

시 정 연
2007-PR-12

노인장기요양보험제도 도입에 따른
서울시 과제 및 대응방안

2007

연구진

연구책임 김 경 혜 • 도시사회부 선임연구위원

연구원 선 화 숙 • 도시사회부 연구원

이 은 경 • 도시사회부 연구원

이 보고서의 내용은 연구진의 견해로서
서울특별시의 정책과는 다를 수도 있습니다.

요약 및 정책건의

I. 연구의 개요

1. 연구배경 및 목적

- 노인장기요양보험제도의 영향
 - 노인장기요양보험제도가 실시되면 노인 보건·복지서비스 수요는 더욱 증가할 것이며, 서비스 공급체계에도 변화가 예상됨.
 - 노인장기요양보험제도는 중앙정부가 주관하는 사회보험제도이지만, 노인 보건·복지서비스의 공급 및 관리는 지방자치단체의 주요 업무이기 때문에 서울시 차원에서 노인장기요양보험제도 시행에 대비해야 함.
- 연구목적
 - 이러한 배경에서 본 연구는 노인장기요양보험제도 실시로 예상되는 노인 보건·복지분야의 변화를 전망하고,
 - 이러한 변화가 서울시에 미치는 영향을 진단하며
 - 주요 변화 및 영향에 대비한 서울시의 대응전략을 모색하는 데 연구목적이 있음.

2. 연구의 범위

- 장기요양보험제도 자체의 문제, 예를 들어 대상자 판정·평가체계, 수가급여의 적정성 등은 본 연구의 범위에 포함되지 않음.
- 본 연구에서는 제도의 기본체계는 정해진 것으로 보고
 - 현재의 체계로 운영될 때 서울시와 서울시민, 그리고 관련시설 및 서비스들에 미치는 영향, 또는 발생 가능한 변화 및 문제는 무엇인지를 검토하고,
 - 그러한 문제에 어떻게 대응 또는 준비해야 하는지를 논의하는 것이 본 연구의 범위임.

II. 정책건의

1. 주요과제 및 전망

(1) 서울시 장기요양 수요전망

- 장기요양보험 시범사업에서 나타난 연령계층별 장기요양 요구율과 급여유형별 구성비를 적용하고, 여기에 실제 서비스 이용률을 60%, 80%, 100%로 가정하여 추계한 장기요양급여별 실수요는 다음과 같음.

<표> 이용률 가정별 실수요 추계

단위: 명

구분 연도	이용률 60%			이용률 80%			이용률 100%		
	시설	재가	계	시설	재가	계	시설	재가	계
2008	5,844	5,730	11,574	7,792	7,640	15,432	9,739	9,550	19,290
2009	6,216	6,094	12,311	8,289	8,126	16,414	10,361	10,157	20,518
2010	6,598	6,468	13,066	8,797	8,624	17,421	10,996	10,780	21,776
2015	8,852	8,662	17,514	11,802	11,550	23,352	14,753	14,437	29,190
2020	11,713	11,412	23,125	15,618	15,216	30,834	19,522	19,020	38,542
2025	15,260	14,796	30,055	20,346	19,728	40,074	25,433	24,660	50,092
2030	18,897	18,285	37,182	25,196	24,380	49,576	31,495	30,475	61,970

- 실수요 추계결과를 이용하여 노인요양시설 필요량을 추계한 결과는 아래와 같음. 시설 규모는 입소인원 80인 기준임.

<표> 노인요양시설 추가수요

단위: 개소

구분 연도	이용률 60%		이용률 80%		이용률 100%	
	각년	누계	각년	누계	각년	누계
2008	29	29	53	53	78	78
2009	5	34	6	59	8	86
2010	5	38	6	66	8	94
2015	6	67	8	103	10	141
2020	8	102	11	151	13	200
2025	9	147	12	210	15	274
2030	8	192	11	271	14	350

* 입소인원 80인 규모 기준

(2) 장기요양보험의 사각지대

- 장기요양보험제도는 사회보험임에도 불구하고, 사업대상, 서비스 내용, 급여수준 등 여러 측면에서 한계가 있어, 보험제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 발생함.
 - 우선 급여대상을 3등급 이내로 제한하고 있으며, 재가급여의 경우 월이용 한도액이 있어 보험제도를 통해 필요한 수요를 충족하지 못하는 경우도 발생할 것임.
 - 또한 비용의 일부를 본인이 지불해야 하는 경제적 부담 때문에 수급권 자체를 포기하는 집단도 발생할 수 있음.
- 개인특성에 따라 노인집단을 구분하면 아래와 같이 9가지로 유형화가 가능하며, 이 중 음영 처리된 집단이 사각지대에 해당됨.

<표> 장기요양서비스 사각지대

기준	등급	서비스 이용여부	보험혜택 충족도	미이용 이유	기존서비스 이용여부	서비스 이용의사
장기요양 대상노인	1~등급 (수급대상)	이용	① 충족			
			② 미충족			
		미이용		③ 비용부담		
				④ 공급부족		
				⑤ 기타		
	4~5등급 (수급 미대상)				⑥ 이용	-
					비이용	⑦ 있음
						⑧ 없음
⑨ 등급외 치매노인						

(3) 장기요양급여기관 재정분석

- 정부의 운영비 보조를 통해 운영되던 노인복지시설이 보험제도로 전환됨에 따른 재정 여건이 어려워질 것이라는 지적임.
- 현재와 동일한 규모의 서비스를 공급한다는 가정 하에, 현재의 사업비 소요액과 보험 제도 실시 이후 예상수입을 비교하였음.
 - 현재 사업비 대비 예상수입의 규모는 노인요양시설의 경우 시설유형에 따라 84.3~90.1% 수준이며, 재가복지시설은 74~84.9%로 재가급여 기관이 재정적으로 더 큰 어려움을 경험할 것으로 예상됨.

2. 장기요양보험제도 운용을 위한 서울시의 역할

(1) 인프라 확충

○ 지역거점 공설 요양시설 확보

- 노인요양시설은 재가복지시설에 비해 지리적 접근성이 제약요인이 되는 것은 아니나, 최소한의 기본 인프라는 지역별 안배가 필요함.
- 지역별 안배를 고려하여 최소한 권역별로 거점역할을 할 수 있는 시·구립 노인요양시설을 확보할 필요가 있음.

○ 경기도와의 네트워크 구축

- 노인요양시설은 이용권 범위가 광역적이기 때문에 서울 및 인천, 그리고 경기도를 포함하여 수도권 단위에서 시설 수급상황을 파악하고, 지자체간 협조를 통해 인프라를 활용하는 것이 효율적임.

○ 소규모, 복합시설화

- 재가노인복지시설은 현재도 소규모로 운영되고 있으나, 노인요양시설도 앞으로는 소수의 대규모 시설보다 다수의 소규모 시설을 공급하는 것이 바람직함.
- 또한 다양한 장기요양 서비스를 종합적으로 제공하는 복합시설화 함으로써 종합적 서비스 공급 및 시설운영의 효율성을 제고함.

○ 민간사업 활성화 지원

- 제도도입 초기의 기초 인프라 확보에는 공공의 직접 투자가 필요하지만, 궁극적으로는 민간의 참여를 활성화하는 방향으로 진행되어야 함.
- 규제완화, 세제지원, 인력양성 및 보급 등 서울시 차원에서 지원방안을 모색함.

(2) 장기요양기관 재정지원

○ 장기요양기관 재정불안정의 영향

- 예상 수입의 축소는 인건비 삭감으로 이어질 가능성이 높음. 이는 서비스 인력을 비상근이나 시간제 인력으로 대체함으로써 근로자의 고용 불안정을 초래하고, 결국 서비스 질을 떨어뜨리는 부정적인 결과를 낳음.

- 또한 재정안정성을 확보하기 위해 서비스의 양이나 질을 줄이는 직접적인 변화도 예상되며, 최악의 경우, 운영의 어려움으로 문을 닫아버리는 시설이 나타날 수도 있음.

○ 지원방안

- 앞서 재정분석을 참고할 때, 보험제도 실시 초기 몇 년간 요양시설은 최소한 운영비의 10%, 재가시설은 20% 수준을 기본 운영비로 지원할 필요가 있다고 판단됨. 이후 실증분석을 통해 지원금 수준을 다시 조정하도록 함.
- 보험제도가 시작되면 장기요양급여기관은 인력확보 및 시설보강을 위해 일시적으로 비용부담이 발생함. 인력 및 시설은 기초인프라라는 점에서 요양보호사 재교육 비용 및 시설보강비 지원이 필요함.

(3) 장기요양서비스 관리

○ 서비스 질 관리

- 서비스 공급주체의 다양화로 서비스 질을 관리하기 위한 제도 마련이 필요함.
- 서울시 차원에서 복지시설에 대한 인증제를 선도적으로 실시하고, 위탁기관 선정심사 및 재위탁 심사를 강화하여 서비스 질을 관리하도록 함.

○ 접근성 제고

- 장기요양보험제도의 원활한 수행을 위해 소비자에게 장기요양사업에 대한 정보를 제공하고 해당 서비스 기관에 연계해주는 기능을 강화함.
- 재가급여 이용률을 높이기 위해서는 재가장기요양기관까지 물리적으로 이동하는 문제가 중요함. 장애인콜택시와 같은 door-to-door 서비스를 제공하도록 함.

○ 소비자 보호

- 입소노인 학대나 부적절한 서비스 제공 등을 모니터링 하는 제도가 필요함.
- 미국에서 활용되고 있는 옴부즈맨 제도, 지역 장기요양서비스 경비대(Senior Medicare Patrol Projects) 등을 활용할 수 있음.
- 정보제공 사이트에서 이용가능 자원에 대한 정보에 더하여, 각 시설의 평가 및 인증심사 결과, 옴부즈맨이나 Patrol에 의해 지적된 사항, 이용자의 민원 등 상세한 내용을 제공함으로써 소비자 스스로 평가하고 선택할 수 있도록 함.

3. 장기요양보험제도 보완을 위한 서울시의 역할

(1) 사각지대 지원

- 사각지대에 해당되는 각 집단은 문제의 성격이 다르기 때문에, 지원방안 또한 각 집단의 특성에 따라 다르게 접근해야 함.
- 사각지대 유형별 특성과 지원방안 등을 종합하면 아래 표와 같음.

<표> 사각지대 유형별 지원방안

우선 순위	사각지대 유형	특성	지원방안	고려사항
1	경비부담으로 서비스 미이용 저소득층	경제적 문제	·본인부담금 경감대상에 포함되지 못한 저소득층의 본인부담금 50%보조	도덕적 해이와 시설화를 방지하기 위해 원칙적으로 재가급여에 한하여 지원
2	보험혜택을 받지 못하는 기초수급자 및 저소득 치매노인	신체적 장애는 상대적으로 적음	·지역치매지원센터 활성화 ·노인돌보미 바우처 활용	지역치매센터 확대설치 및 역할 강화
3-1	보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아 있는 기초수급자 및 저소득 노인	노인돌보미 바우처 대상에서 제외됨	·지역사회 노인보건 복지 사업으로 보완	서비스 중복성 및 도덕적 해이 방지를 위해 사례관리 필요
3-2	보험혜택을 받지 못하는 일반계층 치매노인	신체적 장애는 상대적으로 적고, 돌보미 바우처 대상에서 제외	·지역치매지원센터 활성화 ·100% 본인부담으로 시설 및 서비스 이용	·급여기관에서 완전유료 서비스도 공급할 수 있도록 조치 ·완전유료시설 공급 장려·지원
4-1	기존서비스 이용자중 등급외인 기초수급자 및 저소득 노인	독거노인이나 가족부양체계 부실	·노인돌보미 바우처 활용 ·영구임대주택 또는 양로시설로 이관	·보건복지와 주거복지 연계 ·양로시설 정책의 재검토 필요
4-2	보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아 있는 일반노인	상대적으로 공공 지원 필요도 낮음	·노인·사회복지관, 보건소 등 지역사회 노인보건·복지사업으로 보완	·지역사회 노인 보건·복지 사업의 유지 및 확대필요 ·일반노인까지 서비스대상 확대 필요
5-1	기존서비스 이용자중 등급외인 일반노인			
5-2	기존서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 등급외 저소득층			
6	기존서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 등급외 일반노인			

(2) 지역사회 노인 보건·복지서비스 체계 정비

- 장기요양보험제도가 시작되어도 노인들의 보건·복지 수요를 모두 충족할 수는 없으며, 보험제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 남게 됨. 따라서 지방자치단체 중심의 지역사회 노인보건·복지서비스는 지속적으로 공급되어야 함.
- 그러나 노인 보건·복지사업이 지역복지사업과 장기요양보험제도로 이원화됨에 따라, 서비스의 중복이나 누락, 서비스 기관의 정체성 혼란 등 문제가 발생할 수 있음.
- 따라서 보험체계와 지역복지체계를 어떻게 원활히 연계하여 효율성, 효과성을 높일 것인가 하는 문제 또한 서울시가 담당해야 할 역할임.
- 역할분담
 - 현재 노인들의 건강 및 장기요양 관련 서비스 공급원은 건강보험, 장기요양보험, 노인돌보미 바우처, 그리고 지자체 중심의 지역사회 보건·복지사업 등이 있음.
 - 대상노인의 건강상태 및 서비스 필요도에 따라 서비스 공급원별로 담당해야 할 역할을 분담하고, 아래와 같이 서비스 대상, 서비스 내용, 사업주체 등을 차별화 함.

<표> 서비스 공급원별 역할 분담방안

공급원		건강보험	장기요양보험	돌보미 바우처	지역 보건·복지
서비스 대상	건강문제	급성질환	만성질환/최중증	중등도	·중등 이하 ·장기요양보험 및 바우처사업 사각지대
	소득수준	모든 계층	모든 계층	상대적 저소득	모든 계층
서비스 내용		의료서비스	·시설급여 ·재가급여	·재가복지서비스	·재가복지서비스 ·예방서비스
사업 주체	사업운영	건강보험공단	건강보험공단	복지부·지자체	지자체·민간
	서비스 기관	병원	장기요양기관	·재가복지시설 ·지역복지시설	·재가복지시설 ·지역복지시설 ·민간단체 및 시설 ·자원봉사
서울시 역할		의료보호대상자 지원	·의료보호대상 지원 ·인프라 구축 ·관리부문	예산분담	·사각지대 보완 ·지역복지사업 확대 ·복지시설 재정지원

○ 서비스 연계 및 조정

- 사업대상의 차별화에도 불구하고 서비스를 생산·공급하는 지역사회 복지시설들이 중복되기 때문에 서비스 공급기관간의 연계와 조정기능 강화가 필요함.
- 이를 위해 다양한 서비스 공급원간 연계·조정 센터기능을 담당할 기관이 필요하며, 사례관리, 그리고 통합정보체계 구축이 필요함.

○ 지역복지사업의 확대

- 장기요양보험제도가 실시되어도 지역사회 단위 보건·복지 사업이 약화되어서는 안되며, 서비스를 차별화하여 그 기능을 오히려 강화해야 함.
- 지역복지사업이 담당해야 할 역할은 보험제도에서 커버하지 못하는 사각지대를 지원하는 보완 역할과 예방서비스의 제공임.
- 지역복지 차원에서 노인보건·복지서비스 공급을 유지 내지 확대하기 위해서는 서비스 공급원의 다양화가 필요함. 장기요양급여기관이라 하더라도 일정 부분 비보험 대상자도 받을 수 있도록 하고, 저소득층을 위한 무료·실비 치매전문요양시설 및 고소득층을 위한 완전 유료서비스 기관 공급도 확대해야 함.
- 보험제도 실시 이후 노인서비스가 유료화 되면 자원봉사활동이 위축될 염려가 있으므로 자원봉사활동이 위축되지 않도록 발굴, 지원하는 역할을 강화해야 함.
- 마지막으로 지역사회 노인보건·복지사업을 정비하기 위해서 장기요양과 유사 사업을 하고 있는 지역복지시설들의 기능을 정확히 명기하는 작업도 필요함.

목 차

제1장 서론	3
제1절 연구배경 및 목적	3
1. 연구배경	3
2. 연구목적 및 범위	5
제2절 연구내용 및 방법	6
1. 연구내용	6
2. 연구방법	7
 제2장 노인장기요양보험제도 현황과 과제	11
제1절 노인장기요양보험제도 개요	11
1. 추진배경 및 경과	11
2. 운영체제	14
3. 역할주체	18
제2절 노인장기요양보험제도의 의의와 과제	22
1. 의의 및 기대효과	22
2. 제도 및 운영상의 문제점 : 선행연구 검토	24
 제3장 서울시 장기요양사업 현황과 문제점	33
제1절 서울시 노인실태 및 장기요양 욕구	33
1. 서울시 노인인구 변화추이	33
2. 건강상태 및 의료이용 실태	34
3. 요보호노인 수발실태 및 욕구	39
제2절 서울시 노인장기요양 정책 및 인프라	44
1. 서울시 노인장기요양 정책	44
2. 장기요양 인프라 공급현황	50
3. 장기요양시설 및 서비스 운영 현황과 문제점	53
4. 기타 장기요양 관련 서비스 현황	62

제4장 서울시의 주요과제 및 전망	71
제1절 서울시의 주요과제	71
1. 주요과제	71
2. 과제별 성격 및 대응방안	77
제2절 서울시 노인장기요양 수요 전망	79
1. 대상인구 규모	79
2. 장기요양 급여기관 수요	83
제3절 장기요양보험의 사각지대	88
1. 장기요양대상 노인집단의 분류	88
2. 사각지대의 유형 및 규모	90
제4절 장기요양급여기관 재정분석	97
1. 기본전제	97
2. 재정분석 결과	101
 제5장 서울시의 역할 및 대응방안	107
제1절 장기요양보험제도 운용을 위한 역할	107
1. 인프라 확충	107
2. 장기요양기관 재정지원	114
3. 장기요양서비스 관리	117
제2절 장기요양보험제도 보완을 위한 역할	120
1. 사각지대 지원	120
2. 지역사회 노인 보건·복지서비스 체계 정비	128
 제6장 결론 및 제언	139
 참고문헌	145

표 목 차

<표 2-1> 시범사업 내용 및 특성	13
<표 2-2> 등급판정기준 및 등급별 상태상	15
<표 2-3> 연도별 장기요양보험료율 전망	15
<표 2-4> 연도별 대상자 및 재정소요 추계	16
<표 2-5> 장기요양보험제도 이용절차	17
<표 2-6> 국가 및 지방자치단체의 업무	20
<표 3-1> 서울시 고령인구 추이	33
<표 3-2> 노인인구 가구구성	34
<표 3-3> 주관적 건강수준 인식	35
<표 3-4> 만성질환 유병률	35
<표 3-5> ADL 및 IADL 장애율	36
<표 3-6> 노인 의료비 지출	37
<표 3-7> 1년간 병원 입원율	38
<표 3-8> 노인의 입원, 외래 의료이용량(2005)	38
<표 3-9> 노인의 요양 및 수발 필요군의 의료이용량	39
<표 3-10> 총 수발기간	39
<표 3-11> 수발시간	40
<표 3-12> 노인수발 가족의 수발부담	40
<표 3-13> 수발비용 부담자	41
<표 3-14> 수발비용 부담정도	41
<표 3-15> 수발가족 지원서비스 요구율	42
<표 3-16> 장기요양보험 희망률	43
<표 3-17> 독거 재가노인 지원사업 계획	45
<표 3-18> 치매노인 보호시설 확충 계획	47
<표 3-19> 2007년 신규 설치된 노인요양시설	47
<표 3-20> 실비(전문)요양시설 이용료 지원기준	48
<표 3-21> 서울시 노인복지 예산 추이	48

<표 3-22> 서울시 노인복지예산 항목별 예산 구성비 추이	49
<표 3-23> 요양 및 재가시설 지원 예산(2007)	49
<표 3-24> 서울시 노인요양시설 현황	50
<표 3-25> 서울시 재가노인복지시설 현황	51
<표 3-26> 노인요양시설 건립추진 현황	52
<표 3-27> 노인요양시설 운영주체	53
<표 3-28> 노인요양시설 복합시설 유형	54
<표 3-29> 노인요양시설 시설당 평균 정원 및 입소자수	54
<표 3-30> 노인요양시설 이용자 특성	55
<표 3-31> 노인요양시설 평균 종사자수	56
<표 3-32> 직급별 파견/비상근 직원 비율	56
<표 3-33> 노인요양시설 수입현황	57
<표 3-34> 재가노인복지시설 운영주체	58
<표 3-35> 재가노인복지시설 복합시설 유형	58
<표 3-36> 재가노인복지시설 이용자 특성	59
<표 3-37> 재가노인복지시설 종사자 현황	60
<표 3-38> 재가노인복지시설 재원별 평균수입(정부보조금 있는 경우)	61
<표 3-39> 재가노인복지시설 재원별 평균수입(정부보조금 없는 경우)	62
<표 3-40> 노인복지관 사업구성	63
<표 3-41> 사회복지관 사업구성	64
<표 3-42> 재가노인복지시설 설치 형태	65
<표 3-43> 맞춤형 방문건강관리사업	66
<표 4-1> 시도별 요양시설 충족률	72
<표 4-2> 재가노인복지시설의 장기요양기관 신청의사	76
<표 4-3> 노인의 연령구간 및 등급별 대상자 분포현황	79
<표 4-4> 장기요양 대상노인 추계결과	80
<표 4-5> 2차 시범사업 등급별 서비스 실시현황	81
<표 4-6> 급여유형별 수요	81
<표 4-7> 이용률 가정별 실수요 추계	82
<표 4-8> 장기요양보험대상 수요충족도(2008)	83
<표 4-9> 자치구별 재가급여 수요충족률	84

<표 4-10> 노인요양시설 추가수요	85
<표 4-11> 재가서비스 유형별 수급대상노인 분포	86
<표 4-12> 재가급여기관 추가수요	86
<표 4-13> 장기요양대상 노인집단 분류	88
<표 4-14> 2차 시범사업 요양급여 미이용 사유	89
<표 4-15> 기존 장기요양서비스 이용자 등급판정 결과	92
<표 4-16> 서울시 요양시설 입소자 등급판정 결과	93
<표 4-17> 기존서비스 이용자 중 등급외 인원	93
<표 4-18> 수발등급별 서비스유형별 이용의사	94
<표 4-19> 노인집단 분류별 규모 추정	96
<표 4-20> 분석대상 시설 현황	97
<표 4-21> 급여유형별 이용노인의 등급별 구성	98
<표 4-22> 시설급여 및 주·단기보호 수가	98
<표 4-23> 방문서비스 수가	99
<표 4-24> 정부지원 노인요양시설 지출 현황	100
<표 4-25> 정부지원 재가노인복지시설 지출 현황	100
<표 4-26> 사업비 지출 조정	100
<표 4-27> 노인요양시설 예상수입	101
<표 4-28> 재가복지시설 예상수입	102
<표 5-1> 자치구별 노인요양시설 분포 현황	108
<표 5-2> 수도권 노인요양시설 공급현황	110
<표 5-3> 유료노인복지시설 운영상의 장애요인	112
<표 5-4> 파견/비상근 비율 및 이직률	115
<표 5-5> 사각지대 유형	120
<표 5-6> 지원 필요도 점수	122
<표 5-7> 지원필요 우선순위	122
<표 5-8> 급여유형 및 등급별 본인부담금	123
<표 5-9> 사각지대 유형별 지원방안	127
<표 5-10> 서비스 공급원별 역할 분담방안	129
<표 5-11> 독거노인 원스톱 지원센터 업무내용	131

그림 목차

<그림 1-1> 연구내용 및 구성체계	6
<그림 3-1> 고령인구 구성비 변화 추계	33
<그림 3-2> 연령별 주관적으로 건강한 비율	35
<그림 3-3> 소득계층별 의료비 지출액	37
<그림 3-4> 지역사회 중심의 치매 통합관리 체계	46
<그림 4-1> 장기요양보험제도 시행에 따른 서울시의 주요과제	78
<그림 5-1> 시·구립 노인요양시설 분포 현황	109
<그림 5-2> 건강 및 지원필요도별 역할분담	128
<그림 5-3> 일본 개호보험의 예방서비스 공급	133

제1장 서론

제1절 연구배경 및 목적

제2절 연구내용 및 방법

제1절 연구배경 및 목적

1. 연구배경

1) 공적 장기요양체계의 필요성

우리나라의 인구 고령화는 세계 어느 나라보다 빠른 속도로 진행되고 있다. 전체 인구중 65세이상 고령인구가 차지하는 비율이 2000년 7.2%로 이미 고령화 사회가 되었으며, 2018년에는 14%를 넘어 고령사회로 접어들 전망이다. 장래인구추계 자료에 따르면 고령인구 비율은 2030년에는 24.3%로 늘어날 것으로 전망되고 있다.

이처럼 고령인구가 늘어나면서 가장 먼저 직면하게 되는 것이 노인수발 문제이다. 대부분의 질병 및 장애는 나이가 많아질수록 늘어나기 때문에 고령인구의 증가는 보건의료 수요증가에 직접적인 영향을 미친다. 특히 의료기술의 발달로 평균수명이 늘어나면서 후기 고령인구가 많아지고 있으며 결과적으로 치매, 중풍, 만성질환, 그리고 활동장애 등으로 장기간 간병이나 수발을 필요로 하는 노인들이 늘어나고 있다.

전통적으로 노인수발은 가족의 책임으로 여겨져 왔으나, 저출산, 핵가족화, 여성의 사회진출 등 인구 및 사회구조의 변화로 노인수발을 더 이상 가족만의 책임으로 맡길 수는 없는 상황이다. 따라서 그동안 가족의 몫으로 여겨오던 노인의 수발·요양 문제를 국가와 사회가 함께 사회연대 원리에 의해 해결해야한다는 의견이 제기되면서 노인의 공적요양보장체계 개발이 필요하다는 사회적 공감대가 형성되었다.

한편 노인수발 또는 장기요양 수요 증가는 개별 가정의 의료비 부담은 물론, 건강보험 재정에도 부담이 되고 있다. 국민건강보험공단이 2005년 발표한 '65세 이상 노인 의료이용실태 분석'에 의하면, 2004년 현재 건강보험 적용을 받은 65세 이상 노인은 375만 명으로 모두 5조 1,364억원(비급여 제외)의 의료비를 썼다. 이는 10년 전인 1994년 5,511억원보다 약 10배 증가한 것이다. 전체 지출 대비 구성비도 1994년 11.3%에서 2004년 22.8%로 증가하였고, 노인 1인당 의료비 지출은 1994년 234천원에서 2004년 1,402천원으로 6배 증가하였다. 그러나 건강보험에서 노인들 의료비로 지출한 것 가운데 상당부분이 치료적(cure) 의료서비스보다는 간병

또는 요양적(care) 서비스들이 많다는 점에서 건강보험과 분리하여 장기요양을 담당하는 공적 제도의 도입 필요성이 제기되었다.

2) 공적 장기요양제도 도입과 영향

이러한 사회적 요구에 따라 정부는 2000년부터 공적 장기요양보호제도 도입을 준비하기 시작하였고, 2007년 4월 ‘노인장기요양보험법’이 국회에서 통과되어 2008년 7월부터 전면 실시될 예정이다. 노인장기요양보험제도가 실시되면 노인들은 보다 전문적이고 체계적인 요양 서비스를 받을 수 있게 되고, 가족들은 노인수발에 따른 육체적, 경제적 부담을 덜게 될 것으로 기대된다.

노인장기요양보험제도 실시에 따른 변화로 우선 서비스 수요가 크게 증가할 것이라는 전망이다. 보험제도가 실시되면 요양서비스 이용비용을 보험과 이용자 본인이 분담하기 때문에, 그동안 전액 자부담으로 서비스를 이용해 온 중산층의 서비스 수요가 특히 증가할 것으로 기대된다. 한편, 장기요양서비스 공급체계에도 큰 변화가 일어날 것으로 전망된다. 앞으로는 장기요양 서비스 공급주체로 민간사업자의 참여가 늘어나며, 소비자는 보험 제도를 통해 서비스를 구매하는 형태로 변화하기 때문에 노인장기요양서비스 공급체계에 시장 메커니즘이 도입되는 것을 의미한다. 시장 메커니즘을 통해 서비스가 제공되면 노인복지서비스 기관의 운영형태도 변화하게 된다. 기존의 노인복지서비스 기관은 정부 및 지자체로부터 보조금을 지원받아 운영하였지만, 이제는 노인들의 직접 서비스 구매를 통해 운영비를 충당하게 된다. 이렇게 되면 정부 및 지자체의 복지시설에 대한 지원정책에도 변화가 불가피하다.

이처럼 노인장기요양보험제도는 장기요양서비스의 수요·공급체계에 큰 변화를 초래하기 때문에 실행과정에서 여러 시행착오가 나타날 것으로 예상된다. 따라서 증가하는 장기요양 수요에 어떻게 대처할 것인지, 또는 새로운 서비스 공급체제로 인해 야기될 문제는 무엇인지 등에 대한 연구와 대비가 필요한 상황이다.

3) 서울시의 역할과 과제

서울시는 전국 평균에 비해서 고령화 정도가 다소 낮은 편이다. 2006년말 현재 서울의 65세이상 인구는 73만여명으로, 전체 인구의 7.2%를 차지한다. 이는 전국평균 9.5%보다 낮은 수준이다. 그러나 서울시의 고령인구는 1980년 대비 인구수로는 약 2.5배, 구성비는 1.9배 증가

한 것이다. 특히 전국인구가 서울 및 수도권으로 집중된 결과 전국 고령인구의 약 17%가 서울에 살고 있다는 점에서 노인문제는 서울시의 주요 정책과제가 되고 있다.

노인장기요양보험제도는 중앙정부가 주관하는 사회보험제도이기 때문에 서울시를 비롯한 지방자치단체의 역할은 제한적이다. 노인장기요양보험법에 제시되어 있는 지자체의 주요 역할은 장기요양기관 확충과 의료급여 수급권자의 서비스 이용비용을 일부 분담하는 정도이다. 그러나 현실적으로 노인 보건·복지서비스의 공급 및 관리는 지방자치단체의 주요 업무이기 때문에 서울시 차원에서 노인장기요양보험제도 시행에 따라 예상되는 변화를 검토하고, 그에 대응하기 위한 준비를 해두어야 할 필요가 있다. 특히 앞서 언급한 바와 같이 장기요양보험제도가 실시되면 노인장기요양 수요가 크게 증가할 것으로 예상되나, 현재 서울시의 장기요양기관은 부족한 상황이다. 또한 그동안 서울시의 보조금으로 운영되던 노인복지시설에 대한 재정 지원 및 지도감독 체계도 전면적으로 개편해야 하기 때문에, 변화하는 수요·공급체계에 서울시가 어떻게 대처해야 할 것인가에 대한 연구가 필요하다.

2. 연구목적 및 범위

이러한 배경에서 본 연구는 노인장기요양보험제도 실시로 예상되는 노인 보건·복지 분야의 변화를 전망하고, 이러한 변화가 서울시에 미치는 영향을 진단하며 주요 변화 및 영향에 대비한 서울시의 대응전략을 모색하는데 연구목적이 있다.

본 연구에서는 장기요양보험제도 자체의 문제, 예를 들어, 대상자 판정·평가체계, 수가급여의 적정성 등은 연구의 범위에 포함되지 않는다. 본 연구에서는 제도의 기본체계는 정해진 것으로 보고 그러한 체계로 운영될 때 서울시 및 서울시민, 서울시내 관련시설 및 서비스들에 영향을 미치는, 또는 변화 및 대응을 필요로 하는 내용은 무엇인지를 검토하고, 그러한 내용에 어떻게 대응해야 할지를 논의하는 것이 본 연구의 범위이다.

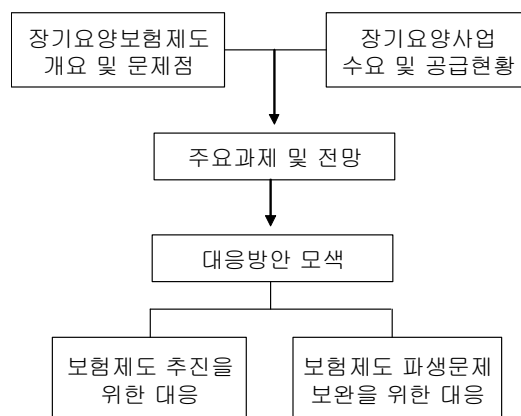
제2절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

본 연구는 크게 4개 부분으로 구성되어 있다. 우선 제2장은 노인장기요양보험제도에 대하여 소개하는 부분으로 제도의 개요와 의의, 그리고 선행연구에서 제기하고 있는 장기요양보험제도의 문제점을 리뷰하였고, 제3장에서는 장기요양 관련 수요 및 공급현황을 분석하였다.

제4장은 본 연구의 핵심부분으로 노인장기요양보험제도를 실시함에 따라 나타날 것으로 예상되는 문제들과 이러한 문제가 서울시에 미치는 영향을 분석하였다. 예상되는 주요 과제들을 도출하고, 그 중 가장 핵심적인 과제에 대해서는 세부적인 분석 및 향후 전망을 실시하였다. 세부적인 분석이 이루어진 핵심 사항은 노인장기요양수요 추계, 보험제도의 사각지대 문제, 그리고 보험제도 실시 이후 장기요양급여기관의 재정상태 변화 등이다.

마지막으로 제5장에서 이러한 기초분석을 토대로 서울시의 대응방안을 제시하였다. 장기요양보험제도 실시 이후 서울시가 담당해야 할 역할은 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 보험제도가 원활하게 추진되도록 하기 위한 역할이며, 다른 하나는 보험제도 실시 이후 파생되는 문제들을 보완하기 위한 역할이다. 보험제도의 원활한 수행을 위한 역할로 인프라 확충, 장기요양급여기관 재정지원, 그리고 서비스 질 관리방안 등이 논의되었으며, 보험제도로부터 파생되는 문제들을 보완하기 위해서는 사각지대 지원방안과 지역사회 노인보건·복지사업의 정비 등이 논의되었다.



<그림 1-1> 연구내용 및 구성체계

2. 연구방법

1) 문헌리뷰

노인장기요양보험제도의 개요, 의의, 그리고 문제점에 대하여 문헌리뷰를 하였다. 본 연구는 제도 자체의 문제에 대하여 논의하는 것을 목적으로 하고 있지 않기 때문에, 장기요양보험제도의 기대효과 및 문제점 등은 선행연구를 인용하였다.

2) 노인요양시설 및 재가노인복지시설 실태조사

장기요양급여기관 역할을 담당할 노인요양시설 및 재가노인복지시설 운영실태를 파악하기 위하여 설문조사를 실시하였다. 서울시 소재 재가노인복지시설 178개소 및 노인요양시설 59개소 등 총 237개소에 조사표를 배포하였고, 재가노인복지시설 91개소(가정봉사원파견시설 22개소, 주간보호시설 50개소, 단기보호시설 19개소)와 노인요양시설 37개소(노인요양 16개소, 전문요양 21개소)가 조사를 완료하였다. 조사내용은 종사자, 재정, 이용자 및 이용요금 등 일반적인 운영현황이며, 구조화된 조사표를 각 시설에서 직접 작성한 후 이메일로 회수하는 방식으로 진행되었다.

3) 행정통계 및 선행조사 자료 분석

노인장기요양사업과 관련한 기초 사항은 보건복지부, 서울시, 건강보험공단, 통계청 등의 행정통계 및 보고자료를 이용하였으며, 서울시 노인실태 및 장기요양욕구는 선행조사연구 자료를 인용하였다. 본 연구에서 인용된 자료는 서울시가 서울시정개발연구원에 의뢰하여 2003년 실시한 “서울시 노인복지 기초수요조사 및 정책개발 연구”의 조사결과, 서울시·서울대학교 보건대학원이 2005년 실시한 “제3차 서울시민 보건지표조사” 결과 등이다.

4) 전문가 간담회 및 자문회의

노인복지 전문가 자문회의를 통해 연구의 범위 및 방법, 그리고 정책제언의 타당성 등을 논의하였으며, 노인요양시설 및 재가노인복지시설 실무자 간담회를 통해 현장의 의견을 수렴하였다. 실무자 간담회는 노인요양시설 및 재가노인복지시설의 운영실태 및 장기요양보험제도 실시와 관련하여 현장에서 제기하는 문제들에 대한 의견을 수렴하고, 바람직한 운영방안에 대하여 논의하는 데 목적이 있다.

제2장 노인장기요양보험제도 현황과 과제

제1절 노인장기요양보험제도 개요

제2절 노인장기요양보험제도의 의의와 과제

제1절 노인장기요양보험제도 개요

1. 추진배경 및 경과¹⁾

2000년 65세 이상 노인인구 비율이 7.2%로 고령화 사회에 접어들면서, 급속한 노인인구 증가에 따른 사회적 부담을 해결하기 위한 정책방안 모색이 필요하게 되었다. 특히 노인의료비 지출이 건강보험의 재정악화에 영향을 미치고 있기 때문에 건강보험과 분리된 새로운 형태의 사회보험 체계의 개발이 필요하였으며, 동시에 그동안 가정의 몫으로 남겨져 있던 노인수발 문제를 국가와 사회가 공동으로 책임지는 사회연대 원리가 적용되어야 한다는 점에서도 공적 노인요양보호 제도가 필요하게 되었다. 이러한 배경에서 정부는 공적 노인요양체계 도입 필요성을 인식하고 2000년부터 제도 도입을 위한 준비를 시작하였다.

- 노인요양보장제도 도입 준비

정부는 2000년 2월 보건복지부 내에 노인장기요양보호정책기획단을 설치하여 ‘장기요양보호 종합대책’을 수립하였다. 이후 2001년 대통령의 8·15 경축사에서 노인요양보장제도 도입을 발표하고 2002년 “노인보건복지종합대책 실행계획”(2002. 10)을 수립하였다. 참여정부가 들어선 이후에도 노인요양보장제도 도입 준비가 지속되어 2003.3~2004.2까지 ‘공적노인요양보장 추진기획단’을 운영하고 2004년 “참여복지5개년계획”(2004. 1)에 노인요양보장제도 도입 계획을 포함하여 발표하였으며, 2004.3~2005.2까지 ‘공적노인요양보장제도 실행위원회’를 운영함으로써 노인요양보장제도 시행을 위한 준비체계를 구축하였다.

- 노인요양보장제도 제도화 추진

추진기획단 및 실행위원회의 작업을 통해 기본안을 마련하고 2005년 5월 당·정협의를 통해 “노인요양보장제도 기본안”을 확정하였다. 이 기본안은 노인요양보장제도를 사회보험 방식으로 추진하고, 제도 시행 여건을 감안하여 시행시기를 2007년에서 2008년으로 조정하는 내용을 포함하고 있다. 이 기본안을 토대로 “노인수발보험법(안)”의 입법을 위한 일련의 작업이

1) 보건복지부(2006). “노인수발보험제도 소개”; www.longtermcare.or.kr

진행되었다. 입법 추진과정에서 제도의 명칭에 대해 노인요양보장제도, 노인수발보험제도 등 다양한 대안이 제시되었으나, 최종적으로 노인장기요양보험제도로 확정되었다. 주요 입법 추진과정은 아래와 같다.

- '05. 9. 15. 법안 공청회 개최
- '05. 9. 30~10. 10. 관계부처 협의
- '05. 10. 19~11. 8. 입법예고
- '05. 11. 16, 18 국무조정실 규제개혁위원회 규제심사 완료
- '05. 12. 11~'06. 1. 31 법제처 법안 심사
- '06. 2. 2. 차관회의
- '06. 2. 7. 국무회의 통과
- '06. 2. 16. 법안 국회 제출
- '07. 4. 2. 노인장기요양보험법 국회 본회의 통과
- '07. 4. 27. 노인장기요양보험법 공포

- 노인요양보장제도 시행 준비

보건복지부는 2008년 장기요양보험제도의 실행에 앞서 시스템의 적절성을 평가하기 위한 시범사업을 실시하고 있다. 시범사업은 본 제도 도입에 앞서 등급판정, 수가체계, 서비스 지원 관리체계 등 제도의 적정성을 검증하고, 시범사업을 통해 문제점 및 과제를 사전에 도출하여 장기요양보험제도를 원활하게 시행하고자 하는 데 목적이 있다(보건복지부 노인요양제도팀, 2007.4).

제1차 시범사업은 2005.7~2006.3 동안 광주남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 복제주 등 6개 기초자치단체를 대상으로 실시되었으며, 2006.4~2007.4 동안 부산북구와 완도를 추가하여 8개 지역에서 제2차 시범사업이 실시되었다. 현재는 제3차 시범사업(2007.5~2008.6)이 진행 중이며, 대상지역은 기존 8개 지역에 인천부평, 익산, 대구남구, 청주, 하동이 추가되어 총 13개 지역이다. 현재까지 수행된 3차례 시범사업의 주요 내용은 <표 2-1>과 같다.

또한 보건복지부는 노인장기요양보험법이 공포됨에 따라 하위법령, 인력 및 조직체계 마련 등 제도 시행을 위한 행정적 조치들을 준비하고 있다. 우선 금년 12월말까지 하위법령 초안을 마련하기 위한 작업을 진행 중이며, 2007. 6. 8일자로 시행령 및 시행규칙 제정안을 입법

예고한 상태이다. 또한 본 제도를 담당하여 운용할 건강보험공단의 실무조직 구성, 인력배치 및 전산시스템 구축작업을 추진 중이다. 노인장기요양보험제도는 법 통과 1년 후인 2008년 7월부터 시행될 예정이다.

<표 2-1> 시범사업 내용 및 특성

구분	1차 시범사업	2차 시범사업	3차 시범사업
대상 지역	6개 시군구 (광주남구, 수원, 강릉, 안동, 부여, 북제주군)	8개 시군구 (1차 시범지역 외, 부산북구, 전남완도 추가)	13개 시군구 (2차 시범지역 외, 부평, 대구남구, 청주, 익산, 하동 추가)
기간	'05.7~'06.3 (9개월)	'06.4~'07.4 (13개월)	'07.5~'08.6 (14개월)
적용 대상	65세 이상 기초생활수급노인	65세 이상 노인(1~3등급)	65세 이상 노인(1~3등급)
사업 내용	등급판정, 수가·비용지급 등 운영체계의 기술적 부분 검증	등급판정, 서비스 이용지원 체계, 급여범위 및 내용, 수가산정, 서비스 이용시 본인부담 등 본사업과 유사한 형태운영 및 검증	2차 시범사업내용 계속 실시
급여	·재가급여 5종: 방문수발, 주간보호, 단기보호, 방문간호, 표준서비스이용계획서 ·시설급여 2종: 요양시설, 전문요양시설	·재가급여 6종: 가정수발, 주·야간보호, 단기보호, 간호수발, 목욕수발, 복지용구 ·시설급여 3종: 요양시설, 전문요양시설, 노인요양공동생활가정 ·특별현금급여 2종: 가족수발비, 요양병원수발비	2차 시범사업과 동일
본인 부담	본인부담제도 미적용 (기초수급자 대상)	·기초수급노인: 면제 ·일반노인: 20% 적용 ·경감자: 10% 적용	·기초수급노인: 면제 ·일반: 시설20%, 재가15% ·경감자: 시설10%, 재가7.5%
재원	전액 국고지원(19억원)	국고(76억원), 지방비 및 이용자 부담 *재가급여 비용 중 10~25%를 재정자립도에 따라 지자체 부담	국고(104억원), 지방비 및 이용자 부담 *재가급여 비용의 20~40%를 재정자립도에 따라 지자체 부담

자료: 보건복지부 노인요양제도팀, “노인장기요양보험제도 제3차 시범사업 시행지침”, 2007.4

2. 운영체계²⁾

1) 대상자

노인장기요양보험제도와 관련된 대상자로는 장기요양보험 가입대상자, 장기요양대상자, 장기요양수급자 등 3가지 집단을 이해할 필요가 있다. 우선 장기요양보험가입 대상자는 건강보험 가입 대상자 모두를 포함한다. 장기요양보험은 중앙정부가 실시하는 사회보험으로 건강보험과 마찬가지로 모든 국민이 의무적으로 가입해야 하는 보험이다.

