

제대로 된 노인장기요양보험제도를  
만들어 내기 위한 제언 II  
(독일, 일본, 한국 비교를 통한 정책 제언)

2009년 10월

국회의원 이정선



I. 들어가는 말	1
II. 독일, 일본, 한국의 장기요양보험제도 비교	3
1. 도입배경	3
2. 적용대상	6
3. 급여내용	12
4. 전달체계	16
5. 자원체계	26
III. 우리나라 노인장기요양보험 제도에 관한 정책 제언	30
1. 적용 대상자 범위 확대	30
2. 다양한 급여서비스 개발 및 활용	31
3. 각 공급주체별 역할 재정립	33
4. 정부지원 확대 및 본인부담금 감면	48
IV. 맺음말	49
참고자료	50



# 제대로 된 노인장기요양보험제도를 만들어 내기 위한 제언 I I (독일, 일본, 한국 비교를 통한 정책 제언)

## I 들어가는 말

고령사회를 대비하여 2008년 7월 1일부터 노인장기요양보험제도가 본격 시행되었다. 기존 노인복지서비스체계가 국민기초생활보장수급자를 포함한 저소득층 위주의 선별적 체계였다면 노인장기요양보험제도는 보편성에 입각해 국민을 대상으로 하고 있다는 데에 그 특징이 있고, 저출산·고령화 사회에서 필수적으로 요구되는 사안이라 할 수 있다. 특히 가족의 영역에 맡겨왔던 노인장기요양 문제를 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담함으로써 사회적 인식의 전환을 가져왔다는 점이 높게 평가받고 있다. 하지만 본 제도를 장기적으로 안정적으로 효과성 높은 제도로 유지·발전시키기 위해서는 꾸준히 제기되고 있는 문제들을 인식하여 수정·보완해나가는 노력이 필요하다.

우리나라 노인장기요양보험제도는 기존의 비영리법인·단체 뿐 아니라 영리를 목적으로 하는 개인, 기업 등 민간에게 개방하는 경쟁을 통한 효율성 제고, 즉 유사시장(quasi-market) 방식의 장기요양서비스 공급방식을 채택하고 있다. 하지만 일반적으로 자유경쟁 시장에서 수급 조건에 의해 상품이 거래되는 경우에는 공급과 수요가 가장 큰 영향요인으로 작용하지만, 노인장기요양보험제도는 제도가 갖는 독특한 특성 때문에 시장 경쟁의 논리를 그대로 적용할 수 없다는 점에 주목해야 한다. 또한 그동안 노인장기요양보험에 대비한 정부의 시설 신축 지원에 따른 노인요양시설 수의 급증은 서비스 인프라의 양적인 확충에 초점이 맞추어져 있다는 것이 문제로 지적되고 있다. 정리하면 노인장기요양보험제도는 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 취약 고령자를 대상으로 하기 때문에 다른 어떤 정책들보다도 눈높이를 맞춘 세심한 배려정책이 필요하지만, 서비스를 제공하는 주체는 영리를 목적으로 하는

개인, 기업 등의 민간에게 개방하고 있다는 점에서 두 가지 상충된 측면이 혼재되어 있는 모순점이 있다고 평가할 수 있다. 즉 사회보험제도를 민간에 의한 경쟁논리 속에 맡김으로써 사람보다는 이익을 추구하는 시스템, 혹은 사람을 금전적 가치로 평가하는 상황을 만들고 있고, 이는 결국 적정 수준의 서비스 질 보장의 어려움과 노인들의 인권문제, 안전문제 등이 사각지대에 놓인다는 점이 지적된다. 결국 본 제도의 관건은 보다 섬세하고 엄격한 관리체계를 구축하지 않으면 기존의 노인복지서비스보다도 퇴보할 수 있는 충분한 여지가 있다는 점에 주목해야 할 것이다.

또한 노인장기요양보험제도의 시범사업을 평가한 바 있는데, 당시에는 제도모형을 구축하는데 우선순위를 두고 있었기 때문에 본 제도가 현실적으로 어느 정도 적용 가능한지, 미흡한 부분을 발견하여 개선된 모형을 개발하는데 중점을 두고 있었다. 즉 각종 사회복지, 의료, 보건관련 학회나 단체에서 장기요양보험제도에 대한 세미나가 개최되었고, 제도의 미진한 부분에 대한 개선내용을 제시해 왔다. 예를 들면, 전체노인대비 장기요양인정자수 비율이 너무 낮다는 의견을 비롯하여 등급판정항목 및 절차, 장기요양서비스 이용지원체계, 장기요양서비스의 내용 및 급여수준, 비용지불단가 이외에 장기요양시설 및 인력에 대한 인프라의 확충 관련 등 다양한 분야에 걸쳐서 의견을 제시하였다. 하지만 시범사업 이후 제도도입의 목적을 달성하기 위해 어떠한 부분을 보완하고 개선해나가야 할지 등에 대한 전반적인 평가 없이, 또한 제도가 나아가야 하는 방향에 대해서도 심도 있게 논의하지 않은 채 시범사업과 별반 다를 바 없이 그대로 제도가 시행되고 있는 것으로 보인다. 뿐만 아니라 양적인 부분은 제도 시행 이전에 이미 완료되었어야 하는 문제임에도 불구하고, 보건복지가족부는 제도 시행 이후 노인장기요양보험제도의 인프라 확충 문제, 양적인 부분, 서비스 공급량 확대라는 차원에서 단기간내에 성공했다고 평가함으로써 마치 양적 목표달성이 본 제도의 목적을 달성한 것처럼 평가하고 있어 큰 우를 범하고 있는 모습이다. 노인장기요양보험제도는 일상생활을 스스로 수행하기 어려운 노인을 대상으로 하는 제도이므로 다른 어떤 정책보다도 공급자 중심이 아닌, 대상자의 관점에서의 세심한 배려 정책이 요구된다 하겠다.

그러므로 노인장기요양보험이 실시된 지 1년이 경과한 지금, 우리나라 문화적 특성과 현실에 맞는 정책이 실행되고 있는지, 대다수의 급여대상자가 문제로 지적하는 부분은 없는지, 제도의 사각지대는 없는지 등 제도가 본래의 취지에 맞게 실행되고 있는지 포괄적인 관점에서 점검하고, 선형국의 장기요양보험제도 비교를 통해 현재 제기되고 있는 문제들을 집중적으로 조명하여 제도적으로 개선할 수 있는 방안을 모색해보고자 한다.

## II

## 독일, 일본, 한국의 장기요양보험제도 비교

### 1. 도입배경

#### 1) 독일

독일의 수발보험은 육체적·정신적·정서적 질병 및 장애로 인해 일상생활의 통상적·반복적인 일을 행함에 있어 최소 6개월간 지속적으로 타인의 도움을 필요로 하는 자에게 요양급여를 제공하는 제도로 정의된다. 독일은 1932년에 고령화사회(aging society)에 진입하고 42년 후인 1974년에 고령사회(aged society)로 진입하였으며, 노인인구의 고령화, 개인 및 가족의 장기요양부담의 증가, 가족기능의 약화, 건강보험금고의 재정 악화 등의 이유로 1995년 수발보험을 도입하였다. 독일의 장기요양보험은 제도 도입을 위해 무려 20년 이상 정책적 논의를 거쳐 제정되었다는 점, 정책결정 과정에서 국민적 합의를 이끌어 낸 상황에서 수발보험을 도입할 수 있는 시설 및 인력 등의 인프라가 구축되어 있었다는 점에 주목할 만하다.

#### 2) 일본

일본의 개호보험은 노령 또는 심신장애인이 개인 또는 사회적 원인에 의해 일상생활에 지장을 초래하는 사람을 대상으로 식사, 배설, 목욕 등 전문적인 도움을 주어 신체적·정신적·사회적으로 건강한 생활을 영위할 수 있도록 보장하기 위한 제도이다. 일본은 1970년에 고령화사회에 진입하고 24년 후인 1994년에 고령사회에 진입하였으며 급속한 고령화로 인한 개호위험의 일반화, 가정환경변화로 인한 가족개호의 한계, 조치제도에 기초한 저소득층 중심 기존제도의 한계, 노령인구의 사회적 입원현상으로 건강보험 재정악화 등의 이유로 2000년 4월 1일 개호보험이 전면 시행되었다.

#### 3) 한국

우리나라 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등의 이유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원 등의 급여서비스를 제공함으로써 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 노인부양 가구의 육체적·정신적·경제적

부담을 경감하여 국민의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.

노인장기요양보험제도를 도입하게 된 첫 번째 배경은 고령화 진전에 따른 요양보호 노인의 급속한 증가에 따른 문제에 대응하기 위해서이다. 65세 이상 노인인구가 전 인구에 차지하는 비중인 고령화율의 변화를 살펴볼 때 2000년 7.2%로 고령화 사회에 들어선 후, 2008년 현재 10%를 넘어서고 있으며, 2020년대에 초고령사회를 거쳐 2050년에는 37.3%로서 세계 최고령국가가 될 것으로 전망되고 있다. 고령사회가 당면하게 되는 제일 큰 문제 중 하나는 후기고령노인인구의 증가로 장기요양보호를 필요로 하는 노인이 늘어난다는 것이다.

### 〈한국의 치매노인 수 추계〉

(단위 : 천명)

구분 \ 연도	2000	2007	2010	2020
65세 이상 인구 수	3,395	4,810	5,357	7,701
65세 이상 치매노인 수	282	399	461	693
치매 유병율 (%)	8.3	8.3	8.6	9.0

\* 출처 : 치매관리 mapping 개발 연구, 한국보건사회연구원, 1997의 치매유병율을 토대로 2006년 통계청 「장래인구 추계」의 노인인구수를 활용하여 재추계

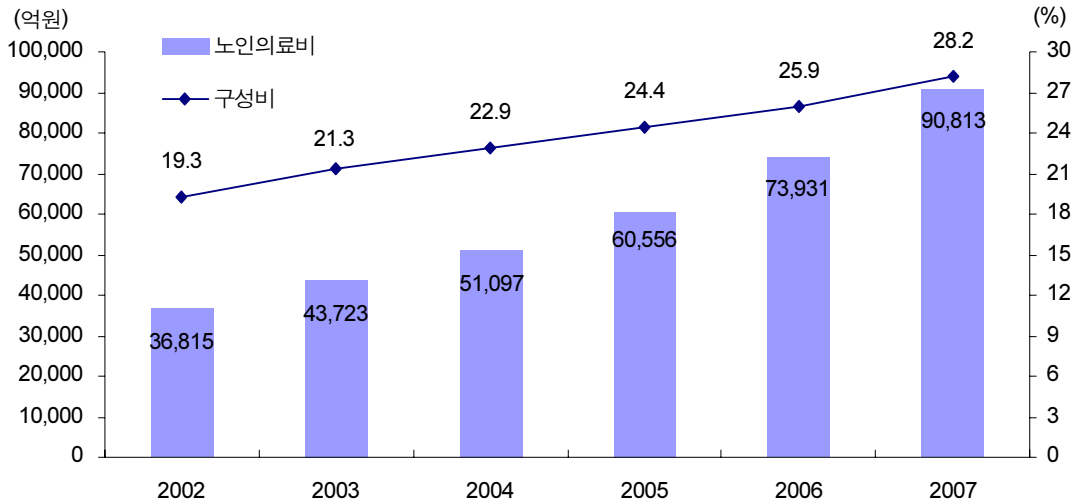
위의 표에서 볼 수 있듯이 65세 이상의 노인인구가 증가함과 동시에 치매 유병율도 점차적으로 증가하고 있는 추세에 있다. 이렇게 장기요양보호의 문제는 누구에게나 일어날 수 있는 보편적 위험(universal risk)의 성격을 지니고 있고, 또 그 대상도 급격히 증가될 것이므로 국가가 국민복지를 증진하는 차원에서 이 문제에 적극적으로 대응할 필요가 있었다.

두 번째 배경은 가족구조의 변화이다. 가족의 구조와 동거형태 역시 산업사회가 되면서 핵가족, 소가족이 보편화되고 있고, 가족부양기능이 약화되는 상황에서 그 비용을 각 가정이 감당하기에는 부담으로 작용할 수밖에 없다. 또한 가족의 부양기능도 변하고 있고 자녀들의 노부모 부양의식도 점차 쇠퇴하고 있다. 이와 같이 전통적 가족문화가 변화하여 가족이 노인을 부양하는 것이 어려워지고, 노인을 보호하는 가족의 부양부담이 커지면서 노인에 대한 사회서비스의 필요성은 점차 증대되었다. 이러한 가족문화의 변화에 대응하여 국가가 노인요양문제에 대처하려는 노력의 일환이 노인장기요양보험이라고 볼 수 있다.

세 번째 이유는 노인의료서비스와 장기요양서비스의 수요증대에 따른 비용의 증대에 대처해야 하고, 서비스 인프라를 합리적으로 구축해야 할 필요가 있었기 때문이다.



〈한국 65세 이상 건강보험 노인의료비 추이〉



위의 그림은 65세 이상 건강보험 노인의료비를 나타낸 것인데, 우리나라 건강보험제정에서 노인의료비의 비중이 큰 부담으로 작용하고 있으며, 앞으로 후기고령노인인구가 증가하고 이들의 장기요양서비스 수요 증대가 겹치게 되면서 노인의료비는 더욱 크게 늘어날 것으로 보인다. 이에 노인장기요양서비스의 비용을 사회적으로 연대하여 조달하는 제도를 만드는 것이 불가피하게 되었고, 이와 같은 변화에 현명하게 대응하기 위해 노인의료서비스에 대한 비용, 장기요양서비스에 대한 비용을 합리적으로 분리 대응하는 대책을 미리 강구할 필요가 있었다. 넷째, 노인장기요양서비스의 수요가 증가하면 사회적 서비스를 제공하는 시설과 인력의 수요가 늘어나게 되는데 이 현상을 그대로 방치하면 재정소요가 큰 입소시설이 무분별하게 늘어나거나, 지역별로 시설이나 서비스가 편중되고, 서비스의 질 저하 등 전달체계의 문제를 만들어 낼 가능성이 높다. 따라서 노인장기요양보험제도를 도입함으로써 장기요양서비스를 위한 전달체계를 합리적·체계적으로 수립하여 국가가 자원을 효과적, 효율적으로 관리·조정·운영하고 서비스의 질적 수준을 확보할 필요가 있었다.

#### 4) 도입배경 비교

〈독일, 일본, 한국 3개국의 도입배경 비교〉

기준 \ 국가	독일	일본	한국
고령화사회 ↓ 고령사회  진입기간	42년	24년	18년 (예상기간)
장기요양 보험 시행시기	1995년 4월 (고령사회 진입 후 21년 뒤 도입)	2000년 4월 (고령사회 진입 후 6년 뒤 도입)	2008년 7월 ( <b>고령화사회</b> 진입 후 8년 뒤 도입)
도입배경	① 노인인구의 고령화 ② 개인 및 가족의 장기 요양부담의 증가 ③ 가족기능의 약화 ④ 건강보험 재정 문제	① 개호위험의 일반화 ② 가정환경변화로 인한 가 족개호의 한계 ③ 저소득층 중심 기존 제 도의 한계 ④ 건강보험 재정악화	① 요양보호 노인의 급증 ② 가족 환경의 변화로 인한 가족요양의 한계 ③ 노인의료비의 증가로 인한 건강보험 재정악화 ④ 저소득층으로 한정된 기존의 노인요양보호 시스템의 한계 ⑤ 노인요양시설 부족

독일과 일본이 고령화사회를 거쳐 고령사회에 진입한 뒤에 장기요양보험을 도입한 것에 비해, 우리나라는 고령화사회에 노인장기요양보험을 도입했다는 것을 확인할 수 있다. 다시 말해 독일과 일본은 노인인구가 14%가 넘는 ‘고령사회’에 진입한 후에야 장기요양보험을 도입했지만, 우리나라는 고령사회가 되기 전, ‘고령화사회’에 해당하는 노인인구 10%에 해당하는 시점에서 노인장기요양보험을 도입했다는 점이다. 이는 선형국의 영향 뿐 아니라, 고령화사회가 됨에 따라 발생하는 여러 문제들을 국가적 차원에서 책임의식을 가지고 대처하려는 적극적인 노력의 일환으로 볼 수 있을 것이다.

## 2. 적용대상

### 1) 독일

독일의 수발보험은 연령이나 원인에 관계없이 모든 국민을 대상으로 하는 보편적 사회보

장제도이다. 이는 세대간의 연대원칙에 기초한 사회보험 방식에 의하여 포괄적인 장기요양보장을 설계하고자 한 것이다. 피보험자는 법정건강보험 가입자인 전 국민이고, 급여 대상 역시 피보험자와 동일한 전 국민을 대상으로 한다. 이는 “요양보험은 건강보험을 따른다.”라는 기본원리에 입각한 것으로 법률에 의해서 모든 국민을 법정장기요양보험과 민간장기요양보험으로 구분되어 있는 양 보험에 강제로 가입시켜 포괄적인 장기요양보장을 설계하고 있다. 장기요양보호대상자의 상태여부 및 장기요양등급 판정 작업은 의학적 견지와 전문적 지식을 가진 MDK에 의해 행해지고, ADL 도움빈도와 소요시간 정도에 따라 1~3등급으로 판정하게 된다.

