

농어촌 노인장기요양보험제도 추진실태와 개선방안

박 대 식	연 구 위 원
최 경 환	연 구 위 원
윤 병 석	초 청 연 구 원

한국농촌경제연구원

연구 담당

박 대 식	연구 위원	연구 총괄, 사례지역 심층조사, 농어촌 노인장기요양보험 제도의 문제점, 독일의 사례조사, 개선방안 제시
최 경 환	연구 위원	농어촌 노인장기요양보험제도의 추진실태, 사례지역 심층 조사, 일본의 사례조사
윤 병 석	초청 연구원	사례지역 심층조사, 농어촌주민의 노인장기요양서비스 이용 실태, 관련 자료 수집 및 분석

머 리 말

2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험제도가 실시되고 있다. 이 제도는 고령이나 치매, 중풍 등 노인성 질병으로 일상생활이 불편한 노인에게 목욕, 식사, 간호와 같은 요양서비스를 제공하는 사회보험제도이다. 즉, 그동안 가족에게 맡겨져 왔던 노인장기요양 문제를 국가와 사회가 분담하게 된 것이다.

도시에 비해 고령화가 20년 이상 앞서 진행되고 있는 농어촌에서는 노인장기요양보험제도가 더욱 필요하다. 그러나 현행 제도는 농어촌지역에서 시행 초기부터 이용자 본인부담의 과중, 장기요양서비스의 공급 불균형 등의 문제점들이 나타나고 있어 제도개선이 필요하다.

그리하여 이 연구는 현행 노인장기요양보험제도가 농어촌지역에서 어떻게 추진되고 있으며 문제점이 무엇인지 파악하여 우리나라 농어촌 현실에 적합한 정책 개선방안을 마련하고자 하였다. 앞으로 이 연구 결과가 농어촌지역 노인장기요양보험제도를 개선하는 데 참고가 되고, 이 분야의 연구에 관심을 가진 분들에게 유익한 자료로 이용될 수 있기를 기대한다.

이 연구는 많은 분들의 도움을 받아 이루어졌다. 먼저, 4개 사례지역의 노인장기요양기관, 시·군청 등의 관계자 및 지역주민들에게 감사드린다. 또한 농림수산물식품부, 보건복지가족부, 통계청, 국민건강보험공단, 기타 관련 기관 여러분의 적극적인 협조와 고견에도 감사드린다.

2009. 6.

한국농촌경제연구원장 오 세 익

요 약

본 연구의 주요 목적은 ① 현행 노인장기요양보험제도가 농어촌지역에서 어떻게 추진되고 있으며 문제점이 무엇인지 파악하고, ② 주요 선진국의 관련 정책 및 사업을 검토하고 정책적 시사점을 도출하여, ③ 우리나라 농어촌의 현실에 적합한 정책 개선방안을 제시하는 것이다.

이 연구를 위해 기존자료 조사, 외국의 사례 분석, 전문가 의견 수렴, 관련 행정조직 및 기관의 담당자 면담, 사례지역 심층조사 등을 수행하였다.

2009년 6월 기준, 장기요양 등급판정자 수(등급자 및 등급외자)는 7대 광역시 114,895명, 일반시 51,527명, 도농복합시 89,887명, 군 71,520명이며, 전국 총 수는 327,829명으로 나타났다.

65세 이상 인구 대비 등급판정자 수의 비율은 군(7.8%)이 가장 높았고, 7대 광역시(5.7%)가 가장 낮았다. 장기요양 등급자(1~3등급)는 7대 광역시(97,458명)가 가장 많았고, 일반시(42,391명)가 가장 적었다. 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급)의 비율은 일반시(5.5%)가 가장 높았고, 7대 광역시(4.8%)가 가장 낮았다. 등급외자(A·B·C형)는 군(21,678명)이 가장 많았고, 7대 광역시(17,437명)가 가장 적었다.

2009년 5월 기준, 시설급여(입소)기관은 7대 광역시 519개소(25.7%), 일반시 393개소(19.5%), 도농복합시 677개소(33.6%), 군 427개소(21.2%)로 전국에 총 2,016개소가 있다. 시설급여기관의 정원은 전국적으로 76,216명이며, 도농복합시(25,356명)가 가장 많았고, 일반시(13,361명)가 가장 적었다. 시설급여기관의 현원은 전국적으로 60,874명이며, 도농복합시(19,900명)가 가장 많았고, 일반시(10,780명)가 가장 적었다. 재가급여기관은 전국에 13,815개소가 있으며, 7대 광역시(5,795개소)가 가장 많았고, 군(1,997개소)이 가장 적었다.

2009년 5월 말 현재 전체 등급자 25만 9,456명 중 78%인 20만 2,492명이 요양서비스를 이용 중이다. 2009년 5월 기준으로, 노인요양서비스를 이

용하고 있는 농어촌주민은 대략 66,800명 정도로 추정된다.

농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점은 ① 장기요양 인정 및 등급판정 체계의 문제, ② 장기요양급여의 공급 불균형 및 요양기관의 경쟁 과열, ③ 요양보호사의 열악한 근무조건, ④ 이용자 본인부담의 과중, ⑤ 낮은 인지도, ⑥ 등급의 판정자에 대한 대책 부족 등을 들 수 있다.

일본의 개호보험과 독일의 수발보험에 대한 검토를 통하여 다음과 같은 정책적 시사점을 얻을 수 있었다. ① 요양서비스를 제공하지만 장기적으로 제도의 지속가능성을 확보하기 위하여 예방과 재활서비스를 중시하고 있다. ② 요양시설서비스보다는 재가서비스를 우선시하고 있다. ③ 저소득층에 대한 부담 완화를 위한 대책을 강구하고 있다. ④ 서비스의 수준(범위)을 상향조정하려고 노력하고 있으며, 아울러 서비스의 질 개선을 위한 다양한 조치를 취하고 있다. ⑤ 요양서비스의 시장화로 인한 민간 영리기업의 대량진출이 노인요양서비스의 공급기반을 강화하는 측면도 있지만, 한편으로는 오히려 노인요양서비스체계가 불안정한 구조로 변할 가능성도 배제할 수 없다는 우려도 제기되고 있다. ⑥ 이용자의 서비스 이용시 불편을 줄이기 위하여 요양서비스와 관련된 정보 공개와 투명성 제고를 위해 지속적으로 노력하고 있다. ⑦ 지속적으로 제도의 지속가능성, 서비스 질의 제고, 부담의 적정화에 대한 검토를 하고 있다.

농어촌 노인장기요양보험제도를 개선하기 위한 단기적 과제로는 첫째, 의사소견서를 제출하지 못해서 등급판정을 받지 못하는 사례를 방지하기 위해서 보건의료원, 보건소, 보건지소, 기타 병의원의 의사 또는 공중보건 의사를 활용하여 찾아가는 의사소견서 서비스를 제공하는 방안을 모색할 필요가 있다. 둘째, 등급의 판정자에 대한 지원을 강화해야 한다. 요양보호의 사각지대를 해소하고 장기요양에 따른 비용을 경감시키며 노인장기요양보험을 지속가능한 제도로 정착시키기 위해서는 장기요양 예방사업을 강화할 필요가 있다. 셋째, 신문, TV, 라디오 등을 통한 교육 및 홍보를 강화해야 한다. 특히, 일간지, 농업 관련 전문지, 농어촌 관련 방송프로그램 등을 잘 활용할 필요가 있다. 넷째, 농어촌 현실과 맞지 않는 현행 원거리 교통비 산정기준을 현실적으로 개선해야 한다. 앞으로 원거리 점수는 거주

지로부터 수급자가 이용하고 있는 장기요양기관까지의 거리를 기준으로 계산하고 점수 산정기준도 다소 완화해야 한다.

농어촌 노인장기요양보험제도를 개선하기 위한 중장기적 과제로는 첫째, 등급판정체계를 개선해야 한다. 등급판정 시 치매나 정신질환에 대해서는 2~3회에 걸쳐 조사하도록 하고, 등급판정항목에서도 정신·신경부문 항목을 보강할 필요가 있다. 둘째, 농어촌 저소득층 본인부담금 경감방안을 개선해야 한다. 본인부담금 경감 대상 저소득층의 범위를 국민건강보험료 하위 30% 수준으로 상향 조정할 필요가 있다. 셋째, 장기요양급여의 공급 불균형을 시정해야 한다. 지역별로 적정 수준의 노인장기요양기관을 유지하도록 유도할 필요가 있다. 넷째, 장기요양서비스 질 개선을 위한 다각적인 대책을 마련해야 한다. 특히 요양보호사 교육기관에 대한 실질적 감독이 이루어져야 하며, 요양보호사의 재교육을 강화해야 한다. 다섯째, 요양보호사에 대한 처우 및 관리 개선이 필요하다. 인건비 지급 가이드라인을 마련하고 4대 사회보험(국민연금, 국민건강보험, 산재보험, 고용보험) 가입을 확실하게 보장하여 요양보호사의 처우를 개선해야 한다. 뿐만 아니라 요양보호사에 대한 사회적 인식을 개선해야 한다. 여섯째, 농어촌 노인장기요양보험 관련 정보를 수집하고 분석하여 결과를 공개해야 한다.

ABSTRACT

A Study on the Improvement of Long-Term Care Insurance for the Elderly in Rural Korea

The purposes of this study are 1) to investigate the current situation and problems of long-term care insurance for the elderly in rural areas, 2) to identify some policy implications from foreign cases, and 3) to suggest policy tasks to improve the long-term care insurance for the elderly.

The research methods include collection and analysis of existing data, analysis of foreign cases, interview, in-depth survey in 4 case study areas, and so on. Descriptive statistics such as frequencies, percentage, means and cross-classification tables were used to organize and summarize the data.

Long-term care insurance for the elderly is the social insurance system that is designed to share the family burden of caring for the elderly with chronic conditions such as dementia or stroke. It encompasses a broad range of assistance that older people with chronic disabilities need for a prolonged period of time such as bathing, dressing, eating, etc.

Major problems of long-term care insurance for the elderly in rural areas are as follows: 1) problem of grade decision system, 2) supply unbalance of long-term care services and overcompetition, 3) inferior working conditions of long-term care staff, 4) excessive user share of expenses, 5) low recognition level, and 6) insufficient countermeasures for the failure grade.

Short-term policy tasks to improve the long-term care insurance for the elderly in rural areas are as follows: 1) visiting doctor's diagnostic service, 2) support reinforcement for the failure grade, 3) reinforcement of education and public relations, and 4) reinforcement of the support standard for long-distance transportation expense.

Mid- and long-term policy tasks to improve the long-term care insurance for the elderly in rural areas are as follows: 1) improvement of

grade decision system, 2) improvement of the reduction plan for low income layer, 3) supply balance of long-term care services, 4) quality improvement of long-term care services, 5) improvement of working conditions of long-term care staff, and 6) production and publication of regional data.

Researchers: Dae-Shik Park, Kyeong-Hwan Choi, Byeong-Seok Yoon

Research Period : 2009. 1 ~ 2009. 6

E-mail Address: pds8382@krei.re.kr

차 례

제1장 서론

1. 연구의 필요성과 목적	1
2. 선행연구에 대한 검토	2
3. 연구의 범위와 내용	8
4. 연구방법	9

제2장 농어촌 노인장기요양보험제도의 추진 현황

1. 노인장기요양보험제도의 도입 배경과 추진 경과	13
2. 현행 노인장기요양보험제도의 주요 내용	16
3. 농어촌지역 노인장기요양보험제도의 추진 현황	31

제3장 사례지역의 노인장기요양보험 운영 실태

1. 사례지역 개황	37
2. 노인장기요양기관 현황	38
3. 장기요양 인정 및 등급판정	39
4. 노인장기요양보험 이용 현황	42
5. 요양인력 수급 실태	45
6. 노인장기요양서비스 제공 실태	46
7. 노인장기요양기관의 경영 실태	48
8. 정책 요구사항	52

제4장 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점

1. 장기요양 인정 및 등급판정체계의 문제	55
2. 장기요양급여의 공급 불균형 및 요양기관의 경쟁 과열	58

3. 요양보호사의 열악한 근무조건	60
4. 이용자 본인부담의 과중	63
5. 낮은 인지도	64
6. 기타 문제점	65

제5장 외국의 노인장기요양보험제도

1. 일본의 개호보험	67
2. 독일의 수발보험	76
3. 정책적 시사점	81

제6장 농어촌 노인장기요양보험제도의 개선방안

1. 단기적 과제	85
2. 중장기적 과제	88

제7장 요약 및 결론

1. 요약	95
2. 결론	102

부록 1: 농어촌 노인장기요양기관(시설급여)의 운영실태에 관한 설문조사표	105
부록 2: 농어촌 노인장기요양기관(재가급여)의 운영실태에 관한 설문조사표	109

참고문헌	113
------------	-----

표 차례

제1장

표 1-1. 심층면접 및 관찰 대상자의 일반현황	11
----------------------------------	----

제2장

표 2- 1. 국가별 인구 고령화 추이	13
표 2- 2. 판정등급별 수준	21
표 2- 3. 등급외 판정 수준	22
표 2- 4. 장기요양급여의 종류	24
표 2- 5. 시설급여의 수가	26
표 2- 6. 방문요양의 수가	26
표 2- 7. 방문목욕의 수가	27
표 2- 8. 방문간호지시서 발급비용	27
표 2- 9. 방문간호의 수가	28
표 2-10. 주야간보호의 수가	28
표 2-11. 단기보호의 수가	28
표 2-12. 재가급여 월 한도액	29
표 2-13. 가족요양비	29
표 2-14. 의사소견서 발급비용	29
표 2-15. 등급판정 현황('08.8.18)	31
표 2-16. 등급판정 현황('09.6.8)	32
표 2-17. 노인장기요양기관 현황('09.5.31)	34
표 2-18. 장기요양급여 이용자 현황('09.5.31)	35
표 2-19. 장기요양급여 이용자 추이	36

제3장

표 3- 1. 사례지역의 노인장기요양기관 현황	38
표 3- 2. 사례지역의 노인인구 및 노인장기요양보험 등급판정 현황 (’08.8.18)	40
표 3- 3. 사례지역의 노인인구 및 노인장기요양보험 등급판정 현황 (’09.6.8)	41
표 3- 4. 사례지역 노인장기요양급여 이용자 현황	42
표 3- 5. 사례지역 노인장기요양보험 수급자의 주요 질병	43
표 3- 6. 사례지역 노인장기요양보험 수급자의 판정등급 및 의료보장 종류	44
표 3- 7. 사례지역의 요양기관에서 활동 중인 요양보호사의 수	45
표 3- 8. 사례지역 재가급여기관에서 활동 중인 요양보호사의 특성	46
표 3- 9. 사례지역 재가급여기관의 서비스 제공 유형	47
표 3-10. 사례지역 장기요양기관의 경영상황	49
표 3-11. 요양기관 경영상황의 지역간 비교	50
표 3-12. 관내(시·군) 요양기관 수의 적정성에 대한 인식	50
표 3-13. 요양기관 수의 적정성에 대한 요양기관간의 인식 차이	51
표 3-14. 장기요양기관의 경영상 애로사항	51
표 3-15. 정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 사업	53

제4장

표 4- 1. 사례지역의 노인장기요양보험 전체 등급판정자 수 대비 등급자(1~3등급) 비율	56
표 4- 2. 원거리 점수 산정기준(도서지역)	61
표 4- 3. 원거리 점수 산정기준(육지)	62
표 4- 4. 요양기관 운영자들이 인식하고 있는 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점	63

제5장

표 5- 1. 일본 개호보험의 급여내용	68
표 5- 2. 개호등급	70
표 5- 3. 피보험자별 보험료 산정 기준	71
표 5- 4. 개호보험의 재원 및 구성비율	71
표 5- 5. 소득수준별 식비 부담 수준	74
표 5- 6. 독일 수발보험의 급여 내용	78

그림 차례

제2장

그림 2- 1. 노인보건복지서비스체계에서의 노인장기요양보험의 위상	17
그림 2- 2. 노인장기요양보험제도의 대상자	18
그림 2- 3. 장기요양인정 신청 및 등급판정 절차	19
그림 2- 4. 평가판정항목	20

제5장

그림 5- 1. 개호인정 절차	69
그림 5- 2. 독일의 수발보험 전달체계	79

1. 연구의 필요성과 목적

인구고령화가 진전됨에 따라 신체적, 정신적 기능장애로 일상생활의 어려움을 겪고 있는 노인이 크게 증가하고 있다. 특히, 치매, 중풍 등으로 장기간의 요양보호가 필요한 노인이 증가하고 있다.

그러나 핵가족화, 여성의 사회참여 증가 등으로 가족에 의한 노인요양보호는 이미 한계에 도달했으며, 간병비용도 개별 가정에서 감당하기 어려울 정도로 부담이 커지고 있다.

정부에서는 그동안 가족의 영역에 맡겨져 왔던 노인에 대한 장기간에 걸친 간병, 장기요양 문제를 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담하고자 노인장기요양보험제도의 도입을 추진하였다. 노인장기요양보험제도는 2005년 7월부터 2008년 6월까지 3차례 시범사업을 거쳐 2008년 7월부터 전국적으로 본 사업이 실시되고 있다.

노인장기요양보험제도는 고령이나 치매, 중풍과 같은 노인성 질병으로 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도이다. 이 제도는 수급자에게 배설, 목욕, 식사, 취사, 조리, 세탁, 청소, 간호, 진료의 보조 또는 요양상의 상담 등을 다양한 방식으로 제공한다.

최근 각종 사회조사 결과에 따르면, 노인장기요양보험제도는 ‘본인 및 부모를 위해서 반드시 필요한 제도’로 인식되고 있다. 그리고 노인장기요

양보험제도가 도입됨으로써 요양환경이 개선되고 가족의 경제적·심리적 부담이 줄어든 것으로 나타났다.

도시에 비해 20년 이상 앞서 고령화가 진행되어 이미 초고령사회에 접어든 농어촌에서는 노인장기요양보험제도가 더욱 절실하다. 그러나 현행 제도는 농어촌지역에서 시행 초기부터 여러 가지 심각한 문제점들이 나타나고 있어 제도개선이 시급한 실정이다.

과중한 본인부담금, 민간요양시설의 난립, 전문인력의 부족 등으로 노인장기요양보험의 실효성이 크게 떨어지고 있다. 예를 들면, 노인장기요양보험제도의 서비스를 제공받으려면 요양비용의 15~20%를 본인이 부담해야 하기 때문에 국민기초생활보장제도의 혜택을 받지 못하는 농어촌 저소득층에게는 노인장기요양보험이 ‘그림의 떡’인 경우가 많다.

그동안 노인장기요양보험제도에 관한 연구는 다양하게 이루어져 왔다. 그러나 대부분의 선행연구들은 이 제도가 도입되기 이전에 연구된 것으로, 주로 한·일간의 비교나 전국 단위에 초점을 두어 농어촌의 특성을 제대로 반영하지 못했다. 더구나 노인장기요양보험제도가 도입된 후에 이루어진 연구들도 농어촌의 특성을 감안한 경우는 거의 없다.

본 연구의 주요 목적은 ① 현행 노인장기요양보험제도가 농어촌지역에서 어떻게 추진되고 있으며 문제점이 무엇인지 파악하고, ② 주요 선진국의 관련 정책 및 사업을 검토하여 정책적 시사점을 도출하여, ③ 우리나라 농어촌의 현실에 적합한 정책 개선방안을 제시하는 것이다.

2. 선행연구에 대한 검토

노인장기요양보험제도와 관련한 대부분의 선행연구들은 전국을 분석 단위로 하였으며 도시와 농어촌을 구분하여 분석한 연구는 별로 없다. 2000년대 중반까지는 주로 외국의 관련 사례를 소개하는 연구들이 많았다(최성재 외, 2000; 엄기욱, 2004). 노인장기요양보험제도에 관한 최근의 주요 연

구들은 다음과 같다.

김귀자(2008)는 “노인장기요양보험제도 시행에 따른 소고(1): 시설 측면”에서 개선안으로 ① 노인장기요양시설이 처한 상황 분석, ② 노인장기요양시설의 운영체계를 이용자 중심으로 개편, ③ 노인장기요양시설의 서비스 인증제 도입, ④ 노인장기요양시설에서의 위기관리 대응책 마련, ⑤ 노인장기요양시설 케어매니저의 역할 강화를 제시하였다.

김준환(2008)은 “노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안: 요양보호사의 인력양성 및 전문성 향상을 중심으로”에서 노인장기요양보험 현장에서 케어를 주로 담당하는 요양보호사 인력양성의 현황과 문제점을 파악하여 그 개선방안을 제시하였다. 요양보호사의 전문성을 강화하기 위해 요양보호사 교육기관에 대한 인증제도를 도입하고, 신규 인력에 대해서는 보다 확충·강화된 교육과 자격시험제도의 도입 검토, 장기요양서비스의 평준화·표준화를 위하여 광역자치단체가 관장하는 연수기관의 설립 및 운영, 교육기관과 교육과정에 대한 섬세한 모니터링 및 엄격한 관리체계를 구축해야 한다고 보았다.

박종연(2008)은 “노인장기요양보험제도 시행에 따른 소고(3): 관리운영 측면”에서 노인장기요양보험제도 발전을 위한 주요 목표로 ① 수요자 중심의 서비스 제공체계 강화, ② 국민에게 신뢰받는 제도로 정착, ③ 제도운영의 효율성 제고를 제시하였다. 제도의 조기정착을 위한 관리운영 과제로는 ① 이용자 중심의 서비스 이용지원체계 구축, ② 수급자 편익을 위한 장기요양 자원관리, ③ 양질의 장기요양 급여보장을 위한 평가체계 확립, ④ 노인장기요양보험 재정 건전화, ⑤ 제도 관리기구들간의 협조체계 강화를 강조하였다.

선우덕 외(2008)는 “노인장기요양보장체계의 현황과 개선방안”에서 장기요양보험제도의 정책과제로 ① 장기요양등급 판정절차의 간소화 및 전문화에 대한 검토, ② 장기요양서비스 이용지원에 대한 재검토, ③ 장기요양대상자의 상태를 감안한 장기요양서비스 수가의 차등지원에 대한 배려 등을 주장하였다.

송신섭(2008)은 “한국 노인장기요양보험의 발전방안에 관한 연구”에서

일본과 독일의 장기요양보험제도를 검토·비교해 한국의 현실에 맞는 노인 장기요양보험제도의 발전방안을 모색하였다. 노인장기요양보험제도의 발전방안으로는 ① 대상자를 제한 없이 모든 사람으로 확대하고, ② 재가서비스를 확대하고, 시설서비스의 질적 수준을 향상시키고 통합적 서비스 모델을 개발·시행할 필요가 있으며, 예방적 차원의 서비스 방안이 필요하고, ③ 통합적 운영체계가 필요하며, 단일 서비스보다 복합적인 서비스 제공이 요구되고, ④ 정부의 재정지원을 높이고, 이용자 부담률을 낮추며, 본인부담률을 차등 적용해야 하고, ⑤ 제공할 수 있는 시설을 확충하고 요양시설을 계획적·균형적으로 설립해야 하며, ⑥ 전문인력을 확보해야 하고, 인력에 대한 교육체계가 필요하며, 케어매니저제도를 도입할 것을 주장하였다.

엄기욱(2008)은 “노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안”에서 노인장기요양보험제도의 성공적인 정착을 위해서는 우선, 노인장기요양서비스 질의 표준화를 위해 급여와 시설환경의 표준화와 장기요양기관 서비스 질에 대한 평가·인증기구를 설치할 필요가 있다고 보았다. 요양보호사의 전문성을 강화하기 위해서는 요양보호사 양성기관에 대한 인증제도를 도입하고, 신규인력에 대해서는 보다 확충·강화된 교육과 시험제도, 국가가 관장하는 연수체계, 모니터링·평가체계를 구축할 필요가 있다는 것이다. 서비스 이용자를 보호하기 위해서는 이용접근성 보장을 위한 정보제공의 수월성 제고, 이의신청 및 불만처리대책, 인권침해대책 등과 같은 엄격한 관리체계를 구축해야 한다고 주장하였다.

정완교·진양수(2008)는 “노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방향”에서 제도 도입과 관련된 기존의 수요 추정에서 고려되지 않은 변수들이 장기요양서비스에 대한 장단기 수요를 증가시키는 방향으로 움직이고 있어 제도의 재정 안정성 및 지속 가능성이 위협받을 가능성이 크다고 보았다. 공급 측면에서는, 요양서비스 공급인프라가 부족한 상태이고, 지역간 시설공급의 불균형 문제도 존재하며, 서비스 수가체계도 다양한 문제점이 있다고 보았다. 그리고 노인장기요양보험제도의 도입으로 세대 내, 세대 간 형평성의 문제가 심화될 수 있다고 보았다. 재가서비스 시설 공급 확대, 장기요양 관리요원에 대한 교육, 복지용구 대여의 활성화, 비전문 수발자에 대

한 지원 등을 통해 재가서비스 이용을 촉진할 필요가 있다는 것이다. 요양시설의 공급을 확대하고, 각 공급자가 제공하는 서비스 질을 표준화된 방식으로 측정하고 이에 대한 소비자의 용이한 접근을 확보함으로써 공급자 간 실질적인 경쟁을 촉진해야 한다고 주장하였다.

허준수(2008)는 “노인장기요양보험제도 시행에 따른 소고(2): 인력 측면”에서 요양보호사 양성 관련 문제점과 현황을 ① 자격, ② 교육대상, ③ 교육기관 설치 및 운영, ④ 교육과정 커리큘럼의 측면에서 정리하였다. 개선방안으로는 ① 요양보호사의 질과 전문성 제고를 위한 요양보호사의 자격 규정 전면 개정, ② 국가자격소지자에 대한 요양보호사 자격 취득 제고, ③ 요양보호사 교육과정 및 교수요원자격 대폭 개선, ④ 노인장기요양보험제도에서 요양보호사를 전문적으로 관리 감독할 수 있는 ‘요양보호관리사’ 제도 신설, ⑤ 단기적으로는 요양보호사 교육기관을 신고제에서 허가제로 전환해야 하고, 장기적으로는 노인장기요양보호 수요에 맞추어서 권역별 요양인력 양성을 위한 중심교육기관 지정, ⑥ 전문적인 노인요양보호사 인력양성을 위한 가칭 ‘노인장기요양인력개발원’ 신설을 제시하였다.

이준우·서문진희(2009)는 “노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안”에서 2008년 10월 현재 여러 부분에서 동시다발적으로 발생하는 재가서비스의 다양한 문제점과 그 원인을 파악하여 제도개선방안을 제시하였다. 주요 문제점으로는 ① 대상자체계에 있어서는 가입대상자와 서비스 대상자의 불일치, 수요자 추계의 문제점 및 등급판정 관련 문제, ② 서비스 체계에서는 서비스 인력의 전문성 결여, 방문요양기관 인력기준 완화로 인한 서비스 질 저하, 서비스 이용시간 제한의 불합리성 및 방문요양 수가의 등급별 균등지급의 문제, ③ 재정체계에서는 본인부담금과 비급여항목으로 인한 이용자 부담과중, 기존운영비 지원기관에 대한 지원중단으로 인한 서비스 사각지대 발생 및 구조조정 및 파트타임 증가로 인한 서비스 질 저하 문제, ④ 전달체계에서는 서비스의 질 관리체계의 미비, 재가장기요양기관의 난립으로 인한 과다 경쟁, 영리적 운영으로 인한 서비스 공공성과 질 저하, 대상자 모집의 어려움으로 인한 운영난 및 요양보호사 교육기관 난립으로 인한 과다 배출과 부실교육의 문제 등을 지적하였다. 개선방안으로는 수

혜자 측면에서는 ① 가입자와 서비스 대상자의 일치, ② 등급의 대상자에 대한 효율적 서비스 연계, ③ 본인부담금의 조정을 제시했으며, 공급자 측면에서는 ① 공단 직원의 전문성 향상과 인력 충원, ② 서비스 표준지침서 개발, ③ 서비스 관련 법규 정비, ④ 재가시설 운영비 지원, ⑤ 모니터링 시스템과 평가체계 수립, ⑥ 기관설치 기준 강화 등을 제시하였다.