장기요양대상자는 장기요양보험제도를 통해 요양서비스를 받을 수 있는 대상자로, 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성질환자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자로 규정하고 있다. 이들 장기요양대상자 가운데 등급판정위원회가 6개월 이상 일상생활을 혼자서 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 장기요양을 받을 자, 즉 실제 장기요양수급자로 결정된다. 시행령에서 장기요양급여를 받을 수 있는 수급자 범위를 장기요양 1~3등급으로 제한하였다. 보건복지부는 한국보건사회연구원의 조사연구 결과를 토대로 장기요양보험 수급대상을 전체 노인인구의 약 3.1%로 추정하고 있다.

2) 등급판정체계

장기요양 인정 및 등급판정은 방문조사원이 방문조사를 통해 요양욕구 5영역 52개 항목에 대한 조사를 실시하여 1차 판정을 한 후, 1차 판정결과와 특기사항, 의사소견서, 기타 심의참고자료 등을 종합적으로 검토하여 등급판정위원회에서 최종적으로 결정한다. 등급판정위원회는 장기요양보험제도의 운영주체인 건강보험공단 소속으로 시·군·구 단위로 설치되며, 의료법에 따른 의료인, 사회복지사업법에 따른 사회복지사, 시군구 소속 공무원, 법학 또는 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자 등으로 총 15인 이내로 구성된다.

등급은 1~5등급(1등급이 최중증), 등급외 등급으로 구분되며, 실질적인 장기요양수급자에는 이 중 1~3등급으로 제한하고 있다. 개인별 등급은 노인기능평가를 통해서 결정되는데, 노인기능평가 항목은 신체기능, 인지기능, 문제행동영역, 간호욕구, 재활욕구 등 5개 영역 52개 항목으로 구성되며, 각 영역별로 세부 항목에 대한 기능평가 결과를 장기요양인정점수로 점수화하여 개인별 등급을 결정한다. 시행령에 따르면, 장기요양 대상자로 인정되기 위해서는 장기요양인정점수가 55점 이상이어야 한다. 장기요양 1등급은 장기요양인정점수가 95점 이상, 2등

2) “노인장기요양보험법”; 보건복지부, “노인장기요양보험법의 주요내용”, 2007.

급은 75~95점 미만, 3등급은 55~75점 미만으로 규정하고 있다. 등급별 판정기준 및 상태상은 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 등급판정기준 및 등급별 상태상

	요양 1등급 (최중증)	요양 2등급 (중증)	요양 3등급 (중등증)	등급외 (경증)
판정 기준	장기요양인정점수 95점 이상	75~95점 미만	55~75점 미만	-
상 태 상	·하루 종일 침대 위에서 생활하는 자로 스스로 움직일 수 없는 와병 상태 ·식사·배설·옷벗고 입기 등 모든 일상생활 활동에서 전적으로 다른 사람의 도움 필요	·휠체어를 이용하지만 앉은 자세를 유지하지 못함 ·식사·배설·옷벗고 입기 등에서 다른 사람의 완전한 도움이 필요 ·하루중 대부분의 시간을 침대위에서 지내는 경우가 많음	·식사·배설·옷벗고 입기 등에서 부분적으로 도움필요 ·다른 사람의 도움을 받아야만 외출가능	·식사·배설·옷벗고 입기 모두가 대체로 자립이나, 생활관리 능력의 저하로 가끔 지원 필요
조 사 표	·체위변경, 식사하기, 일어나 앉기 등 ADL에서 6개 이상 완전도움	·식사하기, 일어나 앉기, 세수하기, 양치질 하기 등 ADL에서 5개 이상 부분도움	·양치하기, 세수하기 등 ADL에서 3~5개 정도 부분도움	·목욕, 옷벗고 입기 등 ADL에서 1~2개 부분도움

자료: 보건복지부, “노인장기요양보험법 시행령 및 시행규칙 주요내용”, 2007

3) 보험급여 내용

보험급여의 종류는 시설급여, 재가급여, 특별현금급여 등 3가지 유형으로 구성되어 있다. 시설급여는 요양에 필요한 시설과 설비 및 전문인력을 갖추고 있는 노인요양시설에 장기간 입소하여 전문요양서비스를 받는 것이며, 재가급여는 가정에서 요양보호사와 간호사 등으로 부터 식사도움, 화장실 도움 등 신변처리 서비스, 집안청소 등 일상 가사지원, 간호서비스 등을 받는 것이다. 재가급여는 가정 및 지역사회 내에서 서비스를 이용한다는 점에서 시설급여와 차이가 있으며, 세부적으로 다음과 같은 서비스가 제공된다.

- ① 방문요양 : 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여
- ② 방문목욕 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여

- ③ 방문간호 : 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여
- ④ 주·야간보호 : 장기요양 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에서 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- ⑤ 단기보호 : 장기요양 수급자를 보건복지부령이 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에서 보호하면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여
- ⑥ 기타재가급여 : 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령이 정하는 것

마지막으로 특별현금급여는 도서벽지 지역 등 요양시설이 없어 불가피하게 가족 등으로부터 요양을 받는 경우에 지원되는 현금급여로서, 종류로는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원 간병비 등이 있다.

4) 재원

노인장기요양보험에 필요한 재원은 장기요양보험료, 국가 및 지방자치단체의 부담, 그리고 본인 자부담으로 구성된다. 건강보험 가입자는 의무적으로 장기요양보험에도 가입하여 보험료를 납부해야 한다. 장기요양보험료는 각 개인별 건강보험료액에 장기요양보험료율을 곱하여 산정된다. 장기요양보험료율은 매년 결정되며, 2008년 기준 4.7%가 적용될 예정이다. 장기요양보험료율은 장기요양위원회의 심의를 거쳐 대통령령으로 정한다.

<표 2-3> 연도별 장기요양보험료율 전망

단위: 억원, %

구분	2008	2009	2010	2015
건강보험료 수입	202,261	212,199	221,835	283,646
장기요양보험료 수입	4,750	10,110	11,828	16,203
장기요양 보험료율(%)	4.7	4.8	5.3	5.7

주 : 물가상승률 3% 반영시

자료: 보건복지부, “노인장기요양보험법의 주요내용”, 2007.

국가는 매년 보험료 예상수입의 20%를 국고로 부담하여 보험자인 건강보험공단에 지원해야 하고, 서비스 이용자도 시설급여의 경우 20%, 재가급여의 경우 15%를 본인이 부담해야 한다. 다만 의료급여수급권자는 보험료 및 본인 자부담이 면제되고, 소득·재산이 일정금액 이하인 저소득층, 천재지변 등으로 생계가 곤란한 자는 본인 부담액의 50%를 경감받을 수 있다. 또한 「장애인복지법」에 따른 장애인 또는 이와 유사한 자로서 대통령령이 정하는 자가 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자인 경우 대통령령이 정하는 바에 따라 장기요양보험료의 전부 또는 일부를 감면할 수 있다. 의료급여수급권자에게 장기요양급여를 제공하는데 소요되는 경비는 국가와 지방자치단체가 분담하도록 되어 있다.

보건복지부는 요양등급 1~3 등급의 장기요양보험 대상노인 비율을 전체 노인인구의 약 3.1%로 추정할 때, 2008년도 대상노인은 총 158천명으로 전망되며 이들에게 시설 및 재가급여를 제공하는데 소요되는 총 비용은 8,402억원으로 추계하고 있다. 대상노인수 및 소요재정은 2015년 각각 20만명, 2조원 가량으로 크게 증가할 전망이다. 이에 따라 정부지원금도 2008년 3천억 규모에서 2015년 5천억 규모로 늘어날 것으로 추산되었다.

<표 2-4> 연도별 대상자 및 재정소요 추계

구분	대상자수(천명)			소요재정(억원)			
	시설	재가	소계	보험료	정부지원	본인부담	계
2008	59	99	158	4,477	3,071	854	8,402
2010	89	79	169	10,510	4,284	2,118	16,911
2015	106	94	200	12,418	5,067	2,516	20,001

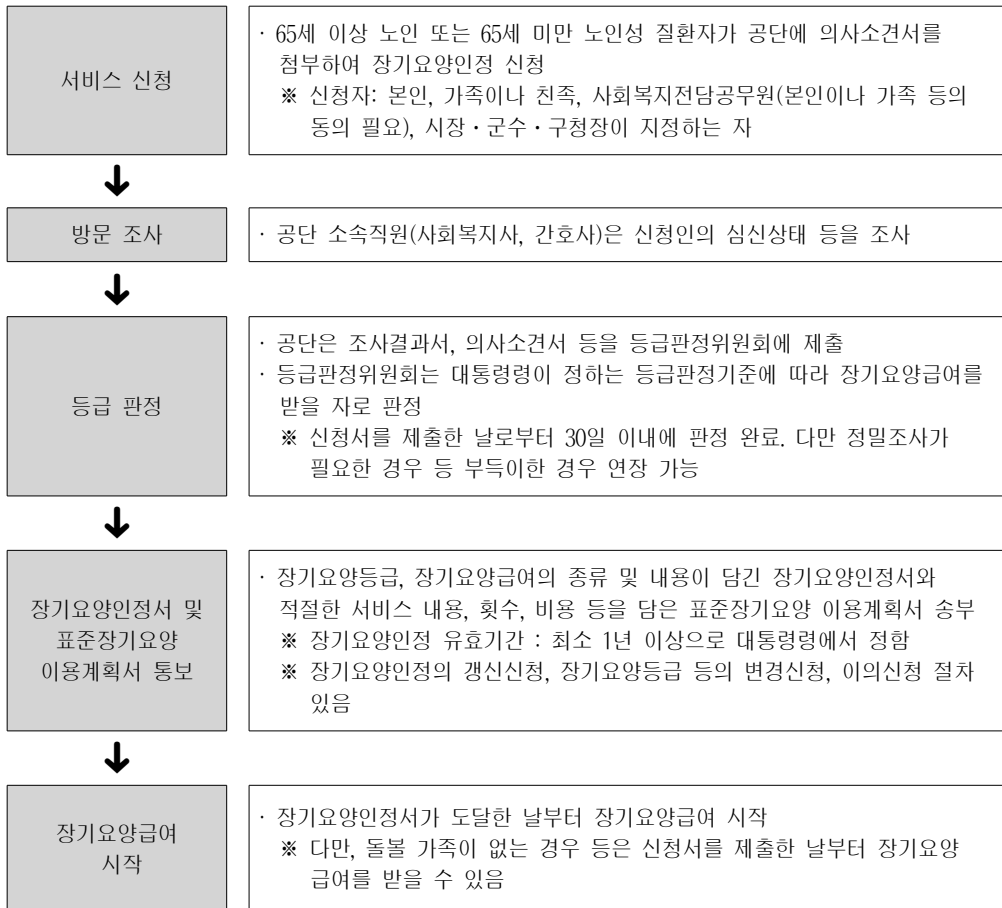
자료: 보건복지부, “노인장기요양보험법의 주요 내용”, 2007.

5) 이용절차

장기요양보험제도는 신청주의를 원칙으로 한다. 장기요양 보험급여를 받고자 하는 경우 본인이나 가족·친지, 사회복지전담공무원 등이 건강보험공단에 의사소견서를 첨부하여 신청하면, 공단 소속직원이 방문조사를 실시하고 조사결과서, 의사소견서 등을 참조하여 등급판정 위원회에서 등급을 판정하여 장기요양 수급대상 인정여부를 결정한다. 장기요양 수급대상자로 인정되면, 장기요양등급, 급여종류 및 내용이 담긴 장기요양인정서와 표준장기요양 이용계획서를 작성하여 신청자에게 송부하고, 신청자는 이를 토대로 본인이 원하는 기관으로부터 장기요양서비스를 받을 수 있다.

장기요양인정 유효기간은 최소 1년이며, 연속하여 3회이상 같은 등급으로 판정받은 사람이 3회 이후에 장기요양인정을 받는 경우 유효기간을 2년으로 한다(시행령 제6조). 세부적인 이용절차를 정리하면 <표 2-5>와 같다.

<표 2-5> 장기요양보험제도 이용절차



3. 역할주체

장기요양보험제도의 실행을 위한 역할주체로는 국가(중앙정부), 지방자치단체, 그리고 국민건강보험공단(이하 공단)이 포함된다. 장기요양보험사업은 국가의 사회보장정책으로, 주무부서인 보건복지부는 이 제도와 관련된 정책입안, 서비스 기준결정 등 제도시행에 필요한 총괄적 업무를 담당하고 보건복지부장관은 이 제도의 관리·운영 책임을 진다. 노인장기요양보험

제도의 실질적인 운영은 건강보험공단에서 담당하며, 지방자치단체의 역할은 상대적으로 제한적이다.

1) 관리운영기관 : 국민건강보험공단

노인장기요양보험법에서 장기요양사업의 보험자로 건강보험공단을 지정하고 있으며, 관리운영기관으로서 공단이 수행해야 할 업무를 다음과 같이 명기하였다(법 48조의②).

- 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리
- 장기요양보험료의 부과와 징수
- 장기요양인정 신청인에 대한 조사
- 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급 판정
- 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양 이용계획서의 제공
- 장기요양급여의 관리 및 평가
- 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 이용 지원
- 재가 및 시설급여 비용의 심사 및 지급, 특별현금급여의 지급
- 장기요양급여 제공내용 확인
- 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보
- 노인성질환 예방사업
- 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등
- 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지부장관이 위탁한 업무

법에서 공단은 장기요양보험사업을 담당하기 위하여 기존의 건강보험사업 조직과 구분되는 별도의 조직을 두도록 하고 있으며(제49조), 건강보험 재정과 구분하기 위해 장기요양사업의 독립회계를 설치·운영하고 건강보험 가입자와 의료급여수급권자의 재정과 구분하여 운영하도록 하고 있다(제50조). 현재 공단 내에 조직구성 및 인력배치, 전산시스템 구축사업 등 장기요양보험사업 추진을 위한 준비가 진행 중이다.

노인장기요양보험사업의 보험자를 건강보험공단으로 선정한 것은 장기요양이 건강보험공단에서 관리하는 질병과 밀접한 관계가 있고 공단의 전국적인 관리운영망을 활용할 수 있다는 점이 고려되었다. 그러나 다른 한편으로 노인보건복지사업은 지역사회와 밀접한 관계가 필요한데, 공단은 지역사회 노인복지서비스 체계와 관계가 적어 지역밀착형 서비스 제공에 어려움이 있을 것이라는 지적도 있다(차홍봉, 2007). 일본 개호보험의 경우 지자체가 관리운영 주

체 역할을 담당하고 있어 각 지역별 특성에 맞는 지역밀착형 서비스를 제공하고 있다는 평가를 받고 있다.

2) 국가 및 지자체의 역할

노인장기요양보험법에서 국가 및 지방자치단체가 담당해야 할 역할에 대한 내용을 정리하면 <표 2-6>과 같다.

<표 2-6> 국가 및 지방자치단체의 업무

주체		국가	광역자치단체	기초자치단체
업무				
정책개발	제5조	장기요양급여에 관한 시책 강구		
	제6조	장기요양기본계획 수립	세부시행계획 수립	세부시행계획수립
	제45조	장기요양위원회 설치		
장기요양 기관	제4조	장기요양기관 확충 및 설립지원	요양기관 확충 및 설립지원	요양기관 확충 및 설립지원
	제31~33, 36~37조			지정, 신고, 변경, 취소 등
재정부담	제58조	예상보험료의 20% 수준 공단에 지원		
		의료급여 수급권자의 장기요양급여 이용에 소요되는 비용 부담	의료급여 수급권자 비용분담	의료급여 수급권자 비용분담
등급판정	제53조			등급판정위원회 위원 위촉
보고·검사	제61조	(대상자, 수급자, 요양기관에 대해) 보고, 검사 권한		보고, 검사 권한
예방사업	제4조	노인성질환예방사업 실시	예방사업 실시	예방사업 실시
		노인성질환 예방사업 비용지원		

국가(보건복지부)는 장기요양보험제도의 관리 운영을 총괄적으로 책임지며, 필요한 시책 개발, 인프라 확충, 재정지원 등의 업무를 담당한다. 법 제6조에서 보건복지부장관은 5년 단위로 연도별 장기요양급여 대상인원 및 재원조달계획, 연도별 장기요양기관 및 장기요양전문인력 확충방안 등을 포함한 장기요양기본계획을 수립·시행하도록 하였다.

국가가 담당해야 할 또 다른 주요 역할은 재정부담이다. 보험제도 운용을 위해 국가는 매년 보험료 예상수입의 20%를 국고로 부담하여 장기요양보험사업 재원으로 공단에 지원해야 하고, 의료급여 수급권자의 장기요양급여 이용에 소요되는 비용(장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담해야 할 비용 및 관리운영비 전액)을 지방자치단체와 함께 부담해야 한다. 그 외에 국가가 담당해야 할 역할은 제도 운영을 위한 기본 인프라인 장기요양기관의 확충 및 설립을 지원하고, 노인성질환 예방사업을 실시하는 것이다. 노인성질환의 예방사업은 국가 및 지방자치단체 공히 실시해야 하는데, 이는 일종의 주요관리 정책으로 사전에 노인들의 건강관리에 투자함으로써 장기요양보험 급여대상이 급격히 늘어나는 것을 방지하는데 목적이 있다.

노인장기요양보험제도는 국가가 관장하는 사회보험제도이기 때문에 지방자치단체의 역할은 상대적으로 적다. 특히 서울시 등 광역자치단체의 역할은 국가 장기요양기본계획에 대한 세부시행계획수립, 장기요양기관 확충, 의료급여 수급권자 장기요양급여 비용분담, 그리고 노인성질환 예방사업 실시 등으로 제한적이다. 광역자치단체가 담당해야 할 가장 큰 역할은 장기요양기관 확충과 재정부담이다. 보건복지부는 2008년까지 장기요양시설 투자계획을 수립하고 있지만, 실질적인 건립주체는 광역 및 기초자치단체이고 보건복지부는 비용을 지원하는 역할을 담당하게 된다. 두 번째 주요 역할은 재정부담으로, 법 제58조에서 의료급여 수급권자가 이용하는 장기요양급여에 소요되는 비용 전액을 국가와 지자체가 분담하도록 되어 있다.

기초자치단체는 노인보건복지사업의 일선기관으로서 장기요양사업 운영과정에서 담당해야 할 역할이 광역자치단체보다는 많은 편이다. 기초자치단체는 기본적으로 광역자치단체가 담당하는 업무를 동일하게 담당하고, 여기에 추가하여 장기요양기관의 관리·감독, 등급판정위원회 위원 추천, 그리고 대상자, 수급자, 요양기관에 대한 보고 및 검사 권한을 갖고 있다. 특히 장기요양기관의 지정 및 취소를 시·군·구에서 담당하고 재가장기요양기관도 시·군·구에 신고를 해야 하는 등 최일선 서비스 기관의 통제권을 기초자치단체가 갖고 있기 때문에 장기요양보험제도의 운영 및 서비스 질 관리에 중요한 역할을 담당한다.

그러나 노인의 서비스 수요는 지역사회 단위에서 발생하고 노인보건·복지서비스는 지자체의 고유 업무임에도 불구하고 수급대상 노인의 선정 및 급여지급 등 실질적인 부분에 지자체의 권리와 참여가 제한되어 있다. 특히 장기요양보험제도의 관리운영을 건강보험공단에서 담당하기 때문에, 보험제도 실시 이후 지자체가 노인보건·복지사업에 소극적으로 대응할 우려가 있다(김진수, 2005).

제2절 노인장기요양보험제도의 의의와 과제

1. 의의 및 기대효과

이번에 입법화된 노인장기요양보험제도는 늘어나는 노인인구의 부양을 가정과 사회, 그리고 국가가 함께 책임지는 사회연대 원리로 접근하고 있다는 점에서 가장 큰 의의를 찾을 수 있다. 본 제도의 시행에 따라 노인들은 보다 전문적이고 체계적으로 각종 요양서비스를 받게 되고, 가족들은 장기간의 요양에 따른 부담을 덜게 됨으로써 우리나라 노인복지 수준이 획기적으로 개선되는 계기가 될 것으로 기대되고 있다.

1) 수발가족의 부담 경감

본 제도는 궁극적으로 국민들의 노후불안을 해소하고 노인의 삶의 질 향상에 기여하는 것을 목적으로 하지만, 그간 가족이 전담해오던 노인수발을 사회연대원리에 따라 가정, 국가 및 사회가 함께 책임지는데 가장 큰 의의가 있다. 가장 큰 기대효과로는 가족들의 경제적, 신체적 수발부담을 덜어준다는 점이다. 건강보험과 마찬가지로 장기요양보험도 요양비용을 개인과 보험이 분담하는 방식이기 때문에 그동안 전액 자부담으로 요양서비스를 이용해오던 노인 및 부양가족의 의료비·요양비 부담을 줄여줄 것으로 기대된다. 2003년도 노인복지 기초수요조사에 따르면, 요보호노인의 수발비용은 노인본인이 부담하는 경우가 14.3%, 자녀들이 부담하는 경우가 71.5%로 전체 85.8%가 가족들이 비용을 부담하고 있다. 이러한 이유에서 74.2%가 경제적으로 부담을 느끼고 있으며, 장기요양을 위한 보험제도를 희망하는 비율이 64.1%에 달하였다(서울시·시정연, 2003).

보험제도가 실시되면 경제적 부담 뿐 아니라 수발가족의 심리·사회적 부담을 줄여주는 효과도 있을 것으로 기대된다. 가족이 전적으로 담당하는 요양부담을 시설이용 또는 재가서비스를 통해 지원받음으로써 신체적, 심리적 부담이 줄어들 것이며, 특히 주수발자 역할을 담당해 온 여성들이 사회·경제활동에 참여할 수 있는 기회를 제공할 수 있다. 2003년 노인복지 기초수요조사 결과, 노인의 수발 때문에 자유시간이 감소했다는 응답이 80.5%, 직장 및 사회활동에 제약을 받았다는 응답도 63.7%로 높은 것으로 조사되었다. 따라서 보험제도를 통해 시설 및 재가서비스를 활용함으로써 수발가족의 심리적, 사회적 부담도 덜어줄 수 있을 것으로 기대된다(서울시·시정연, 2003).

2) 건강보험 재정 건전화

노인장기요양보험제도 실시로 기대되는 또 다른 주요 효과는 건강보험 재정의 건전화이다. 앞서 장기요양보험제도의 필요성에서도 언급한 바와 같이 노인들을 위한 의료비 지출이 건강보험공단 재정에 악영향을 미치는 것으로 확인되었다. 특히 노인들이 이용하는 의료서비스의 상당부분은 전문 치료(cure)보다는 장기 요양 및 관리(care)를 필요로 하는 것이 많기 때문에, 요양서비스 비용을 의료서비스 비용과 분리하여 건강보험에서 담당하는 노인의료비 부담을 줄임으로써 건강보험재정의 안정에 기여할 것이라는 기대이다.

3) 노인장기요양 서비스의 보편화

노인복지를 포함한 대부분의 복지정책은 기초생활수급권자 및 저소득층을 대상으로 하는 선별적 복지정책을 지향해왔다. 그러나 노인장기요양보험제도는 서비스 대상을 소득 및 자산 기준으로 제한하지 않고, 단지 건강 및 기능상태 평가를 통해 서비스 요구가 있는 모든 노인을 서비스 대상으로 하고 있다는 점에서 선별적 복지에서 보편주의적 복지정책으로 전환하는 계기를 제공하고 있다. 노인문제는 소득수준과 상관없이 모든 노인에게 나타나기 때문에 보편적 서비스 체계의 필요성이 오래 전부터 제기되어 왔다. 그럼에도 불구하고 공공의 복지재정의 한계로 인해 정책의 우선순위를 저소득층 대상으로 한정해온 것이 사실이다. 그러나 보험제도를 통해 공공의 재원에 보험료와 자부담이 추가됨으로써, 보편적 서비스 공급체계가 가능하게 되었다.

4) 노인요양 인프라 확충 효과

또 다른 기대효과는 요양서비스 인프라 확충에 기여할 것이라는 점이다. 현재 노인요양시설의 수요대비 충족률은 66%에 불과하다. 보건복지부는 2008년까지 충족률 100%를 목표로 우선 공공부문에서 투자하여 요양시설을 확충하는 것으로 계획하고 있다. 또한 보험제도는 기본적으로 노인들이 소비자가 되어 필요한 시설 및 서비스를 구매하는 시장메카니즘이기 때문에 민간부문 서비스 공급기관도 늘어날 것으로 기대된다. 실제로 일본은 개호보험 실시 이후 재가복지분야에 민간 사업자의 참여가 크게 증가한 것으로 나타났다. 따라서 장기요양보험제도가 실시되면서 공공 및 민간부문의 요양서비스 인프라 확충이 늘어날 것으로 기대된다.

5) 노인장기요양서비스의 전문성 제고

장기요양보험제도를 도입하면서 장기요양요원, 노인전문간호사 등 노인장기요양 전문인력을 제도화함으로써, 노인장기요양서비스의 전문성이 높아질 것으로 기대된다. 현재 장기요양보험제도 내 재가급여 서비스들은 대부분 자원봉사자, 가정봉사원 등 비전문가에 의해서 이루어져왔으나, 이번 제도 도입을 통해 서비스 인력의 전문화가 이루어질 것으로 기대된다.

또한 요양서비스 기관이 종전과 같이 정부의 보조금으로 운영되는 방식에서 소비자의 선택 구매에 의해서 이루어지는 시스템을 변경됨으로써 서비스 기관간 경쟁체제가 형성되고, 이는 서비스 질 향상 및 전달체계의 효율화에 기여할 것으로 기대된다.

6) 고용창출 효과

장기요양서비스의 수요·공급이 늘어나면 인력수요도 증가하기 때문에 노인간병인력, 전문간호사 등 관련분야 고용창출 효과도 기대된다. 석재은(2007)의 추계에 따르면, 장기요양보험 대상노인의 75%가 실제로 서비스를 이용한다고 가정할 때, 노인전문요양시설에 필요한 인력으로 생활복지사 205명, 간호사 820명, 물리치료사 205명 등이 필요하며, 노인재가복지시설 인력으로는 방문간병인력 13,542명, 방문간호인력 3,367명, 주간보호인력 3,150명 등이 필요한 것으로 추계되었다. 특히 노인 간병 및 간호 분야는 여성 인력이 많이 투입되는 분야이기 때문에 여성 노동력의 사회·경제적 활성화 효과가 기대된다. 요양서비스 관련 인프라 확충 및 관련분야 고용창출 효과는 결과적으로 지역경제 활성화에도 기여할 것이라는 전망이다.

2. 제도 및 운영상의 문제점 : 선행연구 검토

본 절에서는 장기요양보험제도에 대하여 선행연구에서 제기하는 문제점들을 주제별로 분류하여 정리하였다. 선행연구에서 제기된 문제점은 제도의 기본체계가 가지고 있는 문제점과 제도 시행에 따라 나타날 것으로 예상되는 문제점들을 모두 포함하고 있다.

1) 제도 운영체계상의 문제

사업대상, 재정부담방식, 그리고 수가 기준 등 장기요양보험제도 운영을 위한 기본설계에 있어 여러 가지 문제가 있다는 지적을 받고 있다.

(1) 수급범위의 제한

노인장기요양보험제도는 전국민을 대상으로 하는 사회보험이지만, 보험혜택을 받을 수 있는 대상은 65세 이상 노인 또는 64세 이하 노인성질환자만으로 제한하고 있다. 그나마 실제 수급대상은 장기요양 1~3 등급 판정을 받은 사람으로 제한하고 있다. 따라서 장기요양보험제도는 사회보험의 기본 철학인 포괄성·보편성을 반영하지 못하는 한계를 보이고 있다.

뿐만 아니라 수급자로 인정되는 경우에도 이용할 수 있는 급여한도액이 정해져 있어 필요한 수요를 충족시키지 못하는 경우도 발생할 수 있다. 이 경우 보험으로 충족되지 못한 서비스 욕구는 개인이 추가적으로 해결해야 하기 때문에 노인 및 가족에게는 이중적 부담이 된다(차홍봉, 2007). 그나마 개인적으로 구매할 능력이 없는 집단은 서비스의 사각지대로 남을 가능성 또한 크다.

(2) 이용자의 비용부담

장기요양보험의 재원은 보험료 및 국가재정 지원과 함께, 시설급여 이용요금의 20%, 재가급여는 15%를 본인이 부담하도록 되어 있다. 이는 장기요양보장제도를 사회보험방식으로 운영하고 있는 다른 나라들에 비해 높은 비율이다. 대부분 국가들의 보험료는 건강보험료의 1/8 ~ 1/9 수준으로 저렴한 편이며, 본인일부부담 또한 일본의 10%를 제외하고는 아예 없거나 시설요양비용의 일부에 대해서만 부담하고 있다. 높은 자부담 비율은 중산층 이하의 장기요양 서비스 이용에 장벽으로 작용할 가능성이 높아, 장기요양 수급권자의 경제 사정에 따라 수급권 자체를 포기하는 문제가 발생할 수도 있다는 지적이다. 실제로 기초연금제도가 있고 본인 부담 비율도 10%인 일본에서조차 경제적 부담으로 서비스 이용을 회피하는 사례가 나타나고 있다(장기요양보장제도 쟁취를 위한 연대회의, 2006).

(3) 수가(酬價) 기준의 적정성

정부는 시범사업을 통해 각 서비스별 수가를 결정하는 것으로 계획하고 있다. 그러나 일선 현장에서는 현재의 수가기준이 너무 낮아 서비스 질이 저하될 것을 우려하고 있다. 예를 들어 방문간호 수가의 경우, 인건비, 관리운영비, 처치재료비, 교통비 등을 포함하여 책정되었지만, 가정 내에서 실시하는 검사비, 기본간호를 포함한 투약관리지도, 교육훈련, 상담, 의뢰 등의 서비스 제공, 원거리 방문에 따른 소요시간 등이 고려되지 않았다는 지적이다(강혜영, 2007).

수가의 적정성은 서비스 질과 직접적인 관련이 있다. 적정수준의 수가가 책정되지 못하면 서비스 공급에 필요한 재원이 안정적으로 확보되지 못할 수 있으며, 결과적으로 노인을 위한 서비스 제공보다는 시설 경영에 우선적으로 관심을 갖게 되는 상황이 발생할 수 있다. 특히 현재의 수가는 대규모 시설을 기준으로 산출된 것이기 때문에 소규모인 경우 시설 유지가 어려울 것이라는 지적이다.

(4) 중앙집권형 운영체계

장기요양보험은 건강보험공단이 보험자 역할을 담당하게 되어 있다. 그러나 건강보험공단은 노인복지서비스 체계와 관련이 적고 지역사회 노인문제에 대한 이해도 떨어진다. 노인의 장기요양서비스 욕구는 지역사회 내에서 발생하고 지역마다 여건도 다양하기 때문에 지역사회 중심의케어매니지먼트 체계를 구축해야 한다는 지적이다(김영숙, 2006). 그러나 건강보험공단 중심의 중앙집권형 운영체계로는 지역사회내 노인 문제나 이용자의 다양한 요구를 개별적으로 파악하고 해결하기에는 한계가 있다.

2) 시설 및 인력 인프라의 문제점

(1) 기본 인프라 부족

2006년말 현재 노인요양시설의 수요대비 충족률은 66% 수준이다(보건복지부, 2007). 이는 지역별로 편차를 보여 울산시의 충족률이 115%로 가장 높은 반면, 서울은 37%로 전국 광역자치단체 가운데 가장 낮은 수준이다. 보험제도 실시를 위해서는 기초인프라 구축이 선결과제인데, 서울시의 경우만 보더라도 제도가 시행되기 시작하는 2008년까지 충족률을 100%로 맞추는 일은 불가능할 것으로 전망된다.

(2) 인력 수급문제

시설인프라와 함께 장기요양보험제도 수행에 필요한 필수자원은 전문인력이다. 그러나 일부 학술연구를 통해 소요인력 추정이 이루어질 뿐, 정부차원에서 수요추정 및 공급계획이 일관성 있게 이루어지지 못하고 있다. 또한 새로운 제도에 적합한 인력양성 및 교육 프로그램 개발, 기존 서비스 종사자에 대한 능력인정 범위 및 활용계획 등이 필요하다는 지적이다(임준, 2007).

(3) 전문인력의 제도화 문제

장기요양보험제도의 중요한 의의 중 하나는 노인들이 전문적이고 체계적인 요양서비스를 받을 수 있게 된다는 점이다. 이를 위해서는 전문인력이 필수적으로 확보되어야 한다. 특히 노인복지사업에서 사례관리가 중요하게 강조되는 추세이다. 노인들의 수요는 의료, 보건, 복지 욕구가 복합적으로 발생하기 때문에 전문 케어매니저를 중심으로 기초사정, 케어플랜, 서비스 조정과정이 이루어져야 종합적인 서비스 욕구를 충족시킬 수 있고 서비스의 중복문제로 최소화할 수 있다.

요양보험제도의 개발 초기에는 장기요양 전문인력으로 케어매니저(care manager)와 요양보호사(care worker) 두 종류의 전문인력을 제도화하는 것이 검토되었으나, 입법과정에서 요양보호사만 노인복지법에 명시되었다. 더구나 장기요양서비스 인력은 보험제도 및 사회복지에 대한 전문지식 및 기술, 그리고 도덕적 가치가 요구됨에도 불구하고 24시간 단기교육으로 요양보호사 자격을 취득할 수 있도록 한 것은 부적절하다는 지적이다(조남범, 2007).

(4) 인력 배치기준

장기요양보험제도 실시예 앞서 정부는 노인복지법을 개정하여 장기요양기관의 인력 배치기준을 작성하였다. 그러나 현재의 기준은 전문적인 장기요양서비스 제공에는 부적절하다는 것이 현장의 지적이다. 특히 문제를 제기하는 것은 재가노인복지시설이다. 개정된 시행령 및 시행규칙에서는 재가장기요양기관에 대해서 사회복지사 배치를 배제하고 단기교육만 받은 요양보호사가 장기요양기관 관리책임자가 될 수 있도록 하고 있다. 그러나 방문요양서비스 제공에는 사례관리가 필수이기 때문에 사회복지사의 배치가 필요하며, 전문성을 담보할 수 없는 요양보호사가 관리책임을 맡는 것은 서비스의 질적 저하를 초래할 수 있다는 지적이다. 또한 양질의 서비스 제공을 위해 주·단기 보호시설은 요양시설과 동일한 수준의 인력배치 기준을 제시해야 한다는 것이 현장의 주장이다(조남범, 2007).

3) 서비스의 문제점

(1) 서비스 중복가능성

건강보험과 장기요양보험이 독립체제로 운영되도록 하고 있지만, 장애와 질병의 구분, 수발과 치료·재활 서비스간 구분이 명확치 않아 서비스의 중복 또는 대상의 중복 가능성이 우려

된다. 이를 방지하기 위해서는 정밀한 평가판정도구의 개발, 전문인력에 의한 판정 및 급여심사 등이 필수적인 요건으로 지적되고 있다. 평가 판정의 정밀성이 확보되지 못하면, 수급자의 도덕적 해이 가능성이 높다(김진수, 2006; 선우덕, 2006).

한편 장기요양보험제도와 기존의 지역사회 중심 노인보건의서비스의 중복문제도 우려되는 부분이다. 현재 장기요양보험제도의 한계로 모든 서비스 수요를 충족하지 못하는 상황이기 때문에 장기요양보험제도와는 별도로 기존의 지역사회 중심의 서비스 체계도 그대로 유지될 수밖에 없다. 여기에 정부는 2007년부터 노인돌보미 바우처 제도까지 운영하고 있다. 보험제도, 지역복지사업, 그리고 노인돌보미 사업 등은 서비스 대상 및 내용이 유사하기 때문에 서비스 공급 및 수혜에 대한 고나리가 제대로 되지 않으면 서비스 중복 등의 시장실패가 일어날 가능성이 있다.

(2) 서비스 질 저하 가능성

장기요양서비스 시장규모가 커지면 민간 서비스 기관이 증가될 것으로 예상된다. 서비스 기관의 다양화는 공급 주체간 경쟁관계를 유발하여 서비스 질을 높이는 효과를 기대할 수 있다. 그러나 우리나라 의료서비스 체계가 민간중심으로 이루어짐에 따라 과잉진료, 고가진료 등의 문제가 발생하듯이 장기요양 부문에서도 민간부문의 비중이 과도해지면 적절한 서비스 질이나 비용을 유지하기 어려워지는 문제가 발생할 수 있다.

또한 사회복지 마인드보다는 경영마인드만 있는 민간부문의 시장진입은 장기요양사업을 복지사업이 아니라 영리사업으로 전락시킬 우려도 있다. 따라서 민간부문의 문어발식 확장을 막기 위한 통제 기전을 확보하고, 적절한 서비스의 질과 비용을 유지할 수 있는 지불제도 및 규제 장치가 필요하다(임준, 2007).

(3) 예방사업 부족

현재 장기요양보험제도에서 제공되는 급여형태는 재가급여, 시설급여, 특별현물급여 3가지 유형 뿐이다. 이들 급여는 사후치료적인 성격이어서 비용부담이 매우 높다. 그러나 요양급여는 성격상 한번 급여를 받기 시작하면 죽을 때까지 계속되어야 하기 때문에 본인은 물론 정부에게도 재정적으로 큰 부담이 된다. 따라서 예방급여 항목을 추가함으로써 가능한 장기요양 급여 대상을 줄이는 방안이 필요하다는 지적이다.

일본은 개호보험을 실시한 지 5년이 지난 후 요양급여 부담이 가중됨에 따라 요양급여 부담을 사전적으로 줄이기 위해서 예방급여를 지급하기 시작하였고 경증에 해당하는 대상자의 70~80%를 예방급여 대상자로 분류하여 별도로 관리하고 있다. 독일의 장기요양보험에서도 급여조건으로 기능의 회복을 위한 재활서비스 승급을 전제로 하고 있다(김영숙, 2006; 선우덕, 2006).

4) 국가 및 지자체의 역할 및 부담

(1) 국가 재정부담의 지속적 증가

장기요양보험제도의 재원은 보험료와 이용자 자부담 이외에, 국가가 예상되는 보험료 수입의 20%를 매년 국고로부터 보험공단에 지원하도록 되어 있다. 보건복지부 자료에 의하면, 제도가 처음 시작되는 2008년 국고로 지원해야 할 규모가 약 3,071억원에 이를 것으로 추산되었다. 그러나 일단 장기요양급여 수급자로 인정되면 사망할 때까지 급여서비스가 지속적으로 제공되어야 한다. 더구나 앞으로 노인인구가 더 늘어나면 장기요양 인정자 또한 점차 증가하면서 보험료는 계속 상향조정될 수밖에 없고, 이는 곧 장기요양보험의 재정확보를 위한 국가 재정부담을 급격히 증가시키는 결과를 초래할 것으로 전망된다. 복지부 추산자료에 의하면 국고로 보조해야 할 규모는 2010년 4,284억원, 2015년에는 5,037억원으로 늘어날 것으로 전망되고 있다(표 2-4 참조).

(2) 지방정부의 재정부담과 지역간 편차

장기요양보험제도의 성공적 추진을 위해서는 기본인프라 구축이 선결과제이지만, 2006년 말 현재 노인요양시설의 수요대비 충족율은 전국 평균 66% 수준이다. 장기요양보험법에서 장기요양시설의 확충 및 건립지원은 국가 및 지자체가 담당하도록 되어 있으나, 재정이 열악한 지방자치단체의 경우 요양시설 건립이 어려운 현실이다. 따라서 지자체간 재정능력 차이에 따라 장기요양 인프라에도 지역간 편차가 예상된다.

(3) 지자체의 역할 약화 우려

장기요양보험제도가 시작되면 노인보건복지사업의 상당부분이 건강보험공단 중심으로 운영된다. 이에 따라 지자체의 노인보건복지사업이 축소될 수 있다는 우려가 제기되고 있다. 특

히 제정이 열악한 지자체의 경우 장기요양시설의 확충이나 지자체의 노인복지에 대한 역할 및 관심 저하가 우려된다.

5) 기타

(1) 세대간 형평성 결여

우선 노인장기요양보험제도의 가입자는 건강보험 대상 모두를 포함하지만, 급여대상은 65세이상 노인으로 제한하고 있다. 이는 장기요양 적용대상과 급여대상이 불일치하는 것으로 사회보험으로서 포괄성이 보장되지 못하는 것이다. 특히 급여대상을 65세 이상으로 제한하는 것은 세대간의 형평성 문제를 제기할 수 있다는 지적이다(김진수, 2006).

(2) 도덕적 해이

노인장기요양보험제도에서 무엇보다도 중요하게 고려해야 할 점은 도덕적 해이 현상을 어떻게 최소화 시키느냐 하는 것이다. 사회적으로 보호가 필요한 대상자만을 선별한다면 바람직하겠지만, 현실은 그렇지 못하다. 누구든지 보험료 납부에 대한 반대급부를 받고 싶어 하며, 그러한 의식이 강할수록 제도로부터 어느 정도 수준 이상의 수혜를 받으려는 노력을 취할 가능성이 많다. 또한 보험제도 이외에 기존의 지역사회 복지서비스도 여전히 남아있는 상황에서 중복서비스 수혜도 가능하기 때문에 수혜자의 도덕적 해이가 발생할 가능성이 높다.

(3) 가치체계의 변화

장기요양보험제도는 가족의 노인수발 부담을 덜어주는 긍정적인 측면이 있는 반면에, 그동안 가족들이 돌보던 노인들을 사회서비스를 통해 부양하게 됨으로써 가족부양의식의 감소, 경로효친사상의 붕괴 또한 우려된다는 지적이다.

한편, 지금까지는 재가노인복지서비스의 상당부분이 무료 자원봉사자들에 의해서 제공되었는데, 앞으로 보험제도를 통해 유료서비스가 제공되면 자원봉사활동도 위축될 수 있다는 우려도 있다.

제3장 서울시 장기요양사업 현황과 문제점

제1절 서울시 노인실태 및 장기요양 욕구

제2절 서울시 노인장기요양 정책 및 인프라

제3장

서울시 장기요양사업 현황과 문제점

제1절 서울시 노인실태 및 장기요양 욕구

1. 서울시 노인인구 변화추이

2006년말 현재 서울의 65세 이상 노인인구는 전체 인구의 7.5%인 780,900명이다. 이는 1980년에 비해 인구규모는 3.8배, 구성비는 3배 증가한 것이다. 2005년 현재 전국의 고령인구 비율이 9.1%인 것과 비교할 때, 서울의 고령화 정도는 전국 평균에 비해서는 낮은 편이다.