MDK에서 위의 선정기준을 중심으로 장기요양보호 욕구수준을 판정하여 장기요양욕구가 일정수준 이상인 경우 급여 대상자로 선정하고, 요양보호 필요정도에 따라 등급을 부여해 각기 다른 급여를 제공한다. 이렇게 볼 때 독일의 수발보험은 연령계층, 원인에 관계없이 적용되는 보편적인 제도라고 볼 수 있다.

## 2) 일본

일본 개호보험의 피보험자는 제 1호 피보험자인 65세 이상의 자와 제 2호 피보험자인 40~65세 미만의 건강보험가입자이다. 급여 대상은 피보험자와 동일하며 그 범위를 구체적으로 살펴보면 제 1호 피보험자는 65세 이상의 노인으로 구성되어 요개호자(와상 및 치매)와 요지원자(허약)로 구분하여 모두 지원하고 있고, 제 2호 피보험자는 뇌졸중, 노인의 초기 치매 등 16종의 특정질병에 수반하여 발생하는 요지원·요개호 상태에 대해서만 보험급여를 제공한다. 따라서 일본의 개호보험은 사실상 ‘노인’을 대상으로 하는 보험이라는 특성을 가진다고 할 수 있다. 개호등급은 2006년도 개호보험 개정으로 기존의 요개호 1호를 요지원 2호와 요개호1호로 재편하여 요지원 2개 등급과 요개호 5개 등급을 합하여 총 7개 등급으로 구분하여 운영하고 있다.

이렇게 볼 때 일본의 장기요양보험제도인 개호보험은 장기요양보호가 필요한 모든 국민을 적용 대상으로 하는 보편적인 제도가 아니라, 연령계층, 특정 질병에 따라 적용 대상을 제한하고 있으며, 장기요양보호 필요 원인별로 그 필요 정도에 따라 등급을 부여하고 급여를 제한하고 있다. 또한 사회보험방식이기 때문에 보험료를 부담해야 수급자격이 유지되고, 소득수준에 관계없이 정률의 이용자부담금이 설정되어 있으며, 지급상한액으로 설정되어 있어 자유로운 장기요양보호 서비스를 사실상 제한하고 있기 때문에 적용범위 측면에서 선별적 성격을 가진다고 볼 수 있다.

### 3) 한국

우리나라 노인장기요양보험의 피보험자는 건강보험가입자 모두로 규정하여 전 국민을 대상으로 하고 있지만, 급여 수급 대상은 65세 이상의 노인이거나, 65세 미만의 노인성 질병(치매, 뇌혈관성 질환, 파킨슨 병)을 가진 자로 하고 있다. 서비스 신청 후 서비스 수급자격을 사정하기 위해 1차로 국민건강보험공단 직원이 방문조사를 실시하고 그 결과를 바탕으로 등급판정위원회의 심사를 거쳐 최종적으로 1~3등급 판정을 받아야 보험 대상자가 될 수 있다.

장기요양급여를 받을 수 있는 자는 신청대상자 중 일상생활에 상당한 장애가 있어 타인의 지속적인 도움이 필요하다고 인정을 받은 자로 규정하고 있고 이를 세분화하여 총 3개의 등급으로 구분하고 있다. 우리나라 노인장기요양보험은 중증의 노인을 대상으로 하고 있어 55점 미만인 등급 외의 경증 노인들은 장기요양보호를 받을 수 없게 설계되어 있다. 이 경우 지역의 노인돌보미 바우처사업, 가사간병 도우미, 보건소 방문보건사업, 기타 지역노인복지 프로그램을 연계하여 지원하도록 하고 있다.

#### 〈한국 등급판정 신청자 현황〉

(2008. 12. 31 현재, 단위 : 명)

계	65세 이상				65세 미만			
	소계	일반	기초수급	의료급여	소계	일반	기초수급	의료급여
376,032	358,441	246,250	101,856	10,335	17,591	11,204	5,505	882
100.0%	95.3%	68.7%	28.4%	2.9%	4.7%	63.7%	31.3%	5.0%

\* 출처 : 노인장기요양보험 시행현황과 향후과제, 보건복지가족부, 2009. 2

위의 표는 등급판정 신청자 현황 및 조사 현황을 나타낸 것으로, 2008년 12월 31일 현재, 신청인원은 376,032(사망자 20,506명 포함)명이었고, 이 중 65세 이상 노인이 358,441명으로 전체 노인 인구수 5,069,273명 중 7%에 해당하는 노인이 신청했다는 것을 확인할 수 있다. 또한 신청자 중 65세 이상 노인이 95.3%를 차지하고, 65세 미만(노인성 질환을 가진 자)은 4.7%가 신청했다는 것을 통해 우리나라 노인장기요양보험은 노인에 국한된 요양서비스를 제공하고 있음을 확인할 수 있다.

### 〈한국 등급 판정 결과 현황〉

(2008. 12. 31 현재, 단위 : 명)

구분	계	인정자				등급외자				각하
		소계	1등급	2등급	3등급	소계	A	B	C	
판정결과	<b>336,580</b>	<b>214,480</b>	57,396	58,387	98,697	<b>50,891</b>	26,780	13,094	11,017	71,209
등급간 비율	<b>100%</b>	<b>63.7%</b>	17.1%	17.3%	29.3%	<b>15.1%</b>	8.0%	3.9%	3.3%	21.2%
일 반	<b>181,129</b> (68.3%)	<b>157,320</b> (73.3%)	43,969	44,773	68,578	<b>23,809</b>	13,749	5,662	4,398	-
기초수급	<b>76,209</b> (28.7%)	<b>50,913</b> (23.7%)	11,677	12,052	27,184	<b>25,296</b>	12,069	6,973	6,254	-
의료급여	<b>8,033</b> (3.0%)	<b>6,247</b> (2.9%)	1,750	1,562	2,935	1,786	962	459	365	-

\* 각하 : 등급판정위원회 심의 전까지 의사소견서 미제출건

\* 인정자 중 사망자 20,506명 제외

\* 출처 : 노인장기요양보험 시행현황과 향후과제, 보건복지가족부, 2009. 2

위의 표는 등급판정 결과현황으로, 인정자는 214,480명(63.7%), 등급외자는 50,891명(15.1%), 각하는 71,209명(21.2%)이었다.

### 〈한국 등급 인정자 및 이용자 현황〉

(2008. 12. 31 현재, 단위 : 명)

구분	등급 인정자	이용자
계	214,480 (100.0%)	148,878 (69.4%)
일반	157,320 (73.3%)	101,602 (64.6%)
의료급여	57,160 (26.7%)	47,276 (82.7%)
1등급	57,396 (26.8%)	38,865 (67.7%)
2등급	58,387 (27.2%)	40,954 (70.1%)
3등급	98,697 (46.0%)	69,059 (70.0%)

\* 출처 : 노인장기요양보험 시행현황과 향후과제, 보건복지가족부, 2009. 2

위의 표는 장기요양급여 이용자 현황으로, 인정자 214,480명 중 148,878명이 장기요양급여를 이용하고 있는데, 결국 우리나라 전체 노인인구수 5,069,273명 중 148,878명(2.9%)만

이 서비스를 이용하고 있다는 것을 알 수 있다. 결국 보험료는 전 국민이 납부하고 있지만, 보험의 혜택을 받는 대상은 소수의 노인과 일부 노인성질환을 가진 사람을 대상으로 하고 있으므로 사회보험에 부합하는지와 관련하여 검토해 볼 필요가 있다.

또한 인정자 중 30.6%에 해당하는 65,602명은 장기요양급여를 이용하지 않고 있다는 것을 확인해볼 수 있는데, 주된 미이용 사유는 병·의원 입원 중이거나 입소대기가 45%, 관내 입소시설이 없어서가 10%, 본인부담금 과다가 10%, 가족수발을 선호하는 경향이 7%로 나타나고 있다.

#### 4) 적용대상 비교

〈독일, 일본, 한국 3개국의 적용대상 비교〉

국가 기준	독일	일본	한국
피보험자	전 국민	제 1호 피보험자 : 65세 이상 제 2호 피보험자 : 40세 이상 (특정질환보유자)	전 국민
급여 대상자	전 국민	제 1호 피보험자 : 65세 이상 제 2호 피보험자 : 40세 이상 (특정질환보유자)	- 65세 이상 노인 - 65세 미만 노인성질환을 가진 자
등급 적용기준	- 1~3등급 - MDK 전문가판정 - ADL 도움빈도 및 소요시간 정도	- 7등급 (요지원 2개, 요개호 5개) - 개호인정심사회 판정 - ADL, 인지장애, 간호 및 재활치욕구 등	- 1~3등급 - 등급판정위원회 판정 - ADL, 인지장애, 간호 및 재 활치욕구, 문제행동 등
↓			
특성	보편적 성격	선별적 성격	선별적 성격
피보험자, 급여대상 일치여부	일치	일치	불일치

먼저 독일은 피보험자를 전 국민으로 하여 보험료수입의 확대를 도모하고 있고, 급여대상 역시 피보험자와 동일한 전 국민을 대상으로 하여 급여대상을 보편화하고 있음을 알 수 있다.

한편 일본의 경우 피보험자는 연령 및 질병이라는 특정 기준으로 제 1호 피보험자, 제 2호 피보험자로 구분하여 보험료를 징수하고 있는데, 제 1호 피보험자는 65세 이상의 노인이

며, 제 2호 피보험자는 40세 이상에서 64세까지의 의료보험 가입자이다. 급여대상 역시 피보험자와 동일한 대상에 대해 적용하고 있는데 여기서 제 2호 피보험자는 뇌졸중, 노인의 초기 치매 등 노화에 수반하여 발생하는 16종의 노인성 질환을 가진 자로서 보험급여의 적용범위가 특정질병에 국한된다.

우리나라 노인장기요양보험의 피보험자는 국민건강보험의 가입자와 동일한 전 국민으로써 보편적 성격으로 설계되었으나, 급여 대상자는 65세 이상의 노인과 치매·뇌혈관성 질환(중풍) 등 대통령령이 정하는 노인성 질병을 가진 65세 미만의 국민으로 한정하고 있고, 중증 대상자만을 서비스 인정자로 제한하고 있다.

종합해보면 독일 수발보험은 연령계층, 원인에 관계없이 전 국민에게 보험이 적용되는 보편적 성격을 가진 제도라 할 수 있는 반면, 일본의 개호보험은 특정 연령 및 질병을 기준으로 피보험자 및 적용 대상을 제한하고 있고 장기요양보호 필요 원인별, 필요 정도별로 구분해 급여를 제한하고 있어 선별적 성격을 가진다고 볼 수 있다. 한국의 경우 피보험자는 국민건강보험의 가입자와 동일한 전 국민으로써 보편적 성격으로 설계된 듯 보이나, 급여 대상의 경우는 특정 연령 및 질병을 기준으로 제한하고 있어 선별적 성격을 가진다고 볼 수 있다.

주목할 점은 독일과 일본은 수혜자와 부담자를 일치시키고 있으나, 한국의 경우 수혜자와 부담자가 불일치하다는 점이다. 보험료는 전 국민이 납부하는 반면 보험의 혜택은 특정 연령 및 질병을 가진 계층에게만 적용되는 선별적 성격의 장기요양급여를 실시하고 있는 것이다. 사회보험의 기본 성격인 전 국민 부담을 원칙으로 하고 있음에도 불구하고 보험의 혜택은 일부에게만 적용되기 때문에 사회보험의 기본 철학인 사회연대의 보편성을 고려하지 못하는 한계를 보이고 있다. 따라서 현재 가입자의 불만과 반발이 크게 나타날 우려가 있다.

장기요양보호 필요정도를 규범적으로 판단하는 기준을 살펴보면 가장 먼저 장기요양보험을 시행한 독일의 경우 MDK의 전문가에 의해 ADL 도움빈도와 소요시간 정도를 근거로 중등중, 중중, 최중중으로 보호등급을 3등급으로 분류하고 있고 보호제공의 필요는 규정된 정도에 따라 각각 다르게 나타나고 있다. 우리나라도 독일의 사례와 유사하게 총 3개의 등급으로 분류하여 서비스를 제공하고 있다. 1차는 공단직원이 ADL정도, 문제행동정도 등이 포함된 조사판정표로 방문조사를 실시하고 프로그램을 통해 자체적으로 1차 판정을 후, 관련 전문가로 구성된 등급판정위원회에서 최종 등급을 판정한다. 반면에 일본은 등급 종류를 보다 세분화하여 일상생활수행능력과 수단적 일상생활수행능력 등 신체상의 장애 뿐 아니라 인지기능 장애, 간호 및 재활처치욕구 등의 영역을 중심으로 보호등급을 구분하여 요지원상

태를 포함한 요개호 7등급으로 분류하고 있다. 특히 요개호상태로 전환될 우려가 있는 대상자를 요지원상태로 분류하여 예방차원에서 보호제공을 실시하고 있다는 점은 주목할 만하다. 이는 요개호상태로 전환될 경우 수반되는 제반 문제들을 예방할 수 있는 차원에서 우리나라에서도 고려해볼 수 있을 것이다.

### 3. 급여내용

#### 1) 독일

독일 수발보험의 급여 종류는 재가급여와 시설급여로 구분된다. 재가급여에는 방문요양, 주·야간 보호서비스, 단기보호서비스, 가족요양서비스, 전문요양서비스 등이 있고, 시설급여는 여러 형태의 완전요양시설에서 다양한 서비스를 제공하고 있다. 대상자들을 위한 입소시설은 노인집합주택, 노인 홈, 노인 요양홈 등으로 나누어진다.

급여의 형태는 현물급여, 현금급여, 그리고 현물과 현금을 혼합한 혼합급여가 있다. 현물급여는 장기요양금고와 계약을 맺은 서비스 제공기관이 대상자의 등급에 따라 정해진 서비스를 제공하는 것을 말하는데 재가급여는 현물급여, 현금급여, 현물급여와 현금급여 혼합형 중 선택이 가능한 반면 시설급여는 현물 급여만 이용할 수 있다. 독일은 현금급여 활성화 노력을 기울인 결과 전체 재가 급여의 60~70%가 이에 해당한다. 현금급여는 요양보호 제공 가족의 노동력에 대해 사회적으로 보상함으로써 장기요양에 대한 가족의 책임의식을 제고함과 동시에 수발보험의 재정을 절감하는 장치로 작용하고 있다. 이러한 현금급여의 질 관리는 건강보험금고에서 담당하고 있다. 대상자로 하여금 정기적으로 의사의 검진을 받도록 하여 장기요양상태에 대한 책임소재여부를 평가하고 있으며, 장기요양상태가 불량할 경우 현금급여 지급을 중지하고 현물급여로 전환함으로써 서비스의 질이 일정수준 이상 보장될 수 있도록 관리하고 있다.

#### 2) 일본

일본 개호보험의 급여종류를 살펴보면 크게 예방급여와 개호급여로 나뉘고, 개호급여는 다시 재가서비스, 시설서비스, 지역밀착형서비스로 나뉜다. 예방급여는 요개호 상태에 있는 피보험자 또는 요개호로 될 우려가 있는 피보험자(요지원자)에 대하여 보험급여가 행해지는 것을 말하고, 개호급여란 요개호자로 인정된 자에 대하여 보험급여가 행해지는 것을 말한다.



개호급여는 재가서비스와 시설서비스로 나뉘는데, 시설서비스는 요양보호가 필요하다고 요개호 인정을 받은 자만이 받을 수 있고, 재가서비스는 요개호 인정 또는 요지원 인정을 받은 자가 모두 이용할 수 있다. 재가서비스는 방문서비스로서 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도의 5종류가 있고, 통원서비스로는 통원개호, 통원재활의 2종류가 있다. 단기입소서비스로 단기입소생활개호와 단기입소요양개호의 2종류가 있으며, 이 외에 치매대응형 공동생활개호, 특정 시설입소자 생활개호가 있고, 거택개호지원서비스, 복지용구의 대여, 특정복지용구 구입비 지급, 주택개보수비 지급 등 총 14종류의 서비스가 있다. 시설서비스는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설, 이렇게 3종이다. 급여의 형태는 현물급여를 원칙으로 하고 있고, 현금급여는 인정하지 않는다.

### 3) 한국

한국 노인장기요양보험법에 명시되어 있는 급여종류는 재가급여와 시설급여 그리고 특별 현금급여로 나뉜다. 먼저 재가급여는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타 재가급여(복지용구) 이렇게 총 6종으로 구성되어 있고, 시설급여는 2종, 특별현금급여는 3종으로 규정하고 있다. 1~2등급은 재가급여와 시설급여 중 선택이 가능하고, 3등급의 경우 재가급여만 이용이 가능하다. 급여의 형태는 현물급여와 특별현금급여로 나뉘는데, 현물급여를 원칙으로 하고 있다. 현물급여는 장기요양 기관이 대상자의 등급에 따라 정해진 서비스를 제공하고, 급여는 등급별 한도액까지 사용할 수 있다. 특별현금급여의 경우 세 종류가 있으나, 현재 가족요양비만 시행되고 있다. 가족요양비는 장기요양기관이 현저히 부족한 도서·벽지에 거주하는 자, 천재지변 등으로 장기요양기관이 실시하는 장기요양급여를 이용이 어렵다고 인정된 자, 신체·정신·성격 등의 사유로 가족 등에 의해 요양서비스를 받아야 하는 자 등에게 지급하는 급여를 말한다.

