효능감 및 문제해결능력 간에는 차이가 없음 -행동심리증상관리를 위한 웹기반 요양보호사 교육 프로그램에 대한 전반적 평가 및 만족도를 평가한 결과, 학습량, 이해도, 자료의 적절성, 자료의 시각성 및 유용성, 지식향상 및 대처능력 향상에 대한 기대, 학습흥미도, 프로그램 사용 용이성, 웹기반 교육의 만족도 등 전반적인 평가와 만족도 항목에서 대다수 긍정적인 평가를 내림
정책 대안	-대상자 확대를 통한 행동심리증상관리를 활용한 반복연구 필요

〈부표 61〉

논문 제목	노인 돌봄 종사자의 소진 결정요인 연구
저 자	최희경
발간 연도	2008년
출 처	한국노년학회, 28(1), pp.157-176.
연구 목적	-노인 돌봄노동 종사인력에 대한 체계적 연구 필요성 제기 및 다양한 소진 결정요인 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 부산 및 대구지역 노인요양시설 등 39곳의 종사자 502명 · 조사 기간: 2006.9.15.~10.15. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-노인 돌봄노동은 주로 연령이 낮고 근무경력이 짧은 여성 종사자들에 의해 수행되는 추세이며, 저임금 및 격무문제 심각한 수준 -연령이 낮고 교육 수준이 높을수록 업무부담 및 소진 수준이 높은 것으로 나타남 -직장 내 차별 및 일가정 병행에 따른 상충 부담이 소진과 밀접한 관련
정책 대안	-노인 돌봄 종사인력 확충을 통한 업무경감 및 탈진가능성 완화 -노인 돌봄 종사자에 대한 성차별, 모성보호 및 휴가 등 불이익 관련 시급한 개선 -노인 돌봄 종사자의 업무여건 개선 및 적절한 보상, 지원체계 마련

〈부표 62〉

논문 제목	노인장기요양보험에서 1등급 노인과 3등급 치매노인을 케어하는 요양보호사의 직무스트레스와 직무만족에 관한 비교연구
저 자	신정욱·백주희
발간 연도	2011년
출 처	한국노년학, 31(4), pp.1067-1081.
연구 목적	-노인장기요양시설에 입소한 1등급 및 3등급 치매노인을 케어하는 요양보호사들의 직무스트레스 비교 및 직무만족의 하위변인에 영향을 미치는 요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 경기권역 노인장기요양시설에 근무하는 요양보호사 212명 · 조사 기간: 2011.4.13.~5.6. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-두 집단(1등급을 케어하는 요양보호사, 3등급 치매노인을 케어하는 요양보호사)의 직무스트레스는 1)직무스트레스 전체, 2)서비스대상 관계스트레스, 3)서비스제공 과정스트레스에서 통계적으로 유의한 차이 발생 -집단별 직무만족에 직무스트레스 하위변인이 어떻게 영향을 미치는지 분석한 결과, · 3등급 치매노인을 케어하는 요양보호사 집단에만 직무스트레스가 대우만족, 동료관계만족에 영향을 미치는 변수로 나타남
정책 대안	-요양보호사의 업무강도를 고려한 처우개선 -치매전담 요양보호사 인센티브 제도 검토 -우리나라 요양보호사들에게 적합한 측정 도구 마련

〈부표 63〉

논문 제목	노인장기요양 인력의 직무 스트레스와 직무 만족이 이직 의도에 미치는 영향
저 자	이주재
발간 연도	2011년
출 처	한국노년학, 31(2), pp.277-290.
연구 목적	-노인장기요양 인력의 직무스트레스와 직무 만족이 이직 의도에 미치는 영향 파악 및 이직 의도를 감소시키기 위한 제언
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전남지역 노인장기요양기관에 근무하는 서비스인력(사회복지사, 간호사, 요양보호사) 235명 · 조사 기간: 2009.7.1.~7.10. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-인구사회학적 특성인 연령, 교육수준, 직위, 기관위치 등의 변수와 직무 스트레스, 직무 만족도가 이직 의도에 유의미한 영향을 미치는 것으로 파악됨 ·이직 의도에 가장 영향력 있는 예측요인은 직무 만족 변수로 나타남
정책 대안	-이직 예방을 위해 직무 스트레스 완화, 직무 만족 향상 전략 마련 -장기요양기관 내 슈퍼비젼 체계 강화 -이직예방을 위한 인센티브 제도 마련 및 신입직원에 표준화된 교육프로그램 개발

〈부표 64〉

논문 제목	노인장기요양보호 인력의 소진 예측 요인
저 자	이주재
발간 연도	2011년
출 처	한국노년학, 31(1), pp.97-109.
연구 목적	-노인장기요양보호 인력의 소진 예측 요인 파악 및 소진 예방을 위한 대안 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전남지역 노인장기요양기관에 근무하는 요양보호사 216명 · 조사 기간: 2009.7.1.~7.10. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-노인요양보호인력의 소진 정도를 파악한 결과 · 소진통합척도는 5점 만점 중 2.5, 하위척도에서 정서적 고갈은 2.69, 비인격화는 2.25, 개인적 성취감 감소는 2.45로 나타남 -직무요인인 클라이언트 요인, 업무과중, 역할갈등, 수급자 가족과의 갈등이 소진에 유의미한 영향을 미침 · 그 중, 일반적 소진에 가장 영향력 있는 변인은 수급자 가족과의 갈등으로 나타남 -동료의 정서적 지지는 소진을 감소시키는 요인으로 확인됨
정책 대안	-노인장기요양보호의 사회적 가치 제고를 위한 거시적 차원의 교육과 홍보 -노인장기요양서비스 인력의 전문성 강화 및 정서적 지지를 제공할 수 있는 관리시스템 보완 -노인장기요양보호 인력의 사회적 가치 제고

〈부표 65〉

논문 제목	요양보호사의 업무환경 및 제도가 직무 만족도에 미치는 영향에 관한 연구
저 자	이윤석·문승권
발간 연도	2012년
출 처	한국노년학, 32(1), pp.305-321.
연구 목적	-요양보호사의 업무환경 및 제도가 직무만족도에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울소재 요양시설 6곳에 근무하는 요양보호사 142명 · 조사 기간: 2011.5.10.~5.25. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 1:1 면접조사
연구 결과	-요양보호사의 업무환경적 특성이 직무만족에 미치는 영향을 분석한 결과, · 6~12개월 경력자의 경우 타 경력기간보다 직무만족이 높았음 · 정규직 및 3교대 근무형태의 직무만족이 높게 나타났음 -제도가 직무만족에 미치는 영향을 분석한 결과, · 제도와 직무만족 간의 모두 정의 관계를 보이며, 특히 인증은 비교적 높은 상관관계를 보임 · 요양보호사의 직무 만족도에 영향을 미치는 변인으로는, 인증, 처우, 평가, 규제, 감시 순으로 나타남
정책 대안	-요양보호사들의 능력에 따른 적정한 처우 반영 및 적절한 업무량 할당, 사기진작을 위한 보장책 마련 -요양보호사의 복리후생 차원에서 휴식공간 확보 및 쾌적한 근무환경 조성 -기관 내 커뮤니케이션 강화를 통한 직무 배치와 지속적인 교육프로그램 제공 -요양보호사 제도 및 요양보호사 양성 교육기관에 대한 정기적 평가사업 실시 -요양보호사 업무영역 재설정 및 일정한 규제 -교육기관 및 사업자체의 평가 지속 -적정한 간병과 일상활동 지원인력 인증제 등에 대한 검토 -요양보호사 관리지침 이행 여부 등에 초점을 둔 관리감독 기능 강화 -요양보호사 인력 정보 전문기관 설치 등에 대한 체계적 지원

〈부표 66〉

논문 제목	노인장기요양보험제도에 따른 요양보호사 교육 및 관리에 관한 연구
저 자	장우심
발간 연도	2009년
출 처	노인복지연구, 43, pp.263-286.
연구 목적	-요양보호사의 교육 및 관리에 대한 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: D시 7개 요양보호사 교육기관 요양보호사 350명, 시설 및 재가대상노인 60명, 관리자 등 20명 · 조사 기간: 2008.9.15.~9.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사 및 자기기입식 조사
연구 결과	-양질의 요양보호사 양성을 위해서, · 요양보호사들이 일정수준에 달할 수 있는 지식, 기술, 실습훈련을 받을 수 있도록 교육 강사의 연수와 소정의 자격 부여가 우선시, 교육지원 연수센터 설립 · 요양보호사 양성기관에 대한 인증제도 도입 · 직업능력부여 및 향상에 대한 적정한 평가와 처우개선 · 요양보호사 보수교육제도를 현 2년에서 1년으로 제안
정책 대안	-연구결과와 동일

〈부표 67〉

논문 제목	장기요양기관 종사자의 조직 내 갈등이 직무스트레스에 미치는 영향에 관한 연구: 사회적 지지의 완충효과 검증을 중심으로
저 자	윤은아·박경일
발간 연도	2013년
출 처	노인복지연구, 61, pp.189-214.
연구 목적	-장기요양기관 종사자의 조직 내 갈등이 직무스트레스에 미치는 영향에 있어 사회적 지지가 완충효과를 나타내는가 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양기관 입소시설 종사자 263명 · 조사 기간: 2013.4.15.~4.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-장기요양기관 종사자의 갈등 수준은 5점 만점에 평균 2.61점으로 나타남 -장기요양기관 종사자가 지각하는 업무스트레스는 5점 만점에 3.07점이며, 요인별로는 직무스트레스 반응, 직무스트레스 대처를 상대적으로 강하게 지각하는 것으로 나타남 -갈등요인에서는 과업갈등, 관계갈등이 정의 영향력을 보임. 즉, 종사자의 갈등이 심할수록 직무스트레스는 심해지는 것으로 분석됨 -갈등과 조절변수인 사회적 지지를 투입한 결과, 사회적 지지가 강할수록 직무스트레스는 완충되는 것으로 조사되었음
정책 대안	-장기요양기관의 주요구성원인 사회복지사, 간호사 등의 인력 기준 확대 · 인력 배치 구조의 현실화 -요양보호사 이외 타 직무군들에게도 처우개선비 적용 -요양보호사 관리자의 업무부담이 줄어들 수 있도록 업무역량 강화 교육 기회 확대 -스트레스 대처 기술교육 및 직장 내 동호회 활성화

〈부표 68〉

논문 제목	재가장기요양기관 요양보호사의 직무탈진 경험에 관한 현상학적 연구
저 자	정윤태
발간 연도	2015년
출 처	노인복지연구, 69, pp.347-381.
연구 목적	-재가장기요양기관의 요양보호사가 경험한 직무탈진현상을 내부자 관점에서 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 충청도 소재 재가장기요양기관 요양보호사 6명 · 조사 기간: 2014.12.~2015.2. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-재가장기요양기관의 요양보호사가 경험한 직무탈진현상은 의미단위통합 29개, 하위구성요소 11개, 구성요소 5개로 도출됨 · 도출된 구성요소는 1)전문직업인으로서의 요양보호사에 대한 기대와 사회참여, 2)이상과 현실 사이의 괴리, 3)밀려드는 스트레스에 따른 부정적 직무태도 고조, 4)격렬하게 타 버리다 못해 사막이 됨, 5)저울추가 완전히 기울어짐으로 정리됨
정책 대안	-요양보호사의 전문성 홍보, 보수교육 법제화를 통한 강화 등 정부의 적절한 조치 마련 -요양보호사에 대한 관리 개선 -요양보호사를 관리감독하는 미시체계인 재가장기요양기관 내 수퍼바이저의 역량강화를 위한 정부주도하의 교육체계 마련

〈부표 69〉

논문 제목	요양보호사의 직무만족에 영향을 미치는 요인-전라남도 지역을 중심으로
저 자	김혜영
발간 연도	2011년
출 처	사회복지연구, 42(4), pp.35-59.
연구 목적	-요양보호사 주요특성 및 직무만족에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전남 노인장기요양기관 61곳 종사 중인 요양보호사 291명 · 조사 기간: 2010.8.15.~9.20. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양보호사 주요특성 분석결과 · 여성이 93.5% 차지, 40~50세 이상 연령이 78%, 고졸 이하 학력이 68.7% 차지 · 고용형태는 계약직, 임시직이 63.2% 차지, 지난 1년간 받은 교육횟수는 53.3%가 5회 미만, 연봉은 79.2%가 2천만 원 미만으로 나타남 -요양보호사의 직무만족도는 · 5점 만점에 3.19점으로 나타남 · 재가급여기관 요양보호사(>시설급여기관 요양보호사), 정규직, 연간교육 횟수 및 연봉이 많은 요양보호사일수록 직무만족도가 유의하게 높아지는 것으로 조사됨
정책 대안	-요양보호사의 처우개선을 통한 고용의 안정성 강화 -남성 요양보호사 확보를 위한 인식개선 및 양적 확보를 위한 노력 -시설급여 근무형태를 고려한 실제적 인력 확대 방안 모색 -노인장기요양서비스 교육과정 및 보수교육 등의 법제화

〈부표 70〉

논문 제목	노인요양시설 사회복지사의 직무환경과 개인적 성향이 소진에 미치는 영향
저 자	홍석자·서상범
발간 연도	2011년
출 처	사회복지연구, 42(4), pp.187-216.
연구 목적	-노인요양시설 사회복지사의 직무환경과 개인적 성향이 사회복지사의 소진에 미치는 영향 검증 및 예방을 위한 방안 제시
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인요양시설 근무 중인 사회복지사 312명 · 조사 기간: 2011.2.7.~3.5. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-노인요양시설 사회복지사의 직무환경이 소진에 미치는 영향 분석결과 · 직무환경인 역할모호성은 개인적 성취감 저하, 클라이언트에 대한 비인격화에, · 역할갈등 및 역할과다는 감정적 고갈과 클라이언트에 대한 비인격화에 각각 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타남 -노인요양시설 사회복지사의 개인성향이 소진에 미치는 영향 분석결과 · 인지적 공감성과 내적 귀인성향은 개인적 성취감 저하에 부(-)의 영향을, · 외적 귀인성향은 감정적 고갈과 클라이언트에 대한 비인격화에 유의미한 정(+)의 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-노인요양시설 직무분성을 통한 사회복지사의 직무 명확화

〈부표 71〉

논문 제목	장기요양보험서비스에 대한 소명의식이요양보호사의 직무만족도에 미치는 영향-충청남북도 장기요양보험서비스기관을 중심으로
저 자	박현식
발간 연도	2010년
출 처	한국지역사회복지학, 33, pp.243-265.
연구 목적	-요양보호사들이 장기요양보험서비스에 대해 갖는 소명의식 및 직무만족도 수준 파악과 소명의식이 직무만족에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 충청남북도 노인장기요양보험서비스기관 요양보호사 142명 · 조사 기간: 2009.9.1.~10.20. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양보호사가 인지하고 있는 소명의식은 3.43, 직무만족은 내재적 직무만족이 3.90, 외재적 직무만족이 3.38, 일반적 직무만족은 3.54 수준으로 나타남 -요양보호사의 일반적 특성에 따른 소명의식 수준의 경우, 연령만 통계적으로 유의한 차이를 보임 -일반적 특성에 따른 요양보호사의 직무만족도 차이에 대한 분석결과, 내재적 직무만족도, 일반적 직무만족도의 경우 성별에 따라 유의미한 차이가 있는 것으로 밝혀짐 -일반적 직무만족과 외·내재적 직무만족에 영향을 미치는 요인을 살펴본 결과 · 내재적 직무만족의 경우 / 성별이 유의미한 부적 영향 · 외재적 직무만족의 경우 / 결혼상태가 유의미한 영향 · 일반적 직무만족의 경우 / 성별, 결혼상태가 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-요양보호사 양성교육에 장기요양서비스에 대한 신념이나 소명의식을 포함한 커리큘럼 개발 -요양보호사 관리 시스템 및 체계화된 운영 매뉴얼 마련 -요양보호사의 보수 수준, 적절한 복리후생 제공 등 처우개선 -대상자 및 가족의 다양한 욕구, 효율적 문제해결을 위한 장기요양서비스 네트워킹 구축

〈부표 72〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 의한 방문간호사의 역할: 업무분석
저 자	김명희
발간 연도	2009년
출 처	한국보건간호학회지, 23(2), pp.232-250.
연구 목적	-방문간호사업에서 방문간호사의 역할, 업무, 활동 등 분석 및 현장 수행 가능성 타진
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: (전문가 델파이) 노인장기요양보험 관련 전문가 8인 (설문조사) 재가장기요양기관 방문간호사 182명 · 조사 기간: (설문조사) 2008.8.27.~9.17. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-방문간호사의 역할 분석결과 · 규명된 6개의 역할은 직접간호제공자, 사례관리자, 교육자, 의사결정 조력자, 관리책임자, 연구자로서의 역할을 규명함 · 6개 역할에 따른 27개 업무, 167개 활동은 모든 유형의 방문간호 기관에서 수용가능성이 검증되었음
정책 대안	-방문간호 조무사 및 치위생사의 역할이 포함된 후속연구 제기