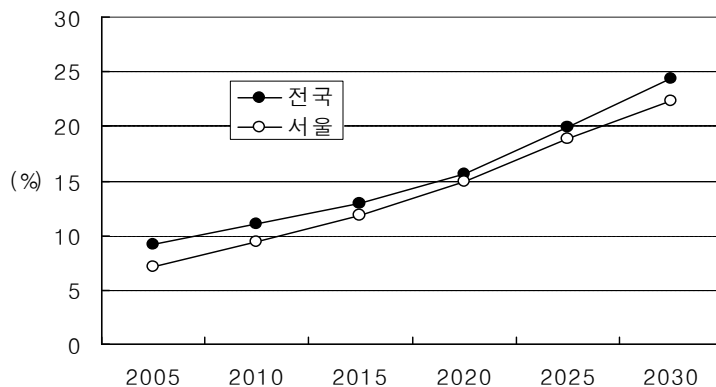
<표 3-1> 서울시 고령인구 추이

단위: 명, %

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006
인구수	207,953	211,283	362,653	431,384	535,053	735,902	780,900
구성비	2.5	2.2	3.4	4.2	5.4	7.1	7.5

자료: 서울시 통계DB (주민등록인구 기준)

그러나 통계청의 장래인구 추계자료에 따르면, 서울시도 2020년에는 고령인구 비율 14%를 넘어서 고령사회에 접어들 것으로 전망되고 전국의 고령화 수준과 점차 격차를 좁혀 갈 것으로 전망되고 있다.



<그림 3-1> 고령인구 구성비 변화 추계

자료: 통계청, "시도별 장래인구추계 결과" 2007.5

한편, 통계청 자료에 따르면 2005년 현재 서울시 노인 중 단독가구가 13.4%, 노인부부가구가 25.8%로 65세 이상 노인 가운데 약 40%가 혼자 살거나 노인끼리만 살고 있는 것으로 나타났다. 이는 전국 평균에 비해서는 낮은 수준이지만, 1990년과 비교하여 단독가구는 5배, 노인부부가구는 2.5배 증가한 수치이다. 따라서 노인수발을 더 이상 가정의 몫으로만 남겨 놓을 수 없는 상황이다.

<표 3-2> 노인인구 가구구성

단위: %

		1990	1995	2000	2005
서울	단독가구	2.6	9.1	12.2	13.4
	노인부부가구	10.0	15.5	21.4	25.8
	노인부양가구	87.4	75.4	66.4	60.8
전국	단독가구	3.5	13.3	16.2	18.1
	노인부부가구	16.1	23.3	28.7	32.2
	노인부양가구	80.4	63.4	55.1	49.7

자료: <http://www.kosis.kr/>: 총조사인구 2005 고령자(10%부문)
통계청, 인구주택총조사보고서 각년도.

2. 건강상태 및 의료이용 실태

1) 서울시 노인의 건강상태³⁾

(1) 주관적 건강수준

노인의 보건복지서비스 요구도를 가장 직접적으로 표현할 수 있는 것이 노인의 건강상태이다. 2005 서울시민 보건지표조사에 따르면 65세 이상 노인 중 주관적으로 건강하다고 인식하는 비율은 ‘매우 건강하다’, ‘건강한 편이다’를 합해 35.7%이다. 여성보다는 남성노인이 건강하다고 인지하는 비율이 더 높다.

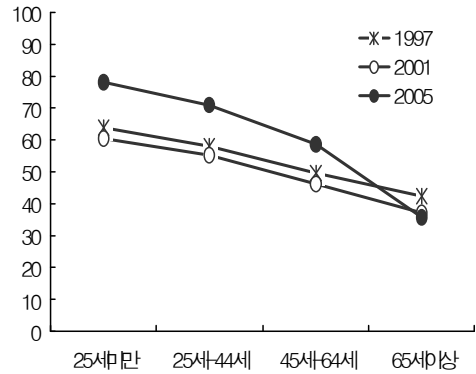
한편, <그림 3-2>에 나타난 바와 같이 연령이 높아질수록 건강하다고 인지하는 비율이 낮아져, 65세이상 집단에서 급격하게 낮아지는 것으로 나타났다. 서울시가 1997년, 2001년 실시한 서울시민 보건지표조사와 비교하여, 다른 연령집단은 건강하다고 인지하는 비율이 2005년 조사에서 증가한 반면, 65세 이상 집단은 오히려 감소하였다.

3) 서울시와 서울대학교 보건대학원이 2005년도에 실시한 서울시민 보건지표조사 데이터 중 65세이상 노인 1,424명을 분석하였다.

<표 3-3> 주관적 건강수준 인식

단위: %

	전체	남	여
매우 건강	1.8	2.3	1.5
건강한 편	33.9	43.3	27.9
비슷한 편	19.9	19.4	20.3
건강하지 못함	35.6	28.2	40.4
매우 건강하지 못함	8.7	6.8	9.9
계	100.0	100.0	100.0



<그림 3-2> 연령별 주관적으로 건강한 비율

(2) 만성질환

일반적으로 노인들은 다른 연령층에 비해 만성질환 유병률이 높은 편이다. 본인이 인지하는 유병률을 기준으로 노인들이 특히 많이 가지고 있는 만성질환은 고혈압이다. 노인인구 1,000명당 311명이 고혈압을 가지고 있으며, 그 다음으로 관절염(231명), 당뇨병(138명), 심혈관질환(59명), 뇌졸중(44명), 암(31명) 순으로 유병률이 높다.

<표 3-4> 만성질환 유병률

단위: 명/1,000명

	전체	65세이상
암	7.2	31.4
고혈압	48.9	310.6
당뇨병	23.0	137.6
심혈관질환	7.1	59.4
뇌졸중	4.4	44.1
관절염	31.4	231.1
고지혈증	6.1	23.4
결핵	0.8	6.8
천식	5.7	32.5
만성폐쇄성질환	1.7	12.3
골다공증	12.0	94.1

주: 2005 서울시민보건지표조사의 데이터를 분석한 결과임.
조사대상 사례수는 전체 43,309명이고, 이 중 65세 이상은 3,081명임.

(3) 활동제약

2005년 서울시민 보건지표조사에서 일상생활수행능력(ADL) 10개 항목과 수단적 일상생활 능력(IADL) 4개 항목을 조사하였다. 65세 이상 노인 중 1개 항목이상 장애를 가지고 있는 비율은 ADL 38.6%, IADL 46.4%로 나타났다. 장기요양보험제도는 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자로 사업대상을 규정하고 있다. 결과적으로 앞서 살펴본 만성질환을 가지고 있는 노인과 ADL 및 IADL 장애를 가지고 있는 노인이 주요 사업대상이 될 전망이다.

<표 3-5> ADL 및 IADL 장애율

단위: 명/1,000명

	ADL장애율			IADL장애율		
	전체	남자	여자	전체	남자	여자
전체	4.4	3.7	5.1	5.5	4.3	6.6
12~19세	1.5	1.6	1.4	1.5	1.6	1.4
20~29세	0.3	0.3	0.3	0.6	0.9	0.3
30~39세	0.5	0.2	0.6	0.9	0.5	1.3
40~49세	1.0	1.5	0.4	1.4	1.7	1.1
50~59세	3.8	4.7	2.9	4.4	4.7	4.0
60~64세	9.4	8.2	7.3	13.1	13.6	12.6
65세이상	38.6	27.5	47.2	46.4	31.2	58.2

2) 의료이용 실태

(1) 노인의료비 지출

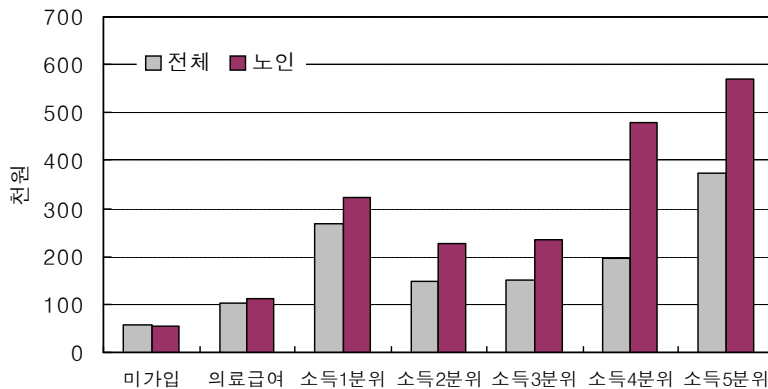
노인인구가 증가함에 따라 노인 보건·복지서비스 수요가 증가하여 이에 대한 행·재정적 지원 업무가 크게 증가하고 있는데, 특히 노인의료비 부담이 사회문제로 나타나고 있다. 노인의료비는 개별 가정의 경제적 부담이기도 하지만 건강보험 재정에도 악영향을 미치고 있다. 국민건강보험공단이 2005년 발표한 ‘65세 이상 노인 의료이용실태 분석’에 의하면, 2004년 현재 건강보험 적용을 받은 65세 이상 노인은 375만 명으로 모두 5조 1,364억원(비급여 제외)의 의료비를 썼다. 이는 10년 전인 1994년 5,511억원보다 약 10배 증가한 것이다. 전체 지출 대비 구성비도 1994년 11.3%에서 2004년 22.8%로 증가하였다. 이에 따라 노인 1인당 의료비 지출도 1994년 234천원에서 2004년 1,402천원으로 6배 증가하였다.

<표 3-6> 노인 의료비 지출

구 분	1994	2004
65세이상 의료비 총액(비급여 제외)	5,511억원	51,364억원
총지출 중 노인의료비 비율	11.3%	22.8%
노인 1인당 의료비	234천원	1,402천원

자료: 국민건강보험공단, “65세이상 노인 의료이용실태분석”, 2005

한편, 서울시민 보건지표조사에 따르면 서울에 사는 65세 이상 노인은 일반가구에 비해 더 많은 의료비를 지출하고 있는 것으로 나타났다. 소득계층을 5분위로 구분할 때, 모든 계층에서 노인가구의 의료비 지출이 더 높았다. 가장 고소득층인 소득5분위에 해당되는 노인가구는 월평균 57만원 정도 지출하여 의료비 지출이 가장 많았고 그 다음으로 소득4분위 집단에서 월평균 48만원 정도를 지출하였다. 그러나 소득수준이 가장 낮은 소득1분위 집단이 세 번째로 의료비 지출이 높아 의료비로 인한 경제적 부담이 큰 것으로 나타났다.



<그림 3-3> 소득계층별 의료비 지출액

(2) 의료서비스 이용

2005 서울시민 보건지표조사에서 지난 1년간 병원에 입원했던 입원율을 살펴본 결과 60대 이상의 연령층에서 입원경험이 많은 것으로 나타났다. 60~69세 가운데 8.5%가 입원한 경험이 있으며, 70세 이상은 10.9%가 경험이 있다. 성별로는 40대까지는 여성의 입원경험이 더 많은 반면, 50대 이후부터는 남성의 병원입원이 더 많은 것으로 나타났다.

<표 3-7> 1년간 병원 입원율

단위: %

	전체	남자	여자
19세	3.5	1.4	5.3
20-29세	4.9	4.2	5.5
30-39세	4.4	3.1	5.2
40-49세	4.2	3.7	4.5
50-59세	5.3	5.7	4.9
60-69세	8.5	8.8	8.3
70세이상	10.9	11.6	10.5

주: 병원입원율은 지난 1년간 입원한 인구 비율을 말함

자료: 2005 서울시민 보건지표조사

한편, 건강보험공단 자료에 의하면 2005년 전국의 노인 1인당 입원일수는 건강보험 대상이 23.6일, 의료급여 대상이 51.9일이며, 1인당 외래 이용일수는 건강보험과 의료급여 각각 32.5일과 40.7일로 의료급여 대상자의 의료서비스 이용이 더 많다.

<표 3-8> 노인의 입원, 외래 의료이용량(2005)

구 분		건강보험	의료급여
입원	진료실인원(명)	759,687	149,134
	입원총비용(억원)	21,052	5,421
	1인당 입원일수(일)	23.6	51.9
	1인당 입원비용(원)	2,771,210	3,638,378
외래	진료실인원(명)	3,827,409	499,611
	외래총비용(억원)	21,087	3,669
	1인당 외래일수(일)	32.5	40.7
	1인당 외래비용(원)	55,097	733,886

자료: 국민건강보험공단, 「한국형 노인건강 수발관리체계를 위한 서비스 연계방안」, 2006.

특히 장기요양보험제도의 대상이 되는 노인성 만성질환 및 수발이 필요할 것으로 추정되는 질병을 가지고 있는 노인들의 의료서비스 이용실태를 분석한 결과, 외래일수별 건수나 비용, 그리고 입원일수별 건수나 비용이 2001년도에서부터 2005년도까지 꾸준히 증가하고 있다. 이는 노인들의 수발 수요의 증가로 직결된다고 볼 수 있다(국민건강보험공단, 2006).

<표 3-9> 노인의 요양 및 수발 필요군의 의료이용량

구 분		2001	2002	2003	2004	2005
외래 이용건수 (천건)	계	3,964	4,540	5,358	6,038	7,588
	12일미만	3,883	4,441	5,243	5,912	7,419
	12~23일	76	93	109	119	158
	24일 이상	4	6	7	8	11
입원 이용건수 (건)	계	69,059	86,038	108,672	131,023	209,913
	30일미만	52,581	63,538	76,533	88,999	126,683
	30~59일	15,346	21,125	30,480	40,385	80,635
	60~89일	851	1,022	1,222	1,279	1,989
	90~179일	263	326	412	340	571
	180일 이상	18	27	25	20	35

자료: 국민건강보험공단, 「한국형 노인건강 수발관리체계를 위한 서비스 연계방안」, 2006.

3. 요보호노인 수발실태 및 욕구⁴⁾

1) 수발특성

주수발자가 조사대상 노인을 수발해온 총 기간은 1~3년 사이가 33.9%로 가장 많았으며, 9년을 넘는 경우도 16.4%에 이른다. 평균 수발기간은 5.3년이다. 노인들의 증상별로는 중풍 또는 치매+중풍 등 중풍과 관련된 질병이 있는 노인의 경우 장기간 수발이 많은 것으로 나타났다. 일반적으로 치매노인에 대한 사회적 관심은 높은 편이나, 실제로 중풍노인을 모시는 가족에게 부양부담이 더 큰 것으로 보인다.

<표 3-10> 총 수발기간

단위: %

	1년이하	1~3년 이하	3~5년 이하	5~7년 이하	7~9년 이하	9년초과	계	평균(년)
전체	9.1	33.9	27.1	9.1	4.4	16.4	100.0	5.3
치매	6.5	39.2	32.1	7.8	4.4	9.9	100.0	4.1
중풍	6.6	26.0	28.6	11.0	5.3	22.5	100.0	6.2
치매+중풍	6.5	29.0	21.5	13.1	7.5	22.4	100.0	6.1
기타 질병	15.5	35.0	21.2	7.8	2.5	18.0	100.0	5.3

4) 서울시 요보호노인의 수발실태는 2003년 서울시가 서울시정개발연구원에 의뢰하여 실시한 「서울시 노인 복지 기초수요조사 및 정책개발 연구」 결과를 활용하였다. 노인복지 기초수요조사에서는 서울시에 거주하는 치매, 중풍 등 요보호노인 수발가족을 대상으로 수발실태를 조사하였으며, 조사완료된 표본수는 총 1,000표본이다.

응답자의 91.5%가 노인과 동거하여 주 7일을 모두 요보호 노인을 돌보는 것으로 간주할 수 있으며, 함께 살지 않는 수발자(N=85)의 평균 수발일수는 주당 평균 3.6일 정도이다. 한편, 수발하는 날 하루평균 수발시간은 5시간 이하가 38.2%로 가장 많은 반면, 하루 평균 15시간 넘게 돌봐드려야 하는 경우도 14.5%에 달한다. 하루평균 수발시간은 8.6시간이다. 치매와 중풍을 함께 가지고 있는 노인을 모시는 경우 평균 수발일수 및 하루평균 수발시간이 특히 길다.

<표 3-11> 수발시간

단위: %

		전체	치매노인	중풍노인	치매+중풍	기타질병
동거비율		91.5	93.5	91.6	97.9	86.6
주당 수발일수 (비동거시)	1~2일	37.6	25.0	47.4	25.0	42.1
	3~4일	32.9	41.7	31.6	-	31.6
	5~6일	11.8	16.7	10.5	25.0	7.9
	7일	17.6	16.7	10.5	25.0	18.4
	평균(일)	3.6	3.8	3.1	5.3	3.4
하루평균 수발시간	5시간 이하	38.2	32.6	41.4	26.2	47.7
	5~10	32.3	35.0	32.2	35.5	27.6
	10~15	15.0	16.7	14.5	18.7	11.7
	15시간 초과	14.5	15.7	11.9	19.6	13.1
	평균(시간)	8.6	9.0	8.1	10.1	8.0

2) 수발부담

조사대상 요보호 노인을 수발한 이후 주수발자의 건강상태가 악화되었다는 비율이 55.7%이며, 이 가운데 매우 악화되었다는 비율도 13.8%이다. 수발자의 개인특성별로는 여성, 60대 이후의 고령자인 수발자 집단에서 건강악화 경험이 더 높았다. 또한 일상생활 및 심리적 상태와 관련하여서는 노인 수발 때문에 심리적 스트레스가 커졌다는 응답이 83%로 가장 많으며, 자유시간이 감소하였다는 응답도 80.5%로 매우 높다. 직장이나 사회활동을 제대로 할 수 없게 되었다는 응답도 63.7%이다.

<표 3-12> 노인수발 가족의 수발부담

단위: %

	매우 부담	약간 부담	계
건강악화	13.8	41.9	55.7
심리적 스트레스	39.2	43.8	83.0
자유시간 감소	33.1	47.4	80.5
직장·사회생활 제한	20.3	43.4	63.7
가족간 불화	8.0	31.4	39.4

노인의 수발에 소요되는 비용은 한 자녀가 전담하여 부담하는 경우가 46.9%로 가장 많으며 여러 자녀 공동부담이 24.6%로, 전체 71.5%는 자녀들이 요보호 노인의 부양비용을 일부 또는 전부 부담하고 있다. 특히 주수발자가 아들 또는 며느리인 경우 한 자녀가 전부 부담한다는 비율이 높아, 수발을 주로 담당하는 아들 가족이 비용 또한 전적으로 부담하는 것으로 나타났다. 노인 본인이 부담하는 경우는 전체 14.3%이며, 이 경우 대부분 배우자가 주수발자이다. 정부보조금에 의존하는 비율도 11%에 이르는데, 수발자가 남자노인, 고령자 집단, 그리고 배우자 또는 기타 친인척인 경우 정부보조금에 의존하는 비율이 상대적으로 높다.

<표 3-13> 수발비용 부담자

단위: %

		노인본인	한자녀 부담	자녀 공동부담	기타 친인척	종교·복지 단체 ¹⁾	정부 보조금 ²⁾	계
전체		14.3	46.9	24.6	2.5	0.7	11.0	100.0
노인과의 관계***	배우자	26.3	22.9	19.2	2.1	1.7	27.9	100.0
	아들	8.7	53.0	27.0	1.7	-	9.6	100.0
	며느리	10.4	63.0	24.5	0.9	-	1.2	100.0
	딸	13.1	40.5	34.5	3.6	0.6	7.7	100.0
	손자녀	9.1	45.5	18.2	13.6	-	13.6	100.0
	기타 친척	6.9	24.1	10.3	17.2	3.4	37.9	100.0

1) 보건소, 복지관 포함, 2) 무료 포함

***p< 0.001

노인수발에 소요되는 비용은 매우 부담 및 약간 부담을 포함하여 전체 74.2%가 부담스럽다고 응답하였다. 소득수준이 낮을수록 수발비용에 대한 부담정도가 높은 것으로 나타났으며, 특히 수발자의 소득수준이 월 100만원 이하인 집단은 부담된다는 비율이 82.1%이고, 매우 부담된다는 비율도 37.1%로 매우 높았다.

<표 3-14> 수발비용 부담정도

단위: %

		부담됨			별도 부담안됨	전혀 부담안됨	계
		매우부담	약간부담	소계			
전체		18.0	56.2	74.2	24.3	1.5	100.0
수발자 소득 수준***	100만원 이하	37.1	45.0	82.1	15.6	2.3	100.0
	101~200	13.3	61.2	74.5	24.1	1.4	100.0
	201~300	7.0	66.0	73.0	26.3	0.7	100.0
	300만원 초과	7.0	48.2	55.2	43.0	1.8	100.0

***p< 0.001

3) 장기요양서비스 욕구

걱정거리나 스트레스가 쌓이는 경우 전문상담이나 종교·복지기관의 도움을 받는 비율은 매우 낮으며, 이야기할 상대가 전혀 없다는 비율도 19.4%에 이른다. 정보를 얻을 곳이 없다고 응답한 비율도 22%로 높았으나, 수발에 필요한 지원이나 상담 등에 대한 요구는 그리 높은 편은 아니다. 전문상담에 대한 요구는 전체 29.3%이며, 가족자조모임에 대한 요구도 29.1%이다. 수발관련 교육에 대한 수요는 전체 응답자의 31%로 전문상담이나 가족자조모임 요구보다 약간 높다.

<표 3-15> 수발가족 지원서비스 요구율

단위: %

		전문상담	가족자조모임	수발관련 교육
전체		29.3	29.1	31.0
스트레스 상담대상	있음	32.5***	31.0**	34.1***
	없음	16.0	21.1	18.0
정보 얻을 곳	있음	31.8**	31.7**	34.4***
	없음	20.5	20.0	19.1

p< 0.01, *p< 0.001

반면에 장기요양보험을 희망하는 비율은 전체 64.1%로 매우 높았으며, 이 가운데 매우 희망한다는 적극적인 수요는 17.3%이다. 수발비용 부담자별로는 대체로 자녀들이 비용을 부담하는 경우에 요구율이 높았지만, 적극적인 희망(매우 희망) 비율은 노인 본인이 비용을 부담하거나 한 자녀가 비용을 전담하는 경우에 상대적으로 높다. 특히 노인 본인이 수발비용을 부담하는 집단은 대부분 배우자가 수발자가 되는 노인부부가구 형태가 많기 때문에 장기요양보험과 같은 사회적 지원망의 필요성이 더 높은 것으로 해석된다.

수발자 개인특성별로는 소득수준이 높고 연령이 낮을수록 장기요양보험에 대한 희망률이 높게 나타났다. 특히 수발자 소득수준이 300만원을 넘는 집단은 장기요양보험 요구율이 86.9%에 이르고, 이 중 적극 희망한다는 비율도 39.5%로 가장 요구율이 높은 집단이다. 또한 현재 수발비용에 대한 부담을 크게 느끼는 집단일수록 희망률(적극 및 약간 희망 포함)이 높은 편이다. 그러나 현재 수발비용이 전혀 부담되지 않는다는 집단의 희망률은 46.7%로 상대적으로 낮은 편이지만, 적극 희망하는 비율은 26.7%로 다른 집단에 비해서 더 높은 것이 특징이다.

<표 3-16> 장기요양보험 희망률

단위: %

		적극 희망	약간 희망	계
전체		17.3	46.8	64.1
수발비용 부담자***	노인본인	20.3	34.3	54.6
	한자녀 부담	19.6	50.5	70.1
	자녀공동부담	16.3	61.0	77.3
	종교·복지단체	-	14.3	14.3
	정부보조금	7.3	20.0	27.3
수발비용 부담정도**	매우 부담	17.8	36.1	53.9
	약간 부담	15.7	51.1	66.8
	별로 부담 안됨	20.2	46.5	66.7
	전혀 부담 안됨	26.7	20.0	46.7
수발자 연령***	20대	15.2	51.5	66.7
	30대	18.6	62.2	80.8
	40대	19.2	58.9	78.1
	50대	20.3	45.7	66.0
	60대	16.0	28.8	44.8
	70대 이상	10.1	26.2	36.3
수발자 소득수준***	100만원 이하	13.2	26.5	39.7
	101~200만원	12.6	51.0	63.6
	201~300만원	16.8	64.2	81.0
	300만원 초과	39.5	47.4	86.9

p< 0.01, *p< 0.001

제2절 서울시 노인장기요양 정책 및 인프라

1. 서울시 노인장기요양 정책

1) 노인복지 정책방향

급속한 인구 고령화 및 사회구조 변화로 노인복지 수요가 증가하고 있으며, 사회복지 업무의 지방이양으로 지방자치단체 노인복지업무의 중요성이 강조되고 있다. 초기 노인복지사업은 요보호 대상자의 시설수용 중심이었으나, 1980년대 후반부터 사회복지 분야에서 지역사회 중심의 보호를 강조하기 시작하면서 노인복지 분야에도 재가노인복지사업이 강조되기 시작하였고, 최근 들어 2000년 노인구성비가 7%를 넘어서 고령화 사회로 진입하면서, 노인장기요양 문제에 관심을 갖기 시작하였다.

이러한 정책방향의 변화는 서울시 노인복지 업무에도 그대로 반영되고 있다. 서울시는 1980년대 말부터 재가복지사업을 확대하였으나, 1990년대 말부터는 치매나 중풍과 같이 고도의 보호가 필요한 노인들의 시설보호 필요성이 다시 강조되었다. 이에 따라 2002년 수립된 「민선 3기 서울특별시 시정운영 4개년 계획(2003~2006)」에서 치매노인 보호시설 확충을 주요 추진과제의 하나로 설정하고, 장기요양시설, 노인요양병원, 주·단기 보호시설 등 시설 확충 및 상담, 교육, 가정방문서비스 등을 확대하도록 계획하였다.

이러한 경향은 민선 4기에도 지속적으로 반영되고 있다. 2006년 수립된 「민선 4기 서울특별시 시정운영 4개년 계획(2006~2010)」에서 노인복지 분야의 정책방향을 “고령사회에 대비한 노인 보건·복지 서비스 체계 보강”으로 설정하고, 그 하부 목표로 첫째, 노인전문병원, 요양시설 등 보호시설 확충 및 서비스 대상 확대; 둘째, 노인의 사회참여(일자리) 및 여가·교육 프로그램 확대로 삶의 질 향상; 셋째, 지역사회 보건자원을 활용한 지역사회 노인건강관리체계 구축사업 등을 제시하고 있다.

특히 서울시는 민선3기부터 치매노인의 보호 및 지원을 노인복지 분야의 역점 사업으로 추진하고 있다. 이에 따라 치매노인에 대한 예방, 치료, 보호 등 종합적인 복지서비스 제공을 위한 치매노인보호 종합대책을 수립하는 것을 민선 4기의 20대 핵심과제 중 하나로 선정하고 추진 중이다.

2) 장기요양 관련 주요시책

민선4기 서울시 시정운영 4개년계획(2006~2010)과 복지건강국의 주요업무계획을 토대로 노인장기요양 사업과 관련된 주요 사업들을 정리하면 아래와 같다.

(1) 독거 재가노인 종합서비스 확대

시설 및 인력 부족으로 독거 재가노인에 대한 종합적, 체계적 지원이 미흡하다는 판단 하에, 가정봉사원과견시설, 노인돌보미 바우처 제도 등을 활용하여 독거 재가노인 대상 재가복지 사업을 확대한다는 계획이다.

이를 위해 가정봉사원 파견시설 지원대상을 2007년 36개소에서 2010년 46개소로 확대하고, ‘독거노인 원스톱 지원센터’를 운영할 계획이다. 독거노인 원스톱 지원센터는 2007년 5월 현재 25개 자치구에 설치를 완료하고, 재가서비스 지원대상자 누락 및 중복서비스 방지, 서비스 사각지대 발생의 최소화, 독거노인 현황관리 및 생활안전 확인, 방문간호사업 연계 등의 사업을 수행하고 있다.

<표 3-17> 독거 재가노인 지원사업 계획

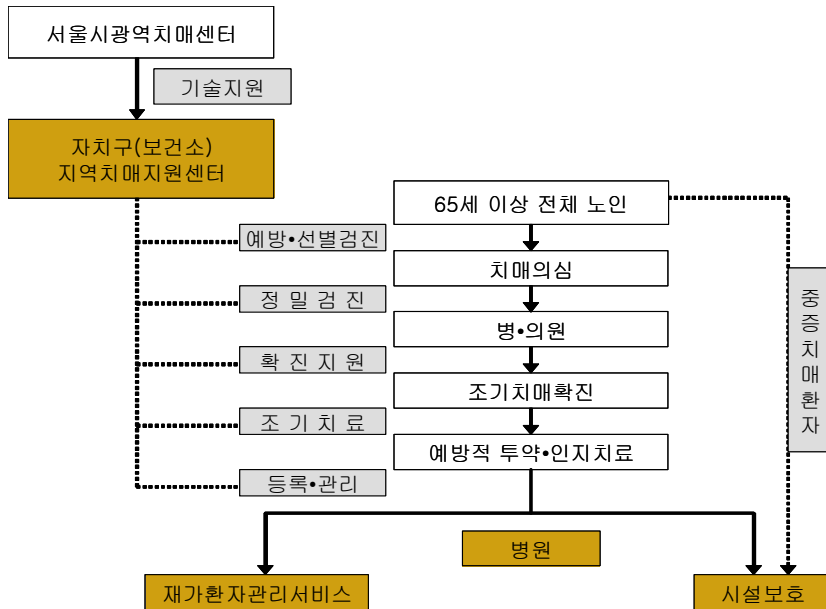
연도 사업내용	2007	2008	2009	2010
가정봉사원파견시설 지원확대(개소)	36	39	42	46
독거노인 원스톱서비스 제공(명)	8,508	8,748	9,228	9,468
차상위계층 노인돌보미 바우처 지원(명)	4,682	4,968	5,271	5,593

자료: 「민선 4기 서울특별시 시정운영 4개년 계획(2006~2010)」

(2) 치매노인 토탈케어서비스 구축

서울시는 늘어나는 치매문제 해결을 위해 치매노인보호 종합대책을 수립하고, 그간 중증 치매환자의 시설수용 중심의 정책에서 한단계 발전하여 치매의 예방부터 재활까지 진행 단계별로 체계적인 통합관리를 제공한다는 계획이다. 서울시에서 계획하고 있는 치매통합관리 시스템은 총괄기능을 담당하는 광역치매센터 1개소와 25개 자치구별 지역치매지원센터로 구성 운영될 예정이다. 이를 위해 2006년 12월 광역치매센터를 설치하였고, 2007년 성북, 성동, 마포, 강동구 등 4개 자치구 지역치매지원센터 설치를 시작으로 매년 7개소씩 확충하여 2010년까지 25개 자치구에 지역치매지원센터 설치를 완료한다는 계획이다.

광역치매센터 및 지역치매지원센터를 중심으로 운영되는 지역사회 중심의 치매 통합관리 시스템의 운영체계는 <그림 3-4>와 같다.



<그림 3-4> 지역사회 중심의 치매 통합관리 체계

자료: 서울시 보건정책과 내부자료

2006년 12월 설치된 광역치매센터는 서울대학교병원에 위탁 운영하고 있으며 치매관리사업의 총괄기획, 평가도구 개발 및 기술지원 등의 기능을 수행한다. 자치구 지역치매지원센터는 치매예방프로그램 시행 및 교육·홍보, 무료 조기검진 제공, 치매상태에 따른 등록관리, 치료 및 재가환자지원 등의 실제적인 서비스 제공과 함께, 저소득층 주민에 대한 치매 확진 검사비(뇌영상 검사비 등) 및 치료비 지원도 실시한다. 또한 지역치매지원센터 내에 부설 인지건강센터가 개설되어 치매예방, 치료, 재활을 위한 체계적이고 전문적인 비약물적 활동 프로그램도 제공된다.

(3) 치매노인 보호시설 확충 및 지원

서울시는 치매노인 보호시설 확충을 위하여 실비(전문)요양시설, 소규모요양시설 및 노인그룹홈, 그리고 주·단기보호시설 등의 재가서비스 시설을 2010년까지 지속적으로 확충할 계획

이다. 이에 따라 2007년 현재 실비전문요양시설 2개소, 실비요양시설 1개소, 소규모시설 2개소, 그룹홈 2개소 등 7개소가 신규로 설치 완료 또는 예정이며, 재가복지시설 8개소가 2007년부터 신규로 지원을 받고 있다. 또한 노인성 질환이 증가함에 따라 요양시설과는 별도로 양천구 신정동에 350병상 규모의 노인전문병원을 계획하고 있다.

<표 3-18> 치매노인 보호시설 확충 계획

단위: 개소

연도 사업내용	2007	2008	2009	2010
장기요양시설 건립	26	32	38	42
소규모 요양시설 설치	20	29	38	46
그룹홈 설치	21	32	43	53
주·단기 보호시설 설치	71	78	85	93

자료: 「민선 4기 서울특별시 시정운영 4개년 계획(2006~2010)」

<표 3-19> 2007년 신규 설치된 노인요양시설

구분	설립형태	시설명	소재지	정원	개원일
실비전문 요양시설	시립	서부노인전문요양센터	마포구 성산동	250	2007.6.20
	구립	하계실버센터	노원구 하계동	70	2007.10.17
실비 요양시설	사립	동암실버센터	동작구 신대방동	50	2007.11
소규모 요양시설	구립	청운실버센터	종로구 수송동	10	2007.7
	사립	중앙소규모요양원	서대문구 합동	20	2007.3
그룹홈	구립	방학노인요양공동생활가정	도봉구 방학동	9	2007.8
	사립	중앙노인요양공동생활가정	서대문구 합동	9	2007.3

자료: 서울시 노인복지과

한편, 서울시는 2007년 1월부터 보건복지부 신규사업인 저소득 시민에 대한 실비이용료 일부지원사업을 시행하고 있다. 지원대상자는 소득이 도시근로자 1인당 월평균 소득인 1,013,000원 이하이며 실비요양시설이나 실비전문요양시설에 입소한 중증 질환노인이다. 자격요건을 갖춘 입소자에 대한 이용료 지원을 입소시설 시설장이 신청하면 이용료 일부가 시설에 지원된다. 서울시의 지원대상자 규모는 1,174명이며, 2007년 3/4분기 현재 수혜자는 890여명이다. 그러나 2008년 하반기부터 장기요양보험제도가 실시되기 시작하면 지원대상자 기준을 강화하여 65세 이상의 차상위 계층 노인으로 실비(전문)요양시설 이용료 지원 자격을 제한할 계획이다.

<표 3-20> 실비(전문)요양시설 이용료 지원기준

구분	지원금			요금
	계	국비(70%)	시비(30%)	
실비요양시설	170,000원/월	119,000원	51,000원	481,000원/월
실비전문요양시설	350,000원/월	245,000원	105,000원	727,000원/월

주: 시설 이용요금은 2007년 기준임.

자료: 서울시 노인복지과

3) 예산 현황

2002년부터 2007년까지 서울시 사회복지예산 추이를 살펴보면, 서울시 전체 예산 중 사회복지 예산은 2002년 11.3%에서 2007년 15.3%로 증가하였으나, 사회복지 예산에서 노인복지 예산이 차지하는 비율은 감소추세를 보여 2002년 15.6%에서 2006년 9.7%로 감소하였다. 2007년에는 광역 및 지역치매센터 지원예산이 추가되어 2006년에 비해서는 다소 증가하였다.

<표 3-21> 서울시 노인복지 예산 추이

단위: 백만원, %

연도	서울시 총예산(A)	사회복지예산		노인복지예산		
		총예산(B)	B/A	총예산(C)	C/B	C/A
2002	11,833,846	1,339,921	11.3	208,786	15.6	1.8
2003	11,491,303	1,328,384	11.5	185,227	13.9	1.6
2004	12,826,544	1,442,879	11.2	163,461	11.3	1.3
2005	13,025,874	1,606,333	12.3	179,174	11.2	1.4
2006	13,303,287	1,961,360	14.7	189,832	9.7	1.4
2007	15,223,184	2,333,755	15.3	245,911	10.5	1.6

주: 2007년 노인복지예산에는 광역치매센터 및 지역치매지원센터의 지원예산이 반영됨.

자료: 서울시 예산 개요(각년도)

노인복지예산의 사업별 배분실태를 파악하기 위하여 노인복지사업을 치매노인보호, 재가복지사업, 노인기초생활지원, 여가 및 사회참여 등 4개의 분야로 구분하여 재구성한 결과는 <표 3-22>와 같다. 이에 따르면, 치매노인보호 및 재가복지사업 등 노인장기요양보호 관련 예산은 2002년 이후로 지속적으로 증가하고 있음을 확인할 수 있다. 2002년 치매노인 보호시설 확충 예산은 노인복지사업 예산의 11.5%였으나, 2007년에는 노인복지사업 예산의 27.1%로 증가하였다. 재가복지사업 예산도 지속적으로 증가하여 2002년 노인복지 예산의 6.7%이던 것이 2007년에는 12.8%이다. 반면 노인복지예산 중 가장 큰 비중을 차지하는 노인기초생활 지

원사업에 투입된 예산의 구성비는 지속적으로 감소 추세를 보여 2002년 67.7%에서 2007년에는 36.8%로 크게 감소하였다. 이는 서울시 노인복지사업이 기초적인 생활지원 사업 중심에서 치매노인 및 독거노인 지원, 여가 및 사회참여 확대 등 다양한 노인의 복지서비스 욕구를 반영하는 방향으로 전환되고 있음을 시사한다.

<표 3-22> 서울시 노인복지예산 항목별 예산 구성비 추이

단위: %

구분	2002	2003	2004	2005	2006	2007
치매노인보호시설 확충	11.5	16.2	23.3	24.9	22.8	27.1
광역 및 지역치매센터 지원	-	-	-	-	-	1.9
노인 재가복지사업	6.7	6.4	8.0	7.5	9.5	12.8
노인기초생활지원	67.7	62.1	49.0	47.5	45.3	36.8
노인여가 및 사회참여 지원	14.1	15.4	19.6	20.1	23.0	21.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주 1) 구성비=사업당 예산액/서울시 노인복지사업 총 예산

2) 2007년 노인복지예산에는 광역치매센터 및 지역치매지원센터의 지원예산이 반영됨.

자료: 서울시 예산개요(각년도)

한편, 2007년 서울시 노인복지예산 245,911백만원 중 요양 및 재가시설 지원 사업에 투입된 예산은 98,335백만원으로 노인복지예산의 39.9%를 차지하고 있다. 세부 항목별로는 노인생활시설 운영에 13.4%인 32,987백만원이 투입되어 가장 큰 비중을 차지하며, 그 외에 재가노인 복지시설 운영 및 노인전문요양센터 건립에 상대적으로 많은 예산이 투입되었다.

<표 3-23> 요양 및 재가시설 지원 예산(2007)

구분	사업내용	예산액(백만원)	구성비(%)
서울시 노인복지예산		245,911	100.0
요양 및 재가시설 지원예산	노인생활시설 운영	32,987	13.4
	노인전문요양센터 건립	18,020	7.3
	노인생활시설 기능보강	14,606	5.9
	치매노인 종합상담센터 운영 등	1,234	0.5
	소계	66,847	27.1
	노인돌보미 바우처 제공	6,174	2.5
	독거노인 도우미 파견	3,456	1.4
	재가노인 복지시설 운영 등	21,858	8.9
	소계	31,488	12.8
계		98,335	39.9

자료: 2007년 서울시 예산개요

2. 장기요양 인프라 공급현황

1) 시설공급 현황

(1) 노인요양시설

노인요양시설은 노인복지법상 의료복지시설로 노인성질환 등으로 요양을 필요로 하는 노인을 입소시켜 급식, 요양, 기타 일상생활에 필요한 서비스를 제공하는 시설이다. 현행 노인복지법에서는 일반요양시설과 치매·중풍 노인을 위한 전문요양시설로 구분되어 있으며, 입소노인의 소득수준에 따라 무료, 실비, 유료 요양시설로 구분된다. 무료시설은 기초생활수급자, 실비시설은 그 외 저소득노인, 유료시설은 일반노인이 입소할 수 있다. 그러나 보건복지부는 2008년도 장기요양보험제도 실시에 대비하여 일반요양시설과 전문요양시설의 구분을 없애 노인요양시설로 단순화하고, 입소노인의 소득수준에 따른 시설유형의 구분도 두지 않는 것으로 2007년 8월 노인복지법을 개정하였다. 또한 가정과 같은 주거여건에서 급식, 요양, 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하는 노인요양공동생활가정을 노인의료복지시설의 한 유형으로 추가하였다.

개정 노인복지법은 2008년 4월 4일부터 시행될 예정이기 때문에 본 연구에서는 현행 노인복지법의 구분에 따라 시설현황을 검토하였다. 2007년 7월말 현재 서울시 소재 노인요양시설은 총 52개소이며, 시설유형별로 무료시설이 19개소, 실비 7개소, 유료가 26개소이다. 52개 노인요양시설의 입소 정원은 총 3,533명이지만, 2007년 7월말 현재 입소인원은 3,150명으로 서울시 65세 이상노인의 약 0.4%에 해당된다. 종사자수는 총 1,674명으로 시설당 평균종사자수는 32명, 평균입소자수는 약 61명이다.

<표 3-24> 서울시 노인요양시설 현황

구분		시설수				입소현황		종사자수
		계	시립	구립	사립	입소정원	입소현원	
무료	요양시설	8	3		5	834	778	286
	전문요양시설	11	4		7	1,227	1,212	697
실비	요양시설	3			3	165	140	55
	전문요양시설	4	2	2		650	528	338
유료	요양시설	10			10	261	165	84
	전문요양	16			16	396	327	214
총계		52	9	2	41	3,533	3,150	1,674

주: 2007. 7. 31 현재

자료: 서울시 노인복지과 내부자료

(2) 재가노인복지시설

노인장기요양보험에서 제공되는 재가급여 유형의 서비스를 제공하는 기관으로는 현행 노인복지법에서 정의하는 재가노인복지시설이 있다. 노인복지법상 재가노인복지시설에는 가정봉사원파견시설(이후 가파시설), 주간보호시설, 단기보호시설이 있다. 노인요양시설과 마찬가지로 재가노인복지시설도 내년도 장기요양보험제도 실시에 대비하여 시설 유형 및 명칭이 방문요양서비스 기관, 주·야간보호서비스 기관, 단기보호서비스 기관, 방문목욕서비스 기관 등으로 변경하는 것으로 노인복지법이 개정되었다.

2006년말 현재 서울시에는 가파시설 33개소, 주간보호시설 80개소, 단기보호시설 28개소 등 총 141개의 재가노인복지시설이 있다. 설립주체별로 가정봉사원파견시설은 시립시설이 많은 반면, 단기보호시설은 사립시설이 상대적으로 많은 편이다. 서울시 소재 재가복지시설의 정원은 4,666명으로 서울시 65세이상 인구 78만명의 약 0.6%가 이용 가능한 규모이다. 이는 2004년 전국노인실태 조사(보사연, 2005)에서 재가복지서비스 이용희망률이 단기보호시설 14.6%, 주간보호 15.8%, 가사지원서비스 31%인 것과 비교할 때 매우 낮은 수준이다.