#### 〈한국 장기요양급여 이용자 현황〉

(2008. 12. 31 현재, 단위 : 명)

구분	인정자	이용자	시설급여	재가급여	가족요양비
계	214,480	148,878 (69.4%)	56,370 (26.3%)	91,431 (42.6%)	1,077 (0.5%)
일반	157,320 (73.3%)	101,602 (64.6%)	33,099 (21.0%)	67,686 (43.1%)	817 (0.5%)

구분	인정자	이용자	시설급여	재가급여	가족요양비
의료급여	57,160 (26.7%)	47,276 (82.7%)	23,271 (40.7%)	23,745 (41.5%)	260 (0.5%)
1등급	57,396 (26.8%)	38,865 (67.7%)	22,585 (39.3%)	16,122 (28.1%)	158 (0.3%)
2등급	58,387 (27.2%)	40,954 (70.1%)	21,653 (37.1%)	19,079 (32.7%)	222 (0.4%)
3등급	98,697 (46.0%)	69,059 (70.0%)	12,132 (12.3%)	56,230 (57.0%)	697 (0.7%)

\* 출처 : 노인장기요양보험 시행현황과 향후과제, 보건복지가족부, 2009. 2

위의 표는 장기요양급여 이용자 현황을 나타낸 것으로, 2008년 12월 31일 기준으로 214,480명의 인정자 중 148,878명이 이용하고 있어 69.4%의 이용율을 보이고 있다. 이 중 재가급여를 이용하는 비중은 42.6%로 시설급여 이용율 26.3%에 비해 높다는 것을 확인할 수 있고, 현금급여인 가족요양비의 경우, 전체 급여의 0.5%를 차지하여 매우 미미한 수준임을 확인할 수 있다.

등급별 이용 현황을 살펴보면, 1등급의 경우 22,585명(39.3%)이 시설급여를, 21,653명(37.1%)이 재가급여를 이용하고 있어 시설급여 이용율이 높다는 것을 확인할 수 있는데 2등급도 이와 비슷한 양상을 보이고 있다. 1~2등급은 중증 노인이므로 재가급여 보다는 시설급여를 이용하는 것을 알 수 있다. 한편 3등급의 경우 시설급여를 이용할 수 없음에도 불구하고 12.3%에 해당하는 12,132명이 시설급여를 이용하고 있는데, 이는 기존의 시설에 입소해있던 노인 중 1~2등급을 받지 못한 경우 예외규정을 두어 시설에서 그대로 입소해 생활할 수 있는 유예기간을 준 현황을 나타낸 것이라 볼 수 있다.

#### 4) 급여내용 비교

##### 〈독일, 일본, 한국 3개국의 급여내용 비교〉

국가 기준	독일	일본	한국
급여형태	- 현물급여 - 현금급여 - 혼합급여(현물+현금)	- 현물급여	- 현물급여 - 현금급여(제한적)

기준 \ 국가	독일	일본	한국
급여종류	- 시설급여 - 재가급여 (의료서비스 제외)	- 시설서비스 3종 - 재가서비스 14종 - 지역밀착형서비스 6종 (요양병원 및 방문간호 등 의료서비스 포함) - 신개호예방서비스 15종	- 시설급여: 2종 - 재가급여: 6종 (간호서비스 포함) - 특별현금급여: 3종
	↓	↓	↓
특성	현금급여 및 재가급여 강조	급여종류 다양 / 지역밀착형 예방 서비스 강조	급여종류 적음 / 제한적 현금급여 지급
정책특성	가족구성 유지 정책	예방 정책	최소한의 요양보장 정책

먼저 독일 수발보험의 급여 종류는 재가급여와 시설급여로 나뉘는데, 재가급여는 현물급여와 현금급여 중 선택이 가능하며, 시설급여는 현물급여만 제공한다. 급여의 형태는 현물급여, 현금급여, 혼합급여가 있는데, 현금급여는 수발보험 대상자가 장기요양수당을 지급받아 자신을 돌보는 사람에게 제공하며 현금급여는 현물급여액의 약 50% 수준으로, 재가서비스의 60~70%를 차지할 정도로 선호도가 높다.

일본 개호보험의 급여체계는 재가서비스로 방문서비스, 통원서비스, 단기입소서비스 등 14종류와 야간대응형 방문개호, 인지증대응형 통원개호 등 지역밀착형 서비스 6종, 시설서비스 3종류, 15종의 신개호예방 서비스가 있다. 일본은 현물급여만을 제공하고, 현금급여는 인정하지 않고 있다.

우리나라 노인장기요양보험 급여체계는 재가급여 6종, 시설급여 2종, 특별현금급여 3종으로 규정하고 있다. 장기요양급여의 형태는 원칙적으로 현물급여를 제공하지만, 제한적으로 현금급여를 인정하고 있다.

급여형태에 있어서 한국과 독일이 현물급여와 현금급여를 인정하는 것과는 달리 일본은 현물서비스만을 제공하고 있다. 일본은 사회적인 분위기가 가족보호를 당연시하는 분위기이므로 아직 현실화된 수요에만 대응하는 정책을 선택한 반면, 독일은 일본보다 가족형태의 변화가 극심하므로 가족보호유지를 위해 적극적인 가족정책을 취하는 것으로 이해할 수 있다. 이러한 독일의 현금급여 활성화 정책은 무상으로 장기요양보호를 제공하는 가족의 중요

도를 인정하고 가족보호제공자의 적극적인 활용을 유도할 뿐 아니라, 비용절약적인 재가급여 활성화를 위한 조건의 정비관점에서 긍정적인 평가를 받고 있다.

급여내용에 있어서 차이점은 독일은 의료서비스를 제외하고 있지만, 일본은 요양병원 및 방문간호 등 의료서비스를 포함하고 있고, 우리나라는 재가급여 중 방문간호서비스만을 인정하고 있다는 점이다. 또한 개호보험은 시행초기부터 경증노인을 급여대상으로 포함하였고, 2006년도 개정시에는 이들에 대한 급여서비스체계를 구축·강화하였는데, 우리나라 노인장기요양보험이 경증을 적용대상에서 배제하고 있고, 이들에 대한 급여체계도 없다는 점과 대조된다.

## 4. 전달체계

### 1) 독일

#### (1) 이용절차

독일 수발보험의 이용은 요양 대상자의 요양청구권에 의해 서비스를 받게 한다는 취지에 부합하도록 가입자나 그 부양가족의 신청에 의해 시작된다. 신청을 받은 장기요양금고는 MDK에 장기요양 등급조사 및 판정을 의뢰하고, MDK에서는 소속된 의사 또는 간호사 등의 요양전문직 중에서 담당자를 선정해 신청자의 가정에 파견하여 일상생활 수행정도를 판별하는 36개의 평가항목을 기준으로 면접조사를 실시한다. 이러한 면접조사의 결과를 토대로 MDK 본부에서 요양보호 등급이나 필요한 요양서비스의 종류 등을 판정하고 개인별 요양보호 플랜을 작성하여 장기요양금고에 제출한다. 이것을 심사하여 장기요양금고는 요양보호 등급 및 신청 기각 등의 사항을 결정해야 하며 그 결정내역을 신청자에게 문서로 통지한다. 수발보험 급여청구권은 신청시간에 소급하여 효력을 발생하게 된다.

#### (2) 보험자

독일은 법정건강보험금고에 업무를 위탁하여 8개 건강보험금고<sup>1)</sup>에 장기요양금고(Pflegekassen : long-term care fund)를 설치했다. 즉 의료보험의 관리주체가 수발보험 업무를 겸하고 있

1) 지역건강보험금고(AOK), 기업건강보험금고(BBK), 조합건강보험금고(IKK), 직원원-대체금고(AK), 노동자-대체금고(AE), 농업건강보험금고(LKK), 해양-건강보험금고(SeeKK), 연방광부조합(BKN)

는 것이다. 각 법정 질병금고에는 하나의 장기요양금고를 설치해야 하는데 법적으로 장기요양금고는 공법에 따른 독립적인 자치기관이지만 조직상으로는 법정 질병금고와 아주 밀접하게 연관되어 있고 자치기관은 주정부의 감독을 받는다. 장기요양금고는 적절한 장기요양서비스를 확보하는 책임을 진다. 주 차원의 장기요양금고들은 입원과 외래의 서비스 제공자들과 개별적으로 서비스계약 그리고 보상에 대한 협정을 체결한다. 이러한 서비스 제공자들은 정부의 허가를 받아야 하는데, 정부가 정한 최소한의 질 보장을 위한 기준을 충족시키는 경우에 주어진다. 서비스계약의 여러 형태를 통해 장기요양금고는 서비스의 종류, 양, 비용 그리고 질을 조절할 수 있다. 이러한 독일 수발보험 공급체계의 특징은 다양한 공급주체에 의해 다원적으로 구성되어 있다는 것이다.

### (3) MDK

독일은 의학적 치료나 재활 필요성 등에 대한 정보제공을 위하여 의사와 간호사 등으로 구성되어 건강보험에 설치되어 있는 MDK<sup>2)</sup>에서 수발보험의 등급을 판정한다. MDK에 소속된 의사 중 10년 이상 경력의 전문의이고 1년간 법률 이론 및 요개호 인정 서식 내용 등에 대한 강습 과정을 수료한 사람만이 수발보험 수급 대상자 여부를 판정할 수 있는 자격을 가진다. 또한 MDK는 장기요양기관 평가를 담당하기도 하는데 2000년 10월부터의 평가는 재가 및 입소시설에 대해 별도로 마련된 ‘MDK - 평가지침’에 준하여 재가요양, 주·야간보호 및 입소요양급여의 경제성 심사와 급여제공 효과에 대한 정기평가를 현장에서 수행한다.

### (4) 기초자치단체

기초자치단체는 장기요양기관의 인·허가를 담당하는 곳으로, 효과성 있고 경제적인 장기요양급여를 보장하면서 시설 자체적으로 질 관리체계를 수립, 계속 발전시킬 의무를 부담하는 교육받은 간호사의 인력 기준을 심사한다. 이는 장기요양금고와 서비스공급 계약을 체결한 장기요양기관만이 재가급여와 입소시설 급여를 제공할 수 있기 때문이다.

---

2) MDK는 요양보호 등급을 판정하는 기관으로 각 주에 하나씩 설립되어 있고 연방에는 MDS(Spitzenverband der Medizinischem Dienst)가 설립되어 전국적으로 통일적인 판정을 할 수 있도록 지도하고 있다.

### (5) 장기요양기관

장기요양기관은 시설운영자가 자기점검을 통하여 서비스의 질을 스스로 강화하도록 서비스의 질 보장 및 효과성을 제고하기 위해 장기요양기관의 전반적인 질 관리 의무가 부과되어 있다. 장기요양기관은 기관이 제공하는 서비스의 내용과 질을 증명하고, 서비스의 질 확보를 위한 주 정부의 최소한의 규정을 시설 사업자가 준수한다는 내용에 대한 협약을 체결한다. 보험자와 장기요양사업자간의 협약내용은 공개되며 보험자는 장기요양기관의 배치인력을 보완하거나 조정할 권리를 갖는다. 장기요양기관은 협약에서 체결한 급여로 서비스 제공해야 하며, 협약한 급여의 질은 대상자의 수요와 전문성 요구에 대해 상시 평가하고 개선해야 한다.

### (6) 노인수발사

독일은 1950년대 말부터 장기요양보호 전문인력을 양성할 직업교육시설이 생기기 시작하여 각 주별로 독자적으로 발전해 왔으나 수발보험이 1995년에 실시되었음에도 불구하고 각 주별로 독자적인 법에 따른 교육 및 시험규정들을 유지하고 있는 실정이었다. 2002년 처음으로 연방차원의 통일법안이 논의되기 시작하였고 2003년 8월부터 노인장기요양 직업교육 기준을 연방차원에서 단일화시켜 새로운 표준을 세우게 되었고, 표준화된 교육은 3년제로 운영되고 있다.

독일은 국가 인증 또는 공인 자격제도를 도입하고 있고, 명칭은 ‘노인수발사’로 통일되어 있으며, 노인수발 전문인력으로 활동하고 있다. 교육시간은 최소 2,000시간 이상 이수하도록 규정함으로써 일본보다 전문성 확보에 역점을 두고 있어 요양요원 전문직업화를 지향하고 있다. 특이한 것은 모든 지원자들이 위의 과정을 일률적으로 모두 이수해야만 하는 것이 아니라, 다방면에 걸쳐 교육기간의 단축 가능성이 명시되어 있다는 점이다. 이런 취지에서 다른 종류의 직업교육도 부분적으로 인정받을 수 있으며, 가정 내에서 장애자녀나 장기요양이 필요한 사람에게 장기요양에 대한 활동을 한 경우 교육기간이 최대 1년으로 단축될 수도 있다.

## 2) 일본

### (1) 이용절차

1999년 11월부터 시작된 개호보험의 신청은 본인 또는 가족이 시·정·촌의 담당창구에서 접수하며 신청 후 시·정·촌의 직원 또는 개호보험전문원이 개호를 신청한 가정을 방문해 85개 항목에 걸쳐 건강상태를 조사하는데, 조사기준은 전국이 일률적이며 심신의 상황이나 일상생활동작 등 인정에 필요한 조사를 한다. 조사의 결과와 담당의사의 의견을 근거로 개호인정심사회에서 요개호도 정도를 심사한다. 개호인정심사회는 보건, 의료, 복지의 학식 있는 경험자로 구성되며, 전국이 단일한 기준으로 심사·판정을 한다. 제 2호 피보험자에 대해서는 개호를 필요로 하고 있는 상태가 특정 질병에 의한 것인지를 심사한다. 심사·판정에서 비해당자로 될 경우에는 시·정·촌에서 실시되는 자체 노인복지서비스를 받는 경우도 있다. 심사·판정에 불복할 때에는 도도부현에 설치되어 있는 개호보험심사회에 심사 청구를 할 수 있다. 요지원 1호 또는 요지원 2호로 판정된 경우는 개호보험 급여 중 신·예방급여에 의거한 개호 예방서비스 이용에 한정된다. 등급 인정을 받으면 개호지원전문원이 본인이나 가족의 의견을 존중하여 개인별 상황에 맞게 서비스 계획을 만들어 서비스 제휴사업자와 조정을 한다. 서비스 계획이 작성되면 도도부현 지사의 지정을 받은 재가서비스 사업자 등으로부터 필요한 재택서비스를 받을 수 있으며, 자택에서 생활을 할 수 없을 때에는 특별양호 노인홈과 장기간의 요양에 적합한 병원 등의 시설서비스를 받을 수 있다.

### (2) 보험자

일본 개호보험은 사회보험방식이며, 보험자는 시·정·촌 및 특별구이며 중앙정부, 도도부현, 의료보험자, 연금보험자가 시·정·촌의 재정과 사무 및 행정을 공동 지원하는 중층적인 제도이다. 먼저 시·정·촌의 업무는 피보험자의 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 피보험자의 요개호(요지원)인정, 보험급여비용의 지불 및 재정운영 등이다. 국가는 시·정·촌의 안정적인 재정운영을 위한 각종 지원 등을 담당하며 도도부현은 서비스 사업자의 지정, 감독 및 재정안정화기금의 운영 등을 담당한다. 서비스의 질과 관련하여 일본은 시설 표준화를 요구하고 있다. 지정관리 기간은 5년으로 공설민영이 지정관리를 받아도 서비스 질이 개선되지 않으면 지정을 취소하는 강력한 조치를 취하고 있다.

### (3) 장기요양기관

일본은 이용자의 입장에서 적절한 장기요양기관을 선택할 수 있도록 지원하고, 장기요양기관은 양질의 서비스 제공을 위한 노력이 적절하게 평가되어 선택될 수 있는 구조를 만들기 위해 개호서비스 정보 공표제도를 도입하게 되었다. 이를 통해 장기요양기관간의 경쟁에 의해 자연스럽게 개호서비스의 질이 향상될 것이라고 기대되고 있다. 이러한 개호서비스 정보의 공표제도는 개호보험법에 근거한 도도부현의 자치업무이며, 도도부현의 지사는 대상사업소가 보고하는 개호서비스의 정보를 접수, 조사, 공표 등의 업무를 실시하는 체계를 정비하는 것으로 되어 있다. 또한 서비스의 질과 관련하여 일본은 시설 표준화를 요구하고 있다.

### (4) 개호복지사

개호복지사(사회복지사 및 개호복지사법 법률 제 30호)는 국가자격으로 신체적·정신적 장애가 있어 일상생활을 영위하는데 어려움을 겪는 사람의 입욕, 배설, 식사, 그 외의 개호를 행하는 자를 말한다. 개호복지사는 1996년 개호보험 도입을 시도하면서 전문 개호인력으로 자리를 잡기 시작하였다. 개호복지사는 전문 개호인력으로 2년제 이상의 복지대학에서 배출되고 있으며 최근 개호서비스 질 확보의 필요성으로 사회적으로 제기되어 그 교육 및 훈련 과정이 강화되고 있다. 개호복지사 국가자격은 고교졸업 후 지정된 양성시설에서 2년 이상이 전문교육 또는 복지계 대학 졸업 후 1년 이상의 전문교육을 받거나 고교졸업 후 1년 이상의 전문교육 또는 실무경력 3년에 준하는 시설에서 교육 후 자격시험에 합격한 경우 취득이 가능하다. 개호복지사 양성교육과목은 사회복지 및 개호관련 강의 및 연습으로 총 1,650시간으로 구성되어 있다. 일본의 개호복지사는 이론보다는 실습시간이 길다는 점, 사회복지사는 시설서비스를, 가정봉사원은 재가서비스를, 개호복지사는 시설 및 재가 서비스를 겸하는 식으로 역할을 분리하고 있다는 점 그리고 개호복지사 자격취득기준이 다양하다는 점 등을 특징으로 볼 수 있다.