농어촌지역을 연구대상으로 하거나, 지역규모별 분석에서 농어촌을 포함한 노인장기요양보험 관련 주요 선행연구는 다음과 같다.

이인동(2007)은 “우리나라 노인장기요양보험제도의 도입쟁점에 관한 연구: 강원도 평창군을 중심으로”에서 노인장기요양보험의 수립과정에서 나타나는 쟁점사항을 분석하고 개선과제를 제시하였다. 이 연구에서는 재정 운영 체계(보험료 적정성 여부, 본인 일부 부담금 범위), 서비스체계(현금 급여 지급범위와 제한, 케어매니지먼트 도입방법), 대상자체계(서비스 대상자 범위, 장애인 포함 여부), 인프라 확충 계획(시설인프라 확충계획의 적정성, 인력인프라 확충계획의 적정성)을 중심으로 쟁점사항을 분석하였다. 개선과제로는 ① 장기요양보험제도의 지속적인 홍보 필요성, ② 장기요양보험료의 합리적인 부과체계, ③ 현금급여방식의 서비스 채택, ④ 재정확보를 위한 노인복지 관련 예산의 확대, ⑤ 시설이용 시 본인부담금의 인하 및 비급여 부분의 축소, ⑥ 시설 등 인프라의 확충을 위한 민간사업자의 확대 등을 제시하였다.

이신호 외(2007)는 “노인장기요양보험제도 도입에 따른 보건기관 기능 개편방안: 농어촌의료서비스개선사업을 통한 시범사업 실행방안을 중심으로”에서 노인장기요양보험제도 도입에 따른 공공보건기관의 노인장기요양 서비스 제공을 유도하기 위하여 농어촌의료서비스개선사업 시범사업의 실행방안을 제시하였다. 장기요양서비스 중 재가서비스의 미 충족 수요와 재가서비스 제공기관의 운영조건을 조사하여 장기요양서비스 제공체계의 현황과 문제점을 파악하였고, 개선방안의 하나로 공공보건기관의 재가서비스 제공 필요성을 도출하였다. 농어촌지역의 재가서비스 수요에 근거하여 보건소, 보건지소, 보건진료소를 활용한 재가서비스 제공모형과 제도개선안을 제시하였다.

신용진(2008)은 “노인장기요양보험제도의 도입에 관한 쟁점사항 고찰: 완도군 시범지역을 중심으로”에서 완도군 노인장기요양보험 등급판정위원회 위원들을 대상으로 의견조사를 하여 일반적인 구조, 서비스 대상, 운영 주체, 비용 등에 있어서 쟁점 해소방안을 제시하였다.

권진희 외(2008)는 “노인장기요양서비스 이용행태 및 만족도 조사”에서 노인장기요양서비스 이용자(323명) 및 보호자(1,677명)를 대상으로 장기요양 인정 신청단계부터 서비스 이용까지의 만족도를 조사하였다. 노인장기요양 시설서비스에 대해서 만족한다는 응답비율은 대도시(91.9%)에 비해서 농어촌(85.3%)이 더 낮은 것으로 나타났다(전체 응답자 807명). 노인장기요양 재가서비스(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 복지용구 구입·대여 서비스)에 대해서 만족한다는 응답비율도 대도시나 중소도시에 비해서 농어촌이 더 낮았다(농어촌지역 응답자 608명).

일부 연구들(권진희, 2008; 김귀자, 2008; 김준환, 2008; 박종연, 2008; 선우덕 외, 2008; 송신섭, 2008; 엄기욱, 2008; 이준우·서문진희, 2009; 허준수, 2008)을 제외한 대부분의 선행연구들은 우리나라에서 노인장기요양보험제도가 실시되기 이전의 연구이다. 농어촌지역을 연구대상으로 한 선행연구들(이인동, 2007; 이신호 외, 2007; 신용진, 2008)도 마찬가지로 노인장기요양보험제도가 실시되기 이전의 연구들이다.

본 연구는 노인장기요양보험제도가 도입된 이후에 이 제도가 농어촌지역에서 어떻게 추진되고 있으며, 문제점과 개선대책은 무엇인지 농어촌주민의 관점에서 연구함으로써 제도의 시행착오를 줄이고 농어촌주민이 이용하는데 불편하지 않는 방향으로 조기에 정착될 수 있는 개선방안을 모색하였다는 점에서 기존 연구들과 차별성이 있다.

3. 연구의 범위와 내용

3.1. 연구의 범위

본 연구에서 농어촌이란 행정구역상의 군 지역 및 도농복합시의 읍·면 지역을 말한다. 노인장기요양보험제도는 장기요양 인프라의 확충, 이용자의 삶의 질 향상, 가족의 부양부담 경감, 사회적 일자리 창출 등과 같은 여러 가지 성과를 나타내고 있다. 그러나 이 연구의 초점은 노인장기요양보험제도의 성과보다는 문제점을 파악하여 개선방안을 도출하는 데 있다.

3.2. 연구의 주요 내용

제1장에서는 연구의 필요성과 목적, 선행연구에 대한 검토, 연구의 범위와 내용, 연구방법을 다루었다. 제2장에서는 농어촌 노인장기요양보험제도의 도입 배경과 추진 경과, 현행 노인장기요양보험제도의 주요 내용, 농어촌지역 노인장기요양보험제도의 추진 현황을 살펴보았다. 제3장에서는 사례지역의 노인장기요양보험 운영 실태를 제시하였다. 사례지역의 노인장기요양보험 운영 실태는 사례지역 개황, 노인장기요양기관 현황, 장기요양 인정 및 등급판정, 요양인력 수급 실태, 노인장기요양서비스 제공 실태, 노인장기요양기관의 경영 실태, 정책 요구사항을 중심으로 정리하였다. 제4장에서는 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점을 장기요양 인정 및 등급판정체계의 문제, 장기요양서비스의 공급 불균형 및 경쟁 과열, 요양보호사의 열악한 근무조건, 이용자 본인부담의 과중, 낮은 인지도 등을 중심으로 살펴보았다. 제5장에서는 일본의 개호보험, 독일의 수발보험에 대하여 살펴보고, 정책적 시사점을 도출하였다. 제6장에서는 농어촌 노인장기요양보험제도의 개선방안을 단기적 과제와 중장기적 과제로 나누어 제시하였다. 제7장에서는 연구결과를 요약하고 결론을 제시하였다.

4. 연구방법

4.1. 자료 수집 방법

이 연구를 위해 기존자료 조사, 외국의 사례 분석, 전문가 의견 수렴, 관련 행정조직 및 기관의 담당자 면담, 사례지역 심층조사 등을 수행하였다.

기존자료 조사는 보건복지가족부, 농림수산식품부, 국민건강보험공단, 통계청, 한국보건사회연구원 등과 같은 관련 기관의 자료를 수집하고, 기타 국내외의 문헌 및 통계자료를 조사·분석하였다. 특히, 국민건강보험공단의 노인장기요양보험 관련 자료는 아직 지역별로 집계·정리되지 않은 것들이 많아서 원자료를 어렵게 구해서 필요에 따라 재분석 또는 재정리하였다.

외국의 사례 분석은 기존자료 정리 및 인터넷 검색 등을 통해서 일본의 개호보험과 독일의 수발보험 관련 자료를 수집하여 분석하였다.

전문가 의견 수렴을 위해서는 노인장기요양보험 관련 기관의 전문가와 대학교수 등으로부터 다양한 의견을 수렴하였다. 이의 일환으로 정부 및 민간단체의 관련 협의회를 적극적으로 활용하였다.

관련 행정조직 및 기관 담당자 면담에 있어서는 농림수산식품부, 보건복지가족부, 국민건강보험공단, 각종 지방자치단체의 관련 담당자를 대상으로 면접조사를 실시하였다.

사례지역 심층조사의 지역 선정은 먼저 각 시·군의 65세 이상 인구 대비 노인장기요양시설 정원 비율을 계산하여 최하위 그룹 및 최상위 그룹 중에서 지역 및 생활권을 고려하여 4개 시·군(충남 청양군, 경북 고령군, 전북 진안군, 경기도 양주시)을 집중 사례조사지역으로 선정하였다. 전체 시·군의 65세 이상 인구 대비 노인장기요양시설 정원 비율(평균)은 2.13%였다. 사례 조사지역의 65세 이상 인구 대비 노인장기요양시설 정원 비율은 청양군 0.07%, 고령군 0.31%, 진안군 3.68%, 양주시 4.01%로 나타났다.

사례지역 심층조사 방법은 초점집단 대상 간담회 및 면접조사, 노인장기

요양서비스 대상자 및 보호자 대상 심층면접 및 관찰, 노인장기요양기관의 관리운영 담당자 대상 우편 설문조사 등을 실시하였다.

초점집단 대상 간담회 및 면접조사는 4개 사례지역을 연구진이 직접 방문하여, 각 지역의 노인장기요양기관장, 실무담당자, 요양보호사, 요양서비스 이용자 및 보호자, 노인장기요양보험운영센터 관계자, 노인복지 관련 공무원 등을 대상으로 간담회 및 면접조사를 실시하였다. 일부 노인장기요양기관에 대해서는 직접 방문하여 심층조사를 실시하였다.

노인장기요양서비스 대상자 및 보호자 대상 심층면접 및 관찰은 노인장기요양서비스 대상자의 거주지역, 연령, 성별, 요양등급, 주요 질병, 보호자(주 수발자)의 연령, 성별, 직업, 해당 가구의 국민기초생활보장 수급 여부 등을 고려하여 20호의 조사대상 가구(표 1-1 참조)를 선정하였다. 지역별로는 청양군 4가구, 고령군 4가구, 진안군 6가구, 양주시 6가구이고, 요양등급별로는 1급 6가구, 2급 6가구, 3급 8가구이다. 요양서비스 대상자 성별은 남자 10명, 여자 10명이며, 요양서비스 대상자의 주요 질병은 중풍 10명, 치매 4명, 관절염 5명, 우울증 1명이다. 그리고 국민기초생활보장 수급 여부는 일반(국민건강보험 가입자) 13가구, 국민기초생활보장 수급자 6가구, 의료급여 1가구이다.

노인장기요양기관의 관리운영 담당자 대상 우편 설문조사는 4개 사례지역의 노인장기요양기관 전체인 86개 기관(다목적 복합기관은 1개 기관으로 산정)을 대상으로 하였다. 설문조사 완료 기관수는 49개 기관으로 설문지 회수(완료) 비율은 57%이다. 이것을 요양기관 종류별로 구분해보면 시설급여(입소시설)기관이 16개소(노인요양시설 10, 노인공동생활가정 6개소), 재가급여기관 33개소이다. 지역별로 살펴보면, 청양군 10개소(회수율 71%), 고령군 6개소(회수율 67%), 진안군 9개소(회수율 64%), 양주시 24개소(회수율 49%)이다.

표 1-1. 심층면접 및 관찰 대상자의 일반현황

대상 가구	거주 지역	노인장기요양서비스 대상자				보호자 (주 수발자)			국민기초 생활보장 수급 여부
		연 령	성 별	요양 등급	주요 질병	연 령	성 별	직업	
A	청 양 군	68	남	1	중풍	61	여	농업	일반
B		54	남	2	치매	50	여	미화원 (유치원)	일반
C		81	남	3	중풍	83	여	무	의료급여
D		75	남	3	관절염	72	여	무	수급자
E	고 령 군	90	남	1	중풍	84	여	무	일반
F		92	여	3	관절염	65	여	농업	일반
G		83	여	2	관절염	50	여	회사원 (가족요양)	일반
H		77	남	2	우울증	72	여	농업	일반
I	진 안 군	73	남	3	중풍	67	여	무	수급자
J		75	여	3	관절염	80	남	무	수급자
K		94	여	2	중풍	-	-	-	수급자
L		71	여	1	중풍	75	남	무	일반
M		75	여	1	중풍	79	남	무	일반
N		82	남	2	중풍	78	여	무	일반
O	양 주 시	73	남	1	중풍	66	여	가족요양	일반
P		75	여	1	중풍	45	여	요양보호사 (입소시설)	수급자
Q		88	여	2	치매	45	여	요양보호사 (입소시설)	일반
R		88	여	3	치매	58	여	농업	일반
S		89	여	3	치매	55	여	회사원	일반
T		82	남	3	관절염	76	여	농업	수급자

4.2. 자료 분석 방법

현재 노인장기요양보험 관련 자료를 보유하고 있는 기관은 정부 주무부처인 보건복지가족부와 사업시행기관인 국민건강보험공단이다. 그러나 제도 시행이 1년 정도 밖에 되지 않기 때문에 관련 자료들이 정리되어 있지 않고, 경우에 따라서는 해당 자료를 구하기가 힘들다. 따라서 본 연구에서는 보건복지가족부와 국민건강보험공단에 방문 및 전화·문서를 통하여 관련 자료 수집에 대한 협조를 요청하였고, 자료가 없는 경우에는 공단이 보유한 원자료를 여러 차례 협조요청을 한 끝에 어렵게 확보하여 재정리 및 재분석 등의 과정을 거쳐서 군 및 도농복합시 관련 기초 통계자료를 도출하였다. 따라서 제2장에서 보는 바와 같이 이용자료의 기준 시점이 각각 다르다. 위와 같은 이유로 본 연구에서 제시된 농어촌 관련 통계들은 우리나라에서 처음 공표되는 자료라고 할 수 있다. 우편 설문조사 결과는 SPSS(Statistical Package for the Social Sciences) 프로그램을 사용하여 빈도, 평균, 기타 통계적 분석을 실시하였다. 면접조사 결과 및 사례지역 현지조사 결과는 도표 및 서술방식으로 정리하였다.

1. 노인장기요양보험제도의 도입 배경과 추진 경과

1.1. 도입 배경

1.1.1. 급속한 인구 고령화

우리나라의 인구 고령화 속도는 선진국들의 추종을 불허할 정도로 빠르다(표 2-1 참조). 특히 농어촌인구의 고령화는 도시인구에 비하여 20년 이상 앞서 빠르게 진행되고 있다. 65세 이상 인구 비율을 살펴보면, 1985년에는 도시 2.6%, 농어촌 5.6%이던 것이 2000년에는 도시 5.5%, 농어촌 14.7%로, 2005년에는 도시 7.2%, 농어촌 18.6%로 각각 증가하였다.

표 2-1. 국가별 인구 고령화 추이

단위: 년

구 분	고령화 (7%) ➡ 고령 (14%)	고령 (14%) ➡ 초고령 (20%)	고령화 (7%) ➡ 초고령 (20%)
한 국	18	8	26 <2026>
독 일	40	37	77 <2009>
프랑스	115	39	154 <2018>
미 국	73	21	94 <2036>
일 본	24	12	36 <2006>

주: < >는 초고령사회 도달 예상 연도임.

자료: 통계청(2005).

독립생활이 여의치 않은 노인들을 주 대상으로 하는 노인장기요양보험 제도는 이미 초고령사회에 접어든 농어촌지역에서 더욱 필요한 사회보험 제도이다.

1.1.2. 가족구조 및 노부모 부양의식의 변화

가족구조가 빠른 속도로 핵가족화 되고 있으며, 특히 노인부부가구, 노인 단독가구가 증가하고 있다. 이러한 가족구조의 변화로 인하여 타인의 도움을 받아서 장기요양을 해야만 하는 노인인구가 증가하고 있다.

핵가족화, 여성의 사회활동 확대, 요양보호기간의 장기화 등으로 개인 또는 가족에 의한 요양보호가 한계에 도달하였다. 치매, 중풍 등의 노인을 돌보는 가정에서는 비용부담, 부양문제 등으로 인한 가족간의 갈등이 증가하고 있다.

가족의 노부모 부양책임 의식은 여전히 높기는 하지만, 최근 급속도로 낮아지는 추세이며, 정부 및 사회의 공동책임 의식이 빠르게 증가하고 있다(석재은, 2009).

1.1.3. 노인의료비의 급증 및 요양비용 부담의 과중

노화의 진행에 따른 신체적, 정신적 쇠퇴로 말미암아 의료서비스의 욕구와 이용이 증가한다. 노년기에는 신체적·정신적 기능 저하, 노인성 질병의 발생 등으로 유병률, 입원률, 입원일 수 등에서 비 고령자보다 높기 때문에 그만큼 의료비의 지출이 증가한다.

인구고령화에 의하여 고령자 중 더욱 많은 의료비가 지출되는 인구집단인 후기고령자 수가 급증하면서 의료비 지출 증가가 전체 국민의 의료비 지출에서 점점 더 큰 비중을 차지하게 된다.

그리고 사회적 입원 현상으로 의료비가 점차 증가하였다. 즉, 치료의 목적보다는 노인을 돌볼 수 있는 가족이 없어 의료기관에 장기간 입원 조치를 하는 사례가 늘어났다. 또한 그동안 중산·서민층 노인이 이용할 수 있

는 요양시설이 절대적으로 부족했으며, 유료시설 이용 시 비용부담(월 100~250만 원)이 과중했다.

1.2. 추진 경과

정부에서는 2005년 7월부터 2008년 6월까지 노인장기요양보험제도의 시범사업을 추진하였다.

1차 시범사업(2005.7~2006.3)은 전국 6개 지역(광주 남구, 강릉, 수원, 부여, 안동, 북제주)에서 국민기초생활보장제도 수급자를 대상으로 실시하였다.

2차 시범사업(2006.4~2007.3)은 전국 8개 지역(광주 남구, 강릉, 수원, 부여, 안동, 북제주, 부산 북구, 완도)에서 일반 노인 중에서 중등증(1~3급) 이상을 대상으로 실시하였다.

3차 시범사업(2007.4~2008.6)은 2차 시범사업 결과를 토대로 전국 13개 지역(광주 남구, 강릉, 수원, 부여, 안동, 북제주, 부산 북구, 전남 완도, 인천 부평구, 대구 남구, 청주, 익산, 하동)에서 대상자, 서비스 내용 등을 확대하여 본 사업과 동일하게 실시하였다.

2007년 4월 2일에 「노인장기요양보험법」이 국회 본회의를 통과하여 4월 27일에 공포되었으며, 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 본격적으로 실시되고 있다.

노인장기요양보험은 혼자서는 일상생활이 어려운 65세 이상 노인들과 치매·중풍 등 장기요양이 필요한 사람부터 적용하고 있다. 2009년 5월 말 현재 20만 2,492명이 시설급여(노인요양시설, 노인전문요양시설, 노인요양공동생활가정)와 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호) 등을 제공받고 있다(보건복지가족부, 2009).

2. 현행 노인장기요양보험제도의 주요 내용

2.1. 제도의 목적

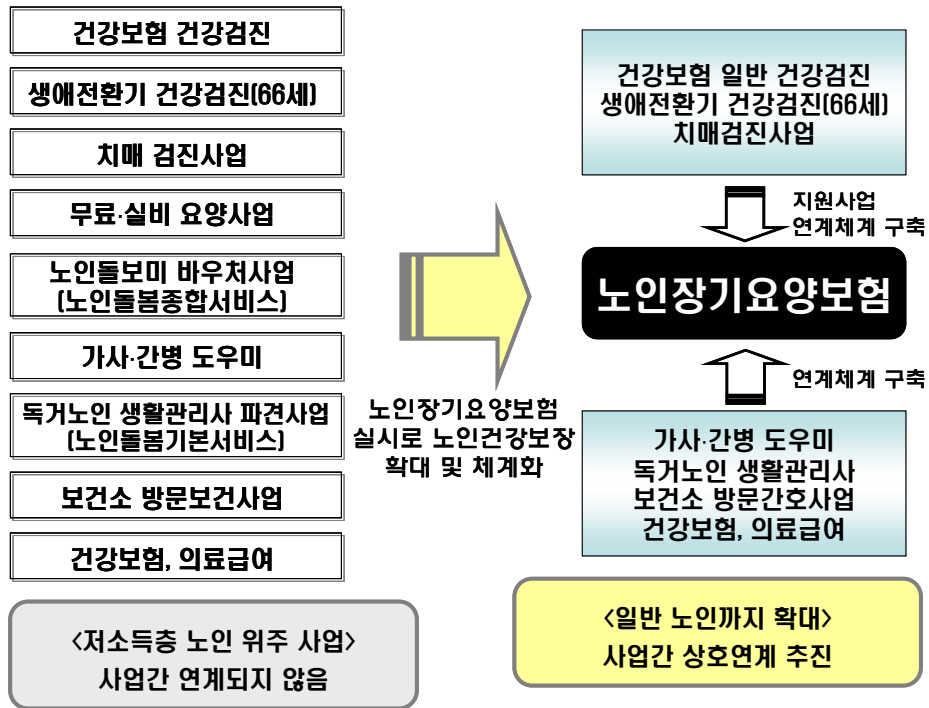
노인장기요양보험제도의 목적은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 신체활동 또는 가사활동 등의 장기요양급여 서비스를 제공하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것이다(노인장기요양보험법 제1조).

2.2. 노인보건복지서비스체계에서의 위상

<그림 2-1>에는 노인보건복지서비스체계에서의 노인장기요양보험의 위상이 나타나 있다. 노인장기요양보험이 실시됨으로써 기존의 노인보건복지서비스가 확대되고 체계화되었다. 저소득층 노인 위주의 사업이 일반 노인까지 확대되었으며, 관련 사업간의 상호연계가 이루어지게 되었다.

국민건강보험의 노인 관련 제도와 노인장기요양보험제도의 차이점을 살펴보면, 국민건강보험은 치매, 중풍 등과 같은 질환의 진단, 입원 및 외래 치료, 재활치료를 목적으로 주로 병·의원 및 약국에서 제공하는 서비스를 급여 대상으로 하는 반면에, 노인장기요양보험제도는 노화 또는 노인성 질환 등으로 인하여 혼자 힘으로는 일상생활을 영위하기 어려운 대상자에게 요양시설이나 재가 장기요양기관을 통해 신체활동 또는 가사지원 등의 서비스를 제공하는 제도라고 할 수 있다.

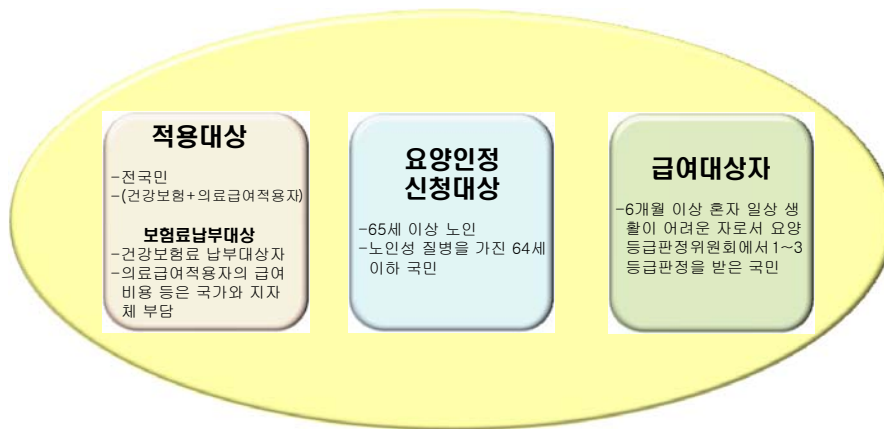
그림 2-1. 노인보건복지서비스체계에서의 노인장기요양보험의 위상



2.3. 노인장기요양보험제도의 대상자

노인장기요양보험제도의 적용대상은 전국민(국민건강보험 및 의료급여 적용자)이며, 보험료 납부대상은 국민건강보험료 납부대상자이다. 요양인정 신청대상은 65세 이상 노인과 치매 및 중풍과 같은 노인성 질병을 가진 64세 이하의 국민이다. 급여대상은 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 자로서 요양등급판정위원회에서 요양등급 1~3등급판정을 받은 국민이다<그림 2-2>.

그림 2-2. 노인장기요양보험제도의 대상자



2.4. 장기요양인정 신청 및 등급판정 절차

<그림 2-3>에는 장기요양인정 신청 및 등급판정 절차가 제시되어 있다.

인정 신청: 본인 또는 대리인(가족, 친족 또는 이해관계인, 사회복지전담 공무원, 시장·군수·구청장이 지정하는 자)이 국민건강보험공단지사(노인장기요양보험운영센터¹⁾)에 장기요양인정을 신청한다. 대리 신청 시에는 대리인 본인임을 확인할 수 있는 신분증을 제시해야 한다(다만, 팩스, 우편접수의 경우 신분증 사본 제출).

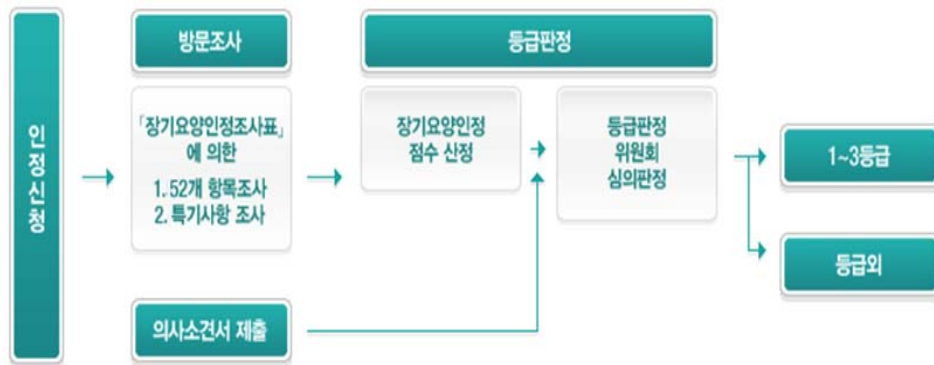
방문조사: 인정신청을 하게 되면 간호사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성된 공단 소속 직원이 직접 방문하여 「장기요양인정조사표」에 따라 52개 평가판정 항목 및 특기사항을 조사한다.

장기요양인정점수의 산정: 신청인의 심신상태를 나타내는 52개 항목의 조사결과를 입력하여 「장기요양인정점수」를 산정한다.

¹ 국민건강보험공단 지사별로 노인장기요양보험업무를 전담하는 운영센터가 설치되어 있다.

등급판정위원회의 심의·판정: 시·군·구 단위로 설치되어 있는 등급판정 위원회는 방문조사 결과, 의사소견서, 특기사항을 기초로 신청인의 기능상 태 및 장기요양이 필요한 정도 등을 등급판정 기준에 따라 심의·판정한다. 신청서를 제출한 날로부터 30일 이내에 판정을 완료한다. 다만, 정밀조사 가 필요한 경우 등 부득이한 경우에는 판정기간을 연장할 수 있다. 등급판 정은 1·2·3등급 및 등급외(A·B·C형)로 한다.