<표 3-25> 서울시 재가노인복지시설 현황

	시설수				이용인원		총사자수
	계	시립	구립	사립	정원	현원	
가정봉사원 파견시설	33	18	4	11	2,748	4,688 (연인원)	106 (가정봉사원: 2,224)
주간보호시설	80	22	36	22	1,461	1,210	377
단기보호시설	28	6	9	13	457	386	172
합계	141	46	49	46	4,666	6,284	655

주: 2007.3.31 현재

자료: 서울시 노인복지과 내부자료

2) 인프라 확충계획

민선4기 시정운영 4개년 계획에서 2010년까지 장기요양시설 42개소, 소규모 요양시설 46개소 등을 건립하는 것을 목표로 하고 있으며(표 3-18 참조), 이에 따라 서울시는 2007년 현재 장기요양시설 13개소, 소규모시설 16개소, 그룹홈 25개소의 건립을 추진 중이다. 서울시의 장기요양 관련 시설 공급은 주로 치매노인 보호시설 확충에 초점이 주어져 있으며, 1구 1요양시설 확보를 목표로 구립시설 건립비를 지원하고 생활근거지 주변에 소규모 요양시설 및 그룹홈을 공급하는 방향으로 시설 인프라를 확충할 예정이다.

<표 3-26> 노인요양시설 건립추진 현황

구 분	설립주체	시설명/법인명	소재지	정원	준공예정
장기 요양 시설 13개소 1,170명	구립	영등포노인전문요양원	영등포구 문래동	60	2007.12
	구립	용산노인전문요양원	용산구 효창동	70	2008.2
	구립	서대문노인전문요양원	서대문구 홍은동	70	2008.12
	구립	양천노인전문요양원	양천구 신정동	100	2010.8
	사립	수유전문요양원	강북구 수유동	80	2007.12
	사립	위생병원노인전문요양원	동대문구 휘경동	120	2007.12
	사립	은강회노인전문요양원	강서구 내발산동	60	2007.12
	사립	은평노인전문요양원	은평구 진관외동	120	2008.5
	사립	정릉노인요양원	성북구 정릉동	50	2008.5
	사립	진각노인전문요양원	성북구 하월곡동	120	2008.12
	사립	남부실비요양원	금천구 독산동	50	2008.3
	사립	하모니빌노인전문요양원	강남구 자곡동	150	2008.12
	사립	상민노인전문요양원	노원구 상계동	120	2008.12
소규모 시설 16개소 252명	사립	자비촌소규모요양원	은평구 녹번동	15	2007.10
	사립	국제노인요양센터	금천구 독산동	15	2007.10
	사립	한마음복지센터	강서구 화곡동	10	2007.10
	사립	사회)월하복지재단	광진구 구의동	15	2007.12
	사립	사회)은천복지재단	동대문구 장안4동	15	2007.12
	사립	사회)한국사회봉사회	도봉구 쌍문동	15	2007.12
	사립	사회)선화복지재단	도봉구 도봉동	15	2007.12
	사립	사회)인덕원	은평구 진관외동	15	2008.3
	사립	사회)일광복지재단	성북구 삼선동3가	10	2008.3
	사립	사회)모성재단	성북구 삼선동4가	20	2008.5
	사립	사회)행복창조재단	은평구 구산동	15	2008.6
	사립	사회)제중복지재단		16	신축
	사립	사회)말알복지재단		15	신축
	사립	사회)홍파복지원		15	개보수
	사립	재단)순교복자수녀회		26	개보수
	사립	재단)성모성심수도회		20	신축
그룹홈 25개소 225명	사립	참좋은집	은평구 녹번동	9	2007.10
	사립	한사랑그룹홈	금천구 독산동	9	2007.10
	사립	한마음복지센터(그룹홈)	강서구 화곡동	9	2007.10
	사립	동명노인복지센터	관악구 봉천동	9	2007.10
	사립	사회)월하복지재단	광진구 구의동	9	2007.12
	사립	사회)수효사	서대문구 금화장길	9	2007.12
	사립	사회)은천복지재단	동대문구 장안4동	9	2007.12
	사립	사회)한국사회봉사회	도봉구 쌍문동	9	2007.12
	사립	사회)인덕원	은평구 진관외동	9×3개소	2008.3
	사립	사회)일광복지재단	성북구 삼선동3가	9	2008.3
	사립	사회)모성재단	성북구 삼선동4가	9×2개소	2008.5
	구립	영등포구청		9×4개소	매입
	사립	사회)말알복지재단		9×3개소	신축
	사립	사회)제중복지재단		9	신축
	사립	사회)한마음복지재단		9×2개소	신축

자료: 서울시 노인복지과

3. 장기요양시설 및 서비스 운영 현황과 문제점

노인요양시설 및 재가노인복지시설 운영현황을 파악하기 위하여 실태조사를 실시하였다. 조사대상은 서울시 소재 노인요양 및 재가노인복지시설이며, 재가노인복지시설 178개소, 노인요양시설 59개소에 조사표를 배포하고 재가노인복지시설 91개소(가정봉사원파견시설 22개소, 주간보호시설 50개소, 단기보호시설 19개소)와 노인요양시설 37개소(노인요양 16개소, 전문요양 21개소) 등 총 128개소가 조사를 완료하여 분석에 이용되었다. 조사내용은 종사자, 재정, 이용자 및 이용요금 등 일반적인 운영현황이며, 구조화된 조사표를 각 시설에서 작성토록 한 후 이메일로 회수하는 방식으로 진행되었다.

1) 노인요양시설

(1) 운영주체 및 복합시설 유형

조사 완료한 37개 노인요양시설의 운영주체는 사회복지법인이 가장 많은 것으로 조사되었으며, 시·구립 시설의 경우도 모두 위탁을 통해 사회복지 법인에서 운영하는 것으로 나타났다. 유료시설의 경우 개인 운영시설도 많은 편이다.

<표 3-27> 노인요양시설 운영주체

단위: %

구분 \ 시설유형	요양시설			전문요양시설			계
	무료	실비	유료	무료	실비	유료	
사회복지법인	66.7	66.7	100.0	100.0	75.0	16.7	70.3
사단법인	-	-	-	-	25.0	-	2.7
재단법인	33.3	-	-	-	-	-	10.8
개인	-	33.3	-	-	-	66.7	13.5
기타	-	-	-	-	-	16.7	2.7
계 (사례 시설수)	100.0 (12)	100.0 (3)	100.0 (1)	100.0 (11)	100.0 (4)	100.0 (6)	100.0 (37)

한편, 노인요양시설은 단독으로 운영되는 경우가 많은데, 일반요양시설의 경우는 무료시설이, 전문요양시설의 경우는 유료시설이 단독운영 형태가 많은 편이다. 다른 시설과 복합시설로 운영될 때에는 다른 (전문)요양시설 또는 재가노인복지시설과 병설 또는 부설로 운영되는 경우가 많다.

<표 3-28> 노인요양시설 복합시설 유형

단위: %(개소)

복합시설		유형	요양시설			전문요양시설		
			무료	실비	유료	무료	실비	유료
복합시설 아님			50.0	33.3	0.0	27.3	33.3	66.7
병설/ 부설 기관	요양시설		33.3	0.0	0.0	63.6	0.0	0.0
	요양 및 재가시설		0.0	33.3	0.0	0.0	66.7	0.0
	양로시설		16.7	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0
	재가복지시설		0.0	0.0	100.0	9.1	0.0	16.7
	기타		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7
계 (사례 시설수)			100.0 (12)	100.0 (3)	100.0 (1)	100.0 (1)	100.0 (3)	100.0 (6)

(2) 이용자 현황

실태조사를 통해 요양시설 이용노인의 특성을 분석하였다. 시설당 입소정원은 무료노인요양시설, 무료 및 실비 전문요양시설이 100~110명으로 대규모인 반면, 나머지 시설은 40명 정도의 중·소규모로 운영되고 있다. 대부분 시설이 입소율이 높았으나, 실비요양시설(79.7%)과 유료 전문요양시설(70.4%) 이용률은 다소 낮았다.

<표 3-29> 노인요양시설 시설당 평균 정원 및 입소자수

		사례 시설수	평균 정원(명)	평균 입소자수(명)	평균 입소율(%)
요양시설	무료	12	105.7	98.9	93.6
	실비	3	47.7	38.0	79.7
	유료	1	40.0	40.0	100.0
전문요양 시설	무료	11	111.6	110.8	99.3
	실비	4	107.3	104.5	97.4
	유료	6	41.2	29.0	70.4
전체		37	90.7	85.2	93.9

노인요양시설 이용자의 연령은 무료시설에서 60대의 젊은 노인이 상대적으로 많은 반면, 유료시설에는 80세 이상 후기고령노인이 더 많은 편이다. 이는 무료시설의 경우 건강상태보다는 기초생활 수급자 위주로 대상자 선정이 이루어지기 때문으로 추측된다. 실제로 입소노인의 소득수준별 상태를 보면 무료시설 이용노인은 거의 100% 기초생활수급자이다.

한편, 노인요양시설 입소노인의 건강상태는 전문요양시설의 경우 치매, 중풍노인이 많은 반면, 일반요양시설은 상대적으로 노인성 질병을 가진 노인이 많은 편이다. 무료요양시설은

와상, 치매, 중풍이 아닌 기타 질병을 가진 노인이 60%를 넘는데, 특히 내과질환을 가진 노인이 40.1%로 가장 많다. 실비요양시설도 치매, 중풍노인이 전체 60%를 차지하지만, 내과질환으로 요양시설에 입소한 노인이 20.2%에 달하고 건강이 양호한 노인도 2.6%로 조사되었다. 따라서 무료 및 실비요양시설의 경우 요양시설에 입소해야 할 정도로 건강문제가 심각하지 않은 노인들도 입소해있는 것으로 보인다.

<표 3-30> 노인요양시설 이용자 특성

단위: %

이용자		요양			전문요양		
		무료	실비	유료	무료	실비	유료
시설당 평균이용자수(명)		(98.9)	(38.0)	(40.0)	(110.8)	(104.5)	(29.0)
연령	60~69세	6.9	1.8	0.0	11.1	6.0	4.0
	70~79세	39.7	31.6	27.5	37.6	37.4	27.6
	80세 이상	53.4	66.6	72.5	51.3	56.7	68.4
건강 상태	와상	16.7	0.0	2.5	8.9	19.4	23.6
	치매	9.5	40.4	97.5	59.4	45.2	28.7
	중풍	10.1	21.9	0.0	25.9	27.0	24.1
	내과질환	40.1	20.2	0.0	2.0	4.1	8.6
	근골격계질환	18.9	14.0	0.0	0.7	1.2	8.0
	기타 질병	3.1	0.9	0.0	2.8	3.1	6.9
	양호	0.8	2.6	0.0	0.2	0.0	0.0
소득 수준	수급권자	100.0	20.2	5.0	99.9	0.0	0.0
	저소득(차상위)	0.0	70.2	87.5	0.1	13.4	0.6
	일반	0.0	9.6	7.5	0.0	86.6	99.4
계 (사례 시설수)		100.0 (12)	100.0 (3)	100.0 (1)	100.0 (11)	100.0 (4)	100.0 (6)

(3) 종사자 현황

조사에 응답한 37개 노인요양시설의 종사자수는 시설당 평균 41.6명이며, 무료 및 실비 전문요양시설이 60명 전후로 가장 규모가 크고, 그 다음으로 무료노인요양시설이 36명 정도의 규모이다. 유료시설은 상대적으로 소규모로 운영되고 있다. 노인요양시설의 주요 인력은 생활지도원으로 모든 기관에서 전체 종사자수의 50% 이상을 차지하고 있으며, 그 외에는 간호사/간호조무사와 조리사가 노인요양시설의 주요 인력이다. 생활복지사는 시설별로 1명 정도 확보하고 있는 것으로 나타났다.

한편, 종사자중 과건 또는 비상근 직원이 많은 직종은 의사, 생활지도원으로 의사는 모든 시설에서 100% 비상근의 촉탁의사였으며, 생활지도원은 평균 25.4%가 비정규직이다. 생활지

도원의 파견직 비율은 실비전문요양시설에서 85.5%로 매우 높았으며, 실비요양 및 무료전문요양시설도 50%를 넘었다. 생활지도원은 노인요양시설에서 서비스를 직접 제공하는 최일선인력이라는 점에서 생활지도원의 파견/비상근직 비율이 높은 것은 서비스 공급의 안정성 및 서비스 질에 한계가 있을 수 있음을 시사한다.

<표 3-31> 노인요양시설 평균 종사자수

단위: 명

직급	유형	요양시설			전문요양시설			전체
		무료	실비	유료	무료	실비	유료	
(사례 시설수)		(12)	(3)	(1)	(11)	(4)	(6)	(37)
총계		36.3	15.3	14.0	59.9	61.8	23.0	41.6
시설장		1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0
사무국장		1.0	0.3	0.0	1.0	1.0	0.0	0.8
생활복지사		1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.5	1.1
전담/축탁의사		1.0	0.7	1.0	1.0	1.0	1.5	1.1
간호사/간호조무사		3.5	1.3	1.0	4.9	5.3	3.0	3.8
물리치료사		1.2	0.7	0.0	1.3	1.0	0.5	1.0
생활지도원		20.0	7.0	8.0	39.6	41.5	11.3	25.4
사무원		1.0	0.7	0.0	1.1	1.0	0.3	0.9
영양사		0.6	0.3	0.0	0.9	0.8	0.3	0.6
조리원		2.2	1.7	1.0	2.9	3.0	1.7	2.3
위생원		1.5	0.7	1.0	1.9	1.5	0.8	1.4
관리인		2.1	0.0	0.0	1.6	1.0	1.0	1.4

<표 3-32> 직급별 파견/비상근 직원 비율

단위: %

직급	유형	요양시설			전문요양시설			전체
		무료	실비	유료	무료	실비	유료	
시설장		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
사무국장		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
생활복지사		0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	11.1	5.0
전담/축탁의사		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
간호사/간호조무사		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
물리치료사		0.0	0.0	0.0	7.1	0.0	66.7	8.1
생활지도원		4.2	57.1	0.0	50.8	85.5	13.2	42.0
사무원		8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.1
영양사		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
조리원		0.0	0.0	0.0	3.1	25.0	10.0	5.8
위생원		5.6	0.0	0.0	4.8	50.0	20.0	11.3
관리인		0.0	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	1.9

(4) 재정 현황

실태조사 결과, 무료시설의 경우 운영비의 대부분을 서울시 보조금에 의존하고 있다. 2006년 결산 기준으로 무료요양시설의 경우 시설당 평균 10억원, 무료전문요양시설은 14.6억원의 서울시 보조금을 지원받은 것으로 조사되었다. 실비시설의 경우도 기능보강비 명목의 국고보조금을 제외하고 서울시 보조금이 운영재원의 큰 부분을 차지하고 있다. 유료시설은 요양시설 1개소가 기능보강비 명목으로 국고보조금을 지원받은 것을 제외하고는 정부지원을 받고 있지 않으며, 대부분 이용료 수입으로 운영되고 있다.

<표 3-33> 노인요양시설 수입현황

단위: 천원(%)

구분 \ 유형		요양시설			전문요양시설		
		무료	실비	유료	무료	실비	유료
(사례 시설수)		(12)	(3)	(1)	(11)	(3)	(6)
총계		1,328,153 (100.0)	489,769 (100.0)	413,615 (100.0)	1,800,351 (100.0)	2,385,764 (100.0)	654,924 (100.0)
정부 보조금	국고보조금 (기능보강비)	91,769 (6.9)	31,667 (6.5)	172,787 (41.8)	66,452 (3.7)	9,344 (0.4)	0
	서울시 보조금	1,071,658 (80.7)	171,453 (35.0)	0	1,461,687 (81.2)	665,720 (27.9)	0
	자치구 보조금	22,909 (1.7)	0	0	115,227 (6.4)	221,273 (9.3)	0
사업 수입	이용료 수입	0	189,744 (38.7)	203,422 (49.2)	2,955 (0.2)	1,150,957 (48.2)	642,039 (98.0)
	기타사업수입	0	0	0	5,705 (0.3)	31,698 (1.3)	8,533 (1.3)
후원금		50,986 (3.8)	24,026 (4.9)	15,253 (3.7)	32,955 (1.8)	16,509 (0.7)	0
법인전입금		46,152 (3.5)	45,548 (9.3)	0	67,752 (3.8)	110,558 (4.6)	0
기타 접수입		17,115 (1.3)	6,722 (1.4)	5,048 (1.2)	24,235 (1.3)	51,516 (2.2)	2,706 (0.4)
이월금		27,565 (2.1)	20,610 (4.2)	17,105 (4.1)	23,383 (1.3)	128,190 (5.4)	1,646 (0.3)

* 2006년 결산 기준임.

2) 재가노인복지시설

(1) 운영주체 및 복합시설 유형

실태조사 결과 재가노인복지시설은 사설시설은 물론 공설시설도 모두 민간부문에서 맡아

서 운영하고 있으며, 운영기관은 사회복지법인이 모든 시설유형에서 가장 많았다. 가파시설 운영기관은 사단법인 형태도 많은 편인 반면, 주간보호 및 단기보호시설은 사회복지법인 다음으로 재단법인 형태가 많은 편이다.

<표 3-34> 재가노인복지시설 운영주체

단위: %

구분 \ 시설유형	가파시설	주간보호	단기보호	전체
사회복지법인	59.1	76.0	73.7	71.4
사단법인	27.3	8.0	5.3	12.1
재단법인	4.5	10.0	15.8	9.9
개인	4.5	0.0	5.3	2.2
기타	4.5	6.0	0.0	4.4
계 (사례 시설수)	100.0 (22)	100.0 (50)	100.0 (19)	100.0 (91)

한편, 재가노인복지시설 중 단일 시설로만 운영되는 경우는 전체 24.2%이며, 시설유형별로는 가정봉사원파견시설 중 31.8%가 단일시설로 운영되어 가장 높았다. 다른 복지시설과 병설 또는 부설로 운영되는 경우, 주로 다른 유형의 재가복지시설과 함께 운영하는 경우가 가장 많았고, 단기보호시설은 시설의 성격 때문에 요양시설과 함께 운영되는 경우도 많은 편이다.

<표 3-35> 재가노인복지시설 복합시설 유형

단위: %(개소)

복합시설 \ 유형		가파시설	주간보호	단기보호	전체
복합시설 아님		31.8	26.0	10.5	24.2
병설/ 부설 기관	재가복지시설	31.8	16.0	36.8	24.2
	재가시설 및 기타 복지시설	22.7	52.0	36.8	41.8
	재가시설 및 요양시설	4.5	4.0	5.3	4.4
	요양시설	4.5	0.0	10.5	3.3
기타		4.5	2.0	0.0	2.2
계 (사례 시설수)		100.0 (22)	100.0 (50)	100.0 (19)	100.0 (91)

(2) 이용자 현황

조사에 응한 91개 재가노인복지시설 실태를 분석한 결과, 가파시설의 이용정원은 시설당 평균 88.8명이지만 실제 이용자 현원은 실인원 기준으로 85.1명으로 이용률은 95.8%에 달한

다. 그러나 가파시설의 경우 시간제로 이용되기 때문에 연인원 실적은 월평균 1,729명으로 나타났다. 주간 및 단기보호시설의 정원규모는 시설당 17~18명 정도이며, 실제 이용인원은 주간보호시설은 평균 15.9명, 단기보호시설은 16.4명으로 이용률은 각각 93.5%와 92.1%이다.

이용자의 개인특성을 보면, 가파시설은 70대 노인이 가장 많은 반면, 주간 및 단기보호시설로 갈수록 80대 후기 고령인구의 비율이 높아져, 단기보호시설은 이용노인의 평균 66.5%가 80대 이후 노인이다. 각 시설유형별 연령구성의 특성은 이용노인의 건강상태와도 관련이 있어, 가파시설 이용노인의 상당수가 신체 또는 인지적 문제가 있는 노인이지만, 건강상에 문제가 없는 노인도 21.4%에 달한다. 따라서 장기요양보험제도가 실시되면 상당수의 노인이 수급 대상인 3등급 이내에 포함되지 못할 것으로 예상된다. 주간 및 단기보호시설 이용노인도 거의 모두 치매 또는 심신장애가 있는 노인들이지만, 장애정도에 따라서 장기요양보험제도의 판정 도구를 적용할 경우 3등급 내에 포함되지는 못하는 노인이 발생할 수 있을 것으로 예상된다.

<표 3-36> 재가노인복지시설 이용자 특성

단위: %

이용자 \ 유형		가파시설	주간보호	단기보호	전체
시설당 평균이용자수(명)		(86.7)	(15.9)	(16.4)	(32.5)
연령별	60~69세	10.7	14.8	6.1	11.4
	70~79세	50.1	41.9	26.9	45.5
	80세이상	39.2	43.4	66.5	43.4
건강상태	치매	2.8	43.4	26.8	17.2
	심신허약	72.3	29.6	11.0	53.5
	치매&심신허약	3.5	23.9	62.2	15.9
	양호	21.4	2.5	0.0	13.7
소득수준	수급권자	77.0	17.6	17.1	54.5
	저소득(차상위)	14.1	15.1	20.7	15.1
	일반	8.9	67.3	62.2	30.5
요금형태	무료이용	96.2	18.2	17.1	66.8
	실비이용	3.8	81.1	82.3	33.2
계 (사례 시설수)		100.0 (21)	100.0 (50)	100.0 (19)	100.0 (90)

소득수준별로는 가파시설 이용자의 77%가 기초생활수급권자, 14.1%가 기타 저소득층으로 전체 91.1%가 저소득층인 반면, 주간보호 및 단기보호시설은 일반노인이 각각 67.3%, 62.2%이다. 즉, 가파시설은 건강상태보다는 소득수준을 기준으로 서비스 대상이 선정되는 것을 확인할 수 있다.

(3) 종사자 현황

재가노인복지시설의 평균종사자수는 가파시설 12.7명, 주간보호시설 9명, 단기보호시설 9.9명으로 비교적 소규모로 운영되고 있다. 대부분 시설에 시설장이 있었으나, 주간보호시설 2개소와 단기보호시설 1개소에는 시설장이 없다. 이들 시설은 복지관 부설로 운영되어 복지관 관장이 재가복지시설 시설장을 겸하고 있는 경우이다.

재가복지시설에는 모두 사회복지사가 배치되어 있었으며, 특히 가파시설(2.9명)과 주간보호시설(2.5명)은 사회복지사가 핵심인력인 것으로 나타났다. 그 외에 가파시설은 유급가정봉사원(3.4명)이, 단기보호시설은 생활지도원(2.3명)이 핵심적인 인력이었다. 한편, 현재 종사자 중 파견이나 비상근과 같은 비정규직 인력은 가정봉사원 파견시설에서 특히 높은 것으로 확인되었다. 유급가정봉사원의 76%가 비상근으로 비정규직 비율이 가장 높았고, 위생원(50.0%), 물리치료사 및 조리원(33.3%), 간호사/간호조무사(20.0%) 등의 비정규직 비율도 높은 편이다.

<표 3-37> 재가노인복지시설 종사자 현황

시설유형 직급	가파시설		주간보호		단기보호	
	평균인원 (명)	파견/비상근 비율(%)	평균인원 (명)	파견/비상근 비율(%)	평균인원 (명)	파견/비상근 비율(%)
시설장	1.0	9.1	0.96	16.7	0.95	11.1
사회복지사	2.9	4.8	2.5	1.6	1.2	8.7
간호사/간호조무사	0.2	20.0	0.8	2.6	0.9	0.0
물리치료사	0.1	33.3	0.4	0.0	0.1	0.0
생활지도원	0.6	0.0	1.1	1.8	2.3	0.0
유급가정봉사원	3.4	76.0	0.2	0.0	0.3	0.0
사무원	0.8	5.9	0.4	5.3	0.3	0.0
조리원	0.3	33.3	0.4	9.5	0.8	0.0
위생원	0.1	50.0	0.1	0.0	0.0	0.0
보조원/운전기사	0.6	7.1	0.6	6.7	0.1	0.0
기타*	2.8	91.7	2.1	53.5	2.2	2.6
계	12.7	-	9.0	-	8.8	-

* 기타 인원으로는 보일러기사, 취사원, 축탁의, 영양사 등이 있음.

(4) 재정 현황

사회 및 노인복지관 부속으로 운영되어 조사표에 복지관 전체 재정상황을 기재한 9개 시설과 2006년도 수입현황을 기재하지 않은 2개 시설을 제외한 나머지 80개 시설의 재정현황을

분석하였다. 80개 시설 중 69개소만 정부보조금을 지원받고 있으며, 정부보조금이 있는 경우와 없는 경우의 재정규모 및 구조가 다르게 나타난다. 정부보조금을 받는 시설이 그렇지 않은 시설에 비해 재정규모가 대체로 크다. 특히 가정봉사원 파견시설의 경우 정부보조금을 받는 시설의 재정규모가 약 3.3배이다. 일반적으로 보조금이 지원되지 않는 시설은 개인이 운영하는 소규모 시설들이다.

정부보조금을 받는 경우 전체 재원에서 정부보조금이 차지하는 비율이 절반을 넘고, 특히 주간보호시설은 전체 수입의 63.2%가 정부보조금으로 보조금 의존도가 가장 높다. 정부보조금 이외의 수입원으로는 가정봉사원 파견시설은 후원금이 24.5%로 높은 편이고, 주간 및 단기보호시설은 이용료 수입이 각각 14.7%, 29.9%로 두 번째 많은 비율을 차지한다. 법인전입금도 전체 수입의 7~10% 정도를 차지하고 있다.

<표 3-38> 재가노인복지시설 재원별 평균수입 (정부보조금 있는 경우)

단위: 천원(%)

		가파시설	주간보호	단기보호
(사례 시설수)		(12)	(40)	(17)
총계		227,346 (100.0)	139,293 (100.0)	216,790 (100.0)
정부 보조금	국·시비 보조금	118,778 (52.2)	88,066 (63.2)	117,930 (54.4)
	자치구 보조금	13,647 (6.0)	10,769 (7.7)	1,350 (0.6)
사업 수입	이용료 수입	9,349 (4.1)	20,456 (14.7)	64,721 (29.9)
	기타사업 수입	15 (0.007)	327 (0.2)	1 (0.0001)
후원금		55,659 (24.5)	4,858 (3.5)	5,250 (2.4)
법인전입금		23,602 (10.4)	10,333 (7.4)	18,191 (8.4)
기타 잡수입		500 (0.2)	481 (0.3)	819 (0.4)
이월금		5,796 (2.5)	4,005 (2.9)	8,529 (3.9)

한편, 정부의 재정지원을 받지 않는 시설은 재정규모도 작아서 가정봉사원 파견시설은 시설당 평균 6천 8백만원, 주간보호시설은 1억원, 단기보호시설은 9천 8백만원 정도가 연간 재정규모이다. 정부보조를 받지 않는 가정봉사원파견시설은 주로 후원금과 법인전입금으로 운영되고 있으며, 주간보호시설은 법인전입금, 단기보호시설은 이용료 수입이 주요 재원이 되고 있다. 정부지원을 받지 않는 시설의 법인전입금은 구성비 뿐 아니라 금액면에서도 정부지원을 받는 시설에 비해 큰 것으로 나타났다.

<표 3-39> 재가노인복지시설 자원별 평균수입 (정부보조금 없는 경우)

단위: 천원(%)

		가파시설	주간보호	단기보호
(사례 시설수)		(6)	(3)	(2)
총계		68,007 (100.0)	105,529 (100.0)	98,481 (100.0)
사업 수입	이용료 수입	0 (0.0)	14,185 (13.4)	85,581 (86.9)
	기타사업 수입	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
후원금		31,653 (46.5)	7,820 (7.4)	900 (0.9)
법인전입금		34,685 (51.0)	83,043 (78.7)	12,000 (12.2)
기타 접수입		777 (1.1)	0 (0.0)	0 (0.0)
이월금		892 (1.3)	481 (0.5)	0 (0.0)

4. 기타 장기요양 관련 서비스 현황

앞서 논의한 재가노인복지시설과 노인요양시설은 현재의 기능이 앞으로 시행될 장기요양 보험제도에서 제공하는 서비스 내용과 일치하는 시설들이다. 그러나 재가노인복지시설 및 노인요양시설 이외에도 현재 지역사회 보건·복지서비스 기관 가운데 장기요양보험제도에서 제공되는 급여내용과 유사한 서비스를 제공하는 곳이 많이 있다.

1) 노인복지관 및 종합사회복지관 재가복지사업

노인복지관과 종합사회복지관은 대표적인 지역사회 복지시설이다. 서울시에는 현재 26개의 노인복지관과 96개 종합사회복지관이 있다. 서울시정개발연구원이 서울시내 4개 자치구의 지역복지시설 사업운영 사례를 조사한 결과에 따르면(김경혜, 2006)⁵⁾, 노인복지관 및 종합사회복지관에서 제공하는 서비스 가운데 장기요양보험제도의 재가급여와 유사한 서비스가 큰 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

<표 3-40>, <표 3-41>은 노인복지관 및 종합사회복지관의 사업내용을 분석한 것이다. 이 가운데 장기요양보험제도 관련서비스로는 지역사회보호 영역과 보건의료서비스 영역이 포함된다. 지역사회보호 영역에는 급식, 가사지원이나 가정봉사원 파견과 같은 가정방문서비스, 이동목욕이나 이미용서비스와 같은 일상생활지원, 주간 및 단기보호서비스 등이 포함되며, 보건의료서비스 영역에는 건강관리를 위한 서비스, 치료 및 간병, 방문간호, 물리치료 등 기능회

5) 서울시내 강북구, 은평구, 동작구, 송파구 등 4개 자치구를 사례지역으로 선정하여 지역내 복지시설의 운영실태를 조사하였다. 조사대상에는 4개의 노인복지관, 19개 종합사회복지관이 포함되었다.

복 프로그램 등이 포함된다.

노인종합복지관에서 수행하는 사업 가운데, 지역사회보호 영역은 단위사업수의 35.8%, 투입예산의 61.5%, 이용자수의 29.2%를 차지하는 것으로 나타났으며, 보건의료 관련서비스도 단위사업수 15.3%, 투입예산 2.8%, 이용자수 22.3%를 차지한다. 이들을 합치면 노인복지관 사업의 절반 이상이 장기요양보험제도의 재가급여와 유사한 사업들이라고 볼 수 있다. 반면에 노인복지관은 노인복지법상 노인여가복지시설임에도 불구하고 문화·사회교육 분야 사업은 단위사업수의 35.5%, 투입예산의 12.6%, 이용자수의 30.2%로 조사되어, 노인복지관이 여가복지시설로서의 기능보다는 재가복지시설 성격이 더 강한 것이 현실이다.

<표 3-40> 노인복지관 사업구성

단위: %

영역	서비스 내용	단위사업수	투입예산	연이용자수
상담 및 사회관계	상담, 검사, 심리·사회교육 등	4.4	5.3	16.3
지역사회보호	급식, 가정방문서비스, 일상생활지원, 주간·단기보호 등	35.8	61.5	29.2
보건의료서비스	건강관리, 진료 및 간호, 기능회복 프로그램 등	15.3	2.8	22.3
직업·경제	직업훈련, 취업알선, 보호적업장, 현금·현물지원	4.5	14.7	0.9
문화·사회교육	사회교육, 기능교실	35.5	12.6	30.2
지역사회활동	지역행사, 주민교육 등	4.5	3.2	1.0
계		100.0	100.0	100.0

자료: 김경혜(2006)

종합사회복지관도 모두 부설 재가복지봉사센터를 설치하고 재가복지사업을 실시하고 있다. 김경혜(2006)의 조사에서 노인복지관과 마찬가지로 종합사회복지관도 재가복지사업이 기관의 주요 사업영역인 것으로 나타났다. 지역사회보호 사업영역과 보건의료 영역을 합해서 재가급여와 유사한 형태의 사업이 종합사회복지관 단위사업수의 29.4%, 투입예산의 29.1%, 이용자수의 34.4%를 차지하여, 전반적으로 종합사회복지관 사업의 약 1/3이 재가복지사업이라고 볼 수 있다. 종합사회복지관은 지역사회 주민 전체를 대상으로 하지만, 실제 서비스 수혜자는 지역사회내 저소득 노인이 대부분을 차지하여 장기요양보험제도의 재가급여와 서비스 대상이 중복되는 면이 있다.

<표 3-41> 사회복지관 사업구성

단위: %

영역	서비스 내용	단위사업수	투입예산	연이용자수
상담 및 사회관계	상담, 검사, 심리·사회교육 등	31.3	23.0	20.8
지역사회보호	급식, 가정방문서비스, 일상생활지원, 주간·단기보호 등	22.8	28.1	31.3
보건의료서비스	건강관리, 진료 및 간호, 기능회복 프로그램 등	6.6	1.0	3.1
직업·경제	직업훈련, 취업알선, 보호작업장, 현금·현물지원	8.2	30.3	11.4
문화·사회교육	사회교육, 기능교실	22.9	15.5	29.2
지역사회활동	지역행사, 주민교육 등	8.2	2.1	4.2
계		100.0	100.0	100.0

자료: 김경혜(2006)

노인복지관 및 사회복지관이 이처럼 장기요양보험제도의 재가급여와 유사한 서비스를 제 공함에 따라 크게 두가지 문제가 발생할 수 있다. 첫 번째는 서비스 중복 문제이다. 장기요양 보험제도가 실시된 이후에도 노인복지관이나 종합사회복지관과 같은 기존의 지역사회 복지사 업은 여전히 남아있게 된다. 이렇게 되면 건강보험공단을 중심으로 운영되는 장기요양보험제 도와 지자체 중심의 지역복지사업이 서로 다른 서비스 전달체계로 운영되어 중복수혜 문제가 발생할 수 있다. 서비스 중복은 일차적으로 한정된 복지자원의 효율적 활용이라는 점에서 문 제가 있다. 복지시설 공급이 수요에 미치지 못하는 현재 상황에서 서비스 내용이 특정 분야에 중복되는 것은 서비스 총량이 감소하는 것과 같다. 서비스 중복은 다른 한편으로는 누락이라 는 문제를 동반한다. 공급이 제한적이기 때문에 특정분야에 서비스가 중복되면 누락되거나 부 족한 부분이 있을 수밖에 없다.

두 번째는 서비스 기관의 정체성 문제이다. 현재 가파시설, 주간 및 단기보호시설 등 재가 노인복지시설의 상당수가 노인복지관 또는 사회복지관의 부설로 설치 운영되고 있다. 가정봉 사원과관선시설의 67.7%가 노인복지관 부설로 운영되고 있으며, 주간보호시설의 62.8%, 단기보 호시설의 46.2%도 노인복지관 또는 사회복지관 부설로 운영되고 있다. 이에 따라 장기요양보 험제도 실시 이후 사회복지관 및 노인복지관이 장기요양급여 기관으로 전환해야 하는지, 아니 면 지역복지시설로 계속 남아있어야 하는지 기관의 성격에 대한 정리가 필요하다. 복지관들이 장기요양기관으로 전환되면 장기요양 인프라가 늘어나는 효과가 있지만, 반대로 지역복지 자 원은 감소하는 문제가 있다.

<표 3-42> 재가노인복지시설 설치 형태

단위: 개소(%)

구분	독립 시설	노인복지관 부설	사회복지관 부설	계
가정봉사원파견시설	10(32.3)	21(67.7)	-	31(100.0)
노인 주간보호시설	29(37.2)	25(32.1)	24(30.8)	78(100.0)
노인 단기보호시설	14(53.8)	5(19.2)	7(26.9)	26(100.0)

자료: 김경혜(2006)

2) 보건소 방문간호사업

장기요양보험제도에서 제공하는 재가급여의 한 유형인 방문간호서비스는 현재 보건소 방문간호사업, 병원 및 간호협회의 가정간호사업으로 이미 실시되고 있으며 사업대상의 상당수가 노인들이다. 보건소 방문간호사업은 기초생활수급자 등 지역내 저소득층을 대상으로 무료 서비스를 제공하는 것으로, 1991년 서울시 5개 자치구에서 처음 시작되었고 2001년 전국 보건소에 정규인력을 배치하면서 전면적으로 실시되었다. 이후 중앙정부가 관심을 가지고 2003~2004년 대도시 방문보건사업을 시범실시하고 2006년 8월 보건소 방문보건사업 활성화 방안을 수립하였다.

일반병원 및 간호협회의 가정간호사업은 조기퇴원환자나 만성질환자를 대상으로 유료서비스를 제공하는 것이기 때문에 장기요양보험제도가 시작되면 보험체계 내로 흡수되는데 문제가 없을 것으로 판단된다. 그러나 보건소는 공공기관이기 때문에 장기요양서비스 기관으로 신청하여 유료 사업을 하는 것은 불가능하다. 따라서 장기요양보험 체계 하의 방문간호사업과 보건소 무료 방문간호사업은 동시에 진행되어야 하며, 이 경우 서비스 중복성 문제가 발생할 수 있다. 이에 따라 보건복지부는 전문가 논의를 거쳐 2007년 4월 기존의 보건소 방문보건사업을 전면 개편한 “맞춤형 방문건강관리사업”을 실시하도록 하였다. 종전의 보건소 방문보건사업이 주로 기초생활수급자 중 노인과 장애인을 대상으로 한 것에 비해 맞춤형 방문건강관리사업은 서비스 대상을 취약계층으로 확대하였으며, 사업내용도 건강관리에 더 역점을 둔다는 점에서 차이가 있다.

그러나 보건복지부의 이러한 노력에도 불구하고 제1차 장기요양보험제도 시범사업 결과 문제점이 제기되었다. 보건소 방문보건사업 대상자 중 건강상태가 더 열악한 노인이 장기요양보험 대상자로 선정된 것으로 확인되었으나, 두 가지 사업에서 제공하는 서비스 내용 및 대상자가 유사하여 차별화에 어려움이 있다는 것이 서비스 현장의 지적이다(강혜영, 2007). 따라서

지역보건법에 근거한 보건소 맞춤형 방문건강관리사업과 노인장기요양보험법에 근거한 방문 간호사업의 구분 및 연계방안 모색이 필요하다.

<표 3-43> 맞춤형 방문건강관리사업

	2006년	2007년
사업명칭	방문보건사업	맞춤형 방문건강관리 사업
사업대상	기초수급권자 및 차상위 (건강보험부과 등급 50% 이하)	취약계층을 대상으로 하는 것은 유사하나 6단계로 순위를 정하여 그 단계를 마무리하고 다음 순위로 범위확대
중점대상	수급자 노인 및 장애인	노인·장애인 외 수급자, 차상위계층 노인 및 장애인, 임산부(농어촌), 결혼이민자 가구
주요서비스	거동불편자 위주의 간호서비스	만성질환관리와 건강생활실천 상담·교육 및 지역사회 자원연계

자료: 류근형(2007)

3) 노인돌보미 바우처 사업

보건복지부는 혼자 힘으로 일상생활을 하기 어려운 노인에게 가사지원 및 활동지원 서비스를 제공할 목적으로 노인돌보미 바우처사업을 실시하고 있다. 이 사업은 2006년 시범사업을 실시하였고, 2007년부터 전면 실시되고 있다. 사업 예산은 국비와 지방비가 70:30(서울시는 50:50)으로 구성되며 2007년 전국 22,297명, 서울시 4,682명이 서비스를 이용할 것으로 예측하고 있다. 사업운영 방식은 서비스 대상자에게 카드식 바우처를 발급하면 지정된 기관에서 바우처를 이용하여 서비스를 받는 형태이다. 서비스 단가는 2시간 이용권이 21,000원이고 1시간 초과시 5,500원이 추가된다. 바우처 지원액은 2007년 기준으로 월 202,500원이며, 서비스 이용시 이용요금의 15%는 본인이 부담해야 한다.

노인돌보미 바우처 사업의 대상은 만65세 이상의 노인 중 경제상태, 건강상태 및 가구여건 등을 고려하여 선정된다. 돌봄서비스 대상이 되기 위한 소득기준은 가구소득이 전국의 평균가구소득의 80% 이하여야 하며, 건강상태는 노인요양 필요점수 45점 이상으로 규정하고 있다. 단, 장기요양보험과의 중복을 피하기 위하여 장기요양보험을 통해 서비스를 받는 노인은 노인돌보미 사업대상에서 제외하도록 하였다. 제공되는 서비스는 식사·세면 도움, 옷갈아입히기, 체위변경, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출동행, 생필품 구매, 청소·세탁 등으로 구성되어 장기요양보험제도 하의 재가급여와 매우 유사하다. 또한 시·군·구별로 가정봉

사원파견시설 및 자활후견기관을 서비스 공급기관으로 지정하여 사업을 수행토록 함으로써 장기요양사업 공급주체와 중복될 가능성이 높다.

4) 독거노인 생활지도사 파견사업

최근에 새로 시작된 노인복지사업으로 ‘독거노인 생활지도사 파견사업’이 있다. 이 사업은 지역사회 거주 독거노인을 생활지도사가 정기적으로 방문하여 생활을 돌봐주는 것으로 사업 내용이 가정봉사원 파견과 매우 흡사하다. 지원대상은 소득수준, 부양의무자 유무, 주민등록상 동거자 유무에 관계없이 실제 혼자 살고 있는 노인으로 독거노인 실태조사를 통해 우선 지원대상자로 선정된 노인에게 생활지도사를 파견하여 서비스를 제공하고 있다.

서울시는 독거노인 생활지도사를 독거노인 원스톱 지원센터에 배치하고, 독거노인에 대한 ① 안전확인, ② 생활교육, ③ 노인관련 보건복지서비스 연계 지원 및 사후점검, 그리고 ④ 독거노인 현황조사(독거노인 지원카드 작성) 등을 담당하도록 하였다. 독거노인 생활지도사의 자격조건은 65세 미만의 건강한 자로, 각 지자체별로 선발하여 50시간의 기본교육을 이수해야 한다.

5) 기타

이상에서 소개한 사업 이외에도 지역사회 내에서 노인들을 대상으로 재가서비스를 제공하는 사업이 많이 있다. 우선 서울시에서 시행 중인 서울가정도우미가 있다. 서울가정도우미는 서울시가 예산을 지원하고 각 자치구에서 유급가정봉사원을 지역내 저소득 독거노인 가정에 파견하여 일상생활 등을 지원하는 가정봉사원 파견사업의 일환이다. 서울가정도우미는 기초생활수급자를 대상으로 한다는 특징이 있지만, 가정봉사원 파견시설 이용노인의 77%가 수급자라는 점에서(표 3-36 참조), 기존의 가정봉사원 사업과 차별성이 적다.

이 외에도 자활후견기관 및 노인인력지원기관인 시니어 클럽 가운데도 가정봉사원 파견과 같은 재가복지사업을 하는 곳이 많이 있다. 노인가정을 방문하여 서비스를 제공하는 형태는 공공근로·자활근로사업, 노동부의 사회적 일자리 창출사업의 일환으로도 진행되고 있는데, 이들은 노인복지 사업이라기보다는 고용창출을 목적으로 보건복지부 및 노동부에서 시행되는 사업이다.

파견되는 인력들은 케어도우미, 복지도우미 등 유사명칭으로 불리고 있지만 담당하는 역

할은 기존의 가정봉사원이나 장기요양보험제도 하의 요양보호사와 유사하여 사업간 차별화 또는 연계방안 모색이 필요하다.