## 3) 한국

### (1) 이용절차

장기요양인정을 신청할 수 있는 신청자격은 본인과 그 가족 및 친족, 이해관계인 및 사회복지전담공무원, 시장·군수·구청장이 지정하는 자가 신청할 수 있도록 되어 있다. 신청 후



간호사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성된 국민건강보험공단 소속 장기요양요원이 가정에 방문해 장기요양인정조사표를 통해 신체기능과 인지기능, 행동변화, 간호처치욕구, 재활욕구 등 요양등급 결정에 필요한 사항을 조사한다. 장기요양요원이 조사한 결과를 컴퓨터 등급판정 프로그램으로 분석하여 장기요양인정 여부 및 장기요양등급에 대하여 1차 등급판정 후 장기요양등급판정위원회에서 그 결과를 토대로 방문조사표의 특이사항, 의사소견서 등을 심사하여 장기요양인정 여부 및 요양등급을 결정한다. 국민건강보험공단은 등급판정이 완료된 경우 지체 없이 월 한도액 범위 안에서 장기요양급여를 원활히 이용할 수 있도록 하기 위해 표준장기요양이용계획서가 포함된 장기요양인정서를 작성하여 대상자에게 송부해야 한다. 장기요양인정의 유효기간은 1년을 원칙으로 하고 있다. 장기요양인정서가 대상자에게 도달한 날부터 장기요양급여가 개시된다.

## (2) 보건복지가족부

국가는 사회보장정책의 일환으로 노인장기요양보험제도에 대한 관리운영의 책임을 진다. 따라서 본 제도에 관한 정책입안과 서비스의 기준 등 제도시행에 필요한 총괄적 권한과 책임을 지고 있다. 노인장기요양보험제도는 보건복지가족부장관이 관장하도록 하고 있다.

## (3) 국민건강보험공단 (보험자)

노인장기요양보험의 보험자 겸 관리운영주체는 국민건강보험공단이다. 노인장기요양보험법 제47조에 의하면 국민건강보험공단은 보험가입자 및 그 피부양자의 자격관리, 장기요양보험료의 부과와 징수, 장기요양인정신청인에 대한 조사, 등급판정위원회의 운영과 장기요양등급판정, 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공, 급여의 관리 및 평가, 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항, 재가 및 시설 급여비용의 심사·지급과 특별현금급여의 지급, 장기요양급여 제공내용 확인, 부당이득금의 부과·징수 등을 관장한다고 되어있다. 또한 요양보험급여 신청자의 등급판정을 위하여 국민건강보험공단에 요양등급판정위원회를 두는데, 요양등급판정위원회는 요양등급, 요양급여의 종류 및 내용 등을 결정하게 된다.

## (4) 시·군·구

시·군·구의 기초자치단체는 노인장기요양보험제도에서 지원기능을 담당하고 있다. 장기요

양기관의 지정·관리·취소는 시·군·구의 권한이며, 부정한 방법으로 지정을 받은 장기요양기관, 정당한 이유 없이 장기요양급여를 거부한 장기요양기관, 지정기준에 적합하지 않은 장기요양기관 등에 대하여 그 지정을 취소할 수 있다. 뿐만 아니라 장기요양기관 인프라 구축에 대한 책임 및 지도·감독을 시행하여야 하며 인정신청 노인에게 대한 가정방문 조사 참여, 국가와 분담하여 의료급여수급권자의 요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용과 관리운영비 전액을 지원해야 한다.

### (5) 장기요양기관

장기요양기관은 노인장기요양보험의 대상자에게 보험급여 즉 서비스를 제공하는 기관을 말한다. 장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 보건복지가족부령이 정하는 장기요양에 필요한 시설 및 인력 기준을 갖추어 시장·군수·구청장으로부터 장기요양기관 지정을 받아야 한다. 장기요양기관은 장기요양급여의 제공기준·절차 및 방법을 준수해 장기요양급여를 제공해야 한다. 또한 대상자가 장기요양급여의 선택을 용이하도록 지원하기 위해 국민건강보험공단이 운영하는 인터넷 홈페이지에 게시해야 한다.

### (6) 요양보호사

2008년 1월 노인복지법 시행규칙 개정안을 확정·공포함에 따라 요양보호사 양성방안을 법제화하였다. 요양보호사란 치매, 중풍 등 노인성질환으로 독립적인 일상생활을 수행하기 어려운 노인을 위해 노인요양시설 및 대상자 가정에서 신체 및 가사지원 서비스를 제공하는 자이다. 요양보호사는 노인장기요양보험제도가 시행됨에 따라 종전 노인복지법상 케어인력인 가정봉사원과 생활지도원보다 기능·지식의 수준을 강화하기 위하여 국가자격증 제도로 신설되었다. 현재 요양보호사 자격증은 노인복지법에 근거를 두고 있는데 국가자격증이라는 명칭이 무색할 정도로 너무 쉽게 취득되고 있다는 지적을 받고 있다. 그 이유는 요양보호사 자격증 취득에는 학력이나 연령의 제한이 없고, 대한민국 국민이나 요건을 갖춘 외국인이 사설 교육기관에서 정해진 시간동안 프로그램만 이수하면 시·도지사가 자격검정을 통해 자격증을 교부하도록 되어 있기 때문이다.

### 〈요양보호사 자격증 발급 현황〉

(단위 : 건)

구분	2008년 12월 말	2009년 1~4월	합계
요양보호사 자격증	336,160	122,962	459,122

\* 출처 : 국민건강보험공단, 2009

위의 요양보호사 자격증 발급 현황을 보면 현재 약 46만 여명이 자격을 취득하였고, 이 중 여성이 90%를 차지하고 있는 것으로 추산된다. 노인장기요양보험 실시에 따른 요양보호사의 수요는 약 4만 8천명이었으며 이 중 2년간 유예가 적용되는 기존의 생활지도원과 가정봉사원 약 1만 4천명을 제외하면 약 3만 4천명의 신규 인력이 필요했던 것으로 예측되었고, 2009년 이후에는 기존의 근무자와 퇴직률을 고려하더라도 해마다 4~5천명의 신규 인력이 필요한 것으로 분석되었다.

요양보호사 교육시간은 경력 및 자격증에 따라 차등 적용하고 있다. 신규로 자격증을 취득할 경우 이론, 실기, 실습 각 80시간으로 총 240시간 교육을 받아야 하고 요양보호사 교육기관을 설치·운영하고자 하는 자는 일정 시설과 최소의 교수인력을 갖추고 광역자치단체 인 시·도에 신고만 하면 설립이 가능하다.

### 〈한국 16개 시·도별 요양보호사 교육기관 현황〉

(단위 : 개소)

총계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
1,104	154	83	55	45	55	37	19	218	35	41	64	67	55	85	77	14

\* 출처 : 국민건강보험공단, 2009

위의 표에 의하면 요양보호사 교육기관 현황을 나타내고 있는데, 2008년 2월 4일부터 실시된 요양보호사 교육을 담당하기 위해 시·도에서 신고필증을 교부받아 요양보호사 교육을 실시하고 있는 교육기관은 2009년 4월 말 기준으로 1,104개소에 이르고 있다.

#### 4) 전달체계 비교

〈독일, 일본, 한국 3개국의 전달체계 비교〉

기준 \ 국가	독일	일본	한국
관리운영 주체 (보험자)	장기요양보험금고	시·정·촌	국민건강보험공단
등급신청 및 등급판정 과정	대상자 및 가족 신청 ↓ MDK에 의한 면접조사 ↓ MDK 최종 등급 판정 ↓ 등급 판정 여부 통보	대상자 및 가족 신청 ↓ 시·정·촌 현지조사 ↓ 컴퓨터 입력 1차 판정 ↓ 개호인정심사회 최종 등급 판정 ↓ 등급 판정 여부 통보	대상자 및 가족 신청 ↓ 공단 직원 방문조사 ↓ 컴퓨터 입력 1차 판정 ↓ 등급판정위원회 심사 및 최종 등급 판정 ↓ 등급 판정 여부 통보
케어플랜 작성	MDK	케어매니저 & 급여대상자	공단 / 장기요양기관 (각 별도로 작성)
요양인력	케어복지사	수발보호사	요양보호사
질 보장 노력	- 시설 및 서비스에 대한 표 준화된 기준 마련 - 보험자 및 장기요양기관 간 질 보장 협약체결 - 자발적 책임 강조	- 장기요양기관에 대한 엄격한 지도·감독 - 장기요양기관 지정 요건 강화 - 장기요양기관 정보 공표 및 관리	- 장기요양기관에 대한 지도·감독 - 평가인증 시스템
↓			
특성	- 공공+민간 혼합형태	- 공공+민간 혼합형태	- 공공+민간 혼합형태
	- 일원화 (효율성극대)	- 판정절차 다소 복잡	- 판정절차 다소 복잡
	- 전문가 케어계획	- 대상자 케어계획	- 이원화된 케어계획
	- 전문인력 활용	- 전문인력 활용	- 준전문 인력 활용
	- 국가 적극 개입	- 국가 적극 개입	- 시장화/국가 소극개입

먼저 독일 수발보험의 보험자는 장기요양금고이며 서비스계약의 여러 형태를 통해 서비스의 종류, 양, 비용 그리고 질을 조절하는 등 적절한 장기요양서비스를 확보하는 책임을 진다. 한편 일본의 보험자는 지자체인 시·정·촌이며, 중앙정부, 도도부현, 의료보험자, 연금보험자가 시·정·촌의 재정과 사무 및 행정을 공동 지원하는 중층적인 제도이다. 우리나라 노인장기요양보험법은 제7조에 관리운영주체를 국민건강보험공단으로 명시하고 있다. 국민건강보험공단은 보험가입자 및 피부양자의 자격관리, 보험료 부과 및 징수, 방문조사, 등급판정, 급여 관리 및 평가, 재가 및 시설 급여비용의 심사 및 지급 등을 맡는다.

독일, 일본, 한국의 등급신청 및 판정과정을 살펴보면, 모두 대상자 또는 가족이 신청할 수 있으며, 일원화된 창구를 이용하고 있어 제도의 접근성 및 효율성을 높이고 있음을 확인할 수 있다. 독일의 경우 등급판정 절차의 간소화로 판정이 지연되는 것을 최소화하려는 노력을 기울이고 있어 효율적이라고 볼 수 있는 반면 일본은 피보험자의 종류와 급여재원이 달라 지급에 있어 다소 복잡하다고 볼 수 있다. 일본과 비슷하게 우리나라도 국민건강보험공단 직원의 방문조사, 의사소견서, 등급판정위원회 심의등급판정기준에 따라 최종 등급을 판정하므로 복잡하다.

심사기관에 있어서 세 나라 모두 장기요양보호 전문가가 개입되어 있다. 평가판정의 경우 독일은 MDK가 직접적으로 급여대상 선정의 책임을 담당하여 의사나 간호사의 면접조사로 장기요양보호의 등급을 판정하는 반면, 일본은 현지조사 내용을 컴퓨터 입력에 의한 1차 판정을 한 후 전문가에 의한 2차 판정을 하는 것으로 되어 있다. 또한 우리나라는 사회복지사, 간호사 자격증을 가진 국민건강보험공단 직원에 의한 방문조사 후, 장기요양보호 관련 전문가로 구성된 등급판정위원회에서 최종 등급 판정을 내리고 있다. 급여에 대한 케어플랜 작성에 있어서도 독일은 MDK의 전문가들이 작성함으로써 적절한 케어계획으로 인해 효율성과 효과성 증진을 도모하고 있지만 일방적인 케어플랜이라고도 볼 수 있다. 반면, 일본의 경우 케어플랜의 작성은 케어매니저가 진행하되, 원하는 시설과 서비스를 피보험자가 직접 선택할 수 있도록 허용하고 있어 피보험자에게도 결정권을 주고 있는 것이 특징적이다. 우리나라는 국민건강보험공단 직원이 등급판정 결정 내역과 함께 표준장기요양이용계획서를 작성하여 전달하지만 피보험자가 장기요양기관과 계약하면서 기관에 의해 새롭게 급여계획을 세우게 되는 경우가 많아 공단의 표준장기요양이용계획서가 활용되지 못하고 그 의미가 퇴색되고 있는 실정이다.

요양인력의 전문성 여부와 관련해 각 국을 비교해보면 먼저 독일은 2003년도부터 연방표준안을 가지고 교육하고 양성하고 있고 일본은 1987년 5월 “사회복지사 및 간호복지사법”

이 성립되었고 이 법에 의해 개호복지사라는 전문직이 국가자격으로 제도화되었으며, 개호보험 실시 후 개호복지사가 전문인력으로 활동하고 있다. 우리나라는 요양인력에 대한 자격 기준을 요양보호사 1급, 2급으로 규정하고 있는데, 요양보호사의 자격 및 기준은 일정 교육 시간을 이수하면 연령과 학력에 관계없이 주어지므로 타국과 비교하여 전문성에서 다소 낮다고 볼 수 있다.

독일은 수발보험에 대한 대상자의 비교적 높은 만족도에도 불구하고 공급자의 과다경쟁, 이에 따른 서비스 질 저하 우려 등의 문제가 제기되어 양질의 서비스를 제공하기 위하여 지자체, 보험자, 사업자, MDK 등 장기요양과 관련된 각 기관이 참여하여 시설 및 서비스에 대한 기준을 마련하는 등 서비스의 질 문제 해결을 위해 노력하고 있다. 무엇보다 주목할 점은 보험자와 시설·제가사업자간에 서비스 내용과 서비스 질에 대한 협약을 체결하여 서비스 질 보장을 위한 자발적인 책임을 강화하고 있다는 점이다. 일본 역시 장기요양 사업자에 대한 엄격한 지도와 감독으로 최저수준의 질을 보장하고 있고, 올바른 정보의 공표로 사업자의 경쟁을 촉진하여 서비스의 질 향상을 도모하고 있다. 이러한 독일과 일본의 사례가 우리나라에 주고 있는 시사점은 우리나라 노인장기요양보험제도의 장기요양기관 인허가 과정을 기존의 신고제에서 허가제로 전환해야 함을 시사한다고 할 수 있다. 또한 시·군·구는 수요와 공급의 적정성을 관리·감독하는 역할을 맡고 있으나, 제도의 인프라 확충에만 급급한 나머지 제가장기요양기관에 대한 검증과정 없이 무분별하게 노인장기요양보험의 서비스 제공자로 포함되었다. 과다경쟁으로 인한 불법 사례를 근절하기 위해 제도 진입과정 및 관리·감독을 강화할 필요가 있다. 또한 표준화된 서비스 제공을 위해 질 평가체계를 구축할 수 있는 방안이 필요하다고 볼 수 있고, 기관 자체의 질 관리 및 전문성 향상을 위한 노력이 가능하도록 하는 구조를 만들어야 한다는 시사점을 도출해낼 수 있다.

## 5. 자원체계

### 1) 독일

독일의 재원조달방식은 건강보험금고 속에 독립된 새로운 수발보험을 설립하고 보험료를 징수하는 방식으로, 재원구성은 보험료 100%인 사회보험방식이다. 수발보험 시행초기인 1995년~1996년 6월까지의 보험료율이 총 수입의 1.0%였지만 그 후 연간 총 수입의 1.7%로 상향 조정되었다. 다양한 재정 위협을 피하기 위해 독일의 수발보험은 재가서비스 이용

횟수 제한, 시설서비스 이용제한, 시설입소자의 재가서비스로 전환 유도, 포괄예산제 도입 검토 등 다양한 방안을 이미 도입하여 시행하고 있거나 도입을 검토하고 있다. 또한 치매의 경우 현행 보험료에 추가 부담여부를 본인이 선택하도록 하는 방안을 검토하고 있고, 75세 이상의 경우 남성보다 여성이 10배 이상 장기요양을 요구하고 있으며 여성이 장기요양비용을 많이 사용하는 경향이 있다는 통계에 따라 여성에 대한 보험료 차등부과방안을 검토하고 있다.

한편 수발보험의 본인 부담을 살펴보면 재가급여에 있어서는 본인부담금이 없으나 시설급여에 있어서는 숙박비, 식비 등에 대해 10% 가량의 본인부담금을 지불하도록 하고 있다. 이러한 이유는 본 보험의 재원이 모두 보험가입자의 보험료에 의해 이루어지기 때문이다. 독일 요양서비스 제공시설에서 청구한 요양비, 생활비, 숙박비 등의 비용이 장기요양금고에서 지불된 금액보다 많을 경우에는 대상자가 그 차액을 시설에 지불해야 한다. 이 금액을 지불할 수 없는 저소득자인 경우에는 사회복지사무소에 사회복지조를 요청하고 사회복지사무소는 자산조사를 거쳐서 그 차액을 대신 지불하기도 한다.