그림 2-3. 장기요양인정 신청 및 등급판정 절차

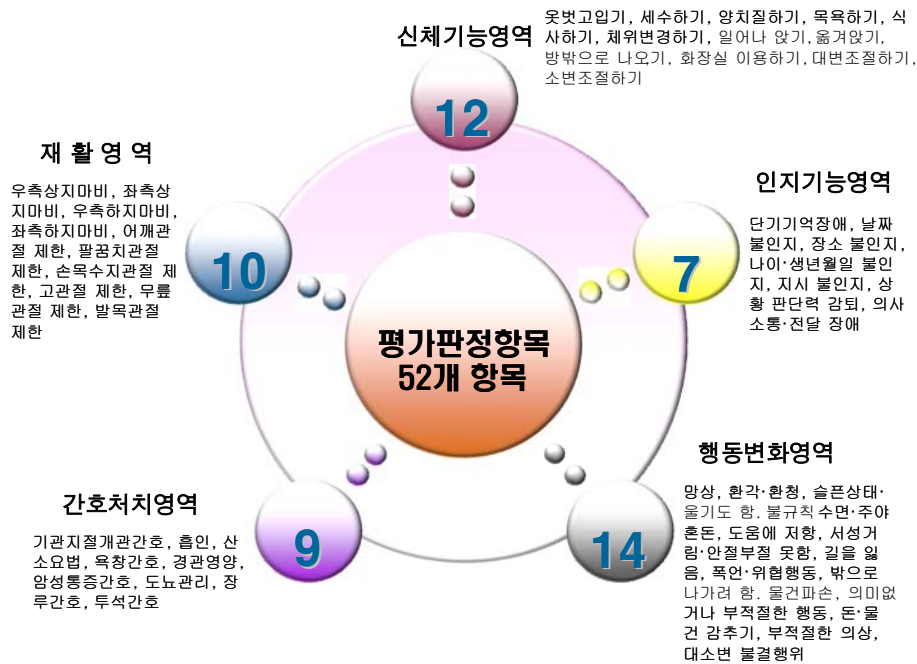


요양인정서 송부: 국민건강보험공단은 등급판정위원회가 장기요양 인정 및 등급판정의 심의를 완료한 경우 지체 없이 장기요양인정서를 작성하여 수급자에게 송부한다. 장기요양인정서를 통해 장기요양등급과 유효기간(최 소 1년) 등을 안내한다. 그리고 수급자가 월 한도액 범위 안에서 장기요양급 여를 원활히 이용할 수 있도록 표준장기요양이용계획(안)도 함께 송부한다.

2.5. 평가판정항목

등급판정조사에서 적용되는 평가판정항목은 총 52개이다. 즉, 평가판정 항목은 신체기능영역 12개, 인지기능영역 7개, 행동변화영역 14개, 간호처 치영역 9개, 재활영역 10개로 구성되어 있다<그림 2-4>.

그림 2-4. 평가판정항목



2.6. 판정등급별 수준

판정등급별 수준은 1~3등급으로 구분된다<표 2-2>. 1등급(최중증)은 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(장기요양인정점수 95점 이상)이다. 즉, 1등급은 혼자서는 거의 움직이지 못하거나 이상 행동이 거의 매일 나타나는 상태이다. 예를 들면, 하루에 대부분을 누워 지내며, 식사 등을 혼자 할 수 없는 사람이 1등급에 해당된다.

2등급(중증)은 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 상태(장기요양인정점수 75점 이상 95점 미만)이다. 즉, 2등급은 일상생활의 기본행동을 하는 데 다른 사람의 상당한 도움이 필요하거나 이상 행동이 자주 나타나는 상태이다. 예를 들면, 혼자 앉을 수 있고 방 안에서 이동할 수 있는 사람이 2등급에 해당된다.

표 2-2. 판정등급별 수준

등급	수 준
1 등 급	○ 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자(장기요양인정점수 95점 이상) - 거의 움직이지 못하고 누워있는 상태 - 식사, 옷입기, 씻기 등의 신체활동에 다른 사람의 전적인 도움 필요 - 중증 치매로 기억, 판단력이 흐려져 주위 사람들에게 문제행동을 자주 보이는 상태(예시: 하루의 대부분을 누워서 지내며 세수 등을 혼자 할 수 없음)
2 등 급	○ 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자(장기요양인정점수 75점 이상 95점 미만) - 먹고, 입고, 씻는 등의 일상생활의 기본 행동을 할 때 다른 사람의 완전한 도움이 필요한 상태 - 치매로 기억, 판단력이 흐려져 주위 사람들에게 문제행동을 가끔 보이는 상태(예시: 혼자서 앉을 수는 있으나, 방안에서 이동할 수 없음)
3 등 급	○ 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자(장기요양인정점수 55점 이상 75점 미만) - 먹고, 입고, 씻는 등의 일상생활의 기본적인 행동에 다른 사람의 부분적인 도움을 받아야 가능 - 가사일이나 집밖의 활동을 할 때 다른 사람의 도움을 받아야 하는 상태(예시: 보행기를 이용하여 가까운 거리는 어렵게 이동할 수 있음)

3등급(중등증)은 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 상태(장기요양인정점수 55점 이상 75점 미만)이다. 예를 들면, 보행기를 이용해서 가까운 거리를 어렵게 이동할 수 있는 사람은 3등급에 해당된다.

1·2등급은 시설급여 및 재가급여 서비스를 이용할 수 있지만, 3등급은 재가급여 서비스만 이용할 수 있다.

등급외 판정 수준은 3단계 유형으로 구분된다<표 2-3>. 등급외 A형은 장기요양인정점수가 45점 이상 55점 미만인 경우이다. 목욕하기, 화장실 이용하기 등과 같은 어려운 항목에서 약간의 도움이 필요하다. 그리고 거

동에는 지장이 없고 인지력이 약간 떨어지는 상태이다.

등급외 B형은 장기요양인정점수가 40점 이상 45점 미만인 경우이다. 일상생활은 목욕하기 등에서 약간의 도움이 필요하나 대부분 자립이 가능하다. 단기 기억장애나 판단력 장애 등 인지력이 약간 떨어져 있는 상태이다.

표 2-3. 등급외 판정 수준

등급	수 준	
등급외 A형	장기요양 인정점수	45점 이상 55점 미만
	거동 관련 장애대상자	• 실내이동은 지팡이를 이용해서 자립 • 목욕하기, 화장실 이용하기 등 어려운 항목에서 약간의 도움이 필요함. • 수발자 없이 장시간 혼자 집안에 머무는 것이 가능함. • 종이접기 등의 프로그램 참여(복지관 이용 가능)
	인지 관련 대상자	• 거동에는 지장이 없고 인지력이 약간 떨어짐. • 청결 관련 항목은 지시해야지만 스스로 행동 • 문제행동은 2~3개 정도가 가끔 나타남. • 종이접기 등의 프로그램 참여(복지관 이용 가능)
등급외 B형	장기요양 인정점수	40점 이상 45점 미만
	거동 관련 장애대상자	• 실내이동은 자립, 실외이동도 자립비율이 높음. • 일상생활은 목욕하기 등에서 약간의 도움이 필요하나 대부분이 자립 가능함. • 만성관절염 호소, 복지관 이용 가능
	인지 관련 대상자	• 단기기억장애나 판단력 장애 등 인지력이 약간 떨어져 있음. • 문제행동도 거의 나타나지 않음. • 목욕하기 등의 어려운 항목에서 약간 도움, 복지관 이용 가능
등급외 C형	장기요양 인정점수	40점 미만
	거동·인지 관련 대상자	신체기능이나 인지기능에 문제가 없는 자로 혼자서 일상생활이 가능하며 건강증진 등 예방서비스가 필요한 대상임.

등급의 C형은 장기요양인정점수가 40점 미만인 경우이다. 신체기능이나 인지기능에 문제가 없는 자로 혼자서 일상생활이 가능하며 건강증진 등 예방서비스가 필요한 대상이다.

국민건강보험공단은 장기요양보험 신청자를 판정하여, 장기요양수급자로 판정받지 못한 자에 대해 등급의 A형, B형, C형으로 구분한 명단과 장기요양인정조사표 사본을 시·군·구에 통보하여 지역에서 적합한 복지·예방서비스를 제공받을 수 있도록 하고 있다. 등급의 A형, B형, C형 중에서 고혈압, 당뇨병, 관절염과 같은 만성질환이 있는 경우 ‘만성질환자 사례관리사업’을 3~6개월간 실시한다. 그리고 등급의 B형, C형을 대상으로 노인 체조, 게이트볼, 생활댄스, 탁구 등의 노인건강사업을 실시한다.

2.7. 장기요양급여의 종류

장기요양급여는 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분할 수 있다. 그리고 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구로 구분할 수 있고, 특별현금급여는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비로 구분할 수 있다<표 2-4>.

방문요양은 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동(세면도움, 구강관리, 머리감기기, 몸단장, 옷 갈아 입히기, 목욕도움, 식사도움, 체위변경, 이동도움, 신체기능의 유지·증진 등)과 일상생활활동(가사지원, 개인활동 지원, 우애서비스 등)을 지원하는 서비스이다.

방문목욕은 장기요양요원이 이동목욕차량, 이동식 욕조 등 목욕설비를 갖추고 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕서비스를 제공하는 것이다. 목욕준비, 목욕실시, 목욕 후 옷 갈아 입히기, 배설처리, 목욕 전후 간단한 상태의 관찰 및 측정하는 행위 등을 포함한다. 필요장비로는 탕형 또는 승합형 이동목욕차, 이동식 욕조 등이다.

방문간호는 장기요양요원인 간호(조무)사 등이 의사, 한의사 또는 치과 의사의 지시서(방문간호지시서)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간

호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 서비스이다. 방문간호지시서를 발급한 의사의 지시에 따라 제공하는 서비스와 의사의 지시 없이 간호(조무)사의 독자적 판단에 의해서 제공이 가능한 서비스로 구분된다.

표 2-4. 장기요양급여의 종류

급여내용		내 용
재가급여	방문요양	수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동과 일상생활활동을 지원
	방문목욕	이동목욕차량, 이동식 욕조 등 목욕설비를 갖추고 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕서비스를 제공
	방문간호	간호(조무)사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(방문간호지시서)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공
	주야간보호	수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	단기보호	수급자를 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공
	복지용구	심신기능이 저하되어 일상생활을 영위하는 데 지장이 있는 대상자의 편의를 도모하고 자립적 활동을 돕는 복지용구를 제공
시설급여		노인복지시설(노인전문병원 제외) 등에 장기간 입소하여 신체활동지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 제공 - 요양시설: 입주자 10인 이상의 시설 - 노인요양공동생활가정: 입주자 5인 이상 10인 미만의 시설
특별현금급여	가족요양비	- 도서·벽지 등 장기요양기관이 부족한 지역에 거주하는 자 - 천재지변 등으로 장기요양급여를 이용하기 어렵다고 인정하는 자 - 신체·정신 또는 성격 등으로 가족 등의 장기요양을 받아야 하는 자
	특례요양비	장기요양기관이 아닌 기관 또는 시설에 입소한 경우, 장기요양급여의 일부 지급
	요양병원간병비	노인전문병원 또는 요양병원에 입원한 경우 간병소요 비용의 일부 지급

주·야간보호는 수급자를 하루 중 일정한 시간동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것이다.

단기보호는 수급자를 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것이다.

복지용구는 심신기능이 저하되어 일상생활을 영위하는 데 지장이 있는 대상자의 편의를 도모하고 자립적 활동을 돕는 용구(휠체어, 지팡이, 전동침대 등)를 제공(대여 또는 구입)하는 것이다. 수급자의 일상생활을 보조함으로써 자립적인 생활을 가능하게 하고 재가서비스의 효과를 극대화한다. 구입전용품목(10종)은 이동변기, 목욕의자, 보행차, 보행보조차, 안전손잡이, 미끄럼 방지용품, 간이변기, 지팡이, 욕창예방 방석, 자세변환용구이며, 구입 또는 대여품목(6종)은 수동휠체어, 전동침대, 수동침대, 욕창예방 매트리스, 이동욕조, 목욕리프트이다. 복지용구의 1인당 연간 한도액은 160만원이다.

시설급여는 노인복지시설(노인전문병원 제외) 등에 장기간 입소하여 신체활동지원 및 심신기능 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것이다. 노인요양시설은 입주자 10인 이상의 입소시설이며, 노인요양공동생활가정은 입주자 5인 이상 10인 미만의 입소시설이다.

가족요양비는 ① 도서·벽지 등 장기요양기관이 부족한 지역에 거주하는 자, ② 천재지변 등으로 장기요양급여를 이용하기 어렵다고 인정하는 자, ③ 신체·정신 또는 성격 등으로 가족 등의 장기요양을 받아야 하는 자에게 지급하는 것으로 현재 월 15만원을 지급하고 있다.

특례요양비는 장기요양기관이 아닌 기관 또는 시설에 입소한 경우, 장기요양급여의 일부를 지급하는 것이지만 아직 시행하지 못하고 있다.

요양병원 간병비는 노인전문병원 또는 요양병원에 입원한 경우 간병 소요 비용의 일부를 지급하는 것이지만 아직 시행하지 못하고 있다.

2.8. 수가

2.8.1. 시설급여

시설급여의 수가를 살펴보면, 노인요양시설(1일당)은 1등급 38,020원, 2등급 34,440원, 3등급 30,860원이고, 노인전문요양시설과 노인요양공동생활가정(1일당)은 1등급 48,150원, 2등급 44,590원, 3등급 41,030원이다<표 2-5>.

표 2-5. 시설급여의 수가

단위: 원/일

구 분	금 액		
	1등급	2등급	3등급
노인요양시설	38,020	34,440	30,860
노인전문요양시설	48,150	44,590	41,030
노인요양공동생활가정	48,150	44,590	41,030

자료: 보건복지가족부(2009a).

2.8.2. 재가급여

방문요양의 수가는 30분에 10,680원, 60분에 16,120원, 90분에 21,360원 등이며 240분에는 39,500원이다. 야간에는 20%, 심야 및 휴일에는 수가가 30% 가산된다<표 2-6>.

표 2-6. 방문요양의 수가

단위: 분, 원

요양 시간	30	60	90	120	150	180	210	240
수가	10,680	16,120	21,360	26,700	30,200	33,500	36,600	39,500

주: 야간가산 20%, 심야 및 휴일가산 30%

자료: 보건복지가족부(2009a).

방문목욕의 수가(방문 당)는 방문목욕차량을 이용하는 경우는 71,290원, 방문목욕차량을 이용하지 않는 경우는 39,590원이다. 입욕하지 않을 경우에는 차량 미 이용 수가의 80%를 산정한다<표 2-7>.

표 2-7. 방문목욕의 수가

단위: 원/방문

차량 이용 여부	차량 이용 시	차량 미 이용 시
수가	71,290	39,590

주: 미 입욕 시, 차량 미 이용 수가의 80% 산정
자료: 보건복지가족부(2009a).

방문간호지시서 발급비용(1회당)은, 의료기관(보건의료원 포함)은 대상자가 의료기관을 방문할 경우는 15,300원, 의사가 가정을 방문하는 경우는 49,300원이다. 보건기관(보건소 및 보건지소)은 대상자가 의료기관을 방문할 경우는 4,100원, 의사가 가정을 방문하는 경우는 9,200원이다<표 2-8>.

표 2-8. 방문간호지시서 발급비용

단위: 원/회

구 분	분 류	금 액
의료기관 (보건의료원 포함)	대상자가 의료기관을 방문하는 경우	15,300
	의사가 가정을 방문하는 경우	49,300
보건기관 (보건소 및 보건지소)	대상자가 보건기관을 방문하는 경우	4,100
	의사가 가정을 방문하는 경우	9,200

자료: 보건복지가족부(2009a).

방문간호의 수가는 30분 미만은 28,700원, 30분 이상 60분 미만은 36,650원, 60분 이상은 44,300원이다. 야간에는 20%, 심야 및 휴일에는 30% 수가가 가산된다<표 2-9>.

표 2-9. 방문간호의 수가

단위: 원/방문

간호시간	30분 미만	30분 이상 60분 미만	60분 이상
수가	28,700	36,650	44,600

주: 야간 가산 20%, 심야 및 휴일 가산 30%
 자료: 보건복지가족부(2009a).

주야간보호의 수가(1일 당)는 이용시간에 따라서 1등급은 최저 24,960원부터 최고 49,920원까지이고, 2등급은 최저 22,740원부터 최고 45,480원까지이며, 3등급은 최저 19,140원부터 최고 38,280원까지이다<표 2-10>.

표 2-10. 주야간보호의 수가

단위: 원/일

보호 시간	등급별 수가		
	1등급	2등급	3등급
3시간 이상 ~ 6시간 미만	24,960	22,740	19,140
6시간 이상 ~ 8시간 미만	33,280	30,320	25,520
8시간 이상 ~ 10시간 미만	41,600	37,900	31,900
10시간 이상 ~ 12시간 미만	45,760	41,690	35,090
12시간 이상	49,920	45,480	38,280

자료: 보건복지가족부(2009a).

단기보호의 수가(1일당)는 1등급은 43,300원, 2등급은 39,600원, 3등급은 35,900원이다<표 2-11>.

표 2-11. 단기보호의 수가

단위: 원/일

등급	1등급	2등급	3등급
수가	43,300	39,600	35,900

자료: 보건복지가족부(2009a).

재가급여의 월 한도액은 1등급은 1,140,600원, 2등급은 971,200원, 3등급은 814,700원이다<표 2-12>.

표 2-12. 재가급여 월 한도액

단위: 원

등급	1등급	2등급	3등급
월 한도액	1,140,600	971,200	814,700

자료: 보건복지가족부(2009a).

2.8.3. 기타

가족요양비(월)는 1·2·3등급 모두 150,000원이다<표 2-13>.

표 2-13. 가족요양비

단위: 원/월

등급	1등급	2등급	3등급
가족요양비	150,000		

자료: 보건복지가족부(2009a).

의사소견서 발급비용(1회당)은 「의료법」에 따른 의료기관(보건의료원 포함)은 28,100원이고, 「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소는 18,500원이다<표 2-14>.

표 2-14. 의사소견서 발급비용

단위: 원/회

구 분	금 액
「의료법」에 따른 의료기관(보건의료원 포함)	28,100
「지역보건법」에 따른 보건소 및 보건지소	18,500

자료: 보건복지가족부(2009a).

2.9. 노인장기요양 급여의 제공

노인장기요양급여 수급자의 장기요양서비스는 소재지를 관할구역으로 하는 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받은 장기요양기관에서 제공한다. 수급자와 장기요양기관은 장기요양급여 개시 전에 계약서를 체결해야 한다. 수급자는 장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여를 받을 수 있다.

장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(비 급여 대상)은 ① 식사 재료비, ② 상급침실 이용에 따른 추가 비용, ③ 이·미용비, ④ 일상생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 보건복지가족부장관이 정하여 고시한 비용 등이다.

2.10. 재원조달 및 관리운영기관

노인장기요양보험의 재원은 노인장기요양보험료, 국고지원, 이용자 본인 부담금으로 조달된다. 노인장기요양보험료는 국민건강보험료와 통합 징수되지만 독립회계로 관리되고 있으며, 2009년도 장기요양보험료율은 국민건강보험료액의 4.78%이다. 장기노인장기요양보험 평균 보험료는 2008년에는 약 2,700원이었고, 2009년에는 약 3,250원이다.

국가는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 해당하는 비용을 부담한다. 2009년도의 재정부담은 보험료가 12,055억원, 정부 부담 8,605억원 정도이다(보건복지가족부, 2009). 장기요양비용의 20%(재가는 15%)는 이용자 본인이 부담한다. 그러나 국민기초생활보장 수급자는 무료이다. 의료급여수급권자 등 저소득층은 각각 1/2을 경감(시설 10%, 재가 7.5%) 받는다.

관리운영기관은 국민건강보험공단이다. 국민건강보험공단에서는 등급판정, 보험료 부과 및 징수, 급여비용의 심사 및 지급 등을 수행한다. 이를 위해 전국 225개 지사에 노인장기요양운영센터를 설치하였으며, 간호사, 사회복지사 등 2,500명을 채용하여 교육·배치하였다.

3. 농어촌지역 노인장기요양보험제도의 추진 현황

3.1. 등급판정 현황

<표 2-15>에는 2008년 7월에 노인장기요양보험제도가 도입되어 처음으로 확정된 등급판정 현황('08. 8. 18)이 제시되어 있다. 장기요양 등급판정자 수(등급 및 등급외)는 7대 광역시 66,128명, 일반시 32,382명, 도농복합시 53,837명, 군 43,919명이며, 전국 총 수는 196,266명으로 나타났다.

표 2-15. 등급판정 현황('08.8.18)

단위: 명, %

구 분		7대 광역시	일반시 (25개)	도농복합시 (52개)	군 (88개)	전국
65세 이상 인구(A)		2,009,720	771,999	1,368,497	919,057	5,069,273
등급자	1등급	19,731	9,299	14,315	9,387	52,732
	2등급	15,674	7,442	11,805	7,664	42,585
	3등급	21,937	10,440	18,188	13,916	64,481
	계(B)	57,342	27,181	44,308	30,967	159,798
등급외자	A형	4,842	2,639	5,099	6,124	18,704
	B형	2,182	1,261	2,159	3,055	8,657
	C형	1,762	1,301	2,271	3,773	9,107
	계(C)	8,786	5,201	9,529	12,952	36,468
등급판정자(등급자, 등급외자) 수 (B + C = D)		66,128	32,382	53,837	43,919	196,266
65세 이상 인구 대비 등급판정자 수 비율 (D/A*100)		3.3	4.2	3.8	4.8	3.9
65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급) 비율 (B/A*100)		2.9	3.5	3.2	3.4	3.2

자료: 국민건강보험공단의 시군구별 등급판정결과 현황 원자료(2008년 8월 18일)를 재분석함.

65세 이상 인구 대비 등급판정자 수의 비율은 군(4.8%)이 가장 높고 7대 광역시(3.3%)가 가장 낮았다. 장기요양 등급자(1~3등급)는 7대 광역시(57,342명)가 가장 많았고, 일반시(27,181명)가 가장 적었다. 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급)의 비율은 군(3.4%)이 가장 높았고, 7대 광역시(2.9%)가 가장 낮았다. 등급외자(A·B·C형)는 군(12,952명)이 가장 많았고, 일반시(5,201명)가 가장 적었다.

표 2-16. 등급판정 현황('09.6.8)

단위: 명, %

구 분		7대 광역시	일반시 (25개)	도농복합시 (52개)	군 (88개)	전국
65세 이상 인구(A)		2,009,720	771,999	1,368,497	919,057	5,069,273
등급자	1등급	23,028	10,328	16,022	10,224	59,602
	2등급	26,419	11,759	18,785	12,439	69,402
	3등급	48,011	20,304	36,274	27,179	131,768
	계(B)	97,458	42,391	71,081	49,842	260,772
등급외자	1등급	10,274	4,644	10,403	10,694	36,015
	2등급	4,605	2,441	4,879	5,907	17,832
	3등급	2,558	2,051	3,524	5,077	13,210
	계(C)	17,437	9,136	18,806	21,678	67,057
등급판정자(등급자, 등급외자) 수 (B + C = D)		114,895	51,527	89,887	71,520	327,829
65세 이상 인구 대비 등급판정자 수 비율 (D/A*100)		5.7	6.7	6.6	7.8	6.5
65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급) 비율 (B/A*100)		4.8	5.5	5.2	5.4	5.1

자료: 국민건강보험공단의 시군구별 등급판정결과 현황 원자료(2009년 6월 8일)를 재분석함.

<표 2-16>에는 2009년 6월 현재 등급판정 현황('09.6.8)이 제시되어 있다. 장기요양 등급판정자(등급자 및 등급외자) 수는 7대 광역시 114,895명, 일반시 51,527명, 도농복합시 89,887명, 군 71,520명이며, 전국 총 수는 327,829명으로 나타났다.

65세 이상 인구 대비 등급판정자 수의 비율은 군(7.8%)이 가장 높았고, 7대 광역시(5.7%)가 가장 낮았다. 장기요양 등급자(1~3등급)는 7대 광역시(97,458명)가 가장 많았고, 일반시(42,391명)가 가장 적었다. 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급)의 비율은 일반시(5.5%)가 가장 높았고, 7대 광역시(4.8%)가 가장 낮았다. 등급외자(A·B·C형)는 군(21,678명)이 가장 많았고, 7대 광역시(17,437명)가 가장 적었다.

2008년 등급판정 현황('08.8.18)과 2009년 등급판정 현황('09.6.8)을 비교해보면, 모든 지역(7대 광역시, 일반시, 도농복합시, 군)에서 등급판정자 수가 크게 증가했음을 알 수 있다. 이것은 노인장기요양보험이 도입된 지 1년 정도가 경과함에 따라 이 제도에 대한 국민들의 인식이 호전되어 더 많은 사람들이 등급판정 신청을 했기 때문인 것으로 판단된다.

3.2. 노인장기요양기관 현황

<표 2-17>에는 노인장기요양기관 현황('09.5.31 현재)이 제시되어 있다. 시설급여(입소)기관은 7대 광역시 519개소(25.7%), 일반시 393개소(19.5%), 도농복합시 677개소(33.6%), 군 427개소(21.2%)로 전국에 총 2,016개소가 있다. 시설급여기관의 정원은 전국적으로 76,216명이며, 도농복합시(25,356명)가 가장 많았고, 일반시(13,361명)가 가장 적었다. 시설급여기관의 현원은 전국적으로 60,874명이며, 도농복합시(19,900명)가 가장 많았고, 일반시(10,780명)(17.7%)가 가장 적었다.

재가급여기관은 전국에 13,815개소가 있으며, 7대 광역시(5,795개소)가 가장 많았고, 군(1,997개소)이 가장 적었다. 주야간 및 단기보호시설의 정원은 전국적으로 총 25,111명이며, 7대 광역시(9,747명)가 가장 많았고, 군

(3,186명)이 가장 적었다. 주야간 및 단기보호시설의 현원은 전국적으로 16,558명이며, 7대 광역시 6,818명(41.2%)가 가장 많았고, 군(1,903명)이 가장 적었다.

표 2-17. 노인장기요양기관 현황('09.5.31)

단위: 명, %

구 분	기관 수		시설급여기관		재가급여기관 (주야간 및 단기보호)	
	시설급여	재가급여	정원	현원	정원	현원
7대 광역시	519 (25.7)	5,795 (41.9)	21,653 (28.4)	17,910 (29.4)	9,747 (38.8)	6,818 (41.2)
일반시 (25개)	393 (19.5)	2,352 (17.0)	13,361 (17.5)	10,780 (17.7)	5,495 (21.9)	3,506 (21.2)
도농복합시 (52개)	677 (33.6)	3,671 (26.6)	25,356 (33.3)	19,900 (32.7)	6,683 (26.6)	4,331 (26.1)
군(88개)	427 (21.2)	1,997 (14.5)	15,846 (20.8)	12,284 (20.2)	3,186 (12.7)	1,903 (11.5)
전국	2,016 (100.0)	13,815 (100.0)	76,216 (100.0)	60,874 (100.0)	25,111 (100.0)	16,558 (100.0)

자료: 국민건강보험공단의 노인장기요양보험 시군구 통계자료(2009년 5월 31일)를 재분석함.

3.3. 노인장기요양급여 이용 현황

2009년 5월 말 현재 전체 등급자 25만 9,456명 중 78%인 20만 2,492명이 요양급여를 이용 중이다<표 2-18>. 농어촌(읍·면)지역의 요양급여 이용자 수는 현재 정확한 통계자료가 없기 때문에 추정할 수밖에 없다. 노인장기요양보험 수급자 중에서 농어촌지역에 거주하는 사람이 대략 1/3을² 차

² 전혜숙 의원이 대표 발의한 노인장기요양보험법 일부개정법률(안) 관련 자료에 따르면 농어촌지역 수급자 수는 전체수급자의 34.6%를 차지함.