제4장 서울시의 주요과제 및 전망

제1절 서울시의 주요과제

제2절 서울시 노인장기요양 수요

제3절 장기요양보험의 사각지대

제4절 장기요양급여기관 재정분석

제1절 서울시의 주요과제

1. 주요과제

이상으로 제2장과 제3장에서 장기요양보험제도의 문제와 서울시 장기요양사업의 현황을 분석하였다. 이들 분석을 토대로 앞으로 장기요양보험제도 시행에 대비하여 서울시가 관심을 가져야 할 주요 이슈 및 과제를 정리하면 아래와 같다.

1) 수요 증가와 기초 인프라 부족

앞서 논의한 바와 같이 노인인구의 증가로 장기요양 수요가 증가하고 있으며, 장기요양보험제도에 대한 요구 또한 높다. 2003년 서울시 노인기초수요조사에 따르면, 요보호노인 수발가족 중 장기요양보험을 희망하는 비율은 전체 64.1%이며, 이 가운데 매우 희망한다는 적극적인 수요는 17.3%이다. 수발자의 경제적 수준이 높고 연령이 낮을수록, 그리고 현재 수발비용 부담이 클수록 장기요양보험에 대한 수요가 높은 것으로 나타났다.

기존의 노인보건·복지서비스는 주로 기초생활수급자 및 저소득층을 대상으로 서비스를 제공하였다. 요양시설은 대부분 정부로부터 보조금을 지원받는 대신 수급자 및 저소득층을 대상으로 무료 또는 실비시설로 운영되어왔고, 재가복지서비스도 저소득층 노인을 대상으로 무료로 제공되는 것이 현실이다. 반면에 중산층은 비용을 전액 본인이 부담하면서 유료양로시설이나 병원 등을 이용해야 한다. 유료 양로시설의 이용료는 한달에 150~200만원 정도로 중산층 가정이 부담하기에는 높은 수준이고, 따라서 서비스가 필요하지만 비용 때문에 이용하지 못하던 집단도 많을 것으로 추정된다. 그러나 장기요양보험제도는 서비스 대상을 소득이 아니라 신체·정신적 서비스 요구수준에 따라 결정하기 때문에, 종전의 노인복지사업과는 달리 모든 노인계층을 사업대상으로 포함한다. 더구나 보험제도가 시작되면 이용요금의 15~20% 수준만 본인이 부담하기 때문에 중산층의 수요는 더욱 늘어날 것으로 전망된다.

이처럼 수요는 크게 증가하는 반면, 수요를 충족할 만한 서비스 인프라는 부족한 현실이다. 정부의 발표에 따르면 2006년말 현재 장기요양보험제도의 노인요양시설 수요 대비 충족률

은 66% 수준이며, 서울시 요양시설 충족률은 37%로 전국 시·도 가운데 가장 낮은 지역으로 조사되었다.

<표 4-1> 시도별 요양시설 충족률

단위: %

시도	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기
충족률	37	54	53	82	52	73	115	77
시도	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
충족률	76	73	56	93	52	64	67	86

자료: 보건복지부, “노인장기요양보험법의 주요내용”, 2007.

따라서 앞으로 늘어나는 수요에 대비하여 시설 및 인력 등 기초인프라를 어떻게 확충할 것인가 하는 문제가 서울시에서 고민해야 하는 일차적 과제이다. 시설 및 인력을 모두 서울시가 직접 공급해야 하는 것은 아니지만, 장기요양보험법에서 지방자치단체의 주요 역할이 장기요양기관의 확충 및 지원이라는 점에서 서울시에서 적극적으로 관여해야 할 문제이다.

2) 서비스 사각지대의 문제

제2장에서 장기요양보험제도의 문제점을 검토하면서 장기요양보험제도는 사회보험임에도 불구하고 포괄성 면에서 한계가 있는 것으로 지적되었다. 사업대상, 서비스 내용, 급여수준 등 여러 측면에서 제도권 내에서 보호받지 못하는 집단이 발생할 것으로 예상된다. 우선 장기요양 수급대상을 3등급 이내로 한정하고 있어 대다수의 노인들이 수급대상 범위에 포함되지 못할 것으로 예상된다. 현재의 등급기준에서 3등급 이내는 건강 및 활동제약이 상당히 어려운 수준이어야 하기 때문이다(표 2-2 참조).

또한 앞서 장기요양보험제도가 실시되면 수요가 증가할 것이라고 전망하였지만, 반대로 서비스 수요가 오히려 감소하는 계층도 발생할 수 있다. 대표적인 사례가 저소득층 노인들이다. 기존에 전액 자부담으로 서비스를 이용하던 중산층과 달리, 현재의 노인보건복지서비스 전달체계 하에서 수급자 및 저소득층은 대부분 무료로 서비스를 이용해왔다. 그러나 장기요양보험제도에서는 서비스 이용요금의 일부를 본인이 부담해야 한다. 의료급여수급자의 경우 자부담이 면제되고 차상위 계층은 자부담을 50% 경감해주지만, 나머지 계층은 시설급여 비용의 20%, 재가급여는 15%를 본인이 부담해야 한다. 따라서 종전에 무료로 서비스를 이용하던 저소득층 노인은 보험제도 시행 이후 서비스 이용을 오히려 꺼릴 가능성이 있다.

보건복지부가 2006년 노인도우미 바우처 사업을 시범 실시한 결과, 바우처 이용률이 그리 높지 않았는데, 그 이유로 제도에 대한 홍보가 제대로 되지 않았고 사용할 수 있는 금액이 월 20만원 정도로 제한적이라는 점이 지적되었지만, 이용요금의 15%를 본인이 부담해야 한다는 것도 또 다른 이유로 지적되었다. 바우처 사업이 소득·재산이 일정 수준 이하인 저소득층을 대상으로 하고 있다는 점에서 이와 유사한 문제가 장기요양보험제도에서도 발생할 수 있다. 실제로 장기요양보험 제1차 시범사업에서 실시한 조사에 따르면, 장기요양서비스를 유료로 이용하겠다는 수요는 그리 많지 않은 것을 알 수 있다. 최종중에 해당하는 1등급 집단에서도 유료서비스 이용의사가 간병서비스, 노인요양서비스 부분에서 25% 정도로 낮은 편이다. 또한 제2차 시범사업에서 장기요양 수급권자 가운데 실제 서비스를 이용하지 않은 노인을 대상으로 조사한 결과, 7.1%가 경제적인 이유에서 이용하지 않은 것으로 조사되었다.

또 다른 주요 사각지대 집단은 기존 서비스 이용자들이다. 재가노인복지시설 및 노인요양시설 실태조사 결과, 현재 서비스 이용자 중 상당수가 장기요양보험제도 판정도구에 따라 3등급 이내에 포함되지 못할 가능성이 있다. 원칙적으로 3등급 이내에 들지 못하는 경우 장기요양서비스를 이용하지 못하기 때문에 이들의 수요를 어떻게 충족할 것인가 또한 지방자치단체 단위에서 고민해야 할 사항이다. 특히 기존 서비스 이용자들의 상당수가 기초생활수급자 또는 저소득층이기 때문에 보험제도권 내에 포함되지 못할 경우 개인적으로 서비스를 구매할 능력도 부족한 계층이다.

현재의 전달체계상 노인들을 위한 보건·복지서비스는 지방자치단체의 주요 업무영역이며, 기존의 재가노인복지시설 및 요양시설도 지자체의 지원 및 지도·감독 하에 운영되어 왔다. 따라서 장기요양보험제도가 국가에서 운영하는 사회보험이지만, 장기요양보험제도 혜택에서 제외되는 노인들의 미충족 수요는 여전히 지방자치단체의 책임영역에 놓일 수밖에 없다.

3) 장기요양기관의 재정운영

장기요양보험제도 실시로 큰 변화를 경험할 또 다른 주체는 장기요양서비스 기관들, 즉 현재의 재가노인복지시설 및 노인요양시설이다. 장기요양보험제도 시행에 따라 예상되는 가장 큰 변화는 노인보건복지서비스를 생산·공급하는 전달체계가 공급자 중심의 조직적 체계에서 소비자의 선택과 구매를 기본으로 하는 시장 기제(市場 機制)로 전환된다는 점이다. 또한 서비스 기관들의 운영 재원(財源)은 정부보조금에서 보험료 및 이용료 수입으로 대체된다. 기존에 서비스 이용료로 운영되던 유료시설의 경우 보험제도 실시 이후 큰 변화가 없을 것이지

만, 정부의 운영비 보조를 통해 무료 및 실비시설로 운영되던 경우는 재정운영에 변화가 클 것으로 예상된다.

첫 번째로 예상되는 문제는 장기요양기관 운영에 필요한 재정의 안정적 확보 문제이다. 기관에서 생산·공급하는 서비스가 100% 소비자에 의해 구매된다면 문제가 없지만, 기관에 따라서는 충분한 소비자를 찾지 못해 기관 운영에 필요한 기본적 경비조차 확보하지 못할 수도 있다. 특히 소규모 시설, 재가복지시설에서 이러한 염려가 많은 것이 사실이다. 노인요양시설의 경우 시설이 절대적으로 부족하고 이용요구가 높기 때문에 상대적으로 문제가 적을 것으로 예상되지만, 재가복지시설의 경우 이용자가 많지 않아 기본적인 재원확보도 어려울 것이라는 것이 현장의 예상이다. 장기요양 수급권자가 되기 위해서는 3등급 이내에 들어야 하지만 <표 2-2>에 따르면 3등급조차도 식사, 배설, 옷 벗고 입기 등 기본적인 일상생활에 도움을 필요로 할 정도로 중증의 노인이기 때문에 재가급여보다는 시설급여를 이용할 가능성이 높을 것으로 보인다.

반대로 후원금 개발에는 어려움이 있을 것으로 예상된다. 현재는 복지사업으로 인식되어 후원금 모금이 가능하지만, 재가 및 요양시설이 이용료로 운영되는 유료 시설화 하게 되면 더 이상 복지사업으로 간주되지 않아 후원금 개발 및 모금도 어려워질 것이다. 특히 실태조사 결과 가정봉사원 파견시설의 경우 정부보조금 다음으로 후원금이 주요 재원이었던 점에서 후원금의 감소는 재정 운영에 큰 영향을 미칠 것으로 예상된다.

재정확보의 불안정은 궁극적으로는 서비스 질에 영향을 미친다. 장기요양기관이 시장경제에 따라 운영되면 시설간 서비스 경쟁이 활발해지고 이는 서비스 질 향상에 기여하는 효과를 기대할 수 있다. 그러나 다른 한편으로 장기요양기관의 재정문제는 서비스 질 저하 및 기관의 도덕적 해이로 연결될 수도 있다. 장기요양기관이 재정적으로 어려움을 겪게 되면 경비가 부족하여 부실한 서비스를 제공하거나, 노인에 대한 복지사업을 한다기보다는 기관의 경영에 더 신경을 쓰게 될 것이다. 이는 복지마인드의 상실과 시설의 도덕적 해이를 가져옴으로써 결과적으로 노인들에게 부실한 서비스를 제공하는 결과를 낳을 수 있다. 예를 들어, 1-2등급 입소자에게 적극적으로 서비스를 제공하여 상태가 좋아지면 퇴소하거나 등급이 낮아져 수입이 줄어들기 때문에 적극적인 서비스를 기피할 가능성도 있고, 2-3등급을 방치하여 오히려 1등급으로 악화시키는 역기능도 발생할 수 있다(모지환, 2006).

장기요양기관의 재정문제는 장기요양 인프라 감소로 이어질 가능성도 있다. 장기요양사업은 수익성이 높은 사업이 아니고 대부분의 사업주체들이 사회복지법인 등 재정적으로 열악한

기관들이기 때문에 일시적인 재정손실이 발생하더라도 이를 극복할 만한 재정능력을 가지고 있지 않다. 따라서 재정손실이 지속적으로 발생할 경우 급기야 문을 닫을 수밖에 없는 상황도 올 수 있다. 현재도 장기요양시설 인프라가 부족한 상황에서 기존의 시설조차 운영비 부족으로 도태된다면 인프라 부족을 가중시킬 염려가 있다. 장기요양보험제도의 도입은 더 많은 노인들에게 질 높은 장기요양서비스를 제공하자는데 목적이 있다. 그러나 이처럼 제도 운영상의 문제점으로 오히려 서비스의 질적 저하를 초래할 수 있다는 점에서 이 문제에 대하여 어떻게 대처할 것인가도 생각해봐야 할 과제이다.

4) 유사 서비스 기관의 정체성 문제

재가복지시설 및 노인요양시설은 현재의 사업내용이 장기요양서비스 기관 성격에 일치하여 보험제도 실시 이후 (재가)장기요양기관으로 전환될 것으로 예상된다. 그러나 제3장에서 검토한 바와 같이 재가복지 및 노인요양시설 이외에도 장기요양서비스와 유사한 사업을 하고 있는 시설 및 기관들이 많이 있다. 이들 기관은 장기요양급여와 유사한 서비스를 제공하지만, 이들 사업이 그 기관의 핵심 사업이 아니라 여러 가지 서비스 중의 하나이기 때문에 시설 전체를 장기요양기관으로 전환하는 것은 어려울 것으로 예상된다. 그러나 재정적으로 열악한 사회복지시설의 경우 유료사업이 가능한 장기요양사업에 참여하려는 욕구가 있을 수 있다. 이는 장기요양서비스 공급을 확대한다는 측면에서는 바람직하지만, 기존의 지역사회내 노인복지사업의 축소로 이어지고, 노인복지서비스 체계에도 부정적인 영향을 미칠 것이다.

대표적인 시설이 노인복지관이다. 노인복지법상 노인복지관은 여가복지시설이지만, 실제 제공되는 서비스를 보면 장기요양과 유사한 재가복지서비스를 많이 제공하고 있다. 따라서 장기요양보험제도 실시 이후 노인복지관들이 장기요양기관으로 신청을 해야 하는지, 노인복지관의 기능은 어떻게 되어야 하는지 등의 정체성 논란이 예상된다. 종합사회복지관도 노인복지관과 마찬가지로 기관 정체성에 대한 논의가 필요하다. 특히 재가노인복지시설의 상당수가 노인복지관이나 사회복지관 부설형태로 운영되고 있고, 사회복지관은 모두 재가복지봉사센터를 운영하고 있다는 점에서 복지관과 부설기관 간의 역할 및 성격에 대한 정리가 필요할 것으로 예상된다.

한편, 재가노인복지시설 자체의 기관 성격에 대한 논의도 필요하다. 사업내용상으로 보면 재가복지시설은 재가장기요양기관으로 전환하는 것이 당연하지만, 장기요양기관으로 신청여부는 각 시설의 선택에 따라 결정되는 것이다. 즉, 해당 시설이 장기요양기관으로 신청 또는

지정되기를 원치 않는다면 기존의 노인복지법 체계 하에서의 노인복지시설로 운영될 수 있다. 현실적으로 노인요양시설은 모두 장기요양기관으로 전환될 것으로 예상되지만 재가노인복지시설 중에서는 보험제도 실시 이후에도 장기요양기관으로 신청하지 않고 기존의 지역복지시설로 남아있는 곳도 있을 것으로 보인다. 본 연구에서 실시한 실태조사에 따르면 조사에 응답한 91개 재가노인복지시설 중 35.2%만이 장기요양기관으로 신청할 예정이라고 응답한 반면, 5.5%는 신청하지 않을 것이라고 응답하였고, 59.3%는 아직 결정하지 못하고 있어 장기요양기관으로 신청하지 않을 가능성을 남겨놓고 있다. 따라서 장기요양기관으로 전환하지 않는 재가복지시설의 역할 및 기능에 대한 연구도 필요하다고 판단된다.

<표 4-2> 재가노인복지시설의 장기요양기관 신청의사

단위: %

	신청할 것임	신청안함	아직 결정못함	계
가파시설	50.0	9.1	40.9	100.0
주간보호	26.0	6.0	68.0	100.0
단기보호	42.1	0.0	57.9	100.0
계	35.2	5.5	59.3	100.0

5) 서비스 중복 및 형평성 문제

장기요양보험제도가 시작되어도 보험제도 만으로는 노인들의 보건·복지 요구를 모두 충족할 수 없기 때문에 지자체를 통한 지역사회 보건·복지사업은 여전히 필요하다. 따라서 장기요양보험제도 이후, 건강보험공단을 중심으로 운영되는 장기요양서비스와 지자체 중심의 지역사회 보건·복지서비스로 노인 보건·복지서비스 전달체계가 이원화된다.

이처럼 전달체계가 이원화되면 유사서비스의 중복문제와 형평성 문제가 발생할 수 있다. 3장에서 논의한 바와 같이 장기요양서비스와 유사한 사업이 지역사회 복지사업으로 수행되고 있기 때문에 일부 수혜자에게 서비스가 중복적으로 제공되는 비효율성을 낳을 수 있다. 한편, 동일한 서비스를 제공받으면서 보험제도 하에서는 자부담을 일부 지불해야 하는 반면, 지자체 제공서비스는 무료로 공급받게 되므로 수혜자간의 형평성 문제도 발생한다. 이러한 점에서 유사서비스간의 연계·조정, 수혜자의 도덕적 해이 방지, 수혜자간의 형평성 유지 등을 위한 방안도 지자체에서 고민해야 할 과제이다.

6) 소비자 보호

장기요양보험제도가 시행되면 서비스 이용이 소비자의 자발적 선택에 의해 이루어지기 때문에 소비자 선택권이 보장되는 긍정적인 변화가 나타날 것이다. 또한 앞으로 소비자가 선택하여 구매하는 체계로 전환되면 민간영리기관까지 포함하여 서비스 공급기관이 다양해지기 때문에, 공급자간 경쟁을 통한 서비스 질 향상에도 기여할 것으로 기대된다. 그러나 다른 한편으로 장기요양사업에 시장기제가 도입됨으로 해서 소비자 보호 필요성 또한 높아지는 것이 사실이다.

우선적으로 고려되어야 할 것은 장기요양서비스의 질 관리이다. 앞서 장기요양기관의 재정문제에서도 언급한 바와 같이 시장기제의 도입으로 기관의 경영차원에서 장기요양사업을 바라보게 만들기 때문에 노인들의 복지향상, 서비스 질 관리에 소홀해 질 가능성이 있다. 정부는 노인장기요양사업을 위한 시설 인프라를 공공 중심으로 우선 확대하도록 계획하고 있으나, 장기적으로 시설 건립주체는 기존 사회복지법인 이외에 의료법인 등의 비영리법인, 그리고 영리법인까지 다양화될 것으로 전망된다. 시장기제에 의한 유료서비스가 확대되면 민간부문, 특히 민간영리기관의 참여가 늘어나는 것이 세계적 추세이다. 일본의 경우 1982년부터 서비스 유료화 및 민간기업의 참여가 가능해졌고, 2000년 개호보험 실시 이후 많은 민간 영리기관이 개호보험사업에 참여하였다.

민간 서비스 기관의 증가는 기본인프라 확충에 기여하고 공급자간 경쟁을 통해 서비스 질이 개선되는 측면이 있다. 그러나 다른 한편으로 민간 기관에 대한 관리가 제대로 이루어지지 않으면 수준 이하의 서비스가 제공되거나 시설 이용노인에 대한 방임이나 학대문제로 발생할 수 있다. 따라서 장기요양보험제도를 이용하는 소비자들의 권익을 보호하기 위한 관리 문제도 서울시가 담당해야 할 역할이다.

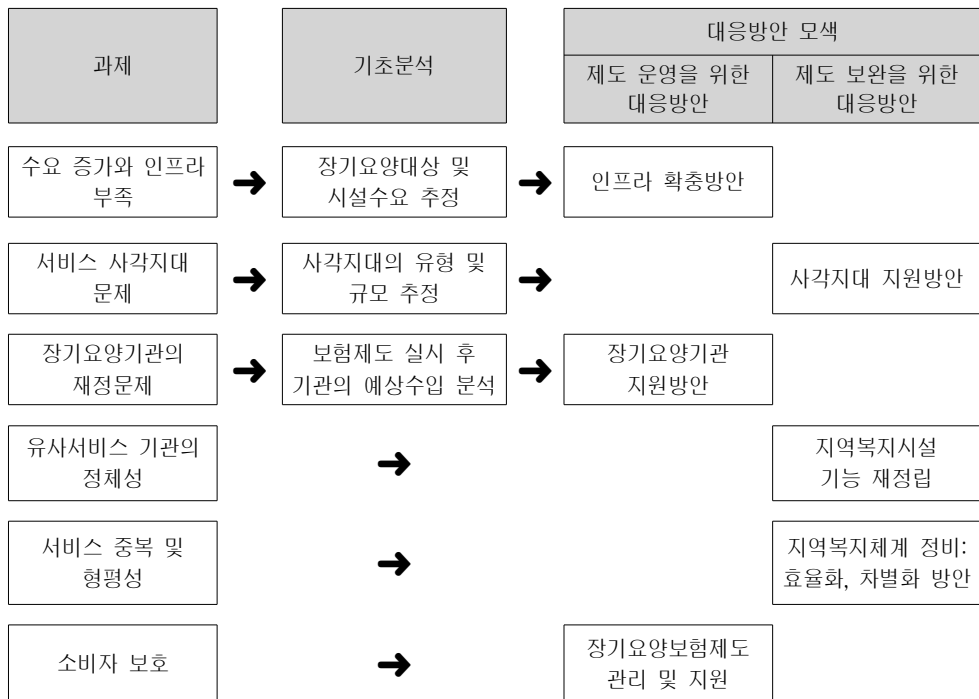
2. 과제별 성격 및 대응방안

이상에서 논의된 주요 과제에 대한 대응방안을 종합 정리하면 <그림 4-1>과 같다. 이들은 두가지 성격으로 구분된다. 하나는 장기요양보험제도가 원활히 수행되도록 하기 위해서 준비해야 할 사항으로, 장기요양 수요증가에 따른 인프라 확충, 장기요양기관의 재정운영상의 문제와 그에 따른 대응방안, 그리고 장기요양보험제도 실시 이후 소비자 보호를 위한 장기요양서비스 관리 및 지원 등이 여기에 포함된다. 다른 하나는 장기요양보험제도가 실시되면서

부수적으로 파생되는 문제에 대한 대응으로, 사각지대의 지원방안, 유사서비스 기관의 정체성 및 서비스 중복문제 등을 해결하기 위한 지역복지체계 정비 등이 이러한 유형에 해당된다.

본 장에서는 앞서 논의된 과제들 가운데 가장 핵심적인 사항에 대하여 기초분석을 실시하고, 각 과제별 대응방안은 다음 장에서 종합적으로 제안하였다. 본 장에서 이루어진 기초분석은 처음 3가지 과제를 중심으로 진행되었다. 기초분석 내용으로 첫째, 수요증가 및 인프라 부족 문제와 관련하여 장기요양대상 규모 및 그에 따른 시설수요를 추정하였고, 둘째, 사각지대 문제와 관련하여 사각지대의 유형 및 규모를 추정하였으며, 셋째, 장기요양기관의 재정운영 변화와 관련하여 장기요양보험제도 실시 이후 기관의 예상수입이 어느 정도가 될지를 분석하였다.

한편, 유사서비스 기관의 정체성 문제는 현재 서울복지재단에서 장기요양보험제도 시행에 따른 노인복지시설 기능 재정립을 위한 연구가 진행 중이므로 본 연구에서는 구체적으로 다루지 않는다.



<그림 4-1> 장기요양보험제도 시행에 따른 서울시의 주요과제

제2절 서울시 노인장기요양 수요 전망

서울시의 주요 과제 가운데 첫 번째 문제는 수요증가에 따른 인프라 부족문제이다. 본 절에서는 이와 관련하여 장기요양보험제도 실시 후 실제 사업대상 규모 및 서비스 수요를 추계하고, 그에 따른 인프라 수요를 전망하고자 한다. 인프라는 시설인프라를 중심으로 논의하며, 인력인프라 수요추계는 시설의 유형 및 규모에 따라 다양하기 때문에 본 연구의 범위에서 제외하였다.

1. 대상인구 규모⁶⁾

1) 장기요양 대상노인

현재의 등급체계는 1~5등급과 등급외로 구성된다. 이 중 1~5등급이 장기요양사업 대상이 되고, 1~3등급이 실제 급여를 받는 수급대상이다. 장기요양서비스 요구는 연령이 많아질수록 높아지기 때문에 연령별 요구율 차이를 반영해야 한다. 따라서 노인들의 연령계층별 장기요양 욕구 발생률을 적용하여 노인장기요양서비스 수요규모를 우선 산출하였다. 연령계층별 요구율은 1차 시범사업 평가보고서 자료에 제시된 연령별·등급별 장기요양서비스 욕구 발생률을 이용하였다. 장기요양서비스 욕구발생률은 65~69세 집단에서 1등급 0.1%, 2등급 0.4%, 3등급 0.7% 발생하는 것으로 나타났다.

<표 4-3> 노인의 연령구간 및 등급별 대상자 분포현황

단위: %

연령 \ 등급	1	2	3	4	5	계	
						1~3	1~5
65~69	0.1	0.4	0.7	0.7	3.4	1.2	5.3
70~74	0.1	0.3	1.2	1.1	4.9	1.6	7.6
75~79	0.5	0.2	2.3	0.7	9.9	3.0	13.6
80~84	0.8	1.6	3.8	1.8	17.2	6.2	25.2
85 이상	3.0	3.2	7.9	5.9	30.2	14.1	50.2

자료: 보사연·복지부, 1차 시범사업 평가연구, 2006 <표 11-5>

이를 통계청이 2007년 5월 발표한 시도별 장래인구추계 결과자료의 서울시 연령계층별 추계인구에 적용하여 장기요양서비스 대상인구를 추계하면 <표 4-4>와 같다. 전체 장기요양

6) 노인장기요양보험 서비스 수요집단 규모 추정에는 보사연의 제1차 시범사업 결과를 활용한 석재은(2007)의 추계방법을 인용하였다.

대상노인(1~5등급)은 2008년 100,714명으로 추정되며, 이후 점차 증가하여 2030년에는 314,059명에 달할 것으로 예상된다. 그러나 현재 보험제도 하에서 장기요양급여는 3등급 이내로 제한하고 있기 때문에 실제 장기요양 수급대상은 1~3등급 노인으로 제한된다. 추계결과 2008년 수급대상 노인은 24,185명으로 전체 장기요양대상자(1~5등급)의 24%, 65세이상 노인의 2.8%에 해당된다. 장기요양 수급대상 노인은 2010년 27,303명으로 증가하고, 2030년에는 77,663명에 달할 것으로 전망된다. 그러나 장기적으로 장기요양급여 대상을 1~3등급으로 제한하지 않고 확대할 경우 실제 수급대상은 더욱 늘어날 전망이다.

<표 4-4> 장기요양 대상노인 추계결과

단위: 명

연도	65세이상 노인수	등급별 노인수					등급별(계)	
		1	2	3	4	5	1~3등급	1~5등급
2008	856,671	3,438	5,264	15,482	10,443	66,087	24,185	100,714
2009	899,373	3,677	5,580	16,468	11,071	70,211	25,724	107,006
2010	941,479	3,922	5,891	17,489	11,690	74,496	27,303	113,488
2015	1,189,889	5,372	7,825	23,398	15,346	99,408	36,595	151,349
2020	1,470,507	7,269	10,371	30,672	19,975	129,886	48,313	198,174
2025	1,826,584	9,651	13,594	39,536	25,927	166,791	62,782	255,500
2030	2,102,329	12,214	16,641	48,807	31,865	204,532	77,663	314,059

2) 급여유형별 장기요양 수급대상 노인

<표 4-4>의 장기요양대상자는 재가 및 시설급여 대상을 모두 포함한다. 따라서 재가 및 시설급여별 이용대상자를 구분하였다. 전체 대상자 중 시설입소 비율을 추정하는 방법은 외국 사례를 활용하는 방법, 국내실태조사를 적용하는 방법, 등급별 시설보호 필요도에 대한 전문가 의견을 기준으로 하는 방법, 정부의 시설공급계획을 고려하는 방법 등이 있다(석재은, 2007).

1차 시범사업 평가보고서(2006) 및 석재은(2007)의 연구에서는 정부의 시설인프라 확충계획에서 적용한 등급별 시설입소 비율을 적용하였다. 현재는 시설공급이 수요에 미치지 못하기 때문에, 외국사례나 필요도를 적용하는 것은 불가능할 것으로 보이며, 시설공급이 수요를 유발하는 효과가 있을 것으로 예상되기 때문에 시설인프라 확충계획의 기준을 적용하는 것은 타당하다고 판단된다.

한편, 2차 시범사업을 통해 실제 장기요양급여 이용실태를 파악할 수 있다. 2차 시범사업 완료시점인 2007년 4월 30일 현재 등급별 서비스 실시현황은 <표 4-5>와 같다. 전체 대상자 8,177명 중 4,594명이 서비스를 이용하여 이용률은 56.2%이다. 서비스 이용자 4,594명의 급여 유형별 이용실태를 보면, 1등급 중 재가급여 이용자는 29.3%, 시설급여 이용자는 63.7%로 시설급여 이용이 많은 반면, 3등급에서는 재가급여 48.1%, 시설급여 35.8%로 나타났다. 그 외에 복지용구 이용자는 전체 3.9%였으며, 가족요양비 6.7%, 요양병원 간병비 9.1%로 구성된다.

<표 4-5> 2차 시범사업 등급별 서비스 실시현황

단위: 명(%)

급여 등급	합계	이용자						미이용	이용 유보	효력 상실
		소계	시설 급여	재가 급여	복지 용구	가족 요양비	요양병원 간병비			
합계	8,177	4,594 (100.0)	2,064 (44.9)	1,626 (35.4)	179 (3.9)	306 (6.7)	419 (9.1)	1,530	605	1,448
1등급	2,972	1,549 (100.0)	866 (63.7)	399 (29.3)	42 (3.1)	53 (3.9)	189 (13.9)	329	248	846
2등급	1,839	1,095 (100.0)	541 (55.2)	344 (35.1)	41 (4.2)	54 (5.5)	115 (11.7)	361	128	255
3등급	3,366	1,950 (100.0)	657 (35.8)	883 (48.1)	96 (5.2)	199 (10.8)	115 (6.3)	840	229	347

자료: 국민건강보험공단, 2차 시범사업 운영결과, 2007.9

본 연구에서는 2차 시범사업의 등급별 서비스 이용실태를 토대로 급여유형별 수요를 추계하였다. <표 4-5> 등급별 서비스 이용실태를 <표 4-3> 중 1~3 등급에 적용한 결과는 <표 4-6>과 같다. 가족요양비와 요양병원 간병비는 함께 묶어 특별현금급여로 처리하였다.

<표 4-6> 급여유형별 수요

급여 연도	시설급여	재가급여	복지용구	특별현금	계 (1~3등급)
2008	9,739	9,550	1,053	3,843	24,185
2009	10,361	10,157	1,119	4,087	25,724
2010	10,996	10,780	1,188	4,338	27,303
2015	14,753	14,437	1,591	5,815	36,595
2020	19,522	19,020	2,095	7,675	48,313
2025	25,433	24,660	2,717	9,972	62,782
2029	30,385	29,396	3,239	11,900	74,920
2030	31,495	30,475	3,357	12,336	77,663

2008년 장기요양수급(1~3등급) 대상 24,185명 중 시설급여 대상은 9,739명, 재가급여 대상은 9,550명이다. 그 외에 복지용구 이용자 1,053명, 특별현금 이용자 3,843명 등으로 추계되었다. 전체 대상자 중 시설급여 이용자가 40.3%이며, 재가급여 이용자는 39.5%이다.

3) 서비스 이용률 가정에 따른 실수요

이상의 추계는 장기요양 수급대상자가 100% 장기요양급여를 이용하는 경우의 추계결과이다. 그러나 <표 4-5>에 따르면 제2차 시범사업에서 장기요양 인정자 8,177명 중 실제로 서비스를 이용한 사람은 4,594명으로 56.2% 수준이었다. 미이용자가 전체 대상자의 18.7%인 1,530명이었으며, 그 외에 이용유보 7.4%, 효력상실 17.7% 등이다. 이용하지 않는 이유로는 경제적 부담, 가족의 직접수발 등의 이유가 많았지만, 장기요양제도에 대한 이해부족이나 정서적인 거부감 등도 이유로 나타났다(국민건강보험공단, 2007.9).

따라서 앞서 추계한 장기요양 대상자들이 모두 실수요자라고 보기는 어렵다. 현재로서는 정확히 어느 정도가 실제 서비스를 이용할 지는 알 수 없기 때문에, 2차 시범사업에서 이용률이 56.2%인 것을 고려하여 본 연구에서는 장기요양 수급대상(1~3등급) 중 실제 서비스 이용률을 60%, 80% 100% 3가지 경우로 가정하고 실질적인 서비스 수요를 추계해 보았다. <표 4-7>은 복지용구 및 특별현금 이용은 제외하고 시설급여와 재가급여의 실제 이용수요만 표시하고 있다.

<표 4-7> 이용률 가정별 실수요 추계

구분 연도	이용률 60%			이용률 80%			이용률 100%		
	시설	재가	계	시설	재가	계	시설	재가	계
2008	5,844	5,730	11,574	7,792	7,640	15,432	9,739	9,550	19,290
2009	6,216	6,094	12,311	8,289	8,126	16,414	10,361	10,157	20,518
2010	6,598	6,468	13,066	8,797	8,624	17,421	10,996	10,780	21,776
2015	8,852	8,662	17,514	11,802	11,550	23,352	14,753	14,437	29,190
2020	11,713	11,412	23,125	15,618	15,216	30,834	19,522	19,020	38,542
2025	15,260	14,796	30,055	20,346	19,728	40,074	25,433	24,660	50,092
2030	18,897	18,285	37,182	25,196	24,380	49,576	31,495	30,475	61,970

2008년 실제 서비스 이용률이 60%인 경우, 시설급여 수요는 5,844명, 재가급여 수요는 5,730명에 달할 것으로 추정된다. 보험제도 시행 초기에는 실제 서비스 이용률이 시범사업 결

과와 유사한 수준인 60% 정도로 나타날 것으로 보이며, 앞으로 서비스 공급이 확충되고 장기 요양서비스에 대한 인식이 개선되면 이용률이 증가할 것으로 예상된다.

2. 장기요양 급여기관 수요

1) 수요충족률

<표 4-7>의 실수요를 현재 서울시 재가복지시설 및 요양시설 공급량과 비교하였다. 제3장 현황 자료에 따르면, 서울시의 노인요양시설은 2007년 7월말 현재 52개소에 정원 3,533명이고, 재가복지시설은 2007년 3월말 현재 141개소에 정원이 4,666명이다. 이를 2008년 수요 추계량과 비교하면, 수요충족률은 노인요양시설의 경우 서비스 이용률에 따라 36.3~60.5%인 반면, 재가급여 수요대비 공급충족률은 48.9~81.4%로 노인요양시설에 비해 높은 편이다.

<표 4-8> 장기요양보호대상 수요충족도(2008)

	공급량 (명)	수요량(명)			수요충족률(%)		
		이용률 60%	이용률 80%	이용률 100%	이용률 60%	이용률 80%	이용률 100%
시설서비스	3,533	5,844	7,792	9,739	60.5	45.3	36.3
재가서비스	4,666	5,730	7,640	9,550	81.4	61.1	48.9
계	8,199	11,574	15,432	19,289	70.8	53.1	42.5

그러나 요양시설과 달리 재가서비스의 경우, 거주지와 의 접근성이 중요한 요인이기 때문에 총량적으로 수요충족률을 산출하는 것은 큰 의미가 없다. 따라서 지리적 접근성을 고려하여 자치구별로 재가급여 수요충족도를 산출하였다. 2008년도 재가급여 총수요를 65세이상 노인인구의 각 구별 구성비를 적용하여 배분하고, 이를 각 구별 재가노인복지시설의 공급현황과 비교하였다. 재가노인복지시설 공급량은 각구별 가정봉사원과견시설, 주간보호시설, 단기보호시설의 정원을 합한 것이다.⁷⁾

<표 4-9>는 재가급여 수요충족률이 낮은 구부터 높은 구 순으로 정렬한 것이다. 2008년도 실제 서비스 이용률을 60%로 가정할 때, 재가급여 수요 총량에 대한 충족률은 전체 평균 81.7%에 달하지만, 자치구별로 편차가 큰 것을 알 수 있다. 수요충족률이 가장 낮은 자치구는

7) 자치구별 재가노인복지시설 공급현황은 2006년말 현재 자료가 있다. 2006년말 구별 재가복지시설 정원수 총계는 4,681명으로 2007년 3월말 4,666명에 비해 다소 많은 편이지만 큰 차이가 나지는 않는다.

송파구로 이용률 60% 가정시 47.2%에 불과하다. 이는 충족률이 가장 높은 자치구인 서대문구의 충족률 146.7%의 1/3 수준이다. 송파구 다음으로 재가급여 수요대비 공급충족률이 낮은 자치구는 중랑구, 동작구, 성북구, 강북구, 강남구 등이다. 그러나 수요충족률이 100%를 넘는 자치구 내에서도 시설의 위치에 따라 접근성에 차이가 있기 때문에 동일 자치구 내에서도 지역에 따라 수요 충족도에 편차가 나타날 수 있다.

<표 4-9> 자치구별 재가급여 수요충족률

	재가시설 공급량	노인 구성비	이용률 가정별 수요량			이용률 가정별 수요충족률(%)		
			60%	80%	100%	60%	80%	100%
송파	132	4.9	280	373	466	47.2	35.4	28.3
중랑	120	4.1	236	315	394	50.8	38.1	30.5
동작	130	4.3	248	330	413	52.5	39.3	31.5
성북	165	5.2	301	401	501	54.9	41.1	32.9
강북	130	4.1	235	314	392	55.3	41.5	33.2
강남	147	4.4	251	335	418	58.6	43.9	35.1
양천	145	4.0	230	307	384	63.0	47.2	37.8
강서	180	4.9	282	376	470	63.8	47.9	38.3
구로	140	3.8	217	289	361	64.6	48.5	38.8
강동	158	3.7	214	285	356	73.9	55.4	44.3
종로	100	2.2	129	172	215	77.6	58.2	46.6
광진	145	3.2	182	243	304	79.5	59.7	47.7
도봉	181	3.9	221	295	369	81.7	61.3	49.0
관악	230	4.9	281	375	469	81.8	61.3	49.1
영등포	215	4.2	240	321	401	89.4	67.1	53.6
은평	265	5.1	294	393	491	90.0	67.5	54.0
노원	310	6.0	344	459	574	90.1	67.5	54.0
마포	230	4.3	244	325	406	94.3	70.7	56.6
금천	130	2.3	134	178	223	97.2	72.9	58.3
중구	103	1.7	100	133	166	103.2	77.4	61.9
용산	195	3.1	175	233	292	111.4	83.6	66.9
성동	225	3.5	199	265	331	113.1	84.9	67.9
동대문	300	4.4	250	334	417	119.8	89.9	71.9
서초	246	3.5	198	264	330	124.4	93.3	74.6
서대문	359	4.3	245	326	408	146.7	110.0	88.0
계	4,681	100	5,730	7,640	9,550	81.7	61.3	49.0

2) 시설수요

(1) 노인요양시설

<표 4-7>에서 추계된 시설급여 수요를 충족하기 위해서 필요한 요양시설 수를 추계하였다. 시설수요는 80인 규모를 기준으로 하였다. 추계결과 2008년에 발생하는 시설급여 수요를 모두 충족하기 위해서는 80인 규모의 노인요양시설이 실제 서비스 이용률에 따라 최소 29개소에서 최대 78개소가 추가적으로 필요한 것으로 추계되었다. 연도가 증가할수록 시설급여 수요대상인구가 늘어나기 때문에 매년 추가적인 시설공급이 필요하다. 이용률을 60%로 가정할 때, 2009년 5개소, 2010년에도 5개소가 추가로 필요하여 2010년까지 누적적으로 39개소가 필요한 것으로 추계되었다.

<표 4-10> 노인요양시설 추가수요

단위: 개소

연도	구분	이용률 60%		이용률 80%		이용률 100%	
		각년	누계	각년	누계	각년	누계
2008		29	29	53	53	78	78
2009		5	34	6	59	8	86
2010		5	39	6	65	8	94
2015		6	67	8	103	10	141
2020		8	102	11	151	13	200
2025		9	147	12	210	15	274
2030		8	192	11	271	14	350

* 수용인원 80인 규모 기준

(2) 재가급여 서비스 기관

같은 방법으로 재가급여 수요와 현재 공급량을 비교하여 추가적으로 필요한 시설수를 추계하였다. 그러나 재가급여기관 중에서 방문요양이나 방문간호와 같은 방문서비스를 제공하는 기관과 주간 및 단기보호와 같은 통원(通院) 서비스 기관은 시설당 이용인원에 차이가 있다. 본 연구에서 실시한 실태조사에 따르면 방문서비스 기관인 가파시설의 평균 이용자수는 86.7명이고, 통원서비스 기관인 주간보호와 단기보호시설의 이용자는 각각 15.9명, 16.4명이다 (표 3-36 참조). 따라서 두 가지 유형을 구분하여 필요한 시설수를 추계하였다.

제2차 시범사업 평가연구 보고서에 따르면 재가서비스 수급대상노인의 서비스 유형별 분포는 <표 4-11>과 같다. 전체 재가급여 이용자 중 87%가 방문서비스를 이용하였고, 주간·단

기보호서비스 이용자는 13%이다. 이 비율을 <표 4-7>의 재가급여 수요 추계결과에 반영하여 방문서비스 유형과 주간·단기서비스 유형으로 구분하고, 방문서비스 기관은 시설당 80명, 주간·단기보호 서비스 기관은 20명을 기준으로 추가적으로 공급해야 할 시설수요를 추계하였다.

<표 4-11> 재가서비스 유형별 수급대상노인 분포

서비스 구분	방문서비스				주간 및 단기보호			합계
	방문요양	방문간호	방문목욕	소계	주간보호	단기보호	소계	
인원수(명)	520	125	155	800	106	14	120	920
구성비(%)	56.5	13.6	16.8	87.0	11.5	1.5	13.0	100.0

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차), 2007

<표 4-12>의 추계결과에 따르면, 재가급여 수요를 충족하기 위해서는 특히 방문서비스 기관 확충이 필요한 것으로 나타났다. 실제 서비스 이용률 60%를 가정할 때, 2008년 서울시 전체적으로 28개의 방문서비스 기관을 추가 공급해야 하고 이용률이 100%로 증가하면 70개 시설이 추가적으로 필요하다. 이를 누적적으로 계산하여 2030년까지 방문서비스 기관을 최대 298개소(이용률 100% 가정시) 추가 공급해야 한다. 반면, 주간 및 단기보호서비스 기관은 상대적으로 수요가 적어, 이용률을 60%로 가정할 때 2030년까지 22개소, 100% 이용시에는 102개의 시설이 추가적으로 필요한 것으로 추계되었다.

<표 4-12> 재가급여기관 추가수요

단위: 개소

연도	유형 이용률	방문서비스			주간·단기보호		
		60%	80%	100%	60%	80%	100%
2008		28	49	70	-	-	-
2009		4	5	7	-	-	-
2010		4	5	7	-	-	-
2015		5	7	8	-	-	-
2020		7	9	11	-	3	7
2025		7	10	12	-	6	7
2030		7	9	12	4	6	7
누계		165	231	298	22	63	102

그러나 <표 4-11>의 서비스 유형별 분포는 서비스 공급량에 영향을 받는 측면이 있다. 즉, 현실적으로 주간 및 단기보호서비스보다는 방문서비스 공급량이 많기 때문에 소비도 그러한 유형에 집중되는 측면이 있다. 따라서 현재 공급량을 기준으로 배분된 서비스 유형별 분포를 그대로 적용하여 향후 수요를 추정하는 것은 한계가 있다.