## 2) 일본

일본 개호보험의 재원은 피보험자가 부담하는 보험료 수입 50%, 공적자금(조세) 50%로 충당된다. 제 1호 피보험자가 부담하는 보험료 중에서 연간 18만 엔 이상 연금을 받고 있는 사람은 연금에서 원천 공제되며, 그 외의 사람은 시·정·촌에서 소득단계별로 산정된 보험료를 개별 납부한다. 즉 기초생활보장 수급자, 노령복지연금수급자 등 소득이 낮은 사람은 기준액에 0.5~0.75를 곱하여 부과하며, 본인의 주민세가 비과세 되는 사람은 기준액만 부과한다. 또한 본인이 주민세를 내고 있는 사람은 할증보험료가 부과되는데, 연간 소득액이 200만엔 미만은 기준액에 1.25를 곱하고, 200만 엔 이하일 경우에는 기준액에 1.5를 곱하여 부과하고 있다. 부과방법은 개호보험료와 의료보험료를 별도로 구분하여 부과하며, 특별징수가 곤란한 사람에 대해서는 시·정·촌이 개별적으로 징수를 실시한다. 제 2호 피보험자의 경우 전국 균일금액으로 하되, 가입된 의료보험마다 가산해서 정해진다. 건강보험은 근로자와 사업주가 절반씩 부담한다. 자영업자 등이 가입하는 국민건강보험은 피보험자와 조세(공비)에서 각각 50%를 부담하며, 부과방법은 개호보험료와 의료보험료를 의료보험고지서에 통합하여 고지·징수하고 있다. 제 1호 피보험자 중 평균 수준의 연금생활자일 경우 사업자 또는 조세 부담분이 없어 제 2호 피보험자인 현역세대보다 높은 보험료를 지불하게 되는 특

징이 있다.

개호보험의 공적부담은 고령자의 개호보장에 대한 공적 책임을 바탕으로 하여 총 급여비의 50%를 중앙정부가 부담하여 총 급여비의 25%를, 광역자치단체인 도도부현이 12.5%를, 기초자치단체인 시·정·촌이 12.5%를 부담하고 있다. 이러한 부담 비율은 다른 사회보험제도에서의 공비 부담 형태를 고려한 것이며, 중앙정부 부담 분의 5%는 보험자인 시·정·촌간의 재정능력 격차를 시정하기 위한 조정금으로 사용하도록 하고 있다.

개호보험의 본인부담은 개호서비스 수급유무에 따른 부담의 공평 및 비용의식을 고취한다는 취지로 도입되어 이용자가 개호서비스 비용의 10%를 부담하도록 되어 있다. 시설급여의 경우, 종래에는 본인부담액과 식재료비만 본인 부담이었으나, 2006년 개정으로 거주비와 식비가 본인부담으로 변경되었다. 시설은 시설 종류별·개호등급별로 수가가 책정되나, 시설서비스를 제외한 나머지 서비스는 요양등급별 월 지급한도액이 정해져 있다. 본인부담은 그들이 받는 수익에 알맞은 공정한 부담이 되어야 한다는 관점에서 정율 부담을 원칙으로 하고 과중한 부담이 되지 않도록 하며 저소득층에 대한 부담 경감조치를 강구하는 선에서 인정되고 있다.

### 3) 한국

한국 노인장기요양보험의 가입자는 건강보험가입자와 동일하고, 국민건강보험공단은 노인장기요양보험료와 건강보험료를 통합하여 징수하며, 각각 독립회계로 관리한다. 보험료는 국민건강보험료에 노인장기요양보험료율을 곱하여 산정한다. 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양 보험료 예상 수입액의 20%에 상당하는 금액을 국고에서 지원토록 하였으며, 국가와 지방자치단체는 의료수급권자의 장기요양급여비용 중 국민건강보험공단이 부담해야 할 비용과 관리운영비의 전액을 대통령령이 정하는 바에 따라 각각 분담하도록 해 놓았다.

본인부담금은 재가급여 비용의 100분의 15를, 시설급여비용의 100분의 20을 부담하도록 되어 있다. 국민기초생활수급자는 본인부담금을 면제하고, 의료급여수급자 및 소득인정액이 보건복지가족부장관이 고시하는 금액 이하인 장기요양보험가입자 및 피부양자는 본인부담금을 50% 감면한다. 2009년 개정된 내용을 포함하면 고용허가제로 입국한 외국인 근로자에 대하여 노인장기요양보험의 가입을 제외하도록 하고 있고, 차상위 의료급여대상자에서 건강보험으로 전환되는 자가 장기요양서비스를 이용하는 경우 본인부담금의 50%를 경감해주고



하반기에는 저소득층으로 확대될 예정이다.

노인장기요양보험법 제 23조 1항의 장기요양급여의 종류에 따른 장기요양급여의 범위에서 제외되는 사항(비급여대상)은 식사재료비, 상급침실 이용에 따른 추가비용, 이·미용비, 일상 생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 이에 소요되는 비용은 본인이 전부 부담함을 원칙으로 하고 있다.

#### 4) 재원체계 비교

〈독일, 일본, 한국 3개국의 재원체계 비교〉

국가 기준	독일	일본	한국
제도성격	사회보험	사회보험	사회보험
재원구성	- 보험료 100% (노·사 각 50%)	- 보험료 50% - 국고 50% : 중앙정부 25% : 도도부현 12.5% : 시·정·촌 12.5%	- 보험료 80% - 국고 20%
본인부담 수준	- 시설: 10%미만 - 재가: 없음 - 지급한도액 초과 금액	- 서비스 이용액의 10% (시설:거주비용+식비) - 지급한도액 초과금액	- 시설: 20% - 재가: 15% (기초생활대상자: 면제 차상위: 50% 감면) - 비급여항목 - 지급한도액 초과금액
↓			
특성	- 보험료 100%운영 - 낮은 본인부담금	- 높은 국고 지원 수준 - 낮은 본인부담금	- 낮은 국고 지원 수준 - 높은 본인부담금

세 나라 모두 사회보험 방식을 채택하고 있음을 알 수 있다. 독일의 수발보험 재정의 재원은 보험료 100%인 사회보험방식이며 수발보험의 재원이 모두 보험가입자의 보험료에 의해 이루어지기 때문에 본인부담금은 재가급여에는 없고, 시설급여에는 10% 미만의 본인부담금을 지불하도록 하고 있다. 본인부담금은 숙박비, 식비, 수발보험 한도액 초과비용 등이다. 초기 시행연도인 1995년부터 1998년까지는 흑자였으나, 그 후 고령화에 따른 장기요양 대상자의 증가 등으로 매년 적자를 나타내고 있어 재정안정을 위한 재가서비스의 적극 권장, 포괄예산제 도입 검토 등 다양한 방안을 이미 시행하고 있거나 도입을 검토하고 있다.

일본의 개호보험 재원은 피보험자가 50%, 나머지 50%는 공적부담으로 구성된다. 고령자의 개호에 대한 보험료 중 공적 부담분 50%는 중앙정부, 도도부현, 시·정·촌이 각각 2 : 1 : 1(25%, 12.5%, 12.5%)을 차지한다. 이처럼 일본의 경우 사회보험임에도 불구하고 재원의 50%를 국가와 지방자치단체의 공비부담에 의존하고 있는 것은 국가의 공적 책임을 강조하고 보험료의 부담을 경감시킨다는 관점에서 비롯된 것으로 해석된다. 개호보험료는 일본 국민의 40세 이상은 누구나 매월 평균 3,300엔 정도의 보험료를 납부해야 하며, 65세가 되었을 때부터 개호서비스를 받는다. 개호보험 서비스를 이용하는 사람은 보험료 이외에 이용료의 10%를 본인 부담으로 납부해야 하고, 시설서비스를 받는 사람은 거주비와 식비를 별도로 부담해야 한다. 이렇게 일본은 이용자 부담금이 과중하지 않도록 고액개호서비스비제도와 저소득층 부담경감대책을 마련하고 있다.

우리나라의 경우 국민건강보험공단은 노인장기요양보험료와 건강보험료를 통합하여 징수하고, 각각 독립회계로 관리하고 있다. 국가는 예산의 범위 내에서 매년 노인장기요양보험료 예상 수입금액의 100분의 20에 상당하는 금액을 부담해야 하고, 국가와 지방자치단체는 의료수급권자의 장기요양급여비용 중 국민건강보험공단이 부담해야 할 비용과 관리운영비의 전액을 대통령이 정하는 바에 따라 각각 분담한다. 장기요양비용의 본인부담금은 재가급여비용의 100분의 15, 시설급여비용의 100분의 20을 부담하도록 되어 있으나, 의료급여수급자 및 피부양자는 본인 일부부담금 50%를 감면한다. 하지만 여기에 식비, 상급침실료 이용 등에 대한 비급여 항목을 추가로 부담해야 하므로 본인부담의 수준은 더욱 높다고 볼 수 있다.

### III 우리나라 노인장기요양보험 제도에 관한 정책 제언

#### 1. 적용 대상자 범위 확대

우리나라 노인장기요양보험의 적용대상은 제도시행 초기 국민의 보험료 부담 및 국고부담 등 재원조달의 문제로 인해 요양점수 55점 이상인 1등급에서 3등급까지의 중증 노인만을 대상으로 하고 있다. 그리하여 55점 미만인 경증 노인들은 노인장기요양보험의 적용을 받을 수 없어 국민들의 불만과 제도에 대한 거부감을 증폭시킬 계기로 작용할 수 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 재원확충에 대한 부담의 해소가 선행되어야 할 것이고, 이를 위

해서는 노인장기요양보험제도의 필요성과 당위성에 대해 지속적으로 홍보함으로써 국민적 합의를 이끌어내야 할 것이다. 또한 가능한 한 빠른 기간 내에 경증 노인들을 수급대상으로 확대하여 궁극적으로는 독일과 같이 장기요양급여의 수급대상을 전 국민으로 확대하는 방향으로 제도의 발전을 모색해 볼 수 있을 것이다.

노인장기요양보험의 대상자 확대 방안으로는 등급을 확대하는 것과 새로운 급여대상자 범주를 포함하는 것으로 나누어 볼 수 있다. 등급확대 방안으로는 현재 1~3등급을 수급대상으로 하는 것을 경증인 등급외자까지 포함하는 방안을 생각해 볼 수 있다. 실제 4등급에 대한 급여는 2010년부터 포함될 것이고, 우선은 재가서비스로 한정하여 급여하고, 2012년부터는 시설서비스까지 가능하도록 추진할 예정에 있다. 이렇게 될 경우 장기요양 수급 대상자가 2010년부터는 4등급 추계대상자(3만명 이상)를 포함하게 되어 총 27만 명을 초과하게 될 것이다. 일본의 사례를 참고할 수 있는데 일본은 현재 개호등급을 총 7등급으로 분류하여 사용하고 있다. 즉 2006년도 개호보험 개정으로 기존의 요개호 1호를 요지원 2호와 요개호 1호로 재편하여 요지원 2개 등급과 요개호 5개 등급을 합하여 총 7개 등급으로 구분하여 운영하고 있다. 요개호 노인 뿐 아니라 요지원자라는 명칭으로 요개호자로 전환될 우려가 있는 대상자들을 선정하여 예방차원에서 보호제공을 실시하고 있는 점은 우리나라가 경증 대상자까지도 포함시키려고 추진하고 있는 지금의 시점에서 참고할 만한 부분이라고 판단된다.

다음으로 새로운 급여 대상 범주로는 65세 미만 대상자 중 현재 노인성질환자로 제한되어 있는 질병범위를 확대하는 방안이 가능하다. 이에 대해서는 만성질환 관리대상과 종말기 의료(호스피스) 대상자 등이 검토 대상이 될 수 있을 것이다. 이들 질환자 중 기존의 의료적인 처치 이외의 필요서비스와 그에 따른 재정소요 검토 등을 거쳐 장기요양 확대를 위한 방안을 검토해 볼 수 있을 것이다.

## 2. 다양한 급여서비스 개발 및 활용

### 1) 예방 중심의 장기요양급여 시스템 구축

우리나라 노인장기요양보험제도가 경증 대상자까지 포함하려는 계획에 있는 만큼 이들에 대해서는 중증으로 악화되지 않도록 하는 예방차원의 서비스가 제공되어야 할 것이다. 예방 중심의 장기요양급여는 재정부담이 큰 다른 장기요양서비스를 대체하기 위한 저부담 서비스

로 개발하여 장기요양보장의 재정적 지속가능성을 높일 수 있다. 일본의 사례처럼 예방서비스로 인한 재정절감의 효과 및 기여에 주목할 필요가 있고, 우리나라 실정에 적합한 형태의 예방중심 급여서비스 도입을 검토해야 할 것이다.

## 2) 재가급여 및 현금급여의 활성화

최근 일부 국민인식 조사 등을 통해 재가급여 중 재활서비스, 외출보조서비스, 호스피스, 예방급여 등에 대한 사회적 요구가 높다는 사실에 주목할 필요가 있다. 이를 위해서는 추가 서비스 항목에 대한 개발 및 그 항목들 간의 우선순위에 대해 재정소요, 노후 삶의 질 개선 효과 등 다양한 측면에서의 충분한 중장기적 검토가 필요하다. 현재 노인장기요양보험제도의 등급외자에 대해서는 노인성질환 예방사업과 지역사회 보건복지서비스가 연계<sup>3)</sup>되고 있는데, 등급외자에 대한 예방사업은 향후 점진적으로 노인장기요양보험제도의 일부로 적용·확대하는 것이 바람직하다. 등급외자 뿐 아니라 장기요양 급여대상에 대해서도 보다 구체화되고 대상자 특성에 적합한 예방서비스가 개발되어 중증화가 지연되도록 함으로써 보험재정의 절감을 기대해 볼 수 있다.

우리나라 노인장기요양보험은 일본과 비슷하게 현물급여 위주로 급여서비스가 구성되어 있고, 현금급여는 도서벽지 지역 등 예외 지역으로 한정하고 있으며, 급여액도 15만원 수준으로 매우 낮게 책정되어 있다. 독일을 비롯한 일부 선진국들에서는 현금급여를 활성화하는 방향으로 장기요양을 제도화하고 있는데, 향후 장기요양의 발전 추이에 따라 현금급여 활성화에 대한 검토가 필요할 것이다. 특히 특별현금급여 중 2008년도에 보류된 특례요양비와 요양병원간병비의 시행 여부와 시기에 대한 검토가 필요하고, 현재 현물급여 위주의 체계에서 현금급여의 비중을 높이는 방안의 타당성, 현물급여와 현금급여 중 선택권 부여 문제 등이 논의될 수 있을 것이다.

우리나라의 경우 유교사상의 영향으로 내 부모의 부양은 가족이 해야 한다는 인식이 아직 많은 것이 사실이다. 그러므로 현금급여의 수준을 높이고 범위를 확대하여 가족장기요양보호 제공자에 대한 보상을 제공함으로써 가족 내 부양의지 제고와 노인장기요양보험의 재정 안정을 동시에 추구할 수 있는 방향으로 나아가야 한다. 즉 비공식 보호제공자가 수행하고

3) 국민건강보험공단에서는 노인성질환 예방사업을 실시하며, 지자체(시군구)에서는 노인돌보미 바우처사업, 보건소 방문보건사업, 치매검진 및 관리, 독거노인생활관리사업, 노인복지관 프로그램 등 지역사회 자원을 활용하고 있다.

있는 보호활동을 인정하여 현금급여로 보상하는 것은 우리나라에 적합한 대안 중 하나로 볼 수 있겠다. 독일의 사례에서 검토한 바와 같이 무상으로 장기요양보호를 제공하는 가족의 중요도를 인정하고 주부양자의 정상적인 생계활동에 대한 제약과 신체적·정신적·경제적 부담에 대한 사회적 보장으로 노동의 가치를 정당하게 인정한 것이라는 점에서 현금급여의 의미를 찾을 수 있다.

현금급여는 현물급여 수준의 약 50%에 해당하는 수준으로 설정한다면 장기적으로 볼 때 비용절감 효과를 가져와 결과적으로 장기요양보험 재정에 기여할 것으로 예측된다. 그러나 현금급여 서비스를 강화하기 위해서는 서비스 질 보장의 어려움, 시설인프라 구축 지연, 급여비의 용도 외 사용으로 인한 제도의 기본취지 변질 등의 상황을 먼저 검토하고, 향후 현금급여에 대한 모니터링, 사후 관리 등 충분한 보완대책이 이루어져야 할 것이다.

### 3) 다양한 급여서비스 개발

일본은 2006년 개호보험 개정으로 다양한 서비스 공급체계를 확충하여 지역밀착형 서비스 6종을 추가하였다. 지역밀착형서비스란 주로 중등중인 요개호자와 가족을 지원하고 가능한 자택 혹은 자택에 가까운 환경에서 개호를 받으며 살게 하는 것을 목표로 도입한 서비스이다. 신설된 소규모다기능 재가개호와 야간대응형 방문개호 등은 우리나라 노인장기요양보험에서도 서비스 개발을 통해 다양한 장기요양보호 욕구에 대응한다는 차원에서 도입을 검토할 만한 제도라 할 수 있다. 또한 치매노인을 위한 그룹홈인 치매대응형 공동생활개호 서비스가 급증했는데, 이는 개호보험의 급여 형태로 인정됨으로써 그 사업자의 민간사업체 공급을 활성화시킨 사례로 볼 수 있다. 이 부분 역시 우리나라에서도 고려할만한 사항이라 볼 수 있다.