〈부표 73〉

논문 제목	요양보호사의 직무스트레스가 직무만족도에 미치는 영향-노인장기요양시설 근무자 대상-
저 자	박민선·정재필
발간 연도	2010년
출 처	한국노인의료복지학회지, 2(1), pp.19-44.
연구 목적	-노인요양시설 요양보호사의 직무스트레스 및 직무만족도 파악과 직무스트레스가 직무만족에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 경상북도 소재 노인장기요양시설 요양보호사 120명 · 조사 기간: 2008.10.21.~10.31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양보호사의 직무스트레스는 77.33점으로 대체로 높은 것으로 나타남 · 개인역할 및 일상업무 요인, 클라이언트와의 관계 요인에서 스트레스가 높은 것으로 나타남 -업무관련 직무만족도는 39.73점으로 대체로 만족하는 것으로 나타남 · 일의 강도 및 일의 양보다는 개인적 신념, 사고 방식에서 기여하는 것으로 보임 -요양보호사의 일반적 특성에 따른 직무만족도에 있어 · 고연령 집단이 저연령 집단에 비해 직무만족이 높게 나타남 · 저학력 집단이 고학력 집단보다 직무만족이 높게 나타남 · 보람을 얻기 위해 근무한 경우가 기타 다른 이유보다 직무만족이 높게 나타남 -요양보호사의 일반적 특성에 따른 직무스트레스의 경우 · 개인 및 일상요인과 시설 및 상사와의 관계가 유의미한 영향을 줌 · 고학력 집단이 저학력 집단에 비해 직무스트레스가 더 높은 것으로 나타남 -요양보호사의 직무스트레스가 직무만족에 미치는 영향 분석결과 · 직무스트레스가 직무만족에 직접적 영향을 미치며 부적(-) 영향을 보이는 것으로 분석되었음
정책 대안	-요양보호사에 대한 전반적 연구의 지속적 실시 -요양보호사의 업무만족 향상 방안 고려 -노인장기요양보험제도의 실효성 검증 및 정착 관련 노력

〈부표 74〉

논문 제목	노인요양시설 간호사의 영성이 호스피스 간호수행에 미치는 영향
저 자	서영숙·성기월
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(1), pp.12-20.
연구 목적	-노인요양시설에 근무하는 간호사의 영성과 호스피스 간 간호수행 정도 및 호스피스 간호수행에 미치는 영향 파악을 통해, 노인 실무간호를 위한 기초자료 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: D시와 K지역 노인요양시설(50인 이상) 180곳 중 6개월 이상 근무한 간호사 161명 · 조사 기간: 2010.11.15.~12.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-대상자의 영성정도는 평균 102.96점(150점 만점), 호스피스 간호수행 정도는 평균 119.96점(196점 만점)으로 나타남 -대상자의 일반적 특성에 따른 영성정도 · 연령이 많을수록, 학력 수준이 높을수록, 종교가 있는 경우, 노인요양시설 실무기간이 길수록, 호스피스 교육을 받은 경우 영성점수가 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보임 -대상자의 일반적 특성에 따른 호스피스 간호수행정도 · 연령이 적을수록, 종교가 있는 경우, 임종경험이 있는 경우, 호스피스 교육을 받은 경우 호스피스 간호수행점수가 높게 나타났으며, 통계적으로 유의한 차이를 보임 -대상자의 영성과 호스피스 간호수행 간에는 정적 상관관계를 보임 -대상자의 호스피스 간호수행에 영향을 미치는 요인으로는 영성이 가장 높게 나타났으며, 이 외 임종경험 여부, 노인요양시설 실무기간 및 호스피스 교육 여부 순으로 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-노인 간호 실무자 양성과정 및 교육과정에 체계적 호스피스 교육 마련 -영성 수준을 높이기 위한 영성 증진 프로그램 개발 및 영성교육 개발

〈부표 75〉

논문 제목	재가장기요양 돌봄노동의 특성과 돌봄관계에 대한 시민권적 접근
저 자	허남재·석재은
발간 연도	2014년
출 처	노인복지연구, 63, pp.279-307.
연구 목적	-장기요양서비스 현장에서 이루어지는 돌봄노동의 특성을 시민권적 관점에서 분석 -돌봄서비스의 삼각주체인 이용자, 노동자, 제공 기관이 돌봄관계에서 어떻게 권력자원을 분배하고 있으며, 그 영향이 무엇인지를 시민권적 관점에서 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인, 요양보호사, 재가센터장 심층면접 총 9명 · 조사 기간: 2013.7.~9. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-돌봄노동자들은 돌봄의 권력 하에서 가장 취약한 위치에 있으며, 돌봄노동자의 취약성은 결과적으로 돌봄수급자에게 필요한 돌봄을 적절하게 제공하지 못할 수 있음 -좋은 서비스를 만드는 것은 좋은 돌봄관계를 만드는 것이고, 좋은 돌봄관계는 이용자와 노동자, 제공 기관 간 상호존중과 신뢰를 통해 가능 -이것의 근간에는 돌봄수급자와 돌봄제공자의 이분법적 구분이 아닌 모두가 돌봄의 수급자이며 제공자일 수 있다는 포괄적 시민권적 관점에서 돌봄관계 재구성이 필요
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

○ 인프라 체계 관련

- 서비스 제공 기관 및 인프라 체계 전반

〈부표 76〉

논문 제목	실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계 방안
저 자	최인덕·이은미
발간 연도	2010년
출 처	한국노년학, 30(3), pp.855-869.
연구 목적	-노인장기요양보험 도입 이후 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계 방안 모색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양시설 192곳, 요양병원 168곳 시설관계자 · 조사 방법: 면접조사
연구 결과	-운영현황에서, 요양시설 및 요양병원 모두 본인부담 차이가 미미하나, 식비에 있어서 편차가 크게 나타남 · 경영수지적자에 대해서 양기관 모두 수가보전에 대한 문제점을 지적함 · 교통과 환경요인이 입지조건을 좌우하는 것으로 파악됨 -이용행태면에서는 양기관 모두 비용할인 경험이 높은 것으로 나타났고, 면회를 오지 않는 경우가 많은 것으로 파악됨 · 요양시설이 사망 시까지 있는 경우가 요양병원에 비해 높게 나타남 -기관의 서비스 제공 문제점으로는 일률적 서비스 제공, 가족의 지지나 방문부족 등이 제기됨
정책 대안	-양 기관의 효율적 연계 방안으로 수가 현실화, 간병비 지급, 복합시설 허용, 판정 기준 강화, 주치의 제도 및 요양병원의 장기요양보험 관리 방안 등 제시

〈부표 77〉

논문 제목	노인장기요양시설의 직무환경이 요양보호사의 노인학대 인식에 미치는 영향: 경기도 지역을 중심으로
저 자	서소혜·박화옥
발간 연도	2012년
출 처	한국노년학, 32(1), pp.237-256.
연구 목적	-노인장기요양시설 요양보호사의 직무환경이 노인학대 인식에 미치는 영향 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 경기도 소재 노인장기요양시설 요양보호사 137명 · 조사 기간: 2010.10.~2011.2. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-시설 규모, 근로계약 형태 및 1일 담당노인 수가 요양보호사의 노인학대 인식에 통계적으로 유의미한 결과를 나타냄 · 대규모시설소속, 정규직, 1일 담당노인수가 적은 요양보호사일수록 노인학대 인식 수준이 높은 것으로 나타남
정책 대안	-요양시설의 규모에 적합한 체계적인 운영관리와 종사자를 대상으로 하는 정기적 노인학대 예방교육 지원 -요양보호사의 고용안정이 향상될 수 있도록 계약 형태 전환 -요양보호사의 1일 담당노인 수에 대한 적절한 관리 및 유지를 위한 근로시간 기준 및 급여 수준 등에 대한 보완

〈부표 78〉

논문 제목	요양보호사 국가고시가 요양보호사 이수생의 노인에 대한 지식, 태도 및 행동에 미치는 영향
저 자	김세영·김계하
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(2), pp.142-150.
연구 목적	-국가고시 시험 여부 및 합격 여부에 따른 대상자의 노인에 대한 지식, 태도, 행동 정도 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: G시 소재 요양보호사 양성기관에서 요양보호사 1급과정을 이수한 154명 · 조사 기간: 2009.10.~2011.5. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-대상자의 노인에 대한 지식에 대한 평균평점은 0.80, 노인에 대한 태도는 4.1점, 노인에 대한 행동은 1.48로 나타남 -대상자의 일반적 특성에 따른 노인에 대한 지식, 태도, 행동에 따른 차이를 살펴본 결과 · 노인에 대한 지식은 나이, 결혼상태, 교육수준, 요양보호사 교육을 받게 된 동기에 따라 차이를 보임. 특히 주위권유에 의하여 교육을 받은 대상자가 타 대상자보다 지식점수가 높게 나타남. 이 외 노인과의 동거경험이 있을수록, 수입이 높을수록 지식수준이 높게 나타남 -시험유무에 따라 대상자들의 노인에 대한 지식과 태도에 차이를 보였으며, 시험을 보는 대상자들의 노인에 대한 지식정도가 더 높았고, 태도는 긍정적으로 나타남 -합격 여부와 관련하여, 국가고시 합격자들의 경우 지식정도가 더 높게 나타났으며, 태도나 행동에 있어서는 유의한 차이를 보이지 않음
정책 대안	-노인에 대한 행동을 긍정적으로 변화시킬 수 있는 프로그램의 개발 및 적용하여, 교육과정에 도입 -현재 실시되는 요양보호사 교육과정을 평가할 수 있는 도구 개발 필요

〈부표 79〉

논문 제목	노인요양시설 장기요양인력의 스마트 기술 사용의도에 대한 탐색적 분석: 기술수용모델을 사용하여
저 자	안준희·이선형
발간 연도	2015년
출 처	노인복지연구, 68, pp.357-387.
연구 목적	-노인요양시설의 장기요양인력을 대상으로 스마트 기술 사용의도 파악 및 관련 요인들과 양상 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 충남 및 경기지역 노인요양시설 장기요양인력 127명 · 조사 기간: 2013.1.15.~1.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-조사 대상자의 72.4%가 스마트 기술에 대한 사용의도를 긍정적 평가 · 사용의도에 지각된 용이성과 유용성이 직접적 유의미한 영향 행사 · 주관적 규범, 물리적 환경 지원 및 건강지원 직무관련성은 사용의도뿐만 아니라 지각된 유용성에 직접적으로 영향 행사 · 지각된 유용성은 연구모형에서 부분매개효과가 있음이 밝혀짐
정책 대안	-정부와 민간기업과의 협력을 통해 노인의 욕구에 부응할 수 있는 스마트 디바이스 및 어플리케이션 개발, 보급 확대 -국가 차원에서 스마트 기술 활용가능성에 대한 교육과 홍보 -물리적 환경 적응지원이나 건강지원서비스를 스마트 디바이스에서 다운받을 수 있는 어플로 개발 -장기요양인력의 스마트기술 접근성 향상을 위한 자격증 교육 과정 내 정보화 교육 및 기술기반 서비스 실습 실행 -장기요양인력의 근무환경 개선

〈부표 80〉

논문 제목	장기요양보장 인프라 확대정책의 집행요인에 관한 연구-노인요양시설을 중심으로-
저 자	김미혜·김은영·박지혜·김민경
발간 연도	2009년
출 처	사회복지연구, 40(3), pp.5-40.
연구 목적	-장기요양보장 인프라 확대정책의 집행과정 및 영향요인 규명을 통해 향후 인프라 확대정책 발전 방안 제시
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구 및 사례연구 · 조사 대상: K도, C시 내 노인요양시설 4곳의 시설운영자 4명 · 조사 기간: 2009.1.30.~2.19. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-주요 영향요인으로는 · (정책변수) 정책목표의 명확성과 적절성, 서비스 공급주체의 성격, 정부 간 역할의 책임 등 · (집행변수) 재정부담 및 예산배정 의지, 예산의 신속한 집행 및 절차의 간소화, 재량권, 집행기관 간 상호관계 등 · (환경맥락적 변수) 규제완화 및 조세혜택 · (문제관련 변수) 집중 확충 계획 등이 해당됨
정책 대안	-지역의 실수요를 기초로 한 시설필요도 산출 -민간참여에 대한 제도적 보완 -시설의 질적 확충 -중앙정부 예산 비율의 상향조정 및 지방정부의 적극적 의지 -전달체계 간 상호관계 및 소통을 위한 제도적 장치 마련 -이용노인 및 가족의 체감률 향상 및 소비자 선택 강화방향으로의 인프라 정비

〈부표 81〉

논문 제목	노인복지서비스 공급체계 변화와 노인장기요양보험제도 정착화를 위한 탐색적 연구-일본의 사례를 중심으로-
저 자	엄기욱
발간 연도	2008년
출 처	한국사회복지학, 10(3), pp.69-94.
연구 목적	-노인장기요양서비스 공급체계의 변화에 영향을 미친 이념과 환경변화 파악, 노인장기요양서비스 시장화의 특성과 한계 규명
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양서비스는 가치 재화라는 점, 이용자의 의사결정과 정보수집 능력에 한계가 있다는 점 등으로 인해 유사시장이라는 메커니즘에 의해 작동되어야 함 · 따라서 일반시장과는 구별되는 정부의 제도적 보완장치 필요 · 유사시장이 성공적으로 작동하기 위해서 시장구조로의 전환, 정보의 비대칭성 완화방지, 거래비용과 불확실성에 대한 대응, 동기부여, 역선택 방지 장치 등 필요
정책 대안	-공급자가 과도한 영리추구를 위해 서비스 질 저하시키는 현상 예방 -과중한 이용자 부담으로 인해 높은 욕구를 가지고 있으면서도 장기요양서비스를 이용하지 못하는 저소득 및 중산층에 대한 대비 -장기요양서비스에 종사하는 직원들의 생존권 확보 등을 위한 공익적 차원에서의 국가적 개입 -공급주체의 이용자 만족도 향상에 대한 노력

〈부표 82〉

논문 제목	노인장기요양보험 방문요양기관의 서비스 관리 연구-구조-과정-결과 모형을 중심으로
저 자	이정남
발간 연도	2012년
출 처	한국사회복지행정학, 14(4), pp.141-164.
연구 목적	-노인장기요양보험 방문요양기관의 서비스 관리를 구조-과정-결과 모형을 중심으로 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 방문요양기관 455곳 · 조사 기간: 2011.2.7.~3.18. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-구조-과정-결과 모형을 적용하여 방문요양기관의 서비스 관리 분석결과 · 서비스 구조는 기관규모, 업무환경적절성, 관리 인력의 교육훈련으로, · 서비스 과정은 서비스 계획 준비, 서비스 제공 관리, 서비스 점검 평가 · 서비스 결과는 대상자 반응과 대상자 만족으로 구성한 모형이 적절한 것으로 나타남 -한편, 서비스 구조는 서비스 과정과 결과에, 서비스 과정은 서비스 결과에 영향을 미치는 경로가 확인됨 -서비스 구조가 서비스 과정을 통해 영향을 미칠 때, 서비스 과정의 매개효과가 통계적으로 유의하게 검증되었음
정책 대안	-방문요양기관의 적정규모화 및 서비스 관리자들의 적절한 권한 및 업무량 안배 -기관 내외부에서 요양서비스 관리 관련 교육의 지속적 제공 -방문요양기관에 부합되는 일련의 사례관리 활동에 대한 서비스 점검, 평가 실시 -서비스 구조, 과정, 결과의 서비스 관리 활동들의 연계적 관리

〈부표 83〉

논문 제목	노인장기요양보험의 도입과 장기요양서비스 종사자의 근로조건의 변화-노인거주시설 종사자의 임금과 고용형태를 중심으로
저 자	조영훈·이상욱·박지영
발간 연도	2013년
출 처	한국사회복지행정학, 15(2), pp.193-215.
연구 목적	-임금수준과 고용형태 등 요양서비스 종사자들의 근무조건이 노인장기요양보험 도입 이후 어떻게 변화했는가에 대한 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-요양서비스 종사자들의 임금수준은 크게 떨어졌고, 비정규직 비율도 급증함 · 근로조건의 악화는 요양서비스 전달체계 민영화 정책에서 연유 · 시장화의 결과 난립하게 된 서비스제공 기관들은 지출비용을 줄이는 경쟁을 하게 되며, 이는 곧 인건비의 축소로 연결되기 때문
정책 대안	-요양서비스 종사자(특히 요양보호사)의 처우개선 -요양서비스의 공공성 회복을 위한 노력 · 정부가 요양서비스 전달체계에서 양질의 일자리 창출 및 보장

〈부표 84〉

논문 제목	장기요양시설의 리더십 스타일과 조직구조가 조직몰입과 직무만족에 미치는 영향
저 자	신창환
발간 연도	2015년
출 처	한국사회복지행정학, 17(4), pp.25-55.
연구 목적	-조직구조 요인과 리더십 유형을 중심으로 리더십 유형에 어떤 영향을 미치는지에 대해 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 장기요양시설의 기관장 114명, 요양보호사 906명 · 조사 기간: 2014.8.~10. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-변혁적 리더십과 거래적 리더십이 정서적 몰입과 직무만족에 유의한 영향을 미침 · 특히 거래적 리더십만이 지속적 몰입에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타남 -조직구조 요인은 조직몰입에 유의한 영향을 미치지 않으며, 조직연령과 조직규모만이 직무만족에 유의한 영향을 미치는 것으로 분석됨 -조직구조 요인과 리더십 유형과의 상호작용 효과에서는 조직규모와 조직연령이 정서적 몰입에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타남
정책 대안	-수가체계의 적절한 개선 -요양보호사들의 직무만족도 향상을 위해 유기적 조직구조로의 전환 -요양보호사들의 조직에 대한 애착심 및 시설가치관 수용을 위해 조직의 구조적 특성에 맞는 리더십에 근거한 조직관리

〈부표 85〉

논문 제목	요양병원 및 장기요양시설의 지역분포 특성에 관한 연구
저 자	정은영·방효중·문경준·이광수
발간 연도	2014년
출 처	대한보건연구, 40(4), pp.17-28.
연구 목적	-우리나라 요양병원과 장기요양시설의 지역분포 특성 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 2013년 기준 전국에 등록된 요양병원(1,216곳) 및 요양시설(4,184곳)
연구 결과	-요양병원 및 요양시설이 주로 대도시 또는 일부 지역에 집중된 것으로 나타남 · 이 같은 불균형 현상은 노인 인구의 장기요양서비스 이용에 있어 불균등 문제를 야기함 · 건강 수준을 높이는 데 방해요소로 작용할 수 있음 · 밀집지역에서 두 기관 간 기능 중복으로 장기요양서비스 자원 활용에 있어 효율성이 감소될 수 있음
정책 대안	-시군구별 면밀한 수요파악을 통해 지역특성을 고려한 요양병원 및 장기요양시설의 균형적 배치 -민간부분의 참여를 유도할 수 있는 시설 및 인력에 관한 인센티브 방안 모색 -공공의료기관 활용을 통한 인프라 불균형문제 보완