지한다고 보면, 요양급여를 이용하고 있는 농어촌주민은 대략 66,800명 정도라고 볼 수 있다. 급여비 본인 부담이 없는 국민기초생활보장 수급자(전국)의 경우 이용율이 85.6%로 나타났다. 재가급여 이용자는 전체 인정자의 53.5%, 전체 이용자의 68.6%로 나타나 요양급여 이용자의 대다수가 재가급여를 이용 중임을 알 수 있다.

등급자 수 대비 이용자 수 비율은 '08년 7월 52.2%에서 '09년 5월말 현재 78%로 지속적으로 증가하고 있다<표 2-19>. 급여종류별 이용자 추이를 살펴보면, 재가급여 이용자 수는 '09년 5월 현재 138,811명으로 급여개시 시점인 '08년 7월 29,874명에 비해 무려 4배 이상 증가하였다. 반면, 시설급여 및 가족요양비 이용자 수는 소폭 증가에 그쳤다.

표 2-18. 장기요양급여 이용자 현황('09.5.31)

단위: 명, %

구 분		등급자 수	시설급여 이용자	재가급여 이용자	가족요양비 이용자	이용자 합계
전체		259,456	62,677 (24.2)	138,811 (53.5)	1,004 (0.4)	202,492 (78.0)
수 급 유 형	일반	198,649	40,128 (20.2)	110,019 (55.4)	812 (0.4)	150,959 (76.0)
	기초 수급	57,578	22,029 (38.3)	27,103 (47.1)	180 (0.3)	49,312 (85.6)
	의료 급여	3,229	520 (16.1)	1,689 (52.3)	12 (0.4)	2,221 (68.8)
등 급	1등급	59,680	23,324 (39.1)	22,305 (37.4)	89 (0.1)	45,718 (76.6)
	2등급	69,099	26,158 (37.9)	30,509 (44.2)	196 (0.3)	56,863 (82.3)
	3등급	130,677	13,195 (10.1)	85,997 (65.8)	719 (0.6)	99,911 (76.5)

주: 시설급여 및 재가급여는 급여계약내역 통보건 기준
자료: 보건복지가족부(2009b).

표 2-19. 장기요양급여 이용자 추이

단위: 명, %

구 분	'08년 7월	'08년 12월	'09년 5월
등급자 수(A)	146,643	214,480	259,456
전체 이용자 수(B)	76,476	148,749	202,492
전체 이용률 (B/A*100)	52.2	69.4	78.0
시설급여 이용자 수(C)	46,114	56,370	62,677
시설급여 이용률 (C/B*100)	60.3	37.9	30.9
재가급여 이용자 수(D)	29,874	91,431	138,811
재가급여 이용률 (D/B*100)	39.1	61.5	68.6
가족요양비 이용자 수(E)	488	948	1,004
가족요양비 이용률 (E/B*100)	0.6	0.6	0.5

자료: 보건복지가족부(2009b).

1. 사레지역 개황

사레지역(청양군, 고령군, 진안군, 양주시)의 지리적 특성을 살펴보면, 청양군은 충청남도 중앙에 위치하여 동쪽은 공주시, 서쪽은 보령시, 남쪽은 부여군, 북쪽은 홍성군과 예산군에 인접해 있으며 인구(2008년)는 33,456명이다. 고령군은 경상북도의 하단부에 위치하여 서쪽으로는 경상남도와의 도계를 이루고, 동쪽은 낙동강이 관내 4개 면을 우회하면서 달성군과 경계하여 흐르고, 북쪽은 성주군과 인접해 있으며 인구(2008년)는 35,925명이다. 진안군은 전라북도의 동부산악권에 위치하여 동쪽으로는 무주와 장수, 남쪽으로는 장수와 임실, 서쪽으로는 완주, 북쪽으로는 충남 금산에 인접해 있으며 인구(2008년)는 27,230명이다. 진안군의 경우, 전북의 젓줄인 용담댐이 완공되어 용담면, 주천면, 정천면, 안천면, 상전면, 진안읍 등 진안군 전체 면적의 절반에 해당하는 일천여 만평이 수몰되었다. 양주시는 경기도 동북부에 위치하여 동쪽으로는 포천, 서쪽으로는 고양과 파주, 남쪽으로는 서울과 의정부, 북쪽으로는 동두천과 연천군과 인접해 있으며 인구(2009년)는 186,276명이다.

2. 노인장기요양기관 현황

사례지역의 노인장기요양기관 현황을 살펴보면, 청양군에는 14개소(시설급여 1, 재가급여 13), 고령군에는 9개소(시설급여 0, 재가급여 9), 진안군에는 14개소(시설급여 4, 재가급여 10), 양주시에는 49개소(시설급여 17, 재가급여 32)의 요양기관이 있다<표 3-1>.

표 3-1. 사례지역의 노인장기요양기관 현황

단위: 개소, 명

구 분	기관 수			시설급여(입소)		재가급여 (주야간 및 단기보호)	
	시설급여	재가급여	계	정원	현원	정원	현원
청양군	1	13	14	6	1	0	0
고령군	0	9	9	0	0	24	18
진안군	4	10	14	228	160	40	9
양주시	17	32	49	622	435	70	52
합계	22	64	86	856	596	134	79

자료: 국민건강보험공단의 노인장기요양보험 통계자료(2009년 1월 30일)를 재분석함.

청양군에는 시설급여(입소)기관이 1개소 있고, 재가급여기관이 13개소 있다. 시설급여기관은 노인공동생활가정으로서 정원이 6명인데 현원은 1명에 불과한 것으로 나타났다. 재가급여기관은 13개소인데, 주야간 및 단기보호 서비스를 제공하는 기관은 없고, 복지용구사업소는 2개소가 있다.

고령군에는 시설급여기관이 없고, 재가급여기관은 9개소 있다. 주야간보호 및 단기보호 서비스 정원은 24명인데 현원은 18명으로 나타났다. 주야간보호서비스 제공 기관은 대창재가노인복지센터, 천사방문요양센터, 보람노인복지센터이다. 복지용구사업소는 1개소가 있다.

진안군은 시설급여기관이 4개소, 재가급여기관이 10개소 있다. 주야간

및 단기보호 서비스 정원은 40명인데 현원은 9명에 불과했다. 시설급여기관 중 1개소(햇살어울림)는 노인공동생활가정으로 정원이 9명인데 현원은 5명이다. 주야간보호 및 단기보호 서비스는 정원은 40명인데 현원은 9명이다. 주야간보호서비스 기관은 진안군복합노인복지센터이다. 단기보호서비스 기관은 밀알재가노인복지센터, 진안군복합노인복지센터, 임마누엘단기보호센터이다. 복지용구사업소는 1개소가 있다.

양주시에는 시설급여기관이 17개소, 재가급여기관이 32개소 있다. 주야간 및 단기보호 서비스 정원은 70명인데 현원은 52명으로 나타났다. 복지용구사업소는 1개소가 있다.

전체적으로 볼 때, 재가급여기관(주야간 및 단기보호 제외)은 4개 사례지역에서 공급 과잉 상태를 알 수 있다. 그러나 시설급여(입소)기관은 진안군과 양주시에서는 공급 과잉 상태이나, 청양군과 고령군에서는 현재 공급 부족 상태이다. 하지만 청양군과 고령군은 2009년에 각각 2개의 입소시설이 완공되면 시설급여 수요를 충족할 전망이다.

3. 장기요양 인정 및 등급판정

<표 3-2>에는 2008년 8월 18일 현재 사례지역의 노인인구 및 노인장기요양보험 등급판정 현황이 제시되어 있다.

장기요양 등급판정자(등급자 및 등급외자) 수는 청양군 382명, 고령군 290명, 진안군 378명, 양주시 530명으로 나타났다. 65세 이상 인구 대비 등급판정자 수의 비율은 진안군(5.2%)이 가장 높았고, 양주시(3.1%)가 가장 낮았다.

장기요양 등급자(1~3등급)는 청양군 253명, 고령군 174명, 진안군 282명, 양주시 485명으로 나타났다. 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급)의 비율은 진안군(3.9%)이 가장 높았고, 고령군(2.3%)이 가장 낮았다. 등급외자(A·B·C형)는 청양군(129명)이 가장 많았고, 양주시(45명)가 가장 적었다.

표 3-2. 사례지역의 노인인구 및 노인장기요양보험
등급판정 현황('08.8.18)

단위: 명, %

구 분		청양군	고령군	진안군	양주시
65세 이상 인구(A)		9,043	7,655	7,292	17,244
등급자	1등급	68	69	104	158
	2등급	58	44	67	126
	3등급	127	61	111	201
	계(B)	253	174	282	485
등급외자	A형	57	56	44	26
	B형	50	15	24	7
	C형	22	45	28	12
	계(C)	129	116	96	45
등급판정자(등급자, 등급외자) 수 (B + C = D)		382	290	378	530
65세 이상 인구 대비 등급판정자 수 비율 (D/A*100)		4.2	3.8	5.2	3.1
65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급) 비율 (B/A*100)		2.8	2.3	3.9	2.8

자료: 국민건강보험공단의 시군구별 등급판정결과 현황 자료(2008년 8월 18일)를 재분석함.

<표 3-3>에는 2009년 6월 8일 현재 사례지역의 노인인구 및 노인장기요양보험 등급판정 현황이 제시되어 있다.

장기요양 등급판정자(등급자 및 등급외자) 수는 청양군 755명, 고령군 690명, 진안군 691명, 양주시 1,059명으로 나타났다. 65세 이상 인구 대비 등급판정자 수의 비율은 진안군(9.5%)이 가장 높았고, 양주시(6.1%)가 가장 낮았다.

장기요양 등급자(1~3등급)는 청양군 492명, 고령군 462명, 진안군 434

명, 양주시 937명으로 나타났다. 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급)의 비율은 고령군과 진안군이 6.0%, 청양군과 양주시가 5.4%인 것으로 나타났다. 등급외자(A·B·C형)는 청양군(263명)이 가장 많았고, 양주시(122명)가 가장 적었다.

사례지역의 2008년 등급판정 현황('08.8.18)과 2009년 등급판정 현황('09.6.8)을 비교해보면, 모든 지역에서 등급판정자 수 및 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급) 비율이 크게 증가했다는 것을 알 수 있다.

표 3-3. 사례지역의 노인인구 및 노인장기요양보험
등급판정 현황('09.6.8)

구 분		단위: 명, %			
		청양군	고령군	진안군	양주시
65세 이상 인구		9,043	7,655	7,292	17,244
등급자	1등급	82	84	100	211
	2등급	113	89	99	221
	3등급	297	289	235	505
	계(B)	492	462	434	937
등급외자	A형	122	125	146	64
	B형	74	46	55	42
	C형	67	57	56	16
	계(C)	263	228	257	122
등급판정자(등급자, 등급외자) 수 (B + C = D)		755	690	691	1,059
65세 이상 인구 대비 등급판정자 수 비율 (D/A*100)		8.3	9.0	9.5	6.1
65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급) 비율 (B/A*100)		5.4	6.0	6.0	5.4

자료: 국민건강보험공단의 시군구별 등급판정결과 현황 자료(2009년 6월 8일)를 재분석함.

4. 노인장기요양보험 이용 현황

4개 사례지역의 노인장기요양급여 전체 이용자 수는 양주시가 1,016명으로 가장 많고, 고령군이 350명으로 가장 적은 것으로 나타났다. 그리고 노인장기요양급여 전체 이용율은 진안군이 88.7%로 가장 높고, 청양군이 70.7%로 가장 낮았다<표 3-4>.

표 3-4. 사례지역 노인장기요양급여 이용자 현황

단위: 명, %

구 분	청양군	진안군	고령군	양주시
등급자 수(A)	638	434	458	1,237
전체 이용자 수(B)	451	385	350	1,016
전체 이용률 (B/A*100)	70.7	88.7	76.4	82.1
시설급여 이용자 수(C)	37	157	0	485
시설급여 이용률 (C/B*100)	8.2	40.8	0	47.7
재가급여 이용자 수(D)	414	228	349	531
재가급여 이용률 (D/B*100)	91.8	59.2	99.8	52.3
가족요양비 이용자 수(E)	0	-	1	0
가족요양비 이용률 (E/B*100)	0	-	0.2	0

주: 진안군, 청양군 5월 31일 기준; 고령군 6월 30일 기준; 청양군 7월 31일 기준
자료: 각 지역 장기요양보험운영센터의 내부자료.

사례지역 49개 요양기관의 노인장기요양보험 수급자(1,269명)의 주요 질병은 중풍(21.1%), 치매(18.7%), 치매 및 중풍(17.8%), 관절염(9.6%) 순으로 나타났다<표 3-5>.

노인요양(전문)시설의 경우, 치매 및 중풍(24.8%), 치매(23.6%), 중풍(12.9%), 혈압(8.6%) 순이고, 노인공동생활가정의 경우, 치매(34.8%), 중풍(30.4%), 치매 및 중풍(8.7%) 순으로 나타났다. 재가급여시설의 경우, 중풍(26.3%), 기타(19.7%), 치매(14.6%), 치매 및 중풍(13.1%), 관절염(13.0%) 순이다.

4개 지역별로 분석해보면, 진안군은 중풍(25.9%), 치매(15.2%), 치매 및 중풍(13.5%) 순이고, 청양군은 중풍(27.5%), 관절염(11.9%) 순이며, 고령군은 관절염(23.0%), 중풍(20.4%), 치매 및 중풍(15.7%), 치매(13.6%) 순이며, 양주시는 치매 및 중풍(26.7%), 치매(25.3%), 중풍(15.2%) 순으로 나타났다.

표 3-5. 사례지역 노인장기요양보험 수급자의 주요 질병

단위: 명, %

구 분	노인요양 (전문)시설	노인요양공동 생활가정	재가급여 시설	전 체
치매	121(23.6)	8(34.8)	108(14.6)	237(18.7)
중풍	66(12.9)	7(30.4)	195(26.3)	268(21.1)
치매·중풍	127(24.8)	2(8.7)	97(13.1)	226(17.8)
관절염	25(4.9)	1(4.3)	96(13.0)	122(9.6)
사고후유증	9(1.8)	0	15(2.0)	24(1.9)
요통	6(1.2)	1(4.3)	39(5.3)	46(3.6)
혈압	44(8.6)	1(4.3)	28(3.8)	73(5.8)
당뇨	29(5.7)	1(4.3)	23(3.1)	53(4.2)
골다공증	1(0.2)	0	25(3.4)	26(2.0)
암	6(1.2)	0	7(0.9)	13(1.0)
기타	33(6.4)	2(8.7)	146(19.7)	181(14.3)
계	513(100.0)	23(100.0)	741(100.0)	1,269(100.0)

자료: 4개 사례지역 49개 요양기관의 노인장기요양보험 수급자 1,269명에 대한 조사 결과임.

사례지역 노인장기요양보험 수급자(1~3등급 1,263명과 기타 43명으로 총 1,306명)의 판정등급 및 의료보장의 종류를 살펴보면, 판정등급은 1등급 254명(19.4%), 2등급 308명(23.6%), 3등급 701명(53.7%), 기타 43명(3.3%)로 나타났다<표 3-6>. 의료보장의 종류는 일반 국민건강보험(일반)은 1등급 13.1%, 2등급 18.5%, 3등급 34.4%으로 나타났고, 의료급여(의료)는 1등급 0.7%, 2등급 1.2%, 3등급 1.8%으로 나타났으며, 국민기초생활보장 수급자(기초)는 1등급 5.7%, 2등급 3.8%, 3등급 13.9%로 나타났다.

표 3-6. 사례지역 노인장기요양보험 수급자의
판정등급 및 의료보장 종류

단위: 명, %

구 분		노인요양 (전문)시설	노인공동 생활가정	재가시설	전체
1등급	일반	108 (21.2)	4 (23.5)	59 (7.6)	171 (13.1)
	의료	3 (0.6)	0 (0.0)	6 (0.8)	9 (0.7)
	기초	59 (11.6)	0 (0.0)	15 (1.9)	74 (5.7)
	계	170 (33.3)	4 (23.5)	80 (10.3)	254 (19.4)
2등급	일반	142 (27.8)	8 (47.1)	92 (11.8)	242 (18.5)
	의료	11 (2.2)	2 (11.8)	3 (0.4)	16 (1.2)
	기초	33 (6.5)	2 (11.8)	14 (1.8)	49 (3.8)
	계	186 (36.5)	12 (70.6)	110 (14.1)	308 (23.6)
3등급	일반	62 (12.2)	0 (0.0)	387 (49.7)	449 (34.4)
	의료	2 (0.4)	0 (0.0)	22 (2.8)	24 (1.8)
	기초	48 (9.4)	1 (5.9)	132 (16.9)	181 (13.9)
	계	112 (22.0)	1 (5.9)	588 (75.5)	701 (53.7)
기타 등급		42 (8.2)	0 (0.0)	1 (0.1)	43 (3.3)
계		510 (100.0)	17 (100.0)	779 (100.0)	1,306 (100.0)

자료: 4개 사례지역 49개 요양기관의 노인장기요양보험 수급자 1,306명에 대한 조사 결과임.

5. 요양인력 수급 실태

사례지역의 요양기관에서 활동 중인 요양보호사의 수는 청양군이 174명, 고령군이 135명, 진안군이 149명, 양주시가 565명이다. 1개 장기요양기관 당 평균 요양보호사 수는 청양군 12.4명, 고령군 15명, 진안군 10.6명, 양주시 11.5명이고 4개 지역 전체 평균은 11.9명으로 나타났다<표 3-7>.

표 3-7. 사례지역의 요양기관에서 활동 중인 요양보호사의 수

단위: 명

구분	청양군	고령군	진안군	양주시	계
요양보호사의 수	174	135	149	565	1,023
장기요양기관 수	14	9	14	49	86
1개 장기요양기관 당 평균 요양보호사 수	12.4	15	10.6	11.5	11.9

자료: 4개 사례지역의 86개 장기요양기관 전수 조사 결과임.

<표 3-8>에는 사례지역 33개 재가급여기관에서 활동 중인 요양보호사의 특성이 제시되어 있다.

시간제 요양보호사의 비율은 청양군이 98.5%, 고령군이 96.9%, 진안군이 41.4%, 양주시가 89.3%이고, 4개 지역 전체 평균은 88.2%로 나타났다. 진안군의 전임제 요양보호사 비율이 특히 높음을 알 수 있다.

남자 요양보호사 비율은 청양군이 14.1%, 고령군이 7.0%, 진안군이 10.3%, 양주시가 4.1%이고, 4개 지역 전체 평균은 8.4%로 나타났다. 고령군과 양주시가 상대적으로 남자 요양보호사의 비율이 낮았다.

농업 겸업 요양보호사 비율은 청양군이 42.2%, 고령군이 27.9%, 진안군이 36.2%, 양주시가 6.5%이고, 4개 지역 전체 평균은 25.5%로 나타났다. 서울 근교지역인 양주시가 농업 겸업 요양보호사 비율이 가장 낮았다.

표 3-8. 사례지역 재가급여기관에서 활동 중인 요양보호사의 특성

단위: %

구분	청양군	고령군	진안군	양주시	계
시간제 요양보호사 비율	98.5	96.9	41.4	89.3	88.2
남자 요양보호사 비율	14.1	7.0	10.3	4.1	8.4
농업 겸업 요양보호사 비율	42.2	27.9	36.2	6.5	25.5

자료: 4개 사례지역의 33개 재가급여기관 대상 조사 결과.

요양보호사교육기관은 청양군에는 청양요양보호사교육원, 고령군에는 고령성모요양보호사교육원과 고령군보건소 부설 요양보호사교육원, 진안군에는 무진장요양보호사교육원, 양주시에는 양주요양보호사교육원과 미션요양보호사교육원이 있다.

요양인력의 수급에 대하여 살펴보면, 요양보호사는 공급이 충분히 되고 있으나 의사, 물리치료사, 영양사 등과 같은 전문인력은 제대로 충원되지 못하고 있다. 4개 사례지역 49개 요양기관의 실태조사 결과에 의하면, 농어촌지역에서는 의사, 물리치료사, 영양사를 구하기가 상당히 어려운 것으로 나타났다. 심지어 양주시에 소재한 시설급여기관에서도 물리치료사나 영양사를 구하지 못해 6개월 이상 공석인 사례까지 발생하고 있다.

6. 노인장기요양서비스 제공 실태

4개 사례지역 33개 재가급여기관의 서비스 제공 유형을 살펴보면, ‘방문요양+방문목욕’이 19개소(57.6%), 방문요양이 5개소(15.2%) 순으로 나타났다<표 3-9>. 단일 서비스보다는 ‘방문요양+방문목욕’과 같이 복합적으로 서비스를 제공하는 경우(75.7%)가 많음을 알 수 있다.

표 3-9. 사례지역 재가급여기관의 서비스 제공 유형

구 분	빈도	비율(%)
방문요양	5	15.2
방문간호	1	3.0
주야간보호	2	6.1
방문요양+방문목욕	19	57.6
방문요양+방문목욕+방문간호	1	3.0
방문요양+방문목욕+방문간호+주야간보호	1	3.0
방문요양+방문목욕+주야간보호	1	3.0
방문요양+방문목욕+복지용구	2	6.1
방문요양+방문목욕+단기보호	1	3.0
계	33	100.0

자료: 4개 사례지역의 33개 재가급여기관 조사 결과.

장기요양서비스는 종류별로 수급 상황이 다른 것으로 나타났다. 방문요양 서비스는 비교적 원활하게 제공되고 있으며, 가족요양의 경우 최대 월 45만원 내외의 현금지원 효과가 있는 것으로 나타났다.

방문간호서비스는 거의 이루어지지 않고 있다. 4개 사례지역 33개 재가급여기관 중에서 방문간호 서비스를 제공하는 기관은 3개소(0.9%)에 불과하다. 방문간호는 수요는 적고, 서비스 만족도는 매우 낮으며, 비용이 많이 드는 것으로 나타났다. 방문간호보다 방문요양 등 다른 서비스를 더 선호하고, 요양기관에서도 간호사를 고용하면 운영수지를 맞추기 어렵다는 의견이다. 1~3등급자들은 가정 안에서 여러 가지 부분의 서비스를 제공받을 수 있는 방문요양을 선호하기 때문에 방문간호서비스를 거의 받지 않고 있다.

주야간보호 및 단기보호도 잘 이루어지지 않고 있다. 4개 사례지역 33개 재가급여기관 중에서 주야간보호나 단기보호서비스를 제공하는 기관은 5개소(15.2%)에 불과하다. 주야간보호 및 단기보호 서비스는 수요의 변동이 매우 크므로 재가급여기관에서 이에 대하여 준비하기가 어렵다고 한다. 수요 자체가 정기적이지 않고 수시로 변동하기 때문에 인력을 고정적으로 고

용하기가 매우 어렵고, 운영 수지도 좋지도 않다는 것이다.

방문목욕은 전용 목욕차량이 없고, 대부분 개조된 차량이나 수급자의 주택에서 이루어지고 있다. 열악한 개조식 방문목욕 차량을 이용하기보다는 수급자의 주택 안에서 목욕서비스를 제공하는 경우가 많다. 목욕을 시킬 때, 대부분의 경우 남자 요양보호사가 필요함에도 불구하고 남자유양보호사가 거의 활동하지 않고 있다. 겨울철에는 목욕시설을 사용하는 것도 좋은 방법이지만, 시설이용은 방문목욕이 아닌 방문요양에 해당되어 수가 적용의 차이가 발생한다.

방문목욕의 경우, 대상자는 목욕을 더 자주하기를 원하는데 반해서 보호자들은 본인 부담금, 수도세 등을 이유로 꺼리는 경향이 있었다. 목욕 빈도는 1주일에 1번 하는 경우가 가장 많았다. 요양보호사 2인 1조로 하루에 목욕을 시킬 수 있는 사람은 최대 4인 정도인 것으로 나타났다. 1인 목욕 서비스 소요 시간은 1~1.5시간 정도이다.

진안군은 방문목욕 서비스가 상대적으로 활성화되어 있고, 청양군에서는 군에서 지역사회연계서비스로 방문목욕을 무료로 제공하고 있다.

복지용구의 종류는 다양하지만 주로 전동침대, 보행보조기, 전동휠체어, 이동변기 등을 선호하고 있었다. 복지용구는 전문 복지용구사무소에서 관리한다. 일정기간 이상부터는 대여하는 것보다 구매하는 것이 더욱 저렴한 것으로 나타났다.

복지용구는 고가이거나 저가가 대다수이며, 중간 정도의 가격대비 품질이 양호한 용구가 부족한 것으로 나타났다. 고가 복지용구는 일본산이 주를 이루고, 저가 복지용구는 중국산이 주를 이루고 있다. 가격대비 품질이 양호한 중가의 국산제품이 필요하나 제품 자체가 별로 없는 실정이다.

7. 노인장기요양기관의 경영 실태

사례지역 49개 장기요양기관의 경영상황을 살펴보면, 기관의 경영상황

이 ‘적자 상태임(적자)’ 21개소(42.8%), ‘수지균형을 맞추고 있음(균형)’ 24개소(49.0%), ‘어느 정도 흑자를 내고 있음(흑자)’ 4개소(8.2%)로 나타났다 <표 3-10>. 즉, 사례지역 49개 장기요양기관의 57.2%(28개소)가 경영상황이 ‘균형 또는 흑자’ 상태임을 알 수 있다.

노인요양(전문)기관은 적자 3개소(30.0%), 균형 7개소(70.0%)이고, 노인공동생활가정은 적자 5개소(83.3%), 균형 1개소(16.7%)이며, 재가급여기관은 적자 13개소(39.4%), 균형 16개소(48.5%), 흑자 4개소(12.1%)로 나타났다. 노인공동생활가정이 적자의 비율이 가장 높았다.

표 3-10. 사례지역 장기요양기관의 경영상황

단위: 개, %

구 분		노인요양 (전문)기관	노인공동 생활가정	재가급여기관	전 체
경영 상황	적자	3 (30.0)	5 (83.3)	13 (39.4)	21 (42.8)
	균형	7 (70.0)	1 (16.7)	16 (48.5)	24 (49.0)
	흑자	0 (0.0)	0 (0.0)	4 (12.1)	4 (8.2)
	계	10 (100.0)	6 (100.0)	33 (100.0)	49 (100.0)

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과.

요양기관의 경영상황을 지역별로 분석해보면, 청양군은 적자 2개소(20.0%), 균형 7개소(70.0%), 흑자 1개소(10.0%)이고, 고령군은 적자 2개소(33.3%), 균형 3개소(50.0%), 흑자 1개소(16.7%)이며, 진안군은 적자 2개소(22.2%), 균형 6개소(66.7%), 흑자 1개소(11.1%)이며, 양주시는 적자 15개소(62.5%), 균형 8개소(33.3%), 흑자 1개소(4.2%)로 나타났다. 지역 간 차이를 비교해보면, 양주시가 특히, 적자의 비율이 높음을 알 수 있다<표 3-11>.

관내(시·군)의 요양기관 수의 적정성에 대한 인식을 살펴보면, ‘아직 부족하다(부족함)’ 2명(4.1%), ‘현재 적정 수준이다(적정)’ 10명(20.4%), ‘현재 너무 많다(과잉)’ 37명(75.5%)로 나타나 응답자의 3/4 정도가 관내의 요양기관 수가 과잉이라고 보고 있음을 알 수 있다<표 3-12>. 지역 간에는

통계적으로 유의적인 차이가 없었다.