## 3. 각 공급주체별 역할 재정립

노인장기요양보험제도의 보험자는 국민건강보험공단이지만 실질적인 제도의 관리운영에는 여러 기관들이 관련되어 있다. 장기요양에 관한 국가정책을 관장하는 정부와 시설 및 인력 인프라를 관리하는 지방자치단체가 본 제도의 관리운영에 참여하고 있을 뿐 아니라, 광의로 볼 때 서비스 제공을 담당하는 장기요양기관과 직접적인 케어서비스를 제공하는 요양보호사들도 제도의 운영에서 중요한 주체적인 역할을 하는 것으로 볼 수 있다. 이들 유관기관들간의 협력은 서비스 제공이 원활하게 이루어지기 위한 필수 불가결한 요소이다. 각 공급주체

별 역할에 대한 재정립을 통해 발전할 수 있는 방안을 제언하고자 한다.

## 1) 보건복지가족부의 명확한 법률 규정 및 개정노력

### (1) 서비스 질 확보를 위한 인력 확보 및 평가체계 구축 방안 강구

장기요양기관들은 시장경쟁원리에 의해 운영을 하며 가장 먼저 직원들의 인건비를 삭감하고, 이에 따라 우수한 인력들이 다른 직업으로 이직하거나 장기요양보험의 적용을 받지 않는 시설로 이동하고 있는 상황이다. 이와 같은 상황이 지속될 경우 정책목표와는 달리 장기요양서비스 질은 낮아질 것이 예상된다. 그러므로 정부는 직원들의 처우수준에 대한 가이드라인을 제시하거나 장기근속자 등에 대한 임금을 수가를 통해 보전해 줄 수 있는 제도적 장치를 강구해야 할 것이다.

또한 서비스의 질 제고를 위한 각종 방안을 평가하기 위해 심사평가를 할 수 있는 독립된 기관이 필요하다. 이미 국민건강보험공단에서 시설, 서비스와 만족도 등에 관한 객관적인 지표를 만들어 2009년 하반기부터 장기요양시설 평가를 시행하고자 준비 중에 있다. 당분간은 국민건강보험공단에서 심사평가를 관장하더라도 중장기적으로는 별도의 독립된 기관 설립이 필요할 것으로 보인다. 향후 독립된 심사평가기관의 설립 시, 독일과 일본의 사례를 참조한 한국형 심사평가기관의 모형이 요구된다. 이 기관에서는 기본적으로 노인장기요양서비스의 표준화 및 시설환경의 표준화 작업과 이러한 내용의 평가인증 및 관리의 업무를 맡는 방향으로 나아가야 할 것이다. 무엇보다도 이러한 제도적인 모색 및 방안은 구체적으로 법률을 통해 그 근거를 명확히 규정하는 조치가 병행되어야 한다.

### (2) 장기요양기관의 경영수지 분석을 통한 수가체계 개선

수가의 수준이 어떻게 결정되고, 급여종류 및 장기요양인정 등급 간 수가수준의 차이가 어떻게 결정되느냐에 따라 공급자는 서비스시장 참여 여부를 결정할 뿐 아니라, 특정 급여 및 대상자에 대한 선호, 기관운영 등의 경영전략을 채택하고 서비스 제공형태를 결정하게 된다. 또한 수가수준에 따라 이용자의 본인부담수준이 정해지므로 이용자의 서비스 결정 및 이용행태에도 영향을 미치게 된다. 따라서 수가산정은 노인장기요양보험 운영에 있어 결정적인 역할을 한다.

현행수가 하에서는 행위별 서비스 간 난이도 차이에 따른 상대적 가중치를 구분할 수 없으며 제공된 서비스의 행위별 종류와 빈도에 관계없이 서비스 제공시간에 따라 총급여액이

결정되므로 자원배분이 제대로 이루어지지 못하고, 장기요양기관 스스로 서비스 개선노력을 기울이는 등의 동기부여를 가질 수 없어 서비스 질 악화가 일어날 수 있다. 그러므로 서비스 간 난이도 반영 및 요양등급 간 수가차이를 보전할 수 있는 수가체계가 구축되어야 한다. 또한 수가산정 시 지역별 서비스인프라의 격차, 지역별 노인 수요 및 분포정도, 서비스 제공자의 인력 및 임금수준 등 지역별 특수성이 고려되지 않았고 지역여건상 기본적으로 소요되는 비용이 지역에 따라 다르게 나타나는 부분을 간과하였으므로 현행 균등 지급에 대한 근본적인 검토가 필요하다. 다음으로 동일한 요양등급 내에서도 대상자의 특성에 따라 자원 이용수준의 차이가 존재할 수 있음에도 불구하고 현행수가는 동일 요양등급 내에서의 서비스 이용량은 동일하다는 가정 하에 수가를 산정하였기 때문에 서비스 난이도가 반영되지 않았다는 점이 문제로 지적된다. 이로 인해 동일 요양등급 내 상대적으로 서비스 이용량이 높은 대상자를 기피하면서 이용량이 낮은 대상자만을 선택하는 이른바 위험군 선별(risk selection)이 나타날 수 있으므로 같은 요양등급 내 대상자라 할지라도 자원소모량의 차이가 발생한다면 이를 보전하는 방향으로 수가체계가 구축되어야 한다.

### (3) 사례관리체계 도입

노인장기요양보험법 제 6조에 의하면 국민건강보험공단 직원은 대상자에게 표준장기요양 이용계획서를 제공하게 되어 있으나, 이는 서비스 이용에 관한 가이드라인이라는 성격을 가지고 있을 뿐 현재 사례관리체계가 도입되어 있지 않다. 그러나 실제로는 국민건강보험공단 직원에게 상담 및 서비스 이용 모니터링 등의 역할까지 부여하고 있어 공단 직원이 법률적으로 어떤 위치에 있는지가 불분명한 상황이다. 그러므로 장기요양 서비스의 질을 향상시키기 위해서는 대상자가 안고 있는 문제를 정확하게 파악하고, 필요한 서비스를 명확하게 하며 실제 서비스로 연계할 수 있도록 지원하는 사례관리(case management)체계를 법률적으로 확립하여 운영하는 것이 필요하다.

## 2) 국민건강보험공단의 체계적 관리 및 평가

### (1) 공정한 등급판정

국민건강보험공단의 방문 조사단의 전문성 부족 및 자의적 판단, 지역주민을 의식한 등급판정위원회의 관대한 판정, 치매판정의 어려움 등 등급판정과 관련된 우려의 목소리가 줄어

들지 않고 있다. 등급분류체계를 보다 객관적이고 신뢰성 있게 운영하고, 더욱 엄격하고 공정한 등급판정이 이루어질 수 있는 제도적 장치가 마련되어야 할 것이며, 대상자의 권리를 보호하기 위한 의견진술의 기회 및 재심절차 등의 조치가 강구되어야 할 것이다.

## (2) 장기요양기관에 대한 철저한 관리·감독

노인장기요양보험제도가 시행된 후 일부 장기요양기관들이 대상자 확보를 위해 각종 편법을 동원하는 등 다양한 불법사례들로 인해 많은 부작용이 발생하고 있다. 처음에는 보험혜택을 받기 위해 당사자인 노인들이 장애등급을 높이기 위해 거짓 진술을 했던 수준이었지만, 장기요양기관에 지원금을 주던 방식에서 장기요양서비스를 제공한 만큼 지원금을 지불하는 방식으로 바뀌자 등급 판정 대상자를 확보하기 위해 오히려 노인들에게 허위 진술을 교육시키는 등 심각한 상황까지 치닫고 있다. 실제로 1등급 환자를 몇 명 데리고 오느냐에 따라 요양보호사 채용을 결정하기도 하고, 등급판정 노인을 소개하면 금품을 주기도 하며, 본인부담금을 면제시켜 주겠다고 제의하거나, 노인이나 보호자를 설득해 2시간 급여를 제공하고 3시간 한 것으로 서류를 작성하는 방문요양기관까지 등장하고 있는 실정이다. 이렇게 하면 장기요양기관은 더 많은 대상자를 확보하게 되고 지원금도 더 많이 받을 수 있기 때문이다. 보건복지가족부는 장기요양기관들의 불법행위 근절을 위해 현지조사를 강화하고 관련 제도를 개선할 계획에 있다. 복지부는 매월 현재조사를 실시하고, 건강보험공단의 조사인력도 현재 20명에서 200여명 수준으로 대폭 확대하여 시군구별 1명 이상 배치하도록 함으로써 불법행위에 즉각 대처할 계획에 있다.

또한 요양시설, 병상 충족률이 미흡한 권역이 절반 이상으로 지역별 불균형의 심각, 기본설치 규정 및 최소 규정에 미치지 못하는 기관이 상당수이며, 물리치료사와 사회복지사 등 장기요양급여를 위한 필수 전문인력이 없는 기관도 있고, 전체 기관 중 사회복지사가 없는 경우도 많은 실정이다. 이를 근본적으로 해결하기 위해서는 장기요양기관에 대한 정부의 지원과 인원 확충을 통한 철저한 관리감독, 그리고 강력한 처벌 규정과 새로운 급여평가 시스템을 마련하여 운영해야 할 것이다.

## (3) 장기요양서비스의 체계적인 관리와 평가

보험자인 건강보험관리공단은 장기요양급여의 관리와 평가를 위해 법률에서 정하고 있는 서비스의 제공기준, 절차, 방법 등에 따라 적절하게 급여를 제공하였는가에 대한 평가와 평



가결과를 통한 적절한 조치를 담보해야 하는데, 전문성과 공정성을 갖춘 평가지표의 개발과 질 모니터링을 통해 수용성 높은 평가가 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다.

평가체계의 확립을 위해 건강보험관리공단은 평가도구 개발 등 평가시스템을 구축하고, 평가위원회를 구성하여 서비스 질 평가를 실시하도록 하며, 평가 결과를 보험급여에 적절히 활용하는 방안을 검토하고 있는데, 특히 평가의 수용성 등을 고려하여 단계별로 추진하고 있다. 적절한 장기요양 급여를 위한 평가체계는 전문성과 공정성을 갖춘 평가지표 개발 및 지속적 보완에 근거해야 한다. 제도시행 초기에는 인력·시설 등 서비스 인프라의 구조적 측면과 서비스 내용과 과정 위주로 최소한의 품질유지 수준의 평가를 실시하고, 점진적으로 대상자의 상태나 만족도 등을 고려하는 서비스 결과 측면에서의 품질보장 수준의 평가로 확대하는 것으로 검토해야 할 것이다.

#### (4) 서비스 인프라 관리의 효율화

시설인프라에 대한 지정권한은 시·군·구에 있고, 서비스 제공과 관련된 직접적인 현황관리는 국민건강보험공단으로 이원화되어 있는 점은 제도의 효율적 운영을 위해 개선이 필요한 부분이다. 제도의 관리운영상 기관 관리업무가 법적으로는 보험자의 업무가 아니면서도 실질적으로 상당 부분을 담당할 수밖에 없는데, 이는 시설인프라의 인력, 설비, 운영기준에 대한 체계적 관리가 서비스의 양과 질을 보장하기 위한 중요한 요소이기 때문이다. 보험급여비에 대한 심사와 지급업무를 수행하기 위해서는 장기요양기관들의 실시간 현황 파악이 필수적인데 현재의 체계에서는 시설의 주소 등 사소한 정보에 대해서도 전산망에 오류가 있을 경우 실시간 대응이 곤란하여 업무에 차질이 발생하기도 한다. 이러한 문제점을 해소하기 위해서는 국민건강보험공단과 지방자치단체간의 협력체계가 강화되어야 하며 시설과 인력인프라에 대한 관리가 필요한 항목에 대하여 공단의 전산시스템에서 직접 관리하도록 하는 등의 인프라 관리체계의 개선이 필요하다. 이는 또한 노인장기요양보험이 지속가능한 사회보장제도로 정착하기 위한 장기요양 급여비용의 적정성 관리와도 관계된다. 공정한 등급판정 등 이용대상자 선정의 객관성이 제고되어야 하고, 재가급여의 비용효과적인 정착을 위한 개인별 월 한도액 관리와 이용실태의 정기적 모니터링 등이 필요하며, 적절한 급여비심사 및 부당청구방지 등을 통한 재정의 효율적 관리를 위해 과학적인 심사지표 개발 및 효율적인 청구·심사·지급시스템 마련, 심층적인 사후관리기준 개발 등이 필요하다.

### (5) 지정·취소권 및 질문·검사권(현지조사권) 부여

노인장기요양보험제도의 관리운영주체로서 국민건강보험공단을 규정(법 제 48조)하고 있으나, 지정·취소권 및 질문·검사권(현지조사권)의 부재로 공단의 효율적인 업무수행이 곤란한 상황이다. 국민건강보험공단의 ‘노인장기요양보험법 개선과제(2009)’에 따르면 시설운영 주체로서 이미 부적절한 상황이었음에도 2008년 7월 장기요양기관으로 지정(인천서구청)한 사례, 232개 시군구별로 전산등록 지연, 필수입력 항목의 누락·오류, 중복처리 등 다양한 사례가 발생하고 있음에도 서비스 정보관리 게재의무가 있는 공단으로서는 자체 판단에 의한 변경이 불가하고, 장기요양기관의 불필요한 서비스 수요 창출, 서비스시간 부풀리기 등 허위·부당 청구가 만연하고 있으나 이에 능동적으로 대처할 권한이 없어 재정누수 방지에 한계를 느끼고 있는 상황이라는 점을 문제로 지적하고 개선을 제시하고 있다. 지정·취소권 및 질문·검사권(현지조사권)이 있는 보건복지가족부의 경우 직접적인 제도운동을 맡고 있지 않을 뿐 아니라 인력상의 한계 등으로 전국에 산재한 만여 개 이상의 장기요양기관을 관리 하는 것은 한계가 있고, 시·군·구의 경우에는 온정적 경향으로 관리·감독에 소홀하다. 건강보험제도 운영과는 달리 장기요양보험의 경우 기본적으로 요양서비스로서 건강보험보다 무자격자 서비스 실시, 서비스시간을 부풀리는 등 구조적으로 부정한 방법으로 비용을 청구하기가 용이하며, 기저귀를 제때 갈아주는지 등 서비스제공과정에 공단이 밀착 관리해야 하는 필요성이 더 높으므로 국민건강보험공단에 지정·취소권 및 질문·검사권(현지조사권)을 부여하여 부정청구에 대한 보험재정 누수를 방지하고 수급질서를 확립하도록 해야 할 것이다. 독일의 경우도 보험자가 계약으로 요양기관을 지정하고 보험자 등이 요양기관에 대한 조사권을 행사(독일수발보험법 §72, §114)하고 있으며, 일본 역시 도도부현, 급부비심사위원회 등이 지정취소 및 현지조사권을 행사(일본개호보험법 §23, §24, §70, §86, §181, §202)하고 있다.

### (6) 표준장기요양이용계획서 실효성 제고

표준장기요양이용계획서 준수에 대한 강제성이 없는 현 여건상 장기요양기관 서비스 제공자에 의해 제공될 급여의 양이 유의미하게 증가될 수 있다. 재가급여의 경우 서비스 공급이 영리추구를 목적으로 하는 민간기관에 의해 이루어지고 있으며 서비스 제공 계획의 수립과 실행이 이들 장기요양기관에 의해 이루어지므로 급여의 양이 요양인정자의 욕구에 근거해 결정되기보다 최대가능 급여의 양으로 결정될 가능성이 높으며 이는 장기요양 비용 상승의 문제로 연계될 수 있다. 실제 국민건강보험공단에서 제시하는 표준장기요양이용계획서가 임

의적 참고자료에 불과하여 대상자의 도덕적 해이가 빈발한 상황이고, 대상자의 서비스 욕구보다 기관의 수익보장을 위해 재가급여의 월 한도액을 모두 사용함으로써 급여의 남용이 발생하고 있다.

### 〈표준장기요양이용계획서 권고비용과 실제 이용비용 비교〉

(2008. 8 현재, 단위 : 천원)

구분	1등급 월평균		2등급 월평균		3등급 월평균	
	권고비용	실제비용	권고비용	실제비용	권고비용	실제비용
방문요양	536	725 (35%)	480	612 (28%)	406	520 (28%)
방문목욕	182	189 (4%)	170	168 (-1%)	167	174 (4%)
방문간호	164	195 (19%)	125	170 (36%)	100	124 (24%)

- Kappa 통계량 : 방문간호(0.17), 복지용구(0.01)

※ kappa: 관찰된 일치도 지수와 확률적 근거에 의한 기대 일치도 지수의 차이를 완벽한 일치도 지수(1)와 기대일치도 지수의 차이로 나눈 값

kappa >0.75 : 일치도가 매우 높음. 0.4<kappa<=0.75 :보통, kappa <=0.4 : 낮음

\* 출처 : 표준장기요양이용계획서와 장기요양급여비용과의 상관성 분석, 국민건강보험공단, 2008

표준장기요양이용계획서와 장기요양급여비용과의 상관성 분석에 관한 연구에 따르면 방문간호, 복지용구의 경우 표준장기요양이용계획서상의 권고된 급여의 종류와 실제 이용하고 있는 급여종류의 일치율이 낮은 것으로 나타나고 있다. 방문간호의 경우 권고 받았으나 이용하지 않은 비율이 높고, 복지용구 경우 권고 받지 않았으나 이용한 비율이 매우 높은 것을 알 수 있다.