〈부표 86〉

논문 제목	한국 노인장기요양보험 케어매니저 제도의 입법화-일본 개호보험 케어매니저 제도의 시사점
저 자	박정호·여진주
발간 연도	2008년
출 처	한국사회정책, 15(1), pp.91-127.
연구 목적	-우리나라 노인장기요양보험법과 일본 개호보험법의 케어매니저 관련 규정, 일본 케어매니저 제도의 운영상 문제점 고찰을 통해 우리나라 케어매니저 관련 규정 입법화 방안 모색
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-현행 노인장기요양보험법은 케어매니저의 직무를 열거하고 있을 뿐, 케어매니저가 원조 전문인이란 사실과 고유한 업무에 대한 부분이 부재함 · 관련 부분에 대한 명시 및 규정 필요 -국가시험에 의한 케어매니저의 자격부여가 바람직하다고 여김 · 교육, 훈련에 관한 조항이 노인장기요양보험법에 신설되어야 함 -케어매니저 개입 의무화에 대한 법조항과 케어매니저의 의무사항이나 벌칙에 대한 규정 필요 -케어매니저의 핵심업무인 장기요양계획서에 대한 명확한 정의 필요 · 서비스가 장기요양계획서에 기초하여 제공되어야 함을 명시 · 클라이언트의 의사 및 알 권리 존중 · 장기요양계획서의 작성과 실시에 관해 위법행위에 대한 벌칙규정 명시
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

〈부표 87〉

논문 제목	노인장기요양보험에서의 케어매니지먼트 기능과 운영에 대한 인식연구-장기요양관리직원의 인식에 대한 Q방법론 분석
저 자	임정기·최명민·김욱
발간 연도	2011년
출 처	한국사회정책, 18(3), pp.191-222.
연구 목적	-노인장기요양보험 하에서 노인의 욕구에 적절한 서비스를 제공하고 자원을 효율적으로 관리하기 위한 케어매니지먼트 수행체계에 대한 다양한 인식 유형 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 5개 지역 장기요양관리요원 38명 · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-공단의 케어매니지먼트 역할에 대해, 표준화를 지향하는 집단/개별화를 지향하는 집단으로 구분가능함 · (표준화 지향집단) 현재 제도체계에 좀 더 실용적 기준을 더하는 기준 보완형과 현재의 표준이용계획서 중심형으로 나눌 수 있음 · (개별화 지향집단) 전문성 지향형 / 노인의 욕구 중시형으로 나눌 수 있음
정책 대안	-케어플랜을 작성할 수 있는 전문인력 양성 및 이에 대한 권한 부여 -표준장기요양이용계획서 실효성에 대한 고려

〈부표 88〉

논문 제목	노인장기요양보험제도에서의 케어매니지먼트체계 구축방향
저 자	선우덕
발간 연도	2009년
출 처	한국케어매니지먼트연구, 2, pp.1-27.
연구 목적	-노인장기요양보험제도가 지니고 있는 특징적 요소 파악 및 제도 도입 후 나타난 제도 개선 내용 정리
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양보험의 제도적 특징으로는 · 가입자와 수급자 간 불일치, 지자체와의 연계성이 부족한 보험자운영체계, 보험급여 방식의 혼용 및 급여 수준의 제한, 보험료 인상 등을 지적 -제도시행결과를 살펴보면 · 수급대상자의 확대, 방문형서비스 및 복지욕구 중심의 급여지출 확대, 서비스 미이용 발생, 서비스 지불단가의 인상, 서비스 인프라의 일부 과잉 등이 나타남 -특히 보험재정 안정을 위해 필요 이상의 서비스 이용 억제 및 적절히 유도할 수 있는 서비스이용지원체계구축이 필요한 것으로 나타남
정책 대안	-적절한 서비스 이용이 가능하도록 지원 및 유도할 수 있는 시스템의 개발과 적용

○ 인프라 체계 관련

- 서비스 평가 및 개선 방안 관련

〈부표 89〉

논문 제목	노인요양시설의 서비스 질 평가 지표 개발 및 적용: 구조-과정 측면의질 평가
저 자	김문실·이승희
발간 연도	2008년
출 처	간호행정학회지, 14(2), pp.131-143.
연구 목적	-운영자 관점에서 노인요양시설에서 제공되는 서비스 질 평가 지표 개발 및 적용
연구 방법	-연구 방법: 조사연구(문헌고찰) · 조사 대상: 노인간호학 교수 및 시설장 등 전문가 10인/서울, 경기 등 노인요양시설 30곳(시설장, 간호사 및 생활지도원) · 조사 기간: (면접조사) 2006.4.15.~9.30. · 조사 방법: 전문가 델파이 및 면접조사
연구 결과	-최종 구성된 노인요양시설 서비스 질 평가 지표 는 3개영역(요양환경관리, 운영 및 인적자원관리, 서비스 관리) 15개 하부영역, 128개의 지표로 구성 -개발된 지표에 대해 시설별 면접조사를 실시한 결과 · 100점을 기준으로 85,5점으로 평가하였으며, 영역별로는 운영 및 인적자원관리, 요양환경관리, 서비스관리 영역 순으로 나타남
정책 대안	-보다 많은 노인요양시설을 대상으로 한 반복적인 연구 실시 필요 -시설 간 서비스 제공 수준 편차를 줄이고 양질의 서비스 제공을 위한 서비스 제공인력별 서비스 내용 및 실시방법에 대한 구체적 지침 개발 필요

〈부표 90〉

논문 제목	노인요양시설 관리자의 역량 및 행동 지표 개발
저 자	김지수
발간 연도	2008년
출 처	간호행정학회지, 14(4), pp.477-487.
연구 목적	-노인요양시설 관리자의 역량 및 행동 지표 개발 및 노인요양시설 관리자 역량의 중요도와 수행 정도 측정
연구 방법	-연구 방법: 문헌고찰 및 조사연구 · 조사 대상: 노인요양시설 관리자 10인(전문가 델파이) / 노인요양시설 관리자 145명(설문조사) · 조사 기간: 2008.4.2.~4.18/2008.4.21.~5.18. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-최종적으로 구성된 노인요양시설 관리자 역량 및 행동 지표는 20개의 역량 지표, 87개의 행동 지표로 구성 -최종 지표를 바탕으로 노인요양시설 관리자의 역량의 중요도 및 수행도를 평가한 결과 · 노인요양시설 관리자의 역량별 중요도와 수행정도의 평균은 각각 3.44점, 3.04점으로 나타남 · 중요도 점수가 높은 항목으로는 사고, 조직헌신, 관계형성, 고객지향성, 자기조절 역량의 순으로 나타남
정책 대안	-시설에서 관리자 역량 규명에 대한 계속적인 연구 필요 -노인요양시설 관리자의 업무 수행정도를 높이기 위한 전략개발 및 관련 연구 필요 -노인요양시설 관리자의 업무 지침서 및 역량평가의 기초자료 마련

〈부표 91〉

논문 제목	장기요양서비스의 질 평가 지표 개발
저 자	이태화·조은희·고유경·황윤선·김복남·임은실·이혜선
발간 연도	2012년도
출 처	간호행정학회, 18(1), pp.106-117.
연구 목적	-우리나라 노인장기요양서비스에 대한 질 평가 지표 개발 및 장기요양서비스 질적 수준 향상을 위한 기반 마련
연구 방법	-연구 방법: 문헌고찰 및 조사연구 · 조사 대상: 노인장기요양 관련 전문가 12명(전문가 델파이) / 노인요양시설 및 재가시설 8곳의 입소(이용)노인 117명(설문조사) · 조사 기간: 2010.12.28.~2011.1.12.(설문조사) · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 방문면접조사(노인) 및 자기기입식 조사(간호사)
연구 결과	-시설 및 재가서비스에 모두 적용할 수 있는 공동 지표로 13개 항목 개발, 시설에만 적용할 수 있는 지표로 체중감소, 억제대 사용 여부, 재가에만 적용할 수 있는 지표로 목욕하기와 사회적 고립 등 4개 항목이 추가되어 총 17개의 항목 개발
정책 대안	-노인장기요양서비스 질 평가 지표 산출을 위한 최소 정보군으로 구성된 표준화된 기록지 개발 및 국가에 주기적으로 환자상태를 보고할 수 있는 시스템 마련 -장기요양기관에서 의료인으로서 간호사 확보 의무화 -재가서비스 질 개선을 위해 방문간호센터의 간호사가 케어매니저 역할을 수행하도록 제도 보완

〈부표 92〉

논문 제목	노인요양시설의 서비스품질이 서비스만족과 의사결정에 미치는 영향
저 자	김인·신학진
발간 연도	2009년
출 처	한국노년학, 29(2), pp.579-591.
연구 목적	-노인요양시설의 선택 의사결정에 영향을 미치는 요인에 대한 실증적 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전북지역 20개 노인요양시설 이용자 212명 · 조사 기간: 2008.6.~7. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-서비스품질은 서비스만족을 매개로 의사결정에 영향을 미치는가를 분석한 결과 · 서비스품질에서 서비스만족 경로의 표준경로계수는 0.556로 나타남 · 서비스만족에서 의사결정 경로의 표준경로계수는 0.785로 나타남 -서비스품질의 결정요인인 응답성, 신뢰성, 확신성, 공감성, 유형성이 검증되었으며 이들이 서비스품질 결정 가중치는 제시된 순서임이 확인됨
정책 대안	-서비스품질 담보할 수 있는 방식으로 노인장기요양보험제도의 개선 -요양서비스품질평가를 반영하는 보험수가 지급시스템 도입

〈부표 93〉

논문 제목	노인장기요양보험제도 서비스 질 관리체계 개선에 관한 연구
저 자	최은희
발간 연도	2010년
출 처	한국노년학, 30(2), pp.401-419.
연구 목적	-노인장기요양보험제도의 서비스 질 관리체계 개선을 위해 장기요양기관 평가 및 현지조사에 대한 실태조사 및 정책 방안 제언
연구 방법	-연구 방법: 질적연구 · 조사 대상: 장기요양보험 관련 전문가 7명(공단, 복지부, 행정기관, 요양원장) · 조사 기간: 2009.10.19.~11.4. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-장기요양기관 평가는 중장기적으로 제도 운영기관이 아닌 독립된 평가 전담기구에서 수행해야 할 필요성이 제기됨 -지방자치단체 수준에서 장기요양기관을 관리감독할 수 있도록 업무역량 강화 및 규제 신설 -장기요양서비스가 돌봄의 사회화를 추구하기 위해 장기요양기관 시범운영을 통한 서비스 표준화 및 지침개발과 기관운영에 대한 컨설팅 요구 -등급판정, 평가, 현지조사, 수급지원 등 업무균형 및 견제를 위해 관련 기관 간 역할조정
정책 대안	-장기요양서비스 질 관리를 위해 총체적 질 관리를 위한 독립된 기관 설립 -장기요양서비스 확대에 따른 지방정부의 역할변화 및 장기요양기관에 대한 관리, 감독권에 대한 법률적 개정

〈부표 94〉

논문 제목	재가장기요양기관 여성기관장의 기관운영 경험에 대한 연구
저 자	김정숙·전미애·양혜원
발간 연도	2014년
출 처	한국노년학, 34(1), pp.1-22.
연구 목적	-여성기관장의 재가장기요양기관 운영 경험의 실제적 양상에 대한 현상학적 파악
연구 방법	-연구 방법: 질적연구 · 조사 대상: 서울,경기지역 재가장기요양기관 여성기관장 10명 · 조사 기간: 2012.2.~4. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-68개의 의미 단위 도출(10개의 주제, 22개의 의미 통합) -재가장기요양기관의 여성기관장들은 어르신에 대한 애틋한 마음에서 기관 운영을 시작 -기관운영 초기에는 혼자 막막한 현실을 경험한 것으로 나타남 -기관운영 과정에서 경험한 어려움으로는 서비스 기피, 과도한 영업 경쟁, 보호자들의 부당한 요양보호사 대우에 소극적 대처, 심신의 피로, 제도적 문제 등이 있는 것으로 조사됨 -한편, 기관운영을 통하여 내면적 성과를 거둠 · 어르신들을 도우면서 갖게 되는 보람과 행복, 자부심 및 가족으로부터 얻게 된 인정/ 여성기관장만이 가질 수 있는 강점도 확인
정책 대안	-재가장기요양기관 운영매뉴얼 및 표준운영지침 수립 필요 -장기요양 수급자 가족을 위한 사적교육 의무화 -기관장들을 위한 자조집단 형성

〈부표 95〉

논문 제목	노인장기요양보험 재가서비스 분류 틀 개발 및 타당도 검증
저 자	송미숙·송현종
발간 연도	2014년
출 처	한국노년학, 34(2), pp.369-386.
연구 목적	-노인장기요양보험 재가서비스 대상자의 요양문제에 대한 체계적 관리를 위해, 수요자, 공급자, 제3지불자 간의 소통을 용이하게 할 수 있는 재가서비스 분류 틀 개발
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 권역별 방문간호센터 대상자 154명 · 조사 기간: 2013.3.1.~4.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-장기요양 재가서비스 분류 틀 개발을 위한 전문가 팀 구성, 개발된 분류 틀을 바탕으로 대상자들에게 타당도 검증 -요인분석 결과, 21개의 요양목표에 따라 114개 재가서비스 행위를 분류할 수 있었으며 내적신뢰도가 확보됨 -장기요양등급을 준거로 기준 타당도를 검증한 결과, 21개 요양목표 중 12개 요양목표의 요구도가 등급별로 유의한 차이를 보였음
정책 대안	-대상자의 의료적 요양요구도를 체계적으로 파악할 수 있도록 노인장기요양보험의 인정평가 도구 수정 -대상자의 요구도를 누구나 용이하게 파악할 수 있도록 재가서비스 분류 틀 전산화 -대상자의 요구에 적합한 포괄적 재가서비스 제공

〈부표 96〉

논문 제목	서비스 관리자가 인식한 장기요양서비스의 질에 대한 질적 연구: 서비스의 질 개념, 방해요인 및 질 평가를 중심으로
저 자	이지영·이미진
발간 연도	2011년
출 처	노인복지연구, 53, pp.29-57.
연구 목적	-장기요양서비스 관리자인 사회복지사가 서비스의 질에 대해 어떻게 이해하고 있으며, 현재 건강보험관리공단의 서비스 질 관리와 평가에 대한 인식 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양서비스 관리자 9명 · 조사 기간: 2010.7.~9. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-서비스 관리자가 생각하는 좋은 서비스의 개념은 5가지로 분류 -서비스 질을 저해하는 요인으로는 서비스 종사자의 상황, 등급판정, 가족관련 요인이 지적됨 -현재 공단평가는 건강관리에 치중하였다는 점에서 부정적 견해가 많았으며, 서면 방식의 양적평가에 대한 보완책 필요
정책 대안	-서비스 질 개선을 위해 종사자들에 대한 처우개선 및 교육수당, 교육시간 등 수가반영 -노인에 대한 개별화된 서비스를 제공할 수 있는 지식, 기술을 습득할 수 있는 교육 및 훈련 지속 -건강상태 증진에 대한 재정적 인센티브 제공

〈부표 97〉

논문 제목	노인복지서비스 증진을 위한 지방정부의 역할정립에 관한 고찰
저 자	김찬우
발간 연도	2015년
출 처	노인복지연구, 67, pp.33-59.
연구 목적	-노인복지서비스를 둘러싼 정책환경 변화에 따른 지방과 중앙정부 간 역할 조정 문제 및 지방정부의 대응 방안 고찰
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구 및 2차 자료(2011년 노인실태조사) 분석
연구 결과	-선행연구 분석 결과, 노인복지관련 지방정부의 중점영역은 노인여가, 문화, 주거환경 및 복지관 활성화로 나타났음 · 2차자료 분석결과, 지역 공원부지 확보 및 관리, 경로당 활성화, 주거환경 개선, 연령 및 기능상태별 노인복지관 프로그램 차별화에 대한 필요성이 제기됨 -2008년 도입된 노인장기요양보험과 노인돌봄서비스의 관계 분석결과 · 중앙정부, 국민건강보험공단 및 지방정부 간 유기적 연계부재로 인한 돌봄사각지대 감소의 필요성이 높게 나타남
정책 대안	-고령사회 대응을 위해 지방정부의 노인복지 중점영역에 대한 적극적이고 효율적 관리 -지역중심 노인 돌봄 서비스의 지속적 관리를 위한 중앙정부와의 협의체 신설, 주거요양 공동체 구축 등의 제언

〈부표 98〉

논문 제목	미국 장기요양 옴부즈맨 프로그램의 현황 및 성과에 대한 문헌연구
저 자	이미진
발간 연도	2015년
출 처	노인복지연구, 67, pp.133-166.
연구 목적	-미국 장기요양 옴부즈민 프로그램 현황 및 성과 파악
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-2012년 장기요양 옴부즈맨은 요양시설의 약 2/3를 정기적 방문하였으나, 요양시설 외 노인거주시설에 대한 정기적 방문 비율은 1/4정도에 그침 -고충사항 접수 건수는 감소 추세를 보이는데, 인력의 감소 등에 기인하는 것으로 보임 · 고충사항의 약 3/4정도는 거주자가 만족스럽게 해결된 것으로 나타남 -옴부즈맨 프로그램에 대한 노인의 인지도는 시설에 따라 편차가 크게 발생 -노인, 옴부즈맨, 시설 측에서는 프로그램에 대해 효과적으로 평가하였으나, 프로그램이 시설에 대한 조사에 영향을 미치는지에 대해서는 연구결과 불일치 · 장기요양 옴부즈맨 프로그램이 서비스 성과에 긍정적 영향을 미친다는 경험적 근거 소수 발견됨 · 특히, 징계, 경고편지 등 미약한 수준의 제재 및 처벌에 효과
정책 대안	-우리나라 실정에 맞는 장기요양 옴부즈맨 프로그램 설계 및 운영 필요