또한 재가급여의 경우, 지리적 접근성이 서비스 이용과 밀접한 관계가 있기 때문에 시설 수요를 서울시 전체를 기준으로 산출하는 것도 한계가 있다. 따라서 재가급여 서비스 기관 수요를 총량적으로 추계하는 것은 큰 의미가 없다고 판단되며 위의 추계 결과는 개략적인 참고 자료로 활용하는 것이 바람직하다.

제3절 장기요양보험의 사각지대

두 번째로 논의되어야 할 과제는 장기요양보험제도의 포괄성 부족으로 인해 보험제도권에 들어가지 못하는 사각지대가 발생하는 문제이다. 본 절에서는 보험제도 실시 이후 발생할 것으로 예상되는 사각지대의 유형을 규명하고 각 유형별 개략적인 규모를 추정하였다.

1. 장기요양대상 노인집단의 분류

사각지대 노인을 확인하기 위하여 먼저 장기요양대상 노인을 특성에 따라 유형화하였다. 분류 기준은 장기요양등급, 보험급여를 이용하여 장기요양서비스를 이용하는지 여부, 보험혜택의 충족정도, 보험급여를 이용하지 않는 이유, 보험제도 전 장기요양서비스 이용여부, 그리고 장기요양서비스 이용의사 등이다. 이상의 기준에 의해 장기요양대상 노인을 분류하면 <표 4-16>과 같이 총 8개 집단으로 구분이 가능하다.

<표 4-13> 장기요양대상 노인집단 분류

기준	등급	서비스 이용여부	보험혜택 충족도	미이용 이유	기존서비스 이용여부	서비스 이용의사
장기요양 대상노인	1~3등급 (수급대상)	이용	① 충족			
			② 미충족			
		미이용		③ 비용부담		
				④ 공급부족		
	⑤ 기타					
	4~5등급 (수급 미대상)				⑥ 이용	-
					비이용	⑦ 있음
	⑧ 없음					

1) 장기요양수급 대상(1~3등급)

먼저 장기요양등급에 따라 장기요양보험 수급대상이 되는 1~3등급 노인과 장기요양대상이지만 수급대상에는 포함되지 않는 4~5등급 노인으로 구분할 수 있다. 장기요양 수급대상인 1~3등급은 또다시 실제로 서비스를 이용하는 집단과 여러 가지 이유에서 이용하지 않는 집단으로 구분된다.

보험급여를 이용하여 장기요양서비스를 이용하는 집단 가운데는 보험혜택을 통해 서비스 요구가 충족되는 집단(①)과 충족되지 못하는 집단(②)으로 구분할 수 있다. 한편, 장기요양급여 수급대상이지만 서비스를 이용하지 않는 집단은 서비스를 이용하지 않는 이유에 따라 비용부담(③), 요양서비스 공급부족(④), 그리고 기타 이유(⑤)로 구분된다. 제2차 시범사업에서 급여대상으로 선정되었지만 서비스를 이용하지 않은 사람을 대상으로 그 이유를 조사한 결과, 가족 등에 의한 직접요양 때문이라는 이유가 가장 많다. 그러나 <표 4-14>에 제시된 여러 가지 이유 가운데 경제적인 부담 때문에 이용하지 못하는 경우와 요양기관 부족 또는 급여내용 부족 등 공급부족으로 이용하지 못하는 경우는 비자발적 이유에서 서비스를 이용하지 못한 경우이기 때문에 사회적으로 관심을 가져야 할 대상이라고 판단되어 사각지대 유형으로 분류하였다.

결과적으로 장기요양수급 대상노인(1~3등급)은 서비스 이용여부, 보험혜택의 충족도, 미이용 사유 등에 따라 집단①~집단⑤ 5가지 유형으로 구분할 수 있다.

<표 4-14> 2차 시범사업 요양급여 미이용 사유

단위: %

	전체	1등급	2등급	3등급
(사례수)	(2,365)	(674)	(532)	(1,159)
경제적 부담	7.1	5.3	6.2	8.5
요양기관 부족	1.6	1.9	1.1	1.6
요양급여 내용부족	2.2	1.6	1.3	2.8
요양기관에 대한 불편	0.8	0.7	0.9	0.8
가족 등에 의한 직접요양	43.3	33.8	46.1	47.6
요양급여 이용에 대한 이해부족	0.5	0.4	0.8	0.3
지역정서 등 문화적 요인	1.1	1.5	0.9	0.9
장기요양기관의 서비스 거부	0.5	0.7	0.6	0.3
필요성을 느끼지 못함	2.2	0.6	2.1	3.2
무료시설 이용	1.9	1.3	3.0	1.6
병의원 이용	17.1	30.4	11.8	11.7
장기출타, 연락두절	0.8	0.6	1.1	0.8
요양인정서 미통보	0.4	0.9	0.4	0.2
계약 중	13.8	13.1	16.5	12.9
기타	6.9	7.0	7.1	6.7

자료: 국민건강보험공단, 2차시범사업 운영 결과, 2007.9

2) 장기요양수급 미대상(4~5등급)

전체 장기요양서비스 대상 가운데 4~5등급에 포함되는 노인들은 현재 보험체계 내에서는 보험혜택을 받지 못하는 사각지대에 해당된다. 사각지대 집단의 성격을 파악하기 위하여 이들을 다시 보험제도 도입 이전에 장기요양 관련서비스를 이용하던 집단과 그렇지 않은 집단으로 구분하였다. 기존 서비스 이용자 집단(⑥) 중에는 기초생활수급자 및 저소득층이 많기 때문에, 보험제도 하에 들어가지 못하는 기존 서비스 이용자는 주요 사각지대로 남는다.

기존에 서비스를 이용하지 않던 노인은 다시 향후에 서비스 이용의사가 있는 노인(⑦)과 이용의사가 없는 노인(⑧)으로 구분하였다. 4~5등급 이지만 현재도 서비스를 이용하지 않고, 향후에도 이용의사가 없는 집단은 문제가 없으나, 현재는 서비스를 이용하지 않지만 앞으로 이용하고 싶은 욕구가 있다면 미충족 수요가 있는 집단이기 때문에 사회적 배려가 필요한 집단이라고 할 수 있다.

2. 사각지대의 유형 및 규모

<표 4-13>의 8개 집단 가운데, 집단①은 보험제도를 통해서 필요한 수요가 모두 충족된 집단이고, 집단⑤와 집단⑧은 자발적으로 장기요양서비스 이용의사가 없는 집단이므로 문제가 없다. 반면에 나머지 5개 집단은 여러 가지 이유에서 보험제도를 통해 장기요양서비스 수요가 충족되지 못하는 사각지대에 놓이는 집단이다. <표 4-13>에서 음영이 지어진 부분이 사각지대에 해당되는 집단들이다.

1) 사각지대(I) : 집단②

제2차 시범사업 결과 수급대상으로 지정된 자 가운데 실제 급여이용률이 56.2%로 나타났다. 따라서 <표 4-6>에서 추계한 2008년 급여대상자 24,185명 가운데 56.2%인 13,592명이 실제로 장기요양급여를 이용할 것으로 예상된다. 이 가운데 일부 집단은 보험급여를 통해 필요한 서비스를 모두 충족하겠지만(집단①), 일부 집단은 보험제도를 통해 필요한 만큼의 서비스를 받지 못하는 경우도 발생할 수 있다. 후자의 경우가 첫 번째 사각지대 유형으로 <표 4-13>에서 집단②에 해당된다.

장기요양보험제도에 따르면 재가급여는 이용할 수 있는 월 한도액이 제한되어 있다. 가장 최근에 시행중인 3차 시범사업 지침에 따르면 재가급여 월한도액은 1등급 1,097,000원, 2등급

879,000원, 3등급 760,000원이다. 예를 들어, 장기요양수급 대상으로 인정된 1등급 노인이 주야간보호시설을 이용한다고 가정할 때, 주간보호서비스의 수가(酬價)는 주간만 이용할 경우 하루 34,740원이고, 야간 10시까지 이용하면 43,430원이다. 재가급여 월 한도액을 모두 주야간보호서비스에 소비한다 하더라도 야간 10시까지 이용하면 한달에 최대 25일밖에 이용할 수 없다. 따라서 재가급여 이용자 가운데 필요한 서비스 요구량을 충족하지 못하는 집단이 발생할 가능성이 있다. 시설급여 이용자의 경우는 시설에 입소해있는 동안은 제한없이 계속 입소비용이 지급되므로 급여 한도액으로 인한 미충족 수요는 없을 것으로 판단된다. 그러나 현재 장기요양시설이 수요에 비해 크게 부족한 상황이기 때문에 시설입소가 필요하지만 입소하지 못하는 경우도 발생할 수 있다.

그러나 장기요양서비스를 이용한 집단 가운데서 급여내용의 부족이나 요양기관의 부족으로 미충족 수요가 발생하는 집단②의 규모는 참고할 만한 근거자료가 없어 본 연구에서는 규모추정을 하지 못하였다.

2) 사각지대(II) : 집단③

두 번째 사각지대 유형은 장기요양수급 대상으로 인정되었지만, 비용부담으로 인해 장기요양 수급권을 포기하는 집단이다. <표 4-13>에서 집단③이 이에 해당된다. 현재 시설급여의 20%, 재가급여의 15%를 본인이 부담해야 한다. 기초생활수급자는 자부담이 면제되고 차상위 계층은 50%가 감면되지만, 여전히 이러한 혜택을 받지 못하는 저소득층이 남아있다.

2008년 기준 장기요양수급 대상자(1~3등급) 24,185명 중 2차 시범사업에서 급여이용률 56.2%를 적용하면, 수급대상에 해당되지만 서비스를 이용하지 않는 노인, 즉 집단③~⑤에 해당되는 노인은 총 10,593명이 된다. 한편, <표 4-14>에서 급여대상이지만 서비스를 이용하지 않는 경우, 7.1%가 경제적 부담 때문에 이용하지 않는 것으로 나타났기 때문에 이를 적용하면 서비스를 이용하지 않는 10,593명 가운데 7.1%인 752명이 집단③에 해당된다.

3) 사각지대(III) : 집단④

집단④는 장기요양서비스 급여대상으로 인정되었지만, 요양시설 및 급여내용의 부족으로 서비스를 이용하지 않은 집단이다. <표 4-14>에서 이러한 이유에서 서비스를 이용하지 않은 비율이 3.8%이다. 따라서 서비스 미이용자 10,593명의 3.8%인 403명이 세 번째 사각지대에 해당된다.

4) 사각지대(IV) : 집단⑥

2008년 장기요양대상노인(1~5등급) 총 100,714명 중 4~5등급에 해당하는 76,529명은 장기요양서비스가 필요하지만 혜택을 받지 못하게 된다. 따라서 이들 또한 장기요양보험제도의 사각지대에 놓인 노인이라고 할 수 있다. 그 중 보험제도 실시 이전에 요양시설이나 재가복지시설을 이용해왔으나, 보험제도 실시 이후 장기요양수급 대상 등급을 받지 못한 집단⑥이 네 번째 사각지대 유형이다.

노인복지법상 재가복지사업 및 노인요양시설 서비스 대상은 정신적, 신체적인 이유로 독립적인 일상생활을 수행하기 곤란한 노인을 대상으로 한다. 그러나 노인요양시설이나 재가복지시설 운영 현황을 보면 신체적 건강문제보다는 수급자 중심으로 서비스가 제공되는 것이 사실이다. 반면에 장기요양보험제도에서 적용하는 등급별 상태상을 보면, 보험제도의 혜택을 받을 수 있는 1~3등급은 상당히 중증의 상태이다. 따라서 보험제도 실시 이후에 현재 서비스 이용자 중 3등급 이내에 포함되지 못하는 노인이 상당수 있을 것으로 예상된다.

실제로 제1차 시범사업에서 현재 요양시설 입소자 및 재가복지시설 이용자를 대상으로 등급판정을 실시한 결과, 3등급 이내에 포함되는 비율이 시설종류별로 최고 79%에서 최저 5.3%로 나타났다. 재가복지시설의 경우 더욱 심각하여, 가정봉사원과견시설 9.3%, 주간보호시설 5.8%, 단기보호시설 37.4%만이 3등급 이내에 포함되었다.

<표 4-15> 기존 장기요양서비스 이용자 등급판정 결과

단위: %

	요양시설 입소자			재가시설 이용자				
	전문요양	요양	평균	가파	주간	단기	기타	평균
1등급	20.2	6.2	13.0	1.6	-	6.3	3.8	1.9
2등급	25.4	13.4	19.2	1.7	1.9	12.3	3.8	2.2
3등급	33.4	23.8	28.5	6.0	3.9	18.8	13.9	7.1
(1~3등급)	(79.0)	(43.4)	(60.7)	(9.3)	(5.8)	(37.4)	(21.5)	(11.2)
4등급	12.0	17.8	15.0	15.7	17.3	18.8	24.7	17.1
요양지원	5.4	24.1	15.0	40.7	50.0	18.8	36.7	40.2
등급외	3.5	14.7	9.3	34.3	26.9	25.0	17.1	31.4
(3등급 외)	(21.0)	(56.6)	(39.3)	(90.7)	(94.2)	(62.6)	(78.5)	(88.8)
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 보사연·복지부, 노인수발보험제도 시범사업 평가연구(제1차), 2006

한편, 본 연구에서 실시한 실태조사에서 서울시 소재 노인요양시설 입소자들을 3차 시범 사업 지침서에 제시된 등급판정도구를 이용하여 요양등급을 판정한 결과를 조사하였다. 조사 대상 시설 중 6개 기관에서 등급판정을 적용하여 현재 입소자들의 등급을 판정해보았는데, 전체 평균 27.4%가 3등급 외로 판정되었으며, 무료노인요양시설 입소자는 40.4%가 등급외로 판정되었다. 실태조사 결과, 무료(전문)요양시설 입소노인은 모두 기초생활수급자이고, 실비요양시설 입소자도 20%가 기초생활수급자, 70%가 차상위계층이기 때문에 기존 서비스 이용자는 사회적 지원이 필요한 집단이라고 판단된다.

<표 4-16> 서울시 요양시설 입소자 등급판정 결과

단위: %

구분		1등급	2등급	3등급	3등급 외	계
유형	기관수					
무료노인요양시설	1	11.1	24.2	24.2	40.4	100.0
무료노인전문요양시설	4	22.2	22.8	29.1	25.9	100.0
실비노인전문요양시설	1	19.0	23.0	35.0	23.0	100.0
전체	6	20.3	23.0	29.3	27.4	100.0

<표 3-24>와 <표 3-25>의 요양시설 및 재가복지시설 이용자 현황 자료를 <표 4-15>에 적용하면 집단⑤에 해당되는 노인의 개략적 규모를 추정할 수 있다. 추계결과에 따르면, 현재 재가복지시설 이용자 6,284명 가운데 5,634명은 3등급 외 판정을 받을 것으로 추정된다. 이는 전체 재가복지시설 이용자의 90%에 달한다. 요양시설 이용자 가운데는 현재 입소자의 약 1/3 정도인 1,048명이 3등급 외 판정을 받을 것으로 전망된다. 결과적으로 네 번째 사각지대 유형인 집단⑥에 해당되는 노인은 총 6,682명에 달할 것으로 추정된다.

<표 4-17> 기존서비스 이용자 중 등급외 인원

		현원(명)	3등급 이외자	
			비율(%)	인원수(명)
재가시설	가파시설	4,688	90.7	4,252
	주간보호	1,210	94.2	1,140
	단기보호	386	62.6	242
	소계	6,284	-	5,634
요양시설	일반요양	1,083	56.6	613
	전문요양	2,067	21.0	435
	소계	3,150	-	1,048
총계		9,434	-	6,682

5) 사각지대(V) : 집단⑦

다섯번째 사각지대 유형은 집단⑦이다. 이는 4~5등급에 해당되는 노인 중 기존에 요양시설이나 재가복지 서비스를 이용하지 않던 노인 가운데 한 유형이다. 이들이 현재 서비스를 이용하지 않는 이유가 자발적으로 원치 않는 경우도 있겠지만, 이용하고 싶지만 이용하지 못하는 경우도 있다. 현재 노인복지사업이 대부분 수급자 및 저소득층을 대상으로 하고 있기 때문에 자격요건이 안 된다거나 거주지 주변에 이용할 만한 시설이나 서비스가 없어 이용하지 못하는 경우가 있을 수 있기 때문이다. 이처럼 현재는 서비스를 이용하고 있지 않지만, 장기요양 관련 서비스 이용의사가 있는 노인들이 집단⑦에 해당된다.

제1차 시범사업 평가보고서에서 노인 등급별 서비스 이용의사를 확인할 수 있다. <표 4-18>에 따르면 전체적으로 방문간호서비스 이용의사가 가장 높은 편이다. 4등급 노인의 방문간호서비스 이용의사는 무료서비스 81.4%, 유료서비스 11.6%이고, 5등급 노인은 각각 80.4%와 8.9%이다.

<표 4-18> 수발등급별 서비스유형별 이용의사

단위: %

		1등급	2등급	3등급	4등급	5등급
가사서비스	무료	83.3	40.0	64.7	67.4	68.9
	유료	16.7	20.0	5.9	9.3	7.8
간병서비스	무료	75.0	44.0	66.2	76.7	75.3
	유료	25.0	20.0	10.3	9.3	8.1
방문간호	무료	83.3	56.0	69.1	81.4	80.4
	유료	8.3	24.0	16.2	11.6	8.9
주간보호	무료	33.3	40.0	47.1	62.8	51.5
	유료	-	24.0	7.4	2.3	3.3
단기보호	무료	41.7	40.0	47.1	51.2	47.0
	유료	-	8.0	8.8	-	3.7
복지용구대여	무료	50.0	56.0	60.3	60.5	61.9
	유료	-	8.0	5.9	4.7	4.1
요양서비스	무료	41.7	52.0	55.9	51.2	56.7
	유료	25.0	20.0	20.6	11.6	10.4

자료: 보사연·복지부, 노인수발보험제도 시범사업 평가연구(제1차), 2006

이 자료를 이용하여 사각지대(V)의 개략적 규모를 파악할 수 있다. 4~5등급의 노인들은 요양시설에 입소할 정도의 건강상태는 아니기 때문에 재가복지서비스를 이용하는 것으로 간

주하고, 보험제도 실시 이후에는 일부 자부담이 있기 때문에 재가서비스에 대한 유료서비스 이용의사를 기준으로 추정하는 것이 타당하다고 판단된다. 한편, 재가급여는 한 가지 종류만 이용하는 것이 아니라 여러 가지 서비스를 조합하여 이용하는 것이기 때문에 한 가지 유형에 대한 이용의사만 있더라도 재가급여 이용의사가 있는 것으로 간주해야 한다. 따라서 유료이용 요구율이 가장 높은 방문간호 이용의사를 기준으로 집단⑦의 개략적 규모를 파악하였다.

4~5등급에 해당되는 노인 76,529명 가운데 기존 서비스 이용자인 집단⑥에 해당되는 노인 6,682명을 제외하면, 현재 요양시설이나 재가복지서비스를 이용하고 있지 않은 노인은 69,847명이 된다. 전체 장기요양대상자를 추계한 <표 4-4>에서 4등급과 5등급의 비율은 13.6% : 86.4%이다. 따라서 69,847명 가운데 4등급은 9,499명과 5등급 60,348명으로 구성된다고 가정하고 여기에 <표 4-18>의 등급별 유료방문간호 이용의사 11.6%와 8.9%를 각각 적용하면, 앞으로 장기요양서비스 이용의사가 있는 집단⑦은 6,473명(4등급 1,102명, 5등급 5,371명) 정도가 될 것으로 추정된다.

6) 사각지대(VI) : 등급외 치매노인

이상에서 장기요양등급 및 서비스 이용행태를 기준으로 5가지 사각지대 유형을 정리하였지만, 위의 분류에는 포함되지 못한 또 다른 집단이 있다. 현재의 장기요양 판정도구가 신체적인 문제에 초점이 주어지기 때문에 인지능력에 문제가 있는 치매노인의 경우 장기요양수급 대상에 포함되지 못할 가능성이 높다는 지적이다. 일부 치매노인은 앞에서 분류한 7가지 집단에 포함될 수도 있지만, 신체활동에 큰 문제가 없어 장기요양 5등급에도 포함되지 못하는 치매노인의 경우 검토대상에서 제외되었다. 따라서 위의 5가지 사각지대 유형에 추가하여 등급외에 해당하는 치매노인도 하나의 중요한 사각지대로 간주되어야 할 것이다.

일반적으로 치매노인 출현률은 8.3%인 것으로 추정하고 있으나(변용찬, 1997), 정확한 치매노인수를 확인하기는 어렵다. 더구나 이 중 상당수는 위에서 분류한 다른 집단에 이미 포함되어 있기 때문에 등급외 치매노인에 해당되는 사각지대 집단의 규모를 추정하는 것은 어려움이 있다.

7) 집단별 규모추정 종합

이상에서 분류한 노인집단의 유형과 각 유형별 개략적인 노인인구 규모를 추정한 결과를

종합 정리하면 아래와 같다. 제시된 수치는 2008년 장기요양대상 인구 추정결과를 근거로 한 것이다. 음영 처리된 부분이 앞서 논의한 사각지대에 해당되는 집단이다. 개략적인 규모 추정이 가능한 집단 ③, ④, ⑥, ⑦을 모두 합하면, 14,310명으로 전체 장기요양대상자 100,714명의 14.2%에 해당된다. 여기에 규모추정이 불가능한 보험혜택으로 서비스 요구가 충족되지 못하는 집단②와 등급내에 들지 못한 치매노인수(집단⑨)를 추가하면 그 규모는 더 늘어날 것으로 예상된다.

<표 4-19> 노인집단 분류별 규모 추정

기준 분류	등급	보험 이용여부	보험혜택 충족도	미이용 이유	기존서비스 이용여부	서비스 이용의사
장기요양 대상자 100,714명 (100.0%)	1~3등급 24,185명 (24.0%)	이용	① 충족	-		
		13,592명 (13.5%)	② 미충족			
		미이용 10,593명 (10.5%)		③ 비용부담		
				752명 (0.7%)		
				④ 공급부족		
	4~5등급 76,529명 (76.0%)			⑤ 기타	⑥ 이용 6,682명 (6.6%)	-
				9,438명 (9.4%)		
					비이용 69,847명 (69.4%)	⑦ 있음 6,473명 (6.4%)
⑨ 등급외 치매노인						⑧ 없음 63,374명 (62.9%)

* 2008년 장기요양대상자 추정결과를 토대로 함.

제4절 장기요양급여기관 재정분석

장기요양보험제도 실시로 큰 변화를 경험할 또다른 주체는 장기요양서비스 기관들이다. 기존에 서비스 이용료로 운영되던 유료시설의 경우 보험제도 실시 이후 큰 변화가 없을 것이지만, 현재는 정부의 운영비 보조를 통해 무료 및 실비시설로 운영되던 경우에 재정운영에 변화가 클 것으로 예상된다. 특히 제1절에서 논의한 바와 같이 보험제도로 전환되면 여러 가지 이유에서 재정적으로 어려워질 것이라는 지적을 하고 있다. 따라서 본 절에서는 보험제도 시행 후 장기요양서비스 수가로 운영된다고 가정할 때 예상되는 수입을 추정하고, 이를 현재 보조금으로 운영될 때와 비교해보았다.

1. 기본전제

1) 분석대상 및 이용자 규모

보험제도 후 예상수입 규모를 산출하기 위해서 몇가지 기본적인 가정 및 기초자료가 필요하다. 우선, 분석대상은 정부보조금을 지원받고 있는 시설로 한정하였다. 왜냐하면 유료시설의 경우 보험제도 전후에 모두 이용료 수입으로 운영되기 때문에 운영상의 차이가 없기 때문이다. 한편, 장기요양서비스 기관은 여러 가지 유형이 가능하지만, 현재의 시설유형 가운데서 장기요양서비스 기관으로 전환될 가능성이 가장 높은 노인요양시설과 재가노인복지시설을 분석 대상으로 한정하였다.

한편, 본 절에서는 현재와 동일한 조건에서 보험제도로 운영될 때의 예상수입을 비교하는데 목적이 있다. 현재의 수입·지출 규모는 정원이 아니라 현원을 기준으로 소요되는 비용이기 때문에, 재정분석에서는 실태조사에서 나타난 현원을 기준으로 예상되는 수입을 계산하였다. 실태조사결과, 본 절에서 분석할 대상시설 및 시설별 이용자 현황은 아래와 같다.

<표 4-20> 분석대상 시설 현황

		요양시설				재가시설		
		무료요양	실비요양	무료전문	실비전문	단기보호	가파시설	주간보호
사레시설수		12	2	11	3	17	12	40
정원		105.7	62.5	111.6	133.3	17.9	92.9	17.7
현원	실인원	98.9	51.0	110.8	133.3	16.4	92.3	16.3
	연인원	-	-	-	-	-	월 1,729	월 289

2) 등급 및 급여유형

이용노인의 등급 및 급여유형별로 수가(酬價)에 차이가 있기 때문에, 각 시설의 이용자를 등급 및 이용하는 급여유형별로 구분해야 한다. 본 연구에서는 2차 시범사업 운영결과 자료를 이용하여 등급 및 급여유형별로 배분하였다. 2차 사업에서 등급별 서비스 실시현황 자료를 이용하여 등급 및 급여유형별로 장기요양대상노인의 구성비를 계산하면 아래 표와 같다.

<표 4-21> 급여유형별 이용노인의 등급별 구성

단위: %

	1등급	2등급	3등급	계
재가급여 이용자	24.2	22.0	53.8	100.0
시설급여 이용자	42.0	25.7	32.3	100.0

자료: 2차 시범사업 결과에서 재작성

3) 수가(酬價)

서비스별 수가는 3차 시범사업에서 사용한 것을 적용하였다. 서비스별 수가는 아래 표와 같다. 한편, 시설급여는 입소기간 동안 지속적으로 지급되지만, 재가급여는 월 이용한도액이 정해져 있다. 재가급여 월한도액은 1등급 1,097,000원, 2등급 879,000원, 3등급 760,000원이다. 본 절의 재정분석에서는 장기요양급여를 이용하는 경우에는 한도액을 100% 사용하는 것으로 가정하였다.

<표 4-22> 시설급여 및 주·단기보호 수가

단위: 원/일

		1등급	2등급	3등급
시설급여	노인요양시설	38,570	31,070	26,230
	노인전문요양시설	47,220	38,060	36,260
	노인요양공동생활가정	38,900	32,720	31,510
단기보호(1일당)		41,090	33,120	28,670
주야간보호 (1일당)	주간보호	34,740	31,630	26,610
	~오후 8시	36,480	33,210	27,940
	~오후 9시	39,950	36,380	30,600
	~오후 10시	43,430	39,540	33,260
	~오후 11시	46,900	42,700	35,920
재가급여 월 이용한도액		1,097,000	879,000	760,000

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 3차 시범사업 수가산정 및 비용청구 지침, 2007.4

<표 4-23> 방문서비스 수가

	기준	수가	비고
방문요양 (원/분)	30~60분 미만 60~90분 미만 90~120분 미만 120~150분 미만 150분 이상 ·150~240분 미만 ·240~360분 미만 ·360~480분 미만 ·480~510분 미만 ·480분 이상	9,740(원) 14,700 19,470 24,340 30분당 3,020원 가산 30분당 2,500원 가산 30분당 2,200원 가산 30분당 1,000원 가산 30분당 1,000원 가산	도시·벽지 교통비 3,000원 가산
방문목욕	차량 이용 차량 미이용	52,780(원/방문당) 39,590(원/방문당)	
방문간호	방문간호 지시서 <의료기관> ·대상자가 기관방문시 ·의사가 가정방문시 <보건기관> ·대상자가 기관방문시 ·의사가 가정방문시 방문간호서비스(방문당) ·30분 미만 ·30~60분 미만 ·60분 이상	 15,000 35,000 4,000 9,000 25,430 32,990 40,550	

자료: 보건복지부·국민건강보험공단, 3차 시범사업 수가산정 및 비용청구 지침, 2007.4

4) 재정규모

실태조사 결과 각 시설의 수입과 지출의 규모가 약간의 차이가 나타났다. 그러나 본 절에서는 현원을 기준으로 소요 재원을 비교하는 것이기 때문에, 수입보다는 지출을 기준으로 비교하는 것이 합리적이라고 판단된다. 한편, 실태조사에서 지출항목으로 인건비, 기관운영비, 사업비, 재산조성비, 기타 잡지출, 예비비, 이월금으로 구분하여 조사하였는데, 이 중 예비비와 이월금은 실제 서비스 제공에 투입된 것이 아니기 때문에, 이 두 항목의 지출액을 제외한 나머지 지출의 합계를 기준으로 비교한다. 실태조사 결과, 분석대상이 되는 각 시설의 지출 현황은 아래와 같다.

<표 4-24> 정부지원 노인요양시설 지출 현황

단위: 천원(%)

구분 \ 유형		무료요양	실비요양	무료전문요양	실비전문요양
총계		1,327,550(100.0)	701,780(100.0)	1,800,351(100.0)	2,385,764(100.0)
사업	(소계)	1,257,325	664,462	1,712,243	2,100,425
	인건비	918,906(69.2)	473,355(67.5)	1,262,065(70.1)	1,504,807(63.1)
	사업비	117,739(8.9)	61,249(8.7)	236,543(13.1)	355,353(14.9)
	기관운영비	167,800(12.6)	66,234(9.4)	98,284(5.5)	198,413(8.3)
	재산조성비	52,880(4.0)	63,626(9.1)	115,351(6.4)	41,852(1.8)
기타	기타 잡지출	23,584(1.8)	3,874(0.6)	16,214(0.9)	43,184(1.8)
	이월금	46,641(3.5)	33,444(4.8)	71,894(4.0)	242,155(10.2)

<표 4-25> 정부지원 재가노인복지시설 지출 현황

단위: 천원(%)

구분 \ 유형		단기보호시설	주간보호시설	가파시설
총계		209,377 (100.0)	137,847 (100.0)	227,346 (100.0)
사업	(소계)	196,303	132,396	220,101
	인건비	106,731 (51.0)	86,566 (62.8)	102,961 (45.3)
	기관운영비	19,323 (9.2)	13,468 (9.8)	22,086 (9.7)
	사업비	57,424 (27.4)	24,760 (18.0)	88,430 (38.9)
	재산조성비	10,076 (4.8)	6,131 (4.4)	6,118 (2.7)
	기타 잡지출	2,749 (1.3)	1,471 (1.1)	507 (0.1)
기타	예비비	43 (0.02)	315 (0.2)	46 (0.02)
	이월금	13,031 (6.2)	5,136 (3.7)	7,199 (3.2)

<표 4-24>와 <표 4-25>는 2006년말 결산 기준으로 조사된 것이다. 그러나 본 절에서 비교대상으로 적용하는 수가는 2007년에 실시된 3차 시범사업의 자료이기 때문에 기준시점에 다소 차이가 있다. 이러한 차이를 보정하기 위하여 시설유형별 지출 규모를 조정하였다. 서울시 담당자에 따르면 시설에 지원되는 보조금은 통상적으로 매년 7% 정도씩 상향조정된다. 따라서 실태조사 결과 2006년 실제 사업비 지출액을 7%씩 상향 조정하였다. 결과적으로 향후 예상수입과 비교대상이 될 현재의 지출규모는 <표 4-26>과 같다.

<표 4-26> 사업비 지출 조정

단위: 천원

	요양시설				재가복지시설		
	무료요양	실비요양	무료전문	실비전문	단기보호	주간보호	가파시설
2006 결산	1,257,325	664,462	1,712,243	2,100,425	196,303	132,396	220,101
7% 상향조정	1,345,338	710,974	1,832,100	2,247,455	210,044	141,664	235,508

2. 재정분석 결과

1) 노인요양시설

각 시설유형별 현원에 <표 4-21>의 시설급여 이용노인의 등급별 분포를 적용하여 각 시설의 등급별 노인수를 산출하였다. 여기에 등급별 수가를 적용하고 입소노인은 한달 30일을 모두 입소하는 것으로 가정하여 산출한 결과는 <표 4-27>과 같다.

무료요양시설의 예상수입은 연간 1,163,812천원으로 <표 4-26>에서 예비비와 이월금을 제외한 지출 총액의 86.5%에 해당되며, 실비요양시설은 현재 지출대비 84.3%인 599,540천원이 연간 예상수입이다. 전문요양시설의 예상수입은 일반요양시설에 비해 다소 높아, 현재 지출대비 비율이 무료전문요양시설은 90.1%, 실비전문요양시설은 88.0%에 해당된다.

<표 4-27> 노인요양시설 예상수입

		등급별 인원				예상수입		현재 사업관련 지출 대비(%)
		1	2	3	계	월(원)	연(천원)	
일반 요양	무료	42	25	32	99	96,984,344	1,163,812	86.5
	실비	21	13	16	51	49,961,632	599,540	84.3
전문 요양	무료	47	28	36	111	137,612,210	1,651,347	90.1
	실비	56	34	43	133	164,886,702	1,978,640	88.0

2) 재가복지시설 재정분석

(1) 이용인원

요양시설이나 단기보호시설은 입소시설이고 일단 입소하면 일정기간 동안 하루 종일 시설서비스를 받기 때문에 입소자 한사람을 한단위로 계산하면 된다. 그러나 이용시설인 주간보호 및 가정봉사원파견시설은 차이가 있다. 주간보호시설의 경우 하루 단위로 서비스가 제공되기는 하지만 단기보호시설과 달리 매일 이용하지는 않는다. 또한 가파시설은 시간단위로 서비스가 제공된다. 실제로 <표 4-20>의 현원 자료에 따르면, 주간보호시설 이용 실인원은 16명이다. 이들이 한달 30일을 모두 이용한다면 한달간 서비스를 제공한 연인원은 480명이 되어야 하지만, 실태조사에서 월평균 연인원은 시설당 289명으로 조사되었다. 마찬가지로 가파시설도 실인원은 92명이지만 월평균 연인원은 1,729명으로 조사되었다.

따라서 주간보호 및 가파시설은 실인원보다는 월평균 연인원을 기준으로 하는 것이 타당

하다고 판단된다. 주간보호시설은 현재 월요일부터 금요일까지 주5일만 서비스를 제공한다. 따라서 연인원 289명을 20일(주5일×4주)로 나누면 하루평균 실제 이용인원은 약 14명(14.4명)이다. 가정봉사원과 견시설도 주간보호시설과 마찬가지로 주5일만 서비스를 제공하므로 월평균 연인원 1,729명을 20일로 나누면 약 86명(86.4명)이 하루 평균 실제 이용인원이다.

(2) 이용서비스 및 시간

시설급여와 달리 재가급여는 사용할 수 있는 월이용 한도액이 정해져있다. 3차 시범사업에서 적용한 재가급여 월한도액은 1등급 1,097,000원, 2등급 879,000원, 3등급 760,000원이다. 단기보호시설 이용노인이 월한도액을 모두 단기보호서비스에 지출한다고 가정하더라도 사용할 수 있는 기간은 약 26일 정도이다. 따라서 단기보호시설 이용자들은 월한도액을 모두 단기보호시설에서 지출하는 것으로 가정하고 예상수입을 산출하였다.

주간보호시설은 현재 주5일, 주간에만 서비스를 제공한다. 따라서 주간보호 이용자들은 주5일간 4주(한달 20일)동안 주간보호서비스만 이용하는 것으로 하였다. 이 경우 월이용 한도액을 넘지 않는다. 가정봉사원과 견시설은 방문요양서비스 수가를 기준으로 하였다. 현재 가정봉사원의 평균이용시간이 3시간이므로 방문요양 3시간 사용시 수가 27,360원(150분 미만 24,340원 + 초과 30분 3,020원)을 기준으로 한달 20일을 이용하는 것으로 간주하고 산출하였다. 하루 3시간씩 20일을 모두 이용하여도 합계 547,200원으로 월이용 한도액을 넘지 않는다.

(3) 예상수입

각 시설유형별 이용인원에 등급별 분포를 적용하여 각 등급 인원수를 산출하고, 해당 등급의 서비스 수가를 적용하여 예상수입을 산출한 결과는 다음과 같다.

<표 4-28> 재가복지시설 예상수입

	등급별 인원				예상수입		현재 사업관련 지출 대비
	1	2	3	계	월(원)	연(천원)	
단기보호시설	4	4	9	16	13,884,366	166,612	84.9%
주간보호시설	3	3	8	14	87310,918	99,731	75.3%
가파시설	21	19	46	86	47,059,200	564,710	256.6%
							74.0% (무급봉사원 인건비 반영시)

단기보호시설의 예상수입은 연간 166,612천원으로 현재 지출액(예비비 및 이월금 제외) 210,044천원의 약 79.3%이다. 주간보호시설은 연간 99,731천원의 수입이 예상되어 현재 지출액의 70.4% 수준이다.

한편, 가정봉사원 파견시설의 경우, 하루평균 86명의 이용자가 3시간씩 20일간 이용할 경우 연간 총수입은 564,710천원이다. 이는 가파시설의 지출 중 예비비와 이월금을 제외한 235,508천원의 약 2.4배에 해당된다. 그러나 가정봉사원파견시설의 서비스 인력인 가정봉사원은 대부분 무급가정봉사원이다. 서울시 자료에 따르면 2007년 3월 현재 가정봉사원파견시설 단독운영 기관은 총 12개소가 있는데, 이들 시설에서 활동하는 가정봉사원은 유급봉사원이 45명인 반면, 무급봉사원은 894명이다. 이는 시설당 유급봉사원 3.8명, 무급봉사원 74.5명에 해당된다. 따라서 시설당 약 75명의 무급봉사원 인건비가 현재 지출항목에 반영되지 않은 것이다.

본 연구에서 실시한 실태조사에 따르면 가정봉사원파견시설에서 활동중인 유급가정봉사원의 평균 연봉은 7,335천원으로 조사되었다. 시설당 74.5명의 무급봉사원을 유급화할 경우 소요되는 인건비는 약 543,458천원이다. 따라서 보험제도 실시 이후 가정봉사원을 모두 유급으로 한다면 가정봉사원파견시설에서 실제 지출해야 하는 금액은 현재 지출액 235,508천원에 무급봉사원 인건비 543,458천원을 합한 778,966천원이다. 이를 앞서 산출한 예상수입 564,710천원과 비교하면, 예상수입은 필요 비용의 72.5%에 해당한다.

제5장 서울시의 역할 및 대응방안

제1절 장기요양보험제도 운용을 위한 역할

제2절 장기요양보험제도 보완을 위한 역할

서울시의 대응과제는 두 가지 측면으로 구분할 수 있다. 하나는 장기요양보험제도가 원활히 수행될 수 있도록 어떠한 준비를 해야 하는가 하는 측면이고, 다른 하나는 장기요양보험제도 시행에 따라 파생되는 문제들에 어떻게 대처할 것인가 하는 측면이다. 본 장에서는 이 둘을 두 가지 측면으로 구분하여 서울시의 역할과 대응방안을 논의한다.

제1절 장기요양보험제도 운용을 위한 역할

1. 인프라 확충

장기요양보험제도의 원활한 운영을 위해 가장 시급한 과제는 기초 인프라를 확보하는 것이다. 앞 장에서 장기요양 대상노인 규모와 그에 따른 시설수요를 추계한 결과, 시설인프라의 수요충족률은 노인요양시설이 36.3~60.5%, 재가복지시설이 48.9~81.4%로 크게 부족한 상황이다. 따라서 늘어나는 수요에 대비하여 기초인프라를 확충하는 것이 서울시의 일차적 과제라고 할 수 있다.

1) 인프라 확충방안

(1) 공공의 역할 강화

장기요양보험제도가 도입되면 민간 서비스 공급자들의 참여가 확대될 것으로 기대된다. 그러나 민간부문이 얼마나 많이 참여할지는 사업수익성과 밀접한 관계가 있다. 본 연구에서 실시한 실태조사에 따르면 유료전문요양시설의 이용요금은 평균 월 155만원 정도이다. 한편, 3차 시범사업 지침서에 따르면 요양시설의 시설급여 수가는 1등급 기준으로 요양시설은 38,570원/일, 전문요양시설은 47,220원/일이다. 이를 월단위로 환산하면 요양시설은 최대 1,157,100원, 전문요양시설은 1,416,600원으로 현재 요금수준보다 약간 낮다.

이처럼 수익성이 크게 높지 않을 뿐 아니라 아직은 보험제도가 도입되는 초기단계이기 때문에 단기간 내에 민간 사업자가 급증하리라고 예상하기는 어렵다. 따라서 제도의 도입 초기인 현재는 지역별로 기본적 인프라가 확보될 때까지 공공부분에서 우선적으로 시설을 공급하는 역할을 담당해야 할 것으로 판단된다. 공공의 역할은 직접적인 시설 건립은 물론, 사설시

설의 건립비 지원 역할을 포함한다.

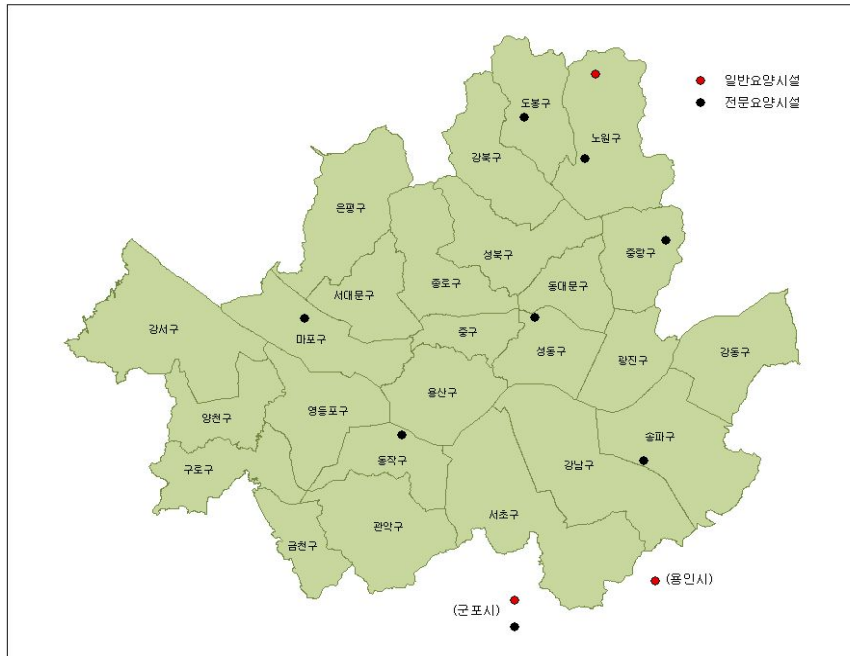
(2) 지역거점 공설 요양시설 확보

노인요양시설은 재가복지시설에 비해서 지리적 접근성이 큰 제약요인이 되지 않으나, 최소한의 기본 인프라는 지역별 안배가 필요하다. <표 5-1>은 구별 노인요양시설 분포현황이다. 은평구가 6개소로 가장 많으며, 종로, 강서구도 4개소가 있어 양호한 편이다. 반면에 용산구와 강북구에는 노인요양시설이 하나도 없다.