그러므로 대상자의 적정이용을 위하여 표준장기요양이용계획서를 공단직원이 작성하여 조사결과서와 함께 등급판정위원회에 제출하면 이를 심의·의결하는 방향으로 나아가야 할 것이고, 표준장기요양이용계획서의 범위가 월 한도액을 넘지 않도록 급여가 이루어지도록 해야 할 것이다. 일본의 경우 케어플랜을 케어매니저가 작성하고, 대상자에게 교부하고 있다(개호보험법 §7, §80, 시행규칙 §18, 부칙). 대상자는 케어플랜에 따라 서비스를 이용하고, 서비스내용 변경 시 케어매니저의 변경된 케어플랜을 제공한다. 독일의 경우, 등급판정을 한 MDK에서 이용 가능한 급여종류의 비율을 결정해 주면 그 범위 내에서 장기요양기관에 소속되어 있는 간호사가 케어플랜을 수립한다. 보험자가 실질적인 케어플랜을 제공함에 따라 급여남용의 위험성이 없고 질 관리를 함께 하고 있어 공정성이 유지되고 있다.

## (7) 공단지영시설 운영

장기요양기관에서 운영되고 있는 실제적인 비용, 서비스의 실태를 파악하여 노인장기요양 보험수가 및 서비스 질을 효율적으로 관리할 수 있는 방안을 마련할 필요가 있다. 현재로서는 수가산정 및 표준서비스 기준 기초 자료 제공을 위한 모델 장기요양기관 확보에 어려움이 있으므로 객관적이고 과학적인 수가 산정을 위한 모델이 될 수 있는 장기요양기관이 필요하다. 다시 말해 단일 보험자에 의해 전국적으로 적용되는 서비스의 최저기준을 정하고 이를 유지하기 위한 지침과 매뉴얼 개발이 필요하다는 것이다. 이 지침은 이용자가 서비스를 판단할 수 있는 근거를 제공하고 서비스 제공 현장에서 발생할 수 있는 공급자와 이용자 간의 책임소재를 판단하는 기준이 될 수 있다.

또한 장기요양기관은 수도권의 경우 투자비용이 높고 협오시설 기피현상 등으로 민간참여가 어려워 수요에 비해 장기요양기관 상대적으로 부족한 실정이다. 사회복지조직의 서비스 전달을 수혜자가 서비스 제공 장소에 쉽게 접근하여 받을 수 있도록 해야 한다. 서울의 경우 60% 정도로 충족율이 낮은 편이다. 이는 땅값이 비싸고 요양시설을 협오시설로 보는 기피현상도 한 몫을 차지하지만, 현재와 같은 장기요양 보험수가로는 시설운영이 어렵고 비보험 부가급여를 받는 것도 쉽지 않기 때문이다. 도시와 농어촌간의 불균형도 문제로 지적된다. 농어촌의 경우 노인요양 인프라의 부족으로 요양서비스를 받기 어렵다. 농어촌지역에서 재가장기요양기관을 운영할 경우 이동거리나 인구 등의 문제로 수익성 면에서 도시에 비해 낮을 수밖에 없다. 지자체의 재정자립도가 매우 낮은 상황에서 지자체가 스스로 필요한 공공요양시설을 설립할 것으로 기대하는 것은 시설인프라 구축에 상당한 차질을 가져온다. 노인요양서비스가 전국적으로 형평성 있게 제공되기 위해서는 요양시설의 구축에 공적 기관의 적극적인 재정지원 및 개입이 필요하다. 하지만 현행 범규정내에서는 공단이 직접적으로 인프라 부족 지역 대상자에 대하여 급여혜택의 형평성과 효율성을 제고할 수 있는 역할이 제한적인 상황이므로 노인장기요양보험법 개정을 통해 관련 근거를 마련해야 할 것이다. 일본의 경우 보험자의 시설운영은 개호보험법 §175에 근거하고 있다. 시설운영 개호보험법 사례를 보면 요양시설의 공공성 강화로 지나친 영리추구 현상을 다소 해소하고, 민간의 참여가 어려운 지역에 직영시설을 설치 운영함으로써 급여혜택의 형평성과 효율성 확보에 기여한 점을 확인할 수 있다. 아래의 표를 통해 보험자 등 공적 요양기관이 10.2%를 차지하고 있음을 확인할 수 있다.

### 〈일본 개호노인요양시설 설립·운영 현황〉

(2004. 12월 말 기준, 단위: 개소, %)

구 분		정부 또는 공공기관				법인(민간)		
		계	정부·도도부현	시·정·촌	광역연합사무조합	계	사회복지법인	사회보험단체
시설수	5,291	540	53	334	153	4,751	4,735	16
비율	100.0	10.2	1.0	6.3	2.9	89.8	89.5	0.3

\* 출처 : 보험자 직영병원 추가건립 타당성 조사연구, 이신호 외, 2007

국민건강보험공단이 직영시설을 설치하게 될 경우 수가 및 서비스 표준 모델의 개발이 용이할 것으로 기대된다. 객관성·합리성에 기초한 과학적인 수가산정 도구 개발이 가능해지고, 운영 모델 개발 및 제시할 수 있다는 점이 긍정적인 영향을 줄 것이라 본다.

### 3) 시·군·구의 지역사회와의 연계 협력 구축

노인장기요양보험법에 의하면 장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 소재지를 관할 구역으로 하는 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받도록 하고(제 31조), 급여를 제공하고자 하는 자는 시설 및 인력을 갖추어 시장·군수·구청장에게 신고하도록 규정하고 있다(제 32조 제1항). 하지만 이러한 기관들이 지정 또는 신고에 의해 설립되므로 수요와 공급을 고려하지 않은 기관의 난립 문제나, 편중 현상 등의 예상치 못한 문제가 발생하고 있는 실정이다. 따라서 각 시장·군수·구청장은 적정한 수의 요양기관이 골고루 설립되어 보험대상자에게 질 높은 서비스가 제공될 수 있도록 이에 대한 청사진을 제시하고, 가이드라인을 제공하여 기관의 난립으로 인한 폐해가 감소할 수 있도록 적극적인 입장을 취해야 할 것이다.

#### (1) 장기요양기관에 대한 철저한 관리·감독

노인장기요양보험법에는 장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 필요한 시설 및 인력을 갖추어 소재지 관할 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받아야 하며(법 제31조) 시설의 인력지정기준에 적합하지 않은 경우 등에는 지정취소를 할 수 있고(법 37조), 장기요양급여 이용계약에 관한 내용 등에 보고 및 검사를 할 수 있다(법 제61조). 장기요양기관 및 요양보호사 교육기관 관리는 신청단계에서부터 법정시설·설비 및 인력기준 등에 미달하는 기

관은 진입이 불가능하도록 해야 하고, 인력이나 주요설비 등이 변경되는 경우 수시로 지도·감독을 실시하여 사실과 다를 경우 시정과 경고명령을 하며 이러한 사실이 2회 이상 반복·적발되면 퇴출시키는 등의 강력한 조치가 필요하다. 그러나 국민건강보험공단에 따르면 장기요양기관 수가 2009년 6월 기준으로 11,421여개가 넘고 전국적으로 통일된 기준과 입장을 가지고 접근하는 것에는 한계가 있다. 현재 보험자인 건강보험관리공단에서 장기요양기관을 방문하여 제대로 된 급여를 제공하고 있는지를 수시로 확인하고 있는데, 국민건강보험공단의 전국지사조직을 활용하여 일선 시·군·구 공무원과 함께 가동단속팀을 구성하여 현지실사를 강화하는 방법을 강구해볼 수 있다. 뿐만 아니라 지도·감독을 통해 불법 기관에 대해서는 시정 조치를 취하되, 우수 기관에 대해서는 인센티브를 제공하는 등의 역할을 동시에 수행함으로써 모범 기관의 역할을 유도하는 방향으로 나아가야 할 것이다.

일본의 경우 사업자에 대한 엄격한 지도와 감독으로 최저수준의 질을 보장하고 있다. 지도감독을 통해 도도부현이나 시·정·촌이 모든 사업소를 대상으로 개호보험제도의 고지, 서비스 질의 향상, 부정의 방지, 지정기준의 준수여부 등을 확인하여 행정적인 조치를 취하고 있다. 질 관리의 가장 기본은 개호보험시설 지정권한자에 의한 관계법령 등에 근거한 적절한 사업실시 유무에 대한 지도감독을 통해 이루어질 수 있으므로 장기요양기관에 대한 철저한 관리·감독에 만전을 다해야 할 것이다.

## (2) 맞춤형 프로그램 개발 및 인프라 확충

시·군·구의 중요한 역할은 통합적이고 포괄적인 지역보건복지서비스 전달체계를 구축하는 것이다. 장기요양서비스는 일정 범위 내 지역사회를 중심으로 서비스의 수요와 공급이 이루어지는 특성을 지닌다. 따라서 장기요양서비스 전달체계가 어떻게 구축되는가에 따라 많은 일자리가 창출되어 지역경제가 활성화될 수 있고, 장기요양서비스와 관련된 지역사회 자원이 증가하여 다른 지역보다 높은 수준의 서비스가 제공될 수도 있다. 또한 지역주민의 욕구와 서비스가 효율적으로 연결되어 욕구를 지닌 사람은 누구나, 특히 저소득 취약계층이나 노약자 우선정책, 자신에게 적합한 서비스를 선택하여 이용할 수 있도록 시·군·구의 삶의 질 향상을 도모하기 위한 정책을 개발해야 하고 지역 내 장기요양 인프라가 골고루 충분하게 설치되고 운영될 수 있도록 지원해야 할 것이다.

### (3) 지역사회와의 연계 협력 관계 강화

시·군·구는 서비스 제공의 책임을 담당하고 있는 영리 및 비영리 민간기관과의 협력을 이끌어내고, 여러 지역사회단체와 지역주민의 참여가 확대될 수 있는 여건을 마련하는 것이 필요하다. 지역 내 여러 기관과 단체들이 서로 연계할 수 있는 제도적, 행정적 지원을 제공하고 지역사회와 지방자치단체가 동반자적 관계를 형성하여 지역복지발전을 도모하는 노력이 요구된다 하겠다.

## 4) 장기요양기관의 자체 질 관리 시스템 구축

### (1) 장기요양기관의 불법사례 근절

장기요양기관들은 정부의 보조금을 받아 운영되는 기존의 방식에서 이용노인의 수, 서비스 내용 등에 따라 보험수가를 받아 운영되는 사회보험 방식으로의 변화를 맞았다. 보험수가를 받아 시설을 운영해야 하므로 시장경쟁원리에 따른 장기요양서비스의 제공은 시설운영의 재원이 안정적으로 확보되지 못할 경우 시설 경영을 최우선시 할 수 밖에 없는 상황적 변화에 도래한 것이다. 결국 장기요양기관의 운영비용 부담은 장기요양기관으로 하여금 부정행위의 유혹에 빠지기 쉬운 구조를 만들고 있다. 실제로 본인부담금 감면, 요양등급대상자 목록의 상품화, 대상노인에 대한 상품권의 지급이나 대상자 확보시 요양보호사에게 인센티브 제공, 타 시설에서 관리하고 있는 대상자 유인 등 고객확보를 위한 과열 양상이 현장에서 나타나고 있다. 더욱 심각한 문제는 장기요양기관의 재정불안은 요양보호사들을 저임금 노동시장으로 내몰고 있다는 것이다. 요양보호사의 근무조건은 바로 안정적인 장기요양서비스 제공 및 서비스의 질과도 직결되는 중요한 사안이므로 우수한 인력을 유인하고 유지하기 위해서는 안정적인 임금구조 및 근무조건 등 좋은 일자리의 조건들을 확보해야 하고, 신규 요양보호사에 대한 체계적인 교육 및 훈련을 통해 장기요양인력의 질을 향상시킬 수 있도록 해야 한다.

### (2) 인력기준 점검

노인장기요양보험법 시행령 및 시행규칙을 보면 인력의 탄력적인 운영과 방문요양사업의 진입 장애를 감소시킨다는 이유로 재가장기요양기관의 인력기준에서 최소한의 인력만을 규정하면서 사회복지사를 배제했고, 학력을 불문하고 240시간 이수 뒤 5년간의 경험만 있으면

재가장기요양기관의 책임자가 될 수 있도록 하고 있어 전문성의 문제가 심각하게 제기되고 있다. 서비스의 질이 보장된 장기요양서비스를 제공하기 위해서는 사례관리·자원연계·인간행동과 사회환경 등에 대한 이론과 지식을 갖추고 이용자의 욕구와 권리를 중심으로 전문적 케어서비스를 계획하고 실천하는 사회복지사가 방문요양기관에 필수적으로 배치되어야 함에도 불구하고 ‘필요수’로 규정한 것은 대상자의 질적인 만족을 보장할 수 있는 최소한의 규정을 무시한 것이므로 사회복지사가 반드시 배치되어야 할 것이며, 요양보호사 1급이 재가장기요양기관의 관리책임자가 될 수 있는 조항은 개정되어야 할 것이다.

### (3) 자체 질 관리 시스템 구축

장기요양기관 자체의 질 관리를 통한 질 향상 노력 없이는 장기요양기관의 지정·취소, 서비스 질 평가와 같은 강제적이고 충격요법식의 질 관리 접근방법은 일정부분 한계가 있을 수밖에 없다. 기본적인 인·허가 기준을 자체 점검기준에 의거하여 기관 스스로가 평가를 하도록 하고 부족한 점을 찾아 보완, 개선하는 등의 자체 노력을 기울이는 방향으로 나아가야 할 것이다. 보험자와 장기요양기관 간에 서비스 질 확보를 위한 기준을 준수한다는 협약을 체결하고 협약내용을 국민에게 공개하여 기관의 자발적인 질 관리 의무를 부여하고 있는 독일의 질 관리 사례를 참고할 수 있다.

우리나라도 보험자인 국민건강보험공단이 평가지표를 누구나 볼 수 있도록 인터넷에 공개하고 장기요양기관 스스로가 홈페이지에 코드화된 표준지표를 입력하여 충족여부를 자체확인할 수 있는 시스템을 제공할 예정에 있는데, 장기요양기관 평가를 실시함으로써 인증여부로 이용자들에게는 기관에 대한 정보제공 및 선택권을 보장하고, 장기요양기관에는 자체적으로 질 관리를 할 수 있는 시발점을 제공한다는 측면에서 발전적인 방안이라고 볼 수 있다.

### (4) 투명하고 정확한 정보공개

일본의 정보 공표는 사업자의 경쟁을 촉진하여 서비스의 질 향상을 가져오게 한다는 목적으로 실시하게 되었다. 서비스 제공업자들은 타 사업소들과 비교 받는 입장이 되므로 질 향상을 위해 노력할 수밖에 없는 상황이고, 이를 통해 자연스럽게 서비스 질이 평가되는 시스템이라고 볼 수 있다. 우리나라 역시 일본과 마찬가지로 노인장기요양보험제도 홈페이지에 장기요양기관들의 정보를 공개하고 있고 90% 이상의 정보공개율을 보여 정보 제공이 원활히 이루어지고 있다고 보인다. 하지만 정보공개는 기관의 자율의지에 맡기고 있어 그 정보



가 정확한 것인지, 변경사항이 있을 경우 이를 즉시 반영하는지 등을 검증할 길이 없다는 것이 문제로 지적된다. 일본은 2인 1조로 구성된 인력이 방문조사를 실시하여 사업자로부터 보고된 「조사정보항목의 조사표」를 근거로 대표자와의 면접조사를 통해 사실 확인을 하고, 조사는 조사결과에 사실 오인이 없다는 것과 조사 결과가 그대로 공표되는 것에 관하여 사업소의 동의를 얻는 과정으로 진행되는 구조이므로 신뢰성 있는 정보가 공개되고 있다는 점에 주목할 만하다. 그러므로 장기요양기관의 투명하고 정확한 정보 공개 의무화도 중요하지만, 이에 대한 검증절차가 반드시 이루어질 수 있는 구조가 되어야 한다.