〈부표 99〉

논문 제목	노인장기요양보험 이용현황과 제도확대 방향의 모색
저 자	윤희숙
발간 연도	2010년
출 처	보건행정학회지, 20(3), pp.104-122.
연구 목적	-제도 운영 과정에서 축적된 실제의 신청자료와 이용자료를 이용하여, 노인장기요양보험의 신청자, 인정자, 이용자 특성 고찰 및 제도 운영 현황에 대한 구체적 파악
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 국민건강보험공단 내부 자료
연구 결과	-장기요양보험제도 이용자의 인구학적 특성을 분석한 결과 · 경제적으로 어렵고 주거조건이 열악하거나, 독거하는 노인의 경우 시설서비스를 이용하는 경향이 높았음 · 경제력이 약한 계층(최하층)이 차하층에 비해 서비스 이용욕구가 더 큼에도 불구하고 서비스를 더 이용하는 경향은 나타나지 않음
정책 대안	-본인부담금 면제 등 저소득층의 필요를 보다 적극적으로 제도 내 반영하면서, 노인돌봄과 관련하여 기존 공적부조와 사회서비스가 가진 일부 미비점을 보완 -서비스 욕구가 가장 큼에도 불구하고 경제적 부담으로 제약을 받는 그룹에 대한 정책적 우선순위 부여

〈부표 100〉

논문 제목	노인장기요양보험의 서비스 질 관리 개선에 관한 연구: 영국의 질 관리 시스템과 그 시사점을 중심으로
저 자	전용호
발간 연도	2008년
출 처	사회복지정책, 33(6), pp.335-361.
연구 목적	-영국의 서비스 질 관리 정책 파악 및 한국에의 시사점 도출
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-영국의 서비스 질 관리 정책 · 독립적 감독 기구(CSCI) 설립: 영국 정부로부터 설립되었으나, 정부로부터 상대적으로 독립된 조직 → 서비스 제공뿐만 아니라 서비스 제공인력, 지방정부까지 조사 및 감독할 수 있는 영향력 행사 -한국에의 시사점 · 중장기적으로 장기요양 서비스의 독립적 감독 기구 설립에 대한 논의 → 한국의 상황 고려 시, 단기적으로는 국민건강보험공단의 모니터링 기능 강화를 통한 체계적 질 관리 감독 토대 마련 · 한국적 상황에 맞는 서비스 질의 국가 최소 기준 마련 → 공단의 경험을 바탕으로 서비스 이용자의 욕구가 중심이 되는 기준 마련 및 이를 통해 서비스 제공 기관 평가 근거 기준으로 활용 · 서비스 질의 중요한 축인 서비스 제공인력에 대한 국가적 차원의 관리 시스템 구축 → 체계적 교육, 훈련을 통해 서비스 제공인력들이 해당기관의 이해관계를 넘어 서비스 이용자 입장에서 일할 수 있도록 하는 토대 마련
정책 대안	- (연구 결과와 동일)

〈부표 101〉

논문 제목	노인 장기요양서비스의 질 측정상의 쟁점에 대한 고찰
저 자	이미진
발간 연도	2011년
출 처	사회복지정책, 38(1), pp.141-165.
연구 목적	-노인 장기요양서비스 질에 대한 측정상의 쟁점 고찰 및 시사점 도출
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-우리나라 노인 장기요양서비스 질 측정상의 문제점 · 서비스 질에 대한 개념 정의 부재(정책적 개념 정의 부재) · 시설보호와 재가보호서비스의 질에 대한 차별적 지표 구성 부족 · 물리적 환경의 질적인 측면이나 인력 배치 비율상의 차이 등 고려 부재 · 우리나라 장기요양서비스 과정 지표는 노인의 다차원적 삶의 질 증진 보다는 서비스의 보건의료적 측면에 편향 · 성과 지표 선정에 있어서의 문제점 → 성과 지표에 통계적 통제를 전혀 하지 않고 기관별 단순 비교에 그침 · 이용노인 중심 평가 부재 · 통계산출기간 설정 문제 : 통계산출기간이 입소노인별 편차
정책 대안	-서비스 질에 대한 개념을 정책적으로 명료화하여 평가 지표 타당성 및 자료수집의 방향성 제시 -시설보호와 재가보호의 서비스 구조, 과정, 성과의 차이점을 염두에 두고 차별적 서비스 질 지표 구성 -서비스의 질적인 수준을 반영할 수 있도록 구조 지표 수정 및 보완 -사회심리적 영역의 삶의 질 증진 측면을 반영하여 과정 지표 보완 -위험요인 통제에 대한 통계적 기법을 응용하여 위험요인 통제 후 성과 지표 산출 필요 -인지능력에 제한이 없고, 의사소통이 자유로운 노인을 대상으로 서비스 질에 대한 양적, 질적 조사 수행 / 가족 및 돌봄종사자 대상 서비스 질 평가 조사병행 -입소노인에게 동일한 통계산출기간 적용 : 통계안정성 및 변화에 대한 민감성에 대해 실제 경험적 연구 기반으로 통계산출기간 설정 필요

〈부표 102〉

논문 제목	서비스 질의 측면에서 고찰한 노인장기요양서비스 공급구조에 대한 시장화분석
저 자	권현정
발간 연도	2014년
출 처	사회복지정책, 41(1), pp.289-313.
연구 목적	-노인장기요양서비스 시장화의 정책논리로서 공급자 경쟁과 이용자 선택이 서비스 질에 미치는 정책효과 검증
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 노인장기요양시설 248곳 기관장 · 조사 기간: 2013.6.1.~11.25. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-한국의 장기요양시장에서는 시장경쟁성과 관련하여 높은 경쟁이 발생하고 있는 것으로 나타남 -높은 경쟁에도 불구하고, 발생한 공급 경쟁이 서비스 질에 유의미한 영향력을 미치지 못한 것으로 나타남 -시장화 차원인 이용자의 선택은 서비스 질에 미미한 영향력을 가지는 것으로 나타남
정책 대안	-신중한 정책수립을 바탕으로 일관된 정책 운용 -시설 간 균등한 질 확보를 위한 평가제도 재정립

〈부표 103〉

논문 제목	노인장기요양서비스의 질 관리체계와 개선 방안: 이해관계자 관점을 중심으로
저 자	이민홍·최재성·이상우
발간 연도	2014년
출 처	사회복지정책, 41(4), pp.51-75.
연구 목적	-이해관계자 관점에서의 접근을 통한 노인장기요양서비스 질 관리체계에 대한 평가 및 시사점 도출
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양서비스 질 관리주체는 중앙정부, 지방정부, 국민건강보험공단, 요양서비스 제공자, 민간 비영리기관 및 소비자로 구성됨 · 중앙정부: 노인장기요양서비스 질 개선을 위한 법적 및 제도적 기반 취약, 서비스 질 관리의 방향성 부재, 인력 인프라의 질 관리 미흡 · 지방정부: 요양시설 인프라의 관리감독자 역할 미흡, 요양시설 운영의 지도감독자 기능의 한계 · 국민건강보험공단: 서비스 질의 개념화에 대한 합의 부족, 서비스 제공 최소 기준의 구체성 미흡, 서비스 질 관리를 위한 평가주체로서의 적합성 미비 · 요양서비스 제공자: 서비스 질 개선을 위한 자발적 실천 노력이나 의지 미약, 서비스 질을 감시할 수 있는 민간비영리인증기관이나 소비자 단체 부재한 상황
정책 대안	-서비스 질 관리체계를 구성하고 있는 이해관계자별 서비스 질 개선을 위한 제 역할 수행 논의

〈부표 104〉

논문 제목	노인 장기요양기관에 대한 현행 평가제도가 조직구조 및 활동에 미치는 영향
저 자	권현정
발간 연도	2014년
출 처	한국사회복지학, 66(2), pp.5-29.
연구 목적	-사회학적 신제도주의 과점에서 노인장기요양서비스를 제공하는 조직들이 평가제도를 어떻게 채택하고 집행하는지 동형화와 분리현상으로 해석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인장기요양시설 7곳의 사무국장 이상 관리자 7명 · 조사 기간: 2013.7.~9. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 심층면접
연구 결과	-평가제도가 장기요양기관의 공식적 구조에 있어서는 동형화를 이끄는 것으로 나타남 · 단, 장기요양기관 평가제도가 의도한 공급기관 간 경쟁을 통한 효율성을 촉진하는 것보다는, 정부지원에 의존하기 위해 강압적으로 평가제도를 채택하는 것으로 나타남 · 평가제도가 정부규제에 의해 장기요양서비스를 표준화하는 양상으로 집행되고 있음을 확인함 -동형화에 수반되는 조직의 공식구조와 실제활동의 분리현상도 부분적으로 관찰됨
정책 대안	-낮은 평가등급을 받은 기관에 대해서는 구체적 피드백을 주고 자문해주는 방식을 도입하여 시설의 전반적 운영 수준 향상시키는 방법 고안 -평가 지표의 분리현상 문제 방지를 위해, 돌봄 서비스 실천현장을 고려한 평가 지표의 보완 -본래의 평가제도 목적인 사회복지시설의 질적향상을 가져올 수 있도록 평가제도의 문제점에 대한 적극적 개선

〈부표 105〉

논문 제목	장기요양서비스의 질 개념 정립과 향상 방안-현행 전략의 한계와 좋은 돌봄을 위한 현장의 목소리-
저 자	석재은
발간 연도	2014년
출 처	한국사회복지학, 66(1), pp.221-249.
연구 목적	-장기요양서비스의 질 향상을 위해 '좋은 돌봄'의 개념 정립 및 구성요소 탐색, 좋은 돌봄을 산출 할 수 있는 조건 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인요양시설 제공 기관장 3인, 재가서비스 제공 기관장 3인, 요양보호사 8인 · 조사 기간: 2013.11. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 심층면접 / 서면을 통한 면접 등
연구 결과	-'좋은 돌봄'은 개개인의 총체적 삶의 질이 가능한 최대로 보장될 수 있도록 단순히 신체적, 기능적 욕구 충족만이 아닌 '진정한 관심의 결합'으로 간주됨 -좋은 돌봄을 위한 가장 중요한 조건은 '좋은 돌봄관계'를 형성하는 것으로 나타남 · 돌봄제공자와 돌봄수급자 간 관계가 시장규범에 훼손되지 않고 · 상호신뢰 및 존중, 진정한 소통으로 돌봄수급자 욕구를 중심에 둔 개별화된 서비스 제공이 요구됨
정책 대안	-개인적 취향을 최대한 존중 및 유지할 수 있도록 서비스 목표 설정 -돌봄제공자의 근로여건 개선 -서비스 공급체계와 서비스 모델에 대한 연구 긴요 -서비스 질 개선을 위한 서비스 수가의 합리적 재설정 -서비스 평가내용 및 체제 관련 정비 · 평가 내용을 서비스 현장에서 검증된 좋은 돌봄을 산출할 수 있는 조건들로 전면 개정 · 서비스 최저 기준을 전면적으로 상향하여 절대적 수준에서 시설서비스 인증평가 체계 채택, 그 이상의 부분은 각 기관이 자율적으로 고유한 서비스를 개발하여 특성화하는 방향으로 개발 · 시설 및 재가서비스 간 평가 내용 차별화 · 평가주체 관련 검토 (별도 전담기구 설립 혹은 동 체계 유지)

〈부표 106〉

논문 제목	공공성이 노인장기요양시설의 서비스 질에 미치는 효과
저 자	권현정·홍경준
발간 연도	2015년
출 처	한국사회복지학, 67(3), pp.253-280.
연구 목적	-한국 사회서비스 시장화가 파생한 의문 제기 및 공공성에 대한 재인식 모색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 노인장기요양시설 중 시설평가를 받은 제도진입 만 3년 이상된 시설 총 248곳 · 조사 기간: 2013.6.1.~11.25. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-소유권적 공공성은 서비스 질의 전반적 영역에서 효과가 나타났으나, 서비스 결과에서는 제한적으로 관찰됨 -재원에 대한 규제적 공공성의 효과는 나타나지 않았고, 질 규제정책인 평가제도는 어느 정도 효과가 나타남 -규범적 공공성의 사회복지전문직비중은 서비스 구조에서 부적효과가, 서비스 내용에서는 정적효과가, 기초수급이용자비중은 서비스구조와 결과에서 효과가 나타남
정책 대안	-돌봄 종사자들에 대한 노동조건과 권리보장 등 개선을 통한 안정적 인력 확보 -노인장기요양시설 소유권 규제를 통한 공공시설 확충 및 민간시설 견제 -과정중심의 평가제도 운용 및 돌봄서비스 고유성을 반영한 평가 지표 개선 -사회복지 전문성에 대한 개입(사회복지경력직에 대한 인센티브 제도 등) -지방정부에서 보조하는 이용자 본인부담금에 대한 조정 고려

〈부표 107〉

논문 제목	노인장기요양시설의 고충처리를 위한 복지 옴부즈맨 제도 도입에 관한 연구-일본의 시설복지 옴부즈맨 제도를 중심으로
저 자	이영자
발간 연도	2010년
출 처	한국사회복지행정학, 12(1), pp.1-25.
연구 목적	-노인장기요양시설 내 발생하는 다양한 권리침해, 불만사항 등에 대한 고충처리 방법 도출을 위한 일본의 옴부즈맨제도 고찰
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-시설 내 권리침해 상황 개선을 위해, 민간 참여 감시체계 수립 · 시설운영위원회의 활동 활성화를 통해 옴부즈맨 제도 도입 · 옴부즈맨 제도에 대한 적극적 검토, 실시 필요 -옴부즈맨 제도 도입 관련 고려사항 · 서비스 제공자는 이용자의 권익 보장 및 이를 생활화할 수 있는 구체적 방법 습득 필요(직원교육 실시 등) · 미비된 법 규정 보완 및 고충처리에 대한 체계적 조치를 위한 시스템 구축 · 시설복지 옴부즈맨 제도화를 위해 여러 활동의 지식과 기술의 노하우, 실적을 반영시킨 인재 임용 필요
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

〈부표 108〉

논문 제목	장기요양서비스 품질 측정 지표 변화 연구-도나베디안 모델에 의한 미국, 영국, 일본의 비교
저 자	유야마 아쓰시·김용득·이동석·황인매
발간 연도	2015년
출 처	한국사회복지행정학, 17(2), pp.153-182.
연구 목적	-구조=과정-결과 모델을 중심으로 미국, 영국, 일본의 장기요양서비스 품질 측정 지표 현황 및 변천과정 파악
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-세 국가에서는 공통적으로 품질 측정 지표 구성요소는 구조와 과정요소 중심의 접근에서 결과요소를 강조하는 방향으로 변화하였음 -이용자 중심성은 평가 지표의 핵심적 주제로 설정되는 경향 확인됨 -그러나 미국은 ADL과 같은 임상적 결과 지표 중심, 영국은 주관적 이용자 경험자 중심, 일본은 전통적 구조 지표 및 과정 지표 중심으로 이용자 중심성을 실현하는 차별성이 발견됨
정책 대안	-최저서비스 기준과 같은 엄격한 품질측정 기준 마련 및 심각한 위반이 있는 경우 제공 기간 퇴출할 수 있는 여건 마련 -구조 지표 중심에서 벗어나 이용자의 경험과 이용자 측면의 성과를 반영할 수 있는 결과 지표를 강조하는 측정 기준의 개발 필요 -이용자 중심성 강화 방향으로의 지표 개발 필요 -이용자나 일반 대중에게 평과 결과를 알리는 정보 제공 측면 확대 필요

〈부표 109〉

논문 제목	한국 노인장기요양보험의 주요한 문제점과 개선 방안-길버트와 테렐의 분석틀을 중심으로-
저 자	전용호
발간 연도	2012년
출 처	한국지역사회복지학, 43, pp.345-384.
연구 목적	-한국 노인장기요양보험이 당면한 주요 문제점 점검 및 개선 방안 모색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 국민건강보험공단 직원, 서비스 제공 기관 시설장, 보호자 등 13명 · 조사 기간: 2011.8.~2012.5. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 심층면접
연구 결과	-노인장기요양보험이 직면한 문제점으로는 · (할당 측면) 낮은 보장성과 등급사정 기준의 비공개적 변경 · (재정 측면) 중장기 재정의 급증 우려 · (급여 측면) 요양보호사 인력의 대거 부족, 제공 기관들의 폐업 등 · (전달체계 측면) 사정에서부터 서비스 접근 이용 과정 등에서 문제
정책 대안	-노인장기요양보험의 보장성 확대 및 등급외자를 위한 다양한 서비스의 경우 예방서비스로 개편하여 장기요양보험제도와 체계적 연계 -제도발전을 위한 재정 시스템 조기 구축 -요양보호사의 근무여건 개선 및 급여현실화 등 종합적 대책 마련 -요양서비스 기관 설립 '허가제'로 변경 고려 -방문간호서비스 활성화를 위한 미국의 사례 참조 -취약계층(독거노인, 노인부부 등)을 위한 케어매니지먼트 시스템 구축 -공단 장기요양관리요원 및 요양보호사의 진입요건 강화 및 체계적인 보수교육 제공 -서비스 규제 및 감독시스템 구축