노인요양(전문)기관은 ‘부족함’ 1개소(10.0%), ‘적정’ 3개소(30.0%), ‘과잉’ 6개소(60.0%), 노인공동생활가정은 ‘적정’ 3개소(50.0%), ‘과잉’ 3개소(50.0%)로 나타났다. 재가급여기관은 ‘부족함’ 1개소(3.0%), ‘적정’ 4개소(12.1%), ‘과잉’ 28개소(84.8%)로 나타났다. 시설급여(입소)기관과 재가급여기관을 비교해보면, 재가급여기관이 ‘시설 과잉’이라는 응답의 비율(84.8%)이 더 높음을 알 수 있다<표 3-13>.

표 3-11. 요양기관 경영상황의 지역간 비교

단위: 개, %

구 분		청양군	고령군	진안군	양주시	계	통계
경영 상황	적자	2 (20.0)	2 (33.3)	2 (22.2)	15 (62.5)	21 (42.9)	$\chi^2 = 7.70$ $df = 3$ $P < .05$
	균형, 흑자	8 (20.0)	4 (66.7)	7 (77.8)	9 (37.5)	28 (57.1)	
	계	10 (100.0)	6 (100.0)	9 (100.0)	24 (100.0)	49 (100.0)	

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과.

표 3-12. 관내(시·군) 요양기관 수의 적정성에 대한 인식

단위: 개, %

구 분		노인요양 (전문)기관	노인공동 생활가정	재가급여기관	전체
적정성	부족	1 (10.0)	0 (0.0)	1 (3.0)	2 (4.1)
	적정	3 (30.0)	3 (50.0)	4 (12.1)	10 (20.4)
	과잉	6 (60.0)	3 (50.0)	28 (84.8)	37 (75.5)
	계	10 (100.0)	6 (100.0)	33 (100.0)	49 (100.0)

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과.

표 3-13. 요양기관 수의 적정성에 대한 요양기관간의 인식 차이

단위: 개, %

구 분		요양기관 종류		계	통계
		시설급여 (입소)	재가급여		
적정성	부족	7(43.8)	5(15.2)	12(24.5)	$\chi^2 = 4.77$ $df = 1$ $P < .05$
	적정, 과잉	9(56.3)	28(84.8)	37(75.5)	
	계	16(100.0)	33(100.0)	49(100.0)	

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과.

장기요양기관의 경영상 애로사항으로는 ‘수급자 모집의 어려움’ 13명(15.5%), ‘기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해’ 12명(14.3%), ‘인건비 조달’ 8명(9.5%), ‘운영재정이 어려움’ 7명(8.3%), ‘까다롭고 불명확한 등급판정’ 6명(7.1%), ‘수급자 및 보호자의 정보 및 인식 부족’ 6명(7.1%) 등이다<표 3-14>.

표 3-14. 장기요양기관의 경영상 애로사항

구 분	빈 도	비율(%)
수급자 모집의 어려움	13	15.5
기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해	12	14.3
인건비 조달	8	9.5
운영재정이 어려움	7	8.3
까다롭고 불명확한 등급판정	6	7.1
수급자 및 보호자의 정보 및 인식 부족	6	7.1
요양보호사의 전문성 결여	5	6.0
본인부담금 문제	4	4.8
전문인력 채용	4	4.8
잘못된 규정 개정	3	3.6
기타	16	19.0
계	84	100.0

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과(복수 응답).

장기요양기관 종류별 경영상 애로사항은 노인요양(전문)시설은 ‘까다롭고 불명확한 등급판정’(18.8%), ‘인건비 문제’(18.8%) 등이고, 노인공동생활가정은 ‘수급자 모집의 어려움’(42.9%) 등이며, 재가급여기관은 ‘기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해’(18.0%), ‘수급자 모집의 어려움’(14.8%) 등으로 나타났다.

지역별 장기요양기관 경영상 애로사항은 청양군은 ‘수급자 모집의 어려움’(26.7%), ‘수급자 및 보호자의 정보·인식 부족’(20.0%) 등이고, 고령군은 ‘기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해’(37.5%), ‘까다롭고 불명확한 등급판정’(12.5%) 등이며, 진안군은 ‘까다롭고 불명확한 등급판정’(14.3%), ‘기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해’(14.3%) 등이며, 양주시는 ‘수급자 모집의 어려움’(26.7%), ‘기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해’(12.8%), ‘인건비 문제’(12.8%) 등으로 나타났다.

8. 정책 요구사항

4개 사례지역의 49개 장기요양기관 운영자들이 정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 사업은 ‘본인부담금 경감’(16.9%), ‘기관 과열경쟁문제 해결’(14.0%), ‘등급판정체계 개정’(11.3%) 순이다<표 3-15>.

위와 같은 사항은 노인장기요양서비스 대상자 및 보호자들을 대상으로 실시한 심층면접에서도 공통적으로 제기된 정책 요구사항이다.

장기요양기관 운영자들이 정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 사업을 요양기관 종류별로 분석해보면, 노인요양(전문)시설은 ‘수가 상향조정’(26.7%), ‘등급판정체계 개정’(20.0%), ‘현실과 실무자 의견을 반영하여 관련법 개정’(20.0%), 노인공동생활가정은 ‘소규모시설 운영 안정자금 지원’(40.0%), ‘기관 과열경쟁문제 해결’(20.0%), ‘현실과 실무자 의견을 반영하여 관련법 개정’(20.0%), 재가급여기관은 ‘본인부담금 경감’(23.5%) 등으로 나타났다.

정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 사업을 지역별로 분석해보면, 청양군은 ‘본인부담금 경감’(23.5%), 고령군은 ‘본인부담금 경감’(42.9%), ‘기관 과열경쟁문제 해결’(28.6%), 진안군은 ‘본인부담금 경감’(30.0%), ‘기관 과열경쟁문제 해결’(20.0%), ‘교통문제’(20.0%), 양주시는 ‘등급판정체계 개선’(16.2%) 등으로 나타났다.

표 3-15. 정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 사업

구 분	빈 도	비율(%)
본인부담금 경감	12	16.9
기관 과열경쟁문제 해결	10	14.0
등급판정체계 개정	8	11.3
수가 상향조정	6	8.5
현실과 실무자 의견을 반영하여 관련법 개정	6	8.5
소규모시설 운영 안정자금 지원	6	8.5
교통문제(거리, 교통비용, 교통수단) 해결	4	5.6
사각지대 해결	3	4.2
수급자 및 보호자 대상 홍보 및 교육	3	4.2
기타	13	18.3
계	71	100.0

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과(복수 응답).

기존자료 조사, 전문가 의견 수렴, 관련 행정조직 및 기관의 담당자 면담, 사례지역 심층조사결과 등을 토대로 농어촌지역에서의 노인장기요양보험제도의 문제점을 다음과 같이 도출하였다.

1. 장기요양 인정 및 등급판정체계의 문제

현행 노인장기요양보험제도의 장기요양 인정 및 등급판정체계는 다음과 같은 문제가 있다. 첫째, 등급판정체계가 지나치게 엄격하여 실제로 장기요양서비스가 필요한 사람들도 1~3등급을 받지 못하는 경우가 상당수 발생하고 있다. 4개 사례지역에서의 지역주민 및 노인장기요양보험 관계자 등을 대상으로 실시한 면접조사에 의하면 2008년에 비해 2009년에는 인정등급이 잘 나오지 않는다는 것이 공통된 의견이다. 대체로 등급판정 신청자의 1/4~1/3 정도가 탈락하고 있다는 것이다. 4개 사례지역의 노인장기요양보험 등급판정 현황 자료('08.8.18 및 '09.6.8)에서도 이러한 경향을 확인할 수 있다<표 4-1>. 이러한 경향은 최근 국민건강보험공단(2009.6.26)에서 발표한 전국 통계자료에서도 확인할 수 있다. 즉, 이 자료에 따르면, 등급판정자 수 대비 1~3등급 인정자 수의 비율은 2008년 6월에 78.4%이었던 것이 2009년 5월에는 63.5%로 낮아졌다.

2008년도에 비해서 2009년의 등급판정이 잘 나오지 않는 이유는 두 가

지 측면에서 살펴볼 수 있다. 먼저, 2008년도에는 시행 첫 해라는 점에서 다소 융통성 있게 적용했던 등급판정 기준을, 2009년도에는 좀 더 경직되게 적용하는 경향이 있다는 것이 노인장기요양기관의 관계자 및 관련 전문가들의 공통된 의견이다. 2008년도에 비해서 2009년의 등급판정이 잘 나오지 않는 또 다른 이유로는 지난 1년간 장기요양서비스를 이용함으로써 수급자들의 상당수가 기능상태가 호전되었을 가능성도 있다.

표 4-1. 사례지역의 노인장기요양보험
전체 등급판정자 수 대비 등급자(1~3등급) 비율

단위: 명, %

구 분	청양군		고령군		진안군		양주시	
	'08	'09	'08	'09	'08	'09	'08	'09
전체 등급판정자 수 (등급자, 등급외자)	382	755	290	690	378	691	530	1,059
등급자(1~3등급)	253	495	174	462	282	434	485	937
전체 등급판정자 수 대비 등급자(1~3등급) 비율	66.2	65.2	60.0	66.9	74.6	62.8	91.5	88.5

자료: 국민건강보험공단의 시군구별 등급판정결과 현황 자료(2008년 8월 18일 및 2009년 6월 8일)를 재분석함.

둘째, 현행 등급판정체계는 치매, 우울증과 같이 상대방, 장소, 시간 등에 따라서 신체적·정신적 상태가 변하는 경우를 충분히 감안하지 못하고 있다. 예를 들면, 야간에 증세가 더욱 악화되는 치매환자의 경우, 국민건강보험공단 직원이 주간에 조사를 하러 왔을 때는 별 다른 문제가 없는 것처럼 보일 수 있다<관련 사례 1>. 그리고 조울증과 같이 주기적으로 증세가 호전되었다가 또 다시 악화되는 양상을 보이는 경우에는 1회 조사로는 제대로 판정할 수가 없다. 노인의 신체적·정신적 건강상태는 시기에 따라서 상당한 변화가 있기 때문에 한 번의 방문조사 내용을 바탕으로 등급을 판정한다면 잘못된 등급판정을 할 수 있다. 그리고 현행 등급판정체계는 거동 가능 여부가 가장 중요한 기준이 되고 있어서 인지능력이 떨어진 노인

들이 일상생활에서 많은 어려움을 겪고 있음에도 불구하고 요양등급을 받지 못하는 경우가 많다<관련 사례 2>.

<관련 사례 1>

○ 양주시 남면 김○○(63세, 남)

- 어머니(88세)가 치매(3년)와 중풍(2009년 봄)으로 투병 중
- 부인(58세)이 가족요양사로 활동 중인데, 인정 시간을 늘려 주기를 원함.
- 치매노인의 경우 주간에는 증상이 심하지 않다가 야간이 되면 증상이 심각해지는 경향이 있다고 함.

<관련 사례 2>

○ 양주시 남면 최○○(88세, 여)

- 치매로 인지능력이 떨어져 외출하였다가 본인 집에 잘 찾아오지 못함.
- 길을 잃고 여기 저기 방황하다가 이웃이나 아는 사람에 의해서 발견되어 겨우 집에 돌아오는 경우가 많음.
- 외출 후에 집에 돌아오지 않아서 가족들이 경찰서에 신고하여 찾은 경우도 많음.
- 그러나 본인이 거동하는 데 아무런 문제가 없다는 이유로 요양등급을 받지 못했음.

셋째, 의사소견서를 제출하기가 쉽지 않아 등급판정을 못 받는 경우가 많다. 농어촌에서 거동이 원활하지 못한 사람이 병의원 등으로 찾아가서 의사의 진찰을 받고 의사소견서를 제출하는 것이 쉽지 않다. 현행 노인장기요양보험제도에 의하면, 의사소견서는 등급판정위원회 개최 전까지 제출해야 한다. 의사소견서를 제출하지 않으면 등급판정이 불가능하여 장기요양서비스를 이용할 수 없다.

2. 장기요양급여의 공급 불균형 및 요양기관의 경쟁 과열

현재 장기요양급여는 재가급여 및 시설급여의 종류에 따라서 공급이 불균형적으로 이루어지고 있다. 그리고 재정자립도가 낮은 시·군의 경우 장기요양보험제도와 관련된 지원을 지속하는 데 많은 어려움을 겪고 있다.

재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 복지용구)의 경우, 방문요양은 비교적 원활하게 제공되고 있으나 가족요양의 경우에 악용되는 사례가 발견되고 있다<관련 사례 3>. 방문요양은 16.5㎡의 사무실 하나와 요양보호사 3명만 있으면 사업소 개설이 가능하기 때문에 공급 과잉 상태로 기관간의 경쟁이 과열되고 있다. 많은 재가급여기관들이 대상자 유치를 위해 본인부담금을 면제해주거나 상품권이나 물품 등을 제공하거나 요양서비스 대상 노인을 서로 빼가는 등 여러 가지 편법을 동원하는 사례가 발생하고 있다. 이러한 경쟁 과열 현상은 대도시 근교인 양주시의 경우에 더욱 심각한 것으로 나타났다.

<관련 사례 3>

○ 장○○(83세, 여)

- 현재 가족요양 중이지만 며느리가 직장에서 퇴근한 이후 저녁시간에 요양시간을 배정하여, 실제적인 관리 및 보호가 어려움.
- 아들 내외가 출근해서 퇴근하기 전까지 홀로 지내고 있으며, 거동이 힘들어 점심식사를 거르고 있음.
- 가족요양 중이라 다른 요양보호사나 독거노인생활지도사의 도움을 받기도 힘들어 서비스의 사각지대에 놓여 있음.

방문목욕은 전용 목욕차량이 거의 없고, 대부분 개조된 차량이나 수급자의 주택에서 이루어지고 있다. 대형 탑차의 경우에는 농어촌 마을의 도로나 주택 현실과 맞지 않아서 이용 시 불편한 것으로 나타났다. 목욕서비스

를 제공할 때 일반적으로 남자 요양보호사가 필요함에도 불구하고 농어촌 현장에서 남자 요양보호사들이 별로 활동하지 못하고 있다. 4개 사례지역의 33개 재가급여기관에서 활동 중인 요양보호사 중에서 남자 요양보호사의 비율은 8.4%에 불과한 것으로 나타났다. 방문목욕의 경우 이용자 본인 부담금(1회 10,694원) 때문에 보호자들이 이용 횟수를 가급적 줄이려는 경향이 있는 것으로 나타났다.

방문간호는 수요는 적고, 서비스 만족도는 낮으며 비용이 많이 들고 이용자들이 방문요양을 선호하기 때문에 농어촌지역에서 제대로 이루어지지 못하고 있다. 4개 사례지역의 33개 재가급여기관 중에서 방문간호급여를 제공하는 기관은 3개소(0.9%)에 불과한 것으로 나타났다. 현재 방문간호를 하고 있다는 기관은 주로 센터장이나 사무장이 간호사인 것으로 나타났다. 더구나 이들 3개 기관에서 제공한 방문간호 서비스 실적도 매우 미미한 실정이다.

주야간보호 및 단기보호도 농어촌지역에서 잘 이루어지지 못하고 있다. 4개 사례지역 33개 재가급여기관 중에서 주야간보호나 단기보호서비스를 제공하는 기관은 5개소(15.2%)에 불과한 것으로 나타났다.

복지용구는 지역의 복지용구센터나 인터넷을 통한 우편주문 등을 통해서 필요한 물품을 구입하거나 대여하고 있다. 다만 현재 농어촌 지역에서 판매되거나 대여되는 복지용구는 고가이거나 저가가 대다수이며, 가격대비 품질이 양호한 용구가 크게 부족한 것으로 나타났다. 즉, 가격대비 품질이 양호한 중가의 국산제품이 필요하나 제품 자체가 별로 없는 실정이다. 복지용구 대여의 경우, 대체로 대여비가 너무 비싸다는 의견이 많았다.

시설급여(입소)기관은 대도시 근교지역은 공급 과잉 상태이어서 정원을 채우지 못하고 있다. 특히, 노인공동생활가정은 종교단체 등에서 운영하는 특수한 경우를 제외하고는 제대로 운영되지 못하고 있다. 노인공동생활가정의 경우, 가족이나 보호자들이 대규모 입소시설을 선호하는 경향이 있어서 수급자를 모집하는 데 어려움이 많은 것으로 나타났다.

3. 요양보호사의 열악한 근무조건

현재 요양보호사들은 열악한 근무조건에서 힘들게 일하고 있다. 먼저, 요양보호사들의 보수가 너무 낮다. 4개 사례지역 33개 재가급여기관의 자료에 의하면, 요양보호사의 시간당 평균임금은 6,000~8,300원으로 전체 평균임금은 시간당 6,817원으로 나타났다. 그리하여 요양보호사의 월평균 보수는 40~120만원(평균 774,900원)에 불과한 것으로 나타났다. 더구나, 여기에는 이동시간과 이동에 소요되는 경비가 포함되지 않고, 대기시간, 요양서비스 제공 후에 기입하는 보고서 작성시간 등의 업무에 대해서는 아무런 보상이 없다. 시설급여기관(입소시설)에 전임으로 고용되어 있는 요양보호사도 월 120~140만원 정도의 임금을 받고 있을 뿐이다.

요양보호사들의 고용계약상의 신분도 불안정하다. 즉, 요양보호사들은 대부분 시간제로 고용되어 있고, 전임제로 고용되어 있는 경우도 보수는 시간당으로 계산하는 경우가 많다. 4개 사례지역의 33개 재가급여기관의 요양보호사 중에서 시간제 요양보호사의 비율이 88.2%인 것으로 나타났다.

자동차가 없는 요양보호사는 이동에 있어서 어려움이 많고, 현행 ‘도서·벽지지역 방문요양서비스 원거리 교통비 지급기준’도 기준이 너무 엄격하여 실효성이 거의 없다. 원거리 교통비는 방문요양기관이 원거리에 거주하는 수급자(원거리 점수 7점 이상)에게 방문요양 급여를 제공한 경우 1일당 6,000원을 공단에서 방문요양기관으로 지급하며, 수급자 본인 부담금은 없다. 현행 원거리 점수는 장기요양급여비용 고시에서 정한대로 수급자의 실거주지 주소와 가장 가까운 방문요양기관까지의 거리 및 대중교통 운행 횟수 등을 측정하여 산출한다<표 4-2 및 표 4-3>. 그러나 거리측정의 기준에서 방문요양기관을 현재 수급자가 이용하고 있는 요양기관이 아니라 수급자의 실거주지 주소와 가장 가까운 요양기관을 기준으로 점수를 산정하고 있어서 농어촌 현장에서 거의 실효성이 없어서 요양보호사들에게 별로 도움이 되지 못하고 있다.

표 4-2. 원거리 점수 산정기준(도서지역)

기 준 요 소	1점	2점	3점	4점	5점
가장 가까운 육지항구까지의 정기여객선 운항 소요시간	1시간 미만	1시간 이상 2시간 미만	2시간 이상 3시간 미만	3시간 이상 4시간 미만	4시간 이상
선착장까지의 거리	2km 미만	2km 이상 3km 미만	3km 이상 4km 미만	4km 이상 5km 미만	5km 이상
1일 정기여객선 운항 횟수	10회 이상	6회 이상 9회 이하	3회 이상 6회 미만	1회 이상 3회 미만	1회 미만
가장 가까운 방문요양기관까지의 거리(편도)	5km 이내	10km 이내	15km 이내	20km 이내	20km 이상

주: 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준으로 하며, 연육교의 설치로 육지화 되어 있는 지역을 제외함.

자료: 보건복지가족부(2009a).

요양보호사 교육과 관련해서는 재교육의 기회가 부족하고 요양보호사 교육과정에서 치매 관련 교육의 비중이 낮은 것으로 나타났다. 신고제로 인하여 전국적으로 난립되어 있는 요양보호사 교육기관의 교육의 질도 문제가 되고 있다.

요양보호사들은 대상자 유치를 위한 요양기관의 압박과 이용자들의 이해부족 등으로 인해 수급 대상자에 국한하여 신체지원과 가사지원 활동을 하게 되어 있음에도 불구하고 보호자의 청소, 빨래 및 김장, 밭일 등까지 떠맡는 경우도 발생하고 있다.

요양보호사는 감염성 질환, 근골격계 질환, 성희롱 등에 무방비 상태로 노출되는 경우가 많다<관련 사례 4>. 그리고 해당 요양기관에서 근로기준법, 최저임금, 사회보험 가입 등과 같은 법적 준수사항을 지키지 않아서 피해를 보는 경우도 발생하고 있다.

표 4-3. 원거리 점수 산정기준(육지)

기 준 요 소	1점	2점	3점	4점	5점	비 고
가장 가까운 대중교통수단 이용지점까지의 거리	2km 미만	2km 이상 3km 미만	3km 이상 4km 미만	4km 이상 5km 미만	5km 이상 6km 미만	6km 이상은 1km당 1점씩 가산
1일 대중교통 운행편도 횟수	8회 이상	6회 이상	4회 이상	2회 이상	1회 이상	-
가장 가까운 방문요양기관까지의 거리(편도)	5km 미만	5km 이상 10km 미만	10km 이상 15km 미만	15km 이상 20km 미만	20km 이상	-

주: 거리측정은 수급자의 실거주지를 기준을 함.
자료: 보건복지가족부(2009a).

<관련 사례 4>

○ 최○○(45세, 여, 요양보호사)

- 방문목욕서비스 제공 시에 민망한 일이 가끔 발생함.
- 할아버지들이 성희롱 또는 성추행을 시도하는 경우도 있음.
- 목욕서비스 제공 시 수급자가 하의를 입도록 하고 있음.
- 수급자가 감기에 걸렸을 경우에는 요양보호사에게 전염되는 경우도 있음.
- 체중이 많이 나가는 수급자의 경우 목욕서비스를 제공함에 있어서 어려움이 많음.

4. 이용자 본인부담의 과중

서비스 이용자 본인이 부담해야만 하는 이용료(시설 20%, 재가 15%), 비급여 비용(식사 재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비 등) 등의 비용이 과중하여 아예 등급판정 신청을 하지 않거나, 등급인정을 받았음에도 불구하고 요양서비스를 이용하지 않는 경우가 상당 수 있는 것으로 나타났다. 현지 마을조사에서 파악한 바에 따르면, 이용자 본인부담금 때문에 요양서비스를 이용하지 못하고 있는 사례가 마을마다 적어도 2~3 가구 이상인 것으로 나타났다.

본인부담금은 시설급여기관(입소시설)의 경우는 월 50~60만원이고, 재가급여의 경우는 월 12~17만원 정도이다. 차상위계층이나 사회보장제도의 사각지대에 있는 저소득층의 경우 생활비에 있어서 전혀 여유가 없기 때문에 이 정도의 금액도 본인이 부담하기가 매우 어려운 실정이다. 그리하여 본인부담금이 연체되는 경우도 발생하고 결국은 본인부담금을 부담할 수 없어서 요양서비스 이용을 중단하는 사례가 증가하고 있다. 노인장기요양기관 운영자들도 ‘본인부담금으로 인한 문제’(27.0%)를 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점으로 가장 많이 지적했다<표 4-4>.

표 4-4. 요양기관 운영자들이 인식하고 있는
농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점

구 분	빈 도	비율(%)
본인부담금으로 인한 문제	17	27.0
교통문제(거리, 교통비, 교통수단)	14	22.2
수급자 및 보호자의 인식 부족	8	12.7
기관 난립으로 인한 과열경쟁과 폐해	4	6.3
전문인력 채용 문제	3	4.8
보수적인 전통사상으로 인한 입소 거부	3	4.8
기타	14	22.2
계	63	100.0

자료: 4개 사례지역의 49개 장기요양기관 조사 결과(복수 응답).

최근 보건복지가족부에서 발표한 저소득층 본인부담금 지원방안은 농어촌의 경우 국민건강보험료 하위 15%(9천명)에 대하여 본인부담금(비급여 항목은 제외)의 50%를 경감하는 것이다. 이 경우, 시설급여기관 이용 시 본인부담은 35~40만원 정도가 된다. 그러나 저소득계층이 월 35~40만원의 본인부담금을 내는 것은 현실적으로 여전히 어려울 것으로 판단된다.

5. 낮은 인지도

일부 주민을 제외한 대부분의 농어촌주민들은 노인장기요양보험제도에 대하여 잘 모르고 있다. 연구자들이 노인장기요양서비스 대상자 및 보호자를 대상으로 하는 심층면접을 진행하는 과정에서 해당 마을의 이장이나 지역유지들이 노인장기요양보험제도에 대하여 어느 정도 알고 있는지 점검해본 바에 의하면, 대부분의 사람들이 이 제도에 대하여 잘 모르고 있는 것으로 나타났다. 일반 농어촌주민들의 경우, 노인장기요양보험제도 자체를 들어보지 못한 사람이 많았다.

노인장기요양보험제도가 2008년 7월부터 시작되었음에도 불구하고, 제도에 대한 정보가 없어 최근에 등급판정을 받아 노인장기요양서비스를 받게 되었다는 사람도 마을마다 2~3명씩 존재하고 있는 실정이다<관련 사례 5>. 그리고 노인장기요양보험제도에 대한 정보 부족, 보수적인 전통사상 등으로 노인장기요양기관 입소를 거부하는 사례도 발생하고 있다. 또한, 농어촌주민들은 시·군에서 실시하고 있는 자체 노인복지사업과 노인장기요양보험을 잘 구분하지 못하는 경우가 많다.

요양보호사에 대한 주민들의 인식을 살펴보면, 이용자 및 보호자(가족)들이 요양보호사의 역할에 대하여 잘 모르거나 잘못 이해하고 있는 경우가 많다. 수급대상자인 노인뿐만 아니라 가족들까지 요양보호사를 일을 해주는 일종의 도우미로 인식하는 경우가 많으며, 그로 인해 요양보호사 본연의 임무 외의 일들을 시키는 경우가 발생하고 있다. 일부 이용자 또는 보

호자들은 계약기준을 알고 있음에도 불구하고 계약기준 외의 일을 요양보호사에게 시키고 있으며, 이러한 요구를 받아들이지 않았을 때에는 모니터링과정에서 요양보호사를 무능하다고 설명하는 경우가 발생하고 있다.

<관련 사례 5>

○ 양○○씨(86세, 남) 외

- 배우자 61세(여)
- 2005년 12월 중풍 발병
- 배우자가 병원에서 퇴원 시 수동침대와 전동휠체어, 수동휠체어 등의 복지용구를 순수 자부담으로 구매하였고, 4년간 홀로 논 8마지기에 벼농사를 지으면서 병간호를 하고 있음.
- 그럼에도 노인장기요양보험제도에 관하여 2009년 4월에 어느 재가시설 담당자로부터 처음 들었다고 함.
- 마을의 이장이나 유지들도 노인장기요양보험제도에 대하여 잘 모르고 있음.

6. 기타 문제점

이 밖에 등급외 판정자 및 등급판정을 받지 못한 사람들에 대한 대책이 부족하다. 국민건강보험공단의 시군구별 등급판정 결과 현황 자료(2009년 6월 8일)를 분석한 자료에 따르면, 88개 군 지역의 경우, 전체 등급판정자 수 대비 등급외(A·B·C형)의 비율은 30.3%로 나타났다. 4개 사례지역의 경우, 전체 등급판정자 수 대비 등급외(A·B·C형)의 비율은 청양군 34.8%, 고령군 33.1%, 진안군 37.2%, 양주시 11.5%로 나타났다.

국민건강보험공단은 장기요양보험 신청자를 판정하여, 장기요양인정을 받지 못한 사람을 시·군·구에 통보하고 있다. 통보를 받은 시·군·구는 장

기요양 예방 필요자로 통보된 사람에게 신체 상태에 맞게 지역 보건복지서비스를 제공하도록 되어 있다.