## 5) 요양보호사의 자격기준 및 교육과정 개선

### (1) 적절한 수요-공급에 따른 인력 양성

현재 요양보호사 교육기관의 교육가능 인원은 정원 40명을 기준으로 1회 교육만으로도 4만 2천명이 넘는 요양보호사가 배출될 수 있다. 일정규모의 강의실과 최소 강사진만을 갖춰 신고만 하면 요양보호사 교육기관으로 운영할 수 있기 때문에 급증해왔고, 요양보호사 자격 또한 아무 제한 없이 일정시간 교육만 수료하면 자격증이 발급된다. 2009년 4월 30일 현재, 시군구별 등급판정결과 현황을 보면 전국의 요양보호사 교육기관은 1,104개소가 운영되고 있으며 약 459,122명이 요양보호사 자격증을 취득할 정도로 요양보호사 양성이 급격히 이루어진 반면, 같은 기간 등급판정을 받은 노인들은 겨우 251,290명에 불과하다. 노인장기요양보험제도 전면 실시에 따른 요양보호사의 수요는 약 4만 8천명이었으며, 이 중 2년간 유예가 적용되는 기존의 생활지도원과 가정봉사원 약 1만 4천명을 제외하면 약 3만 4천명의 신규 인력이 필요했던 것으로 예측되었고, 2009년 이후에는 해마다 4~5천명 정도의 신규 인력이 필요한 것으로 분석되었었다. 결국 이미 심각한 인력의 수요-공급의 불균형 현상이 발생하고 있는 것이다. 지금과 같은 수치로 요양보호사 공급이 계속적으로 이루어질 경우 인력의 공급과잉으로 인한 심각한 취업난이 발생하고, 요양현장에서는 종사자의 처우가 하향 조정 될 것이며, 서비스의 질적 저하에 대한 우려의 목소리가 큰 실정이다. 따라서 노인복지법 개정을 통해 요양보호사 양성 및 자격관리체계를 전면적으로 수정할 필요가 있다.

### (2) 요양보호사 교육내용 및 과정 개선

요양보호사 교육에 있어서는 교육시간이나 표준화된 교육과정, 강사기준이 제도화되었지

만, 대다수의 교육기관들이 최소한의 기준에 맞출 뿐이므로 아무런 검증 없이 교육이 이루어지고 있는 실정이다. 따라서 요양보호사 교육기관에 대해 보건복지가족부가 제공하는 운영지침에 따라 기관을 운영하고 있는가를 평가할 필요가 있다. 교육내용과 교육시간을 준수하고 있는지, 교육내용별 강사의 자격이 적절한지, 교육에 필요한 시설과 장비를 적절하게 갖추고 이를 활용하고 있는지 등을 평가하여 질 높은 교육이 제공될 수 있도록 관리·감독을 강화해야 한다. 보다 적극적인 방안으로는 노인복지법 개정을 통해 요양보호사 교육기관에 대해 2년 1회 평가를 받은 후 적합한 기관에 인증제도를 도입하여, 인증기준을 충족하고 있는지를 확인하고 교육의 질을 향상시킬 수 있는 조치를 강구해야 할 것이다. 또한 요양보호사 교육과정 및 교수요원자격을 대폭 개선하여 강화하고, 요양보호사를 전문적으로 관리·감독할 수 있는 요양보호관리사 제도를 신설하며, 단기적으로는 요양보호사 교육기관을 신고제에서 허가제로 전환하고, 장기적으로 수요에 맞춰 권역별 요양인력양성을 위한 중심교육기관을 지정하는 방안 등을 면밀히 검토해 볼 수 있다.

### (3) 요양보호사 실습교육 전문화

요양보호사의 현장경험과 케어기술을 익히기 위한 실습교육의 경우 실습연계 계약서만 요구될 뿐, 시설의 적합여부, 실습지도자의 실무경력이나 능력의 검증 없이 실습이 이루어져 실습교육의 부실화를 초래하고 있다. 특히 한 기관에 많은 실습생들이 배치됨으로써 체계적인 실무중심의 실습교육이 이루어지지 못하고 청소와 같은 단순 업무만이 행해지고 있는 실정이다. 이러한 문제를 개선하기 위해서는 현재 노인요양시설의 경우 입소자 현원의 1/3 범위 내에서 실습생 교육이 이루어지도록 한 규정을 1/5 범위로 강화해야 할 것이고 실습지도자도 요양보호사 5명당 1명씩 배치기준을 강화할 필요가 있다.

또한 국가의 예산지원을 통해 각 광역자치단체별로 장기요양인력연수센터의 설치·운영을 검토할 필요가 있다고 본다. 장기요양인력연수센터에서는 장기요양서비스의 질적 향상을 위한 연구조사와 평가인증, 실기·실무를 중심으로 하는 재교육(보수교육)의 실시, 각 개별 요양보호사 교육기관에 대한 인적·물적·기술적 지원을 담당하도록 하는 것이 바람직할 것이다.

### (4) 요양보호사 교육시간 증가

일본의 개호보험의 노인전문 인력 교육내용과 비교해 보면 우리나라 요양보호사 교육시간 및 내용 면에서 많이 부족한 실정이다. 일본의 개호보험 노인전문 인력 중 우리나라의 요양

보호사의 역할과 비슷한 전문인력은 개호복지사라고 볼 수 있는데, 우리나라는 절대다수(99.6%)의 신규 교육생들은 1급 자격증을 취득하고 있다. 2급 자격취득 후 요양업무관련 경력(1년 이상)과 60시간 추가교육을 통해 1급으로 승급이 가능하지만 이보다 아예 처음부터 1급 자격증을 취득하는 것이 더 용이하기 때문이다.

또한 요양보호사의 가장 중요한 역할인 대상자를 상대하는 것은 이론보다 실습이 보다 효과적이며 중요하다. 일본은 개호복지사의 경우 실습을 중심으로 교과과정이 구성되어 있고 1,500시간의 교육을 이수하여야 하며, 실습시간이 이론보다는 길다는 특성을 가진다. 이에 반해 우리나라는 1급은 80시간, 2급은 40시간으로 적어 이론에서 배운 내용을 직접 실습을 통해 활용해보는 것은 어려운 실정이므로 전체적인 교육시간을 증가시키고, 이 중 실습교육의 비중을 강화해야 할 것이다.

#### (5) 요양보호사 교육기관 지정제 도입

요양보호사 무분별한 난립과 편법적인 운영방식을 최소화시키기 위하여 정부는 교육기관을 지정제로 변경하려는 계획을 발표하였고, 국회에도 관련 법안이 제출되어 있는 상황이다. 그러나 단시일 내에 요양보호사를 급속히 배출하겠다는 취지에서 민간 교육기관의 설치를 독려하던 정부가 1년도 채 지나지 않아 그 중 일부를 지정하고 절대 다수를 폐업시키도록 제도를 변경하는 것은 정부정책에 대한 신뢰를 상실시킬 가능성이 크다 하겠다. 따라서 기존의 설치·신고 기준을 조금 더 까다롭게 상향조정하고 그 요건을 갖춘 경우에만 설치할 수 있도록 하는 교육기관 등록제도 가능한 대안으로 고려해볼 수 있을 것이다. 등록 요건으로는 교육기관 설립자의 자격기준에 사회복지분야 또는 교육분야 업무 경력자 등을 마련하는 방안 등이 포함되어야 할 것으로 사료된다. 만약 신고제가 지정제로 전환될 경우, 객관적이고 철저한 교육기관 평가기준이 우선적으로 마련되어야 하고, 지정제 도입의 장점과 효과에 대한 면밀한 분석과 더불어 교육기관의 반발과 민원 발생에 대한 대안이 마련되어야 할 것이다. 지정제를 실시할 경우 야기될 문제점들이 사전에 충분히 검토되어야 하는 만큼 이를 위한 시간적 여유가 필요하다.

또한 국가자격증이라는 이유로 당장 사용하지 않으면서 일단 취득하고 보자는 소위 “장롱면허”의 불필요한 양산을 억제할 필요성이 있다. 사회적 비용의 낭비를 최소화해야 하기 때문이다. 그리고 “취업보장”과 같은 교육기관의 과장광고를 규제하고, 현재와 같은 출석체크 방식보다는 지문인식기의 도입 등 다양한 제도적 보완책들을 모색하여 불출석 자격증 발급이 이루어지지 않도록 관리를 강화해야 할 것으로 판단된다.

#### 4. 정부지원 확대 및 본인부담금 감면

노인장기요양보험의 재원은 보험가입자의 보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담금, 그리고 이용자의 본인부담금으로 한다고 규정해놓았다(제9조, 제40조, 제58조). 보험료는 국민건강보험료에 노인장기요양보험료율을 곱하여 산정한 금액으로 한다고 규정하였고, 국가는 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양 보험료 예상 수입액의 20%에 상당하는 금액을 국고에서 지원토록 하였으며, 지방자치단체는 장기요양급여 비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 등에 대하여 대통령이 정하는 바에 따라 중앙정부와 각각 분담토록 해 놓았다. 일본의 경우 보험료는 전체 재원의 50%(나머지 50%는 정부지원)이고, 보험료는 소득의 0.9%이다. 독일의 경우 보험료가 전체 요양재원의 100%이고, 보험료는 소득의 1.7%를 점유하고 있다.

본인부담금을 살펴보면 일본은 시설급여와 재가급여 모두 비용의 10%를 부담하고, 시설급여는 추가로 거주비, 식비 등의 일상생활비는 이용자 부담으로 하고 있다. 독일의 재가급여는 본인부담금이 없으나 시설급여에 있어서는 약간의 본인부담금을 내도록 하고 있는데, 이러한 이유는 본 보험의 재원이 모두 보험가입자의 보험료에 의해 이루어지기 때문이다.

우리나라의 경우 재가급여는 요양급여의 15%를, 시설급여는 20%를 본인이 부담하도록 하고 있는데, 일본과 독일보다도 높은 수준이다. 요양시설에 들어가면 비급여 항목으로 식비와 소모품비 등의 비용을 추가로 지불해야하므로 월 40~60만원 이상을 부담해야 하는 것이다. 국민기초생활수급대상 노인의 경우 본인부담금이 면제되지만, 차상위 계층의 노인은 본인부담금 15~20%를 그대로 내야하므로 요양이 필요하더라도 이용을 주저하거나 서비스 이용을 포기하는 등 사각지대가 발생하고 있다. 실제 장기요양인정 판정을 받았으나 서비스를 이용하지 않는 비율이 30%가량 되는 것을 통해 높은 본인부담금이 서비스 이용의 억제요인으로 작용하고 있음을 확인할 수 있다. 그러므로 노인장기요양보험제도의 대상자인 노인이 서비스를 이용함에 있어 보험료와 본인부담금을 감당할 수 있는 경제적 능력이 있는지가 우선 고려대상이 되어야 할 것이다. 또한 국가는 본인부담금 문제와 관련하여 정부지원을 확대하는 방안, 국민 전체를 대상으로 보험료를 증가시키는 방안, 본인부담금 감면 혜택 대상자 확대하는 방안 등을 복합적으로 모색함으로써 재정을 효율적으로 활용하여 본인부담금을 10% 이하로 낮출 수 있는 방법을 강구하여 장기요양 서비스 대상자들의 실질적인 부담 수준을 단계적으로 축소함으로써 포편적 제도로서의 기능을 제대로 수행할 수 있도록 해야 할 것이다. 이용료와 보험료 감면의 문제는 고려해야 할 매우 중요한 사안이므로 일본의 사례에서 제시되고 있는 저소득층 부담경감대책과 고액개호서비스비 제도는 검토할 필요가 있다.

노인장기요양보험제도를 필요로 한 사회적 배경과 노인복지 향상을 위한 근본 취지에 따라 본 제도가 국가 책임 아래 있음을 분명히 주지할 필요가 있음은 물론, 현재 발생되고 있는 여러 요인들과 상황들을 복합적으로 검토하고 이에 대해 접근하여 발전시키려는 노력이 지속적으로 이루어져야 할 것이다.

본 정책자료집에서 제안한 급여 대상자의 확대와 서비스의 확대는 향후 우리나라 노인장기요양보험제도의 발전을 모색하는 차원에서 중요하지만, 이는 재정지출의 증대를 야기시키고 가입자의 보험료 인상 등 국민의 재정부담 요인으로 이어지므로 시기적으로 조심스럽게 다루어야 할 과제라고 본다. 제도의 출발 단계에서 중등증 이상으로 수급범위를 제한하여 저부담-저급여 체제로 본 제도가 시작되었지만, 급속한 노령화에 따라 장기요양에 대한 사회적 요구가 급등하고 있고 대상자 규모도 빠른 속도로 증가할 것이 예상되기 때문에 현 시점에서 노인장기요양보험제도의 보장성 강화에 대한 논의는 적절하다고 본다. 이를 위해 장기요양 수요와 공급에 대한 보다 정밀한 추계를 바탕으로 하여 재정적 지속가능성을 제고하기 위한 재원조달 방안과 급여대상 등급확대에 따른 재정소요 규모 관리 등 재정의 효율적 관리방안 및 서비스 확대시 항목별 추가시의 재정 추가부담 규모추계 등에 대한 검토가 선행되어야 할 것이다. 무엇보다 한정된 자원의 효율적인 이용을 통한 대상자 및 급여서비스의 확대방안을 제안할 수 있는 정책적 방안이 필요하므로 단계적인 접근과 구체적인 우선순위에 대한 검토를 토대로 하여 대상자와 서비스의 확대를 신중하게 추진해야 하고, 효율적인 급여서비스 이용지원 체계와 제도의 관리운영 체계를 구축하는 것이 병행되어야 할 것이다.

노인장기요양보험제도가 도입·시행된 지 1년이 지난 시점에서 과연 이 제도를 통해서 얻고자 하는 것을 얻을 수 있었는가에 대한 신중한 고민과 평가가 뒤따라야 할 것이다. 본 제도의 궁극적인 목적은 국민이 인간다운 삶을 영위할 수 있도록 장기요양서비스를 제공함으로써 인간의 기본적인 욕구를 충족하고 사회통합과 안전의 증진, 자립성 증진, 개인의 성장과 개발, 각종 의존문제를 해결하기 위한 것이다. 고령화시대를 맞이하여 사회보험제도의 완성이라고 할 수 있는 노인장기요양보험제도가 유관기관들과의 협력, 국가와 국민이 함께 지혜와 힘을 모아 한 차원 더 발전된 한국적 사회복지 모델로 정착될 수 있기를 기대한다.

## 참고자료

1. 국민건강보험공단 요구자료
2. 국민건강보험공단, 2008, 표준장기요양이용계획서와 장기요양급여비용과의 상관성 분석
3. 국민건강보험공단, 2009, 노인장기요양보험법 개선과제
4. 보건복지가족부, 2009, 노인장기요양보험 시행현황과 향후과제
5. 한국보건사회연구원, 1997, 치매관리 mapping 개발 연구
6. 강임옥, 이정석, 한은정, 박일수, 박민정, 2008, 노인장기요양 이용계획 작성 및 운영방안 -급여종류 결정 알고리즘 개발-, 국민건강보험공단 연구보고서
7. 강혜규, 김찬우, 김용득, 석재은, 선우덕, 엄기옥, 이태화, 정형선, 조추용, 2008, 노인장기요양보험제도 도입에 따른 지역보건·복지서비스의 변화 전만과 과제, 한국보건사회연구원
8. 권진희, 2008, “일본의 노인장기요양서비스 질 관리체계”, 건강보험포럼 2008년 봄호
9. 권진희, 박종덕, 감신, 이정석, 강임옥, 2007, 노인장기요양서비스 질 평가체계 구축 방안, 국민건강보험공단 연구보고서 2007. 12
10. 김근홍, 2004, “수발보험 도입의 전개와 주요제도 내용에 대한 정책적 시사점: 독일 수발보험의 전반적 내용분석을 중심으로”, 한국사회복지정책, 통권 제 18호, 한국사회복지정책학회
11. 김수현, 2008, 노인장기요양보험제도에 따른 요양보호사의 역할 및 자질에 대한 고찰, 시민문화춘추 제6호
12. 김준환, 2008, 노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안 -요양보호사의 인력양성 및 전문성 향상을 중심으로-, 극동사회복지저널
13. 박종연, 권진희, 이정석, 강임옥, 이윤환, 김도훈, 2008, 노인장기요양 대상자 및 서비스 확대방안 연구, 한국보건사회연구원
14. 박종연, 2008, 노인장기요양보험제도 시행 100일, 쟁점과 과제 : 관리운영, 한국사회복지협의회
15. 석재은, 1999, 노인 장기요양보호의 공급주체간 역할분담 유형에 관한 비교연구: 비용 부담과 보호제공을 중심으로, 이화여자대학교 대학원 사회복지학과 박사학위논문
16. 석재은, 2005, 장기요양보호 정책의 한국적 모형에 관한 탐색적 논의 : 국가, 시장, 가족의 역할분담과 정책설계, 한국사회복지학회 2005년도 추계공동학술대회

17. 선우덕, 이수형, 손창균, 유근춘, 신호성, 최영, 최혜지, 오지선, 2008, 노인장기요양보  
장체계의 현황과 개선방안, 한국보건사회연구원
18. 엄기욱, 2008, 노인장기요양보험제도의 서비스 질 향상 방안, 보건복지포럼
19. 엄기욱, 2004, 일본과 한국의 장기요양보장제도 도입 환경 비교연구, 한국노인복지학  
회-2004년 춘계학술대회 자료집
20. 원시연, 2009, 요양보호사 교육기관 실태조사보고서, 국회입법조사처
21. 이신호, 2007, 보험자 직영병원 추가건립 타당성 조사연구, 한국보건산업진흥원
22. 이용갑, 2000, 독일의 장기요양보험과 일본의 개호보험, 한국사회정책 제7집 제1호
23. 이재모, 이신영, 2006, 노인의 재가복지서비스 이용의향에 영향을 미치는 요인에 관한  
연구, 한국노인복지학회 학술저널
24. 정완교, 진양수, 2008, 장기요양서비스의 수요 분석, 한국개발연구원