〈부표 110〉

논문 제목	한국 노인장기요양보험 수급조건의 국가별 비교평가를 통한 발전 방안 연구-한국·독일·일본의 제도 내용 분석을 중심으로-
저 자	이동영·이재현
발간 연도	2008년
출 처	한국정책학회보, 17(3), pp.190-227.
연구 목적	-노인장기요양보험의 성공적 정착 및 발전적 운영을 위한 정책적 고려를 위해 수급조건 내용에 대한 국가별 비교평가
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-(수급자 조건) 장기요양에 대한 명확한 개념규정과 특정연령, 질병으로 한정한 문제 -(가입 및 기여 조건) 요양보험의 장기급여적 속성에 따른 최소가입기간 설정, 본인부담제의 대안마련 -(요양상태 조건) 요양의 양가적 속성을 제도 내에서 어떻게 조화시킬지 여부 -(개별급여 조건) 수급자 개별적 상황에 명확하고 유연한 대응문제 -(병급 조건) 서비스 연속성 추구를 위한 제도 내외적 관계설정 -(관리기구 관련) 평가 도구의 타당성과 평가조직 전문성 확보 문제 등
정책 대안	-(수급자 조건) 제도의 보편적 대응 미흡과 적용대상과 급여 대상 간 불일치 문제에 대한 적절한 대응 -(가입 및 기여 조건) 제도운영 효율성 측면에서 최소한 가입기간조건 설정에 대한 신중한 검토, 과도한 본인부담금제에 대한 제고, 기여-급여 간 불일치 문제와 관련된 형평성 문제 대처 -(요양상태 조건) 요양상태 조건의 상대적 특성을 감안하면서 요양유형 및 정도의 협소범위 제한문제 대처, 요양필요도 반영 적합성 문제 개선 -(개별급여 조건) 요양상태의 개별적 상황 고려와 함께 개별급여조건의 유연화 및 명확화 -(병급 조건) 수급자에 대한 실질적 서비스의 연속성 확보 -(관리기구 관련) 판정 도구의 타당성 확보 및 인적구성의 전문성 제고를 통한 신뢰성 확보

〈부표 111〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 문제점과 개선 방안
저 자	김명엽
발간 연도	2011년
출 처	입법정책, 5(2), pp.33-68,
연구 목적	-노인장기요양보험제도의 문제점 분석 및 외국사례를 통한 시사점 도출
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양보험제도 시행 결과 나타난 문제점으로 · 제도가 노인의 삶의 질보다 가족의 부담감소에만 초점 · 시설의 민영화와 난립으로 인해 서비스 제공의 공적책임성 논란 · 시설의 서비스 질 제고에 대한 인식 부족 확산 · 저임금 요양인력의 양상 및 질 저하 문제 · 지방정부 및 국민건강보험공단 간 연계 부재 · 등급외자에 대한 돌봄서비스 제공 등이 대두되고 있음
정책 대안	-재원 마련과 관련하여, 정부의 적극적 지원 및 연금수령자의 보험료 징수 방안 제고 -공급기관의 난립 및 부정수급 방지를 위해 체계적 시스템 구축 -지자체 및 건강보험공단의 적극적 감독체계

〈부표 112〉

논문 제목	노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선 방안
저 자	이준우·서문진희
발간 연도	2009년
출 처	한국노년학, 29(1), pp.149-175.
연구 목적	-노인장기요양보험 재가서비스의 문제점 및 개선 방안 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울 및 경기도 소재 노인장기요양기관에서 근무하는 중간 관리자 이상 21명 · 조사 기간: 2008.9.24.~10.9 · 조사 방법: 개방형 설문지를 통한 이메일조사
연구 결과	-대상자 체계에서는 가입대상자와 서비스 대상자의 불일치, 수요추계의 문제점 및 등급판정 관련 문제 발생 · 서비스 체계에서는 서비스 인력의 전문성 결여, 방문요양기관 인력기준 완화로 인한 서비스 질 저하, 서비스 이용시간 제한의 불합리성 및 방문요양 수가의 등급별 균등지급 문제 · 재정체계에서는 본인부담금 및 비급여 항목으로 인한 이용자 부담과중, 기존운영비지원기관에 대한 지원중단으로 서비스 사각지대 발생, 구조조정 및 파트타임 증가로 서비스 질 저하 문제 발생 · 전달체계에서는 서비스 질 관리체계 미비, 재가장기요양기관 난립으로 인한 과다경쟁, 영리적 운영으로 인한 서비스 공공성과 질 저하, 대상자 모집 어려움으로 인한 운영난, 요양보호사 교육기관 난립으로 인한 과다배출 등
정책 대안	-장기적으로 가입자 및 서비스 대상자 일치 -공단 직원의 전문성 향상 및 인력 충원 -등급외자에 대한 효율적 서비스 연계 -체계적 요양보호사 관리시스템 구축 및 서비스 표준지침서 개발 -서비스 내용과 절차에 관한 일부 법규의 수정 -본인부담금의 일부 조정 -노인복지법에 의한 재가시설에 운영비 지원 -관리감독기관의 모니터링 시스템 강화 및 서비스 제공 기관, 서비스 인력에 대한 평가 체제 마련 -기관설치 기준 강화

〈부표 113〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 사각지대 규명과 해소 방안에 대한 고찰
저 자	김찬우
발간 연도	2014년
출 처	한국정책학회보, 23(2), pp.121-144.
연구 목적	-장기요양보험제도의 실질적 사각지대 규명 및 해소 방안 논의
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양보험제도의 사각지대는 · 1차적으로 대상자 선정과 관련하여 평가판정과 소득에 의해 발생 · 공적부조에서 사회보험의 전환에 따른 본인부담 등에 대한 경제적 욕구에 의해서도 발생하는 것으로 나타남 -일본 및 미국의 정책사례가 주는 함의로는 · 등급외자나 경증자에 대한 예방사업의 중요성 · 저소득층 이용관련 사각지대 해소에 대한 적극적 노력 필요로 정리됨 → 본인부담금 설정에 대한 세밀한 구간화 등
정책 대안	-치매특별등급 도입에 따른 노인돌봄서비스 정책 보완 · 등급외 노인 중 소득자격을 갖춘 사례 발굴에 적극적 관심 · 사각지대에 대한 돌봄서비스가 현재 대상에 적합한 수준 및 내용으로 이루어지는지 검토 -등급외자에 대한 돌봄 관리 행정지원체계 확립

〈부표 114〉

논문 제목	노인장기요양보험의 개선 방안에 관한 연구-계층분석방법을 활용하여-
저 자	이훈희·이경남·이원지
발간 연도	2010년
출 처	노인복지연구, 49, pp.193-214.
연구 목적	-노인장기요양보험의 개선요인 파악 및 AHP 기법을 통한 개선 방안의 우선순위 도출
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 학계전문가 및 건강보험공단, 요양기관장 등 27명 · 조사 기간: 2010.4.26.~5.20. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사 및 면접조사
연구 결과	-1차 수준의 분석 결과 · 건강보험공단 직원들은 '가족부담경감'을 가장 중요한 요인으로 인식 : 본인부담률을 낮추고 장기적으로 독일과 같이 보험료의 비중을 높여 건강보험공단의 역할이 강화되기를 기대하는 것으로 간주 : 2순위로 '평가체계 강화'를 중요요인으로 인식하였으며, 평가체계에 대한 운영자 측의 문제인식을 확인할 수 있음 · 시설 기관장들은 '대상자 확대'를 최우선 과제로 인식 : 본인들의 이윤을 발생시킬 수 있기 때문으로 파악 · 학계전문가들은 '전달체계 개선'을 중요문제로 인식하였음 : 과잉공급된 요양보호사의 문제와 이로 인해 발생하는 인력시장에 대한 우려를 내포하는 것으로 해석 -1,2차 통합분석 결과 · 국가지원 수준의 확대와 선정 방식 개선에 있어, 두 집단이 중복으로 중요도를 부여하였음 -통합분석결과의 항목별 우선순위에 있어 집단 간 상이한 차이가 있는 영역 · 대상자 확대(공무원 9순위, 학계 7순위, 기관장 1순위) · 허위부당 청구 대책 마련(기관장 5순위, 학계 4순위, 공무원 1순위) · 요양서비스 질적 향상(공무원 3순위, 학계 1순위)
정책 대안	-등급판정 도구의 정교화 및 서비스 제공의 질적 방안 모색

〈부표 115〉

논문 제목	한국의 노인장기요양 관련 법제도의 현황과 과제
저 자	전광석
발간 연도	2013년
출 처	사회보장법학, 2(1), pp.103-150.
연구 목적	-노인장기요양보험법에 대한 체계적, 합리적 형성을 위한 법제도 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-향후 노인장기요양보험법의 과제로는 · 대상자 선정 및 다른 제도와의 조정 문제 · 급여의 내용과 수준에 있어 세분화된 접근 → 예방적 급여의 필요성에 대한 정책적 주목 → 본인부담금 문제에 대한 신중한 접근: 보호의 사각지대 최소화 → 월한도액 및 비급여 대상 문제 등에 대한 면밀한 검토 필요함 -이 외 장기요양 하부구조 구축의 문제와 관련하여 · 장기요양 하부구조에 대한 근본적인 재점검의 필요성 · 적정공급과 전달체계의 문제 등이 제기되며 이에 대한 검토가 향후 과제임
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

○ 인프라 체계 관련

- 기타

〈부표 116〉

논문 제목	비영리 노인장기요양서비스 제공 기관의 시장지향성에 관한 연구
저 자	권미영·최영
발간 연도	2015년
출 처	한국노년학, 35(4), pp.1019-1039.
연구 목적	-노인장기요양보험제도 도입 이후 비영리 사회복지기관들의 변화양상을 '시장지향성' 관점에서 살펴봄
연구 방법	-연구 방법: 질적연구(심층면접을 통한 다중사례연구) · 조사 대상: 비영리 사회복지기관 8곳의 간부급 이상 실무자 8명 · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-변화된 환경은 비영리 사회복지기관이 마케팅, 홍보, 수익성, 경영효율 등과 같은 시장지향성을 강화하는 방향으로의 변화를 유발하는 것으로 나타남 -시장지향성의 강화는 이용자 중심의 서비스나 효율적 조직운영 등 긍정적 변화를 가져왔음 -한편, 이용자 유치를 위한 양질의 서비스 제공으로 발생하는 수익성 악화를 해결하기 위해 지불능력이 있는 이용자를 선별하는 '상업화된 모습'을 보이기도 하는 것으로 나타남
정책 대안	-지방 중소도시의 사례를 포함한 후속 연구 보완 -소규모 개인시설을 포함한 후속 연구 보완

○ 기타

- 가족부양자 관련

〈부표 117〉

논문 제목	장기요양시설 입소 노부모를 돌보는 형제 간의 갈등에 관한 연구
저 자	유희정
발간 연도	2013년
출 처	한국가족복지학, 40, pp.63-91.
연구 목적	장기요양시설 입소 노부모를 돌보면서 일어나는 형제 간의 갈등 경험에 대한 현상학적 접근 및 심층적 이해
연구 방법	-연구 방법: 질적연구 · 조사 대상: 노인전문요양원 3곳의 노인 보호자 7명 · 조사 기간: 2012.4.~9. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 심층면접
연구 결과	-20개의 주제와 7개의 주제 묶음 도출 · 불가피한 선택으로서의 시설 입소 결정, 입소준비과정에서의 갈등, 경제적 부담으로 인한 갈등, 재산싸움, 돌봄의 수고를 둘러싼 갈등, 갈등의 표출 방식, 부모사망과 소원한 형제관계로 정리됨
정책 대안	-부모돌봄을 둘러싼 형제 간의 갈등을 해결하기 위한 가족치료나 상담 등 사회복지적 개입 필요 -형제 간 갈등을 예방하기 위한 노인들을 대상으로 한 교육(재산상속시 돌봄에의 기여가 반영되도록 노인들의 의식전환을 위한 교육) -평등하고 개방적인 가족문화를 형성할 수 있도록 하는 가족복지정책 수립 -장기요양 본인부담금 경감 및 노인 소득보장 강화 정책 마련

〈부표 118〉

논문 제목	장기요양보호 노인 및 부양자특성이 부양자의 스트레스에 미치는 영향
저 자	김용희·안정신
발간 연도	2009년
출 처	한국노년학, 29(3), pp.1183-1196.
연구 목적	-장기요양보호 노인 및 부양자 특성, 부양스트레스의 전반적 경향 파악 -부양자의 스트레스에 대한 노인 및 부양자특성의 상대적 영향력 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 부산, 대구, 경북지역의 장기요양보호 3등급 노인의 부양자 105명 · 조사 기간: 2008.7.20.~8.31. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-부양자의 시간의존 스트레스는 노인의 의존도, 부양자의 건강, 자기발전 스트레스, 노인과 부양자의 관계의 질, 부양자연령, 부양자건강 순으로 영향받는 것으로 나타남 -부양자의 신체적 스트레스는 부양자건강 및 노인의존도 순 -부양자의 사회적 스트레스는 부양자건강, 관계의 질, 노인의존도 순 -부양자의 정서적 스트레스는 관계의 질에 영향을 받는 것으로 나타남
정책 대안	-장기요양보호노인 부양자의 스트레스 요인별 개별화된 접근 프로그램 개발 -노인의 부양자에 대한 의존도를 낮추는 서비스 개발 시급 -노인 및 부양자 간 관계의 질 개선을 위한 가족치료 등 다양한 서비스나 교육 프로그램 개발

〈부표 119〉

논문 제목	장기요양보호서비스 유형별 가족 부양스트레스 경로
저 자	박창제·이성진
발간 연도	2011년
출 처	한국노년학, 31(3), pp.831-848.
연구 목적	-장기요양보호서비스 이용 유형별 부양가족의 부양스트레스 경로 분석 및 함의 도출
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인장기요양보험제도 이용노인 보호자(방문요양 151명, 노인요양시설 107명, 총 258명) · 조사 기간: 2009.2.15.~3.20. · 조사 방법: 1:1 면접조사
연구 결과	`-시설이용 노인은 재가서비스 이용 노인에 비해 상대적으로 여성 비율과 고연령, 사별의 비율이 높고 자녀수가 많음 -시설이용 노인은 평균적으로 재가서비스 이용 노인에 비해 ADL제한이 심하고, 주요질병으로 치매나 중풍의 비율이 높으며, 요양등급의 수준이 높게 나타났으나 그 반대인 경우도 존재하였음 -재가서비스 이용 노인의 주부양자는 시설이용 노인의 주부양자에 비해 여성, 고연령, 저학력의 비율이 높았으며, 관계는 배우자와 며느리의 비율이 높고, 건강상태가 대체적으로 나쁘고 소득수준이 낮은 편이었음 -장기요양서비스 이용 유형별로 부양자의 스트레스 경로 형태에서 차이를 보임 · 장기요양서비스 유형별로 1차 스트레스 요인이 2차 스트레스 요인에 미치는 경로방향이 다르고, 2차 스트레스 요인이 우울에 미치는 경로도 다르게 나타남 · 방문요양 이용 부양자는 자아상실이 우울에 크게 영향을 미치는 경로를 보여주었으나, 시설 이용 부양자는 그렇지 않음 -부양가족의 스트레스인 우울에 직접 영향을 미치는 스트레스 요인들은 장기요양서비스 유형별로 차이를 보임 · 방문요양의 경우에는 2차 스트레스 요인 모두 직접 영향을 미치는 반면, 시설의 경우 2차 스트레스 요인 중 근로갈등과 가족갈등의 요인이 직접적으로 영향을 미쳤으나 자아상실은 영향을 미치지 않음
정책 대안	-시설 및 재가서비스 이용노인의 인구사회학적 특성을 반영한 서비스 지원체계 구축 필요 -노인요양시설 이용노인 부양가족의 비용부담을 경감시킬 수 있는 방안 마련 -장기요양서비스 유형별 스트레스 요인 및 경로를 반영하여 정책 및 프로그램 마련 필요 -국가의 정책적 차원에서 부양자의 스트레스 경감 문제 대처 필요

〈부표 120〉

논문 제목	공적 장기요양보호서비스 이용의사에 대한 노인-부양제공자 쌍의 의견차이
저 자	이미애
발간 연도	2008년
출 처	노인복지연구, 40, pp.103-126.
연구 목적	-장기요양보호 대상노인과 주부양제공자 간 공적 장기요양보호서비스 이용의사에 대한 공감대 정도(의견일치도) 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 연구 자료: 2001년 노인장기요양보호서비스 욕구 조사 · 연구 대상: 동 조사의 수발실태 및 서비스 욕구 조사, 부양자 정보조사가 완료된 1,1011명
연구 결과	-장기요양보호 대상노인과 부양제공자 쌍의 각 서비스 이용의사에 대한 의견일치도가 낮은 것으로 나타남 -상대적으로 부양제공자가 남성 또는 배우자인 경우, 의견일치도가 높게 나타남
정책 대안	-장기요양보호서비스의 효율성 및 효과성을 높일 수 있도록 맞춤형 서비스 제안 -부양제공자의 장기요양에 대한 정보 제공 및 교육프로그램 제공

〈부표 121〉

논문 제목	장기요양보호노인 가족부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인: 거주지역 간 변이
저 자	이미애
발간 연도	2009년
출 처	노인복지연구, 44, pp.71-88.
연구 목적	-장기요양보호노인과 가족부양자를 대상으로 부양부담 정도와 영향요인에 있어 거주지역 간 변이가 있는지 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 연구 자료: 2001년 노인장기요양보호서비스 욕구 조사 · 연구 대상: 동 조사의 농촌부양자 467건, 도시부양자 544건(총 1,011건)
연구 결과	-부양부담의 모든 항목(신체적 부담, 정서적 부담, 사회적 부담, 재정적 부담)에 있어서 · 도시부양자가 농촌부양자보다 더 부정적 경험을 하는 것으로 나타남 · 부양자의 제 특성과 장기요양보호노인의 일상생활수행불능 개수에 있어 농촌-도시지역 간 유의미한 차이가 발생 -부양자의 부담에 영향을 주는 요인을 규명한 결과 · 부양자의 성, 월수발비용, 일상생활수행불능 총 개수는 거주지역과 관계없이 부담에 유의미한 영향을 주는 것으로 나타남 -거주지역별로 차별화된 영향을 주는 변인으로는 · (농촌지역모델) 부양기간, 부양자의 주관적 건강상태, 노인의 주관적 건강상태 · (도시지역모델) 노인의 우울도 점수합계로 나타남
정책 대안	-장기요양보호정책 입안 시 거주지역이 갖는 고유한 특성을 최대한 반영한 정책 마련