<표 5-1> 자치구별 노인요양시설 분포 현황

	계	설립주체				계	설립주체		
		시립	구립	사립			시립	구립	사립
종로	4	-	-	4	양천	1	-	-	1
중구	1	-	-	1	강서	4	-	-	4
용산	-	-	-	-	구로	1	-	-	1
성동	2	1	-	1	금천	2	-	-	2
광진	1	-	-	1	영등포	2	-	-	2
동대문	2	-	-	2	동작	2	-	1	1
중랑	2	1	-	1	관악	2	-	-	2
성북	2	-	-	2	서초	3	-	-	3
강북	-	-	-	-	강남	1	-	-	1
도봉	1	-	1	-	송파	2	1	-	1
노원	3	2	-	1	강동	1	-	-	1
은평	6	-	-	6	경기도 군포	2			
서대문	3	-	-	3	경기도 용인	1	1	-	-
마포	1	1	-	-	계	52	9	2	41

그러나 노인요양시설의 경우 시·구립 시설 공급이 고려되어야 할 요소이다. 전체 52개 요양시설 가운데 11개소만이 시·구립시설이다. 이들 시설의 공간적 분포 상황은 <그림 5-1>과 같다. 25개 자치구 중 시·구립 요양시설이 있는 곳은 성동, 중랑, 도봉, 노원, 마포, 동작, 송파 등 7개구 뿐이고, 3개 시설은 경기도에 위치해 있다. 권역별로 보면 북부권(도봉, 노원), 동부권(성동, 중랑)이 상대적으로 양호한 반면, 도심 및 북서권(종로, 중구, 용산, 은평, 서대문), 서남권(강서, 양천, 구로, 금천, 영등포)이 열악하다. 동남권의 경우 송파구에만 1개소가 있지만, 경기도 소재 3개시설이 이 지역과 인접해 있다는 점에서 상대적으로 양호한 것으로 평가된다.



<그림 5-1> 시·구립 노인요양시설 분포 현황

참여정부가 2005년 발표한 “공공보건의료 확충 종합대책”에서는 보건의료에 있어 국가의 책임을 강조하고 공공보건의료 인프라를 강화하도록 하고 있다. 공공보건의료체계를 구축하기 위하여 광역단위의 거점병원과 지역단위 거점병원을 확보하도록 하고 있으며, 공공병상 신설은 요양병상을 우선 추진하고, 민간에 과잉 공급된 급성병상을 요양병상으로 전환하도록 적극 지원하는 방안을 제안하고 있다(보건복지부 외 관계부처합동, 2005).

모든 구에 시·구립 요양시설을 설립할 필요는 없지만 공공보건의료 확충계획과 동일한 배경에서 노인요양시설도 지역별 안배를 고려하여 최소한 권역별로 거점역할을 할 수 있는 시·구립 요양시설을 확보할 필요가 있다. 신축은 부지를 확보하는데 어려움이 있으므로, 정부의 공공보건의료계획에서 제안한 바와 같이 민간병원을 재활용하는 방법으로 접근한다. 현재 서울시내 중규모 병원의 상당수는 재정적으로 어려움을 겪고 있다. 이들 시설을 인수하여 리모델링하고 이를 노인요양시설로 활용하는 방향으로 사업을 추진하는 것이 현실적인 대안이라고 판단된다.

(3) 경기도와의 네트워크 구축

노인요양시설은 이용권 범위가 광역적이기 때문에 서울시 및 인천시, 그리고 경기도를 포함하여 수도권 단위에서 시설 수급상황을 파악하고, 지자체간 협조를 통해 인프라를 확충하는 것이 효율적이라고 판단된다. 현재도 서울시의 시·구립 노인요양시설 중 3개소는 경기도에 위치해있다.

인천시와 경기도의 2006년말 현재 노인요양시설은 총 223개 시설에 정원이 10,489명에 달한다. 보건복지부 자료에 따르면 노인요양시설 수요충족율은 인천시 82%, 경기도 77%로 서울시의 충족률 37%의 두 배가 넘는다. 서울시는 대부분의 지역이 시가화되어 노인요양시설 부지를 확보하는 것이 어려운 현실이다. 따라서 부지확보가 용이한 경기도와 네트워킹을 통해 노인요양시설의 공동사용 방안을 모색하는 대신, 서울시는 이에 대한 경제적 보상을 경기도에 제공하는 방법으로 상호 협조체계를 구축하도록 한다.

<표 5-2> 수도권 노인요양시설 공급현황

단위: 개소, 명

		일반요양시설			전문요양시설			계
		무료	실비	유료	무료	실비	유료	
인천	시설수	6	6	6	6	1	2	27
	정원	450	411	378	510	60	159	1,968
경기	시설수	21	75	37	25	-	38	196
	정원	1,579	2,576	826	1,805	-	1,735	8,521
계	시설수	28	81	43	31	1	40	224
	정원	2,029	2,987	1,204	2,315	60	1,894	10,489

자료: 보건복지부, 2007 노인복지시설 현황 (2006.12.31 현재)

2) 시설 운영형태

(1) 소규모화

재가노인복지시설은 현재도 소규모로 운영되고 있으나, 앞으로는 노인요양시설도 소수의 대규모 시설보다 다수의 소규모 시설을 공급하는 것이 바람직하다. 우리보다 앞서 개호보험을 시작한 일본의 사례를 보면 최근 장기요양시설이 소규모·다기능화 되는 추세이다. 서울시도 향후에는 노인요양공동생활가정과 같은 소규모 형태로 요양시설을 공급하는 것으로 정책방향을 설정하고 있다.

소규모 시설의 공급은 이용자들의 시설 접근성을 개선할 뿐 아니라, 대규모 시설에 비해

개인의 프라이버시가 보장되는 장점이 있다. 또한 거주환경을 현재의 병원과 같은 시설에서 일반 가정과 같은 환경으로 전환함으로써 입소노인의 정서안정과 삶의 질 향상에 기여할 것으로 기대된다.

(2) 시설의 복합화

장기요양 서비스 기관은 한가지 기능만 하기보다는 다양한 장기요양 서비스를 종합적으로 제공하는 복합시설화가 바람직하다. 시설의 복합화는 두가지 측면에서 필요성이 인정된다. 첫 번째 이유는 서비스의 종합성 및 연속성 차원이다. 주간 및 단기 보호시설, 그리고 요양시설 이용대상자는 동일한 대상집단이 시차에 따라 필요한 서비스 유형이 변화하는 것에 불과하다. 더구나 제공되는 서비스 내용이 상호 연계성이 높아 시설을 복합적으로 운영함으로써 서비스 효과성을 높을 수 있다.

시설의 복합화는 시설운영의 효율성 면에서도 필요하다. 장기요양보험제도에서 제시하는 수가에 따라 운영하면서 수지균형을 맞추기 위해서는 대규모 시설이 유리하다. 그러나 현재 대부분의 재가노인복지시설은 소규모로 운영되고 있어 경제성이 떨어진다. 또한 앞으로는 요양시설도 소규모화 하는 것이 바람직하다고 제안한 바 있다. 이처럼 소규모 시설로 운영하면서 경제성을 확보하기 위해서도 시설의 복합화가 필요하다. 예를 들어 주간보호시설을 단기 또는 요양시설과 함께 운영하게 되면 시설이나 인력의 활용 면에서 효율적이고, 각 시설 이용자의 정보를 공유함으로써 신규 입소자에 대한 기초사정이나 관리비용이 적게 드는 효과도 기대할 수 있다.

3) 민간사업 활성화 지원

제도도입 초기의 기초 인프라 확보에는 공공의 직접 투자가 필요하지만, 궁극적으로는 민간의 참여를 활성화하는 방향으로 진행되어야 할 것이다. 민간부문의 참여는 사업수익성과 시장진입의 용이성에 따라 영향을 받는다. 사업수익성은 서비스 수가(酬價)와 관련된 것으로 보험제도 자체의 개선이 필요한 문제인 반면, 시장진입의 용이성과 관련해서는 장기요양기관의 지정과 관리를 담당하는 지자체에서 해야 할 역할도 많다. 따라서 사설시설 건립에 걸림돌이 되는 것을 제거해주는 것이 서울시를 비롯한 공공부문에서 해야 할 또 다른 역할이다.

(1) 장애요인

서울시·시정연(2003)의 「노인기초수요조사 및 정책개발 연구」에서 유료노인복지시설 운영자들을 대상으로 실시한 조사에 따르면, 민간 유료시설 공급이 확대되지 못하는 장애요인으로 정부의 재정지원 부족, 수지타산이 맞지 않는다는 등 경제적인 어려움을 가장 많이 지적하였다. 그러나 정부의 재정지원, 유료서비스 이용희망자 문제 등은 장기요양보험체계 하에서는 논의의 대상이 되지 않는다.

이러한 요인들을 제외하고 유료노인복지시설들이 경험하는 장애요인으로서는 인력확보가 어렵다는 지적이 전체의 31.1%로 많은 편이다. 인력확보의 어려움은 특히 단기보호시설 및 요양·양로시설에서 많이 지적하였는데, 가정봉사원 파견시설이나 주간보호시설과는 달리 이들 시설은 24시간 보호가 필요하기 때문에 인력확보에 더 많은 어려움을 경험하는 것으로 해석된다. 그 외에, ‘설립기준이 까다롭다’, ‘건립부지 확보가 어렵다’, ‘시설허가가 어렵다’, ‘정부 지도감독이 까다롭다’ 등 주로 제도적인 문제점 지적이 많은 편이다.

<표 5-3> 유료노인복지시설 운영상의 장애요인

단위: %

장애요인 \ 시설유형	가정봉사원 파견시설	주간보호 시설	단기보호 시설	요양시설 양로시설	계
정부재정지원 부족	44.4	80.0	66.7	80.0	72.1
수지타산이 맞지 않음	44.4	37.1	66.7	60.0	45.9
인력확보의 어려움	11.1	25.7	58.3	40.0	31.1
설립기준이 까다로움	44.4	22.9	16.7	40.0	26.2
건립부지 확보 어려움	33.3	14.3	41.7	40.0	24.6
시설허가 어려움	22.2	25.7	25.0	20.0	24.6
정부 지도·감독 까다로움	22.2	34.3	8.3	-	24.6
정부의 요금제한	22.2	17.1	8.3	-	14.8
유료시설 이용희망자 적음	44.4	5.7	8.3	-	11.5

주: 중복응답 결과임

자료: 서울시·시정연, 「노인기초수요조사 및 정책개발 연구」, 2003

(2) 지원방안

• 부지확보를 위한 지원

국토의 계획 및 이용에 관한 법률에 의하면, 노인복지시설인 요양시설은 농림지역 및 자

연환경보전지역을 제외하고 모든 용도지역에 설립이 가능하다. 그러나 서울시는 이미 시가화가 모두 완료되었기 때문에 요양시설 건립부지 확보에 어려움이 있다. 따라서 요양시설도 공익시설로 간주하여 그린벨트 등 자연녹지지역이나 도시계획구역 내 근린공원 등에 건립이 가능하도록 관련 제도의 개정이 요구된다. 또한 노인요양시설을 필수적인 도시공공시설로 지정하고, 도심재개발이나 뉴타운 사업 등의 도시계획 입안 시에 노인요양시설 설치계획을 포함할 수 있도록 하는 제도적 개선도 요구된다.

• 세제 혜택

민간부문의 유료 노인복지시설이나 서비스 사업에 참여를 확대하기 위해서 개선되어야 할 사항으로는 정부지원 확대를 가장 많이 지적하였다. 공공에서 운영비를 직접 지원하는 것 이외에 세제 혜택 등을 통해 간접적으로 지원하는 것이 필요하다. 현재 병원이나 교육시설 등 비영리법인이 운영주체인 민간시설의 경우에는 법인세, 부가가치세, 지방세 등에서 세제혜택을 받고 있으나, 유료 요양시설의 운영주체가 민간 영리단체인 경우 비영리법인에게 주어지는 세제혜택을 전혀 받을 수 없다.

이들에게 세제혜택을 주기 위해서는 법률의 개정이 필요하기 때문에 단기간에 실현이 가능한 것은 아니지만, 우선 서울시 차원에서 지방세 부분부터 시도해볼 수 있다. 비영리 사업자에게 주어지는 지방세 감면은 취득세, 등록세, 재산세, 종합토지세 등을 용도구분에 의해 비과세하고 있다. 영리사업자에게도 비과세는 아니더라도 세금을 감면해 주는 인센티브 제도 검토가 필요하다.

• 인력 양성 및 보급

시설운영상 어려운 점으로 인력 확보의 어려움 또한 많이 지적하였다. 특히 요양시설의 경우 24시간 운영되어야 하며 근로조건도 좋은 편이 아니기 때문에 인력확보에 더욱 어려움이 많다. 장기요양보험제도 실시와 함께 요양보호사가 제도화 되었으나, 내년도에 전면적으로 개편됨에 따라 필요한 요양보호사 인력 수급에 어려움이 있을 것으로 보인다. 더구나 요양보호사 교육은 현재 민간의 협회나 사회교육원 차원에서 실시되고 있다. 요양보호사는 의료지식과 복지지식을 함께 갖춘 국가인증 자격증인 만큼 정부나 공인된 기관에서 자격증을 발급할 수 있는 교육양성기관 설립이 필요하다.

외국에서는 전문 의료인력 양성을 위한 노력을 정부가 중심이 되어 하고 있다. 일본에서

는 치매노인을 위한 간호인력의 확보를 위해 사회복지사 및 개호복지사의 자격을 제도화하였으며, 자원봉사자들을 대상으로 하는 강습회를 통해 이들의 자질향상을 도모하도록 단계적 연수체계를 갖추고 있다. 보건소에서는 가정주부 등을 대상으로 가정간호에 대한 교실을 개설하고 있을 뿐만 아니라 지역과 시설에서도 보건소 직원 및 간호사, 의사 외에 지역의 개업의에 대해서도 특별연수를 실시하고 있다. 네덜란드 정부는 장기보호병원에 근무하는 임상 의사, 노인병 전문 의사, 개업 의사, 노인정신병 의사 등을 대상으로 치매노인의 보호에 관한 교육을 하고 있으며, 치매간호사를 배출하기 위한 교육도 확대하고 있다.

또한 요양보호사 양성을 위한 비용지원 또한 정부의 역할이다. 내년에 장기요양보험제도가 실시되면 현재 요양시설에서 활동 중인 생활지도원들도 요양보호사가 되기 위해 자비를 들여 재교육을 받아야 한다. 시설 공급과 마찬가지로 인력 또한 기초 인프라라는 측면에서 인력양성을 위한 비용지원이 필요하다.

2. 장기요양기관 재정지원

제4장 제4절에서 장기요양보험제도 실시 이후 장기요양기관의 예상되는 수입액이 현재의 사업비 소요액보다 부족한 것으로 확인되었다. 이처럼 요양기관이 재정적으로 어려움을 겪으면 이는 곧 서비스의 질적 저하로 연결된다. 따라서 각 시설도 시설운영의 경쟁력 강화, 시설의 복합화 등의 노력을 통해 재정적 어려움을 해결해 나가도록 노력해야 하지만, 기초 인프라인 재가복지시설과 노인요양시설 운영을 활성화하기 위해 일정 정도 정부의 재정지원도 필요하다.

1) 요양기관 재정불안정에 따른 문제점

<표 4-24>, <표 4-25>에 나타난 바와 같이 재가복지시설 및 노인요양시설의 운영비 중 인건비가 차지하는 비율이 가장 크다. 무료가정봉사원이 많은 가파시설의 인건비 비중이 45%인 것을 제외하고 모든 시설에서 운영비의 절반 이상이 인건비로 지출되고 있으며, 유료 요양시설의 경우 인건비가 71.8%에 달한다. 따라서 재정 수입의 축소는 인건비 삭감으로 이어질 가능성이 높다. 시설입장에서는 인건비를 절감하기 위해 인력을 줄이거나, 상근직원이나 경력이 많은 직급을 인건비가 낮은 비상근이나 시간제 인력으로 대체하게 될 것이다.

특히 직접서비스를 담당하는 인력의 문제가 가장 크다. 가정봉사원파견시설 가정봉사원

중 유급봉사원이 45명인 반면, 무급봉사원은 894명에 달하고, 그나마 유급가정봉사원의 76%가 비상근 직원이다. 요양시설의 직접서비스 인력인 생활지도원도 파견인력이 많아, 실비전문요양시설의 경우 85.5%, 무료전문요양시설은 50.8%가 파견인력이다. 열악한 근로조건은 직원들의 높은 이직률로 나타난다. 특히 전문요양시설 인력의 이직률이 높아, 무료전문요양시설은 2006년 한해 동안 이직률이 42.9%로 높은 것으로 조사되었다.

이처럼 인건비 삭감을 위해 비상근, 파견인력이 늘어나면 노인복지분야 근로자의 고용 불안정을 초래하게 되고, 이는 결국 서비스 질을 떨어뜨리는 부정적인 결과를 낳는다.

<표 5-4> 파견/비상근 비율 및 이직률

단위: %

		요양시설			전문요양시설			재가시설		
		무료	실비	유료	무료	실비	유료	가파	주간	단기
직급별 파견 /비상근 비율	시설장	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	9.1	16.7	11.1
	사무국장	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na	na	na
	사회복지사/ 생활복지사	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	11.1	4.8	1.6	8.7
	전담/축탁의	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	na	na	na
	간호(조무)사	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0	2.6	0.0
	물리치료사	0.0	0.0	0.0	7.1	0.0	66.7	33.3	0.0	0.0
	생활지도원	4.2	57.1	0.0	50.8	85.5	13.2	0.0	1.8	0.0
	유급가정봉사원	-	-	-	-	-	-	76.0	0.0	0.0
	사무원	8.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	5.9	5.3	0.0
	영양사	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	na	na	na
	조리원	0.0	0.0	0.0	3.1	25.0	10.0	33.3	9.5	0.0
	위생원	5.6	0.0	0.0	4.8	50.0	20.0	50.0	0.0	0.0
	관리인/보조원	0.0	0.0	0.0	5.9	0.0	0.0	7.1	6.7	0.0
평균 이직률		29.6	17.9	19.6	42.9	34.9	32.8	1.8	1.9	2.3

그 외에도 장기요양급여 기관은 시설의 재정안정성을 확보하기 위해 서비스의 양이나 질을 줄이는 직접적인 변화도 예상된다. 지금까지는 복지 마인드로 진행되던 여러 프로그램들 앞으로는 프로그램별 단가에 따라 제공하기 때문에 현재 진행 중이던 프로그램을 중단하는 일도 예상할 수 있다.

또한 최악의 경우, 운영의 어려움으로 문을 닫아버리는 시설이 나타날 수도 있다. 특히 사설 시설들은 그동안 사회복지사업을 한다는 자긍심에서 부족한 재정으로 사업을 해왔지만, 앞

으로 유료사업화 되면 영리사업으로 인식되어 후원금이나 지원금 확보도 어려워질 것이다. 결국 재정적으로 열악한 시설은 문을 닫을 수밖에 없고, 이는 가뜩이나 부족한 장기요양서비스 공급량이 더욱 줄어드는 결과를 초래하는 것이다. 따라서 새로운 시설이나 인프라를 확충하는 것도 중요하지만, 기존 시설들이 지속적으로 사업을 할 수 있도록 지원하는 것 또한 중요한 과제이다.

2) 지원방안

(1) 기본운영비 보조

가장 시급한 부분은 인건비에 대한 지원이다. 지금과 같이 운영비 전체를 보조하는 것은 불가능하지만, 기본 인력 인건비의 일정 정도는 보조할 필요가 있다고 판단된다. 현재 단계에서 정확히 얼마를 지원해야 하는지에 대해서 예측하기는 어렵다. 보험제도 실시 이후 실제 소비량 및 수입이 어느 정도 될지 예측하기 어렵기 때문이다.

다만, 앞서 재정분석을 참고할 수 있다. 시설 입소율 또는 이용률이 100%라고 가정할 때 앞으로의 예상수입은 현재 사업비 대비 요양시설은 약 84~90%, 재가시설은 70~79% 수준이다(표 4-27, 표 4-28 참조). 따라서 시설유형에 따라 차이가 있으나, 요양시설은 운영비의 최소한 10%, 재가시설은 20% 수준은 기본 운영비로 지원될 필요가 있다고 판단된다. 보험제도 실시 초기 몇 년간은 이를 기준으로 지원을 하고, 이후 실증분석을 통해 앞으로의 지원금 수준을 다시 조정하는 것이 가장 현실적인 방안이다.

(2) 인력양성 비용 보조

보험제도가 시행되면 기존 재가복지시설이나 요양시설에서 근무하던 생활지도원이나 가정봉사원은 자비로 일정 기간동안 요양보호사 교육을 받아야 한다. 이 기간동안 시설은 대체 인력 확보에 비용이 소요되고, 교육생들은 이전과 유사한 업무를 수행하면서 자비로 교육을 받아야 하는 어려움이 있다. 요양보호사는 기초인프라의 한 유형이기 때문에, 이들의 교육 비용에 대해서도 서울시에서 보조할 필요가 있다.

(3) 시설보강비 지원

보험제도가 실시되면서 각 시설들은 서비스 제공을 위한 시설 및 장비의 확충이 필요하

다. 요양시설의 경우 현재는 모두 4인실 기준이지만, 앞으로 2인실이나 1인실도 필요할 것이고, 재가복지시설도 생활실과 프로그램실 등의 확충이 필요하다. 이러한 기초 인프라 확보는 일시에 큰 금액이 소요되기 때문에, 재정적으로 열악한 시설들이 충당하기에 어려운 상황이다. 요양보호사 교육비용 지원과 마찬가지로 기초인프라 확충 차원에서 시설보강비 지원을 고려해야 한다.

3. 장기요양서비스 관리

장기요양보험제도가 원활하게 운영되기 위해서 서울시가 담당해야 할 또 다른 역할은 장기요양기관 및 서비스에 대한 관리 업무이다. 장기요양보험제도가 실시되면 서비스 공급주체가 다양화되고 민간의 참여도 확대될 것이다. 공급주체의 다양화는 상호 경쟁을 초래하여 서비스 질을 향상시키는 효과도 있지만, 공공의 지도·감독이 제대로 이루어지지 못해 오히려 소비자의 권익이 손상되는 문제도 발생할 수 있다. 따라서 서비스 질 관리 및 소비자 보호 등 장기요양서비스 관리를 위한 기본체계를 서울시 차원에서 마련해야 할 것이다.

1) 서비스 질 관리

다양한 공급주체의 서비스 질을 관리하기 위해서는 제도적으로 관리할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 서울시 차원에서 서비스 질을 관리하기 위하여 다음과 같은 방법들이 활용될 수 있다.

(1) 인증제도 확대

장기요양서비스 대상의 선정 및 판정, 기관에 대한 보험금 지급 등의 모든 체계는 건강보험공단에서 담당한다. 따라서 요양급여의 관리 및 평가, 요양급여 제공내용 확인 등은 건강보험공단에서 할 수 있지만, 장기요양 기관에 대한 관리는 제대로 이루어지지 못할 것으로 예상된다. 한편 장기요양보험법에서 요양기관의 지정, 신고, 변경, 취소 등은 기초자치단체에서 담당하도록 하고 있기 때문에 실질적으로 요양기관의 관리는 지자체 특히 기초자치단체의 업무이다. 그러나 현실적으로 자치구 단위에서 장기요양기관을 관리하기에는 인력 및 전문성이 부족하다. 실제로 지금도 사회복지시설에 대한 평가, 관리 등을 시차원에서 담당하고 있다.

서울시는 서울복지재단을 통해 노인요양시설 평가기준 및 인증제도에 대한 연구를 실시

한 바 있다. 복지시설에 대한 인증제는 아직 공식적으로 제도화되지 않았지만, 서울시가 선도적으로 실시함으로써 장기요양기관의 서비스 질 관리를 위한 제도화를 시도하도록 한다.

(2) 위탁기관 선정심사 강화

영리기관이 늘어나면 서비스질 관리에 더 어려움이 있을 것으로 예상되기 때문에, 공설 시설에 대한 위탁기관은 가능한 비영리법인을 우선적으로 사업주체로 선정한다. 또한, 위탁기관 선정 심사기준을 강화하고, 재위탁 심사도 강화하여 위탁심사를 통해 서비스 질을 관리할 수 있도록 한다.

2) 접근성 제고

(1) 이용가능 서비스 정보제공

장기요양보험제도의 원활한 수행을 위해서 소비자에게 정보를 제공하는 일 또한 중요한 과제이다. 장기요양보험법에서 요양기관에 대한 정보제공은 건강보험공단의 역할로 명시되어 있으나, 이 부분에 대해서도 지자체가 일정정도 역할을 담당해야 한다. 미국의 경우, Aging and Disability Resource Center를 설치하고 단일화된 정보제공 체계를 구축하였고, Eldercare Locator라는 인터넷 정보검색 사이트를 운영중이다. 또한 1991년부터 전국적인 toll-free 서비스를 통해 정보를 제공하고 있다.

또한 단순 정보제공에서 발전하여 해당 서비스 기관에 연계해주는 기능도 추가되도록 해야 한다. 미국에서는 California's Caregiver Resource Center, 전국의 Area Agency on Aging, Senior Centers, Community Mental Health Program 등이 중요 정보원이 되어 이용가능 자원에 대한 정보제공은 물론 서비스 연계(referral)까지 해주고 있다.

(2) 교통서비스 제공

재가급여 이용률을 높이기 위해서는 재가장기요양기관까지 물리적으로 이동하는 문제가 중요하다. 따라서 재가급여 이용자들을 위한 교통서비스 제공도 확대되어야 한다. 현재 노인들을 위해 제공되는 특별교통수단으로는 노인·장애인 무료셔틀버스 정도가 유일하고, 지하철 요금면제와 교통수당 지급 등이 있다.

그러나 재가급여 대상노인은 신체적 장애가 많은 노인들이기 때문에 door-to-door 교통

서비스가 필요하다. 현재 장애인을 대상으로 장애인콜택시가 운영되고 있다. 장기요양 대상노인의 경우 신체적 장애가 많아 장애인으로 등록된 경우가 있겠지만, 그렇지 않은 노인도 장애인콜택시를 이용할 수 있도록 서비스 대상범위를 노인들까지 확대할 것을 제안한다.

3) 소비자 보호

(1) 옴부즈맨 제도 활용

미국은 요양시설에서 입소노인들을 학대하거나 부적절한 서비스를 제공하는지 등을 모니터링하기 위하여 옴부즈맨 제도를 이용하고 있다. 이는 훈련받은 자원봉사자가 감시자(ombudsman)로서 장기요양시설을 방문하여 환경이나 서비스 등을 점검하고 보호시설에 거주하는 노인이 학대나 방임 등의 부당한 대우를 받는지 모니터링하고 입소자와 가족들의 의견을 대변하는 제도이다. 노인복지법에 따라 중앙정부의 재정지원을 받은 National Long-Term Care Ombudsman Resource Center에서 기술적 지원을 위한 전화상담, 옴부즈맨 훈련 등을 실시하고, 주정부 또는 지방정부 단위 노인행정 담당부서에서 옴부즈맨을 관리·운영하고 있다.

우리도 이러한 제도를 도입하여 서비스 이용자의 보호는 물론, 더 나은 서비스를 제공할 수 있도록 한다. 옴부즈맨 제도는 중앙정부 차원에서 제도화 해야 할 일이지만, 미국사례를 보면 실제 운영은 지자체에서 담당하고 있으므로 서울시 차원에서 자체적으로 운영하는 데 문제가 없을 것으로 판단된다.

(2) 지역 장기요양서비스 경비대

미국에서는 Senior Medicare Patrol Projects(SMP)도 실시하고 있다. 이는 은퇴한 보건, 복지분야 전문가들을 자원봉사자로 고용해서 각 지역사회에서 보건의료서비스의 오용, 실수 등 부정 사업을 점검하는 경비병(patrol) 역할을 하도록 하는 프로그램이다. 미국에는 2003년 57개 프로젝트가 완료되어 총 42,000명의 노인자원봉사자가 참여하고 있다.

(3) 정보제공

각 시설 및 서비스에 대한 상세정보를 제공함으로써 소비자들을 부실 서비스로부터 보호하는 효과를 기대할 수 있다. 정보제공 사이트에서 이용가능 자원에 대한 정보에 더하여, 각 시설의 평가 및 인증심사 결과, 옴부즈맨이나 Patrol에 의해 지적된 사항, 또는 이용자의 민원 등 상세한 내용을 제공함으로써 소비자 스스로 평가하고 선택할 수 있도록 해야 한다.

제2절 장기요양보험제도 보완을 위한 역할

1. 사각지대 지원

장기요양보험제도 시행에 따라 파생되는 문제 가운데 가장 큰 것이 사각지대 문제이다. 제4장에서 사각지대에 놓이게 될 노인집단의 유형 및 각 유형별 개략적 인구규모를 추계하였다. 장기요양보험제도가 실시되기 이전 노인복지사업은 지역복지 차원에서 지방자치단체가 담당해왔다. 따라서 사각지대 문제가 발생하게 되면 모든 불평이 지방자치단체에게 쏠릴 것이 분명하다. 실제로 장기요양보험제도가 실시되더라도 노인복지사업은 지방자치단체가 담당해야 할 고유 업무이기 때문에 각 지자체는 장기요양보험의 혜택에서 벗어난 사각지대를 어떻게 대처할 것인가에 대비해야 한다.

1) 지원 우선순위

제4장에서 분석한 바에 따르면 장기요양보험제도 실시 이후 보험제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대는 다음의 6가지 유형으로 정리가 된다. 치매노인을 포함하여 사각지대 노인들이 모두 문제가 되기는 하지만, 공공에서 담당해야 할 우선순위에 있어서는 차이가 있다. 지원 우선순위를 결정하는 데는 서비스 요구정도와 비용부담능력이 주요 변수가 된다.

<표 5-5> 사각지대 유형

구분	성격
집단②	1~3등급으로 보험혜택을 받았으나, 미충족 수요가 남아 있는 노인
집단③	1~3등급으로 요양보험 수급권자지만 자부담 경비부담으로 수급권을 포기한 노인
집단④	1~3등급으로 요양보험 수급권자지만 공급부족으로 서비스를 이용하지 않은 노인
집단⑥	4~5등급으로 요양보험 수급권을 받지 못했으나, 기존에 서비스를 이용하던 노인
집단⑦	4~5등급으로 수급권자는 아니며, 기존에 서비스도 이용하지 않았지만, 향후 이용의사가 있는 노인
집단⑨	등급외 판정을 받은 치매노인

(1) 서비스 요구정도별 우선순위

장기요양서비스 요구정도는 장기요양 1~3등급에 포함되는 집단②, ③, ④가 4~5등급에 해당되는 집단 ⑥, ⑦에 비해 높아, 집단②, ③, ④의 지원 우선순위가 높다고 볼 수 있다. 집단

②, ③, ④ 가운데서는 일부라도 보험혜택을 받은 집단②보다는 수급권자임에도 불구하고 여러 가지 이유에서 서비스를 전혀 이용하지 못하는 집단 ③, ④가 우선순위가 높다고 판단된다. 그러나 이중 집단④는 요양시설 공급이나 급여내용이 부족한 것이 원인인 반면, 집단③은 비용부담 때문에 이용하지 못하는 것이기 때문에 집단③의 우선순위가 더 높다.

등급외 치매노인 집단⑨도 서비스 요구정도가 높은 집단이다. 그러나 치매노인 가운데 요양등급이 높은 노인은 이미 다른 집단에 포함되었을 것이기 때문에 집단⑨의 서비스 요구도는 집단③, ④보다는 낮고, 부분적으로라도 서비스를 이용한 집단②보다는 상대적으로 높다고 판단된다. 한편, 집단 ⑥, ⑦ 가운데서는 기존에 서비스를 이용하던 노인들이 우선순위가 높은 것으로 볼 수 있다. 결과적으로 서비스 요구정도를 기준으로 공공에서 우선 지원해야 할 우선 순위는 집단 ③ → ④ → ⑨ → ② → ⑥ → ⑦ 순이라고 판단된다.

(2) 비용부담 능력별 우선순위

한편, 앞서 6가지 사각지대 집단은 비용부담능력에 따라 다시 기초생활수급자, 저소득(차상위), 그리고 일반집단으로 구분할 수 있다. 집단③을 제외한 나머지 5가지 집단에는 3가지 소득계층이 모두 존재할 수 있는 반면, 비용부담 때문에 보험혜택을 이용하지 않는 집단③은 저소득(차상위) 계층이 중심이 된다. 왜냐하면, 기초생활수급자는 본인 자부담이 없고, 일반계층의 경우 이전에 전액 자부담으로 이용하던데 비해 보험혜택으로 인해 자부담이 줄어들었기 때문에 비용부담 때문에 수급권을 포기하는 사례는 없을 것이기 때문이다.

비용부담능력 측면에서는 기초생활수급자 및 저소득층이 일반노인에 비해 지원우선순위가 높으며, 기초생활수급자와 저소득층(차상위) 계층은 우선순위를 동일한 것으로 간주하였다. 왜냐하면 기초생활수급자는 자부담 면제라든지 기존의 서비스 이용 등에서 혜택이 많은 반면, 차상위 계층은 사실상 여러 측면에서 사각지대로 남는 경우가 많기 때문이다. 따라서 일차적으로 서울시가 지원해야 할 대상은 서비스 요구도가 높은 수급자 및 저소득층이다.

(3) 지원필요 우선순위

이상의 논의를 토대로 장기요양서비스 요구의 정도 및 비용부담능력에 따라 지원필요 우선순위 점수를 부과하고, 두 가지 기준에 의한 점수를 종합한 결과는 <표 5-6>이다. 점수가 적을수록 공공에서 우선적으로 지원해야 할 집단이다.

<표 5-6> 지원 필요도 점수

사각지대 집단	소득계층	기초생활수급자	저소득	일반
	(필요도 점수)	(1)	(1)	(2)
집단②: 1~3등급 보험이용+미충족 수요	(4)	5	5	6
집단③: 1~3등급 경비부담으로 보험 미이용	(1)		2	
집단④: 1~3등급 공급부족으로 보험 미이용	(2)	3	3	4
집단⑥: 4~5등급 기존서비스 이용자	(5)	6	6	7
집단⑦: 4~5등급 기존서비스 미이용+이용의사	(6)	7	7	8
집단⑨: 등급외 치매노인	(3)	4	4	5

<표 5-6>의 필요도 점수에 따라 우선순위를 다시 나열한 것이 <5-7>이다. 가장 우선순위가 높은 집단은 2점을 받은 경비부담 때문에 서비스를 이용하지 않는 저소득층인 집단③이다. 그 다음은 공급부족으로 서비스를 이용하지 못하는 집단④이지만, 이 집단은 장기요양서비스의 인프라 및 급여내용 확대가 필요한 문제이기 때문에 지원대상 범위에서는 제외하였다. 따라서 두 번째로 우선순위가 높은 집단은 보험혜택을 받지 못하는 기초생활수급자 및 저소득 치매노인이며, 그 다음으로 보험혜택을 받았지만 여전히 미충족 수요가 남아있는 기초생활수급자 및 저소득 노인과 일반계층 치매노인이 5점으로 우선순위가 높은 집단으로 판단된다.

<표 5-7> 지원필요 우선순위

우선순위	필요도 점수	집단성격	해당집단
1	2	· 경비부담으로 서비스 미이용 저소득층	집단③
2	4	· 보험혜택을 받지 못하는 기초수급자·저소득 치매노인	집단⑨
3	5	· 보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아있는 기초수급자·저소득 · 보험혜택을 받지 못하는 일반계층 치매노인	집단② 집단⑨
4	6	· 기존서비스 이용자중 등급외인 기초수급자·저소득 · 보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아있는 일반노인	집단⑥ 집단②
5	7	· 기존서비스 이용자중 등급외인 일반노인 · 기존에 서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 4~5등급 기초수급자·저소득	집단⑥ 집단⑦
6	8	· 기존에 서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 4~5등급 일반노인	집단⑦

2) 사각지대 유형별 지원방안

각 집단은 문제의 성격이 다르기 때문에 지원방안 또한 각 집단의 특성에 따라 다르게 접근해야 한다.

(1) 경비부담으로 장기요양급여를 이용하지 못하는 저소득층

지원 우선순위가 가장 높은 집단은 저소득 계층으로 장기요양보험등급이 1~3 등급에 해당되지만 자부담 부분에 대한 비용부담 때문에 서비스를 이용하지 못하는 집단이다. 보험제도에 따르면 기초수급자가 아닌 의료급여수급권자, 소득·재산이 일정 수준 이하인 자, 천재지변 등으로 생계가 곤란한 자 등은 자부담 비율을 50% 경감해주도록 하고 있다.

장기요양보험제도 3차 시범사업에서 사용한 수가를 기준으로 서비스 이용자들의 자부담 비용을 계산하면 <표 5-8>과 같다. 1등급 노인이 요양시설을 1개월(30일 기준) 이용할 경우 전체 요금은 1,157,100원이고 이중 20%인 231,420원을 본인이 부담해야 한다. 그러나 저소득층 등 경감대상인 경우 그 절반인 115,710원을 본인이 부담한다. 전문요양시설을 이용할 경우 본인부담금은 일반(20%)은 283,320원, 경감대상자(10%)는 141,660원, 재가급여를 이용할 경우 일반(15%)은 한달 최대 164,550원, 경감대상자(7.5%)는 82,275원이다. 따라서 경감대상자로 인정되는 경우 본인부담금은 최대 141,660원(1등급 전문요양시설을 이용할 때)이다.

<표 5-8> 급여유형 및 등급별 본인부담금

단위: 원

구분 \ 등급			1등급	2등급	3등급
요양시설	수가	월(30일)	1,157,100	932,100	786,900
	자부담	20%	231,420	186,420	157,80
		경감(10%)	115,710	93,10	78,90
전문요양시설	수가	월(30일)	1,416,600	1,141,800	1,087,800
	자부담	20%	283,320	228,360	217,560
		경감(10%)	141,660	114,180	108,780
재가급여	수가	월한도액	1,097,000	879,000	760,000
	자부담	15%	164,550	131,850	114,000
		경감(7.5%)	82,275	65,925	57,000

그러나 자부담금 경감대상자를 소득·재산이 일정금액 이하인 자로 정하고 있어 이 범위에 포함되지 못하는 저소득층이 남는다. 또는 경감된 부담금조차도 부담스러운 집단도 존재할 수

있다. 따라서 이들에 대해서는 자부담 경비를 지자체가 보조해주는 방안을 생각해볼 필요가 있다. 현재도 서울시는 시·구립 실비노인전문요양시설 입소자에게 자부담 경비를 보조하고 있다. 서울시에는 4개의 시·구립 실비노인전문요양시설이 운영되고 있는데, 입소자격은 서울에 거주하는 65세 이상 치매·중풍노인으로 가구소득이 월평균 101만 3천원 이하여야 한다. 이들 시·구립 실비노인전문요양시설의 이용료는 유료시설의 약 50% 수준인 월 72만 7천원이지만, 그 절반인 35만원을 또다시 국·시비로 보조하고 있어 실제 부담액은 37만 7천원이다. 그러나 서울시는 2008년 하반기부터 장기요양보험제도가 실시되기 시작하면 지원대상자 기준을 강화하여 65세 이상의 차상위 계층 노인으로 실비(전문)요양시설 이용료 지원 자격을 제한할 계획이다.

그러나 장기요양보험제도 하에서의 본인부담금에 대한 지자체 보조를 남발할 경우, 수급자의 도덕적 해이와 혜택의 형평성에 문제가 일어날 수 있다. 따라서 지자체에서 본인부담금을 보조할 대상은 엄격히 제한할 필요가 있다. 결과적으로 본인부담금 보조 대상은 다음과 같은 범위로 제한하여 시행하는 것이 바람직하다.

- 저소득층으로서 본인부담금 경감대상에 포함되지 못한 자를 대상으로 하며,
- 보조수준은 본인부담금의 50%로 한다. 즉, 보험제도에서 경감대상에게 주어지는 혜택과 동일한 수준으로 한다.
- 지원대상은 재가급여로 한정한다. 이는 장기요양서비스가 시설로 집중되는 것을 방지하고, 수급자의 도덕적 해이를 최소화하려는 데 목적이 있다.

(2) 보험혜택을 받지 못하는 치매노인

지원 우선순위가 높은 또 다른 집단은 등급의 판정을 받은 치매노인이다. 치매노인을 위한 시설 및 서비스 공급이 제한적이기 때문에 이들은 사회적 지원 필요성이 높다. 서울시는 그동안 치매·중풍노인을 위한 실비노인전문요양센터를 건립하고, 광역 및 지역치매지원센터를 건립하는 등 치매노인 문제에 관심을 갖고 지원해왔다. 이 집단에 포함되는 치매노인은 상대적으로 신체적인 장애는 적은 편이기 때문에 가능한 지역사회 내 보호가 바람직하다고 판단된다. 따라서 앞으로도 지역치매노인지원센터를 각 자치구별로 확보하고 역할을 강화하여 지역사회 중심의 치매노인 지원체계를 확대하는 것이 서울시의 주요 역할이다.

한편 이 집단에 포함되는 치매노인 중 기초생활수급자 및 저소득층은 금년부터 전면 실시되고 있는 노인돌보미 바우처를 적극 활용한다. 노인돌보미 바우처는 장기요양보험제도의 혜

택을 받지 못하는 노인들에게 재가복지서비스를 이용할 수 있는 수단으로 활용될 수 있다. 노인돌보미 바우처를 이용하기 위한 소득기준은 가구소득이 전국가구 평균소득의 80%이하이며, 재산기준으로 배기량 2,500cc 이상 또는 평가액 3,000만원 이상 차량 또는 배기량 구분없이 차량 2대이상 보유가구 또는 종합부동산세 납부대상자는 제외하고 있다. 이 기준에 따르면 기초생활수급자 및 저소득 노인가구의 상당부분이 자격요건을 충족할 것으로 예상된다.

반면에 노인돌보미 바우처의 자격요건을 충족하지 못하는 고소득층 치매노인을 위해서는 이용요금을 본인이 100% 부담하는 완전 유료시설 확충이 필요하다. 완전 유료시설은 두 가지 방법으로 확보가 가능하다. 우선 장기요양보험제도 하에 운영되는 전문요양시설, 주·단기 보호시설의 일정 부분을 완전 유료로 입소할 수 있도록 하는 방법이다. 즉, 동일한 시설을 장기요양 수급권자와 완전 유료서비스 이용자가 함께 이용할 수 있도록 한다.

또 다른 방법은 고소득층의 수요를 충족할 수 있는 고급화된 사설 유료시설을 별도로 공급하는 것이다. 고소득층을 위한 고급시설은 공공이 건립하기에는 부담이 있다. 따라서 이 부분은 민간시장이 활성화될 수 있도록 지원하는 것이 공공의 역할이다. 앞서 인프라 확충 부분에서 민간공급 활성화를 위해 제안한 바와 같이, 규제완화, 세제혜택, 요금자율화 등을 통해 고소득층 수요를 충족할 유료시설 공급이 확대될 수 있도록 지원해야 한다.