그러나 4개 사례지역 조사나 관련 연구(윤일현, 2009) 등에 의하면, 등급외 판정자에 대한 대책이 현장에서는 제대로 실천되지 않고 있으며, 예방 사업으로서 체계적·계획적으로 제공되지 못하고 있는 것으로 나타났다. 다만, 청양군은 상대적으로 등급외 판정자에 대한 지역사회연계서비스가 상대적으로 활발하게 이루어지고 있다. 그리고 시·군의 노인장기요양보험 담당자와 국민건강보험공단 노인장기요양센터와 협력체계도 인력 부족, 지자체 담당자의 관심 부족, 예산 부족 등의 이유로 충분히 작동되지 못하고 있는 실정이다. 그리고 국민건강보험공단에서 등급외 판정자에 대한 사업을 지자체와 연계하려고 해도 이미 시군에서 예산부족으로 더 이상 서비스 대상을 받지 않는 경우도 많은 실정이다. 또한 등급판정을 받지 못한 사람은 지자체, 노인복지기관 등에서 실시하던 노인도우미제도 등도 전혀 받지 못하게 되었다.

노인장기요양보험제도와 관련한 지역별 정보가 충실하지 못하다. 현재 노인장기요양보험 인터넷 홈페이지에서 지역별 자료가 제공되고 있지만 부정확한 정보가 많고 최신 자료의 갱신이 지체되는 경우도 많다. 그리고 국민건강보험공단에서 제공하는 각종 통계자료에서는 전국 및 시도별 자료 정도만 제공하고 있어서 시·군이나 읍·면별 상황을 알 수가 없다.

1. 일본의 개호보험(介護保険)

1.1. 제도의 개요

1.1.1. 도입의 배경과 경과

일본은 1970년에 이미 고령화사회에 들어섰고, 1994년에는 고령사회가 되었다. 급속한 고령화와 아울러 단신고령자나 고령부부 세대가 증가하였다. 가족구성의 소규모화는 전통적으로 가족의 역할이었던 개호(care)를 감당하기 어렵게 되어(가족개호의 한계) 고령자개호를 위한 사회시스템이 필요하다는 인식이 사회적으로 팽배하였다. 이러한 국민인식의 바탕 위에서 1994년부터 개호보험 도입을 위한 검토 작업이 추진되어 1997년 개호보험법이 공포되었으며, 2년여의 준비를 거쳐 2000년 4월부터 개호보험이 시작되었다(장병원, 2009).

1.1.2. 제도의 개요

① 보험자(운영자)

보험료를 징수하고 보험급여를 실행하는 보험자는 기초자치단체인 시정촌이다. 그러나 시정촌이 보험자로서의 한계와 문제점을 극소화하기 위해

국가, 광역자치단체, 의료보험자, 연금보험자가 중층적으로 지원한다³.

② 피보험자

개호보험의 가입대상자는 해당 지역에 거주하는 40세 이상인 자이다. 이는 다시 65세 이상(제1호 피보험자)과 40세 이상 65세 미만의 의료보험 가입자(직장인 대상, 제2호 피보험자)로 구분한다.

65세 이상의 제1호 피보험자는 요개호 상태가 된 원인과 관계없이 보험급여가 제공되지만, 제2호 피보험자는 그 원인이 노화에 따른 심신의 변화에 기인하는 특정 질병(초로치매, 뇌혈관장해 등)의 경우로 제한한다.

표 5-1. 일본 개호보험의 급여내용

구분	개호급여	예방급여	시·정·촌 특별급여
대상	요개호자	요지원자(허약자)	요개호자 및 요지원자
	전 국 공 통		시·정·촌 독자
급여 내용	<재가에 관한 급여> ▷ 방문개호(가정봉사서비스) ▷ 방문목욕서비스 ▷ 방문간호 ▷ 방문원에 의한 재활 ▷ 의사 등에 의한 의료관리지도 ▷ 통원개호(주간보호서비스) ▷ 단기입소생활개호·요양개호(단기보호) ▷ 치매 요개호자를 대상으로 한 그룹홈에서의 개호(※) ▷ 특정시설입소자 생활개호 ▷ 복지용구 대여 및 구입비 지급 ▷ 주택개수(난간 설치, 계단높이 차의 해소 등의 비용 지급)	▷ (※)을 제외하고는 왼쪽과 동일	<예> ▷ 침구건조서비스 ▷ 이송서비스
	<시설에 관한 급여> ▷ 개호노인복지시설(특별양호노인홈) ▷ 개호노인보건시설(노인보건시설) ▷ 개호요양형의료시설(요양형 병상군)	<시설에 관한 급여> ▷ 없음	

³ 국가와 광역자치단체는 재원조달에 기여하며, 의료보험자와 연금보험자 등은 개호보험료의 원천징수를 통해 시정촌을 지원한다.

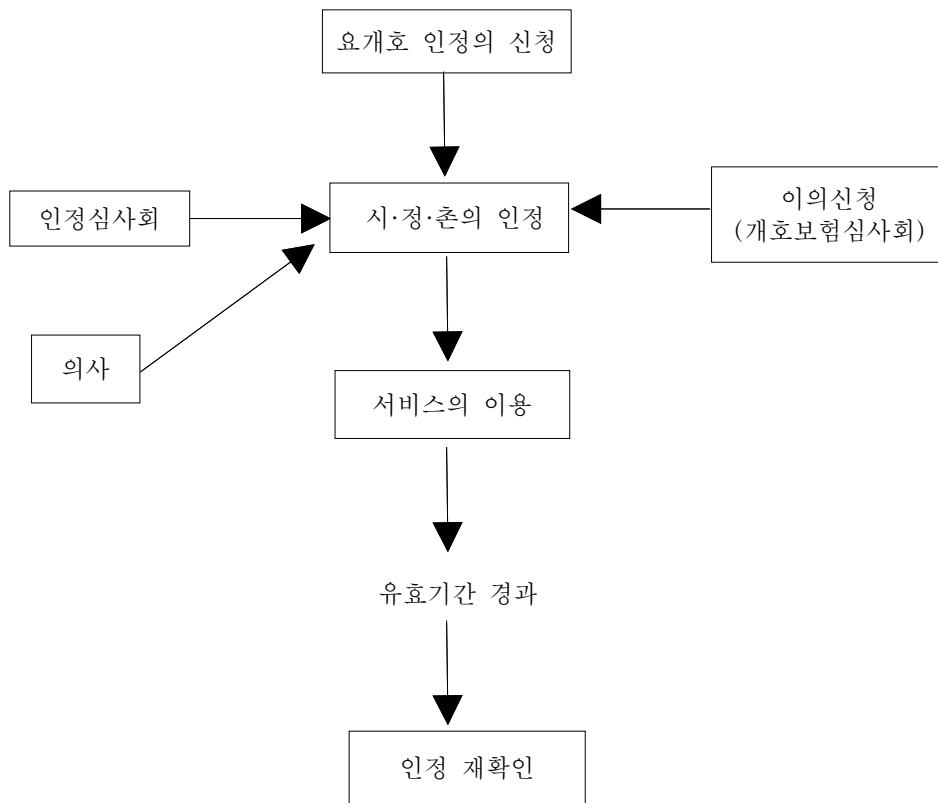
③ 급여내용

개호보험급여는 현물급여와 법정급여가 있다. 법정급여는 개호급여, 예방급여 및 시정촌 특별급여로 나누어진다. 급여가 제공되는 장소에 따라서는 재택서비스와 시설서비스로 구분된다.

④ 전달체계

요개호의 상태와 정도를 확인하는데, 전국적으로 통일된 요개호 인정 사항목은 79개이다. 방문조사 후 컴퓨터 프로그램에 의해 1차 판정을 하고 개호인정심사회에 의해 2차 판정을 한다<그림 5-1>. 개호등급은 5단계로 구분된다<표 5-2>.

그림 5-1. 개호인정 절차



자료: 박지연(2002).

표 5-2. 개호등급

구분	요개호 정도	신 체 상 태
재가개호	요지원 1·2	일상생활의 능력은 기본적으로 영위할 수 있으나 목욕, 의류의 착탈 등에서 1주일에 수회의 개호가 필요
	요개호도1	일어설 수는 있으나 보행이 불안전, 의류의 착탈, 청소 등에서 매일 1회의 개호가 필요
	요개호도2	일어나는 것도 자력으로 곤란, 식사, 배설, 목욕 등에서 매일 1회의 개호가 필요
	요개호도3	일어나는 것과 돌아눕는 것을 자력으로 할 수 없음, 매일 2회의 개호가 필요
	요개호도4	일상생활 능력이 상당히 저하, 의사소통을 할 수 없는 자, 1일 3~4회의 개호 필요
	요개호도5	생활 전반에 걸쳐서 부분적 또는 전면적 개호에 의지, 1일 5회 이상의 개호가 필요
시설개호	특별양호 노인홈	65세 이상으로 심신의 기능에 현저한 장애가 있어 항상 개호가 필요하여 재가생활이 곤란한 노인
	노인보건 시설	시설보호가 필요한 경증의 노인
	요양형 병상군	집중적인 의료가 필요한 중증의 대상자

자료: 박지연(2002).

⑤ 재원조달

재원은 피보험자의 보험료와 국고지원 및 본인부담으로 구성된다. 그렇지만 본인부담은 재원에서 차지하는 비중이 크지 않아 실제로는 보험료와 국고지원이 50 : 50의 비율로 구성되어 있다고 할 수 있다.

보험료 산정은 제1호 및 제2호 피보험자 간에 차이가 있다. 제1호 피보험자의 경우 노령연금 수급세대 여부와 주민세 납부 정도에 따라 산정기준을 달리하고 있다. 제2호 피보험자는 정액으로 부과되는데 의료보험 가입 종별로 보험료 수준에 차이가 있다<표 5-3>.

표 5-3. 피보험자별 보험료 산정 기준

피보험자	대 상 자		보 험 료
제1호 피보험자	1단계	노령복지연금 수급 세대	기준액 (1,250엔)×0.5
	2단계	주민세 비과세 세대	기준액 (1,875엔)×0.75
	3단계	주민세 과세 세대	기준액 (2,500엔)×1
	4단계	주민세 고액과세 세대 • 피보험자 본인의 합계소득금액이 250만엔 미만	기준액 (3,750엔)×1.5
	5단계	주민세 고액과세 세대 • 피보험자 본인의 합계소득금액이 250만엔 이상	기준액 (3,750엔)×0.5
제2호 피보험자	직장(대기업) 보험가입자 세대		3,400엔
	직장(중소기업) 보험가입자 세대		2,600엔
	자영업자 등(지역보험) 세대		2,400엔

자료: 박지연(2002).

정부지원은 총 급여비의 50% 정도를 감당한다. 중앙정부, 도도부현, 시정촌의 분담비율은 2:1:1이다. 즉, 중앙정부 25%, 광역지자체(도도부현)와 기초지자체(시정촌)가 각각 12.5%씩 부담한다. 중앙정부 재원 중 5%는 시정촌간의 재정불균형에 따른 재원분배 문제를 해결하기 위하여 조정교부금으로 활용된다<표 5-4>. 본인부담은 개호서비스 비용의 10%이다.

표 5-4. 개호보험의 재원 및 구성비율

국고지원(50%)		보험료(50%)
중앙정부(25%)	정률(20%)	제1호 피보험자의 보험료 (약 16.8%)
	조정교부금(5%)	
광역자치단체(12.5%)		제2호 피보험자의 보험료 (약 33.2%)
기초자치단체(12.5%)		

주: 2005년도 개정으로 시설서비스 이용비 부담비율이 중앙정부 20%, 도도부현 17.5%로 변경됨.

자료: 박지연(2002).

1.2. 제도 개혁

1.2.1. 제도개혁의 배경

일본의 개호보험이 실시 5년 만에 개혁을 서두른 배경은 크게 두 가지이다. 하나는 수급자가 급증하였다는 점이다. 서비스 이용자가 2000년 4월에 149만 명이던 것이 5년 뒤인 2005년 4월에는 329만 명으로 크게 증가하였다. 이러한 추세라면 수급자가 계속 증가할 것으로 예상되었다. 다른 하나는 서비스의 급증에 따라 개호보험의 총비용이 급증하였다. 2000년에 3.6조엔이던 것이 2005년에는 6.8조엔, 2006년에는 7.1조엔으로 급증하는 추세였다. 이 상태대로라면 보험료의 대폭 상승이 예상되고, 제도의 지속가능성이 의문시된 것이다.

이러한 상황 변화에 대응하여 개호보험제도를 개혁한 것이다. 개혁은 밝고 활력있는 초고령사회를 구축하는 것으로서 개호보험제도의 지속가능성과 개호보험이 사회보장을 종합화(의료와 개호의 연계)한다는 관점에서 추진되었다(선우덕 외, 2008; 장병원, 2008).

1.2.2. 제도개혁의 개요⁴

지속가능한 제도로의 개혁을 위하여 일본 사회의 장래 전망을 반영하였다. 첫째, 현재와 같은 ‘개호’만으로는 급증하는 고령자수의 증가에 적절히 대응하기 어렵다는 판단하에 장래에는 ‘개호’와 ‘예방’을 병행할 필요가 있다는 것이다. 둘째, 현재의 개호보험은 ‘신체 개호’ 위주로 실시되고 있으나 인지증(치매) 고령자가 급증하고 있는 것을 감안하여 ‘신체 개호’ 외에 ‘인지증 개호’를 실시할 필요가 있다는 점이다. 셋째, 고령자 증가와 더불어 고령자부부세대와 고령자단독세대가 증가하고 있어 ‘단독세대’를 돌볼 수 있는 보호시스템(‘동거’ + ‘독거’)의 정비가 필요하다는 것이다.

⁴ 후생노동성. 2005. ‘개호보험제도개혁의 개요’를 중심으로 정리하였다.

이러한 전망 하에서 추진된 개혁의 주요 내용은 다음과 같다.

① 예방중시형 시스템의 확립

기존에는 뇌졸중에 의한 요개호 상태에 중점을 두었지만, 경증대상 노인의 발생원인을 분석한 결과, 사전 예방이 가능한 폐용증후군⁵에 기인한다는 것이었다. 따라서 개호예방 및 재활서비스체계 구축이 필요하다는 인식 하에 통일적인 개호예방중심의 매니지먼트를 확립하고, 그동안 지자체별로 실시되거나 개호보험에서 제공되던 것들을 재편성하여 신예방급부를 구축하였다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

- 새로운 예방급부의 신설: 경증자의 상태를 토대로 현행 예방급부의 대상자, 서비스 내용, 케어매니지먼트 체제를 수정
- 지역지원사업의 신설: 요지원·요개호가 될 우려가 있는 고령자를 대상으로 한 효과적인 개호예방사업을 개호보험제도에 설치

② 시설급부의 수정

이는 재택서비스와 시설서비스의 급부와 부담의 공평성을 기하고, 개호보험과 연금 급여의 중복이 발생하지 않도록 조정하며, 보험료 인상폭을 억제하여 이용자의 부담을 완화하기 위한 것이다.

- 거주비·식비의 수정: 개호보험 3시설의 거주비(단기보호는 체재비)·식비, 통소서비스의 식비를 보험급부 대상에서 제외(이용자와 시설의 계약으로)
- 저소득층에 대한 배려: 소득이 낮은 자의 시설이용이 곤란하지 않도록 부담경감을 도모하는 관점에서 새로운 보충급부를 신설하고 이용자의 부담 한도액을 설정

⁵ 이는 골·관절질환 등을 원인으로 생활기능이 점차 저하하는 현상을 말한다(선우덕 외, 2008).

표 5-5. 소득수준별 식비 부담 수준

기준비용액 → (4.2만엔)		이용자부담 제1단계 (생보자)	이용자부담 제2단계 (연금~80만엔)	이용자부담 제3단계 (연금80~266만엔)	이용자부담 제4단계 (연금 266만엔~)
	보충급부	3.2만엔	3.0만엔	2.2만엔	이용자 부담
부담한도액 → (1.0~2.0만엔)	이용자 부담	1.0만엔	1.2만엔	2.0만엔	

자료: 일본 후생노동성(2005).

③ 새로운 서비스체계의 확립

전국적으로 통일된 획일적 서비스로는 지역의 특성이 반영된 유연한 서비스를 제공하는 데 한계가 있다는 판단에서 지역 특성과 이용자의 편의성 등을 감안한 서비스체계를 구축하는 것이다. 이를 위해 서비스 면에서의 시정촌의 관여를 강화하였다. 지역 밀착형 서비스의 지정·지도감독의 권한을 도도부현에서 시정촌으로 변경하여 시정촌 내의 일상생활권역별로 서비스체계를 정비하도록 한 것이다.

- 지역밀착형 서비스 신설: 지역 특성에 대응한 다양하고 유연한 서비스 제공이 가능하도록 「지역밀착형 서비스」를 신설
- 지역밀착형 서비스의 유형으로는 다음과 같은 것들을 들 수 있다.
 - ㉠ 소규모다기능형 거택보호
 - ㉡ 야간대응형 방문개호
 - ㉢ 인지증대응형 통소개호
 - ㉣ 인지증대응형 공동생활개호(그룹홈)
 - ㉤ 지역밀착형 특정시설입소자 생활개호(소규모 개호전용형 특정시설)
 - ㉥ 지역밀착형 개호노인복지시설 입소자 생활개호(소규모 개호노인 복지시설)
- 거주계통 서비스의 충실

- 지역포괄개호체제의 정비: 「지역포괄개호」는 고령자가 살아온 지역에서 존엄한 생활을 계속할 수 있도록, 요개호 상태가 되더라도 고령자의 욕구나 상태의 변화에 따라 필요한 서비스를 단절하지 않고 제공하는 ‘포괄적이고 지속적인 서비스체제’를 지향하는 것임. 중증자에 대한 지원을 강화하고, 의료와 개호를 연계하여 기능을 분담

④ 서비스 질의 확보·향상

새로운 서비스체제를 확립함과 아울러 서비스의 질을 향상시키기 위한 대책을 추진하고 있다.

- 개호서비스정보의 공표: 개호서비스사업자에게 사업소 정보(개호서비스의 내용이나 운영상황 등)의 공표를 의무화
- 서비스의 전문성과 생활환경의 개선
- 사업자 규제의 수정: 지정의 결격사유 수정, 갱신제의 도입
- 개호관리의 수정: 케어 매니저 자격의 갱신제 도입 및 연수의 의무화, 그리고 케어매니저 표준담당건수의 인하, 부정에 대한 벌칙의 강화

⑤ 부담의 구조·제도운영의 수정

보험료의 부담 및 제도 운영을 개선하였다.

- 제1호 보험료의 수정: 65세 이상 고령자의 보험료는 소득단계별로 정액화되어 있는데, 소득단계를 세분화(2단계를 추가 설정)하여 보험료를 설정하고, 보험료 원천징수를 연금(노령기초연금, 퇴직연금 등)만을 대상으로 하던 것을 유족연금과 장애연금으로 확대하였으며, 편의점에서 보험료를 납부할 수 있도록 하여 편리성을 도모
- 요개호 인정의 수정과 보험자 기능의 강화: 신청대행, 위탁조사를 보완하고, 사업소에 대한 조사권한의 강화와 사무의 외부위탁 등에 관한 규정을 정비
- 비용부담비율 등의 수정: 개호보험시설 등의 급부비의 부담비율을 조정하고, 특정시설의 사업자 지정을 보완

⑥ 정보공개 의무화

개호보험 이용자가 적절하게 개호서비스를 선택하는 것이 가능하도록 개호서비스에 관한 모든 정보공개를 의무화하고 부정 사업자에 대한 규제 규칙을 강화하였다.

2. 독일의 수발보험(Pflegeversicherung)

2.1. 제도의 개요

2.1.1. 도입 배경과 경과

독일에서는 고령화의 진전으로 수발을 필요로 하는 노인이 증가하면서 사회부조를 수급하는 노인이 지속적으로 증가하였다. 장기적으로 노인수발 문제 해결을 위하여 사회적 차원에서 노인수발제도에 대한 필요성과 요구가 증가되었다. 이에 따라 1970년대 중반부터 20여 년간의 활발한 논의를 거친 후 1994년 4월 22일에 수발보험법이 제정되었다.

수발보험은 2단계로 진행되었다. 1단계로 1995년 1월부터 재가급여가 실시되었고, 1996년 7월부터 시설급여가 실시되었다. 수발보험은 독일의 제5의 사회보험에 해당한다⁶.

2.1.2. 제도의 개요

① 보험자(운영자)

수발보험은 타 사회보험과 마찬가지로 별도의 수발금고(Pflegekasse)를

⁶ 수발보험 이외의 사회보험으로는 질병보험(1883), 산재보험(1884), 연금보험(18889)과 실업보험(1927)이 있다.

설치하여 운영하나 운영기관을 별도로 설치하지 않고 질병금고⁷⁾에 업무를 위탁하고 있다. 즉, 질병금고에서 수발금고의 업무를 수행하고 있다.

주 차원(수준)의 수발금고들은 입원과 외래의 서비스제공자들과 개별적으로 서비스 계약 및 보상에 대한 협정을 체결한다. 서비스제공자들은 최소한의 서비스 질 보장을 위한 기준을 충족하고 정부의 허가를 받아야만 한다.

② 피보험자

독일의 수발보험은 연령이나 원인에 관계없이 모든 국민을 대상으로 하는 보편적 사회보장제도이다. 건강보험의 피보험자는 법에 의하여 당연히 수발보험의 가입자가 되며, 민간건강보험에 가입하고 있는 사람은 민간보험에서 관리운영하는 수발보험에 가입해야 한다.

피보험자의 부양의무 아래에 있는 배우자 및 자녀는 일정한 조건하에 추가로 보험료를 낼 필요가 없는 가족보험이 적용된다.

수발보험의 수급자격은 전 국민을 대상으로 하며, 육체적·정신적 또는 정서적 질병이나 장애로 인하여 일상생활을 통상적·반복적으로 수행하는 데 적어도 6개월 이상 타인의 조력을 필요로 하는 사람을 그 대상으로 한다.

③ 급여내용

수발급여 대상자는 1등급, 2등급, 3등급으로 구분하며 등급에 따라 수발급여의 수준이 달라진다. 등급 구분의 기준은 다음과 같다.

- 1등급(상당한 장기요양 필요 자): 신체관리, 영양섭취 혹은 기동성의 기능범주들 중에서 최소한 두 가지 범주에 대해 하나 이상의 영역들에 걸쳐 최소한 하루에 한번 도움을 필요로 하며 추가적으로 일주일에 여러 번 가사관리를 위해 도움을 필요로 하는 사람
- 2등급(중증의 장기요양 필요 자): 하루에 상이한 시간에 걸쳐 최소한 3번의 도움이 필요하며 추가적으로 일주일에 여러 번 가사관리를 위해

⁷⁾ 우리나라의 건강보험에 해당한다.

도움을 필요로 하는 사람

- 3등급(최중증의 장기요양 필요 자): 신체관리, 영양섭취 혹은 기동성의 기능범주에서 하루 종일 그리고 야간에도 도움을 필요로 하고 추가적으로 주중에 여러 번 가사관리를 위해 도움을 필요로 하는 사람

급여는 재가, 부분시설, 시설로 나뉜다. 그리고 급여는 현물급여, 현금급여 및 혼합급여로 구분된다.

재가급여가 우선이고⁸ 재가보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에 한하여 단기보호요양급여를 청구할 수 있으며, 이러한 방법으로도 충분한 요양보호가 이루어질 수 없는 경우에만 시설에 입소시켜 시설요양보호를 받게 된다.

급여는 최고한도액까지는 수발보험에서 부담하고 초과금액은 본인이 부담해야 한다.

재가급여의 경우 친족의 역할이 결정적이다. 이웃이나 친지가 제공자가 되는 경우는 매우 드물고 동거하는 혈족이 서비스의 주 제공자가 되고 있다. 고령화로 인해 종종 고령자에 의한 고령자의 돌봄이란 형태를 띠기도 한다.

표 5-6. 독일 수발보험의 급여 내용

급여 유형	재가	부분시설	시설
급여 내용	○ 현물급여 ○ 현금급여 ○ 요양보조도구 ○ 요양강좌 ○ 간병자의 사회보장비 ○ 주거 환경 개선 보조	○ 주간보호 ○ 야간보호 ○ 단기보호	○ 시설급여

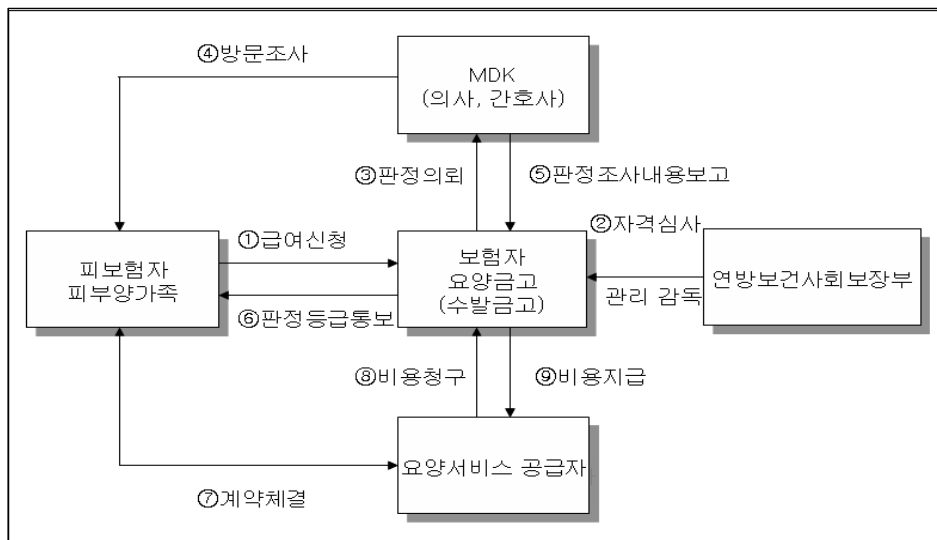
자료: 선우덕 외(2008).

⁸ 독일의 수발보험은 수발급여보다 예방과 재활조치를 우선한다. 이 외에 시설 요양보다 재가에서의 가족에 의한 요양이 우선된다.

④ 전달체계

수발보험의 전달체계는 피보험자나 그 부양가족의 신청에 의해 시작된다. 수발보험금고는 보험급여의 신청을 받으면 신청자의 수급자격을 심사한다. 심사내용은 피보험자 자격 또는 피부양자 가족 요건의 충족 유무 및 자격기간의 충족 유무 등이다. 수급자 선정기준은 전국적으로 통일된 총 36개 항목(30개 일상생활동작, 6개 가사활동)이다.

그림 5-2. 독일의 수발보험 전달체계



자료: 독일 연방보건성(2009).

⑤ 재원조달

독일의 수발보험은 사회보험료를 재정으로 운영하며 국가의 별다른 재정정보조 없이 자립적인 제도로 설계되어 있다. 보험료 각출 재원이 90%이고 이용자 부담은 10% 정도이다.

보험료 부담은 근로자의 경우 소득의 1.7%⁹로, 고용주와 근로자가 절반

⁹ 시작 당시인 1995년에는 1.0%이었으나 1996년 7월 1일부터 시설급여가 시작되면서 상향조정되었다.

씩 부담한다¹⁰. 자식이 없는 보험가입자는 2005년 1월 1일부터 추가적으로 0.25%를 더 부담한다. 실업자는 실업보험에서 전액, 연금수급자는 본인과 연기금에서 각각 50% 부담한다.