〈부표 122〉

논문 제목	장기요양노인을 돌보는 가족부양자의 스트레스에 관한 연구
저 자	백용운·최수일
발간 연도	2010년
출 처	노인복지연구, 49, pp.215-240.
연구 목적	-가족부양자가 경험하는 부양스트레스 수준 및 영향요인 파악, 가족부양자의 스트레스 감소를 위한 실천적 방안 모색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울,경기지역 65세 이상 질환노인을 6개월 이상 부양하는 가족부양자 195명 · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-장기요양 노인 및 가족부양자는 주로 여성이 많은 편이며, 치매 및 뇌졸중이 전체 요양노인의 63%를 차지 -장기요양보험은 가족부양자의 부양스트레스를 상당히 감소시킨 것으로 나타남 · 그중, 시간적 스트레스가 가장 많이 감소하였고, 다음은 신체적 스트레스였음 -가족부양자의 부양스트레스는 요양 중인 노인과 노인의 배우자가 함께 살고 있을 때, 노인의 질병기간이 길수록, 부양자의 학력이 낮을수록, 종교생활은 무교일 때, 단독주택 거주 시, 건강상태가 나쁠수록, 직업이 없을 때, 가족생활수준이 낮을 때, 돌봄시간이 길 때, 노인을 모신 기간이 길 때, 부양자가 노인의 배우자일 때 자녀들보다 더 높은 것으로 나타남 · 거주지역별로는 농촌지역의 경우가 도시지역보다 스트레스가 더 높게 나타남 -부양자의 대처전략 중 문제 중심 대처와 재구성 대처같은 적극적 대처방법은 부양스트레스를 낮추는 효과가 있었으나, 회피, 도피 등 소극적 대처는 오히려 부양스트레스를 증가시키는 것으로 나타남
정책 대안	-부양자의 스트레스 요인을 중심으로 부양자의 스트레스 감소와 삶의 질 만족에 관한 중재프로그램 개발 -부양자를 위한 스트레스 대처방법에 대한 교육프로그램 실시

〈부표 123〉

논문 제목	장기요양노인과의 관계에 따른 요양시설 입소 의향-딸과 며느리 부양자를 중심으로-
저 자	이재정
발간 연도	2010년
출 처	노인복지연구, 48, pp.177-204.
연구 목적	-장기요양대상 노인을 돌보는 딸과 며느리 부양자를 대상으로 노인의 시설 입소 의향을 알아보고, 조기입소를 예방하기 위한 방안 제시
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양등급판정 1-3등급 노인 중 재가서비스를 이용하는 노인의 주부양자 221명(딸 107명, 며느리 1114명) · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-연구 결과, 딸은 며느리에 비해 경제상태, 노인의 의존성 등 부양상황이 더 취약한 것으로 나타남 -딸과 며느리 두 집단의 시설 입소 의향에는 차이가 있으며, 딸인 부양자는 주로 자신의 학력, 노인과의 정서관계, 현재 이용하는 서비스의 유형이 시설 입소 의향에 주요한 영향을 미치는 것으로 나타남 · 며느리 부양자는 부양부담과 자신의 건강상태가 시설 입소를 결정하는 주요요인으로 나타남 -가족부양자들은 노인과의 관계에 따라 시설 입소를 결정하는 요인이 다른 것을 확인할 수 있음
정책 대안	-가족부양자의 부양부담을 고찰한 연구 등을 통해 도찰된 결과를 정책수립에 반영 -가족부양자의 부양부담을 감소시키는 프로그램 지원

〈부표 124〉

논문 제목	장기요양서비스 이용 노인 및 노인 부양가족의 스트레스, 생활만족도 및 서비스만족도
저 자	김용희·안정신
발간 연도	2012년
출 처	노인복지연구, 57, pp.161-190.
연구 목적	-장기요양서비스를 이용한 노인 및 노인부양가족의 스트레스, 생활만족도 및 서비스만족도 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양서비스 이용노인 101명(시설 26명, 재가 75명) 및 노인부양가족 131명 · 조사 기간: 2010.1.5.~3.5. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사 및 면접조사
연구 결과	-노인장기요양보험제도에 대한 노인 및 노인부양가족들의 영역별 서비스 만족도는 요양보호사, 장기요양보험서비스, 서비스기관의 3개 영역에서 조사됨 · 노인 및 부양가족 두 집단의 요양보호사 관련 변인에 유의미하게 나타났으며, 노인들이 부양가족보다 만족도가 높은 것으로 나타남 · 장기요양보험서비스나 서비스 기관 변인에 따른 노인과 부양가족 간 서비스 만족도 차이는 나타나지 않았음 -제도 시행 후 노인 및 부양가족이 느끼는 노인부양가족의 스트레스, 생활만족도 변화는 · 부양가족보다 노인이 느끼는 가족의 긍정적 스트레스 변화가 더 크게 나타남 · 노인의 요양등급별 생활만족도에서는 장기요양 3등급을 받은 노인이나 그 가족의 만족도가 더 높게 나타남 -제도개선과 관련하여, 양측 모두 다양한 서비스에 대한 제언
정책 대안	-노인 부양가족을 위한 휴가프로그램, 카운슬링, 비상상황에 의료적, 법적 응답대처시스템 제공 등 프로그램 개발

〈부표 125〉

논문 제목	장기요양보호 시부모를 돌보는 며느리의 경험
저 자	이민숙·양소남
발간 연도	2014년
출 처	노인복지연구, 64, pp.53-77.
연구 목적	-장기요양보호 시부모를 부양하는 며느리의 부양경험 탐색 및 어려움을 이해
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 65세 이상 장기요양보호 어르신을 부양하는 며느리 8명 · 조사 기간: 2012.3.~6. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 심층면접
연구 결과	-돌봄경험의 핵심 주제는 불균등한 부양분담으로 인한 긴장과 갈등, 과거부터 지속된 고난과 시련, 홀로 책임져야 하는 부양부담, 가족의 평화를 위한 희생, 두려운 미래로 분석됨
정책 대안	-피부양자의 삶의 질 향상을 위한 접근과 함께 환경적 접근의 중요성 고려 -부양으로 인해 지쳐 있는 부양자들의 심신건강 회복을 위한 프로그램 개발 -부양자들의 욕구와 기대에 부응할 수 있는 양질의 서비스 다양화 및 확대 -부양자와 가족구성원 간 이해 증진과 건강한 가족체계 확립 -사회 전반의 인식 개선

〈부표 126〉

논문 제목	장기요양 재가서비스 이용자를 돌보는 가족주부양자의 부양부담감에 영향을 미치는 요인
저 자	한은정·이정면·권진희·신솔비·이정석
발간 연도	2014년
출 처	보건행정학회지, 24(1), pp.71-84.
연구 목적	-장기요양 재가서비스 이용 수급자 가족주부양자의 특성 및 장기요양제도 도입 이후 변화된 부양특성과 영향요인 탐색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인장기요양보험 심사청구지급 완료 수급자의 가족부양자 1,233명 · 조사 기간: 2009.9.18.~11.16. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-가족주부양자의 부양부담감은 · 35점 만점에 평균 22.0점으로 나타나, 대체적으로 보통 이상의 부양부담감을 느끼는 것으로 나타남 · 특히 '부양으로 인해 매우 피곤', '부양으로 인해 나를 위한 시간이 충분치 않음' 등 가족부양자의 건강이나 신체적 제약 관련 부담이 높게 나타남 -가족주부양자의 부양부담감에는 배경 및 상황특성, 스트레스 및 대처자원 요인이 모두 영향을 미치는 것으로 나타남 · 다른 요인보다 수급자 혹은 가족주부양자가 처한 인구사회학적 상황에 더 많은 영향을 받는 것으로 나타남 · 가족주부양자의 부양부담감의 주요 영향요인으로는 (배경 및 상황특성) 수급자의 거주지, 가족부양자의 동거 여부, 가족부양자의 연령, 학력수준, 수급자와의 관계 (스트레스 요인) 부양 기간 (대처자원) 건강상태가 포함됨
정책 대안	-재가서비스인 주·야간보호와 단기보호 서비스 확대 및 활성화 -가족주부양자의 부양부담감 완화를 위한 대처자원 확보 · 정서지원, 자기관리, 건강유지, 가족지지체계 활용 방안 등에 관한 상담 및 교육프로그램 개발, 적용

〈부표 127〉

논문 제목	노인장기요양보험제도가 제도이용자 가구의 노동공급에 미치는 효과
저 자	이현주
발간 연도	2015년
출 처	사회보장연구, 31(2), pp.185-208.
연구 목적	-노인장기요양보험제도가 제도 이용자 가구의 노동공급에 미친 영향 평가
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 한국복지패널 3차, 7차년도 조사자료 · 분석 대상: (프로그램집단) 노인장기요양보험제도 이용자 가구의 근로가능 가구원 / (통제집단) 이용 욕구는 있으나 제도를 이용하지 않은 가구
연구 결과	-노인장기요양보험제도는 제도 이용자 가구의 근로일수에 통계적으로 유의한 양의 효과를 미침 · 그러나 취업 및 근로시간에는 유의한 영향을 미치지 않음 · 민감도 분석결과 취업과 근로일수, 근로시간 모두 유의한 영향이 나타나지 않음
정책 대안	-노인장기요양보험제도 이용자의 주 요양제공자에 대한 변수 데이터가 존재하는 자료를 활용하여 노동공급 효과 분석 필요 -시설급여 서비스 이용자 가구의 노동공급에 대한 연구 필요 -노인장기요양보험제도의 노동공급효과에 대한 활발한 연구를 통한 데이터 구축 및 조사 항목 추가 요구

〈부표 128〉

논문 제목	노인장기요양보험제도가 가족부양자에게 미친 영향에 대한 실증적 분석
저 자	이석민
발간 연도	2012년
출 처	한국사회복지행정학, 14(1), pp.167-194.
연구 목적	-노인장기요양보험제도가 가족부양자에게 미친 상대적 영향력 및 영향관계 검증을 통한 성과평가 결과 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 2010년 국민건강보험공단 가족부양자 대상 만족도 조사(1,000명)
연구 결과	-통계적으로 부분적 한계는 있었으나, 수정된 모형의 타당성이 검증됨 -서비스 만족도와 삶의 질 향상에 가장 큰 영향을 준 요인이 부양부담 감소임이 확인됨 · 이는 기존 연구 결과의 연장선이며, 노인장기요양보험제도가 단기적으로 가족부양자의 부양부담 감소라는 목표를 달성하고 있음을 의미함 -장기요양보험제도가 서비스 만족도와 삶의 질 향상이라는 목표를 달성하였는지 분석한 결과 · 사회경제활동 기회증가는 삶의 질 향상 및 만족도 등을 직접적으로 설명하는 크기가 매우 작았고, 통계적으로 유의하였으나 매개효과의 크기도 작은 것으로 나타남
정책 대안	-정부 차원에서 장기적으로 삶의 질 향상이라는 목표 달성을 위해 사회활동 및 경제활동 기회가 증가될 수 있는 정책설계 필요

〈부표 129〉

논문 제목	가족요양보호사의 발생에 대한 탐색적 연구-한국의 노인장기요양보험제도에서 가족은 왜 요양보호사가 되었나?
저 자	양난주
발간 연도	2013년
출 처	한국사회정책, 20(2), pp.97-129.
연구 목적	-한국의 노인장기요양보험제도 내에서 자연적으로 등장한 '가족요양보호사'에 대한 조사 및 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 재가서비스를 제공하는 가족요양보호사 10명('11년 노인장기요양보험제도가 가족에게 미치는 영향 연구- 원자료 참조) · 조사 기간: 2011.7.~9. · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-가족요양보호 서비스 제공 방식을 선택하는 이유로는 · 소득원이 없는 노인과 일자리가 없는 가족구성원으로 구성된 가구의 경우, 생계와 돌봄을 동시 해결하는 방법으로 선택하는 경우 · 노부모를 부양하게 된 자녀들이 가족요양보호사를 선택하는 경우 · 제도 범위에서 인정되지 않는 서비스를 원하는 노인이용자와 가족에 의해 선택되는 경우로 정리됨
정책 대안	-저소득 노인가구에서 생계와 돌봄 문제에 대한 종합적 고려 -가족돌봄지원 도입과 시행 방안에 대한 논의 -노인장기요양서비스의 종류와 내용에 대한 다양화 -노인 돌봄에 대한 국가와 가족의 책임을 재구획하는 작업으로 가족요양보호사에 대한 조명 연계

〈부표 130〉

논문 제목	재가장기요양 노인 가족부양자의 부양부담 영향요인-하위차원별 비교
저 자	한은정·나영균·이정석·권진희
발간 연도	2015년
출 처	한국사회정책, 22(2), pp.61-96.
연구 목적	-재가장기요양서비스 이용 노인 가족부양자의 부양부담 영향요인 규명 및 부담 완화정책 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 전국 재가급여 이용자의 가족부양자 1,827명 · 조사 기간: 2013.7.4.~7.24. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-전체 부양부담 점수는 140점 만점에 평균 90.5점으로 보통 이상으로 나타남 -전체 부양부담의 영향요인과 6개 하위차원별로 각각 영향요인에 차이가 있음을 확인함 · 노인과 부양자 관계의 부정적 변화/사회적 활동 제한/재정 및 경제활동상태의 부담/건강상의 부담감에서 보통 이상의 부양부담을 느낌 · 노인과 부양자관계의 부정적 변화/사회적 활동제한/심리적 부담감은 전체 부양부담수준과 높은 상관관계를 보임 -가족부양자의 부양부담감에 영향을 미치는 요인은 · (전체 부양부담의 경우) 수급자의 성, 연령, 자격, 거주지, 부양자의 교육수준, 경제활동 상태 / 수급자의 문제행동, 신체적 수발기간 / 서비스 이용 시 불편함 여부, 현재 이용하는 서비스 외 다른 서비스 이용욕구, 추가 희망급여 여부 / 가족부양자의 주관적 건강상태, 방문요양 및 기타 가족 도움 여부 등으로 나타남 · (하위차원 부양부담의 경우) 수급자와의 관계, 신체적 수발기간, 수급자의 학력, 방문요양 이용 여부 등 각 차원별로 상이한 결과를 나타냄
정책 대안	-사회적 활동제한 및 건강상의 부담 완화를 위해, 일시적 휴식을 위한 일시보호 서비스 개선 및 신규서비스 개발 필요 -재정 및 경제활동상의 부담 완화를 위해, 저소득층에 대한 경제적 부담 완화 지원 강화 -노인과 부양자관계의 부정적 변화와 심리적 부담감 완화를 위해, 가족부양자에 대한 가족 지원 프로그램 개발 -이용지원 상담 강화

〈부표 131〉

논문 제목	장기요양서비스 노인 주 부양가족의 가족부담감, 가족지지, 우울, 만족도 평가
저 자	이주영·김영애
발간 연도	2009년
출 처	지역사회간호학회지, 20(1), pp.41-48.
연구 목적	-노인요양시설 입소 노인의 주 부양가족들이 인식하는 가족지지, 가족부담감, 우울, 만족도 파악 및 관계 규명
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울, 경기지역 노인요양시설 입소 환자의 주 부양자 126명 · 조사 기간: 2008.3.13.~4.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-대상자의 가족부담감, 가족지지, 만족도 분석결과 · 가족부담감은 평균 2.9, 가족지지는 2.42, 우울은 15.22, 만족도는 2.17로 나타남 -대상자의 일반적 특성에 따라 영향을 미치는 변수로는 · 가족부담감, 가족지지에 유의한 영향을 미치는 변수로는 연령 · 우울은 성별, 만족도는 입원병실 침상수에 따라 차이가 발생함 -가족부담감, 가족지지, 우울, 만족도와의 상관관계는 · 가족지지와 우울 간에 부적 상관관계가 있었으며, · 가족지지와 만족도 간에 정적 상관관계가 나타남 -주 부양가족의 만족도에 영향을 미치는 요인으로는 · 가족지지, 가족부담감, 침상수 순으로 나타났으며, 가족지지가 가장 강력한 요인으로 나타남
정책 대안	-주 부양가족의 가족지지를 고려할 수 있는 맞춤형 간호중재 요구

〈부표 132〉

논문 제목	장기요양서비스 이용이 가족수발자의 우울감 및 삶의 만족도에 미치는 영향-여가활동 참여 여부에 따른 집단 간 비교연구-
저 자	김동배·박서영·김상범
발간 연도	2010년
출 처	한국가족관계학회지, 15(3), pp.117-135.
연구 목적	-재가형태로 가족을 수발하는 수발자들의 특성 및 공공서비스 활용이 그들의 삶의 만족도 및 우울감에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 제2차 고령화패널 · 분석 대상: 가족수발자 549명(1년간 서비스를 이용한 응답자 380명, 이용하지 않은 응답자 169명)
연구 결과	-연구대상자의 특성 분석결과 · 고령, 여성, 도시거주, 저학력, 저소득 및 종교인 등이 가족수발자의 주요특성으로 나타남 · 공식서비스를 이용하는 경우, 여가활동을 하지 않는 경우가 상대적으로 더 많았음 -가족수발자들의 여가활동 참여는 우울감은 낮추지만, 장기요양서비스 이용이 우울감과 유의미한 관계는 없는 것으로 검증되었음 -가족수발자들의 여가활동 참여는 삶의 만족도를 높이며, 장기요양서비스 이용이 삶의 만족도 영향요인인 것으로 검증되었음
정책 대안	-장기요양서비스 이용확대를 위한 제도 개선 및 홍보 -가족수발자들을 위한 여가활동 프로그램 적극 지원 -가족수발자들을 위한 공식적 지원체계 마련