(3) 보험혜택 후 미충족 수요가 남은 기초생활수급자 및 저소득층

1~3 등급으로 보험을 이용해 장기요양서비스를 이용했지만, 보험의 혜택범위가 필요한 서비스량을 충족하지 못해 미충족 수요가 남아 있는 기초생활수급자 및 저소득층 노인들도 지원이 필요한 대상이다. 이들은 등급정도가 높기 때문에 우선 서비스 공급이 필요하고, 소득 수준까지 낮아 공공의 지원이 필요하다.

시설서비스를 이용하는 경우 시설에 입소해있는 동안은 시설급여가 모두 지급되기 때문에, 미충족 수요는 재가급여 이용자 집단에서 남아있을 것으로 예상된다. 앞서 노인돌보미 바우처는 장기요양보험제도의 혜택을 받는 경우는 대상에 포함될 수 없기 때문에 돌보미 바우처 활용이 불가능하다. 따라서 이들의 미충족 수요는 기존의 지역복지사업으로 보충해주는 방법이 유일하다고 판단된다. 사회복지관, 노인복지관 등 지역사회 복지시설에서 무료로 재가복지서비스를 제공하고 있으며, 자활근로, 사회적 일자리 사업 등을 통해서도 도우미 서비스가 제공되고 있다. 따라서 이 집단을 이러한 서비스와 연계해 줌으로써 미충족 수요를 충족시킬 수 있도록 한다. 그러나 이 경우 장기요양보험제도를 통한 서비스와 지역사회 복지서비스의

적절한 보완과 조정이 필수적이다. 그렇지 않을 경우 서비스의 중복 및 이용자의 도덕적 해이가 일어날 수 있기 때문이다. 이를 위해서는 서비스 수급자에 대한 통합정보 관리 및 사례관리가 필수적으로 요구된다.

(4) 기존에 서비스를 이용하던 기초생활수급자 및 저소득층

보험제도 실시 이전에 노인요양시설 또는 재가복지시설을 이용하던 수급자 및 저소득층 가운데 장기요양보험 등급이 낮아 서비스를 이용할 수 없게 된 집단도 공공의 지원이 필요한 대상이다. 현재 서비스 이용자들은 독거노인이거나 가족지원체계가 약한 경우가 많고 소득수준도 낮아 공공의 지원이 없다면 서비스를 전혀 이용할 수 없게 되기 때문이다.

이들 중 재가복지서비스를 이용하던 노인은 노인돌보미 바우처로 서비스 수요를 대체할 수 있을 것으로 판단된다. 보다 큰 문제는 요양시설 및 전문요양시설에 거주하던 노인들이다. 본 연구에서 요양시설 입소노인들의 건강상태를 조사한 결과, 장기요양보험 등급내에 들 정도는 아니지만 만성질환을 가지고 있는 경우가 많다. 거기에 부양해줄 가족이 없는 경우 무조건 퇴소시키는 것은 어렵다. 따라서 이들은 보건, 복지 및 주거복지의 종합적 지원이 필요한 집단이다. 독립 생활이 가능하거나 희망하는 경우 영구임대주택이나 노인그룹홈 등을 통해 자립시키고 노인돌보미 바우처를 활용해 지역복지사업과 연계하도록 한다.

전반적으로 시설보호보다는 지역사회보호를 지향하는 것이 바람직하고 서울시 정책도 그러한 방향으로 가고 있다. 그러나 독립생활이 어려운 경우에는 양로시설로 이송하여 보호하도록 한다. 문제는 서울시에 양로시설이 많지 않다는 점이다. 2006년말 현재 서울시에 무료양로시설 4개소, 유료양로시설 4개소, 개인운영 양로시설 13개소가 있으며, 추가 공급계획은 없다. 또한 시설이 낙후되어 서비스 수준도 낮다. 따라서 서울시는 양로시설 정책에 대한 재고려와 함께, 요양시설 거주 수급자 및 저소득층 노인의 양로시설 이주 가능성을 위한 기초조사 연구가 필요하다.

(5) 기타 사각지대

나머지 사각지대 유형은 보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아있는 일반노인, 기존서비스 이용자 중 일반노인, 그리고 기존에 서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 노인 등이다. 이들 집단은 앞서 논의한 다른 사각지대에 비해서는 공공의 지원필요도가 상대적으로 떨어진다.

현실적으로 이들을 지원할 수 있는 방안은 기존의 지역복지 체계 내에서 제공되는 노인보 건·복지서비스를 제공하는 것이다. 그러나 문제는 현재 지역복지시설에서 제공하는 노인보건·복지사업은 대부분은 기초생활수급자 및 저소득층 노인에게 한정되고 있다는 점이다. 그러나 지역복지가 보험제도 사각지대를 지원하는 역할을 수행하기 위해서는 서비스 대상을 저소득 층에서 실제 수요가 있는 모든 노인으로 확대해야 한다.

이상에서 논의된 사각지대 유형별 특성과 지원방안 등을 종합하면 아래 표와 같다.

<표 5-9> 사각지대 유형별 지원방안

우선 순위	사각지대 유형	특성	지원방안	고려사항
1	경비부담으로 서비스 미이용 저소득층	경제적 문제	본인부담금 경감대상에 포함되지 못한 저소득층의 본인부담금 50%보조	도덕적 해이와 시설화를 방지하기 위해 원칙적으로 재가급여에 한하여 지원
2	보험혜택을 받지 못하는 기초수급자 및 저소득 치매노인	신체적 장애는 상대적으로 적음	지역치매지원센터 활성화 노인돌보미 바우처 활용	지역치매센터 확대설치 및 역할 강화
3-1	보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아 있는 기초수급자 및 저소득 노인	노인돌보미 바우처 대상에서 제외됨	·지역사회 노인보건 복지 사업으로 보완	서비스 중복성 및 도덕적 해이 방지를 위해 사례관리 필요
3-2	보험혜택을 받지 못하는 일반계층 치매노인	신체적 장애는 상대적으로 적고, 돌보미 바우처 대상에서 제외	지역치매지원센터 활성화 100% 본인부담으로 시설 및 서비스 이용	·급여기관에서 완전유료 서비스도 공급할 수 있도록 조치 ·완전유료시설 공급 장려·지원
4-1	기존서비스 이용자중 등급외인 기초수급자 및 저소득 노인	독거노인이나 가족부양체계 부실	노인돌보미 바우처 활용 주거복지(영구임대주택)와 연계 및 양로시설로 이관	·보건복지와 주거복지 연계 ·양로시설에 대한 재검토 필요
4-2	보험혜택을 받았지만 미충족 수요가 남아 있는 일반노인	상대적으로 공공 지원 필요도 낮음	노인·사회복지관, 보건소 등 지역사회 노인보건·복지사업으로 보완	·지역사회 노인 보건·복지 사업의 유지 및 확대필요 ·일반노인까지 서비스대상 확대 필요
5-1	기존서비스 이용자중 등급외인 일반노인			
5-2	기존서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 등급외 저소득층			
6	기존서비스를 이용하지 않았지만 이용의사가 있는 등급외 일반노인			

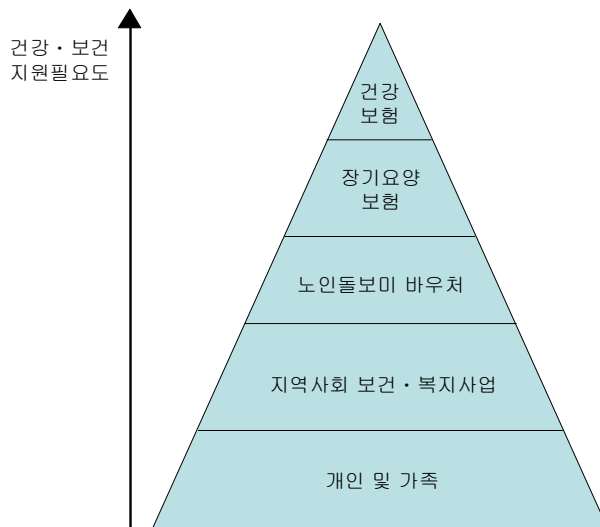
2. 지역사회 노인 보건·복지서비스 체계 정비

장기요양보험제도는 건강보험공단 중심으로 운영되고 지자체의 역할이 크지 않기 때문에, 지방자치단체의 노인보건복지사업이 축소될 수 있다는 우려가 있다. 그러나 앞서 논의한 바와 같이 장기요양보험제도가 시작되어도 노인들의 보건·복지 수요를 모두 충족할 수는 없으며, 보험제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 남게 된다. 따라서 지방자치단체 중심의 지역사회 노인보건·복지서비스는 지속적으로 공급되어야 한다.

그러나 노인 보건·복지사업이 지역복지사업과 장기요양보험제도로 이원화됨에 따라, 서비스의 중복이나 누락, 서비스 기관의 정체성 혼란 등 서비스 전달체계상 문제가 발생할 수 있다. 따라서 보험체계와 지역복지체계를 어떻게 원활하게 연계하여 효율성, 효과성을 높일 것인가 하는 것 또한 서울시가 담당해야 할 역할이다.

1) 역할분담

현재 노인들의 건강 및 장기요양 관련 서비스 공급원은 건강보험, 장기요양보험, 노인돌보미 바우처, 그리고 지자체 중심의 지역사회 보건·복지사업 등이 있다. 그러나 이들 서비스는 서로 유사하거나 관련성을 가지고 있어 서비스 중복 문제가 발생할 수 있다. 따라서 대상노인의 건강상태 및 서비스 필요도에 따라 아래 그림과 같이 역할을 분담함으로써 서비스 중복을 최소화하도록 한다.



<그림 5-2> 건강 및 지원필요도별 역할분담

건강상태가 비교적 양호한 노인대상 또는 건강상태를 유지하기 위한 예방사업은 지역사회 보건·복지 사업이 담당하는 것이 바람직하다. 이후 건강상태가 악화되기 시작하여 요양보호 필요도가 증가함에 따라 노인돌보미 바우처, 장기요양보험제도를 통해 서비스를 제공하고, 마지막으로 전문 의료서비스의 도움이 필요할 정도로 건강이 악화되면 건강보험에서 지원하는 방식으로 서비스 대상을 차별화 한다. 이처럼 노인의 건강정도의 변화에 따라 서로 다른 서비스 공급원간 역할을 분담함으로써 서비스 중복을 방지하고, 서비스 공급의 연속성을 확보할 수 있다.

이러한 원칙 하에 각 서비스 공급원별로 담당해야 할 서비스 대상, 서비스 내용, 사업주체 등을 구분하면 <표 5-10>과 같다. 우선 건강보험은 치료가 필요한 급성질환 노인을 대상으로 전문의료서비스를 제공하는 역할을 담당하며, 이 과정에서 서울시 및 지자체가 담당해야 할 역할은 의료보호 대상자에 대한 지원이다. 장기요양보험은 전문의료서비스는 아니지만 고도의 요양보호가 필요한 최중증 노인들을 대상으로 시설급여와 재가급여 서비스를 제공한다. 건강보험과 장기요양보험의 사업주체는 모두 건강보험공단이지만, 별도의 재원 및 운영체제로 운영되고 서비스 공급기관도 병원과 장기요양기관으로 차별화가 가능하다.

<표 5-10> 서비스 공급원별 역할 분담방안

공급원 기준		건강보험	장기요양보험	돌보미 바우처	지역 보건·복지
서비스 대상	건강문제	급성질환	만성질환/최중증	중등도	·중등 이하 ·장기요양보험 및 바우처사업 사각지대
	소득수준	모든 계층	모든 계층	상대적 저소득	모든 계층
서비스 내용		의료서비스	·시설급여 ·재가급여	·재가복지서비스	·재가복지서비스 ·예방서비스
사업 주체	사업운영	건강보험공단	건강보험공단	복지부·지자체	지자체·민간
	서비스 기관	병원	장기요양기관	재가복지시설 지역복지시설	재가복지시설 지역복지시설 민간단체 및 시설 자원봉사
서울시 역할		의료보호대상자 지원	·의료보호대상 지원 ·인프라 구축 ·관리부문	예산분담	·사각지대 보완 ·지역복지사업 확대 ·복지시설 재정지원

장기요양보험 대상이 될 정도의 최중증은 아니지만 여전히 요양보호 필요도가 높은 중등도의 노인들을 위한 서비스는 노인돌보미 바우처가 담당한다. 그러나 건강보험과 장기요양보험이 소득수준에 따라 서비스 대상을 제한하지 않는 것과는 달리, 노인돌보미 바우처는 상대적으로 저소득 노인을 대상으로 한다. 따라서 소득기준 때문에 바우처 사업에서 제외된 노인은 지역복지사업으로 지원되어야 한다. 또한 여러 가지 이유에서 장기요양보험 사각지대로 남은 노인들에 대한 서비스 제공도 지역복지사업에서 담당한다.

그러나 현재의 지역복지사업은 대체로 저소득층을 대상으로 하고 있으나, 앞으로 이처럼 지역복지사업이 장기요양보험의 사각지대를 보완하는 기능을 담당하기 위해서는 소득기준을 없애고 서비스 수요가 있는 모든 노인으로 대상을 확대하는 것이 필요하다.

2) 서비스 연계 및 조정

앞에서 각 서비스 공급원별로 사업대상을 차별화하도록 제안하였으나, 그럼에도 불구하고 서비스 내용이 유사하고 서비스를 생산·공급하는 지역사회 복지시설들이 중복되기 때문에 여전히 문제가 있다. 따라서 서비스 대상의 차별화와 함께 다양한 서비스 공급기관간의 연계와 조정기능 강화가 필요하다.

(1) 연계·조정 센터

다양한 서비스 공급원간 연계·조정 센터기능을 담당할 기관이 필요하다. 지역복지사업의 연계·조정을 목적으로 현재 기초자치단체 단위로 지역복지협의체가 구성되어 있으나, 지역복지협의체는 사회복지사업 기관만 참여하고 있고 병원, 보건소, 요양기관 등 보건분야 기관들의 참여가 저조하다. 따라서 노인요양시설, 재가급여기관, 지역사회 재가복지 사업기관, 복지관, 보건소, 병원 등 노인 장기요양과 관련된 일련의 기관들을 연계 조정할 수 있는 전문 센터가 필요하다.

장기요양 관련 연계·조정 센터는 별도의 시설을 새로 만들기보다는 기존의 사업기관 중에서 센터역할을 담당하는 것이 바람직하다고 판단된다. 센터역할을 담당하기 위해서는 우선 시설이 지역적으로 균등하게 분포되어 있는 것이 좋다. 또한 지역사회의 다양한 시설간 연계라는 측면에서 입소시설보다는 이용시설이 바람직하고, 보건 및 복지분야를 다양하게 다룰 수 있는 전문성을 확보한 곳이어야 한다. 이러한 측면에서 장기요양급여기관보다는 좀더 포괄적인 대상을 커버하는 지역사회 복지시설이 적절하다고 판단된다.

이러한 요건들을 고려할 때, 현재 서비스 기관 중 센터기능을 담당할 수 있는 곳으로는 노인복지관, 사회복지관, 재가노인복지시설 등이 있다. 특히 정부는 최근 지역사회에 거주하는 독거노인 지원을 목적으로 ‘독거노인 원스톱 지원센터’를 설치하였다. 지원센터는 2006년 노인복지법 개정을 통해 ‘홀로 사는 노인에 대한 지원’ 규정을 추가하면서 설치근거가 마련되었으며, 독거노인에 대한 인적 사항 및 서비스 제공관련 정보를 종합적으로 관리하고 독거노인에게 필요한 서비스를 개별 서비스 기관에 연계시켜주는 역할을 담당한다. 시군구별로 최소한 1개소씩 지원센터를 지정하도록 되어 있으며, 지역내 기존 노인복지서비스 기관 중 총괄 조정 기능을 수행하기에 적합한 곳에 지정하여 운영하도록 하였다. 이에 따라 서울시는 25개 자치구 노인복지관에 독거노인 원스톱 지원센터를 설치 완료하였다.

<표 5-11> 독거노인 원스톱 지원센터 업무내용

사업	업무내용
독거노인 관련정보의 종합 조정·관리	· 독거노인 인적사항(이름, 성별, 연령, 주소, 연락처 등) 정보관리 · 지역내 노인복지서비스 제공기관 및 제공실태 파악 · 독거노인별 개별카드 작성 및 이용하는 서비스 내용의 기록
안부전화 등 기본적 서비스 직접제공	· 거동이 불편하거나 질병을 앓고 있는 노인에 대한 안부전화, 안전확인 등
서비스 연계 및 의뢰	· 보건복지콜센터, 독거노인 본인, 지역주민 등이 신청한 서비스를 접수받아 서비스 기관과 연계

자료: 보건복지부, 2006년 노인보건복지사업안내

독거노인 원스톱 지원센터는 노인복지관에 설치되어 지역별로 균등하게 배치되어 있으며, 센터의 업무내용이 연계·조정 기능이기 때문에 장기요양사업의 연계·조정 센터역할을 담당하기에 적절하다고 판단된다. 다만 서울시가 최근에 시작된 ‘독거노인 생활지도사 파견사업’을 원스톱 지원센터에서 하도록 함으로써 지원센터의 기능이 모호해졌다는 지적을 받고 있고, 전문인력이 부족하다는 한계가 있다. 따라서 장기요양서비스의 연계·조정 센터에 대해서는 좀더 세밀한 분석이 필요하다. 이 부분은 본 연구의 핵심 주제는 아니기 때문에 센터 기능의 필요성만 제시하고 구체적으로 어디에서 센터기능을 담당하는 것이 바람직한가에 대해서는 향후의 연구과제로 남겨두고자 한다.

(2) 사례관리

서비스 공급원이 다양하고, 보험제도와 지역복지로 서비스 전달체계가 이원화됨에 따라

사례관리 필요성이 더욱 높아지고 있다. 사례관리를 통해 노인들에게 적절한 서비스를 제공함은 물론, 서비스 중복이나 형평성 문제를 해결할 수 있기 때문이다.

장기요양보험제도의 구상단계에서 사례관리의 필요성이 강조되어 케어매니저(care manager)와 요양보호사(care worker) 두 종류의 전문인력을 제도화하는 것이 검토되었으나, 입법과정에서 요양보호사만 노인복지법에 명시되었다. 현 제도 하에서는 건강보험공단에서 등급판정을 통한 수요파악과 장기요양이용계획서를 작성하는 수준으로 관리되고 있다. 그러나 노인들의 수요는 의료, 보건, 복지 욕구가 복합적으로 발생하기 때문에 전문 케어매니저를 중심으로 기초사정, 케어플랜, 서비스 조정과정이 이루어져야 노인들의 종합적인 서비스 욕구를 충족시킬 수 있다.

장기요양보험에서는 사례관리를 제도화 하지 않았지만, 서울시가 선도적으로 지역밀착형 사례관리 시스템을 구축하는 것이 필요하다. 사례관리는 각 서비스 기관 내에서 이루어지는 것도 있지만, 궁극적으로 지역사회 서비스 기관들이 통합하여 관리할 필요가 있다. 따라서 각 서비스 기관에서 개별 대상자에 대한 사례관리를 실시하되, 각 기관의 사례관리 자료는 통합 관리하도록 한다. 이 경우 앞서 언급한 연계·조정 센터 역할을 담당하는 기관에서 사례관리 자료를 통합·관리하는 역할도 담당하는 것이 바람직하다고 판단된다.

(3) 통합정보체계 구축

마지막으로 서비스의 연계·조정, 통합적 사례관리가 가능하기 위해서는 통합 정보체계 구축이 필요하다. 통합정보의 필요성은 사회복지계에서 지속적으로 지적되어온 문제이다. 서울시가 통일된 전산모형을 개발하여 각 기관에 배포하고, 각 기관에서 작성한 자료를 센터 역할을 담당하는 기관에서 관리하도록 한다. 통합적으로 구축된 자료를 기관들이 공통으로 사용함으로써 기초사정이나 서비스 공급의 중복을 최소화할 수 있을 것으로 기대된다.

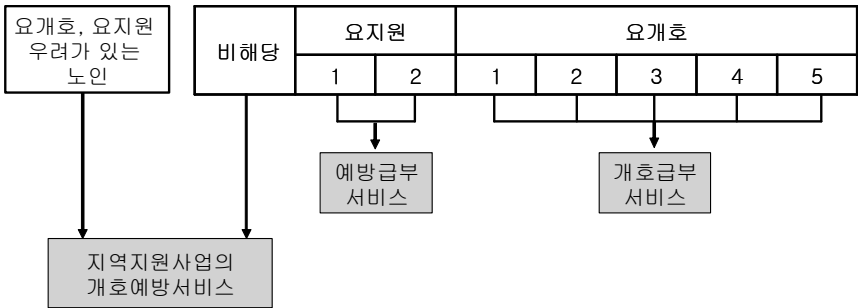
3) 지역복지사업의 확대

(1) 역할 및 성격

장기요양보험제도가 실시되어도 지역사회 단위 보건·복지가 약화되어서는 안되며, 서비스를 차별화하여 그 기능을 오히려 강화해야 한다. 지역복지사업이 담당해야 할 첫 번째 역할은 보험제도에서 커버하지 못하는 사각지대를 지원하는 보완 역할이다. 이를 위해서 보험제도를

통한 서비스 수급상황에 대한 파악이 우선 되어야 하며, 미충족 수요를 파악하여 서비스를 제공하기 위해서는 통합적인 사례관리가 필요하다.

지역복지사업이 담당해야 할 또 다른 역할은 예방서비스의 제공이다. 현재 장기요양보험 제도의 한계로 지적되는 것이 예방서비스에 대한 급여가 없다는 점이다. 일본이 개호보험을 시작한 이후 재정부담이 크게 늘어나, 제도 시행 5년 만에 운영체계를 개편하였다. 개편된 체계에서는 요지원 1,2등급을 추가하여 예방급부를 제공하도록 하였고, 요지원에 해당되지 못하거나 생활기능이 저하된 노인 중 요지원이나 요개호의 우려가 있는 노인은 지역사회에서 지원하는 개호예방서비스를 이용하도록 하였다.



<그림 5-3> 일본 개호보험의 예방서비스 공급

우리도 궁극적으로는 장기요양보험에 예방서비스를 제공할 수 있는 근거를 마련하여야 하나, 현재 단계에서는 예방서비스 제공을 지역사회 복지사업에서 담당해야 한다. 예방서비스 사업은 노인들의 건강상태를 유지시켜 장기요양보험 대상자를 최소화하는 데 목적이 있으므로, 지역사회 노인보건·복지사업을 현재와 같이 저소득층 중심에서 모든 노인을 대상으로 확대해야 한다.

(2) 서비스 공급원의 다양화

지역복지 차원에서 노인보건·복지서비스 공급을 유지 내지 확대하기 위해서는 서비스 공급원의 다양화가 필요하다.

- 장기요양급여기관의 탄력적 운영

우선 장기요양급여기관이라 하더라도 일정 부분 장기요양보험 수급권자가 아닌 노인을

위한 서비스 제공도 할 수 있도록 한다. 앞서 사각지대 문제를 논의하면서 현재 노인요양시설이나 재가복지시설 이용노인 중 상당수가 보험제도의 사각지대에 놓일 것으로 전망하였다. 그러나 현실적으로 이들을 모두 장기요양급여 기관으로부터 배제할 수는 없다. 특히 기초생활수급자 노인이나 치매노인이면서 보험대상으로 선정되지 못한 경우 이들에 대한 사회적 지원이 필요하다.

따라서 장기요양급여기관이라 하더라도 일정 부분 장기요양보험 비수급권자도 받을 수 있도록 한다. 이 중 저소득층에 대한 비용은 서울시가 지원하고 일반 계층은 본인이 비용을 전액 부담하면서 서비스를 이용할 수 있도록 한다.

- **치매전문요양시설 확충**

장기요양보험제도에서 치매노인이 수급대상으로 지정되기가 어려운 상황이다. 따라서 보험제도의 혜택을 받지 못하는 치매노인을 위한 전문요양시설을 서울시 차원에서 계속 확충할 필요가 있다. 서울시는 민선 3기와 4기에 걸쳐 치매노인 지원에 역점을 두고 노인전문요양센터를 건립해왔다. 이들 시설은 보험제도 실시 이후 장기요양급여기관으로 전환될 가능성이 높지만, 장기요양급여대상에 포함되지 못하는 치매노인을 위한 전문요양시설은 서울시에서 지역복지사업으로 계속 추진해야 한다.

- **완전 유료서비스 기관 허용**

보험제도의 혜택을 받지 못하는 노인들을 모두 지역사회에서 공공의 재원으로 보호하기는 어렵다. 또한 일부 고소득 노인들은 자비를 들여 고급서비스를 받으려는 요구도 있다. 따라서 보험제도의 혜택을 받지 못하는 기초생활수급자 및 저소득층은 서울시에서 지원을 하되, 비용지불 능력이 있는 고소득층을 위해서는 요금 전액을 이용자가 지불하는 고급화된 완전 유료서비스 및 시설도 확충되어야 한다.

완전 유료서비스 공급을 위해서는 규제를 완화하는 일이 필요하다. 앞서 인프라 확충방안에서 민간참여를 활성화하기 위하여 각종 규제완화 및 지원방안을 제안한 바 있다. 이에 더불어 완전 유료시설을 운영하기 위해서는 요금상한제를 없애고, 시장 진입을 용이하게 하는 일 등이 공공이 담당해야 할 역할이다.

- **자원봉사 활성화 방안 모색**

보험제도 실시 이후 노인서비스가 유료화 되면 자원봉사활동이 위축될 염려가 있다. 이는

노인복지 공급 총량을 감소시킬 뿐 아니라, 상부상조를 통한 지역공동체 형성이라는 점에서 부정적 영향을 미친다. 따라서 서울시는 자원봉사활동이 위축되지 않도록 발굴, 지원하는 역할을 강화해야 한다.

앞서 장기요양보험제도 시행에 따른 소비자 보호방안의 일환으로 미국에서 시행되고 있는 옴부즈맨 제도와 지역복지 패트론티 제도를 소개한 바 있다. 이처럼 장기요양보험제도는 오히려 새로운 자원봉사 영역을 발굴할 수 있는 기회도 제공한다. 특히 옴부즈맨이나 지역복지 패트론티는 은퇴한 노인인력을 활용한다는 점에서 노인 일자리 제공 및 사회참여에도 기여할 것으로 기대된다.

(3) 관련 복지시설의 정체성 정립

마지막으로 지역사회 노인보건·복지사업을 정비하기 위해서 장기요양과 유사 사업을 하고 있는 지역복지시설들의 기능을 정확히 명기하는 작업도 필요하다. 제3장의 장기요양사업 현황에서 언급한 바와 같이 노인복지관이나 사회복지관, 보건소 방문간호사업 등 다양한 재가복지사업이 수행되고 있다.

가장 문제가 되는 것은 노인복지관과 사회복지관이다. 노인복지관은 노인복지법상 여가복지시설이지만, 재가복지서비스를 제공하고 있으며 재가노인복지시설 중 상당수가 노인복지관 부설로 운영중이다. 그러나 보험제도 실시 이후에도 지역사회 내 보건·복지 서비스 기관이 많이 필요하기 때문에 노인복지관 자체를 장기요양기관으로 전환하는 것은 바람직하지 않다. 서울복지재단에서 실시한 ‘노인복지시설 기능재정립 방안 연구’에서도 노인복지관은 노인복지법상 여가복지시설 기능을 유지하면서 선택적으로 예방차원의 재가복지서비스를 제공하는 것이 바람직하다고 제안하고 있다(이지향, 2007). 노인복지관과 마찬가지로 종합사회복지관도 정체성 문제가 제기되고 있지만, 기존의 지역사회 복지시설로서의 역할을 강화하는 것이 바람직하다고 판단된다.

이외에도 장기요양보험제도 실시 이후 정체성 문제가 제기되는 지역사회 복지시설이 많이 있다. 지역복지시설의 기능 재정립 문제는 좀더 많은 조사·분석을 요하는 주제이기 때문에 본 연구에서는 문제제기 수준에서 언급하고, 향후의 연구과제로 남겨놓았다.

제6장 결론 및 제언

2008년 7월부터 본격적으로 시행에 들어가는 노인장기요양보험제도는 증가하는 노인요양 서비스 수요에 대처하기 위한 공적지원체계로서, 노인들에게 양질의 요양서비스를 제공하고 가족들의 수발부담을 덜어주는 효과가 있을 것으로 기대된다. 그러나 다른 한편으로 노인장기요양보험제도를 실시하기 위한 기본 인프라가 아직 충분히 갖추어지지 못하였으며, 보험제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 발생하는 등 여러 가지 문제도 가지고 있다.

노인장기요양보험제도는 중앙정부가 시행하는 사회보험제도이고 관리·운영 주체는 건강보험공단이기 때문에, 제도의 운영 자체에 있어서 지방자치단체가 담당해야 할 역할은 많지 않다. 그럼에도 불구하고 장기요양사업은 지역사회를 중심으로 수요와 공급이 발생하고 노인 보건·복지사업은 지자체의 고유 업무이기 때문에, 서울시를 비롯한 지자체 차원에서 장기요양 보험제도 시행에 대비해야 한다.

앞서 논의한 바와 같이 장기요양보험제도 시행을 위해 서울시 등 지자체가 해야 할 역할은 두 가지로 구분할 수 있다. 하나는 장기요양보험제도가 원활히 시행될 수 있도록 준비하는 역할이고, 다른 하나는 장기요양보험제도로부터 파생되는 문제를 최소화하기 위한 보완 역할이다. 장기요양보험제도의 원활한 시행을 위해 서울시 및 지자체는 기본 인프라를 확충하는데 우선 역점을 두어야 하며, 보험제도 시행과정에서 소비자의 권익보호 및 서비스 질 통제를 위한 관리자 역할을 담당해야 한다. 한편, 그동안 보조금으로 운영되어 오던 장기요양기관들의 재정적 불안정을 지원해주는 역할도 장기요양보험제도가 원활히 시행되게 하기 위한 서울시의 역할이다.

그러나 서울시 입장에서 더 복잡한 문제는 보험제도 실시 이후 파생되는 문제들을 어떻게 예방 또는 보완할 것인가 하는 점이다. 보험제도의 혜택을 받지 못하는 사각지대가 여러 가지 형태로 발생할 것으로 예상되며, 이는 결국 지자체가 담당해야 할 몫이다. 따라서 보험제도 실시 이후 지역사회 노인보건·복지사업은 오히려 더욱 확대되어야 한다. 한편, 노인 보건·복지 서비스 공급원(供給源)이 장기요양보험제도, 노인돌보미 바우처와 같은 사회서비스, 그리고 지역사회 보건·복지사업 등으로 다양화되고 있다. 이는 서비스 공급을 확대하는 효과가 있지만, 서비스 대상 및 내용이 유사하여 중복이나 누락과 같은 비효율성을 초래할 수도 있다. 비록 장기요양보험제도나 바우처 제도는 지자체가 직접 통제할 수 있는 문제는 아니지만, 이들

제도의 시행 이전부터 노인보건·복지사업은 지역복지 차원에서 지방자치단체가 담당해왔기 때문에 모든 불평과 요구는 지방자치단체에게 쏠릴 것이 분명하다. 따라서 다양한 서비스 공급원간의 역할을 어떻게 효율적으로 분담하고 서로 연계·조정하여 서비스 효과를 극대화할 것인가 하는 것 또한 지자체가 담당해야 할 주요 역할이다.

이러한 측면에서 본 연구는 서울시 및 지자체가 특히 관심을 가져야 할 주요 과제를 분석하고 대응방안을 제시하였다. 그러나 문제해결을 위해서는 좀더 심층 연구가 필요한 과제가 많이 있다. 우선 보험제도 실시 이후 장기요양기관의 재정불안정이 예상되기 때문에 당분간은 서울시의 재정지원이 필요하다고 제안하였다. 그러나 지원의 대상, 범위 등에 대해서 보다 심층 연구가 필요하다. 예를 들어, 현재의 무료·실비 전문요양시설의 운영비 및 입소자에 대한 보조금 수준을 어떻게 할 것인가, 또는 재가노인복지시설 중 장기요양기관으로 전환한 기관과 그렇지 않은 기관 간의 보조금 지원의 형평성을 어떻게 유지할 것인가 등 세부적으로 검토되어야 할 문제들이 많이 남아있다. 보험제도가 실시되면 서울시의 보조금으로 운영되던 노인복지시설에 대한 재정지원 및 지도감독 체계가 전면적으로 개편되어야 한다. 따라서 향후 보다 심층연구를 통해 정보보조금 지원방식에 대한 전면적인 재검토가 필요하다.

사각지대 지원을 위해 지역보건·복지사업을 활용하도록 제안하고 있는 부분에 대해서도 추가적인 심층연구가 필요하다. 특히 지역복지사업과 장기요양보험제도, 사회서비스 사업이 공존하는 상태에서 각 수혜자 집단별 형평성을 어떻게 유지할 것인가 하는 문제에 대해 더 많은 논의가 필요하다. 예를 들어, 장기요양보험 수급권자가 된 저소득층이 비용의 일부를 본인이 부담하면서 요양서비스를 이용하는 반면, 요양보험 수급권자가 되지 못한 일반계층 노인이 지역사회 보건복지사업을 무료로 이용한다면 형평성에 어긋난다. 따라서 다양한 경우의 수를 분석하여 형평성을 유지할 수 있도록 정책을 추진해나가야 할 것이다.

지역복지시설의 정체성 정립도 좀더 논의가 필요한 부분이다. 본 연구에서는 특히 문제가 되는 노인복지관과 종합사회복지관에 대해서 원론적 수준에서 논의하였다. 그러나 노인복지관 및 사회복지관의 정체성 및 기능설정에 대해서는 그동안에도 많은 연구가 진행되어 왔으며, 이들 선행연구에 장기요양보험제도라는 변수를 추가하여 다각적인 심층 분석이 필요하다. 또한 복지관 형태 뿐 아니라 장기요양서비스와 관련된 기타 기관들, 예를 들어 노인병원과 요양시설의 관계 설정, 양로시설의 역할에 대한 논의도 추가되어야 할 연구과제이다. 장기요양보험 실시 이후 요양시설에 입소가 어려운 노인 중 양로시설로 이전해야 할 경우도 있다. 그러나 현재는 양로시설이 절대적으로 부족하고 추가공급계획도 없는 상황이다. 일반적으로 지

역사회보호가 바람직하지만, 필요에 따라서는 시설보호가 필요한 노인도 있기 때문에 양로시설의 역할을 재정립하고 그에 따른 확충계획도 검토되어야 한다.

마지막으로 장기요양보험제도 시행을 위해 서울시 및 지방자치단체의 역할도 중요하지만, 장기요양기관들의 준비와 노력도 필요하다. 현재의 노인요양시설 및 재가노인복지시설 종사자들은 보험제도 실시로 기관운영에 어려움이 있을 것이라고 예상하고 있다. 특히 기존에 정부보조금으로 운영하던 무료·실비 시설일수록 이러한 염려가 더 크다. 실제 본 연구에서 분석한 결과에서도 보험제도 실시 이후 예상수입이 감소하는 것을 확인하였다. 그럼에도 불구하고 기관 차원에서도 운영의 효율성을 높이기 위한 노력이 필요하다. 시설운영의 복합화를 통해 경영의 효율성을 높이고 서비스 질을 개선하여 경쟁력을 높이며, 기관간의 정보공유를 통해 불필요한 경비를 절감하는 등의 적극적인 노력이 필요하다.

노인장기요양보험이 당초에 의도한 바와 같이 양질의 요양서비스를 보다 많은 노인들에게 제공하기 위해서는 제도의 시행주체인 정부와 건강보험공단은 물론, 지역복지사업의 주체인 지방자치단체, 그리고 최일선 서비스 기관인 장기요양기관과 지역복지시설 등 각 부문의 노력과 협조가 필요하다. 한편 노인장기요양보험에 대한 홍보를 통해 요양보험에 대한 인지도를 높이는 것 또한 제도의 도입 초기에 역점을 두어야 할 과제이다.

참고문헌

참고문헌

- 강혜영, “노인장기요양보험제도 방문간호사업 현황과 과제”, 「고령화 사회 대응 가정방문 간호서비스 기능정립 심포지엄」 2007.
- 건강세상네트워크·사회복지공동모금회, 「올바른 장기요양보험제도 도입을 위한 방안」, 2006.
- 공적노인요양보험장기획단, 「공적노인요양보험장체계 개발연구(I), (II)」, 2004.
- 국민건강보험공단, “2005 의료급여 통계”, 2005.
- _____, “65세 이상 노인 의료이용실태 분석”, 2005.
- _____, 「한국형 노인건강 수발관리체계를 위한 서비스 연계방안」, 2006.
- _____, 「노인장기요양보험제도 2차 시범사업 운영 결과」, 2007.
- 김경혜, 「복지시설간 서비스 중복 실태와 개선방안」, 서울시정개발연구원, 2006.
- 김영숙, “지역사회중심형 케어매니지먼트체계 모형”, 「노인수발보험제도와 지역사회중심형 케어매니지먼트 체계」 토론회 발표자료, 2006.
- 김진수, 노인수발보험법 제정을 위한 공청회 토론문, 보건복지부, 2005.
- _____, “노인수발보험제도 도입의 쟁점과 과제”, 한국사회복지정책학회 춘계학술대회 자료집 제1권, 2006.
- _____, “노인장기요양보험의 성공적 정착을 위한 과제”, 한국노년학회 2007 춘계학술대회 자료집, 2007.
- 김찬우, “장기요양제도와 지방정부의 역할: OECD 국가와 한국 노인요양제도 시안을 중심으로”, 「사회복지 리뷰」, 제9집, 2004.
- _____, “미국장기요양의 역사적 변천과 케어매니지먼트 등장에 관한 연구”, 「사회복지연구」, 26권, 2005.
- 류근형, “맞춤형 방문건강관리사업 운영방향”, 「고령화사회 대응 가정방문 간호서비스 기능정립 심포지엄」 2007.
- 모지환, “노인수발보험과 사회복지시설 운영의 과제”, 서울시재가노인복지협회 세미나 발표자료, 2006.
- _____, “노인장기요양보험법 시행(안)의 문제점”, 서울시재가노인복지협회, 노인장기요양보험법 시행령·시행규칙 입법예고(안) 개선을 위한 결의대회 발표자료, 2007.
- 박종연 외, 「우리나라 노인의료보장체계의 개선 방안」, 국민건강보험공단, 2005.
- _____, 「한국형 노인건강·수발관리체계를 위한 서비스 연계방안」, 국민건강보험공단, 2006.

- 변용찬, 「치매관리 Mapping 개발 연구」, 한국보건사회연구원, 1997.
- 보건복지부, “방문보건사업 안내”, 2005.
- _____, 「보건복지통계연보」, 2005.
- _____, “노인수발보험제도 소개”, 2006.
- _____, “노인복지시설 설치업무 안내”, 2007.
- _____, “노인장기요양보험법의 주요내용”, 2007.
- _____, “노인장기요양보험법 시행령 및 시행규칙 주요내용”, 2007.
- _____, “맞춤형 방문건강관리 사업업무 매뉴얼”, 2007.
- _____, “노인보건복지사업안내”, 2006, 2007.
- _____, “노인복지시설 현황”, 2007.
- 보건복지부 노인요양제도팀, “노인장기요양보험제도 제3차 시범사업 시행지침”, 2007.4.
- 보건복지부 사회서비스혁신사업단, “2007년도 노인돌보미 바우처 사업 안내”, 2007.
- 보건복지부·공적노인요양보장제도실행위원회, 「공적노인요양보장제도 실행모형개발연구」, 2005.
- 보건복지부·국민건강보험공단, “3차 시범사업 수가산정 및 비용청구 지침”, 2007.4.
- 보건복지부 외 관계부처합동, “공공보건의료 확충 종합대책”, 2005.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 「노인수발보험제도 시범사업 평가연구(1차)」, 2006.
- 보건복지부·한국보건사회연구원, 「노인장기요양보험제도 시범사업 평가연구(2차)」, 2007.
- 서울특별시, “서울특별시 예산개요(2002~2007)”
- _____, 「민선3기 시정운영 4개년 계획 2002-2006」, 2002.
- _____, 「민선4기 시정운영 4개년 계획 2006-2010」, 2006.
- _____, “서울시 노인시설현황”, 2007.
- _____, 서울시 통계DB
- 서울특별시 복지건강국, “2007 복지건강국 주요업무계획”, 2007.
- 서울특별시·서울시정개발연구원, 「노인기초수요조사 및 정책개발 연구」, 2003.
- 서울특별시·서울시정개발연구원, 「제4기 서울특별시 지역보건의료계획(2007-2010)」, 2006.
- 서울특별시·서울대학교보건대학원, 「제3차 서울시민 보건지표 조사」, 2006.
- 석재은, “노인요양보험제도 실시에 따른 일자리 창출 조사”, 실업극복국민재단 함께 일하는
사회 정책연구원 1주년 기념 심포지움 ‘일자리 창출과 사회적 기업’ 발표자료, 2007.
- _____, “노인장기요양 서비스 공급체계의 변화 전망과 정책과제”, 한국노년학회 2007 춘계학
술대회 자료집, 2007.

- 석재은·엄기욱, “한국의 요양인력 양성방안과 해결과제,” 「노인장기요양보험제도의 현장 대응을 위한 준비와 성공과제」, 교보생명·한국노년학회 주최 헬스케어 심포지움, 2007.
- 선우덕, “1차 시범사업의 총괄 평가내용,” 「보건복지포럼」 10월 (통권 제120호), 한국보건사회연구원, 2006.
- 선우덕 외, 「고령화 사회에서의 노인보건의료체계 구축방안」, 한국보건사회연구원, 2005.
- 이정례, “노인수발보장제도 1차 시범사업에 대한 의견,” 올바른 장기요양보장제도를 위한 시민활동가학교, 2006.
- 이지향, 「노인복지시설 기능정립 방안 연구」, 서울복지재단, 2007.
- 임 준, “장기요양보장제도의 공공 인프라 확충 방안,” 공적 장기요양인프라 확충 어떻게 할 것인가 토론회, 2007.
- 장기요양보장제도 쟁취를 위한 연대회의, 장기요양보장제도 쟁취를 위한 연대회의 연대식 자료, 2006.
- 정경희 외, 「공적노인요양보장제도 평가·판정 체계 및 급여·수가 개발」, 한국보건사회연구원, 2005.
- _____, 「2004년도 전국 노인생활실태 및 복지욕구조사」, 한국보건사회연구원·보건복지부, 2005.
- 조남범, “노인장기요양보험제도 시행의 문제점과 과제”, 인터넷 자료, 2007.
- 차홍봉, “노인수발보험제도의 발전과제”, 노인수발보험제도의 안정적 실행을 위한 정책토론회, 2007.
- 통계청, “시도별 장래인구추계 결과”, 2007.5.
- _____, 인구주택총조사 결과, 각년도.

시정연 2007-PR-12

노인장기요양보험제도 도입에 따른
서울시 과제 및 대응방안

발 행 인 정 문 건

발 행 일 2007년 12월 31일

발 행 처 서울시정개발연구원

137-071 서울시 서초구 서초동 391번지

전화 02)2149-1253 팩스 (02)2149-1289

본 출판물의 판권은 서울시정개발연구원에 속합니다.