2.2. 제도 개혁

2.2.1. 제도개혁의 배경

1995년에 도입된 수발보험은 국민들로부터 높은 호응을 받았고 성과도 큰 것으로 평가되었다. 그럼에도 정책입안자들은 제도의 개선이 필요하다고 판단하였다. 제도 개선을 고려하게 된 요인은 첫째, 치매, 정신적 장애 및 심리적 장애가 있는 사람들에게 재정적으로 과도한 부담이 되지 않으면서 좀 더 개선된 보호와 감독이 가능할 것인지, 둘째, 제도 도입 이래 변화가 없는 급여수준을 어떻게 상향조정하는 것이 바람직한지, 셋째, 수발보험서비스의 질을 지속적으로 발전시킬 방안은 무엇인지 등에 대하여 대책이 마련되어야 한다는 것이었다.

이러한 배경 하에 2008년 3월 14일에 독일국회에서 비준된 ‘수발보장의 구조적이고 지속적인 발전을 위한 법’에 근거하여 제도개혁이 실시되었다(선우덕 외, 2008).

2.2.2. 제도개혁의 내용

제도 개혁의 방향은 수발보험 서비스 이용자나 그 가족의 욕구나 소망에 좀더 잘 부응하는 것이라고 할 수 있다. 따라서 “시설급여보다 재가급여를 우선한다”는 기본원칙은 지금까지보다 더 강하게 반영되었다. 구체적으로는 ㉠ 급여액, 특히 재가급여 부문에서의 상승, ㉡ 요양 관련 상담에 대한

¹⁰ 작센주에서만 근로자가 1.35%, 고용주가 0.35%를 부담한다.

권리의 도입, ㉔ 요양관련 거점들의 설치 등의 분야가 강조되었다. 이와 관련한 구체적인 대책들은 다음과 같다.

- 요양 관련 거점의 설치
- 공동의 급여 수혜를 통한 새로운 거주형태의 발전을 위한 여건의 개선
- 포괄적인 요양 관련 상담에 대한 권리의 도입: 사례 관리
- 개별 요양인력을 위한 확대된 노동가능성
- 재가와 시설급여의 단계적 상향조정
- 제한된 일상생활능력을 가진 사람들을 위한 급여의 확대와 요양 등급 이외자들에 대한 조치 마련
- 주야간보호의 개선
- 물가 등을 반영한 급여의 현실화를 위한 동적인 조정 메커니즘 마련
- 이용이 용이한 요양관련서비스의 지속적 확대를 위한 장려금 및 자원 보상적인 구조와 자구책 조장을 위한 장려금의 확충
- 근로자를 위한 요양 관련 휴가제도의 도입
- 서비스 질 확보의 강화와 투명성의 지속적인 제고
- 세대를 통괄하는 시민참여의 지원
- 단절로 인한 문제의 감소와 경제성 및 비관료화의 조장
- 요양영역에서 예방과 재활의 강화
- 보험료를 0.25% 상향 조정
- 노령준비금의 이동가능성을 사적 강제 장기요양보험에도 도입

3. 정책적 시사점

일본과 독일의 사례를 통해 얻을 수 있는 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 요양서비스를 제공하지만 장기적으로 제도의 지속가능성을 확보하기 위하여 예방과 재활서비스 중시하고 있다는 점이다. 고령자가 요개호 상태가 되는 것을 가능한 한 예방하거나 요양서비스를 받는 경우에도 더

이상 악화되지 않도록 노력하고 있다. 우리나라도 노인장기요양보험의 건전한 운영을 위해서는 장래의 고령자들이 요양보호 대상자가 되지 않도록 하기 위한 체계적이면서 지속적인 대책을 마련할 필요가 있다.

둘째, 요양시설서비스보다는 재가서비스를 우선시하고 있다는 점이다. 가족이나 친지 등에 의한 재가급여를 우선시하며, 요양서비스도 거주지를 중심으로 이루어지는 것을 지향하고 있다는 점이다. 가족요양인력에 대한 활용 및 지원 대책을 강구하여 제도 자체를 저비용구조로 구축할 필요가 있으며, 서비스 이용자가 자신이 생활하고 있는 지역에서 계속해서 생활할 수 있는 지역중심의 서비스체계를 구축하는 것이 중요함을 시사하고 있다.

셋째, 저소득층에 대한 부담 완화를 위한 대책을 강구하고 있다는 점이다. 제도 도입 초기 본인 부담분을 감당하지 못하여 요양서비스가 시급함에도 이용하지 못하는 저소득층에 대하여 필요한 자금을 무이자로 대출해주는 등 저소득층의 본인부담 경감을 위한 방안을 강구하였다는 점은 이제 막 시작한 우리나라에도 시사하는 바가 크다고 할 수 있다.

넷째, 서비스의 수준(범위)을 상향조정하려고 노력하고 있으며, 아울러 서비스의 질을 개선하기 위한 조치도 다양하게 취하고 있다는 점이다. 즉, 제도가 정착해 가면서 보다 광범위한 서비스 제공을 위하여 서비스의 내용이나 수준을 확대하려는 노력을 지속하고 있다.

다섯째, 요양서비스의 시장화로 인한 민간영리기업의 대량진출이 노인요양서비스의 공급기반을 강화하는 측면도 있지만, 한편으로는 오히려 노인요양서비스체계가 더욱 불안정한 구조로 변할 가능성도 배제할 수 없다는 우려도 제기되고 있다. 우리나라도 사례조사지역에서 이러한 상황이 나타나고 있는 것이 발견되었다. 지역사회 차원에서 제공되던 기존의 노인복지서비스들이 위축되지 않도록 할 필요가 있으며 보다 다양한 단체나 조직이 참여하도록 유도할 필요가 있다. 이를 위해서는 지역단위에서 관련 주체(단체)들 간에 긴밀하고 유기적인 협조체계를 구축할 필요가 있다.

여섯째, 이용자의 서비스를 이용함에 있어서 불편을 줄이기 위하여 요양서비스와 관련된 정보 공개와 투명성 제고를 위해 지속적으로 노력하고 있다는 점이다. 요양서비스와 관련된 모든 정보를 공개하도록 의무화하고,

부정사업자에 대해서는 강력하게 규제하고 있다. 우리나라는 시작 한지 채 1년도 안되지만 현장에서는 요양기관 간의 과열경쟁으로 여러 가지 편법이 나타나고 있는데, 질서를 바로 잡기 위한 노력과 아울러 제도적인 대책도 마련할 필요가 있다.

일곱째, 지속적으로 제도의 지속가능성, 서비스 질의 제고와 이용자 편의 증대 및 부담의 적정화에 대한 검토를 하고 있다는 점이다. 일본이나 독일의 경우 제도 시행과 아울러 모니터링을 실시하여 이용자에게 저렴하면서도 다양하고 편리한 서비스를 제공하기 위한 노력을 계속하고 있다. 시행 초기에 있는 우리나라의 경우 광범위한 모니터링을 통해서 문제점을 파악하여 제도를 계속 수정·보완해 나아가야 할 것이다.

1. 단기적 과제

1.1. 찾아가는 의사소견서 서비스

의사소견서를 제출하지 못해서 등급판정을 받지 못하는 사례를 방지하기 위해서는 보건의료원, 보건소, 보건지소, 기타 병의원의 의사 또는 공중보건의를 활용하여 찾아가는 의사소견서 서비스를 제공하는 방안을 모색할 필요가 있다. 찾아가는 의사소견서 서비스를 제공할 대상은 현행 ‘의사소견서 제출 제외자’¹¹ 기준에는 미달하지만 신체적 조건이나 교통편 부족 등으로 병·의원이 있는 읍내 또는 시내로 이동하여 의사소견서를 받는 데 상당한 어려움이 있는 국민기초생활보장 대상자 및 차상위계층에 초점을 둘 필요가 있다.

¹¹ 도서·벽지 지역에 거주하는 자 및 공단의 장기요양인정조사 결과 심신 상태나 거동 상태 등이 현저하게 불편하여 보건복지가족부장관이 ‘거동불편자에 해당하는 자’로 고시에 정한 자

1.2. 등급의 판정자에 대한 지원 강화

사회복지 사각지대에 있는 노인이 증가하면서 장기요양보험 수급 탈락자의 경우 다양한 지역복지기관을 연계하여 예방서비스를 강화해야 한다. 등급의 판정자들을 위한 지역복지연계 사업이 실질적인 효력을 발휘하여 만족도를 높이기 위해서는 공정하며 합리적인 연계방안을 지역 실정에 맞게 구축해야 한다.

노인장기요양보험제도가 요양보호의 사각지대를 해소하고 장기요양에 따른 비용을 경감시키며 지속가능한 제도로 정착되기 위해서는 장기요양 예방사업을 강화할 필요가 있다. 일본의 경우를 보면, 2006년부터 개호보험을 예방 중시형 급여체제로 전환하여 지역포괄센터를 설립하고 경증노인이 중증노인으로 전환되는 것을 최대한 억제하고자 노력하고 있다. 우리나라도 노인장기요양보험제도의 정착과 재정적인 안정을 위해서는 등급외자를 대상으로 하는 예방사업을 중요한 사업목표로 설정해야 한다. 그리고 농어촌 노인들로 하여금 장기요양을 예방하고 지연시키기 위해서는 건강상태에 따라 건강·재활서비스를 계획적이고 체계적으로 제공해야 한다.

등급의 판정을 받은 노인을 대상으로 하는 예방사업은 노인의 건강상태의 증진 및 향상도 중요하지만 생활기능상태의 유지 및 악화의 지연에 더 큰 목적을 둘 필요가 있다.

장기요양 예방사업은 노인복지관이나 보건소 등에 가칭 ‘장기요양 예방지원센터’를 설치하여 요양등급을 받지 못한 등급외자들에게 노인돌봄서비스, 가사간병도우미와 같은 각종 서비스를 제공하고 예방기능을 적극적으로 수행해야 한다.

1.3. 교육 및 홍보 강화

현재 가족이나 친지 중에서 노인장기요양보험 서비스를 이용하고 있는 일부 주민을 제외한 대다수의 농어촌주민들은 노인장기요양보험제도에 대

하여 잘 모르고 있다. 따라서 신문, TV, 라디오 등을 통한 교육 및 홍보를 강화해야 한다. 특히, 일간지, 농어업 관련 전문지, 농어촌 관련 방송프로그램 등을 활용할 필요가 있다. 또한, 이장단회의, 영농교육, 농어업인단체 모임 등을 활용하여 노인장기요양보험에 대한 교육 및 홍보를 강화해야 한다.

교육 및 홍보의 내용으로는 요양서비스 이용절차와 내용뿐만 아니라 요양서비스를 이용하는 것에 대한 거부감을 감소시키는 대국민 인식전환 전략도 포함되어야 한다. 특히, 장기요양 대상 노인들 및 자녀들에 대한 적극적인 교육 및 홍보가 필요하다.

그리고 노인장기요양보험 공급자 관련 교육을 강화해야 한다. 즉, 노인장기요양보험제도에 관한 정확한 이해를 도모하고, 달라진 관련 법률에 대한 이해를 증진시키기 위하여 노인장기요양기관 종사자, 시·군청의 노인장기요양보험 담당자 등을 대상으로 하는 교육 및 재교육을 강화해야 한다.

1.4. 방문요양서비스 원거리 교통비 지급기준 개선

농어촌 현실과 맞지 않는 현행 원거리교통비 산정기준을 현실적으로 개선해야 한다. 현행 원거리 교통비 지급기준은 수급자의 거주지에서 가장 가까운 방문요양기관까지의 거리를 측정하여 원거리 점수가 7점 이상이어야만 한다. 이러한 기준으로 인해 실제로 원거리 교통비를 지급받는 경우는 매우 드물다. 이 제도가 실효성을 확보하기 위해서는 앞으로 원거리 점수는 거주지로부터 수급자가 이용하고 있는 장기요양기관까지의 거리를 기준으로 계산하고 점수 산정기준도 다소 완화해야 한다.

4개 사례지역의 33개 재가급여기관의 노인장기요양서비스를 이용하고 있는 655명을 분석한 자료에 따르면, 재가급여기관으로부터 급여대상자 거주지까지의 거리 분포는 ‘5km 이내’ 33.3%, ‘5~10km’ 18.3%, ‘10~15km’ 26.7%, ‘15~20km’ 13.6%, ‘20km 이상’ 8.1%로 나타났다. 따라서 원거리 점수 산정기준 중의 하나인 ‘수급자의 거주지에서 가장 가까운 방문요양기관까지의 거리’를 ‘수급자의 거주지에서 수급자가 이용하고 있는 방문요양

기관까지의 거리'로 대치하여 원거리 이동에 따른 교통비용을 현실적으로 지원할 수 있도록 해야 한다. 그리고 원거리 점수 산정기준(육지)인 '가장 가까운 대중교통수단 이용지점까지의 거리' 및 '1일 대중교통 운행편도 횟수'의 점수기준도 좀 더 현실적으로 완화해야 한다.

2. 중장기적 과제

2.1. 등급판정체계의 개선

등급판정 시 치매나 정신질환에 대해서는 2~3회에 걸쳐서 조사를 정확하게 하도록 하고, 등급판정항목에서도 정신·신경부문 항목을 보강할 필요가 있다. 인지능력이 부족하거나 시각 장애 등이 있어서 일상생활을 수행할 때 많은 어려움을 겪고 있음에도 불구하고 팔다리를 움직일 수 있다는 이유로 등급을 받지 못하는 사례가 발생되어서는 안된다. 그리고 등급판정의 엄격성 수준을 일관성 있게 유지해야 한다. 해당 연도의 예산규모 등에 지나치게 구속되어 등급판정을 너무 까다롭게 하거나 완화하는 등의 사태가 초래되어서는 안 된다. 이를 위해서는 노인장기요양보험 관련 예산을 현장 수요증가에 맞추어 확대해야 한다. 그리고 기존의 획일화된 등급판정 도구 및 항목을 수급자들의 유형에 적합하도록 세분화하는 방안을 강구할 필요가 있다.

2.2. 농어촌 저소득층 본인부담금 경감방안의 개선

먼저 2009년 7월부터 시행되는 저소득층 본인부담금 경감방안을 개선해야 한다. 보건복지가족부(2009)의 발표 자료에 따르면, 저소득층 본인부담금 경감에 있어서 농어촌지역 대상자는 9,000명(국민건강보험료 하위

15%)이고, 2009년(6개월)의 소요예산은 약 91억원(1년 간 소요예산은 약 200억원)이다. 이것은 국회에서 발의된(2008. 9. 22) 「노인장기요양보험법 일부개정법률안」에서 제시한 2009년도 농어촌 경감대상자 추정치 37,054명 및 소요예산 413억원에 훨씬 못 미치는 수준이다.

따라서 농어촌 본인부담금 경감 대상 저소득층의 범위를 국민건강보험료 하위 30% 수준으로 상향 조정할 필요가 있다. 농어촌 본인부담금 경감 대상 저소득층의 범위를 국민건강보험료 하위 30% 수준으로 확대하면 추가 소요예산이 연간 200억 원 정도(국민건강보험료 하위 15% 대상 경감액이 연간 200억원임을 감안) 이기 때문에 중장기적으로 추진이 가능할 것으로 판단된다.

경감의 내용에 있어서는 시설급여기관(입소시설) 이용 시 필요한 비 급여 항목 비용(월 25~30만원) 경감 또는 지원방안도 모색할 필요가 있다. 이와 관련하여 도시의 사회운동단체, 종교단체, 대학, 기업체 등과 농어촌 저소득층을 연계하여 후원금을 지원하는 시스템을 구축할 필요가 있다. 또한 일본처럼 경제적 어려움으로 본인 부담금을 조달하지 못할 때에는 장기요양보험서비스 이용에 필요한 자금을 무이자로 대출해주는 제도도 도입할 필요가 있다.

이 개선방안은 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」 및 「농림어업인 삶의 질 향상 특별법」 관련 제2차 기본계획에 적극적으로 반영할 필요가 있다.

2.3. 장기요양급여의 공급 불균형 시정

지역별로 적정 수준의 노인장기요양기관이 유지되도록 유도할 필요가 있다. 이 때 지역주민들의 생활권을 감안하여 노인장기요양기관이 안배되도록 해야 한다. 예를 들면, 청양군의 경우, 칠갑산을 기준으로 산서지역과 산동지역으로 생활권을 구분하여 노인장기요양기관을 적절하게 배치할 수 있다.

시설급여기관의 경우, 시·군별로 적정 수준의 노인요양시설 및 노인요양공동생활가정을 육성해야 한다. 특히, 노인요양공동생활가정의 경우 규모가 작음에 따라 운영상에 애로점이 많다는 점을 감안하여 초기 운영자금을 저리로 융자해주는 방안을 모색할 필요가 있다.

재가급여기관(주야간보호 및 단기보호 제외)은 현재도 과잉상태이므로 기존의 기관들을 내실 있게 발전시켜 가는 방향으로 유도·지원해야 한다. 이를 위해서는 재가급여기관이 신규로 무분별하게 설립되지 않도록 시·군에서 설치를 제한하는 방안을 도입할 필요가 있다. 이를 위해서는 지역사회 내에서 노인장기요양의 수요와 공급을 조정할 수 있는 지역협력체계를 구축해야 한다.

현행 재가급여서비스 중에서 농어촌에서 제대로 활성화되지 못한 방문간호, 주야간보호, 단기보호 등은 지자체에서 운영하는 노인장기요양기관, 보건소, 보건지소 등을 활용하여 서비스를 제공하는 방안을 모색할 필요가 있다.

현행 「노인장기요양법」에 의하면, 보건복지가족부장관은 노인 등에 대한 장기요양급여를 원활하게 제공하기 위하여 5년 단위로 「장기요양기본계획」을 수립하도록 되어 있다. 따라서 「장기요양기본계획」의 내용을 「농어촌주민의 보건복지 증진을 위한 특별법」 및 「농림어업인 삶의 질 향상 특별법」 관련 제2차 기본계획에 적극적으로 반영할 필요가 있다.

2.4. 장기요양서비스의 질 개선

장기요양서비스의 질을 개선하기 위한 다각적인 대책을 마련해야 한다. 우선, 노인장기요양보험제도가 발전하기 위해서는 요양서비스 전문인력인 요양보호사를 전문가로서 제대로 교육시켜야 한다. 요양보호사 교육기관의 무분별한 설립과 같은 시행초기의 과오에서 벗어나 요양보호사 교육기관의 설립기준을 강화하며, 기존 교육기관에 대한 지속적인 평가로 부실한 교육기관을 점차적으로 정리하여, 요양보호사 교육기관 인증제도를 도입할

필요가 있다.

그러므로 우선 요양보호사 교육기관에서 일정 수준 이상의 교수진을 확보하고 이론 및 실습교육이 계획표대로 제대로 실천되도록 감독해야 한다. 또한 요양보호사의 전문성과 자질 향상을 위해서 교과과정에 치매케어론을 추가하여 치매환자에 대한 이해 및 대처방안에 대한 교육을 보장하고, 책임감, 직업의식, 봉사정신 등에 관한 인성교육을 강화할 필요가 있다. 이와 관련하여 요양보호사 교육기관을 ‘신고제’에서 ‘허가제’ 또는 ‘지정제’로 전환하고, 장기적으로는 지역의 수요에 맞춰 권역별로 중심교육기관을 지정하여 육성할 필요가 있다. 이를 위해서는 노인장기요양보험법을 개정할 필요가 있다. 그리고 요양보호사들에 대한 재교육을 강화해야 한다. 현행법상 요양보호사에 대한 보수교육은 2년에 8시간 하도록 되어 있지만 제대로 실천되지 못하고 있는 실정이다. 요양보호사 재교육은 일상적으로 필요한 시기에 수시로 이루어질 수 있도록 해야 한다.

또한, 현재 많은 농어촌 장기요양기관에서 구인난을 겪고 있는 영양사, 물리치료사, 간호사와 같은 전문인력을 확보하기 위한 지원방안을 모색해야 한다. 그리고 방문요양서비스의 종류를 보다 다양화하여 수가도 세분화하고, 방문요양서비스 범주 안에 방문목욕서비스를 포함시키는 방안도 모색할 필요가 있다.

복지용구의 경우, 현행 복지용구 임대료는 너무 비싸다는 여론을 감안하여 인하하도록 노력하고, 중간가격 수준의 다양한 제품을 제공하도록 한다.

노인장기요양기관 대상 설문조사 자료에 따르면, 다기능 복합시설은 단일 기능 기관에 비해서 수지 균형 또는 흑자를 이루고 있는 비율이 많았다. 따라서 재가급여기관의 경우 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호 등을 복합적으로 제공할 수 있도록 지원할 필요가 있다.

그리고 불법적으로 비급여 또는 본인 부담금을 경감 또는 면제해주거나 금품 제공 등과 같은 유인행위를 철저하게 색출하여 처벌함으로써 공정한 거래질서를 확립해야 한다. 이를 위해서는 현지조사를 강화하고 불법행위 기관에 대해서는 언론 및 인터넷에 공개할 필요가 있다.

2.5. 요양보호사의 처우 및 관리 개선

먼저, 인건비 지급 가이드라인을 마련하고 4대 사회보험(국민연금, 국민건강보험, 산재보험, 고용보험) 가입을 확실하게 보장하여 요양보호사의 처우를 개선해야 한다. 요양보호사 처우개선을 위해서는 요양기관이 적정 규모와 관리체계를 갖추 수 있도록 지원하고, 요양기관종사자의 복지수준을 요양기관 평가에 적극 반영할 필요가 있다.

다음은 요양보호사에 대한 사회적 인식을 개선해야 한다. 이를 위해서는 요양서비스 이용자 및 보호자를 대상으로 요양보호사의 역할과 의무에 대한 교육을 실시해야 한다. 이렇게 함으로써 요양보호사들이 본연의 임무 이외의 요구로부터 해방되어 요양서비스 제공에 보다 충실할 수 있으며, 요양보호사로서 자존감을 회복할 수 있다.

요양인력 관리의 일환으로 실시되고 있는 서비스 모니터링에서는 이용자나 보호자의 입장뿐만 아니라 요양보호사의 입장도 충분히 감안해야 할 필요가 있다. 그리고 2009년 하반기부터 시범적으로 도입될 예정인 RFID(무선주파수 인식방식¹²) 시스템이 제대로 정착될 수 있도록 지원해야 한다. RFID 시스템은 지문 인식 등을 통하여 서비스를 제공하는 요양보호사 본인 확인이 가능한 첨단 전자시스템이다. 이 시스템을 통하여 무자격자(미 인정자) 급여제공, 증일·증량, 기타 부당청구 등을 사전에 예방할 수 있을 것으로 기대된다.

2.6. 농어촌 노인장기요양보험 관련 정보 생산 및 공개

노인장기요양보험 관련 농어촌지역 정보를 수집하고 분석하여 결과를 공개해야 한다. 이와 관련하여 국민건강보험공단에서는 노인장기요양보험

¹² RFID(무선주파수 인식방식)는 수급자에 대한 방문서비스의 실제 시간을 자동으로 기록하는 방식이다.

관련 각종 통계자료를 시·군·구 별로도 작성하여 공표해야 한다. 그리고 노인장기요양보험 관련 사항을 요양기관별, 동부(도시) 및 읍면(농어촌)별로도 검색할 수 있도록 데이터베이스를 구축하여 농어촌주민들이 쉽게 활용할 수 있도록 해야 한다.

또한 노인장기요양보험 인터넷 홈페이지, 각 요양기관 및 해당 시군청의 인터넷 홈페이지 등에 각 노인요양기관에 대한 정보를 자세히 소개하도록 의무화 하고, 주기적으로 최신 자료로 갱신할 수 있도록 지도해야 한다.

1. 요약

1.1. 연구 목적 및 방법

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도이다.

최근 각종 사회조사 결과에 따르면, 노인장기요양보험제도는 ‘본인 및 부모를 위해서 반드시 필요한 제도’로 인식되고 있다. 그리고 노인장기요양보험제도가 도입됨으로써 요양환경이 개선되고 가족의 경제적·심리적 부담이 줄어든 것으로 나타났다.

그러나 현행 노인장기요양보험제도는 농어촌지역에서 시행 초기부터 여러 가지 심각한 문제점들이 나타나고 있어 제도개선이 시급한 실정이다.

본 연구의 주요 목적은 ① 현행 노인장기요양보험제도가 농어촌지역에서 어떻게 추진되고 있으며 문제점이 무엇인지 파악하고, ② 주요 선진국의 관련 정책 및 사업을 검토하여 정책적 시사점을 도출하여, ③ 우리나라 농어촌의 현실에 적합한 정책 개선방안을 제시하는 것이다.

이 연구를 위해 기존자료 조사, 외국의 사례 분석, 전문가 의견 수렴, 관련 행정조직 및 기관의 담당자 면담, 사례지역 심층조사 등을 수행하였다.

1.2. 현행 노인장기요양보험제도의 주요 내용

노인장기요양보험의 적용대상은 전국민(국민건강보험 및 의료급여 적용자)이며, 보험료 납부대상은 국민건강보험료 납부대상자이다. 요양인정 신청대상은 65세 이상 노인과 치매, 중풍 등과 같은 노인성 질병을 가진 64세 이하의 국민이다. 급여대상은 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어려운 자로서 요양등급판정위원회에서 요양등급 1~3등급으로 판정을 받은 국민이다.

등급판정은 먼저 <인정 신청>, <방문조사>, <장기요양인정점수의 산정>, <등급판정위원회의 심의·판정>의 단계로 이루어지며, 일정 기준 이상의 점수에 따라 1·2·3등급 및 등급외(A·B·C형)로 판정된다. 특히 판정 평가항목에는 52개 항목이 있는데, 신체기능영역 12개, 인지기능영역 7개, 행동변화영역 14개, 간호처치영역 9개, 재활영역 10개로 구성되어 있다.

1등급(최중증)은 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자, 2등급(중증)은 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 상당 부분 다른 사람의 도움이 필요한 자, 3등급(중등증)은 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 부분적으로 다른 사람의 도움이 필요한 자를 말하며, 1·2등급은 시설급여 및 재가급여 서비스를 이용할 수 있지만, 3등급은 재가급여 서비스만 이용할 수 있다.

장기요양급여는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분할 수 있는데, 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 복지용구 등이 있으며, 시설급여는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정 등의 시설이 있다. 또한 특별현금급여에는 가족요양비 등이 있다.

1.3. 농어촌지역 노인장기요양보험의 추진 현황

□ 등급판정 현황

2009년 6월 기준, 장기요양 등급판정자 수(등급 및 등급외)는 7대 광역

시 114,895명, 일반시 51,527명, 도농복합시 89,887명, 군 71,520명이며, 전국 총 수는 327,829명으로 나타났다.

65세 이상 인구 대비 등급판정자 수의 비율은 군(7.8%)이 가장 높았고, 7대 광역시(5.7%)가 가장 낮았다. 장기요양 등급자(1~3등급)는 7대 광역시(97,458명)가 가장 많았고, 일반시(42,391명)가 가장 적었다. 65세 이상 인구 대비 등급자(1~3등급)의 비율은 일반시(5.5%)가 가장 높았고, 7대 광역시(4.8%)가 가장 낮았다. 등급외(A·B·C형)는 군(21,678명)이 가장 많았고, 7대 광역시(17,437명)가 가장 적었다.