〈부표 133〉

논문 제목	장기요양서비스 전·후 가족의 수발 부담감에 영향을 미치는 요인
저 자	이홍자
발간 연도	2012년
출 처	한국간호과학회, 42(2), PP.236-247.
연구 목적	-장기요양서비스 전후 가족의 수발 부담감에 영향을 미치는 요인 분석 및 부담감소를 위한 전략 수립
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양서비스 이용 노인의 주 수발자 416명 · 조사 기간: 2010.9.1.~9.30. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-장기요양서비스 수급 전후 수발 부담감의 변화 분석결과 · 수급 전 수발자의 부담감은 주관적 부담감이 2.93, 객관적 부담감이 3.40점으로 나타남 · 수급 후 수발자의 부담감은 주관적 부담감이 2.69점, 객관적 부담감이 3.10점으로 모두 감소함 · 장기요양서비스 수급 후 주관적 부담감에 있어, '수발에 대한 답답함과 억압감'이 가장 많이 낮아졌으며, 객관적 부담감에 있어서는 '자신을 위한 충분한 시간이 없음'이 가장 많이 낮아졌음 - 장기요양서비스 제공 후 수발 부담감에 영향을 미치는 요인으로는 · (주관적 부담감) 노인과의 관계, 연령, 직업 유무, 교육 수준, 동거 여부로 나타남 → 노인과의 관계가 자녀, 며느리보다 배우자인 경우, 수발자의 연령이 많을수록, 전업주부인 경우, 교육수준이 낮은 경우, 동거를 하는 경우 주관적 부담감이 높게 나타남 · (객관적 부담감) 동거 여부, 직업 유무, 월수입, 서비스유형, 요양등급으로 나타남 → 노인과 동거하는 경우, 직업이 없거나 전업주부인 경우, 월수입이 낮은 경우, 재가서비스를 받는 경우, 요양등급이 높을수록, 교육수준이 낮을수록, 여자일수록 객관적 부담감이 커지는 것으로 나타남
정책 대안	-장기요양등급 세분화 및 노인의 상태에 따른 적정 인정자원 연계 -장기요양보험의 본인부담금을 낮추기 위한 사회적 노력 -가족의 수발부담감 완화를 위한 케어매니저 제도 구축

〈부표 134〉

논문 제목	배우자를 부양하는 여성노인의 장기요양보험서비스 이용과 정책 방향
저 자	김태현·박지현
발간 연도	2014년
출 처	한국가족관계학회지, 19(2), pp.169-185.
연구 목적	-장기요양보험서비스 이용경험이 배우자를 부양하는 여성 노인의 심리적 안녕감과 부부관계의 질에 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 한국복지패널 7차자료 · 분석 대상: 노인가구 중 배우자 건강이 좋지 않은 65세 이상 여성 노인 227명
연구 결과	-인구사회학적 배경에 따른 여성노인의 심리적 안녕감과 부부관계 질 분석결과 · 우울은 연령, 종교, 건강만족도, 주관적 소득계층에 따라 차이를 보임 · 부부관계만족은 교육수준이 높은 집단, 건강만족도가 보통 이상인 경우, 주관적 소득계층이 상이라고 생각하는 경우 높게 나타남 · 부부갈등은 연령이 75세 이상으로 높은 경우, 종교가 없는 경우, 건강만족도가 불만족인 경우 높게 나타남 -장기요양보험서비스 이용에 따른 여성 노인의 심리적 안녕감과 부부관계의 질 분석결과 · 장기요양보험서비스를 받은 경우 우울감과 자존감이 유의미하게 더 높고, 부부관계 만족도가 상대적으로 더 낮았으며, 부부갈등이 더 높은 것으로 나타남 -장기요양보험서비스 이용이 여성 노인의 심리적 안녕감과 부부관계의 질에 미치는 영향 분석 결과 · 배우자를 부양하는 여성 노인의 자존감과 부부갈등은 장기요양보험서비스에 영향을 받지 않는 것으로 나타남 · 우울감과 부부관계 만족은 건강과 장기요양서비스 이용에 영향을 받는 것으로 나타남
정책 대안	-장기요양보험서비스 내 배우자를 부양하는 여성 노인에 대한 상담서비스 지원 -장기요양보험서비스 내용의 종합화, 차별화 -장기요양보험서비스 이용자 및 배우자를 부양하는 여성 노인들의 요구에 대한 심도 있는 조사 및 프로그램 개발

〈부표 135〉

논문 제목	장기요양노인 가족수발자를 위한 전화-기반 집단적지지 프로그램의 효과
저 자	김은영·권정옥
발간 연도	2014년
출 처	노인간호학회지, 16(1), pp.38-48.
연구 목적	-장기요양노인을 돌보는 가족수발자의 요구를 바탕으로 한 전화-기반 집단적지지 프로그램 개발 및 효과성 평가
연구 방법	-연구 방법: 조사연구(비동등성 대조군 전후설계연구) · 조사 대상: B광역시 소재 재가장기요양기관 3곳 입소 노인 가족수발자 16명 · 조사 기간: 2012.9.1.~12.20. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 우편조사
연구 결과	-전화-기반 집단적지지 프로그램의 효과와 관련하여 · 프로그램을 이용한 집단이 대조군보다 우울감이 감소하였고, · 프로그램을 이용한 집단과 대조군 간 수발부담 감소 여부는 차이가 없었으며, · 프로그램을 이용한 집단과 대조군보다 수발만족감이 증가하였음
정책 대안	-실무에서 전화-기반 집단적지지 프로그램을 가족수발자 및 기관 특성에 따라 수정 및 보완하여 활용 -가족수발자의 우울, 수발부담감, 수발만족감, 건강수준 및 삶의 질 향상 등의 장기간 효과를 확인하는 후속연구 제언

〈부표 136〉

논문 제목	요양시설에 입소한 노인 가족의 부양죄책감과 우울
저 자	유선영·탁영란
발간 연도	2014년
출 처	노인간호학회지, 16(3), pp.276-287.
연구 목적	-요양시설 입소 노인 가족이 경험하는 부양죄책감 및 우울 확인, 우울 관련 예측요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울, 경기지역 요양시설 2곳 입소노인의 가족 112명 · 조사 기간: 2014.4.1.~4.14. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-대상자의 부양죄책감은 88점 만점에 평균 36.26점, 우울은 60점 만점에 평균 22.34점으로 나타났으며, 우울정상군은 27.7%, 우울군은 72.3%로 나타남 -일반적 특성에 따른 우울의 차이를 분석한 결과 · 노인 가족의 연령에 따른 우울은 65세 이상인 경우가 미만인 경우보다/ 노인 가족의 학력이 대졸 미만인 경우가 이상인 경우보다/ 노인 가족의 경제수준이 중 이하인 경우가 상 이상인 경우보다 우울이 높게 나타남 · 입소 시 노인이 의사결정에 참여하지 않은 경우가 참여한 경우보다 우울이 높게 나타남 -일반적 특성·부양죄책감·우울 간 관계를 분석한 결과 · 가족의 연령이 높을수록, 노인 가족의 요양시설 입소 전 부양죄책감이 클수록 우울이 높았고, · 노인이 요양시설 입소 의사결정에 참여할수록, 학력이 높고, 경제상태가 높을수록 우울이 낮았음 -요양시설 입소 노인 가족의 우울 관련 예측요인을 파악한 결과 · 노인의 요양시설 입소 시 의사결정, 입소 전 부양죄책감이 유의한 영향을 미침 · 즉, 노인이 요양시설 입소 시 의사결정에 참여하지 않은 경우, 부양죄책감이 높은 경우 우울이 높아지는 것으로 나타남
정책 대안	-요양시설 입소 노인과 가족의 긍정적 관계가 지속될 수 있도록 친밀도를 높일 수 있는 중재 필요 -요양시설 입소 전 노인과 가족의 긍정적 적응을 위한 교육 및 중재 개발 필요 -요양시설 입소 노인의 가족의 부양죄책감 및 우울을 낮추기 위한 간호중재 프로그램 개발 -요양시설 직원들이 입소노인 가족의 역할 중요성을 인지할 수 있는 연구 및 프로그램 개발 -요양시설 입소 노인의 가족을 돌봄 대상자로 포함한 후속연구 지원

〈부표 137〉

논문 제목	치매노인 주 가족 간호제공자의 소진에 영향을 미치는 요인
저 자	성미라·김경아·이동영
발간 연도	2012년
출 처	노인간호학회지, 14(3) pp.200-208.
연구 목적	-치매노인을 돌보는 주 가족 간호제공자의 소진에 영향을 주는 돌봄특성, 부양부담감, 사회적지지, 대처와의 관계 파악 및 소진을 감소시키기 위한 서비스, 정책수립 기초자료 마련
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울권역 치매지원센터(6곳) 이용 치매노인 주 간호제공자 93명(가정에서 주로 돌보고 있으며, 치매노인 돌봄기간이 3개월 이상인 경우로 한정) · 조사 기간: 2011.6.28.~7.14. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-주 가족 간호제공자의 활용자원인 사회적 지지는 평균 70.46점, 대처는 93.09점, 부양부담감은 51.09점, 소진은 79.40점으로 나타남 -주 가족 간호제공자의 돌봄특성과 활용자원, 부양부담감, 소진과의 상관관계는 아래와 같음 · 대처는 친밀도와 양의 상관관계를 보임 · 부양부담감은 가족관계 및 돌봄가족 유무와 상관관계를 보임 · 소진은 주 가족 간호제공자의 나이, 친밀도, 건강상태, 부양부담감과 양의 상관관계, 사회적 지지와는 음의 상관관계를 보임 -소진에 미치는 영향관계를 살펴본 결과, 부담감이 사회적 지지보다 높은 영향력을 가지고 있음. 즉, 부담감이 증가할수록, 사회적 지지가 적을수록 소진이 높게 나타남
정책 대안	-국가적으로 일관된 치매정책 운영으로 치매에 대한 지속적 인식개선, 지역별 치매지원센터에 전문 치매 인력 배치를 통해 가족의 요구 수용 -지역보건소, 치매지원센터의 맞춤형 가족프로그램 개발 및 제공을 통한 주 가족 간호제공자의 대처능력 향상 -긍정적 사회적 지지체계 구축과 활성화 -노인장기요양보험제도 적용 범위의 확대(인지기능 저하까지 포괄)

○ 기타

- 서비스 이용 결정요인

〈부표 138〉

논문 제목	Andersen 행동모형에 근거한 한국노인의 장기요양서비스 이용의사 결정요인 분석
저 자	김은영·남은숙·채영란·이혜경
발간 연도	2008년
출 처	한국노년학, 28(3),pp.585-602.
연구 목적	-Andersen 행동모형을 분석틀로 한국노인의 요양시설 및 재가서비스 이용의사와 영향요인 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 연구 자료: 2004년도 전국노인생활실태 및 복지 욕구 조사 원자료 · 연구 대상: 65세 이상 노인 3,109명
연구 결과	-Andersen 행동모형에 근거하여 소인성요인(연령, 성별, 결혼상태, 교육정도), 가능성요인(가족월수입, 주관적경제수준, 직업유무, 자녀수, 가족형태, 거주지), 필요요인(주관적 건강상태, adl 및 iadl, MMSE, 행동문제, 만성질환수)을 독립변수로 한 결과 · 전체대상자의 29.7%가 요양시설 이용의사를 나타냈고, 45.7%는 재가서비스 이용의사를 나타냄 · 연령이 낮고 교육수준이 높고, 자녀수가 적은 도시거주자일수록 요양시설 이용의사가 높은 반면 ↔ 연령이 높고 가족수입이 적으며 주관적으로 인식한 경제상태가 어려운 농촌거주자일수록 재가서비스 이용의사가 높았음
정책 대안	-신체적, 정신적 건강문제를 가진 노인을 대상으로 장기요양서비스의 필요요인을 규명하는 후속연구 제언 -장기요양서비스에 대한 인지도를 높일 수 있는 교육프로그램 등 중재개발 및 효과를 확인하는 연구 제언

〈부표 139〉

논문 제목	노인장기요양서비스 이용형태 결정요인 연구
저 자	이윤경
발간 연도	2009년
출 처	한국노년학, 29(3), pp.917-933.
연구 목적	-노인장기요양보험제도 내 공적보호서비스를 이용하게 되는 요인 및 두 서비스유형(시설 및 재가) 간 선택 결정요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 연구 자료: 노인장기요양보험제도 2차 시범사업 등급신청 및 서비스 이용현황 자료 · 연구 대상: 2006.5.~11. 장기요양신청 및 등급판정과정을 통해 최종 1-3등급 판정을 받은 노인 5,497명
연구 결과	-소득수준에 따라 서비스 이용형태에 차이 발생(국기초대상자, 일반소득계층, 차상위계층 순으로 서비스 이용률이 높음) -군지역에 비해 대도시 및 중소도시가 서비스 이용률이 높음 -요양1~2등급이 3등급에 비해 서비스 이용률이 높으나, 등급에 따른 서비스 이용유형 간 차이는 나타나지 않음 -인지기능 및 문제행동 기능이 나쁠수록 시설보호서비스 이용률이 높음. 그러나 간호처치영역은 기능상태가 나쁠수록 이용률이 적게 나타남
정책 대안	-소득수준에 따른 서비스 이용 편차 감소를 위한 제도 개선 -농어촌지역의 서비스 인프라 확충을 위한 별도의 정책개발 -노인보호를 제공하는 가족자원이 유지될 수 있도록 다양한 지원책 마련

〈부표 140〉

논문 제목	노인장기요양보험 재가서비스 이용자의 시설서비스 이용 결정요인
저 자	한은정·강임옥·권진희
발간 연도	2011년
출 처	한국노년학, 31(2), pp.259-276.
연구 목적	-재가서비스 이용자가 시설서비스로 전환하여 입소하는 것에 대한 결정요인 파악
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 및 조사연구(1:1 방문면접) · 연구 자료: '2009년 노인장기요양서비스 만족도 조사' 중 '재가서비스 만족도 결과', '노인장기요양 인정조사DB', '노인장기요양 급여DB' · 방문면접 대상: 노인장기요양보험DB 연계 1,230명
연구 결과	-연구대상자 1,230명 중 4.5%가 재가서비스에서 시설서비스로 전환 · 시설 입소 집단의 경우, 그렇지 않은 집단에 비해 후기고령자 및 장기요양 1등급의 비율이 높게 나타남 · 타인과 동거하지 않거나, 자녀가 공동으로 비용을 지불하거나 치매를 앓고 있거나 골절인 경우 시설로 전환된 비율이 높았음(*골절: 유의한 변수) · 통계적으로 유의하지 않으나, 저하된 인지기능 항목수가 많을수록 시설 입소확률이 높게 나타남
정책 대안	-골절이 있는 노인을 위한 적절한 서비스 제공 및 골절 관련 서비스를 장기요양보험 급여 내 포함시키는 방안 고려 -인지장애 및 문제행동을 보이는 노인을 위한 적절한 서비스 강화 -재가서비스 이용자의 욕구에 적합한 정책 마련을 위한 노력

〈부표 141〉

논문 제목	장기요양 필요노인 부양자의 시설 입소 결정 경험에 관한 근거이론접근
저 자	정여주·서문진희
발간 연도	2011년
출 처	한국사회복지질적연구, 5(1), pp.87-117.
연구 목적	-장기요양 필요 노인의 부양자가 시설 입소 결정 시 하는 경험에 대한 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 장기요양보호시설에 노인을 입소시킨 주부양자 10명 · 조사 방법: 심층면접
연구 결과	-분석 결과 · 중심현상은 '감당할 수 없는 고통속의 한 줄기 빛'이었으며 · 관련하여 핵심범주로는 '부양부담에 대한 고통과 죄책감에서 벗어나 화합하기'로 구체화되었음 · 주부양자들은 요양원 입소를 결정하기까지 받아들임단계, 고통단계, 결정단계, 만족단계, 성숙단계의 과정을 거치는 것으로 나타났으며, 크게 자책형, 불안형, 긍정형, 성숙형의 유형으로 구분되었음
정책 대안	-노인장기요양보험제도에 대하여 부양자들이 긍정적 인식을 가질 수 있도록 인식 개선 및 적극적 홍보

〈부표 142〉

논문 제목	베이비붐 세대의 장기요양 준비 과정에 대한 근거이론접근의 질적연구
저 자	정희원·장경호·황명진
발간 연도	2011년
출 처	한국사회복지질적연구, 5(2), pp.127-161.
연구 목적	-베이비 붐 세대의 장기요양 준비에 관한 경험 탐색
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 베이비붐 세대 10명 · 조사 기간: 2011.2.7.~6.20. · 조사 방법: 반구조화된 설문지를 통한 심층면접
연구 결과	-분석 결과 · 중심현상은 '장기요양에 대한 걱정과 부정적 인식'으로 나타남 · 장기요양 준비에 영향을 미치는 요인으로는 건강, 여윳돈, 가족, 직장 동료나 친구, 관련 지식, 부양의 경험을 통한 정보 공유 등이 해당됨 · 노인이 되어 감을 인식하는 단계, 걱정과 두려움의 단계, 장기요양을 위한 준비/행동 단계, 심리적 안정단계를 거치면서 장기요양을 준비하게 됨 · 이들 유형은 노후준비형, 해결모색형, 국가의 도움이 필요한 유형의 3가지로 구분되었음
정책 대안	-베이비붐 세대의 은퇴 및 노화에 대한 사회적 관심

○ 기타

- 국가 간 비교

〈부표 143〉

논문 제목	영국·독일·호주의 노인장기요양보호에서 케어매니지먼트 체계 비교 분석
저 자	유재남
발간 연도	2009년
출 처	노인복지연구, 43, pp.381-406.
연구 목적	-영국·독일·호주 3개국의 노인장기요양보호에서 케어매니지먼트 체계 비교분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-영국의 케어매니지먼트 모델과 같이 지방정부가 케어매니지먼트의 서비스 총괄 책임 및 운영 책임을 질 수 있도록 법제화, 재정지원을 통한 제도 내 공식적 지원 필요 -호주의 모델과 같이 장기요양보호가 필요한 노인에게 통합, 조정된 서비스를 제공할 수 있도록 다학제 간 전문가 팀 활용
정책 대안	-영국의 케어매니지먼트 모델과 같이 지방정부가 케어매니지먼트의 서비스 총괄 책임 및 운영 책임을 질 수 있도록 법제화, 재정지원을 통한 제도 내 공식적 지원 필요 -호주의 모델과 같이 장기요양보호가 필요한 노인에게 통합, 조정된 서비스를 제공할 수 있도록 다학제 간 전문가 팀 활용

〈부표 144〉

논문 제목	한국 장기요양서비스의 복지혼합: OECD 국가들과의 비교적 접근
저 자	석재은
발간 연도	2008년
출 처	사회보장연구, 24(4), pp.197-228.
연구 목적	-OECD 국가들의 장기요양정책을 탈상품화, 탈가족화, 시장화 및 규제정도에 따라 유형화하고, 각 유형별 국가를 선별하여 비교분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구 · 조사 대상: 비교자료 확보가 가능한 OECD 14개국 · 분석틀: 탈상품화, 탈가족화 / 시장화 및 규제정책
연구 결과	-대표적으로 6개 국가의 탈상품화, 탈가족화, 서비스 시장에 대한 규제를 요약 정리 (스웨덴) 탈상품화↑, 탈가족화↑, 시장규제↑, 서비스공공성↑ (영 국) 탈상품화(중간), 탈가족화↑, 시장규제↓ (호 주) 탈상품화(중간), 탈가족화↑, 시장규제↑ (독 일) 탈상품화(중간), 탈가족화(중간), 시장규제↑ (일 본) 탈상품화↓, 탈가족화(중간), 시장규제↑ (한 국) 탈상품화↓, 탈가족화↓, 시장규제↓
정책 대안	-국민들이 관련 정보를 안전하게 선택할 수 있도록 국가의 초기 선별작업과 단계적 질 관리, 지속적 모니터링에 대한 노력 강화

〈부표 145〉

논문 제목	노인장기요양보험제도 정책과정에 관한 한일 비교연구 -정책네트워크이론을 중심으로-
저 자	이광재
발간 연도	2010년
출 처	한국사회복지학, 62(2), pp.279-306.
연구 목적	-정책네트워크 이론을 적용하여 한국과 일본의 노인장기요양보험제도 정책결정 상호 비교 및 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-한국과 일본 모두 노인요양문제에 대한 정책의제현상은 정부주도로 이루어지고, 정책과정 단계별 특성에 따라 정책참여자 범위가 확대됨 · 그러나 두 나라 간 노인요양문제에 대한 정책의제 형성 배경에 차이가 있음을 파악 -두 나라 모두 정책의제 형성 초기 단계부터 정책 참여자 간 상호작용은 비교적 협력적이었음 · 그러나 제도골격이 국민들에게 공표되면서 급격히 갈등관계 내지 비판관계로 변화함 · 정책과정단계별 특성에 따라 주도적 참여자들의 역할이 두드러지며, 연계 형태도 비슷한 모습 -정책과정별로 정책 참여자의 범위와 정책산출에의 정책참여자들의 의견반영정도는 상이함 · 단, 한국과 일본 모두 정부주도로 노인 요양문제에 대한 정책 추진결과로 정책의제형성기부터 국회심의결정기까지 매우 유사한 정책네트워크 모형 형성
정책 대안	-제도에 대한 정보나 지식을 다양한 채널을 통해 공유하여 정책 참여자의 범위 확대

〈부표 146〉

논문 제목	“독일 2008 장기요양보험 개혁”: 개혁배경과 내용 및 평가
저 자	남현주
발간 연도	2011년
출 처	한국지역사회복지학, 37, pp.23-51.
연구 목적	-2008년에 시행된 독일의 장기요양보험 개혁의 내용 및 평가 등 전반적 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-독일의 ‘2008 개혁’은 장기요양위험에 대한 연대적 부분보장의 확충 및 이를 충족시키기 위한 비용절감적 구조개혁은 어느 정도 성취함 -그러나 급여 수준의 현실화와 급여제공 과정의 개선을 넘어서 제도 자체의 근본적 개혁에는 미치지 못한 ‘미니개혁’으로 평가됨 -우리나라의 제도개선을 위한 시사점으로는 · 국민적 합의를 이룰 수 있는 장기요양필요성 개념 확립 · 근본적 재정안정화 방안 마련 · 의료보험과의 연계성 맥락 하에서 장기요양보험의 예방과 재활서비스 강화 · 재가급여의 활성화
정책 대안	-(연구 결과와 동일)

〈부표 147〉

논문 제목	노인장기요양보험의 치매노인지원 연구-독일수발보험지원을 통한 시사점
저 자	김욱
발간 연도	2010년
출 처	정신보건과 사회사업, 35, pp.295-319.
연구 목적	-한국 장기요양보험의 치매노인지원 분석 및 독일을 통한 시사점 제공
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-한국의 등급판정을 위한 요양필요개념의 경우 · ADL 중심의 신체기능장애 정도를 중심으로 등급판정 이루어짐 · 치매 정도는 크게 고려되지 않고 신체기능에 중증 이상의 어려움이 있는 대상자를 지원함 · 중증의 신체수발 중심의 서비스가 제공됨 -반면, 독일의 경우 · 수발인정을 위한 기준을 보다 광범위하게 적용함 · 신체적 기능장애뿐 아니라 특별한 도움이 필요한 인지적, 심리적, 행동장애를 고려하여 일상생활영위와 독립성 정도를 함께 고려함 · 대상자에게 수발급여 이외 치매 및 정신장애로 인한 생활장애가 있는 경우 추가적으로 돌봄수당 지급 · 수발등급에 해당되지 않더라도 돌봄수당을 지원함
정책 대안	-장기요양보험의 목적을 반영한 적극적이고 현실을 반영한 개념의 재정립과 적용 -주·야간보호 및 단기보호서비스의 치매완화를 위한 인지기능강화프로그램 및 재활프로그램 적극 활용 -치매와 관련된 정보와 상담을 얻을 수 있는 상담기능 강화

○ 기타

- 기타

〈부표 148〉

논문 제목	장기요양 등급 외 노인의 보건복지서비스 이용에 영향을 주는 요인
저 자	이신영
발간 연도	2014년
출 처	노인복지연구, 64, pp.265-286.
연구 목적	-노인장기요양보험제도 등급외자 노인의 보건복지서비스 이용현황 및 관련요인 분석
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 등급판정을 받지 못한 65세 이상 노인 411명 · 조사 기간: 2013.2.12.~3.8. · 조사 방법: 구조화된 설문지를 통한 면접조사
연구 결과	-등급외자 노인들의 보건복지서비스 이용률을 살펴본 결과 · 노인돌봄종합서비스 66.2%. 방문보건서비스 52.6%, 기타 복지서비스 29.7%로 나타남 -서비스 이용 관련 요인 분석결과 · 노인돌봄종합서비스에는 수발자유무, 주관적 생활 수준, 수급자 여부, 만성질환 개수가 영향요인으로 나타남 · 방문보건서비스에는 주관적 생활수준과 수단적 일상생활수행능력 · 기타 복지서비스에는 주관적 생활수준, 수단적 일상생활수행능력, 규칙적 식사 여부가 유의미한 관련요인으로 나타남
정책 대안	-가족자원의 취약성을 보완할 수 있는 사회적 지원체계 확대 -보건의료서비스와의 연계를 통한 실질적 지원 -저소득뿐만 아니라 등급외자 노인 모두가 이용할 수 있도록 서비스 개인 비용부담 감소, 제공 기관 확대, 종사자 증원 필요 -지역 특성 및 대상자의 건강수준을 고려한 건강증진 프로그램, 사회화 서비스, 정서적 지원서비스 등을 통합하여 맞춤형 제공 -등급외 노인을 위한 장기적 대책으로 등급외자를 위한 독립적 관리체계 수립 등 적극적인 방향 설정 필요

〈부표 149〉

논문 제목	좋은 돌봄의 필요조건과 저해요인에 관한 연구-노인돌봄을 중심으로-
저 자	석재은·노혜진·임정기
발간 연도	2015sus
출 처	한국사회복지학, 67(3), pp.203-225.
연구 목적	-좋은 돌봄을 실현하기 위해서 필요한 조건 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인요양기관(시설 및 재가) 기관장 및 요양보호사 총 9명 · 조사 기간: 2014.1.~3. · 조사 방법: 포커스그룹 인터뷰
연구 결과	-좋은 돌봄의 필요조건은 · 적극적 소통을 위한 상호 이해와 인정, 상호신뢰 및 존중하는 좋은 관계 형성, 요양보호사의 전문성, 센터관리자의 전문성, 가족-노인-요양보호사의 3각 파트너십으로 분석됨 -좋은 돌봄의 저해요인은 · 사회적 인정을 받지 못하는 돌봄노동, 돌봄노동의 무정형성과 남용, 요양보호사 및 관리자의 비전문성, 가족의 부적절한 간섭과 무관심, 장기요양환경의 구조적 제약으로 분석됨
정책 대안	-자격교육 보강과 계속적 직무교육 -돌봄서비스 인력 상황에 따른 유연한 종합판단력 제고를 위한 교육 -돌봄서비스 기관 운영자의 전문성 제고 -돌봄이용자 및 가족의 인식개선 측면에서 돌봄문화의 선진화 -돌봄정책적 측면에서 돌봄서비스 인력에 대한 처우개선 -사회전반의 시민문화 개선

〈부표 150〉

논문 제목	장기요양대상노인의 비공식적, 공식적 자원연계 유형에 따른 서비스 만족도 연구
저 자	김금열
발간 연도	2010년
출 처	한국노년학, 30(4), pp.1027-1044.
연구 목적	-장기요양대상노인의 비공식적, 공식적 자원연계 유형 도출 및 각 유형에 따른 서비스 만족도 차이를 통해 효과적 장기요양서비스 제공모델 파악
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 서울시 소재 장기요양기관에서 장기요양서비스를 이용하는 65세 이상 노인 259명 · 조사 방법: 1:1면접조사(2회차(1회-비공식적, 공식적 자원연계 유형 도출/2회-비공식적, 공식적 자원연계 유형에 따른 서비스 만족도 측정)
연구 결과	-비공식적, 공식적 자원연계유형은 가족수발 중심형, 상호보완형, 과업분리형, 공식적 수발중심형으로 구분되었음 · 가장 만족도가 높은 것은 상호보완형으로 나타남
정책 대안	-비공식적 보호와 공식적 서비스가 상호보완적으로 제공되기 위해서는 공식적 서비스 제공체계에 비공식적 보호제공자의 역할을 결합시키는 노력 필요 -15가지 케어 관련 과업 중 개인적 및 일상생활지원 과업과 건강보호 과업은 서비스 제공자가 분리되어 있어, 의료 및 장기요양서비스의 연계를 위한 통합적 케어 방안 필요 -공식적 서비스 제공자가 모든 케어를 담당하는 공식적 수발 중심형에 대한 대책 필요

〈부표 151〉

논문 제목	성인지적 관점에서 바라본 장기요양 현금급여 정책
저 자	정연·권순만
발간 연도	2008년
출 처	보건학논집, 45(1,2) pp.15-24.
연구 목적	-성인지적 관점에서 OECD 국가의 장기요양 현금급여 정책 분석
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-현금급여는 요양보호 이용자들이 자신의 삶에 대한 통제력을 더 갖게 함으로써 선택권을 보장한다는 측면에서 긍정적임 -OECD 국가들에서 가족에 의한 비공식적 수발이 높다는 점을 고려할 때, 현금급여는 그간 무보수로 이루어졌던 여성노동의 가치를 인정한다는 측면에서 긍정적으로 평가됨 · 1990년대 이후 현금급여를 새로이 도입하거나 기존 급여의 수급범위 및 급여액 확대하는 추세 -현금급여와 관련하여, 돌봄 제공자의 관점에서도 신중한 고려 필요 · 자칫 여성들의 노동시장 참여를 방해하는 부정적 효과가 있을 수 있음
정책 대안	-현금급여 도입과 관련하여 선택 옵션들의 다양화가 필요 -적정한 수준의 공식 인프라 구축 -현금급여의의 적정 수준 확보 -수발자에 대한 비경제적 지원

〈부표 152〉

논문 제목	미국 주정부 공공보험정책이 노인의 장기요양 사보험 구입에 미치는 구축효과
저 자	박경돈
발간 연도	2008년
출 처	한국정책학회보, 17(3), pp.229-263.
연구 목적	-공보험과 미국 주정부 정책이 노인 장기요양 사보험 선택에 있어 미치는 영향 분석
연구 방법	-연구 방법: 2차 자료 분석 · 분석 자료: 미국 연방기관 의료보험센터의 The National long term care survey data / 주정부의 공보험자격 관련 자료
연구 결과	-주정부를 분석 단위로 한 연구 결과 · 공보험가입 소득자격 요건은 장기요양 사보험 구입에 상이한 구축효과 · 공보험 혜택이나 사보험 구입에 대한 주정부 정책도 거주민 특성과 마찬가지로 구축효과에 영향을 미치는 것으로 나타남 · 특히 공보험가입 자격규정 구축효과 측정에서는 중상위층 소득을 가진 노인층이 강한 구축효과를 보이는 것으로 분석됨 · 주정부의 종합적 공보험 가입에 대한 관대함 정도 역시 강한 구축효과를 나타냄 -정책 시뮬레이션 분석결과 · 공보험 가입과 관련하여 특별수입규정을 채택하는 주의 중상위 소득집단 이상에서 구축효과가 강하게 나타남 · 이는 곧 무분별한 공보험 소득자격 확대가 주정부 예산 낭비 및 중증장애 저소득 장애노인을 위한 공보험정책 취지를 변질시키는 것을 의미함 -즉, 주정부의 정책선택에 따라 노인의 장기요양 사보험 구입에 부정적 영향이 미치는 것으로 분석되었음
정책 대안	-노인 및 부양가족에게 공사보험 접근의 선택기회 동일하게 제공 필요 -사보험이 일정부분 공보험의 손실을 보전할 수 있는 유인체계로의 전환 -재정 조달과 관련하여 사보험을 필수의료보험에서 제외된 부문을 포괄하는 방식으로의 대안 제고

〈부표 153〉

논문 제목	노인장기요양보험제도의 공공성 연구
저 자	김만호·정주향·최영신
발간 연도	2011년
출 처	복지행정논총, 21(2), pp.101-136.
연구 목적	-노인장기요양보험제도의 공공성을 대상, 재정, 급여, 전달체계의 산출분석에 기반하여 분석 및 공공성 강화 방안 제언
연구 방법	-연구 방법: 문헌연구
연구 결과	-노인장기요양보험제도의 공공성 산출분석결과 · (대상) 모든 국민에게 평등하게 보편적으로 급여를 제공하는 사회보험제도이나, 선정 기준의 통제적 조건과 비급여서비스 및 본인부담 등의 경제적 이유로 잔여적 성격 잔존 · (재원) 보편성을 지향하나 보험료 이외 본인부담금 등 적용에 있어 선별주의적 경향 잔존, 지방자치단체의 재정적 부담 증가와 관련하여 국가 책임성 문제제기 · (급여) 판정등급에 따라 일부 서비스 제공이 제한된다는 점에서 보편성의 취지에 어긋남. 현물위주의 서비스 제공 등은 선택권의 제한으로 간주됨 · (전달체계) 영리를 목적으로 하는 공급기관 과잉과 서비스 제공 영역간 불균형, 지역 간 불균형 등 다양한 문제제기
정책 대안	-연령과 관계없이 모든 국민에게 개방될 수 있도록 보편성 강화 필요 -재원마련에 공공성 증대를 위해 정부의 부담률 상향 - 이용자 자부담 비율 하향 조정 -급여 내용에 있어 돌봄서비스 외에 정서적지지, 가족관계 조정, 사례관리 등 다양한 서비스 포괄 · 한국 가족제도를 반영하여 가족에 의한 급여 제공 및 현금급여제도 확대 -공공성을 강화할 수 있도록 전달체계 구조 및 환경 정비

〈부표 154〉

논문 제목	노인의 존엄성에 대한 노인요양시설 간호사의 인식과 경험
저 자	김기경
발간 연도	2009년
출 처	간호행정학회, 15(1), pp.81-90.
연구 목적	-노인요양시설 간호사의 노인 존엄성에 대한 인식, 존엄성 침해 위험요인에 대한 인식, 존엄성 관련 딜레마 경험 파악 및 이해
연구 방법	-연구 방법: 조사연구 · 조사 대상: 노인요양시설 10곳에 근무하는 간호사 51명 · 조사 기간: 2008.1.15.~31. · 조사 방법: 개방형 설문지를 통한 자기기입식 조사
연구 결과	-요양시설 간호사의 노인 존엄성 인식의 범주는 존엄권, 사회권, 평등권으로 분류되며 그 중 존엄성에 대한 진술이 가장 많았음 -노인의 존엄성 침해 위험요인에 대한 인식은 총 6개의 범주로 분류되며, 신체기능 상실이 가장 많고, 학대, 신체제한, 사생활 침해, 선택 제한, 조직적 환경 순으로 나타남 -노인의 존엄성에 대한 딜레마 경험은 총5개의 범주로, 학대, 신체제한, 사생활침해, 간호인력, 선택의 제한 순으로 나타남
정책 대안	-노인 존엄성에 대한 이론 개발 및 노인요양시설 노인의 존엄성, 존중, 보호 증진을 위한 간호중재 활동 개발 -간호중재 활동 및 지침개발, 간호 윤리교육 프로그램 개발 제언

간행물회원제 안내

▶ **회원에 대한 특전**

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ **회원종류**

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ **가입방법**

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ **문의처**

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1F~5F
  간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- Yes24 http://www.yes24.com
- 알라딘 http://www.aladdin.co.kr