□ 노인장기요양기관 현황

2009년 5월 기준, 시설급여(입소)기관은 7대 광역시 519개소(25.7%), 일반시 393개소(19.5%), 도농복합시 677개소(33.6%), 군 427개소(21.2%)로 전국에 총 2,016개소가 있다. 시설급여기관의 정원은 전국적으로 76,216명이며, 도농복합시(25,356명)가 가장 많았고, 일반시(13,361명)가 가장 적었다. 시설급여기관의 현원은 전국적으로 60,874명이며, 도농복합시(19,900명)가 가장 많았고, 일반시(10,780명)(17.7%)가 가장 적었다. 재가급여기관은 전국에 13,815개소가 있으며, 7대 광역시(5,795개소)가 가장 많았고, 군(1,997개소)이 가장 적었다.

□ 노인장기요양급여 이용 현황

2009년 5월 말 현재 전체 등급자 25만 9,456명 중 78%인 20만 2,492명이 요양급여를 이용 중이다. 농어촌(읍·면)지역의 요양급여 이용자 수는 현재 정확한 통계자료가 없기 때문에 추정할 수밖에 없다. 2009년 5월 기준으로, 노인요양급여를 이용하고 있는 농어촌주민은 대략 66,800명 정도로 추정된다.

1.4. 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점

□ 장기요양 인정 및 등급판정체계의 문제

현행 노인장기요양보험제도의 장기요양 인정 및 등급판정체계의 문제는 다음과 같다: ① 등급판정체계가 지나치게 엄격하여 실제로 장기요양서비스가 필요한 사람들도 1~3등급을 받지 못하는 경우가 상당수 발생하고 있다. ② 현행 등급판정체계는 치매, 우울증과 같이 상대방, 장소, 시간 등에 따라서 신체적·정신적 상태가 변하는 경우를 충분히 감안하지 못하고 있다. ③ 의사소견서를 제출하기가 쉽지 않아서 등급판정을 못 받는 경우가 많다.

□ 장기요양급여의 공급 불균형 및 요양기관의 경쟁 과열

현재 장기요양급여는 재가급여 및 시설급여의 종류에 따라서 공급이 불균형적으로 이루어지고 있다. 그리고 재정자립도가 낮은 시·군의 경우 장기요양보험제도와 관련된 지원을 지속하는 데 많은 어려움을 겪고 있다.

재가급여를 살펴보면, 방문요양은 비교적 원활하게 제공되고 있으나 가족요양의 경우에 악용되는 사례가 발견되고 있다. 방문요양은 대체로 공급 과잉 상태에 있어서 기관간의 경쟁이 과열되고 있다. 많은 재가급여기관들이 대상자 유치를 위해 본인부담금을 면제해주거나 상품권이나 물품 등을 제공하는 등 여러 가지 편법을 동원하는 사례가 발생하고 있다. 방문목욕은 전용 목욕차량이 거의 없고, 대부분 개조된 차량이나 수급자의 주택에서 이루어지고 있다. 방문간호, 주야간보호 및 단기보호는 잘 이루어지지 않고 있다. 복지용구는 고가이거나 저가가 대다수이며, 가격대비 품질이 양호한 용구가 크게 부족한 것으로 나타났다.

시설급여(입소)기관은 대도시 근교 농어촌지역은 공급 과잉 상태이어서 정원을 채우지 못하고 있다. 특히, 노인공동생활가정은 종교단체 등에서 운영하는 특수한 경우를 제외하고는 제대로 운영되지 않고 있다.

□ 요양보호사의 열악한 근무조건

현재 요양보호사들은 열악한 근무조건에서 힘들게 일하고 있다. 먼저,

요양보호사들의 보수가 너무 낮고, 고용계약상의 신분이 불안정하다. 또한 자동차가 없는 요양보호사는 이동에 있어서 어려움이 많고, 현행 ‘도서·벽지지역 방문요양서비스 원거리 교통비 지급기준’도 기준이 너무 엄격하여 실효성이 거의 없는 것으로 나타났다.

요양보호사들은 대상자 유치를 위한 요양기관의 압박과 이용자들의 이해부족 등으로 수급 대상자에 국한하여 서비스를 제공하게 되어 있음에도 불구하고 보호자(가족)의 청소, 빨래 및 김장, 발일 등까지 떠맡는 경우도 발생하고 있다. 더욱이 감염성 질환, 근골격계 질환, 성희롱 등에 무방비 상태로 노출되는 경우가 많다. 그리고 해당 요양기관에서 근로기준법, 최저임금, 사회보험 가입 등과 같은 법적 준수사항을 지키지 않아서 피해를 보는 경우도 발생하고 있다.

□ 이용자 본인부담의 과중

요양서비스 이용자가 부담해야만 하는 이용료(시설 20%, 재가 15%), 비급여 비용(식사 재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비 등) 등의 비용이 과중하여 아예 등급판정 신청을 하지 않거나, 등급인정을 받았음에도 불구하고 요양서비스를 이용하지 않는 경우가 상당 수 있다.

□ 낮은 인지도

일부 주민을 제외한 대부분의 농어촌주민들은 노인장기요양보험제도에 대하여 잘 모르고 있다. 심지어 농어촌마을의 이장이나 지역유지들도 노인장기요양보험제도에 대하여 잘 모르고 있다. 대다수의 농어촌주민들은 관련 노인복지사업과 노인장기요양보험제도를 잘 구별하지 못하고 있다. 수급대상자인 노인뿐만 아니라 가족들까지 요양보호사를 일을 해주는 일종의 도우미로 인식하는 경우가 많으며, 그로 인해 요양보호사 본연의 임무 외의 일을 시키는 경우가 발생하고 있다.

□ 기타

등급외 판정자 및 등급판정을 받지 못한 사람들에 대한 대책이 부족하

다. 등급의 판정자에 대한 대책이 현장에서는 제대로 실천되지 않고 있으며, 예방사업으로서 체계적·계획적으로 제공되지 않고 있다. 그리고 노인 장기요양보험제도와 관련한 지역별 정보가 충실하지 못하다. 현재 노인장기요양보험 인터넷 홈페이지에서 지역별 자료가 제공되고 있지만 각종 정보가 부정확한 경우가 많고 최신 자료의 갱신이 지체되는 경우가 많다.

1.5. 외국사례의 정책적 시사점

일본 개호보험과 독일 수발보험을 통하여 다음과 같은 정책적 시사점을 얻을 수 있다: ① 요양서비스를 제공하지만 장기적으로 제도의 지속가능성을 확보하기 위하여 예방과 재활서비스를 중시하고 있다. ② 요양시설서비스보다는 재가서비스를 우선시하고 있다. ③ 저소득층에 대한 부담 완화를 위한 대책을 강구하고 있다. ④ 서비스의 수준(범위)을 상향조정하려고 노력하고 있으며, 아울러 서비스의 질을 개선하기 위한 조치도 다양하게 취하고 있다. ⑤ 요양서비스의 시장화로 인한 민간 영리기업의 대량진출이 노인요양서비스의 공급기반을 강화하는 측면도 있지만, 한편으로는 오히려 노인요양서비스체계가 불안정한 구조로 변할 가능성도 배제할 수 없다는 우려도 제기되고 있다. ⑥ 이용자의 서비스 이용상의 불편을 줄이기 위하여 요양서비스와 관련된 정보 공개와 투명성 제고를 위해 지속적으로 노력하고 있다. ⑦ 지속적으로 제도의 지속가능성, 서비스 질의 제고 및 부담의 적정화에 대한 검토를 하고 있다.

1.6. 농어촌 노인장기요양보험제도의 개선방안

□ 단기적 개선과제

첫째, 의사소견서를 제출하지 못해서 등급판정을 받지 못하는 사례를 방지하기 위해서는 보건의료원, 보건소, 보건지소, 기타 병의원의 의사 또는

공중보건의를사를 활용하여 찾아가는 의사소견서 서비스를 제공하는 방안을 모색할 필요가 있다.

둘째, 등급외 판정자에 대한 지원을 강화해야 한다. 요양보호의 사각지대를 해소하고 장기요양에 따른 비용을 경감시키며 지속가능한 제도로 정착되기 위해서는 장기요양 예방사업을 강조할 필요가 있다.

셋째, 신문, TV, 라디오 등을 통한 교육 및 홍보를 강화해야 한다. 특히, 일간지, 농어업 관련 전문지, 농어촌 관련 방송프로그램 등을 잘 활용할 필요가 있으며, 이장단회의, 영농교육, 농어업인단체 모임 등을 활용하여 노인장기요양보험에 대한 교육 및 홍보를 강화해야 한다.

넷째, 농어촌 현실과 맞지 않는 현행 원거리교통비 산정기준을 현실적으로 개선해야 한다. 향후 원거리 점수는 거주지로부터 수급자가 이용하고 있는 장기요양기관까지의 거리를 기준으로 계산하고, 점수 산정기준도 다소 완화해야 한다.

□ 중장기적 개선과제

첫째, 등급판정체계를 개선해야 한다. 등급판정 시 치매나 정신질환에 대해서는 2~3회에 걸쳐서 조사하고, 등급판정항목에서도 정신·신경부문 항목을 보강할 필요가 있다.

둘째, 농어촌 저소득층 본인부담금 경감방안을 개선해야 한다. 본인부담금 경감 대상 저소득층의 범위를 국민건강보험료 하위 30% 수준으로 상향조정할 필요가 있다.

셋째, 장기요양급여의 공급 불균형을 시정해야 한다. 지역별로 적정 수준의 노인장기요양기관을 유지하도록 유도할 필요가 있다. 이 때 지역주민들의 생활권을 감안하여 노인장기요양기관을 안배해야 한다. 재가급여기관(주야간보호 및 단기보호 제외)은 현재도 과잉상태이므로 기존의 기관들을 내실 있게 발전시켜 가는 방향으로 지원해야 한다. 이를 위해서는 재가급여기관이 신규로 무분별하게 설립되지 않도록 시·군에서 설치를 제한하는 방안을 도입할 필요가 있다.

넷째, 장기요양서비스의 질을 개선하기 위한 다각적인 대책을 마련해야

한다. 특히 요양보호사 교육기관에 대한 실질적 감독이 이루어져야 하며, 요양보호사의 재교육을 강화해야 한다.

다섯째, 요양보호사에 대한 처우 및 관리 개선이 필요하다. 인건비 지급 가이드라인을 마련하고 4대 사회보험(국민연금, 국민건강보험, 산재보험, 고용보험) 가입을 확실하게 보장하여 요양보호사의 처우를 개선해야 한다. 다음은 요양보호사의 사회적 인식을 개선해야 한다. 이를 위해서는 요양서비스 이용자 및 보호자를 대상으로 요양보호사의 역할과 의무에 대한 교육을 실시해야 한다.

여섯째, 농어촌 노인장기요양보험 관련 정보를 수집하고 분석하여 결과를 공개해야 한다. 이와 관련하여 국민건강보험공단에서는 노인장기요양보험 관련 각종 통계자료를 시·군·구별로도 작성하여 공표해야 할 것이다. 그리고 노인장기요양보험 관련 사항을 요양기관별, 동부(도시) 및 읍면(농어촌)별로도 검색할 수 있도록 데이터베이스를 구축하여 농어촌주민들이 쉽게 활용할 수 있도록 해야 한다.

2. 결론

보건복지가족부(2009b)에서는 노인장기요양보험 시행 1년의 성과로서 수혜 대상의 증가, 장기요양 인프라의 확충, 이용자의 삶의 질 향상, 가족의 부양부담 경감, 사회적 일자리의 창출 등을 들고 있다. 그러나 시민단체, 관련 전문가 등에 따르면, 요양기관 및 요양보호사의 과잉 공급 및 난립, 요양노동인력의 열악한 근무조건 등의 문제점이 있는 것으로 밝혀졌다.

농어촌지역을 대상으로 하는 본 연구에서도 노인장기요양보험제도의 여러 가지 중요한 문제점을 찾을 수 있었다. 등급판정체계가 지나치게 엄격하거나 정신·신경부문의 문항이 부족한 것으로 나타났으며, 재가급여 및 시설급여 공급의 불균형도 나타났다. 이 밖에 요양보호사의 열악한 근무조건, 과중한 본인부담금 등이 나타났다. 특히, 대다수 농어촌 주민들은 아직

도 노인장기요양보험제도에 대하여 잘 모르고 있는 실정이다.

본 연구에서는 단기적 과제로 찾아가는 의사소견서 서비스, 등급 외 판정자에 대한 지원 강화, 교육 및 홍보 강화, 방문요양서비스 원거리 교통비 지급기준 개선을 제시하였다. 중장기적 과제로는 등급판정체계의 개선, 농어촌 저소득층 본인부담금 경감방안의 개선, 장기요양급여의 공급 불균형 시정, 장기요양서비스의 질 개선, 요양보호사의 처우 및 관리 개선, 농어촌 노인장기요양보험 관련 정보 생산 및 공개 등을 제시하였다.

앞으로 농어촌지역에서 노인장기요양보험제도를 정착·발전시키기 위해서는 농어촌지역 및 농어촌주민의 사회경제적 특성을 충분히 고려하는 맞춤형 지원방안을 마련하여야 할 것이다.

이 연구의 한계점은 농어촌(읍·면지역) 노인장기요양보험제도의 운영 현황에 관한 공식적인 통계자료를 국민건강보험공단이나 보건복지가족부 등에서 거의 생산하지 않고 있어서 요양급여 이용자 수, 재정 소요 등을 제대로 추계하기 힘들었다는 점이다.

부록 1

농어촌 노인장기요양기관(시설급여)의 운영실태에 관한 설문조사표

안녕하십니까?

한국농촌경제연구원은 우리나라 농업과 농촌의 발전을 위한 종합적 연구를 수행하는 정부출연 연구기관으로서, 관련 정책의 개선, 입안 등에 기여하고 있습니다.

이번에 저희 연구원에서는 『농어촌 노인장기요양보험제도 추진실태와 개선방안』에 대한 연구를 수행하고 있는 바, 농어촌 노인장기요양기관의 운영실태와 애로사항에 대한 정보를 얻고자 설문조사를 실시하게 되었습니다.

본 설문조사의 결과는 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점을 개선하기 위한 기초자료로 활용될 것입니다. 이 설문지를 받으시는 대로 기입하시어 E-mail (pds8382@krei.re.kr)을 이용하여 회신해 주시면 감사하겠습니다. 응답해 주신 내용은 연구 목적 이외에는 절대로 사용되지 않으며, 개별 기관에 관한 사항은 일체 공개되지 않습니다. 바쁘시더라도 빠짐없이 응답해 주시기를 간곡히 부탁드립니다. 대단히 감사합니다.

2009년 5월

한국농촌경제연구원

작성 시 문의사항이 있으시면 다음으로 연락을 주십시오.

한국농촌경제연구원 농업·농촌정책연구본부

박대식(02-3299-4345), 최경환(02-3299-4258), 윤병석(02-3299-4175)

[illegible]

6. 요양 등급 및 급여 종류별 입소자 현황

단위: 명

1등급				2등급				3등급			
일반	의료 급여	기초 생활 수급	계	일반	의료 급여	기초 생활 수급	계	일반	의료 급여	기초 생활 수급	계

7. 귀 기관의 현재 경영상황은 다음 중에서 어디에 해당되니까? ()

- ① 적자 상태임.
 ② 어느 정도 수지균형을 맞추고 있음.
 ③ 흑자를 내고 있음.

8. 현재 귀 기관을 경영함에 있어서 주요 애로사항은 무엇입니까?

구 분	주요 애로사항
제도적 측면	
환자 모집 측면	
인력 활용 측면	
기타	

9. 관내(시·군)의 시설급여(입소)기관 수 및 정원에 대하여 어떻게 생각하십니까? ()

- ① 아직 부족하다.
- ② 현재 적정 수준이다.
- ③ 현재 너무 많다.

10. 선생님께서는 현행 노인장기요양보험을 농어촌지역에 적용함에 있어서 가장 심각한 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

11. 이 밖에 선생님께서 현행 노인장기요양보험제도와 관련하여 정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 것이 있으시면 자유롭게 말씀해 주십시오.

♣ 바쁘신 중에도 끝까지 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ♣

부록 2

농어촌 노인장기요양기관(재가급여)의 운영실태에 관한 설문조사표

안녕하십니까?

한국농촌경제연구원은 우리나라 농업과 농촌의 발전을 위한 종합적 연구를 수행하는 정부출연 연구기관으로서, 관련 정책의 개선, 입안 등에 기여하고 있습니다.

이번에 저희 연구원에서는 『농어촌 노인장기요양보험제도 추진실태와 개선방안』에 대한 연구를 수행하고 있는 바, 농어촌 노인장기요양기관의 운영 실태와 애로사항에 대한 정보를 얻고자 설문조사를 실시하게 되었습니다.

본 설문조사의 결과는 농어촌 노인장기요양보험제도의 문제점을 개선하기 위한 기초자료로 활용될 것입니다. 이 설문지를 받으시는 대로 기입하시어 E-mail (pds8382@krei.re.kr)을 이용하여 회신해 주시면 감사하겠습니다. 응답해 주신 내용은 연구 목적 이외에는 절대로 사용되지 않으며, 개별 기관에 관한 사항은 일체 공개되지 않습니다. 바쁘시더라도 빠짐없이 응답해 주시기를 간곡히 부탁드립니다. 대단히 감사합니다.

2009년 5월

한국농촌경제연구원

작성 시 문의사항이 있으시면 다음으로 연락을 주십시오.

한국농촌경제연구원 농업·농촌정책연구본부

박대식(02-3299-4345), 최경환(02-3299-4258), 윤병석(02-3299-4175)

1. 기관명: ()
2. 현재 귀 기관에서 제공하고 있는 재가급여서비스는 무엇입니까? 해당되는 것은 모두 표시해주십시오.
- ① 방문요양() ② 방문목욕() ③ 방문간호()
④ 주야간보호() ⑤ 단기보호() ⑥ 복지용구()

3. 직원 현황

단위: 명

총원	관 리 책 임 자	사 무 국 장	사 회 복 지 사	간호요원			요양보호사			사 무 원	기 타
				간 호 사	간 호 조 무	치 과 위 생	1급	2급	유 예		

4. 요양보호사 관련 사항

구 분		단 위
요양보호사의 종사상 지위	전임제 요양보호사	명
	시간제 요양보호사	명
남자 요양보호사 수		명
휴일이나 주말에 농사일에 참여하는 요양보호사 수		명
요양보호사의 시간당 보수		원
요양보호사의 보수 수준(월)	평 균	원
	최 고	원
	최 저	원

5. 질병 유형별 재가서비스 대상자 현황

단위: 명

계	치매	중풍	중풍 + 치매	관 절 염	사 고 휴 유 증	요 통	고 혈 압, 저 혈 압	당 뇨	골 다 공 증	암	기 타

6. 요양 등급 및 급여 종류별 재가서비스 대상자 현황

단위: 명

1등급				2등급				3등급			
일반	의료 급여	기초 생활 수급	계	일반	의료 급여	기초 생활 수급	계	일반	의료 급여	기초 생활 수급	계

7. 재가서비스 대상자 분포(재가급여기관으로부터의 거리 기준)

단위: 명

5km 이내	5~10km	10~15km	15~20km	20km 이상

8. 귀 기관의 현재 경영상황은 다음 중에서 어디에 해당되니까? ()

- ① 적자 상태임.
 ② 어느 정도 수지균형을 맞추고 있음.
 ③ 흑자를 내고 있음.

9. 현재 귀 기관을 경영함에 있어서 주요 애로사항은 무엇입니까?

구 분	주요 애로사항
제도적 측면	
환자 모집 측면	
인력 활용 측면	
기타	

10. 관내(시·군)의 재가급여기관 수 및 정원에 대하여 어떻게 생각하십니까?
()

- ① 아직 부족하다.
- ② 현재 적정 수준이다.
- ③ 현재 너무 많다.

11. 선생님께서는 현행 노인장기요양보험을 농어촌지역에 적용함에 있어서 가장 심각한 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?

12. 이 밖에 선생님께서 현행 노인장기요양보험제도와 관련하여 정부에서 우선적으로 추진하기를 바라는 것이 있으시면 자유롭게 말씀해 주십시오.

♣ 바쁘신 중에도 끝까지 응답해 주셔서 진심으로 감사드립니다 ♣

참고 문헌

- 강임옥 외. 2007. 「노인장기요양보험 대상자의 서비스 이용 현황 및 코호트 구축 방안: 시범사업 대상자를 중심으로」. 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. 2008. 「독일·일본요양법령집」.
- 권순만. 2006. “인구 고령화와 의료비 지출 및 장기요양제도 도입의 정책 과제.” 『사회보장연구』 22(2): 1-22.
- 권진희. 2008. 「노인장기요양서비스 이용행태 및 만족도 조사」. 국민건강보험공단.
- 김귀자. 2008. “노인장기요양보험제도 시행에 따른 소고(1): 시설측면.” 『사회복지』 178: 116-123.
- 김준환. 2008. “노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안: 요양보호사의 인력양성 및 전문성 향상을 중심으로.” 『극동사회복지저널』 4: 49-83.
- 김철주, 홍성대. 2007. “OECD국가 노인장기요양보호 체계 개혁방향: 비공식적 장기요양보호에 대한 보상 및 지원 제도화를 중심으로.” 『노인복지연구』 35: 231-251.
- 독일 연방보건성. 2009. 홈페이지(<http://www.bmg.bund.de>) 수록자료.
- 박인. 2008. 「노인장기요양보험제도의 입법과정과 내용」. 한국법제연구원.
- 박종연. 2008. “노인장기요양보험제도 시행에 따른 소고(3): 관리운영 측면.” 『사회복지』 178: 146-161.
- 박종연 외. 2008. 「노인장기요양보험제도의 국민인식도 조사」. 국민건강보험공단.
- 박지연. 2002. “일본의 개호보험제도와 그 영향.” 국민건강보험공단 사회보장연구센터.
- 보건복지가족부. 2009a. 「장기요양급여비용 등에 관한 고시」. 보건복지가족부고시 제2009-37호.
- 보건복지가족부. 2009b. 「노인장기요양보험 시행 1년의 성과와 향후 과제」.
- 보건복지부 노인요양보장과. 2004.7. 「독일출장보고서: 독일의 수발보험제도」.
- 석재은. 2009. “세대별 노후부양관의 차이와 영향 요인.” 『보건사회연구』 29(1): 163-191.
- 선우덕. 2008a. 노인장기요양보험제도의 장기 지속적 유지방안.” 『보건복지포럼』 135: 5-13.

- 선우덕. 2008b. “노인장기요양보험의 효율적 운영을 위한 지역보건복지 정책 대응.” 『보건복지포럼』 142: 18-30.
- 선우덕 외. 2006. 「노인수발보험제도 시범사업 평가연구(1차)」. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 선우덕 외. 2007. 「노인수발보험제도 시범사업 평가연구(2차): 장기요양수요조사, 장기요양인정체계 및 장기요양서비스이용지원체계 부문」. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 선우덕 외. 2008. 「노인장기요양보장체계의 현황과 개선방안」. 한국보건사회연구원.
- 송신섭. 2008. “한국 노인장기요양보험의 발전방안에 관한 연구.” 『극동사회복지저널』 4: 85-104.
- 신복기. 2000. “한국의 노인장기요양보호정책 모형.” 대구대학교 대학원 박사학위논문.
- 신용진. 2008. “노인장기요양보험제도의 도입에 관한 쟁점사항 고찰.” 초당대학교 산업대학원 사회복지학과 석사학위논문.
- 엄기욱. 2004. “한국과 일본의 장기요양보장제도 도입 환경 비교연구.” 『노인복지연구』 24: 299-323.
- 엄기욱. 2008. “노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안.” 『보건복지포럼』 142: 38-46.
- 유호선. 2007a. “노인요양보호제도와 보살핌노동인력 특성: 복지 레짐별 비교연구.” 『사회복지정책』 29: 217-249.
- 유호선. 2007b. “독일과 일본의 장기요양보험제도 하의 재가서비스 공급체계에 대한 복지혼합(welfare mix) 분석: 역사 제도주의적 관점에서.” 『사회보장연구』 23(3): 201-226.
- 윤일현. 2009. “노인장기요양보험제도 등급외자에 대한 돌봄 서비스와 케어매니지먼트 활성화 방안.” 『광주연구』 제2990-2호: 43-63.
- 이동영, 이재현. 2008. “한국 노인장기요양보험 수급조건의 국가별 비교평가를 통한 발전방안 연구: 한국·독일·일본의 제도내용분석을 중심으로.” 『한국정책학회보』 17(3): 189-227.
- 이신호 외. 2007. 「노인장기요양보험제도 도입에 따른 보건기관 기능 개편방안: 농어촌의료서비스개선사업을 통한 시범사업 실행 방안을 중심으로」. 한국보건산업진흥원 건강증사업지원단.
- 이용석. 2008. “노인장기요양보험법의 주요내용과 문제점에 대한 검토.” 『보험학회지』

79: 163-193.

- 이인동. 2007. “우리나라 노인장기요양보험제도의 도입쟁점에 관한 연구.” 상지대학교 사회복지정책대학원 사회복지학과 석사학위논문.
- 이준우, 서문진희. 2009. “노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안.” 『한국노년학』 29(1): 149-175.
- 일본 후생노동성. 2009. 홈페이지(<http://www.mhlw.go.jp>) 수록자료.
- 임혜경. 2008. “일본의 개호보험제도 개혁: 정책적 시사점.” 『사회보장연구』 24(1): 233-258.
- 장병원. 2009. 『일본 노인장기요양정책: 개호보험제도 심층분석』. 양서원.
- 전용호. 2008. “노인장기요양보험의 서비스 질 관리 개선에 관한 연구: 영국의 질 관리 시스템과 그 시사점을 중심으로.” 『사회복지정책』 33: 335-361.
- 정완교, 진양수. 2008. “노인장기요양보험제도의 문제점과 개선방향.” KDI 정책포럼 제202호. 한국개발연구원.
- 조지현. 2008. “노인장기요양보험의 현재와 미래.” 『경영법률』 18(4): 293-325.
- 채현탁, 오세웅. 2007. “일본 농촌지역 소규모다기능 재가복지시설에 관한 참여관찰 연구.” 『노인복지연구』 38: 257-280.
- 최병호 외. 2007. 『노인수발보험제도 시범사업 평가연구(2차): 수가, 표준시설모형, 표준수발서비스, 질 관리 부문』. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 최성재 외. 2000. “노인 장기요양보호에 관한 한·일 비교 연구.” 『한국노년학』 20(3): 143-167.
- 한국갤럽. 2008. 『노인장기요양보험 이용자 만족도 조사 보고서』. 보건복지가족부.
- 허준수. 2008. “노인장기요양보험제도 시행에 따른 소고(2): 인력측면.” 『사회복지』 178: 124-145.
- OECD. 2005. Long-term Care for Older People, OECD Health Project.
- Palley, H. A. 2008. “International Trends in Long-Term Care Services for the Elderly.” Paper Prepared for Presentation to the Korea Development Institute, Seoul, Republic of Korea, October 21, 2008.
- 日本 厚生労働省. 2005. “介護保険制度改革の概要: 介護保険法改正と介護報酬改正.” 厚生労働省.

연구보고 R587

농어촌 노인장기요양보험제도 추진실태와 개선방안

등 록 제6-0007호(1979. 5. 25)

인 쇄 2009. 6.

발 행 2009. 6.

발행인 오세익

발행처 한국농촌경제연구원

130-710 서울특별시 동대문구 회기동 4-102

전화 02-3299-4000 <http://www.krei.re.kr>

인쇄처 (주)문원사

전화 02-739-3911~5 E-mail: munwonsa@chol.com

ISBN 978-89-6013-129-3 93520

- 이 책에 실린 내용은 출처를 명시하면 자유롭게 인용할 수 있습니다.
무단 전재하거나 복사하면 법에 저촉됩니다.